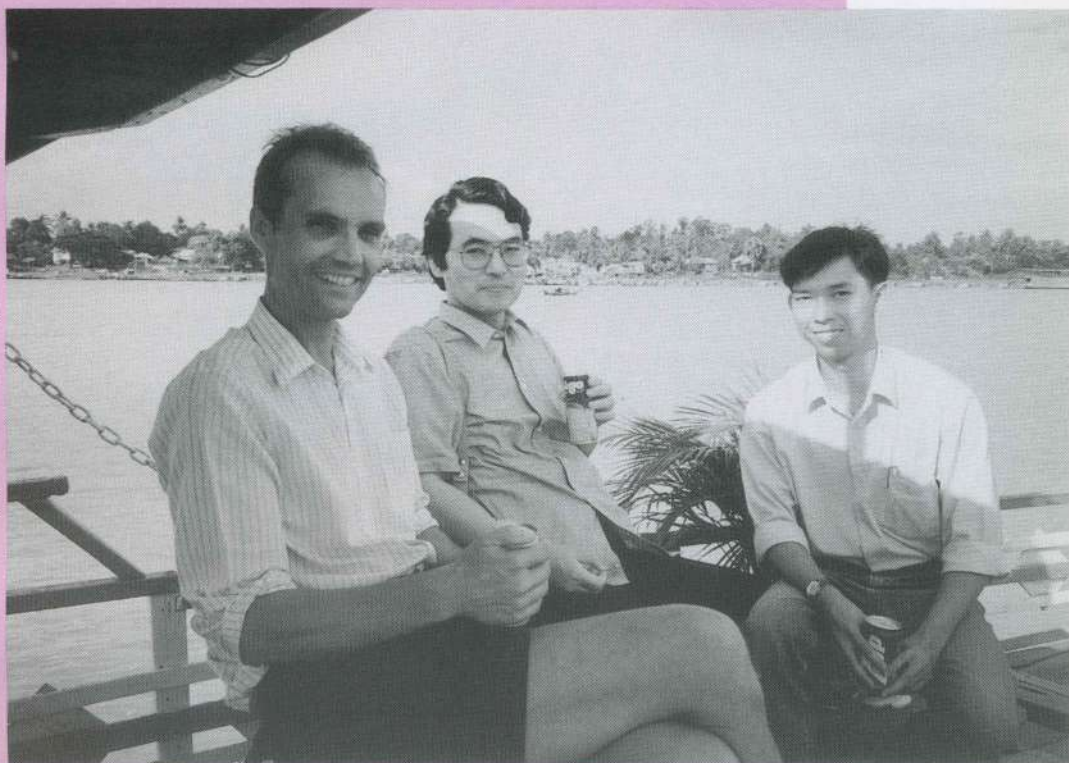


国際医療協力

Vol.16 NO.10

1993. 10



ありがとう Dr. William (AMDA-Cambodia)

(昨年の10月より一年間カンボジアの救援医療活動に従事してくださいました。)

Thank you very much for your contribution!!

AMDA

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
● オークッドプラン	5
● インド西部大地震被災民緊急救援プロジェクト活動報告	
● 現 地 報 告	三 宅 和 久 6
● ソマリア救援チーム活動報告	
● 経 過 報 告	夏 目 洋 子 14
● ジブチ難民医療活動報告	竹 本 啓 一 16
● 活 動 報 告	江 上 由 里 子 22
● ユニセフからの感謝状	24
● 活 動 報 告	永 野 章 子 26
● カンボジア救援医療プロジェクト活動報告	
● カンボジア便り	岩 間 邦 男 32
● 活 動 報 告	Dr. Chantha 33
● AMDA プノムスロイ郡病院の患者統計	34
● 活 動 報 告	Sar Borann 38
● カンボジア医療視察報告	川 島 正 久 他 42
● 活 動 報 告	Dr. William. N. Grut 46
● 林原フォーラム '93 第3分科会報告 part II	54
● ポストン便り	山 本 秀 樹 70
● 産業医学 北京市労働衛生職業病防治研究所にて講義	緒 方 正 名 74
● ベトナム便り	遠 田 耕 平 76
● AMDA 国際医療情報センター便り	78
● AMDA 国際医療情報センター 大阪	宮 地 尚 子 80
● 岩手だより	岩 井 く に 92
● AMDA 事務局だより	95

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】 岡山市櫛津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の指導下を実施中。

●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 岡山市楠津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 (菅波内科医院)

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) 夏目洋子 (岡崎)、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

10月9日に開催された第2回国際貢献NGO懇話会の報告をしたい。
この国際貢献NGO懇話会は3年間にわたって2ヶ月に一回の計18回の開催
予定である。この期間にも緊急救援活動が要請される自体が出現することは
確実である。その一つ一つが大切なケーススタディとなる。ケーススタディ
の検討の中でオーキッドプランの具体的な項目についての問題解決策が論じ
られればこれにまさる教科書はないと考えられる。
今回は下記の2点が話題の中心となった。

まず情報の共有について。

ケーススタディとして9月30日に発生したインド西部大地震について各団
体が入手した情報の経路と内容について比較検討しあった。内容は様々であ
ったが総合的に見るとかなり質は高かった。オーキッドプランの趣旨から言
えば、各団体が緊急救援活動プロジェクトを企画する段階で必要な情報であ
った。次回の懇話会に向けて3人委員会が設けられ「情報共有システム」の
原案が検討提出されることになった。「情報共有システム」とは自然災害/
難民発生時に各団体が持っている情報を瞬時に共有して救援活動に役立てる
システムのことである。緊急救援プロジェクトが実施された時には運営に関
する協力体制とそれに伴う情報共有も必要とされる。
現在の緊急救援の状況下においては最も整備が急がれる重要な項目である。

次に輸送手段の確保について。

ケーススタディとしてネパール大洪水被災民救援物資の輸送に関する日本
航空とロイヤルネパール航空の協力とジブチ共和国ソマリア難民用救援物資
の輸送に関するフランス航空の協力について検討した。物資のみならず人の
輸送の重要性についても言及の結果、次回の懇話会に向けて国内外の航空会
社へ交渉する原案が検討提出されることになった。IATA加盟国への緊急救援
活動にボランティアとして参加する時にはIATA加盟の航空会社からボラン
ティアディスカウントが適用される習慣がある。拡大運用の可能性が期待され
る。

関連事項として、「緊急救援に関する外務省内のシステム」と「国連機関
への指定寄付」のレクチャーもされることになった。

国際貢献NGO懇話会は「日本の国際貢献としての緊急救援活動」を官民
一体となったスタンスで推進するのが趣旨である。各団体が有するネットワ
ークを更に有機的に結び付けて問題解決型ネットワークへと発展させようと
するのが骨子である。各団体の発展がこの懇話会の充実へと繋がるわけであ
る。今後の各団体の発展を期待したい。

沈黙の大国



昭和21年、広島生まれ。岡山大学医学部大学院卒。保健所、民間病院を経て56年に内科医院開業。54年、カンボジア難民キャンプ視察を契機にアジアの医師ネットワークづくりを始め、59年にNGOのアジア医師連絡協議会(AMDA)を結成。自らもインドやネパールなどで医療ボランティア活動を続けている。

菅波茂氏

アジア医師連絡協議会 代表

緊急救援医療には、人間を持っていく国なのか持つていく国なのか、ヒューマニズムの原点ともいえるのではないだろうか。英国やスウェーデンは、ボスニア・ヘルツェゴビナの戦場で善き善きになり重傷を負った少女イルマちゃんを助けた。日本を一番理解

「人道大国になるためには、一つのNGOで頑張っている先が見えている」



NO
る。予算や派遣の決定、責任問題など大変な手間がかかる。援助すると思慮決定したら、相手からの要請があるうがなろうか動く組織を日本にもつけないといけない。(シナリオ作家の小山内美江子さん)

格が強く、政府、企業の介入を嫌って寄付や援助を受けなかった。しかしそれが経済的基盤の弱さ、人材確保の難しさにつながり、欧米の巨大NGOに太刀打ちできない大きな原因にもなっていた。

NGO側が相当しっかりしたコンセプトを持ち、政府や一般市民にも訴えかけていかななくてはならない。その動きの一端が「オキッド・プラン」なのだという。政府、地方自治体や国連機関との連携、民間企業からの寄付受け入れなども検討している。

今後、隔月に話し合いを開いて体制づくりを進めるという。

医療救援は国の良心をあらわす

の国際緊急医療チームがある。海外へ出たてでもなかなかに出られない医師が多い。病が、突如としてある。病院が医師を活動に出しやす

日本を変える
200人提言

いように、海外活動には国が一年間単位で給与補てんを出られない。途上国は発するにたれプライドが高まりますか。二十人の医師がいれば海外十力所でプロジェクトが組めます。人件費は一人一千万円として二億円です。もし国がわれわれに年間十億円を任せてくれるなら、世界に日本の医療貢献の旗を翻らせてみせますよ。

UNHCR(国連難民高等弁務官事務所)など国連機関は一つの団体とだけ専属契約する仕組みになっていて、ほとんどが欧米のNGOと契約を結んでいる。日本は多岐にわたるアジアのNGOは直接、国連機関から仕事を請け負う機会が少なく、現地に行っても欧米の団体の係請けになっ

(聞き手 辻野訓司)

『沈黙の大国』が単行本となります。前半分をまとめ、10月8日、扶桑社から出版されます。484ページ、定価1600円。紙面では12月中旬まで掲載予定ですが、後半分は連載終了後、出版する予定です。

国際協力事業団(JICA)事務局を設け、国の委託している。①海外の地震、などのさい、警察庁、消防保安庁、防衛庁職員が被災者、救出にあたる救助隊、被災民への診療と、疫病予

白衣の国際協力

●3●

医療分野の国際協力をめぐる実態をさぐっているが、日本の存在感はいくとも希薄だ。政府の対応はもとより、民間のボランティア組織が欧米先進国に比べ大きく立ち遅れてきたのが、その要因でもある。だが、日本の民間組織にもようやく本格的な動きが出始めている。

「日本人がいらない」

「最初にいっておきますが、日の丸に抵抗感のある人は退席していただきたい」と結構ですが、

先月七日、東京・新宿のホテルで開かれた国際員会をめぐめるNGO(非政府組織)の会議で、呼びかけ人のアジア医師連絡協議会代表、菅波茂医師(四六)は冒頭、こうふち上げた。

参加者は、アフリカ教育基金の会、日本青年会議所国境なき奉仕団、ケア・ジャパン、立正佼成会一食平和基金、日本国際救済行動委員会などから約三十人。結局、だれ一人として席を立たず、話し合いは約二時間半続いた。

なぜ「日の丸発言」が飛び出したかを説明するには、日本の緊急援助の歴史をひもとく必要がある。

始まりはカンボジアのフン・ペン陥落(七九年一月)だった。タイ領に流れ込んだ多数のカンボジア難民を助けるため世

オーキッド・プラン

力事業団(JICA)の国際救急医療チーム(JMTDR)

界中から救援チームやNGOが駆けつけたが、緊急支援体制がととのっていない

動で出遅れ、「日本人がいらない」と各国から非難を浴びた。これを教訓に

八二年(昭和五十七年)に発足したのが国際協力事業団(JICA)の国際救急医療チーム(JMTDR)

だ。八八年には新法が成立、国がJICAに運用を委託する国際緊急援助隊へと改編された。

ジャマイカのハリケーン、イランやフィリピンの大地震などに活動、二年前のクルド避難民の発生ではイランに五チーム、トルコに二チームが派遣されるなど華々しく活躍した。日本の緊急援助は政府主導で軌道に乗ったかに見えた。

しかし昨年、状況は急変する。PKO(国連平和維持活動)協力法の成立で自衛隊の海外派遣が可能になると、政府は紛争地域の難民救援などの分野はPKOで受け持たせ、国際緊急援助隊の出動は地震、洪水など自然災害に限定するにしようとした。

さらに、千人以上の死者、行方不明者が出た昨年末のインドネシア・フローレス島地震では医療チームを招集しながら、派

遣依頼が来なかったため出動できないという「要請主義」の弱点も露呈した。

世界の緊急医療活動を見るに、「国際赤十字」「国境なき医師団」「ケア・インターナショナル」などNGOが主体で、日本式の政府主導型では対応スビッドなどにおのずと限界があった。かといって

日本には欧米と伍するだけのNGOが育っておらず、難民キャンプなど救援現場から再び日本人の影が消え始めたのだ。

「日の丸発言」は、「政府にだけ任せておいていいのか」という、日本の緊急援助の現状へのNGO側の切実な危機感をあらわしたものであった。

「日本にはさうと四百ものNGOがあるが、横のつながりが悪くジョイントできないでいた。しかし、人道大綱になっためには、一つのNGOで頑張っている。NGO同士が団結して不足分を補っていく必要がある」(立正佼成会海外課・根本昌廣氏)

「国がやるなら、予算や派遣の決定、責任問題など大変な手間がかかる。援助すると意思決定したがる、相手からの要

NGOが連携へ 欧米並み救援体制目指す



数年先には国際的にも胸を張れるような日本版「国境なき医師団」が実現するかもしれない。

間主導の国民に誇れる緊急救援派遣体制を三年かけてつくろうという画期的な合意だ。構想はORCHID(ランの花)とOHKID(子供)を掛け合わせて、オーキッド・プランと名付けられた。

「緊急援助は実力の社会。発生源に素早く対応できるスピード、何十万人単位の難民に対応できるスケール、しっかりと援助を行えるだけのスペシャリティーの三つのSが必要だ。ノウハウのないヒヨロヒヨロのNGOが浄財をリユクにかついで行っても足手まといになるだけ」とケア・ジャパンの山口泰司事務局長はこいいう。

かつて日本のNGOの多くは非政府というより反政府的な性格が強く、政府、企業の介入を嫌って寄付や援助を受けなかった。しかしそれが経済的基盤の弱さ、人材確保の難しさに加え、欧米の巨大NGOに太刀打ちできない大きな原因にもな

「緊急援助は実力の社会。発生源に素早く対応できるスピード、何十万人単位の難民に対応できるスケール、しっかりと援助を行えるだけのスペシャリティーの三つのSが必要だ。ノウハウのないヒヨロヒヨロのNGOが浄財をリユクにかついで行っても足手まといになるだけ」とケア・ジャパンの山口泰司事務局長はこいいう。

国際緊急援助隊
建設省、国土庁などの職員が二次災害防止や災害復旧対策を支援する専門家チームに分かれている。現在500人以上が登録、被災国からの要請を受け、発生後72時間以内に現地入りすることが目標という。

沈黙の大国

▶171



昭和6年、東京生まれ。東大医学部卒。自治医大教授、東大第3内科教授、文部省高等教育局科学官を経て63年、東大医学部長。平成2年から現職。昭和46年にベルツ賞第1位、平成元年に日本医師会医学賞、武田医学賞、昨年には上原賞、持田記念学術賞を受賞。

国立病院医療
センター院長

日本政府の国際協力は医療分野に限らず、相手国の要請に応じて専門家を派遣する方法を取っており、それ自体はなかなか変えられないと思います。

現在の方法のなかで実効ある国際協力を進めるため

「生き残った人たちへの影響を、精神科医として記録に残そうと……」

屈託ない笑顔の力
ダメージを与えた

(写真部 奥清博)



病を取りまじり、社国再建に向いてやる気を出させる対応が必要だろう。

このシリーズは取材班の辻野副司が担当した。二十八日付から新シリーズ「国際化へのイノヴァ」を連載する。国際化の時代とはいえ、日本人の英語力はいかにもおぼろげがなく、英語教育の致命的欠陥が指摘されている。国際社会へ向けての発信機能もきわめて弱い。そうした実態を追う。

ただで、金持ちとか診療を受けられないかようになってしまつてはならないかと心配する。カンボジアではいまも、シャーマン(霊媒師)や伝統的な治療師が盛んだ。しかし桑山氏がプノンペンで実施した市民アンケートでは、八割以上の人が「近代的な診療でもらえるなら、近代

日本を变えろ
200人提言

被レルを向上して、あつて、特定医療がよくなることのは問題です。援助するに当たっては、その国の医療事情をよく分析しないといけません。

うなことは、目には見えにくい、あまり評価しません。しかし、本当はそういうことが重要なので、国際医療協力にはボランティアの要素が大きいので、日本の社会がもっとボランティアを評価するようになつていくことも必要だと思ひます。

来月、国立病院医療センターと国立療養所中野病院は統合されて、国立国際医療センターになることになりました。活動から戻ってもボランティアがないということも起きています。日本の僻地医療でも同じようなことがいえます。こういう活動を積極的に評価する社会態勢をつくっていかなくてはなりません。

ボランティアを評価する社会に

(聞き手 辻野訓司)

日本政府は医療協力の
ため昨年3月以降、数回
にわたりカンボジアに調
査団を派遣した。また、
NGOの日本キリスト教
海外医療協力会（本部・

東京)が保健婦
たり、桑山氏カ
シア医師連絡協
ンボシア人医師
い入れ、医療活
するなどしてい

『沈黙の大国』が単行本となります。前半分をまとめ、10月8日、扶桑社から出版されます。484頁、定価1600円。紙面では12月中旬まで掲載予定です。が、後半分は連載終了後、出版する予定です。

醫療協力

白衣の国際協力

●4●

カンボジアは日本も参加した国連平和維持活動（PKO）の支援を受け、ようやく国の再生に向けて歩み始めた。だが、ボル・ポト派による虐殺の歴史は、いまだに国民に大きなキズを残している。異業体経験に起因するこの病が深刻化しつつあるのだという。この問題を迫っている日本の若い医師は、医療協力の新たな側面を考へるべきだと主張する。

100人以上のカルテ

ことし一月、医療ボランティアでプノンペンを訪れた山形大医学部精神科の桑山紀彦医師（38）は驚いた。ボル・ポト政権下で知識人は根こそぎ虐殺され、生き延びた医師がわずか四十人だったはずのカンボジアで、西洋流の精神医学を学んだケ・チュム医師（30）を見つけたからだ。

「本人と実際に会ってみて、よく生き残ったものだと感激しました」

ロン・ノル政権時代に医学部二年まで進んでいたケ・チュム氏は、学業を中断。映画「キング・フィールド」の主人公さながらに学歴を隠し、庶民としてボト・ポトの治世下を生き

ン・サムリンが政権を握ってからだという。

自宅には、最近二年以上おたたり精神診療を続け、フランス語で書きつづった百人以上のカンボジア人のカルテがたまっていた。

カンボジア人の精神分析は、過去にカリタス・インターナショナルなどいくつかの欧米のNGO（非政府組織）が挑戦しては敗れている。地元パートナーを見つけたらなかったからだ。しかし桑山氏は今回、偶然にもケ・チュム氏という強力な共同研究者を見つけたのである。

桑山氏が注目しているのは、診療結果で一番目についた頭痛神経病だ。欧米でPTSD（Post Traumatic Stress Disorder）

カンボジアの頭痛



桑山紀彦氏

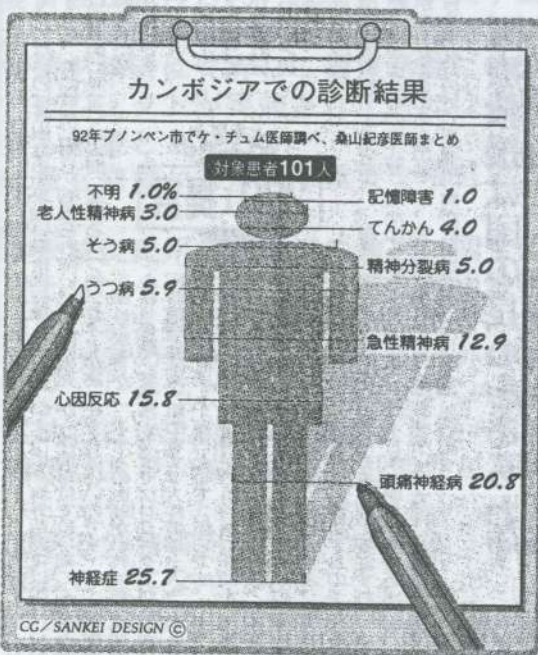
der心的外傷後遺性ストレス障害」と呼ばれる症例と同じだった。身内が次々虐殺されていった異常体験が、時間を超えて頭痛としてあらわれている可能性が強いというのだ。

ナチス・ドイツ下のユダヤ人へのホロコースト（大虐殺）は、精神科医のアプローチがなかったため、生き残った人たちが精神面にどんな影響を受けたかの分析は残っていない。

祖国再建への支援必要

ボル・ポト政権下で虐殺されたカンボジア人は百万人以上、強制労働や栄養失調で病死した人まで含めるとその数はさらに大きく膨れ上がる。いわれる。生き残った人たちの心にも重大な傷痕を残したはずだ。

大虐殺の後遺症 国民に深刻な心のキズ



だ、と桑山氏は考えている。

「日本は昨年三月、世界に先駆けてODA（政府開発援助）により現地に保健医療専門家チームを派遣しました。その後もカンボジア保健省に人材を送り、国の再建に向けたマスタープランづくりに参加しています」

日本政府の担当者はカンボジアへの医療協力の努力を強調する。カンボジア復興に向け、日本の医療援助が、かなりのペースで進みつつあるのは確かだろう。

しかし日本政府が配電設備や配管の改修を計画しているプノンペンのクメール・ソビエト病院では、勤務医の月給がわずか十ドル。暮らしていけない医師たちばかりで、病院から医師の姿がほとんど消えている。病院の評判は落ちる一方だという。

医療協力めぐる難しさ
「病院の外側だけをよくして、日本の企業が肥えるだけ。医師が医者として働けるような環境をつくっていかなくてはならないはずだ」

桑山氏は、いまの日本の援助方法では医療の空洞化を起すだけだ、金持ちしか診療を受けられないようになってしまつたのではないかと心配する。

カンボジアではいまも、ジャ

（東京）が保健婦を派遣したり、桑山氏が属するアジア医師連絡協議会がカンボジア人医師3人を雇い入れ、医療活動を展開するなどしている。

「沈黙の大国」取材班

火曜日から土曜日まで掲載

オーキッドプラン

緊急救援NGOグループ活動支援体制整備3ヶ年戦略

(理念)

NGOによる自然災害や難民に対する緊急救援活動推進に必要な包括的支援体制整備による「日本の国際貢献」の具体化と向上をはかる

(目的)

- 1) 欧米のNGOに比べて遜色のない活動
- 2) 日本にふさわしい活動
- 3) 日本国民が誇れる活動

(内容)

- 1) 欧米のNGOに比べて遜色のない活動(量と質の確保)

- 1) 派遣地域/派遣回数/派遣規模

- 2) 派遣システム

- 1) 緊急時

- 1) 緊急アセスメント実施
- 2) 輸送/通信体制確保
- 3) 人員選定/派遣
- 4) 活動資金調達
- 5) 救援物資調達
- 6) 日本政府との連絡調整
- 7) 現地政府との連絡調整
- 8) 国連機関との連絡調整

- 2) 非緊急時

緊急時に要求される項目の準備

- 2) 日本にふさわしい活動(特徴を活かす)

- 1) 緊急救援NGO連合チーム方式
- 2) 海外ローカルNGOとの連係活動方式
- 3) 企業による現物提供ボランティア方式
- 4) 官民一体オープン方式
- 5) その他

- 3) 日本国民が誇れる活動(参加の場づくり)

- 1) 緊急救援NGOウォッチャーメディアとの連係
- 2) 地方の諸団体(国際交流、人道主義活動等)との連係
- 3) 企業ボランティア制度との連係
- 4) 地方自治体研修制度との連係
- 5) 海外進出企業との連係

インド西部大地震

被災民緊急救援プロジェクト活動報告

| 現 | 地 | 報 | 告 |

アジア医師連絡協議会 三宅和久

インド西部大地震被災民緊急救援医療チーム派遣プロジェクト

(趣旨)

1993年9月30日にインド西部のマハラシュトラ州で発生した大地震により広範囲な地域に被害を及ぼし多数の死傷者をだしています。

10月1日にアジア医師連絡協議会インド支部よりアジア医師連絡協議会本部に正式に救援活動の要請がありました。

これを受けてアジア医師連絡協議会本部はソマリア難民救援医療活動に続いて2回目のAMDAアジア多国籍医師団を編成して派遣することに決定しました。派遣参加予定国はインド、ネパール、バングラデシュ、フィリピンそして日本の5ヶ国です。現地で10名の5ヶ国合同医療チームとして活動予定です。日本国内ではケアージャパンと相互協力して救援活動を推進します。日本からは緊急救援医療チームを下記の要項で派遣いたします。

皆様の御参加及び御支援をよろしくお願い申し上げます。

記

- | | |
|--------------|--|
| (派遣場所) | インド西部(現在インド支部が調整中) |
| (活動拠点) | ボンベイ |
| (活動内容) | 緊急救援医療活動 |
| (活動期間) | 1993年10月6日から1ヶ月間 |
| (派遣日時) | 第1次隊: 1993年10月6日
第2次隊: 1993年10月18日 |
| (派遣者) | 第1次隊: 三宅和久(内科小児科医/31才)
: Dr.Yogendra Prasad Singh(外科医/35才)ネパール
第2次隊: 早川達也(急救医/26才)
: Dr.Emma Palazo(一般医/31才)フィリピン |
| (FLIGHT) | AI315便 大阪発(10月6日午後4時)-ボンベイ着(7日午前1:55) |
| (現地責任者) | Dr.K.S.Kamath (AMDAインド支部支部長) |
| (ボンベイ責任者) | Dr.V.S.Chauhan (ボンベイ担当者) |
| (救援チーム責任者) | |
| AMDA日本 | 菅波茂(アジア医師連絡協議会代表) |
| AMDAバングラデシュ | Dr.S.A.Nayeem (AMDAバングラデシュ支部長) |
| AMDAネパール | Dr.Dinesh Pokharel (AMDAネパール担当者) |
| AMDAフィリピン | Dr.Virginia M. Arva (AMDAフィリピン支部長) |
| (救援チーム事務局担当) | 成沢貴子(アジア医師連絡協議会本部事務局)
(電話) 086-284-7730 (FAX) 086-284-6758 |
| (東京地区担当者) | 小林米幸(アジア医師連絡協議会副代表
AMDA国際医療情報センター所長)
(電話) 0462-63-1380 (FAX) 0462-63-0919 |
| (募金口座) | 郵便振替 岡5-40709
アジア医師連絡協議会 |

1993年(平成5年)10月7日 木曜日

九月三十日に発生したインド南部地震の被災者を救済するため、国際医療組織「アジア医師連絡協議会」(AMDA、本部・岡山市、菅波茂代表)は、アジア五カ国の医師十人で医療チームを結成し、六日から現地で一カ月間の救援活動に乗り出した。

アジア医師連絡協

5カ国10人活動始める

参加するのは、医療法人アスカ会の三宅和久医師(三宅三郎・岡山市)と札幌市民病院の早川達也医師(三宅三郎・札幌市)の日本人二人や、インド、ネパール、バングラデシュ、フィリピンの五カ国の医師。地震発生直後にAMDAインド支部から救援要請があり、ソマリア

インド地震の被災者救おう

難民救援活動について二度目の多国籍医師団の出動となった。

現地の被災状況が激しいため、AMDA本部は非政府組織「ケア ジャパン」(本部・東京都)など情報交換を進めて、医師団の活動を後方支援する。

中 国 業 日

1993年(平成5年)10月7日 (木曜日)

インド地震救援 三宅医師が「岡山を出発」

大地震で死者三万人以上の被害を受けたインド中部での医療救援活動のため、アジア医師連絡協議会(AMDA、本部岡山市、菅波茂代表、本部から派遣される三宅和久医師)が六日、岡山を出発した。七日に空路ボンベイ入りする。

三宅医師は、津曲兼司事務局長らAMDA本部の四人とともにJR岡山駅に到着した。三宅医師は「現地は何もない状況であり、まずは救援活動の下地づくりに全力を挙げたい」と抱負を話した。津曲事務局長らと握手を交わした三宅



津曲事務局長と握手を交わし
出発する三宅医師

医師は午後零時四十七分発の新幹線「みどり」に乗り込み大阪へ向かった。AMDAは四日、多国籍医師団を編成して派遣することを決定。三宅医師は十六日までAMDAインドをはじめ五カ国の医師とともに現地で救援活動に当たり、十七日に帰国する予定。

インド・マハラシュトラ州における地震の調査報告

1. 概要：1993年9月30日、3:58 a.m.、インドマハラシュトラ州を中心として大規模な地震が起こり、数万人の死者と負傷者、家屋の倒壊をもたらした。緊急医療援助のニーズを調べるため、AMDA-JAPANより医師一人、AMDA-INDIAより医師一人が現地入りし調査を行なった。
2. 調査メンバー：
AMDA-JAPAN：三宅和久（内科、小児科医）
AMDA-INDIA：Mahendra Chaturvedi（アユルベータ医）
Arun Goradia（ソーシャル・ワーカー、ボランティア）
Arun Ananad（運転手）
3. 調査期間：三宅は10/7にボンベイ着。Dr. Chaturvedi他2名と共に10/9 SOLAPUR入り、ここに宿を定め10/10～10/11の二日間 SASTOL、KILLAR I 他の被害の大きかった村々を調査、10/13インド赤十字のディレクターと面会後現地を立ち、10/14ボンベイ着、10/16ボンベイ発、10/17帰国。
4. AMDAへの協力機関
マハラシュトラ州政府
SOLAPURの赤十字
5. 被災地の位置：インドは複数民族国家であり使用言語により分けられた25の州と7つの中央政府直轄地より成っている。今回被害を受けたマハラシュトラ州はボンベイを州都とし仏教遺跡で有名なエローラやアジャンターが存在する州である。
我々が滞在したSOLAPURはボンベイから東へ450 km、道路は比較的良く車で11時間、列車で8時間かかる。被害の大きかった村々はSOLAPURから東へ50 kmほど行った地域で道は舗装されていないものの、四輪駆動でない普通車でも入っている。
通信に関してはSOLAPURから日本へTEL可、FAXはFAXマシンがなく送れなかった。
6. 被災地の言語：マラーティー語
インドの公用語であるヒンドゥー語や補助公用語である英語も通じるが実際に被害を受けた農村部ではやや通じにくい。
7. 被災地の宗教：主にヒンドゥー教。イスラム教も混在。
8. 被災地の気候：6月～9月雨季、10月～2月冬季、3月～8月乾季
（1月が最も寒いですがSOLAPURで摂氏10～12度くらい）

インド地震被災者 リハビリ施設 設置で支援へ AMD Aの医師帰国報告

大規模地震に見舞われたインド西部の被災者救援のため現地を訪れていたアジア医師連絡協議会(AMD A)本部岡山市の三宅和久医師(三宅)が帰国し、十九日、本部で被災状況について報告した。三宅医師に

よれば、心配されていた伝染病は見られないが、骨折などの重傷患者は多く、AMD Aとしてリハビリテーション施設の設置などの医療支援に取り組むことを明らかにした。

三宅医師は、今月七日、現地入り。インドの医師とともにボンベイ東部のソラールを拠点に被害の大きい村々を巡回した。

現地ではすでに赤十字のほか、インド国内の民間団体が被災者への医療を含む救援活動を展開。食料や住居を確保するための資金や物資は不足しているが、コレラなどの感染はないという。

しかし家屋の倒壊などで多くの住民が骨折や手足切断など重傷を負った。AMD Aは被災地のマハラシュトラ州などの要請を受け、近くソラールに施設を建てて重傷患者のリハビリ指導▽被災者の多い村への移動診療▽一般診療の三点から今後一、二年間をめぐって救援活動を展開する計画。三宅医師をプロジェクトリーダーに、現地の医師のほか、日本からも状況に応じ、整形外科医や理学療法士を派遣する予定。

岡山

1993年(平成5年)10月20日(水曜日)

毎日新聞

リハビリセンター建設

インド
西部アジア医師協が計画



現地の状況を説明する三宅医師

九月末の大地震で多数の死者が出たインド西部のマハラシュトラ州に医師を派遣していた「アジア医師連絡協議会(AMD A)」(本部・岡山市楠津、菅波茂代表)は十九日、帰国報告を行い、現地にリハビリテーションセンターを作る計画を発表した。

AMD Aは緊急医療を目的に今月初め三宅和久医師(三宅)十人を派遣したが、すでに現地医師らによる緊急医療体制が整っていた。その一方で、今後は骨折や

四股切断患者のリハビリ施設が必要になることが分かった。一、二年間をメドにセンターを作ることになった。

計画では、マ州のソラールに約六〇平方メートルの仮設の建物や施設。整形外科医や理学療法士などインド国内のスタッフを中心に配置し、リハビリに当たる。経費は約一千万円とみられ募金を募っている。問い合わせはAMD A事務局(086・284・7730)へ。

9. 被害の程度：

死者：3万2千～4万人

うち遺体が返ったのは17000人（赤十字調査による）

インド政府発表では6万人とされている。

負傷者：赤十字調査で18000人

倒壊家屋：2000～3000軒

合計数は不明

復興の為、32000～40000件の家を作る予定

被災した村の数：72

うち51の村の被害がひどい

震度：全体的にはマグニチュード7を下回る大きさ、場所によってはマグニチュード8.5以上。

10. 調査した各村の被害状況：

1) AUSA村

人口：4000人

死者：500人（12.5%）

2) HOLI村

情報聞けず

3) SASTUR村

人口：9000～10000人

死者：2500人（25～28%）

倒壊家屋：1200軒

4) PETSANGHAVI村

人口：6000人

死者：3000人（50%）

負傷：200人

倒壊家屋：全て

飲める井戸水あり。

この村はヒンズー教徒とイスラム教徒が仲良く共存していたが、地震にて地面が2インチ上昇、激しくゆれた後、地面は元に戻り全ての家屋が倒壊。この間わずか59秒とのことだった。

5) KILLARI村

人口：22000人

死者：19800人（90%）

倒壊家屋：1200軒すべて

6) HARALLI村

人口：1200人

死者：6人（0.5%）

負傷：180人 うち50人重傷



震度はマグニチュード7弱、所によったは8.5以上
59秒の振動で全て崩れ去った。...



Petsanghavi村にて。ガレキの山と化した
視察する三宅医師

倒壊家屋：225軒全て

7) MARAKANI キャンプ

このキャンプには政府組織であるPrimary Health Care Centerがあり医者一人と看護婦二人が滞在。患者数は一日に200～300人。重篤な疾患はなし。キャンプにて診れない者はOSNANABAD MEDICAL HOSPITALに送っている。

11. 調査した村の疾患状況：骨折がほとんどで重傷者はSOLAPUR MEDICAL HOSPITAL、LATOR MEDICAL HOSPITAL、OSNANABAD MEDICAL HOSPITALの3つの大きな病院へ送られている。実際にバラックの中やテントの中にも入ってみたが感染症患者は無く、全て現地で中心になって活動している赤十字にうまくコントロールされていた。

衛生状態については飲める井戸がある村が多く、キャンプで水の配給を受けても途中で捨てている子供が多かったことから水にはあまり困っていない模様。

- 27) B 排便は野外で行ないトイレは無いが被災した村の住民が一ヶ所にかたまらず小敷ずつ分散しており住居の周辺が広いので比較的清潔で悪臭はなく夜もあまり目につかなかった。

- 3) SA 現地入りする前、人と家畜の死体から悪臭が漂っているという情報が入っていたが、実際現地にはいると掘り出せる遺体はすべて掘り出していたようで悪臭はいっさいなく、人も家族も死体は一体も見かけなかった。

- 4 尚、今回の地震で精神的な問題を来たした者が各村で80%に上ると聞いたが、これは治療の対象にならない。軽いものも含んだ数字と思われる。

12. 結論：インド国内の各団体の動きが非常に早く、また実によくまとまっていたため、感染予防や手術の為の人員を外国から派遣する必要はないと考える。マンパワーは十分に足りている。

しかし、復興には長い時間と立ち上がりのためかなりの物資と予算を必要とする事から、外国からの資金援助の必要性は大きい。インド国内においては赤十字を通じての資金援助を行なえば資金の流用や物資の横流しなど他の国の援助でしばしば問題になるような事態は避けられると思われる。

- 5 尚、緊急時期が完全に終了した後の医療面援助については現在被災地に展開しているインド国内のNGOが引き上げることが予想されるため、骨折や四肢切断の患者のリハビリや医療従事者減少後の通常疾患を診るための施設の計画がマハラシュトラ州政府と赤十字からの要請によりAMDA-INDIAとAMDA-JAPANの間で計画中である。

人口：1200人

死者：6人 (0.5%)

負傷：180人 うち50人重傷



赤十字から物資の
供給を受ける人々



きちんと列を作って
食事の配給を受ける
子供たち



被災した人々は
村から少し離れた所に
バラックを作り
住んでいる

■ソマリア救援チーム活動報告

ソマリア担当 夏 目 洋 子

今年1月にスタートしたソマリア難民救援プロジェクトも、もうすぐプロジェクト終了予定の12月を迎える。AMDAにとって最初の経験となったこの大規模な緊急救援プロジェクトは、アフリカ教育基金の会（AEF）、立正佼成会、国境なき奉仕団、そしてAMDAの4団体が緊急救援チームを結成しソマリア難民緊急救援に乗り出そうという画期的な協力関係のもと進められ、郵政省ボランティア貯金からの資金援助により可能となったプロジェクトである。ジブチ、ソマリアでのプロジェクトに加えてケニアでもAEFと国連難民高等弁務官事務所との間でも契約が成立し12月までの活動が可能となった。ケニア、ジブチ、ソマリアの3ヶ所で活動を進める中で、ソマリア国内の政情不安定・治安などの理由でプロジェクト開始が大幅に遅れたプロジェクトもあったが、緊急救援団体として成長段階にある我々にとって今後より高くはばたくための大きなステップとなった。

今月10月9日に行なわれたソマリア難民救援チーム調整会議の場において12月以降の方針が話し合われ、チームとしての活動は予定どおり今年12月に終了し来年1月に正式に解散式を取り行なうことが決定された。プロジェクト自体は現地政府や国連機関からの強い要請により12月撤退は不適切と判断、それぞれの団体が独自に継続していくこととなった。

AMDAが中心となっていくなっているジブチおよび北ソマリアでのプロジェクトは現在すべて継続予定で以下のような調整が進められている。

1. ジブチ難民キャンプでの医療活動

現在医師3名、看護婦3名、コーディネータ1名が活動。国境付近の4つのキャンプを定期的に巡回診療、同時に母子保健、衛生教育、現地医療従事者へのトレーニング・プログラム、かっけの疾病率の調査、水質検査等の調査研究活動を行なっている。これらの治療部門に加えて、今までフランスの国境なき医師団（MSF）が担当してきた予防部門もAMDAに担当してもらいたいとのジブチ国連難民高等弁務官事務所（UNHCR）よりの要請を受け、現在調整を進めている。

2. ダハナン産婦人科病院での医療活動

現在AMDAバングラディッシュからの医師が医療活動にあたっているが、現地医療従事者のトレーニングの必要性が高いため、来年度より本格的に長期的な再建プロジェクトを開始し産婦人科医、助産婦などを派遣する予定である。

3. ハルゲイサ中央病院再建プロジェクト

国連高等難民弁務官事務所より要請を受けて7月の後半より行なっていた再建プロジェクトはほぼ終了。今後もまだ改善が必要な給水排水設備の基礎工事を一部行ない、再建については12月で終了予定。現地医師・看護婦等のトレーニングに関しては、AMDAネパールからのDR. DeepakがUNICEFと共同で行なったトレーニング・プログラムで活躍、AMDA独自でハルゲイサ中央病院で行なっているトレーニングも来年3月まで延長して行なうよう調整中である。

以上、本プロジェクトも今第二段階を迎えようとしており、現地コーディネータ、本部事務局ともに具体的な調整に取り組んでいることをご報告したい。

必死の治療に、窮乏の壁

私はAMDAフジヤ医 難民キャンプで診療した 介したいと思ひます。師連絡協議会本部岡山市) 後、五月中旬からはソマリアから派遣され、ソマリアでア国内に常駐して協力活動アは約一年前からソマリア医療活動をしている者で、に当たっておりま。一時、ソンドとして独立を宣言し、四月中旬からソマリア 帰国を機会に、地元新潟の 独自の政権を持ちます(国の隣のスーダン共和国に入り、皆さんに私たちの活動を紹 際的な承認はまだですが、

ソマリア医療活動に参加して

体温計もない
首都の大病院

水や電気さえ
手術時くらい

長谷川 昭一



バングラデシュのジャンマー難民キャンプ、パキスタンを経て、93年5月から東アフリカのソマリアへ。



はせがわ・しょういちさん 1956年北海道生まれ。新大医学部卒。県内の病院勤務の後、92年4月から退職して海外医療活動に従事。

ソマリア難民キャンプで診療活動をするAMDA医師



ハルゲイサ中央病院で壁を修理する労働者たち



分は破壊されたままです。食料、衣類などの物資も窮乏しています。私たちは五月から医療チームを送り、首都ハルゲイサ(人口約三千万)にある中央病院の再建のため協力しています。病院はもと三三百床ありましたが、現

在は破壊などで使用できるのは約三百十床です。ここには、人材、薬や医療機器、水や電気などすべての面で不足しています。たとえ水は手術室、検

たか、略奪されてしまったのです。こうした状況で私たちは三つのプログラムを実施しています。まず第一は病院の建物自体の再建です。崩れた壁、穴の開いた天井があらうちに見られました。また夜間は一病棟に一つの白熱電灯といった状況でした。これらの整備が当面の目標です。現在常時一、三十人の労働者が働いています。

第二は必要な薬、医療機器の供給です。これだけ窮乏していると、外国からの支援はどうしても必要です。第三は病院スタッフ向けのトレーニングです。私たちはソマリア人医師と二結に入院患者を診ています。病状としてはマラリア、結核などの感染症がもっとも多く、薬不足などのため不幸な結果となってしまうことも珍しくありません。

一 緒に診療しながら主に診断と治療について意見を交換しています。また八月から医師対象の訓練を始めました。しばらくは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づ手に入らなかったといえます。お互い学び合うよう努めています。

さらに心電図、腹部超音波検査など医療機器に関するトレーニングも近日中に開始する予定です。そのほか看護婦や検査技師に対する指導も随時行っています。が、残念ながら人手不足が十分はいえませんが、

先日髄膜炎の患者さんが急変しました。欲しい薬がなく、できたばかりの薬をしましたが、結局亡くなってしまいました。家族の心配している様子、一生懸命介護している姿は、日本と全く変わりがありません。しかし彼らが受けることができない医療があまりに日本と異なること、今更ながら憐れかたげとせざるを得ませんでした。私たち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このことです。

活動の問い合わせなどはAMDA本部、電話0862(84)7730へ。

AMDA本部、電話0862(84)7730へ。

AMDA本部、電話0862(84)7730へ。

AMDA本部、電話0862(84)7730へ。

ジブチ難民医療活動報告

東京大学国際保健学専攻 竹本 啓一

前回に引続き再び、ジブチ共和国の難民キャンプを訪れた。今回は難民キャンプにおいて難民の衛生習慣の調査を行った。

<ジブチへの到着>

8月31日にジブチ空港に到着。今回はケニアにて他の難民キャンプを訪問していたので、ジブチへはナイロビからアジスアベバ（エチオピア）を経由して到着した。赤道直下にありながらナイロビは大変過ごしやすい気候。またアジスアベバも雨の降る寒いくらいの天気。ところが同じ東アフリカでありながら、ジブチはうって変わって猛暑である。首都のジブチでは日中気温が50度を越すこともあるという。

<キャンプでのAMDAの活動>

主に4つの分野に分かれる。

- 1) 難民の患者の診察
- 2) 母子保健
- 3) 難民テントの個別訪問
- 4) ヘルス・ワーカー（ナース、コミュニティー・ヘルス・ワーカーら）に対するトレーニング・コース

<難民キャンプの状況>

前回に引続き、前回との比較を含めながら、4つのキャンプについての報告をしたい。5月に訪問した時は難民キャンプでは清潔な水の不足、トイレの欠如、ゴミ処理システムの欠如等の問題点があった。今回もそれらが著しく向上したとはとても言えなかったが、いくつかのキャンプで改善が見られた。今回9月の訪問で最も健康面で問題が多いと思われたのはアウルアウサ・キャンプとアリアデ・キャンプで、ホルホル・キャンプとアサモ・キャンプは比較的状态は安定していた。個々のキャンプについて次に見てみる。

HOL-HOL （ホルホル・キャンプ）

人口は6,798人（8月現在）。難民の流入は前回の訪問時とくらべてほとんどない（5月は6,793人）。

ソマリアからの難民が多く、病気はマラリアが他のキャンプに比較して多い。ただし、マラリアがこのキャンプの全疾病に占める割合は6月には10.8%で貧



栄養失調児のための
給食センターで
働く女性たち
(アウルアウサで)



料理をする難民
(アウルアウサ)



洗濯をする難民
(アウルアウサ)

血について多かったが、徐々に減少し、8月現在では8.6%になっている。

井戸は3ヶ所あり、難民たちは各自でポリタンク等で井戸から水を汲み、住居まで運んでいる。

前回、診療所が少し離れたところにあり、患者が利用しにくいということを報告したが、現在は診療所は移動し、より難民が利用しやすくなったといえる。

ASSAMO (アサモ・キャンプ)

人口は5,378人(8月現在)。最近の新しい難民の流入はあまり無い。

前回の報告でエチオピアとソマリア両方からの難民が来ており、異なった区画に住んでいると書いたが、実際はほとんどがソマリアからの難民である。呼吸器系疾患の疾病全体に占める割合が顕著である(8月は23.5%)。

4つのセクションがあり、各セクション毎にゴミ用の穴が2つ、トイレが2つずつあるが、トイレの増設が進んでいるようである。

9月に嵐により被害を受け、難民の家や診療所に被害があった。

ALI-ADDE (アリアデ・キャンプ)

人口は11,079人(8月現在)。3月から4月にかけての難民の流入数は4つのキャンプ中、最も多かったが、キャンプの人口は5月の11,097人をピークとして減少に転じている。

難民はソマリア出身が多く、また呼吸器系疾患の患者が多かったが、8月には8.4%と大きく減少した。また今回はコレラの流行が問題となっていた。これは水が原因ではないかと考えられた。というのも川沿いのいくつかのセクションでは井戸の水ではなく、川の脇を掘るとわきでる水を飲んでおり、これらのセクションでコレラの発生が問題となっていたからである。

9月に嵐により被害を受けたため、難民たちは新しいテントやシートの供給を受けていた。

AOUR-AOUSSA (アウルアウサ・キャンプ)

人口は7,539人(8月現在)。

このキャンプの難民は全員エチオピアからの難民である。最初この点がわかりにくかった。というのも、このキャンプの住人の多くはソマリア系のため、ソマリアからの難民と勘違いしていたのである。しかし実際はソマリア系といっても、エチオピアのオガデン地方の出身だったのである。

健康上の主な問題は次の3点である。

- 1) 脚気 (ビタミンB1の欠乏)
- 2) 壊血病 (ビタミンAの欠乏)
- 3) 栄養失調

栄養上の問題点としてAセクション以外ではタンパク質が上手くとれていない

井戸（アリアデ）



救急車（アリアデ）

食料配給にならぶ難民
（アウルアウサ）



ということがある。というのもタンパク質を含む食物として豆類がくばられているのであるが、ソマリア系の難民は豆類からはタンパク質はとらない（遊牧民が多いためと思われる）ため彼らはタンパク質が不足しがちだからである。

アウルアウサは現地のスタッフも大変熱心で活動内容も充実していると思われるにもかかわらず、上記のような問題が他のキャンプよりも深刻である。これには次のような原因が考えられる。

- 1) 前回の報告でも述べたが、首都からの難民の移送により難民数が急増しているため、衛生環境等が悪化している。
- 2) ヘルス・ワーカーによれば、アウルアウサはエチオピアからの難民のため、ソマリア系の難民の多い他のキャンプに比べ、知り合い等の人のつながりが少なく、ジブチの地元からの援助も少ない。

アウルアウサは8つのセクションに分かれる（A, B, C, D, E, F, G, K）。Aセクションにはエチオピア人の中でもアムハラ系の人々が住んでいる。彼らは比較的教育水準が高く、またキャンプの滞在も2年以上に渡っており、比較的安定したコミュニティを形成しており、健康上の問題もあまり見られない。余談になるが、アムハラ系の人々は強い文化的アイデンティティを持っており、難民キャンプにおいてもそれを維持しているようである。彼らは独自の暦を持っており、たまたま私が滞在している時に新年を迎えた。AMD Aのスタッフも「お正月」に招待された。エチオピア・コーヒーやエチオピア料理等でもてなされ、独特のエチオピアン・ダンス（?）も披露され、楽しい一時であった。

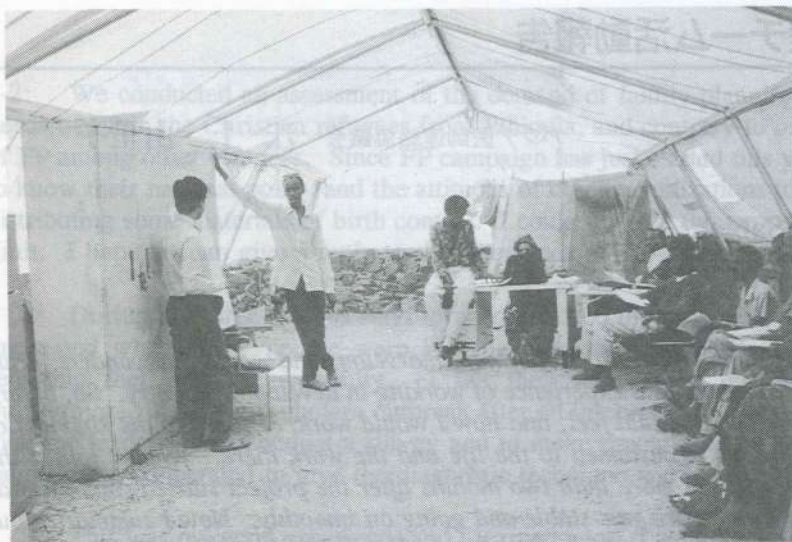
Aセクション以外はほとんどがソマリア系の難民である。彼らは（おそらく）全員がイスラム教徒であり、テントでコーランを読む子供もいた。

水の供給はパイプの設置が行われており、井戸まで汲みに行かなくてもより手に入りやすくなるようである。

ここも他の2キャンプ同様、9月末に嵐により被害を受け、難民のテント、MCH（母子保健センター）等が飛ばされたりした。

<キャンプでの調査>

今回、難民の衛生習慣を調べるためにアウルアウサ・キャンプにおいて質問票を用いて調査を行った。対象としたのは母親で、難民のテント回りをして保健活動を行っているコミュニティ・ヘルス・ワーカーらに難民の母親に直接、彼らの言葉で質問してもらった。なお、この調査の結果については、また稿を改めて、後ほど報告したいと思う。



トレーニングコースで
講義をするクンタル医師（ホルホル）



テントを巡回する
河田看護婦と河村看護婦
（アウルアウサ）



エチオピア難民の家で
コーヒーセレモニー
（アウルアウサ）

One summer in Ali Sabieh

Yuriko Egami

The days of my three months in Ali Sabieh were marvelous and wonderful wonders. This was my first visit to Africa and my first experience of working in developing country. So, before going, I could not imagine how I would feel, and how I would work. Thanks to the kindness of all the staffs there, I could get accustomed to the life and the work there. When I joined the project at the end of June, it was more than two months after the project started, our life was almost settled down, and every work was stable and going on smoothly. Now I summarize our work during my stay.

According to the statement of the activity plan of Somalian Refugee Relief Committee, the points are as written below:

1. Patients consultation by rotation.
2. Supplementary feeding.
3. Hygiene campaign.
4. Education of the local health staffs.
5. Hygiene education.
6. etc.

MSF was responsible for supplementary feeding(2) and water sanitation(3). The contents of our activities were:

1. Patients consultation.
4. Education of the local health staffs.
5. Hygiene education (especially for mothers of malnourished children).
6. etc.

For 1 and 4, many of the local health staffs are sincere and enthusiastic for learning. Many audience are coming for our training program, and they requested some topics for next lecture. So, we will plan to conduct next training program.

I would like to mention other activities we have done(6).

6-1: We wrote a report of beriberi (Vitamin B₁ (Thiamine) deficiency), which had been becoming epidemic from this July. We submitted our report to MOH and other international organizations such as WHO, WFP, UNICEF, and UNHCR. What we did not expect and what we were happy was that some of the organizations responded to our report. HCR and WFP had a meeting and they are planning to provide Thiamine-rich food. What to provide and how to distribute is now on discussion. We found that after the supply of Vitamin B₁ tablets (by AMDA), the number of patients visiting dispensaries is stable, not increasing. The supply of Thiamine-rich food is expected to serve as both preventive and therapeutic, and I hope we will continue the survey of beriberi. We will be happy if our alarm will bring some effect on the decrease of beriberi in the refugees. It is important for us, a responsible NGO, to grasp the change of their health situation time to time and to try to take measures to improve their health.

6-2: We conducted an assessment of the demand of family planning (FP). We found much needs of FP in the Christian refugees from Ethiopia, and contrary to our expect, some interests of FP among other refugees. Since FP campaign has just started this year in Djibouti, we need to know their national policy and the attitudes of other organizations towards FP campaign and distributing some materials of birth control. I could not join this procedure because of my time limit. I hope we can give a reply to their demands of FP according to their choice.

During my three-months stay, tornado attacked the refugee camps several times. I was impressed when I saw people were keeping their daily life just after the hazard and were repairing their tents uneventfully. I felt they were more resistant to hazards than us. Furthermore, there was a cholera outbreak after an interval of 17 years. Concerning this, MSF took the leadership to conduct a survey and to make preparation of leaping cholera to refugee camps. We cooperated to give the diagnostic technique and to treat the patients.

This was my good experience and I learned a lot. I would like to utilize these experience to the next step. I think it is important for AMDA to accumulate our experiences and some reviews as a property of AMDA, to apply to our coming projects.

'The Heat and Dust', which is the title of a famous movie, is also applicable for the refugee camp in summer. I passed through one summer in 'the heat and dust'. Being out of Africa, the scene of the refugee camps and the dessert (Grand Bara, where we sometimes went to have some time) is coming into my mind even now. In future, after several years, I will recall these wonderful days in Ali Sabieh, as 'once upon a time in Ali Sabieh'. I feel, still people are calling us from Africa.



中央が江上医師、ジブチ市内で協力機関との懇話会にてAMDAスタッフと

* ユニセフからの感謝状 *



United Nations Children's Fund
Fonds des Nations Unies pour l'enfance
Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

Dr. Deepak Aryal
AMDA
Hargeisa

DATE: 29 September 1993
REF: SOM/HAR/93/487
DRAFTED: VO/zy1
FILE: PR 301

Dear Dr. Deepak

We would like to thank you for your dedicated participation as a trainer in the course on basic laboratory skills held in Hargeisa from 24th to 28th September.

We look forward to future collaboration with you and other colleagues of your Organization.

With a lot of appreciation.

Yours sincerely,

Dr. Vincenzo Oddo
Health and Nutrition Unit
UNICEF Hargeisa

cc: RPO

UNICEF

Orientation Training on SSImple. Common Lab Tests for MCH Staff

Objectives:- To assess present basic skills of MCH staff.

- To train 6 MCH staff in basic Laboratory skills to be used in the centers.

- To develop a job description for lab technician of MCH.

Activities: - To identify and select 6 laboratory technicians from the MCH staff, mainly the assistant laboratory technicians in each MCH centre in Hargeisa district.

- To provide financial support for the training.

- Provide laboratory basic kit for the training.

Duration: - Four days, starting from 25th September 1993 to 29th September 1993.

Venue: - Hargeisa Health Training Centre (morning sessions) and Hargeisa Hospital

Lab. For afternoon practical sessions.

Topics: - 1. Stool Examination

2. Urine Examination

3. Blood

a. Hemoglobin

b. ESR

c. WBC

d. Malaria

■ソマリア救援チーム活動報告

アジア医師連絡協議会 永野章子

私がキャンプに行った時に、いつもいるのは栄養失調児センターのテントです。栄養失調児の中で特に弱い子や小さな子を小さなテントに集めて診療しています。今回はその子供達を紹介したいと思います。

アブドラヒは2才になる男の子ですが、体重が6kgしかありません。それでも、この1ヵ月で状態は良くなり5kgから6kgまで増えました。栄養失調児センターに入ってから5ヵ月近くたちますが、いつまでたっても出られないので、すっかりおなじみになってしまいました。初めの頃は下痢を繰り返し、下痢が治ったと思ったら、嘔吐を繰り返していたので、全然体重が増えませんでした。その頃は、母親も病気だった為に、お姉ちゃんが連れてきていたので、世話もどのくらいされているのか分からない状態でした。その時お母さんは「薬をいくら使っても、アブドラヒは良くなりません。あとは神に祈るだけだ。」と言っていました。最近はお母さんも元気になり、アブドラヒも調子が良くなって、下痢も止まり、嘔吐も殆どおさまって、食べられ、笑顔も見られるようになってきました。今は歩けませんが、支えられれば歩こうとしています。

ニフラは1才になる女の子です。2ヵ月程前に呼吸器感染症に脱水を伴って重症になりました。抗生剤を使ってもなかなか良くなりず、脱水を補正しながら、どこまで頑張れるかという感じでした。行く度に点滴をしていましたが、そのうちにお母さんが、点滴は嫌だと言いました。子供に点滴をすると言うと、たいていのお母さんは拒否反応を示します。私が説明をして納得したり、周りのお母さん達にアドバイスされて納得すれば、点滴を受けますが、無理やりしてしまうと、次から来ない可能性があります。そうしているうちに子供の状態が悪くなってしまうこともあります。ニフラの場合は、点滴をしたから大丈夫とも、しなくても大丈夫とも言えない状態でした。お母さんが「口から頑張って飲ませる。」と言って帰っていきましたが、心配でたまりませんでした。その次来たときは、少し良くなっていました。2週間程心配な状態が続きましたが、だんだんと回復していききました。その時は、座る力もなくぐったりと抱かれているだけでしたが、そのうち座れるようになり、自分の手でご飯を食べるようになりました。今ではニコニコと笑い、言うこともでき、もうじき歩けるかなという感じです。体重も順調に増えています。

サーラは、2ヵ月程前に、お母さんが「センターに入れてほしい。」と連れてきた子です。7ヵ月ですが3.7kgしかなく、典型的な栄養失調児です。その時のスタッフの話では、この子は難民ではなくキャンプの近くに住んでいる子だということです。お母さんも毎日連れて来れるか分からないと言っていました。お姉ちゃんが毎日連れてくるということで、センターに入りました。よく聞く話ですが、難民キャンプに国民も来てしまうことがあるようで、食物を配給するときに一番難民の数が多いともいわれています。サーラは今お姉ちゃんに連れられて毎日来ていますが、お母さんの姿は殆ど見ません。私はサーラは難民だと思うのですが、本当のところは分かりません。今は基本的には元気で体重も増えてい

ますが、時々熱を出したり、咳が出ることがあります。その時に、ちょっとした薬を出したいと思っても、10才のお姉ちゃん薬がちゃんと飲ませられるか不安で躊躇します。間違っ
て多く飲ませてしまうなら薬を出さないほうがいい場合も時々あるのです。

ムスタフェは2才の男の子ですが、栄養失調によるものなのか原因は分かりませんがまだ歩きません。ただ元気は一杯で、よく笑いよく泣きます。ムスタフェのお母さんはとても優しく、穏やかな人で、私はこの人からいろいろな事を教わりました。子供が病気になった時どうするのか、と私が質問した時も、自分達が持っている生活に根付いた知識をいろいろと説明してくれました。子供が貧血なのですが、キャンプでは人参や野菜が手に入らないから貧血になるのだと言っていました。また、熱が出た時は、水で体を冷やすというのはコーランにも書いてあるとも教えてくれました。

以前私の中には偏見があって、難民というと健康について何も知らなかのように思っていました、大きな間違いでした。その人達にはその人達の今までの生活があって、今、難民とよばれる状態になっているだけなのです。以前その人達が暮らしていた豊かな土地では、例えクリニックがなくても子供達は貧血にも栄養失調にもなりません。しかし、今の難民キャンプでは、クリニックがあってスタッフがいても限界があります。例えば栄養失調で病気がちの子供にいくら薬を処方しても治りません。それは大人にも同様なことが言えます。病気が治るためには、栄養のある果物や野菜が必要なのです。

そんな事とかを考えながらキャンプへ行ったりしていますが、状況がいくら変わろうともやっぱり子供は子供です。今日もニコニコと笑顔でセンターへやってきています。



キャンプで子供の診察にあたる
永野看護婦



診療にきた人々

ソマリア救援チーム活動報告

PROGRESS REPORT OF THE 'RHC'
AUGUST 1993

OUT PATIENTS

Total no. of OPD attendance 514 Male - 287

Female - 227

Local patient 397 Male - 213

Female - 184

Refugees (referred from SCF camps) 117 Male - 74

Female - 43

Disease pattern	Local	Refugee	Total
Respiratry diseases	60	16	76
Gastro- intestinal ,,	46	15	61
Cardiovascular ,,	21	7	28
Genito-urinary ,,	19	3	22
Gynae/Obstetrical ,,	18	6	24
Orthopaedics ,,	31	14	45
END ,,	13	5	18
Eye ,,	5	2	7
Skin ,,	34	7	41
Psychiatric ,,	12	4	16
Lymphatic ,,	26	1	27
Endocrine ,,	11	0	11
CNS/Peripheral nerve involvement	20	5	25
Pulmonary Tuberculosis	14	7	21
Malaria	26	1	27
Worm infestation	11	7	18
STD	2	1	3
Others	42	9	51
	397	117	514

AGE WISE DISTRIBUTION

0 - 1	26
2 - 5	52

6 - 15	94
16 - 45	268
above 45	<u>74</u>
	514

PATIENTS ATTENDED EMERGENCY OF THE RHC

Total numbers of patient	122
Local patients	98
Refugees	24
Sex wise distribution	
Male	57
Female	65
Age wise distribution	
0 - 1	9
2 - 5	16
6 - 15	19
16-45	62
above 45	<u>16</u>
	122

Disease pattern

Diarrhoea and Vomiting	23
Acute abdomen	13
Fractures	12
High fever	12
PV bleeding	11
Chest infection	10
Cut injuries	10
Pulmonary Tuberculosis	5
UTI	4
Psychiatric problems	4
Neurological "	4
Foreign body nose	2
Pregnancy in labour	4
Severe hypertension	2

Severe malnutrition	1
Hepatitis	2
Drug reaction	1
Others	3
	<u>3</u>
Total	122

PATIENTS ATTENDED EMERGENCY OF THE RHC

IN-PATIENT ADMISSION

Total number of admission	33
Local patients	30
Refugees	3
Male patients	18
Female "	15
Sex wise distribution of admission	
Respiratory	7
Gastro-Intestinal	5
Cardiovascular	8
Genito-Urinary	5
Gynaecological	10
Orthopaedics	5
END	33
Eye	7
Skin	4
<u>Disease pattern</u>	
Chest infection	7
Multiple pyemic abscess with impending septicaemia	6
Enteric fever	4
PV bleeding	3
RHD with CCF	2
Appendicular lump	2
Fracture femur	1
TB Meningitis	1
Pul. Kochs	1
Tetanus	1
Post OP admission	2
Acute renal failure	1
Malaria	1
Paraplegia	1
	<u>33</u>

OPERATIONS PERFORMED IN THE CENTRE

民 衆 間	Total no. operations	25
	Local patients	19
	Refugees	6
	Sex wise Male	16
	Female	9
	Age wise distribution	
	0 - 1	1
	2 - 5	3
	6 - 15	7
	16 - 45	11
	above 45	3
	Types of operation	
	Incision and drainage	5
	Cyst/mass excision	10
	Eversion of sac (hydrocele)	2
	Hernia repair	1
	Evacuation and currattage	2
	MDA and mental dilatation	2
	Burn contracure release	1
	Release of tongue tie	1
	Mastectomy	1
		25

カンボジア便り

アジア医師連絡協議会 岩 間 邦 男

UNTACの選挙部門での1年間の任務を終え、6月19日にプノンペンを発ってちょうど1ヵ月後の8月19日、今度はAMDAAのフィールドコーディネーターとして熊沢さん（フィールドダイレクター）の補佐と精神医療プロジェクトを担当するため、再びカンボジアに出戻ってきました。

相変わらず道路の上にはバイク、自転車、人、シクロ、馬車、エンジンむきだしのトラック、右ハンドル車、左ハンドル車がゆっくりと無秩序に混ざり合っています。しかし何といっても「UN」の大きなマークの入った車が道路から大挙していなくなっただけで、国連の占領地だったような以前の状態からカンボジア人の国に戻ったという印象を与えられて、随分ほっとした気持ちになりました。

UNTAC時代の1年間は、食べ物はやたらまずい、虫はやたら多い、人々はやたら大人しい、カンボジア語はやたら難しいという印象ばかりが強かったのですが、今回は心してカンボジア料理を食べることとカンボジア語をしっかりと勉強する事を肝に銘じておりました。しかし幸か不幸か、1年と2ヵ月前、カンボジア料理は素晴らしくおいしさに違いないと思っていた時と違い、一端幻滅を打ち砕かれて何の期待も抱いていない今では、以前は食べられなかったカンボジア料理もすんなり口に入って、当初の主要目的の一つであったダイエットが実現困難という状況に直面しています。

そんなことはどうでもいいとして、最近のカンボジアに関する大きな動きを一つ紹介したいと思います。

9月8～9日とパリでICORC（カンボジア復興閣僚会議）が開催され、今後カンボジア復興のために関係各国がどう援助して行くかが話し合われました。その動きに対応して日本でもカンボジア市民フォーラムが設立され、カンボジアへの援助を政府まかせにするのではなく、NGOや専門領域を持つ学者を中心とした市民の側からもカンボジアへの復興援助のあり方について積極的に提言を行っていくという動きがあります。これに呼応していくためにカンボジアでも日本のNGOのスタッフが集まり、カンボジアの現場でカンボジア人と一緒に働く事を通して得られる経験やカンボジアで今実際に問題になっていること等を如何に日本側に伝えていくかが話し合われています。

PKOが終了し、日本の一般市民のカンボジアへの注目度もこれからガクッと減っていくでしょうが、しかしPKOは実際には選挙を行うためだけにあったもので、カンボジア人による平和に向けた本当の復興活動は、今まさに、NGOの微々たる、そしてささやかな協力と共に動き出しているところです。

今後カンボジア人が直面していくであろう新しい状況や、そこから抱える問題を日本人達に知ってもらうためにも、カンボジアに関わるNGOが協力して、声を大にしていく事が必要だと思われます。

●カンボジア救援医療プロジェクト活動報告

AMDA Cambodia Dr. Chantha

Phnom Srouch District hospital est un hopital de la province de Kampong Speu dont je travaille depuis le mois d'Avril 1993 das l'organisation AMDA. Dans ces quelques mois d'expériences je me suis orientee vers la gynécologie et l'obstétrique.

Selon les femmes qui viennent pour la consultation j'ai trouvé que 60 à 70% d'elles sont atteintes de leucorrhée.

La plupart des leucorrhées sont causées par les cervieites, endometrites, annexites mais surtout par l'hygiene de l'eau et l'hygiene corporelle. Les diagnostics sont parfois difficile car notre laboratoire ne peut faire les frottis vaginaux et pour differencier les types de leucorrhée je m'oriente en questionnant les malades sur l'aspect de leur glaire par contre la plus grade partie des réponses sont vagues car la plupart des patientes ont tres honte et ne nous laissent meme pas faire l'examen clinique (c'est le plus grand probleme du coutume Cambodgien)

Mais j'espere que dans le futur, des que notre laboratoire sera pleu developpé, nous aurons de meilleur diagnostic et un travail plus discret.

ブノムスロイ郡病院はコンボンスプー県の病院で、私は93年4月よりAMDAの一員として婦人科、産婦人科を担当しています。

診察に来る女性の60～70%はこしけになっています。その大部分は子宮 管炎、子宮内膜炎、子宮付属器炎によっておこりますが、特に水の衛生や体の衛生によってもおこります。現在、診療所では 塗抹標本も作れないし、分泌物の様相について患者に尋ねてこしけの種類を分別することができません。大部分の患者はたいへん恥ずかしがり屋で、答えも曖昧なため診察もできないことがあります。(カンボジアの週間の最大の問題点です。)

将来もっと診療所が発展すれば、よりよい診療ができ着実に仕事ができるでしょう。

31-40	0.12	0.4	0.03	0.8	0.8
41-50	0.12	0.4	0.03	0.8	0.8
51-60	0.12	0.4	0.03	0.8	0.8
61-70	0.12	0.4	0.03	0.8	0.8
71-80	0.12	0.4	0.03	0.8	0.8
81-90	0.12	0.4	0.03	0.8	0.8
91-100	0.12	0.4	0.03	0.8	0.8

●カンボジア救援医療プロジェクト活動報告

AMDA プノムスロイ郡病院の患者統計 (1993年3月～6月)

AMDAカンボジア支部
(黒田チャンソピア訳)

<外来患者の動向>

プノムスロイ郡は1993年2月頃からポル・ポト派の軍事活動が活発となり、その影響で病院での医療活動は制約を受けた。例えば、病院周辺の夜間の治安が悪化したため、入院患者は30km離れたコンボンスプー州立病院へ全員転院とし、外来治療のみを行なった。また巡回診療は比較的危険の少ない国道4号線沿いのみで行った。総選挙の実施された5月末の約10日間は活動を中断した。従って、3月から5月末までの総患者数はそれ以前と比べて減少した。

マラリア患者数と全外来患者数との割合

月別	マラリア患者数	総外来患者数	割合 (%)
3月	129	694	18.6
4月	78	551	14.2
5月	118	710	16.6
6月	184	1,090	16.9

<疾患別患者の動向>

乾期に入り、マラリア患者の数は雨期に比べて減少した。それとは逆に、呼吸器感染症の患者が大幅に増加した。尿路感染症と下痢症は雨期と乾期に係わらず多かった。5月より降雨量が多くなり、再びマラリアの患者数が増加した。デング熱の患者も見られ始めた。マラリア患者は乾期には5歳以下の子供に多く、雨期の6月に入ると20歳台にピークが移る。この期間は治安の悪化のため、病院から離れた山間部の住民は殆ど受診出来なかった。郡全体ではもっと多くの若年住民が罹患したと思われる。今年はいンドシナ半島全体でデング熱の大流行が予想されている。7月からは多数の幼児にデング出血熱発生の恐れがある。

マラリア患者の性比率

月別	男性患者数 (%)		女性患者数 (%)		♂/♀比
3月	89	(69.0)	40	(31.0)	2.23
4月	44	(56.4)	34	(43.6)	1.29
5月	72	(61.0)	45	(57.7)	1.6
6月	116	(63.1)	67	(36.4)	1.73

マラリア患者の年齢構成 (3月)

年齢層	患者数 (%)	
～1	*****--	28 (21.7)
1～5	*****--	40 (31.0)
6～10	****	12 (9.3)
11～20	**--	7 (5.4)
21～30	*****--	16 (12.4)
31～40	*****	15 (11.6)
41～50	***	9 (7.0)
51～	+	2 (1.6)

マラリア患者の年齢構成 (4月)

年齢層	患者数 (%)	
～1	*+	5 (6.5)
1～5	***--	10 (12.8)
6～10	**--	7 (9.0)
11～20	***--	10 (12.9)
21～30	*****+	20 (25.7)
31～40	*****--	16 (20.1)
41～50	**+	8 (10.3)
51～	+	2 (2.6)

マラリア患者の年齢構成 (5月)

年齢層	患者数 (%)	
～1	*--	4 (3.4)
1～5	*****--	25 (21.2)
6～10	*****	18 (15.2)
11～20	*****	18 (15.2)
21～30	*****+	23 (19.5)
31～40	*****	18 (15.2)
41～50	**	6 (5.1)
51～	**	6 (5.1)

マラリア患者の年令構成（6月）

年令層	患者数（%）	
～1	*****+	23 (12.5)
1～5	*****	33 (17.9)
6～10	*****+	26 (14.1)
11～20	*****	21 (11.4)
21～30	*****	49 (26.7)
31～40	*****	21 (11.4)
41～50	**	7 (3.8)
51～	*-	4 (2.2)

＜マラリア患者の地域別分布＞

乾期には平野部のマラリア流行サイクルが比較的活発になることが言えるが、それ以上に治安上の制約で病院近辺の住民しか安全に来院出来なかったため、キリウォン、オウ、タンシア、モハシヤンの4地区からの患者が多くなった。

上記地区には同時に集中して蚊帳を三千帳以上配布したので、以後マラリアやデング熱の感染の危険が多少減少すると期待される。

雨期の間は山間部への巡回が困難となるため、これらの地域への保健医療サービス計画は今年末から来年頭の雨期明けに向け、新たに立てる必要がある。

総選挙後は郡内の治安が急速に改善しているのは幸いである。

マラリア患者の地域別分布

地区	1993年 3月	4月	5月	6月
Kirivon	14	18	18	40
Ohu	32	18	25	59
Tang Sya	31	18	28	30
Moharussey	21	11	21	30
Prey Rundol	6	5	12	11
Dambok Reung	5	1	1	-
Taing Samrong	-	-	-	3
Kraing Devay	-	-	-	-
Prey Khmeng	1	2	-	1
Traing Trayeng	9	5	10	8
Chambok	1	-	-	-
Cho-am-sangke	2	-	1	1
Others	7	-	2	1

ELECTORAL ACTIVITY ZONES
PHNOM SROUCH.

PHNOM SROUCH.

SROK SAMRONG TONG

SROK SAMRONG TONG

SROK ORAL

KHET KOH KONG

**SROK
PHNOM SRUOCH**
(KHET KAMPONG SPEU)

КНИЖЕТ КАМРОТ

SROK BASET

+ AMDA PhnomSreth Hospital

NO GO ZONE. NO ELECTORAL ACTIVITY
THREE POLLING STATIONS ABOLISHED.
AFFECTED APPROX 3000 VOTERS.

HIGH RISK. NO ELECTORAL

ACTIVITY WITHOUT ARMED ESCORT.

LOW RISK.

LEGEND

1

11

1

100

3

1

1

1

CARTOGRAPHIC UNIT
ELECTRONAL COMPONENT

●カンボジア救援医療プロジェクト活動報告

AMDA Cambodia Dr. Sar. Borann

Clinical Assessment of Neuro-muscular and Joint Diseases at. Phnom Srouch District Hospital, AMDA Cambodia

Phnom Srouch District Hospital in Kg. Speu Province lies 70 km southwest of Penh. The population of this district is approximately 43,000 and includes returnees from the Thai-Cambodian border as well as "displaced persons" who have had to move from more dangerous regions.

Phnom Srouch is one of the poorest and least serviced areas in the country. The population includes woodcutters, charcoal makers, stone breakers sugar palm workers and rice farmers. These people are very hard workers. Their literacy level is extremely low. Very often they rely on. Locally sold "medications" to alleviate the everyday aches and pains generated from their labours. Unfortunately a high percentage of these are steroid based, the chronic use of which inevitably leads to physiological problems such as gastrointestinal haemorrhage, fluid retention, skin thinning, hypertension etc. Well recognized now is the enormous problem of immunosuppression (such as generated by steroid use) and latent tuberculosis [TB]. The percapita incidence of TB in Cambodia is one of the highest in the world and one reason for this may well be the excessive steroid (ab)use.

30-130 out-patients visit the hospital everyday and from these, 5% are admitted. 40% of diagnoses are Malaria (diagnosed clinically or by laboratory). Other diseases include respiratory tract infections, Tuberculosis, urogenital tract infections, gastrointestinal problems as well as neuromuscular and joint diseases (neurasthenia, parasthesia, dystonia, migraine, arthralgia, lumbago paraplegia etc.)

During the three months--June, July, August 1993, 3504 patients visited the hospital which included 293 neuro-muscular and joint diseases. [8.4%]

The available treatment at Phnom Srouch Hospital for neuro-muscular and joint diseases is unsophisticated. It includes analgesics, anti-inflammatory and vitamin treatments. These are often found to be inadequate.

Acupuncture represents one specialized form of treatment which is particularly successful. Originating in the East, the techniques have rapidly spread around the world including to Europe and N.America. Around two years ago the techniques were (re)introduced to Phnom Penh and there are currently four private clinics and one Government facility functioning in the city.

AMDA Cambodia in conjunction with the Phnom Srouch District Hospital is very keen to introduce the technique to the Phnom Srouch District at the earliest opportunity.

Neuro-muscular and Joint Disease Statistics. [1993]

Disease	June	July	August
Neurasthenia	22	27	21
Parasthenia	20	16	11
Dystonia	20	13	20
Migraine	25	19	23
Arthralgia	13	8	10
Lumbago	7	9	8
Paraplegia	0	0	1
Totals	107	92	94
Total - All NM & J Diseases 293			
Monthly % with NM&J Dis	9.9%	7.1%	8.5%
Tot.(all) patients in month	1086	1302	1116
Total % with NM & J Disease 8.4%			
(Total no.(all) patients 3504)			
June, July, August 1993			

STATISTIC REPORT PHNOM SROUCH DISTRICT HOSPITAL 10 JULY - 10 AUGUST

nb. Children=Ages 1yr>15yr General: Consultations: 1270
 Babies =Ages 1mo> 1yr Patients: 1070
 cases

Mararia: 410(adults), 150(children)

Gynaecological: 150

Gen.medicine: 550

Dengue H.F: 10(children)

P.M.I:

Ante-natal examinations: 46

Gynaecological examinations: 127

Deliveries: 0

Abortions: 7

VACCINATION:

B.C.G.: 46

Measles: 43

Polio: 1st: 46

2nd: 72

3rd: 33

P.D.T(Whooping cough,Diphtheris,Tetanus)

1st: 46

2nd: 72

3rd: 33

Tetanus(to pregnant mothers or women of child bearing age):

1st: 46

2nd: 72

3rd: 31

LAVARATORY:

Mararia smears total: 264 +ve: 150(0 vivax)

T.B smears (new patients): 19 +ve: 3

Patients on treatment: 28

IN-PATIENTS:

Admissions: 46
Home: 37
Died: 1
Transferred: 5
Remaining: 6

Note: Paediatric/Acute Ward not yet open.

COMMENTS:

Hospital in process of expanding into new building

STATISTICS REPOPRT PHNOM SROUCH DISTRICT HOSPITAL

10 AUGUST - 10 SEPTEMBER 1993

nb. Children = Ages 1yr>15yr

Babies = Ages 1mo> 1yr

GENERAL:

Consultations: 1229

Adults: 764	Females: 430	Males: 344
Children: 296	Females: 174	Males: 122
Babies: 149	Females: 94	Males: 55

Patients: 1079

	adults	children	babies
Malaria:	231	98	35
Gynaecological:	103		
Gen. medicine:	450	163	99
Diarrhoea:		35	15

P.M.I:

Ante-natal examinations:

1st visit: 42
2nd visit: 8
3rd visit: 3

Gynaecological examinations: 103

Deliveries: 0

VACCINATION:

B.C.B.: 142

Measles: 106

Polio: 1st: 140

2nd: 121

3rd: 34

P.D.T. (Whooping cough, Diphtheria, Tetanus)

1st: 149

2nd: 121

3rd: 74

Tetanus (to pregnant mothers or women of child bearing age):

1st: 129

2nd: 106

3rd: 30

LABORATORY:

Malaria smears (new patients): 18 +ve: 10

-ve: 8

'Controls' (is checks of patients on therapy). 14 (all -ve)

Total TB smears (control+repeats [×3 per person]+new pts): 59

TB patients finishing course: 1
 Patients from last month: 36
 New patients: 10

IN-PATIENTS:

	Adult ward:...	Children & Severe
Admissions:	36	23
Home:	25	0
Died:	0	3
Transferred:	5	3
Self discharge:	0	1
Remaining:	6	2

COMMENTS:

Mararia: Currently the 'wet' season - high mararia transmission expected, although area es holoendemic.
 PMI. Ante-natal 3rd visits need more encouragement
 Delivery situation poor. Need more education + incentives (baby clothing donations) to put over the idea of hospital deliveries. PMI should be the next area to concentrate on.
 Vaccination: 3rd vaccination (ie course finishers) figures need improving. Again, consider small incentives (? candies, star-cards etc.)

●カンボジア救援医療プロジェクト活動報告

カンボジア医療視察報告書

神戸市立中央市民病院 産婦人科 川 島 正 久
神戸市立中央市民病院 形成外科 森 本 尚 樹
東京都立川市立川相互病院 看護婦 福 士 千代子

期間：1993年9月15日～23日

日程：15日大阪（成田）発～バンコク

16日バンコク～プノンペン

17日プノンペン

20日プノンペン（Dr. 森本帰国）

21日 （福士氏帰国）

22日（川島帰国）

空港にて集合

AMDA事務所にてorientation

AMDAの活動見学

日本赤十字訪問

AMDAの活動見学

■川島正久——

プノンペンではウォンウォンと蜂の群れを思わせるモーターバイクの往来の激しさに、5月にやってきたときは驚いたものだったが、今回私の印象ではさらにその数は増したようだ。

気温は高くなくしのぎやすかった。5月に来た時は暑かったが、今回病院に滞在している間は牧歌的な風景として楽しむことができた。濃い緑色におおわれたブッシュの影で牛がゆっくり草を食べていた。雨期で雨も多かった。さっきまで晴れた空が広がっていたかと思うと突然、激しくたたきつけるような雨がやってくる。ずぶぬれになっても冷たくはない。

約五ヵ月ぶりで再びこの病院を訪ねた。以前見たのと比べてずっと立派になっていた。具体的に箇条書きにしてみる。

スタッフのトレーニングができていること。

患者の受け入れから薬の処方まで現地のスタッフの活躍ぶりが目立ったこと。

ゴミの焼却炉ができた事。入院患者が入るようになり夜勤の看護婦がいるとのこと。

病院の壁が白ペンキで塗られたこと。門と柵ができた事。

この病院の電源として太陽発電システムができた事。

トイレが作られたこと。

Doctor's officeに日本画がかかっていたこと。

「Malaria again!」

Dr. マーディは私を見て苦笑する。この日はマラリアの患者がひっきりなしマーディのもとへやってきていた。

マラリアの患者は多い。マーディは入ってくる患者の顔を見るなり、「この人はマラリアだ」とずばり言いあてる。彼によれば、日焼けした顔は屋外で働いているということの意味する。この地方では樵が多い。そして、こめかみに膏薬を貼っているのは頭痛があったときに行なうここの人の俗習なのだそう。そうして寒そうに身震いしているのは熱のせ

いだ。屋外労働者で病院へこなければならぬほどの頭痛、発熱があれば70%以上の確率でマラリアと言える。

検査、治療とも不十分なこの病院で、もし何か購入できるとしたら何が良いだろうか考えてみた。

舌圧子：

ここのドクターたちは一日一本、木製の舌圧子を使う。白苔がべとべとについた子供の喉を調べるのに使ったあと、マキロンでシュッシュと吹き掛けるだけで、次にきた子供にも同じ舌圧子を使っている。医原性の感染が起こりはしないかと気になった。

23Gの点滴針：

子供の感染症は多い。発熱に伴って起こるのが脱水だ。この脱水にたいして点滴による補液が必要だ。子供にも用途の広い23G位の点滴針が沢山あるといいかも知れない。

ディスプレイザブルのラテックスグローブ：

外傷もここでは多いものの一つだが清潔な環境で処置をするためにも、清潔な手袋が欲しい。

医療資源の限られたこのような途上国で活動をする場合、越えてはいけぬ医療のレベルというものが確かに存在する。何がこの国にとって必要で何がそうでないのかをしっかりと見極める目が、日本から出て途上国で活動しようとする人には必要だろう。



日本から持ってきたパソコン、薬品の贈呈式（？）

左より熊沢さん、ウィリアム医師、岩間さん、森本医師、福士看護婦

■福士千代子

この6日間、いろいろな人達に出会い、いろいろな事がみえて、いろいろな物を食べて、すべてに感動しました。特に人の心に感動しました。

HOTEL や RESTAURANT でも一生懸命もてなしてくれ、ヨーロッパや日本でもてなしとは違った、あたたかさを感じました。それから、子供達の表情が良かったと思います。アンコールワットでお土産を売る子、川べりで、お金 or 食べ物を欲しがると、食事の時に本を売りにきた子 etc. 貧しいのですが、明るい(?) 表情をよくしていました。うまく書けませんが……

◀病院見学について▶

マラリアで入院した男の人がベッドに横たわり、その横に家族が2人(妻 or 母、娘)心配そうに患者さんを見ていました。Dr. が訪室した時に、患者さんの家族がみせた表情を見た時に、なぜか涙が出てきました。

その家族がお昼にご飯を作っていて、座ってみていたら、いろいろ話しかけてくるのですがわからない。男の子がお水を汲みに行くようで、大きなおなべをかかえて歩きだしたら、よそのおばさんが自分の子供に手伝え…というような事を言い、男の子の後ろに女の子が続き、その後に続き歩いて行くと、井戸から水をくんで運ぶところでした。手伝わたら、女の子のお母さんがゆで卵をくれようとしてしました。おしのように頭を横に振る自分でした。言葉が話せたら、よかったな…と思いました。

その後、女の子(交通事故)の縫合が終り、泣いていたので、抱いてあげよう(家族が居たら家族に…と思い見回しても誰もいなかった)と思いながら手をだすと、だきついて来た時は嬉しかったです。

いつまでも泣きやまず、泣いていて、涙で血のついた顔が洗われ、Tシャツの肩の部分がタオルになったりしましたが、平気でした。卵をくれようとしたおばさんが、子供に”血がつくよ”というような事を話したようで、時々気にしていましたが、”平気、平気”と、まわりの人達も”だいじょうぶ、だいじょうぶ”と、女の子に声をかけてくれていたように勝手に思っています。

そして、その子の泣き声が弱くなり、眠った時は、よかった…と思いました。

それから予防接種の時も、終わった時に「お腹はすいてないか、食べていきなさい」というような事を話してくれ、これも嬉しかったです。

何ができるかわかりませんが、何かできる事があれば是非参加したいと思っています。

その前に、英語の勉強をしようと思っています。東京に帰ったら、さっそく。

■森本尚樹

1993.9.16 ~ 9.20 まで、カンボジアAMAD事務所及びプロムスロイ郡立病院を見学させていただきました。

ちょうど、交通事故で、前額部及び下腿の裂傷の患者さんが来て縫合してきたので、気付いたことを書きます。

せっかく針付きナイロン糸があるのに、滅菌手袋がなく、素手で縫ってしまい、消毒薬もアルコール程度しかなかったこと。せめてイソジンでも十分にあればと思いましたが。minor surgery なんて、どこでも簡単にできると思っていました、清潔操作一つとっても、金と物が必要だということを実感しました。

当然、抗生剤の予防投与など無理な話しでしたが。全体的な感想としては、予想していたより地域にとけこみ、現地人スタッフも多く、薬も一応揃っていましたが、その他の(糸、針、耳鏡、etc)検査薬品(尿検査のテープ etc)欲を言えば、X線もあればいいのと思いました。

最後になりましたが、AMDAの熊沢さん、岩間さん、それに Dr. William、カンボジア滞在中、本当にお世話になりました。今度来る時は、色々役に立つものを持ってこようと思っています。



医療視察団結成式！！

川島医師、森本医師、福士看護婦

●カンボジア救援医療プロジェクト活動報告

AMDA Dr. William N. Grut

YEAR REPORT OF AMDA PROJECT IN PHNOM SROUCH DISTRICT, CAMBODIA
Project: Rehabilitation of the Phnom Srouch District Health Services
Kompong Spoe Province, S. W. Cambodia

☆1 Introduction:

AMDA's direct involvement with Phnom Srouch District Hospital began in early October 1992. Phnom Srouch District, one of the poorest in Cambodia has a population of some 45000. These included large groups of 'returnees' (from the border camps) and 'displaced persons' (unable to return to their village for security reasons). Both these two groups of people are particularly impoverished from the ranks of the most needy.

For the most part the general population consists of farmers and woodcutters. These 'outdoor' occupations make the risk of malaria extremely high and Phnom Srouch has one of the highest incidence of the disease, in the world as well as some of the most drug resistant forms. All forms of medical and surgical diseases are seen. The major tropical diseases consist of malaria and tuberculosis, water and food borne infections (typhoid, amoebiasis, giardiasis, helminthiasis etc., other vector borne infections; dengue, Chikungunya, encephalitis), and the full range of SE Asian bacterial infections.

☆2 Historical:

First impressions of the district in September/October 1992 were not encouraging. The previously existing health services had been completely decimated by the Khmer Rouge government (1975-79) and their 're-establishment' by the Vietnamese had left an almost unfunded and barely functioning system. The Phnom Srouch District Hospital consisted of five poorly maintained wooden buildings. One of these was semi-derelict and a further one without roof or walls.

Patient turnover was around 3-10 per week (150-500 per year) and drug stocks and treatment facilities minimal. There were however some limited diagnostic facilities put in by the 'vertical' TB and malaria national programs as well as vaccination equipment and trained personnel funded by UNICEF.

Security in the District was also a problem. Approximately half the area was controlled by Khmer Rouge forces who were not always friendly to NGO interventions. At night in particular the security situation was very unpredictable this made it expedient to operate in the daytime only. The situation became most critical in May 1992 shortly before the election when, by constant redeployments and maneuvering, NADK forces (Khmer Rouge) had come to occupy around 80% of the district. During this time they raided Phnom Srouch village, killing two Government personnel in the process and burning the local KP headquarters. Workers at the hospital in construction of the new building (see below) were forced to hide in a particularly finished water container and hospital staff to flee into the surrounding scrub-land. Murders of Bulgarian troops and other incidents such as burnings of local buildings and murders of electoral personnel caused the UN to finally shut down several planned polling stations and withdraw their electoral team to the district Military

camp near the Samrong Tong (District containing the Provincial capital-Kompong Spue) border. During this time however, AMDA personnel continued to carry out normal hospital and limited community operations.

From the beginning it was AMDA's brief to assist with both the running of the hospital as well as the community services. Field involvement commenced early in October 1992 and has continued uninterrupted ever since. It was decided that the best strategy would be to at first concentrate in re-establishing the Phnom Srouch District Hospital and then use that facility as a hub from which the district services would radiate. This did not mean a complete ignoring of the district, but rather a staged introduction of new facilities as time and funds permitted. Resources were however limited and could not sustain the major injection of capital required for the rapid, controlled expansion needed to cope with not only the existing problem but in addition the new ones generated by the returning border refugees. For this reason it was decided to apply for a UNHCR 'Quick Impact Programme' grant to provide the necessary stopgap between resources and needs.

The grant proposal called for funds to refurbish the original wooden buildings, build new pit latrines, and build and equip a new 225 sq m cement and brick multi-purpose facility with limited solar power and water supply. In addition, a request for a 4 wheel drive vehicle was made with funds to help establish community services. Finally a 'remourk' (motor-cycle towed trailer) ambulance (as designed and made by MSF Holland/Belgium) was proposed to provide a rapid link between the hospital and Kompong Speu Provincial Hospital.

The original grant proposal was made in November 1992 and, after considerable refinement and revision accepted in January 1993 for a sum of \$68,000. First payment installment was made in March 1993 and the building and equipping program immediately implemented despite the deteriorating security situation. The loan of a used Toyota Hilux from the Thai border camps was made in May 1993.

Progress with the project is outlined below.

☆3 Project Progress:

[1] Hospital:

The building component of the project has now been largely completed in accordance with the original aims of the QIP's proposal. Hospital structures have been repaired and cement floors been put in. Where appropriate, old partially derelict wooden buildings have been refurbished. One of these has been converted into a cooking house for the families of the patients and another into a dormitory. Three new pit latrines based on the original one put in by AMDA in October 1992 have been constructed. The new 225 sq m cement building is now structurally completed and functioning through some engineering systems remain to be installed. The design has found to be practical and appropriate to the needs. It was not the aim to replace the old wooden buildings but to complement them and increase facilities in a staged manner. It should be noted that the workers on the new hospital continued to build under very stressful security conditions and deserve praise for doing such.

The new building facilities include a paediatric and serious case ward with a beds, an isolation room, two consultation room, minor surgery and obstetric rooms, a pharmacy, laboratory, teaching room/library and bathroom. A considerable amount of reorganization of the running of the hospital has been carried out. Daily report meetings are held as well as weekly staff administration meeting and monthly statistical feedback meetings.

The MSF 'remourk' (motorcycle towed) ambulance system is now on location and proving its worth in providing a mobile link to the Provincial Hospital. Unfortunately the Sanyang motorcycle which is part of the system (supplied and recommended by MSF Holland Belgium) has not proven very mechanically reliable. It is hoped to replace this when funds permit. The vehicle is driven by a member of the hospital staff who take in turns to undertake this duty.

An education program for the local hospital staff and health workers has been established with teaching sessions given by AMDA doctors. This is run on Saturdays and has proved very popular with nursing, assistant, and laboratory staff. Some of the nursing staff from Kompong Speue Hospital also now attend the lecture session. Teaching should be a high priority in the AMDA program. It is considerably more important to provide the knowledge to run a health care system than the material aspects of it. Ideally the two should go hand in hand and in this way resources are not wasted.

Teaching in the form of tutorials has also been established for the AMDA Doctors. These are held on Thursday afternoons and take the form of an internal AMDA weekly hospital problem identification meeting followed by theoretical and actual case discussion.

[2] Community services:

Initially the community service component of the project consisted of fact finding coupled with random village visiting and vehicle-side teaching to the inevitable crowd which would assemble. Initial attempts at case treatment met with such an overwhelming demand that it was decided that it would be more practical to transport any critical cases to the hospice and advise mild cases to visit the hospital when able. In February 1993 this program was terminated when security conditions deteriorated. One serious incident with Khmer Rouge soldiers occurred where lives were threatened and robbery carried out. In addition however it was considered that the more structured approach of specific Khoom planned programs as opposed to random village visiting would be more fruitful and would allow for planned expansion in the future as the district became more able to be visited in total. Thus in early 1992 a day-care center was taken over (from the NGO Holt International who were leaving the district for security reasons) in the Chanbok (Traing Traieng) displaced persons village and this run not only as its original purpose but also as a focus for other health activities in the area. Thus both vaccination and bednet distribution activities have centered around the facility consistent with new, structured approach of the services.

The situation of the community services at the time of writing is outlined below. The main drive is currently with vaccination and

bednet distribution program and both these have been very successful. There nevertheless remain many other areas to cover such as primary health education, PMI, water and sanitation surveys, epidemiological monitoring etc. The extent of what is actually able to be carried out naturally depends on resources and coverage on security. At the time of writing it is possible to only visit approximately 40-50% of the district, through this includes the most heavily populated Khnms and thus around 70-80% of the population. It is envisaged that the situation will change gradually as stability is slowly restored in the country.

○Vaccination program:

Although UNICEF had originally provided equipment and training for vaccination procedure. It was found that effectively very little was being put into practice and, with the exception of two days the week when parents would bring their children to the hospital nothing more was being done. AMDA was thus instrumental in the organizing of the mobile service, utilizing the Toyota Landcruiser 80. The program was initiated operating 2 days per week but now, after several months this has been increased to 4 days per week. Very recently it was decided by the Hospital to increase the number of teams traveling to the village to 2, effectively doubling vaccination potential. The vaccines provided include BGC, measles, diphtheris/whooping cough/tetanus combination, polio and separate tetanus for pregnant mothers or women of child bearing age. An average trip usually results in 20-90 (average approximately 50) persons vaccinated, though, as mentioned above, this is expected to double in the next few weeks. The program is very successful and popular with the village people. It represents a useful spearhead for future programs in other areas which could be linked to it. Possibly, with the exciting new developments in malaria vaccine work following on from Dr. Manual Pattoroy's successes the program may perhaps in the future be forefront in the malaria control campaign of the District.

○Bednet (Mosquito net) Distribution:

The recent interest in the use of impregnated bednets as a form of malaria control has stimulated many distribution programs the world over. Phnom Srouch District ranks among one of the highest malaria prevalence areas in the world and, in addition has one of the highest levels of drug resistant strains. These factors make the disease significantly the greatest health problem in the area and thus a primary target for available resources. It was decided early in the project it possible to start a treated bednet distribution program it and when funds became available. In early 1993 Mitusi Tohatsu Chemicals kindly donated funds for 1400 polyester bednets to the project as well as sufficient Vectron (Etofenprox) for their treatment. A pilot distribution was thus instituted in Chambok displaced persons village where approximately 400 treated nets were distributed. Shortly after this was completed, the National Malarology Center decided also to move resources into treated bednets and AMDA was approached by them to manage the distribution in the Phnom Srouch District. In this case Permethrin was the treatment agent utilized. It is estimated that around 10,000 are necessary to

give adequate coverage to the whole District and searching continues for future donors to the scheme. Distribution is always very closely linked with an education program in which much emphasis is placed on the fact that bed-net dipping is a continual process to be repeated every 4-6 months. There is thus psychological reinforcement for the proper care and usage of the net and its roll in malaria prevention. Recently, the NGO AICF (Action International Contre le Faim) has made a professional video film extolling the virtues of bednet usage. Much of this was filmed in Phnom Srouch District Hospital and AMDA is currently owns a copy for educational purposes. It is hoped that this successful program will be able to be continued into the future.

OP. M. I.

The community PMI services remain in their infancy although recent plans have just been formulated for their expansion. Initially it is intended to run an education program in conjunction with the vaccination teams.

○Additional projects.

[a] Traing Traieng Day Care Center:

This has already been mentioned above. Two part time teachers are employed and a limited amount of assistance with supplemental food donations (biscuits, milk, powder etc). The center takes in daily approximately 20 children.

[b] Ultrasound unit:

In April 1992, following an application, the British Ambassador, H.E. Mr. David Burns generously donated an ultrasound scanner to the Phnom Srouch District Hospital for shared use with Kompomng Speue Provincial Hospital whose population base is considerably larger and which has a more reliable power supply. In order to make maximum use of this facility it was decided to train Dr. Changthar, one of AMDA's full time Cambodian staff in the use of the facility. This was arranged at the Calmette Hospital in Phnom Penh where an ultrasound unit is currently in service run by experienced and qualified staff.

○The future:

○Community:

Clearly there is a considerable amount further to be done. A gradual expansion is envisaged depending on resources available. It is probable that the best plan will be to encourage and assist in the setting up of Khoom (commune) health centers each with an adequately trained health worker to stall them. It is imperative however that any initiative in this direction is carried out with maximum participation of the communes involved and preferably simply in an assistance and not an organizational role. Only in this way will sustainability be ensured. With such a network, community health monitoring, educational programs, public health surveys and local

project work then becomes much easier. The Khoom centers could eventually be linked with the main hospital by a simple radio communications system and ambulance service. Hopefully these technical facilities will in time be established by the Government of Cambodia.

○Hospital:

Although facilities have been enormously improved over the past year, there are still many improvements to be made. The areas particularly to be emphasized are education and training of hospital and health worker staff, initiation and streamlining of systems of operation and a gradual introduction of new equipment closely linked with training in its operation. Very little is served by simply supplying material goods and equipment without simultaneous establishment of its proper use. Nevertheless, certain areas particularly can be pinpointed for improvement; the laboratory in particular has a need of upgrading with the introduction of a blood grouping facility and venesection driven transfusion facilities, as well as simple culture introduction and an upgrading of stool and urine examination techniques. Obstetrical services need to be expanded and village education program instituted to encourage proper ante-natal health awareness. Such a program could well benefit from an expatriate(preferably Japanese) midwife spending some time with them. The (minor) surgical facility would also benefit from further organization.

○Acupuncture:

In the hospital, future directions are best generated by current needs. One need is to try to eliminate the enormous degree of medicinal abuse which is prevalent in the district through ignorance on behalf of the many small private pharmacies. A particular problem is with steroids which are utilized almost as 'tonics' for any ache and pain. On a recent visit, Dr. Suganami put forward the excellent idea of initiating an acupuncture center. In my knowledge acupuncture seems particularly good at helping musculo-skeletal ailments and its use at Phnom Srouch would represent a very useful additional arm of the services currently offered. Already to date, considerable interest has been shown by the Provincial Health Authorities in the project.

○Traditional Medicine:

Elements of traditional medical practice might also be usefully incorporated into the Phnom Srouch Services. Many of these, such as herbal practices are well accepted by the population and are acknowledged by the medical world. In Thailand hospitals exist where herbal and conventional medical facilities exist side by side. Recent consultation an expert in the area(Mr.Keith Feldon M.Pub.Health(Harvard),Hellen Keller International,411B St 57,Phnom Penh. 26745)has indicated to me the feasibility running certain, traditional facilities at Phnom Srouch Hospital, again, with the aim of reduction in pharmaceutical abuse and utilizing local resources and expertise. If these services as well as acupuncture were established it would

make Phnom Srouch District Hospital one of the most socially integrated in the world.

○Mental Health:

The considerable interest and expertise of Dr. Kuwayama in problems of mental health is well justified in Cambodia where a psychologically shattered population remains largely untouched by the mental health care profession. An involvement by AMDA in this area (assuming resources available) could be of definite assistance to the country. Whether this should be run as an arm of the current project or separately is beyond the scope of this report. It would seem however that one of the most urgent needs is a survey and documentation of the problem eg. the extent, the type of disease and its prevalence, what treatments are currently employed (traditional, conventional etc). I was interested to recently make contact with Dr. Maurice Eisenbrook who confirmed the need for a proper mental health surveys in Cambodia. For AMDA this could be done by sampling certain areas (c.f. the recent vitamin A deficiency study by the NGO Concern <again contact Mr. Keith Feldon>) in our own as well as other Districts and Provinces.

In my view, an involvement could perhaps most effectively be made by assistance with training of Psychiatrists and/or Mental Health Assistants/Nurses/Councillors etc. From our own (limited) enquiries it would seem that almost no emphasis at all is placed on mental health matters in the teaching at PnP Medical School. This has a 'knock on' effect of causing the medical profession in Cambodia to overlook the considerable problem. Certain NGO's (ie the Khmer Buddhist Association) have started to run training programs but far more are needed. In its capacity as a health care NGO, AMDA could very greatly assist in this area, perhaps integrating training with the PnP medical school in Psychiatry or else running training courses of its own for recently graduated Doctors/medical assistants/nurses/community health workers etc depending on which level involvement was desired.

☆Summary:

The Reestablishment of the District Health Services to the people (particularly the Returnee and Displaced person population) of Phnom Srouch is proceeding largely on (or in front of) schedule and to plan. At time of writing, now major hitches have been experienced. The main constraint has been the security situation in the district which is now starting to resolve. This has not significantly affected the hospital based component of the project though has put limits on the community services expansion. It is anticipated however that security, already improving, will do so still more in the future allowing full potential of the project.

In one year AMDA has expanded the Phnom Srouch District Hospital from a facility seeing only a few hundred patients per year to one helping twelve to thirteen thousand. (ie av. 1000-1200 per month). Community services have been established where they did not previously exist and active disease

control measures have been initiated. In relation to other NGO's the total budget has been low (excluding UNHCR grant)- around \$120,000 and cost effectiveness has thus been considerable. AMDA has every reason to be proud of its Cambodia programme.

William N. Grut. Sept. 93



オープニングでスピーチする Dr. William



毎朝の当直よりの引き継ぎのミーティング。
左から Dr. Mardy、メディカルアシスタント、Br. William

林原フォーラム '93第3分科会報告

PART II

NGOによる緊急救援活動への期待

Mr.木本博之：外務省経済協力局政策課企画官

Mr.Hiroyuki Kimoto
(Japan)

Director, NGO Cooperation Center, Aid Policy
Division, Economic Cooperation Bureau,
Ministry of Foreign Affairs

外国で災害等が発生した場合には、政府及び民間から救援の手がさしのべられます。政

府の場合には、災害の発生の直後から、色々なレベルで会議が開かれ、救援隊の派遣や救

援物資の供与などの救援活動を行うことが決定され、直ちに準備にとりかかります。

又、国連など国際機関の呼びかけに即応して資金の拠出も迅速に行われます。但し、実

際に救援チームや救援物資が現地に到着するのは相手国政府や救援活動を取りしきってい

る国連などの決定と要請があってからのこととなります。

他方、民間の救援は災害時の発生を受けて募金活動に入るかたわら、自分達の側にすで

に用意があれば、すぐ現地に入ることができるのでその迅速な活動が高く評価されるもの

です。但し、災害直後の現地は混乱しており、治安情勢も定かではないので、どんな救援

が必要なのか、救援隊を受け入れる余地はあるのか、又、二次、三次の災害の恐れはない

か等十分な情報を集め、しっかりと情勢を把握した上行動にうつることが大切と考えます。

緊急救援活動における行政の役割

厚生省国際課国際協力室

主査 池田 千絵子

1 政府が関与する緊急医療援助の現状

要請なし			
被災国又は国際機関からの要請あり	国際緊急援助法対象地域大規模自然災害(干ばつを含む。)(災害援助)	国連平和協力法対象地域(被災民援助)	紛争中の地域

政府が関与するのは、被災国又は国際機関からの要請があった場合のみであり、実際に人を派遣する場合は、その地域が紛争中の地域であってはならない。したがって政府が直接人を派遣しているのは、の部分のみで、その他は NGO の活動に頼らざるを得ない。

2 行政の役割

緊急医療援助のための基盤整備

例) ・国民の理解を得る

- ・緊急医療援助を希望する人が実施できるような社会状況づくり
- ・希望者に対する研修等

3 NGO との関係

緊急医療援助は、NGO だけでできるものでも、GO だけでできるものでもない。現場の要望が基盤整備の部分にも活かせるように、なるべく連絡を密にしていきたい。

REPORT ON THE RELIEF OPERATION FOR BHUTANESE REFUGEES

Introduction & Background Information:

Bhutan, one of the member countries of SAARC, is friendly nation of Nepal. It lies east to Nepal and the territory of both the countries is separated by certain parts of India. Total population of Bhutanees is about 1.3 million, among which about 46% are of Nepali origin, who are living in Bhutan for generations with legal Bhutanese citizenship. Due to some socio-political problem many Nepali origin Bhutanese people are forced by Bhutanese government to leave their country Bhutan. They started coming in Nepal as refugee from 1990. Initially the number was small and mainly comprised of political activities. Since the beginning of 1991, people from southern Bhutan started to arrive in the South-East of Nepal in larger number. The largest influx occurred between March and July 1992, averaging 300-500 new arrivals a day. A total of about 80,000 refugees are accommodated in six camps located in Jhapa & Morang districts of eastern Nepal.

Initially the refugees settled in two ad hoc camps, Maidhar and Timai. Maidhar camp was on the bank of the river Mai and was the first camp to be settled. But this camp has been closed due to the unsuitability of the site and the risk of flooding from the river. Timai, the second camp which is maintained till now. Approximate population of refugees in different camps are:

	<u>Family</u>	<u>Persons</u>
Timai	1,443	7,965
Pathri	2,893	16,602
Goldhap	1,379	7,798
Beldhang I	2,609	14,786
Beldhang II	4,623	25,200
Beldhang III Ext	1,808	9,968
	<u>14,757</u>	<u>82,219</u>

Recently, Khujunabari is also selected for new site for refugee settlement.

The daily influx rate has been 89 persons a day (UNHCR report 20 March 1993). Sample interviews amongst new arrivals suggest that the majority are coming from Bhutan directly and arrive in Nepal after a few days transit in India. Persons that are categorized as FI citizens in Bhutan still continue to be forced to leave Bhutan because they are labelled as anti-nationals and this label is applied to all those who have relatives, who fled the country earlier. The major reason for coming to the refugee camps seems now to be the increasing depopulation of the village, subtle intimidation from authorities, feeling of apprehension and insecurity, the wish to re-unite with relatives already living in camps, fear of

burden. Though most of the financial aspect is seen by UNHCR and other NGOs, Nepal is facing the problem of social pollution due to the refugees. Number of social crimes, like looting, prostitution, alcoholism, deforestation is increasing.

The key point here is to solve the refugee problem from governmental level bilaterally, and everybody were hopeful to Dhaka SAARC Summit, unfortunately understanding could not be made between government of Nepal and Bhutan.

Crisis Management:

Initially the refugees problem was managed by Red Cross Society, Nepal, when the number was small. As the arrival rate kept on increasing, His Majesty's Government of Nepal formally requested UNHCR. Since then UNHCR has taken over all the responsibility for the protection of the refugees and for the provision of care and maintenance including shelter, water and sanitation, preventive and curative health services, medical supplies, supplementary food, education and community facilities and programs in the camps.

Lutheran World Service (LWS) under the umbrella of UNHCR, worked in the camps and is responsible for all infrastructure in the camps since Nov. 1991. Health services was also provided by LWS, which was later handedover to SCF (UK) on May 1992. Other organizations involved in refugees assistance programs are:

- a) World Food Program (WFP) - Provides basic foods;
- b) CARITAS-Nepal - looking after the educational part in the Camps.
- c) OXFAM - Provision and co-ordination of community development programmes in the refugees camps.

Other NGOs are working for victims of torture and human rights.

Concentrating on the medical problems only, the situation was horrible during summer season of 1992. Severe lack of proper shelter, fooding, safe drinking water and sanitation were responsible for the health problem. Unpredictable number of refugee influx was making managerial part very difficult. According to the LWS record and AMDA doctors Medical relief team, which worked in different refugee camps, the major health problems were:

- diarrhoea & dysentery
- + typhoid fever

in large scale for active and constant medical service was of dire need.

Everyday a bulk of sick persons were being referred to local government hospitals, like Mechi Zonal Hospital, Koshi Zonal Hospital, Dharan Regional Hospital and even to Central Hospital in Kathmandu.

Involvement of AMDA-Nepal Chapter:

AMDA-Nepal, a NGO established in 1989 is involved in many social works particularly in relation to health problem came to know about the refugee problems in eastern part of Nepal. A team of AMDA Doctors left for Jhapa, as a response to it with some medicines in 1992 and in coordination with LWS provided medical services to about 600 sick persons in different camps for one week for the first time and donated some medicines to LWS. We AMDA Doctors showed interest to work in the camps. Meanwhile, AMDA-Japan and Bangladesh were working in Bangladesh for Myanmar Refugees and AMDA-Japan requested AMDA-Nepal doctors to work for Myanmar Refugees in Bangladesh. As we were facing problem of Bhutanese Refugees in our own country, we wanted to work for it and requested AMDA-Japan for financial and technical assistance. On the basis of report of our repeated visits to Bhutanese Refugees Camps and consultation with Dr. Hideki Yamamoto, Dr. Rameshwar Prasad Pokharel, and B.P. Memorial Health Foundation, we prepared a proposal and send it to AMDA-Japan. We are thankful to AMDA-Japan, Ministry of Foreign Affairs Japan, Buddhist Association of Japan and Japanese People for their help in the establishment of this referral health centre.

As the responsibility of health camps was given to SCF (UK), they started providing basic medical services only and referred complicated cases for investigations and further treatment to local government hospitals, which are already flooded with local people and lacking physical facilities. Referred cases of Bhutanese Refugees from camps are extra-burden to the hospitals. So we AMDA, and BP Memorial Health Foundation, another health related NGO, after initial talk with concerned authorities, decided to open a secondary level referral health centre near camps, at Damak.

The main aim of the "Referral Health Centre" is to provide skilled 24 hours medical services to the Bhutanese Refugees, by ~~doing~~ so it will reduce the transportation distance and cost of patients from the camps to governmental hospitals and curtail the extra burden to local governmental hospitals.

Establishment of the Referral Health Centre for Bhutanese Refugees at Damak:

After the acceptance of the proposal of Referral Health Centre for Bhutanese Refugees at Damak, a Central Committee was formed in Kathmandu consisting of seven members, 3 from AMDA-Nepal, 3 from BP Memorial Health Foundation and one local coordinator. The committee deputed me and provided the

responsibility of establishing the referral health centre at Damak, in December 1992. The job I had to accomplish was to build a building for the centre and establish a 10-15 bedded hospital with all investigative facilities. Accordingly, an incompletely build building within the local health post compound was completed with 15 beds and a separate house is rented as for investigative block. Though the centre is basically opened for Bhutanese Refugees, local people and local governmental authorities demanded us to provide medical services to local people also, who have been referred from the Healthpost. We could not deny the demand, because we were supposed to work outside the camp, between the local people. One good aspect of this is that, unlike other NGOs and INGOs we are providing services to both refugees and local peoples. By doing so, the centre has been fully accepted by the local people and we are getting full cooperation from local people, government authority and health-post. Considering this aspect, we had to make slight modification in the proposal.

Accordingly, the centre will provide medical services to Butanese Refugees, referred from the camps and local people referred from health post. Out of 15 beds, 10 beds are for refugees, 4 for local people and 1 for emergency cases.

The centre started out patient services (OPD) from 21st December 1992 and inpatient services (admission) from 10th January 1993.

The centre is providing following facilities:

- (a) 24 hours emergency services
- (b) OPD services for referred cases
- (c) 15 beds for indoor service
- (d) Operation theatre with provision of minor and intermediate operations.
- (e) Investigative facilities - clinical pathology X-ray, USG, ECG.

Manpower Situation:

1.	Doctors	-	2
2.	Nurses	-	7
3.	Paramedics	-	8
4.	Administrative Staffs	-	2
5.	Driver	-	1
6.	Lower level staffs (Peon, guards, ward coolies)	-	8
7.	Coordinators	-	3
			<u>30</u>

Services Provided (21st Dec. - 30th 1993)

Outpatient Services	-	1005 patients
Admission	-	108
Minor & Intermediate Operations	-	68

Clinical Pathology	
Tests	305
X-ray	53
ECG	21
USG	144

Recommendations:

- A concrete modality of referral system from the camps to our centre has to be developed, for which steps has already been taken from our side.
- Weekly specialist service has to be made available in the centre particularly in gynaecology and obstetrics.
- The space for the centre is not sufficient, so, we may have to expand the building or rent other house.

ACTIVITIES OF AMDA INDONESIA

HUSNI A. TANRA

In anticipating the AMDA executive meeting to be held on the mid of May 1993 in Okayama, Japan, an idea to extend the AMDA's activities throughout Asia has been emphasized by the President of AMDA, Dr. Suganami. The basic idea is how to create in the future a self-financing or if possible financially beneficial AMDA's branches by conducting profitable activities in the medical field with respect to the national condition, despite of continuing its social activities to the local poor people.

Although its implementation seems would be different in each countries where AMDA branch exist, the idea brings with it a hope to improve and widen the AMDA activities in each country in Asia by using local financial resources.

AMDA in Indonesia has just been established in 1987 by few Japanese-educated Medical Doctors, and now has been recording approximately 30 active members resided in almost all big cities in Indonesia. As a newly established Non Governmental Organization (NGO's), AMDA activity is still limited by financial problem, and inadequate coordination among the members due primarily to the difficulties to communicate with each other. Nevertheless several activities had been done by members who reside in Ujungpandang City, such as Earthquake rescue and medical mission in Flores island, medical and health counseling to the rural people.

The above activities, however, were conducted in collaboration with other institutions whereby AMDA provided mainly medical personnels. It is hoped that in the next AMDA activities, dependency to the other organizations can be minimised. This can be achieved if AMDA has been capable to finance all of its activities.

In effort to extend the AMDA activities in Indonesia, it probably would be very helpful to give you a brief profile of the current Indonesia situation. As the biggest archipelagocation in the world located in the equatorial line, between the continents of Asia and Australia and between the oceans of Indian and Pacific, Indonesia, according to the World Bank, is still classified at developing countries. Indonesia has approximately 13.000 islands that are inhabited by not less than 180 mollions people originated from 400 different tribes, cultures and languages. Despite our historical success to unite them in a one nation, national language, Indonesia, primordial bound remains to be a sensitive issue toward Indonesian unity.

Naturally, several parts of Indonesia has regulary been contracted by natural disaster such as earthquake, flood, cyclon and traffic accident. According to geographical situation, the most vulnerable places for earthquake are South Sulawesi, Bali island, East Nusatenggara and Irian Jaya, where for flood are midle and East Java and for cyclon

TITLE OF PAPER :

POTENTIALITY OF EMERGENCY ASSISTANCE
is North Sulawesi. The disaster need a quick respond to rescue and provide assistances to the victims but it is sometimes hindered by scarcity of supporting facilities, and poor infrastructures condition in many palces.

Indonesia economy is said to be improving within the last five years. From the medical aspect, this situation has created a newly middle class people capable of paying a relatively high health care cost. However, majority of the people, mostly of them are government officials only pursue a state-run health insurance-based medical services. The other group composed of about 27 millions people, who is now becoming the very important political issue, called absolute poverty, is fully subsidised by the Indonesian Government in health care. This group infact is the focus of AMDA effort.

With the situation mentioned above, what kind of activities should or might be done by AMDA in Indonesia to enable it to be a self-financing organization in the future, or practically. Can AMDA transmit the financial exceed of the middle class group to finance effort on the poverty group ?.

This fundamental question, of course, no need to be hastily answered. However, an essential factor must be possessed by the AMDA members is that they can provide a better, rational medicals service than any other colleagues

in their specialities. If this essential factor has been possessed, then AMDA probably can compete with other organization or individuals in the business of medical services in Indonesia. With the current AMDA's asset, effort on the next future is only maintaining the members quality through collaboration work with other institutions. The idea of establishing AMDA's clinic in every AMDA's branch including Indonesia, by some AMDA's executives in Japan in our opinion seems to be feasible in some big cities in Indonesia, if it is managed by person originally committed to the true mission of AMDA ("BETTER MEDICINE FOR A BETTER FUTURE") and also if this clinic can provide better services than the current available clinics in Indonesia. Therefore, a big fund should be invested on the sophisticated medical equipment to attract those middle class group. Otherwise, AMDA probably can maintain its activity through collaboration with other institutions and NGO's.

TITLE OF PAPER :

**POTENCIALITY OF EMERGENCY RELIEF
OPERATION IN ISLAMIC SPHERE**

PRESENTED BY :

DR. F. U. BAQAI

M.B.B.S., F.R.C.S., F.C.P.S., F.I.C.S.

Professor and Head Department of surgery,

Baqai Medical College,

Chairman Baqai Foundation Pakistan,

List Of Contents

- 1) Introduction
- 2) Types Of Disaster
 - a) Natural Disaster
 - b) Man Created Disaster
- 3) Financial Resources
- 4) Human Resources / Trained Volunteers
- 5) Logistics
- 6) Role of AMDA
- 7) Conclusion

TITLE OF PAPER :

Honourable President,
Distinguished Guests,
Ladies and Gentlemen.

It is a matter of honor and pleasure for me to come to the land of rising sun and meet the people of NIPPON and they have so much love and affection for sun that they have put on the sun in their national flag. I have brought with me the love and well wishes of my colleagues in medical profession in particular and from the people of Pakistan in general.

When I received the topic which is the "Potentiality of Emergency Relief Operation in Islamic sphere", I started wondering, "Do the natural disaster recognizes the geographical borders or If there are boundaries in faiths such as, Buddhism, Islam, Christianity or any other religion?" But my studies in the subject of epidemiology strikes to my mind and I was convinced just as some diseases can be attributed to certain places, people, and faiths similarly there can be some disasters which may be attributed to some particular regions.

Now coming to my country, Pakistan in particular and Islamic world in general. Pakistan is a country which has versatility and contrasts, on one hand You can find the highest mountains like K-2 with biggest glacier of the world, like Rialto running in kilometers and on the other hand the world hottest places like Jacobabad and Sibi.

Same is true for Islamic world because according to latest figure there are 54 countries which are members of the " Organization of Islamic Countries (OIC) " representing over one billion people , the biggest Muslim country 'Indonesia' is surrounded by water and than we have Kazakhstan in Central Asia.

Pakistan is the 2nd biggest Islamic country and ninth most populous country of world. Here I am showing few basic indicators of Pakistan, so that you can well appreciate the state of affairs.

Transparency No. 1 + Slide nos.1, 2, 3, 4,

Types of Disasters:

There are two types of disasters:

1. Natural Disaster;
2. Man made disaster or man created disasters.

NATURAL DISASTER

There are many types of natural disasters such as earthquake, floods, cyclones, hurricane, volcano eruption etc. But in case of Pakistan and Islamic World two of them are very common i.e. floods & earthquake. Pakistan has mountains, plains, deserts and rivers. The two major disasters which shook Pakistan more than once are earthquake and floods.

In 1935 there was severe earthquake at Quetta, it remained for only few second, and more than 60,000 people were killed, few years before there was earthquake at Bisham in Kohistan region where few thousands people were killed.

In August 1992 Pakistan had to witness the worst flood of its entire life. Thousands of the people were killed, property of worth of millions was damaged and Pakistan had to face poor production of agricultural products like cotton, wheat, rice, sugar etc. (Slides of Flood)

MAN CREATED DISASTERS

Pakistan had bad experience of 3 wars 1948, 1965 and 1971, but the Afghan/Russia war was the worst of all, because Pakistan has to shelter 3 million Afghan refugees and even today when the war is over, Pakistan still has 1.5 million Afghan refugees in Pakistan and fresh fighting has resulted in arrival of new refugees from Kabul (Afghanistan).

Another natural disaster is famine which was faced by the people of Somalia, Ethiopia. (slide No.) There was drought for short duration in the Nagarparkar region of Thar, in Pakistan, there was no rain fall for 3 years which resulted in the death of cattle, sheep and migration of the people.

Charnobel blast and killing of about 5000 people due to leakage of cyanide gas in Bhopal (India) is not very far from our memory. The other disasters may be in the shape of riots (communal & ethnic), Airplane crash or railway accident (slide No.) or the drowning of ferry or boats.

If we look into the Islamic sphere we have severe earthquake in Iran with 7.2 measurement on rector scale resulting in heavy loss of life and property. Recently there was earthquake in Egypt. Now there is fighting in Bosnia, Kashmir, and in between Azerbhaijan and Armenia over Nicorno Karabagh. Which is causing thousands of people to leave their home land and take refuge some where else. During Iran / Iraq war the use of chemical weapons killed thousands of people. As you might have heard there were cyclones in Bangladesh making people homeless, it is because Bangladesh is lying in delta.

In case of a disaster the first and foremost importance is to provide shelter and security to the displaced people which is followed by the need of clothing and food. The require medical care, rehabilitation, reconstruction and development of the affected area.

The relief operation depends on:

1. Political will/Willingness of the organizations;
2. Financial resources;
3. Human resources/Trained volunteers;
4. Logistics.

Honourable President,
Pakistan has about 2000 NGO's and a good number of them are working in the direction of health, literacy, environment and emergency relief operation. Bagai Foundation with the permission of the Ministry of Health has formed a Supreme Council of NGO's which can be convened within no time in case of emergency to facilitate the relief operation. During Afghan war the Pakistan NGO's had experience of international NGO's like Save the Children Fund, US aid, Saudi red crescent, Doctors without Frontiers, UNCHR, etc. (Transparency No.2)

Pakistan Army is well trained to meet such emergencies and it has provided this at home and abroad. It has helped the nation whenever there is flood and now their 5000 trained soldiers are working with UN in somalia, and Cambodia.

CONCLUSION

In my concluding remarks I want to reaffirm to my friends and colleagues in AMDA that Pakistan fully support the objectives of AMDA, and we will try our level best to achieve them, we are ready;

- 1) To provide the data in order to establish the data base of AMDA
- 2) To set up the Pakistan chapter of AMDA or AMDA's representative office in Pakistan.
- 3) To Co-operate with all means to finalize the action plan of AMDA.

We hope by the development of Satellite technology it is comparatively possible to forecast rains and thus informing the general people about the forthcoming floods. The developed nations should share the information they receive through their metallurgy departments, by passing it to underdeveloped countries well before the time of incidence.

In the end I want to congratulate DR. Shigeru Surgnami President AMDA for taking initiative and organizing such a wonderful conference. We have enjoyed each moment of our stay, and I also want to thanks the delegates for patiently hearing me and sharing the information.

NATURAL DISASTER

There are many types of natural disasters, such as floods, droughts, cyclones, earthquakes, etc. Pakistan and Islamic World are one of the most disaster-prone areas in the world. Pakistan is a flood-prone country. The two major disasters which shock Pakistan more than once are earthquakes and floods.

Financial Resources:

Pakistan is a country with a population of 120 million and it belongs to low income countries, so it is not fair to expect that they can allocate a good amount of money for such disasters. They may be able to raise through NGO's, philanthropists and donor agencies. Even during the 10 year Afghan crises many countries including Japan donated handsome amount for Afghan refugees but even then Pakistan had to spent a good amount of money from its limited resources. An estimate of finances required for establishing an office of AMDA is shown on Transparency # 3.

HUMAN RESOURCES / TRAINED VOLUNTEERS

For Conducting an emergency relief operation skilled or trained man power is required and their number depends on the gravity of the disaster and financial resources. Pakistan has no shortage of manpower in term of Doctors, paramedical staff, but to be realistic we do have shortage of trained Nurses. It is proposed that once the branch of AMDA is established then the courses can be arranged for relief operation in reference to disasters like floods, earthquake, war and acts of terrorism. The basic training will be the same for the volunteers but there will be slight variation for different types of disasters. In case of earthquake we need trained staff for surgical cases, and in case of floods, vaccinators for prevention of the spread of tropical diseases. Infrastructure set up requires clerks, drivers, cooks, coolies etc.

LOGISTICS

To be a successful emergency relief agency it is a must that it should be ready for 24 hours a day & 365 days a year to face the challenge of natural or man created disasters. In transparency # 4 an idea is given of the miscellaneous items which are needed for relief operation. All what I have shown is just to refresh our memories and it can be further improved or curtailed.

ROLE OF AMDA

As the sun rises and the day begins so are the hopes of man kind. We have come to Japan to see the DAWN and the rise of AMDA. Japan has not become the super economic power and the only Asian member of G-7, just because it has receive a gift from God but it is mainly due to sheer hardwork of the people of Japan. We appreciate the decision of Japanese Govt. to send its solidier for peace keeping mission under the banner of United Nations.

Japanese colleagues have to play the leadership role in achieving the aims and objectives of AMDA. we may be able to mobilize the consensus and provide manpower but we do not have the technology and financial means to provide all the items required in logistics.

ボストン便り 1

AMDA事務局長
ハーバード大学公衆衛生大学院
山本 秀樹

<はじめに>

8月下旬よりハーバード大学にて国際保健、産業保健を学びにボストンへやってきて、早くも1カ月余りがたった。このほど、AMDAからは副代表の国井修氏と私の二人が奇しくもMaster of Public Healthのコースの同級生となったのでAMDAニュースレターでボストン便りを毎月交代で執筆する予定である。

<ボストンについて>

はじめに、ハーバード大学のあるボストンの紹介からすると、ボストンは米国東部のマサチューセッツ州の州都で人口60万人。近郊の都市を含めると約200万人。米国全体の位置からすると東海岸の北の果てで日本の北海道と同じくらいの緯度である。冬季は寒さが厳しく、気温が-20度位まで下がるといわれている。しかしながら、夏場は意外と蒸し暑く日中は30度を超し、今年のような異常な冷夏の日本から来るとかえってこちらの方が暑いくらいであった。

ボストンは、16世紀から清教徒が入植を行った歴史と文化を備えた古都で「ボストン茶事件」で知られるように、米国の独立運動の発祥の地でボストンのことをSpirit of Americaともいっている。また、ボストン美術館、ボストン交響楽団等の世界的に有名な文化施設もありボストン市民からも広く愛されている。ボストン市民(Bostonian)は一般に郷土愛も強く、例を挙げるとボストンのプロ野球チームである「ボストン・レッド・ソックス」のファンは熱狂的で日本の某在阪球団と比較されるくらいである。

日本との結びつきに関しては、地理的に離れているにもかかわらず意外と強く、先述のボストン美術館の中の日本、東洋美術に関しては目を見張るものがある。中でも浮世絵の収集点数は日本の数々の美術館を差し置いて世界一で、そのほか日本刀でも岡山の備前長船の名刀まであったのには恐れ入った。また、米国屈指の評価を受けているボストン交響楽団の常任指揮者の小沢政爾は広く知られている。そのほか、「青年よ大志をいだけ」の名言を残したクラーク博士も、明治時代にボストンより北海道へと渡った一人である。

日本食に関してはジャパン・ビレッジと呼ばれるショッピングモールもチャイナ・タウンほどの規模ではないにしろあり寿司屋、ラーメン屋、日本食料品店もあり日本食を味わうこともできる。

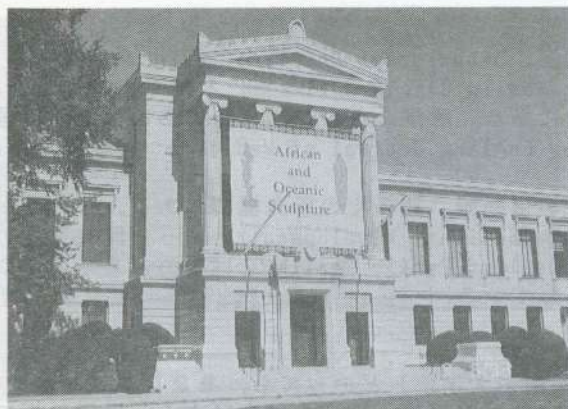
ほかにも、日本に限らずアジア系の住民も多く、中でもチャイナ・タウンでは中華料理、タイ料理、ベトナム料理等のアジア各国の味覚を味わうことができる。私も、ハンバーガー等のファーストフードにいささか閉口したので思わぬところでのアジアの味に感動してそれ以来やみつぎになってしまった。

また、日本の新聞も国際衛星版でその日のうちに読むこともできるし、NHKの衛生放送の番組で日本のニュースも見ることができる。先日、インドの地震でAMDAが直ちに救援に向かったことも新聞で読むことができた。

<ハーバード大学について>

続いて、私の学んでいるハーバード大学について若干説明を加えてみたい。ハーバード大学の歴史は古く1636年学生数30数名から始まり、現在2つのカレッジ(4年制学士課程)と10の大学院からなる総合大学で学生の総数は約1万人である。ちなみに、古くは1972年制作の映画「ある愛の唄」の舞台となった主人公とヒロインはハーバード・カレッジとラドクリフ・カレッジ(ハーバードカレッジの女子部)の学生であった。最近の映画ではトムクルーズ主演の「The Firm(法律事務所)」がLaw Schoolを舞台としている。それから、雅子皇太子妃がラドクリフ・カレッジを卒業したことはいうまでもない。

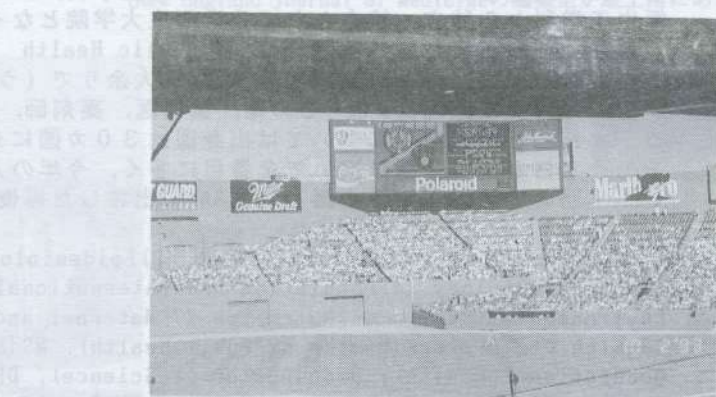
ハーバード大学の本部はボストンとチャールズ川を挟んだ対岸のケンブリッジ市にあるが、Medical School, Dental School, School of Public Healthといった保健医療の大学



ボストン美術館



チャイナタウン



ボストン・レッドソックスのホームグラウンド

ボストン交響楽団



応援席、手前は山本医師、子供を抱く国井医師

院とMGH (Massachusetts General Hospital, Beth Israel Hospital, Brigham and Women's Hospital, Children's Hospital, Joslin Clinic といった日本でも名の知れたハーバード大学の関連病院群はボストン市内にある。医学系キャンパス内にある図書館は医学図書館としては世界最大で、その中にNew England Journal of Medicine の編集室がある。

そのほかに、全学で90の図書館と10の博物館、数多くの研究機関がある。そのなかでも、H I I D (Harvard Institute of International Development) といった開発援助の研究機関もあり、H I I DのスタッフもSchool of Public Healthをはじめとしていくつかの大学院で開発援助のコースを教育指導している。

<School of Public Health>

日本ではSchool of Public Health (公衆衛生大学院) といっても、あまりなじみがないので若干補足を加えておきたい。米国における公衆衛生大学院の歴史は古く、医学のみでなく学際的に研究を行うためジョンズホプキンス大学に設立されたのが最初で1922年にハーバード大学でもMedical Schoolの予防衛生学科、MIT (マサチューセッツ工科大学) の衛生工学科から独立・統合されて公衆衛生大学院となった。

現在、私の在籍しているSchool of Public Health (公衆衛生大学院) に関していえば学生数はMaster, Doctor両課程で総数650人余りで (うち男性:45%, 女性:55%), バックグラウンドの内訳は医師30%で、その他、歯科医、薬剤師、経済、法律の専門家等まちまちである。また、外国人学生については出身国は30カ国にも及びその比率は約30%にものぼる。そのうち日本人は台湾に次いで2番目に多く、今年の入学者は9人である。台湾からは第6, 7回のアジア医学生会議 (1985, 86) に出席した揚俊彦氏も来ていて7年ぶりの再会となった。

カリキュラムは、(1) Biostatistics (2) Epidemiology (3) Health Policy Management (3) Cancer Biology (4) Population and International Health (5) Occupational and Environmental Health (6) Nutrition (7) Maternal and Child Health (8) Tropical Public Health の講座がMPH (Master of Public Health), MS (Master of Science), MOH (Master of Occupational Health), D.Sc (Doctor of Science), DPH (Doctor of Public Health, Ph.D (Doctor of Philosophy)), といった学位取得プログラムを用意している。他にも、MD-MPH combined program といって医学部、歯学部在学中にMPHを取得するプログラムも用意されている。そのうち、MPH は全学科を通じて行われるプログラムで1年の課程であり、医師を中心として多くの学生が受講している (約130名)。

School of Public Health だけでも盛りだくさんのコースが用意されていて選択に苦労するのであるが、学際的な学問である公衆衛生学の性質上ハーバード大学の他の大学院やMITに有用なコースがあれば、それを選択して単位を取得することもできる。保健政策をKennedy School of Government で勉強したり、産業衛生を工学の面からMITで学んだりすることもできる。

<ボストンの周辺で>

このように、ボストンは保健医療の研究・教育ともに申し分ない環境にありながら足元の状況は決して十分といえない。ボストンもアメリカの大都市に例外無く貧困、犯罪、暴力が蔓延している。(ある特定の地域で)

ボストンにきて真っ先に言われてたのは、「大学の前の通りの向こうには足を踏み入れてはならない」ということであつた。世界の最先端の医学のすぐ向こうには、貧困と社会問題を抱えた治安の悪い危険地域が存在しているのである。

現在、クリントン政権は現在3000万人にも達している無保険者をなくすため、国民皆保険制の導入をめざして全力を挙げているが、その可否は大きな論議を呼んでいる。講義の中でも日本の保健指標 (乳児死亡率、平均寿命) が最良の例として引用されることも多い。米国でも、日本の保険制度について関心が高まりつつあるところである。最も公衆衛生の進んだ国から、米国に公衆衛生を学びに来たものとして何か複雑なものを感じる。

次回は、国井先生の方から大学の中の様子について、詳しく案内してもらう予定である。

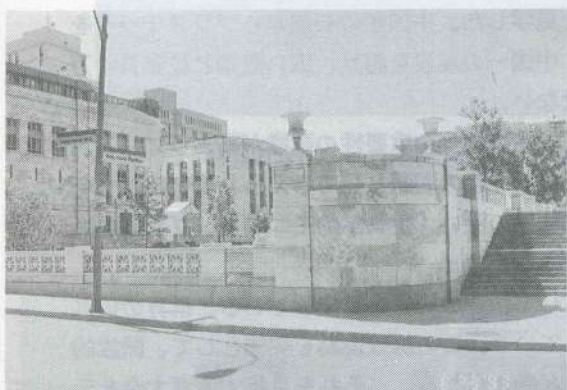


ハーバード大学メインキャンパス

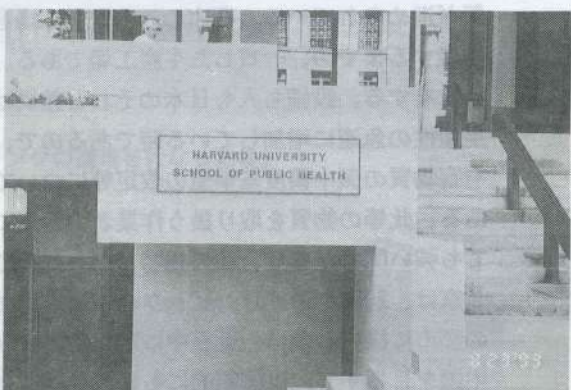


ハーバード医学図書館

(New England Journal of Medicineの編集室が最上階にある)



ハーバード大学ロングウッド医学キャンパス



ハーバード公衆衛生大学院



留学生のパーティにて

産業医学

北京市労働衛生職業病防治研究所にて講義

川崎医療福祉大学 緒方正名

8月29日より9月5日迄、北京市労働衛生職業病防治研究所高星教授の紹介により、北京予防医学会、李長明氏、劉世傑氏の招聘で「生物学的モニタリング」の講義の為に、北京を訪れた。その講義は上記研究所の他、中国予防医学科学院、燕山石化公司職業病防治研究所で行なった。

北京は、わが国の約8倍の人口と約26倍の広大な面積を持つ中国の首都である。

飛行場に着いた時、先ず樹木がわが国に近いのに驚いた。同じ大陸に海が入りこんだであろう。その後も、柳の多い他に特に違った植物は見られなかった。

看板の文字も判読出来るものばかりである。発音だけは全く異なっている。

中国の人は大変親切であり、欧米や日本の技術の習得に熱心であった。

中国の工業化については、10億を越す国民の生産性をあげる試みとして重・軽工業の振興が進められている。燕山の石油化学工場を見学した。中国産の石油からプラスチックを生産するまでの、一貫した生産工場である。中国一の規模を誇り、広い敷地と従業員4万人を有する。設備も人も日本のそれと差異はない。

生産性の急速に増加している時であるので、産業衛生の重要性の認識が高まっている。有害物質の気中濃度基準値の改定等についても、今後の問題として考えられているようである。此等の物質を取り扱う作業者の健康に関係の深い「生物学的モニタリング」についても強い関心があり、私の招聘となった訳である。

北京は、2000年のオリンピックの招致をめざして、その努力を結集している。世界の何れの都市に決まるかは、近日中に定まるとされている。この誘致運動を契機として、開放的中国を目指す方向は国際的にも好ましいことと考えられる。。それを目指す体育大会をテレビで見たが、12省の各々の代表の人々の顔は潑刺としていた。この運動を契機として、廃棄物処理などの公衆衛生設備が更に整備されれば、アジアの代表的首都として質、量共に遜色ない町になると思われる。

中国は、3、5、7年と、その実力と共にアジアにおける存在を増してくることは、確実であり、日本も現在から将来に涉って、その発展に協力する必要のあること、亦それは日本の国益にも通ずることを痛感して北京空港を後にした。



万里の長城。看板に A more open China awaits 2000 Olympicsと記されている。

い笑顔の裏で「口出しはしないから、お会や家でもおいていけ」という悪骨な態度をか



燕山石化工場で生物学的モニタリングの講義を行なった後。



仏香閣の前で。



北京産業衛生職業病防止研究所で生物学的モニタリング講義後、荣誉证书を劉世傑氏より授与されているところ。

ベトナム便り

遠田耕平

(ポリオの近況) 現在ベトナム全国で440件、南のメコンデルタ周辺で250件の発生が報告され、去年の発生に追いつききおいです。僕自身は南の17県全てをほぼ周り終え、特に、県の中央病院との協議に時間をかけ、ポリオの患者の報告の改善に力を入れてきました。現在はその効果が少し出てきたようで、患者の調査表や便検体、60日後のフォローなど去年に比して改善してきました。現在は155ある郡レベルからの報告のモニターに重点を移してきています。

今年6月当地で開かれた会議でのベトナムに対する2,600トンのポリオワクチンの寄付の決定を受けて、初のポリオの全国一斉投与キャンペーンが保健大臣より公布されました。11月13~15日と12月8~10日の2回、5才未満1,000万人の児童を対象に、全国1万のコミュニンで6万の接種場を設け、20万人以上を動員して行われます。少なくとも3年は継続されるこのキャンペーンが、果たして広大なメコンデルタから、定期予防接種を受けていない多くの子供たちをカバーし、はびこるポリオビールスの伝ばんを絶ち、ビールスを追い詰めることができるか?これからが苦しい戦いのほんとうの始まりです。

現在は、各県でのトレーニングコースを終え、一部で一斉投与のテストも実施しました。今は、専らワクチンや器材の供給、宣伝用のフィルムやポスター作り、さらに一般企業(日本の企業を含めた)からの支援のお願いにまわっています。

(赴任して9ヶ月) 赴任して9ヶ月、家族がやって来て半年が過ぎました。僕は今かなり落ち込んだ精神状態にあるようで、なんとも筆が重く申し訳なく思います。こんな気分はあるそうです。長年途上国で仕事をしている友人が、話してくれたことを思い出します。途上国の仕事には大きな振幅がある。やる気ではち切れそうな所から、失望と落胆でどうにもならない無気力になる所まで、その間を何度となく行ったり来たりする。そのうち、高すぎず、でも低すぎない適当な高さに落ち着ける人が何とか仕事をやっていけるのだそうです。僕は駄目かもしれません。自分の場合にあてはめると、たぶん日本での胸ふくらむ長い時があって、現地での当惑したカルチャーショックの時期があって、そのあと、言葉が少し話せるようになって、友人が増えてくるハネムーンの時があって、今の少々落ち込んだ自分となります。最近ふと“ベトナムもWHOも知るか!自分の家族を守るだけで精一杯だ。”と叫びたい衝動におそわれます。あれほど自分から望み、多くの人に助けられて手にした仕事ですが、今は、かなり自信を無くしています。

メコンの農村では、米は相変わらず人民委員会にひどく安く買い叩かれ、街には失業者が溢れ、ベトナムではまだまだ多くの人が、その日を食べるのに精一杯です。南の解放後の北の復讐劇の傷跡は今も深く、行政機構は今もマヒしきっていて、お金とコネだけで動いているように見えます。医療や教育の改善などはまったく論外で、解放政策という名のもとで、政府も人民委員会も海外資本にたかります。要職を占める北の人たちの人なっ

い笑顔の裏で“口出しはしないから、お金や車でもおいていけ”という露骨な態度をかいまみると、目の前が暗くなります。もちろん彼等は僕よりもこの国を知りぬいている人達ですがとてもこの国の未来を考えているとは思えません。しかし一方、北であれ、南であれ、食べて行けないほど安い給料で夜遅くまで仕事をする若い医師たちの後姿を見ると、この国も捨てたもんじゃないなと思直したりします。ともあれ、大方の楽観論とは別に、僕は、ベトナムが一つの国家として、本当に、言論の自由と公正な人権を尊重できるようになるには、まだ10年20年の単位で見守るしかないと思っています。未だに、こんなとりとめもない、失望と、同情との感情のはざまにいる自分を情けなく思いますが、これが、自分なんだなと思います。

プライベートな生活では、子供達の学校が半年たった今も落ち着かないのに、僕も女房もこたえています。しかし、家族一人一人が少しづつしんどい思いを分けあった分、近づいたようでもあり、一人一人強くなったようでもあります。

仕事の方は、事務的な瑣末なことが次第に重なって、悩みの種です。特に役所との交渉があるものでは、裏のやりとりが不可解きわかりなく、日本では想像がつかない程の時間がかかります。さらに、WHO、ハノイの事務所からの連絡が悪かったり、多国籍の寄合所帯で、どの人間もどうも信頼できず、ざん言や、つまらぬプレッシャーをかける者もいて、レポートが唯一の自己証明になったりすると、かなりのフラストレーションです。

(国連の多国籍軍なんていうのも、さぞかし、しんどいだろうなあと思います。)

つけ足しですが、長女のシラミは犬のシャンプーを使ってかなり減ったようですが、なかなかしっこいものです。最近、水が生臭いと思っていたら、貯水タンクに住みついていた四匹のコイが死んでいました。子供達が中に入って掃除してくれました。下の二人の男の子は、9月からフレンチスクールへ行きはじめ、毎日“ジュー”とか“ブー”とか言って、毎夜、宿題に、親が泣いています。長女はフレンチスクールに入れず、11月開校予定のインターナショナルスクールに行く予定です。親の心配もよそに、毎日家で“アサリちゃん”の単行本と一輪車に熱中しています。

今回は多分来年になりますが、ポリオの全国一斉投与キャンペーンの様子をお伝えできればと思っています。どうかお元気でいて下さい。



メコンデルタ村で
ポリオをやる保健婦さん

AMDA国際医療情報センター便り

160 東京都新宿区歌舞伎町2-44-1 ハイジア

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

1993年度月別／国別相談件

		91年度	92年度	93/4	5	6	7	8	9	93年計	比率(93)	開設-累計	比率
東アジア	中国	129	157	14	6	9	5	4	8	46		332	
	韓国	24	16	0	0	0	1	0	1	42		42	
東南アジア	フィリピン	16	42	6	4	3	3	9	7	32		90	
	タイ	169	215	20	10	12	9	13	16	80	9.21%	464	13.50%
南アジア	インドネシア	65	86	10	16	12	10	12	10	70		221	
	バングラデシュ	17	13	1	2	1	2	1	0	7		37	
中東	パキスタン	5	15	3	5	2	3	6	5	24		44	
	アフガニスタン	5	5	1	3	0	4	0	0	8		18	
西欧	イラン	5	5	0	1	0	2	0	0	3		13	
	トルコ	5	8	0	0	0	0	0	0	0		13	
北米	インドネシア	2	3	2	0	0	1	0	2	4		9	
	ベトナム	1	3	0	0	0	1	0	0	1		5	
南米	ブラジル	1	2	0	0	1	0	1	0	2		5	
	コロンビア	106	140	17	28	18	23	20	16	120	13.81%	366	10.65%
中近東	パキスタン	39	12	2	1	5	0	2	2	12		63	
	バングラデシュ	40	28	4	8	3	1	3	2	21		89	
西欧	スウェーデン	30	14	0	4	2	3	4	1	14		58	
	フィンランド	11	15	0	1	2	1	1	1	7		33	
北米	ネパール	6	6	0	0	2	1	3	1	7		19	
	アフガニスタン	0	1	0	0	0	0	0	0	1		1	
南米	アフガニスタン	126	76	7	14	14	6	13	7	61	7.02%	263	7.65%
	アメリカ	287	376	33	20	21	34	30	40	178		841	
西欧	カナダ	58	64	4	2	6	5	2	4	23		145	
	北米小計	345	440	37	22	27	39	32	44	201	23.13%	986	28.69%
中東	イギリス	36	70	9	4	7	10	7	7	44		160	
	フランス	9	14	1	1	0	0	0	2	4		27	
西欧	ドイツ	12	12	2	0	1	4	0	0	7		31	
	スペイン	6	5	2	1	2	1	0	1	7		18	
北米	イタリア	9	9	0	1	0	0	1	0	2		20	
	オランダ	5	2	0	1	0	0	0	0	1		8	
中東	オランダ	4	0	0	0	1	0	0	0	1		5	
	スイス	4	2	0	0	2	0	0	0	2		8	
西欧	スウェーデン	2	3	0	1	0	1	1	0	3		8	
	オーストリア	3	0	0	0	0	0	0	0	0		3	
北米	スコットランド	1	0	0	0	0	0	0	0	0		1	
	フィンランド	2	3	0	0	0	0	0	0	0		5	
中東	ポルトガル	0	0	0	0	0	0	0	0	0		1	
	ノルウェー	0	2	0	0	0	0	0	0	0		2	
西欧	デンマーク	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0	
	西欧小計	93	126	14	9	13	16	9	10	71	8.17%	290	8.44%
東欧	ロシア	2	1	0	0	0	0	0	0	0		3	
	チェコスロバキア	1	0	0	0	0	0	0	0	0		1	
中東	ポーランド	1	4	1	0	0	0	1	0	2		7	
	東欧小計	4	5	1	0	0	0	1	0	2	0.23%	11	0.32%
南米	ブラジル	44	74	7	5	7	10	6	7	42		160	
	ペルー	40	99	9	9	10	8	13	7	56		195	
中東	アルゼンチン	10	8	1	0	1	0	4	0	6		24	
	コロンビア	4	6	0	0	1	2	0	1	4		14	
南米	ボリビア	5	3	1	0	1	0	3	0	5		13	
	メキシコ	3	6	0	0	1	1	0	0	2		11	
中東	パナマ	2	2	0	0	0	0	0	0	0		4	
	ドミニカ	1	0	0	0	0	0	0	0	0		1	
南米	エクアドル	1	0	0	0	0	0	0	0	0		1	
	ウルグアイ	1	1	0	0	0	0	0	0	0		2	
中東	ハイチ	1	0	0	0	0	0	0	0	0		1	
	パラグアイ	0	2	0	0	0	0	0	0	0		3	
南米	チリ	0	3	0	0	0	0	0	0	0		3	
	ジャマイカ	0	2	0	0	0	0	0	0	0		2	
中東	パナマ	0	1	0	0	0	0	0	0	0		1	
	コスタリカ	0	1	0	0	0	0	1	1	2		3	
南米	エルサルヴァドル	0	1	1	0	0	0	0	0	1		2	
	ホンジュラス	0	1	1	0	0	0	1	0	1		2	
中東	中東小計	112	209	19	14	21	21	28	16	119	13.69%	440	12.80%
	オーストラリア	41	67	9	2	1	4	4	8	28		136	
南米	ニュージーランド	5	13	1	2	2	0	1	0	6		24	
	オセアニア小計	46	80	10	4	3	4	5	8	34	3.91%	160	4.66%
アフリカ	ガーナ	12	3	1	0	1	0	1	1	4		19	
	ナイジェリア	11	7	0	5	1	1	1	1	9		27	
中東	マリ	1	0	0	0	0	0	0	0	0		1	
	カメルーン	2	0	0	0	0	0	0	0	0		2	
アフリカ	ザンビア	1	0	0	0	0	0	0	0	0		1	
	チュニジア	1	0	1	0	0	0	0	0	1		2	
中東	ザンビア	1	0	0	0	0	0	0	0	0		1	
	リベリア	1	1	0	0	0	0	0	0	0		2	
アフリカ	スーダン	1	1	0	0	0	0	0	0	0		2	
	ケニア	1	0	0	0	0	0	0	0	0		1	
中東	セーシェル	0	1	0	0	0	0	0	0	0		1	
	モリシャス	0	1	0	0	0	0	0	0	0		1	
南米	セネガル	0	1	0	0	0	0	0	0	0		1	
	南アフリカ	0	0	0	0	0	1	0	0	1		1	
中東	アフリカ小計	32	15	2	5	2	2	2	2	15	1.73%	62	1.80%
	イスラエル	13	17	3	2	3	2	5	6	23		53	
中近東	イスラエル	9	7	0	0	1	3	0	0	4		20	
	アラブ首長国連邦	1	1	0	0	0	0	0	0	1		3	
南米	モロッコ	1	0	0	0	1	0	0	0	1		1	
	オマーン	1	0	0	0	0	0	0	0	0		2	
中東	サウジアラビア	0	0	1	0	0	0	0	0	1		1	
	レバノン	0	0	1	0	0	0	0	0	1		1	
中近東	中近東小計	24	27	4	3	5	5	5	9	31	3.50%	82	2.37%
	不明	47	131	37	22	22	24	22	24	151	17.04%	329	9.53%
合 計		1,104	1,464	168	131	135	149	150	153	886	100.00%	3,454	100.00%

3. 外国人相談者居住地域

	9月	累計	9月	累計
東京	75	1939 (56.1%)	他県	13 333 (9.6%)
神奈川	14	381 (11.0%)	不明	27 334 (9.7%)
埼玉	10	263 (7.6%)	合計	153 3454 (100%)
千葉	14	204 (5.9%)		

4. 相談内容 (複数回答)

	9月
(1)言葉の通じる病院の紹介	71 (49.4%)
(2)病気・医療についての情報 (病気の不安含む)	27 (11.7%)
(3)医療機関紹介(言葉の問題以外)	20 (9.3%)
(4)医療制度・福祉制度相談 (保険制度など)	18 (6.2%)
(5)治療費の問題・トラブル	9 (6.8%)
(6)渡航時予防接種	5 (4.9%)
(7)言葉の問題のみ	3 (3.7%)
(8)労災・交通事故	1 (4.3%)
(9)その他(HIV検査含む)	6 (3.7%)
合計	160 (100%)

5. 他機関からの相談件数(機関別)

(1)病院	4	(2)公的機関(大使館・自治体等)	6
(3)マスメディア	3	(4)NGO	2
(5)その他	6	(6)企業	1
合計		合計	22

6. 他機関からの相談・問い合わせ内容(複数回答)

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

<センター報告>

1. 10月13日(水)大使館関係者向けセミナー開催。日本の医療・福祉制度を知っていただく良い機会になりそうです。

2. 9月に参加した会議・シンポジウム

9/10(金)東京都市立病院会青年部会主催「救急医療のつとめ」

小林、中西、近藤

9/12(日)AMD A報告会(五反田)

近藤

9/18(土)ケースワーク研修会第3回

センター内全体ミーティング

全員

9/22(水)(社)フィランソロフィー研究会

小林

9/26(日)「医療機関への外国人患者受け入れについて」シンポジウム(大阪)

小林、香取

9/28(火)ケースワーク研修会第4回

全員

AMDA国際医療情報センター 大阪

「医療機関における外国人患者受け入れについて」

シンポジウムの報告

アジア医師連絡協議会 宮地 尚子

「医療機関における外国人患者受け入れについて」——大阪シンポジウム——は、1993年9月26日（日）、AMDA国際医療情報センター大阪設立準備委員会の主催により、大阪府教育会館たかつガーデンにて行なわれました。共催はAMDA国際医療情報センター及びAMDA日本支部で、大阪府医師会及び大阪府からは後援をいただきました。

シンポジウムは、関西におけるAMDA国際医療情報センター設立の基盤作りのため、外国人を受け入れている医療従事者や、この問題に関心のある方々が集まり、意見を交換し合うことを目的に開催されました。当日の参加者は70人近く、NHKテレビや、朝日、毎日、産経、読売、Japan Times など各新聞社からの取材もあり、熱気に溢れた会場でした。

シンポジストの方々の発表、会場での討論を振り返り、報告いたします。

まず、AMDA国際医療情報センター大阪設立準備委員会代表の宮地尚子より開会挨拶を行ない、大阪におけるセンター設立を本年度中に予定していること、その経緯、AMDA 及びAMDA国際医療情報センターの概要と活動内容などについて説明しました。ひきつづいて、大阪府環境保健部医療対策課課長からのシンポジウム開催への祝電を披露させていただきました。

つぎに基調報告として、AMDA国際医療情報センター所長、小林米幸先生から「東京における医療機関の外国人受け入れ経験」についてお話をいただき、またAMDA国際医療情報センター事務局長の香取美恵子さんから「東京におけるAMDA国際医療情報センターの活動」について報告していただきました。小林先生からは、小林国際クリニックでの外国人患者の診療の様子や、そこで感じられる問題点、とくに健康保険をもたない患者の診療回数が少ない傾向などについて報告されました。香取さんには、東京のセンターの活動の概要や、相談者の傾向、相談内容の種類などを、具体的な相談内容についてもいくつか例を挙げて、手際よくまとめていただきました。

ひきつづいて、「関西における医療機関の外国人受け入れの現状と問題点」について、5人のシンポジストからお話をいただきました。

まず、外国人の立場からということで、タイ出身で現在法廷通訳をされているスワナ茅垣さんから、言葉や、習慣の問題、治療費の問題、情報不足の問題など、外国人が医療機関にかかろうとする場合に遭遇する問題についてまとめていただきました。スワナさんは、日本在住20年、御主人が日本人で、現在は帰化されていますが、来日して間もない頃、風邪をひいて薬だけもらおうと病院に行ったところ、服を脱いで診察をうけさせられ、ショックをうけたという御自身の経験談は、日本人参加者にとっては興味深いものでした。

雇用者の立場からということでは、社団法人大阪青年会議所のメンバーで、実際に外国人を雇用している方からお話をいただく予定でしたが、急用で不可能となり、青年会議所国際交流委員会委員長の越智定正さんから、ご挨拶をいただきました。

つぎに、医療者の立場からということで、玉城晴孝先生（大阪府医師会理事）、高階経和先生（高階クリニック）、張知夫先生（大阪府環境保健部 顧問）にお話をいただきました。

玉城先生は、詳しいデータをもとに、関西での外国人受け入れの現状と今後の予測を述べられ、それに伴う問題点を、大阪府医師会や、大阪府医療審議会の委員としての立場から整理され、具体的な対策についてもご意見を述べられました。外国人患者の医療について国公立病院が中核となるべきという先生の提言については、フロアもまじえて熱心な討議が続きました。

高階先生は、長年に渡る関西在住外国人の診療経験をもとに、実際に外国人患者を診る際の注意点、その基本的な哲学について述べられました。わかりやすいレジュメも用意され、現在の国際医療協力における問題点とその社会的原因などについても言及されました。対等の人間として患者に向き合うことが、外



シンポジウム会場



設立準備委員会・代表宮地医師（右）

国人患者の診療に一番必要とされた点は、そのまま日本の医療全般の問題点を指摘しているといえるかもしれません。

張先生からは、元中国系移民、臨床医、医療行政といった幅広い視野に立った上で、主に現在の大阪府の取り組みについてわかりやすく説明していただきました。外国人も自分の身を自分で守る責任や義務をもつけれども、自助のためのハンディキャップが、異文化にることによって生じているとしたら、それをなくすよう日本人も援助すべきであるという基本姿勢は、我々の活動とも共通のように思われます。また大阪では、行政と民間の協力がおこないやすいことも述べられ、AMDAの活動への期待をよせられました。

コーヒープレイクの後、張先生の御指名により、鶴飼卓先生（城北市民病院救急部）から、千里救命救急センター勤務当時の外国人患者の診療経験について、急な要請にもかかわらず、興味深い事例をいくつか挙げて御紹介いただきました。

パネルディスカッションは、「いま我々ができること」と題して行ない、シンポジストの方々に前に、フロアから多くの意見、質問、要望、提言などがだされました。その中には、警察病院の東芳賢先生、木戸クリニックの木戸友幸先生など、すでに多くの外国人患者を診療されている関西在住の医師の方々も多く、かなり問題点を絞り込んで討議することができたように思います。外国人を診る場合の様々な留意点、医療費未払いの問題とそれをカバーする基金の可能性、医療機関リストの質、日本に留学中の外国人医師の活用、ボランティア通訳のことなど、今後のセンター運営に直接関わってくる問題ばかりでした。最後には、不法滞在をしている外国人への医療をどう考えるべきかという質問について、張先生から、「不法滞在者といっても、人国管理法に違反しているだけで、すべてが違法ではない。医療においても、それが診療拒否する理由にはならないし、滞在資格を聞く必要も、それを通告する義務もない」という大阪府の解釈を説明いただきました。

シンポジウムは予定の時間を越え、質問を打ち切って終了、熱気溢れたまま、懇親会へと討議は移りました。

準備会も予想しないほど、建設的な論議が活発に行われたことについては、シンポジストの先生方、参加者の方々に、主催者の方から感謝の念を示したいと思います。

シンポジウム開催、大阪の国際情報センター設立計画に関しては、その後いくつかの新聞にも取り上げられ、大きな反響を呼んでいます。ボランティア希望者などからも連絡をいただき、いよいよ大阪での国際医療情報センター設立にむけて動き始めました。関西のAMDAメンバーが一丸となって活動をすすめていきたいと思っていますので、皆さんのご協力よろしく願いいたします。

外国人対象民間の医療相談窓口

関西国際空港の開港を来年に控え、急増する外国人のための医療に関する民間の電話相談窓口「AMDA国際医療情報センター」大阪が十二月、大阪市内に開設される。準備を進めているのは国際的な医療保健活動に従事する若手医師らによるAMDAアジア医師連絡協議会。設立準備委員会の代表を務める近畿大学医学部助手の精神科医、宮地尚子さんは「できるだけ多くの医師、ボランティアの協力を」と呼びかけている。



外国人の医療相談窓口について話す宮地さん

大阪にも12月開設

「よく海外で病気になる時ほど心細いことはない」といいます。日本にきている外国人も同じなと思うんです」と宮地さん。AMDA医療情報センターは一九九一年四月、まず東京に開設された。外国語で受診できる医療機関の紹介をはじめ、医療に関する相談に八か国語で対応しており、今年から都の委託事業になった。これまでに受けた相談は八十八数か国の人から計千三百件。うち割増しが聞かなくてストレスを抱え西方面がたつた。「でも、孤立している人が多い電話が大変だし、東京でことを痛感しました。でもは関西の情報も十分にはない。新空港の開港で外国人の急増が予想され、大阪も多い。日本のような閉鎖的な社会で暮らす外国人はどうか、と思ったのです」。

関西新空港開港控え計画

若手医師らの準備委協力者呼びかけ

開設に向けて、先づ大阪で問題が話し合った。「まず言葉の壁。医者にいかけても十分なコミュニケーションができません。治療がうまくいかない場合も予想される。次に習慣、文化の違い。たとえば、人前で肌を見せることがタブーの国の女性は、診察室で無理に服を脱がされずおびえてしまいます」。

そして、治療費の問題。一年以上滞在する場合は国民健康保険に加入できるが、制度を知らない人や加えられない人、補てん措置が取っている自治体もある。現在、協力医と共に、外大医学部衛生学教室（07-230-6600）で、

「結局、最大の理由は情報不足です。制度的なことや精神的な問題も含めて、安心して相談できるところが必要なんです」。

大阪府でも昨年から衛生対策審議会で検討し、医療情報のサービスセンターを作るのが決まっている。



街にはクルマが意外と多い。大部分はインド製で、古いという三輪のオートリクシャーや「TATA」製の大型トラックやバス、また日本製の20年くらい前の中古車も多い。20年前の日本車もさることながらインド製の乗り物も思い切り黒煙をはいて走る。交通事故も多い。

II カトマンドウ

カトマンドウは周囲を山に囲まれており、標高1400mの高地にある。緯度としては亜熱帯に位置するが気温は日本と大きく違わない。

平均寿命は53歳（参考までに日本は男76歳女82歳）、乳児死亡率は107/出生1000対（日本4・6）医師数は1991年の統計で917人である。

I ネパールについて

ネパールはヒマラヤ山脈の中央部にあり、北は中国、南はインドと国境を分かちあう。面積は北海道の約1・8倍で人口1900万人の多民族国家だ。90%以上の人は1600m以上の山間僻地で農業、牧畜を営む。成人の識字率は23%、国民総生産（GNP）は160ドルだ。

そんなヒヤヒヤする道路事情にもかかわらず、路肩では牛がモソモソと生ゴミをあさっていたりする。次にネパールの食事について。

タライ平原や都市部、そして交通の便利な山間部では主食の第一は米だ。典型的な食事のスタイルとしては米（バート）、豆のスープ（ダール）、野菜のおかず（タルカリ）が基本だ。これをスプーンを使って食べる。なにも使わず手で食べる人もいまだに多い。難民キャンプのダマックで行動をとにしたネパール人のドクター・コイラは器用に右手を使っておいしそうに食べる。私も彼と同じようにして最終的には手で食べていた。あの夜の回診で結核やチフスなど感染症の患者を診察した後、「さあ食事だ」とスプーンも使わず素手でご飯をこねまわし始めるのを見てどうも抵抗を覚えたが、確かに食事を手触りで楽しめ、食生活が豊かになる感じがする。

地方の市場へ出ると、いろいろな季節の野菜を目にする事ができる。トマト、ジャガイモ、人参など、日本で見るものと近い。肉類を一切口にしないベジタリアンもいるが、一般に食用になる肉はヤギ、ニワトリが多い。ヒンドゥー教の国だからビーフは絶対に食べない（ここになっている）。

飲み物としての基本は水だが少し大きな街へ行くときミナール・ウォーターが売られている。旅行者だけでなく現地の人にもよく購入する。

る。下痢が恐れ旅行者はミネラル・ウォーターを飲むのが安全だ。

III ブータン難民キャンプ



難民・ガネシュ氏の案内でブータン難民キャンプ周辺を歩く。

地帯の出身が多い。東部ネパールの熱帯性気候に順応できず細菌性赤痢やマラリアが猛威をふるい、特に抵抗力の弱い子供の死亡率は高い。

こうした状況にもかかわらず、私達の生活はいたってのどかであった。私達の宿泊していたゲストハウスの周囲にはたんばが広がり、高床式の家の周囲はヤシの木などの熱帯樹に囲まれている。朝の6時を過ぎるとけたたましい牛の鳴声、屋根裏のハト、庭先の雀の声を否応なしに目を覚まされる。しばらくするとスキマだらけの本道の壁から亜熱帯の強い日差しが差し込んでくる。寝坊の私でも寝ていることができない。外へ散歩に出る。子供達の無邪気な笑い声が聞こえる。朝早くから鬼ごっこをしたりサッカーをしている。ネパールにくると子供達の笑い声が特に大きく聞こえるのは気のせいかな。私達の滞在していたダマックの街は、人口数々の街道沿いに発達した小さな街だ。インド国境に近い。たまたに見るテレビアンテナもインドのほうを向いている。街で売っている新聞も1日遅れでカルカッタの新聞が入ってくる。この街にバスは停まるが乗用車はほとんど見かけない。ときどき見かける乗用車は難民キャンプに出入りするNGOのクルマだ。

このくらの田舎町になると英語もなかなか通じにくい。最近ではネパールも教育への関心が高まり、

一世帯に最低ひとりの割合で英語を話せる人間がいるそうだが、やはり住民の心に触れるためにはその土地の言葉で話すのがいちばんだ。

「ヨ、ディノス。カティ、バイサ?（これ、ください。いくら?）」市場の一角に陣取って焼きとうもろこしを売っているオバちゃんに話しかけてみた。傍らにある炭火を通した、こげめのついたとうもろこしを3、4本自分の前に並べて売っている。こんな炭で買ったんだったらもうこしを誰か買っているようで、街のあちこちで見かける。私も1本買ってみることにした。いちばん炭のついていないきれいなものを指差して「これください」といったが温めなおしてくれたのかオバちゃんは私に手渡す前にまた、ドボリドボリと炭火の中を転がして炭だけにしてくれた。

「ドワイ、ルビヤ（2ルピー）」（約5円）ポケットからヨレヨレになって手あかが真っ黒けの2ルピー札を渡す。ついてる炭をフーと吹き飛ばしてがぶりと食らいつく。結構いけた。小さいが身のしまったとうもろこしを口に含むと意外なほど甘味がある。美味し。

難民キャンプのAMDA（celar, to health center）を訪ねてきたひとりの日本人医師は長谷川昭一氏である。昨年はAMDAバングラ

第1回JAMIC懸賞論文最優秀賞
途上国視察体験レポート



神戸市立中央市民病院産婦人科

川島正久氏

ネパール・カンボジア 医療視察を体験して

第1回JAMIC懸賞論文で最優秀賞を受賞した川島正久氏は、
今年4月、ネパール・カンボジアに
途上国医療視察に出発した。

現在は、神戸市立中央市民病院産婦人科で
研修医1年生である川島氏のレポートを掲載する。

エクトの主として3つを並行して行っている。現地の医療システムについて地元のをスポイルせず、とりあえず1年は現地の様子をじっくり眺めていこうという方針だ。SHAREでは自主性、自律性を大切にしているべくこちらからは口を出さない方針をとっている。

海外医療協力の老舗 JOCSS は今年までにすでに3年間保健婦の柳沢理子氏を派遣し、首都プノンペンから南のタケオ県バディ郡にある郡立病院を中心として地域医療活動に携わってきた。今年1月からは高橋夫妻が活動が続けられる。

日本赤十字社から派遣されているスタッフでコーディネーター、助産婦、看護婦、医師各1名の計4名の方にお会いできた。日赤から医師として派遣されている今村医師は九州大学を卒業後、松山日赤病院で循環器内科医として仕事をしていた間にこちらへの仕事を希望されたのだという。3カ月の任務でプノンペンの病院で働いている。

他にも、医療が関係している日本の団体では幼い難民を助ける会などがある。これらの日本の活動に比べると欧米のそれは数、規模においてずっと多く、昨年の8月頃はある日本人にいわせれば、「NGO銀座」とまでいわれていた。

VII プノムスロイ郡病院

AMDA Cambodiaでは92年から首都の南西に位置するコンボンスプー州プノムスロイ郡病院で医療活動を行っている。

病院とはいっても、日本の感覚でいえば物置小屋である。天井を見上げれば瓦と瓦の隙間から青空が見える。電気はきていない。井戸はUNICEFが掘った井戸があるのみ。トイレはAMDAがきてから新しく作られたが、あまり使われていない。ワクチン保存用の冷蔵庫は灯油を使って冷やしている。

現在、カンボジアでは医療従事者が圧倒的に不足している。この地域も12年間医師が不在であった。また今いちばん問題なのがマラリアで、WHOの調査によればこの住民の20%が悪性の熱帯熱マラリアに感染している。私のいた間にも2人の子供が死んでいった。更に、この地域はボル・ポト派の支配地域がいくつかあり、コンボノムスロイ郡はボル・ポト派によって敷設された地雷がそこそこにある。昨年はこの病院でも月に平均3人の割合で地雷事故があった。現在この病院には入院患者がいない。入院しても何もしてあげられない。マラリアを媒介する蚊が周辺の森林から発生する。この

病院の活動として現在蚊帳の配布をしたり、母子への予防接種活動を行っている。

VIII 首都プノンペン

現在この街は国連が落としていくお金のため大変な好景気だ。街はバイクをはじめとして大混雑である。日本の中古車がたくさん入ってきている。急速に増えたバイクやクルマに信号機の施設が追いつかない。交通法規やマナーが未発達で交差点のクルマの優先権は弱肉強食の原理に従って、大きいクルマが先に通る。

インフレも激しい。昨年の9月にはUSドル11800リエル。それが今年の1月には1ドル2400リエルになった。私が帰る頃には4250リエルまで下落した。こうなってしまうとリエル札は紙くず同然だ。

選挙を控えて、首都以外では治安の悪化がいわれている。しかしプノンペン市内ではあちこちで建物が建てられていて、まさに建設ラッシュといった感じだ。フランス統治時代のたたずまいを思わせる家々やタイの建築にも見劣りしない仏教寺院の石像建築を目にして、はっとさせられたりする。大きな通りでは数十年前に作られた美しい街並みが残っているが、今ではもう建物の殻だけが残っている、という感じだ。

実際プノンペン滞在中いちばん苦しみ続けたのはボル・ポト派でも熱帯熱マラリアでもなかった。

それはこのカンボジアで一番の「暑さ」だった。私が持っていた温度計でも部屋の中で常に31℃〜36℃を指していた。天井についている大きなファン(扇風機)が頼りでプンまわし、ほとんどハダカで寝る。シャネルの5番などと悠長なことはいってられない。ただ困ったことに全く不規則に停電が起り暑くて眠れない。ある晩は一晩中電気がきていたと思えば、48時間近く電気がこないこともある。

その昔は華人の街だったプノンペンではレストランのメニューが中国語で書かれてあるものも多く、おなじみの焼きそばや炒飯にはよくお目にかかる。タイと同じく味の素を多用していることもあるのか日本人の私の口に合う。米と魚を使った料理が豊富だ。フランス統治時代の名残があつてパンが例外なくおいしい。道端の屋台でフランスパンを山のように積んで売っているのをよく見かける。また熱帯地方の例にもれずヤシの実がよく売られている。小児頭大のヤシの実を店の人が器用になたをふるって穴をあけてくれる。透明でほんのり甘い液体が2000〜4000ml飲める。飲み終えた後は内側の白い壁をスプーンでほじくってばりばりと食べる。

地方に行くとき井戸の設備が十分

でないこともあつて下痢も多い。UNICEFや種々のNGOが井戸掘りのプロジェクトを行っているがまだまだ井戸の数は足りない。私の行ったある村の井戸はスコップで数m、川底を掘っただけのものだった。虫の死骸や舞つてきたゴミが沢山交じっている。村人はこれを沸かさずそのまま飲むのだという。

コンボンスプーのある集落で予防接種活動に行っていたとき村の人から飲み物をふるまっていた。日本ではいへばお茶が出てきそうなどころだが、そこで出されたのは村でとれたヤシの実だった。「アーックン(ありがどう)」日本人がそんなに珍しいのか真ん丸な目で私を見つめる村の子供達に囲まれて、私はグビグビとヤシの実のジュースを飲みほしたのだった。

最後になりましたが、(財)結核予防会理事長・島尾忠男先生初め第1回JAMIC懸賞論文の審査委員の先生方、視察旅行でお世話になりましたAMDAの日本支部、ネパール支部、カンボジア支部の方々、懸賞論文を主催された(株)日本医療情報センターにお礼申し上げます。どうもありがとうございます。



AOCA eye hospitalで手術を披露するDr. Hardia.

が大事。
・診療について：熱帯病の知識が必要なのはいうまでもないが、日本で学んできている診療の基礎的なことは大事だ。バングラデシュで意外に糖尿病が多かったり、ベシャワールでARIが冬に多いなど日本で学んだことは生きてくる。

IV ネパールへの医療協力

ネパールにおける日本の民間レベルの協力は62年の岩村昇氏による山村での医療活動に始まる。その後、いろいろな分野での活発な協力活動が行われてきている。政府レベルにおける日本の国際協力においても80年度からネパールに対して援助している国々の中で最大の援助国となった。青年海外協力隊の派遣数も70年から92年までの間に535人に達した。

日本のNGOの特徴として、数は欧米諸国と比べて見劣りするわけではないが全体的に規模が小さい。しかしそんな中でもいくつかの日本からの援助が地道に行われている。その中から2つを紹介してみた。

アジア眼科医療協力会

・言葉の問題：短期の場合はマスタリしにくいかもしれないが、少しでも言葉を知っていれば相手側の対応も変わってくる。できれば言葉を習ったほうがよい。
・時間をかけることが大事：日本ではいろいろなことを1〜2日でできるが、開発途上国ではその10〜20倍の時間がかかる。短気を起こしてバクハツしてしまったら終わり。じっくり辛抱強くやること

アジア眼科医療協力会(AOCA)は72年に結成されたNGOだ。ネパールの地方へ出掛けていって白内障を始めとする眼疾患を治療する「eye camp」を行ったり、現地での技術者を要請する働きかけをしている。ネパールにおける日本の医療NGOでは最古参の一つだ。現在AOCAと「24時間TV」がヒールガンジの眼科病院「eyes hospital」に援助をしている。

OTTCクリニック

日本人としてこの地で鍼灸治療を行っている畑美奈江氏は日本で鍼灸師の資格をもつ。そしてカトマンズの赤十字の人々と協力して「OTTC」の鍼灸治療のみならず、仕事として自立していけるようにとネパールの鍼灸師の養成を行っている。

V カンボジアの大地

バンコクを飛び立ち、カンボジアの首都プノンペンに向かう飛行機の機内から外を見る。眼下には赤茶けた大地が広がっていた。カンボジアの歴史は受難の歴史だ。

19世紀からのフランスの支配が続いた後、75年にはロンノル政権を倒したクメール・ルージュ(ポル・ポト派)が最もラディカルで残虐な社会体制の改革を推し進めた。都市の住民は強制労働に駆り立てられ、知識人の多くは死に至る残酷行爲を受けた。75年から79年までポル・ポト派の政策のもとで死んでいった人々は少なくとも100万人に及ぶという。79年以降も

内戦は止まなかった。90年国連の安全保障理事会のプランをプノンベン政府が受け入れてからカンボジアもようやく平和を取り戻しつつある。92年からはUNTACが選挙監視の目的で活動をしている。

VI 日本の医療NGO

SHARE (国際保健協力市民の会) では、カンボジアでの地域保健活動プロジェクトについて2年前から準備を進めており現在首都プノンペン北東のクサイカンダール郡で地元の人々とともに病院施設の充実ははかっている。SHAREでは今年からPlanning母子保健スタッフのトレーニング、デング出血熱コントロールプロジ



カンボジアに於けるマラリアの疫学について

長崎大学・熱帯医学研究所

高橋 央

〈カンボジアでのマラリアの問題点〉

カンボジアは1991年10月のパリ和平合意以来、国連の主導で国家の復興が進められている。昨年国連の調査により総人口は約860万人と発表されたが、森林地帯の人口密度は低いため、凡そ20%の国民がマラリアの感染の危険に曝されているに過ぎない。この人たちに有効な制圧対策を施すには、交通手段の整備と治安の改善が必要となる。

マラリアの統計は国立疫学研究所で集計されてきたが、内戦による混乱のため信頼出来るものは出来上がっていない。

医師1人当たりの人口は27,000であり、全国に196ある郡病院の大半は医師が勤務していない。国民1人あたりのGNPが100米ドルのため、国民1人当たりの保健医療予算は40セントから5米ドル程度しかない。医薬品やワクチンの配給が保健省・UNICEF・NGO間でばらばらのため、混乱や官僚腐敗の原因となっている。

医療設備の老朽化、薬剤の欠配、医療従事者の教育不足も深刻である。

最近の社会学的な要素としてマラリアの疫学上重要なことに、91年から92年にかけて、37万人ものカンボジア難民が全国各地に帰還させたことがあげられる。これらの人々はタイ国内のマラリア治療に準じた処方を受けており、多剤耐性マラリアがカンボジア全土に人為的に広められた可能性がある。

〈郡病院に於ける患者統計と伝播形式の考察〉

筆者らは、1992年10月から1993年2月まで、カンボジア・コンボンスプー州・ブノムスロイ郡に於ける熱帯熱マラリアの伝播について調査した。

筆者らが診療を行なったブノムスロイ郡病院の外来受診者数を降雨量に従って、雨期（92年10月）、

移行期（92年11月～12月）、乾期（93年1月～2月）と3期に分けた。外来患者数はそれぞれ498、1,119、1,348で、そのうち血液塗抹標本で熱帯熱マラリアと診断された者の数とその割合は、105（21.1%）、335（29.9%）および310（23.0%）例であった。三日熱マラリアの症例は僅かに3例（うち2例は熱帯熱マラリアとの混合感染）しか見られなかった。

熱帯熱マラリア患者の男女比は雨期2.18、移行期2.60、乾期1.27と降雨量が少なくなるに従い、女性の患者数が増加した。

熱帯熱マラリア患者の年齢層構成は、雨期では20歳代に全体の39.0%の頂点があり、5歳以下は3.8%に過ぎないが、移行期には20歳代の頂点が28.7%に低下し、5歳以下が9.3%に増加した。そして乾期には最大が1～5歳に移り、5歳以下の患者の割合が39.4%に急増した。20歳代の頂点は二番目に大きい18.7%を示した。

An.dirus, *An.minimus*, *An.maculatus* の3種がカンボジアで熱帯熱マラリアを媒介させるハマダラ蚊として代表的である。ブノムスロイ郡はこの十数年来、急激な森林伐採によってハマダラ蚊の生息域が変容しているが、*An.dirus* は森林地帯で、*An.maculatus* は水田や灌漑池で、*An.minimus* はその中間的な丘の麓で发育・吸血して、マラリアを媒介している。それぞれ種の固体数が調査時期に合わせて測定されていないため、疫学的な確認はなされていないが、ブノムスロイ郡では *An.dirus* と *An.minimus* を主とする森林地帯での媒介サイクルと、*An.minimus* と *An.maculatus* を主とする平野部での媒介サイクルの2つが別個に存在すると考えられる。従って、雨期には森林地帯で媒介蚊が増殖し、樵・炭焼き・兵士といった若年男子がマラリア感染の高度危険集団となり、

乾期には平野部の媒介蚊数が増大し、乳幼児や若い母親がマラリアの犠牲となる。

〈予防と治療の問題点〉

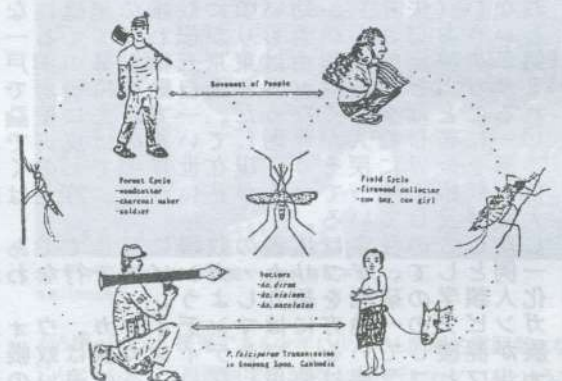
マラリアの予防内服としては、doxycycline 100 mg P.O. がCDCより推奨されており、UNTA Cはこれを採用しているが、本処方による有効性は最大でも4か月程度と予想される。地元住民には、迅速診断と早期治療の体制を確立することが急務である。

熱帯熱マラリアの治療には、quinine sulfate 10 mg/kg P.O., tidと tetracycline 250mg P.O., qidが国立マラリア学研究所から国内統一処方に定められている。クロロキンやサルファドキシニ・ピリメサミンは、耐性株が特に西部では100%にのぼったため、殆ど用いられていない。コンボンスプー州を含む南東部の州では、キニーネ耐性株も出現しており、マラリア学研究所ではメフロキンの部分的な使用を認めている。アルテシニンは現地のWHOは使用を認めていないが、ベトナムから闇ルートで輸入されたものが薬局で売られており、誰でも容易に入手出来る。単独投与では一時的な改善しか見られない。原虫血症が重篤な場合、本

剤を投与してからキニーネに変更する処方がよい。

乳児の治療には、テトラサイクリンが認められていないのと、カンボジアではキニーネとクロロキンのシロップが入手出来ないため、キニーネの錠剤内服にST合剤のシロップを併用し、コンプライアンスの改善を計った。

媒介蚊対策は、エトフェンプロクス処理の殺虫蚊帳が試験的に導入され始めたばかりである。地域住民の38%はマラリア感染が蚊の吸血に因ることを知らなかったが、蚊帳使用数か月後には99%以上の人々は殺虫蚊帳のマラリア予防効果を認め、引き続き使用したいと答えている。





UNHCR
United Nations High Commissioner for Refugees
国連難民高等弁務官事務所

UNHCR広報室から

UNHCRの難民理解キャンペーン

“日本の若者にとって大事なことは、こんな恵まれた国は世界において
例外であるということ、そういう認識をまず持つて欲しいのです。”

—緒方 貞子 国連難民高等弁務官—

キャンプ・サダコ(ボランティア・ワーク・キャンプ)からの便り

カクマ・キャンプに着いて



左から、東 園枝さん、武藤小枝里さん、石丸奈加子さん、竹本啓一さん、吉田 徹さん。
カクマ・キャンプ ケニア 写真：UNHCR



カクマ・キャンプにある19の学校では教科書が不足している。
写真：UNHCR

見下ろすと点在するキャンプの家々... 私たちキャンプ・サダコに参加する5人を乗せた国連の小型セスナ機は、ケニアの首都ナイロビを出発して2時間、ようやく目的地カクマ・キャンプへと着陸体制に入りました。カクマ・キャンプはケニアとスーダンとの国境付近にある人口3万人位の難民キャンプで、主にスーダン南部からの難民で占められています。

カクマ・キャンプはアフリカの小さな村といった感じで、実際きちんと計画された道や家が並んでいます。キャンプは端から端まで行くと7kmほどあり、全体は5つのゾーンに分かれています。うち4つのゾーンはスーダン難民が住んでいます。残り1つにはスーダン難民以外にもエチオピア、ザイール、ウガンダ、ルワンダといった国々からの難民も住んでいます。キャンプ責任者のレスブリッジ氏の運転する車で、スーダン難民の住む付近を通過すると、少年が多いのに驚きます。彼らのほとんどは孤児なのです。

このキャンプの特徴は低年齢層が多いことで、少年たちに対する教育や世話がキャンプ全体のプログラムの中でも重要な位置を占めています。レスブリッジ氏が私たちにキャンプを案内しな

がら語ったのは、孤児である少年に少しでも家庭的雰囲気になじんでもらおうと、里親制度のようなものが行われているということです。具体的にはスーダン難民の1家族につき、何人かの孤児たちをその近くに住まわせるという形をとって行われています。

孤児たちがどうして生まれたかというのは、深くスーダンの現在の状況とかかわっています。難民の少年たちの大部分はスーダン内戦でゲリラ側と深いかわりがあったようです。スーダンの内戦は北部の政府側とそれに対する南部の抵抗組織の間で行われており、抵抗はSPLAと呼ばれる組織が中心となって行われています。難民となった少年たちはSPLAによってゲリラとして訓練されたようです。彼らは国際政治が色濃く反映しているアフリカのこの地域で、激動する政治に翻弄されている犠牲者たちなのです。

93年8月2日

ケニア、カクマ・キャンプにて

竹本 啓一

キャンプ・サダコは、明日を担う青少年が難民問題をより身近なものとし、将来、国際社会に貢献する人材育成の一助となるよう配慮したUNHCRの新しい試みである。参加者は、ケニア北西部カクマ難民キャンプで、約1か月間、UNHCRの指導のもと援助活動の研

修を受ける。キャンプ内では民間団体の協力を得て、国境なき医師団(オランダ)、国際救済リハビリテーション・サービス(ケニア)、ラッド・バーネン(スウェーデン)に配属され、ボランティア活動に携わる。

参加者の報告は、10月19、20日 銀座ソニービルで行なわれる予定。

久々の青空の下，9月11，12日に「'93いわて国際交流フェスティバル」が盛岡市で開催されました。今年のテーマ国には「フィリピン共和国」が取り上げられ，フィリピン駐日大使ドミンゴ・L・シアソンJr氏，蒔田ロセル氏（フィリピン人妻の会会長）らをお迎えし，「ピノイの会」「東フィリピンアソシエーション」（いずれも県内のフィリピン人団体）の協力・参加を得て，フィリピン大使館などの後援のもと，フィリピン料理教室やフィリピン芸能のステージなど盛りだくさんのイベントが開催されました。AMD A岩手はNGO展示コーナーに出展しただけでしたが，当日会場の盛り上がりにはびっくり！フェスティバルは盛岡の秋の行事としてすっかり定着したようです。

期間中，在住フィリピン人と大使館員の間で懇談の時間もとられ，今まで何度も往復していた在留資格の更新手続きが一部郵送で出来ることを初めて知ったと聞き，地方への情報伝達の必要性を感じました。

さて，天高く食欲の秋，馬以上に肥えてしまった私は一念発起し，早池峰山へ登ったはいいいものの，動けないほどの筋肉痛に見舞われ，運動不足を痛感（文字どおり，痛い！）しています。しかし，まだまだ小林先生や中西先生には負けられません。（川上先生には負けるかも知れませんが）今度の休みも栗駒山か五葉山，岩手山に焼石岳，．．行きたい山がありすぎて困ってしまう，早くこの筋肉痛を治さねば。



ハローハローパーティーにて，協会長とフィリピン大使シアソンJr.氏，蒔田さん，東フィリピンアソシエーションのみなさん

福山市婦連と中央公民館企画

熱気あふれる女性リーダー養成講座

公私とりまぜて講演会や学習会のお知らせを目にするものが多くなった。知らなければ何も始まらない。学ぶことは大切な。そんな思いを抱く人は少なくないはずだ。女性の地位向上を目指して活動している福山市連合婦人会が中央公民館とタイアップして開講した「国際社会に対応できる女性リーダーの養成講座」には、毎回八十人前後の女性が出席している。学びたいと思う女性は何を求めているのだろうか。(上村洋子)



福山市連合婦人会が開いている「国際社会に対応できる女性リーダーの養成講座」。講師はAMD A代表の看護医師

アジアをもっと知りたい

実践・体験談求める

市連合婦人会の講座は毎月一回、六月に始まり、八月を除いて十一月まで計五回の予定。来年十月の広島アジア競技大会にむけて、日本を取り巻く近隣諸国の現状を学び、交流実践の足

がかりをつくらうという狙いだ。

七月に行われた第一回は、アジア医師連絡協議会（AMD A）の活動から民間の国際協力を学ぶという内容だった。深安郡神辺町出身の医師でAMD A代表の菅波茂さん（岡山市瀬津）は、インド、ネパール、カンボジアなどのアジア諸国や、アフリカのソマリアでの体験を情熱的に、しかも軽妙に分かりやすく語った。「無償料を希望する医師はかつては赤ひげ先生。今ではAMD A参加者の再就職が不利になる（？）とあるなど困難を抱えています。しかし、もう十年もすれば、

政府、企業そして医師たちの意識も変化し、日本は国際民間協力団体の大國となるでしょう。これからは多様性の共存の時代。これまでもアジア、アフリカの貧困を強調し、良心に訴えて免

参加者たちはハイレベルな話題に眼を輝かせて聞き入った。圧倒的に四十代以降の人が多いが、若い人もちらほら。福山市横尾町の犬の美容師藤井弘子さん（八）は「中国人留学生と交流があるので、もっとアジアのことを知りたい」と参加した。「マスコミなどでいろいろ知る

機会は増えたのですが、体験者から直接



受講者公募で若年層も参加

罪得のようにボランティア資金を調達してきたが、これからは、偉大なグローバル文化につながるカンボジア人といった精神文化を尊重するかわりをもつことが大切」

聞く話に詳しくておもしろく関心が深まります」と言う。福山市加茂町の峰松和子さん（四）も同伊勢丘の荒木芳子さん（四）も、いろいろな学習の機会を積極的に利用

用しているという。子供が中学生にもなると子供から学ぶことが多い。難民や貧困にあえぐ人たちにお金を寄付しても、この背景を説明できません。子供が成長するにつれ親も成長したい。女性への姿もあつた受講者たち

い」とうなずき合う。参加者たちは貴重な時間をさいて受講している。物事を知らなかった自分を知り、知る喜びを実感している。そして「自ら出て、吸収していくときだと顔を輝かす。

今回の講座は、婦人会にとっても新しい試みである。市連合婦人会会長の佐藤元美さんは「婦人会は女性の地位向上を目指す。十年前から毎年、五つのブロックに分けて、女性講座を続け、

（3）1741

カンボジアに於ける結核とステロイド乱用の関係を
指摘した記事が学会雑誌にのりました。

496

TRANSACTIONS OF THE ROYAL SOCIETY OF TROPICAL MEDICINE AND HYGIENE (1993) 87, CORRESPONDENCE

Correspondence

Cambodian 'Flying Crocodiles'

Large numbers of young doctors have been rapidly trained in Cambodia since the Khmer Rouge leadership left the country with only 40 surviving physicians in 1979. People still rely heavily on the advice of self-made pharmacists. Infant mortality is estimated to be 116 per 1000 live births. The annual incidence of smear-positive pulmonary tuberculosis is 250 per 100 000 population. This is perhaps the highest rate in the world (World Health Organization [WHO] statistics 1991). The prevalence in Kompong Speu Province was 600 to 700 cases per 100 000 population.

In a WHO internal unpublished mission report, it was observed that in a district hospital monitored for 6 days, 30% of adult outpatients were prescribed steroids. Not uncommonly, the indication was a headache.

In Phnom Srouch District Hospital in Kompong Speu Province, one of the poorest in the country yet containing approximately 8% of the total Cambodian population, the majority of the peasants have been taking 'Cucumber Seeds' (dexamethasone), 'White Ties' (prednisolone), and 'Flying Crocodiles' (phenylbutazone), daily since these Thai-made 'tonics' flooded the market some 5 years ago. They cost between 15 and 100 Riels (100 Riels=£0.03) and are often used to relieve aches and pains after a day's work in the rice fields. Recently, a 2 years old child with scrofula was presented to us who has been fed 'White Ties' (prednisolone) daily for several months. It is interesting to speculate whether the disproportionately high incidence of tuberculosis in Cambodia could have any partial connection with this high social and institutional steroid usage.

François Lette
Hiroshi Takahashi
Pinkinder Sahota
William Grut

AMDA-Cambodia
GPO Box 2420
Bangkok 10501
Thailand

10 November 1992

ハローハローパーティーにて、協会長とフィリピン大使シアソン、氏、
藤田さん、東フィリピンアソシエーションのみなさん

—AMDA 事務局だより—

10月12日「AMDAボランティア委員会」なるものを発足した。そのパワーはすごい!!市の主催した国際協力パネル展の準備にわたしがモタモタしていると、アジア・アフリカの地図を作ってくれたり、パネルのコメントを新しくワープロで打ち直してくれたり、新しい発想でどんどん助けてくれる。パネル展当日は朝早くから準備を手伝ってくれて、終日その場で代表の本を売ったり、パンフレットを配ったりしてくれた。その時のセールストークは「菅波先生って男前でしょう。」と著者紹介の写真を道ゆく人に見せるのである。おかげ(?)売り上げは予想をはるかに上まった。

近くの学校で子供たちに国際協力の活動紹介を通し募金活動をしようと教育関係者に呼びかけてくれたり、「もっとこうした方がいいんじゃない」「ダメよダメよこんなじゃあぁ」とまさに叱咤激励してくれる。感謝、感謝の気持ちでいっぱいである。

パネル展にて、事務局 片山(右)の隣で手伝ってくれる井口さん(夫婦そろって、ボランティアワークをしてきている)



ネパールへ送る物資(古着)の荷造りをするAMDAボランティアの方々。(心強い限りです)

AMD A 国際医療情報センター 平成5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インター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)、丸山ウィメンズ クリニック

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
ア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います。

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

AMD A-Cambodia
GPO Box 2420

Phnom Penh 10501

(ポプコ) 国際医療情報センター

AMD A 国際医療情報センター

ポプコ国際医療情報センター

(ポプコ国際医療情報センター)

November 1992

～募金のお願い～

AMD A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 AMD A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 AMD A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 AMD A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 AMD Aバングラ友好病院

AMD A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 (0782) 38-0455 FAX 38-0453

読者の皆様へ

本紙の購読をご希望の方はアジア医師連絡協議会

本部事務局までご連絡ください。

住所 701-01岡山市櫛津310-1

連絡 ☎ 086-284-7730

頒価 1冊500円

国際医療協力 Vol. 16 No. 10

アジア医師連絡協議会 (AMDA)

- 発行 1993年10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