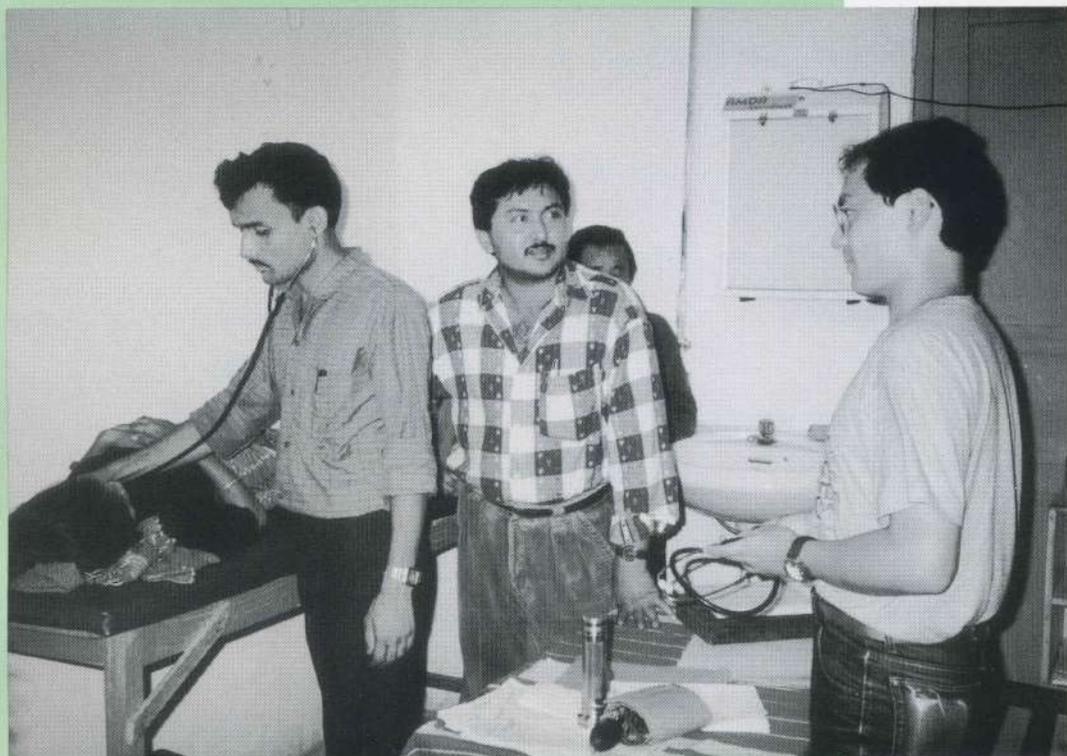


国際医療協力

Vol. 16 No. 11

1993. 11



ネパール・ダマック市のAMDA、B・P記念保健財団ブータン難民医療センターでスタッフに診療指導するロヒト・ボカレル医師(AMDA-Nepal,中央)と早川達也医師(右)。

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
● UNHCR と難民	— どこで、なにを	6
● ソマリア救援チーム活動報告		
● ソマリア難民救援第2次隊報告	日本青年会議所 国境なき奉仕団事務局長 山田 一 功	14
● 現地報告	Dr. Ashig Hussain	18
● 南部ソマリア難民支援事業報告	アフリカ教育基金の会 東アフリカ事務所 土井 啓	21
● 現地報告	Deepak Aryal M.D.	26
● ネパール・バングラディッシュ洪水被災民緊急プロジェクト		
● ネパール洪水被災地緊急救援報告	北角 嘉徳	30
● ブータン難民救援プロジェクト		
● 現況報告	市立札幌病院救急医療部 早川 達也	
● カンボジア救援医療プロジェクト活動報告		
● 現地報告	熊沢 ゆり	48
● 現地報告	Sec Manaly M.D.	50
● AMDA 国際医療情報センター便り		54
● 大使館関係者向けセミナー		
● 「日本の医療制度について」を開催	AMDA 国際医療情報センター	56
● 日本の医療制度	小林 米幸	58
● 日本の救急医療システム	中西 泉	60
● 質疑応答		62
● ボストン便り	国井 一 修	64
● 岩手便り	岩井 くに	66
● AMDA 93年度秋季執行部会報告		68
● AMDA 事務局だより		69

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】 岡山市榑津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

1991年4月17日にAMDA国際医療情報センターを設立。在日外国人をはじめとする関係者からの医療に関する電話相談、受け入れ医療機関の紹介、シンポジウム、セミナーの開催などを実施。93年5月からは(財)東京都健康推進財団の外国人医療関連事業の委託も受ける。93年12月5日には同センター関西を大阪に設立し、サービスを開始。

(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-Banguradesh,AMDA-India,AMDA-Nepal等合同で開始。

●カンボジア難民本国帰還緊急対応医療プロジェクト

1992年7月よりタイから帰還するカンボジア難民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ブ寄贈とともに医師等を派遣。AMDAネパールクリニック開設。

アジア多国籍医師団

1993年5月22日に創設。アジアの自然災害や難民等の緊急時に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、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。

連絡先と役員 (AMDA日本支部)

●701-12 岡山市榑津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 津曲兼司 (菅波内科医院)
カンボジアプロジェクト委員長 桑山紀彦 (山形大学精神科)
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)
インド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、日置久子

●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

●AMDA 国際医療情報センター関西

〒533 大阪市浪速区難波中3-7-2 新難波第一ビル704
Tel 06-636-2333,2334 Fax 06-636-2340

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)
センター関西代表 宮地尚子 (近畿大学衛生学教室)
事務局長 香取美恵子
事務局 田中里恵子/中戸純子/近藤麻里/李佩玲 (常勤)
横山雅子 (関西センター、非常勤)

AMDA支部

日本、韓国、台湾、香港、フィリピン、インドネシア、タイ、マレーシア、
シンガポール、インド、バングラデシュ、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」

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

国際社会での緊急救援活動も回を重ねて経験してくると見えてくるものがたくさんある。善悪の問題でなく現実の問題として理解する必要がある。それは下記のごとくの現実である。

- 1) 難民緊急救援活動の業界が存在する。
- 2) 国連難民高等弁務官を頂点に欧米のNGOによって構成されている。
- 3) 各国からの難民に対する供出金がこの業界内で分配されている。
- 4) アジア系NGOの業界参入は歓迎されていない。
- 5) AMDAはこの業界に参入できた極めてまれなアジア系NGOである。

国連難民高等弁官に緒方貞子氏が再任されたことは日本人の顔が世界の人達に理解されるということで非常にうれしいニュースであった。国連難民高等弁務官の職員にもっと日本人職員採用ということも有り難いことである。この業界の存在を現実的事実として認めたい。AMDAの難民救援活動の効果的な展開を考える時に国連難民高等弁官職員にコミュニケーション可能な日本人職員が増えることは非常に望ましいことである。

ただ、国連高等弁務官はあくまで難民対策を担当する国連機関である。国連機関の権限には限界がある。その過大評価は危険である。国連機関の行動は国際法に準じている。その国際法は欧米の慣習法が基本になっている。NGOも国際法とその実態に熟知する必要がある。しかし、欧米NGO中心の業界の活動だけではアジア/アフリカの多様性に富む現実と相いれないことも多い。アジア系のNGOがもっと参入する余地がある。

AMDAはアジア多国籍医師団を編成してアフリカで難民緊急救援医療を展開している。現在までに日本、バングラデシュ、ネパール、フィリピン、パキスタンから優秀な医師が参加している。リーダーとしての援助現場での経験と国連難民高等弁務官との交渉経験を積んだ医師が増えていることは喜ばしいことである。

この経験豊かな医師達が帰国して中心となって各国支部の救援活動体制の強化と人的ネットワーク構築に貢献してくれることはアジア系NGOの更なる発展に寄与してくれるものと確信する。

現在アジアにはたくさんのローカルNGOがあり自国の社会状況発展に貢献しているが、近い将来にアジア経済の発展と共にAMDAに限らず国際NGOが出現する可能性は多いにある。

AMDA及びアジア多国籍医師団がそのパイオニア的役割を果たすことができればこの上ない喜びである。

社説

緒方貞子さんを支えていこう

「日本も緒方氏も、別々に、世界における新たな自分の役割を明確にしようとしてきた。これまでのところ、緒方氏の方が先をいっている」

国連難民高等弁務官(UNHCR)の緒方貞子さんを昨年、米紙が評した言葉だ。その緒方さんが国連総会で再任された。実績が高く評価されたことで、来年一月から五年間、引き続き世界の難民救済の責任者として指揮をとる。うれしいことだ。

任期途中で退任した前任者のあとを受けて、緒方さんが第八代の高等弁務官に就任したのは一九九一年一月だった。それから三年、カンボジア、旧ユーゴスラビア、ソマリアと続く難民の救援や帰還問題に取り組んできた。

飢餓に苦しむアフリカ各地や民族紛争の燃えさかるボスニア・ヘルツェゴビナへと精力的に足を運び、訪ねた国は五十カ国近い。仕事ぶりに接してきた国連職員や各国

外交官らは、口をそろえて緒方さんの行動力と、先進国、途上国のわけへだてなく率直に注文し、批判する勇氣、考え方の柔軟さを評価する。

しかし、そうした活躍にもかかわらず、就任時に千五百万人だった世界の難民はいまや千九百万人を超えた。さらに約二千万人が自国内で避難民となっている。UNHCRの任務はふえ、その活動を支援する必要はますますばかりなのだ。

再任にあたって、緒方さんは日本の財政援助を評価する一方で、「何か要請があったから受けるか受けないかを考えるのではなく、自分から踏み込んでいってほしい」と注文し、「民間の援助、活動がまた弱い」と指摘した。

UNHCR駐日事務所によると、北欧の援助先進国には、「頼りになる」民間団体が数多くある。そうした国では、公務員が休暇を二年とって国外で難民援助や福祉関係の活動に従事できるといった制度的な支えもあるという。

残念ながら、日本の現状はそうしたところからは遠い。しかし、変化の芽が見られないわけではない。

この夏、同事務所は五人の学生をスーダンなど周辺国からの難民を収容するケニア、北東部の難民キャンプに送り、一カ月間、

実際に援助活動を学ばせた。緒方さんの名前をとって「キャンプ・サダコ」と名付けられた企画である。

参加した学生たちは、難民の若者と日本の若者が「共有する部分の多さ」を実感した。「難民」と「日本人」という立場から互いに名前を呼び合う関係になるうちに「彼らとともに、彼らと自分のために働き、生きていきたい」と難民との共感を語るまでになった。

民間企業の男性社員グループがボランティア活動に参加したり、企業が首領をとって余暇にボランティア活動を始める、といった動きも出ている。「まだ極めて限られた範囲ではあるが、手ごたえのある動き」と同事務所は期待する。

民間の活動や若者の輪が広がる的貢献を支えるすそのとなる。その中から緒方さんやカンボジア再建につくした明石康国連事務総長特別代表に続く人材が生まれる。そうしたことを「願わない国」という評価を返上する大事な道筋であろう。

緒方さんは日本の若者に「こんなに恵まれた国は世界の例外であるという認識をまずもって欲しい」と訴えている。地球規模の広がりをもち問題をわれわれ自身の問題として考える。それは若者だけに与えられた課題ではない。



UNHCRと難民

どこで、なにを

1) 緊急援助事業

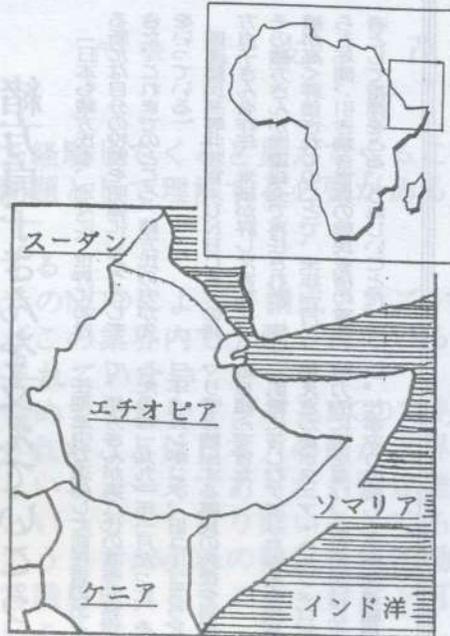
アフリカでは

● 「アフリカの角」地域

エチオピア、エリトリア、ソマリア、ケニア、ジブチ、スーダンを含む「アフリカの角」地域では、政治的・民族的対立が原因の内戦と干ばつとで、深刻な打撃を受けた。

UNHCRは、1992年10月からケニアとの国境地帯で、ソマリアからの難民流出の抑制と自主帰還の促進を目的とした越境援助計画を実施している。

エチオピアでは1992年11月以来、政府と国連機関との合意にもとづき、難民、帰還民、避難民、除隊兵士、内戦や干ばつの被災者の区別なく約100万人を援助の対象としている。エチオピア南部では、内戦と食料不足に悩むスーダン南部の住民の流入が続いている。

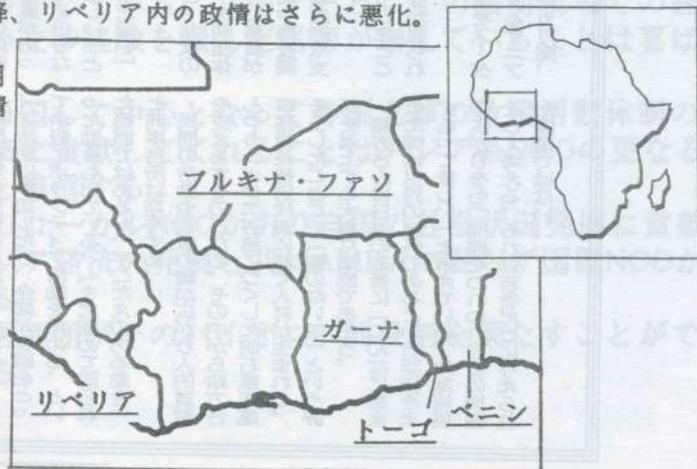


● 西アフリカ

リベリアから流出した難民約53万人以上が、近隣諸国の庇護のもとにある。1992年後半以降、リベリア内の政情はさらに悪化。

トーゴでは、1992年11月の全国ストライキ後政情が悪化。本年2月以降約13万人がガーナへ、約15万人がベニンへと流入した。

それぞれ、UNHCRによる緊急援助が続けられている。



ヨーロッパでは

● 旧ユーゴスラビア

1991年6月、クロアチアがスロベニアとともにユーゴスラビア連邦からの独立を宣言したことをきっかけに内戦が勃発。92年4月、戦域はボスニア・ヘルツェゴビナまで拡大。

UNHCRは、91年11月、国連事務総長の要請を受け、難民、避難民、被災者に対する旧ユーゴスラビアでの人道援助計画全体の調整機関となった。92年7月より、サラエボなどへ援助物資の

空輸を開始。人道援助物資輸送（空輸・陸送）は、安全保障理事会決議により国連防護軍の保護を受けて行われている。しかし、戦闘地域の住民への物資輸送は度重なる妨害により困難をきわめている。

紛争は拡大し援助対象者が増えているにもかかわらず、援助資金が集まらず、UNHCRは予算縮小を余儀なくされている。

援助を受けている人々： 約 360 万人



旧ソビエト連邦では

● アルメニア共和国・アゼルバイジャン共和国

1988年、アゼルバイジャンのイスラム教徒とアルメニアのキリスト教徒の間に戦争が始まった。旧ソ連のナゴルノ・カラバフ自治州の帰属をめぐる紛争が続いている。1993年3月、ナゴルノ・カラバフ自治州周辺で軍事行動が再び活発になり、多数の市民が国内避難民となった。



UNHCRは昨年12月、両共和国から援助の要請を受け緊急援助隊を派遣した。弱者、婦女、子供を対象に食糧などの供給を続けている。

援助を受けている人々： 約 29 万人
(在アルメニア 14万人、在アゼルバイジャン 14万6000人)
難民・避難民総数： 約 90 万人

● タジキスタン

1992年初め、旧共産勢力と反対勢力間に内戦が始まる。内戦激化に伴い、12月以降、タジク難民約6万人がアフガニスタン北部に流入した。また、タジキスタンからキルギスタンに逃れたキルギス人、カザフスタンに逃れたカザフ人、タジキスタンとウズベキスタンに住むアフガン人も援助を必要としている。

UNHCRは92年末、タジキスタンへ緊急援助隊を派遣。国内避難民を援助することで周辺国への難民化を防ぐとともに、アフガニスタンからの自主帰還の可能性を探る交渉にあたった。帰還計画開始にともない、UNHCRは復興に必要な援助物資を供給するとともに、家屋の再建にも力を貸す予定である。

援助を受けている人々： 約 42 万人
難民・避難民総数： 約 50 万人



2) 自主的本国帰還

アジアでは

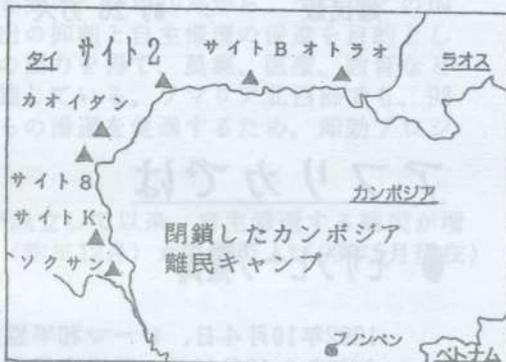
● カンボジア難民

1991年10月23日、パリ和平協定の締結により、12年間におよぶ内戦に終止符が打たれ、92年3月15日、国連カンボジア暫定統治機構（UNTAC）の活動が始まった。

UNHCRは92年3月30日以来、約37万人の難民帰還の援助を続けた。その結果93年3月30日、タイ最後の難民キャンプが閉鎖された。5月初旬、帰還計画はほぼ終了した。

カンボジア国内では、帰還民の生活再建を目的とした即効プロジェクト（QIPS）を、UNDP（国連開発計画）、地元当局、民間団体と協力して実施している。

帰還民数 : 約 37 万人



● ミャンマー難民



1991年半ば、ミャンマーからイスラム系のロヒンギャ族のバングラデシュへの流出が始まり、92年春には、その数は急増した。92年4月、両政府間に難民を帰還させる合意が成立、UNHCRに支援を要請した。

92年9月、バングラデシュ政府主導による帰還計画が始まった。25万人の難民のうちすでに2万人が帰還。しかし、帰還を拒む難民と政府との間に緊張が高まり、12月、UNHCRは帰還計画へ

の参加を中断。政府が今後は自主帰還の意志を尊重することを確認したうえで、本年1月末から個々の難民との面接に携わっている。

5月12日、バングラデシュ政府とUNHCRの間に自主的帰還促進の合意が成立した。国内では、難民の流入した地域への医療設備の改善など、地元住民の生活向上にも寄付する援助計画も進められている。

難民数 : 約 23 万人

アフリカでは

● モザンビーク難民

1992年10月4日、ローマ和平協定で16年間におよんだ内戦に終止符が打たれた。12月16日、国連安保理事会は国連モザンビーク活動（ONUMOZ）を決定。和平協定以来、すでに 15万人が自主帰還した。

UNHCRは、88年以来、自主的に帰還する難民をある程度援助していたが、本年4月からは、本格的に自主帰還計画を開始。年内に 50万人以上を帰還させる予定。合わせて、帰還民の生活再建を目的とした即効プロジェクト（QIPS）を実施する。

難民数 : 約170万人（登録済 130万人、未登録 40万人）

登録済難民数内訳

マラウイ	1,058,500人
ジンバブエ	137,900人
ザンビア	25,400人
スワジランド	24,000人
タンザニア	20,000人



● ソマリア難民

ソマリアは、政治的・民族的対立が原因の内戦と干ばつとで、深刻な打撃を受けた。1991年1月以来、無政府状態となったソマリアからの難民は約100万人に達した。

UNHCRは国連事務総長の要請を受け、昨年10月から、ケニアとの国境地帯で、ソマリアからの難民流出の抑制と自主帰還の促進を目的とした越境援助計画を開始。民間団体の協力を得て、農業、医療、教育などの即効プロジェクト（QIPS）を実施している。ソマリア北西部でも、93年中にエチオピア東部とジブチからの帰還を促進するため、即効プロジェクトに力をいれている。

本年3月、ソマリアにて和平協定が成立して以来、自主帰還する難民が増加。ケニア内の難民数は、42万人（昨年12月）から38万人（93年5月現在）に減少した。

難民数 : 約90万人

難民数内訳（概数）

エチオピア	37 万人
ケニア	33 万人
サウジアラビア	15 万人
イエメン	5 万人
ジブチ	1 万人

● エチオピア難民

1984年以降、戦争と飢餓を逃れて難民がスーダンに流入。その後1991年5月、メンギスツ軍事独裁政権の崩壊によって、難民はスーダンから本国帰還を希望するようになった。93年2月、エチオピア政府、スーダン政府、UNHCRの3者間で、スーダンからのエチオピア難民を帰還させるという合意が成立。1993年にUNHCRは、約5万人の難民の帰還を支援する計画がある。

難民数 : 約15万人



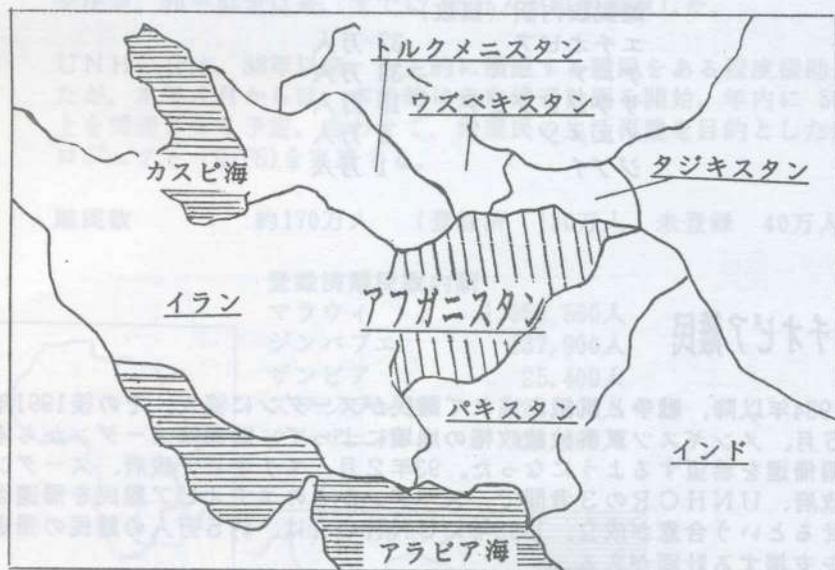
中東・南西アジアでは

● アフガン難民

14年にわたる内戦中、約600万人（人口の約3分の1）のアフガン人が国外に避難。現在、イランに280万人、パキスタンに163万人の難民が生活している。1992年、ソ連軍の撤退後アフガニスタンの政情が変化し、150万人以上の難民がイランやパキスタンから自主帰還した。

反面アフガニスタン国内では、1992年8月に起きたカブールでの戦闘以来、約40万人以上が避難民となり、UNHCRの援助を受けている。

UNHCRは、90年7月、アフガン難民帰還計画を開始。93年には、200万人の本国帰還を予想していたが、国内の政情不安が続き新たな難民がパキスタンに流出。難民帰還計画は修正され、パキスタンから60万人、イランから70万人の帰還を見込んでいる。



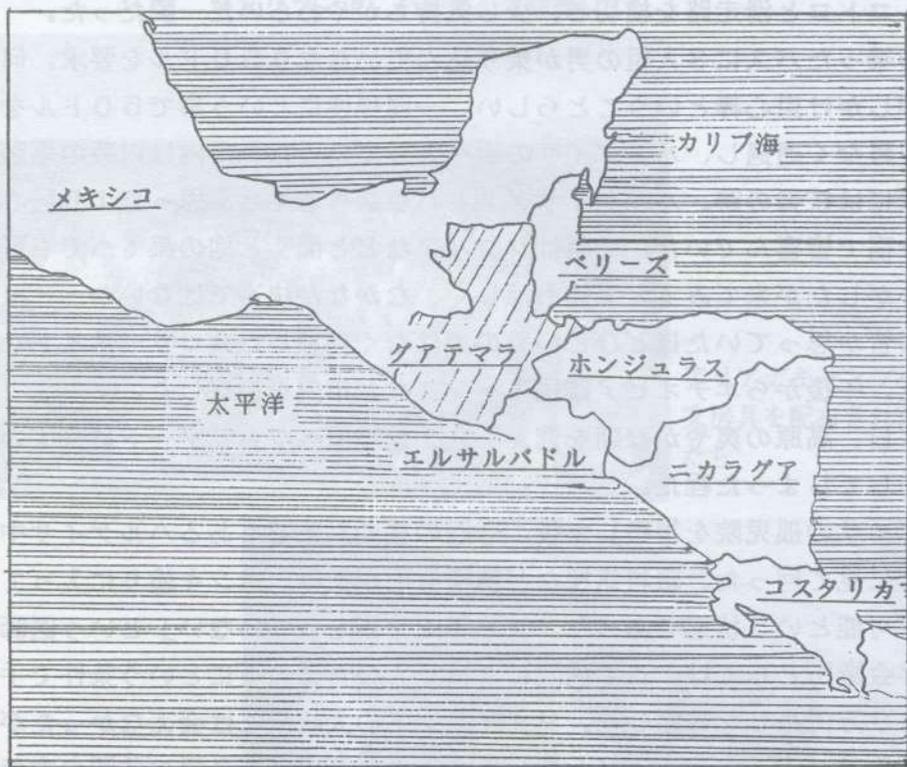
中央アメリカでは

● グアテマラ難民

80年代に始まった内戦によって、1981年から難民がメキシコへ流出。1984年までに約46,000人がUNHCRの保護を受けるようになった。1987年から小規模ながら、自主帰還が始まっていたが、91年11月の緒方高等弁務官の難民キャンプ訪問をきっかけとして、難民のグアテマラ帰還への機運が高まった。

92年10月、ようやく難民代表と政府の間に合意が成立。1993年1月20日、まず2,466人が帰還。年内に15,000人の帰還を計画している。

グアテマラ国内では、帰還民の生活再建を目的とした即効プロジェクト(QIPs)を実施している。



1993年7月、UNHCR駐日事務所 作成

ソマリア難民救援第2次隊報告

日本青年会議所 国境なき奉仕団

事務局長 山田 一 功

我々（社）日本青年会議所国境なき奉仕団は4月の第1次隊に続いて、ソマリア難民救援プロジェクトの第2次隊を派遣し、12名は任務を全うしこの程、帰国した。

10月9日、日本を出発した12名は、30数時間かけてジブチに到着。途中寄港地の遅れ等で深夜に通関を済ませたが、隊員は各々疲労がありありと顔に出ていた。わずか数時間の睡眠ののち夜が明けて11日の7時半ホテルを出発、アエロフロートの中古機にて荒涼とした砂漠の上を約1時間ソマリア北部のハルゲイサへ到着した。空港の片隅に置かれたミグ戦闘機3機が不気味にこちらを向いていた。子ヤギがトコトコと滑走路を横切る。少し気持ちがやわらいだ一瞬だった。

我々の乗ったバスに3人組の男が乗り込んでいきなり50ドルを要求。何かと思えば押しかけ用心棒ということらしい。一同穏便にという事で50ドルを払い、各関所を難なく通過し、ハルゲイサの街へ入っていった。市内は内戦の傷跡も生々しく、壁には銃弾の跡。ハルゲイサゲストハウスへ着くと、思ったより居心地のよさそうな宿で皆喜んでいて。一時はソマリアなどと聞くと地の果てへでも行くが如くの思いがしたが来てみると気候も涼しく、なかなか快適ではないか……。

昼食も皆が思っていたほどひどいものではなく持参したカロリーメイトなどは不要だった。午後からエチオピア難民キャンプなど市内を視察した。

翌12日、高原の爽やかな朝を迎え、八ヶ岳高原へでもリゾートに来ているのかと錯覚をしてしまった程だ。

ハルゲイサの孤児院を視察した後、今回の援助対象でもあるハルゲイサ中央病院を念入りに見て回った。眼科病棟など結構修理が進み、ペンキ塗りに入っており程なく使用可能という状態であった。「2年間手術をしていない」という医師。我々日本青年会議所としては、この病院にAMDAの管理の下にという条件で手術器具など300万円余りを寄贈した。ソマリランドの大統領には会えなかったが、アリ副大統領やアブディ内務大臣（女性）に会うことが出来て今回の訪問の意義など伝える事が出来たと同時に、彼らからも日本向けのメッセージをいただいた。国家として認められないソマリランドでは我々NGOの援助が精一杯、理解していただけたかどうか……。

予定にはなかったが、西村団長（日本JC直前会頭）の発案で孤児院の子供達



ソマリランド、ハルゲイサ空港にて



アリアデキャンプ小学校で
文房具を配布され喜ぶ子供
たち

ソマリランド 孤児院へ
ミルク・石鹸を届ける



何かプレゼントをしようという事になり、皆で100ドルづつ出し会って、ミルク石鹸などの購入に街へ出掛けた。

夕方にはお世話になった各NGOや国連関係者など30各位を招いてのティーパーティー各国の人達と意見交換を行なった。

13日、出国前に再び孤児院を訪問し、昨日購入したほぼ子供の数に見合うミルク40カン、石鹸80個キャンディやオレンジとともにサッカーボールをプレゼントした。子供達とサッカーをして別れを惜しんだ。

空港にジブチからの双発機が降りた時はこれで帰れると「ホッ」とした。目立った危険は無かったものの、準戦時体制のこの国ではまず無事に帰る事が使命の一つ。ジブチに戻った我々のもう一つの使命はキャンプに医薬品を届ける事だった。

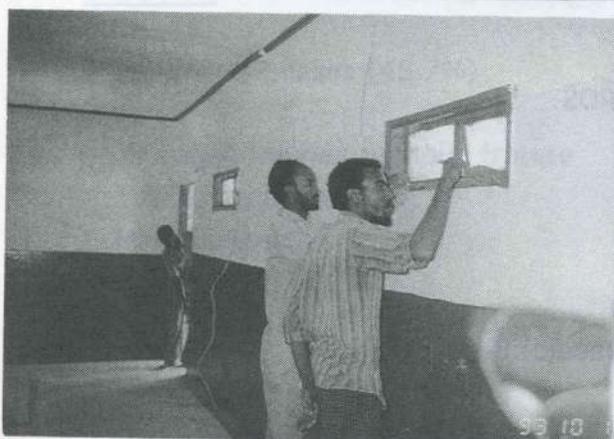
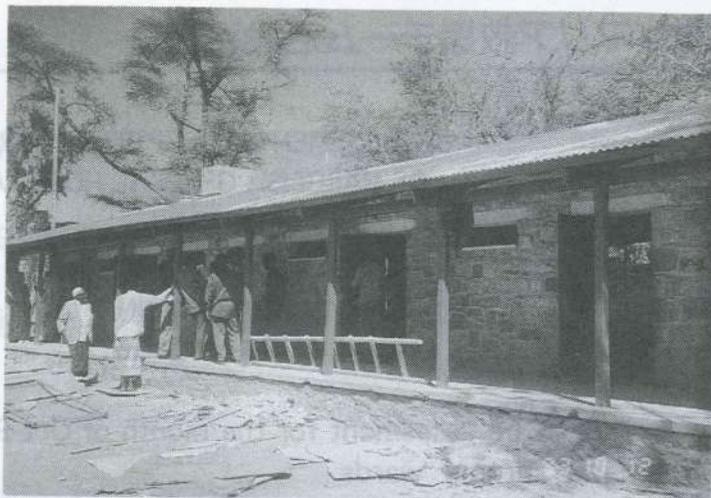
14日、アリスビエから約1時間のアリアデキャンプを訪ね、赤沼医師らに日本青年会議所、甲府青年会議所、及び一般参加の「難民にミルクを送る会」（本部甲府市）代表の吉田永正氏等提供の医薬品や、京都青年会議所の提供の文房具などの贈呈を行ない、任務を全うした。

夜、お世話になったAMDAの山本君らに別れを告げて満足感で2度目のジブチを後にした。17日夜無事日本に帰国。今回の隊は全行程9日間のうちホテルへは5泊（うちハルゲイサ2泊）しかしないうというハードスケジュールであったが、皆すがすがしい気持で日本各地に散っていった。

私の地元甲府市（山梨県）では、甲府青年会議所を中心に第2次隊派遣に合わせて「AMDAの医師に医薬品を届けよう」という事で6月から募金活動を行なった山梨県各地青年会議所、団体、個人、街頭募金、本部長の梅沢氏の日本航空学園生徒会などで約140万円が集まり今回の援助の一部とした。又、京都青年会議所では集まったノート、エンピツなどの文房具30Kgを我々に託してくれて無事に子供達に届けた。少しずつではあるが「国際貢献」の芽は日本各地で育っておりいつの日か花咲く時が来る事であろう。

今回の派遣に対してはAMDA事務局やスタッフの絶大なる支援があって成功したのであり、現地の山本君、ラザック氏、事務局の夏目（旧姓岡崎）さんや友貞さんに対して特に感謝申し上げたい。これからもAMDAと国境なき奉仕団が良きパートナー（実際我々は後方支援しか出来ないが）として活動できればと願ってやまない。

ハルゲイサ中央病院
修理が進んでいる病棟



ハルゲイサ中央病院
ペンキ塗りに入った眼科病棟



アリアデ・キャンプの赤沼先生に医薬品を渡す

■ソマリア救援チーム活動報告

ASSESSMENT OF DEPTT: OF SURGERY OF HARGEISA GENERAL HOSPITAL OF OCT-93

By
DR. ASHIQ HUSSAIN
AMDA-Hargeisa

This is the assesment for the month of Oct-93 of:

- General surgery wards
- Orthopaedic wards
- O.T.

WARDS

Orthopaedics

MS1(Male Surgical):Beds 30

General Surgery

MS2 (Male Surgical):Beds 30

FS1 (Female Surgical+orthopaedic):Beds 20

STAFF

Ortho: MS1

Head of Deptt:Dr. Tsmail Ali Jama

Oward Incharge Nurse:1

Auxillary Nurses :3

First Aid Nurses :1

OPD Qualified Nyurse :1

General Surgery

Head of Deptt:Dr.Ahmed Abdi

Deputy :Dr.Sulleiman Jama

MSII

O.T

Anaesthtist:Dr.Deerya Arak

Operation Rooms

Room A : For Aseptic Surgery

Room B : For Septic Surgery

Staff

Incharge Nurse: 1
Auxillary Nurse: 7

ASSESSMENT OF PATIENTS

Number of Patients: 70 patients

Male : 53
Female: 17

Disease

1. Trauma: 32 cases (45.7%)

- Gunshot injurles without frature 1
- Traffic accidents 6
- Mine Explosion 5
- Knife injury 3
- Bomb Explosion 2
- Crush injury 1
- Blunt injury 1
- Others 2

2. Fractures : 20 cases (28.5%)

- Mandihla 2
- Radius and Ulna 2
- Hand (Metacarpals) 1
- Ribs 1
- Femur 2
- Tibia and Fibula 12

3. Spine : 6 cases (8.5%)

- Lumber with Paraplegia 5
- Cervical with teraplegia 1

4. Infection : 2 cases (2.8%)

5. Neoplasms : 2 cases (2.8%)

Cause

Gunshot	25 (35.7%)
Traffic accident	12 (17.1%)
Mine explosion	8 (11.4%)
Bomb explosion	3(4.2%)
Knife injury	3(4.2%)
Infection	2(2.8%)
Neoplasm	2(2.8%)
Othera	25 (35.7%)

Deaths

2 cases (2.8%)3

Orthopaedics

MS1 (Male Surgical):Beds 30	1
General Surgery	2
MS2 (Male Surgical):Beds 30	3
FS1 (Female Surgical+orthopaedic):Beds 20	30

STAFF

Ortho: MS1

Head of Deptt:Dr. Tamal Ali Jama
Incharge Nurse: 2
Auxiliary Nurses: 3
First Aid Nurses: 1
OPD Qualified Nurse: 1
General Surgery: 12
Head of Deptt:Dr.Ahmed Abdi
Deputy: Dr.Sulaiman Jama
MSII

Anesthetist:Dr.Deerya Arak

Operation Rooms

Room A : For Aseptic Surgery
Room B : For Septic Surgery

南部ソマリア難民支援事業報告

アフリカ教育基金の会

東アフリカ事務所 土井 啓

AEFとUNHCRケニア事務所との合意点は次のとおりであった。

- 1) UNHCRアフマド基地の準備体制が整い次第、AEFは調査のためアフマド入りする。
- 2) その後、医療と教育支援の計画案をHCR側へ提出する。
- 3) その上で、UNHCRとAEFの合意書(契約書)を交わす。

しかしながら、ソマリア国内の治安悪化(アイディード軍とUN軍の紛争)に伴って、AEFの現地入りは、当初の4月から結局のところ、8月1日に持ち越された。また、AEFが活動するリボイ(ケニア側)ーアフマド(ソマリア側)のラインは、主戦場であったモガディシュ、キスマユに近く地域の荒廃もひどく、地雷・武装強盗団の最も多いところでもあった訳だ。

4月初旬より7月下旬まで、AEF東アフリカ事務所は、アフマド現場事務所長と緊密な連絡を取り合い、アフマド入りに備えていた。

8月27日夕、UNHCRケニアのフィリップ・プログラムオフィサー(同事務所NO.3)からTELが入り(UNHCRケニア代表は9月下旬まで長期休暇)、8月31日、UNHCR事務所で関係者を集め、会議を催したい旨、連絡があった。

AEFは、交渉担当の東アフリカ副所長(坂本典子)を派遣。3時間にも達する話合いの後、AEFがアフマドの医療活動を主体的に行い、ユニセフの病院修復が完了後、それをAEFに引き継ぐことになった(ユニセフ側は、ティベブ・プログラムオフィサーが出席。※議事録参照)。

9月5日からのアフマド滞在中に、UNHCRの現場サイドで許可(署名)を受け、ナイロビに持ち帰って手続きを進める段取りとなっている。また、医療QIPは、UNの医療調整員の要請による、TB(結核)施設の修復・設備のクイック・インパクト・プロジェクトになることが内定している。

QIPというのは現場重視の申請システムであり、それによって、UNHCRのプロジェクト番号が発行され、一事業当たり5万ドルまで国連が資金を供与するというものだ。

それ故、UNHCRケニアの代表、越境作戦の総合担当者のフィリップ氏、また、個々の事業担当者が納得していても、現場が必要なしとすれば、実現はしないわけだ。この現場重視のシステムは、非常に考え抜かれた良いものだと思う。

91年初頭からのソマリア動乱については、AEFは既に何度もその政治・社会・歴史などを含みレポートを提出し、膨大な資料となっている。不明な点は、それらの報告書を参照していただくとして、ここでは、大ざっぱに概略を触れていきたい。

まず、ソマリアは、アフリカの角、と称せられ、世界の最貧国に数えられている。20世紀中盤の構図から言えば、アフリカ大陸での東西の戦場の1部であった。独立(1960年)以降は、社会主義政権であった。7世紀のアラブ進入以来のイスラム教徒(スンニー派)の国である。単一民族、単一言語という、アフリカでは非常に珍しいソマリア人は基本的に、そのテリトリーを、

- ①南北ソマリア、
- ②オガデン地方(エチオピア南西部)
- ③ジブチ、
- ④ケニア共和国北東部州

の4つに分割されている。分割されたというのは、ヨーロッパの植民地政策、あるいは、フランス・オブ・パワー、がその理由である。

①の南北ソマリアの旧宗主国は、基本的に北がイギリス、南がイタリア。本来が遊牧民の国で輸出して外貨を獲得する物品がないため、奇麗なソマリア女性をモガディッシュ(首都)の港から、パリのファッション界などに輸出していたという歴史的事実がある。

91年の内戦から、100万を越えるソマリア難民が、エチオピア、ケニア、イエメンなどに流入した。ケニアにおいては、92年初頭よりUNや各NGOの救援活動が本格化した。しかしながら、内戦そのものが解決しないかぎり、難民問題の解決とはならない。それ故、紛争終結、平和維持のため、92年末からの多国籍軍のソマリア進出であったのだろう。

☆報告書Ⅲへ続く

報告書Ⅱ以降の流れとしては、

- 1) UNHCR、UNICEFとの合意。他団体との折衝。
- 2) ソマリア・アフマドでの医療活動。

の2項目が同時進行しているので、下には、各項目別に報告を進めていきたい。

1) UNHCRとの事業契約書

9月3日(金) UNHCRケニアのプログラムオフィサー・フィリップ氏より AEF 東アフリカ事務所に電話があり、9月7日(火) にアフマドでの医療事業について公式に契約書を交わしたい旨の連絡があった。

しかしながら、HCR側としては、AEF 東アフリカ事務所々長の署名が必要とのことであったので、8日アフマドでの滞在を終えた同所長がナイロビに戻るのを待って、手続きを終了。AEFは正式にUNHCRの実施団体として登録されることとなった。

※同契約書参照。

一方、UNICEFとの契約書については、8月31日の会議以降、UNICEF ナイロビ事務所へ AEF からアフマドにおける医療計画案を送付し、以下の点についての合意を進めている。

- ① アフマド病院(ユニセフ修復中、9月20日完成予定)の、MCHを含む、ユニセフから AEF への移行。
- ② UNICEF ソマリアからの定期的医薬品の同病院搬入。
- ③ UNICEF ソマリアからの同病院スタッフ給与の支援、他運営費の援助。

来週火曜(14日)に、UNICEF ソマリアより、担当官がナイロビ入りするので、その際に、上記について詳細を検討し、契約書を交わす方向で進んでいる。

また、ARC(アメリカ難民委員会)については、8月31日以前は、アフマド県の医療活動に関して、ARC側は、①自己資金も充分にあり、②調査も自ら実施しているとしていたが、9月6日の AEF との直接の会議の席では、① UNHCR からの資金供与がなければ予算がない、② UNHCR の資料をもとにアフマド地区の医療計画案を作成した。とのことで、状況は大いに変化してきている。先の EC 主催の会議に参加しなければ、AEF のアフマド内での医療活動は不可能であるとした、ARC のプロジェクト・ダイレクターの言葉は、以降の進行を考えると事実と異なる。

8月25日の電話では、AEF 側からの話し合いの求めを拒絶した ARC であったが、情勢の変化から、9月6日の会議は、ARC 側から要求してきたものだった。

2) ソマリア・アフマドでの医療活動

① 結核隔離棟の視察調査(9月6日午前)。

報告書Ⅱで触れたように、UN側からの要請事項である。問題点は以下の2つ。

ア) UN側が依頼する旧結核隔離病院は、アフマド高校の横にあり、隔離にはならず、将来的には、青少年への影響を考慮すると好ましくない。高校の再開校後他の敷地に転居する考えもあるだろうが、資金の無駄ではないだろうか。

イ) 報告書Ⅰ、Ⅲで挙げた診療所の統計をみると結核患者の数量は非常に少ない。結核を診断できる機能・人材にも問題あるが、HCR側の同QIP案の安易さが無いだろうか。クイック・インパクト・プロジェクトとは言い難いわけた。

※略図、他UN資料参照。

② 農業・植林試験場の視察調査(9月6日午後)。

アフマドの地元住民が、既に溶接業を開始しているので、青年会議所からの資金を活用して、地元の農機具・植林器具を購入していきたい。

③ UN軍ヘリコプターによるアフマド・タウン撮影(9月6日夕刻)。

アフマド駐在のベルギー軍の好意により、アフマド上空からのタウン状況のビデオ、写真撮影が可能になった。他の活動とともに、ビデオ、カメラに収めている。

④ AEFアフマド仮設診療所の建設、及び、開設(9月6、7日)。

第2次医療品リストの搬入で、仮設テントによる同診療所の開設を完了した。モスリムの女性患者を配慮して、男性と女性の診察室を設けたわけだ。

⑤ 第2次医療品搬入(9月5日)、並びに、第3次医療品搬入(9月8日)。

第1次はUNHCRが手配して、一部紛失という結果になったので、今回は、手配・空輸など全てAEFが行い、アフマド病院開設前までの十分な医療品をアフマドに配置することができた。

⑥ 教育などの他QIP案の現場検討(9月7日午後)。

AEFが作成した3種類の計画案の建築(修復)見積が問題となった。UNのコストに比べると非常に低額だというわけだ。一例として、ケニアでセメント袋を求めた場合、それは現在のソマリア内に比較すると安いだろう。モンバサからの船便、キスマユからのヘリコプターによる空輸のコストを入れると、これは当然UNのコストの方がAEFより高くなるのであるが、この点についてUN現場側と意見を異にしており、現在調整中である。

⑦ 統計；8月15日より、31日まで。

	5才以下	5才以上	小計
1 下痢	7	4	11
2 上気道感染(風邪)	50	212	262
3 肺炎	0	1	1
4 肝炎	0	2	2
5 マラリア	14	192	206
6 皮膚病	5	72	77

7	寄生虫	17	55	72
8	結膜炎	1	30	31
9	栄養失調	0	2	2
10	はしか	4	0	4
11		2	22	24
12	貧血症	2	100	102
13	ビタミン欠乏症	0	21	21
14	その他	31	403	434
		133	1,116	合計 1,249

⑧ 搬入医療品 (※各リスト参照)

イ)	第1次	¥ 580,653	16/08/93 搬入 (基礎医薬品)
ロ)	第2次	¥ 654,153	05/09/93 搬入 (")
ハ)	第3次	¥ 1,465,977	08/09/93 搬入 (仮設診療所用医療品)
ニ)	第4次	¥ 372,331.50	20/09/93 予定 (衛生検査器具)
ホ)	第5次	¥6,507,087.90	10月上旬 予定 (病院用医療品)

⑨ AEFソマリア事業事務所 AEF SOMALIA PROJECT OFFICE (9月7日現在)

- イ) サイモン・キウグ (主任医師、42才、ケニア人)
- ロ) ミリアム・リキマニ (管理・企画、52才、ケニア人)
- ハ) 古川 佳恵 (経理、25才、元順天堂大学付属病院手術室勤務、日本人)
- ニ) マムドゥ・バシール (社会福祉員、40才、元リボイ難民キャンプ・米国系CAREに勤務、ソマリア人)
- ホ) ノール・サガラ (臨床医、元UNOSOM勤務、ソマリア人)
- へ) ダヒール・アリ (看護夫、元UNOSOM勤務、ソマリア人)

[最後に]

昨年12月末から続けてきた、クロスボーダー作戦の準備、UNHCRとの交渉は、ここにおいて、一応完了した。

UN全体の考えとしては、UNHCRのケニア側からのクロスボーダー作戦から、ソマリア内の総合的リハビリテーション事業ということに重点を移してきている。

今後、AEFは、UNICEFソマリアとの合意、病院運営の方に重点が置かれていくこととなると考える。この一連の報告書も現場スタッフからの報告という形態に変えて継続したい。

[以上]

■ソマリア救援チーム活動報告

A General Overview of Medical Laboratory In Hargeisa General Hospital, Somaliland

Deepak Aryal, M. D.
AMDA-ALI-SABIEH &
HARGEISA PROJECT

Introduction:

Hargeisa General Hospital in Somaliland was badly destroyed during the civil war. Rehabilitation of the hospital was urgent.

In 7 July, 1993, AMDA signed an agreement with Ministry of Health and Labour in Hargeisa under the name of the project, "Rehabilitation Hargeisa Hospital".

AMDA started hospital reconstruction activities in 18 July, 1993. Now many hospital wards like medical, surgical, gynaecological orthopaedic, eye-are reconstructed and rehabilitated. The service in those wards has been started.

Medical laboratory is also running and providing services for some simple lab tests. Laboratory facilities and services are of enormous values for diagnosis of diseases. The lab was also a victim during the war. Now it has been reconstructed and rehabilitated to some extent.

Medical Laboratory-

Training-Refresher training on basic laboratory tests was provided for all the staff of the lab. They were upgraded with their knowledge in simple tests like:

1. Medical laboratory principles and ethics
2. Stool tests for ova, cysts and parasites
3. Urine routine and microscopic
4. Identification of malarial parasites
5. Haemoglobin and Haematocrit tests
6. Semen analysis

A special training on basic lab tests for 6 staff, working on MCH and hospital, was conducted in collaboration of AMDA-UNICEF.

Assessment of Hargeisa Hospital Laboratory

A detail assessment was done before and a new assessment is done again to focus more only on those essentials that are mostly required and can be done.

It is no doubt that a strong, reliable lab service is a great help for doctors in putting diagnosis of diseases and treatments.

In the laboratory service, I found many simple mistakes the lab assistants used to make. They have little theoretical base on what they are doing. I tried to explain and upgrade their knowledge on basic simple lab tests. But still there are many trainings required to do.

So, if the MOH/L Hargeisa and other organizations look forward in this side of medical service, it will be a good support for the betterment of health facilities in Hargeisa General Hospital.

A report on assessment of Hargeisa General Hospital is given below:



破壊された住居



点滴をする若手看護師ら

ASSESSMENT OF HARGEISA HOSPITAL LABORATORY

THE LABORATORY-GENERAL OUTLOOK

- One storey. Three sections-one big, the other two are small.
- One basin with running water.
- Tables, benches and stools at present are just enough.
- Electricity is not constant so makes problem sometimes to use haematocrits, microscopes (for more light).

STAFF

- All of the staffs do not have apron.
- There are a staffs (out of which one is the chief technician).
- There is lack of lab theoretical knowledge in most of them.

EQUIPMENT PRESENT

- (1) a- Electric centrifuge----1 (not working).
b- Hand centrifuge----1.
- (2) Microscopes (bi-ocular) in condition----2.
- (3) Haematocrit centrifuge----1.
- (4) WBC, RBC, platelet counting chamber----1.
- (5) Sahli instrument for haemoglobin test----1.
- (6) Westergreen tubes----16 tubes.
- (7) Westergreen stand (15 tubes in one stand)----2.
- (8) Glass slides and coverslips----sufficient.

REAGENTS, CHEMICALS, STAINS AVAILABLE

- (1) Ziehl Nelsen stain.
- (2) Gram's stain.
- (3) Sulphosalicylic acid for Urine Albumin Test.
- (4) Benedicts solution for sugar test.
- (5) Lugol iodine, normal saline for making slide smears.
- (6) Hydrochloric acid.
- (7) Anticoagulants (EDTA, sodium citrate).
- (8) And other few reagents (not important ones).

LAB TESTS DONE IN HOSPITAL LAB

- (1) Stool test:
 - a) Routine (macroscopic, microscopic).
- (2) Urine test:
 - a) Routine (macroscopic, microscopic, AFB on sediments).
- (3) Blood:
 - a) Tc, Dc, ESR, Hb haematocrit.
 - b) Malaria parasite (thin and thick smear)
- (4) Sputum:
AFR (Ziehl Nelsen stain), Cram's stain.
- (5) Cerebro-spinal fluid test/Routine (C. S. F. test).

COMMON TESTS THAT ARE NOT DONE IN HOSPITAL LAB

- a) In stool test:
 1. Occult blood.
 2. Culture and sensitivity.
- b) In urine examination:
 1. Bilirubin, urobilinogen, ketone, specific gravity.
 2. Urine culture and sensitivity.

- c) In blood examination:
1. Bleeding and clotting time.
2. Blood biochemistry.
3. Blood culture and sensitivity.

- d) Sputum Analysis:
1. AFB culture.

INSTRUMENTS REQUIRED

- a) Urinometer for measuring specific gravity of urine---2.
b) Big Electric Centrifuge for centrifuging urine---1.
c) Blood cells counting chamber---2.
d) American company Sahli Haemoglobinometer---4.
e) Clinitest strips, labstix strips---to be supplied regularly on limited amount.
f) For culture:
1. Petre discs--- (1 doz).
2. Incubator---minimum 1 or if possible 2.
3. Culture medium for blood, urine, sputum and stool.
4. Materials for sensitivity tests.
For Bio-chemistry:
5. Reagents for Blood Biochemistry (for sugar, electrolytes, uric acid).
Others:
6. Materials for Rheumatoid factor test.
7. Culture plates for Bacteriological tests and sensitivity.

TRAINING AND STAFF

- (1) A post of pathologist (full time) is essential.
(2) Lab technicians and assistants need further and constant refresher training in modern lab technologies.
(3) Recording and reporting training is needed.

ネパール洪水被災地緊急救助報告

アジア医師連絡協議会 北角嘉徳

今年 7月にネパール南部で発生した洪水の被災民救助のため 8月から 9月にかけての 1ヶ月間ネパール入りした。

私と岩永医師がネパール入りした時点では洪水発生から間もないこともあり、具体的な援助計画は決まっておらず（というのもネパールに入らないと詳しい情報がなにも得られない）、私たちの活動は、まず被害の状況を把握し情報を収集することから始まった。

以下、日別に活動を記述する。

8月 2日 カトマンドゥに入る。

首相官邸で首相秘書と打ち合わせ。

3日 首相の従兄弟でトリブバン大学眼科助教授と打ち合わせ。

4日 午前中新聞社カトマンドゥポストの取材を受ける。

17:30 首相官邸で首相と面会。（テレビ局と新聞社に取材を受ける。同日夜のニュースで面会の模様を放送された。）

5日 保健省で打ち合わせ。

この期間が打ち合わせに費やされが、2日 3日はガーイジャートラ（牛祭り）のため動きが取りにくかった。しかし結局は、現地へいって見なければわからないといった事項が多かった。

翌日からの救援メンバーは、BPメモリアルの医師1人、パラメディカル5人、AMDAの医師5人、ノンメディカル1人、計12人と決定された。

8月 6日 被災地のネパール南部バグマティ川へ向け、川の東方約数十キロにあるジャナクプール空港へ飛ぶ。・・・なんとこの飛行機は自由席だった。

ジャナクプール市のあるダヌサ郡の郡長、そしてダヌサ郡中央病院院長と打ち合わせ。バグマティ川東岸サライ郡のマヘンドラハイウェー上の村スケボカリまで車で移動し、同地のヘルスポストに宿泊。夜、地元の医師と打ち合わせ、バグマティ川西岸の被災地ガウルへ翌日行くことになった。

7日 早朝バグマティ川西岸のロータハット郡の郡庁所在地ガウル市へ移動。郡中央病院の院長と打ち合わせ。この際、バグマティ川沿岸の最大の被災地は、西岸ではなく東岸なので東岸（サライ郡）へ行って欲しいとのこと。ただし西岸も被災地なので医療スタッフを3日間程度でよいから、残してほしいと要請され、BPメモリアルの医師1人、パラメディカル1人に2泊3日ガウルに滞在してもらうことになった。午後再びバグマティ川を渡りスケボカリから南下、インド国境近くのドゥマリヤ村に夕刻到着した。途中、道が洪水で流されている箇所もいくつか



診療する北角医師



第一陣救援メンバー、郡病院前で。右端が北角医師、一人おいて岩永医師。

ありそのたびに迂回しなければならず、洪水のすさまじさを実感した。当地泊。
・・・現地に着した際。村民、特に子供たちが集まってきて、「ここで診療するんだ」という実感がわいてきた。

7月8日 この日から14泊15日にわたる診療を行った。

～21日 8日の夜からどしゃ降りの雨になり、雨は10日の午前中まで続いた。10日の午後村はずれまで行ってみると、バグマティ川からここまで東へ約7kmもあるというのに道は所々冠水しており、道の両側はまるで湖のように見えた。バグマティ川の上流から流れてくる水で、水かさは日中どんどん増して行った。午前中、岩永医師ら4人が近くの村へ行ったが、ドゥマリヤ村の私たち残りのスタッフはこれほど水かさが増えたら、彼らは今日はもう戻って来られないだろうと話していた。ところが4人は腰までびしょぬれになりながら夕方戻ってきた。この間再びドゥマリヤ村への道は不通となり、15日の再開通まで村は孤立状態になった。ガウルに残ったスタッフ2人は村に来ることができず、10人で診療を続けた。

最初は一日50名程度の患者だったが、日に日にその数は増えて行き、後半は300名の患者を診察する日もあった。患者は、下痢などの腸管感染症と呼吸器感染症がほとんどだった。他に外傷や膿皮症など、ごく簡単な小外科を要求される症例が少なからずあった。診療期間中死亡者は2人だった。今回の洪水で急に患者が大勢でたというようすではなかった。

なお生活環境について。宿舎は地元の裕福な家の広い軒下。大きな木の台の上にカーベットを敷いて、その上で寝た。寝袋を使うものもあれば使わないものもいた。日中は暑かったが明け方は肌寒いこともあった。

食事は村民の男性二人に作ってもらった。朝食は特に食べる習慣はなく、チャーとよばれるとても甘い紅茶を一杯。昼食と夕食は毎食カレー。日本のカレーと違い、とてもさらさらしたものだった。

風呂は、敷地内にあるポンプ式の井戸の水をくみ上げて、下着をつけたまま体を流した。トイレには当然紙はなく、郷に従ってしまった。

21日 朝早く村を出発。スケボカリまで北上し、ヘルスポストに落ち着いた。マヘンドラハイウェーまで来れば、電気も電話もある。カトマンドゥのAMDAのスタッフと連絡をとった。2週間ぶりに冷たいコーラを飲んだ。とてもおいしかった。

22日 この日から3日間、衛生教育を行った。

～24日 ハイウェーをスケボカリから数km西進したところにある学校で衛生教育を始めた。1年生から10年生までの10学年の学校で、バグマティ川から近くにあり、



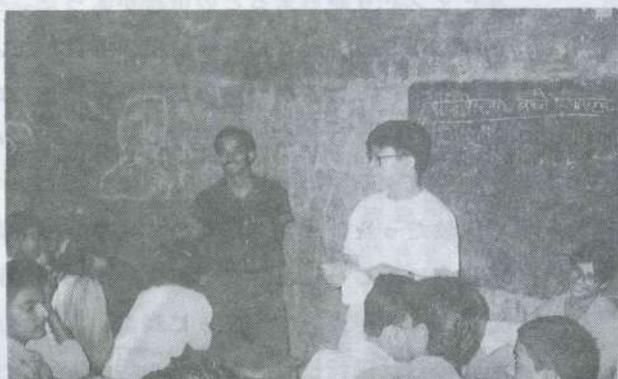
洪水で破壊された家々



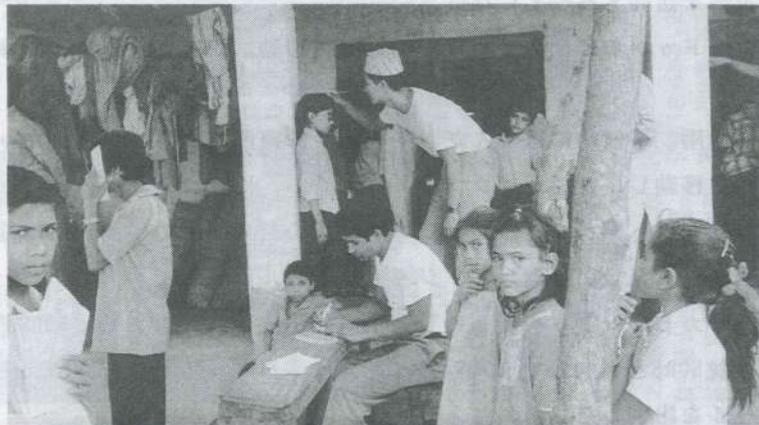
ドゥマリア村のぬかるんだ道を行く一行



下級生クラスで衛生教育を行う
岩永医師とDr. Anil Das



上級生クラスで生活衛生について話をする
北角医師とDr. Saroj



全生徒の健康診断をするAMD A医師団

生徒や近くの住民の多くが洪水の被災者だった。洪水後学校は休校状態で、私たちが到着したときは授業が再開されてまだ数日もたっていなかった。校舎の半分以上は、洪水で家を失った人たちの住居となっており、クラスは上級と初級の2クラスだけからなる複合クラスだった。22日と23日、2日間かけて全生徒の診察をした。翌24日に上級と初級の2クラスそれぞれで衛生教育を行った。上級クラスではシャロジ・オジハ医師が発熱について、アニル・ダス医師が下痢について、私が衛生・疾病予防について話をした。初級クラスでは岩永医師が、きれいな絵をかき講義のあと生徒に問題を出し、正解した生徒には小さな石けんをあげるなどとても効果的な講義をしていた。

24日の夕方カトマンドゥに戻るため、ネパール第4の都市ビールガンジへ移動した。

25日 ビールガンジ近くの空港のシマラからカトマンドゥへ飛ぶ予定だったが、前日夕方からの強い雨のため飛行機はすべて欠航した。シマラ空港は滑走路が芝生のため弱い雨でも飛行機はすぐ欠航になる。やむなくこの日もビールガンジ泊。

26日 今日飛行機は来ないかもしれないと少し憂鬱な気持ちで起きたが、軍用機がカトマンドゥから来るとの情報が入った。空港に早めに行き飛行機の到着を待っていたら、11時過ぎごろ軍用機が到着した。軍用機は小さく、箱形。格好いいとはお世辞にも言えないものだった。私たちのスタッフが軍人に尋ねたらわずか3人しか乗れないとのこと。カトマンドゥからの機材を降ろし私と岩永医師とネパール人スタッフのラジュ・リーマルの3人で乗り込んだ。結構揺れたが大変貴重な体験だった。8月2日初めて降り立った際に、大変田舎に感じたカトマンドゥが都会に感じられた。夜、日本からの第2陣（成澤さん、田中さん、今井さん、金平さん）がカトマンドゥに到着。私と岩永医師と合流した。

27日 この日は飛行機のチケットの手配をしたり両替をしたり、事務的な作業に追われた。翌日から4～5日の予定で、まずジャバ郡ダマック村、次いでサライ郡の洪水被災地を訪問することになった。

28日 カトマンドゥからピラトナガルへ飛行機で移動。夕方ダマックまで移動し宿泊した。

29日 朝から大雨。午前中にはやんだ。午前中、診療所とブータン難民キャンプを訪問。昼から移動し、夜ジャナクプールに到着し、同地泊。

30日 ドゥマリヤ村へ向かったが、前日の強い雨のせいか村の手前約10km地点からは先へ進めなかった。引き返して、ジャナクプール泊。

31日 飛行機でカトマンドゥへ戻った（運賃：外国人が2750Rpまたは55USドル、ネパール人は税50Rpと820Rpで870Rpだった。1ネパールルピー＝約2.1円）。

9月1日 ネパールを出国した。

ネパールの水害実態撮影

AMDA会員 田中さん帰国

アジア、アフリカ難民の医療救援を続けている「アジア医師連絡協議会」(本部・岡山市楠津、菅波茂代表、AMDA)の会員として、水害に苦しむネパールの被災民救援活動に参加、被災状況や活動の様子を撮影した岡市中納言町、写真家田中義郎さん(大田)がこのたび帰国した。写真は計約千八百枚。今月下旬に開かれるAMDAの活動を紹介するパネル展に展示される。

24日からパネル展 岡山市で

田中さんは臨床検査技師の資格を持っており、今年六月、倉敷市内の病院を退職した。二十年前、岡山大学医学部生などが計画した「第二次クワイ山踏査隊」の活動と一緒に参加し、タイやネパールなどでも現地の様子などを学んだ菅波代表が、AMDAの代表として活躍していることを知り、協力を名乗り出た。

早速、AMDAが手がけたネパール大水害被災民の救援活動に参加することが決定。八月下旬、第二陣として、被害が大きかったネパール南東部のバクマティ川流域に向かい、臨床検査技師の資格を生かして検査機器の使い方などを現地医師に教え、薬品の運搬など

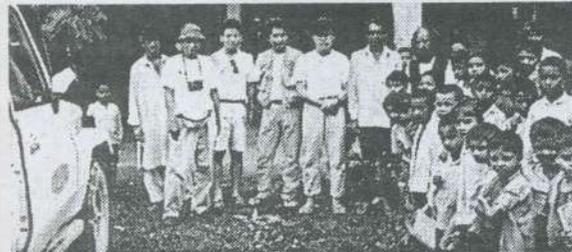


家を奪われ、バラックでの生活を強いられている子どもたち(ネパール南東部バクマティ川流域の町、シタパールで)

NGO活動 協力して



①7月の大水害でめっちゃめっちゃに壊れた民家(AMDAMDA医療スタッフとネパールの人たち(左から3人が田中さん))



②田中さん(左から3人目)とAMDAMDA医療スタッフとネパールの人たち(左から3人が田中さん)

◆ブータン難民救援プロジェクト

Referral Health Centre for Bhutanese Refugees in Damak

の現況報告

AMDA-Japan 市立札幌病院救急医療部 早川達也

(運営主体)

AMDA-Nepal, AMDA-Japan, B.P. Memorial Health Foundation

(趣旨)

1990年以後ブータン国内よりネパール系ブータン人が難民としてネパール東部に流入、定着を始めた。現在難民キャンプは同ジャパ地区及びモラン地区に6ヶ所存在し、合計8万人に及ぶ難民が生活している。このプロジェクトはダマックに医療センターを設立、運営し、難民キャンプ内のヘルスクリニックの後方支援を行いつつ、地域住民に対しても医療サービスを提供することを目的としている。従って二次医療センターとして機能をもたせるため高機能検査機器を備え、将来的にはこの地域の主要医療機関としての役割を担うものとなることを想定している。

(背景)

ブータン国内のネパール系ブータン人の起源は約100年前に労働力不足に悩むブータンへ建設及び農業労働者として多数のネパール人が移住したことに始まる。1990年、彼らの子孫がブータン国内の政情不安を契機に難民としてネパール国内に流入し始め、特に1992年春より急激にその数を増した。

救援活動はUNHCR等により住居、水、食料については援助が行われていたが医療面に対してはこの地域が元来極端な医療過疎地であったこともあり、難民キャンプ内では細菌性赤痢、麻疹の大流行等で、一時期には1日の死亡者が1万人あたり4人を数えたこともあったという。事態を重くみたAMDA-Nepalは1992年5月現地調査を開始し、救援活動に入った。

(経過)

1992.5. AMDA-Nepalによる現地調査及びmobile clinic開始。AMDA-Japanへ支援要請。

1992.6. AMDA-Japanより山本秀樹事務局長が現地入りし、AMDA-Japanによる支援を開始。

1992.9. 外務省国際開発協力関係民間公益団体補助金交付。

1993.1. ネパール政府保健省、B.P. Memorial Health Foundationの協力を得てReferral Health Centre(二次医療施設)開設。

以来受診者数は増加の一途をたどり現地の二次医療施設として完全に定着している。AMDA-Japanからはたびたび診療、検査機器搬入、調査などの直接支援を行ってきたが、中でも今年4月から3ヶ月にわたり診療を行った篠原明医師の活動は特筆されよう。



ブータン難民キャンプで子どもに囲まれる早川医師



医療センターの検査棟を背に左から、Mr. Mishra、早川医師、Dr. Rohit

(現況)

A. ベッド数: 14床(男性5床, 女性5床, 救急4床)

B. スタッフ(医療部門): 医師6名(常勤医師2名, 週一回特別外来担当の非常勤医師2名, プータン人医師2名), 医療助手6名, 看護婦6名

C. 検査機器: X線撮影装置, 超音波診断装置, 自動血球計算機(WBC, RBC, Hgbの測定可能)

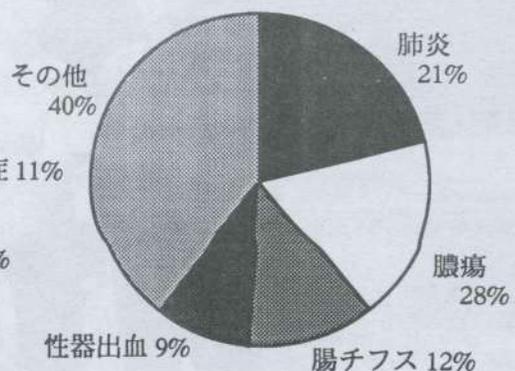
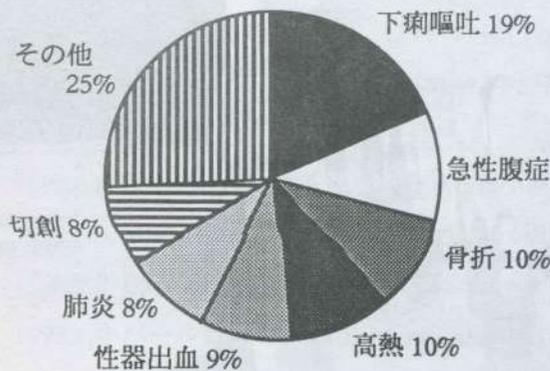
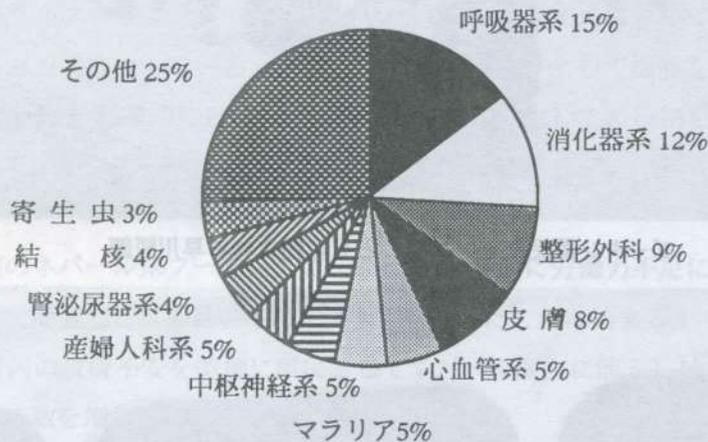
D. 診療の実際(一ヶ月あたり: 1993年8月 Dr. Rohit Pokharelによる集計から):

1. 外来受診者数: 514名(難民117名, 地元住民397名, 男性287名, 女性227名)

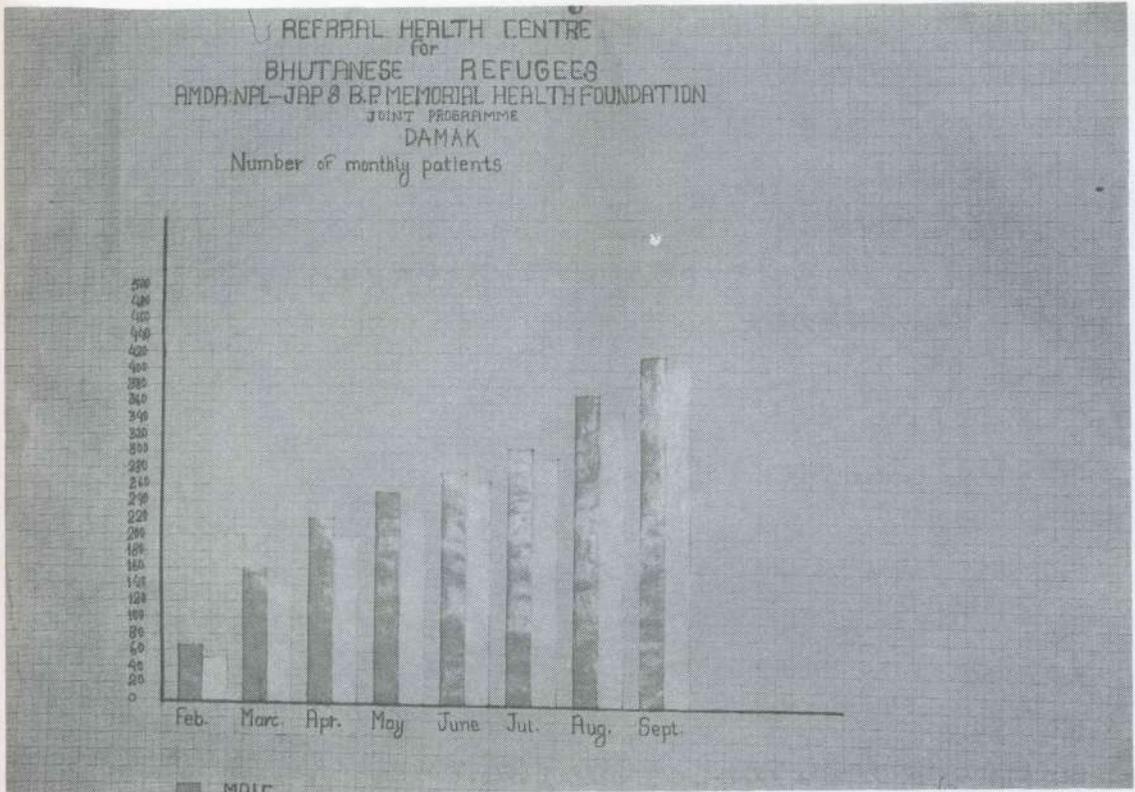
2. 救急受診者数: 122名(難民24名, 地元住民98名, 男性57名, 女性65名)

3. 入院患者数: 33名(難民3名, 地元住民30名, 男性18名, 女性15名)

4. 疾患別分類:



5. 手術件数: 25例(嚢胞切除術10例, 膿瘍切開/排膿術5例他)



月を追って患者数の増加を示すグラフ



あらゆる症状の患者を診る。緊急呼び出しも多い

(今回の活動)

A.派遣期間 1993年10月21日-31日

B.支援内容

- 1.診療の直接支援
- 2.検査機器の作動状況視察
- 3.抗HIV抗体スクリーニングキット搬入及びデモンストレーション
- 4.変圧機,試薬等消耗品の補充.

(問題点)

A.臨床的問題

難民に於けるberiberi(脚気,ビタミンB1欠乏症)の増加

B.運営上の課題

- 1.ベッド数拡大とそれに伴う経費増加への対処
- 2.日本人医師の派遣要請についての対応
- 3.検査機器のアフターケア

C.難民問題

難民問題の解決の目途は今のところ全く立っていない.

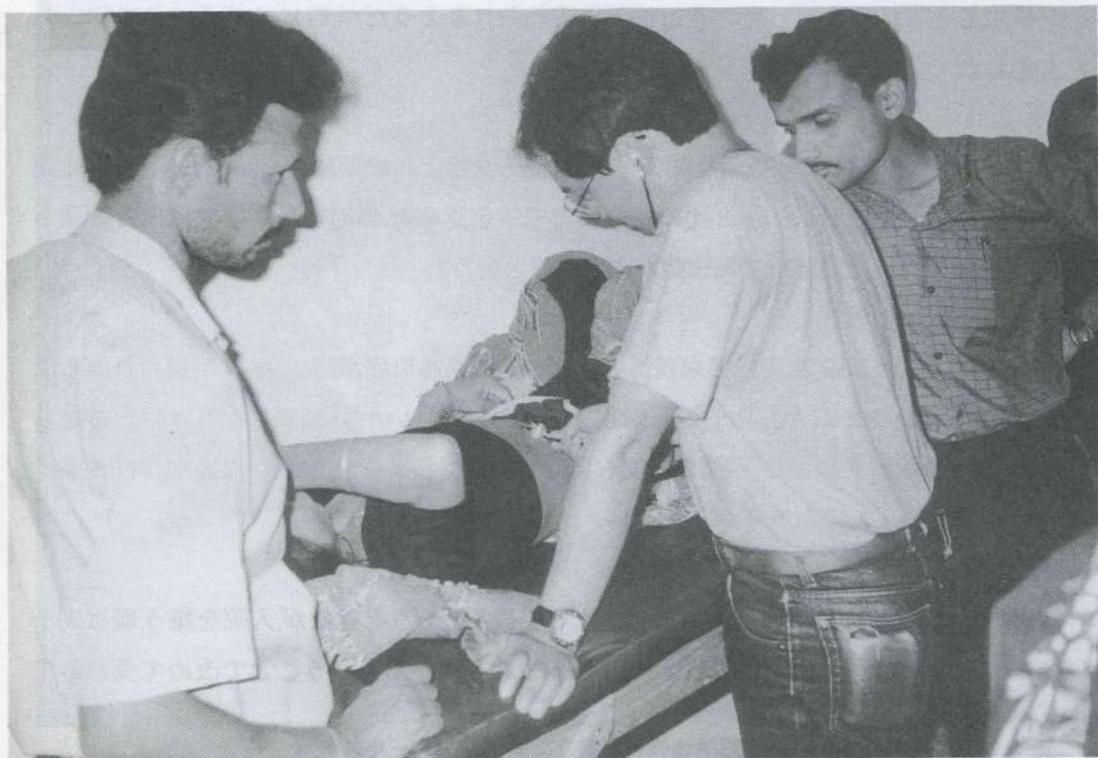
当初,インド西部大地震に対する緊急救援活動に参加するため渡航準備を進めていた小生であったが,先にインド入りしていた三宅医師の「緊急救援の必要無し」との報告を受け,急遽人員派遣要請の来ていたDamakに向うこととなった.Bisnu村で郵政省国際ボランティア貯金関係の視察団の案内を終えた後,補充する物品を携えてDamakに向うという成澤さんと落ち合う手筈を整えて,一足先に現地入りを果たした.Biratnagarの飛行場にはDr. Rohit (K.Pokharel)が自ら出迎えてくれた.彼と会うのは一年半ぶりである.

1.Dr.Hayakawa 診療する.

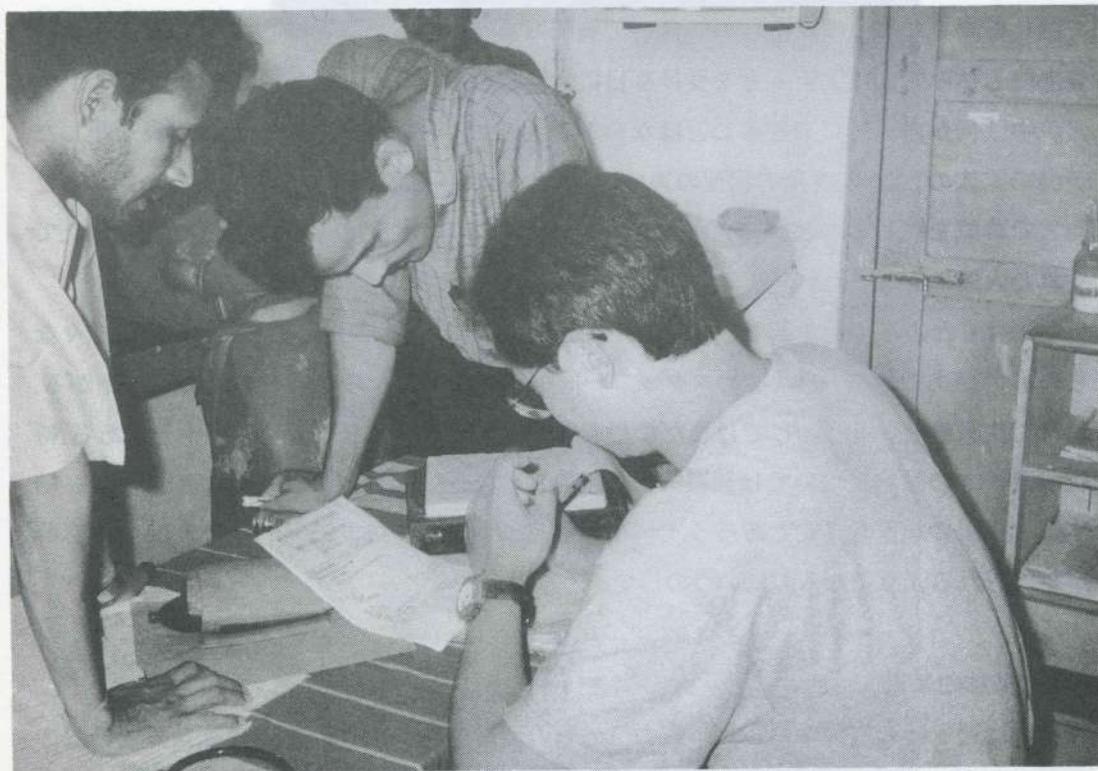
Nepalはダサインの真っ最中である.日本の盆と正月を一緒にしたような祭である.人は皆自分の故郷に帰り,親戚一同顔を会わせ,家長からティカを受けて一年の無事を祈るのである.Dr.Rohitとて同じである.日く,「おれは明日から田舎に帰る.Health Centreは任せるから頼んだよ.何,救急しか来ないから大丈夫だ.」.かくしてDr.HayakawaのDamakでの日々は始まった.印象に残った症例から---

case 1. 16歳 女性 地元住民

左胸部深部膿瘍.2週間ほど前から痛みがあり3日前から排膿していたが,羞恥心からなかなか来院できなかったという.Medical StuffのMr.Mishraは試験穿刺にて膿汁を確認した後,diazepam 10mg bolus i.v.のみの前処置下に患部の消毒だけ行って切開排膿を行った.因みに彼らは医師ではないが病歴採取から一部薬剤の処方,ルート確保等の初期治療まで行う.彼



貧血の女性を診察する早川医師。



カルテに記録をとる早川医師と医療助手

らが手に負えないと判断したときは医師に委ねられるようだが、時にはこういう乱暴なことも行われている。

case 2. 31歳 女性 地元住民

鉤虫症.5年来の貧血で呼吸苦を訴えて来院した.聴診上収縮期雑音を聴取し,著名な脾腫を認めた.因みにHgb値は3.6g/dl.便の検鏡にて虫体を認めた.当地では高度な貧血と脾腫を認めた場合,90%以上の確率で鉤虫症がみられるという.

case 3. 59歳 女性 難民

左頸部リンパ節腫脹,衰弱にて来院.beriberi,肺炎,尿路感染症,寄生虫症等が疑われ直ちに入院,治療を開始した.しかし中心静脈栄養をするわけにもいかず,衰弱ばかりはいかんともし難い.本人は治療を拒否し,点滴を何度も自分で抜いてしまう.家族がなだめつつ付き添っていたがどうなったであろうか.

case 4. 4歳 男性 難民

転落による右大腿骨骨折で来院.牽引による治療を行おうとしたが,入院を嫌う親は副子による固定のみで連れて帰ってしまった.翌日やはり痛がるということで改めて受診してくれたので事なきを得たが...

その他にも意識障害が出現して4日経って始めて家族に連れてこられた男性のこと,3日前に転落して胸を打って以来呼吸苦が続くと来院してきた70歳女性,胸部の外傷かと思っ
て話しを聞くと咯血の既往もあり,急いで胸部写真を外注したこと(ダサインの期間中は検査部門も休みである.),ティカを受ける日には入院患者のほとんどが帰宅を希望したこと,入院中「何か自分達にできることはないか。」と手厚い看護を続けていた腹膜炎を呈した子供の家族のこと...彼我の状況の違いに戸惑いながらもMedical Staff,Nurseらの励ましと助言で診療を続けることができた.医療とは社会そのものであり文化であることを教えてくれた人達に感謝したい.

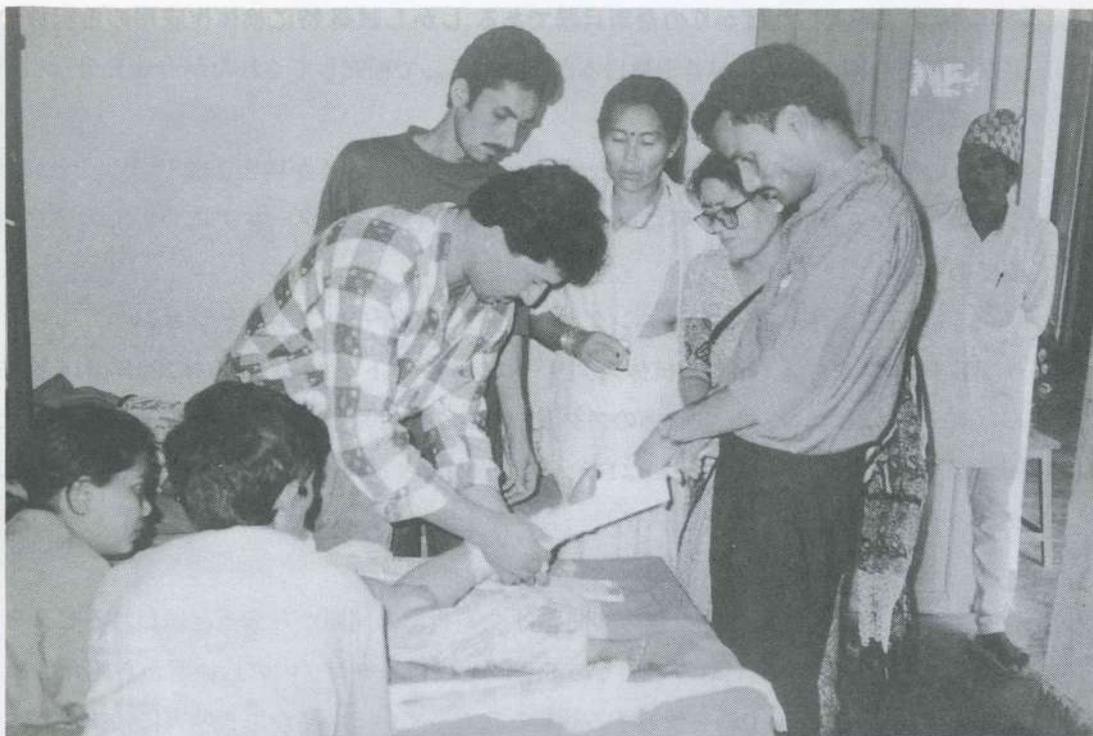
難民はもとより地元住民のこのRefferal Health Centre (RHC)によせる信頼と期待は並々ならぬものがある.Dr.Rohitははじめスタッフ一同の献身的なはたらきには本当に頭が下がる.ただ二次医療センターとしてはまだまだ規模も小さく,スタッフの教育も不十分である.特に清潔操作の徹底については篠原医師も報告していたが依然として大きな課題である.結核患者専用の病室も必要であろう.その他設備についてもまだまだ不十分である.全身麻酔がかけられるようになるのはいつの日であろうか.

2.検査機器の作動状況について

1.超音波診断装置:

普段は週一回の放射線科特別外来の日のみの使用となっている.小生は転落外傷の際の腹部損傷の精査等に使用したが今のところ好調に稼働している.

2.自動血球計算機:



医療スタッフに教えながら整形外科の処置をするDr. Rohit



大腿骨折の小さな子どものけん引用具。無料で家族に貸し出す

今年の9月に搬入したばかりの最新兵器である。しかし試薬、特に検体作成用の希釈液の不足が問題で今回成澤さんが若干量日本から持ち込んで補充してくれたが今後充分な供給体制の確立が急務である。

いずれの機器も日本の水準からいうと最も単純な部類に入るが精密機械であることには変りない。今のところ非常に丁寧に扱われているが今後はアフターケアについての議論が必要であろう。

3.抗HIV抗体スクリーニングキット搬入及びデモンストレーション

今回我々はPA法による抗HIV抗体スクリーニングキットを1キット(検体220体分)を持ち込んだ。最終的には10キット、2200例のスクリーニングを行う予定であるが、試薬等の輸送上の問題点等を洗いだすために今回は1キットの搬入にとどめ、残りは来年2月に実施予定のスタディーツアーの際に搬入し、スクリーニングを実施することとした。

4.難民におけるberiberiの増加

現在、難民における最も重要な臨床的問題は、食料供給の問題から来るとされるビタミンB1欠乏症(beriberi, 所謂脚気)の増加である。難民患者はキャンプ内の診療所から紹介されてReferral Health Centre(RHC)を受診する仕組みになっているが紹介患者の実に90%以上にこの疾患がみられるという。

RHCでみられる主訴は四肢の灼熱感、乃至刺痛に始まり徐々に進行する知覚鈍麻と筋力低下であることが多い。女性が若干多く、16-45歳といった壮年期によくみられる。貧血、肝硬変、心不全等を伴っていることもある。理学所見上は痛覚、触覚の減弱と深部反射、位置覚の消失、筋体の容積は保たれているものの筋トーンの低下がみられることなどが特徴である。

疫学的には地元住民からの発生は皆無であり、また難民の間でもブータン在住中には全くみられなかったことが特徴である。

治療はビタミンB複合体投与である。治療に非常によく反応するのが特徴である。ビタミン錠は手に入るが注射剤の入手は非常に困難である。

RHCにおける診断は臨床診断のみである。したがって一度血中ビタミンB1濃度の測定等定量的な検査を試みたいところである。

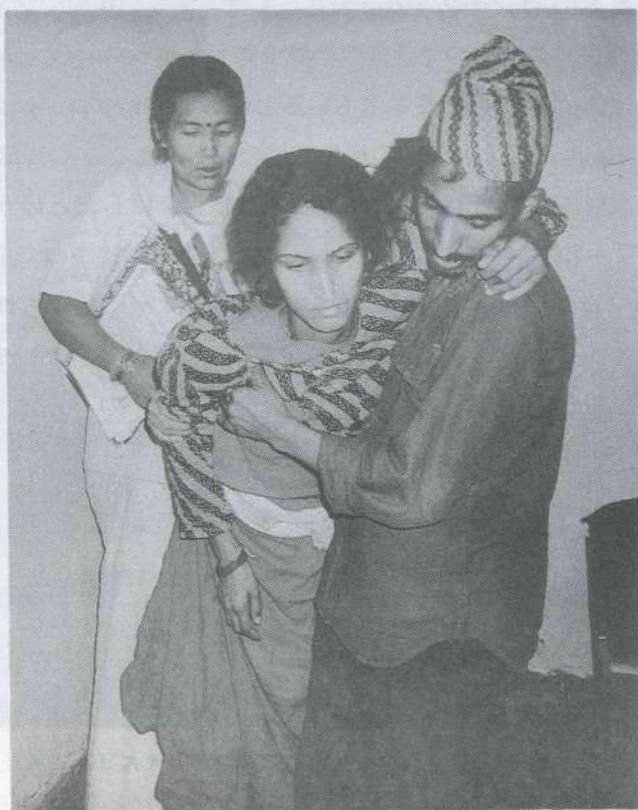
ソマリアの難民キャンプでも同様の報告があるがこれは食糧供給体制の再検討の必要性を示唆するものになるかもしれない。

5.ベッド数拡大とそれに伴う経費増について

RHCの受診者数はその知名度、実績に比例して着実に増加しつつある。これに対応するためDr.R.K.Pokharelより2階部分の増築を行うことによりベッド数を拡大したい旨、申し出があった。実際現在のベッド数ではすでに限界に達しつつあり、早急に解決すべき問題である。ただ増築に要する費用及び規模の拡大に伴う人件費等諸経費の負担が課題である。近日中



脚気で自力では立てれなくなった患者。
この女性もブータン難民キャンプから運ばれてきた一人



に具体的な数字の提示がなされよう。

6.日本人医師の定期的派遣について

上記の事情によりRHCは慢性的な人手不足の危機に陥りかねない。現在の運営もDr.R.K. Pokharelの個人的熱意に支えられているとあってよい状態である。何とか日本人医師の常駐が果たせないものか。それも効率からいっても月単位の滞在が必要であろう。これが非常に困難なことは承知しているが、Damakに AMDA-Japanの医師が常駐することは、アジア多国籍医師団の展開という立場から見れば瞬時に対応できる人材を確保することにもなり、何とか実現したいものである。またAMDA-NepalとしてはRHCをAMDA&多国籍医師団の研修施設として利用できるように検討中の模様である。

以上今回短い期間ではあったがRHC Damakを訪れる機会を得たので感じるまま書かせていただいた。AMDA-Nepalの面々と会って何時も思うのは彼らの誠意あふれる態度と熱意に対する畏敬の念である。Nepalを離れる朝、Dr.Denish(B.Pokharel)とKathmanduのBisnu村を歩いた。はじめてここに来たのは2年前、地域医療プロジェクト開始の時だった。当時、あたりは独特の"悪臭"がたちこめ、お世辞にもきれいといえる場所ではなかった。しかし今、衛生教育の結果、各家庭には自分達の手でトイレが造られ、季節の違いもあるのだろうが非常に清潔な印象を与えてくれる。プロジェクトの成果としては下痢等の疾患の著名な減少となって現れているが、これはクリニックの受診者数の減少につながっている。しかし、このクリニックには遠くKathmandu市内からの受診者もいるという。さらにプロジェクトの結果としてBisnu村近辺はKathmandu近郊でも屈指の衛生状態の良いところとして認識され、村内の一部の地域はすでに高級住宅街と化している。地価も20倍に高騰したという。これは村の共同体の破壊につながりかねない困った現象ではある。ただ、今それについて、どうこう言うのは差し控えたい。このプロジェクトは彼らネパールの人達によって始められ、そしてこれは彼ら自身の問題であるから、きつと彼ら自身の手でゆっくり時間をかけて最良の解決法を見いだしてくれるだろう。



自動血球計数機を操作するDr. Rohit



ビスヌ村概観。車がとまっているのがAMDA診療所

Dr. Chantha Dr. Sody 若園さん 吉野博志 Dr. Mary

●カンボジア救援医療プロジェクト活動報告

アジア医師連絡協議会 熊 沢 ゆ り

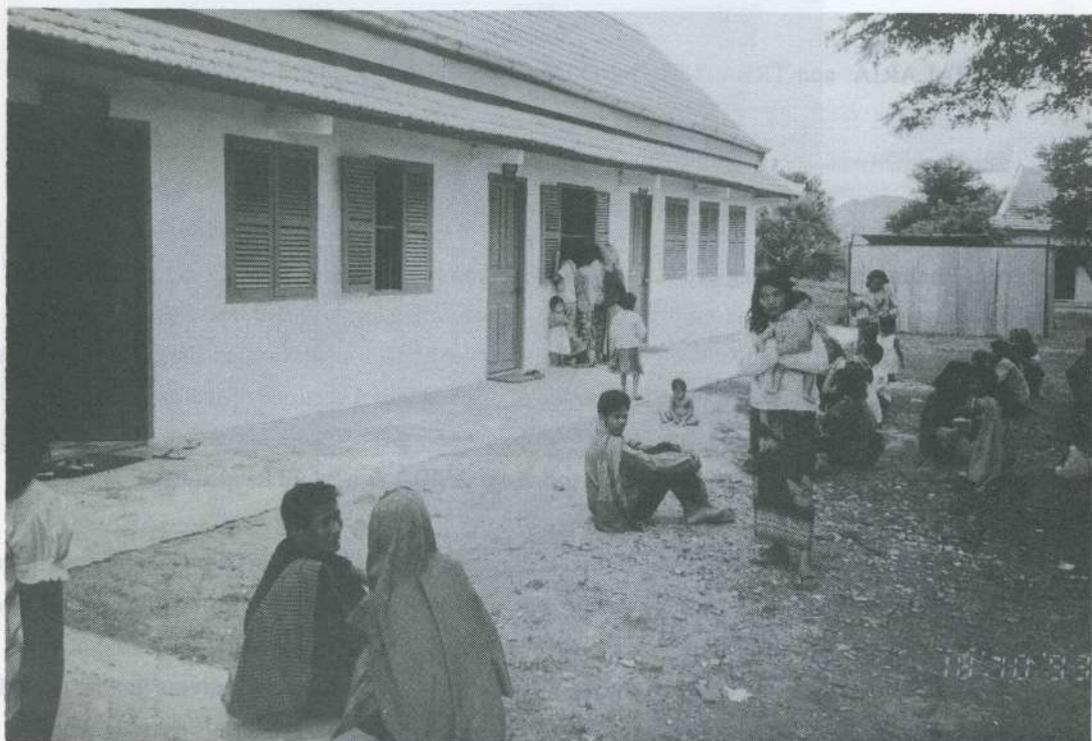
カンボジアの雨期はそろそろ終わろうとしている。田や池に水が豊かに満ち、網を投げて魚を捕る人々、咲き始めた蓮の花、若々しい緑色と互いの背の高さを競うかのように成長している稲。．．． プノンベンから現場Kompong Speu県Phnom Srouch郡へ向かう国道4号線を通る時、カンボジアの自然の豊かさを一番実感させてくれるのがこの時期である。

この時期風景の美しさと逆比例するように困難になるのが地域回りである。まともに舗装されているのは国道だけであり、脇道に入ればどの道もぬかるんでいる。車を四輪駆動に切替えても通れない程になるのも度々である。そのためワクチン接種も、蚊帳の配布も前日雨が降れば予定した村に出かけられなくなることも珍しいことではない。農村では牛車がよく使われているがこれは交通手段として一番確実な方法ではないかと思えてくる。

またこの時期は農村では皆農作業に忙しくワクチンの接種にもお母さん達が集まりにくくなる。病院も外来患者数が減少している。経済的に貧しい地域ということもあるが人々にとって健康が最優先する課題ではないようだ。それが経済的な要因によるのか社会習慣の問題なのか未だに勉強不足で私には解らない。しかしAMDAスタッフのカンボジア人医師達と話したり、私自身現場へ出かけていって見た状況から感じるのはその要因の一つは一般の人々に正しい知識が伝わっていないこと、あるいはその機会がないことである。

ディケアセンターに出かけた時、高熱が続く子どもにもビタミン注射を1万リエル(4ドル弱)払ってうってもらっていたお母さんに会ったことがある。その注射をうったのは看護婦で市場で薬屋をしているそうである。注射でも熱が下がらないと私に訴えてきたのであるが、郡病院へ行くように勧めると返って来た答えは「お金がない。」であった。病院はAMDAが援助を始めてから診察も薬代も無料であるし、彼女の家から郡病院へはタクシーで片道千リエルである。これらのことを説明し、AMDAの車で一緒に病院へ行くように勧めたのだがついに子どもを病院へ連れていこうとはしなかった。あの子がどうなったのか未だに気にかかっている。しかし何よりも気になったのは、病気の子どもの処置について私達から見ればおおよそ不適切な判断をお母さんが下していることである。

さらに考えさせられる話を聞いたことがある。カンダール県はカンボジア国内でもワクチンの接種率が高く、その保健行政が評価されていた。しかし5月の総選挙の後接種率が下がった。その理由は保健行政の上から実際に接種するヘルスワーカーまでプノンベン政府の人民党所属であったのが、選挙で人民党がフンシンベック党に敗北したため人々がこれら担当者の言うことを聞かなくなったからだという。というのもそれまでの政権側にいた役人、ヘルスワーカーが「子どもにワクチンを受けさせなければ村に住まわせない。」などと親を脅し、実績を上げていたのであり、人民党の権威が無くなった途端彼らへの反発から子どもへの接種を拒否するようになったというのだ。ということは親達が接種によって子どもの病気が予防できると理解していなかったということである。これらの事例に出会う時、教育の重要性を痛感する。郡病院のスタッフやヘルスワーカーに対する教育としてはドクター達による教育プログラムを週1回行っている。今までは講義中心であったが、新しく赴任されたコイララ医師は実習も計画されているそうだ。現在一般の人々については蚊帳の配布の前に蚊がマラリアを媒介することや予防の知識などの簡単な説明をしている。しかしこれからはマラリアだけでなくもっと色々な疾病や衛生知識について人々に「知る機会」を提供することが必要であると考えている。その一つとしてビデオの購入を決めた。何故ビデオなのかという疑問が出されそうだが、文盲率80%とも言われる地域で文字の入った物は活用が難しい。以前ワクチンについての説明とワクチン担当者が村を訪問する日と場所を知らせるピラを作成したものの、村に読める人がほとんど居なくて無駄にしてしまったという失敗をしたことがある。娯楽が少ない土地でもあり、視覚的に理解してもらえぬビデオは有効であると考えている。UNICEFが衛生教育用のテープを作成し、そのコピーが可能とのことである。是非とも病院や地域で最大限に活用していきたいと思う。そのためには小型発電機の調整など準備もあるが何とか実現していきたい。勿論ビデオだけでなく他にも様々な方法でできる限りの「知る機会」をより多くの人に、自分自身の健康を自分で守っていくためにつくっていききたい。



新病棟の前で診察の順番を待つ人々



カンボジアのお盆「プチュム・バン」の夜

AMDA事務所でのパーティ。左よりよりDr. LyHourt 熊沢さん Ms. Heak

Dr. Chantha Dr. Sody 岩間さん Dr. Koirala Dr. Mardy

●カンボジア救援医療プロジェクト活動報告

MALARIA and TREATMENT in PHNOM SROUCH DISTRICT HOSPITAL

Sec Mardy, MD

Introduction:

Phnom Srouch District Hospital is situated in Kompong Speu Province, which lies 70 km south west from Phnom Penh, along the 4th high way to Kompong Som.

Before October 1992, it was just a district health centre with a very limited health facilities. But since after the AMDA Phnom Srouch Project, it became AMDA Phnom Srouch District Hospital. At present the capacity of the hospital is 20 beds and is divided into 4 sections: Medical ward, Surgical ward, Pediatric ward, Minor surgery & Gynae-obs ward. There is one laboratory for the malaria and TB smear only. There are 5 doctors from AMDA & about 40 local staffs.

According to the statistics of National Malaria Centre and WHO, Phnom Srouch is located in the high risk area of malaria, most common is falciparum malaria. During the rainy season, young men particularly wood cutters, charcoal makers, and soldiers are at high risk of malaria. On the other hand, both sexes of under five are at risk in dry season. Many of the malaria patients had an episode of entering into the nearby forest, and also most of them did not use bed nets.

HOSPITAL DATA (Jan. 1993-Oct. 1993):

A total of 8094 patients visited AMDA Phnom Srouch district hospital in the last 10 months. Amongst this 3237 (40%) were diagnosed to have malaria. Surprising figure is that 1061 (32.8%) were under 10 years old. The explanation is that most of the children were brought by their fathers into the forest to look after and feed their oxes (used to pull the cart) when they go to search woods, and most of them had to look after their live-stocks, too.

Age and sex wise distribution of the malarial patients (Jan.-Oct. 1993):

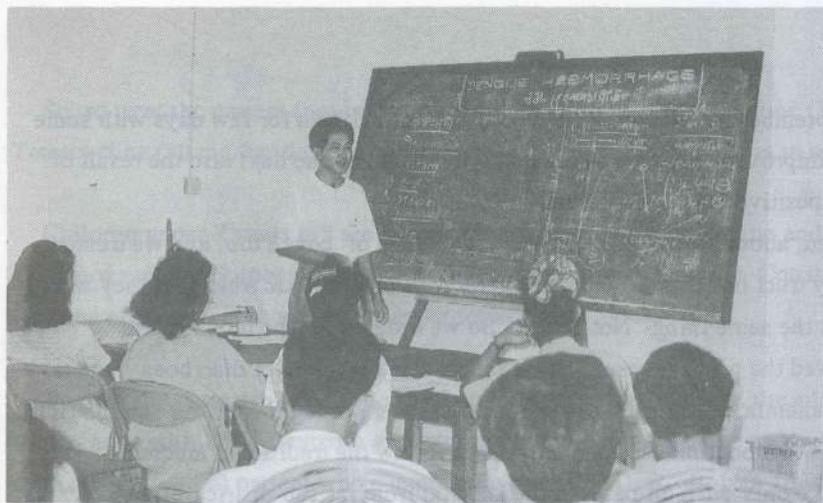
Age group	No. of patients	Percentage
Children	1061	32.8%
Men	1507	48.5%
Women	504	15.5%
Unknown	165	3.2%
Total	3237	100.0%

Sex wise: Male: 67.9% Female: 32.1%

Clinical Presentation:

Most of the malaria patients who came to the hospital complained of fever with chill, headache, anemias. Around 50% were wood cutters.

Some of them just complained of headache, tiredness, abdominal discomfort, or acute abdominal



病院のスタッフの
トレーニングをする
Dr. Mardy



新病棟で討議する
AMD Aの医師たち



Dr. Koirala Dr. Chantha Dr. Mardy Dr. LyHourt Dr. Sody

pain. In the month of September we met one case with abdominal pain for few days with some fever and headache. He improved only after antimalarial treatment in one day! also the result of blood smear came to be positive for *P. falciparum* !

For the febrile children, about 30% of the mothers complained of cough too, and we treated them as upper respiratory tract infection. But even after 5 days of antibiotic treatment they were found to complain about the same thing-"Not better". So we ordered for the blood smear examination which showed the positive result. Some others also complain of diarrhoea. Several cases come with severe anemia or coma. Those serious cases were brought from far sub-districts, where people do not know about malaria and they still follow the traditional medicine. It is supposed that people take only difficult cases to the hospital from far sub-district.

DIAGNOSIS;

Diagnoses is made by blood smear examination and by clinical judgement. One of the problems for laboratory diagnoses of malaria is lack of sufficient man power and equipments. Sometimes lack of some minor equipments hinder the laboratory tests.

Among 3237 malaria patients in the last ten months, 1186 patients (36.6%) were diagnosed as *P. falciparum* malaria by blood smear and rest (63.4%) were diagnosed clinically. So, on clinical ground also the diagnoses can be made almost certainly (Patients having fever with chills, headache, anemia, enlarged liver and spleen, and a history of entering the nearby forest and woodcutter by profession!).

TREATMENT:

According to Cambodia national protocol, the standard treatments of malaria are as followings:

At Commune Level : (No microscope available)

Chloroquine	-	First line
Sulphadoxin-Pyrimthamine	-	For treatment failures
Referral to district level	-	For further failures

At District and Province Hospital

<i>P. vivax</i>	-	Chloroquine	
<i>P. falciparum</i> or mixed	-	Quinine (30 mg/kg/day)	:7 days
		Tetracycline (30 mg/kg/day)	:7 days

Ministry of Health, National centre of hygiene and epidemiology has pointed out Phnom Srouch district as Chloroquine resistant area.

So, to treat the patient (not in coma) administration of 7 days Quinine (30 mg/kg/day) and Tetracycline (30 mg/kg/ day) is recommended for falciparum malaria in adult.

Children under 7 years old are not suitable to treat with tetracycline and thus are prescribed Colrimoxazole or Sulphame-thoxazole-Trimethoprim with Quinine. Cotrimoxazole is used to boost Quinine efficacy and thus substitutes for tetracycline.

To treat the patients in coma (cerebral mullria) or severe malaria, the administration of Quinine intravenous with 10% Dextrose and tetracycline intramuscular are used. Advantages of this prescription are - a) patient who can not take orally b) Dextrose 10% fluid prevents hypoglycemia. When the patient gains consciousness (usually in 2-3 days), intravenous Quinine should be stopped and should be replaced by oral Quinine.

All the out patients malaria cases are provided antimalarials (Quinine-Tetracycline) for a period of 7 days. Most of the patients get complete cure after 7 days of treatment and usually the temperature comes down within 2 to 3 days. But there were some cases who come back 2-3 times with the same clinical features of malaria after the previous recovery. Those persons are supposed to be reinfected, while they entered in the forest to cut trees or sleeping without bed nets. However combination treatment of Quinine and Tetracycline is very effective in such cases.

CONCLUSION:

Malaria is the major disease in Phnom Srouch district. Most of the people make their jobs in the forest or near the forest and are thus exposed to mosquito bite. They do not know about malaria, and still have "Brahmanism beliefs". So one most important thing is education on malaria when they come to the hospital, and to tell them the importance of use of bed nets at home or elsewhere.

AMDA also has one community health activity, to prevent people from mosquito bite which is also known as "distribution of bed nets". Till now 3500 bed nets (impregnated in mosquito repellent agents) have already been distributed to the people in 3 communes, which are at the risk of contracting falciparum malaria. We hope these activities will help the people a lot to control malaria in the future.

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

(単位: 件/%)

		91年度	92年度	93/4	5	6	7	8	9	10	93年計	比率(93)	開設-累計	比率
東アジア	中国	129	157	14	0	0	5	4	8	12	58		344	
	日本	24	18	0	0	0	1	0	1	2	4		44	
東アジア小計		189	215	20	10	12	9	13	16	17	97	9.59%	481	13.44%
東南アジア	フィリピン	65	86	10	18	12	10	12	10	16	86		237	
	台湾	17	13	1	2	1	2	1	0	0	7		37	
	タイ	5	15	3	5	2	3	6	5	3	27		47	
	マレーシア	5	5	1	3	0	4	0	0	0	8		18	
	シンガポール	5	5	0	1	0	2	0	0	0	3		13	
	ミャンマー	5	8	0	0	0	1	0	0	2	0		15	
	インドネシア	2	3	2	0	0	1	0	0	0	0		10	
	ベトナム	1	2	0	0	0	0	1	0	0	0		5	
	ブルネイ	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0		5	
	東アジア小計	106	140	17	28	16	23	20	17	21	142	14.05%	388	10.84%
南アジア	パキスタン	39	12	2	1	5	0	2	2	1	13		64	
	バングラデシュ	40	28	4	8	3	1	3	2	1	22		90	
	スリランカ	30	14	0	4	2	3	4	1	1	15		35	
	インド	11	15	1	1	2	1	1	1	2	9		59	
	ネパール	6	6	0	0	2	1	3	1	0	7		19	
南アジア小計	126	78	7	14	14	8	13	7	5	68	6.53%	268	7.49%	
北米	アメリカ	287	376	33	20	21	34	30	40	16	194		857	
	カナダ	58	84	4	2	6	5	2	4	4	27		149	
北米小計	345	440	37	22	27	39	32	44	20	221	21.86%	1,006	28.11%	
西歐	イギリス	36	70	9	4	7	10	7	7	4	48		154	
	フランス	12	14	1	1	0	0	0	2	2	8		29	
	ドイツ	9	12	2	0	1	4	0	0	0	7		31	
	スペイン	6	5	2	1	2	1	0	1	1	8		19	
	イタリア	9	9	0	1	0	0	1	0	0	2		20	
	オランダ	5	2	0	0	1	0	0	0	0	1		8	
	スイス	4	2	0	0	2	0	0	0	0	2		5	
	スウェーデン	2	3	0	0	1	0	1	1	0	4		9	
	オーストリア	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0		3	
	スコットランド	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0		1	
	フィンランド	2	3	0	0	0	0	0	0	0	0		5	
	ポルトガル	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0		2	
	ノルウェー	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0		3	
デンマーク	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0		
西欧小計	93	126	14	9	13	16	9	10	8	79	7.81%	298	8.33%	
東欧	ロシア	2	0	0	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	0		1	
東欧小計	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.20%	4	0.31%	
中南米	ブラジル	44	74	7	5	7	10	6	7	3	45		163	
	ペルー	40	99	9	9	10	8	13	7	9	65		204	
	アルゼンチン	10	8	1	0	1	0	4	0	1	7		25	
	コロンビア	4	6	0	0	1	2	0	1	2	6		16	
	ボリビア	5	3	1	0	1	0	3	0	1	6		14	
	メキシコ	3	6	0	0	0	1	0	0	0	2		11	
	パナマ	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0		1	
	ドミニカ	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0		1	
	エクアドル	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0		2	
	ウルグワイ	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0		1	
	パラグアイ	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0		2	
	チリ	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0		3	
	ジャマイカ	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0		0	
	パナマ	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0		2	
コスタリカ	0	1	0	0	0	0	1	1	0	1		2		
エルサルヴァドル	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0		2		
ホンジュラス	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0		
中南米小計	112	209	19	14	21	21	28	16	16	135	13.35%	456	12.74%	
豪州	オーストラリア	41	67	9	2	1	4	4	8	2	30		138	
	ニュージーランド	5	13	1	2	2	0	1	0	0	6		24	
豪州小計	48	80	10	4	3	4	5	8	2	36	3.56%	162	4.53%	
アフリカ	ナイジェリア	12	3	1	0	1	0	1	1	2	8		21	
	マダガスカル	11	7	0	5	1	1	1	1	1	10		23	
	マカメルーン	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0		2	
	ザイール	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0		1	
	チュニジア	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1		2	
	ザンビア	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0		1	
	リベリア	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0		2	
	スワジランド	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0		1	
	ケニア	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0		1	
	セーシェル	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0		1	
	モーリシャス	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0		1	
	セネガル	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0		1	
	南アフリカ	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0		1	
	アフリカ小計	32	15	2	5	2	2	2	2	3	18	1.78%	65	1.82%
中近東	イラン	13	17	3	2	3	2	2	8	5	28		58	
	イスラエル	9	7	0	0	1	3	0	0	0	4		20	
	イラク	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1		3	
	アラブ首長国連邦	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0		0	
	モロッコ	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1		2	
	サウジアラビア	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0		1	
レバノン	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0		1		
中近東小計	24	27	4	3	5	5	5	9	5	36	3.56%	87	2.43%	
不明	47	131	37	22	22	24	22	24	28	179	17.71%	357	9.97%	
合 計	1,104	1,484	168	131	135	149	150	153	125	1,011	100.00%	3,579	100.00%	

1. 外国人相談者居住地域

	10月	累計			
東京	77 (61.6%)	2016 (56.3%)	他県	7 (5.6%)	340 (9.5%)
神奈川	6 (4.8%)	387 (10.8%)	不明	18 (14.4%)	352 (9.8%)
埼玉	10 (8.0%)	273 (7.6%)	合計	125	3579 (100%)
千葉	7 (5.6%)	211 (5.9%)			

2. 相談内容 (複数回答)

(1)言葉の通じる病院の紹介	80 (61.5%)
(2)病気・医療についての情報 (病気の不安含む)	13 (10.0%)
(3)医療機関紹介(言葉の問題以外)	6 (4.6%)
(4)医療制度・福祉制度相談 (保険制度など)	8 (6.2%)
(5)治療費の問題・トラブル	12 (9.2%)
(6)渡航時予防接種	4 (3.1%)
(7)言葉の問題のみ	5 (3.8%)
(8)労災・交通事故	0 (0.0%)
(9)その他(HIV検査含む)	2 (1.5%)
合計	130 (100%)

3. 他機関からの相談件数(機関別)

(1)病院	1	(2)公的機関(大使館・自治体等)	8
(3)マスメディア	4	(4)NGO	3
(5)そのほか	4	(6)企業	0
		合計	20

4. 他機関からの相談・問い合わせ内容(複数回答)

(1)通訳・言葉	0	(2)医療機関紹介	1
(3)制度	1	(4)医療費について	0
(5)活動内容	15	(6)AMDA関連出版物について	1
(7)その他	5		

<センター10月活動日程報告>

- 10/2, 3 NGOフェスティバル(日比谷)にて、AMDAの活動紹介
- 10/6 東京医科歯科大学保健学部大学院にて小林所長講義
- 10/9 国際貢献NGO懇話会(小林)
AMDA定例報告会(香取)
- 10/13 センター主催「大使館関係者向けセミナー」小林, 中西, 香取講演
(小林, 中西, 香取, 中戸, 李)
- 10/20 神奈川県平塚市保健所にて「外国人居住者に対する保健」小林所長講義
- 10/25 外国人母子保健医療グループの会合(香取)
- 10/28 聖母病院院内学会にて香取事務局長講演(香取, 近藤)

(再中)

大使館関係者向けセミナー 「日本の医療制度について」を開催

AMDA国際医療情報センター

去る10月13日に大使館関係者の方々をお招きして、「日本の医療制度」と題するセミナーを開催いたしました。

このセミナーは以下のような目的で開かれました。大使館関係者は日本の国民健康保険に加入する資格をもたず、健康を守る上で非常にむずかしい立場におかれています。また在日の同胞からしばしば医療相談を受けていることも、当センターにかかってくる大使館員からの相談から伺われます。従って、担当者を初めとする大使館員の方々に、日本の医療制度について理解していただくこと、そして当センターのサービス内容を知っていただくことが、必要以上の治療費の支払いを避けるためにも重要だと考えたからです。

当日は13の大使館（セネガル、オーストラリア、チェコ、ネパール、スーダン、ノルウェー、パキスタン、マーシャル諸島、ハンガリー、ポーランド、マラウイ、ミャンマー、モンゴリア）と台北駐日経済文化代表処科学組からそれぞれ1名計14名の参加がありました。

セミナーではAMDA国際医療情報センターから小林米幸所長、中西泉副所長、香取美恵子事務局長が発表し、また当センターが東京都健康推進財団の委託事業を受けていることから、財団の中村雄氏からもお話をいただきました。以下はそれぞれの発表の概略です。

まず始めに、香取事務局長より当センターのサービス内容、言語、時間帯の紹介、そして開設時より1993年8月末までの統計をもとに電話相談件数、国籍別地域別件数、相談内容を中心とする報告がされました。次に財団の中村氏より、東京都保健医療情報センターの外国語対応事業について、具体的には昼間の相談業務と夜の病院向け通訳業務の説明がありました。小林所長からは、日本の健康管理システム（保健所、医療機関）、医療制度（保険制度、保険診療）、予防接種などについてわかりやすい解説、そして最後に中西副所長より、日本の救急医療システム、例えば救急車の呼び方や救急病院の役割、救急病院での質問事項や注意点などを医師の現場での経験を交えてお話がありました。

この後の参加者からの質疑応答では、なぜ大使館員は国民健康保険に加入できないのか、という根本的な質問から、予約制の医療機関が少なく待ち時間が長い、家庭医はどのように捜したらよいかなど、欧米の医療制度に馴染みのある方々には日本の制度はいまひとつ使い勝手が悪いと受け取られているようでした。一方、日本の医療制度は一見複雑そうですが、正しい情報、知識があればとても利用しやすいと思うとの意見もありました。

全体的には、今回のセミナーはとても役立ったとの感想を参加者の皆さんからいただきホッとしております。大使館関係者向けのセミナーは初めての試みでしたが、是非このような機会を定期的に持ち、日本の医療制度をより多くの方々により良く活用していただきたいと実感しました。

（中戸）



セミナーで発表する中西医師。手前は小林医師



熱心に聞き入る参加者

「日本の医療制度」

小林 米 幸

1. 日本の健康管理システム

1) 保健所

行政機関に属し、区・市町村に必ず存在する。主に地域の予防医学をつかさどり治療は行わない。

2) 医療機関

・ 国立、公立、私立などの設立形態
・ 有床医療機関、無床医療機関

2. 日本の医療制度

- ・ 根幹は保険制度
- ・ 保険を使った場合の医療費は国により定められている。
- ・ 保険には健康保険と国民健康保険がある。
- ・ 健康保険は職場単位で加入。国民健康保険は区・市町村単位で個人が加入。
- ・ 日本のはほぼ全部の医療機関で保険による診療を受け入れている。美容外科などが例外。
- ・ 健康保険は自分の居住する地域以外の医療機関でも使うことができる。たとえば東京で加入していても北海道でも使える。
- ・ 保険を使うことができない場合がある。
 - － 医療機関が保険診療を受け入れていないとき
 - － 妊娠、正常分娩
 - － 加害者がわかっている場合の交通事故
 - － 何も症状がないか、体の定期チェックアップをしてほしいとき
 - － 差額ベッド代、特別室代など
- ・ 保険を使えない場合、医療費は各医療機関が独自に定めてよいことになっている。最も安いところと高いところでは4倍の差がある。

病気・ケガ、どう説明したら…

外国語わかる 医者教えます

電話紹介・リストも 医療団体 各地でサービス



外国人向けに医療情報を提供するAMDA
国際医療情報センター(東京・新宿で)

病気がかかったり、けがをしても医師に症状をうまく伝えられない外国人の不安を解消しようと、各地の医療団体や国際交流団体が外国語を話せる医師を電話で紹介したり、医師リストを作成し無料で外国人に配布している。アジアや南米地域の出身者が増えていることから中国語やスペイン語を対象に加えるところも多い。「この病院に行ったらいいかさえも分からなかったのに、助かると外国人に好評」といふ。

「リストで自ら選ぶより、患者に最適な医師を紹介できる。言語だけでなく、医療習慣の違いもあるので、外国籍の医師も紹介する」(小林幸所長)の同センターのシステムの特徴という。来日中に「間板ヘルニアになり、英語の分かる医師を紹介されて病院、手術を受けたいサンフランシスコ在住の米国男性(34)には「最先の医療に使う日本語と十一カ国語訳を併記した十一カ国語診療補助

岡市とその近隣市町村在住の外国人に病院、ボランティア団体などを通じて配布した。百六十一件に及びリストで、看護婦や受付の事務職員も含め外国語の話せる医療機関勤務者を網羅。百九十二カ所の医療機関に掲載している。同協会では「せっかく外国語の分かる医師がいなくても、取り次ぐに話が通じなければ仕方がないので、利用しやすいようにリストを作成した」と話している。

表も発行している。福岡市の福岡国際交流協会が昨年十二月にまとめた「外国語の通じる医師のいる医療機関リスト」では英、仏語のほか、タイ、インドネシア、ネパール、ポルトガル語など計十一カ国語のいずれかを話せる医師、歯科医師を紹介。三三都府作り、福岡市の診療に当たっている横浜市神奈川区の計三診療所の早川寛専務理事は、「この病院が診てくれるのかという情報をこれまで外国人は口こみで交換し合ってきたが、リストがあれば病院にすつと行きやすくなる」と歓迎している。

「日本の救急医療システム」

中西 泉

東京都には444の救急医療機関がある。そのうち病院が393で有床の診療所は51
救急医療機関の数は減少している。日本全国では救急医療機関の数はおよそ5600。

救急車の呼び方について。昼間は英語の出来る医師が答えることもあるが、夜間については英語が通じるとは限らないので、日本語の出来る人に頼む。救急車は10分以内に到着し近くの救急病院へ運んでくれるが、言葉の通じる医師がいるかどうかはわからない。しかし、ゆっくり話すことにより、意思の疎通ははかれるでしょう。

救急病院にかかったときにまず尋ねること：1. 治療の日数 2. 治療費、何割診療か

消防庁のテレフォンサービス（救急病院の紹介）でも昼間は英語が通じるが、夜間は通じない。

救急病院では、人件費の問題から、いつでもどんな病気でも診察できるわけではない。区報や市報には毎日の救急病院のリストがのっている（日本語のみ）。

重症の場合は（3次救急）13の救命救急センターおよび2つの別種の救命センターで治療を受ける。

私自身は手術の前に治療日数と費用を事前に説明する。治療費の計算は日本の医療制度の点数をそのまま適用している。つまり100%。支払いは分割払いも可能。一番問題なのは脳外科とマルチプルフラクチャーで治療費がいくらくらいになるのか推定しにくい場合である。

東京都の医師会も現在外国人の医療問題に取り組んでいる。

今日のノート

米国のある病院の救急室。ベトナム人の父親が発熱した息子を連れてきた。子どもの体に生々しいあざができており、父親は幼児虐待の疑いで逮捕された。そのあざは熱した硬貨を体に当てて悪いエネルギーを追いかけて民間療法のためだったが、疑いをかけられた父親はその後、自殺した。

をはじめ「文化の違いに戸惑う医療現場」を取り上げたのは、新たな移民の波が押し寄せ、さらに複雑な状況になったからだ。

在日外国人が百二十万人を超え医療の場の文化摩擦は、他人事ではなくなった。外国人用の医療カイドが次々出版され、大阪でもアジア医師連絡協議会が外国人のために医療の電話相談窓口を十二月に設けるのは、国と自治体の対応が鈍いなかで評価している。

例えは、日系市民やアフリカ系市民の相手をいたわる微笑は、白人医師には不可解な笑いを受けられ、ヒステリーと誤診されること

これまで言葉の壁と治療費のトラブルが問題になってきたが、文化・習慣の摩擦は決め手の「処方せん」がない難問だ。全部の文化を理解することなどとてもできない。こちらの

習慣がすべて正しくて倫理的だと思う前に、文化の体質の違いを前提にして相手に耳を傾けることから始めるしかない。三木 健一

異文化の衝突

外国患者が多い病院では異文化が衝突し、誤解と偏見が誤診や悲劇につながりかねない。米国のモザイク社会では、こうした行き違いはかなり知られているはずなのに、米政府広報誌「トレンズ」今月号がベトナム人の父親の悲劇

とがある。血液に魂がこもっているという信じるハイチなどの出身者に血液検査を勧めるのは容易ではない。カンボジア人は病院で死ぬこととこたわる。自宅で亡くなると魂があたりをさまよいつつ続けると固く信じているためだ。

魂があたりをさまよいつつ続けると固く信じているためだ。

魂があたりをさまよいつつ続けると固く信じているためだ。

魂があたりをさまよいつつ続けると固く信じているためだ。

魂があたりをさまよいつつ続けると固く信じているためだ。

大使館関係者対象セミナーでの質疑応答

A大使館

- Q : 1. なぜ外交官は国民健康保険に加入できないのか？ヨーロッパの国の中には（イギリス、フランスなど）外交官にも保険を提供している国もある。加入できないことは特に発展途上国の大使館にとっては特に厳しい。
2. 日本の医療費は高い。妻は不妊症治療を受けていたが、一月に30万程かかった。喜んで支払ってくれる民間の保険会社はない。
3. 外交官以外の従業員（現地雇用）も、公式に雇用すると国民保険に加入できないのはなぜか？

- A : 1. 小林先生：外交官が国民保険に加入できないのは、恐らく治外法権のためでしょう。日本にあって日本にないというテクニカルな問題。外国人登録もする必要はないが、保険に加入するには外国人登録が条件。
3. 健康推進財団の中村氏が可能性について福祉局に確認します。
外交官についても従業員についても国保に加入できるように、大使館関係者が協力し政府に圧力をかけるのがより効果的な方法だと思います。

B大使館

- Q : 1. 大使館自身は永住権をもっているのに、外交官はなぜ保険に加入できないのか？
2. 民間の保険会社を紹介してほしい。
3. 日本の医療機関は予約制ではなく、待ち時間が非常に長い。東京メディカル アンド サージカルクリニックでは予約制で、すぐ医師にみてもらえすぐに帰れる。

- A : 1. 小林先生：私たちの立場ではお答えできません。
2. 留学生向けの保険会社で木内インターナショナルというがある。一般の人も加入でき、海外傷害保険と同様の内容。
3. 中西先生：患者が多すぎて現状では予約制はむずかしい。曜日は決められるかもしれないが、時間までは無理である。
小林先生：少しずつだが予約制の医療機関も増えている。都立病院はすべて予約制。また、初回は予約制ではないが、次回からは予約というところはたくさんある。忙しい人は医師と相談するのがよい。

C大使館

- Q : 私はアメリカの医療制度の方が馴染みがあるのですが、日本で家族が病気にかかった時にかかれる家庭医を捜せるのでしょうか？

A：小林先生：日本ではシステムとしては家庭医的なものはないが、私の患者のなかには夜中に自宅に電話をしてくる人もいます。英語の通じる先生と時間帯などよく相談しパーソナルな関係をつくるのが良いでしょう。当センターではできるだけ住まいの近くの医者を紹介するようにしています。

□大使館

Q：質問ではありません。日本の医療制度は確かに複雑だとは思いますが、とても良い制度だと思います。私の小さな娘が目を傷めたときに、慶応大学病院にかかりました。私たちは日本語もまったく話せませんが、とてもすばやくよい処置をしていただきとても良かったです。その後のケアにも満足しています。情報がないと日本の制度はむずかしいと思いますが、情報があれば、容易だと思います。

◇大使館

Q：カウンセリングについて尋ねられたときは、どうしたしたらよいか？

A：ジェイコブソンさん：私はTOKYO ENGLISH LIFE LINEの理事ですが、カウンセリングが必要なときにはTELLにお電話をくださることをお勧めします。

小林先生：センターでもTELLを紹介しますし、労働問題なら弁護士を紹介するなど、適当な機関を紹介します。

Q：アメリカのシステムと比較すると、アメリカでは病院で民間会社の保険を提示すると患者はその場で現金で支払う必要がないが、日本ではそのような形で民間の保険を受け付けてくれるところが少ない。

A：小林先生：日本では民間保険を使うケースは非常にまれなので、そのような方法をとっているところはほとんどない。

香取：センターでは紹介する前に医療機関に連絡し、民間保険を受け付けてくれるか否かの確認はしています。（但し最初に自分で支払い、保険会社に請求する）

Boston便り

一栗山村と長崎を振り返って一

Harvard School of Public Health
International Health
国井 修

日本を発って早2ヵ月。ボストンから2時間ぐらいのNew Hampshireの紅葉は日光、栗山村には負けますが、その360度の大平原がみごとなキャンパスに変わるのには驚きです。その後、AMDAの会員の皆様におかれましてはいかがお過ごしでしょうか。

さて、山本秀樹先生と毎月交代でBoston便りをお送りすることになりましたが、今回は栗山村と長崎大学熱帯医学研究所を中心にお話をしたいと思います。

私は今年の5月までの2年間、栃木県日光国立公園の中にある人口2800人の栗山村という山村で、鹿や熊の肉を食べ、露天風呂につかりながらのんびりと（といたいたいのですが忙しかったです）、診療活動をしていました。地域医療は自分の夢でした。大学時代には実際に秋田県や山形県の田舎で実習をして、自分なりの地域医療の理想像を描いていました。タイやインドの辺地を経験して、国境を越えてさらに夢は広がりました。さらにアフリカまで行ったときには、自分は実際にどこでもやっていけそうだと自信をつけました。

医師として実際に栗山村に赴任して、客観的にどこまで村の人々の健康に貢献できたかは別として、自分としてはあまりにも充実した時でした。毎日40~60人の外来、往復3時間の往診、一クラス2、3人の保育園・小中学校の予防接種・健康診断、温泉客の救急蘇生、山中での自殺者・病死者の検屍、村の健康祭、婦人会のヨガクラス、老人会の気功クラス、“ゆーとびあ”（温泉健康増進）委員会、アルコールと温泉の調査、ミュージカル『平家落人物語（Health Version）』などなど、いま振り返っても一つ一つが鮮明に思い出されます。なにものにも代え難い経験でした。しかし、自分の理想に近づくには2年間は短すぎ、自分はあまりにも未熟でした。深い知識と経験をもってその地に骨を埋めるつもりで村の人々と共に歩んでいる先生方を考えると、私にはまだ地域医療を語る資格はありません。

また、村の人を代診に頼んで3回も海外に出かけた自分は、地域のために全身全霊をかけたとは言い難いと思います。『また出直してきます』というつもりで任期の終えた栗山を出ました。

かねてから熱帯医学を系統的に学びたかったことと、アメリカ留学までに3ヵ月間時間があったことで長崎大学熱帯医学研究所での学びが可能となりました。長崎大学と言いますと学生時代から国際医療に興味のある方が多く、特につわものがあることで有名です。タイのMahidol大学にあるAIHD（アジア保健開発研究所）で日本人としては初めて大学院修士を取得し、その後、アメリカ最古の医科大学Johns Hopkins大学で博士課程を学んでいる野内英樹先生（現在タイのChiangraiで調査をしているそうです。住所はDr. Hideki Yanai, c/o Chiangrai Health Club, 463/2 Singhaklai Rd., Chiangrai 57000, Thailand, Fax: 6653-711-821）、London大学で熱帯医学を学ばれてAMDA-Cambodiaのプロジェクトに大いに貢献された高橋央先生、お子さんを3人も抱えて衛生学の大学院生として頑張りAMDAにも貢献して下さっている伊藤恵子先生、熱帯医学の学生サークルとしては100名近くと日本最大、顧問としてその魅力でも学生たちを惹き付けている琉球大学細菌学教授岩永正明先生も長崎大学出身です。

日本で熱帯医学を標ぼうして研修過程を用意しているのは、私の知る限りでは東京大学医科学研究所と長崎大学熱帯医学研究所だけです。何人かの方に聞く限りでは、東大は基礎が中心、長崎はより実践的であるとのことでしたので、私は長崎を選びました。

長崎大学熱帯医学研究所は10の部門（感染生化学、原虫、寄生虫、ウイルス、病原細菌、病害動物、疫学、防疫、臨床、病理）に分かれ、各々が3ヵ月間の講義の一部を受け持ちます。講義のレベルはHarvardの熱帯医学の講義と比較しても、決して劣らないと思いますが、3ヵ月という短い期間で膨大な量を教えるなければならないこと、講師が研究者であることなどから、講義内容は時に散漫で実践的なものでなく、自分の研究を淡々と話して参加者を大いに失望させることもありました。しかし、外来講師として全国各地から教えに来る経済学、衛生学、文化人類学などの専門

家はかなり聞きごたえがありました。また、マラリア、フィラリア、コレラ、熱帯環境、その他の実習は、実践的に役立つようなもの、興味深いものが多く、とても充実していました。これだけまとまった熱帯医学の実習は、全国で長崎大学でしかなし得ないと思います。

研修内容もさることながら、参加者も充実しています。今回は8名でしたが、バン格拉デシュ人留学生（現AMDA-バングラデシュ会員）、青年海外協力隊（セネガル、ミクロネシア、バングラデシュ、カンボジア）経験者3名、自衛隊、ミッションナリー（チャド）の看護婦など多彩でした。3ヵ月間大いに刺激を受け、原爆の長崎で世界を考えるものなかなかいいものです。資格は医師、看護婦、薬剤師など医療関係者、参加者が余程多くなければほとんどfree passです。3ヵ月間の費用は9万円弱（講義、実習費のみ）、宿舍は今年は無料で提供されました。3ヵ月間でDiplomaも取得できます。参加希望者は下記まで、資料を請求してください。但し、熱帯医学教育はイギリスが本場なので、よりよい情報は同研究所にいる高橋央先生が提供して下さいと思います。

〒852 長崎市坂本町1-12-4
長崎大学熱帯研究所
共同利用係
Tel. (0958) 47-2111 (内線3712)

さて、現在はHarvard大学公衆衛生大学院で国際保健を学んでいるのですが、この内容は次回に致します。とにかく大学受験以来の凄まじい勉強量です。昨日、A period (A~Dの4学期制です。)が終わりましたが、論文提出、試験などでこの4日間はほとんど寝ていません。大学院生の何人かが胃潰瘍になったり精神科の世話になったりするとき聞いていましたが、今のところ私は大丈夫です。クラスメートの山本秀樹氏は本来のんびりした性格でいつも余裕が見えるのですが、昨日はさすがに眼が充血していました。Johns Hopkins大学のEpidemiologyにいる江上女史からは昨日電話があり、Thanks Giving DayにはBostonに遊びにくるそうです。ソマリア難民プロジェクトから帰ってきて、大変興奮した様子でした。みんな元気でやっています。ソマリアプロジェクトは任期途中でリーダーを交代して頂いたのですが、事務局を中心

としてみんな頑張っている様子で安心しています。Harvardでもすでに何人か、AMDAの活動に参加したいという方がでてきております。来週辺りから、国境なき医師団に参加していたポーランドの女医と海外医療経験者でセミナーを開く予定です。違った形でAMDAには貢献したいと思っていますので、フィールドで活躍されている方は頑張ってください。必要な資料、論文が必要な方は下記に連絡して下さいできればできる限り集めたいと思います。

冗長になりましたが、事務局、フィールド、会員の皆さんがそれぞれの立場で苦勞なさっていることを思って私達も頑張ります。私のfirst nameの季節（お〜寒）になりますので、どうぞご自愛下さい。

長崎で何から何までお世話になった伊藤恵子先生、AMDAの東京での勉強会を私に代って進めて下さっている根岸範子さんにこの場を借りて心からお礼申し上げます。

それでは次回のBoston便りをお楽しみに。

Osamu Kunii
282 Cypress St., Apt. #2
Brookline, MA 02146, U.S.A.
Tel./fax : (617) 734-9210
(時差は14時間です)



休日の一瞬：郊外のヨットハーバーにて
(私の車ではありません)

岩・手・だ・よ・り ————— ●岩井くに

岩手の短い秋は足早に通り過ぎて行きます。1週間前には紅葉が美しかった峠の木もすっかり葉を落とし、冬支度を整えています。今年の紅葉は日照不足で色がくすんでいるそうです。こんなところにも冷夏の影響が出ているんですね。

さて、このところ私のところにはAMD A関連の仕事が続いています。岩手県国際交流協会から病院の領収書の英訳が回ってきたのを手始めに、陸前高田郵便局でAMD A活動パネル展に出展し、(ボランティア貯金に加入してくれる方が増えるといいんですが、...) 10日にはNGO活動報告会で30分AMD Aの活動報告を行いました。加えて6日には岩手放送のラジオ番組「国際交流ノート」でAMD A岩手の活動を紹介するという調子で、AMD A本部や国際医療情報センターに「あれ、貸して」「これ、やって」とお願いの毎日です。愛車の距離計も毎週1000kmの割合で加算されています。なにしろ岩手は広い! 三陸海岸の広田町から盛岡までは約110km、もよりの新幹線駅(一関)までは約70kmあり、先日はスーパーに荷物を置き忘れて往復100kmのドライブをするはめになりました。

その一方で、日常診療にあたふたしていますが、診療所に来るお年寄り、のんびり話し込んでいきたがります。みなさん、半日布団に入っている、時間はありあまるほどあるのですから無理もないのですが、お互いの時間の早さの違いにストレスを感じるこのごろです。

広田では、アワビ漁が始まりました。今日は漁の解禁日。今年はさっぱり採れない、と言いつつ、みんな浜へ行ったようで、診療所は開店休業です。それでも締切をひかえて、あたふたワープロに向かってる私。時間の流れもここだけ少し早いようです。

*「国際交流ノート」は岩手放送ラジオで毎週土曜日4:25p.m. - 4:40p.m. 放送中です。お近くの方はどうぞ!



広田町風景

SH

1993年11月8日号

No.386-2

〒106 東京都港区赤坂1-9-11 ©1993年11月8日発行

AMDAに学ぶ「援助は 気長に、相手を大事に」

アジア医師連絡協議会（AMDA）は、アジア十三か国の医師や看護婦によってつくられたNGO（非政府組織）。戦争や自然災害で苦しむ人々を医療面で援助するボランティア組織です。その活動範囲は広く、イラク難民救援やソマリヤ難民の救援にも大きく貢献しています。

しかし、文化や習慣、生命に対する価値観さえも違う国々で、効果的な援助を行っていくのは実は大変なこと。相手の感謝を期待する場面でも思わぬ反発を受けてしまうことさえあるとか。

長期内戦後のカンボジアで医療
救援活動を展開してきた高橋央
（ひろし）医師に聞きました。

「カンボジアの保健環境は大変
厳しいといえます。マラリアが
非常に多いんですが、この病気が
蚊でうつるのを半分近くが知
らない。そのため予防の意識も
低いんです。また、病院にも
様々な問題があります。まずお
金がない。保健予算が少なく、
治療しようと思っても薬が買え
ないんです。医師や看護婦の給
料も非常に低い。そのため、患
者にワイロをせびることや薬品
の横流しが横行しています。長
い戦争が人々の心をすっかり荒
廃させてしまったんです」
そして、そうした逆境の中で

展開する援助活動のあり方を、
次のように考えているそうです。
「何より成果を急がないことで
す。カンボジア復興の主人公は
あくまでもカンボジア人自身な
のですから、その考え方を尊重
し、長い目でつき合っていくべ
きです。状態が少しずつでも改
善していけば、彼らの保健意識
も必ず向上していきます」

そして信頼感が生まれ、お互
いが笑顔になる時、「ああ、来
て良かった」と思うそうです。
AMDAの医師たちはこのこと
を「ヒューマンイズム」と呼びま
す。複雑さを増す日本社会で子
どもの健康問題に取り組む養護
教諭には、この言葉が深く実感
できるのではないのでしょうか。

L I O N O F S H O T
E X P L A N A T

AMD A 9 3 年度秋季執行部会報告

平成5年10月23日(土) 菅波内科医院内にて以下のことが話されました。

1. 地区代表制について

*例会・報告会の開催 *各種会合参加

*広報・募金活動 *関係諸機関連絡

*プロジェクト・スタディツアーの企画、運営

*会員募集

本部より情報提供、企画運営の支援を致します。

2. 顧問制度について

AMD A活動の助言・指導を行って下さる方

(1と2に関して会員の皆様に案内の別紙を10月号に入れさせて頂きました。)

3. オーバーシーズアドバイザーについて

AMDプロジェクトに参加した会員でプロジェクトに対して助言・指導を行う

*シニア(通算1年以上) *ジュニア(3ヵ月以上1年以下)

4. ニュースレターの広告について

*小枠 1万円 *大枠 1万円以上 *定型外 大口の場合相談にて

5. AMD Aの活動に関連したアカデミックな発表

ルール(1) 事前に本部に知らせる

(2) 論文・資料を本部に送る

(3) 新聞に載った場合その記事を送る

(4) テレビ・ラジオの取材の場合、あればテープを送る

ない場合は内容を知らせる

6. AMD A-Internationalのトラブル処理機関の設立

3つの支部などから一名ずつ(3人委員会)を出す

何かトラブルが起きた時に適正に話し合い、その対策を代表に伝える

7. 各プロジェクトの経過報告と今後の予定

各ソマリア・カンボジア・ネパール

緊急救援プロジェクト(ネパール・バングラデシュ大洪水、インド西部大地震)

以上について、「国際医療協力」を参考にして下さい。

次期郵政省国際ボランティア緊急救援プロジェクト

—AMDA 事務局だより—

朝夕はひととき冷え込む日が続いております。会員の皆さんは風邪などひいていないでしょうか。11月20日の「外務大臣表彰と自費出版」の祝賀会も無事終わり、事務局は少しホッとしております。当日はとても盛大なもので、また何人かのAMDAの会員の方にもお会いでき、大変楽しかったです。(来月号で詳しい内容を載せる予定です。)

さて毎月発行が遅れ遅れになっているAMDAニュースレター「国際医療協力」ですが、印刷の方をはじめたくさんの方のご協力を得ています。何とかその月に発送しようと努力をしているのですが、...編集、校正作業も結構たいへんなのですが、それ以上に発送作業に時間がかかります。そこでAMDAボランティアのネコの手をお借りして(ちなみにこのボランティア・ワーク・グループ名は小さな手という)このハードワークを優雅な連結プレーでおこなってもらっています。



AMDAボランティア「小さな手」の皆さん。大助かりです。

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)、丸山ウイメンズ 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

～募金のお願い～

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

ソマリア難民緊急救援医療プロジェクト

番号 岡山1-31056 名称 AMDAソマリア難民

ブータン難民緊急救援医療プロジェクト

番号 岡山6-3974 名称 AMDAブータン難民

カンボジア救援医療プロジェクト

番号 岡山7-15613 名称 AMDAカンボジア難民

バングラデシュ友好病院プロジェクト

番号 岡山9-10588 名称 AMDAバングラ友好病院

AMDA管理運営費募金用振替口座

番号 岡山5-40709 名称 アジア医師連絡協議会

*振込用紙裏面の通信欄に募金項目を明記願います。

株式会社 日立メディコ 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)

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

COSMO-M

**コスモメディカル
株式会社**

〒671-11

兵庫県姫路市広畑区小坂136-1

TEL (0792) **38-0455**

FAX (0792) **38-0453**

国際医療協力 Vol. 16 No. 11

アジア医師連絡協議会 (AMDA)

- 発行 1993年11月15日
- 編集責任者 日置久子、片山新子
- 事務局 岡山市橋津310-1 菅波内科医院
TEL 086-284-7730
FAX 086-284-6758