

国際医療協力

Vol.16 No.12

1993. 12



ジブチ共和国ファラ駐日大使より表彰を受ける菅波代表（11月20日祝賀会で）

AMDA

The Association of Medical Doctors for Asia

アジア医師連絡協議会

● AMDA ご案内		2
● 今なぜ NGO (国際民間協力団体) なのか		
— 問題提起から問題解決へ —	代表 菅波 茂	4
● ソマリア被災民救援医療活動		
・活動報告	長谷川昭一	8
・WEEKLY MEDICAL REPORT	河村よし乃他	11
・REPORT ON UNHCR NUTRITION WORKSHOP		12
・現地報告	鈴木邦弘、とき子	16
・ソマリア難民医療プロジェクトに参加して	伊藤直樹他	18
● ブータン難民プロジェクト報告		30
● ネパール被災民救援プロジェクト報告		34
● タイ HIV 感染者救援結核予防プロジェクト報告	野内英樹	35
● カンボジア救援医療プロジェクト報告		
・活動報告	Dr. Chantha	36
・カンボジアの水祭り	岩間邦夫	37
● 外務大臣表彰受賞及び10周年記念出版の祝賀会開催		38
● AMDA 国際医療情報センター便り		50
● AMDA 国際医療情報センター関西		
・開設に際して	小林米幸	52
・紹介	横山雅子	54
● マラウイの医療について		
— 青年海外協力隊での経験 —	吉田 修	56
● 岩手だより	— 広田の生活(1) —	岩井 くに 64
● AMDA 事務局だより		77

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】 岡山市植津310-1菅波内科医院 (TEL086-284-7730FAX086-284-6758)

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、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 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)
副代表 福川 隆 (福川内科クリニック)
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

平成5年12月4日に東京で開催された第3回国際貢献NGO懇話会の報告をしたい。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)の項目について参加者ならではの熱心かつ内容豊かな討議が行なわれた。

1) 情報共有システムについては「自然災害」に焦点を絞って討議した。参加団体と世界的な情報ネットワークとの関係も紹介された。データベース構築に必要なフォーマット作成と緊急アセスメントの関連性が指摘され、その作業の具体化は次回に持ち越された。必要に応じて作業部会の発足も承認された。「難民」に関しては別途討議予定である。

2) 緊急時派遣の輸送システムについては国内外の航空会社のボランティア及び貨物輸送に対する回答が紹介された。積極的な会社から消極的な会社まで。全般的には希望のもてる回答であった。

懇話会として下記の二点を明確にして更に交渉を続けることに決定した。

1) 懇話会が緊急救援活動派遣ボランティアを認定する。

2) 航空会社の協力を懇話会参加団体の機関誌にて広報する。

3) 緊急救援に関する外務省内のシステムについてのレクチャーは緊急時における担当部署と役割が紹介された。外務省と国連機関との関わりを始めとして、緊急救援活動における外務省担当部署とNGOの連携の在り方も良く理解できた。

次回は「緊急救援に関する厚生省内のシステム」、「救援物質調達」そして「企業による現物提供ボランティア方式」についても討議予定である。

次回より国連難民高等弁務官東京事務所及びユニセフなど国連機関関係者の参加も得て更に問題解決能力に磨きをかけるつもりである。

回を重ねるにしたがって参加者の熱気が感じられると共に参加者の持っている緊急救援に関する社会資源がどんどん飛び出してくるのに新鮮な感動を覚えた。同時に現在にいたるまでこれらの社会資源が包括的に有効活用されていなかったのが不思議であった。

この「国際貢献NGO懇話会」はNGO関係では昨今珍しいクローズドな会である。更に、日の丸にアレルギーを示さない、個人の立場での参加、問題解決型の発言をお願いするなど変な三原則もある。「日本の国際貢献としての緊急救援活動」具体化の指標であるオーキッドプランが実現されるまではこのスタイルを堅持したい。日本を取り巻く国際環境変化は著しく「光陰矢のごとし」である。オーキッドプランのスピードアップを図りたい。

医療協力チーム



この医療協力チームはJMDRといいい、一九八七年に政府と日本救急医学会が協賛した国際緊急援助隊の柱の一つ。事務局は国際協力事業団(東京都新宿区)にある。カンボジア難民救援の際に組織づくりの必要性を感じ

海外派遣21回 医師・看護婦延べ181人 活動10年 課題ずいずい

海外で大きな災害や事故が起きた際、けが人や病人の治療に当たる日本の医療協力チームが活動を始めて十年目に入る。湾岸戦争のクルド難民救援や昨年のニカラグア地震津波などで活躍。「人を出さない日本」の汚名返上に一役買ってきた。しかし、相手国の要請がないと現地に行けないため派遣回数が少なかったり、自衛隊のPKO活動が始まったことで難民医療援助からは手を引かざるをえないなど、活動の曲がり角を迎えている。(村山知博)

た救急医らの発案で、八二年に政府と日本救急医学会が協力してつくった国際緊急医療チームが前身だ。

「要請待ち」 出番限定や立ち遅れ PKO 難民援助は自衛隊に 協力法

被災地に延べ百八十一人の医師や看護婦を派遣してきた。昨年九月のニカラグアで起きた津波災害では、医師らが三チームを編成、移動診断などで九百十四人を診療した。

だが、十年間の活動で見えてきたのは、成果ばかりではなかった。それは、

機関銃で撃たれたクルド難民の子供を治療するJMDRの日本人医師ら
一九九一年四月、イランで(鶴岡卓さん提供)

ウィークエンド ストーリー

「熱意空回りの心配
まず、被災国や国際機関の

「あらかじめ周辺国と協定を結び、いざという時にすぐ派遣できるようにすべし」

対象は自然災害へ

要請がないと派遣できないため、活躍の場が限られてしまっている。現在、医師百八十七人と看護婦二百七人、調整員百三十人の計五百二十四人がボランティアとして登録しているが、海外からの援助要請は年に一二回程度。メキシコ地震やクルド難民援助などに参加した大阪府立総合医療センターの鶴岡卓さん(救命救急センター所長)は「せっかくのメンバーの熱意が空

回りしてしまう心配がある」と話す。被災国は医療援助より物資や資金を求めがちのため、要請待ちの遅れにもつながる。

聖マリアンナ医大東横病棟の金田正樹医師によると、医療援助が最も求められる災害直後を逃してしまっているところだ。

帰国後の待遇不安

「あらかじめ周辺国と協定を結び、いざという時にすぐ派遣できるようにすべし」

「要請待ち」の問題にしても、比較的自由に動ける非政府組織(NGO)をつくればいいというアイデアもあるが、より一層帰国後の待遇面で不安が残るため実現は難しいようだ。山本さんは「関東大震災のときは、米国の医師や看護婦五百人が援助してくれたという。今は私たちが協力する時代ではないか」と理解を訴えている。

地球を讀む



国境概念の拡大

島国に住む日本人にとって「国境」の持つきびしい現実を感じることは、あまりない。とくに、南大戦後は、陸続きの隣国もなくなりました。また、日本列島をめぐむ民族の移動も、あまりに遠い昔のため、国家とは、同一民族の自然な集合体と思いがちである。このような、日本と日本人をめぐむ特殊な環境は、いまや世界を揺るがせている民族紛争、難民流出の現状理解を難しくしているように思われる。



私を、はじめて「国境」と「民族」の問題に直面したのは、一九九一年春、クルド難民の保護と救済を手がけた時である。クルド民族は、トルコ、イランなど数か国にわたって生存する少数民族であるが、湾岸戦争を機会に、武装蜂起(ほしき)を試みた。イラク軍

の弾圧から逃れようと、百七十万のクルド人が難民として隣国に流れたのは、周知の事実である。そのうち百二十万は、国境を越えてイランに流入し、同国の保護と救済を受けた。ところが、国際的な関心を大きく呼んだのは、むしろトルコへの越境が許されず、国境の山岳地帯で飢えと寒さに苦しんだ人々である。

そもそも、難民として国際的な保護を与えられるのは、本国において、さまざまな理由から迫害を受ける恐れがあるか、あるいは母国の戦乱や政治的混乱などのため、他国に逃れた場合である。すなわち、国境を越えることが重要な条件であって、国連難民高等弁

緒方貞子 (国連難民高等弁務官)

務官には、領域を越えて本国にある人々を保護する権限は与えられていない。また、各国には、難民に出国、在留を許し、迫害国である本国に送還してはならないという原則がある。

しかし、トルコのように、自国におけるクルド対策あるいは安全保障対策から、難民の越境を許さず、国境沿いに多数の生命が危機

にある難民を救済することを必要と判断した。結局、山岳地帯のクルド難民は、自国側へ山を下り、多国籍軍と国連との協力で、自国内に帰って、国際的な安全の保障と援助に支えられて、もとの生活に戻ることができた。イランに流出した人々も帰還し、クルド難民は、流出の速度においても、帰還の速さにおいても、驚異的といえる。

国際的救済が急務

国内難民 紛争多発で2千万人も

にさらされた時、難民保護体制はまさに試練に直面する。国連難民高等弁務官事務所(UNHCR)では、領域を越えて保護の権限を行使することはできないと、この法律論と、現状ではそれでもないと、か彼らに保護を与えなければならぬという現実論で大きく揺れた。私自身は、国境の概念を「線」から拡大して「地帯」として、トルコ側から越境して、国境周辺

当事国の合意必要

クルド難民援助は、難民の保護に立ちふさがる「国境」の壁を、多少とも打ち破った画期的な試みであった。その後一九九二年春、ソマリア南部からケニアへ五十万人近い難民が流出すると、UNHCRはソマリア側に入って援助活動を始めた。何十年と歩き続けて

国境を越えなければ、援助を受けられない難民の惨状を救うためである。ソマリア政府の実効支配がない状況では、主権侵害は問題とならなかったが、法秩序の崩壊にともなう、無法者や盗賊から職員に危害を加えられるのは容易ではなかった。さらに同年秋、タジキスタンの内紛で、約六万のタジキ難民が川を渡ってアフガニスタンに入ると、UNHCRは、アフガニスタンにキャンプを設け、緊急援助にあたり、タジキスタン側に入って同様の援助を行った。タジキ・アフガン国境へ向かう約十五万人の人々が危険な渡河を試みるのを防止するためであった。この場合、UNHCRは事務総長を通してタジキスタン政府に越境救済活動の了解を求めた。越境救済活動は、大量の難民流入を防止できるし、早急に援助物資を支給することもできる。また、いったん難民流出の原因となった迫害や戦乱状況が緩和すると、彼らの帰還を容易にもする。しかしながら、人道上の理由とはいえ、国境を越えて二国の国内に入り込むには、それなりの条件、あるいは国際社会の合意づくりが必要となる。国境の存在は、きびしい現実なのである。

今、国連では自国内にありながら難民化した人々を、どのように保護し救済したらよいか、が、よくに論じられている。彼らは、自国国境を越えていないが、難民と同じように迫害や戦乱によって自国内の移動を強いられている。また天災や人災によって常に居所を離れなければならないか、民族や部族間の対立で「コミュニティ」を去らなければならない。

旧ユーゴに350万人

これらの人々の総数は、二千万とも二千万ともいわれ、クロアチアとボスニアからスロベニアへ入った者三万、さらに、リラ集団に追われた人々は、国境を越えて隣国に保護を求めたのではなく、内陸の首都リマの周辺地域に追われ、貧窮化している。ルワンダやケニアなどでも、戦乱の犠牲者は多数に上っているが、国外に逃げてはいない。彼らの悲惨な状態に対応するため、国際的な救援が求められているが、国内の難民のための国際機関は、当然のことながら、存在していない。

難民や国内にいたる避難民の問題を、もっとも先鋭な形で提起しているのが、ユーゴスラビアである。スロベニア、クロアチア、ボスニア・ヘルツェゴビナの独立にともなう旧ユーゴスラビア連邦の解体過程は、難民の急増を意味した。ボスニア・ヘルツェゴビナからクロアチアへ流入した者(二十八万)、セルビアとモンテネグロへ逃れた者(三十五万)、マケドニアへ入った者(二万九千)、クロアチアからセルビア(十六万)、マケドニアへ向かった者(三千)、クロアチアとボスニアからスロベニアへ入った者三万、さらに、クロアチア国内の戦乱で避難民となった者(一万四千六百)、いまやボスニア・ヘルツェゴビナ国内の避難民総数は三百二十万人に上っている。すなわち、旧ユーゴスラビア連邦内に約三百五十万人が難民化しており、そのうち西欧諸国へ庇護(ひご)を求めて出国した人々は六十万人以上と推定される。



UNHCRの車が通り過ぎるかたわらをボスニアの街から逃れるイスラム系避難民(ロイター)

緒方氏の地球を読む (1面続き)

しては、国境を越えた難民と、国内にある避難民とを区別して保護と救済を与えないことができないことはいままでもない。二百一十八万のボスニア避難民にはサラエボへの空輸、他の包囲下にある都市へは空からの物資投下、その他の地域へはトラック輸送隊による脱送。国連制裁下にあるセルビアやモンテネグロでは、大多数の難民が家庭に収容されているため、逼迫(ひつぱく)したボスニア系イスラム系、クロアチア系、セルビア系三民族の人口比および支配地域などを基礎に構築されている。昨年末以来、和平案の討議と並行するように、ボスニアで三民族間の武装対立が熾烈(しりつ)し、セルビア系の支配地域の少数民族は、次第に浄化され、自分と同じ民族が多数を占める地域へと移動を試みる。ある日、ボスニア紛争が終わり、和平とともに住民がもとの住まいに戻る日が来たとしても、どれだけの人が、彼らを追いついた民族の支配地域に帰還するであろうか。ボスニアにおける三つの共和国の新しい国境は、民族的な分布と重なり合うのが、不可避な成り行きであろう。

迫害生む民族主義

家族の需要も無視できない。クロアチアにおいても、ホスト家族、クロアチアの医療システムに対する手当てが必要となってくる。本年度、UNHCRユーゴスラビア人道援助の総額は四億三千万である。

残酷な浄化作戦

なぜユーゴスラビア危機は解消できないのであろうか。なぜボスニアの紛争は終わるのであろうか。シュトルテンベルグ・オーエンに

よるボスニア・ヘルツェゴビナ和平案が合意に至っていない根本原因は、国境の線引きについての不一致である。この和平案は、ボスニア・ヘルツェゴビナ共和国連合の設立を前提とし、各共和国の境界はイスラム系、クロアチア系、セルビア系三民族の人口比および支配地域などを基礎に構築されている。昨年末以来、和平案の討議と並行するように、ボスニアで三民族間の武装対立が熾烈(しりつ)し、セルビア系の支配地域の少数民族は、次第に浄化され、自分と同じ民族が多数を占める地域へと移動を試みる。ある日、ボスニア紛争が終わり、和平とともに住民がもとの住まいに戻る日が来たとしても、どれだけの人が、彼らを追いついた民族の支配地域に帰還するであろうか。ボスニアにおける三つの共和国の新しい国境は、民族的な分布と重なり合うのが、不可避な成り行きであろう。

二十一世紀を目前にひかえ、ヨーロッパの二隅に純粹(じゆんじゆん)同一民族を基礎とした国家が成立しようとしているのは、恐ろしい限りである。しかし、ボスニアばかりではなない。旧ソ連共和国にも、民族主義の高揚が見られ、アゼルバイジャン、アルメニア、あるいは中央アジア諸国において、複雑な民族間の迫害、あるいは追放の動きがうかがわれる。

一九九一年一月、パリ平和会議にのぞむにあたって、ウィルソン

米大統領は、民族自決主義の適用により国際平和が強化されること信じ、また連合国側も、戦後ヨーロッパの国境を画定するのにあたっ民族主義の原則を援用した。ただしその反面、新たに独立した民族国家は、自国内の少数民族を保護する義務を国際連盟との取り決めで約束している。

第二次大戦後に成立した国際連合は、憲章の第一条に、人民の自決の原則を掲げ、人権規約も、第一部に人民の自決権を規定している。四十余年にわたり、国連は、自法の実現を植民地解放と独立を通じて推進してきた。また、人種性、宗教などに基く差別撤廃にも努力してきた。しかし、自法を果たした加盟国内の少数民族や部族の保護に、必ずしも正面から取り組んできたわけではない。

いま新たな時代を迎え、国際社会は、少数者の保護に、より大きな努力を傾注しなければならぬ。同一国境内に、多様な民族や部族の共存が成立してこそ、さらに国境を越えた国際社会との協力も実を結ぶものと考えよう。

英文は本日付のデイリー・ヨミウリに掲載

■ソマリア被災民救援医療活動報告

アジア医師連絡協議会 長谷川 昭一

9月から11月初旬までの活動を医療面を中心に述べたいと思います。

この間スタッフとしては、コーディネーターとしてラザック氏、山本氏、医師としてはファルク医師、ディボック医師（AMDAネパール）アシク医師（AMDAパキスタン）の参加を得ました。

I ハルゲイサ中央病院再建医療プロジェクト

1) ハルゲイサ市内の状況

治安には特に大きな変化はありません。ただ新政権はまだ空港を掌握しておらず、問題が残っております。

ハルゲイサへの人口流入は引き続きつづいており、増える一方です。人口は増えてもそれに見合う仕事はないので、失業率は増える一方です。この事態が治安の悪化につながらないよう願っているところです。

日常生活面では、以前から借りていた家に引っ越したことが大きな変化です。直接的にはUNHCRから借りていたオフィスを移る必要がでたためです。越してみると予想以上に快適で、ハルゲイサライフを楽しむ余裕が出てきました。食事の点では今まで恵まれませんでしたが、ここへ来て腕の良いコックが見付かり楽しみが一つ増えました。また時折サッカーボールを蹴ったり、バドミントンをしたりして気分転換をしています。

2) ハルゲイサ中央病院の状況

残念ながらあまり状況は良いとはいえません。相変わらずスタッフに対し給料は払われておらず、意欲の低下を招いています。先日、知り合いの内科医がイギリスへ行くということで挨拶に来ていました。こういう状態では、彼のように外国に活路を求めたり、自分のクリニックに力を入れたくなるのも無理はないと思います。治安が良くなり帰ってきた医師が、病院に来て生活の糧を得られないため足が遠のきつつあるといった状況です。この問題の解決のためには、欧米大手NGOの支援を待つ以外なさそうです。

最近の変化として特筆すべきは、内戦以来機能していなかった結核病院がクウエートエイドという団体の支援で復興し、50～60人の入院患者を受け入れていると言う事です。これで今まであちこちに散らばっていた患者が1か所に集められ、首尾一貫した治療が出来るようになりました。中央病院の患者もすべて結核病院に移されたわけです。

昼間の電気の供給は一時増え便利になったのですが、燃料を買う資金不足で又以前のよな週2回供給になりました。

レントゲンはフィルムの残量が少なく、ほそぼそとやっております。

輸血部ではB型肝炎のチェックができるようになりました。ただHIV検査（AIDS抗体を調べる）はここ1年近くできない状態がつづいています。

全体的に言って厳しい状態が続いています。

3) プロジェクトの経過と現状

① 病院の再建、修理プログラム

天井と屋根の一部を残して、90%作業を終了しました。現在は病院内の清掃を進めており、今まで散乱していた医療廃棄物もきれいにかたづけと期待しています。詳しくはコーディネーターの報告を参照してください。

② 医薬品・医療機器の供給プログラム

輸送が本当に大変でした。小型セスナで少しずつ運ぶしか方法がなかったのです。医療品は日本語しか記載されていないものもあり、それらはすべて英語で一般名、重量などを書き込みました。

11月8日保健省大臣、事務局長臨席のもと、医薬品・医療機器とも保健省の central medical storeに寄贈しました。手術用具は10月中旬に来られた日本青年会議所「国境なき奉仕団」のチームより保健省に贈られました。

③ トレーニングプログラム

病棟の回診は以前は内科だけでしたが、アシク医師の参加により外科・整形外科でもてるようになりました。ただ前述したように現地人医師の足が少し遠のいていますので、必ずしも満足できる成果は得られていません。

ソマリア人医師対策のレクチャープログラムは、8月16日からはじめ10月下旬まで合計13回実施しました。チームとしては、マラリアなど良く見られる疾患に加え院内感染などのぜひとも知って欲しいものを選びました。参加者ははじめ5人以上きていましたが、徐々に減り中止することが多くなりましたので、10月下旬で打ち切りとしました。

9月にディボック医師が、4日間ユニセフのプログラムに主任講師として参加し成果を上げました。これはハルゲイサ市内の母子健康センターに勤める検査技師を対象としたもので、血液（血算・血沈・マラリア）、尿、便検査など基本的な技術修得を目指すものでした。

最近医療機器に関するトレーニングプログラムをはじめました。

腹部超音波検査（エコー）と、心電図検査が対象で、私とファルク医師が担当しています。エコーの方は内科、外科、産婦人科4人選んでもらい、よく見られる疾患の診断を出来るようにすることが目標です。検査手段の限られている病院ですので、みな期待も大なるものがあります。心電図の方は、内科、小児科からこちらも4人選んでもらいました。心電計はなんとハルゲイサに1台もなく、医師たちの関心も並々ならぬものがあります。日常の回診で心疾患患者が意外に多いことが分かっていますので、活躍することでしょう。

その他12月には、准看護婦対象のトレーニングプログラムも計画しています。

II その他の活動

1) エチオピア難民診療

毎週1回彼等の居住区を訪ね、外来診療を続けています。8月24日から11月16日までに診療した患者の年齢と疾患分布は別表のとおりです。

以前は、1日に40~70人も来たこともありますが、最近は15~20人位となり落ち着いてきています。これは結核、心疾患などの管理が必要な患者を病院へ紹介したことで貧血性・胃炎・消化性胃炎などの慢性的な疾患の治療が効を奏してきたためと思われます。

次の表のデータを我々が活動を始めた6、7月と比較しながら見てみたいと思います。

15才未満の子供の受診者が少ないのは、人口構成の反映です。この期間は特に5～14才の子供の受診が少なかったのです。疾患別では殆どすべての疾患で減少が見られるものの、特に肺炎・気管支炎などの下気道感染症・皮膚感染症・尿道感染症・寄生虫症で著名でした。逆に水様性下痢症では増加が見られました。病院へ紹介したのは2例のみで重症者も殆ど見られませんでした。

2) 孤児院支援活動

9月初めより毎週1回定期的に訪問しております。UN, NGO各団体が協力して支援しています。我々は今まで2回医療品を、1度ミルクを寄贈しました。10月には日本青年会議所「国境なき奉仕団」よりミルク・石鹸・サッカーボールなどが贈られました。

訪問の際は病気の子供を看護師と一緒に診察し、関連のアドバイスもしています。先日は朝双子の赤ちゃんが門のところに置かれていて引き受けざるを得なかったと、話していました。普段緊張の絶えない生活をしているので、ここへ来るとほっとします。

III 感想

11月はじめ髄膜炎の患者さんが入院してきました。来院時重度の意識障害があり、危ぶまれましたが、治療により回復しました。

ここで注目すべきは、現地人医師が自分で髄液検査をしグラム染色をしたうえで、最も効くと思われる抗生物質を使用している点です。この様なことは数か月前なら想像もつかなかったことです。我々は一貫して自分たちは目立たず、現地人スタッフをもり立てようとしてきたつもりです。我々がバリバリやりだしたら、確かにはなばなく見栄えはよいことでしょう。しかしその場合、彼等は責任をすべて我々に任せ自分のクリニックに専念するに違いありません。我々が去った後何が残るのでしょうか。これならむしろ何もしない方がましです。

我々のやり方は地味で見栄えはしませんが、少しずつ実を結んでいるようで、嬉しくなった次第です。

外来患者年齢・疾患分布 (エチオピア難民キャンプ)

疾患名	0～4歳	5～14歳	15歳以上	計
上気道感染症	9	3	16	28
下気道感染症		1	13	14
マラリア			2	2
麻疹				
感染性眼疾患			5	5
水様下痢症	10	1	12	23
血性下痢症			11	11
皮膚感染症			4	4
性病			3	3
黄疸性疾患				
尿路感染症			2	2
結核			1	1
髄膜炎			1	1
外傷、火傷	1	1	4	6
貧血症			15	15
胃炎消化性潰瘍			26	26
寄生虫症	2	2	5	9
腸チフス				
その他	2		69	71
病院への紹介患者			2	2
計	24	8	191	223

■ソマリア被災民救援医療活動報告

河村よし乃・河田聡子・永野章子

B.P.6, Ali Sabieh, Republic of Djibouti.

WEEKLY MEDICAL REPORT

(November 8-14, 1993)

Points	Total	Aour			Hol Hol
		Aoussa	Ali Adde	Assamo	
1. Total patients consulted	67	9	26	14	7
2. Records kept to follow up	69	9	41	12	7
3. Age distribution (registered Pts)					
a) Up to 5 years old	8				
b) Above 5 years old	61				
4. Refer to other hospitals	9	1	5	1	2
5. Serious patients	1	1	0	0	0
6. Disease distribution ⁵					
a) TB	5				
b) RTI	7				
c) Gastroenteritis	7				
d) UTI	8				
e) Skin diseases	7				
f) Eye diseases	0				
g) Ear diseases	3				
h) Deficiency diseases	6				
i) OBS/GYN	2				
j) Surgical cases	3				
k) STD	0				
l) Helmen	1				
m) Epilepsy	0				
n) Malaria	4				
o) Others	23				
7. MCH services	Total pts	26	6	20	
	Sever	1	1	0	
	Refer	0	0	0	
8. Tent visit	Total visits	3	3	0	
	Patients	3	3	0	

9. Training Program : Dr Deepak Aryal had lecture of Family-planning and Sexually Transmitted Diseases for two supervisors on 14. Nov. '93.

In Aour Aoussa Camp training program for rehydration center still going on by our nurses.

10. Miscellaneous : Dr. Anil and Mr. Vishnu from Nepal arrived in Djibouti safely on 11, Nov. 93

Emergency : Cholera situation in Aour Aoussa is getting better. Nowadays, there are less than 10 patients in Rehydration Center. And also number of severe patients is decreasing.

Dr. Kuntal K. Saha came back from Addis Abeba on 16, Nov. '93.

Prepared by : Ms. Fusako, Ms. Yoshino, Ms. Akiko, Nov. 29, 1993

■ソマリア被災民救済医療活動報告

REPORT ON UNHCR NUTRITION WORKSHOP

Date : November 1-15, 1993
 Place : Addis Ababa, Ethiopia
 Course Venue : Ethiopian Red Cross Society Training Centre
 Organizer : UNHCR Regional Liaison Office in Addis Ababa and UNHCR Head Quarter in Genova
 Number of Participants : Sixteen
 Participating Organizations : UNHCR, ARRA (implementing partner of UNHCR in Ethiopia), MRF-Swiss, MOH-Somaliland, UNICEF-Somaliland, Commission of Refugees-Sudan, ONARS-Djibouti, AMDA.

Main Course covered : Nutrition and Computing.

NUTRITION

- = Introduction to Nutrition
- = Sources of Informations
- = Conducting a Survey
- = Sampling - Types and Procedures
- = Questionnaire Design for Nutritional Survey
- = Nutritional Indices
- = Presentation of Data
- = Country Case Study
- = Data Analysis
- = Information Requirements
- = Alternative Methods of Collecting Information
- = Rapid Appraisal
- = Action Plans
- = Evaluation
- = Blended Foods and Micronutrients
- = Group Discussion - Camp, Country and Head Quater level
- = Can I believe it?

Above syllabus was covered with practical sessions.

Other important things covered were: Standard Deviation

- Z Score
- Percentage Median
- Terminal Digit Preference
- Stem and Leaf
- Standard Error
- 95% Confidence Interval

COMPUTING

Main Program Covered : 1)Epi Info 2)Epi Nut 3)Harvard Graphics

- = Introduction to the use of computer
- = Country case study materials
- = Questionnaire design
- = Data entry
- = Data analysis by computer
- = Data presentation
- = Graphic presentation of nutritional data

CALCULATOR: How to use a scientific calculator

AUDIOVISUAL: Nutrition Survey - Film

REPORT WRITING

This course was conducted by Liverpool School of Tropical Medicine, U.K.

1. Project Symbol
2. Project Title: Health Care Activities for the Refugees in the Republic of Djibouti.
3. Location: Refugee Camp on Ali Sabieh
4. Duration: January 1994 to December 1994
5. Implementing Agency: Association of Medical Doctors for Asia P.O. Box 6, Ali Sabieh, Republic of Djibouti, Tel/Fax: 426195, 340784
6. Counterpart: (1). Ministry of Health, Republic of Djibouti
(2). Ministry of Foreign Affairs, Japan
(3). Ministry of Internal Affairs, Republic of Djibouti

7. Objectives and Progress Indicators:

7.1. Objectives

- a. To provide support to the national health structures present in the refugee camps in Djibouti.
- b. To consolidate and extend the health facilities in the refugee camps.
- c. To implement extensive training and education programs for the local health workers and volunteers.
- d. To ensure overall supervision of the health and nutritional activities including preventive and curative aspects.
- e. To ensure demand of any health emergency in refugee camps during this project in close collaboration with national counterparts and UNHCR.
- f. To make the local health staffs and volunteers self-sufficient by providing extensive training program.
- g. To ensure overall improvement of health situation in four refugee camps in ali Sabieh, Djibouti.
- h. To hand over all responsibilities to the trained local health workers after conducting a survey investigating its justification with recommendations at the end of the project.

7.2. Progress Indicators

After scrupulous surveillance and proper assessment of overall health situation, following things will be considered:

- a. Reduction of the incidence and prevalence of malnutrition and infectious diseases.
- b. Increase in the number and efficiency of local health workers who are capable of treating the OPD and emergency patients without any instruction and supervision.
- c. Whether the health workers are able to do health administration and drug management i.e. making drug list of certain number of population for certain time period, making drug order from camp level to central pharmacy and assess the proper utilization of drugs by the health staffs
- d. Full immunization coverage of all under 5 years of children and pregnant women of child bearing age (15 to 45 years).
- e. Minimum number of children of under 5 years whose weight for height is below 80 % i.e. try to reach all under 5 years children above 80 % weight for weight.
- f. Absence of incidence of micronutrient deficiency among the refugees.

8. Description of Beneficiaries

The beneficiaries will be the Somali and Ethiopian refugees in the four refugee camps in Ali-Sabieh: Ali Adde, Auro Aoussa, Hol Hol, and Assamo.

9. Implementation Responsibilities and Procedure

9.1. A tripartite agreement will be signed between Djibouti government, Association of Medical Doctors for Asia (AMDA) and the United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR) for the Health Care of Refugees in the four Refugee Camp in Ali Sabieh district.

9.2. The Ministry of Health, the Ministry of Interior through National Office for Refugee and Disaster Victim Relief (ONARS) as the implementation authority of the refugees and UNHCR will enter into an agreement with AMDA, implementing partner of the project.

9.3. UNHCR will be responsible for International procurement and financing the project and the operational activities of implementing partner. UNHCR will ensure that the responsibility of UNHCR are upheld through constant monitoring and discussion regarding the implementation of the project.

9.4. The refugees living in the 4 refugee camps in Ali Sabieh will be the direct beneficiaries of this project. AMDA will delegate the implementation and the management responsibility of project. AMDA will have field level administration and executive responsibility concerning all medical activities pertaining to this project. The Ministry of Health will provide necessary policy and direction to the AMDA shall ensure that the program implementation is monitored and evaluated by the Ministry of Health and ONARS throughout the period of the plan.

9.5. In order to assist the activities in coordinating medical activities at regional level, a technical coordination committee will be formed whose function shall be to advise and discuss on technical matters relevant to the project. This committee will be comprised of the following members:

-- Technical Coordinator of the Ministry of Health (Chairperson);

-- Representative from ONARS;

-- AMDA;

UNHCR

-- The chairperson shall invite representatives from other relevant Ministries and voluntary agency.

9.6. This committee will discuss technical matters pertaining to

policy in the field. The minutes of the committee's meeting will be sent by the UNHCR to other organizations.

10. Project Monitoring

10.1. The Association of Medical Doctors for Asia, implementing partner will submit monthly progress report through the representative of UNHCR, Djibouti, to other organizations.

10.2. The Ministry of Health, ONARS, and UNHCR will make periodic visit to the project sites and will make independent assessment of the progress.

10.3. AMDA will maintain project implementation cards and analysis of project expenditure cards. Using the above elements, AMDA will submit to its HQ consolidated quarterly progress report.

11. Related Inputs

AMDA is ready to explore the possibility of making the following inputs for the implementation of the projects:

■ソマリア被災民救援医療活動報告

写真家 鈴木邦弘・とき子

「フォト」と言う大声が聞こえた。アリアデキャンプで撮影をしている時だった。無視して歩き出すと、いきなり肩をつかまれた。手には石を握っている。私達めがけて投げるつもりだろうか。

難民というと、やせこけて死にかけている子供、体中にハエがたかって大きい腫でジッとこちらを見つめている人々。そういう映像のみが、繰り返し報道されている。写真家である夫と私は、それ以外の大部分を占めるであろうごく普通の人々、そしてその生活を記録したいと考えていた。大型カメラを使って一枚一枚ゆっくりと撮る。撮影相手には了解とお礼の意味で、ポラロイドの写真をプレゼントする。それが彼のスタイルだ。

冒頭の出来事は、このように撮影をしていた時に起こった。結局夫は彼女を撮らなかった。すると彼女は、私に向かって石を投げつけた。私は逃げる彼女を追いかけ、フランス語でまくしたてた。すると、近くの人達が私の周りに集まり、私をなだめだした。

「石を投げた彼女が悪い。」「あなたは悪くない。」と口々に言う。「もうそんなに怒るな。」周りの人達は、冷静そして真剣な表情で私を見つめていた。

自分の要求をストレートに主張したり、またもの事が起これば周りの人間がすぐにとりなす。こういう事は、他のアフリカの国々ではごく普通にあることだ。この人達もまた、私達が過去に訪れたアフリカの国の人々と同様に、アフリカで生きる人達なのだ。

キャンプという限られた空間の中でも時間がたつにつれて、タバコや缶詰を揃えた雑貨店やチャット（アルコールが禁止されているイスラム文化圏で、男達がアルコール代わりにしばしば食んでいる葉のこと。）を売る店が並ぶマーケットが出来たりしている。まるでアフリカの田舎の村のようだ。実際に彼等と接してみても、いわゆる難民というイメージから私達はどんどん離れていった。

ホルホルキャンプでは、いつものように気に入った写真が撮れたように感じた。定期の診察を終え、オフィスに戻るための車を出した時それは起きた。

子供が車めがけて石を投げつけた。動く車の後部窓に命中し、窓は一瞬のうちに細かいガラスの粒に変わった。ドライバーはかまわず車を走らせ、逃げる子供を追いかけた。かばおうとする近くの女性達から、子供と母親を車に乗せて事後処理のためホルホルの町にある役場へ向かった。役場では町長が形式通りに話を進め、隣にある警察で書類を作るように指示した。警官は書類を書く手をとめて私に対して静かに言った。

「さてどうしましょうか、マダム。」「彼女達は責任がとれるの。」と私は尋ねた。「なんといってもこの人達は難民です。何も無いのですよ。」まっすぐ私の顔を見てキッパリと言った。難民という現実を忘れかけていた私に、その一言は強い印象を残した。

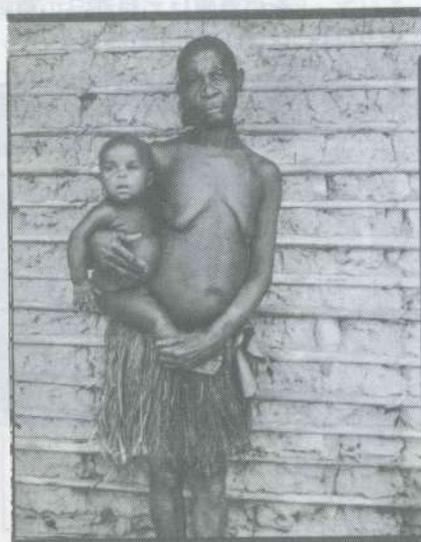
アリサビエへ戻る車から振り返ると、アフリカの田舎と同じように感じていたキャンプには、無数のテントが整然と並んでいた。

彼等は難民という非常に不安定な状態の中で、明るく、たくましく、そしてしたたかに生きている。



アリアデキャンプ
日焼け止めをぬった子供達

アリアデキャンプ
チャット売りの男達



〈第18回伊奈信男賞受賞作品展〉
森の人 PYGMY
鈴木邦弘写真展

1994年1月17日(月)～1月26日(休)
10:00am～6:00pm(日曜・祝日休館)
大阪 **Nikon Salon** 阪急産業梅田ビル5F

GOではなく、内務省の下に位置するONARS（難民局）から派遣されているIncharge Nurseであり、一方で難民自身から選ばれたCHWs（ヘルスワーカー）であり、TBAs（産婆さんたち）であることだ。AMDAの医師は、彼らを指導／監督する立場にある。もちろん実際に診療を行うのであるが、彼ら自身の主体性に重点があり、究極的には自助／自立にもとづいている。実際にIncharge NurseやCHWsらのために、AMDAスタッフによる講義形式の研修もなされていた。ただ彼らの用いるノートや本、ホルダーなどの不足は否めないが。

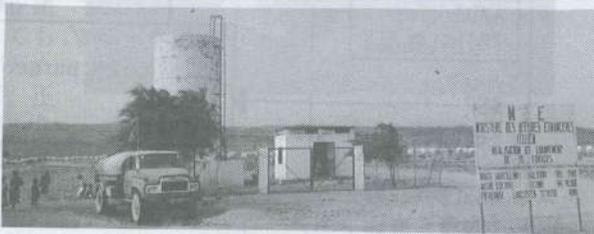
医療形態としては主に2つに分けられる。1つはdispensaryでの一般内科的（一部外傷を含む）な診療活動、今一つはMCH（Mother and Childhood Healthcare）テントでの乳幼児を対象とした母子保健活動（主に栄養指導）である。そのほか毎朝CHWsによって発見されたdispensaryまで来れない重症ケースに対しては、患者のテントまでの往診も行っている。

疾患に関してはざっと見てみるとやはり栄養不足や感染症によるものが多い。脚気、壊血病、夜盲症といったビタミン不足によるものや強度の鉄欠乏性貧血（とにかく白い！）、感染症では上気道感染、気管支炎／肺炎をはじめ肺結核、マラリアさらには赤痢アメーバといった消化管寄生虫とそれによる下痢など多彩である（ネパールからのDrは、とにかく誰にでもメベンダゾールをあげていた）。MCHテントでは、重度（2、3度）の栄養障害、下痢とそれによる脱水（ORSはもちろんあるのだが、子供は自分で飲めず、IVDをするにも細すぎて入らず・・・）そして上・下気道感染である。妊婦では妊娠中毒症が多い。その他脳炎、髄膜炎、老人性白内障、てんかん大発作、眼球に明らかなTumorを認めるもの、nippleを自分で切り落としてしまった青年などさまざまであった。とにかく患者は不定愁訴が多く、オーバーアクションで訴えてくる。死ぬケースはそれほど多くないがやはり乳幼児で見られている。重症例に関しては救急車でアリスビエの病院まで搬送するも、そこもフランス人医師が1人いるだけの寂しい施設である。

薬品は基本的に不足している。扱いやすい錠剤でなく粉剤が送られるという細かい難点もあるが、何しろ絶対量が足りないのである。処方したくても、もっと重度の患者がいるから・・・と諦めるケースもよく見る。この場合、必ず患者は文句を言う。ちなみにちゃんと分業態勢になっており、薬は処方箋（紙切れではあるが）に書いて渡されていた。また蛇足になるがカルテもきちんとあり、患者が管理するようになっていた。これにより長期のフォローが可能である。

ワクチンではアイスボックスを用いて、生後のBCGとポリオ、DPT（1、2、3）、麻疹があげられるが、BCG以外は底をついていた。一方でMCHテントでの補充栄養はMSFによって比較的十分に確保されていたようだ。治療目的には“1人1日150Kcal/kgと4gms/kgのタンパク”を最低とし、補充用では“1人1日500~700Kcalと15~25gのタンパク”を基本としていた。

環境衛生面で、まず水は井戸ないしは大きな貯水タンクからである。独自にE.coliと一般細菌に関して簡単な水質調査を行ったが、タンクを用いているアウルアウサを除き他の井戸をもちいている3つはその源泉からして多少汚染されていた。ただ実際住民はこれを小さな水筒に入れて飲するのだが、この時点ではどこでも多くの細菌が見つかった。MSFによって管理され



Nsによるワクチン接種(上)と給水車とタンク(下)

ておりこれでも改善しているのだが、まだまだと感じた。

トイレはあるも使用せずという状況で、草むらにということになる。一方ゴミはロバに荷車を着け近くにゴミ捨て場まで引かせているという話だが、守られているかは分からなかった。

食料配給は形式上は以下のようにになっているが、実際は必ずしもこの通り配給されていない。

◇難民キャンプ一人一か月に対する配給量◇

- ①米/パン 12kg750g
- ②砂糖 300g
- ③油 750g
- ④デーツ (ナツメヤシの実) 900g
- ⑤塩 150g
- ⑥魚 大2匹または小4匹
- ⑦ミルク
- ⑧小麦粉
- ⑨トウモロコシ



配給物資と受け取る人々(アッサモ)

住民のほとんどはこうしたUNHCRからの援助で生計を立てており、職をもたない、いや、近くに職が無い。ジブチ国民ですら産業も無く少しのサービス業程度であり、失業状態のなか昼間からチャートという葉(覚醒作用があるらしい)をかじっているのだから、言わんやである。

B. 各キャンプに関して

1) アリアデキャンプ: Ali-Ade Camp

4つの難民キャンプのなかで、最も収容人口が多い。そのため施設の整備が進んでいて、Dispensary(診療所)や倉庫その他の建物がレンガなどしっかりした作りになって入る。特に驚いたのは、レンガ造りの商店が合ったことで、そこでは小麦粉からサンダルまでアリサビエの町にある小さなお店と同じくらいの品揃えだった。

4つのキャンプのうち唯一川があるキャンプ。水源の確保はどのキャンプでも苦心していたが、飲み水から洗濯まで使い道は様々で、近くに水源があるのは非常に便利である。ただ水質に問題があるのが気にかかった。



アリアデのdispensary

医療面では、dispensaryがうまく機能していないように思われた。ナースの側にも問題があるのかも知れないが、アッサモの倍の人々を1つのdispensaryでこなすには無理があるのではないかと思う。また医薬品や医療機材も絶対的に不足していたことも大きな原因ではないか。MCHテントの方は、比較的順調に機能して入るみたいだった。が、身長/体重の%がすべて70~90%の間で、極度の栄養障害、脱水症状の子供が少なかったかわりに、全体的に栄養状態がよくないと思った。

Dispensaryに来られないので、Drがテントに出掛けて診察するケースがあった。これは外のキャンプでは見られないことだった。しかし、往診した患者の中には、マラリアと思われる患者や、以前dispensaryに担架で運ばれて来たものの、なかなか往診してもらえず、ぐったりしていた患

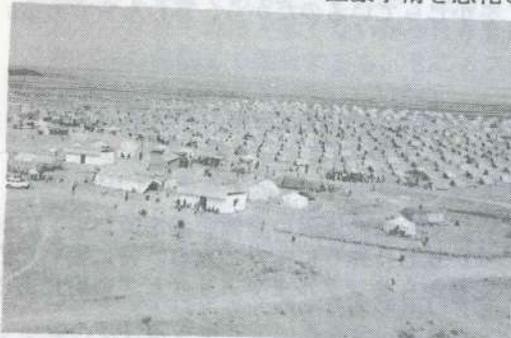
者もいた。紋切り型の診療がすべてではないと思った。

全体として難民キャンプの医療の問題点や課題がこのキャンプに集約されていたようだった。

どこのキャンプでもそうだが、MCHの子供が本当にかわいかった。連れて帰りなさいといわれてびっくりしたが、出来るものなら連れて帰りたくらいだった。子供達の純白な瞳がとても気持ち良かった。日本の子供達にもその純白さを分けてあげたい。

2) アウルアウサキャンプ: Aour-Aoussa Camp

収容人口第2のキャンプ。このキャンプの特徴は New Comerが多いこと、エチオピアから来た難民とソマリアからの難民がいることである。エチオピアの難民で英語が話せる人がいたのでいろいろ話を聞いた。エチオピアの娯楽として映画が盛んで、日本人=カラテというイメージがあるらしい。使用する言語が基本的にフランス語かソマリ語というのが今回キャンプの住民とあまり話が出来なかったネックになった中で、アウルアウサキャンプは難民の立場の意見が聞けた。欧米諸国が過去にそして現在も行っている干渉の犠牲となるのは、アフリカの一部の利権を得る人々を除くすべてだと思った(人だけでなく自然も含む)。しっかりしたdispensaryの建物以外にあまり建造物はなく、テントもUNHCR配給のものが多かった。またこのキャンプだけは国道沿いにあり、さらに唯一起伏のない場所に位置している。New Comerの受け入れには便利だが、それが逆にアウルアウサの医療事情を悪化させることになっている。



アウルアウサキャンプ全景

医療面に関してでは、dispensaryのナースはよく教育されていて、テキパキと患者を診察していた。またナースはやる気が感じられたのが印象的だった。が、重症患者も多く、難民の医療事情の厳しさを感じた。MCHテントの子供達の状態は他のキャンプと一線を画く厳しさがあった。栄養失調、脱水症状で腹水がたまり、手足の皮膚に張りのなくなった子供が、乳をくれる母親でなく、年端もゆかぬ姉に連れて来られている姿に言葉が出なかった。それでも、連れて来られてすぐの頃よりは状態がよくなると言われると、なんとかして生き延びてほしいと願わずにはいられなかった。アウルアウサの医療事

情はおもに New Comerが多いことによるが、彼らはキャンプにたどり着くまでに多くの同胞を失っていることを考えると、まだ運がいいのかもしれない。

アウルアウサキャンプは我々が最初と最後に訪れたキャンプとなり、個人的には最も印象的だった。子供達と長縄とびをしていると、ナースの女性も飛び入り参加したり、楽しいことも沢山あった。ここで数の数え方を教えてもらったが、忘れてしまったのが残念。

3) ホルホルキャンプ: Hol Hol Camp

4つの難民キャンプの中で、最も理想的な状態である。収容人口が過度で物資も余裕があるようであった。MCHテントに果物が配られているのには驚きだった。施設面ではそれほど整備されている印象はなかったが、井戸が2つあり、Water reservoirも大きな水槽があったので、重要な点を押さえているようであった。

子供も大人もこのキャンプが一番朗らかで親しみやすかった。特に子供達はいっぱいいて、皆が二人の後を追っかけて来て、鬼ごっこで大変だった。縄飛びやボール遊びも好評だった。なに

も問題も無く思われたが、表面的には見せないものの彼らには迫害されて難民となった精神的な傷があることを指摘されてハッとした。難民の状態そのものが理想的とは程遠いもので、変えられる日が早く訪れることを願わずにはいられない。

医療面に関してはナースもしっかりしていて、AMDAのDrが来たときにはもうその日の診療が終わっていたりするほどで、MCHの子供達も元気に母親の乳を飲んでいる。MCHナースの人数が多いように思われたのはdispensaryに余裕のあるせいだろうか。予防接種もしっかり行われているようなので、医療の行き届きに驚いた。難民キャンプの医療の条件として、ジブチ国民の受ける医療のレベルを越えてはならない事があるが、ここは医療機材などは整っていないものの、健康状態としてはジブチ国民以上かもしれないとも思った。



ホルホルキャンプの子供達と(筆者ら)

ホルホルに限らずキャンプには小学校があり、子供達はどれくらいの割合かは分からないが、教育を受けているようだった。これから難民キャンプで育てて行く子供達のためにも、教育は非常に重要である。医療目や物資面での援助だけではなく、教育面での援助もできればいいのではと思う。

また蛇足ながら、New comerの受け入れ用のテントがUNHCRによって設営されていた。ジブチビルに流入している難民のためのものらしいが、市内はコレラが蔓延していて、それをキャンプに持ち込まないために、移送が延期されているとのことだった。ジブチビルでは感染者1000人を越え、死者25人(当時)らしい。アリスビエでもコレラと疑われる患者1人がいた。

4) アッサモキャンプ: Assamo Camp

一度しか訪れることができなかったために、状況が余り把握できないままに終わってしまった。一度だけのチャンスもほとんど水の調査に費やしてしまった。水源である井戸が非常に遠く、強風のためにMCHテントが吹き飛ばされてしまっていたことが印象的であった。月に一度の食糧の配給の日に当たったのは運がよかった。UNHCRの定める配給量は一人当たりの栄養としては、あの乾いた土地にしてはいいほうではないかと思う。

医療面に関しては、診療活動が余り見られなかった為にあまりコメントできないが、比較的状态が良く、アウルアウサやアリアデのように厳しい状況ではないようだった。

井戸からの帰りに地元の人らしき住居を見た。この付近は放牧をして生計を立てている人がもともと住んでいた土地のようだった。住居は主に煉瓦造りで家の周りにたくさんの山羊を飼っていた。アッサモは国境沿いにあるものの、彼らのような放牧の民には国境の概念は意味をなさないと思う。また難民も同じ感覚でテントに入っているのではとも思った。



アッサモの井戸にて

C. アリサビエという町

首都のジブチビルから90キロ、車で約2時間ほどの所にある小さな町である。町の中心をジブチビルからアジスアベバへの鉄道が走っている。町はほとんど徒歩圏内に入る程度の広さで、山羊が町中で放し飼いにされており、朝はメーメーと、気持ち良い。昼間は40度を越す猛暑だが、夜半から風が涼しくなり、外で寝ていると肌寒いほどになる。7~8月頃はちょうど乾季にあたっていて、雨はほとんど降らない。1度2度、数分間降った程度。

町の人はとてもんびりしていて、とても親切にしてくれる。子供達もとても元気。ちょっと元気すぎるくらい。夜中まで遊んでいる。夜でも散歩できるほど治安は良く、夕涼みが気持ちいい。生活物資は、だいたいものはマーケットで調達でき、レストランやバーもある。町の住人の多くは井戸から水を得ているが、水道、電気が届いており、AMD Aのオフィスにはさらに電話もきている。ジブチビル行きのバスも毎日あり、まるで日本の昔の田舎と現代の生活を1つにしたような暮らしがある。が、電化製品は一般家庭には高根の花のようだった。

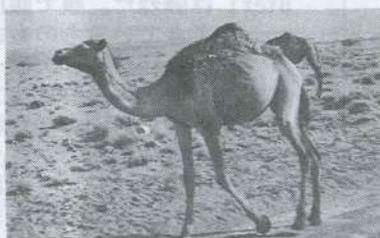
食事は、AMD Aのオフィス以外でとらなかったために良く分からなかったが、チャパティーという酸っぱいクレープのようなものや、フランスパン、マンゴなどの果物や、キャベツ、オニオンなどの野菜がマーケットで売られており、コカコーラをはじめファンタ、スプライトなどのソーダやアイスクリームまで手に入った。

医療施設はアリサビエ病院とその結核療養所のみで、専属の医師はいない。人口4万人の町としては、あまりに寂しい設備だと思われる。しかし難民キャンプよりは良い医療がうけられるため、難民キャンプの重症患者はここに運ばれてくる。

D. AMD Aスタッフの一日

- AM 6:30 山羊の泣き声とともに目覚める。お手伝いのマリファがやって来て、歩いて2分位のところにあるパン屋さんにフランスパンを買いに行く。アリサビエではパンといえばフランスパンだけで、そのパン屋では1本20フランの庶民の朝御飯である。
- 7:00 各キャンプへ向けて出発。Drは各キャンプを日毎に巡回する。火曜日はフィールドバックの日であり、レポート作成やMSFなど他の機関との会合もたれる。
- 7:30 7:00からの続き。また金曜日はイスラム教の習慣で休日となる。ジブチはイスラム教徒が多く、アリサビエにもモスクがある。ドライバーのモサはとてもいい運転で安心できる。車は三菱パジェロ、良く走る。アウルアウサは近いが、その他のキャンプに行くには1~1.5時間かかる。必需品である凍らせたミネラルウォーターを持参する。
- 8:00 各キャンプで診療活動。永野さんはアリアデとアウルアウサの重点的に行く(ホルホル、アッサモのMCHテントは非常に状態が良いため)。
- PM 12:00 アリサビエに戻る。帰った時に冷凍室で良く冷やしたミネラルウォーターに粉ジュースを入れて飲むのが楽しみ。粉ジュースにはパイナップルとオレンジの2種類あり、大きな缶を交互に買う。パイナップルの方が好評。昔駄菓子屋で売っていた粉ジュースと同じ味。マリファの造った昼食を済ましてから、昼寝など各自自由行動。外はすごい暑さで、とても活動できる状態ではない。
- 16:00 スタッフミーティングなど。手紙を書いたりデスクワークが多い。買い物や散歩に出掛けたりする日もある。

19:00	夕食。たまに日本食やバングラデシュ料理
夕食後	夕涼み、ドライブ、シャワーなど。 1日のうち最ものんびりできる時間。
AM0:00頃	就寝



5 : ダルエルハナン産科病院の状況

上記の難民キャンプでの活動と別に、首都ジブチビル市内にあるダルエルハナン病院という産科専門の病院での分娩および産褥期の妊婦管理もAMDAは行っている。

ダルエルハナン病院は60床を有する産科（一部婦人科患者もいる）専門病院であり、ジブチ国内では産科病院としては最大規模だ。建物の外観もしっかりした2階建てで、1階は主に外来、2階が入院および分娩となっている。ベッドは常に8割型埋まっており、すべてが大部屋だが、小さなICU用の部屋（とはいえ、クーラーが効いているだけの違い）もある。分娩室は比較的大きく、4台の分娩台はフル回転している。スタッフはフランス人の医師とAMDA医師の2人、助産婦は4交替制で1グループ4~5名、12時間勤務である。

〈分娩室で〉

正常頭位分娩が大半だが時に回旋異常などで鉗子分娩を行うこともある。完全/不完全流産も多く、一方未熟児（SFD）も多い。骨盤位や妊婦さんの状態により帝王切開を要する場合は別の病院にて行う。ここには手術室はあるが、スタッフと物資の不足故開いていない。



出生後の検診を受ける母子

〈病棟で〉

たいていの妊婦さんは3~4日で退院して行く。日本と同じで入院は基本的に直前であるが、流産や前置胎盤、早期破膜・破水などでは長い入院が必要だ。多いのは妊娠中毒症。ICUの患者はたいていそうである。HTのため拘縮を起こした例もあった。その他子宮内胎児死亡、尿路感染を伴うもの、膀胱腫瘍を形成しているもの、また婦人科疾患として子宮逸脱も何例かあった。強度の貧血例にはフランスから送られた輸血も行われているが、医薬品の不足はここでも深刻だ。

以下にこの病院見学初日の日記（伊藤分）を掲載したい。

☆

Dar El Hanan Hp, exposure初日、Surpriseの連続である。AM8:00すぎ、通訳を待って入院患者を一通りチェック。normal case からカイザーまでさまざま。分娩前後（ante/post partum）は関係なく入院しているが、平均して3~4日（分娩後）したら退院か？入院は直前のことが多いのは日本と同じ。意外にもabortion（complete/incomplete）が多い。ICUは分娩室、ナースステーションのすぐ隣にあり、妊娠中毒患者がいる。ICUといってもクーラーが効いている狭い部屋だ。Dr. Rahman（AMDAの医師）はgive breast と盛んに指示する。Dr. ビンセントというフランス人の若いDr. がいるが、彼とはうまく行っていないようだ。彼らはフランス政府から2000US\$ /月もの高額で来ている。フランス語の話せない我々はどうしてもNsやPtからの信頼を欠く。病棟には婦人科の人も何人か入院していて、Prolapse

☆

uteri は強烈だ。咳で腹圧がかかると飛び出してくる。また、中には飛び出した膣にpus ができているものもあった。

一通り回診し、Drは一階でOPDだ。我々は分娩室へ。入るや否やあっと言う間に1人の子が生まれる。アレっ、出て来たっていう感じ。驚くよりも呆然と立つのみ。見る見る間に処理がなされていく。回旋など確認する間も無い。

すると隣の部屋でもう1人産まれそう。自分はPtの手を握る。いたい！児はなかなか出て来ない。Nsがおなかを押す。妊婦さんもPushする。会陰切開を入れて、出た！と思ったら瞬間にまたもやヌルヌルと出てくる。オギャー。Cordを切りBabyはlightの下拭かれてCordの処理、体重とすすむ。沐浴はなされていない。一方motherは嬉しそう。Placentaをとって切開を縫合。これがうまいことをやる。

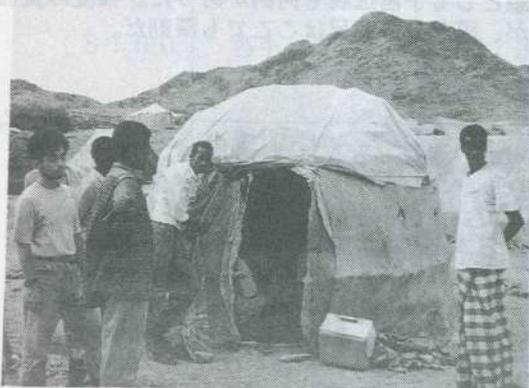
Midwifeは6年目だそう。この国はDrがなく、Ns、midwife、lab-techの3職用の学校で学ぶという。フランス語でのlectureだろう。

そうこうする間に隣の妊婦さんもはじまる。今度はブスコパンで子宮収縮を図る。オキシトシンもあった。ちなみに会陰縫合にはリドカインを用いて局所麻酔を図る。3人目のBabyは時間を要したが、大きい児がでてきた。これまたあっと言う間、3300gと大きい。前の児が1700g弱なので全然イメージが違う。すると横の部屋ではいつの間にかもう1人産まれていた。Surprise!!約2時間のうちに4人も産まれるなんて・・・。

6 : 終わりに

3週間という短い期間であったがさまざまな貴重な体験ができた。普段一方的な情報しか受けていない自分たちにとって、直接体験することは何よりのできごとだ。片や人懐っこい目で元気一杯の純粋な子供達、しかしその深淵にはキャンプ地での肉体的/精神的な苦痛に悩まされている陰がある。ただ少なくとも日本の報道が伝えるようなネガティブな側面ではなかった。一方でNGOの第一線の厳しさも手にとって分かった。彼らとの信頼関係をまず大切に、苛酷な条件の下取り組むその姿に今まで以上の尊敬とあこがれを感じた。がしかし、日本の医学生には結果だけがともすると美化されて伝えられており、なかなかこの厳しさが見えて来なかっただけに、その現実を見せつけられ、果たして自分たちに可能であろうかなどと勘ぐったりもした。こうした体験を日本でどう還元していくかが自分たちに課せられた今後の大きな課題である。

最後に今回の研修に際して絶大な協力をいただいた国内外のAMDAのスタッフのみなさんに、改めて御礼申し上げます。ありがとうございました。



テントへの往診(左)と、屈託のない子供達(右) (いずれもアリアデキャンプにて)

7 : 感想文

◎ 難民キャンプに吹く風

金沢大学医学部5年 伊藤 直樹

さだまさしの風に立つライオンという曲が好きだ。ケニアで働く1人の日本人医師の話を書情的に歌ったもので、そのメッセージ性になんども心を打たれた。アフリカは僕にとってそんな意味からも憧れの大陸だった。何か分からぬが、自分を高められるような、そんな雰囲気が存在しているような気がしていた。風にふかれての生活がそこにはあると思っていた。

一方で医学部に入って以来、AMSAの活動などで、個人的にNGO-LIKEな活動に関心をもってはいたものの、実際に医療NGOの活動をこの目で見、体感する機会はなかった。したがって今回のジブチでの難民キャンプ訪問の大きな目的は、この関心をもち続けて来たNGOというものの第一線を自ら体験することにあった。

甘かった。

厳しい現実の中で、ただただあつと言う間に日々が過ぎて行った初めの2週間――対照的に、最後の1週間は長かった。今まで様々な形で外国に出掛けてきたが、初めてこのときばかりは“気が滅入っている”と感じた。それは日本に対するホームシックというようなある意味で美しく、対象があり、分かりやすいものではなく、この場からただただ逃れたいという焦燥感をも伴う漠然とした波が、周期的に自分を訪れていたのだ。物理的な距離というより、精神的について行けなかったのだろうか。日本においてとかく美化された形で結果だけを受け取って来たことがよく分かった。現場にはやはり強い突風が自分たちに絶え間無く吹いていた。

初めのうちはなにもかもが新しく、振り返る間もなく過ぎて行った。アジアの子供達と同じ目をしたチビッコギャングが僕の心を和ませてくれ、キャンプという限界の地にいることを忘れさせてくれた。一方で診療所では日本では想像も付かぬ疾患がずらりと並び、“少なくとも心の貧しくない人々”が実際に目の前で病んでいた。学校で習ったように聴診器を充て、あたかも自分も参加しているかのような共有感を得て満足していた。ダルエルハナンという産科病院では、この病で苦しむ人々と同じ空の下、対照的な新しい生命の誕生を共感できた。産科実習ですら初めてであったが、キャンプで苦しむ姿を見た後だったからだろう、躍動する新しい生命と母の渾身の笑みに強く感銘した。

ここまではよかった。今まで自分が体験したさまざまな風景と比較しつつ、自分の中で反芻していた。

不自然だと感じ出したのは最後の数日、自分が気が滅入っていたその原因を模索していた最中であつた。何か分からぬが、不協和音が自分の心の中で共鳴しているのを感じていた。でも漠然としたその波は自分を飲み込むほどの力をもたず、あいまいに時にはさざ波のように静かに打ち寄せては帰って行った。

大波はキャンプ訪問最終日にやって来た。

その日はキャンプの奥のほうまで行ってみようとカメラを片手に歩きだした。案の定、子供達が奇妙な日本人に眼を輝かせながら集まっては、自分の手を握り締める。15分ぐらい歩いたのだろうか、もうキャンプの端の方に来ていた。1人の女の子がここでもを僕の掌に彼女の掌をあわせてきた。彼女はしかし落ち着きない様子で、しきりに自分に何か訴えている。それは僕に伝わるのだがなにしろ言葉が全く分からない。

彼女の方もそれが分かったようで、するとぐいぐいと自分を引っ張って進み出した。そこはエ

チオピアからの難民が居住している区域であった。ソマリア人とエチオピア人が居住しているこのキャンプでは、このように両者が別れて集団生活をしている。お互いのトラブルを防ぐためだろう。

いつの間にか僕の回りには人だかりができていた。だがそのとき僕を囲んでいたのは、物珍しそうに下から僕を見上げるつぶらな瞳ではなく、同じ高さできりに訴えかけてくる熱い時には暴力的な視線であった。それらが一斉に僕に何かをぶつけてくる。ある人は身振り手ぶりで、ある人は棒のようなものをもって来て。しかし言葉の壁は大きい。何かを訴えかけているのは明瞭なのだが、後が続かない。20分ぐらい押し問答をしたあげく、彼女らの一人が僕の腕を鷲掴みにし、1つのテントに連れて行った。

はっとした。

生後間もない血色のよい赤ちゃんと対照的にその脇にお母さんが悶えながら仰向けになっていた。彼女の目は開かず動悸も激しい。浮腫もひどく、妊娠中毒症と察するのは難しくなかった。けれども僕には何もない。僕の肩からはそんな彼らを興味本意で撮ろうとしていたカメラが恥ずかしそうにぶら下がっていた。彼女が急を要している状態にあることは明瞭である。“とにかく運ばなければ”——僕にできることはそれだけだった。

毛布を担架がわりにそこに居合わせた男衆とともにテントを離れる。周りの人達に誘導されつつ、一番先頭を切りながら毛布を握り締める自分が、このときばかり恥ずかしく思われたことはなかった。そしてさっき子供たちの笑顔に囲まれてやって来た同じ途が、これ程までに長く感じたことはなかった。使命感はあった。だが同じ土俵に悔しさと羞恥心も混在し、三つ巴でいた。

やっとの思いで診療所にたどり着き、AMD Aの先生の治療を受ける。ここまでやって来られて一安心した母親の脇には、同じく、運んで来た満足感よりも自分の不甲斐なさを恥じる僕の姿があった。もちろん5年にもなる自分が、医師と違い何もできないという悔しさもあった。がしかしそれよりも僕を苦しめたのは、それまで難民キャンプを全く正確に捕らえていなかった自分に対してであった。純粋な子供達の瞳そして病める人々。こんな表面上のことに満足して、“確かにキャンプの状況は厳しいが、そこに住む人々は決して負けてはいない。心は健康だ”などというもっともらしい感想を用意していた自分が恥ずかしくなった。いかに彼らの心底に流れる感情を理解して来なかったことよ。彼らはやはり厳しいのである。苦しく耐えているのだ。感動だとか人情とかいう美辞麗句はありえない。一刻も早くこうした不安定な生活から逃れたい、そんな気持ちが何故分からなかったのだろう。

ありのままをありのままに見るという原則は守っていたつもりだったが、知らず知らずのうちに自分が期待した、ある意味で約束された風景、そのリストを確認していた自分に気がついた。

現地の声、それはやはり彼らは生きているということ。様々な苦悩に抗しながら生活を強いられているということなのだ。AMD Aのスタッフもこの厳しい現実をありのままに受け入れている。それが彼らを動かす1つの大きな原動力であり、出発点なのだろう。

現場の厳しい風立つことは、今後の自分を考えるにあたって大いに参考になった。それは決してこうしたNGOの諸活動にネガティブな感じを抱いたのではなく、改めて全体像を把握する上で、多角的な視点をもてるようになったことだ。

最後に、このような貴重な体験を可能にいただいた国内外のAMD Aのスタッフの方々に改めて感謝の念を表したい。ありがとうございました。

◎ ジブチ共和国内ソマリア人難民キャンプ医療救済活動に参加して

琉球大学医学部1年 田部井 勇助

出発までは、ソマリアの情勢も不安定で、一体どうなることかと思っていたが、7月21日から約20日間、伊藤さんと共にジブチのソマリア人難民キャンプ医療救済活動に参加した。医療NGOに参加することはおろか海外に出ることさえ初めてなので、英語もほとんど話せず、伊藤さんの後ろをついてゆくのが精一杯だったが、現地のAMDAスタッフや難民その他多くの人と出会いさまざまな出来事に触れ、よい経験になった。

今回の活動に参加したのは、熱帯地の医療について大学のサークルで勉強会をしていたとき、エマ先生の講演会に参加し、医学生で何名かスタッフを募集していると聞いたのがきっかけだった。

難民キャンプは、360度僅かな灌草木以外何も生えていない砂漠の中の、陸の孤島のようなところだ。Ali-Sabiehからキャンプまでにある人工物と言えば、エチオピアへと続く鉄道くらいのもので、乾季で干し上がった川が、ジブチという国を象徴しているように思われた。灼熱の日差しが容赦なく照りつけ、昼間の気温は40度をゆうに越す。体温計は、出しっぱなしにしておくと思いのならない。本当にこんなところで人間が生きて行けるのだろうか、と思うほどの暑さだった。

実際にAour-Aoussaをはじめ4つの難民キャンプを訪れてみると、書物やブラウン管越しの映像では理解できないキャンプの実態を肌で感じる事ができた。そして、今まで難民に対して持っていたイメージとのギャップに驚かされた。確かに、MCHテントに収容されている乳幼児の中には、腹水がたまり、手足は木の枝のように細く、ミルクを飲む力もないほど衰弱していた子もいた。何もしてあげられない自分が歯痒く思えた。母親が病気になるいは死んでしまったために、年端もいかない姉に連れて来られた子もいた。キャンプによっては、医薬品が不足しIncharge Nurseがディスペンサリーを訪れる患者を追い返す場面も見られた。しかし、そんなマイナスイメージが、キャンプ全体を覆っている訳ではなかった。何千何万という難民がいるのだ。ほとんどの人は、その日その日を力強く生きていた。当たり前のことだったが、今まで難民と言えば、飢えに苦しむ力のない人々のイメージを、テレビなどによって植え付けられていた私にとって大きな驚きだった。国は違っても、子供達の遊び心には変わりはない。サッカーや鬼ごっこから縄跳びまで、どのキャンプでも、元気一杯の子供達に囲まれて、一緒に走り回った。お互い、無い物ねだりにすぎないのかもしれないが、あふれるほどのものに囲まれ塾や学校の勉強に縛られた日本の子供と、どちらが幸せだろうかと思った。すでに、キャンプで生まれた子供もたくさんいる。この子たちが1日も早く未だ見ぬ祖国の大地を踏み締める日が訪れることを願わずにはいられない。健康にその日を迎えるために、AMDAのスタッフも頑張っているのだと思う。

1年生ながら、今回、難民キャンプの医療活動に参加したことで、何のために医学を学び、どのような医療に携わってゆこうとするのか、目標を立てることができた。国籍も違うAMDAのスタッフに、将来を期待していると言われた。本当にこんな自分でも大丈夫だろうかと思うが、とにかく、少しでも役に立てる医師になるため、努力しなくてはならないだろう。

最後に、見学ばかりで何も具体的な活動はできず、その上滞在中体調を崩したり、わがままを言ったりで迷惑をかけ通してしたが、最後までとても親切にいただいたAMDAのスタッフの方々に、心から感謝したいと思います。ありがとうございました。

◆ブータン難民プロジェクト

PROGRESS REPORT OF RHC SEPTEMBER (1993)

1. Total number of OFD cases 484

Local patients: Male 176

Female 120

Refuges patients: Male 122

Female 66

Age	Local	Refugees
-----	-------	----------

Lese than 1 yr.	36	16
-----------------	----	----

2-5 years	47	30
-----------	----	----

6-15 "	42	45
--------	----	----

16-45 "	127	76
---------	-----	----

More than 45 years	44	21
--------------------	----	----

Total	296	188
-------	-----	-----

2. Total number of Emergency cases 136

Four common conditions among Emr. cases Number

1. Pneumonia - chest infection

2. Gastritio -

3. Diarrhoss - Dysentry

4. Derthopadic

3. Total number of operations 39

4. Total number of admitted cases 43

Disease pattern Number

Brancho pneomoni - 5

Malaria " - 5

Appendicitis " - 4

fevar " - 2

Enocephalitis " - 2

5. Total number of referred cases 78

Total number of expired cases 6

6. Investigations

a. Clinical pathology

haematology 178

urine RE 51

stool RE 21

Mantoux test 14

VDRL test 5

Pregnancy " 13

b. Biochemistry

Blood sugar 13
 Blood urea 5

c. X-ray

d. USG 44

e. ECG 8

REMARKS

Any special Health condition that needs more attention

a. Beri Berl (Only Refugees)

b. Ohest Inf & pneumonia

c. Malaria

d. Worm Infestation

e. Appendicitis

PROGRESS REPORT OF RKG

OCT. (1993)

1. Total no. of OPD cases:-		455
Local patients:	Male	244
	Female	113
	<u>Total</u>	<u>355</u>
Refugee patients:	Male	63
	Female	37
	<u>Total</u>	<u>100</u>

Age	Local	Refugee
less than 1 yr.	36	8
2 - 5 years	48	12
6 - 15 ,,	102	22
16 - 45 ,,	135	46
more than 45 yr.	34	12
<u>Total</u>	<u>355</u>	<u>100</u>

2. Total no. Emergency cases 138

Four common conditions attending EMR

1. Chest Infection

2. Gastric Interitis

3. Fracture

4. Poisoning

3. Total number of operations 9

◆ブータン難民プロジェクト

4. Total number of admitted cases 55

Disease pattern Number

1) A R T I 15

2) Beri Beri (Only Refugees) 10

3) Encephalitic & meningitic. 5

5. Total number of referred cases 38

Total number of expired cases 6

6. Investigations

a. Clinical pathology

haematology - 173

urine RE - 39

stool RE - 15

Mantoux test - 5

VDRL test - 3

Pregnancy test

b. Biochemistry

Blood sugar - 1 + 8 = 9

Blood urea - 2 + 3 = 5

c. X-ray - 234

d. USG - 29

e. ECG

REMARK

Any special Health conditions that needs more attension:

PROGRESS REPORT OF RHC

NOVEMBER (1993)

1. Total no. of OPD cases:- 301

Local patients: Male 129

Female 138

Total 267

Refugee Patients: Male 16

Female 18

Total 34

Age	Local	Refugee
less than 1 yr.	8	*
2-5 years	34	4
6-15 "	49	8
16-45 "	135	14

more than 45 yr.	41	8
Total	267	34

2 Total no. Emergency cases 105

Four common conditions attending EMR.

- 1. Fracture 14
- 2. Chest. Inf. (ARI) 12
- 3. Ac. Abdomine 11
- 4. Injury 11

3 Total number of operation 19

4. Total number of admitted cases (major) 45

Disease Pattera Number

- 1. Chest infectaion. ARI 6
- 2. Fracture 3
- 3. Appendicytic 3
- 4. Artharitic 3

5 Total number of referred cases (from RHC) 12

Total number of expired cases 1

6 Investigations

a. Clinical pathology

- haematology 174
- urine R/E 31
- stool R/E 15
- V. D. R. L 6
- Mantoux Test 12
- pregnancy Test 1

b. Biochemistry

- Blood sugar 8
- Blood urea 7

C. X-ray 220

d. USG 52

e. ECG *

REMARKS

Any special Health condition that needs more attention:

- a. Traumatic fracture
- b. Chest infection
- c. Surgical Conditions

■ネパール被災民救援活動報告

Epidemics of Beri Beri in different camps of Bhutanese Refugees in Eastern Nepal.

Every day 5-7 Bhutanese Refugees come to the Referral Health Center Damak, Jhapa run by AMDA and BPMHF; hanging on the arms of the relatives, who are referred from the refugee camp clinics. Most of them come with complaints of burning and tingling sensations of the limbs, gradually leading to loss sensations and weakness of the limbs. Some of them come with leg swelling. Almost 90% of the patients have these complaints for more than one month.

In the month of Aswin alone, 41 of such patients attended the referral health center OPD and most of them were from Beldangi 1 camp, followed by Pathari camp. There is slight female preponderance with M:F ratio of 0.8:1. Mostly affected age group is 16-45, economically active population. Clinically most of the patients have the features of nutritional deficiency in the form of anaemia, angular stomatitis, chelitis, glossitis and some have features of peripheral neuropathy and heart failure. Almost all cases have marked diminution of pain and touch sensation, absent deep jerks and sense of position, motor power of grade 11 and 111 with flaccid tone but the muscle bulks remain normal.

On the basis of these findings the diagnosis of Beri Beri, a vitamin B1 (Thiamine) deficiency disease is the most possible. Another point which has to be stressed here that, such problem is not at all reported from local population from same area. As from the history this problem was not present in those people when they were in Bhutan.

They responded well to injection Vit. B Complex. This is one of the major health problem faced by the agencies working in the health sector of Bhutanese Refugees and has great Epidemiological importance.

Dr. Bimal Dhakal, MBBS

Medical Officer

Dr. Rohit Kumar Pokharel, MBBS

Co-ordinator

Age	Local	Refugee	REMARKS
less than 1 yr.	8	9	Any special health condition that needs more attention.
2-5 years	34	4	a. Traumatic fracture
6-15	49	8	b. Chest infection
16-45	135	14	c. Surgical Conditions

■タイ HIV 感染者救援結核予防プロジェクト

AMDA 野内英樹(チェンライ)

<はじめに>

タイ王国チェンライ県で、同県保健当局らによって予備調査が行なわれてきた、"MODEL DEVELOPMENT OF COUNSELLING AND MEDICAL CARE FOR EARLY PHASE OF HIV-INFECTED INDIVIDUALS IN CHIANGRAI, THAILAND" 計画に、本年12月よりAMDAが人的資金的援助を開始し、AMDAインターナショナルのタイに於ける活動の一環とすることが、本部から了承された。

そこで今回はタイ王国チェンライ県のHIV浸淫の現状と、救援活動の骨子について述べる。詳細は次回から追って報告することにする。

<タイ王国に於けるHIVの浸淫状況と救援の意義>

過去10年間、当国のHIVの流行は極めて急速、且つ広範に進んでいる。伝播形式の特徴は性交渉感染の割合が高いことで、特にチェンライ県を含む北部タイは性産業の中心に近いので感染者が多く、緊急な対応が今求められている。

タイ北部のチェンマイ県では、この感染者へ救援の手が差し伸べられるようになったがチェンライを含むその他の県では、適当な医療施設や人材があるにも関わらず、経済的・技術的困難などの問題があり、対応が比較的遅れている。

チェンライヘルスクラブとチェンライ病院は同県に於けるHIV感染者救援の主体でありNGOからの経済・技術援助を求めている。

そこでAMDAとしては、同国のHIV感染者の間でAIDS発症後に死因の一大原因となっている結核を予防する活動について協力することにした。

本活動は地域住民に直接的な恩恵を齎すだけでなく、救援活動から得られる情報やノウハウが、ミャンマー・ラオス・カンボジアといった近隣諸国での同様な活動に対して、将来有益な助言となることが期待される。

<活動内容>

血清学的にHIV感染が確診された地域住民を対象とし、WHO/CDCの基準に則って希望者に抗結核剤INHを予防投薬する。同時に感染者の人権を守り、精神的苦痛を取り除くためにカウンセリングを実施する。

AIDS関連症候群、AIDS発症患者へは必要な医療サービスを行なう。特にHIV感染症は現在のところ根治的治療が達成出来ないため、頭痛・食思不振・嘔吐・腹痛・下痢等への対症治療には、地元の伝統医療や漢方薬の導入を予定している。

これらの保健医療活動はチェンライヘルスクラブ・チェンライ病院およびAMDAの現地事務所を中心に行なうが、経済的理由や病状の進行等の理由で受診出来ない感染者へは、適時巡回診療を実施する。

<現在までの進捗状況と今後の予定>

上記の救援活動の計画については、既に県保健医療当局から承認が示され、現在までに87名のHIV感染者が受診を希望している。対象者数はAMDAからの資金援助額に応じて、多少追加される。当初3ヵ月間分のAMDAからの援助額を50万円に設定された。

本活動の視察目的で、日本支部の高橋央医師が94年1月中旬ごろ現地を訪問する予定である。日本支部からは私(野内)が常勤で全活動期間にわたり技術指導する。

活動期間は取りあえず3-4年を見込んでいる。

■カンボジア救援医療プロジェクト活動報告

(トマクエマ) 樹英内視 AMDA

Dr. Chantha

プロムスロイはプノンペンから70kmあまり離れている村です。この地域の人々はプノンペンの人々よりも教育レベル、生活レベルが低いのです。村の人の70%は健康のこと、何を注意したら病気にならずにすむのかわかりません。ただ、病気になれば薬局に行き薬をもらうだけで、お医者さんに相談するなどということはないのです。自分で勝手に薬を買って、勝手に飲んでしまうのです。何しろ生活が苦しく、病気でも無理に働かなければならないのです。男は畑で仕事をし、農閑期になると、山の中へ入って木を切るためにマラリアになっています。女の人達は、妊娠しても健康に注意するでもなく、ずっと働きます。産後2ヶ月は休みますが、その後は同じように仕事ををします。中にはご主人と一緒に畑仕事をしたり、刈り入れ、田植えをしたり、メイドさんになる人もいます。私達も国民のきびしい状況は分かっているのですが、この無政府状態の中では何もできません。

私達の目的は、この国民のために一生懸命働くことです。そのためにはAMDAカンボジアトAMDA各国支部が協力していく必要があります。私達は、国民に健康のこと、医学のことを沢山教えてあげたいのです。



左より Dr. Ly Hourt, Dr. Chantha

カンボジアの水祭り

アジア医師連絡協議会

コーディネーター 岩間邦夫

プノンペンで読んだある日の日本の新聞に、岐阜県かどこかで観光船が転覆する事故があり一人が行方不明という記事が第1面に載っていました。こちらカンボジアでも日本人の乗った船が沈没するという事件があり、もし行方不明者が出ていたら、完全にトップ記事になっていたことでしょう。私自身もその沈没船に乗っていたので、簡単にその模様を報告したいと思います。

11月27日から3日間、カンボジアでは「水祭り」という1年の内で最も大きなお祭りがありました。このお祭りの最大の呼び物は、メコン川で行なわれるボートレースで、カンボジア全土から100隻以上の船が集まってレースが行なわれます。このレースに昨年からは日本人会として船を出すようになり、今年は30人程の日本人が1隻の船に乗りこのレースに参加していました。船は木製でゴンドラの形をした20メートル程の長さの物です。船の両脇にズラッと並んで座り、皆がそれぞれ一本のオールをもって一斉に漕ぐのです。日本人会で本番前の一週間練習しただけなので、カンボジア人に比べるとそれはそれは未熟なものでした。

私達の船がスタート地点に行くために川岸を漕いでいると、大きな船が何隻か停泊していて流れが複雑かつ急になっている部分があって、それに巻き込まれ大きな船に軽くぶつかりそうになりました。大きな船の側にいた乗員達がオールで押さえて衝突のショックを和らげようとしたのですが、その時船が傾き川の水がドドッと入ってきて、あっという間に船が沈んでしまいました。乗っていた30数名の日本人は全員川に投げ出され、ある者は周りにいた人が投げしてくれた浮き輪につかまり、ある者は自力で泳ぎ、ある者は流れに巻き込まれ大きな船の下に潜ってしまったり、ある者は停泊していた大きな船につかまっているところをカンボジア人に引き上げてもらったり（私自身はこのグループに属します）と、それぞれいろんな目に遭ったのですが、とにかく行方不明者が出なかったのは幸いでした。もし出ていたら、人前で笑って出来る話ではなかったのですが、一応全員無事だったおかげで、プノンペンの日本人社会はしばらくの間この話題で盛り上がる事が出来ました。

それにしてもお祭り期間中の人出はすごいものでした。メコン川周辺の道路は人で埋め尽くされ、レースの行なわれた川岸は2キロにわたって競馬場かJリーグかといった状態でした。夕方には花火が上がり、一体カンボジア政府のどこにそんな予算があったんだろうと思うくらい盛大に行なわれたお祭りでした。この月の初めにはミス・カンボジアを決めるコンテストも行なわれ、こちらもかなりの盛り上がりを見せていました。こういったイベントに国が力を注ぎ、市民の多くがそれを楽しんでいる様子を見ると、安定と平和に向けて少しずつ歩んで行こうとするカンボジアの人達の意味が感じられるような気がします。

AMDA (アジア医師連絡協議会)

外務大臣表彰受賞及び 10周年記念出版の祝賀会 開催

1993年11月20日

去る11月20日、岡山国際ホテルにて「AMDA (アジア医師連絡協議会) 外務大臣表彰受賞及び10周年記念出版の祝賀会」が開催されました。当日は約370名のご出席をいただき盛会となりましたことを感謝とともにご報告いたします。

本年7月23日、AMDAは自然災害の被災民や難民に対する医療援助活動に対し外務大臣表彰を受賞しました。また、9月20日には、AMDA代表菅波茂先生がこれまでの海外医療援助の歩みをまとめた本「遙かなる夢—国際医療貢献と地域おこし」を出版しました。この本では、AMDAの軌跡と現在行っているプロジェクトの内容の説明、さらに県内NGOや、宗教団体、地方自治体による「NGOメッカ岡山」構想の趣旨や意義を訴えています。今回の祝賀会はこれを記念し、多数の呼びかけ人の労をいただいて開催したものです。

当日は、午後6時に開会、各界の皆様から祝辞をいただきました。7時頃より懇親会に移り、あらためて多くの方々よりお祝いの言葉をいただくと共に、席をたつての交流の場となりました。以下に皆様の祝辞の一部をご紹介します。

●開会ご挨拶

(社)岡山青年会議所直前理事 松田 久氏

祝賀会発起人代表といたしまして、一言ご挨拶申し上げます。

戦後長い平和に恵まれた日本は、いまや世界一幸せな国と言えるかもしれません。そのなかで、世界の国々は日本に国際貢献への熱い目を注いでいます。特に民間団体NGOは地道な活動を続けているが世界から認められるレベルに達していなかったと言えます。アジア医師連絡協議会は日本で初めて、ネットワーク機能を持った国際型NGOと言え、世界的にも高い評価を得るに到りました。ここに10周年を迎え、去る7月23



祝賀会風景



松田 久氏

日には外務大臣表彰を受けられたことは誠に嬉しくお祝い申し上げます。当時の武藤外務大臣もJ.C.の出身であり、J.C.の中には多くの議員がいるがみなAMD Aを応援しています。また、岡山青年会議所は、微力ながらAMD Aを応援することで、岡山を国際貢献の基地として、世界に国際貢献都市岡山の名を発信しようと考えております。今後とも皆様のご指導ご鞭撻お願いしまして開会の挨拶とさせていただきます。

●来賓ご挨拶

岡山県副知事 香山充弘氏

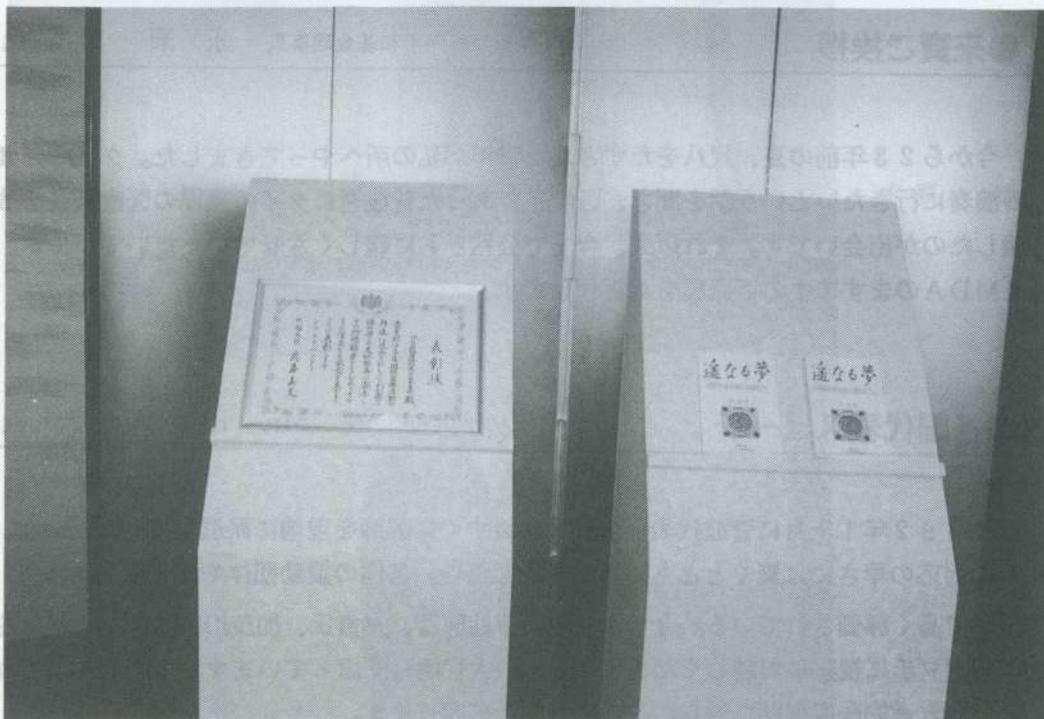
AMD Aの外務大臣表彰ならびに10周年記念出版心よりお祝い申し上げます。菅波代表はじめ関係方々のご努力に対し心から敬意を表する次第です。AMD Aは菅波代表がカンボジア難民の関係でタイに派遣されたのがひとつのきっかけになり東南アジアの青年医師が300人ほど集まって結成されているというふう聞いています。この会の意味はふたつあると思いますが、ひとつは国際貢献の平和的手段として大変有意義な活動をしていらっしゃる事、もうひとつは、その本部がこの地方都市岡山にあるということです。日本が世界からいやがられる理由に、どうも日本は外から見ると単一に見えてしまう、顔がない。そういう時に一地域あるいは国民が直接世界とつながるようにならないといけない、そう書いてあるものがあった。AMD Aはこの点で時代を先取りしていると言え、AMD Aは東京ではなく岡山にある、岡山とはどんな所だろう、そういう形で日本が見え、岡山の名も上がるということで、それは大変嬉しいことだと思っております。これからも困難なことがあるだろうが、先生方の心意気が必ず克服してくれるだろうと思っています。また先生方の人道的な貢献というものが世界に平和をもたらす最も近道であると確信します。今後ともAMD Aの活動がますます盛んになること、併せて岡山の名前も世界に広まりますこと心より祈念して、お祝いの言葉いたします。

岡山、世界的にも高い評価を得るに及びました。ことに10周年を迎え、去る1月より

田代 田代



香山 充弘氏



表彰状と記念出版された「遙かなる夢」

●来賓ご挨拶

福武教育振興財団理事長 谷口澄夫氏

このお祝いの中で、菅波君に激励の言葉と、同時に今後の歩まれる行き方につきまして多少参考になると思うことを一言述べさせていただきます。「遙かなる夢」という本に出ているように、1972年が菅波君を中心とする医療活動のスタートラインにあたる時期だったのではないかと。夜分に菅波さんを中心とする7、8名が私のところに訪れて主旨を話され、一枚の紙に承認のサインをしてもらいたいといらっしゃった。私はその時から、この人は将来何かをなす人だろうと直観的に感じたわけです。しかし、相当指導などをしないと羽目が外れる人ではないかとも思っておりました。しかし、それ以後経過を見まして、順調と言えないこともあったかもしれないが刻々と成果を積み外務大臣表彰に値するようなことをなされた、多くの先生方、同僚の人たちの支援に感謝するとともに、やはり中心は菅波君自身であったろうと思っております。ですからこの本を我々はたどってみて彼がどんな道を歩んできて、これから歩んでいこうとしているのか真剣に考えるようにしながら、そして私自身激励を惜しみません。この会を契機としてAMDAが一段と国際交流親善に役立たれ、多くの人の喜びにつながるようお願いよりお祝いの言葉を述べさせていただきます。

●来賓ご挨拶

クワイ河平和基金理事長 永瀬 隆氏

今から23年前の夏、尺八をたずさえた青年が私の所へやってきました。タイに邦楽の演奏に行きたいという話を聞き、医学生であった菅波君にタイの農場の医療調査を依頼したのが出会いです。それ以来、今まで公私ともに親しくさせていただいています。AMDAのますますのご発展をお祈りします。

●各国代表スピーチ

ジブチ共和国大使 Mr. Rechad Farah 氏

1992年11月に菅波代表と会見した後すぐに医師を現地に派遣していただいた。その対応の早さには驚くとともに敬意を表したい。各国の援助団体や国連機関からも現地で高く評価されている。今年7月には津曲医師、友貞氏、加茂川町の方々らがはるばるジブチに視察にお越しくくださったことも大変嬉しく思っています。AMDAのこれまでの人道的医療援助に対し、ここに感謝状を贈ります。



谷口 澄夫氏



永瀬 隆氏



Mr. Rachad
Farah

●各国代表スピーチ

ネパール王国公使参事館 Mr. P. L. Shrestha 氏

ミャンマー難民発生時、昨年の飛行機墜落事故、また今年のネパール国内洪水被災地でも、素早い対応で医療援助にかけつけてくださり、国の人々も心からAMDA-Nepalの活動を喜んでいる。ピスヌ村での地域医療、地域開発プロジェクトはその成功例として村人や関係省からの評価も高い。

●乾杯ご発声

岡山市国際交流協議会会長 小坂淳夫氏

AMDAの皆さん、外務大臣表彰受賞、10周年の記念出版本当におめでとうございます。今皆さんと一緒に祝いできるという素晴らしい機会を心より嬉しく思います。皆さんとともに、祝福し、AMDAのますますのご発展をお祈りいたします。

●来賓ご挨拶

●来賓祝辞

岡山市長 安宅敬祐氏

地方公共団体とは国とは違いまた民間協力団体NGOとも違い丁度中間にあるが、AMDAの活躍がひとつの刺激になって、市としても国際貢献都市岡山として頑張りたいと思う。実はこんなに多くの人々が国際貢献において頑張っていることに驚きを感じています。この輪がさらに大きく市民の皆さんに広がることを願っています。アジアが近くて遠いのではなく近くて近い国になる、AMDAの活動がその力となるよう心より期待して、お祝いの言葉とします。



Mr. P. L. Shrestha



小坂 淳夫氏



安宅 敬祐氏

●来賓祝辞

外務省NGO協力センター所長 木本博之氏

AMDAはユニークな活動をしている団体として注目している。医療活動を緊急救援活動と結び付けていること、多国籍医師団であること、また日本の顔が見える援助をされていること、また、ODAを決して敵視されていない。国際協力の理念と目的は政府民間の垣根は無く互いに切磋琢磨し、オールジャパンでやっていかねばならない。AMDAの今後の活動に期待します。

●来賓祝辞

郵政省中国郵政局貯金部長 石橋鎮城氏

国際ボランティア貯金創設に際しては、当地の国会議員の方々のご尽力に感謝し、AMDA等の活動に役立っていることを大変嬉しく思う。現在、全国で約1200万人、寄付金として約54億円に達している。海外発展途上国の支援に援助団体を通じて有効に生かされることを願います。

●来賓祝辞

衆議院議員 橋本龍太郎氏

菅波さんが医療と邦楽、日本の伝統音楽をもってタイに行きたいとたずねてこられたのが最初の出会いです。それからのAMDAの活動は外務大臣表彰も当然だと思ふ。また、彼を岡山につなぎとめておいてくれた谷口先生、皆さんにも感謝したい。いま、ネパールの小児医療が軌道にのり、さらに各地でそうした動きが広がってきている。現地一番不足しているのは、現地の人々と共に働く人材である。そうした人々をどんどん派遣してくれるだろうとAMDAに期待している。岡山を本部に益々発展されることを祈る。

山崎 隆平
AMDAの
おめでとうございます。

木本 博之氏



山崎 隆平
AMDAの
おめでとうございます。

石橋 鎮城氏



橋本 龍太郎氏

アジアへの国際医療協力も大切だが、日本の過疎地域の医療問題をどうするかということもこれからの大きな問題であるので同時に考えられないだろうかということから菅波先生と意気投合した。私達は地域医療のモデルとなれるよう熱い思いで取り組んでいる。そして岡山をNGOのメッカとなるよう、それは遙かな遙かな夢であるかもしれないがその実現にむけて努力していきたいと決意を新たにしている。AMDAのさらなるご発展とご参会いただいた皆様のご健勝を心から祈りまして閉会の挨拶といたします。

皆様の祝辞、ご挨拶は今後のAMDAのなによりの推進力となるものです。また披露いただいた様々なエピソードはAMDAの側面をご紹介いただけただけという点で、岡山NGO組織であるAMDAの顔をご覧いただけただけの機会となりました。

懇親会は皆様の交流、情報交換の場となり、ボランティアで司会を引き受けて下さった田淵泰子様には、本の紹介をはじめAMDAの活動について言葉をそえて下さいました。

AMDAのこれまでの活動も多くの皆様のご支援があったからこそと感謝の念とともに祝賀会呼びかけ人の労をとっていただいた方々にお礼申し上げる次第です。



片山 舜平氏



すばらしい司会で会を盛り上げてくださった田淵泰子さん

AMDA国際医療情報センター便り

160 東京都新宿区歌舞伎町2-44-1-1 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/%)

地域	国名	91年度	92年度	93/4	5	6	7	8	9	10	11	93年計	比率(93)	開設一環計	
東アジア	中国	129	157	14	6	9	5	4	8	12	10	68		354	
	韓国	24	16	0	0	0	1	0	1	2	3	7		47	
東南アジア	フィリピン	16	42	6	4	3	3	9	7	3	5	40		98	
	タイ	17	13	1	2	1	2	1	0	0	3	10		40	
	マレーシア	5	15	3	5	2	3	6	5	3	5	32		52	
	シンガポール	5	5	1	3	0	4	0	0	0	2	10		20	
	インドネシア	5	5	0	0	0	0	0	0	0	0	3		13	
	インドネシア	2	3	2	0	0	1	0	2	0	1	6		16	
	インドネシア	1	3	0	0	0	1	0	0	0	0	1		5	
	ベトナム	1	2	0	0	1	0	1	0	0	0	2		5	
	ブルネイ	1	2	0	0	1	0	0	0	0	0	1		1	
	東南アジア小計	108	140	17	28	18	23	20	17	21	28	170	14.55%	416	
	南アジア	パキスタン	39	12	2	1	5	0	2	2	1	2	16		60
バングラデシュ		40	28	4	8	3	1	3	2	1	2	24		92	
スリランカ		30	14	0	4	2	3	4	1	1	1	16		60	
ネパール		11	15	1	1	1	1	1	1	2	0	9		35	
アフガニスタン		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		19	
南アジア小計		128	76	7	14	14	6	13	7	5	5	71	6.08%	273	
北米	アメリカ	287	378	33	20	21	34	30	40	10	20	214		877	
	カナダ	58	64	4	2	6	5	2	4	4	1	28		150	
西米	北米小計	345	440	37	22	27	39	32	44	20	21	242	20.72%	1,027	
	イギリス	36	70	9	4	7	10	7	7	4	3	51		157	
	フランス	9	14	1	1	0	0	0	2	2	2	8		31	
	ドイツ	12	12	2	0	1	4	0	0	0	1	8		32	
	スペイン	6	5	2	1	2	1	0	1	1	0	8		19	
	イタリア	9	9	0	1	0	0	1	0	0	1	3		21	
	オーストラリア	5	2	0	1	0	0	0	0	0	1	2		9	
	スイス	4	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1		5	
	スウェーデン	4	2	0	0	1	2	0	0	0	0	2		9	
	オーストリア	2	3	0	0	1	0	1	0	1	0	4		9	
	スコットランド	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		3	
東欧	フィンランド	2	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0		1	
	ポルトガル	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0		1	
	ノルウェー	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0		2	
	デンマーク	0	3	0	0	0	0	0	0	0	1	1		4	
	西米小計	93	120	14	9	13	16	9	10	8	9	88	7.53%	307	
	ロシア	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0		3	
	チェコスロバキア	1	4	1	0	0	0	0	0	0	0	0		7	
	東欧小計	4	5	1	0	0	0	1	0	0	0	2	0.17%	11	
	中南米	ブラジル	44	74	7	5	7	10	6	7	3	2	49		185
		ペルー	40	99	9	9	10	8	13	7	9	12	77		216
		アルゼンチン	10	8	1	0	1	0	4	0	1	0	7		25
コロンビア		4	6	0	0	1	2	0	1	2	3	9		19	
ボリビア		5	3	1	0	1	0	3	0	1	2	8		16	
メキシコ		3	6	0	0	1	1	0	0	0	0	2		11	
パナマ		2	2	0	0	0	0	0	0	0	1	1		5	
ドミニカ		1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		1	
エクアドル		1	0	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	0		2	
ウルグアイ		1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0		1	
ハイチ		0	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0		3	
パラグアイ		0	3	0	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		2	
パナマ		0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1		2	
コスタリカ		0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	2		3	
エルサルヴァドル	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1		2		
ホンジュラス	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0		2		
中南米小計	112	209	19	14	21	21	28	16	16	22	157	13.44%	478		
南米	オーストラリア	41	67	9	2	1	4	4	8	2	5	35		143	
	ニュージーランド	5	13	1	2	2	0	1	0	0	0	6		24	
	オセアニア小計	46	80	10	4	3	4	5	8	2	5	41	3.51%	157	
アフリカ	ガーナ	12	3	1	0	1	0	1	1	2	0	8		21	
	ナイジェリア	11	7	0	0	5	1	1	1	1	0	10		28	
	マラウイ	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		1	
	カメルーン	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		2	
	ザンビア	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		1	
	チュニジア	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1		2	
	ザンビア	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		1	
	リベリア	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0		2	
	スーダン	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0		2	
	ケニア	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		1	
	セーシェル	1	0	0	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	0		1		
セネガル	0	1	0	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		1		
アフリカ小計	32	15	2	5	2	2	2	2	3	0	18	1.54%	65		
中近東	イスラエル	13	17	3	2	3	2	5	8	5	1	29		59	
	トルコ	9	7	0	0	1	3	0	0	1	1	5		21	
	アラブ首長国連邦	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0		3	
	モロッコ	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0		1	
	オマーン	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0		2	
	サウジアラビア	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0		1	
レバノン	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1		1		
中近東小計	24	27	4	3	5	5	5	9	5	2	38	3.25%	89		
不明	47	131	37	22	22	24	22	24	28	47	226	19.35%	404		
合計	1,104	1,464	168	131	135	149	150	153	125	157	1,168	100.00%	3,738		

1. 外国人相談者居住地域

	11月	累計		
東京	74 (47.1%)	2090 (55.9%)	他県	16 (10.2%) 356 (9.5%)
神奈川	22 (14.0%)	409 (10.9%)	不明	19 (12.1%) 371 (9.9%)
埼玉	13 (8.2%)	286 (7.7%)	合計	157 3736 (100%)
千葉	13 (8.3%)	224 (6.0%)		

2. 相談内容 (複数回答)

	11月
(1)言葉の通じる病院の紹介	74 (45.1%)
(2)病気・医療についての情報 (病気の不安含む)	15 (9.1%)
(3)医療機関紹介(言葉の問題以外)	30 (18.3%)
(4)医療制度・福祉制度相談 (保険制度など)	9 (5.5%)
(5)治療費の問題・トラブル	19 (11.6%)
(6)渡航時予防接種	6 (3.7%)
(7)言葉の問題のみ	2 (1.2%)
(8)労災・交通事故	1 (0.6%)
(9)その他(HIV検査含む)	8 (4.9%)
合計	164 (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)	7
(3)マスメディア	3	(4)NGO	3
(5)その他	6	(6)企業	3
合計		合計	23

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	2	(2)医療機関紹介	2
(3)制度	1	(4)医療費について	0
(5)活動内容	10	(6)AMDA関連出版物について	1
(7)その他	7		

<センター活動報告>

1. 講義、講演活動状態

- 11月13日(土)センターにて「日本の救急医療について」中西副所長講義
- 11月17日(水)国際厚生事業団にて「海外派遣要員のための勉強会」小林所長講義
- 2. NHKにてAMDA国際医療情報センター
放映される

11月17日(木)午後7時20分 NHK教育テレビ「あすの福祉」(30分番組) AMDA国際医療情報センターの活動が放映されました。(財)東京都健康推進財団の委託事業として東京都都内在住の英語を話す外国人に、英語で診療可能な医療機関に関する情報提供を電話で行っている場面が映し出されました。また、12月6日のセンター関西設立についても報道されました。

同番組は、11月21日(月)午後1時から再放送されました。見逃した方でご覧になりたい方は、ビデオテープがありますので小林までご連絡下さい。

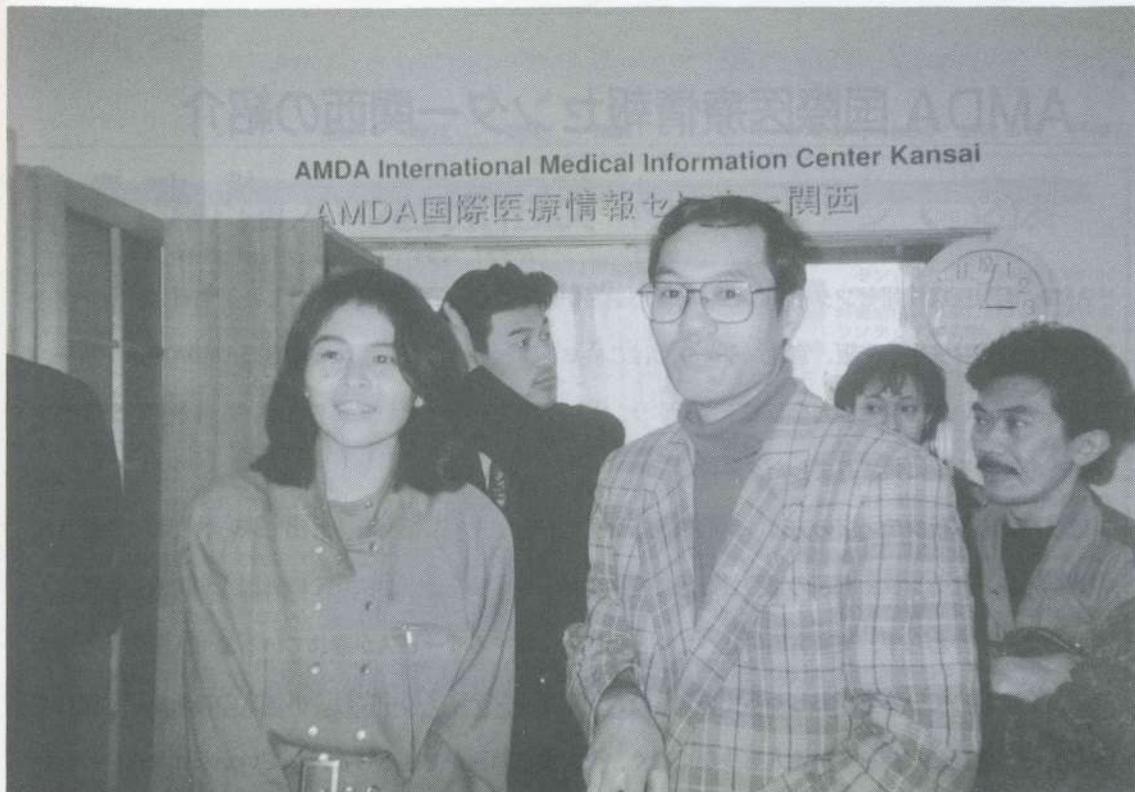
連絡先: 小林国際クリニック TEL:0462-63-1380 FAX:0462-63-0919

AMDA 国際医療情報センター関西

開設に際して

●センター所長 小林 米 幸

このたび、12月6日をもちましてAMDA国際医療情報センター関西がオープン、関西地区において外国人や医療関係者に対して医療情報提供サービスを開始致しました。従来よりAMDA国際医療情報センターに寄せられる電話相談の中に関西地区からのものが少なからず認められ、これらには十分な対応ができず、砂をかむような思いをしてまいりました。また、平成6年には関西新空港開港を控え、同地区における外国人居住者および滞在者の数は飛躍的に増加するであろうと予想されています。これらの人々が日本社会の中で生活をしていくため、また、日本社会がこれらの人々をスムーズに受け入れていくためには両者の橋渡しをする組織が必要であります。AMDA国際医療情報センターはAMDA設立の趣意である「よりよい未来のためによりよい医療を」を国内で実践することによりその役割を果たし、日本社会の国際化、ひいては国際貢献に微力ながら寄与して参りました。このたび、立正佼成会、丸紅基金、日本エイズストップ基金などの助成金による支援を賜り、関西地区AMDA会員の精力的活動、通訳ボランティアご希望の皆様の善意そして私達に協力をして下さる医師、医療機関の熱意をいただいてこのようなタイムリーな時期にセンターを開設できましたことは慶びにたえません。関係各位には心より御礼申し上げます。組織的にはAMDA国際医療情報センターと同センター関西は同一の組織であり、両者をあわせた所長、副所長、事務局局長は従来通り、それぞれ私小林と中西泉先生と香取美恵子氏が勤め、同センター関西の役員としては代表として宮地尚子先生、副代表として福川隆先生を置くことになりました。事務局は前出の香取氏以下6名となり5名が常勤としてAMDA国際医療情報センターに勤務、1名が非常勤として同センター関西に勤務することになります。この1名は横山雅子氏であり、近い将来常勤として勤務していただけるよう、私達はセンター運営に気を配っていかなくてはならないと考えています。これでAMDAは関係オフィスを岡山、東京に続き大阪に持つことになりますが、情報発信源としての各々の役割が有機的に作用して、AMDAの活動がより広範な皆様にご理解いただけますことを祈るしだいです。最後になりましたが、同センター関西設立のニュースを暖かく伝えてくださった各報道機関の皆様にも心より御礼申し上げます。



センター関西代表の宮地尚子氏と副代表の福川 隆氏



センター所長 小林 米幸氏、通訳ボランティアの方々と

AMDA 国際医療情報センター関西の紹介

・横山 雅子

AMDA国際医療情報センターの関西における拠点が、12月5日に開設されました。当日は、センター所長である小林先生も来阪、宮地尚子先生をはじめセンター関西設立に携わってきたAMDAのメンバー、そして、いろいろな形で協力をして下さるボランティアの方々など総勢30余名が、これから始まるセンターへの期待を胸に集まりました。

ほとんどのボランティアの方は、新聞の記事を見て、宮地先生に協力を申し出て来られており、皆さんの意識の高さとセンター関西の重要性を思わずにはいられません。すでに多くの外国人が関西地域に住んでいるにもかかわらず、東京方面に比べて在日外国人に対するサービスが遅れていると、大阪のある国際交流協会に勤めている方がおっしゃっていました。通訳ボランティアの中には、外国人の方を病院に連れて行ってあげた経験を持っている人も少なくなく、センター関西ができること、していかなければいけないことは、数限りなくあると思いますが、最初は焦らず、丁寧に相談者の納得がいく業務を心がけようと考えています。東京のセンターでは、一日に10件以上の相談を受ける実績もあり、スタッフの結束も固くみならうべきところがいっぱいあります。しかし、いずれはセンター関西の個性もだしていければいいかなあと思います。

私自信は、9月のシンポジウムの後にスタッフになることが決まったばかり、然も医者にはなるべくかかりたくないという人間です。今、この仕事をしているのが不思議に思うこともあります。でも他の国の人達と、異なる文化を認識し、尊重しつつ共に生きていくために働きたいと考えていたので、医療に関しては門外漢ですがこのAMDA国際医療情報センターという場で頑張っていきたいと思います。

センター関西は12月6日(月)から業務を開始しています。

AMDA国際医療情報センター関西

問い合わせ先：TEL 06-636-2333 FAX 06-636-2340

相談受付曜日・時間：月～金 午前10時～午後4時

対応言語：英語、スペイン語、中国語、フィリピン(カビネ)語、ポルトガル語、インドネシア語、韓国語、

ボルネオ語、タイ語、フランス語、ドイツ語

在日外国人の医療相談 ネットワークで支援

アジアを中心に難民救済などに取り組むAMDA(アジア医師連絡協議会、本部・岡山市)の「国際医療情報センター関西」(宮地尚子代表)が5日、大阪市内で設立された。東京で開設済みの同センターのネットワークを西日本まで広げ、在日外国人の医療問題を支援するのが目的。6日から、無料の電話相談を始める。

国際医療情報センターは、AMDAの国内支援活動の一環として平成3年に東京で設立。在日外国人からの医療に関する電話相談を行い、先月までに約3700件の相談が寄せられた。

このうち関西地区からの相談は2割を占めている。また来年9月に関西国際空港の開港が予定されるなど外国人の増加が予想されるため、関西の事務所を開設するこ



とになった。

センターでは、京阪神の約130の病院と協力し、外国人からの無料電話相談の窓口を開設。通訳ボランティアが英語、中国語、スペイン語などで医療機関の紹介などの相談を受け付けるほか、医療機関からの相談にも応じる。

宮地代表は「言葉が通じないという理由で外国人が受診を拒否されないよう、医療機関と幅広いネットワークをつくりたい」と話している。

電話相談は毎週月曜日から金曜日まで、午前10時—午後4時。専用電話06・636・2333へ。

開設されたAMDA国際医療情報センター関西。外国人からの電話相談に応じる—5日午後4時、大阪市浪速区で

病院も協力 ▶ AMDA関西センター開設 ▶ 英語、中国語などで対応



AMDA 国際医療情報センター関西のメンバー

マラウイの医療について

— 青年海外協力隊での経験 —

徳島県立中央病院外科 吉田 修

平成元年4月より平成3年3月まで2年間、青年海外協力隊に参加しマラウイという国で外科医として働いた経験を報告します。

まず、マラウイという小国をご存知ない方が多いと思いますので紹介します。東アフリカ中央部、南緯15度付近にあり、タンザニア、モザンビーク、ザンビアに囲まれた内陸国です。面積は北海道ぐらい、人口約1000万、国土の1/5をマラウイ湖が占めています。1964年にイギリスから独立しました。独立以来一党独裁でバンダ大統領の政治が続いていますが、各国からの批判もあり、国内でも暴動が起こったりもして、やっと今年国民投票で多党性が導入されることが決まりました。資源のない国で、産業といえば農業しかなく、村々では雨期になるとメイズ（とうもろこし）の種を蒔く昔ながらの自給自足の生活をしています。一部には植民地時代そのままの白人のプランテーションがあり、茶、たばこ、砂糖、コーヒーを作って輸出しています。この国で外貨が稼げるのはこのプランテーション農業だけです。4つの民族からなる多民族国家で、公用語は英語とチェワ語です。大きな町は標高1000m前後の涼しいところにあり、主な町だけ電気と上水道があります。

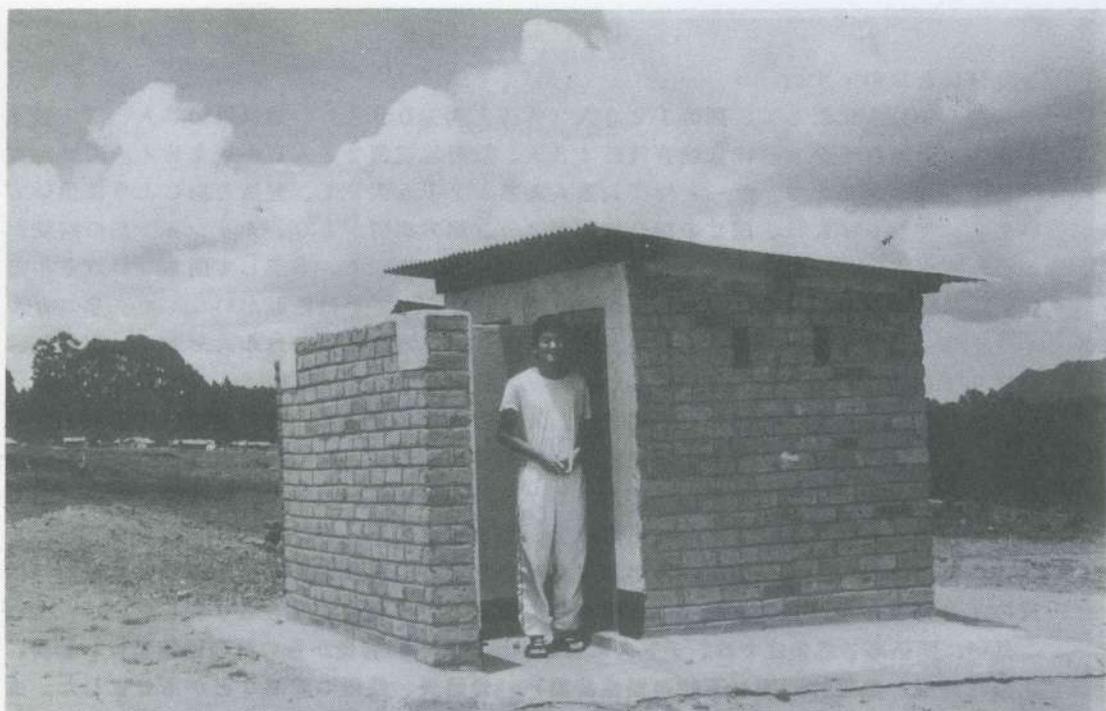
隣のモザンビークは長い長い内戦がやっと終結したところですが、私がマラウイにいた頃はまだ戦争中で、マラウイには約80万人の戦争難民が入っていました。現在は難民も帰国する方向にあると思いますが詳しいことは知りません。難民キャンプにも何度か足を運びました。20万人ほどのキャンプがいくつかあり、診療所もありましたが、薬も医療器具もほとんどなく、医師もいない、ごさがひいてあるだけという感じでした。難民は赤十字の配給する物資だけで生活していました。

マラウイと日本を比べる意味で数字を並べてみます。

		マラウイ	日本
5才未満児死亡率	対千人	228	6
乳児死亡率	対千人	144	5
一人当たりのGNP	米ドル	200	25430
平均余命		45	79
低出生体重児の出生率	%	20	6
カロリーの充足率	%	88	125
成人の識字率	%	20	99
小学校就学率	%	51	100
そのうち卒業できる率	%	47	100
人口の年間増加率	%	4.3	0.5
ODAがGNPに占める率	%	27	0
妊産婦死亡率	出生10万当たり	170	11

1993年 ユニセフ 世界子供白書より

これで医療のレベルもお解りいただけると思います。マラウイでは成人になれる確立は



難民キャンプのトイレ



Zomba General Hospital

50%ほどなのです。

人口1千万人に対して、医師120人(外国人約100人)、歯科医師8人、看護婦484人、薬剤師12人、臨床検査技師43人、放射線技師24人しかいません。医療短大卒業のクリニカルオフィサーと呼ばれる人たちが215人いて、医師と同じように働いています。マラウイには、国立の総合病院が3つ、地方病院が10、ミッション系の病院が5つあります。地方病院やミッション系病院は200床程で、卒業して間もないほとんど経験のないオランダ人医師などが院長をしています。あるいは医師がいなくてクリニカルオフィサーが院長をしているところもあります。もっと地方にはヘルスセンターがあり、パブリックヘルスをやっていました。

この国で最も重要な疾患は感染症です。AIDSは別にして、乳児の死亡原因の10傑には、麻疹、肺炎、マラリア、急性腸炎(下痢)、破傷風、流行性髄膜炎、結核が挙げられます。成人でも同様に感染症で亡くなるケースが最も多いのです。これらはワクチンで予防できたり適切な治療で治せる病気です。また地域によってはオンコセルカやビルハルツ住血吸虫などの寄生虫の罹患率が非常に高いところがあります。ある湖沿いの村では住民の70%がビルハルツ住血吸虫に罹患しているという調査結果もありました。

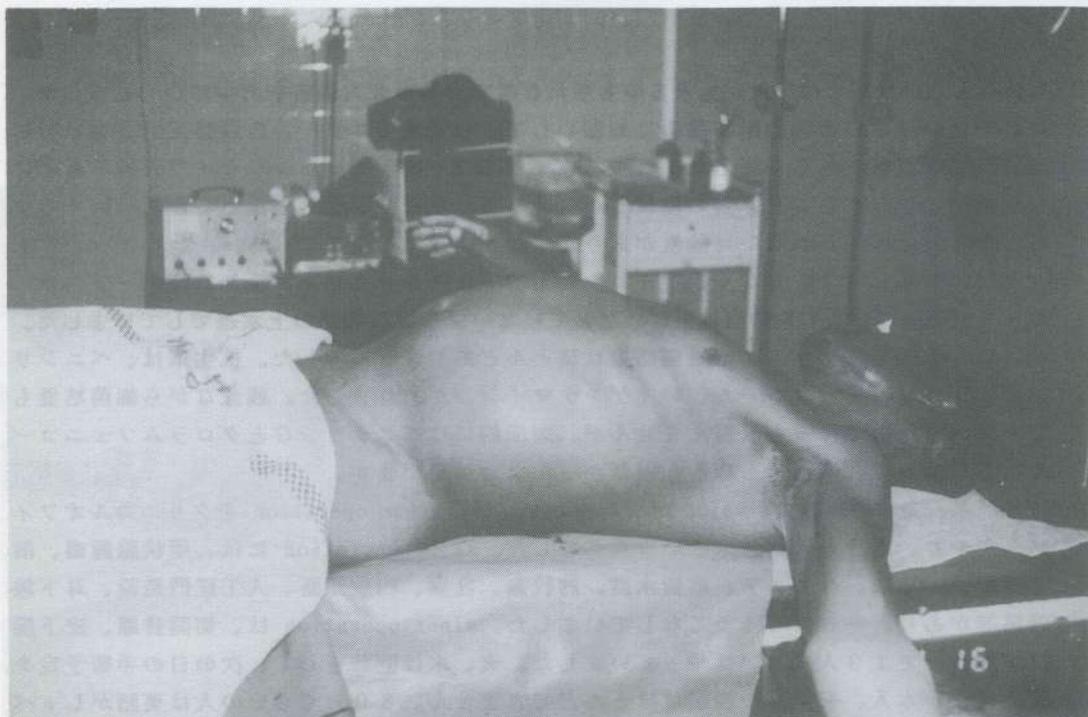
外科に関係ある感染症では、チフスによる小腸穿孔、卵管炎からの汎発性腹膜炎、膿胸、化膿性筋炎、熱帯性潰瘍(下肢の慢性潰瘍)、骨髄炎、性器の潰瘍などがありました。虫垂炎は珍しく、2年間で4例しかありませんでした。

AIDSは1982年頃から見られるようになり、以後爆発的に広がっています。地域差もありますが、1990年私のいた町の一般の人のHIV陽性率は50%ほどでした。働き盛りの若い人たちがバタバタと死んでいくという感じでした。AIDSに対しては医師はこの国では全くの無抵抗でした。HIV陽性と分かると家に帰ってもらうという状態でした。

現地での1ヵ月の語学訓練のあと、6ヵ月 Kamuzu Central Hospital (K.C.H.)で、残りの約1年半を Zomba General Hospital (Z.G.H.) で働きました。K.C.H.は、入院患者約1200人、医師も20人ほどいるマラウイで最も近代的な病院です。医療短大と看護学校が付属した教育病院でもあります。もう一つの Queen Elizabeth Central Hospital (Q.E.C.H.)を加えた3つがマラウイの総合病院です。

Z.G.H.はマラウイ第3の病院で、320床程ですが入院患者は800~900人いました。(マラウイでは1つのベッドに2人寝るのが常識)医師は5人、院長が内科、オランダ人産婦人科医、イギリス人小児科医、イギリス人で公衆衛生をやっている人、それに外科医の私です。外科には2人のクリニカルオフィサーがいて私と仕事をしていました。また整形外科のクリニカルオフィサーが3人いて、彼らはアメリカ人の整形外科医の研修を6ヵ月受けており、しっかりした治療をしていました。

手術室は2つあり、麻酔専門のクリニカルオフィサーが4人いました。全身麻酔は静脈内麻酔剤とサクシンとフローセンで行います。酸素は酸素濃縮器がありましたが何%に濃縮されているのかだれも知りません。笑気はありません。心電図モニターもありません。血圧計はあるのですがクリニカルオフィサーが腕に巻きません。これはZ.G.H.に限ったことではなくマラウイの病院のすべてがそうなのです。術中に生きているか死んでいるか



大おのるすき腰脚の湯手コ脈入をりた子、ふかきり脚と脚手、せしきよ脚各の依日、せれ
 じとちおコゆおア強強と香強を S 状結腸捻転の患者 人せまでも地固脚がふちよする、ア真
 。すまき脚アゆ強さその強は香強りあつてす、すまき受き得きお香強式一強ろり取よそえ



やまやまじ強コ固のこ、強まけ強るつわ強強がうが、地強強強半強のサトやまやの式り式
 難民キャンプでの赤十字の配給

も分からない状態では事故が起きるのも当たり前で、私も2人患者を術中に亡くしました。これではいけないと協力隊事務所をお願いして、心電図モニター、自動血圧計、ついでに電気メスを買ってもらいました。この時点で Z.G.H. の手術室がマラウイで最新のものになりました。しかし、日本製の機械しか買えない決まりで、私が帰国してから故障でもするとそれっきり使われない可能性があります。

イソジンもヒビテンもなく、アルコールもめったにありません。手洗いはオープンマーケットで売っている安物の石鹸と、滅菌していないブラシ、普通の上水道でしていました。それでも予想を裏切って、術後創感染はほとんどありませんでした。抗生剤は、ペニシリンGとクロラムフェニコール、時々ゲンタマイシンがありました。残念ながら細菌培養もできなかったのははっきり言えませんが、臨床的にはペニシリンGとクロラムフェニコールはよく効いて、耐性菌もほとんど無かったように思います。

月、水、金は手術日で、major operation を私が、minor operation をクリニカルオフィサーがやり、もう一人は外来という具合でした。major operation には、甲状腺腫瘍、前立腺肥大、植皮、ヘルニア、陰囊水腫、膀胱癌、乳癌、四肢切断、人工肛門造設、耳下腺腫瘍等があり、一日3つ4つこなしていました。minor operation は、切開排膿、皮下腫瘍切除などで10人ぐらいはやっていました。火、木は回診をして、次の日の手術予定を決めます。本人、家族への説明はほとんどできません。80%ぐらいの人は英語がしゃべれず、自分の名前も書けず、年齢も知りません。そういう人達に手術の説明をするのは大変で、とてもそんな時間はありませんでした。私を信用する患者と重症ではかにはどうしようもないと解った患者は手術を受けます。そうでない患者は夜のうちに逃げて帰ります。あんな状態で困るだろうと思うのですが。

火曜の午後は紹介患者を診察していました。

General Hospitalですから地方病院から重症の急患を送ってきます。もちろん外科にも急患を送ってきます。腹膜炎、腸閉塞等の緊急開腹手術が平均4日に1例ほどありました。腹膜炎には、腸チフスによると思われる回腸穿孔などもありましたが、原因ははっきりしないのに膿性腹水が何リッターも溜まっている症例も多く、HIV (+) で卵管炎などを起こすところなるのかと想像していました。腸閉塞では、S状結腸捻転がよくありました。ヘルニアの嵌頓も頻度の高い疾患でした。それらの半数は既に腸が壊死に陥っており、腸切除を要しました。外傷による緊急手術もありました。マラリアのせいかな脾腫のある人が多く、脾臓破裂がよく起こります。血液センターもなく、こんな場合は自己血輸血が非常に有効でした。腹腔内の血液をガーゼで漉して再利用するのです。副作用らしきものは経験しませんでした。鎖肛を2年間で5例経験し人工肛門を造りましたが、これは多いのか少ないのか知りません。血胸、膿胸にドレナージをしましたが、吸引器もないので管をつないで water sealed にしておけば何も低圧持続吸引しなくてもちゃんと治るのには驚きました。

マラウイの病院には、イギリスやドイツの医学生がよく研修に来ました。6週間とか8週間とかどこかの病院で研修すると、単位が取れるのです。しかも交通費は国が出すそうです。私のいた病院にも何人かの熱心な学生が来て、一緒に仕事をしました。この制度はすばらしく、ぜひ日本もやってほしいものです。

だいたいマラウイでの2年間を分かっていただけだと思います。この間に感じたマラウ



井戸



難民キャンプの診療所、ドイツ人医学生と

イの医療の問題点と思いつきの解決策を羅列したいと思います。

* スタッフの数の不足、質の問題

医科大学等の創設、卒後教育制度の確立、研修留学、教育できる人の派遣

* 病院の整備

基本的な設備の充実とアフタケア、薬品の補給、ベッド数の拡大

消耗品と薬品の現地生産、

北部地方に総合病院の建設

マネージメントできる体制の確立

* 感染症対策、ワクチン接種率を上げるために、AIDS問題

ヘルスセンター、モービルクリニックの充実、保健婦の確保

感染症の基礎的研究

初等教育の普及、保健教育、キャンペーン

住民票の作成

医療のレベルアップには、国の総合力が必要だと痛感しました。外科医1人が頑張っても焼け石に水のような無力感にも襲われました。マラウイの医療を良くするには、かなりの資金と人材と時間がかかることでしょう。

日本は今後ますます発展途上国との人の交流を増やし、きめ細かに情報交換し、素早く対応できる協力体制を創っていかなくてはならないでしょう。また、本当の意味の援助は、最も弱い立場の人々と直に接しているべきだと思います。それができるのはNGOしかありません。AMDAの役割は非常に重要です。4月より私も気持ちを引き締めてAMDAの仕事をやって行きたいと思います。

支局長からの手紙

支局長からの手紙

「徳島で国際協力を考える会」(白石吉彦代表)という市民グループがこのほど徳島市に誕生しました。この呼びかけをしたのは県立中央病院の外科医師、吉田修さん。以前、青年海外協力隊の一員としてアフリカで診療に当たり、来春からNGO(非政府組織)の医師として別の開発途上国へ。吉田さんの「相手国の住民の立場にたった草の根の援助活動」との訴えに多くの人が賛同したのです。

宮崎医科大学を卒業した吉田さんは、生まれ育った徳島で臨床経験を積んだ

後、青年海外協力隊に応募。一九八九年四月、アフリカ南部の国マラウイへ。首都リロングウェの病院に五カ月間勤めた後、ゾンバという人口約百万人の町の総合病院に勤務しました。

草の根の国際協力

吉田さんがまず驚いたのは、手術室に心電図のモニター装置がないことでした。これがないと手術中、患者の心臓が動いているかどうか分からないのです。手術の前にまず室内のハエをたいて回る始末。患者の体にかける布

も六だけ。そんななかで一日平均三、四人の手術をこなしました。

そのうち幼児千人中五歳までに二百五十人が死亡(日本は六人)する回国の深刻さが分かってきました。感染を防ぐために田舎の保健所にワクチンを持っていても、住民たちは受診しなかなか来てくれません。保健に関する知識が乏しいためです。輸血に際してエイズ検査をしますが、半数は使えませんが、先進国の援助が必要で、しかしその援助に疑問を感じることも。リロングウェの病院の集中治療室にはイギリス製の呼吸器など新鋭機器が備えられています。でもベッドは空いたまま。機器を使いこなせるスタッフがいないのです。「相手国の実情に沿った援助でなければ」と吉田さんは痛感しました。

九一年四月帰国。昨年、岡山市に事務局を置く「NGO」アジア医師連絡協

議会(AMDA)がソマリアなどで医療活動をしていることを知り入会。同会員らで編成する緊急援助チームのリーダーとして開発途上国へ派遣されることになりました。郵政省の国際ボランティア貯金から資金が繰り出される事業で来年一月に派遣先が決定。期間は四月から一年。

吉田さんは以前の経験からワクチンを受け取る人を増やすため、「古着をあげるからワクチン」と現地で呼びかけてみよう、と考えています。そのためには古着を日本で集めてもらわねばなりません。注射器が不足すれば日本から送ってもらう必要があります。

今月二十三日、徳島市内で開かれた「考える会」の初会合には看護婦ら約四十人が出席。同市内の近藤整形外科内に事務局(0886・54・6808)を置き、会の活動資金を得るためバザーを行うことなどが決まりました。「草の根の国際協力」への第一歩が踏み出されたのです。

(徳島支局長・井上 脩身)

広田の生活(1)

今年もはや師走。岩手の山々には冠雪が白く輝いていますが、岩手の湘南、広田町では椿の花が咲き始めました。浜ではアワビ漁が始まり、沖の定置網ではサケが獲れています。

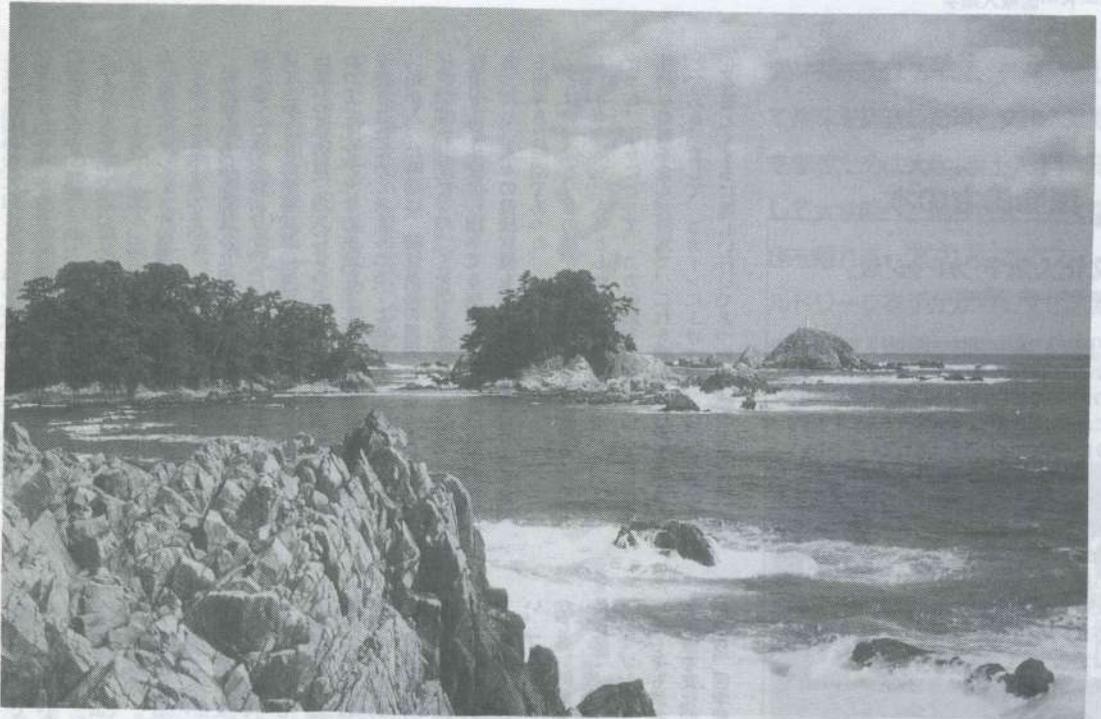
さて、今月は広田町の生活をご紹介します。ここは、太平洋に面した半島で、車で一周15分、13km程度の大きさです。人口4,753人、世帯数1,113戸('92)の半農半漁地域ですが、気候は岩手県で最も温暖で、降雪も少なく、風光明媚で国立公園に指定されています。写真1は椿島。その名のとおり全島椿で覆われていたのが、ウミネコの糞害でツバキが枯れ、ご覧のとおり姿になりました。その後ウミネコの産卵地として天然記念物に指定されましたが、最近ではカラスが卵を食べて困っているということです。

三陸沖は世界でも有数の豊かな漁場と言われますが、きれいな海を利用して養殖も盛んで、広田湾のカキは全国で最も高値で取り引きされると聞いています。半島内には縄文時代の貝塚が点在し、古代からたくさんの方が住んでいたのですが、船員や技術者(気仙大工は有名)として出稼ぎする一方で季節労働者の受け入れも盛んに行われ、経済的にも豊かな地域だったそうです。

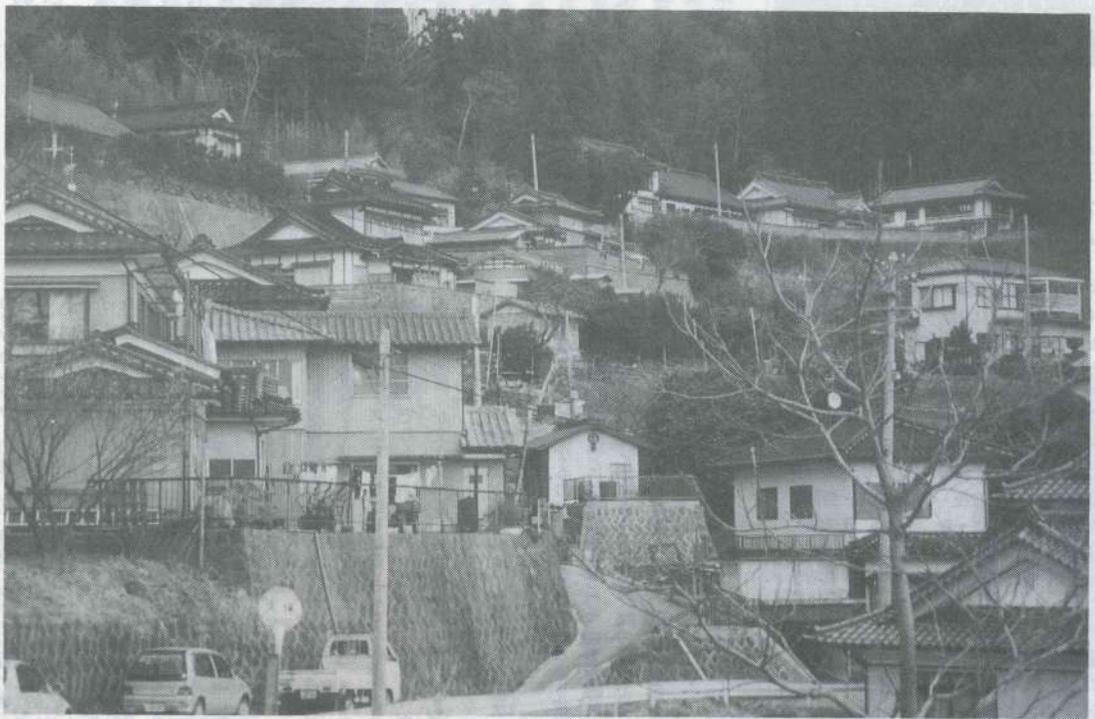
その一方で、地震と津波のたびに多数の犠牲者を出したところでもあります。写真2は典型的な集落ですが、津波に追われて家は山の斜面を削って建てられ、その間を細い道が縫うように走っています。屋根は瓦かスレートを使い(潮風でトタンが錆びる)、家は玄関に入ってすぐに茶の間、おがみ(神棚がある)、でど(手前)座敷、座敷(1室以上)、茶の間に続く勝手(台所)が最小単位、家の前には広い庭があります。写真に写っている家は広田では標準的の大きさなのです。

人の気質は、いわゆる”浜っこ”、声も大きく、言いたいことはいう方ですが、人情深く親切で、歌と踊りが大好き、旅行にもよく出かけます。血縁(まき)、コミュニティ(部落)の結束は強く、氏神様(血族の先祖を祭っている)のお祝い、部落の神社の例大祭などの行事も盛んです。部落対抗の町民運動会の熱狂ぶりはたいへんなもので、昔は運動会に出るために出稼ぎから帰ってきたものとか。また、敬老会で老人が舞台に立ち、若い衆はおひねりを投げるのが役目というのは広田ぐらいじゃないでしょうか。

単身家庭や老人世帯が増えてきたと土地の人は嘆きますが、豊かな家計と恵まれた住宅事情を反映してか子供の数も多く、3人が標準、4人以上が10軒以上はあります。おかげで風疹や水痘など子供の流行病は市内で最も早く拡がるうえに患者数もハンパじゃない、診療所は走り回る子供たちで上を下への大騒ぎ。虫卵検査の結果が出れば家族が多いので薬局の駆虫薬がたちまち底をつくありさまです。



広田崎より、左が青松島、右が椿島



標準的な集落の姿

国際協力の本

文化人類学「カレッジ版」

波平恵美子編集（医学書院）

「国際化の意味は何か、何に対しての国際化なのか」といった視点から、異なる文化が種々のレベルで接触するようになった現在の日本において「自文化」を理解することを手がかりに「異文化」に迫ろうとしているチャレンジな教科書である。ライフサイクルなど興味深い7つの章に分けて、平易な文章で記述されている。人間にとって病気とは何か、治療とは何かについても医療人類学の立場から検討がなされている。参考文献がきちんと記載されているのは有用であり、世界各地の写真が豊富なのも楽しい。

元米、看護学の教科書を改訂したものだが、国際協力に関心のある保健医療関係者には文化人類学の入門書として最適であろう。また、日本在住の外国人の診療中に、文化習慣や異文化理解で困った経験を持つ医師にもぜひ一読を薦めたい。

本書は編者、執筆者7名のうち、6名までが女性であるというのも印象的であった。

（東京大学小児科・中村安秀）

INFORMATION

日本保健医療行動科学会 (JAHBS)

アメリカを中心に進歩した保健医療関連の行動科学（心理学・社会学・人類学・生理学などを総合的に応用し、人間の健康問題にかかわる行動〔個人・集団・社会〕の宴容過程を実証的、体系的に解明することを目的とする）、たとえば医療社会学、医療心理学、医療人類学などの研究・教育の発展のための場づくりを目的として創設された学術団体。会長は大阪大学名誉教授・中川米造氏。会員は医師、歯科医師、ナース、保健婦、医学部・看護学部の大学関係者などで、総数760人。来年6月、第9回大会が関西で開催される予定。

◆事務局連絡先

〒272 千葉県市川市八幡2-6-18-401

☎0473-32-0726

製ココインの悦楽にふけるようになったインディオたちは、もはや漁労狩猟に出ようとはしなかった（ココアの葉は、インディオの伝統的な仕方では葉全体を摂取する場合には中毒にならないが、精製されたココインでは中毒になる）。マフィアによるココア取引はインディオの食生活を決定的に破壊したのである。コロンビア政府のインディオ問題局が、「白人」商人のインディオ保護地域への出入りを禁じたのは、83年末のことであった。

結核がいちばん蔓延したのは83、84年だったが、86年以降、新しい患者は出なかった。結核が蔓延した最大の要因はインディオの栄養状態の極端な悪化で、86年以降患者が出ていないのは、白人による大規模なココアの買い付けが終わって、インディオの生活が元に戻り、栄養状態が急速に改善されたためと考えられる、と武井氏は説明する。

「私が入った時期は、結核蔓延の原因を探るうえでびつたりのタイミングだった。インディオの口から直接、時間の経過をたどりながら語ってもらえるくらい近い過去の話であったし、人々の健康状態も回復し、過去を振り返る余裕も出てきた時期であった。」

とはいっても、この話が出てきたのは私が集落に入ってから7、8カ月たち、人々ともかなり親密になってからのことだった。彼らにとつて、ココアの葉を食べるという行為は儀礼的な要素を含んだ行為で、これを売るのは伝統を売ることである。まして、ココインにふけたのは彼ら自身の文化を冒とくするに等しい行いであった外部の人間には、仲

よくなってもあまり話したくはなかったのだらうと思う。『制度』としての医療、『制度』としての病気を見直したい。

急速な食生活の破壊が結核蔓延の原因だった。それによつて結果的に、この地域で重要な役割を担っていたシャーマンの幾人かも死亡した。にもかかわらず、現地に入っている医師やミッションの人々は、結核蔓延の原因をインディオの遅れた文化のせいだと決めつけていた。武井氏はアマゾンで、近代文明の押し寄せをインディオ社会の現実を目の当たりにし、国際協力活動そのものに対して抱いていた疑問を再確認することになった。国際協力の必要性を否定するわけではないが、欧米を含めて現在の国際協力活動は現地の人々の文化や伝統を尊重し、人々自身のイニシアチブを育てようとする姿勢に欠けている。また現地の人々の欲望と願望の対象が、国際協力活動のため現地にやってくる先進国の人々に触れることでどんどん変化していくので、人々の意思を尊重した場合ですらうまくいく保証はない。プロジェクト立案の前に現地の人々といくしょに住むなど長い時間をかけて準備しなければ、協力の成果を根づかせることは難しい、と武井氏は話す。

「日本にいたら病気が呪文で治るとは思わない。しかしアマゾンではシャーマンの呪文は結構よく効く。まさかと思うようなケースにすらしばしば効くことがある。これは病気が、制度であるということと無関係ではない。病気という、制度が文化レベルから生物学的レベルにまで貫通しているからこそ、文化的な、制度、操作（まじない）をかける（こと）が、生物学的なレベルにまで効果を波及しようということを示すものではない。」

人がなぜ病気になるのか、なぜ治るのかという根本的な疑問、意識・無意識と幻覚の関係など、今後も断続的にアマゾンに赴いて、インディオたちとの交流のなかで明らかにしていきたいことがたくさんあると、武井氏は話している。

に動いていた人類学者の友人がこんな話を持ってきてた。

由（ヘルスポストのことは二の次だった）

の栽培にあてるようになった。マフィアから与えられた租

武井秀夫氏は7年間、外科医として臨床を経験した後、文化人類学を学ぶために大学(学士入学)、そして大学院へ。現在はまったく臨床を離れて、アマゾンでのフィールドワークを手がかりに文化人類学・医療人類学を研究している。

国際協力のプロたち 最終回

天理大学国際文化学部助教授

武井秀夫氏(45)



(1) シヤーマンは現在もおお、人々の医療の主要な担い手である。



(2) 大鼓腹の兄弟。兄は回復しつつあるが、弟のほうはまだかなりの栄養不良状態にある。ここでは栄養不良は食糧不足ではなく、離乳期の食事(トウガラシでない)への不適応による。しかし、第三世界における保健医療上の最大の課題は栄養不良、あるいは飢饉であることを想起させる映像である。

アマゾンのインディオと暮らした1年7カ月

フィールド決定のポイントはまだ本格的に調査されたことがなかったこと

武井秀夫氏が、南米はコロンビア、北西アマゾンのトゥユカと呼ばれるインディオの集落に住んで、延べ1年7カ月あまりのフィールドワークを行ったのは1986〜90年の間である。アマゾン先住民の一集団であるトウユカの人々は、数十〜百数十人程度の小集団に分かれて集落を形成し、小規模の焼畑と狩猟採集で生活している。かつてはロングハウスに住み、10〜15年ごとに移動していたが、現在は定住。マニオクから作られたパン、トウガラシ味の魚のスープが主食で、成人の男たちは乾燥して粉末にしたココアの葉を食べる。集落にはシャーマンがいて人々の生活に深くかかわっている。オランダとの国際協力によるヘルスポストがいくつかの集落に設立されているが、外来文化との接触による文化変容はまだ比較的少ない。

「アマゾンでフィールドを決めようとしていたとき、病院に勤めていた人類学者の友人がこんな話を持ってきた。

「君が調査を予定している地域の隣、国境沿いの地域に、まだ文化人類学者による本格的調査をされたことのない集団がある。彼らの集落のヘルスポストがうまく機能していないうえ、この2〜3年結核が蔓延しているが、原因がはっきりせず、コントロールもうまくいかない。文化人類学者であり、医者である君に協力を頼みたいのだが。」

保健医療サービス局の病院の医師たちも、ミツシヨンの神父やシスターたちも結核蔓延の原因はインディオの伝統的生活習慣であると決めつけていた。しかし、そうした習慣はここ数年で急に変化したようなものではない。原因はほかにあるのではないか。仮に、彼らの習慣の改善が必要だとしても、その文化的背景を理解せずに禁止したり、改善を要求すれば、反発を招くばかりで、新しいやり方はうまく根づかないであろう。

まず、相手の文化を知ること。だから文化人類学者としての関心からいっても、まだ本格的には調査されたことがないという点で、この人々を調査対象に選んだ第一の理由。ヘルスポストのことはこの次だった」

と、武井氏は話す。インディオの集落に入って武井氏は、初めはヘルスポストで寝起きた。インディオたちが受け入れてくれるまでには長い時間が必要だった。

コカイン・マフィアによるコカ葉買い付けが人々の食生活を破壊、結核蔓延をもたらした

集落ごとの分布や村人の人数、疾病の内容やリーダーについて調べた82年の資料と比較すると、86年にはいくつかの集落が結核蔓延が原因で消えていた。消滅した集落のなかには、その地域で重要な地位にあったシャーマンのいた集落もあったらしい。

結核蔓延の理由も明らかになった。直接の原因はコカ・ブームによる生活習慣の激変だった。70年代末からコカイン・マフィアがインディオからのココアの葉の買い付けを目的にインディオ集落に入り込むようになった。高値で売れるココアの葉のために、インディオたちは焼畑の大半をココアの栽培にあてるようになった。マフィアから与えられた租

国境なき奉仕団はまだ二年目というところで、NGOのプロというわけではありません。また、各地から集まった人たちが構成していますから、例えば一年とか半年とか海外に行っているわけにはいきません。短期で、そして本当にできることから始めようということで、短期海外奉仕プログラムとして会員を募集しています。

事業実績としては、設立してすぐにタイ・バングラディッシュ・マレーシア・カンボジアなどにスタディーツアーを派遣しました。九二年五月には、バングラディッシュでのミャンマー難民の救援。九二年九月からインドのマハシュトラ州に多目的小学校を建設しまして、今年の四月に十校完成しました。九三年四月には、ソマリア難民救援第一次隊を派遣。これは四NGO共同プロジェクトで、AMDAが中心となって行なっているものですが、私どもも参加いたしました。この十月には、第二次隊を派遣することになっています。自分たちの縄張りとか手柄争いをするのではなく、日本のNGOが協

力して一つのプロジェクトを遂行していくことも大切なことだと思えます。

我々としては、現場で物資を調達することを心掛けています。というのは、例えば日本のミルクを送っても案外役に立たないわけです。まず水が無い。沸騰させるための燃料がない。沸騰させたところで、日本人が飲むミルクと現地の子どもの飲むミルクとは全然違うから、赤ちゃんは下痢をして死んでしまうことさえあります。何でも送れば良いというものではないのです。難民なのだから何でも送れば良いのではなく、むしろ送ったことが逆に悪い結果をもたらしてしまうこともあるわけです。現地のニーズにあったものを援助することと、お手伝いをさせていただいているというスタンスで我々は考えるようにしています。

意見交換から

◆企業のボランティア休暇・休職制度が広まりつつあるのは良い動きですが、その対象とされる団体の枠が狭く、せつかくの制度も有効に使わ

れていないのではないかとということも言えます。JICAならいいけれど、民間の団体では対象にならないというところは多くあるようです。

◆タイのスタディーツアーに有給休暇を使って会社に内緒で一週間行つた女性がいるのですが、たまたま飛行機の中で、会社の上司に会ってしまったんです。「実はこんなことをしているんです」と言ったことがきっかけで話が弾み、その後は、堂々と自分のボランティアの話ができるようになったということです。

◆そして今年、堂々と有給休暇を使って行ったのだけれど、使い切ってしまったので、もう風邪もひけない状態だそうです。ボランティア休暇制度が広がって欲しいし、個人として国際協力に参加しようという人をバックアップしていきたいと思えます。

◆企業からの支援については、企業だからお金だけを出せというのではなく、支援が、企業で働いている人のためにも現地の人たちのためにもなるというのが一番良いことと考えます。その接点がどの辺にある

か、どうしていくと良いかをお互いに探っていきたいと思えます。

◆企業に勤めているとせいぜい一週間ぐらいいか動けない。また、土、日などでネットワーク作りをしてもらわないと、人と人のつながりはできない。こうした企業の意見に対して、どれぐらい門戸を開こうとしているのか。

◆普通に生活をしている人と何らかの関わりを持てるように、間口を広げていくということが、現在のNGOに問われていることだと思えます。また、会計報告もよくわからない。お金を寄付したけれど、どこに使われたのかよくわからないという不安もあるようです。

◆いいことをしているのだから、みんなが協力してくれるのは当たり前だ、という意識がNGOの側にあることは否定できないのではないのか。

◆これからのNGO活動に対して、みなさんからも石を投げてもらい、少しでもみんなが参加してもらえような方向に向かっていければ、と考えています。

医師と看護婦を延べで三十名くらい派遣しています。現在も七、八名が行っています。その他にもブータンやカンボジアでも難民救援医療プロジェクトを行なっています。我々は、今年の五月に岡山と大阪で国際会議を開き、アジア多国籍医師団というものをつくりました。

やはり、一つの宗教観だけでは、様々な宗教や生活習慣があるアジアの支援はできないのではないのか、というのが私どもの考えです。こうしたことを良く考えまさんと、よく言われる日本の過去の援助のように、一生懸命やったのだけれども、現地の人々の利益には何もならなかったという事が起こりかねないからです。アフリカでも同じことが言えます。また、コーディネーターがバングラディッシュ人、ドクターはフィリピン人、ネパール人、日本人というような混成部隊で、色々な言葉を持ち、そしてその様々な文化や、宗教や習慣を理解するドクターやナースの人たちが、一つのグループとなつてキャンプに行つて医療援助するということを、現在行っています。

国内の活動は主に、在日外国人の医療援助というものをやっています。一昨年、東京に、AMDA国際情報医療センターというものをつくり、在日外国人に対して医療情報を提供しています。どこに言つたら自分の言葉のわかる医者がいるのか。また、自分の立場ならどういう日本の医療制度を適用できるのか。こうしたことを医者も患者も知らないために様々なトラブルが起きているので、こうした案内を無料で提供するセンターを運営しております。毎日、朝九時から夜の十時まで、英語・中国語・韓国語・タイ語・スペイン語の五カ国語で対応しています。その他に東京都の委託事業として、東京都の医療情報センターにかかつてきた電話相談のうち、外国人からの場合は私どものセンターにかかつてくるようになっていきます。また、外国人が救急医療機関にかかつて、その先生方が言葉を理解できない場合に、病院の要請によつて間に入つて電話で通訳をするということをやっています。私たちは、社会、大衆から遊離したボランティア活動はいず

れは先細つていくと思つています。ですから一般の人が今自分の置かれた立場で、無理なく長く続けられる活動が大切ですし、私たちもそうした活動を目指しています。

AMDAの活動の問題点としては、現在いくつかの難民キャンプで活動していますが、そこでは医療問題だけが独立して発生しているわけではなく、様々な問題が付随しているわけです。従つて、社会貢献を求めると他職種の人とのように手を組んでいけるかが大きな課題であると思つています。また、企業が求める、あるいは企業で働く人々が求める社会貢献とは何なのか。どのように社会貢献をなさろうと考へているのか。どの辺に接点があるのかと思つています。是を是非向いたいと思つています。

国境なき奉仕団

湾岸戦争が起こつた時に、日本は金を出すけれど人の努力がたりないという批判を受けました。日本の青年としてできることはないのかという事で、当時の西村会頭が国境な

き奉仕団特別委員会をつくりました。「一生のうち一回ぐらいは国際緊急援助に行つてみよう」できる時にやろう!」と、誰でも気軽に参加できるボランティアということを趣旨としています。

日本青年会議所には、五十を越える委員会があります。国境なき奉仕団ができる前にも、別の委員会がフィリピンなどに井戸や家をつくるなどの活動をしていました。たまたま湾岸戦争を契機に人的貢献と緊急援助ということがテーマになり、この特別委員会が中心となつて日本青年会議所の中に、国境なき奉仕団という任意団体ができました(現在の会員数千六百名)。

資金源ですが、日本青年会議所の会員は全国で約六万五千名います。その中で一人一日五円。これを一年分とすると千八百二十五円になるのですが、それを各青年会議所が国際協力資金として日本青年会議所に負担しています。これが全国では約一億二千万円になり、この国際協力事業費を使って、海外で様々な事業を行なっています。

CYRは、日本の一般の人々の協力によって仕事をしてきました。具体的には、国連機関、日本政府や自治体、民間団体や企業、個人からの財政的、人材的な面でもかなりの協力をいただいています。日本からのスタディツアーや視察なども行ない、直接村の中に入って保育園の子どもたちやカンボジアの人たちに接することで、実際にそのお金は役に立っているのか、あるいは今何が必要とされているのか、ということを見てもらい、それを話し合えるような場をつくっていききたいと思っています。

現在スタッフとして働いているのが、海外・国内合わせて十七名。予算規模は年間で一億円くらいです。タイ、カンボジア、日本でこれだけのプロジェクトを行うには、専従スタッフ十七名ではどうしても人材的には不足しているので、ボランティアが全国で百名から二百名位います。具体的な支援の例として、実際に海外へ人材を派遣し、技術協力というところを行っています。例えば、カンボジアで学校を建てるにあたり

て今進めている計画は、日本の建設会社から人材を現場へ派遣してもらい、短期で一週間か二週間程度、設計図をチェックしたり、現場に通ってアドバイスしたり、検査をしてもらうというものです。会社としてもできるだけバックアップしていききたいという話です。

また、個人でNGO活動に参加する人が、ここ一、二年で非常に増えています。特に、企業で仕事をしていたり、自分の自由な時間に、国際協力の仕事に関わりたいという人が非常に増えています。例えば、自分は会社で広報・企画・営業の仕事をしている。趣味で、イラストや翻訳をする人もいます。そういった技術や経験をNGOで活かしたいということで、声をかけてくれる人が非常に多くなっています。

また物的な援助ですが、これは難しい状況があります。送料が非常に高くなってしまったり、国によっては莫大な税金を取られてしまったり、日本では役に立つものがあるから役に立たないというところがあるからです。情報をもっと共有できるように、

もう少し横のつながりを広げていきたいと思っています。

なかでも、いろいろな財政的援助をそれだけで終わらせないで、支援をしてくれた人とタイやカンボジアの人たちとをつなぐために、子どもたちと写真の交換をしたり、手紙の交換をしたり、人々が行き来して現場を視察したりということに、私も力を入れていきたいと思っています。

AMDA (アジア医師連絡協議会) AMDA 国際医療情報センター

AMDAは、一九七九年にカンボジアで大量の難民がでました時に、そこにかけてつけた一名の医師と二名の医学生士の活動から始まっています。

現在は、アジアの十五カ国に支部があり、日本が一番人数も多くて会員数も約三百名います。会員は、医師がほとんどですが、他にも看護婦やマスコミ関係の人などいます。

私どもの活動は、国内の仕事と、海外の仕事との二本立てです。

ます。昨年、ミャンマーの少数民族が中央政府に対し、反乱を起こしたというところで迫害を受け、バングラディッシュに二十一、二万の難民が流れ込みました。その難民キャンプの衛生状況が非常に悪いということなので、AMDAバングラディッシュとAMDA日本との合同事業として、難民キャンプの中で医療事業をやってきました。現在、一番大きいのは、ソマリア難民の救援プロジェクトです。ソマリアの北にジブチという国あり、そこにソマリアやエチオピアから難民が流入しています。難民の数が多くなり過ぎて、ジブチ国民の医療そのものが破綻するのではないのかという心配がありました。例えば、ジブチにある大きな病院の外来患者の七〇%が、難民で占められています。難民の数が多くてジブチの人たちが医療を受けられないという状況になり、駐日ジブチ大使から直接連絡があり、AMDAにアフリカへ行ってくれないかという話でした。郵政省の郵便ボランティア貯金から一億五千万円をいただきまして、ジブチとソマリランドに

NGOの活動と今後の課題



峯村 里香氏
【幼い難民を考える会(CYR)事務局長】



小林 米幸氏
【AMDA国際医療情報センター所長】



山田 一功氏
【国境なき奉仕団 事務局長】

より効果的な国際協力をしていくためには、政府レベルだけではなく、民間レベルのNGOの活動がとても重要になってくる。現在、日本のNGOはどのような活動をしているのか。また、どのような問題を抱えているのか。企業に対する要望も様々である。反対に、企業や一般の人々は、NGOに対してどのようなイメージをもっているのか。こうした意見交

換のためにも、今回は三つのNGOの方々を迎えての定例会となった。

幼い難民を考える会(CYR)

一九八〇年、インドシナ難民の流出をきっかけに発足しました。当時、特にカンボジア難民が、タイ国内に何十万人という規模で流れ込んできました。難民の中でも、特に子ども

たちの問題を考え、支援していこうということと設立されました。

子どもの成長や健康の問題について、子ども自身とその周囲の大人が必要な配慮を行いながら、自立していくことを支えよう、と始めたのです。

まず、カンボジアの難民キャンプで幼児教育を中心とした仕事をしてきました。カンボジアでは総選挙が行われ、その直前に約三十五万人の

難民が本国に帰還し、そのキャンプは閉鎖されました。現在は、難民キャンプでの経験を活かして、タイ国境の村と復興を目指しているカンボジアの村、そして日本でも活動をしています。海外では具体的に、保育園を開き、そこで働く村の女性を保護さんとして養成したり、小学校の再建、医療協力、無農薬の菜園づくり等の活動をしています。

JIRACとしてAMDAのジブチ国内ソマリア難民救援の現場を、今夏訪れて支援して頂きました。

(AMDAの会員)

シナリオ作家

小山内 美江子さん(63)

国際ボランティア・デー(5日)

今週の人の

「どうして国際ボランティア活動を始めたのですか。」
「きっかけは九〇年の湾岸戦争です。日本は力をつけて、血も汗も流さないとの国際批判が激しく『日本も曲がり角へきたな』と感しました。もともと内外の草の根交流にかかわって来たんです。選層を変えた節目の時、ちょうどNHKの大和ドラマ『翔が如く』

企業も「国の代表」に理解を

の脚本を書き上げて時間ができ、何か行動を始めようと思ったわけです。」
「これまでどんな活動を？」
「権名素夫(参院議員)さんら昭和五年生まれの友人たちに声をかけられまして、学生ボランティアと二階にヨルダンの難民キャンプへ出かけました。世界中から送られてくる救援物資

を仕分けたり、現地の人に配給したりといった仕事を中心です。その後、林健太郎さん(元東大教授)を会長とする『日本国際救援行動委員会』など色々のNGO(非政府組織)ができました。私達のメンバーとしてイランのクルド族の居住地区やタイシヤチ、カンボジアへ足を運びました。」
「民間ボランティア活動としてみ

て痛感したことは何ですか。」
「国の公的援助活動と違い、交通費などのお金の面から食事、寝床の心配まで苦勞は色々あります。欧米では民間企業もボランティアに協力的で、航空会社もボランティア航空を無料で乗せてくれます。ボランティアを国を代表する行動として、国も企業



も誇りを持って居るからでしょう。日本にはそれが無い。私たちのボランティアは学生が主体で、活動も夏休みや冬休みと、料金の高い時期にならざるを得ません。欧米並みに民間ボランティアに対する理解を求めたいですね。」
「学生たちがカンボジアに学校を作る運動を進めていますね。」
「はい。俳優の宮坂明さんや、政

治学者の福岡政行さんと二階にやっています。学生たちの渡航、滞在費用をねん出するため、十一月三日には東京ホテルで多数のテレビの協力を得てチャリティ・パサールを開きます。会場費はなににもありません。」
「学生が活動の中心になっている理由は何ですか。」

「国際ボランティアの三条件は語学力、専門技術、長期滞在と言われます。確かに学生たちには何もありません。当時は『お前たち、同じにきたんだ』という目で見られましたが、素人だって手助けはできます。例えば専門家を集めた国連ボランティアは停戦を監視し、選挙の実施まで見届けてきましたが、カンボジアにはまだ問題が山積しています。ポル・ポト時代に破壊された学校の建て直しなどは、学生たちと知恵を出し合えばできること……」

「ボランティア活動は戦争を知らない日本の若者たちにとって、悲惨な戦争などを知るいい機会です。こうした若者たちが、やがて、平和を知ることになった難民地区の子供たちと互いにヒシヒシする時代がくるかも知れません。そんな下地づくりを、学校現場で実現したいというのが私の夢です。」

克服へ役立てて

対人恐怖症

不安神経症

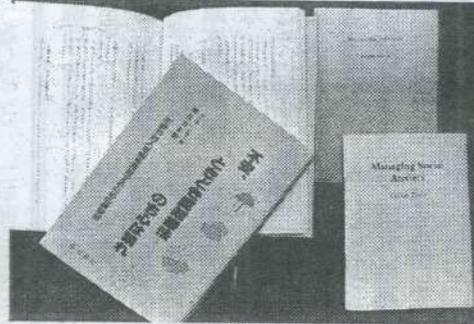
ストレスや自信喪失から起る不安神経症や対人恐怖症の克服法を紹介した英文の冊子を、倉敷市松島、川崎医科大学付属病院の勝田吉彰医師(32)＝精神科＝が翻訳し『不安、ときどき認知療法…のち心は晴れ』(東京都杉並

英文冊子
翻訳出版

区・星和書店刊)として出版した。現代人は仕事のストレスなどで、入社拒否など神経症になるケースが多く、患者自身が自分の原因や症状を自覚しながら、治療法を見つける方法を分かりやすく説明している。



不安神経症などの克服法を翻訳で紹介した勝田医師
|| 倉敷市松島の川崎医科大学付属病院で



勝田医師が翻訳した本。右の二冊は、英国で売られている冊子

川崎医大付属病院
勝田 吉彰医師

治療法発見へ導き

様々な提案

きなどの症状を起す不安神経症の対処法を紹介。患者をリラックスさせるためこれについて考える。と気分が悪くなるというものが何かありますか」「予定が全部消化できなかったとして、何が克服できたという。

四六判、百五十四頁、千七百円。原文は英国・オックスフォード大学精神科のジュリアン・バター博士が、一九八五年と九二年に患者向けに書いた小冊子「Managing Anxiety」

自力克服も

な二冊。オ大に留学中、博士の冊子を知り、博士と相談しながら翻訳した。「不安のコーピング(克服)」「対人恐怖のコーピング」の二部で、第一部は過度のストレスが頭痛、動悸、第二部は対人恐怖症にしろ、「あなたの不安を『治療』できる人はだれもいません。不安そのものは正常な反応です」として、恐怖や不安を感じるからといって、人に会うのを避ける。

おきるのでしょうか」などと問いかけ、よくよする注意をほかに拡散させるのには「値段を計算したり、詩を口ずさんだり、クロスワードをしてみたり」といった方法を提案している。

泉



△マラソンは人生と同じ。苦しんでいる時に何かが必要見えてきます。日本縦断マラソンに挑戦している岡山市の関和正さん(三三)からです。

八月二十六日、日本最北端の北海道・宗谷岬を出発。毎日、フルマラソンに相当する約四十キロを太平洋側の主要道路沿いに走り、最南端の鹿児島県・佐多岬のゴールを目指し約三千キロ

の長場。現在、岡山県内を快走中です。△元々走ることが大好きでしたが、中学時代に足を痛めて岡山県大会予選に出場できなくなりました。八月二十六日、日本最北端の北海道・宗谷岬を出発。毎日、フルマラソンに相当する約四十キロを太平洋側の主要道路沿いに走り、最南端の鹿児島県・佐多岬のゴールを目指し約三千キロ

日本縦断マラソンに挑戦

△以前から今の自動車万能社会に疑問を感じていました。健康な若い人が近い距離を移動するにもすぐに車を利用する。まず歩き、この話明日も続きます。

社会部FAX 06(361)3065

泉



日本縦断マラソンに挑んでいる岡山市の関和正さん(三三)の話が続けます。△マラソンでは水などの補給を受けるサポート隊を並走させるランナーもいますが、私はすべて自力でやる主義。水も食料も着替えもリュックサックに入れ、背負って走っています。重さは七キロほど。苦しい一時期を過ぎると今度は△一種のハイな状態にな

るそうです。△この瞬間、苦しさを感ぜなくなると、人間の原点が見えるのです。それが楽しみでマラソンはやめられませんが、私はすべて自力でやる主義。水も食料も着替えもリュックサックに入れ、背負って走っています。重さは七キロほど。苦しい一時期を過ぎると今度は△一種のハイな状態にな

北海道・宗谷岬をスターとしてほぼ一か月。信号待ちしているとき、治道の市民やドライバーから「頑張つて」「どこまで行くの」と声援を受けることもしばしばです。間、黙々と疾走しています。

わがマラソン人生に乾杯

△一日走り終えると顔も体も真っ黒に汚れていてお菓子やジュースがまだ緒に付いたばかり。来年二月の青梅マラソンにも出場する予定です。ゴールの九州・佐多岬には十一月十日、早朝に到着予定です。△ゴールしたらどんな気分になるのか、自分でもわかりません。きっと自分の中の何かが発火する。そんな

社会部FAX 06(361)3065

泉



クルマ社会に疑問を感じ、日本縦断マラソンに挑戦している岡山市の関和正さん(三三)の話は先月二十三日、二十四日のこの欄で紹介しました。その関さんから「完走しました」という報告がありました。

鹿兒島・佐多岬にゴールインしたのは今月八日。北海道・宗谷岬を出発してから七十五日でした。一日約四十時、計約三千

が走り通して感じたことがいくつかあります。△車と自転車、歩行者が一つの道路に共存することは難しい。歩道に車を止めるドライバ

一。信号無視する歩行者。歩行者用信号が不十分など。△車と自転車、歩行者が一つの道路に共存することは難しい。歩道に車を止めるドライバ

二年前に東京から岡山まで走ったとき、紙おむつは見かけなかったそうです。若いお母さんのマナーが悪くなったのでしょうか。感覚も車中心になっているのです。

車社会 足で感じた300キロ

△最後の最後で自分がクルマ社会の中にあることを思い知らされた。今まで走ってきたことが、崩れ落ちるような気がした。結局、車が通るための道に依存してきたんだと憤りさえ感じました。

兵庫県のある町で、地元の人と交わした会話も印象に残っています。△「北海道から走ってきた」と言っていると驚かれました。

社会部FAX 06(361)3065

1993年(平成5年)11月25日(木曜日)

中国 桑斤 岡山 【岡山総合】(24)

ネパールで救援活動…



海外協力団体が撮影した写真に見入る市民ら

岡山で 写真展

岡山県内の民間海外協力団体(NGO)が撮影した写真で海外協力を呼び掛ける写真展「市民による海外協力」が二十四日、岡山市表町二丁目の天満屋岡山店地下市民ギャラリーで始まった。NGOメンバーで作る南北ネットワーク岡山(田中治彦代表)の主催で、二十九日まで。アジア医師連絡協議会(AMDA)、アムネスティ岡山など七団体が約七十点の写真やパネルを出展。AMDAのメンバーが今夏、ネパールで風水害被災民救援活動を行い、診療所で被災民とともに生活した様子や、沖繩を訪れた中高生の地元の人との交流の様子などが写し出されている。団体の活動を報告するパネルなども展示されている。

NGOの活動を紹介

岡山版

南北ネットワーク岡山の米良重徳事務局長は「日本の世界における位置を知り、岡山が国際都市として発展するためにも国際貢献に関心を持ってもらいたい」と話している。

1993年(平成5年)11月26日(金曜日)

中国 桑斤 岡山

展示会

◇沖康史作陶展：29日まで、岡山市天神町の明日香画廊。
◇写真展「市民による海外協力」：29日まで、天満屋岡山店地下市民ギャラリー。
◇アジア医師連絡協議会(AMDA)、ネパールやアムネスティ岡山など国際貢献で活躍する民間団体の活動の様子を紹介。

—AMDA 事務局だより—



11月20日岡山国際ホテルに於いて「外務大臣表彰受賞及び10周年記念出版」の祝賀会が盛大に行われました。当日は400名近い方に参加して頂き、会は大成功をおさめました。当日の受付や会場係として、郵便局、南ロータリー・クラブ、立正佼成会の方々にはひとかたならぬご協力をして頂き深く感謝致します。

この写真は会終了後、AMDAのメンバーで撮ったものです。祝賀会の担当者として10月より事務局で膨大な量の仕事を笑顔でこなしてくれた金子まゆみさん（中央花束を持った女性）に深く感謝の意を述べたいと思います。また、彼女の仕事を暖かく見守り、会に参加して頂いた素敵なお主人様にもお礼申し上げます。

会員の皆様へ

心せわしい年の瀬を迎えるようになりました。今年一年アジア医師連絡協議会をご支援頂き、心よりお礼申し上げます。事務局では常勤3名、非常勤3名というメンバー構成で今年より頑張って参りました。日々会員の方々からアドバイスや励ましのお言葉を頂戴し本当にありがとうございます。来年も引き続きご指導頂けますようよろしくお願い申し上げます。

皆様の今後のご活躍を心よりお祈り申し上げます。

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)
ファルマーマーケティングサーベイ研究所、三井物産、(有)都商会、グラクソ三共(株)、大鵬薬品工業(株)、(株)医泉、薬樹(株)、ジョンソンエンド ジョンソン
メディカル(株) 以上 年間12万円
大森薬品(株)、カネボウ(株)、柳本印刷(株) 年間 5万円
興和新薬(株)、(株)エス・オー・エス ジャパン 年間 3万円
アイシーアイファーマ(株)、キッセイ薬品工業(株)
国際婦人福祉協会 パーソナルコンピューター及びプリンター寄贈

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

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

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をお願いします

●ソマリア難民緊急救援医療プロジェクト

口座番号/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

口座番号/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

口座番号/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

口座番号/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

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 (086) 231-5141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 03-3252-1269

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. 12

アジア医師連絡協議会 (AMDA)

- 発行 1993年12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