

# 国際医療協力

Vol. 17 No. 1

1994.

1



インド・ソラプールにて地震被災民のためのリハビリテーション  
プロジェクト協力関係者同意書調印式（1993年12月21日）

**AMDA**

The Association of Medical Doctors for Asia

アジア医師連絡協議会

# Contents

- AMDA ご案内 2
- 新年のごあいさつ  
厚生大臣官房国際課国際協力室長 漆原克文氏 ほか 4
- 今なぜ NGO (国際民間協力団体) なのか  
地方自治体国際緊急援助団及び連絡協議会発足 代表 菅波 茂 8
- 国際貢献トピア岡山構想の提唱 10
- ソマリア被災民救援医療活動報告  
夏目 洋子 12  
長谷川 昭一 16  
永野 章子 20  
河田 聡子 24  
Dr. Ashiq Hussain 26
- カンボジア救援医療プロジェクト活動報告  
熊沢 ゆり 30  
Sec Mardy M.D. 32  
Dr. Dhruba Koirala 33
- インド・マハラシュトラ州地震リハビリテーションセンター設立報告  
三宅 和久 36
- ネパール被災民救援活動報告  
成沢 貴子 38
- AMDA 国際医療情報センター便り 40
- AMDA 国際医療情報センター関西相談受付状況 42
- AMDA 国際医療情報センター翻訳事業のご案内 44
- ベトナム便り  
遠田 耕平 46
- PRIMARY HEALTH CARE (PHC) AND THE HEALTH CARE PROFESSIONAL  
AMDA-Vancouver Canada William N. Grut PhD. M.D. 48
- 高橋 央のミニレクチャー(中) 農業のはなし 51
- ボストン便り 3  
山本 秀樹 52
- 岩手だより - 広田の生活(2)-  
岩井 くに 73
- AMDA へのメッセージ 74
- AMDA 事務局だより 77

# アジア医師連絡協議会

【理念】 Better Medicine for Better Future in Asia

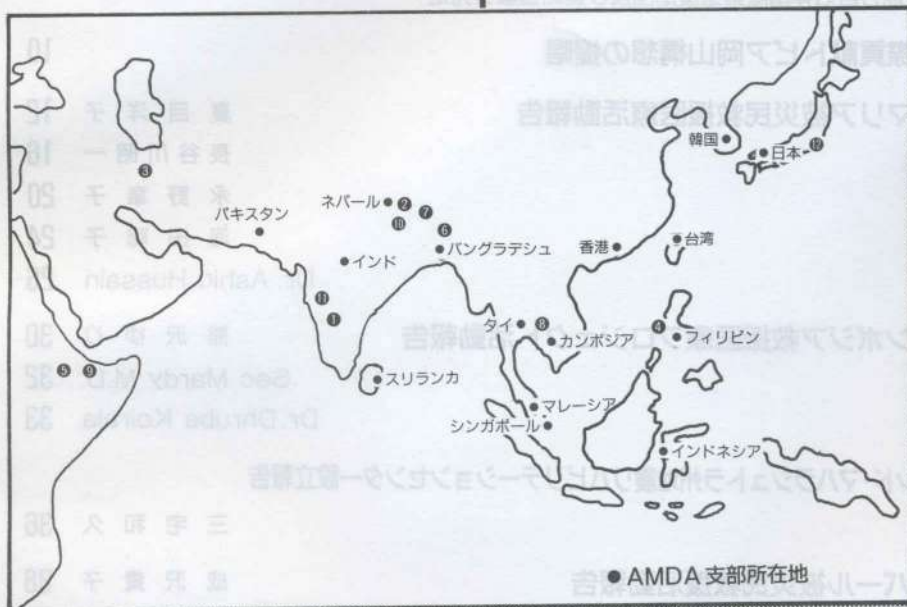
【沿革】 1979年タイ国にあるカオイダン難民キャンプにかけつけた1名の医師と2名の医学生の活動から始まっています。

【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。

## — AMDAプロジェクト紹介 —

### ① インド連邦カルナタカ州無医村地区巡回診療プロジェクト

1988年よりインド支部との合同プロジェクトでアユルベダー医学無医地区巡回診療とアンケートによる住民の受信状況の調査を実施。



【本部】 岡山市櫛津310-1  
TEL 086-284-7730  
FAX 086-284-6758

### 【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。

- ・ 医師会員 15,000円
- ・ 一般会員 7,500円
- ・ 学生会員 5,000円

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」

### ② ネパール王国ビスヌ村地域保険医療プロジェクト

1991年7月からカトマンズ郊外ビスヌ村農村でのネパール支部による地域保健医療推進活動へ巡回用車輛や医師の派遣等日本支部から協力。



### 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。

### ③ クルド湾岸戦争被災民救援プロジェクト

1991年6月よりイラン西部バクタラン州にある湾岸戦争被災民のクルド人難民救援活動にNGO合同委員会メンバーとして2次にわたって医師を派遣。



### ④ ピナツボ火山噴火被災民救援医療プロジェクト

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及びヘルスワーカーを派遣。



### ⑤ エチオピア・チグレ州難民救援医療プロジェクト

1992年2月より日本NGO合同国際緊急救援委員会として干ばつによって難民化しているチグレ州のエチオピア難民に緊急救援活動を実施。



### ⑥ バングラデシュ・ミャンマー難民緊急医療救援プロジェクト

1991年、バングラデシュ支部と合同でミャンマーから流入してきた難民に対し緊急救援医療活動を実施。



### ⑦ ネパール国内ブータン難民緊急救援医療プロジェクト

1992年5月よりネパール支部により活動開始。現在難民と地元ネパール人民双方を診療する第二次医療センターとしてその地の基幹医療機関の役割を果たしている。



### ⑧ 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月よりタイから派遣するカンボジア難民に対応した緊急医療活動を実施、郡の病院、精神保健医療のプロジェクトを実施。



### ⑨ ソマリア難民緊急救援医療プロジェクト

1993年1月よりジブチ国内ソマリア難民および北部ソマリア被災民の救援医療活動を「アジア多国籍医師団」として開始。



### ⑩ ネパール・バングラデシュ大洪水被災民緊急救援医療プロジェクト

1993年7月よりネパール支部、バングラデシュ支部との合同で実施。緊急医療活動・物資援助・衛生教育を実施。



### ⑪ インド西部大地震被災民緊急救援・リハビリテーションプロジェクト

1993年10月よりインド支部との合同プロジェクト。マハラシュトラ州ソラプール地震被災地区でリハビリテーションクリニックプロジェクトを展開。



### ⑫ 在日外国人医療プロジェクト(東京・大阪)

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などを実施。



## 新年のごあいさつ

漆原克文

厚生大臣官房国際課国際協力室長

新年明けましておめでとうございます。

今日の世界の大きな問題の一つは、経済的な面における先進国と開発途上国との大きな差の存在であると思われます。政府開発援助を始めとする種々の国際事業の実施により、開発途上国は、文字どおり発展途上にあるわけですが、なお多くの問題が指摘されています。開発途上国は、一般に災害に対し脆弱であり、災害サイクルが存在するともいわれています。そして災害の度ごとに多くの犠牲者が生じています。また、東西の対立が解消に向かっていとはいえ、地域的な紛争は跡を断ちません。このような時代にあって、保健医療ボランティア活動としてのアジア医師連絡協議会日本支部の被災民救援活動は、日本人の行なう国際貢献の一つとして、高く評価したいと思えます。国際緊急保健医療援助活動は、現実には傷つき、医療を求める人々の為に展開される人道的救援活動として、極めて大切なものですが、その活動の内には、人に知られぬご苦勞もあることと存じます。このようなご苦勞に対して、NGOとしての自主性を十分考慮しながら、その基盤を強化し、より実のある国際緊急保健医療援助を行なっていただくためにどのようなお手伝いができるのか、十分考え、意見を交わし、実行していきたいと考えています。1994年のAMD Aの活動の進展を期待します。

## 新年のごあいさつ

### 喜多悦子 ◆国立国際医療センター

何十年も生きて、新年が何か特別な出来事では無いことはよく判る。昨日の続き、明日の前である。しかし少しは身の回りを片付け、大いに反省し、多少の希望を抱き、小さな注連縄を飾り、初詣などに行くと、それなりに殊勝な気持ちも湧く。延々と続く毎日に区切りが付いた感あり、心身の安らぎとともに、相手は誰だか判らないが、なんとなく大いに感謝の気持ちにもなる。中国やネパールなど旧暦の新年哉や、ユダヤやイスラム教のように宗教上の区切りが新年になるところもあるが、一体、地球上に平和な新年を祝える子供はどれくらいいるのだろうか。世界到るところ戦ありの現在。ヒトーホモ、サピエンスーは知識の人間ではなく高等戦闘動物かも知れないと思う。クリスマス休戦が可能なら、何故それをズウット続けられないのだろうか。新年休戦、何とかカーニバル休戦、何とか祭休戦、、、などと名付けて。しかし、本来、平和なはずの発展途上国に、どうしてこうも破壊力の大きい武器が蔓延したのだろうか。戦いの中で育つ子供達が想う未来に平和があるのだろうか。いや、未来すら想えるのであろうか。

新年、どうか一つでも争いがなくなって欲しいと祈るばかりである。

### 斎藤泰彦 ◆立成佼成会一食平和基金運用委員会委員長

明けましておめでとうございます。年頭に当たり、まず感ずることは、1994年がもっと平和を実感できる年であって欲しいということです。人災にせよ、昨年ほど地球上の人々を震撼させた年はないと想います。ソマリア難民問題、北海道南西沖地震、ネパール・バングラデシュ洪水、インド西部地震、旧ユーゴスラビア問題等等、枚挙にいとまがありません。

昨年来ソマリア難民救援がきっかけとなり、NGO間の協力の機運が高まって参りました。内紛や干魃のために難民となってしまった人々のために医者、実業家、宗教者などが力を合わせて汗を流す。素晴らしいことだと思えます。こういった人的貢献に加え、更に進めたいことは心の貢献です。私どもの教団では、月に3回食事を抜いて、その分を献金すると共に、空腹を味わいながら悲惨な状況に置かれた方々を思い祈るのです。

祈ることは、宗教者だけの特権ではありません。人間であれば、自然に込み上げてくる感情です。

月世界から帰還した宇宙飛行士には、地球に戻ってから人生観が変わり平和の尊さを痛感して伝導士に成った人がいるといひます。私どももカルカッタのスラムや、パレスチナの難民キャンプ、カンボジア国境等から戻った時、それらの体験が自分に強い影響を与えました。悲惨な状況に置かれた方々から教わったことは、祈るということです。

## 新年のごあいさつ

### 桑山紀彦 ◆カンボジアプロジェクト委員長

この1年、カンボジア本当に大きな変化を経験しました。それはどのカンボジア人にとって「激動の1年であった」と言うに違いないほど大きなうねりであったと思います。そんな中でAMDAがカンボジアに根をおろして1年半。プノムスロイの病院も毎日多くの患者であふれています。未だ千人ほどしかいないカンボジアの医師たちの中でAMDAに所属して働いている3人の若い医師達を見ていると今ようやくカンボジアの医学界は黎明の時を迎えているのだと思います。おそらく彼等は数少ない和平後の医師第1期生としてカンボジアの国の中でも大きな発言権を得ていくでしょう。中には厚生大臣くらいになるものもできるかもしれません。そんな彼等の研修時代にこうしてAMDAが関わっていることは本当に光栄だと思います。

今年もAMDAカンボジアにとって更なる発展の年である事を祈念しています。また中国人やベトナム人は犬を食べますがカンボジア人は食べないのできっと今年カンボジアに福があるに違いありません。

### 熊沢ゆり ◆AMDAカンボジア・フィールドダイレクター

明けましておめでとうございます。

カンボジアでは4月に伝統的なお正月があり、1月には外国人のみが正月気分を出そうとしています。日本人には暑いとはいえ1年で一番涼しいこの時期、朝方の空気はすがすがしいです。

昨年10月から始まったAMDA-Cambodiaの活動は皆様のご指導、ご協力によりようやく軌道にのりはじめました。昨年はプノムスロイ郡病院の新病棟の建築、医療設備の充実、郡のワクチン接種事業への援助、蚊帳の配布等新しい活動に試行錯誤しながら取り組んできました。本年は今までの活動を基礎としてより発展させていくだけでなく、プノムスロイ郡の人々と彼ら自身が自立していける保健医療も含めた地域活動について共に考え、行動していけるような関係を作っていきたいと思っています。

今までの皆様のご協力で深く感謝しますと共に本年もより一層のご支援、ご指導を賜りますようよろしくお願い申し上げます。

### Dr. Chauhan ◆AMDA - India

I wish a very Happy and prosperous new year 1994 to all AMDA members. While the year 1993 gave us a chance to sit together and exchange views during HAYASHIBARA Forum. The earthquake disaster in India left a very tragic note. Before the year end. However, if we think positively, such calamities make us understand each other's problem and support each other. On behalf of AMDA-India I express my gratitude to all AMDA chapters for extending helping hands. I pray almighty that such disaster's do not shatter our spirits any more and let god give us power to work for the cause of humanity.

## 新年のごあいさつ

### Dr. Pokharel ◆AMDA ネパール代表

From the top of the world (Mr. Everest (Sagarmatha)) we express our heartfelt warm wishes to all of our AMDA members, colleagues and friends for a happy healthy and a prosperous bright future in the NEW YEAR 1994.

AMDA has completed its first decade, many hurdles are passed and a lot of experiences are gained between this period. New countries are joining it, as a new member; new areas of activities are opened for us; a good reputation is being achieved day by day and we are becoming more and more practicable and receptive about the activities for helping the mankind beyond the religion and region in this world. AMDA Multinational Medical Mission is one of its example as a result of our collective efforts and sincereness.

Lord Krishna (a Hindu god) has said in the book GEETA that "Do your business which is your right but never expect the fruitful result in your favour". This means if you did good work the result will be automatically good, helping the mankind is a noble work. AMDA has also followed similar principle and is being more success in its work. That is why AMDA could extend its activities not only in Asian countries but also in Africa.

In my knowledge some of the AMDA member countries are very active as Japan, Nepal, Bangladesh, Philippine, India, Cambodia, Pakistan and Taiwan and a lot of experiences are gained from them. This is the property of AMDA International; which can be shared, utilize or contribute them for a skillful and practical planning according to the need of the local as well as international community to improve the health status by the local chapters as well as those who need it for the improvement of health in their surroundings.

Let us share these experiences each other and utilize them very best for more fruitful result for a better medicine for a better future in Asia and elsewhere with the spirit of our collective effort and willingness.

Our destination is very far, still we have to do many things to be there. I request personally to all the member countries to be more active and generative to reach the destination as early as possible. May the new year could success to do so for all of us and let us promise to work in this year, too, for the better medicine for a better future whole heartedly.



# 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

## 地方自治体国際緊急援助団及び連絡協議会発足

代表 菅波 茂

現在、NGOはアマチュアリズムからプロフェッショナリズムへの変革期にある。これは世の中のNGOに対する期待であり要求でもある。

この期待に応える画期的な「地方自治体国際緊急援助団」が発足した。この援助団は緊急救援が必要とされる時にNGOとともに現場にかけつけて活動をするという趣旨である。岡山県の3町がこの援助団を発足させた。今後活動の全国展開を期するために連絡協議会も発足予定である。中心は加茂川町という小さな山間部の町である。ただし行政マンに活気がある。平成5年にはソマリア難民救援チームの活動の場所であったジブチ共和国と内戦下のソマリア北部に自治体職員研修の一環として2名の職員を派遣している。

「地方自治体国際緊急援助団」がNGOにもたらす福音について言及したい。NGOの活動の中でも地域開発及び緊急救援活動の最終目標は生活の改善及び生活の再建である。あくまで「生活」である。NGOは生活とは余り縁のない人達によって構成されていることが多い集団である。むしろ集団として生活関連技術、ノウハウそして人材を有しているのが市町村といわれる地方自治体である。この地方自治体との連携活動はNGOにとって「生活」関連諸問題解決へ向けての変革が可能となる。更にNGOが自覚しなければいけないのは一般国民がNGOに対してもっている「不安」という意識である。即ち世の中に役に立つことをしている又はしたい人達の集まりであるが、一般国民とは違った特別な人達であるから余り深入りしないほうがいい集団がNGOであるという不安である。地方自治体との連携はこの種の不安を解消してくれる。なぜなら地方自治体は一般国民にとって「エリート」である。エリートかどうかはその生涯給与をみればすぐ理解できる。そのエリートが連携するNGO活動だからこそある種の不安感が解消されるわけである。逆にNGOは地域に対する日常的且つ持続的な関わりと責任が生じる。なぜなら地方自治体は税金を納めている地方自治体の住民に対しての義務がある。NGOもその義務の一環を負担しなくてはいけなくなる。即ち、税金の食い逃げは許されないわけである。地方自治体と組むことは「国際貢献と地域の活性化」の一元化という宿題をいただくことになる。

極端にいえば、NGOは地方に出ることがより能力がアップする時代が来たともいえる。「NGOよ、地方に出よう」を提唱したい。

NGOの本格的な国際的活動は中央官庁を通して国連機関と、地方自治体を通して一般国民と連携してこそ可能になると確信している。



山の地を本拠に、十五の国、地域に支部を持ち、日本の非政府組織(NGO)の先駆的な活動を展開してきた。今年は、AMDAが「岡山をNGOのメッカ」と掲げ、中央のNGOと官庁との協力関係が協議されるのを並行して、地方自治体または地域と「まちおこし」についての国際貢献の形を構築する動きが出ている。

岡山県をNGOのメッカと、昨年十一月に菅波代表が提唱した「国際貢献トピア岡山構想」。「国際貢献NGOサミット」の開催と「地方自治体国際緊急援助団」の創設を柱とし、連携機能の集積する「ユネーブ」に対する「NGO機能集積地・岡山」を目指す。同構想を推進する会は、今月に初めての会を開く。

AMDAが国内の六団体は、一月から国際緊急救援のあり方について会合を持ってきた。その中で被災地に駆けつけた際、衣食住の確保や行政的な手続きを手間取るアセスもあったことから構想の準備を進めてきた。

国際貢献トピア構想

# NGO機能を岡山に集積へ

「国際貢献NGOサミット」は、アジア、アフリカと日本国内のNGO三十一団体と岡山に招き、相互の理解と支援策をすすめる。現地NGOの育成、連携は、より効果のある活動を展開するために必要だ。今年秋の開催を計画している。

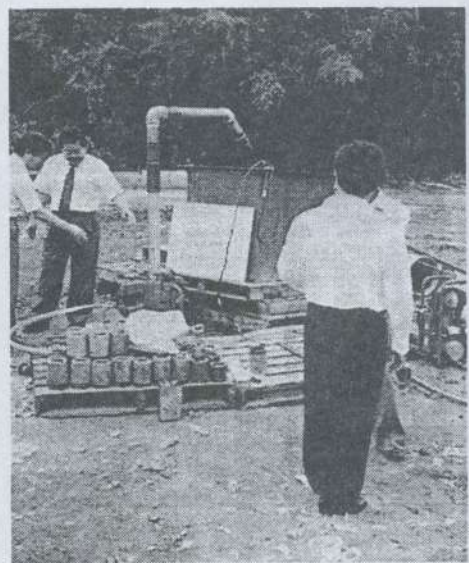
もう一つの柱、地方自治体国際緊急援助団は、県内の自治体がAMDAやNGOの緊急救援活動に、人材と生活関連の技術を行行政のノウハウ

# 地方から国際貢献

# いま



AMDA活動10年間の足跡



## 伝統療法で交流

### 「東洋医学研究所」計画

### インド人医師も来町

和気郡和気町は地方自治体で、万代家は室町時代に地に温泉を生かした高勲者

和気郡和気町は地方自治体で、万代家は室町時代に地に温泉を生かした高勲者。治体緊急援助団に参加の、備前国益原村(現岡町)益原意忠を語り、今年には町職員に緊急し「医者を調養、家伝二人程度をAMDAの海に丸薬一返還丹」を患者に外での活動に派遣する方と与えたい。これが岡山に針灸の「岡山赤葉の祖」伝わって「屋中反還丹」と言われる第十一代万代名を継ぎ、腹痛止めの薬と常備(二六五十一七三三)して全国に売り出されたと言われている。益原には万代家の墓所がある。周辺五町で作る和気研究所の設置を計画している。北部衛生協会の「藤本道



和気町

温泉を生かした「万代常開の里」が計画されている。昨秋、掘り当てられた「鳥飼谷温泉」健康研修センター「万代常開の里」建設を計画。総事業費三千七億円で、保養施設、常開記念館、薬草園などに加え、東洋医学研究所を設ける。完成は七年夏の見込み。

既に、インドの伝統医学アユルヴェーダの専門家「AMDAインドのクリシナ・U・K医師が和気町を訪問するに準備を進めている。

藤本町長は「常開ゆかりの地として、現地で医療に生かせる東洋医学の研究拠点、さらに町民の健康、福祉意識の高揚に役立てたい。職員も派遣も町政にフィードバックし、NGOのサポートの役割から始めたい」と話している。

## 民間

一人ひとりにその重要性を理解してもらったために、NGOの役割は大きい」と言っている。

そこで浮かび上がったのは官民の協力関係を構築し、民間主導の緊急救援派遣活動を三年かけて「アムダ」に引き継ぎ、ド・プラン。その機能集積地を岡山に置くというのが「国際貢献トピア」構想だ。

又村地域医療活動  
イグ州難民医療  
国内ミャンマーチーム派遣  
タン難民支援

AMDA  
1993年表

カンボジア難民の本国帰還支援の医療活動開始  
タイの野党指導者チャムロン氏の農業研修団がAMDAの招きで岡山県で研修実施  
日本初のNGO4団体合同によるソマリア難民救援活動開始  
アジア多国籍医師団結成。第1陣ソマリア難民プロジェクト派遣へ  
ネパール・バングラデシュ大洪水被災民に対する緊急救援医療活動開始  
インド南部大震災被災民緊急救援チーム派遣、リハビリ施設建設へ

Bangladesh のミャンマー難民キャンプで  
 診療にあたる AMDA の医師



アジア、アフリカで難民や災害の被災民の救援活動を展開するアジア医師連絡協議会 (AMDA) 本部岡山市、菅波茂代表(右)が、今年で結成十周年を迎えた。岡山を本拠に、十五の国、地域に支部を持つ、日本の非政府組織 (NGO) の先駆的な活動を展開してきた。今年、AMDA が「岡山を NGO のメッカ」とと掲げた。国際貢献として岡山構想元年となる。中央で NGO と官庁との協力関係が協議されるのを進め、地方自治体または地域「ホスト」による国際貢献の形を構築する動きが出ている。

# アジア 結成

## 緊急支援体制づくり



AMDA「今後  
語る

科医師(菅波)と  
子供3人のうち

「欧米の NGO に比べ、  
てで少ない緊急支援活動に  
活動に「日本の国民が  
將(急)活動と、昨  
年八月から「緊急支援  
GOグループ活動支援体  
制整備三年計画」の検  
討が進められている。A  
MDAを国内六団体の  
メンバーや中央官庁の

「GO担当者に参加する  
国際救急 NGO 懇話会」  
は、隔月のペースで勉  
会を開いている。  
計画は「オーキッド・  
プラン」を打ち出した。  
日本の NGO 活動は九

七九年のタイのカンボ  
ア難民救援活動に始ま  
る。そのタイの国花ラ  
(ORCHID) と救  
援(一番必要と)して  
である子供への呼び掛  
け(OHIED)を毎  
けあわせている。

日本では昭和五十七年  
に国際協力事業団 (JICA)  
の国際救急医療チ  
ーム (JMDR) が発  
足。六三年には国が  
ICA に運用委託する  
国際緊急援助隊へと改編  
された。イランの大地震

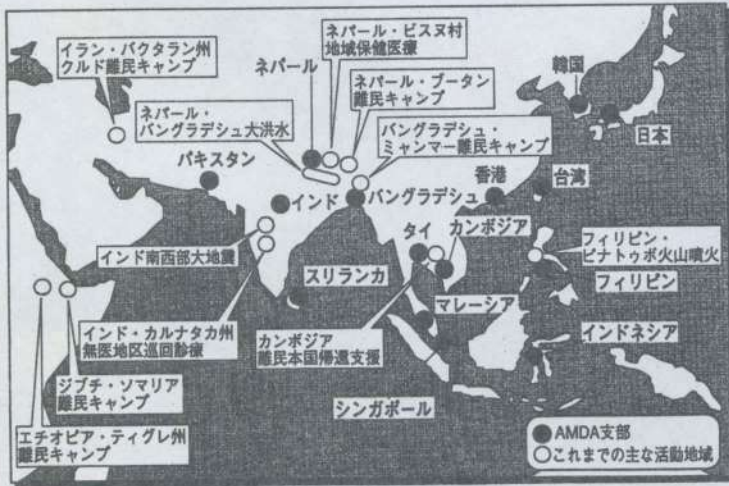
府は紛争地域の難民救援  
は PKO で、国際緊急援  
助隊の出動は地震などの  
自然災害に限定した。  
政府主導では相手の国  
から要請がなければ出動  
できない。「それは環境  
があるから。政府主導で  
は緊急時の対応のスピード  
に限界がある。余計に  
人道主義で動く NGO の  
役割が大きくなった」と  
AMDA の菅波代表。世  
界の緊急援助活動は「国  
際赤十字」「国際救急医  
師団」など NGO が主体

地方自治体緊急援助団へ  
の参加による国際交流、  
関 納得をもち、納税者  
に「ODA」からの補助をも  
つた。

「日本では AMDA のよ  
うな NGO が育ち、地域医療へ  
うごかす動きが

府は紛争地域の難民救援  
は PKO で、国際緊急援  
助隊の出動は地震などの  
自然災害に限定した。  
政府主導では相手の国  
から要請がなければ出動  
できない。「それは環境  
があるから。政府主導で  
は緊急時の対応のスピード  
に限界がある。余計に  
人道主義で動く NGO の  
役割が大きくなった」と  
AMDA の菅波代表。世  
界の緊急援助活動は「国  
際赤十字」「国際救急医  
師団」など NGO が主体

# いま新たなページ



AMDA 活動 10 年間の足跡

## 民間主導で派遣ネット 官庁担当者らと勉強会

の被災民、クルド難民の  
救援などにチームを派遣  
した実績を持つ。  
だが、一昨年の国連平  
和維持活動 (PKO) の協力  
法の成立で自衛隊の海外  
派遣が可能になると、政  
府は紛争地域の難民救援  
は PKO で、国際緊急援  
助隊の出動は地震などの  
自然災害に限定した。  
政府主導では相手の国  
から要請がなければ出動  
できない。「それは環境  
があるから。政府主導で  
は緊急時の対応のスピード  
に限界がある。余計に  
人道主義で動く NGO の  
役割が大きくなった」と  
AMDA の菅波代表。世  
界の緊急援助活動は「国  
際赤十字」「国際救急医  
師団」など NGO が主体

「この日本には欧米と  
異なる。日本の NGO や  
NPO 同士の連携は育っ  
ていなかった。外務省  
GO 協力センターの木本  
博之所長は「官庁との協力  
態勢には、国内 NGO の  
ネットワークを JICA が  
持っているが、それが活  
動の多様性を実現する意  
味がない」と語り、「国  
際協力は政府任せにせ  
ないで、民間、国民  
一人ひとりの重要性  
を理解して、それぞれに  
役割を担ってほしい」と  
呼び掛く。  
菅波代表は「官庁との協力を構  
築し、民間主導の緊急救  
援派遣活動を三年かけて  
JICA の JMDR とオーキ  
ッド・プラン。その機能  
を強化し、地方自治体  
が「国際貢献」の一環  
として派遣できる

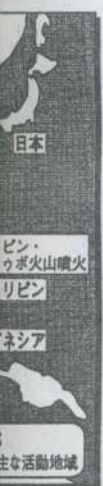
温帯を先かした「元代表  
の」が計画されてい  
る。菅波代表は「国際  
貢献」の一環として派遣  
できる

菅波代表は「官庁との協力を構  
築し、民間主導の緊急救  
援派遣活動を三年かけて  
JICA の JMDR とオーキ  
ッド・プラン。その機能  
を強化し、地方自治体  
が「国際貢献」の一環  
として派遣できる

デシュのミャンマー難民キャンプで  
たるAMDAの医師



# ページ



# ット

## アジア医師連絡協議会AMDA

### 結成から10年 菅波 茂代表に聞く



AMDAの10年間の活動を振り返り「今後は官民一体の活動が必要」と語る菅波代表

# 15カ国・地域に拠点持つ

十周年を迎え、どうい  
う心算ですか。  
日本を取り巻く国際環境  
が急激に変わった十年だっ  
た。AMDAはより必要と  
される時代となり、役割も  
「相互理解」から「相互支  
援」へと発展した。  
それは精神戦争の際、取  
分ける仕事であらなければ  
ならない」というように  
NGOの体質も変わった  
。中央厚労省がNGOを見  
る目が変わり支援し始め  
る。NGOはこれまで変わ  
り、前年の郵政省による国際ホ  
リライ貯金の設立。「配  
た人たてを買われ、「清貧

## 現地と連携し 医療援助活動

ライター(南なき大木敦  
は動かがったんです。  
AMDAを結成した  
すがなみ、しげる  
広島県深安郡那珂  
町出身、岡山大学  
部大学院卒、47歳  
岡山市増穂で菅波内  
科医院を営む。妻と  
子供3人の5人暮らし。  
リタイア(南なき大木敦  
は動かがったんです。  
AMDAを結成した  
すがなみ、しげる  
広島県深安郡那珂  
町出身、岡山大学  
部大学院卒、47歳  
岡山市増穂で菅波内  
科医院を営む。妻と  
子供3人の5人暮らし。

## 緊急支援体制づくり

「欧米のNGOに比べ  
て少ない緊急支援  
活動に、日本の国民が  
誇れる活動を」と、昨  
年八月から「緊急支援N  
GOグループ活動支援体  
制整備三年計画」の検  
討が進められている。A  
MDAは国内六団体のN  
メンバーや中央官庁のN

## オーキッドプラン

七十九年のタイのカンボジ  
ア難民救援活動に始ま  
る。そのタイの国花フ  
ローザ(ORCHID)と救  
援を一番必要としている  
である子供への呼び掛  
け(OH-KID)を旗  
に国際緊急援助隊へ支  
援された。イランの大地震

うに多くの国にまたがった  
NGOは少ないと思うので  
地域おしこに結び付け  
すが。  
アジアの多言語・多文化  
多宗教。すなわちアジア  
の多様性に対応する医療を  
よこすもの。アジア、  
行方には医療チーム自体が  
多様性を持たなければなら  
ない。また、AMDAの重  
要な柱である、さらに国連  
緊急救援活動  
には現地には  
トナーが必要。今後は緊急援助の在り  
方についてはいちお考えで  
先進国だけの  
が。  
今までの国際協力は第一  
は国家間、第二はNGO主  
体。そしてこれからの第三  
は行政との官民一体の活動  
ではないか。  
緊急援助は実力の世界。  
現地のリソースに準じたけ  
詰めた人が行っても足手ま  
つにない。中央官  
庁の支援や政府開発援助  
(ODA)からの補助をも  
つ。納税者  
の参加による国際交流、関  
連業の育成、地域医療へ  
うに結びつける。

日本では昭和五十七年  
に国際協力事業団(JICA)  
の国際救急医療隊  
(ORCHID)と救  
援を一番必要としている  
である子供への呼び掛  
け(OH-KID)を旗  
に国際緊急援助隊へ支  
援された。イランの大地震  
は緊急時の対応のスピー  
ドに限りがある。余計に  
人道主義で動くNGOの  
役割が大きくなった。世  
界の緊急援助活動は「国  
際赤十字」「国境なき医  
師団」などNGOが主体



## 「国際貢献トピア岡山構想」の提唱

### ※国際貢献トピア岡山構想を推進する会の提唱

この構想は医療・教育・宗教というヒューマンイズムの基本に感受性の高い岡山の精神風土にふさわしい活動理念を持つ民間の国際協力団体（NGO）のお世話をすることによって岡山の発展を図るという構想です。「国連機能集積地ジュネーブ」に対して「民間国際協力団体機能集積地岡山」という対比がわかりやすいと思います。本日までご出席の各団体・個人にご賛同・ご支援を呼びかけるものです。

### ※国際貢献NGOサミットの開催と地方自治体国際緊急援助団の創設

国際貢献トピア岡山構想の実現にむけて、「国際貢献NGOサミット」の開催と「地方自治体国際緊急援助団」の創設の呼びかけ。

「国際貢献NGOサミット」と「地方自治体国際緊急援助団」

海外の地元NGOの代表と日本の緊急救援グループとの相互理解・相互支援体制作りのための討議の場として岡山で定期的に会議を開催する。10月1日の郵政省「国際ボランティアの日」から10月6日の全国自治体「国際協力の日」にかけての1週間を岡山で「国際貢献ウイーク」として企画を立てる。

自治体の持つマンパワーやノウハウを民間の国際協力団体（NGO）の国際緊急救援活動に活かし、緊急救援を必要とする世界の人々のために迅速に効果的な活動を展開する。

ふるさとに活力

# NGOの大きな動きを地方から



AMDAの主な活動	
時期	活動内容
昭和59年12月	AMDA設立
平成3年4月	イラン国内のクルド難民の医療支援。フィリピン・ピナトフ火山噴火被災者の医療支援
平成4年4月	バングラデシュ国内のミャンマー難民の医療支援
平成5年1月	岡山のNGOで編成したソマリア難民救済チームが活動を開始
5月	アジア15カ国・地域でアジア多国給付医師団を結成
7月	ネパール・バングラデシュ大洪水被災者の救済活動

「国際貢献」といえば岡山と言われるように、世界にアピールしよう」と国際貢献トピア岡山構想」への取り組みが今年、スタート。12日には、この構想を推進させるための初会合が岡山市内で開催される。

構想を提唱しているのは、自然災害や内戦に苦しむ難民の緊急救済医療活動表。AMDAはアジア十カ国・地域に拠点をもち、会員約五百五十人の医療分野を専門とするNGO(非政府)の国際協力組織。これまでには戦後初めて難民に医療支援を行ってきた。「国際貢献トピア岡山構想」は昨年末に説明

## AMDAが提唱

している現状を打ち破り、岡山を拠点に、地方から大きな動きを起そうという考えだ。構想実現の具体策として、今年十月にはアジア、アフリカ、中南米から五十団体

## 岡山活動スタート

# 「国際貢献トピア岡山構想」

## 世界50団体参加のサミット開催

▲世界の各地から集まるAMDA事務局、電話の応対にあたる番渡代表(白衣衣) 岡山市

体のNGOを招き、「国際貢献NGOサミット」を開催。ローカルNGOによる地域活動(シ)などをテーマに、意見交換する。また、海外NGOと一緒に競争激しい市場で活動する「対外的アプローチ」も企画している。

## 今年13日に初会合

一方、岡山を拠点にしたAMDAのこれまでの活動により、岡山県内の自治体にも国際貢献の機運が盛り上がりつつあり、「国際援助団」を結成する動きも出ている。また、これまで国際貢献に直接的なアクション



ソマリア難民救済プロジェクトで患者を診察するAMDAの医師

のなかつた地方自治体でのこうした動きが、市民の意識や関心を高め、いくと、期待されている。

昨年、御津郡加茂川町の藤原二人が、AMDAに同行してソマリア難民の救済活動に参加。行政知識を生かして、病院改修の際の水道敷設工事や作業員の給与計算などに活躍した。これが、自治体が動き始めるきっかけにもなった。

曾渡代表は「NGOは宗教精神や個人のボランティアに支えられていた時代が終わり、地域に根付いた活動が求められる。現在では、NGOの本部の八割が東京に集中しているが、市民の方に参加してもらい、地方から世界へ大きな動きを起きたい」と話す。構想の最終目標は、国連の機関が集中するスイス・ジュネーブに対し、岡山が民間の国際協力団体のメッカとして国際的に認められること。世界にアピールできる岡山づくりは、すでに呼吸を、新しい岡山の姿を描きだそうとしている。



## ■ソマリア被災民救援医療活動報告

本部事務局ソマリア担当 夏目洋子

昨年11月中旬から約一か月ジブチに赴き1994年度プロジェクト継続にあたっての現地政府・国連難民高等弁務官事務所との折衝を行ってきた。昨年夏7月ジブチ入りした時の昼摂氏50度夜30度の猛暑を思うと、今回は非常に快適な旅となった。今ジブチはちょうど日本の9月頃の気候で、昼間は日差しが強く気温は30度程まで上がるが夜は毛布が要るくらいの寒さである。世界で一番暑い国と言われるジブチでも冬になると何とアリサビエ付近では雪が降ることがあるという。猛暑の中を毎日キャンプに通いつめたAMD Aの医療スタッフの苦労には頭の下がる思いであるが、プロジェクト自体も充実してきた今、気候の変化も加えてスタッフにとって活動しやすい環境が整ってきていることを確認することができた。

昨年度のソマリア難民救援プロジェクトでAMD Aが主に担当した部分はジブチ国内の医療活動と北ソマリアのハルゲイサ中央病院再建プロジェクトであるが、特に後者は幾度となくプロジェクトの進退に関わる大きな問題にぶつかってきた。ソマリアの内戦被災民を対象にした医療奉仕活動も、援助をする側とされる側の思いが複雑に交錯し、それにインフラや経済が壊滅状態にある現場の特異状況も加わってAMD AにとってはこれまでになくChallengingなプロジェクトだったように強く感じる。それにもかかわらず、ハルゲイサ中央病院における現地医師トレーニング・プログラム、医療物資の供与、また市内の孤児院やエチオピア難民診療などの巡回診療活動を行なうことができた。プロジェクトを通じてAMD Aスタッフの安全が最優先であったが、昨年11月中旬に現地雇用者との問題からスタッフの安全確保が危うくなり、皮肉にも私が今回ジブチ入りした翌々日の11月20日にハルゲイサよりUNOSOMの飛行機で緊急避難してきたAMD Aの4人のメンバーをジブチで迎えることとなった（撤退状況については長谷川昭一プロジェクト・リーダーによる報告を参照）。

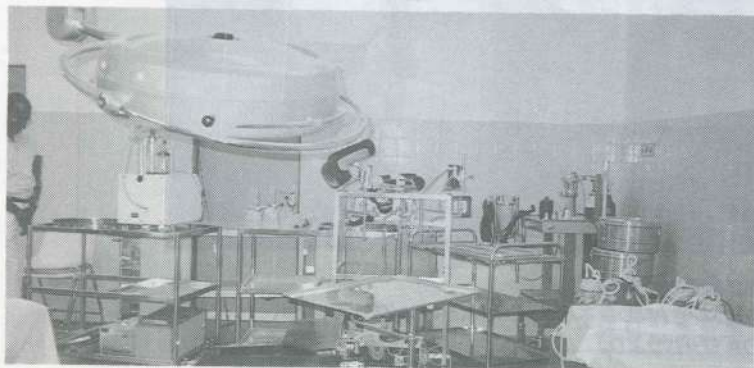
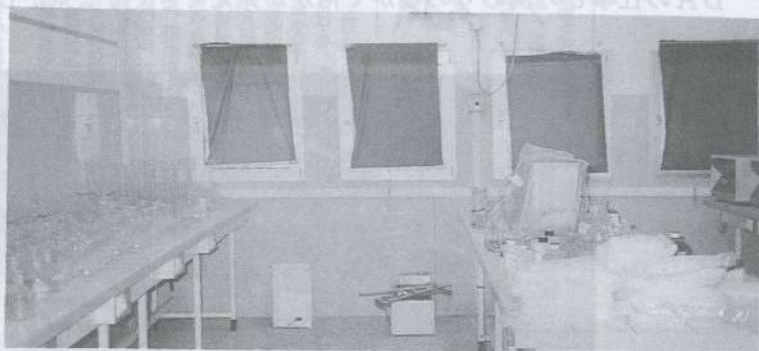
一方、ジブチ国内における難民救援活動は新規年度に向けて大幅に拡張する。ジブチ共和国におけるソマリア難民救援プロジェクトは大きく分けてジブチ難民キャンプでの医療活動とジブチ市内にある産婦人科病院ハナン病院再建プロジェクトの2つであるが、前者に関しては、オランダの国境なき医師団(MSF)が昨年12月15日付けで難民キャンプでの医療活動から完全撤退した後AMD Aがキャンプの医療を全面的に担当することになり、近々最終的に合意書に調印する。ジブチ国内には約10万人の難民がいると言われるがそのうちキャンプに収容されているのは3万人弱で、昨年夏よりコレラ発生のため延期されていた難民移送計画がこの一月より開始、都市難民がキャンプに移送されるに従いキャンプでの医療および保健衛生活動のニーズが急上昇している。AMD Aは今回過去一年間の活動が高い評価を受けジブチ政府厚生省や内務省難民局からの強い推薦もあり国連難民高等弁務官事務所(UNHCR)から協力要請を受けた訳であるが、UNHCRのインプリメンティング・パートナーとしてAMD A史上最大規模

井戸からポンプで水を汲み出し  
パイプで貯水タンクまでおくる。  
(アリアテ難民キャンプ)



貯水タンクで消毒した水を地下パイプ  
を通して水道口で供給。AMDA が水  
の配給も担当することになった。

ハナン病院の検査室。主な検査用具は  
ベルティエ病院に貸し出していて検査  
機能がない。



ハナン病院の手術室。器具は揃って  
いても誰も使わず数年間放置されている。

のプロジェクトとなる。「日本の」そして「アジアの」医師・看護婦の汗が遠いアフリカの地でこのような形でも実を結んでいる。また、現在ソマリア北西部への難民帰還計画がUNHCR主導で計画されており、それに伴いジブチ及び北西部ソマリアでのAMDAの役割は今後拡張することが予想される。

難民キャンプでの医療活動に加えてハナン病院再建プロジェクトは1994年度のジブチでの医療活動のもうひとつの大きな柱となる。ハナン病院はジブチ市の貧しい人々の居住区域に位置するが、近隣諸国からの難民流入の結果病院は廊下にまで入院患者が溢れるほどのパンク状態で、下層のジブチ国民への医療がおびやかされる状態になっている。AMDAは昨年度本病院に助産婦と医師を派遣、他には医療機器・医薬品の供与を行ってきたが、ジブチ政府厚生省からの強い要請もあり来年度は包括的病院再建計画を実施することに決定した。実施内容としては、現在全く機能していない手術室、検査室、およびレントゲン室の充実に主力を注ぐ。現在手術や検査の際は市内にあるイタリア系のベルティエ病院にすべて紹介する形をとっているが、将来的にはハナン病院単独で手術まで行なえる状態にすることを目標とし、不足している検査器具・医療機器等の供与に加えてAMDAより専門家を派遣し産婦人科医、麻酔科医、手術室看護婦等の現地の医療スタッフのトレーニングも行なう。機器・人材の不足のみでなく、病院自体のマネジメントの問題もあり長期的に取り組んで行く必要のあるプロジェクトとなりそうである。

以上、新年度の本プロジェクトの方向性についてご報告申し上げた。ソマリア難民救援プロジェクトはアジア多国籍医師団正式発足以来初のプロジェクトであったが、多国籍、多宗教、多言語の専門家集団を派遣するうえで内部的にも外部的にも実に様々な教訓を得ることができた。多様性をもっていかに世界の多様性に対応していけるか、AMDAの仕事との関わりのなかで何かが見えてきそうな気がしている。



アジア多国籍医師団のメンバー  
AMDA パキスタン、AMDA ネパール、AMDA バングラディシュ、  
そしてAMDA ジャパンより

# NGO集い 国際援助隊

まず6団体で旗揚げ



4つのNGOが合同で援助にあたったソマリア難民緊急救援活動（83年1月、ケニアで）

日本緊急救援NGOグループ

「日本緊急救援NGOグループ」は、1月、4つのNGOが合同で援助にあたったソマリア難民緊急救援活動（83年1月、ケニアで）

## 持ち味生かし迅速対応

世界各地で地震などの災害に襲われた人々や、戦中や戦後生じた難民の救済に  
開放の非政府組織（NGO）が、救済力に現地を以て得意とする。国際買  
取活動に力を入れるNGO団体が入り、日本緊急救援NGOグループ（以下、

「日本緊急救援NGOグループ」を組織する。国際買取の活動に力を入れるNGO団体  
は、海外に拠点を置く。日本緊急救援NGOグループは、海外に拠点を置く。日本緊急  
救援NGOグループは、海外に拠点を置く。日本緊急救援NGOグループは、海外に  
拠点を置く。日本緊急救援NGOグループは、海外に拠点を置く。日本緊急救援NGO  
グループは、海外に拠点を置く。日本緊急救援NGOグループは、海外に拠点を置く。

日本経済新聞 94.1.8（夕刊）

は、海外に拠点を置く。日本緊急救援NGOグループは、海外に拠点を置く。日本緊急  
救援NGOグループは、海外に拠点を置く。日本緊急救援NGOグループは、海外に  
拠点を置く。日本緊急救援NGOグループは、海外に拠点を置く。日本緊急救援NGO  
グループは、海外に拠点を置く。日本緊急救援NGOグループは、海外に拠点を置く。

は、海外に拠点を置く。日本緊急救援NGOグループは、海外に拠点を置く。日本緊急  
救援NGOグループは、海外に拠点を置く。日本緊急救援NGOグループは、海外に  
拠点を置く。日本緊急救援NGOグループは、海外に拠点を置く。日本緊急救援NGO  
グループは、海外に拠点を置く。日本緊急救援NGOグループは、海外に拠点を置く。

は、海外に拠点を置く。日本緊急救援NGOグループは、海外に拠点を置く。日本緊急  
救援NGOグループは、海外に拠点を置く。日本緊急救援NGOグループは、海外に  
拠点を置く。日本緊急救援NGOグループは、海外に拠点を置く。日本緊急救援NGO  
グループは、海外に拠点を置く。日本緊急救援NGOグループは、海外に拠点を置く。

## ■ソマリア被災民救援医療活動報告

北部ソマリア被災民救援プロジェクト

プロジェクト・リーダー 長谷川 昭一

11月初旬までの報告は前回しました。今回は残念な結果を報告しなければなりません。治安悪化その他の理由のため、11月20日一時撤退し、12月初旬完全撤退を決定しました。以下経過を簡単に報告したいと思います。

11月10日コーチネーターのラザック氏が契約どおり11月25日をもってフィールドオフィサーのワサメ氏（以下Wと略す）を解雇したい旨通告しました。Wは解雇する場合は1ヶ月前に知らせなければならないという現地のきまりを持ち出してきて12月10日まで継続するよう要求し、結局ラザック氏はおれました。14日ラザック氏が病院の修復プロジェクトに関するレポートと帳簿を返却するように彼にいいました。なおこの書類はAMDAにとってぜひとも必要なものです。その後姿を隠し、ようやく夜になって我々の宿舎へ来ました。両者の間で返せ、返さないの論議が起き一時険悪な雰囲気になりましたが、最終的にWが家に帰りすぐ持ってくるということでもとまりました。しかしその夜はついに現われませんでした。15日私と山本君が外出し、ラザック氏が空港へ向け出発したあと、午前9時頃Wは自分の属する氏族から武装グループをつれてきて、我々の宿舎へドアを壊したりして強引に入り込もうとしました。我々が雇っているガードの勇敢な行為により、彼らはやっと入るのを断念しましたが、しばらくはかなり騒いでおりました。通報にとり警察が駆け付け、ようやく事態は治まりました。この間宿舎内にいたアシク、ファルク両医師は怖い思いをしたわけです。この後Wはいったん警察に拘束されましたが、数時間で釈放されました。

我々はさっそく今回の事件に関する手紙を警察、内務省、保健衛生省、UNHCR、NUOSOMなどに配布し、信頼できる現地の人と対策を相談しました。また警察官にも警備を頼み、携帯用の無線を借りたりして安全対策を講じました。Wは事件後あちこちでたためをいい歩き、彼に都合のよい情報が一部に流れました。地元の信頼できる人の勧めに従い、16日内務省（警察の上部機関）の副大臣に会いました。残念ながら彼は真剣に受け取りませんでした。17日大臣に会おうとしましたが、はたせず事務局長に会い協力を依頼しました。そこで18日三者（AMDA、事務局長、W氏と彼の氏族の長老）間で会合を持つということになりました。18日はまず事務局長に会い、我々の身の安全の保証、AMDAの所有物である書類の返却）を再度伝えました。彼からはWへの給料（11月分）+謝礼を払い問題を解決したいという提案がなされ、我々は受け入れました。いざ三者の会合が始まると、Wと長老側の一方的なペースで進められ（事務局長が進めた）、我々の要求、要望は一切取り上げられませんでした。彼らは我々に法外な金を要求したうえ、15日に出した手紙を彼らの都合のよいよう書き直すことを強く求めてきました。Wに反省する様子は微塵も見られませんでした。我々は脅迫に近いものを感じたので決定を保留し、20日にもう一度会合を持つことにしました。

信頼できる人々（たとえば以前モガジシオで内務大臣をしていた法律家）に相談し、我々の契約問題がないこと（これは保健労働省大臣にもたしかめた）、法外な金を払う必要はまったくないことを確認しました。もし今回要求どおり払うと、今後要求どおり



払うと、今後同様の問題にぞくぞくと巻き込まれる可能性があり、また他の国連やNGO各団体に対する悪影響も考慮しなければなりません。18日夜4人で討議し、我々が配った手紙を書き直すなどとても受け入れられないという点で合意しました。期待していた内務省の対応が話にならないこと、期待していた長老たちが我々から金を取りに自分たちの評判を回復することしか考えていないことを知り、かつ我々が彼らの要求を受け入れない場合身の危険が高まることを考え、一時撤退することを決めました。19日は撤退に向けての準備で忙しく過ごしました。19日夜はUNHCRの北西ヒマリア代表に会い、我々が直面している問題点、取ろうとしている行動（撤退も含め）を説明し、了解を得ました。

20日は予定どおり内務省で事務局長に会いましたが、なんの成果もありませんでした。我々は保健労働省大臣宛に以下の4項目の問題が解決されない限り、プロジェクト再開は不可能ということを手紙で知りました。

1. 我々の身の安全が保証されること
2. Wに一月分の給料と謝礼以上には払うつもりはないこと
3. 我々の所有物であるレポートと帳簿の返却
4. 我々の意に反した文書を出すつもりはないこと

UNOSOMの全面的な協力を得て20日夕方無事ジブチに帰還できました。わずか2日間の準備でしたが、緊急時の撤退がいかに大変なものであるかを身をもって感じました。その後ジブチではしばらく様子を見ました。いくつか情報が入るも状況に変化はなく、かつ12月いっぱいプロジェクトを終えなければならないことを考え、12月初旬完全撤退を決定しました。

以上がこれまでの経過です。今回は予想以上の結果となりましたが、我々はやるだけやったという気持ちでいます。この経験が今後の活動に活かされるよう期待しております。



ソマリア人医師と一緒に診察する AMDA バングラデシュ、ファルク医師



によって飲みや 宿舎には定期的には水を供給してもらった



我々の宿舎の警備をお願いした門番とガードマンたち



## 1. はじめに

現在、難民キャンプでの死亡者のほとんどは5才以下の小児である。中でも、栄養失調児は、ハイリスクグループである。小児の死亡原因の主なもの、下痢、呼吸器感染症、脱水であり、これらの疾患は、難民キャンプでは子供達に日常的に見られる。小児の場合は状態の変化が急速であり、その時々に対処によって予後が左右される。もし母親が子供に対しての適切な対処方法を知っていれば、もっと多くの子供達が生き延びる事が出来ると思われる。小児の死亡数を減らす事を目的として、まずアンケートにより母親の子供の健康に対する知識と保健衛生行動を評価し、その結果をもとに、栄養失調児センターの母親に健康教育を行った。今回はそのアンケート結果を報告する。

## 2. 方法

アンケートを用い、母親の子供の健康管理に対する認識の程度を調査した。通訳を栄養失調児センターのスタッフに依頼し、直接インタビューによりアンケートを集めた。

1) 対象：各キャンプの月間レポートをもとに、死亡者数の多いアウラアウサキャンプとアリアテキャンプで行った。体重対身長比1 (体重/身長に対する標準体重) × 100)が75%以下の極度の栄養失調児を持つ母親に対して行った。

2) 調査期間：7月14日～8月8日

3) ケース数：アウラアウサキャンプ18例、アリアテキャンプ9例の計27例

## 3. アンケート結果

- 1) 「いつ難民キャンプに来たか」という問いに対しては、3～6ヵ月前が48%、6～12ヵ月前が37%で来たばかりの難民に栄養失調児が多いと言える。
- 2) 女性の一般的な妊娠・出産に関する傾向を見てみると、出産可能年齢の女性は現在、1人当たり4.9人の子供を出産している事になる。しかし、まだ最終的に生み終わっていないため、一生を通じて1人平均何人生むかは分からない。現在、生存している子供の平均数を見てみると母親1人当たり平均3.1人である。7～11人と多産の場合は全ての母親が育てる途中で何人かの子供を亡くしており多産多死の現状が浮き彫りにされている。
- 3) 死亡した児の年齢・原因についてみると、3才以下の死亡は78%と高値を占めている。死亡原因は、下痢24%、麻疹18%、呼吸器感染症12%の順になっており、子供にとって日常的な疾患が原因になっている。
- 4) 「どこから飲料水を得ているか」という問いに対しては74%が井戸からと答えているが、その他は消毒されていない川から得ていた。キャンプ別にみるとアウラアウキャンプでは川がないため、全ての人が井戸から得ているが、川のあるアリアテキャンプでは9人中6人(86%)が川から得ていた。これは自分のテントからどの位離れた所に井戸や川があるかということに加え、味も関係あると思われる。消毒された井戸水であっても、塩味が強かったりすると川の水を好む場合も見られる。

- 5) 「子供が下痢をした時、煮沸した水を与えるか」という問いに対しては、70%が「はい」と答えているが、まきを集めて火をたいている現状を考えると、実際には難しいと思われる。
- 6) 「食事前と排泄後に手洗いをしているか」という問いに対しては、100%が「はい」と答えており、手洗いの必要性は全員分かっているようである。しかし、栄養失調児センターで食べている状態を観察していると、全員が食事前に手洗いをしているとは言い難い。
- 7) 飲料水の汚染の原因の1つとして入れ物が汚れていることがあげられる。飲料水の入れ物を直接観察してみると、明らかに汚染されているが、「入れ物はきれいかどうか」という問いに対しては全員がきれいだと答えている。この点から清潔に対する認識は低いと考えられる。試験紙を使用し井戸と飲料水の入れ物の大腸菌、一般細菌による汚染度を調べたところ、飲料水の入れ物の水の汚染を認めた。
- 8) 「子供が病気になった時どうするか」という問いに関しては、全ての親が診療所へ連れていくと答えている。その他の対処法として自分の生まれ育った土地で培われた健康に対する知識もあげていた。例えば、熱がある時は水で体を冷やしたりバターと蜂蜜を混ぜたものを飲ませる。咳のある時はバターと卵を混ぜたもの、バターと蜂蜜を混ぜたもの、紅茶に砂糖を入れたものなどを飲ませる。嘔吐がある時はバターと蜂蜜とオレンジを食べさせる。下痢がある時は薬草を煎じたものを飲むなど、暮らしに基づいた対処をしていたようである。病気の際は栄養のあるもので、病人にとって飲みやすい食べやすいものを摂取する事が心がけられていたようである。しかし、中には全面的に薬に頼って、自分では何もしようとしない母親もみられた。難民キャンプへ来る前は、診療所などがない地域に住んでいる人が多かったために、伝統的な薬として薬草を煎じたものなどが幅広く使われていた。現在でもキャンプで手に入る薬草については続けて使われている。その他にアッラーに祈る、という答えも数多くあった。隣人達がテントに集まりチャットという麻薬に似た効果のある草をかみながら、夜どうし健康の回復をアッラーに祈るのである。日数は症状によって異なっており、2、3夜祈り続けるという答えが多く聞かれた。儀式の最中には、子供の体に水をかけたりする場面もあり、発熱が認められる場合には有効であると思われる。
- 9) 小児は状態が悪くなると、水分をとる事を拒否し、脱水傾向になる事がよくある。「子供が水分をとりたがらない時はどうするか」という問いに対しては、74%の親が子供に飲ませるように努力すると答えている。その方法として、水に砂糖を混ぜて与えるなどをあげている。
- 10) ORS（経口補液剤）については、全員が知っていると答えている。ORSの役割は、脱水防止と正しい知識を持っている人が89%と予想以上に多かった。しかし、ORSを与えても下痢は止まらなかった、と答えた親もあり、下痢を止める薬と間違っているとらえている場合もみられた。
- 11) 食事については、離乳食を始める時期としては生後5、6ヵ月目、母乳を与える期間は2年間という回答が最も多かった。87%の母親は子供に与える食事を特別につくっていると答えている。しかし、材料に限りがあるため、御飯に砂糖や油を混

- せて柔らかく煮て与える、という答えが大半であった。
- 12) 麻疹には、33%の子供が罹患しているが、罹患後健康状態が悪くなった子供はほとんどいなかった。罹患時の対処法としては、診療所があれば、連れていくようであるが、診療所のない地域ではミルクとバターを混ぜたものを飲ませ、かつバターを体にぬり日光浴をさせる、という話も聞かれた。
  - 13) 「子供の便中に寄生虫を認めたかどうか」という問いに対しては、15%の母親が「はい」と答えている。しかし、便の検査をしたわけではないので、実際の数字は分からない。
  - 14) 予防接種については、1人を除いた全員が知っていると答えている。役割については6つの疾患の予防と答えた人が42%であったが、その予防すべき疾患についての十分な認識はされていない。中には、多くの病気や熱、咳、下痢などの予防と間違った認識をしている親もみられた。

#### 4. アンケートの考察

今回の調査で難民の保健衛生に対する知識と、その行動を調査し、現状と照らし合わせてみた。それをもとに改善のための方法を考えた。

下痢の原因の一つとして飲料水の汚染があげられる。アンケート結果より水の汚染原因として、水源を消毒された井戸だけでなく川からも得ている事、飲料水の入れ物が汚れている事、汲んできた水を長時間溜めておくことがさらに汚染を増悪させている事が考えられた。飲料水としては、煮沸した水を使う事が望ましいが、用意するための物品、ストーブ、薪、などが全体的に不足している。人によっては食事を用意する場合も隣人が料理した後の残り水や鍋を借りているという現状を考えると、煮沸した水を用意するのは難しいと思われる。母親に指導する段階で、煮沸した水の必要性を説明するのはもちろんだが、現段階で実行可能な、飲料水の入れ物を清潔に保つ事や、井戸から汲んだ水は出来るだけ早く使う事などを指導する方が有効だと考える。

衛生行動については、手洗いの必要性を知っていても必ずしも実行されていない。水を手にいれるためには遠い井戸まで行かねばならず、井戸も時々止まり、慢性的な水の不足が問題点の一つである。水の供給の改善が望まれる。また、母親によっては自分の飲み水も持たずに栄養失調児センターに来ており、手洗いをする水は飲料水よりも後回しになっている。手洗いの水の確保の必要性の説明、更に動機付けが必要である。キャンプによっては、スタッフが手洗いの水を用意している所もある。

子供が病気になった時の対処法については、経験によって培われた知識があるにもかかわらず、難民キャンプにいる現状では実行が難しいようである。病気の時は栄養のある食べやすく飲みやすい物を摂取しようと思っても、難民キャンプで手に入るものは限られており、バター、蜂蜜、卵などは手に入らない。子供が病気になった時、母親は薬に頼らざるを得ない状況である。「アッラーに祈る」という事を通して、病気や死に対する考え方の根底にはイスラム教が深く関わっているようである。日常的な診療での経験では、子供の状態が非常に悪くなった時、自分のテントにいる方を好み診療所に連れていけない場合もみられる。人間の生死はアッラーが最終的に決めるもので、人が死ぬという事はアッラーに召されていく事であり、人間の力でどうにか出来るものではない、と考えているようであった。救急蘇生をした時も周りにいた人達に止められた

事もあった。15才以下の子供が死んだら、世界の終りの日にアッラーが引き合わせてくれる、と話してくれた母親もいた。伝統的な治療法の一つに、鉄を熱して体につけるというものがある。診察をしていると、腹部に無数の火傷や時には二次感染をおこしている人を時々みかける。伝統的な治療法を施す人がおり、その人に行ってもらっているようである。その後、症状が改善されたか否か尋ねてみると「全然変わらなかった」「痛みが軽減した」などの答えが聞かれた。西洋医学の観点からみると勧められるものではないが、人々は診療所に行くのと同時に、これらの治療にも頼っているようである。

脱水予防については、アンケート結果をみる限りでは、かなり多くの親が子供に水分をとらせる努力をしているようである。しかし、子供は急激に脱水になりやすい事と、実際に診療所に来た時点で中等度から重度の脱水に陥っているケースのある事より、まだ十分とは言えない。脱水の早期発見としての脱水状態の見方や、脱水の予防としてどのように水分を与えるか、ORSの役割、作り方を説明し、実際に指導していく必要がある。

#### 5. 衛生教育プログラム

以上のアンケート結果をもとに、栄養失調児の母親に対して衛生教育プログラムを実施した。それについての報告は、機会を改めてしたいと思う。

#### 6. 終りに

海外から医療従事者として難民キャンプに入った場合、文化面、宗教、教育背景などあらゆるものに対して、日本との違いを感じる。特に死生観では大きな相違を感じた。日本では死はまだ敗北としてとらえられている感があるが、ここではイスラム教のもとでアッラーが定めたものとして受けいれられているようであった。衛生教育を行う場合、送り手として必要な知識を伝えるだけでなく、受け手の知識・理解度をアセスメントし、文化的、宗教的背景を知った上で行う事が大切だと思われる。「下痢は何故起きるのか」という問いに対し、「下痢は蠅が運んでくるのではなく、アッラーが運んでくるんだ」と答えた下痢の患者がいた。こういう場合、西洋医学に基づいただけの下痢についての説明だけでは、本人の受入れは不十分だと思われる。このような価値観の中において、「あなたが子供に対して出来るだけの事をした後に、アッラーが助けてくれるのではないか」というアプローチも必要だと思われる。

診察の合間にアンケートをとったので、サンプル数は27と少ないが、質問者の違いによる結果のずれは少なかったと思う。栄養失調児センターに来ている母親のみにアンケート調査を行ったため、知識・衛生行動の結果は標準のレベルよりも高い結果に出ている可能性がある。また、質問方法の制限により「はい」の答えが多くなってしまうことによるバイアスの可能性もある。

以上で得た結果を今後の日常の診察、衛生教育に役立てていきたいと考える。

### ALI SABIEH キャンプだより

河田 聡子

前略御免くださいませ。いかが御過ごしでおられますか。

12月となり、日本とは比べものになりませんが、ここDJIBOUTIでも肌寒い毎日です。8月に到着した時の50度近い暑さが、嘘のようです。出国を間近に控えて思いを巡らすと、この4か月で日常の場となったここALI SABIEHから去って行くのが不思議に思えます。

さて、私のALI SABIEHでの活動？とは言いますと、AMD Aの活動している4つの難民キャンプ（ソマリア、エチオピアから）のうちの主に2つのキャンプに通い、CHW（コミュニティヘルスワーカー）の方々とテントを周ることと、10月から11月にかけてはAOUR AOUSSA キャンプで突然発生したコレラのためにセンターを手伝うことでした。

この4か月間、ソマリ語が出来る訳でもなく、公用語のフランス語さえもできない自分が苦に感じる事無くキャンプに通えたのは、一緒に働いているスタッフはもちろんのこと、キャンプ内のLOCAL STAFF に、そしてキャンプに住んでいる人々に支えられたからだとつくづく感じています。

ここでのLOCAL STAFF というのは、先にあげたCHW、その他診療所、栄養失調児センター、コレラセンターで働く現地のスタッフの事です。主にDIBOUTI の難民局の管轄下有給で働いています。スタッフの何人かは、DIBOUTI 国民ですが、その他多くはキャンプ内の難民の方々と構成されています。スタッフの方々のバックグラウンドは、ソマリアで看護師をしていた方もいれば、大企業で役職についていた方、空軍兵だった方、と様々です。

LOCAL STAFF の方々と一緒に時間を過ごすなかで強く考えさせられたのは、ソマリアにしろエチオピアにしろ、戦争が彼等の人生をどんなに変えてしまったのだろうかという事でした。ある人はずっと医者になりたくて勉強してきたと話してくれ、ある人は恋人を置いてきたけれども、遠くにいる人を待ち続ける事は難しいよと、彼女も家庭を持ったかもしれないと語ってくれました。ことにエチオピアからの政治難民の方々を見ていて思うのは、電車で一日行けば帰れると言うのに、家族も友達も愛しい人もいるというのに帰れずにいる・・・まるで欲しいものを目の前にぶら下げられて、でもけして貰えない。そんな酷な状況に思えたりします。けれどもそんな彼等に私のエチオピア行きを話したところ、羨む訳でもなく心のそこから嬉しそうに「すごく良い国だから僕たちの美しい国を見てきてくれよ。」と、言い、親戚と家族の住所、紹介状まで書いてくれました。心が広いと言うのでしょうか、人生に対して潔いと言うのでしょうか、感銘を受けました。

人生に対しての潔さというか、あるものがあるがままに受け入れられる素直さと言う面では、テントを周っているなかで関わることの出来た遊牧民の方々から強い印象を受けました。幾度となく人の亡くなる場面に出会い、もちろん亡くなった後に家族に会う機会もありました。私は確かに治療に関わり、力になれなかったわけですが、一度たりとも悲しみの捌口とされたことはありません。「イン シャーラー」-神の思し召しのままに-と皆口にしますがその言葉どおり、その「死」は全く人間の範囲外の出来ごと、神の意思と

して受けとられている、そんな印象でした。キャンプを歩いていると、前日亡くなった方の家族が「スカワラン？」—元気かい？—と微笑んで歩み寄ってくれ、お墓の方角を指差し「セホ」—寝てる—と言う、そして「ワア マハット センタハイ」—ありがとう—と言ってしまふことに偉大さを感じてきました。そして、家族に看取られ、家族が心をこめて体を洗ってくれ、その死さえあるがままに受け入れられていく・・・そのことに一種の羨ましさを感ずりました。

感じた事はまだまだ語り尽くせませんが、今回は関わりのあった方々へ感謝をこめて書かせて頂きました。また少しずつまとめさせていただきます。 かしこ



時々他団体派遣者を招待して会食をしたが、これは大きな楽しみの一つであった

## ■ソマリア被災民救援医療活動報告

### THOSE REMEMBRANCES IN HARGEISA

By: Dr. Ashiq Hussain

I was always fascinated by dark, mysterious continent of Africa. When I came to know about AMDA's project in the horn of Africa, then and there I volunteered to work as a surgeon in Hargeisa Hospital, Somaliland.

After arriving at Djibouti, I flew to Hargeisa by a cessna plane of Avior airline of CARE. I was the only passenger and my moral was boosted up as I thought that perhaps the plane was chartered only for myself. Over and above pilot offered me the co-pilot seat and I was able to soar above the clouds and watch the aerial view of rocks and ravines and dwarfed trees.

When plane landed at barren, skeletal Hargeisa INTERNATIONAL airport, I bid 'Adios, Senor!' to spaniard pilot and was received by our deputy coordinator Mr. Kunimitsu Yamamoto, with whom I was going to spend a helluva time during my stay of six weeks in Hargeisa. Mr. Kuni proved a nice friend but he had one characteristic, whenever he encountered a camel he used to exclaim "My goodness!" the reason was either known to intrigued Kuni or to bewildered camel.

On the way I saw destroyed roads and damaged buildings. By looking at vestiges of war ravaged city it was easy to conclude that once Hargeisa was a beautiful city.

AMDA had living quarters in a hotel named Mawel. Most of expatriots and prominent somalians were also residing in it. It had few facilities and high rent charges, the rooms were claustrophobic pigeon holes. I christened it "Marvel of Hargeisa" which was approved by many NGOs personnel.

AMDA office was a small cosy room in UNDP compound wall. One corner was always occupied by the table of our office Astt: Administrator a somalian girl. She was always stone sober, we never saw her smile. One day she not only smiled but laughed, yes, a real laughter and Lo! there was sunshine in small gloomy room. We celebrated that rare occasion.

Weather of Hargeisa is pleasantly cool, pure and refereshing which is a great contrast to sultry heat of Djibouti. Hargeisa city is sprawled among hills and rocks, acacia trees and prickly pears. The lanes are splashed with variegated colours of farangi pani, bougainvillia and other tropical flowers. White poplars, oleander, margossa and pomgranate trees bedeck the avenues and houses of city. Houses are built like cottages with corrugated metallic roofs. They are like Roman villas. Infact before war, Hargeisa was a holiday resort for Djiboutians and at that time it was populated by 8000,00' people. Now the damaged buildings are like ugly wounds of war on the beautiful landscape, but hargeisians are returning to their nests, population has already reached to 2000,00. and reconstruction of buildings is in progress.

In market of Hargeisa you can find the wares from far and distant countries. This bazaar is a mixture of middle ages and twentieth century. Unexpectedly, the things are quite cheaper than Djibouti market. The somalian currency is so much devalued that first time in my life I found myself a millionaire!

Like other east african coastal areas the somalian culture is a mixture of Afro-Arabian influences. Somalians are nomadic people with clan system. They speak Somalese, English and Arabic languages. I found them highly intelligent with fierce individual pride and strong sense of honour. They are in habit of chewing 'chat', a plant the leaves of which contain an amphetamin like substance that acts as CNS stimulant. Men are dressed in shirt and loin cloth carrying a rod with curved handle. Erect and graceful women clad in multicoloured costumes look like exotic birds. Ululating somalian music is melancholic, lonely-----a cry of wilderness!

After few days of my arrival ,we rented a house, our new home was quite spacious and comfortable. we also had a lawn in which there were two big tortoises! During siesta time we used to savour the delicious languor of mild heat with cooing of pigeons and turtle doves in background.

We were fortunate to have an excellent cook, infact he was a chef who served us a whole range of English, Italian, Chinese and Arabian cuisine. My favourite was 'pulao', rice cooked with meat which is relished in most of muslim countries from Morocco all the way to Kazakestan. We enjoyed the culinary art of our cook so much that all the AMDA members gained weight.



Even Dr.Hasegawa-San who was workaholic and always tinkering with word processor exclaimed the praises of food.

We used to throw and attend the parties of other agencies. I particularly remember a party by an NGO in which an Italian doctor played on musical instruments and her Madagascan girl danced with Dr.Deepak(Nepal). On other occasions I sang and Dr.Deepak performed the indian dance. In parties every person has to sing the song of his country.

In Hargeisa, we used to meet people of different countries who were working in different agencies but a Ugandan doctor was very freindly to us. He was a lovable fellow with bright sense of humour, his laughter was so peculiar and infectious it was an experiance to hear it. We all enjoyed his witty remarks and company.

Suddenly all this ended, our security was intimidated by our former local employ and his armed militia so we abruptly decided to evacuate from Hargeisa.

But all the members of AMDA-Hargeisa team will never forget the remembrances of things in Hargeisa-----pleasant weather, lovely landscape, exotically clad girls, our cottage and cook, the bonds of freindship among members and other persons, and novel experience in Horn of Africa.

Sayonara! O, Hargeisa! Sayonara!

ジブチ難民について難民局秘書官アーメッド・サミュレ氏に聞く

難民キャンプの状況は1昨年来（1992年）、キャンプの運営の向上やONARS（難民局）HCR（国連高等弁務官事務所）PAM（WFP世界食料計画）の協力によって、改善されている。さらに、監視委員会が設置され、月に一度問題処理のために開かれている。

生活必需品の月一度の配給実施や、無料診療所PMI（プライマリー・ヘルス・ケア）給水設備等の公共施設の設立により、キャンプの生活状況は改良されて来ている。

キャンプの避難民の間にコレラが蔓延し、その伝染を避けるために避難民の祖国への帰還計画が中断されている。

MSFやAMDAなどのNGOの協力による受け入れ態勢の設置や避難民の治療活動によって、コレラの伝染は予想したほどひどくはならなかった。AMDAやMSFなどのNGOの医師や、ジブチ厚生省とONARSの協力で、キャンプの衛生状態はすっかり改善された。これでジブチにおけるAMDAの活動は成功したことが証明された。

## REFUGIES

# Où en sont les choses ?

Après l'épidémie de choléra qui s'est déclarée chez nous voici plus de quatre mois, c'est la saison fraîche et son lot de conséquences qui arrivent : pluie, moustiques, paludisme, infections pulmonaires de tous genres... etc... Face à cette situation, nous avons rencontré M. Ahmed Samireh, secrétaire exécutif de l'Office national d'Assistance aux Réfugiés et Sinistrés (ONARS) pour un tour d'horizon plus que complet et convaincant.

Selon M. Ahmed Samireh, la situation s'est nettement améliorée depuis l'année dernière grâce à une meilleure gestion dans les camps, mais encore suite à une plus grande collaboration entre les différents intervenants à savoir l'ONARS, le HCR et le PAM. De plus, un comité de surveillance a été mis en place et se réunit une fois par mois pour traiter tous les problèmes posés.

«En tant que responsable de ce secteur, affirme le secrétaire exécutif de l'ONARS, je pense que nous ne ménageons pas nos efforts pour améliorer le sort de cette population déplacée. Les conditions de vie dans les camps ne cessent de s'améliorer en ce sens que d'une part la distribution des vivres est actuellement mensuelle, d'autre part un certain nombre d'infrastructures ont été mises en place dans les camps à savoir des écoles, des dispensaires, des PMI, un approvisionnement en eau potable satisfaisant... etc...»

Aussi, d'après M. Samireh, la situation des réfugiés contrairement à ce que l'on pourrait penser, n'est pas trop à plaindre. «On pourrait même dire que les réfugiés vivent mieux dans les camps que dans les rues de la capitale, voire ont plus de privilèges que bon nombre de Djiboutiens. Cependant, il faut avouer que malgré les efforts fournis, beaucoup reste à faire en matière d'assistance. «Il faut toujours aller de l'avant et continuer à fournir des efforts», déclare le secrétaire exécutif de l'ONARS.

A notre question de savoir dans quelle proportion le choléra a touché les réfugiés installés dans les camps, le choléra a interrompu le programme de transfert des réfugiés vers leurs pays d'origine. Etant donné que la maladie s'est d'abord déclarée à Djibouti-ville, il s'est avéré nécessaire de suspendre toute opération de transfert pour éviter tout risque de contagion. Cependant il y a eu quelques cas de choléra rapidement maîtrisés à Ali-Addé. Ceci grâce à la mise en place de structures d'accueil et de soins au profit des réfugiés en collaboration avec des ONG telle MSF ou AMDA (Association japonaise). En définitif, l'épidémie de choléra n'est pas aussi dramatique que l'on prévoyait.



M. Samireh a ajouté également que la situation sanitaire dans les camps s'est nettement améliorée pour 2 raisons principales. D'abord grâce à la mise en place d'infrastructures nécessaires, puis à la présence sur les terrains de médecins venus dans le cadre d'ONG comme AMDA ou MSF, en collaboration avec le Ministère de la Santé djiboutien et l'ONARS.

En ce sens, je voudrais souligner, affirme le secrétaire exécutif de l'ONARS que l'expérience d'AMDA à Djibouti s'est avérée être un succès. D'ailleurs, l'ONG asiatique s'est installée au nord-ouest de la Somalie et dans d'autres pays africains comme le Mozambique. «Par ailleurs, il faut avouer que nous sommes très inquiets devant la saison fraîche porteuse de maladie et de vecteurs de maladie, et très conscients du risque de prolifération du paludisme. Aussi avon-nous pris un certain nombre de mesures de prévention pour lutter contre ce fléau, nous confie M. Ahmed Samireh».

Malgré tous nos efforts pour améliorer leur situation, il existe des réfugiés qui quittent les camps pour venir dans la capitale et souvent il s'agit de gens qui veulent vivre de mendicité. «Et ceux là, même si on les met dans des hôtels à cinq étoiles, ils les quitteront pour aller mendier dans la rue» nous retorque M. Samireh. Heureusement cette catégorie de personnes semble progressivement diminuer en nombre.

Pour les perspectives d'avenir, le secrétaire exécutif de l'ONARS, M. Ahmed Samireh nous a confié

qu'un programme de rapatriement volontaire des réfugiés dans leurs pays d'origine sera bientôt mis sur pied et pourra démarrer très prochainement. Pour vous donner quelques chiffres, M. Samireh a affirmé que sur les 10.000 réfugiés éthiopiens présents à Djibouti 7.700 d'entre eux sont prêts à rentrer chez eux. D'ailleurs, il est prévu de réaliser une grande opération de rapatriement vers l'Ethiopie avant le début de l'année 1994. Bien sûr des structures d'accueil seront mises en place avant cela dans les lieux de destination.

Quant aux réfugiés somaliens, qui sont au nombre de 20.000 dans les camps, le Gouvernement djiboutien est en train d'étudier avec les «autorités» somaliennes la politique à adopter pour un éventuel rapatriement vers le pays d'origine. Là encore l'espoir existe, d'autant plus que la France est prête à financer une telle opération. Pour l'instant, selon le secrétaire exécutif de l'ONARS, une première opération de rapatriement vers les régions de Zeila, Loukhaya, Guérisa est prévue pour le début de l'année 1994. M. Samireh a conclu en nous rappelant qu'en matière d'aide humanitaire Djibouti joue un rôle très important, elle devient un véritable pôle d'intervention pour les organisations humanitaires internationales. Nous nous devons, en tant que responsables djiboutiens de remplir notre rôle et mettre à contribution tous nos efforts et toute notre volonté pour mener à bien notre action».

PROPOS RECUEILLIS PAR DESMO MOHAMED

**La Nation**  
JEUDI 26 OCTOBRE 1993 N° 42 11.300.000  
PÉRIODIQUE PRÉF. 75 FD  
Warbaa u gaajj kulul - Xaaguh xilne hee xaagah xilne





UNHCRのQIP's 予算で購入した医療器具



抜糸をする郡病院の看護婦さん。約一週間前、この患者さんはチェーンソーで作業中に怪我をし、翌日になって病院に連れて来られた。

### MEDICAL EDUCATION PROGRAM IN PHNOM SROUCH DISTRICT HOSPITAL

AMDA-Cambodia SEK MARDY.M.D

Phnom Srouch district is one of the poorest districts in Kompong Speu Province. People seem not to be interested in Agriculture. They like making their jobs in the forest as wood cutters, charcoal makers etc. The areas are full of malaria and there is a great lack of hygiene and health services.

Most people in the district do not believe in the modern health care system and try to treat by their own ways when they are sick. They suffer from the disease until they die at home. This is one reason for the high rate of death. Another reason for this is the way of earning money of some of the lower level health staffs, whose knowledge is low but they pretend to be good at medicine and try to diagnose and treat blindly. No one has been able to control this guilty as the country suffered a 20-year long civil war.

We doctors could not ignore this fact any more, and with the hope that something is better than nothing we decided to train the hospital staffs so that they can provide good health services to the patients living far away. AMDA choosed Saturday as the day for medical education/training in the Phnom Srouch district hospital, The staffs are mainly taught what they should do in emergency situation and how to save life.

The training was started on May.1993. The participants who join in this training are around 30. Most of them are Auxiliary nurses in this hospital and some from other hospitals. Other participants include lab-technicians, health staffs from sub districts.

The training is conducted by AMDA Doctors on rotation <bases>. The course takes 23 hours starting at 9 O'clock in the morning. To make the participants easy to understand the subject matter, a copy of lecture note is distributed to each participants before the start of class. Participants are encouraged to ask question whenever they not clear. We demonstrate them how to resuscitate the victim in emergency situation and also we demonstrate them how to use the instruments properly. We have also planned to use audio-visual aids for teaching purpose. At the end of one year of the training, an assessment will be held and the successful participants will be awarded with certificates.

The topics are chosen according to the things in common practice. Special consideration is made on topics like Malaria, Rehydration therapy and management of cases in Road Traffic accidents. sometime the participants are taken to bed side teaching.

The training completed 7 months and now we see the medical knowledge of the participants has been improving. Now the staffs know about some of the common and acute diseases and they can start reasonable treatment by themselves in the absence of doctors. We think they have realised how important it is to get right and fresh knowledge to save lives. We also believe, through this program, good health services will be established everywhere in Phnom Srouch district.

## ■カンボジア救援医療プロジェクト活動報告

AMDA Cambodia Project:

### REPORT ON ACTIVITIES AT PHNOM SROUCH DISTRICT

AMDA-Cambodia Dr Dhruva Koirala

AMDA Cambodia project completed a successful periods of 14 months in the Phnom Srouch district. AMDA has been concentrated in the rehabilitation of the district hospital and conduction of community health activities in the district.

In this period AMDA made every efforts to establish all basic infrastructures in the hospital. Physical facilities including a new building and basic hospital instruments and materials have already been set up. The hospital recently received equipments worth about \$7500, purchased by AMDA under QIPS project. The equipments include a binocular microscope, an obstetric bed, two resuscitation kits, two ss trolley, two centrifugers, an examination lamp, three ophthalmoscopes, a vacuum extractor, one obstetric forceps, six vaginal speculums etc.

As the country is getting a relatively cooler months now, the patients inflow in the hospital seems to be decreased in the last two months. One other factor could be the engagement of the people in the fields for harvesting.

Total of 3800 bed-nets impregnated in mosquito repellent chemicals have already been distributed in the communities with high incidence of malaria. A survey will be conducted in near future to see the result of distribution of bed nets.

The day care centre at Triang Treing has becoming popular. There has been a continuous demand to increase the present capacity of 22 children.

The vaccination team has covered a satisfactory range of population despite of less number of working days and distant working areas.

Continuing Medical Education program for the para medical staffs of the hospitals has been going smoothly. This program is found to be very useful to freshen the existing health-knowledge among the staffs and also to impart health education on some health issues.

Some improvements have been made to reduce hospital infections in surgical procedures. A short course training program for the hospital staffs on the practice of 'Sterile - technique' is under consideration.

HOSPITAL DATA IN THE MONTHS OF NOVEMBER & DECEMBER, 1993.

	NOVEMBER	DECEMBER
<b>1. Vaccination</b>		
- Child	500	391
- Adult Female	379	326
- Adult Male	58	57
	937	771
<b>2. Emergency Cases</b>		
- Male	21	11
- Female	7	6
- Children	6	3
	34	20
<b>3. OPD Consultation</b>		
- Male	175	196
- Female	265	187
- Children	341	207
	781	590
<b>4. Admitted Cases</b>		
- Adult (Male/Female)	29	20
- Children	21	17
	50	37
<b>5. Minor Surgery</b>		
- Dressing	82	88
- Suture	14	8
- I&D	5	4
	101	100
<b>6. Disease Pattern</b>		
- Malaria		
Adult	121	125
Children	68	33
	189	158
- Ob/Gyn	142	100
- Diarrhoea (Children)	93	71
<b>7. Blood Smear (Malaria)</b>		
Total	203	237
Positive	154	139

5. リハビリテーション・プロジェクトの概要

1) SOLAPUR市内に建物を借り、

2) 現地で理学療法士、事務職員、ドライバーを雇用、医師はAMDAインド支部より

Towards the last week of November there were 10 cases of severe diarrhoea in the dulte nooding hospitalization. Two of them were brought in shock stage and were suspected to have cholera. Every patient recovered well to the tretment. AMDA had been alert for the possible outbreak of cholera in the communities, but it did not happen so.

Respiratory tract infections are quite common among children and adult population. Surpprisingly, only two cases of tuberculosis have been reported in the last two months.

Skin infections also occupy a significant proportion. This reflects towards the poor hygienic condition and scarcity of water in the district.

Among the trauma cases most of them are Road Traffic Accidents. One of the best high ways linking the port and the capital city passes through the district. Careless and high spread driving is found to be the cause for high incidence of RTA.

A lerge area of the district conceals land mines (Some of them are pretty close to the hodpital boundary) placed duling the civil war. So often people are brought to the hospital following accidental explocion of the mines. Three injured persons attended the hospital last two months.

Simisimilarly, frequently the Government soldiers and some times the public have been found to be attacked by Khmer Rouge soldiers in nearby community. In the last two months two injured Government soldires were brought to the hospital. On 7th ,January of this year about 10 perspns were injured following an attack by the Khmer Rouge, just 6 km away from the hospital. One Government soldier and two civilians were brought to the hospital. Thay had multiple penetrating injuries, so they were transferred to Provincial hospital after primary management.

In the first week of December, experts from National Malaria center held a meeting with AMDA doctors. The meeting focused on the hazard of abuse of antimalarial drugs. It was decided to follow the national protocol on the management of malaria. After the meeting none of the doctors has been found to make diagnosis of malaria only on clinical grounds. One lboratory technician was added by the hospital on AMDA's request to facilitate blood smear examinations.

調印式を終えて、ソラプールからボンベイへ向かう途中、このプロジェクトで活躍するAMDAメンバー

調印するDr. Desai, Mr. Jain (右から) このプロジェクトのディレクター Dr. Chauhan (左)



## リハビリテーションセンター設立報告

プロジェクトリーダー 三宅 和久

1. 概要：1993年9月30日の地震後、AMDAでは現地調査を行ない、インドのNGOが活発であるため地震直後の医師派遣は不要であること、しかし骨折治癒後のリハビリが被災民の復興に必要不可欠であることを結論し、現地の行政機関、更に援助の中心として働いている現地の赤十字と交渉を重ねてきた。

上記の2機関の他、地元の医師達の全面的な協力の約束を得て、12月21日ソラプールUPAHARレストランにて同意書の調印を行なった。

2. 訪印メンバー：三宅和久（内科・小児科医、プロジェクト・リーダー）  
成沢貴子（AMDA事務局プロジェクト・マネージャー）

3. 訪印期間：上記両名は12/17に大阪発

12/19 深夜早朝 ボンベイ着

12/19 夕方 ボンベイ発 夜行列車を使い

12/20 早朝 SOLAPUR着

12/21 昼 同意書調印

夕方 SOLAPUR発

12/22 朝 ボンベイ着

12/23 深夜早朝 ボンベイ発

12/24 夕方 三宅は日本着

4. 調印メンバー

- a) Dinesh Kumar Jain

SOLAPUR District Administration Authorityのトップ

- b) Dr. N. K. Desai

SOLAPUR赤十字の総責任者

- c) Dr. V. S. Chauhan

AMDA India Project Director

- d) Dr. M. S. Kamath

AMDA India Regional Coordinator

- e) 三宅和久

AMDA Japan 本プロジェクトのプロジェクト・リーダー

5. リハビリテーション・プロジェクトの内容

- 1) SOLAPUR市内に建物を借り、リハビリテーションセンターとする。
- 2) 現地で理学療法士、事務局員、ドライバーを雇用、医師はAMDAインド支部より補充。
- 3) 日本人医師は時期を見て訪印、AMDAインド支部の医師と協力してリハビリにあたる。
- 4) リハビリテーションセンター内でリハビリを行なうが、足りない機器については同じくSOLAPUR市内にある整形外科病院Chidgupkar病院のものをつかわせてもらう。
- 5) 更に必要に応じて赤十字病院の援助や赤十字病院への紹介を行なう。各村での一般的な疾患に関しては地元病院への紹介を行なう。
- 6) バンを購入し被災地の村をまわってリハビリが必要な人をソラプール市内に運ぶ。更に各村で自宅におけるリハビリを指導する。
- 7) プロジェクトはリハビリテーションに限定。期間は一年以内とするが必要に応じて更新する。



右から三宅和久医師、  
Dr. N. K. Desai  
(ソラプール赤十字病院院長)  
Mr. D. K. Jain  
(ソラプール行政長官)  
Dr. Krishna U. K. (AMDA)



調印式を終えて、ソラプールからボンベイ  
に夜行列車で戻るAMDAメンバー



調印するDr. Desai, Mr. Jain (右から)  
このプロジェクトのディレクター  
Dr. Chauhan (左)

# ■ネパールプロジェクト活動報告

本部事務局ネパール担当 成 沢 貴 子

## 1 ブータン難民第二次医療センター

ブータン難民第二次医療センター開設一周年記念式典が1994年1月10日地元ダマック市の公会堂を借りて関係者約80名の出席のもとに挙行された。(現地調査及び巡回診療は1992年5月から実施していた)

- 司 会 Mr.B.C.Seebal(第二次医療センター事務局)  
開会挨拶 Dr.Birmal Dhakal(第二次医療センターメディカルオフィサー)  
年間報告 Dr.Rohit Pokharel(第二次医療センター所長)  
祝 辞 メチ地方警察長官、 Dr.B.Raiブータン難民医師、  
Mr.J.Baker UNHCRフィールドオフィサー、成沢貴子AMDA本部事務局  
Dr.H.C.Upretiメチ地方病院メディカルオフィサー、  
Dr.Anand Acharyaピラトナガル病院勤務医(超音波診断専門)  
閉会の辞 メチ地方行政長官

\*この1年の間に地元行政機関との協力関係が確立したことが確認され、UNHCRとの関係の一層の強化が今後期待される所と言える。

\*情報の浸透により患者数の増加はめざましくマンパワー増強が今後の課題である。入院ベッド数の増加は急務で94年2月から増築工事を開始する。また第二次医療センター・基幹医療施設として一層充実した設備を備えることが期待されている。

\*毎週土曜日にピラトナガル病院から車で1時間半かけて通ってくるDr.Anandは式典前日の土曜日、これまでの一日あたり最高数の29件の超音波撮影を行っていた。日本と比較し好条件とはいええない中で、この1年間超音波診断装置が全く無故障で作動し医療に貢献しているのはこのドクターの技術と配慮の成果であることを紹介したい。

## 2 ビスヌ村地域保健医療プロジェクト

1991年7月から始めたこのプロジェクトは当初の目標を達成し、1993年12月コミュニティディベロップメントの部門は終了。現在は週1回の巡回診療を続けている。この村を対象に選んだ頃は調査した村の中で最も衛生状態が悪い地域であったのが、母親識字教育、衛生啓蒙活動、ヘルスワーカー教育、農業指導、収入増加計画等総合的な地域保健医療プロジェクトの展開により、カトマンズ近郊の最も衛生環境のよい地域となった。1993年10月26日このプロジェクトの視察にみえた郵政省国際ボランティア貯金視察研修団の皆様にもこの展開を実際に知っていただくことができ大変良い機会となった。研修視察団の中にいらしたある農村開発専門家の方(ネパールに15年在住)に「このように成功している例は珍しい。」と評価をいただいた。

## 3 タンコット村地域保健医療プロジェクト

AMDAネパールではビスヌ村地域保健医療プロジェクトをモデルとして、カトマンズ近郊タンコット村で眼科クリニックと母子保健を中心とした地域保健医療プロジェクトを開始した。基本的な衛生習慣や栄養知識で防ぐことのできる病気のために失明に至る人々が大勢いて眼科診療はネパールではニーズの最も高い医療分野の一つである。

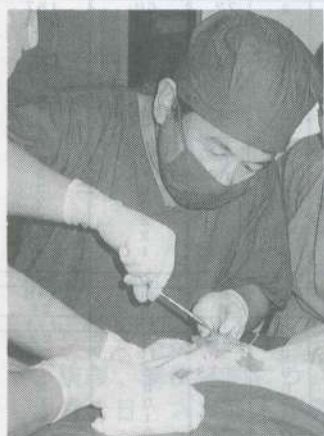
#### 4 洪水被災民救援プロジェクト

1993年7月に起きたネパール南西部大洪水後その最も被害のひどかった被災地サラヒにて緊急医療救援活動を展開した。緊急救援活動後も同地区で活動の第二段階として地域の学校をベースに衛生教育・集団検診、第三段階として学校でのトイレ建設・ガス燈設置を計画し、2月末完了予定で1月現在トイレ建設・ガス燈設置が行なわれている。

\*\*\*AMDA本部ではブータン難民第二次医療センターに派遣する医師(経験年数3年以上)を募集しています。お問い合わせ等ご連絡はAMDA事務局までお願いします。\*\*\*



1994年1月10日 ブータン難民第二次医療センター開設一周年記念式典で



ブータン難民第2次医療センターで働くブータン難民の医師2名(上・下)



→  
郵政省ビスヌ村プロジェクト視察団一行の皆様と案内するDr. Dinesh(左)



超音波で撮影後の整理をしているDr. Arand.. デリケートな機械の操作も確実

# 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

		91年度	92年度	93/4	5	6	7	8	9	10	11	12	93年計	開設累計
東アジア	中国	129	157	14	6	0	5	4	8	12	10	11	79	365
	日本	24	16	0	0	0	1	0	1	2	3	5	12	52
	韓国	16	42	6	4	3	3	9	7	3	5	13	53	111
	東アジア小計	169	215	20	10	12	9	13	16	17	18	29	144	528
東南アジア	フィリピン	65	86	10	16	12	10	12	10	16	16	7	109	260
	タイ	17	13	1	2	1	2	1	0	3	0	0	10	40
	マレーシア	5	15	3	5	2	3	6	5	3	5	4	36	56
	シンガポール	5	5	1	3	0	4	0	0	0	2	2	12	22
	ミャンマー	5	5	0	1	0	2	0	0	0	0	0	3	13
	インドネシア	5	8	0	0	0	0	0	0	2	1	1	4	17
	インドネシア	2	3	2	0	0	1	0	2	2	1	0	6	5
	インドネシア	1	3	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2
	ブルネイ	1	2	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	5
		東南アジア小計	106	140	17	28	16	23	20	17	21	28	14	184
南アジア	パキスタン	39	12	2	1	5	0	2	2	1	2	2	17	68
	バングラデシュ	40	28	4	8	3	1	3	1	1	1	4	25	93
	スリランカ	30	14	0	4	2	3	4	1	1	1	1	20	64
	インド	11	15	1	2	1	2	1	1	2	0	1	10	36
	ネパール	6	6	0	0	2	1	3	1	0	0	1	8	20
	アフガニスタン	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	南アジア小計	126	76	7	14	14	6	13	7	5	5	9	80	282
北米	アメリカ	267	376	33	20	21	34	30	40	16	20	19	233	896
	カナダ	58	64	4	2	6	5	2	4	4	1	1	29	151
	北米小計	345	440	37	22	27	39	32	44	20	21	20	262	1,047
西欧	イギリス	36	70	9	4	7	10	7	7	4	3	4	55	161
	フランス	9	14	1	1	0	0	0	2	2	2	3	11	34
	ドイツ	12	12	2	1	1	4	0	0	0	1	2	10	34
	スペイン	6	5	2	1	2	1	1	1	1	0	0	8	19
	イタリア	9	9	0	1	0	0	1	0	0	1	1	4	22
	オランダ	5	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	9
	オランダ	4	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	5
	スイス	4	2	0	0	2	0	1	0	1	0	0	4	9
	スウェーデン	2	3	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	3
	オーストリア	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	スコットランド	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	フィンランド	2	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
	ポルトガル	0	1	0	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	0	2
デンマーク	0	3	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	5	
	西欧小計	93	126	14	9	13	16	9	10	8	9	11	99	318
東欧	ロシア	2	1	0	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	0	0	7
	ポーランド	1	4	1	0	0	0	1	0	0	0	0	2	1
	東欧小計	4	5	1	0	0	1	0	0	0	0	0	2	11
中南米	ブラジル	44	74	7	5	7	10	6	7	3	2	22	69	187
	ペルー	40	99	9	9	10	8	13	7	7	12	12	89	228
	アルゼンチン	10	8	1	0	1	0	4	0	1	0	1	8	26
	コロンビア	4	6	0	0	1	2	0	1	2	3	1	10	20
	ボリビア	5	3	1	0	1	1	0	0	0	0	1	3	16
	メキシコ	3	6	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	5
	パナマ	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	ドミニカ	1	0	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	0	2
	ウルグアイ	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	ハイチ	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	3
	パラグアイ	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
	ジャマイカ	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
	パナマ	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
	コスタリカ	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	2	3
	エルサルヴァドル	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
	ホンジュラス	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2
	中南米小計	112	209	19	14	21	21	28	16	16	22	38	195	516
豪州	オーストラリア	41	67	9	2	1	4	4	8	2	5	5	40	148
	ニュージーランド	5	13	1	2	1	0	1	0	0	0	2	8	26
	オセアニア小計	46	80	10	4	3	4	5	8	2	5	7	48	174
アフリカ	ガーナ	12	3	1	0	5	1	1	1	1	0	2	12	30
	ナイジェリア	11	0	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	0	2
	ザイール	1	0	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	0	1	2
	ザンビア	1	0	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	0	2
	スーダン	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
	ケニア	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	セーシェル	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	モーリシャス	0	1	0	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	0	1
	南アフリカ	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
	アフリカ小計	32	15	2	5	2	2	2	3	3	0	3	21	68
中近東	イラン	13	17	3	2	3	2	3	5	8	5	1	6	35
	イスラエル	9	7	0	0	1	3	0	1	0	1	1	6	22
	トルコ	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
	アラブ首長国連邦	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	モロッコ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	オマーン	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	サウジアラビア	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	中近東小計	24	27	4	3	5	5	5	9	5	2	9	47	98
不明	47	131	37	22	22	24	22	24	28	47	22	248	426	
合計	1,104	1,464	168	131	135	149	150	153	125	157	162	1,330	3,898	

1. 外国人相談者居住地域

	12月	累計			
東京	78 (48.1%)	2168 (55.6%)	他県	17 (10.5%)	373 (9.6%)
神奈川	18 (11.1%)	427 (11.0%)	不明	29 (17.9%)	400 (10.3%)
埼玉	12 (7.4%)	298 (7.6%)	合計	162	3898 (100%)
千葉	8 (4.9%)	232 (6.0%)			

2. 相談内容 (複数回答)

	12月
(1)言葉の通じる病院の紹介	88 (51.2%)
(2)病気・医療についての情報 (病気の不安含む)	18 (10.5%)
(3)医療機関紹介(言葉の問題以外)	24 (14.0%)
(4)医療制度・福祉制度相談 (保険制度など)	13 (7.6%)
(5)治療費の問題・トラブル	13 (7.6%)
(6)渡航時予防接種	3 (1.7%)
(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)	10 (5.8%)

相談内容合計 172 (100%)

3. 他機関からの相談件数(機関別)

(1)病院	0	(2)公的機関(大使館・自治体等)	7
(3)マスメディア	8	(4)NGO	1
(5)そのほか	2	(6)企業	1
		合計	19

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	5	(2)医療機関紹介	3
(3)制度	1	(4)医療費について	2
(5)活動内容	9	(6)AMDA関連出版物について	0
(7)その他	6		

<センター活動報告>

1. 講義、講演活動について

- 12月4日 AMDA定例報告会(香取)
- 12月5日 AMDA国際医療情報センター関西開設式 大阪にて(小林)
- 12月8日 横須賀市教育委員会 同和問題研究会  
「外国籍の小児の医療問題について」講師 小林所長
- 12月18日 センター全体ミーティング(全員)
- 12月22日 (財)神奈川県市町村職員センター研修会  
「地域の国際化について」講師 小林所長

## ■センター関西 相談等受付状況 1993年12月

## 1. 国別件数

中国	6	(18.2%)	アメリカ	9	(27.3%)	オーストラリア	2	(6.1%)
韓国	4	(12.1%)	カナダ	1	(3.0%)	不明	3	(9.1%)
タイ	1	(3.0%)	ペルー	3	(9.1%)	合計	33	(100%)
インドネシア	1	(3.0%)	ブラジル	1	(3.0%)			
スリランカ	1	(3.0%)	オランダ	1	(3.0%)			

## 2. 外国人相談者居住地域

大阪	23	(69.7%)	愛知	2	(6.1%)
京都	4	(12.1%)	金沢	1	(3.0%)
奈良	1	(3.0%)	不明	1	(3.0%)
和歌山	1	(3.0%)	合計	33	(100%)

## 3. 相談内容(複数回答)

言葉の通じる病院の紹介	17	(39.5%)	言葉の問題	2	(4.7%)
病気・医療についての情報	7	(16.2%)	治療費の問題	2	(4.7%)
医療機関紹介	7	(16.2%)	合計	43	(100%)
医療制度・福祉制度相談	5	(11.6%)			
予防接種	3	(7.0%)			

## 4. 他機関等からの相談

医師・病院	5	NGO	6
マスメディア	13	企業	3
公的機関	11	その他	2
		合計	40

5. 他機関からの相談問い合わせ内容  
(複数回答)

活動内容	19	その他	9
取材	12		
医療機関紹介	2		

## 6. ボランティアの問い合わせ

中国語	4	英語	2
韓国語	1	北欧語	1
スペイン語	2	ロシア語	1
		合計	11

## \*\*センター関西活動報告\*\*

## 1. 開設式

12月5日(日)午後1時半より事務所にて、センター関西の開設式を行いました。所長の小林先生が来阪されたのをはじめ、センター関西設立準備に関わってきた医師や、通訳ボランティア、報道機関等の関係者40名余りが集まり盛会でした。そのあと、3時から記者会見を行い、小林所長、宮地関西代表から設立への経緯と趣旨について報道機関に説明がありました。

## 2. 取材・問い合わせ

開設直後、新聞社やテレビ局の取材、そして関係団体からの問い合わせが相次ぎました。テレビでは、毎日放送が12月6日(月)のお昼のニュースで、またNHKが12月15日(水)朝7:30~「おはようきんぎ」でセンター関西を取り上げ放送しました。



外国人急患に備える救急通訳サービスのタンシリトンチャイさん(右端)と韓国、中国、チリ、ネパール人通訳たち

# 救急通訳



港区の済生会中央病院に今年7月、日本語が話せないタイ人男性が救急車で搬送された。「腹痛がひどい。全く食べられない」。診察すると、患者は膵臓炎を起していた。こうして無事治療を施すことができた。「通訳サービスがなければ、患者はタイ語で電話で症状を訴える。話し終えて、電話を代わる。日本語に訳され、」

ても、タイ語でしか答えが返つてこない。救急外来看護婦の渡辺恭子さん(右)は、即座に「救急通訳サービス」のダイヤルを回した。患者はタイ語で電話で症状を訴える。話し終えて、電話を代わる。日本語に訳され、

## 5か国語で対応 同胞を側面支援

は、意思疎通は無理。患者の受け入れは難しかったと思います」と、渡辺さんが振り返る。

救急通訳サービスは、都府県保健医療センターの事業として、都府県保健医療センターがアジア医師連絡協議会(A.M.D.A. 国際医療情報センター(小林米幸所長)に委託し、今年2月から始まった。

活動を支える通訳は、留学生を中心に日本人と結婚した外国人を約六十人。大学医学部に留学中の医師も多い。

# ひとりぼっちでない



11か国語の診療補助表などセンターの著書を紹介する香取事務局長

外国人急患と日本人医師や看護婦の会話を無料で訳すサービスを行っている。現在は英中、ハンガリー、タイ、スペインの五か国語が対象だ。「腹痛の強い」と言っているが、何を言っているのか分からない。看護師は「腹痛がひどい」と言っている。患者は「全く食べられない」と言っている。診察すると、患者は膵臓炎を起していた。こうして無事治療を施すことができた。「通訳サービスがなければ、患者はタイ語で電話で症状を訴える。話し終えて、電話を代わる。日本語に訳され、」

医療ルネサンス

た H&S

第六部



## AMDA 国際医療情報センター翻訳事業のご案内

この度、AMDA国際医療情報センターは医療機関関係者に対して、テープによる翻訳事業を開始いたすことになりました。現在、日本の多くの医療機関に外国人が受診していますが、入院、退院時の指導、病棟入院中の生活指導、検査前、手術前の指導などにおいて、言葉が通じないための大小のトラブルが日常的に発生しています。これらの指導は各病院、各診療科ごとに少しずつ異なっており、統一の翻訳マニュアルを作成することは困難です。したがってAMDA国際医療情報センターではこれらの指導 e t c の翻訳を希望する医療機関、医療関係者から日本語を添えたお申し込みをいただき、テープにその翻訳を吹き込み、依頼者にお送りすることにしたものです。なお、テープへの吹き込みとした理由は、非識字者・小児など文章を読むことが出来ない人々を配慮した結果でもあります。本事業は有料でございますが、この収入は現在行なっている外国人の電話での医療・医事相談などのボランティア活動をさらに充実させるために使われます。

通訳可能言語：英語、北京語、台湾語、韓国語、タイ語、スペイン語、  
カンボジア語、ベトナム語 以上 数日以内

ネパール語、ベンガル語（バングラデシュ）、タガログ語（フィリッ  
ピン）、ポルトガル語 以上も可能ですが1～2週間かかります。

料金 各言語とも日本語400字4千円、以後100字ごとに千円

詳細は、本センター事務局 5285-8086（月～金 am9～pm5）、関西地区の方は同センター関西事務局 06-636-2333（月～金 am10～pm4）へお願い申し上げます。

94.1.14 AMDA国際医療情報センター所長 小林米幸

病気・ケガ、どう説明したら…

# 外国語わかる 医者教えます

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。「JCI」の病院に行きたい、かえりも分からなかっただけに助かる。正外国人に好評という。

アジア十四カ国の医師でつくった「五カ国語を話せるスタッフ」が常駐するボランティア団体、アジア医師待機。相談者の症状や自宅住居、医師資格協会(A.M.D.A.)の国所などを考慮して、登録リストに医療情報センター(東京都新宿区)にある三百人の医師の中から宿区では電話による医師紹介。二、三人を紹介する。問い合わせシステムを実施している英国、廿一は一月に百八十件前後に上韓国、中国、スペイン、タノの。

## 電話紹介・リストも

### 医療団体 と各地でサービス



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)

「リストで自ら選り、患者に最適な医師を紹介できる。言語だけでなく、医師の専門分野もあつて、外国籍の医師も紹介する」(小林米吉所長の紹介)。同センターは今年十二月には大阪府と同医師会の後援を得て大阪市内にも関西支部を開く。また症状や病歴、検査項目などを紹介されて病院へ手術を受けたいサフランシス(住米の米国の男性(34)には「麻酔科の医

表にも発表している。

福岡市の福岡国際交流協会が昨年十一月にまとめた「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、ポルトガル語を計十二カ国語のいずれかを話せる医師、歯科医師を紹介。三支部を作り、福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。

百六十一ヶ所及びリストで看護婦や受付の事務職員も含め外国語の通じる医療機関勤務者を網羅。百九十二カ所の医療機関を掲載している。同協会では「せっかく外国語の分かる医師がいても、取り次ぐ人が話を通じなければ方がないので、利用しやすいようにリストを作成した」と話している。

このほか、山口県国際交流協会が英、韓、中の計三カ国語が通じる県内八十一カ所の医療機関を紹介したリストを九一年度から、熊本市医師会も英、韓、中、仏、独、スペインの計六カ国語が通じる市内六十九カ所の医療機関を紹介したリストを今年三月から、それぞれ外国人登録窓口などを通じて無料で配布した。

外国人の診療に当たっている横浜市神奈川区の港町診療所の早川寛事務理事は「この病院が診られるのかという情報をこれまで外国人は口コミで交換し合ってきたが、リストがあれば病院にすっど行きやすくなると歓迎している。」

師が私の話を聞き、納得する説明をしてから手術に臨んでくれた助かった」と喜ばれた、という。

同センターは今年十二月には大阪府と同医師会の後援を得て大阪市内にも関西支部を開く。また症状や病歴、検査項目などを紹介されて病院へ手術を受けたいサフランシス(住米の米国の男性(34)には「麻酔科の医

# ベトナム便り

遠田耕平

こちらは少しは冬らしくなりました。もちろん毎日30度以上ですが、雨期も明け、朝夕ちょっと涼しくなった頃です。とはいえ、子供たちはこんな熱い国にサンタが来れるかどうか首をかしげています。

僕の方は一時の落ち込みは越えました。というのもドライバーの1/4程度というふざけた給料で不満ひとつ言わず、ポリオをなくすために夜遅くまで黙々と働くベトナム人の若い医師たちに感動したからです。僕なんかよりずっとすごい連中です。アホな連中は依然アホで偉そうにしているんですが、それはそれでいいです。僕にとって大事な人たちが誰なのか僕にはわかっているのです。少しでも多くフィールドへ出て彼らと時間を共有することが僕なりのやり方です。一年とは早いものでいろいろありましたが、少しはこの国に対する理解が深まった気がします。気のせいかもしれません。

最近「心が空っぽ」ということが時々あります。郡の病院か保健所をまわった後、ただ広いメコンデルタの地平線とその上に立ち上がる巨人のような雲を見ている時です。現地のスタッフが心配して「TODA何を考えているんだ」とききます。「Nothing」死んでいく子供たちも、50円の日銭で汗だくで働く保健婦達も、4千円の月給で僕と夜遅くまで働く現地スタッフもちっぽけで何もできない自分もやっぱり「Nothing」です。

「国際医療協力」という言葉はどうもいつも現地のカウンターパートから助けられている自分には何かうそっぽく聞こえて好きじゃありません。どうやらお金でも技術でも物でもないようですが、うまく言えません。あえて言うなら共に過ごす時間と関係していそうですが、無理に言うこともありません。時には「自分の家族を守るだけで精一杯や!!」と叫んでみて、やっぱり何か少しはこんな仲間の役に立ちたいなと思ったりもします。「この国は何でこうもすべてが雑然とむちゃくちゃなんや!」と思えば、何もかもむき出しで、ぐちゃぐちゃしているのが妙におもしろくもあります。「人間てこうも違うもんかよ」と思えば「人間てやっぱり同じ友人やな」と思ったりもするのです。今の自分自身が毎日ぐちゃぐちゃとドロドロと考え続けていることは、しょうもないことですが、僕には大切なことのようにです。

今ちょうどポリオワクチン全国一斉投与キャンペーンの最中です。5才未満の全国一千万人の児童を対象に(一カ月間隔で二回)メコンデルタから山岳地帯までワクチンをたらしまくっています。村々をまわる保健婦さんたちの動きには頭が下がり、それに加えテレビ、ラジオ、婦人会の宣伝をきいて子供を連れて接種場へかけつける母親の数は想像以上のものでした。11月現在メコンデルタ地域だけで300人以上の子供が小児マヒ患者として報告されています。来年はこれが2ヶタの前半まで激減することを現地のスタッフとともに夢んでいます。



ポリオワクチン一斉投与  
初日のセレモニー



ポリオのワクチンを  
投与する保健婦さん

ポリオの接種に舟で  
やってきたお母さん



.PRIMARY HEALTH CARE (PHC) AND THE HEALTH CARE PROFESSIONAL  
AMDA-Vancouver Canada William N. Grut PhD.MD.

'Primary Health Care (PHC) is essential health care based on practical, scientifically sound and socially acceptable methods and technology, made universally accessible to individuals and families in the community through their full participation and at a cost that the community and country can afford to maintain at every stage for their development in the spirit of self-reliance and self determination'.

WHO-UNICEF,1978

'Almost all doctors are inadequately trained to cope with the major health care problems of the world.....'Is this correct and should a medically based organization like AMDA thus be concerned about optimizing its role in assisting the developing (ie the greater proportion) of this world.

After a very short time in a developing country all doctors will rapidly realize that the concepts, of rigid specialization, the ideas of individual, one on one treatment with complicated drug regimes or surgical procedures are simply impossible to fulfill. By attempting to do so valuable resources are hopelessly wasted. A trained doctor represents a considerable investment to his country of training. Inevitably however his training has followed the lines based on the developed countries methods of rigid categorization of subjects, fact oriented rather than competence oriented assessment, and an focus on the problems of the developed rather than the developing world. Public Health or Hygiene courses are often minimal and field work, which is often organizationally difficult, thrown in as an afterthought. Medicine is thought more of a series of sick patients who need to be cured, or at least alleviated in some way from their ailments. The whole psychological trend has become one of channeling the student into a later specialization and not of asking the question, 'how can I best help the community in which I live'.

Perhaps one of the most important aspects of Primary health care is the concept that the family, the individual and the community must take the major responsibility for its own health. To manifest this the health professional must be able to change from being a "provider" to and "enabler". Such skills are rarely include in medical traing curricula.

AMDA projects are now wide ranging covering many countries. Despite the much heralded "new world order" there are now record numbers of displaced and underprivileged peoples around the globe. This, coupled with an increasing level of infectious, nutritional, environmental and social disease means that the need of primary health care has never been greater. Although the specific needs of different countries may vary in detail, the fundamental concepts remain the same. To do the maximum for the community, doctors and other Health Professionals, whether from AMDA or

any other organization keep the concept in mind and practice the following principles.

Firstly he must survey the general health situation of the community with which he is involved to identify the principle needs, keeping in mind the resources available. This should then lead on to practicable health plan or blueprint of what can be reasonably be achieved at the same time as ensuring the fairest distribution of the resources available. Undoubtedly the plan will include the organization of already existing or the evolution of new curative, preventive, and educational health services for the area. In regards to curative functions, these should be so organized that only the most complex cases be directly referred to the doctor, leaving him free for other organizational and management duties. It is probable that even without extra training, or with some minimal instruction, lesser trained members of the team, can, with the appropriate back-up, manage the majority of curative cases, particularly in (usually largest) area of infectious disease.

Supervision of staff and appropriate delegation of duties according to abilities and experience is essential. If this can be carried out in an atmosphere of mutual consultation within the team then more satisfactory results are usually achieved. The management and evaluation of existing or inaugurated care services is of paramount importance. Ongoing audit and 'fine tuning' is vital and a wary eye be kept open for the snags and pitfalls which (invariably) develop.

It is extremely important for the doctor to work with the community with the aim of promoting self-reliance in health. This may require inter-sectorial cooperation between areas such as agriculture, public-works, and even politico-social groups of influence. By far the most important however is education. There is nothing more valuable and lasting than the imparting of expertise and knowledge. Time and again well meaning donations of material goods are wasted through lack of instruction and training as to their usage. Such gifts should ideally be seen to be needed by the local community and not by the Organization donating them. The need however may be exposed by the health care professional(s) and the problem discussed by the community before a way is sort to solve the particular problem.

The imparting of education at all levels is perhaps the single most important role of the health care worker in any community work. To give an example, in the AMDA Cambodia project education was aimed at three levels - basic village, community health care and hospital worker and health care professional/Doctor level. Regrettably in 1993 due to security problems, much potential village work had to be curtailed (hopefully to be resumed at some future date). In the hospital however, strong emphasis on a teaching program brought considerable results. This was implemented both by continuous ongoing bedside and clinic teaching as well as specific lectures and discussion groups mainly carried out by locally trained doctors. Typical attendance at these included local health care and hospital workers and nurses both from Phnom Srouch, and the larger Kompong Speu Provincial Hospital up the road. In the

design of the new building, a large room was dedicated solely to the purposes of teaching, reading and other educational activities and equipped accordingly. Education at the uppermost level consisted of weekly seminars with the local AMDA doctors and health care professionals. These would be held in a relaxed atmosphere more in the style of a discussion group. Both real as well as hypothetical cases would be discussed contributions made by all. As a useful adjunct, it also gave an opportunity to throw light on any small treatment or hospital administrative problems and to standardize procedures to be used for specific diagnoses where they did not already exist.

Any health care professional exposed to the problems of a developing country sees it as a daunting task. The difficulties seem unsurmountable and the contribution which can be made, a mere drop in the ocean of need. This reaction is inevitable. Suddenly the worker finds that all the structural foundations on which she has learnt to rely are no longer there. What can he do in the face of such odds? She should not worry. Miracle workers almost never exist but steady progress does. Whatever he does, provided it is with cooperation and by mutual effort, will be useful. Simply by communicating with the community and keeping eyes, ears and mind open a lot is being done already. She must look upon herself as a conduit between her society and this different one. Neither is necessarily more 'right' than the other but his, by virtue of better resources and development time may well have something to offer if only by casting a different perspective on the problems and teaching what he knows to any who want to learn.





# ボストン便り 3

## ボストン冬だより

AMD A事務局長  
ハーバード大学公衆衛生大学院  
山本 秀樹

### <ボストンに冬がやってきた>

ハーバード公衆衛生大学院は非常に多忙なコースであることは11月号の国井先生の執筆された掲載号でAMD Aの読者の皆さんはご理解いただけたと思う。日々の宿題と試験に追われているうちに、ボストンではたいへんなことが起こっていた。

ボストンの短い秋が終り長い冬が訪れたのであった。ここ、ボストンの寒さは中途半端でなく、寒波が来るとマイナス10度くらいあつという間である。課題、グループワーク、授業の予習に追われ睡眠不足の状態、毎朝極寒の中を通学するのはきついことである。私の場合、学校から歩いて10分程の学生寮から通学しているにせよ大学までの道のりが日々遠く感じられてくる。東南アジア、アフリカ、中南米、オーストラリアといった暖かい国から来たクラスメイトたちは雪を見るのが初めてだといって最初に雪が積もったところは喜んでいたのであるが、しばらく雪が続くようになってからはいささかうんざりしてきたようである。

そんなボストンの冬の中で大学もクリスマスから正月まではクラスも休みとなり、この冬休みはハーバードの学生にとって貴重な休息の時期となる。

私事ながら、今年のクリスマス、正月は私はネパールの「ブータン難民キャンプのプロジェクト」でカトマンズとダマックにいたのだが、ネパールはヒンズー教の国でクリスマスも、正月も全く休みにならず働きずくめであった。今年は、昨年以上にAMD Aのプロジェクトの関係で海外でクリスマスとお正月を過ごされた会員諸氏も多いことと思う。アジア各国とまた一味違ったボストンでのクリスマス、正月の過ごし方について簡単に述べてみたい。

### <クリスマス>

ボストンでクリスマスの準備を最も早く始めるのはデパートなどの商店で、10月ごろから早くもクリスマス用のコーナーを設けてクリスマスセールを始めている。ハーバード大学の生協でもハーバード大学のロゴの入ったクリスマスのプレゼント用のセールでにぎわう。クリスマスカードの多種多様で英語だけでなくスペイン語、フランス語、中国語などの各国の言葉で書かれたカードが並んでいるところなど、やはり多民族国家だなと感心したりする。そして、ボストンのダウントウンでも町並みは色とりどりに飾り付け住宅街でも軒並みにクリスマスツリーを飾る家が並ぶ。

いよいよ、12月になるとクリスマス一色で大学のコーラスグループのクリスマスコンサートが行われたりする。あるときは大学で、またあるときは個人の家でとパーティーが頻繁に行われ、私の属している国際保健学科や留学生寮(Shattuck International House)でもご多分に漏れずクリスマスパーティーが行われた。

日本でも12月になると連夜のように忘年会があるのと状況は似ているのであるが、米国と事情の異なることも多い。こちらでは、ホームパーティーがほとんどで、自分達で食べ物を持ち寄ることも多い。これだと、各国のお国自慢の料理を味わうこともできるし高額の会費を集めたりすることは無い。また、日本と違い会の初めに堅苦しい挨拶をしなくていいことと、2次会、3次会とはしごをして最後はタクシーで帰宅し、翌日は二日酔いと多額の出費とで頭が痛いということがないのは助かる。

日本の一人当たりGNPが米国はいうに及ばず、スエーデン等の北欧諸国をも抜いて、スイス、ルクセンブルクに次いで世界第3位になったという記事を世界銀行(World



寮の前のキャンパスの雪景色

本日は、来月こそ一  
 びすくも、のら、る  
 協会、コホダさ、る  
 の外文の専攻、るあ  
 と、思ふは白面さ  
 > 正統派をいふは  
 ぶと、ま集人へ、心  
 > 張の台指の、心  
 るあついで、第  
 月五はうる、次  
 ぶ、おま、今、本  
 際本日

Prof. Lucas (左)  
 と Dr. 国井 (中央右)  
 X'mas パーティにて



ぶちで、輪、あ  
 未、半、さ、お、限  
 限、の、こ、る、あ  
 る、ア、バ、は、言、さ、る、あ、さ  
 コ、林、山、栗、さ、わ、つ、J、商、標、あ、さ  
 藍、の、く、イ、ス、ホ、ス、の、け、り、あ、さ  
 き、さ、の、コ、航、の、山、阿、が、あ、さ  
 こ、ぶ、と、台、機、の、し、り、野、干、等、  
 ち、ち、ち、ち、。、ア、ま、り、さ、の、  
 コ、航、の、前、座、式、を、の、こ、  
 。、の、式、J、の、ち、替、ア、J、ホ、

X'mas パーティーで  
 クラスメイトと共に



Bank)が、ごく最近発表していたが日本の経済発展の秘訣はこのあたりにあるような気がする。

やがて、クリスマスの直前になると人通りも少なくなりクリスマスイブの日などはほとんどの店も閉まってしまい、24日の夜に町に出歩いても教会以外はどこにも人はいないようである。クリスマスは、家族の許で過ごすのが一般的のようで、25日などは町のなかもひっそりとしていてさしずめ日本の1月1日のようなものである。

### <お正月>

基本的には、全米では正月の1日だけが休みで日本のように正月休みはない。大晦日の日は商店等は夕方早く店を閉め大晦日(New Year Eve)の準備をする。大晦日の米国の過ごし方は日本とずいぶん異なっている。

日本だと、紅白歌合戦を家族そろって見て初詣でに行くというのが一般的であるが、ボストンでは1st Night といって、12月31日の午後から深夜まで、地域の多彩な催し物が行われる。ボストン市民は10ドルのバッチを購入する。このバッチをつけていればすべての会場に無料で入場できる。どのような催し物があるかといえば、音楽、ダンス、パレード、氷の彫刻等さまざま、1st Nightだけでガイドブック1冊ありどれに行こうかと迷ってしまうほどである。例えば、民族舞踊のコーナーもあり、アメリカは多民族国家の国らしくボストン近郊在住のプエルトリコ系、ポーランド系、カンボジア系住民および黒人の舞踊団がおのおののダンスを披露してくれる。どの、ダンスも素晴らしくまた、会場も一流の場所であり大いに満足できるものである。ちなみに、会場や興業の経費は地元の企業や篤志家がスポンサーになっているのである。地域の文化の発展の面からも、日本でもこのような企画は積極的に取り入れたら面白いと思う。

こうして、いくつかの催し物をまわって行くうちの夜が更け、いよいよ12時が近くなると、ますます寒さが厳しくなるにもかかわらず、人々は町の中心部へ人が集まってくる。多くの人々は手にした、ラッパを鳴らしながらボストン市の中心部の時計台の近くへ集まって秒読みを行い、12時の合図の花火とともに夜更けまで新年を祝うのである。

ボストンには在留邦人も多く日本食料品もいくつかあり、お正月の前になるとお正月の準備にやって来る日本人でにぎわうのは変わらない。日本から送られた餅やかまぼこがどんどんと売れていく。こうして用意されたおせち料理とカリフォルニア製の日本酒で寮の友人達と「おとそ」を味わうのもおつまみのものである。

### <最後に>

ボストンの冬のすさまじさについてはAMDAの読者の皆様も、かなり御理解できたと思うが、本当の冬の厳しさは1月末から2月にかけてで、この時期はちょうど学期末にあたり試験、レポートの締切が目白押しで本当のサバイバルの時期である。この時期は、学生たちも寒さとオーバーワークで下を向いて歩きがちであるとも言われている。

同級生である国井氏などは、雪のたくさん積もった日でも彼が勤務していた栗山村に比べたら大したことはない、チェーンもつけていない愛車を凍り付いたボストンの道路でも巧に運転するところなどはさすがである。私のように、温暖な岡山の地にいたものにとってはボストンの冬は大変であるが、日本でも北海道、「岩手便り」の舞台となっている東北地方や本州でも山間部に住む人々にとってはこれがあたりまえで、わざわざいうに及ばないことであろう。日本でも寒冷の地に住む人達と、このような寒冷の地に16世紀以来入植してボストンを築き上げてきた人々に敬意を示して結びとしたい。



寮の中の新年会

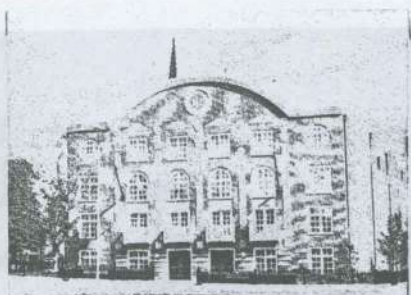


在ボストン日本領事館  
主催の新年会



雪に埋もれた自動車

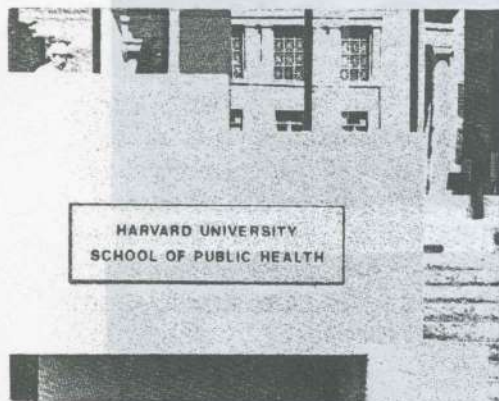
キーワード…ハーバード大学公衆衛生大学院  
国際医療協力



ケンブリッジ市にあるHarvard Main Campus



Harvard Medical School



大学院へ留学することになった次第である。私の在学しているハーバード大学全般について簡単に紹介すると、ハーバード大学は1636年に創立され、現在2つのカレッジ(4年制学士課程)と10の大学院(Graduate School)を擁する総合大学で、公衆衛生大学院(School of Public Health)もその大学院の一つである。ハーバード大学の本部はボストンとチャールズ川を挟んだ対岸のケンブリッジ市にあるが、Medical School, Dental School, School of Public Healthといった保健医療系の大学院とMGH (Massachusetts General Hospital)等のハーバード大学の関連病院群はボストン市内にある。また、ハーバード大学の医学図書館は医学図書館としては世界最大で、そのなかに「New England Journal of Medicine」の編集室がある。

次に、日本では公衆衛生大学院といっても

あまりなじみがないのでその説明をしたい。米国における公衆衛生大学院の歴史は古く、学際的に健康と疾病の予防の研究を行うために1922年にハーバード大学のMedical Schoolの予防衛生学科とMIT(マサチューセッツ工科大学)の衛生工学科から独立・統合されて公衆衛生大学院が設立された。現在、公衆衛生大学院では学生数は総数6500人余りでうち男性:45%、女性:55%、バックグラウンドの内訳は医師30%で、その他の専門家等まちまちである。また、外国人学生については出身国は56カ国にも及びその比率は全学生の約30%にもなる。そのうち日本人は台湾に次いで2番目に多く、今年の入学者は9人である。

カリキュラムは、(1) Biostatistics (2) Epidemiology (3) Health Policy Management (4) Cancer Biology (5) Population and Environmental Health (6) Occupational and Maternal and Child Health (7) Nutrition (8) Public Health (9) Tropical MPH (Master of Public Health) MS (Master of Science) MOH (Master of Occupational Health) D.Sc (Doctor of Science) D.Ph (Doctor of Public Health) Ph.D (Doctor of Philosophy) といった学位取得プログラムを用意している。他にも、医学部在学中にMPHを取得するプログラムや、現役の臨床医を対象としたclinical effectivenessのコースもある。

そのうち、私の所属しているMPHプログラムは医師等の公衆衛生を實踐する人を対象

とし多くの学生が在籍している(約130名)。また、学際的な学問である公衆衛生学の性質上ハーバード大学の他の大学院やMITに有用なコースがあれば、単位を取得することもでき、たとえば保健政策や開発援助政策をKennedy政治大学院で勉強できる。

このように、ボストンは保健医療の研究・教育ともに申し分ない環境にありながら足元の状況は決して十分といえない。現在、クリントン政権は国民皆保険制の導入をめざして全力を挙げているが、その可否は大きな論議を呼んでいる。実際、米国の医療費の問題は深刻で、保健医療政策の講義のなかではcost-effectiveness analysis(費用効果分析)が教え込まれるわりに、お賤元の米国では世界最高の医療費に対する保健指標の効用が先進国中最低であったりする。また、日本の保健指標(乳児死亡率、平均寿命)がしばしば世界最良の例として引用され、日本への関心も高い。実際、「日本の公衆衛生」についての特別講演は大盛況で立ち見の人が続出するほどであった。

日本の大学の公衆衛生の教室の個々の研究レベルは米国に比べて低くはないが、大学院レベルの豊富なコースを用意するほどマンパワー、予算がないのは残念である。日本の保健医療面での海外協力が叫ばれながら国内に国際保健の人材育成を行うことのできる機関がなかったので、これまで自分がNGOであるAMDA(アジア医師連絡協議会)で実践してきた海外協力の経験と、ハーバードで学んだことを有機的に連携させて研究と教育に生かしてみたいと思う。

Harvard University School of Public Health

◆留学生◆

リレー・エッセイ 第1回

新連載

# ハーバードで学んだことを 海外協力の経験に生かしたい

山本 秀樹

やまもとひでき/1963年生。88年岡山大学医学部卒業後、同大公衆衛生学教室へ。学生時代より、同大のアジア伝統医学研究会に所属、アジア医師連絡協議会(AMDA)に設立当初より関わる。現在、AMDA日本支部事務局長。



9月に新学期が始まって間もない日、私の属している国際保健学科の顔合わせのミーティングがあるというので指定された教室へ行ってみた。教室は既にいっぱい100人くらいの人々がところ狭しと立ち並び談笑していた。学科のChairmanであるProf. Lincoln ChenがNewcomerであるわれわれに対して挨拶をしたあと、教官、リサーチフェロー、学科の事務職員、大学院生らの自己紹介に移った。その間に何ヶ国の名前が上がったであろうか? 私も、アジアについてなら地味感はあるがラテンアメリカやアフリカの国々となったらオリエンテーションがつかなくなってしまう。途上国からきた学生のなかには保健行政、NGO(民間海外協力団体)等の実務経験の長い人も多く、Prof.Chenは豊富な経験を持つ教授陣から学ぶことも多くなる。ことながら、身近なクラスメイトの持つ貴重な経験こそ得るものが多いと歓迎の挨拶を締めくくったのであった。

私が、ハーバード大学の公衆衛生大学院のことを最初に知るようになったきっかけは、医学部の学生の頃、タイへフィールドワークに行ったときにさかのぼる。私はその当時、英語も苦手で、日本の医療制度のこともアジアの医療制度もよく知らず、アジアの国を見てやろうという一心で、「アジア伝統医学研究会」というサークル活動の一環で、1984年のアジア医師連絡協議会(AMDA)の設立会議に参加していた。その会議のなかで、タイの保健医療制度の説明を延々と英語で受け、いささか消化不良をおこしていた。そんな最中、流暢な日本語でタイの抱えている問題を明確に説明してくれた医師がいた。彼は

日本の医学部を卒業し日本の医師免許を取りながら、高収入の得られる臨床医の道を選ばずタイの大学で公衆衛生医として教鞭をとっていたのであった。

「タイの農村で本当に必要なことは高価な医療機器よりも、戦後貧しいなかハエの駆除等の公衆衛生活動を地域ぐるみで取り組んだという日本の公衆衛生のノウハウである」と彼は結んだ。彼の説明は明快であった。そして、私の日本の公衆衛生についての認識を変えさせてくれた。後程、その医師は日本の医学部を卒業後、ハーバード大学に留学していたことを知らされた。

私は、その後もアジアに何度となく足を運び、国際保健の分野を医者になってもする決心をした。卒後は内科の一般臨床研修を行っていたのだが、その2年目のとき臨床医学に慣れて臨床が面白く思っ反面、医者として今自分が学んでいる技術を途上国で生かせるのか、また今後国際保健をこれからどういう具合に研究していくのか自問自答していた。ちょうどそのとき、JICA(国際協力事業団)の招聘で来日中のハーバード大学のD.D. Chou(現ハーバード大学の指導教官)のセミナーに出席する機会があった。彼のセミナーは、Lancet等の学術雑誌に掲載されている国際保健上の問題(下痢、ヒタミン欠乏症等)に関する論文をケーススタディとして使い、科学的にかつ明確に教えていた。彼の講義は私の疑問に対して一つの答えを与えていた。「ハーバード大学で学ぶことはできるのか?」とDr.Chouに尋ねてみた。「勉強したいと思っている人はいつでも歓迎する」という答えであった。それからハーバード公衆衛生

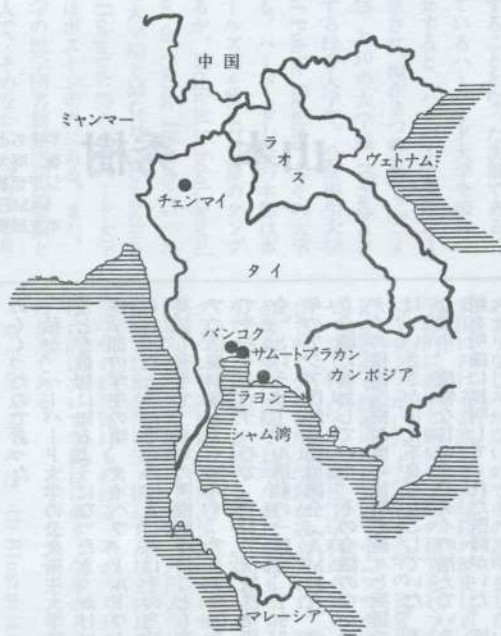
# タイにおける労働安全衛生

—中小企業の職場改善経験を中心に—

川上 剛

工業化のテンポが一段と早まったタイでは、労働安全衛生対策がいよいよ焦眉の課題となってきた<sup>1)</sup>。タイの労働災害件数は、最新の1991年の統計によれば10万件をこえた。ここ5年間、毎年1万件以上の増加が続いている<sup>2)</sup>。タイにおける工業化は今後ますます加速される可能性が高いから、災害件数が今後もふえるすう勢にある。タイは元来が農業国であり、現在でも労働人口の60%は農業に従事しているが、今後は第2次、第3次産業に従事する人口の増加がさらに続くとみられる。政府としては、1993年9月の労働省の新設などを機に、安全衛生対策の強化にのりだしている。

これまではタイで工業地帯といえば、バンコク市内やその南部のサムートプラカン県をはじめとする首都バンコク周辺部が主であったが、今後は工業地帯がタイ全土に広がる傾向にある。ラヨン県を中心にシャム湾の天然ガスを利用した東部臨海工業地帯計画はすでに進行している。タイで最も貧しいとされてきた東北タイも、ヴェトナムの港湾と直接に道路で結ばれる計画がすすみ、メコン河の水利と相まって新しい工業地帯として生まれ変わる可能性が出てきた。また、チェンマイを中心とする北部は、中国南西部の雲南省、四川省に近く、同じく加熱を続ける中国経済との接点として、北部工業地帯として発展を期しつつある。マ



レーシア国境に近い南部でも、同じくシャム湾の天然ガスの利用に加えて、インド洋へ抜ける運河を掘削し国際的な発展を図ろうという案がある。

急速な工業化をすすめる背景には、米作を中心としたタイの農業生産性の伸びが鈍化してきており、近い将来、農業では雇用の創出がむずかしくなるのではという事情もある。タイは長いあいだ、

1) タイの安全衛生の現状については、本誌47巻8号(1992年)でマヒドン大学のチャラムチャイ教授も論述しているので、併せて参照していただきたい。

2) Department of Labour, Yearbook of Labour Statistics of Thailand, 1990

世界一の米の輸出国として知られてきたが、タイの米作を支えているチャオプラヤ河デルタは、ヴェトナムのメコン河デルタや、ミャンマーのイラワジ河デルタに比せば小規模であり、今後は工業化をすすめて雇用を創出しなければならない段階にきているようである。

労働災害の急増は、工業化による急速な社会の変化が、タイの人々に何をもちたらすのかをみるうえで重要な示唆を与えている。職業病については、全国統計がまだとられていないが、やはりふえているとの報告が相次いでいる。これに対して、安全衛生法規の整備、企業レベルでの安全衛生管理の強化が急務になっている。そうしたタイの努力を支える国際協力は、ここ10年ほどのあいだにかなりすすめられるようになったが、経済協力の著しい進展に比べれば必ずしも十分な協体制度がとられていない。

今、必要なのは、こうした急激な工業化の結果、人々が生命や健康を損なうことがないように協力を重ねていくことである。しかも、こうした急速な社会変化の中で本質的に重要なことは、問題解決に対処する現場の労使の参加と自助努力を支援して、現場における安全衛生活動が自主的に、活発に行われていくようにすることを中心課題にすることである。このような目で現場を見れば、タイの労使が現場改善のためにさまざまに努力している実例が見えてくる。専門家や国際協力の役割は、まさにタイの労使の現場における自助努力を側面から支援し、さらに加速・拡大していくことであろう。

幸いここ数年、タイの工業地区で労働衛生の推進に努めている人たちとともに、タイの中小企業職場において現場参加型の改善活動をすすめることができた。この協力は、1990年から毎年続けられていて、バンコクの南に広がる工業地帯の中に設けられた、労働衛生訓練センターをもつ公衆衛生省労働衛生課の人たちとともに、タイの中小企業職場において現場参加型の改善活動をすすめる

ことができた。特別の資本や情報をもたない現地の中小企業において、現場の労使の自助努力による改善活動が実を結んでいく過程に参加することができた。国際協力のすすめ方にはいろいろあると思われるが、実際にタイの人たちとチームを組んでやってみて、労働衛生のハードな技術的要素ばかりでなく、現場へのアプローチの仕方や改善のためのチームワークづくりが、むしろ大事だと改めて理解されたのでその活動を紹介する。

## 1. 取組みの経緯

### 改善事例の収集

この協力にあたって、まず手がけたのがタイの地元の中小企業にある改善事例の収集である。これはILOにおける職場改善のアプローチの中から学んだことであるが<sup>3)</sup>、タイで工場を訪れる時には、問題点を探すよりもできるだけ改善事例を見つけることを心がけた<sup>4)</sup>。プロジェクトをはじめめるにあたって、これまでにタイの工場で見つけた改善事例のスライドを労働衛生課のスタッフと一緒に見ながら討論して計画を練った。そして、これら低コストでできる職場改善手法を駆使して、現場の自助努力を支援するという方策ができてきた。同じ予算を使うのなら測定器具を購入したいという意見も出されたが、自主対応型の現場改善を優先するというで合意が得られた。

### 工場へのポジティブな動機づけ

次にプロジェクトの実施地域として、首都バンコクに隣接するサムートプラカン県を選び、同地にある公衆衛生省の労働衛生訓練センターを拠点とした。このセンターは、同県内の工場において環境測定や健康診断サービスを行ってきており、同地のさまざまな中小企業とのあいだに信頼関係ができていた。

続いて、協力が得られそうな四つの中小企業(乾電池、蓄電池、農薬、鉛再生)を選び、工場の代表をセンターへ招いてプロジェクトの説明を行った。その際に、タイの工場で見つけた改善事例の

3) Kogi K, et al. Low-cost Ways of Improving Working Conditions-100 Examples from Asia, ILO, Geneva, 1988

4) タイの職場における改善事例については、本誌47巻3号(1992年)の口絵においても紹介されている。



スライドを示しながら、こうした低コストでできる職場改善作りを応援することが目的である旨を話し、現場の監督や取締りを行うのではないという主旨をはっきりと伝えた。日本の工場ではなく、タイの工場で行われてきた改善であるからこそ、他のタイの工場においても移転できる可能性がより高い。これに対して、4工場すべてからプロジェクトに参加したいという申し出があった。ちなみに、公衆衛生省労働衛生課には法令で定められた工場監督権や立入権はないので、嫌であれば工場側はいつでも立入りを断ることができる。

続いて、4工場の現場労働者から安全衛生ボランティアをきめてもらい、その人たちを対象に低コストで行える職場改善を中心に講習会を行った。さらにチェックリストを用いて、安全衛生ボランティアに職場点検を行ってもらい、自分たちの職場の良い点および問題点を探し改善計画を立ててもらった。そして、工場ごとに、改善の“優先順位”と、その改善について“実行可能”な対策を自分たちで見極め、きめてもらうやり方をとった。

#### 側面からの支援

ここで重要であったのは、労働衛生訓練センター職員の活躍である。一言でいえば、彼らは現場改善の側面からの“支援者”としての役割を見事にはたしていた。すなわち、頻りに現場を訪れて相談に乗るとともに、決して権威的ではないフレンドリーな態度で現場に接した。技術的にはさまざまな改善事例を引合いに出しながらも、最終的には現場の主体性に任せるやり方を重視した。また、現場を巡視する際には、一步一步進展していく改善事例と労使の努力を積極的に評価していった。このため、現場サイドではセンター職員が訪問した際には、なんでも気軽に相談ができるようになった。このことは、現場での改善活動の継続性において重要な要因となっていたと思われる。

## 2. 改善の事例

こうした現地の人々の自助努力の結果、さまざまな改善事例が文字どおり現場主体で作られた。このプロジェクトは現在も進行しており、さらに

改善事例ができつつあるが、現在までのところ40例以上の改善事例ができた。いずれも導入としては、簡単なすぐでできることからはじめた。その好例としては、製造機械や電気のスイッチにタイ語で表示を付けることがあげられる。スイッチがたくさんあるところでは、どれが何のスイッチであったかわからなくなり危険である。また、輸入機械では、操作表示が英語や他の外国語で書かれている場合が多く、緊急の際の操作に危険が生じる。この問題の対策の第1歩は意外と簡単であって、タイ語を紙に書いて操作部位に貼付すればよい。これは低コストというよりもほとんどノーコストといってよい。いずれの工場でも改善活動の導入としてすぐの取組みが可能であった。小さくても目に見える改善事例ができると、次の改善活動へのステップとなる。

さらに取組まれた改善事例のうちの幾つかを紹介すると、次のようなものがある。

- ① 洗面台の高さが低すぎて作業者は腰を<sup>かが</sup>めて手を洗っていたが、台の足を溶接を用いて延長し、高さを改善した。
- ② 作業者がドラム缶の上に座って作業していた工程では、新たにイスを導入した。その際、作業者の身長に合わせて高さを変化させられるように、おしりの下に敷くクッションも併せて用意した(写真-1)。
- ③ あちらこちらに置かれていた保護具を一カ所に収納するケースを作った。
- ④ 原料の入っていた缶蓋が、ちょうど白くて円



写真-1・新しく導入されたイスと高さ調節のためのクッション

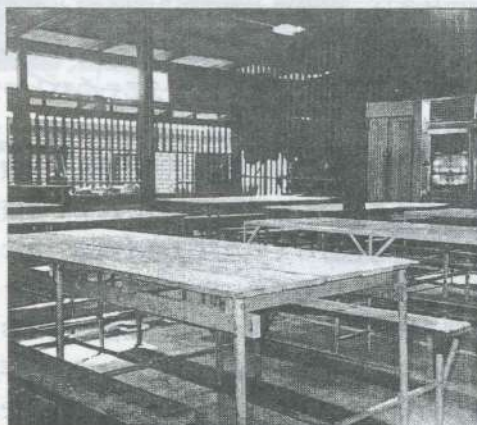


写真-2・新設された工場内の食堂  
(テーブルやイスも自分たちで作った)

- 形であったので、それを利用して安全の表示をたくさん作って工場内に貼った。
- ⑤ 重い鉛を運ぶのに床面がでこぼこしていたのを、鉄板を敷いて床面をなめらかにし運搬を楽にした。
- ⑥ 農薬を瓶へ注入する工程で、作業者が農薬に曝露していたが、ガラスと鉄枠を使って工程を囲いこんで閉鎖式とし曝露をなくした。
- ⑦ 工場の敷地内に新たに食堂を設けた(写真-2)。これによって、これまで作業場内で食事をしてきた人たちが食事の有害物質への曝露から逃れると同時に、作業仲間同士のコミュニケーションの場としての役割もはたしている。隣接する工場の作業者もここへ昼食を摂りにくるようになって、さらににぎわっている。

### 3. 改善事例の特徴

こうしてできてきた改善事例を見てみると、いろいろなことに気づかされる。

第1は、取上げられたニーズの幅の広さである。安全関係、人間工学、有害環境、福利・厚生と、さまざまな角度からの改善事例が見られる。何かひとつの要因が集中的に取上げられるのではなく、幅広いニーズが同時多面的に取上げられながら一步一步の改善がすすんでいくことが興味深い。

第2は、改善にあたっては外注するのではなく、

自分たちのもっている技術を用いて、現場にある材料を使って取組んだ例がとて多かった。上にあげた例の中でも、溶接技術と余った鉄板を使って洗面台の高さを調節したり、ガラスと鉄枠を使って有害工程を閉鎖式にしたり、食堂のイスや机を大工仕事で自前で作成している。

こうした結果、私たちプロジェクトチームは、予算をあまり必要としなかったことも特徴である。これまでにプロジェクトチームが使った費用は、工場を訪れるための交通費、訓練セミナーを行う際の会場費と飲食費、それに写真やスライド作成費用程度である。

第3に、低コストの改善やすぐにできる活動からはじめて、計画的に順をふんで取組みを継続していけば、かなりコストを必要とする改善も可能であることがわかった。床を鉄板に張替えたり、換気装置の数ヶ所への設置などはその例である。

第4は、取組みの継続性である。プロジェクト当初は、現場の改善活動を推進しようと1、2ヵ月に1回程度各工場を訪問したが、最近では、3、4ヵ月に1回程度しか訪問していない。しかも、そのたびに新しい改善事例が見られる。安全衛生の取組みは各工場に自然に根づいたようである。

第5は、安全衛生の向上を主眼とした改善が、ごく自然に受け入れられている点である。過去の成功例では、生産性向上ないし確保のために安全衛生が必要であるという、一種のインセンティブが必要な場合もあったようだが、今回の改善事例を見ていると、自分たちの手でいった労働条件の改善そのこと自体に労使ともに満足しているように思われることが多い。それがひいては生産性向上にもつながるとしても、安全衛生自体が企業にとって大事な目標になり得ているようであった。

### 4. 取組みを推進する要因

プロジェクトをすすめる中で、「これまでいろいろな巡視や調査があったが、このような取組み方を教えられたのははじめてだ。これなら自分たちで取組める。」というある経営者の感想を聞いた。この言葉には、労働衛生を専門領域とする者とし

て反省させられた。というのは、労働衛生の改善がすすまないのは、経営者の協力が得られないからだといういい訳を、私たちはタイでも日本でも、ときとして安易に行うことはなかつたらうか。たしかに協力関係を作りにくい経営者もいたけれど、しかし、それ以上に私たちのこれまでのアプローチの仕方にも問題はなかつたらうか？ 現場の自助努力に気づかず、安全衛生改善活動の芽を知らず知らずのうちに摘みとってしまったことはなかつたらうか？

ここで紹介した改善事例も、それぞれの技術専門家の立場から厳密に見れば、十分でないように見える点もあるかと思われる。しかし、これらを現場の人々が自主対応で行ったことにこそ、外から専門家がやってきて解決してしまうのとは違う本質的な意義がある。数のかぎられた行政官や専門家が一つひとつ現場を回って改善を行うというだけでは、実際問題として限度がある。より現実的な方策は、改善のための現場の参加と自助努力を保証し、それを側面から支える形で行政サービスや専門的なアドバイスを展開していくことではないだろうか。労使が現場において自分たちで行った取り組みである以上、それは継続しているのであって、さらに適切な方法が明らかになれば徐々に改良が加えられていくであろう。現場自主対応は決して次善の方策ではなく、将来にわたって継続していく最善の方策なのである。

現地の人々の自助努力で取組まれた以上、これは同じ地域内の他の工場でも応用可能である場合が多いだろう。つまり、“横へのひろがり”が可能であるということになる。いくら外部の援助で立派なものもできて、それは外部の援助があったからこそできたのだ、ということになれば、同じ地域の他の職場への横へのひろがりの可能性は低くなってしまふ。一般的に言って、より専門的で詳細とされるような測定ないし改善技術は、その分、外部からの援助だという性格も強いという裏腹な関係にあるだろう。成果のあがる安全衛生活動の現場ごとの活性化という視点で考えた場合、特別な機器や専門家がなければ取組めないよう

な測定技術は、現場自主対応の取組みがまず進展していく中で、それを一層強化してすすめていくうえで必要とされる段階にいたって一つひとつ慎重に導入していくことが現実的ではないだろうか。

このプロジェクトをとおして、労働衛生訓練センターのスタッフも自信をつけ、これまで健康診断や環境測定を行っていただけでは到達できなかった、具体的な現場改善に取組めたとうれしそうに感想を述べていた。タイの公衆衛生省内においてもこのプロジェクトは高く評価されて、今年度の省内研究プロジェクトとして第1位の評価を受けた。さらに、4工場の担当者と労働省、工業省の安全衛生担当官も招き、この改善活動の発表検討会を行った。改善事例集を冊子にして配布しようという計画もある。次に彼らが検討しているのは、この方式の他の県への普及であるが、実現の可能性は十分にあると思われる。

最後にふれておきたいのは、国際協力の役割である。現場に根ざした複数の国ないしは地域の知恵と経験が交わることで、人々の自助の取組みは加速されるだろう。国際協力にかかわるわが国の専門家は、日本においても現場自助努力の側面からの“支援者”としての経験を積むことが求められているように思われる。一方、今回タイで現地の人々とともに現場改善活動にかかわってみて、タイで作られた改善事例やチームワークのすすめ方からいろいろ勉強させられたり、反省させられたりした。そして、日本の現場に対して、労使の自助努力をすすめるタイの人々の経験を応用できる場面がたいへん多いということに気がつく。発展途上国に対する協力・援助において、私たちが何かを与える側にあると考えるのは誤解である。

× × × ×

今回のプロジェクトをとおして、タイの人々の自助努力が成果をあげていく中から、あれこれ学ぶことができた。しかし、タイの働く人々が置かれている作業条件の実態は、端的に言ってまだまだきびしい。さらに協力し合って学び合いながら歩をすすめたい。(かわかみ・つよし=労働科学研究所教育・国際協力部・主任研究員)

# マレーシアにおける労働安全衛生の現状と改善への取組み

クリシュナ・ゴパール・ランパル

井谷徹, 川上剛 訳編

## 1. マレーシアにおける労働安全衛生の概観

マレーシアでも工業化がすすむにつれ、労働安全衛生が重要な問題となっている。労働災害が増加の傾向を続けており、災害防止の体制を全国的に強化する必要があることが広く認識されるようになった。

表-1に最近の労働災害発生の動向を示す。1989年の段階で被雇用者が416万人に対して死亡者が389人であり、災害件数は年々増加している。右図に示すように災害発生の報告が多いのは製造業と農業であるが、それはこの両業種の登録がしっかりしているためかもしれない。

次に幾つかの業種について、安全衛生の現状を概観してみる。まず、ゴムやパーム油はマレーシアの代表的な産業であるが、農業労働は安全衛生の分野で軽視されている。たとえば、ゴムのプランテーション労働者は、早朝5、6時に起床して

働いている(写真-1)。この作業には前傾姿勢の持続による腰痛や重量物の運搬の問題がある。パームのプランテーションでは、枝切りや実のある

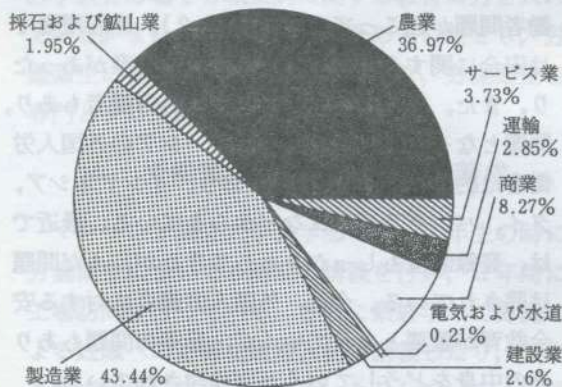


図-1 労働災害に占める職種別の割合

表-1 マレーシアにおける労働災害発生件数の推移

	1986	1987	1988	1989
雇用者数	74,607	80,340	87,449	96,330
被雇用者数	3,149,561	3,390,544	3,731,525	4,157,430
災害件数	68,890	76,482	88,127	107,479
死亡件数	188	280	324	389

資料: 社会保障局

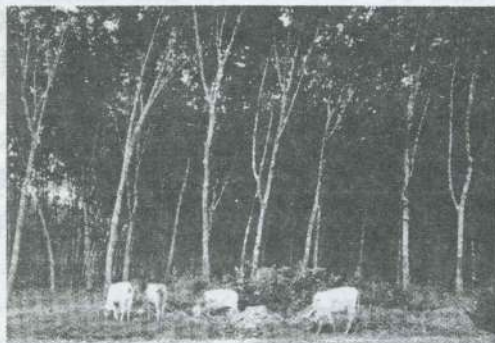


写真-1 ゴムのプランテーション



写真-2・建設現場の作業風景

による事故が起こる。パーム油の工場では、回転する機械や殺菌剤への曝露の問題がある。このほか、ココアのプランテーションや漁業においても、労働衛生の問題は見すごされている。

最近のマレーシアは建築ラッシュであるが、建設現場では、不安定な短期雇用の問題と外国人労働者問題が起こっている(写真-2)。建設現場では安全に関する保護具を給付しない企業があったり、また、給付されても使用しない労働者もあり、問題となっている。一方、マレーシアの外国人労働者は約100万人といわれており、インドネシア、タイ、バングラデシュなどからきている。最近では、登録制度もしっかりとしてきたが、まだ問題は残されている。今後、外国人労働者に対する安全教育が重要となっていくが、言葉の問題もありその中身をどうしていくかが検討されている。

大企業では、作業環境がよく管理されているところもあるが、中小企業の作業環境には問題が多い。たとえば、自動車修理の小工場では、アスベスト曝露等の問題もあるのだが、保護具を使用していないこともある。製造業に関してはアスベストの規制があるのだが、修理工場には規制がないのが実態である。一方、耳栓のように騒音に関する法律ができて、よく使用されるようになった保護具もある。

## 2. 労働安全衛生法規と行政

マレーシアでは、1920年代から英国流の労働法規が制定されてきたが、最近はこれらを根本的に

表-2・マレーシアの労働安全衛生法規

1926年	連邦鉱山法
1933年	残余労働規約
1952年	労働者補償法
1967年	工業および機械法
1969年	社会補償法
1970年	安全衛生・福利規則
1984年	鉛規則
1986年	アスベスト工程規則
1989年	鉱物性粉塵規則
1989年	騒音曝露規則

見直して、すべての労働者の安全衛生を確立する方向にある。表-2に労働安全衛生関連の法規を示す。

1926年の連邦鉱山法は、英国植民地時代からのスズとゴムの労働者に対する保護的な法律である。その時代にはある意味でプランテーションの中というのは病院も付設されているなど、労働条件がよかった。しかし、独立後は植民地時代のままに放置されてきた結果、他の職場で保健医療施設の改善が行われたのに比して遅れが出てしまった。これに対して、1990年代になってプランテーション労働者の労働条件や、保健医療施設の改善に関する法律ができた。

1952年に労働者災害補償法ができて、労働災害・職業病のいずれも補償が受けられるようになった。労災補償は雇用者が保険料を100%支払う。休業中は給与の80%の保障が受けられる。1969年には、より一般的な社会保障制度ができ労働災害以外もカバーされるようになった。外国人労働者に対する保障は、当初は社会保障法が適用されていたが、昨年から労災保険(Workmens compensation)が適用されるようになった。労災保険では職業性災害・疾病のみを保障する点が全般的な社会保障制度と異なる。

1967年の工場・機械法は、一定の機械設備のある工場の労働者のみに適用され、全労働者の約20%に適用されてきた。また、この法律によって、労働衛生課が保健省の中に設立された。その後、この労働衛生課によって、1970年の健康・安全・福祉規則をはじめ、鉛規則、アスベスト規則、鉱物性粉塵規則、騒音曝露規則等の有害要因に対す

る法令が整備された。これらの法令の設立には、ILOの勧告などが参考にされている。

現在期待されているのは、新たに労働安全衛生法を作ろうという動きである。工場・機械法が機械設備をもつ工場だけをカバーし、労働者の20%にしか適用されてこなかったのに対し、新労働安全衛生法は、すべての労働者に適用されることになっている。この結果、たとえば20人以上を雇用する事業所では、安全衛生委員会を設立しなければならないなどということになり、同時に行政システムを整備し、安全衛生教育などもさらに促進されていくよう定められている。

現在、労働安全衛生にかかわる官庁としては、人材開発省 (Ministry of Human Resources) の中の工場・機械局 (Factories and Machinery Department) と社会保障局 (SOCISO)、保健省 (Ministry of Health) の中の労働衛生課 (Occupational Health Unit) と放射性物質・放射線診療所 (Radioactive Substances/X-ray clinic) がある。また、農業省 (Ministry of Agriculture) は農薬の監督を、運輸省 (Ministry of Transport) は運転免許公布などを行っている。大学でも、安全衛生に関する相談を受けたり、調査を行ったりしている。また、3年後に国立労働衛生研究所が完成する予定で、現在、準備室がおかれて具体的な中身の準備をすすめている。

一方、マレーシアの労働組合では、これまでは賃金問題が主要な関心事であったが、近年、安全衛生に対する関心が高まりつつある。マレーシアには三つの主要な労働組合がある。QPECSとよばれる公務員組合、ほとんどの民間企業の労働組合を傘下に入れる Malaysian Trade Union Congress、銀行を中心組織された新しい組織である Malaysia Labour Organization の三つである。

人材開発省内に設置されている労働衛生協議会には労働組合代表も参加している。また、社会補償局でも労働組合をとおして安全衛生教育を行った方がうまくいくのでは、との動きがあり、安全衛生教育予算を組合へも配分しようという新しい

動きがはじまりつつある。

### 3. 職業病対策

マレーシアで職業病として認められているものとして、珪肺、鉛中毒、殺虫剤等の農薬中毒、綿肺症、頸肩腕障害などがある。しかし、職業病の報告数はまだ少ない。そのため、職業病に対する医師の診断能力の向上や、疾病の作業起因性に対する知識の普及が求められている。また、医師が職業病の報告義務を知らなかったり、医者と患者の信頼関係の問題、すなわち患者のプライベートな問題であるのに、どうしてそれを報告しなければいけないのかという問題もある。経営者との摩擦を恐れて報告を躊躇する産業医もあるかもしれない。

職業病に対する医師の診断能力を高めるために、医学教育の場でも職業病に関する教育に力を入れている。また、家庭医や開業医のあいだでも、労働衛生にかかわる医師がふえており、労働衛生を専門とする医師もふえている。

### 4. 労働衛生にかかわる人材養成

マレーシア国立大学医学部では、2年生の時に労働衛生について6時間の講義を行い、3年時に工場訪問を行っている。さらに最終学年で労働による妊娠への影響を産婦人科で講義したり、整形外科で労働災害の講義を行ったりしている。医師に対する卒後教育も行っていて、年間9日間の研修で産業医の認定を行おうとしている。また、マレーシア国立大学医学部の大学院では、1993年からはじめて労働衛生の修士課程に5名の学生が入学した。

看護婦への労働衛生教育も盛んになりつつある。また、作業環境測定・改善の専門家 (Industrial Hygienist) については、マレーシアでまだ6名しかいないために、今後の重要課題である。マレーシア国立大学に生物医学部 (Faculty of Biomedical Science) が設立されたので、その卒業生の中からこの方向にすすむ人がふえることが期待されている。

## 5. 研究の動向

現在のマレーシアにおける労働衛生研究で優先順位の高い分野としては、①労働安全衛生法規の制定を支えるような新しい情報、②作業者の安全衛生行動に関する研究、③安全衛生の費用便益分析研究、④建設業、農業、製造業の安全衛生、⑤職場の安全衛生に関する報告システム構築に関する研究などがある。労働衛生の研究費は、IRPA (Intensification of Research in Priority) とよばれる政府の優先分野における研究強化予算、大学や各省庁の予算、海外からの協力研究費等を用いている。安全衛生に関する研究をさらに盛んにするためには、研究者に対するインセンティブも今後考慮する必要がある。

マレーシア国立大学で最近行っている研究分野としては、①採石作業者のけい肺、②農薬中毒、③バスおよびタクシー運転手の健康問題、④パーム油工場の安全衛生、⑤製造業における有害作業の妊娠影響、⑥労働者の病気休暇の研究などがある。バスおよびタクシー運転手の健康問題では、

日本の産業疲労研究会編の30項目疲労自覚症状調べも翻訳して使っている。

## 6. 国際協力

マレーシアにおける労働衛生は、今発展期を迎えているといえる。法規の整備とならんで企業・労働組合の積極的な取組みを促す方策がぜひ必要であり、人材育成や実践的研究で職場の健康リスクの評価や職場改善策を支援していくことが望まれる。そのためには、国際協力が必要で、ILO, WHOをはじめとした国際機関との連携、実践的な研究・教育・情報に力点を置いたプロジェクトがすすめられてきた。とくにアジア地域内での国際協力によって、アジアの実状に適した労働衛生対策を実地に移す努力が必要と考えられる。

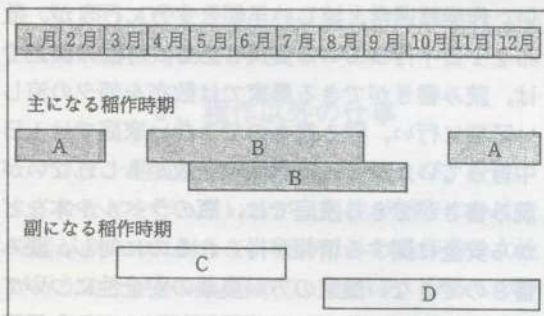
(Krishna Gopal Rampal = マレーシア国立大学医学部地域保健学教室・助教授、いたに・とおる = 名古屋市立大学医学部衛生学教室・教授、かわかみ・つよし = 労働科学研究所教育・国際協力部・主任研究員)

# ヴェトナムのメコン河デルタ地域における 農業労働安全衛生の課題

トン・タット・カイ, 川上 剛

## 1. はじめに

ヴェトナム南部に位置するメコン河口に近いデルタ地域は、熱帯雨林気候に属し、メコン河の水利を得て稲作が盛んであり3期作も可能である。季節は雨期と乾期に分かれ、だいたい9月から翌年の2月までが雨期、3月から8月までが乾期になる。メコンデルタでは水路が網の目のように張り巡らされており、人々は水路沿いに家を建てて暮らしている。人々の主なる交通手段は小舟であり、小さな子供でも上手に櫓を操る。下図にメコンデルタ地方における稲作の時期を示す。図中、AとBが主となる稲作時期でどの農民も行っている。さらに、この2回以外にもCとDの2回の稲作時期があり、勤勉な農民はこのいずれかの時期を選んで3期作目を行う。4期作はできないが、技術とやる気によって3期作ができるわけである。



メコンデルタ、ヴィタン郡における稲作時期

ヴェトナムでは対外開放政策がすすんでおり、同時に農民が自由に自分の土地をもって生産に従事できるようになったこともあって、近年、米の増産がすすんでいる。しかし、そのぶん作業負担が増大したり、危険な農薬使用が増すなどの問題が起こっている。農村部における安全衛生や生活改善のニーズは大きいのであるが、これに関連した調査研究や改善のための取組みは、やっと緒に付いた段階にある。

1) ヴェトナム、メコンデルタ地域の人々の労働と生活については、本誌48巻(1993年)2号から5号までの口絵で3回にわたって紹介しているので、併せて参照していただきたい。





写真-1・稲株刈り作業

メコンデルタ地域にあるヴィタン病院学校と労働科学研究所では、1992年からこの問題に取り組むために共同研究を開始した。その一貫として、年間にわたる農民の生活時間調査を実施しており、すでに1992年9月から1993年2月までの半年分が完了した。本稿では、これまでの調査結果をもとに、メコンデルタの中心部に位置するカント省ヴィタン郡の稲作農民の生活を紹介します。その労働衛生や生活改善のニーズについて考えてみたい。

## 2. 稲作作業の実際

### 田の準備

種まき前の準備として、稲株刈り、しろかき、耕耘の三つの作業がある。稲株刈りとは、前回の稲刈りの後に残った稲株を刈取る作業であり、負担の大きい作業となっている。写真-1のように刃渡りが1 m近くある特製の大きな鎌をふるって残り株を打ち倒すようにして刈っていく。この結果、自覚症状としては、肩や腰の痛みを訴える人が多い。これは男性の仕事であり、9月にはじまり11月まで続く。9月には男性の仕事としては、一番大きな時間を費やしている。女性はほとんど稲株刈りには従事せず、行うとしても小さな鎌を使って手助けする程度である。9月から2月までは雨期であるためにこのように人力で刈取るが、乾期であれば刈取りをしないで燃やしてしまう。

耕耘は水牛を使って行うことが多いが、その際、鋤を深く入れすぎないように注意を払う。というのは、この地方は硫酸酸性土質であり、耕しすぎると酸性土質が混じってしまい、作柄に悪い影響



写真-2・田に直接種籾をまく

があるからである。

メコンデルタは、1年中水が得られることが稲作のうえでの利点である。しかし、作業負担という視点からみると、1年中水はけの悪い田で働くために、稲刈り時にも田の水を落とすことができずに泥の中で作業して、作業負担が増している側面がある。農民は通常、裸足で作業をしている。泥の田で働くには、今のところ裸足がもっとも能率的であるかもしれないが、そのために足に外傷を負ったり、田の中にたくさんいる蛙に襲われる。

### 種まきと田植

田植は作業の負担が大きく、時間と技術を要するので最近では種籾を直接田にまく方法が好まれる(写真-2)。種まきは男女共同して行う。その際、種籾の中に除草剤を混ぜて使う。農薬散布や施肥は男性の作業で女性は行わない。おそらく、農民は農薬の毒性を知っており、妊娠への影響を恐れて女性はこの作業をさけているのかもしれない。作業は通常、涼しい早朝と夕方に行うが、散布を1日中行っている農民もある。今回の調査では、読み書きができる農家では散布を朝夕の涼しい時期に行い、読み書きのできない家庭では1日中行っていた。これは偶然の一致かもしれないが、読み書きができる家庭では、瓶のラベルや本などから安全に関する情報が得られるのに対し、読み書きのできない農家の方が農薬の安全性についての情報を得ることが、より困難であることを示唆している。メコンデルタ地方は乾期なら日中の気温は35度にもなるし、雨期でも雨の合間には30度をこえる。農薬の経皮・経気道吸収の増加を考え

ると、日中の散布はさけるべきである。

農薬の曝露については、どんな種類の農薬にどれくらい曝露しているのか、具体的なデータはない。ある農夫から、自分で作った米は農薬がたくさんついているので、自分では食べないで全部売ってしまう、という話を聞いたことがある。彼は、自分で食べなくても散布するだけで曝露することに気づいていないのかもしれない。農薬についての知識は、テレビの番組などで得られるが、ほとんどが生産性向上に関するもので、安全に関する情報は少ない。農薬は、一般の商店でだれでも簡単に買えるのが現状である。ちなみに、農民が病気になる前に健康診断を受けるような機会はない。

### 稲刈りと脱穀

稲刈りは老若男女皆で行うが、慣れていない人やとくに子供では指の外傷が多い。また、稲刈りはほとんど腰を曲げた状態で行わなければならない。腰痛は作業を行う人にとってつらくて切実な問題である<sup>2)</sup>。稲株の切り口による突き目の問題もある。目を突いてからすぐに病院にいけばよいのであるが、そのまま放置して2次的に細菌感染を起こして、失明した人もいる。稲刈りの作業時間は、何時から何時ときまっているわけではなく、今日はこの一角を刈取る、という具合に計画されるので、午前中で終る時もあるし、夜暗くなってからも続く場合がある。

脱穀は稲刈りの後、干さずにすぐ動力脱穀機を用いて行われている。この地方で使っている脱穀機は、機械の上部から稲を手で差し入れるものなので、誤って手を差し入れてしまい右腕を失ってしまった事故が発生したことがある。

### 3. 稲作以外の仕事

ヴィタン地方では米以外にも砂糖きび、野菜、スイカなどを作っているが、男性が稲作にかかる時間が多いのに対して、稲作以外の農作業は女性が行うことが多い。魚取り、酒作り、市場への野菜や魚売り(写真-3)、あひる飼いなども、女性の重要な仕事である。妻が早朝2時頃起床してアルコールを醸造する米を蒸している家庭もある。



写真-3・市場で魚を売る女性たち

家事の時間についてみると、ヴェトナムでは女性が家事を行うのが伝統になっていて、男性が家事を行う時間はほとんどない。家事時間の中では、子供の世話や家畜の世話にかかる時間が多い。一方、日常の食事は質素で、干し魚などで済ますことが多く、子供でも準備できる場合が多い。買物に毎日行くという習慣はなく、10日に1回行く程度で、干し魚や発酵魚などを買っている。客があるなどの特別な機会には、その都度買物に行く。精米も主婦の重要な仕事である。粃のまま各家庭に貯蔵してあるものを3日に1回ぐらい、家庭で食べる量だけ村の精米所に持って行って精米する。衣服の繕いも主婦の重要な仕事である。

労働交換の習慣もある。たとえば、だれかが家を建てる時に手伝いに行ったりする。こうした共同作業は主として男性が行う。

子供も大人の仕事を手伝う。12歳ぐらいになると農作業や家畜の世話、小さな子供の世話をする。それより小さな子供は、自分よりさらに小さい子供の面倒をみる。子供は農作業を手伝う時には学校に行けない日もある。また、農作業の忙しい時には、子供だけで留守番をしていて小さな子供が川に落ちるなどの事故が起こっている。

### 4. 生理的生活時間と余暇

食事は1日3食であるが、副食や間食を摂る習慣は一般的ではない。忙しい時には、食べる時間や回数を減らしてしまうこともある。夕食を摂る時刻は、早い人では午後4時頃、遅い人では6時

2) Kawakami T, Khai T, et al.: Workload of Rice Reapers in Mekhon Delta Area in Vietnam. The Journal of Science of Labour, Vol. 69, (10 part II), 21~29, 1993

すぎとかなりばらつきがあるようだ。痩せ型の体型の人が多く、摂取カロリーと消費カロリーの関係、労働によるエネルギー消費については、具体的なデータはない。今回の調査から、かなりきつい労働の実態があり、気候風土に加えて栄養摂取と作業負担の関連という視点も重要である。

起床は早朝4、5時頃で、就寝時刻は午後8時から10時頃である。ヴェトナムには昼寝の習慣があるが、今回の調査では昼寝をするのは男性では10%、女性では5%ぐらいであった。就床時刻はテレビの普及とともに遅くなっているが、朝はこれまでどおり4時から5時頃には起床しており、睡眠時間は以前より短くなっているのではないかと思われる。日中は気温が高く、むしろ昼寝によって積極的に休養を取っているのではないかと思われる。排便の時間は、男女ともに規則的で起床後すぐに排便している。水浴は午後6時頃に多い。朝は水浴をしない。

日常の余暇としては、テレビを見るというのが一般的である。午後6時以降に、男女ともにテレビを見ていることが多いが、家庭によっては男性だけがテレビを見ており、女性は家事をしている場合もある。若い女性では結婚に備えて縫製や家事の勉強をすることも重要な時間である。

日曜日とか1週間という考えはなく、男性では近所の友人を訪問して酒を飲みながら歓談することが一種の休日となっている。亡くなった人の命日など先祖を祭る機会も、料理を作ったり友人を招いて楽しむ重要な娯楽の機会となっている。

## 5. 労働と生活改善の方向性

これまでの調査から、農業労働についても、生活面でも改善の余地が大きいことがわかった。今後次のような点について住民主体の取組みが必要と思われる。

第1に、作業負担の緩和や合理的な作業方法の開発を支援することをとおした労働や生活の質の改善である。農作業の中の具体的な改善ポイントとして、これまでの調査からは地域に適した形での作業のすすめ方や農具・農業機械の改良、農地の改良、農薬の安全な使用に関する情報の提供・

教育があげられる。

第2に、女性に目を向けた生活改善活動である。農村女性は労働と家事を二重に負担しているが、この負担を軽減できれば健康の向上に加えて女性の社会参加の機会が増し、その力が地域社会発展の活力となる可能性がある。このため日本の農業生活改良普及員の活動経験に注目している。

第3に、食事内容の改善や安全な飲料水の確保、衛生的な住環境など、保健衛生・生活改善の基本的なニーズに住民主体で取り組むことが重要である。

## 6. 日本に対して望まれる協力の内容

今後、日本と協力しながら取組んでいきたい方向性として、以下の3点を強調したい。

第1は、農業安全衛生の具体的な調査方法や現場改善のための技術協力。人間工学的改善、有害な作業環境の管理など、さまざまな分野について専門家の派遣をとおして、とくに現場で応用可能な簡便な調査方法や改善手法について協力してほしい。ヴィタン郡における具体的な課題としては、稲作の作業負担に加えて、砂糖きび工場等の農村の中小工場においても負担の大きい作業や有害な作業があり、今後改善に取り組んでいきたい。

第2に、農村部での労働安全衛生や生活改善の問題は、ようやく取組みがはじまったばかりであり、この分野で働く専門家の養成・訓練に対する協力。昨年からはヴェトナム農業省が、生活普及員のシステムをメコンデルタで開始したので、日本の生活改良普及員の経験から学びたい。

第3は、労働安全衛生に関する情報が不足しており、そうした情報を恒常的に受取れるようにしたい。ヴェトナムは工業化に力を入れはじめたところであり、ヴィタン郡のあるカント県でも新しい工場の建設がふえ、農村部から工場へ出て働く人たちの数もふえつつある。農村部・都市部を問わず、安全衛生に関する情報提供や教育・訓練は、今後急速にニーズを増すと思われる。

(Ton That Khai=ヴィタン病院学校・副所長、かわかみ・つよし=労働科学研究所教育・国際協力部・主任研究員)

...座談会...

# アジア各国の現代伝統医学模様

## その① 起源と免許・教育制度

出席者：朔元洋(日本)・M. S. Kamath(インド)・Nirmal Rimal(ネパール)・  
林慶鐘(台湾)・Sy Vien Nguyen(ヴェトナム)・Kaysone Keola(ラオス)



▲M. S. Kamath  
インド。1954年生。Kasturba 医科大学(現代  
医学)付属病院アユルヴェーダ科医員。

朔(司会) 本日は、アジア各国で伝統医学の現代的活用に関わっておられる先生方にお集まりいただきました。各国には、それぞれ独自の伝統医学が伝承されてきております。歴史の違いもさることながら、現在の制度や利用状況も非常に変異に富んでいるようです。我が国でも漢方医学の再評価の流れの中で、伝統医学一般についての関心も高まっており、日頃、耳にすることの少ない国々の情報に興味をそそられます。他国での伝統医学の活用される方を知ることで、漢方医学の位置付けや今後の方向性についての示唆を得られるところもあるのではないのでしょうか。

今日お集まりいただいた先生方は、アジア医師連絡協議会の主催した林原フォーラム'93「医療資源としての伝統医学」分科会に参加のため来日されたのですが、その国際シンポジウムには、他にも中国、韓国、タイ、フィリピンの先生方も参加されたそうですので、それらの国々にも言及しながら意見を述べていただけると、さらに多角的な議論ができるかと思えます。

申し添えますと、フォーラム参加者は伝統医学に係わっておられるとはいえ、皆基本的には現代西洋医学の医師です。唯一の例外はインドのカマス先生で、アユルヴェーダ医師ですが、西洋医学の大

学附属病院に勤務され、西洋医学・科学的考え方にも精通されておられます。したがって、一部にみられるような伝統医学崇拝のごとき観念論ではなく、一般現代医学界の批評にも十分耐えうるような客観的議論が進められると思います。

まずは、歴史や起源の観点から、それぞれの国の伝統医学を見てみたいと思います。アジアの伝統医学といえば、中国医学とインド医学が二大潮流であるのは万人の知るところです。それではインドから始めていただけますか。

カマス アユルヴェーダに関して言えば、インドで発祥し確立された固有の医学と言えます。伝統医学としては最も体系化されたものの一つです。この他、シダ医学もあり、これもインドのオリジナリティの高いものです。一方、イスラム圏で発達したユナニ医学やヨーロッパ由来のホメオパシーが相当にインドに入っています。アユルヴェーダは周辺諸国はもちろん遠方の諸国にも広く伝わり、各国の伝統医療に多大な影響を与えてきました。

リマル ネパールでは、今、カマス先生が指摘されたように伝統医学としてはアユルヴェーダが主流です。山岳地帯では、チベット医学が個別に実践されています。林 台湾は、申し上げるまでもなく、中国医学が実践されており、中国で発祥、発展した独自のものといえます。基本的には中国本土のものと同じですが、細かくみれば台湾独自の改変などないわけではありません。

朔 日本では、漢方医学ですが、これは日本固有のものではなく、日本流に修正された中国医学といえます。一部、民間療法として日本固有の薬草などが伝承されていますが、大きな流れとは言い難いものです。つまりオリジナリティという観点からは、日本の伝統医学は低いと言



▲朔元洋  
日本。1957年生。アジア伝統医学現代化推進連盟 AMPATM 日本支部事務局。福岡市、医療法人愛風会さく病院理事。

わざるを得ないでしょう。韓国の韓医学も四象理論など独自の改変がされているとはいえ、大きく見ればやはり中国医学の分派ということでしょう。

リマル 日本などで中国医学が取り入れられた形と、ネパールでのアユルヴェーダの活用される方は、基本的に似ている印象ですね。大きな体系化された伝統医学をほとんどそのまま導入している。他の国々では、少し違う影響の受け方があるようですね。

シヴィエン ヴェトナム医学も、基本的には中国医学の分流とみなしてもらってさしつかえありません。ただし、ヴェトナム独自の伝統医学と統合される過程で改変も相当になされており、我々はヴェトナム医学と呼んでいます。一部インドの影響も受けています。

ケオラ ラオスでもアユルヴェーダや、それよりやや程度は小さいですが中国医学の影響を受けていますが、そのまま取り入れられたというよりは、土着の医学などと融合してラオス独自の伝統医学となり継承されています。

朔 タイの状況も類似しているようです。数年前に設立された最初で唯一の伝統医学大学の名称は、アユルヴェーダ・ウィタヤライ(大学)なのです。これは創立者の故ウアイ教授(シリアート大学生理学)が「伝統医学軽視の風潮の中で孤立を恐れ、



▲林 慶鐘  
台湾、1954年生。中国医薬学院付属病院中西  
合作センター講師。

インド医学との連帯を強調する政治的配慮であったとも聞いています。その弟子で活躍されている若手の先生などの中には、タイ医学の独自性を誤解されかねないとネーミングに必ずしも賛成でない方もおられるようです。

リマル インドネシアやフィリピンには、マレー系ということでアユルヴェーダが一部達したり、華僑の限定的コミュニティでは相当徹底した中国医学の実践があったにせよ、全体的には両大医学の影響は比較的少なく、現地の伝統がより原型のままあまり体系化されずに継承されているようです。インドネシアのジャムと呼ばれる薬草は、種類数では中薬を上回ることも聞きます。

朔 そうしますと、およそまとめると、もともとそれぞれの国や地域に独自の伝統医療がそれなりにあった。中国とインドで医学の体系化が進んだ。それらの二大医学が周辺諸国に伝わり、地理的・文化的条件などでより強く直接的に影響を受けた場所では、ほとんどそのままの形

で取り入れられたし、やや影響が弱かったところでは土着の医学と融合して、ある程度、独自色のある医学体系となった。両大医学はどうかベトナムやラオスあたりで東西から達して拮抗したという感じなのでしょう。一方、二大医学の影響がかなり少なく、体系化の程度は低くとも土着の伝統医学をより純粋なまま伝承してきている地域もある。

### 伝統医学関連の免許制度は？

朔 一口に伝統医学の実践・活用といえども各国で状況は相当に違うようです。医師の免許制度に焦点をあててみましょう。

カマス インドでは、西洋医学の他にアユルヴェーダ、シッダ、ユナニの伝統医学が、免許制度も1971年には整備され、許可・実践されています。その他、ホメオパシーやヨガなどもあります。3種の伝統医学および現代医学はそれぞれ互いに独立し、少なくとも建前上は対等です。日本の方々に馴染みの深い中国における西洋医学と中国医学の並立状況と類似しています。両国ともそれぞれ伝統医学本尊の発祥の地という自負もあってか、政策的にも伝統医学を積極的に支えている面もあるようです。

林 台湾でも伝統医学の医師免許があります。ただ中医学は本土と比較して政策的にやや冷遇されてきたところもあり、



▲Nirmal Rimal  
ネパール、1960年生。国立医科大学医師。ア  
ユルヴェーダ専門学校非常勤講師。

後で触れますが運営には相当の相違点もあります。免許には、伝統的徒弟学習者と医科大学卒業者に対するものの2種類があります。前者はすでに1901年に第1回試験が行なわれたにもかかわらず、その後すぐ中断され、1949年になって復活されました。この中断は日本統治による政策変更、伝統医学軽視のためでした。

朔 日本には、漢方医学の医師免許はありません。ただし、鍼灸師などの治療師免許制度があります。歴史的に1870年頃、西洋化・近代化政策の一環として明確に漢方医学を否定・抑制した経過もあります。漢方薬が広く再評価されたのは最近のことです。現代薬学の薬剤師や現代医学の医師により処方されています。リマル ネパールでは、まだ伝統医学用の免許制度が確立していません。実際、町中にたくさんあるクリニックは慣習的に開業が認められているわけです。数年前、初めてアユルヴェーダの大学ができ、来年その卒業生が出るので、現在免許に関して国会などで審議が進んでいます。タイでは1961年からいわゆる伝統治療師向けの免許制度が始まり、本格的伝統医学大学の卒業に合わせて1989年にもう一つランクの高い免許ができています。一方、フィリピンでは伝統医学の免許制度は確立されていないようです。ネパールはちょうど中間のような現況ではないかと理解しています。

ケオラ ラオスでは、1978年に伝統医学の免許ができました。一方、現代医学の大学でも伝統医学が必修で、現代医学の医者も伝統医学を活用できます。



広田の生活(2) —「びゃっこ」の不思議—

あけましておめでとうございます。真剣に国際保健医療を報告している他のページをよそに、ここには穏やかな初春の光がさし込んでいます。

当診療所は4日から診療を開始しましたが、今日も事務さんが「すいませんが千円札を一ダ。」と指定金融機関の農協さんに電話しています。その原因は老人医療費自己負担金の千円。お年寄りが次々と1万円札を出すので、すぐに小銭(=千円札)がきれてしまうのです。診療所ですらこのとおりですから冠婚葬祭は聞いただけでもすごい!地元スタッフの話では、とにかく呼ばれたら最低1万円を出すのが常識とのことですが、呼ぶ方の準備も半端ではありません。結婚式も葬式も部落・親戚総動員で臨むのです。広田では婿を迎えることも一般的ですが、噂では婿は1千万円以上の支度金と新車がもらえると。そして婿さんは嫁入り筆筒ならぬ「嫁入り筆筒」をトラックに積んでやって来るのです。どなたかいかがですか?

式も昔は前祝・本祝・ばぶるまい(本祝の翌日、近所のおばあさんたちにごちそうして、嫁または婿を紹介した。)と3日間あったそうですが、最近の流行は定時に終るホテルの挙式。それでも招待客を入れ換えて午前・午後の2部形式にするあたりはさすがです。お祝いにかまぼこの代わりに鯛の形のゆべしがつくのも面白いのですが、極めつけは引出物。大きくなければ引出物じゃない!とばかりに毛布や肌布団などかさばるものがどーんと付いてきます。(もちろん宅急便サービスも完備されています)

葬式だって負けてはいません。「危ないかも知れない」と言っただけで生きているうちから畳替えをした気の早い家もありました(その患者さんは90才を越えていましたが回復しました)が、「ご臨終です。」と頭を下げて振り向けば、すでに家中の障子の張り替えやら茶碗の蔵出しが始まっているのはいつものこと。「知らせ」係が専属で電話に張り付く一方で、ぞくぞくと弔問客がやってきます。その人たちへは上白糖3袋以上と引出物!これはタオルケットなどで結婚式のより小ぶりだそうですが、それでも徹底しています。

変わっているのは葬式の日取り。何とお日柄のいい日を選ぶのです。葬式の行列と結婚式のマイクロバスがすれ違い、両方に呼ばれた人はカレンダーをにらんで衣装を早代わり。ハードな日々が続いたあとは「具合が悪い」と受診する人が増えますので、診療所でも地域冠婚葬祭情報はかかせません。地域でもこの手の情報交換は盛んに行われ、お年寄りは「お茶っこ飲み」と称して午前中から行き来しています。中には日暮れまで「はしご」する人もいるとかで、いくら「ご飯は少ししか食べてない」と言い張っても体重計は正直です。

さて、広田語では「びゃっこ(原級)」「とびゃっこ(比較級)」「しんしんびゃっこ(最上級)」と「少し」を表現する言葉が英語並に充実しています。しかし、私の見る限り、「びゃっこ」はちっとも「少し」ではありません。「びゃっこ抜いただけ」の大根が100本のことだったり、世話になったからと持ってきた「びゃっこ」のワカメがスーパーの特大ポリ袋にぎゅうぎゅう詰めだったり...はたして「しんしんびゃっこ」の具体的数量はどれぐらいなのでしょう?ためしに今度、「しんしんびゃっこ下さい」と言ってみようかな。

## AMDA へのメッセージ

岡山中学・高等学校

本校は21世紀に活躍する人材を養成しようとして全国各地から英才を集めて開校し、今年12年目を迎えています。常日頃から国際社会において活躍する為には、知識もさることながら、思いやりの心、豊かな心こそが最も大切であると考え、寮生活を通じて人間の研鑽をし、やさしい人間愛の養成に務めております。そして、学校が子供達の夢の温床になるよう教職員一同一丸となって取り組んでおります。このような本校で津曲先生に(難民キャンプの救援活動について)の講演をしていただき、生徒は勿論の事、我々も深い感銘を受けました。

(人間には可能性がある。その可能性を見つけ、全神経を集中させてその可能性をためてみると実現出来る)と先生ご自身の体験からのお話を聞き、生徒達には大きな心の糧が出来ました。

また、学生の頃から友情を培ってきたアジアの医学生達で組織したアマダの活躍等のお話は、本校には特に医学方面へ進む希望者がたくさんいますが、彼らに医学とは何かを考える課題をいただいたと思います。

アジア全域のみならず、世界全域に地球に密着した地球村を自分達の手で作って、外国から来た人々と仲良くしてゆこう、そして今後は岡山を国際貢献都市の中心にしてゆこうというのでっかい夢は、次代を担う若い子供達に大きな感動を与え、我が校からもその後継者が出てくれることを期待しています。我々も何か貢献出来ることがあればお役に立ちたいものです。皆様には健康に留意され、今後益々ご活躍されますことをお祈りします。

アイデンティティーの確立を

岡山中学三年 堀岡和樹

去る、11月6日にAMDA事務局長の津曲さんに自らの医療救援活動について語って頂いた。大変興味深い内容であったので、私なりに考えたことを書くことにする。津曲さんの言われた内容は、自らの学生時代をどう過ごし、どの様にして目的を達成できたか、また、自らの医療活動について話して下さいました。

津曲さんの哲学というべきか、その学生時代の話には、荒々しさ、たくましさを感じられた。我々の現在の生活とは異なり先生の歩まれた道は、常に切羽詰まった厳しい世界であるように思われた。大学受験の4カ月前に集中して勉強に励んだ。こう聞かされると、現在進めている自らの勉強法に怠惰性が感じられるが、目的意識を持ってと言われた時は、強く同感した。現在の我々の世代はこのことに欠けていると思う。勉学を忌避している人さえ存在する。授業中に他の行動をしたりして、何を規範に生活しているのだろうと考えさせられる。自らの勉強する者としてのアイデンティティーは無いのか。このアイデンティティーは、目的意識とともに、普遍的な共通性を持っていると考えられる。津曲さんもこのことを言いたかったのではないのでしょうか。

もう一つ、医療救援面で、津曲さんは、今、最も戦火の激しいソマリアへ行かれています。このソマリアは国連が今最も目をつけている地域で、アイディド將軍逮捕の為に全

力を尽くして攻撃したが、返り討ちにあい、多数の死者が出ている。そのソマリアへ行くことはとても勇気のいる行動であり（ジャーナリストの精神）という言葉借りて（医者精神）とでも言うか。先生はアフリカの人々を救援することが、自らの第一目的であり、生涯での生きがいと感じておられたに違いない。自分の今できる事柄を考え、無理をせず、自らの目的に向かって突き進むのが人間の本来の姿ではないかと私は考える。

このことから考えて、今の我々の世代は、何らかの幻影に惑わされて、自己喪失しているのではないかと思う。では本来の人間の姿を明確にするにはどうするか。復古主義の人間価値観、アイデンティティーの確立の為には、普遍的な個人の多様化された、人生観、哲学観、倫理観を持つことが不可欠である。私はこう考え、人生を歩んでいる。個人の価値観の多様化が求められている現在、このことはさらに重要性を帯びてきているのではないか。

現代の石井十次

三年一組 三十九番 広原康行

僕は時々、テレビでアフリカの飢えや難民などの場面と出くわす。そのたびに、かわいそうだなと思うのだが結局はそこまでである。僕は富もなければ、権力もない一人である。なにもできないのだ。

そんな時、津曲さんの講演を聞いた。どうせ僕はありきたりのことを言い、いかにもかわいそうに話をして、みんなの関心を引こうとするだけだと思っていた。けれども津曲さんは、違った。いきなり、自分の経験を話した。津曲さんは謙遜してらっしゃったが、あの人の信念にはおどろいた。やっぱり信念があったからこそ、大学を一度やめて新しいところに入ろうと考えられたし、またアフリカに行こうと決心できたのだと思う。でもアフリカでの話などを聞いたのだが、よく現地の人達と接することができたなあと思う。僕ならば、心細くてすぐ日本に帰ってしまうと思うし、怖くてたまらなくなる気がする。津曲さんはAMDAの局長さんをやってらっしゃると簡単に言っていたが、僕は一人じゃ何もできないと思っていたのがまったくうそのように感じるほどだった。

今、僕達はどどんぜいたくになっている。僕自身も食べ物の好き嫌いは、とてもはげしく、かっこなどもつけるほうだ。けれど津曲さんのお話を思い出したりすると、反省することがたくさんある。かっこなど、どうでもいいし、食べ物だってどんな嫌いな物だって食べられない人もいるんだ。富だって権力だってそんな物はなくなると、やさしい手をさしのべる勇気が大切なんだ。一人じゃ無理なのではなく、一人の勇気なんだ。僕は津曲さんにこの勇気をほんの少し与えてもらった気がする。僕達は自分自身のことだけでなく、みんなの、世界のことを考えていく時代へとさしかかってきたのかもしれない。

僕は最近、石井十次に心をひかれている。石井十次はみなし児の父といわれ、博愛心の豊富な所は津曲さんと同じである。石井十次さんは前途の道が開かれている医師業を捨てわざわざ自分の身をふりしぼり福祉業に命をかけた。このように津曲さんや石井さんのように相手の心を感じとり人の事を考えられるような人間へとなりたいと思う。



## AMDA へのメッセージ

- 独協医科大学越谷病院が埼玉県衛生総務課の矢嶋さんを通して、AMDA に水銀体温計を贈呈して下さいました。

越谷保健所庶務課長 遠藤好子

平成5年秋、獨協医科大学越谷病院事務部次長荒川利男氏から「病院で使用している体温計の全てをデジタル体温計に切り替えた為昭和59年の開設当時に一括購入した新品の水銀体温計が不要になったので、どこか役だててくれるところに寄贈したい。」という電話をいただきました。保健所としては病院の意向をくみ、埼玉県衛生部の国際協力推進担当長谷川氏に連絡した結果、AMDAを紹介していただき、今回寄贈させて頂きました。

- ノートルダム清心女子大学附属幼稚園の園児さんから「がまんのお金」を寄付して頂きました。

ノートルダム清心女子大学附属幼稚園

園長 佐藤良子

「がまんのお金」の趣旨

クリスマスは世界中どこでも祝われています。日本でも最近ではクリスマスグッズが豊富となり、或る意味でクリスマスは商品化されています。「教会でもクリスマスを祝うのですか」との質問もでてきて、キリスト者にとっては笑うに笑えない話もあると聞いています。クリスマスは唯単にプレゼントを交換したり、ツリーを飾りクリスマスパーティを開いて楽しむことで終わっては意味がありません。

クリスマスは神の御子イエスキリストの誕生を祝い、よろこびと平和を世界中の人々と分かち合うところに意味があります。

カトリック教会では、クリスマスをふさわしい心で迎えるために、待降節という準備期間を定めています。本園の子供達にもその事を伝え、何か善い事をしましょうと勧めています。また、何か欲しい物があっても少し我慢をし、それを「がまんのお金」としてためています。親も先生も子供達と心を合わせて愛の献金をします。そのお金をクリスマスの集いの日に、祭壇に捧げた後サンタクロースに「プレゼントのないお友達に差し上げて下さい」と言って渡しています。

# —AMDA 事務局だより—

遅ればせながら**新春のお慶びを申し上げます。**

今年もアジア医師連絡協議会事務局を宜しくお願い致します。

1994年1月



AMDA新年会を1月14日、タイ料理のお店で行ないました。ソマリア・プロジェクトの現地コーディネーターのラザック氏、当プロジェクトに医療従事した江上由里子氏も参加し、また事務局員はインドの正装でというとてもハチャメチャでユニークな会になりました。

## 93年度会費未納の方 36-284-7730

3月までにはさみ込みの振込用紙で送金お願いします。

また94年度会費は4月以降お振り込み下さい。よろしくお願いします。

## AMDA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

松原 雄一、藤井 和、房野 夏明

聖アンデレ教会、聖救主教会、葛飾茨十字教会、東京聖十字教会、東京聖マリヤ教会、聖マーガレット教会、八王子復活教会、目白聖公会、東京諸聖徒教会

### 医療機関

青梅慶友病院、町谷原病院、河北総合病院、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)、丸山ウイメンズ クリニック 城北胃腸科整形外科病院(沖縄県)

### 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)、三井物産、(有)都商会、グラクソ三共(株)、大鵬薬品工業(株)、葉樹(株)、ジョンソン エンドジョンソン メディカル(株)、住友海上火災保険(株) 以上 年間12万円  
(株)エス・オー・エス ジャパン、アイシーアイファーマ(株) 年間 3万円  
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：AMDA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：AMDA国際医療情報センター 所長 小林 米幸

カトリック教会では、クリスマスをお祝いする心で迎えるために、待降節という準備期間が定められています。本会でも待降節の準備として、何かと日本を念頭にAMDAの中心地である東京に集まり、クリスマス会を開催して、皆様と交流の機会をもちたいと考えています。今年も待降節の準備期間に、皆様から頂いたお礼状やクリスマスカード、プレゼントの交換会など、クリスマス会の日に、祭壇に掲げた後サンタクロースに「プレゼントの交換会を開催して下さいます」と言って笑っています。

### AMDA国際医療情報センター

〒100 東京都千代田区千代田1-1-1  
TEL: 03-5561-1111 FAX: 03-5561-1112

## 役員 (AMDA 日本支部)

- 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
- 〒556 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
- 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 田中里穂子/中戸純子/近藤麻里/李佩 玲 (常勤)  
横山雅子/庵原典子 (関西センター、非常勤)

### 読者の皆様へ

本紙の購読をご希望の方はアジア医師連絡協議会  
本部事務局までご連絡ください。

住所/〒701-01 岡山市橋津310-1

連絡/☎086-284-7730

頒価/1冊 500円

## \*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

口座番号/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

口座番号/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

口座番号/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

口座番号/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

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. 17 No. 1

---

アジア医師連絡協議会 (AMDA)

- 発行 1994年1月15日
- 編集責任者 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