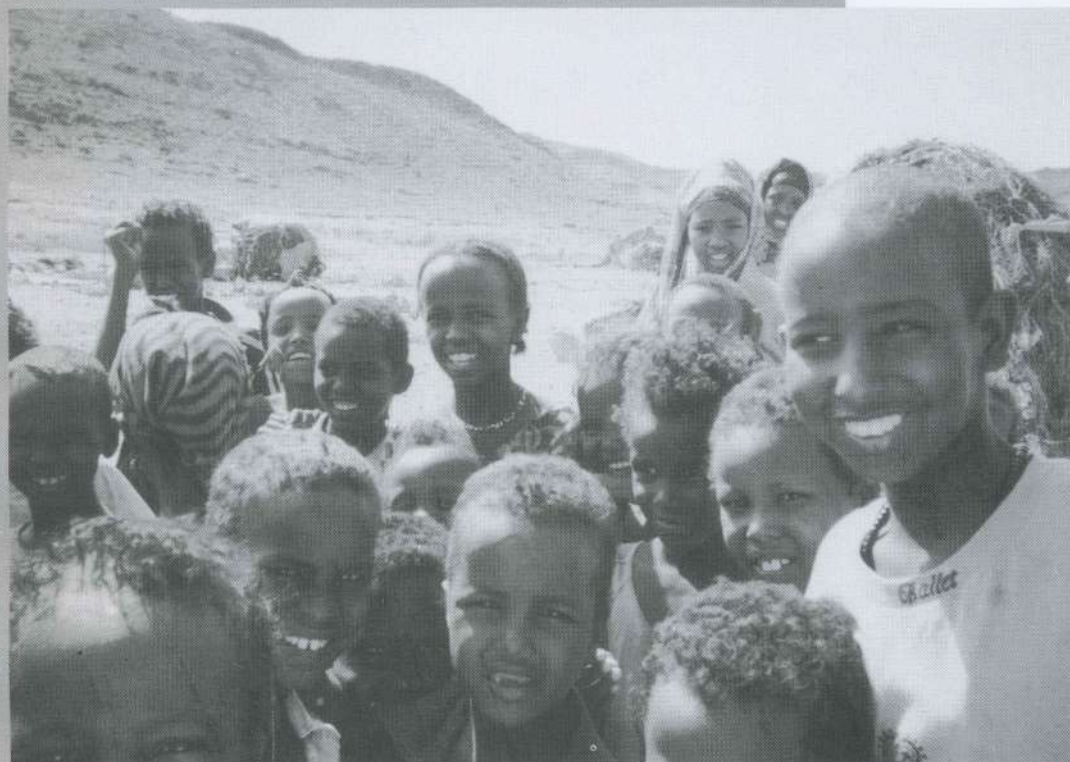


国際医療協力

Vol. 17 No. 2

1994. 2



難民の子どもたち（アッサモ）—ソマリア・プロジェクトより—

AMDA

The Association of Medical Doctors for Asia

アジア医師連絡協議会

● クルド湾岸戦争被災民救済プロジェクト
AMD-A 国際医療情報センター
代表 菅波 茂

● カンボジア救済プロジェクト
AMD-A 国際医療情報センター
代表 菅波 茂

Contents

● AMDA ご案内	2
● 今なぜ NGO (国際民間協力団体) なのか	
● 地域福祉と国際貢献	代表 菅波 茂 6
● ソマリア被災民救済医療活動	
● ジブチプロジェクト活動報告	赤沼 真夫 20
● THEY NEED HELP TO HELP THEMSELVES	Dr. AHMED 28
● ネパール被災民救済プロジェクト報告	
● Referral Health Center の視察報告	伊藤 恵子 32
● カンボジア救済医療プロジェクト報告	
● プノムスロイでの予防接種活動について	Dr. Chantha 36
● 精神医療プロジェクト経過報告	岩間 邦夫 38
● AMDA 国際医療情報センター便り	42
● センター関西相談等受付状況	44
● 岩手だより - 広田の生活(3) -	岩井 くに 51
● 高橋 央のミニレクチャー(番外編)	タイ AIDS 疫学 52
● 事務局だより	57

1993年4月17日にAMD-A(国際医療情報センター)を設立。93年5月より(当プロジェクト)の外国人医療従事者の受け入れも受ける。在日外国人をはじめとする医療従事者に対する研修や、医療に関する国際的な交流や、支援や、国際医療協力の紹介などを実施。

1993年10月よりインド支那との合併プロジェクト。カンボジア救済医療プロジェクト。インド西部大地震被災民救済プロジェクト。

アジア医師連絡協議会

【理念】 Better Medicine for Better Future

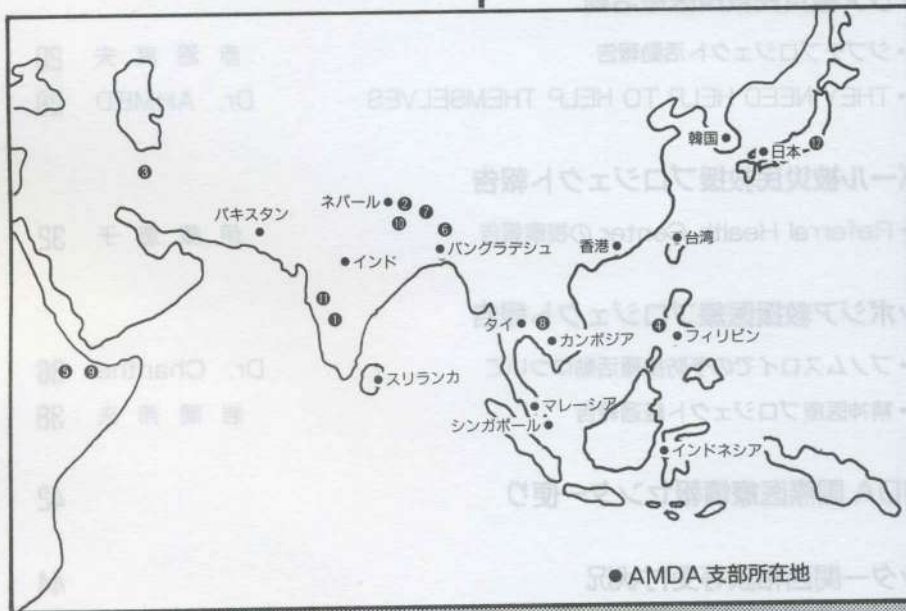
【沿革】 1979年タイ国にあるカオイタン難民キャンプにかけつけた1名の医師と2名の医学生の活動から始まっています。

【現状】 アジアの参加国は15カ国。会員数は日本約400名。海外約200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
- ・法人会員 30,000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健医療プロジェクト

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。



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。



④ ピナツポ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ポ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。



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。



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。



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。



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。



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。



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。



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。93年5月より(財)東京都健康推進財団の外国人医療関連事業の委託も受ける。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。



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、金子まゆみ

●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)

AMDAオーキッドプラン

緊急救援医療プロジェクト 経過報告

1. インドネシア大地震

発生日時 94年2月16日

発生場所 インドネシア共和国スマトラ島

被害状況 死者196名 重傷者464名 軽傷者14,945名

家屋半壊133,498 (全家屋の75%以上) 学校の被害131校

現在医師21名 看護婦50名 救急車8台で簡易テントにて活動中

AMDAとして

2月21日より約1週間日本より早川達也医師を現地に派遣

AMDAインドネシア側タンラ医師、イラワン医師の協力のもと現地調査を実施

衛生・医療状の問題点

1. 飲用水は河川の水を煮沸している状態
2. 下痢、細菌体下痢、皮膚感染症、うつ病等のかかっている人が1000名程度と推察
3. 唯一の入院設備をもつ病院は全壊状態である

今後の活動予定

インドネシア支部の協力のもと、被災地にリハビリテーション、ヘルスセンターを建設。日本側からも医師、看護婦を派遣

2. モザンビーク帰還難民

目的 帰還難民の緊急医療救援活動

場所 モザンビーク南部ガザ州

現地状況 現在全国内550万人 ガザ地区70万人の難民が本国に帰還

AMDAとして

94年2月24日よりAMDAコーディネーター池田丙午氏を現地に派遣 現在状況を調査中

3月9日津曲兼司医師を医療調査の為に派遣予定

今後の活動予定

ガザ州地区病院の再建、及び巡回診療 保健医療スタッフの教育

帰還難民、国内被災民の衛生教育 日本側からも医師、看護婦を派遣

最新のプロジェクト経過は追って今後の「国際医療協力」で報告致します。

また、参加可能な医師、看護婦を募集しています。

詳しくはAMDA本部事務局までお問い合わせ下さい。

今なぜNGO (国際民間協力団体) なのか

問題提起から問題解決へ

代表 菅波 茂

地域福祉と国際貢献

日本は国際社会においてどのような貢献ができるのか日本の経済力の国際社会における比重が高まるにつれて大きな課題となってきている。軍事力をも辞さない国連を中心とした国際貢献の世論も高まりを見せている一方で人道的見地からの国際貢献の在り方も模索されている。人道的見地からは民生の向上が主な論点である。世界に誇る平均寿命がなぜ日本で可能になったのかということ进行分析してその論点の素材とするのも興味のあることである。特に医療福祉のありかたは発展途上国だけでなく、現在行き詰まりをみせている先進国に対しても有益なことと思える。実際に現場をもって医療福祉の在り方を試行錯誤している立場から地域福祉というローカルな活動と国際貢献というグローバルな活動の関連性について分析と提言を試みたい。

ここでアジア医師連絡協議会(以下AMDAと略す)の医療分野における国際協力について紹介すると共に今後の方針の一環について述べたい。

現在までに実施したあるいは実施中のプロジェクトを開始順に列記する。

- 1) インド連邦カルナタカ州無為地区巡回診療プロジェクト(終了)
- 2) ネパール王国ヴィシュヌ村地域保健医療プロジェクト(継続中)
- 3) クルド湾岸戦争被災民救援プロジェクト(終了)
- 4) ピナツポ火山噴火被災民救援プロジェクト(継続中)
- 5) エチオピア共和国チグレ州難民救援医療プロジェクト(終了)
- 6) バングラデシュ-ミャンマー難民緊急救援医療プロジェクト(終了)
- 7) カンボジア難民本国帰還緊急対応医療プロジェクト(継続中)
- 8) ソマリア難民緊急救援医療プロジェクト(継続中)
- 9) ネパール王国-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(終了)
- 10) インド西部大地震被災民救援医療プロジェクト(継続中)

内容は大別すると緊急救援医療と地域保健医療になる。ただし、緊急救援医療も緊急状況の安定化にしたがって地域保健医療の内容が加味される。

重要なことは緊急救援医療にしても地域保健医療にしても必ず相手がいることである。人間が集団で生活するときには必ずそこにはコミュニティが存在する。このコミュニティの理解無しにはいかなる援助あるいは協力も効果をあげないばかりか場合によっては混乱を引き起こすだけということになる。

このような意味においてAMDAは国際医療協力を実施する時は相手のコミュニティを的確に理解するためにパートナーを最重要視する。

幸いなことにAMDA参加国において国際医療協力を実施する時には地元メンバーが良きパートナーとなり地元コミュニティの協力を得て速やかなる実施と実り多い成果を得ることができた。

AMDAは国際協力民間団体（いわゆるNGO）として活動をしてきたが、この4月からは日本—フィリピン政府間援助であるODAプロジェクトにも医師を派遣することになった。プロジェクト内容は家族計画を含む母子保健である。

このプロジェクトは日本においてNGOがODAに参加する記念すべき第一歩である。これによりAMDAは国際的医療専門集団として「必殺国際医療プロジェクト引受人」としての新しいコンセプトを確立する段階になったといえる。

新コンセプト確立の具体的な方法論として日本の社会システムの特徴を明確にした上での比較検討を基本にした海外における各種情報のデータベース構築により国際医療協力推進がより円滑になると信じている。

最初に高齢者保健福祉10年戦略（以下ゴールドプランと略す）を検討する過程で日本の社会システムの特徴を明らかにしていきたい。

ゴールドプランは周知のごとく人口の4人に1人が65才以上の高齢者になると推測される2001年即ち平成11年までに高齢者に対する受け入れ体制を整備しようという画期的な法律である。平成5年12月までに市町村は厚生省から提示された福祉に関する数量をおりこんだ高齢者保健福祉計画を県レベルの上部自治体に提出した。平成6年からの5年間で数量目標を実施する義務が課せられている。数量目的のみが一人歩きしてその理念が詳しく世の中に紹介されないのが残念である。その責任の一端は先進的医療従事者及び医事評論家にある。即ち、彼らによって今だに紹介され続けられているのが福祉先進国北歐モデルである。その前が英国モデルであった。英国モデルはすでに破綻を来たしている。北歐モデルも経済の不振により先行きあやしくなっている。福祉先進国モデルでもって我が国の福祉の在り方を指摘する安易な手法は終わりとする時期が来ている。なぜなら我が国の高齢化社会における福祉の在り方について根本的解決をもたらさないからである。理由は単純明快である。北歐モデルは「子が親をみない」という社会風土を大前提としているが、我が国では「子が親をみる」という社会風土が厳然として残っているからである。社会風土の違いは決定的である。この違いを無視した社会制度は無意味である。

ゴールドプランが大いに評価されなければならないのは「子が親をみる」という日本の社会風土を大前提としているからである。そして「子が親をみたくてもみれない状況」をどのように支えていくかということが理念になっている。大前提さえしっかりしていれば数量目標の多少の変更など許容範囲内である。

ちなみにゴールドプランの概要を記しておきたい。
「子が親をみたくてもみれない状況」を支援するシステムはハードとソフトがある。まずハード面について説明したい。

地域福祉の中核として位置づけられるのが老人保健施設である。あくまで帰るべき家庭があることが前提である。日常生活訓練をする入苑、介護している家族の都合が悪いとき要介護老人を一次的に預かるショートステイ、日中機能訓練に通うデイケアなどの機能がある。

帰るべき家庭のない人は要介護老人は特別養護老人ホームにて終生を過ごすことになる。特別養護老人ホームにもショートステイとデイケアに似たデイサービスがある。

要介護老人になっても自分のプライバシーを守って余生を遅れる場としての介護付き経費老人ホームであるケアハウスがある。

在宅ケア促進についてのソフトとは要介護老人を支える家族への情報提供と人的資源の整備である。

要介護老人を支える家族に対して24時間体制で情報提供する場でありシステムは在宅介護支援センターである。

在宅ケア促進についての人的資源整備については訪問看護ステーションとヘルパー制度がある。

訪問看護ステーションはナースが主治医との連携のもとに週2回までの介護目的の訪問看護をする独立したシステムである。医療機関は必要があれば週2回の往診と週2回の治療目的の訪問看護が実施できる。これに訪問看護ステーションの週2回の訪問看護を加えれば総計週6回の在宅ケアが可能になるわけである。

ヘルパー制度は要介護老人の身の回りのお世話をすることが目的である。派遣料は収入の多少により有料と無料とがある。

次に地域福祉の意義について考えてみたい。

地域福祉とは地域コミュニティあるいは地域社会でハンディキャップを持つものが生活していくという状況を実現することである。ということは地域福祉の対象は高齢者だけではなく年齢には関係なく身体障害者や精神障害者場合によっては難病患者やエイズ患者なども含まれてくる。残念なことに過去の地域福祉は身体障害者や精神障害者にとって理想的とはいえなかった。一方、高齢社会に対する国及び国民をあげての熱気と税金の注ぎ込み方は何なのだろうか。身体障害や精神障害は我に関係なく高齢によってもたらされる不自由さは万人に必須だからであろうか。いずれにせよ高齢を起爆点とした地域福祉に対する努力を無視する手はない。一挙に地域福祉を推進させ他のハンディキャップを有する人達が普通に健常者の隣人として生活できる地域社会を実現する補助線にすることである。地域福祉の推進にとってゴールドプランは天が与えた滋雨である。成功させなければいけない。ゴールドプランの成功なくして地域福祉の復活戦は2度とありえない。

地域福祉推進の輝ける旗手であるゴールドプランをいかに成功へと導くかを熟考する必要がある。

失敗は成功の母というのは大嘘である。成功例の分析こそが成功の母である。なぜなら成功の確立は非常に少ない恵まれた条件下においてのみ可能となるからである。その恵まれた条件を分析して応用するのが成功への近道である。

英国モデルは失敗例であるし北欧モデルも先行きあやしい。両者について検討を加えたい。

最初に英国モデルの失敗例について言及したい。

「ゆりかごから墓場まで」保証された夢のような社会福祉システムであると小学校で習ってから久しい。やはり夢のようでなくて夢だったのだ。なぜだと言っている人達がいる。英国の旧植民地出身でこの社会福祉システムを支えてきた人達である。若い元気のいい時代を福祉システムを支えてきて自分達はその福祉システムの恩恵を受ける時になって「英国病」なる経済不振になり夢のようなシステムが夢になってしまったというわけである。

次にスウェーデンモデルについて。我が国にこれでもかこれでもかと理想のモデルとして紹介され続けられている。ただし税金70%についてはあまり触れられないのがミソである。高負担高福祉の高福祉のみ喧騒されている。理念や良し。しかし金食い虫である。つい最近経済不振により高負担高福祉の見直しを掲げる政党と政権交代をしたばかりである。今後の展開が楽しみである。

いずれにしても両者は金の切れ目が福祉の切れ目になる「金で買う福祉」であることを理解することが重要である。

それ以上に決定的なのは両モデル共に「子が親をみない」という社会風土を前提にしている社会システムである。似て非なる複製しかつくりえない。まねても成功はおぼつかない。これについて警告を発しないのは大罪である。

ではいかにしてゴールドプランを成功さしえるのか。ここで静かに考えてみたい。我が国の医療において我が国独自の成功例はなかったのかと。すべて欧米のものまねだったのかと。

考察に値するうれしい題材を提供したい。

平成4年5月カナダのバンクーバーで開催された世界家庭医学会のシンポジウム場でかくなる質問が出された。

「日本の税金は35%である。スウェーデンの税金は70%である。であるのになぜ日本の平均寿命は世界一なのか。ご教示願いたい。」

この質問に緊迫する答えを用意できるもののみが国際医療協力の場に臨む資格があるといったら言い過ぎであろうか。かくもこの単純統計に裏づけされた質問の奥は深い。

平均寿命世界一に対する回答のサンプルを提示したい。
あの国民保険の歴史と発展にその回答を見つけることができる。国民保険法は昭和32年に発足して昭和33年には国民皆保険となり我が国の保険制度の基礎になっている。

国民保険の成功の理由を大胆ではあるが3つの要因にまとめることができる。

- 1) 優秀な行政機構
- 2) 高い教育水準
- 3) 地域ぐるみの疾病予防/健康増進運動

以下順次解説していきたい。

1) 優秀な行政機構

保険システムの基盤は加入者から払われプールされたお金である。未払いの人が続出したらシステムはパンクする。いかに喜んでお金を出し続けてもらうか。お金を出せば日本全国どこでも網走であろうが山の中であろうがある程度の人口があれば医療が保証されることが肝腎である。即ち、加入者に対して医療の公正さが保証されることである。そして逆に公正さの保証こそが行政機構の優秀さを示すのである。日本の行政機構の公正さは世界に冠たるものである。不公正の例証は賄賂である。賄賂のリトマス試験紙は警察官の態度にみることが出来る。警察官は行政機構の市民との接点の最先端にいる。我が国の警察官ほど品位とモラルを保っている国はない。米国の警察官とは雲泥の差である。警察官をみて行政機構の公正さを知るべしである。

医療の公正さは国保診療所の全国展開によって保証された。国保診療所は厚生省を頂点として地方自治体によって運営されている。即ち、日本のエリートによって運営されているのである。国家公務員と地方公務員がエリートであることはその生涯給与が高いことに裏付けられている。しつこいようだが、公正を旨とするエリートによって医療受診の公正さが保証されたことが国民保険制度運営成功への第一要因であった。

「いつ、だれでも、どこでも、保険証を提示すれば同じ水準の医療を受けることができる」という世界でも稀な医療システムを完成させたのである。聖書にいう福音(奇跡)でなくして何であろうか。社会主義及び共産主義国家でなく自民党政権下の日本で実現したことに地下のマルクスも驚愕しているだろう。

2) 高い教育水準

国民保険の財源としてプールされた加入者のお金にも限度がある。加入者に病気に罹り放題になられては財源が底をつく。金の切れ目が医療の切れ目となるのは明白である。対策は病気にならないよう加入者を啓蒙活動することが一番である。啓蒙に必要な情報の伝達には種々の方法がある。講演会や座談会のような顔と顔。テレビやビデオなどのように視覚に訴える方法。しかし、一番効率がいいのは活字によって一度に多くの人達に情報を伝える

ことである。これは国民の識字率が大切になってくる。幸いに我が国は明治以来国民義務教育を実施しており識字率の高さは世界最高である。

識字率に加えて大切なことは科学教育である。なぜなら現代医学は科学を方法論として使用しているからである。科学教育とは現象を客観的に数量的に理解する教育である。現代医学の疾病を理解することは科学的に理解することである。この疾病の科学的な説明を理解できる教育を全国民が受けていたことが疾病の予防に大きく貢献した。

注釈を加えるならば識字率の高さの根源は江戸時代にあり、科学教育の始まりは明治時代にある。

3) 地域ぐるみの疾病予防/健康増進運動

日本人にはボランティアの風土がないという俗説を信じてはいけない。そもそも日本でボランティアという単語が定着したのは1979年のカンボジア難民が発生した時に欧米の若者がボランティアとして救援活動に駆けつけているのになぜ日本の若者は立たないのか。日本にはボランティア精神はないのか。これ以後である。ボランティアという言葉が頻繁に使われだしたのは。

日本には伝統的に地域コミュニティのためにボランティア活動するシステムがある。ただし、団体ボランティアという形である。町内会、婦人会、子供会などがこれにあたる。

国民保険の財源を守るための疾病予防活動にこれらの地域コミュニティは母と子の健康を守る運動、栄養改善する運動、予防接種を推進する運動など予防活動に大いに貢献した。現在でもこれらの活動は地域コミュニティにおいて継続されている。医師会も地域公衆衛生活動の一環として学校保健、地域保健を推進するためにローテーションを組んでボランティアとして参加している。

以上の説明をもとにバンクーバの世界家庭学会の質問に話しを戻したい。即ち、「日本の税金は35%である。スエーデンの税金は70%である。であるのになぜ日本の平均寿命は世界一なのか。ご教示願いたい。」この質問に最終解答を与えたい。

スエーデンになくて日本にあるものが秘密の鍵を握っている。それは地域コミュニティの存在である。地域コミュニティでの疾病予防及び健康増進運動がボランティア活動によって運営維持されていることである。簡単に言えば税金の代わりに汗を払っているのである。人件費が閥経済化しているのである。スエーデンには地域コミュニティぐるみのボランティア活動の代わりに必要な人数は公務員として雇用されている。地域コミュニティで流されている汗を人件費として計上すれば莫大な額になること必須である。

ここで私達は学習することができる。「地域コミュニティは汗を税金に変えうる」という命題である。

ここで再度ゴールドプランについて考察したい。前述のごとくゴールドプランの真髄は「子が親をみる」という日本の精神風土において「子が親をみれない状況」をどのように支援していくかということにつきる。ゴールドプランは日本の地域福祉の夜明けを約束する義務を期待されている。しかし、施設福祉の残影をひきずっているのは否定できない。なぜか。答えは簡単。地域コミュニティの役割を導入してないからである。従来施設福祉は社会福祉法人によって運営されてきた。場所は人里離れたところ。入所の判定による適格者の面倒を国から出る処置費でみればそれで全て良し。地域コミュニティとは無縁の閉鎖的運営も非難される筋合いは無し。しかし、地域福祉の意義はハンディを持った人が地域コミュニティで健常者の隣人として生活することにある。地域コミュニティの概念が導入されていないのはゴールドプランの致命的欠陥である。しかし諦める必要はない。私達は平均寿命世界一を達成した成功例を国民保険の展開の中に3要因として検証することができた。この検証をゴールドプランに応用していけばいいのである。

以下その3要因の地域福祉への応用について述べたい。

1) 優秀な行政

市町村がゴールドプランの実施権限と責任をもつことに決定的な意義がある。医療と福祉の違いは医療は科学を基盤するが福祉は生活を基盤とすることである。科学は普遍性があるが生活はローカル性が強い。北国の生活と南の国の生活洋式は事なる。更に習慣、風土、人間関係など生活に及ぼす影響は所によりけりである。地域コミュニティの把握はせいぜい市町村までである。県レベルでは数量的状況把握がせいぜいのところである。

市町村は行政実施において地域コミュニティの各種団体を通して地域住民と接触している。いわゆる補助金システムを通してである。逆に地域コミュニティの各種団体の存在なくして行政が直接地域住民に接触することは非効率で不可能に近いことである。

補助金システムで固く結ばれている市町村と地域コミュニティ各種団体がスクラムを組んで地域福祉を推進することによりゴールドプランの致命的欠陥は補正されることができるとは思われる。ただし、地域コミュニティ各種団体の修正が必要である。それは町内会である。地域福祉の推進には町内会がリーダーシップをとることが不可欠である。なぜなら地域コミュニティ各種団体の中で町内会がリーダー的立場にあるからである。町内会の存在を無視した形でヘルスボランティアの育成が保健所などが音頭を取って実施しているが地域福祉の推進役にはなれず単なる個人的教養に終わっている事例が多い。ただ町内会が地域福祉のリーダーになるためには町内会の機構改革が必要である。町内会には基本的に地域コミュニティを維持運営する役職がそろっているが福祉担当職がない。無理もないことである。現在のような高齢化社会が地域コミュニティの安定を乱しだしたのはここ十数年のことであるから。町内会に福

1月の現時点までの8年間はほぼ変わりない。この活動は、国内の各地で、
社担当職がおかれることによって厚生省一県一市町村一地域コミュニティ団
体一地域住民という補助金システムが地域福祉の分野においても完結するからである。

補助金システムについて注釈を加えておきたい。

補助金が「補助」という字がつくからといって軽んじてはいけない。地域コミュニティの各種団体にとって補助金を受け取ることは活動の正統性を得ることである。各種団体の長は地域コミュニティ住民によって推挙される。その基準はコミュニティを裏切らないという人望である。自治体は学歴社会のエリートによって運営される表の社会である。「補助金」によって正統性のある表の社会と地域コミュニティとは初めて正式にパートナーとしての関係になるのである。

補足であるが市町村の職員は地域のエリートでありゴールドプランの実施に当たってはまとめ役としての任を果たす能力があることを強調しておきたい。

最後に厚生省に登場を願わなければいけない全日本的な課題がある。それは有料ボランティアの基準作りと活動認定の公正化である。今日本各地で高齢者を支える有料ボランティア活動の輪が発生している。具体的にはボランティアの時間を将来の自分のために蓄えておくボランティア時間貯金システムなどである。そのネットワーク化の動きもある。全国レベルで通用する量と質において公正な基準が無ければ群雄割拠の状態になり東京でのボランティア活動の実績が岡山県では認められない事が考えられる。せっかくのボランティア活動の機運がストップする可能性がある。もったいないことである。

2) 高い教育水準

老化とボランティア教育を是非カリキュラムに加えて欲しい。その必要性について述べたい。

まず老化について。よく結婚式で新郎新婦の赤ちゃんの時から成人に至る記録写真が紹介されることがある。この時に赤ちゃんと成人の2枚の写真だけ紹介されるととどまを感じるであろう。ましてや日頃おこずかいをくれる時々会うやさしいおじいちゃん又はおばあちゃんが急に半身麻痺でよだれでもたらしていたら晴天霹靂の驚き。醜いものや不潔なものは蓋をしてみえとばかり遠ざかることの確率が高い。

最近では2世代の家庭が多い。おじいちゃんやおばあちゃんと生活を共にしていれば老いることの意味が自然とわかる。老いることの理解なくして高齢者に対する地域福祉を推進することは不可能である。高齢化問題を突破口にして身体障害者、精神障害者、難病患者そしてエイズ患者に対する理解と支援をする社会を建設することは理論倒れになる。老いることの教育は学校内だけでは不十分である。地域コミュニティの特別養護老人ホームや老人保健施設などと積極的に連携した現場教育を勧めたい。

つぎにボランティア教育について述べたい。

ボランティアに2種類あることを提言したい。共同体ボランティアと機能体ボランティアである。共同体ボランティアとは地域コミュニティなど共同体を維持していくことが目的のボランティア活動をいう。機能体ボランティアとはある目的のために集まり目的を達すれば解散となるボランティア活動をいう。一方、共同体ボランティアは共同体の維持が目的であり解散はありえない。解散は共同体が消滅したときだけである。

学校教育に必要なボランティア教育は機能体ボランティア活動に対する理解と実践である。

高齢化社会はゴールドプランに示された人的数量だけでは維持できないことは明白である。職業的医療人によって可能なことには限界がある。国民一人一人がハンディキャップを持つ人達に対する理解と支援を個人としてできる範囲で実施する事が必要である。ただやみくもすればいいものではない。ボランティア活動に必要な最低限の知識と経験は教育によって与えられるべきである。

3) 地域ぐるみの運動

ポイントは地域住民の共同体ボランティア活動としての相互扶助と意識改革である。

最初に地域住民の共同体ボランティア活動の事例として岡山県岡山市の「平津学区シルバーコミュニティ」の事例を紹介したい。

平津学区とは岡山市西北に位置する平津小学校を中心とするコミュニティである。1714世帯。人口5615人。15町内会で構成されている。昭和60年7月から平津学区シルバーコミュニティが結成されて活動している。目的は高齢化社会に対応して「寝たきり、痴呆」をつくらないために、地域コミュニティの各種団体の長で構成される運営委員会のもとに地域コミュニティ住民が地域ケアの一環としてのデイケアのためのボランティア活動を推進することである。

ちなみに、運営委員会の構成団体は楢津健康増進連絡協議会、中楢津町内会、平津学区連合町内会、平津学区コミュニティ推進協議会、平津学区婦人会、平津学区愛育婦人会、平津学区民生委員会、平津学区老人クラブ連合会、地域医療機関代表、ボランティア代表である。

活動内容は在宅の虚弱老人を対象にした日常生活訓練、食事サービス、入浴サービスなどである。これによって65才以上の老人の自立的生活の援助、孤独感の解消、心身機能の維持向上などをはかると共に、家族の身体的及び精神的な労苦の軽減を目的にしている。

利用料金は食事サービスは400円で送迎サービスは200円である。場所は医療法人アスカ会の一室(面積は100m²)でアスカ会からはメディカルチェック、緊急時の対応とボランティアへの昼食提供がある。

運営委員会によって100%の自主的運営がされている。ボランティアの数は約100名、登録されている老人は約40名である。この数は平成6年

1月の現時点までの8年間ほぼ変わらない。この活動は岡山市の高齢者対策事業のモデルとなり補助金を受けている。

ここで日本社会の伝統である共同体について補足しておきたい。

日本社会で決定的に重要なことは共に汗を流して働く集団である機能集団が共同体化することである。日本以外の国では共同体とはすべて血縁共同体である。日本の村落共同体は血縁関係が基盤となっているように見えるが決してそうではない。「遠き親戚より近き他人」あるいは「去れば日に疎し」とは血縁共同体ではないことを意味している。なぜなら血縁共同体では見知らぬ人同士でも血縁関係がはっきりすれば旧知のごとく親しい関係が瞬時にして成立するのである。又いかに遠く離れて生活していようと親しい関係は不滅である。日本の村落共同体にはこのような人間関係は存在しない。

平津学区シルバーコミュニティは同じ地域コミュニティで共に暮らす地域住民の共同体意識があって初めて可能になった事例である。ただしそれは血縁共同体でなく日本式の地域コミュニティ共同体であることを銘記していただきたい。

次に意識改革について述べたい。

ゴールドプランにより「子が親をみれない状況」を支援する整備が推進されても必要な人が必要な時に利用しないと意味がない。宝のもちぐされである。「子が親をみる」という精神風土が「子が親をみれない状況」の時制度を利用することを妨げているのである。まことにパラドックスであるが、「子が親をみれない状況」にある人達に対して困っていない地域の人達が「子が親をみる」のが当然という視線を投げつけているのである。「子が親をみれない状況」にある時は施設を利用するのが当然という意識が地域コミュニティにおいて常識にならないとゴールドプランの整備は意味がなくなる。

しかし、ゴールドプラン自体にはその対策は提示されていない。地域コミュニティにおけるゴールドプラン整備施設利用意識推進はいかにして可能か。地域コミュニティにおける各種団体の活用しかない。各種団体に意識改革の先頭に立ってもらおうのである。

特に町内会である。前述したように町内会に福祉担当役員をおいて厚生省一県一市町村の補助金直結システムをつくりゴールドプラン整備施設利用意識を公に推進するのが最良の策である。

「困ったときは施設を喫茶店のように気軽に利用しましょう！」

このスローガンを地域コミュニティの範にすることである。

ゴールドプランを素材として高齢化社会の地域福祉について論じてきたが、更にマンパワーについて論を進めたい。

最初に若年者について。職業的に人的資源の偏在があることは明白である。どの世にも人気のある職業とそうでない職業がある。医療及び福祉関係職業の社会的スタンスを高めることが重要である。給料だけの問題ではない。給料だけからいえば風俗営業嬢のほうがはるかに稼ぎがいい。3Kや5Kといった調子で職種の嫌な面をアピールすればするほど夢はなくなり人は遠ざか

る。職場改善は大切である。しかし、もっと大切なことはこの職種は人道的な意味合いが深いことを堂々とアピールすることである。

次に高齢者について。高齢者が強力な人的資源になるためには技術革新が必要である。非力な高齢者が介護に従事できる補助機会器具の開発である。例えば現場で一番力を要するのは入浴介助であり多種多様な技術が開発され現場で使用されているがまだまだ高齢者が介護に参加するには不十分である。技術開発は産業界の規模と関係がある。日本の有する産業界の技術は裾野の広いので将来が期待される分野である。

最後にボランティアの導入である。

地域コミュニティにおける地域ぐるみのボランティア活動はすでに言及しているのでここでは省略する。

重要な人的資源として残っているのが学生である。単なるボランティア教育に終わらせずに現場の人的資源として活用するという発想である。現在20才以上の大学生は学生といえども国民保険の掛け金を払うよう義務づけられた。この発想の延長である。学生時代にボランティア活動で流す「汗」を税金として換算するということである。正規の介護職員と同等の仕事内容に汗を流していただくのである。もはやボランティアとは言いがたいが。

結論としていえることは我が国は決して人手不足ではないということである。

備注として外国人労働者の導入について言及したい。

参考例としてドイツ方式とシンガポール方式がある。ドイツは現在東西ドイツ合併後の景気後退に苦しんでおり外国人排斥運動が頻発している。民族主義極右翼の進出もあり政治的に不安定である。ドイツの外国人には労働者と難民とがある。医療界には医療界の人手不足を補うため導入された多数のナースがいる。

シンガポールは外国人労働者の導入には非常に神経を配っており単純労働者は2年間の労働のみ許可される。2年間働いたものは2度と単純労働のための入国は許可させない。待機リストの労働者が順次出入国をしていく。単重労働者はシンガポール人と結婚して滞在許可を取ることも不可能にしているほどの厳しさである。

いずれがいいかどうかは我が国の実情に合わせて決めるべきである。ただし給料が安いからという考え方は非常に危険である。日本では国民一人に対する社会整備費は非常に高い。給料は安くても外国人労働者に対する社会整備費はそれ以上必要なことは確実である。まして彼らが家族を呼び寄せた場合はその経費たるや税金をばらまくごとしである。ここまでお金がかかることを十分検討したうえでの外国人労働者の導入でないと危険性が高い。その時になってドイツのように外国人労働者排斥運動が起こる可能性が十分考えられる。古来からの格言があるではないか。「利に集まるものは利に散る」と。

以上来たるべき高齢化社会に対する地域福祉推進の切り札としてのゴールドプランと関連事項を考述してきた。

最後に高齢化社会そのものに対する切り札を検討したい。高齢社会の本質は高齢者人口比率が高いということである。抜本的解決は出産率を増加させることである。残念ながらゴールドプランは高齢化社会の抜本的解決法でないことを大脳に刻み込んでおく必要がある。

出産を増加する抜本的解決方法は結婚したい若い女性を徹底的に支援することである。女性は年令的に20-25才前後に本能的に結婚を希望する時期である。この時期を逃すと30才前後になる。高学歴の女性ほど婚期が遅くなっているのが問題である。高学歴とは大学生以上をさす。したがって、大学生である女子学生が結婚して出産しても学業及び育児が両立するように徹底的に支援体制を確立することである。税金の使い所である。

高齢者自体に社会的支援が必要なことは人道的見地から否定はできない。しかし、高齢化社会を支える次の世代を育てることはもっと重要なことである。現在20才台の女性を支援すればその成果は20年後には確実になる。即ち、高齢化社会の抜本的解決には20年間を要するということである。

高齢者保健福祉計画は10年計画であるが抜本的対策は20年計画になる。同時に開始しても10年間のタイムギャップがある。タイムギャップでもたらされる社会システムのきしみは予測するのも恐ろしいことである。

日本の地域福祉の現状と将来についてゴールドプランを軸として日本社会の特徴を考察をしてきた。その理由は日本式モデルの背景にある社会システムの理解なくしていかなる分野における国際協力あるいは国際貢献を自信をもって実施できることは考えられないからである。

その日本社会の特徴を再度列記する。

- 1) 「子が親をみる」社会習慣
- 2) 公正な行政機構
- 3) 高い教育水準
- 4) 地域コミュニティ各種団体の存在
- 5) 共同体ボランティアと機能体ボランティア

ここで興味あるフィリピンの地域医療の事例を紹介したい。

フィリピンのラグーナ州でフィリピン大学とロックフェラー財団によっておこなわれた包括的地域医療プロジェクトである。30床の地域病院を中心とした地域医療の展開である。プライマリケアで考えられることはすべて実施していた。例えば、ラジオや新聞を使用した住民に対する保健医療教育、図書館の開放、デイケアの運営、病児院内教育、伝統医学の応用と薬草園、医療費をつくるための青年による収益事業、バンランガイという地域コミュニティ自治組織との連携、地域保健ボランティアの育成、地方自治体との連携等である。医療従事者はフィリピン大学医学部から派遣され、資金はロッ

クフェラー財団によって提供されていた。私が現地を視察訪問したのは1985年の夏である。今から9年前から現在の日本で話題になりかけていることが実験的に実施されていたのである。結果的にロックフェラー財団からの資金提供が終了と共にこのプロジェクトも打ち切りにならざるを得なかったのは残念なことである。

このプロジェクトの社会背景と日本の社会を比較すると興味深いことが多々わかる。

フィリピンには子が親をみる社会習慣はある。公正な行政機構は存在しない。高い教育水準はまだない。地域コミュニティ各種団体は存在するが日本のような補助金システムはない。血縁共同体が最優先する村落である。したがって、地域コミュニティは汗を流す共同体として存在しないので地域保健ボランティアは有料制である。

では、日本とは基本的に社会的状況の異なるフィリピンでどのように保健あるいは医療プロジェクトを展開したらいいのだろうか。

技術的なことはさておき、最も重要なことはまず実施プロジェクトの限界を設定することである。それも5つの要因の中で最も不安定で弱い要因の影響を加味した限界設定である。最も可能性のある要因を意識的に集中的に発展させることによりプロジェクト全体の質を確保することしか考えられない。

フィリピンの場合に最も不安定な要因は公正な行政機構である。最も可能性のある要因は機能体ボランティアの養成である。

したがって、成功モデルをコントロールにして比較研究するとプロジェクトにおける資金とマンパワーにおける計画を絞る込むことができ、実施による評価も確実となる。

これは一つの成功モデルを持っていることが国際協力としてのプロジェクトを実施する時に実戦的であることという例証である。即ち、国際医療協力を目指す時には少なくとも日本の医療とその社会システムの実態を理解して相手先との比較論を展開することの確実性を明確にしている。

逆に言えば、日本からの国際医療協力は、可能な範囲で、日本における成功モデルの発掘と分析をベースにするのが一番効率的といえるのではないだろうか。

本論の結論を急ぎたい。

AMDAの社会福祉分野における国際貢献の今後の方針について述べたい。私達のメンバーは各国において医療従事者として地元の発展のために活動している。各国の成功モデルの分析を通して得られる情報と実施される医療プロジェクトから得られるデータベース構築により政策提言及びプロジェクト必殺請け負い人「国際医療専門集団」として発展を期したい。地域福祉と国際貢献はそのなかでも優先度の高いテーマである。

1994年(平成6年)1月17日 月曜日 25 岡山

岡山県新聞

国際貢献トピア構想始動

10月にNGOサミット

官民集い推進する会

岡山を民間国際協力団体(NGO)の中心地しようとする、医療NGOの「アジア医師連絡協議会」(AMDA、菅波茂代表)が呼びかけた「国際貢献トピア岡山構想」を推進する会がこのほど、発足した。推進する会の初会合には、五自治体を含む約五十団体の代表者も出席し、官民一体の国際貢献を話し合った。

構想の柱は、十月に予定している「国際貢献NGOサミット」の開催。国内とアジア、アフリカにある五十以上のNGOを岡山に招き、発展途上国で何が本当に必要とされているのか、シンポジウムなどを通じて相互理解を図る。また、地方自治体もつ

技術を水道普及、保健衛生などに役立てる「地方自治体国際緊急援助団」の創設も大きな柱だ。職員らの派遣交流や技術援助を通して、AMDAや現地のNGOと協力しながら、地域を活性化するのめらい。すでに御津郡加茂川町など三町が参加を決めている。

構想はこのほか、現地を視察研修する海外スタディツアー、国際貢献岡山フェスティバルなど全部で八つの事業に分かれる。事業ごとに実行委員会を置き、三月に開かれる次の会合で役員や具体的な活動内容を話し合うという。

ジブチプロジェクト活動報告

アジア医師連絡協議会 赤沼真夫

<はじめに>

今回、私は、AMDAのご好意により、平成5年9月1日から12月4日までの期間、ジブチ共和国におけるソマリアおよびエチオピア難民救援医療プロジェクトに参加してもらい、日本では全く体験できない医療を体験させていただいた。まず私の立場としては卒業2年間、公立の研修指定病院にて、内科、外科、小児科、産婦人科、麻酔科、救命センターをローテーション研修し終えた段階での初の国際医療体験であり、名目上は現地人医療スタッフの指導教育を目的として参加したわけである。ところが、いざ難民キャンプにて診療にあたってみると、診る疾患のほとんど全てが日本で診た事のない疾患であり、加えて、現地人スタッフのほとんど全てが話せる英語さえほとんど話せず、AMDAネパールやバングラデシュやパキスタンの医師達にはもちろんの事、時には現地人のナースやヘルスワーカーの人々に疾患についての教えを請う始末であった。ここでは、この体験を私なりに復習してみたいという意味と、今後、私のような形でAMDAのプロジェクトに参加する医師がいた時に少しでも役に立てればという意味をこめて、3ヵ月間の活動の報告をさせてもらいたい。

<難民キャンプでの仕事内容及び状況>

▷AMDAの仕事内容

AMDAのスタッフは、アリサビエという西部劇に出てくる荒野のかたすみの田舎町のような街に宿舎を持ち、そこから毎日交替で、アウルアウサ、アリアデ、アッサモ、ホルホルの4つのキャンプに、パジェロに乗り込み、平均して20-30Kmのオフロードを走り出勤する。

- ・AMDAの仕事：
 1. 各キャンプ内の診療所にて、または患者の住むテントへの往診にて、ジブチ人及び難民で構成されるナース、ヘルスワーカーを指導教育する。
 2. 各キャンプ内の母子センターにて、栄養失調児とその母に主に栄養指導する。
 3. 薬剤、医療物資の供給。
- ・MSFの仕事：
 1. 水の供給及び公衆衛生。
 2. ワクチネーション。
 3. コレラセンターの管理運営。

MSF(国境なき医師団)は、私の滞在中は、カナダ人の女医とオランダ人の男の給水専門家とイギリス人の女の建築家の3人で主に活動していた。AMDAの仕事のうちで1.の往診と2.は日本の看護婦さんが主に行い、私はネパールやバングラデシュの医師と共に主に1.の診療所での指導教育にあたった。

▷難民キャンプの状況

- ・食料(UNHCRにより配給される。)
1人あたり、米12Kg、油600g、砂糖300g、塩150g、魚800gが、1ヵ月で配給される。この他、量は不明だが、CSB(Cone Soy Beans)と呼ばれるトウモロコシと大豆の粉を混ぜたものも配給されていた。
- ・配水(MSFによって管理される。)
アウルアウサは給水車により貯水されたタンクから、他の3つのキャンプは井戸から得ている。水の衛生状態は不明だが、アウルアウサでコレラが流行した時、人々が、貯水タンクの水でなく、キャンプ近くの家畜も利用する貯水槽の水を摂取していた事がわかり、これが原因のひとつと考えられた。
- ・衛生(MSFによって管理される。)
各テントにトイレはもちろん無い。屋外にトイレは設置されているが、絶対数が少なく、大多数の人はトイレではなく、近くの草むらに用をたしてしまう。下水はもちろん無い。ゴミに関しては調査不足だが、はっきりした集積地を見た事が無いので、おそらく似たような状況と考えられる。とにかく秋はハエの最も増える時期だそうなのでどのキャンプも診療所の中さえ、想像を絶するハエの数であった。

・医薬品、医療設備

薬品については、今回私が見る限り、比較的充分薬庫に備えられていた。1993年3月、田村正徳先生が調査された際不足とされていた、小児用アンピシリン、クロラムフェニコール、エリスロマイシンのシロップ、点眼薬、消毒薬、局麻剤、抗真菌剤、ビタミン剤、鉄剤、気管支拡張剤、去痰剤等は少なくとも既に備えられていた。問題は薬の数よりも、薬庫から各キャンプに薬を配布するシステムに有り、キャンプの薬不足を招いているように感じた。私が不足と感じたものは薬品よりも血圧計や点滴針であった。血圧計は各キャンプ2コずつ程度はあるのだが、その多くが電動血圧計であり、その電池を手に入れるのが不可能な現地であって、なぜそのような血圧計があるのか理解に苦しんだ。また点滴針も翼状針が主で、サーフロ針は不足していた。脱水で血管が苦しく、しかもV i t C不足で血管もろい子供たちに点滴をとる際、翼状針では無理がある。またサーフロ針もせいぜい22Gまでの太さであり、これも脱水の子供たちには太すぎる。コレラの治療の際、点滴がとれるかどうかは生命線となる事を考えると、24ゲージ以上の細いサーフロ針が大量に必要であると感じた。医療設備に関しては何も無いに等しい。キャンプにはもちろんの事、キャンプで処置できない患者を送るアリサビエ病院にもレントゲン機はあるものの、フィルムが無く私の滞在中はX・Pは1枚もとれなかった。アリサビエ病院には1人のフランス人医師しかおらず、手術室も血算生化検査施設も心電図もエコーもなかった。唯一、結核の喀痰検査のできる設備と技師がいたので、結核疑いの患者はここで検査を受け、陽性となれば、近くのサナトリウムに移され、抗結核剤による治療が可能であった。しかし、急性腹症や不全流産など手術を要するものは、アリサビエ病院から100Km先のジプチまで送らざるをえないのだが、その為の救急車は1台しか無く、難民に対しては、多くの場合使用できない状態にあった。とはいえ難民の中にはジプチまで行くバスのお金もない場合が多く、途方にくれるケースにも2、3遭遇した。

・各キャンプの状況

最も状況が悪かったのはアウルアウサであり、10月には2、3週間のコレラの流行も見た。また重症患者の数も他のキャンプに比べ多かった。ここの医療スタッフは、4キャンプのうちで最も組織化され知識水準も高かったにもかかわらずこの状況であったのは、私が考えるに、キャンプの立地条件であると思う。他のキャンプは山々に囲まれ、近くに井戸もあり、テント群の配置もランダムで、あたかも山間の村落のようであるのに対し、アウルアウサは、見渡すかぎりの井戸を掘っても水の出ない半砂漠のまん中に、計られたように整然とテント群が並んでいる。整然と並んでいる事はよい事のように考えられるが、逆であり、例えばコレラのような疾患が、ある地域で流行すれば、まるでドミノ倒しのように瞬時に全体に波及する危険性をはらんでいるのである。また、ホルホルやアッサモなどの山間のキャンプには、難民に混じって、難民ではない近くの遊牧民が住んでおり、彼らが自分の飼っている山羊を殺して皆に分けている姿をよく見た。アウルアウサには、本当は難民キャンプにはいてはいけない彼らのような遊牧民もいないようだった。

<症例と考察>

私が、3カ月の間に、キャンプ内診療所及び往診にて、現地人ナースまたはヘルスワーカーからコンサルトを受けた症例は、以下の通りである。

	疾患名	5歳以上	5歳以下
▷栄養障害	PEM	4	6
	V i t B1欠乏症	32	3
	V i t C欠乏症	15	2
	V i t A欠乏症	10	0
	鉄欠乏性貧血	10	0
▷呼吸器疾患	結核 (含疑い例)	19	1
	呼吸器感染症 (除結核)	46	23
	気管支喘息	1	0

▷消化器疾患	コレラ	2	0
	赤痢	8	12
	腸チフス	1	0
	その他の下痢・嘔吐・腹痛	35	19
	食道癌疑い	1	0
▷腎尿路疾患	腎尿路感染症	32	0
	尿管結石	2	0
	前立腺肥大疑い	1	0
	急性腎不全疑い	0	1
▷内分泌疾患	単純甲状腺腫	1	0
▷外科・整形外科的疾患	急性腹症	1	0
	皮下膿瘍	9	2
	そけいヘルニア	1	0
	痔核・痔ろう	4	0
	直腸脱	0	1
	外傷・骨折	13	2
	腰痛・関節痛	11	0
	骨腫瘍	1	0
▷産婦人科的疾患	不全流産	9	0
	切迫流産	4	0
	不正性器出血	3	0
	子宮脱	1	0
	産褥感染症	3	0
	骨盤内感染症	3	0
	乳腺炎	1	0
▷眼科的疾患	結膜炎・トラコーマ	14	5
	白内障	5	0
	翼状片	3	0
	緑内障疑い	1	0
▷耳鼻科的疾患	中耳炎	7	4
	鼻出血	1	0
▷皮膚科的疾患	皮膚炎	16	2
	ライ病	2	0
▷その他の感染症	マラリア	7	0
	寄生虫	4	2
	頸部リンパ節炎	7	2
	淋病	7	0
	クラミジア	1	0
	梅毒	1	0

▷栄養障害

・PEMとはProteinEnergyMalnutritionの意味でカロリーの摂取不足により筋肉・脂肪の衰退や老人性顔貌をみるMarasmsと、蛋白質の

摂取不足により低アルブミン血症をおこし全身性浮腫などをみるKwashiorkorにわけられる。私がこの概念を知ったのはかなり後であったので、実際はこの患者数の3倍以上は診たと思われる。主に10歳以下の子供たちに多いが、老人のこのケースも2例あった。その1例は70歳の老女であり、初診時、腹水、下腿浮腫、鉄欠乏性貧血著明、排尿無く、嘔吐激しく、15日間便通も無いとの事であり、ラシックス、プリンペラン、5%グルコースの点滴、鉄剤、ミルク500ml/day、ORS500ml/dayの経口投与などで徐々に改善した。この症例は当初診断困難であったが、結果的にはPEMであったと考えている。

- VitB1欠乏症が計35例と多いが、当初私は、膝関節の痛性の浮腫で歩行困難となった症例は全てVitB1欠乏症と診断しており、これは後に、VitB1欠乏症というよりむしろVitC欠乏症の症状である事がわかった。しかし、これらの症例の多くは、VitC欠乏症の1症状であるScurvey（歯槽の腫脹・出血）を伴っていたので、VitB1剤と同時にVitC剤も投与しており、それなりの改善をみていた為、診断の誤りに気付かなかった。VitB1欠乏症の症状は、膝関節痛ではなく多発性神経炎であり、四肢麻痺も痛みによる麻痺ではなく腱反射減退によって示される末梢神経麻痺であり、浮腫も膝関節限局のものではなく全身性の浮腫であった。恥じ入る所である。
- VitC欠乏症に関しては、VitC剤投与により劇的な改善をみる事が印象的であった。
- VitA欠乏症も10例としているが、これも実際はもっと多いと考える。当初私は夜盲の訴えのみでVitA欠乏症と診断していた。しかし、ある6、7歳の男児で、右眼球部にどう見ても悪性の腫瘍としか思えない固まりが突出している症例があり、私はこれを手の尽くしようのないものとしていた。ところが、後にAMDAネパールの医師Dr. Anilがこれを見て、即時にVitA欠乏症の最終ステージだと診断した。なるほど、彼が患者の母に詳しく問診すると、進行したVitA欠乏症の1症状である眼球乾燥症（眼球を動かすと白眼の部分に細かいしわがよる。）が確認された。私はそれまで、眼球乾燥症の診断法を詳しく知らなかった為、見逃した症例も多いと思う。この診断法をもとにスクリーニングすれば、かなりの人数のVitA欠乏症患者が見つかると思う。

▷呼吸器疾患

- 呼吸器感染症については基本的には、グラム陽性菌ねらいでアモキシシリン、アンピシリンなど、グラム陰性菌ねらいでST合剤など、それでも効果無き場合はエリスロマイシンをそれぞれ1クール1週間ずつ投与し、それでも改善の無い場合、また症状より結核が疑わしい場合は、アリサビエ病院にて喀痰検査を施行していた。
- 結核に関しては、結核の既往がある7、8歳の女子で、脊椎に腫瘤が出現し徐々に下肢の麻痺をきたしつつあったカリエスの例、また、やはり結核の既往があり、ソマリアで治療中に難民キャンプに逃げて来たという30代の男性で、初診時、既に呼吸促進し右肺の呼吸音が全く聴取されず、直ちにアリサビエ病院に送ったものの喀痰より結核菌が確認されず、キャンプに送り返され、数日のうちに呼吸不全で亡くなった例などが印象に残っている。

▷消化器疾患

- コレラは10月に、アウルアウサにて流行し、多い時には日に20人から30人のコレラ患者がコレラセンターに入院していた。患者のほとんどは診療所を経ず、直接ヘルスワーカーがセンターに運んでいた。米の研ぎ汁様の白色便と嘔吐で瞬時に重症の脱水となり、昏睡状態となる症例が数多くあった。とにかく点滴をとるか、とれなければ胃カテーテルから大量の水を入れなければならない。点滴のみで、前日昏睡状態の赤ちゃんが、翌日はピンピンしている症例が数多く見られた。コレラ以外にも下痢や嘔吐で脱水となり、点滴を必要とする乳幼児は多い。前述したように、細いサーフロ針が大量に必要だと考える。また、コレラの流行当初私が診た、コレラ疑いの重症脱水の30代女性の患者で、点滴確保には成功したものの、その後の輸液量が不十分で亡くなってしまった例があった。そこで、ここに、MSFの脱水に対する処置のマニュアルを記しておこうと思う。

MSF Rehydration Manual

grade \ B·W	0~5Kg	6~10Kg	10Kg<
Mild	ORSp·o 2/1~1cup in 4hrs	ORSp·o 1~2cup in 4hrs	ORSp·o 2~3cup in 4hrs
Moderate	ORSp·o 1~2cup in 4hrs	ORSp·o 2~4cup in 4hrs	ORSp·o 4~6cup in 4hrs
Severe	under 2y	Ringel div	25ml/kg in 1hour for 3hrs
		then ORSp·o	40ml/kg in 3hrs
	older than 2y	Ringel div	110ml/kg in 4hrs at first rapidly until improved

また、どうしても点滴も胃カテーテルも入らない重症脱水の乳幼児に対して、MSFの医師は、脛骨に16G位の太い注射針を垂直に刺し、骨髄から輸液をしていた。こんな方法は日本では聞いたこともなかったが、カナダの救命センターなどでも時々行われる輸液法であるという。

- ・赤痢の診断に関しては、親への問診で血便を伴う粘液便がある時は細菌性赤痢、粘液便のみの時はアメーバ赤痢と診断せざるを得なかった。また、その他の下痢・嘔吐症に関しても重症化がこわい為、よほどの軽症でない限り抗生剤を処方していた。日本においては、幼児の下痢症に関しては、抗生剤は重症でない限り使用しない事が原則となっている。この点考えさせられる事が多かった。

▷腎尿路疾患

- ・尿路感染症に関しては、診断は比較的容易であった。
- ・急性腎不全の症例は2歳の男児であり、初診時、下痢・嘔吐激しく、脱水と下腿及び腹部の浮腫が著明であり、24時間の無尿を認めていた。また、テストテープにより尿蛋白が1+であった。私は、脱水の改善を第一と考え、5%グルコースを250ml/hrの速度で点滴し、加えてラシックスの投与を行ったが、最初の瞬間は改善したものの、2時間後には呼吸困難をおこし1日後には亡くなってしまった。Kwashiorkorの為低蛋白血症があり、加えて感染その他により腎の予備力が低かった為、輸液により急速な腎性肺水腫をおこしたのではないかと考えている。このような浮腫を伴う脱水症の子供に対する輸液は、点滴速度をできるだけ遅くするなどの注意が必要なのかもしれない。

▷内分泌疾患

- ・単純甲状腺腫に対しては、ヨード塩の摂取を促すのみであった。

▷外科・整形外科的疾患

- ・腹部に明らかな筋性防御とブルンベルグサインを認め、激しい腹痛を訴える30代の男の患者がいたが、ジブチまで送る手だてが無く、クロラムフェニコールの点滴のみで様子を見ざるをえなかった。

・各キャンプは何度かトルネード(竜巻)に襲われていたにもかかわらず、重症外傷をほとんど見ることがなかったのは意外だった。日本で、交通事故による重症外傷を数多く見てきた私は、車社会の恐ろしさを改めて認識させられた。

・骨腫瘍の患者は20歳の男性で、5ヵ月前から徐々に右脛骨の腫瘍が増大したというもので、熱を伴っていた。悪性である可能性が考えられ、ジブチの病院に行ってもらった。

▷産婦人科的疾患

・不全流産疑いの症例が多かったが、大体は抗生剤投与及び安静にて経過観察可能なものであった。しかしその内の2例は子宮内容除去術を必要とするものであり、1例はなんとか自分でジブチまで行ってもらったが、1例は急を要した為、Dr. Anilが、診療所内で除去術を行った。彼も私と同じ3年目の医師であったが、産婦人科を6ヵ月研修しており、その間100例以上の除去術の経験があるそうで、日本の初期研修システムとの差を痛感した。

・分娩については、産婆さんが大体全てを取り仕切っていた。

▷眼科的疾患

・結膜炎やトラコーマといった感染症がやはり多かった。

・白内障は、成熟白内障でないでジブチの病院でも手術を受け付けてはくれなかった。

・ほこりの多い砂漠である為、翼状片(Pterygium)が多かった。

▷耳鼻科的疾患

・1週間も止血しない鼻出血の例があった為、ジブチの病院に送った。病因は不明である。

▷皮膚科的疾患

・実に様々な皮膚疾患が見られたが、一括して皮膚炎とした。私は日本から皮膚疾患のアトラスを持っていったが、これが結構役に立った。

▷その他の感染症

・マラリアで印象に残ったのは、脳性マラリア再発の5、6歳の少女である。初診時、激しい頭痛と高熱を訴え四肢を硬直し震わせていたが、クロロキン療法を1クール行った所、1週間後には元気に笑いながら私の所に駆け寄って来てくれた。その後の再発の無い事を望む。

・寄生虫(Parasites)に関しては、貧血と嘔吐・便秘をみる子供に対してはまず寄生虫と考えて治療してまちがいはないように思えた。それでも改善の無い時に別の疾患を考えたい。

・頸部の無痛性のリンパ節腫を可動性よく、両側に触れる症例が妙に多かった。結核性のリンパ節腫に特徴的なものらしいが、検査結果は定かではない。

以上、印象に残った症例を報告させてもらった。感染症でマスクされている為、または入院設備や検査設備がない為もあるかもしれないが、日本でポピュラーな狭心症や心筋梗塞、脳血管障害などは1例も見ず、癌も食道癌疑いと骨腫瘍以外は見なかった。しかし現地で見る疾患の多くは日本で見る事のできない疾患であるとはいえ、その診断は1度体験すれば比較的容易なものも多く、治療も薬剤の処方や点滴投与が主であった。ネパールやバングラの医師は、自国でこのような難民キャンプでの医療を研修医のうちに体験できるが、日本の研修医にはなかなかそのチャンスはない。しかし同じ医療先進国のヨーロッパから来るMSFのメンバーは、派遣の前に1、2週間のオリエンテーションを受けてからやって来るという。将来AMDAにも、日本医師に関しては、マニュアルみたいなものを作り、派遣前にオリエンテーションのようなものを与えられるようなシステムができればすばらしいと思う。

<結語>

3カ月の難民キャンプの医療体験により、第3世界の人々の人生観や哲学みたいなものもかいま見たような気がした。きっとそれはほんの表面的な部分なのかも知れない。しかし文明国と言われる日本人が学ぶべき点が多くあるように感じた。確かに彼らは戦争によって国を追われ、食料も職も無く、感染症も流行し、我々から見れば悲惨な状況にある。しかし、彼らはその状況にありながらも、明るい笑顔や隣人愛や家族愛や友情や倫理観を決して忘れずに、むしろその暗い状況を吹き飛ばすような輝きを放っているよ

うに、私には見えた。死に関しても、彼らは実にあっさりと死を受け入れ、自分の家で家族や友人に見守られながら亡くなってゆく。家族も確かに悲しみに暮れるが、その死に関して悔いを表すような事はしない。それらを支えているのは、全ては神の思召しという現世に対するあきらめにも似た、しかし逆に強固な宗教観なのか、それとも戦火に苦しみぬいた自国から逃れ安全な難民キャンプに居るといふ相対的な幸福感なのか。いずれにせよ彼らを見て、物の豊かさに満ちあふれている反面、情報量の多さの為自分なりの人生観や哲学を確立しにくくなり、家族や隣人との絆が脆弱化しつつあり、子供たちは、キャンプの子供たちのような心の底からの笑顔や人なつこさを忘れつつある日本は果たしてこのままで良いのかと思った。私は研修医時代、一刻でも寿命を延ばす為、体を手術で何度も切り刻まれたり、厳しい化学療法に苦しみぬいたりして、それでもやはり病院の中でボロボロになって亡くなってゆく患者さんを何人も見た。中には、こんなに苦しむのはもう嫌だからお願いだから死なせてくれと手を合わされたこともあった。そんな中で医師達は必死になり、必死になるあまり患者さんに関して暴言を吐いたり、あるいは、患者の死後の患者家族との裁判ざたを気にして仕事をやる姿なども何度か見た。高度経済成長や科学技術文明は確かに我々日本人を幸せにしてくれたのだと思う。第3世界の状況も、戦火のただ中にいる人々は、難民キャンプどころではない悲惨極まりない状況にあるのかも知れない。しかし、これから先を考える時、我々が彼らから学ぶべき点はたくさんあると思う。と同時に、国際援助というものが、彼らに対する科学技術や西洋流の考え方の押しつけにならぬよう注意する必要があるように感じた。

そして、最後に、これからのAMDAを考えて、敢えて苦言を言わせていただこうと思う。まず第一に、今回のジプチプロジェクトの契約に関して、その内容が個人個人により違いすぎる。私は、3ヵ月の滞在で、旅費補助や手当ては派遣者マニュアル(1993、4/14改訂)通り支給されたのに対し、私と共に働き、キャンプでは私などよりよほど活躍していた、4ヵ月以上滞在していた看護婦さんの1人は手当ても無ければ旅費補助さえも全く微々たる額しか支給されていなかった。第二に、やはり今回のジプチプロジェクトに関してだが、日本に居るプロジェクトリーダーがあまりに現場に関して無頓着すぎるように感じた。現場の事は現場に任せる方針だそうだが、それにしても、現場の指示を総責任者たるプロジェクトリーダーに相談したい時、その窓口は常に医療に関しては素人の女性で、プロジェクトリーダーの指示なのかどうかははっきり分からないような事が多かった。はっきり言って、現場はジプチにしるハルゲイサにしる、医療団体であるAMDAの看板を背負って命がけでやっているのである。その現場に関しての詳しい把握や責任は、やはり医師または医療関係者であるプロジェクトリーダーが常にしっかり持っているべきであると思う。これらの問題は、これからAMDAが、単なる個人ボランティアのより集まりではなく、1つの組織として仕事をしてゆくのなら絶対解決すべき問題であると思う。この活動は参加者の身の危険と表裏一体の活動なのだからなおさらだと思う。

最後になって批判めいた事を書いてしまっ、恩を仇で返すようになってしまいました。が、これからのAMDAを思って正直に書かせていただきました。とにかく今回は貴重な体験を与えていただき本当にありがとうございます。また、現地のAMDAのスタッフの皆様、現地人のスタッフの皆様に心からの感謝を申し上げます。

Only a
refugee camp, altho
ARLOUE AHMED

1.
2.

数日前までコレラによる
脱水で昏睡状態であった
子とその母(アウルアウサ)



they desperatly need the help of the humanitar
needs are often great indeed. That's why

Commissioner for Refugees (UNHCR) requeste
for

bandage

visits to

General Hospital (

難民の子ども達
(アウルアウサ)



from

There was

love:

3. Lack of some
antiallergics, v
cardiovascular,

一緒に働いた
AMDのSTAFF達



THEY NEED HELP TO HELP THEMSELVES

By Dr. FARUQUE AHMED

God helps those who help themselves. But those who are nearly always fleeing from areas torn by strife or from repressive regimes or those who are routed by such ongoing problems as droughts, famines, political upheavals or civil wars, thus displaced from their own country, are totally helpless and they desperately need the help to help themselves & their medical needs are often great indeed. That's why, when United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR) requested AMDA to provide medical services to the Ethiopian Refugees residing in the Ethiopian Refugee Camp, Hargeisa, The Republic of Somaliland, we gladly accepted that proposal & extended our hand to help them by providing both preventive and curative health care services.

From 22nd August to 15th November we paid 11 visits to the camp and we examined 223 patients in total. The average number of patients per visit was 20. Distribution of disease pattern among the refugees is shown in the attached chart, from which we can see about 85.65 % of the patient are over 15 years old, 10.76% are between 0 to 4 years and 3.59 % are between 5 to 15 years group.

The common diseases encountered were as follows :

1. Respiratory Tract Infection.-18.83 %
2. Diarrhoea & Dysentery ----15.25 %
3. Acid Peptic Disease. ----11.65 %
4. Anaemia ----06.75 %

AMD A STAFF

Only a few cases of malaria and tuberculosis were found in the refugee camp, although they are more prevalent in Hargeisa and no single case of measles, jaundice or enteric fever was found.

Many medical problems of refugees are caused by:

1. Contaminated water.
2. Improper sanitation.
3. Poor nutrition.
4. Lack of health education.
5. Poor organization of health care delivery due to shortage of money, manpower etc.

For some acute emergencies and a few complicated cases, who needed complete bed rest, thorough examination, proper investigation and specific medication (e.g. antidiabetic, anti tuberculous, antihypertensive), we referred them to the Hargeisa General Hospital (reconstructed and renovated by AMDA) for better management.

The problems we commonly faced in the Ethiopian Refugee Camp were as under:

1. There was no particular medical examination room or tent where we could examine the patient by maintaining privacy.
2. There was no laboratory or other diagnostic support.
3. Lack of some essential medicines like antiinfectives, antiallergics, vitamins notably vit.A and vit.B-complex, cardiovascular, dermatological, psychotherapeutic drugs, broncho-dilators, diuretics etc.

CLINIC MORBIDITY SURVEILLANCE REPORT.

ETHIOPIAN REFUGEE CAMP, HARGEISA, SOMALILAND.
(22nd August to 15th November, 1993.)

Cases	0-4 yrs	5-14 yrs	>15 yrs	Total
URTI	9	3	16	28
LRTI		1	13	14
Malaria			02	02
Measles				
Eye infection			05	05
Watery diarrhoea	10	01	12	23
Bloody diarrhoea			11	11
Skin infection			04	04
STD			03	03
Hepatitis				
UTI			02	02
TB new cases			01	01
Meningitis			01	01
Trauma & Burn	01	01	04	06
Anaemia			15	15
Acid peptic disease			26	26
Helminthiasis	02	02	05	09
Enteric fever				
Others	02		69	71
Referred to hospital			02	02
Total	24	08	191	223

4. Neither well trained nurse nor skilled health worker nor efficient translator was available due to incentive problem.

Although abundant resources were not available, but we tried our best to deliver a fairly intensive level of medical care, to the refugees, which encompass all aspects of health care from preventive public health to therapeutic interventions. We will continue our effort to improve the health status of the refugees by developing appropriate health care and monitoring the quality of the health services which will ensure the refugee's basic human rights and will enable themselves to lead a socially, culturally and economically - a healthy and a productive life - in the coming days "Inshallah"!

近所の子供達と授業 (右から2人目)

Referral Health Center の視察報告

横須賀共済病院中央検査科 伊藤 恵子

1994年1月18日から22日までの5日間、AMD Aの活動のひとつであるNepal, Damak市のReferral Health Center (RHC)を臨床検査技師として訪れる機会を得ることができましたので、その報告及び感想を述べようと思いません。

(日程)

1/14(金)	成田発		バンコック着	(バンコック泊)
15(土)	バンコック発	(天候悪いため)	バンコック着	(バンコック泊)
16(日)	バンコック発		カトマンズ着	(カトマンズ泊)
17(月)	パタン病院見学	カトマンズ発	ピラトナガル着	(ダマック泊)
18(火)	RHC見学ダマック	検査実習		(ダマック泊)
19(水)	〃	〃		(ダマック泊)
20(木)	〃	〃		(ダマック泊)
21(金)	〃	ブータン難民キャンプ見学		(ダマック泊)
22(土)	〃	ピラトナガル発	カトマンズ着	(カトマンズ泊)
23(日)	カトマンズ観光			(カトマンズ泊)
24(月)	カトマンズ発	バンコック着	バンコック発	
25(火)	成田着			

私がカトマンズに到着する予定でした15日は、3カ月10日ぶりに雨が降り夜は雷が鳴る悪天候であったようで、その後の日程もDr. Dulalの助言もあり、予定より1日早いピラトナガル空港からの帰りの航空券を買うことになりました。そのため7日間滞在の予定が残念ながら5日間と短くなってしまいました。

〈Damak 到着〉

さてダマックはのどかな農村地帯の中心の町で、ネパール第4の都市のピラトナガルが最寄り空港です。私が子供の頃に行ったことのある、両親の田舎の秋田の村にどこか似ているような郷愁を感じました。牛やニワトリなどの家畜と共に生活し、これといった産業もなく、貧しくはありますがゆった

R.H.C.の前で診察
を待つ人々



天気の良い日
は外で問診



近所の子供達と伊藤（右から2人目）

りとした時間のリズムの中で生活しているように思えます。上下水道は一部しか完備されていませんし、ゴミ収集の回数は少なく流れ込んでくる文明のビニール製品が家々の周りに散乱しており、さらに道路をバスや車が通るとその排気ガスと砂ほこりには口や目をおおわずにはいられないほどで、よく道端に痰を出している人々を目にしました。やはり改善しなければならない公衆衛生問題の大きさを感じずにはられません。

〈Referral Health Center (RHC) 見学〉

私は総合病院の検査室の中で、それも検査技師60名で細分化されコンピュータ化されている仕事を主に処理しているために、ダマックの医療センターでの経験はとても勉強になりました。

はじめてRHCを訪れた日、診療所に着くなり急患室に転倒による頭部裂傷のおばあさんの縫合に立ち会うこととなり、私は少ない器具でそれも麻酔なしで、ぱっくりあいた傷口を縫っていくドクター及びメディカルスタッフの働きぶりに驚いてしまいました。また、私が滞在している間に、マラリアで高熱のため、ずっと暗い病室で薄い毛布1枚で床についていた女性が、帰る日に明るい太陽のもとのベンチで、微笑みながら日なたぼっこをしている姿を見ることができたことはとても嬉しかったことです。そして、土曜日は診療所は消毒及び清掃日ですが、その日サイクルリクシャーで両親にかかえられてきた少年は、体が一朝苦戦に硬直しテタニーをおこしていました。ペニシリンのアレルギーテストが行われ、点滴を受けて治療されていましたが、その後の経過は残念ながら日本に帰ってきてしまったため知ることができませんでした。今ごろ、元気に外で遊び回っていることを祈っています。さらにブータン難民キャンプからUNHCR のトラックで毎日運ばれてくる人々、糖尿病で60kgある10才の少年、6カ月前妊娠した子供を死産させてしまい精神的ショックを受けてしまった女性……など、今も沢山の患者さんがRHCを頼ってやってきていることと思います。

〈検査実習〉

毎日朝10時の回診の様子を見学して、その後検査室で実習をさせてもらいました。少しはお手伝いできるようにと出発前に、簡単な血液や痰の染色方法や尿沈査の見方、便の寄生虫卵の観察、白血球分類など形態学的事の基礎を勉強してきたのですが、単眼光学顕微鏡ではやっと赤血球と白血球の区別がつく程度で、私には手も足もでません。またピペットや試験管の不足、限られた試薬での検査、器具の洗浄方法、消毒滅菌の不十分さと問題点もいくつかありますが、検査技師のMr. Bilutu Sahが検査を全てこなしている

こと、また助手のSabba君の働きには頭が下がります。そして不足している器具を工夫しながら仕事をしていることには、改めて器具や機械に頼りすぎている日本の検査のあり方を考えさせるものでした。ただし検査室は、血液、尿、便など多くの感染性検体が集まる場所です。やはり、まだ感染予防に対する意識が薄く、消毒滅菌に対する器材及び意識の改革を教えることが重要なことと思います。さらに顕微鏡は複眼のものをいれてあげたいと思いました。見慣れている技師でさえ判定できない時があると言っておりましたので。(注・2月に検査用具の補充を実施)

〈H I V抗体検査〉

12月に東京で行なわれたAMD A勉強会で、市立札幌病院・早川先生のRHC報告の中でH I V抗体検査実施の話聞き、お手伝いできればと思っていたのですが実際検査してみて、簡単で誰にでもできる方法ですが、最後のミキシングを手で行なうことで各トレイごとの条件の差ができてしまうことがわかり、やはりミキサーが必要であると思いました。カトマンズにもどってDr. Pokharelにこの点をお話しして、1つしかない冷蔵庫の大部分を占領しているH I V抗体検査キットを早く使用できることをさらに望みました。

〈私の反省〉

英語があまり堪能でないためH I Vウイルスは体に入ってどのように増殖するのですか?などという複雑な質問に対して、勉強意欲あるスタッフに答えてあげることができなかつたことが残念でなりません。これからはできる限り英文論文を読み、英語で説明できるように努力していきたいと思ひます。

〈最後に〉

国によって検査方法、器具の使用方法などが大きく違うことがわかり、他の国の検査技師と働くむずかしさを経験しました。しかし、RHCでの貴重な体験は私の財産になったと思います。これからもより多くの国で、多くの巡り会い、多くの経験という財産を蓄えながらよい仕事ができればと思っています。

今回の訪問に関して急なスケジュールの変更などありました、AMD A-Nepalの皆様にはお世話になりました。そして、もちろんRHCの皆様にも改めてお礼を申し上げます。ありがとうございました。ダンネバード!

Thank you!

プノムスロイでの予防接種活動について

AMDA Cambodia Dr. Chantha

プノムスロイはコンボンスプーの20 km位西にあります。この地域には山が多く木材がたくさんあります。プノムスロイは12の町に分かれていて、その名前はモハサン、タンシェ、キリウオン、プレイローンドール、ドンウオクローン、トレイントロイユーン、チャンポー、タンソムローン、克蘭ディビー、プレイクメイン、チャンソムカイです。12の町はさらに126の村に分かれています。AMDAの予防注射の報告によると1993年のプノムスロイの総人口は44990人（女性19063人、男性25927人）です。子供達の病気の多くは伝染病関係です。結核、破傷風、ポリオ、百日ぜき、ジフテリア、はしかの6種の伝染病です。おとなの場合、破傷風の予防はひとつの大きな課題です。プノムスロイの人々は農作業以外に山へ入り木を切り出したり、石はこびの仕事をしますので、怪我をすることが多く、破傷風になる可能性も高いのです。予防接種はBCG、DTC、ポリオ、Rouvax（麻疹の予防）、さらに15才から45才までの男女のために破傷風予防薬の計6種類をAMDAから受け取りました。

1993年、AMDAの援助を受ける前、予防注射団の活動にはさまざまな困難がありました。1年を4期にわけて活動を行なっていたが、第1期の活動はあまりよくできませんでした。車が足りなくて定期的に予防接種にでかけることができなかつたこと、また、予防接種薬を買って手にいれるのも困難であり、さらに薬の保存状態も悪かったからです。それで仕事をする気持がなくなって職場を休む職員もいました。幸いにAMDAの援助をいただいて以来、活動はまた正常に戻りました。週に4日間AMDAの車で村での予防注射活動も再開しました。病院はAMDAの援助を受けて、それ以後は予防注射活動は1期1期ごとに良い変化が認められた。以下は予防注射を受けた人数の一覧です。

予防注射受診者数一覧

ワクチンの接種 93年の4期	BCG	ポリオ			DTC			ROUVAX (麻疹)	破傷風	
		第1回	第2回	第3回	第1回	第2回	第3回		女性 15~45	妊婦
第1期	91	93	34	25	24	34	25	48	440	36
第2期	94	69	24	14	69	24	14	57	453	34
第3期	242	225	235	67	225	235	67	191	576	47
第4期	432	405	504	357	405	504	357	242	794	33

予防注射を受けた人数は毎期毎に増加していますがプノムスロイの総人口に比較し、まだまだ低率です。その原因として次のことが考えられます。

- 1) 大部分の村人が予防注射の重要性を理解していない。
- 2) 村人の生活が貧しく子供を家に残して両親が家の外で働くことが多く、予防注射団が村まで行っても、子供達が予防注射のところまでこられない。
- 3) 治安の問題上、プノムスロイ126村のうち、活動できるのは43村しかない。
- 4) 一部の村は病院から遠すぎて日帰りをする事ができない。
- 5) 雨季の場合、道路事情が悪く国道から離れた村で車で移動することが出来ない。
- 6) 総合的に村人の理解力、生活、治安、移動方法などに問題がある。

私個人の考えとしては、予防注射活動をするにあたり、全ての人々に予防注射の教育を行なわねばなりません。子供に予防接種をするとどのような病気にかからずにすむのか、などを母親達に認識してもらいたいのです。1994年には予防注射を受ける人数はもっと増えるでしょう。それに対処するため予防注射チームは3班に分かれ、別々の村で活動をするようにしています。

(訳 黒田 チャンソピア)

プノンペン生まれ

1983年難民として来日

日本で準看護婦免許取得

神奈川県東大和市在住

精神医療プロジェクトの経過報告

アジア医師連絡協議会 岩間 邦夫

今回は「精神医療プロジェクト」の経過報告を行ないたいと思います。

1993年2月にAMDAカンボジアプロジェクトの実行委員長である桑山氏が、カンボジアでは現在ただ一人と言われるカンボジア人精神科医ケ・チュム氏と出会って以来、AMDAでは精神医療プロジェクトの実行に向けて準備を進めて来ました。そして桑山氏がカンボジアで進めてきた仕事を引き継ぐため'93年8月に私がこのプロジェクトの担当者としてカンボジアに入りました。しかし丁度私がカンボジアに着いたそのほとんど同じ日に、ケ・チュム氏は持病であった心臓病の手術のためにフランスへ発ち、結局3ヶ月間の入院生活を余儀なくされました。

AMDAの精神医療プロジェクトは元々ケ・チュム氏あつてのものでした。彼はカンボジアでただ一人の精神科医であります。現在カンボジアには精神科を置いている病院は全くなく、彼が勤務しているクメール・ソビエト病院（現在は名前が変わりのロドム・シアヌーク病院）でも精神科医としてではなく、放射線技師として勤務していました。そのため彼は自宅を診療所にして精神科に属すると思われる患者さんを診ていたわけですが、薬の入手が困難な事もあり、より多くの患者さんを受け入れられるという状況ではありませんでした。

それに対して、カンボジアには沢山の心に傷を負った人たちがいると予想されていました。'75年から'79年のポル・ポト時代には200万とも300万ともいわれる自国民に対する虐殺があり、都市の住民は農村へ強制移住させられ、それまでの生活形態が破壊されました。'80年以降は、外国からの復興援助が最も必要だった時期にも関わらず、ベトナムのかいらい政権とみなされたため西側諸国からの援助が受けられず、復興は遅れざるをえませんでした。そして、'91年にパリ和平条約が結ばれUNTACが入ってきて以来、急激に外国から多くの物やお金や人が流入してきて、いやおうなしに近代化へのレールの上に乗せられた感があります。そういった複雑かつ特殊な歴史が人々の心に何らかの傷を与えているのではないかと予想されるのはごく自然なことであつたと思います。

精神障害を持つ人たちにどのようなケアを行なっていくらいいのかを考

える際に、実際にどのような問題もしくは障害を持つ人たちがいるのかを知る必要があります。しかし精神科の病院が全く存在しないという状況は、どんな人たちがいるのかを知るという事を非常に困難にしていました。そういった人たちが医療を受けるためにまず行く場所として、伝統治療師の所が挙げられますが、しかしそこには様々な種類の人が集まっていて、頭痛・腹痛・家庭内の悩み・医者には見放された病等、訴える症状は皆ばらばらです。そういう中で、どんな人たちがどんな精神障害を持っているのかの情報をより多く集め、そういう人たちに対するケアのあり方を考えるには、彼等が安心して足を運び治療を受けられる場所を創り上げる必要がありました。

そこでAMDAがケ・チュム氏を中心に、プノンペン市内の公立病院の中に精神科病棟を設置するプロジェクトの準備を始めたわけですが、その途上で、前述した遂行した総選挙終了後の行政組織の変更にもなって、保険省や病院の中でも人事の交代がありそれによって生じた混乱もあって、このプロジェクトも一時期中断せざるをえない状況にありました。

しかしケ・チュム氏の手術後の経過は良好で、彼の帰国後すぐにプロジェクトの再開に取り組む事ができ、保険省からもシアヌーク病院に精神科病棟を設置する正式な許可を得て、現在病棟の補修・医療器具の購入・カンボジアではほとんどが手に入らない精神科薬剤の購入等の準備を進めています。4月位には病棟の準備も整い、診療活動が始められる予定でいます。



シアヌーク病院院長と精神科病棟についての打ち合わせをする岩間氏（右）

Ministry of Health

KINGDOM OF CAMBODIA

No. 1497 HC/BIR

Phnom Penh, December 26th, 1993

To the Representative of
THE ASSOCIATION OF MEDICAL DOCTORS FOR ASIA (AMDA)
Phnom Penh .

Dear Sir ,

The Ministry of Health has pleasure to apprise you the AMDA Project Proposal for Psychiatric Care Support in our country is acceded to by the Ministry . We would like the drugs relevant to this matter will be the ones contained in the essential medicines list and the training for mental health specialists will be coordinated within the overall training plan for this matter and in close collaboration with Mental Health Sub-Committee and Professor De Sweemer - Ba and Professor Hauff who will arrive soon from the University of Oslo . For this, a circumstantial discussion would be necessary .

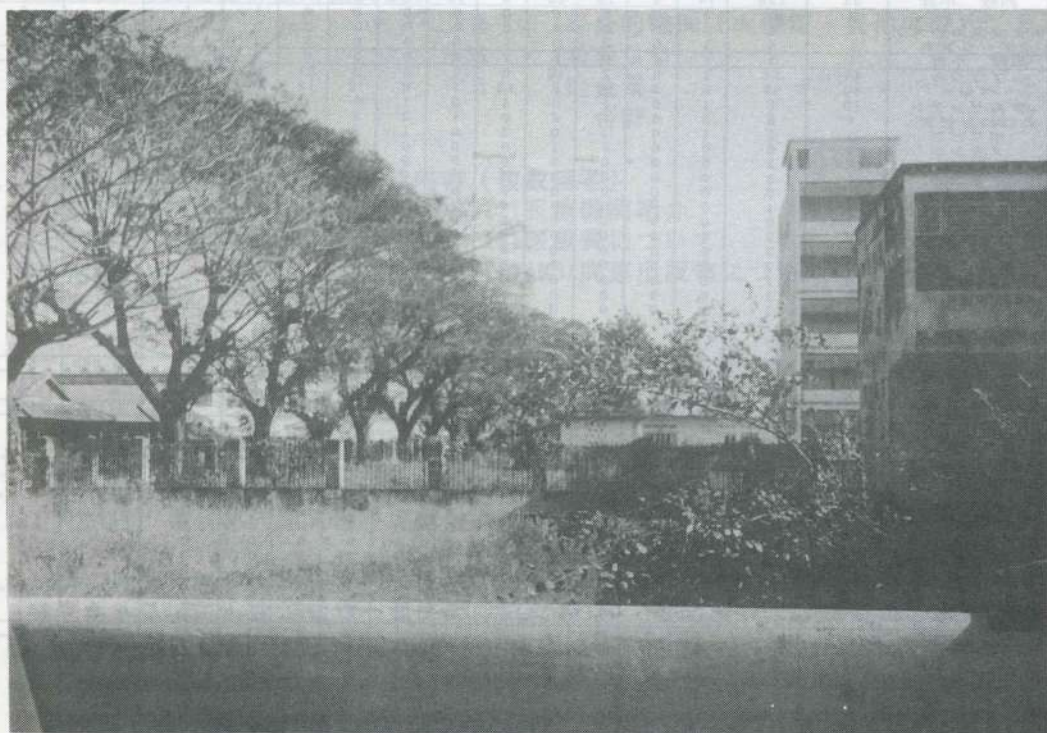
The Ministry of Health expresses its thanks in anticipation for your valuable assistance and kind cooperation in this area, and please be assured of its highest appreciation . ybs



D^r MAM BUNHENG



シアヌーク病院 この病棟を修復し精神科病棟7室完成



精神科病棟の前にある庭
今は空き地になっているが、花を植えたりしようと考えている

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
 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, 06(636)2334, FAX 06(636)2340

センター東京 外国人医療相談受付状況

(単位: 件/%)

		91年度	92年度	93/4	5	6	7	8	9	10	11	12	94/1	93年計	比率(93)	開設累計	
東アジア	中国	129	157	14	6	9	5	4	8	12	10	11	18	97		383	
	日本	24	16	0	0	0	0	1	0	2	3	5	9	21		61	
	韓国	16	42	6	4	3	3	9	7	3	5	13	6	59		117	
	モンゴル												1	1		1	
	東アジア小計	169	215	20	10	12	9	13	16	17	18	29	34	178	11.60%	562	
東南アジア	フィリピン	65	86	10	16	12	10	12	10	16	7	13	122			273	
	タイ	17	13	1	2	1	2	1	0	0	3	0	0	10		40	
	マレーシア	5	15	3	5	2	3	6	5	3	5	4	6	42		62	
	シンガポール	5	5	1	3	0	4	0	0	0	2	2	1	13		23	
	ミャンマー	5	5	0	0	0	2	0	0	0	0	0	3	5		16	
	香港	2	3	2	0	0	1	0	0	2	1	0	0	6		18	
	インドネシア	1	3	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1		11	
	ベトナム	1	2	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	3		6	
		ブルネイ												0			1
		東南アジア小計	106	140	17	28	16	23	20	17	21	28	14	26	210	13.68%	456
南アジア	パキスタン	39	12	2	1	5	0	2	2	1	2	2	0	17		68	
	バングラデシュ	40	28	4	8	3	1	3	2	1	2	1	1	26		94	
	スリランカ	30	14	0	4	2	3	4	1	1	1	4	1	21		65	
	ネパール	11	15	1	1	2	1	1	1	2	0	1	1	11		37	
	アフガニスタン	6	6	0	0	2	1	3	1	0	0	0	1	8		20	
	南アジア小計	126	76	7	14	14	6	13	7	5	5	9	3	83	5.41%	285	
北米	アメリカ	287	376	33	20	21	34	30	40	16	20	19	31	264		927	
	カナダ	58	64	4	2	6	5	2	4	4	1	1	2	31		153	
	北米小計	345	440	37	22	27	39	32	44	20	21	20	33	295	19.22%	1,080	
西欧	イギリス	38	70	9	4	7	10	7	7	4	3	4	10	65		171	
	フランス	9	14	1	1	0	0	0	2	2	2	3	0	11		34	
	ドイツ	12	12	2	0	1	4	0	0	0	1	2	2	12		36	
	スペイン	6	5	2	1	2	1	0	1	1	0	0	0	8		19	
	イタリア	9	9	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	4		22	
	オランダ	5	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1		9	
	スイス	4	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2		5	
	スウェーデン	2	3	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	4		9	
	オーストラリア	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		3	
	スコットランド	1	2	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		1	
	ポルトガル	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		1	
	ノルウェー	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2		5	
		デンマーク	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0		0
		西欧小計	93	126	14	9	13	16	9	10	8	9	11	12	111	7.23%	330
東欧	ロシア	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1		4	
	チェコスロバキア	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		1	
	ポーランド	1	4	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2		7	
	東欧小計	4	5	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	3	0.20%	12	
中南米	ブラジル	44	74	7	5	7	10	6	7	3	2	22	33	102		220	
	ペルー	10	99	9	9	10	8	13	7	9	12	12	20	109		248	
	アルゼンチン	4	6	0	0	1	0	4	0	1	0	1	1	9		27	
	コロンビア	4	3	0	0	1	2	0	1	2	3	1	2	12		22	
	ボリビア	5	3	1	0	1	0	3	0	1	2	0	2	10		18	
	メキシコ	3	6	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	3		12	
	パナマ	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		6	
	ドミニカ	1	0	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	0		1	
	ウルグアイ	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		2	
	ハイチ	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		1	
	パラグアイ	0	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	2		4	
	チリ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		3	
	ジャマイカ	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2		2	
	パナマ	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	2		3	
コスタリカ	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2		2		
エルサルヴァドル	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1		1		
ホンジュラス							1	0	0	0	0	0	1		1		
	ベネズエラ												0			0	
	中南米小計	112	209	19	14	21	21	28	16	16	22	38	61	256	16.68%	577	
豪州	オーストラリア	41	67	9	2	1	4	4	8	2	5	5	1	41		149	
	ニュージーランド	5	13	1	2	2	0	1	0	0	0	2	0	8		26	
	オセアニア小計	46	80	10	4	3	4	5	8	2	5	7	1	49	3.19%	175	
アフリカ	ガーナ	12	7	0	0	1	0	1	1	2	0	1	0	7		22	
	ナイジェリア	11	7	0	5	1	1	1	1	1	0	2	1	13		31	
	マラウイ	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		2	
	カメルーン	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		1	
	ザイール	1	0	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	0	0		1	
	ザンビア	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		2	
	リベリア	1	1	0	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	0		1	
	ケニア	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		1	
	セーシェル	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		1	
	モーリシャス	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		1	
		セネガル	0	0	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	2	3	0	3	1	22	1.43%	69	
中近東	イラン	13	17	3	2	3	2	5	8	5	1	6	2	49		100	
	イスラエル	9	7	0	0	1	3	0	0	1	0	1	0	6		22	
	トルコ	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3		5	
	アラブ首長国連邦	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1		1	
	モロッコ	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		1	
	オマーン	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		1	
	サウジアラビア	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1		1	
	レバノン	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		1	
	中近東小計	24	27	4	3	5	5	9	9	5	2	9	2	49	3.19%	100	
不	47	131	37	22	22	24	22	24	28	47	22	31	279	18.18%	457		
合	1,104	1,464	168	131	135	149	150	153	125	157	182	205	1,535	100.00%	4,103		

外国人相談者居住地域

1. 外国人相談者居住地域

	1月	累計			
東京	73 (35.6%)	2241 (54.6%)	他県	32 (15.6%)	405 (9.9%)
神奈川	29 (14.1%)	456 (11.1%)	不明	44 (21.5%)	444 (10.8%)
埼玉	11 (5.4%)	309 (7.5%)	合計	205	4103 (100%)
千葉	16 (7.8%)	248 (6.0%)			

2. 相談内容 (複数回答)

	1月
(1) 言葉の通じる病院の紹介	100 (43.1%)
(2) 病気・医療についての情報 (病気の不安含む)	38 (16.4%)
(3) 医療機関紹介 (言葉の問題以外)	30 (12.9%)
(4) 医療制度・福祉制度相談 (保険制度など)	15 (6.5%)
(5) 治療費の問題・トラブル	21 (9.1%)
(6) 渡航時予防接種	5 (2.2%)
(7) 言葉の問題のみ	7 (3.0%)
(8) 労災・交通事故	2 (0.9%)
(9) その他 (HIV検査含む)	14 (6.0%)
合計	232 (100%)

3. 他機関からの相談件数 (機関別)

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

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	4	(2) 医療機関紹介	2
(3) 制度	2	(4) 医療費について	0
(5) 活動内容	13	(6) AMDA関連出版物について	1
(7) その他	11		

〈センター活動報告〉

- 1月22日 センター全体ミーティング (全員)
1月31日 東京都外国人母子保健医療グループ 第4回ミーティング出席 (香取)
- 94年1月のAMDAの相談件数は過去最高の205件でした。このほかに東京都の受託事業である外国語医療情報サービスの件数は191件、夜間及び土、日祭日の救急通訳サービスは21件でした。

TEL: 35-419-2111
FAX: 35-419-2110

■センター関西 相談等受付状況 1994年1月

1. 国別件数

中国	1	(2.7%)	ネパール	1	(2.7%)	ブラジル	6	(16.2%)
ロシア	2	(5.4%)	カナダ	3	(8.1%)	コロンビア	2	(5.4%)
タイ	1	(2.7%)	アメリカ	9	(24.3%)	イギリス	2	(5.4%)
パキスタン	1	(2.7%)	ペルー	4	(10.8%)	不明	3	(8.1%)
フィリピン	1	(2.7%)	ボリヴィア	1	(2.7%)	合計	37	(100%)

2. 外国人相談者居住地域

大阪	17	(45.9%)	滋賀	3	(8.1%)
京都	5	(13.5%)	福井	1	(2.7%)
兵庫	4	(10.8%)	不明	4	(10.8%)
和歌山	2	(5.4%)	合計	37	(100%)
愛媛	1	(2.7%)			

3. 相談内容(複数回答)

言葉の通じる病院の紹介	12	(27.9%)	言葉の問題	4	(9.3%)
病気・医療についての情報	1	(2.3%)	治療費の問題	2	(4.7%)
医療機関紹介	8	(18.6%)	薬について	2	(4.7%)
医療制度・福祉制度相談	9	(20.9%)	その他	2	(4.7%)
予防接種	3	(7.0%)	合計	43	(100%)

4. 他機関等からの相談

医師・病院	2	NGO	3
マスメディア	9	企業	3
公的機関	7	その他	1
大学	1	合計	26

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	医療制度	1
取材	4	予防接種	1
医療機関紹介	2	その他	3

6. ボランティアの問い合わせ

中国語	2	英語	2	事務	1
韓国語	1	ネパール語	1	その他	1
スペイン語	1	ポルトガル語	1	合計	10

センター関西活動報告

第一回 講習会

1月28日(金)にボランティアの方々対象に日本の保険制度についての講習会をひらきました。講師は、センター関西の様子を見に来阪した事務局長の香取さん。参加者は8名でした。相談が多いにもかかわらず、いざ答えるとなると知らないことがたくさんあり困るのが保険制度のこと。参加者は、香取さんの説明、話に熱心に聞き入っていました。これからも、機会があればいろいろな主題で講習会を行っていきたいと考えています。

在日外国人のための医療相談窓口が 若手医師らの手で大阪にもオープン。

言葉が十分でないのに、もし外国で病気になったら…。
在日外国人に朗報。
安心して相談できる医療相談窓口が大阪にオープンしました。
ボランティアが無料で電話相談。
11か国の言葉で対応します。

AMDA国際医療情報センター関西

関西代表：宮地尚子さん



OFIX：オープンしたばかりですが、反響はいかがですか。
宮地：領事館、交流団体、協力機関からやボランティアの申し出、マスコミの取材と、あちこちから電話がありました。
このセンターの開設にあたり、京阪神の医療機関 400件にアンケートを出しました。うち130件の病院から回答があり、協力を出してくれています。

おおむね好意的な反応が多かったですね。
相談の6～7割が大阪からで、あと京都、神戸、ときには金沢、名古屋からもあります。かかってくるのは本人、代理人、友達、医師といったところです。

OFIX：宮地さん自身が当センターに関わったきっかけは？
宮地：私はもともとAMDAの会員でした。私の専攻は医療人類学、比較文化精神医学で、1989年から92年までアメリカのハーバード大学に留学していました。留学中ボランティアで、日本人を対象に精神的な問題についての電話相談を始めました。異国での生活は情報が少なくて孤立しがちです。そのときの経験から、異質なものを排除しがちな日本では在日外国人はもっと大変だろうと感じていました。この度、当センターを開設する話がもちあがり、自分の経験と知識が生かせるのではとお受けしました。

11か国の言葉で無料電話相談

OFIX：ボランティアの方の数と対応できる言語は？
宮地：ボランティアは現在、約30名です。対応している言語は、英語、中国語、スペイン語、ネパール語、ヒンディー語、韓国語、フィリピン（タガログ）語、ポルトガル語、ロシア語、フランス語、ドイツ語の合計11か国語です。言葉によって曜日、時間帯が違いますので、お問い合わせください。
OFIX：ボランティアの人たちには、医療に関して特別な知識や情報が必要なのでしょう。
宮地：ボランティアが直接、医療を提供するわけがないので、医療の知識よりもむしろ電話での基本的な対応が大切と考えています。ボランティア自身が、それぞれ担当の言葉での基本的な医学用語を知っていればいいと思います。当センターでは、ボランティアは独断で回答するのではなく、1時間ぐら以後にもう一度お電話をいただき返事をするようにしています。その間にスタッフ同士で相談したり、関係機関に問い合わせたりして必要な情報を集めます。医療という大事な相談ですので、「即答ではなく確実に」をモットーにしています。
また、AMDA国際医療情報センター所長の小林米幸先生が

出版している「6か国語対応・外国人に利用できる日本の医療・福祉制度」や「医師・医療関係者のための外国人患者ガイドブック」の本などを参考にして対処しています。

外国人にも適用される保健や福祉

OFIX：外国人に対する医療ではどんな問題が多いですか。
宮地：言葉、習慣、制度、治療費などですね。まず、言葉の問題が一番多いです。言葉が通じれば大半は解決します。
習慣の問題では、例えばタイの女性は、風邪ぐらいではお医者さんの前では服を脱ぐ習慣がありません。男性の医師から「服を脱いで」と言われるだけでショックで…。そんなとき看護婦さんがきっちり説明すれば抵抗は少ないでしょうし。
制度の問題では、外国人にも国民健康保険や労災保険、結核予防法、乳幼児の予防接種などが適用されるのを知らない人が結構いるんです。また、保健所と病院の違いとか、日本では当然と思っていることが理解できなかったり…。
治療費の面では、お金が無くても、ローンで支払ったり、留学生割引がある場合もあります。CTなどの高額診療を不必要に受けたくない工夫も可能です。（健康保険を使わない）自由診療では、ときには通常の2～3倍の診察料を請求する病院があります。当センターでは、なるべく良心的な病院を紹介するようにしています。

医療に限らず、他の問題を含む場合は、他の団体と協力して相談にのっていくつもりです。
OFIX：当センターがこれから目指すものは？
宮地：限られた病院だけが外国人を受け入れるのではなく、どこの病院でも自然な形で受け入れられるようになればいいですね。今秋、関西新空港もできまして、外国人がますます増えるでしょう。当センターは、医療、保険、衛生面で専門的な知識を十分蓄えて、あちこちの機関と協力できるようなネットワーク作りを力を入れていきたいですね。



AMDA国際医療情報センター関西

アジアを中心に難民救済などに取り組むAMDA（アジア医師連絡協議会）の国内プロジェクト。1991年、東京に国際医療情報センターが設立され、80数か国から3300件の相談を受ける。関西は1993年12月、大阪にオープンしたばかり。

外国人のための医療機関・制度に関する無料電話相談
毎週月曜日から金曜日まで。午前10時～午後4時
TEL 06-636-2333
FAX 06-636-2340

12. 国際化の中の外来診療

こばやし えい
小林紫英

Key words: 外国人医療, 言語, 医療費, 風俗・習慣, インフォームドコンセント

▶▶ はじめに

筆者は神奈川県大和市において消化器外科医の夫とともに、外国人も日本人同様、地域住民として受け入れる小林国際クリニックを開設し、小児科を担当している。大和市は市内にインドシナ難民大和定住促進センターを抱え、また在日米軍厚木基地が市に隣接しており、さらに地域的に中小の工場が多いことから日系南米人を中心とする外国人労働者が多数居住している。クリニックでは1990(平成2)年1月の開設以来1993(平成5)年4月までに39か国、新規患者として1,360人、延べ5,130人の外国人患者の診察を行っており、現在は外来患者の15~20%を外国人が占めるようになってきている。本文はクリニックの日常診察における筆者の経験を中心に、どのようにしたら外国人患者をスムーズに受け入れることができるかという点に重点をおいて書いたものである。近年、さまざまな理由から外国人を受け入れない医療機関もあると聞き及ぶが、同じ地域住民として日本人同様に受け入れていただきたいというのが筆者の願いであり、本文がその一助となれば幸いである。なお、外国人医療に関する手引き書として次の2冊を推薦する。

小林米幸著: 医師・医療関係者のための「外国人患者診療ガイドブック」, (株)ミクス

小林米幸著: 6ヶ国語対応 外国人にも利用できる日本の医療・福祉制度ガイド, 中山書店

▶▶ 診察の前に

1991年12月に法務省より発表された外国人登

小林国際クリニック
〔〒242 大和市西鶴間3-5-6-110〕

録をすませた在日外国人の数は121万8,891人である。実際はこのほかに外国人登録を必要とされない90日未満の滞在者や滞在期間を過ぎても帰国しない、いわゆる不法滞在者が多数存在するのであり、私たちが望むと望まないにかかわらず外国人患者を診察する機会は多くなり、医療の世界にも国際化の波が押し寄せているといえる。

外国人の抱える医療問題の主なものは言葉、医療費、医療に関する風俗・習慣の差である。外国人に関する電話医療・医事相談を受け付けている非営利団体であるAMDA(アジア医師連絡協議会)国際医療情報センターの過去2,500件を越える相談内容もほぼこれと同じ傾向を示している。外国人の抱える医療問題とは、すなわち外国人を受け入れる医療機関が直面する問題でもある。以下、これらの問題を中心にその具体的対応について述べる。

▶▶ 言葉の問題をどのように乗り越えるか

1. 院内、院外表示について

多くの医療機関ではこれらの表示が日本語でのみ記載されており、外国人にとって不便このうえない状況である。この医療機関が何科を診察しているのか、診察時間はいつなのかなどの院外表示は特に日本語だけでなく、外国語を併記すると親切である。筆者のクリニックでは英語、中国語でも併記している。これらの工夫を外国人は便利というだけでなく、その医療機関が自分たちをも積極的に受け入れようとしているサインと受け止めるようである。

2. 診察時

言葉が通じなければまっとうな診療を行うことはできない。たとえ、先生方が英語に堪能であったとしても、近年増加のいちじるしい非英語圏からの患者に対応することは不可能に等しいであろう。そこで先生方の補助となる手段を考えねばならない。

1) 通訳の雇用

最も効果的な手段であろうが、通訳業務を専門とする人々の雇用に要する費用は概して高く、そのような人を雇用することが医療機関の経営上、問題がないのか検討する必要がある。次に医療機関の経営上は問題ないとしても、他の事務スタッフとの給与に大きな隔たりがあるならば長い目でみると労使紛争の新たな火種を抱え込むことにもなりかねない。したがって、このような業務のボランティア的側面を理解してくださる人でなければ通訳として雇用するのは事実上困難である。筆者のクリニックにはインドシナ難民として来日した中国系カンボジア人女性が事務と通訳をかねて勤務しており、彼女を含め、英語、仏語、北京語、広東語、潮州語、韓国語、カンボジア語、ベトナム語での対応が可能である。

2) 診察補助表の活用

問診表の類を外国語で作成しておくことと患者の訴えがよくわかり便利である。ただし、問診表の場合、診察はできてもその結果を外国人患者に伝えようとするときに問題が生じる。外国人患者から医師への情報提供だけでなく、医師から外国人患者に向けての説明が可能なのが必要とされるが、このような11か国語での診察補助表が前記AMDA 国際医療情報センターから販売されている。受付、患者から医師へ、医師から患者へ、の3部より成り立っており、投薬や次回の診察の説明まで対応できる。診察の現場で使いやすいよう、コンパクトにA4版数枚にまとめ上げられている。11か国語は英語、スペイン語、ポルトガル語、韓国語、中国語、タガログ語（フィリピン人に対応）、タイ語、ベトナム語、カンボジア語、ラオス語、ペルシャ語（イラン人に対応）である。ほかに出版されているものもあるが、現時点ではこの

11か国語での診察補助表が最も使いやすい。筆者もこのタイ語、スペイン語、ポルトガル語版を使用しているが非常に有用である。

3) 医療用外国語会話本の活用

これらの活用にはやや難点がある。本の中に示された会話通りに実際の診察が進めば問題はないのだが、往々にして話が本に述べられている例文からずれていくことが多く、ひとたびずれてしまうとまったく役に立たないからである。また患者を目の前にして、厚い本をめくって該当部位を捜すことは時間の無駄遣いに終わることが多く、時間に追われる外来診療の場面にはあまりそぐわない。むしろ単語の羅列のほうが臨床の現場では役にたつ。では、この種の本が全く無意味かということももちろんそのようなことはない。日頃の語学の勉強という意味での存在意義は大きい。

4) 辞書の活用

単語の羅列である辞書は非常に役立つ。筆者も日-スベ、スベ-日辞典、日-ポ、ポ-日辞典など大いに活用している。変わったところでは、英-タイ医学辞典がある。日本国内では販売されていないが、筆者はタイ国内で手に入れたものを利用している。タイ人患者に病名を告げるときにこのうえなく重宝している。

▶▶ 医療費の問題をどう乗り越えるか

近年、特に国民健康保険、健康保険に加入していない外国人の医療費未納問題がクローズアップされ、一方で外国人の診察を拒否する医療機関が増えるのではないかと懸念されている。このような医療費の未納を抱えないように、次のような努力をすることが大切である。

1. 制度の活用

日本には外国人でも利用できるさまざまな医療・福祉制度がある。たとえば健康保険、国民健康保険、老人保健医療制度、結核予防法第34条・35条、児童福祉法第22条、労災保険、生活保護法、行旅病人及び行旅死亡人取扱法などである。しかしながら、すべての制度がすべての外国人に適用されるわけではなく、外国人の在留資格により適用される制度が異なる。当の外国人自身もどのよ

うな制度が自分に適用されるのかわからないことが多く、制度を知らないゆえに活用できず、高い医療費を請求されて未納となるケースも少なくない。したがって、医師自身が制度について最低限の知識をもつことが未納から医療機関を守ることにもつながる。個々の制度については冒頭に紹介した参考文献を参照されたい。

2. 診療のすすめかた

検査や治療を行うにあたってはそれが患者にどれぐらいの金銭的負担を強いるものなのか、よく患者に説明しつつ診療を進めていく態度が特に大切である。場合によっては、金銭的理由から患者に拒否されるということもありうる。金銭的問題に関するインフォームドコンセントの実践といえよう。緊急時でなければ患者の意思を尊重して、次なる方法を考えねばならない。また、投薬にさいしても、新薬ではなく薬価のより安い治療効果が十分期待できる薬を使うとか、投薬日数を極力短くすることで金銭問題に対処することが可能である。なお、医療費についての説明と同意を得ることなく診療をすすめ、結果として未納金が出た場合、その責任の一端は医師にあるということを忘れてはならない。

3. 具体的に未収になった場合の対処法

金銭的問題を抱える患者に、ディスカウントをして未収とせずによしとすることは最も良くないことである。日本の医療制度に慣れない外国人は、それでは最初に告げられた金額は何だったのだろうと考える。吹っ掛けられたと思うかも知れない。ディスカウントのいけない点は3点ある。第1に、ごく少ない患者には対応できたとしても、患者の数が増えると経営に影響を与えることは必至である。経営にまで影響を与えるとするならば、それはしてはいけないということである。第2に、一度ディスカウントで対応すると次回以降の受診時にそのつどディスカウントすべきか悩まねばならない。第3に、私たちは日本人患者に対してはディスカウントという手段で応じることはまずない。したがって、外国人患者にのみディスカウントで応ずるということは日本人患者に対する逆差別に

つながりかねない。どうしても当日未納になりそのような場合は職場に立て替えてもらうとか、分割払いにするなどの方法で対処すべきである。筆者自身、30件以上、分割払いに応じたことがあるが、このうち最終的に未納になったのはわずか1件だけである。

▶▶ 風俗・習慣の差をどう乗り越えるか

医療とはまさしく文化そのものである。文化の異なる外国人患者を診療すると伝統医学、宗教による食生活の制限、診察方法、入院期間などさまざまな局面で私たちの戸惑うことが多い。前記の参考文献を日頃読み、前もって知識を習得しておくことも大切なことであるが、患者に相對したときに直接尋ねてみるのも良い方法である。外国人患者の風俗・習慣をまったく無視して日本流を強いることは、患者側からみると自らの文化を頭ごなしに否定されたと理解される。そのようななかで、医療を進めるのに必要な患者と医師との信頼関係が生まれることは非常に困難となる。彼らの風俗・習慣に従うことが生命の危険につながるような場合はその旨を十分に伝えたくて処置を始めるべきである。

▶▶ 国や地域による疾患差

治療を行っているにもかかわらず期待するような効果が得られない場合は、私たちが気がつかないような、出身地域に特有の、またはその地域に多く蔓延している疾患の存在を思いうかべる必要がある。海外における疾患状況や特に感染性疾患に対する対応法を解説した参考書として、次の2冊を推薦する。

WHO編：International Travel and Health
東京都編：東京都感染症マニュアル

▶▶ 投薬にさいして特に気をつけるべきこと

薬の使用法に関しては十分すぎるほど十分な説明をしておいた方がよい。早い効果を求めて指示された倍量をのむなど、生命に危険を及ぼすような使用法をとることも稀ではない。慢性疾患であるにもかかわらず、症状が消失すると薬の使用を

自己判断で中断してしまうことも多い。なお、坐薬の処方極力避けたほうがよい。アジアの広い地域、中南米ではあまり坐薬は使われておらず、したがって患者に処方しても使ってもらえる可能性はゼロに近いからである。

▶ おわりに

日本の医療に対する外国人患者の一般的評価は、インフォームドコンセントが足りない、治療や入院生活にさいして患者側からの選択肢が非常に限られているなど、大げさにいえば人権侵害に近いというものである。実際、筆者の身近でおきた医師と外国人患者とのトラブルをよく検討していくと、原因としてこれらにたどりつく。医療のレベルに対する評価は比較的高いが、医療のあり方、特に医師と患者の関係については残念ながら前述のようにあまり評判の良いものではない。これは外国人の医療問題に限ったことではなく、今まさに日本の医療に欠けていると広く世間に指摘されている部分である。われわれにとっては耳の痛い話であるが、もはや避けて通ることができない問題でもあることを再認識しなくてはならない。

在日外国人の医療に取り組んでいる NGO (非政府組織) として AMDA 国際医療情報センターを紹介する。その母体である AMDA (アジア医師連絡協議会) はアジア 13 か国に支部をもち、日本支部を中心に、ジブチ国内ソマリア難民、ネパール国内ブータン難民、カンボジア国内帰還難民、バングラデシュ国内ビルマ難民支援のために医師団を派遣している。AMDA 日本支部が国内の外

国人医療に取り組むために、91年4月に会員の寄付金をもとに設立したのが AMDA 国際医療情報センターである。先生方が外国人の医療に関して問題を抱えたときの相談先ともなるであろう。業務内容は次のごとくである。

1) NGO 活動

(月～金, AM9～PM5)

○外国人からの電話医療・医事相談、外国語で受診できる医療機関の紹介 (現在協力医療機関約 300)

対応: 英語, 中国語, 韓国語, タイ語, スペイン語, ポルトガル語, タガログ語など

○外国人に関する電話医療・医事相談

○診察補助表などの作成・販売

○外国人医療に関するシンポジウム, セミナーの開催

2) (財) 東京都健康推進財団委託事業 (93年5月より)

○救急通訳事業

(月～金, PM5～PM10, 土, 日・祭日 AM9～PM10)

対応: 英語, 中国語, タイ語, 韓国語, スペイン語

○外国語医療情報提供事業

(月～金, AM9～PM5)

対応言語: 同上

<AMDA 国際医療情報センター連絡先>

事務局 TEL 5285-8086

FAX 5285-8087

医療相談 TEL 5285-8088

5285-8089

* * *

ONE POINT「外国人が患者になるとき」

「知っている」の落とし穴

AMDA国際医療情報センターが開設され、在日外国人の方からさまざまな医療に関する相談を受けるようになってから二年九ヶ月が過ぎようとしています。月平均一五〇件の電話がかかってきており、相談内容は言葉のわかる医師を紹介してほしいというものが多い。自分が生まれ育った国以外で病気になる、言葉の面だけでなく、文化や医療システムの違いに戸惑う姿を電話を通して垣間見えています。海外で病気をしたことがある人なら同じ不安を感じたことがあるでしょう。そして、外国の人の医療問題だと思っていたものが紛れもなく日本の医療問題につながっていることもありそうです。

●坐薬が効かない？

ある日、英語を話す男性から苦しそうな電話がかかってきました。「腰痛で病院に行き坐薬をもらったが効かない、痛くて動けない」というのです。坐薬も効かない痛みとはどんなものであろうかと思いつきながら、主治医にもう一度相談したほうがよい、という。「先生の少しの英語と自分の少しの日本語ではよくわからないので、そちら（私のほう）で先生に聞いてほしい」と訴えてきました。もし駄目なら、英語のわかる病院に行くことも考えているようでした。

主治医と話してみると「坐薬を知っていますが、と聞いたところ知っているといつたのでそれ以上は説明しなかつた」という返事でした。それと、もし便秘をしているようであれば下剤を使つてからでないとも効かないことも教えてくれました。

主治医に言われた正しい使い方を患者に伝えたと、知っているといつたが、薬をそんなに奥まで入れることは知らなかつた



し、便秘もしているというのです。これでは効くはずがありません。いわれたとおり下剤を使つてから坐薬を使つたところ、痛みはなくなり会社にも行けるようになったと後日連絡が入りました。この男性は「知っている」と言つたものの、それ以上の説明を要求する日本語まではわからなかつたのでしよう。主治医は、知っているといわれて、説明しなくてよいと思つたのかもしれない。でも、わかっていたいなかつたのです。

この例のように、医師が何を言っているかわからないので、自分がいまだどんな状態なのか理解できない、といった言葉の壁による不安に関する相談が数多くあります。やはり、言葉のわかる医師に診てもらいたい人が多いようです。しかし、英語ならともかく、タイ語やスペイン語の堪能な医師は大変少なく、紹介できるところは限られ、相談者の住んでいるところから二時間以上かかる医療機関しか紹介できない場合もあります。なるべく自分の住んでいる地域で医療機関にかかりたい気持ちと、言葉の壁に挟まれてしまうようです。最終的には自分で選ぶしかないのですが、日本語のわかる人を連れて近くの病院に行くか、時間をかけて遠くの言葉の通じる病院に行くか、時間が経てば、外国語で対応できない医療機関側でも、外国語と日本語併記の診察補助表（当センター発行）や外国語の医療辞典を活用することによって、たとえ言葉の通じない外国の方でもある程度診療可能にしていけるのではないのでしょうか。相談者のなかにも言葉はあまりできなかったけれど、とても優しい先生でよかったという声を聞くことがあります。言葉の壁もお互いの努力と受け入れる気持ちで、少し低くなるのではないのでしょうか。

香取 美恵子 (AMDA国際医療情報センター事務局長)
AMDA国際医療情報センター アジア・オセアニア支部をもつ医療専門の国際的NGO
AMDAの日本支部が在日外国人の医療に取り組むために、一九九一年に開設した組織。
東京と大阪で無料電話相談などを行う。本報は、事務局員が交代で執筆

岩・手・だ・よ・り

岩井くに

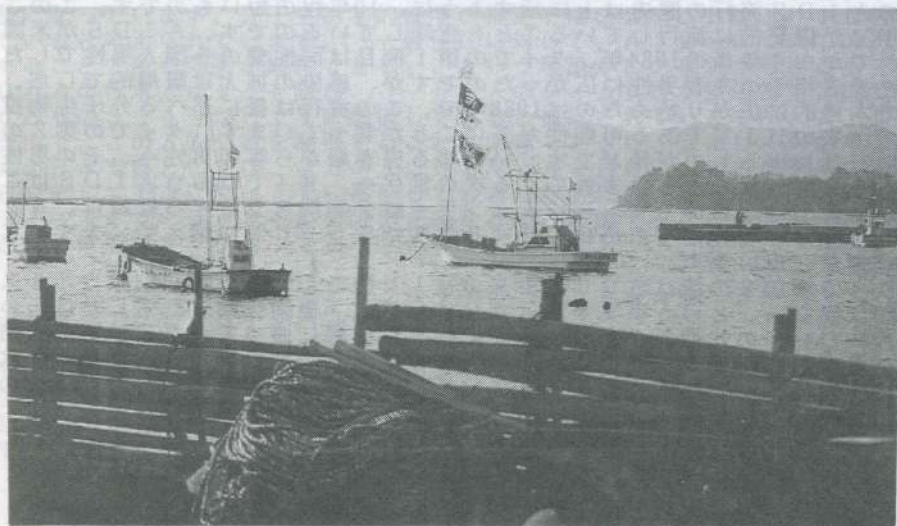
広田の生活(3) —むかし、むかし…—

北国岩手も日がだんだん長くなり、空の色が少しづつ濃くなってきたようです。もういくつ寝ると春が来るのでしょうか。

春といえば、恋の季節。一足さきにネコ社会は春まつ盛りのようで、胸一杯に歌いあげるセレナーデに、こちらはいささか寝不足です。ま、いずれ「ウチは〇匹捨てた」「△△ではネコの顔した魚が釣れるんじゃないの？」と、朝のミーティングの話題にのぼるんでしょう。

ネコと同じ、と言ってはお叱りをうけるでしょうが、最近、ヒトの社会の「性の乱れ」がよく取り上げられます。広田の若者も例外ではないようですが、あたりがあまり騒がない。「だってえ。」とある日教えてもらったところでは、「昔はもっと出入りがはげしかった」とのこと。戸籍上の離婚は少なかったようですが、届けるまでの紆余曲折たるや「今の比じゃない」。試しに同居してみて、いやなら戻ることもでき、なかには成田離婚ならぬ「広田離婚」を繰り返したあげくやっと届を出した恋多き娘もいたとか。それでも行き先には困らなかったようですから、本当に日常的なことだったのでしょう。海の仕事は常に危険と隣合わせ。夫婦の息が合わなければ思わぬ事故が起きてしまいます。だからこそ、若者たちは許される範囲で最良の相手を選ぼうと試行錯誤したのではないのでしょうか。

診療所の待合室で、鮎玉を頬張りながら並んでストーブに手をかざしている、あのじっち（おじいさん）とそっちのぼっぱ（おばあさん）が一夜の夫婦だった日もあったのかも知れません。



初漁の船：船に大漁旗を飾り、浜の男たちが母港に集います。

▶高橋 央のミニレクチャー(番外編)◀ タイのAIDS疫学

世界保健機構(WHO)のエイズ予防年運動に呼応して、AMDAでも昨年からタイ北部のチェンマイ県とチェンライ県で、HIV感染者の救援活動を始めています。タイはHIV(エイズウイルス)の流行地帯であることは、日本では多くの皆さんがよくお聞きになっているでしょう。しかしそれがどの位深刻で、どのように蔓延しているのか詳細までは余りご存じないと思います。近年、分子生物学を応用した疫学調査がHIVの流行にも利用され、特にタイの場合、防圧のために重要な事実が判り始めてきました。このような最近の知見も含め、タイのAIDSの疫学について、勉強してみましよう。

	総人口(万人)	HIV感染者数(万人)	人口10万人当たりの感染者数
タイ	5,800	40	69.0
ミャンマー	4,300	15	35.0
日本	12,000	0.3-0.8	2-6

上表はWHOがまとめた、タイとその西隣のミャンマー、及び日本の93年末でのHIV感染の状況です。わが国と比べると、タイがどんなにHIVの流行がひどいかわ、一目で判るでしょう。WHOは「アジアを除く他の大陸では、HIVの感染は峠を越えたが、アジアではこれらの数字が今後さらに悪化する」と予測しています。具体的には西暦2000年迄にアジアでのHIV感染者だけは階段状に上昇して、1000万人を越えることと推定しています。高度な人口密集、貧困、難民や移住が理由に挙げられますが、この深刻な事態に対して、一刻も早い予防活動が求められています。特にタイはHIV感染者数にインドについてアジアで2位、人口10万人当たりの感染数では最悪です。近年発展の目覚ましいタイですが、AIDSは最大の社会問題と云って間違いありません。

タイのAIDS疫学の歴史

- 1984 タイでのAIDS患者の第1例が見つかる
- 1985 男性の性産業従事者の1-3%がHIV陽性となる
- 85-7 薬物静注者にHIVは検出されず
- 88 上半期に薬物静注者の15-20%がHIV陽性となる
- 下半期には4%にまで上昇する
- 88 薬物静注者の30-40%にHIV陽性が出る(第1の波)
- 89 一般集団にHIVが浸透し始める
- 女性の性産業従事者(第2の波)、性行動の活発な男性(第3の波)
- 90 一般女性と新生児にHIVが浸透し始める(第4の波)

タイでのAIDS流行の歴史は上示すように、10年程の短いものです。このことはタイではHIVが爆発的に流行していることを意味しています。AIDSが米国で初めて報告されたから4年後の1984年、タイでの第1例目は同性愛の外国人男性でした。それが男性同性愛者相手の売春男性に広がったのは1988年で、この流行は後に述べる分子生物学の調査で、欧米由来のHIVである可能性が高いことが判っています。タイでの第2の波以降の流行は性行為に因るものが殆どです。いわゆる売春婦から客の男性へ、その男性から一般女性へ、そして彼女から生まれてくる次の世代へ。タイではもうAIDSはごく特殊な人たちの奇病ではなく、現にチェンライ総合病院を受診する妊婦は、4-5年前迄はHIV陽性が1%程度だったのに、2-3年前から5-6%に増えています。この数字は本当に悲劇だと思います。実際、タイでの第2の波はアフリカ由来のHIV株で、第1の波の病原ウイルスとは分子生物学的に異なる、という事実が最近判りました。『後悔先に立たず』とは云いますが、AIDSに異なるといって、知識がもつと早期に確実に住民に渡っていたら、第2・第3の波はもつと小さなものに出来たかも知れない。そして第4の波は抑止されたかも知れない。アジアの国々は、タイの人々が直面しているこの悲惨な現実から、今こそ多くのことを学ばなければいけないでしょう。

座談会

アジア各国の現代伝統医学模様

その② 現代に適した伝統医学の活用

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

朔(司会) 前回の結論として、伝統医学の実践状況が免許・教育制度を含め各国各様に異なっているのがよく分かりました。そこで、後半の今回は、特に現代西洋医学との相互協力関係に焦点を絞ってみたいと思います。伝統医学の治療法の中に活用すべき有益なものが混じっていることは間違いないと思いますし、それゆえここにお集まりの先生方も現代医学の素養もあるにもかかわらず伝統医学関連の領域に取り組んでおられるわけです。しかしながら、現代西洋医学が医学の主流であり、その発達よりはめざましく他の伝統医学などは別格に位置されるべきものです。この医学の主流とどのように協調・協力あるいは融合・統合させて伝統医療の有益な面を活かしていくかという事は、現代・未来社会における最大のポイントと思われる。

現代医学と伝統医学との確執というテーマは、日本ではあまり深刻ではありません。漢方薬にしても現代医学の医師や薬剤師によって処方・調剤されているわけで、自ずから科学的監視や管理が一定レベル以上行なわれています。鍼灸師など東洋医学の免許もありますが、必要時に現代医師へ紹介するなどの教育がされていますし、患者さんのほうも健康知識がそれなりにあって現代医学診断を受けずに放置することも少ない。

ところが、アジア全体で見ますと、日本のような状況はむしろ例外的で、伝統医療が現代医学のチェックを受けずに全く独自に提供される枠組みがまだ相当存在します。そのため伝統医療の力がより発揮されるなどの良い面もあるいはある

のかも知れませんが、伝統医療の弊害も見逃せないものがあるようです。特に深刻なのは、現代医学的治療法の確立した疾患を鑑別できず、現代治療の好機を逸してしまうことでしょう。これは社会が発達してくれば発展途上国でもいずれ許容され得なくなる問題点です。一般に発展途上国の現代医師は伝統医学に否定的態度の方が多いようですが、それもあなたが根拠のないものとは言えません。伝統医学の側がもっと客観的に自己評価をし、己の長所を現代社会に適した形で発展されていくような方向にもっていく必要が迫ってきているようにも思えます。リマル ネパールでも今ご指摘のあったような問題がないとは言えないと思います。現代医学の医師の伝統医学の評価は一般に低いとも言えます。前述した新しいアユルヴェーダ医学校では、現代医学との統合がスローガンにされ、現代医学の教育も相当取り入れられましたが、いざやってみると統合とは何か、教授陣などの中で考え方がバラバラでコンセンサスがとれなかったと聞いています。一部には統合など所詮無理、アユルヴェーダは独立のものだなどの強硬論も出るようです。

カマス インドでは先に触れましたように複数の医学が対等関係に位置付けられています。一般的に言って、ちょっと表



ラオスの伝統薬製薬会社の受付(写真: Dr. Keola提供)
発展途上国では、伝統医療への依存度は高い。



朔元洋

現が不適切かも知れませんが、現代医学と伝統医学の関係者はあまり互いに協調的とは言えない気がします。一部はかなり対立的なところも否定できません。ご紹介いただきましたように今回の国際シンポジウムに来日した参加者の中で私一人だけが現代医学の医師ではありません。ただ現代医学の大学付属病院に勤務しているので、現代医学にも多少は通じているというのでお声がかかったようです。逆にインドで現代医学の医師でアユルヴェーダにも精通しておられる方も非常に少ないと思われます。私の勤務先のように現代医学の病院内に伝統医学の診療科が併設されているのは極めて例外的です。そのため初めて勤務の依頼を受けた時は、いわば敵陣に乗り込むような感じもあり、かなり躊躇した面もあったのです。

朔 中国では、中西結合という一つの政策みたいなものがあるって、一つの病院内に両方の医学の診療科があるのも珍しくないようです。ただ、私の短い体験からコメントするのも誤解があるかも知れませんが、両方の診療科が常に密接に連絡をとって協力して治療にあたるというような積極的なイメージではないようです。むしろ、ほとんど患者の相互紹介もなく、ただ同じ建物内にあるだけという印象を受けました。どちらの治療を受けるかは患者の選択にまかされているだけの場合が多いようです。

韓国でも免許制度が中国以上に厳格に2区分されているのが象徴するように両医学を併用することへのタブーのようなものはかなり強い印象です。日本では併用がむしろ普通なので、国外の状況を知



林 慶鐘

るまではタブーなど意識したこともなかったのですが…。

林 台湾での両免許の同時使用の禁止もその一連のものと考えられます。私の勤務先は中西合作医療センターで両医学の併用治療の可能性を検討している中心的医療機関です。そこでも法律は変えるわけにいかないの、例えば私自身も両医学の免許のうち使用登録をした片方の免許を活用しての治療しか実施できません。ですから、もう一方の免許を使用登録した同僚と組むことでやっと中西合作療法を実現できるわけです。

シヴィエン それはなかなか面倒ですね。ヴェトナムでは、両方の医学の医師がそれぞれ現代薬も伝統薬も両方処方できます。ただ現実には現代医師は現代薬を、伝統医師は伝統薬を使用する傾向が強いです。教育制度は前回触れましたが、伝統医学のカリキュラムも前半は西洋医学をみっちり教えますので、伝統医師といえども一定程度、現代医療をこなす基礎はきちんとあるのです。一方、西洋医学課程にも伝統医学が必須科目として含まれています。従って、両方の治療法を併用できるシステムにそれなりの基盤は確立されていると言えるでしょう。ケオラ ラオスでも現代医師は必須科目として伝統医学を学んでいるので、併用治療を行なえます。伝統医学の教育はまだヴェトナムのように充実していません



韓国の韓医学医院の薬局
生薬櫃が整然と配列されている。

ので、現代医学の基礎を備えた伝統医師は存在しません。昔ながらの伝統治療師の活動は現代医療とあまり係わりなく行なわれているのが実態です。

朔 そうしますと、前回議論した教育制度と同様にと申しますか、それと表裏をなすかたちで伝統医療の実践には現代医学と統合的になされる方向と分離独立してなされる方向と様々あるわけですね。後者のパターン最大の問題は現代医学的診断や評価を素通りして伝統医療のみが施される点でしょう。最悪の場合、現代医療で容易に治癒できる疾患が見落とされ、治療好機を逸してしまうことさえあり得ます。そういう極端な場合を除いても現代医学的把握がされてないために一体何の病気を治療して、どの程度治ったのかなどの科学的データが全く蓄積されてないのも考えものです。私が中国などで臨床実習をした時も一体全体何の疾患なのか分からないまま処方が出され、再来時に患者がよくなったと主観的感想を言えば効いた効いたという結論で、なんとも客観性に乏しく驚いた経験があります。その点、ヴェトナムのシステムは統合的で理想的のようにも思えます。

シヴィエン お誉めをいただいた感じでありありがとうございます。確かに伝統医学課程の現代医学科目はそれ自体現代医学課程のものと同じで遜色ありません。それでも私に言わせれば、まだ現代医学の知識が足りず問題があるように思っています。

カマス この点、逆に指摘しておきたいことがあります。それは伝統医学の教育も充実させないと真の効果は上げられない点です。日本では、伝統医師というのが皆無で、現代医学の医師や薬剤師が正規の課程ではほとんど漢方医学を学ばないままに法律的には漢方薬を処方・調剤できると聞いて驚きました。伝統薬の処方アユルヴェーダにしろ中国医学にしろ伝統的体質理論に則ってなされてこそ真価が発揮されるわけで、現代医学の診断に対応して一律に処方されては効果が落ちます。また、それを根拠に伝統医療はたいしたことがないと結論されては心外でもあります。



Nirmal Rimal

朔 カマス先生のご指摘には返す言葉がない感じです。確かに日本の漢方の教育は何かもっと系統的なシステムを考えないといけないでしょう。おそらくこの雑誌の読者の先生方もそういうお考えの方が多いのではないのでしょうか。



タイの伝統薬店
経済発展に伴い現代医療が普及してきたが
伝統薬の人気も根づよい。

その点を踏まえた上で、あえて問題提起もしておきたいと思います。また個人的体験の引用で恐縮ですが、中国では中医学の研修をして驚愕したのは、今だに千年も2千年も前の理論などをそのまま教えていることでした。これだけの現代科学・医学の発達があれば、中医学もその成果を取り込み、自ずから改良され現代中医学なるものに発展し、それを学べるだろうと予想していたのに全く違ったわけです。千年も前にこれだけの医学が発達していたということには、ただただ敬意を表するのですが、それを逆に千年も発展させ切らないのは一体なぜか、何か間違っているのではないかという疑問も同等に湧くわけです。そういう疑問とともに今回の主題の一つ、現代医学との確執をいろいろな局面で体感し、伝統医学の弊害的側面も目につくようになりました。

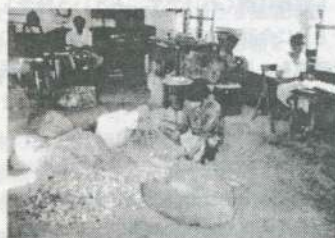
インドのアユルヴェーダの学会では、症例報告や統計的分析など皆無でただひたすら古典の哲学的解釈ばかりに終始していたり、「アユルヴェーダは絶対的であ



Sy Vien Nguyen

り、現代医学はその真理に近付きつつ努力しているにすぎない」などのコメントに接し、由々しき問題と痛感させられた経緯もあります。どうも伝統医学には宗教的、盲信的な側面があるのは否定できません。

ケオラ 伝統医学を評価する際には、2つの全く異なるレベルを想定しておくべきです。第1のレベルは、現代医療の普及が十分でない地域や状況における伝統医療に関するものです。この場合、どのみち他によい治療法がないのですから、よほどの副作用でもない限り伝統医学が許容されます。第2のレベルは、現代西洋医療が十分に普及した状況での伝統医学医療の位置付けです。この場合、当然効果や安全性に関し十分な客観的根拠が要求されます。このように様々な国々の参加者が一同に会すると国の経済発展の相違などのために議論が噛み合わない場合があります。ラオスではまだ発展途上のため、雨期には道路が寸断され、現代医療にアプローチ不能になる地域も多いのです。またそもそも現代薬は高価すぎて利用できない貧しい人々も少なくありません。そういう状況では、伝統医学はまさに最後の切り札であって、それにすがらる人々に例えばその治療法は科学的に見て有効率は何%などと客観的情報を無理強いしても何の恩恵もありません。むしろプラセボ効果のようなものでも積極



インドのアールヴェーダの大学付属薬局製剤室
昔ながらの手作業工程がみられる。

的に活用するほうがよほど人道的かも知れないのです。

リマル ネパールやインドでも同様のレベル1状況が存在しています。日本の漢方の見直しは逆にレベル2の典型例でしょうから、そのへんの背景の相違をご指摘のように認識しておかないと議論がすれ違います。

シヴィエン ただレベルは常に変動過程にあるという認識も必要です。特に、発展途上国では発展に応じてレベル1からレベル2へのシフトが現在進行形で進んでいるわけです。それに対応していく必要もあります。

朔 このレベル分けの説明は非常に分かりやすいですね。そして、確かに日本の漢方はレベル2で見直されていると言えます。前回話題になったように伝統医学の系統的教育システムなどが崩壊しているようなマイナス面もありますが、やはり、純現代医学の枠組みの中で漢方が再評価されていること、信頼性のある科学的データが蓄積されていることが他国における伝統医学再評価の流れに強烈なインパクトを与えている、あるいは、与え得るようです。

リマル その通りです。日本のように現代西洋医学の発達普及したところで現代医師の70%以上が漢草薬を活用していると知った時は驚きましたし、やはりそうした治療法に捨て難いよさが実在する科学的根拠を得たようで確信を深めることができます。

朔 そういう意味で、日本の役割は大きいような気がします。現代西洋医療の普及した中でも漢方などの役割がある、つまり、現段階の西洋医学に欠けているものが伝統医学の中に含まれている可能性があることを客観的に裏付けていくことです。それは伝統医学界と西洋医学界の協調と融合を進める手立てにもなるでしょう。また、レベル1状況においても、より信頼性の高い伝統医療を提供するのに役立つのではないのでしょうか。

林 林原国際フォーラムでは10カ国の医師が集まって「有益な伝統的治療を現代的に活用するための宣言」を採択したわけです。その中で伝統医学へのアプロ



Kaysone Keola

チの仕方の意思統一をしました。つまり、伝統医学の理論は、3つの層が混在している。①科学的にも正しい層、②科学的に誤っている層、③科学にとって未知の層。②の層は積極的に修正すべし、③の層は謙虚に科学の課題として明確化すべし。伝統医学の現代における再評価にはそれなりの適切な改変を伴うことを明記したわけです。また臨床面でも、伝統治療における現代医学診断の併用、現代医学的検査・評価法の活用を提言しました。



台湾の中医大学の大学付属病院の薬局(写真: Dr. Lin 提供)
単味のエキス剤を調査して処方することも多い。

ケオラ 異なる状況・背景を持つ10カ国もの国々からの参加者が何とかコンセンサスに辿り着き、それを文章化して提起できたのは、非常に意義深い気がします。朔 内容的にも現代社会における伝統治療の活用の際の枠組みをかなり踏み込んで示した意味で画期的と言えるのではないのでしょうか。私はレベル1からレベル2へシフトしていく過程での各国での戸惑い、混乱、そしてそれらへの配慮のようなものが色濃く盛り込まれた印象を持ちました。今後、実地に活用されていけばいいですね。

さて、残念ながら時間となったようです。皆様の活発なご議論で、アジアでの伝統医学医療の現状が簡潔に示され、日本における漢方の見直しの位置付けや意義、今後の展望についていろいろと示唆される点があったように思います。ありがとうございました。またのご来日をお待ちしております。(おわり)

—AMDA 事務局だより—

2月は公のお金を使わせていただいているどこの団体も、それら助成金や補助金の報告や年度末を控えた準備等で慌ただしい頃だとおもいます。AMDA事務局も世の中の動き同様です。それに加えて、モザンビーク帰還難民救援医療活動調査開始、またつい先日(2月16日)インドネシアで発生した大地震にむけて日本から医師派遣及びリハビリテーションプロジェクト開始と緊急救援活動の展開も重なり、この2月、3人の事務局専従(1名出張中)はてんてこまい。ボランティアさんや周囲の方々に助けられ感謝、感謝。体力あつての事務局職員と再認識です。(T)



世界に広がるAMDAの窓口、AMDA本部事務局のスタッフ

金子さん(後列右)が夫君の転勤により3月から東京行きとなりました。強力な戦力が1人減りますが、優しく実直な金子さんの新しい生活のために笑顔で送りだします。

93年度会費未納の方

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。

AMD A 国際医療情報センター
平成5年度運営協力者

以下の方々にご協力頂いています。有難うございます。(順不同敬称略)

個人、団体

岩淵 千利/満江 (神奈川県)、永井 輝男

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、東京聖マリア教会、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、高岡クリニック(東京)、小林国際クリニック、丸山ウィメンズクリニック(神奈川県)、井上病院(千葉) 福川内科クリニック(大阪府)、城北胃腸科整形外科病院(沖縄県)
以上 年間12万円

会社

三共(株)、昭和メディカルサイエンス(株)、富士コカコーラボトリング(株)、三井物産(株)、(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
赤松立太 マッキントッシュ対応プリンター寄贈

当センターは寄付などにより運営されています。皆様のご協力をお待ちしています。
郵便振替：東京8-16503 加入者名：AMD A国際医療情報センター
銀行口座：さくら銀行 桜新町支店 普通5385716
口座名：AMD A国際医療情報センター 所長 小林 米幸

募金のお願い

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

●ソマリア難民緊急救援医療プロジェクト

口座番号/岡山1-31056 名称/AMD Aソマリア難民

●ブータン難民緊急救援医療プロジェクト

口座番号/岡山6-3974 名称/AMD Aブータン難民

●カンボジア救援医療プロジェクト

口座番号/岡山7-15613 名称/AMD Aカンボジア難民

●バングラデシュ友好病院プロジェクト

口座番号/岡山9-10588 名称/AMD Aバングラ友好病院

●AMD A管理運営費募金用振替口座

口座番号/岡山5-40709 名称/アジア医師連絡協議会

*振込用紙裏面の通信欄に募金項目を明記願います。

株式会社 日立メディコ 特約店

特約サービスステーション

岡山レントゲンサービス株式会社

岡山市大学町6番21号
電話 (086) 231-5141(代)

株式会社 日本S.T.ジョンソン商会

〒101 東京都千代田区内神田3-3-5 (中信ビル)
TEL 03-3252-1251 FAX 03-3252-1269

COSMO-M

**コスモメディカル
株式会社**

〒671-11

兵庫県姫路市広畑区小坂136-1

TEL(0792)**38-0455**

FAX(0792)**38-0453**

国際医療協力 Vol. 17 No. 2

アジア医師連絡協議会 (AMDA)

- 発行 1994年2月15日
- 編集責任者 津曲兼司、片山新子
- 事務局 岡山市檜津310-1 菅波内科医院
TEL 086-284-7730
FAX 086-284-6758