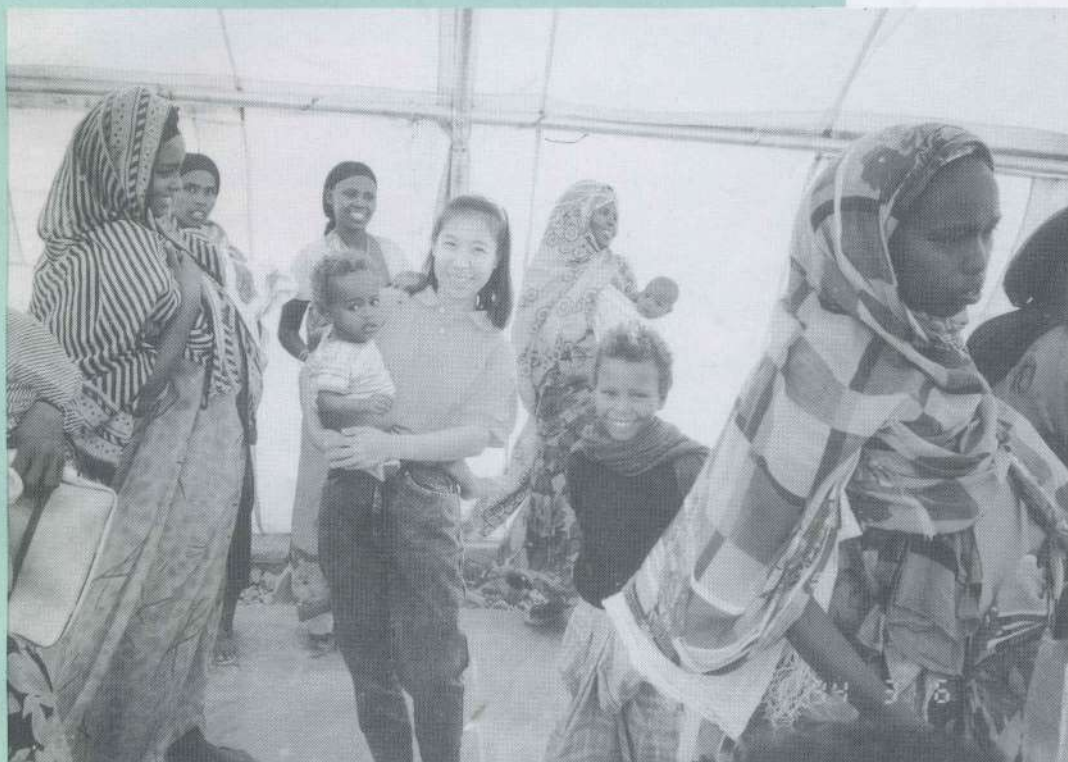


国際医療協力

Vol. 17 No. 3

1994. 3



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

Contents

- AMDA ご案内 2
- 平成5年度 大山激励賞を受賞 5
- 今なぜ NGO (国際民間協力団体) なのか 6
代表 菅波 茂
- インドネシア・スマトラ島南部地震救援医療活動
 - ・ Liwa (Western Lampung) Earthquake : 被災地視察報告 8
早川 達也
 - モザンビーク帰還難民緊急救援医療活動報告 14
池田 丙午
 - ソマリア難民救援医療活動 16
河村よし乃
 - ネパール被災民救援医療活動
 - ・ ブータン難民救援プロジェクト見学記 18
中島 元次
 - ・ 1993年ネパール洪水被災民緊急プロジェクト実施完了報告 28
 - カンボジア救援医療活動
 - ・ E'QUIP's ING PHNOM SROUCH 30
Dr. William. N. Grut
 - ・ QIP's プロジェクトを終了して 32
熊沢 ゆり
 - ・ 活動報告 34
Dr. Dhruva Koirala
- AMDA 国際医療情報センター便り 36
- AMDA 国際医療情報センター
 - ・ 関西相談等受付状況 38
 - ・ お知らせ 39
 - ・ 京成電鉄、新京成電鉄の各駅に AMDA のポスターを掲示 40
 - ・ 大阪府より助成決定 41
- 岩手だより 60
岩井 くに
- ボストン便り 4 62
国井 修
- 事務局だより 69

アジア医師連絡協議会

【理念】 Better Medicine for Better Future

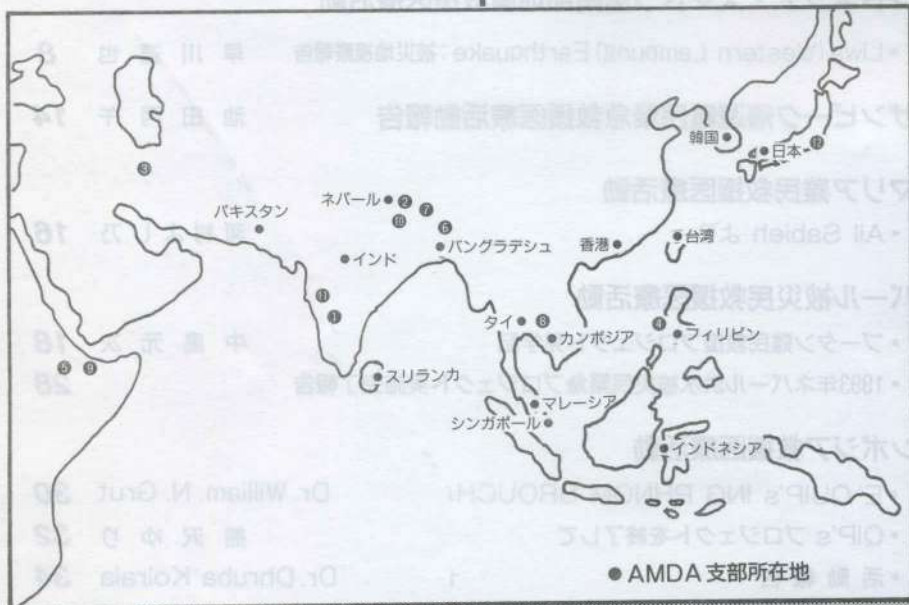
【沿革】 1979年タイ国にあるカオイダン難民キャンプにかけつけた1名の医師と2名の医学生の活動から始まっています。

【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バーダ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】 岡山市栢津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。



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。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

●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)

平成5年度 大山激励賞を受賞



受賞式後の懇談会で。向って左より、中西泉副代表、中島 WHO 事務局長、菅波茂代表、江上由利子氏。

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

日本のNGOの情報過疎

国連難民高等弁務官及び世界保健機構など緊急救援活動に対処する国連機関は各々の目的実施のためにNGOの再編成を試みている。ここ2-3年間で国連機関別にNGOの再編成が終了すると思われる。ただ問題は国際NGOが再編成の主役になる一方で発展途上国のローカルNGOが取り残される状況がでてきていることである。これは「木を見て森を見ず」という状況になってきているのと似ている。今後地元の発展に貢献しているローカルNGOをいかに再編成の動きの中に取り込んでいくかが課題である。

1994年10月に向けて「国際貢献NGOサミット」開催の準備が進められている。開催場所は岡山、沖縄、広島、徳島と東京などである。趣旨は国際緊急救援ネットワーク構築と緊急救援医療技術研修である。共催者は世界保健機構である。難民に対する緊急救援においては国連難民高等弁務官が有名であるが、世界保健機構には緊急救援医療に関する専門部門がある。このサミットは世界保健機構とNGOとの緊急医療を必要とされる状況の問題解決への記念すべきネットワーキングになる。参加者はアジア、アフリカ、南北アメリカよりのローカルNGO50団体である。15団体は世界保健機構によって推薦される。この50団体は緊急救援医療が必要な事態が発生したときには母国における受け皿としてのパートナーシップを発揮する予定である。

日本のNGOと国連機関との提携した緊急救援活動の歴史は浅く相互理解及び相互支援の方法論の開発も望まれている状態である。日本のNGOによる国際協力は情報過疎の中の孤独な状況で実施されていることが多い。日本のNGO活動において情報收拾がさほど重要視されていない伝統を反映している。むしろ、情報過疎によってもたらされた困難さを克服するための汗を尊としとする情念の世界が私達の文化にあるためだろうか。

日本のNGOの情報過疎は国連機関あるいはローカルNGOとの連携によって克服することができる。NGO再編成の波に乗り遅れないことである。

「国際貢献NGOサミット」の重要ポイントは50団体のほとんどがローカルNGOであることである。即ち、ローカルNGOの国際的なネットワーキングである。ローカルNGOもネットワーキングにより国際NGOと同じく国際的な発言力の確保可能になる。

以上のようにかなり戦略的なNGOサミットが日本で開催されることになる。これによって世界保健機構と日本のNGO、日本のNGOとアジア/アフリカ/南北アメリカのローカルNGOとの相互理解と将来における相互支援の可能性がでてくることを期待したい。

オーキッドプラン

緊急救援NGOグループ活動支援体制整備3ヶ年戦略

(理念)

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

(目的)

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

(内容)

- 1) 欧米のNGOに比べて遜色のない活動 (量と質の確保)
 - 1) 派遣地域/派遣回数/派遣規模
 - 2) 派遣システム
 - 1) 緊急時
 - 1) 緊急アセスメント実施
 - 2) 輸送/通信体制確保
 - 3) 人員選定/派遣
 - 4) 活動資金調達
 - 5) 救援物資調達
 - 6) 日本政府との連絡調整
 - 7) 現地政府との連絡調整
 - 8) 国連機関との連絡調整
 - 2) 非緊急時
緊急時に要求される項目の準備
 - 2) 日本にふさわしい活動 (特徴を活かす)
 - 1) 緊急救援NGO連合チーム方式
 - 2) 海外ローカルNGOとの関係活動方式
 - 3) 企業による現物提供ボランティア方式
 - 4) 官民一体オープン方式
 - 5) その他
 - 3) 日本国民が誇れる活動 (参加の場づくり)
 - 1) 緊急救援NGOウォッチャーメディアとの関係
 - 2) 地方の諸団体 (国際交流、人道主義活動等) との関係
 - 3) 企業ボランティア制度との関係
 - 4) 地方自治体研修制度との関係
 - 5) 海外進出企業との関係

Liwa (Western Lampung) Earthquake: 被災地視察報告

市立札幌病院救急医療部 早川達也

地震発生場所:Sumatra島南部Western Lampung州Liwa市周辺(人口33万人,面積4000km²)

地震発生日時:1994年2月16日未明

被害状況:死者197名 負傷者1439名(うち重症者464名) 家屋損壊8443戸(全家屋の75%,うち全壊4945戸) 学校の被害138校(全校) 以上1994年2月23日現在

派遣期間:

1994年2月21日 Indonesia入国

22-24日 Indonesia支部の協力のもと現地視察

25日 日本帰国

調査メンバー:

早川達也(AMDA-Japan),Dr.Irawan Yusuf(AMDA-Indonesia)



衛生・医療上の問題点:

- 1.直接被害による重傷者はBandal Lampungはじめ後方都市へ移送を完了。
- 2.水道供給施設に直接被害があり,復旧の目途はたっていない。飲用水は河川の水を煮沸して調達している状態。
- 3.下痢(細菌性),上気道感染症,皮膚感染症,うつ病等に罹患しているものが1000名程度と推

Medical team to help Sumatrans

Japan Times '94. 3. 4

OKAYAMA (Kyodo) An Asia-wide association of doctors will send medical personnel to the Indonesian island of Sumatra to help victims of the Feb. 16 earthquake, association officials said Wednesday.

The Okayama-based branch of the Association of Medical Doctors for Asia said it will send several doctors and nurses to assist Indonesian association members. The group has 400 members in Japan and a total of 600 members in 15 Asian countries.

夕刊 産経新聞

平成6年(1994年)3月1日 火曜日

5版 社会 10

新病院考

インドネシア・スマトラ島南部のランパン州がマグニチュード6.5の地震に襲われたのは二月十六日のことだ。死者は二百人を超え、負傷者も約二千五百人を超える大惨事となった。

「現地はようやく道路が通行できるようになり、重傷患者を周辺の病院に搬送

する作業がひと段落した。しかし、軽傷者でもこつた川の水を煮沸して飲料水にしたり、家屋の倒壊でテント生活を強いられ、放っておけば伝染病がまん延する可能性は高い。これから医療救援の正念場になる」

現地視察から先月二十五日に帰国した市立札幌病院の医師で、アジア医師連絡協議会(AMDA)本部・

多国籍医師団



医療の分野で国際貢献に取り組むAMD Aの菅波代表

「情報を受け皿がなければ、善意だけでは何もできない。その経験からアジア各国の医学生と友人関係を広げ、拠点を築けばいい」と、AMD Aの菅波代表は、国際会議の開催を皮切りにネットワークを築いてい

「カヤダオン・キャンプ」で、フィリピン、インドネシア、タイ

相互理解から救援活動

岡山市のメンバー、早川マレイシア、香港などアジアへ駆け付けた。アンの十五カ国と地域に支部を持つ。昭和五十九年に設立されたが、その活動の原点は五十四年にさかのぼる。ベトナム軍のカンボジアに進攻で、二十万人を越す難民がタイのキャンプに逃げた。当時、勤務医だった菅波さんは一人の医学生とともに、キャンプの位置を知らず「ここはここ」と行けば役に立たない」と、AMD Aは医師を中心としたNGO(非政府組織)「カヤダオン・キャンプ」で、フィリピン、インドネシア、タイ

「被災民救援、ソマリア難民の救援活動などで実績をあげてきた。」

現在、AMD Aのメンバーは、日本だけで約三百五十人、他の国の会員約二百人。「われわれのコンセプトの一つに『多様性』があります。アジア各国の人が活動に参加できる。国境はなく、相互理解に基づく人間関係があるだけです」

多国籍NGO。国際化の進む医療の、一つのかたちがある。

第四部 国際化のうねり

察される。

- 4.唯一の入院施設をもつ診療所は全壊状態にて使用は不能。
- 5.活動中の医療スタッフは医師21名,看護婦50名,救急車8台(いずれもインドネシア国内より)で,簡易テントを拠点としている。24日には軍の医療チームも活動開始予定であった。

日本政府の対応:

1.30万ドル供与

2.20人用テント(15張),毛布(3500枚),発電機(30機),医薬品(2000人分)等物資の供与

評価:

直接被害に対する緊急救援は不要。今後起こり得るであろう諸問題(水の供給の不備からくる水系伝染病,家屋の被害からくる呼吸器感染症等)への対応が必要。

今後の活動:

上記評価を踏まえてインドネシア支部との協議の結果,診療活動の中核施設としての役割をもつHealth Centre再建を主旨とするRehabilitation Projectを進めることとした。(Dr.Tanraによる詳細を別掲)

「スマトラの何処で地震があったんやて?」「(AMDAのインドネシア支部がある)Ujung Pandangって何処や?」悲しいかな,2月20日札幌を発つ前はこんな感じであった。東京で外電を集め,どうやら南スマトラのリワなる街が被災地であること,死者が200人以上,負傷者が3000人弱であり,道路も破壊されたため18日になって初めて軍の救援部隊がヘリコプターで現地入りしたこと等の情報を得た。アジア多国籍医師団の展開に先だつての現地視察と言えは聞こえはいいが,少々心細いというのが正直なところであった。

21日ジャカルタ入りし,タンラ医師と連絡をとって,まずAMDA-Indonesiaと今後の対応を協議すべく22日ウジュン・パندانへ飛ぶこととした。それに先だつて22日午前中には日本大使館の粗参事官に面会し,インドネシア政府発表の最新の現地の状況,日本政府の対応についての情報を御教示頂いたウジュン・パندانはジャカルタより飛行機で3時間程の距離であったが,目的地のスマトラとは反対方向である。ちょうど北海道の奥尻島の地震に際して現地視察をしようというのに,わざわざ東京入りしてから一度岡山まで飛ぶようなものである。

AMDA-Indonesiaは1992年のフローレス島の地震に際しては緊急救援の実績もあるアクティブな支部である。ウジュン・パندانではタンラ医師,イラワン医師の他AMDAの執行部の面々とプロジェクトの位置付けから現地入りに際しての問題まで検討することができた現地入りに際してはイラワン医師が同行してくれることとなったが,忙しい中時間を割いてくれた彼らに感謝したい。

23日,現地入りすべくウジュン・パندانを早朝発つ。ジャカルタを経てバンドル・ラン



Liwa市周辺。軒先にテントを張って生活する
損壊を免れた家屋でも、倒壊の危険性が…



Liwa市中心部

パンに入り、そこから車をチャーターしてリワに向ったバンドル・ランパンからリワまで200km、5時間の行程であるが途中7-8ヶ所の崖崩れの後が痛々しい。リワが近くなってくると軒先に TENT を張っている家が目に入るようになる。崩れた家屋が増えてきたなど思っていると突然、一面廃墟となった街が出現した。そこがリワであった。

早速救援本部を見つけて、担当士官、現地医師らと専ら保健衛生方面についての協議に入り、続いて視察に入る。状況については上記の通りであるが、被災から一週間を経ているためか廃墟の中にも落ち着いた秩序があることが実感できる。実際、軍を主体とした救援活動は緊急時に関しては円滑に行なわれた印象が強い。しかしいざ復興を、ということになると、特に経済的に非常に見通しが厳しいのは派遣軍の副司令官も認めるところである。その中で我々にできることは?ということで上記の提案をさせて頂いた。医療救援活動にあたって人数的には充足しているが、長期の活動にあたってはいつまでも TENT でというわけにはいかない。その拠点となる施設がどうしても必要である。その施設も何も最新鋭の機器を備えた大規模なものである必要はない。それでもある程度は長期的視野にたって計画されなければならない。奈辺の調整をタンラ医師にお願いすることとして我々は現地を離れた。ちなみに Health Centre 完成の暁には、運営は今まで通り現地の医師があたることになる。

今回のスケジュールは非常に密であったが、実感するのは「人が実際に動く。」ことの重要性である。我々が動かなければ何も始まらない。そして動けばそこに新しい関係が生まれさらに新しい動きへと繋がっていく。このプロジェクトが実現するにはまだ超えねばならぬ壁はあるがインドネシアへの出発の前の混沌とした思いが診療所という一つの形と新しい人間関係へと発展したとすればこんなうれしいことはない。

最後に今回の派遣を強力に支援して下さった菅波先生はじめ、事務局の片山さん、そして AMDA-Indonesia の Dr. Tanra, Dr. Irawan に改めて感謝したい。



Ujung Pandangにて、Dr. Tanra、Dr. Irawan 他
AMDAのメンバーと



救援活動にあたる副司令官はじめ軍幹部らと

AMDA コーディネーター 池田 丙 午

この度、モザンビークプロジェクト開始の為の第一次調査団コーディネーターとして現地入りし、無事活動を終えて帰国しました。本稿では、モザンビークについてご紹介し、活動報告をしたいと思います。

モザンビークはアフリカ大陸南部東岸に位置し、その面積は日本の約2倍の80万1590平方キロ、人口1608万人、豊富な漁業資源を持つ国として知られている。南はスワジランドおよび南アフリカ共和国、西はジンバブエ、タンザニア、マラウ、北はタンザニアと、合計6ヶ国と国境を接している。1975年の独立直後から16年間にもわたって続いた政府と反政府勢力レナモ（モザンビーク民族抵抗運動）の内戦によって、国内経済が麻痺し、近隣6ヶ国へ150万人以上の難民が流出した。

1992年10月ローマにおいて包括和平協定が調印され長い内戦に終止符が打たれ、昨年5月より、国連難民高等弁務官（以下、HCR）はモザンビーク難民150万人の期間計画実施を開始している。

3年の歳月と2億ドルを超える資金を投じる計画の成否は、帰還難民に対して定着へのインセンティブを与えられるか否かにかかっている。モザンビーク国内に食糧、学校、保健サービスなどが存在しない事が判れば、帰還した難民たちは再び元のキャンプへ戻ってしまうことになるからである。帰還中、帰還後を通じ、難民に対する細やかなサービスの提供が必要とされてくる。この計画において民間援助団体（NGO）の果たす役割は重要であり、HCRを始めとする国際機関が寄せる期待も大きいことが現地にて実感された。

今回の調査団は、今年1月24日に菅波代表がジュネーブのHCR本部を訪問した際に、南部アフリカ担当官より、モザンビーク南部のガザ州での活動の要請を受け派遣が決定された。目的は、ガザ州に関する情報を収集し、現地の視察/調査を行うことにあった。

以下、旅程に沿って簡潔に調査活動を報告したい。

2月25日（金）南アフリカのヨハネスブルグ到着。

2月28日（月）ヨハネスブルグ郊外のカントリークラブにて行われた在南ア日本大使館主催の緒方貞子氏歓迎レセプションに出席。日本のNGOとして是非モザンビークでのプロジェクトを実施して欲しいとの激励を賜わる。また、緒方氏特別顧問の三田村氏より、内容のある質の高いプロジェクトを策定、実行するようアドバイスを頂いた。HCR一行は、この後難民帰還状況視察等の為モザンビーク入りされた。

3月10日（金）津曲医師とヨハネスブルグにて合流。13日（日）夕方、モザンビーク首都マプトに入る。14日（月）からHCR、UNOHAC、外務省、協力省等と協議を行う。また、MSFを中心とするNGOからも頻繁に情報収集を行った。

ガザ州へは主として南アフリカからの難民の帰還が行われる。一部帰還は既に始まっているが、本格的な帰還は来月4月から始まる。HCRからは、医療分野のプロジェクトに対するニーズが特に高い地区として、ガザ州南部のショクエ、北部のマシンジナ、シュクラシクラなどが候補地として提示された。21日（月）、22日（火）両日、津曲医師はHCRのガザ州フィールド/オフィサーらのコーディネーターによりシャイシャイ、ショクエの調査を行い、長期的に人口が集中してくるショクエ（NGOが未だ活動を行っていない）でまずプロジェクトを開始するという方向性でHCR側と合意をした。

HCR現地副代表のデビット／カピヤ氏は、昨年ジブチに駐在していたため、AMDAの活動を高く評価してくれている為、我々を歓迎し、様々な便宜を計ってくれた。

現在プロポーザル作成の為、プロジェクトリーダーの吉田医師、コーディネーターの鈴木やよいさんが既に現地入りしている。

昨年、ソマリア難民プロジェクトでアフリカ大陸での活動の第一歩を踏み出したAMDAであるが、モザンビークでの活動が順調に開始されることになれば、国際的な知名度も大きくアップすると思う。AMDAがその優れた理念でもって南部アフリカ地域に新しいネットワークを構築し、国際的なNGOへの道を駆け上がって行くであろうことを確信している。

在南アフリカ共和国日本大使館
主催レセプションパーティーにて
緒方高等弁務官と池田丙午 AMDA
コーディネーター（モザンビーク）



賑わいを見せるマプトの中央市場。
水産物の売場が特に目を引いた。
タイ、イカ、キス、アジなど魚種
は豊富である。モザンビークは元
来緑豊かで、資源も豊富である。
内戦さえなければという声があち
こちで聞かれた



HCR 南了代表(左) と
HCR 本部の担当官(右) と
池田コーディネーター(中央)
レセプションパーティーにて



Ali Sabieh より

河村よし乃

あっという間に半年が過ぎた……。というのが素直な思いです。

そして、この半年間を、どう表現すればいいのか……？

とにかく 難民キャンプに行ってみたい。

ただ、その思いにかられて、ここAli Sabiehに来ました。

93年 9月、暑い夏（といっても、気温は下がり始めていましたが、それでも45℃前後）に、ここAli Sabiehの町での生活が始まりました。

家の周囲には、ヤギや羊（おそらく飼い主あり）が群れ、足もとを見れば、小石かと思えば、それがほとんど“糞”。

乾いた土地、山、緑を見るなどめったにできない景色。

しかし、夜はすばらしい。夜空に降る程の星が輝き、それはそれは、美しいものです。

季節は巡り、少しずつ気温も下がり、小春日和のような時が過ぎ、寒い季節を迎え（夜は毛布が必要）そして94年 3月、今、また暑い季節の始まりを感じる頃、私はここ Ali Sabiehを去ります。

自分がここから去るなど、我ながら信じ難く、帰国を決心した事を後悔する日々を過しながら、このレターを書いています。

私にとって初めての海外。しかも、語学力はほとんどないに等しい状態。1ヵ月程経った頃に、暑さに負けて体調を崩し、1ヵ月半程経った頃に、共に活動する人々との国の違いからくる生活習慣や考え方の違いにおおいに戸惑い、言葉の壁をなかなか乗り越えられない事も重なり、対人恐怖症にも陥った。

それでも、不思議と日本に帰りたと思うこともなく、日々は流れ、まして、私が接する事にとまどった人々から、助けられ、支えられながら、快適な日々を過ごすことができました。

難民キャンプ。それは日本で受けていた印象とはほど遠いものがありました。きっと、痩せこけて、決して笑わない表情。人生に対する悲観的な思い。etc. …ばかりとっていました。

確かに生活環境はもちろんのこと、栄養状態も悪く、今の日本では考えられない“Beri Beri” “scurvy” etc.のvitamin 欠乏症なる病気があり、医療面も薬品も器材も不十分。一見すると、決して豊とは言えない日常があります。

しかし、笑顔があったのです。そして皆が微笑みかけてくれるのです。驚きでした。子供と母親の笑顔はことさら素敵です。

なんと、たくましく心豊かなのだろう……

又、高い教育を受け、きちんと仕事をしている人々もいました。そして、働ける事に喜

びを感じ、自分達ができる事に力を尽くす人々が居ました。

“教育レベルも低く、先進国と言われている国の人間が手をかさない、何もできない人々”と言わんばかりの、まるでみずばらしさばかりをクローズアップした報道に踊らされ、マイナスイメージばかりを思っていた自分が情けなくなるばかりでした。

たかが半年では、難民とならざるを得なかった人々の“本当”など、日本で恵まれた生活をしてきた私にはわかりようもない。それでもこの目で“キャンプの本当”を垣間見る機会を得たことを感謝してやみません。

看護婦として赴いた私ではありましたが、ここの人々が受けられる医療レベルと日本の医療レベルのあまりの違いにとまどう日々。又、システムの違い（ある程度の病気ならば、診断をして簡単な処方を見守る看護婦も行う）をなかなか受け入れられず、ただ茫然と立ちすくむことしかできない日々が続きました。

その責任を重く感じ、何かできる事をする責任から目をそらしてしまい、十分役に立つことができなかつた事を詫びながら。

それでも、私を大きな心の器で受け止めてくれたAMD Aのスタッフ、現地のスタッフ人々に感謝し、その人々の将来がきっと幸せで輝くものである事を祈ってやみません。

— in the near future — ここ Ali Sabieh を再び訪れる日が

私の人生の中に残されている事を祈って……



難民キャンプで活躍された河村さん

ブータン難民救援プロジェクト見学記

東京都立駒込病院内科 中島元次

【目的】 ① 12月23日～31日の一週間 Damak に滞在し Referral Health Center と Bhutanese Refugee Camps を見学する。この報告は「国際医療協力」11月号記載の早川医師の報告の続報にあたる。

② HIV test kit を Referral Health Center へ届ける。

③ ネパール医療事情の視察

1. ネパール到着

12月21日、Cathay 航空、Royal Nepal 航空と乗り継いで15時間の長旅の後、同日の夜10時に Kathmandu 国際空港へ到着した。東京ほど寒くないというのが第一印象だった。荷物を受取り custom へ進むと、係員が「Nepalese は、あっち」と言わんばかりに四つほど向こうの台を指差した。その後も時々ネパール人に間違えられることになった。空港内の銀行で \$80 をネパール・ルピーに両替した。次の Immigration counter ではビザ取得のためにかねて用意していた顔写真と \$40 を差し出した。この観光ビザで一ヶ月間滞在できるのである。空港を出ると Mr. Bisaya が出迎えてくれた。彼の運転する三菱パジェロで今夜の宿泊先の Pension VASANA に向かった。オーナーの Mr. Udaya Shrestha は神戸大学に留学したとかで流暢な日本語を話す。翌朝、ホテルの三階の部屋から外を眺める。寒さよけに頭からショールやマフラーをかむって歩く人々で道は賑わっている。その上方に目を転じると煉瓦を積み上げて家を建てている光景が見えた。このあたりは煉瓦や石づくりの家が多い。ホテルの向かいの家の屋上に一人の男が現われた。手に持った明りをかざし東西南北に向かって次々に礼拝を繰り返した。別の家の屋上では母親らしき女が10歳位の真っ裸の娘の全身に香油を塗り込んでいた。他の建物の屋上にも人の姿が目につく。ここの人々には屋上にたむろする習慣があるようだ。

Referral Health Center から帰り日本大使館へ報告に行くと言う Dr. 長谷川に同行し、Kathmandu 市内を歩いた。夕方、AMDA-Nepal の事務所へ行き Dr. Dinesh, Dr. Rohit, Dr. Deebak Aryal, Dr. Rajeeb Khanal に会い、その後夕食を共にした。

2. Damakへ

12月23日の午後の便で Biratnagar へ飛んだ(\$ 154 for a round trip)。窓に額を押し付けてヒマラヤ連峰に見入っていたが、雪山よりも飛行機直下に見える赤茶けた山々が私の視線を捕えた。山の斜面には、あたかも層状に張り付いている雲母のような段々畑が頂上まで続いていた。猫の額ほどの頂上の空き地には身を寄せるように5～10軒の家がかたまっていた。村人達はどこから水を得ているのだろうか。山々を縫って蛇行する川面が光っているが、あの川まで毎日水を汲みに降りて行くのだろうか？こんな山奥にも人々が住んでいると知って驚いた。巨大な Koshi River を過ぎ、約一時間の飛行を終えて田圃と畑に囲まれた Biratnagar の空港に降り立った。Dr. Bimal Dhakal が迎えに

来ていた。空港から車で一時間半かけて Damak の guest house に到着した。やしの木やバナナが実を着け、ブーゲンビリアが咲き誇り、これでもネパールなのかといささか驚いたが、菜の花畑や牛の姿などどこにでも見られる田舎の風景にほっとした。

3. Damakでの一日

毛布一枚では朝方は寒い。体を海老のようにまげて惰眠を貪る。七時頃起床した。Mr. Babua はもう起きていた。「シャワーを浴びて気持ちがよい」と、バスタオルにくるまりながら震える声で近づいて来た。顔には鳥肌が立っていた。肩からけさがけに四～五条の木綿の糸を掛けていたが、これはBarmonとChetriの習慣とのこと。八時頃朝食を食べに四～五分歩いて high way の両脇に連なる商店街の食堂に入った。guest house に cook (彼もBarmon) もいるのだが、ネパールでは朝は九時半、夜は八時の一日二食であり、八時の朝食は私のために気を利かせて付き合ってくれたものだと後で知った。朝食は、ナン、ロチにト音記号のような形をしたオレンジ色の甘味料をはさんで食べる。副食はカレーとヨーグルト。カレーは一口で食べられそうな小さいかねの皿によそってくれ、なくなるとすぐお替りをしてくれる。ヨーグルトは塩と胡椒を混ぜたものをかけて食べる。朝食(Rs 16) が終わると Nepalese milk tea (Rs 2) を飲む。ヨーグルトとこの milk tea の味は今でも忘れ難い。十時に Referral Health Center for Bhutanese Refugees へ行く。同じ敷地の奥にある Health Post にはもう患者の列ができています。道路から敷地に入った左手すぐのところ private の薬局が建っていた。道路を隔てた反対側に二階建てのビルがあり、その一階にレントゲン室、超音波室、尿血液検査室がある。

病院に入ります 14 床の入院患者を診まわる。回診が終わるころには Health Post からの紹介患者が次々と訪れる。ネパールの勤務時間は十時から四時までであると聞いた。三時頃に例の milk tea がでて、四時には再び車で guest house にもどる。八時に夜の回診のために再び車で病院に向かう。途中、夜勤の看護婦を家まで迎えに行く。看護婦の勤務は二交代である。九時頃、日勤看護婦を家まで送り届けてから guest house に帰り夕食となる。夕食後は、酒を飲んで話したりテレビを見たりして過ごした。テレビ番組では十年ほど前に日本で放映された「おしん」の人気の高い。日中と夜に二～三時間の停電がある。ここ Damak はインドに近く、インド経済圏に組み込まれていて余剰電力しかもらえないから度々停電するのだと説明された。停電もあるだろうと思って持参したガスランプが重宝した。11時頃就寝した。夜、蚊がうるさかった。

4. 診療

雨期の時は患者が多かったが、今は乾期で気候も良く、外来・入院とも患者数は少ないと言われた。14床のベッドもその半分が空いていた。外来・入院とも地元住民の診療が主で、その間に時々 refugee camp の clinic から SCF の ambulance が患者を運んできた。難民の診療割合は約五分の一くらいだった。Assistant health worker の Mr. Mishra か Mr. Babua がアナムネを取った後 Dr. Dhakal が診察した。Dr. Dhakal は今から十年前にできた Nepal 唯一の医学部である Tribhuvan 大学の一期生であり、一昔前の日本の謹厳実直な医師の風貌を持っていた。

◆ 24日の入院患者の回診から：

一 肺結核の70歳男性、地元住民。突然2日前から対麻痺を発症した。脊椎骨結核による圧迫か、脊髄腫瘍によるものか等 discussion したが、それ以上の検索はなされず退院となった。

一 Virchow lymph node が腫大した50歳代の女性、地元住民。原発巣不明で退院予定。

一 骨折で下肢牽引の5歳男児、地元住民。

一 出産後も genital bleeding が続く20代の女性、地元住民。Dr. Dhakal がベッドサイドで残置胎盤を掻き出していた。

一 腸チフスの30代の女性、地元住民。

◆ 外来患者の診察から：

一 痙攣が主訴の18歳の女性、地元住民。昨年十月以来、三～四日に一回痙攣を生じ意識もなくなるという。痙攣が起きる状況を詳しく describe するよう患者と付き添いの姉に伝えてくれと通訳を兼ねる Assistant health worker (Mr. Mishra) に言うが、彼はどう伝えてよいかわからないと言う。Dr. Dhakal が来てアナムネを取り、大学入試勉強を始めたころから痙攣が始まったようなので functional なものだろうと言う。この種の診察は日本においても充分時間をかけて患者の心理的環境を聞き出す必要がある。生活も文化も異なるネパールで、それも通訳を介しての診察に困難を感じた最初の例だった。

一 意識不明の5歳女兒、地元住民。痛覚に反応するのみである。Dr. Dhakal はどう処置するだろうかと見ていると、入院させ点滴をするだけで放置。しかし患者は翌日には回復していた。この患者の原因疾患は何だったのだろうか？

25日は土曜日で Referral Health Center はお休み。

◆ 26日の外来患者から： 結核患者が多い。長引く咳の場合はまず結核を疑って良いという印象をもった。子供にも多い。左足が痛いとの主訴で受診した十歳位の男児、地元住民。右に比べて左足は短く筋肉の萎縮もある。Dr. Dhakal は Polio を疑った。膝蓋健反射に左右差がないのでおかしいとは思ったが、できてきたレントゲン写真を見ると左大腿骨の骨頭がつぶれていた。Dr. Dhakal は即座に結核によるものと診断した。

一 eclampsia の18歳の女性、地元住民。意識不明で入院し、翌日流産した。

一 肝膿瘍の30代女性、難民。tachypnea で左胸部の肺音が弱い。全身状態が悪いのですぐに胸部レントゲン写真をとるように言うが、午後四時すぎたのもう検査はできないと言われた。翌日とったレントゲン写真で pneumothorax とわかり、脱気した。

5. 手術

午後は、Bhutanese surgeon (Dr. Bhampa Rai) を迎えて手術の日である。今日は genital bleeding after labor の女性と、火傷後皮膚が短縮し肘関節が屈曲した少年の二件が予定されている。手術室を覗くと、二人のスタッフが困ったような顔をして、日本から送られたという手術用ランプのまわりに立っていた。スイッチを入れたとたん電球が切れてしまったと言う。どうしたら良いだろうかと聞かれたが、理由がわからないので答えようがない。ところが電球を見たたん納得できた。そこには 100v と刻印されていた。Nepal の供給電圧は 200v なのである。電球を一ダース送ってくれと言われてしまっ

た。結局、一人の看護婦に電気スタンドを持たせてその明りで手術することになった。一人目の、genital bleeding の原因はお産に伴う子宮頸部の裂傷によるものとわかった。二例とも Dr. Rai が手際良く手術を済ませた。Dr. Rai 自身難民なのだが、refugee camp を出て Damak 市内に家を借りて家族とともに住んでいるという。手術を終え、帰りの車の中で難民となっただけのいきさつを聞いた。明日、refugee camp の案内を約束してくれた。

6. Bhutanese Refugee Camps

27日は、車で10～20分の所にある Beldangi I、II、II extension の三つの camps へ行った。Bhutan の総人口は約100万人で、Nepalese Bhutanese は24万人とその四分の一を占める。彼等の三分の一の8万人が出国したが、16万人はまだ Bhutan に留まっているという。Bhutan からインドに逃れたが、インド政府に迷惑がられトラックでネパールへ運ばれたとのこと。現在7 refugee camps に8.4万人が住んでいる。12月19日現在の人口は、Beldangi I(14,685人)、Beldangi II(18,398人)、Beldangi II extension(9487人)、Pathri(16,668人)、Goldhap(7847人)、Khudunabari(9230人)、Timoi(8081人)の合計84,396人である。国会議員、医師、弁護士、教師、businessmen もおり、統制のとれた community を形成している。帰国を希望するかとの質問にたいして、もちろんそうだが帰国のしかたが問題だと Dr. Rai は答えた。この問題はそう簡単には解決しないように思われた。日本に帰ったらこのことをマスコミを初め多くの日本人に伝えて欲しいと頼まれた。

各々の refugee camp は clinic を持ち、Nepalese の医師や health assistant、assistant health worker、nurse が近くの町から毎日通って来ている。EPI coverage は100%で、治療面も、下痢・結核・マラリア・脚気は重点疾患として独立した建物を持ち、資金も十分あり医薬品の不足はないと言われた。統計もきちんとしていた。

refugee camps は UNHCR とネパール政府の管理下におかれていて、多くの NGOs が UNHCR との契約のもとで自らの専門性を生かして仕事を分担し活動している。Implementing Agencies として以下の NGOs がある。WFP (World Food Programme : ration of food)、LWS (Luther World Service : distributing food & infrastructure such as road, water, sanitation)、SCF. UK (health : 自己資金は40%で、残りはUNHCR から資金援助を受けている)、Red cross. Nepal (health)、NRCS (blanket, emergency vehicle, ambulance)、OXFAM (non-formal education)、Caritas (formal education)。大手 NGOs のオンパレードである。ここへ AMDA も食い込もうとしているのである。

7. Bhutanese dental student への学資援助の依頼

「ネパール系ブータン人の a dental student が去年から Bhutan 政府の scholarship を受けて India に留学していたが、今回の迫害を受けて政府からの scholarship を止められてしまった。そのため歯科医師になる夢を断たれたばかりか、日々の生活にも困っている。国連等の国際機関にも窮状を説明して学業継続のための資金援助を訴えたが、今のところ無視されている。彼が歯科医師になれば refugees のために大いに貢献してくれるので、我々 refugee の医師仲間が援助しているが十分なことをしてやれない。そこで、

是非 AMDA に資金援助をお願いしたい」と自身も refugee である Dr. Purna Chettri から依頼された。この dental student に対する援助は、彼個人に対する援助にとどまらず、ネパール系ブータン人に対する援助であると思い協力を約束した。彼に対する援助活動を通じて、我々日本人の間にブータン難民問題を考える気運が高まれば良いと思っている。お志のある方は、筆者(中島)まで連絡して下さい。【連絡先：☎113 東京都文京区本駒込3-21-8-401 ☎(03)3824-2821。Bhutanese Refugees の当地での組織: Human Rights Organization of Bhutan (HUROB), Address: Anarmani, Birtamod, Jhapa, Nepal】
28日、UNHCR と SCF(UK) の事務所を訪問した。
29日、Holiday (King's Birthday)

8. Referral Health Center について

短期間の滞在ではあったが、非常に限られた人的、物的資源のもとで Dr. Dhakal からの Health Center の staff 達はよく奮闘しているとの印象を受けた。Dr. Dhakal から以下の希望を告げられた。① 4 医師体制: a health officer の下に GP、surgen、OB-GY の合計 4 医師の体制。② ラボ室の血液・生化学検査の拡充: 今のところ、尿検査、血算、血沈しかできない。手術の前に少なくとも PT を調べたい。SCF(UK) の Dr. Faiz から、Bhutanese refugees の referral hospital としての機能を十分に果たして欲しい。具体的には、24 時間の手術体制等を希望すると言われた。

9. Health Post

30日に、Referral Health Center と同じ敷地内にある Health Post を見学した。

(1) manpower: 1 Health Assistant (Mr. Subba) がこの health post の manager であり患者の治療もしている。2 AHWs (Assistant Health Worker) = CMA (Community Medical Auxillary)。2 ANWs (Assistant Nurse Midwife)。4 junior AHWs = VHWW (Village Health Worker. His salary is Rs 1500 per month.)。1 malaria lab. technician。1 Mukhiya (administrative staff)。2 specimen carriers。2 Peons (sweeper)。合計 15 人。

(2) preventive program

(a) Vaccination (every Thursday here in Health Post, or every month in a village by VHWW). EPI coverage rate は約 70%。

(b) Family planning: Successful であり、先月 Contraception として Norplant 39 人 (計 1322 人)、Condom 300 人、Pills 2 人、IUD、Depo、Vasectomy を施行した。

(c) Nutrition: 調査では undernutrition の者はいなかった。先月、Vit. A を 60 人に、鉄剤を 200 人に、駆虫剤を 20 人に配布した。

(3) curative program

(a) Clinic: 先月の受診患者数は 2584 人。頻度順に、① 呼吸器疾患 554 人、② 感染症・寄生虫疾患 520 人、③ 外傷 264 人、④ 不定愁訴 248 人、⑤ 神経・感覚器疾患 230 人、⑥ 消化器疾患 213 人、⑦ 皮膚疾患 202 人。

(b) TB program: 毎月一回 TB Clinic を開いて WHO の guideline に沿って standard course で治療している。先月の case holding cases は 119 人。VHWW が trace して

いるので defaulter rate は 10% 以下であるという。

(c) Leprosy program : 毎月一回 Leprosy Clinic を開いているが、205 人の患者のうち今月の受診者は 62 人。143 人が脱落し defaulter rate は 70% と高い。

(d) Outreach clinic : ここは、Damak municipality にある 9 health posts のうちのひとつである。この Health Post の管轄下に 3 villages があるが、sub health post を持っているのは 1 village だけなので、残りの 2 villages に月二回出かける。政府は、1 village (VDC) に 1 sub health post を作る計画を持っている。

12月31日、Damak を八時発のバス (Rs 24) に乗り、二時間半ゆられて Biratnagar の空港に到着した。12 時発の Necon 航空の飛行機で Kathmandu へ戻った。Dr. Rohit 宅へ成沢さんとともに夕食に招待された。

1月1日、Bishnu 村へ診療に行く Dr. Rohit に同行した。うららかな冬の日で、小学生らしい子供の一団が遠足に来ていた。待っていたが患者は一人も来ない。Dr. Rohit は Clinic の近くにある村の水道の傍らに車を近づけ、車を洗い始めた。私は、Dr. Rohit に頼んで貰い、水道の前にある農家の中に入って行った。土でできた二階建ての家で、玄関脇には牛舎が付いていた。家の中には炊事の煙がうっすらと立ちこめていた。milk tea をご馳走になった。

10. Beriberi

脚気の epidemic は九月から発生し十月には激増し、現在までに合計で重症例は 800 人、軽症例は 1000 人を超えると SCF(UK) の medical officer の Dr. Faiz は言う。彼は Afgan 人で、Liverpool の熱帯医研で学んだ後こちらに赴任した。原因としては今のところ配給食物、難民の生活様式 (配給食物を売る、自家製酒を飲む、等) などが疑われているが、確定的なレポートはまだ出ていない。10月に UNHCR が、12月に SCF(UK) の nutritionist が摂取食物の調査をし、その報告書が 94年の 1月頃に出ると言われた。ところで、この脚気を最初に報告したのは AMDA-Nepal の Dr. Dhakal、Dr. Pokharel らで、地元の新報に記事が出たところ大きな反響があった。それが BBC 記者の知るところとなり UNHCR に取材に行ったらしい。Dr. Dhakal は、49 例の脚気患者のカルテのコピーを持っていた。私は残念ながら滞在中に脚気患者を診察する機会がなかった。

以下に、Beldangi II camp の clinic で入手したデータを示す。

Follow up report of patients with severe beriberi who completed 1-month treatment						
Camp	Treatment completed	Response to the treatment			Defaulter	Death
		+2	+1	0		
Beldangi I	96	94	2	0	0	0
Beldangi II	122	104	15	3	0	0
Beldangi II Ext	69	60	9	0	0	0
Sanishcare	131	111	16	4	0	0
Timai	87	58	26	3	0	0
Goldhap	63	55	5	3	0	0
Khudunabari	73	45	28	0	0	0
TOTAL	641	527	101	13	0	0

Response to the treatment : +2 = patient cured, +1= patient got better, 0= patient did not respond

- Ration : ① rice = 6kg per head for 15 days
 ② vegetable oil = 350 ml per head for 15 days
 ③ M. Dal = 800 grams per head for 15 days
 ④ sugar = 250 grams per head for 15 days
 ⑤ green vegetable : (a) potato= 300 grams per head for 15 days
 (b) chilly = 0.2 grams per head for 15 days
 (c) onion = 0.8 grams per head for 15 days
 (d) salt = 100 grams per head for 15 days

一〜三ヵ月の遅配があったり、食料不足のため上記の分量どおりに配給されないこともあると言う。

the number of BERIBERI patients in Beldangi II camps

w e e k		Beldangi II Camp				Beldangi II Extension Camp			
		New cases		Old Cases		New cases		Old Cases	
		mild	severe	mild	severe	mild	severe	mild	severe
	28-29.10. '93	48	3			21	10		
1	31.10-5.11. '93	390	66			223	30		
2	7.11.-13.11. '93	363	33	70	6	228	18	33	10
3	14.11.-19.11. '93	212	15	52	8	124	9	34	10
4	21.-26.11. '93	218	26	114	5	145	7	58	1
5	28.11.-3.12. '93	135	13	169	10	76	9	82	2
6	5.12.-10.12. '93	105	7	208	4	58	5	95	3
7	12.12.-17.12. '93	97	6	180	11	43	7	73	4
8	19.12.-24.12. '93	67	4	22	7	25	2	134	8
	26.12. '93	15	1	24	15	2	0	14	4
	grand total	1650	174	1042	66	945	97	523	42

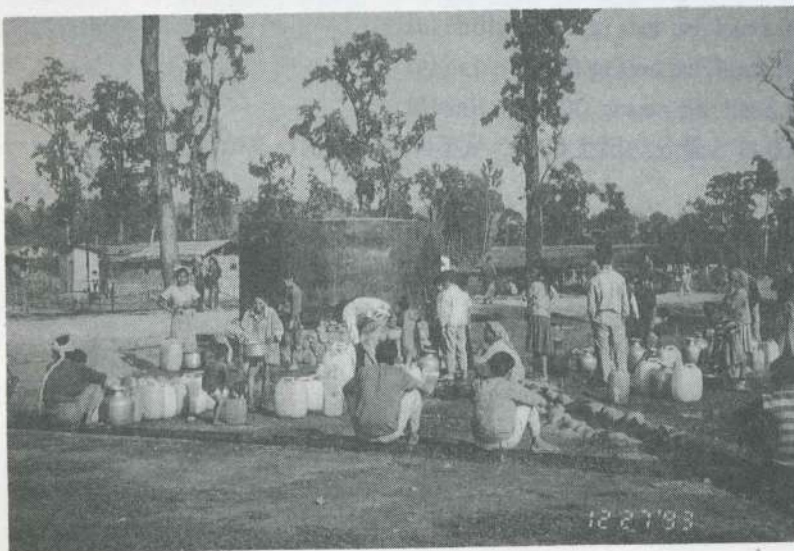
(Wed. Mar. 16, 1994)



カトマンス市内の日本大使館
前の中嶋医師



Beldangi II Camp
左端 Dr. Bhampa Rai
中央ネパール政府の役人
右端中嶋医師



Beldangi II Camp
飲料水タンクの前に並ぶ難民

吉野と宗崎
千鳥先



朝食後、Nepalese tea
を飲んでくつろぐ



スタッフ会議の後、Referral Health
Center の前で記念撮影。左端が中薬
医師、中央が Dr. Dhakal、右から3人
目が Dr. Rohit Pokarel



呼吸困難の難民の女性患者
を診察する Dr. Dhakal。
翌日、X線写真で気胸と判明

1993年ネパール洪水被災民緊急救援プロジェクト実施完了報告

本部事務局ネパール担当 成 沢 貴 子

1993年7月ネパール南東部で起きた大洪水の被災者に対しAMDAではAMDAネパールとAMDA本部が協力し緊急医療救援活動及びその後の衛生教育・児童健康診断、学校へのトイレ建設設置・ガス燈設置を行ない、1994年2月末日をもちまして終了いたしました。実施した活動は以下のとおりです。

第一段階 1993年7月31日から8月24日

必要物品をカトマンズで揃え、最も被害の大きかったドゥマリア県サラヒ地区内の学校を病室に借り上げ、24時間体制救急診療、外来診療、往診。8月22日から24日の3日間、被災地内スケボカリ村の学校で生徒らを対象に初級・上級生クラスに分け衛生教育を実施。全員に虫下しの飲み薬を配布。ほぼ全員に寄生虫がみられる。

第二段階 9月7日から9月25日

被災地域の各学校で児童の衛生教育・健康診断、村のヘルスワーカーの訓練を実施。学校名と検診を受けた生徒数は以下のとおり。

1.バグマティ小学校	174名	
2.スタ高校	185名	
3.バルワラ小学校	86名	
4.スリビドゥヤ中学校	255名	
5.スリ(ミルジャプール)小学校	132名	
6.ジャナタ小学校	112名	
7.ネパール ラストリヤ ラムチャンドラシバチャンドラ中学校	113名	
8.スリジャナタ中学校	245名	
9.マハデブ ジャナタ小学校	174名	
10.スリ(アチャルガラ)小学校	71名	
		合 計 1547名

第三段階 10月1日より1994年2月28日

被災地域内の各学校にトイレ建設とガス燈設置を実施。公衆衛生に対する意識付けを行なうと同時に今後の病気を予防する環境作りを行なった。(写真参照) 3月以降もカトマンズからAMDAネパールのメンバーが定期的に視察に行く。

日本からの救援物資

8月1日、8月31日、9月23日の3回にわけて4870kgの医薬品、毛布、衣料品、石鹸等空輸し医薬品石鹸等現地にて使用。衣料は現地政府機関により配布。

*救援物資募集につきまして西日本各地から152件の物品寄付と49件の浄財ご寄付をお寄せいただきました。(社)日本ネパール協会様からは集めた募金をAMDAにご提供いただきました。毛布を多数お寄せ下さいました岡山国際ホテル、岡山ターミナルホテル様。航空貨物輸送でご協力下さいましたユーフレイトジャパン(株)様、国内運送にご協力下さいました賀陽運輸(株)様。

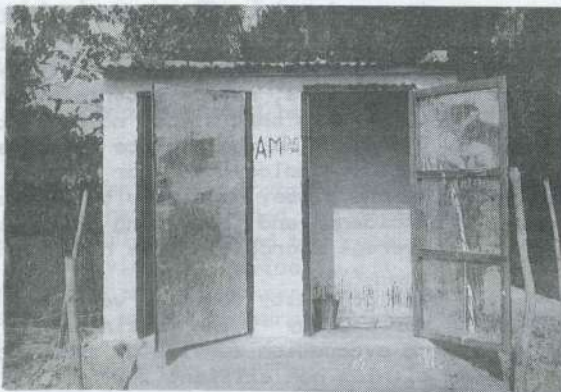
皆様の多大なるご協力に心よりお礼申し上げここに報告いたします。



洪水で破壊された校舎（左、右）



学校敷地内に建設したトイレ
（ドゥマリア村）



モデルトイレ（サラヒ）



カトマンズーサラヒ間の道路は
今も完全には復旧していない

E' QUIP's 'ING PHNOM SROUCH

Dr. William. N. Grut

Take 2500 sq km of war-torn Indo-Chinese rice fields villages, hills and dusty pot-holed roads. Liberally scatter land-mines around and divide it into areas controlled by armed groups of different political leanings. Choose a field with a few trees, some grazing cows and the odd rooting pig and place in it five ramshackle wooden huts. Now remove all the walls and roof from one, half knock another down, punch a few holes in the rest and let a few chickens wander in and out. You've got Phnom Srouch District Hospital.

From the start it was clear that even by Cambodian standards, something had to be done. How could you try to operate any sort of hygienic principals with earth floors, no running water (though a well in the grounds), electricity, almost no drugs, diagnostic instruments, suture materials. In short, virtually nothing. Hardly surprising that almost no patients ventured forth to cross its portals. The whole place was effectively a ghost hospital siting in a region holoendemic for some of the most resistant malaria strains on the globe, riddled with land-mines, gun-fights, road traffic accidents and incubating enough infectious disease to make the average microbiologists hair turn grey.

The community services were 'not bad'. Hardly surprising - there weren't any !. The vaccination program had almost ground to a halt, no evacuation service or ambulance existed and mother and child clinics non existent.

Of its 45,000 population Phnom Srouch has two particularly destitute groups - the 'returnees' (from the border camps) and the 'displaced people'. The latter consist of those unable through security or political reasons to return home. These two groups together make up around 10 - 15% of the population but the numbers of the former are increasing daily. Now at over 1200 there will probably be over 2000 by the end of February and this reason above all others made Phnom Srouch eligible for assistance from the UN High Commission for Refugees (UNHCR) in the form of one of their Quick Impact Program (QIP's) grants.

But QIP's grants do not grow on sugar palms and certainly not given to anyone without a proper project plan. A proper proposal had to be worked out and developed, an action plan to be formulated. Clearly it was impossible to attempt to do everything at one and development would have to be staged. First had to be the hospital. This would not only provide a base for an improved level of health care but also a hub from which feelers could be put out into the district and proper community services grow. Sustainability would have to be one of the top priorities. Simply to put in resources which would collapse as soon as AMDA left would be a waste of everybody's time and effort. Nevertheless a certain amount would be needed and the secret was to obtain the right balance taking all into consideration.

The final plan for the hospital was thus to retain as much of the currently working system as possible but to upgrade with a single new 225sq m. cement building. A limited solar power supply would be added as well as a water pump to supply a roof tank. Thus a limited

running water and electricity supply would be established. Without the necessity of a generator the problem of fuel costs would not be encountered. The new building would include a small ward area, laboratory, isolation room, minor surgery and delivery rooms and and above all, a teaching area/library. The importance of the last item was considered paramount. To educate Cambodians to run their own hospital is of far more valuable and sustainable simply running it for them. This is, and must remain primary policy for AMDA in Cambodia.

A transport facility for patients eg emergency surgical or routine consultation to and from the Kompong Speu Provincial Hospital (20km) was also considered important. Recently Artsen zonder Grenzen (MSF Holland Belgium) has designed a dedicated ambulance-remork (motorcycle trailer) which can take one stretcher and several passengers. This would be for the Phnom Srouch District hospital and one was included.

Detailed lists of all equipment had to be made. The laboratory, the diagnostic needs, furniture, taps, basins, lights and procedure instruments. Long and painstaking hours into the night - or more accurately the early morning. This was the time the power cuts were least likely to occur so our one small computer could hum happily away uninterrupted !.

A new community services vehicle was requested - a Toyota Landcruiser 70 and again, more lists of what was needed for commune visits. Teaching materials, stretchers, pill boxes and tow rope, all had to be catered for. More work, more revisions. Advice at all stages was sort and gratefully noted from anyone and everyone who had anything to offer. What better way to smooth a learning curve than to follow those who had gone before. We wanted no major mistakes, no wastage. Every cent had to work for poor Cambodia.

Hours of writing, redrafting, submitting and re-submitting. Waiting, waiting waiting. A story is too long to be told here. Mother AMDA waiting anxiously for a birth. Bitten fingernails, cups of black coffee.. then...around Christmas tide .. 'OK'. ! Wild jubilation, a celebratory bottle of Saki (a gift from by Mitsui Chemicals <cheers lads !>) followed rather too quickly by cold reality. The beginning of the 'yezbut' phase. 'Yes but change this; yes but change that, yes but you must have a used UN vehicle not a new one, yes but next week, yes but so-and-so's on holiday. December drew into January and January drew towards its end. At last a pile of papers arrived to sign... at last ! ...We sign, we wait: we wait more. Something wrong ? Yes ! Sudden change of policy. Half of the budget must be quoted in Riel (the local currency) ! Great time to tell us that chaps ! Should be no problem... but oh yes it is. The dollar conversion has to be at the official rate - some 10 - 20% lower than the actual (street) rate. Very clever - a nice little 'tax' by Cambodia on UN money going to help the country in the first place. 'Biting the hand that feeds you !'.

Work will start now in February.. It will be an exciting and busy time for all and no doubt not without its hitches and hang-ups. Such is life. However if Cambodia and Phnom Srouch can end up with a better hospital and health care service and hospital to cope with the needs of its poor ravaged population then all will be worth while. There is far to go with education and the establishment of proper principles of hygiene and operation. Now is only the beginning. But thanks to UN-QIP's and the generosity of the Japanese and other nations, we have made a great start..... !

QIP's プロジェクトを終了して

アジア医師連絡協議会 熊沢 ゆり

今年に入ってから AMDA Cambodiaには訪問者、おめでたいニュース等が相次ぎ何かと賑やかである。

昨年任期を終え帰国されたDr. Williamが1月に、2月頭初には本部片山氏が現場を訪問、その間カンボジア側ではDr. Sodyの妊娠、2月末にはDr. Ly Hourt の結婚とお祝事が続いた。物静かなDr. Ly Hourt は婚約者がいるなどとは誰にも言わず式の1週間前皆に招待状をくださり、AMDA一同を大いに驚かせたのである。

さらに3月下旬にはマルセーユで3ヵ月の熱帯医学研修とパリの病院での2ヵ月の実習を終えたDr. Borann が帰国された。人一倍明るいDr. Borann の帰国で AMDA Cambodiaの中はスタッフが3人は増えたような賑やかさになった。しかし長崎大学の研究生として4月に日本に行くことが決定しているDr. Borann にとっては約1ヵ月の一時帰国である。

昨年UNHCR からQIP's(Quick Impact Programs)予算を受けてから1年が経過した。

最初に取付けたソーラーシステムがうまく作動しなかったため、契約を4ヵ月延長したのだが先日最終レポートを提出した。

昨年この「Phnom Srouch郡における医療保険システムの再建」プロジェクトを開始した時を思い出すと、この1年があっという間に過ぎてしまったようにも随分長かったようにも思われる。

何しろ'92年8月に最初に病院を見たときの印象は、建物には床さえもなく「物置小屋か馬小屋か?」というような建物が、補修され“それらしい”建物になり、半ば崩れかけていた炊事小屋も建て直され、コンロがはいった。

さらに小児病棟、隔離病棟、検査室、会議室等が整備された新病棟が建設され、Resuscitation Kit, Obstetric bed 等の医療用器具、顕微鏡、遠心分離機等検査器具も各種5千ドル分購入された。バイクと連結した救急車をMSF オランダ・ベルギーから購入し患者の転送も容易になり、ソーラーシステムの導入によって電気が入り、井戸にも電気ポンプが入った。他の寄付によりもう一本の井戸と患者の家族のための宿泊設備も建築され、病院の基本的な設備がほぼ整えられた。

医療の質の向上のためにもこれらの設備はフルに使われており、会議室は週1回の病院のスタッフのトレーニングにも利用されている QIP's予算獲得と病院の整備、新病棟の建築等に尽力されたDr. Williamの後を引継いだDr. Koiralaは Infection Controlを始めとして病院の組織化、郡のヘルススタッフの能力、知識の向上に力を入れている。物置小屋の様であったPhnom Srouch郡病院が今や誰が見ても病院そのもの、患者さんの数も増加し、地域医療の拠点になっている。まだ問題は数多く残されているが大きな進歩を遂げた事は間違いない。

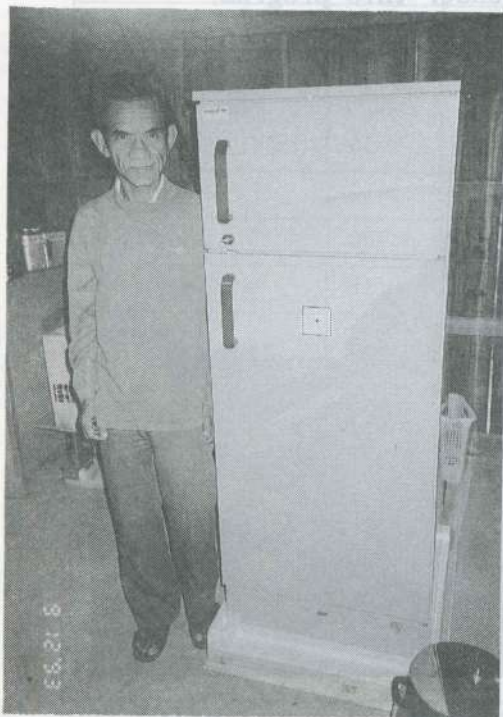
病院建設の途中でPhnom Srouch郡の治安が低下して一時工事が中断してしまったり、バ

イク救急車のバイクが度重なる修理にもかかわらず使用不可能になったり泣き笑いは数々あったが、ドタバタのハイライトのひとつは「ソーラーシステム動かない事件(?)」であろう。ソーラーシステムの導入は新病棟の設計をしたイギリス人のM氏の勧めによるものであったが、彼が取付けたシステムは数日で動かなくなってしまい、工事代金を先払いで受取っていた彼は何もしなかったのである。結局豪赤十字の技師SLephen James氏と彼が指導するカンボジア赤十字(CRC)のMobile Technician Teamへ依頼し、彼等の努力により一部部品を買替えと修理で、ソーラーシステムは使えるようになったのである。

現在井戸のポンプについてはジェネレーターに切替えた方がいいのか、ソーラーシステムを利用出来るのか技術的なことを検討してもらっているところである。

M氏についてはこのソーラーシステムの件の前にも新病棟の現地施工業者への工事代金未払によるトラブルがありAMDAも巻込まれかけたのであるが、今回の件をきっかけにあちこちで彼が同様な問題を起こしていたことがわかったのである。帰国されて半年近くなる今でもDr. Williamなどは手紙で「Mはゴロツキか精神異常だ。」と書いて来られる程であるが、この騒動は仕事の運び方の未熟さをも思い知らされた“bitter lesson”となった。

Phnom Srouch郡での活動もこれで約1年半過ぎたのであるが、前述したように基本的な設備は整い、これからは医療スタッフの技術や病院の運営能力の向上に、より一層力を入れていく時期であると確信している。幸い昨年末に県からは新卒の若手医師がPhnom Srouch郡病院に派遣された。彼とAMDAの医師達の良い協力関係をつくり、郡の医療保険活動の質の向上を計って行くのがこれからの課題であろう。



UNICEF から提供されたワクチン保存用
冷蔵庫。左は郡病院院長



病院内の敷地に作られた
井戸と給水タンク

■カンボジア救援医療プロジェクト活動報告

REPORT ON ACTIVITIES AT PHNOM SROUCH DISTRICT HOSPITAL IN THE MONTH OF FEBRUARY

Dr. Dhruba Koirala

The number of the patients in the hospital seemed to be increased in the month of February. There were 16 full consultation days in this month. the average number of the patients consulted per day was 51.

The disease pattern was found to be different than in previous months. Respiratory tract infection was on the top, Malaria on the second and Diarrhea on the third.

A total of 912 persons were vaccinated by the vaccination team in different communes of the district. Mobile clinic was started in this month. A doctor joins the vaccination team twice a week for this purpose. Sick children and adults were proved examination facilities in the communes. Cases needing hospitalization are transferred by the team. Education on Immunization, Malaria and sanitation is also given during that period. A total of 69 people were examined and given treatment under this program.



外来患者を診察する Dr. Koirala

Hospital Date Feb 1994

DISEASES	CHILDREN		ADULT		TOTAL
	Male	Female	Male	Female	
<u>Respiratory Tract:</u>					191
Upper Resp.Infection	34	40	21	20	
Pneumonia	38	11	11	4	
Others	06	04	01	01	
<u>GastroIntestinal:</u>					49
Gastritis/APD			15	25	
Pain Abdomen(non sp.)	01		01	02	
Others	03	01		01	
<u>Cardio-Vascular:</u>					07
Hyper Tension			01	02	
Others			02	02	
Urinary Tract Inf.	03	01	10	05	19
<u>Nervous System:</u>					72
Contral Nervous Syst.	01	02			
Neuro-Muscular	02	04	08	42	
Others	02	01		11	
<u>Ob/Gyn:</u>					107
Obstettrics				55	
Gynaecological				52	
Orthopedic			10		10
<u>Surgical:</u>					20
Wound/Absecess		03	04	08	
Others	02	01	01	01	
Eye Problems	01			02	03
Ear Ploblems	05	06			11
Malaria (Positive)	31	16	38	08	93
Diarrhea	38	34	03	05	80
Skin Infection	10	08	06	09	33
Worm Infestations	04	05	09	22	40
Others	20	26	21	15	85
Total	190	165	162	296	812

2.	CHILDREN	ADULT	TOTAL
Emergency Cases	04	15	19
Admission	12	10	22
Minor Surgery			59
Vaccination	464	94 354	912

AMDA国際医療情報センター便り

160 東京都新宿区歌舞伎町2-44-1- ハイジア
 Tel 03(5285)8088, 03(5285)8086, FAX 03(5285)8087
 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

1993年度月別/国別相談件

(単位: 件/%)

地域	国名	1993年度月別												93年計	開設累計			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12					
東アジア	中国	129	157	14	6	9	5	4	8	12	10	11	18	18	115	401		
	日本	24	16	0	0	0	1	0	1	2	3	5	9	9	30	70		
	韓国	16	42	6	4	3	3	9	7	3	5	13	6	9	68	126		
	モンゴル	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1		
東アジア小計		169	215	20	10	12	9	13	16	17	18	29	34	36	214	598		
東南アジア	フィリピン	55	86	10	16	12	9	15	12	10	16	16	7	13	9	131	282	
	タイ	17	13	1	2	1	2	1	0	0	3	0	0	0	0	10	40	
	インドネシア	5	5	3	5	2	3	6	5	3	5	4	6	0	0	42	62	
	マレーシア	5	5	1	3	0	4	0	0	0	2	2	1	0	0	13	23	
	シンガポール	5	5	0	0	1	0	2	0	0	0	0	3	0	0	6	16	
	ミャンマー	5	8	0	0	0	0	0	0	2	1	1	1	0	0	5	18	
	インドネシア	2	3	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	6	
	ベトナム	1	2	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	3	6	
	ブルネイ	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	
	東南アジア小計		106	140	17	28	16	23	20	17	21	28	14	26	9	219	465	
	南アジア	パキスタン	39	12	2	1	5	0	2	2	1	2	2	0	0	0	17	68
バングラデシュ		40	28	4	8	3	1	3	2	1	2	1	1	1	1	27	95	
スリランカ		30	14	0	4	2	3	4	1	1	1	4	1	1	1	22	66	
ネパール		1	15	1	1	2	1	3	1	2	0	1	1	0	0	11	37	
アフガニスタン		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	20	
南アジア小計		126	76	7	14	14	6	13	7	5	5	9	3	2	85	287		
北米	アメリカ	287	376	33	20	21	34	30	40	16	20	19	31	19	283	946		
	カナダ	58	84	4	2	6	5	2	4	4	1	1	2	3	34	156		
北米小計		345	460	37	22	27	39	32	44	20	21	20	33	22	317	1,102		
西欧	イギリス	36	39	4	4	7	10	7	7	4	3	4	10	6	7	177	71	
	フランス	9	14	1	1	4	0	0	2	2	2	3	0	2	1	13	36	
	ドイツ	12	12	2	0	1	4	0	0	0	1	2	2	0	0	36	36	
	スペイン	6	5	2	1	2	1	0	1	1	0	0	0	1	0	9	20	
	イタリア	9	9	0	0	1	0	1	0	0	1	1	0	0	0	4	22	
	オランダ	5	4	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	9	
	スイス	4	2	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	8	
	スウェーデン	2	3	0	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	4	9	
	オーストリア	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3
	スコットランド	1	0	0	0	0	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	0	0	0	1	5
	ポルトガル	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	ベルギー	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	デンマーク	0	3	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2	5
	西欧小計		93	126	14	9	13	16	9	10	8	9	11	12	10	121	340	
	東欧	ロシア	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	4
チェコスロバキア		1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
東欧小計		3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	5	
中南米	ブラジル	44	74	7	5	7	10	6	7	3	2	22	33	13	115	233		
	ペルー	10	99	9	9	10	8	13	7	9	12	12	20	12	121	260		
	アルゼンチン	10	8	1	0	1	0	4	0	1	0	1	1	0	0	9	27	
	コロンビア	4	6	0	0	1	2	0	1	2	3	1	2	2	14	24		
	ボリビア	4	3	0	0	1	0	3	0	0	3	0	0	0	12	20		
	メキシコ	3	6	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	3	12		
	パナマ	2	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	2	6	
	ドミニカ	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
	エクアドル	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	ウルグアイ	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	ハイチ	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	パラグアイ	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	ジャマイカ	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	パナマ	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	2	3	
コスタリカ	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	2	3		
エルサルヴァドル	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	
ホンジュラス	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	
ベネズエラ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	
中南米小計		112	209	19	14	21	21	28	16	16	22	38	61	29	285	606		
オセアニア	オーストラリア	41	67	9	2	1	4	4	8	2	5	5	1	1	42	150		
	ニュージーランド	5	13	1	2	2	0	1	0	0	0	2	0	1	9	27		
	オセアニア小計		46	80	10	4	3	4	5	8	2	5	7	1	2	51	177	
アフリカ	ガーナ	12	3	1	0	1	0	1	1	2	0	1	0	0	7	22		
	ナイジェリア	11	7	0	5	1	1	1	1	1	0	2	1	1	14	32		
	マダガスカル	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	カメルーン	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	3	
	ザイール	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	チュニジア	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2
	ザンビア	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	リベリア	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	スーダン	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	ケニア	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	セーシェル	0	1	0	0	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	0	0	0	0	0
	セネガル	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
南アフリカ小計		32	15	2	5	2	2	2	2	3	0	3	1	2	24	77		
中近東	イラン	13	17	3	2	3	2	5	6	5	1	6	2	5	42	66		
	イスラエル	9	7	0	0	1	3	0	0	1	0	2	0	0	3	5	5	
	トルコ	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	アラブ首長国連邦	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	モロッコ	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1
	オマーン	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	サウジアラビア	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1
中近東小計		24	27	4	3	5	5	6	6	2	2	8	2	5	54	105		
合計		1,104	1,464	168	131	135	149	150	153	125	157	162	205	141	1,676	4,244		

1. 外国人相談者居住地域

	2月	累計			
東京	56 (39.7%)	2297 (54.1%)	他県	23 (16.3%)	428 (10.1)
神奈川	9 (6.4%)	465 (11.0%)	不明	42 (29.8%)	486 (11.5)
埼玉	6 (4.3%)	315 (7.4%)	合計	141	4244 (100%)
千葉	5 (3.5%)	253 (6.0%)			

2. 相談内容 (複数回答)

	2月
(1)言葉の通じる病院の紹介	64 (41.6%)
(2)病気・医療についての情報 (病気の不安含む)	13 (9.1%)
(3)医療機関紹介(言葉の問題以外)	25 (16.2%)
(4)医療制度・福祉制度相談 (保険制度など)	16 (10.4%)
(5)治療費の問題・トラブル	20 (13.0%)
(6)渡航時予防接種	0 (0.0%)
(7)言葉の問題のみ	4 (2.6%)
(8)労災・交通事故	2 (1.3%)
(9)その他(HIV検査含む)	10 (6.5%)
合計	154 (100%)

3. 他機関からの相談件数(機関別)

(1)病院	1	(2)公的機関(大使館・自治体等)	5
(3)マスメディア	4	(4)NGO	3
(5)そのほか	1	(6)企業	2
		合計	16

4. 他機関からの相談・問い合わせ内容(複数回答)

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

<センター活動報告>

1. 出席会議等

- 2月4日 大阪府第3回外国人医療体制整備検討委員会(宮地関西センター代表、田中)
- 2月9日 (財)東京都健康推進財団と委託事業についての話し合い(小林)
- 2月15日 「外国人女性のための暮らしのセミナー(在留資格について)」JVC神奈川横浜ランドマークタワーにて(中戸研修)
- 2月16日 神奈川県衛生局エイズ対策班にて講演(小林)
- 2月19日 AMDA定例報告会(香取)
- 2月23日 東京都衛生局総務部保健情報課と委託事業についての話し合い(小林)

■センター関西 相談等受付状況 1994年 2月

1. 国別件数

中国	5 (10.4%)	オーストラリア	1 (2.1%)	コロンビア	1 (2.1%)
韓国	5 (10.4%)	アメリカ	7 (14.6%)	ブラジル	7 (14.6%)
ネパール	1 (2.1%)	カナダ	1 (2.1%)	イスラエル	1 (2.1%)
フィリピン	1 (2.1%)	ペルー	5 (10.4%)	不明	6 (12.5%)
ニュージーランド	2 (4.2%)	ボリヴィア	5 (10.4%)	合計	48 (100%)

2. 外国人相談者居住地域

大阪	25 (52.1%)	静岡	1 (2.1%)		
京都	1 (2.1%)	東京	2 (4.2%)		
兵庫	6 (12.5%)	愛知	1 (2.1%)		
滋賀	3 (6.3%)	国外	1 (2.1%)		
奈良	1 (2.1%)	不明	7 (14.6%)	合計	48 (100%)

3. 相談内容 (複数回答)

言葉の通じる病院の紹介	16 (31.4%)	言葉の問題	3 (5.9%)
病気・医療についての情報	1 (2.0%)	治療費の問題	2 (3.9%)
医療機関紹介	10 (19.6%)	薬について	0 (0%)
医療制度・福祉制度相談	9 (17.6%)	その他	7 (13.7%)
予防接種	3 (5.9%)	合計	51 (100%)

4. 他機関等からの相談

医師・病院	1	NGO	2
マスメディア	1	その他	1
公的機関	5	合計	10

5. 他機関からの相談問い合わせ内容 (複数回答)

活動内容	13
取材	6
その他	4

6. ボランティアの問い合わせ

中国語	1	フィリピン語	1	フランス語	1
タイ語	1	英語	1		
スペイン語	1	ポルトガル語	1	合計	7

センター関西活動報告

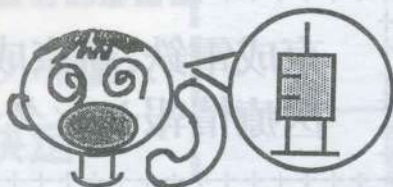
1. 大阪府の「第3回外国人医療体制整備委員会」に出席

2月4日(金)に、大阪府環境保健部が内外の関係者により設置している「外国人医療体制整備委員会」の第3回会合が開催され、宮地関西代表と東京事務局の田中が出席。宮地代表は、ゲストスピーカーとしてセンター関西の活動状況の報告をしました。

2. 大阪府の平成6年度予算が決定し、滞在外国人医療相談事業として、センター関西に100万円の補助がでることになりました。

AMDA国際医療情報センター関西からの 春のうれしいお知らせ

AMDA国際医療情報センター関西 代表 宮地尚子



AMDA国際医療情報センター関西が昨年12月にオープンしてはや3ヵ月。事務所の窓から見える景色はすっかり春めき、

TEL:06-636-2333

すぐとなりの大阪府立体育館は、大相撲春場所ののぼりが色とりどりにはためいています。

この3か月間でセンター関西への外国人の方々からの相談件数は120件を越え、その内容は多岐にわたり、我々相談を受ける側も勉強することが多い毎日でした。また、国際交流協会や報道機関等、関係機関からの問い合わせが76件、ボランティアの問い合わせが31件と、社会的にも大きな関心を集めているようです。半年後に、関西国際空港の開港を控え、我々も一層サービスの充実をはかっていきたいと思っています。

さて、センター関西には最近2つほど、うれしいお知らせが届きました。

一つは、大阪府の1994年度の予算で、「医療の国際化」計画の一つ、「滞在外国人医療相談事業」ということで、センター関西の業務に対し補助金がでることになりました。助成額は大きいものではありませんが、センターの業務の重要性を認識し信頼していただいたということは、大きな励みであり、また、行政サイドの外国人の医療に対する前向きな姿勢を感じることができました。

もう一つのニュースは、センターの活動とその内容の分析を中心とした、センター関西のメンバーによる「在日外国人の医療をめぐる葛藤と相互理解への試み」という研究プロジェクトにたいし、明治生命厚生事業団の「健康文化」研究助成をいただくことになったということです。174件の応募の中から15件という競争率の中での入選でした。

センター関西は研究よりも相談活動があくまでも主ですが、そこで得られる経験は貴重なものです。そこで実際に活動を行ないながら研究を進めるアクションリサーチとして、外国人が感じる問題点や、医療者側の感じる戸惑い、お互いの対処方法を、医療人類学的視点からみつめなおし、日本で当然とされている「医療文化」「健康文化」とはどういうものか、そこに異質の「医療文化」「健康文化」を持つ外国人が入ってくる場合、どのような形で調和していくことが可能なのかを探っていききたいと思います。

センターの活動がただ相談業務として終わるのではなく、外国人の医療をめぐる様々な問題について、将来にむかって役立つ知識を蓄積するための助けとなればと思っています。

それでは、季節の変わり目、皆様、ご自愛ください。それぞれの地でがんばっているAMDAのメンバーの活躍をとでもうれしく思います。関西におこしの際は、センターへもお立ち寄りください。

京成電鉄、新京成電鉄のご厚意で AMDA 国際医療情報センターのポスターを各駅に掲示

AMDA 国際医療情報センター代表 小林 米 幸

千葉在住の戸田様のご仲介により、2月2日に小林が戸田様とともに京成電鉄、新京成電鉄の本社を訪ね、AMDA国際医療情報センターのポスターを両電鉄の全ての駅の構内に掲示していただけるようお願いをしました。両電鉄とも、センターの仕事が人道上大切であることを特に考慮の上、全ての駅の業務用掲示板に無料で掲載することを内諾してくださいました。3月2日には京成電鉄の駅長会議で正式に決定された旨、担当の方よりご連絡をいただきました。京成電鉄は京成上野駅、京成成田空港第一ターミナル駅、第二ターミナル駅など特に外国人乗降客が多い駅を含め、60駅を抱える大手電鉄会社です。また新京成電鉄は千葉の市街地、新興住宅地を結ぶ重要な電鉄会社です。外国人への医療情報の提供というセンターの業務は外国人の方々にセンターの存在、電話番号が届いて初めて成り立つ仕事であり、この点や歴史の浅い任意団体であるAMDA国際医療情報センターを信用して下さったという点で京成電鉄、新京成電鉄両社には心より御礼申し上げます。また両社の今回の決定は民間会社が自身のフィールドでNGOに協力するという形態であり、企業の社会貢献活動としても新たな1ページを開くものと高く評価されることでしょう。NGOであるAMDA国際医療情報センターやAMDAとしても今後、社会の構成員の一員として認められていくには、企業などの他の構成員の信頼に足るしっかりとした事務局によるしっかりとした運営を行っていく努力を休むことなく続けていかねばならないことを忘れてはならないでしょう。ポスターの製作にはデザイン費として約20万円さらに紙代・印刷代として約15万円がかかります。NGOとしては大きな金額になってしまいますのでデザインはセンター内部で約5万円で片付け、総額20万円位で抑えたいと考えています。ポスターは3月中には完成し、遅くとも4月初めには両社にお送りして、各駅に掲示していただくこととなります。最後になりましたが仲介していただきました戸田様には心より感謝いたします。

注 戸田様は国立音楽大学を卒業、韓国語でオペラを歌っていらっしゃる方でセンターやセンター関西の通訳ボランティアのご紹介など日頃からご協力を戴いている方です。

AMDA 国際医療情報センター関西へ

大阪府より助成決定

大阪府の平成6年度予算においてAMDA国際医療情報センター関西へ100万円の助成金が決定されました。緊縮予算の中で殆ど実績のない同センター関西へ助成を決定して下さった大阪府、同環境保健局の皆様にご心から御礼を申し上げます。なお、AMDA国際医療情報センターと同センター関西は組織上、同一会計になっておりますので助成金はセンター会計に組み込まれ、センター関西の運営にのみ使用されます。

AMDA国際医療情報センター

所長 小林米幸

1994年(平成6年)2月10日 木曜日

享月 日 業庁 局員

民間団体「アジア医師連
絡協議会(AMDA)」では大阪四十件、京都九
件、兵庫四件などの順だっ
(本部・岡山市)が昨年十
二月六日、外国人の医療に
関する電話相
談としては関
西で初めて浪
速区内に設置
したAMDA
国際医療情報
センター関西
(代表・宮地
尚子医師)の
十二、一月の
二カ月間の利
用状況がまと
まった。

まともによると、二カ月の
間の相談受付件数は計七十
件。国別ではアメリカ十八
件、中国、ペルー、ブラ
ジル各七件など。居住地別
話数は6336・22333。

2ヵ月で70件

外国人からの医療電話相談
昨年未発足の民間団体に

相談内容(複数回答)で
は、言葉の通
じる病院の紹
介二十九件、
医療機関の紹
介十五件、日
本の医療制度
・福祉制度の
相談十四件な
どとなってい
る。

同センター
関西では「毎
日、コンスタ

在日外国人の医療相談に
 応じる民間ボランティア団
 体「AMDA国際医療情報
 センター関西」(宮地尚子
 代表)が、大阪市浪速区に
 開設されたのは昨年十二月
 である。

「始めてみて、言葉の問題
 で困っている外国人の人た
 ちの多さに改めて驚きまし

新 病院 考

た」と事務局の横山雅子さ
 んは言う。

センター関西では、設立
 に先立ち、在日外国人を受
 け入れてくれる病院をビツ
 クアップした。そして、受
 け入れ可能な外国語の種類
 や診療科などのアンケート
 調査を行い、京阪神の約百
 八十の病院のリスト作成。
 ボランティアの通訳が英
 語、中国語、スペイン語な
 どの通じる病院を紹介して

41

電話相談



外国人の医療相談を行うAMDA国際医療情報
 センター関西。言葉の壁が大きな問題だ

いる。

先月までに寄せられた相
 談は計七十件に上る。国別
 の内訳は、アメリカ十八件
 ▽ペルー、中国、ブラジル
 各七件▽韓国、カナダ各四
 件など。相談内容は「言
 葉の通じる病院を紹介して
 ほしい」が圧倒的に多かつ
 た。

南米の人からこんな相談
 があった。「友人が、病院
 の精神科に入
 院しているの
 だが、良くな

言葉の通じる施設を…

らない。どうしたらいい
 か」。精神科の場合、患者
 と医師の会話で治療には欠
 かせないが、通訳を通して
 は微妙な言葉のニュアンス
 が伝わらない。「アドバイ
 スしようにも、患者さんの
 症状すら分からない状態で
 は満足な対応もできません
 」。電話相談の限界を感じ
 ました」と横山さん。

が、外国人の医療を考え
 るとき、言葉の壁は、入り
 口の問題にすぎない。なに
 より、こうした相談の電話
 をかけてくる外国人は、ビ
 ザを持ち、国民健康保険を
 取得する資格があるなど、
 日本での身分が法的に保障
 されているケースが多い。

「確かに言葉の問題も重
 要ですが、それ以前に、ビ
 ザ切れの不法滞在の外国人
 は、摘発を恐れて病院にも
 一人、一民間団体が頑張
 っても解決で
 きるものでは
 ありません。

行かないケースが多い。ま
 だからといって放っておい
 た保険がないから、医療費
 が高額になり、安い賃金で
 働くこれらの人たちには払
 えない。そして未払いにな
 るのを嫌って受け入れる病
 院も少ない、という悪循環
 があります」と、在日外国
 人を医療費の面から支援し
 ている外国人互助協会の鈴
 木栄司事務局長は指摘す
 る。

九月に関西国際空港が開
 港する。海外から日本にや
 ってくる人は今以上に増え
 るだろう。医療もまた国際
 化への対応が迫られてい
 る。

日本の中での国際医療

—外国人患者の診療

中西 泉 岩井 くに

患者 29歳, 男性。
主訴 右季肋部痛。
生活歴 フィリピン出身。1990年
来日。公的医療保険は持っていない。
現病歴 1992年5月ごろより,
時々右季肋部に痛みを自覚するよう
になった。同年8月1日, 痛みが続
くため近医を受診し, 町谷原病院に

紹介される。

身体所見 腹部では腸雑音が亢進
している。他の異常は認めない。
検査所見 血液検査では異常を認
めない。
大腸内視鏡 Bauhin 弁から上行
結腸起始部に数匹の長さ5mm程度
の虫体を認める。
臨床経過 鉗子で虫体を摘出し

た。虫体鑑別の結果は鞭虫であった。
駆虫目的にてメベンダゾール200
mg分2, 3日分を処方したが, 以後
受診せず, その後の経過は不明。

■外国人医療問題

外国人の医療問題としては疾病の
違いもさることながら, 言葉・習慣
の違い, 経済的問題, 法律的問題な

表1 外国人が利用できる日本の医療・福祉制度

制度/在留資格	1年以上滞在	6カ月～1年	短期滞在者	不法滞在	窓口	備考
国民健康保険	○	△	×	×	居住地役所の国民健康保険係	ビザの有効期間が1年未満でも1年以上の滞在が証明できるもの(授業料納付書など)があれば加入できる。
健康保険(社会保険)	○	○	△	△	社会保険事務所(雇用者が申請)	
生活保護	△	×	×	×	居住地の社会福祉事務所	永住者は利用できる。
児童福祉法第22条 結核予防法	○	○	○	○	社会福祉事務所 居住地の保健所	観光客でも利用できる(人道的立場から)。無保険者は半額公費補助, 本人・家族の申請が原則だが医師の代行も可能。
労災保険 (財)日本国際教育協会	○	○	○	○	労働基準監督署 同左(学校を通して)	研修ビザでは適用されない。 協会に登録している学校の正規学生。
早稲田奉仕団緊急医療費援助	○	△			早稲田奉仕団 (03-3705-5407)	国保に加入している関東在住の研究生, 留学生, 就学生3カ月を限度に外来1万円/月, 入院は高額医療費負担分を支給。
乳幼児の予防接種 (無料接種)	○	○	△	×	役所の担当課	外国人登録をしている家族, 登録している市町村で。
老人保健法	○	○	×	×	居住地役所の国民健康保険係	国保・社保に加入していること。
行旅病人, 行旅死亡人取扱法	×	×	○	△	自治体により異なる	住所が定まらない者。一部の自治体で適用。

○:適用 △:場合により適用 ×:適用されない

表2 外国人患者の相談窓口

1. 相談窓口

1) 国際交流協会

受付時間、活動内容は個々の協会で異なる。医療関係の情報の詳しさには差がある。「国際人流」91年7月号に住所、電話番号、活動内容の一覧表が掲載されているが、その後にはできたサービスもあるので直接問い合わせのこと。

2) 外国人在留総合インフォメーションセンター

相談内容は本文参照(医療には詳しくないとのこと)。申請手続きに先立っての相談も受け付けている。相談料は無料。直接来訪、電話相談どちらでも可。

受付時間と対応言語

東京：月～金曜日、午前9時30分～12時、午後1時～4時30分

日本語、英語、中国語、韓国語、スペイン語、ポルトガル語、タイ語

大阪：月～金曜日、午前9時30分～12時、午後1時～4時30分

日本語、英語、中国語、韓国語、ポルトガル語

名古屋：月～金曜日、午前9時30分～12時、午後1時～4時30分

日本語、英語、中国語、韓国語、スペイン語、ポルトガル語、タイ語、フィリピン語、マレーシア語、イタリア語

横浜：月～金曜日、午前9時30分～12時、午後1時～4時30分

日本語、英語、中国語*、韓国語*、スペイン語、*日によって対応可

住所・電話番号

東京：千代田区大手町1-3-1

東京入国管理局内
☎ 03-3213-8523～7

大阪：大阪市天王寺区六万体町1-9

大阪入国管理局天寺分室内
☎ 06-774-3409～10

名古屋：名古屋市中区三の丸4-3-1

名古屋入国管理局内
☎ 052-973-0441～2

横浜：横浜市中区山下町37-9

横浜地方合同庁舎8F 東京入国管理局横浜支局内
☎ 045-651-2851～2

3) 外国人労働者弁護団(LAFLR)

相談料は無料、弁護士を依頼すると有料。直接来訪、電話相談どちらでも可。

受付時間と対応言語

受付時間：月～金、午前10時～午後5時

対応言語：日本語、英語。曜日によってはポルトガル語、スペイン語、韓国語、中国語も可能

相談内容：外国人に関する法律相談、弁護士の紹介

住所・電話番号

新宿区愛住町12 藤栄コーポ3F-B
☎ 03-3357-5506, FAX 03-3357-2207

4) AMDA 国際医療情報センター

民間団体 AMDA (アジア医師連絡協議会) が運営。電話相談のみ(相談料は無料)

対応言語と受付時間

日本語、英語、中国語、スペイン語、韓国語、タイ語、月～金：午前9時～午後5時

ポルトガル語、水：午前9時～午後5時

フィリピン語、水：午後2時～5時

ベルシャ語、金：午前9時～午後5時

相談内容：外国語のわかる医療機関、医師の紹介、医療制度の紹介

☎ 03-5285-8088

その他：11カ国語診察補助表(日本語-外国語対訳表)を1セット5,000円で販売。

対応言語は、英、中、韓、スペイン、ポルトガル、ベルシャ、タイ、フィリピン、ベトナム、カンボジア、ラオス語(申し込みは☎ 03-5285-8086まで)

またセンターでは外国人を診療して下さる医師を募集中。関心のある方は☎ 03-5285-8086(センター事務局)まで

2. その他の情報源

1) 小林 米幸. 6カ国語対応、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、1993

2) 小林 米幸. 医師・医療従事者のための外国人患者診療ガイドブック、ミクス、1993

3) 特集・在日外国人へのサービス、国際人流 50：7-15, 1991

4) 特集・「入管相談」はこちらへ!、国際人流 66：2-21, 1992

5) 特集・在日外国人のための新聞・雑誌、国際人流 70：2-30, 1993

6) 特集・「在日外国人のための日本生活摩擦解消」情報源、ワールドプラザ No. 25, 1992-93.

(1994年1月現在)

ど日本人患者と異なる点にも留意しなければならない。問題の詳細は、宮崎康が本誌2巻4号(1992年4月号)で述べているが、1年以上経過し現在でも、氏の提起した問題の解決はまだほとんどは進展をみていない。

しかし、中には医療スタッフの対応である程度、回避・解決できる問題もある。今回は外国人を診察する際の留意点とどのような医療・福祉制度が利用できるかを中心に述べてみたい(上記宮崎論文「診察室はインターナショナル」と併せてお読みいただきたい)。

■外国人を診察する際の留意点

1) 医療保険の有無を確認する

現在の日本では受診者が公的保険を持っていることが常識となり、医療行為の価格について考える機会は少ない。しかし、外国人受診者では、この症例のように公的医療保険に加入できない場合がある。AMDA国際医療情報センター、岩手県国際交流協会が行った医療機関へのアンケート調査によれば、都市部、地方とも受診者の半数以上が無保険であった。経済的なトラブルは医療機関の経営を圧迫するのみならず、患者の受診中止、受診の遅れなどにつながり、患者の生命を脅かすことすらある。

これを防ぐためには受付や診察時に保険の有無を確認するとともに、自費診療の場合には支払い負担についての配慮が求められる。また、保険証を持っていても使い方を知らない人もいる(他人の保険証を持って来ることもある)ので確認が必要である。自費診療は個々の医療機関で自由に価格設定できるため、同じ治療でも費用は3倍以上違う。勤務している医療機関で、どのような医療

行為がいくらかかるかを考慮しながら診療を進める必要がある。しかし、唐突に「金を持っているのか」と聞くのは、患者に不信感を抱かせてしまう。いかにさりげなく聞くかはインタビュー技術の腕のみせどころだろう。

2) 日本にない、あるいはまれな疾患がある

本症例のように日本であまりみることのない寄生虫症や風土病をみることもある。留意すべきことは、患者の出身地域によっては結核やマラリアなど、一般外来でみることが少ないが早期診断が重要な疾患の有病率が高いこと、基礎疾患としてHIV感染の可能性を常に頭に入れておくことである。“The New England Journal of Medicine”の“Case Records of the Massachusetts General Hospital”には日本にはない熱帯病の症例やAIDSと関連疾患がよく解説されているので目を通しておくといい。症例の呈示から詳しく述べられており、英語の勉強にもなる。

3) 医療習慣の違い

一言に「外国人」というが、彼らは日本人以上に多様な文化を持った集団で、医療についても同様である。患者と医療スタッフ双方が自分のやり方が通用すると信じてしまうことがトラブルの源になることも多い。身近な例では米国では体温は成人でも口腔で測定するのが普通で、体温を華氏で言われることがある。また、男性の医師やスタッフは、女性、特にアジアとイスラム圏出身に、診察・検査の際、衣服を脱がせることは思わぬ誤解を招くことがあるので、看護婦など女性の同席、女性スタッフに交代するなどの対応が望ま

しい。

限られた診療時間の中では限界があるが、説明も詳細なほうが理解が得られる。患者にとってよくない情報もはっきり言ったほうがいい。

4) 日本人患者とのバランス

外国人患者が望んでいることは、口には出さないが日本人患者が望んでいることでもある。外国人患者だけに特別待遇することは、日本人患者への逆差別となり、患者離れを招き、医療機関の経営悪化につながる。すべての患者に等しく満足してもらえない医療は言うはやすいが行うのは難しい。

■外国人にも利用できる医療・福祉制度

詳細は表1を参照していただきたい。在留資格によって、また外国人登録の有無によって利用できる制度が違う。問題なのはこれらの制度を外国人が利用できることを関係者自身が知らないことである。窓口となるべき行政担当者すら知らないことも多く、申請しても「うちの担当ではない」と門前払いされることもあり、改善を切望するところである。

外国人に関連する法律・サービスは現在も流動的なので、新聞などで新しい情報を仕入れておくことも大切である。

■相談窓口

実情に法律がついていかない現状では救済に限界があるが、主な窓口を挙げてみる(表2)。

1) 国際交流協会

日本の国際交流活動推進のために各県、市町村に設立されている。地元の情報に強く、独自の情報の蓄積がある。関連図書、外国語のパンフレットなどを準備しているところもあり、海外協力経験者が働いている

ことも多いので、国際医療に関心のある方は一度行ってみたいはどうか。

2) 役所の外国人担当課

外国人比率の高い自治体では通訳がいるところもあり、独自の外国語の案内を作っている自治体もある。直接役所の担当にアプローチしても事態が進展しない場合、ここを通すと道が開けることもある。残念ながら外国人対応の経験に乏しい地域ではこの限りではない。

3) AMDA 国際医療情報センター

全国的な情報には強く、外国語の対応もしてくれる。時間的余裕のある場合には助かる。

4) 外国人在留総合インフォメーションセンター

東京、大阪、名古屋、横浜に開設され、入国・在留に関する手続きなどの相談・案内を行っている。外国語での対応も可能。

5) 外国人労働者弁護団(LAFLR)

外国人に関する法律相談・弁護士の紹介に応じている。地方の弁護士も紹介してくれる。

在日外国人に関する諸問題は個人で対応できる範囲をすでに越えており、法的な面や行政サービスの整備が早急に必要である。既存のサービスや法律も利用者がなければ廃止される。利用できるものは活用し、現状を社会へ知らせる努力も必要であると思う。

なかにし いずみ
AMDA 国際医療情報センター副所長
町谷原病院院長
☎ 194 東京都町田市小川 1523
いわい くに
AMDA 岩手県支部
陸前高田市・国保広田診療所所長
☎ 029-22 岩手県陸前高田市広田町
字天王前 5-1

親に聞かず自分で勝手に答えてしまう人などいます。

栄養改善センター (Feeding Center)

難民キャンプには、栄養改善センターが設置され、栄養失調の子どもたちにはお仕こはん、赤ちゃんにはミルクを配給していました。栄養失調かどうかは、体重の標準曲線(ここでは、身長に対する体重の標準曲線の七五%以下を基準にしています)です。ですから、お母さんが栄養改善センターに子どもを連れてきて、この基準に満たないと登録されません。

その中の一人のお母さんは伝統的な医師者でしたが、遠く部族の子どもの治療を

している最中に、その子が亡くなってしまいました。こうなると部族同士の対立になり、普通なら、その責任としてラクタを数十頭贈ることで、解決するらしいのです。

しかし、いまは難民生活、そのラクタがいらないので、部長長同士の話し合いにより、難民に配られる配給手帳(Ration Card)をラクタの代わりに渡すことで解決したそうです。

ですから、当然その家族は食糧の配給が受けられず、せめて子どもにだけでも食べさせたいと栄養改善センターにやって来たのです。これに関しては、難民局の現地の責任者に判断をゆだねました。

一人ひとりの話を聞いてみると、われわれではどうしているかわからないおきてや習慣があるのだと実感しました。風土や彼らの宗教、価値観を理解しようと努力しながらの活動、これが実は面白いのです。

難民キャンプでは、AMDAは合宿生活

AMDAの宿舎は一軒家です。そこで朝起きてご飯を食べて、キャンプに仕事に行き、帰ってきて夕食のあと、ミーティング、レポート作成といった二四時間閉居生活でした。一人の時間がなくて疲れることもありましたが、生活習慣の

違う仲間といっしょに暮らすのも、また楽しいものでした。

バンングラテシユやネパールの同僚たちは日本食が食べられないけれど、日本人は彼らの食事に合わせられるので、食事はおもにバンングラテシユ風、ネパール風のカレー料理の毎日でした。エチオピアの「新年のお祝い」に招かれてみんなでお出かけていったら、バンングラテシユ料理に近いものなので、驚きました。

日本の子どもと比べて

単純に比較してもしかなかったのですが、日本の子どもと難民キャンプの子どもの

心身の発育・発達はかなり違います。日本では四歳というところ、体つきもしっかりしているし、一応話も大人と通じます。

一方、難民キャンプの子どもたちは栄養が十分でないで、体つきも小さく、中には栄養失調で歩けない子どももいます。当然精神・運動面での発達も遅れがります。

同じ時代に生まれきた子どもたちなのに、たまたま生まれた場所が違っただけで、こんなにも違っている。この現実には衝撃的でした。

彼らの発育・発達の改善にインパクトのある仕事を、今後も続けていきたいと思えます。

インタビュール編集部



母子保健における国際協力 (25)

AMDAの難民援助プロジェクト——ジブチ

江上 由里子

ジブチ・アジア医師連絡協議会、獨協医科大学越谷病院小児科(小児科医師)

連載期間 1993.5~9.1993.12~1994.1

アジア医学生会議
に出席し、アジア
に魅せられた

医学部四年生のとき、初めてアジア医学生連合主催のアジア医学生会議に出席。Child Health & Family Planningをテーマに、アジアの国々の現状がその国の学生によって生き生きと語られるのを耳にし、「こういう世界もあったのか」と目からうろこが落ちる思いでした。その後、インドのマサートレサの施設やタイのスクラム街を見学して、早くにつれて、発展途上国で働きたいという思いは強くなりました。

PHCを学ぶため、
ジョンズ・ホプキ
ンス大学に留学
実践の場に出る前にしっかり公衆衛生の勉強をしたかったので、アメリカ合衆国のジョンズ・ホプキンス大学の公衆衛生学部のMP

AMDAのメンバー
と(前列右から二人
目が江上氏)



荒涼とした土地
に建つ難民キャンプ



男の子をモデルに分鏡
介助のしかたを教える
AMDAの看護婦



患者(真ん中)とは
通訳(左)を通して
話す



患者(真ん中)とは
通訳(左)を通して
話す



H(公衆衛生学修士課程)に入りました。公衆衛生の分野で働いた経験がなく、すべてが新しい勉強でした。校交、統計、家族計画、国際保健などを中心に講義を取りました。

民キャンプにいます。
一九九三年、UNHCR(国連難民高等弁務官事務所)をはじめとした援助団体が活動をしています。AMDAは一九九三年三月、ジブチ市から一〇〇キロ離れたアリ・サビエにオフィスを設け、この周囲四〇キロにある四つのキャンプで活動を開始しました。

染症が多かったのですが、私が派遣されたときはキャンプができて一年以上たっており、急性上気道炎、肺炎、下痢による脱水、栄養失調などの患者さんが多くいました。

マラリアや麻疹の流行はみられませんでしたが一七年前にコレラの流行があり、診療所とは別にコレラセンターが作られました。私たちのおもな仕事は患者さんの治療とヘルススタッフの教育でした。また、

ジブチの難民キャンプ

渡米中に、AMDAのソマリア難民援助プロジェクトの話があり、ジブチに派遣されました。人口四〇万人のジブチ共和国に、ソマリア、エチオピアから約一〇万人の難民が流入したといわれています。都市難民が七万人、そして三万人が難

四つの難民キャンプにはそれぞれ一か所診療所がつくられました。難民全体の八〇％強はソマリア人で、エチオピア人で、クリスチヤンも含まれていました。言葉も宗教も違っているので、キャンプの中でお互いに住みわけているようでした。

患者さんと言葉が通じないので、診察のときは、英語ができる人に通訳を頼みます。が、この人たちの質はさまざまで、中には患児の親が話しているような半分も訳していないような人、

診療と教育

難民キャンプができたばかりのころは、けが人や感

患者(真ん中)とは通訳(左)を通して話す

患者(真ん中)とは通訳(左)を通して話す

国際ヘージ 海外レポート

4

今月号は、ソマリアへの派遣交流を終え、帰国した派遣団員からのレポートを、このコーナーで紹介いたします。

ソマリア難民 救援プロジェクトに参加して

財団法人加茂川町 せんたろう公社 石坂 公宏

海外経験のない私は、初めてテレビ等で報じられているソマリアの内戦により被災したハルゲイサという都市と、ジブチの難民キャンプの視察に参加しました。

インド、ケニア、エチオピア、ジブチと飛行機で乗り継ぎながら目的地であるソマリアに向かいましたが、五〇〇人乗りのジャンボ機から九人乗りのセスナ機に変わり、ソマリアのハルゲイサ市の飛行場に降り立ったときは、何とか無事に目的地まで来れたと思いましたが、ほっとする間もなく目の前を物騒な機銃を荷台に据え付けたトラックが走り去ったり、機銃の音が時々聞こえるので、まだ内戦が続いているのかと思えば、面白半分と機銃を上空に向けて撃っているところで少々肝を冷やしてしまいました。

ハルゲイサ市は北ソマリア最大の都市ですが、内戦により前政権

から無差別攻撃を受け、家々の屋根は吹き飛ばされ、壁は銃弾の跡が生々しく残り、町全体が徹底的に破壊され尽くしていました。ここから来たのかと声をかけられると「アムダと答えると、**「ダ・ジャバンノ」**と設備の復旧はなされず、三〇〇床のベッドのうち使用可能なのは約一八〇床で、収容仕切れない人は建物の日陰や周辺で寝転んでいる状態でした。ベッドも相当いたん状態でした。ベッドも相当いたん状態でした。ベッドも相当いたん状態でした。ベッドも相当いたん状態でした。



病棟のようす

など、およそ病院とは言いがたい状況でした。こうした内戦の傷痕からまだ完全に立ち直っていない状況で、北ソマリアはソマリランド（まだ国連の承認は得ていません）として独立後、国民は復興意欲を取り戻し治安も徐々に落ち着き、警察も機能する

に散在しているソマリア人難民キャンプにも足を運び彼らの生活の様子を視察しました。二年を経過したテントは穴だらけになり、服や毛布は汚れ放題、鍋や食器類はでこぼこで汚く、わずかな配給食料に大人子供は一日一回の配給食と、乳児は二回のミルクが彼らの命の綱となり、特に〇〜四歳児の栄養状態が非常に悪いようでした。私が訪れた日も小さな戸板に乗せられた幼児の葬式に遭遇しましたが、人が死ぬのは日常茶飯事という状況は非常にショッキングでした。こうした状況の中で診療活動をしている看護婦さんが生後一〇ヵ月前後の乳児を見つめながら「この子たちに毎日卵一個を与えてあげたい。そうすれば子供達の栄養状態がよくなり、栄養失調



診療の順番を待つ姉弟

で亡くなる子供の数も減ってくると思うのを知り、劣悪な環境の中で必死に救援活動を行っている彼女の姿に胸を打たれました。

難民キャンプ中での生活のようす



ところで、現地滞在中は三日おきぐらいに洗濯をし、部屋の中や屋外に干したり、食事は汚れた皿に焼飯のような料理が運ばれ、その中に小石や木の繊維のようなものが混じり、以後思いきりご飯が咬めなくなっていました。またトイレに戸がなく困ったり、私のような英語でも現地の人と身振り手振りで話し合えたり、空港のトイレ内でチップを要求されたり、五カ国も行ったため替レートがほとんど分からなくなったり、数え上げればきりが無いほどの体験をしました。これもこれも今となっては貴重な思い出となりました。

現地での滞在期間はわずか一〇日弱でしたが、同じ地球上に生きる人間として遠い世界のこととして片付けにはあまりに無責任すぎ、こうして視察した以上は何か貢献できることはないかと考えさせられた研修でした。

岡山・加茂川町 自治体初の国際貢献組織 災害、飢餓救おう

自治体レベルの国際貢献を——と、岡山県加茂川町が、国際緊急援助組織の設
置を十一日までに決めた。町職員をはじめ土木技術の専門家をアジア・アフリカ
諸国などに派遣、医療救済を続けているアジア医師連絡協議会(本部・岡山市、
AMDA)などと連携して飢餓や災害に苦しむ人を支援する。国際貢献の組織を
自治体が独自で作るのは全国で初めて。

設置規則案によると、災
害などで緊急支援を必要と
する国に、知的資源を提供
する。専門家を派遣し、上水道の
敷設や土木作業の技術指
導、NGO(民間活動団体)

この交流を行おう。
組織は同町の地域活性化推
進課に設置、職員のほか町
民からもボランティアを募
る。基本的には、一般会計で
運営費をまかない、寄付金
なども補てんし、新年度
に予算化する。

同町は昨年七月、内戦下
のソマリアに職員二人を派
遣。半月にわたってAMDA
の医師らとともに診療助
手を務め、医療物資の運搬
を助けた。

片山舜平町長は「県内の
他の自治体にも協力を呼び
うな救援活動ができないこ

アジア医師連と連携

か、将来は国際貢献の協
議会を作りたい。海外との
交流は地域おこしにも結び
つく」としている。
また、AMDAの青波茂
代表は「医師には医療以外
の専門知識がなく、思うよ
うな救援活動ができないこ
発してもない」

ともあった。自治体の人材
やノウハウを提供していた
だければ心強い」と喜ん
でいる。
時代先取り、国期的
本本博之、外務省経済協
力局政策課NGO協力セン
ター所長の話「ヨーロッパ
ではNGOと自治体の交流
は当たり前に行われている
が、日本はまだ遅れてい
る。国期的な試みで、時代
を先取したものだ。わが
国全体の運動活動の質的向
上が期待され、国民への啓

町ぐるみ国際貢献へ条例

岡山県の
加茂川町

岡山県御津郡加茂川町
(片山舜平町長)は八日、
海外での難民救済や被災地
援助に町職員を派遣するこ
となどを定めた「国際化の
推進に関する条例」案を町
議会に提案し、全会一致で
可決された。町全体で国際
貢献に取り組む条例ができ
たのは、全国の自治体でも
珍しい。

条例は前文と目的、基本
理念、事業、委任の四条か
ら成る。国際交流は「こま
らない人的交流を深めるこ
とを目的で、①地方自治体
の特性を生かした国際貢献
②国際貢献を進める組織の
育成③関連機関との交流な
ど六つの事業を進めるとし
ている。具体的には、上
水道整備、土木作業など
町がもつ技術を活用して、
発展途上国の被災地への町
職員、町民の派遣▽世界保
健機関(WHO)など国際
機関への町職員の派遣▽外
国人技術者らの受け入れ
——などを実施するとい
う。運営費は主に一般会計
でまかなうとしている。

同町は昨年七月、内戦の
続くソマリアに職員二人を
派遣。岡山市に本部をおく
民間医療ボランティアのア
ジア医師連絡協議会(AM
DA、菅波茂代表)の医師
らと約二週間、物資運搬な
どを手伝い、この経験が条
例のきっかけとなった。同
町はAMDAが進めて三月
に発足予定の「地方自治体
国際緊急援助団」構想にも
参加する方針で、片山町長
は「町おこしにつながる国
際貢献を展開したい」と話
している。

菅波 茂(すがなみ しげる)氏

医師。アジア医師連絡協議会代表。菅波内科医院。広島県生まれ。岡山大学医学部卒。

昭和47年岡山大学クワイ河医学部卒業の一員としてビルマ(現・ミャンマー)のモン族の開拓農場で生活。のち西日本医学生アジア連絡協議会に所属、54年カンボジア難民の医療援助。アジアの医師らと59年アジア医師連絡協議会(AMDA)を発足。代表に。

63年南インド・カルナタカ州の無医地区巡回診療プロジェクト。平成4年緊急救援三カ国合同医師団を編成しミャンマー難民医療。カンボジア本国に帰還した難民、ネパールに流入したブータン難民への医療を実施。



動後、世界最大級のNGO団体でもある CARE-JAPANと、日本国際救援行動委員会のふたつも加わり、6団体での発足となりました。

緊急救援型NGOにはネットワークが不可欠

—各団体、それぞれの得意分野を活かした結果というわけですね。

菅波 はい。これまで各団体がバラバラにやっていたことをこれからは一緒にやろうじゃないかと……ソマリアでの一連の活動で痛感したのですが、NGOのなかでも、緊急救援活動は、今の日本のNGO一団体だけではなかなか素早い動きがとれない。いざノというときに、派遣される人材のビザの取得、交通手段の手配、通信手段の確保など、「人」にからむ力、そして、薬品、食料など「物資」にからむ力、など数えあげればきりがなほどの用意が必要なんです。すべてがキット化されていないと素早い対応ができません。その意味でも6団体の結束は大きな意味があると思います。

正直申しまして、いまのところ日本のNGO活動のほとんどが、農村開発、地域開発の面に集中しています。それはそれでとても大切なことなのですが、これからは世界的な立場からみても、緊急援助ができるNGOが必要なんです。緊急援助は即戦力と組織力が重要で、いくつかのNGOが常時待機する態勢を整え

ておけば、世界各地で起きる自然災害、内戦、紛争による難民の発生などについても、じん速かつ的確な救援活動ができるでしょう。各団体の持つ被災地、難民キャンプについての情報を交換し、現地がどのような救援活動が必要としているかを判断したうえで、現地で医療、福祉、教育、物資など、得意分野で最大限の活動が可能になると思われまます。

自治体とNGOの協力が国際貢献を促す

—人的貢献は日本のNGOの課題でしたから、今後の活動に大きな期待が持てますね。それと、菅波さんが所属されるのはAMDA岡山事務所ですが、その岡山でも、国際緊急援助の新しい動きがあるようですね。

菅波 ええ、岡山トピア構想といいますが、全国でも初めて、地方自治体が国際緊急援助団を組織したんですよ。きっかけは、県中央部の加茂川町が地域おこしの一環で、職員2名をシブチへ送ったことです。地域おこしのなかで国際協力を、という新しい発想ですね。その後、哲多町、平気町を加えた3町で名乗りを上げ、今年度から各町の子算の中に、人的貢献として、職員を海外へ派遣する枠を設けています。

NGOと地方自治体が結びつくことでの相乗効果には将来的な日本の国際貢献の在り方に、大きな意義と期待があると

思います。両者がうまくドッキングすることで、国レベルでの国際貢献にも影響と刺激を与えることができると思っています。このことはJCの方々の活動にも継がると思っています。JCのメリットは、各地域に対する影響力をお持ちだということ。いいかえれば、行政に左右されることのない外交能力があるということでしょう。大阪でも、今後、JCのみならず、自治体の弱点である外交能力を補い、互いに結びつくことで、ひいては日本全体の国際貢献をも変革していくカギになると思っています。

アジア医師連絡協議会

連絡先と役員

●701-12 岡山市楠津310-1 菅波内科医院内 アジア医師連絡協議会
(Tel) 086-284-7730 (Fax) 086-284-6758 / 284-7645

役員 代表 菅波 茂 (菅波内科医院)

副代表 小林米幸 (小林国際クリニック) 国井 修 (ハーバード大学留学中)

プロジェクト実行委員長 中西 泉 (町谷原病院)
ソマリアプロジェクト委員長 津曲兼司 (菅波内科医院)
カンボジアプロジェクト委員長 桑山紀彦 (山形大学精神科)
ネパールプロジェクト委員長 山本秀樹 (ハーバード大学留学中)
インドプロジェクト委員長 三宅和久 (菅波内科医院)

事務局長 山本秀樹 (ハーバード大学留学中)

事務局次長 津曲兼司 (菅波内科医院)

事務局(常勤) 夏目洋子 (岡崎)、成澤貴子、片山新子

(非常勤) 岡崎清子、清浦幸子、日置久子



医療福祉——NGO6団体結束 菅波 茂氏

世界各地で、自然災害や戦争などで苛酷な生活状況を強いられている人々を救済するために、複数の非政府組織（NGO）が協力して現地に対応できるように「日本緊急救援NGOグループ」が発足しました。参加した団体は現在6団体。

なにかと“人的貢献”がいま一步といわれる日本。これからの国際貢献はどうあるべきか、グループの代表世話人である菅波茂さんにお話しを伺いました。

NGO6団体の発足へ

「大阪JICといたしましても、長きに渡って、タイ、フィリピンなどアジア各国の子供たちの生活改善への援助活動である「セーブ・ザ・チルドレン・ジャパン（SJC）」を応援。また、「グローバル・コーオペレーション（共通の目的の下に地球上のすべての人々と行動する）」での地球貢献の意識から、国際協力活動も行っており、昨年はネパールで、現地スタッフとともに、保健衛生知識の普及と一日無料診療の実施などの活動を実施してきたのですが、その際に実感したのは、NGO活動が単独の団体のみでは、なかなか充分にいき届かないということでした。その意味で、6団体が一致協力して現地でスピーディーに対応できるようにしようという態勢はすばらしい試みですね。

菅波「私たち「日本緊急救援NGOグループ」の母体は、アジア医師連絡協議会（AMDA）、アフリカ教育基金の会（AEF）、国境なき奉仕団、立正佼成会の四つのNGOが合同で93年1月に行ったソマリア難民緊急救援活動なんです。AMDAが医療、AEFが社会福祉と教育活動、奉仕団が生活物資の補給、立正佼成会が国連機関などとの折衝を担当して、ソマリア国内の病院、学校の再建、隣国のジブチ、ケニアに逃れた難民の支援にあたりました。そして、ソマリアでの活

入院助産

(児童福祉法第二二条)

保健上必要があるにもかかわらず、経済的理由により入院助産が受けられないと認められた場合、公費負担で賄われる。

ある女性から「出産間近だが、病院にまだ一度も行っていない。すでに陣痛が始まっているので明日生まれる」という相談が入ってきた。所持金は三二〇円。この一週間は駅などで寝ていたらしい。とにかく受入れ病院を探し、即入院となった。翌朝女児を出産し、退院後身を寄せた施設のある区で入院助産適用となった。

彼女はW県Z市で外国人登録をしていたため、Z市の相談係に連絡したところ、「入院助産」という言葉すら通じなかった。W県にしても同じような対応だった。この県では日本人もこの制度を利用するには難しいのかもしれないが、地方行政の窓口までも外国人でも利用できる制度を知らず、未収金としているものがあるかもしれない。

また、在留資格がなく、外国人

登録をしていない妊婦でも、福祉事務所、役所の児童課などに相談にいき、適用となったケースもある。

養育医療

(母子保健法第二〇条)

医師が入院養育を必要と認めたと未熟児および虚弱児に医療を給付する公費負担制度。

在留資格のない外国人の母親から「未熟児を出産し、保育器に入っているが、日本の保険制度に加えてできないため医療費が高く、払えない」という相談があった。この場合、養育医療を利用することになる。在留資格がないという点の問題になるケースがあるが、人道的に給付は行われているという話である。

結核医療の命令入所に

関する医療費公費負担

(結核予防法第三五条)

肺結核、肺外結核患者が同居者に感染する恐れがある場合に、医療費を公費負担する。

あるとき、「外国人の友人が結核と診断されたが、外国人だから医

療費がたかさんかかると言われ困っている」という電話が入った。結核予防法は外国人であっても適用されるということを医療機関が知らなかったと考えられる。また、医師からは自己負担金が二万円と言われたのに入院の段階で二〇万円と言われて、驚いて電話をかけた方もいた。

命令入所については、公費負担の適用になるケースがあったことは聞いている。しかし、二分の一が公費負担となる通院については、手続きが複雑であきらめてしまうケースもあるが、適用は可能である。

外国人も医療機関も行政もまず制度を知ることから

以上四法が、センターの電話相談から見えてきた外国人(在留資格のない人も含めて)が利用できる医療制度である。

手続き、条件など複雑なことが多く、自治体によって対応が違うなど、適用を受けるのが大変な場合もある。しかし、まずは申請してみる必要がある。また、行政の係でも外国人が医療制度を

利用できることを知らない場合もありうるので、そのときは法の存在を示唆してみる価値はありそうだ。

最後に外国人未払医療費補填事業について述べておく。これは未収金を抱えてしまった医療機関の救済措置、また、未収金を抱えることで外国人が医療を受けにくくするのを防ぐためにできたもので、群馬県と神奈川県で実施されている(東京都は一九九五年十月実施予定)。

群馬県では保険診療として算定した医療費(一万円以上)の七割以内。一人の患者について一医療機関二〇〇万円が限度となっている。神奈川県は救急患者からの未収金に限り公費負担するという。一年間回収努力をしたが未収金となったものについての負担となる。しかし、日本の制度の適用を受けられないがんの入院患者を抱えた医師と上記の制度の話をしたところ、小さな病院で何百万円の未収金を一年間抱えるのは苦しいとのことであった。根本的な問題解決策にたどり着くのはまだまだ難しいようだ。

患者の言い分は「痛みは完全に抑えられると説明を受けた」とのことであったが、医師の言い分は「外来手術であり、完全に痛みを抑えるとその後帰宅できなくなってしまうので、痛いときには教えてくれれば麻酔を追加すると説明した」とのことであった。この点では両者の言い分は食い違っていた。

第二に指摘された点は、特に米国では手術に際し、痛みは麻酔によって完全にコントロールできる——すなわち医師の技術により抑えられるというのが支配的意見であるということであった。故に術中に患者が痛みを感じたということは、米国ではそれだけで十分に訴訟の理由となるということであった。

米国での大勢的意見が日本でもそのまま通用するとは思わないが、ここに至るとお互いの社会通念や社会常識の違いばかりが目立ち、互いに理解し合うことがいかに難しいことなのか、改めて考えさせられてしまう。インフォームド・コンセントや人権については、日本の医学教育の中での一層の取り組みが必要なようである。

外国人も受けられる日本の医療制度

AMDA国際医療情報センターの電話相談より

香取美恵子

AMDA国際医療情報センター事務局長

在留資格が適っていれば 国保、社保にも加入できる

日本に滞在する外国人の中で国民健康保険に加入可能な在留資格をもっている人は、日本人とほぼ同様の医療制度を利用できる。

国民健康保険は、日本に一年以上滞在する在留資格をもっていること、または一年以内であっても一年以上滞在することを証明できる人であれば加入できる。

法律上、健康保険（政府管掌、健康保険組合）——いわゆる社保に加入できる人はそちらが優先となるが、会社側から国保か社保にするか決めるように言われたケースもあり、加入可能な全員加

入しているとは限らない。

しかし、上記の国保、社保いずれの健康保険にも加入できない人たち、たとえば短期滞在者、在留資格が切れている人などが利用できる制度は限られている。

AMDA (Association of Medical Doctors for Asia: アジア医師連絡協議会) 国際医療情報センターは電話による医療情報提供を行っているが、電話を通して見えてきた日本の医療制度と外国人について、例を挙げていくつか紹介する。

行旅病人及行旅死亡人 取扱法

旅行中に急病になり、入院した



1984年4月から88年4月までフィリピン北部農村で保母としてボランティア活動。91年8月AMDA国際医療情報センターに入職。92年6月より事務局長を務め、現在に至る。

人の医療費を自治体が負担する法律。東京都では一九九二年六月から外国人に適用するようになり、一九九四年の一月までに四九件が認定された。自治体への連絡は医療機関側が行うため、ケースワーカーまたは担当者が手順などをきちんと把握する必要がある。東京都で協議し非該当になったケースには、住所があるもの、外来のものがあり、適用は受けられない。

医療機関からお金に余裕のない外国人患者について相談があるが、活用できる制度といえばこの行旅法と後に述べる未払医療費補填制度しかない。しかし、全国の自治体で実施されているわけではない。

関係の中で行われるものであり、医療従事者と個々の外国人患者が互いに背負っている文化が異なっていれば、お互いの文化に理解が乏しい故に小さな誤解が容易に大きなトラブルに発展するケースが少なくない。日本のように宗教が希薄な国とは異なり、宗教が生活のすべてを支配しているような国々もある。たとえば食事に関して、イスラム教徒にとつては豚、ヒンズー教徒にとつて牛は食べてはならない物である。食物は入院時に大きな問題となる。また、イスラム教徒の女性は配偶者以外の男性に体を見せることはない。東南アジアに広く伝わる小乗仏教の国々では人間の頭は聖なるところとされており、勝手に触ってはならない部位である。これらはいずれも外来診察の時点から問題となる。私たちが知っておかねばならないのは、宗教が強い影響力を持つ国々に住む人々にとつて、たとえ意識的ではないにせよ宗教上の戒律を無視されることは屈辱とも受け取ることである。また小乗仏教国を含め、広く東南アジアでは胸部や腹部の診察の際に衣服の上か

ら聴診器を当てるようであるが、これは宗教ではないが生活習慣に基づくものである。日本人の医療従事者がこれら、異文化と総称される事柄に対して知識の乏しいことがトラブルに発展しているのである。

(4) 医療に対する考え方

第四は医療の進め方やあり方に関する考え方の違いから生ずるトラブルである。欧米では「医療は契約」という考え方が強い。医療を進めるに当たっては、医師は患者に対して検査データを含めた現状、考えられる治療法、各々のメリット、デメリットをよく説明し、患者の選択に従ってさらなる検査、治療を進めていかねばならない。それらにかかるであろう医療費に関しても説明することを忘れてはならない。インフォームド・コンセントの実践である。

この点は日本でも現在、改善へ向けての動きが見られるが、欧米人から見るとまだまだ不十分なのであろう。患者の意思を無視したり、確認することなく医療を進めた結果、患者から訴訟を起こされ

かけるケースも少なくない。医療費に関する説明を行うことなく、あるいは理解を得ることなく診療を進め、その結果医療費の未収を生んだとしたら、その責任は医師の側にもあると言える。多くの場合、もう一方の当事者である日本人医師にはなぜトラブルになったのかを理解できておらず、そのこと自身が大きな問題である。

また、患者が医師の説明をよく理解した結果、学問的にはベストではない治療を選択したとしても、医師がこれを無視して己が最もよしとする治療を進めることは許されない。治療を選択した結果は患者自身しか責任を取ることができないからである。これは人間の権利——人権に触れるものと言えよう。日本の医学生は教室において学問的に何が正しいかという観点からのみ教育を受けるためか、医師となっても自分が最も正しいと考える治療法に固執するようである。しかし、医学とは異なり、実際の医療には患者という相手がいるのである。患者は自分の置かれた経済的状況、社会状況、家庭状況などを考えた結果、自身の治療

を選択するのであり、日本の医療にはこの点に対する配慮が十分でないという指摘には耳を傾けるべきものがある。

人権に関してさらに言われることは、日本の医療には選択がないということである。一つの医療機関で出産法が一つしかないとか、産後に全員が同一部屋内で授乳するとか、いずれも選択肢が一つしかないことが患者の人権に配慮していないという意見は多くの外国人から聞かれる。インフォームド・コンセントと人権とは表裏一体の問題なのである。

最後に、著者自身がかかわったケースについて述べる。吸入麻酔で手術を受けたオーストラリア人の女性から、麻酔を担当した医師を訴えたいという相談を受けたことがある。術中、何度か痛みを感じ、麻酔を深くしてくれよう頼んだが、痛みが完全には消失しなかったらしい。母国の医療に詳しいアメリカ人女性にこの件について意見を求めたところ、以下の二点を指摘された。

まず第一に医師が患者に痛みに対してどのように説明したのか。

ティアが同行してくれるならともかく、辞書や対訳表を自費で購入したり、あるいは通訳を有償で雇用してまで積極的に受け入れるつもりがないというのが大方の医療機関の本音であろう。

(2) 医療費

第二は医療費の問題である。(出) 全国自治体病院協議会の調査では、一九九二年三月三十一日までの外国人患者にかかわる未収金の総額は九一〇〇万円にものぼるとのことである。このように外国人の医療費未納の問題は医療機関の経営状況に直結しており、医療費未納を恐れるあまり、外国人の診療に積極的でない医療機関が実際に存在することも当然の帰結である。

外国人患者の場合、医療費の自己負担分を決定づける要因の一つは、どのような医療・福祉制度がその個人に適用できるかということである。外国人の場合、どのような医療・福祉制度が適用できるかはその在留資格によって異なる。たとえば国民健康保険は、一年以上日本に居住することが在留資格または何らかの書類により証明で

きれば加入できる。この場合、窓口での支払いは原則として保険点数の三割ということになる。労災は在留資格に関係なく適用され、最終的な自己負担金は少ない。これら制度の内容、適用条件に対する

情報提供が外国人、日本の医療機関の双方に対して十分行き渡っていないとは残念ながら現状では言えない。したがって適用できる制度がありながら、双方がその存在に気がつかず、医療機関は高い医療費を請求することになり、患者は支払い能力を超える医療費を請求されることになり、結果として未収金を出すはめになるのである。

国民健康保険や健康保険が適用とならず、保険外診療となった場合、まったく同じ診療を行ってもその費用は医療機関によって異なる。現在の法律の下ではいずれの医療機関の保険外診療費が比較的安いかなどということを公にすることは禁じられている。また、国民皆保険制度の下ではこのようなことを調査する必要もなかったであろう。いずれにしても保険外診療費に関する情報が公にできないが故に日本の保険制度の枠外に

置かれて、個人的に財政問題を抱えた外国人患者が保険外診療費のより高い医療機関を知らずに受診し、結果として医療機関が未収金を抱えることにもなっている。

医療費を決定づけるもう一つの要因は、医師がどのような診療を行うかということである。患者の財政状況も省みず、検査を次々と施行したり、投薬に当たり高価な新薬を大量に処方すれば、医療費が高額となっていくのは当然である。本来、検査や投薬に関しても費用についてまでよく患者と話し合い、納得のうえで施行しなくてはならない。費用に関するインフォームド・コンセントとも言えるが、このようなことが日本でもあまり行われてこなかったのも、皆保険制度により医師も患者も医療費の問題にあまり気を払わずに過ごしてこられたからにはほかならない。外国人患者の中には給与そのものは決して低いといえないものの、母国に残した家族への仕送りのために手持ちの金額が少額という人も少なくない。このような場合、医療従事者がどんなに医療費を安くするため努力をしても未収金に

つながる可能性は高い。神奈川県では日本の保険制度の適用が受けられない外国人患者の救急のケースについて、未収金が出た場合は上限を設けてその補填を医療機関に行っている。東京都でも同様な

制度の導入を検討しているようである。これらの制度は未収金を悩む医療機関を救うという点では一定に評価できる。しかし、日本人であれば給与明細により財政状況を推察することも可能であるが、日本の保険制度の適用が受けられない在留資格で滞在する外国人の収入を客観的に把握することは、実質上不可能である。このような状況の下では、本当に支払えないのか否かは一人ひとりの外国人患者の自己申告に頼らざるを得ず、場合によっては神奈川県で施行されているような制度は、正直に自己の財政状況を申告しなかった患者が得をする結果に終わりがかねない。このような人々の医療に関しては、今後の国の対応を注目したい。

(3) 風俗・習慣

第三は風俗・習慣から起こる問題である。医療とは人間対人間の

時局解説

外国人医療

東北地方をはじめとする過疎の村に外国人花嫁として居住する人々の数も年々増加しており、これらの人々が都心の外国人専門医療機関を受診することなどできようはずがない。

第三の理由は外国人専門病院の多くが国民健康保険や健康保険を扱っておらず、保険外診療になるため、患者の大多数が欧米人や大使館関係者、外国籍企業のトップとその家族など比較的裕福な階層に属する人々であり、対応言語も英語が中心だという点である。近年の外国人の急増については先にも述べたが、外国人登録者についてその国籍をみると、就学生、留学生として来日した中国、韓国、タイなどのアジアからの人々、また、故国での経済不況を反映して単純労働者として南米からやってきた日系人が中心である。また、数は少ないが合法的に日本に定住することを認められたカンボジア、ラオス、ベトナム出身のいわゆる定住インドシナ難民もすでに八〇〇〇人を超えている。彼らに共通することは、日本における生活基盤が脆弱であり、かつ母国語が英

語ではなく、それぞれ日本ではあまりなじみのない中国語、韓国語、タイ語、ポルトガル語（ブラジル）、スペイン語（ブラジル以外の中南米）、カンボジア語、ラオス語、ベトナム語であり、英語を話せる人の存在は例外的ということである。すなわち、彼らの絶対多数は外国人専門医療機関では経済的にも言語の上からも対応不可能な人々たちなのである。

以上、述べてきた諸理由により、外国人居住者も地域の医療システムの枠内に取り込まざるを得なくなったわけである。この状況は、差別も、また特に優遇することもなく一住民として扱うことが外国人居住者に対する自然な対応であると考えると、根本的には好ましい方向と言えよう。しかし「医学」と異なり、「医療」は人間対人間の間でお互いの理解に基づいて進められるものである。日本の医療従事者が外国人の抱える様々な問題について学習する時間的余裕を与えられる間もなく、外国人患者に対応せざるを得ない状況下に置かれたことが、医療機関における問題をさらに複雑なものにしてしま

っている。

外国人患者受入れ時の問題点とその背景

次に、外国人患者を迎えた際に日本の医療機関が直面する諸問題を述べ、その背景について解説する。

(1) 言葉

まず第一は言葉の問題である。日本では戦後、英語を第一外国語として教育してきたため英語で対応可能な医療関係者は少なくないが、ポルトガル語、スペイン語、中国語以下タイ語、韓国語などで対応可能な医療機関は例外的な存在でしかない。各種対訳表や辞書を使用して対応せざるを得ないわけだが、これらを使用した診療は一般的には短時間で済みますことは困難であり、三時間待って三分診療という日本の医療の現状の下では、その後待つ日本人患者の診療にも大きな影響を与えてしまう。故に外国人患者は歓迎されない存在になってしまうのであろう。また、このような「やっかいな」患者に対しては無償の通訳ボランティア

実態と問題点



外国人医療の諸問題とその背景

こばやし よねお
小林米幸

小林国際クリニック院長
AMDA国際医療情報センター所長

本文は小林国際クリニックにおける過去四年間、延べ六八四一人の外国人患者の診察と、AMDA国際医療情報センターにおける過去二年九か月、四〇七五件の外国人の電話医療・医事相談の経験を基礎に書き上げたものである。

なぜ外国人患者との間でトラブルが増したのか

近年、医療機関において外国人患者との間で多くのトラブルが起こっている。従来、関東では東京、横浜、関西では大阪、神戸などに外国人を専門に受け入れてきた医療機関があった。様々な理由により、外国人の診療に手慣れたこれらの医療機関だけでは外国人の医療を支えることができなくなり、



1974年慶応義塾大学医学部卒業。栃木県佐野厚生病院、神奈川県大和市立病院を経て、85年頃より定住インドシナ難民の医療にかかわる。90年大和市に小林国際クリニックを開業。91年アジア医師連絡協議会 (AMDA) が在日外国人への医療情報の提供、電話医療相談を目的にAMDA国際医療情報センターを東京に設立した際、その中心的役割を果たした。

一般の医療機関を外国人が受診するようになったことがトラブル頻発の伏線となったと考えられる。

その理由の第一は日本に居住する外国人の急増である。先にも述べた外国人の医療に精通していた医療機関の数は決して多くはなく、一〇に足るか足りないかである。

ところが法務省による外国人登録者数は、一九八三年十二月末には八一万七二九人であったのが、九一年十二月末には一一一八八九一人と、八年間で約一・五倍になっている。現在このほか、在留資格喪失後も引き続き日本に滞在している不法滞在者が約三〇万人、さらにそのほかに観光客をはじめとして、滞在そのものは違法ではないが外国人登録を必ずしも必要

とされない膨大な数の三か月未満の在留資格を有した滞在者がいるわけであり、実数としての外国人の数は八年間に二倍以上にはなっていると考えられる。したがって、一〇程度の医療機関ではその収容能力から対応不可能になってしまったというわけである。

第二の理由は外国人の居住地の拡散である。ひと昔前は外国人といえば大都会の中心街や閑静な住宅地に住むというイメージがあり、実際そのとおりであったが、東京に例をとれば、現在は都心から一〜二時間の近郊でも多くの外国人の姿を目にする。これらの人々にとつて都心の外国人専門の医療機関に通院することは距離的に、また時間的に困難である。さらに、

岩・手・だ・よ・り ———— 岩井くに

春が来た……………かな？

気象庁によれば、今年は暖冬だそうですが、寒空の下でカラスもウミネコも震え上がっています。私も10帖用ストーブに貼りついて暖を取る毎日が続きましたが、このまま春までじっとしていてもしょうがない。高校時代、生物研究部などというところに在籍し、毎年元旦には朝5時37分の鈍行列車で伊豆沼へ野鳥観察に来ていた過去もあり、ある日宮城県伊豆沼へハクチョウ見物へ出かけたのでした。凍結路を運転すること2時間、沼に着くと、いるいる、ハクチョウやカモたちもいるのですが、見物人も田んぼのイナゴぐらいいは来ています。今やここは有名な観光地、みんな手に手に「かっぱえびせん」の赤い袋（これがハクチョウやカモの大好物）を持って押し合いへし合いしています。私は野鳥たちをしばし眺めていたのですが、写真で見るのとは大違い、あまりの面白さにととうとう餌を買うのを忘れたのでした。さて、野鳥たちの現実はいかに。

オオハクチョウ（写真1）は英語ではwhooper swanと言うそうですが、その名の通り、よくとおる、壊れたラッパのような声で四六時中鳴いています。意外とずうずうしく、時々子供が餌をひたたくられています。好戦的な鳥で仲間内での争いが絶えません。幼鳥は灰色、成鳥は全身白色のはずですが、泥水に首を突っ込んで餌を探するためか、成鳥も首は茶色に染まっています。オナガカモ（写真2）はもっとも人なつこく数も多い鳥です。かっぱえびせんを人の手から直接食べる大胆な個体もいます。この鳥もしょっちゅう喧嘩していますが、喧嘩の前にはお互いに胸を合わせて鳴きあいます。喧嘩は体の大きいオスが有利なようですが、かっぱえびせんをくわえて一目散に逃げていくのはほとんどメス。なぜでしょう？

他にもキンクロハジロ（写真3）、ホシハジロ、マガモ、マガン、オオバンなど、たくさん鳥が見られます。夏には湖面を埋めるハスの花の間をゆったりと白鷺が飛んでいきます。お近くにお越しのさいは立ち寄って見てください。双眼鏡をお忘れなく。

さて、広田のお年寄りの命をいくつも奪って行った寒波もようやく過ぎ去り冬鳥たちも北へと帰りはじめました。岩手でも早春の花が咲き始め、三陸沿岸では春の訪れを告げるノリ、マツモ、ヒジキなどの収穫（岩についている天然ものを採る）が始まりました。皆、顔を見合わせては「日が長くなったねえ。」「あったかくなったねえ。」と、心なしか顔がほころんでいるようです。

私は今まで延び延びになっていた外国人医療実態調査の集計作業に追われ、とうとうコンピューターを買い換える羽目になりました。よくばってアンケートを5か国語（日本語、英語、中国語、ハングル、フィリピン語）で作ってしまったために読めない回答が続出し、頭を抱えていたところへAMD A国際医療情報センターからの「翻訳サービスのお知らせ」が舞い込み、「これだ！」と事務局スタッフを拝み倒し、本来の趣旨からは、はずれているのですが、翻訳サービス利用者第1号にさせていただきました。さあ、お日さまのニコニコ顔と山の花々の誘惑を振り切って残り150枚のアンケートをまとめなくては……



写真1 オオハクチョウ：写真で見るほど白くない。喧嘩は迫力満点。
 (足元の塊は オナガガモ)



写真2 オナガガモ：はでなのがオス。オス・メス別々に渡ってくる。



写真3 キンクロハジロ：これはオス。黄色の目がポイント。
 メスは腹が白でなく茶色。

ボストン便り 4 From Boston

Harvard School of Public Health
Osamu Kunii 国井 修

AMDA会員の皆様、寒中お見舞申し上げます。

当地Bostonは未だ時折大寒波が打ち寄せますが、あまりの厳寒に慣れたせい、積雪10cm程度ではブーツも履かず、気温0°C位では暖かいとさえ感じます。Bostonianは皆、春を待ち焦がれていると思うのですが、言葉にすると虚しさや寒さに耐えられなくなるのか誰も口に出そうとしません。"Boston Common"というアメリカ最古の広く美しい公園も、今は雪と氷に閉ざされて物言わぬ荒野と化しています。この場所が緑につつまれ、陽だまりの中、リスが戯れ、子供たちがはしゃぎ回り、恋人たちが語り合っていたことなど想像もできません。

さて、そんな雪景色を見ながら感慨に耽っている間に、私と山本先生の当地での学びは半年を過ぎようとしています。実質10ヵ月足らずのコースですから、あと残された時間のほうが少なくなったわけです。前半に私が学んだものは、統計学、疫学、医療倫理など公衆衛生の基礎的分野と、International Healthにおける保健計画学、管理・経営学、熱帯病学、栄養などです。1817年設立のHarvard Law Schoolは、具体的な判例を通して学ぶ独特の教授法"Case Method"で知られていますが、Harvard School of Public Healthでもこの"Case Method"はフル活用されています。実際に起こったcaseに関し、様々な情報が与えられ問題が提起されます。それらについてグループまたは個人が必要な資料を集め、問題点を分析し発表します。例えば、

Nepalの山岳地帯で致命率80%以上の疾病が流行したとして、その地域の村落と地形を示した地図、村落毎の患者数、罹患者と死者の月間発生数などが示されます。厚生省の担当官として、限られた時間、予算、スタッフ、医療施設を用いてこの問題をいかに解決するか、その診断、治療、予防、長期的な対応策などを求められます。グループ毎に自主的な勉強会が開かれ、意見をまとめてクラスで発表するとそれをまた学生同士が検討し合い、最後にInstructor(講師)が現実に実施された対策などを示します。学生と言っても、国連機関、政府機関、民間団体などを通して、世界中で活躍してきた人が多いので、中にはInstructor以上にその国の現状を熟知している人もいます。

これら前半の講義の中で、特にAMDAに生かせると感じたものは"Health Program Management in Developing Countries (発展途上国における保健医療プログラム管理)"というcourseです。日本企業のmanagement能力は高く評価されていますが、国際医療協力に関与する日本のNGO、GOのmanagementレベルは決して高いとは言えないようです。このコースでは、民間団体から国連レベルに到るまで、組織運営・プロジェクト管理における有効な人材・予算・情報の管理方法などを、数々のケースを検討しながら実践的に学びました。このcourseの内容は"Managing Health Programs in Developing Countries"と題する夏期集中講座の中に中心に取り入れられています。この夏期講座は一般に開かれていますのでどなたでも参加できます。今年は6/20~8/12、参加費用は\$6,125(授業料、教材、健康保険)プラス約\$3,500(食費、宿泊費その他)、内容はHealth Sector Development (4 sessions), Priority-



うちのガキどもの誕生パーティー
Harvard 日本人留学生とともに



John Harvard club
での忘年会 (左から筆者、
山本氏一顔が赤くて大きい)



わが家で江上女史 (当時 Johns Hopkins 大学
留学中) を囲んで AMDA の語らい。(左、山本秀樹氏)

Setting (4 sessions), Strategic Planning (4 sessions), Social Marketing (10 sessions), Micro Computer Operation (20 sessions), Financial Management (14 sessions), Management Information System (6 sessions), Human Resource Management (10 sessions), Program Financing (6 sessions), Program Evaluation (6 sessions), Cost-Effective Analysis (6 sessions), Drug Program Management (4 sessions), 締切は4/15です。申込書はAnn Mathew, PhD., International Health Management Program, Harvard School of Public Health, 677 Huntington Avenue, Kresge 431, Boston, MA 02115, USA (Tel: 617-432-4515, Fax: 617-432-4494)までご連絡下さい。

さて、現在、c period (a~dまで4つあるperiodの中の3番目、1 periodは8週間)に突入しましたが、Bostonでの残りの期間は、熱帯病のCPC (病理解剖所見を用いる症例検討会)、Medical Anthropology (医療人類学)、Health Economics in Developing Countries (発展途上国における医療経済学)、Priority-Setting: Cost-Effective Analysis (費用対効果を用いた保健政策決定方法)、Disaster Management (災害対策)、Field Methods in Developing Countries (発展途上国におけるフィールド調査の方法)などを勉強する予定です。欲張りすぎて多くを食り、結局便秘になる傾向が私にはありますが、日本では得られない知識はできるだけ吸収し、入手しにくい資料はできるだけ集めたいと思っています。

3月末に1週間ほどEl Salvadorに行く予定です。この国は以前、陸路でメキシコ、グアテマラを経由してブラジルに行く途中、内戦のため入国できなかった国です。現在は紛争は

終了し、ゲリラ活動がわずかに残る程度です。今回の訪問は、学生(といってもほとんど医師ですが)が自主的に計画し、大学がsupportする形のField Studyです。WHO (この地ではPAHO) 支部や厚生省などを訪問し、自分たちの自主的なプロジェクト(地域住民への健康教育、ヘルスワーカーのTraining、デング出血熱のフィールド調査など)を同時に行うというものです。参加者の中で私とオランダ人以外は、現地の公用語であるスペイン語を母国語の様に話せるとのことですが、どうにか僻地住民のHealth-seeking behaviorを調査してみたいと思っています。実はこの同時期に、University of Montanaで「難民救援活動に関する国際会議」(JICA後援)が開かれ、AMDAも招待されているのですが、迷った末に私はEl Salvadorを取ることにしました。山本先生は「難民医療援助」のセッションで座長を務められ、CanadaからはAMDA会員でカンボジアで活躍されたDr. Williamが参加することになっています。私はお役に立てず申し訳ありませんが、アメリカ国内外から様々な難民救援団体が参加するようなので、お二人には大きな収穫を期待したいと思います。

それでは、またお手紙します。皆さん、どうぞお元気で。特に、世界各国のプロジェクトで活躍されている方の苦勞は、Bostonの冬以上の厳しさと察します。どうぞ、お体に十分ご留意下さい。アメリカで私や山本先生に何かできることがありますたらお伝え下さい。文献や資料などは揃っていますのでご入り用の際はお役に立てると思います。

ではごきげんよう。さようなら。

資料が AMDA 本部にごさいます
希望者には実費でコピーをお送り致します

Harvard University School of Public Health

Boston, Massachusetts, U.S.A.

THE THIRD ANNUAL

MANAGING HEALTH PROGRAMS IN DEVELOPING COUNTRIES

June 20–August 12, 1994

PURPOSE

Managers of health care organizations in developing countries face enormous challenges. While public demand for services has steadily grown, financial and human resources have become increasingly unstable and insufficient. Managers are coping daily with inadequate facilities and supplies, poorly-trained and/or poorly-motivated staff, insufficient information for decision-making, rapidly changing technology and fluctuating political support. There is tremendous pressure to initiate positive change within such demanding circumstances.

This Harvard University program, sponsored by the Office of Continuing Education, has been developed to enhance the skills of mid-career health care managers in developing countries. It allows the mid-career manager to gain advanced skills for organizational success without the absence from the organization that is required by a lengthy degree program.

The faculty for the program are experts in the field of health care management, and familiar with the particular challenges facing health care managers in developing countries. Participants will also learn from dynamic exchanges with fellow members of the program. In addition, a teaching assistant will conduct informal tutoring sessions for individuals or small groups.

During the first two years of the program, participants from the following countries attended:

Bahamas	Haiti	Malaysia	Niger	Saudi Arabia	Tanzania
Bangladesh	India	Maldives	Nigeria	Senegal	Uganda
Cambodia	Indonesia	Martinique	Oman	Singapore	United Arab
Cameroon	Jordan	Mexico	Pakistan	Slovenia	Emirates
Egypt	Kenya	Mozambique	Papua New Guinea	Spain	Vietnam
Eritrea	Kuwait	Myanmar	People's Republic of China	Sri Lanka	Zimbabwe
Ghana	Malawi	Nepal	Philippines	Taiwan	

伝染病病院へ医薬品を寄贈

ヤンゴン 12月6日

本日前午9時頃、日本から来緬した永田耕一氏を団長とする World Peace Prayer's Society の一行が、伝染病病院を訪問し、Association of Medical Doctor's for Asia から預かってきた、約2,000米ドル相当の医薬品を、病院長の執務室で寄贈した。

寄贈の際には、Khin Win 病院長、Maransaiton 副病院長他の関係者が出席した。

寄贈に関して、永田団長は、「今回は、十分な時間をかけて集めることが出来ず、十分な数量ではありません。病院で必要な医薬品についての希望があれば、後日寄贈したいと思います。また、寄贈した医薬品は、この病院に入院している患者さんに直接利用して頂くことを、希望いたします。」と話した。

この後、Khin Win 病院長が約2,000米ドル相当の医薬品寄贈への謝意を込めて、感謝状を手渡した。

最後に、来訪者と病院関係者が一緒に、病院内の特別病棟の病室を見学した。

以上



(၇၃)ကြိမ်မြောက်
အမျိုးသားနေ့
 ၁၃၅၅-ခု၊ တန်ဆောင်မုန်းလပြည့်ကျော်(၁၀)၊ ၇၇
 (၈-၁၂-၉၃)

ကူးစက်ရောဂါကုဆေးရုံသို့ ဆေးဝါးများလှူဒါန်း

ရန်ကုန် ဒီဇင်ဘာ ၆
 ရန်ကုန်မြို့ ကူးစက်ရောဂါကုဆေးရုံကြီးသို့ ဂျပန်နိုင်ငံ World Peace Prayer's Society အဖွဲ့မှ ဒေါက်တာ ကိုအိချိနာဂါတာ ခေါင်းဆောင်သောအဖွဲ့သည် Association of Medical Doctor's for Asia အဖွဲ့အား ကိုယ်စားပြု၍ အမေရိကန်ဒေါ်လာ ၂၀၀၀ (နှစ်ထောင်)ခန့်တန်ဖိုးရှိ ဆေးရုံသုံး ဆေးဝါးပစ္စည်းများ လှူဒါန်းပွဲကို ယနေ့နံနက် ၉နာရီတွင်

အဆိုပါ ဆေးရုံ ဆေးရုံအုပ်ကြီး ရုံးခန်း၌ ကျင်းပရာ ဆေးရုံအုပ်ကြီး ဒေါက်တာခင်ဝင်း၊ ၇တိယ ဆေးရုံအုပ် ဒေါက်တာ မရန်ဆိုင်၊ တောင်နှင့် တာဝန်ရှိ ပုဂ္ဂိုလ်များ၊ အလှူရှင်များ တက်ရောက်ကြသည်။

အခမ်းအနား၌ ဆေးဝါးပစ္စည်းများလှူဒါန်းခြင်းနှင့် ပတ်သက်၍ အဖွဲ့ခေါင်းဆောင် ဒေါက်တာ ကိုအိချိနာဂါတာက ရှင်းလင်းပြောကြားရာတွင် ယခုကဲ့သို့ အမျိုးမျိုးအတွင်း ကူးစက်ရောဂါကု ဆေးရုံကြီးသို့

ရန်ကုန် ကူးစက်ရောဂါကုဆေးရုံကြီးအတွက် ဂျပန်နိုင်ငံ World Peace Prayer's Society အဖွဲ့ခေါင်းဆောင် ဒေါက်တာ ကိုအိချိနာဂါတာက Association of Medical Doctor's for Asia အဖွဲ့ကိုယ်စား အမေရိကန်ဒေါ်လာ နှစ်ထောင်ခန့် တန်ဖိုးရှိ ဆေးဝါးပစ္စည်းများကို ဆေးရုံ အုပ်ကြီးထံ ပေးအပ်လှူဒါန်းစဉ်။
 (သတင်းစဉ်)

ဆေးဝါးပစ္စည်းများ လှူဒါန်းရာတွင် အားရကျေနပ်မှု မရှိပါကြောင်း၊ ဆေးရုံကြီးအတွက် လိုအပ်သော ဆေးဝါးပစ္စည်းများကို ၎င်းတို့အဖွဲ့ထံ မှာကြားပါက ထပ်မံလှူဒါန်းမည်ဖြစ်ကြောင်း နှင့် ယခုလှူဒါန်းရာသည် ဆေးဝါးများကို ဆေးရုံကြီးတွင်

တက်ရောက်ကုသနေကြသည့် လူနာများ တိုက်ရိုက်ကုသမှု ရရှိစေလိုသည့် ဆန္ဒကြောင့် ယခုကဲ့သို့ လာရောက် လှူဒါန်းခြင်းဖြစ်ကြောင်း ရှင်းလင်း ပြောကြားပြီးနောက် ဆေးရုံအုပ်ကြီးဒေါက်တာခင်ဝင်းသို့

အမေရိကန်ဒေါ်လာ နှစ်ထောင်ခန့် တန်ဖိုးရှိသော ဆေးရုံသုံး ဆေးဝါးပစ္စည်းများကို ဝေး အပ်လှူဒါန်းရာ လက်ခံရပူပြီး ဂုဏ်ပြုမှတ်တမ်းလွှာကို ပြန်လည်ပေးအပ်၍ ကျေးဇူးတင်စကား ပြန်လည် ပြောကြားသည်။ ၎င်းနောက် ဒေါက်တာကိုအိချိနာဂါတာ ခေါင်းဆောင်သော World Peace Prayer's Society အဖွဲ့ဝင်များသည် ဆေးရုံအုပ်ကြီးနှင့် အတူ ဆေးကုသဆောင်များကို

လိုက်လံ ကြည့်ရှုလေ့လာကြကြောင်း သတင်းရရှိသည်။
 (သတင်းစဉ်)

創立60周年を迎えた
岡山ロータリークラブ会長

黒瀬 友近さん(62)

一九三四年(昭和九年)三月三日に全国で十一番目に



一九三一年、建部町生まれ。慶応大卒業後、輸入車販売会社ヤナセ勤務。その後、日産プリンス岡山販売に移り、七六年から社長、八八年から会長を務める。この間、日本青年会議所副会頭などを歴任。タークダックスのゲタさんと書真哲さんとは慶大同期で、後援会「岡山あひる会」会長。岡山市長に母、妻、長女と四人暮らし。

クラブの総体で社会貢献を

設立した岡山ロータリークラブが今年週齢を迎え、この十三日に六十周年記念として岡山シンフォニーホールでタークダックスのコンサート、夜は岡山国油販売・常磐興産社長と、岡山交通社長、左藤氏が社長を務める自動車販売会

私が入会したのは二十九歳のとき。父(元岡山交通社長、左藤氏)が社長を務める自動車販売会

社の業務のときです。以来、毎週水曜のクラブの会合には皆勤。多くの皆さんと知り合え、貴重な人脈を築くことができました。

ロータリークラブは、会員個々がそれぞれの職業を通じて社会貢献するのが原則。そして会員間の付き合いを任事を利用しない、打算的な活動をしないということ。クラブの先輩たちとの付き合いが自分を磨き、自然と任事にプラスになりました。

岡山ロータリークラブから派生したクラブが現在、県内に三十五、五五に四。その一環として五月には環境問題シンポジウムを開催します。

五十周年記念に設立した公益信託岡山RC国際交流基金は、毎年十二、三十人の内外の留学生に二、三十万円の奨学金を補助。六十周年の今回は岡山市立内山下小学校の難聴児学級にワイヤレス補聴器を寄付したり、アジア医師連絡協議会(AMDA)への資金協力などをします。

ロータリークラブは会員の職業努力がメインでしたが、これからはクラブ総体としての社会貢献が必要。

TOP トーク

おのこやま

1994年12月7日 (平成6年11月18日) 日11頁8 (年02期) 号1091

ンゴン 12月6日

本日午前9時頃、日本から来航する永田 久夫 氏

とす World Peace 財団を訪問し、

病室を訪問し、

病室から預かってきた

病室の病室で有りました。

御礼とお願い

この度(財)日本社会福祉弘済会より、福祉協力費94000円を(半年分)頂きました。この財源となるボランティア共済の引受会社(共栄生命)のスタッフの普及活動により得たものであり、AMDAの活動に対し、心を寄せて頂いている加入者が100名を越えているとのことです。

ボランティア共済の加入者の善意による福祉協力費が、AMDAの活動の一助となります。AMDA会員の皆様もこの共済に参加ご協力いただきますようお願い申し上げます。

AMDA
代表 菅波 茂

「AMDA 事務局だより」

モザンビークよりコーディネーターの池田氏が帰国した。「帰還」という言葉の方がふさわしいかな・・・まっ黒に日焼けをされ（モトモト？）元気そうなお様子。しかし遠いアフリカの大地で「プロジェクトの立ち上げ」という大事な任務を果たされ、つくづく頭が下がる思いである。

今月は新しい事務局スタッフも入り、狭い事務局がますます狭くなったけどそれでも楽しくワイワイ仕事をしている。昨日は東京の医療情報センターで通訳ボランティアをされている本田さんとそのご友人の方が来局。仕事の出張で来られ、わざわざ事務局まで足を伸ばして見学に来られたとのこと。

その前日にはセンター大阪で活躍されている宮地先生も手土産をもって、慰問をしてくださった。会員の方々が気軽に立ち寄って頂ける事務局でありたい。

皆さん！！ぜひ、岡山にお越しの際は事務局にお立ち寄り下さい。



帰国された池田さんを囲んで。事務局メンバーと

93年度会費未納の方

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、志立 拓爾
 聖アンデレ教会、聖救主教会、葛飾茨十字教会、日本聖公会東京教区
 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、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

丸紅基金 年間250万円
 立正佼正会一食基金 年間100万円
 日本エイズストップ基金 年間150万円

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

お題の公募

本誌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。

〒701-01 岡山市橋津310-1
連絡/☎086-284-7730
頒価/1冊 500円

〒701-01 岡山市橋津310-1
連絡/☎086-284-7730
頒価/1冊 500円

〒701-01 岡山市橋津310-1
連絡/☎086-284-7730
頒価/1冊 500円

〒701-01 岡山市橋津310-1
連絡/☎086-284-7730
頒価/1冊 500円

〒701-01 岡山市橋津310-1
連絡/☎086-284-7730
頒価/1冊 500円

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

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.3

アジア医師連絡協議会 (AMDA)

- 発行 1994年 3月15日
- 編集責任者 津曲兼司、片山新子
- 事務局 岡山市榑津310-1 菅波内科医院
TEL 086-284-7730
FAX 086-284-6758