

# 国際医療協力

Vol. 17 No. 4

1994. 4



Congraturation / Dr. Ly Hourt の結婚式 AMDA カンボジアスタッフ一同

## AMDA

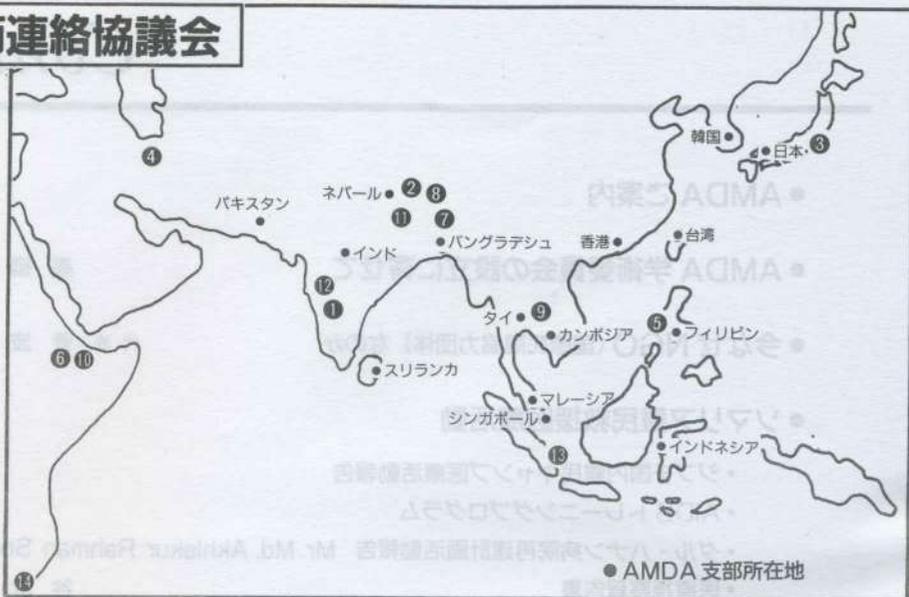
The Association of Medical Doctors for Asia

### アジア医師連絡協議会

# Contents

- AMDA ご案内 2
- AMDA 学術委員会の設立に寄せて 高橋 央 5
- 今なぜ NGO (国際民間協力団体) なのか 代表 菅波 茂 6
- ソマリア難民救援医療活動
  - ・ジブチ国内難民キャンプ医療活動報告 8
  - ・AIDS トレーニングプログラム 27
  - ・ダル・ハナン病院再建計画活動報告 Mr. Md. Akhlakur Rahman Sowdagor 30
  - ・医療視察報告書 谷尻 規子 34
- カンボジア救援医療活動
  - ・WORM INFESTATIONS AT PHNOM SROUCH Dr. Sek Mardy 36
  - ・精神医療プロジェクト状況報告 岩間 邦夫 38
  - ・活動報告 Dr. Chantha 40
  - ・活動報告 Dr. Dhruva Koirala 42
  - ・現地視察報告 片山 新子 44
- モザンビーク帰還難民緊急救援医療活動
  - ・ガザ地区視察報告及び実施計画 津曲 兼司 50
- AMDA テクニカルアドバイジングレポート 桑山 紀彦 52
- AMDA 国際医療情報センター便り 56
- AMDA 国際医療情報センター便り 関西
  - ・相談受付状況 58
  - ・日系人労働者と保険 庵原 典子 59
- 岩手だより 岩井 くに 60
- AMDA へのメッセージ 64
- 事務局だより 67

# アジア医師連絡協議会



## AMDAプロジェクト紹介

※現在継続中

## 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。

### 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ウ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。



### 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。



### ③ 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。



### ④ 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合同委員会メンバーとして2次にわたって医師を派遣。



⑤ 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。



⑥ エチオピア・チグレ、'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。



⑦ 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。



⑧ 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。



⑨ 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。



⑩ ソマリア難民緊急救援医療プロジェクト ※

1993年1月よりケニヤ、ジブチ、ソマリア本国難民救援医療活動を「アジア多国籍医師団」として開始。



⑪ 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。公衆衛生活動の継続中



⑫ 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ブ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。



⑬ インドネシア・スマトラ島南部地震医療プロジェクト ※

1994年2月よりインドネシア支部との合同プロジェクト。被災地区リワ市にリハビリテーションの為のヘルスセンターを再建。



⑭ モザンビーク帰還難民プロジェクト ※

1994年2月よりモザンビーク南部カザ州において救援医療活動を開始。



## 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る。

【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。

【本部】 岡山市権津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 01250-5-40709」

## 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)
- 中西 泉 (町谷原病院)
- 高橋 央 (長崎大学熱帯医学研究所)
- 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、成澤貴子、片山新子、岡野純子  
(非常勤) 岡崎清子、清輔幸子、日置久子、矢部朝子、山本睦子、太田千恵子
- 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)

## AMDA 学術委員会の設立に寄せて

副代表 高橋 央

AMDAが国際民間保健医療援助団体として設立されてから、今年で8年が経ちます。現在ではアジアの14の国と地域に、総勢600名に上る活動メンバーと支援者を得るまでになり、活動地域の範囲もアジアからアフリカや欧州地域にまで広がっています。

一方で、我々が活動する地域の抱える様々な問題や、国際人道援助の在り方もこの8年で急速に変容しています。1つの団体が1つの地区で個別の問題を改善するのではなく、いろいろな団体や個人が所属や国籍を越えて協議し協力して、広い地域の問題を包括的に改善していく、というのが主流になってきました。

そこで我々としては、このような変化に対応して、『学術委員会』という少し厳しい名称の部門を設立することにしました。取りあえずこの委員会は、AMDA副代表兼任で私が委員長となり、大阪の田中英夫先生が委員となって、発足することになりました。会員の皆さんの理解と支援をお願い申し上げます。

学術委員会が行なうことは多岐にわたります。AMDAの活動を単に学術的にすることが目的ではありません。

我々が世界各地で展開してきた救援活動に対して、客観的な再評価をし、自らの活動経験を通じて得られた情報やノウハウを集積化することは、既に始めなければならない至急の課題です。これを国内外の団体や個人に対して的確に提供することが、学術委員会の第一の目的です。

第二の目的は、我々の活動状況や活動環境を取り巻く諸条件を勘案して、AMDAが展開するこれからの人道援助活動をより効果的に支援することです。この方針はもちろん他の人道援助団体や個人の活動家にも間接的に波及します。

学術委員会が関与して現在進めている活動項目は、以下のようなものが挙げられます。国際緊急医療援助活動の円滑な推進のために、日本のGO（中央官庁や国際医療センターなど）や国連機関（UNHCR-NGO liaison office, WHO-ERO）と継続的な協議と協力を行なっています。他のNGOとの連携も積極的に進めており、94年10月に岡山などで、海外の50前後のNGOを招いて、WHOと共催でNGOサミットを準備中です。

大学や学会からの依頼を受けて、日本の保健医療従事者に『NGOによる人道援助』の在り方を伝える活動も行ないます。本年度は東京大学大学院国際保健学の修士過程で、『NGOによる国際緊急医療援助』と題したセミナーを3回、95年4月には第24回日本医学会総会では国際保健のセミナーに参加の予定です。

一般の保健医療従事者へは出版物などを通して情報提供を考えています。現在中山書店の協力でフランスの熱帯医学の教科書『Medicine Tropicale, 5é』を邦訳中です。この本は95年の出版を目指しています。

さらに21世紀を担う若い人材にも、積極的な働きかけを行ないたいものです。現時点では岡山県下の高校や地域集会で、AMDAの活動を解りやすく話して、海外への保健医療協力と人道援助の必要性を伝えています。我々の行なう活動に日本全体の多くの人たちから協力や支援を得ることは、長期的な観点から非常に重要な課題だからです。

このように多様な課題について、学術委員会は出来るだけ適切な対応をしていきたいと考えています。AMDAの活動は近年急速に拡大し、我々に対する外部からの評価は確実に高まっていますが、今後さらに優れた活動が出来るように努力したいと思います。

## 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

### NGOのODA参加

アジア医師連絡協議会 (AMDA) は田中政宏及び井上肇両医師を国際協力事業団 (JICA) の母子保健プロジェクトに派遣することになった。プロジェクトの実施場所はフィリピン、開始はこの4月からである。派遣期間は2-3年である。内容はターラック州の各村にいるミッドウイフを活性化させて母子保健水準向上をはかるということである。ミッドウイフは高校卒業後保健医療の研修訓練を受けている人達である。フィリピンの習慣風土の中で活躍するミッドウイフを如何に活性化して母子保健の水準向上をはかるかということは純粋な自然科学としての医学だけでは不十分である。地域保健医療の方法論の導入が必要である。更に言うならば、ミッドウイフも家族を抱えて自分の生活の向上を願っていると考えれば生活人に対するモチベーションの視点も不可欠である。極端な視点として、村の従来の秩序を破壊せずにミッドウイフの活性化だけが可能化ということも考えなければいけない。

以上のような複眼的視点をもてば、ミッドウイフの活性化に対して複数の方法論の導入が考えられる。

- 1) 母子保健に必要な医学的方法
- 2) ミッドウイフの村人に対する権限強化方法
- 3) ミッドウイフの保健医療人としてのモチベーション向上方法
- 4) ミッドウイフの生活人としてのモチベーション向上方法
- 5) 村の秩序を維持する方法

具体的にはNGOのみならず日本の地域社会の持っている社会資源を投入するプログラムが必要である。即ち、この母子保健プロジェクトにNGOとしてのプロジェクトと日本の地域社会の参加できるプロジェクトを組み合わせることにより医療+生活の視点を持った複合的プロジェクトとして大きな意味を持ってくると考えたい。

国際協力事業団の保健医療プロジェクトは従来より大学関係者によって担われてきている。もし、AMDAが今後も国際協力事業団の保健医療プロジェクトに参加していくとすれば生活の視点を加えた内容を展開していくことにNGOとしてのアイデンティティがあることをアピールしたい。

更に、日本の地域社会の持っている社会資源の導入が可能になれば日本社会に根を張ったNGOとしての存在価値がでてくる。

いずれにしても、国民の税金を背景にした国際協力事業団の保健医療プロジェクトに参加できたことはAMDAとしては大きな誇りと共に大きな責任を感じている。ODAにNGOが参加したモデルプロジェクトとして成功させたい。

# 「アジア医師連絡協」(岡)の2人 比で家族計画指導



予防接種にあたる国際協力事業団職員とフィリピン保健省職員ら

## NGO、初のODA参加

国際協力事業団(JICA)が進めている政府開発援助(ODA)「フィリピン家族計画・母子保健プロジェクト」に今月から、アジアを中心に医療援助を行っているNGO(民間活動団体)「アジア医師連絡協会」(本部・岡山市、菅波茂代表)のメンバー二人が加わった。同事業団が、同協議会に依頼したもので、二人は現地で助産婦に対する保健教育などを行う。ODAにNGOのメンバーが参加するのは国内で初めて。

派遣されるのは、大阪府豊中市服部本町、田中政宏医師(三)(公衆衛生学)と、東京都文京区本郷、井上肇医師(三)(国際保健)。二人は現地で助産婦に対する保健教育などを行う。ODAにNGOのメンバーが参加するのは国内で初めて。

派遣されるのは、首都マニラ市の北約百メートルのタルラック市周辺地域。同事業団によると、同地域の助産婦と保健婦は十分な教育を受けていないという。人数も少ない。そのため、効果的な活動ができていないのが実情。妊婦の破傷風感染率などが高く、五歳未満の子供の死亡率も、十万人当たり六十人以上の約十倍。

田中、井上両医師は現地でも、同国保健省職員、同事業団職員らと協力して地域の巡回、破傷風ワクチンの接種作業などを手伝うほか、ビデオや紙芝居などを使って助産婦を対象にした保健教育セミナーを開く。任期は一年。

プロジェクトを企画した同事業団の鈴木英明・医療協力部第一課長(四)は「現話している。

在、ODAとNGOの協力体制ができておらず、ちぐはぐな状態。今回を契機に、行政レベルでの交渉や手続きなどは事業団が担当し、ノウハウを持ったNGOが現地で効果的な作業に当たる、といった官民の相互補完の関係ができれば、今後の海外協力でもっといい結果を出せるのでは」と期待を寄せている。

菅波代表は「われわれの技術の高さが評価されたと思っている。効果的な海外協力を行うためなら喜んでメンバーを派遣したい」と話している。

SITUATION REPORT

February '94

AOUR AOUSSA:

Overall health condition in Aour Aoussa camp was stable in this month. There was no emergency situation and there was a significant decrease of serious patients although still this camp occupies the topmost position in regard of number of OPD patients. After closure of the CTC, all materials were brought in a tent near the dispensary and kept under our control, with supervision of the nurse-in-charge of this camp. Two dispensary guardians are directly responsible to take care of those materials. The fence of the CTC has been shifted and used for making fence of the dispensary to create discipline at the OPD and for better control of patients. In this way it is easier for the health workers to manage patients better. It was strongly felt to create strict control over the patients' entrance in the dispensary. As the number of patients is always very high in this camp, crowd control is important. This is one of the reason we decided to move the surgical section (dressing and injection) from the dispensary to the proposed newly built MCH tent which is very big and part of it can be used for this purpose. The ceiling (inner/false) of the dispensary is broken partially and it seems to be very dangerous as some of its part is hanging. It was partially damaged by the tornado in September '93. After that it was not repaired and it is getting worse day by day. It needs immediate repair to avoid any unexpected incident.

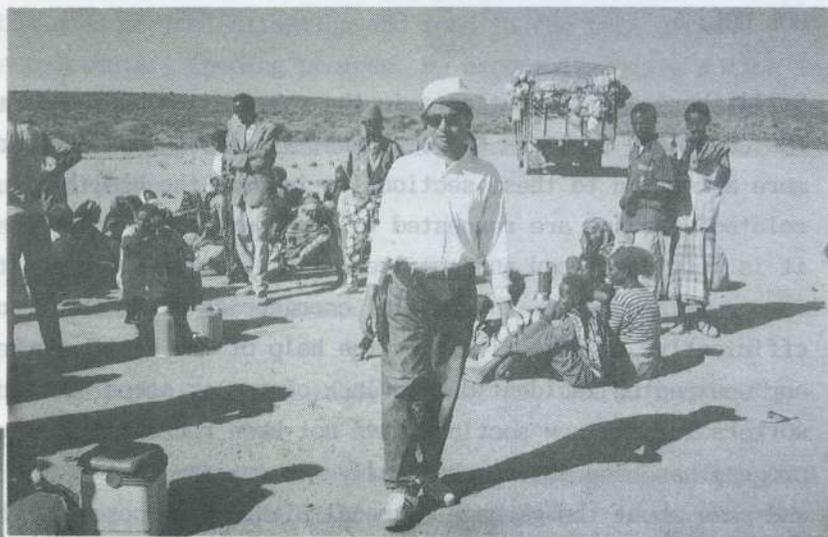
In this month, unlike previous months, the number of patients from a near village (Mouloud) was quite significant. 44 patients from there were treated in the OPD. Another worthmentioned event is, there is a good number of new comers in this camp which is increasing, are not registered so far. They also come to seek medical assistance but they are not getting general ration as they are not registered. 66 of them were treated in this month in the OPD.

ALI ADDE:

Health situation of this camp is totally stable now. The dispensary is well-organised and OPD is much disciplined than before. All drugs are kept in the steel shelves which are in the dispensary and well locked all the time. Nurse-in-charge is the person who has the key and responsible for its



シブチからキャンプへ新しく  
輸送されてきた難民の予防接  
種をする Mr. Awal。  
キャンプでのヘルスワーカー  
のなかで最も信頼できるスタ  
ッフのひとり。



キャンプに到着した  
難民の登録作業

management under the direct supervision of AMDA. It was a great headache once, concerning control over drugs in this camp. It is our experience that the present situation is quite satisfactory. The dispensary seems to be crowded sometimes as dressing and dispensing have been also done here. We are trying to find out one suitable place for dressing which can be shifted to create some space in the dispensary.

**ASSAMO:**

There are 867 new comers in this camp belonging to 257 families who are not registered and having same problem like in A.Aoussa. Medical care of these people is directly related to registration as recording system is very important in health care. But there has not been any solution for this from responsible agencies.

**HOL HOL:**

Still there are few patients in the rehydration centre of this camp, most of the cases are from new two sections. It is our great concern now to give more attention to these sections to improve the health situation and related agencies are requested to find out proper solutions immediately. If it is left unnoticed and unsolved, it may cause a big health problem and it is our main concern. The initial emergencies after the transfer were faced efficiently and effectively by the help of the health workers. We don't want any unexpected incident due to lack of proper steps. Community health workers for the new sections have not been recruited so far and sanitation program has been absent physically. No latrine is there in the new sections and same about the garbage disposal pits. We proposed to the related authorities about this issue. Address in the form of tent number has not been given to the above mentioned sections which is creating problem to find out the defaulters of feeding centre, pregnant and lactating women as well. We are informed about the mobilization of new refugees to Djibouti city from Hol Hol.

**AMBULANCE:** There was a meeting with the nurse-in-charges of four camps in Ali Sabieh at AMDA office on February 24, 1994 where everything related to health management was discussed with medical project of ONARS. It was felt to control the free movement of ambulance for the sake of patients. As ambulance is directly related to health, it should come under this sector

and nurse-in-charges will be responsible to have control of its movement. A system has been introduced to control its movement and everybody related to health should follow that system to make the decision successful. Both ONARS medical project and AMDA agreed on that issue.

At the meeting with head nurses, several important health issues were discussed. The agendas were: overall health management at camp level, drug management at camp level, training program for health workers, ambulance and proper use of drugs. It was a very important meeting and first time of its kind.

#### NEW COMERS:

There has been a problem concerning new comers in the camps who are not registered. They don't receive ration and no extra food is provided for them to feeding centres. It creates obstacle to take decision for those who are not registered but need medical attention and food in the form of wet therapeutic or supplementary feeding program. We expect immediate action in this regard from the concerned agencies and decision in this connection. Improvement of health depends on several factors, one of which is quick and correct decision from administration.

#### RECOMMENDATIONS:

- = Ceiling of the dispensary in Aour Aoussa should be repaired as soon as possible.
- = There should be some solution about those are not registered and not getting food.
- = The problem of influx of patients from surrounding village specially in A. Aoussa should be solved by the administration.
- = Immediate employment of CHWs in Holllol new sections and sanitation program for the same.
- = Control of movement of refugees from camps which hinders objectives of many health programs like feeding program.
- = Head nurses should be given power to control over the movement of ambulance and if needed keys of ambulances should be handed over to them officially.

# MEDICAL CONSULTATION REPORT

FEBRUARY '94

Camps: Aour Aoussa, Ali Adde, Assamo, Hol Hol.

Dates: every alternate day to each camp by rotation.

	<u>A.Aoussa</u>	<u>Ali Adde</u>	<u>Assamo</u>	<u>Hol Hol</u>	<u>Total</u>
Total patients	59	116	39	64	278
Recorded pts	55	116	39	64	274
Referrals	4	7	0	12	23
Serious pts	1	0	0	4	5
<u>Age distribution</u>					
<5years	2	22	2	11	37
>5years	53	94	37	53	237

## Disease Distribution

T.B.	3	3	1	7	14
RTI	4	24	8	5	41
Gastroenteritis	2	4	5	5	16
UTI	1	4	1	1	7
Skin disease	3	6	2	10	21
Eye disease	6	5	5	5	21
Ear disease	5	8	1	1	15
Deficiency dis.	2	6	2	0	10
Obs/Gyn	6	17	0	7	30
Surgical	6	13	2	6	27
STD	0	1	0	0	1
Helminthiasis	1	5	1	1	8
Malaria	0	1	0	4	5
Others	16	19	11	12	58

## FEEDING CENTRES

FEBRUARY '94

### THERAPEUTIC FEEDING PROGRAM

(Table - 1)

	A.Aoussa	A.Adde	Assamo	HolHol
Children at the beginning of Feb'94	18	14	4	26
New admission	7	2	1	5
Re-admission	1	0	0	0
Discharge	0	0	0	0
Transfer to SFP	5	4	1	3
Deaths	0	1	0	2
Children at the end of Feb'94	21	11	4	26
Defaulters	3	3	1	11
Children with edema	1	1	0	4

### SUPPLEMENTARY FEEDING PROGRAM

(Table - 2)

	A.Aoussa	A.Adde	Assamo	HolHol
Children at the beginning of Feb'94	69	31	18	17
New admission	5	9	2	4
Re-admission	2	0	0	0
Transfer from TFP	2	4	1	2
Transfer to TFP	4	0	0	1
Discharge	2	10	4	4
Deaths	0	0	0	0
Children at the end of Feb'94	72	34	17	18
Defaulters	21	9	1	10

= Number of defaulters, specially in SFP is still very high in all camps except in Assamo. In Hol Hol, this number of TFP is also very high which is a great hindrance of the program and gives false impression of the nutrition program.

- = New sections of Iol Iol refugee camp have not given address yet, so we found difficulty to find out those children from tents by CHWs or FC assistant.
- = In A.Aoussa, the FC tents has been shifted from its previous location, a little away from the dispensary. We are planning to shift the kitchen of FC towards newly built tents. A big pit (2m depth and 2m diameter) has been dug out and filled up only by large stones near the proposed site of kitchen. It will be used as the final destination of water from the kitchen. Everyday there is plenty of water from the kitchen for washing FC utensils. It is felt that this water should not be allowed to pass on the surface which might create health hazards.
- = From March 1994, the quantity of DSM in porridge would be double than what is being used this time. It was decided after the discussion with Senior Nutritionist of UNHCR from Geneva who visited all camps with AMDA on Feb. 9-10, 1994. There was a meeting at AMDA office in Ali Sabieh on Feb.13 where main health issues were discussed and informations and ideas were exchanged.



補助給食を子供  
に与える母親

Feeding Center (補助食配給  
センター) の給食を用意する難民  
キャンプの女性





缶を利用した手づくりのおもちゃで遊ぶ子供たち  
(ホルホルキャンプにて)

### WEIGHT MONITORING

(Table - 3)

		<70%		70 - 75%		76 - 80%		>80%	
		TFP	SFP	TFP	SFP	TFP	SFP	TFP	SFP
G	A. Aoussa	1	0	4	2	2	15	0	7
A	A. Adde	1	0	3	2	1	5	0	5
I	Assamo	0	0	0	2	1	3	0	5
N	HolHol	0	0	1	3	2	0	5	0
S									
T	A. Aoussa	1	0	3	5	2	9	0	5
A	A. Adde	1	0	2	4	0	5	0	2
T	Assamo	0	0	0	0	1	0	1	0
I	HolHol	3	0	0	2	2	1	2	1
C									
L	A. Aoussa	2	0	2	0	0	8	1	0
O	A. Adde	0	0	0	0	0	2	0	0
S	Assamo	0	0	0	3	0	3	0	0
T	HolHol	0	0	0	1	0	0	0	0

Percentage of children: weight GAIN/STATIC/LOST

(Table - 4)

	Total*	Gain	Static	Lost
A.Aoussa	69	45.0%	36.2%	18.8%
Ali Adde	33	51.5%	42.4%	6.1%
Assamo	19	57.9%	10.5%	31.6%
IloI IloI	23	47.8%	47.8%	4.4%

\* Total = TFP + SFP, after subtracting the number of defaulters from number of children registered at the end of month (Table - 1,2).

Fuel for FCs arrives in A.Aoussa camp every month from where we arrange to distribute to other camps. But it is our experience that due to irregularity of supply of kerosene for FCs, there is shortage of fuel which create some problem to run FCs smoothly and causes discouragement among the health workers as well as among the mothers of children in feeding program. We like to draw attention of the related agency to look deep into this matter and ensure the supply of fuel for FCs on regular basis preferably at the beginning of every month.

Apart from dry supplementary ration for the vulnerable population, wet supplementary feeding program (WSFP) has been started for some selective pregnant, lactating and adult malnourished with medical problem. Few TB patients have been also included in this program.

WSFP FOR VULNERABLE POPULATION (Table - 5)

	Preg.	Lact.	TB	Ad.MN	Total
A.Aoussa	0	5	0	2	7
Ali Adde	*	*	*	*	4
Assamo	0	4	0	7	11
IloI IloI	7	9	5	0	21

\* exact data is not available

Ad.MN = Adult malnourished

MEDICAL STATISTICS

February '94

(Table-6)

	A.Aoussa	A.Adde	Assamo	HolHoi
Population Jan'94	7578	11107	6167	9415
New comers	66	0	0	0
Births	5	9	5	10
Deaths	5	1	0	3
Population Feb'94	7644	11115	6172	9422
No.of patients	1638	894	961	1521
Referral cases	13	9	4	10
Number of <5yrs	499	637	508	620
No.of pregnant	75	36	31	90
No.of lactatings	210	154	116	125

*\* Number of <5yrs, pregnant and lactating women are collected from recent sensus of vulnerable population*

MORBIDITY PATTERN: PERCENTAGE WITH ORDERS\*

(Table - 7)

DISEASES	A.Aoussa		A.Adde		Assamo		Hol Hoi	
	Order	%	Order	%	Order	%	Order	%
LRTI	1	26.7	1	21.3	3	4.7	9	1.3
URTI	2	11.1	4	5.7	1	26.2	1	11.6
Diarrhrca	4	5.3	5	5.1	6	3.0	3	6.0
Anemia	3	7.0	2	11.0	2	10.4	2	7.9
Dysentery	5	5.1	6	4.0	9	1.6	4	3.3
UTI	9	2.2	3	5.9	4	3.6	5	2.6
Helminthiasis	8	2.3	7	3.9	8	2.6	7	2.0
Skin diseases	3	7.0	9	1.7	10	0.0	8	1.4
Eye diseases	6	3.7	8	2.5	5	3.1	6	2.1
Ear diseases	7	3.2	8	2.5	7	2.7	9	1.3

*\* First ten top diseases have been taken into consideration*

LRTI/URTI=Lower/Upper respiratory tract infection,

UTI=Urinary tract infection

## MORTALITY REPORT

FEBRUARY '94

(Table - 8)

Cause of death	A. Aoussa		Ali Adde		Assamo		IloIloI	
	<5y	>5y	<5y	>5y	<5y	>5y	<5y	>5y
RTI	1	2	1	-	-	-	-	1
Diarrhea	-	-	-	-	-	-	-	-
Malnutrition	-	-	-	-	-	-	-	-
Neonatal death	-	-	-	-	-	-	-	-
Maternal death	-	-	-	-	-	-	-	-
Others	1*	1	-	-	-	-	1	1
Total	2	3	1	0	0	0	1	2

\* Suspected AIDS

### CRUDE MORTALITY RATE (CMR)\* IN EACH CAMP

(Table - 9)

Camp	Camp population	Deaths number	CMR	pop <5yrs		Deaths <5yrs	
				Number	% of total	Number	CMR
A. Aoussa	7644	5	0.22	499	6.53	1	0.66
A. Adde	11115	1	0.03	637	5.73	1	0.52
Assamo	6167	0	0.00	508	8.24	0	0.00
IloIloI	9422	3	0.11	620	6.58	1	0.54
Total	34348	9	0.09	2264	6.59	3	0.44

\* Deaths/10,000/day

There has been a continuous declining trend of mortality in all camps. It was shown in our previous monthly report (January 1994) by tables and graphs. In January '94, there were 13 deaths in four camps which is 9 in this month. It is encouraging that the trend still continues and gives a very good health indication.

Death among <5yrs. is 3 out of total 9 deaths (Table-8) in four camps which is 33.3%.

There is 0 mortality in Assamo in February.

RTI has been still in the topmost position among major causes of death. There is no death reported of malnutrition and diarrhea. Neonatal death and maternal death are also absent (Table-8).

MCH

February '94

Children <5yrs.: A.Aoussa = 499, Ali Adde = 637, Assamo = 508, Hol Hol = 620

IMMUNIZATION (Table - 10)

	A.Aoussa		Ali Adde		Assamo		Hol Hol	
	<1yr	>1yr	<1yr	>1yr	<1yr	>1yr	<1yr	>1yr
BCG	8	2	9	3	4	0	15	7
Polio 0	3	0	9	0	3	0	18	0
DPT 1	4	17	15	11	4	7	30	15
DPT 2	5	12	9	18	15	70	25	12
DPT 3	18	23	12	25	24	66	29	12
Measles	4	14	7	10	4	9	26	10
Polio 1	4	17	15	11	4	7	30	15
Polio 2	5	12	9	18	15	70	25	12
Polio 3	18	23	12	25	24	66	29	12
VAT 1	10		35		9		14	
VAT 2	34		35		22		*	
VAT 3	0		0		9		*	

ANTENATAL (Table - 11)

	A.Aoussa	Ali Adde	Assamo	Hol Hol
Number of pregnants	75	36	36	90
No.of female in program	72	42	24	82
New admission	8	11	6	38
Pre-natal	50	33	22	20
Preg. with complication	1	0	0	1
Ref. to hospital	0	0	0	1
Number of delivery	6	9	5	9
Complicated delivery	0	0	0	1
Ref. to hospital	0	0	0	0
Neonatal death	1	0	0	0
Maternal death	0	0	0	0

## VULNERABLE POPULATION IN REFUGEE CAMPS

It was drawn to our attention the pre-existent number of under five years children of refugee camps in Djibouti. It was 7% of total population. This seems very low compared to other refugee populations, where number of under five children is normally 15% - 20% of total population. It was suggested at her meeting with AMDA by the senior nutritionist of UNHCR from Geneva during her mission in Djibouti in February to conduct one census of vulnerable populations in camps.

One simple data collecting form was designed and explained to the community health workers and volunteers, how to collect data properly with less chance of mistake. There were seven categories of populations and in all cases sex was considered except for pregnant and lactating women. '*Children <5 years (<100cm)*', '*Pregnant women*', '*Lactating women*', '*Elderly (>50 years)*', '*Disabled*', '*Unaccompanied*' and '*Others*' - these were the categories of vulnerable population for our recent census.

VULNERABLE POPULATION - February '94

(Table 12)

Categories	A.Aoussa		Ali Adde		Assamo		Hollol*		Total
	M	F	M	F	M	F	M	F	
Under 5yrs(<110 cm)	272	227	311	326	237	271	620		2264
Pregnant	75		36		31		90		232
Lactating	210		154		116		125		605
Elderly(>50yrs)	47	75	128	122	60	98	*		530
Disabled	18	15	20	16	10	6	*		85
Unaccompanied	10	8	3	4	1	0	*		26
Others	45	30	2	7	0	0	*		84
Total	392	640	464	665	308	522	835		3826

\* Census has not been finished

Others: *Mostly TB patients*

One interesting point is the number of <5yrs in A.Aoussa is significantly lower than previous figure (619, ref.to our monthly report of Jan.'94) which is 6.5% of total population. In other camps, the figures are almost same as before although percentage is very low in A.Adde (5.7%).

This was done in the belief that health improvement needs demographic and epidemiological inputs, which enables to take proper measures timely.



## TRAINING

February '94

As was mentioned in our previous monthly report, the training program is going on regular basis. There are two types of training program conducted by our team: formal training program for the health workers which includes theoretical lecture with practical demonstration. Hand outs of lecture notes are given among the trainees in English as well as in Somali whenever and wherever it is needed. Other type is training on the spot which is training of health workers while they are working. So, they are learning case oriented and problem related management which is broadening their knowledge.

Training program for MCH nurses was held on February 10, 1994 at our office in Ali Sabieh where MCH nurses from all camps participated. The subject of training was: 'Diagnosis of pregnancy and Antenatal Care'. Working at camp level, it is our experience that the health workers of all sectors need training on their specific activity and that made us conducting training program for these nurses. The knowledge they have is shallow, it needs to give more knowledge to them for better service from them. This training program will be continued and it will be held every month.

Training program for our local counterparts has been started from this month. The program has been planned and designed prior discussion with them and on subjects selected by them. This program is absolutely for these two people, which is more advanced and theory oriented. Apart from this, they have been attending other training programs for other health workers at camps. They are also the part and parcel of our training program and have been acting as interpreters of lectures in Somali.

Training program for feeding centre staffs and mothers of children of feeding centres is a continuous program which is carried out by our nurses and medical counterparts. The main focus of this training in this month was: basic knowledge on infectious and non-infectious diseases, how to use common drugs in feeding centre, importance of limited use of antibiotics and malnutrition. This training program will be continued and repeated and staffs will be made efficient to take care of the children at feeding centre with some common medical problems.

キャンプの看護婦と  
一緒に患者の診察を  
する Dr. Ashig。  
(AMDA Pakistan)



キャンプのヘルス・ワーカーたちと。  
AMDAのアリサビエ・オフィスにて。  
キャンプの医療活動は、現地スタッフ  
なしでは運営できない。  
AMDAは彼ら対象のトレーニング  
プログラムに力を入れている。



ホル・ホルキャンプ  
Feeding Centerの責任者(右)  
と診療所看護婦(左)

## CENTRAL PHARMACY

February '94

We received drugs from UNICR donated by PSF on February 24, 1994. This is the supply from PSF according to our drug order which was submitted to UNICR in January and needed on emergency basis. Items and quantity we received are limited but it was of a great help for our activity. We appreciate this cooperation from any sector. Following is the list of drugs:

ITEM	DESCRIPTION	QUANTITY
1. POVIDONE IODINE	10% 200 ML	50
2. ACETYL SALISYLIC ACID	300 MG TAB	5,000
3. AMOXICILLIN	500 MG TAB	9,000
4. AMPICILLIN	500 MG TAB	6,000
5. DOXYCYCLIN	100 MG TAB	5,000
6. DIAZEPAM	10 MG TAB	2,000
7. FER SULPHATE+FOLLIC ACID	200+0.25 MG TAB	10,000
8. GENTAMICIN	80 MG INJ	100
9. BETAMETHASONE	1% TOPICAL OINT	90
10. HYOSCIN N BUTYLE BROMIDE	10 MG TAB	10,000
11. MEBENDAZOLE	100 MG TAB	2,000
12. RETINOL	200 000 IU TAB	2,000
13. TETRACYCLIN	250 MG TAB	6,000
14. STERILE GAUZE SWAB	10X10	5,000
15. MEDICATION BAG	PLASTIC	5,000
16. CHLOROQUINE	50 MG/5ML SYRUP	500
17. NEEDLE	21G DISPOSIBLE	2,000
18. KIDNEY DISH	STEEL	20
19. AMOXICILLIN	125 MG/5ML 100ML SUSP	500
20. OTOSCOPE	SIMPLE	2
21. STERILE SURGICAL GLOVES	SIZE 8 PAIR	200
22. NG TUBE	CH 8	200
NUMBER OF BOXES - 18		
TOTAL WEIGHT - 170 KG		

In the original list from PSF, instead of 2,000 tab of Mebendazole 100 mg, it is mentioned as 20,000 tab and there is no mention of NG tube which we received with the supply and quantity is 200 CH 8.



The drug management of central pharmacy is quite satisfactory and preservation of drugs is scientific and ideal. There is no refrigerator in the central pharmacy, so some drugs can not be kept properly although the pharmacy is airconditioned. It is possible to make a stock of vaccines for refugee camps in this pharmacy if we have refrigerator.

There is a proposal from PSF to conduct training program on drug management at camp level. We reacted on this proposal then and there and agreed with this proposal. We believe that for proper drug management at camp level, the responsible persons should have knowledge of ideal methods of record keeping. The drug management at camp level is also better than before. But in Hol Hol, the cupboards for drugs are not in good condition and two of the three are not locked because the doors are not well fitted. We are trying to repair it with the help of community. The main problem regarding this is that they are not motivated at all and ask money for any simple work. It is seen reluctance even among the health workers.

We are informed that the six months drugs arrived and are stuck at Djibouti airport. We expect early arrival of those drugs to the central pharmacy as we can get rid of the shortage we have with some drugs and equipments.

There is a small medical supply from AMDA to the central pharmacy in this month:

ITEM	DESCRIPTION	QUANTITY
1. Ampicillin	250 mg cap	5,000
2. Vitamin B1	25 mg tab	10,000
3. Mefenamic acid	500 ml bottle	12
4. Terramycin eye oint	tube	200
5. Rifampicin*	150 mg cap	5,000
6. Disposable syringe	5ml/10ml	900/900
7. Needles	19G/21G/23G 100/pack	10/10/9
8. Sterile cotton	100mg/pack	2
9. Sterile cotton	500mg/pack	1
10. Sterile gauze	1M/10M	2/2
11. BP machine	aneroid adult/paed	5/2
12. Thermometer	centigrade	12

\* it will be distributed to Ali Sabieh TB centre

: Copying of three videos

: Distribution of condoms

## REHYDRATION CENTRE HOL HOL

February '94

Total patient -----	39
< 5 years -----	23
> 5 years -----	16
Among new comer -----	34
Type of diarrhea	
Bloody --	5
Watery --	34
Degree of dehydration	
Mild ----	26
Moderate -	9
Severe ---	4
Average daily admission	1.4
Average daily patient ----	4
Death -----	1 ( 2 months child )

ITEM	DESCRIPTION	QUANTITY
1. Amoxicillin	250 mg cap	2,000
2. Vitamin B1	50 mg tab	10,000
3. Metamonic acid	500 ml bottle	12
4. Tetracycline cap tab	250 mg	2,000
5. Riboflavin	100 mg cap	2,000
6. Bismuth subnitrate	500 mg	2,000
7. Norfloxacin	100mg/500mg 100pack	10,000
8. Sterile cotton	100mg/500mg	10,000
9. Sterile cotton	300mg/500mg	10,000
10. Sterile gauze	1M/10M	500
11. BP machine	analog/digital	500
12. Thermometer	conductive	12

## AIDS トレーニングプログラム

### F A C T S

- = It is a joint training program of AMDA with WHO for the refugee camps in Djibouti
- = WHO proposed AMDA to submit a proposal on AIDS training program in June 1993
- = AMDA responded and prepared the proposal in their (WHO) prescribed forms
- = WHO requested further change of that proposal because it was a big project with huge budget
- = AMDA responded again well and made the revised proposal on AIDS training program
- = It took much time to get any feedback from WHO since AMDA submitted the revised proposal on their request.
- = In September 1993, we got the letter from WHO which said acceptance of our proposal with some objectives to be accomplished which was not mentioned in our original proposal. We wanted clarification of that.
- = WHO Djibouti forwarded that to their regional office in Alexandria for acknowledgement.
- = Then we received the final letter in December 1993 and we decided to start our project from January 1994 which will be continued until March.
- = This three months project will cover training up of ten participants in each camp in the aim of further dissemination of messages to the community by this trained groups
- = We selected ten participants from each camp among the health workers
- = The training includes the compiled general informations and academic knowledge on AIDS
- = Lectures are being conducted once a week in each camp with printed hand outs of lecture and sometimes with its Somali translation
- = The basic training program will be completed in ten weeks and last two weeks will be for report making
- = The effects of this training will be followed up by AMDA
- = Main things to be done:
  - : Production of six hundred posters
  - : Production of six hundred stickers
  - : Copying of three videos
  - : Distribution of condoms



## CLINICAL FEATURE OF AIDS

**Incubation period:** time from entrance of HIV into human body to the appearance of symptoms and signs is not exactly known. Usually it ranges from 1 year to 10 years.

**When we suspect a case as AIDS:**

**Major signs:**

- 1) Weight loss (more than 10%) or abnormally slow growth in children
- 2) Chronic diarrhea for more than one month
- 3) Prolonged fever for more than one month

**Minor signs:**

- 1) Persistent cough for more than one month
- 2) Generalized pruritic dermatitis (skin disease with itching)
- 3) Generalized lymphadenopathy (enlargement of lymph nodes)
- 4) Oral thrush (fungal infection)
- 5) Herpes Zoster
- 6) Herpes simplex
- 7) Repeated common infections (otitis media, pharyngitis)
- 8) Children of HIV infected mother

**In children:** AIDS is suspected by at least two major signs and at least two minor signs in the absence of cancer or severe malnutrition.

**In adult:** AIDS is suspected by two major signs and at least one minor sign in the absence of cancer or severe malnutrition.

# ■ ダル・ハナン病院再建計画活動報告

Dr. Md. Akhlakur Rahman Sowdagor

## 1. ACTIVITIES:

Indoor visit, outpatient consultation, delivery room, minor surgery and ultrasonography.

## 2. PATIENT CONSULTATION:

### 2) Indoor visit:

Regular indoor visit was conducted. Still we have shortage of midwife. Now only four midwives are working in this hospital and that is not enough for this hospital. In this month we faced a big problem regarding shortage of medicine. Unexpectedly we had 48 abortion cases in this month.

### Disease distribution:

### Cases:

Normal delivery	176
Drug induced delivery	12
Premature delivery	12
Forceps delivery	5
Caesarean section	12
Breech delivery	7
Face presentation	1
Twin delivery	1
Difficult delivery (prolonged labour)	6
Premature rupture of membrane	3
Post partum haemorrhage	2
Post partum infection	3
Intrauterine death of foetus	1
Abortion	48
Pregnancy with anaemia	7
Toxaemia of pregnancy	5
Eclampsia	1
Hyperemesis gravidarum	8
Placenta praevia	1
Cord prolapse	1
Uterine prolapse	3
Dysfunctional uterine bleeding	1
Salpingitis	2

### b) Outpatient consultation:

Total patient consulted: 114

Outpatient consultation was given on every working day. In this month abortion cases were still high. Out of 114 consultation 36 cases were found abortion in outdoor visit and it is very high in comparison months. The number of urinary tract infection patient was quite significant.

Still we are facing problem about shortage of examination gloves.

Disrse distribution

Cases:

Abortion	36
Antenatal check up	24
Dysmenorrhoea	6
Pain in the lower abdomen	1
Sterility (primary and secondary)	1
Toxaemia of pregnancy	3
Pregnancy with severe anaemia	2
Premature rupture of membrane	1
Hyperemesis gravidarum	5
Uterine prolapse	2
Dysfunctional uterine bleeding	1
Leucorrhoea	6
Post operative follow up	2
Urinary tract infection	10
Pregnancy with malaria	1
Respiratory tract infection	3
Pregnancy with hypertension	3
Salpingitis	1
Ovarian cyst	4
Hydatidiform mole	2

3. OPERATION:

Number of minor surgery conducted:1

Name of minor surgery:Exploration of the wound due to a big haematoma.

4. MEDICAL STATISTICS:

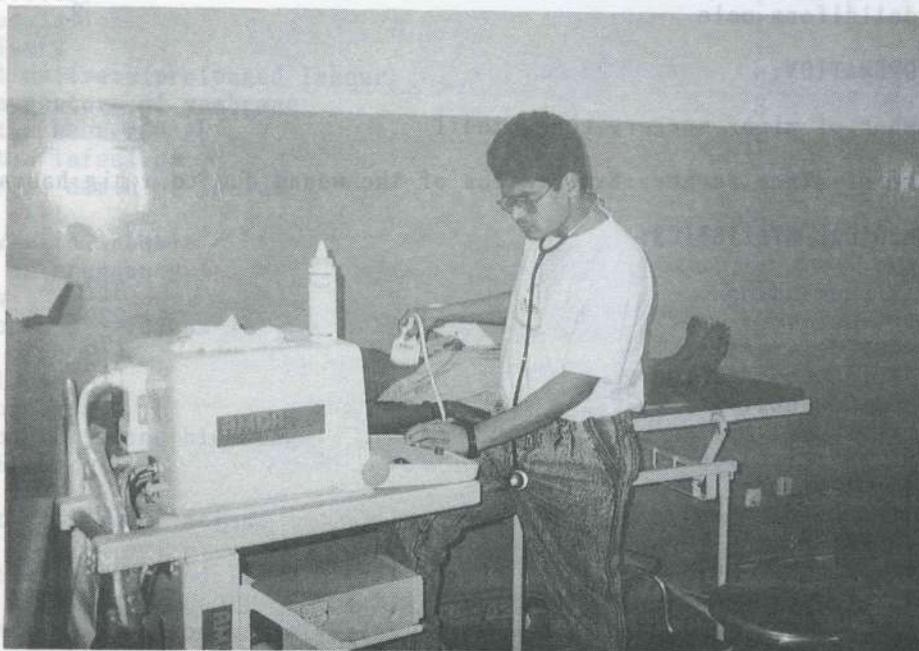
Total admission	317
Total delivery	229
Normal delivery	176
Drug induced delivery	12
Premature delivery	12
Forceps delivery	5
Caesarean section	12
Breech delivery	7
Fase presentation	1
Twin delivery	1
Difficult delivery	6
Delivery in houses	5
Maternal mortality	0
Infact mortality	15
Post partum haemorrhage	2
Post partum infection	3
Intrauterine death of foetus	1

Pregnancy with diseases Cases

Pregnancy with severe anaemia	7
Toxaemia of pregnancy	5
Eclampsia	1
Hyperemesis gravidarum	8
Premature rupture of membrane	3
Placenta praevia	1
Cord prolapse	1

Others gynaecological and obstetrical problems:

Uterine prolapse	3
Dysfunctional uterine bleeding	1
Salpingitis	2



超音波で患者を診察する Rahman 医師

# ソマリア難民を救え

## 県内の医師ら医療調査



県内の医師や看護婦が中心になって、昨年十二月に発足した「徳島で国際協力を考える会(TICO)」の白石吾彦会長も、徳島市南佐古八番町、県立中央病院医師ら会員三人が、二月末から三週間、アフリカのソマリア難民の医療調査のため、ジブチの難民キャンプを訪れる。同会からの海外派遣は今回が初めてで、白石会長は「現地のニーズを把握して、地域での医療協力に生かしたい」と話している。

### 国際協力を考える会

海外派遣は、アジエ医師連務協議会(AMD、本部岡山市)から要請を受けたため。白石会長のほか、丹生谷通さん(徳島市南佐古八番町、同病院医師)と谷尻規子さん(板野郡松茂町広島、同病院看護婦)が参加する。AMDは昨年二月からソマリアの隣国ジブチ国内でソマリア難民に対する緊急救援活動を展開しており、三人は難民キャンプでの診察活動や難民の生活環境などを調査する。

白石会長は自治医科大学時代に中国へ留学した経験をもつが、丹生谷、谷尻さんも含め、三人ともこうした海外での活動は初めて。それぞれ職場の都合などで長期休暇取得が困難な

ため、年休などを利用した短期派遣となった。徳島で国際協力を考える会は、アフリカのソマリアで、専任海外協力隊員として二年間、医療活動をした吉田修さん(麻績郡山形町)が「地域でできる医療協力を考えよう」と呼び掛けたのがきっかけで結成された。県内では初めての国際医療協力活動グループで会員は現在三十人。このうち医師や看護婦が八割を占めている。なお、同会は十六日午後二時半から、R徳島駅ビル内の国際交流プラザで「第一回徳島で国際交流協力を考える会」を開く。ソマリア難民救援活動に参加した医師らが活動状況を話す。問い合わせは、同市富田吾二の近藤整形外科内の同会事務局〈電話0886(54)6808〉へ。

### ジブチに生活環境も把握へ

ソマリア難民の医療調査のため、ジブチへ派遣される左から白石、丹生谷の同医師と看護婦の会長さん(時立中央病院)

ソマリア難民の医療調査のため、ジブチへ派遣される左から白石、丹生谷の同医師と看護婦の会長さん(時立中央病院)

## 医療視察報告

徳島県立中央病院 看護婦 谷尻規子

1994.2.28～3.5まで、ダルエルハナン産科病院、各難民キャンプを見学させていただきましたのでレポートします。

ダルエルハナン産科病院を訪れた時、すでに診療は始まっており、外来には数人待っていました。診察室へ入るとちょうどエコー検査中でした。正直エコーの機械があったのにはびっくりしました。2Fのop室は設備・器具ともに整っていました。現在は使用されていませんが、近く運営される計画があることを聞き、今後の活動に興味をもちました。出産は1日10～20例、月に400例ぐらいということですが、その中で何人の子どもが生きられ、育っていくのかと思うと、心が傷みました。

次にキャンプ地訪問についてです。私はキャンプ地ではほとんど日本人看護婦（永野さん）といっしょに行動していました。どのキャンプを訪れても、いかにみんなが永野さんに信頼をおいているかがうかがわれました。

私が接した子どもたちについて言えば、一人はミルクを与えていましたが、その濃度が違って、濃いミルクを与えていたのと、哺乳瓶と乳首を消毒しないまま使用していたので、感染をおこし、嘔吐・下痢がひどくなってしまったケースでした。対応として、哺乳瓶を使わずに、スプーンでミルクを与える様に指導していました。

一人は2ヶ月前から下痢が続いていて、母親はミルクもきちんと与えていたということでしたが、詳しく聞くと、ヤギの乳をそのまま哺乳瓶に入れて与えていたそうです。対応として、ヤギの乳をやめさせて、粉ミルクをスプーンで与えるように指導していました。でも、母親はあせっているのかミルクの与え方が早いテンポで、しかもコップのまま与えていたので、むせて嘔吐してしまうという繰り返しでした。嘔気止めの薬を処方するか考えましたが、まずは母親に対して、ゆっくりと落ちついてミルクを与えるように指導するのが先だと判断したようです。

いずれのケースにおいても、日本ではあたりまえのことが現地ではそうではないのです。嘔吐・下痢に関して言えば、日本では絶食させ、持続点滴し、止痢剤投与する場合が多いけれど、現地においてはそれに順じた治療は不可能に近く、点滴は最終の手段なのです。ですからこれらの子どもには、治療というよりむしろその病気になった原因は何であるかを詳しく聞いて把握し、母親に指導をすすめていくことが重要であると思いましたが、実際永野さんは、これらの症例には特に時間をかけて話を聞くように心がけ

ているとおっしゃっていました。

現地の女性は、一人平均6～7人の子どもを生むそうですが、育てる途中で何人かの子どもを亡くしてしまうことが多いそうです。しかし、一人一人の子どもにとっても愛情を注いでいて、どの母親も涙を流しながら、身振り手振りで訴えかけてきました。子どもを思う母親の気持ちはどこもいっしょなんだと痛感しました。

診療が終わったあとでキャンプ地を歩きましたが、たくさんの子どもたちがニコニコしながら集まってきて、私の手を握ってきました。何人の子どもの手にふれたかわかりません。どの子どももとても純粋で素直でかわいいのです。

この子どもの将来がどうなるのかはわかりませんが、今の純粋な気持ちをずっと持ち続けてもらいたいし、日本の子どもたちもそうであってほしいと思いました。

看護婦の立場から言えば、日本における看護婦の業務は、そのほとんどが医師の指示のもとに行うように義務づけられていますが、現地では看護婦が判断し行わなければならない事がたくさんあります。だから、コミュニケーションが大切であるし、それによって信頼関係が生まれてくるのです。

今回AMDAスタッフの方々には大変感謝しております。私の様なものでもアフリカの医療と接する機会を得ることができ、勉強させていただき、看護の原点を見たような気がします。この報告をもってみなさまへの感謝の気持ちとさせていただきます。ありがとうございました。



谷尻看護婦 ジブチ・ソマリア難民キャンプにて

### WORM INFESTATIONS

at

### PHNOM SROUCH

Dr. Sek Mardy

Phnom Srouch district has been recognized as a Malaria area. Through Malaria Education, most people now are getting to understand Malaria. When they are sick, they are always thinking about Malaria and they come to the hospital even when they just feel uneasy. Among these patients, by chance, we found a number of worm infestations, about which these people have no knowledge. Unfortunately, microscopic examinations of fresh stools are not available here, so we are able to diagnose by clinically only.

The patients who present themselves to the hospital always complain about intestinal symptomatology and being tired and pale. It is not surprising that infection with "worms" exists when such symptoms as vomiting, abdominal pain of various types, diarrhoea, abdominal distention and flatulence occur. Anaemia is very common but in this area Malaria may be believed to be the cause. Even though the patient does not know about fever or other Malarious symptoms. For the children, malnutrition and abdominal distension are common accompanied with a history of dramatic expulsion of worm (Ascaris) from the nose or mouth after sneezing or vomiting in a febrile child or for symptoms such as cough and dysphoea which also may accompany it. Anyway the appearance of worms in the stool may excite some attention to gain accurate diagnosis.

There are a lot of reasons for the increasing number of worms infestations. The most potent source of worms result from people shunning latrines and preferring to defecate anywhere. Most of the people in Phnom Srouch district do not use latrines. They do not know how to use them and follow the ways of their ancestors in defecating near the bush tracks. Some families can afford the toilet but they still want to go to the bush because, unless kept clean, it becomes a repulsive place - smelly, dirty and insect ridden. Infective forms are then spread in the environment through rainfall and drainage. Thus the provision of latrines is extremely important. The distribution of parasites of man also depends on his behaviour, the environment in which he lives, and his manipulation of that environment. Phnom Srouch is one of the areas which has inadequate quantities of clean water. UNICEF have provided some wellpumps to this district but this is insufficient. Most of the people still use the same water source as domestic animals which also makes it easy to get worm infection from the definitive host. These people also do not wear shoes and some worm infection usually occurs by way of penetration of the skin of the feet. They do not cut their nails and wash their hands after defecation, before preparing and eating food. Along with inadequate washing hygiene the soil on which they grow their

food is contaminated. Dietary habits, in particular the eating of uncooked or partially cooked fish, meat and snails may also be responsible for worm infection. That is why worm infestations are endemic in Phnom Srouch because of their poor hygiene and sanitation which exists along side with environmental factors illiteracy is prevalent due to a lack of education system as a result of 23 years of war. There are three aspects to prevention and control of the common helminth infections within any community; 1, prevention of spread of infection: The provision of an adequate faeces disposal system, i.e. latrines provide an easy and obvious control measure but it is difficult to convince people to use them. So education by way of mobile clinics and when patients come to the hospital is very important. It is better to let people know how important it is to use latrines by showing pictures and a video program that are available in Phnom Srouch district hospital. In some helminthic infections there is a need to reduce the population of the definitive or reservoir host by preventing domestic contact between man and the definitive host. 2, Prevention of infection: Most of the worms enter the body via the oral route. Thus the provision of adequate quantities of clean water for good food preparation is extremely important. This is a big problem in Phnom Srouch district. The only way is make a well-pump but the cost is very expensive. However we hope this problem will be solved soon. Improving sanitation through educating people to wash hands after defecation, before preparing and eating food, and to wash soil-contaminated fruit and vegetables is absolutely essential and for some infections is equally or more important than adequate faeces disposal. Thorough cooking of meat and fish will prevent the transmission of animal tapeworm diseases and also help in preventing gut worms. The wearing of shoes is likely to be an effective preventive measure for some worms. 3, Reduction in community worm load: "Mass deworming": Reduction in community worm load can be achieved by the application of chemotherapy with anthelmintics. Mass deworming implies the worm treatment of all members of the community should be inculcated through the mobile clinics. The use of this widespread chemotherapy is most likely to succeed where treatment of worm infestations is viewed as an essential part of primary health care and health education. Efforts to prevent reinfection for the individual must focus on health education on basic hygiene and sanitation of the family and community in general.

□ Worms infestations cannot be dealt with in isolation. It must be viewed in the context of health and social background. The battle to control them is likely to be long, drawn out and difficult but the rewards are likely to be great.

### 精神医療プロジェクト状況報告

現地コーディネーター 岩間邦夫

AMD Aの援助によって行なわれたシアヌーク病院における精神科病棟の補修が終わりました。あるNGOが同規模の病棟補修を行った時の費用に比べると、今回の費用はその5分の1程しかかかっていないという事で、病棟を見に来た保健省の役人さんが驚いていました。そのNGOがほったくられたのか、あるいはこちらのが手抜き工事だったのでしょうか。工事期間も当初の予定より2週間ほど短縮され、早く終わりました。理由は、工事を請け負った業者が工事を急いだためです。病院の周りには昼食を取れる場所がなく、敷地内にある食堂で取らざるを得ないのですが、その只一つの食堂の値段が高いため彼らは工事を早く終わらせようとしたのでした。

今回シアヌーク病院から精神科病棟として使うために提供された部屋は7部屋あります。1部屋の大きさは6畳から8畳といったところでしょうか。壁はすすけてひびが入っていました。天井に釣り下がっている扇風機は動かず、もちろんエアコンはありません。AMD Aが行った補修は、室内外の壁の色の全体的な塗り替え、新しい扇風機の設置、窓枠への格子の設置等でした。壁の色は明るい緑色に塗り替えられました。格子の設置に関しては、病室に格子や鍵を設置して患者を閉じ込めるのは囚人扱いするのに似ていて、患者の精神衛生上良くないという意見をくれた外国人精神科医もいました。しかしカンボジアでは治安のこともあり窓に格子をするのはごく一般的になっていて、格子の形にしても刑務所を連想するような物を使うわけではないということで、結局カンボジア人精神科医ケ・チュム氏の始めの提案どおりに行うことになりました。

7部屋の内、外来診察室が1部屋、入院病棟が3部屋、後は医師や看護婦の部屋等です。入院病棟については、初めの内は入院設備は最小規模でというWHOからのアドバイスもあり、3部屋全てを使う予定ではありません。外来診察室が1部屋というのは、多くの患者が予定されるだけに対応が困難になる可能性が十分考えられます。そこでこの7部屋以外にも外来病棟として他の部屋を補修する計画があります。始めはAMD Aが行う予定でしたが、結局同じシアヌーク病院で活動する他の団体がする事にほぼ決まりました。

この団体はCambodian Mental Health Training Programme (CMHTP)というカンボジア人精神科医を養成するためのプロジェクトをシアヌーク病院で行おうとしている所で、ノルウエーのオスロ大学とInternational Organization for Migration (IOM)が共同で行っています。彼らはカンボジア人精神科医を養成するためのトレーニングコースを設定し、そのトレーニングの一環として外来病棟の設置を計画していました。彼らのプロジェクトの主目的はあくまでカンボジア人精神科医の養成ですがしが病棟設置という一点で私達AMD Aと活動内容が一致したので、カンボジア政府保健省が私達に共同で行うことを提案し、それを受け入れたのでした。現在彼らの組織からはノルウエー人の精神科医が派遣されているのですが、彼は精神科医30年というベテランで、ケ・チュム氏や私の非常に良き相談相手になってくれています。

病棟補修と平行して、基礎的な医療機材や精神科薬剤の購入を進めました。医療機材には、机や椅子などの事務機器から小さい物でははさみや注射針、大きい物ではベッドや戸棚等の物を含みます。ほとんどの物は現在AMD Aの事務所に保管されています。病院に置いておくと盗まれる可能性があるので、病棟での診療が開始され宿直が寝泊まりするようになるまでAMD Aに置く事になりました。今回様々な物を買うにあたり、様々な店をまわり値段の交渉をしなければいけなかったわけですが、それらの仕事はほとんどすべてカンボジア人スタッフのヒアックが行い、私はそれらの物を運ぶ運転手をするだけですみました。

精神科薬剤はカンボジアでは手に入りやすく高価な物です。ヨーロッパ等に親戚のいるような人が個人的に輸入し、それを高値で売ったりしているらしいのですが、薬をどういう経路で仕入れるかというのが今回このプロジェクトにとって一つのネックになっていました。結局フランスから薬を輸入している問屋に頼み、フランスから仕入れる事になりました。この会社の社長さん（支社長さん？）はNGOはカンボジアの復興に協力しようとしてくれているのでこちらも協力しなければいけないと言って、薬のフランスからの輸送費を無料にしてくれました。

現在カンボジアでは只一箇所である精神科病棟での診療開始は4月末か5月になる予定です。今後は精神科薬剤の供給支援の継続、病棟に面した空き地を入院患者のリハビリのための広場として整備する事などの物質面での支援と共に、精神医療看護者育成のためのトレーニングへの支援や、病院へやってくる患者さん達とのつきあいにも重点を置いていきたいと思えます。

Dr. Chantha

カンボジア国内はどこでもそうですがプノムスロッチの村人達も科学的な医学より伝統的な民間治療法や伝統文化に基づいた(免許のない)お産婆さん(以下TBAと略)の方を信じています。この傾向は僻地へ行くほど、その教育程度の低さに伴って強くなるようです。AMDA医療団も治安上の問題から遠い地区へ行くことができません。病院のある町に住んでいる人々達でさえ、その多くは病気になっただけで民間治療を行っている人の所へ相談に行き、それでも治らなかつたら、初めて病院へ行きます。

母子保健(ANC)についてお話をすると妊婦達は自分の健康状態や退治の事などにあまり関心を示してはいません。検診による病気の早期発見の為に行われている毎月の定期検診の重要性を認識していないのです。胎動の異常を感じたり、腹囲が予想以上に大きくなったり、また子宮から不正出血があった場合にだけ病院をたずねます。妊婦は病院でお産をするより、自宅分娩するケースが殆どです。原因のひとつとしては病院が遠いので陣痛が起きてからでは間にあわないとか、幼い子供がいてなかなか家を空けられないなどのことが挙げられます。

以下はANCの活動状況です。

病院で治療を受けた妊婦	第1回 655人(初診)
	第2回 111人(再診)
病院で出産した妊婦	15人
自宅分娩(TBAによる)	630人
その他の原因で県立病院へ転送された妊婦	10人

以上の通りANCの活動はあまりよくありません。診察を受ける妊婦の数は少ないのです。プノムスロッチには100名位のTBAがいますが、厚生省の指導を正式にうけたTBAは20名位しかいません。

村人達の教育のためAMDAの医師達はMobile Clinic(移動診療)を始めました。現在週1~2回、医師と予防接種スタッフが一緒になって各村を訪問しています。寄生虫疾患による症状や手足のかゆみなど軽い症状の人々にはすぐ手当をしますが、重い病気の場合には病院へ行くよう指導をしています。我々AMDA医療スタッフは以上の活動が少しずつよい結果をもたらすと期待しています。

\*訳者 黒田ニューチャンソピア

ブノンベン出身。来日後准看護婦免許取得。定住インドシナ難民の医療に活躍。

現在、主婦。神奈川県大和市在住。

コメント:インドシナ難民として定住しているカンボジア人にもDr. Chanthaの手紙の内容と同じことが言えます。ひとつは伝統的な民間治療法を強く信じていること、私の患者の一人にこれを行っている占い師がいますが、彼女の話では多い日には20人近くの在日カンボジア人がさまざまな相談にやってくるそうです。なかなか産婦人科を受診しない傾向も顕著で日本の産婦人科医をとまどわせていますが、これはベトナム人、タイ人、ラオス人にもいえることのようにです。

\*小林国際クリニック 小林 米 幸

S60年より、インドシナ難民大和定住促進センターの難民の医療を大和市立病院にて行う。

現在、カンボジア人通訳を雇用しインドシナの人々に対する医療活動を続けている。



患者のカルテを書く  
Dr. Chantha



カルテを前に話合う Dr. Borann (右端)  
Dr. Chantha (右二番)と郡病院スタッフ。  
Phnom Srouch 郡病院旧病棟にて。

## ■カンボジア救援医療活動報告

Phnom Srouch District Hospital Monthly Activity Report

March 1994

Dr. Dhruva Koirala

In the month of March a total of 1131 patients were provided different kinds of health services at Phnom Srouch district hospital. Net 1034 cases were seen at the out patients department. A total of 34 patients were admitted in the wards. The number of the patients who attended Emergency services were 16.

Respiratory Tract Infection was the most common disease (26.3%) Nearly 40% of the children had one or other kind of respiratory tract problems. Diarrhehoea was the second most common disease (9.6%) and worm infestation was suspected in 8.9% and mostly affected were females.

Neuro-muscular disorders (Numbness, weakness, pain over the limbs) were quite common among the adults (8.4%) and mostly affected were females.

Only 75 cases were diagnosed as smear positive malaria. This surprisingly reduced number of malaria cases could be a result of strictness on making diagnosis by laboratory report. One other possibility could be the awareness of people for the use of bed nets in the communes created by the health education team.

A total of 792 persons were vaccinated by the vacation team in different communes of the district. Four mobile clinic team made more emphasis on preventive health services.

## HOSPITAL DATE

	Number
1.Vaccination	
CHILDREN	430
ADULT / FEMALE	277
/ MALE	85
2.Emmergency cases	
ADULT	12
CHILDREN	4
3.OPD CONSULTATION	
MALE	120
FEMALE	310
CHILDREN	531
4.Admitted cases	
ADULT	15
CHILDREN	19
5.Minor surgery	
DRESSING	38
SUTURE	5
I&D	4
6.Disease Pattern	
RESPIRATORY TRACT INFECTION	272
DIARRHOEA	100
WORM INFESTATION	92
NEURO MUSCULAR DISORDERS	87
MALARIA (Positive)	75
PMI	73
GYNCCOLOGICAL	53
GASTRO INTESTINAL	48
SKIN INFECTIONS	32
SURGICAL	27
OTHERS (CVS, UTI, Ortho eye, Misk)	175
Total	

## 現地視察報告

本部事務局カンボジア担当 片山 新子

1月31日より約一週間カンボジア・プロジェクト視察に行ってきた。写真をたくさん撮ろうと思っていたのに、今時こんなカメラがあるのか・・・という手動式カメラを持って行き、みんなに笑われた。結果、帰国後現像したもののほとんどはモデルの良さにもかかわらず愚かなデキであった。

今回は初めてのアジアと言うことでちょっぴり興奮。しかも、バンコクからの飛行機の出発時間が遅れ、プノンベン到着が二時間近く延びてしまった。何のインフォメーションもなくプノンベン空港で待って頂いた熊沢さんには迷惑を掛け、岩間氏には「片山さんはアジアが初めてだからタイかどこかで何かあったんじゃないか」という杞憂をさせてしまった。

ちょうど時期を同じく、92年秋より去年10月までAMDAカンボジアでの医療活動に従事して頂いたウィリアム医師が来られていて、お会いすることができた。うわさ通り(?)のスラ〜とした長身で、熊沢さんとの軽妙なユーモアを折混ぜた会話のやり取りが楽しかった。現在、彼にはAMDA-Canadaとして活躍してもらっている。時々Dr. Williamの紹介を受け、カナダやアメリカの医師、医学生からフィールド参加希望の手紙が事務局に届くこともある。

到着して早速、AMDAの事務所でメンバー全員と顔合わせをした。ニュースレター等で「すっかりお馴染みの顔が並んだ」とこちらは思っていたが、カンボジア人スタッフ全員が「意外だ」という顔をして私を見ている。後で、岩間さんが「菅波先生の次にエライ人が本部から来る」という誤報(!)を流していたことが判明。Dr. Mardyは私を見て「Too young !!」とひたすら驚いていたらしい・・・彼はいわゆるシティボーイで「えっ本当にお医者さん??」と思われるほどおしゃれなドクターであった。

(決して医者がおしゃれであってはいけないと言うわけではない・・・)

Dr. Chanthaに関しては、神戸大学の川島先生が惚れた(?)位美しいという前評判を聞いていたが、事実大変魅力的な女医さんである。また帰国後聞いた話では、Dr. Sodyは妊娠中で、Dr. Ly Hourtは婚約中ということだった。(2月28日にご結婚)

昨年10月から4月まで、ネパール支部より強力なメンバーとして加わって頂いたコイララ先生には、若いカンボジア人医師の指導やコーディネーターの相談役として大いに助けられた。プノム・スロイ郡病院では医療設備が少しずつ整ってきているが、彼の発明した煮沸消毒器(なべの周りに小さな穴を開けた)には感心させられた。周りからはコイさんと呼ばれ、一見ニヒルな男前といった感じだがユーモラスで、料理上手な頼れるドクターである。コイさんの後任は同じくAMDAネパールよりナラヤン先生が入られ、ますますネパール・パワーでAMDAカンボジアが成長していくのではないかと楽しみにしている。

さて、現在AMDAカンボジアでは郡病院の支援と精神医療プロジェクトを実施している。精神医療の方は、プロジェクト委員長の桑山医師の指示のもとコーディネーターの岩間氏が調査を行い、カンボジア精神科医ケ・チュム医師の協力を得てプノンベン市

プノム・スロイ郡病院からの  
帰り途中の店で昼食をとる

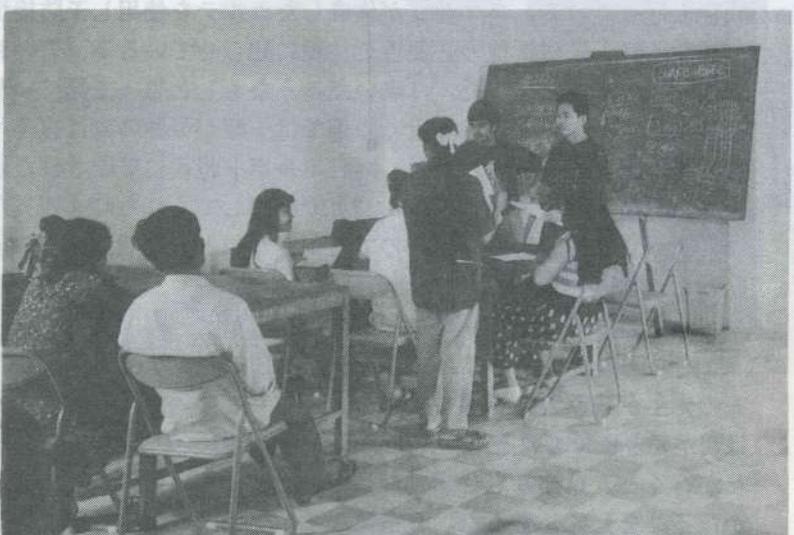
プノム・スロイ郡病院からの  
帰り途中の店で昼食をとる



プノム・スロイ郡病院からの  
帰り途中の店で昼食をとる

プノム・スロイ郡病院のスタッフに  
応急手当について講義する  
Dr. Koirala (黒板の前、左側) と  
通訳する Dr. Mardy (右隣)

プノム・スロイ郡病院のスタッフに  
応急手当について講義する  
Dr. Koirala (黒板の前、左側) と  
通訳する Dr. Mardy (右隣)



プノム・スロイ郡病院のスタッフに  
応急手当について講義する  
Dr. Koirala (黒板の前、左側) と  
通訳する Dr. Mardy (右隣)

プノム・スロイ郡病院のスタッフに  
応急手当について講義する  
Dr. Koirala (黒板の前、左側) と  
通訳する Dr. Mardy (右隣)

プノム・スロイ郡病院のスタッフに  
応急手当について講義する  
Dr. Koirala (黒板の前、左側) と  
通訳する Dr. Mardy (右隣)



プノム・スロイ郡病院のスタッフに  
応急手当について講義する  
Dr. Koirala (黒板の前、左側) と  
通訳する Dr. Mardy (右隣)

内にあるシアヌーク病院に精神科病棟を設置。到着した翌日に岩間さんについて病院長との会合に出席したが、話し合いはクメール語で行われた。岩間氏は通訳なしでも十分な位クメール語が達者で、私はただひたすらホケ〜ッと聞いていた。このプロジェクトの通訳兼アシスタントのヒヤック嬢は親切に病院を案内してまわってくれた。この病院は昨年まで「クメール・ソビエト病院」と呼ばれており、とにかく大きい。が、使用されている病室はわずかであった。

今回の私の視察には熊沢さんに大変骨を折って頂いた。短い滞在期間で有効に回れるよう予定を組んで頂き、またAMDA以外のフィールドの見学なども折り込んでもらった。

#### \*ワクチン接種事業

AMDA地域医療プロジェクトとして、郡病院周辺の村々をプノム・スロイ郡病院ワクチン・チームが週4日訪問。(今年2月より週2回医師1名が同行し診療、保健衛生教育を行っている)ユニセフが作成したカルテを使用し予防接種を行っていく。予め行われる日時、予防接種の必要性を住民に知らせている為、若いお母さんたちに抱かれた子供たちが集まってきた。「痛いだろうなあ」と思って見ていたら、幼い子供は泣いて母親にしがみついている。近くの畑では子豚が母豚の隣に寝そべり、まったく平和で微笑ましい光景である。しかし、同日ボルボト時代に破壊された建物(塀の一部しか残ってないが)がある村を熊沢さんが車で案内してくれた時「残った塀から判断して、かなり大きく立派な建物があったの shouldn't ね」と言う熊沢さんの言葉に、この国の傷跡を見たような気がした。

#### \*ディケアセンター

郡内の国内避難民村でAMDAが運営している幼稚園がある。生徒数12、3名で二人の先生が読み書き指導や絵本を読んだりしている。子供たちの大部分は片親で、日中は親が働きにでていて、先生が爪を切ったり、髪をといたり細々と面倒を見ていた。私が行くと人見知りもせず、むしろ物珍しそうに近づいて来て、筋肉痛になるほど追いかけてこをしてしまった。教室に入ると、黒板の文字を棒で指し指し、読む練習を披露してくれる。帰国後、新しく完成したすべり台やシーソーで遊ぶ子供たちの写真が熊沢さんから届いた。子供たちの喜んでいる顔が目には浮かんでくる。

#### \*他NGOプロジェクト視察

JVCの西愛子さんに案内して頂き、第4孤児院(ローズセンター)を見学。ここは孤児だけに限らず、老人、心身障害者、寡婦の人々が生活している。敷地内の畑では色々な野菜が植えられており、収穫していた大根を頂いた。その他、義足工場、職業訓練センター、アメリカ赤十字などを見学。熊沢さんが「AMDAの本部から担当者が来たので」とアポイントメントを取ってくださり、どの団体も心よく視察の許可と丁寧な説明をしてくださった。本当にありがとうございました。

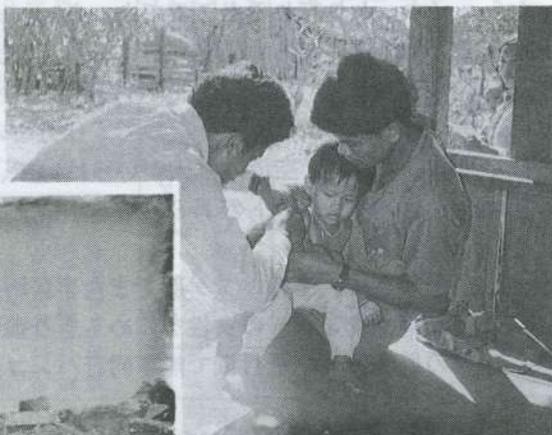
今回、仕事とは関係なくどうしても行きたかった所があった。Tuol Sleng Museum、ボルボト時代の政治犯収容所である。事務所から車ですぐの距離だった為、時間を見て連れて行ってもらった。「Tuol Slengに行く」と言ったら、カンボジア人医師は「とても悲惨な所だ」と渋い顔をしていた。熊沢さんが「でも歴史にこのような事実があった

1994年

ブノム・スロイ郡ワクチン・チーム。AMDAのランドクルーザーの前にて



地元で調達した木材で作ったすべり台で遊ぶ子ども達



ワクチン接種事業

フランスの NGO、SIPAR が運営している図書館から定期的に借りている絵本を読んでもらう子ども達



ということは知っておく必要があるから・・・」私もそう思った。学校が収容所に使われそこで拷問が行われた。教室の真中にベッドが置かれてあり、壁には当時の拷問されている姿の写りがかけられてある。床には黒ずんだシミのようなものがあり、ここだけ本当に時間が止ったかのような気が強くした。私にとって、知らないでいれば知らなくてもいい過去かもしれない。しかし、「カンボジアで起きた問題はカンボジア人だけが引き起こした問題ではなく、世界の人々の問題だ。」岩間さんがミーティングの時に言った言葉が印象的だった。

#### 【おまけの話】

今回の渡航はタイ航空を利用した。プノンベン出発の前日にリコンファームをしに行ったら、(すっかり忘れるところであった) プノンベン～バンコク間がウェイティングになってしまった。まあ大丈夫だろうとバンコク～大阪の便をおさえてもらった。が、翌日さすがに空港へ行く途中で「飛行機乗れなかったらどうしよう」とわめいてしまった。見送りに来た岩間氏は「そうなるも仕方ないだろう」と冷静な表情で、騒ぐ私を無視して運転していた。空港内は人がいっぱい、やっとカウンターに着くと、私の名前はウェイティング・リストの下の方にあり搭乗は不可能に思われた。さて、私はどうなったでしょう。

1. 搭乗できず、そのマヌケ顔でまた事務所にもどった。
2. 何とかカウンターの女性をほめちぎり強引に搭乗リストに移してもらった。
3. 他の航空会社の飛行機で無事同日バンコクに行った。

(正解3)

ちょうどカンボジア航空が出発するところだった。「急げばアレに乗ってもいいよ」と言われ、お別れの挨拶やお礼の言葉もちゃんとできないまま荷物を抱えて出国手続きをし、走って走って何とか乗った。離陸した後で「この飛行機は大丈夫かしら」と思ったがバンコクに着くまでしっかり寝ていた。旅にハプニングはつきもの。今回もしっかりオチがついて、今から思えば楽しい体験であった。



夕食会。手前右より Dr. コイララ、岩間氏、片山、Dr. マーデー

### 日教組の第2次「カンボジア教育支援」

AMDA 事務局で今年よりボランティアとして、ご協力頂いている平松良夫さんです。

## 「戦場の村」に学校贈る



### 真新しい机で久々の勉強 みんなの目が輝いていた

日教組の第2次「カンボジア教育支援」調査団(平松良夫さん含む)が、同国の戦場の村を訪れて学校一棟

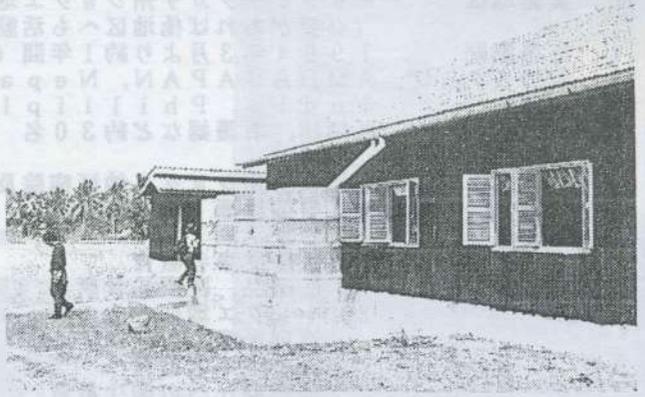


調査団員として参加した平松さんの印象

を贈り、このほど帰国した。平松さんは「子どもたちは神妙で学ぶことに飢えており、日本人が忘れかけている本来の教育の姿を考へさせられた」と話す。

小学校を贈ったのは、バチアン州のクオ村。タイ国境で、最近までポル・ポト派の勢力圏だった。一行は二月中旬、自動小銃を抱え、贈った新校舎は木造平屋の五教室。屋根はレンガ。雨期に飲み水をためるタンクと、トイレも付いていた。隣のトタンぶきの元小学校は戦争で荒れ果て、壁がはがれ、あちこちに「地雷注意」の張り紙があった。

は午前、午後二部制。先ず、賞金が生活費の四分の一なので、半日をアルバイトに費やす。同州をポルト派が完全制圧していた一九七五―七九年、先生の七五%が殺されたという。



日教組が国際連帯カンパで贈った、真新しい小学校

贈呈式の後、政府軍に守られ昨年学校を贈った、さらに奥地の「キロ38村」へ。屋根に大砲を付けた戦車に出くわし、銃弾痕の残る倉庫が幾つも見えた。バチアン市からブノンペンへの帰途は、内務省の「車は危険」という判断で、飛行機に切り替えた。戦闘情勢は刻々と変化しているようだ。平松さんは、民間ボランティアに言われた。「日本の援助は多いが、教育予算に使われる金額は最低。経



拍手で一行を出迎える子どもたち。後ろは戦闘で荒れ果てた小学校。いずれもカンボジア・バチアン州クオ村で、平松さん写す

済進出、利益追従型の援助ではダメだ。カンボジアは相次ぐ戦乱で、十五歳以下の子が人口の四七%（三百九十万）を占める。

## ガザ地区視察報告及び帰還難民緊急救援医療プロジェクト

アジア医師連絡協議会 津 曲 兼 司

国連難民高等弁務官事務所 (UNHCR) の要請を受け、日本のNGOとしてはじめてモザンビークにおける緊急救援医療プロジェクトを施行すべく、3月9日-3月25日の間現地視察および国連機関、政府などと交渉を行った。

1) UNHCRは1994年4月より南アフリカにいる約25万人のモザンビーク難民の帰還計画を開始するが、受け入れ地区となるガザ州の医療など受け入れ準備は遅れており、緊急に整備する必要がある。

2) 特に、難民が集中すると思われるCHOKWE DISTRICTは他のNGOが入っておらず、我々の活動が大きく期待されており、UNHCR、モザンビーク政府は全面的な協力を約束した。

3) 日本のNGOがはじめてモザンビークで活動するというこで、在モザンビーク日本大使館大使中軽米氏も積極的な協力を約束してくれた。

4) 現在、AMDAコーディネーター鈴木やよい氏、医師吉田修氏が現地入りし、着実に準備を進めて入る。また、4月9日より看護婦妹尾美樹氏が現地入りする予定である。

### 実施計画

- a, 実施団体
  - 日本緊急救援NGOグループ (代表菅波茂 事務局AMDA)
  - AMDA
  - 立正佼成会一食平和基金
  - ケアジャパン
  - +地元NGO Community Action
- b, 実施地区
  - モザンビークガザ州ショックエ地区
  - (必要があれば他地区へも活動を広げて行く)
- c, 実施期間
  - 1994年3月より約1年間 (再評価の上延長も考慮)
- d, 参加スタッフ
  - AMDA JAPAN, Nepal, Bangladesh, India, Phillipinesなどより、アジア多国籍医師団、看護婦など約30名
- e, 具体的計画
  - 1) ガザ州ショックエ地区病院及びHealth Post
    - 整備計画
    - 診療活動
    - 医療従事者教育
    - 医薬品、医療器具供与
  - 2) ショックエ地区8つのHealth Postへの巡回医療
    - 巡回医療
    - 医療従事者教育
    - 帰還難民への衛生教育
    - 予防接種など

(補足) Community Actionは本年10月20日からの国際貢献NGOフォーラムに参加予定。

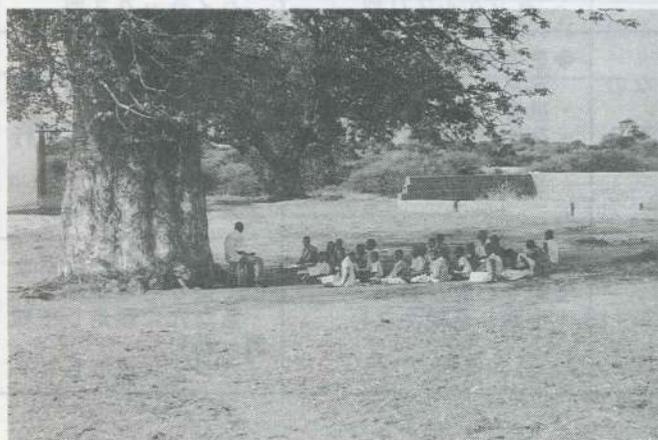


ガザ州内の病院の様子（整形病棟）

薬、その他の棚



ガザ州内の子供達の授業風景



# AMDA

## テクニカルアドバイジング

### レポート

AMDA 日本支部 桑山紀彦

はじめに

AMDAがアジア地域のみならずアフリカ地域も含めて、今後世界的に活動を展開していくにあたって、AMDAそのものの基盤整備をしていく必要があると思われる。それはスタッフの安全確保、より効率的なプロジェクト運営のためのインフラ整備、精神的ストレスのない職場環境の確保などを目的としている。

今回はソマリアとカンボジアを例にとってその技術的助言を試みた。

#### ◆ 移動 (Transportation)

##### ① ガソリンかディーゼルか

	ディーゼル推奨理由	ガソリン推奨理由
特 徴	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 第3世界ではガソリンよりも混入物が少ない</li> <li>・ フィルターが目詰まりしにくい</li> <li>・ 手に入りやすい</li> <li>・ エンジンオイルの交換がガソリンより頻繁でない</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 加速がよい</li> <li>・ 街中でも簡単に手にはいる (カンボジア)</li> </ul>

##### ② 車の種類

	ランクル80型	ランクル70型	ハイラックス型
◆ 応用方面	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 長距離巡航型</li> <li>・ コイルスプリングなので乗り心地がよい</li> <li>・ 乗車定員が最大で10人程度まで増やせる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 患者搬送型</li> <li>◆ 資材搬送型</li> <li>・ 患者が寝て運べる</li> <li>・ 荷物が多く運べる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 地域巡回型</li> <li>・ 単独での地域周りに適している</li> <li>・ 細い道でも入って行ける</li> <li>・ 手入れが簡単 (パジェロはこちら)</li> </ul>
長 所			
短 所	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 小回りが効かない</li> <li>・ 燃費が悪い</li> <li>・ 足まわりが傷み易い</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ リーフスプリングなので乗り心地が悪い</li> <li>・ 小回りが効かない</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ リーフスプリングなので乗り心地が固い</li> <li>・ 急な穴に跳走して転倒し易い (パジェロはこちら)</li> </ul>

③ 装備

	カンボジア	ソマリア
電動ウインチ	絶対必要 (雨期にスタックするため)	余り必要ではない (滅多にスタックしない)
サブタンク	余り必要ではない (給油所が至るところにある)	絶対必要 (給油施設がないまま長距離走る場合がある)
ハンドル	絶対左 (右側通行: 追い越し時のストレスが大きい)	左を奨める (右側通行: 時折追い越すため)
スペアタイヤ	1本で十分 (道の脇に修理屋がたくさんある)	2、3本は必要 (修理するところは全くといっていいほどない)
エアフィルタ	Aピラー型 (屋根に吸入口がついている: 雨期に河に入っても大丈夫)	通常型 (滅多に水を吸い込むことはない)
定期点検	必要: 特に足まわりと水まわり (湿気と酷使によるラジエター系の破損)	絶対必要: 特に足まわり、各ジョイント部分 (細かい砂による被害)

④ ドライバーに求めるもの

	カンボジア	ソマリア
1. 事故の種類	対人事故の危険性が高い	対物、自損事故の可能性が高い
2. パンク修理技術	余り必要ではない (仮にパンクしても修理するところはたくさん周囲にある)	絶対必要 (パンクすると自力で直すしか方法がなかったりする)
3. マシントラブル	スタックしたときの脱出技術は絶対必要 (4輪駆動の扱い方の習熟)	エンジントラブルに対する習熟が必要 (ダストによるエンストが高頻度で考えられる)
4. 望ましい運転性格	人に対して乱暴でない性格	車の限界性能をよく知っていることが必要

◆ 無線 (Radio System)

	カンボジア		ジブチ	
	市内	郊外	市内	郊外
1. 型	H Fシステム (ビルが多く、障 害が起き易い)	H Fシステム (かなりの高出力 70km以上)	F M波(手軽な14 4MHzで十分)	H Fシステム (かなりの高出 力、100km以上)
2. 出力	100Wクラス	500~1kWク ラス	5~10Wクラス	1kWクラス以 上
3. 車載の必要 性	ハンディが最適	車載の必要あり	ハンディで十分	車載し、高感度 アンテナを屋根 に延ばす必要が ある
4. 事務所の状 況	いつも聞こえる場 所にスピーカーを 設置 ハンディは2セッ ト以上必要	誰かが待機してい ないと意味がない	ハンディを持ち歩 くことが有効	高感度アンテナ を事務所に挙げ 、スピーカーで 誰かが聞ける状 況を作る必要が ある
5. 全般的必要 度	治安の悪化に際してのみ必要。それ以 外はパターン化した日常生活のため必 要ないと思われる 電話もある程度有効に働いている(停 電を除けば)		治安状況に関係なくスタッフの移動 に関わる安全確保のために日常的に 絶対必要 キャンプとその移動途中での事故処 理に効果を発揮するはず	

◆ 電気 (Electricity)

	カンボジア	ジブチ
1. ボルト	220V(変圧器必要)	220V(変圧器必要)
2. Hz	50(日本の60Hzも使用可能)	50(60Hzも使用可能)
3. コンバーター (変圧器)	日本の旅行用は耐久性において使用 不可能 現地での購入を奨める	日本の旅行用は使用不可能 現地での購入、あるいはバンコク での購入を奨める
4. スタビライザー (電圧安定器)	絶対必要 (停電が頻繁な国では、電力が回復 したときに一瞬過剰電流が流れる。 その時に安定器が必要となる)	ほとんど必要ではない (停電は減少にないので、瞬時の 過剰電流は流れない)
5. ジェネレーター (発電器)	絶対必要 (エアコンを回すには1器につき 1,500Wが必要と覚える:3器なら 4,500W用の発電器を購入すべき)	ほとんど必要ない

◆ 通信 (Trans-communication)

- ① FAXによる直接の通信・・・数回呼び出しの自動切り替え式FAXが望ましい
- ↓
- ② FAXモデムによる通信・・・a) プリントアウトする手間を省く。業務連絡のフロッピー管理を可能にする  
b) 多少送信時間が短くなりコストダウンにつながる
- ↓
- ③ パソコン通信・・・NIFTY-Serveを使った通信  
a) 相手が停電多発地帯であると使用しにくいという弱点がある

◆ 日常生活 (Accomodation)

	カンボジア	ジブチ
1. ダスト	深刻な問題(コンピューターやFAXの故障は大抵がこのダスト)	カンボジアほどではないが甘くはみれないレベル
2. 電気	頻繁の停電 発電機の整備が必要であるが、夜は近隣への迷惑を考え使えない 4、5月の熱波をどう乗り切るかが問題	特に意識することも無いほどに快適 使いすぎに注意
3. 水	ペットボトルの中にも大腸菌が検出される(日本大使館調べ)と聞いているので必ず煮沸した後の水を使うことが望ましい	フィルターを通した水を飲用している 夏期には煮沸が望ましい
4. 食事の提供、衣服の洗濯	メイドさんに依頼(その方が効率が良い)	メイドさんに依頼
5. エアコン	4月から8、9月までは絶対に必要 夜間の寝不足は業務に響く	6月から9月頃までは絶対に必要
6. 蚊対策	蚊帳の使用。蚊取線香の使用	蚊帳の使用。殺虫剤の使用
7. シャワー	人によるが水でも過ごせる	1月から3月までの水は冷たくて辛い(出来れば瞬間湯沸かし器を)
8. 休日	ビジターにもその由告げて極力休むようにする 車を皆運転するので、車の使用は自由とする	ビジターが来ると休日が乱れる傾向 車を運転する人が少ないのでどうしても籠もりがちになる

# 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/%)

地域	国	91年度												92年度												93年度	開設-累計
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		
東アジア	中国	129	157	14	6	9	7	8	4	8	12	10	11	18	18	15	130	416									
	日本	24	16	0	0	0	1	0	1	2	3	5	9	9	13	43	83										
	韓国	16	42	6	4	3	3	9	7	3	5	13	6	9	0	68	126										
	モンゴル	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1										
東アジア小計		169	215	20	10	12	9	13	16	17	18	29	34	39	28	242	626										
東南アジア	フィリピン	65	86	10	16	12	1	10	12	10	16	16	7	13	9	14	145	296									
	タイ	17	13	1	2	1	2	1	0	3	0	3	0	0	0	12	42										
	マレーシア	5	15	3	5	2	3	6	5	3	5	4	6	0	8	50	70										
	シンガポール	5	5	1	3	0	4	0	0	0	2	2	1	0	0	13	23										
	ミャンマー	5	5	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	3	0	6	16										
	香港	5	8	0	0	0	0	0	0	2	1	1	1	0	0	5	18										
	インドネシア	2	3	2	0	0	1	0	2	0	1	0	0	0	0	6	11										
	ベトナム	1	3	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	2	6										
	ブルネイ	1	2	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	3	6										
	東南アジア小計	106	140	17	28	16	23	20	17	21	28	14	26	9	24	243	489										
南アジア	パキスタン	39	12	2	1	5	0	2	2	1	2	2	0	0	1	18	69										
	バングラデシュ	40	28	4	8	3	1	3	2	1	2	1	1	1	2	29	97										
	スリランカ	30	14	0	4	2	3	4	1	1	1	4	1	1	2	24	68										
	インド	11	15	1	1	2	1	1	1	2	0	1	1	0	1	12	38										
	ネパール	6	6	0	0	2	1	3	1	0	0	1	0	0	1	9	21										
南アジア小計	126	76	7	14	14	6	13	7	5	5	9	3	2	7	92	294											
北米	アメリカ	287	376	33	20	21	34	30	40	4	16	20	19	31	19	25	308	971									
	カナダ	58	64	4	2	6	5	2	4	4	1	1	2	3	0	34	158										
北米小計	345	440	37	22	27	39	32	44	20	21	20	33	22	25	342	1,127											
西欧	イギリス	36	70	9	4	7	10	7	7	4	3	4	10	6	1	72	178										
	フランス	9	14	1	1	0	0	0	2	2	2	3	0	2	4	17	40										
	ドイツ	12	12	2	0	1	4	0	0	0	1	2	2	0	0	12	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	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	4	22										
	オランダ	5	2	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	3	10										
	オランダ	4	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	7	7										
	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	1	1									
	フィンランド	2	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	1									
	ポルトガル	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1									
	ノルウェー	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	5									
デンマーク	0	3	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0										
西欧小計	93	126	14	9	13	16	9	10	8	9	11	12	10	7	128	347											
東欧	ロシア	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	3	6										
	チェコスロバキア	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1										
ポーランド	1	4	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	7											
東欧小計	4	5	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	5	14											
中南米	ブラジル	44	74	7	5	7	10	6	7	3	2	22	33	13	20	135	253										
	ペルー	40	99	9	9	10	8	13	7	9	12	12	20	12	8	129	268										
	アルゼンチン	10	8	1	0	1	0	4	0	1	0	1	1	0	1	10	28										
	コロンビア	4	6	0	0	1	2	0	1	2	3	1	2	2	0	14	24										
	ボリビア	5	3	1	0	1	0	3	0	1	2	0	2	2	0	12	20										
	メキシコ	3	6	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	3	12										
	バハマ	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	1	0	0	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	0	0	1										
	ハイチ	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1										
	パラグアイ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	2	4										
	ジャマイカ	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3										
	パナマ	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	3										
コスタリカ	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	2	3											
エルサルヴァドル	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2											
ホンジュラス	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1											
ベネズエラ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	2	2											
中南米小計	112	209	19	14	21	21	28	16	16	22	38	61	29	32	317	638											
豪州	オーストラリア	41	67	9	2	1	4	4	8	2	5	5	1	1	1	43	151										
	ニュージーランド	5	13	1	2	2	0	1	0	0	0	2	0	1	1	10	28										
	オセアニア小計	46	80	10	4	3	4	5	8	2	5	7	1	2	2	53	179										
アフリカ	ガーナ	12	3	1	0	1	0	1	1	2	0	1	0	0	1	8	23										
	ナイジェリア	11	7	0	5	1	1	1	1	1	0	2	0	1	1	15	33										
	マダガスカル	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1										
	カメルーン	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1										
	チャド	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1										
	ジンバブワ	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2										
	リベリア	1	1	0	0	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	0	0	2										
	ケニア	1	1	0	0	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	0	0	1										
	モーリシャス	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1										
	セネガル	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1										
	南アフリカ	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1										
	アフリカ小計	32	15	2	5	2	2	2	2	3	0	3	1	2	2	26	73										
中近東	イラン	13	17	3	2	3	2	5	8	5	1	6	2	5	9	51	81										
	イスラエル	9	7	0	0	1	3	0	0	0	1	1	0	0	0	6	22										
	トルコ	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2	0	0	3	5										
	アラブ首長国連邦	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1										
	モロッコ	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1										
	オマーン	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1										
サウジアラビア	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1											
レバノン	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1											
中近東小計	24	27	4	3	5	5	5	9	5	2	9	2	5	9	63	114											
不明	47	131	37	22	22	24	22	24	28	47	22	31	24	25	328	506											
合計	1,104	1,464	168	131	135	149	150	153	125	157	162	205	141	163	1,839	4,407											

1. 外国人相談者居住地域

	3月	累計			
東京	57 (35.0%)	2354 (53.4%)	他県	19 (11.7%)	447 (10.1)
神奈川	19 (11.7%)	484 (11.0%)	不明	46 (28.2%)	532 (12.1)
埼玉	15 (9.2%)	330 (7.5%)	合計	163	4407 (100%)
千葉	7 (4.3%)	260 (5.9%)			

2. 相談内容 (複数回答)

	3月
(1) 言葉の通じる病院の紹介	84 (43.5%)
(2) 病気・医療についての情報 (病気の不安含む)	34 (17.6%)
(3) 医療機関紹介(言葉の問題以外)	31 (16.1%)
(4) 医療制度・福祉制度相談 (保険制度など)	14 (7.3%)
(5) 治療費の問題・トラブル	10 (5.2%)
(6) 渡航時予防接種	5 (2.6%)
(7) 言葉の問題のみ	7 (3.6%)
(8) HIV関連	2 (1.0%)
(9) その他	6 (3.1%)
合計	193 (100%)

3. 他機関からの相談件数(機関別)

(1) 病院	4	(2) 公的機関(大使館・自治体等)	6
(3) マスメディア	4	(4) NGO	6
(5) そのほか	5	(6) 企業	0
合計		合計	25

4. 他機関からの相談・問い合わせ内容(複数回答)

(1) 通訳・言葉	2	(2) 医療機関紹介	2
(3) HIV関連	3	(4) AMDA本部について	2
(5) 活動内容	16	(6) そのほか	8

<センター活動報告>

1. 協力医との懇親会を開く

3月13日に、日頃からご協力いただいている先生方をお招きし、センターの通訳者を交えて懇親会を行いました。当センターは現在77名の登録医師(北海道から沖縄まで)を始めとする多くの先生方に支えられています。しかし普段なかなかお会いする機会がありません。そこでもっと顔の見える関係を築き、先生方との交流を深めたい、ということから今回の懇親会を開きました。

当日はお休みの中、東京都内および近郊から先生14名と当センターの通訳者30名の出席があり、リラックスした国際色豊かな雰囲気の中で2時間が過ぎました。先生方からは自己紹介を含め、抱負や夢など有意義なお話を聞かせていただき、たいへん勉強になると同時に心強く感じました。また、懇親会の後はセンターの見学をしていただき、どのような形で情報提供をしているのかを見ていただきました。今後も定期的に先生方との話合いの機会を設けられればと思っております。よろしくごお願い申し上げます。

## ■センター関西 相談等受付状況

1994年3月

## 1. 国別件数

中国	3 (5.2%)	日本	5 (8.6%)	バハマ	1 (1.7%)
韓国	2 (3.4%)	フランス	1 (1.7%)	オーストラリア	3 (5.2%)
ネパール	1 (1.7%)	カナダ	2 (3.4%)	ニュージーランド	3 (5.2%)
フィリピン	1 (1.7%)	アメリカ	10 (17.2%)	不明	2 (3.4%)
バングラディッシュ	1 (1.7%)	ブラジル	11 (19.0%)		
ベトナム	1 (1.7%)	ペルー	11 (19.0%)	合計	58 (100%)

## 2. 外国人相談者居住地域

大阪	32 (55.2%)	奈良	3 (5.2%)	静岡	2 (3.4%)
京都	3 (5.2%)	和歌山	1 (1.7%)	東京	1 (1.7%)
兵庫	7 (12.1%)	三重	1 (1.7%)	神奈川	1 (1.7%)
滋賀	3 (5.2%)	岐阜	1 (1.7%)	不明	3 (5.2%)
				合計	58 (100%)

## 3. 相談内容(複数回答)

言葉の通じる病院の紹介	26 (36.1%)	予防接種	1 (1.4%)
外国で診療経験の ある医師の紹介	3 (4.2%)	治療費の問題	3 (4.2%)
病気・医療についての情報	4 (5.6%)	薬について	1 (1.4%)
医療機関紹介	7 (9.7%)	苦情	1 (1.4%)
医療制度・福祉制度相談	6 (8.3%)	HIV検査	3 (4.2%)
言葉の問題	13 (18.1%)	その他	4 (5.6%)
		合計	72 (100%)

## 4. 他機関等からの相談

NGO	3	公的機関	3
マスメディア	2	その他	1
企業	1	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	6	その他	5
取材	2	合計	13

## 6. ボランティアの問い合わせ

タイ語	2	ポルトガル語	1	合計	3
-----	---	--------	---	----	---

## \*\*センター関西活動報告\*\*

1. 明治生命厚生事業団の第一回「健康文化」研究助成に、「在日外国人の医療をめぐる葛藤と相互理解への試み」というテーマで宮地尚子代表ら5名が応募し入選。  
贈呈式 3月18日 於明治生命本社(代理出席:横山)
2. 日本国際保健医療学会関西地方会(3月19日 於大阪大学医学部)  
センター関西活動報告 発表者:毛利一平
3. とよなか国際交流協会主催のUNHCR展「難民ってだれ」(3月26日~3月31日)の情報コーナーに協賛NGOとして参加。
4. センター関西メンバーによるミーティング(3月12日)

## 日系人労働者と保険

庵原典子（センター関西非常勤）

ここ数年、外国人の医療費支払に関する問題が何度かクローズアップされてきました。保険に加入できないことによる医療費の不払い。それに伴う病院経営の苦しさや診療拒否等々。

その中であって南米から来ている日系人労働者たちは一見恵まれており、問題はあまりないように思われます。合法的に、活動に制限のない在留資格（定住ビザ）が取得できるので、健康保険（以下社会的通称である社会保険と表記する）あるいは国民健康保険のいずれかには加入できるのです。しかし、月々の保険料支払を負担に感じて加入を拒む人が少なくありません。

加入しない理由としてまずあげられるのは、彼等のものの考え方ではないでしょうか。そのとき一番したいこと（例えば、少しでも多く本国へ送金すること）をする。何か起こる前に、あらかじめ手を打っておくなどというのは、何も起こらなかつたら損になってしまうと言うのをよく聞きます。

次に考えられるのは、現行の社会保険料支払い方法に問題があるということです。厚生年金と抱き合わせて支払わなければならないため、日本に永住するつもりがない人にとっては年金分が無駄な出費となります。それなら社会保険には入るのはやめよう、となってしまうわけです。

多くの日系人たちが、その存在が違法であるはずの派遣会社を仲介にして働いています。日系人専門の派遣会社は、日本語を覚えるのもはやい優秀な日系人をスタッフとして取り込み、ツボを得た方法で管理してゆきます。これは三つめの理由にもつながっています。終身雇用の考えを持たない日系人たちは、少しでも給料のよい職場に空きがあると、そこへ次々と転職していきます。給料に関しては、私たちに想像もできないほどオープンで、挨拶のあとに続く会話のはじまりはその金額です。妙なプライドから自分がいかに高給取りかをアピールするため、手取りでなく手当を含んだ額面を披露しあいます。これは雇用主側の手口でもあり、できるだけ給料を高く設定し、そこから住居費、光熱費、布団代、日本語研修費などの名目で差し引いて、ひどい場合手取りは2万円もなかったと聞いたことがあります。この見せかけの高給が2年目以降の国民健康保険料算定にひびいてくるのです。月々の高額な支払は保険加入意欲をなくさせるのに充分ではないでしょうか。

男女共に危険をともなう建設現場や工場での労働に従事しているため、事故にあう頻度が高く、また異国での生活によるストレスから胃腸や精神的な問題をかかえている人も多くいます。受け手としての日本側の対応の整備も当然されなければなりません。日系人側にも保険加入の必要性、当然の権利としての社会保険加入を、よく知って理解してもらう方法があればと考えています。



# 岩・手・だ・よ・り ————— 岩井くに

## 広田の生活 (4) —ねごかしてけらっせー

昨今、我ら医療業界では「インフォームドコンセント」という言葉が流行しています。日本語では「説明の上の同意」とでも言いましょうか、実にもっともなことなのですが、ここではそれが一筋縄ではいかないのです。

広田診療所の第1日目「どうなさいましたか？」と何回聞いても鳩が豆鉄砲を食らったような顔をしていた男性が、ナースが一言「おんつあん、なしたの！（おじさん、どうしたの）」と言ったとたん堰を切ったように症状を訴え出したときの驚き！今でもはっきり覚えています。（蛇足ですが、広田語では子供を生むことも「なす」と言います。しかし、この場合「おんつあん」が子供を「なす」とは考えにくいので、「おじさん、どうしたの」が正解です。）聞けばここでは標準日本語は、お年寄りにはほとんど通じないとか。その日から、ナースを通訳に広田語との悪戦苦闘の日々が始まり、とうとうたまりかねて作ったのが私家版広田語辞典。おかげで地域の人々に「説明がよくわかる。」と好評で、今や座右の書となりました。広田に赴任して2年がたとうとしています。聞けば聞くほど広田語は奥が深く、今でも新出単語が次々出てきます。なかには90を過ぎた人しか使わないのがありますが、その患者さんにはその単語でないと通じないので、おろそかにはできません。

言葉をめぐる笑話も数々ありますが、何といっても多いのは「ねご（ニャンコ）」と「ねご（作業用一輪車）」の取り違い。「ねご貸して。」と言われて「ねご（ニャンコ）」を持って行き、ごせやがれた（怒られた）旅の人（よそから来た人）は一人二人ではないそうです。発音もまったく同じこの2語を広田の人がなぜ間違えないのか聞いたところ、返ってきた答えは「ねご（ニャンコ）は貸し借りをしない」。この明快な広田の常識の前に、私は一言も返せなかったのです。

もう数ページになってしまった辞書を見ていると、広田によそから来る人が多くないのは言葉の障壁のためもあるのかな、と思ってしまう今日この頃です。

さて、もう皆さんおわかりのとおり、タイトルの言葉は「（作業用の）一輪車を貸してください。」という広田語の重要文例なのです。

ところで、私は6月から母校、自治医科大学の地域医療学講座へ戻ることになりました。「地域医療？何するところ？」とおっしゃる方のあるようですので、一段落しましたら、「地域医療、何するところ？」をお送りします。

— 広田語辞典 (抜粋) —

医療用語編

広田語	標準日本語
あんばい	具合
おゆがまかる	破水する
かかり	脳卒中発作
かくらん	熱中症
がっこなし	分娩
けえな	腕
けんべき	肩甲部
こうやく	湿布
こんび	垢
しけつ	便秘
しばこすじ	下肢静脈瘤
しほりだし	チューブ入塗り薬
しゃっくり	1. くしゃみ 2. しゃっくり
すずすんだ	皮下出血で皮膚が青く
そらて	腱鞘炎 「なること
つづらご	带状疱疹
ねごも	皮下膿瘍
ねつがさ	口唇ヘルペス
はさく	渴く
ひぐる	(目を) 閉じる
ふんまぐりがえし	捻挫
へんしょく	嘔吐
ほっばれ (かぜ)	流行性耳下腺炎
やげ	熱傷
やげになる	やけどする
ゆきやけ	しもやけ

有害生物編

かが	蚊
かきむし	イラガの幼虫
かぜ	ウニ (刺されると腫れる)
くじへび	マムシ
すがり	蜂
としべ	アブ

家族関係編

広田語	標準日本語
あんね	おねえさん
あんちゃん	おにいさん
いえむすめ	跡取りの娘
おっびさん	曾祖母
おっびじいさん	曾祖父
おんつあん	壮年中年男性
おんばあ	壮年中年女性
かあちゃん	既婚女性
かどぐ	家督
じっち	おじいさん
ぼっば	おばあさん
べっか	分家

間違っちゃだめよ編

( ) 標準日本語

ねご	—	ねご
(猫)	—	(作業用一輪車)
はしる	—	はねる
(すべる)	—	(走る)
はしり	—	なわ
(ロープ)	—	(はえ縄漁)
まま	—	まんま
(土手)	—	(ごはん)
		などなど





Harvard大学創立者、John Harvardの銅像

はその格差を更に拡げています。需要に応じ、年々AMDAのプロシクトは拡大し、社会的責任も増えてきました。私自身、フィールドで国連機関や西洋のNGOと仕事をするようになり、一臨床医、一ボランティアでは太刀打ちできなくなりました。しっかりと国際保健医療に関する知識・技術を身につける必要性を感じ、3-4年前から真剣に留学を考えるようになりました。

AMDAの会員の中からすでに7名ほどがアメリカ、イギリス、タイなどに大学院留学をしました。100年以上の歴史を持ち、アフリカの保健医療に強いイギリスのLondon大学、Liverpool大学、国際的地域医療学の実践を目指すベルギーのAntwerp大学、アジアの保健医療の向上のための実践的なTrainingを行うタイのMahidol大学など私も選択に迷いましたが、結局、この分野でも主導的な立場にあり、時折、我々東洋人には理解し難い哲学で現地の多大人々の将来を決めてしまっアメリカを選びました。国際保健が盛んな7つの大学から願書を取り寄せ、最終的に、学際的で政策・マネジメントに強いと聞いていたHar-

vardを選挙いたしました。

## Harvard現実

期待に胸を膨らませ、過ごした初めての3ヶ月間は、あまりにも失望させられるものでした。大学レベルの教養ならまだしも、大学院として目的意識を持ってきている人々には意味があるのだろうか、という講義を必修として取らねばならず、かなりの時間を費やされました。International Healthとして期待して選択した講義も概念的で、自分にとって真新しいものはほとんどありませんでした。

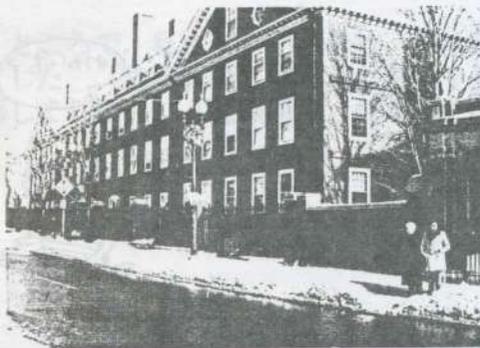
しかし、大学院生活6ヶ月目を迎えようとしている今、当地での勉強を振り返ってみると、期待していたものとは違った形で知識・技術が身に付いていることに気がきました。

私が選択した熱帯における感染症のマネジメントの講義を例に挙げると、HIVからYellow Feverまで各種感染症を取り上げ、様々な国のケースが提示されます。たとえば、Zambiaの交通も不便な山岳地帯の村で原因不明の感染症の蔓延に対し、少ない人材、予算、器材でいかなるアプローチをすべきか、医学的、社会的、経済的、倫理的見地から検討してグループが発表するのです。WHO、UNICEF、USAIDなどのProjectを通じて現地経験豊かな講師陣が多いので、ケースに関する実際の政策決定過程、結果、評価などを提示することもあり、大変よい訓練になっていました。

グループ単位に割り当てられた討論、発表、論文などは、グループメンバー各々の知識・経験の交換と性格・信条の衝突などがあり、得るものとはとても大きかったようです。私が所属していたスタディグループのひとつは、Oxford大学医学部をトップで卒業し、OXFAMという民間団体を通じて国際経験も豊かなイギリス人女医と、USAR-

my's Disaster Management Specialistチームアメリカ国内はもとより海外の災害救援の経験豊富なアメリカ人というメンバーでしたが、講義自体より彼らの経験から得るもののほうが多かったです。国際的な保健政策決定の場では、生粋の医学だけでなく、多分野にわたる知識・経験・信条と、相手を納得させるだけの理論的根拠・交渉術などが必要になります。このようなグループワークもよい訓練になっていたようです。

あとわずかの期間しか私はこの地にいられません。大学院での学び以上に、世界50ヶ国以上の国々から来ている学生との友情を大切にしていきたいと思っています。すでに、国際的なネットワークを作ろうと数ヶ国の友人と相談していますが、国際保健医療協力とは、自立のための援助・支援であり、各国に人材が育つことが最も重要です。私はこの地でもう少し、今後、日本が世界の中心でいかなる役割を果たさなくてはならないのかをじっくり考えてみたいと思います。



Harvard大学メインキャンパス、Harvardヤード

Harvard University School of Public Health

◆留学生◆

ルー・エッセイ 第3回

本連載は、Harvard University School of Public Health 様々な目的で留学中の日本人医師たちによるルー・エッセイである。なぜ留学したのか、何を学んでいるのか、将来は何をしようとしているのか…。彼らが学ぶプログラム、キャンパスと共に紹介する。

# 国際協力を通じて、日本の果たすべき役割を考えたい



著者と家族

## 国井 修

くにおさむ/1962年栃木県生、88年自治医科大学卒。同大学附属病院、済生会宇都宮病院、栃木県栗山診療所を経て、現在ハーバード大学公衆衛生大学院留学中。現在、アジア医師連絡協議会副代表。在日外国人の医療ネットワーク、栃木県インターナショナル・ライフライン代表。

### はじめに

アメリカに来る前、自治医科大学出身である私は、日光国立公園の中にある人口2800人の山村の診療所で働いていました。温泉豊富で、鹿鍋熊鍋、岩魚の塩焼が美味く、山肌を鮮やかに彩る紅葉、それを背にして落下する滝はまさに絶景でしたが、東京の千鳥ヶ淵に桜が咲く頃に窓の外はまだ銀世界という気候にはなんとも閉口していました。

しかし、Bostonの寒さは、そんな村の冬が可愛らしく思えるほど厳しいものがあります。昨年以上の大雪波とあって、ガンジス河と同じくらい広いチャールズ河は完璧に凍りつき、交通も一時的に麻痺し、凍死者も出たほどです。このような環境では勉強しきれないので、HarvardやMIT（マサチューセッツ工科大学）などノーベル賞が出たの大学の他、60以上の大学が林立するAcademy Streetとなったのでしょうか。

さて、私は卒後5年間、内科医として大病院、市中の総合病院、僻地診療所と廻り、現在、Harvard University School of Public Health (以下HSPH)の修士課程にいます。現在、10人以上の日本人が当地で勉強しており、その一部がルー・エッセイとしてHSPHの紹介をすることになっていきます。今回私は、どうして自分がHSPHを選んだのかを中心に綴っていき、同じような考え方をお持ちの方に少しでも参考になればと思っています。

### アメリカ留学の動機

私の留学目的は「International Health」(国際保健)を学ぶことです。この分野は日本ではまだまだまとまった学問にはなっておらず、よっやく数年

前、東京大学に「国際保健」を標榜した大学院ができたばかりです。

International Healthとは「世界の人人々に公平に与えられている環境、保健、医療を検討し、いかにすべての人々が平等によりよい健康を得られるかを追究する学問」と私なりに定義しています。これでは、あまりにも漠然としています。実際に世界の人口問題、栄養、貧困、地球環境、熱帯病、HIV、都市化、過疎化、難民など、「健康の不平等」に関与するすべての分野を含んでいます。これらを別々に取り扱う学問はありませんが、国際的な視野でこれらを学際的に取り扱う学問は今までにはありませんでした。

私は、第三世界への医療協力に学生時代から関心を持ち、この10年間というものはアジア・アフリカに入り浸っていました。しかし、その意識については年々変遷していったように思います。

私は大学卒業後、AMDA (アジア医師連絡協議会) という国際医療救済団体に入会しました。これは、アジア10ヶ国以上の医師が中心となり、自然災害や戦争、迫害による難民・被災民への緊急医療救済や都市・農村の保健医療向上への支援を実施している民間団体です。現在、カンボジア、タイ、バングラデシュ、ネパール、インド、ソマリア、ジブチなどにプロジェクトを持っており、日本に本部があります(☎086-1284-17730)。日本国内のプロジェクトとして、外国人への医療情報サービスも行っています。

私はこれらプロジェクトの調整・評価のため、年間1~2回ほどは海外を訪れますが、もはやボランティアという生易しい気持ちでは参加できなくなってきました。というのも、世界はめまぐるしく変化し、自然災害、内戦、紛争、環境破壊などによる難民・被災民は増え、「健康の不平等」

## AMDAへのメッセージ

岡山市立中山小学校の生徒さんから  
「友情募金」を頂きました。

- ◇ 私は先生が  
「今年から、バングラディッシュじゃなくて、AMDAに友情募金を送る。」  
と言われるのを聞いて、AMDAなどどんなところだろうと思いました。でも、今日の話聞いて、AMDAとは、バングラディッシュなどの国を助ける会なんだとしました。いろいろな国の人を守るために、いろいろな人ががんばっているんだと思いました。こおいう人たちを、少しでも助けていくために、私たちは卒業してしまうけど、下級生などにがんばって行ってもらいたいです。
- ◇ AMDA（アジア医師連絡協議会）の先生が来てAMDAの活動内容を話してくれました。  
4校時が終わってすぐ、わたしたち運営は体育館へ行って田代さんのお母さんといっしょに5校時めの準備をしました。  
そして5校時め。AMDAの先生をむかえて説明会が始まりました。始めに、この1年間で集めたお金をAMDAの方へわたしました。5、6年の前へ出てわたすのはとてもはずかしくて、つまりながらでしか言葉がいえませんでした。その後AMDAについていろいろと聞きました。  
参加国は15カ国で、きん急時に対応できるようになっているそうです。  
この説明会でわたしは、友情募金などわたしたちにできることで困っている多くの人たちをすくうことができるのなら、それはすごく気持ちのよいことだと思いました。私たちにできることならせっせよく的にとりくんで協力していきたいと思いました。
- ◇ 今日、AMDAについての説明があった。  
AMDAには15カ国がさんかして、それぞれの人がそれぞれの国にいて、うしろに写真がかざってあった。病人がかごではこぼれているのや地雷で足がなくなった写真などたくさんあった。世界にはいろんな大変な人がたくさんいるんだと思った。ソマリアやサウジアラビアたくさんの国々でいろいろお世話するのは、とても大変だと思うけどその仕事をしているから、人のじゅみょうが少し延びたりするんだらう。ぼくたちがいっしょうけんめい集めた友情募金がAMDAの人が有こうに使ってくれるんだから、いっしょうけんめい集めたかいがあったと思う。これからはまだば金を集めて、まずしい国のしせつやかん境などをつくってあげたりしてあげたら大変いいと思った。
- ◇ 私は、「毎月20日と21日に友情募金をする」というのでただピロティーに立って、  
「友情募金をよろしく願います」  
と言っていただけでした。だからもちろん、

「このお金はどこに運ばれるんだろう」  
 「どんなことに使われるのだろう」  
 ということには、興味がありませんでした。また今日、「AMD  
 Aのことを説明してくださる」というのも何日か前から知って  
 いました。でも別になんとも思っていないませんでした。けれど準備に  
 行ったとき、ちらっと写真を見たらいかにも「難民」という感じ  
 の子供達の顔が目飛びこんできました。私はもう、この写真を見  
 たときから、

「ああ、この人たちの（子供たち）ために、友情募金は使われて  
 いるんだな。」

とだいたいの見当がつかしました。

代表で委員長の浦矢さんがお金を手わたしたときに、私は、  
 「できれば校内の先生方や児童みんなでわたしたいな」と思いま  
 した。友情募金は、全校の人たちによって成り立っているもので  
 あり、あくまで私たち運営委員会はそのちゅうしんにあるものな  
 のだと考えたからです。そのみんなでためたお金の中には、「私  
 の今月のおこずかいだった」というお金や、「お年玉の中から持  
 って来たんだ。」というお金もあったと思います。私も募金はし  
 たけれど、習字道具の中にたまたま入っていたお金だったり、買  
 い物をしたときのおつりだったり…と、あまり心のこもってない  
 ものばかりでした。だから、金額は関係なく、おこずかいなど  
 の中から持ってきた人に、私はすばらしい拍手をおくりたいです。  
 そしていろんな人からあつまったこのお金を、できるだけ早く何  
 かの役に立ててほしいです。そして、このお金で幸せにくらせる  
 国が少しでもふえたら私たち中山小学校の友情募金は成功したと  
 いうのでしょ。

- ◇ 他の説明は訳がさっぱり分からなかったけれど、インドの大地  
 震だけは、内容が簡単ただけに分かった。でも、今回書きた  
 いのは、「インドの大地震」より「カンボジアプロジェクト」だ  
 った。このプロジェクトの説明を聞いて、内心ゾクッとした。例  
 えれば、「呪いのワラ人形」の胸をくぎで打たれた。そんな感じ  
 だった。

よくは知らないが、一匹の「か」からすごい病気が流行するな  
 んて、そんなのなら「ミイラとりがミイラ」、治しに行った人が  
 病気になる確率が大になると思った。よく行くなと最初思った。  
 そして次に、自分も行く勇気が出るかなと考えた。後は、気付か  
 なかったら死んでしまうのかなと思ってからボーッとした。なん  
 となくだろうと、「死」なんていう言葉を使ってしまった自分を  
 責めた。そういう言葉を使ったときは、後味が悪い。特に考えこ  
 んでしまった時なんか、20分から30分考えこむ。なんだ、た  
 った30分か、と思うかもしれないが、この30分が3時間にも  
 4時間にも感じられるのだ。罪の意識じゃない。でも、心がチク  
 リとなる。これもお人好しのオイラのことだからで、ゲスなんて  
 言ってる場合じゃなくて、本当にアムダの人たちはよくやってる  
 んだなとしみじみ思った。

## —— 国際医療活動を考える会 ——

AMDA Japan

関西医科大学小児科 篠原 明

### ■今、日本の医療従事者に出来る事

時：3月5日（土）

場所：関西医科大学附属病院 研修ルーム

### ■シンポジスト：

神戸中央市民病院 川島正久先生

AMDA Nepal代表 Rameshware Pokharel 先生

大阪大学公衆衛生 高島義裕先生

関西医大附属病院 看護婦 阪本久美子氏

去る3月5日、上記テーマでシンポジウムを関西医科大学国際交流協会の協賛を得て開催致しました。川島先生にはAMDAカンボジアプロジェクトで医師として、阪本さんには海外青年協力隊員としてバングラデッシュで看護活動し経験されたことについてお話しいただき、Pokharel先生にはネパールの医療事情について、また高島先生には国際公衆衛生についてお話しいただきました。当日の参加者は医療従事者がほとんどで、どのお話しにも関心が高く活発な質疑応答が成されました。また、実際にAMDAの海外プロジェクトに参加したい、とご希望される方もありご案内させて頂くこともできました。

日頃臨床の場で働きながらも、いつか海外の発展途上国で自分の力を生かし医療に取り組んでみたいと思っている方は少なからずいらっしゃるようです。そういった方々と一緒に考える場として、またAMDAの様々なプロジェクトに参加を希望される方々を募る機会として、今後も定期的に同様のシンポジウムを大阪を中心に開催したいと思っています。医療情報センター関西も設立されました。今後の関西方面における活動の充実に皆様から御協力頂ければと思います。

## AMDA 事務局 だより

春が来て、事務局にも新しいメンバーが4名増えました。私はちょうど一年前からこの「国際医療協力」の編集作業に携わってきましたが、この度新しいメンバー岡野さんに交替します。現地に行かれた会員の方々に「何日までに原稿をお送り下さい。」と急なお願いをしたり、どの新聞記事を載せようか迷ったり、ページが合わなかったり、筆者の名前を間違えたりとヘマばかりしてきたけれど・・・

さて、ご存知の通り昨年の8月から「AMDAニューズレター」は「国際医療協力」とタイトルを変え、また9月号から装いも新たに、まわりから「すごい!!」と驚かれたけれど、これはすべて山田さんの編集協力によるものである。細かい作業までして頂き全く頭が下がる。「今週までに原稿全部そろわないと仕上げが来月になるよ」と私に対するツメも厳しい。今回の私のカンボジア報告も「いつになったら書くんだい」とつめられ、つめられ、やっと完成したという次第である。あああ～この仕事を離れると、そんなやり取りもできないのかと思うと寂しい(?)気持ちでいっぱいである。本当にお世話になりました。そして引き続き岡野さんをツメて冊子を完成させて下さい。

(片山 新子/94年春)



P.S. AMDAの事務局はいつ訪ねてもにぎやかだ。騒々しさの中でもきちんと仕事が進んでいくところに感心する。活動の急速な拡がりを反映してか、事務局メンバーも大幅に増え、順風満帆といったところか。AMDAの良さは、単なる同情や抽象的な交流ではなく、現地と直接ふれ合い、生き生きとした関係をつくっているところにあると思う。このすばらしい素材をより多くの人に、わかりやすく伝えるためにも、ニューズレターをもっと読む人の側にたって工夫していく必要があるだろう。それにしても大変な仕事の裏方さん(事務局の方々)ご苦労様です。

(山田)

## AMDA国際医療情報センター 平成6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、佐藤 光子、坂田 棗  
 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、赤松 立太(マッキントッシュ対応プリンター寄贈)

### 医療機関

町谷原病院、高岡クリニック(東京)、田宮クリニック 小林国際クリニック  
 (神奈川県)、井上病院(千葉)  
 福川内科クリニック(大阪府)、城北胃腸科整形外科病院(沖縄県)

### 会社

三共(株)、昭和メディカルサイエンス(株)、富士コココーラボトリング(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、(株)ジェサ・アシスタンス・ジャパン 年間5万円  
 アイシーアイファーマ(株) 年間 3万円

### 助成金

丸紅基金 年間250万円、立正佼成会一食基金 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。  
 広告掲載については事務局までご連絡下さい。(03-5285-8086)

郵便振替:東京8-16503 加入者名:AMDA国際医療情報センター  
 (1994年からは00180-2-16503に変更となります。)

銀行口座:さくら銀行 桜新町支店 普通5385716

口座名:AMDA国際医療情報センター 所長 小林 米幸

### 丸山ウイメンズクリニック

原田 慶堂

〒232 横浜南区井土ヶ谷中町43 TEL(045)712-8181

KEIDO HARADA M.D.  
 MARUYAMA WOMEN'S CLINIC  
 43 Naka-cho Idogaya Minami-ku  
 Yokohama, JAPAN 232

### 内科(老人科)理学診療科

医療法人社団 慶成会



青梅 慶友病院

〒198 東京都青梅市大門1-681番地

●入院のお問い合わせ-TEL.(0428)24-3020(代表)

院長 大塚 宣夫

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 岡山市櫛津310-1

連絡/☎086-284-7730

頒価/1冊 500円

血液検査  
高血圧・糖尿病  
がん検診

がん検診  
高血圧・糖尿病  
血液検査

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

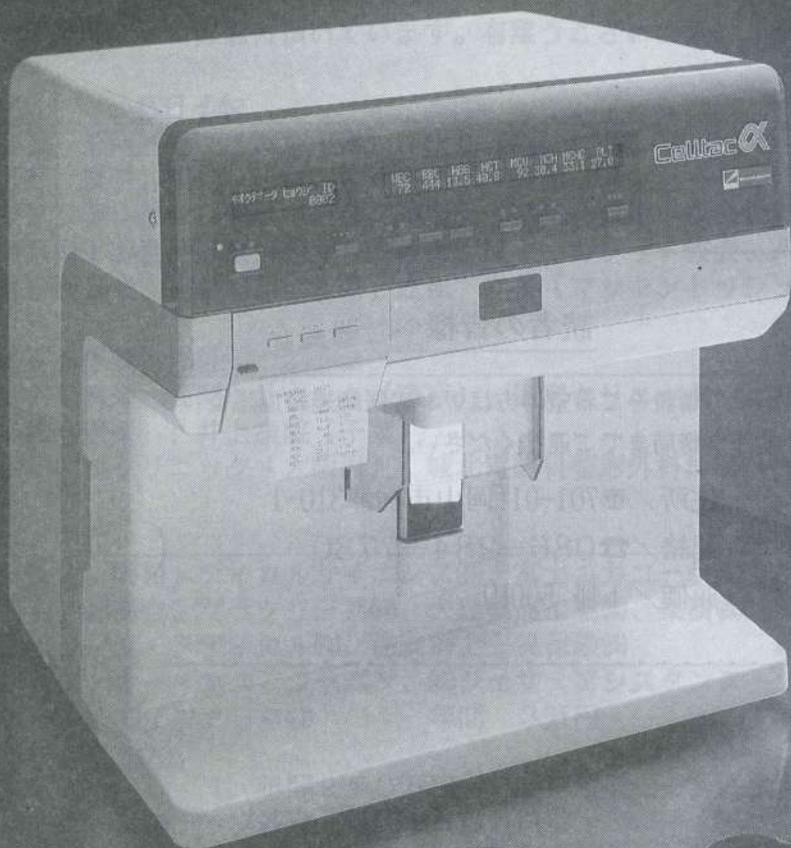
岡山レントゲンサービス株式会社

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

エレクトロニクスで病魔に挑戦  
NIHON KOHDEN



# 全血全自動・8項目測定 セルタックα

血液検査を  
簡単・迅速に、  
これからの全自動

希釈操作不要、全血サンプルで、  
8項目の全自動同時測定を行います。  
スイッチを“ひとつ”押すだけの  
簡単操作。  
しかも、半自動並みの  
コンパクトサイズです。

## セルタックα MEK-6100シリーズ 全自動血球計数器 MEK-6108

- ノズル自動洗浄機構により、測定ごとのノズル拭き取り不要。
- 排液中のシアンを特殊洗浄液で自動処理。  
わずらわしい排液処理は不要。
- 空圧源不要のダブルローラーポンプ方式を採用。  
コンパクト設計(幅40×奥行38cm)を実現。
- 全自動器で半自動器並みのコストパフォーマンスです。

測定項目  
WBC, RBC, HGB, HCT, MCV, MCH, MCHC, PLT

## 日本光電

日本光電中国株式会社  
広島第一営業所 / ☎082(291)1033  
広島第二営業所 / ☎082(291)1033  
福山出張所 / ☎0849(45)2017

**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.4

---

アジア医師連絡協議会 (AMDA)

- 発行 1994年 4月15日
- 編集責任者 津曲兼司、片山新子、岡野純子
- 事務局 岡山市榑津310-1  
TEL 086-284-7730  
FAX 086-284-6758