

国際医療協力

Vol. 17 No. 5

1994. 5



病棟回診中のドクター達。右から Dr. Chantha、Dr. Narayan (中)。
左側は昨年県から Phnom Srouch 郡病院に配属された Dr. Pally。
カンボジアプロジェクトチーム

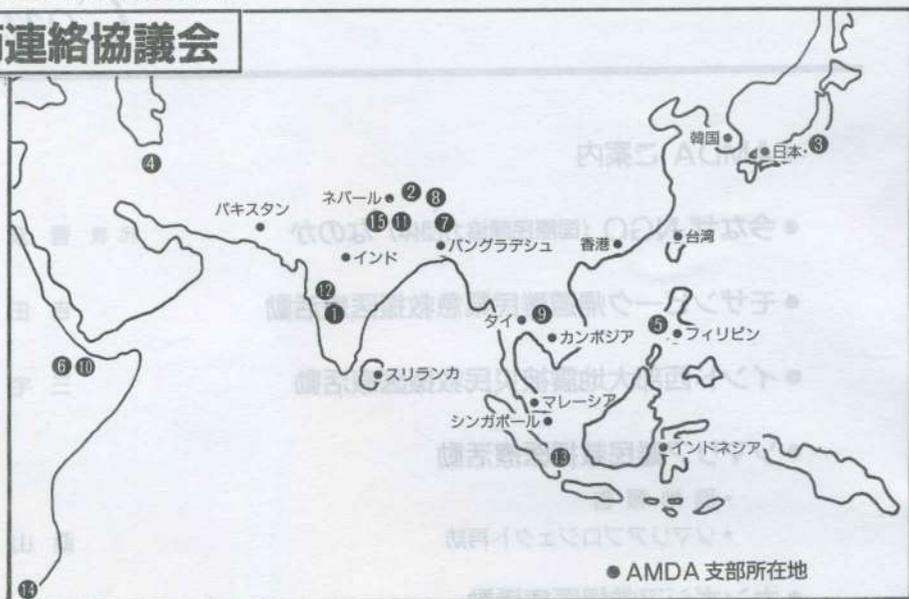
AMDA

The Association of Medical Doctors for Asia

アジア医師連絡協議会

● AMDA ご案内		2
● 今なぜ NGO (国際民間協力団体) なのか	代表 菅波 茂	6
● モザンビーク帰還難民緊急救援医療活動	吉田 修	8
● インド西部大地震被災民救援医療活動	三宅 和久	12
● ソマリア難民救援医療活動		
・現地報告		18
・ソマリアプロジェクト再訪	桑山 紀彦	32
● カンボジア救援医療活動		
・活動報告	Dr. NARAYAN BAHADUR BASNET	36
・活動報告	Dr. SEC MARDY	40
・カンボジア精神衛生国家施策始動 - AMDA その中枢に	桑山 紀彦	42
● タイ AIDS プロジェクト		44
● 日本 - バングラデシュ友好病院正式開院	岩井 くに	48
● 日本 - バングラデシュ友好病院開院		
・バングラデシュ大統領、日本大使出席のもとに		51
● AMDA カンチャナプリー事務所開設		
・タイ国カンチャナプリーを訪ねて	片山 新子	54
● AMDA 福山支部の活動	塩村 繁	58
● 第1回西日本懇談協議会開催		60
● モンタナ大学国際シンポジウム報告	山本 秀樹	64
● ボストン便り 5	山本 秀樹	68
● AMDA 国際医療情報センター便り		74
● AMDA 代表、1日郵便局長		88
● 事務局だより		91

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ユルヴェ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。



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。



⑥ 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。



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月よりケニア、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。



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。



15 タンコット村眼科診療&母子保健プロジェクト

1994年1月よりカトマンズ近郊のタンコット村で眼科検診・診療と母子保健を中心に据えた総合地域保健プロジェクト開始。



AMDA 概要

【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】 岡山市榎津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 01250-2-40709」

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)
- モザンビークプロジェクト委員長 吉田 修 (AMDA)
- 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) 成澤貴子、片山新子、岡野純子
(非常勤) 岡崎清子、日置久子、矢部朝子、山本睦子、太田千恵子、竹林昌代

●東京オフィス

〒141 東京都品川区東五反田1-10-8 アイオス五反田508

TEL 03-3440-9073 FAX 03-3440-9087

代表 中西 泉

所長 友貞多津子

事務局長 夏目洋子、(非常勤) 六本有理

[AMDA国際医療情報センター]

●AMDA国際医療情報センター東京

〒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

●五反田オフィス

〒141 東京都品川区東五反田1-10-8 アイオス五反田508

●所長 小林米幸 (小林国際クリニック)

副所長 中西 泉 (町谷原病院)

センター関西代表 宮地尚子 (近畿大学衛生学教室)

副代表 福川 隆 (福川内科クリニック)

事務局長 香取美恵子

事務局 田中里恵子/中戸純子/近藤麻理/李佩玲 (常勤)

横山雅子/庵原典子 (関西センター、非常勤)

(協支本日 AMDA) 員 寄

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

緊急救援活動における教育の意義

アフリカを中心として難民は増加の一途である。AMDAもそのニーズに応えるように努力してきた。この3年間にクルド湾岸戦争被災民から始まりモザンビーク難民支援を実施。この5月中にはルワンダ難民と旧ユーゴスラビア難民及び被災民へと支援活動は展開予定である。現在はネパールのブータン難民、ジブチのソマリア難民、モザンビークの南ア連邦からの帰還難民と医療チームを派遣している。

難民支援活動における重要なパートナーの一つが国連難民高等弁務官である。国連高等弁務官とのパートナーシップ抜きには難民支援活動は考えられない。国連高等難民弁務官との付き合いはここ2年間で充実したものになってきた。彼らの難民に支援に関する哲学、組織運営、方法論、NGOに対する期待や対処などが徐々にわかってきた。

現場のフィールドにおける現地のヘルスワーカーに対する教育。国連高等弁務官が必ず要請してくる項目である。教育プログラムの有無がNGOの質を決めると言っても過言ではなくなっている。

「アジア多国籍医師団」はAMDAの緊急救援医療活動の特化した部門である。AMDA参加国の医師の合同医療チームである。1993年5月に正式発足して以来、ジブチ共和国とソマリア北部のソマリア難民救援チームに派遣されている。この6月からはモザンビークにも派遣予定である。

この「アジア多国籍医師団」が難民救援活動における現地ヘルスワーカーの教育プログラムに多大な実績をあげている。なぜなら参加医師の母国ではプライマリケアの場においてヘルスワーカーの保健衛生及び医療教育はごく当たり前の活動であるからである。「アジア多国籍医師団」はアジアの多様性に対応するために医療チーム自体に多様性を持たせることが第一目的であったが、難民救援活動における教育活動が重要な任務として付加されることになった。難民救援活動は医療の視点からはプライマリケアの応用の場である。日/欧米は先進医療は得意であるがプライマリケアはアジアのお家芸である。

私は感動的な言葉を紹介したい。

ジブチ共和国内ソマリ難民キャンプのヘルスワーカーの教育を実施したフィリピンから参加したエマパラゾ医師からの報告である。

教育プログラムの終了証書授与式の時の現地のヘルスワーカーの言葉。

「国境なき医師団はお金をくれたが教育はしてくれなかった。AMDAは教育をしてくれた。」と。

いずれにしても「教育」はNGO活動の大きな柱の一つである。

アジア医師連絡協議会 (AMDA) はアジアやアフリカで自然災害や戦争による難民に対して医療による人道援助を実施している国際医療NGO (非政府組織) である。アジアの十五カ国に約六百人の会員がいる。一九七九年に内戦によりタイ国に避難したカンボジア難民に、医師であった私と二人の医学生が救援にかけつけたが何もできなかったことがAMDAの発端である。

現在では岡山市で開業しながらAMDAの活動を続けている。国連難民高等弁務官や世界保健機関との密

接な連絡のもとにアジアの若い情熱に燃えた医師たちと緊急救援医療活動を展開している毎日である。

取り巻いている家庭および年生の時の中学受験のため、松田先生の一言だった。以来、私は社会科が得意の補習の時間だった。それ科目になった。それは世界

菅波 茂

(アジア医師連絡協議会代表)

アジア多国籍医師団の結成などを通じ「国際貢献都市・岡山」を提唱している。47歳。岡山市榑津。



している。

私はこのような活動がで

なせこのような生きがいのある人生を送れるように教はいいよ。良くかんばった。世界史上に躍動する人

民族、国そして背景にある

ほめられた一言 人生の幸せ導く

文化の多様性には躍った。しみじみ考えるに、私は医療による人道救助活動を通して、青春に心をときめかした世界史の一場面一面を追憶体験しているのではないかと思う。世界史という持続した興味の世界と、医師という現実世界で生きていく職業を身に着けたことは、両者ともに教育のおかげであった。

興味と職業が結び付く人生は幸せである。私は自分の人生を通して教育を受けたこと、同時に「ほめる」ことの重みも知らされた。

モザンビークに来て一ヶ月が経った。この間我々の活動と、モザンビーク、特にGAZA州のChokwe県、Massingir県の医療について報告する。

A) 活動報告

1、現地調査 (2度)

Chokwe rural hospital, Mapapa health post, Conhane health post, Lionde health post, Barragem health centre, Massingir health centre, 訪問 Macarret 地区、訪問 (医療施設が無い)

2、県レベル、州レベルの役人との協議

3、厚生省、協力省、NRA (難民局)、外務省との協議

4、UNHCR (南部地区担当事務所、Chokwe事務所) との協議

5、他のNGO訪問 (MSFオランダ、MSFベルギー、RRR、LWF、SCF)

6、帰還難民 transit centre 視察 (Massingir, Matuba)

7、UNOHAC事務所 訪問 (情報収集)

8、事務所開設準備 (Muputo, Chokwe)

9、車両購入準備

B) Chokwe, Massingir 両県の医療の現状

人口はそれぞれ203、800人、41、800人 (1992年)、現在稼働している医療施設は、Chokweに、rural hospital 1、health centre 3、health post 9、Massingirに、health centre 1、health post 2、である。

*rural hospital 140床、医師2人、医療技師1人、看護婦25人

*health centre 30床、医師はいない、医療技師2人、看護婦数人

*health post 入院の設備なし、医師もいない、看護師1人

すなわち、この2つの県には医師が2人しかいない。実は、Gaza州のChokweより西北には医師はいないのである。health postの数も不足しており、Chokweに9、Massingir 8のペーパー上の建設計画がある。(Massingirにおけるhealth postの建設はRRRが既に請け負っているが、まだ何もなされていない) 病気になっても40-50km歩かないと医療を受けられない地域がたくさんあるということである。(道路も悪く、トランスポートの手段もほとんど無い) しかも、Massingirなどより難民が16万人帰還する。Chokweはその地理上の要所といえる。Mobil clinicは非常に有用である。

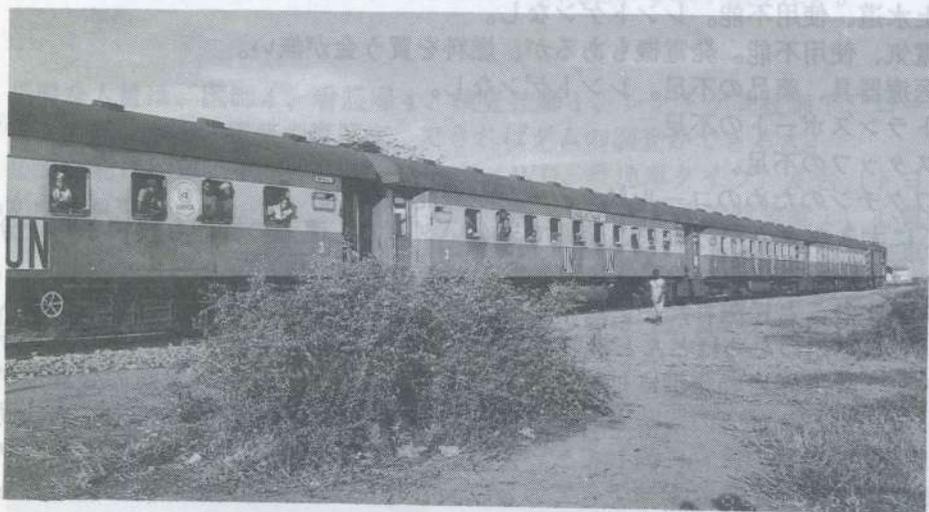
次にそれぞれの医療施設の問題点を挙げる。

<Chokwe rural hospital>

- 1) 排水設備が壊れている。
- 2) 薬品の不足。赤痢が多いが、数ヶ月政府からのTrimethoprim sulfamethoxazoleの支給が無いなど。
- 3) 医療器具の不足。レントゲンだけはあった。
- 4) 医師、看護婦の不足。医師は絶対数が足りない。看護婦はいるが、雇う金が無い。
- 5) トランスポートの不足。救急車1台だけ。

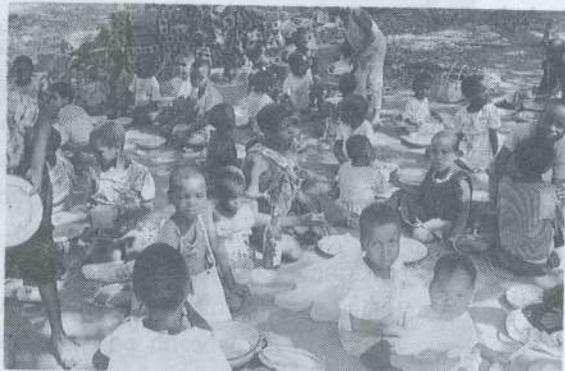


Massingir 県知事宅



Swaziland よりの return 約500人
to Matuha

Barragem health Centre
患者リスト 外来 約50人/日
マラリア、赤痢、貧血、肺炎
ビルハルツ低血吸虫、リン病 etc.



戦争孤児 約100人
in Barragem

< Barragem health centre >

- 1) 臨床検査の設備が全くない。
- 2) スタッフの不足。
- 3) 医療器具の不足。薬品は比較的そろっていた。

< Health post in Chokwe >

- 1) スタッフの不足。1H20-30人の患者を、ただ1人の看護師が診ている。ワクチンも行っている。
- 2) 医療器具、薬品の不足。ろくに傷の処置もできないであろう。
- 3) トランスポートの不足。重症患者をrural hospital に搬送するのが困難である。

< Massingir health centre >

人口は少ないが、この県の医療の中心たるべきところ、非常にミゼラブルな状態出ある。

- 1) 上水道、使用不能。レントゲンなし。
- 2) 電気、使用不能。発電機もあるが、燃料を買う金が無い。
- 3) 医療器具、薬品の不足。レントゲンなし。
- 4) トランスポートの不足。
- 5) スタッフの不足。
- 6) ワクチンのためのコールドチェーンが機能しない。

*近くに大きなダムがあるが、発電できないダムで、灌漑の機能も破壊され十分でない。日本政府でなんとかできないものか。

ワクチンのことに触れたい。各県にワクチン実施のための専門の看護婦が数人いるが、資金不足のためほとんど機能できない。たとえばChokweでは、トランスポートが無い。看護婦に勤務毎に加算されるべき給与を払えない。看護婦の昼食代が払えない等である。政府の素晴らしいプランはいつも紙の上で終わってしまう。同様の事は、看護師等の教育に関してもいえる。定期的なセミナーを開く等の教育プランはあるが、資金不足で実施できていない。これらのプランは、政府の能力がもう少しアップするまでの間だけ、ちょっと手助けすれば運営できると思われる。

Proposal of AMDA's project

A. in Chokwe

- 1) mobile clinic to health posts, health centre and villages
2 teams (1 doctor, 1 nurse, 1 local medical staff, 1 driver, 1 interpreter each)
- 2) support vacation plan (transport, finance, equipments)
- 3) support education program of local health staffs
(mainly for the seminars, transport, finance)
- 4) education of community (with video etc.)
- 5) rehabilitation of Chokwe rural hospital
(drainage system, medical equipments, drugs)
- 6) reconstruction of 3 health posts in west-north area with help of LWF
- 7) education of X-ray and labo technicians

B. in Massingir

- 1) rehabilitation of Massingir health centre
(supply 1 doctor and 1 nurse, electricity, water, drugs. X-ray machine)
- 2) mobilo clinic (1 team)
- 3) support vaccination
- 4) support education program of local health staffs
- 5) education of community
- 6) education of X-ray and labo. technicians

*かなりの数の戦争孤児がおり、今まで活動していたSCFがここから撤退するようである。もう少し調査をして、できればこの問題にも取り組みたい。

必要な人員は、医師4、看護婦4、検査技師1、レントゲン技師1、ローカルスタッフ多数、水道、電気の専門家、できればダムの調査ができる人。

必要な物は、車（トヨタ、ハイエース4WD、救急車タイプ）4台（トヨタが部品がそろっている）、レントゲン2、顕微鏡10、超音波診断装置1、心電図モニター2、電気メス2、血圧計20、麻酔機1、手術台2、无影燈2、包交車4、その他の医療器具、教育用ビデオ3、薬品、ファクシミリ2、コピー機1。車、医療品の購入は南アが不安定な状態であり、日本からのほうが良いと思われる。



現地の病院を見学する妹尾美樹看護婦

5/18の時点のものである
AICHI AQMA
の調査の結果、

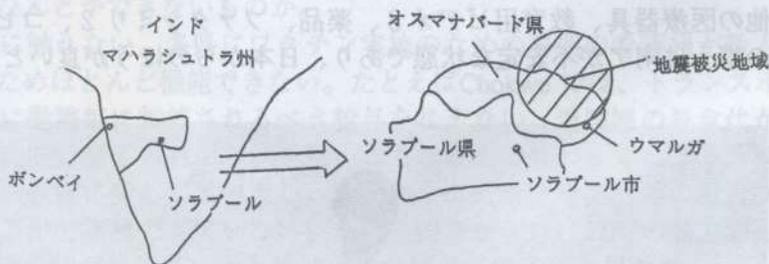
マハラ州地震リハビリテーションプロジェクト報告

インドプロジェクト委員長 三宅 和久

1. 概要 1993年9月30日の地震発生後AMDAは速やかに現地調査を行い、インドのNGOが活発であるため地震直後の医師派遣は不要であることを、しかし骨折治療後のリハビリが被災民の復興に必要不可欠であることを結論し、現地ソラプールの赤十字ソラプールの行政機関と組んで上記プロジェクトを進めて来た。

当初ソラプールにリハビリテーションセンターをセンターを設立し、車を使って患者の移送を行う計画であったが、現地のニーズを更に詳しく調査した結果各村でのリハビリに重点を置いた方が効果的であることがわかった為、巡回用のリハビリテーションカーを購入して各村を回りリハビリのスタッフの基地となるリハビリセンターを、更に現地に近いウマルガに置くことにした。

4月初めより巡回リハビリは開始され、4/18の時点で6つの村で患者の把握とリハビリを行い、とりあえず今のペースで14の村まで規模を拡大する予定である。



モバイルクリニックカーができたところ
AMDA INDIA のスタッフ、ソラプール長官
インド赤十字、現地の医師の面々

2.リハビリのスタッフ

- 1) Dr. (Ms.) Soteja=S=Veling
アユルベータ女医 23才
- 2) Dr.Sohoni
理学療法士 24才
- 3) Mr.Jadow
運転手

現在の主なスタッフはこの3人だが必要に応じて更に事務員と他に1人計2人を雇用する予定である。

*現地の主な協力医

Dr.Chidgupkar

ソラプールの整形外科病院の院長。週に1-2回ウマルガまで来て患者の症例の検討と指導を行っている。

Dr.ASHOK=AHANKARI

ウマルガの整形外科病院の院長で現地のロータリークラブの中心人物でもある。

AMDAスタッフが巡回リハビリをする際に常にDr.AHANKARIに患者の報告と検討とをし指導を受けている。

他の非常勤スタッフ

現地の医学生や理学療法学生、ボランティアを必要に応じて一定期間現地で一緒に働いてもらい、今後同様のケースがあった場合に備えての実習をしてもらうと共に、他の国と協力しての活動を直接体験してもらう。

3.各村の地震時の状況と4/18の時点の患者数

村名	地震前の人口	死亡者数	患者数
1.EKONDI	1200人	150人(13%)	12人
2.RAJEGAON	900人	332人(37%)	12人
3.PETSANGVI	600人	300人(50%)	18人
4.HOLI			29人
5.CHINCHOLI =REBE	700人	171人(24%)	12人
6.MURSHADPUR	879人	180人(20%)	12人

但し患者数は一日ごとに増えてきているのでこの数値はあくまで4/18の時点のものである

4. 現地の反応

自分達の村に巡回用のリハビリの車が来てくれたということで非常に喜ばれている。

*車を使ったことの利点

- 1) 機動力がある為複数の村をfollowできる。
- 2) 珍しい為人寄せ効果がある。
- 3) 物資の購入やスタッフの移動にも使えるので余分な時間を使わずにすみ、リハビリの時間を多くできる。

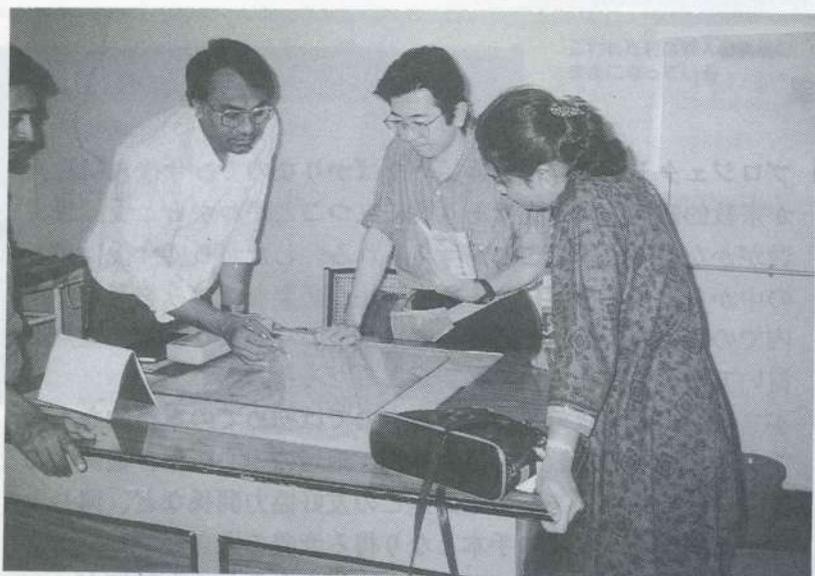
5. インドマスコミの反応

非常に好意的。現地のソラプールやオスマナバードの新聞には何回も記事が写真入りでのっている。

4/22(金)、AMDはボンベイにて本プロジェクトの報告を記者会見で行ったが、インドの英字新聞のうち最もメジャーなTHE TIMES OF INDIAに翌日掲載されていた。

6. 他のNGOについて

- 1) リハビリを除く医療に関しては、現在必要性が無いので皆無。
村人は地元の病院を利用している。
- 2) リハビリに関してはHANDICAP INTERNATIONAL (本部は仏リヨン。デンマーク、ベルギー、インド等に支部あり) からベルギー人の理学療法士が一人来てSASTURに3ヵ月滞在、機械なしの理学療法指導を行ったケースが一件あるのみで、地域と協力体制を組み包括的な活動を行っているのはAMD Aのみである。
- 3) 住宅の復興について
被災者たちは、地震で廃居と化した村から少し離れた場所に地震に対して安全なように木か金属板で作った家に住んでいる。またわらぶきで作った、本来家畜や農器具用の小屋に住んでいる人達もいる。
現在インドの大企業による被災民の為の無償の住宅復興プロジェクトがあちこちで進んでおり村のはずれに新しいコンクリート家屋を作っている姿が見られる。



被害地域と巡回する村
について話し合う



アユルベータ女医、Dr. Veling
電気療法準備中



器材を出して
理学療法準備中



理学療法士 Dr. Sohoni
膝に油をぬり、熱を与えながら
マッサージ中

4. 現地の反応

7. 今後の展望

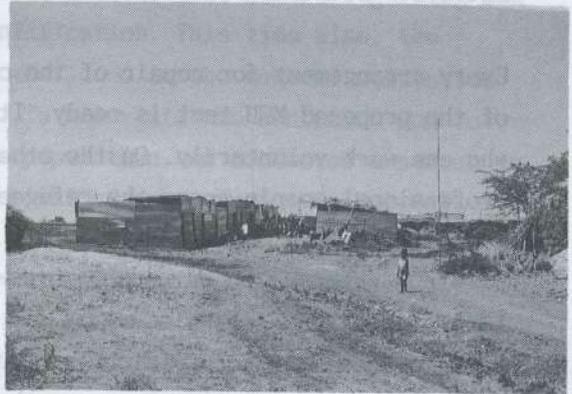
- 1) プロジェクトが実際に動き始めたばかりなので、今後AMDAが宗教的政治的に中立であり役に立つことがわかると受診患者数がかなり増大することが考えられる。したがって今後は患者の中から本当に機械による理学療法が必要な者のみを選んで車内での治療を行い、その他の者は家族のリハビリ教育に重点を置いて活動を進めていく必要があるだろう。
- 2) 本プロジェクトは地震に関するものでは初めての本格的なものであり、地域の行政との協力体制、地域の中心医療、機関との協力体制、地域の末端の医師達との友好協力関係など、同じような地震があった時の手本となり得る意義の大きいプロジェクトである。また引き際に関しても当初からきちんと予測がついている理想的なパターンであり、ぜひこれをAMDAの大きな成功例の1つにする必要があると考えられる。



PETHSANGAVI 村にて
Dr. チャウハン夫妻と Dr. クリシュナ



こわれた村は無人の廃居の
ままになっている



被災後に人々が住んでいる家
金属板で作ってある
RATEGAON社にて



被災民のために建設中の
新しい家



外は40℃以上の暑さ
水浴びする子ども達
MURSHADPUR村にて



MONTHLY MEDICAL REPORT

AOUR AOUSSA

Every arrangement for repair of the ceiling of the dispensary and the floor of the proposed MCH tent is ready. It is felt difficult to find out people who can work voluntarily. On the other hand, it is also difficult to find professional people among the refugees. Anyway, it would be given emphasis and all possible means to speed this work would be sorted out.

HOL HOL

Overall health situation is worse than before in this camp after the arrival of new comers at the end of January '94. Rehydration Centre (RC) has been opened since then and the number of patients is still not decreasing. The most striking thing is 26 patients out of a total of 40 were from new two sections 'G' and 'H' who got admitted into the RC to seek treatment. Most of them came to the RC after a long course of illness with moderate to severe dehydration. It is felt that there has been lack of hygiene practice and health consciousness among the new arrivals and this is one of the causes of high mortality in this camp in this month. Five patients died after admission who followed a long course of illness and were severely dehydrated. The average daily number of patients at this centre was 3-4. Following is the statistics of RC in Hol Hol:

Table - RC/HH

Total patients	40	Type of diarrhea	Bloody	1
< 5 years	38	(non-specific)	Watery	39
> 5 years	2	Dehydration	Mild	14
Among new comers	26		Moderate	13
Average daily admission	1.3		Severe	13
Average daily patients	3.5	Death	5	

This is an emergency health situation persisting in Hol Hol camp and to face this, more community health workers who have access to the community are badly needed for new sections.

The number of patients in the OPD increased almost twice than before and again almost 50% of total patients are from new sections.

VULNERABLES

There was always a problem to find out the exact number of vulnerable population in all camps which created some difficulties before regarding DSR (dry supplementary ration) for its quantification. This time also, the number of pregnant and lactating women mentioned in the medical statistics (Table - 6), is not beyond controversy. To alleviate the confusion and to find out the exact number of vulnerable population, we conducted a census in four camps in February '94 after the arrival of new refugees in Hol Hol. As these figures are always changing, the chance of variation is high. The last census was done in the belief that it would reduce the differences. Only the number of pregnant and lactating women are given below (other figures were shown in previous report, please ref. to our Monthly Medical Report of Feb. '94, table - 12)

Table - VP

	Pregnant	Lactating	Total
Aour Aoussa	75	210	285
Ali Adde	36	154	190
Assamo	31	116	147
Hol Hol	104	261	365
Total	246	741	987

SURVEY

AMDA participated the survey program in Ali Sabieh and Dikhil districts, jointly organized by WFP, WHO, UNICEF and MOH on March 29 - 30, 1994. The purpose was to observe the effects of drought in this area and screening of under 5 years children and general observation of adult population.

PERSONNELS

One nurse from each camp has been allowed leave for two months by their office what was not informed to us before. The duration is too long, which may create some problems with daily activity. We draw attention of the concerned agency to look deep into it and take further decision. Health workers specially at camp level should not be allowed to take so long leave. We appreciate this kind of decision taking prior informing other related organizations.

FEEDING CENTRES

MARCH '94

THERAPEUTIC FEEDING PROGRAM

(Table - 1)

	A.Aoussa	A.Adde	Assamo	HolHol
Children at the beginning of March	14	12	4	26
New admission	6	4	1	5
Re-admission	1	0	1	0
Discharge	3	0	0	0
Transfer to SFP	5	1	2	1
Deaths	0	3	0	4
Children at the end of March	13	12	4	26
Defaulters	2	4	0	10
Children with edema	1	1	0	2

SUPPLEMENTARY FEEDING PROGRAM

(Table - 2)

	A.Aoussa	A.Adde	Assamo	HolHol
Children at the beginning of March	51	34	17	17
New admission	10	7	1	3
Re-admission	4	0	0	0
Transfer from TFP	5	1	2	1
Transfer to TFP	2	0	2	0
Discharge	7	8	3	2
Deaths	0	0	0	1
Children at the end of March	61	34	15	18
Defaulters	13	10	1	6

= Number of defaulters, specially in TFP of Hol Hol and SFP of Aour Aoussa is still very high.

WEIGHT MONITORING

- There are three and four deaths from TFP of Ali Adde and Hol Hol in this month which is unlike previous months.
- In A.Aoussa, the FC kitchen has been shifted towards the FC tents where mothers and children stay during feeding time.
- There is a possibility to provide high energy milk (DSM) to SFP children. As we are aware of the expiry date of huge quantity of DSM in UNHCR stock after August 1994, this could be a good way to use this milk properly and effectively.
- As there are several ways to utilize this milk, it will be decided after discussion with other concerned agencies.
- From next month (April), dry supplementary ration for the vulnerable group will be distributed after mixing with DSM. In this way, we can ensure the maximum utilization of DSM properly without any chance of health hazards. For this, we need increased quantity of DSM than what we have been using this time and we draw the attention of UNHCR to look into this matter.
- There was a proposal of school feeding program for the school children of all camps.
- From March 1994, the quantity of DSM in porridge was double than what was being used previously. It was decided after the discussion with Senior Nutritionist of UNHCR from Geneva who visited all camps with AMDA in Feb. 1994. It was started only in Aour Aoussa to see the effect of this changed proportion. The result is highly satisfactory and encouraging because all children like it more than before which is expected.
- In Hol Hol, FC tents should be changed from small ones to a big one. There are two small tents which are not spacious enough for the children and mothers under the program. So, they stay outside tents most of the time which in summer would be difficult for them.

334	19	10	180	135	
840	88	81	617	281	

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	6	9	33
A	A.Adde	1	0	2	2	2	5	3	10
I	Assamo	0	0	3	1	1	6	0	5
N	HolHol	2	0	5	0	3	5	3	3
S									
T	A.Aoussa	0	0	0	1	0	4	0	2
A	A.Adde	1	0	0	0	1	5	0	12
T	Assamo	0	0	0	0	0	0	0	0
I	HolHol	10	0	0	4	1	2	2	3
C									
L	A.Aoussa	2	0	0	0	0	1	0	1
O	A.Adde	2	0	0	0	0	1	0	0
S	Assamo	0	0	0	1	0	1	0	0
T	HolHol	0	0	1	1	0	0	0	0

Percentage of children: weight GAIN/STATIC/LOST

(Table - 4)

	Total*	Gain	Static	Lost
A.Aoussa	68	83.8%	10.3%	5.9%
Ali Adde	45	51.1%	42.2%	6.7%
Assamo	18	88.9%	00.0%	11.1%
Hol Hol	43	48.8%	46.5%	4.7%

* Total = TFP + SFP, which is mentioned in WEIGHT MONITORING (Table - 3).

DSR FOR VULNERABLE POPULATION (Table - 5)

	Preg.	Lact.	TB	Ad.MN	Total
A.Aoussa	65	156	52	27	300
Ali Adde	65	167	19	16	267
Assamo	26	114	0	7	147
Hol Hol	125	180	10	19	334
Total	281	617	81	69	1,048

DSR = *Dry supplementary ration*

Ad.MN = *Adult malnourished*

REPORT MEDICAL STATISTICS

March '94

(Table-6)

	A. Aoussa	A. Adde	Assamo	Hol Hol
Population Jan '94	7500	11117	6172	10203
New comers	197	0	0	0
Births	10	11	3	14
Deaths	3	6	2	13
Population Feb '94	7701*	11122	6173	10204
No. of patients	2024	759	959	1694
Referral cases	20	16	6	9
Number of <5yrs	509	635	511	628
No. of pregnant	65	65	26	125
No. of lactating	156	167	114	180

* 3 persons left camp

MORBIDITY:

(Table-7)

DISEASES	Aour Aoussa		Ali Adde				Assamo				Hol Hol					
	<5yrs		>5yrs		<5yrs		>5yrs		<5yrs		>5yrs		<5yrs		>5yrs	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
URTI	35	55	135	127	42	18	90	24	34	24	127	113	14	20	100	110
LRTI	66	74	137	163	10	8	8	4	22	8	68	65	17	23	197	60
Diarrhea	37	42	6	15	13	22	10	6	9	4	15	9	23	23	30	16
Dysentery	12	20	26	25	17	15	9	7	5	3	10	6	10	14	41	20
Anemia	4	12	50	132	6	1	50	70	7	6	26	63	30	25	65	80
Helminthiasis	7	16	30	10	0	0	8	9	4	5	13	8	14	12	7	5
UTI	2	1	24	45	1	0	20	69	0	0	20	26	0	0	50	42
Skin diseases	10	25	66	41	1	2	6	4	0	0	7	7	7	3	15	10
Eye diseases	15	11	22	33	6	4	9	6	0	0	9	9	10	20	13	20
Ear diseases	16	16	10	21	9	11	7	3	4	3	13	17	15	10	20	15

URTI = upper respiratory tract infection

LRTI = lower respiratory tract infection

UTI = urinary tract infection

MORTALITY REPORT

MARCH '94

(Table - 8)

Cause of death	A.Aoussa		Ali Adde		Assamo		HolHol	
	<5y	>5y	<5y	>5y	<5y	>5y	<5y	>5y
RTI	-	-	1	-	1	-	-	-
Diarrhea	-	-	2	-	-	-	4	-
Malnutrition	-	1	-	1	1	-	-	-
Neonatal death	-	-	2	-	-	-	-	-
Maternal death	-	-	-	-	-	-	-	-
Others	-	2	-	-	-	-	2	7
Total	-	3	5	1	2	0	6	7

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.Adde	11120	6	0.18	635	5.71	5	2.62
Assamo	6168	2	0.11	511	8.28	2	1.30
Hol Hol	10204	13	0.42	628	6.15	6	3.18
Total	35193	24	0.22	2283	6.49	13	1.90

* Deaths/10,000/day

There was a continuous declining trend of mortality in all camps until Feb. '94. This figure is suddenly increased in this month due to an insignificant cause except in Hol Hol where the number of deaths in March is 13. The most striking point is six deaths are under five years of age group four of which is from new sections 'G' and 'H'. Number of deaths from those two sections are six out of total thirteen deaths. It is obvious that the general health situation in new two sections is still hindering the true health condition of this camp. In our previous reports, we drew the attention of concerned bodies and recommended better facilities needed to be ensured for these sections. It is not an unexpected event among the new arrivals which needs keen attention to improve the situation.

In Ali Adde, there are two neonatal deaths in this month and five deaths out of total six are among under five years of age.

Aour Aoussa and Assamo are still consistent regarding mortality.

PHARMACY
MCH

March 1994

Children <5yrs.: A.Aoussa = 509, Ali Adde = 635, Assamo = 511, Hol Hol = 628

IMMUNIZATION (Table - 10)

	A.Aoussa		Ali Adde		Assamo		Hol Hol	
	<1yr	>1yr	<1yr	>1yr	<1yr	>1yr	<1yr	>1yr
BCG	9	0	8	0	4	5	20	10
Polio 0	9	0	8	0	4	0	20	10
DPT 1	9	28	18	6	5	2	20	9
DPT 2	7	17	15	18	5	8	30	10
DPT 3	10	12	15	25	15	60	17	8
Measles	5	11	5	5	6	5	23	7
Polio 1	9	28	18	6	5	2	20	9
Polio 2	7	17	15	18	5	8	30	10
Polio 3	10	12	15	25	15	60	17	8
VAT 1		5		5		5		25
VAT 2		8		29		29		15
VAT 3		0		0		6		8

ANTENATAL (Table - 11)

	A.Aoussa	Ali Adde	Assamo	Hol Hol
Number of pregnant	65	65	26	125
No. of female in program	93	65	29	124
New admission	32	34	12	36
Pre-natal	65	65	26	125
Preg. with complication	0	1	1	2
Ref. to hospital	0	1	0	0
Number of delivery	9	11	4	13
Complicated delivery	0	1	0	2
Ref. to hospital	0	0	0	0
Neonatal death	0	2	0	0
Maternal death	0	0	0	1

VACCINES

We get vaccines for refugee camps from Ali Sabieh Hospital under the Ministry of Health which is originally from UNICEF. It has been going on without any problem; with good cooperation and understanding between Ali Sabieh Hospital and AMDA. But for better and effective management, if there is refrigerator in the central pharmacy, we can store vaccines under our supervision and carry out the activity smoothly as it was discussed with UNICEF at one meeting on February 28, 1994 at their office in Djibouti. We recommend this strongly and appreciate this decision of providing refrigerator for central pharmacy in Ali Sabieh which ensures proper preservation of vaccines and also few other drugs. We would like to draw the attention of UNHCR to this and request to speed the procedure.

COLD CHAIN

This is one of the most important part of EPI which ensures proper storage and maintenance of efficacy of vaccines. Maintenance of cold chain is also important to continue immunization program which prevents children against six killer diseases. UNICEF agreed to provide fund for cold chain and vaccines with syringes for refugees' health care. This kind of cooperation for humanitarian action is always appreciated.

MCH NURSES' TRAINING

We could arrange this training program once a month by this time. They have been taught on some basic topics like:

- Diagnosis of pregnancy
- Antenatal care
- Abortion
- Pregnancy induced hypertension

We'll continue this training program besides our main training program for other health workers. We arrange this special training for the MCH nurses at our office in Ali Sabieh where all MCH nurses come from camps to participate. We have plan to arrange this kind of special training program for FC supervisors which is expected to be held in next month.

PHARMACY

MARCH '94

We received six months drugs from UNHCR for the refugee camps and these are kept in the central pharmacy of Ali Sabieh. There were some supply from PSF (Pharmaciens Sans Frontieres) on emergency basis in February, the list of which was mentioned in our previous report (ref. to our Monthly Medical Report of February 1994). This time the drugs we received from UNHCR are not same as we ordered for and 66 items are absent from our original list of 100 items. 49 items were supplied by partial shipment what is mentioned in the INVOICE made by the supplier IDA. We were informed before by UNHCR BO in Djibouti that the drugs are coming same as the order we made. If the rest of drugs come timely and according to the order we made it would not be a problem for the refugee health care. We ardently draw the attention of the concerned body to look kindly into the matter.

There was a 'Drug Management Training Program' in Ali Sabieh and also in the camps by PSF pharmacist. It was arranged jointly by UNHCR and AMDA for the better management of drugs specially at camp level. It was felt that drug management at camp level would need improvement and it was confirmed by the pharmacist of PSF after her visit to camps in early March. She proposed to conduct a training program on drug management to improve the system which is already existed, although she was highly satisfied with the management of central pharmacy. We appreciated her proposal of training program for the related personnels. This program was conducted first two days in Ali Sabieh, at AMDA office, first day of which was absolutely for our pharmacist and on the second day, for the pharmacist together with the head nurses of all camps. Last two days were spent for four camps where main idea was to create a good system of drug dispensing and keeping good records of these. Following was the schedule of PSF training program:

- March 27, 1994 : Pharmacist, Central pharmacy - Ali Sabieh
- March 28, 1994 : Pharmacist and Head nurses of four camps - Ali Sabieh
- March 29, 1994 : Hol Hol and Ali Adde
- March 30, 1994 : Aour Aoussa and Assamo

The training included : order making, storage, dispensing (both central and camp level), record keeping, manual stock counting and reporting.

We appreciate this kind of timely and effective measure by any organization.

AMDA INTERNATIONAL

THE ASSOCIATION
OF
MEDICAL DOCTORS
FOR
ASIA

MONTHLY REPORT

DAR EL HANAN HOSPITAL

MARCH 1994

Contents :

1. Activities
2. Medical consultation
3. Minor surgery
4. Medical statistics
5. Problems

Medical staff :

Dr. Md. Akhlakur Rahman Sowdagor.

1. Activities :

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

2. Patient consultation :

a) Indoor visit :

Regular indoor visit was conducted . For the last two months we are facing big problems regarding supply of medicine . About this issue we got information there is shortage of medicine in pharmapro that's why they are unable to give medicine for this Hospital .

In this month the total number of admission was lower then the previous months . But the number of abortion cases admitted much higher then the previous months .

Disease distribution :

Cases :

Normal delivery	149
Drug induced delivery	13
Premature delivery	14
Forceps delivery	2
Caesarean section	14
Breech delivery	5
Twin delivery	2
Difficult delivery (prolonged labour)	3
Ante partum haemorrhage	1
Post partum infection	5
Intrauterine death of foetus	4
Abortion	59
Pregnancy with severe anaemia	7
Toxaemia of pregnancy	2
Hyperemesis gravidarum	7
Premature rupture of membrane	3
Uterine prolapse	2
Pregnancy with hypertension	2
Respiratory tract infection	2
Salpingitis	1
Pelvic pain	1
Haematocolpos	1
Complete perineal rupture	1

b) outpatient consultation :

Total patient consulted : 180

Outpatient consultation was given regularly. In this month the total number of outpatient consultation was much higher than the previous month. Still the abortion cases were high like previous months. In this month antenatal check up patient was also good in number.

Disease distribution : cases :

Abortion	40
Antenatal check up	41
Dysmenorrhoea	11
Leucorrhoea	13
postpartum infection	3
Postpartum haemorrhage	1
Premature rupture of membrane	1
Intrauterine death of foetus	4
Pregnancy with severe anaemia	5
Hyperemesis gravidarum	9
Toxaemia of pregnancy	1
Ovarian cyst	4
Uterine prolapse	4
Fibroid uterus	4
Dysfunctional uterine bleeding	5
Post operative follow up	6
Sterility (primary & secondary)	2
Urinary tract infection	16
Pregnancy with hypertension	3
Pregnancy with respiratory tract infection	4
Cryptomenorrhoea	1
Salpingitis	1
Pelvic pain	1

3 . Operations :

Number of minor surgery conducted : 2

Names of minor surgery : a) Secondary suture
b) Repair of complete perineal rupture

4. Medical statistics :

Total admission	295
Total delivery	202
Normal delivery	149
Drug induced delivery	13
Premature delivery	14
Forceps delivery	2
Caesarean section	14
Breech delivery	5
Twin delivery	2
Difficult delivery	3
Maternal mortality	1
Infant mortality	13
Antepartum haemorrhage	1
Postpartum infection	5
Intrauterine death of foetus	4
Abortion	59

Pregnancy with diseases :

Pregnancy with anaemia	7
Toxaemia of pregnancy	2
Hyperemesis gravidarum	7
Premature rupture of membrane	3
Pregnancy with hypertension	2
Pregnancy with respiratory tract infection	2

Others gynaecological problems :

Uterine prolapse	2
Salpingitis	1
Pelvic pain	1
Haematocolpos	1
Complete perineal rupture	1

5. Problems :

For the last two months our Ambulance is out of order and we are facing big problems regarding sending patient to Hospital General peltier or other hospital for referral cases or for some investigations .

About this issue I discused with our hospital director, according to his information he needs some money to repair the Ambulance . He tried to get some money from Ministry of health but he did not get any money from any source .

AMDA ソマリアプロジェクト再訪

カンボジアプロジェクト委員長 桑山紀彦

私はAMDA日本のジブチ国内での仕事を終えた後、個人の資格で非公式に94年2月末より短期間ではあるが、ソマリア北部の街ハルゲイサを訪問した。以下はその印象記である。

私がハルゲイサに入ったのは、ラマダンの最中のもっとも気を遣う時期であった。空港に降り立つと早くも武装した私兵たちがたむろしており、入国は一つの儀式と化していて、わけの分からない私兵に入国税と称されて数ドルとられた。そのかわりに私のパスポートに押されたのは「ソマリランド」という国際社会では認知されていない彼ら独自の独立国家のものであった。前もってCARE Internationalに出迎えを頼んでいたため、それ以降市内までは特に問題はなかったが、90mm重機関銃を荷台に載せた物騒な私兵が市内を走り回っており、カメラを向けることがどんな事態を呼ぶかはすぐに感じる事が出来るほど緊張を強いられた。

昼2昼ほどのホテルに落ち着いてからはすぐにUN（国連）とその内部のHCR（国連高等難民弁務官事務所）に行き、情報収集を開始したが、HCRも自分のホテルも、そしてAMDAがサポートしてきたハルゲイサ総合病院も全て歩いて数分のところに密集していたため、行動はしやすかった。

まず私が訪れたのはHCRから紹介されたエチオピア人難民キャンプである。

ここには約500人ものエチオピア人難民が住んでいる。もちろんキャンプといってもハルゲイサ市内の中心部にあるのでキャンプというより「サイト」といったほうがいい。みなエチオピア前政権下で要職にあたり軍部にいたため、政治的に逃れてきた人であり、英語も達者で、知識も豊富なインテリである。ここでの診療は結局全4日間全てに渡って行ったが、まとめると以下のような疾患割合であった。

- 1) 急性呼吸器疾患・・・29.0%
- 2) 急性消化器疾患・・・27.4%
- 3) 慢性呼吸器疾患・・・12.9%
- 4) 結核疑い・・・9.7%
- 4) その他・・・21.0%

このサイトの長老、ソロモン氏は非常にAMDAのことを評価していた。AMDAは在ハルゲイサ支援期間中、1週間に1回の割合でこのサイトに定期巡回診療をしてきたが、



エチオピア人の子供

それに対してソロモン氏は非常に感謝しており、彼曰く、定期巡回診療をしてもらったお蔭で病人がAMDAが入る前の1割ぐらいになってしまったとのことであった。さまざまな医者や看護婦、そしてダイレクターにお世話になったといい、長谷川医師の名前は聞き取れたが次に出てきた「スックタック・イワンガ」という医師が誰であるかは分からず、おそらくAMDAパキスタンなどから来ていた医師の名前かと想像したが、名刺を見せてもらったところ「スケタカ・イワナガ」医師のことであることが分かり大笑いしたのであった。



UNHCRのチャーター機で入る

彼らソマリランドに住んでいるエチオピア人難民は決してソマリア人と友好的なわけではなく、私の滞在中ずっと通訳してくれたエチオピア人の青年が3日目に突然ハルゲイサの警察署に逮捕され、結局4時間後には解放されたが逮捕理由は外国人と仲よくして何か企んでいるという理不尽なものであった。常に監視されているという事実を思い知らされた事件であった。そういったストレスの中、紛争をしている国に難民として暮らす彼らは強力なコミュニティを形成して情報交換をし、結束力で乗り切ろうとしている。ハルゲイサにはこのサイトに住む難民以外に、街中でカフェ営むエチオピア人も多く、総勢1500人が暮らしている。ソマリア人とは宗教も全く異なり、言葉も違えば英語力も完全に異なるわけであり、目立った対立などに繋がってはいないようだが、一部のエチオピア人は同じ街に住むソマリア人のことを

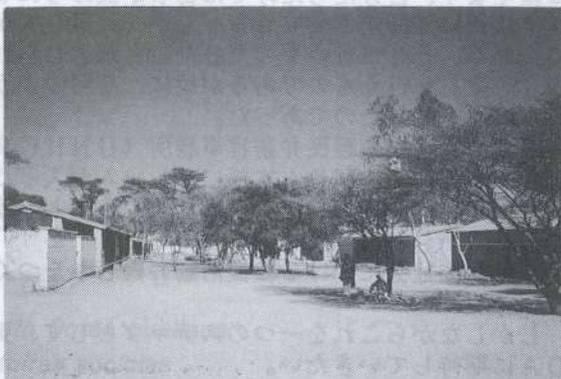
「けだもののような奴」と時に呼ぶ。今後双方での対立がこの小さな街で表面化しないといいがと思わされた。

ここでもAMDAは多くのエチオピア人難民の健康の拠り所となっていたことが如実に理解された。

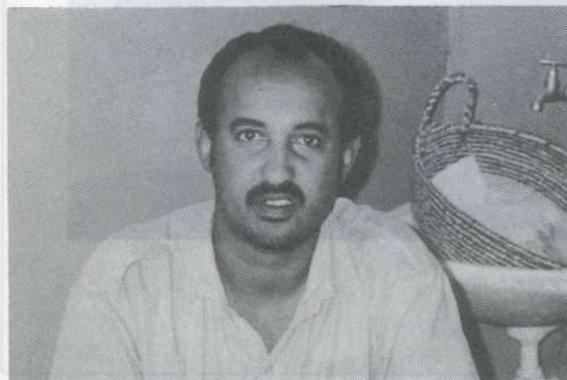
次にAMDAが長らくサポートしていたハルゲイサ総合病院を訪れた。出迎えてくれたのはアリ医師である。不精髭を剃らず、次から次へと患者を診ていて全く焦燥し切っている様子であった。彼と共に患者を診ていったが、とにかくエチオピア人難民サイトのように呼吸器疾患が多い。単なる風邪ならばまだしも、ずっと放っておいたのか肺炎を併発している患者も多かった。特に小さい子供の肺炎ケースは多くかつその様は悲惨である。おそらく親も薬を買う金がないと思われ、診断だけして紙に処方を書いてもらっても親はそれをどうやったら買えるのか、絶望した様子であった。ここで私はまたしてもアリ医師からAMDAはいつ戻ってくるのだと聞かれた。自分はAMDAの医師であることを公にはしていなかったたので、全く解らないと答えたが、彼曰く、AMDAの医師がいた頃は余裕をもって患者を診ることができた。しかし今では自分ともう一人の医者だけでほとんど全ての患者を診ている。多いときは外来が100人を優に越える中で2人ではとても無理だ。ほとんどのソマリア人の医者はイギリスなんかに留学に行ったまま帰ってこない。向こうでいい給料で医者なんかをしているに違いない。自分は全く運が悪い、と。

AMDAがいた頃を彼らはとても助かった、とても充実した時期であったと口を揃えていつている。もちろん誰一人としてAMDAの悪口を言う医師はいない。しかし私が考えさせられたことは、最後の撤退という選択は全く正しいものでありやむを得ない決断であったことは事実であるが、確実に現地の医療事情に貢献してきたが故に、現時点ではその現地の期待が行く先を失って迷っている印象が強かった。どの医者も、どの看護婦も「AMDAはいつ戻ってくるのだろうか」と私に聞いてくる。これほど現地にインパクトを与えてきたプロジェクトを遂行してきたAMDAは素晴らしいが、残念ながら現在のハルゲイサの医療は全く停滞したままになってしまっている。

市内の結核センターにも足を運び、そこに勤めるソロモン医師に話を聞いたが、彼もまた「AMDAがいた頃は



ハルゲイサ総合病院



ソロモン医師

よかった。とてもいい医療サービスができていたと思う」とAMDAを絶賛した。しかし続いて彼は、それに比べると今は結核の薬もままならず、診断もあやふやな場合が多い。人々は医者や病院を頼らず自分で判断して薬局にいき、それでいろんな事故が起こる。AMDAはいつ戻ってこれるのだろうか。と最後の言葉を結んだ。

私たちは期待されている。現地の医療状況を一転させてしまうくらいの力を持っている。それが故に責任も重い。

私はまだカンボジアを始めて3年目であるが、現地と強く結び付けばつくほどその責任は重くなり、自分たちだけでは物事が決められなくなっていくことがわかってきた。ソマリアは初めて訪問させてもらったが、AMDAが残した足跡はたった9カ月であれど、実に大きく、そして重いものだったことが感じられた。そして現地の人々の人生に直接関わる「医療」を行うものであるが故に、今回のようにやむなく撤退をさせられたことが、心から悔しく感じたのであった。

帰国後国連高等難民弁務官事務所（UNHCR）のハルゲイサ事務所責任者のジョージ・レーパ氏よりAMDA本部にクレームが入った。「昨年12月のゴタゴタを起こしたワサメ氏がAMDAの日本人が来たということで聴き回っていた。なぜ、危険なことを取ってしたのか」と。

私は部族社会に於ける救援活動の難しさをつくづくと思い知らされた。

しかしながらこれを一つのステップとして、更なる行動展開をこのアフリカの地でAMDAに期待していきたい。

1994年4月20日



砲撃を受けて崩れた民家

エチオピア人の子供

PAEDIATRIC OPD CASES

ADULT OPD

ACTIVITIES OF AMDA CAMBODIA PHNOM SROUCH DISTRICT HOSPITAL

جمهورية جيبوتي

الوحدة - المساواة - السلام

REPUBLIQUE DE DJIBOUTI

UNITE - EGALITE - PAIX

وزارة الصحة والشؤون الاجتماعية

MINISTERE
DE LA SANTE PUBLIQUE
ET DES AFFAIRES SOCIALES

N° 1.966/51 /MSPAS

1974

Fax n° (253) 35 83 00

Djibouti, le

199

وزير الصحة والشؤون الاجتماعية

الى

Le ministre de la Santé publique
et des Affaires sociales

و

To Dr. Shigeru Sugarani
Président
AMDA International

COMMUNITY SERVICES

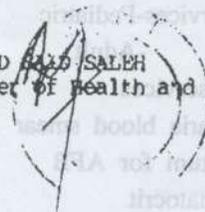
HOSPITAL SERVICES

Dear Dr. Sugarani,

I would like to request the extension of your medical activity in Dar El Harar Maternity and Obstetric Hospital for 1994. Your valuable support and assistance to the Somali refugees living in the Republic of the Djibouti is to be highly appreciated and your continuous support is very much needed for a number of the people still suffering.

We shall very much appreciate your continuous support.

MOHAMED SALEM SALEH
Minister of Health and Social Welfare



■カンボジア救援医療活動報告

ACTIVITIES OF AMDA CAMBODIA PHNOM SROUCH DISTRICT HOSPITAL IN THE MONTH OF APRIL 1994

DR. NARAYAN BAHADUR BASNET

AMDA Cambodia Project has completed 1 and half years period. During this period a number of activities has been implemented and some of them successfully completed (Eg. Renovation of building, distribution of bednets etc.). Phnom Srouch District Hospital is in a stage of implementing almost all district health service activities and providing services of many kinds to the people. Recently and particularly in this month initiation has been taken to develop the quality of the health services. Short term training is provided to the district hospital staffs and new training curriculum has been developed to train the district hospital staffs.

Phnom Srouch District Hospital:

In the month of April, services were provided to a total number of 1,692 individuals in the hospital and the community. There were 15 full consultation days, 4 class days, 4 meeting days, 4 regular holidays (Sunday) and 3 Khmer new year holidays.

A total number of 1,235 cases were benefitted by the Hospital (curetive service/hospital services) by community activities (vaccination and AMDA mobile clinic).

The number of vaccination cases has not been increased significantly because of Khmer new year holiday and/or some of the security problem in some of villages.

The distribution of services and the number of cases/individuals is given:

<u>HOSPITAL SERVICES</u>		<u>COMMUNITY SERVICES</u>	
a. OPD services: Pediatric cases	357	Vaccination;	
Adult cases	369	Pregnant women	38
b. Emergency cases	24	Adult women	122
c. Minor surgical cases	97	Children	220
d. MCH clinic-AntenAtal services	47	Adult male	57
-Delivary services	2		
-Gynaecological cases	7	<u>Mobile clinic:</u>	
e. Admission-Pediatric ward	34	Male patients	10
-Adult ward	32	Female patients	10
f. Referrhal services-Pediatric	1		
-Adult	3	TOTAL	457
g. Laboratory services			
-Malaria blood smear	225		
-Sputum for AFB	9		
-Hematocrit	1		
TOTAL CASES/INDIVIDUALS	1,235		

NOTE: Hospital services+ Community services - 1,692

The pattern of the distribution of disease in the OPD cases have given below.

PAEDIATRIC OPD CASES

Disease/System	NO.of cases
1. Respiratory Disease	155
2. Malaria	40
3. Gastrointestinal problems	36
4. Diarrhoeal disease	34
5. Worm infection	25
6. Skin problem	24
7. Malnutrition	12
8. Eye problem	7
9. Ear problem	6
10. Surgical cases	3
11. Orthopedic cases	3
12. Cardiorascular cases	2
13. Urinary tract cases	2
14. Tuberculosis	1
15. Nasal problems	1
16. Other problems	6

TOTAL 357

ADULT OPD CASES

Disease/System	NO.of cases
1. Asthenia/Neuromuscular problems	48
2. Worm infestation	47
3. Respiratory problem	44
4. Gastrointestinal problems	42
5. Malaria	38
6. Gynaecological problems	38
7. Central nervous system	16
8. Obstetrical problems	16
9. Urinary tract cases	14
10. Surgical cases	8
11. Diarrhea	8
12. Skin problem	8
13. Orthopedic problems	5
14. Tuberculosis	5
15. Eye problem	4
16. Cardiorascular cases	2
17. Others	26

TOTAL 369

The given table reflects the nature of problem. And priority should be given to overcome the problem. We try to focus our attention to control the disease by preventive and curative measures. Surprisingly in the past, no cases of malnutrition in children has been mentioned. But there were 12 cases of protein energy malnutrition. It is said that in every cases of malnutrition seen in hospital, we expect other 10 cases of malnutrition in the community. This reflects the improvement in the diagnostic quality. In my opinion, most of the villages don't have kitchen garden, fields has been underutilized, lack of malnutrition. I am trying to train the staff, so identification will be easy and subsequent preventive measure will be taken.

TRAINING:

- A. AMDA Cambodia has arranged 3 days training on sterilization and hospital infection to the two nurses working in Phnom Srouch District Hospital, in the 7th January Hospital Phnom Penh. They successfully completed their training and already started working in the hospital.
- B. One Laboratory Technician working in malaria laboratory, Phnom Srouch District Hospital has successfully completed one week refresher training in malaria technology in National Malaria Centre, Phnom Penh. This training is arranged and financed by AMDA Cambodia.
- C. Evaluating health staff of district hospital has been done by MCQ test (Part of assessment of last six months training). 25 candidates attended the examination most of them have done well in the test.
- D. Dr. Narayan has prepared a curriculum to train the district level health staff. This curriculum is started on April and ends in December 1994. This training program will be a model for other district hospital. AMDA Cambodia, encourages other district hospital to provide such training in the district.

DAY CARE CENTRE:

There are 23 children in the Day Care Centre. The general condition of the children is well. This centre is working as a social link with the local people.

MENTAL HEALTH PROJECT:

In this month Dr. Kuwayama attended the conference on Psychiatric Medicine. Mr. Iwama and Ms. Heak also attended the conference. Mental health project is helping Sihanouk Hospital, Phnom Penh, to start mental health services in near future.

OTHER ACTIVITIES:

AMDA Cambodia is trying to mobilize local government doctor to provide consultation to the admitted cases and emergency cases in Phnom Srouch District Hospital. He has started working in the hospital whenever, there is no AMDA doctor. But regular attendance is still awaited. In future, AMDA Cambodia is thinking to provide some sort of incentives.

Malaria blood smear	225
Spam for AFP	9
Hematocty	1
TOTAL CASES/INDIVIDUALS	1,215

NOTE: Hospital services + Community services = 1,692

The pattern of the distribution of disease in the OPD cases have given below.

FUTURE:

1. Dr. Sangeeta Baral Basnet wife of Dr. Narayan Bahadur Basnet has already started (3rd May) consultation of skin cases. She will also help to train the health staff and AMDA doctors.
2. Malaria case study format has been developed. 100 cases of malaria will be studied and reported. New format has been developed for OPD cases and started using from the beginning of May.
3. Regular meeting with hospital director/vice director has been organized every Saturday.
4. Laboratory and X-Ray

The hospital is facing some difficulties in laboratory work and X-Ray investigation. The increasing number of admitted cases and increasing number of the complication of the cases necessitates the expansion of laboratory and X-Ray facilities.

Wishing all the best to all members of AMDA fraternity.

朝の引継ミーティングに参加する
Dr. Narayan (前方左) と
Dr. Chantha (前方右)



交通事故による負傷のケース。
話し合う Dr. Narayan (左)
と Dr. Chantha (右)
旧病棟にて



THE OLDEST PROFESSION IN CONBODIA

Dr. SEK MARDY

Prostitution is a social phenomena that has spread everywhere in the world. The "oldest profession" is a popularised term given to prostitution since it is so widespread.

The history of prostitution in Cambodia is hazy:

- Before 1975, the number of prostitutes was limited, because it was legalised and strictly controled by regular health checks.
- During the Khmer Rouge regime, people were very afraid of the word "Prostitution". Because they could be killed if it was alleged that they were involved in an affair. Therefore, prostitution must have been acutely illegal. Most ex-prostitutes were killed and the 'oldest profession' was put to an end except for the mysterious exchanges for food and survival that would take place.
- With the present Cambodia regime, After the opening of the free market, especially since 1989, the number of prostitutes rapidly increased. One only has to compare the number of prostitutes in the Khmer 'year', zero (1975), with those in 1989 to realise the incredible increase.
- During the UNTAC period, western ways were adopted and salaries became high. There is no doubt that, in this social environment, pre-existing numbers of prostitutes were on the increase.

Today, prostitution is so common that the exact figure is unknown. A recent survey of brothels by the ministry of health in Phnom Penh estimated a figure between 3 to 4 thousand.

There are two kinds of prostitutes. There are those who work in the brothels and those who are employed as bar girls. There are also those who are used to advertise goods. Most of the prostitutes are Vietnamese. They have been pouring into Cambodia in significant numbers since 1989 without official documents. This has caused great social and economic problems for Cambodian society. With so many illiterate and unskilled people arriving this is a major set back in the social and economic agenda of the Cambodian government. Prostitution has thus become the easiest way for people to make a living. A Vietnamese woman was quoted as saying: "It is not just to feed the family but a means to an income to start a safe and clean profession."

There are many factors that explain why Cambodian girls are lured into prostitution but a significant one has been the 23-year long civil war. A war which has destroyed much...peasants have lost their houses and rice fields. Many of the battle areas are littered with land mines. There has been an increase in invalid and disabled men who are no longer able to support their families. Facing such poverty, many parents have resorted to

selling their children into towns where they can make a living. Before the U.N.-supervised elections, a lot of returnees living in refugee camps near the Thai border were sent back into the country. These people have been unable to support themselves and their families except through prostitution.

Uncontrolled corruption has resulted in even higher increases of unemployment, a more serious threat for women than men. This may well also be another factor in increasing numbers of females entering prostitution. The UNTAC era provided an opportunity for young girls to achieve financial stability and upward social mobility because of the high prices they could set.

In theory, prostitution is considered to be a totally unacceptable activity, but in practice it's activity is an accepted part of life." 80% of Cambodian men sleep with a prostitute at least once in their lifetime." Legally, prostitution is not an offense. That is why it has become very open and unmonitored. There has also been an increase in sexually transmitted diseases (STD) especially AIDS. In 1992 a small study conducted by the ministry of health showed among STD cases, 45% were HIV positive. Among prostitutes the figure was 9.14%. It is a terrible thing that men are infecting their innocent wives. The trafficking of women is also increasing. Girls are kidnapped by traders and brought into the flesh trade to Phnom Penh or sent to other countries.

It is because of this polluting of national Cambodian custom and denigration of Cambodian people, the government should set up a monitoring system to control prostitution and legalise particular brothels. Monthly health certificates should be given to prostitutes. Check points should be set up to stop the flesh traders. "Parents who sell their children should face legal action." At no cost should Vietnamese immigrants be ignored in all of this because of the extent of their involvement in prostitution.

In general, who is to blame for the 'Oldest profession'? The answer is, 'Men'! The other major reason is the misery caused by Cambodia's Civil War. So, peace should prevail so that people can lead a good life and earn an honest living thus saving innocent girls from being pressurised into becoming prostitutes.

■カンボジア救援医療活動報告

カンボジア精神衛生国家施策始動—AMDA、その中枢に

カンボジアプロジェクト委員長 桑山紀彦

これ程までにわれわれNGOと政府、そしてWHOが絡んで直接的に国の施策を決定しようとする会議があるだろうか。私と現地駐在の岩間氏、そしてヒアックは4月19日からの3日間、カンボジアの首都プノンペンで開かれた「精神保健に関するトレーニングの国家施策について」という主題の国際会議に出席して、今AMDAカンボジアの置かれている立場が非常に重要でかつ、国家施策に深く食い込んでいることを改めて思い知らされてきた。この会議を主催したのはIOM(International organization of Migrant)で、AMDAは正式な招待を受けた。他の参加者を見てみると、この「難民の精神衛生」「心に傷を負った人の精神医療」「第3世界の精神保健」に興味を持ちかつ名を上げている精神科医が一同に会した感じであった。

現在のAMDAの精神保健に関する活動内容は主に以下の2つである。

- 1) プノンペン市内にあるシアヌーク病院における精神科セクションの修繕
これまでに7つの部屋の修理を完了し、各種医療機材、最低限の医薬品の整備を行った。
- 2) カンボジアにたった一人存在する精神科医、ケ・チュム医師と良好な関係を築き、IOM、WHO、カンボジア保健省と協力していよいよ始まる精神保健の国家施策のプロジェクトの一翼を担う

今回招待された会議はその国家施策を決定するにあたって世界各国からその道の専門家を呼んでさまざまな意見を出してもらい参考にしようという意図があった。

この精神保健に関するカンボジアの国家施策はまず「その人材育成」に重点を置いた。病院を増やしたり薬をどんどん入れるにはあまりに人材がいけないことを国もよく理解しているのである。そこでこの国家施策に基づいて役割分担は以下のようになっている。

- A) IOMおよびノルウエー人精神科医のチーム(オスロ大が中心)

シアヌーク病院での精神科医のトレーニング

- B) AMDAカンボジアプロジェクト

シアヌーク病院でのケ・チュム医師の診察のサポート

(今年度の予定：予算案未提出)

シアヌーク病院での精神科看護婦のトレーニング

ケ・チュム医師の神戸大学における1年間の海外留学

チェンマイ大学との共同作業による精神科看護のトレーニングのマネジメント

- C) WHO

全てにわたる助言、指導

今後の展開としては、精神科の専門家の育成(Traning)と日常的な医療サービスの提供(Clinical Service)の両面よりこの精神保健事業を進めていくことが確認された。確かにカンボジアは小さな国で予算も全くないために、AMDAのようなNGOでも、ここまで国と関わっていきけるわけであるが、AMDAとしての発言の一つ一つが直接的に国家施策に

INVITATION

Fax: 81 236 31 6047

Dear Dr N. Kuwayama,

Dr N. Shinfuku, WHO-MNH Regional Adviser has organised a one day workshop on Mental Health Services in Cambodia on 22 April 1994. You are most cordially invited to participate. Please let us know whether you can spend the extra day.

Best regards.

Dr C. De Sweemer-Ba
Medical Officer
WHO-Cambodia
Fax: 855-23-26211

C. De Sweemer-Ba



組み込まれていく様子を見ていると、恐い気もしつつけれども実にやりがいのある仕事である。国の保健省、WHO、大学組織、そしてNGOが一つになって率直な意見交換が出来、かつそれが明日からの国家の方針となっていた3日間であった。

翌日、COCOM（保健省やNGO、大学組織などがいっしょになって施策を検討しあう会議：定期開催：AMDAもメンバー）の中の精神保健に関する諮問委員会が開かれ、この3日間の会議を受けていよいよ具体的な内容の詰め

に入っていた。カンボジア保健省は精神保健について国家として乗り出すことを決めてこのような会議を主催しているのだが、じつは予算はまったくない。そこで、現時点でカンボジアの精神保健について（予算的にも）関わろうとしている3つのGOとNGOが中心となって施策の決定がなされていった。

IOM(Internationa Organization of Migration)とオスロ大学精神科医チーム
(ノルウェー)

AMDA (日本)
フランス政府

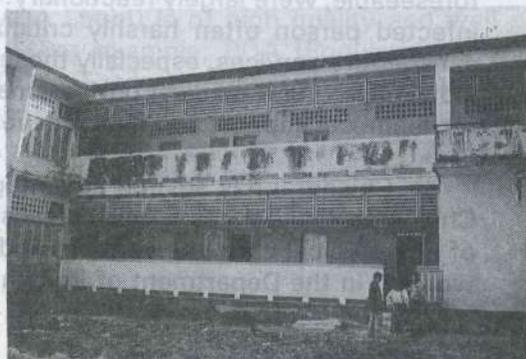
役割分担を表で示すと以下ようになる。

	シアヌーク病院	海外研修
IOM	6人の精神科医の養成	特に考えてはいない
	外来診療への支援	
AMDA	入院診療への支援	ケ・チュム医師の神戸大学での研修
	精神科看護婦の養成	チェンマイ大学と精神科看護婦の研修事業
フランス政府		95年から2人の精神科医の留学受け入れ

現時点では精神保健も精神医療サービスもまったく「ゼロ」からの出発であることにはかわりない。確かにAMDAは93年よりたった一人の精神科医としてのケ・チュム医師と関わってきたが、基本的には彼の自宅の個人診療所での関わりが中心であった。そこへ昨年より外務省の補助金と自己資金にてシアヌーク病院の修繕を行ってきたわけだが、その延長線上で今回の国家施策の中に入り込んだ展開が可能になっていると考えられる。繰り返すが、AMDAは一国の精神保健の黎明期にその重要な一翼を担っていることを強調したい。国の規模は小さく、国家予算も他国からのODAなどに依存しなければならぬ状況の中ではあるが、ポルポト時代に受けた心の傷を未だ癒せず苦しんでいる人も多く、その後の長い内戦で人々の心も荒廃しているこのカンボジアにおいて「精神保健」「精神医療」を展開することには大きな意味と意義がある。

日本の精神医療の世界が同じアジアの国のカンボジアでどんな貢献が出来るのか、AMDAは日本のNGOとして初めて「精神保健、精神医療」を展開しているのである。また、最近とみに話題になっているPHCの中に精神保健を(Mental Health into Primary Health Care)という世界的な潮流を、始めから取り込める可能性があるのもこのカンボジアの黎明の精神衛生国家施策の大きな特徴であると思われる。

AMDA が修理した入院部分



Description and Progress of AMDA Collaboration project in Chiangrai, Thailand

Counselling and health care of HIV-infected persons

Chiangrai Project Team

1) Introduction:

This report aims to describe the background, purpose, activities and future direction of the AMDA Collaboration Project in Chiangrai, Thailand. Specifically, we will report the serious burden of illnesses related to HIV/AIDS and outline the on-going activities. We will also describe some details of our first achievement, the counseling media development. From next month, we would like to share our experiences with other AMDA members in several specific topics such as human right of HIV-infected persons and ethical issues, HIV-testing and counseling, health seeking behaviors of HIV-infected individuals, and the role of traditional medicine.

The Project Team acknowledges the support of AMDA including Dr. H. Takahashi, Dr. S. Suganami, Ms. S. Katayama, and other distinguished AMDA members. We would like to apologize for this delay and will promise regular reporting in the AMDA newsletter.

2) Background:

HIV epidemic in Thailand has been growing very rapidly in the past 8 years, mainly due to heterosexual transmission. It is widely recognized that provinces in northern Thailand are hard hit by the epidemic, partly because they are located at or near the epicenter of sex-industry-related HIV epidemic. The detailed HIV/AIDS situation in Chiangrai, the study site of AMDA project, is described in Annex.

Due to the epidemic, the Chiangrai Hospital bears a significantly increasing burden in hospital service workload in terms of treatment facilities, laboratory capacities and other auxiliary supports. The responses to the workload, even foreseeable, were largely reactionary. Thai NGOs which promote human right of HIV-infected person often harshly criticize Thai government hospital to provide non-satisfactory services, especially those who are asymptomatic and early symptomatic individuals. As a medical professional NGO, AMDA can stand on these advantages for technical support and model development.

Chiangrai has several advantages to be selected as a model province, since Chiangrai Hospital has a well-established HIV counselling, which is the pre-requisite of any medical care intervention, and there are a few well-trained AIDS counsellors working in the Department of Preventive and Social Medicine.

3) Project purpose and current activities:

The general objective of the collaborative project is to develop a provincial model of counselling and medical care for HIV-infected individuals, which should be humanistic, ethical, feasible, cost-effective and equitable in context of the existing Thai provincial health services.

Specifically, Chiangrai was utilized as a field site due to its simplicity of health systems and the seriousness of HIV/AIDS situation. Chiangrai Hospital recently (in November 1993) initiated a program for group counselling and systematic follow-up of HIV-infected individuals. In addition to the counselling for psychological support, we are seeking appropriate medical care model for preventing their disease progression and delaying opportunistic infections. Initially, we have started isoniazid (INH) chemoprophylaxis for preventing clinical Tuberculosis (TB), since TB is a predominant cause of death among HIV/AIDS patients in Chiangrai. Remarkably, this program enjoyed enthusiasm from HIV-infected individuals and up to the end of April about 300 individuals have been enrolled into the program. (This heavy workload, which is steadily increasing, is the major reason that we need external technical and financial support.)

The Department of Preventive and Social Medicine, Chiangrai Regional Hospital has been the major place and actor. The project registered to the AMDA as a "Collaboration project", means that Thai side will take main initiatives, while AMDA will actively participate in and support the project. This approach will ensure the sustainability of the project.

In order for our project to truly serve the need of the HIV-infected individuals, research and development activities based on needs assessment are an integral part of this project. This is particularly important since one of our aims is to develop a model appropriate in Thai and Asian socio-economic-cultural context. Several needs are already expressed from our clients and health service providers and we are investigating its feasibility and necessity to accommodate the needs.

4) Counseling media (booklet) published with AMDA support.

As one of the main activities for the first-year operation, we have developed counseling media (booklet) for HIV-infected individuals. We conducted careful needs assessment with active participation from our clients, clinicians including Dr Takahashi, epidemiologists, counsellors, a medical anthropologist, and a professional writer. This booklet (which contains an AMDA Logo!) is of high quality and well accepted in by both GO and NGO sectors. For example, PDA (Population and Development Association), one of biggest NGO in Thailand requested 1,000 copies of this booklet. The process of needs assessment and media development is described and summarized as following.

PARTICIPATORY DEVELOPMENT OF COUNSELING MEDIA FOR HIV-INFECTED INDIVIDUALS.

Ngamvitayapong Jintana Chulalongkorn Univ., Uthaiworavit W, Sawanpanyalert P, Chiangrai Hospital, Takahashi H, AMDA Japan

Objectives: to assess needs and to develop appropriate counseling media for asymptomatic HIV-infected persons through participatory approach.

Methods: This action research is composed of assessing the current problems of and needs for counseling media, and developing appropriate media based on findings from the needs assessment. Twelve asymptomatic HIV-infected persons were in-depth interviewed and discussions were also made with a physician and 6 nurse counselors who provide health and counseling services to HIV-infected persons in Chiangrai Hospital.

Results: Currently, media targeted specifically to asymptomatic HIV-infected persons do not exist. Due to increasing workloads in counseling and limited time, the physician and the counselors expressed their needs for a good booklet containing essential information on HIV/AIDS for self study by the infected persons. The book will also be helpful to explain to the clients the process of HIV infection and appearance of AIDS symptoms. In the clients' perspective, existing media for general health education are not appropriate because they are either stigmatizing (e.g. entitled, "AIDS and YOU") or threatening (e.g. carrying the notion of AIDS as a deadly disease without cure) or both. The clients expressed their desire for the booklet to be written in simple words without medical jargons or English. In addition, frightening pictures of opportunistic infections should also be excluded. The on-going developing phase of the booklet has been enjoying active participation from the counselors and clients.

Discussion and Conclusions: Targeted media to convey HIV/AIDS information are needed by both HIV-infected asymptomatic clients and their counselors. To ensure maximum utilization of the media, it is essential that active participation be sought from the target audience.

APPENDIX: HIV/AIDS Epidemic in Chiangrai

The first indigenous case of AIDS in Thailand was found in an intravenous drug abuser in 1988. At that same year, the first AIDS case in Chiangrai was detected. In the last two months of 1991, there were 10 cases of AIDS patients in the Chiangrai Regional Hospital. The numbers increased to 358 and 798 cases in 1992 and 1993 respectively. Up to the end of 1993, 1059 and 107 adult and pediatric cases of AIDS were treated in the Hospital. About four-fifths of the cases were in the age group of 20-45. Less than 10% were less than 13 years old. The majority of pediatric AIDS showed clinical symptoms when they are 2-8 years old. From 1992 to 1993, the proportion of male cases reduced from 88.5% to 83.5%. Correspondingly, the proportion of female cases increased from 11.5% to 16.5%. These figures suggested that the HIV/AIDS epidemic is taking its tolls in women and, subsequently, into families. The HIV prevalence rate among pregnant women attending ante-natal clinic of the Hospital supported the assumption. The HIV prevalence rates were 1.3%, 3.3%, 4.4% and 5.8% in 1990, 1991, 1992 and 1993 respectively. A cohort follow-up of 119 infants born to HIV-infected mothers was carried out until the infants were 15 months old showed that 69 infants (58%) turned HIV-negative by that time, 20 developed clinical symptoms and the other 30 remained asymptomatic. Of those who developed clinical AIDS symptoms, 9 (45%) died. Based on the rate of vertical transmission estimated from this study, 850 HIV deliveries with 340 HIV-infected infants were expected during 1990-1993.

The majority of AIDS cases (84%) in the Hospital were treated as inpatients. On the average, 27-30 hospital beds were occupied by AIDS patients and 2-3 cases were newly admitted to the Hospital. Each episode of AIDS-related admissions required about 9.5 days of hospitalization. In the Chiangrai Hospital alone, 1.5 cases of AIDS died each day. Pulmonary infections, mainly tuberculosis and *Pneumocystis carinii* pneumonia, were the most prevalent opportunistic infection among the AIDS patients followed by infections of neurological and gastro-intestinal systems. The Hospital's policy did not encourage separate ward for the AIDS patients except for respiratory infectious cases. The Hospital also recognized and adopted universal precaution measures as one of its main prevention and control efforts. However, during 1989-1993, 27 health personnel were stuck by needles contaminated with HIV-infected blood and another 12 were eye-splashed with the blood or other secretions. Eleven persons chose to take AZT prophylaxis and the other 29 chose not. Of those who chose to take the drug, only 2 could complete the course and the other could not because of serious side effects. Serological follow-ups of these personnel showed no seroconversion to HIV. The increasing epidemic of HIV is pushing the Hospital's personnel capacity to its limit. For example, the Hospital has only 5 medical internists contrasted to 24 as it should have and 30 professional nurses contrasted to the expected 43. This heavy burden resulted in part in stress and tiredness among the Hospital's health personnel and was part of the brain drain problem.

HIV counseling was instituted in 1988. At the present, several forms of counseling services were available, i.e. Hotline, anonymous counseling, premarital counseling, antenatal counseling, and group counseling. However, abandon of 2 AIDS infants, one hilltribe and one lowlander, have been found. In addition, two Burmese adult AIDS patients were abandoned by their relatives and had to stay hospitalized until they died. The total direct medical care cost for this hospital was about 13 million Baht in 1993. The figure was estimated to go up to 26 million Baht in 1994 to treat 1,600 AIDS cases. The seriousness of the budget problem is also joined by personnel shortage and limitation of ward availability to accommodate admitted AIDS patients. The introduction of short course chemotherapy for tuberculosis (TB) patients in 1988 has achieved its effects on reduction of TB cases until the HIV epidemic. Since 1989, both the absolute number of TB cases has been observed. The majority of these cases were HIV-infected and in the age group of 25-35 years old. Recognizing the impacts of these dual epidemics of HIV infection and TB, the Hospital initiated an INH preventive therapy program for asymptomatic HIV-infected individuals in November 1993. The Hospital recognized that good drug compliance and good counseling follow-up are the keys to success of the program. The seriousness of HIV epidemic in the general population can be partly reflected by the HIV prevalence among blood donors. There are approximately 12,000 donations in the Chiangrai Hospital blood bank per year. The prevalence of HIV infection among blood donors were 1%, 2.3%, 3.7%, 3.6% and 3.0% in 1989 to 1993 respectively. These situations highlighted the importance of community to understand HIV/AIDS so that people can live with AIDS. The Department of Preventive and Social Medicine in collaboration with other governmental and non-governmental organizations is setting a community-based care through providing AIDS education, counseling, home visit and appropriate form of home care to AIDS patients. We hope that the efforts will help the community accommodate this deadly disease.

日本—バングラデシュ友好病院正式開院

岩井 くに

1. ダッカへの道

岩手県から、また全国から贈られた医療器械をコンテナに積み込んでSarder A. Nayeem, Jonaid Shafiq, Faisal A. Muazzamの3氏が日本を飛び立ってから、1年が過ぎ去った。噂では病院開設をめざして、いろいろ苦勞しているらしかったが、私も日常診療に紛れて病院のことはほとんど忘れかけていた。3月1日、引越し荷物をまとめていた私のそばで、faxから1枚の手紙が顔を出した。見てびっくり！日本—バングラデシュ友好病院開院式への招待状だった。

今までのさまざまな出来事が脳裏をよぎり、とうとう出来たのか、と感無量だった。こちらは引越し、転勤に伴う手続き、代診の確保などもあり行けないだろうと半ばあきらめたが、なぜか話がトントン拍子に進んでしまい、それからの1カ月はもうパニック状態。どこをどうしたのか記憶もさだかではないが、4月6日、私は小林米幸先生から預かった大腸内視鏡を抱えて、シンガポール経由ダッカ行きの飛行機に乗り込んだのだった。

今回AMDAから開院式には菅波代表と私、岩井の2人が参加した。

2. 開院式前夜

バングラデシュの慣習と経済的な理由から、3人とも他の病院と掛け持ちして働いており、帰りは毎日深夜、食事する間もないという。7日もみな仕事を抜けられず、代わりに夫人たちが観光に連れていってくれた。病院は開院式の準備に追われており、スタッフも夜遅くまで立ち働いていた。新生児室や分娩室など一部はまだ工事中だったが、彼らが日本で学んできたやり方や設備が随所に取り入れられ、バングラデシュ風インテリアがいい雰囲気だった。ここは、12月から試験開院しており、手術の毎日のように行われているという。日本で見せてもらった時には埃をかぶっていた医療器械も新品のように直され、バングラデシュではハイグレードの器械として活躍していると聞き、院内のあちこちで見おぼえのある器械に出会い、我がことのようにうれしかった。ただし、医師研究室は雑然としており、Jonaid氏が言うにはこれも日本風ということだった。事務局長のRahman Kahn氏は「スタッフがチーム医療や日本的やり方に慣れていないせいもあり、毎日いろいろ指導している。しかし、スタッフの志気は高く、日に日に改善されていくと期待している。気がついたことがあったら遠慮なく指摘してほしい。」と語

ってくれたが、私が勤務している広田診療所より格段にレベルが高い。」と本当のことを言ったら信じてくれなかったが、たいへん喜んでくれた。JBFHには宮崎郁子さんが手伝いに来て下さっていた。宮崎さんは助産婦でご主人が日本人学校の教員をされており、日本大使館から紹介されて働いているとのことだった。バングラデシュの国内事情などうかがったが、彼女によればバングラデシュ国内には80人の青年海外経済協力隊員をはじめ、300-400人の在留邦人がいてみな医療には困っているらしい。夕方、Jonaid氏宅にて一家総出で2日かけて作ったというディナーをいただいたが、Nayeem氏にはひっきりなしに取材の電話がかかっていた。8時と10時のニュースではJBFH腹腔鏡下胆のう摘出術の夜、菅波代表が到着し、一同夜中まで、開院式のあいさつ作成などに忙殺される。

3. 開院式典

前夜、Nayeem氏たちから式典に大統領と厚生大臣が列席されると聞き、非常に緊張して会場へ向かった。朝のThe Bangladesh Observer紙（最も発行部数が多い英文紙）には開院式の挨拶が全面広告で掲載された。都合で厚生大臣は来られないとのことだったが、大統領はじめ各界を代表する方々がおいでになり、ものものしい警戒の中、午前10時、大統領が到着された。

式典はイスラムのお祈りではじまり、駐バングラデシュ日本大使らより祝辞をいただいた。ついで、大統領がJBFH開院のお祝いと期待について述べられた。その後Nayeem氏と菅波代表からお礼の言葉が返され、Jonaid氏が病院の運営方針、Muazzam氏が資金計画を説明した。最後に大統領自ら病院玄関に掲げられたJBFHのマークを除幕し、最初の来訪者として中へ入られ院内を見学された。ついで、コーヒープレイクとなり、院内が一般公開された。各国大使館の方々も出席されていたが、口々にダッカで医療を受ける時の不安を話され、中にはすでに患者としてJBFHを受診した方もあり、「スタッフの対応も気持ちがいいし、技術も確かです。安心して受診することができます。」と非常に高い評価を受けていたのは喜ばしい限りである。式典のあと、ダッカ郊外の最新鋭設備を誇る点滴工場を見学した。夕方5時から、ACI社の後援のもと、Jonaid、Muazzam氏の恩師の講演会がホテルで開催された。私立の病院がこのような講演会を開催することはバングラデシュでは画期的なことで、熱心な質問が相次ぎ、参加者の高い評価を得ていた。

この開院式の模様は午後8時と10時のニュースで詳しく報道された。日本の細川首相が辞任したことはこの日トップで報道された。

4. 開院式翌日

若手医師ら、Dr. Nayeem、大前副
菅波代表、竹中代表

抜けるような青空の朝、バングラデシュの主要紙すべてに開院式のニュースが一面で報道され、彼らにかかる国民の期待の大きさを改めて痛感した。朝食はMuazzam氏宅でいただき（奥さんは実に料理が上手なのだ！）、お兄さんやお父さんと話しているうちあっという間に時間が過ぎた。2時の飛行機で菅波代表らがダッカを発ち、私は夜中の飛行機だったので、夕方JBFHにもう一度寄った。JBFHには早くも患者さんが詰めかけ、大盛況！「ウソーッ、患者さんは一人だけだってNayeemが言ったのに..」と絶句するNayeem夫人だった。

夜中、JBFHの成功を確信し、これからのますますの発展を祈りながら帰途に着いた。



左から4人目が岩井くに氏

日本—バングラデシュ友好病院開院

—バングラデシュ大統領、日本大使出席のもとに



バングラデシュ大統領を出迎える
AMDA 代表 菅波氏



左2人目から、Dr. Nayeem、大統領、
菅波代表、竹中大使

THE BANGLADESH OBSERVER

REGD. NO. DA 5

FRIDAY APRIL 8, 1994

Chaitra 25, 1400

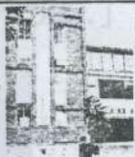
Shawal 26, 1414

12 Pages - Price Taka 4.00



INAUGURAL CEREMONY OF JAPAN BANGLADESH FRIENDSHIP HOSPITAL (PVT.) LTD

A Mile Stone in the Field of Advanced Health Service



IT is my great satisfaction to attend and send a message on the opening ceremony of Japan Bangladesh Friendship Hospital. I am extremely pleased that my three colleagues has done such a hard job so efficiently in such a short time.

I have all my confidence that JBFH will mark its presence in the private health sector of Bangladesh as a model for the others in the days to come. I congratulate and thank all the medical and non-medical personnel for their cooperations to fulfil our dream and hope that they do the same in future too.

Shigeru Suganami, M.D., Ph.D
Chairman, JBFH, Dhaka.
Chief,
Suganami Hospital, Okayama, Japan.

AMDA カンチャナブリー事務所設立

…タイ国カンチャナブリーを訪ねて…

本部事務局 片山 新子

AMDAの起源

アジア医師連絡協議会の紹介の欄で沿革のところ「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。」と書いてある。これが一般に広くひろまっている所以であるが、もっとも起源をたどれば何と!! 1972年までさかのぼることができるのである。代表の菅波先生が医学生の時に「アジア邦楽演奏キャラバン」を結成し台湾、タイ、ネパール、インドで演奏旅行を行った。琴、三味線、尺八などの邦楽をアジアに紹介するという代表らしい(?) 大スケールなこの構想がその後「クワイ河医学踏査隊」としてタイ国カンチャナブリーでの医療活動に結びつくのである。(ちなみに代表の特技は尺八) この時に代表の活動を導いた人物が永瀬 隆氏である。

AMDAカンチャナブリー事務所設立に向けて

このAMDAの起源をたどり、この地にAMDAオフィスを建てようという長年の希望を実現する為、永瀬氏についてタイ・カンチャナブリーに向かうことが急遽決まった。それまで私は正直言ってカンチャナブリーがどのような所か知らず、慌てて「戦場にかける橋」のビデオを見たりガイドブックを広げたりと即席知識をつけた。しかし現地でも聞く永瀬さんの戦争の話には驚くことばかりであった。

AMDAカンチャナブリー事務所は仏教徒管轄のワット・チャイ・チュンポン附属病院に置かれる。この病院は医師3名、看護婦23名が勤務しており医療設備も整っていた。病院見学後、病院関係者との話し合いが持たれ、皆AMDAに対し友好的であった。お互いにいい関係で今後進めていければと思う。事務所設立の病院側の許可は、あいにく病院責任者の方が出張のため、その次のポジションにつかれているトムサン僧侶にお願いした。私の持参した事務所設立の証書をじっくりと見られ、時には質問もされ、そして心よくお引き受けして下さい。そのやりとりは神妙にかつ厳かに行なわれたが、私はお坊さんの衣に触れてはいけないということばかりが気になっていた。

永瀬 隆氏について (「遥なる夢」p112参照 AMDA出版/定価2500円)

第二次世界大戦中カンチャナブリー憲兵隊の通訳として泰緬鉄道建設に関わり、多くの連合軍捕虜とアジア人労務者の死を目にした。終戦後、散乱した遺骨の収集作業にも加わり、4万数千人といわれる犠牲者の慰霊や積極的に元連合軍捕虜と再会。まさに「過去を振り返って和解に務める」という活動をされている。1986年に鎮魂の為「クワイ河平和寺院」を建設、88年にはタイの子供たちの教育の為、「クワイ河平和基金」を設立した。そして92年には、カンチャナブリーから名誉市民として選ばれ、その活動が大きく評価された。

今回永瀬さんの活動に同行し、その行動力にはすっかり感心させられてしまった。滞在中ホテルの朝食の時、眠気眼の私を見て「わしが50年若ければ口説くのになあー。」ええ、私も50年前の永瀬青年にお会いして口説かれてみたい・・・眼鏡の下の目は優しく「これ昔紅顔の美少年」と言った感じ。今後の益々のご活躍をお祈り申し上げます。

1994年 5月 17日

AMDAカンチャナブリー事務所
設立の証書を手渡す
トムサン僧侶と事務局片山
(恐れ多くソファの端に腰をか
ける...)



ワット・チャイ・チュンボン
附属病院の中



病院のスタッフと
右端の Dr. Suriya は
男前であった



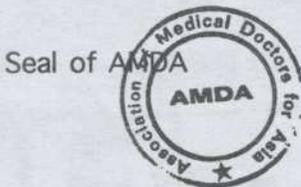
Dr. Suriya 氏と事務局片山氏

AMDA

KANCHANABURI OFFICE

*The Association of Medical Doctors for Asia
(AMDA) originated from the 1972 River KUWAI
Peace Corps, a group of Japanese medical students who
started international medical cooperation in the city of
Kanchanaburi under the strong encouragement
by Mr. Takashi Nagase.*

8th May 1994



Shigeru Suganami
Shigeru Suganami, M.D. Ph.D.
President of AMDA

1994年(平成6年)5月17日 火曜日

タイの看護学生に奨学金

倉敷の私的基金の利子で

旧日本陸軍通訳・英語塾経営の永瀬隆さん(右二)倉敷市大島IIが、タイ国立ラチャブリー看護学院大学(生徒七百人)の新生三人に、一人年額一万七千円(日本円で約七万円)の奨学金を初めて贈り、このほど帰国した。

永瀬さんは彼女らが卒業するまで毎年贈られ、また、来年度からも新生三人、三人ずつに贈り続ける予定だ。

奨学金は、連合国軍捕虜や現地人を酷使して作った泰緬(たいめん)鉄道に關保した永瀬さんの故郷責任をわびる試みの一つで、七年前にバンコク銀行に預けたクワイ河平和基金(七百万円、目標額一千万円)の利子から出した。同基金は、永瀬さんが講演料、印税、ラジオ出演料や小遣いを積み立てて、私的に設けていた。

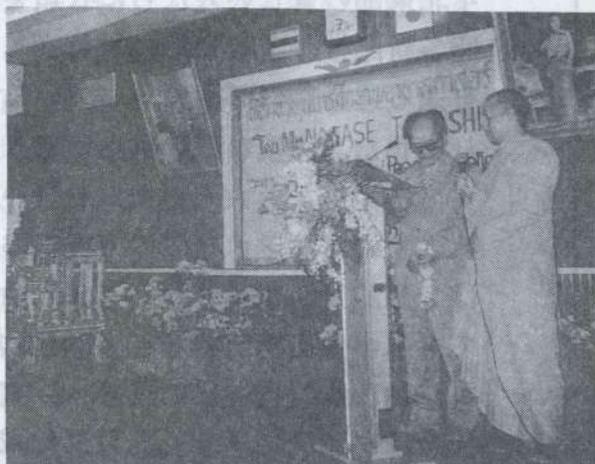
授与式は泰緬鉄道の建設基地となった同国カンチャナブリー県の県庁横・公衆衛生会館であり、ナタ・シリホック知事立ち会いのもと、同校に入学したばかりのハタイカン・キューパイ(一徒に永瀬さんが小切手を手

渡した。)

永瀬さん夫妻(後列中央)から贈られた奨学金の小切手を手にするタイの看護学生ら=10日朝、同国カンチャナブリー県で



タイ看護学生奨学金のセレモニーで中央 永瀬氏



セレモニーでスピーチをする永瀬氏。今までのタイに対する想いを語られ感動的だった



前日、奨学金セレモニーの打ち合わせで知事邸宅を訪問。前列永瀬氏の左隣が知事婦人

アジア医師連絡協議会

福山支部の活動

1992年12月3日—AMDAの福山支部の発足後の活動状況をご報告することにします。

先ず第一に、1994年3月にタイ国のボランティアグループよりタイ北東部の貧しい人たちに衣類を送ってほしいとの要請があり、早速各新聞社、テレビ局に対しまして、「タイの貧しい人達に衣類等を送る運動」にご協力をお願いし、3月27日、4月3日の2回実施しました。大変な量の供出があり、衣類については仕分け（幼児男女、小中男女、大人男女）を行い、現地での手渡しがスムーズに行くようにボランティアの方々をお願いしました。ボランティアの方は3月27日、4月3日とも60人余りの方の協力を頂きました。そしてダンボール箱（75×50×50の大きさ）663箱に詰め込みました。

なお、義援金も日本円で248,770円頂戴しました。これら衣類と義援金はタイ国に送り、北東部地域の村を廻り直接手渡しをすることになっています。現在はタイ国の日本の厚生省に当たるとことが受取人になってもらい、5月27日に広島港より船に積まれ、タイ国バンコク港には6月9日に着く予定でございます。バンコクよりコラート市に送り、コラート市より更に車で3時間ぐらい入ったところの村々に廻り、衣類と義援金を手渡すために7月上旬タイ国に入ります。

第二は、タイ国王室シリキット王妃に婦人検診車を1台贈呈することです。タイ国では「国民の健康」に重大な関心をもたれ、王室も政府も一生懸命に取り組まれておられることを承知いたしている福山支部では婦人検診車を千葉県がん協会から譲り受け整備し、この度タイ国へ贈呈することにしました。7月に訪タイした時に王宮

5月15日(日) 一子山(山) 日誌

人財教育財団の活動報告

を訪れ、シリキット王妃に拝謁を受けることになる予定です。

第三は、過去のアジア大会はすべて首都で行われてきましたが、この度の第12回アジア大会は地方都市広島で開催されることに決定しています。そこで福山支部としましては、アジア大会の雰囲気盛り上げるために、アジアの国々との交流を行って来ております関係から検討した結果、タイ国の王宮舞踊団を日本へ招聘して、9月19日より9月29日までの期間に各地公演をしてもらうことに決定しました。一行は50名（踊り子36名、楽士6名、メーキャップ2名、監督1名、コック（調理師）2名、通訳3名）からなり、本場のタイ文化の芸術の真髄に触れることができると期待しています。9月29日の「お別れパーティー」には、タイ王室から代表3名とタイ国高官6名が来日され、タイ国民のために行われた数々の好意に対し謝意が表されることになっています。

いずれにしても、福山支部としては、医療の面ではなく、救援物資の援助、医療バスの贈呈、それにアジア大会を盛り上げるための「タイ王室舞踊団」の訪日を招請してのイベント等活躍中でございます。まずは近況報告まで。

アジア医師連絡協議会

顧問 塩村 繁

福山市津之郷町加屋甲538-6

TEL. 0849-51-7590

FAX. 0849-51-7590

第1回西日本NGO懇談協議会開催

NGO懇談協議会（西日本）プログラム

1. 外務省経済協力局政策課主催、アジア医師連絡協議会協力

2. 3月26日（土） 於岡山国際ホテル

3. 会議等スケジュール（第1部 協議会、第2部 懇親懇談会）

- 1) 第1部 協議会 14:30～18:00
 - 14:00～ 受付開始
 - 14:30 主催者側挨拶
 - 14:35 アジア医師連絡協議会代表挨拶
 - 14:40 平成5年度事業補助金事業報告及び6年度事業の展望、予算、新規対象事業等の説明
 - 15:00 国際開発救助財団の事業及びNGO支援事業について報告
 - 15:15 アジア医師連絡協議会の事業について報告、説明
 - 15:30～16:00 質疑応答
 - 16:00～16:10 ヘルスブ레이크
 - 16:10 農水省のNGO農林業協力推進事業の説明
 - 16:20 建設省のNGO国際建設協力支援事業の説明
 - 16:30 環境庁の環境保全活動の説明
 - 16:38 環境事業団の地球環境基金事業の説明
 - 16:45～17:00 質疑応答
 - 17:00 平林 博 外務省経済協力局長の講演”新しい時代のODA”
 - 17:50～18:00 質疑応答
- 2) 第2部 懇親懇談会 18:00～20:00
 - 18:00 河合 昭 岡山県副知事の歓迎の挨拶
 - 18:05 平林 経済協力局長挨拶
 - 20:00 懇親懇談会終了、解散

団体名	団体名
岡山県国際ボランティア協会	岡山県国際ボランティア協会

1994年(平成6年)3月27日 日曜日 岡山県 岡山

NGO・政府 国際協力の 可能性探る

岡山で懇談会

非政府組織(NGO)と政府が意見を交換し、国際協力の可能性を探る「NGO懇談協議会」(外務省経済協力局政策課主催、アジア医師連絡協議会「AMDA」協力が)が二十六日、西日本では初めて、岡山市門田本町の国際ホテルで開かれた。大阪、福岡、愛媛などからアジア協会アジア友の会、PJD協会など、NGO十九団体二十五人、外務省、厚生省、農水省、建設省、環境庁、環境事業団から関係者七人が出席した。外務省の木本博之・NGO協力センター企画官は、新年度から「国際ボランティア補償支援制度」が新たに実施され、省内に「民間援助支援室」が設けられる見込みであることを紹介した。

NGOの各団体からは「補償制度はいつから適用されるのか」「パキスタンで医師を養成するためのテキストの印刷代は、補償してもらえるのか」「単年度事業しか認められない」と、継続した計画が立てられないなどとの質問が相次いでいた。AMDAの菅波茂代表は「これから各NGOがそれぞれの長所を出し合うネットワークの思考を持ち、問題解決型でやっていくしかない。有益な企画で、来年からもぜひ続けてほしい」と話していた。

外務省、NGOと懇談

「柔軟に支援を」国に注文

草の根レベルで開発途上国の援助をする非営利の民間団体「NGO」と連携しようとする外務省は、二十六日、岡山市のホテルで懇談協議会を開いた。NGOとして活動している「国際インゼル協会」(兵庫)、「チボリ国際里親の会」(山口)など十九団体と県内の自來水交流協会など五十八団体から百五十人が参加。国に対し「もっと柔軟にバックアップしてほしい」などの注文が相次いだ。

協議会は平成元年から東京で開いてきたが、今回初めて西日本でも開くことにした。最初に外務省の木本博之・NGO協力センター企画官が「国際ボランティアの保険料を補助するなど、国もNGO支援を強めている」などと話し、厚生省や建設省などの担当者もそれぞれの支援制度について説明した。

NGOは財政基盤の弱さが悩み、参加者からは「支援は実際に海外で活動する事業が中心だが、国内での活動も無視できないのでは」「今の補助制度では緊急性のあるときは役立たない」など資金援助をめぐる声が目立った。「活動したいが、一年間の休暇が取れない現状は目を向けてほしい」との発言もあった。

また、岡山での開催に協力したアジア医師連絡協議会(岡山市)の菅波茂代表は「これからはNGOがチームを組むことが大切で、地方自治体や地域とのつながりも考えながら、運動の輪を広げよう」と呼びかけた。

1994年(平成6年)3月27日(日曜日)

岡山県 岡山 社会

平成5年度（西日本）NGO懇談協議会 出席者名者

平成6度3月26日
於岡山国際ホテル

政府関係者 5省庁、1事業団 7名

団体名	出欠	住所&出席者	電話
外務省	協、懇	経済協力局長 平林 博 同局政策課	03-3580-3311 (代表)
	2名	NGO協力センター企画官 木本 博之	
厚生省	協、懇 1名	大臣官房国際課 課長補佐 土居 弘	03-3503-1711 (代表)
農林水産省	協、懇 1名	経済局国際協力課 調査係長 石崎 吉男	03-3502-8111 (代表)
建設省	協、懇 1名	建設経済局国際課 海外協力官 村上 真幸	03-3580-4311 (代表)
環境庁	協、懇 1名	企画調整局環境保全活動推進室 環境教育係長 上田 康治	03-3581-3351 (代表)
環境事業団	協、懇 1名	地球環境基金部 助成室長 堀 史郎	03-5251-1537 (代表)



懇親会にて
向かって右より、外務省経済協力局
の平林局長、AMDA 菅波代表、
外務省 NGO 協力センター企画官
木本氏

関係者 19団体25名

団体名	団体名
(財) アジア、アフリカ国際奉仕財団	ベシャワール会
アジア医師連絡協議会日本支部 (AMDA)	松山国際理解教育研究会
アジア眼科医療協力会	関西国際協力協議会
(社) アジア協会アジア友の会	松下電器労組
アフリカ教育基金の会	(財) 大阪国際交流センター
国際エンゼル協会	(財) 太平洋人材交流センター
金光教平和活動センター	(財) 国際開発救援財団
チボリ国際里親	ネパール歯科医療協力会
日本ネパール教育協力会	
(財) PHD協会	オブザーバー 1名
梅本記念教ライ奉仕団	産業経済新聞社



ODAの説明をする平林博局長

モンタナ大学国際シンポジウム報告

難民の援助と開発—自発的帰還のためのトレーニング

AMDA JAPAN 事務局長 山本 秀樹

3月28—29日の両日にわたりモンタナ州ミズーラ市において、モンタナ大学とJICA（国際協力事業団）共催で行われた難民の援助と開発に関するシンポジウムにAMDAを代表して参加する機会に恵まれたのでここでその報告をしたい。

<シンポジウムの背景>

近年、東西冷戦の終結後局地的民族紛争が頻発し、それに伴い難民(Refugees)および国内被災民(Internal displaced peoples)の数も急速に増加して1993年末には1千9百万人を数えるようになった。¹⁾ 難民問題の最も望ましい形の解決法として、当事国で紛争が解決されて、難民の自発的意志による帰還があげられる。(例として、1991年のパリ和平協定によるカンボジア難民の帰還、1993年のモザンビーク難民の帰還がある)しかしながら、その解決には長い年月がかかり、一方帰還者の側としては長期にわたる不安定な難民としての生活のために自国における生活基盤が失われて新たに生活するのが困難である。したがって、帰還難民に対する教育や職業訓練は帰還の問題に必要な不可欠なものである。これまで国際社会における難民に対する援助も、難民キャンプにおける援助に重点がおかれて、長期的な問題には関心が薄れがちでその援助も十分でなかった。緒方貞子、国連難民高等弁務官 (UNHCR)も「90年代は帰還の10年。」と宣言したことから、帰還難民に対する援助の質的向上は援助機関（国際機関、政府、NGOを通じて）に急速に求められている。^{2、3)} 日米両国でこの難民の帰還の問題に対する啓蒙と援助の質的向上をはかるために、モンタナ大学のPeter Koehn教授を中心としてシンポジウムが企画された。

<プログラム>

特別講演

米国国務省難民局局長、Ms. Margaret McKelvey

"From Afganistan to Zimbabwe: Making Refugee Repatriation Work"

国際協力事業団、国際協力総合研修所 岩波 所長

「JICAにおける技術協力と難民援助」

国連難民高等弁務官 (UNHCR)、駐アメリカ事務所代表 Mr. Rene van Rooyen

"Repatriacion: A visible solution for the 90's"

U.S. Committee for Refugees, Mr. Hiram Ruiz

"Training for voluntary repatriation: Challenges and opportunities"

分科会

分科会 (1) -地域別

アジア、アフリカ、ラテンアメリカ、中東

分科会 (2) -トレーニングの戦略 (技術編)

職業訓練、農業、保健医療、自営業、管理職

分科会 (3) -トレーニングの戦略 (オペレーション編)

研修方法、再入国とそれに関する社会問題、帰還に必要なとされるトレーニングの目標の設定、教育および性差の役割、先進国における出入国管理の政策

分科会(4)-帰還および持続的開発に関する政策決定
二国間援助・国際的援助における政治的もしくは法的制約
帰還を促進する技術協力のプログラムの作成
国際的な難民の連携の実現に向けて
自国におけるトレーニングと開発援助

<参加者・参加団体>

UNHCR, USAID, UNDP, Danish Refugee Council, Redd Barna(Norway), ウィスコンシン大学災害救助センター, AMDA,Canada (Dr.William), World Learning, University Montana, Harvard Medical School 等
日本側- 駐米日本大使館, JICA, AMDA,Japan

<モンタナの紹介>

まず、シンポジウムの開催された「モンタナ」について簡単に紹介すると、モンタナ大学のあるモンタナ州は西海岸のワシントン州からロッキー山脈の方向に少し入ったところであり、その面積は日本全土とほぼ同じくらいの広さである。モンタナ大学のあるミズーラは人口5万人ほどの小さな町で、モンタナ大学はその中心に位置し広大なキャンパスを有す。町のすみからすみまで歩いていけるような小さな町であるが、空港(ミズーラ国際空港)を有し、現在私の住んでいるポストンからはソルトレークシティー経由で飛行機を乗り継ぎ7時間!かかって来ることができる。

モンタナ大学は日本との関係も深く付属のマンسفールド研究所で日本文化、政治の研究が行われている他、日本の熊本大学、上智大学、東洋大学等の大学と学生・研究者の交換プログラムも行われている。

<シンポジウムの印象>

シンポジウムを通して感じたことは主催者のProf. Koehn らの強力な指導力によりシンポジウムが非常によく企画されており、ゲストスピーカーのスピーチ、参加者の質も高いものであった。また、分科会では上記のプログラムをみればわかるように、非常に具体的なテーマでディスカッションする形態になっていて「問題提起」と「観念的な討論」に終わるのではない。実際に援助事業に携わっている参加者たちが、自分たちがこれまで直面した問題を基にして意見を交換し、実現可能なアクションプランを分科会ごとに作り上げ最後の全体会で発表するという「問題解決型」形式であった。

私も、保健医療の分科会でDr.Williamと座長を努め提言(Recommendations)を作るという大役をおおせつかった。分科会は、人類学者、JICAの方、グアテマラ難民の援助関係者、オランダのNGOの代表、ケニアからのフェローの医師等のさまざまなバックグラウンドをもつ参加者の中で議論が白熱しそれぞれの参加者から有意義な示唆が得られ盛会な分科会となった。(提言は下記参照)

*保健医療の分科会における提言 (by Dr. William and 山本、抄訳)

- 1) 国際社会に対する難民帰還の重要性のアピール
緊急援助、治療医学に片寄った資源(予算)の配分の見直し
持続可能な(sustainable)ヘルスケアシステムの確立
- 2) コミュニティーにおけるトレーニング
先進国におけるお金のかるトレーニングの見直し
近隣諸国との協力も考慮する必要あり

- 3) 第三国に定住した難民の参加の促進
援助機関と帰還難民との架け橋的役割の期待
- 4) 地域に特有なニーズの把握
地域に特有な文化・習慣に配慮
既存の医療資源の活用
- 5) 適切なコミュニティーワーカーの選定
とりわけ、女性の採用を重視する必要あり
- 6) 監視機関の設立
適切な資源の配分
プログラムの評価 (Cost-effectiveness も含めて)
- 7) 適切な使用法および管理方法指導の伴う医療器材の供与の必要性
- 8) 地域と一体となったプログラムの実施
個人単位でなく家族、地域単位での実施
- 9) 早期におけるトレーニングの開始
帰還の時期の予測は困難であり、しばしば長期化するため難民キャンプにおいても帰還を想定したトレーニングが必要
(例、カンボジア、アフガニスタンの場合10年以上を費やした)
- 11) 伝統医療との共存

<今後の展望>

シンポジウムの開催されているとき、AMDAでもモザンビーク難民の帰還難民に対するプロジェクトが始まったばかりで、今後のAMDAの活動方針に対して有益な示唆を得ることができたと思う。

また、今回のシンポジウムはモンタナ大学とJICAとの共催とのことでJICAの難民援助に関する事業の概要を知ることができ、この数年の間に国連難民高等弁務官への緒方貞子氏の就任、湾岸戦争、カンボジアへのPKO派遣等の状況の変化で、日本政府の方針が難民救援に対して非常に積極的になっていることも知ることができた。

難民援助には人材育成が何にもまして重要である。このシンポジウムを通じて「モンタナ大学国際プログラム (Peter Koehn教授代表)」とAMDAとの間で「交換プログラム」の合意が成立し、国際プログラムの中のインターンシップとして、来年度(94年秋)より正式に受け入れが始まることとなった。岡山という一地方に本部をおくAMDAの一員として、アメリカの一地方の大学であるモンタナ大学とAMDAが交換プログラムを開始することは「地方からの国際化の時代」にふさわしいプログラムであり、今後の発展が楽しみである。

最後に、このシンポジウムのビデオ、資料をAMDA本部で保存しているので、関心のある方はAMDA本部までご連絡いただきたい。

<参考文献>

- 1) UNHCR, State of refugees, 1993, A Penguin Books
- 2) Challenge and opportunities; In the decade of repatriation: The role of NGOs, Report of a Conference held at Georgetown University Washington, D.C., 1993.
- 3) Refugees from Revolution- U.S. policy and Third World Migration, Peter H. Koehn, Westview Press.

ボストン便り 5

—ボストンの東南アジア難民(Southeast Asian Refugees)

AMDA, Japan事務局長
ハーバード公衆衛生大学院
山本秀樹

<はじめに>

早いもので、ボストンでの留学生活も残すところ1ヵ月余りとなった。この「ボストン便り」もこれで最後である。今回は、ボストンに住むアジア系住民、とりわけインドシナから難民としてやってきた人達（東南アジア難民: Southeast Asian Refugees）に焦点をあててみたい。

<背景>

ボストンで一番おいしい食べ物といえば、ロブスター等のシーフードが有名であるが、私のまわりのハーバード公衆衛生大学院の日本人留学生（サンプル数も少なく、数人のAMDAの会員が含まれていてかなりバイアスのかかった集団である）はベトナム料理やカンボジア料理のレストランの名を上げるのである。

ボストンはNew England の中心で歴史、文化、街並も旧宗主国のイギリスの影響の強い街であるが、多様な人種構成をしている。イタリア人街、チャイナタウンをはじめとして、インド料理、メキシコ料理、タイ料理等そして日本料理とほとんど全世界のものが食べられるとって過言でない。なかでも、チャイナタウンはボストンのアジア系住民のメッカとして中華料理に限らず、数多くの食料品店、レストランが店を並べている。

ボストンのアジア系住民の歴史は広東省、福建省からの中国系移民が最も歴史が古く1900年頃からその歴史は始まる。ちなみに、日系住民の場合、前回の国勢調査のとき1,700人の居住者がいたが、その多くは留学、ビジネス等の短期居住者の日本人がほとんどで日系人の数は少ない。アジア系住民の構成も1970年代後半からその事情も大きく変化してきた。

1975年のベトナム戦争集結以後、ラオスの内戦、ベトナムのカンボジア侵攻等の情勢によりアメリカ合衆国全体でベトナム、カンボジア、ラオスの難民を受け入れることとなったのである（過去の受け入れ総数約70万人）。ボストンの属するマサチューセッツ州でも現在ベトナム系28,000人、カンボジア系26,000人、ラオス系6,400人が定住している。その数は、東南アジアから遠いという地理的条件にもかかわらず、全米でも5位にランクされている。

ボストンでも、前回国勢調査で3万人のアジア系住民のうち16,000人をしめる中国系住民に続きベトナム系住民が4,800人、カンボジア系住民が1,000人とアジア系住民の第2位、7位を占めるようになってきた。ベトナム料理やカンボジア料理のレストランの数も増えつつあるのも無理もない話である。1-3)

<東南アジア系住民の抱える問題>

これら、東南アジア系住民の増加にしたがって、かれらのコミュニティーのかかえるさまざまな社会問題、健康問題も明らかにされてきた。ここでは、その一部を紹介したい。

東南アジア食料品店



開創の歴史が下町の中心にあり、
餅の甜菜、るりア洋行は行旅入
アト受き宵焼、米元、るりア
受り迄もき宵焼、のまの高級
、合衆の餅二式片末坐り園米、
展開しては、半・くエビーでニミロ

米、船千の型地種半次藤コ園
類一お難あるははコ好半、乃



ビデオショップにて
ベトナム、カンボジア語の
ビデオがそろっている

種コ餅焼地代餅の甜菜、るりア
献舞今事と藍コ災後み次の園園のく

在ホストンホに、入る作る天ま
、

品ス、乃アと藤米粉地種、ス
、

Harvard Indochinese Bsychiatric
Clinic の Conference にて



以「種地車抄調 (風花巻刊望B)gA-2
(風花巻刊望B)gA-2BH、合衆の
刊望Bるを核コてーハセスリトハ



リビエラ (ボストン郊外) の
カンボジアタウンにて

、

、

、

、

、

セア、合衆の国種十、トー
、

、

、

、

、

言語一難民が米国に定住するための最初のステップで、州政府の補助の下で各種の機関によってESL (English as Foreign Language)のサービスが行われている。英語の能力が、米国社会に対して適応するための最大の条件となっている。元来、教育を受けていた難民の場合は英語の習得に対して困難がないが、年齢の高いもの、教育をあまり受けていなかったもの場合には困難の度合いが高い。逆に、米国で生まれた二世の場合、英語しか話せない場合がほとんどで親や親戚とのコミュニケーション・ギャップが問題となっている。4-7)

教育一子供は学校に通うことによって社会適応を学ぶ。米国に着た年齢が低い子供、米国で生まれた難民の子の場合言語の習得面での障害は少ない。学校における成績は一般の白人の群に比較して悪く、一部の群では白人の群に比較して有意に成績よいほどである。一方で、子どもが学校で学ぶ習慣や価値観が、親との家族内での対立の原因となることもある。また、学校では英語以外に自国語を学ぶ授業が無い場合、コミュニケーションギャップは拡大する傾向にある。その他、女子学生の中途退学も大きな問題である。その理由として、次のように説明されている。インドシナ諸国の場合、教育は伝統的に寺で行われていたため、男子に比較して女子の教育は遅れていた。そのため、女子学生が家事のために学校をやめることが家庭内で正当化される傾向が強く、マサチューセッツ州においてもにおいても、ハイスクールにおける女子学生の中途退学率が他の民族群に比較して高いことが報告されている。5、7)

職業一米国に来て就職するまでは州政府の保護で生活を余儀なくされる。80年代前半に比較して、近年では定職を得るまでの期間が短縮している。英語の能力が就職に際しても大きな要因となる。同僚とのコミュニケーションの困難のため労災に遭う率や職場からのストレスで精神疾患にかかるリスクが高いと考えられる。6、7)

医療一医療へのアクセスが、言語、金銭面で良くない。また、彼等が従来頼っていた伝統的、医療も米国では頼ることができない。3)

肝炎一マサチューセッツ州の一般人口の場合、HBs-Ag(B型肝炎抗原)陽性率が約1%以下であるのに対し、インドシナ諸国からの定住難民の場合、HBs-Ag(B型肝炎抗原)陽性率が約12%であった。母子感染予防の見地からハイリスクグループに対するB型肝炎ワクチン接種プログラムの実施が望ましい。3)

結核一インドシナ難民の場合、マサチューセッツ州の一般人口に対して約10倍の新規発生率である。3)

栄養一多数の家庭では、伝統的な食習慣を保っているが、アメリカで入手できない材料があったり、アメリカの食物に関する知識が不足して、バランスのとれた食生活を送れないこともしばしば報告されている。3)

2. jilindromatic
 1. 謝辞のしんぶん
 2. 謝辞のしんぶん
 3. 謝辞のしんぶん

チャイナタウンにおける
 日本人留学生のパーティー



158.

在ボストンカンボジア人の
 家庭を訪問して
 筆者、村上先生夫妻（在
 ボストン AMDA 会員）、
 Mr. Savath Sath



10. 国際協力 10月号
 (1). Refugee Notes,

Harvard Indochinese
 Bychiatric Clinic の
 Conference にて AMDA の
 活動を報告する (Dr. 国井と筆者)



精神保健—自国での戦争体験、難民キャンプでの生活後のPTSD (Posttraumatic Stress Disorder), 第3国定住という新たな生活に対する適応、家族友人との別離、家族内での価値観の相違、伝統的家族制度の崩壊等の様々ストレスによる精神傷害が報告されている。3、7、8) ハーバード大学ではインドシナ難民を対象にIndochinese Psychiatric Clinic (IPC)*1を設立して、英語の不自由な定住難民のために精神医療を行っている。

法律問題—定住難民が新たに社会生活を送る上で、住宅の取得等、家族の呼び寄せ等での出入国管理など様々な場合、法律上の助けが必要なことも多い。ハーバード大学ではHarvard immigration office for Refugees *2 インドシナ難民に限らず、アジア系住民の場合アメリカの一般住民と比較してあまり法律家の助けを求めないことが多い。

<最後に>

難民の受け入れの数、歴史で日本と比較にならない程多くの経験を持ち、いろいろな問題に直面しているアメリカ・ボストンの例をあげさせてもらった。ボストンを州都とするマサチューセッツ州は、16世紀に英国での迫害を受けた清教徒がメイフラワー号に乗ってポートピーポールとしてやってきて最初に入植した地で、ポストニアンにはこの地から現在のアメリカを作り上げてきたという誇りがある。そのせいか、迫害にあってきた人々にたいして同情的であるとともに、彼等の文化、能力を尊重するという伝統があるようである。そのため、遠くはなれたこの地で数多くの東南アジアからの難民を受け入れてきたともいえる。

日本と米国を比較するならば、日本の場合、確かに受け入れた難民の数が少ないしその歴史も浅い(1992年現在約9,000人)。9)しかしながら、定住難民にも日本人同様健康保険制度が完備していたり公営住宅に入居する資格があったりして、米国よりも良い点も多くある(米国は国民皆保険制度ではない)。

AMDAでも、難民キャンプへ救援へ行く人、帰還難民の復興事業、日本国内に定住している難民のケアに携わっている人など様々なケースがあると思う。難民問題の解決には、「自発的な帰還」か「第三国定住」の道を選ぶしかない。AMDAの会員の方々への活動にボストンのケースがお役にたてれば幸いである。

<参考資料>

* 1 Indochinese Psychiatric Clinic (IPC)

Harvard Program in Refugee Trauma (HPRT) の一貫としてカンボジア難民キャンプの「カオイダン」キャンプや「サイト2」キャンプで難民のメンタルヘルスの調査を行っていたハーバードの精神科医らが1985年に設立、難民キャンプで精神的打撃を受けたベトナム、カンボジア、ラオス系住民のために彼等がアメリカに定住して以来、精神科ケアを、難民出身の通訳を介して行っている。

Director のDr. Richard Mollica (Associate Professor of Harvard Medical School and School of Public Health) はAMDA, Japanの桑山先生とカンボジアの精神科医療について共同研究をしているほか、UNHCRとの協力で世界保健連盟 (World Federation of Mental Health) の中の「難民・移民委員会」の委員長として世界各地の難民に対する精神保健プログラムのガイドラインの作成等の仕事に着手している。

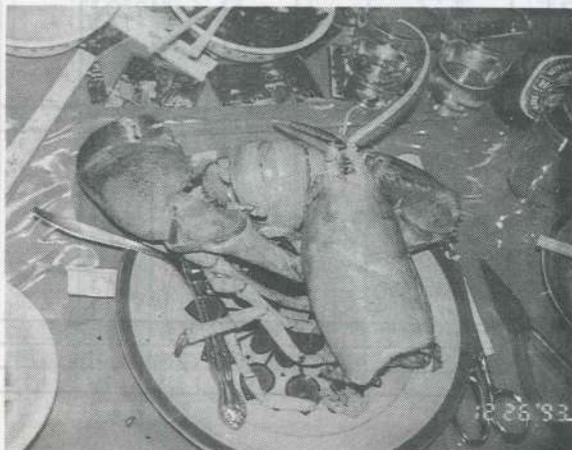
10、11)

*2 Harvard immigration office for Refugees

Harvard Law School の弁護士らが中心となって、難民の権利の保護のために法律事務所を設立し、インドシナ難民、中南米、旧ソ連からの移住者らのための法律相談にのっている他、難民問題に関する研究、一般市民に対する啓蒙活動を行っている。また、最近では女性の難民に対する性的暴行が増加していることから、「女性の難民に対する処遇のガイドライン」を作成し、所団体との協力を呼びかけている。

<参考文献>

1. 1992 Statistical year Book of the immigration and naturalization service. U.S. Department of Justice
2. Boston Globe 1994.1 (Sup), Asian American in Boston.
3. Office of refugees and immigrants. Refugees and Immigrants in Massachusetts-Overview of Selected communities: Massachusetts Department of Public Health, 1993:
4. Zaharick and Brainard . Demographic Characteristics, Ethnicity and the Resettlement of Southeast Asian Refugees in the United States. Urban Anthropology 1987;16(3-4):327-373.
5. Smith-Hefener NJ. Education, Gender and Generation Conflict among Khmer Refugees. Anthropology and Education Quarterly 1993;24(2):135-158.
6. Haines DW. Pattern in Southeast Asian Refugee employment - A reappraisal of the existing research. Ethnic Groups 1987;7:33-63.
7. Westermeyer J. Mental Health for refugees and other migrants. Springfield, Illinois: Charles C Thomas Publisher, 1989:9-39. 30,457.
8. Assessing Symptom Change in Southeast Asian refugee Survivors of Mass Violence and Torture, Am. J. Psychiatry 1990;147(1):83-88.
9. 我が国をめぐる国際人流の変遷、法務省入管統計研究会.
10. 国際協力10月号、AMDA,Japan.
11. Refugee Notes, 1994, Jan-Feb, WFMH.



ボストン名物 ロブスター

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

1994年度月別/国別相談件数

(単位: 件/%)

		91年度	92年度	93年度	94/4	開設-累計						91年度	92年度	93年度	94/4	開設-累計
東アジア	中国	129	157	130	10	426	中 南 米	ブラジル	44	74	135	19	272			
	日本	24	16	43	5	88		ペルー	40	99	129	19	287			
	韓国	16	42	68	8	134		アルゼンチン	10	8	10	1	29			
	モンゴル	0	0	1	0	1		コロンビア	4	6	14	2	26			
	東アジア小計	169	215	242	23	649		ボリビア	5	3	12	3	23			
東南アジア	フィリピン	65	86	145	8	304		メキシコ	3	6	3	0	12			
	台湾	17	13	12	3	45		バハマ	2	2	2	0	6			
	タイ	5	15	50	6	76		ドミニカ	1	0	0	0	1			
	マレーシア	5	5	13	2	25		エクアドル	1	0	0	0	1			
	シンガポール	5	5	6	1	17		ウルグアイ	1	1	1	0	3			
	ミャンマー	5	8	5	0	18		ハイチ	1	0	0	0	1			
	香港	2	3	6	0	11		パラグアイ	0	2	2	0	4			
	インドネシア	1	3	2	2	8		チリ	0	3	0	0	3			
	ベトナム	1	2	3	0	6		ジャマイカ	0	2	1	0	3			
	ブルネイ	0	0	1	0	1		パナマ	0	1	2	0	3			
東南アジア小計	106	140	243	22	511	コスタリカ	0	1	2	0	3					
南アジア	パキスタン	39	12	18	0	69	エルサルヴァドル	0	1	1	0	2				
	バングラデシュ	40	28	29	1	98	ホンジュラス	0	0	1	0	1				
	スリランカ	30	14	24	0	68	ベネズエラ	0	0	2	0	2				
	インド	11	15	12	1	39		0	0	0	0	0				
	ネパール	6	6	9	2	23	中南米小計	112	209	317	44	682				
	アフガニスタン	0	1	0	0	1	オーストラリア	41	67	43	2	153				
南アジア小計	126	76	92	4	298	ニュージーランド	5	13	10	0	28					
北米	アメリカ	287	376	308	19	990	オセアニア小計	46	80	53	2	181				
	カナダ	58	64	34	3	159	ガーナ	12	3	8	3	26				
西北欧	北米小計	345	440	342	22	1,149	ナイジェリア	11	7	15	4	37				
	英国	37	70	72	8	187	マリ	1	0	0	0	1				
	フランス	9	14	17	0	40	カメルーン	2	0	1	0	3				
	ドイツ	12	12	12	0	36	ザイール	1	0	0	1	2				
	スペイン	6	5	9	0	20	チュニジア	1	0	1	0	2				
	アイルランド	9	9	4	0	22	ザンビア	1	0	0	0	1				
	イタリア	5	2	3	0	10	リベリア	1	1	0	0	2				
	オランダ	4	0	3	0	7	スーダン	1	1	0	0	2				
	スイス	4	2	2	0	8	ケニア	1	0	0	0	1				
	スウェーデン	2	3	4	0	9	セーシェル	0	1	0	0	1				
	オーストリア	3	0	0	0	3	モーリシャス	0	1	0	0	1				
	フィンランド	2	3	0	0	5	セネガル	0	1	0	0	1				
	ポルトガル	0	1	0	0	1	南アフリカ	0	0	1	0	1				
	ノルウェー	0	2	0	0	2	アフリカ小計	32	15	26	8	81				
	デンマーク	0	3	2	0	5	イラン	13	17	51	18	99				
西欧小計	93	126	128	8	355	イスラエル	9	7	6	1	23					
東欧	ロシア	2	1	3	0	6	トルコ	1	1	3	0	5				
	チェコスロバキア	1	0	0	0	1	アラブ首長国連邦	0	1	0	0	1				
	ポーランド	1	4	2	0	7	モロッコ	1	0	1	0	2				
	東欧小計	4	5	5	0	14	オマーン	0	1	0	0	1				
							サウジアラビア	0	0	1	0	1				
						レバノン	0	0	1	0	1					
						中近東小計	24	27	63	19	133					
						不明	47	131	328	32	538					
						合計	1,104	1,464	1,839	184	4,591					

大阪府外受療者統計 西関一たびす

対象言語、時期

1. 外国人相談者居住地域

	4月	累計			
東京	70 (38.0%)	2424 (52.8%)	他県	32 (17.4%)	479 (10.4%)
神奈川	19 (10.3%)	503 (11.0%)	不明	39 (21.2%)	571 (12.4%)
埼玉	11 (6.0%)	341 (7.4%)	合計	184	4591 (100%)
千葉	13 (7.1%)	273 (6.0%)			

2. 相談内容 (複数回答)

	4月
(1)言葉の通じる病院の紹介	92 (42.4%)
(2)病気・医療についての情報 (病気の不安含む)	17 (7.8%)
(3)医療機関紹介(言葉の問題以外)	37 (17.1%)
(4)医療制度・福祉制度相談 (保険制度など)	20 (9.2%)
(5)治療費の問題・トラブル	28 (12.9%)
(6)渡航時予防接種	1 (0.5%)
(7)言葉の問題のみ	9 (4.1%)
(8)HIV関連	7 (3.2%)
(9)その他	6 (2.8%)
合計	217 (100%)

3. 他機関からの相談件数(機関別)

(1)病院	0	(2)公的機関(大使館・自治体等)	3
(3)マスメディア	2	(4)NGO	3
(5)そのほか	5	(6)企業	1
		合計	14

4. 他機関からの相談・問い合わせ内容(複数回答)

(1)通訳・言葉	4	(2)医療機関紹介	1
(3)HIV関連	2	(4)AMDA本部について	1
(5)活動内容	9	(6)そのほか	5

<センター活動報告>

1. 4月2日 AMDA定例報告会 香取出席

2. お知らせ 7月27日(水)、28日(木)に(財)国際協力推進協会、国際協力プラザ(東京日比谷線広尾駅より3分)にて、「エイズ集中セミナー」を開催致します。現在、日本医師会、東京都医師会より後援名義使用許可をいただいています。詳細は、AMDA国際医療情報センター 事務局 03-5285-8086 まで

■センター関西 相談等受付状況

	93/12月	94/1月	2月	3月	4月	合計
外国人相談件数	33	37	48	58	58	234
他機関からの相談・問合せ	42	30	23	13	3	111

1994年4月

1. 国別件数

中国	3 (5.2%)	香港	1 (1.7%)	イギリス	8 (13.8%)
韓国	3 (5.2%)	アメリカ	11 (19.0%)	オーストラリア	4 (6.9%)
ネパール	1 (1.7%)	カナダ	2 (3.4%)	ニュージーランド	1 (1.7%)
フィリピン	1 (1.7%)	ボリヴィア	1 (1.7%)		
タイ	1 (1.7%)	ブラジル	1 (1.9.0%)		
スリランカ	1 (1.7%)	ペルー	9 (15.5%)	合計	58 (100%)

2. 外国人相談者居住地域

大阪	32 (55.2%)	滋賀	3 (5.2%)	愛知	2 (3.4%)
京都	5 (8.6%)	岐阜	1 (1.7%)	岡山	2 (3.4%)
兵庫	11 (19.0%)	三重	1 (1.7%)	不明	1 (1.7%)
				合計	58 (100%)

3. 相談内容(複数回答)

言葉の通じる病院の紹介	32 (45.1%)	言葉の問題	4 (5.6%)
外国で診療経験のある医師の紹介	1 (1.4%)	予防接種	1 (1.4%)
病気・医療についての情報	7 (9.9%)	治療費の問題	3 (4.2%)
医療機関紹介	7 (9.9%)	薬について	1 (1.4%)
医療制度・福祉制度相談	6 (8.5%)	HIV	1 (1.4%)
		その他	8 (11.3%)
		合計	71 (100%)

4. 他機関等からの相談

協力医	1	その他	1
教会	1	合計	3

5. 他機関からの相談問い合わせ内容(複数回答)

活動内容	3	その他	1
		合計	4

6. ボランティアの問い合わせ

英語	2	合計	2
----	---	----	---

センター関西活動報告

4月9日、ボランティア、スタッフによる懇親会をかねたお花見。

4月22・23日、事務局長の香取さん来阪。

年度が新しくなり、ボランティアの方々の都合等で、対応言語、時間に多少変動ができました。

対応言語、時間 (1994年5月現在)

英語	月～金 10:00～16:00
スペイン語	月、水、木 10:00～16:00 火、金 10:00～13:00
ポルトガル語	火、木、金 10:00～13:00
ポルトガル語、ヒンディ語	火 13:00～16:00
中国語	不定期
タイ語	月、水 13:00～16:00

協力医、ボランティアのお願い

センター関西が開設されてから、はや5ヵ月が過ぎました。たくさんの方々の御協力をいただき、200件を超える相談を受ける中で、日本という国に暮らす外国人と医療の問題がまた一層はっきりと見えてきたような気がします。

私たちの活動により、すぐにその問題が解決されるというものではありませんが、よりよい医療環境をつくっていくためさらに努力していきたくて考えています。また9月4日の関西国際空港開港に備え、サービスを一段と充実させていく必要を感じています。

そのためにも外国語を話す医師、ボランティアの協力が欠かせません。この場を借りて、私たちの活動に関心を持って下さる方々にご協力をお願いしたいと存じます。近畿、中部地方で医療に従事していらっしゃる方、そして大阪近辺にお住まいで外国語を話される方、センター関西事務局 (TEL06-636-2333) までご連絡頂ければ幸いです。また国内で外国人に接する機会の多い方々に当センターの存在と活動について広く宣伝して頂きたいと存じます。

今後ともご意見、ご教示賜わりますよう宜しくお願い申し上げます

新刊紹介

センター関西代表 宮地尚子共著

「海外生活者のメンタルヘルス：こころのトラブルを防ぐ本」

宗像恒次編著 法研出版 ￥1500

海外生活は、新しい発見や可能性を見い出せるすばらしい機会であると同時に、当たり前と思っていた自分の常識が通じず、様々な心配が積みまとうなど精神的には大きな負担になります。この本は外国生活で比較的起こりやすい問題を解説し、その対処法をまとめた読みやすい本です。これから海外に赴任される方、留学予定の方、そのご家族、また日本にいて彼らの支援をする方々におすすめします。

共著者であるセンター関西代表の宮地尚子は、ボストンにおいて日本人対象の電話相談をうける中で海外在住の日本人の悩みを深く知り、帰国後は逆に日本に住む外国人の方々の悩み、苦痛、それらに対処していくたくましさに関心を持つようになりました。



外国人患者への薬剤の説明法

小林国際クリニック・院長

小林 米幸

◎こばやし よねゆき

- 外国人患者が正しく服薬しない要因は国や民族によって異なるが、基礎教育の欠如、伝統医学への信奉、故国と日本の医療に関する風俗・習慣の違いなどがあげられる。
- 薬剤は、その使用方法を誤ると生命にかかわることもあり、外国人に対する正しい服薬指導法の確立が大切である。
- 彼らの文化、考え方、故国の医療事情、すなわち異文化を知る努力をする必要がある。
- 意思の疎通を確保するため、言語の壁を克服しなければならない。言語に関しては通訳が常に利用できるとは限らず、その際は通訳に代わる手段を考えなければならない。
- 複数の薬剤を処方する場合は、実際に薬を前にして指導するのが理想的である。

KEY WORDS

外国人患者
服薬指導
異文化
言語
意志疎通法

筆者は1990年1月に小林国際クリニックを開設以後、1993年12月に至るまでの間に新規の患者として1674人、延べ6647人の外国人の診察を行った。その約1/3はインドシナ難民として来日したベトナム、ラオス、カンボジアの人々、さらに1/3が中南米からの日系人、残る1/3がフィリピン、タイ、パキスタンなどのアジア各国を筆頭に米国、欧州各国、アフリカ諸国など総計39ヶ国にのぼる。

医療は名国、各民族の文化を色濃く反映しており、多くの国の人々を診察することは当初は戸惑うことばかりであった。服薬はとくにその使用方法を誤ると生命に影響を与えかねないだけに、正しく服薬してもらうにはどのように指導したらよいか非常に重要とな

る。本稿は筆者が現在までの日常の診療のなかで悪戦苦闘し、味わった経験の凝縮といえよう。

服薬に際して 起こりやすい過ち

筆者が経験した例をいくつか紹介する。

1. 廃棄

インドシナ難民として来日間もない家族に駆虫剤を処方したところ、特定の家族だけ、その後の検便で寄生虫卵が引き続き検出された。詳細に調べてみると、この家族は与えられた薬を内服せずに捨てていたことがわかった。使ったことがないなどの理由で特定の剤形が利用されにくいということもある。圧倒的に多い

のは坐薬である。

2. 中止

処方すると自己判断で中止してしまうことがある。筆者が経験した中国系のインドシナの人々の場合は、その多くの人がうっかり服薬し忘れたのではなく、伝統医学への信奉など確固たる信念をもって中止している。また、経済的理由で意識的に中止する人もいる。

3. 過剰量摂取

十二指腸潰瘍を患っているフィリピン人患者に抗潰瘍剤を2週間投与したところ、1週間後に患者が再入院した。不審に思っただけで尋ねると1日でも早く治そうと指示した1日量の2倍量を内服していたとのことであった。

何が誤った服薬法に結びつくのか

患者に対し医師、看護婦、薬剤師などから服薬に対する指導が一通りあったとして、いったい何が彼らを誤った服薬法に走らせるのであろうか。言語の問題は後に述べるとして、これを知ることは誤りを未然に防ぐことにもつながる。大きな影響を及ぼしているのは各国・各民族の文化、医療事情である。以下に例をあげる。

1. 基礎教育の問題

世界には自然災害、貧困、政治的紛争などのために基礎教育を受けることができなかった人が多数存在している。私達日本人であれば、つついっわかっているものと考えがちな原則的なことでさえ注意深く説明しなければならない。分3の1日量を1回で内服しても同じ効果が得られるのではないかと考え、実行した人もいる。

2. 伝統医学に対する信奉

中国系の複数の人から「漢方薬は身体の中から無理なく病気の原因を治すが、西洋薬は症状を無理やり止めるだけなので早く中止したい」という話を聞いた。これが真実かどうかは別として、世界には中国文化圏の漢方医学、インドを中心とした地域のアユルベダ医学など多くの伝統医学がある。これらは彼らの文化と密接な関係を持ち、生活の一部ともなっている。日本で使用している多くの薬は西洋医学に属するものであり、彼らからみると一刻も早く服薬を中止したいと

思う代物のようである。

3. 故国との薬剤入手法の違い

南米のように広大な土地に比較的少ない人々が暮らしているところでは、医療機関が身近に存在しないところもあり、その代わりに薬局で簡単に医療用の薬を手に入れることができる。タイ、フィリピンなどの東南アジアでは、原則として医療機関を受診して処方箋をもらい、薬局で薬を買うことになっているのだが、事実上は医療機関を通すことなく手に入るようである。以上のような状況の下では服薬など薬の管理はすべて患者まかせということになる。すなわち、自己管理志向が非常に強いのである。

4. 剤形に対する不慣れ

東南アジア、南西アジア、中南米の人の圧倒的に多くは坐薬を使用したことがない。したがって、解熱剤や鎮痛剤などとして坐薬をこれらの人に処方すると、まず使用されないと考えたほうがよい。違う剤形の薬剤を考えるか、どうしても処方する場合は目の前で実際に使って見せてあげるくらいの徹底した説明が必要である。

具体的服薬指導法

言語以外の問題と言語の問題に大別される。

1. 言語以外の問題に関して

しつこいぐらいの説明が必要である。複数の薬剤を処方する場合、筆者はいったん処方箋を患者に示しながら説明し、調剤薬局へ行って薬剤を取ってこもらい、今度は薬剤を目の前にして一つ一つ服薬指導を行っている。この際、副作用としての症状、対処法についても説明する。患者にボールペンを渡し、たとえば「白い薬は咳止めで1回1錠、1日3回」などと薬袋に直接記入してもらっている。眠剤、循環器系などの薬剤はとくに過剰服用しないよう厳しく注意している。

2. 言語に関して

医療機関の職員のなかに患者と同じ言語を話す人がいれば一番好都合であるが、話せる言語の数にも限界がある。筆者のクリニックでも医師2名、事務兼通訳1名とで8ヶ国語には対応できる。それ以外の言語については通訳に代わる補助手段を利用する必要がある。

図1 スペイン語版診察補助表の一部

MODO DE TOMAR O USAR LOS MEDICAMENTOS		UNO O DOS (服用)	
<p>Medicamentos en las (薬名) Numero (No.)</p> <p>Para (患者) (年齢)</p> <p>Tabletas (錠剤) • Capsulas (カプセル) • Paises (錠剤) • Jarabe (シロップ)</p> <p>Tiempo de cada día (毎日の回数) (回数)</p> <p>Antes de comer (食前) • Después de comer (食後) • Después de beber (飲後)</p> <p>Antes de acostarse (就寝前) • Después de acostarse (就寝後)</p> <p>Antes de ir a la escuela (登校前) • Después de ir a la escuela (登校後)</p> <p>Antes de ir a trabajar (出勤前) • Después de ir a trabajar (出勤後)</p> <p>Antes de ir a dormir (就寝前) • Después de ir a dormir (就寝後)</p> <p>Antes de ir a jugar (遊戯前) • Después de ir a jugar (遊戯後)</p> <p>Antes de ir a pasear (散歩前) • Después de ir a pasear (散歩後)</p> <p>Antes de ir a caminar (散歩前) • Después de ir a caminar (散歩後)</p> <p>Antes de ir a hacer ejercicio (運動前) • Después de ir a hacer ejercicio (運動後)</p> <p>Antes de ir a tomar el sol (日光浴前) • Después de ir a tomar el sol (日光浴後)</p> <p>Antes de ir a nadar (水泳前) • Después de ir a nadar (水泳後)</p> <p>Antes de ir a esquiar (スキー前) • Después de ir a esquiar (スキー後)</p> <p>Antes de ir a montar en bicicleta (自転車前) • Después de ir a montar en bicicleta (自転車後)</p> <p>Antes de ir a jugar al fútbol (サッカー前) • Después de ir a jugar al fútbol (サッカー後)</p> <p>Antes de ir a jugar al tenis (テニス前) • Después de ir a jugar al tenis (テニス後)</p> <p>Antes de ir a jugar al golf (ゴルフ前) • Después de ir a jugar al golf (ゴルフ後)</p> <p>Antes de ir a jugar al tenis de mesa (卓球前) • Después de ir a jugar al tenis de mesa (卓球後)</p> <p>Antes de ir a jugar al billar (ビリヤード前) • Después de ir a jugar al billar (ビリヤード後)</p> <p>Antes de ir a jugar al ajedrez (将棋前) • Después de ir a jugar al ajedrez (将棋後)</p> <p>Antes de ir a jugar al póker (ポーカー前) • Después de ir a jugar al póker (ポーカー後)</p> <p>Antes de ir a jugar al bridge (ブリッジ前) • Después de ir a jugar al bridge (ブリッジ後)</p> <p>Antes de ir a jugar al backgammon (バックガモン前) • Después de ir a jugar al backgammon (バックガモン後)</p> <p>Antes de ir a jugar al domino (ドミノ前) • Después de ir a jugar al domino (ドミノ後)</p> <p>Antes de ir a jugar al bingo (ビンゴ前) • Después de ir a jugar al bingo (ビンゴ後)</p> <p>Antes de ir a jugar al rummy (ラミー前) • Después de ir a jugar al rummy (ラミー後)</p> <p>Antes de ir a jugar al cribbage (クリバジ前) • Después de ir a jugar al cribbage (クリバジ後)</p> <p>Antes de ir a jugar al hearts (ハーツ前) • Después de ir a jugar al hearts (ハーツ後)</p> <p>Antes de ir a jugar al spades (スペード前) • Después de ir a jugar al spades (スペード後)</p> <p>Antes de ir a jugar al clubs (クラブ前) • Después de ir a jugar al clubs (クラブ後)</p> <p>Antes de ir a jugar al diamonds (ダイヤ前) • Después de ir a jugar al diamonds (ダイヤ後)</p> <p>Antes de ir a jugar al bridge (ブリッジ前) • Después de ir a jugar al bridge (ブリッジ後)</p> <p>Antes de ir a jugar al backgammon (バックガモン前) • Después de ir a jugar al backgammon (バックガモン後)</p> <p>Antes de ir a jugar al domino (ドミノ前) • Después de ir a jugar al domino (ドミノ後)</p> <p>Antes de ir a jugar al bingo (ビンゴ前) • Después de ir a jugar al bingo (ビンゴ後)</p> <p>Antes de ir a jugar al rummy (ラミー前) • Después de ir a jugar al rummy (ラミー後)</p> <p>Antes de ir a jugar al cribbage (クリバジ前) • Después de ir a jugar al cribbage (クリバジ後)</p> <p>Antes de ir a jugar al hearts (ハーツ前) • Después de ir a jugar al hearts (ハーツ後)</p> <p>Antes de ir a jugar al spades (スペード前) • Después de ir a jugar al spades (スペード後)</p> <p>Antes de ir a jugar al clubs (クラブ前) • Después de ir a jugar al clubs (クラブ後)</p> <p>Antes de ir a jugar al diamonds (ダイヤ前) • Después de ir a jugar al diamonds (ダイヤ後)</p>		<p>UNO O DOS (服用)</p> <p>TIPOS DE MEDICACIÓN (薬の種類)</p> <p>Inyectables (注射薬) • Inyectables en el músculo (筋肉注射)</p> <p>Inyectables (注射薬) • Inyectables en la vena (静脈注射)</p> <p>Numero de la medicina (薬の量) (回数)</p> <p>1 vez al día (1日1回)</p> <p>2 veces al día (2日2回)</p> <p>3 veces al día (3日3回)</p> <p>4 veces al día (4日4回)</p> <p>5 veces al día (5日5回)</p> <p>6 veces al día (6日6回)</p> <p>7 veces al día (7日7回)</p> <p>8 veces al día (8日8回)</p> <p>9 veces al día (9日9回)</p> <p>10 veces al día (10日10回)</p> <p>11 veces al día (11日11回)</p> <p>12 veces al día (12日12回)</p> <p>13 veces al día (13日13回)</p> <p>14 veces al día (14日14回)</p> <p>15 veces al día (15日15回)</p> <p>16 veces al día (16日16回)</p> <p>17 veces al día (17日17回)</p> <p>18 veces al día (18日18回)</p> <p>19 veces al día (19日19回)</p> <p>20 veces al día (20日20回)</p> <p>21 veces al día (21日21回)</p> <p>22 veces al día (22日22回)</p> <p>23 veces al día (23日23回)</p> <p>24 veces al día (24日24回)</p> <p>25 veces al día (25日25回)</p> <p>26 veces al día (26日26回)</p> <p>27 veces al día (27日27回)</p> <p>28 veces al día (28日28回)</p> <p>29 veces al día (29日29回)</p> <p>30 veces al día (30日30回)</p> <p>31 veces al día (31日31回)</p> <p>32 veces al día (32日32回)</p> <p>33 veces al día (33日33回)</p> <p>34 veces al día (34日34回)</p> <p>35 veces al día (35日35回)</p> <p>36 veces al día (36日36回)</p> <p>37 veces al día (37日37回)</p> <p>38 veces al día (38日38回)</p> <p>39 veces al día (39日39回)</p> <p>40 veces al día (40日40回)</p> <p>41 veces al día (41日41回)</p> <p>42 veces al día (42日42回)</p> <p>43 veces al día (43日43回)</p> <p>44 veces al día (44日44回)</p> <p>45 veces al día (45日45回)</p> <p>46 veces al día (46日46回)</p> <p>47 veces al día (47日47回)</p> <p>48 veces al día (48日48回)</p> <p>49 veces al día (49日49回)</p> <p>50 veces al día (50日50回)</p> <p>51 veces al día (51日51回)</p> <p>52 veces al día (52日52回)</p> <p>53 veces al día (53日53回)</p> <p>54 veces al día (54日54回)</p> <p>55 veces al día (55日55回)</p> <p>56 veces al día (56日56回)</p> <p>57 veces al día (57日57回)</p> <p>58 veces al día (58日58回)</p> <p>59 veces al día (59日59回)</p> <p>60 veces al día (60日60回)</p> <p>61 veces al día (61日61回)</p> <p>62 veces al día (62日62回)</p> <p>63 veces al día (63日63回)</p> <p>64 veces al día (64日64回)</p> <p>65 veces al día (65日65回)</p> <p>66 veces al día (66日66回)</p> <p>67 veces al día (67日67回)</p> <p>68 veces al día (68日68回)</p> <p>69 veces al día (69日69回)</p> <p>70 veces al día (70日70回)</p> <p>71 veces al día (71日71回)</p> <p>72 veces al día (72日72回)</p> <p>73 veces al día (73日73回)</p> <p>74 veces al día (74日74回)</p> <p>75 veces al día (75日75回)</p> <p>76 veces al día (76日76回)</p> <p>77 veces al día (77日77回)</p> <p>78 veces al día (78日78回)</p> <p>79 veces al día (79日79回)</p> <p>80 veces al día (80日80回)</p> <p>81 veces al día (81日81回)</p> <p>82 veces al día (82日82回)</p> <p>83 veces al día (83日83回)</p> <p>84 veces al día (84日84回)</p> <p>85 veces al día (85日85回)</p> <p>86 veces al día (86日86回)</p> <p>87 veces al día (87日87回)</p> <p>88 veces al día (88日88回)</p> <p>89 veces al día (89日89回)</p> <p>90 veces al día (90日90回)</p> <p>91 veces al día (91日91回)</p> <p>92 veces al día (92日92回)</p> <p>93 veces al día (93日93回)</p> <p>94 veces al día (94日94回)</p> <p>95 veces al día (95日95回)</p> <p>96 veces al día (96日96回)</p> <p>97 veces al día (97日97回)</p> <p>98 veces al día (98日98回)</p> <p>99 veces al día (99日99回)</p> <p>100 veces al día (100日100回)</p>	

人に薬品を売る際も利用できるよう工夫を凝らしてある(1994年4月出版予定)。

おわりに

筆者は、副作用の説明不足を理由に診察した医師を訴えたいという欧米人からの相談を受けたことがある。服薬指導を正しく行うのは患者がよりよい医療を享受するためであるが、医療従事者にとっては不本意なトラブルに巻き込まれないよう、自身の身を守るためでもあるということを常に認識していなくてはならない。異文化に育った外国人患者と接することは文化と文化のぶつかり合いを経験することでもあり、ともすればストレスの多いことでもある。外国人の診察に関して以下を参考文献としてあげる。

小林米幸：医師・医療従事者のための外国人患者診察ガイドブック、ミクス、1993。

なお、東京都内の救急医療機関では次のサービスを利用することができる。

東京都健康情報センター救急通訳事業：電話 03-5285-8185
 内容：都内の救急医療機関に外国人が受診し、言葉が通じず診察に支障をきたす場合に、医療機関からの要請により電話による通訳を行う
 通訳可能言語：英語、スペイン語、韓国語、中国語、タイ語の5ヶ国語
 サービス時間帯：PM 5時～PM 10時(月～金)、AM 9時～PM 10時(土、日、祭日)
 本事業は(財)東京都健康推進財団からの委託事業としてAMDA国際医療情報センター(電話 03-5285-8086)が行っているものである。

る。辞典なども診察に使うことはできるが、服薬指導に使うことは少々むずかしい。補助手段として次の2点の使用を推薦する。いずれも同じ文章が日本語と外国語で併記され、○印をつけるか、数字を書き込むだけでお互いに理解できるようになっている。

(1) 11ヶ国語版診察補助表 (AMDA国際医療情報センター編)(図1)

問診部分から検査の説明、次回の診察日、服薬指導までが含まれている。11ヶ国語とは韓国語、中国語、タガログ語(フィリピン)、タイ語、ベトナム語、カンボジア語、ラオス語、ペルシャ語、英語、スペイン語、ポルトガル語である。

(2) 服薬指導本 (AMDA国際医療情報センター編)

診察補助表と異なる点は服薬指導だけを目的にできていることである。医療機関内の医師、看護婦、薬剤師や調剤薬局の薬剤師だけでなく、一般の薬局で外国

〈執筆者連絡先〉 小林米幸 〒242 大和市西鶴間3-5-6-110 小林国際クリニック

神奈川縣醫師会報

No. 513 1994. 4. 10

神奈川縣醫師会 発行

随想

AMDA国際医療情報センターの生い立ち

大和市医師会 小林 米 幸

AMDAとはアジア医師連絡協議会の略である。アジア15ヶ国に支部を持ち、現在各国支部の医師とともに多国籍医師団を創設し、ジブチ共和国内のソマリア、エチオピア難民キャンプ、ネパール国内ブータン難民キャンプ、カンボジア国コンポンスプー州プロムスロッチ郡病院の医療を支えている。また、目にみえる日本の国際貢献をするにはどうしたらよいかについて緊急救援NGOの集いを提唱し、2ヶ月に一度、専門分野の異なるNGO、厚生省、外務省、郵政省、国連難民高等弁務官事務所との定期的話し合いを持っている。今をさかのぼる5年前のこと、私はまだ勤務医であったが、インドシナ難民として日本に定住した人々の医療に深く関わっていた。その当時感じたのは、彼等も日本の医療機関も外国人の医療に関するさまざまな情報に疎く、これが外国人医療をめぐるトラブルにつながっているのではないかということであった。もし、外国人に医療機関の案内や適応される医療・福祉制度を総合的に案内する機関があったならば、増え続けていた外国人の医療に関するトラブルも減らすことができ

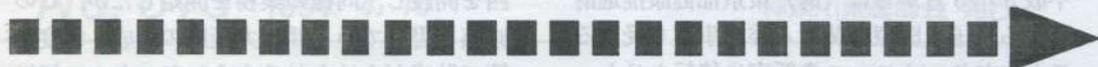
るのではないかと、そう考えた私はAMDA執行部会にそのような機関の設立を提案した。AMDAでは発案者が責任者となってことを進めていくシステムになっており、以上のような経過で私はこのプロジェクトの責任者となった。設立のための資金をどうひねりだしたらよいか、思案の毎日であった。民間会社からの寄付を中心にすることも考えなかったわけではないが、この問題に取り組む私達の強い決意を示すために費用の全てを会員間で調達することとし会員の中の有力メンバーに一人100万円の寄付を呼びかけたところ、6人がこれに応じてくれた。ただし、会員のだれが寄付をしたかは伏せるという条件をつけたが、これも快諾していただけた。AMDA日本には開業医から卒業したばかりの医師、医学生まで350人の会員がおり、経済的に余裕のある人から生活に追われる人までさまざまなので、寄付金を出したか否かで組織の中の発言力に差がつくと将来、組織運営にひびが入るのではないかと憂慮したからである。このようにして平成3年4月AMDA国際医療情報センターは最初のオフィスを世田谷区

に構えることができた。私が開業して1年2ヶ月後のことであった。同センターは電話により外国人へ受け入れ可能医療機関や医療・福祉制度の案内を無料でおこなっている。1年半に及ぶ東京都衛生局との話し合いの結果、平成5年5月からは(財)東京都健康推進財団から外国人医療に関する委託事業も受けることになり、オフィスを新宿に移転させた。現在、常勤の有給事務スタッフ5名、有給通訳スタッフ60余名、さらに通訳ボランティアを抱え、英語、スペイン語、タイ語、韓国語、中国語には毎日対応できる。相談件数も増え続け、平成6年1月だけでAMD A国際医療情報センターとして201件、委託業務として

(東京都医療情報センターとして)の件数が別に196件、同じく委託事業としての救急通訳依頼が21件であり、最近では外国人患者をかかえた医療機関からの相談も多い。昨年12月には大阪にAMD A国際医療情報センター関西を開設し、同様の業務を開始したが、この原稿を書いている間に大阪府の平成6年度予算で助成がうけられるようになったとの通知をいただき、ほっとしているところである。医療機関や行政に問い合わせた際に、不法滞在の外国人を支援している怪しげな団体ではないかと誤解され、つっけんどんにされたり、電話を切られたりしたことが今は懐かしく思い出される。

(AMD A国際医療情報センター所長)

センターの外国人向けポスター リーフレット完成



このたび、AMDA国際医療情報センターのポスター、リーフレットが完成しました。いずれも英語、スペイン語、ポルトガル語、タガログ語、中国語、韓国語、タイ語、ペルシャ語の8ヶ国語でセンター東京、同関西の電話番号が書かれています。リーフレットは4つ折りにでき、名刺サイズとなります。ポスターは千枚、リーフレットは一万枚作成しました。センターではこれらを外国人の目に届くところに貼って下さる方を捜しています。郵送料のみ切手で負担していただきます。ご希望の方はセンター東京またはセンター関西までお問い合わせ下さい。ポスターは既に京成電鉄、新京成電鉄の駅にはっていただいています。また、新聞等のマスコミで報じられています。センターとしては駅、銀行、ホテル、旅行会社、空港、会社、日本語学校、留学生を受け入れている各学校、各地の国際交流協会、レストラン、行政の窓口などに張り出していただければと考えています。

「医学生・看護学生対象 エイズ集中セミナー」

1. 趣旨

近年、わが国においてもエイズは大きな社会問題となっている。医療機関への受け入れが声高に叫ばれる一方で、諸理由によりなかなか進んでいないのが現状のようである。このような情勢の下では次世代を担う医学生・看護学生に多角的な見地から、それぞれの分野の専門家による質の高い講義を受ける機会を設定し、エイズの諸問題に関する理解を深めてもらうことが必要であろう。以上から本セミナーを企画した。

2. 主催

AMDA国際医療情報センター

3. 後援

厚生省（予定）、日本医師会、東京都医師会、（財）エイズ予防財団

4. 会期

平成6年7月27日（水）、28日（木）

5. 会場

（財）国際協力推進協会 国際協力プラザ（地下鉄日比谷線広尾駅下車3分）

6. 対象

医学生、看護学生

7. 参加費

無料

8. 定員

先着順70名

9. 申込先

AMDA国際医療情報センター東京
（電話 03-5285-8086）

AMDA国際医療情報センター関西
（電話 06-636-2333）

セミナー内容：第一日（7月27日）

10:00～11:10 ウイルス学

東京医科歯科大学微生物学教室教授 山本直樹先生

11:20～12:30 疫学

慶応義塾大学医学部公衆衛生学教室講師 鎌倉光宏先生

13:30～14:40 エイズ教育

岡山大学保健管理センター所長 戸部和夫先生

14:50～16:00 疫学（外国人関係）

AMDA国際医療情報センター所長 小林米幸

第二日（7月28日）

10:00～11:10 カウンセリング他

国立小児病院小児医療センター炎症研究室長 稲垣稔先生

11:20～12:30 倫理学

慶応義塾大学文学部教授 樽井正義先生

13:30～14:40（休憩あり）臨床

都立駒場病院感染症科医長 根岸昌功先生

改善進まぬ 負担軽減策

外国人労働者の医療費



医療現場では医療費負担軽減策が急がれる(神奈川県大和市の病院で)

外国人労働者の医療費未払い問題が深刻化している。不法残留・就労者は、国民健康保険や医療保険の適用を受けられず、病院に高い治療費を払えないため、群馬、神奈川県など一部県では、医療費の未収分を一部肩代わりする制度を設け、独自の対応に乗り出しているが、十分に機能していない。厚生省は昨年八月、外国人労働者に依存している業界からの拠出「基金」で医療費を補てんする構想を打出したが、不況の折、業界側の反応は鈍く、具体化の動きは見られない。

「人命を助けた充実感を補てんした。後に残るのは、いつも医療費未払いの現実。現場の医師や病院が負担を強いられる。国民健康保険に加入し、医療に適用されたケースは少ない。短期滞在者や、在留資格の切れ目人たちの診察にもあつてはいる群馬県

インサイド '94

医療の未収金が発生している。厚生省は今年度予算で「外国人医療に関する諸問題検討経費」二百九十万円を要求中で、基金創設のため検討会を定立させる方針。しかし、国会の予算審議は大幅に遅れており、基金が創設されても、「外国人労働者の多い建設業界などからの協力がカギ」(同

業界 不況で基金構想停滞

本田市の総合病院の橋本博 医師課長は、そう嘆く。同様の事例が相次いだ同県では、県庁、経済界が合同で昨年七月、全国で初めて医療費未払い制度を定めて医療費滞りなく支払うこととした。保険診療に算定して病院側の未収分を七割助成するもので、昨年度は三十四件、約五百三十万円

自治体 独自対応は機能せず

本田市の総合病院の橋本博 医師課長は、そう嘆く。同様の事例が相次いだ同県では、県庁、経済界が合同で昨年七月、全国で初めて医療費未払い制度を定めて医療費滞りなく支払うこととした。保険診療に算定して病院側の未収分を七割助成するもので、昨年度は三十四件、約五百三十万円

本田市の総合病院の橋本博 医師課長は、そう嘆く。同様の事例が相次いだ同県では、県庁、経済界が合同で昨年七月、全国で初めて医療費未払い制度を定めて医療費滞りなく支払うこととした。保険診療に算定して病院側の未収分を七割助成するもので、昨年度は三十四件、約五百三十万円

AMDA代表、一日郵便局長

1994年4月21日、菅波茂AMDA代表は、岡山中央郵便局の一日局長を拝命しました。職員の方々に対する講演会では、国際ボランティア貯金がいかに国際貢献に使われているかということと、AMDAが国際ボランティア貯金で実施している事業について説明させていただきました。

AMDAは、国際ボランティア貯金にお世話になっていることをここにあらためて厚く感謝すると共に、国際ボランティア貯金のますますの発展を心からお祈りいたします。



祝 第61回通信記念日式典記念

平成6年4月21日

1994年(平成6年)4月22日(金曜日)

言

言

新

言

一日局長の菅波さん ミス2人と郵便PR

岡山中央



一日配達員のミス観光岡山を
見送る菅波・一日局長(右端)

アジア、アフリカ難民な
どの医療救援活動が続け
ている「アジア医師連絡協
会」(AMDA、岡山市楠
津)の菅波茂代表(右)が二
十一日、岡山中央郵便局の
一日局長に就任、一日配達

員に任命されたミス観光岡
山二人とともに郵便局のP
Rに役を買った。
同協議会は、活動資金と
して郵政省の国際ボランティア
貯金の支給を受けてお
り、昨年度にはカンボジア、

ネパールでの難民救援活動
などに計約一千二百万円を
支給された。

山田泰三局長が菅波代表
に一日局長の委嘱状を手渡
し、ミス観光岡山の仲田紋
子さん(二)と小川真智子さ
ん(三)を一日配達員に任
命。菅波代表は「日本の郵
便ほど信頼されている事業
はほかにない。これからも
世界のモデルとして発展し
ていくよう頑張って下さ
い」と就任のあいさつを述
べた。

菅波局長は初仕事と
して同局の一階ロビーに新
設された情報コーナーの除
幕式に出席。この後、黒い
郵便カバンをさげ、同市表
町周辺に郵便配達に向かう
仲田さんと小川さんを笑顔
で見送った。

94年度会費納入のお願い

本誌はさみこみの振替用紙で、94年度
会費の送金をよろしくお願いします。

AMD A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
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 (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)、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: 00180-2-16503 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

祝 第61回通信記念日式典記念 平成6年4月21日

AMDA 事務局 だより

前回よりこの”国際医療協力”を手伝っていますが、戸惑いながらも皆さんのお世話になりなんとかやっています。私自身としては、楽しみながらやっていきたいと思っていますがはてさて……。ところで皆さんは、この”国際医療協力”より何を感じ、また何を思っているのでしょうか？私はこの課題に取り組み産みの苦しみを感じつつ（少しおかげさですが）がんばって行きたいと思っていますのです。

どうぞ宜しくお願い致します。

平成6年5月 岡野 純子



事務局スタッフのメンバー 民族衣装でパッチリ

■94年度会費納入のお願い

本誌はさみこみの振替用紙で、94年度会費の送金をよろしくお願ひします。

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

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

消化器科・外科・小児科
小林国際クリニック

〒242 神奈川県大和市西鶴間3-5-6-110
TEL 0462-63-1380
FAX 0462-63-0919
(小田急江ノ島線鶴間駅下車徒歩4分)



大鵬薬品工業株式会社

東京都千代田区神田錦町1-27

丸山ウイメンズクリニック

原田慶堂

〒232 横浜市長谷区井土ヶ谷中町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

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. 5

アジア医師連絡協議会 (AMDA)

- 発行 1994年5月15日
- 編集責任者 津曲兼司、岡野純子、片山新子
- 事務局 岡山市橋津310-1
TEL 086-284-7730
FAX 086-284-6758