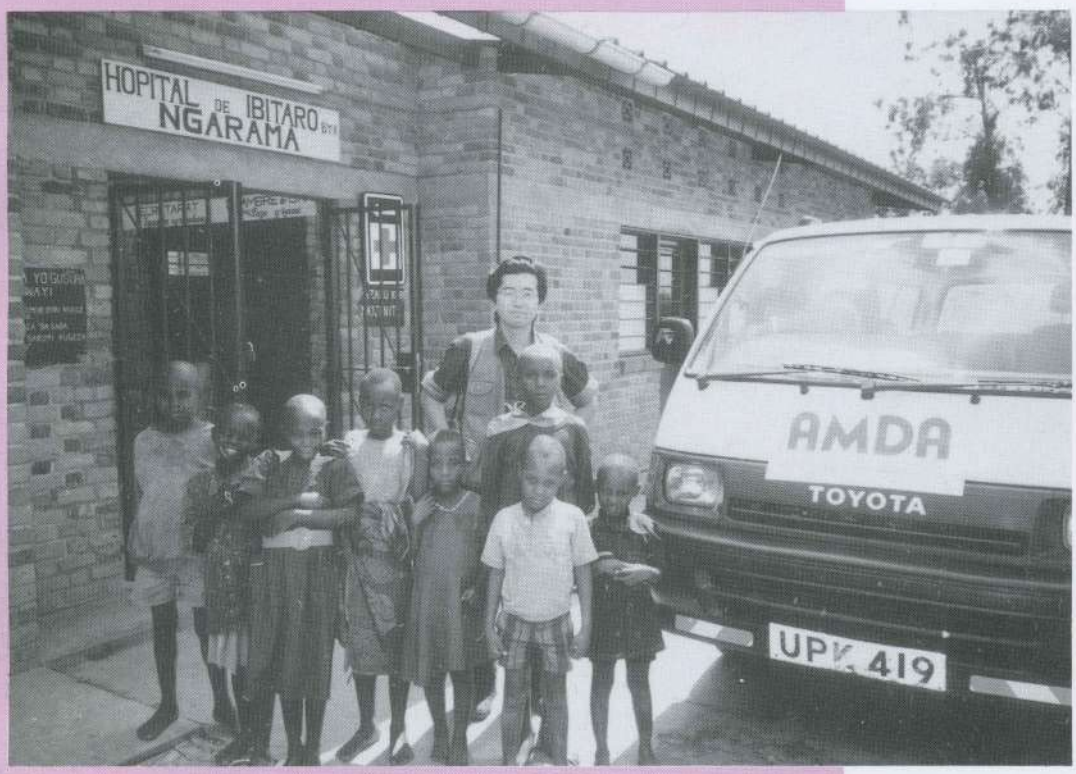
国際医療協力

Vol. 17 No. 6
1994. 6



ガラマの病院の前で子ども達と
AMDA三宅和久医師（ルワンダ難民プロジェクト）

AMDA

The Association of Medical Doctors for Asia

アジア医師連絡協議会

Contents

●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

●ルワンダ難民救援医療活動報告 三宅和久 8

●旧ユーゴスラビア難民救援医療活動報告 14

●モザンビーク難民救援医療活動報告 妹尾美樹 18

●ソマリア難民救援医療活動報告

・ニュープロジェクト経過報告 永野章子 22

・ジブチ共和国より 開 玲子 32

●カンボジア救援医療活動報告 34

●タイAIDSプロジェクト 40

●ブータン難民救援医療活動報告 畑久美子 44

●AMDA国際医療情報センター便り 50

●US NGO Forum for Indochina at Washington D.C. 報告 山本秀樹 58

●国際貢献トピア 第1回海外スタディーツアー 60

●高橋 央のミニレクチャー 62

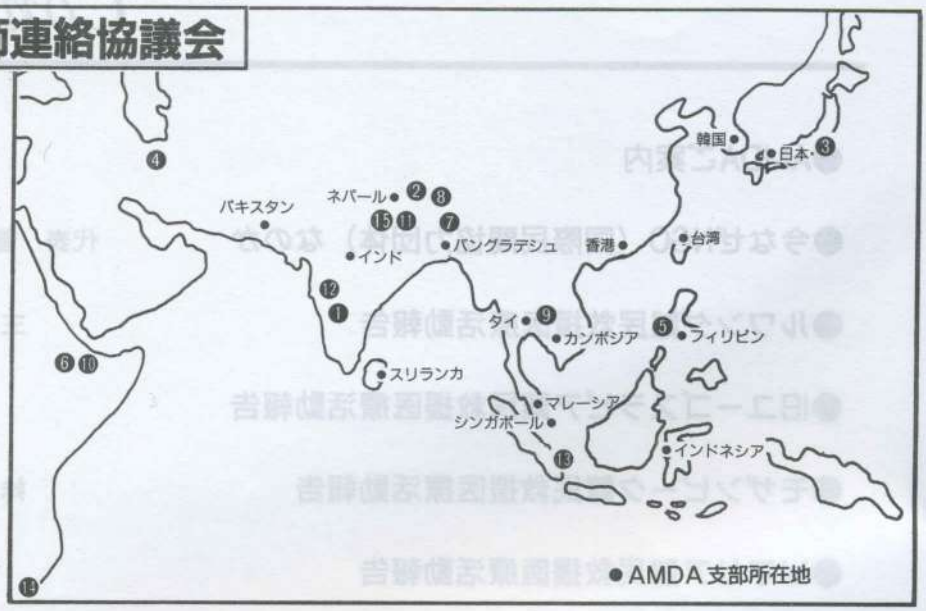
●栃木便り 安藤 智 64

●AMDA貯金箱について 67

●事務局便り 71

The Assosiation of Medical Doctors for Asia

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。

❶ インド連邦カルナタカ州無医村地区巡回診療プロジェクト

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

❷ 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輌や医師の派遣等日本支部から協力。

❸ 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。

❹ 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。

❺ 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。

❻ 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。

❼ 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。

❽ 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。

❾ 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。

❿ ソマリア難民緊急救援医療プロジェクト ※

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

⓫ 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

⓬ インド西部大地震被災民緊急救援・リハビリテーションプロジェクト ※

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

⓭ 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。

⓮ 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。

⑯ ルワンダ難民緊急救援医療プロジェクト

1994年5月よりルワンダ国内ガラマにて病院再建と診療活動のプロジェクト開始。

⑰ 旧ユーゴスラビア日本緊急救援NGOグループ援助プロジェクト

1994年6月より日本緊急救援NGOグループ（JEN）の活動として、クロアチア、セルビアにおいて、救急医療、生活改善指導、職業訓練教育、物資援助等の多方面にわたる援助を行う。

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。

【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）
ルワンダプロジェクト委員長　　三宅和久（菅波内科医院）

●事務局長　　山本秀樹（ハーバード大学留学中）
事務局次長　　津曲兼司（菅波内科医院）
事務局（常勤）　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

●本部
〒701-12　岡山市楢津310-1
TEL 086-284-7730　FAX 086-284-6758

●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）

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情報の濃淡

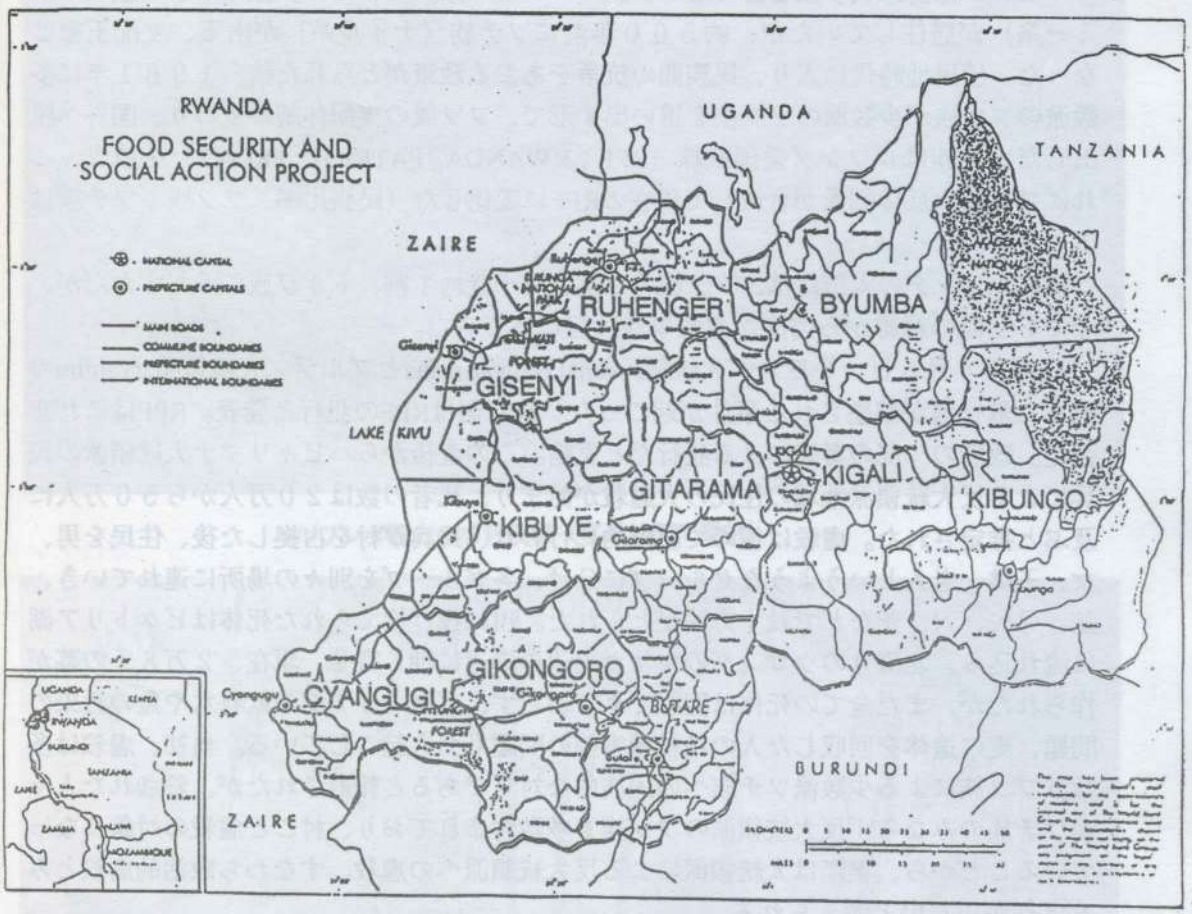
今回はルアンダ難民への緊急救援医療活動の展開時における情報の濃淡と通信手段の確保の必要性についてふれてみたい。ルアンダは政府軍と反政府軍の戦闘中の真只中にある。政府系民兵による反政府系住民の大量虐殺がおこなわれたため世界中の注目を集めている。同時に数十万人の難民が隣国タンザニアに流出したためその人道的解決が求められている状況である。

AMDAはウガンダ経由ウワンダ国内における救援医療活動の可能性を調査の上確信して先発隊を派遣した。先発隊からはケニヤのナイロビ到着から毎日ファックスにて情報が本部事務局に送られてきた。ナイロビ、ウガンダの首都カンパラそしてウガンダとルアンダの国境の町カベレからと。ルアンダに近づくにつれ情報の内容にルアンダ国内での活動安全地帯の面積が増加してきた。即ち、ルアンダ国内の情勢についての確実性が増加すると共に安全地帯の情報も同時に増加してきた。情報に含まれる安全地帯の濃淡が遠距離と近距離ではかくも違うものかと改めて認識させらた。最終的にはルアンダ国内北部に反政府軍であるRPF（ルアンダ救国戦線）の護衛と案内のもとに入った。すでにRPFの制圧下にあるルアンダ国内北部では欧米の医療NGOが医療活動を展開していた。RPFはAMDAに首都キガリの南西４０ｋｍのカナジでの緊急救援医療活動を要請してきた。政府軍との前線は１０ｋｍぐらいであった。「欧米のNGOは現在は安全な国境地帯でしか活動を展開しない。今、最前線のカナジが緊急救援を必要としている。唯一ある病院は死体で一杯だ。小学校を病院代わりに使用している。入院患者は２００人。外には３００人近くを収容している。外来は負傷している住民で満ちている」と。

先発隊と本部との慎重な検討の結果カナジへの進出は断念した。本当に必要とされているのはわかっていたが安全の確保に確信がもてなかったからだ。ルアンダ国境からカナジまでは片道５時間はかかる。途中にはジャングルがあり武装民兵の襲撃を受けたら逃げようが無く、又カナジから隣国ブルンジンへの撤退も複数の橋がある４５ｋｍの距離があったからだ。

最終的にAMDAとしてはルアンダ国境から１００ｋｍで約２時間かかるガラマの病院を拠点として活動を展開することに決定した。必要があれば他地区へ医療活動を広げる２段構えである。

戦闘中の緊急救援活動に必要な連絡は通信手段の確保である。ルアンダ国内では電話はなく使用できない。唯一の可能性はサテライト通信である。KDDのインテルサーマットを１万円のレンタル料と受信料１万円／一日の計２万円／一日で使用することができる。NGOには少し高すぎる。サテライト通信が命綱という事態が今後も数多く予想される。改善を望みたい。


RWANDA
FOOD SECURITY AND
SOCIAL ACTION PROJECT
NATIONAL CAPITAL
PREFECTURE CAPITALS
MAIN ROADS
COMMUNE BOUNDARIES
PREFECTURE BOUNDARIES
INTERNATIONAL BOUNDARIES
UGANDA
TANZANIA
ZAIRE
LAKE KIVU
RUHENGERI
BYUMBA
GISENYI
GITARAMA
KIGALI
KIBUNGO
KIBUYE
GIKONGORO
CYANGUGU
BUTARE
BURUNDI
ZAIRE
UGANDA
KENYA
RWANDA
BURUNDI
TANZANIA
LAKE
ZAMBIA
MALAWI
MOZAMBIQUE

■ルワンダ難民救援医療活動報告

ルワンダプロジェクト委員長　三宅　和久

1．概要

ルワンダは古来大多数を占めるフツ族（バンツー系）と、ごく少数のトゥワ族（ピグミー系）が居住していたが、約５００年前にツチ族（ナイル系）が南下、支配王家となった。植民地時代に入り、民族間の抗争をあおる政策がとられた後、１９６１年に多数派のフツ族が少数派のツチ族を追い出す形で、フツ族の支配体制に変わり、国外へ脱出したツチ族はルワンダ愛国戦線（RPF：RWANDA PATRIOT FRONT）を結成、これにフツ族の反体制派が合流して現在のRPFに変化した（民族比率　フツ族：ツチ族は１：１）。

現在ルワンダの人口比は、フツ族約９割、ツチ族約１割、トゥワ族ごくわずかだが、今でも上記の経緯から何度か虐殺事件は起こってきた。

1994年４月６日、ルワンダ大統領Juvenal HabyarimanaとブルジンN大統領Ntaryamiraの乗った飛行機が撃墜される事件が起こった。政府側はRPFの犯行と発表。RPFはこれを否定。政府の一部の者達による犯行だと反論。この直後からハビャリマナ大統領派の民兵による反大統領派地域の住民の大虐殺が始まり、死者の数は２０万人から５０万人に及ぶと推定された。虐殺は極めて組織的に行われ、民兵が村を占拠した後、住民を男、女、子供、老人というようなグループに分け、各グループを別々の場所に連れていき、銃、弓矢、刀、斧などで殺す方法がとられた。川に投げ捨てられた死体はビクトリア湖に流れ込み、北隣りのウガンダのマサカ周辺の岸辺に押し寄せ、現在、２万８千の墓が作られたが、まだ全ての死体は回収できておらず、ビクトリア湖の飲料水や魚の汚染の問題、更に遺体を回収した人の精神障害等の問題も引き起こしている。当初、虐殺は多数派フツ族による少数派ツチ族への民族的な対立であると報道されたが、殺された人々がツチ族のみならず反大統領派のフツ族も多数含まれており、村ごと虐殺の対象になっていることから、実際は大統領派による反大統領派への虐殺、すなわち政治的虐殺とみるほうが正しいと考えられる。

今回、AMDAではこのルワンダ国内での虐殺の対象にされた人々への緊急医療活動を展開する為、５月２２日より第１陣として医師一人、コーディネーター１人をルワンダ国内に派遣し調査を行った。更に５月２８日第２陣のコーディネーター１人が現地にて第１陣と合流。第１陣帰国後も引き続き現地との調整を継続中である。

2．派遣メンバー

第１陣：三宅和久（菅波内科医師）　夏目洋子（コーディネーター）

第２陣：渡辺松男（コーディネーター　コロンビア大学　国際関係行政管理コース卒業後すぐに本活動に参加）

ルワンダ国内の虐殺現場（写真はRPF提供）

3．派遣時期

第1陣は5月22日（日）に成田発。5月23日（月）ケニヤのナイロビ着。国連、各国NGO、日本大使館、RPFから情報収集後、

5月24日（火）ナイロビ発、ウガンダのエンテベ着。首都のカンパラに移動。

5月25日（水）カンパラにて情報収集。車を手配した後

5月26日（木）ルワンダとの国境にあるカバレへ移動。

5月27日（金）初めてルワンダに入国。RPFの本部のあるムリンジにて話し合い。

第2陣は5月26日（木）に成田発、5月27日（金）にカンパラ着。

5月28日（土）ルワンダのムリンジにて各国NGOと話し合い。
第2陣カバレにて合流。

5月29日（日）ルワンダ入りするもRPFとの連絡がうまくつかず引き返す。

5月30日（月）北部の町ガラマ（NGARAMA)を調査。
夕方カバレに引き返し、続いてカンパラへ移動。

三宅は深夜エンテベ着。5／31（火）エンテベ発。6／3（金）成田着。

夏目は5／31（火）カンパラにて活動後6／1（水）エンテベ発。
6／4（土）成田着。　渡辺は引き続き活動中。

4．ルワンダの地理、気候

東アフリカ、ビクトリア湖の西側に位置し、北はウガンダ、南はブルンジ、東はタンザニア、西はザイールと4つの国に囲まれた面積2万6338Km^2、四国の1.4倍、北海道の1／3ほどの大きさの国である。

海抜1000m前後の山国で、温暖多雨、緑が多く日本の風景と共通したところがある。雨期は1～5月、10～12月。

5．ルワンダの言語

フランス語（公用語）、キニャルワンダ語、スワヒリ語等。各部族間による言語の違いはなく、民族は違っても同じ言語を話し、意思の疎通はスムーズである。

6．ルワンダの現在の政治状況

北部の一部はRPFに3年前より支配されていたが、今回の事件以後RPFは北東部を完全に支配し、更に支配域を南部に広げ、南から周り込む形で首都キガリを攻撃。5月末の時点でその勢力範囲は国の東半分となり、首都キガリの住人は30万人が政府軍の基地である南西にあるギタラマへ移動。5月31日（火）にキガリで国連と政府軍、RPFの3者による停戦の話し合いが行われたが、まだ動向は定まっていない。

ルワンダ愛国戦線 ムリジンにて

ウガンダ、ルワンダ国境のゲート
UNとウガンダの役所の２つの
検問所がある

7．ルワンダの難民の状況

（1）人口の動向

調査に入った時点でウガンダへ8000人、タンザニアへ２８万人、ザイールに３万人（ブルンジへは不明）の難民が脱出したが、ルワンダ国内の状況の変化と共に一部は帰還し、国内の難民キャンプも毎日人口が変わるくらい流動化している。５月末のデータでBYUMBA県に11万7552人＋α、BUGANZA／KIBUNGO／MUTARA県に10万1144人、RUHENGER県に９万6140人、KIGALI県に9000人の難民がいるとされている。

（2）食料　飲料水　生活用品等

北部から脱出した人々は現在北部が安定している為各村に戻っている。しかし他の地域から脱出した人々は山の上に作られた難民キャンプで生活、ＲＰＦや各国ＮＧＯから物資の供給を受けている。時折キャンプを抜け出した難民が地元の畑を荒してトラブルが起こるとのことだったが、物資は不足気味であるもののまだトラブルが起こる程度のレベルだと考えられる。なお５月３０日キガリでＵＮＡＭＩＲ(UN Assistance Mission in RWANDAの職員が殺害された為キガリに閉じ込められている市民への援助活動は停止状態となっている。

（3）医療状況

もともとルワンダの医師数は人口３０万人に一人の割合でどの国も例にも漏れずその殆どが首都を中心とした大都市に集中していた為地方では医師のいないヘルスセンターを多数作ることで医療ニーズをカバーしようとしていた。

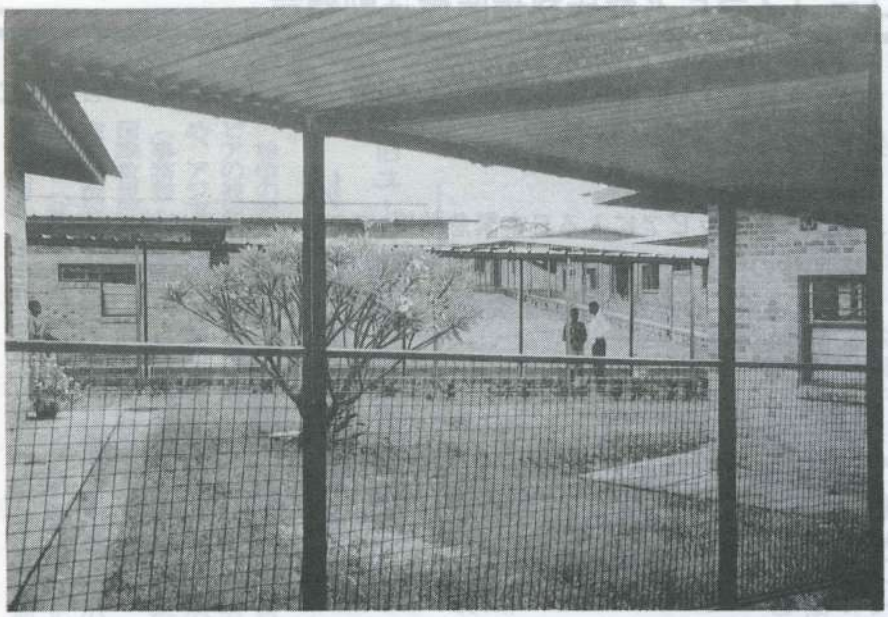
今回の事件が起こってから欧米の医療ＮＧＯが北部を中心に展開し、現在その数は１０を上回っている。しかし政治状況が安定していない南部にはまだ医療ＮＧＯは入っていない。

今回日本からの医療ＮＧＯはＡＭＤＡだけだが、ＡＭＤＡは北部の町ガラマにて医療活動を開始した後、首都キガリが通行できるようになるのを待って南部の町カナジにても活動を開始する予定である。

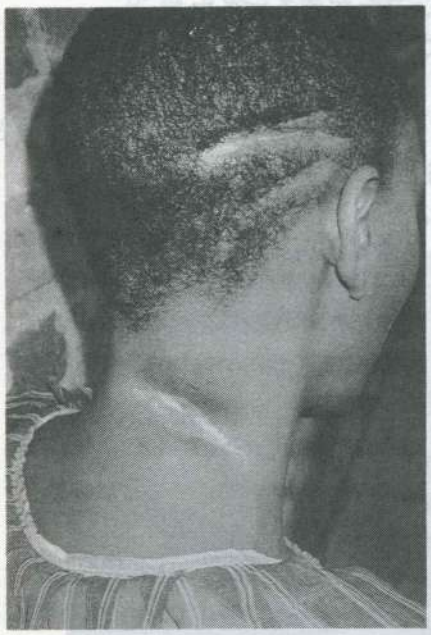
医療ニーズとしては現時点では虐殺がまだ続いているところでは外傷が多く、小外科の技術と器具が必要とされる。状況が落ち着いてきた地域では外傷後のリハビリと作業療法、マラリア、肺炎、下痢のコントロールなどが挙げられた。

8．ＡＭＤＡの今後の活動

現在ルーマニア人、医師が待機しており、更に２名の医師、看護婦を予定。７月上旬から実際に現地に派遣し、医療協力を開始することになっている。場所としては７の（3）に挙げた北部の町ガラマと南部の町カナジだが、状況が一刻一刻と変化している為医療ニーズの変化に応じて、活動地域の変更もあり得る。ガラマで開始する場合、内容としては地域の中心である病院に現在医師が皆無の為、そこへ医療スタッフを派遣して病院の再建と予防も含めた地域医療、更に周囲の難民キャンプから訪ずれる外傷や感染症患者の治療を行うことになる。６月第３週には吉田　修医師が現地に赴き、活動中。

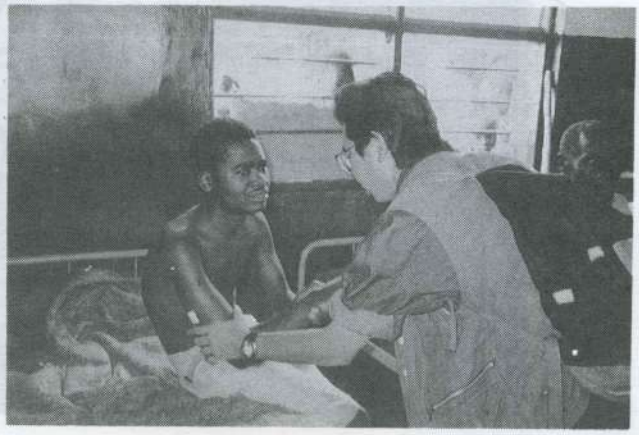


病院内部　150～200床だが、300床ぐらいまで増床可能
現在30～50床のみ使用中



民兵に刀でやられた女性
彼女以外は夫も子どもも殺された

刀で腕をやられた男性患者



■旧ユーゴスラビア難民救援医療活動報告

去る5月26日に日本緊急救援NGOチーム（JEN）より4名が旧ユーゴスラビアに向けて出発致しました。

1、旧ユーゴスラビアに入る日本緊急救援NGOチーム派遣に伴い各団体の代表者4名が政府関係者や国連高等難民弁務官事務所（UNHCR）などと合意書を交換。4ケ所にNGOチームの事務所の開設準備。

2、メンバー
木山　啓子（AMDAコーディネーター）
根本　昌広（立正佼成会）
後藤　益巳（立正佼成会）
トラビス＝S＝ハンコック（国境なき奉仕団）

3、その後の派遣予定
現地政府や国連高等難民弁務官事務所まどと合意を交わした後、6月中旬から年末にかけ、医師、看護婦、コーディネーター他ボランティアを含め延べ１００名以上に上る予定。

又、6月18日には山本邦光氏（コーディネーター）、6月21日には浅川葉子さん、本所明美さん（共にコーディネーター）を派遣致します。

5月ザグレブ　明石　康代表と会談
左からハンコック(BRAJA)、木山(AMDA)、後藤(RKK)

1994年（平成6年）5月22日（日曜日）

毎日新聞

旧ユーゴの紛争被災民救援

NGOが医師ら派遣

岡山などの団体6

紛争の続く旧ユーゴスラビアの被災民を救援するため、アジア医師連絡協議会（事務局・岡山市）、日本国際救援行動委員会（同・東京都渋谷区）など日本のNGO（非政府組織）六団体が来月から半年間、現地に医師らを送ることを決め、二十一日、岡山市内で発表した。日本のNGOの同地域での本格的な援助活動は初めて。

対象地域はクロアチアのザグレブなど四カ所とセルビアのベオグラード。現地総括事務所はザグレブに置き、国連や現地政府と連携を取りながら、医薬品や文房具の供与▽織物や建設などの職業訓練▽子ども向け情操教育――などを行う。予算は約四億円。

物資搬送、子どもの遊具施設の建設などに大学生らのボランティアも短期派遣し、期間中は常時約二十人、延べ約百人が現地で活動する。

1994年（平成6年）5月22日（日曜日）

朝日新聞

旧ユーゴ入り

26日

AMDAなど救援チーム

アジア医師連絡協議会（AMDA・本部岡山市）など国内のNGO（非政府組織）六団体でつくる「日本緊急救援NGOチーム」は二十六日、民族紛争が続く旧ユーゴスラビア入りし、医療、教育を柱とした援助活動を展開する。

参加するのは昨年、ソマリア難民への救援を展開したAMDA、立正佼成会（本部東京）JC国境なき奉仕団（同）アフリカ教育基金の会（同北九州市）など。

二十六日に参加団体の代表ら五人が現地に飛び、政府関係者や国連難民高等弁務官事務所（UNHCR）などと合意書を交換。

来月中旬から医師、看護婦、コーディネーター計十六人を派遣する。十二月末までの活動期間中、各団体から随時、応援部隊を派遣。短期を含め派遣者は延べ約百人に上る見込み。

現地ではクロアチアのザグレブを本拠地に計五カ所に事務所を開設。被災住民や難民への医療援助のほか戦闘で心が荒廃した子供たちの情操教育を目的に、文房具を配布したり遊具の建設に取り組む。また農業や軽工業の職業訓練も行い、自立を支援する。

活動にかかる費用は約四億円。外務省の助成金約五千万円のほか、AMDAが医薬品を調達、各参加団体の自己拠出や寄付でまかなう。

旧ユーゴスラビア支援概要

日本緊急救援NGOグループ

1、組織

プロジェクト代表　菅波茂（AMDA）

プロジェクトリーダー　高橋　央(AMDA)

土井高徳(AEF)・・・アフリカ基金の会

梅沢重雄(JCBRAJA)・・・国境なき奉仕国

小山内美江(JIRAC)・・・日本国際救援行動委員会

山口泰司（ケアジャパン）

根本昌広（立正佼成会）

日本総括事務局　AMDA

東京事務局　立正佼成会

ザグレブ総括事務局所長　木山啓子（AMDA）

土井啓（アフリカ教育基金の会）

高橋央（AMDA）　ビマル（AMDA）

2、地区事務所

リエカ地域：本所明美（AMDA 児童教育）　淀川直美（AMDA 英語教育）

早川達也（AMDA 医師）　高橋央（AMDA 医師）

福永滋子（AMDA 薬剤師）　山本睦子（AMDA カウンセラー）

オシエク地域：浅川葉子（AMDA 英語教育）　秋田美乃枝（AMDA 看護婦）

渋谷健司（AMDA 医師）　パダントット（AMDA 医師）

竹林昌代（AMDA 農業）ハンコック（JC国境なき奉仕団 建築等）

ベオグラード地域：山本邦光（AMDA 英語教育）　ラジブ（AMDA 医師）

大脇甲哉（AMDA 医師）

クロアチア東部国連保護地帯地域：アフリカ教育基金の会管轄、派遣　土井啓

Almut Schoch他一名

各地域のUNHCRと現地コーディネーターより現地政府とのプロジェクトに関する決定事項が次々と本部に入っております。7月号ではその全容を英文にて報告致します。

UNHCR OFFICES IN FORMER YUGOSLAVIA

UNHCR Office / Presence

UN Protected Areas (UNPAs)

* Former Yugoslav Republic of Macedonia

January 1994

This map is not to be taken as necessarily representing the views of the UN on boundaries or political status.

UNHCR Office of the Special Envoy for former Yugoslavia - External Relations Unit

■モザンビーク難民救援医療活動報告

Chokwe　Report　　モザンビークプロジェクト　妹尾　美樹

私は５／１８からChokweに入り現場の調査を始めています。Impopo hotelというなんとも可愛い響きのする名前のホテルを仮の宿とし、まず１週間Mapapa Health Postに入り見学しました。若かりし看護学生時代の実習を思い出すとうな日々ですが、元気にしています。

前回までの一時的な見学や施設の調査とは異なりローカルスタッフの働きや患者の様子、状況がよくわかります。一番強く感じることは、今ここに必要なものは、実際に働くことのできる外人の労働力や日本にはあるけれどもここにはない医療器具ではなく、ローカルスタッフがより働きやすくなる為のHealt　postの修理や水道の確実な供給、現在使用されている医療器具の補充であるということです。ここには、ここのやり方がありそれをこの先も続けていくローカルスタッフがより働きやすくなる為のHealth postの修理や水道の確実な供給、現在使用されている医療器具の補充であるということです。ここには、ここのやり方がありそれをこの先も続けていくローカルスタッフに、日本ら来て日本式あるいは日本の水準を求めやり方は間違っていると思われ結局私達が活動している期間だけのものであり去った後、何も残らないと考えます。UNHCRとのプロポーザルにはローカルスタッフへの教育をあげていましたが、実際彼等の働きは、ここでは充分なものだと思いました。まだ現場に入って日も浅くとりあえず気づいたことを報告しますが、今後どのように展開していくべきなのかじっくり検討したいと思います。

Mapapa H.Pの見学及び調査を終えて、私が想像していた以上にここでの業務はしっかり行われており、外来診療以外に妊婦検診、乳児検診、ワクチン接種が計画的になされています。ただ問題は、病気にかかった及び妊娠、出産した人々が病院に来るかどうかということにあると思われます。この地域に住む全ての人がその必要性を理解し病院に足を運ぶかどうか。それができれば問題視されている乳児のワクチン接種は確実に実施されるはずです。地域住民へのプライマリーヘルスケアは重要であり、その為のアプローチや教育は今後の課題と考えます。

＜外来診療＞

５／２３～２７までの５日間総患者数９２名、内訳はマラリア３１名、皮膚病、下痢、赤痢、肺炎、とあとに続く。その他梅毒、淋病、喘息、外傷、扁桃腺炎ｅｔｃ。問診を主にする診察で看護婦が診断、処方するアシスタントが処方通り与薬、注射を実施外傷の包帯交換の際の清潔保持、操作には特に問題なし。ただし物品の不足が目立つ（注射器、コッヘル）

＜妊婦検診＞

毎月実施されている。来院妊婦　9名

体重測定、腹囲測定、頭囲確認、心音聴取、貧血の有無がチェックされ記録される。塩化鉄剤が３０錠（１ヵ月分）与薬される。

妊婦の破傷風ワクチンの接種、確認も実施される。記録を見ているとほぼ1～２ヵ月毎に検診を受けているが、３～４ヵ月間があいている妊婦もみられる。

難民の子ども達

妹尾美樹さんと子ども達

＜乳児検診＞

毎月実施されている。来院母子　２７名

体重測定しグラフに記入。ワクチン接種状況を確認し、未接種分を接種するＢＣＧ、ポリオ、はしか３種混合（ジフテリア、百日咳、破傷風）接種日を記録次回の接種日も記録する。特に栄養状態の悪い乳児は見られず、ただワクチン接種日を過ぎているのに未接種の乳児が多く、母親に問題があるようだ。

妊婦、乳児検診に関しては、この地域の全ての対象が来院するのか、妊娠、出産の情報となる戸籍などの登録はどうであるのか？そこと医療施設との連絡は同であるのか？妊婦、母親への指導、教育についてなど詳しく調べていきたいと思っています。（現在、通訳が見つからない為、私のポルトガル語学力では質問できないことを察して下さい。）

ここでの看護婦の役割はとても重要なもので、幅広い知識と長い経験に裏付けされた判断力を持っています。

何もない小手術室　Massingir

再建計画

1、水道の確実な供給　（パイプの交換）

2、プラグ、コンセントの修理　（夜間緊急で使用することが多い）

3、屋根の修理　（雨もりを防ぐ）

4、医療器具の補充　（注射器、針、コッヘル、コップ、スプーン、煮沸器）

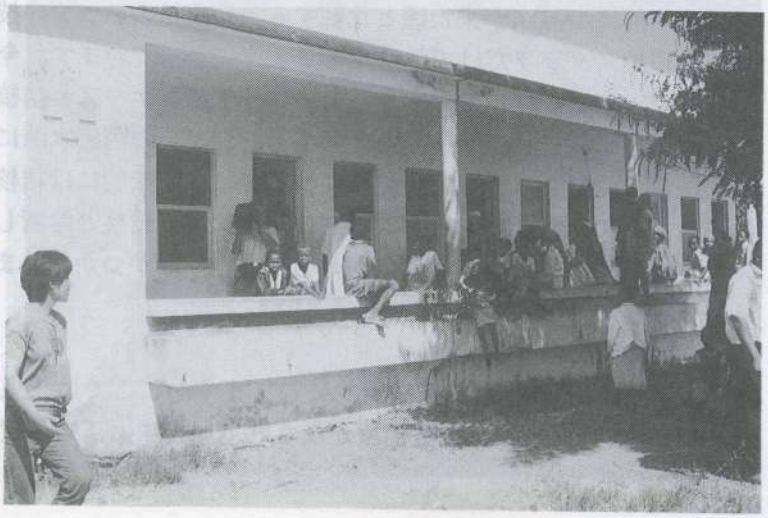
5、医療品供給ルートのサポート　（GAZA州XaiXai～各病院への経路）

医療スタッフとして何ができるのか、必要なのかを考えると、地域住民へのプライマリーヘルスケアーであると思います。

具体的にあげると、疾患、症状に関する教育、妊婦、母親への指導です。ここでは、実際に治療、処置を行うスタッフが必要だと考えます。

今後、Massingir Health Center に入り、こちらの状況を調査する予定でです。

Massingir Health Centre 前のDr.吉田



Mapapa Health Post

■ソマリア難民救援医療活動報告

ニュープロジェクト経過報告

アジア医師連絡協議会　永野　章子

＜はじめに＞

1994年１月よりAMDAは、UNHCR（国連難民高等弁務官）のカウンターパートナーとなり、難民キャンプの保健医療に全面的に責任を持つ事になりました。今回は、難民キャンプでどのような保健医療が行われているかを報告したいと思います。ここで紹介する活動は、UNHCR 、ONARS(難民局）、MOH （保健省）、AMDAの協力のもとに成り立っています。

尚、ヘルススタッフ（各キャンプ）としては、以下の人々が現地で働いています。

＊医師（難民局から全キャンプに１人）
＊コミュニティースーパーバイザー（難民局から全キャンプに１人）
＊看護士・婦　２人　　＊アシスタント看護士・婦　１人
＊コミュニティーヘルスワーカー　５人
＊看護婦　１人（母子保健専門）　＊助産婦　２人（無資格）
＊補助栄養センタースタッフ　１～５人
＊脱水補正センタースタッフ　１～２人

AMDAのヘルススタッフは以下の通りです。（全キャンプ）

＊医師　３人　　＊看護婦　２人
＊カウンターパートナー　２人（現地看護士）

１.治療活動

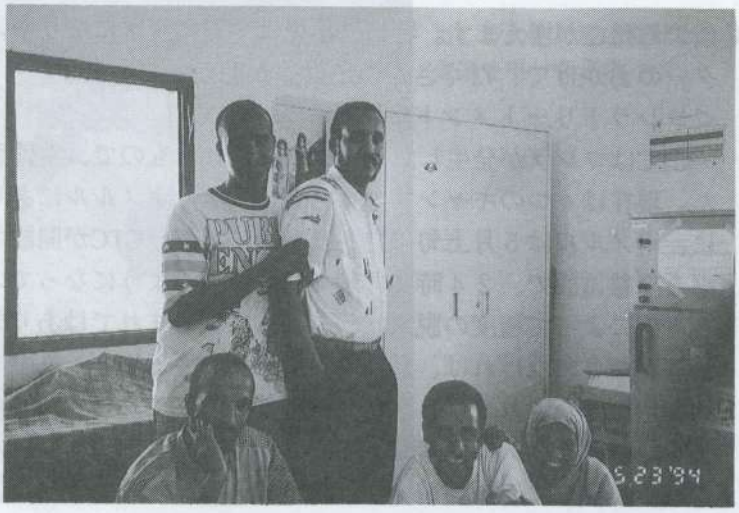
＜診療活動＞

AMDAの医師、看護婦、カウンターパートナーの看護士が、ほぼ毎日、各キャンプを回っています。現地スタッフより難しいケースのコンサルタントを受けたり、診療を通して現地スタッフに教育指導をしています。

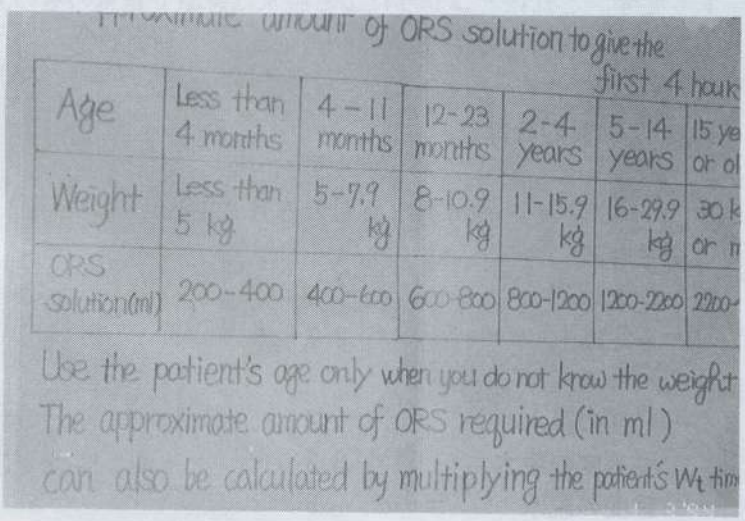
一年前にAMDAが来た頃と比較すると、現地スタッフの技術も上がり、かなりのケースを現地スタッフだけで治療できるようになっています。今、問題になっているのは、難民キャンプレベルでは診きれないシリアスなケースと結核のケースです。シリアスなケースを病院にリファーしたとしても、ジプチの医療水準にも限度があるために、十分な医療は受けられません。結核については、臨床的には結核とみなされても、病院での診断技術の問題、レントゲンなどの不足により結核と診断しきれないケースも多々あります。特に小児の場合は診断が難しい為、診断がつかないまま亡くなっていく子供達もいます。

＜脱水補正センター＞

主に下痢による脱水補正を目的にしてます。ここでは、患者の状態に応じて、点滴、ORS(経口補液剤）による治療がなされています。下痢の流行する季節になると、脱水



キャンプの医療スタッフ
アウル・アウサ診療所にて



Age	Less than 4 months	4 – 11 months	12-23 months	2-4 years	5-14 years	15 ye or ol
Weight	Less than 5 kg	5-7.9 kg	8-10.9 kg	11-15.9 kg	16-29.9 kg	30 k or m
ORS solution(ml)	200-400	400-600	600-800	800-1200	1200-2200	2200-

Use the patient's age only when you do not know the weight
The approximate amount of ORS required (in ml)
can also be calculated by multiplying the patient's Wt tim

脱水症状時の水分補給のため
ORS（経口補液剤）の飲み
方をわかりやすく図解
右はORSの処方の仕方の説明
AMDAの看護婦・河田聡子さ
んの手作り

による死亡が増えます。特に、小児はすぐに脱水になりやいために、この脱水補正センターのおかげで、たくさんの子供達が助かっています。

<コレラトリートメントセンター>（CTC）

CTCはコレラが発生した時だけ開設されるもので、常備されているものではありません。現在は4つのキャンプのうちアリアデとホノルルにあります。アリアデは4月下旬に、ホノルルは5月上旬にコレラが確認され、CTCが開設されました。CTCは入院の出来る隔離施設で、２４時間体制で対応できるようになっています。コレラは重篤な嘔吐と下痢によって極度の脱水状態に陥ることもまれではありません。下痢が始まっても、治療がなされなければ、数時間以内に死に至る場合もあります。逆を言えば、早めに適切な治療がなされれば、３、４日で回復します。この場合の治療とは、脱水補正をさします。以前、大人の患者が、下痢が始まって２時間後に脱水によるショックをおこしました。点滴を２ライン確保し、全開のスピードで点滴を流し、一命を取り止めたことがあります。これほどコレラによる脱水は急激で重篤のもので、脱水補正はとても重要です。以下に統計を示します。

表1、CTCでの統計

	アリアデ（４月３０日～５月３１日）	ホノルル（５月１４日～５月３１日）
総患者数	４１	３７
５才以下	１４	１０
６才以上	２７	２７
脱水の程度		
軽度の脱水	２	１４
中等度の脱水	３３	１１
重度の脱水	６	１２
死亡者数	２	０（１）＊１
発病率	０.３０％	０.３６％
致死率	２.９４％	２.７％
粗死亡率	０.３０／１０.０００／日	０．０５／１０.０００／日

＊１　CTCでの死亡数は“０”ですが、５月１４日、コレラの疑いでテントで亡くなった子供がいました。

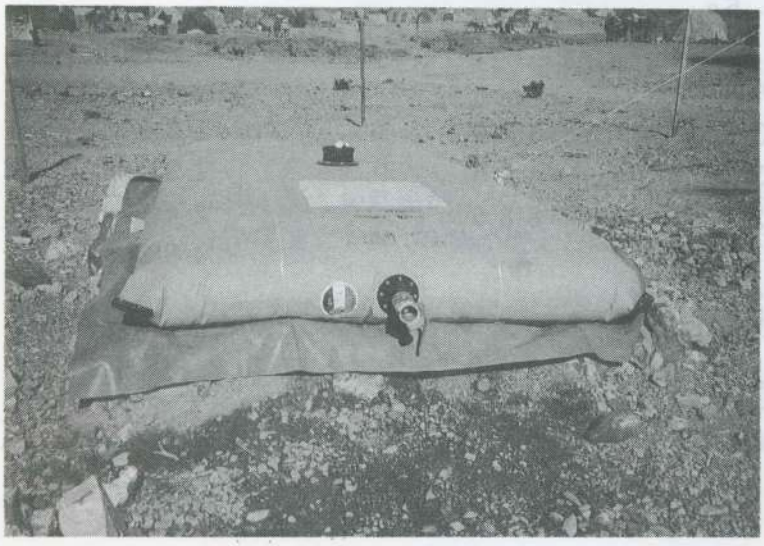
<薬剤の管理>

カウンターパートナーのうちの一人の看護士が薬剤師として主に関わっています。キャンプに必要な薬剤のアセスメントをし、UNHCRより薬剤の供給を受け、４つのキャンプに計画的に配給しています。

以前、システムが確立される前は、キャンプの薬が無くなってしまう事がたびたびありましたが、現在では順調に回っています。

コレラのため脱水症状となり、
点滴を受ける子供

コレラになった子供
下痢が頻発するため
ベッドの中央に簡易トイレが
設けてある



コレラ患者および、CTC
(コレラ・センター) で
働くスタッフのための水
タンク

2予防医学

＜補助栄養プログラム＞

1）栄養失調児センター（主には5才以下の栄養失調児が対象だが、状態によっては大人も含まれる。）

朝、8時から13時の間に対象となる栄養失調児がセンターに来て補助栄養を受けたり、診察を受けたりしています。プログラムは以下の通りです。

＊治療的栄養プログラム（TFP：体重が、同じ身長の標準体重児の70％以下）

・ポリッジ

	量／人／日（g）	キロカロリー／100g	キロカロリー／人／日
CSB	30	380	114
脱し粉乳	7.5	360	27
油	15	885	133
砂糖	10	400	40
計			314

計蛋白量：8.1g／人／日　CSB：トウモロコシと大豆の粉を混ぜたもの

・米／肉／野菜又は果物

米	50	360	180
肉	30	220	110
油	25	885	221
塩	5	0	0
計			511

計蛋白量：3.5g

・高カロリーミルク

脱し粉乳	35	360	126
砂糖	32.5	400	130
油	27.5	885	243
計			499

計蛋白量：12.6g

総カロリー数＝1324Kcal

総蛋白量　　＝２４．２g

＊補助栄養プログラム（SFP：体重が、同じ身長の標準体重児の７０％以下）

・ポリッジ

	量／人／日（g）	キロカロリー／１００g	キロカロリー／人／日
CSB	３０	３６５	１０９．５
砂糖	５	４００	２０
水	７０cc	０	０
計			１３０

計蛋白量：５．４g

・米／肉／野菜又は果物

米	１００	３６０	３６０
肉	３０	２２０	６６
油	２５	８８５	２２２
塩	５	０	０
計			６４８

計蛋白量：１３．３g

・高カロリーミルク：TFPと同じ

表２、栄養失調児センターの統計（１９９４年５月現在）

	アウラアウサ	アリアデ	アッサモ	ホルホル
５才以下の子供の数	５３０	６４７	５１７	６４４
TSPの子供の数	１１	９	１１	９
SFPの子供の数	５８	３４	１６	２５

下痢が増加したり、新しい難民が入ってくると、それに比例して、栄養失調児も増加してきます。これから夏にかけて下痢が増えるので、今後増えていくことが予想されます。

難民キャンプでは小児の死亡数が多く、栄養失調児は抵抗力が弱いため、より死に近い子供達です。AMDAとしは特に力を入れている活動です。栄養失調児の健康面でのフォローアップと共に、食物やセンターで必要な物品のマネージメントをしています。

２）CSB、脱し粉乳の配合ー対照は妊・産婦、結核患者と大人の栄養失調者で、月一回配給を行っています。・CSB　2kg＋　脱し粉乳　1kg／人／月

＜予防接種＞
各キャンプに一人ずついる母子保健担当の看護婦が中心になり行われています。予防接種のプログラムについては以下のようになっています。

・５才以下の小児対照
BCG－生後から１才までの間に行う。はん痕がみられない場合は３ヵ月後に再び行う。
ポリオ－生後、６週間後、１０週間後、１４週間後に３滴ずつ与える。
DTC－ジフテリア、破傷風、百日咳の３種混合ワクチン。生後６週間後、１０週間後、１４週間後に接種する。
麻疹－生後９ヵ月以降に１回接種する。

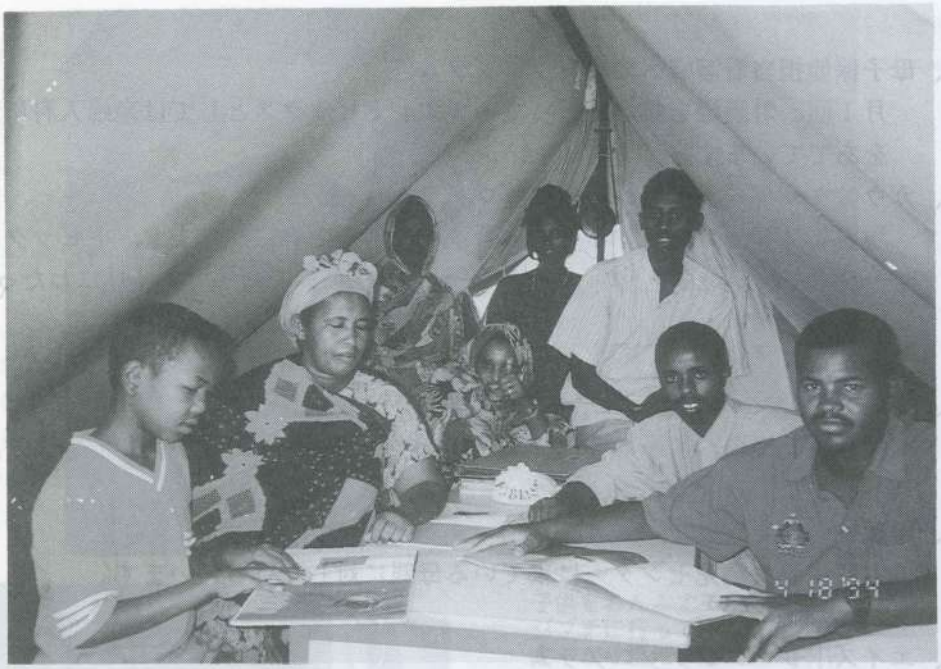
・１５－４０才なでの女性－破傷風

上記のようにプログラムを組まれてはいますが、中には定期的に来ない人々もいます。そのような場合はコミュニティーヘルスワーカーと協力してフォローアップをしていくようになっています。

＜妊・産婦検診＞
母子保健担当の看護婦と助産婦（無資格）によって行われています。主に看護婦は検診、教育指導にあたり、助産婦は分娩介助をしています。妊婦は登録されており、２８週までは１ヵ月に１回、それ以降は毎週検診に来ることになっていますが日本のように定期的に通う習慣もなく、数回訪れれば良い方です。破傷風の予防接種は２８週以降に、４週間隔を開けて２回行っています。
産婦と新生児は分娩後２４時間以内に検診に来るか、もしくは看護婦がテントへ出向き母子のフォローアップをしています。

３教育プログラム
現在AMDAが難民キャンプの医療に関わっていますが、短期的なもので、いずれはAMDAは去っていきます。その時に現場にいるスタッフが医療を担っていけるように現場スタッフへの教育を行っています。以下がそのプログラムです。

１、現場スタッフへの教育プログラム
各キャンプで全ヘルススタッフを対照に行っています。一般的な疾病に焦点をあてています。



栄養失調児センターのスタッフたち
アリ・アデ・キャンプにて

補助給食を受ける子供

予防接種のワクチン保存用の
冷蔵庫　ユニセフより支給され
各キャンプに配置されて
いる　この冷蔵庫の燃料補給
メンテナンスもAMDAの仕事

2、母子保健担当看護婦への教育プログラム

月1回、看護婦を集めて行っています。トピックスとしては産婦人科に焦点をあてています。

3、カウンターパートナーへの教育プログラム

現場のスタッフに対するよりも、より高度な内容になります。トピックスは一般的な疾病からキャンプのマネージメントにいたるまで、多岐にわたっています。

4、補助栄養センタースタッフへの教育プログラム

栄養失調児のケアーの仕方、一般的な疾病について焦点をあてています。

5、母親への衛生指導

主に栄養失調児センターに来ている母親に対して行っています。

6、エイズトレーニングプログラム

WHOとの共催のもとに組まれた3ヵ月間のプログラムで、予防面に力をいれた内容になっています。

4 最後に

以上のように、現在難民キャンプで行われている医療活動をあげてみました。AMDAの活動としては、1993年と1994年を比較すると、1994年に入ってから活動の幅はぐっと広がりました。難民キャンプの医療面でのマネージメントに直接関わるようになったため、いろいろ細かい問題がいつもでてくるのは避けられない反面、やりがいもでてきました。また、プログラムはきれいに組まれてはいますが、対照となる人々は遊牧民が多く、アフリカという土地柄もありなかなか計画通りには行きません。試行錯誤を繰り返している毎日です。

キャンプの子供たち

子供をおんぶする永野看護婦
ジブチに行って1年と3ヶ月
すっかり現地に溶け込みキャンプでは人気者だ

笑顔がまぶしい

アウル・アウサ診療所前にて
診察を待つ患者たち

■ソマリア難民救援医療活動報告

ジプチ共和国より

看護婦　開　玲子

２月２７日ー５月２６日までの３ヶ月間　ソマリア難民救援活動に参加させて頂きましたので　ここに報告させていただきます。

ジプチ共和国は思った以上に治安のよい国でした。地雷や銃弾の音が聞かれ　生命も危ぶまれるのではと思ってましたが　そんな中私を待っていたのはのんびりした田舎で　道路には牛ややぎ、ラクダがたわむれ　車がぎりぎりまで近寄ってくるまでえさを食べている　そんな雰囲気の町でした。事務所兼宿舎の家で生活させてもらい毎日４つの難民キャンプ地に通い　そこの診療所で診察、ケアをする　という生活でした。私は主に栄養失調児センターにて活動させて頂き　活動と言っても日本で小児科経験２ヶ月ほどしかない私にとっては　逆に現地スタッフに教えてもらうこと多々でした。

私の見た症例では　下痢症４割、呼吸器感染症が３割をしめ　他に重度の栄養失調児、外・中耳道炎、結膜炎、寄生虫等が多く見られました。また中には鼻や耳の中に小石が入ったり　耳の中を洗浄すると５ー６匹のハエが出てきた症例もありました。これからも現地の衛生状態がうかがわれます。　下痢症の児をもつ母親に　手洗いの励行を指導するのですが　タンク等からの溜め水で生活している彼女らにとってはこれすらも大変なことなのです。また飲料水も煮沸さえすれば　十分安全性は確保出来るものの　煮沸する灯油もたき木も少なく　根本的な問題に悩まされました。

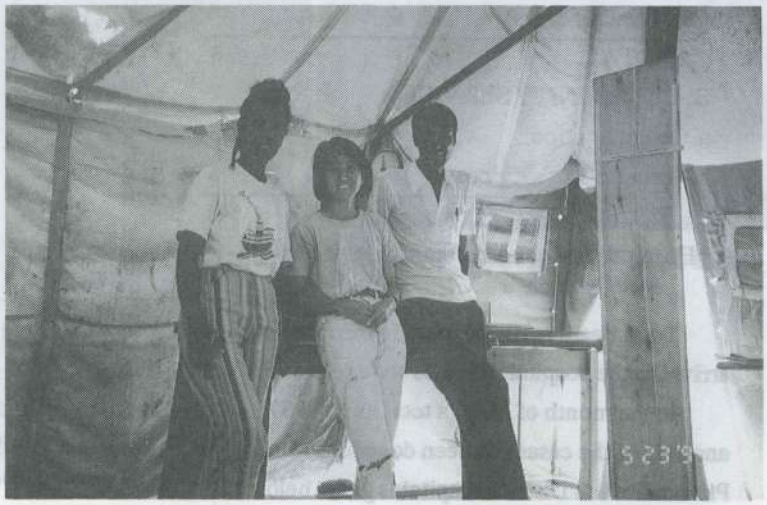
５月上旬よりコレラがＡｌｉ－ＡｄｄｅとＨｏｌ－Ｈｏｌ　Ｃａｍｐにて発生しました。日本では教科書上では習ったものの　実際症例を経験したことはなく　症状・治療・予防等ここで学ばせてもらうことになりました。まずコレラの便培養を検査に提出し　陽性となれば行政に依頼し　ＣＴＣ（コレラ治療センター）テントを設置しそこで２４時間体制で現地スタッフがケアをします。点滴管理・抗生剤投与・消毒・記録・物品の在庫管理等　ＡＭＤＡスタッフのアドバイスにより行われており　Ａｌｉ－Ａｄｄｅにては昨年度につづき２回目で　現地スタッフはよく教育指導されていると感じました。コレラベット使用し　バケツにクローリン消毒液を入れ汚物処理され　手洗い、飲料水の管理もされていました。極度の脱水に陥るため　短時間で多量の輸血　５０００ー１００００リットル／日／人　が必要とされ　下痢・おう吐の度合により実施されていました。１日平均５ー１０人前後の患者がセンターで治療を受けていました。薬品等もＵＮＨＣＲより　半年分の薬品が届いた直後だったので足りましたが　今後２ー３ヶ月後の薬品不足が危ぶまれます。

現地で使用している車のメンテナンスが十分でなく　タイヤのパンクや車軸・エンジン・バッテリーのトラブルが多く　修理にも時間とお金を要し　山を２つも３つも越えてＣａｍｐに通っているスタッフにとって　十分な活動ができないことも多々ありました。一度はＨｏｌ－Ｈｏｌ　Ｃａｍｐへ出勤途中　山中で車が故障し暑い中放り出され　現地スタッフが１０ｋｍ程の道のりを歩いてｃａｍｐ地迄行き　無線により救援を呼び助かったということもありました。時には患者の移送にも使用していましたし　車だけは十分なものが欲しいと感じました。他滞在中　小学校学童児のミルク供給開始　集中強風による難民テントの破壊　難民２０ー３０人の暴動等　いろいろなことがありました。

ＮＧＯ活動経験が初めての私にとって　すべてが驚きのことばかりでした。このような貴重な体験をさせていただき　ＡＭＤＡの方々　周囲の皆様　現地スタッフの方々に感謝の気持ちでいっぱいです。ありがとうございました。ＡＭＤＡの今後の御活躍に期待します。

ホルホル診療所にて
現地医療スタッフとともに

AMDAのオフィスにて



■カンボジア救援医療活動報告

Activities of AMDA Cambodia and Phnom Srouch Distryct Hospital

May 1994

Dr.Narayan Bahadur Basnet

AMDA Cambodia is working actively in Phnom Srouch District Hospital and the community. The services of Phnom Srouch District Hospital has been increasing qualitatively and quantitatively. AMDA is participating actively in vaccination and Mobil clinic. AMDA Cambodia has started Mosquito-net reimpregnation program on 30th May 1994.

Phnom Srouch District Hospital

In the month of May, different services were provided to a total number of 2,166 individuals in the hospital and the community. The total number of the patients who got medical treatment from the hospital is 1,197. The activities of AMDA Cambodia in the district hospital and the community is given in the following list.

A. HOSPITAL ACTIVITIES:

Clinical services:

a. OPD Services Pediatrict cases	434
Adult cases	539
b. Emergency cases	28
c. Minor surgical cases	66
d. Obstetric/ gynaecological cases(MCH)	73
e. Asmission Pediatric ward cases	28
Adult ward cases	29
TOTAL	1,197

lavoratory servyces:

a. Blood smear for Malaria	411
(183 positive cases)	
b. Sputum for AFB	17
(one positive cases)	
TOTAL	428

B. COMMUNITY SERVICES:

a. Immunization	535
b. Mobil clinic services	6
TOTAL	541

*Hospital services and community services: 1,197+428+541=2,166

Total death in the hospital in the month of May is 5. Out of 5, one death cases was dead on arrival to the hospital. 10 cases were refer to Provincial Hospital.

In the month of May, a total number 973 cases has been consulted on OPD basis. The analysis of the cases has been done for the first time. The number and distribution of OPD cases in Phnom Srouch District hospital is given below.

プノム・スロイ郡病院にて診療する
Dr. Narayan

マラリアによる重度の
貧血の子ども

病棟回診中のDr. Narayan（中央）と
Dr. Ly Hourt（左２番目）

SYSTEM / Name of disease	Pediatric cases	Adult cases	TOTAL
A. Infectious Diseases			
a. Malaria	38	117	155
b. Worm infestation	30	45	75
c. Diarrhoea	34	11	45
d. Enteric fever	15	25	40
e. Amoebic/ bacillary dysentery	17	17	34
f. Tuberculosis	4	13	17
g. Others	14	6	20
B. Disease of Respiratory system			
a. Pneumonia/Bronchopneumonia / ARI	94	22	116
b. URTI	85	22	107
c. COPD/ chr. Bronchitis	-	6	6
d. Others	2	-	2
C. Disease of Alimentary/ Biliary System			
a. Chr. / Ac. gastritis and Peptic ulcer	-	26	26
b. Others	3	3	6
D. Genitourinary System			
a. UTI	1	13	14
b. Ac. Igomerulonephritis	-	11	11
E. Cardioascurlar system / Blood disorder			
a. Heart failure	-	7	7
b. Anaemia	3	4	7
c. Others	-	3	3
F. Disease of Connctive tissue /bone/ joints			
a. Injuries of bones/ joints RTA	2	8	10
b. Abscess/boil /carbuncle	6	2	8
c. Arthritis	-	5	5
d. cellulitis	4	-	4
e. Others	1	2	3
G. Disease of central nerous system			
a. Paresis	-	8	8
b. Neuralgia	-	7	7

c. Muscular disorder	-	4	4
d. Others	-	4	4
H. Asthenia / Neuraesthenia	-	86	86
Anxiety disorder	-	1	1
I. Nutritional disorder			
a. Protein-energy Malnutrition	21	-	21
b. Beri Beri	-	9	9
c. Others	-	2	2
J. Female Reproductive system			
a. Abnormal vaginal discharge	-	34	34
b. Infection of genital tract	-	24	24
c. Pregnancy related problem	-	1	1
d. Delivary related problem	-	1	1
e. Others	-	1	1
K. ENT problems			
a. Acutetonsilitis/Ac. Pharyngitis	5	10	15
b. Otitis Media	7	4	11
c. Nasal problem	-	1	1
L. Eye problem	9	4	13
M. Dental problem	-	1	1
N. Skin disorders			
a. Skin infection(Bacterial)	16	1	17
b. Scabies	9	1	10
c. Fungal infection	6	-	6
d. Impetigo	3	-	3
e. STD	-	1	1
TOTAL	434	539	973

*Agewide distribution of Patients: Pediatric OPD cases 434

Adult OPD cases 539

TOTAL 973

*Sexwide distribution:	Male	435
	Female	535
	TOTAL	973

From the analysis of the OPD cases, the commonest diseases in the adult age group are Malaria, Asthenia/Neurasthenia, worm infestation and chest infection among the common disease are Malaria, Diarrhoeal diseases, worm infestation and skin problems. The pattern of diseases reflected that most of the disease can be cases in adult age group is quite interesting. In my opinion and observation family stress, broken family, low economic condition, traditional belief are the precipitation cause of mental health problem. The working doctors must be empathic to the patient and proper counseling and simple medication can do a lot of improvement.

DAY CARE CENTER

There are 23 children id day care center. Fencing of the day care center has been completed and children from the displaced community are utilizing the centre. Plantation got the OPD services and medications.

MENTAL HEALTH PROJECT

The Psychiatric OPD has already been started at the SIHANOUK hospital in Phnom Penh. This is the only hospital which is providing mental health services. The Psychiatric OPD has started since 16 May 1994 and at the end of the month 22 patients got the OPD services and medications.

OTHER ACTIVITIES

In this month AMDA staffs visited the SIHANOUK hospital, 7th Jan hospital, Pediatric hospital, Central Medical Store. This visit helped a lot for the better understanding of health services in this country and for the appropriate referral of the case in the central level.

37 patients are benefited by the arrangement of consultation of skin cases. It is hoped that in the future the number the number of cases will be increased.

Clinical study of Malaria has been done in the month of May and the date analysis is not completedyet.

Mosquito-net reimpregnation project has been started on 30th may 1994. This is the second reimpregnation activity in Phnom Sruch District. On 30th May total 189 mosquito-net are reimpregnated. The program is proceeding.

SUGGESTION / RECOMMENDATIONS

Laboratory and X-Ray in Phnom Srouch District Hospital is essential. The establishment of a laboratory and X-Ray plants makes the hospital more accessible of services to the people. The increasing number of complicated cases needs laboratory and radiological support.

Wishing all the best to all members of AMDA family!!

新病棟内部　マラリア検査室

デイケアセンターの子ども達

Report from AMDA Collaboration project in Chiangrai, Thailand

Counselling and care of HIV-infected individuals

Jintana Ngamvithayapong and Chiangrai Project Team

1) Introduction:

Greeting from Chiangrai!

As many of you may know that there will be the 10th International Conference on AIDS in YOKOHAMA on August 7-11th. Our abstracts have been accepted for the poster presentation in the conference. We hope to see and to discuss with some of AMDA members in this meeting. I have heard that Dr. Takahashi and others are promoting "research and development" as a method for improving AMDA activities. I think that it is a good idea! I hope that our Chiangrai team's work can become one of the example.

This month, I would like to share with you about the issue surrounding of the asymptomatic HIV-infected individuals, and their "shopping behavior of health care".

We received some response from the editorial team of AMDA newsletter about the difficulty of communication through English. Therefore, I have requested Dr. Takahashi to clarify some of the important points in Japanese in his mini-lecture.

2) What to do for asymptomatic HIV-infected persons after post-test counseling in Chiangrai?

Currently, there are several ways for the healthy persons to access HIV-testing both intentionally and unintentionally. The individuals who suspect themselves become HIV/AIDS can directly seek service at **Anonymous** HIV-testing clinic which theoretically are available in every public hospitals in Thailand. This is so called intentionally test for HIV. In principle, pre and post counselling will be provided to the persons who enroll in the anonymous clinic.

Unintentionally test for HIV occur by various means. While the clients do not intend to be tested for HIV, many hospitals intend to do so. For examples, hospitals screen HIV status for those who go to the operation, ante-natal care and delivery service. Moreover, the blood donors will also be tested for HIV. Without adequate and quality counselling service, these HIV-infected persons will be burden with psychological distress and have shopping behavior for health services.

Having dialogue with about a dozen of HIV victims, several of them told me that after they were informed about blood test result they wanted to end their lives by crashing their cars with the trucks or hit themselves with the cars. After coping with this crisis, however, the HIV victims started shopping of health service.

Surprisingly, although the HIV infected persons are healthy at this stage, in other word they have not yet presented any symptom related to AIDS, they have been shopping for care. They seek help from private doctors, drug stores and the most popular one is traditional medicine. Of course! this includes quacks who always claim that their magic herbs can cure AIDS.

The HIV infected individuals spend endless effort in seeking care in order to change their blood from HIV seropositive to be negative. These behaviors result in economic burden to the individual and the families. Shopping of health care behavior can also be harmful to health status of the HIV victims, since the previous studies in Thailand revealed that herbal and traditional medicine always contaminated during preparation. Essentially, many pills which considered as herbal medicine always mixed by **steroid**.

It is hard to blame our HIV victims for their shopping behavior as long as the existing professional health service provide inadequate and unqualified counselling services for them. Using medical anthropology term, common people have a medical pluralism i.e. have many healers from various sector which including popular sector (friends, family), fork sector (traditional medicine) and professional sector (modern medicine). This might be a typical example, although modern medical practitioner only value professional sector.

In the next month report we shall present some figure of the role of traditional medicine in AIDS in Chiangrai. The next report will present why **"quacks"** are well accepted by the HIV infected individuals.

It is obvious that if we want to provide effective counselling to HIV individuals we need to understand the context of human behavior and the complexity of the health systems.

Any comments to this report are very welcome. See you next month.

CONTEXT AND FEASIBILITY OF TUBERCULOSIS CHEMOPROPHYLAXIS IN HIV-INFECTED INDIVIDUALS IN CHIANGRAI THAILAND.

Panich V, Uthaivoravit W, Sawanpanyalert P, Chiangrai Regional Hospital, Ngamvitayapong J, Chulalongkorn University, Takahashi H, AMDA Japan

Objectives: to assess the context and feasibility of isoniazid (INH) preventive therapy against Tuberculosis (TB) in HIV-infected individuals.

Methods: We analyzed the medical records of INH program in Chiangrai Hospital. Twelve participants in INH program joined in-depth interviews and focus group discussions. Three traditional healers who care the HIV/AIDS patients were home visited and interviewed.

Results: Most of the asymptomatic HIV-infected persons are willing to participate in the program except only 2 (1%) refusals. During initial evaluation when we performed PPD test and TB screening, another 15 (6.9%) failed to come back for reading. 201 participants enrolled during initial 3.5 months. The follow-up rate of first 110 cases (average 2.5 months follow-up) is 82.7% (91/110). Most of the participants in the program were male and had low education. Participants frequently seek care from traditional healers, since there had been no systematic care available in modern hospitals. In-depth interviews with some of the healers revealed various treatment patterns and etiologic concepts regarding HIV/AIDS. Some healers modified their herbal medicine to AIDS and used marketing strategies including leaflet to increase their popularity.

Discussion and Conclusions:
The high participation rate shown needs for such a service for asymptomatic HIV-infected individuals, however, the such a service for asymptomatic HIV-infected individuals, however, the quality of service should be improved to have better follow-up rate. Modern medical services should provide continuity of care to prevent "shopping behaviors". INH program can be considered as the first intervention after the post-test counseling. High availability of HIV testing and the popularity of anonymous testing clinics are a strong impetus for studies on how to run the INH preventive program effectively.

(This abstract and another abstract in the previous newsletter were accepted for the poster presentation at the YOKOHAMA conference)

Bangkok Post April 9, 1994

Report: AZT does not delay full-blown AIDS

Paris, AFP

AN Anglo-French AIDS research project has shown that administering the anti-viral drug AZT to HIV-positive patients does not delay development of the full-blown version of the disease.

Definitive results of the study first announced a year ago, were carried in yesterday's issue of the British medical publication *The Lancet*.

The Concorde project, as it is known, was carried out by France's National AIDS Research Agency and Britain's Medical Research Council on 1,749 people infected with the Human Immune-deficiency Virus (HIV), but who presented no AIDS symptoms.

The programme, the fullest ever on an anti-viral drug, lasted four years and was carried out in 73 centres in Britain and France. It does not prejudice the beneficial effects of AZT for full-blown AIDS sufferers.

Preliminary results of the programme released on April 1, 1993, gave rise to polemics with doctors questioning its methodology and arguing that AZT was the only hope for desperate HIV-positive people.

AZT manufacturers Wellcome had attacked the French AIDS agency saying the Concorde results were insignificant.

「ネパール　体感記」

看護婦　畑　久美子

以前から国際医療に興味はあったものの、何の知識もないまま、どんな生活が待っているのか、私には何ができるのかという不安と期待を胸にネパールに降り立った。

私が訪れたのはネパールの平原地帯で東に位置するダマックという町にある、地元住民とブータン難民を対象にしたReferral Health Center（第２次医療センター）であった。ダマック唯一のレントゲン、心電図、心エコーの設備には驚いたが、ベニヤ板１枚のレントゲン室の壁にも驚いた。１５床あるベットも常に満床で日中は難民キャンプやHealth Post（保健所のような機能を持っているが診療が中心である）からの紹介患者、夜は救急の患者が後を絶たない。急性感染症が多く雨季に入るとベンチや床をベット代わりにするそうだ。難民の人達はベット代も治療費も食事もfreeで提供されるが、地元の人達は薬はもちろんのこと注射器や針までも外の薬局に買いに行かなければならない。そのため“薬を買うお金が無い”と言う理由で治療を受けられずに帰って行く人もいた。もちろん、地元の人達にも無料で提供出来ないわけではない。しかし、あくまでも彼らが依存した生活に陥らないようにするために、その場限りの援助であってはならないのである。R･H･C の機能として診療は重要であるが次々来る患者を診ていると、どうもいたちの追いかけっこのような気がした。ＰＨＣを中心とした予防活動が今後展開されるべきではないかと思う。現在ネパールの新しい保健政策としてモデル地域を選んでHealth Postの整備が行われている。しかし、このプロジェクトが終了してこの土地で展開されるのはいつになるのだろうか。R･H･C に隣接しているHealth Postとの協力や学校の活用ができれば理想的ではないだろうか。

それにしても、いろいろな人と出会うたびにヒンズー教やカースト制度が深く関わっている生活習慣に戸惑ってしまった。例えば、床を掃除するのはカーストの低い人と決まっていて、ナースは自分が出したごみさえも拾わないのである。もしもゴミを拾ったりするとカーストが低く見られてしまうという意識があるらしい。また、“ここは日本ではない、ネパールだ。ネパールは貧しいからできなくても仕方がない。”ということばをスッタフから何度となく聞いた。そう言われると何も言えなくなってしまう。しかしそれで納得ができる訳もなく、そんな中で私は、看護の役割について考えていた。“私ができる何か”にこだわり過ぎて、少し焦っていたのかもしれない。ゆっくり過ぎるほどゆっくりと流れる時間に身を任せると少し肩の力が抜けた。そして見えたものは“環境～新鮮な空気、水、陽光、食物etc～を整えることにより、生命力の消耗を最小限にする”と言うナイチンゲールが著した看護の原点であった。それは、日本だから、ネパールだからという事は関係のない、万国共通の看護であった。私は早速、汚染が気になっていたシーツ交換に取りか

かった。1日のうちに3回も交換を必要とする人もいた。4回目にもうシーツがないということになった。しかし、排せつ物で汚染されたまま置いておく訳には行かない。そこでビニールシートと母親のサリーを代用した。サリーも約3m程の長さがあるため、折り方により何回か使用することができた。さらに、ベットで処置をするときは必ずラバーシーツを敷くこととした。この様に確かに、動いてみると“ものがない”という問題に多々ぶつかった。しかし、“ものがない”ということと“できない”ということは違う。必要であれば可能な範囲でそろえなければならないし、他のもので代用することは十分に可能である。更に、ものをそろえるだけでなく、なぜ必要なのかを理解し自分達で解決しなければならないという意識を持たなければならない。Drは診察、処方を行うが、実際の患者管理を行うのはAHW(Assistant Health Worker), Ns, または資格のないpion（業務は幅広く門番から処置の介助にもつく）である。トレーニング期間の短い彼らに対する教育の必要性を強く感じた。そして、同時に教育の難しさも感じた。継続される技術を移転するためには、文化の違う彼らの目の高さでの考え方を、理解することが大切である。すぐに結果が見える事ばかりではない。歳月をかけて、自然の流れに沿って、歩んで行くためのお手伝いが少しでも出来れば幸いである。

一カ月の間、何をしようかと思っていたが、あっという間に過ぎてしまった。どこに行っても「NAMASTE」と笑顔で迎えてくれた友人達と、子供達の瞳の輝きは忘れられない。短い期間ではあったが、彼らとの出会いの中で多くの驚きと発見をすることが出来た。更に、自分の中の看護を見直す機会となったことは大きな収穫であった。この貴重な体験を自分だけのものにせず、多くのナース達と分かち合っていきたいと思う。

《印象に残った症例》

※13歳　男児

頭痛、おう吐、発熱で来院。髄膜炎と診断され点滴により抗生剤投与され解熱したが、2日後再度40度以上の発熱認め日本脳炎が疑われたが、翌朝亡くなった。両親は山岳地帯に住んでいるため、間に合わなかった。彼は住み込みでダマックのガラス工場で働いていた。保健省が発表している全国の予防接種普及率は70%以上である。

※5歳　男児

“タトウ”という実を食べて意識障害に陥った。意識レベル100点、瞳孔散大、頻脈、血圧はマンシェットが無いため測不。輸液療法のみで様子観察し、翌日意識回復した。その植物は子供の背丈ぐらいで実がなるため容易に取ることができる。味も甘く、道端に生えているそうだ。シバのお祭りの時に食べるため、神聖なものとして考えられており切る訳にいかない。翌日、わざわざ実をもってきて見せてくれた。

※一家五人全員赤痢

officeのまえのベンチに、血便をだしたままの子供が横たわりハエが群がっていた。強い脱水症状があると思われたが、経口補液が可能である為点滴はしない。母親は 他の2

人の子供のおしりを洗っていた。その後、おしりを洗っていたボトルにzibanzolu（電解質補正液）と水を入れて飲ませていた。Nsに水の飲ませ方について聞いてみたが、「彼らは教育を受けていないから何度言っても分からないのだ。だから何度も繰り返すのだ。仕方がない。」という返事であった。ambulanceで来た、ということであったので外を見ると牛車があり牛がのんびりと草を食べていた。

※6歳　女児

釜戸の火が服に燃え移り、腹部から下たいにかけての熱傷を受けた。受傷してから約1週間伝統治療を受けており、来院した時は悪臭がきつかった。第2度熱傷で受傷面積30%以上、脱水も強く重症であったため群の中央病院へ送ることを考えられていたが、お金が無いためR・H・Cで出来る限りのことをしようという事になった。（R・H・C・では他の病院よりも医療費の設定を低くしている。）一晩中泣いていた事もあった。消毒後軟こうを塗布しガーゼで保護をするという処置を行い、約一カ月後に手を持ちながらではあるが歩くことも出来るようになった。しかし、搬こん形成しており皮膚移殖をする事も出来ず完全に歩行障害は残ると思われる。彼女は3人姉妹の末っ子。男の子が生まれなければ何人も妻を持てるという習慣があり、父親は2人目の妻とカトマンズで暮らしているため会えない。

※分べん介助

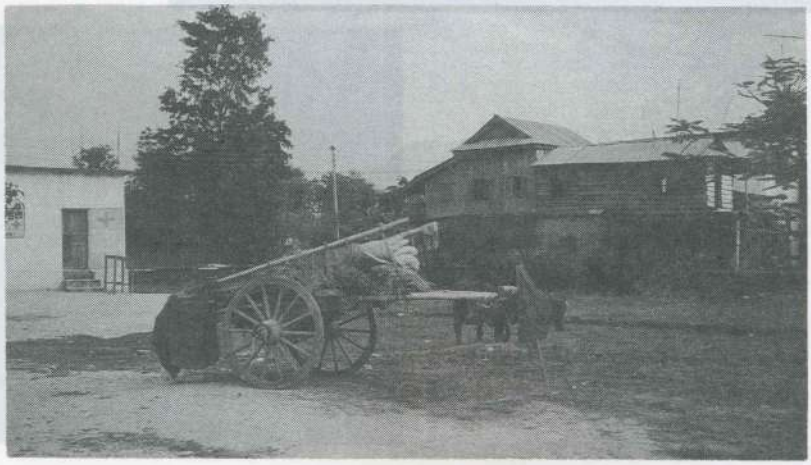
妊婦はHealth postの裏にうずくまっていた。数人でかかえて嫌がる妊婦を分べん台（と言ってもただの板）に上げた。破水しており、子宮口は全開大であった。Nsはロープにつるしてあるゴム手袋をはめて、井戸からくみ上げた水道水で手をぬらし、いきなり分べん介助が始まった。骨盤位であったがなんとか普通分べんで出産した。しかし、ベビーは全身チアノーゼ呈し努力呼吸は認めなかった。私はあわてて吸引器を探したがhealth postには無かった為、隣のR・H・Cまで取りにいった。吸引器を引きずって帰ってくるとベビーはしっかりと泣いていた。逆さにして背中をたたいたらしい。Nsは「吸引器が無くても大丈夫よ。私達はいつもこうしているわ。」といっていたが、呼吸困難が気になったので吸引をかけた。その後、新生児の呼吸器感染の症例を何人も見た。そして、子供の前で母親はあまりにも無力であった。妊産婦検診はhealth postで行われているが、記録を残さない為に継続した観察が出来ない。１９９１年のネパールの乳児死亡率１０７（日本4.4）、妊産婦死亡率8.5（日本0.086）、平均寿命５３歳（日本♂７６歳，♀８２歳）である。

《ブータン難民キャンプについて》

１９９１年、ブータン王国の民族主義政策によりネパール語系ブータン人が迫害を受けネパールに流入。彼らの先祖はネパール人だったといってもそれは約２００年も前の事である。当時はかなり混乱していた様であるが、現在は、ネパール政府とUNHCRの管理の下に数多くのＮＧＯにより支えられている。約8万人が7つのキャンプに別れて生活してい

煉瓦の重さを計って
牽引している

出産直後の赤ん坊と母親



牛車で患者が運ばれ
てくることもある

る。キャンプの中は町中よりも整備されており、難民キャンプのモデルとして評価を受けている所もあった。人々はネパール語を話し、ネパール人と見分けが付かなかったとしても、ブータン人として故郷ブータンに帰ることを望んでいた。

住居～竹とわらと土で作られており、屋根には青いビニールシートがかけられてあった。家族単位で提供されている。

食料～ユニセフの援助により米と野菜の配給があるが、十分な量はない。農作計画として家の周りに小さな畑を作り、野菜の栽培を行っていた。

上下水道～セクター(区割り)毎に、井戸とトイレが設置されている。水タンクからの水の配給は1日1回であり時間になると水道の前にはポリ容器の列ができる。

教育～教材についてはカリタスからの援助を受けキャンプ内の学校へ通う。教師のほとんどがブータン難民である。子供だけでなく大人もネパール語・英語・数学の授業を受ける。

仕事～新しい住居の建設は男達の仕事の一つである。女達は職業訓練として編み物やはた織りの材料が支給される(一家に一人分)。歩きながら毛糸を編む女の子をよく見かけた。ネパール人と見分けがつかないため、キャンプから出て地元で働いて収入を得る人も出てきた。地元住民の失業率の上昇は新たな社会問題となっている。

医療～コミュニティーが作られていて、統制の取れた管理体制に驚いた。キャンプ内にあるhealth centerでは、医療サービスの他に、妊産婦検診、家族計画指導、予防接種、乳幼児検診等の衛生教育活動が、計画的に展開されていた。結核、マラリア、脚気については特別の診察室が設けてあり、診断、治療、教育を一貫して行う。薬物フォローが難しい中でepilepsyについては、患者をリストアップし投薬日に来院しなければ、C・H・W(Community Health Worker)が患者を連れに行くというシステムにより効果を上げていた。どの部屋にも色とりどりの啓もうポスターがはられてあった。“今日できることは、明日に延ばすな。”と書かれたポスターが目に付いた。

医療センターの庭でスタッフたちと
前列左が著者、中列左から２人目は
コーディネーターの木山啓子氏

入院中の子供と

結核予防のポスター（キャンプ内）

難民キャンプの子供たち

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

（単位：件／％）

		91年度	92年度	93年度	94/4	5	94年計	開設～累計	比率
東アジア	中国	129	157	130	10	6	16	432	
	日本	24	16	43	5	19	24	107	
	韓国	16	42	68	8	12	20	146	
	北朝鮮	0	0	0	0	1	1	1	
	モンゴル	0	0	1	0	0	0	1	
	東アジア小計	169	215	242	23	38	61	687	14.28%
東南アジア	フィリピン	65	86	145	8	10	18	314	
	台湾	17	13	12	3	0	3	45	
	タイ	5	15	50	6	11	17	87	
	マレーシア	5	5	13	2	0	2	25	
	シンガポール	5	5	6	1	0	1	17	
	ミャンマー	5	8	5	0	2	2	20	
	香港	2	3	6	0	0	0	11	
	インドネシア	1	3	2	2	0	2	8	
	ベトナム	1	2	3	0	0	0	6	
	ブルネイ	0	0	1	0	0	0	1	
	東南アジア小計	106	140	243	22	23	45	534	11.10%
南アジア	パキスタン	39	12	18	0	0	0	69	
	バングラデシュ	40	28	29	1	0	1	98	
	スリランカ	30	14	24	0	1	1	69	
	インド	11	15	12	1	0	1	39	
	ネパール	6	6	9	2	0	2	23	
	アフガニスタン	0	1	0	0	0	0	1	
	南アジア小計	126	76	92	4	1	5	299	6.21%
北米	アメリカ	287	376	308	19	18	37	1,008	
	カナダ	58	64	34	3	3	6	162	
	北米 小計	345	440	342	22	21	43	1,170	24.31%
西北欧	英国	37	70	72	8	5	13	192	
	フランス	9	14	17	0	1	1	41	
	ドイツ	12	12	12	0	1	1	37	
	スペイン	6	5	9	0	0	0	20	
	アイルランド	9	9	4	0	0	0	22	
	イタリア	5	2	3	0	0	0	10	
	オランダ	4	0	3	0	1	1	8	
	スイス	4	2	2	0	0	0	8	
	スウェーデン	2	3	4	0	0	0	9	
	オーストリア	3	0	0	0	0	0	3	
	フィンランド	2	3	0	0	0	0	5	
	ポルトガル	0	1	0	0	0	0	1	
	ノルウェー	0	2	0	0	0	0	2	
	デンマーク	0	3	2	0	0	0	5	
							0	0	
							0	0	
	西欧 小計	93	126	128	8	8	16	363	7.54%
東欧	ロシア	2	1	3	0	0	0	6	
	チェコスロバキア	1	0	0	0	0	0	1	
	ポーランド	1	4	2	0	0	0	7	
	東欧 小計	4	5	5	0	0	0	14	0.29%
中南米	ブラジル	44	74	135	19	21	40	293	
	ペルー	40	99	129	19	36	55	323	
	アルゼンチン	10	8	10	1	0	1	29	
	コロンビア	4	6	14	2	3	5	29	
	ボリビア	5	3	12	3	1	4	24	
	メキシコ	3	6	3	0	2	2	14	
	バハマ	2	2	2	0	0	0	6	
	ドミニカ	1	0	0	0	0	0	1	
	エクアドル	1	0	0	0	0	0	1	
	ウルグアイ	1	1	1	0	0	0	3	
	ハイチ	1	0	0	0	0	0	1	
	パラグアイ	0	2	2	0	0	0	4	
	チリ	0	3	0	0	0	0	3	
	ジャマイカ	0	2	1	0	0	0	3	
	パナマ	0	1	2	0	0	0	3	
	コスタリカ	0	1	2	0	0	0	3	
	エルサルヴァドル	0	1	1	0	0	0	2	
	ホンジュラス	0	0	1	0	0	0	1	
	ベネズエラ	0	0	2	0	0	0	2	
							0	0	
	中南米小計	112	209	317	44	63	107	745	15.48%
豪州	オーストラリア	41	67	43	2	2	4	155	
	ニュージーランド	5	13	10	0	1	1	29	
	オセアニア小計	46	80	53	2	3	5	184	3.82%
アフリカ	ガーナ	12	3	8	3	1	4	27	
	ナイジェリア	11	7	15	4	1	5	38	
	マリ	1	0	0	0	0	0	1	
	カメルーン	2	0	1	0	0	0	3	
	ザイール	1	0	0	1	1	2	3	
	チュニジア	1	0	1	0	0	0	2	
	ザンビア	1	0	0	0	0	0	1	
	リベリア	1	1	0	0	0	0	2	
	スーダン	1	1	0	0	0	0	2	
	ケニア	1	0	0	0	0	0	1	
	セーシェル	0	1	0	0	0	0	1	
	モーリシャス	0	1	0	0	0	0	1	
	セネガル	0	1	0	0	0	0	1	
	南アフリカ	0	0	1	0	0	0	1	
	アフリカ小計	32	15	26	8	3	11	84	1.75%
中近東	イラン	13	17	51	18	16	34	115	
	イスラエル	9	7	6	1	1	2	24	
	トルコ	1	1	3	0	0	0	5	
	アラブ首長国連邦	0	1	0	0	0	0	1	
	モロッコ	1	0	1	0	0	0	2	
	オマーン	0	1	0	0	0	0	1	
	サウジアラビア	0	0	1	0	0	0	1	
	エジプト	0	0	0	0	1	1	1	
	レバノン	0	0	1	0	0	0	1	
	中近東小計	24	27	63	19	18	37	151	3.14%
不明		47	131	328	32	43	75	581	12.07%
合計		1,104	1,464	1,839	184	221	405	4,812	100.00%

1．外国人相談者居住地域

	5月	累計			
東京	８２(37.1%)	２５０６(52.1%)	他県	４１(18.6%)	５２０(10.8)
神奈川	１８(8.1%)	５２１(10.8%)	不明	５３(24.0%)	６２４(13.0)
埼玉	１７(7.7%)	３５８(7.4%)	合計	２２１	４８１２(100%)
千葉	１０(4.5%)	２８３(5.9%)			

2．相談内容　（複数回答）

	5月
(1)言葉の通じる病院の紹介	１０７(40.4%)
(2)病気・医療についての情報（病気の不安含む）	４０(15.1%)
(3)医療機関紹介（言葉の問題以外）	３８(14.3%)
(4)医療制度・福祉制度相談（保険制度など）	１９(7.2%)
(5)治療費の問題・トラブル	２１(7.9%)
(6)渡航時予防接種	２(0.8%)
(7)言葉の問題のみ	１０(3.8%)
(8)HIV関連	３(1.1%)
(9)ｵｰﾊﾞｰｽﾃｲ日本人と結婚する	７(2.6%)
(11)労災・交通事故	７(2.6%)
(10)その他	１１(4.2%)
合計	２６５(100%)

3．他機関からの相談件数（機関別）

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

4．他機関からの相談・問い合わせ内容（複数回答）

(1)通訳・言葉	１	(2)医療機関紹介	３
(3)HIV関連	２	(4)AMDA本部について	１
(5)活動内容	１５	(6)そのほか	１２

〈センター活動報告〉

5月24日　東京大学小児科国際医療協力研究会　定例会　に出席　小林所長

服薬指導の本完成

ＡＭＤＡ国際医療情報センターでは外国人に安全に薬を使用していただくため、また外国人に薬の使用法を正確に伝えるため、必要な情報を掲載した９カ国語の服薬指導の本を出版しました。

この本は、薬局や病院の外来・病棟で外国人の方々の診療の手助けになりますし、日本人が世界各国へ旅行や、海外出張に行く場合にもご利用いただけます。

どのような症状があり、どのような薬が欲しいのか、病歴・アレルギーの有無、定期的に服用している薬、服用時の詳しい注意事項、副作用の説明など、薬を使用するときに必要となる説明が１言語16ページにわたり掲載されています。（Ｂ５版　１５４ページ）

問い合わせ先　ＡＭＤＡ国際医療情報センター　０３－５２８５－８０８６

センター関西　相談等受付状況

地域	国名	Dec-93	Jan-94	Feb-94	Mar-94	Apr-94	May-94	累計	(%)
ア	中国	6	1	5	3	3	4	22	(7.8)
ジ	韓国	4	-	5	2	3	3	17	(6.0)
ア	台湾	-	-	-	-	-	2	2	(0.7)
	香港	-	-	-	-	1	1	2	(0.7)
	タイ	1	1	-	-	1	-	3	(1.1)
	ｲﾝﾄﾞﾈｼｱ	1	-	-	-	-	-	1	(0.4)
	フィリピン	-	1	1	1	1	-	4	(1.4)
	ベトナム	-	-	-	1	-	-	1	(0.4)
	ネパール	-	1	1	1	1	1	5	(1.2)
	パキスタン	-	1	-	-	-	-	1	(0.4)
	スリランカ	1	-	-	-	1	-	2	(0.7)
	ﾊﾞﾝｸﾞﾗﾃﾞｨｼｭ	-	-	-	1	-	-	1	(0.4)
	日本	-	-	-	5	-	3	8	(2.8)
	アジア小計	13	5	12	14	11	14	69	(24.5)
中	ペルー	3	4	5	11	9	9	41	(14.5)
南	ブラジル	1	6	7	11	11	3	39	(13.8)
米	ボリビア	-	1	5	-	1	-	7	(2.5)
	コロンビア	-	2	1	-	-	-	3	(1.1)
	バハマ	-	-	-	1	-	-	1	(0.4)
	中南米小計	4	13	18	23	21	12	91	(32.3)
北	アメリカ	9	9	7	10	11	11	57	(20.2)
米	カナダ	1	3	1	2	2	1	10	(3.5)
	北米小計	10	12	8	12	13	12	67	(23.8)
欧	ロシア	-	2	-	-	-	-	2	(0.7)
州	イギリス	-	2	-	-	8	-	10	(3.5)
	アイルランド	-	-	-	-	-	1	1	(0.4)
	フランス	-	-	-	1	-	3	4	(1.4)
	オランダ	1	-	-	-	-	-	1	(0.4)
	スウェーデン	-	-	-	-	-	1	1	(0.4)
	ドイツ	-	-	-	-	-	2	2	(0.7)
	欧州小計	1	4	-	1	8	7	21	(7.4)
オ	ｵｰｽﾄﾗﾘｱ	2	-	1	3	4	1	11	(3.9)
セ	ﾆｭｰｼﾞｰﾗﾝﾄﾞ	-	-	2	3	1	1	7	(2.5)
ニア									
ア	ｵｾｱﾆｱ小計	2	-	3	6	5	2	18	(6.4)
中									
近	イスラエル	-	-	1	-	-	-	1	(0.4)
東									
	中近東小計	-	-	1	-	-	-	1	(0.4)
	不明	3	3	6	2	-	1	15	(5.3)
	合計	33	37	48	58	58	48	282	(100)

1994年5月

1．国別件数

中国	4（8.3%）	カナダ	1（2.1%）	スウェーデン	1（2.1%）
韓国	3（6.3%）	アメリカ	11（22.9%）	アイルランド	1（2.1%）
香港	2（4.2%）	ブラジル	3（6.3%）	ニュージーランド	1（2.1%）
台湾	1（2.1%）	ペルー	9（18.8%）	オーストラリア	1（2.1%）
日本	3（6.3%）	フランス	3（6.3%）	不明	1（2.1%）
ネパール	1（6.3%）	ドイツ	2（4.2%）	合計	48（100%）

2．外国人相談者居住地域

大阪	28（58.3%）	滋賀	1（2.1%）	兵庫	9（18.8%）
京都	7（14.6%）	愛知	1（2.1%）	不明	2（4.2%）
				合計	48（100%）

3．相談内容（複数回答）

言葉の通じる病院の紹介	20	（32.8%）	言葉の問題	4	（6.6%）
外国で診療経験のある医師の紹介	2	（3.3%）	予防接種	3	（4.9%）
病気・医療についての情報	8	（13.1%）	治療費の問題	2	（3.3%）
医療機関紹介	8	（13.1%）	薬について	1	（1.6%）
医療制度・福祉制度相談	8	（13.1%）	HIV	1	（1.6%）
			その他	4	（6.6%）
			合計	61	（100%）

4．他機関等からの相談

マスメディア	1	企業	1	公的機関	3
				合計	5

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	医療機関紹介	2	その他	1
				合計	6

6．ボランティアの問い合わせ

英語	2	タイ語	2	アラビア語	1
				合計	5

＊＊センター関西活動報告＊＊

センター関西も開設後半年が過ぎました。各方面からの暖かいご支援、ご協力を頂き、私たちの活動が少しずつ皆さんに知られるようになってきた手応えを感じています。9月の関西国際空港開港まであとわずかです。スタッフ、ボランティア共々気をひきしめて秋に備えたいと思います。

6月11日の大阪府保険医協会の懇談会、6月20日の大阪府勤務医対象の研修に宮地尚子センター関西代表がゲストスピーカーとして出席し、外国人医療について話す予定です。

※「医療経営情報」より

ONE POINT「外国人が患者になるとき」

日本人の「普通」、外国人の疑問

AMDA国際医療情報センター事務局　中戸　純子

電話で言葉の通じる病院の紹介や医療制度の説明などをしていますが、相談を受けることにより、逆に日本の医療現場について考えさせられる機会をしばしば与えられます。今回はそのあたりについて少しお話ししたいと思います。

「はい、AMDA国際医療情報センターです」「もしもし、実は医者にかかったんですが、その先生は僕を見ても〝こんにちは〟の一言もなく、ただ椅子のほうをちらっと見て座りなさいという感じでがっかりでした」と語るのは、英語を話す青年。彼は自分の父親も母国で医者をしているので、医者は大好きと言います。

「その先生は英語は上手でした。言葉については、自分の日本語も大したことはないから、別に先生がペラペラでなくても構わないと思っていたけれど、そういう言葉の問題ではないんです」

つまり、その先生の接し方が冷たかったということを彼は訴えたかったのです。お医者さん好きだっただけに、よほどショックだったのでしょう。しかし、同じようなことを日本人が経験したらどうだろうとふと思いました。おそらく、「こんなものですよ」と納得してしまう人も多いのでは。私自身、何年も前のことになりますが、医師にかかった際に一言の会話もない三〇秒ほどの診察にあっけにとられ、日頃病院にかからない私は比較のしようもなく「うーん、そうか。こんなものか」と変に感心して帰宅した覚えがあります。その青年の会った医者自身、普段と変わらない診察をしたのだと思いますから、言い換えれば彼は差別をされなかったのです。ただ、私たちが「普通」と受け止めていることに彼は素直な疑問と憤りを覚えたにすぎません。

●〝会話や説明がない、イコール信頼できない医師〟

また、ほかのある外国人男性からはこんな相談が。「もしもし質問なんですが、医者にもらった薬には字が何も書いてないんですけど、先生は薬のラベルを剝がしてしまったんでしょうか」「え？　いえ、そんなことはないと思います。日本では薬に何も書いてないものがあるんです。もともとプリントされていないんです」「それでは、どれが何の薬かわからないじゃないですか。間違って飲んだら大変だし、本当に必要な薬なんでしょうか？外国人の相談者にはその辺のところも注意してあげたほうがいいと思いますよ」という助言までいただきました。

確かに当センターにもときどき、「病院でもらった薬がよくわからない」という相談が入ってきます。その場で医師に説明を受けるべきなのですが、言葉がよく通じずにそのまま持ち帰り、あとで不安になっている人がいるようです。特に、薬に関してもしっかり説明をする習慣のある国から来た人々にとっては、説明もない、何も書いてないという日本の薬は大きな不安の原因になっています。しかし、自分が飲む薬が何か、どういう効用があるのかを知りたいという気持ちは、本来持って当然のものなのでしょう。

こうした相談を通じてひとつ気づいたことは、〝会話や説明がない、イコール信頼できない先生、外国人だから差別をする先生〟と結びつけてしまう人が多いことです。自分が外国人だから先生はしっかり説明をしてくれない、「大丈夫、大丈夫」で済ませてしまうのではないだろうかと。ただ、それが日本の医療現場ではよく見られる光景であるにもかかわらず、外国人が違う扱いをされたと感じているならば、そこにこそ日本の医療について見直すべき点があるのかもしれません。

エイズ（AIDS）

性的感染 ④

潜在化招く〝貧しい心〟

「お母さんの分まで幸せになるのよ」

女性の〝駆け込み寺〟として知られる「HELP」（東京）のディレクター松田瑞穂さんは、赤ちゃんの頭をなでながら、そう願わずにはいられなかった。

赤ちゃんは、まもなく善意の夫婦にもらわれていく。そんな大人たちの思いをよそに、赤ちゃんは、無邪気にクッキーをしゃぶっていた。

HELPには、不幸な外国人女性が毎日のように保護される。エイズウイルスに感染した二十五歳のタイ人女性もその一人だった。

◇

一昨年夏の暑い日、彼女は関東地方の病院で出産した。父親はスナックで知り合った妻子持ちの日本人男性。病院に駆けつけた男性は「父親はおれじゃないかもしれない。妻にバレたら困る」と冷たかった。

それでも彼女は入浴のさせ方を習ったり、母乳をあげようと新生児室に通ったりと、母親になった喜びをかみしめていた。

だが五日後、医師から彼女の血液検査結果が知らされた。「HIV（エイズウイルス）陽性」。表情をこわばらせて、震える彼女。

「これからどうすればいいの。彼に嫌われてしまう」「赤ちゃんは大丈夫なの？」

四年前の来日直後の検査では陰性だった。その後、来日費用などの借金返済のためにスナックで多くの客をとらされた。そんな生活から少しでも逃れようと、この小さな街へやってきたのだが……。

◇

彼女の感染を知った男性の動揺も大きかった。自分も感染しているかもしれない。そして妻にも……。「遊んでいるのは自分だけじゃないのに」。病院のソシアルケースワーカーにそう漏らしたという。

出産から数日後、彼女は病院から都内のHELPの施設に移った。面会に来た男性は「タイへ帰って待ってろ。時々会いにいく」と言った。松田さんも「ちゃんと治療していれば、そのうち必ずいい薬ができるから」と励ました。

いったんは赤ちゃんを連れて成田空港まで行った彼女だったが、なぜかHELPに舞い戻ってきた。そして数日後、「子供をよろしく」という手紙を残して姿を消した。松田さんは「病気を抱え、一人で子供を育てる自信がなくなったのかもしれない」と推測する。

その後の検査で、父親も赤ちゃんも幸い感染していないことがわかった。

◇

国内で確認された外国人女性の患者・感染者数は平成四年の二百七十四人をピークに減少している。昨年は百二十九人、今年の四月までの報告数は三十九人。

「本当に感染者が減っているのではなく、外国人を働かせる日本人業者が検査を受けさせなくなったのではないか」と松田さんはいう。

茨城県土浦市近くにあるネオン街「リトルバンコク」。産婦人科を開業する清水源之医師のもとには、千人以上のタイ人女性がエイズ検査に訪れ、これまでに約五十人の陽性者が確認されている。二年前にはスナック経営者らに連れられ、多い日には十人以上も訪れていたタイ人女性が、今は三日に一人ぐらいしか検査に来なくなった。

感染がわかると、帰国させられたり、店を追い出されるケースも少なくない。

「働く女性の数も少なくなったが、業者も、エイズとわかると、〝商品価値〟が減ると考えているからではないか」と清水医師。

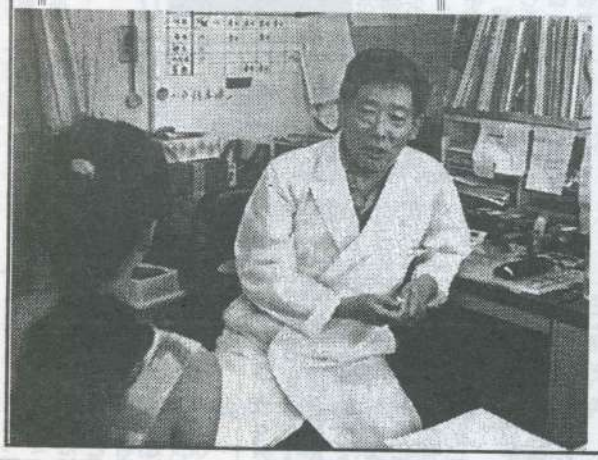
外国人女性を性の対象としてしか見ない貧しい心。それがエイズの潜在化を招き、悲劇をさらに大きくしている。

外国人女性

8か国語で電話相談

大都市ではボランティア団体が中心になって、エイズに関する電話相談窓口を設けている。が、少ない予算とスタッフ不足から十分な対応ができないのが現状。そんな中で、外国人を対象に先駆的な役割を果たしてきたAMDA国際医療情報センター（電話03・5285・8088）に、過去二年間に寄せられたエイズ関連の医療相談は七十三件を数えた。相談内容は、検査希望」が最も多く四十二件。「エイズの知識」が十三件、「患者・感染者についての相談」が八件など。

同センターでは、英語、中国語、スペイン語、タイ語など八か国語で対応しているが、PR不足もあり、多くの相談希望者が埋もれているものとみられる。



「感染者が減っているのでなく、検査数が減っているだけ」と、エイズの潜在化を懸念する清水医師

日本經濟新聞（夕刊）

1994年（平成6年）6月7日（火曜日）

病気にかかってもちょっと安心

外国人と薬剤師に〝翻訳機〟

薬がわからないため、薬を手にしても飲み方やつけ方がよくわからないという日本滞在の外国人の悩みを解決するため、医師らがつくる非政府組織（NGO）が、このほど外国人、医師向けの服薬の指導本を自主編さんし、発行した。外国人が薬を購入する際に、この本を利用すれば、薬剤師や薬局の店員と細かなやりとりもできる、と期待している。編さんにかかわった医師らは「薬局・薬店や、保健所などの公共施設に本を置いてもらえれば、助かる外国人も多いと思う」と話している。

AMDAの国際医療情報センターが発行した「服薬指導の本」

NGOが「服薬指導の本」

9カ国語対応

指さすだけでOK

この指導本は「服薬指導の本」（一五三頁）。つくったのは、英語、韓国語、中国語、スペイン語、タイ語の五カ国語を話せるスタッフを常駐させ、電話で外国人の医療相談に応じてきた「アジア医師連絡協議会（AMDA）」の国際医療情報センター（東京都新宿区）。この五カ国語に、ポルトガル、フィリピン（タガログ）、ペルシャ、ベトナムの四カ国語を加えた九カ国語対応の服薬の手引にまとめ、六月に発行した。

同書には、症状、処方した薬の説明などが、日本語と各国語で上下に並べて書いてあり、患者と薬剤師が〝翻訳機〟代わりに必要な事項を指でさせばやりとりができる仕組みになっている。

例えば患者が「どのような症状ですか」のページで「咳（せき）が出る」と書いてある母国語の部分を示すと、薬剤師が上の日本語の部分を見て症状を理解する。次に薬剤師が「薬についての説明」で日本語で「錠剤」「風邪薬」を指し、「服用・使用の方法」のページに数字を書き込み、一日何回、一回ごとにどの程度飲めばいいかわかる部分を見せれば、患者が下の母国語の部分を読んで理解できるといった仕組みだ。

「患者さんへの質問」の項目では、二種類以上の薬の相互作用を避けるため、定期的に服用している薬を調べたり、「ぜんそく」「高血圧」といった既往症の説明を求めるようになっている。

同センターが行っている医療相談には一カ月に二百件前後の問い合わせが寄せられ、薬に関する相談は五十件。ただ、薬の飲み方がわからないと言われても、薬を処方した医者にわかしい症状を聞かなければ適切な指示ができないのが現状だ。

昨年十月には英語を話す女性から「アジア旅行から帰国後、具合が悪くなり病院に行って薬はもらったが、医者とコミュニケーションがうまくとれないので飲み方がわからない」との電話相談があったが、「医者を教えてくれないと何もできない」という対応しかできなかったという。

「服薬指導の本」は、こうした事態を踏まえて、外国人により丁寧な対応ができるよう、同センターの医師が薬剤師と通訳の協力でつくった。香取美恵子事務局長は「医者にかかりたくても保険がないので治療代が払えないという状況から、薬を求める外国人は多い。薬局や医者、保健所や自治体の国際交流協会に置いてもらえば利用も広がる」と話している。

価格は一部五千円で、千部用意している。問い合わせは同センター（☎03・5285・8086）まで。

ゴルフ会員権は
一越ゴルフ
日本橋03
3241-0153

■お知らせ■

AMDA国際医療情報センターでは下記のごとくセミナーを企画いたしましたので特に学生会員の方にお知らせいたします。

「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　ウィルス学
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

■U.S. NGO Forum for Indochina at Washington D.C. 報告

June 2-5, 1994　　AMDA, Japan 事務局長　山本　秀樹

＜はじめに＞

インドシナ３国（ベトナム、カンボジア、ラオス）において活動を行っている全米のNGOの第５回全国集会が６月２－５日の４日間、米国バージニア州のMary Mount大学で行われた。AMDAを代表してAMDA, VancouverのDr. William Grut が、AMDA Japanからは、ボストン在住の私の２人が参加したのでその一部始終を報告する。

＜プログラム＞

全体集会

各国駐米or国連大使の挨拶
各国のマクロエコノミクスの変化と開発に対する変化
開発に対する国外の居住者（定住難民）の役割
各国の教育プログラムについて

分科会（セクター）

農業
保健医療
環境
女性と開発
アメリカ合衆国の対インドシナ政策

分科会（国別）

ビデオセッション
米国政府関係者との懇談会
USAID（米国政府開発庁）
米国国務省
Peace Corp

＜印象＞

一般参加者、インドシナ諸国からの招待者約50人、そのほか、米国在住のインドシナ定住難民約100人と全体で400人にも達する大規模な集会であった。会議の開かれているこの時期、米国政府はベトナムに対する経済制裁の解除、カンボジア政府に対する軍事援助の検討等の政治問題を抱えており、このような問題に関しても活発に質疑応答が行われていた。米国は、わが国と違い直接ベトナム戦争に参加した経緯をもち、とりわけベトナムに関しては、日本人には理解しがたいメンタリティーを持っているようである。

私も、日本から来たNGOということでいたるところで歓迎を受けた。AMDAの名前もAMDAカンボジアの桑山先生、熊沢さん、高橋先生、Dr. Grutらの活躍のおかげで参加者の間で結構知られており心強い限りであった。また、米国NGOの活動、米国政府の援助政策の一部始終をかいま見ることができてたいへん有意義であった。AMDAもカンボジアでは、大いなる成功を収めた。ベトナム、ラオスでもAMDAの支部を発足させ活動を始めたいものである。

来年も、６月に同様のフォーラムが開かれる予定である。U.S. 以外のNGOも大歓迎とのことであるので間心のある方は参加されてはいかがであろうか？

事務局：U.S. NGO forrum, 220 West 42nd St., Suite 1801, New York, NW 10036, U.S.A.
Tel: 212-764-3925　FAX: 212-764-3896

インドシナ各国大使らが出席

カンボジアからのパネリストらと向かって右端がAMDA Dr. William Grut左から2番目が筆者

バージニア州のベトナム人街

国際貢献トピア岡山
第１回海外スタディーツアー（ジュネーブ、クロアチア）

1）目的

国連機関（WHO,UNHCR,UNDRO）訪問と旧ユーゴスラビアにおける難民及び被災民のNGOによる救援活動の実態の視察。

2）参加者名簿

1、福田　進　　昭和電設社長
2、山本　勧　　二条社長
3、岡田　清　　賀茂川町地域活性推進課　課長補佐
4、西田　昇　　同　　教育課長補佐
5、藤木茂彦　　岡山県航空協会理事
6、林　百香　　岡山県国際交流協会
7、山本睦子　　アジア医師連絡協議会

3）日程

6／7　大阪発17:05　羽田着18：05　成田泊
6／8　成田発11：05　チューリッヒ着17:40　SR169
　　チューリッヒ発19：35　ジュネーブ着20：20　SR942
6／9～6／10　ジュネーブ
6／11　ジュネーブ発10：55　チューリッヒ着11:45　SR 168
　　チューリッヒ発12：30　ザグレブ着13：55　SR 452
6／12～6／13　ザグレブ
6／14　ザグレブ発14：35　チューリッヒ着11：45　SR 453
　　チューリッヒ発19：20　ウィーン着20：40　SR 436
6／15　ウィーン
6／16　ウィーン発09：15　チューリッヒ着10：45　SR 431
　　チューリッヒ発12：50　SR 168
6／17　成田着07：50

1994年(平成6年)6月5日　日曜日
第3種郵便物認可
朝日新聞

日曜たんけん隊

今春、町独自に国際貢献をめざす「国際化の推進に関する条例」をつくった岡山県御津郡加茂川町は、町職員が海外の紛争地域を視察した経験を子どもたちに語り聞かせ、八日から二人の職員が、紛争が続く旧ユーゴスラビアへ向かうなど、具体的に動きだした。

（岡山支局・加賀谷貴春）

国際貢献の町　めざす
岡山・加茂川町

条例作り職員海外へ

土木技術など提供

加茂川町は人口六千七百人。農業が主産業の、過疎の町だ。

民生課長補佐の柳原常美男さん(53)と、特産品を製造販売する加茂川せんたろう公社総務課長の石坂公宏さん(33)は条例制定に先立って昨年七月、内戦が続くアフリカ・ソマリアに二週間派遣された。

そこで何を見たのか。

「蚤や往復書簡などが足りないと思っていたんです。ベッドやシーツなど、衛生以前の基本的な物資がなかったんですよ」と柳原さんはいう。

幹線道路から外れると、いつ地雷を踏むかからない。街は想像以上に荒れていた。現地で診療活動をしている、アジア医師連絡協議会（AMDA）に協力し、現地スタッフの給料を配ったりした。

石坂さんは、帰国後、町の中学校で講演した。

「私たちにも何かできますか」

女生徒の質問に、お金をかけないで協力できる方法を提案した。女生徒は、校友に呼びかけ、自分らの手で段ボール六箱に毛布やシーツを詰めて、ソマリアに送った。

旧ユーゴに行くことになったのは、地域活性推進課長補佐の岡田浩さん(35)と町教委課長補佐の西田界さん(35)。スイスのジュネーブにある世界保健機関（WHO）を訪れ、その後、旧ユーゴのクロアチアのザグレブで、非政府組織（NGO）の協力態勢を現地で見る。

岡田さんは「私たちのような小さな町でどのような貢献ができるか、見て、聞いて、考えてきます」。西田さんは「専門の教育に限らず、何でも吸収するつもりです」。

条例は、海外の被災地や国際機関に町職員を派遣し、町がもっている土木造園や土木工事などの技術を活用することを盛り込んでいる。

隣の岡山市に本部があるAMDAは結成十年を迎え、アジアに十五の支部を置いている。海外の災害を受けた地域に医師を派遣し、医療品を送る活動が続く。一方、加茂川町はAMDAの活動地に職員を派遣する。

AMDAの代表は菅波内科医院を経営する菅波茂さん(48)。「全国三百人の医師がこの会に加わり、各地に医師を派遣し、他の国の医師も活躍しています」という。

菅波さんは去年八月、カンボジアを訪れ、悪性マラリアにかかっている子ども や地雷で足を失った老人らの診療にあたった。

「多くのNGOは、問題提起型の活動をしていますが、これからは問題解決型の活動をして行く必要があります。自治体はまさに問題解決型の団体なんですよ」

AMDAが中心になって、十月二十日から岡山市に世界のNGOが集まる「国おかやま国際貢献NGOサミット」を開く準備を進めている。自治体のほか、五十カ国、六十団体に招待状を出した。事務局は参加者のホームステイの手配などに追われている。

菅波さんは「岡山県民は、医療、教育、宗教といった文化や福祉に、敏感に反応します。岡山の精神風土に合っていると思います」という。

旧ユーゴを視察する岡田さん(左)と西田さん＝岡山県御津郡加茂川町役場で

難民キャンプの子どもたちを集団診療するAMDAの医師＝1992年12月、ソマリアのアリアデキャンプで

高橋 央のミニレクチャー(番外編) タイAIDS疫学 その2

(1) まえがき

前回に引き続き、タイAIDS疫学についてミニレクチャー番外編として、チェンライからのレポートの解説も兼ねて述べたい。今年8月には横浜で第10回国際エイズ会議が開かれる予定である。AMDAもそれに対応して、東京のAMDA国際医療情報センター主催にて7月末エイズの連続講座が開かれるようであるが、そういう場に出席する機会の少ない読者に、また出席者には前知識としてお役に立てば幸いである。

(2) HIV感染からエイズまで

HIV(エイズウイルス:Human Immunodeficiency Virus)は体内の免疫防御機構、専門的には血液細胞の内の白血球(ヘルパーTリンパ細胞)を破壊する。その為、最終的には外界の病原体から身体を守る機構(主には細胞性免疫機構)が崩れ、様々な日和見感染症などを引き起こす。HIV感染から長期の時間を経て、先ずARC(AIDS Related Complex)と呼ばれる下痢など簡単な症候を伴う状態となる。更にニューモシスチス・カリニ肺炎、結核症、カポジ肉腫などHIV感染者のように細胞性免疫が弱まった人に頻回におこる感染症や腫瘍にかかるようになりAIDSと診断される。カポジ肉腫はタイではほとんど無いので、タイでは簡単に言えばHIV感染者が日和見感染を起こしてエイズと診断されると考えて良い。HIV感染からどのような時間を経てARC、AIDSになるかは個人差も大きく言い難いが、平均的には北米の貧困層で半数がAIDSになるまで10年、男性同性愛者(主に中産〜上層)にて11年、日本のHIV感染血友病患者で推定13年と非常に長い期間が無症候期である。エイズにおいてはこの長期の無症候期間のケアが重要である所以である。

(3) HIVに多い日和見感染症

さて、HIV感染者は長期間の無症候期をへて、日和見感染をおこしAIDSとなるが、地域により重要な感染症が異なる。アメリカや日本を始めとして先進国で一番多いのは、ニューモシスチス・カリニ肺炎である。しかし、タイにおいては以上の状況と異なり、先ず第一に結核症(40%),次にカリニ肺炎(30%),クリニトコッカス脳炎(15%),カンジダ症(10%)が中心である。北タイにおいては特別にペニシリウム・マヌフィライ感染症という真菌症が流行している。アフリカでは既に現実の問題としてHIV流行に伴い結核患者数が倍増している。例としてザンビアではエイズ日和見感染の半数以上が結核、結核患者の半数がHIV陽性である。チェンライ病院においても、1990年に初めてHIV陽性の結核患者が発見されてから急激に増加しており、1993年には 30%の結核患者増、31.2% のHIV陽性率である。

AMDAのチェンライでの活動の一環として、結核の予防活動が実施されるのも、この特有な状況によるところが大きい。

(4) 無症候者に対する今後のカウンセリングと医療ケアについて

AZTなどの抗エイズウイルス薬を無症候期のHIV感染者に使用するのは、現在いま

だ疑問視されている。最新の臨床研究では、ＡＺＴはＣＤ４などの近視的な指標を上昇させるため無症候者に対しても効果があるように感じさせるが、実はＡＩＤＳの発症を遅らせる効果が無いことが示された。更に途上国では効用が認められている発症者に対してだけでも、コストが掛かりすぎて（ＡＺＴの費用は貧困層には収入の全額になりかねない）、貧困層にもゆき渡たる“平等”な普及は困難である。

現在、チェンライ病院では、ＡＺＴによる治療は限られたエイズ患者にしか出来ないのが現実である。よって現在、投薬依存型の現代医療の病院ではＨＩＶ感染者に対しては、エイズ感染の告知の時に、症状が出たら病院に来るようにと伝えるだけであり、適切なケアがなされていない。

前述のようにＡＲＣやＡＩＤＳの症候期になるまでかなりの期間がかかるが、一般の人々は、１回のカウンセリングで、この「潜伏期 Incubation Period」という医学的概念を理解するのは困難で、ＨＩＶ無症候感染者は不安に怯えながら10年にも及ぶ長期間を過ごすことになる。自殺者は減少したが、ＡＩＤＳノイローゼともいえる精神症状を起こすことも多い。様々な医療機関を尋ね歩くという“Shopping Behavior”が多くの無症候感染者で認められる。患者との対話に対して文化的に現代医療を上回る伝統医療が、このような無症候者をケアする状況が多く認められている。しかし、一部の悪質な伝統医師の中には、この状況を利益を得るために使用している。エイズ陽性を陰性に出来るなどという宣伝を基に、大きな利益を得る詐欺師に近い者も出て社会問題となっている。伝統医学の効用を科学的に見直すための会議、研究が最近富みに提唱されている。

現代医療にしても、伝統医学にしても、それぞれ真に効用のある医療ケアを継続的に供給するのが良き医療といえよう。今後、現代医療の病院は、ＩＮＨによる結核予防、ＳＴ合剤によるカリニ肺炎予防などのプログラムを、無症候者に対する継続的なケアとして立案すべきである。また、伝統医療の従事者は、効用の科学的立証をする研究が必要であると共に、一部の悪質な者を法的に監視しなければなるまい。

＊＊＊ミニレクチャーのポイント＊＊＊

1）ＨＩＶ感染が起きてから、約10年間にも及ぶ長期の無症候期をへて、はじめてＡＲＣ・ＡＩＤＳという症候期になる。

2）ＨＩＶ感染者に発現する日和見感染症は、国によりその分布が異なる。タイを始めとして開発途上国では、結核症が一番の日和見感染症である。ＩＮＨによる結核予防は有効性が立証されつつあるが、途上国で重要な活動と考えられる。

3）ＡＺＴなどの抗エイズウイルス薬を無症候期のＨＩＶ感染者に使用するのは、現在いまだ疑問視されている。現在、途上国の現代医療病院では無症候者に対して適切なケアがなされていない。

4）不安におびえるＨＩＶ無症候感染者は様々な医療機関を尋ね歩くという“Shopping Behavior”が認められ、エイズケアを宣伝する伝統医師にたどりつくことも多い。

5）今後、現代医療の病院は、ＩＮＨによる結核予防、ＳＴ合剤によるカリニ肺炎予防などのプログラムを無症候者に対するケア・プログラムとして立案すべきである。

また、伝統医療の従事者は効用の科学的立証をする研究が必要である。

栃木便り

—地域医療学何するところ？—

みなさん、お元気ですか？私は9年間の義務年限を終え、この5月より母校自治医大の地域医療学講座に戻ってきました。以前6年間住んだはずの土地ですが、見渡す限りのかんぴょう畑は町に変わり、住かも構内の学生寮から、新築の教職員住宅．．．もう、気分は浦島太郎！おまけにこの4月に住居表示が変更になり、自宅住所は薬師寺というありがたい地名から祇園という、なまめかしい地名になっています。就職が決ったときには、少なからぬ方々から「地域医療学？何するところ？」とご質問をいただきましたので、今回は「地域医療学は何をするところか」をお話しましょう。

東北新幹線の宇都宮駅と小山駅の間で見える白い建物が自治医大本館ですが、そのわきに最近できた給水等のようなのっぽビル、自治医大20周年記念棟7階が私の仕事場、自治医大地域医療学研究室です。全教室員は数十人いるのですが、教室の性格上、半数が外部医療機関に出ているので、教室に残っているのは20人弱でしょうか。この人数でこなしている業務はといいますと、

1．卒前教育：1年生のオリエンテーション授業から、6年生の臨床実習まで、計200時間以上、学生の診療所実習もあります。また、全国の医学生向けに夏期セミナーも開催します。

2．卒後教育：レジデント教育、セミナーなど。

3．診療、地域保健：外来が主ですが、入院患者も少しいますし、寝たきり患者の在宅ケアも行っています。その他、地域の予防接種、検診、健康講座に外来救急当直と盛りだくさん。

4．代診：へき地診療所医師が冠婚葬祭、学会などで出かける時の診療応援、助手以上は年間50日代診に行きます。

5．研究：各々のスタッフがプライマリ・ケア関係の研究テーマを持っています。私のテーマは「国際医療！？」（教授にやりたいと言ったのが通っちゃったのです。）

以上、ご質問は岩井（TEL,FAXはセミナーのお知らせと同）まで！

—お知らせ—

来る8月27、28日、自治医大で、地域医療学夏期セミナーが開催されます。対象は、医学生（M5、M6）と研修医の方。内容は現在健と宇宙ですが、豚足を使った小下か実習、医療コミュニケーション実習などを予定しています。

参加希望の方、興味がある方は、

〒329-04　栃木県河内郡南河内町大字薬師寺3311-1
自治医大地域医療学
安藤　智　Dr.
TEL 0285 (44) 2111　（内）3391，　FAX 0285 (44) 0628　までどうぞ！

教室カンファランススペース　まだ引越したばかり

コンピュータールーム　パソコン通信のホストもあります

Asia & Africa Medical Aid Concert

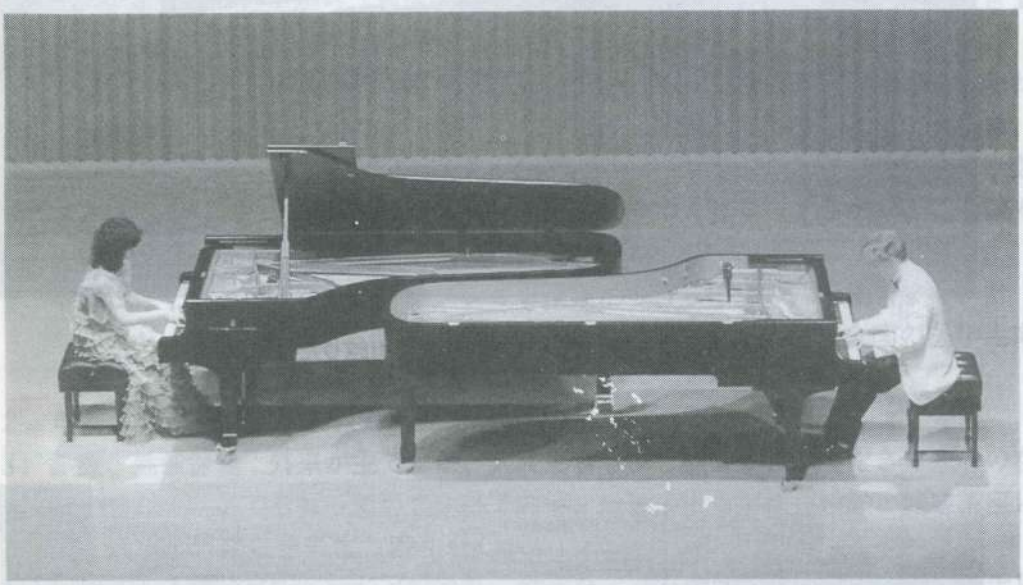
片山陽子/クリストファー・ブラック ピアノ・デュオ・リサイタル

1994/6/18[Sat] 開演PM7:00 開場PM6:00

岡山シンフォニーホール
岡山市表町1-5-1 TEL086-234-2001

入場料 3,000円(全自由席)

この収益金は、アジア・アフリカの被災地や難民の救援医療活動に寄付させていただきます。



1994年(平成6年)6月1日(水曜日) 毎日新聞 地域のニュース

「音楽通じ旧ユーゴ救援を」 岡山

ブラック 片山 夫妻がコンサート前に会見

音楽を通じて旧ユーゴスラビアの紛争被災民を救援しようと十八日午後七時から、岡山市表町一の岡山シンフォニーホールでチャリティーコンサート「片山陽子ノクリストファー・ブラック ピアノ・デュオ・リサイタル」(毎日新聞社岡山支局など後援)が開かれる。国際医療援助団体「アジア医師連絡協議会(AMDA)」などが開き、収益は旧ユーゴスラビアでの医療、教育援助資金に充てる。

岡山市内で三十一日、記者会見した夫妻は「旧ユーゴ情勢には心を痛めており、何かできればと思っていた。音楽を通じて喜び楽しい人生を感じてもらい、不幸な人たちにも喜びが来るように、という願いを感じてもらえれば」と語った。

演奏するのはチャイコフスキー「くるみ割人形」より 花のワルツ」、ラフマニノフ「交響的舞曲 作品45」など四曲。入場料は三千円。全席自由。問い合わせは「片山・ブラック・ピアノ・デュオの会」(086・227・3716)。

「音楽を通じて旧ユーゴ救援を」と語る(右から)ブラックさん、片山さん、菅波代表 =岡山市内で

AMDA募金箱について

本所　明美

旧ユーゴスラビアのクロアチア国に出発するまで、AMDA事務局でお仕事させて頂き、とても勉強になりました。その中で私は募金箱製作に携わらせて頂き、こんなに早く完成し早速配置させて頂けた陰には、チサンホテル大内様はじめやよい会の方々マークの版下を作ってく下さったほっとすペーすの山田さん、製作に大変な苦労を惜しまず完成させて下さった有限会社万永プラスチックの方々の御厚情あればこそと感謝致します。形・大きさ・版下１つ１つがあっという間に決定し、出来上がり、やよい会の方々の前でご挨拶をさせて頂いた時は身体がガタガタ震えました。が、多くのホテルに置いて頂けることに感動致しました。いよいよクロアチアに出発しますが、私は児童教育の関係者とし、多くの難民・被災民の子供達に勇気や希望を与えてあげられるような活動をしてきたいと決意しています。

AMDA募金箱のマークの文字の色は平和の空を描くようなさわやかなブルーです。全世界の平和の為、多くの方々に募金箱への御支援と御協力を心よりお願い申し上げます。

岡山東急ホテル
岡山ロイヤルホテル
岡山ターミナルホテル
岡山国際ホテル
倉敷国際ホテル
倉敷アイビースクエア
倉敷ターミナルホテル
せとうち児島ホテル
瀬戸内国際マリンホテル
エクセル岡山
カルチャーホテル
ホテルサンルート岡山
アークホテル岡山
チサンホテル岡山

現在のところやよい会の御協力により左記のホテルにAMDAの募金箱は設置されております。

日本経済新聞

1994年(平成6年)6月19日(日曜日)

自治体の国際協力事業

国、ODA資金で支援

JICA仲立ちに

まず埼玉県ネパールで

埼玉県、横浜市などの自治体が政府開発援助(ODA)資金を活用した国際協力へ動き始めた。農業、環境、保健医療など自治体の多様なノウハウを生かした援助を展開するため、政府は今年度から、自治体が企画・立案した協力事業をODA資金で後押しする方針を固めたためだ。国際化を推進したい自治体と、ODAの効率化を狙う国の姿勢がかみ合った形で、地方の国際協力に新たな道が開かれそうだ。

母子健診に村中の人々が集まる(ネパールのヘルスポストで)

自治体が検討中の新方式の国際協力は、独自に企画した事業を国際協力事業団(JICA)を通じて国に提案し、採択されれば必要な資金、資材がODA資金から出る仕組み。九二年のODA大綱で国は自治体を国際協力の重要な担い手と位置付けているが、現行制度では自治体の単独事業に国費金が使えないことから浮上した。JICAを仲立ちにした「国と地方の連携型」国際協力である。

JICAが全国九支部を通じて都道府県・政令指定都市の意向を聞いたところ、三十一件の提案が集まった。すぐに実現できる案も多いことから、外務省、JICAは数事業を選んで順次、具体化する考えだ。

そのテストケースとなったのが埼玉県がネパールで取り組んでいる「プライマリヘルスケア(基礎的保健医療サービス)」事業。九三年度から五年間かけて保健医療体制構築に協力するもので、活動費用五億円はすべてODA資金で賄う。「県単独よりはるかに多額の資金が確保できた」(衛生部)と、連携の利点を挙げる。

昨年度は医師、保健婦など九人をバクタプール、ヌワコット両郡に派遣、地元職員に予防接種や母子健康診断の方法を指導している。診療所兼保健相談所(ヘルスポスト)も二カ所新改築した。

農業分野では、青森県車力村がモンゴルで指導中の稲の作付面積を現在の二十ヘクタールから千ヘクタール規模に拡大するため、「国の資金面での協力が不可欠」としてODA資金活用を求めている。石川県も中国・江蘇省でリンゴの栽培・商品化技術の協力を検討しており、その事業にODA資金の導入を考えている。

環境分野では横浜市がマレーシアのペナン市に対し、ゴミ処理、リサイクル関連技術で協力する計画を持っている。このほか、広島県と広島市が友好提携先の中国・四川省と重慶市に酸性雨対策で、北海道はネパールに薪(まき)の代替エネルギーとなる複合固形燃料の製造技術でそれぞれ協力事業を考えているが、いずれもこれら新規事業を連携型協力に組み込むことを想定している。

国際化を政策目標に掲げる自治体にとって、JICAとの連携は資金面のほか、「現地の当局者との交渉術や国際儀礼など国際協力の基本的なノウハウが得られる」(埼玉県)利点がある。ただ「職員の派遣期間が一―二年と長いので、要員確保が課題」(石川、沖縄県)との指摘もあり、自治体側の体制整備も並行して進める必要がありそうだ。

解説 「地方の自主性」課題

国と地方自治体が連携した国際協力はODAの新しい方向を示している。自治体は幅広い行政分野の蓄積を持つものの、独力での事業展開には財政上の限界がある。一方、国も相手国の実情に合わず、むだが多いとの批判があるODAの効率化を迫られている。自治体のノウハウと国の資金を組み合わせれば、より効果的な援助が見込めるわけだ。

ただ、連携型協力は中央政府同士の合意が前提のため事業開始に時間がかかったり、国のODA基準に照らして事業内容が制約される懸念がある。協力先の都市・地域を相手国の政府が重視しなければ、地方同士の熱意にもかかわらず事業が採択されない事態も起こる。実際、「国が介在すると思うような協力ができない」(富山県)との指摘さえある。

もともと外務省は「ODAは自治体の国際化が第一の目的ではない」(平林経済協力局長)との立場。これに対し、自治省は地方の国際化推進の立場から独自の支援策を検討している。地方の自主性確保には、国と地方の連携だけでなく、カナダのような自治体連合によるODA事業の検討も必要だろう。

山陽新聞
1994年(平成6年)6月19日 日曜日 内政 ☆(2)

五全総を探る ▽3△

得意分野で情報発信

岡山・加茂川町 国際貢献を推進

小さな世界都市

世界的な演劇祭「利賀フェスティバル」が毎年夏、富山県利賀村で開かれる。人口千百人。山間部の過疎の村が世界の「TOGA」に変わった。

世界各国から一万人を超す人が押し寄せる。お目当ての芝居を求め、伝統的な合掌造りやギリシャ風の円形劇場など、個性的な四つの劇場に散らばる。「芝居がはけても観客は自然の中で芝居の余韻に浸っていられる。村ごと劇場空間なんです。東京ではこうはいかんでしょう」。宮崎道正村長は胸を張る。フェスティバルはことし七月で十三年目を迎える。

利賀村を訪れる外国人は年平均千六百人。演劇の合宿で、米カリフォルニア大サンディエゴ校の学生ら数十人が毎年訪れる。薬草を干すおばあさんと学生が、利賀の方言と英語で会話をする光景も。民宿を経営する高畑兼敏さんは「過疎は止まらないが、いろいろな国の人が来るので人が減ったと感じない」と言う。

小さな市町村でも、利賀村のように特定の分野を磨けば世界に情報発信できる。国土庁はこうした「小さな世界都市」の育成を目指す。

「国際陶磁器フェスティバル美濃」を契機に伝統産業の陶芸の振興を目指す岐阜県多治見市や、「ラムサール条約締約国会議」を開催、自然環境分野で独自の地位を築く北海道釧路市の例もある。

人的交流で小さな世界都市を目指すのは岡山県加茂川町。町職員や町民を海外の被災地へ派遣、国際貢献するための条例を、今年三月に制定。手始めにどういう活動ができるかを探るため、旧ユーゴスラビアへ職員二人を視察に送った。また、推進母体となる住民組織「KIO(カモガワ・インターナショナル・オーガニゼイション)」に目標の倍の約百人の町民が参加、活動を始めている。

十八年前、劇団の早稲田小劇場(現SCOT)を引き連れて利賀に移住、フェスティバルを催した舞台演出家の鈴木忠志さんは「文化の国際化は友達づくり。そのためには時間やスペースをたっぷり使えることが不可欠」と言い、地方の条件のよさを挙げる。

「外から人が来るようになると、住民は地域に誇りを持つ。世界に目を向け、自信を持って挑戦するようになる。人のネットワークが広がり、新たなアイデアが生まれる」と宮崎村長。

特産のソバのルーツを求めて、車も入れないヒマラヤの奥地の村と姉妹提携したのもその一例。ネパールの絵師を招き巨大な曼陀羅(まんだら)を描いた「めい想の館」も造った。「世界中の人と楽しく交流できれば、一万人の町より幸せかもしれない」(宮崎村長)。

「世界は日本だけではない。日本は東京だけではない。この利賀村で世界に出合う」。利賀フェスティバルのスローガンは、小さな世界都市の目標でもある。

外国人と村民との交歓が盛んな富山県利賀村

第3回JAMIC懸賞論文　応募作品募集

今年も小社では、国際医療協力をテーマに応募作品を募集します。テーマは論文部門「国際医療協力に医師が出やすい体制づくりとは？　－私の提案」、エッセイ部門「在日外国人医療－私の体験」。AMDA会員の方々のご応募をお待ちしております。

〈論文部門〉

◆テーマ：国際医療協力に医師が出やすい体制づくりとは？－私の提案

◆応募資格：医師・医学生

◆論文部門各賞：最優秀賞（1名）－奨学金40万円
優秀賞　（2名）－奨学金各5万円

〈エッセイ部門〉

◆テーマ：在日外国人医療－私の体験

◆応募資格：医師・医学生

◆エッセイ部門各賞：最優秀賞（1名）－2週間程度の途上国医療視察（時期は受賞者の都合に合わせます。第1回はタイ・ネパール・カンボジアでした）
優秀賞（2名）－奨学金各5万円

〈両部門募集要項〉

◆応募規定：B5判400字詰原稿用紙（横書き）10枚以内。筆記用具はボールペンか万年筆を使用すること。ワープロの場合は、B5判用紙に横書きで1ページ当たり20字×20行で印字してください。応募作品は表紙に応募部門名を明記の上、作品タイトル、所属先（医師の場合は職名・専門科目も明記）、氏名、年齢、連絡先の郵便番号、住所、電話番号を記入して、右肩をホッチキスでとめてください。応募作品は返却できません。

◆審査委員（予定）：島尾忠男氏（審査委員長・(財)結核予防会副会長）
梅内拓生氏（東京大学教授）
小林米幸氏（AMDA国際医療情報センター）
千葉靖男氏（国立国際医療センター）
中村安秀氏（東京大学医学部小児科）

◆応募締切：平成6年10月31日（月）当日消印有効

◆応募・問い合わせ先：〒163-06 東京都新宿区西新宿1-25-1
新宿ｾﾝﾀｰﾋﾞﾙ 私書箱4046号
（株）日本医療情報センター　広報部

AMDA事務局だより

今回、１年ぶりの帰国とのことでカンボジアのコーディネーターの岩間さんが事務局にやってきました。いろいろと現地での話しは興味深くかつ新鮮でありました。今度お会いできるのは、１年後とのことまた来年の再会を願ってカンボジアでの活躍を期待しております。

岩間さん　GOOD LUCK!

AMDA事務局来訪時のカンボジア コーディネーターの岩間さん（左）と事務局の片山さん

募金箱作りをして下さった本所さんは６月２１日に旧ユーゴスラビアのプロジェクトに参加の為に出発致しました。幼児教育の専門家として当プロジェクトに参加されます。またこの’国際医療協力’でご紹介出来る日まで・・・・・本所さん　がんばって！！

■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。

ＡＭＤＡ国際医療情報センター
平成６年度運営協力者

以下の方々にご協力頂いています。有難うございます。（順不同敬称略）

個人、団体

岩淵　千利／満江、永井 輝男、松原　雄一、藤井　和、房野　夏明、志立　拓爾
佐藤　光子、坂田　豪、聖テモテ教会、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（東京）、高岡クリニック（東京）、田宮クリニック（神奈川）
井上病院（千葉）、城北胃腸科整形外科病院（沖縄）、オカダ外科医院（神奈川）

会社

三共㈱、昭和メディカルサイエンス㈱、富士コカコーラボトリング㈱
三井物産㈱、グラクソ三共㈱、薬樹㈱、ジョンソン　エンド　ジョンソン
メディカル㈱、住友海上火災保険㈱　以上　年間１２万円
㈱エス・オー・エス　ジャパン、㈱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㈱　年間３万円、　オリンパス販売㈱　年間６万円

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　明治生命厚生事業団　年間　５０万円

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：ＡＭＤＡ国際医療情報センター
銀行口座：さくら銀行　桜新町支店　普通５３８５７１６
口 座 名：ＡＭＤＡ国際医療情報センター　所長　小林　米幸

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 岡山市楢津310-1
連絡／☎086－284－7730
頒価／１冊 500円

全農 全国農業協同組合連合会

地球の恵みを受ける私たちが、
地球にできること。

JA全農

WE SUPPORT YOU

全世界への格安航空券　手配と販売

対応言語、英語、スペイン語、タガログ語、タイ語、韓国語、ベンガル語、ヒンディー語、ウルドゥ語マレー語、インドネシア語、北京語、上海語、広東語、福建語、客家語、ペルシア語、ミャンマー語、アラカン語、フランス語、日本語、22言語に及ぶ

総合受付　TEL 03-3340-6745

アクロス新宿フライトセンター

一般旅行業第835号

A'X 安可斯旅行会社 Across Travellers Bureau 新宿駅南口徒歩3分

〒160　東京都新宿区西新宿1-19-6　山手新宿ビル２Ｆ

航空券はアクロスへ　医療相談はAMDAへ

消化器科・外科・小児科

小林国際クリニック

Kobayashi International Clinic

小林國際醫院

平　日　月曜日～金曜日
9：15～12：00　／　14：00～17：00

土曜日
9：15～13：00

休診日　水曜日、日曜日、祝祭日

0462－63－1380

〒242　神奈川県大和市西鶴間３－５－６－１１０

小田急江ノ島線鶴間駅下車徒歩４分

丸山ウィメンズクリニック
原田慶堂
〒232 横浜市南区井土ヶ谷中町43 TEL(045)712−8181

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

内科（老人科）理学診療科
医療法人社団 慶成会
青梅 **慶友病院**
〒198 東京都青梅市大門1−681番地
●入院のお問い合せ−TEL.(0428)24−3020(代表)
院長 大塚宣夫

クラヤ薬品株式会社
〒102 東京都千代田区紀尾井町3−12
紀尾井町ビル
☎03−3238−2700
(代表)

大鵬薬品工業株式会社
東京都千代田区神田錦町1−27

内科・理学診療科
福川内科クリニック
東成区東小橋3−18−3
(住友銀行鶴橋支店前)
ボングービル4F ☎974-2338

有限会社 **都商会**

サリー薬局	㊀214 川崎市多摩区宿河原2−31−3 ☎ 044−933−0207
エリー薬局	㊀214 川崎市多摩区菅6−13−4 ☎ 044−945−7007
マリー薬局	㊀214 川崎市多摩区南生田7−20−2 ☎ 044−900−2170
十字路薬局	㊀211 川崎市中原区小杉御殿町2−96 ☎ 044−722−1156
セリー薬局	㊀216 川崎市宮前区有馬5−18−22 ☎ 044−854−9131
アミー薬局	㊀242 大和市西鶴間3−5−6−114 ☎ 0462−64−9381
マオー薬局	㊀242 大和市中央5−4−24 ☎ 0462−63−1611

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. 6

アジア医師連絡協議会（AMDA）

■発　　行　1994年6月15日

■編集責任者　津曲兼司、岡野純子

■事 務 局　岡山市楢津310-1

TEL 086-284-7730

FAX 086-284-6758