

国際医療協力

Vol. 17 No. 7

1994. 7



戦争孤児らと一緒にコーディネーター渡辺氏
(ルワンダプロジェクト)

AMDA

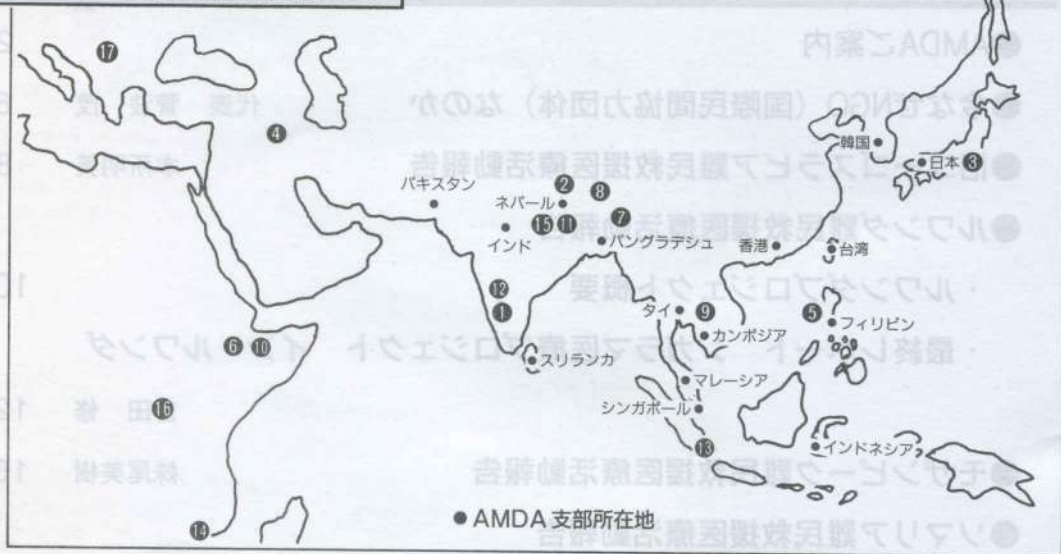
The Association of Medical Doctors for Asia

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
●旧ユーゴスラビア難民救援医療活動報告	本所明美	8
●ルワンダ難民救援医療活動報告		
・ルワンダプロジェクト概要		10
・最終レポート インガラマ医療プロジェクト イン・ルワンダ	吉田 修	12
●モザンビーク難民救援医療活動報告	妹尾美樹	16
●ソマリア難民救援医療活動報告		
・アリサビエキャンプ5月マンスリーレポート		20
・エイズトレーニングプログラムレポート		30
・ダル・ハナン産婦人科病院再建プロジェクト		34
●カンボジア救援医療活動報告		
・PHNOM SROUCH HOSPITAL	Dr. Chantha	36
・活動報告	Dr. Narayan	38
・精神医療プロジェクト近況	岩間邦夫	42
●タイAIDSプロジェクト		46
●タンコット村眼科診療&母子保健プロジェクト	Dr. Sunu Dulal	52
●ブータン難民救援医療活動報告		56
●国際貢献トピア 第1回海外スタディーツアー報告	山本睦子	60
●AMDA国際医療情報センター便り		66
●US NGO Forum 報告	Willam N. Grut M.D, PhD	70
●ミャンマー難民救援活動報告	難波 巧	74
●高橋 央のミニレクチャー		76
●栃木便り	岩井くに	78
●事務局便り		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。



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名の医学生からの活動から始まる。

【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 (自治医科大学衛生学教室)
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 (岡山大学公衆衛生学教室)
- 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)
- 旧ユーゴスラビアプロジェクト委員長 高橋 央 (長崎大学熱帯医学研究所)
- 事務局長 山本秀樹 (岡山大学公衆衛生学教室)
- 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 岡山市榎津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

ミッションからパートナーシップへ

最近よくAMDAと国境なき医師団 (MSF) との違いを聞かれる事が多い。MSFについて私見を述べる。MSFはフランス語文化圏のヒューマニズムを代表する緊急救援医療活動に特長を有する国際医療NGOである。その精神はキリスト教のミッションにある。構成国はフランス、オランダ、ベルギー、スイス、スペインの5ヶ国である。日本と米国の2支部は資金づくりが主目的である。緊急救援医療活動に関する知識、経験、体系等は目を見張るものがある。ポイントはフランス大使館の人権担当官、EC、国連機関 (特に国連難民高等弁務官)、旧植民地人脈などの豊富なバックグラウンドのもとに救援活動が展開されている事実である。資金についてもEC及び国連機関が大口の収入原になっている。チーム編成は構成国別になっているのが特長である。例えば、MSFフランス、MSFオランダというふうに。

一方、AMDAはどのようなのか。

AMDAは日本を中心してアジア15ヶ国に会員がいる国際医療NGOである。プロジェクト中心の運営形態である。内容は地域保健からエイズまで多岐にわたる。プロジェクトは1ヶ国によるものや複数の国の参加によって実施されるものなどがある。緊急救援医療活動は主な活動の1分野である。緊急救援部門を特化したのがアジア多国籍医師団である。アジアの複数国の医師による合同チームである。AMDAを理解するキーワードは「多様性」である。AMDAの精神は相互支援を目的とするパートナーシップである。よって立つ人脈は各国支部の人間関係である。資金は日本の国際ボランティア貯金や外務省のNGO助成金である。AMDAの課題は参加国におけるプロジェクトの開発と緊急救援活動に必要な国連機関 (特に国連難民高等弁務官) や国家との信頼と相互依存関係の確立である。

世界は今全ての分野に変化が起きている。NGOの世界も例外にあらず。人道援助も欧米の先進諸国の専売特許にあらず。アジアの国々も人道援助に参加する時や近し。そのキーワードは「ネットワーク」である。

ネットワークの中心概念は「大同小異」である。「小異」とは共栄共存の意味である。共栄共存は非連続の相手の精神文化に尊敬できるものがあるということである。「大同」とは共通の目的である。大いなる目的のために尊敬できる相手と手を組み合って前に進もうというのが大同小異の現代的解釈である。

AMDAの構成要因は言語、宗教、文化、風土等々において多様性に富む。「大同小異」のもとに意義あるプロジェクトを実施する時にこの多様性は大きな財産となる。ここがAMDAとMSFとの決定的な違いになってくる。

オシエク報告

本部旧ユーゴ担当

本所 明美

6/21成田空港より機上の人となった私は、旧ユーゴスラビアのクロアチア国へ向かった。これより6ヵ月滞在するまだ見ぬ国に思いを馳せながらの長時間の旅となった。

“紛争”の言葉など似合わないクロアチアの大地が見えてきたのは23日夕刻。窓から見える風景はのどかな、又海岸沿いがとても美しいものであった。到着したのはZagreb。クロアチアの首都である。とても活気があり、賑やかなこの町にJEN(Japan Emergency NGO's)のHEAD OFFICEがある。

“何もないんじゃない?” “こんなものもう食べれないかも?”との辺りの人々の気使いが嘘のように殆どの物がショーウィンドーに並んでいる。

26日、私が6ヵ月滞在する予定であるOsijekへ車で4時間のこの東部の町は国内第3位の都市である。この町もまだ一見“難民、被災民”という言葉は予測もつかない様な町である。しかし、よくよく見ると建物の至る所にある弾痕に紛争を垣間見る。

私達JEN Osijek officeはローズガーデンの素敵な家を借りている。大家さんのピッセルカさん同居である。英語を勉強中の彼女と、英語の苦手な私と日本語、英語、クロアチア語の3か国語放送のような生活が始まった。ここに滞在しているのは、現在浅川さん(AMDA)、トラビス・ハンコックさん(BRAJA)そして私の3人。私たちはいつの間にか彼女の事を“ママ”と呼び、彼女も“ハイ”と答えてくれるようになった。彼女の笑顔はとても素敵で大好きである。しかし、ある日そのママの笑顔が泣き顔に・・・ママは2年前紛争で亡くしたご主人や、今Zagreb Universityに行っている息子さんと写っている楽しそうな写真を見て泣いていたのだ。今住んでいるこの家にも弾痕が。この町Osijekの人々の心にある傷は深いであろう事を知り、私たちJENのProjectがささやかであったとしても希望の陽ざしとなりたいと願うのである。

英語の苦手な私を心配して配慮して下さったコーディネーターの木山さんは私を子供劇場とガッシンジーの収容センターに遊戯施設(ADVENTUER PLAYGRAND)を建設するprojectの担当の仕事を下された。

相互依存関係の確立
世界は今全ての分野に
人道援助も救済の先進国
参加する時や近し。その
ネットワークの中心
意味である。共栄共存は
いうことである。「大同
教である相手と手を組み
である。

ガッシンジーセンターの様子
左から3人目の黒板を指し
ているのが本所さん



*子供劇場

“Osijekにいる難民、被災民の子供達にこの町で有名な人形劇団のパペットショーを見せてあげよう！”というプロジェクトである。

*ADVENTURE PLAY GRANDの建設

Osijek内で一番大きな集団収容センターがガッシンシーセンターである。ここにいる子供たちの遊具は今ブランコ1個、シーソー2台である。ここをADVENTURE PLAY GRANDにしよう！というこのプロジェクトはBRAJAのトラビスさんを中心に進められている。私も仲間に入れてもらい現在、毎日ガッシンシーに通っている。ここに住む人々にも是非、デザイン、建設に携わって頂こうとアナウンスやポスターで募集した。特にポスター貼りの際は、子供たち10数人が手助けをしてくれ、センター内を一周した。子供たちもアイデアをもって来た。1回目は全員プールの絵であった。ここガッシンシーは今毎日30度を超える暑さである。この子供たちの思いは痛いほどわかった。翌日は30人の子供が集い紙と鉛筆を渡し、プール以外の遊具を描いてほしいと約束した。再び翌日次々と素敵な絵がもち寄られた。すべり台、ブランコは3個、まわりにはカラフルな蝶々が飛び、きれいな花もある様々な絵。

一方、大人の方もアイデアを下さっている。ここではする仕事もなく単調な生活を送っている様子で、数名の方が助けて下さっている。皆で力を合わせ、完成するADVENTURE PLAY GRANDのことを、まだ何もない子供とのコミュニケーションにあやとりをしている。ここで私は今子供たちからは“AKI”と呼ばれるようになった。今毎日ガッシンシーの中でHUMAN NETWORKが広がっている。(私が勝手につけた名前) 困っている時助けてくれたお婆さん、小さな赤ちゃんを抱きながら“お金がないよの”といっているお母さん、モスリムの祈りを涙を浮かべながらしているお婆あちゃん、“日本人はボスニアの戦争のことを知っているのか!? どうして助けにこないんだ!”と私に聞いたおじさん。毎日毎日が私の勉強です。私はここで広がっていくNETWORKが大好きである。

再びニュースレターに私が登場する時、ADVENTURE PLAY GRANDの建設の様子、子供劇場を見ている子供の笑顔をお届けしたいと思う。

その他、我がJEN,Osijek Officeのprojectは以下の通りである。

- 1、愛のポシェット運動 project
- 2、小規模農業 project
- 3、Osijek central hospital project
- 4、ガッシンジーの6つのバンガロー修復 project
- 5、個別に受け入れられている難民、被災民の方の家の修復 project

6つのNGOが協力し合って行なう初めて活動がJENの活動である。私が一番元気のない時、励ましてくれたBRAJAのトラビスさんは嬉しかった。皆で協力し、心をつなげた時、この全てのprojectが成功するのだと確信している。

今日もとてもどかなオシエクの町のあちらこちらですごしていらっしゃる難民、被災民の方々に思いを寄せつつ私の1回目のレポートを終える。

ルワンダ・プロジェクト

概要

5月26日より渡辺 松男氏がコーディネーターとして現地入りし、はや一ヵ月以上が経過した。その後6月20日に吉田 修医師が、7月7日にはアメリカよりDr. Ionita、Mr. Schneiderがウガンダ経由でルワンダに入学。RPF（ルワンダ愛国戦線）の協力のもとルワンダ国内のガラマ（ウガンダ国境100キロ）でAMDの医療活動（プライマリー・ヘルスケア）が本格的にスタートした。刻々変わる状況の中、現地から受け取るFAXにも緊張が見られる。

～1994年7月3日の業務連絡より～

7月1日にMSFがルワンダ南部のRPF支配地域で政府軍側のヘリコプターで攻撃された。ミーティングに出席していたMSFのメンバーは攻撃の事実だけは確認したが詳細は分からないとのこと。6月22日からRPF支配地域のチェックが厳しくなった。ルワンダ側国境のGatunaチェックポイントでは今までフリーパスだった渡辺も通行者名簿に記入を求められるようになった。またGatunaとGyumbaチェックポイントの間に新たなチェックポイントが設けられた。写真撮影も以前より制限されている。フランス軍機がRPF支配地域上空を偵察飛行していることやフランス軍は「二週間でRPFを撃退できる。」とフランス軍将校が発言したという「噂」が広まるなど緊張が高まる要因が見られる。

吉田医師が先週3日間病院の状況をまとめた。6月最終週の時点で、外来患者200人（50%マラリア）、入院患者（75%マラリア、他に髄膜炎・破傷風など）解熱剤・輸血・輸液セット・ペニシリン・ORSカップ・クロロキン・キニーネ・ギムザが緊急に必要とされている。解熱剤・ギムザは他NGOも不足しており、カンパラでも必要量は入手しにくい状況。なるべく早めにナイロビに行って入手したい。ただボルタレン・ポンタール等の座薬は入手困難。次の段階としてX線（骨髄炎・肺炎）麻酔（全身麻酔手術）超音波・冷蔵庫を導入したい。また電気は現在ジェネレーターで得ているが、ガソリン調達の都合からソーラー発電機を入れたい。周辺地区についてはガラマ地区は7つのヘルスセンターを調査する予定。これによりワクチン接種・巡回診療のアウトラインを作成。

～7月6日毎日新聞より～

ルワンダの反政府勢力、ルワンダ愛国戦線（RPF）は4日、首都キガリの政府軍主要支配地域をすべて制圧し、首都全域を勢力圏内に置いた。フランス軍は、従来の人道支援に限った作戦から「RPFの侵攻を阻止する」指令を発令。フランス軍とRPFが全面対決する恐れが出てきた。

■ルワンダ難民救援医療活動報告

最終レポート、ンガラマ医療プロジェクト イン ルワンダ

ルワンダ・プロジェクト 吉田 修

1994年7月9日 at Kabale

1) ンガラマ地区の医療の現状

RPF (反政府軍) の支配地域である。今のところ危険を感じた事はない。RPF も AMDA に協力的である。医療施設は政府軍に破壊され、医療器具は持ち去られた。

A ; Ngarama hospital

この地区の中核となる病院で、150床ほど、毎週、外来1000~1200人を、診療し、入院約100人を受け入れる。外来の50~60%、入院の80%がマラリアであり、しかもそのほとんどはもっとも危険な熱帯熱マラリアである。(外来患者の毎週の統計は別紙)入院の内訳は、マラリアのほか、戦争による外傷(銃、爆弾等)8人(4人は子供)、分娩、流産(マラリアによるものが多い)、肺炎、栄養障害、破傷風、髄膜炎、下痢、精神障害(戦争のトラウマか)などである。輸送手段もなく、重症患者はカゴに乗せられ4人でかついで運ばれる。

スタッフは41人で、医師1人(Dr. Bucyana)、医療助手4人、看護婦3人、助産婦1人、臨床検査技師1人、ソーシャルワーカー2人、秘書1人、etc.である。外来は医療助手が担当する。Dr. Bucyanaは病院全体の管理、回診(月、水、金)、重症患者の治療、小手術、この地区(難民キャンプも含む)の保健全般を担当する。したがって、超多忙である(と言うより、すべてをこなすのは不可能)。

手術室は、帝王切開までは可能であるが、麻酔器、気管内挿管セット、モニターはなく、すべてケタミンか、局麻で行っている。腹膜炎、腸閉塞等、緊急患者が発生した場合、もしトランスポートがあっても悪路を2時間近く走らねばならず、開腹手術にも対応できることが望ましい。滅菌には径60cmほどの圧力鍋を使っているが、燃料のプロパンガスが供給されず困っていた。AMDAが灯油ストーブと灯油を支給し、現在はうまく行っている。

検査室は顕微鏡を1台備えており、毎週、血液塗抹250件、検便50件、検尿25件、検痰15件程を、1人の検査技師がこなしている。すべてのマラリア患者に確定診断を下すことが理想であるが、とても患者の数に追いつけない。もう1人検査技師ともう1台顕微鏡を備えたい。ギムザ染色液やスライドグラス等も不足している。検査結果を書く紙さえ足りない。

レントゲンはあったが、政府軍に略奪された。肺炎や骨折、骨髄炎も多く、ぜひ再装備したい。

最も貧窮しているのは薬品である。今まで赤十字が不定期に供給していたが全然足りなかった。主に抗マラリア薬、抗生物質、寄生虫治療薬、皮膚病治療薬(scabies etc.)、ビタミン剤、解熱剤、ORS、輸液等が必要である。1週間の必要量を別紙に示す。(薬局の責任者が造ったものであるが、患者数から割り出した量とほぼ一致する)クロロキン

だけでも週6000錠必要である。定期的、安定的供給がぜひとも必要である。注射器、針、ガーゼ、テープ等も、もちろん足りない。

病棟には、まずベッド、マットレス、毛布が不足している。2人の患者が1つのベッドを共有している。血圧計、体温計などはいくらあってもいい。セッケン、トイレやリネンの洗剤も必要である。

水は手術室にのみほぼ常時供給されているが、その他の場所では断水することが多い。水道のことはICRC(赤十字)がやってくれるらしい。電気は発電機で午後6時より3時間ほど使用可能であるが、ガソリンが買えず、AMDAが供給している。夜間に急患も多く、発電機もいつでも回せるべきである。できればソーラーシステムの導入が理想的である。(導入後の経費が0、ガソリンを自力で買い続けることは不可能、隣のSOSが運営する孤児院にはすでに導入済みで、冷蔵庫をワクチン保存のために借りている)

栄養センターがあり、専門のスタッフもいるが、肝心の食糧が買えず、栄養指導するに至っていない。

もう一つ重要なことは、スタッフが給料をもらっていないということである。彼らのほとんどは国内難民であり、何も財産をもっていない。AMDAはまず彼らの生存に協力しなければならない。(スタッフの名簿は別紙)

要するに、現在ルワンダは無政府状態で誰も病院に必要な経費をもって来てくれない。

B. Nyagahita health center

Ngaramaより北東へ13km、近くに6000人のキャンプもあり、1日250~300人の外来患者を抱える。医療スタッフはたったの4人、外来患者の一部は診療してもらえず次の日にまた来ている。病棟はあるが、マットレスも毛布もなく、スタッフの不足もあり入院は取っていない。しかし、脳性マラリア等の重症患者はいるはずである。顕微鏡はなし。ここだけで毎週クロロキンを3000錠消費する。もちろん安定的には供給されていない。

C. Nyagahanga health center

Ngaramaより南西へ14km、外来患者は1日60~80人、ベッドは100ほどあるが、その3/4はマットレスがない。医療スタッフは2人(全部で8人)。視察に行ったときはクロロキンさえなかった。滅菌用の燃料が無かったため、灯油ストーブと灯油を支給した。

D. Gituza health center

Ngaramaより南南西15km、ここは建物とスタッフ9人がいるだけで、全く機能していない。どこからも何も供給されていない忘れ去られた所。しかしEssential drug kit, maternity kit, minor surgical kit, などがあれば、いつでも始められる。スタッフハウス有り。

E. その他、6カ所の医療施設があるようだが機能しているかどうか不明。

F. 国内難民キャンプ、(3カ所以上、18000人?)

Nyagahita camp 6000人(ワクチンの対象となる小児240人)、

Ngarama camp 数百人、Gituza camp 600人。栄養状態、衛生状態は不明、ワクチン

がなされていない事は確か。まだこの地区には赤十字の配給は無い。土地、財産を持たず、生産手段も無い。現在も人の移動が激しく現状を把握しにくい。

G. 地域住民

かなりの住民が政府側民兵、あるいはRPFに殺されている。特に男性が殺され、働き手を失った。財産らしきものは略奪された。行政の機能が停止しており、保険活動は行われていない。AMDAとしては、人口、健康状態を調査したい所であるが、RPFに拒否されると思われる。

H. SOS運営の Ngarama 孤児院

100人以上の孤児を收容、テント20を増設中で1000人を越える規模になる。

2) プロジェクト内容

a. 視察していない医療施設、難民キャンプの調査

b. Ngarama hospital の再建

- *薬品、医療器具、燃料、マットレス、その他の消耗品の安定的供給
- *設備の充実（顕微鏡、手術器具、麻酔器、レントゲン、ソーラーシステム）
- *栄養センターの再開（食糧の供給だけでよい）
- *スタッフの教育、補充
- *スタッフへの給料の配付（食糧その他の現物で支給することがNGOとRPFとの間で決められた。一人当たり月15ドル。）

c. 既に機能している health center への支援

- *bに準じるが、大きな設備は不要
- *重症患者の Ngarama hospital への輸送

d. 機能していない health center の再開 (one by one)

- *essential drugs kit, minor surgical kit, maternity kit の支給
- *cに準じる

e. 国内難民、地域住民への保険活動

- *食糧の配給を赤十字などにやってもらう
- *栄養、衛生指導
- *ワクチン接種（今週より麻疹ワクチン接種開始、次に三種混合予定）
- *農機具、種子、鶏の配給、

注：もともと肥沃な土地であり、農耕できるチャンスがあれば栄養障害は起こり得ない。（土地の所有の問題はあるが）今後の発展のために最も重要なポイントである。マラリアの発生を減らすには、蚊を減らすことが肝要である。農機具を用い、水たまりを埋め、雑草を刈ることを指導したい。クロロキンを配給することは後手の医療である。

f. SOS孤児院の孤児の健康管理

ここでも毎日マラリアが発生している。麻疹、百日咳、赤痢などとともに予防したい。

<協力関係にあるNGO>

1) SOS

孤児院を運営、非常によい関係にある。物資の輸送をスムーズにやってくれる。ナイロビに事務所をもっておりモンバサからでも運んでくれる。無税。日本からコンテナ輸送可能。ゲストハウスも提供してもらった。ワクチンも冷蔵庫で保存してもらっている。シスターアネステーゼはこの町の顔役であり、RPFに対してもパワーがある。とにかく困ったときはSOS。

2) PSF (日本語にすると国境なき薬剤師団)

AMDA活動地区での薬品の補充を毎週訪問の上、全面的に無料で行ってくれる。ただしAMDA自身でできるようになるまで。

3) 赤十字 (ICRC)

薬品の配給を不定期で行っていた。今後も緊急の時には薬を融通してくれる。水道、電気の専門家を Ngarama hospital に派遣している。難民キャンプへの配給は最も強力。

4) ユニセフ

ワクチンを供給。AMDAは Essential drugs kit などもここからもらえる予定。

Ngarama hospital 調査中、たまたま fatal distress (臍帯が首に巻き付いていた) の症例があり、帝王切開にて救命した。この機会を与えてくれたことを感謝したい。

Dr. Ionita と coordinator Mr. Schneider を迎え、AMDAのルワンダでの活動が成功し、多くの命を救うと確信する。



経過報告

看護婦

妹尾 美樹

私の方は現場の調査に入ってから1か月過ぎようとしています。

運転手・通訳を雇い車の管理など不慣れなことをしている為か、元気に楽しく生きていこうとする力が不足気味になってしまいました。2度と戻らない20代の花の盛りの日々(?)をこのモザンビークで過ごして良いものかと毎晩ホテルのベッドで考えたり、いくら勉強してもなかなか上達しない私のポルトガル語に腹が立ち、ふて寝をしてみたりそれでも仕事の帰りに果てしなく続く綿花畑やハエのたかる牛の黒いお尻りをしていると、ここでやっていこうと思ってしまう今日この頃です。何故か体だけはピンピン元気なので頑張っていけそうです。

6/1~6/17まで実施されたchokweにおけるワクチンキャンペーンに同行し状況を視察してきました。今回それを報告したいと思います。

Chokweでは2つのワクチングループを構成し、北部地区・南部地区をそれぞれ担当し3日/Wの日程で各村々をまわりました。私は南部地区担当のグループに同行しcotsuane, massavase, chiembene, chiguidela, chalucwane, zuga の6ヶ所でワクチン接種を行いました。

ワクチングループのスタッフは、看護婦(士)4名、アシスタント3名、運転手1名1台の車でまわります。Health Centre 及び Health Post のある地域ではその場所を拠点としない地域(custuane, zuga)では村の広場で実施しました。(以下項目別に報告します。)

1、地域住民への情報伝達

地域の村長にあたる人物にワクチン実施日、対象者(0~5才児、15~49才女性)実施場所を伝達し、住民に伝達してもらう方法をとっている。しかし口頭伝達の為、全ての住民に伝達できていなかったり、内容が間違っていたりすることがあった。chilembeneのみ伝達が上手くできておらず住民が集まらず2度訪れる結果になった。また実施当日に情報を得たというケースも少なくない。

2、地域住民への教育

各地域でワクチン接種前に看護婦(士)による説明指導が行われる内容は、ワクチンの必要性・日常生活における衛生面の注意事項(手を洗う、煮沸した水を飲むetc)子供の下痢や破傷風など疾患についてHP, HCに行く必要性、ワクチン記録カードや乳児の成長記録カードの説明、住民から質問がでたりと、熱心に聞いている様子である。地域住民が集まる機会は少ないので、ワクチン接種の場を利用するのは効果的だと思われる。

3、ワクチン接種

<ワクチンの内容>

出世児～BCG・ポリオ 2か月～DPT(1) ポリオ(1) 3か月～DTP(2)
ポリオ(2) 4か月～DTP(3) ポリオ(3) 9か月～麻疹 15～49才女
性～破傷風(5回接種)

各自のワクチンカードを点検、記録してから接種する。注射針は各自交換するが注射器は、ワクチンの種類にとって使いわけが、同一のものを使用。注射の手技上は特に問題はないが、アルコールの不足の為、注射部位の消毒はなし、綿花のみ使用。注射針も数に限りがあり、途中で煮沸消毒を行い使用する。

ワクチンも最終日に近づくにつれ、在庫がなくなりいろいろな所から調達して持参していたが、chokweの在庫がなくなり破傷風接種できない住民がかなり出た。問題は地域の住民の人口を把握できず必要なワクチンが確保できない(戦後戸籍登録がきちんとされていない) Maputoから各地へのトランスポートがきちんとされていない、ということである。

4、スタッフに関して

各自仕事を分担して実施、看護婦3名～ワクチン接種、看護師1名とアシスタント3名が乳児の体重測定とワクチンカードの記入を担当。しかしアシスタント3名は十分に仕事を把握していないトレーニング中の人々で記録に関しては看護師1名が主に担当している。住民数が多いと長い列が出来てしまう。

5、ワクチン接種状況

6/3	cotsuane	180名	6/13	chalucwane	100名
6/6	massarase	250名	6/15	chilembene	500名
6/8	chilembene	延期	6/17	zuga	100名
6/10	chiguidela	350名			

6、今後の課題

*情報伝達を確実に言う

*地域住民の人口を正確に把握する *キャンペーン実施前の物品の確保、補充

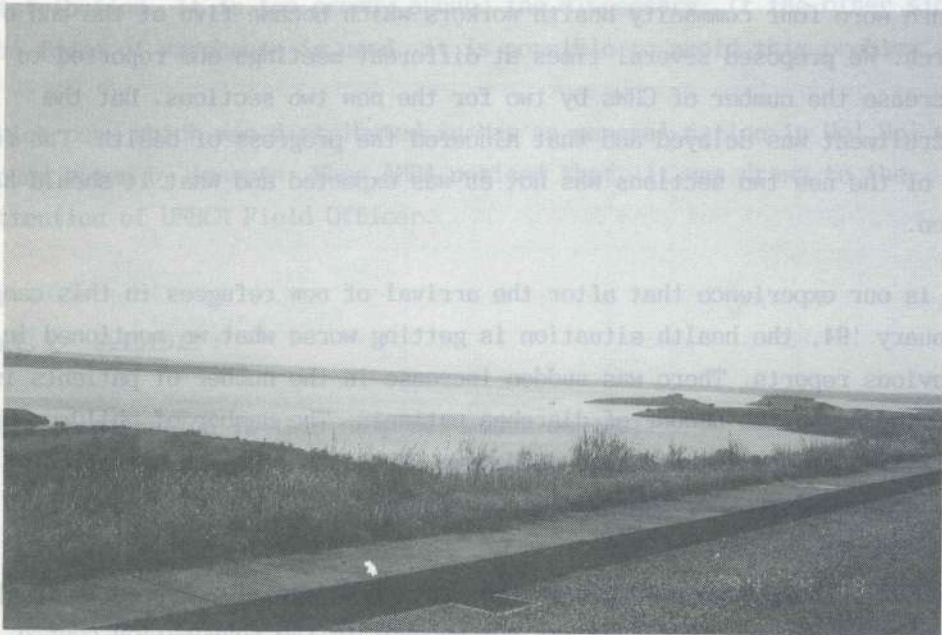
*スタッフの養成

*計画的なキャンペーンの実施

HC及びHPでもワクチン接種を行っているが、やはりそれだけでは充分ではなく又、医療施設のない地域には、定期的なワクチンキャンペーンが必要と思われます。それには医療関係だけでなく、人口を把握する行政機関との密接なかかわりが重要で現在10月の選挙にむけて登録が行われており、今後状況改善に期待出来ます。



吸引ユニット



ダム湖

アリサビエキャンプ 5月マンスリーレポート

SITUATION REPORT

MAY 1994

HOL HOL :

From the beginning of this month the incidence of diarrhea was increasing. Among the feeding program children, specially children under therapeutic feeding program, this incidence increased significantly. Severely malnourished children who come under this program, from medical point of view, they are the most vulnerable group and are susceptible to all sorts of infections specially gastroenteritis and respiratory tract infection. Because, they have very low body resistance. Environmental sanitation, personal hygiene of mothers of these children, feeding habits, quality of food supplied to them and nutritional value of those food staffs play significant roles. Lack of other facilities like drinking water, latrines, garbage disposal pits may also contribute for worsening this situation.

Lack of health facilities like shortage of health personnels is also an important factor for this. Since the arrival of new refugees in this camp, there were four community health workers which became five at the end of March. We proposed several times at different meetings and reported to increase the number of CIWs by two for the new two sections. But the recruitment was delayed and that hindered the progress of health. The follow up of the new two sections was not as was expected and what it should have been.

It is our experience that after the arrival of new refugees in this camp in January '94, the health situation is getting worse what we mentioned in our previous reports. There was sudden increase in the number of patients in the OPD including the number of diarrhea patients. The number of children under nutrition program became high suddenly. The general health situation of the new comers was poorer than old population.

CHOLERA : There was one death in the tent of severe diarrhea early in the morning on May 14, 1994 . He was not brought to the rehydration centre. The mother of the deceased got admitted into the rehydration centrer on the same day in the morning who was suspected as cholera. The deceased was considered as a case of cholera although we have not seen the case. But the history we

got and as the mother was also suspected as cholera, the death was considered as a case of cholera. Stool samples were sent to Djibouti on May 15, 1994 for laboratory confirmation. One out of three samples was *Vibrio Cholerae* positive and we notified this on the same day to related agencies. The site for CTC was selected on May 17, 1994. We had to face many problems for this, because of opposition came from the nearest sections although there was no problem from health point of view.

On May 16, 1994, one emergency meeting on diarrhea situation was held in Hol Hol. The chief of military, the village commissioner, UNHCR field officer, community health and training program officer of ONARS and AMDA participated that meeting. On the same day, there was another meeting in the afternoon at AMDA office in Ali Sabieh about the diarrhea situation in this camp where UNHCR field officer, the community health and training program officer of ONARS, AMDA members including its local counterparts were present. The chief of military promised to ensure regular supply of water for CTC but it never happened and finally it was arranged on May 24, 1994.

(Please see annex - 2 for cholera report)

As the food distribution centre is adjacent to the dispensary, during food distribution, it is too crowded around the dispensary. If the other side of the fence of warehouse is used, it is possible to avoid this problem.

Chick peas which was distributed in May as general ration in Hol Hol was found eaten by insects. When AMDA noticed that, it was drawn to the attention of UNHCR Field Officer.

ALI ADDE :

Cholera situation in this camp was under control.

(Please see annex - 1 for cholera report)

School feeding program has been started from this month and it is going on smoothly with cooperation of the school teachers.

There was shortage of kerosene for feeding program.

Dry supplementary ration was distributed with milk (DSM)

ソマリア難民救済医療活動報告

As there is cholera, AMDA paid daily visit to this camp including the holidays. We must appreciate the CTC staffs and other health workers for their hard labour.

Feeding centre of this camp didn't have water reservoir and one was provided for this centre. It was found defective and was repaired but water is not being provided although one water lorry is there in this camp for fetching water. We would like to draw the attention of the related agency for this.

Feeding centre tent needs to make stronger and concrete base will be made to fix its iron poles so that it can not be fallen down by strong wind.

AOUR AOUSSA :

Health situation of this camp was totally stable. Mortality of this camp in this month was nil which is a very good progress indicator.

Still the number of patients in the OPD is very high and it is increasing with the commencement of summer.

The MCH tent has been shifted from previous one to newly built big one. It has been divided into three parts: one part for vaccination and ante-natal check-up, one part is for weight monitoring and the smallest part for surgical dressing. As the latest has been shifted from the dispensary, now it is more spacious and less crowded than before.

The tents of feeding centre are old and was torn before by strong wind. If there are new tents, it's better to change these old ones.

The water container for nutrition program has leaks. As it is the biggest feeding centre, it should be changed as soon as possible.

ASSAMO :

Overall health was stable. There was no emergency. We strongly recommend to arrange one water container for the feeding centre to remove its chronic scarcity of water for nutrition program and to meet the extra demand for school feeding program.

FEEDING CENTRES

MAY '94

THERAPEUTIC FEEDING PROGRAM

(Table - 1)

	A.Aoussa	A.Adde	Assamo	IloIloI
Children at the beginning of May	10	8	3	17
New admission	2	3	0	6
Re-admission	0	0	0	0
Transfer from SFP	1	1	0	1
Discharge	0	2	2	0
Transfer to SFP	2	0	0	3
Deaths	0	1	0	2
Children at the end of May	11	9	1	19
Defaulters	0	0	0	3
Children with edema	0	1	0	4

SUPPLEMENTARY FEEDING PROGRAM

(Table - 2)

	A.Aoussa	A.Adde	Assamo	IloIloI
Children at the beginning of May	46	33	17	21
New admission	12	5	1	4
Re-admission	2	4	0	0
Transfer from TFP	2	0	0	2
Transfer to TFP	1	1	0	1
Discharge	3	7	2	1
Deaths	0	0	0	0
Children at the end of May	58	34	16	25
Defaulters	2	4	0	5

= The number of deaths, defaulters and number of children with odema (indicates severe malnourishment) under feeding program is still the highest in IloIloI camp.

- Health situation of Ali Adde nutrition program is getting better. Number of children under TFP is getting less and all children under TFP are gaining weight.

THE THERAPEUTIC FEEDING PROGRAM

- = There was one death in nutrition program of this camp. The child got diarrhea and was brought to CTC twelve hours after she started diarrhea with severe dehydration and shock. She was under TFP.
- = Dry supplementary ration for the vulnerable population has been distributed in all camps after mixing CSB with DSM. One kilogram of DSM was mixed with 2 kilogram of CSB for each person.
- = In Hol Hol, many people were found who are supposed to come under vulnerable category, were not enlisted. When it was investigated, it was found that they don't stay in camp regularly. Some of them complained even they don't receive ration.
- = School Feeding program has been started in Aour Aoussa and Ali Adde from this month and it will be started in other two camps from next month. The main problem we faced for this program is sugar and fuel. As this is an additional program, extra sugar and fuel should be ensured, otherwise the regular program will be hampered.
- = In Assamo and Hol Hol, as the number of school children is high, it will be an extra load for the feeding centre staff. As they agreed to do this, we expect very good cooperation from schools. School teachers should come forward and should extend their hands to make this program successful.
- = In Assamo, there is no water reservoir for feeding centre. For school feeding program, about 150 litres of water is needed everyday. The school teachers were requested to provide some elderly students, so that they can help fetch water from the well. But there was no such effort for this so far. We strongly recommend to find out one permanent solution of water for feeding centre in this camp.
- = Feeding centre tent in Ali Adde needs to be built stronger as it can not be collapsed by strong wind. The kitchen needs a shade just outside, as the staffs can work there under shade. Water for feeding centre is not supplied although there is a reservoir for the centre.

WEIGHT MONITORING

(Table - 3)

		<70%		70 - 75%		76 - 80%		>80%	
		TFP	SFP	TFP	SFP	TFP	SFP	TFP	SFP
G	A. Aoussa	0	0	4	1	1	13	3	22
	A. Adde	2	0	2	1	2	3	3	16
I	Assamo	0	0	0	4	3	1	0	2
N	Hollol	0	0	6	1	1	3	2	4
S									
T	A. Aoussa	2	0	0	2	0	7	0	1
	A. Adde	0	0	0	0	0	4	0	6
T	Assamo	0	0	0	2	0	1	0	0
I	Hollol	6	0	5	3	0	3	0	0
C									
L	A. Aoussa	3	0	0	4	0	3	0	4
	A. Adde	0	0	0	1	0	0	0	1
S	Assamo	0	0	0	3	0	2	0	1
T	Hollol	2	0	2	4	0	2	0	0

Percentage of children: weight GAIN/STATIC/LOST

(Table - 4)

	Total*	Gain	Static	Lost
A. Aoussa	70	62.9%	17.1%	20.0%
Ali Adde	41	70.7%	24.4%	4.9%
Assamo	17	58.8%	17.6%	23.5%
Hollol	44	38.6%	38.6%	22.7%

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

Top ten diseases have been picked up

URTI - Upper Respiratory Tract Infection

LRTI - Lower Respiratory Tract Infection

UTI - Urinary Tract Infection

DSR FOR VULNERABLE POPULATION (Table - 5)

	Preg.	Lact.	TB	Ad.MN	Total
A.Aoussa	144	180	95	40	459
Ali Adde	85	175	15	17	292
Assamo	34	115	00	17	166
Hol Hol	139	268	15	22	444
Total	402	738	125	96	1,361

DSR = *Dry supplementary ration*

Ad.MN = *Adult malnourished*

ADULTS UNDER WSFP

(Table - 6)

Camp	Preg.	Lact.	Ad.MN.	TB	Total
A.Aoussa	0	8	14	0	22
Ali Adde	0	0	6	4	10
Assamo	1	1	9	0	11
Hol Hol	7	4	6	4	21
Total	8	13	35	8	64

WSFP = *Wet Supplementary Feeding Program*

Adult malnourished under this program are almost all old people, who, in most of the cases are unaccompanied. The number is increasing after AMDA has done screening for vulnerable population in all camps in February 1994. They have been identified and whenever it is needed, they are brought under the nutrition program.

MEDICAL STATISTICS

May 1994

(Table-10)

	A. Aoussa	A. Adde	Assamo	Hol Hol
Popn. April '94	7546	11128	6175	10216
New comers	0	0	0	84
Births	13	6	4	13
Deaths	0	4	0	11
Popn. May '94	7559	11130	6179	10302
No. of patients	2121	868	1028	2860
Referral cases	29	6	1	10
Number of <5yrs	530	647	517	644
No. of pregnant	125	88	32	135
No. of lactating	176	175	119	268

MORBIDITY

(Table 11)

DISEASES	Aour Aoussa		Ali Adde		Assamo		Hol Hol									
	<5yrs	>5yrs	<5yrs	>5yrs	<5yrs	>5yrs	<5yrs	>5yrs								
	M	F	M	F	M	F	M	F								
URTI	19	18	156	117	28	18	54	21	59	51	48	48	140	160	155	207
LRTI	75	81	76	158	8	4	5	3	25	35	32	35	0	0	29	11
Diarrhea	18	13	10	11	18	8	4	5	19	32	3	2	235	215	52	50
Dysentery	45	34	41	34	17	10	2	2	10	5	6	3	46	48	31	17
Anemia	17	11	29	269	3	6	23	15	6	5	14	21	48	83	108	104
Helminthiasis	12	4	35	52	5	7	13	20	7	2	6	5	0	0	9	4
UTI	0	0	24	30	0	0	47	56	0	0	9	30	0	0	21	33
Skin diseases	9	5	23	33	7	8	21	14	1	3	10	7	0	0	15	14
Eye diseases	6	5	23	37	13	10	17	12	2	7	8	6	42	39	36	12
Ear diseases	10	11	22	19	23	9	6	5	10	7	5	7	43	55	21	14
Total	1592		547		591		2097									

Top ten diseases have been picked up

URTI = Upper Respiratory Tract Infection

LRTI = Lower Respiratory Tract Infection

UTI = Urinary Tract Infection

MORTALITY REPORT

MAY '94

(Table - 8)

Cause of death	A.Aoussa		Ali Adde		Assamo		Hollol	
	<5y	>5y	<5y	>5y	<5y	>5y	<5y	>5y
RTI	-	-	-	2	-	-	1	-
Diarrhea	-	-	1*	-	-	-	6	1**
Malnutrition	-	-	1	-	-	-	1	-
Neonatal death	-	-	-	-	-	-	-	-
Maternal death	-	-	-	-	-	-	-	-
Others	-	-	-	-	-	-	1	1
Total	-	-	2	2	-	-	9	2

* died of cholera, he was under nutrition program.

** First cholera suspected case, died in his tent.

CRUDE MORTALITY RATE (CMR)* IN EACH CAMP

(Table - 9)

Camp	Camp population	Deaths number	CMR	pop <5yrs		Deaths <5yrs	
				Number	% of total	Number	CMR
A.Aoussa	7546	0	0.00	530	7.02	0	0.00
A.Adde	11130	4	0.12	647	5.81	2	1.03
Assamo	6179	0	0.00	517	8.36	0	0.00
Hol Hol	10302	11	0.56	644	6.25	9	4.66
Total	35157	15	0.14	2338	6.65	11	1.57

* Deaths/10,000/day

In this month, the number of death in Hollol camp increased and the highest among four camps. The main cause of this higher mortality in this month is death among under five children which is 9 among 11 deaths. Most of them were from new two sections 'G' and 'H'. Some of them had diarrhea or respiratory tract infection which seem to be the obvious cause of death. One important remark in this connection is the irregular attendance of feeding program children. CHWs for these sections should give a keen eye to this matter and extend their hands to improve the situation. Mothers should be motivated to come regularly to the feeding centre.

WHOより送られたAMDAへの感謝状

WORLD HEALTH ORGANIZATION

Regional Office
for the Eastern Mediterranean
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE
Bureau regional de la Méditerranée orientale
Bureau du Représentant



مَنْبَطُ الصَّحْتِ الْعَالَمِيَّةِ

الكتب الإقليمي
لشرق البحر المتوسط
مكتب ممثل المنظمة

9 May 1994

In reply please refer to:

Prière de rappeler la référence: WR.DJI 05/19

Dear Dr Kuntal,

On Behalf of the WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean Region, I would like to congratulate you for your valuable work in refugee camps in Ali-Sabieh District.

In the case of Tuberculosis, please find the enclosed WHO booklet on the treatment for your information and use.

Best regards,



Mrs Edna Adan Ismail
Représentant de l'OMS

Dr Kuntal Kumar Saha
Medical Coordinator
B.P : 6
Ali-Sabieh
DJIBOUTI

Encl. : As stated above;

ص.ب ٢٠٨٥ جيبوتي - ت: ٣٥٠٦٢٩ - برقياً: يونساني جيبوتي - تلكس: ٥٩٤٨
B.P. 2085 DJIBOUTI TEL. 35-06-29 TELEGRAMME: UNISANTE "DJIBOUTI" TELEX: WHO 5948 DJ

エイズトレーニングプログラムレポート (1月～4月)

PREFACE :

There was a seminar on AIDS by WHO in Djibouti in May 1993. Many national and international organizations participated that seminar. Main focus of the seminar was to make people aware of the facts about AIDS and how to prevent AIDS under national AIDS program. AMDA was invited and participated that seminar and was proposed by WHO to conduct one AIDS training program in refugee camps in Djibouti. AMDA responded and submitted the project proposal to WHO. It took long time to get any answer from WHO whether they accepted the proposal or not. Then we received the acceptance letter from WHO requesting AMDA to conduct AIDS training program in the refugee camps in the district of Ali Sabieh in Djibouti. Finally, the contractual service agreement was signed on December 15, 1993 where both parties agreed upon several issues.

PREPARATION :

We planned to start the training program from January 1994. The duration of the program was four months (January - April 1994). We fixed our schedule of program and it was once a week in each camp. It was designed in this way, so that we can get enough time to convey all important informations on AIDS to the participants. And at the same time, the participants can be able to recapitulate the messages given to them.

SELECTION OF PARTICIPANTS:

During the first week of January we selected participants for this training program. There are many health workers, volunteers and enthusiastic people who were willing to join this. We fixed some criteria for the participants and selection process was done according to that. In all camps ten participants were selected. Two nurses, one auxiliary nurse, five community health workers, one MCH nurse, one nutrition program supervisor and in some camps one or two volunteers were in those ten. Finally, we could not stick to our policy of ten participants and we included some more participants in some camps.

PRETEST:

It was an open discussion with the selected participants with prepared questionnaire to assess the preknowledge of the participants. It was quite an interesting and encouraging session for us. We found some participants in some camps who really know many facts about AIDS and these sessions in different camps gave us idea in preparing lectures and handouts for them.

"NAME LIST OF PARTICIPANTS"

AOUR AOUSSA:

1. Sabit Omar Zeilla ----- Nurse-in-charge
2. Fathia Abdillahi Elmi --- Nurse
3. Nouria Wais ----- MCH nurse
4. Fassil Aga ----- Nutrition program supervisor
5. Lulu Tadasse ----- Rehydration centre staff
6. Workineh Assefa ----- Community health worker
7. Hussein Sheik Kasim ----- " " "
8. Nour Ahmed Mahmoud ----- " " "
9. Mohamed Ahmed Mohamed --- " " "
10. Mostafa Farah ----- " " "

ASSAMO:

1. Borale Jama Warsame ----- Nurse-in-charge
2. Dahir Elmi Royale ----- Nurse
3. Fousia Dahir Abdullahi -- MCH nurse
4. Ali Abdi Atteyeh ----- Auxiliary nurse
5. Awale Abrar Adar ----- " " "
6. Omar Abdi Aden ----- Community health worker
7. Ahmed Mohamed Hassan ----- " " "
8. Diin Mahmoud Hoch ----- " " "
9. Mahamoud Awale Dini ----- " " "
10. Nimo Abdi Moussa ----- " " "

ALI ADDE: イズトレーニングプログラムレポート (1月~4月)

- It was an open discussion with the selected participants with prepared questionnaire to assess the project proposal and encouraging some camps who really know many different camps as they in preparation of the project.
1. Abdillahi Houssein ----- Nurse-in-charge
 2. Harbi Samrieh Darar ----- Auxiliary nurse
 3. Ali Hassan Rirarche ----- Auxiliary nurse
 4. Basara Said Darar ----- MCH nurse
 5. Mohamed Koule Farah ----- AMDA Interpreter/Rehydration centre staff
 6. Ismail Farah Dimbel ----- AMDA Interpreter
 7. Nimo Houssein ----- Community health worker
 8. Dirir Sougueh Rayaleh --- " " "
 9. Djibril Duale Dayane ----- " " "
 10. Omar Bahdon Diraneh ----- " " "

IIOL HOL:

1. Awale Ismail Mead ----- Nurse-in-charge
2. Ismael Ahmed Doudoub ----- Nurse
3. Fozia Awaleh Haga ----- Auxiliary nurse
4. Kadija Hassan Dirir ----- MCH nurse
5. Fatouma Ahmed Foureh ----- Nutrition program supervisor
6. Mohamed Abdi Atteyeh ----- AMDA Interpreter
7. Aswad Mead Nour ----- Community health worker
8. Hadayo Ararse Ali ----- " " "
9. Mouhoumed Abdi Ali ----- " " "
10. Omar Ali Mouhamed ----- " " "

SELECTION OF PARTICIPANTS:

OBJECTIVES :

1. To provide knowledge about AIDS and HIV.
2. To increase awareness about AIDS among refugees.
3. To educate how to prevent the spread of HIV.
4. To train the local health workers and volunteers how to educate refugees about AIDS.
5. To demonstrate how to use condoms.

DESCRIPTION:

Lecture was delivered once a week in all camps. Lectures were prepared and delivered in English and were translated into Somali on the spot by our local counterparts or interpreters. Hand-outs of all lectures were distributed in English and in Somali according to the need of the participants. Each lecture session was of one and a half hours to two hours. During distribution of stickers and posters AMDA members together with the participants went to the sections and other public places to post those. Many people from the community joined us and some times it was a big gathering specially in Aour Aoussa camp where we experienced the highest response. Condom distribution was done only in Aour Aoussa camp. Following is our chronology of this training program:

1. Pretest of the participants
2. Introduction on AIDS
3. Explanation of the message in stickers and in calendars and distribution
4. Spread and Transmission of HIV
5. Clinical features of AIDS
6. Treatment of AIDS
7. Explanation of the message in posters and distribution
8. Prevention of AIDS
9. Open discussion on previous lessons
10. Demonstration of use of condoms and distribution
11. Repeatition of previous lectures
12. Assessment test
13. Result of assessment test and certificate giving to the candidates
14. Video show for the participants on AIDS

All participants were given note books, ball pens, lecture hand-outs, certificates and course allowance.

There was a video show (Challenges In AIDS Counselling and The Faces of AIDS) for the participants of Aour Aoussa at AMDA office in Ali Sabieh.

ダル・ハナン産婦人科病院
再建プロジェクト

中古医療機器 寄付のお願い

アジア医師連絡協議会はジブチ共和国ダル・ハナン病院を再建するため、人材育成を中心としたプロジェクトに取り組んでいます。指導員としての専門家派遣に加えて医療機具を補充する必要がありますが、限られた資金内で十分な供給ができていません。

つきましては、下記の機具・消耗品に関してお心当りがございましたら、ぜひご寄付頂きたいと存じ上げます。

1. 滅菌器
2. ジアテルミー装置
3. 保育器
4. 蘇生器
5. 胎児心拍計
6. 顕微鏡
7. 分光光度計
8. 電気分解装置
9. その他検査器具
10. 手術器具・中絶セット
11. 妊娠検査キット
12. 内診用使い捨て手袋



分娩室

尚、手術用具等に関しましては詳細な必要器具リストがございますので、お問い合わせ下さい。

問い合わせ先：AMDA東京オフィス 夏目

(TEL 03-3440-9073; FAX 03-3440-9087)

****お手数ですがご寄付の際は必ず担当者と詳細をご確認頂く様お願い申し上げます。
(事前のご確認なしにご送付頂いた場合は返送させて頂く場合もあります。)**



ダル・ハナン産婦人科病院再建プロジェクト事業計画

1. 背景

ダル・ハナン産婦人科病院は1985年にリビア政府の援助により、手術室、レントゲン室、分娩室、検査室、給食室等を備えた近代的な産婦人科病院としてスタートしたが、それ以来約10年間十分な設備管理も行われず、病院側の管理能力不足、近代的な医療設備に対応できる人材の不足、慢性的な資金不足等の理由で、現在では壁・窓硝子等建物の破損に加えて医療設備が十分に活用されていない。検査技師やレントゲン技師、麻酔科医等の専門家の不在に加え、検査器具が他の医療機関に持ち出されていたり、レントゲンのフィルムや現像液などの消耗品の供給も全く行われていない。病院では通常分娩が行われるのみで産婦人科手術や検査が必要な時は市内のベルティエ病院に患者を移送、独自の近代的な設備が整っているにもかかわらずベルティエ病院に依存状態にある。

1992年隣国ソマリアの内戦により約10万人のソマリア難民がジブチに流入、ダル・ハナン病院にも都市難民の患者が溢れ患者の7割までも難民が占めるようになった。アジア医師連絡協議会（AMDA）は駐日ジブチ大使の要請を受けて1993年3月よりハナン病院での医療プロジェクトを開始、昨年度は医師1名助産婦1名を派遣、今年度に入り産婦人科医、麻酔科医、手術室看護婦、検査技師等を派遣してハナン病院の人材育成計画に着手した。ジブチ政府厚生省もAMDAの医療専門家を交えて委員会を組織、病院再建に乗り出そうとしている。

2. 長期的展望

ダル・ハナン病院を産婦人科病院として独自に機能できる病院にする。そのための人材育成・建物の修理・各病院機能の回復を行い、自分達で管理運営維持できる病院にする。

3. 1994年度の目標

手術室および検査室の機能を回復し、ハナン病院の医療スタッフが帝王切開、その他一般的な手術を行えるようにする。

4. 事業計画

本プロジェクトは人材育成を最大の目的とし、AMDAより産婦人科・麻酔科等の医師、看護婦、助産婦を派遣して病院医療スタッフのトレーニングを実施する（人材派遣計画については別表参照）。近代的な設備のみが与えられて放置されていた過去数年の反省に基づいて、病院設備を現地医療スタッフで維持運営できるように助力することが最優先と考えている。但し、人材育成に限らず、長時間放置されていたために使用不可能になってしまった医療器具・機器を購入する必要があり、滅菌器・保育器、蘇生器・その他手術に要する産婦人科用器具を補充、病院機能回復に必要なサポートを行っていく。

PHNOM SROUCH HOSPITAL

by Dr. Khun Son Chantha

The hospital in Phnom Srouch is situated 70 km from Phnom Penh in the province of Kampong Speu. The hospital was not very busy before 1992 because there were no doctors and very few patients. The buildings were old and in poor condition, there were only two or three beds, and the only medical personnel consisted of a few nurses. The majority of the region's villagers went to private clinics or sought the help of traditional Cambodian medicine.

In 1992, AMDA came to Cambodia to bring medical help. At this time, AMDA's projects in Cambodia include: a child daycare in Kampong Speu province 20 km from Phnom Srouch, the establishment of a psychiatric ward in Preah Norodom Sihanouk Hospital in Phnom Penh, and the hospital in Phnom Srouch about which I shall write in more detail.

The hospital's infrastructure has been much improved under AMDA; the preexisting buildings have been renovated and a new building containing a laboratory, a pharmacy, a minor surgery room, a room for obstetrics and gynecology, a pediatrics ward and a meeting room for the staff has been built. Additionally, a solar panel, toilets and a well have installed. AMDA also provided medical instruments, patient beds and an ambulance. The staff has increased considerably and includes several Cambodian doctors and an expatriate doctor. The technicians and nurses have also benefited from further training.

Benefits for the villagers are numerous: free consultations, hospitalizations and medications, 1000 Riel (about \$0.40) per day for food for hospitalized patients (provided by the Cambodian government). The hospital serves as a base for a UNICEF sponsored vaccination program and for the distribution and impregnation of mosquito nets provided by the Centre National de Malaria in Phnom Penh.

However the security situation in Phnom Srouch is not assured because of incursions and attacks by the Khmer Rouge on the market situated 300 m from the hospital. Nonetheless the hospital's activity is booming and many villagers are treated each week.

These past few days AMDA Cambodia has received many visitors including Japanese journalists, Canadian and Japanese students and visiting doctors. AMDA Cambodia will always be ready to receive all visitors interested in our organization.

小児病棟回診中の
Dr. Sody (中央)と
Dr. Chantha (左)



診察を待つ人々。
Phnom Souch郡
病院小児科診察室
(中央の部屋)前
にて。左の部屋は
小児科病棟。



診察を待つ患者さん達
Phnom Srouch郡病院



ACTIVITIES OF AMDA CAMBODIA IN JUNE, 1994

Dr. Narayan B. Basnet

AMDA is directly involved with Phnom Srouch District Hospital since October 1992, and the project is now in its 21st month. Thanks to AMDA's support, the hospital is now providing health services to the people and is now one of the model district and community health activities such as vaccinations, a mobile clinic, and a community mosquito net reimpregnations programme. Every day an average of 86 patients visit the hospital for consultations and medications. AMDA is very active in training health workers. Now AMDA is trying to optimize the use of locally available resources for hospital and community development. AMDA is also supporting a mental health project in Sihanouk Hospital in Phnom Penh and is running a day care centre in Phnom Srouch.

In June there were 16 consultation days and 4 training days. Security problems prevented us from working at the hospital for one day. A total of 2858 individuals benefited from the various hospital activities of which 1626 received hospital treatment.

The activities of AMDA Cambodia are given below:

DISTRICT HOSPITAL ACTIVITIES

A. CLINICAL SERVICES

a. OPD services: Pediatric cases	541
Adult cases	841
b. Emergency cases	24
c. Minor surgical cases	72
d. Obstetrics / Gynecological cases	59
e. Inhospital services: Pediatric	30
Adult	36
f. Referral cases	23
TOTAL	1626

B. LABORATORY SERVICES

a. Blood smear for malaria: Positive	249
Negative	157
b. Sputum for TB: Positive	7
Negative	7
TOTAL	420

C. COMMUNITY SERVICES

a. Immunizations	808
b. Mobil clinic	4
TOTAL	812

HOSPITAL AND COMMUNITY SERVICES: 1626+420+812-2858

A total of 23 patients were referred to Kompong Sped Provincial hospital and

Central Hospital in Phnom Penh, 2 patients left against medical advice and 3 patients died during the course of treatment.

In this month 1392 patients were seen on an OPD basis. The number and distribution of and pediatric cases is given below:

SYSTEM / NAME OF DISEASE	PEDIATRIC	ADULT	TOTAL
A. Infectious diseases			
Malaria	76	173	249
Worm infection	44	67	111
Amoebic / bacillary dysentery	31	23	54
Enteric fever	12	24	36
Diarrhoea	20	3	23
Auto Gootroonerritic	2	7	9
Tuberculosis	0	8	8
Infectious hepatitis	2	2	4
PUO	7	7	14
Others	1	9	10
B. Respiratory System			
Pneumonia/ Dronchopneumonia/ARI	111	19	130
URTI	77	35	112
Chronic bronchitis/ COPD/ Asthma	2	8	10
Others	0	1	1
C. Alimentary and Biliary System			
Gastritis/ Acid peptic disease	0	69	69
Others	3	7	10
D. Genitourinary system			
UTI	3	30	33
Acute glomerulonephritis	0	6	6
Others	1	2	3
E. CVS/ Haemopoetic System			
Anaemia	4	3	7
Heart failure	0	7	7
Others	0	1	1
F. Connective Tissue/ Bones/ Joints			
Infected wounds	15	3	18
Abscess	7	5	12
Arthritis/ Arthralgia	0	11	11
Born injuries/ RTA	2	2	4

Bullet injures	1	2	3
Others	0	5	5
G. Central Nervous System			
Neuralgia	0	14	14
Paresis	0	5	5
Epilepsy	1	2	3
Othres	0	2	2
H. Asthenia and Neurasthenia	0	90	90
Mental Illness	0	1	1
I. Female Reproductive System			
Abnormal vaginal discharge	0	59	59
Infection of genital tract	0	37	37
Pregnancy related problem	0	15	15
Delivery related problem	0	2	2
Others	0	3	3
J. ENT Problem			
Acute tonsillitis/ pharyngitis	18	25	43
Acute/ chronic otitis media	25	0	25
Nasal problem	2	0	2
K. Eye Problems	13	6	19
L. Dental Problems	1	2	3
M. Burn/ Scald	2	0	2
N. Skin and Venereal Diseases			
Boil/impetigo/bacterial skin inf.	25	2	27
Scabies	9	5	14
Eczema/ dermatitis	2	5	7
Fungal infection	1	3	4
STD	0	5	5
Others	6	4	10
O. Nutritional Disorders			
Protein enrgy malnutrition	15	0	15
Beriberi	0	15	15
TOTAL	541	841	1382

Malaria is still the commonest (20.5%) problem in adult patients and lower respiratory tract infection is the number one problem (20.5%) in the pediatric population. The commonest problems in both age groups are malaria (18.01%), respiratory infection (9.40%) and worms infection (8.03%). The number of skin cases has increased in this month because of the availability of special consultation in skin problems and the provision of dermatologic medicines by AMDA. In spite of diagnostic, therapeutic and preventive intervention, malaria is

still the commonest problem. AMDA Cambodia is actively involved in both curative and preventive aspects of malaria (e.g. mosquito net reimpregnation and health education).

MENTAL HEALTH PROJECT

The number of psychiatric cases is increasing in Sihanouk Hospital. AMDA is currently making a garden in front of the psychiatric ward which will soon be finished.

DAY CARE CENTRE

Several fruit and palm trees have been planted on the day care centre compound.

MOSQUITO NET REIMPREGNATION

Since the beginning of the program, 1509 mosquito nets have been reimpregnated with Permethrin. During the course of the reimpregnation in the villages, the technicians provide health education about malaria to the local people.

OTHER ACTIVITIES

Dr. Matsuura Takao, an AMDA member from Chigasaki Tokushukai Hospital, Japan visited AMDA Cambodia. He saw and observed all the activities of the project sites that AMDA Cambodia is involved with (i.e. Phnom Srouch District Hospital, day care centre, and mental health project). We would like to express our sincere thanks for this visit.

Dr. Takako Yamada, pediatrician and advisor from JAICA to the Cambodia Ministry of Health, also visited the district hospital and appreciated the role of AMDA's expatriate doctor (i.e. the author of this report). Our best regards to Dr. Yamada for her visit.

Miss Charanai, a Cambodian nurse who has trained in Japan has joined AMDA Cambodia for 2 months. She will learn about the different hospital activities and we wish to thank her for her invaluable suggestions for improving the hospital.

Mr. Yousouf Peebaye, a medical student from the University of Toronto, Canada will be with AMDA Cambodia for two months. Yousouf is involved with the district hospital activities such as the education of health care and is also undertaking a study of malaria in the area.

Church World Services (CWS), a NGO, provided bed mats and bed sheets for the district hospital; sincere thanks to CWS.

Wishing all the success to all the members of the AMDA community.

精神医療プロジェクト近況—日本編—

現地調整員

岩間邦夫

長い時間をかけて準備してきたシアヌーク病院に於ける精神科病棟が、5月16日によりやくオープンしました。初日の外来患者は5人。現在、カンボジア人精神科医のケ・チュム氏と4人の病院職員（看護婦2名、看護師2名）が日常の診療に携わっています。今後引き続き医療器具や精神科薬剤の支援を継続しながら、病棟に面した庭を患者さん達のリハビリに利用できるよう整備する事や、精神看護のトレーニングコース設置の準備等を進めていく予定です。

病院を訪れる人達の事や日常の診療の様子などについては今後この紙面を借りておいおいお伝えしていく予定ですが、今回は筆者が日本に一時帰国中、精神医療分野に携わっている様々な人達とお会いした時の事を書きたいと思います。

93年8月からAMDAの精神医療プロジェクト担当としてこの分野に関わるまでは、精神医療という分野について医者でも医療専門家でもない私は何の知識もありませんでした。というより今の今までろくな知識を持たないまま、カンボジアでの精神科病棟設置の活動に携わってきました。それが今回、日本の精神医療の現場で様々な試みをしてきた方達のお話を伺い、今まで不勉強のままやってきた自分に対して、「なんて図々しい奴だろう」という思いを抱かざるを得ませんでした。実際には、このプロジェクトの実行委員長が精神科医の桑山紀彦氏であり1年に3、4回現場の視察にきている事、カンボジア人精神科医のケ・チュム氏と密接な協力関係を持っている事、また同じシアヌーク病院で精神科医養成のトレーニングを行おうとしているノールウェーの組織から派遣されているノールウェー人精神科医とも協力関係を持っている事などがあり、彼等と相談しながら進めていくことで何とかここまで来る事が出来ました。しかし、現地に於いてAMDAを代表している者として、自分の考えや判断を述べていかなければならない事も少なくありません。また、精神医療のシステムを、何もない現在の状態から少しずつ創っていかなければならないカンボジアに於いて、他の国々での失敗や成功例に学び、それらの経験を吸収していく事は非常に重要です。そのために自分自身が他の国々での試みについて学び、そしてカンボジアの文化や価値観、社会システムに合った精神医療のシステムを創り上げる事に少しでも協力していけるようカンボジアについてもよく知る努力を継続していく必要性を痛感しました。

今回はまず、カンボジアで精神科病棟設置の仕事に携わっているながら、日本で精神病院を見た事がないという自分の情けなさを解消するため、いくつかの精神病院を見学させて頂きました。神戸大医学部の植本雅治医師、東京武蔵野病院の野田文隆医師、東京都立松沢病院の江畑敬介医師にお世話になりました。神戸大ではほとんどできたての新病棟を見学させてもらい、それと同時に旧病棟の方も見せて頂き、日本の精神病院の移り変わりをみるようでした。閉鎖的だった旧病棟に対して新病棟には、少しでも開放的にし当事者の

人達の精神衛生にとって望ましくあるような工夫が凝らされているようでした。また精神医療の専門家がケ・チュム医師以外は皆無であり、まずは精神科医養成のトレーニングがこれから始まろうとしているカンボジアの現状に対して、「医師だけが突出して力を持ってしまふような状況を作り出さないように、精神看護や地域ケア等、医師以外の専門家を育成していく事も医師の養成以上に急がれる事ではないだろうか」と言われた植本教授の意見は、今後AMD Aが力を入れていくべき部分について非常に考えさせられるものでした。

武蔵野病院と松沢病院を見学させて頂いて驚いたのは、やはり長期に渡って入院している人達の存在でした。東京都は平均在院日数でも1年を越え、4年以上入院しているケースが半数近くにもなり、中には20年以上に渡って入院しているケースもあること（'91年度調査）。社会から完全に隔離されてしまったように見える状況に対して、病院で働く人達は出来る限り当事者の人達の社会復帰を促そうと様々な努力をされているようでした。治療のための技術訓練教室だけでなく、社会復帰に役立つための職業訓練教室の設置や病院の催し物に地域住民の人達を招いたり、といった様々な試みを進めていく中でも浮かび上がってくるのは、当事者の人達の社会復帰にあたって、「地域に受け皿がない」という問題のようでした。これは「地域」ということだけではなく、「家族の中にもそれが無い」というケースが多々あり、家族さえ受け入れてくれれば退院できる人達もいる、とのことでした。こういった日本の状況を目の当たりにしてみても、かたやカンボジアのことを思い出すにはいられません。カンボジアでは心の病を持った人にして、身体に障害を持った人にして、寝たきりになったお年寄りにして、家族全体で面倒を見ていくというのがごく当たり前のように自然に行われています。一般の病院でも入院の際は家族が付き添って共に寝泊まりし、看護婦の代わりに様々な世話をするというのが普通になっていますし、私達が今関わっているシアヌーク病院の精神科病棟でも患者を家族から出来るだけ離さないようにとの配慮から、入院の際には一緒に寝泊まりできる付き添い人を必ず付ける事というのを条件にしています。日本では核家族化が進み、家族の絆が昔に比べると随分弱くなったように見えますが、カンボジアは今でも家族の絆がしっかりしています。ですからこういった条件を付けるのも無理なく出来るのだと言えるでしょう。そういう意味ではカンボジアは日本のように保険制度などは整っていませんが、一体どちらが本当に安心して住める社会なのだろうかと考えてみると、カンボジア社会が持っている良い面というのをしっかり見出し、それを壊さないようにしていかなければいけないと切に思います。

次に、当事者の人達と地域全体で関わって行こうとする試みの中で、日本で最も進んでいるところとしてJHC板橋（板橋区心の健康と福祉を守る会）を紹介されました。代表の寺谷隆子さんは板橋区に当事者の人達の集いの場を設立するため10年に渡って働いてこられ、今では区内に6ヵ所の集いの場が出来ています。そういった活動を民間ベースでここまで上げ整えられてきたことを聞き、同じ民間団体に働きいつも財政状況におびえ暮らす者としては非常に勇気づけられる思いでした。またこれらの集いの場の内の一つで働く和歌山静江看護婦の話を書く事が出来たのも貴重でした。当事者の人達と共に働くこの

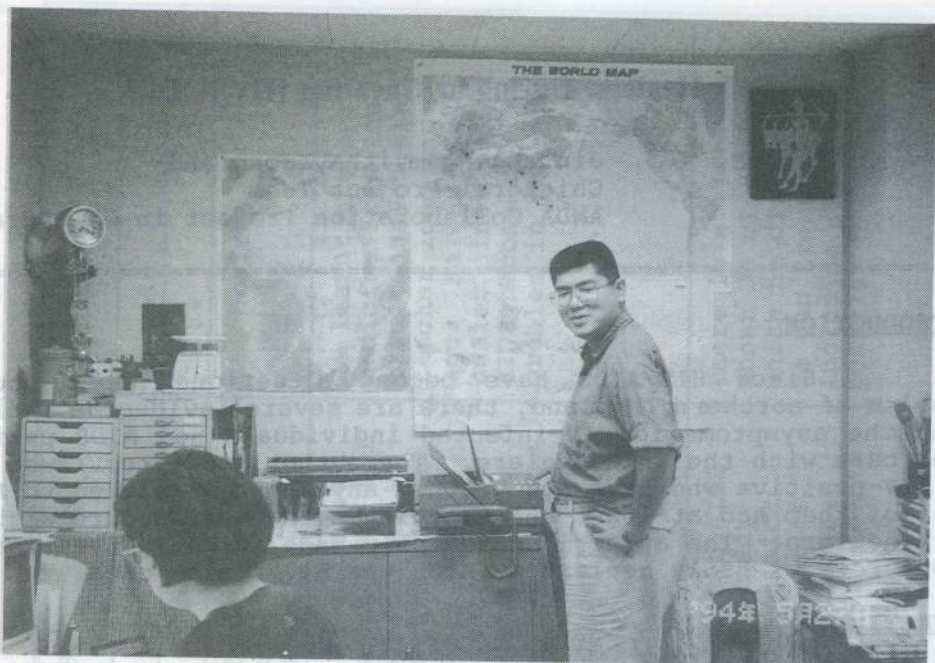
仕事に和歌山さんが生きがいを感じられている様子がしっかり伝わってきて、私自身にも精神医療という分野に取り組んでいく事の意味の大きさを実感させてくれました。地域に於けるこういった活動に携わる人達の話聞き、心の病というのは医者だけが治すものではなく、看護面や地域において関わる人々の存在が如何に重要かということも認識させられ、神戸大の植本教授の言われていた事の大切さをこの時にも実感しました。同時に思い出したのが、カンボジアの問題に10年に渡って関わりカンボジア各地にいる伝統治療師を調査研究している心理学者で、AMDAにも含蓄のある助言を頂いているモリス・アイゼンゾルク博士の言葉でした。彼は「精神医療も地域開発の一環であるべきだ」ということを言われていて、始めそれを聞いた時私にはピンと来なかったのですが、今回JHC板橋の活動について知り、ようやくその言葉の意味を理解する事が出来たように思います。

最後に、カンボジアに戻るため成田空港に向かう日の午前中、国立精神神経センター精神保健研究所の吉川武彦氏にお会いする機会を得、今回の一時帰国を本当に充実したものとして締め括る事が出来ました。氏は沖縄での経験を話して下さいました。「沖縄でも始めの頃はカンボジアのように家族の中での助け合いの習慣が残っていたが、県外からの情報や物質の流入が盛んになり近代化が進んで行くに連れ、人の移動も起こり、大家族が小家族になっていくという変化が急激におこった。沖縄ではまだ“家族によるケア”が可能ではないか期待したが、社会全体が急速に変わって行きそれが困難になり、結局“地域によるケア”が必要とされるような状況になっていった。文化や社会は常に同じ形であるわけではなく、時代と共に変わってゆく。その移り変わりをしっかり見据えながら将来の在り方を考えていかないと、何時までも変わらずにあると思っやっていると、その試行錯誤が無駄に終わってしまう可能性がある」と。

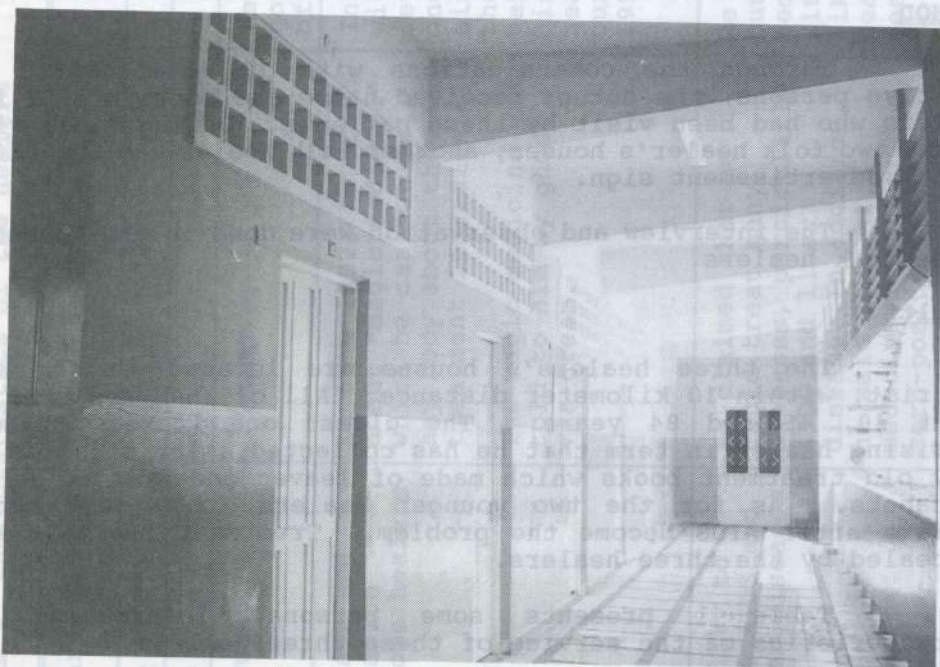
カンボジアも今まさにこれから近代化に向けて社会全体が変わってゆこうとしています。というより外から入ってくる人、物、お金等によって否応なく変えられて行こうとしているかのようです。この変化に対応しながら、良いものは残す努力をし、必要であれば今迄に無かったものでも取り入れていく、創り上げていく、そういった試行錯誤をこれからカンボジアはしていかなければならないのだろうと思います。

今回、様々な人達に会う中で思った事は、良いものを創り上げていく為には、長い時間をかけた、腰を据えた取組が必要であるという事でした。また日本の中に、他の国に対して自信を持って語れる様々な取組がある事を知り、大変うれしく思いましたが、それらの取組も5年、10年、20年といった単位での長い期間に渡る積み重ねがあったからこそ今の形になっているのではないかと思います。その意味でNGOの活動は、言葉も文化も価値観も違う人々で行う試行錯誤ですから、如何に積み重ねや継続が大切かという事を痛感させられる出会いの旅でした。

今後も多くの人達からアドバイスを頂きながら、それらの経験を吸収させてもらいながら、カンボジアの人々と共に将来を模索して行きたいと思います。



本部訪問時の岩間氏



精神科病棟

Folk Healers: Curing or Cheating HIV/AIDS?

Jintana Ngamvithayapong and
Chiangrai Project Team
AMDA Collaboration Project in Chiangrai

INTRODUCTION

Since HIV/AIDS have become a serious public health problem of northern Thailand, there are several evidences indicate that the asymptomatic HIV-infected individuals and AIDS patients seek care with the folk healers. The author had interviewed with 10 HIV-positive who have not yet had any symptom related to AIDS. Half of them had at least one experience in seeking care with the folk healers. The author consequently made further investigation about role of "folk healer" in AIDS and HIV health care.

OBJECTIVE

The primary investigation aimed to explore the general attributes of the folk healers and their roles in providing service for HIV/AIDS.

METHOD

Through the communications with 10 asymptomatic HIV positive persons, the author received names and address of 2 folk healers who had been visit by these patients. During field visit to the two folk healer's houses, another folk healer was identified by the advertisement sign.

The interview and observation were done in the houses of three folk healers.

Results

The three healers's houses are located in the same district, within 10 kilometer distance. All of them are male age about 40, 45 and 84 years. The oldest one looked the most promising healer in term that he has collected a lot of herbs and very old treatment books which made of leaves and written in old alphabets. As for the two younger healers, they just became healers after AIDS become the problem. Treatment regimens were concealed by the three healers.

Table 1 presents some personal information and characteristics of the service of these three healers.

Table 1 Characteristics of the healers

Characteristic	Mr. A	Mr. B	Mr. C
Sex	male	male	male
age	40	45	84
occupation	farmer	retired from governmental officer (clerk)	healer
reason and duration become healers	<p>In late 1992, he dream about "magic medicine" which he can not tell any body about the treatment ingredients.</p> <p>The magic medicine was told to him by ghost via dream.</p>	<p>In 1971, he was sick with sero-positive and severe dermatitis. NO one could cure him but his father. Since then, he learnt about herbal medicine from his father. He became healer and famous for curing AIDS in late 1993.</p>	<p>He learnt the herbal medicine from the traditional healer teacher long time ago. He was the healer since before AIDS become the problem in Chiangrai.</p>
Ability to cure AIDS and other diseases	<p>He claimed that he could treat many diseases, particularly AIDS and liver disease. In addition, he said that his medicine can change sero-positive to be negative.</p>	<p>He started treat AIDS but recently, many people who are sick with other diseases like asthma, sever headache and sinusitis seek help from him</p>	<p>There is a listing about 30 diseases which he claimed that he can treat, including "AIDS pustule"</p>

Table 1 (continue)

Characteristics	Mr. A	Mr. B	Mr. C
<p>Method of treatment</p>	<p>Herbal medication. There are 4 types of medicine i.e. two boiling medications and two powder herbs. AIDS and hepatitis patients will be treated by the same medication.</p>	<p>There are different 18 herbal regimens. Only oral preparation forms are available. Regimen number 7 is for increasing AIDS immunity. As for regimen number 1 and 10 are for AIDS with diarrhea and cough. Medicine is prepared in solution form</p>	<p>There are thousand different kinds of herbal medicine. The preparation is in solution form.</p>
<p>Service charge</p>	<p>For AIDS and hepatitis, the medicine cost 700 Baht (1 us\$=25 Baht). For the whole treatment course, it cost around 5,000-7,000 Baht</p>	<p>No price is fixed. Amount of money will be contributed by the patients on voluntary basis due to economic status and faith. Patients will place money in a basin which is put in front of Buddha images. In a sense, this kind of payment is more likely donation.</p> <p>From the non-participant observation, patients normally contribute about 20-100 Baht.</p>	<p>Same as Mr. B</p>

Table 1 (continue)

Characteristics	Mr. A	Mr. B	Mr. C
<p>Type of patients</p>	<p>Majority of the patients are soldiers who are recommended by the old cases.</p> <p>There are symptomatic and asymptomatic HIV infected cases.</p>	<p>Patients are from various locations, including from Bangkok. There are symptomatic and asymptomatic HIV positive.</p> <p>Surprisingly, the sero-negative cases also seek for preventive herbal medicine. The youngest patient is 2 month baby whose mother is seropositive. However, the youngest cases that he will treat is 4 years up.</p> <p>Number of patients are varied from 10-100 cases per day depend on the advertisement done by local newspaper and radio.</p>	<p>Patients are from various places. There are about 10 patients on average per day and about half are AIDS.</p>
<p>Other recommendation</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. avoid food taboo 2. stop working and exercise 3. sexual intercourse with prostitutes is prohibited but wife. 4. avoid western medication 	<ol style="list-style-type: none"> Number 1-3 same as Mr. A 4. Western medicine are not forbidden 	<ol style="list-style-type: none"> 1. avoid food taboo 2. able to work and exercise 3. avoid sexual intercourse 4. Western medicine are forbidden, except Paracetamol.

Regarding food taboo, recommendations are varied. One suggested not to eat quite a lot of nourishment foods i.e. chicken, all kind of eggs, fish, can foods, sea foods, fruits and fermented foods, including beef, wild animal, alcohol and beer.

Besides treatment are done by using herbal medicine and changing of food behavior, the author observed that folk healers had associated the treatment with religion or faith. At the treatment site, the three folk healers placed a number of Buddha images, gods or important kings' sculptures. In a sense, all herbal medicine were blessed by magic power. To some extent, the power of minds were transferred to the patients through these symbols.

DISCUSSION AND RECOMMENDATION

It is almost impossible for HIV/AIDS patients not to shop for drugs and treatments from various providers. As long as treatment for HIV/AIDS are not existed, and the public health system do not provide any service, particularly for the asymptomatic HIV-infected persons, the HIV/AIDS patients will spend enormous effort in seeking care regardless that care is provided by lay persons like what we found in this study.

This small scale study somewhat show that the appearance of folk healers is related to the emerging of HIV/AIDS problem. Two out of three healers became the healers after AIDS era. So far, no evidence prove the safety, efficacy and cost-effectiveness of the herbal medicine which these healers are dispensing. Validity of information given by the healers through the interview is questionable since the healers tended to show the efficacy of their treatments.

The emerging of HIV/AIDS healers is a social phenomena in response to the life-threatening disease, like AIDS. The healers can easily earn money from the patients since demanding for health care of this populations is so high.

To some extent, the folk-healers create some hope for the HIV/AIDS patients and psychologically cure them. To another extent, the healers are cheaters and take advantage on the HIV/AIDS patients. The healers have never let the consumers know what medicine they are taking. This should be basic information for the consumers.

To protect consumers' right, the author require organizations of consumer protection to examine the safety of herbal medicine which are being used and make the public known. Furthermore, in collaboration with other NGOs, some health follow up and counselling services should be set up by public health facilities for the patients, especially in the epidemic area of HIV/AIDS to increase alternative choice of care for this populations.

UN expert: Asia to see AIDS explosion

by Aphaluck Bhatiasavi

ASIA will probably witness the largest explosion in HIV cases by the year 2000 with the number of infections expected to increase five-fold to over 10 million, according to a United Nations expert.

The director of the World Health Organisation's Research and Intervention Development, Global Programme on AIDS, Dr Peter Piot, said HIV was spreading as fast in Asia as it did a decade ago in sub-Saharan Africa.

"If it continues at this rate, there will be more new infections in Asia than in Africa," he said.

The picture of Asia today and for the future looks sombre, he said, and the likely impact of AIDS will be tremendous unless appropriate action is taken immediately.

Dr Piot suggested at a ministerial Cooperation in that both short

China's 'AIDS town' fights image problem

By ANDREW QUINN
Reuters, in Ruzhi, China

More than 200,000 VN AIDS cases predicted by year 2000

VIETNAM'S NATIONAL AIDS Committee predicts that by the year 2000, the country will have between 200,000 and 300,000 AIDS cases including children, *Lao Dong* (Labour) newspaper reported.

To date, 1,431 cases of HIV infection have been detected nationwide.

On average, about 100 cases of HIV infection were discovered each month.

Thirty people have died of this incurable disease, while 103 cases are confirmed.

In April alone, 110 cases of HIV infection were discovered.

The highest rates of infection are found in the southern commercial centre of Ho Chi Minh City, Khanh Hoa province the

central and An Giang province in the Mekong Delta bordering Cambodia.

The infection rate in these three cities accounts for nearly 90 per cent of the known cases, including 79 foreigners among them "fishermen temporarily detained" and tested for the virus.

There is no way to have an accurate estimate of HIV infection across the country, although public health officials suggest that this is in the region of tens of thousands.

Because of inadequate facilities to monitor HIV infection nationwide and the reluctance of risk groups to voluntarily undergo HIV tests, AIDS remains

m promotion and intravenous education among

ion was the core-entention.

provide information, acquiring or transmit should educate he fact infected anger to others ial contact, about out not discriminating against people with HIV and "AIDS families" he said.

learn to cope with AIDS.

He praised Thailand for its initiative in fighting the AIDS epidemic.

"Thailand is one country leading the world in stopping the epidemic," he said.

The

Burmese families suffer as HIV numbers on rise

Rangoon, AP

THE number of Burmese infected with the virus that causes AIDS is rising steadily, with the infection now spreading to the families of those in high-risk groups, the country's top health official says.

By March this year, 7,299 people had tested positive for the human immunodeficiency virus, a 41 per cent increase from 15 months earlier, said Health Minister Vice Admiral Than Nyunt. But he warned that the actual number of HIV-infected people could be higher.

Than Nyunt said the World Health Organisation estimates that more than 200,000 Burmese could be infected with HIV. The organisation estimates that more than 2 million people could be infected in South and Southeast Asia.

Thailand, but not Vietnam although the Hanoi and Ho Chi Minh

Dr Vichai said heroin injection of opium solution is evident in

The abuse of cannabis drugs — particularly the inhalation of industrial paint, thinner and glue use were also evident,

"The situation calls for attention and an attempt.

Contin

The minister's remarks, made Wednesday at a meeting of the national AIDS prevention organisation, were reported Thursday in the official newspaper *New Light of Myanmar*.

HIV was first found in Burma among high-risk groups, including intravenous drug users, prostitutes and carriers of sexually transmitted diseases, but the virus is now spreading to their family members, said Than Nyunt.

He said most infections to date have been caused by intravenous drug use.

Than Nyunt said the health department began testing for the virus in 1985 and detected the first case in 1988. There were 261 full-blown AIDS cases by March of this year, of which 149 were in the capital, Rangoon. The minister did not give a tally of AIDS-related deaths but previously released figures put the total at the end of last year at 62.

violated had 4 of 4 years in 2000

6

Thailand blamed for AIDS in Cambodia

The

VIETNAM is likely to be blamed for the influx of HIV and AIDS to its neighbouring country, Cambodia and Laos.

"Thailand has been one of the highest HIV rates in the world," said Cambodia's Public Health Undersecretary Dr Dik Ang in his report to the international conference this week.

The report was presented at the National Congress on Drug Abuse, organised by the Ministry of Health, in Phnom Penh, Cambodia, on Tuesday.

Dr Ang said HIV was brought into the country mainly by heroin and opium smugglers from Thailand. Commercial sex has been reported by since 1980, according to Dr Ang. He said the influx of heroin and opium from Thailand has led to a rise in HIV cases.

Dr Ang said HIV was brought into the country mainly by heroin and opium smugglers from Thailand. Commercial sex has been reported by since 1980, according to Dr Ang. He said the influx of heroin and opium from Thailand has led to a rise in HIV cases.

■タンコット村眼科診療&母子保健プロジェクト

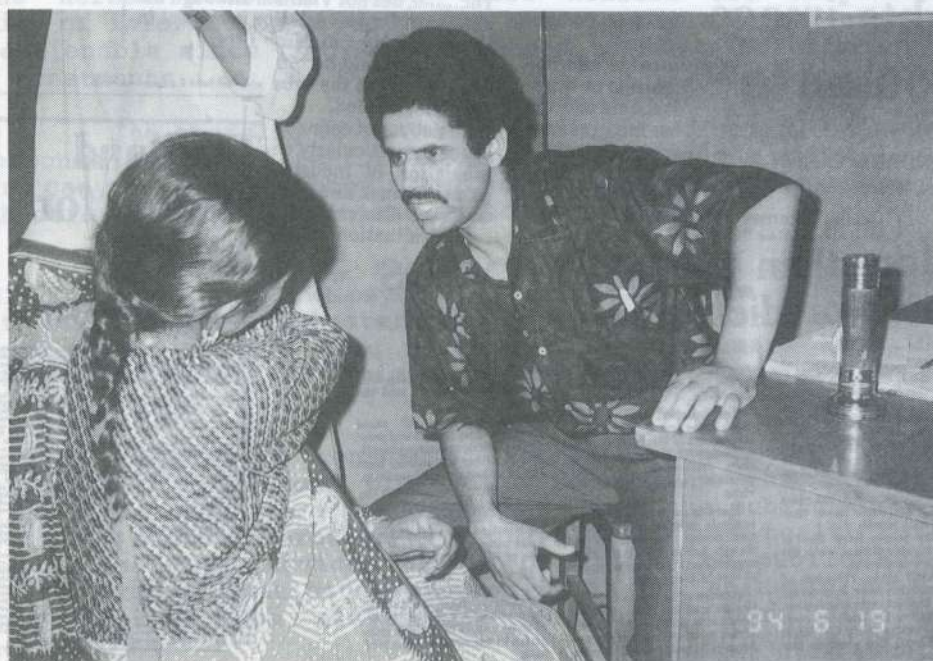
Thankot Eye and General Health Clinic

Dr. Sunu Dulal

Thankot Clinic has completed its 6 months on the end of June, 1994.

Since this clinic has been started on January 1994, the people living on Thankot village has been benefitted. Now the people from surrounding villages are also attending the clinic. Upto March, the clinic used to run once every month but the load of ever increasing number of patients has made us to consider the matter and run the clinic every fortnightly.

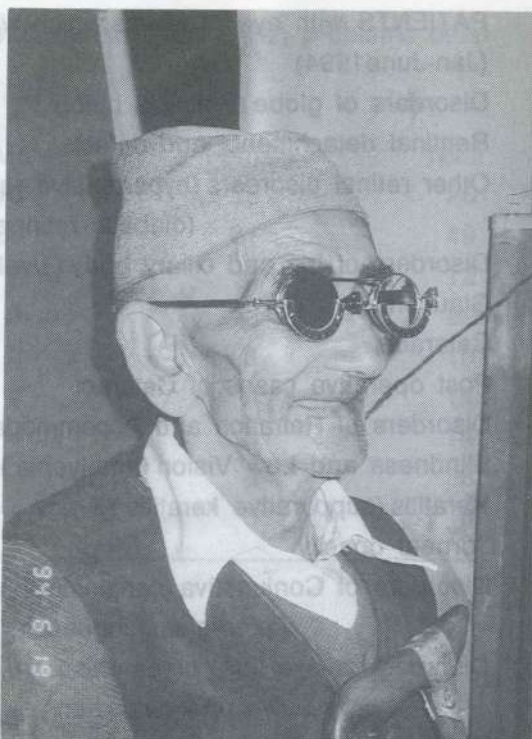
Initially, this clinic was established as a EYE CARE CENTRE, but it was felt necessary that we have to pay attention to Maternal and Child Health Clinic (Since April). This clinic also provides health education programme. The aim to give health education is to make them aware about preventable communication diseases and motivate them to vaccinate their children against 6 major childhood diseases (these 6 diseases are the most important causes for childhood mortality and morbidity), to educate them about advantages of family planning and motivate them for birth spacing and permanent birth control, to motivate them for better sanitation and personal hygiene. Blow given is the table which shows the disease pattern seen at Thankot Clinic for last six months:-



このプロジェクトの推進者のDr. Sunu Dulal



眼科のみでなく一般診療も別室で行っている



眼鏡を作ることになり度数をはかる



視力検査

タンコット村眼科診療所 & 母子保健プロジェクト

PATIENTS with eye problems, which were seen at Thankot Clinic

(Jan-June 1994)

Disorders of globe (Phitnisis bulbi)	3	2	5
Retinal detachments and defects	—	1	1
Other retinal disorders (hypertensive retinopathy)	—	2	2
(diabetic retinopathy)	2	1	3
Disorders of iris and ciliary body (uveitis)	2	1	3
Glaucoma	2	—	2
Cataracts	30	33	63
Post operative cases of Cataract	29	8	37
Disorders of Refraction and Accommodation	44	35	79
Blindness and Low Vision (amblyopia)	1	2	3
Keratitis (suppurative keratitis)	13	16	29
Corneal opacity	6	9	15
Disorders of Conjunctiva (conjunctivitis)	26	32	58
(pterygium, pinguecula)	16	20	36
Disorders of eye lids (blepharitis)	6	11	17
(styne and chalazion)	8	5	13
Disorders of Lacrimal System (epiphora)	2	5	7
(chronic dacryocystitis)	4	8	12
Strabismus and other disorders of eye movements	3	5	8
(convention insufficiency)	5	13	18
Foreign body on cornea	2	1	3
Migraine Headache	3	9	12
Other conditions	7	5	12

TOTAL	214	224	438

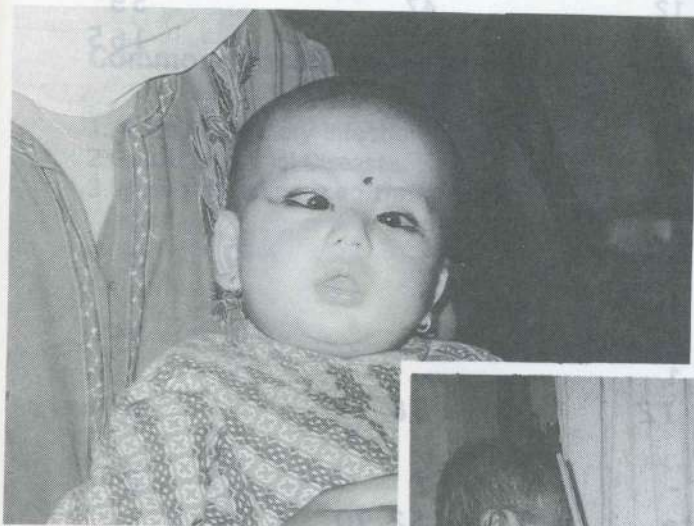


タンコット村にあるこのプロジェクトの建物

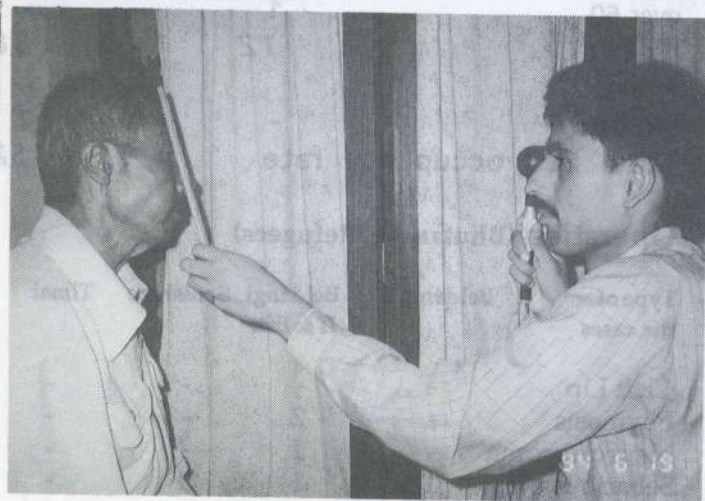
Patients seen at Thankots Eye and General Health Centre with problems other than EYE (April-June 1994)

Disease	Male	Female	Total
Respiratory Diseases	10	16	26
Gastro International Diseases	28	21	49
Cardio Vascular Diseases	7	5	12
Skin Diseases	9	13	22
Orthopaedics	2	8	10
Ear Nose and Throat Diseases	4	7	11
Dental Diseases	9	5	14
Gynaecological Diseases	—	8	8
Others Diseases	3	5	8
<hr/>			
TOTAL	72	88	160

*タンコット村母子保健眼科診プロジェクトは平成6年度郵政省国際ボランティア貯金配分金の対象事業としてスタートしました。



斜視（右眼）と眼球運動異常（左眼）の乳児
左眼は深刻で、カトマンズの大学病院に紹介



眼鏡制作のため検査を行う技師

Monthly Medical Report of RHC

DAMAK

January, 1994

In January 717 patients received RHC medical services. The common causes for attending the RHC were :Acute respiratory infections, GI disorders including acid peptic diseases and acute abdomen. The total bed occupancy rate is comparatively decreased to 52.9, cause behind, may be the winter season.

Number of patients:-

No. of Pt. received	Bhutanese refugee	Local people	Total
O.P.D.	110	487	597
Emergency	12	108	120
Total	122	595	717

Investigation:-

X-ray	98	194	292
U.S.G	12	47	59
Lab	52	113	165

Indoor:-

New admission

(age group)

0-1	-	4	4
1-5	1	2	3
5-14	1	7	8
14-60	9	25	34
over 60	1	-	1
Total	12	38	50

Expired	-	2	2
Total bed occupancy rate		52.90	

Operation (Bhutanese Refugees)

Type of the cases	Beldangi I	Beldangi II & Ext.	Sanishare	Timai	Kuduna-bari	Goldhap	Total
Cleft Lip	-	-	-	-	-	1	1
Phymosis	-	2	-	-	-	-	2
Neurofibroma	-	1	-	-	-	-	1
Sebacious cyst	1	1	1	-	-	-	3

Monthly Report of R.H.C.
February, 1994

Hydrocele	1	-	-	1
Burn contracture	-	2	-	2
Polyp	-	1	-	1
Total	2	7	1	11

Operation (Local People)

Vericose Vein	1	Hernia	5
Incomp. abortion	1	Sebacious cyst	6
Fistula ano	4	Ganglion	2
Phymosis	1	Hydrocele	1
Cleft lip	1	Papiloma	2
Burn contracture	4	Neurofibroma	2
Rectal polyp	1	Others	3
Total	34		

Common conditions attending O.P.D. and Emergency :-

1. Acute Respiratory Infection.
2. Gastro Intestinal Diseases.
3. Injuries including road traffic accident.

Condition	OP.D.	Emergency	Total
1. Acute Respiratory Infection	19	8	27
2. Gastro Intestinal Diseases	3	1	4
3. Injuries including road traffic accident	34	14	48
Total	56	23	79

Type of the cases	Operation (Bhutanese Refugees)			
	Belhanga I & Ext.	Sanshara	Timal	Total
Cleft Lip	1	-	1	2
Phymosis	1	-	-	1
Hernia	2	-	3	5

Monthly Report of R.H.C.

February, 1994

In February the patient flow in RHC is decreased to 666, Similarly in the investigation and Indoor. In other hand, patients stay in the RHC is increased. The total bed occupancy rate raised up to 72.5. The common causes for attending RHC are as in January.

Number of patients:-

No. of pt. received	Bhutanese refugees	Local people	Total
O.P.D	116	436	552
Emergency	20	94	114
Total	136	530	666

Investigation:-

X-ray	99	183	279
U.S.G.	10	32	42
Lab	53	96	143

Indoor:-

New admission (age group)	Bhutanese refugees	Local people	Total
0-1	2	5	7
1-5	-	2	2
5-14	3	5	8
14-60	8	19	27
over 60	1	3	4
Total	14	34	48
Expired	-	3	3
Total bed occupancy rate		72.5	

Operation (Bhutanese Refugees)

Type of the cases	Beldangi I	Beldangi II & Ext.	Sanishare	Timai	Kuduna-bari	Goldhap	Total
Cleft Lip	-	-	-	1	-	1	2
Phymosis	-	1	-	-	1	-	2
Hernia	1	2	-	-	3	-	6
Neurofibroma	-	1	-	-	-	-	1
Schacious cyst	1	1	1	-	-	-	3

会るも並多慰慰山岡てコイ痛痛察國
吉勝一てツマススス歌回一報

Sebacious cyst	1	2	1	-	-	-	4
Hydrocele	-	-	-	1	-	-	1
Burn contracture	-	1	-	-	-	-	1
Heamorrhoid	-	1	-	-	-	-	1
Planter corn	-	-	1	-	-	-	1
Ganglion	-	-	1	-	-	-	1
Total	2	7	3	2	4	1	19

Operation(Local People)

Parotid Tumor	1	Hernia	3
Vasectomy	1	Sebacious cyst	7
Fistula ano	1	Ganglion	4
Phymosis	2	Hydrocele	8
Cleft lip	1	Papiloma	1
Burn contracture	1	Lipoma	1
Rectal polyp	1	Skin grafting	1
Appendicitis	1	Others	4
Total	38		

common conditions attending O.P.D.and Emergency:-

- 1.Acute Respiratory Infection
- 2.Gastro Intestinal Diseases
- 3.Injuries including road traffic accident
- 4.P.U.O.

西川さん(OHA)

安川さん(NHO)

羽田さん(LNIGR)

国際貢献トピア岡山構想を推進する会 第一回海外スタディツアー報告

アジア医師連絡協議会事務局

山本睦子

(1) 今回は以下の日程で視察研修を行なった。参加者は加茂川町役場から2名、民間人3名、岡山県航空協会から1名と山本で計7名。

6月8日成田発～ジュネーブ着

9日午後世界保健機構(WHO)視察

10日午前：国連人道問題局(DHA)視察

午後：国連難民高等弁務官事務所視察(UNHCR)

11日ジュネーブからザグレブへ移動 UNHCRでIDを作成

12日オシエクのガシンシ集団収容センターを視察

13日国連保護地域のプロバル市を視察後ザグレブへ移動

14日ウイーンへ移動

16日日本への帰途につく

(2) 目的

(イ) 民間人及び地方自治体にできる国際貢献とは？ 国連機関とNGOとの連携の実態と協力の方法。

(ロ) 緊急援助物資倉庫の岡山への誘致の可能性。

(ハ) 日本緊急救援NGOチーム(JEN)の旧ユーゴ救援プロジェクトを、クロアチアの都市を訪問することにより、ニーズを実際に確かめながら、研修する。

(3) 報告

*WHO-EHA緊急救援人道的活動部門：基本的にHEALTHを担当。英語又はそれに代わる語学のできる専門家(例えばマラリア、水)に丸抱えで参加してもらえれば有難い。現物寄付は歩どまりが3割程度。種分けが大変。資金が有難い。

Emergency Health Kitを開発、これを10キット(1キットで1万人を3ヶ月間カバー)アムステルダム空港に置き、International Dispensary Associationが管理、24時間以内に運び出せるシステム。

NGOと国連機関の連携の仕組み：

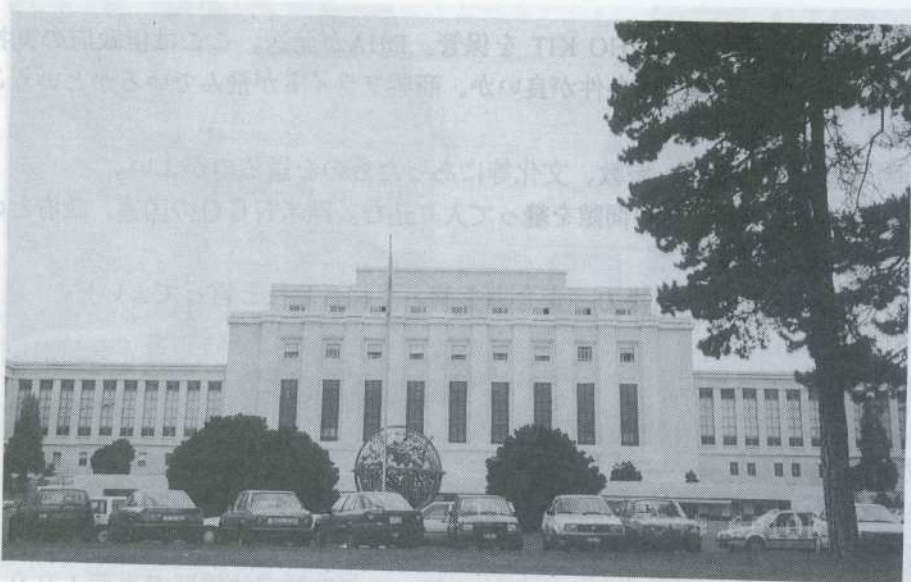
援助国が指定拠出、バックアップする。

実績を考慮。

国連職員と個人的ネットワークがあると有利。

日本サイドは情報不足の感がある。

*DHA：活動は要請主義だが、拒否されなければ、出動する。ひもつき援助(例えば、人権問題、政治犯釈放)をいやがる国、自主独立路線の国、国内事情等があり、素直に要請するとは限らないが、日本は条件をつけないので喜ばれるが、出足は遅い。

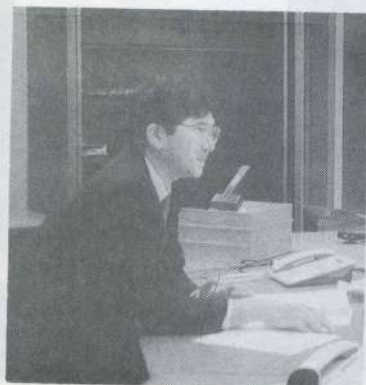


(美)

ヨーロッパ国連ビル



WHOの玄関前で



西川さん(DHA)



安川さん(WHO)



羽田さん(UNHCR)

ピサに備蓄倉庫を置き、WHO KIT を保管。DHAが発送。ここは伊政府の丸抱え。倉庫設置には地利的、気候的条件が良いか、商業フライトが飛んでいるかということが問われる。

援助物資は現地の気候、宗教、文化等にあったものを送るのがよい。

各国NGOは政府間援助の間隙を縫って入り込む。欧米NGOの国連、政府との関係の現状は以下の通り。

NGO (専門家集団、組織力、資金力を備えた総合商社と言ってよい)

↓
仲介役として国連機関

↓
援助各国

彼らは国連以外に政府からも受注し年中仕事がある点、有利だ。

*UNHCR: 現在世界の人口の130人に1人は難民1800万人か、被災(難)民2500万人と言われるほど。当初は3年~5年の暫定的機関で当面1998年までの予定。

広報は充実しているので(ビデオ、ポスター、スライド、写真等無料)利用してほしい。

以下はAMDAを始めとして日本緊急救援チーム(JEN)旧ユーゴ救援プロジェクトが始動したのを受けての視察の報告である。

ザグレブでは終始UNHCRが車を用意してくれ、大変有難かった。UNHCRの車は高速道路料金免除だそう。但し駐日クロアチア大使の紹介で会ったあるビジネスマンは彼らは人件費ばかり食ってたいして何もしていないと批判していた。

ザグレブの東約350kmのオシェクの南西約30km手前にあるガッシンシ集団収容センターへ向かう。道中弾痕のある家もあった。コウノトリの巣も見うけられ、これが日本なら大騒ぎ。東部スラバニア地域には現在約12万人の難民被災民が存在し、その内90%は個別(家庭とかホテル)に収容され、地域にある13のセンターの内ここが最大規模。ここには主としてボスニアからのモスリム人が3200人程元の軍の建物に住んでいる。周囲から隔離された環境にあり出入りをチェックされる。プリーフィングを受けたUNHCRの事務所に、男の人が大声で何か言いながら入ってきた。誰にも何を言っているのかわからないが、この人が受けた精神的打撃のせいだろうと察しはつく。

ユニセフが寄付した教室がある。古い教室は倉庫に使用され空いている部屋でダンスの練習をしていた。バンガローのような建物にベッドが12位あり真ん中に通路だけというものもある。ストーブがほの暖かかった。ここに住む3人がベッドから起きてきて私達の相手をしてくれた。涙ぐみながら何か話すのだが私は理解できない。そこにいくまえに話しかけてきた少年とも話しが通じず、無念さを感じていたばかりなのでこの人達の感情表出に私も涙をこらえられなかった。ここに窓、換気扇などを取付ける予定でここに収容されている人々がその仕事を請け負う。又、遊戯施設の設置も計画。子供達には幼児教育専門家がAMDAから派遣されその任にあたる。



オシエク、ブコバルへ向けての出発の朝 二人の運転手と



ブコバル市へ入る際の検問所 ここまで撮影可



オシエクへの道標



ガッシンシ難民集団収容センターの
UNHCRのオフィスでのブリーフィング

オシエクの町も迫撃砲の痕があちこちにみられる。泊まったホテルの上部は今も修復されていない。部屋に弾の痕があった人もいた。

ブコバル市はオシエクの南東約30km。国連東部保護地域にある。UNHCRの事務所のあるエルドットでイラン・イラク戦争の軍人から転身したというジョン・ケンベルのブリーフィングをトルココーヒー風にいったコーヒーを飲みながら聞く。資料も用意されており期待度が伝わってくる。この保護地域へ入るのに検問が2ヶ所。IDの写真と本人を見比べてチェック。運転手も交代して危険のないようにという配慮は、まだ終わっていないということを感じさせる。3年前のクロアチア・セルビア戦の迫撃砲でメチャメチャに破壊され、往時の屈指の美しさを偲ぶよすがもないほどである。今約2万5千人が（主にセルビア人）住む。ここはUNHCRの車から一歩も降りず、写真も禁止。惨状をさらしたくないというのが理由のようだ。帰路雨のなか小さい店でお菓子を買った位でザグレブへ。日本のようにあちこちにドライブインがあるわけではない。5時間ほどかかる。参加者は旅程の疲れか、ブコバルの惨状を目の当たりにしたせい
か、静かである。

ザグレブの朝は早い。5時半頃起きだしてジョギングをする。到着の翌日は日曜だったせいか、町は静かで怖いほどだったが、月曜は様子が一変。ものすごい人で路面電車も一杯である。最初は戦争のせいでさびれているのかと思った程だが、これは難民のせいで人口が75万人が100万人になったからだそうだ。国連保護地域以外はものものしい雰囲気も感じられず、ある新聞に書かれた「戦火の旧ユーゴへ視察」という表現は当たらないとあっていい。物もある。但し普通の人の手に届く値かどうかは知らない。ショーウインドウの値札をみる限りは日本よりはるかに安い物が多い。食料品もそうだ。野外市場では自家製の野菜、さくらんぼ、チーズ、バター、パン、ケーキ等が持ち込まれている。勿論、魚も肉もある。参加者のなかには、ここでプロジェクトを遂行していくことに身の危険を感じるという人もいるが、私はそうは思わない。外国でならどこでも必要な注意さえ怠らなければ、そんなことはないと思う。いずれにしても、3泊4日は短い。もう一度じっくり訪れてみたい。前出のビジネスマンはこのクロアチアに観光に来て欲しいといった。しかし、マスコミの認識は上記のようだし、まして一般の人の理解は戦争中の危ない所、ぐらいだろう。事実というものが存在するとして、それを丸ごと伝達することはできない。どの面で切り取って見せるか、意図する、しないにかかわらず、自ずと制約がある。私の感想は“もっとゆっくり暮らしてみたい国”だ。終わりにあまりに不勉強のままにかけてしまったと後悔している。参考文献として今読んでいる「ユーゴ紛争」千田善（ちだ ぜん）著 講談社現代新書 650円をあげておく。

AMDAではこのプロジェクトを視察研修する人を受付けている。ザグレブ、オシエク、リエカ、ベオグラードにAMDA担当の事務所、ブコバルにアフリカ教育基金のそれが設置されている。

注：日本緊急救援チームのメンバーは次の6団体で構成される。1994年1月8日結成。AMDA、アフリカ教育基金、JC国境なき奉仕団、立正佼成会一食平和基金、ケアジャパン、日本国際救援行動委員会

1. 外国人労働者の受け入れ
 1994年6月12日
 〒108-8288 東京都港区赤坂2-2-1
 TEL: 03-5561-2008 FAX: 03-5561-2007
 〒108-8288 東京都港区赤坂2-2-1
 TEL: 03-5561-2008 FAX: 03-5561-2007

2.

1	11
2	12
3	13
4	14
5	15
6	16
7	17
8	18
9	19
10	20
11	21
12	22
13	23
14	24
15	25
16	26
17	27
18	28
19	29
20	30
21	31
22	32
23	33
24	34
25	35
26	36
27	37
28	38
29	39
30	40
31	41
32	42
33	43
34	44
35	45
36	46
37	47
38	48
39	49
40	50
41	51
42	52
43	53
44	54
45	55
46	56
47	57
48	58
49	59
50	60
51	61
52	62
53	63
54	64
55	65
56	66
57	67
58	68
59	69
60	70
61	71
62	72
63	73
64	74
65	75
66	76
67	77
68	78
69	79
70	80
71	81
72	82
73	83
74	84
75	85
76	86
77	87
78	88
79	89
80	90
81	91
82	92
83	93
84	94
85	95
86	96
87	97
88	98
89	99
90	100

ガッシンシ難民
収容センター



オシエクのUNHCR
のオフィスでのブリー
フィング



ガッシンシ難民収容セ
ンターの子ども
Caputor Building
Washington D. C., USA



AMDA国際医療情報センター便り

160 東京都新宿区歌舞伎町2-44-1-1 ハイジア
 Tel 03(5285)8088, 03(5285)8086, FAX 03(5285)8087
 556 大阪市浪速区難波中3-7-2 新難波第一ビル704
 Tel 06(636)2333, 06(636)2334, FAX 06(636)2340

センター東京 外国人医療相談受付状況

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	6	94年度計	比率(94)	順位	累計
東アジア	中国 129	157	130	10	6	6	22			438
	日本 24	16	43	5	19	34	58			141
	韓国 16	42	88	8	12	2	22			148
	北朝鮮 0	0	0	0	1	0	1			1
	モンゴル 0	0	1	0	0	0	0			1
	東アジア小計	169	215	242	23	38	42	111%	18.30%	720
東南アジア	フィリピン 65	86	145	8	10	13	31			327
	タイ 17	3	19	3	0	0	3			45
	マレーシア 5	15	50	6	11	5	22			92
	シンガポール 5	5	13	2	0	1	3			26
	ミャンマー 5	5	6	1	0	0	1			17
	インドネシア 5	3	5	0	2	1	3			21
	香港 2	1	6	0	0	0	0			11
	インドネシア 2	1	2	0	0	0	0			5
	ベトナム 1	2	3	0	0	0	0			6
	ブルネイ 0	0	0	0	0	0	0			1
	東南アジア小計	106	140	243	22	23	20	65%	10.28%	554
南アジア	パキスタン 30	12	18	0	0	3	3			72
	バングラデシュ 40	28	29	1	0	2	3			100
	スリランカ 14	14	24	0	1	2	3			71
	インド 11	15	12	1	0	0	1			39
	ネパール 6	6	9	2	0	1	3			24
	アフガニスタン 0	1	0	0	0	0	0			1
	南アジア小計	126	78	92	4	1	8	13%	2.16%	307
北米	アメリカ 376	376	388	10	18	31	68			1,039
	カナダ 58	64	34	3	3	3	13			154
	北米小計	345	440	342	22	21	33	76%	12.03%	1,203
西北欧	英国 37	70	72	8	5	5	18			197
	フランス 9	14	17	0	1	1	2			42
	ドイツ 12	12	12	0	1	0	1			37
	スペイン 5	9	9	0	0	0	0			20
	アイランド 9	9	4	0	0	0	0			22
	イタリア 5	2	3	0	0	0	0			10
	オランダ 4	0	3	0	1	0	1			8
	スイス 2	2	3	0	0	0	0			8
	スウェーデン 2	3	4	0	0	0	0			9
	アイスランド 3	0	0	0	0	0	0			3
	フィンランド 2	0	0	0	0	0	0			5
	ポルトガル 0	1	0	0	0	0	0			1
	ノルウェー 2	0	0	0	0	0	0			2
	デンマーク 0	3	2	0	0	0	0			5
	西北欧小計	93	126	128	8	8	22	3.48%		360
東欧	ロシア 2	1	3	0	0	0	1			7
	ベネズエラ 1	0	0	0	0	0	0			1
	キューバ 1	0	2	0	0	0	0			2
	東欧小計	4	1	5	0	0	1	0.16%		15
中南米	ブラジル 44	74	135	19	21	33	77			326
	ペルー 40	69	129	10	36	22	77			345
	アルゼンチン 10	8	10	1	0	1	2			30
	コロンビア 4	8	14	2	3	0	5			29
	ボリビア 4	5	12	1	2	1	5			25
	メキシコ 3	6	3	0	2	1	3			15
	パナマ 2	2	0	0	0	0	0			6
	ドミニカ 1	0	0	0	0	0	0			1
	エクアドル 1	0	0	0	0	0	0			1
	ウルグワイ 1	1	1	0	0	0	0			3
	パラグワイ 1	0	0	0	0	0	0			1
	ボリビア 1	0	2	0	0	0	0			4
	チリ 0	3	0	0	0	0	0			3
	ジャマイカ 2	1	0	0	0	0	0			3
	パナマ 0	1	2	0	0	0	0			3
	コスタリカ 1	0	2	0	0	0	0			3
	エルサルバドル 0	1	1	0	0	0	0			2
	ホンジュラス 0	0	1	0	0	0	0			1
	ベネズエラ 0	0	2	0	0	0	0			2
	中南米小計	112	206	317	44	63	58	165%	26.11%	803
欧州	オーストラリア 41	67	43	2	2	3	7			159
	ニュージーランド 5	13	10	0	1	1	2			30
	オセアニア小計	46	80	53	2	3	4	9%	1.42%	188
アフリカ	ガーナ 12	3	8	3	1	0	4			27
	ナイジェリア 11	7	15	4	1	0	5			38
	リビア 1	0	0	0	0	0	0			1
	カメルーン 2	0	1	0	0	0	0			3
	ナイジェリア 1	0	0	1	1	0	2			3
	チュニジア 1	0	1	0	0	0	0			2
	ザンビア 1	0	0	0	0	0	0			1
	リベリア 1	0	0	0	0	0	0			1
	スーダン 1	0	1	0	0	0	0			2
	ケニア 1	0	0	0	0	0	0			1
	セーシェル 0	1	0	0	0	0	0			1
	モーリシャス 0	0	0	0	0	0	0			1
	セネガル 0	1	0	0	0	0	0			1
	アルジェリア 0	1	0	0	0	1	1			1
	南アフリカ 0	0	1	0	0	0	0			1
	アフリカ小計	32	15	26	8	3	12	1.90%		85
中近東	イラン 13	17	51	18	16	15	49			130
	イスラエル 9	7	6	1	1	0	2			24
	トルコ 1	1	3	0	0	0	0			5
	アラブ首長国連邦 1	0	0	0	0	0	0			1
	ヨルダン 1	0	0	0	0	0	0			2
	モロッコ 0	0	0	0	0	0	0			1
	オマーン 0	0	0	0	0	0	0			1
	サウジアラビア 0	0	0	0	0	0	0			1
	エジプト 0	0	0	1	0	0	1			1
	レバノン 0	0	1	0	0	0	0			1
	中近東小計	24	27	63	19	15	52	8.23%		160
日本	47	131	328	32	43	30	114			820
合計	1,104	1,484	1,839	184	221	227	632	100.00%		5,039

1. 外国人相談者居住地域

	6月	累計			
東京	69 (30.4%)	2575 (51.1%)	他県	42 (18.5%)	562 (11.2%)
神奈川	17 (7.5%)	538 (10.7%)	不明	64 (28.2%)	688 (13.7%)
埼玉	16 (7.0%)	374 (7.4%)	合計	227	5039 (100%)
千葉	19 (8.4%)	302 (6.0%)			

2. 相談内容 (複数回答)

	6月
(1)言葉の通じる病院の紹介	90 (31.3%)
(2)病気・医療についての情報 (病気の不安含む)	63 (21.9%)
(3)医療機関紹介(言葉の問題以外)	32 (11.1%)
(4)医療制度・福祉制度相談 (保険制度など)	18 (6.3%)
(5)治療費の問題・トラブル	24 (8.3%)
(6)渡航時予防接種	7 (2.4%)
(7)言葉の問題のみ	17 (5.9%)
(8)HIV関連	24 (8.3%)
(9)労災・交通事故	2 (0.7%)
(10)その他	11 (3.8%)

合計 288 (100%)

3. 他機関からの相談件数 (機関別)

(1)病院	3	(2)公的機関(大使館・自治体等)	8
(3)マスメディア	16	(4)NGO	7
(5)そのほか	5	(6)一般企業	0
		合計	39

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	8	(2)医療機関紹介	2
(3)HIV関連	5	(4)AMDA本部について	5
(5)活動内容	28	(6)そのほか	7

〈センター活動報告〉

- 中西副所長が、6月30日に東京医科歯科大学で「在日外国人の医療」というテーマで講義。
- 香取事務局長が、6月24日に横須賀市教育委員会主催の教職経験者研修で、「日本における外国人の医療・健康～人権にかかわって～」というテーマで講演。参加者約90名。
- 6月末で服薬指導の本は304冊が売れました。ありがとうございます。
- 6月18日付けの読売新聞でエイズの記事と関連して、AMDAのセンターの電話番号が紹介されました。その後、日本人からのエイズの相談が非常に増えました。センターは残念ながらエイズを専門とした電話相談ではありませんので、十分な対応ができないため、エイズの専門相談機関をご紹介しますが、必要な人に相談先の情報が行き渡っていないことを感じました。

主催：大蔵省、大塚府民会、大塚府民協、大塚府民立病院協会

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	Jun-94	累計 (%)
アジア	中国	6	1	5	3	3	4	2	24 (6.7)
	韓国	4	-	5	2	3	3	2	19 (5.3)
	台湾	-	-	-	-	-	2	1	3 (0.8)
	香港	-	-	-	-	1	1	-	2 (0.6)
	タイ	1	1	-	-	1	-	-	3 (0.8)
	インドネシア	1	-	-	-	-	-	1	2 (0.6)
	フィリピン	-	1	1	1	1	-	4	8 (2.2)
	ベトナム	-	-	-	1	-	-	-	1 (0.3)
	インド	-	-	-	-	-	-	1	1 (0.3)
	ネパール	-	1	1	1	1	1	-	5 (1.4)
	パキスタン	-	1	-	-	-	-	-	1 (0.3)
	スリランカ	1	-	-	-	1	-	-	2 (0.6)
	パングラティシュ	-	-	-	1	-	-	-	1 (0.3)
	日本	-	-	-	5	-	3	6	14 (3.9)
	アジア小計	13	5	12	14	11	14	17	86 (24.0)
中南米	ペルー	3	4	5	11	9	9	7	48 (13.4)
	ブラジル	1	6	7	11	11	3	12	51 (14.2)
	ボリビア	-	1	5	-	1	-	1	8 (2.2)
	コロンビア	-	2	1	-	-	-	-	3 (0.8)
	バハマ	-	-	-	1	-	-	-	1 (0.3)
	メキシコ	-	-	-	-	-	-	1	1 (0.3)
	中南米小計	4	13	18	23	21	12	21	112 (31.3)
北米	アメリカ	9	9	7	10	11	11	18	75 (20.9)
	カナダ	1	3	1	2	2	1	3	13 (3.6)
	北米小計	10	12	8	12	13	12	21	88 (24.6)
欧州	ロシア	-	2	-	-	-	-	-	2 (0.6)
	イギリス	-	2	-	-	8	-	3	13 (3.6)
	アイルランド	-	-	-	-	-	1	1	2 (0.6)
	フランス	-	-	-	1	-	3	-	4 (1.1)
	オランダ	1	-	-	-	-	-	-	1 (0.3)
	スウェーデン	-	-	-	-	-	1	-	1 (0.3)
	ドイツ	-	-	-	-	-	2	-	2 (0.6)
	欧州小計	1	4	-	1	8	7	4	25 (7.0)
オセアニア	オーストラリア	2	-	1	3	4	1	3	14 (3.9)
	ニュージーランド	-	-	2	3	1	1	2	9 (2.5)
	オセアニア小計	2	-	3	6	5	2	5	23 (6.4)
中近東	イスラエル	-	-	1	-	-	-	-	1 (0.3)
	イラン	-	-	-	-	-	-	2	2 (0.6)
	中近東小計	-	-	1	-	-	-	2	3 (0.8)
	不明	3	3	6	2	-	1	6	21 (5.9)
	合計	33	37	48	58	58	48	76	358 (100)

1994年6月

1. 国別件数

中国	2 (2.6%)	イラン	2 (2.6%)	イギリス	3 (4.0%)
韓国	2 (2.6%)	カナダ	3 (4.0%)	アイルランド	1 (2.1%)
台湾	1 (1.3%)	アメリカ	18 (23.7%)	ニュージーランド	2 (2.6%)
日本	6 (7.9%)	ブラジル	12 (15.8%)	オーストラリア	3 (4.0%)
インド	1 (1.3%)	ペルー	7 (9.2%)	不明	6 (7.9%)
フィリピン	4 (5.3%)	ボリヴィア	1 (1.3%)		
インドネシア	1 (1.3%)	メキシコ	1 (1.3%)	合計	76 (100%)

2. 外国人相談者居住地域

大阪	40 (52.6%)	滋賀	2 (2.6%)	愛知	1 (1.3%)
京都	7 (9.2%)	奈良	1 (1.3%)	神奈川	1 (1.3%)
兵庫	18 (23.7%)	福井	3 (4.0%)	不明	3 (4.0%)
				合計	76 (100%)

3. 相談内容 (複数回答)

言葉の通じる病院の紹介	55 (62.5%)	言葉の問題	6 (6.8%)
外国で診療経験のある医師の紹介	4 (4.5%)	予防接種	2 (2.3%)
病気・医療についての情報	6 (6.8%)	治療費の問題	4 (4.5%)
医療機関紹介	1 (1.1%)	薬について	3 (3.4%)
医療制度・福祉制度相談	1 (1.1%)	苦情	2 (2.3%)
		その他	4 (4.5%)
		合計	88 (100%)

4. 他機関等からの相談

マスメディア	8	企業	2	公的機関	20
教育機関	3	NGO	3	医療機関	5
				合計	41

5. 他機関からの相談問い合わせ内容 (複数回答)

活動内容	23	医療機関紹介	1	NGO紹介	1
取材	7	ポスター	4	その他	7
				合計	43

6. ボランティアの問い合わせ

英語	1	合計	1
----	---	----	---

センター関西活動報告

- 6月4日(土) 社臨床心臓病学教育研究会、大阪府環境保健部との交流会
出席者：宮地、香取、横山、庵原
- 6月11日(土) 大阪府保険医協会中央地区懇談会
講師：宮地ほか 出席者：福川、横山
- 6月20日(月) 外国人医療研修会
主催：大阪府、大阪府医師会、大阪府病院協会、大阪府私立病院協会

FIFTH NGO CONFERENCE OF THE U. S FORUM ON VIETNAM, CAMBODIA AND LAOS.

Arlington, Virginia. (Washington D. C) June 2-5th 1994.

AMDA Vancouver William N. Grut M. D, PhD

This conference is held annually and, despite its title draws a wide number of interest groups apart from NGO's. Those attending included government ministers from Laos, Cambodia and Vietnam, representatives of the US Government, refugee committees, private sector business representatives, academics, and other interested individuals such as teachers and ethnic community workers. AMDA was represented by Dr. Hideki Yamamoto, - who came down from Harvard School of Public Health in Boston with a fresh new MSc in his hand (Congratulations HidekiSan !), and myself over from Vancouver Canada.

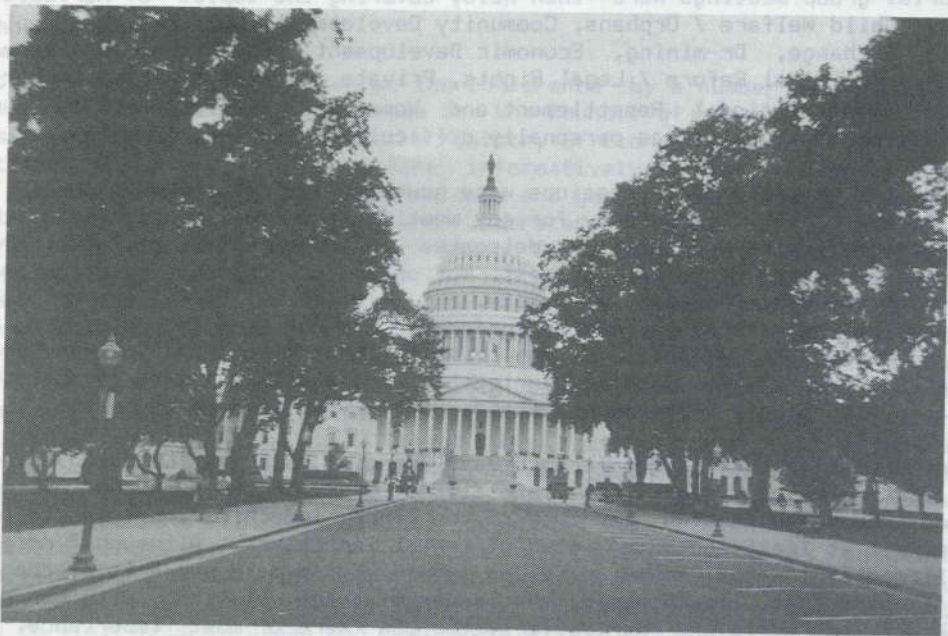
The site of the conference was at Marymount University, situated about 10 miles from Washington D.C in the green and rolling hills of Virginia. It was an ideal setting where accommodation was available on campus and meals and meeting facilities could be efficiently arranged. The large gym was used for the main sessions and a third of it was set up for on-site displays of posters, printed matter, small videos etc. Dr. Yamamoto and I combined to arrange an AMDA Cambodia display area consisting of AMDA literature and photographs of Phnom Srouch District hospital and services starring Dr. Sek Mardy (you'll make yet Mardy !) as well as Dr. Sar Francois Borann, Mr. Sa'ambo, and the Phnom Srouch - AMDA vaccination team in action.

The program was a full one and included plenary sessions, interest and general 'reflection' groups as well as special topic meetings. There were videos in the evening on topics ranging from the Mekong to Cambodian traditional dancing and a barbecue on one of the evenings

The opening plenary session was chaired by Ms. Joy Carol and included an address by Mr. Nouv Kanon - Secretary of State, Cambodia. In addition General Harold Moore presented an account of his return to Vietnam to meet in friendship with his former military adversaries on the battlefield. Though later in the conference issues relating to the American war were discussed again, often with emotion, all generally thought that it was time to put this tragic piece of history aside and look to a future of friendship and reconciliation.

The following morning a further plenary was held entitled 'Macroeconomic changes: the positive and negative aspects of international aid and development strategies'. Among others in this session were addresses by Bill McCleary, lead economist, World Bank, E.Asia Dept, and Mr Cham Prasad, Minister of finance, Cambodia as well as Mr Dinh Thi Minh Huyen of the Ministry of Foreign Affairs, Vietnam.

The third session was entitled 'The role of the Expatriate Private Sector in National Development'. These meetings were divided by country. The Cambodia group was Chaired by Mr Dave Elder of AFSC, but included Susan Walker of Handicap International, Mr Sam An Ou, of the Cambodia Development Council, and Ms. Agnes Van't Bosch, of the Canada Cambodian Development Program.



ワシントン・ホワイトハウス



AMDАの紹介をする筆者(Dr. Grut)と
山本事務局長

Sectorial group meetings were then held, covering the topics of Agriculture, AID's, Child Welfare / Orphans, Community Development, Cultural and People to People Exchange, Dr-mining, Economic Development, Education, Environment, Health, Political Reform / Legal Rights, Private Investment, Trade & Tourism, Refugee Repatriation & Resettlement and Women and Development. Of so many interesting sessions it was personally difficult to pick one to attend.

Perhaps the most enjoyable sessions were however the 'reflection groups'. This is a format I would recommend for any meeting and consists of simple cross sectional grouping of all the delegates at the conference, sitting and discussing issues of mutual interest. Not only does this method allow one to meet with a greater number of people, but gives time to reflect on issues relevant to the main theme of the conference but not directly related to ones own interest. For example, my own bias is health-care and primary health education, but topics such as agriculture and small business establishment etc, are also highly important to standard of living (and hence health).

The overall theme of the conference was 'Changing Policies, Changing Roles in Laos, Cambodia and Vietnam' but this did not prevent a wide number of other themes from being debated. For each of the three Indochina countries involved there was at least one main issue of central importance. Although I oriented myself mostly towards Cambodian issues (where AMDA's main projects of the area are) I noted that for Vietnam, the issues of trade relations with the major blocks of the world and particularly the USA were of most importance. This country strongly seeks investment and particularly Americas 'most favoured nation trading status' which it currently does not have (though under consideration). There is no question that Vietnam is developing rapidly, although there are still problems with over centralization and poor infrastructure. Laos also suffers similar problems although their central area of discussion was more concerned with issues of refugee return. After the American war, certain anti-communist groups, some of which had been assisting the American military effort, relocated to the N.American continent. Many of these people now want to return but there is still considerable mistrust between them and the Laotian Government. The conference was thus an excellent opportunity for the two parties to get together to start to allay these mistrusts and suspicions.

Cambodian issues however were distinctly the most serious. While the other two countries of the area have now put wars behind them and are moving down the road towards eventual economic prosperity, Cambodia remains stuck in a quagmire of bloodshed and distrust. The NGO, CORKR (Campaign against the return of the Khmer Rouge) had several delegates at the meeting who presented overwhelming evidence of the military assistance given to the K.Rouge forces by the Thai Military. In the recent fighting both tanks and American made rifles were found on captured soldiers. CORKR made the point that although the United States is reluctant to put pressure on an old ally (Thailand) this policy should be changed for the sake of peace and prosperity in the region, and that actively supporting war in a neighbouring democratic country is simply unacceptable by world standards. The peacefulness, intelligence and thoughtfulness of the Thai people is well known but it seems that there is widespread ignorance of the environmental destruction and bloodshed that is being assisted their army and its controllers for the sake of greed. If this were well reported in Thailand, her population would not stand for it.

Another associated issue of concern relating not only to Cambodia but other of the worlds trouble spots was that of land-mines. This was discussed in several sessions and support elicited for a world ban on these ghastly mutilators of

human and animal life.

Cambodia was well represented at the conference by a number of participants. Mr Nouv Kanon, Secretary of State in the Council of Ministers and Mr Cham Prasidh, Secretary of State in the Ministry of Economy and Finance have been mentioned above and both spoke very informatively as well as being happy to mix and contribute to reflection groups and general networking. Women were well represented by Ms. Im Run, Under Secretary of State for Womens Affairs, Ms Yin Kim Sean, General Director of the State Secretariat for Environment, Ms. Heang Neang, a teacher trainer in the Ministry of Education and Ms. Kien Seray Phal, President of the Cambodian Womens Development Association. I was delighted to again meet a special friend of AMDA, Dr. Oum Sophal, director of the National Centre for Hygiene and Epidemiology. I remember with gratitude his warmth and friendliness in the early days of AMDA operations in Cambodia when every day seemed to herald in some form of new disaster or other. Of particular mention and all these warm, interesting and enthusiastic representatives, was the Venerable Monychenda a Buddhist monk and the Director of Buddhism for Development with a long history of local Cambodian NGO work. His contributions to the plenary sessions and discussion groups were considerable and everyone was interested and impressed with his poignant and erudite answers to many questions posed. I sincerely hope that one day he, and others such as Dr. Oum Sophal or Ms. Im Run (another excellent speaker) will be able to visit AMDA in Japan and meet some of this organizations supporters and organizers.

Also to be mentioned must be the numerous N.American based Cambodians, Laotians and Vietnamese who had travelled to attend the meeting either as representatives of their community organizations or simply as individuals. These people helped to add a strong sense of identity to the occasion as well as providing excellent insights into problems and issues of the externally displaced

The general opinion was that the conference was a considerable success. Apart from the major and minor sessions, there was much time for networking and making new contacts. Although AMDA was the only international Japanese group represented there were individuals and interested parties from countries including Mexico, the E.U. (EEC) and Canada (including AMDA Canada !). It was generally felt that although being US based and oriented in future the conference should perhaps be given a more 'international' title to encourage more overseas participation. Washington D.C is unquestionably one of the major four or five overseas aid focuses of the world and the USA second only to Japan in absolute amounts given. In sheer numbers of NGO's however, N.America (and the E.U) no doubt have the major share and this, coupled with the geopolitical influence of the US makes such a meeting (attended by US government officials) of considerable importance. We live in a global society. The problems of poverty, ignorance and disease are everybody's problems. Meetings such as this, not only update those involved but also help to shed awareness as well as find working solutions to some of the problems. It is far better to learn from those already with experience than to waste time and resources repeating old mistakes. That way 'Team Mankind' can all pull together for the same golden dreams.

■ミャンマー難民救援活動報告

日本青年会議所 国境なき奉仕団

難波 巧

ミャンマー（旧ビルマ）北部地域のタイ国境に接した所にカレン州があり、ここに約220万人のカレン族という少数民族が住んでいます。

彼らは1988年の軍事クーデターで政権を獲得したミャンマー軍事政権と対立し、現在もカレン族の独立を目指し、反政府政権のカレン民族同盟（KUN）として軍事政権打倒の活動を続づけています。しかし政府がタイ国業者への森林伐採権売却、タイとの国境貿易に直接乗り出して、彼らの主な収入源へ経済圧迫を加えるとともに組織への攻撃を強めています。こうした政府側の攻撃や迫害によりタイ領内へ避難するものが増え続けているのが現況です。

タイ北部の町メソト（MAESOD）に難民として流入し、山間部に16ヶ所の難民キャンプを形成し、現在の難民数約5万6千名に達し、今後も増加することが予想されています。学校も小学校が各キャンプに1ヶ所、全体のキャンプで中学校8校、高校3校があります。タイ政府が難民として認めていないため、農地の開拓、森林の伐採、タイ国内での労働も認められていない事や、国連などの公的援助が受けられないため、食糧や医療品等に関してはNGO団体の援助に頼っている状況です。

今回このタイ国内ミャンマー難民（カレン族）救援活動に（社）日本青会議所“国境なき奉仕団”の一員として5月上旬参加してきました。私は初めて救援活動参加でもあり、タイを訪れるのも初めてでした。期待と不安の入り交じる中バンコクの空港へ到着し40度近い暑さを想像していたのですが、なぜか曇り空。聞く所によると前日は20数年ぶりの大雨による大洪水にバンコク市内は見舞われたの事。現地の人に聞くと今年は異常気象で雨季のはしりが1ヵ月位早く来ているのではとの事、運がいいのか悪いのか複雑な気持ちでした。

私の隊のメンバーはその後メソトに着くまで飛行機トラブルにもたたられ、6時間のマイクロバスでの移動を強いられた目的地に着くまでも大変でした。

今回の救援活動は25名のメンバーが分散して、14のキャンプを訪問し、そして難民たちに米、トウガラシ、食用油、ノート、ボールペンなどの救援物資（約1千3百万円相当）を手渡すのが目的でした。日本からの本格的な人道的援助は今回初めてという事でさまざま面で不備な面が多かったようです。ある時は、トウガラシの粉にむせて涙が止らなかつたり、雨でびしょぬれになりながらのトラックの物資運搬や積み降ろし、そしてキャンプまでの山あり谷ありの徒歩移動にはほとんど疲れしました。場所によっては船で物資補給をした所もありました。

医療状況について触れますと、4キャンプをドイツの医療チーム、9キャンプをフランスの国境なき医師団、3キャンプをアメリカの医療チームが受け持って活動しているようです。南部の方の訪問できなかった2キャンプでは半年に1度の食糧援助、医療援助しかできないらしいですが、その他のキャンプでは医療の方は1カ月に1度、食糧の方は3カ月に1度の援助があるそうです。

私は救援活動に参加してみて、あらためて日本の豊かさをしみじみ感じました。しかしそれは本当の意味での豊かさなのでしょうか。まだ十分使える電気器具や家具が捨てられたゴミの山、食べ残された多くの食糧、そしてそれをあたり前のことと感じる日本人。現地の子供たちはおもちゃもなく、お菓子ももちろんありませんが、決して暗さはなく、石と石をぶつけあったりして本当に楽しく遊んでいました。その輝くような笑顔が今もお目の奥から離れません。



カレン難民キャンプでの難波氏

今月は活動報告解説は少し略して、趣向を変えアジア的・国際的視点からのエイズ対策をチェンライ・チームからの情報を中心に考察したいと思います。まづは、話の前に、タイ近隣諸国のエイズ状況に関して、同封したアジアにおけるHIV（エイズウイルス）流行とビルマのエイズ状況を記した最新の新聞記事などを参考にして載せたいと思います。東南アジア諸国においてエイズの問題が大きく成ってきているのが判ると共に、「カンブチアのエイズ流行に責任を問われるタイ」との見出しにある様な伝播の状況が見られます。

（1）「国境を越えるエイズ」— HIV感染の国際的な伝播

最初に、本紙の読者に分かりやすい様に日本の例を示したいと思います。どこからの伝播かを理解するには、本年2月号にて紹介した分子生物学的な手法によるHIVの株分類によると分かりやすいので付記します。日本のエイズ・サーベイランスに登録されているHIV感染者、AIDS患者さんの当初ほとんど、現在6割はHIVスクリーニング導入前の血液製材により感染した血友病の患者さんです。また、米国の同姓愛者と交友のあった人などの報告もありますが、以上は欧米由来のHIV株（B型）が主流でした。

しかし、最近の日本で一番危惧され且つ増加傾向なのは、アジアからの性行為感染による伝播です。現に、最近の日本人のHIV感染者からはタイに特有なHIV株（E型）が多く分離されています。例えば、9人のタイ人HIV感染CSWの交友者を調査したコンタクト・スタディでは99人の日本人男性への性行感染が分子生物学手法で同じHIV株である事により確認されています。また、別な側面では日本のエイズ・サーベイランスに登録されているHIV感染者の内の6割が外国人でその大部分がタイ人CSW（Commercial Sex Workers 売春婦は差別用語なので避けます）である状況です。チェンライや近隣の県は様なタイのCSWの出身県で、日本渡航も多い様相です。日本語を良くしゃべれる女の子がいたりします。もちろん、日本在住のビルマ人麻薬中毒者にビルマ特有のHIV株（Bb型）も分離されており、日本の麻薬患者への伝染も危惧されます。

なぜ、この様にエイズ感染流行が世界中に伝播するのでしょうか。一番の原因はエイズウイルスの伝播様式が主に性行為感染により、国際的な性産業のルートに乗りやすい事です。例えば、チェンライ県ではCSWの半数以上が現在、近隣のミャンマー（ビルマ）と中国南部ユンナン省から来ています。バンコクなどでは、近年ロシア人CSWが報告されています。チェンライ県出身などのタイ人CSWはバンコクからさらに日本やドイツの外国へと流れます。この様な動きはタイのみではなく、エイズとは縁が少なそうなネパールにおいてもボンベイやドイツ帰りのネパール人CSWにより現在エイズ流行が進行の状況です。カンブチアから南部ベトナムにかけての、性産業と危険行動によるHIVの非常な増加はの状況はAMDAカンブチアの Dr. Mardy が本紙5月号に丁寧に書かれた通りです。

第2の原因としては、国際的な麻薬流通によりミャンマーなど産地から、インド北東部アッサム州、中国南部ユンナン県、香港へと感染が伝わっている事も大きな因子です。

（2）国際共同作戦、ネットワークの必要性

この様な国際的な伝播となった時、どの様な対策が立てられるべきなのでしょう。日本は過去に排他精神的「水際作戦」（簡単に言えば感染しているタイ人などを追い返せ！）を考えました。未だにタイ人女性の日本入国は非常に審査が大変きびしいです。日本以外にも、「水際作戦」の例として、ミャンマーでタイからの帰国CSWに対する強制HIVテストと隔離施設入りが噂されており、タイNGOはビルマ人CSWの国境越え帰国の際に付き添い人権保護をしている状況です。この様な「水際作戦」は効果がない（本当に不正入国する場合、隣国の

マレーシアのパスポートを偽造して日本へ入る)し、何より多大な人権侵害と考えられます。速急に「国際共同作戦」的アプローチにて根本の問題解決に乗り出すべきであると考えます。

事例を幾つか紹介したいと思います。チェンライ県ではCSW問題の根元を絶つべき、CSW入りの危険が迫っている小学6年生の女の子を性産業のエージェントからの前金(予約金)を受取る親から離して、中学校へ進学させ職業訓練をするタインGO活動が盛んに成っています。この様な活動に日本のNGOが支援をしている例があります。これは回り道であるが大変有効な例です。日本に渡航するタイ人CSWの多くがチェンライ県や近郊の県からの出身者である事を考えると、この様な活動は日本のエイズ対策にも貢献すると考えられます。

また、AMDAのネットワークの中でもいい事例があります。チェンライで作成されたエイズ・カウンセリングの為にブックレットが日本のAMDA国際医療情報センターに出入りしているタイ人の中で評判がいいのです。現在、チェンライから日本にこの2冊の本の「逆輸入」が実施されつつあります。もしかしたら、チェンライ産の本が日本在住のタイ人に向けての大幅増刷され、日本で配布される事に成るのかも知れません。これなどは、それぞれの国や地域の強いところを提携しあって共同作業を進めるAMDA特有の活動と考えられます。

また学術的には、国際的なサーベイランス網の整備が急がれます。幾つかの定点、例えばAMDAネパールのダマック医療センターなどで定期的(例1年に1-2回)の頻度で「匿名」で危険グループ・サーベイランスを設定・分析すれば、その地域のHIV感染の流行の進行状況が分かり意義が高いと思われれます。AMDAのネットワークを使用してアジアにおける情報網・サーベイランス網の整備に共同作業する事も考えられます。

(3) 横浜での国際エイズ会議の意義、今後のAMDAの役割

本年8月7-11日に横浜において、アジアで初めての国際エイズ会議が開催されます。本会議を機会として、アジアのエイズ対策者のネットワークが作られる事が望まれます。日本政府は細川前総理が訪米の際、クリントン大統領に対して、日本が今後アジアのエイズ対策に多大な国際貢献する準備と資金を約束しました。現在、その計画作成が徐々に進行中と伝え聞きます。例えば、JICAのエイズ・プロジェクトの様な企画も増える様であるし、また日本でエイズに関する国際研修コースの設置がされるようです。もちろん、本分野でもNGOの活躍も期待されます。日本は、エイズの患者が少ない事もありエイズ対策における経験は少ないですが、アジアにおける情報と経験を交流させ、エイズ対策を推進させる為のファシリテーターとして今後、大きな役割が期待されているのではないかと思います。

AMDAはアジア地区の国際NGOとして、平等な立場に立ち国際活動を進めてきたユニークな経験より、アジアのエイズ対策のネットワーク活動に貢献できる素地があります。AMDAの若手の方々の中から、アジアの友人達と「共に学び合う」姿勢で経験を積み、今後アジア地区のHIV感染流行の緩和と阻止に貢献する人材と活動が生まれる事を期待します。

☆☆☆ ミニレクチャーのポイント ☆☆☆

- 1) 現在、アジア地区においてのエイズの「国境を越えた」伝播と流行が起きており、大流行が予想されている。
- 2) 「国境を越えるエイズ」に対しては、対策も国際的なネットワークにもとづかなければならない。非人権的な「水際作戦」ではなく、問題解決型の「国際共同作戦」のアプローチが望まれる。
- 3) アジアで始めて開催される国際エイズ会議を機会として、アジアのエイズ対策者のネットワークが作られる事が望まれる。
- 4) AMDAはアジア地区の国際NGOとしてのユニークな側面より、アジアのエイズ対策のネットワーク活動に貢献できる素地がある。

あー暑い暑い！風のたよりでは気象庁が四国の梅雨明けを宣言したそうですが、今日は栃木も梅雨明けしたんじゃないかと思うほどの猛暑です。聞けば最高気温は35℃。おまけに今日は休日で教室は冷房が効かないときています。言ってもしかたないけどやっぱり暑い！南国のみなさま、夏をどうやってお過ごしですか？

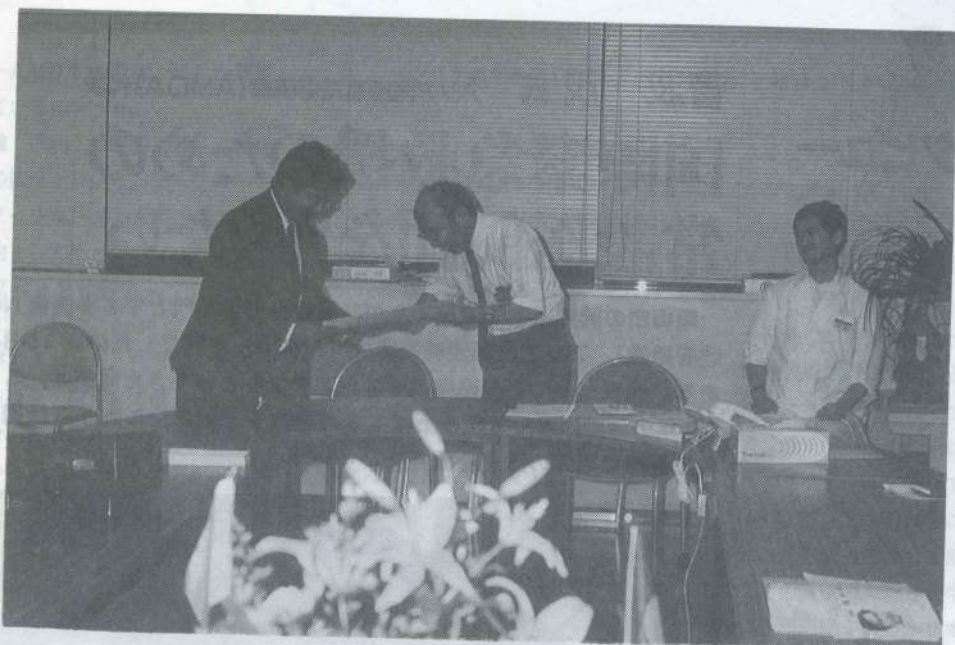
さて、ご存知の方もいるかと思いますが、かの日本-バングラデシュ友好病院長、ナイーム先生が6月中旬、学会のため来日しました。せっかくの機会だから、自治医大でスピーチしてくれないかと頼んだところ、なんとOK！直前に頼んだにもかかわらず、忙しい中駆けつけ、6月2日当教室で勉強会が開催されることになりました。私も初めての経験で、右往左往。教室で感謝状を出そうということになり、日本らしさを出そうと銀座の伊東屋まで賞状の紙を買いに行き、帰り際に世界の国旗を売っているのを見つけ、さっそく購入。前日は午前3時まで手作りに見えない感謝状をと頭を悩ませました（3階上の英語科の先生方も相当悩ませてしまいました。）が、最近のレーザープリンターとコピー機の威力はすばらしく、我ながらほれほれする出来映えの感謝状がその日の昼に出来上がり、滑り込みで教授のサインをいただきました。ナイーム先生は定刻に自治医大到着。疲れも見せず「バングラデシュの都市部における健康問題」について講演してくれました。ナイーム先生は出国の朝5時に起きて講演資料を作ったそうですが、とてもすばらしい内容で、とくに、彼の僻地病院での苦勞話は、僻地診療所で同じ様な経験をしているせいか、皆我がことのように聞き入っていました。続く懇親会でも質問が相次ぎ、あつと言う間にナイーム先生が帰る時間になりました。以来、教室のバングラデシュへの関心が高まったようです。最近では私が見逃したバングラデシュの記事を指摘されることが度々で、うれしくなった私は「JBFHに医局旅行しようよー！」と教室のすみからぎゃあぎゃあ騒いでいるのです。

—ナイーム先生講演要旨—

バングラデシュでは人口の都市集中、とくに低所得者層の集中が大きな社会問題になっており、この要因として人口の過密化や自然災害などが挙げられている。農村の住民はよりよい生活を求めて都市に流れ込んでくるが、実際には農村にいた時より生活が苦しくなっている。新聞や文字放送などのメディアで情報提供しているが、文盲率が高く、なかなか普及しないのが悩みである。劣悪な生活環境のため、下痢、呼吸器感染症、低栄養などで死亡する小児が多く、都市の低所得者層では20%を越える子供が死亡している。

医療制度はイギリスに習って整備されてはいるが、実際には国内十数カ所の総合病院以外はほとんど医療機器がなく、総合病院レベルでも医療機器の整備やスタッフの教育はまだである。

JBFHでは、日本で覚えた知識の普及とともに、都市の健康問題についても徐々に取り組みたいと考えている。



講演後、五十嵐先生から（苦心の作の）感謝状を受けるナイム先生



ナイム先生（前列左から2人目）、五十嵐教授（ナイム先生の右）と教室員。教授が持っているのはJBFHの開院パンフ



インタビュー

菅波 茂氏 アジア医師連絡協議会 (AMDA) 代表

国際緊急救援のための 常設医師団を作りたい

岡山市の開業医、菅波茂氏らが、医療分野を専門とする多国籍 NGO (非政府組織)、アジア医師連絡協議会 (AMDA) を設立したのは 1984 年である。代表としてこの組織のイニシアチブをとってきた同氏は、これまで 10 年の活動によって積み上げてきた経験を基盤に、これからは国際緊急救援医療に活動の重点を置きたいという。



すがなみ しげる氏
1946年広島県生まれ、47歳。
72年岡山大学医学部卒業。同大学院で公衆衛生学を専攻、この間に岡山大学医学部クワイ河医学踏査隊を企画派遣。77年大学院修了後、第一内科入局。同年11月から81年まで心臓病センター榊原記念病院勤務。81年岡山市内に菅波内科医院を開業。その後、老人保健施設「すこやか苑」、「あすか在宅介護支援センター」、「アスカ訪問看護ステーション」を併設。

(写真・穴沢 誠)

NIKKEI MEDICAL 1994年6月10日号

—AMDA は現在、どんな活動をしているのですか。

菅波 国内では在日外国人の医療問題の援助を目的に、国際医療情報センターを東京都と大阪府で委託業務契約をしてやっています。東京では、92年4月に設立して以来、昨年の12月までに3000件ぐらいの利用がありました。内容は、言葉の通じる病院を紹介して欲しい。これが半分。あとは医療機関を紹介して欲しいとか、治療費、トラブルの相談です。各国語で相談に乗って情報を提供したり、病院を紹介しています。

地域保健と緊急救援を国外で

—国外での活動は、どのように展開しているのですか。

菅波 大きく分けて二つあります。一つは地域保健医療、もう一つは緊急救援医療です。緊急救援医療は、自然災害と難民に分けられます。自然災害で今までやってきたのは、フィリピンのピナツポ火山被災民、ネパールとバングラデシュの大洪水の被災民、最近ではインドとインドネシアの大地震の被災民の救援です。

難民では、いちばん最初はイランによるクルド難民、それからエチオピア難民の救援。ミャンマーから逃げてきたバングラデシュのロヒンギャ族の緊急救援。カンボジア難民の本国帰還。その後、ネパールのブータン難民、ソマリア難民の救援を行い、今は南ア連邦から帰還しているモザンビークの難民の受け入れ対応をやっています。この5月末からは旧ユーゴスラビアの難民と被災民に対して救援チームを送ります。

—ソマリア難民の救援活動は終わったのですか。

菅波 ソマリア難民救援は他のNGO3団体とチームを組んで行ったのですが、そのグループとしての活動は終わり、今はAMDA単独でフォローをやっています。

ジブチにある4カ所のソマリアの難民キャンプでの活動と、ジブチ政府が外国の援助で建てて、そのままになっている産婦人科専門病院の再建に取り組んでいます。

—モザンビークの方は。

菅波 難民救援をガザ州という所でやっています。首都からちょっと入った所にショクエという中核都市があるのですが、今年1月から、その病院再建と、その近辺のヘルスポスト(簡易診療所)で巡回診療をやろうということで、国連難民高等弁務官事務所と組んでやっています。最終的には3チーム入ります。必要な人員は医師が4人、看護師が4人、検査技師が1人、レントゲン技師が1人、多数のローカルスタッフ。水道と電気の専門家も必要です。

今入っているのは日本人の医師が1人と、看護師が2人、コーディネーターが1人。あと検査技師が入っていくと同時に、アジアのAMDA参加国のメンバーを入れていきます。

—旧ユーゴへの緊急救援はどのようなものになるのですか。

菅波 クロアチアとセルビアに民生物資の援助をすることになっています。医療技術者は現地には十分いるんです。ただ、モノがない。だから、

医療と教育と社会訓練、この3点で、どこに何が必要なかを調査して、必要なものを持っていく。それでどんな効果が出るかをモニタリングしようという狙いです。医師や看護師を12~13人送り込みますが、コーディネーターです。

—国外での活動のもう一つの柱、地域保健医療での援助は、どのような体制でなさっているのですか。

菅波 地域保健医療活動はネパールとバングラデシュで行っています。AMDAはアジア15カ国にメンバーがあり、各国に強力な支部があります。その支部の人たちを中心にして保健医療活動を根づかせています。

—国内ではAMDAへの参加メンバーはどれくらいいるのですか。

菅波 医師を中心に看護師、薬剤師、検査技師、コーディネーターなど合わせて450人ぐらいです。そのなかで仕事の都合や専門などのマッチングをするわけです。昨年1年で例えばジブチのソマリア難民救援で活動したのが40人ぐらいです。

五つの課題を3カ年計画で

—旧ユーゴスラビアでも活動するということですが、これまでのアジア、アフリカを中心にした活動を、世界に広げていくわけですね。

菅波 今はとりあえず、すぐどこでも行けるよう緊急救援医療体制を作ることに、いちばん重点を置いています。日本の緊急救援医療システムを欧米並みに近づけようということで、昨年の8月から3カ年計画を始めました。「オーキッド・プラン」(蘭計画)と呼んでいます。

インタビュー

緊急救援をやるためには、五つのファクターがあります。一つは国連機関と密接な連携をとること。例えば国連機関で難民に関係のあるのは緒方貞子さんのいる国連難民高等弁務官事務所ですね。それから、WHOの緊急救援人道援助部門、ユニセフ、国連災害救済調整官事務所。この四つの国連機関と密接な連絡をとらないとだめなんです。

その次が現地の政府との緊密な連絡、3番目が日本政府との連絡、4番目が日本の他のNGOとの連携。5番目が一般国民の参加。

この五つが社会システムとして成り立ったときに、緊急救援ができるんですが、日本の場合、まだできていない。外務省も困っているわけです。たくさんのお金を出しても、自分たちで使えない。欧米の団体が人道援助をやっている形になってしまう。だから、この五つを一つのトータルなシステムとして作りあげて緊急救援医療ができるようにするというのがオーキッド・プランです。

スタッフの生活保障をしたい

—AMDAの現在の予算規模はどのくらいですか。

菅波 去年は3億円ぐらいです。資金源は、中央官庁から郵政省のボランティア貯金、外務省のNGO支援補助金。いろいろな財団や宗教団体もくれています。それと寄付、自分たちの持ち出し。国連難民高等弁務官事務所からももらっています。

—この予算規模は、現在の活動能力に比べて、どうですか。

菅波 活動を充実させるために常



設の医師団を持ちたいんです。それにはスタッフの生活保障が必要です。ですから、今のレベルだと10億円ぐらい欲しいですね。10億円あれば、常設の医師団が持てるわけです。

—常設医師団を作るに際して医師の確保は難しくないのですか。

菅波 生活保障すればやりたい人はいっぱいいる。今までのNGOでいちばん抜けていた概念は生活保障です。日本人の考え方では、スタッフの生活保障にお金が使われることを嫌い、お金が現地の人にどれだけ渡ったかを気にする。

欧米の団体の固定経費は6割から7割です。例えば国連機関に、日本がお金を10億円出したとすると、ほぼ6億は国連機関が使ってしまう。あとの4割が対象地域に行く。これが欧米的な考え方です。

—常設医師団を作るとなれば、メンバーの専門知識も重要ですね。

菅波 緊急救援で行こうと思ったら、それなりの留学をしておかないといけません。例えば熱帯医学ならロンドン大学の熱帯医学校、難民医療はジョンズ・ホプキンスに講座があ

る。ハーバードだったら国際保健がある。そういう所で、しっかり方法論を身につけてくる。だから、だれでもいいというのではなくて、国際社会でいろいろな人と太刀打ちできるような方法論を身につけていることが大事です。そうすると、その肩書も有効に使えるわけです。

どこにでも飛び出せるようにしておくには、専門的にコーディネーター、国連、各国政府、外務省、厚生省などと常に連絡をとっておかないといけません。10人から20人の常設医師団があれば、それが可能になるわけです。そういう基本的なところがなく、日本は国際社会でどうあるべきだとか言っても、あまり意味がないんじゃないか。そうしたことが、これまでの活動の積み重ねを通してようやくわかったという気がします。

—学生時代からアジアへはずいぶん思い入れがあるようですね。

菅波 学生時代、昭和44年(69年)に8か月間アジアを回ったんです。小田実の「何でも見てやろう」がベストセラーで、今まで外に出られなかった冒険野郎が飛び出していった時期です。強烈な思い出があり、それが原体験です。やはり、青春の時に最初に足を踏み入れた異文化の土地が、その後の人生に何かと影響を及ぼしてくると思うんです。

—こちらで開業されながら社会奉仕活動を続けていくのは、大変なことですね。

菅波 耳鼻科医をしている女房(夫人は隣地で開業)の支えを得ながらやってこれたんです。

(聞き手：野上 秀雄)

M

日本社会党中央機関紙 THE SHAKAI SHIMPO

社会新報

6・21



難民支援、PKO法で政府派遣に制約。小回りきくNGOをバックアップせよ。

「日本の援助は顔が見えない」、「カネは出しても人を出さない」と批判されてきたわが国が、今、一つの岐路に立たされている。最近強まりつつある

NGO支援の動きのなかで、「官」と「民」による役割の違いがますます顕在化しているのだ。海外への緊急医療援助にしばって、現状を探った。

現地で連携するNGO

在外公館に「NGO担当官」を

そのした政府ベースの立ち選れに対し、民間NGO団体の動きは活発だ。

旧ユーゴの難民支援も

わが国で医療関係のNGOとして知られるアジア医師連絡協議会(本部・岡山市)は、九三年にマリヤに難民支援を行なったのはじめ、今年になってからは旧ユーゴへの派遣を決定した。

いずれも「フリカ教育基金の会」や「国境なき奉仕団」など、教育や福祉など他の分野で実績を持つNGOと合同で支援を行っている。

個々のNGOで独立して行動するのではなく、それぞれのNGOの得意分野を持ち寄って協力しながら活

動する同方式は、「欧米のNGOに比べて経験の浅い」とされるわが国では理想の形(UNHCRとも言われ、国際緊急援助隊の民間版)として注目されている。

アジア医師連絡協議会代表の菅波茂さん(56)は、政府レベルの援助に民間レベルの援助にそれぞれ長所短所があることを認めた上で「今後のNGO活動には資金力が不可欠」と言いつつ、そのための財源に、国家のODA予算を補填することを提案している。

「日本がこれか目指すべき道は人道援助大国として世界で認められること。そのためには人を送るための具体的なシステムを持っていくからだが問題にな

る。その点、日本はシステムが確立されていない。任せられる部分は、経済的な裏付けとともにNGOに委託するという考え方があってもいい」

現地では官民別格

事実、わが国におけるNGOへの助成制度は、外務省をはじめとして、予算額は年々増加している。それだけ日本のNGO団体に力があつてきたとどうもいえるが、「官」の援助だけでは援助の効果に限界があることを政府サイドも分かっているのだ。

外務省民間援助支援室長の五月女光弘さんは「現地で活動すれば、民間人であろうと政府の人間であろうと、同じ日本人として見

れるのは同じ。要は人の顔の見える援助として、日本のイメージアップにつながるべき」と説明する。今後は、「人の顔」が見える援助へ、資金援助の推進が望まれるのと同時に、逆にそれを受けるNGOの側も、力量が問われることになる。

菅波さんは「NGOへの資金援助の拡大とともに、在外公館でNGO団体を担当するための「NGO担当官」のような制度を考えてはどうか。(在外公館は)人員不足で日常業務に追われているのが現状だけれど、こうした制度が確立されれば、NGOの力をいっしょに増やすことが可能だ。

●わが国の緊急医療援助体制(海外向け)

	政府派 遣(国際緊急援助隊)	自衛隊	NGO (アジア医師連絡協議会(AMDA)、フリカ教育基金の会など)
法律	国際緊急援助隊の派遣に関する法律		
ケース	災害(地震、洪水など)	PKO協力法	—
派遣の仕組み	相手国または国際機関からの要請が必要		随時
メリット	●要請ベースなので現地に入ってから仕事のスムーズ ●相手国政府が要員の安全確保に協力的 ●豊富な資金力	●大規模な活動展開が可能 ●自己完結的な組織形態 ●輸送手段に力を発揮	●スピーディーな対応が可能
デメリット	●要請がないと動けない		
主な過去の実績	1988 スーダン洪水 1990 リベリア被災難民 " イラン地震 " フィリピン地震 1991 イランのクルド難民(1~5次) 1993 ネパール洪水	なし(待機中)	◇アジア医師連絡協議会(AMDA)の場合。 1991 イランのクルド難民 " フィリピン・ピナツボ火山噴火被災民 1992 カンボジア難民 1993 ソマリア難民 1994 モザンビーク帰還難民 " 旧ユーゴスラビア
目的	国益・人道		

国際看護

THE INTERNATIONAL NURSING REPORT

(昭和47年6月9日 第3種郵便物認可)

第274号
平成6年5月10日(火曜日)

発行人

財団法人 国際看護交流協会
理事長 小倉一春

〒102 東京都千代田区九段北3丁目
2-4 メヂカルフレンドビル内
電話 (03) 3264-6667

月1回(10日)発行 1部100円(送料とも)

外務省民間援助支援室の誕生によせて

なぜ、いまNGOなのですか？

五月女光弘

はじめに

つい最近ですが、九州の平均的な都市であるA市を訪問した時のことです。

市長さんにお目にかかり、国際交流の進め方について懇談した際に、市長さんがこんな話をされました。

「A市では近隣の大国であるC国との間で姉妹都市交流や研修生の受け入れなどを通じて、友好関係増進に努めています。われわれが親目的や文化紹介のため相手の市を訪問する際は、当然のことながら経費はわれわれ持ちますが、Z市の方がわれわれの市を訪ねる場合も当方でその経費を負担する



「日本はいま経済的にも文化的にもとても豊かな国になっていきます。でも昔からそうであったわけではありません。日本も千年以上の昔からこの最近まで、いろいろな国々の助けや影響を受けて現在の豊かな国になってきたのです。特に隣のC国からは千年の長きに亘り、言葉に言い尽くせないほどの影響と恩恵を受けてきました。われわれの使っている「文字」や「食べ物」、そして「遊び、おもちゃ」といったものから「哲学、文学」に至るまでいろいろな字はせてもらって来たわけ

です。そのような歴史を忘れてはいけないと思います。われわれはいまC国の人々より経済的

ことが多いのです。こういった財政面での一方向による国際交流は、対等の立場にたつて行つて本来の交流のあり方からすれば問題があるのではないかと疑問を呈する市民の声もかなりありました。」

そこで私が「市長さんは市民に対してどのように説明されたのですか？」とお聞きしますと、こう答えておられました。

「わが身を振り返れば」

「一九六〇年、日本は借りましたお金を貸す側ではなく、借りる側になりました。つまりお金を貸す側ではなく、借りる側になりました。そして、日本は借りましたお金を返済し、高橋道雄を作り、経済発展のスタートを切りました。」

「一九九〇年、日本は二十年ローンの借金を返す側になりました。日本が一人前の先進国に復帰できたのはそんな昔のことではないので

です。第二次大戦後、日本は国際機関はもとより世界の国々や人々からの助けがなければ、戦争の荒廃からこんなに早く立ち直ることはできなかつたと思います。」

日本は援助の手を差しのべてくれた外国の機関の中には、多くのNGO団体があります

に恵まれています。われわれが長年受けてきた恩恵に対する感謝の気持ちで、いま日本側ができることをしあげていけるべきではないでしょうか。……と、とても心に響くお話でした。

「へいつか来た道を」

「一九六〇年、当時の日本は『開発途上国』として世界銀行の融資対象国リストを連ねていました。つまりお金を貸す側ではなく、借りる側になりました。そして、日本は借りましたお金を返済し、高橋道雄を作り、経済発展のスタートを切りました。」

「一九九〇年、日本は二十年ローンの借金を返す側になりました。日本が一人前の先進国に復帰できたのはそんな昔のことではないので

です。第二次大戦後、日本は国際機関はもとより世界の国々や人々からの助けがなければ、戦争の荒廃からこんなに早く立ち直ることはできなかつたと思います。」

日本は援助の手を差しのべてくれた外国の機関の中には、多くのNGO団体があります

た、四十年前、私たちが小さい頃、口にしたり食べ物や薬品などのかなりのものは、そのようなNGOの人々の善意によって届けられたものだったと信じています。

今度是我们が行動する番です。

世界のあちこちで、四十年前の私たちが、現在の私たちが、からの助けを待っているのです。

「私、このたび外務省でNGOを担当することになりました。五月女(さおとめ)でございます。今年度政府予算成立により、経済協力局に「民間援助支援室」(通称NGO支援室)が正式の「室」として誕生いたします。NGO支援を専ら担当する「室」の設置は政府内で初めてのことで、

私はこれまで国際化・国際交流推進担当企画官として、自治体の方々や民間団体の方々と一緒に仕事をしておりましたが、その方々に加えて、これからは開発援助に取り組んでおられるNGOの皆様もお仕事を一緒にできることを幸せに思っております。どうかお気軽に私どもの部屋にお越しいただき、どのようなことでもお話になって下さい。

微力ではありますが、全力を尽くして頑張りたいと思っております。どうかよろしくお助けください。ご協力をお願いいたします。この紙面をお借りしてご連絡申し上げます。

(外務省経済協力局民間援助支援室)

平成 6 年 7 月
(財) 国際開発高等教育機構

平成 7 年度
研究フェロープログラム
国際機関プログラム
募集要項

1、目的

本プログラムは外務省の委託により国際開発マネジメント、プランニング等の分野において研究と実務の双方に通暁した人材を育成し、日本の開発援助の質的向上及び関連分野の教育研究の促進に資することを目的とし、開発援助に関わる海外の研究機関、国際機関等において研究・研修を希望する研究者等の経費を助成するものです。

2、資格

応募資格は、次の各号を満たす者とします。

- A) 将来にわたり開発援助に従事する意志を有する者。
- B) 外国の大学等において研究するに十分な語学力を有する者。
- C) 5年以上の研究歴、又は実務経験を有する者。(但し、大学院での年数も研究歴に含む。)
- D) 国際機関プログラムにおいては専門分野において修士号、又は同等以上の資格を有するもの。研究フェロープログラムにおいては大学卒業、又はこれと同等以上の学力を有する者。但し、当該専門分野において修士号、又は同等以上の資格を有することが望ましい。
- E) 50才未満の者。(平成6年10月14日現在)
- F) 日本国籍を有する者。

*応募時点で国家公務員行政職に在職中の方は対象としません。

送付先(封筒にプログラム名及び'応募書類在中'と朱筆して下さい。)

〒162 東京都新宿区市谷本村町4番地 経済協力センタービル別館7階
(財) 国際開発高等教育機構 事業部 安達

応募受付 平成6年 9月 5日(月)より開始

応募締切 平成6年10月14日(金) (必着)

問い合わせ先 (財) 国際開発高等教育機構 事業部 担当: 安達・安斉

TEL: 03-3226-7103

詳しい資料はAMDA事務局にあります。(岡野まで)

国際医療協力活動レポート

VOL. 1

AMDAの活動記録

AMDA代表 菅波 茂

AMDA 活動のきっかけ

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 (民間団体) である。アジアの15ヶ国に約600名の会員がいる。1979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2名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。

AMDA の理念は「アジアのより良き医療、より良き将来」であるが変更する必要に迫られている。なぜなら AMDA の活動はアジアのみならずアフリカにも活動が広がっているからである。Association of Medical Doctors for Asia は近い将来に Association of Medical Doctors for All となる予定である。

AMDA の活動は国内では東京と大阪に AMDA 国際医療情報センターを開設して在日外国人の医療相談を実施している。海外では国連難民高等弁務官など国連機関との密接な連携のもとにアジアの情熱に燃えた若い医師達と自然災害被災民や戦争による難民のために緊急救援医療活動を展開している。

具体的には1988年インド連邦カルナタカ州無為地区巡回診療プロジェクト、1991年バングラデシュのミャンマー難民救済医療プロジェクト、ネパール王国ビスヌ村地域保健医療

プロジェクト、クルド湾岸戦争被災民救援プロジェクト、ピナツボ火山噴火被災民救援医療プロジェクト、1992年エチオピアチグレ州難民救援医療プロジェクト、ネパール王国ブータン難民救援医療プロジェクト、カンボジア難民本国帰還対応医療プロジェクト、1993年ソマリア難民救援医療プロジェクト、ネパール/バングラデシュ大洪水被災民救援医療プロジェクト、インド西部大地震被災民救援医療プロジェクト、1994年インドネシアスマトラ島南部大地震被災民救援医療プロジェクト、モザンビーク避難民帰還対応医療プロジェクトなどである。

AMDA が実施している国際医療協力を紹介することにより国際社会の現状と海外医療事情の一端を紹介できれば幸いである。

ジブチ共和国での活動

国連平和活動 (PKO) の失敗例と言われているソマリア難民のために医療チームを1993年1月より派遣している。場所はアフリカの角といわれているソマリアの北部に面している小国ジブチ共和国である。人口50万人。世界で一番暑い国といわれている。火山性の砂漠が大部分を占め砂埃が舞う乾燥した大地が続く。ジブチ共和国は旧フランス植民地である。公用語はフランス語。あの有名なフランスの外人部隊の駐屯地があり、スエズ運河のある紅海の出口でにらみをきかしている。ソ

マリア南部は首都モガディシュを中心に戦闘が繰り返されているが、北部は比較的安定している。北部は旧英国植民地で南部は旧イタリア植民地である。

ジブチ共和国には現在4つの難民キャンプが国境沿いにある。内戦を逃れてきた難民数は4つのキャンプに約3万人そして首都のジブチビルに約7万人の計10万人と推定されている。AMDAはこの4つの難民キャンプと首都にあるダルハナン産婦人科専門病院の診療運営をまかされている。

難民キャンプでの仕事内容を紹介したい。

写真上：ソマリア難民キャンプで医療活動に当たるAMDAのDr. 国井氏（ソマリア難民プロジェクト開始当初）

写真下：現地のAMDA医療スタッフ、フィリピン医師、日本人看護婦が共に医療活動を行うソマリア難民緊急救援プロジェクト（ジブチ国内にて）



まず、チームの平均的一日の行動を追ってみる。首都より120km南にあるアリサビエという町に事務所と宿舎を置いている。朝5時半起床。6時半難民キャンプにパジェロで出動。1時間後にキャンプ到着。すでに現地のヘルススタッフを中心に診療は始まっており患者の列ができています。簡単な疾患は彼らに任せる。難しい疾患は診察後ディスカッションする。重症患者が重なって同時に5-6人点滴中ということもある。入院を要すればパジェロでアリサエビエの病院に運ぶ。温度計の目盛が上がるときに外来が済む。休むまもなく現地スタッフのトレーニングプログラム開始となる。午後1時頃に帰途につく。昼食後に午睡。夕方には薬の調達と他団体との調整。午後9時頃夕食。その後ミーティング。明日にそなえて入眠である。

仕事内容は下記のごとく大別できる。

- 1) キャンプ内診療所での診察とテントへの往診
- 2) 現地ヘルススタッフのトレーニング
- 3) キャンプ内の母子センターにて栄養失調児の給食と母親の教育
- 4) 薬剤の供給

キャンプでは国境なき医師団（オランダ）が水の供給とワクチネーションを担当している。彼らは1993年12月で撤退しており現在ではAMDAが医療面と衛生面のすべてを国連難民高等弁務官との契約のもとに担当している。

私達が医療チーム派遣の要請を受けて現在の難民キャンプの医療を上記のように円滑に運営ができるまでに「これが国際社会だ」と感じさせられることが多々あった。即ち、国際医療協力は医療に加えて外交的手腕が必要である。外交的手腕の獲得には熱い汗とともに冷汗も必要であった。

次回にはこの点を中心に報告したい。

小社では在日外国人医療をテーマにエッセイを、
国際医療協力をテーマに論文を募集しております。

応募作品は国際医療の専門家による審査を経て、

エッセイ部門ではアジア医療視察ツアー、

論文部門では奨学金40万円を

最優秀賞として授賞させていただく予定です。

両部門とも国際医療に関心をお持ちのAMDA会員の皆様のご応募をお待ちしております。

〈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て。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

〈論文部門〉

◆テーマ：国際医療協り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

〈両部門募集要項〉

◆応募規定：エッセイ部門はB5判400字詰原稿用紙（横書き）10枚以内。
論文部門はB5判400字詰原稿用紙（横書き）10枚以上20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

新宿センタービル 私書箱4046号

（株）日本医療情報センター 広報部

【注意】応募規定の原稿量は、エッセイ部門が400字詰原稿用紙10枚以内、論文部門が400字詰原稿用紙10枚以上20枚以内で、部門で異なっています。先月号の募集要項では募集要項の原稿量が両部門とも同じとなっておりますが、それは間違いです。お詫びして訂正させていただきます。

（株）日本医療情報センター 広報部

常勤医師募集情報

あなたの意欲を北海道のへき地医療に生かして下さい。
安定した身分と豊かな自然、北海道では日本最北の島
礼文島の道立診療所常勤医師を求めています。

- 勤務先 北海道立香深診療所
(無床診療所、職員～看護婦3名・事務職2名)
- 住所 北海道礼文郡礼文町香深
- 身分 北海道職員(診療所長に採用)
- 待遇 北海道職員の給与に関する条例により優遇
定年70歳、医歴100%通算
- 住宅 無償貸与
- 休日 土曜・日曜、祝日、年末年始、年休20日

*委細面談、履歴書ご送付又は電話にてご一報ください。

北海道保健環境部地域医療課

〒060 札幌市中央区北3条西6丁目
TEL 011-231-4111 (内25-166医療施設係)
FAX 011-231-4108

琉球大学熱帯医学研究会 十周年記念式典

去る4月24日に琉球大学亜熱帯医学研究会の十周年の記念式典が行われました。

AMDAより菅波代表と高橋副代表の両名が出席されました。



記念撮影にて
にこやかな笑顔の2人



琉球大学熱帯医学研究会 十周年記念式典 情報センター 広報部

AMDA 事務局 だより

早くも本格的な夏という感じがしてきましたが、皆様は如何がお過ごしでしょうか？さて先月号で紹介しましたピアノコンサートですが、先日その寄付金を頂きました。コンサートのチケットを購入して頂きました会員の皆様、ご協力有難うございました。



ピアノコンサートにご尽力を頂いた日置さん（向かって左）から寄付金を受け取る菅波代表



事務局訪問時の村野局長（岡山一宮郵便局）とAMDA事務局スタッフ

ところで、先月の“国際医療協力”でご紹介しました募金箱についてですが、設置して頂けるところを募集しております。学校、コンビニエンスストアなどなど会員の皆様のご協力をお願い致します。詳しいお問い合わせはAMDA事務局の竹林までお願いいたします。

TEL 086-284-7730

■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。

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 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、東京聖マリア教会
聖マーガレット教会、八王子復活教会、目白聖公会、東京諸聖徒教会
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(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)、グラクソ三共(株)、薬樹(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、 オリンパス販売(株) 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

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 格安国際航空券 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、ベトナム語、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 ☎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
 〒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AMD Aへ

AX 安可旅行社
 1600 東京都新宿区高田馬場2-5-21 和田ビル4F
 TEL.03-3204-0263 / FAX.03-5272-9897
 Nifty ID. KGE01071

世界各国語の編集・写植・印刷

2000字のニュースレターから800ページの書籍まで、企画・取材・編集・印刷いたします。

モンゴル語基礎文法 研究発表中！
 A5判上製 286P 定価 4,800円
 郵便振替口座 00110-3-711753

株式会社おフォーラム
 〒169 東京都新宿区高田馬場2-5-21 和田ビル4F
 TEL.03-3204-0263 / FAX.03-5272-9897
 Nifty ID. KGE01071

消化器科・外科・小児科

小林国際クリニック

Kobayashi International Clinic

小林国際醫院

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

伊勢佐木クリニック
ISEZAKI WOMEN'S CLINIC

原田 慶 堂

〒231 横浜市中区伊勢佐木町3-107

Kビル伊勢佐木2階

TEL 045(251)8622

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



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)

ボンゲービル4F ☎974-2338

有限会社 都商会

- | | |
|-------|--|
| サリー薬局 | ☎214 川崎市多摩区宿河原2-31-3
☎ 044-933-0207 |
| エリー薬局 | ☎214 川崎市多摩区菅6-13-4
☎ 044-945-7007 |
| マリー薬局 | ☎214 川崎市多摩区南生田7-20-2
☎ 044-900-2170 |
| 十字路薬局 | ☎211 川崎市中原区小杉御殿町2-96
☎ 044-722-1156 |
| セリー薬局 | ☎216 川崎市宮前区有馬5-18-22
☎ 044-854-9131 |
| アミー薬局 | ☎242 大和市西鶴間3-5-6-114
☎ 0462-64-9381 |
| マオー薬局 | ☎242 大和中央5-4-24
☎ 0462-63-1611 |

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

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. 7

アジア医師連絡協議会 (AMDA)

- 発行 1994年 7月15日
- 編集責任者 津曲兼司、岡野純子
- 事務局 岡山市櫛津310-1
TEL 086-284-7730
FAX 086-284-6758