国際医療協力

Vol. 17 No. 8
1994. 8

ザイールゴマ地区の空港にて
向かって左より渋谷医師、マンボ氏、津曲医師

AMDA

The Association of Medical Doctors for Asia

アジア医師連絡協議会

Contents

●AMDAご案内 2

●今なぜNGO（国際民間協力団体）なのか 代表 菅波 茂 6

●ルワンダ難民救援医療活動報告

・ルワンダ難民救援グループの発足 原田豊己 8

・活動報告 渡辺松男 14

●旧ユーゴスラビア難民救援医療活動報告

・リエカ報告 淀川尚美 18

・オシエク報告 本所明美 24

●ソマリア難民救援医療活動報告 28

●カンボジア救援医療活動報告 OR'CHHNENG HEAK 38

●ネパール難民救援医療活動報告 根岸由紀 40

●ブータン難民救援医療活動報告 42

●AMDAカナダからの報告 44

●AMDA国際医療情報センター便り 48

●エイズ集中セミナー報告 52

●'94 おかやま国際貢献NGOサミット 58

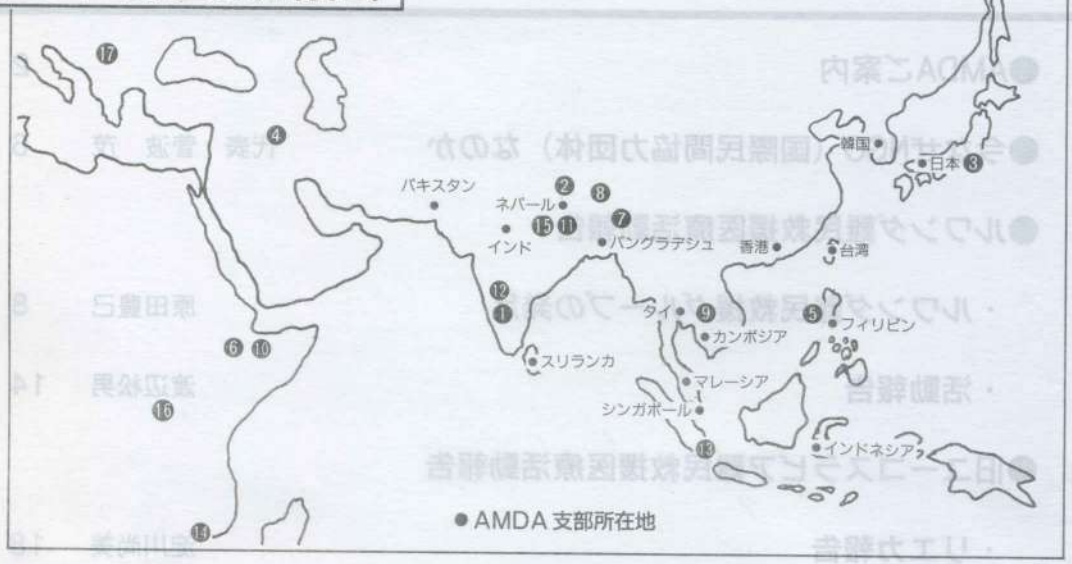
●栃木便り 64

●第４回国際医療を考える会 67

●事務局便り 69

The Assosiation of Medical Doctors for Asia

アジア医師連絡協議会



AMDAプロジェクト紹介

※現在継続中

アジア多国籍医師団

1993年５月２２日に創設。アジアの自然災害や難民等の緊急時に俊敏に対応できる全支部（15カ国）から構成されたAMDAの緊急救援医療部門である。

現在、NGO団体の連合体であるソマリア難民救援チームに参加して活動中。

❶ インド連邦カルナタカ州無医村地区巡回診療プロジェクト

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

❷ ネパール王国ビスヌ村地域保健医療プロジェクト※

1991年７月からカトマンズ郊外ビスヌ村農村でのネパール支部による地域保健医療推進活動へ巡回用車輌や医師の派遣等日本支部から協力。

❸ 在日外国人医療プロジェクト※（東京・大阪）

1991年４月17日にAMDA国際医療情報センターを設立。93年５月より（財）東京都健康推進財団の外国人医療関連事業の委託も受ける。在日外国人をはじめとする関係者からの医療に関する電話相談、受け入れ医療機関の紹介などを実施。

❹ クルド湾岸戦争被災民救援プロジェクト

1991年６月よりイラン西部バクタラン州にある湾岸戦争被災民のクルド人難民救援活動に合同委員会メンバーとして２次にわたって医師を派遣。

❺ ピナツボ火山噴火被災民救援医療 ※ プロジェクト

1991年11月よりフィリピン支部のルソン島ピナツボ火山噴火被災民キャンプ医療活動へ医薬品援助と共に医師及びヘルスワーカーを派遣。

❻ エチオピア・チグレ州難民救援医療 プロジェクト

1992年2月より日本NGO合同国際緊急救援委員会として干ばつによって難民化しているチグレ州のエチオピア難民に緊急救援活動を実施。

❼ バングラデシュ・ミャンマー難民緊急 医療救援プロジェクト

1991年、バングラデシュ支部と合同でミャンマーから流入してきた難民に対し緊急救援医療活動を実施。

❽ ネパール国内ブータン難民緊急救援 医療プロジェクト ※

1992年5月よりネパール支部により活動開始。現在難民と地元ネパール人民双方を診療する第二次医療センターとしてその地の基幹医療機関の役割を果たしている。

❾ カンボジア難民本国帰還緊急対応 医療プロジェクト ※

1992年7月よりタイから派遣するカンボジア難民に対応した緊急医療活動を実施郡の病院、精神保健医療のプロジェクトを実施。

❿ ソマリア難民緊急救援医療プロジェクト ※

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

⓫ ネパール・バングラデシュ大洪水 被災民緊急救援医療プロジェクト

1993年7月よりネパール支部、バングラデシュ支部との合同で実施。緊急医療活動・物資援助・衛生教育を実施。
公衆衛生活動の継続中

⓬ インド西部大地震被災民緊急救援・ リハビリテーションプロジェクト ※

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

⓭ インドネシア・スマトラ島南部地震 医療プロジェクト ※

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

⓮ モザンビーク帰還難民プロジェクト ※

1994年2月よりモザンビーク南部カザ州において救援医療活動を開始。

⑮ タンコット村眼科診療＆母子保健プロジェクト

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

⑯ ルワンダ難民緊急救援医療プロジェクト

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

⑰ 旧ユーゴスラビア日本緊急救援NGOグループ援助プロジェクト

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

AMDA 概要

【理念】Better Medicine for Better Future

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

【現状】アジアの参加国は15カ国。会員数は日本約400名。海外約200名。アジア各地で種々のプロジェクト、フォーラムを実施中。

【入会方法】

郵便振替用紙にて所定の年会費を納入してください。平成５年１月より。

- 医師会員　15,000 円
- 一般会員　7,500 円
- 学生会員　5,000 円
- 法人会員　30,000 円

だだし、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）

●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　岡山市楢津310-1
TEL 086-284-7730　FAX 086-284-6758

●東京オフィス
〒141　東京都品川区東五反田1-10-8 アイオス五反田508
TEL 03-3440-9073　FAX 03-3440-9087
代表　　中西　泉
所長　　友貞多津子
事務局長　夏目洋子、（非常勤）六本有理

[AMDA国際医療情報センター]

●AMDA国際医療情報センター東京
〒160　東京都新宿区歌舞伎町2-44-1 ハイジア
TEL 03-5285-8086,8088,8089　FAX 03-5285-8087

●AMDA国際医療情報センター関西
〒556　大阪市浪速区難波中3-7-2　新難波第一ビル704
TEL 06-636-2333,2334　FAX 06-636-2340

●五反田オフィス
〒141　東京都品川区東五反田1-10-8 アイオス五反田508

●所長　　小林米幸（小林国際クリニック）
副所長　　中西　泉（町谷原病院）
センター関西代表　　宮地尚子（近畿大学衛生学教室）
　副代表　　福川　隆（福川内科クリニック）
事務局長　　香取美恵子
事務局　　田中里恵子／中戸純子／李佩玲／佐藤千夏（常勤）
　　横山雅子／庵原典子／岡本香織（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

常設緊急救援医師団の設立を

「湾岸戦争１６０億ドルの教訓」とは国際社会では金では買えないものがあるということだった。「ヒューマニズへの汗の参加」であった。現在のルワンダ難民救援活動はまさにそれである。短期間に行なわれれた虐殺の規模は第２次世界大戦中のそれと比較しても劣らない悲劇であり、現在も進行中であることが世界の人達の目を離せない状況にしている。こういう状況には金だけでは通用しない。救援活動に参加するか否かだけが問題になる。

AMDAは幸いにしていち早く救援医療チームを派遣している。ルワンダ国内では東北部のガラマの病院を、ザイールでは国境地帯のゴマの難民キャンプで救援活動を続けている。８月２４日までにはゴマからブコブの難民キャンプに現地医療事情に熟練した医療チームを派遣する予定である。ルワンダ国内の首都キガリでの病院再建計画も同時にすすめるためにコーディネーターをガラマから派遣している。即ち、AMDA としてはガラマ、キガリ、ゴマそしてブカブの４ケ所で救援医療活動を展開することになる。

報告したいのは会員のみならず、全国の医師及び看護婦など医療従事者そしてコーディネーター志望の方から本部事務局に続々と参加したいとの連絡をいただいていることである。希望者にはマッチング可能なかぎり現地の活動に参加していただいている。

全国から募金がどんどん送られてきている。８月１５日までに２千万円を突破した。国民の方々の関心の高さとAMDAに寄せられた期待を感じている。一方、外務省のNGO支援室及び難民支援室より資金援助をいただいている。郵政省の国際ボランティア貯金緊急援助事業費にもお世話になる予定である。これらの資金は一プロジェクトにとっては空前の額になる予定である。それに応えるだけの規模と内容の救援医療活動はやる決意である。乞期待。

アジア多国籍医師団の活動も報告したい。現在、バングラデシュ、ネパール、フィリピンが参加準備中である。ビザの問題だけである。８月中に現地活動参加可能である。本部ではパキスタン支部などにも参加要請をしている。

「国境なき医師団」も創設以来の総力を上げてルワンダ難民に取り組んでいるとのことである。AMDAも「AMDA International」として総力を上げて取り組みたい。各国支部にできるかぎりの要員の出動を要請するつもりである。日本支部としても日本全国の医師や看護婦にAMDAの旗の下に参加を呼び掛けていく予定である。会員の皆様のご尽力を心からお願いしたい。

いずれにしても、このルワンダ難民救援活動を通して痛感したのは常設緊急救援医師団の必要性である。もはや緊急救援活動は常設医師団の存在無しには語れない。AMDAは常設緊急救援医師団の設立を各界に訴えていきたい。

オピニオン アップ

薄い日本人の人道的関心

求められる〝迅速〟な対応

論説副委員長 塚本 一

冷戦後も増える難民数

冷戦が終結した時、誰もがこれで平和な時代が来ると歓迎した。しかし、この期待は見事に裏切られた。冷戦の終結で少しも紛争が減らないことが明らかになったからだ。とくに増えたのは異なる民族間の内戦とこれに伴う大量の難民発生である。

「内戦に負けることはすべてを失うことに近い」と言われるため内戦は激しいものとなりがち。これに排他的になりやすい民族問題が絡むとますます激しくなり大量の難民を生みだすことになる。

旧ユーゴでも四百三十万人の難民が発生しているが、最近国際社会が不意をつかれたのはアフリカのルワンダ内戦である。多数派フツ族に属する大統領暗殺（四月六日）直後、フツ族過激派が対立する少数派ツチ族を虐殺し始め犠牲者は五十万人以上にものぼった。残酷な殺害の模様を執ように伝える外国の衛星テレビ映像は改めて人間の〝獣性〟を思い知らせてくれた。この獣性がいつどこで爆発するか知れないのが冷戦後の世界だともいえる。

ルワンダでは、この混乱に乗じてウガンダに拠点を置くツチ族主体の反政府武装組織・ルワンダ愛国戦線（RPF）が攻勢に出、領土の大半を制圧して新政府を樹立した。最初はツチ族が国外に逃げ出していたが、RPFの優勢が明らかになるにつれて今度はその報復を恐れるフツ族が大量に国外に逃げだした。その数は二百万以上になった。

このほか人道的保護目的で六月に介入したフランス軍がルワンダ国内に作った〝安全地域〟にもたくさんの国内難民がいてルワンダは人口七百五十万の半分近くが難民というひどさ。さらにこの難民の間にコレラ、赤痢がまん延して数万人の死者を出し悲惨さに輪をかけている。

世界の自国外に出た難民数は一九七四年二百四十万人だったのが、八四年千五十万、九二年千八百五十万と増え、現在は二千三百万人。これに国内難民二千六百万人を加えると四千九百万人にもなり世界の人口百十四人に一人が難民ということになる。九二年にはこれが百三十人に一人だった。冷戦終結後も急速に難民の増えていることがわかる。この難民の数は世界の不安定さを映しだす鏡である。

必要な仏独和解の知恵

多発する民族紛争に歯止めをかけ難民の流出を防ぐため、冷戦後の新たな秩序構築が急がれるがまだトンネルの出口は見えない。国連による平和の道も模索されているが、現在の国連にはとても秩序を生みだし維持するような力のないことが露呈されつつある。それにいったん血の流れた対立・紛争の解決は容易でない。理性が失われ感情がむき出しになるからである。ルワンダでは国の再建に何よりも働き手の難民の帰国が必要だが報復の恐怖は依然根強く帰国がはかどらないのに、二十二日のフランス軍引き揚げを前に〝安全地帯〟の国内難民が国外にまた流出しつつある。

何度も戦火を交え多くの犠牲者を出しながらも第二次大戦後、平和と繁栄のために和解したフランス人とドイツ人の知恵を何とか生かせないものか。しかし仏独和解にも長い年月が必要だったように世界中の民族紛争の和解達成には息の長い忍耐と努力が必要なのに違いない。この過程で日本もできることは何でもやらなければならない。世界に紛争が広がったり頻発して日本だけが平和で繁栄ということは有り得ないからだ。

それにしても日本人には貿易で稼ぎ海外旅行が増えているのとは奇妙にも対照的に〝片隅の平和〟を願う孤立主義的メンタリティーが依然として強い。国際貢献を口では大きく唱えながら駆けつけるのはいつも遅い。

今回のルワンダのケースを見ても日本はまたしてもタイミングを失したとの印象が強い。大量の難民流出が始まったのは七月十三日。その一週間後にはコレラによる大量死も始まっていて多くの国がすぐに救援活動に乗りだしたが、日本はやっと難民のいる周辺国への自衛隊派遣がきまったばかり。実際の送り出しは九月下旬になる。難民のキャンプ生活は長引きそうなのでもちろん無駄ではない。自衛隊による人的貢献も評価できるが、もっと迅速にやれないものかと思う。一息ついてからより、もがいている時に来てくれた方がどれだけありがたみが増すか知れない。

問われる日本人の意識

それに一般の関心も低い。日本のNGO（非政府組織）ではアジア医師連絡協議会、赤十字などからごく少数の医療関係者が現地にはいっただけだが、フランスの場合は悲劇が始まった四月の段階から医療チームが現地で活動している。さらにコレラ発生が明らかになって七月二十一日に「国境なき医師団」が現地医療活動参加をフランス国内で呼びかけたら一週間で三百三十人の医師、二百二十人の看護婦から申し出があり、すぐに増援部隊が送り出された。パリの同医師団本部に電話を入れて聞いてみると同医師団派遣の医療関係者だけで現在約四百人が現地にいて、このうち約百五十人がフランス人だという。

アフリカは日本から遠く、歴史的なつながりも薄い。これに対してフランスは歴史的関係も利害関係も日本より強く簡単に比較はできないが、それにしても人道面への関心があまりに遠いすぎる気がする。フランスは人権思想を生み、「国境なき医師団」「世界の医師団」を生んだ国である。内政不干渉の原則に風穴をあける〝干渉の権利〟を提唱し定着させつつあるのもフランスである。さらにこの権利を一歩進めた〝干渉の義務〟も唱え出している。国際的な難民救援活動の第一線で活躍する緒方貞子・国連難民高等弁務官も救援活動への日本のNGO参加の少なさを嘆き、世界が苦労している時に何かをしなければならないという意識を持つことの重要性を訴えている。日本にも〝義務〟という感覚が芽生えるかどうか、またしても日本人の意識が問われている。

何を好んでアフリカくんだりまでと思う人もいるだろうが、こうした援助に時期を失せず適切に対応することで、世界の日本を見る目が変わってくるのだということを忘れてはならない。日本は孤立しては生きていけない国だからである。

「RRRGルワンダ難民救援グループの発足」

代表　原田　豊己
カトリック教会司祭
ND清心女子大学文学部助教授

物事を始めるとき、「用意周到な準備の後に」と「直ぐに何かの情熱に動かされて」との場合があります。この度の「ルワンダ難民救援グループ（Rwanda Refugee Relief Group／ＲＲＲＧ」結成は、直ぐに反応した点で後者に当たります。

カトリック教会は、ルワンダ及び周辺諸国も含めカトリック信者が多数いることから（私のヴァチカン留学中の友人神父も消息不明）、平和を国際世論に訴えること、またＣＡＲＩＴＡＳ（カトリック教会の世界的人権福祉団体）を通じての緊急援助等を行ってきました。また、ルワンダで働いていた日本人シスターが帰国し様々な情報を得ることが出来ていました。

ＡＭＤＡは、今年５月からルワンダ国内に医師、コーディネーターを送り緊急医療援助を行ってきたとお聴きしています。緊急医療援助のノーハウを蓄積されていると理解しています。

ＲＲＲＧは、カトリック教会とＡＭＤＡを構成母体としています。派遣される方々は、先ずＡＭＤＡの会員登録していただいています。その後ＲＲＲＧが派遣する形を取っています。これは、事務の煩雑さを避けるためと、より多くの方々に援助活動に参加していただくためです。例えば、ルワンダ緊急援助には難しいが他のＡＭＤＡプロジェクトにたいして関わりたい方とのコミュニケーションを持ちたいからです。事務局は、カトリック教会とＡＭＤＡ事務局に置きその役割を分担しています。また、ＲＲＲＧの目的はルワンダ難民・避難民の緊急医療援助であると同時に、多くの人に国際援助活動に関わっていただき真の国際感覚を持つ人間にともに成長していくことにあります。そのため、募金活動を行うと共に、ニュースレターを発行し広報活動にも力を注いでいます。送っていただいた援助金は、医療従事者・コーディネーター等の派遣費用、医薬品・医療用テント等の購入費、非常に重要な通信確保の為費用、現地のモニタリング、事務諸経費等に使用させていただきます。

現在、ザイール・ゴマ地区キブンバ難民キャンプで医療行為を行っています。これからは、ザイール・ブカブ地区の難民キャンプでの活動にも着手していきます。さらに、ルワンダを含む周辺諸国は、様々な緊張状態にあると言えるでしょう。難民受け入れ国においても経済的にゆとりがあるとは言えず、特にブルンジについては目が離せない状態といえます。現地では、限られた人員と医療設備の中で活動を続けていかなければなりません。私たちは、これからもこの活動が様々な方々の協力を必ず得られる事を確信しながら継続して行きます。最後になりましたが、ご協力くださっている多くの皆様にこの紙面をお借りしてお礼申し上げます。

日本経済新聞
1994年（平成6年）7月29日（金曜日）

ルワンダ難民救え！

日本のNGO、お先に人的支援

コレラなどによる死者が続出するなどルワンダ難民の窮状が深刻化していることから日本国内の非政府組織（NGO）の間に、医療活動や水の確保を支援するために必要な要員を派遣したり、募金活動を始めるなどの動きが広がっている。

同国では新政権が発足した後も難民の惨状は変わっておらず、「一刻でも早く、死に直面する人々を救わなければ」と、政府より一足早く「人的支援」に乗り出した。

医師派遣、井戸掘り募金も

アジア各地の医療関係者と連携しているアジア医師連絡協議会「AMDA」（岡山市、菅波茂代表）と岡山カトリック教会が結成した「ルワンダ難民救援グループ」は、ルワンダの国境近くのザイール北東部の都市ゴマに医師を三十日から派遣する。ゴマには百二十万人のルワンダ難民が流れ込んだが、コレラがまん延、死者が急増しているため、コレラ処置センターをつくり治療を行う。

八月十日には第一陣の派遣も予定、すでに三人の医師、看護婦の参加が内定しているが、さらに医療関係者の志願者を募っている。医薬品購入、輸送に必要な募金も呼び掛けている。

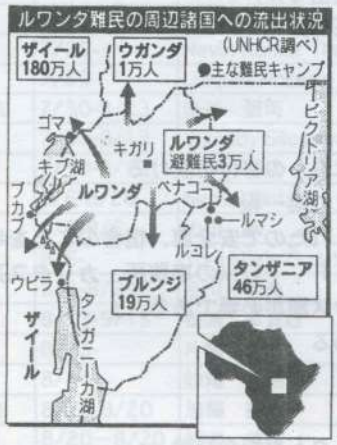
AMDAはすでにルワンダ国内の避難民を対象に、同国北東部で医薬品の調達をするなどの救援活動を行っている。現地に行った医師の吉田修さんは「医師以外に、物資の調達などにあたる調整員になってくれる人がいれば」と話している。

一方、難民を助ける会（東京都品川区、相馬雪香会長）はルワンダとの国境に程近いタンザニア北西部、ベナコに逃れた難民とルワンダ国内の避難民が使う井戸を掘るため二千万円を目標に募金活動をし、ポンプなど井戸掘りに必要な資材を購入。スタッフを派遣して現地の作業員を指導しながら、生活用水用の井戸を三十本掘る予定だ。

ベナコはもともと非居住地域で、井戸などの施設はまだなく、近くの小川に水を頼っているのが現状。同会では「十五㍍ぐらい掘れば、きれいな水が出るので、キャンプでの生活が向上する」と、救援活動の効果を説明している。

ベナコにはアフリカ教育基金の会（北九州市、土井高徳事務局長）も看護婦、栄養士、教員の三人を五月初旬から派遣して病院を設置、現地スタッフと共同で医療活動にあたっている。七月までに近くのルマシに病院を、ルコレには学校をつくり、この三人が巡回して支援活動を行っている。三十日には新たに看護婦など三人を「増援部隊」として派遣。「八月からはルワンダ国内の避難民にも医療援助を実施したい」と、活動範囲を広げることにも意欲的だ。

ルワンダ支援ではこのほか、月刊誌の発行などアフリカ諸国のPR活動などを行っている社団法人アフリカ協会（福永英二理事長）が募金活動を開始。国連難民高等弁務官事務所（UNHCR）、日本赤十字社といった機関も一般の救援募金を呼び掛けている。ルワンダ難民救援グループの原田豊己代表は「コレラがこれ以上まん延してからでは遅い。政府の人的支援の決定より早く行けるので、我々が出ることにした。どこにでも出やすいNGOの長所を生かしたい」と話している。



2つのNGOに無償資金協力

外務省発表

外務省は二十八日、コレラや飢餓に苦しむルワンダ難民に対する援助策の一環として、現地で医療支援活動に取り組んでいる二つの非政府組織（NGO）にそれぞれ一千万円弱ずつの無償資金協力を実施すると発表した。対象となるのは「国境なき薬剤師団」と「国境なき医師団」で、いずれもフランスを本拠地にする国際的なNGOとして知られる。

ＲＲＲＧルワンダ難民救援グループ　経過報告

7月２５日　関係者会議～ルワンダ難民救援グループ発足に向けて～
　　参加者　原田　豊己（カトリック教会・ノートルダム清心女子大学助教授）
　　菅波　茂（ＡＭＤＡ代表）三宅　和久（ルワンダ・プロジェクト委員長）
　　成沢　貴子（ＡＭＤＡ財務局）片山　新子（事務局担当）
7月２６日　ルワンダ救援基金を設置（郵便振替01200-2-5325）
7月２７日　第１回記者会見（東京午後６時　於アイオス五反田ビル）
　　ルワンダ・プロジェクト帰国報告　吉田　修（医師）
　　ＲＲＲＧ発足宣言及び趣旨説明　　原田　代表
7月３０日　渋谷　健司ら第一陣ザイールに向け出発
8月２日　　津曲兼司、政府調査団として出発
　　（株）ＳＡＮＹＵ堀様よりデイップマスター（浄水器）の寄付を受ける
　　第一陣ゴマ入り（ＩＯＭのフライト）渋谷医師より第一報

「ＩＯＭが近くのキャンプのリーダーと連絡をとっておいてくれたので安全面、宿舎のことを考慮に入れ、そこでプロジェクトをしたい。ＵＮＨＣＲ　ＵＮＩＣＥＦ　ＩＯＭの事務所、カリタス系病院を訪問。ＰＬＡのメンバーにドライバーの手配を頼む。フランス語が必要である。」

　　本日よりカリタスの病院において医療活動を始める
8月３日　　現地との連絡　日本からの通信は困難
　　渋谷医師より第二報

**「ゴマ市から車で３０分離れたムガニ・キャンプでのプロジェクト可能か打診。
ＨＣＲのオフィサーが勧めてくれたムガンバ・キャンプは元軍人のキャンプの為安全確保の面で心配。
現在キャンプではコレラ同様、赤痢が増加している。薬品の購入はゴマで可能。**

8月４日　　募金（郵便振替のみ）7,498,186円／227口
8月５日　　第二陣出発会見　　山田　緑　ニルマル・リマル（医師）
8月６日　　第二陣　出発
　　渋谷医師より第三報

**「ムガニ・キャンプの難民は北上へ移動している。
ゴマ市より４０分ほど離れたキブンバ・キャンプに調査に入る。ここではＭＳＦと赤十字
ＧＯＡＬ（カリタス系アイルランド）がヘルス・ポストを１０個作ろうとしている。
赤十字と交渉して場所の確保。また、別のキャンプでのプロジェクトの可能性を引き続き調査。」**

8月８日　　定期的に日本時間午後３時を通信時間として連絡が入る、及川調整員出発
8月１０日　ＵＮＨＣＲ駐日事務所訪問、活動報告及び情報収集
8月１１日　渋谷医師より医薬品、その他の必要リストが送られる
　　ナイロビの及川氏に連絡、買付けの準備を依頼
　　渡辺　松男氏本部訪問、ルワンダ国内の状況をきく
　　津曲医師、政府調査団帰国
　　募金　21,035,462円／1702口
8月１３日　第三陣　松浦多賀雄医師、フランス語通訳片柳幹　日本出発
　　モザンビーク・プロジェクト妹尾美樹看護婦参加
8月１５日　ナイロビ発正午、ゴマ着午後１時１５分のフライト（チャーター機２台）
　　で医薬品、テント等　スタッフ４名を運ぶ
8月１６日　第四回記者会見（岡山午後１時　於岡山カトリック教会）、視察報告　津曲医師
8月１７日　ゴマ難民キャンプ診療所開設　　外来患者多数訪れる
8月１８日　ブカブ調査の為情報を収集（ゴマ側、日本側）
　　募金　２４,４１７,１２３円／１９７９口
8月１９日　渋谷医師、及川調整員がブカブ地区に状況調査の為入る。

ルワンダ難民救援プロジェクト派遣者リスト

(1994.8.24現在)

1	ガラマ1	5/22-6/2	三宅　和久	医師	医療法人アスカ会
2	ガ2	5/22-6/3	夏目　洋子	調整員	ＡＭＤＡ事務局
3	ガ3	5/28-8/3	渡辺　松男	調整員	コロンビア大学国際関係公共政策大学院
4	ガ4	6/20-7/14	吉田　修	医師	ＡＭＤＡ専属医師
5	ガ5	7/7-	George Ionita	医師	ハーバード大学公衆衛生大学院/
6	ガ6	7/7-	Jason Schneider	調整員	米国School For International Training
7	ガ7	7/25-	Navin Kumar Thakur	医師	ネパール支部
8	ガ8	7/30-	Liaquat Hossain	医師	バングラデシュ支部
9	ゴマ1	7/30-8/23	渋谷　健司	医師	ハーバード大学公衆衛生大学院/帝京大学産婦人科
10	ゴ2	7/30-8/13	Vikandy Silusawa Mambo	調整員	（財）電力中央研究所/PLA日本支部代表
11	ゴ3	7/30-8/13	山本　ﾏｻ文	調整員	写真家
12	ゴ4	8/6-8/20	Nirmal Rimal	医師	岡山大学医学部／ネパール支部
13	ゴ5	8/6-9/6	山田　緑	看護婦	医療法人アスカ会
14	ガ9	8/6-	Toni Marie G. Arana	看護婦	フィリピン支部代表
15	ゴ6	8/8-8/24	及川　雅典	調整員	ＮＴＴ千代田支店
16	ゴ7	8/13-9/13	松浦　多賀雄	医師	茅ヶ崎徳洲会総合病院
17	ゴ8	8/13-	片柳　幹	調整員	（株）電通　定年退職
18	ゴ9	8/14-	妹尾　美樹	看護婦	ＡＭＤＡモザンビークプロジェクト参加中
19	ゴ10	8/20-9/20	加藤　奈津子	看護婦	大阪市立十三市民病院
20	ゴ11	8/20−9/20	根本　佳和	医師	済生会宇都宮病院
21	ゴ13	8/22-	Ildefenso O. Medina	医師	ＡＭＤＡフィリピン支部
22	ゴ14	8/22-	Florevic N. Gaviola	看護婦	ＡＭＤＡフィリピン支部
23	ゴ15	8/27-	ジョイ・サチエ森	調整員	元日光市国際交流員
24	ゴ16	8/27−10/1	荒井　尚之	検査技師	（財）広域社会福祉会
25	ガ10	8/27-	菊地　和雄	調整員	
26	ゴ17	8/27-9/24	五十嵐　み紀夫	医師	医療法人嶺南病院
27	ゴ18	8/27-9/20	根本　正子	看護婦	済生会宇都宮病院
29	ゴ19	9/3-9/17	Rameshur Pokharel	医師	神戸大学医学部/ネパール支部
30	ガ11	9/10-	佐倉　洋	調整員	カトリック新聞社
37	ゴ20	9/10-	小林　直樹	看護士	群馬中央総合病院
31	ゴ21	９月中旬	乙坂　薫	調整員	福井鯖江市役所
32	ゴ22	９月中旬	長尾　朝人	調整員	
33	ゴ23	９月中旬	那須　芳恵	調整員	（財）日本国際協力センター研修監視員
34	ガ12	9/18-10-2	大脇　克哉	医師	愛知国際病院
35	ゴ24	９月	Mohammed Kobaidur Rahman	医師	バングラデシュ支部
36	ゴ25	9/24-10/20	平野　恭助	調整員	天理教分教会会長
37	ゴ26	9/24-	和気　一栄	看護婦	医療法人アスカ会
38	ゴ27	9/24-10/20	田中　義郎	検査技師	ＡＭＤＡ専属検査技師
39	ゴ28	10/1-10/30	淵崎　祐一	医師	阿部クリニック（北海道）
40	ゴ29	10/1-12-31	麦島　洋子	看護婦	
41	ゴ30	１０月	沖津　修	医師	共立半田病院（徳島）
42	ゴ31	１０月	鎌田　裕十朗	医師	かまた医院院長
43	ゴ32	１１月	安藤　寿郎	調整員	徳島市西消防署
44	ガ13	11月初旬−	Sarah Mc Neilly	調整員	英語教師（徳島）
		９月	ネパール支部より医師３名、看護婦２名		
			総計４９名（医師２０名、看護婦１３名、検査技師２名、調整員１３名）		
					注意（ガ〜ガラマ　ゴ〜ゴマ）

1994年（平成6年）8月6日　土曜日　朝日新聞

ルワンダ難民救援　医師と看護婦出発

内戦のルワンダから大量に流出している難民の医療活動にあたるため、岡山市に事務局をおく「ルワンダ難民救援グループ」（原田豊己代表）が、ザイールのゴマ地区へ、医師と看護婦を派遣することになり、五日午前、ＪＲ岡山駅を出発した。

派遣されるのは、岡山市に本部をおくアジア医師連絡協議会（ＡＭＤＡ、菅波茂代表）の会員で、現地で流行しているコレラ、赤痢の治療に詳しい岡山大学医学部のネパール人留学生ニルマル・リマル医師（三三）と、岡山市楢津、医療法人アスカ会の山田緑看護婦（二九）。二人は、六日午後に成田空港からナイロビにたち、来週にもザイール北東部のゴマ地区に入る。リマルさんは約二週間、山田さんは約一カ月間、コレラや赤痢の診察などをする予定。救援グループからは二日、ハーバード大学留学生の渋谷健司医師（三〇）らがゴマ地区に派遣され、難民キャンプで活動を始めている。

出発前に子どもを抱くリマル医師（左）と山田看護婦＝岡山市のＪＲ岡山駅で

ゴマ地区
キャンプの様子

ザイール
ゴマキャンプ
で診療中の
渋谷医師

朝日新聞（夕刊） 1994年（平成6年）7月25日 月曜日 38959号（日刊）

朝日新聞 夕刊
朝日新聞東京本社
東京都中央区築地5丁目3番2号
電話 03-3545-0131 〒104-11
©朝日新聞東京本社 1994

ゲリラ地域で医療活動

内戦のルワンダ、日本のNGO活躍

電気・水不足の中 1日約200人治療

内戦のルワンダに、早くも五月中に入り、医療活動を続けていた日本の非政府組織（NGO）がある。岡山市に本部を置く「アジア医師連絡協議会」（AMDA）。その第一陣がとのほど帰国した。電気や水不足に悩まされながら、日に二百人近い傷病者の治療に当たった吉田修医師（35）は、「危険？　感じませんでした。事前に十分確かめましたから」。海外の災害で、対応の遅れがとかく批判される日本だが、NGOは積極的に活動の羽を広げている。

（編集委員　松本　仁一）

AMDAが拠点としたのは、北部ウガンダ国境からの約五十キロ入ったガラマの町。首都キガリまで約八十キロの農村だ。

AMDAは、ゲリラ組織「ルワンダ愛国戦線」（RPF）を通じてルワンダ入りした。先にルワンダで活動していたスイスのNGOが「RPFなら間違いない」と推薦したためだ。

五月、メンバーの三宅和久医師（35）と調整員の夏目伴子さん（35）を、事前調査のため現地に派遣して安全を確認。ゲリラ側と協議してガラマを拠点と決めた。

実際の医療活動の第一陣として調整員の渡辺松男さん（20）が入ったのは五月末。既にさんは後方支援のため、ウガンダ側の国境の町カバレに残り、医薬品の輸送などに当たった。県立中央病院を退職した徳島県山川町の吉田医師は六月十九日、小型リュック一つで現地に入った。

ガラマは地域六カ村の中心地。百五十床の病院があったが、政府側民兵の略奪で毛布や医療機器はなく、医師や看護婦は逃げてだれもいなかった。

ゲリラ側が、キガリを逃れてきた難民の中から医師一人、看護婦三人、医療助手、助産婦などを探し出した。しかし「水がない、電気がない、薬がない。最初は医療どころじゃありませんでした」と吉田医師はいう。

水は、すでに進出していた赤十字国際委員会に頼み、手配してもらった。

電気は病院の自家発電装置を使うことにしたが、肝心の石油がない。調整員のさんが、ウガンダ側から、石油を週に二回運んでくることで何とか解決した。それでも、電気を使えるのは午後六時から三時間だけだった。

ガラマの町でも、政府側民兵による虐殺があった。しかし、吉田医師が入ったときには殺戮はキガリに移っており、遺体は片づけられていた。銃撃や砲撃の破片で負傷して入院していたのは八人だった。

その代わり、マラリアが流行していた。かつぎ込まれる患者の八割がマラリアだった。

「内戦で食料がなくなり、体力が落ちて発病した。それに、内戦で蚊刈りや排水などの衛生管理ができず、蚊が大量発生したこともあるでしょう」

診療は週に千～千三百人。薬はすぐなくなった。困っていたところ、別の地域で活動していたフランスのNGO「国境なき薬剤師団」から、「必要なだけ持っていって」といわれた。

吉田医師は十四日、病院を第一陣のルーマニア人医師に引き継ぎ、ひとまず帰国した。AMDAとしては、はがよくなるまで医師を交代しながら活動を続けると同時に、コレラが流行するザイールのゴマ地区への派遣も検討している。

「難民として逃れてきた医師や看護婦が、自発的に病院の運営に加わった。ッチ族もツッ族もいっしょ。すばらしい人々でした」

吉田医師は、ルワンダ内戦が部族戦争のように報道されることに疑問を感じる。独裁政権と反政府ゲリラの闘いが、部族対立にすりかえられた可能性はある。

「現地に行ってみなければ分からないことと思いますよね。短かったけれど、いい体験でした」

◇

三十万人に及ぶルワンダ難民が流出した隣国タンザニアでは、北九州市に本部を置く「アフリカ教育基金の会」が四月から援助を開始。国境のガラ地区に二病院をつくった。現地スタッフを合わせて四十五人が医療活動を続けており、AMDAとともに、国連などから高い信頼を得ている。

「妻は心配していましたが、私は安全を確信していました」と話す吉田修医師＝東京・築地の朝日新聞社で

救援物資の投下を開始

米軍

【ゴマ（ザイール）24日＝AFP時事】ザイールにあるルワンダ難民キャンプに対する米軍の救援物資投下作戦が二十四日午後始まり、ゴマに近いカタレ難民キャンプに、約四百トンの援助物資第一陣がパラシュートで投下された。これらの物資は、国連などの監視の下で難民に配布される。

援助物資は主として食料、医薬品、飲料水で、欧州の米軍基地からウガンダのエンテベ空港に運ばれ、米軍のC-130型輸送機に積み込まれた。

ドイツ駐留米軍の当局者によると、同日夕に援助物資を載せた輸送機の第二陣がフランクフルトの米軍基地を出発する予定。

■ルワンダ難民救援医療活動報告

プロジェクトコーデイネーター　渡辺　松男
1994年8月12日

＊AMDA/Rwandaの活動サイト：Ngarama（ガラマ）はルワンダ北東部に位置する。ルワンダ愛国戦線（RPF）の支配地域の中では早い時期にRPFに制圧され比較的安定している。ウガンダとの国境地区のGatuna（ちなみにウガンダ側はKatunaという）から直線距離では30Kmだが、実際の道のりは100Km余りである。この道路の状態は途中までの舗装路（首都キガリに通じる）は景色も素晴しく非常に快適だが、Byumbaチェックポイントを左折してからのガラマまでの道は細く険しく、かつ6月からの乾期で砂ぼこりが強烈でRPFがメンテナンスをしているのだが追い付かない状態で運転には覚悟を要する。ただし現在は民兵などが出没する危険性は殆どない。
この地域の気候は東アフリカの例に漏れず、湿度が低く非常にすごしやすい。朝夕はセーターが欠かせないナイロビやByumbaと比べれば標高が低いせいかやや暑く感じられるが、”普通の”日本の夏と比べてもはるかに快適である。（今年の日本の夏は世界中のどこよりも強烈だと断言しよう。）

この地区の人口は約9万人（RPFの調査による）で、医療施設は1つの病院と7つの診療所がある。ただし病院には医療設備がほとんど無い状態で薬も不足しており、診療所も全く機能していないものがほとんどである。主な疾病は何といってもマラリアである。（医療関連の状況は吉田先生の報告に詳しい：”国際医療協力”Vol17 No.7)

ガラマの住環境：先に書いたとおり、日本でいえば軽井沢のようなガラマで、現地のシスターのご好意でスタッフ用に家を提供していただいた。日本式にいえば7LDKでガラマの中では最上級の”お屋敷”である。とはいえ電気、水道の設備は機能しておらず、ジエネレーターをウガンダから持ち込み、水は毎日ポリタンク（20リットル）数個をかついで病院まで汲みにいっていた。食料は週2回マーケットが開かれ、野菜や果物は充分手にはいる。蛋白質源は豆と山羊が文字どおり売るほどあった。ガラマではマラリアが流行しているとおり蚊取り線香は必須アイテムである。この分野でもMade in Japanは最高で、中国製の除虫菊は煙は豪快だが効き目は日本製に比べれば問題にならない。

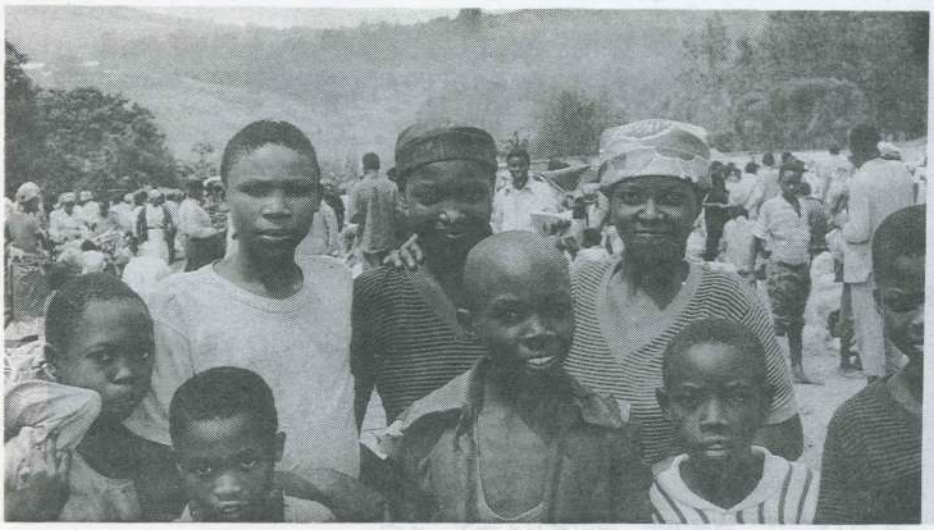
コーデイネーターの業務：5月に調査団を引き継ぐ形でルワンダ入りした私のプロジェクトコーデイネーターとしての仕事は後から来る医師団を迎かえ入れるためのセットアップであった。具体的には1）スタッフの宿舎の確保（ウガンダおよびルワンダ）、2）薬／医療機具の調達、3）車両／食料の調達及びロジステイックス、4）会計、5）本部との連絡、6）国連諸機関／他NGOとの情報交換及び協力関係の構築、7）RPFやウガンダ政府との交渉などである。

1）ルワンダ側は上記の通りであるが、ウガンダの宿舎は他のNGOに習ってカバレのホテルを長期でおさえた。５月末の時点で一泊＄１２相当だったのが半月も経たないうちに５０％アップの＄18に跳ね上がった。これも国連とNGOによる”ルワンダ特需”の副産物である。ここはルワンダへのクロスボーダーオペレーションを行うNGOのほとんどがベースを設けており、まさにNGO銀座である。

2）ウガンダの首都カンパラでもある程度の薬は調達できるが種類、数量の面で制限がある。長期的にはAMDAが自前で調達しなければならないが，当面の処置としてUNICEF, ICRC, PSF等の支援を受けることができた。特にUNICEFとは麻疹のワクチンプログラムで多大な協力を得，さらに向こう３ヵ月間（7～9月）の薬の提供も受けることができた。

3）我々のスタッフ数，カバレとガラマというクロスボーダーオペレーションを考えると車は最低２台必要である。ウガンダは日本と同様左通行で，国内には日本車があふれている。（ほとんどが中古車）特に１Boxタイプで車体に”XX工務店”などとかいてあるバンは頻繁に目にする。車はすべて輸入であるが，関税が非常に高くCIFで260万円の新車が諸々の税金を支払うと最終的には500万以上となってしまう。従って安い／早い／壊れない車を探すのは多大な労力を要する。

ルワンダ国内では食料については選り好みしなければ特に問題ないが，ガソリン（現地ではペトロという），飲料水が入手しにくく必然的にウガンダから持ち込むことになる。ウガンダの価格はペトロ860～890シリング／リットル（90円），デイーゼル810～830シリング（84円）程度で，他の物価と比べれば非常に高額である。従ってペトロ泥棒も珍しくなく，大抵のドライバーは満タンにしない。（ガソリンスタンドはエッソ，シェル，カルテックスなど多数ある。）その点で日本の中古車（本当に古い）は驚異的な低燃費でウガンダの実情にマッチしている。



カバレの子ども達

4）最も神経を使った仕事の１つが会計である。一番多いときで５つの通貨を扱った。（日本円，US$，ケニアシリング，ウガンダシリング，ルワンダフラン）これらの領収書をそれぞれ科目/日付けで分けてコンピュータにインプットする作業はまさにパズルである。またウガンダではいわゆる万札がなく（殆どは1000シル札，最近5000シル札ができた），１回の食事代が３～４人ならば30,000シリングになることもあり，文字どおり札束を抱えて外食することも度々あった。デノミは日本よりも深刻に検討されるべき問題である！

5）本部との連絡はカバレでは数少ない国際回線があるホテルからFAXで行っていたが，平日の昼間（ビジネスアワー）は回線が混んでおり殆ど通じない。また日本との時差が６時間あるので本当ならば夜中に日本へ送りたいところだが，郵便局はもちろんのことホテルのフロント（というよりはオジサンという方がより正確）も閉まっており，急を要する連絡の際には往生した。

6）私が最も心を砕いたのが諸機関との連絡である。カバレでは毎週土曜日の夜NGOコーデイネーションミーテイングがUNREO(Rwanda Emergency Office)主催で行われていた。（現在はキガリで開催）最初の１時間は医療／食料供給／衛生などの機能別のNGOグループに分かれて情報交換し，その後全体でセキュリテイーなどの問題を話し合うものである。特にフランス軍の介入が国連安保理で可決された頃はフランス人の入国がRPFから拒否されるなど私の滞在中で最も緊張が高まった時で，このミーテイングも重苦しい雰囲気に包まれた。他NGOとの打ち合わせはこれだけにとどまらず，週に２～３日はスポットでテーマを絞った会合がもたれた。この他に特にAMDAと関係のあるNGO（SOS, PSF, ICRC, UNICEF)とは物資供給や合同調査などの打ち合わせでかなりの時間を割くことになった。AMDAにとって他のNGOとの協力（collaborationという単語が適当らしい）は必須であり，これが有ると無いとでは活動の広がりと深みに大きな違いが出てくるので，今後各プロジェクト毎だけでなくパーマネントの提携関係ができれば現地のコーデイネーターどうしの相性にかかわらず効率的な活動ができるのではないか，と感じた。

ウガンダ　ビクトリア湖

7）私の印象ではRPFはカチっとまとまった組織であり，多くのNGOもRPFとの仕事は他のプロジェクトに比べてスムーズだと異口同音に語っていた。NGOとの窓口は人道援助担当セクションが当初から設けられており，UNREOのオフィサーとRPFのセクションリーダー（クリステイーンさん）がNGO全体とRPFとの調整を行っている。ガラマにはRPF関係者は最低１０名は駐在している。特に代表のA氏は気さくな人柄で，率直な意見を言い合ったりすることもでき（大抵のRPFのメンバーは英語を話せる），時にはこちらの無理な注文にも誠意的に対応してくれている。もちろん私が初めて入ったときは紳士的な応対ながらこちらを注意深く観察しているのがよく分かったが，ある夜彼と私はガラマ地区でのAMDAの活動と今後のガラマの自立についてお互いのしつこい性格を反映した徹底的な議論（感情をあらわにしたケンカともいうが）をしたことをきっかけに，互いに相手の期待と能力のギャップを埋めることができた。その後は年齢も近かったこともあるが，友人としてのつきあいの時間の方がビジネスよりも多かったような気がする。（もちろん仕事はしました。）

私にとってルワンダは２つ目の外国（最初は1年前に行ったアメリカ：当然アフリカは初めて）であったが，妙に”合って”しまい体調も崩すことなく無事に過ごすことができ非常に幸運であった。

最後に，私の脅迫めいた山のようなリクエストを的確にかつ迅速に処理しサポートしてくださった片山さんをはじめとするAMDA本部の皆さんに感謝の気持ちを的確に表現できない自分の語彙力の無さを痛感する次第である。

追記：カバレでは停電が日常的にあり，ワードプロセッサーで報告書を作っているときなどに起こるとまさに惨事である。私自身も何度発狂しそうになったことか。これに懲りて1行毎にフロッピーにおとすクセがついてしまった。

ガラマに入っていたAMDAのメンバー
向かって左より渡辺氏、吉田医師、ジェイソン氏
イオニータ医師

旧ユーゴスラビア・リエカ活動報告

Rijeka Coodinator　淀川　尚美

リエカプロジェクト概要

1. ソーシャルサービスプロジェクト
   個人宅に疎開している難民、被災民への社会福祉活動。6名のソーシャルワーカーによる家庭訪問とカウンセリングを実施し、行政から見落とされがちな彼らへの支援を行う。
2. 難民青年層に対する文化活動支援プロジェクト
   難民の社会活動参加の一環として伝統音楽バンドの結成とその公演に対する支援を行う。
3. 難民新聞発行プロジェクト
   難民学生による難民の為の情報誌発行プロジェクト。職業訓練も兼ねている。
4. 職業療法プロジェクト
   難民、被災民の婦人達の自立を促すために裁縫のトレーニングコースの開設を支援する。

MONTHLY REPORT

July '94

Project 1. Social Services

1. Summary of Activities

・Social workers visit refugee and DP families individually for needs assessment and social counselling.

・Each social worker has her oun office so refugees and DPs are able to come talk to them.

・JEN and ODPR Rijeka plan to cover 2400 people all together by the end of Novenber

2. Progress of Activities

Six social workers started visiting families on July19. JEN has a meeting with the six social workers every Tuesday. JEN recieved possitive reaction on the project from social workers. They say that refugees and DPs openly talk to social workers about their problems.

3. Specific problem

ODPR Rijeka has not opened a bank account for the project, so JEN cannot put money for social worker's salary.

*refugee and DP.....難民、被災民

*ODPR.....クロアチア政府難民局

Project2. Cultural Project for Young Refugees and DPs

1. Summary of Activities

JEN will purchase Slavonian music instruments for refugees and DPs in KrK island. Music bands will be formed and give concert at places where ODPR KrK prepares for JEN free of charge.

2.Progress of Activities

JEN met ODPR KrK and two persons who can be responsible for organizing the band. JEN went to Zagreb to check the price of the instruments since no store in Rijeka carry such special instruments.

3.Specific problem

Payment for the instruments come from the ODPR Rijeka, but the ODPR Rijeka has not opened bank account.

*KrK.....クルク島（楽器を贈る島）

Project3. Refugee Bulletin

1. Summary of Activities

JEN has seen the journalist and editor for the Bulletin. JEN plans to help publish 4 issues until the end of December,1994.

Each issue is 2000 copies.

2.Progress of Activities

The 5 edition, which is the first edition for JEN to support, will be published by August 20th. This issue is on schooling. School starts on September 1 in Croatia, so this edition is heipful for refugee and DP children on education.

3.Specific problem

ODPR Rijeka dose not have a bank account. The payment for the publication might be delayed.

Rijeka is such a small town, so it is hard to buy things. There is a typewriter in a window, but we cannot buy it because it is a sumple. We need to make a special order if we want it.

Project4. Vocational Therapy

1. Summary of Activities

JEN offers sewing courses in the Rijeka area to heip refugees and DP s overcome mental stress. This project also helps refugees and DPs gain skills as professional sewing workers. In compietion of the 110 hour course work, they can receive certificates.

The course will be held in Rijeka, Crikvenica,Ucka,andNoviVinodolski.

Two instructors are hired. IFRC has been helpful as JEN's implementing partner. 20 sewing machines are purchased and all necessary materials for the four classrooms to see if the classrooms are appropriate.

*Rijeka, Crikvenica,Ucka,andNoviVinodolski....難民収容センターの名称

*IFRC....国際赤十字

2.Progress of Activities

The course in Rijeka and Crikvenica started on August 1. Rijeka course takes place in IFRC Building and Crikvenica course takes place in Sister of Mercy(a hotel for DPs). JEN visited the first class on both sites.

Both classes have about 20 women.

3.Objectives and planning

The course in Ucka will start on August 16, and the course in Novi Vinodolski will start on August 22.

JEN are planning to purchase 20 more machines.

4.Specific problem

Rijeka is a small local town far from Zagreb. It is sometimes hard to buy necessary materials. JEN had to go some stores to find specific things to buy.

Ucka sewing course will be held at Ucka refugee camp. The camp does not have any access to electricity for the clasroom. JEN ever had to go to Zagreb to buy 100 m-extension cords for electricity.

旧ユーゴスラビア・リエカ活動報告

MONTHLY REPORT
July' 94

Aug. 7, 1994 Co-ordinator Chantana Padungtod

Kamenjak Clinic Project in Rijeka, Croatia

A. Progress report of the project (narrative) including achievement

On July 12, we had the first meeting with representative from both ODPR Zagreb and Pula (local office where the camp is situated). The consensus we reached was that UNHCR will renovate the clinic site, ODPR will find donors for medical and equipments and will select the health personnels e.g. doctors for this project, JEN will support the running cost of the clinic. The clinic will then be able to start on September 15.

However, during the last 4 weeks, there was a problem of moving 2600 refugees from 2 camps in Pula to other camps and person in charge of our project was in the field and was not available (from ODPR Pula). The representative from ODPR Zagreb has gone to USA since the meeting on July 12 until now.

Because of their absences, we tried to creat the proposal for this project and the emergency fund project from all the information we could obtain from Kamenjak camp, Pula Health Center, ODPR Pula and UNHCR.

On Augaust 5, we visited the Kamenjak camp. To our surprise, the problem of refugees moving inevitably affects our project because the proposed clinic site is now accommodation for 15 immovable refugees from these camps. The camp manager informed us that the starting date of the clinic would probably b e October 15 not September 15. We cannot start the construction until all those refugees are properly accommodated. Besides this, the Ministry of Health has informally impeded our project due to lack of information from us. Thus, UNHCR, feeling uncertain of our support to this project, has waited for our approval for the budget. And this budget information is available only from the person in charge at ODPR Pula and Zagreb who are unable to meet us during the last 3 weeks.

B. Report on co-ordinator activities

Since we could not have a meeting with those representatives, we have faxed so many (translated) letters asking for information. We succeeded in getting the cost of list of the clinic which was created in March 1994 and is now rather out-of-date. We also succeeded in contacting the person in charge from UNHCR about the construction.

We also discussed about the equipments needed and the health personnels needed for the clinic with the doctor from Pula Health Centetr, who is also responsible for our Emergency Fund Project. We will have the next meeting with the President of ODPR Pula, the Director of Pula Health Center and the Kamenjak camp manager on August 11 to finalize

the construction date and the implementing procedure we proposed to them.

C. Issues to be solved

The most urgent issue is to contact Ministry of Health inform to them of our project and since our project is integrated into th Croatian health system, we should receive a positive response.

The second most important is to get the new cost list from ODPR Pula so that we can finalize the budget and decide to support the project (approval). Thus, UNHCR will be able to start the construction.

At the same time, we have to follow up the moving of refugees out of the clinic site very closely so that everything will be done as soon as possible and the construction can start. We also have to check if the medical equipments are on the way. We might be able to provide their list of equipments to you for the donation from Japan. The dental equipments and the health personnels are already assigned.

D. Method of Solutions

We have met the head of medical department of UNHCR Zagreb and the vice President adviser on health issues in Zagreb, both of them are very supportive to our project and they can suggest us of whom we should contact at the Ministry of Health.

Now that the situation concerning the refugees moving in those two camps are approaching positive ending, the representative from ODPR should be able to provide us the cost list within this week. We will try to contact her both by fax and telephone.

At the meeting on August 11, we should be able to find out the quickest solution of accommodating the refugees currently residing in the clinic site. We should be also able to hear a positive progress concerning the medical equipments list.

The camp manager has asked for the support of building an elevator in the building of Kamenjak Camp where the immovable refugees are accommodated to facilitate their moving out of the clinic site. The cost of the elevator is 30000 DM. If the funding for the clinic is available, we might decide to support this as well.

Emergency Fund Project in Rijeka, Croatia

A. Progress report of the project (narrative) including achievement:

The Emergency Fund Project is the sub-project of the Kamenjak Clinic Project, thus , its progress and achievement relies on that project as well. At the above date, no construction of the clinic has been started. However, JEN as a sole donor to this project is more than ready to start the implementation as soon as the clinic is open.

B. Report on the co-ordinator activities

We have visited all the involved healthcare institutes sinse the beginning of July; the present Kamenjak medical clinic, Pula Health Center (primary care), Pula General Hospital and Rijeka General Hospital.

For the two hospitals, since they will receive the referred cases under this project for further investigations and secondary treatment, we introduced our project to the Director and inform them of the referral system we will use for this project involving their hospitals. WE also assessed the general conditions of both hospitals which are very capable. We even felt that all the cases would receive adequate treatments either at Pula General Hospital or Rijeka Genaral Hospital, not Zagreb Hospital as we thought it would be.

For Pula Health Center, we have visited 4 times because it is now where the referral for secondary care is made. We obtained useful statistics concerning our project from there. The doctors in charge our project, assigned through ODPR, are very supportive and provide us a lot of suggestions.

we also met the doctor and nurces currently working at Kamenjak medical clinic and received useful statistics for need assessment.

Thus, for the preparation of this project, we feel very positive about it.

C. Issues to be solved

Now that clinic has not been constucted yet, the issue to be solved is to start it. However, the most difficult procesure of this project will be case selection. We will have 50,000 of beneficiaries for this project but the available funding is only US$ 60,000. The equally important concern is that medical diagnosis is sometimes not definite and complication is always possible after treatment.

D. Method of Solutions

The solution for clinic construction is already mentioned in the Kamenjak Clinic project.

For case selection, we

1. make a craiteria that the potential case will be, for example, non-emergency- requires secondry care of single surgery or single medical treatment.

2. study health statistics from Kamenjak clinic and Pula Health Center to find most frequent diagnoses for referral system.

3. study the cost of investigations and treatment for these diagnoses .

4. estimate how many cases under each diagnosis we will be able to support.

However, we still feel that we have to "wait and see" i.e. judge and select he potential cases on case-by -case basis. Thus, we also propose to have a selection committee comprised of a representative from JEN, ODPR and Pula Health Center. This committee will meet weekly to make final selection of cases from the list given by specialists at Kamenjak clinic. So far, ODPR and Pula Health Center agree to our proposal. We will have the next meeting with them on Aygest 11 and we hope to finalize the proposal.

旧ユーゴスラビア・オシエク活動報告

Osijek Coodinator　本所　明美

MONTHLY REPORT
July '94

ひまわり畑一面の黄色が目に染み入る今日この頃のオシエク。私がオシエクに滞在し1か月が経った。私の語学力は乏しいままだが、こんな私にもできる仕事は、多くの人々と出会う事でありBRAJA STUDY TOURに微力ながらにも生かされた事は、私にとり、喜びとなった。今回のSTUDY TOURは別紙の通り行われたが、その目的は、

1. ガッシンッシー収容センター2つのPLAY STRUCTURE（遊戯施設）の建設
2. 難民の人々との触れ合いを持ち、難民の人々を少しでも知ろう！！

最初の2日間はとにかくがむしゃらに建設が進められた。この間いつしか、2つ目の目的が消え、手伝おうとする子供達にさえ、「危ないから！！！　と遠ざけようとする始末。このままではいけないと考え、難民の人々とのふれあいタイムをどんどん持ってほしいことを強調。3日目からメンバーは、それぞれが子供たちと折り紙をして楽しんだり、縄飛びを飛んだり、また、バンガローや老人ホームを尋ねたりと有意義な時を刻んだ。

メンバーにとって忘れる事の出来ない日となったのは7月25日。この日は、日本から持参した楽器や文具を被害の一番大きかった小学校に贈呈。その後、思いもかけずクロアチア被災民の収容センターＣＥＰＩＮとＵＮＰＡゾーン(国連東部保護地域)ぎりぎりのブロッケードを見学。

ボスニア難民の収容所であるガッシンシーと環境が余りにも違うＣＥＰＩＮのセンターには、共同ではなく、各建物に台所、お風呂、リビングがある。

若き日本人がブロッケードを訪れた事で歓待して下さった被災民の人々。中心者の方の話が進むにつれて笑顔が泣き顔に変わった1人の老人。みんなの心が泣いた。

（この日の模様は地元の新聞に取り上げられた。）

当たり前ではあるが、私もつくづく思うのであった。ここにいる被災民の人たちもガッシンシーのボスニア難民の人たちも、何も悪い事はしていないのに.....戦争ほど悲惨で残酷なことはない。もう戦ってはいけないと一

この日を境にメンバーたちの難民の人々への態度も変わったように感じた。

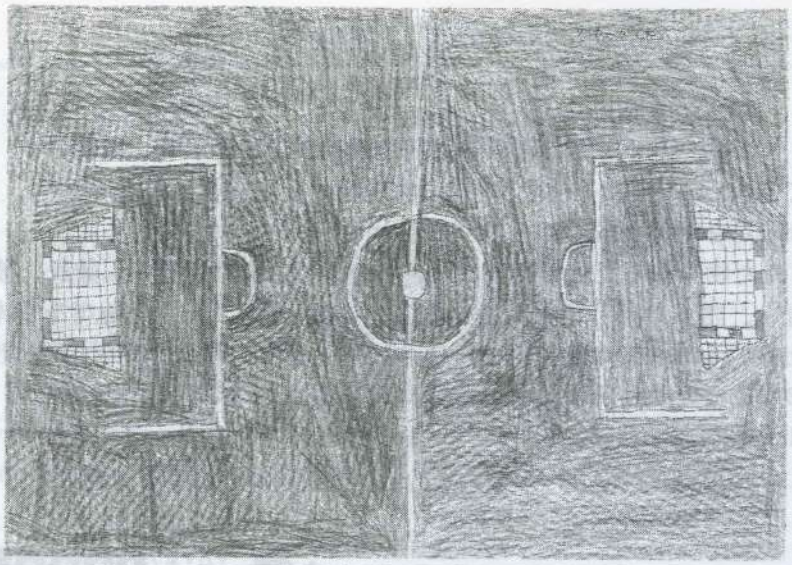
この8日間で船のSTRUCTUREの完成、つり橋のSTRUCTUREは完成まであと一歩で終了した。ガッシンッシー収容センターの人々にも随分助けて戴いた。

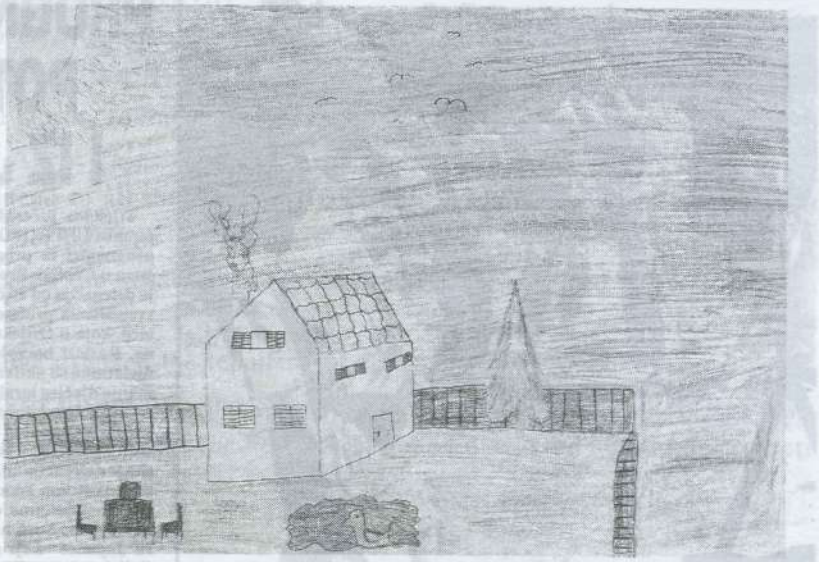
・SUNCKRETは（ガッシンッシーにあるNGO)工具室のリーダー　メヘメットさんと仲間の子供達は木を削ったり、穴開けをして下さる。何よりも助かった事は、工具の提供。

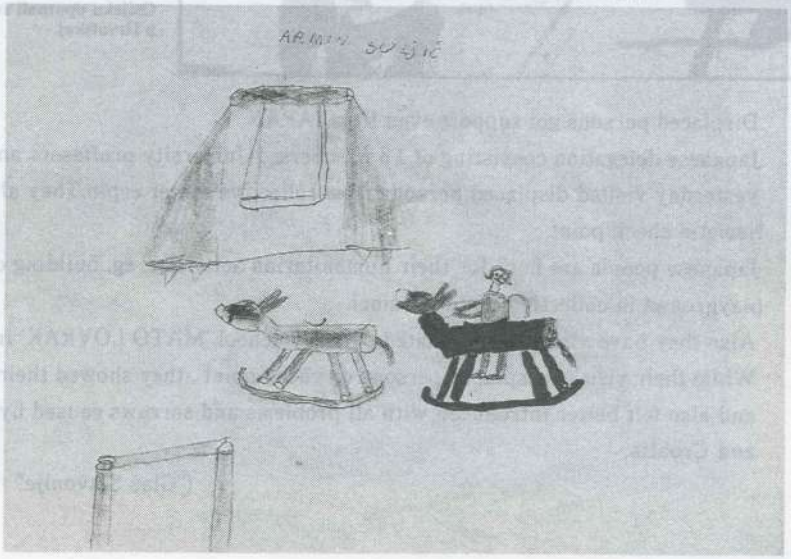
・ガッシンッシーの中にあるサッカーチームのひとつVICTORIAのリーダーであるエルマーはENGLISHが堪能なので通訳として大活躍！

・ガッシンッシーで初めて出来た3兄弟のお友達ー2番目のエーヌェスの工具使い

オシエクの子供たちがかいた絵ほとんどが欲しい遊び道具の絵ですが、無題のものもあります







の実にうまいこと。

その他、たくさんの子供達が石を運び、土をかぶせ、猛暑の中、作業をよく手伝ってくれた。

みんなみんな本当にありがとう！！

ただ物を作るだけであったり、物をあげるだけでなく、難民、被災民の人々と触れ合い、語った事、また現実を知りえた事、そしてそれら総てを日本の人々に正しく伝えていくべき使命を持ってこのメンバーが帰国された事の方がどれほど素晴らしいものであるかを、随行していた私は強く感じたのであった。

PROGNANICIMA POTPORA I IZ JAPANA

Tijekom jučerašnjeg dana na kontrolnom punktu UNPROFOR-a u Nemetinu dežurali su prognanici iz prognaničkog Naselja prijateljstva u Čepinu. Prognanike na punktu posjetila je delegacija od 15 članova iz Japana, uglavnom sveučilišnih profesora, studenata i srednjoškolaca, koja u Osijeku boravi već nekoliko tjedana. Razlozi boravka te skupine humanitarnih djelatnika su aktivnosti vezane uz projekt opremanja dječjeg igrališta u prognaničkom naselju u Gašincima i donacije, od kojih je jedna jučer predana Osnovnoj školi Mate Lovraka u Vladislavcima. Nakon posjeta Vladislavcima, japanska je delegacija odlaskom na punkt u Nemetinu prognanicima iskazala punu potporu u njihovim nastojanjima da se što prije vrate svojim domovima. Suze hrvatskih prognanika ganule su Japance koji su tijekom svog boravka u Osijeku upoznali sve strahote rata koji se vodi u Hrvatskoj.

R.Tr.

***Snimio:* V.KOS**

Displaced persons got support even from JAPAN

Japanese delegation consisting of 15 members. ; University proffesors and students ; yesterday visited displaced persons from collective center cepin.They all gathered on Nemetin check point.

Japanese people are here for their humanitarian activities, eg. building childrens playground in collective center Gasinci.

Also they have visited and donated primary school 'MATO LOVRAK' in Vladislavci.

While their visit to displaced persons on check point , they showed their support to them and also felt better introduced with all problems and sorrows caused by war in Osijek and Croatia.

("Glas Slavonije" 1994, 7/26)

Monthly Report

Peliod from 8th to August 10th, '94

Office Belgrade Date : August 10th

A. Progress Report on the Project (Narrative) including Achivement

Since our arrival in Belgrade on July 8th, we established out offece, coordinated with UNHCR and Serbia Refugee Commissioner (RC), did field trips, and identified one Opstina (municipally) which JEN will implement Psycho-Social Counseling and Social Activity Projects. We will soon identify our Second Opstina and will start our project.

B. Report on the Coordinator's Activity

Did field trip to five Opstinas and visited Collective Centers and Centers for Elderlies in cooperation with UNHCR and RC from 19th till 22nd of July in order to identify our possible Opsina to implement our project.

Attended the Inter-Agency Meeting on July 29th and Task Force Meeting on August 4th. JEN was introduced to all the UN and NGOs which are operating in Serbia and some part of Bosnia-Herzegobina.

Planned and arranged the schedule for RKK Study Tour and Red Cross Summer Camp Participants.

Went to Vukober and arranged the repairing of JEN's phamacy in Vukovar.

Went to Montenegro to observe the Social Activity Project of Danish Refugee Councill (DRC) on August 1st. Met the head of DRC and discussed about our project on August 8th.

アリザビエキャンプにおける医療スタッフのトレーニングプログラム

TRAINING PROGRAM IN ALI SABIEH, DJIBOUTI.

Republic of Djibouti is hosting 30,000 Somali and Ethiopian refugees.They are living in Aour Aousa, Ali Adde, Hol Hol,Assamo total 4 camps. AMDA International is providing Medical services since 1993 under UNHCR besides DAR EL HANAN HOSPITAL REHABILITATION. Medical services are provided in the 4 camps by three doctors and local paramedical staffs including MCH (Maternal and child health) nurses.Maternal and child health constitute about 40% of the medical cases and even more in refugee situation. To have better services we have recruited 4 MCH nurses, one for each camp.They provide curative and preventive health services regarding Maternal and child health.They provide, antenatal, delivery,postnatal, nutrition , environmental health and baby care in the camps under the supervision of our doctors.For complicated cases they used to refer to Dar El Hanan hospital as we have one team in this hospital.They are providing their services effectively and we found it essential. The program is very effective because it is provided in the same language.To boost up their knowledge and skill a training program is arranged every month in Ali Sabieh office regarding common obstetrics and gynaecological problems.Dr.Shankar Huzdar Gynaecologist from AMDA NEPAL presently working in Dar El Hanan Maternity hospital has agreed to provide small group discussion type training regarding common maternal and child health problems.On 23rd June he conducted group discussion with the four MCH nurses and one Medical assistant about vaginal discharge,and itching vulva.At the same time he also conducted practical skill oriented program about VITAL SIGNS like Blood pressure,Temperature,pulse etc.They were very much eager to learn recent things and found valuable for them. Mr.S.A.Razzak Country director and Dr.Kuntal Kumar Saha Medical Coordinator took initiation in arranging this program.

トレーニングプログラム

ダルエルハナン産婦人科病院マンスリーレポート

INTRODUCTION :

Dar El Hanan is a Specialized hospital for Maternal and Child health . It provides above services to the national as well as Somalian and Ethiopian refugees . Though the hospital is functioning since Feb 1989 operative services are not available yet. AMDA International started rehabilitating since April 1993 . From this month we are providing specialist service and our services has widened markedly from the previous months . So we will discuss in different headings .

2. PATIENT CONSULTATION :

a) INDOOR VISIT :
We perform indoor visit daily at 8 A.M. and provide necessary advice to the nurses . We perform some surgical procedure if there is any . After finishing the indoor visit we do out patient consultation . Some of the important statistics are given below which is based on the hospital record .

HOSPITAL STATISTICS :

Disease distribution :	No.of Cases :
Total admission	295
Total delivery	209
Delivery / day	6.96
Normal delivery	164
Induction of labour	8
Premature delivery	11
Forceps delivery	6
Caesarean section	5
Breech delivery	6
Face presentation	2
Twin delivery	2
Prolonged labour	1
Home delivery	4
Maternal death	0
neonatal death	14
Post partum hemorrhage	2
Puerperal Infection	4
Intrauterine death of foetus	4
Abortion	48
Pregnancy with severe anaemia	8
pregnancy induced hypertension	2
Toxaemia of pregnancy	8
Eclampsia	1
Hyperemesis gravidarum	6
Premature rupture of membrane	4
Placenta previa	1
Pregnancy hyperthermia	4
Complete perineal rupture	1
Pregnancy with Pyelonephritis	1
Pregnancy with Impetigo bullous	1

-1-

HOSPITAL STATISTICS JAN-JUN'94

MONTH	JANUARY	FEBRUARY	MARCH	APRIL	MAY	JUNE
TOTAL ADMISSION	382	317	295	277	284	295
TOTAL DELIVERY	306	299	202	192	199	209
DELIVERY/DAY	9.87	8.17	6.51	6.4	6.41	6.96
NORMAL DELIVERY	250	176	149	143	150	160
INDUCTION OF LABOUR	16	12	13	12	9	8
PREMATURE DELIVERY	4	12	14	10	11	11
FORCEPS DELIVERY	9	5	2	9	7	6
CAESAREAN SECTION	12	12	14	6	11	5
BREECH DELIVERY	9	7	5	2	3	6
FACE PRESENTATION	1	1	0	3	1	2
TWIN DELIVERY	3	1	2	3	4	2
PROLONGED LABOUR	2	6	3	0	2	1
HOME DELIVERY	5	5	0	4	2	4
MATERNAL DEATH	0	0	1	0	1	0
NEONATAL DEATH	16	15	13	11	9	14
ABORTION	43	48	59	43	48	48
PUERPERAL INFECTION	6	3	5	5	1	4
POST PARTUM HAEMORRHAGE	1	2	0	1	0	2
ANTEPARTUM HAEMORRHAGE	0	0	1	1	0	0
INRTAUTERINE DEATH OF FOETUS	2	1	4	2	6	4
PREGNANCY WITH SEVERE ANAEMIA	7	7	7	9	4	8
PREGNANCY INDUCED HYPERTENSION	3	0	2	1	0	2
TOXAEMIA OF PREGNANCY	2	5	2	5	2	8
HYPEREMESIS GRAVIDARUM	3	8	7	11	4	6
PREGNANCY WITH HYPERTHERMIA	0	0	0	1	5	4
PREMATURE RUPTURE OF MEMBRANE	1	3	3	2	7	4
ECLAMPSIA	0	1	0	1	4	1
PREGNANCY WITH MALARIA	1	0	0	0	1	0
UTERINE PROLAPSE	3	3	2	0	0	0
DYSFUNCTIONAL UTERINE BLEEDING	2	1	0	1	1	0
SALPINGITIS	1	2	1	0	0	0
PLACENTA PRAEVIA	0	1	0	1	0	1
RETAINED PLACENTA	0	0	0	1	1	0
CORD PROLAPSE	0	1	0	0	0	0
BARTHOLIN ABSCESS	1	0	0	0	0	0
HAEMATOCOLPOS	0	0	1	0	0	0
COMPLETE PERINEAL RUPTURE	0	0	1	0	0	1
HYDATIDIFORM MOLE	0	0	0	1	0	0
ENDOMETRIOSIS	0	0	0	1	0	0
HYDROCEPHALUS	0	0	0	2	0	0
FOETAL DISTRESS	0	0	0	1	0	0
ECTOPIC PREGNANCY	0	0	0	0	1	0
PREGNANCY WITH IMPETIGO BULLOUS	0	0	0	0	0	1
OTHERS	0	0	2	2	2	1

Annex-1

OUTDOOR CONSULTATION :

We do the outdoor consultation in our AMDA room 4 days in a week, except Sunday and Thursday within 6 working days in a week.Because this two days other doctors use that room for ultrasonography. For antenatal care patient was quite good in number in this month. Details disease pattern and ultrasonography findings are given below .

OUT PATIENT STATISTICS :

Total patient consulted : 141

Disease distribution :	No.of Cases :
Antenatal check up	59
Abortion	16
Primary infertility	3
Secondary infertility	8
Urinary tract Infection	11
Pelvic Inflammatory disease	6
Intrauterine death of foetus	1
Pregnancy induced hypertension	3
Dysfunctional uterine bleeding	1
Vesico vaginal fistulae	1
Non gynaecological cases	13
Pain in the back	1
Ovarian cyst	3
Infibulation release	2
Dysmenorrhoea	3
Hyperemesis gravidarum	2
Family planning advice	1
Secondary amenorrhoea (other than pregnancy)	5
Pain in the lower abdomen	2

ULTRASONOGRAPHY STATISTICS :

Total ultrasonography done	208
Ultrasonography done / day	8.66
Disease detected :	No.of cases :
Pregnancy (duration of pregnancy, any foetal abnormality,viability, and position of placenta)	117
Ovarian cyst	8
Abortion	20
Pyosalpinx	2
Subfertility	2
Toxaemia of pregnancy	1
Hydramnios	1
Abdominal mass	1
Menopause	1
Secondary amenorrhoea (other than pregnancy)	2
Glomerulonephritis	1
Oligohydramnios	2
Nothing abnormality detected	43
Others	7

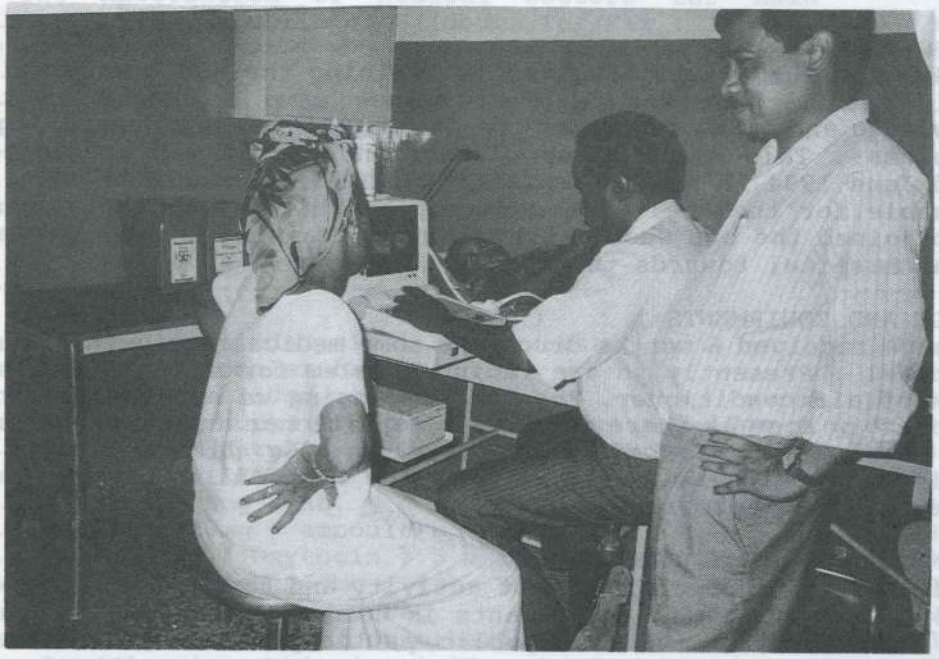
SURGICAL PROCEDURES :

We are doing some intermediate and minor operations in this hospital . We will give in details the operation done by AMDA doctors . For major operation we transfer the patient to Hospital General Peltier.

Operations :	Number
1. Caesarean section (Hospital General Peltier)	1
2. Evacuation and curettage	11
3. Repair of complete perineal tear	1
4. Manual removal of placenta	1

EMERGENCY DUTY :

As we have not started our operation theatre we feel that our patient needing some procedure under general anaesthesia who suffer a lot. So we decided to do emergency (`24 hours duty) once in a week and in holidays in rotation as we have our specialist . Local authority accepted our proposal and appreciated for the more help, and they provided Monday as an emergency duty day. During emergency duty we provide services in Dar El Hanan hospital as well as Hospital General Peltier. In this month we have done total 8 duties.



ハナン病院での超音波を使った診察風景

ペルチェ病院での帝王切開の様子
AMDAネパール、シャンカー医師と
AMDAバングラデシュ、ラハマン医師

TRAINING PROGRAM :
Dr.Shankar Huzdar was involved in training the MCH (Maternal and Child health) nurses of the refugee camp to boost up their knowledge and skill regarding common obstetrical and gynaecological problems . This small group discussion program was conducted on 23rd June 1994 in Ali Sabieh office . Trainees found it very much valuable for them . In the same way a medical assistant from the camp joined the one week skill oriented training program at Dar El Hanan hospital towards the end of this month.

DRUGS AND EQUIPMENTS :
We have received 6 months drugs and some medical equipments for the hospital . Presently we are facing problem for storing because of lack of air conditioner. For the time being we are storing in the laboratory room as there is one air conditioner and distributing as per need with good recording system. The list of drugs and equipments which we have given to the hospital until this month were attached herewith.

FORMATION OF COMMITTEE :
We felt for the acceleration of activity and for the convenience of work the local staff involvements is needed. As we know no program can be successful without public participation.So, what we are going to do and what we are going to provide, we will aware the people through this committee. We formed DAR EL HANAN HOSPITAL REHABILITATION COMMITTEE on 8th June .
The committee is formed as follows :

Dr. Dirir - Chief of Gynaecolgy and Obstetrics - Chairman

Dr.Shankar Pd.Huzdar - Gynaecologist AMDA - General Secretary

Dr.A.Rahman Sowdagor-Medical doctor AMDA - Executive Member

Dr.Vincent Ducrotoy-French cooperation-(Gynaecology) "

Dr.Mahmood Al Khayat-Egyptian cooperation(Pediatrics) "

Mr.Ali Abdi Amin-Director Dar El Hanan hospital "

Mr.S.A.Razzak - Country Director AMDA "

Mrs.Samia Mohamed Hadi - Head Midwife "

Mrs.Monira Ali - Midwife "

Meeting was held several times in the hospital and has already made some valuable decision like assessment of the operation theatre , post operative ward , laundry system and local employees . All the discussion was sent to the Ministry of Health for approval and committee is expecting good cooperation from Ministry of health . MOH has highly appreciated for this step . All the members are actively participate for achieving the common goals.

A M D A
The Association of Medical Doctors for Asia
Djibouti city, Republic of Djibouti.Tel/Fax : 253-340784, 426195

DRUGS WHICH ALREADY SUPPLIED
FOR
DAR EL HANAN HOSPITAL

Sl.No	Names of Items with Description	Quantity
1.	Dalacin (Clindamycin) 300mg / Vial	2000
2.	Vitamin B complex tablet	5000
3.	Amoxicillin 250mg/cap	1000
4.	Hyoscine N Butyl Bromide (scopolamine) 10mg /tab	5000
5.	Hyoscine N Butyl Bromide 20mg /1ml ampoule	1000
6.	Paracetamol 200mg / tab	5000
7.	Diazepam 5mg /tab	2000
8.	Diazepam 10mg / ampoule	500
9.	Syntocinon (Oxytocin) 5 units /ampoule	200
10.	Metronidazole 250mg / tab	2000
11.	Cloxacillin 250mg / cap	5000
12.	Hibitane solution (chlorhexidine)	18 L
13.	Pampelan (scopolamine) 10mg / tab	5000
14.	Chloramphenicol Eye drop 500ml /bottle	2 bottles
15.	Paracetamol powder 500mg / pack	1000 pack

Akhlakur Rahman 21.3.94.

S.A RAZZAK
COUNTRY DIRECTOR
AMDA INTERNATIONAL
DJIBOUTI

DR. MD. AKHLAKUR RAHMAN
MEDICAL OFFICER
AMDA INTERNATIONAL
DJIBOUTI

Association of Medical Doctors for Asia AMDA

Annex-2

A M D A
The Association of Medical Doctors for Asia
B.P.507. Djibouti. Rep.of Djibouti. Tel/Fa : 253-340784

DRUGS AND EQUIPMENTS RECEIVED FROM AMDA BANGLADESH
FOR
DAR EL HANAN HOSPITAL

Sl.No.	Names of Items with Description	Quantity
1.	Hibisol (Chlorhexidine solution)	5 Phile
2.	Gloves (latex and for physical examination)	200 pairs
3.	Gloves (Sterile)	
4	Gauge Swab (unsterile) 5 x 5 cm	60
5.	Scissor (straight)	4
6.	Scissor (curved)	3
7.	Volsellum	2
8.	Cervical Dilator	1 set
9.	Episiotomy Scissor	5
10.	Vaginal Speculum (bivalve)	11
11.	Laryngoscope	1 set
12.	Resuscitation set	1
13.	Sucker machine (manual)	1
14.	Machintosh	5
15.	Weight machine	1
16.	B.P Instruments	2
17.	Micropore (2 inch)	24
18.	Scalp vein set 23 G	500
19.	Butterfly needle 21 G	500
20.	I.V. Cannula 18 G	100
21.	Hibitane obstetric cream (60 ml each)	10
22.	Methyl Ergometrine Maleate (0.2 mg ampoule)	300
23.	" " " (0.125 mg tablet)	100
24.	Syntocinon (5 units/ampoule)	600
25.	Hydrocortisone 100 mg vial	75
26.	Stilboestrol 0.5 mg tablet	500
27.	Vitamin B Complex tablet	2000
28.	Metoclorpramide 10 mg tablet	1000
29.	" 10 mg/2ml ampoule	100
30.	Hyoscine-N- Butyl Bromide 10mg tablet	1000
31.	" " " 20mg / ampoule	200
32.	Amoxicillin 250 mg tablet	1000
33.	Erythromycin 500 mg tablet	500
33.	Nystatin 100 000 units/tab	600
35.	Methyldopa 250 mg tablet	600
36.	Promethazine 25 mg/ampoule	100
37.	Paracetamol 500 mg tablet	1500
38.	Pyridoxine 50 mg tablet	2000
39.	Gentamicin 80 mg/ ampoule	200
40.	Chlorpheniramine maleate 4 mg tablet	1000

Dated : 30 June 1994.

Received today

Annex-3

30 JUN 1994

A M D A
The Association of Medical Doctors for Asia
B.P.507.Djibouti. Republic of Djibouti.Phone/fax-253-340784

DRUGS RECEIVED FROM AMDA JAPAN FOR DAR EL HANAN HOSPITAL

Sl. No.	Name of Items with Description	Quantity
1.	Normal Saline 0.9 % NaCl solution 500 ml	80
2.	5% Glucose 500 ml	80
3.	5% Glucose with Normal saline 500 ml	40
4.	Micropore (Surgical tape 2" width 3M)	48
5.	Metaclorpramide 10 mg tablet	12000
6.	Metaclorpramide 10 mg/2ml ampoule	2000
7.	Paracetamol 200 mg/tablet	20000
8.	Water for injection 5 ml ampoule	4000
9.	Clotrimazol cream 10 gm/tube	200
10.	Hyoscine-N-Butyl Bromide 10 mg/tablet	10000
11.	Hyoscine-N-Butyl Bromide 20mg/1ml ampoule	6000
12.	Pyridoxine 50 mg/tablet	9000
13.	Vitamin B complex tablet	30000
14.	Erythromycin 500 mg tablet	6000
15.	Amoxicillin 250 mg cap	9000
16.	Ferrous sulphate	9000
17.	Methyl Ergometrine Maleate tablet	10000
18.	Methyl Ergometrine Maleate injection	3000
19.	Clotrimazol tablet	9000
20.	Betadine solution	54 Litre
21.	Stilboesterol tablet	3600
22.	Aluminium hydroxide powder	4 Kg
23.	Syntocinon (oxytocin) injection	6000
24.	Gentamicin Injection 60mg/ampoule	4000
25.	Benzo-gynoestryl 5mg/ampoule	900
26.	Phenothiazine tablet	2000
27.	Diazepam 5mg/tablet	2000
28.	Chlorpheniramine maleate tablet	4800
29.	Amphotericin B tablet	6000
30.	Methyldopa 250mg/tablet	4000
31.	Chlorpheniramine maleate injection	800
32.	Nystatin tablet	9000
33.	Catapressan tablet	2000
34.	Hydrocortisone 100mg/ampoule	200
35.	Sodium picosulphate tab	2400

Dated : 9 July 1994.

Medical Doctors for Asia AMDA Association of

Annex-4

カンボジアの精神医学　ー精神神経科病棟の復興について

AMDA カンボジア　OR CHHNENG HEAK
翻訳　蒲原　愛子（プー・アイ　チェン）
小林国際クリニック事務、通訳

AMDAのカンボジアでの大きなプロジェクトは順調に進んでいます。
カンボジアでは１９年間精神神経科の診療機関はない状態でした。１９９４年5月１６日（月）にカンボジアの精神医療は新しい一歩を踏み出しました。すなわちAMDAは厚生省の許可の下にシアヌーク病院（旧クメール　ソビエト病院）の中に小さな病棟をつくり、そこで精神医療を開始したのです。この病棟の運営には長い間、カンボジアにおいてたった１人の精神科医であったケ　チェム医師の経験が生かされています。病棟の室数は３つ、ベットは５台、勤務医師は１名、看護婦は４名です。看護婦はシアヌーク病院においてみな１０年の経験がありその間、精神科医師の訓練を３年受けています。今は毎日笑顔で皆がんばっています。外来は朝８時～１１時３０分、午後２時３０分～５時は回診など病棟入院患者のケアに充てられています。また、病人のために書類を書いたり、手続きをしたりもしています。診療日は月曜日～金曜日で土曜日はミーティングを行い、日曜日は休みとしていますが当番がいます。この病棟は未だにオープニングを行っていません。マスコミ　雑誌、新聞などにもこの病棟のことはまだ話していません。ただし患者数は急増しつつあります。

ーくすりについて

カンボジアには製薬工場がありますが、自分でつくることはできず、全ての薬は外国からとくにフランスから入ってきます。６月２２日に本病棟はUNから薬の寄付を受けました。これらいろいろのルートから入手した薬は上手に患者さんのために役だっています。

私は今カンボジアに所属して働いています。カンボジアの人々の代わりにAMDAに感謝します。AMDAやAMDAのメンバーはあるときは命の危険を省みずにプロジェクトを遂行し大切な時間、お金をカンボジアの人のために使っています。私達はこのことを永遠に忘れません。

精神科　　病棟患者数の変遷

1）外来

日時	女	男	計
5月16日～31日	9	13	22
6月	53	50	103
7月	90	97	187

2）入院

日時	女	男	計
5月16日～31日	1	3	4
6月	5	6	11
7月	2	5	7

社会　事件　ひと　話題　　1994年（平成6年）8月23日（火曜日）
毎日新聞

「無告の民」の心を救え

カンボジアで精神科医養成

AMDA オスロ大

新たな国づくりに取り組むカンボジアで日本の民間援助団体、AMDA（アジア医師連絡協議会、本部・岡山市）とノルウェーのオスロ大学が協力して現地の精神科医と看護婦計十四人を養成する。長期にわたる内戦とポル・ポト政権下での虐殺で、同国には心の障害を持つ人が少なくないと言われるが、治療機関は今年六月、国立シアヌークボ病院（プノンペン市）に出来たばかりの精神科があるだけ。しかも、月百人を超える患者に医師はただ一人。プロジェクトは年末からの予定だ。

（文・写真　社会部・氷室　恒夫）

同国でたった一人の精神科医、ケ・チュムさん（四五）によると、カンボジアでは伝統的に精神的疾病の治療は祈とう師に任されていた。シアヌーク政権時代（一九五三―七〇年）にあっただ二つの精神科医院もポト時代に閉鎖され、二十年以上、科学的な精神科医療が途絶えていた。

昨年二月、AMDA・カンボジアプロジェクト委員長の精神科医、桑山紀彦さん（三一）が現地を訪れ、自宅で細々と精神科の治療をしているケ・チュムさんを知り、精神科医療をめぐる同国の現状を聞かされた。同八月、AMDAはコーディネーターを派遣し、保健省と交渉、病棟改築資金や薬剤の提供を申し出、その援助で今年六月、同病院に精神科が設けられた。

カンボジアでただ1人の精神科医、ケ・チュムさん

同科の開設でケ・チュムさんが担当医になったが、他に精神科医はおらず、AMDAと、新たに協力を申し出たオスロ大学が、カンボジア人の医師や看護婦を養成することになった。

今年十二月、同病院内に医師らの養成講座を設け、専門家を派遣する予定だ。

ケ・チュムさんは「三十五歳以上の患者はポル・ポト時代に受けた心的障害を引きずる人が多い。それ以下の若い人は、ポト時代を生き抜いた親との世代感覚の違いからノイローゼになる人が多い」と話している。

■ネパール難民救援医療活動報告

Report of referral Health Center in Damak

AMDA-JAPAN, Nepal project Coordinator 根岸由紀

ネパールに滞在して、早2カ月が過ぎた。ダマックはインドと接するタライ地方の中のひとつの町である。水牛に叉がったり、ヤシの実を竹の棒でつついて落とそうとする子どもたちの姿が見られる。週に2回、夜の7時から9時にかけて定期的に停電がある（その他に突然の停電もあるが）。そんな時には、暑くて家の中にはいられない。表に出て涼むことになる。辺りは真っ暗であるから、満天の星を望むことができる。そして、地上ではホタルが飛び交うというなんともロマンチックな所である。このようなところで私は毎日マンゴーやパイナップルを食べながら過ごしている。勿論、1日2回のダルバートの食事も欠かさずに。

のんびりしていることは確かなのだが、様々な出来事があった2カ月でもある。例えば、Dr.Ganesh Bahadur Singhは、ダマックにおいて2回目の帝王切開の手術に立ち会わせてくれた。赤ん坊が取り出され、インキュベーターのない手術室で生まれたばかりのその赤ん坊を、私タオルにくるんで暖めた。その赤ん坊は女の子で、3000ｇあった。取り出されてから手術が終わるまで40分か、50分、私はずっとその赤ｎ坊を抱いていた。腕がいたくなったが、その赤ん坊が紫色から淡いもも色に変化していくのがかわいくて、ずっと抱いていた。はじめは母子ともに良い状態であったが、残念なことに3日後に赤ｎ坊は亡くなってしまった。母親は時々定期検診にRHCにやってくる。最近は笑顔も見られるようになった。

叉、UNHCRへのproposalを書くために、Dr.Dhruba Koirala,Dr.Anil Kumarがカトマンズから来てくれた。彼等とDr.Bal Kumal K.C.,Dr.Rajeeb Khanalと私は、時には喧々囂々議論を交わし、時には冗談を言って笑い、（時にはチャウチャウ（ラーメンをボロボロにしたもの）を食べながらproposalを書き上げた。まさにクソアツイ中での作業であったため大変だったが、その分、今にしてみれば愉快な出来事である。
初めてのネパール、初めて関わる医療活動、proposalを書くことも、UNHCRと交渉することも初めてであった。このように状況を理解していない私を受け入れた側は、もっと大変であったろう。にかかわらず、私を暖かく受け入れてくれた人たちに感謝します。
ダマックでのプロジェクトは、1991年にブータＮ政府が民族主義政策を採ったが故に発生したネパール系住民の難民に対する緊急医療活動として開始された。現在も難民の数は増加し続けており、UNHCRの4月の調査によると84,854人である。ネパールにおける難民の長期滞在化が懸念される中、RHCは緊急医療活動からSustainable developmentへの転期を迎えている。

8月3日から5日にかけて行われたUNHCR,SCF(UK)とのMeetingによって、来年度1月からとして（42、765人）における入院患者を一手引受ることになった（これには山本先生にも御出席いただき、心強い限りであった）。日本では、郵政省のボランテイア貯金のcontribution受けることも決定したという。叉、過去2年間のRHCの活動は地域住

民からも評価され、土地の寄付を申し出てくれた件数14件。さらに、カナダのNGO,CECI(Canadian Centre for International Studies and Cooporation), RARP(Refugees Affected Areas Rehabilitation Project)のひとつとして、現在RHCがダマック政府から借りている建物の上に増築を計画している。

しかし、問題はこれからである。

例えば、土地を寄付するといっても、建築を認めるというだけの場合もあるとのこと。土地所有者の確認の必要ある。また、借用している建物の上に増築するのであるから、ダマック政府の許可を得ねばなるまい。

しかし、最も大きな、そして根本的な問題はこんなことではない。緊急医療援助採いうことで開始されたRHCをSustainableにやっていけるのか、いや、やっていっていいのか、疑問が残る。

「やっていけるのか」という疑問は、manpowerと資金の問題から生まれる。仮に、manpowerの問題をBPMHF(Bishashwor Prasad Memorial Health Foundation)が、資金の問題をUNHCR AMDA-Japanが解決できるとしても、今度はやっていっていいのかという疑問が生じる。確かに、RHCの活動は広く評価されるに至った。しかし、これはいわゆる従属関係につながるものではないだろうか。なぜならば地域住民の自助努力を施しているかどうか疑問だからである。ここまで書いて思い付いたが、このmanpowerと資金の問題こそ、地域住民と協力しあうことによって解決できるようになればやっていっていいのではないだろうか。（VISAの問題が解決すれば）時間はたっぷりある。思い付きではなく、じっくり考えながら行動したい。とにかく、道のりは遠い。

向って左端が根岸さん

Monthly Medical Report of RHC

March, 1994

Number of patients are increased in March in compair to February.Patients, for investigation are doubled.Though,total bed occupency rate is decreased,the number of patients admitted in the RHC are increased.

Number of Patients:-

Number of Patients Received	Bhutanese Refugee	Local People	Total
O.P.D.	159	380	539
Emergency	12	162	174
Total	*171*	*542*	*713*

Investigation:-

Type of Investigation	Bhutanese Refugee	Local People	Total
X-ray	135	286	421
U.S.G.	19	60	79.
Lab	68	280	348
E.C.G.	2	6	8

Indoor:-

New admission (agegroup)	Bhutanese Refugee	Local People	Total
0-1	0	6	6
1-5	0	5	5
5-14	0	9	9
14-60	3	30	33
over 60	1	5	6
Total	*4*	*55*	*59*
Expired	0	6	6
Total bed occupency rate	*70.96*		

O.P.D.:-

Cause of Attendance	Bhutanese Refugee	Local People	Total
P.u.o.	0	2	2
Enteric fever	0	4	4
G.I. Tract	3	20	23
Acute Abdomen	1	7	8
Respiratory System	11	49	60
CVS	5	6	11
CNS	1	10	11
Musculo - skeletal	7	26	33

Renal System	0	10	10
Endocrine System	3	15	18
Malaria	0	4	4
Burn	6	5	11
Poisoning	0	0	0
RTA	0	0	0
Other Accidents	5	7	12
Skin	1	12	13
Hernia / Hydrocele	26	16	42
Abscess	9	6	15
Gynae	20	55	70
Others	61	126	187
Total	*159*	*380*	*539*

Operation (Bhutanese refugees):-

Type of the cases	Beldangi I	Beldangi II & Ext.	Sanishare	Timai	Kudunabari	Goldhap	Total
Cyst	1	0	-	-	-	-	1
Phymosis	1	2	-	-	-	-	3
Hernia	2	1	-	-	-	-	3
Neuro fibroma	1	1	-	-	-	-	2
Epilis	-	1	-	-	-	-	1
Urethral Stricture	-	1	-	-	-	-	1
Hydrocoele	-	-	-	1	-	-	1
D/C	2	-	-	-	-	-	2
Burn contracture	-	1	-	-	-	-	1
Total	*7*	*7*	-	*1*	-	-	*15*

Operation(Local people):-

Phymosis	1	Hydrocele	4
Sebacious cyst	8	Vericose vein	1
Hernia	2	Lipoma	1
Incomplete abortion	3	Fistula ano	2
Vasectomy	1	Others	7

Total :- 30

AMDA AND HEALTH DEVELOPMENT —— THE TWO-WAY BRIDGE

William N.Grut MD.phD.DTM&H.
Melissa J.Rode BLT. MSc.(LSE)
AMDA Canada.-

One of the many roles of AMDA is to promote the interchange of primary health care information and expertise between the so called developed world such as Japan and those nations further back in the path of development. Geberally focus falls up on the direction of 'developed' to 'developing' as this is seen as the direction of flow with most potential to help those in need. This is perhaps a pity as, althoughof most obvious relevance, areas of important counter-flow also exist and should not be forgotton.

It is generally true to say that by the parameters, such as longevity, infant mortality, infectious disease prevalence, the so called 'Developed Countries' enjoy considerably higher standars of health than their 'Developing' counterparts. The reasons for this are many fold predominantly due to economics and the wealth brought abount by early industrailization. Usually, progress has been by trial and error and achievements won only after experimentation. Now, almost 2 centuries later, many developing counteries now are attempting to follow the same industrialization route as their 'developed' predecessors. While geographical, historical and sociological circumstances may create certain difference in detail, the fundamentals of health care theory, economics, research and organization remain essentially the same and it is in these areas that much may be gained from tha trail already blazed by the developed countries.

The direct flow of help from developed to developing clearly exists in many areas. Thechnology, teaching and training, health planning and financing, data processing, and project development and management are all areas which spring immediately to the fore and contribution in any of these may be of immense importance and rigthfully targeted by an organization such as AMDA which may provide a bridge for implementation in this direction. The bridge however also has a return lane, one of considerable importance for the benefit of societies in the develpoed world. Developing countries do not always reamin 'developing' Most of them are at least part of the way down the road to the higher standars o fhealth experienced by the developed and on the way may have made new 'discoveries' of their own in reration to organizationÅAmonitoring or public health.

Examples of this include the 'barefoot doctor' schemes of PRChina, the Singapore dengue control program, the development of the VIP latrine in Zimbawe and baited Tsetse fly trap development and deployment in both francophone West Africa and Zimbawe respectively. In all

thse cases it was necessary for th edeveloping country through reasons of economics, local conditioms, populations demography to explore and developnovel solutions to their particular problems, all or parts of which may be useful to certain areas in the developed world. There is a considerable tendency in developed countries for new projects to rapidly financially get out of hand. This may be for reasons of a (perhaps falsely) perceived nee dfor new technology, overambitious planing, or greedy contractors. There are few better constraints on any set of plans than simply not having the funds and with the door closed on an 'increased funding' approach other avenues must be explored not considered in wealth rich nations, but which may prove to be extremely sucessful.

And there is another area which is of vital importance to the industrialized world, and that is assistance in re-remembering. In the course of progressgradual shifts and losses tend to surreptitiously occur unnoticed on an incremental basis but which long term have a profund effect on the fabric of society an dquality of life. The classic example of this is community life so often lost with shifting work patterns, population movements, development of tim econsuming advances in electronics and entertaiment media. Atypicccccal developing country village community will embrace all aspect sof life-food generation, care of the sick (albeit by local treatments), handicapped, and aged, birth, death, marriage and law enforcement. Altough it may be possible to criticize individually any of hte above list, depending on the country, taken as a whole it would seem that by embracing all aspects of life a strong homeostasis is generated which, in many cases leads to greater satisfaction in the population and fewer problems of social unrest.

To be mentioned also is the simple geographical fact that majority of the developing world is tropical or sub-tropical. It is in these areas that infectious diseas is most rampant-both for medico-socio-economic and public health reasons an dalso for tropical medical 'geo-biological reasons beyond the scope of this discussion. For syudy purposes both of current diseases as well as newly emergent ones, the interactions between the two and the effects on the infected these areas are vital. Many ofthese diseases hav econsiderable potential for spreading and with eveer increasing contacts an dtravel are doin so. The most blatant example of our time is clearly th ehuman immunodeficiency virus, though others, less publicised in the viral { eg.influenza}, bacterial { eg.new g.i coliform types }, parasitological { eg.leishmaniasis } and other { eg.spirochaetal, rickettsial, chlamydal infections etc } are also of considerable importance.

In areas other than infections also developing countries are rich in raw data.
The effecto fpoor, or simply different nutrition (ie low fat§ high carbohydrate intakes { grain eaters }, or the opposite { eskimo's }) long term high atitude medicine (ie Andes)§, unusual non infectious disease clusters (ie genetic disease), as well as low incidence or specific-disease free groupes (ie heart disease or§ of considerable recent interest-the group of non-HIV infected

Kenyan prostitutes)

Of interest too are th etraditional cures used to combat local diseases for they can prove to be o rcontain th ebasis of 'ne wpharmaclorgical discoveries'. The most recent of these is that of hte plant artemisia attenua, used in China for thousand of years but and now known to be a potent anti-malarial agent and perhaps the most important advance of this century in the battle against the disease.

Where in certain areas the benefits of gainig expertise and learning from the developed countries is hard to dispute. (vaccination programs, solar power systems§ teacher training etc), in other fields more care must be experienced. For example in the area of health policy formation experiences of the developed world cannot be translated directly into the policy of an other country without evaluating some important considerations.

The period of health transition which was measured by the major decline in mortality in the Japan took place in the late 19th an early 20th centuries. This was a time of industrializatiion and increased wealth for the Japan. There was a stable of civil order.

Any wars that occured in that period tended to be outside the countries borders so internally there was little disruption.

Current measures of health improvement such as infant morality rate, child mortality rate and life expectancy show that developing countries are currently going throuh a period of health transition at a much faster pace, 50 years or less. They are industrializing later than most developed countries and are usually poor. They have little international power and often are in rural areas and is very different in developing countries and so are their beliefs in medical practices.

Because of these marked differences, developing countries cannot make hard and fast rules in policy and moreover, due to budget restrictions, it would in many cases he impossible. It is important thus for a particular county to be sensitive to its own particular needs, selective in what ittakes from the conditions are met, then it may be possible to institute direct or modified systems which will provide more effecient and economic solutions tothe local situation.

However§ developing counties have had their own success stories, China, Sri Lanka, Cuba, the State of Kerala in southern India, have life expectancies and infant mortality rates approaching those of developed counties. The improvements with limited tech input but with the availability of pesticides, immunization and modern antibiotics. The decrease in morality occuredat times of internalstability but increased again during times of unrest.

The improvements in health status were not uniform. They started in urban centre but special public health programmes had to brought into rural areas before improvements were noticed there. Each country had programmes for food distributions which increased the caloric intake

amongst the poor. Family planning in these societies came too late to account for but may have contributed to the decrease in infant mortality.All the countries had a long standing general commitment to education with relatively small sex biases.
Studies have shown that edcation, particularly of the mother, correlates with a noticeable reduction in infant mortality.

The success of these countries do relate to experiences in the developed world. The emphasis on adequate nutrition, equitable distribution of public health services, education§and political and social will, all follow with a model such as that o fJapan. However, there were factors believed to improve health status in the developed countries which these countries did not follow.The factors included spacious housing, piped water and sanitation, and good roads and communications. These improvement come at a high price. Most developing countries simply could not afford them.

CONCLUSION

This short treatise is aimed at stressing the importance of interchange of expertise and ideas between Japan and countries of the developing world. An organization such as AMDA is ideally placed to facilitate such a two way flow. In so far as the social, economic, culutural and geographical differences are acknowledged, there still remains considerable common ground where the well blazed trail to the current Japanese health care system can offer experties and experienceadvantageous to a developing nation. Heath improvements come from many varied parameters ranging from architecture toappendicectomies, bacteriology to building materials, computers to chemotherapy. An initial identification by a developing country of their specific areas of need and resources available will, if followed by a search of the experties of Japan and other countries, often yield methods and available resources already instituted by the developed country. In return developing countries, by virtue of economic constraints and social differences, may have developed novel ways of problem solving, or have preserved aspects of advantageous old values now lost by heavy industrialization. AMDA must be forefront in facilitating this two way flow.

AMDA国際医療情報センター便り

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

センター東京　外国人医療相談受付状況

１９９４年度月別／国別相談件

（単位：件／％）

		91年度	92年度	93年度	94/4	5	6	7	94年度計	比率(94)	累計
東アジア	中国	129	157	130	10	6	6	10	32		448
	日本	24	16	43	5	19	34	31	89		172
	韓国	16	42	68	8	12	2	3	25		151
	北朝鮮	0	0	0	0	1	0	0	1		1
	モンゴル	0	0	1	0	0	0	0	0		1
	東アジア小計	169	215	242	23	38	42	44	147	17.90%	773
東南アジア	フィリピン	65	86	145	8	10	13	13	44		340
	台湾	17	13	12	3	0	0	2	5		47
	タイ	5	15	50	6	11	5	8	30		100
	マレーシア	5	5	13	2	0	1	1	4		27
	シンガポール	5	5	6	1	0	0	0	1		17
	ミャンマー	5	8	5	0	2	1	5	8		26
	香港	2	3	6	0	0	0	0	0		11
	インドネシア	1	3	2	2	0	0	2	4		10
	ベトナム	1	2	3	0	0	0	0	0		6
	ブルネイ	0	0	1	0	0	0	0	0		1
	東南アジア小計	106	140	243	22	23	20	31	96	11.69%	585
南アジア	パキスタン	39	12	19	0	0	3	1	4		73
	バングラデシュ	40	28	29	1	0	2	0	3		100
	スリランカ	30	14	24	0	1	2	0	3		71
	インド	11	15	12	1	0	0	0	1		39
	ネパール	6	6	9	2	0	1	0	3		24
	アフガニスタン	0	1	0	0	0	0	0	0		1
	南アジア小計	126	76	92	4	1	8	1	14	1.71%	308
北米	アメリカ	287	376	308	19	18	31	15	83		1,054
	カナダ	58	64	34	3	3	2	2	10		166
	北米小計	345	440	342	22	21	33	17	93	11.33%	1,220
西欧	英国	37	70	72	8	5	5	4	22		281
	フランス	9	14	17	0	1	1	1	3		43
	ドイツ	12	12	12	0	1	0	1	2		33
	スペイン	6	5	0	0	0	0	0	0		20
	アイルランド	9	9	4	0	0	0	0	0		22
	イタリア	5	2	3	0	0	0	0	0		10
	オランダ	4	0	3	0	1	0	0	1		8
	スイス	4	2	2	0	0	0	0	0		8
	スウェーデン	2	3	4	0	0	0	0	0		9
	オーストリア	3	0	0	0	0	0	0	0		3
	フィンランド	2	3	0	0	0	0	0	0		5
	ポルトガル	0	1	0	0	0	0	0	0		1
	ノルウェー	0	2	0	0	0	0	0	0		2
	デンマーク	0	3	2	0	0	0	0	0		5
									0		0
									0		0
	西欧小計	93	126	128	8	8	6	6	28	3.41%	375
東欧	ロシア	2	1	3	0	0	1	0	1		7
	チェコスロバキア	0	0	0	0	0	0	0	0		0
	ポーランド	1	4	2	0	0	0	1	1		8
	東欧小計	4	5	5	0	0	1	1	2	0.24%	16
中南米	ブラジル	44	74	135	10	21	33	27	100		353
	ペルー	40	99	129	19	36	22	11	88		356
	アルゼンチン	10	8	10	1	0	1	1	3		31
	コロンビア	4	6	14	2	3	0	4	9		33
	ボリビア	5	3	12	3	1	1	0	5		25
	メキシコ	3	6	3	0	2	1	3	6		18
	パナマ	2	2	2	0	0	0	0	0		6
	ドミニカ	1	0	0	0	0	0	0	0		1
	トリニダード	0	0	0	0	0	0	0	0		1
	ウルグアイ	1	0	1	0	0	0	0	0		3
	ハイチ	1	0	0	0	0	0	0	0		1
	パラグアイ	0	2	2	0	0	0	0	0		4
	グレナダ	0	3	0	0	0	0	0	0		3
	ジャマイカ	0	2	1	0	0	0	0	0		3
	パナマ	0	1	2	0	0	0	0	0		3
	コスタリカ	0	1	2	0	0	0	0	0		3
	エルサルバドル	0	1	1	0	0	0	0	0		2
	ホンジュラス	0	0	1	0	0	0	0	0		1
	ベネズエラ	0	0	2	0	0	0	0	0		2
	キューバ	0	0	0	0	0	0	1	1		1
	中南米小計	112	209	317	44	63	58	47	212	25.82%	850
豪州	オーストラリア	41	67	43	2	2	3	0	7		158
	ニュージーランド	5	13	10	0	1	1	0	2		30
	オセアニア小計	46	80	53	2	3	4	0	9	1.10%	188
アフリカ	ガーナ	12	3	8	3	1	0	0	4		27
	ナイジェリア	11	7	15	4	1	0	0	5		38
	マリ	1	0	0	0	0	0	0	0		1
	カメルーン	2	0	1	0	0	0	0	0		3
	ザイール	1	0	0	1	1	0	0	2		3
	チュニジア	1	0	1	0	0	0	0	0		2
	ザンビア	1	0	0	0	0	0	0	0		1
	リベリア	1	1	0	0	0	0	0	0		2
	スーダン	1	1	0	0	0	0	0	0		2
	ケニア	1	0	0	0	0	0	0	0		1
	セイシェル	0	1	0	0	0	0	0	0		1
	モーリシャス	0	1	0	0	0	0	0	0		1
	セネガル	0	1	0	0	0	0	0	0		1
	アルジェリア	0	0	0	0	0	1	0	1		1
	南アフリカ	0	0	0	0	0	0	0	0		1
	アフリカ小計	32	15	26	8	3	1	0	12	1.46%	85
中近東	イラン	13	17	51	18	16	15	10	59		140
	イスラエル	9	7	6	1	1	0	1	3		25
	トルコ	1	1	3	0	0	0	0	0		5
	バラン首長国連邦	0	1	0	0	0	0	0	0		1
	モロッコ	1	0	1	0	0	0	0	0		2
	オマーン	0	1	0	0	0	0	0	0		1
	サウジアラビア	0	0	1	0	0	0	0	0		1
	エジプト	0	0	0	0	1	0	0	1		1
	レバノン	0	0	1	0	0	0	0	0		1
	中近東小計	24	27	63	19	18	15	11	63	7.67%	177
	本部	47	131	328	32	43	39	31	145	17.66%	651
	合計	1,104	1,464	1,839	184	221	227	189	821	100.00%	5,228

1．外国人相談者居住地域

	7月	累計			
東京	71(37.6%)	2646(50.6%)	他県	32(16.9%)	594(11.4)
神奈川	16(8.5%)	554(10.6%)	不明	45(23.8%)	733(14.0)
埼玉	15(7.9%)	389(7.4%)	合計	189	5228(100%)
千葉	10(5.3%)	312(6.0%)			

2．相談内容　（複数回答）

	7月
(1)言葉の通じる病院の紹介	70(29.8%)
(2)病気・医療についての情報（病気の不安含む）	36(15.3%)
(3)医療機関紹介（言葉の問題以外）	30(12.8%)
(4)医療制度・福祉制度相談（保険制度など）	24(10.2%)
(5)治療費の問題・トラブル	19(8.1%)
(6)渡航時予防接種	7(3.0%)
(7)言葉の問題のみ	12(5.1%)
(8)HIV関連	23(9.8%)
(9)労災・交通事故	1(0.4%)
(10)その他	13(5.5%)
合計	235(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	9	(4)NGO	7
(5)そのほか	6	(6)一般企業	3
		合計	36

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	3	(2)医療機関紹介	5
(3)HIV関連	7	(4)AMDA本部について	4
(5)活動内容	13	(6)そのほか	8

〈センター東京活動報告〉

1　小林所長　7月4日　神奈川県央地区産婦人科談話会において外国人医療についての講演。　7月6日　大和市国際化協会財団設立祝賀会に出席

2　7月30日、31日に鹿児島で開かれた国際保健医療学会で、香取事務局長がAMDAの都の委託事業について、田中がセンター東京のこの3年間の活動について報告しました。

3　夜間、または土日、祭日のみに通訳をしてくれている方々が、夏休みで時間に余裕のあるときに、相談の研修に来てくれています。普段よりも人が増えて、いつもにましてにぎやかなセンターです。

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	Jul-94	累計 (%)
アジア	中国	6	1	5	3	3	4	2	2	26 (6.2)
	韓国	4	-	5	2	3	3	2	1	20 (4.8)
	台湾	-	-	-	-	-	2	1	-	3 (0.7)
	香港	-	-	-	-	1	1	-	-	2 (0.5)
	タイ	1	1	-	-	1	-	-	1	4 (1.0)
	ｲﾝﾄﾞﾈｼｱ	1	-	-	-	-	-	1	-	2 (0.5)
	フィリピン	-	1	1	1	1	-	4	1	9 (2.1)
	ベトナム	-	-	-	1	-	-	-	-	1 (0.2)
	インド	-	-	-	-	-	-	1	-	1 (0.2)
	ネパール	-	1	1	1	1	1	-	-	5 (1.2)
	パキスタン	-	1	-	-	-	-	-	-	1 (0.2)
	スリランカ	1	-	-	-	1	-	-	-	2 (0.5)
	ﾊﾞﾝｸﾞﾗﾃﾞｨｼｭ	-	-	-	1	-	-	-	-	1 (0.2)
	日本	-	-	-	5	-	3	6	1	15 (3.6)
	アジア小計	13	5	12	14	11	14	17	6	92 (22.0)
中南米	ペルー	3	4	5	11	9	9	7	10	58 (13.8)
	ブラジル	1	6	7	11	11	3	12	20	71 (16.9)
	ボリビア	-	1	5	-	1	-	1	3	11 (2.6)
	コロンビア	-	2	1	-	-	-	-	1	4 (1.0)
	バハマ	-	-	-	1	-	-	-	-	1 (0.2)
	メキシコ	-	-	-	-	-	-	1	-	1 (0.2)
	中南米小計	4	13	18	23	21	12	21	34	146 (34.8)
北米	アメリカ	9	9	7	10	11	11	18	11	86 (20.5)
	カナダ	1	3	1	2	2	1	3	1	14 (3.3)
	北米小計	10	12	8	12	13	12	21	12	100 (23.9)
欧州	ロシア	-	2	-	-	-	-	-	-	2 (0.5)
	イギリス	-	2	-	-	8	-	3	3	16 (3.8)
	アイルランド	-	-	-	-	-	1	1	-	2 (0.5)
	フランス	-	-	-	1	-	3	-	-	4 (1.0)
	オランダ	1	-	-	-	-	-	-	-	1 (0.2)
	スウェーデン	-	-	-	-	-	1	-	-	1 (0.2)
	ドイツ	-	-	-	-	-	2	-	-	2 (0.5)
	欧州小計	1	4	-	1	8	7	4	3	28 (6.7)
オセアニア	ｵｰｽﾄﾗﾘｱ	2	-	1	3	4	1	3	1	15 (3.6)
	ﾆｭｰｼﾞｰﾗﾝﾄﾞ	-	-	2	3	1	1	2	2	11 (2.6)
	ｵｾｱﾆｱ小計	2	-	3	6	5	2	5	3	26 (6.2)
中近東	イスラエル	-	-	1	-	-	-	-	-	1 (0.2)
	イラン	-	-	-	-	-	-	2	-	2 (0.5)
	中近東小計	-	-	1	-	-	-	2	-	3 (0.7)
	不明	3	3	6	2	-	1	6	3	24 (5.7)
	合計	33	37	48	58	58	48	76	61	419 (100)

1994年7月

1．国別件数

中国	2 (3.3%)	ブラジル	20 (32.8%)	アメリカ	11 (18.0%)
韓国	1 (1.6%)	ペルー	10 (16.4%)	カナダ	1 (1.6%)
日本	1 (1.6%)	ボリビア	3 (4.9%)	オーストラリア	1 (1.6%)
フィリピン	1 (1.6%)	コロンビア	1 (1.6%)	ニュージーランド	2 (3.3%)
タイ	1 (1.6%)	イギリス	3 (4.9%)	不明	3 (4.9%)
				合計	61 (100%)

2．外国人相談者居住地域

大阪	31 (50.8%)	和歌山	1 (1.6%)	長野	1 (1.6%)
京都	2 (3.3%)	三重	2 (3.3%)	埼玉	3 (4.9%)
滋賀	3 (4.9%)	福井	1 (1.6%)	群馬	1 (1.6%)
兵庫	7 (11.5%)	愛知	2 (3.3%)	不明	1 (1.6%)
奈良	4 (6.6%)	岐阜	2 (3.3%)	合計	61 (100%)

3．相談内容（複数回答）

言葉の通じる病院の紹介	35	(49.3%)	言葉の問題	8	(11.3%)
外国で診療経験のある医師の紹介	3	(4.2%)	予防接種	4	(5.6%)
病気・医療についての情報	1	(1.4%)	治療費の問題	2	(2.8%)
医療機関紹介	2	(2.8%)	苦情	2	(2.8%)
医療制度・福祉制度相談	4	(5.6%)	交通事故	1	(1.4%)
			その他	9	(12.7%)
			合計	71	(100%)

4．他機関等からの相談

マスメディア	2	企業	1		
NGO	1	公的機関	4	合計	8

5．他機関からの相談問い合わせ内容（複数回答）

活動内容	4	医療機関紹介	1		
出版物	1	その他	3	合計	9

6．ボランティアの問い合わせ

ドイツ	1	スペイン	1	合計	2

＊＊センター関西活動報告＊＊

1．大阪コミュニティ財団のエイズ対策基金に応募。

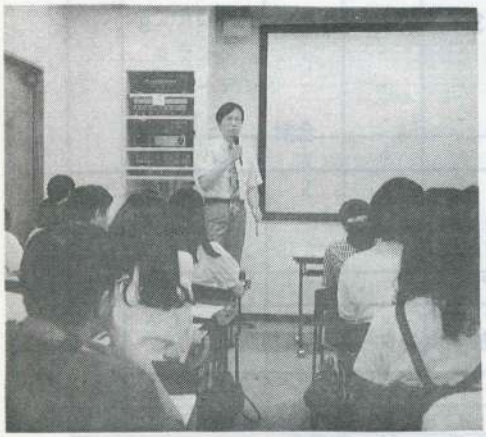
2．センター関西ミーティング　7月22日　於　センター関西事務所
　秋に開催予定のシンポジウムについて

3．日本国際保健医療学会　7月30日、31日　於　鹿児島
　活動報告　発表：宮地

エイズ集中セミナー報告

AMDA国際医療情報センター所長　小林米幸

本センター主催　医学生、看護学生対象エイズ集中セミナーは7月27日、28日にわたり、（財）国際協力推進協会　国際協力プラザで行われ、盛会のうちに終了いたしました。8月8日からの国際エイズ会議（横浜）を控え、実にタイムリーな時期にセミナーを開催することができたと思っております。当初定員70名としていましたが、キャンセル待ちがでるほどの申込で最終的には会場定員ギリギリの90名を受け入れました。学生の所属学校を見ますと関東を中心に北は函館から南は大分までとなっていました。立案の段階からご協力いただきましたエイズ予防財団山形先生、また学生のためにご多忙の中、無料で講師をお引き受けいただきました各先生方には心より御礼申しあげます。特に地方出身の学生から地方ではなかなか各分野の専門家の講義を聴く機会がないとの声が寄せられました。これらの声を考えますと来年以降、ストップ・ザ・エイズ基金に申請し、いつまでも講師の先生方のご好意に甘えるのではなく、講師料をお支払いする形でこの学生向けエイズセミナーを年1回のペースで続けていくべきではないかと考えています。後援の名義使用をご許可いただきました厚生省、東京都、日本医師会、東京都医師会、エイズ予防財団にも深い感謝の意を表すものです。このような中、唯一日本看護協会には「任意団体には後援名義使用を許可したことがない」という理由でお断りをいただきました。今の社会にはボランティア活動、NGO活動礼賛の声がうずまいているわけですが、いざAMDAのような、公益法人（財団法人、社会法人）ではない任意団体がかつどうしようとするとこのような壁が厳然として存在するのは残念なことです。国際プロジェクトの遂行のためにも一日も早い財団かをめざし努力しなくてはなりません。なお、本セミナーの内容は近い将来、看護協会出版会、メジカルフレンド社の看護雑誌に掲載される予定です。



小林米幸先生

（左）根岸昌功先生（都立駒込病院）
（右）稲垣　稔先生（国立小児病院小児医療センター）

医学生、看護学生対象 エイズ集中セミナー報告

（アンケート集計結果より）

＊セミナー参加者　7月27日　73名＋雑誌記者数名（医学生10名）
　　7月28日　66名＋雑誌記者数名（医学生　9名）

＊アンケート回収率　68人　93％

第一日目、二日目と猛暑の中、講師の先生方に貴重なお時間をいただき、有意義な講義をしていただきました。学生も遠くは北海道から参加した方もあり、皆熱心に聞き入っていました。終了後のアンケートをみても、勉強になった、エイズに対する考え方が変わった、カウンセリングの必要性を感じたなど、今後のエイズへの取組に大きな影響を与えたと思われる意見が多く有りましたが、中にはまだ偏見が拭えないし、血友病などの人は診察してあげても遊んで感染した人は絶対診療したくないという医学生もいました。

学校、学年、医学部、看護学生によってエイズの知識にかなり差があることもアンケートから分かってきました。講義のみでなくワークショップのようなものを望む、カウンセリングの講義を受けたいという意見があり、これらを参考に今後もセミナーを開催していければと思います。

アンケート集計と主な意見は次の通りです。

1．どこでこの企画を知りましたか。（複数回答）

雑誌	22人	AMDA機関紙	22人
学校の掲示板	33人	先生、知人の紹介	7人

2．日時会場について

＊開催時期　：適当　60人
　　不適当　3人　試験と重なる、6月にしてほしい
　　どちらでもない　5人

＊会場
　地理的　：適当　60人
　　不適当　3人
　　どちらでもない　5人

　広さ　：適当　35人
　　不適当　21人　もっと広い場所がよい、机が欲しい等
　　どちらでもない　12人

＊時間　：適当　65人
　　不適当　3人　各担当の時間が短い
　　どちらでもない　1人

＊日数　：適当　64人
　　どちらでもない　2人

3．講義内容について

・限られた時間での集中講義だが、上手に説明され、理解しやすく興味深く聞けた。
・資料が少なかった。もう少し多ければ予習・復習的要素を持つことが出来たのでは
・現場の看護婦の話を聞きたかった。
・話の内容はとても濃かったし、質問に対する返答もとてもわかりやすかったのでためになった。
・講義だけでなくワークショップ形式のもの、グループディスカッションもあったらよかった。
・基本的には「人的物的資源に恵まれた状況で最高の医療・援助が提供できる」ような印象があった。地方、中小都市、町村ではどうかなと考えた。
・このセミナーでＨＩＶについての自分の受け入れ方が変わり、またカウンセリングに興味をもった。根岸先生の話は現実的でとてもよく、もっと話を聞きたかった。
・エイズについていろいろな側面から何が大切かを聞けて良かった。このような形で講義を聞けることはなかなかない。ここで聞いたことを自分なりにまとめ、今後の臨床・地域で役立てたい。
・ＨＩＶ感染者に対するフォローの仕方が何となく分かった気がした。
・スライドの字が少し読みにくかったことが残念だったが楽しく参加できた。
・カウンセリングや告知の仕方などもう少し具体的にしてもらえたらよかった。
・ウィルス学は難しく意味があまり分からなかったが、臨床はとてもおもしろかった
・エイズという問題に対して興味があっても実際自分に直接関わる問題の方がやはり楽しい。今までは素人としてのエイズの見方しかできていなかった気がする。ＰＷＡはかわいそうだ、こわいなどが先走り、医療者という立場から見れていなかったこのセミナーを機に自分のエイズに対する考えを深めていきたいと思う。
・学校のグループ活動でＡＩＤＳについて調べているため、今回参加して良かった。本などよりずっと身近に感じることが出来た。医療従事者としての見方しか出来ない自分から、患者の立場に立って考えられる様に努力しなければと強く感じた。
・自分自身ＡＩＤＳについて知識不足で特に倫理学的にあまり考えていなかった。これからの社会の中でＡＩＤＳ患者に対する偏見について改善していかなければならないと思う。
・特にカウンセリングの内容は、今後看護婦として仕事をしていく上でエイズ患者だけでなく、全ての患者にとって大切な事だと思うので機会があればセミナーや研修に参加したい。
・実践を基にしたデータで分かりやすかった。ＰＷＡについて自分の中にあった脅かし的な教育とは違った新しい知識が得られて良かった。（知らないから怖かった）
・講義の内容はよく分かったが頭では理解しても私のエイズに対する偏見は消えない沢山のデータから蚊、プール、傷などから感染しないといってもＨＩＶは抗原性の変化が早いから自分が蚊やプールで感染した第一号になるかもしれないと思うと怖くてたまらない。癌と違ってエイズはなるべくしてなるから血友病などの人は診察してあげても遊んで感染した人は絶対診療したくない。友人が感染したら興味本位でお節介を焼いてしまうかもしれない。看護婦さん向きの内容だったのが少し残念だった。
・倫理学はよく分からなかったが倫理学自体自分も分かっていなかったのでどういう質問をしたらいいか迷った。28日午後の臨床の話は分かりやすくてよかった。場所が国際プラザだったので将来ＮＧＯに参加したい私には情報を得ることが出来て良かった。
・エイズについて知らないことが多かったのだということがよく分かった。今、看護婦になることにためらいを感じているが、このセミナーで勉強したことを含めもう一度考えようと思った。講師陣が素晴らしく無料で受けられるのは贅沢に感じた。

・エイズについて病理学的だけでなく、全人的ケアーについて学ぶことが出来た。
・とくに2日目の講義は質問も多く、その度に答えて下さってとても充実していた。
・スライドを使うとまとまっていてよいが、暗くてノートが取りにくかった。
・講義内容は予備知識のない人にとってはかなり難しく感じたと思う。今回のような内容を独学で行うのは難しいので、このような機会をもっと増やしてほしい。
・改めてカウンセリングの重要性に気付かされ、かなり多くの偏見が実際の現場であることを知り、大変ショックだった。コ・メディカルが一丸となって働くことがＡＩＤＳにおいてかなり重要だと知った。
・看護を目指す者にとり血友病、カウンセリング、倫理学、特に臨床の話は大きな刺激になり、看護技術や知識だけでなく、社会学や倫理学、法学についてもっと学びたい。「人権」ということを改めて考えさせられた。
・看護学校生だが医学的なことは理解できないのはと不安だったが分かりやすかった
・稲垣先生と樽井先生が話されているのを見て先生同志の討論があったらおもしろい
・ウィルス学の講義が短く残念立った。ＨＩＶに対しての知識がもっと得られたらよかった。
・本来、他の感染症と変わりないＨＩＶだが、一人一人の意識の中で特別視していると思う。
・ＨＩＶ，ＡＩＤＳについて重要視されつつあるが教育の場はまだ途上だと思う。
・具体的な患者についての病状やそのときの医療者がわの治療法、気持ちなどについても知りたかった。
・堅苦しい講義だったので、もっと気楽に質問や話し合えるセミナーにしてほしい。
・内容的には本などに載っていることが多かったが既知のことでも新たな発見（考え方）ができたと思う。
・基本的なことが多く物足りない人がいたと思う。
・少しでも多くの人が正しく理解することからまず第一歩が始まると思い、その意味でもよいセミナーだった。
・講師、講義内容とも素晴らしいためもっと多くの人数で聞かないともったいない。
・学校教育（中・高校）ではどうなっているのか？自分の病院も今年初めてＨＩＶの患者を受け入れたのだが病院の受入体制について聞きたかった。

4．今後の企画内容の希望について

・地域医療（熱帯医療、保健を含む）、リエゾン関係を中心にした医療、難活性疾患障害に対しての医療・保健
・アジア、アフリカ等での集まり、発展途上国での医療従事者の活動
・カウンセリング関係の講習会
・稲垣先生のカウンセリングについての企画
・在日外国人の問題（健康問題、日本の医療に求めること）
・脳死、臓器移植、骨髄バンク等について（海外の現状と国民の活動）
・海外医療援助に関する講座
・肝炎について（エイズの次に興味がある）
・癌の告知。エイズについてもまた参加したい。
・ＮＧＯ，外国の医療システム、医療の実態、比較文化学における医療について
・院内感染の予防と現状、日本と外国のホスピスの違いなど
・海外青年協力隊に参加したいので、看護婦、保健婦になってから参加するような内容
・ターミナルケア、国内外ボランティア、難民問題について
・参加費用が無料若しくは低額で今回のような集中講座
・定期的なコ・メディカルやそれを目指す人達の学習会（交流会）をテーマを決めて
・エイズ患者との集い、これからの医療について

・ワークショップ、告知
・医療福祉、慢性疾患のゼミ
・アメリカでのエイズについて（社会全体が受け入れるようになった経過）
・医療についてのマスメディアの影響、問題
・日本の医療の長所、短所
・看護学校の教科書には載らない、現在問題になっている事柄について
・国内外のボランティア活動（夏休みだけなど）とそのための語学講座
・感染、難病に関するもの
・臨床に基づいたケーススタディイ
・現代の子供について（子供たちの精神ケア）
・ターミナルケアについて（看護職の方から／臨床心理）
・実際にボランティア団体との交流
・専門看護婦など看護の自立や専門家について
・講義後先生方との歓談会などがあればよい
・様々な医療問題について講師を交えたグループ単位のディスカッション
・AMDAの海外で働いている人の経験を通してのここは押さえてほしいということ
・在日外国人への外国語ワンポイント（病棟や外来など医学的に関わる言語）
・私たちが今出来るボランティア団体などの紹介、国内の医療保険について
・国際医療協力に興味を持つ医学、看護学生と働いている方との交流会
・AMDAの活動に興味を覚えたので小林先生のクリニックを見学する会など
・医学・看護学生対象のエイズセミナーや他のセミナーを毎年続けて欲しい
・エイズの今後の展開など今回と同じような内容

AMDA国際医療情報センター

エイズ集中セミナー

主　催：AMDA国際医療情報センター
後　援：厚生省、日本医師会、東京都医師会、㈶エイズ予防財団、東京都
会　期：平成6年7月27日（水）、28日（木）
会　場：㈶国際協力推進協会　国際協力プラザ
日　程：

第1日（7月27日）

ウィルス学　10：00～11：10
東京医科歯科大学微生物学教室教授　山本直樹先生

疫　　学　11：20～12：30
慶応義塾大学医学部公衆衛生学教室講師　鎌倉光宏先生

エイズ教育　13：30～14：40
岡山大学保健管理センター所長　戸部和夫先生

疫　　学　14：50～16：00
（特に在日外国人）小林国際クリニック院長／
AMDA国際医療情報センター所長　小林米幸

第2日（7月28日）

血友病・カウンセリング　10：00～11：10
国立小児病院小児医療センター炎症研究室長　稲垣稔先生

倫 理 学　11：20～12：30
慶応義塾大学文学部教授　樽井正義先生

臨　　床　13：30～16：00（休憩あり）
都立駒込病院感染症科医長　根岸昌功先生

'94 おかやま国際貢献NGOサミット

世界の子供の命を守り、育くむために

'94 OKAYAMA NGO SUMMIT FOR INTERNATIONAL CONTRIBUTION

■主催／国際貢献トピア岡山構想を推進する会・アジア医師連絡協議会　■共催／岡山市

■後援／WHO（世界保健機構）・外務省・厚生省・郵政省・日本ユネスコ協会連盟・日本ユニセフ協会・日本緊急救援NGOグループ（アジア医師連絡協議会・JC国境なき奉仕団・アフリカ教育基金の会・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）・岡山県・倉敷市・加茂川町・岡山県医師会・岡山県教育委員会・岡山市教育委員会・岡山市医師会・岡山県経済団体連絡協議会・岡山商工会議所・岡山経済同友会・岡山青年会議所・倉敷青年会議所・岡山県国際交流協会・岡山市国際交流協議会・岡山市国際交流祭実行委員会・岡山ロータリークラブ・岡山ライオンズクラブ・山陽新聞社・NHK岡山放送局

国際貢献トピア岡山構想を推進する会
会長　谷口 澄夫

■ごあいさつ

最近、世界のさまざまな場所でNGO（非政府組織）の活動が伝えられるようになりました。頻繁に発生する自然災害や紛争などによる難民や避難民の人々の生活の場の確保、保健医療や復旧援助など、また社会的に弱い立場にある人々の人権保護、地球環境問題など、NGOの活躍する範囲はどんどん広がっています。

このたび「国際貢献トピア岡山構想」を推進するに当たり、世界で活躍するNGOの代表を岡山の地に招待して交流と連携を深めるとともに、WHO（世界保健機構）から講師を迎え、NGOの技術の向上のための研修を実施することになりました。

今後日本のNGOが世界で活躍するためには世界各地のNGOとの相互協力ネットワークの確立が非常に重要であります。わが国でも近年NGOを支援する予算がODA（政府開発援助）に組み込まれるようになっており、ODAに対するNGOの存在意義がますます重要になって来ています。

各地域の皆様のご理解とご支援により、この「'94おかやま国際貢献NGOサミット」を是非とも成功させるよう、ご協力をお願いいたします。

■

10月20日 木

オープニング

- ●開会式　13:00〜14:00
- ●基調講演　14:00〜15:30　岡山国際ホテル
- ●レセプション　17:30〜19:30

10月21日 金

- ●緊急救援NGOフォーラム　10:00〜17:00　岡山国際ホテル

10月22日 土

- ●WHO適性医療技術訓練　9:00〜15:00　福武書店本社
- ●岡山宣言発表　15:30　岡山プラザホテル

10月24日 月

- ●サテライト会議　倉敷市・那覇市・広島市・福山市・徳島市

10月26日 水

- ●緊急救援NGOフォーラム　10:00〜12:00　東京立正佼成会普門館
- ●東京宣言発表　13:00

■NGOサミットへの募金のお願い　このNGOサミットを成功させるために、地域のみなさまおひとりおひとりのご協力を必要としております。

お問い合わせ／国際貢献トピア岡山構想を推進する会　〒701-12 岡山市福浜816-1 TEL:(086)284-7730 FAX:(086)284-6758

’９４おかやま国際貢献ＮＧＯサミット

開催要綱

１．目的

国際社会における国境を越えた緊急救援活動に対する重要性に鑑み、日本のＮＧＯによる緊急救援活動を効果的に推進するため、日本のＮＧＯと各国ＮＧＯ間の相互の情報交換を行い、人脈、信頼関係を密にすることによって相互支援ネットワークを構築することを目的として、今秋１０月に「アジア/アフリカ/環太平洋緊急救援ＮＧＯフォーラム」を開催いたします。さらにこの意義深いフォーラムが開催されることを核として、開催地岡山県においては「’９４おかやま国際貢献ＮＧＯサミット」として広く会議運営についてのボランティアを募り、また市民向けの講演会、市民参加型の国際貢献活動の催しを行うなど啓発活動を展開して、国際貢献に対する市民の理解を深め意識を昂揚すると同時に、各サテライトの会場が設定される国内各地のＮＧＯとも連携をとり、日本の各地の地域に根ざしたＮＧＯの協力関係、ネットワークを構築することを目的といたします。

２．主催

アジア医師連絡協議会

国際貢献トピア岡山構想を推進する会

３．共催

岡山市

４．後援

ＷＨＯ

外務省　厚生省　郵政省

日本ユネスコ協会連盟　　（財）日本ユニセフ協会

日本緊急救援ＮＧＯグループ（アジア医師連絡協議会，ＪＣ国境なき奉仕団，アフリカ教育基金の会，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（ＪＩＲＡＣ））

岡山県　倉敷市　加茂川町

岡山県教育委員会　岡山市教育委員会

岡山県医師会　岡山市医師会

岡山県経済団体連絡協議会　岡山商工会議所　岡山経済同友会

岡山青年会議所　倉敷青年会議所

岡山県国際交流協会　岡山市国際交流協議会　岡山市国際交流祭実行委員会

岡山ロータリークラブ　岡山ライオンズクラブ

山陽新聞社　ＮＨＫ岡山放送局

5．事務局

アジア医師連絡協議会

岡山市楢津３１０-1　〒701-12

TEL. ０８６-２８４-７７３０　FAX. ０８６-２８４-６７５８

6．日時及び場所

１９９４年

１０月２０日（木）　全体会議（開会式、基調講演、パーティ）

岡山国際ホテル

１０月２１日（金）　全体会議（緊急救援ＮＧＯフォーラム）

岡山国際ホテル

１０月２２日（土）　全体会議（適正医療技術訓練）

福武書店本社会議室

１０月２３日（日）　（移動日）

１０月２４日（月）　サテライト会場

倉敷（メインサテライト会場）

沖縄、広島、福山、徳島

１０月２５日（火）　（移動日）

１０月２６日（水）　全体会議（緊急救援ＮＧＯフォーラム・閉会式）

東京立正佼成会普門館

7．参加者

海外ＮＧＯ　６０名

国内ＮＧＯ　２００名

但し、１０月２０日の全体会議は一般公開し、参加者１０００名を予定。

8．内容：

1）今日の国際社会における緊急救援活動の意義と役割

2）各国ＮＧＯの有する緊急救援活動経験の共有と直面する問題点の討議

3）各国ＮＧＯと日本のＮＧＯとの緊急救援活動時の協力体制整備のための討議

4）ＷＨＯによる適正技術の研修

5）日本の地域に根ざしたＮＧＯと各国ＮＧＯとの相互理解と協力体制の構築のための討議

以上

参加希望の方はこの申込用紙に記入の上ご送付下さい。

'94おかやま国際貢献NGOサミット

受付No.

参加申込書

氏名	漢字	ローマ字	
所属団体	漢字	英文（略称）	
役職	漢字	英文	
団体の連絡先	( )	TEL	
		FAX	
ご自宅の連絡先	( )	TEL	
		FAX	
参加日	10/20(木) 20(木) 21(金) 22(土) 23(日) 24(月) 25(火) 26(水) レセプション		
報告希望	有・無	レジュメ	有・無
団体の活動内容			
通信欄			

キリトリ線

宿泊施設

市域は全て「岡山市」です。市外局番は全て(086)です。

●公営施設

名称	所在地	電話	収容人員
国民宿舎おかやま桃太郎荘	小串778-2	269-2030	112
メルパルクオカヤマ	桑田町1-13	223-8100	96
桃花苑	駅前町2-3-31	225-0631	77
きびの会館	下石井2-6-41	232-0511	62
岡山三光荘	古京町1-7-36	272-2271	56
広瀬荘	広瀬町3-26	225-3978	45
後楽会館	小橋町1-1-25	273-7506	27

●都市ホテル

名称	所在地	電話	収容人員
岡山東急ホテル	大供3-2-18	233-2411	384
岡山国際ホテル	門田本町4-1-16	273-7311	336
岡山ロイヤルホテル	絵図町2-4	254-1155	252
岡山プラザホテル	浜2-3-12	272-1201	138
ホテルニューオカヤマ	駅前町1-1-25	223-8211	115
岡山グランドホテル	舟橋町2-10	233-7777	65

●ビジネスホテル

名称	所在地	電話	収容人員
岡山ターミナルホテル	駅元町1-5	233-3131	277
チサンホテル岡山	丸の内1-1-13	225-1212	276
岡山ワシントンホテル	本町3-6-201	231-9111	253
アークホテル岡山	下石井2-6-1	233-2200	240
岡山ユニバーサルホテル	中央町3-15	226-2300	220
第一イン岡山	駅元町16-17	253-5311	220
ホテルサンルート岡山	下石井1-3-12	232-2345	206
岡山ビジネスホテル	南方1-1-1	222-2224	167
駅前ユニバーサルホテル	幸町9-6	232-2600	163
岡山ビジネスホテルアネックス	本町9-16	224-4111	153
カルチャーホテル	学南町1-3-2	253-2233	147
岡山ビューホテル	中山下1-11-17	224-2000	117
ホテルレボーゼ岡山	表町3-19-21	223-5501	112
岡山キャッスルホテル	幸町7-1	234-5678	110
エクセル岡山	石関町5-1	224-0505	110
セントラルホテル岡山	田町1-10-28	222-2121	102
ホテルマイラ	錦町8-16	233-1411	94
東京イン岡山	本町4-20	232-5858	90
岡山観光ホテル	古京町1-2-1	272-2206	88
ホテル岡山	錦町3-23	232-7070	80
岡山グリーンホテル	駅前町2-4-8	225-7211	80
ビジネスホテル岡山サンシャイン	磨屋町1-13	232-3481	80
岡山タワーホテル	駅元町16-20	255-5755	75
岡山ニューステーションホテル	駅元町18-9	253-6655	72
岡山パークホテル	田町2-5-12	232-1101	67
シティホテル池田	磨屋町6-15	222-2020	65
ビジネスホテルいづみ	伊福町1-14-16	252-3101	60
ビジネスホテルウェル	東古松1-1-28	233-1800	60
ひかりビジネスホテル	駅元町5-1	252-9179	60
ビジネスホテルニュー栄楽	岡町1-12	225-6200	50
ビジネスホテルマツシタ	清輝橋2-1-32	232-8171	48
ビジネスホテル新子	錦町1-14	222-4213	42
ビジネスホテルアサノ	青江279-1	224-5541	37
ホテルはまや	大学町3-14	232-2141	35
すみ半ビジネスホテル	中山下2-3-40	222-5559	34
ビジネスホテルいさみ	中山下1-6-30	225-8321	30
ビジネスホテル喜美川	磨屋町6-11	232-1777	30
ビジネスホテルオカザキ	駅前町1-4-17	223-2588	22
ビジネスホテルニューワールド	岩田町3-4	232-4000	20

●旅館

名称	所在地	電話	収容人員
新松之江雅亭	伊福町3-21-29	252-5131	330
乃利武	栢谷1453-2	294-2321	300
岡山石山花壇	丸の内1-5-8	225-4801	300
白雲閣	湯迫644	279-0545	300
山佐本陣	本町8-23	224-1241	250
金甲山温泉ホテル	飽浦852	267-2331	180
泉水	栢谷1426-2	294-2311	156
国際観光ホテルもり	磨屋町4-27	224-6187	150
まつのき	駅元町19-2	253-4111	140
国際観光旅館丸一	駅前町1-2-16	225-0868	100
観光ホテル龍泉閣	田町1-8-10	231-1400	90
楠石荘	郡1545	267-2222	85
福寿荘	津倉町1-12-17	252-3018	70
ビジネスホテル幸荘	駅元町24-8	254-0020	60
やさか苑	大供表町4-36	224-0080	50
旅館もり	磨屋町5-8	222-3728	50
翠明館	粟井2879	299-0211	50
あしもり荘	粟井2223-1	295-0788	30
観水	丸の内2-2-2	225-5521	30
紺屋荘	天瀬南町2-5	225-2546	24
杉本	野田屋町1-10-5	222-3492	24
横田	京橋町6-9	225-4665	23
ビジネス旅館川崎	田町1-7-7	222-6922	22
荒手茶寮	後楽園1-9	272-3171	20
日の出	磨屋町5-20	223-1516	20
万両	徳吉町2-8-28	272-1045	20
みどり荘	駅前町2-3-18	225-8952	20
千竜	奉還町1-13-3	253-2502	20
西川荘	田町2-13-27	225-1971	20
滝沢荘	大供1-6-7	232-7886	20
志満	駅元町15-4	252-0603	18
吉幸	津島福居1-7-34	252-5640	15
勇澄苑	駅元町8-24	253-9353	15
三俣	清輝橋4-2-12	222-6148	13
都紀	駅前町1-6-10	222-8728	13
旭川	丸の内2-1-15	225-8121	6

「'９４おかやま国際貢献ＮＧＯサミット」「アジア／アフリカ／環太平洋緊急救援フォーラム」に参加を希望される方へ

1．参加者の資格、条件について
これまでにＮＧＯの活動を経験したことがあり（あるいは興味を持ち）、今後ＮＧＯ活動を積極的にしようとしている方。

2．言語
会議は英語で行なわれます。（日英の同時通訳をいたします。）

3．参加費
無料です。
但し、１０月２０日のレセプションについては別途10,000円を申し受けます。

4．宿泊について
参加者御自身で手配していただきます。
（別添のホテルリストを参考にしてください）

5．国内移動について
基本的には参加者が御自身で手配していただきます。
但し、参加者が岡山からサテライト会場へ、またサテライト会場から東京への移動を海外参加ＮＧＯの代表と同じ便を希望される場合、９月10日までに事務局に申し出てください。料金については実費を申し受けます。

6．昼食について
１０月２１日（金）と１０月２２日（土）の昼食は会場で用意したものは無料です。
前日に受付で予約してください。

7．会議での報告について
１０月２１日の会議で報告を希望される場合は、あらかじめその要旨を和文と英文で提出してください。
和文：ワープロ原稿　Ａ４版３枚程度
英文：Ａ４版　single space ３枚程度
なお、報告の希望者が多い場合は時間の都合上、事務局で調整させていただきますので、あらかじめ御了承ください。

8．参加申込について
参加を希望される方は参加申込書に御記入の上、下記のサミット事務局までお申込ください。
会場の都合により申込は先着順に２00名とさせていただきます。

※サミット第一日１０月２０日（木）に行なわれるサミットオープニング（開会式と瀬戸内寂聴さんの基調講演など）は、一般公開します。第一日のみの参加希望者は往復はがきに住所、氏名　電話番号を書いて下記にお申込ください。

このサミットについての御質問、お問い合わせは下記にお願いします。

国際貢献トピア岡山構想を推進する会
「'９４おかやま国際貢献ＮＧＯサミット」事務局
担当：山本　睦子、太田千恵子
〒701-12　岡山市楢津３１０-1
TEL.086-284-7730 FAX.086-284-6758

栃木便り

—岩井くに—

代診右往左往

みなさま、お元気ですか。今日は8月8日、世界の激動をよそに、栃木は午前中猛暑、午後雷雨の同じような毎日が続いています。國井先生はハーバード大学から帰国され、意欲的に活動されているようですが、私の方はといえば、毎日同じように栃木の灼熱の太陽の下、大学と宿舎を往復しています。

しかし、毎月教室便りでもつまらない！というわけで今月は外の話題、といっても仕事がらみの「代診」のお話。

6月号に書いたように私たちには「代診」という業務があります。平たく言えば診療所に勤務している自治医大卒業生が何かの理由で診療所を空ける時、代わりに診察するものです。仕事は診療所に出向いて診察するだけなのですが、場所が場所だけに思いもかけないことの連続、日本は広いなあ、とつくづく思う今日この頃です。

では「涙の代診」全二幕、ごゆっくりお楽しみください。

第一幕；たどり着くまでの段

第一場；時刻表編

代診を引き受けると、まず目を通すのがこれ、最寄りの駅相手方と乗り換え、到着時刻、かかる時間などを調べるのですが、最寄りの駅を探すのが一苦労、時には第二場打ち合わせ編を先にすることもあります。切符代の計算や復割の有無のチェックもかかせません。駅名の読み方も忘れずに。

第二場；打ち合わせ編

相手方の診療所と、到着時刻や待ち合わせ場所（公共交通の連絡が非常に悪いところが多い）を確認するのですが、初めて代診にいったとき、さんざん打ち合わせしたにもかかわらず、迎えの人が目の前にいたのにそれと知らずに一生懸命探したのは誰あろう私です。

第三場；切符購入編

さあ、いよいよ切符を買いに行くのですが、何せ地域住民がめったに買わない切符なので、駅員さんも知らないことが時々あります。駅名と線名、どこで乗り換えるかまで控えて行かないと長蛇の列の原因となり、迷惑をかけます。

第二幕；いざ診察の段

第一場；○○はどこ？編

診察室に坐ったのはいいけれど、（当然）施設によってレイアウトが違います。傷の処置は？注射は？外来緊急エコーは？…ときには「トイレはどこだ？！」とあわてます。

第二場；？？？編

何を言いたいかといいますと、患者さんの話が分からない。標準語と同じ単語でも全く違う意味のこともめずらしくありません。しだいに患者さんの顔には不信の色が…ああ…

第三場；伝票編

代診で戸惑うのは、処方箋や注射伝票、検査伝票など書かなければならない伝票類の書式が施設によって違うことです。一応聞きながら書くのですが、やがて伝票には次々と字消し線が…ちなみに、どこへいっても共通な書式の代表は「死亡診断書」。

その他にも帰りにカラスの感電事故で列車が止まったり、駅が工事中で迷ったりと、ハプニングにはことかきません。もっとも期待はずれだったのは、全国どこでも山間の村の景色はほとんど変わりがないこと。写真だけでこれがどこだかわかりますか？

栃木県栗山（くりやま）村

岐阜県和良（わら）村

滋賀県朽木（くつき）村

ONE POINT「外国人が患者になるとき」

医療制度の違いから文化を知る

AMDA国際医療情報センター事務局　李　佩玲（台湾出身）

AMDA国際医療情報センターで働き始めて、一年余りになります。この間、いろいろな国の方からの相談を受け、言葉の問題はもちろん、社会的な構造や環境の違いによって、病院と患者の間に誤解が生じたりする場合も少なくはないということに気がつきました。

中国では最近、医療費の一部は自己負担になる動きがあるようですが、いままでは、ほとんどの病院で無料で診察を受けられたと聞いています。ペルーの病院はすべて救急指定病院だということも当センターの通訳から聞きました。ですから、日本の病院にかかって医療費を請求されたときや、救急で病院に行ったところ、〝救急病院ではないので診られません〟と断られたときなどに、納得できなくて疑問を持つ人もいるのではないでしょうか。このような食い違いで起こる病院と患者の間の不愉快な結果は、避けられないものなのでしょうか。

●ソーシャルワーカーって、病院と医師の味方？

母親が入院している中国人からの相談です。「いまの病院では一ヵ月間くらい入院していますが、点滴とCT検査しかしてくれなかったので転院することを考えています。患者の症状などについても医師と話し合いたいと思っていますが、どうすればいいのでしょうか」と聞かれました。

病院側やソーシャルワーカーに相談してみてはどうですかと勧めたところ、「ソーシャルワーカーって何ですか」と聞かれました。ソーシャルワーカーの仕事内容などについて説明しましたが、相談者が、ソーシャルワーカーは病院や医師と同じ立場に立っていて、患者の話なんか聞いてくれないのではないかと懸念しているようで、なかなか理解してもらえませんでした。

また、同じく中国の女性から「来月に出産する予定ですが、出産費用が足りないので、どこか援助してくれるところはないでしょうか」という相談がありました。支払い方法などについては、いまかかっている病院のソーシャルワーカーと相談してみるのもひとつの方法ですと伝えたところ、ソーシャルワーカーに相談したら、お金が足りないことがバレて、病院から追い出されるのではないかと心配し、なかなか気が進まない様子でした。「ソーシャルワーカーって、病院と医師の味方なので、私たちより、病院、医師のほうが大事でしょう」とまで言われました。ソーシャルワーカーは病院と患者の間の架け橋だといろいろ説明をし、やっと「それじゃ、一応相談してみます」と言ってくれました。

どうしてソーシャルワーカーに対して不信感を持っているのかとよく考えてみたら、それは中国の病院にはソーシャルワーカーというものが存在しないからではないかと思いました。いままで自分の生活のなかにないものを理解することはむずかしいことですし、理解してもらうのもなかなか大変なことです。私たちは実際に相談電話を受けていても、病院内のことがすべてわかっているわけではないので、ソーシャルワーカーに尋ねたり、相談したり、ご協力をいただいたりすることもよくあります。当センターではそのような誤解が起こらないように、相談者に説明していきたいと思っています。

言葉の問題もあるかもしれませんが、困っている患者さんに、日本の医療システムや習慣などを説明することによって、文化や環境の違いによる誤解も避けられるのではないかと思います。

第４回　国際医療を考える会

今、日本の医療従事者にできること

日本の国際化が言われて久しい今日このごろです。日頃臨床の場で働きながらも、いつか自分の力を生かし海外の様々な場所で医療に取り組んでみたいと思ってらっしゃる方はたくさんいらっしゃることと思います。そういった方々と一緒に考える機会として、また情報交換の場として、思う存分語り合いましょう。職種は問いません。興味をおもちの方でしたらどなたでも構いません。どうぞお気軽にご参加下さい。

日時：１０月１日（土）　午後５時より
場所：神戸市立中央市民病院　５階５０１会議室
（三宮よりポートライナー乗車、市民病院前駅下車）

演題：

1　救えミャンマー難民
　難民医療救援プロジェクトに参加して
　　宇治徳州会病院　　岩永資隆医師

2　驚き、桃の木、カンボジア
　カンボジアでの医療援助活動を見て思ったこと
　　神戸市立中央市民病院　　伊藤美智子氏

3　アフリカで医療の原点を知る（仮題）

終了後、アジアのエスニック料理を囲んで懇親会を開く予定です。
（現在アジア医師連絡協議会では、海外でのプロジェクトの参加者を募集中です。興味のあるかたはお問い合わせ下さい。当日資料を用意しております。）

主催：アジア医師連絡協議会
問い合わせ：神戸市立中央市民病院　産婦人科　川島正久
連絡先：電話　０７８―３０２―４３２１
　　ファックス　０７８―３０３―０８４２

御礼とお願い

この度（財）日本社会福祉弘済会より、福祉協力費158,000円を（半年分）頂きました。この財源となるボランティア共済の引受会社（協栄生命）のスタッフの普及活動により得たものであり、AMDAの活動に対し、心を寄せて頂いている加入者が200名を越えているとのことです。

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

AMDA
代表　菅波　茂

AMDA事務局だより

今事務局はルワンダ関係で大変な忙しさです。

問い合わせも殺到し本当にてんてこまいという言葉がふさわしい日々です。

事務局にも大勢の人がやってきました。

ルワンダのガラマにて活躍して頂いた渡辺さんもやって来ました。2日間の滞在でしたが、事務局にてフル活動をして頂き本当に助かりました。またアメリカの大学院に戻られ今度は勉強の方に集中されるそうです。またお会いできる日が来ることを楽しみにしています。

ルワンダでの渡辺氏

■94年度会費納入のお願い

本誌はさみこみの振替用紙で、94年度会費の送金をよろしくお願いします。

ＡＭＤＡ国際医情報センター
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。有り難うございます。（順不同敬称略）

個人　団体

岩淵　千利／満江、永井　輝男、藤井　和、房野　夏明、志立　拓爾、
佐藤　光子、坂田 [illegible]、聖テモテ教会、聖アンデレ教会、聖救主教会、
葛飾茨十字教会、日本聖公会東京教区、東京聖十字教会、東京聖マリヤ教会、
聖マーガレット教会、八王子復活教会、目白聖公会、東京諸聖徒教会、
聖マルコ教会、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（沖縄）、オカダ外科医院（神奈川）、
帝国クリニック（東京）、青梅慶友病院（東京）

会社

三共（株）、昭和メディカルサイエンス（株）、住友海上火災保険（株）、
薬樹（株）、グラクソ三共（株）、　以上　年間１２万円
オリンパス販売（株）　以上　年間　６万円
（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
大森薬品　以上　年間　５万円
興和新薬（株）　以上　年間　４万円

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。
広告記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
銀行口座名：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

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
●入院のお問い合せ－TEL.(0428)24－3020(代表)
院長 大塚宣夫

大鵬薬品工業株式会社
東京都千代田区神田錦町1－27

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)

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

有限会社 都商会

サリー薬局 〒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 大和市中央5－4－24
☎ 0462－63－1611

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、ペルシア語、ミャンマー語、アラカン語、フランス語、日本語、２２言語に及ぶ

IATA

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ＡＭＤＡへ

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

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 好評発売中！
A5判上製 286P 定価 4,800円
郵便振替口座 00110-3-711753

株式会社たおフォーラム
〒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

小林國際醫院

平 日　月曜日～金曜日
9：15～12：00 ／ 14：00～17：00

土曜日
9：15～13：00

休診日　水曜日、日曜日、祝祭日

0462－63－1380

〒242　神奈川県大和市西鶴間3－5－6－110

小田急江ノ島線鶴間駅下車徒歩４分

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. 8

アジア医師連絡協議会（AMDA）

■発　　行　1994年８月15日
■編集責任者　津曲兼司、岡野純子
■事 務 局　岡山市楢津310-1
TEL 086-284-7730
FAX 086-284-6758