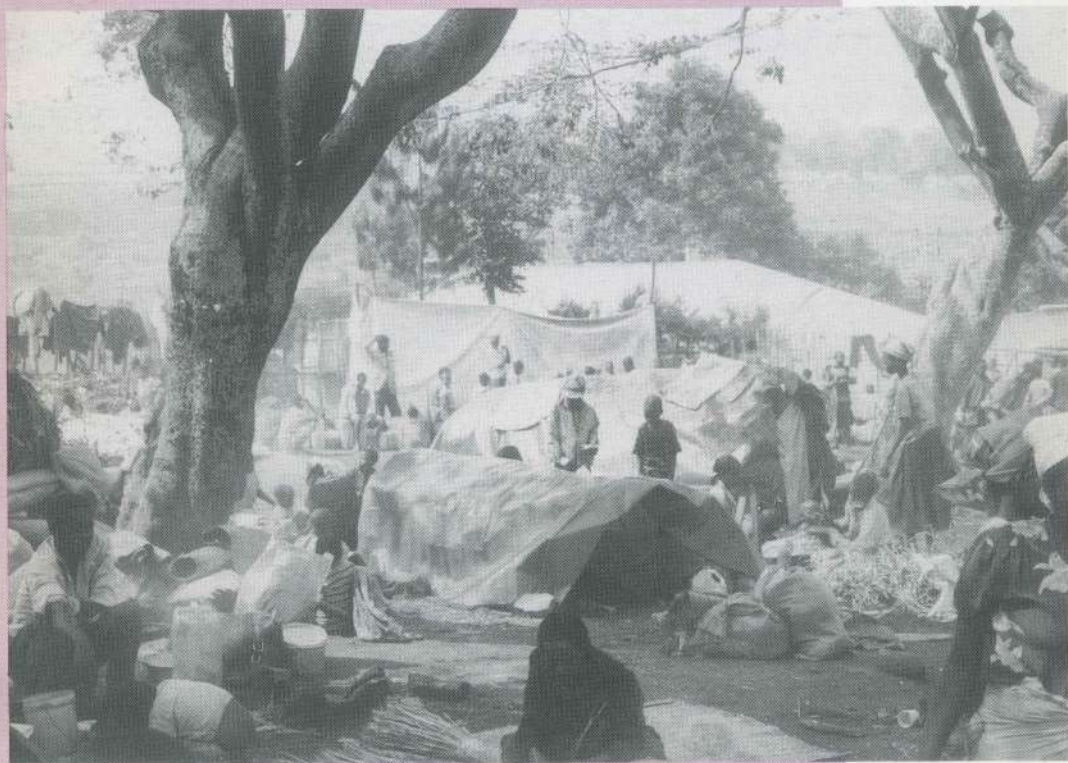


国際医療協力

Vol. 17 No. 9

1994. 9



ザイール・ゴマのキブンバ難民キャンプ

AMDA

The Association of Medical Doctors for Asia

アジア医師連絡協議会

Contents

- AMDAご案内 2
- AMDA、厚生大臣表彰状・保健文化賞受賞 6
- 今なぜNGO（国際民間協力団体）なのか 代表 菅波 茂 8
- ルワンダ難民救援医療活動報告 及川正典 10
- 旧ユーゴスラビア難民救援医療活動報告 山田 緑 12
- モザンビーク難民救援医療活動報告 根本昌広／木山啓子 22
- ソマリア難民救援医療活動報告 吉田 修 30
- カンボジア救援医療活動報告 山本秀樹 32
- タイAIDSプロジェクト 夏目洋子 38
- ネパール難民救援医療活動報告 42
- ネパールビスヌ村地域保健医療プロジェクト マハラ 46
- ブータン難民救援医療活動報告 山本秀樹 50
- AMDA国際医療情報センター便り Dr. Koirala 52
- カナダから 54
- フィリピンから 56
- チェンライエイズプロジェクト見学 馬渡秀徳 64
- 栃木便り 岩井くに 66
- ザンビア事情（1） 及川正典 68
- 本部日記 72
- 事務局便り 73

⑤ ピナツポ火山噴火被災民救援医療 ※

プロジェクト

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



⑥ エチオピア・チグレ州難民救援医療

プロジェクト

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



⑦ バングラデシュ・ミャンマー難民緊急医療救援プロジェクト

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



⑧ ネパール国内ブータン難民緊急救援医療プロジェクト ※

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



⑨ カンボジア難民本国帰還緊急対応医療プロジェクト ※

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



⑩ ソマリア難民緊急救援医療プロジェクト ※

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



⑪ ネパール・バングラデシュ大洪水被災民緊急救援医療プロジェクト

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



⑫ インド西部大地震被災民緊急救援・リハビリテーションプロジェクト ※

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



⑬ インドネシア・スマトラ島南部地震医療プロジェクト ※

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



⑭ モザンビーク帰還難民プロジェクト ※

1994年2月よりモザンビーク南部カザ州において救援医療活動を開始。



15 タンコット村眼科診療&母子保健プロジェクト

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



16 ルワンダ難民緊急救援医療プロジェクト

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



17 旧ユーゴスラビア日本緊急救援NGOグループ援助プロジェクト

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



AMDA 概要

【理念】 Better Medicine for Better Future

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

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

【入会方法】

郵便振替用紙にて所定の年会費を納入してください。平成5年1月より。

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

ただし、会計年度は4月～翌年3月です。入会の月より会報を送付致します。振替先：郵便振替口座「アジア医師連絡協議会：岡山 01250-2-40709」

役員 (AMDA 日本支部)

- 代表 菅波 茂 (菅波内科医院)
- 副代表 小林米幸 (小林国際クリニック)、国井 修 (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)
- 旧ユーゴスラビアプロジェクト委員長 高橋 央 (長崎大学熱帯医学研究所)
- 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、矢部朝子、山本睦子、太田千恵子、竹林昌代、高木幸恵 (RRRG)
- 本部
〒701-12 岡山市榑津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1-10-7 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) 六本有里
- [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1-10-7 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 (関西センター、非常勤)

厚生大臣表彰状
AMDA、保健文化賞受賞

表彰状

アジア医師連絡協議会 殿

貴会は海外への救援医療団派遣による
 国際医療協力や地域国際協力活動の
 活性化に取り組みその業績は誠に
 顕著なものがあります
 よってこれを表彰します

平成六年九月十三日

厚生大臣 井出正



感謝状

アジア医師連絡協議会 殿

貴会は海外への救済医療団派遣など
 国際医療協力を展開するとともに
 県内の国際協力活動の活性化に多大な
 貢献をされました
 コレに保健文化賞の趣旨によりこれを
 称え賞金をお贈りして心から感謝の
 意を表します

平成六年九月十三日

第一生命保険相互会社

代表取締役社長

櫻井孝顕

保健文化賞
受賞者一同

第46回 保健文化賞贈呈式



厚生大臣表彰状
受賞

第46回 保健文化賞贈呈式



左より、菅波代表、
寺松厚生省健康政策局
長、山本事務局長



今なぜNGO(国際民間協力団体)なのか

問題提起から問題解決へ

代表 菅 波 茂

ミッションからパートナーシップへ
(理念から生活へ)

国際貢献NGOサミットが10月20日から26日までアジア、アフリカ、環太平洋諸国の主としてローカルNGOの参加によって開催される。

「なぜ今ローカルNGOなのか」説明したい。

NGOにはその活動規模から3種類にグループ化される。International NGO, Regional NGOそしてNational or Local NGOである。International NGOは国際的に活動している。例えばCare international, OXFAMなどである。Regional NGOはアジア地域、イスラム世界などの特定化した地域で活動しているNGOである。数年前のAMDAもこの範疇にはいる。National or Local NGOは一国内で活動しているNGOである。International NGOの活動は理念に基づいている。National or Local NGOの活動は自分達の地域コミュニティの生活向上が目的である。即ち理念か生活かが決定的なちがいである。

過去の難民の緊急救援活動において優先されていたのは常に難民の救援のみであった。国際社会の関心は以前から居住していた人達の生活や環境破壊に向かうことはなかった。しかし実際に私達が関与した難民救援活動には難民と共に先住者の生活とその環境破壊が著しかった。また先住者による難民救援も評価しなければならない。これらの視点が欠けていたのが従来の難民救援活動と報道であった。逆にいえば、報道する側からは難民も先住者も一緒にしか見えなかったのかもしれない。もっと極端に言えば、援助する側の貢献さえ報道できればそれで良かったのではないだろうかと思える。ミッションという理念が実施されることが現場から証明できればそれで良しというのが事実だったのである。

難民救援活動も時代の転換期を迎えている。

先住者の難民に対する救援活動支援と共に先住者の生活支援と環境破壊を防ぐことが今後の難民救援活動の視点に加わる必要がある。この役割が担えるのがNational NGOでありLocal NGOである。

国際貢献NGOサミットは上記の趣旨をふまえてアジア、アフリカ、環太平洋諸国のNational NGOあるいはLocal NGOと緊急救援医療について討議し、願わくば国際的な相互支援体制を確立したいという目的の下に開催される。相互支援体制の基本理念はパートナーシップである。即ち、この会議で提唱されるのは「ミッションからパートナーシップへ」、「理念から生活へという」という新しい時代のコンセプトである。

関係者および興味を持たれた方々の参加を熱烈歓迎。

草の根「国際貢献」の輪 広げよう

NGGOがサミット

岡山で 来月 救援医療で意見交換

33カ国・地域から



バンブーのミャンマー難民キャンプで子供に駆虫剤を投与するAMD Aの日本人医師(AMD A提供)

技術訓練も実施

内戦のルワンダやソマリアなどへ医師を派遣している日本のNGO(非政府組織)や自治体が、アジアやアフリカの難民救済団体などに呼びかけて初めての「国際貢献NGOサミット」を十月に岡山で開く。世界三十三カ国・地域からNGOや赤十字の代表らが出席する予定で、戦争や自然災害にあつた人々への緊急救援医療について話し合つほか、現地で役立つ医療技術の訓練なども実施する。会議は午後、毎年継続して開催し、草の根の国際貢献の輪を広げていく計画だ。

この会議は、アジアやアフリカで地域紛争や自然災害による難民の治療などに従事しているアジア医師連絡協議会(AMD A本部・岡山市)などが主催。

外務省や厚生省、岡山県、地元医師会などが後援して十月二十日(土)から二十三日まで同市を本会場とし、二十四日と二十六日に

一やブラジル、ボリビア、太平洋地域の西サモア、欧州の旧ユーゴスラビアからも来日し、合計三十三カ国・地域、約五十人が出席の予定だ。

初日の二十日開会式の後、作家の瀬戸内寂庵さんが基調講演。二日目は九日、一緊急救援NGOフォーラム」を開く。

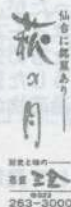
同フォーラムでは、日本をはじめとするAMD Aメンバーや各国のNGO代表、世界保健機関(WHO)関係者らが緊急救援医療のあり方を議論したり、具体的方法や経験について情報交換する。

また、三日目の二十三日はWHOの人道援助部門に属する専門家が、現地と欠かさない適正医療技術の講義を実施、「岡山宣言」を発表する。このほか、二十四日に倉敷や広島、那覇などでサテライト会議を開き、二十六日には、締めくくりにして東京でも「緊急救援NGOフォーラム」を開催、「東京宣言」を出す。

日本でも国際貢献をテーマにしたNGOの国際会議が開かれるのは初めて。AMD Aでは「会議は毎年開き、救済に向かう側のNGOと現地のNGOとのネットワークを作つて、何かあったときにすぐ行動する態勢を築きたい」と(救済代表)と話している。

岡山(WHO)関係者らが緊急救援医療のあり方を議論したり、具体的方法や経験について情報交換する。

また、三日目の二十三日はWHOの人道援助部門に属する専門家が、現地と欠かさない適正医療技術の講義を実施、「岡山宣言」を発表する。このほか、二十四日に倉敷や広島、那覇などサテライト会議を開き、二十六日には、締めくくりにして東京でも「緊急救援NGOフォーラム」を開催、「東京宣言」を出す。



日本でも国際貢献をテーマにしたNGOの国際会議が開かれるのは初めて。AMD Aでは「会議は毎年開き、救済に向かう側のNGOと現地のNGOとのネットワークを作つて、何かあったときにすぐ行動する態勢を築きたい」と(救済代表)と話している。

AMDAルワンダ難民救援活動 (ナイロビ、ゴマ、ブカブ) — 機材調達、輸送と無線通信システム —

1994. 9. 6

派遣調整員 及川 雅典

1. はじめに

私は、ルワンダ難民の大量流出とコレラ、赤痢による多数の死者の発生するザイルの国境地域にDISPENSARYを開設するための機材調達、輸送を行うため、8月8日に日本を立ち3週間にわたりケニアのナイロビとザイルのゴマで活動してきた。また、治安の悪いゴマ周辺の活動の安全性確保にとって欠くことのできない無線通信装置の設営についてもあわせて行った。

この間の活動の模様を簡単にご報告し今後の緊急援助の展開の参考に資したいと思います。

2. 機材の調達

(1) 医薬品

現地に先に入っていた渋谷医師からの要求リストを、トランジット地であるブリュッセルでAMDA本部からの国際電話ファックスで入手し、その数量が非常に多かったため調達に時間がかかると思われたので、直ちにナイロビの国際協力事業団(JICA)事務所にそのままファックスで連絡し調達について協力を依頼した。日本を出るまえにあらかじめ青年海外協力隊事務局の関係者をつうじてナイロビJICAに頼んでおいたので現地では出入りの薬品業者にリストを示して、すぐ調達が可能かどうかの打診を行っておいでくれた。

幸いにして、98%の薬品及び医療器具はナショナルファーマシーという所で出発までに揃った。

これは、ナイロビが東部アフリカ第一の商業地であること、JICAの関係者の全面的協力が得られたためであると思う。仮にナイロビ市内で調達不可能の場合、ヨハネスブルグでの調達を考えていた。

調達した医薬品器具は、ダンボール箱で20数箱にもおよび重量は約600Kg位あり一々検品している余裕はない。請求金額は150万円程であり手持ち現金は底をつき、JICAの関係者の保証で後払いにしてもらった。

(2) テント等

DISPENSARYのためにはテントが必要であり、この調達はナイロビで足で探すつもりだった。ナイロビに到着した日の午後には、電話帳の職業別欄の広告、ドライバーの勤を頼りにインダストリアルエリアのテント屋を回ってみた。

幸いにしてナイロビは、サファリのメッカでありキャンピングテントは市場性があり、大型のテントも作っているので2日ほどで3張りの診療所に使える形のテントが納品できるとのタイミングのよさだった。

MSFにも納品したと言うことだったので、1張り14万円という金額でしたが、折り畳みベッド、チェア、テーブルもあわせて発注して、手付金として1000ドルをその場でキャッシュで支払った。

折り畳みベッド等は後でスーパーでも売っているのを見かけましたが、テントはポール等の鉄材から作りはじめると数日はかかると思われるので、早めの発注が必要と思われる。

(3) 輸送手段の手配

ナイロビからゴマまでの輸送方法には空路と陸路がありますが、トラックによる陸上輸送は危険も伴い時間がかかるため今回は航空機による輸送を始めから予定していた。

渋谷医師からの連絡によると、国連機のナイロビからの輸送については混乱しており不定期であるとの事でしたが、一応あたってみる事にした。UNHCR、UNREO及びジョモ・ケニヤット空港のフライトターミナルに行き、MR. Lassongというコントロールオフィサーに折衝しましたが、UNAMIRとしては1トン程度の貨物については問題がないとのことだったが、CARGOはいつ出るかわからないのでいつでも行けるように準備しておくようにとの返事だった。

国連機は無料だが、私としてはANYTIMEという事が不安であり、日本から松浦医師らが到着した翌日である15日に必ず医薬品、機材を持って現地に入ることに決めていたので、この日の午後にはチャーター機を飛ばすことに決めた。1機4800ドルという金額は高いものだが1日でも早く医薬品を持って現地入りする事が私に課せられた任務であり、難民の患者さんの生命を一人でも多く救うため必要だと考えられたからである。

A-D AVIATIONという民間の会社を手配するためにウイリソン空港に行くと、日赤から派遣の今川先生達が荷物をもってまさにチャーター機で出発するところだった。15日の予約を入れゴマ空港の着陸許可、ザイルでのタックスクリアランスのためナイロビ市内のザイル大使館で申請を行った。

大使館で公式レターを要求されたため、JICAに紹介のレターの発行をお願いした。JICAでは快く公式レターを即日発行してくれた。

そして、翌日ザイル大使館から大使の署名の入った許可証と、キンシャシャ本国政府あて公電の写しを交付された。この時費用として500ドル支払ったが、この許可書類は2回目、8月23日に、追加医薬品やテント等の機材約700Kgほどを定期便(エアザイル)にのせて運んだがこの時は何の通関書類を持たずにゴマに入ったため通関のときザイルの官権ともめ先の許可書類を見せて納得させた。

結果的には、予め許可を申請して行くよりもこうした緊急時には、現地取得のほうが安くつくようです。またエアザイルは安全性に疑問が残るが超過荷物の料金が1Kg当たり4ドルとチャーター機に比べて安いのがとりえである。

(4) その他の機材調達

現地の電気状況から停電時のバックアップとして発電機が必要とされたので、ナイロビ市内でヤマハの

発電機(240V, 1200W 程度)、蛍光灯等の照明器具、自動車用バッテリー、ソーラーパネルそれに12V 用の蛍光灯、配線材料等を用意した。これらは、宿舎用としての用途の他に難民キャンプに開設した診療所が24時間態勢で診療を行うことが要請されているため必要なのである。

またインマルサット(通信衛星に直接接続できる電話)に使うためのファクスは、日本製のを調達したがかなり割高なものを買わざるを得なかった。日本から持ち込むか、空港のDUTYFREEで買えばもっと安く手に入ったと思われる。しかし、ファクスはUNHCR のものが混雑しているため是非必要で、日本との連絡に活躍しています。

その他に調達した物品は次の通り。

毛布 10、ランタン 2、キャンドル 1箱、石油コンロ 1、タオル 15、ポリバケツ(フタ付き)8、大型ポリタンク 5、ビニール袋(大中小各100)、魔法瓶 1、ノート 10、A4ファイル 5、文房具、工具セット、飲料水、食料品、日の丸、非常用サイレン付きハンドマイク、プリンター用紙

3. 無線通信システム

(1) インマルサット

KDD からレンタルしたインマルサットにファクスを接続し、送受信可能にした。

(2) 長距離用短波無線

途上国においては、電話が未整備または使用不能状態にある事が多く、またザイールのように政情不安定の国にあってはいつ内乱等が発生しても不思議ではなく、その場合緊急連絡は無線に頼るしかない。

宿舎の庭が広いので、5メートル程のポールを南北に2本建ててアンテナを接続した。

本来、無線局の開設にはザイール当局の免許が必要と思われるが、ナイロビのザイール大使館の話では自分の無線機を持参する限りにおいて難民救援関係者は免許は要らないとのことである。一応現地官憲の査察に対し日本政府発行の無線従事者免許証(英文)を備えてある。

現在、JICAケニア事務所のご厚意により周波数をお借りし、ゴマ宿舎とナイロビJICAの間が交信可能となっているが、クヰンバ及びブカブにも短波無線機を設置し通信できるように準備中である。

無線機の設置は特に専門知識がなくても可能であり、また調整の必要もないので慣れることが必要である。非常事態のときはナイロビのJICAに救援を依頼できる。

無線機:YAESU FT-80C アンテナ:YA-30広帯域ダイポールアンテナ 電源:バッテリー

** ゴマ局の使用周波数 (1994. 8. 25現在)	チャンネル	00	01	02	03	04	05
		7.7365MHZ	9.2050	5.2250	10.2460	16.0220	20.3900
		USB	USB	USB	USB	USB	USB
		JICA ナイロビ	JICA ナイロビ予備	ナイロビ日本大使館	ナイロビ日本大使館	ナイロビ日本大使館	ナイロビ日本大使館

(3) 近距離用 VHF 無線機

日本からヤエス無線製のトランシーバー FT-2008 を持参し 8月24日、UNHCR の RADIO TECHNICIAN と折衝しUNHCR で設置運用しているレピータ中継装置への加入を申し込む。ハンディ型トランシーバーの交信可能範囲が広くなり、個人個人が携帯し通常の業務連絡にまた、セキュリティ確保に寄与する事が期待される。UNHCRの緊急援助現地事務所では今後も、緊急展開の現場においてVHF レピーターを運用する事が予想され現地のコンピュータで周波数設定が可能なタイプを準備する事が重要であろう。

(4) 無線機の輸入

途上国では無線機の輸入、通関は一般に困難であり場合によってはスパイと間違えられる事にもなりかねないので十分な配慮が必要で、外務省発行の証明書を携帯するか、現地大使館に事前に連絡し空港にて特別の措置を講じてもらえるようにする。今回の場合、AMDAから外務省にお願いし、ナイロビ空港に大使館員に出迎えに来ていただいた。

4. 現地調整業務

(1) 大使館

ナイロビ到着の直後、大使館を表敬訪問し、堀江公使参事官、田村一等書記官(ルアンダ担当)他にご挨拶し、協力を要請するとともに医師らが到着する度に改めて、挨拶に伺った。

私としては、せめてナイロビ市内の足(公用車の利用)をお願いしたかったが、レンタカー会社を紹介予約してくれただけですべて本省からの指示がないと動けないとの事。

(2) JICA国際協力事業団現地事務所

NGO と直接の関係はないが、協力が得られれば非常に大きな力になることは明らかで、私の場合知人をつうじて現地到着前に連絡をとっていただいたこともあり、敬様他に全面的とも言えるご協力をいただいた。

(3) 現地駐在員事務所

今後のアフリカでの緊急援助の便を考えると、アフリカの大都市に現地駐在員を置いたほうが買いつけ送金、緊急展開の際のある程度の物資の保管等の点で便利であろう。今回は、JICA 協力隊医療調整員である井上様にご大変お世話になった。

(4) 国連

UNREOナイロビ、UNHCR ジュネーブ、UNHCR ゴマに協力依頼の連絡の上現地入りした。

以上

ゴマ日記

看護婦 山田 緑

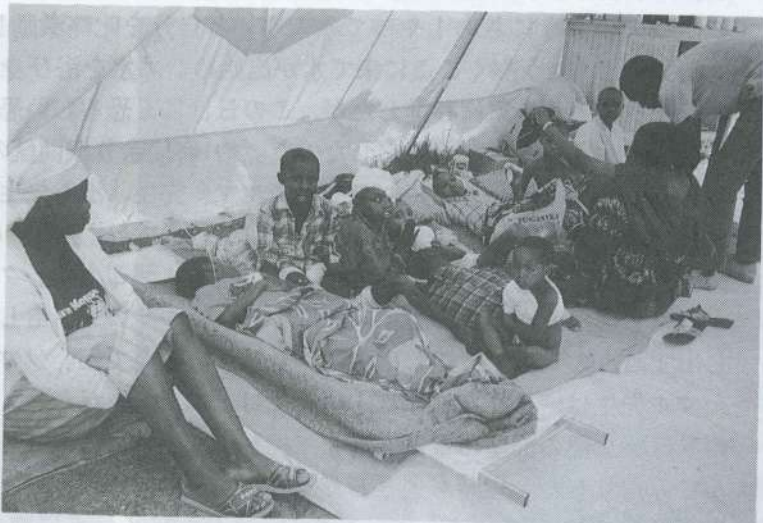
このグループの、第2陣として、現地に派遣させていただき貴重な体験を得てきました。現地の人々の、喜びや、悲しみ苦しみを活動を、支えて下さる皆さんにお話することで、このグループがもっと大きく広がったと思います。

8月9日 ゴマの飛行場は各国の兵士のテント、飛行機、荷物とアーミー服で行きかう人々でノスタルジーな雰囲気に含まれていた。ゴマ市は、100万人以上の難民の足跡がありほとんどの木が切り倒されストリートチルドレンも溢れていた。初日は、ホテルで食事を取りながら、このホテルの駐車場や前の道路、いやゴマ市全体がつい2週間前は死体だらけだったと聞かされ、街全体にゾンビがさ迷ってるのではないかとゾクッとしました。ザイル自体は国にお金がなく、難民インフレも重なり1ドル1500ザイル1ドルでパン1つ買えるだけの日本並みの物価である。食事も魚しかなく、他のものもないレストランで言われ待つこと2時間、一人一匹の魚がその日の晩餐となった。4人で100ドル以上、そしていろいろなことで食事の進まない私に渋谷先生が、“食べれるときに食べておかないと食事にありつけないぞ”と激怒し、しょげかえってしまった。宿泊先は、渋谷先生とマンボさんが借りていたレンタルハウス、彼らも初めて泊まる様子であった。停電が1日何時間も及ぶこの国で、初日から懐中電池の登場となった。汚い丸裸のマットだけのベットの部屋が私の部屋に決まった。シーツを持ってきて本当に良かった。半袖ではとても寒く、夜の冷え込みにはびっくりした。またこの借家はゴマ市全体が10時間以上の断水の為水がめがなく48時間水にありつくことができなかった。

8月10日 水もなく、電気もなく、朝のコーヒーも飲めなかった。車で30分程先の小さな店にたどりつくと、なんとゴマ市にデモが起こっていた。街のメイン道路に石が敷き詰められどこにも行けない状態だった。結局、プラスチックボトル4本とフランスパン5本がなんとか手に入り、この日は1食だけで終わった。午後になり私は皆に同行し、ネパール人医師ニルマル先生とこれからテントを建てようとしている場所を訪れた。そこはゴマ市から車で時速80kmで30分かかるキャンプで、行く道筋に約40km全てが死体だらけだったと聞かされ、又ショックを受けた。道行く人達はボロ服をまとい、木々を切り倒し頭にのせて運んでいる、何百人もの女性や子供達が木々を運び、又ある人は赤十字が配ったポリタンクに水を取りに行く。食糧の配給を待つ人、運んできた自分達の家財を売る商売人、特にメイン道路では歩行者天国ができて車も中々進めない状態であった。このキャンプを見た私はあまりの人の多さや悲惨さ、そして初めて見るアフリカの人々の何かすごいものに圧倒をされ、来るんじゃないか。’とうっすら涙が溢れてきた。渋谷先生がここのスポットにこうやってシートを張りテントはこういうふうにして、この真ん中に木を中心にして、AMDAの旗を上げるんだと嬉しそうに語っているのを見て、この人何だろう?’と思うのと同時に、‘彼と一緒に夢を見るか?見れるか?何もないけどやってみるか! ウーン日本に帰ろうか?’と自分とずっと話してた。その夜は食べるものも水もなく、神よ! 私に大きな力と勇気を下さい。と祈っているとキブンバキャンプに火山が大爆発をし空が真っ赤になった。“ニルゴンゴが爆発した

「も即> 高空な岩壁の飛さる山の> 敷、火即山火る見アみ時ア件ま主コ人ト言ト」。

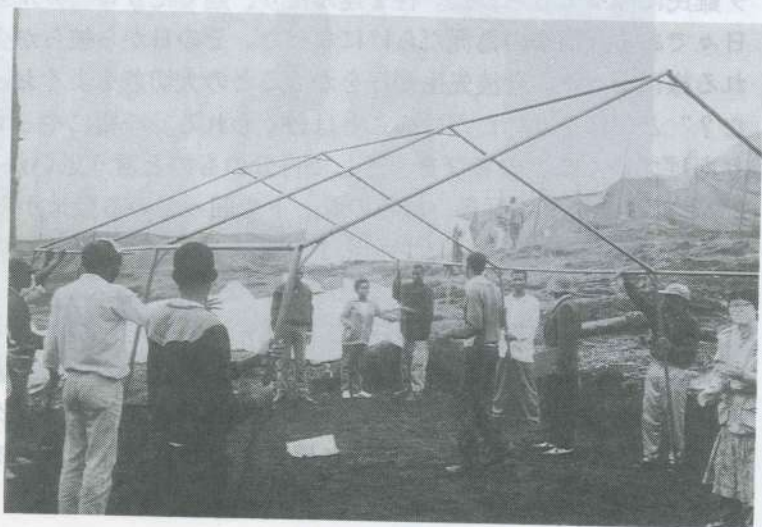
難民に手伝ってもらって
診療所用テントを張る



ゴマキャンプでの
山田看護婦



テント内で診療を受ける
難民の子どもたち



よ。”と言う人に生まれて初めて見る火山噴火、遠くの山から赤い溶岩が空高く噴き、この噴火のようにさあ！やってみよう、と自分を叱咤激励した。

8月11日 ようやくここに来て水が出始めた。水を浴び身綺麗にし、それから生活用品の整っている借家に移動したが、この日世にも恐ろしい恐怖の体験をした。借家のすぐ近くでザイル兵が発砲をしたのだ。約1時間余り機関銃の物凄い音で私達3人は（もうマンボさんは帰られていたので、ニルマル先生、渋谷先生）鳥肌だらけになり、もう少しでおしっこを漏らしてしまいそうだった。発砲する音は殆ど毎日とっていい程だったが、この日はいつもと違いいやに近くに聞こえた。クールな渋谷君もこのときばかりは“逃げるか？いや家にいたほうがいいのか？いや、もし入って来たらこのドルを差し出す...うんビデオも差し出す？”と対策を考えてた。ソマリアで発砲に慣れているニルマル先生は“こんなにすごーい音だけど3km位先だから”と落ち着いていた。小心者の私は、全部の部屋の電気を消して押し入れの中に入ってみたり、トイレの中に逃げ込んでみたりした。12時も過ぎそれぞれ寝ようと言うことになり、床に着いたが遠くではまだ発砲の音が響いていた。次の日、2人のザイル民間人が殺された話を聞き辛くなった。ザイル自体が財政赤字に国でもう半年も兵士に給与を払えなくなっているようで、民間人をこうやって兵士が脅かしてお金を巻き上げているのだ。

8月13日 水浴びのおかげで風邪を惹きしかも心因反応か寝込んでしまった。渋谷先生は難民キャンプで30人のローカルスタッフを雇い基礎作りを始めていた。くわで土地を馴らしていき、住んでいた大勢の人々をUNHCRで分けてもらったビニールシートを配って他の場所に移ってもらった。帰ってきた渋谷先生は、寝込んでいる私を見て“語学もままならぬ、熱帯医学も初めて、しかも自分の体のコントロールもできない奴に何が出来る”と言われ、“この初段階にAMDAは使えない看護婦をよこして.....” 37.5°の熱、弱りめにたたりめと渋谷先生のイライラが募っていった。‘悔しい、絶対に負けないぞ’と思った。

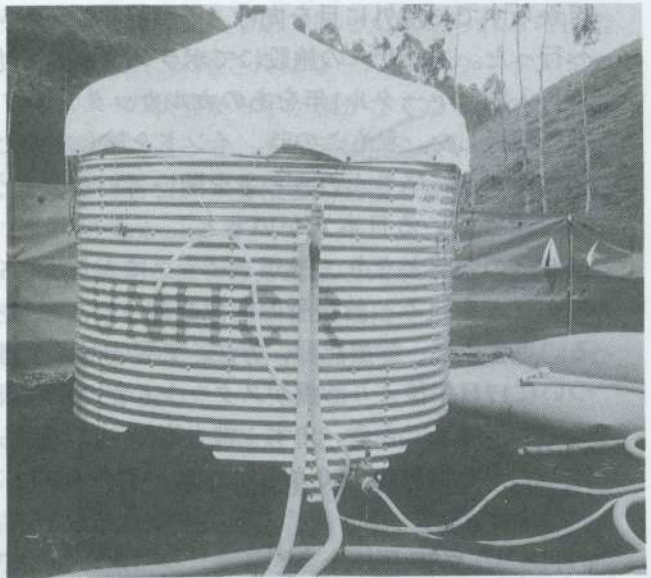
8月14日 風邪が治る気配もなく土方を開始、ゴマにもそろそろ雨季がやって来る様子だ。赤十字の本部に行き、テントを分けてもらい、テントの柱となるポールをルワンダ難民に作ってもらった。柱を運んだり、建てたりローカルスタッフと一緒に汗をかく日々である。雨季の為泥だらけになった。その日から彼らが少しずつ私を大切にしてくれるようになった。菅波先生が汗をかくことの大切さをよくおっしゃるけど”このことかな？”と、汗をかいただけのことはむくわれる。一緒にやっ行くうちに連帯感を、作りあげていくことの喜びを、そして自分のものと言う思いが募っていく。テントが1つ2つとできあがって行き、緑色のシートで囲っている敷地から覗く子供達の声が響いている。“ムズング！！ムズング！！”ムズングとは白色人種のことを指し、彼らは私達を見ると“ニーハオ！ムズング！”と声を掛けてくる。

8月15日 片柳さん、及川さん、松浦先生と妹尾さんがゴマに到着した。ナイロビで物資を調達しチャーター機を飛ばしてくれた及川さん、彼の人脈、信頼、責任感と行動力に感動を覚えた。ゴマの空港からたくさんの荷物をトラックに皆で載せ借家に到着した。この夜物資の小分け、整理と確認に追われ長旅の疲れを癒す間もなく、第3陣の人々は夜なべをした。

1994年9月18日、シリア難民キャンプに設置された浄水貯水タンク。ここに難民が水をくみにくる。



キャンプで医療活動中の妹尾看護婦



UNHCRが設置した浄水貯水タンク
ここに難民が水をくみにくる



受付に並ぶ人々

8月16日 ここで妹尾美樹さんについて話したいと思う。身長155cm位の小柄な彼女は愚痴1つこぼさず、しかもムードメーカーであり又迅速な動きをする。看護婦になり1年目からすでに海外に目を向け、看護婦になり4年目についてインドのマザーテレサの元へ行った。プラザの施設にてボランティア活動に参加する。インドでのビザは半年の為再入国しトータル1年をあのカルカッタで過す。ここで彼女は熱帯医学のノウハウを総て習得した。私もこの時、インドを旅していたが、カルカッタに着くと多くの日本人旅行者から妹尾さんのうわさを聞いていた。もう8ヶ月もカルカッタに住み、マザーの所に通っている日本人がいますと……。一年後、日本に帰り、次にアフリカを目指しAMDAの会員となり、モザンビークに入り現在5ヶ月が過ぎている。彼女が渋谷先生とスクラムを組み、診療所の構想を練った。私はその熱意と博学ぶりに驚くばかりである。患者番号、診療記録、方法、必要物品、消毒法など彼女の話しを聞き夜なべをし、ついに17日午後より診療がスタートした。最小限度の薬と医師と私達、少々のもは無くても何でもできる。まず一番大事なのは気持ちだということを難民の人達に、そして他の大きな世界のNGOから小さな日本のNGOも本当頑張っていることを見てもらいたいと思った。

8月18日 MSF(国境なき医師団) から水をわけてもらった。MSFは水分野で活躍をし、ウォータータンク水道の水の取付けや定期的に給水をしてもらうのであるが、このウォータータンクがついたときは本当に嬉しかった。一生懸命交渉し、やる気を見せてればいつか花咲く時が来る、この夜はスタッフ7人とビールを交わした。診療開始3日後には全てが順調に進んでいた。ローカルスタッフも多く雇い、ついに4人のザイール人の看護婦に囲まれる日々となった、彼女達は能力が高く私達以上の知識を持っていた。

～～診療について～～初日から3日間、妹尾さんに付き受付の方法を学ぶ。UNHCRから出されている治療のガイドラインを見ながら症状を聞く。通訳はルワンダ難民のアポリネールさんである。ルワンダは母国語がルワンダ語、第2母国語はフランス語で、英語を話せる人はかなりの知識階級の人々であり、この英語を話す人を雇うのは大変であった。ザイールは母国語をスワヒリ語、第2母国語はフランス語である。このルワンダ語とスワヒリ語が全く違っていた。症状は圧倒的いや8割方下痢であった。下痢をしているというとき必ず血が混じっていないかを聞き、トイレに行ける人達には道路を面した反対側のキャンプの公衆野トイレに行ってもらおう。トイレの建設もまだのAMDAは患者さんにそこでトイレをしてもらおう。トイレをしてきたというとき早速便の検査をする。それでも1日5～6人の人しか便は出ないのだが見に行ってみると、粘液血便でやはり赤痢である。約1週間下痢の人は100%赤痢便と診断した。最初便を見るのもちよっぴりわからなかったが、やはりここは看護婦、山のようにある便を掻き分け悪臭もなんのその公衆トイレに踏み入った。“何日前からの下痢だよ。” “今日はもう7～8日目だ。” “頭と背中が痛い。” “マラリアかも....” “マラリアは発病しただけで皆結構持っている。” “熱があるんだ。” まず受付では問診をし、手を当て、熱の有無の確認をする。“うーん、熱がありそうだ。” 体温計を充てみて、40° (38°) があると、“さあドクターに行ってください。こっちのテントです。” “37.5°” “じゃあ解熱剤とビタミン剤” “薬局にね。”
初めてみる症例も沢山あります。まず多いのは回せんだ。

手の指と指の間に発疹があれば要チェックです。身体全体が回せんの人も本当に沢山いた。もちろんキャンプ生活ではお風呂には入れません。地面に寝たり、十分に食器を洗えなかったり、また食料だって殆どありません。そんな所で回せんにやられるのは当たり前だ。最初は移ったら.....?とと思っていたが、妹尾さんはなーんのその“インドでね、私も患者さんの回せんが移って、このパーの状態から手が動かなくなったのよ。手全体が3倍にはれ上がって、膿が出て1週間病院に通って....もう元に戻らないと思ってたけど、ほーら大丈夫でしょう”生つばを飲み込む私。“皆にこの薬塗ってあげないとねえ。”と本当に優しく接する姿を見て、“そうか.....”

第2に虫、お腹が大きくなっている人は低栄養と虫を考えればいいそうだ。夜、医学書を読みながら教えを受けた。虫は3種類あり....。虫と判断するには....。中には“今日嘔吐したら虫でした。便から虫が出て途中切れて.....。”虫や回せんはかかっても命にはそう響かないからまだいい方であった。

髄膜炎がキブンバキャンプに!40°の熱!は髄膜炎を疑え!とその日38°の熱の患者が入ってきた。3才の子供だ。点滴しているうちに嘔吐し、頸部硬直であった。渋谷先生はすぐに子供を抱きかかえ2次病院のイスラエル病院に担ぎ込んだ。翌日その子を尋ねに行った。私達の診療所から車で行くと約1時間の所にあつたが、そこに到着すると、“キブンバから来たこの子供が、良くなったから戻して欲しい。”と頼まれた。連れて帰ると、通訳を通して初めて孤児だということがわかり、迷っているとザイル人のドライバーが孤児院なら知っているということで連れていってくれた。彼の目はとても優しくかった。

この日からほとんど毎日といっても過言ではないが、イスラエル病院を頼りに本当の重症の人が入ってきたらこの病院に送ることにした。私は、語学が足りないが1回だけ連れて行った。それは髄膜炎の女性で、唾液で片手がビシャビシャになった。この時もドライバーが優しく彼女を抱き抱え病院に運んでくれた。

入って本当に優しさをあげていれば、必ず、優しさが向こうからやってくる。きっと彼女は助かるだろう。.....と祈りながら。

イスラエルの病院内は、症状別にテントが分かれていて、先日の髄膜炎の3才の子供を尋ねたところ、中に入るとイスラエルの看護士に”無茶だ。このマスクに手袋をしなさい。うつたらどうするんだ。”とディスプレイをくれた。中に入るとその子は点滴を受けていた。イスラエルも国ではたいへんなのに...。少しずつイスラエルにも平和がやって来て、こうやって大きな病院を作り、他国の救援に出れるようになったんだ、素晴らしいと思った。8月22日フランス軍が引き上げ、8月31日、このイスラエル軍も予算の都合の為引き上げて行った。キブンバにも最後の日、イスラエル軍のトラックがゆっくりと走って行き、難民の人達や、もちろん私達AMDAもそのトラックに敬礼をした、イスラエル国旗が輝いていた。その後、2次病院は赤十字が担い手になった。

8月27日 MSFが髄膜炎の猛威に対して予防接種を開始した。私達ローカルスタッフも予防接種をしてもらった、患者数十人も同様である。この頃より1日の患者数が300人を越え始め、又本格的な雨季になりつつあることも災いして肺炎の患者が増える。受付に座っていると何人もの待っている人達の咳が響いてきた。赤痢に肺炎など、夜帰つてのちにミーティングをする。肺炎になってしまい、いくら抗生物質を投与してもこの寒さ

と低栄養では治らないよ....。とそこに行き着く。赤十字が毛布、ビスケットの配布を始めた。患者も“毛布が欲しい”と訴える。子供達は必ず“ビスケットを...”と。この声と共に、1才未満の子供にはミルクの配布を始めた。それでも絶対数が不足している為、おもうようには届かない。今夜も雨が降り続き寒い。きっと、今夜神のお告げのある人が増えているだろう。

8月28日 フリーのカメラマンがAMDAのキャンプを訪問した。世界各国を回っていて世界の写真を撮っている方だ。でも、ここゴマの人の多さに声を失ったそうだ。まず人が多いということは、1.汚染物が多い。病気の蔓延率も高い。2.住居、燃料にする木々の絶対数が不足し、又周辺の森林を失ってしまう。3.水の供給がおぼつかない。4.食料配送が、十分に行き届かない。

この日は朝から私の心身は絶好調だったが、本当にいい1日となった。私の通訳のアポリネールがこれはいい話だよ、とうれしそうに語った。彼女には子供が2人いるのだが、1人の子は孤児らしい。道路で泣いている子を拾い育てている。病気になったので連れて来た。彼女の笑顔はきれいだった。私があまりのハードな仕事でしょげ返っている時、1日に何度か訪れるこの幸せな優しい人々に出会う度、頑張ろうと奮い立つ、それは一瞬の幸福の時である。ママ・カヒンド、一緒に働いているザイル人の看護婦である。またこの日産気づいた3人目という経産婦がいた。彼女の導きで、何もないここAMDAキャンプで待つこと1時間、ついにベビーが誕生。ママ・カヒンドの臍の緒を切る手順の早さと、後にある胎盤摘出の手伝い、胎脂をきれいに拭き取る技術、ベビーのアップガスコアまで付けてくれる。新しい生命の喜び、この日キャンプ中が湧いた。ローカルスタッフの1人が、この子にAMDAって名付けようと言った。第1号AMDAちゃん!

その後ママ・カヒンドがそろそろお母さんが帰るけど私の昼ごはんを分けてもいいの?とこっそりと聞いてきた。彼女の本当の優しさに触れて、嬉し涙が出てきた。そのお母さんはフランスパン1/2個を握りしめて帰っていった。“8月28日”この日はつくづくキャンプに来て良かった、と思った。派遣して下さったAMDAの皆さん、ルワンダ救援グループの人々に感謝した。

9月1日 この日はちょっぴりせつない日だった。朝一番に担ぎ込まれた女性がいたが妊娠5ヶ月から出血がじわじわ続いていた。昨夜より多量の出血があり、看護師のジョンがすぐに血管注射をし、血圧昇化剤を打つ、その後医師を呼んだ。すでに浅い呼吸...私達が見守る中、息を引き取った。この時ママ・カヒンドが自分の上に巻くエプロンで亡骸を包んであげていた。“苦しかったでしょう....。”と彼女の優しい声が。

次に“すぐ来てくれ”と近所の人々から要請があった。ママ・カヒンドと私と加藤さんの3人が駆け付けた。又お産だ。ベビーの頭だけ出て、身体が出なくて困っていた。加藤さんは無我夢中で子供を引っ張り出す為に素手で掴んだ。ママ・カヒンドはお母さんのお腹に乗り、お腹を押さえ力を入れる。1、2、3...

住民の粗末な家。屋根は配給されたビニールシート、高さはせいぜい80cm位だろうか。その内ベビーが出たが.....。加藤さんは“あの時私が背中をもっと強く叩いていたらびっくりして呼吸をしてたかもしれない...”と涙声で語っていた。“十分よ。そういう運命だったんだから。”とママ・カヒンドは優しく加藤さんに語っていた。フランス

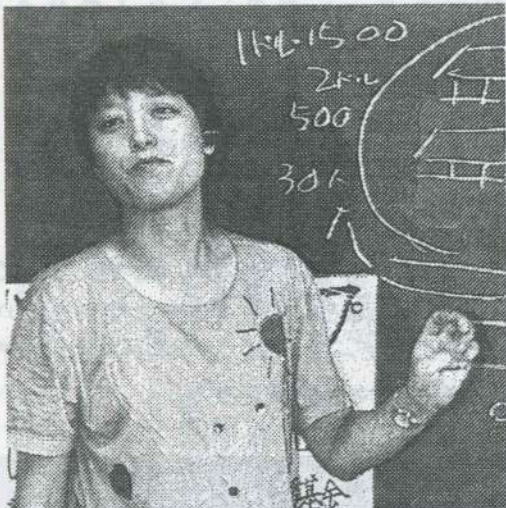
毛布食糧もっと

ルワンダ難民救援の山田緑看護婦 任務終え帰国

キャンプに患者の列

内戦のルワンダから隣国に相次いで流出している難民の医療活動にあたるため、岡山市に本部を置くアジア医師連絡協議会(A.M.D.A、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」(原田豊己代表)からザイールへ派遣された、岡山市栢津、医療法人アスカ会の山田緑看護婦(三十九歳)が七日、一カ月間の任務を終え帰国した。山田看護婦は「何もないところから始めて訪問看護までできるようになり、充実した気持ちです」と成果の手ごたえを語った。

山田看護婦はルワンダ難民のザイールのゴマ地区のキャンプで医療活動を行った。約二十五万人の難民が大量に流出している隣北、約四十キロのキブンバキ



現地の難民キャンプの様子などを説明する山田さん。岡山市天神町の岡山カトリック教会で

寒さと飢え 防げれば...

いるキャンプで、ひと足先に現地に向かった帝京大学産婦人科助手の渋谷健司医

師(二十八歳)とともに、テントを設営し、一日約四百人の治療にあたった。訪れる患者の八〇％は赤痢で、ほかに肺炎やマラリアの人もいた。キャンプの前の道路には毎日むしるに巻かれた遺体が並んでおり、「命の安さ」を感じたという。気候は寒く、セーターを着ることもあった。

「百人以上の患者が列を作って治療を待っていました。寒さと飢えが防げればなんとかなる。毛布や食糧がもっとあれば、と思いました」

山田看護婦は十七日午後七時から、岡山市天神町の岡山カトリック教会で、同じくザイールに派遣されたA.M.D.A事務局長の津曲兼司医師(三十九歳)や原田神父(四十九歳)と活動報告会をする。問い合わせはルワンダ難民救援グループ(086・284・5976)。

語の達人でもあり、20年もの間国際医療と関わっている加藤看護婦も、この日ばかりは落胆されていた。私もあまりの元気のなさにスタッフに心配をかけてしまった程だ。まるで、看護婦になって初めて患者さんを亡くした日のようであった。もちろん医療に携わっている私には何人もの人との別れの場面があった。でも、なんとなく気持ちが下り坂になってしまった。国によって命の値段が違う。そんな明確な苦しさだった。しかも帰る日から逆算して、あと3日しかない。最終カウントは始まっていた。ドラム缶に溜めていた赤い水を沸かして飲むコーヒーにも、蟻を払いもけて食べるパンや蠅のつく肉料理、石鮫くさいごはん。水がない生活にも慣れ始めていた。バケツに汲んできた水で身体、髪を洗い、またトイレの水を大切にしながら使う方法にも。毎朝5時半に起き、朝食や昼食を作ったり、夕食の片付けをしながら鼻歌を歌う日々にも...

9月3日 キャンプから帰ってみると民族衣装がベッドに置いてあった。ママ・カヒンドに着せてもらいローカルスタッフ全員とハイポーズ！そして突然コーディネーターに4日の帰国を言われる。もう1日働く気持ちでいた私にはショックだった。終わりとなるとやり残してきたことの多さに気が付くものである。荷作りをしながらなんだかやるせなかった。この夜、アフリカの太鼓が鳴り響き歌声も聞こえてきた。庭に出てこの音をこよなく楽しむ。加藤看護婦とアフリカの星空の下再会を誓いあった。

ドンドコドン、ウ...ラララ...

今宵は銃声はなく 良かった

太鼓の音色がすっしりと

心に響く

9月4日 定刻7:30に現地スタッフ16人が到着。アサンティ・サーナ

握手とキスが飛び交う。手紙と皆からのプレゼントをもらう。う...なんで...こんなに優しいの。キャンプ行きの車は、途中で私を降ろしてキブンバニ向かう。いつも一緒に車に乗るメンバーは決まっていて彼女らがアーメーン、クルージー、仰げば尊としを歌ってくれる。彼女らに見送られUN機でゴマを飛び立った。



左より、渋谷医師、ニーマル医師、妹尾看護婦
山田看護婦、片柳氏、松浦医師

援助の鍵は「アピール度」

村山首相をはじめ、与野党の政治家も、人道援助の実態を知らなすぎるとはならない。文字通り、武器を持たず、無防備で紛争地域の難民救済や医療活動を展開しているNGO（非政府援助機関）の世界でも、「美しき原則」が支配しているわけではない。

ルワンダでの医療救済活動から帰国したNGO組織「アジア医師連絡協議会」（AMDA）メンバー、渋谷健司医師の話を紹介する。渋谷氏は7月から8月にかけての1か月間、ゴマキャンプに滞在していた。

「自衛隊が配置される」ゴマの先行きは全く予測できない。コレラは減っているが、赤痢は長期間つづく可能性がある。これから二期に入るのでマラリアや肺炎などの呼吸器感染症が怖い。

現地では実際に活動しているのはNGOと軍で、国連難民高等弁務官事務所（UNHCR）は要するにNGOのまゝの役でありスポンサーだ。日

本ではNGOの活動は人道主義に基づいているとのイメージから、現場では各国、各組織が仲良く手を携えて支援活動をしていると思われがちだが、全く違う。相互に激しい主導権、既得権争いが行なわれている。

つまり、こういうことなのだという。

「ルワンダでも、われわれがキャンプに入るとすぐ、先に入っていた国のNGOに、来る必要がない」といわれ、診療所を設営するのにたいへん苦労した。目の前で難民がバタバタ死んでいるから、必要はないはずがない。しかし現地では早く入った国や団体がイニシアチブをとってしまう。

そして国連と大規模なNGOが、談合して活動をコントロールする。国際社会では常に存在と活動をアピールしないと相手にされないし、資金も集まらないから、目立つ活動は有力な組織がさらっていく。そのための主導権争いだ。それは、しかし、NGO間

だけの問題ではないのだ。

「軍隊も全く同じ行動原理で動く。どれだけ早く到着し、水の供給や救済物資の輸送、道路補修など、支援の初期に必要な目立つ活動を行なうかだ。そうしないとその国の支援がアピールできないからだ。自衛隊の活動内容は、トイレ設置などの衛生対策とされているが、それはもう最初に入った「国境なき医師団」などの団体がやっている。

もちろん、まだやらなければならぬことはたくさんある。しかし、今から派遣しても、活動が評価されずに終わるのではないかと心配になる。人道的な動機は活動の出発点ではあるが、それはどこも同じ。重要なのは活動をどうアピールするかにある」

NGOといっても、実態は各国政府と協力し合い、役割分担しているケースが多い。「NGO組織が政府ベースの支援活動よりすぐれている点は、素早い対応ができることと、現地でのネットワークを通じて政府には得にくい情報が入手できる点だろう。ロシアの核廃棄をグリーンピース

が暴いたのもNGOの情報収集力の一端を示している。

各国政府はそうしたNGOの利点をうまく使っている。国境なき医師団は活動資金の3割以上を各国政府から得ているし、アメリカではODA（政府開発援助）の4分の1はNGOに配分している。さらに各国が国連など国際機関を通して自国の団体に流している分を考えると、NGOの活動資金の大半は公的資金だ。そうやって資金を流すことで各国政府はNGOと協調体制を組み、支援活動をアピールして紛争当事国へのプレッスを高める。

NGO側も資金が安定し、組織や機動力を強化できる。このため郵政省が「国際ボランティア貯金」(通常貯金の利息の2割を、NGOを通じて寄付金とする制度)を発足させた91年以後、外国NGO支部が相次いで日本に進出した。もちろん、資金集めが目的です。NGOは単なるボランティアではない。

「そういうプロの外国NGOとわたりあっていくのは、バックアップ体制に劣る日本のNGOには難しい」。

日本が国際貢献への姿勢を強めれば強めるほど、各国の軍、NGOの間に割って入って、強力な主張、アピールをする「戦闘力」がないと、またまた「カネ・モノだけ」の顔のみにない協力・援助といわれかねない。

それは派遣隊員や日本のNGOの責任ではなく、素早い対応力を含め、政治の決断の問題だろうが、その点で、機関間競争になお疑問が残る。

JEN旧ユーゴスラビアプロジェクト中間報告

根本昌広／木山啓子

本年5月29日にクロアチア・ザグレブに入ってから既に2カ月半が経過しました。この間、現地派遣コーディネーター全員総出でプロジェクトの立ち上げ並びに実施に取り組んできました。リエカ、オシエクでは殆どのプロジェクトが始まり、プロコバル薬局プロジェクトは薬剤師の到着を待って今月25日には始動、ベオグラードではソーシャルプロジェクトを中心に9月初頭より本格的なニーズアセスメントを実施し、中旬よりプロジェクトの実施が開始される見込みです。

以下、地域別、プロジェクト別の中間報告を行ないます。

1セルビア共和国プロジェクト

現在、セルビアには210の行政区に約50万人の難民が存在する。JENは、これら難民の中でも最も弱い立場に置かれている老人を主な対象として社会心理的なカウンセリングを実施すると同時に、難民の婦人、子供、老人を対象とした様々なリクリエーション、教育的活動を提供していく。8月の第1週から2週にかけて、JENコーディネーターがフィールドトリップを実施し、パルラ、オズレノバッチの2つの行政区においてプロジェクトを実施することが決定された。これらの行政区には各々17,000人、5,000人の難民が存在する。95%はボスニア・ヘルツェゴビナ、クロアチアからのセルビア人難民である。これらの人々は1992年以降この地にやってきたが、長引く紛争によって精神的にも肉体的にも大変厳しい状況に置かれている。この様な状況は難民の現在並びに将来の社会復帰、参画を非常に困難なものとしている。

従って、上記の活動等を通して人々の心に深く刻み込まれた傷やストレスを軽減、癒していくことが非常に重要となる。具体的には現地の心理療法士、ソーシャルワーカーを複数雇用し、社会心理的カウンセリングを家庭、集団収容センター、コミュニティセンター等で毎日実施していく。同時にニーズアセスメントも実施し、社会復帰・参画に必要な諸々の活動を計画、実施していく。

プロジェクト実施帰還は9月1日より6カ月間とする。現状は、UNHCRとの基本合意が達成され、ベオグラードレベルにおける政府難民弁務官事務所との諸調整も終了した。8月末より、行政区レベルでの最終調整に入る予定である。9月初頭より、上記の現地専門家の雇用並びにニーズアセスメントを開始し、9月中旬からは社会心理的カウンセリングを計画通りに開始する13人の心理療法士、4人のソーシャルワーカーを雇用する。

リクリエーション、教育的諸活動については、ワークショップ形式をとり、例えば英語クラス、編物クラス、伝統的ダンスクラス／モダンダンスクラス、伝統音楽クラス、クッキングクラス、釣コース、家庭菜園クラス、演劇クラスなど、ニーズに基づいた活動を提供していく。これらのクラスを開設していきたい。

プロジェクト予算	200,000米ドル	
アドミニスツレーション	25,840米ドル	
総予算	225,840米ドル	日本政府指定拠出決定

2国連保護地域東部プロジェクト

この地域に居住するセルビア人は、セルビア・クライナ共和国として一方的に独立を宣言しているが、国際社会はクロアチア国領土内の不法占領区として、承認していない。政治的にクロアチア・セルビア紛争以来、真空状態となっており、予断を許さない状況下に置かれている。現在、東部地域の南サブセクターには約37,000人の社会的弱者層が存在する。年金生活者もブコバル市内だけで約5千人、南サブセクター全体では8,520人存在し、彼等の生活状況はかなり厳しい。

JENでは、過去4ヵ月間様々な角度から調査、調整作業を実施し、この地域において薬局プロジェクトを中心とした活動を実施することに決定した。薬局施設はブコバル市当局から無償貸与を受け、家具などもUNHCRから一部無料貸与を受けた。基本的にはUNHCR、UNCIVPOL（国連文民警察）、JENお3者間協定に基づくプロジェクトであり、最も支援を必要としている社会の最弱者層に直接医療薬品を供与するものである。

具体的には、UNCIVPOLの警察官が村々をパトロール中に入手する支援対象者からの処方箋を直接JEN薬局に提出し、医薬品の供与を受け、警察官が責任をもって対象者に手渡すというシステムである（詳しくは既提出報告書参照）。併せて緊急医療基金も創設し、緊急治療を要する対象者に対して、資金提供を行っていく。

その他、南サブセクターに唯一存在する特別擁護老人ホームの第2センター開設に向けての備品供与の支援活動も決定した。

JEN薬剤師の到着に伴い、8月25日にオープニングセレモニーを開催し、25日以降プロジェクトを開始する運びとなった。始動後、2～3週間を実験的期間として、その後、必要に応じて調整を行っていく。尚、特別擁護老人ホームの備品買い付けも8月23日には終了し、9月初頭には開設準備が本格化する予定である。

薬局プロジェクト予算	230,000米ドル
特別擁護老人施設プロジェクト予算	20,000米ドル
緊急医療基金プロジェクト予算	50,000米ドル
総予算	300,000米ドル JEN自己資金

3クロアチア共和国リエカ/プーラ地域プロジェクト

*リエカ地域ソーシャル・サービスプロジェクト

リエカ地域には6,842人の難民と3,020人の被災民が存在する。90%は何ら支援を受けることなく、個別に住居の手当てをしている。被災民の90%はクロアチア人であり、クロアチア被占領地域から来ている。難民は全員ボスニア・ヘルツェゴビナから来ており、70%がムスリム人である。長引く紛争の結果、これら難民、被災民の人々は苦しい環境下での生活を強いられており、心身共に疲弊しきっている。JENはUNHCRや難民・被災民局と協議を図りながら、これらの人々の心の傷を癒し、将来の社会復帰・参画を容易にすべく、ソーシャル・サービスプロジェクトを実施することに決定した。

具体的には、難民・被災民局との合同プロジェクトとして、6人のソーシャルワーカーを雇用し、社会心理的カウンセリングとニーズアセスメントを同時並行的に行い、婦人、子供、老人対象の様々なリクリエーション、教育的活動を実施していくものである。

既に7月18日から家庭訪問が実施されておりカウンセリング並びにニーズアセスメン

ト活動が展開されている。ソーシャルワーカー1人当たり1日4人のカウンセリングを行い、6人のソーシャルワーカーが1週間で120人をカバーすえう。本年末まで約2,500人のカウンセリングを実施する予定である。これらのデータは将来に渡る社会心理的カウンセリングデータとしても貴重な資料になるものとおもわれる。同時にサンプル調査としてのニーズアセスメントも行い、諸活動の計画を早急に進めていきたい。現状では9月1日より、可能な範囲でのリクリエーション、教育的活動を実施したい。

文学クラス、クッキングクラス、ダンスクラス、ギタークラス、芸術クラス、チェスクラスが候補として上がっている。

社会心理的カウンセリング予算	28,000米ドル
リクリエーション・教育的活動予算	60,000米ドル
アドミニ予算	20,000米ドル
総予算	108,000米ドル 日本政府指定拠出決定

***リエカ/ブーラ/ラビン地域職業療法プロジェクト**
ソーシャルサービスプロジェクトの一環として難民、被災民婦人を対象としたミシンによる裁縫コースを実施するものである。ウチカ、ノビビノドルスキーでは基礎コース(8/22~9/12)、アドバンス1コース(9/13~10/25)、アドバンス2コース(10/26~11/6)の日程、リエカ、ツリクニベツァ では基礎コース(8/1~21)、アドバンス1コース(8/22~10/2)、アドバンス2コース(10/3~10/16)の日程で実施される。すでに、基礎コースは始まっている。インストラクター2名も雇用済みである。ミシンは2名で1台を共有するため合計で40台を購入済み。全コース終了時には正式な資格が与えられるため、将来の社会復帰に有利となる。

総予算 50,000米ドル 日本政府指定拠出決定

***難民情報誌発行支援プロジェクト**
リエカ難民・被災民局とJENとの合同プロジェクトである。現地に居住する難民の生活にかかわる情報や、義務と権利、公共サービス情報提供などを目的とした難民によるプロジェクトであり、難民にも非常に喜ばれている。また、本プロジェクトは、10名の難民青少年によって運営されており、職業訓練的要素も含まれている。JENがスポンサーになってからの第1版が8月15日に出版された。JEN活動の紹介記事やスポンサーシップが掲載されている。今後の出版予定は9月末、11月10日、12月20日、明年1月末、計5版を1万米ドルの予算で出版する。残り1万米ドルで4版を来年度支援する予定。合計で9版の支援となる。

1回の出版部数は2千部で、約1万人の難民が読むことになる。(5人に1部の割合)
配布は難民・被災民局、赤十字社物資配給所等において行われる。

総予算 200,000米ドル JEN自己資金拠出

***クルク島青少年文化活動支援プロジェクト**
難民状況下に置かれる青少年の情操教育の一環として音楽活動に従事させるプロジェクトである。又、地域に住む難民に対してもコンサート無料招待を実施し、娯楽活動を提供する。クルク島には現在1,800人の難民が居住している。JENはまず、青少年の間に音楽バンドを結成することを目的として、ボスニア・ヘルツェゴビナの伝統音楽楽器7種類、9器を購入した。これらの楽器は貸出し制として新たに結成される9人編成のバ

ンドに一定の期間無料貸与する。通常40日間でバンドとしての技能を身に付けることが出来るということである。本年度末までに4バンドの結成を目指す。現在インストラクターとしての技能をもつ人材が2名確保されており、この2名を中心にしてバンド結成を進めていく。

コンサートは第1回を10月半ば、以降本年末まで月最低4回ペースで開催していく。

総予算 4,000米ドル 日本政府指定拠出決定

*プーラ地区特別クリニックプロジェクト

この地域に居住する約7,100人の難民を対象に特別医療支援活動を実施するプロジェクトである。

難民は、初期医療は無料で受けることが出来るが、専門治療は自己負担となっており、殆どが治療を受けられないのが現状である。JENは難民・被災民局との合同プロジェクトとしてこの地域に存在するカメニャック集団収容センター内特別クリニックを開設することに決定した。

まず、クリニック施設の改修を実施し、その後、現地の医師、看護婦などの人件費をカバーする形で間接的に雇用し、9月初頭より1年間、特別クリニックの運営を支援する。活動内容は以下の通り。

毎日：

午前08：00—14：00 ジェネラル・プラクティショナーチーム1 医師1名、看護婦1名

午後14：00—20：00 ジェネラル・プラクティショナーチーム2 医師1名、看護婦1名

午前08：00—14：00 歯科チーム1 医師1名、看護婦1名

午後14：00—20：00 歯科チーム2 医師1名、看護婦1名

週2日：

同時間帯 婦人科 医師1名

精神科 医師1名

隔週1日：

同時間帯 整形外科 医師1名

内科 医師1名

*上記4科は共通の看護婦1名が付く。

医療器具、医療品は原則難民・被災民局が調達することになっているが全て調達できている訳ではなく、9月中旬くらいまでかかりそうのため、それを待ってプロジェクトを開始する予定である。

クリニック改修費予算 15,000米ドル

クリニック運営予算 60,000米ドル

総予算 75,000米ドル JEN自己資金拠出

*緊急医療基金プロジェクト

上記の特別クリニックプロジェクトと並行する形で緊急医療基金プロジェクトを発足させる。このプロジェクトはクアチアの保険制度でカバーされない2次的治療及び慢性・重傷の疾患患者で支払い能力を有しない難民・ソーシャルケースを対象に支援するものである。運営方法は、緊急医療基金委員会（JEN代表1名、プライマリーヘルスセンター医師1名、難民・被災民局派遣のソーシャルワーカー1名）を構成し、週に1回、

支援対象患者選定会議を開催し決定していく。原則として、基金が少額なため、対象者は特別クリニックから上がってきたリストに限定していく。尚、本プロジェクトは基金を使い果たした時点で終わりとする。

転送システムは、特別クリニック、カメニャック地区プライマリーヘルスセンター、プーラ病院、リエカ病院、ザグレブ大学病院のラインで決定した。

予算 60,000米ドル 日本政府指定拠出決定

*リエカ地域子供劇場公演支援プロジェクト

ソーシャルサービスプロジェクトの一環として25,000人の難民の子供たちを対象に子供劇場主催の公演を各地で開催し、無料招待するというプロジェクトである。

予定では、6つのソーシャルセンターで公演を1回ずつ計6回、リエカ子供劇場での公演が月2回、4ヵ月間で計8回、合計14回の公演をスポンサーする。9月初頭より実施する。

予算 10,000米ドル 日本政府指定拠出決定

4クローチア共和国ザグレブ地域プロジェクト

JENと国際救援機構との合同事業として、ザグレブ地域に居住する約17,000人の就学年齢難民児童を対象に歯科治療並びに歯科衛生教育（虫歯予防など）のプロジェクトを実施することが決定した。このプロジェクトでは、歯科治療はむろんのこと、歯科衛生教育に主眼が置かれており、難民対象としては初めての分野での活動でもあり、政府からも大変歓迎されている。期間は6ヵ月とし、9月中旬からの実施に向け、現在国際救援機構との最終調整に入っている。8月末までは具体的計画が作成される予定である。

総予算 275,000米ドル 日本政府指定拠出決定

5クローチア全体プロジェクト・アドミニストレーション予算

この他、全体プロジェクト運営にかかわる諸費用として、ガソリン、事務用品、車両維持費、通信費、ローカルスタッフ雇用費を計上した。

総予算 114,160米ドル

6クローチア共和国オシエク地域プロジェクト

*特別老人収容施設改修プロジェクト

クローチア国内で最大規模のムスリム難民集団収容施設ガッシンジーセンターには現在4,000名近い人々が居住している。いくつかの政府、国際機関がシェルターを建設したが、内6戸ほどの古いバンガロー・スタイルの施設を身体の不自由な老人（1戸につき10名、計60名）のための特別施設として改築するためのプロジェクトである。既に国際救援機構（実施団体）との契約も終え、8月17日には工事が始まった。工事期間は約1ヵ月と見られ、施設が稼働するのは10月初頭になる見込みである。

総予算 63,000米ドル 日本政府指定拠出決定

*オシエク地域子供劇場主催公演支援プロジェクト

リエカ同様のプロジェクトである。約2万人の子供を対象に公演を開催し、無料招待する。来年2月末までに約20日間の公演を開催する予定である。集団収容センター並びにオシエク子供劇場で実施していく。第1回目の公演は8月24日、ガッシンジー並びにチェピン集団収容センターで開催を予定している。

総予算 10,000米ドル 日本政府指定拠出決定

*難民受け入れ個別施設改修プロジェクト

クロアチア東部スラボニア地域には約12万人の難民・被災民が居住しているが、内90%の人々は集団収容センター以外の家や施設に居住している。さらに、これらの人々の生活実態は政府や国連関係者も把握していない状況である。こうした状況を鑑み、JENはUNHCR等と協力して、約100軒野個別野施設二住無人々を対象ニパイロットプロジェクトとして施設野改修を実施することとなった。具体的名実施団体張世界ルーテル連盟出有、既ニ契約藻交和紙、ニーズアセスメントもかなり進捗している。今月末には改修工事も着手される予定である。

ただし、初めに選定された20件の殆どが被災民の居住する施設であったため、現在、選定の見直し作業も同時に行っている。

総予算 100,000米ドル JEN自己資金拠出

*オシエク総合病院医療器具支援プロジェクト

既に当病院への支援として眼科用超音波診断機の買い付けを行った。今月末には贈呈式を行う予定である。

予算 28,500米ドル JEN自己資金拠出

*小規模農業支援プロジェクト

農具供給活動

100セット(1セット:鋏、シャベル2種類、レーキ、柄)を購入して既に215セットをブコバル被災民クラブの人々に配布し終えた。残りの185セットに関しても、現在ニーズアセスメントを行っており、近々配布が完了する予定である。

家庭菜園

ヴィロピッチツァ地区には185人のボスニア難民が普通の農家に居住している。彼等に対しプラスチックハウス供与の支援を行う。

レフトバンク帰還被災民家族に対する支援

トラバ河対岸には約300家族のクロアチア帰還被災民が居住している。彼等に対しプラスチックハウス供与の支援を行う。

その他の小規模プロジェクト

ボジェガ、バラニャ等の地域に居住する被災民を対象とした小規模農業プロジェクトも近々実施される予定である。

総予算 30,000米ドル JEN自己資金拠出

*ボスニア難民青少年に対するソーシャルサービスプロジェクト

オシエク地域のみを見れば、5,300人のボスニアからの難民が存在する。本プロジェクトは児童、学生を対象を絞り込んで、彼等の心の傷、ストレスを軽減し、健全な心身の育成を目指すものである。JENはボスニア難民の自治組織である「ボスニア難民人道協会」との合同事業として本プロジェクトを実施することを決定した。活動はリクリエーション、教育的活動であり、ワークショップ形式をとって実施される。文学クラス、クッキングクラス、ギタークラス、芸術クラス、チェスクラス、コンピュータークラス、写真クラス、演劇クラス、ダンスクラスなどを開設する予定である。期間は6ヵ月で9月中旬からの実施を目指したい。

総予算 70,000米ドル 日本政府指定拠出決定

*ボスニア難民学生対象語学コースプロジェクト

現在、180名のボスニア難民がオシエク大学に在籍している。彼等の多くが英語や独語などの語学の習得を強く希望している。さらに彼等は前述の自治組織「ボスニア難民人道協会」活動にも参加しており、様々なボランティア活動にも従事している。JENはこれらの状況を鑑み、109名の学生が希望を表明している英語並びに独語クラス運営に対し、支援を行うことを決定した。これらのクラスは9月初頭より始まる。

予算 10,000米ドル 日本政府指定拠出決定

*ガッシンジー集団収容センター・アドベンチャープレイグラウンドプロジェクト

7月～8月にかけて、国境なき奉仕団 (BRAJA) 専門家の計画に基づき、BRAJA/日本国際救援行動委員会 (JIRAC) /日本ヤングヒューマンパワー (JHP) の日本人大学生、社会人ボランティア計15名の協力を得て、アドベンチャープレイグラウンドが、ガッシンジーセンター敷地内に建設された。計画案に沿った建設はほぼ終了し、子供たちが実際に利用している。JENプロジェクトとしても初のプロジェクトであり、大きな成果を収めている。今後は第2、第3の建設をおこなっていく予定である。尚、場所の選定に関するニーズ調査も並行的に行われている。

7. 愛のボシェット・プロジェクト

難民を助ける会に協賛して、日本で6～7月に展開されたボシェット運動の結果、旧ユーゴスラビアにおけるJENプロジェクト実施地域に対し約52,000個を贈呈することが決定された。従って各地域には13,000個ずつ配布されることになる (オシエク、リエカ、ブコバル、ベオグラード)。現在、UNHCRと内陸輸送等に関し最終調整中である。現場では等プロジェクトを大歓迎している。11月あるいは、12月における配布を計画中であり、日本人ボランティアの参画が望まれる。

8. ユニセフプロジェクト

JENの加盟団体であるRKKが本年7月にユニセフに対し寄付した金額の内、1億円をクロアチア国内のボスニア難民 (ムスリム人が主流)、クロアチア被災民、国連保護地域内のセルビア難民、被災民、セルビア本国内のボスニア難民 (セルビア人が主流) を対象とした人道支援活動に拠出されることが正式に決定された。9月20日に各地域における諸計画を最終的なものとするを目的とした会議がユニセフとJENの間で開催され、9月下旬には実施に入る予定である。本プロジェクトはユニセフ、JEN、各国政府の二者協定に基づき遂行される。

現時点におけるプロジェクト案は以下の通りである。

クロアチア共和国

子供のための衛生プロジェクト

子供のための平和教育プロジェクト

予算: 500,000米ドル

国連保護地域

子供のための健康保険プロジェクト

子供のための教育プロジェクト

予算: 100,000米ドル

セルビア共和国

子供のための平和教育プロジェクト

教師のための教育プロジェクト

母乳育児促進キャンペーン

予算： 400,000米ドル

総計： 1,000,000米ドル (含む、オペレーショナルコスト)

JENは本プロジェクトにおいて、ユニセフのプロジェクト実施団体となる。

9特別短期プログラム

8月の期間中は、新ユーゴスラビア連邦共和国（セルビア／モンテネグロ）赤十字社主催の難民の子供を対象にしたサマーハウスキャンプが、モンテネグロのアドリア海に面した小都市で開催された。このプログラムに対し、JIRAC/JHPの日本人学生、社会人ボランティアが合計で8名参加した。さらに、RKK日本人学生ボランティア計11名がセルビア並びにブコバルを訪問し、様々な活動に従事した。それぞれに、大きな成果を収めた。今後も引き続き多くのボランティアが参加する予定である。

まとめ

当初の予想以上に、紛争当時国を沿うほうをまたがる形でのプロジェクトの同時進行は困難なものであると実感しています。移動の問題、国民の感情問題等なかなか手強いものではありませんが、それでも現地のコーディネーターたちは弱音をはかずに頑張っています。それもこれも日本サイドの皆様のバックアップがあってこそと我々現地担当者一堂深く感謝申し上げます。

プロジェクトの方は、多少の問題はあれ、全体として何とか動き出しております。9月以降は加速度的に進んでいくものと思われれます。加盟グループの方々もたくさん短期のボランティアを派遣して下さい、有難うございます。立ち上げの最中のため、十分な準備、手配もできず、多々ご迷惑をお掛けいたしておりますが、今後も引き続き派遣してまいりますようお願い申し上げます。まとめでの報告で多少おおざっぱになってしまいましたが、細かいところは別送月間報告書をご参照ください。

ボスニア・ヘルツェゴビナ状況、国連保護地域の緊張など、JENのプロジェクトも即影響を受ける立場にありますので、今後とも状況の変化には最大の注意を払って、決して油断をせず、事を進めていきたいと思っております。危険を感じたら、勇気を持って撤退いたします。今後とも後方支援、宜しく願いいたします。

モザンビーク便り

プロジェクト委員長 吉田 修

1) UNHCRとの仕事：現在のこちらでの主な仕事は難民が帰ってくる地域の診療所や病院を新築、あるいは修理することが主な内容です。建築をこちらの会社にやってもらっているわけですが、UNが示した建設費よりかなり高くなりそうです。幾つかの会社に見積もりを出してもらっていますが、どれも高いです。これには理由がありまして、建築資材の輸送費がかなりかかるのです。他のNGOはどれもトラックを持って自分で運んでいます。来年はAMDAもそうするべきだと思いますが、今年は無理です。高くついても会社にやってもらう他ないと思います。

診療所用に井戸を掘ることになっています。これも業者に委託します。一回で水が出ればいいのですが、空振りがよくあるということです。一応調査をしてから掘りますが、はずれたらお金が余計かかります。

ChokweとMassingirにスタッフハウスが必要ですが、どちらもトイレなどを修理しないと入れず、これにも少し費用がかかります。

送った契約書にローカルスタッフの給料が抜けていたようですが、これは間違いで入るはずです。しかし、人数に限りがあり、通訳やドライバーをその枠外で雇わないと仕事になりません。

2) 医療活動：私と妹尾美樹さんの目を見たモザンビークの医療の問題点は、その1、厚生省に予算がなく、薬を買えず、ガソリンを買えず、給料を払うことができません。その2、モザンビークが広すぎる上、交通網がほとんどなく、プッシュに住む人にとって病院へ行くことが非常に難しいです。しかも、かつて村々にあった診療所の60%が戦争で破壊されました。人口密度の低い地方で医療を行うのは効率は非常に悪い、というわけです。

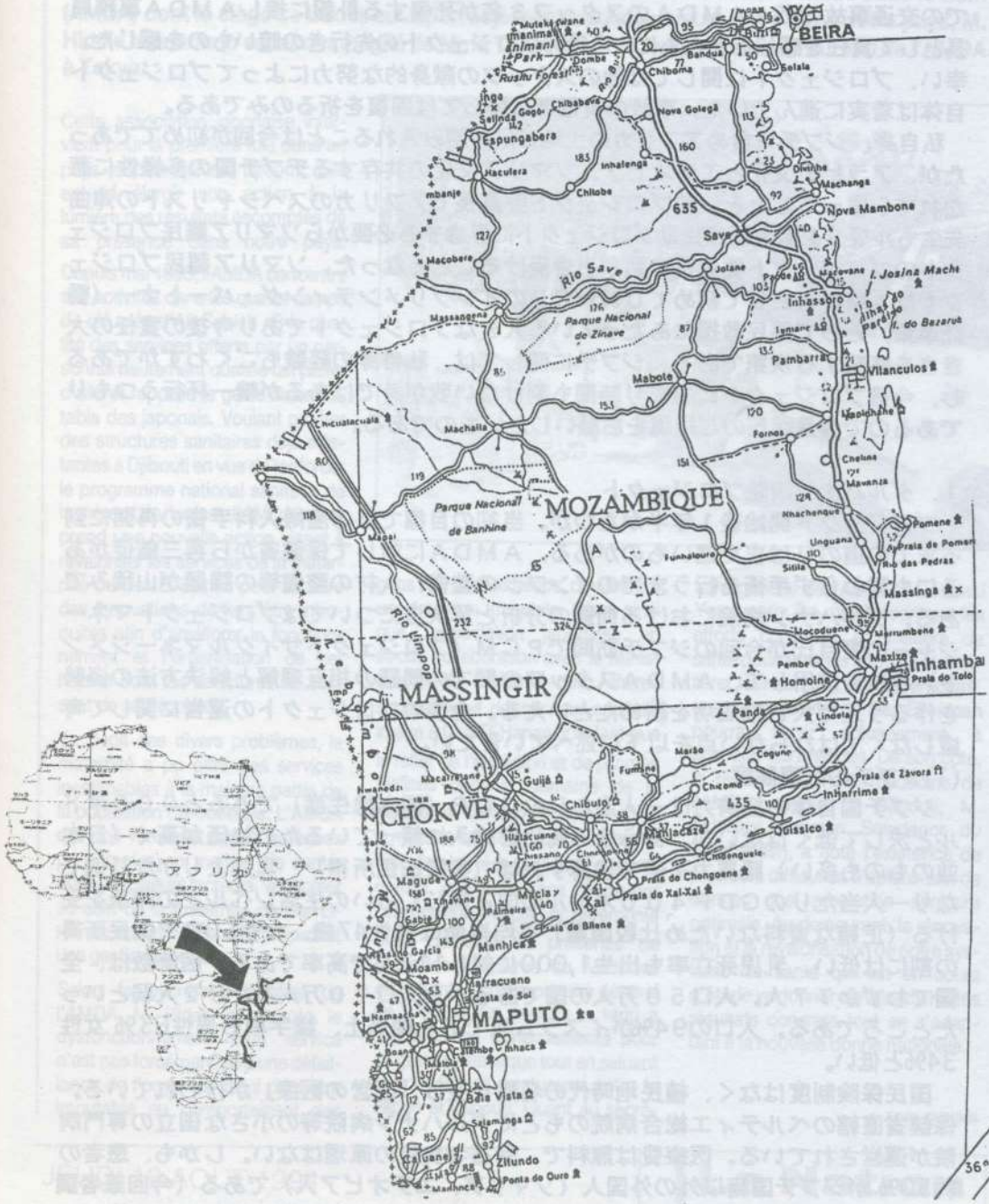
というわけで、A診療所の再建、B巡回診療、C薬等の輸送の手伝いをしようとしています。Aについては先に述べました。Cは既にデリカで行ける範囲で始めています。実際、トランスポートがないというだけで2ヵ月も薬が届かなかったりするのです。Bについては効率が悪くとも捨てても置けず、薬を買ってUNの金で買う車が来たら始めます。必要な薬のリストは送りました。値段は最も安いと思われるUNICEFのもので、UNICEFに注文しても3ヵ月以上かかりそうなので、初めは半国営の薬局で買いますのでこれより高くなります。この量で巡回診療+診療所の不足分を補えると見込んでいます。雨季になってもっと患者が増えるとだめかもしれません。この活動は、各診療所への薬の運搬、そこの看護婦やヘルスワーカーへのスーパーバイズ、無医村の巡回診療、建設中の診療所の現場監督、重症患者の輸送、ワクチンの実施、を兼ねています。ChokweとMassingirに各一人、医師または熱帯病の分かる看護婦が必要です。加えて、通訳、ドライバーが必要となります。

Chokweの病院に眼科医を入れると大変役に立ちます。眼科用の医療器具がどの程度あるのか見忘れていますが、部屋はありました。

来年のプロジェクトの調査のためにできれば医師が一人いると助かります。UNHCRからも、州のヘルスダイレクターからも、県知事からもいろいろリクエストされいます。

モザンビークプロジェクト地図

<この図は>



36°

事務局長、ソマリア難民プロジェクト委員長
山本秀樹

<はじめに>

難民キャンプのような環境の良くないところで流行するE型肝炎の研究を第一の目的としてジブチのソマリア難民キャンプにおける肝炎の調査に第三者的な立場で出かけたつもりであった。しかし、渡航途中のネパールで7月31日に起きたジブチでの交通事故で我々AMDAのスタッフ3名が死傷する計報に接しAMDA事務局長として責任を感じるとともに、今後のプロジェクトの先行きの暗いものを感じた。幸い、プロジェクトに関しては他のスタッフの献身的な努力によってプロジェクト自体は着実に進んでいた。事故の負傷者に関しては回復を祈るのみである。

私自身、ジブチを含めアフリカの土地に足を踏み入れることは今回が初めてであったが、アラビア文化とエチオピア、ソマリア文化の共存するジブチ国の多様性に惹かれてしまったことと、前プロジェクト委員長でアフリカのスペシャリストの津曲先生もルワンダ緊急医療援助プロジェクトに専念する必要からソマリア難民プロジェクトのプロジェクト委員長を私が引き受けることとなった。ソマリア難民プロジェクトはAMDAとして初めてUNHCRのインプリメンティング・パートナー（委託事業）として難民救援にあたっている大きなプロジェクトであり今後の責任の大きさを痛感する次第である。ジブチに関しては、私自身の経験もごくわずかであるし、今後プロジェクトにあまり時間も割けない我が身ではあるが精一杯行うつもりであるので会員諸氏のご指導をお願いしたいものである。

1. ダルハナン病院プロジェクト

プロジェクト開始後1年半がたつが、当初の目標である産婦人科手術の再開に到るまでの道のりはまだ遠いものがある。AMDAに対して保健省から再三催促があるにも関わらず手術を行うまでのインフラの整備、人材の整備等の課題が山積みである。ダルハナン病院における問題の分析と解決法についてはプロジェクトマネージャーの夏目氏が今回のジブチ訪問でPCM（プロジェクトサイクルマネジメント）手法を使用して、AMDAスタッフの間での問題の相互理解と解決方法の姿勢を作るうえで大きな成功を納めたといえる。今後のプロジェクトの運営に関して考慮しなくてはならない点を以下に述べていきたい。

(1)ジブチの医療制度

ジブチ国自体の経済力は一人当たりのGDP（国内総生産）で見ると900米ドルと決して低くはないが、あらゆる商品を輸入に頼っているため物価が高く（日本並のものも多い）購買力平価で換算すれば（実質国民所得）、実際よりかなり低くなり一人当たりのGDP400米ドルの国と同じくらいの生活レベルとの印象を受ける（正確な資料ないため比較困難）平均寿命は男性47歳、女性50歳で国民所得の割には低い。乳児死亡率も出生1,000に対し117人で高率である。医師数は、全国でわずか77人。人口50万人の国であるから人口10万人あたり2人弱といったところである。人口の94%がイスラム教である関係上、識字率も男性63%女性34%と低い。

国民保険制度はなく、植民地時代の名残を受け「国営の医療」が行われている。保健省直轄のペルティエ総合病院のもとにダルハナン病院等の小さな国立の専門病院が運営されている。医療費は無料で、受益者負担の原理はない。しかも、患者の約50%がジブチ国籍以外の外国人（ソマリア、エチオピア人）である（今回筆者調査）。実際、政府の保健医療に費やされる予算のうち病院運営に使われる予算がほとんどで、予防に使われるのはごくわずかである。

MINISTERE DE LA SANTE / JAPON

L'Association Médicale des Médecins de l'Asie offre une ambulance

Le secrétaire général de l'Association Médicale des Médecins de l'Asie connue sous le nom (AMDA) dont le siège se trouve au Japon séjourne depuis plusieurs jours dans notre pays, M. Hideki Yamamoto est accompagné de Mme Yoko Natsume, responsable du bureau de l'AMDA à Tokyo.

Cette association japonaise intervient pour la première fois dans un pays africain qui est Djibouti. Elle entend élargir son action à la lumière des résultats escomptés de sa présence dans notre pays.

Depuis mai 1993, l'AMDA concentre ses activités dans les quatre camps de réfugiés d'Ali-Sabieh où la qualité des services offerts par un personnel hautement qualifié fait parler d'elle et rappelle le génie incontestable des japonais. Voulant profiter des structures sanitaires déjà existantes à Djibouti en vue de renforcer le programme national sanitaire de la mère et de l'enfant, l'AMDA entreprend une nouvelle action visant à révaloriser les services de la maternité de Dar-El-Hanan pour ce faire des innovations doivent être introduites afin d'améliorer le fonctionnement et l'organisation de cet hôpital dont les structures ne cessent de se dégrader.

En dépit des divers problèmes, la maternité a pu offrir des services inestimables à la majeure partie de la population djiboutienne. L'AMDA qui doit remédier à des carences persistantes en matière de santé, dues à plusieurs facteurs, veut créer au sein de la maternité de Dar-El-Hanan un environnement propice et une gestion renouée.

Selon le secrétaire général de l'AMDA, M. Hideki Yamamoto, le dysfonctionnement d'un service n'est pas forcément dû à une défaillance de l'organisation, il peut être imputable au comportement des



gens qui, avec le temps, deviennent une tradition immobile. C'est ainsi que l'association japonaise en étroite collaboration avec le Ministère de la Santé et des Affaires sociales veut donner une nouvelle image à Dar-El-Hanan qui n'est que le reflet de l'évolution et de progrès réalisés dans le domaine de la médecine. Dans cette perspective, le ministre de la Santé, M. Mohamed Saïd Saleh a réceptionné, dimanche dernier, une ambulance offerte par l'association AMDA, la cérémonie s'est déroulée en présence de hauts-fonctionnaires du Ministère de la Santé et du secrétaire général de l'AMDA. Le ministre a tenu à exprimer ses remerciements pour ce geste symbolique tout en saluant la coopération fructueuse entre le Japon et Djibouti. Quant au secré-

taire général de l'AMDA, M. Hideki Yamamoto, il a mis l'accent sur les efforts consentis en matière de santé pour aider les réfugiés et améliorer leur sort. Il a estimé, en outre, que la maternité de Dar-El-Hanan pourra servir efficacement à accueillir les malades. De son côté, le représentant des médecins de l'AMDA opérant à Djibouti, M. Akhlakur Rahman Sowdagor du Bangladesh, a noté l'existence de plusieurs difficultés à aplanir afin de donner une prestation sanitaire optimale. Au demeurant, la rénovation et la révalorisation de notre système de santé qui est en cours d'étude va donner certainement des résultats concrets tout en s'adaptant à la nouvelle donne nationale.

ADJAL CHOUAIB

JEUDI 18 AOUT 1994

La Nation

東南、南アジア諸国でも国立の病院は診察料と入院料は無料のところが多いが、投薬、検査は病院の近くの薬局等の民間機関を自己負担で利用するケースが多いが、ジブチでは民間医療及び医療周辺産業の発達が悪い。病院の中には諸外国の援助で贈与された医療機器も多いが、メンテナンスできる技術者の不足で稼働していないものがほとんどである。そのほか、薬の管理も全部病院で管理しているが、病院の中に薬剤師がいないので、ストックの量や管理方法がいい加減である。民間に委託すれば、市場原理で薬の需要と供給が調節されもう少し在庫や品質管理が適切に行われるのではないかと考えられる。

医療機器だけでなく、消耗品（注射器、点滴ライン、ガーゼ、麻酔薬等）の購入もダルハナン病院で独自に発注するのではなくペルティエ病院経由で購入しなくてはならず、官僚的機構のため補給も遅れがちである。仮に、AMDA側の診療患者数も増え手術を数多く行えるようになったとき、患者・手術数に応じて変動経費（投薬、注射、糸、ガーゼ、滅菌等のコスト）が増大し病院側の出費は増大するのであるがこれらの経費、ロジスティックスに対する保健省側の対応はあまり期待できそうにない。

ダルハナン病院の医療水準を上げるためには、病院内部の問題のみならずジブチ国自体の「医療制度」の改革を含めたかなり大がかりな改革が必要である。しかしながら、医療費の自己負担制度の導入等の改革には強力な政治のリーダーシップが必要である。わが国でも保険の自己負担導入時の時には国民からの猛反発があったし、米国においてもクリントン政権が保険制度の改革を打ち出しているが、国民の支持を得るには難しい面が多い。ジブチのように民族間の融和の上に成り立つ多民族国家において医療改革を行う場合には大きな政治問題となる可能性は大きい。このように、病院をとりまく環境は決して良くないが、ジブチにとって部外者にすぎないAMDAとしてできる範囲でやっていきたい。

(2) 病院のスタッフの人材開発

現在、AMDAのスタッフは着実に診療業務を行っているが外来診療部門ではAMDAの医師とジブチ人の通訳がともに働いているのみである。正常分娩は、ジブチ人助産婦が独自に行っている。異常例をAMDAの医師が取り上げるのみで看護婦や助産婦に指導する機会は非常に限られている。AMDA以外の医師と協力することはほとんどない。AMDAの医師が働いている間、ジブチ人医師はバカンスや留学のために休暇を取っている現状である。

また、言語の問題のためAMDAの側からも病院のスタッフにトレーニングを行う機会が不足していたことは否めない。実際、トレーニングは必要であるが何をどう教ればいいのかといった現地スタッフのニーズも十分に把握できていない。AMDAのプロジェクトは、単に勤労奉仕を行うのではなく、現地のスタッフが自分で運営できるようにしむけることが目標である。現在、現地スタッフの知識、経験等の資質に関する調査やトレーニングのニーズを調査中である。この結果をふまえて、適切なトレーニングが行われると期待される。

2. ソマリア難民プロジェクト

ソマリアの国内状況も1992年当初に比較して落ちつきを取り戻しており、ソマリアからジブチへの新たな難民の流入もほとんど無くなり、現在の新たな難民といえばジブチ市内の非登録の難民がキャンプへと収容されることを指している。緊急援助の段階を過ぎ安定期に入ってはいるが、時には今年の5月のようにコレラの発生が起こったりすることもあり、油断はできない状況である。

キャンプでは、AMDAスタッフの指導のもと現地のジブチ人あるいは難民の中のヘルスワーカーらが自発的に良く働いていて、母子保健、栄養プログラム、コレ

AMDAからの救急車



ジブチのダル・ハナン病院
プロジェクトのスタッフら



UNHCR Djibuti officeにて
額の写真は緒方貞子氏



キャンプにおける給水設備

ラセンター等のプログラムをメンテナンスしている。

キャンプの中の健康問題も、キャンプのインフラ（水、住居、既存の医療施設等）の違いや、キャンプへの到来時期の違い、民族の違いによって疾病構造も違いを見せている。例えば、エチオピア系の難民キャンプであるアウルアルサキャンプでは都市住民が多くキリスト教徒の割合も高く、教育水準も高く英語を話す住民が多い。ここでは、急性の感染症の割合が低く慢性疾患の割合が高い。また、AIDSの予防に対する関心も高く、ヘルスワーカーも非常にモチベーションが高いといえる。一方、遊牧民のソマリア系住民が多数を占めるホロホロキャンプではほとんど全員がイスラム教徒で、教育を受けているものもほとんどおらず、英語を話す難民は非常に少ない。インフラも悪いせいか、急性の伝染病であるコレラ、赤痢が依然として見受けられる。ヘルスワーカーの質も良くなく、今後改善を最も要すところである。（例えば、5月の5歳以下の下痢患者はアウルアル・サキャンプで31例、ホロホロ・キャンプで450例であった。詳細はマンスリーメディカルレポート参照）

AMDAでは、現在UNHCRとの契約にて保健医療部門のすべての分野をまかされている。キャンプの状態が落ちつき急性の疾患がコントロールされ、ヘルスワーカーのトレーニングがうまく行っている現状では、部外者であるAMDAのスタッフがより少ない人員で全体を運営し、我々の活動も治療面から予防面へと主体を移すことが今後の課題といえる。私がUNHCR事務所を訪問した際、キャンプにおける水の運営管理の委託についても協議されたが、今後は公衆衛生活動へも我々AMDAの経験を広げる良い機会になると考える。

<最後に>

プロジェクト委員長に就任して、今後このプロジェクトで伸ばしていこうと思うのは、ジブチという国をフィールドにヘルスリサーチである。国が小さいだけにやりやすいところも多いと思われる。私の考えるところ、下記のようなテーマで研究可能と考えられるので会員諸氏、特に大学院生や若手研究者の積極的な参加を望まれるところである。例えば、過去のフィールド参加者の竹本啓一氏（当時：東京大学国際保健大学院在学中）がアウルアル・サキャンプの下痢症をテーマに修士論文を作成し、今春東京大学大学院終了というおめでたい話もある。

現地の事情の許す範囲で、AMDA学術委員会（委員長：高橋央先生）とプロジェクト委員会の方でアレンジするように努める予定であるので、希望者は当方まで連絡をしていただきたい。（岡山大学医学部公衆衛生学教室086-223-7151内線2364、5）

医療制度

医療人類学

病院管理学

母子保健

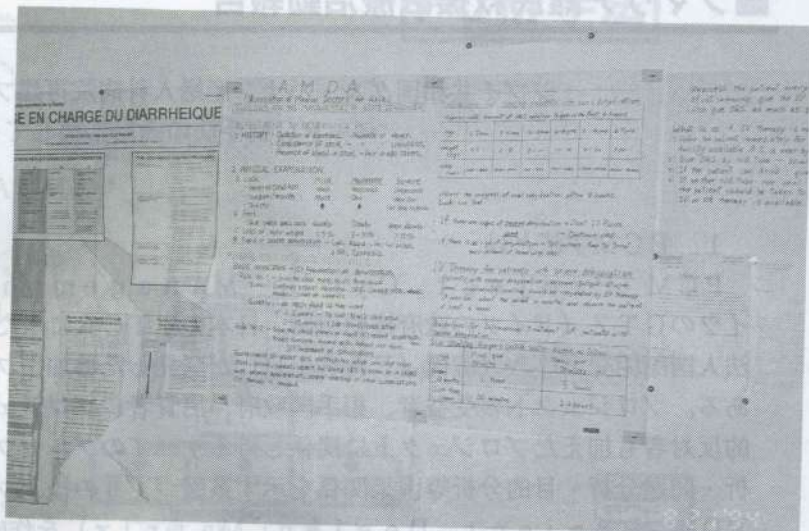
AIDS (HIV) の予防プログラム

難民へのヘルスケアー帰還、持続可能な開発

<参考文献>

1. World Atlas (Mac edition) 1993.
2. World Development report
3. 国際医療協力 vol.17.No.6. 1994.22 - 33
4. 国際医療協力 vol.17.No.7. 1994.20 - 35
5. 国際医療協力 vol.17.No.8. 1994.28 - 37

ヘルスワーカーへの教育



肝炎の調査研究に活躍中の
慶応大学、勝本氏

アリサビエにて
中央、勝本氏、右Dr. Dundji



AIDSの調査研究を行う
中央、筆者、
左、永野看護婦
右、Dr. Rahman

■ソマリア難民救援医療活動報告

ジブチ共和国ダル・ハナン産婦人科病院再建プロジェクト — PCM手法の効用に関して —

AMDA東京オフィス 夏目洋子

1. PCM手法とは

PCM (Project Cycle Management) 手法とはもともとドイツのGTZ (ドイツの政府援助機関。日本のJICAに当たる) が開発、日本の財団法人国際開発高等教育機構 (FASID) が開発した参加型プロジェクト立案の手法である。プロジェクトの受益者、相手国政府、出資者、プロジェクトの実施者の他に潜在的反対者も加えたプロジェクトに関係し得るすべてのグループが立案に参加、参加者分析・問題分析・目的分析等因果関係を示す系図づくりの後、プロジェクトの選択を行いPDM (Project Design Matrix) を作成する。PDMはプロジェクトの活動計画、期待される成果やプロジェクト目標、またプロジェクト内でコントロールできない要因に影響された場合の成果達成の限界等、プロジェクトの全容が一覧できる仕組みになっている。また、PDM作成時にプロジェクト評価のための指標の作成や指標のもとになるデータ入手手段の設定も行う。

この手法の特長は参加型、問題解決型の問題分析方法である。つまり、この手法は第一に援助「する」側から見える問題と「される」側から見える問題の認識の差を克服する試みであること、第二に、問題の因果関係を系図で整理すること (問題分析) により、問題解決の具体的な方法を導き出す (目的分析) 作業であることである。途上国に存在するすべての問題の因果関係は、ともすれば貧困に始まり貧困に終わる出口のない議論に陥りがちで問題解決の糸口が探し当てられない。PCMは悪循環のループの一箇所に切り口を入れ、それを中心問題として解決策を探る。

2. ハナン病院再建計画とPCM手法

前述したようにPCM手法は本来理想的なプロジェクトの立案を目的としたものである。AMDAがハナン病院で活動を開始してから約1年半、計画段階で実施内容の十分な検討を怠っていたため山積する問題と障壁に悲観的になりプロジェクトのビジョンを見失いつつあった。この状態を奪回するためにプロジェクトの実施途中で事業内容の再検討をする場合にも役に立つのがPCM手法である。(注: FASID研修ではこのような説明はなかった。夏目流なのであしからず。) また、今回は時間の制約や言語の問題により、援助される側 (ジブチ) の関係者の参加なしにAMDAのプロジェクト・チームのみでPCMを試みたという点ではPCMの理想的な活用法からははずれているが、1年半の活動を通じて我々自身が実感してきた様々な問題の因果関係を論理的に整理し、それをもとに具体的なアクション・プランを作成する作業は変則的ではあるがAMDAのメンバーの意気高揚には非常に役に立った。何かを始めようとする度に障壁にぶつかる。どうにかして前進は試みるがまた別の壁が待ち受けている。仕方なく引き返す。今自分たちは何を達成し、さらに先に進むためには次に何をすべきか見えない。迷路の

PCM手法

細かな分析は、たとえ必要に行われます。ここではカード型分析の例と考へません。

【例】



【参加者分析】

プロジェクト・デザイン・マトリックス

Narrative Summary プロジェクトの概要	Objectively Verifiable Indicators 客観的指標	Means of Verification 検証データ入手手段	Important Assumptions 前提条件
Overall Goal 上位目標			
Project Purpose プロジェクト目標			
Outputs 成果			
Activities 活動		Inputs 投入	Pre-conditions 前提条件

- なぜプロジェクトが実施されるのか？ (上位目標)
- 何をプロジェクトの目標にするのか？ (プロジェクト目標)
- どうやって目標を達成するのか？ (活動、活動)
- どうやって前提条件が成功の鍵を握っているのか？ (前提条件)
- プロジェクトをすすめるために何を投入するのか？ (投入)
- どうやってプロジェクトを評価するのか？ (指標、検証データ入手手段)

【例】

Narrative Summary	Objectively Verifiable Indicators	Means of Verification	Important Assumptions
Overall Goal バスのサービス改善される	バスの乗客数が最大で10%増加する		乗客の公共交通機関に乗り換える意欲がある
Project Purpose バスの乗客数が減少する	乗客数が最大で10%減少する	乗客の公共交通機関に乗り換える意欲がある	乗客の公共交通機関に乗り換える意欲がある
Outputs 1. 乗客が公共交通機関とサービスに乗り換える 2. バスの乗客数が減少する 3. 乗客が公共交通機関とサービスに乗り換える 4. 乗客が公共交通機関とサービスに乗り換える	1. 乗客が公共交通機関とサービスに乗り換える 2. バスの乗客数が減少する 3. 乗客が公共交通機関とサービスに乗り換える 4. 乗客が公共交通機関とサービスに乗り換える	1. バス会社との交渉 2. バス会社との交渉 3. バス会社との交渉 4. バス会社との交渉	1. 乗客の公共交通機関に乗り換える意欲がある 2. 乗客の公共交通機関に乗り換える意欲がある 3. 乗客の公共交通機関に乗り換える意欲がある 4. 乗客の公共交通機関に乗り換える意欲がある
Activities 1-1 乗客の乗降を促す 2-1 バス乗客の乗降を促す 3-1 乗客の乗降を促す 4-1 乗客の乗降を促す	乗客の乗降を促す 乗客の乗降を促す 乗客の乗降を促す 乗客の乗降を促す	乗客の乗降を促す 乗客の乗降を促す 乗客の乗降を促す 乗客の乗降を促す	乗客の乗降を促す 乗客の乗降を促す 乗客の乗降を促す 乗客の乗降を促す

【PDM】 (Project Design Matrix)

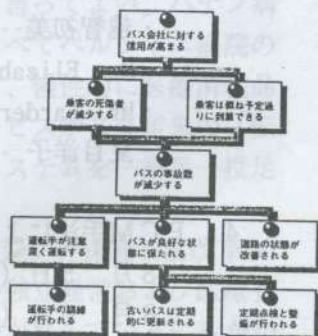
問題系図の例

【例】



目的系図

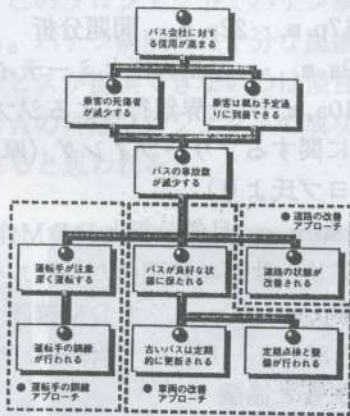
【例】



【問題分析】

アプローチの確認

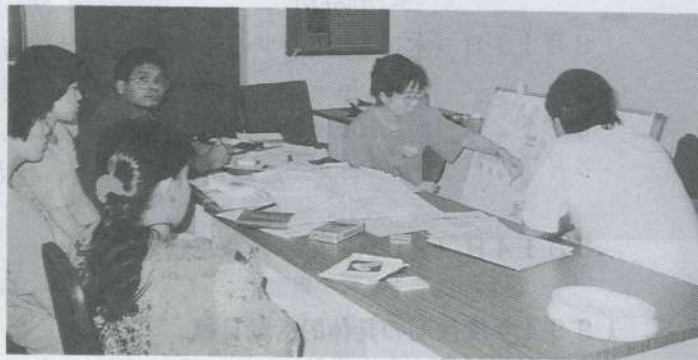
【例】



【目的分析】

「開発援助のためのプロジェクト・サイマル・マネージメント」
FASID(1994)より

【プロジェクトの選択】



PCM手法を使った話し合いの様子

中で問題を抱え毎日頭を悩ませているAMD Aのプロジェクト・チームにとって、少なくとも自分たちの現在位置と行き先を見定めることができた。

また、相手国政府の厚生省に対してもPCMの結果作成した具体的なアクションプランを提示することによってAMD Aが期待される成果を挙げられていない理由を明確にし、同時に合同プロジェクトとして厚生省側やハナン病院側で何をすべきかについての具体的な認識が相手国側にも生まれてきたことは今回の最も大きな成果だった。

3. AMD Aプロジェクト・チームの構成

- ・ Dr. Shankar P. Huzdar ---産婦人科専門医
- ・ Dr. Aklakur Rahman Sowdagor ---一般医 (産婦人科/外科)
- ・ 安田純子---手術室看護婦
- ・ 越智初美---手術室看護婦
- ・ Ms. Elizabeth Gita Halder ---助産婦
- ・ Mr. Sarder Abdur Razzak ---ジブチ・プロジェクト調整員
- ・ 夏目洋子 ---本部プロジェクト担当

4. PCM手法による立案等スケジュール

- 8月 5日 (金) 10a.m. --20p.m. 参加者分析・問題分析
- 8月 6日 (土) 17p.m. --22p.m. 問題分析
- 8月 7日 (日) 9a.m. -- 厚生大臣とミーティング
10a.m. -- 世界銀行によるジブチ保健制度改革プロジェクトに関するブリーフィング (厚生省側プロジェクト責任者マヒヨブ氏より)
18p.m. -- 目的分析とPDM作成
- 8月 8日 (月) アリ・サビエ訪問のためグループごとに作業
- 8月 9日 (火) 20p.m. --22p.m. PDM確認
- 8月10日 (水) 7:30a.m. --11a.m. 具体的なアクション・プランの提示・厚生省と協議
21:30p.m. --23p.m. ハナン病院における情報収集のための役割分担
- 8月11日 (木) 午前中 ハナン病院における情報収集、ベルティエ病院訪問
19p.m. -- 情報収集の成果発表と確認
- 8月12日 (金) 10a.m. --14p.m. 情報収集の成果発表と確認
- 8月13日 (土) 7:30p.m. --11p.m. 厚生省、ハナン病院事務長、ベルティエ病院事務長とのミーティング
- 8月14日 (日) 11a.m. --救急車贈呈式

5. 1994年度後期の具体的な活動目標

- ・ 医療消耗品の安定供給のための管理体制の整備

- ・医療機器の管理システムの整備
- ・病院の衛生状態改善（面会時間の限定、病院内の清掃、患者や看護婦への衛生教育）
- ・病院医療スタッフの技術向上
- ・スタッフの意識向上
- ・手術室の機能化

6. ハナン病院再建が抱える課題

財政

ダル・ハナン病院はベルティエ病院を主幹病院とするチェーン・ホスピタルの一部である。ハナン病院はいわゆるベルティエ病院の産婦人科病棟と言ってよい。ハナン病院に必要なすべての消耗品（医療消耗品および事務消耗品）はすべてベルティエ病院の管理下で物品支給。ハナン病院独自の予算はシステム上存在せず、慢性的に医療消耗品や人件費が不足している。また、貧民を対象にした無料医療サービスが80年来の「伝統」となっているため、医療費を徴収し病院が自給自足できるシステムを一挙手一投足に導入できない状態にある。

幸いにAMDAのプロジェクトと時期を同じくして世界銀行のジブチ保健制度改革プロジェクトが進められている。このプロジェクトでハナン病院の独立経営および医療費の徴収制度導入が謳われている。ハナン病院には十分な医療設備が整っているにもかかわらず一定のレベルの医療サービスが提供できないのは慢性的な財政不足が大きな理由であることを考えると、AMDAの再建プロジェクトの成功は世界銀行による抜本的な保健制度改革の成功に左右されると思われる。



産婦人科医 Dr. Shanker



手術用マスクを手縫いする
安田さんと越智さん

コンポンプス州大洪水被災民救援活動

Vancin C. Dokken

Flood Report in Kompong Speu Province

3. This is a report of the flood situation in the Kompong Speu Province. Information of this report was gathered from the American Red Cross, emergency meeting among NGOs working in Kompong Speu and the Provincial Hospital staffs, AMDA's staff reports in affected areas, and the report from the Cambodian Red Cross.

A. Initial Information

According to the report from the American Red Cross, 'major water rise began at 0200 hr., August 2, 1994.' The government and police implemented an immediate warning system one hour after the flood began to rise. The report did not state the exact warning system method implemented by the government.

The area which affected most by the flood was the Provincial Center of Kompong Speu and Phnom Srouch District. Fortunately, AMDA's District Hospital in Phnom Srouch was not affected by the flood. According to the report from the American Red Cross, '70% of each affected village will require assistance of some sort.' I cannot confirm or deny this report -- such number is too difficult to assess especially in such an early period. People situated close to Highway 4 used the side of the highway for temporary shelter. According to people who evacuated their homes to seek temporary shelter on Highway 4, people who lived far away from the National Highway 4 evacuated to nearby hills or mountains for temporary shelter. These numbers are not known.

The main bridge connecting Sihanoukville to Phnom Penh was broken during the flood. However, the bridge was repaired and became operational on Sunday evening, 6 August 1994 according to AMDA's local staffs.

B. AMDA Staffs Encountered the Flood Victims

5. On our way to Phnom Srouch District Hospital on 2 August 1994, AMDA's staff encountered hundreds of people seeking shelter on Highway 4 (H-4). These

2nd August 1994
Kompong Spen Province
Flooded House along
National Highway 4



5th August 1994
Emergency Relief Team
in route to staing Stya
Community



5th August 1994
Examining patients
in the village



people live and sleep along the side of Highway 4 for two reasons: 1) to seek a temporary shelter from the flooded areas, and 2) to stay close to their home and property to avoid potential looting.

We did not encounter any kind of medical emergency. Many people seemed to be more concerned about bringing their animals (cows, bulls, pigs, chickens, etc.) to reside along H-4. On the afternoon of 2 August 1994, the water continued to rise – flowing from east to west at an accelerating rate.

C. Meeting Among NGOs and the director of the Provincial Hospital

On Friday, August 4, 1994, International Organizations working in or nearby Kompong Speu Province met with the Provincial Hospital's director and co-director. Representatives came from the following organizations: International Committee of the Red Cross (ICRC), Church World Service (CWS), Lutheran World Service (LWS), CONCERN, Australian Red Cross, American Red Cross, Cambodian Red Cross, and the Association of Medical Doctors for Asia (AMDA). The meeting ended late in the afternoon, roughly 1 pm.

The meeting was less successful due to various reasons – lack of communication skills, lack of cultural understanding among NGO staffs, lack of leadership role as we know it from the west, distraction from smoking and eating, and the people tendency to talk without really listening to topics being discuss. Sometimes in the meeting, more than one person talked at the same time. At other time, people were too busy eating and smoking.

On the positive side of this meeting, the Royal Cambodian Government promised the following: 1) the Provincial Hospital would provide one staff per day in each donated vehicle from NGOs; 2) the District Hospital would provide two staffs per day in each donated vehicle from NGOs; 3) the Provincial Hospital would provide 100 liters of drinking water; 4) the Provincial Hospital's director will issue one or more villages to each NGO in the morning of a working day; and 5) the Provincial Hospital Director would ensure the safety of NGO workers in all locations assigned to them. On the other hands, NGOs agreed to help with the following: 1) NGOs would provide vehicles, drivers, doctors, medicines, or money; (AMDA agreed to provide one vehicle, one doctor, one driver, some medicines per day), 2) NGOs would manage each emergency team, and 3) NGOs would be responsible for food for each team.

D. First Assessment by AMDA's representatives on 5 August 1994

The following morning, Saturday, August 5, 1994, Dr. Nirayan, Mr. Sombow, our driver, and I stopped at the Provincial Hospital to talk to the director. We were told to go to Stang Sya Community with one medical staff from the province and three medical staffs from the district. Stang Sya Community located roughly 10 km west of Highway 4. The road condition was very bad. (Enclosed are some pictures after the flood.)

When our 4X4 truck was unable to proceed, we stopped the car on the road and asked our driver to stay with the car for security reason while the medical team walked to pum (village) Bos Khal, commune Taing Sya, srok (district) Phnom Srouch, khet Kompong Speu. We asked the villagers if there was any sort of emergency cases that need immediate attention. In our particular village, there was no emergency cases in terms of medical assistance. In any case, we asked one of the villagers to help us set up a temporary medical clinic. With two doctors, we were able to diagnose and treated 95 patients. We left that village around 1:30 pm. The Royal Government of Cambodia and AMDA concluded our joint effort to help the flood victims on Friday, 11 August 1994.

Enclosed are photographs of houses after the initial flood on which started on 2 August 1994. Also enclosed are some pictures AMDA's doctors working in the village to help people cope with the difficulties after water receded.



診療をするDr. Narayan

YOKOHAMA Conference Report

Jintana Ngamvithayapong and Chiagnrai Team

I would like to report you our presentation content in the 10th International Conference on AIDS, YOKOHAMA. There were many interests and we had to sent so many copies to several countries.

Using this opportunity, I could meet Drs KOBAYASHI and TAHASHI. I also could visit AMDA International Information Center, Shinjyu-ku, Tokyo. I will report you our discussion with them in the next report.

PARTICIPATORY DEVELOPMENT OF COUNSELLING MEDIA FOR ASYMPTOMATIC HIV-INFECTED PERSONS (Poster presentation)

INTRODUCTION

Chiangrai is the northernmost province of Thailand which is considered as the most serious HIV-infection area in Thailand. Number of HIV/AIDS cases is increasing dramatically at Chiangrai Hospital. Data from the same hospital show that in 1992, there were 356 AIDS cases and one year later there were totally 776 AIDS patients.

Due to increasing workloads in counselling and limited time, physicians and counsellors expressed their needs for good booklets containing critical information on HIV/AIDS for self study by the infected persons. The existing media could not serve needs of either the counsellors or the clients.

As a result, two booklets had been developed through participation of the stakeholders in identifying needs and planning for the contents and the design of the booklets.

OBJECTIVE

To assess needs and to develop appropriate counselling media for asymptomatic HIV-infected persons through participatory approach

METHOD

1. The study team was formulated consisting of a physician, 2 epidemiologists, a medical anthropologist and a journalist.
2. Existing printed media related to HIV/AIDS were reviewed.
3. Needs and problems of use of HIV/AIDS printed media which were available and were being used by the counsellors were assessed through the following methods:

3.1 Group interview with the physician, a social worker and nurses in Chiangrai Hospital who are responsible for HIV/AIDS counselling

3.2 Interview with counsellors from two 2 Non Governmental Organizations (NGO) who work in Chiangrai Province.

4. In-depth interview with 12 asymptomatic HIV-infected persons, who had similar socio-economic status, i.e. low income and completed elementary school.

5. Two booklets for asymptomatic HIV-infected persons based on the findings from needs assessment were developed.

6. The draft of booklet was pretested through group discussion with the 5 selected HIV-infected persons who had similar socio-economic status. Accordingly, the final versions of the booklets were modified as suggested by the informants.

7. The booklet were produced and distributed to the asymptomatic HIV-infected persons who are enrolled in the "tuberculosis preventive therapy program".

8. Evaluation of the media is planned and will be done after the booklets are widely distributed.

RESULTS

1. Media targeted specifically to asymptomatic HIV-infected persons do not exist.

2. The existing media are either stigmatizing or threatening. The books are usually entitled with the word "AIDS", e.g. "AIDS and you" or "Knowing about AIDS". This resulted in HIV victims dare not touch, read or take the books to home for further study. Slogans appearing on the printed media, radio and television also frequently show that AIDS is extremely horrible disease. For examples "AIDS is dreadful disease"... "AIDS, only death, incurable disease"... In addition the word "AIDS" was always presented in the ghost letter style and was often symbolized by evil or ghost illustration.

Accordingly, HIV-infected persons are very much discouraged and more distressed when they see or hear about the AIDS related messages.

3. HIV-victims need to know about health information, and particularly, they desire to know how to remain healthy. When they read the books or listen to the doctors, it is usually unclear to them about the actual and practical meanings of "keep healthy, "exercise" or "eat well-nourished foods"

HIV-infected persons perceived that the pictures representing "exercise" and "foods" recommended by the existing printed media can not become true in their normal living.

4. A number of questions frequently raised by HIV-infected persons of which the answers should be included in the booklets were:

- How long will they live?
- How to prolong life?
- How can they inform about HIV/AIDS to their spouse?
- How to behave in order to have a healthy life?
- What kind of foods should they eat? How much should they eat? When to eat?
- What is "exercise"? How to exercise? How much should they exercise?
- How much workload can they do? Can they work hard?
- What kind of medicine should they take?
- Can they have sexual relationship with other HIV-positive cases?
- What is the fact concerning herbal medicine?

5. Concerning the booklet style, the HIV-infected persons proposed several things as following:

- Presentation in the comic strip format is preferable
- There should be some funny stories in the booklets
- No English medical terminology
- Avoid technical presentation format, i.e. do not present the text continuously for three pages. There should be some cartoons or illustrations inserted periodically.
- Awful actual illustrations should be excluded from the booklets.

6. Based on the results of needs assessment, the draft of the booklets was developed and then was pretested with the target audiences.

7. The pretest of the booklet with the HIV-infected persons revealed that they were satisfied with the booklet in several aspects, for example, the title of the book, funny writing style, amusing illustrations and the explanation for critical questions about HIV/AIDS, which they indeed desired to know.

Importantly, the audiences gained **"power of mind"** after reading the draft of the booklet. Moreover, the informants said that some behaviors had been changed due to the recommendations made by the books, e.g. avoid sour foods (from fermentation), stop seeking care with the traditional healers and start using common spoon.

However, the informants suggested that the pretested draft be modified by expanding size of booklet and the letter and including more illustrations. In addition, some contents should be rewritten, e.g. the explanation about marriage between the HIV-infected persons, the meanings of "milk allergy" and "anti-inflammatory medicine".

8. The final version of the booklets was printed. The titles and the designs of the books were arranged by positive approach i.e. encourage the HIV-infected persons with the supportive and non-discriminatory title and the cover pages of the booklets were designed by using cheerful pictures with bright colors.

Book 1 Power of Mind - Guideline for Building Up Power of Mind for Lives ** A Book for Better Mental Health **

Contents:

1. Introduction: Do not misunderstand that your life is hopeless
2. Less distress after admitting the fact
3. Confronting with the discouraging situations
4. Alleviating anxiety and tension
5. Preparing your mind when any scandal happens
6. When you have to disclose your confidentiality
7. Life planning for better mind
8. Which kind of jobs is suitable for your health?
9. Psychological helper when you face with crisis
10. Life adaptation for better mind

Period of distribution of the book: This booklet is distributed to asymptomatic HIV infected individuals when the initial counselling takes place.

Book 2 Prolong lives by properly taking care of health - Manual for the persons who are concerned with health ** A book for Everybody!

Contents:

Part 1 : Disease-resistant troops: the miracle things in our body

Part 2 : How to eat and how to remain healthy?

Part 3 : Doctors' response to your questions

Period of distribution: The HIV-infected individuals will be given this booklet at the second time that he or she comes back for follow up.

CONCLUSION

Targeted media conveying HIV/AIDS information are needed by both asymptomatic HIV-infected individuals and their counsellors. To ensure maximum utilization of the media and the highest effectiveness, it is essential to analyze existing situation and to obtain active participation from target audiences in the process of media development.

Acknowledgement: The study team would like to thanks to AMDA-Japan for the their support, the College of Public Health, Chulalongkorn University for technical assistance, and the counsellors and the HIV-infected informants for the participation and invaluable suggestions for the development of the media.

ネパールプロジェクト訪問報告

1994.7.28-8.7

AMDA, Japan 事務局長
山本秀樹

このほど、ネパールにおけるAMDAの活動状況の視察およびブータン難民プロジェクトの件でUNHCRとの交渉に臨むことができたので報告する。

1. ブータン難民プロジェクト

1995年のimplementing partnershipに関するUNHCRとの交渉

1) バドラプールでの予備会議 (1994.8.1)

Health advisor のDr.Pahari (ネパール政府保健省出身) との会議

出席者: 山本、Dr.D.Koirala, Dr.K.C., Dr.Sarouji Oshja.

AMDAの予算額について

AMDAのsustainabilityについて

地元民へのサービス

2) カトマンズでの本会議 (1994.8.3-5)

全体会議

1995年予算請求案の検討

部門ごと (施設、輸送、保健医療等) の会談

各NGOとUNHCRとの個別会談

1996年予算方針に関する会談

AMDAのダマックにおける医療活動の質の高さは地元民、地元政府、UNHCR、SCFからも評価されており、ブータン難民キャンプの人口(84,000)の半数を占めるベルダンギキャンプ(46,000)の入院部門をAMDAが引き継ぐことに関してはUNHCR、SCFからも異論は出なかった。

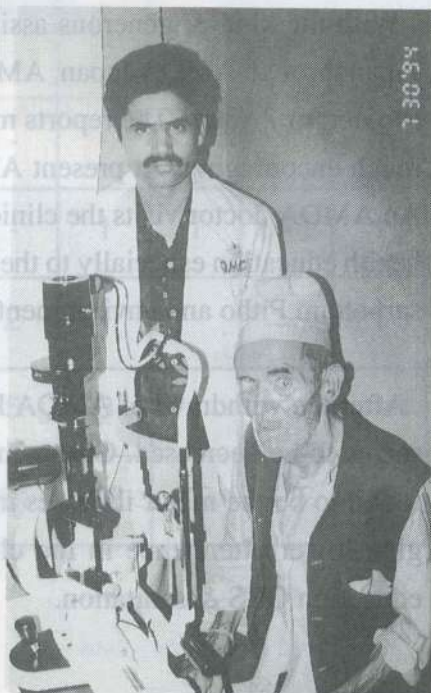
この、2年間のAMDAの世界各地にわたる活躍はUNHCRでも高く評価されており、カンボジアで、あるいはソマリアで働いていたというUNHCRやSCFのスタッフらとAMDAスタッフと話が合い、すぐにうちとけあえるものである。また、余談であるがネパールのキャンプのフィールドオフィサーとして活躍していたMr. Baker が、ルワンダへと転勤となった。また、そこで新たなAMDAのメンバーと一緒に仕事をしているのであろうと皆で話をしたのであった。

UNHCRでは、現在2つの大きな問題を抱えている。ひとつは、世界各地で次々と難民問題が起きているという「数の問題」。もう一つは、一つの難民問題が決着するまでの期間が遷延化しているという「時間の問題」であり、どちらも頭が痛い問題である。長期化の問題に関しては、保健医療部門を例にとると地元の医療施設との協力、統合ということが叫ばれている。難民問題が解決されたら、難民のために投入した医療資源が地元民のために生かされなくてはならない。キャンプ民だけでなく地元民の診療も行っているAMDA,Japanの貢献は評価されていて、UNHCRのカトマンズオフィスでも世界でも例のないパイロットプログラムとしてサポートすることを約束した。地元民のケアに関しては、今後ともAMDA,Japanからのcontributionが期待されている。

2. タンコット村眼科および包括的保健プロジェクト

カトマンズ市街から車で約1時間のタンコットプロジェクトの眼科診療事業も郵政省のボランティア貯金助成事業として助成が始まってからプログラムは大きく活性化されてきた。眼科機器の購入に始まり眼科診療の技術も格段に向上したのに続き、眼は全身の健康状態を反映する器官であることから、眼科検診をきっかけに発見されることもある高血圧、動脈硬化、結核、ビタミン欠乏症等の全身管理を要する疾患のケアをも含む一つの包括的保健医療プロジェクトとしてアップグレードされてきた。村民らのコミュニティボランティアの数も増え、私が1年前に視察した当時に比較して患者数、対象疾患も格段に増えてきた。

今回の視察では、自身も眼科医であるトリバン大学医学部長も同行し、AMDAに対する感謝とともに大学病院に勤務する医師にもこのような社会奉仕活動に参加するように促すと約束をしたのであった。また、自身も自らが視力検査等の診療に参加して大いに満足されていた。



■ ネパールビスヌ村地域保健医療プロジェクト

BISHNU VILLAGE HEALTH PROJECT

(REPORT: JANUARY, MAY, 1994)

Dr. Dhruba Koirala

Situated only 15 km. away from Kathmandu city, majority of the people in Bishnu Village were deprived of health services. The community survey report (conducted little more than 2 years ago) of AMDA derived a conclusion that the knowledge, attitude & practice of the people in the village towards health & related issues were not satisfactory. The survey report had recommended to establish a health clinic in the village, conduction of health education, female literacy program & some income generation activities to the female.

With the kind & generous assistance of Ministry of Postal & Telecommunication of Japan through AMDA Japan, AMDA Nepal actively conducted Bishnu village Health Project for 2 years. The reports made towards the end of the Project period were very much encouraging. At present AMDA has been supporting the clinic to run weekly. An AMDA doctor visits the clinic weekly. The doctor has been emphasising more on health education especially to the mother, on immunization, oral rehydration solution, sarbottam Pitho and environmental sanitation.

After the withdrawl of AMDA Project in this maintenance phase, the no. of patients seems to be decreased. Gastro-intestinal diseases & respiratory tract infections were found to be the major illnesses in the last 5 months. Diarrheal diseases have seem to give lower attendence in the clinic. This might be a better indicator of effective education ORS & sanitation.

CLINIC DATA
BISHNU VILLAGE HEALTH CLINIC
1994

Diseases/ Month	Jan.		Feb.		March		April		May	
	Child.	Adult	Child.	Adult	Child.	Adult	Child.	Adult	Child.	Adult
Resp. Tract	4	9	13	6	4	4	8	9	7	4
GastroIntst.	10	5	4	7	7	7	14	7	8	7
Nervous System	-	-	-	-	-	3	-	1	-	-
Orthopedic	5	-	1	1	-	-	-	-	-	4
Diarrhoea	2	-	1	-	3	-	2	-	8	-
Eye/ENT	-	-	-	-	1	-	-	-	1	-
Skin	-	-	-	-	4	-	1	1	-	1
ANC	-	1	-	-	-	2	-	-	-	1
Other	2	1	2	2	3	5	3	1	1	1
Total.	23	16	21	16	22	21	28	19	25	18

ANC: Ante Natal Care (pregnant woman)

Monthly Medical Report of RHC

April, 1994

General Trend

In general, the numbers of local patients for O.P.D., emergency, admitted patients and investigations are increasing. In contrast, the numbers of patients who are Bhutanese refugees are gradually decreasing. Especially, the number of the Bhutanese refugees who were referred to RHC in April dropped to almost one half of that in March. However, particular medical cause of this trend for the Bhutanese refugees was not observed.

Regarding indoor patients, the number of patients in April is larger than that in March, as well as, the total bed occupancy rate is also increased.

Number of Patients :-

Number of Patients Received	Bhutanese Refugee	Local People	Total
O.P.D.	81	461	542
Emergency	9	190	199
Total	90	651	741

Investigation :-

Type of Investigation	Bhutanese Refugee	Local People	Total
X-ray	90	326	416
U.S.G.	10	79	89
Lab	36	316	352
E.C.G.	-	2	2

Indoor:-

New admission	Bhutanese Refugee	Local People	Total
0-1	1	6	7
1-5	1	8	9
5-14	1	15	16
14-60	3	28	31
over 60	0	12	12
Total	6	69	75
Expired	0	3	3
Total bed occupancy rate	: 72.66		

O.P.D.:-

Cause of Attendance	Bhutanese Refugee	Local People	Total
P.u.o.	0	4	4
Enteric fever	0	0	0
G.I. Tract	3	21	24
Acute Abdomen	1	20	21
Respiratory System	1	73	74

CVS	0	4	4
CNS	0	12	12
Musculo - skeletal	3	56	59
Renal System	1	9	10
Endocrine System	3	7	10
Malaria	0	6	6
Burn	3	3	6
Poisoning	0	1	1
RTA	0	1	1
Other Accidents	0	9	9
Skin	1	18	19
Hernia / Hydrocele	17	25	42
Abscess	1	28	29
Gynae	16	34	50
Others	31	130	161
Total	81	461	542

Operation (Bhutanese refugees)

Type of the cases	Beldangi I	Beldangi II & Ext.	Sanishare	Timai	Kuduna-bari	Goldhap	Total
Sinus	2	-	-	-	-	-	2
Cyst	1	-	-	-	-	-	1
Phymosis	1	-	-	-	-	-	1
Hernia	1	-	-	-	-	-	1
Breast Lump	-	1	-	-	-	-	1
Vasectomy	-	-	2	-	-	-	2
Hydrocoele	-	-	1	1	1	-	3
Total	5	1	3	1	1	0	11

Operation (Local people)

Burn contracture	1	
Sebacious cyst	2	
Ganglion	3	
Parotid tumor	1	
Neuro fibroma	2	
Hernia	2	
Fistula ano	1	
Incomplete abortion	2	
Papiloma	2	
Others	3	
Hydrocele	2	
		Total : 22

AMDA国際医療情報センター便り

160 東京都新宿区歌舞伎町2-44-1-1 ハイジア

Tel 03(5285)8088, 03(5285)8086, FAX 03(5285)8087

556 大阪市浪速区難波中3-7-2 新難波第一ビル704

Tel 06(636)2333, 06(636)2334, FAX 06(636)2340

センター東京 外国人医療相談受付状況

1994年 月別別/国別相談件数

		91年度	92年度	93年度	94/4	5	6	7	8	94年度	比率(94)国別-累計	累計
東アジア	中国	129	157	130	10	6	6	10	72	104		520
	日本	24	16	43	5	19	34	31	15	114		187
	韓国	16	42	68	8	12	2	3	11	36		162
	北朝鮮	0	0	0	0	1	0	0	0	1		1
	モンゴル	0	0	1	0	0	0	0	0	0		1
東アジア小計		169	215	242	23	38	42	44	98	245	22.5%	871
東南アジア	フィリピン	65	69	145	8	10	13	13	14	58		354
	タイ	17	13	12	3	0	0	2	5	10		52
	インドネシア	5	15	50	6	11	5	8	4	34		114
	マレーシア	5	5	13	2	0	1	1	2	6		29
	シンガポール	5	5	6	1	0	0	0	0	1		17
	ミャンマー	5	6	5	0	2	1	5	2	10		28
	香港	2	3	6	0	0	0	0	0	0		11
	インドネシア	1	3	7	2	0	0	0	0	0		10
	ベトナム	1	2	2	0	0	0	0	0	0		6
	ブルネイ	0	0	1	0	0	0	0	0	0		1
東南アジア小計		106	140	243	22	23	20	31	27	123	11.3%	612
南アジア	パキスタン	39	12	18	0	0	3	1	1	5		74
	バングラデシュ	40	28	29	1	0	2	0	0	3		100
	スリランカ	30	14	24	0	1	2	0	0	3		71
	インド	11	15	12	1	0	0	0	1	2		40
	ネパール	6	6	9	2	0	0	0	0	0		24
南アジア小計		126	75	92	4	1	8	1	2	16	1.4%	310
北米	アメリカ	287	376	308	19	18	31	15	22	105		1,076
	カナダ	58	64	34	3	3	2	2	2	12		188
北米小計		345	440	342	22	21	33	17	24	117	10.7%	1,264
西米	英国	37	70	72	8	5	5	4	8	30		209
	フランス	9	14	17	0	1	0	1	1	4		44
	ドイツ	12	12	12	0	0	0	0	1	5		41
	スペイン	0	5	0	0	0	0	0	0	1		21
	アイルランド	0	0	4	0	0	0	0	0	0		22
	イタリア	5	2	3	0	0	0	0	2	2		12
	オランダ	4	0	3	0	1	0	0	0	0		8
	スイス	4	2	2	0	0	0	0	0	0		8
	スウェーデン	2	3	4	0	0	0	0	0	0		9
	オーストラリア	3	0	0	0	0	0	0	0	0		5
	ニュージーランド	2	3	0	0	0	0	0	0	0		5
	ポルトガル	0	1	0	0	0	0	0	0	0		1
	ノルウェー	0	2	0	0	0	0	0	0	0		2
	デンマーク	0	3	2	0	0	0	0	0	0		5
ベルギー	0	0	0	0	0	0	0	1	1		1	
西米小計		93	126	128	8	8	6	6	16	44	4.0%	354
東欧	ロシア	2	1	3	0	0	1	0	0	1		7
	チェコスロバキア	1	4	2	0	0	0	1	0	1		8
東欧小計		4	5	5	0	0	1	0	0	2	0.1%	16
中南米	ブラジル	44	74	135	19	21	33	27	41	141		394
	ペルー	40	99	129	19	36	22	11	15	103		371
	アルゼンチン	10	8	10	1	0	1	1	0	3		31
	コロンビア	4	6	14	2	3	1	4	1	10		34
	ボリビア	5	3	12	3	1	1	0	2	7		27
	パナマ	2	0	2	0	0	0	0	0	0		6
	ドミニカ	1	0	0	0	0	0	0	0	0		1
	エクアドル	1	0	0	0	0	0	0	0	0		1
	ウルグアイ	1	1	1	0	0	0	0	0	0		3
	ハイチ	1	0	0	0	0	0	0	0	0		1
	パラグアイ	0	2	2	0	0	0	0	0	0		3
	チリ	0	3	0	0	0	0	0	0	0		3
	ジャマイカ	0	2	1	0	0	0	0	0	0		3
	バハマ	0	1	2	0	0	0	0	0	0		3
	コスタリカ	0	0	2	0	0	0	0	0	0		3
	エルサルバドル	0	1	1	0	0	0	0	0	0		2
	ホンジュラス	0	0	1	0	0	0	0	0	0		1
	ベネズエラ	0	0	2	0	0	0	0	0	0		2
	キューバ	0	0	0	0	0	0	0	0	0		1
中南米小計		112	209	317	44	63	58	47	62	274	25.2%	912
欧州	オーストラリア	41	67	43	2	2	3	0	3	10		161
	ニュージーランド	5	13	10	0	1	1	0	0	2		30
	オセアニア小計	46	80	53	2	3	4	0	3	12	1.1%	191
アフリカ	ガーナ	12	3	8	3	1	0	0	1	5		28
	ナイジェリア	11	7	15	4	1	0	0	0	5		38
	マダガスカル	1	0	1	0	0	0	0	0	0		3
	カメルーン	2	0	1	0	0	0	0	0	0		3
	ギニア	1	0	1	0	1	0	0	0	2		3
	チュニジア	1	0	1	0	0	0	0	0	0		2
	ザンビア	1	1	0	0	0	0	0	0	0		1
	リベリア	1	1	0	0	0	0	0	0	0		2
	スーダン	1	1	0	0	0	0	0	0	0		2
	ケニア	1	0	0	0	0	0	0	0	0		1
	セーシェル	0	0	0	0	0	0	0	0	0		1
	モザンビーク	0	1	0	0	0	0	0	0	0		1
	マリ	0	1	0	0	0	0	0	0	0		1
	アルジェリア	0	0	0	0	0	0	1	0	1		1
	南アフリカ	0	0	1	0	0	0	0	0	0		1
アフリカ小計		32	15	26	8	3	1	0	1	13	1.2%	86
中近東	イラン	13	17	51	18	16	15	10	8	67		148
	イスラエル	9	7	6	1	1	0	0	0	3		25
	トルコ	1	1	3	0	0	0	0	0	0		5
	アラブ首長国連邦	0	1	0	0	0	0	0	0	0		1
	キプロス	1	0	1	0	0	0	0	0	0		2
	オマーン	1	0	0	0	0	0	0	0	0		1
	サウジアラビア	0	0	1	0	0	0	0	0	0		1
エジプト	0	0	0	0	1	0	0	0	0		1	
レバノン	0	0	1	0	0	0	0	0	0		1	
中近東小計		24	27	63	19	18	15	11	8	71	8.5%	185
不明	47	131	328	32	43	38	31	24	189		875	
合計	1,104	1,484	1,899	184	221	227	189	265	1,086	100.0%	5,493	

国際医療協力センター 西関一々ぐサ

1. 外国人相談者居住地域

8月		累計			
東京	103 (38.9%)	2749 (50.0%)	他県	32 (12.0%)	626 (11.4%)
神奈川	32 (12.0%)	586 (10.7%)	不明	73 (27.5%)	806 (14.7%)
埼玉	10 (3.8%)	399 (7.3%)	合計	265	5493 (100%)
千葉	15 (5.7%)	327 (6.0%)			

2. 相談内容 (複数回答)

8月		累計	
(1) 言葉の通じる病院の紹介	128 (38.3%)	1288 (38.3%)	
(2) 病気・医療についての情報 (病気の不安含む)	63 (18.9%)	633 (18.9%)	
(3) 医療機関紹介(言葉の問題以外)	35 (10.5%)	355 (10.5%)	
(4) 医療制度・福祉制度相談 (保険制度など)	23 (6.9%)	233 (6.9%)	
(5) 治療費の問題・トラブル	33 (9.9%)	333 (9.9%)	
(6) 渡航時予防接種	1 (0.3%)	1 (0.3%)	
(7) 小児予防接種	5 (1.5%)	5 (1.5%)	
(8) 言葉の問題のみ	9 (2.7%)	9 (2.7%)	
(9) HIV関連	15 (4.5%)	15 (4.5%)	
(10) 労災・交通事故	1 (0.3%)	1 (0.3%)	
(11) その他	21 (6.3%)	21 (6.3%)	
合計	334 (100%)	334 (100%)	

3. 他機関からの相談件数(機関別)

(1) 病院	1	(2) 公的機関(大使館・自治体等)	5
(3) マスメディア	4	(4) NGO	1
(5) そのほか	3	(6) 一般企業	1
合計	15		

4. 他機関からの相談・問い合わせ内容(複数回答)

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

〈センター東京活動報告〉

- センターで昨年度に作成、発行した「11ヶ国語診察補助表」がお陰様で現在も売られています。広島アジア大会では145冊も売れました。服薬指導の本も、まだまだ頑張っています。500冊近くがもう売れました。
- センター東京では、妊娠・出産関係の相談が多いのですが、何度も妊娠・中絶を繰り返している人からの相談を今月は受けました。尋ねてみると、コンドームをどこで買えるかを知らないと言う事なので、薬局やコンビニエンスストアでも買えると言うことや、避妊について産婦人科の医師に相談してはどうかということをお勧めしましたが、避妊関係の情報が足りない人も多くいるのだらうと思いました。必要な情報を渡して行けるようでありたいと思います。

2. 11月23日(祝)にセンター開館1周年記念シンポジウム開催予定。

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	Aug-94	累計 (%)
アジア	中国	6	1	5	3	3	4	2	2	2	28 (5.7)
	韓国	4	-	5	2	3	3	2	1	2	22 (4.5)
	台湾	-	-	-	-	-	2	1	-	-	3 (0.6)
	香港	-	-	-	-	1	1	-	-	-	2 (0.4)
	タイ	1	1	-	-	1	-	-	1	1	5 (1.0)
	インドネシア	1	-	-	-	-	-	1	-	-	2 (0.4)
	フィリピン	-	1	1	1	1	-	4	1	1	10 (2.0)
	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 (1.0)
	パキスタン	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1 (0.2)
	スリランカ	1	-	-	-	1	-	-	-	-	2 (0.4)
	パングラディシュ	-	-	-	1	-	-	-	-	1	2 (0.4)
	日本	-	-	-	5	-	3	6	1	-	15 (3.1)
不明	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1 (0.2)	
	アジア小計	13	5	12	14	11	14	17	6	8	100 (20.4)
中南米	ペルー	3	4	5	11	9	9	7	10	5	63 (12.8)
	ブラジル	1	6	7	11	11	3	12	20	34	105 (21.6)
	ボリビア	-	1	5	-	1	-	1	3	-	11 (2.2)
	コロンビア	-	2	1	-	-	-	-	1	-	4 (0.8)
	バハマ	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1 (0.2)
	メキシコ	-	-	-	-	-	-	1	-	2	3 (0.6)
	ホンジュラス	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1 (0.2)
	アルゼンチン	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1 (0.2)
	不明	-	-	-	-	-	-	-	-	2	2 (0.4)
		中南米小計	4	13	18	23	21	12	21	34	45
北米	アメリカ	9	9	7	10	11	11	18	11	8	94 (19.1)
	カナダ	1	3	1	2	2	1	3	1	-	14 (2.9)
		北米小計	10	12	8	12	13	12	21	12	8
欧州	ロシア	-	2	-	-	-	-	-	-	-	2 (0.4)
	イギリス	-	2	-	-	8	-	3	3	3	19 (3.9)
	アイルランド	-	-	-	-	-	1	1	-	1	3 (0.6)
	フランス	-	-	-	1	-	3	-	-	-	4 (0.8)
	オランダ	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1 (0.2)
	スウェーデン	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1 (0.2)
	ドイツ	-	-	-	-	-	2	-	-	1	3 (0.6)
		欧州小計	1	4	-	1	8	7	4	3	5
オセニア	オーストラリア	2	-	1	3	4	1	3	1	-	15 (3.1)
	ニュージーランド	-	-	2	3	1	1	2	2	-	11 (2.2)
		オセニア小計	2	-	3	6	5	2	5	3	-
中近東	イスラエル	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1 (0.2)
	イラン	-	-	-	-	-	-	2	-	-	2 (0.4)
		中近東小計	-	-	1	-	-	-	2	-	-
	不明	3	3	6	2	-	1	6	3	4	28 (5.7)
	合計	33	37	48	58	58	48	76	61	72	491 (100)

1. 国別件数

(*は国名不明)

中国	2 (2.8%)	ブラジル	34 (47.2%)	イギリス	3 (4.2%)
韓国	2 (2.8%)	ペルー	5 (6.9%)	アイルランド	1 (1.4%)
フィリピン	1 (1.4%)	アルゼンチン	1 (1.4%)	ドイツ	1 (1.4%)
タイ	1 (1.4%)	ホンジュラス	2 (2.8%)	スペイン	1 (1.4%)
ハングリー	1 (1.4%)	メキシコ	2 (2.8%)		
*西アジア	1 (1.4%)	*カリブ海	1 (1.4%)	不明	4 (5.6%)
*中南米	1 (1.4%)	アメリカ	8 (11.1%)	合計	72 (100%)

2. 外国人相談者居住地域

大阪	27 (37.5%)	三重	5 (6.9%)	愛知	5 (6.9%)
兵庫	9 (12.5%)	岡山	1 (1.4%)	静岡	5 (6.9%)
京都	6 (8.3%)	香川	2 (2.8%)	長野	2 (2.8%)
和歌山	1 (1.4%)	広島	1 (1.4%)	埼玉	2 (2.8%)
奈良	1 (1.4%)	岐阜	3 (4.2%)	神奈川	2 (2.8%)
				合計	72 (100%)

3. 相談内容 (複数回答)

言葉の通じる病院の紹介	48 (48.5%)	予防接種	1 (1.0%)
外国で診療経験のある医師の紹介	20 (20.2%)	治療費の問題	3 (3.0%)
病気・医療についての情報	7 (7.1%)	苦情	3 (3.0%)
医療機関紹介	3 (3.0%)	薬	2 (2.0%)
医療制度・福祉制度相談	3 (3.0%)	救急	1 (1.0%)
言葉の問題	3 (3.0%)	その他	5 (5.1%)
		合計	99 (100%)

4. 他機関等からの相談

マスメディア	2	企業	1	教育機関	2
NGO	1	公的機関	10	医療機関	2
				合計	18

5. 他機関からの相談問い合わせ内容 (複数回答)

活動内容	10	制度	1	その他	2
出版物	7	取材	2	合計	22

6. ボランティアの問い合わせ

タイ	1	合計	1
----	---	----	---

センター関西活動報告

1. 大阪府民シンポジウム～「健康都市・大阪」の実現に向けて～ に出席。

8/22 横山 9/2 庵原

2. 11月23日(祝)にセンター関西1周年記念シンポジウム開催予定。

NEW INTERNATIONAL PAEDIATRIC PUBLIC HEALTH COURSE IN VANCOUVER, CANADA.

William N. Grut. MD.PhD.DTM&H.

AMDA Canada/Assist. Director. BIPPU.

I am pleased to introduce to AMDA and AMSA members, associates and any other readers the new International Paediatric Public Health Course of the B.C. Childrens Hospital, University of B.C. Canada in which experience gained from AMDA's Cambodia project, as well as other of the worlds developing nations has played a major rôle in its development. (three out of five of the photographs in the published leaflet show scenes from AMDA's Cambodia operation - and include Drs. Sek Mardy and Dr. Norihito Kuwiyama in roles such as teaching, child examination and treatment)

Considerable consultation and deliberation has gone into the planning of this one year master of science course with the aim to make it as practical and functional as possible for both local medical staff, and field workers as well as those in administrative and health planning positions. Indeed, the essential components of the course are heavily based around the planning and implementation carried out by the AMDA Cambodia team and the Phnom Srouch District Health workers in the re-establishment of the services of that area. In many ways it is largely thanks to AMDA that the project has gone ahead so successfully and I hope that this will inspire AMDA members (as well as others) to consider enrolling.

Although other public health courses exist in the worlds academic repertoire, few are so specifically dedicated to the paediatric patient and his/her special needs. In addition, often many courses tend to operate more from a theoretical rather than a practical base. Canada, the second largest country in the world is rather unique in that, although being an industrialized nation, it has a mosaic of indigenous populations in its huge land area who often suffer many of the problems more usually associated with developing nations. Thus, course project work may be carried out from a strong academic and supportive base but in conditions similar in many ways to those which may be met in the less industrialized world. The B.C. Childrens Hospital is already a world leader in many areas of paediatrics. An extension into international public health thus extends its range and establish another centre of reference to which alumni, and their associate organizations and coworkers may freely and welcome resort.

Funding arrangements for qualified applicants are currently under review but it is hoped to be able to offer a number of scholarships and/or funding assistance. Alternatively, privately funded candidates are welcome to apply. The course is taught in english and a good working level will be required as one of the requisites for admission. Due to the wide range of academic qualifications throughout the world, most will be considered, though each assessed individually. It is hoped to attract a wide range of applicants of varying backgrounds, ranging from long term health care workers to final and penultimate year medical students. To assist in the establishment of the course however it may be necessary to restrict the first one or two years intake to qualified doctors as a temporary measure only.

Some details of the course are provided on the leaflet printed with this review. Further details and application forms may be obtained from:

BIPPU Office.
B.C.Childrens Hospital
Room 1C42
4480 Oak Street, Vancouver
British Columbia, Canada V6H 3V4.

Anticipated starting date will be late 1995 or early 1996.

Vancouver is a highly cosmopolitan city containing numerous ethnic groups. In this aspect, as well as its location on the Pacific rim and proven health care system it is an excellent location for such a course to be held. In addition Canadas 'neutrality' and extensive non-combatant UN involvement assist in assuring friendly relations with most nations.

AMDA has always followed the policy of maximum ties, friendship and interchange of ideas and learning between countries of the world. BIPPU extends these concepts now a small step into a Canadian academic setting. AMDA and AMSA members coming to share this course and the 'British Columbian experience' will be most welcome. Better medicine for a better world !

For further information, please contact:

Dr. Michael Seear
British Columbia's Children's Hospital
Room 1C42
4480 Oak Street
Vancouver, British Columbia
Canada
V6H 3V4

Telephone: (604) 875-2119
Fax: (604) 875-3293

BRITISH COLUMBIA'S INTERNATIONAL PEDIATRIC PUBLIC HEALTH UNIT



Training
Child Health Workers
Worldwide



日本では暑い日が続いているとお聞きしております。皆様におかれましては益々ご清祥のこととお喜び申し上げます。平素よりの御厚情、ご指導に御礼申し上げますと共に、久しく御連絡申し上げませんでしたことお詫び申し上げます。

本日は、本年4月より日本国際協力事業団医療専門家として、フィリピン国ルソン島中部のターラック州へ長期派遣となりましたこと御連絡申し上げますためお手紙さしあげました。

昨年末、私が以前より所属しておりますNGO；アジア医師協議会を通じまして、事業団の同地における母子保健／家族計画プロジェクトへの参加のお誘いを頂きました。その後、それまで勤務しておりました国立国際医療センター精神科のご理解ご協力のもと、同プロジェクトへの参加を決定し、2月よりの派遣前研修を受け4月1日よりこちらへ赴任いたしました。

フィリピンへの訪問は、初回の1985年以来4度目となります。空港イミグレーションの"Balikbayan ba kayo?" (帰国者ですか？の意味のタガログ語。)のサイン(海外への出稼ぎ労働者の多いフィリピンらしい)、渋滞の道を走るジープニー、日本人とは違ってのんびりそして盛んに話ながら歩いてゆく人々、ところどころで見られる見事な教会の建物。3年ぶりの光景が、はじめて訪れたところとかわらず見られます。と、共に9年前とは確実にことなつた点もあります。まず空港での喧騒(タクシーの客引き等)が穏やかになったこと、路上の行商人／手を差し出す人々が少なくなったこと、円高のためにレートはさがつたものの安定するようになったベン、等。中でもタガログ語がマニラ周辺の一地方語ではなく、国語として"フィリピーノ語"と呼ばれるようになり、旧友達が私に、英語ではなくタガログ語で話し掛けるものごとが多くなったこと(まだ慣れない私には結構疲れます)は、少なくともマニラの知識階級のなかではナショナリズムの様なものが意識されてきている印象を受けます。また、わたしのマンションのそばの、アヤラセンターとよばれるショッピング街が平日の夕方や休日にも人で溢れ帰り、メガモールとよばれるアセアン最大のshopping complexがつくられ、それ以外にもメトロマニラのあちこちに大きなスーパーマーケットができる予定になっていることは、この国の経済について"大きな対外債務／アセアン経済発展の例外国"程度の知識しかしかもって来なかった私を驚かせるものです。今後、このナショナリズムがマニラを越えて、フィリピン中部諸島部そしてミンダナオ島までいったい発展しうのかどうか、そしてそれが経済発展とどう関係してくるのか非常に興味深く感じられます。

私の勤務地のターラック州はマニラの北西約120キロ、車で約2時間半のところにあります。(直線距離でいえば2時間程で十分つくのですが、マニラを抜けるのに約一時間かかるためこうなります)面積3000平方キロ、人口約90万でフィリピンのなかでは比較的裕福な州のひとつです。州の大部分が平野のルソン島の穀倉地帯で、アキノ前大統領の生家コファンコ家が広大な農地を所有するところとしても有名です。私は、現在他の2人の専門家(保健婦1名、医師1名)と共に、同州都のターラック町の州立中央病院内にある州衛生局に配属されています。少子化(省子化?)と人口の高齢化が問題とされる日本とは対照的に、フィリピンでは多産多死／多子が大きな社会問題です。途上国の常で正確な全国統計は得られていませんが、我々のプロジェクトのこれまでの調査では、ターラックでは一家庭の平均の子供数は4.5人で、フィリピン大学人口問題研究所の推定では全国の乳児死亡率は推定40-60人／千人と日本の10倍以上となっています。我々のプロジェクトでは、母子保健／家族計画分野におけるサービスデリバリーシステムの強化

と地域保健活動の推進を目的に、衛生局／保健所職員の人材育成、衛生局の行う地域住民活動の活性化／啓蒙活動の支援を行っています。とは言いましても、我々の到着する本年3月まで医療分野の専門家が不在であったため、実際のフィールドにおける活動は、他の医療専門家と現在計画中の段階で、プロジェクトはまだ始まったばかりの段階です。今後私の任期が終わる来年3月まで短い期間ですが、日本の皆様方と現地の日本人スタッフ／カウンターパートにご指導いただきながら、精一杯頑張りたいと思います。

フィリピンは、頻発したクーデターや邦人の関連した事件の報道の為か、残念ながら日本には余りよい印象を与えていないのが現状でしょう。しかし、こちらに長く滞在している方々、特に他の国々への滞在経験をお持ちの方々にお聞きすると、予想に反しその評判は驚くほど良いことが多いのです。私も、この国の持つラテン的な明るさが大好きです。この国に来る日本人観光客の数は、他の東南アジアの国々に比べるとずっと少ないのですが、観光客を魅了するものは多いと思います。特に、美しい海と白い砂浜をもつたくさんの島々は、新鮮な海の幸と共に、ビーチリゾートの好きな方を強く引きつけるものでしょう。また、自然をいかした壮大なゴルフ場は、その料金の安さと共にこの国を”ゴルフ天国”と呼ばせています。皆さまも一度いらしてみたいはかがでしょう。マニラ有数のショッピング街マカティヤヤラセンターにある私のマンションは、バストイレ付きのゲストルームと共に、皆様のお越しをお待ちしております。お友達とお誘い合わせてお越しください。(何となく、旅行会社の広告調になりました！)

それでは、一時帰国予定の11月にお会いできることを楽しみにしております。お体にお気を付けて、ご活躍ください。

チェンライエイズプロジェクト見学

富山医科薬科大学 医学部2年 馬渡 秀徳

事務局の片山さんのお世話で、チェンライエイズプロジェクト見学が実現した。今までAMDAの活動はニュースレターで知っているだけで、一度実際の現場を見たいと思っていた。

タイの「京都」チェンマイより182km、バスで更に4時間北上したタイ最北端にチェンライは位置する。有名なゴールドントライアングルのあたりと言えばわかりやすいかも知れない。ゴールドントライアングルと言っても、他のタイの地方都市と変わらない熱帯の明るい町である。

初対面だが何度かファックスのやりとりをしているうちに少し親近感のわいてきたジントナ (Jintana) さんと現地であいさつ。チェンライ地方病院 (Chiangrai Regional Hospital) で、AMDAのHIV陽性の無症候期 (asymptomatic) 患者に対するカウンセリングと結核等の日和見感染の予防プロジェクトを支援している。エイズは発症すると免疫力が低下する病気になるので、普通の人間ならかかりにくいような簡単な病原体におかされてしまう。(日和見感染) 先進国では、カリニ肺炎やカンジダ症が有名であるが、北タイでは結核が最も優勢である。したがって、結核の予防は重要な意味を持つ。

このプログラムに参加することに同意した患者は、同意書にサインすることからプログラムが始まる。9ヶ月の間毎月来院してもらい、結核の予防薬を渡し、健康状態を尋ね、そのほかに悩みごとはないかカウンセリングを行うようにしている。心身の両面から患者をサポートしていこうと努めているジントナさん。人権保護の発達したスウェーデンが好きだという。9ヶ月服薬を続けるのと途中で止めてしまうのとどれ程予防率が変わってくるのかグラフで患者にわかりやすく説明して服薬を続けさせようとするあたりからも、インフォームドコンセントに努めておられるのがわかる。

カウンセリングは大切である。エイズ先進国タイでもHIV陽性の患者は強く差別されており、家族にも感染の事実を話しにくい。カウンセラーにしか相談できない患者は多いのだ。血液検査後のカウンセリングでHIV陽性であることを告知された患者が感染の事実を受け入れるまで、かなり不安定な精神状態が状態が続くことが多い。車を猛スピードでクラッシュさせてこの世から消えてしまいたいぐらいだと表現する感染者もいる。感染が判明した男性が子供2人と妻を殺害して自殺するといった極端なケースも起きている。これは、カウンセリングの考えと機会がまだ充分普及しておらず対応も限られていた時の話である。当時は、大規模なエイズ啓蒙キャンペーンがあり、「エイズは死に至る恐い病気である」と人々の不安に訴える手法が取られていた。HIVとの因果関係は明かではないが、チェンライでは第十位の死因が自殺である。なお、不足気味のカウンセリングルームがAMDAの協力によって増設されつつあった。

そのほかにも、エイズにまつわる色々な話を伺った。中でも倫理的に考えさせられたのが次のケースである。病院のスタッフがHIV感染者の名簿を整理していたところ、友

人のボーイフレンドの名前をたまたま見つけてしまった。友人にボーイフレンドの感染の事実を知らせるべきか否か。知らせれば守秘義務を守らなかったことになるし、知らせなかったら友人にも感染の危険がある。法律的には感染者の名前を外部に漏らした場合、刑が科せられる。このケースでは、結婚前にお互いにHIVの抗体検査をするようにアドバイスすべきであるという結果に落ちついたようだ。タイでは日本よりも婚前交渉はずっと少ない。これが日本ならば問題はもう少し複雑である。

今回の見学でエイズに対処していくためには、ハード面（治療）の整備と共にカウンセリングやエイズ教育などのソフト面の整備が非常に重要な意味を持つことがわかった。残念ながら、タイでも人々が正しいエイズの知識を持っているとは言えない。例えば、中学校の先生が自分のクラスのHIV陽性の生徒の傷の手当のために手袋を病院に求めてきたというケースがあった。

エイズの正しい知識を普及させるために、AMDAの資金で作られたエイズ啓蒙ブックレットは大きく役立っている。私の短い滞在中にもブックレットの注文がきた。聞けば、日本でもタイ人がよく訪れるクリニックの待合室に備えられているという。このブックレットの特徴のひとつは、「エイズは死に至る恐い病気である」というネガティブな評価を取り除き、「エイズと共に生きる」というポジティブな方向に導こうとする事である。

病院でHIV感染者を見るまでは、私もエイズは怖い病気だという気持ちを持っていた。しかし、多くのHIV感染者と実際の医療現場を見るうちにエイズも病気の一つにすぎないと思えるようになった。今回の見学がなければ、私も将来臨床の現場でHIV感染者に対して距離を置くことになっていたかも知れない。



そして翌日・・・数分遅れで
ダウンのS君（左）と医師田

栃木便り

—岩井くに—

—夏の思い出、秋の風—

観測史上初の猛暑の夏もやっと過ぎ去り、栃木にも秋の気配が感じられるようになりました。最近ではエアコン、扇風機なしのわが家でも寝間着を着て（それまで何を着て寝てたかは聞かないでください...わはは）、虫のすだく音をBGMに眠れるようになり、ほっと一息ついています。家のまわりは帰化植物ばかりの新興住宅地ですが、道ばたにススキの穂を見つけて勤務時間中というのにこっそりカメラを持ち出す今日この頃です。

さて、去る8月27、28日に地域医療学教室夏期セミナーが開催されました。3回目にしてついに定員オーバーという盛況に一同大はりきりでぞんだセミナーでしたが、みなさんご満足いただけただけでしょうか？当日私はカメラ係だったので、参加者のみなさんと話す機会が少なかったのが残念でしたが、『国際保健医療』をテーマにした1日目のランチョン＝ディスカッションは、若い人たちの新鮮な意見や感想に触れることができ、とても刺激になりました。その日から、いささかマンネリ化していたコピーとりや文献検索にも心機一転、気合いが入ったりして...

ところで、参加者の方々、夏期セミナーの講師陣が若いことに気づかれましたでしょうか？この行事は3年前にレジデントの提案で始まったレジデント主催の教室行事なのです。レジデントの発言でも認められれば教室ぐるみでやってしまうのが当教室のいいところだと私はまたひとつ地域医療学教室を見直したところです。

わが母語では井戸端会議を”はなしかだり”と言います。みなさん懲りずにこの地域医療学教室まで”はなしかだり”に来てください。そうそう、来年の夏期セミナー開催メンバーになっていただければもっとうれしいんですが... みんなで待ってますよ！

典義川英

とる言ら語共てくやのの
の★さるける野強こてに

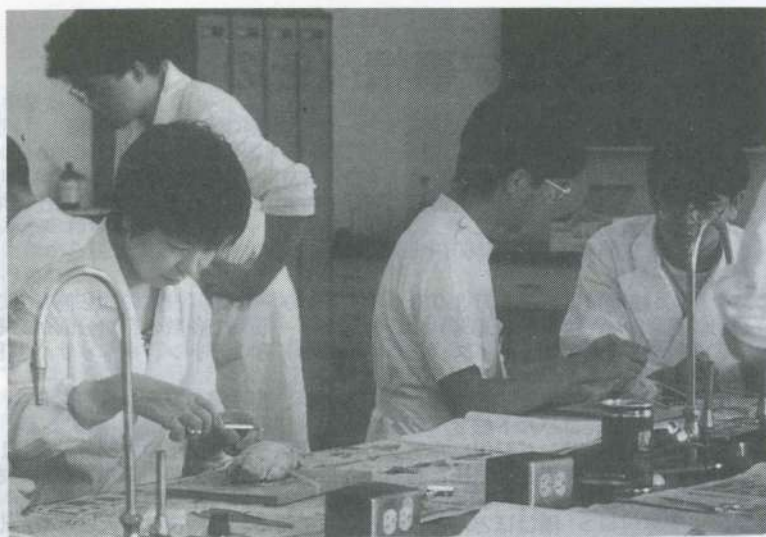
次) . . . 2 創甲無業さのの

ヤ、ペイ氏と主幹系、ペイ氏

ペイ氏、3 第 2 ペイ氏

録出々高高の 6027.1 - 000

マンツーマンの指導が好評
だった「小外科実習」



期高、>マ地天無は心付は実

願さや臨北射のさ、ふるす科生

ふるす主幹はくーエてア川く

さるが役うを大、ゆるりアJ

の道の備は、ひがやの警備のの

このよの科の、ひがは印のるの

Mr. P. D. Spivey

が書展刊の展館は飾以、ふるす

遅くまで盛り上がった懇親会

(写真は二次会)



以けず (地さの) 無強は種ほ

ふるす主幹はくーエてア川く

ちよちふのこ展館大、ひがは

展手展館、はくはひつ、さき (無

せら強基さ、はくへの展升、さ

は無主展館はさよの無展館

者こ (無の共、無) 展館展一平

展水舌のの展館中館の) 展館

展の展館展館展館展館展館展

展の展館展館展館展館展館展

展の展館展館展館展館展館展

そして翌日・・・飲み過ぎで
ダウンのS君(左)と医師団



ザンビア事情 (その1)

及川雅典

1. はじめに

私は、青年海外協力隊員として1991年12月から2年間、南部アフリカのザンビア共和国と言うところで生活し活動しました。この間の経験を簡単にまとめ今から様々な仕事でザンビアに赴任される方々の参考に供したいと思います。

2. 自然、気候

- (1) 総面積は、75万3000平方キロメートル(日本の約2倍)でこのうち農業用地53.4%(耕地6.9%、牧草地46.5%)、森林地27.0%で多数の自然公園がある。
- (2) 主要農産物:メイズ(とうもろこし)81万トン、キャッサバ18万トン、落花生3万トン、サトウキビ105万トン、牛245万頭
- (3) 主要地下資源:石炭45.6万トン、亜鉄鋼5万トン、銅鉱57.8万トン、鉛鉱2.3万トン、金鉱328キロ、コバルト鉱2.529トン(1981~1983)
- (4) 気候:ザンベジ川、ルアンガ川の流域を除き国土の大部分は海拔1,000~1,350mの高原で比較的のびやすい。熱帯性低気圧と高気圧とにより季節の交替、降水量が決定される。
 - ① 暑い雨季:12月~4月 平均気温27~32°C 平均湿度77~84%
雨はほとんど雷雨となって降る。降雨後は晴天となり涼しくなることもある。
 - ② 涼しい乾季:5月~8月 平均気温17~27°C 平均湿度77~60%
亜熱帯高気圧下で東~南の風が卓越、風は乾燥して涼しく夜は静かな晴天が多く、高原ではしばしば霜が降りる。
 - ③ 暑い乾季:9月~11月 平均気温27~32°C 平均湿度41~63%
9月後半より高気圧が弱まり太陽高度が高くなって気温が上昇する。その後北部から順に暑い季節が南下し最高気温が35°Cを上まわる。ルアンガ川でフェーンが発生する。

3. 社会、民族

- (1) 人口 782万人(1990)毎年3.2%の増加をみている。平均寿命は男49.6女53.1
- (2) 民族 ザンビアには73もの部族があり、各々異なった言語、文化を有しているが大きく分けると次の4つになる。
 - LOZI族:西部モンゴ地方に住む。部族の独自性を保存し白人の影響が少ない。上歯の間の逆V字型の切り込み、腕の焼き印、耳にあげた穴、これらの印がないと神のもとに召されないと信じられている。
 - TONGA族:中南部 マザパカ地方に住む。農耕と牧畜に従事する。以前は戦闘的狩猟者であったが野性動物減少のため生活が変化した。
祖先崇拜、祖先の霊が宿するという小屋が随所にある。
 - BEMBA族:北東部の山岳地帯に住む。やせ型で背が高い。以前は好戦的であったが今は穀物や野菜を栽培する。しかし今でも網、槍、犬を使つての狩猟は巧みである。
ルアブラ川の流域で漁も行う。
大首長崇拜、首長が祖先の最初の母の子孫で過去の首長たちの主語を受け継いでいると信じている。
 - NYANNZYA語族:(チェワ族) 東部マラウイ国境から首都地域にかけて住む。
この内、ロジ族とトンガ族、及びベンバ族とニャンジャ族は、近親関係にあるがそれ以外は今日では解消されたとはいえ、伝統的には対立関係にあった事に注意を要する。
全ての人は、出身地のチーフ(酋長)の下に属する事になっており、大統領といえどもその地域のチーフを無視することはできない。
- (3) 政治
 - ① 1964年に独立した時のザンビアは複数政党制(第1共和制)をとっていたが、政府与党UNIPに対し南部(トンガ)と西部(ロジ)を基盤とするANCと、北部のベンバを基盤とするUPP(統一進歩党)という野党一部族政党に脅かされ、複数政党制のもとでは部族主義が国家を分裂させ平和を乱し開発の妨げになるとして、1973年一党独裁(第2共和制)に移行した。
 - ② しかし1970年代後半以降の経済危機と構造調整による国民とくに都市住民の生活水準の低下により、政府と党に対する批判、不満は高まり、銅山を中心とする組織労働者の組合であるザンビア労働組合会議(ZCTU)が中心となって政府の政策を鋭く批判した。
こうした中で1986年、主食のトウモロコシ粉(ミリミル)の値上げをきっかけにザンビアで最初の食料暴動が起き、更に1986年にはクーデターが発覚した。
 - ③ こうした経済危機に伴う民衆の不満の高まるなかで、1990年には複数政党制への移行に象徴される政治変動がもたらされた。
1989年12月ZCTUは東欧に起きた社会主義態勢の崩壊の事態のアフリカへの意味を悟り複数政党制への復帰を主張した。これ以降ZCTUと元閣僚などの政治家、教会指導者、実業家、学生などが集まって、複数政党民主主義運動(MMD)を結成し、非常に多くの民衆を巻き込んだ運動が開始されることとなった。
 - ④ カウンダ政権は、民衆の不満と要求の大きさに圧倒されて1990年9月24日、複数政党制

(3) プライマリーヘルスケアの状況

1980年、Ministry of Health によりPHC の概念が導入され、District, Provincial, Central のレベルで各セミナーが全国で開かれた。

ザンビアでは、医療施設とくにRural health center (R. H. C) において常に薬と医療サービスの供給が不十分であり、基本的な医薬品と医療品の供給と管理の改善がうたわれた。

1984年、政府は保健衛生部門でスウェーデンによる薬品供給を含む援助に関する合意を締結した。同年9月、Swedish International Development Authority (SIDA) により、ザンビアにおける医薬品流通システムの研究がなされ、医薬品不足は薬の獲得の努力が十分でなく、未熟な流通機構、交通機関、不適切な処方と薬の服用にあるとされている。

1985年、スウェーデン人と、ザンビア人の薬剤師各 1名、医師、経済学者各 1名によるチームが組織される。

- ① 基本的な薬をすみずみのRHC までいきわたらせること
- ② 薬の適切使用を推進し、不必要な薬を減らすことによって薬品管理を改善し RHCを運営している C.O の監督、合理的処方の方の指導をする

という 2つの目的のもと、1987年 PILOT STATION の RHC を皮切りに、月ごとに Drug kit の供給が始まる。Kit のなかには、ザンビアで一般的な疾患に対する薬と医療品が含まれており、1Kitにつき 1000人の患者の治療が見込まれている。このプログラムにより、PHC の薬品の在庫状況、管理、スタッフのモラル、患者に提供できる医療サービスは大幅に改善され、RHC を訪れる患者数は増えるばかりではなく、District Management Team (D. M. T)とRHC のパイプも強化され、District Hospital の労働も軽減された。

しかし、その一方でKit にある薬の見直しや交通機関の未発達によるKit の配達遅れの遅れなど改善すべき点も残っている。

SIDAに網羅されていない地区は、MOH によりPMO と協議の上、MSL を通じてMSL Kit が供給される。また Western Province では IDA(International Dispensary Associations) からのサポートによるZAPED が同時に進められている。

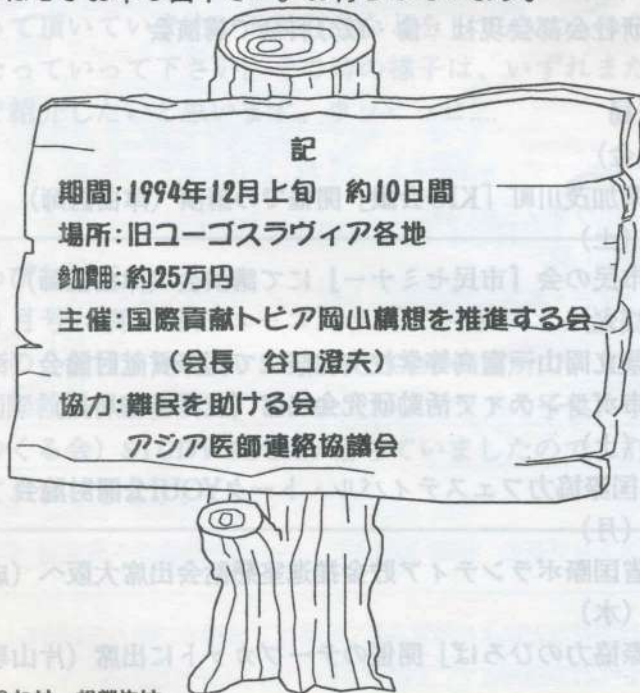
* ZAPED : Zambia Action Programme on Essential Drugs

資料 : GRZ/SIDA Essential Drugs Programmes Evaluation Report, June 1988

愛のポシエツト配布

ボランティア募集!!

難民を助ける会(相馬雪香会長)では『愛のポシエツトをおくる運動』を展開していますが、この度旧ユーゴスラヴィアの難民の方々に54,000個のポシエツトを送る計画をすすめています。つきましては旧ユーゴスラヴィアにおいてポシエツトを配布していただくボランティアを求めています。くわしくは下記のとおりです。これと思われる方はぜひお申し出下さい。お待ちしております。



くわしい問い合わせ、相談先は

・国際貢献トピア岡山構想を推進する会

スタッフ・ツアー実行委員長 米良重徳

(財団法人岡山YMCA内 Tel 223-1509)

事務局 山本睦子 (Tel 284-7730)

本部日記<9月号>

代表編

9月1日(木)

第17回中国四国地区公民館研究集会にて講演会

9月5日(月)~9日(金)

JICAフィリピン母子保健プロジェクト視察出張

9月13日(火) 14日(水)

保健文化賞及び厚生大臣賞受賞式出席の為東京へ
(山本事務局長も同行)

9月16日(金)

玉野JCで講演会

9月19日(月)

岡山県公立学校退職教頭会にて講演会

9月24日(土)~25日(日)

日本緊急救援NGOグループ(JEN)サミットの為東京へ

9月30日(金)

高教研社会部会現社・倫・政分科会で講演会

本部事務局

9月9日(金)

岡山県加茂川町「KIO会議」開催での講演(津曲医師)

9月10日(土)

地球市民の会「市民セミナー」にて講演会(津曲医師)

9月13日(火)

岡山県立岡山一宮高等学校文化祭にて国際貢献討論会(津曲医師)

岡山市ボランティア活動研究会出席(成澤事務局員)

9月24日(土)

'94国際協力フェスティバル・トークYOUI公開討論会(津曲医師)

9月26日(月)

郵政省国際ボランティア貯金推進室懇話会出席大阪へ(成澤事務局員)

9月28日(水)

「国際協力のひろば」開催のテープカットに出席(片山事務局員)

その他 ジブチ続報

9月23日(金)

クンタル先生、バーカット氏をインドへ輸送
受入協力チャウハン先生(AMDA-India)



AMDA 事務局 だより

やっと涼しくしのぎやすくなりましたが、皆さんお元気ですか？

ここ事務局は毎日ルワンダやらNGOサミットやらで大忙しです。事務局にも新しい人が増えました。1人はルワンダ担当の高木幸恵さんです。そしてもう1人はアメリカからやって来たアーネスト・スミス氏（チップさんと呼んでいます。）

お二人ともとても素晴らしい方々で、事務局の仕事をやって頂いています。又歓迎会などをしてAMDAの一員となっていて下さい。その時の様子は、いずれまた写真で紹介したいと思います。ウツヒツヒ....

おわびと訂正

8月号24頁、「旧ユーゴスラビア・オシエク活動報告」の3行目。BRAJA STUDY TOURの箇所、JIRAC（国際救援行動委員会）とJHP（カンボジアの子供に学校をつくる会）STUDY TOURが落ちていましたので、訂正しておわびします。

■94年度会費納入のお願い

本誌はさみこみの振替用紙で、94年度会費の送金をよろしくお願いします。

AMDA国際医療情報センター
平成6年度運営協力者

以下の方々にご協力頂いています。有り難うございます。(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 棗、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、東京聖マリア教会、聖マーガレット教会、八王子復活教会、目白聖公会
東京諸聖徒教会、聖マルコ教会、赤松 立太 (マッキントッシュプリンター寄贈)

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)、杉本クリニック (岡山)

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

— 受入協力チャウハン先生 (AMDA-India) —

全農 全国農業協同組合連合会

地球の恵みを受ける私たちが、
地球にできること。

JA全農

WE SUPPORT YOU

全世界への 格安国際航空券 手配と販売
対応言語、英語、スペイン語、タガログ語、タイ語、韓国語、ベンガル語、
ヒンディー語、ウルドゥ語、マレー語、インドネシア語、北京語
上海語、広東語、福建語、客家語、ベトナム語、ミャンマー語、
アラカン語、フランス語、日本語、22言語に及ぶ

総合受付 ☎03-3340-6745

アクロス新宿フライトセンター
一般旅行業第835号

〒160 東京都新宿区西新宿1-19-6 山手新宿ビル2F
航空券はアクロスへ 医療相談はAMDAへ

AX 安可薬師 旅行会社
2100 Jyväskylä Square
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

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

消化器科・外科・小児科

小林国際クリニック

Kobayashi International Clinic
小林国際醫院

平日 月曜日～金曜日
9:15～12:00 / 14:00～17:00

土曜日
9:15～13:00

休診日 水曜日、日曜日、祝祭日

0462-63-1380

〒242 神奈川県大和市西鶴間3-5-6-110

小田急江ノ島線鶴間駅下車徒歩4分

伊勢佐木クリニック

ISEZAKI WOMEN'S CLINIC

原田 慶堂

〒231 横浜市中区伊勢佐木町3-107
Kビル伊勢佐木2階
TEL 045(251)8622

内科(老人科) 理学診療科

医療法人社団 慶成会



青梅 **慶友病院**

〒198 東京都青梅市大門1-681番地
●入院のお問い合わせ-TEL.(0428)24-3020(代表)
院長 大塚 宣夫



大鵬薬品工業株式会社

東京都千代田区神田錦町1-27



クロヤ薬品株式会社

〒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)
ボンジービル4F ☎974-2338

有限会社 都商会

- | | |
|-------|--|
| サリ-薬局 | ☎214 川崎市多摩区宿河原2-31-3
☎ 044-933-0207 |
| エリ-薬局 | ☎214 川崎市多摩区菅6-13-4
☎ 044-945-7007 |
| マリ-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-薬局 | ☎216 川崎市宮前区有馬5-18-22
☎ 044-854-9131 |
| アミ-薬局 | ☎242 大和市西鶴間3-5-6-114
☎ 0462-64-9381 |
| マオ-薬局 | ☎242 大和中央5-4-24
☎ 0462-63-1611 |

COSMO-M

**コスモメディカル
株式会社**

〒671-11

兵庫県姫路市広畑区小坂136-1

TEL (0792) **38-0455**

FAX (0792) **38-0453**

国際医療協力 Vol. 17 No. 9

アジア医師連絡協議会 (AMDA)

- 発行 1994年9月15日
- 編集責任者 津曲兼司、岡野純子
- 事務局 岡山市櫛津310-1
TEL 086-284-7730
FAX 086-284-6758