

国際医療協力

Vol. 17 No. 10

1994. 10



カレへのキャンプにて
左より妹尾看護婦、加藤看護婦
現地スタッフ、五十嵐医師、ポカレル医師

AMDA

The Association of Medical Doctors for Asia

アジア医師連絡協議会

Contents

- AMDAご案内 2
- 郵政省ボランティア貯金配分金受賞謝辞 中西 泉 6
- JICA家族計画/母子保健プロジェクト-AMDAより2名参加 8
- ルワンダ難民救援医療活動報告
 - ・ Rwandan Refugee: a big challenge Dr. Pokharel 14
 - ・ Establishment of AMDA Health Center Dr. Riwal 20
 - ・ キブンバキャンプからの報告 加藤奈津子 23
 - ・ 与党調査団の議員先生方を尋ねて 友貞多津子 33
 - ・ ルワンダ難民議員調査団報告 高見裕一 34
- 旧ユーゴスラビア難民救援医療活動報告 36
- モザンビーク難民救援医療活動報告 吉田 修 54
- ソマリア難民救援医療活動報告 58
- カンボジア救援医療活動報告 68
- ブータン難民救援医療活動報告 78
- タイAIDSプロジェクト 80
- AMDAバンクラデシュ便り 82
- インド連邦ペスト禍医薬品緊急輸送プロジェクト 84
- UNHCR・EMTPの参加報告 高橋 央 86
- AMDA国際医療情報センター便り 88
- 栃木便り 岩井くに 92
- AMDA沖縄支部設立準備会議 山本秀樹 95
- お礼・本部日記 97

アジア医師連絡協議会



AMDAプロジェクト紹介

※現在継続中

アジア多国籍医師団

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

現在、NGO団体の連合体であるソマリア難民救援チームに参加して活動中。

① インド連邦カルナタカ州無医村地区巡回診療プロジェクト

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



② ネパール王国ビスヌ村地域保健医療プロジェクト※

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



③ 在日外国人医療プロジェクト※（東京・大阪）

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



④ クルド湾岸戦争被災民救援プロジェクト

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



⑤ ピナツ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ロ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プ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。



⑬ 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。



⑭ 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。



⑮ 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。



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」

期間 4/21 - 12/2
時間帯 朝 ~ 夜

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 山本秀樹 (岡山大学公衆衛生学教室)
- 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 岡山市植津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 / 岡本香織 (関西センター、非常勤)

旧ユーゴ
ルワンダ
モザンビーク
情報
小情報
4/27
CE
4/27
中

- 研修内容
- ① 2007-7/20 in 研究
 - ② 2007/12/2
 - ③ 1/27
 - ④ member 2007/12/2

郵政省ボランティア貯金配分金受賞 謝辞

AMDA副代表 中西 泉

本日郵政省ボランティア貯金配分金を頂くに当たり、預金者の皆様およびボランティア貯金に携わる職員の方々に大いなる感謝を捧げます共に、私たちNGOが重大な責任を負っていることを改めて感じる次第です。

私たち、主に海外で人道的援助を行っているNGOは、1991年のボランティア貯金制度設立以前は海外の難民、被災民に対する人道的援助活動への焦りにも似た熱意は旺盛でしたが、資金面から活動は困難を極めておりました。これがボランティア貯金からの援助を頂くことにより、日本人の顔の見える援助活動が可能となってきたのです。事実、海外の現場では日本人の顔を伴った活動がボランティア貯金制度によって支えられていることが、国連及び欧米のNGOの間にも広く知られるようになって参りました。このようにボランティア貯金制度は、日本のNGO活動にとっては、強力な第2段ロケットエンジンにも相当するものであり、我国の国際貢献に新しい地平を開くものです。

さて、この度はルワンダ難民救援に対し配分金を受ける訳ですが、ザイールのゴマなど現地で活動する我々のスタッフからの報告では、紛争原因は部族、政治等様々な要因があるにせよ、コレラ、赤痢、低栄養等で苦しみ或いは死に至っている人々は、弱者である子供を中心とした一般市民です。ルワンダ人口780万人の内、殺害されたもの50万人以上、全人口の約4分の1の200万人が難民となり、国外流出しているといわれます。その大半は、最近迄平穏に暮らしていた一般市民であり、彼らの土地はアフリカの真珠と言われるほど豊かな大地でした。現在これらの人々が長い逃避行の末、仮の住まいを営んでいるのはザイールのゴマに代表されるような、火山岩の堅い地盤のためトイレ、井戸も掘れないような不毛の大地です。コレラ等の消化器伝染病は何万人もの生命を奪いました。ここでの難民救援活動は、国連、フランス、アメリカ等の軍隊、欧米の大きなNGOによって行われていますが、この中で我々日本のNGOも小規模とはいえ精一杯仕事を行っております。

この度、我国の自衛隊も救援活動に参加することになりました。私たちNGOと補完し合い乍ら、日本の国際貢献を高めてゆくことは、非常に意義あることと思います。現地は雨季であり、不安定な治安の中で活動を続けてゆくことは、非常な困難を伴います。私たちNGOは、国連、他のNGOや自衛隊などと密接な連絡を取りつつ、スタッフの身の安全を第一に考え活動してゆくつもりです。

我々人類は、運命共同体である、宇宙船地球号の乗組員に例えられます。ボランティア貯金の無数の預金者の方々の善意を目に見える形にして苦しみ、悩んでいる現地の人々に送り届けるのが我々NGOの仕事であると思います。

責任の重さを私たちは再度確認し、近い将来かかる悲劇が地球上から一掃されることを念じつつ明日への活動を続けてゆく所存です。

今後共、私たち日本のNGOの育成に温かい援助とご指導をお願い申し上げ、挨拶に代えさせていただきます。

平成6年9月20日

ボランティア貯金表彰NGO四団体を代表して
アジア医師連絡協議会 副代表 中西 泉

ルワンダ難民への緊急援助事業を行う民間海外援助団体 (NGO) に対する
国際ボランティア貯金の寄付金の配分について

配分団体別配分額及び事業内容

- | | |
|----------------------------|----------|
| (1) アジア人権基金 (東京都) | 14,290千円 |
| ・ルワンダ難民に対する診療、食糧・医薬品・衣料の配布 | (ザイール) |
| (2) 難民を助ける会 (東京都) | 49,000千円 |
| ・ルワンダ難民に対する飲料水確保のための井戸掘り | (ルワンダ) |
| (3) アジア医師連絡協議会 (岡山県) | 31,712千円 |
| ・ルワンダ難民に対する診療及び病院の再建 | (ルワンダ) |
| (4) アフリカ教育基金の会 (福岡県) | 24,998千円 |
| ・ルワンダ難民に対する診療、食糧・医薬品の配布 | (タンザニア) |



大手俊郵政大臣 (左) より、ボランティア貯金配分金受賞を
受ける中西副代表 (中央)

JICA家族計画/母子保健プロジェクト

AMDAより長期専門家として2名参加
—国際協力 1994・10から—

宮川雅代 (ルポライター)

世界全体では出生率の低下が見られるが、開発途上国の多くでは依然出生率の示す数字は高い。この問題に取り組むため、家族計画/母子保健あるいは人口教育などのプロジェクトをJICAでは実施している。

ここで取り上げるのはフィリピンで実施中の家族計画/母子保健プロジェクト。ルポライターの宮川雅代さんがこのプロジェクトを訪ねた。子供を何人出産するか。この選択を女性自らが行えるようにするために、実は多くの課題があることを、このフィリピンの例とエジプトやネパールでの専門家の話を交えて紹介しよう。



●熱があると赤ちゃんを診てもらおう。バラングイ保健所で

助産婦としての腕の評判を聞いて、遠くの管轄以外の村からもやってきた。その中のひとり大きなお腹の妊産婦に聞いてみた。「5番目の赤ちゃん、いま7カ月です。欲しくて産むというより、できてしまったから。いままでずっとマーシーさんにとりあげてもらったもので。全部、女の子だった。今度はぜひ男の子が欲しいんだけど……」

という妊産婦は、家族計画のことは知っていた。診察の折りにマーシーさんは、妊産婦に間隔をあけて出産することが母子の健康につながることをはじめとして、ピルやコンドームの使用やカレンダー方式などを教えているという。

彼女は助産婦を始めて15年。お産にたちあつた数がもう100人近くなる。彼女の「とりあげノート」はすでに9冊目で、そこにはお母さんと赤ちゃんの出産時のようすを手書きでぎっしり書きとめられてあった。

フィリピンでは、80~90%が家庭で出産する。ターラック州でも年間、およそ2,000人の赤ちゃんが誕生しているというから、助産婦の役割りはきわめて大きいことになる。フィリピンでの第一子を生むお母さんの年齢は15歳。もっとも多い出産時の年齢は21歳。最終出産年齢は45歳ぐらいまでで、各家庭の平均の子どもの数は5人。人口の約40%は20歳以下という若年人口が多いのが現状である。フィリピンの人口は、6,426万人(94年)で、年2.4%の割合で増加している。しかし、子どもを連れて保健所に来る

80~90%が自宅で出産

マニラの中心地では、数えきれないジープニーとバスと乗用車の群に巻き込まれた。排気ガスで空気も重くよどんでいるマカティの交通渋滞からやっとのことで抜けだして、高速道路に乗り、北方100キロに位置するターラック州をめざした。

ターラック州には州立ターラック病院があり、その下に保健所(Rural Health Unit)が4カ所あり、およそ6万人の人口をカバーしている。さらにその下にバラングイ保健所(Barangay Health Station)がある。

妊産婦や赤ちゃんが助産婦さんの診察をここで受ける。そこで、午前中の検診状況を見学した。ここでは、助産婦のマーシーさんが一人で、妊産婦の検診、赤ちゃんの急な発熱や救急処置などもしていた。住民と常に接触している最前線ということになる。1日平均40人の検診をしていて、ほとんど休む暇もないほど忙しい。診察ベッドが1つで待ち合い室には、6人ぐらい座るといっばいになってしまうソファがあった。

今日も雨の中をお母さんたちが、マーシーさんの

現地ルポ

*掲載写真は、すべて宮川雅代氏撮影。

お母さんたちの話を聞いていると国の人口増加率などはまったく関心のないようすだった。

マーシーさんのバランガイ保健所から車で20分ぐらいの所に、通称ターラック2と呼ばれるルーラル・ヘルス・ユニットがあった。ここには、6人の助産婦さんと4人の衛生技師と女医のシソンさんが勤務している。ターラック州には、4人のお医者さんがいてその中の1人がシソンさん。ご自身も4人のお子さんの母親で、子どもたちは、それぞれ薬学、医学などを専攻しているドクター一家だそうだ。フィリピンの現状は単に人口増加の問題だけでなくゴミの捨て方とかトイレの作り方など環境問題や公衆衛生問題にも目を向けていかなくてはならないというシソンさんは、「この保健所では、火曜日と木曜日は妊婦検診日と決めてます。今日、午前中だけでも5人の妊婦がきましたよ。大体5人の子どもがいて8人の子どもがいる家庭もざらにあります。だからファミリー・プランニングには、力をいれてます」とおっしゃった。

シソンさんのところですすめている家族計画は、まずいろいろな避妊方法があることを教えてその中でも失敗しない方法を各家庭の事情に応じて選ぶように指導している。「彼女たちの選択に任せていますが、ピルなどは無料配布ですが、保健所まで来る交通費も払えない住民もいるし、片道3時間もかかる所に住んでいるお母さんにはIUD（=子宮避妊器具）を入れてあげます」



だから、ここでの避妊の方法の順番として多いのはIUD、ピル、パイプ・カットなどである。

「コンドームに関しては、まず第一に夫の協力があり得られないし、失敗する例が多いんですね。配布しても使用されてないかもしれないし……」

と、シソンさん。フィリピンの男性のマッチョ的性格では、コンドームは効果はないということだった。

「いっしょにガンバロー」

日本ではいま各家庭の子どもの数が1.45人となっている。私の友人たちの間でも、3人の子どもがいると聞けば「多い」という感想が聞かれるし、仕事をもっている主婦は「子ども2人いると仕事と家庭を両立するのに大変」という声が圧倒的だ。また、仕事を続けるには、子どもを産むのを諦めるというキャリア・ウーマンもいる。だから、フィリピンが人口増加に悩む国のひとつで、各家庭における家族計画の実行が、それほどむずかしいことなのか、日本にいるときはわからなかった。しかし、バランガイ保健所でフィリピンのお母さんたちやそこで働く助産婦さんたちに話を聞いてみただけでも、家族構成、貧富の差、住んでいる地域などで家族計画に対する認識が異なり、なるほどむずかしいと実感した。

そこで今度は、ターラック州で現地のカウンターパートと一緒に毎日、家族計画/母子保健（FP/MCH=Family Planning/Maternal Child Health）プロジェクトを支えている専門家たちを訪ねて話をうかがった。

弘前市出身の山田智恵里さんは、青年海外協力隊員としてパラグアイで看護婦さんの指導の経験がある。その後ネパールとザンビアでは、結核対策のプロジェクトの専門家として参加。そのすべての経験

●JICAから供与された診察台前に説明するシソンさん



●マーシーさんの作ったカルテを見る山田さん(右)

をいかし、フィリピンではFP/MCHのプロジェクトの専門家として94年3月からターラック州に赴任している。

人口6万人あまりのターラック州の中に180人の助産婦さんがいる。前述したとおり、フィリピンでは家庭分娩が80～90%なので、助産婦さんたちの働きが母子保健に直結しているといえる。65歳で定年を迎える助産婦さんたちの年齢は20～60歳ぐらいで、ひと昔前に助産婦の仕事を買った人と若い20歳代の助産婦さんたちの知識とでは、だいぶ開きがあるそう。そこで山田さんの仕事のひとつは、助産婦さんたちの再教育をすること。この再教育プランを実施するにあたってコミッティを作りメンバーの助産婦さんたちと共にプランの実行のためのミーティングを開き5月から討議している。

日本では、看護婦さんになった人たちが、さらに教育を受けて、受験し合格者が保健婦、助産婦さんになるが、フィリピンでは、10年の義務教育の後に1～2年の教育を受け、国家試験をパスして助産婦さんになるライセンスをもらう。助産婦さんは保健婦さんより地位が下だが、地域によっては保健婦さんがなくて、助産婦さんが医療行為のかなりの部分をやっているところもある。従って「彼女たちの再教育は重要なこと」と山田さんはいっている。

バランガイ保健所の仕事は、

1. 地域の人たちへの健康教育。2. 家族計画。3. 出産前の診断や分娩介助。4. 予防接種。5. 下痢、呼吸器疾患、肝炎などの簡単な医療診察と薬の処方。

このように助産婦さんの仕事は多く、彼女たちだけで判断できないことは、ルーラル・ヘルス・ユニットに連絡して指示を仰ぐが、住民を毎日診察している助産婦さんたちの知識と熟練は必要不可欠なことだ。

再教育のプログラムの中には「どのように患者さんたちと接するか」という点も盛りこもうと山田さんは考えている。そのプログラムを実施するにあたって、このプログラムをMHI P (Midwife Health Improvement Program) と名づけて、次のような質問内容でインタビュー調査から始めることにした。

1. だれがトレーニングするか。
2. どんな方法で、どんな材料をつかって。
3. テスト前後の知識。
4. 知識が増えて行動が変わったか。1年後の成果調査。(トレーニングを終了後、質問)

この他にもお母さんたちは、助産婦さんたちにどんなことを期待しているのだろうかという質問もまじえて、インタビュアーを500人トレーニングし、質問をしてもらい、その集計をコンピューターで分析することになった。

「この分析もコミッティのメンバーが自分たちでやるんですよ。分析専門の人にしてもらおうとお金がかかると思ったら、『私たちがやります』って、彼女たちの息ごみ凄いです。頼もしいですよ。彼らがこの再トレーニングに関する一連のプログラムを苦労しながらやり通せたら、自分たち、JICAの専門家がなくなっても彼らだけで十分できると確信がもてますよ」

なぜならば、家族計画のプログラムなどに関しては、彼らだけでもやってきた歴史があるし、それをこれからシステムティックにする手伝いが必要だし、いままでなされていない調査や評価が今後必要なこ

とと山田さんは分析する。

「私、パラグアイ、ネパール、ザンビアにいましたが、こんなに手ごたえあるのはここが初めてです。カウンターパートが州のトップ・レベルの人たちです。それに、国民性もあるでしょう。『いっしょにガンバロー』という、みんなこたえてくれる。持続性について全然不安ありません。フィリピンでは、毎日が充実していて忙しい。自分でもプログラムしたことがガンガン動いていて、うれしいです」

と、「山田ベース」でプランが進んでいることにとっても満足していて「ターラックの暴走族」というニックネームまでつけられるほど、カウンターパートをまきこんで、プログラム実行にはりきっている。山田さんの話をうかがっていると、その息ごみと熱意がこちらにも伝わってきて、それから、それからと身をのりだしてさらに話を聞きたくなくなってしまふ。

母子手帳作り

山田さんのプロジェクトのもうひとつは、母子手帳(MCH handbook)を作り配布することだ。近いうちに1,000部を印刷するところまできている。これは、日本の母子手帳を土台にしながら、フィリピンにあわないものは削り、英文にしてからカウンターパートにタガログ語になおしてもらい、イラストなどを多くして視覚に訴える内容にした。

「バラングイ保健所は、このプロジェクトと現地のインターフェースになっているんですね。州のすべての保健所に摘要できるかという疑問になることもありますので、母子手帳を作り、単に配布するのではなく、これを助産婦さんがどう活用していくか、配布前と後に調査をすることが大事だと思いますね」

このプロジェクト全般を進めていくにあたって手ごたえ十分ありという山田智恵里さんだが、カウン

現地ルポ

ターパートに気を使っていることもある。

「ことばの行き違いとか人間関係ですね。片道2時間もかけて週2回のコミッティ・ミーティングに出てくる熱心なカウンターパートもいるので、全員に気を配り、みんなの前で意見を述べるようにうまくひきだしてあげる努力はしてます」

互いにわだかまりのないように、早期発見、早期治療が大切だそう。しかし、カウンターパートたちは公私ともに親しく、休日にはピクニックや海に出かけたりする。

おしつけはダメ、選択の幅を広げる

「家族計画はおしつけではダメ。お母さんたちが選択することですよ。子どもの数は、2人がいいとか3人が限度とかそんなことをいうのではないんです。出産には間隔をあけることが大事とアドバイスしてあげます。それは母体保護にもなるし、乳児をちゃんと面倒みてあげられることにつながります。例え



●「ターラック州をパイロット地域に選んでくれラッキー」と言うコンキーさん

ば避妊の方法にも自然法と人工避妊法などの種類があって、専門家たちと一緒に私たちは積極的に情報を提供しています」

と、カウンターパートのひとりで、ターラック州立病院内にデスクがある州統合保健局長のコンキーさんは、ひとつひとつのことばを選んで、はっきり応えてくださった。

「フィリピンの人口増加率は、確かに政府が面倒をみることができる範囲をこえているように思います。カソリック教会は、自然法の避妊以外はすべて人工避妊法といっていますし、コンドームの使用もその



●プロジェクトで制作した家族計画のポスターの前で

中にはいます」

フィリピンの国民の85%はカソリック教徒で、人口問題に関しては、政府と教会の見解の相違もあり、家族計画のプロジェクトに携わっている人たちは、ことば使いにも気を使っていて、population control=人口抑制ということばも使わない。その代わりに responsible for parenthood=両親としての責務という言い方をしている。

1994年8月14日、マニラのルネタ・パークでカソリック教会が主催して、政府の人口政策に反対する集會に20万人が集まったというニュースは、日本のテレビや新聞にも報道された。これだけの人びとが集まったのは1986年のマルコス政権打倒後初めてだという。ラモス政権が人口増加率を抑えるためにコンドームの普及など、人工避妊法などに力をいれたこととカイロで開かれる国連の国際人口・開発会議への代表団を政府が決めたこともカソリック教会の反発をよんだと報道されたが、現地では話を聞いた範囲では、実際は少しちがっていた。

政府も教会も人工中絶に関しては、完全に反対をしている。家族計画の避妊については、教会側は自然法以外は認めていない。しかし、実際はカソリック教徒の夫74%、妻73%が自分たちの家族計画について教会の意見には左右されないという統計がフィリピン大学人口問題研究所からでている。そして、98%のカソリック教徒の妻と95%のカソリック教徒以外の妻たちは、政府が家族計画のサービスを普及す

ることを望んでいる。

ともあれ、20万人も集まったというのは、お祭り雰囲気大好きで、ラリー好きのフィリピン子たちが、日曜日に交通費が支給されたりすれば喜んで集まってしまうという一過性の集會だったようだ。

コンキーさんは教会とターラック州の一般住民のちがいを話してくれた。「道徳とか宗教の問題ではないんです。ここの住民でも人工避妊の問題は、副作用を恐れて、やってない人とか、ピルとかIUDとかパイプ・カットのサービスがあるということさえも知らない人たちもまだまだいるんですから」

そのためにもJICAの専門家と一緒にこのFP/MCHプロジェクトをすすめる意義は大きいという。

「JICAがこのターラック州をパイロット地域として選んでくれたのは、私にとってはとてもラッキーだったわ。95%近いお母さんたちが、家庭で分娩するので助産婦さんたちの他にヒロットと呼ばれるフィリピンの伝統"とりあげばあさん"たちの再教育も必要なんです。そして、住民が家族計画について積極的に関心をもつようになるよう変えていかなくてはなりません」

そんな時にJICA専門家たちの再教育プランは意味があるし大いに期待されている。「専門家たちのハード・ワークと熱心さには本当に頭がさがるけれど、注文があるの……」とコンキーさんは続けた。「JICAのプロジェクトはいつもあるわけではないでしょう。5年という短い期間、しかもそれぞれの専門家の赴任期間がとても短いわ。2年半で準備して、その後プログラムが動きだして、その成果がでてくるのは5年以降でしょう。もっと長く滞在して、予防接種率の増加、人口低下率などもみてほしい」と、それが「ただひとつの注文」とつけ加えた。



●カウンターパートと打合せ中の井上さん(右)

二人のお医者さんの到着

JICAの家族計画/母子保健プロジェクトには、今年4月からはじめて日本人医師が参加した。井上肇さんは東京大学の国際保健学専攻の大学院生で、アジア医師連絡協議会(AMDA)というNGOのメンバーでもある。井上さんのターラック州での仕事は、家族計画の推進にあたっての情報提供や医療従事者のトレーニングの実施などである。先日、井上さんは、カウンターパートのコンキーさんと一緒にある村の子どもを3人もつ30代のお母さんに会いに行った。そのお母さんは人工避妊法のひとつIUDを使用したけれど、異常出血をみたという報告があったので状況を把握するためだった。というのもこういうことに端を発して、住民の間に避妊の副作用についての誤った認識が広がっていくことを恐れたからだ。

「そのお母さんは村の医師が診察した結果、異常出血は、IUDのせいではないとわかったのですが、例えば、IUDを入れると他の臓器にはいつていくとか、男性のパイプ・カットをすると女性的になってしまうとか思う住民がまだまだ多いんですね。宗教的なことで人工避妊法をしないとというより、むしろこういういわれなき誤解から恐れて避妊をしてないという方が多いですね」

そのため、井上さんは“Remove the Misconception=誤解を排除しよう”をスローガンにして、カウンター・パートとのコミッティ・メンバーをつ

現地ルポ

くり討論を重ねている。例えばコンドーム使用についても男性が協力しなかったり、使用方法も正しくわからなかったりなのできちんと説明して、1回使用したら捨てることなどと助産婦さんたちを通して伝達する必要があるという。避妊具はUSAIDの協力により末端のヘルス・ステーションまでゆきわたるシステムはできあがっているが、フィリピンの現状では、男性をターゲットにして家族計画をすることは、極めてむずかしいので、直接お母さんたちに接している助産婦さんたちやヘルス・ワーカーが、重要な役割を担うことになる。だから、彼女たちの意見を聞くことは大切なことなのだ。

田中政宏さんも井上さんと同じNGOのメンバーで今回のプロジェクトに公衆衛生の専門家として医師の立場で参加している。95年の夏をめざしてターラック州立病院内に、母子保健センター設立の準備をしている最中である。センター内には「予防部門と教育部門を設置し、母子保健に関するデータ・バンクもゆくゆくは充実させていきたい」と田中さんは意欲を燃やしている。そしてもうひとつは地域のNGOと一緒に薬保険制度を確立すること。

「村人たち全部が保健所に行けるわけではない、末端の住民まで薬がとどかない。そこで、自分の健康を守るための薬保険をやっていきます。



●母子保健センター設立に忙しい田中さん

ある地域にとっては、保健所に行く交通手段がないという問題もあるので、自分の健康を守るためになにをしたらいいのか、家族とかコミュニティーの問題意識を高める必要があると田中さんは強調した。

Rwandan Refugee: a big challenge:

(A short report after visiting the refugee camps in Zaire)

Dr. Rameshwar Pokharel; President AMDA-Nepal.

General Situation:

The Rwandan refugees are the most challenging issues to any Non Governmental Organizations (NGOs) with humanitarian assistance, objectives and philosophy. In the neighboring countries of Rwanda about 200,0000 Rwandan refugees are estimated. The most influx is in Zaire (the west neighboring country) and is one of the serious burden and unnecessary pressure to the local people too. Most of the crops are destroyed and cultivated lands are occupied to make shelters and near by forest is being destroyed for shelters and every days cooking fuel (fire woods).

Many NGOs rushed into action for humanitarian helps as much as they contribute to save lives of the refugees in any aspects by providing foods, drinking water, Medical cares, shelters and protection in different camps and situations. All the NGOs are working so vigorously that It looks like an Olympic game of NGOs. Even then it is not enough, now the mortality rate is slightly improved than the previous reports but peoples are living in such an unhealthy situations and unsafe condition that might be like an atom bomb of diseases. Too much crowded huts with lack of sanitation and hygiene and lack of food supplies are the basic problems. Thus they are harboring many diseases which might out break in any time and spreads as an epidemic to the whole refugee camps in rainy season.

The habitats of these refugee people are typical, they dig land and make a shallow ditch and the roof will be covered with the chunks of the cut soil pieces with grass roots and live inside. No ventilation, no light inside huts, non spacious, smoky environment and uncomfortable. During rainy season, (which is now) rain water and flooded water will enter the houses and makes damp inside. The other big problems are they have no toilets and people defecate any where which is a good source of fly breeding and disease spread through out the community.

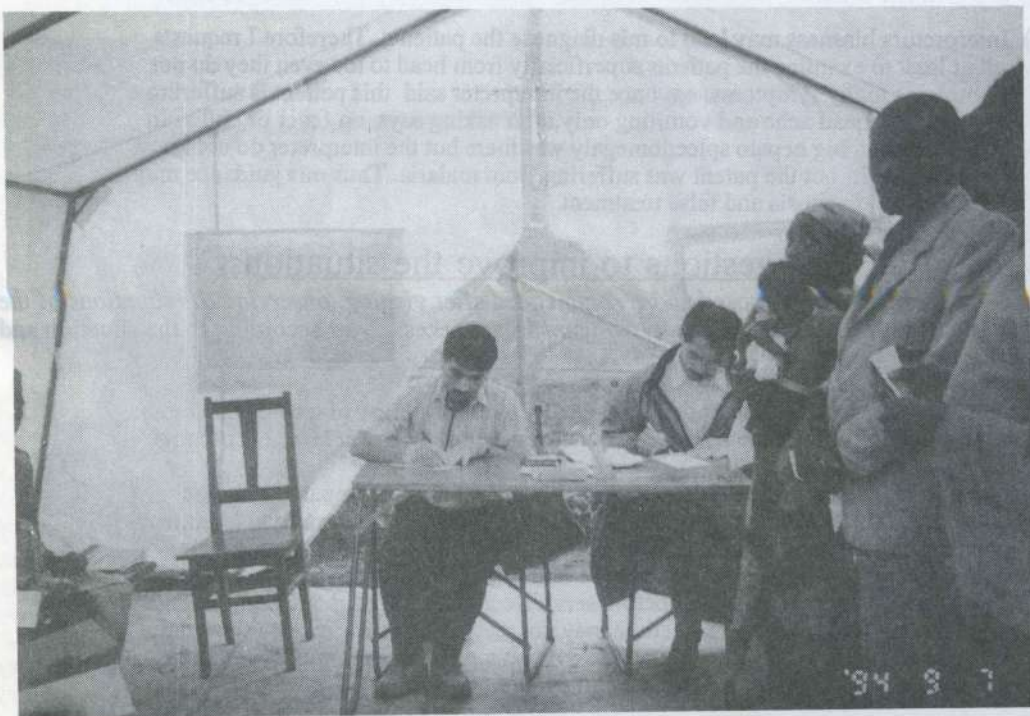
The Kibumba camp is situated in a slope of small hill (near AMDA camp), many people use the top of the hill as a toilet in such a situation the rain water and shipage will flow down from the top to the densely populated lower areas. Any body can imagine the situation. Every huts has high chances of possibility to be contaminated immediately after rain. The near by volcanic mountains are threatening the refugees by throwing smokes from their crater as a sign of an active volcano which may erupt any time.

During my stay in Goma (Zaire); I visited every day in the camps and examined the patients, wounded peoples and did necessary managements. Daily about 200-300 patients were visiting in our camps, it might have increases if the rain have not disturbed in the working hours. There was very heavy rain for two days then the disease pattern changed mainly from diarrhea and dysentery to pneumonia and chest infections. Very serious cases of pneumonia (bilateral pneumonia), Malaria and severe malnutrition cases were observed. Beside these problems another general major problem in the whole population was worms infestations.

In my time period, about 1500 patients visited AMDA camp in Kibumba for consultation and check ups. Since August 17 th 1994, when AMDA camp was established in Kibumba camp a total of 5622 patients visited until 12 th Sept. 1994. The basic pattern of the diseases in our camp patients were as in following chronology Respiratory tract infection, Bloody diarrhea, worms, Non bloody diarrhea, Skin problems, Malaria, Eye problems, Malnutrition, Oby/ Gyn. problems, Ear problems Trauma, Meningitis, Urinary tract infection and others respectively. Where as the disease frequency



Refugee camp Kibumba A Birds-eye view



Dr. Pokharel in AMDA camp-Kibumba

- 5). Language, communication and co-ordination problems with other staffs, NGOs and patients.
- 6). Personality conflicts among the local staffs have seen some times but not serious.
- 7). Problems of food in the camp.

C. Foreign staffs problems:

- 1). Language and communication problems, feelings of insecurity even in city area.
- 2). Lack of information about the culture, customs and traditions of the local people.
- 3). Health care delivery system differences / Medical system problems.
- 4). Religious back ground should be considered and not to interfere their believes.
- 5). Problems of unknowing local beliefs;
eg if we prescribe plenty of fluid or water to be drink to a mild diarrhea case patient; they do not drink water or the fluid . They prefer beer or alcohol than water because they never drink water, they are habituated not to drink water (according to an local interpreter). Thus our treatment will not be effective in such situation we must know this and change to the suitable methods of fluid intake as making very thin soup of cereals or soups of vegetables or similar things should be encouraged to have plenty of fluids in the body during diarrhea. This cultural adjustment and differences are needed to be considered along with acquired knowledge of medical science.
- 6). Interpreters biasness may lead to mis diagnose the patients. Therefore I requests all at least to examine the patients superficially from head to toe even they do not complains many symptoms. eg. once the interpreter said this patient is suffering from severe head ache and vomiting only, after asking says no fever or chills. In examination a big hepato splenomegaly was there but the interpreter do not know or ask about it; but the patient was suffering from malaria. Thus mis guidance may lead to false diagnosis and false treatment.

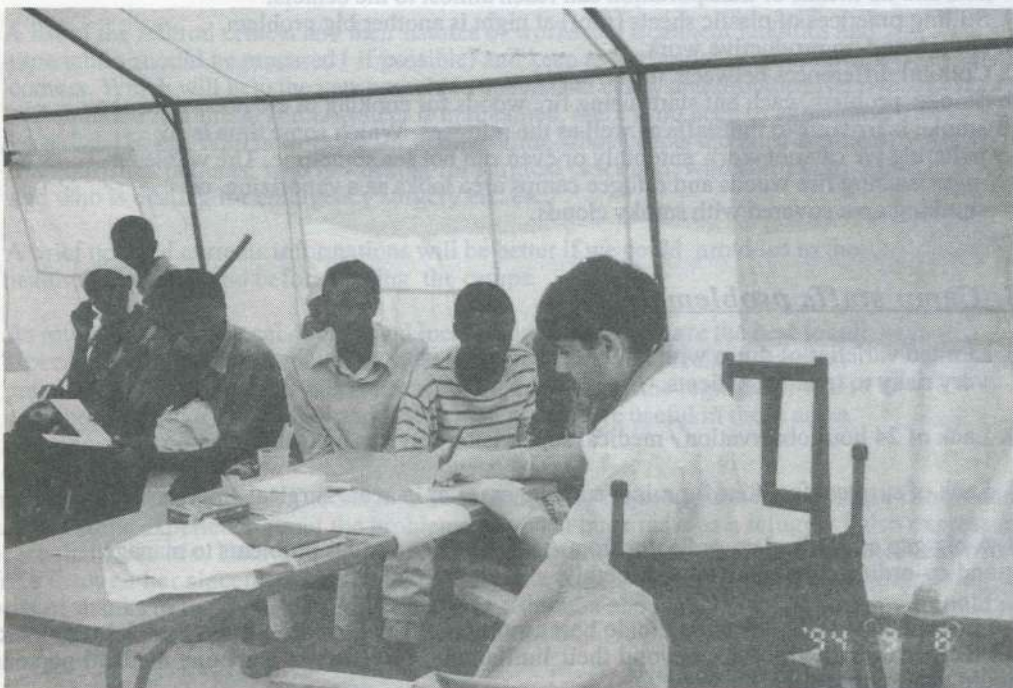
Some useful suggestions to improve the situations:

These suggestions are proposed and recommended after visiting, observing the situations of the refugee camps in Zaire. It can be alter whenever it is necessary or according to the situation and time.

- 1). One Medical graduate (Doctor) should be given responsibility of a co-ordinator and supervise the staffs in the wright direction. It is better to stay at least 2-3 months.
- 2). Hire a local Doctor or health inspectors (if possible) and accompany with one outsiders. Which will help to understand the local diseases patterns and treatment practices initially and s/he will help a lot to establish the program smoothly in initial crucial period. If possible give them the responsibility of local co-ordinator. This situation will provide the doctors service continuously without gap. (Outsiders might have some problems sometime may not reach in time to replace others due delayed air flight or visa or some political or personal problems vaccination time etc. but locals has not to replace, he can continuous his work over there).
- 3). Effective methods of Health, Sanitation and Nutrition education should be started.



Refugee camp Kibumba A Birds-eye view



Dr. Pokharel in AMDA camp-Kibumba

in all age was calculated by UNHCR in the Kibumba camps from Aug. last to 4 th Sept. were as in following chronological order: Bloody diarrhea, Non bloody diarrhea, Malaria, Acute respiratory Tract Infection (ARI). Meningitis, Measles and others respectively. But under five disease pattern were also same according to UNHCR in that area. Where as mortality rate in Kibumba camp during the same period was 4.11/10000.

Sunday; week end day I visited to the Mugunga camp on the way to the Kahele (Bukhavu). We transported the medicines provided by Care Duestch from AMDA office in Goma in a pick up vehicle and drove for six hours to 110 Km distance Kahele camp. We dropped the medicines and tents over there and immediately returned to Goma because of security problems in the night time. Within 13 hours of rough driving from the morning to evening we visited second AMDA camp Kahele and returned back to Goma.

Problems in the camp situation:

A. Local problems:

- 1). Insecurity of the staffs to visit or leave the camps to and from Goma city. Due to unexpected check by Zairean shoulders with guns and taking things from the foreigners and many events of looting have occurred between the camp and city.
- 2). Frequent fighting between refugees and refugees, robbery and undesired events are seen usually causing many casualties between them. Which needs to be handle some time in the camps it might be some time risky but not usually. Especially during food distribution and in those areas. AMDA camp is situated near food distribution area.
- 3). Very big numbers and wide spread of refugees which can not be controlled easily.
- 4). Unscientific housing, living standards and too crowded without spaces between huts and no means of transportation can reach almost to the centers.
- 5). Stilling practices of plastic sheets (roof) at night is another big problem.
- 6). No job and no productive work.
- 7). Cultural differences between the refugees.
- 8). Smoke problem, each hut starts using fire woods for cooking in the noon time the smoke is irritants to the staffs as well as the refugees. Which some time is so irritating we can not work smoothly or even can not see sometime. The whole mass is using fire woods and refugee camps area looks as a vaporizing or smoking area covered with smoky clouds.

B. Camp staffs problems

- 1). Limited varieties of drugs without other alternative choice, which makes some time very risky to treat the patients.
- 2). Lack of 24 hour observation / medical supervision services by health man powers.
- 3). Lack of surgical facilities for minor surgical cases or in acute surgical emergencies.
- 4). A big gap of Medical co-ordinator from AMDA; felt a serious problems to manage and co-ordinate the camp very smoothly.

The non medical staffs are trying to do best as much as they know but some medical terminology and technical difficulties are beyond their limitations therefore at least one medical personnel should deal such matters.

3). Effective methods of Health, Sanitation and Nutrition education should be started.
Dr. Pokrasel in AMDA camp-Kibumba

4). At least one or two alternate drugs groups should be available in the camps for effective treatment.

eg: If penicillin sensitive or resistance; Erythromycin can be prescribed; Amoxicillin can be prescribed even in diarrhea but Ampicillin can increase diarrhea; Gentamycin (Aminoglycoside drugs) might needed in some serious patients with malnutrition or infections with gram negative organisms; Low cost maximum effective drugs should be prescribed and used as much as possible with precaution eg: Chloramphenicol, Tetracycline are still effective in many diseases; Broncho dilators for severe pneumonia and asthma and allergic conditions are also needed in limited amount; Diuretics, Vitamin A,D; Alternate antehelmentic drugs for pregnant and <2 years children; potent analgesics like Pentazocines and Morphines might be needed some time for severe trauma and acute pain. Antiallergic drugs etc. etc.

5). People are refugee, they were/ are tortured before or at present their family members are died or killed or injured therefore they feel a kind of shock. Because of this effects some people are developing psychological effects they have left houses, property, and belongings and left every things; they are depressed, these cases are increasing therefore mental counseling and anxiolytic drugs, some mild tranquilizers and sedatives are also needed in the limited amount in the camps. We can not say when and what types of patients visits in the camp but we should be ready to serve them at proper time.

6). Communications channel should be updated according to the situation and up to date information should be available to all the NGOs or staffs working in the refugees camps. A information dissemination (distribution) center was felt essential to know the events or securities of the workers every day. It can be proposed to the UNHCR or UN or similar other organizations to provide such informations.

7). A list of the referral centers and their natures of works and treatment facilities and time tables should be prepared (if possible) and keep as a records for the next comers. Which will help the new comers to understand easily and provide effective and standard treatment. If this system is maintained, there is no need of explaining by old staffs. eg; Who is working for malnutrition, who accepts the third degree of malnourished patients, who is working for surgical cases and who is for Gyn. / Obs. and who is dealing for emergency surgery etc. etc.

8). A brief notes of currents informations will be better if we could provided to the health workers in hand before visiting the camps.

9). As much as possible local doctors and local health man power are the best for all aspects like co-ordination, cultural, economical, social, public feelings, medical practices and languages. If this is not possible, in any way the regional or from neighboring countries doctors and health man powers are useful in those areas and situations.

Finally I would like to thank Dr. Shigeru Suganami, who requested me to visit these camps and I could get some experience about the problems of a such huge mass as a refugee. I also express my sincere thanks to Ms. Katayama, AMDA office, Okayama for arranging me an excellent trip to Africa through her sincere effort. At last but not the least I do not be satisfy without giving the words of thanks to the staffs of AMDA camp in Kibumba and Kahele without them we could not hit the target of our goal. I do respect their kind contribution to the AMDA camps.

--- 000 ---

ESTABLISHMENT OF AMDA HEALTH CENTER
IN KIBUMBA CAMP IN GOMA ZAIRE

Dr. Nirmal Rimal

AMDA, an emerging international NGO, stands for an "Association of Medical Doctors For Asia". With in a short history of 10 years since its establishment it has contributed tremendously for the betterment of health of poor people & Refugees in different part of the world. "Multinational Medical Mission" of AMDA has been very effective in recent years for providing emergency medical services in the situation of natural disasters like floods, earthquakes & man made disasters like REFUGEE problems.

As a consequences of ethnic violence & civil war in Rwanda thousands of people lost their life and millions of people fled to border town Goma, Zaire in the month of June-July. Because of the speed of refugee influx, lack of proper planning, temporary nature of settlement with lack of sanitary facilities, inadequate food and water supply, exhaustion due to long travel & malnutrition, all favored the spread of communicable diseases like Cholera and Dysentries. This resulted death of refugees within days leading to worldwide concern among the relief organizations. AMDA, as often, responded quickly to this crisis and dispatched its emergency team immediately. On the request of AMDA President Dr. Shigeru Suganami, I volunteered to participate in this relief operation as a medical doctor from 5th Aug. - 21st Aug.

together with AMDA staffs already stationed in Goma, I was engaged in the following activities;

- active participation in the regular UNHCR meetings, co-ordination meeting and inter-agency meetings.
- negotiation with UNHCR and Red Cross regarding AMDA Health Camp site.
- designing the health camp & supervision of the construction activities for the establishment of health center.
- procurement of necessary materials like tents, water tanks, plastic sheets & medicines from related organization.
- rapport building with local people and different NGOs engaged in the health care activities and making them aware of AMDA activities and its further plan of action.
- observation of different health facilities in the Kibumba Camp and establishment of AMDA Health Center.
- development of treatment protocol and examination and treatment of patients.

With the extensive efforts of all AMDA staffs we could start AMDA Health Center in north Kibumba near food distribution center from 17th Aug. The daily attendance of patient in this center is as below;

1. Dysentries

28%

2. Respiratory Tract Infections	20%
3. Watery diarrhoea	11%
4. Malnutrition	10%
5. Helminthiasis	10%
6. Scabies and skin infection	9%
7. Cholera	4%
8. Malaria	4%
9. Others	4%

Coordination meeting

A field meeting was held by UNHCR with the NGOs providing medical services in the Kibumba camp including AMDA on 17.08.94. In this meeting following issues were discussed and agreed upon.

1. The situation of emergency with unacceptably high morbidity and mortality in the camp has been over and phase of consolidation has begun. This is the time for organizing & consolidating health activities. There is a need of co-ordination among NGOs involved through regular meetings & discussions for uniformity and effectiveness of health actions.

2. Setting a structure and mapping of Zones has been recently completed by UNHCR, accordingly AMDA has responsibility to provide health care activities in North Kibumba near food distribution center. A health center for this purpose has already been set up which needs to be further consolidated with the provision of 24 hours (over night facilities) service for severe patients needing I/V infusions.

3. To focus on primary health care and out reach activities it is desirable to establish 3-4 health posts under each health center. These health posts will function as a basic unit from which primary health care activities maternal and child health, vaccination, health education, collection and reporting of morbidity and mortality data will be carried out through community health workers.

4. The existing hospital run by Red Cross has been inaccessible because of bad road condition due to rain. It has to be transferred to new location.

5. Vaccination program has to be carried out in a co-ordinated way for rapid coverage and to avoid duplication.

6. Health activities of each NGOs and future planning to be submitted to UNHCR.

A look over the current situation of Kibumba Camp

- it is one of the biggest refugee camp in Goma. The total population is estimated to be 300,000.
- the number of cholera cases is declining while the cases of dysentery is rising and is the leading cause of morbidity and mortality at present time. It is resistant to most of the antibiotics and Ciprofloxacin is the drug of choice in selected cases.
- watery diarrhea, malnutrition, measles, malaria, acute respiratory infections meningitis, anemia are major cause of morbidity and mortality apart from dysenteries and

cholera.

- cases of meningitis has been increasing. Out of 162 samples investigated 83 were found to be positive for meningococcus, which is fortunately sensitive to penicillins and chloramphenicol.

- number of cases of malnutrition even adults is increasing. According to a survey it has been found that 20% of population are suffering from various grade of malnutrition among them 5% are suffering from malnutrition.

- Orphans; there are increasing numbers of orphans, unaccompanied and abandoned children. They are suffering from malnutrition and different communicable diseases. Proper care with supplementary and intensive feeding program for them is urgently needed.

- average family size is / persons per family.
- 26% people still lacking sheeting and living in open spaces.
- study of mortality figure in 3 weeks revealed 7.3% global mortality ie.; 28 per 1000 population.

Recommendations for further plan of action (in AMDA Health Center)

- over night stay facilities for severely dehydrated patients and patient needing I/V fluids.

- establishment of health posts (3-4) in north Kibumba under the health center so as to out reach the people who have been unable to access the existing health facilities. Health post will function as a center for community based primary health care activities.

- training to local health workers and volunteers for effective health care.
- provision for trained health workers and doctor who will be able to stay longer preferably 3 months.

- regular supply of essential medicines, materials and equipments.
- intensification of maternal and child health activities including immunization and family planning.

- establishment of supplementary feeding center.
- development of effective system for collection, analysis, recording and reporting of morbidity, mortality and related data.

AMDA has already started its medical project in Zaire for the Rwandese Refugees and committed to provide services through its multinational net work. I wish it a grand success towards achieving the goal for the betterment of the health of the refugees.

Lastly, I would like to thank Dr. Shigeru Suganami the president of AMDA for providing me the opportunity to participate in this project and AMDA head quarter staffs for their hard work to make this possible.

Sincere thanks to my respected Professor K. Takeda for allowing me to experience this educational trip.

ギブンバキャンプからの報告

看護婦 加藤 奈津子

8月24日(水) 前夜 Air Zaireの出発が遅れ、到着予定を数時間遅れの夕刻 7時30分
快晴 近く着となったが、先任の方々の出迎えを受ける。ナイロビよりの薬品
(紫外線が 強い。) テントといった過大な携行機械も無事宿舎に運び込まれた。準備されて
いた夕食をおいしく頂き、ぐっすり眠っての活動開始第一日目。

キャンプ迄の車窓の景色は清々しいアフリカの空気が充満しており、行く手に聳える火山の偉容と共にアフリカの広大さを思い知らされる。AMDAのキャンプ診療所テントはキムンバ地区の遠方に位置し、ここ迄の沿道には難民のテントが間断なく設置されており、国際赤十字や MSFのテントと翻る象旗がその間隔を置いて見受けられる。難民テントの広がりや火山溶岩の裾野をおおいつくさんばかりの広がり様である。診療所テントに到着後、診療開始までその準備に少々時間を要する。テント入口にはすでに列をなして診療を待っている難民を見受ける。

Registration (consultation→問診) 開始、通訳として英語教師を20年勤めたという男性の元教師がつく。

問診では皮膚疾患、風邪症状等、マラリア、髄膜炎、その他問診で解らないのは全て医師の診療へ回す。下痢患者がやはりまだ多い。

4時間前 RedCross の meetingに出る様言われる。活動第一日目の今日、他のNGOとのつながり、又キムンバにおけるAMDAの位置づけ等々何の知識もないまま meetingに出席する。東洋人とおぼしきは私一人、30人近い人達が集まっているも議題が「supplement」について始まると数分後から関係の薄いNGOは少しづつ帰り始める。どの様な活動に興味を示すかを知る段階ではこの出席は有効であった。しかしこいう meetingには調整員の出席が望ましい。

8月25日(木) 髄膜炎とおぼしき患者と原因不明で疲労と栄養状態の悪化が著しい患者を点滴しながらイスラエル病院へ移送する。イスラエル病院は野戦病院といった感じ。軍の医師に軍の事務手続係、皆てきぱきとした動作が一層野戦的。このてきぱきした処遇に一瞬とまどう。病人と共に連れて行った家族を見て「この家族をどうしろというのだ!」と言いながらも幼い子にビスケットを与える医師。又「どんどん病人を運んできなさい」と催促。何だかテキパキした言動の中でのこれ等の発言は、後でじっくり考えると、どうやら彼等の緊張の中における楽しみの対象に私を当てた感が強くある。

結局、原因不明(口腔内からの感染か)の児はイスラエル病院に着いた時点で「この児は死にかかっている。どうしょうもない」と言われて数十分後で亡くなった。児の母親と他の子供はキムンバに連れ帰るには時間的に遅かった為、翌朝必ず引取りに来る旨約束し母子を病院に残して帰る。

ゴマ市にはゴマ総合病院がある。外観はしっかりした物に見えるが診療内容に問題が

あるときく。難民の診療には好意的ではないとのこと。

宿舎にはコックさんの作った夕食が用意されている。自分の仕事の領域とばかりきちんとテーブルセットがなされている。肉料理は専門料理家の腕並み、味もなかなか美味しい。夕刻一大決心をし「エイッ」とばかり水浴びをする。

8月26日(金) 不足している薬品が市内で手に入るか調べる。一旦キャンプに出向き
快晴 夜警を市内に送り届ける車でゴマ市内に帰る。2～3の薬局で必要薬品を提示するも殆ど薬がない。Rott Pharmacy を紹介される。ここは在庫も比較的あり、注文の薬品がない場合は首都キンシャサから空輸するとの事。他の大きなNGOからの注文も受けつけているとの事。以後薬品の不足分はここで買うことにする。急を要し、この薬局でも手に入らない場合は、他の小さな薬局で手に入る場合もあるので細めに探す事。ゴマ市における探索はまだ充分行われていないとの事で、大いなる課題である。

夜9時頃、発砲音が激しく聞こえる。宿舎のすぐ横まで近づいている。泥棒への威嚇射撃だとの事。いささか不気味だ。

8月27日(土) consultationの途中、MSFのスタッフが来て、AMDAの全スタッフと今
快晴 ここにいる患者の全てに髄膜炎の予防接種をしてもよいか?との問いあり。松浦医師と相談。全員接種する事にする。接種するのはMSFのローカルスタッフの看護婦。接種済みのしるしとして、接種種類と接種目を記入した朱色の厚手の用紙が渡される。夕刻接種部が発赤しかゆかった。

8月28日(日) 未だ4日経過した丈だが随分長く滞在した感じがする。ゴマ市の探索
快晴 を兼ねピクニックに出掛ける。ムグンガ・難民キャンプを通りキブ湖畔へ。ムグンガキャンプもキムンバに劣らず地を埋めつくさんばかり広大に延びている。

沿道には物売りが続き、中には掛事(お金をかけて)をしている人も見かける。プラスチック容器(Concern が難民に配っている)を頭に載せ給水の列を作る多くの人で道はふさがれて、通行にはきわめて困難。やっと人垣を抜け、我々の車は未舗装の土埃を上げながら湖の側へ着く。ここはカリタスの援助の診療所や孤児施設がある。湖の側で休養している西洋人の姿もちろはら見受ける。吹き渡る風の中、素晴らしい景色を眺めながら一時を過ごす。昼食は招待を受けていたマリー・ルーズ(日本語の出来る通訳者)宅で持参した「いなりずし」(朝出かける前に山田緑姉と作った)と自前のケーキを食べる。マリー・ルーズさんは青いバナナを揚げ、たれをかけて食べる料理でもてなしてくれた。彼女達家族(夫はやはり通訳者としてAMDAで働き、子供が3人いる)は難民ながら収入ある仕事に就いており、家屋を借りて住んでいる。家屋は粗末ではあるが、テント生活よりも数段も恵まれている。

8月29日(月) 昨日食べた何が原因か。夜中に激しい腹痛。下痢始まるも、症状から
快晴 して以前に何度か経験したものと同じランブル鞭毛虫だと判断。持参のメトロニダゾールを服用、昼頃下痢止まるも食べると腹満あり。

consultation は少々同種の疾患が多くなりつつある。皮膚疾患、下痢、気管支炎、風邪等々。(月)なので診療所の外で列を作って多くの人が診療の順番を待っている。昼食後暫く休憩して2時前頃から始めるも次ぎ次ぎと患者が来て終了は3時30分を回



AMDAキャンプわきの食物配給所



AMDAの診療所を待つ人に

っていた。片付けを済ませ帰路についたのが4時すぎ。Monsieur Arbert(コックさんの名)がいつも通りきちんとテーブルセットをして置いてある夕食にありつく。衣類も洗濯してアイロンが掛けてある。非常に有難く思う。

8月30日(火) 後続者の到着日なれど患者が多く、又車の調整がうまくつかず、一台は空港へ出迎え、現地雇用人アクンピー氏が行く。一台は私と他のローカルスタッフ乗れるだけ乗って帰路へ。残り一台は松浦医師・山田緑氏と残りのローカルスタッフを乗せ夜警をキャンプに送った後帰る手筈であったが、この車が随分時間が掛かり松浦医師他宿泊所に着いたのが6時を過ぎていた。後続車の方々はすでに宿泊所に着かれていた。夕食後早速会計その他の申し送りが行われていた。

8月31日(水) 人数が増えたので3台の車はどれも一杯。ローカルスタッフの中には荷台に乗ると風当たりが強く喉に悪いからと、いち早く車の座席を確保する者があり、何となくこちらは遠慮して荷台に乗ったりする。3台の車はフル運転であった。

私の通訳をしていた英語の教師であったシンキと激しい口論をする。原因は実に細いな事ながら、激しいものとなった。自己主張の強い人達の中にあって特に弁のするどいシンキは非を認めるところか激しくまくし立てる。私も負けじと激しくまくし返す。その時から通訳にはワーカーとしてキャンプ内で労働している一見おとなしそうな若者Deoを山田緑氏の推薦で手伝ってもらおう事にする。以後シンキは謝ることはなかったが、何かにつけこちらの機嫌を取る様な素振りをする。

シンキは英語力はあってもmedicalの人間ではない。患者の訴えをそのまま訳すには英語の単語が解らないためか自分流の通訳をする。これは彼だけに限らず他の通訳者にも当てはまる。AMDAにいる通訳者は皆medicalに属していない為医療的な訳に欠ける点があった。又マリー・ルーズは松浦先生付の通訳として働いており、他の通訳は皆男性である。女性患者の中には男性通訳者に言い難い症状もある。この場合、現地の女性看護婦に回すようにしているが、時に直接関わりたい女性患者もいて不都合を来す場合もある。

9月1日(木) 午後激しい雨が降る。雨季の始まり。雨の為か患者は減って午後は3時半頃終わる。こんな雨の中難民の人達はテントの中でどうしているのだろうか?と思うと切なくなる。現場に居ると医療だけにたずさわる以外に、難民の生活環境、衛生面等に考えが及ぶ。数日前より特に著しい児を対象にコップ一杯の補食用ミルクを与えている。見る人見る人に十分なミルクを与えられたらと思う。

9月2日(金) 難産だから見に来て欲しいとの通報で、カヒンドー(現地ザイル人看護婦)と山田緑さんがテントに出向く。かねてテント小屋を見たいと願っていた私は2人の後を追う。天井の低い葉で囲った小屋の中は薄暗い。カヒンドーが中に入り何か話しているもすぐ私に中に来る様言う。中では妊婦が上半身を挙げ、両股には児の頭が出ている。何時頃からこの状態なのか。カヒンドーが私に児の頭を引っ張る様指示する。カヒンドーが妊婦のお腹をカ一杯児を押し下げる動作をしている。それに重ね私も児の頭を引っ張る。なかなかそれ以上出て来ない。妊婦は力む力がない。カヒンドーは狭く暑苦しい小屋の中でカ一杯押している。彼女の顔には

汗がしたたり落ちている。それでも彼女は沈着そのもの。私は児の頭骨が砕けるのではないかと不安を抱きながらも引張り続ける。山田さんはカメラを取りに診療所に行っていない。私とカヒンドーの、というよりカヒンドーの努力は続く。ついに児が出た。カヒンドーが児をたたけと言う。たたいてみたが児の産声はきかれず。五体満足で立派な体重の男児であった。私の引張り様が、又私の蘇生の仕方が足りなかったのでは？自分の力量不足と無念さが一瞬頭をよぎる。胎盤が出てカヒンドーが後始末を付添いの老婆に指示している。妊婦も老婆もカヒンドーも死産についての愚痴は何も言わない。

先日診療所のテント内でカヒンドーは4kgの立派な男児をとりあげ体一杯に満足感がみられた。あの日はもう1件診療所前の道路を隔てた森の中でも新生児をとりあげたカヒンドー。子供の名前はAMDA。

カヒンドーについて帰る道「ああゴム手袋をはめてきていてよかった」と思った。

夜ローカルスタッフの賃金（給料？）について話し合う。

9月 3日（土） 「UN機」を利用する場合一日早めに余裕を持って乗るようという快晴後一時雨 示唆に従い、山田さんが急遽本日発つ事になった。見送りはどの場合も（激しい夕立） 一抹の切なさに伴う。キャンプへ行く前に不足の薬品、ノート等買う。キャンプへ着いたのが10時を過ぎていた。再診の診療くらいは始めているだろうと思っていたが医師を始め他のスタッフも我々の到着を待ちながら手持ち無沙汰にしている。

consultationを始めるや順調に進み、今日もいつも並の患者数となった。激しい雨で早目に切り上げるも雨が小降りになるまで動けず、結局帰りはいつもとほぼ同じ時間となった。

9月 4日（日） 先週同様ピクニックに出かける。四方に山並みが見られ、町の中心の数mを除くと静かな場所で日本人の発想する風光明媚な所といっても現地の人にはピンとこない。で再び湖のほとりにに行く。清々しい空気の中、あきる事もなく湖を眺めていると、小学生らしい一団が引率者と現れ、続々と高学年らしいのが続く。彼等は手拍子を取り歌をうたい、体でリズムをとっている。躍動感に溢れている子供達の様子。子供達は全員（100人近くいた）ルワンダの孤児であるとの事。国を忘れない為ルワンダの国歌を唱わせている。子供達は皆小ざっぱりした服装で明るい。一休みした子供達にビスケットが配られる。皆楽しそうだ。少し離れた所では、選ばれたとおぼしき数人の女の子達が、孤児院での発表用に踊りの特訓を受けている。真剣ながら楽しそうである。我々も邪魔にならない様側で踊りを真似、手足を動かす。

キャンプの診療所に来る子は一様に暗い。「ジャンボ」と呼び掛けてもなかなか返事がないし、暗い顔をして横を向く子が多い。着ている衣服もまさにボロである。雨の後急に下がる気温の中、このボロだけで寒さを凌いでいる。

孤児であっても手厚く遇されている子。親は居てもひもじく貧しく病苦を凌いでいる子。又水汲みや燃料のたき木集めに時を費やす現地ザイルの子供達。医療だけに目を向けてわけには行かない現状の直中にある私。

9月 5日（月） ローカルスタッフと我々全員揃ってキャンプへ向うのが毎日の日課なのにどうも人数が足りないと思いきや、キャンプに着くと見慣れない立派なジープが停っておりシンキが乗ってきたとの事。給料（賃金？）

をもらい奥さん子供の居る所へ週末帰ったが、遅れたので自分の車でやって来たそうだ。給料の件でローカルスタッフ全員を統率し異議の弁を述べ訴えた姿勢といい、このジープといい、何とも難民というものに対する疑問を憶える。

9月 6日(火) 午前中のconsultationは順調である。通訳のDeoも患者の訴えをそのまま伝えてくれるので判断しやすい。処置担当のピーターがお母さんの具合が悪く見舞と看護を兼ねて昨日から出向いており、代わりに彼の奥さんが来ている。時々処置にも顔を出す。ピーターも奥さんも手慣れた看護人である。現地の疾患や現地の処置方法を充分熟知している。点滴も技術は充分。

午後流産しかけの妊婦をMSFへ移送する。MSFは各科ごとにテントが別れている。一番奥に連れて行き状態を説明するも若い医師は今この患者を診ているからその後で診察すると言って妊婦を立たせていたが、足元に多量の出血がみられ、急いで産褥ベッドに運んだ。MSFはどのテントも患者で一杯であった。

9月 7日(水) テレビ東京のインタビューを受ける。国際的な報道機関は引きあげて終わっているのに日本からの報道機関が目立つ。報道機関も日本政府の動きも国際的な足並からかなり遅れを取っている。調査やら視察やら国会議員やらの相次ぐ来訪に、一体何を見、何を知り、何を基準にどの様な報告がなされているのか公表して欲しいものである。国会議員の随行が大切な仕事の一環と思いつき、本来の仕事をさし置いて3~4日間も無意味にナイロビ出かけたが、議員と一緒に回ったりした医療従事者がいたが、自分のなすべき仕事を示して欲しいものである。国会議員に随行したこの医療従事者は現地で実際に医療活動を行ったのはたった5日だけだと豪語している。何か錯覚している感あり。

9月 8日(木) Air Zaire の都合で昨日到着されたネパールの医師とで今日は3人のくもり後雨 医師がキャンプにいる。consultationもスムーズに行く。女性疾患の患者を診て欲しいと言われカヒンドーと共に患者の所へ行くも疾患部分を見せるのを拒否。

昨日食料配給時に泥棒した犯人が皆に袋叩きにあい、運び込まれて来た。鼻の下が深く切り込まれ血だらけになっている。押し入ろうとする群衆の間を車に乗せMSFへ運ぶ。食料配給時には他人の食料を盗ったとかで数件殺傷沙汰があった。どこの世界でも食べ物に対する思い入れは深いものである。

9月 9日(金) 午前間の問診の中で、珍しい例があった。母親が娘の下腹から虫が出てきたと、その虫をセロハンの端切れみたいな物に包み、縫い糸でしばって持って来た。1cmにも満たない虫で一見蛭虫様、カヒンドーに聞くと、これは牛とかヤギといった動物と一緒に生活していると、皮膚から進入し段々皮膚の中で成長していく。それにつれ進入した部分も腫れてくる病気のとのこと。虫が出たので心配ない。出た後は治療の必要はないとの事。先生方に見せるもネパールの医師は写真を撮っていた。

生後8日目、1.5kgの女児を抱いて若い母親が来る。生後便が出ない、母乳も出ない、赤ん坊は乳を飲もうとしない等の訴え。児は低体温を呈し、わずかに手足を動かす。重症な症状を呈している様子は見受けられない為、手持ちのタオルと綿でくるみ、赤十字かMSFへすぐ行くよう伝える。母乳が出ないのは解るが生後8日間便が出ないという

のはげせない。赤ちゃんはピンク色の膚色である。一刻も早く哺乳を始め便の排出を試みる必要がある。赤十字には哺乳に要するミルク粉が与えられるだろう。この児が安定状態になるまで介護が出来たら？と一瞬考える。カヒンドーも赤十字へ行く方が良いと賛同する。

昼食後、不足の品を買いにゴマ市へ行く。そのキャンプへの帰路、他のNGOの車が草々に帰っているのに何台か出会う。他のNGOは早く帰るんだなあと思いながらキャンプに着くと雨が降りだし、その中で後片付けをし雨が小降りになるのを待って帰路に向う。途中かねて危険地とされている辺りでザイール兵数名が、機関銃を載せた小型トラック（ピックアップ）を止め、たむろしている。我々の車の前を2台程のNGOの車が猛スピードで飛ばしている。一瞬ザイール兵の方を見たら、一人の兵が小石を拾い上げ、我々の車に向け投げようとしていた。我々の運転手がそれを見たかどうか解らないが、先の車を追いかけるようにスピードを出していたので何の危害もなかった。

9月10日(土) 昨日、松浦先生の送別をキャンプの昼食時にローカルスタッフが行った。ローカルスタッフといっても全て準備したのがカヒンドーとムバンプの看護婦と他の2人の看護婦が手伝ったのである。その何かが当たり、私は再び夜中に激しい胃の痛みで目が覚めた。又あの嫌な卵の腐った様なゲップが出始めた。虫の再入である。再びティニダゾール（メトロニダゾールより副作用が少ない）を服用する。昼頃にはゲップは収まるも、腹満は持続。その為量的には夕食は食べられない。しかしこれ丈で他はピンピン元気。よく虫に好かれるので困りものだ。

夜警がキャンプに行かず途中で引き返してきた。ザイール兵が殺されたのでゴマとキャンプ間は誰も出入り出来ないとの事。今日は家に帰るよう伝える。

9月11日(日) 薬品、テント、その他の機材をブカブへ運ぶ車に便乗。朝5時45分 晴 宿舎を出発。ムグンガのキャンプを通りルワンダ兵の集落キャンプを通り過ぎ検問所を過ぎると道は未舗装の土埃の悪路。湖の側の峠を幾度も越える曲り道の凹凸の著しいのには少々体が疲れる。この道だけに時間が掛りドライバーは早く着いて一刻も早く帰りたく切望。カレへのキャンプに着くと早速荷をほどき、草々に引き返す。コーラを飲む為数分休んだ丈で、ゴマの宿舎に帰り着いたのは夕6時であった。

9月12日(月) 今日にはネパールの医師1人。私と看護婦2人（2人共ザイール人）計3名でconsultationを行う。数日前から不穏気味の為、草々に診療を切りあげるも、帰ったのは4時前であった。

薬服用3日目。腹満は持続。

9月13日(火) 明日から日本人医療従事者が私一人となる為（アライ氏は通信の方に掛っておられるため）今日中に必要な買物を済ませる。

今日も早く終り3時半頃帰宅。

9月14日(水) カヒンドー、ムバンプ、私計3人でconsultationを行う。下痢が激しく肛門脱をきたした子。流産の危険の妊婦の2件をMSFへ送る。カヒンドーもムバンプも適切な処置をする為2人でよく相談していたし、時に私にも相談した。私よりも彼女達の方が現地を熟知しており、疾患に対する処置も出来ると思い、彼女達にやり方をまかせた。

新患 128名 再診 113名 計 241名

薬効か、お腹の調子回復気味。

9月15日(木)
くもり雨

○再診の妊娠8ヶ月。初診で肺炎マラリアの診断がなされ妊娠中なれど抗生剤等の投与がなされており、再診では流産しかけの為MSFへ移送。

○妊娠、第1子流産、第2子7ヶ月の未熟児、第3の今回早産の恐れある為MSFへ移送。

○視覚不良にて初診の男子。明らかに白内障。手術した方が良いが急を要するものでないから状態落着くまで様子を見る様にといて帰す。

○ルワンダでしていた眼鏡がないので見えに難い。

○目の前に何か飛んでいる様だ(飛文症) 等々。

新患 160名 再診 130名 計 290名

医師に付いていた通訳は医師がない為ブラブラしている。彼等に与えるべき仕事もない。

今迄新患のカード作りをconsultationの側でやっていたが、頭の切れるシンキの発案で患者待合いでそれを作り始めたのでどんどん患者の間診が進んだ。

9月16日(金)
晴、くもり

午前の間診を終え、かねて試みようとしていた診療所の裏の丘に上が
る。この丘の頂までテントが張られている。診療所周辺の小屋小屋も覗
く。皆あいそがよい。子供達も駆け回っている。

午後最後の間診を終える。

新患 158名 再診 125名 計 283名

(追記) 諸々の統計、難民人口、疾患例とその計数、AMDAにおける日患数等は
先任者の統計報告にゆだねる。

前列左より事務職員、友成東京オフィス所長
後列左より藤田医師、辻谷医師

加藤職員(左より2番目)と

提 言

活 動 目 標

1. 緊急治療活動なのか、中期に及ぶ医療活動を行うのか？
1. 診療、投薬のみの医療か、準じて小外科手術及び異常出産に及ぶのか。

派 遣 要 員 の 条 件

1. 先発隊となる人は経験のある人が望ましい。
1. 初めて経験される方には経験ある人と組むのが望ましい。
1. 少なくとも現地での活動がどういうものか心得ているべき。
1. 心身共に自己管理の出来る人
1. 派遣される国の多くは発展途上の国であるが、決して劣等視的な態度を示さない事。
むしろそういう国の人々の方が言語において優位にある事。
同じ人間であるという事を忘れて、日本社会の中から相手を見る事の無い様。
1. “とにかく行ってみよう”の気持ちも必要だが、“そこで何が自分に出来るか”も考えるべき。
1. 医療従事者は少なくとも疾病用語の外国語を知っておくほうが活動しやすい。
1. 業務調整の方は“今、何の調整”が必要かを適格に把握すること。関わっているプロジェクトを速やかに運ぶのはどういう調整が必要か見抜き行動する事。
1. 可能なら医療調整員が加わるのが望ましい。
世界の大きなNGO組織は業務調整以外に医療の知識を持つmedical-coordinatorを置いている。日本ではまだどの組織にもこの職が存しない。

人 材 育 成

1. 何時どんな時でも速やかに適格な人材を派遣する必要がある緊急援助に備えて、定期的に養成機関をもうけるのは望ましい。しかし養成を受けて現場に入るまでの期間が長ければ、現場で習った事を役立てるには少々時間を要するのが現実である。
1. 最少必要な外国語を身に付けていると活動がしやすい。
1. 調整員はその能力を持った人、その調整力を養う事。
優秀な調整員一人いればいかなるプロジェクトも速やかに運ばれる。

難民ばっ発により先ず叫ばれる緊急援助、中でも医療援助はその重点を成す。MSFは緊急の医療援助を目標とし、活動を始める時点で撤退時期も考慮する。私が登録しているJMTDRもそうである。援助が中長期を目標とするならば現地の医療に沿ったprimary careへの移行を考慮し、primary careに必要な人材と予算の計画を立てるのが望ましい。

以 上

ルワンダ難民支援与党調査団の議員先生方を尋ねて

AMDA東京オフィス所長

友貞多津子

社会党の岩垂先生を団長とする政府与党調査団がルワンダ入りする事が決まってもまもない8月末日 ルワンダ難民緊急援助活動から戻られたDr. 渋谷 10月にPKO部隊と時期を同じくして現地入りする事になったDr. 鎌田、私の三人で 調査団の五人の国会議員の先生方をお尋ねしました。折りしも 新聞、テレビ、等々ではPKO派遣を巡って是非が問われているところで 今後のあるべき日本の国際貢献を考える上でも 又 我々を含むNGOの活動を拡張していく為にも 今回の様な形で 政府側の方針および将来展望を直にお伺い出来た事は 多いなる躍進の第一歩と訪問を終え 確信しております。AMDAも今後益々政府 官公庁とは 良い信頼関係を築き上げて行かなければ後退はあっても 前進は望め無いでしょうし 国際社会の中の日本を大きな枠で考える時 官民一体となって貢献して行く事が 円滑にして自然なありかただと思います。岩垂先生 五島先生 高見先生 大野先生 中谷先生も同一見解をお持ちで 五島先生の方からは 早急に国会議員の先生方とNGOで 真の国際貢献を考える勉強会を発足すべきとの積極的ご提案を頂きました。

AMDAに対するご支援に勇気付けられ その翌日には自民党政調会長加藤紘一氏を訪問 具体的に現在AMDAがフィールドで直面している国際機関との調整についての問題点 資金面での苦勞等も聞いて頂き 引き続いて防衛庁に玉沢長官を表敬訪問しザイールでのご協力をお願いして参りました。

欧米の民間援助団体に比べ まだまだ未成熟な点の多い日本のNGOですが 総べてが転換期に来ている今 改革の勇気と実行力を持った政治家の先生方とPOSITIVEに 国際的にも高く評価される貢献がなされる様 体制を整えていければと思っております。PKOが既に現地入りした今では 「PKOの派遣決定が遅かった」等別の論点からの批判が出ている様ですが PKO派遣もNGOとの連携によって双方にメリットのあるものになっていく筈 時代の大きな流れを実感しました。



前列左より岩垂議員、友貞東京オフィス所長
後列左より鎌田医師、渋谷医師



加藤議員（左より2番目）と

ルワンダ難民議員調査団報告

衆議院議員 高見裕一

標記についてご報告致します。

9月11日に無事、成田に帰って参りました。

ナイロビも含め、現地は3泊4日でしたが、内2泊はキガリのホテル泊で、かつ、お会いする人達も多く、かなり強行軍な調査旅行でした。

国際的な貢献に関しては「孤児」と言っても決して過言ではない「日本」が、いま国際社会で何をなすべきか、特に人道的な国際救援活動の分野において何をなすべきか、考えさせられる旅でした。

UNHCR という名前は知っていても、その活動の実態については殆ど知らないというのが、多くの日本人の状態だと思います。恥ずかしながら、私もその部類に入ります。

しかし、同じ星の住民として、あるいは「持てる国」の国民として、奢らず。淡々と、最低限果たすべき役割は何か、を真剣に考えさせられました。

この観点に基づかず、「自らの安全をいかに図るか（機関銃で）」だけが議論的になっている現状は、ひどくズレていると感じます。

また、ゴマのキャンプに日の丸が翻っているのを見た時には感動ものでした。別に、右翼という訳ではなく、わが同胞が頑張っているんだと純粋な思いが強く胸に上がってきました。

よい意味で、皆様のご意志を大事にしながら、全面的にバック・アップする方法はないかと考え、他の議員とも議論しながらまとめたのが、報告書最終ページのNGOに関する一項目です。官民ともに、人道的なNGOを支える方法を模索していきたいと考えております。

また、色々のご指導下さい。

取りあえず、「調査団報告書」他、資料一式お送り致します。ご一読下さい。

<了>



五島議員（左から2番目）と



高見議員（右から2番目）と

友貞 土

ゴマのキャンプで AMDA の
日の丸を見た時は 少2.感動
致しました。

僅は決して「右」の心ではないかと
同じ日本人が、あんな場面で、汗を

流すお節事に、心動かされました。

日の丸が、血の色ではな、希望の
陽に見える。

新しい日の丸を日本人以外の
心の中は、はたまた、せわは、なす
の、心、思、い、の、す。

高見 村

高見氏お便りに寄せて

AMDA副代表 小林 米幸

本来国民が自らの国歌、国旗に敬意を払い誇りに
思うことは当然なことである。しかしながら、
不幸なことに我国においては第2次世界大戦及
び、戦前の植民地主義に鑑み、戦後49年現在に至
るまで国民の一部に日の丸を素直に誇りを持って
見ることができない人々が存在しているのも現実
である。我々AMDAは過去の負の遺産に訣別し
日本及び日本人の国際貢献の場において、自らの
国旗を敬意を持って見つめることができるような
社会を作っていかなばならない。



大野議員（右から2番目）と



中谷議員（左から2番目）と

この資料は
AMDAの資料です

PROJECTS' PROPOSALS TO UNHCR

JEN

JAPAN EMERGENCY NGOs
AUGUST 1994

HEALTH EMERGENCY FUND PROJECT IN PULA

PROJECT OBJECTIVE

The Kamenjak Refugee Center has been set up since 1991. Not only has this center provided shelter and food for starving bodies of war victims from Bosnia-Herzegovina, but it has also been a place to release their traumatized souls from the fear of war. Socio-psychological developments of refugee receive substantial support from various government and non-governmental organizations both at national and international level.

However, health care provision for refugees and displaced persons in Pula remain inaccessible and inadequate due to the economic and financial is after the conflict. Eighty percent of displaced persons are inaccessible to health care while 700 refugees in the camp share one general practitioner with the other 2 centers.

In an attempt to resolve this problem and to provide a sustainable health care system, ODPR Pula under close supervision of medical department ODPR Zagreb and Japan Emergency NGOs collaboratively agree to open the new Kamenjak Clinic in September 1994.

Situated within the center, this new clinic will provide both primary care, including dental care and gynecology, and 3 out-patient special cares: internal medicine, psychiatry and orthopedics. Local physicians and other health personnel will be employed and all medical and dental equipments will be donated by other international organizations.

The clinic will inevitably increase the use of referral system for higher level care requiring substantial funding from both public and private sources. The later source will create even more burden, especially for needed refugees who are not under coverage of the Croatian social security system, JEN will allocate part of the financial support for the Kamenjak clinic to the cases for which non-emergency higher level cares are needed.

DESCRIPTION OF BENEFICIARIES

The potential beneficiaries of this project are 700 - 800 refugees in the Kamenjak Camp, 5,600 privately accommodated displaced persons and refugees who currently reside in Pula municipality and additional 700 refugees and displaced persons who are expected to refuge in Pula before the end of this year. In addition, for orthopedics and psychiatric secondary care, potential beneficiaries includes the whole region of Istria, thus, 50,000 refugees and displaced persons will be covered by these 2 special cares.

IMPLEMENTATION PROCEDURES

Definitions:

"Potential case" refers to case which;

- is diagnosed at Kamenjak clinic
- requires secondary health care provision
- is not an emergency case
- is curable by medicine treatment or operable by a single surgery
- does not require special rehabilitation after treatment

Proposal is 日本に送る? 送るの? 送るの?

"Selection committee" will consist of;

- the physician who diagnoses the potential case
- a general practitioner from Pula Health Center
- a representative from ODPR Pula
- one JEN co-ordinator

The "referral system" is as follows;

Kamenjak Clinic--Pula Health Center(Dom Zdravlja)--Pula Hospital--Rijeka General Hospital--Zagreb University Hospital

"Treatment" includes;

- laboratory investigations at the health center or Pula Hospital
- all medical/surgical treatment

Procedure

The specialists at Kamenjak Clinic namely, internist, psychiatrist, orthopedist and gynecologist will identify a patient as potential beneficiary of this emergency fund project. Every week, their representative form ODPR Pula and JEN co-ordinator will meet with the general practitioner from Pula Health Center to make final selection. Within one week after this decision, the patient will be referred to Pula General Hospital for investigation and/or treatment. The "emergency fund" will cover all of the treatment cost. JEN will pay, upon the discharge of beneficiaries, directly to the health care institutes. This emergency fund will be provided under "first come-first serve" basis from the opening day of the new Kamenjak clinic until December 31, 1994. However, as soon as the fund is finished, JEN will terminate this project before the expected date.

RELATED INPUTS

The project will be implemented in close cooperation with the participating health care institutes in the referral system, Pula Health Center, Pula Hospital, Rijeka General Hospital and ODPR Pula.

UNHCR(Shelter task force) renovates the site. Italian NGO "ITHUS" donated dental equipments. For medical equipments, ODPR is searching for donors.

UNHCR, with cooperation Ministry of health, contributes funds earmarked for specific health institutions in Croatia, including Rijeka General Hospital, enabling refugees to receive similar medical treatment, surgery, dental care and hospitalization facilities as Croatian citizens. Assistance provided includes referred cases which require immediate treatment or further referrals as appropriate under the secondary health care system.

DESCRIPTION OF ASSISTANCE

Investigations beyond the capacity of the primary health care center; "Dom Zdravlja Pula";

- blood analysis of T3,T4,TSH
- Concentration of drugs in blood and urine
- blood gas analysis
- bacteriological examination of body specimens
- examination of parasite in stool
- cytological examination for Carcinoma of Cervix
- histological examination of tissue from biopsy specimen
- radiographic examination for bones, angiogram, spirogram
- ultrasound examination of abdomen, uterus, ovaries, prostate and thyroid gland.
- doppler examination of blood vessels
- eye examination for strabismus in children
- EEG
- EKG
- spirometry

Urology:

- Prostatectomy (Benign Prostatic Hypertrophy)
- Stone removal:
 - nephrolithotomy
 - pyelolithotomy
 - ureterolithotomy
 - vesicolithotomy
 - ureterolithotomy

Obstetrics:

- diagnostic and/or curative curettage for postmenopausal bleeding

Gynecology:

- surgical treatment of endometriosis
- Myomectomy (benign myoma in utero)
- Hysterectomy and stress incontinence correction(Procidentia uteri)

Orthopedics:

- Congenital hip dislocation correction
- surgery for pas oquinovarus
- Total hip replacement
- surgery for fracture of elbow
- surgery for disc herniation

The cost for each treatment varies according to the hospital in the referral system. However, the prices are extremely reasonable. Because of the extremely reasonable prices, the number of beneficiaries for this project is expected to be high and, thus, adequate for immediate needs of refugees and displaced persons in this region.

DENTAL CARE PROJECT FOR SCHOOL-AGE REFUGEE CHILDREN IN ZAGREB

JEN will formulate Project description with IRC's input in a week time.

PROPOSAL FOR A PILOT DENTAL CARE PROJECT FOR SCHOOL-AGE REFUGEE CHILDREN IN ZAGREB

I. PROJECT SUMMARY

Country:

Croatia

Time Period:

6 months; Oct. 1, 1994 - March 31, 1995

Targeted Beneficiaries:

7,000 refugee children age 7-14 attending Zagreb schools would receive first level dental care.
53,000 children age 7-11 attending Zagreb schools would receive dental health education.

Purpose of Project:

To provide dental care to all school- aged Bosnian refugee children living in Zagreb and to provide dental health education for all Zagreb school children.

Japan Emergency NGOs (JEN), in close consultation with the International Rescue Committee (IRC), which is a sub-contractor for this project, proposes the following Pilot Dental Care Project for School-Age Refugee Children in Zagreb. In addition to providing refugee children between the ages of 7-14 attending Zagreb schools first level dental care (prophylaxis, filling of carious teeth, application of sealants and fluoride gel), the project also seeks to provide all children between the ages of 7-11 attending Zagreb schools with dental health education using materials already created for this purpose by the Croatian Society of Pediatric and Preventive Dentistry.

II. BACKGROUND/JUSTIFICATION

Although former Yugoslavia provided comprehensive dental services to all of its citizens before the current conflict, the dental health of its children was among the worst in Europe. A prewar publication of the Yugoslav Medical Society states that the DMFT level (an internationally used index of decayed, missing or filled teeth) at age 12 in former Yugoslavia was 6.1, and 98% of 12 year old children had dental caries. According to the World Health Organization, the DMFT level in 12 year old children in the republics of former Yugoslavia in 1993 is in the highest 12% of the countries surveyed.

Among the factors contributing to these high figures are lack of fluoridated water in most former Yugoslav republics, inaccessibility to dental health services in rural areas (in Bosnia, there were not enough dentists to cover the population with even one dental visit per patient per year), poor dental hygiene, and, most importantly, the low priority generally given to prevention programs. The Ministry of Health of former Yugoslavia did provide comprehensive dental care services to all children at no cost, and every child in Croatia underwent an annual dental examination at school. However, this system was hampered by periodic shortages of dental supplies and lack of adequate follow-up.

Virtually every voluntary organization working with refugees in Croatia has identified dental care as a significant unmet health need. Some agencies are attempting to provide services, usually through mobile units, to a limited population of refugees and displaced persons. Small-scale projects of this kind, while laudable in their goals, have several shortcomings:

- They usually serve a very small population: a dentist working with limited or no assistance from a technician can treat only one patient per hour. Thus they are not cost-effective as a public health measure.
- Their record-keeping system is fragmentary; it does not conform to official records, and cannot provide a reliable system for followup and long-term care.
- They serve a self-selected population, consisting generally of people with emergency problems (who are eligible for dental care under the Croatian health system) or "health-conscious" (and thus usually educated and relatively well-off) patients.

JEN's sub-contractor, IRC has worked in former Yugoslavia since December 1991. IRC physicians, nurses, and paramedical staff implement a wide range of medical and mental health projects in the areas of training, health education, procurement and distribution of drugs and medical equipment, and organization of support services.

III. PROJECT OBJECTIVE/OVERVIEW

The objective of this pilot project is to improve dental care of school aged refugee and Croatian children in Zagreb by providing first level dental care and dental education.

Specific Objectives:

Providing dental care to all school-aged Bosnian refugee children living in Zagreb, in a project with both school-based and clinic-based components.

Promoting dental health education for Zagreb schoolchildren in a project jointly organized by the Croatian Society for Pediatric and Preventive Dentistry, JEN and IRC.

The Dental Care component of this project will do the following:

- include both a preventive and a treatment component;
- use existing referral systems, health facilities, and record-keeping wherever possible;

- include all school-age refugee children in a system that guarantees parental notification and followup at local health centers;
- provide the same standard of primary dental care to refugee children that Croatian children receive;
- employ a simple and cost-effective model that ensures that long-term followup of refugee children is possible wherever these children live during the next few years.

The Dental Health Education component will work in close partnership with local academic institutions and professional organizations. Responsibility for designing, monitoring, and evaluating this project should be shared between these institutions and the sponsoring organization.

IV. DESCRIPTION OF BENEFICIARIES

1. Dental care for school-aged refugee children in Zagreb.

This target population (approximately 7,000 children) has been chosen because:

- Approximately one fourth of Bosnian refugees living in Croatia are in Zagreb;
- As explained above, all schoolchildren in Zagreb are screened annually by school dentists, and thus a built-in referral system already exists for refugee children;
- Zagreb is well-supplied with dentists (over one fourth of the dentists in Croatia live in Zagreb) and with clinics that could accommodate Bosnian children without any increase in existing staff.

Comprehensive first-level dental care for children is available in Croatia at modest cost; \$15 per child per year (approximately the same level of reimbursement that Croatian children receive from the Social Insurance Fund) would cover all dental visits needed by a child for prophylactic and restorative treatment. (This price does not cover emergency dental care, oral surgery, orthodontics or prosthetics.)

Although prevention should be the first priority in any dental care program for children, there is no point in educating children with poor dentition about the importance of dental care unless they have access to dental services as well.

At present refugee children attending Zagreb schools undergo regular school dental examinations, but are not eligible for dental care that Croatian children receive, unless their parents can afford to pay approximately the 20 to 30 deutschmarks per filling charged by private dentists. (The 1993 edition of the Guidelines on Refugee Health Care published by the Office of Displaced Persons and Refugees and the Croatian Ministry of Health state that refugees have the right to receive full primary health care (except dental prosthetics), but according to the Ministry of Health there are no funds in the Social Insurance Fund to cover dental care for refugees. However, some Croatian dentists do provide dental care "off the books" for refugee children brought to health centers).

2. Health education for primary school children in Zagreb.

This target population (approximately 53,000 primary school children in grades 1 to 4) has been chosen because:

- A rudimentary dental health education program already exists in Zagreb schools; instructors are dentists from Domovi Zdravlja (health centers) in Zagreb.

-Dental health education materials for children have already been prepared, but, because of budget constraints, are not being used;

-Any school-based health education program must include all students; and

-A health education program that includes all primary school-aged children in Zagreb would attract stronger support from government authorities than a project aimed solely at refugees.

-It conforms to the "minimal option" of comprehensive dental care recommended by WHO.

V. IMPLEMENTATION PROCEDURES

1. Primary (first level) dental care for school-aged refugee children in Zagreb.

Primary dental care includes dental prophylaxis, filling of carious teeth, application of sealants to molars (the use of sealants reduces caries up to 99% in permanent teeth and 87% in deciduous teeth), and application of fluoride gel after each dental examination or treatment.

This project would be limited to dental facilities in those parts of Zagreb that contain the largest concentration of refugee families. The following facilities should be included in the pilot phase of the project:

1. The Zagreb Dental Polyclinic, which already serves as a citywide referral center, and has the capacity to absorb a large influx of pediatric patients. (Approximately one-fifth of the dentists in Zagreb work at the polyclinic.)
2. The Dom Zdravlja (health center) in Novi Zagreb, which serves a large refugee population, and has conducted a model dental health education program for mothers and children since 1980.

Because of the large number of clinic visits that will be needed to serve the beneficiary population (approximately 20,000 visits), it is hoped that this pilot project would, if successful, be extended to last a total of two years. If extended, the project would eventually include all 15 Domovi Zdravlja in Zagreb.

The role of JEN and IRC would include:

Establishing referral and record-keeping procedures;

Monitoring of the project to assess number of new and followup visits, quality of care and adequacy of record-keeping.

Evaluation of the project.

2. Dental health education for primary school children in Zagreb.

JEN and IRC will work in partnership with the Ministry of Health and the Croatian Society for Pediatric and Preventive Dentistry to provide the necessary inputs for dental health education in schools. Health education materials include the following:

1. A slide set entitled "How to Keep your Teeth Healthy" would be supplied to each of the 15 health centers in Zagreb for health education classes in schools.
2. An illustrated booklet entitled "The Alphabet of Healthy Teeth" would be given to each child in grades 1 and 2 following the lecture by the school dentist.

- An illustrated booklet entitled "I Am Gaining Permanent Teeth" would be given to each child in grades 3 and 4 following the lecture by the school dentist.

VI. PROJECT ORGANIZATION AND MANAGEMENT

The project will be supervised by JEN through an IRC international medical doctor who is responsible for all of IRC's health projects in Croatia. A senior pediatric dentist from the University of Zagreb Faculty of Stomatology will serve as a part-time consultant for the project. The project will be coordinated by a Croatian dentist, assisted by a local health professional (pediatrician or dentist). The Coordinator and Assistant Coordinator will make regular visits to the Zagreb health centers and schools to monitor the project.

VII. MONITORING AND EVALUATION

In addition to establishing referral and record-keeping procedures, JEN and IRC will monitor the project to assess the number of new and followup visits and quality of care and adequacy of record-keeping. A semi-annual evaluation the project will include these figures as well as a narrative summary.

ELDERLY ACCOMMODATION PROJECT IN GASINCI COLLECTIVE CENTER

PROJECT BACKGROUND

Gasinci is a small rural community located in the Eastern Croatian province of Slavonija. Four to five kilometers from the center town is a collective center which was originally built to be used as a training center for the Yugoslavian National Army. Since the summer of 1992, part of the camp site has been used as collective center for refugees and displaced persons. The Croatian army facility is separated from the collective center by a barbed wire fence. Psychologically the close proximity of the Croatian army could be considered debilitating. Originally the camp area, which is now being used as a collective center, had been constructed to accommodate 800 people in solid structures. Additional prefabricated houses have been donated by the German and Dutch governments and UNHCR. At the beginning of September 1993, there were approximately 2,300 people in solid structures.

In the summer of 1993, many people, who had been living in collective centers along the Dalmatian coast, were forced to relocate. Gasinci was one collective center where several hundred persons were relocated. Concurrently, approximately 1,000 people (ex-detainee and their families) were relocated from Karlovac Transit Center (KTC), twenty-five miles outside of Zagreb, Croatia, to Gasinci. Unprepared for this large influx of people, the management of the Gasinci collective center could only accommodate these people in tents that had been provided by UNHCR.

Presently, there are approximately 3,500 people living in the collective center. There are weekly arrivals of people from the Banja Luka region of Bosnia. Although these people are eligible for resettlement to a third country, many of the other people living in the camp are there on a semi-permanent basis.

PROJECT OBJECTIVE

The goal of this project is to provide essential specialized accommodation for sixty elderly people living in Gasinci. Six bungalows that can be renovated so as to include a sanitary unit

per bungalow and provide each resident with 5,4 square meters of living space has been identified. The purpose of this project is to provide at least sixty elderly people with an opportunity to live their final days in a relatively comfortable surrounding. Project activities and logistical considerations include the following:

- Renovation of six existing bungalows to include one sanitary unit per bungalow.
- Provide the water and sanitation connections to six bungalow.

BENEFICIARIES

Sixty elderly people who need special accommodation

IMPLEMENTATION PROCEDURES

This project should be completed in four months. The commencement of this project will be beginning of August, 1994.

International Rescue Committee (IRC) will act as implementing partner of Japan Emergency NGOs (JEN) for the Elderly Accommodation Project in Gasinci Collective Center.

Technical evaluation during and at the completion of this project will be conducted by IRC technical expert.

As an implementing partner, IRC will provide JEN with a bi-weekly written technical monitoring report.

JEN coordinators will conduct overall monitoring activities on a regular basis on the spot.

Official agreement between JEN and IRC was established on the date of July 22nd, 1994.

CHILDREN'S THEATER PROJECT FOR REFUGEE, DISPLACED AND SOCIAL CASE CHILDREN IN OSIJEK

PROJECT OBJECTIVE

Refugee, displaced and social case children in collective centers and private accommodations are facing difficult times under depression, fear, stress, and frustration. There is a immense need for these children to have activities which would ease their mental and emotional difficulties so that they can feel positive about their lives again and have hope, dream, and stronger love toward other people. These psychological, emotional, and social needs are not met in their daily life. Children are victims of the wars. JEN will sponsor the Osijek Children's Theater to provide puppet shows to help the children to ease their pain and to develop their interest in cultural activities.

BENEFICIARIES

Approximately 20,000 children of refugee, displaced and social cases in the region of Osijek and surrounding area.

IMPLEMENTATION PROCEDURE

Children's theaters will start in September till December of 1994.

Tentative plan of performances up to 10 shows is as follows:

viewers	number	place	transportation
1 Gasinci's children	350	Gasinci collective center	no need
2 Gasinci's children	350	Gasinci collective center	no need
3 Cepin's children	all	Cepin collective center	no need
4 Rokovci's children	400	Rokovci collective center	no need
5 Gasinci's children	120	Children theater	Bus
Donji Miholjac	30		
Bosnian refugees	150		
6 Gasinci's children	120	Children theater	Bus
Bosnian refugees	180		
7 Gasinci children	110	Children theater	Bus
Rokovci's children	55		
Bosnia refugees	135		
8 Rokovci's children	115	Children theater	Bus
Cepin's children	100		
Bosnian refugees	85		
9 Rokovci's children	115	Children theater	Bus
Cepin's children	100		
Bosnian refugees	85		
10 Rokovci's children	115	Children theater	Bus
Cepin's children	100		
Bosnian refugees	85		

**PROPOSAL FOR A CHILDREN'S 'THEATER PROJECT'
FOR
REFUGEE, DISPLACED AND SOCIAL CASE CHILDREN IN RIJEKA**

PROJECT OBJECTIVE

Refugee, displaced and social case children in collective centers and private accommodations are facing difficult times under depression, fear, stress, and frustration. There is a immense need for these children to have activities which would ease their mental and emotional difficulties so that they can feel positive about their lives again and have hope, dream, and stronger love toward other people. These psychological, emotional, and social needs are not met in their daily life. Children are victims of the wars. JEN will sponsor the Rijeka Children's Theater to provide puppet shows to help the children to ease their pain and to develop their interest in cultural activities.

BENEFICIARIES

Approximately 25,000 children of refugee, displaced and social cases in the region of Rijeka and surrounding area.

IMPLEMENTATION PROCEDURE

Children's theaters will start in September of 1994 till December of 1994

There is one children theater in Rijeka.

There are six buildings available for JEN free of charge in cooperation with the city of Rijeka.

JEN will sponsor one play at each center,

JEN is planning to have two plays a month from September to December, which will be 8 plays altogether, in this year.

JEN Rijeka has six social workers visiting refugees and DPs individually so children in collective centers and private accommodations will be informed of the schedule of the performances. JEN also has an access to the Refugee Bulletin which is published by and for refugees and DPs to put articles on the schedule so that information on children theaters will be well spread out.

VOCATIONAL THERAPY PROJECT IN RIJEKA

PROJECT OBJECTIVE

The project is designed for refugees and displaced women in the Rijeka region. One of the main issues concerned with those people is lack of social activities and an ever-growing sense of isolation from the surrounding local population under the very severe situation both physically and mentally over the last couple of years.

The project would provide them with an opportunity to attend courses that would enable them to sew clothes for their families and themselves and also would develop their capabilities for the future work. Beside education and development of work capabilities and skills, the project would give them opportunities for socialization among themselves as well as local population. Thus, the psychological value would be significantly great, too, particularly in alleviating traumas deeply rooted in the minds of people.

The project offers sewing courses in three levels:

Basic course, advanced course I and advanced course II.

BENEFICIARIES

The beneficiaries of the project would be:

- 20 female refugees accommodated in the "Ucka" camp
- 20 female refugees and displaced persons in Rijeka
- 20 female refugees and displaced persons in Novi Vinodolski
- 20 female refugees and displaced persons in Crikvenica

IMPLEMENTATION PROCEDURES

20 women in each group will attend all three levels of the course. The course will be run by two instructors from the "Bagat" company.

40 sewing machines will be purchased and 10 will be placed at each of four locations. Each machine will be used by two attendants of this course. The "Bagat" company has been/is organizing sewing courses in Croatia as one of their major activities over several decades. Bagat will also provide a one-year guarantee to the machines.

Those women will attend three courses, namely basic course, advance I course and advance II course. They will obtain an official certificate which enables them to seek an opportunity for legal employment in textile industry or starting a private business in future.

DESCRIPTION OF COURSES

BASIC

Two hours/class/day, 15 days, totally 3 weeks

ADVANCE I

Two hours/class/day, 30 days, totally 6 weeks

ADVANCE II

Two hours/class/day, 10 days, totally 2 weeks

TIME FRAME(Two instructors: One is responsible for Crikvenica/Rijeka and another for Novi Vinodolski/Ucka)

CRIKVENICA and RIJEKA

Basic course 01/08/94 - 21/08/94

Advance course I 22/08/94 - 02/10/94

Advance course II 03/10/94 - 16/10/94

NOVI VINODOLSKI and UCKA

Basic course 22/08/94 - 12/09/94

Advance course I 13/09/94 - 25/10/94

Advance course II 26/10/94 - 09/11/94

CULTURAL PROJECT

FOR

YOUNG REFUGEES AND DISPLACED PERSONS IN KRK ISLAND

PROJECT OBJECTIVE

Young refugees and displaced people face stress and frustration in the unfamiliar living condition. They need some way to release the tension and anxiety. The cultural project for young refugees and DPs will provide traditional music instruments to organize bands which cultivates young people's art appreciation and helps ease pain. This project will be a psychological, educational and social treatment for them. The bands can also perform concerts for other age groups of refugees and DPs for their mental comfort.

BENEFICIARIES

Refugees and DPs in KRK Island

IMPLEMENTATION PROCEDURE

There are about 1,800 refugees and DPs in KRK Island as of April 1, 1994. Japan Emergency NGOs (JEN) will provide 7 pieces of 6 different kinds of traditional musical instruments to ODPK KRK. For the first 6 months of this project, these instruments will be utilized for the formation of several musical bands among refugee and DP population in the island. In principle, 40 days will be required to form one band. JEN expect that at least 4 bands will be formed by the end of this year.

As for the performances of these bands, JEN and ODPK KRK agreed in principle that the first concert would be held in late September or early October, 1994, and concerts would be continued to be held on twice a month basis. ODPK KRK expressed its intention to support this project by providing transportation of the bands and six places for concerts free of charge.

JEN will seek the possibility of organizing training courses for refugee/DP youth and children in future with support of two instructors who have been identified by ODP. These two instructors will give lessons to refugee/DP youth and children and will coordinate for the formation of above mentioned musical bands at the initial stage of this project.

DESCRIPTION OF ASSISTANCE

Traditional Musical Instruments and its cost

Name	quantity
Bisernica-srijemski prim	1
Brac A srijemski basprim A	1
Brac E srijemski basprim E	1
Bugarija E srijemski kontra E	1
Tamburasko celo srijemski celo A	1
Berde srijemski T bas	1

RECREATIONAL AND EDUCATIONAL ACTIVITIES PROJECT FOR REFUGEE CHILDREN FROM BOSNIA AND HERZEGOVINA IN OSIJEK

PROJECT OBJECTIVE

There are about 5,300 refugees from BiH in Osijek area. This project will treat traumatized pre-school and school-age children, many of whom were exposed to direct war danger with stress and trauma consequences. Research on the refugees' psycho-social adaptation has shown that these children are a high risk group, particularly concerning mental health. Therefore, it is necessary to act preventively and, in many cases, to introduce professional services. For pre-school and school-age children who are encountering a series of crises, war and persecution have definitely brought along several additional stressful experiences such as: injury, loss of family members, fear from loss, disturbed relationships with the surrounding society, separation and fear from separation, physical and emotional deprivation, and other stressful experiences. When children experience these situational crises, they have a tendency to develop "inappropriate" or "non-useful" behavior and manifest posttraumatic stress disturbances.

Considering the current situation in which refugee children and their families live, normal functioning of a family is impossible. Parents are compelled to dedicate most of their time to solving the basic problems of existence, which means that the children are often neglected and have difficulties even attending the regular course of study in school.

Japan Emergency NGOs (JEN) and Humanitarian Association "Refugees from Bosnia and Herzegovina" (HARBiH) will jointly implement this project.

This project's objective is:

- discovering and recognizing the shocks to the children's spirit (psychological traumas)
- enabling children to openly talk about their needs, wishes and abilities, taking into consideration their individuality

- supporting and helping children adapt to the reality of their new lives
- recognizing and softening the consequences of the children's traumatic experiences
- releasing the stress that inhibits emotional and verbal communication by children
- through different types of activities, enabling children to express their traumatic experiences

DESCRIPTION OF BENEFICIARIES

Project beneficiaries are groups of children from pre-school to the secondary school age. To determine the needs of the children, HARBiH created a questionnaire and was given to pre-school children and to all the elementary and secondary schools in the Osijek area. This questionnaire contained basic information, addresses and questions on the social status of the individual, and their individual wishes and needs regarding particular projects and workshops. Approximately 300 children completed the questionnaires.

IMPLEMENTATION PROCEDURES

The program will start at the beginning of September and will be implemented for the period of 6 months.

The group work and different types of activities will be used in this project in order to achieve visible changes that improve the social and psychological functioning of every individual.

The projects consist of two parts:

Framework of shared activities and working(therapy) in specific workshops(play and practice type of workshops)

Framework of shared activities is used by all the service providers (facilitating the workshops) with the aim to satisfy heterogeneous individual needs, through collective work and development of each individual and the whole group, uncovering the knowledge, which every person bears in him or herself and in combination with the professionally guided programs and activities offered.

Groups will be organized and facilitated in ways that every member is an active doer of his/her own transformation in organizing and harmonizing the group work, showing the effects not only on the level of good humor and experiencing his/her own value, but also in manifesting changes on the level of social and psychological functioning of every individual in relation to him/herself and the immediate and wider social surrounding.

Working in particular concrete experiential workshops, carrying out the exercises which lead every individual members of the group into clearer revival of existence, the change seemingly comes by itself and the participants become the carriers of their own qualitative change.

The project has been conceived in a way that the activities interact with one another. They can be combined with relaxation exercises, "Gestalt" exercises and other ways of work on socio-emotional development and developing communication by the child (dance, music, drawing, creative dramatization, and so forth).

Realization of the specific goals of the program will be carried out through the activities in specific workshops:

"Literary workshop" enable children to nurture creativity, as a way of relaxation and overcoming the inner conflicts through different forms of verbal and literary expression, with good working methods, make a child participate actively in the literary work. The child will come to look at the literary work as a medium for relaxation and entertainment, and will unburden him/herself by living out all the things suppressing him/her.

"Entertainment Group(Playing)"

Optimal combination of toys and playing should enable children to get rid of their fears, anxieties, frustrations and strengthen healthy hopes and visions by children.

"Theatrical Workshop"

Learning and adapting basic dramatic art skills, breathing exercises, speaking skills, mask-making, and so forth, the children gradually and indirectly project their inner traumas and conflicts without invading their privacy.

"Rhythmics and Dance Workshop"

Through music, rhythm, lay and dance, enable children to overcome their inhibitions and isolation in relation to their new surroundings, so that they can develop into healthy and interactive social beings.

"Fine Arts Workshop"

Through dynamic fine arts activities, enable children the possibility of expressing their traumatic experiences, in the spirit and language of fine arts expression, providing the extensive care, attention and psychological help to the traumatized children.

"Ecological Cooking Workshop"

Gathering together and playing, creating a home atmosphere of which they are now deprived.

"Chess Workshop"

Through this game, enable children to develop a new critical opinion, positive attitude towards the competitor and familiarity with the noble and humane character of the game which leads to betterment, rather than destruction.

"Computer Course"

Educate children in using the PC, thereby, developing informational literacy as the prerequisite for functioning in modern media world.

"Photography Workshop"

Taking children into the world of artistic photography, enabling the creative, artistically oriented and gifted individuals to express themselves and release their stress.

"Guitar Playing course"

Give talented individuals, with the professional assistance and guidance, for self-supporting therapy through music.

LANGUAGE COURSES PROJECT
FOR
REFUGEE STUDENTS IN OSIEK

PROJECT OBJECTIVE

There are about 180 refugee students now studying at Osijek university. 163 students out of 180 started to participate in the various activities of the Humanitarian Organization "Refugees from Bosnia and Herzegovina" (HORBiH) as from February 1994.

As one of the activities organized by HORBiH, language course for English, German and French have been organized this year. At present, 36 students are attending the beginner's course of English and 17 are attending intermediate course of English. Although 56 students already registered in German course has been sponsored by a French organization.

This project will provide refugee students with a opportunity to study foreign language in order for them to have broader possibilities for their future work and activities.

BENEFICIARIES

56 refugee students for English courses

53 refugee students for German courses

IMPLEMENTATION PROCEDURES

Two beginner's courses and one intermediate course for English will be September 1st, 1994. Each course will be 3 months.

At this moment, 18 students are registered in two beginner's courses respectively and 17 students in one intermediate course. These courses will be partly covered by the Swedish organization of "Woman to Woman"

56 students are registered in German courses. Courses will be held in the same manner as for English courses.

JEN will provide necessary fund described below to HORBiH for English and German courses.

SOCIAL SERVICES PROJECT FOR REFUGEES AND DISPLACED PERSONS IN PRIVATE ACCOMMODATION IN RIJEKA

PROJECT OBJECTIVE

The main objective of the programme is to render social services of refugees and displaced persons in private accommodation in Rijeka. Based upon the observation the following activities will be organized:

- monitoring and updating the various needs of refugees and DPs
- solving individual social problems, using social work methods
- informing and counseling refugees and DPs on their rights and obligations
- stimulating and coordinating activities of humanitarian, health and educational institutions in Rijeka with regard to solving individual problems of the refugees and displaced population
- organizing various work activities according to the needs and displaced persons especially for women, children and elderly
- informing them of and offering them existing activities in Rijeka that are specially organized for refugees

DESCRIPTION OF BENEFICIARIES

There are 6,842 refugees and 3,020 DPs in Rijeka (Rijeka has 200,000 inhabitants and 5% of them are refugees and DPs). 90% of refugees and DPs are in private accommodation. The first group of DPs came to Rijeka in July 1991 and the first group of refugees in April 1992. 90% of DPs are Croats and they came to Rijeka from all parts of Croatia. Refugees cards from all parts of Bosnia and Herzegovina and 70% of them are Muslims.

Ever since they arrived in Rijeka no special social activities have been organized for them. They seem to have little contact with local population except the cases they need to contact with them for their specific needs such as registration and extension of their refugee cards and seeking solution for health, material, educational problems etc..

This situation creates serious consequences with regard to re-socialization and integration. Therefore, it is believed that special programmes including social activities for refugees and DPs in private accommodation should be developed and implemented.

IMPLEMENTATION PROCEDURES

The programme is to be implemented through:

Activities of 6 social workers in the field through home visits to privately accommodated refugees and DPs

Activities in the 6 counselling and community centre for refugees and DPs

Various workshop activities according to age groups at the counselling and community centres

Regular social method will be used while working with refugee and DPs.

This means: informing on a request basis, psycho-social counselling, assessing various needs of refugees and DPs, exchanging information and coordinating activities of institutions authorized to take care of refugees and DPs. Field work will be organized and divided according to the regions of the town, so that each social worker will cover families in his/her part of the city. Field work will be performed three day a week. Public transport will be used for their activities.

At the town level, six counselling and community centres will be established. Counselling will be conducted and necessary information for refugees and DPs will be provided by each social worker at each centre two days a week.

At the counselling and community centres, various recreational and educational activities based upon the needs of refugees and DPs such as ;library, literacy, cooking, dance, music, fine arts, chess courses etc. will be organized.

The realization of the programme is planned from 01/08/1994 until 31/12/1994. The programme leaves space for necessary amendments and/or extensions according to the conclusions in the quarterly reports.

リエカ-職業療法プロジェクト
ミシンコース、中央左 淀川氏
(コーディネーター)、秋田氏
(看護婦)



グローバル-薬局プロジェクト
常勤スタッフ、左から2番目
ビマル氏(コーディネーター)
4番目前列福永氏(薬剤師)
5番目後列渡部氏(コーディネーター)、4番目後列山本氏
(ベオグラードコーディネーター)



ベオグラード-ソーシャル
サービスプロジェクト



<AMDAのモザンビークにおける活動の現状と95年の展望>

プロジェクト委員長 吉田 修

1) 現在のモザンビークの状況

a、長い内戦による社会基盤の疲弊

交通網、水道、教育施設、医療施設の多くが破壊され、機能していない。

b、都市と地方の非常に大きな格差

マプトは別世界の感がある。大多数の人が住む、地方は非常に貧しい。たぶん世界でも5本の指に入る最貧国であろう。地方でも灌漑ができる地域はまだ良いが、それが無い地域は慢性的な飢饉に瀕している。政府や国際機関から有効な投資を全く受けていない、ほとんど忘れ去られたような村が無数にある。

c、政府の財政の破綻と行政の非効率

厚生省の予算の80%ほどが外国の援助、薬品はほとんど100%援助に頼っている。それでも、看護婦に給料が払えない、ガソリンが買えず地方に薬品が届かない、あるいはワクチンに行けない、などなど。また、行政が官僚的で、手続きが煩雑、大変な手間を要する。例えば、労働許可を取るのに4ヵ月、自動車を港から出すのに八方に手を尽くして6週間。これがNGOの活動を困難にしているし、外国かあらの投資を鈍らせている。しかし、中央から離れて地方で働く役人や医療従事者は、金も物もない中で非常にまじめに取り組んでおり好感が持てるし、彼らもAMDAに非常に期待している。

d、10月の選挙後の見通しの不透明さ

選挙のボイコット、敗者のゲリラ化を心配する声は多い。それに加え食糧高騰などへの不満と武装解除された行き場のない元兵士の暴動の可能性も。資金は多くないので本格的な戦争にはならないのでは、という意見もある。開けてみないと分からない。

e、ここ数年の天候不順

モザンビーク全体がそうなのか分からないが、我々の知っている地域ではここ5年間降雨に恵まれず、特に昨年は悪く、農業生産が落ちている。3~4週間前に穀物を食べつくし、今は木の実と野生のイモで食いつないでいる村がたくさんある。ニュースにもならず、日本には絶対に分からないし、マプトにいても分からなかった。餓死者が出るまでひっそり耐えているしかないのだろうか。

f、難民の帰還

こういうひどい状況のモザンビークへ数十万人の難民が帰還しつつある。

2) モザンビークでのAMDAの基本方針

最も貧しい人々に焦点を当てる。具体的には、

- a、末端の医療施設であるヘルスポストを整備し（再建又は新築）、医療スタッフの確保や薬品の補給が円滑に行えるようアシストする。
- b、ヘルスポストの無い地域の巡回診療

3) 現在のプロジェクトの進行状況

鈴木やよいさんと妹尾美樹さんの誠に粘り強い努力により、交渉に交渉を重ね厚生省、協力省との合意にこぎつけ、UNHCRとも契約することができました。今週中にヘルスポストの再建、新築の契約を建築会社と結べる予定。井戸掘り（ヘルスポスト用、井戸の無い村が多くもちろん住民も使う）は契約済み。94年中に工事が終了する事も契約に含まれています。

巡回診療も、9月に入って少々ながら薬品が買え、9月第3週目より開始。ランドクルーザーも兼ねてうまくスケジュールを組んでやって行きたいと思います。

*巡回診療の印象

小さな村がほとんどで、村と村の距離も離れているため効率が悪く、たくさんの患者を診る事はできないだろうと予想していました。実際行ってみると、どの村にも患者がいっぱいで、なかなか次の村へ移動できないほどです。下痢（赤痢、アメーバ?）、カイセン、消化管寄生虫、住血吸虫、膻炎（淋病、トリコモナス?）等の感染症が多いようです。乾季の終わりで一番患者の少ない時期（マラリアもあまり発生していない）にもかかわらず、どこからともなく患者が集まって来ます。シャングナ語しか話せない人がほとんどで、診療に時間がかかり、ローカルナースを連れて行く事が必要です。

診断に自信が持てず、いつも悩んでいます。一つは会話の問題ですが、やはり細菌学的検査を時々サンプルを取って行いたいものです。

医療以前に、食糧があり、初等教育を受けられ、せめて石鹸を買ったり町までトラックに乗って行ったり井戸を掘ったりできるぐらいの現金収入が無いことは、2週間に一回巡回して薬を渡しても効果はあまり期待できません。（ほとんどの感染症は、薬が無いから流行るのではなく、栄養が足りなかったり、飲み水が不潔だったり、石鹸を買う金が無い事が原因）しかし、医師として無視できないのも事実です。巡回診療のチームを2つにすれば毎週回れる見込みです。

日本人
現場

4) 問題点と95年の方針

モザンビークが非常に広く、Gaza州だけでもとてもカバーしきれません。

(11県があり、その内2つに関わっているだけ) 結局、巡回診療は徐々にヘルスポストに取って代わらなければならないでしょう。いつもそこに現地の看護婦がおり、公衆衛生学的な活動を地道に続ける事が重要です。「ぬりえ」をして行くように、一つづつでもヘルスポストの無い地域を減らしていこうと思います。巡回診療はその都度コースを変えて、新たな見捨てられた村に踏み込めばよいでしょう。幸い、(月約20\$)を政府に払えばヘルスポストで働いてもらえます。

もっと重要なのは、モザンビークは医療以前の問題を抱えているという事です。村人にとって問題なのは、医師の診察が受けられるかどうかより、今日食べるものがあるのかないのかです。ルワンダの難民の緊急の場合と違い、社会全体を良くして行くような長期的総合的なアプローチが必要です。医療はその一部分でしかなく、医療だけでは何も良くならないでしょう。

AMDAは今後、他のいろいろな分野のNGOとの共同プロジェクトを考えるべきです。(灌漑、農業、養殖、養鶏、教育、井戸掘り、etc もちろん国籍は問わない)

<95年は>

a、一つでも多くヘルスポストを造り、そこにローカルナースを置く。

Mabalane県にはUNHCRから予算が下りそうなので申し込むべき。ユニセフやWHOにもアプローチし予算を獲得する。そのためには調査する人間(医師又は看護婦)ができれば本格的な雨期(10月後半か)の前に必要である。

b、2チームで巡回診療をする。

11月には4輪駆動の車がもう2台入る予定。その頃に医師又は看護婦を送られたし。同時にローカルナースを雇う。

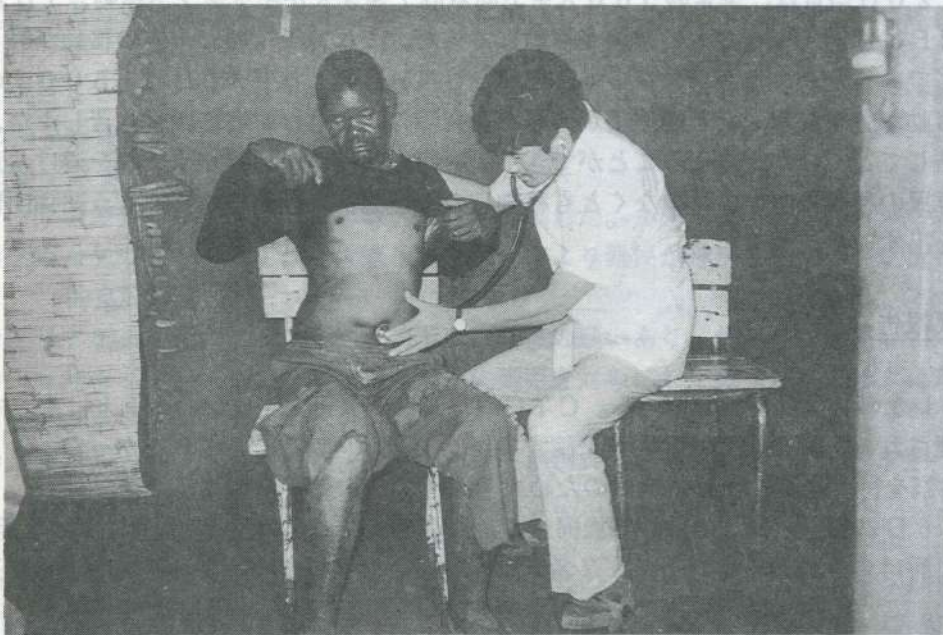
c、協力可能なNGOを探し、村起こしに取り組む。

d、飢餓を注意深くモニターする。

飢餓がほとんど目立たずひっそりと進行している事に本当に驚きました。AMDAの活動地域で餓死だけは出たくありません。

補足説明

- a、UNHCRの予算は確かに減るようですが、Mabalane等の帰還難民が多い地域では十分可能性があります。人件費、事務所の費用などは出ないかもしれませんが、AMDAはすでに事務所をChokweに持っているだろうし、スタッフもいづれにせよ雇っているのだから同じです。要領も解っているし、十分対応可能と思っています。他の国際機関から予算を取るための調査には妹尾美樹さんが最適ですが、可能でしょうか。調査だけではいやと言うでしょうから、巡回診療と半分づつという事で。
- c、TICOと相談して、ある飢餓に瀕する村に灌漑用の小さなポンプを置きます。理屈ではそれだけで食糧を自給でき、その上に野菜を売って現金を得、村が発展できるはずですが。あとは村人の肩にかかっています。最初の収穫までは燃料の援助が必要ですが、そちらでもNGOを探してみてください。仕事はいくらでもあります。



巡回診療で診察中の吉田医師

ソマリア難民キャンプ8月活動報告

ジブチ市よりキャンプへの難民移送

8月初旬にUNHCRよりジブチ市内の難民二千人がアウル・アウサ難民キャンプへ移動になる旨連絡を受ける。続く8月18日のUNHCRのSegbor氏との話し合いの結果、20日早朝より1日おきに500人合計二千人の難民を移動させることに決定。受け入れにあたってAMDA側で以下の対応を行うことにした。

- 1) 5歳以下の幼児へのワクチン接種の徹底。
- 2) 出産可能年齢の女性(15-45歳)への破傷風ワクチン接種。
- 3) ビタミンA剤の支給。
- 4) 疾病にかかりやすい者(妊婦、授乳期間中の母親、栄養失調の幼児と成人、結核患者)の分布の調査。

この状況に効果的に対処するため、難民局、アリ・サビエ病院と協力し、AMDAスタッフ、現地のヘルスワーカー、アウル・アルサ、アリアデキャンプの母子保健士その他のスタッフで合同チームを組んだ。

8月20日当日は、予定の500人を上回る計733人がキャンプへ移動、1日おいた22日には計1186人の難民が移動して来た。これで予定の二千人の移動が終了したはずであったが、29日になって難民局とUNHCRより翌30日に1500人の難民の移動が急拠決定したとの連絡が入った。突然の知らせに対応に四苦八苦ししたが、全員団結してどうにか乗り切ることができた。次回からは、不必要な事故等 avoid する意味でも難民の移動については少なくとも移動日の1週間前には連絡をするよう関係団体に要請を出すことになった。

現状報告

<ホルホルキャンプ>

- コレラの状況は安定している。CTC(コレラ処置センター)のベッドはすべて修理され、一日平均2、3人が来院するが、殆どコレラと診断されなかった。
- 診察を待つ外来患者の日除けのために診療所の前にテントを取り付けた。
- 16日にB、F地域の敵対部族同士の乱闘が起き30名の負傷者が出たので、現場に駆けつけ手当にあたった。3名は重傷のためジブチ市のペルティエ病院へ移送した。こうしたキャンプ内での争いが起きないように日頃から細心の注意を払うべきである。
- 安全な飲料水の不足が最も大きな問題。直ちに井戸の清掃及び覆いの交換又は修理を行うよう関係団体に要請したい。同時に水汲み用の蛇口付きの貯水タンクの新設が急務である。

<アリアデキャンプ>

- 12日までのCTC収容患者は無く、その後もコレラと診断された患者は無かった。

<アッサモキャンプ>

一難民の健康状態は安定してはいたが、長引く大雨のために蚊の発生が増えて来ており、マラリア等の蚊に起因する伝染病の流行が懸念される。関係団体には防止策として残留性殺虫剤の散布機の手配を要請したい。

<アウルアウサ>

一外来患者はジブチ市よりの難民が到着したため急増。下痢を伴う疾病患者が新収容者の中に多く見られた。

一栄養プログラムに来る幼児の数も同様の理由で増えた。

一妊婦と授乳中の母親を選別後、母子保健プログラムに入れる予定である。

一過去の経験上、難民の移動直後はキャンプ全体の状況が急激に悪化するため、関係当局に未然に惨事を防ぐため、次のことをお願いしたい。

*新収容難民への安全な飲料水の配給

*新しく設置された地域への便所、ごみ捨て場の設置

*全家庭へのテントや他の必需品の支給

*新しく設けられた地域にコミュニティーワーカーを1人配置すること。

<薬局>

アンピシリン、アモキシリン、パラセタモール等の常備薬の在庫が9月中にも切れる予定なので、UNHCRには医療活動をAMD Aが円滑に行えるよう、7月に提出した6ヵ月分の注文通り、中央薬局へ早急に納品してもらう必要がある。

<ビジター>

AMD A インターナショナルの事務局長山本秀樹医師が全キャンプを訪れ、医療活動に関する貴重なアドバイスを受けた。

栄養プログラム

アッサモ以外のキャンプで新しいテントが完成した。

*アウルアウサー—死亡ケース無し。ジブチ市より難民が移送されたが、状況は比較的良好。

*アリアデー—死亡ケース2件。内1名は結核の疑いあり。他1名は肺炎。

*アッサモ—安定している。過度栄養失調児を対象にした栄養プログラムは現在1人のみとなった。

*ホルホル—7月に強風で台所等のテントが倒れてしまったため、WSFP（流動食栄養補助プログラム）を一時ストップ。このため幼児の数が減った。幼児のほとんどは慢性の下痢のため蛋白不足。

*学校栄養プログラム—今月末で終了予定。このプログラムは8月で使用期限の切れる脱脂粉乳の在庫がUNHCRに大量にあったため、行われた。

成人用栄養プログラム

疾病にかかりやすい難民グループへのCSB（トウモロコシと大豆の粉を混ぜたもの）と脱脂粉乳混合の粉末食補助配給はすべてのキャンプで行われた。今後は脱脂粉乳の支給が無い限り配給はできない。粉末補助配給だけでなく通常の栄養プログラムにも今後3ヵ月で300袋の脱脂粉乳が必要である。UNHCRに早急に支給を要請したい。成人の栄養失調者がすべてのキャンプで増加した。以上

ダル・ハナン産婦人科病院再建プロジェクト 8月活動報告

初めに

ダル・ハナン病院は産婦人科の専門病院で、ジブチ国民だけでなくソマリア・エチオピア難民にも医療サービスを提供している。1989年2月にスタートしたが、医療機器その他の機能を完全に活用できていないため、病院の再建のためAMDAインターナショナルが1993年4月より再建プロジェクトに着手し、それ以来援助活動を続けている。AMDAインターナショナルはこの病院の他にもベルティエ総合病院への援助も行っている。

医療活動

1. 入院患者の回診

回診は毎朝8時に開始、看護婦や患者に必要な助言や必要に応じて手術を行う。その後、外来診療を開始する。

2. 外来診療

外来患者の診察はAMDAの診察室にて週末の金曜日以外毎日行っている。過去2カ月はジブチ人とフランス人の医師が週2日に超音波検査のために同診察室を使っていたので平日4日だけの診察だったが、今月からジブチ人医師が休暇に入りフランス人医師が市内のベルティエ総合病院とバルバラ病院でパート勤務になったので、週6日外来診療を行えるようになった。産前検診に関しては受診者数が増加の傾向にある。

3. 超音波検査

この検査は1993年8月より実施。高度な技術を要する検査だが、無料で提供しているので貧しい人々でも受けることができ、疾病の早期発見に役立っている。

4. 手術の方法

手術室をフルにスタートさせるには、まだまだ解決されなければならない問題が山積しているが、中程度の手術は可能である。本格的な手術に関しては、ベルティエ総合病院に患者を移送している。

5. 分娩室

休暇でいなかった助産婦がようやく帰ってきたので、分娩室や入院患者に対する医療活動が充実した。正常分娩、異常分娩の介助、手術後の包帯交換、抜糸や、手術時に医師の補佐を行っている。

6. 手術室

現在AMDA日本支部より派遣の手術室看護婦、越智初美さんと安田純子さんがいるが、手術室が機能していないためまずは機器物品整備を継続して行っている。医療機器や各種機具をベルティエ病院の技術者にチェックしてもらうよう依頼、その結果をジブチ厚生省に提出したが、水の供給がないためチェック出来ない機器もあった。越智看護婦、安田看護婦によると手術にはマスク、手袋、コントロールバンド、手術用枕が必要とのこと。彼女たちはベルティエ病院の手術室でも活動している。

7. AMDAの医師による麻酔処置

バングラディッシュより麻酔科専門医ハルーン氏が今月到着。まず麻酔処置に必要な機具や薬のアセスメントをおこなった。厚生省へは結果を報告し、必要なガスや医薬品の支給を要請。ハルーン氏もベルティエ病院にて活動しており、高い評価を得ている。

8. トレーニング・プログラム

清潔操作、消毒法、薬の取扱、産婦や乳幼児ケア等の項目に関して、看護婦・助産婦指導を継続して行っている。今月は看護婦・助産婦のレベルを調べる目的でアンケートを作成、来月調査を実施する。

9. 緊急部門

24時間体制の緊急部門を週2回行っている。ハナン病院、ベルティエ病院双方の緊急事態に対処。今月は7回行った。

10. 医薬品

ジブチは室内が高温になるため、適当な保存場所の確保が必要である。現在は検査室にクーラーを設置して保管している。

ダルハナン病院再建委員会

今年の6月病院のジブチ人スタッフと委員会を設置して病院再建に取り組んでいる。意識不足や委員長長期休暇等の理由により、週1回の定期ミーティングが今月は2回しか行われなかった。しかしながら、この場で給水問題、病院清掃、面会時間等の課題が話し合わせ、手術室についても開始のために最大限の協力をする事が確認された。給水問題については、病院事務長が緊急に対応することを約束。面会時間についても今まで制限なしに患者の家族や知り合いが出入りしていたため、今後は正午から午後2時、午後6時から8時に設定された。面会時間外の人々の出入りを警備員がコントロールするために、現在壊れている門を修理する。また、衛生状態の劣悪な病院の大そうじを計画、清掃人や道具の用意をしたにもかかわらず、給水問題が解決されず中止となった。

以上

～ダルハナン産婦人科病院再建計画に参加して～

看護婦 越智初美・安田純子

私達がジブチ入りしたのは、7月中旬のことでした。ダルハナン病院を初めて見て驚いたことが沢山ありました。まず、ベッドシーツがないことです。これは病院の管理もよくないのですが、病院のシーツを与えると患者が持って帰ってしまうため、使用していないのです。また、トイレとシャワールームは戸が壊れ、言葉で表現できない程汚いです。母親自身が体を洗う習慣がないので、新生児は生まれてから沐浴することもなく、いつまでも頭に血液が付いていたり、便がおしりや足だけでなく、手や顔にまで付いているときもあります。現地の看護婦は仕事嫌いで1日1つだけ決まった仕事があり（仕事のない人もいる）それが終わればいつもイスに腰掛け、お茶を飲み喋っています。仕事の増えるのがいやな彼女たちの中から手術室看護婦を選び指導していくと思うと気が重くなります。

来た当時は機械をすぐ修理し、物品を揃え、手術を開始できると思っていたのに、3ヵ月たった今、その考えはあまく手術開始の目処もたっていません。10年間使い方がわからず放置されていた機械は、私達の期待を裏切りまったく動いてくれないのです。また、それを直す技術を持った人もいません。思っていた以上に物事が進まないことと、言葉の問題もあり、私達は少々疲れ気味です。

そんな中でも、ジブチで知り合った日本人から思わぬ協力を得ることができ、少し見通しも明るくなってきました。これほど、日本人をありがたく思ったことはありません。

到る所が壊れていて息もしたくない程の臭いとハエの多さにも慣れ、最初は私達のことを気にも留めなかった看護婦達ともほんの片言のソマリア語でコミュニケーションがとれるようになりました。業務のなかで問題点があってもこちらが注意する姿勢も見られます。

AMDAのスタッフも麻酔科医師、産婦人科医師、助産婦が揃ったので、それぞれの分野を生かし、協力していきたいと思えます。

手術室がないために帝王切開の必要な産婦さんが他の病院に運ばれていく姿を見ると1日も早く手術室を動かさなければならないという思いに駆られます。

私達はもうしばらくジブチで頑張ります。



ベッドシーツが使われていない

PCM (Project Cycle Management) 手法による問題分析を行った後、特に病院衛生分野に関して越智看護婦、安田看護婦、Gita助産婦が個々の問題を掘り下げ、解決策をまとめた。

以下。

OBJECTIVE 3: Hygiene of the Hospital

Specific Problems:

1. Bed making (nurse duty): No bed sheets, no pillow cover, no cover sheet and rubber sheet.
2. Cleaning bed side lockers (nurse duty): No sufficient lockers and patients have everything on the bed.
3. Cleaning of cloths and taking a bath everyday (patient): No sufficient water supply, soaps, and clothes.
4. Change pad regularly and clean the perineum. (patient): No idea about the importance of cleaning the perineum. No refuse bowl or bucket in the bathroom. No sanitary pad.
5. Cleaning of the bathroom and toilet regularly (patient, cleaners): After using the toilet, clean with water. They have no proper cleaning materials and water.
6. All refuse things should be put in the bucket. They have buckets but patients put everything in the room.
7. After delivery, need proper clean of the patient: Shortage of gauze piece, cloths, water, and cleaning materials.
8. Too much fly in the hospital. Need to have doors and window closed. Needs A/C for that. Insecticide, Fly catching ribbons
9. No bed bath system due to lack of water and other materials.
10. Need visiting hour system and visitor control. Lot of attendants with patients.
11. After delivery, proper clean of the baby is necessary, but they have shortage of cleaning materials and clothes.
12. Medicines are given one time a day without cover. (Dispensing System) Should be given each time (3 times a day) with cover by-rearranging the shifting for 3.
13. Mothers do not clean babies, nor anybody else does.
14. No Sterilization
15. No proper clean of the baby cord. Shortage of cleaning materials. Poor knowledge of nurses.
16. No knowledge about breast feeding. Engaged in milk or water feeding using feeding bottles.

Plan of Action:

3-1 The following materials are needed:

- water
- cleaners and cleaning materials
- laundry man and cleanser
- sheet (bed sheet, pillow, pillow cover, cover sheet, rubber sheet)
- gauze, towel
- pad
- spray
- air conditioner
- sterilizer

3-2 Need to make channel for supply of cleaning medical materials

3-3 Training for the nurses on the following subjects:

- environment arrangement
- bed making
- knowledge of clean and unclean
- knowledge about milk feeding
- proper cleaning of the breast before feeding the baby

MOTHER

- exchange pad (lochia)
- clean the body

BABY

- clean the body
- proper treatment of umbilical cord
- disinfection of feeding bottle



面会時間が設定されていないため
患者以外の方が病室にたむろしている



不衛生が原因・・・

3-5, -6, -7 Cleaning the hospital

- Need regular and proper cleaning of the following places:
wards, bathroom, hallways, delivery room, operation theater
room, outpatient department
- Need rearrangement of shifting and regular checking system

3-8 Training for the patients on the following subjects:

- To make mother's body clean
how to use the toilet; exchange clothes; and exchange pad
- To make baby's body clean
how to give bathing to newborn; bedbathing after the excretion;
exchange clothes, disinfect feeding bottles, mother's milk
feeding, breast feeding
- To encourage the nurse and patient that if everything is clean
it is good for patient and baby health and good for the staff.

ジブチ事故義援金ご寄付の御礼

10月5日現在で計2,018,000円のご寄付を頂きました。

厚く御礼を申し上げます。

7月31日に起きた自動車事故の後、パリに緊急移送され治療を受けていたクントル医師およびパークット氏はAMDAインド支部の協力を得て9月23日にボンベイ病院に移送して継続治療を行っています。

両氏ともリハビリの段階に入っており来月には母国へ帰国する予定です。

一方、チャーター便によるパリへの緊急移送や治療費など海外傷害保険でカバーできる項目も8月末の時点で補償額を超過。加えて数回に渡る移送や家族の呼び寄せ、またパリの病院や家族との国際通信費等保険対象外の出費が予算をはるかに上回ってしまい、皆様の暖かいご寄付なしにはまかないきれなかったと思います。

しかし、何はともあれ意識不明の重体からここまで回復することができましたのも何にも増して皆様のお気持ちが通じたからだと心より感謝致しております。今回の事故にしましては、AMDAも組織として最大限の対応を心がけたつもりでございます。

何卒、今後とも変わらぬご支援のほど、宜しくお願い申し上げます。

呼びかけ人代表

AMDA東京オフィス所長

友貞 多津子

ピースボートよりジブチへの寄付物品リスト

In the month of June 1994, a total number of 405 suspected malaria cases were

* AMDAはハナン病院と難民キャンプで医療活動を行っている。

ジブチ

ジブチ政府難民局（ホロホロ、アウルアウサ難民キャンプ）

缶詰.....約2600個
ノート.....6000冊

ジブチ政府文部省（小学校）

ノート.....5040冊

ダル・エル・ハナン産科病院

血圧計.....46台
聴診器.....25本
哺乳瓶.....28本
体温計.....70本
ビタミン剤.....2000錠
注射器.....246本
注射針.....180本
手術用手袋.....2044組
舌圧子.....175本
輸液セット.....381セット
薬品瓶.....70本
乳児用体重計.....1000錠
医薬品メチルドパ.....1277個
小児用苦尿バッグ.....1277個
カテーテル類.....349セット
チューブ類.....433本
スタンドカバー.....6個

ジブチ政府保健省

血圧計.....70台
体温計.....105本
注射器.....614本
注射針.....25040本
輸血・輸液セット.....34セット
酸素マスク.....21個
縫合糸.....3384本
手術用手袋.....500組
ドナーセット.....2セット
デルタライト.....4個
LEDドライプ.....10個
ミニウノバッグ.....10個
カテーテル類.....180本
チューブ類.....95本
薬品瓶.....424個
包帯類.....48個
トレー類.....10個
苦尿バッグ.....5個
スタンドカバー.....5個

ブンデル・ジェディッド（ジブチのNGO）

ノート.....540冊

*この他、AMDA（アジア医師連絡協議会）ジブチ事務所への医薬品の代理輸送を新さくら丸で行った。

Clinical Study of Malaria in Phnom Srouch District Hospital, Cambodia

by

Dr. Narayan Banadur Basnet

AMDA-Cambodia

Phnom Srouch District Hospital is situated about 70 km southwest of Phnom Penh. The district itself falls along National Road Number 4 and is one of the eight districts of Kompong Speu Province. It has 12 communes, 126 villages and a total population of 45,032 in the year 1992. The Phnom Srouch District Hospital is located in the Kiriroan Commune. This hospital has been renovated, re-established and expanded by AMDA. AMDA-Cambodia has been actively working in this hospital since October 1992. Before AMDA's involvement, the hospital was providing consultation for 3-6 patients per week and at present the average daily consultation of patients is 75 person. Now, the hospital is running with clinical services like OPD, Minor OT, In Patients, ambulance facility and community activities like vaccination, mobile clinic, community mosquito net reimpregnation programs.

In Cambodia, the total number of malaria case in 1990 was 123,796 and total deaths in the same year was 971. The total number of 1626 patients got treatment from Phnom Srouch District Hospital in the month of June 1994. One fourth of the case were suspected to be malaria. Out of 406 suspected malaria cases 61.33% were blood smear positive and the rest were negative. In this district malaria cases are present endemically (around the year). In spite of case treatment and mosquito net reimpregnation program, the number of malaria cases has not been decreased drastically and malaria is the leading problem among the adult patients and second commonest problem among the pediatric cases. A total number of 117 case of malaria has been studied randomly and reported in this article. It is difficult to compare the present data with one from the past because of the lack of study. This article will help to explore the epidemiological and clinical aspects of malaria in the district.

Methodology

Monthly morbidity and mortality report has been analyzed and found that malaria is the major cause. Beginning of the rainy season has been chosen to get the variety of malaria cases. 117 cases in all age groups who attended the OPD and pediatric and adult wards has been studied randomly. The questionnaire has been developed. History has been taken from the patient/guardian attendant, examined by the doctor and blood smear has been taken and treatment started according to the protocol of WHO/National Malaria Center Cambodia. After the treatment, follow up has been done and subsequent evaluation done clinically and by blood smear examination. Epidemiological and clinical data has been analyzed and reported on the basis of this study.

Results

In the month of June 1994, a total number of 406 suspected malaria cases were diagnosed clinically and confirmed by blood smear examination. A total number 117 (28.81% of all suspected cases) has been studied.

Age Sex Distribution:

The youngest patient of malaria record in the study was 3 month and the oldest one was 58 years. Out of a total of 117 cases, 74.35% of the case were above 15 years and 25.64% were under 14 years of age (Pediatric cases). 66.65% of the cases were found to be between 15 to 44 years of age group. 1/3 of case fell under the age group of 25-34 years. 7.69% of the cases were under one year of age group. Malaria is more common in young adults and pediatric. No malaria cases has been recorded beyond the age group of 65 years, this may be due to less exposure, immunological factor or because of smaller sample size. In all age groups, 81.19% of the total cases were male. The proportion of adult male is higher than that of pediatric males. Because of this work, males were more affected than the females.

Table 1. Age and Sexwise distribution of Malaria Cases

Age in Years	Male	Female	Total	Percent
0-1	3	6	9	7.69
1-4	5	3	8	6.83
5-14	10	3	13	11.11
15-24	23	4	27	23.07
25-34	34	2	36	30.76
35-44	13	2	15	12.82
45-54	5	0	5	4.27
55 and above	2	2	4	3.41
Total	95 (81.19%)	22 (18.80%)	117 (100%)	100

Peace Distribution

Most of the patients who attended the hospital were from the nearby communes. Higher number of patient were from Taing Sya, Kiriroan and Khom O Communes - 27.35; 24.78, 14.52 percentage respectively. AMDA/National Malaria Center has been implementing mosquito net reimpregnation program in Taing Sya, Kiriroan ad Trang Traying Communes. The hospital services is best utilized by the people nearby the hospital.

Table 2. Distribution of Malaria Cases According to Sex and Place

S.N.	Place	Male	Female	Total	%
1.	Taing Sya	24	8	32	27.35
2.	Kiriroan	24	5	29	24.78
3.	Khom O	14	3	17	14.52
4.	Trang Traying	11	1	12	10.25
5.	Mohasang	9	1	10	8.54
6.	Prey Rum	8	1	9	7.69

	Dual				
7.	Others	5	3	8	6.83
	Total	95 (81.19%)	22 (18.80%)	117	100

Occupation

56.33% of adult (above the age 15 years) cases were involved in wood cutting, farming, services, domestic works. Most of the patients (35.63%) were wood cutters. In this district the mabidity and mortality due to malaria is high among the wood cutters even in the non studied population. This is due to exposure while in the forest for many days and also because of the lack of the use of mosquito nets. A large percentage (43.67%) of the cases could not define their occupation.

Table 3. distribution of Adult Malaria Cases by Sex and Occupations

S.N.	Occupation	Male	Female	Total	Percent
1.	Wood Cutter	30	1	31	35.63
2.	Farmer	9	1	10	11.49
3.	Government Service Holder	5	1	6	6.89
4.	House wife	0	2	2	2.29
5.	Occupation not mentioned	33	5	38	43.67
	Total	77 (88.50%)	10 (4.49%)	87	100

Clinical Data

The symptoms and signs are recorded and analyzed. Fever is the commonest symptoms in both the pediatric and the adult age groups. There were only two case of malaria who did not present with fever. Since the duration of fever is important in tropical discuss, the duration of fever has been studied. Clinical presentation varied in pediatric and adult patients. Therefore clinical data for the pediatric and the adult cases have been separated. This data will help the clinician for the provisional diagnosis of malaria, especially in this region of the world. Fever: Intermittent high rise of temperature is one of the cardinal symptom and sign of malaria. The fever in most of the cases did not have the typical pattern of the 3 stages which are cold, hot and sweating stages. Chill and sweating were most common in the adult age group. The duration of the fever which the patentee told on arrival at the hospital is given in table No. 4. Most of the pediatric cases (50%) came to the hospital within 3 to 7 days of fever while most of the adults (41.37%) came to the hospital for treatment of the fever within less than 3 days.

Table No. 4 Duration of the Fever in the first consultation of pediatric and adult cases

Duration of Fever	<14 years (%)	>15 yr. (%)	Total
<3 days	4(13.33)	36 (41.37)	40
3-7 days	15 (50.00)	35 (40.22)	50
8-14 days	6 (20.00)	6 (6.89)	12

15-21 "	3 (10.00)	3 (3.44)	6
>21 "	1 (3.33)	6 (6.89)	7
No Fever	1 (3.33)	1 (1.14)	2
Total	30 (100)	87 (100)	117

The commonest features in pediatric cases are fever, hepatomegaly, splenomegaly, pallor and fever, headache going pain, chills, sweating, splenomegaly, pallor in adult case. Fever with organomegaly and pallor are the main features in pediatric cases.

Table 5 The frequency of distribution of symptoms and signs of malaria patients

S.N.	Symptoms/Signs	<14 Years (%)	?15 years (%)	Total Cases
1.	Fever	29 (96.66)	86 (98.81)	115
2.	Chills	8 (26.66)	61 (70.11)	69
3.	Sweating	9 (30.00)	61 (70.11)	70
4.	Headache	8 (26.66)	76 (87.35)	84
5.	Joint Pain	0 (0)	63 (72.41)	63
6.	Vomiting	7 (23.33)	30 (34.48)	37
7.	Scanty Urine	7 (23.33)	16 (18.39)	23
8.	Convulsion	0 (0.0)	2 (2.29)	2
9.	Unconsciousness	1 (3.33)	4 (4.59)	5
10.	Pallor (Anemia)	18 (60.00)	47 (54.02)	65
11.	Splenomegaly	18 (60.00)	58 (66.66)	76
12.	Hepatomegaly	23 (76.66)	32 (36.78)	55
13.	Jaundice	3 (10.00)	6 (6.89)	9

Associated Diseases:

Out of 30 pediatric cases of malaria (60%) were associated with other diseases. The table reflects that children are more prone to have associated diseases than the adults. This may be one of the causes of high children mortality in the tropics.

Table 6. Number of cases associated with other diseases:

S.N.	Associated Disease	<14 years	>15 years	Total
1.	Respiratory infection	9	4	13
2.	Diarrhea/Dysentery	2	6	8
3.	Nephritic Syndrome	1	1	2
4.	Typhoid	1	0	1
5.	Malnutrition	1	0	1
6.	Otitis Media	1	0	1
7.	Severe Anemia	0	1	1
8.	Others	3	4	7
	Total	18	16	34

Blood Smear Examination:

Blood smear has been done in most (96.56%) of the adult malaria cases but in children one fourth of the cases were diagnosed without blood smear examination. Among adults more than 2/3 of the patients were confirmed to be malaria positive by blood smear examination but in children less than half of the cases were confirmed by blood smear examination. Therefore clinical criteria and blood smear examination should be used as a tool to diagnose the maximum number of cases in endemic regions.

Table 7. Number and Percentage of blood smear examination cases:

Blood Smear Result	<14 years (%)	>15 years	Total (%)
Positive	14 (46.66)	71 (81.60)	85 (72.64)
Negative	8 (26.66)	13 (14.94)	21 (17.94)
Not done	8 (26.66)	3 (3.44)	11 (9.40)
Total	30 (100)	87 (100)	117 (100)

Treatment

In pediatric patients oral Quinine is the commonest (76.66%) used medicine and 95.40% of the adult cases have been treated with oral Quinine and tetracycline.

Table: 8 Frequency and routes of antimalarial drugs given to the patients:

S.N.	Name of Drugs	<14 years (%)	>15 years (%)	Total (%)
1.	Oral Quinine	23 (76.66)	0 (0)	23 (19.65)
2.	Oral Quinine + Tetracycline	5 (16.66)	83 (95.40)	88 (76.21)
3.	Inj. Quinine followed by oral Quinine	2 (6.66)	0 (0)	2 (1.70)
4.	Inj. Quinine followed by oral Quinine + Tetracycline	0 (0)	2 (2.29)	2 (1.70)
5.	Inj. Quinine Oral Tetracycline	0 (0)	1 (1.14)	1 (0.85)
6.	Inj. Quinine	0 (0)	1 (1.14)	1 (0.85)
	Total	30 (100)	87 (100)	117 (100)

Table: 9 Frequency distribution of duration of treatment given:

Duration of Treatment (days)	<14 years (%)	>15 years (%)	Total (%)
<6	3 (10)	3 (3.40)	6 (5.12)
7	25 (83.33)	81 (93.10)	106 (90.59)
7-10	2 (6.66)	3 (3.44)	5 (4.27)
Total	30 (100)	87 (100)	117 (100)

Most of the (90.59%) malaria case received treatment for 7 days. Inadequate treatment is found in a small proportion (5.12%) of patients. This is a very important fact which should be considered because of chances of development of resistance to the antimalarial drugs. Although 10% of children below 14 years of age got antimalarial medicines for less than 6 days, recurrence and treatment failure have not been observed. Whereas treatment failure has been found adult cases. In them, failure treatment within

14 days, 14-21 days-1 case, 21-30 days-2 cases. There fore 95.43% adults were cured and 4.57% of them were found to be treatment of malaria failure.

Table: 10 Place of treatment of malaria patients:

Place	<14 years (%)	>14 years (%)	Total (%)
Hospital Admission	5 (16.66)	11 (12.74)	16 (3.67)
Home	25 (83.33)	76 (87.35)	101 (86.32)
Total	30 (100)	87 (100)	117 (100)

Hospitalization was done 13.67% of sever malaria case and the remainder were treated at home. The alter mode of treatment with proper explanation is very rewarding. When asked about the source of medicine 100% answered that they received the medicine from the hospital. One of 117 cases, there was one death which was an adult. The case fatality rate of malaria was calculated as 0.85%.

Discussion:

Due to the lack of data on malaria in the past, a comparative study is difficult. Hospital data suggest s that one fifth of the total cases are patients of malaria. Agewise, malaria is common among children and adults between 15-34 years of age. Most of the patients are male. Majority of the patients were from the nearby communes. Though many patients could tell their occupations, wood cutting and farming were the two most common ones. Clinically fever was the man complain. The commonest presentation in the pediatric patterns were fever (3-7 days duration), anemia and hepatosplenomegaly. Adults presented themselves with fever, headache, join pain, chills, sweating, splenomegaly and anemia. Besides that children with malaria were associated with the diseases like, chest infection, diarrhea, dysentery, typhoid, malnutrition and severe anemia. Only half of the cases, were able to be confirmed by blood smear in children while more than 2/3 of case were confirmed by blood smear in adults. Treatment was done as WHO/CNM treatment protocol. One tenth of the patients were treated on admission in the hospital. In respective of hospitalization or home treatment, the antimalarial drugs was supplied by the hospital in total.

Recommendation

1. Fro the confirmation of the diagnosis, blood smear examination should be made essential in pediatric age group.
2. Adequate dose and a full course of antimalrial medicines should be sued.
3. There should be a good coordination between the consulting clinicians, laboratory technician and the pharmacist for an excellent outcome of the treatment.
4. Extensive longitudinal study is needed to improve the diagnose, therapeutic, preventive aspects of malaria. The use, distribution and reimpregnation of mosquito net should be emphasized.

Conclusion

This study has revealed some of the epidemiological and clinical facts of malaria. This study is also indicative of the fact that Phnom Srouch District Hospital has been the main source of management of malaria.

Acknowledgment

I would like to thank Dr. Le Hurt, Dr. Sek Mardy, Dr. Sody, Dr. Pally and Dr. Chantha who contributed their share in this study. My special thanks goes to Dr. Sangeeta Baral Basnet who helped me in preparing the questionnaire, collecting these data and revising the entire study.

Reference

1. Davidson's Principles and Practice of Medicine - Christopher R.W., Edwards - 16th Edition 1991.
2. Chemotherapy of Malaria in Sought East Asia - Juntra Karwang and Tranakchit - Hahidot University, Thailand.
3. The Treatment of Malaria in the Kingdom of Cambodia - Part one, Two-a*b- The National Malaria Center/WHO/Action International contre La Faim, Feb/May 1994.
4. Text Book of Preventive and Social Medicine - JE Park and K. Park - 12th Edition 1989.
5. Overseas Medical Treatment Handbook, Cambodia,, - Association f Tropical Medicine in Japan - March 1993.
6. Activities of AMDA Cambodia in June 1994 - AMDA 1994.



Phnom Srouch郡病院にて患者さん達と話すDr. Narayan (中央)
と新コーディネーターMr. Dok Yuthabong (左)

妊婦の診察をするDr. Chantha



診察中のDr. Narayan (中央) と
リー・チャラナイ看護婦 (右)



産休中のDr. Sodyに代って
診察するDr. Long Vichheka



A.I.D.S. in Cambodia
by
Dr. Sek Mardy

AIDS is a problem in Cambodia. It is most likely that AIDS will become a more serious problem in the future. People do not understand that there is no cure to this deadly disease--AIDS. A large Cambodian population still considers AIDS as disease in other countries. As long as people continue to deny the existence of AIDS, research on this subject would be difficult as many continue to deny its existence.

The first HIV positive was detected in March 1991. Two months later, the Ministry of Health established a technical working group with the intention to develop a short term plan for AIDS prevention. In 1992 a National AIDS Committee was formed to provide a multisectoral response to AIDS prevention. In 1993 the National AIDS Committee developed a five year comprehensive national AIDS plan and established the National AIDS Center in the Ministry of Health. Since then, the Royal Cambodian Government implemented AIDS prevention activities with the help of the United Nations, and Non-Governmental Organizations.

Why AIDS can be a major problem in Cambodia? It is important to note that a large population moves across the border during the 1980's and early 1990's. This population movement was proportional to the incident of STDs, including HIV. Dr. Phalla (the Director National AIDS Center) believes that HIV comes from Thailand. This is a mere speculation because many business people and refugees have access the Thai's brothels. Also, the World Health Organization reported that AIDS related problems became rampant in Thailand in 1988, while Vietnam's first AIDS patient was not recorded until October of 1990. From this reason, Dr. Phalla suggested AIDS may have come from Thailand. We should also note that there is no data to support his suggestion.

Another reason that AIDS can be easily spread in Cambodia is that many Khmer prefer injection to other form of medications such as pills. The lack of sterile needles and syringes could spread HIV rapidly. Another way to spread HIV is through blood transfusion. This is because donated blood were screen for HIV virus. Also, the increase of sexual practices among the Khmer men through sex workers could contribute significantly to the spread of HIV. The National AIDS Center's data indicates AIDS in Cambodia spread more rapidly through heterosexual relationship, especially through sex workers. The spread of HIV in Cambodia through the use of Intravenous drugs is insignificant at this time.

Many people believe that AIDS do not exist their community or they think that it's just one of simple STDs. The common believe would be something like "if STD can be cured, AIDS also can be cured." Another factor is that many men continue to exercise multiple sexual partners without the use of condoms. Thus, unless people change these behaviors, AIDS would be a large problem in the near future.

It is hard to convince people to accept the existence of AIDS because it is fairly new. The National AIDS Center in conjunction with the Ministry of Health do not have any clear procedure to combat this problem yet. The National AIDS Center does not even know if there is any kind of AIDS related death in Cambodia as of today.

The World Health Organization (WHO) estimated in June 1994 that a total of 444 people in Cambodia have been reported as having antibodies to HIV. Data from 1993 shows an increase of 155% over positive test results seen in 1992. The National AIDS Center estimates that at least 2000 ⇒ 4000 Cambodians may be HIV positive.

The first HIV positive in Cambodia was documented in 1991 when a student was to have a surgery. At that time, hospital requires patients to have their blood analyses before they can perform surgery. The blood analyses show the first HIV positive in Cambodia. In 1992 the rate of HIV positively in blood donors increased to 0.8%. In December 1993, the rate seen in blood donors increased to 2%, a twenty fold increase over 1991. In 1994, the rate rise to 3.5%. A small scale survey of commercial sex workers in 1992 shows that 9.2% was HIV positive while non-sex workers has 4.5%. In 1994 the rate among non-sex workers rise to 8.9%.

The high risk groups of being HIV positive are businessmen, labor workers, students, and military people. The highest risk group is the prostitutes. In recent survey conducted by the National AIDS Center, which is not official document yet, identified the presence of HIV in prostitutes a four-fold increase over 1992 cases. This data will make a very big problem for Cambodia.

One of the ways to fight AIDS is education. We have to change people's behaviors. They have to acknowledge that AIDS is a deathly disease and it cannot be cured. They should be educated and taught to use in their sexual activities especially when having sexual intercourse with prostitutes. On August 30, 1994 the Royal Cambodian Government ordered all sex brothels to close. The legislatures had decided the outlaw sex brothels. The illegalization of sex brothels faced a strong reaction from Ministry of Health and Cambodian Women Development Association. Discussion is still going on whether AIDS can be controlled by closing the brothels. Anyway, the most important thing in AIDS control in Cambodia is to convince people to accept the existence of this deathly disease.

Total	Local People	Bhutanese Refugees	Cause of Attendance
2	2	0	P.O.
3	3	0	Patent fever
63	59	4	GI Tract
3	3	0	Acute Abdomen
81	81	0	Respiratory System
12	12	0	CVS
3	3	0	CNS
81	49	32	Musculo - skeletal

Monthly Medical Report of RHC.

June, 1994

General Trend

The number of local patients for O.P.D. and emergency were decrease, probably due to the rainy season, as people are busy in their field work. Total bed occupancy rate and no. of Indoor patients are also slightly dropped. About Bhutanese refugee, RHC is providing the medical services according the agreement with SCF.

Number of Patients:-

Number of Patients Received	Bhutanese Refugee	Local People	Total
O.P.D.	20	537	557
Emergency	13	246	259
Total	33	783	816

Investigation:-

Type of Investigation	Bhutanese Refugee	Local People	Total
X-ray	41	316	357
U.S.G.	4	73	77
Lab	28	334	362
E.C.G.	-	4	4

Indoor:-

New admission	Bhutanese Refugee	Local People	Total
0-1	-	7	7
1-5	0	6	6
5-14	0	11	11
14-60	-	26	26
over 60	1	5	6
Total	1	55	56

Expired 0 12 12
 Total bed occupancy rate : 67.66

O.P.D.:-

Cause of Attendance	Bhutanese Refugee	Local People	Total
P.u.o.	0	2	2
Enteric fever	0	3	3
G.I. Tract	4	59	63
Acute Abdomen	0	5	5
Respiratory System	0	81	81
CVS	0	12	12
CNS	2	3	5
Musculo - skeletal	2	49	51

Renal System	0	20	20
Endocrine System	0	12	12
Malaria	0	2	2
Burn	0	0	0
Poisoning	0	0	0
RTA	0	0	0
Other Accidents	0	7	7
Skin	0	0	0
Hernia / Hydrocele	0	20	20
Abscess	0	27	27
Eye	1	19	20
Gynae	2	62	64
Others	9	155	164
Total	20	538	558

Operation (Bhutanese Refugees)

Type of the cases	Beldangi I	Beldangi II & Ext.	Sanishare	Timai	Kuduna-bari	Goldhap	Total
Sequestomy	-	1	-	-	-	-	1
Mole	-	1	-	-	-	-	1
Incom.abortion	-	1	-	-	-	-	1
Total	3						

Operation (Local People)

Granuloma	1			Foreign body(calf)	1
Neurofibroma	1			Hernia	2
Incom.abortion	3			Caeserian section	1
Meatal stenosis	1			Fissure in ano	4
Cyst	3			Melanoma	1
Hydrocele	5			Polyp	1
Phymosis	1			Scrotal mass	1
Ganglion	1			Ingrowing toe nail	1
Total	28				

"Doctor...I don't want to take AIDS related medicine!"

Jintana Ngamvithayapong and
Chiang Rai Project Team
AMDA Collaboration Project in Chiang Rai, Thailand.

=====
Miss A (pseudonym), a nineteen-years-old girl, engaged in commercial sex work three years ago and she quitted her job after her blood test show HIV-seropositive result. She is a pretty woman, today she wore a modernized dress. She speak central Thai dialect very fluently, unlike other female sex workers who mostly speak northern language or central speech with northern pronunciation. Unlike general Thai female sex workers who usually lack of formal education or completed only compulsory education, Miss A studied up to high school level though she could not accomplish the certification.

She became a sex worker during she was a high school student. Her family are the middle class, she has father and mother with four sisters and brothers. Despite of this family condition, she felt lonely and she received no attention from her parent, who seemed to be too busy with the business all the time. When she had any problem she did not have close sister or brother who she could communicate with. As a result, she closed to her friends more than her own family, and she learnt so many things from her friends, e.g. smoking, drinking, substance abuse, including engaging in sexual commercial work. She felt that she had freedom in her life because she could earn quite reasonable money on her own, no more reliance on the parent. To some extent she was satisfied with her job and her life as a sex worker.

Unfortunately! she was no longer fulfilled with her job and her life. She was extremely shocked when a counsellor from the project of sexual commercial surveillance informed her that she got HIV-infection. It was really the worse nightmare in her life. She had never thought that she would have had HIV infection because the two former blood testing revealed sero-negative result. (each blood test takes three-months duration) These two consecutive negative results confirmed her strong belief that she was a lucky person because even she occasionally had sexual relationship with her boy friends and the customers without using condom, the previous two blood tests were still negative.

In addition, according to different fortune tellers, she was told the same thing that she had fortuitous appearance and she would become a prosperous women. By this reason, she believed that she must be a lucky person in every aspect, including absence from AIDS. Therefore, when the positive result was reported to her, she

did not believe and requested for repetition of blood testing. Until the result was confirmed, she accepted it with mournful mind.

Miss A was one of our clients enrolling in "tuberculosis (TB) preventive therapy for HIV-infected persons program". Theoretically, the clients must visit the hospital on monthly basis for 9 months to collect Isoniazid (INH) tablets and vitamin pills, as well as to have health check. The clients will be recommended to take these two medicine once every day before bed. Miss A contacted the program for only 2 months and she neither took medicine or come back at the third appointment. Consequently, a follow up letter was delivered to her requesting her to contact with hospital.

From our past experiences follow up with other clients, the reasons for loss to follow up and clients failed to take medicine were varied as the followings;

- labor migration to other places and made the clients lost the contact
- clients were very busy with their works
- develop AIDS-related symptoms or got severely sick
- clients do not know the purpose of taking medicine, do not know the duration
- die with AIDS and other causes during 9-month-preventive therapy
- sought care with traditional healers and stop western medicine, including INH
- perceived that they were healthy, and were not necessary to take any medicine

Unlikely the above reasons, Miss A had a pretty of time, still healthy, and she understood very well about the necessity of HIV-infected persons to prevent tuberculosis, she could explain clearly. But why she did not take medicine and did not come back for the follow up?

The reason was that she felt very psychologically trauma whenever she took INH and vitamin tablets. Every night before bed, she took these two medicine, and whenever she took them she thought that..."Because I am AIDS, because I am AIDS, so that why I have to take these drugs". Due to her perception, she could not sleep and she cried nightly. It implied these drugs reminded her that she was AIDS though she was asymptomatic HIV-infection, not yet AIDS at this stage. As a result, she decided to stop taking these two medicine because she wanted to forget about AIDS. She did not want to think about AIDS everyday or every night because she thought this would make her health became worse and would become AIDS sooner. She desired to forget about AIDS forever. As a conclusion, Miss A was discharged from the program after a long counselling, she made herself decision making about her health and her life.

This case study indicated that human behavior are complex and health personnel need to comprehend clients' insight in order to understand human's health behavior.

will play more significant role in alleviating the sufferings of many people of Bangladesh.

AMDA Bangladesh 便り

JBFH in context of present health care facilities available in Bangladesh

Dr. Waliul Islam Kham

Akita University School Of Medicine

Bangladesh is a small developing country with a big population. Bangladesh community is predominantly rural and depends on agriculture. They lead an erratic life due to constant threat of diseases as well as natural disasters like flood and cyclone. Most of them are illiterate. Even they don't have the basic knowledge of primary health care that I believe is very important. Therefore many people are suffering from common preventable diseases. Specially the children are suffering from many parasitic diseases, diarrheal diseases and from malnutrition related diseases. Lack of knowledge about food nutrition and proper hygiene is also considered as a big factor in this regard. As for example, in Bangladesh there are many cheap vegetables rich of vitamin-A but the illiterate people don't know that. As a result many children are suffering from vitamin-A deficiency related blindness. Vitamin-A deficiency related blindness is a big problem for the developing countries like Bangladesh. Poor hygiene particularly using of dirty water of ponds and canals for drinking and washing can be also consider as important causative factors for the diarrheal diseases and parasitic diseases in the children as well as in the adults. Children are also suffering from many serious preventable infectious diseases like Polio. WHO already started an expanded program on immunization for the children. Among the adult population, poor health of many women in the villages due to giving frequent child birth without proper time spacing is also a big problem. Knowledge about birth-control is also limited among the village people. Superstition and narrow religious views have made the matter even worse. For this large number of suffering people, the present health care service is not sufficient. As regard to health care facilities available in the

villages, there are local health care complexes for providing treatment to the village people but in fact due to lack of equipment's and medicine, people cannot get proper treatment in those health complexes.

The situations in the cities are little bit different. Sparingly there are three classes of people living in the cities -- rich class, middle class & poor class. People of rich class are fortunate enough for having comfortable life. There are many private expensive medical clinics and rich people can get treatment in those clinics. Nevertheless most of these clinics also do not have modern equipment. As a result many people are going abroad for better treatment. Middle class people are living within limited income and they usually go to national hospitals for treatments. National hospitals provide treatment almost free. However they have to buy the medicines that are not available in the hospitals. The condition of the poor people living in the cities is miserable. They are also suffering from various diseases like tuberculosis, skin diseases, malnutrition related diseases and diarrheal diseases. They usually go to the national hospitals for treatment. However the present numbers of national hospitals are not at all sufficient. For such a big population present health care facility is not adequate. As a result many people are deprived of getting proper treatment. There should be more national hospitals. However it is really very difficult for the government alone to solve this big problem within limited budget. In this regard private hospitals can play a significant role alleviating the sufferings of many people. Nevertheless the treatment in those hospitals should be within the reach of general people. In this context the role of Japan Bangladesh Friendship Hospital (JBFH) seems to be well promising step in the field of advanced health service of Bangladesh. As far as I know this is a first of its kind joint venture collaboration in health sector of Bangladesh. This also symbolizes strong friendship between the people of two countries. As it is situated in the capital city, Dhaka, some questions can rise about its beneficial role in respect of rural people. However we should also realize that this is just a beginning of a new journey. It will take time to solve this big problem. I believe the establishment of JBFH is a new hope in regard of advance health care facilities in Bangladesh. JBFH will mark its presence as a source of inspiration for the others in the coming days. I thank Dr. Nayeem and his colleagues for such a splendid job. Special thanks go to Dr. Shigeru Suganami for his generous cooperation in this regard. At the same time I sincerely hope JBFH will gradually spread its branches in other part of Bangladesh and thus will play more significant role in alleviating the sufferings of many people of Bangladesh.

インド連邦ペスト禍 医薬品緊急輸送プロジェクト

経過

9月20日頃にインド西部で発生したペスト禍に対し、AMDAインド支部より医療チームを派遣。インド最大の商業都市ボンベイでもペストに有効なテトラサイクリンが底をついているという状況下でインド支部より日本支部に対しテトラサイクリン50万錠と1万アンプルの支援要請があったため、緊急にテトラサイクリン16万カプセル、36,000錠、5,000アンプル（約200kg）を調達、10月19日ボンベイに向けて輸送した。

資金

笹川平和財団近藤祐次氏のご協力で、日本船舶振興会より医薬品購入費250万円の配布が10月初旬に決定。一般寄付も10月15日の時点で計128件、1,351,561万円に達した。

輸送費については、インド航空の協力で特別ディスカウント。

現地配布の方法

インド連邦マハラシュトラ州ソラプールにて現地赤十字との協力体制にて配布を行う。AMDAは昨年9月30日に起こったインド大地震以来、被災民のリハビリテーション・プロジェクトをソラプールにて実施中。

.....

第2回輸送のため引き続き募金をお願いしております。

振り込み先

郵便振替 岡山01250-2-40709

「アジア医師連絡協議会」

NGOが抗生物質

ペスト禍のインドに援助

インド西部を中心に大流行しているペストの治療に必要な抗生物質約二十万錠などを日本の非政府組織(NGO)が十九日、現地へ緊急輸送する。現地では流行はヤマを越えたとみられているものの、隔離患者は六十人を超えており、抗生物質不足で死者が増える恐れがあるといわれている。今回のペスト禍では、政府が緊急援助を実施しているが、民間団体の支援は初めて。

この団体はアジアやアフリカで内戦や災害にあった難民の緊急医療活動などにあたっているアジア医師連絡協議会(AMDA、本部・岡山市)。

インド西部でペストが広がりはじめた直後の九月二十六日、衛生地域に近いボンベイで活動しているAMDAインド支部から「ペストに効果のある抗生物質テトラサイクリンを二十万本から五十万本、緊急に送ってほしい」との要請が入った。

AMDAで早速、国内の製薬会社などに当たったが、在庫が少なく、とりあえずカプセル十六万錠、錠剤三万六千錠、注射液五千本を集め、緊急輸送することになった。十九日午後、関西国際空港からエア・インディア機でボンベイに送る。

この抗生物質は、AMDAインド支部の医師団が赤字と協力してボンベイを中心とする地域での治療に使う。

外務省によると、九月下旬に発生が明らかになったインドのペストは、これまでに疑似患者を含む隔離患者が六千四百二十六人、このうち真性患者が三百二十一人に上り、死者も五十六人出ている。現地では抗生物質が不足しており、死者はさらに増える恐れがあるという。

日本政府はインド政府の要請を受けて、欧州などでテトラサ

イクリンのカプセル三百三十万錠を調達、今月十日、インド保健省に引き渡している。

AMDAでは現地の状況や要請に応じて、今後も緊急輸送を検討するという。



インドへの医薬品輸送作業

UNHCR・EMTPの参加報告

AMDA学術委員会 高橋 央

94年10月3日から14日まで、国連難民高等弁務官（UNHCR）が主催してバンコクで開かれたEmergency Management Training Program, EMTP-にAMDA代表として参加したので、この件につき報告します。

EMTPはUNHCRが1985年から年に3-4回、世界各地で開催している、緊急人道援助の実務者講習会である。今回は東アジア（中国、韓国、日本）、東南アジア（ベトナム、カンボジア、タイ、ミャンマー）、オセアニア（オーストラリア、ニュージーランド）の政府・民間の人道援助関係者、及びUNHCRのジュネーブ本部とアジア各地の駐在事務官とが40名ほど集まった。日本からはAMDAの他に、アジア教育基金（AEF）の西宮さん、外務省難民人権課の斉藤さん、UNHCR駐日事務所の森さんが参加された。

この講習会の長は、GO/NGO/UNHCRの3者が集まって、それぞれの経験を分かち合ったことと、UNHCRとウイスコンシン大学のDisaster Management Centerが作成した教材を用いて、これからの緊急人道援助活動を如何に向上させていくか、集中的に討議したことである。

確かにこれら3者からの参加者が皆、緊急難民救援活動に参加した実績がある訳でなく、またその経験があるといっても、その内容はさまざまであった。

さらにNGOの参加者を見ると、MSF（国境なき医師団）のカンボジア支部からベルギー人の医師が参加すれば、ニュージーランドのNGO代表はかつてソマリア難民で、オークランドに移住してから難民移住者のケアをする女性医師であり、韓国のNGO代表は大韓赤十字社の中堅幹部で、今後南北統一によって危惧される難民問題に対応するために参加したと表明していた。要するにいろんなバックグラウンドの人たちが2週間、朝から晩まで緊急人道援助の在り方と技術的な向上について話し合ったのである。

2週間の期間中討議されたことは実に多岐にわたった。難民の定義から始まり、彼らを保護するとはどういうことなのか（Refugee Protectionの概念）、緊急人道援助活動を実施するにあたり、どんな事をどういう手順で進めるのか（いわゆるManagementの実際）、援助全体の中で各セクター別（輸送、設営、保健、栄養・衛生など）にどのような事が重要なのか、さらには活動中生じる諸々のストレスや人間関係の軋轢にどう対処するか（個人的にとっても参考になった）、といった非常に実際的なカリキュラムが組まれていた。

他方、国際人道援助の難しさも感じる事が度々あった。国際人道援助の実際は過去も現在もまだまだ欧米主導であり、特に緊急となれば断固とした決断力とそれを実行する意志が求められる。この講習会ではインプットとアウトプットのバランスが取れていて、グループ討議と発表が多かったが、そんな演習の時さえもアジア人の好む緩やかな合意形成手段は生かされにくいと感じた。

またいわゆる発展途上国の中には、西側先進国から観て人道援助の趣旨に反する政策を取っている国が少なくない。国同志で反目している場合もある。そのような立場を代表する人たちとも、政治の問題を乗り越えて（棚上げして？）意見交換していかねばならなかった。国際人道援助とは即、政治問題への介入なのである。

アジアから参加したNGOとして、この講習会に注文するとすれば、緊急人道援助活動の中でUNHCRと他の関係国連機関との調整はどうなっているのか？、UNHCRはNGO、特に活動基盤が脆弱なアジアのNGOに対して今後何を求めたいのか？、UNHCRが援助対象を難民から国内避難民（IDP）まで広げていくにあたり、地域の社会的・政治的特性をどう乗り越えていくか？、の点をもっと明らかにして欲しかった。もっともこれらの課題はいずれも人道援助の核心部分の問題であり、2週間の期限で到底話し合えるものでないが、..。

私がAMDAや他のNGOの関係者に対して今後広げていかねばならないこともある。AMDAを代表して得た知識や情報は、出来るだけ多くの人たちに提供出来るようにしたい。主催者からは教材の主要部分のソフトウェアを提供されたので、本部事務局を通じて希望者の皆さんに行き渡るようにしたい。また今回学んだことがUNHCRの活動として適当であっても、AMDAのそれにはそぐわない場合も散見された。私なりにこの問題点を修正して、今後学術委員会の活動を通して、AMDAの活動参加者に最適な研修プログラム作りの一助にしたいと考えている。



EMTPのグループ討議の様子。連日分厚い資料を読みながら、緊急人道援助の実務を学ぶ



討議と宿泊の場所：Asian Institute of Technology Center
前に集まったEMTP参加者たち

AMDA国際医療情報センター便り

160 東京都新宿区歌舞伎町2-44-1-1 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

国別統計

	91年度	92年度	93年度	94/9	94/4-9	累計
ブラジル	44	74	135	39	180	433
中国	129	157	130	23	127	543
ペルー	40	99	129	22	125	393
日本	24	16	43	20	124	207
イラン	13	17	51	16	83	164
アメリカ	287	376	308	15	120	1,091
フィリピン	65	86	145	10	68	364
イギリス	37	70	72	6	36	215
韓国	16	42	68	3	39	165
台湾	17	13	12	3	13	55
ガーナ	12	3	8	2	7	30
コロンビア	4	6	14	2	12	36
フランス	9	14	17	2	6	46
アルゼンチン	10	8	10	1	4	32
インド	11	15	12	1	3	41
インドネシア	1	3	2	1	5	11
オーストラリア	41	67	43	1	11	162
カナダ	58	64	34	1	13	169
ギリシャ	0	0	0	1	1	1
タイ	5	15	50	1	35	105
トルコ	1	1	3	1	1	6
ニカラグア	0	0	0	1	1	1
ネパール	6	6	9	1	4	25
バングラデシュ	40	28	29	1	4	101
ボリビア	5	3	12	1	8	28
ミャンマー	5	8	5	1	11	29
不明	47	131	328	37	206	712
その他の国	177	142	170	0	52	541
合計	1,104	1,464	1,839	213	1,299	5,706

1. 外国人相談者居住地域

	9月	累計			
東京	70 (32.9%)	2819 (49.4%)	他県	38 (17.8%)	664 (11.6%)
神奈川	17 (8.0%)	603 (10.6%)	不明	61 (28.6%)	867 (15.2%)
埼玉	17 (8.0%)	416 (7.3%)	合計	213	5706 (100%)
千葉	10 (4.7%)	337 (5.9%)			

2. 相談内容 (複数回答)

	9月
(1)言葉の通じる病院の紹介	85 (37.1%)
(2)病気・医療についての情報 (病気の不安含む)	33 (14.4%)
(3)医療機関紹介(言葉の問題以外)	34 (14.8%)
(4)医療制度・福祉制度相談 (保険制度など)	13 (5.7%)
(5)治療費の問題・トラブル	22 (9.6%)
(6)渡航時予防接種	1 (0.4%)
(7)小児予防接種	2 (0.9%)
(8)言葉の問題のみ	12 (5.2%)
(9)HIV関連	6 (2.6%)
(10)労災・交通事故	4 (1.7%)
(11)ビザ・外国人登録	4 (1.7%)
(12)貸金未払い	2 (0.9%)
(13)その他	11 (4.8%)
合計	229 (100%)

3. 他機関からの相談件数(機関別)

(1)病院	2	(2)公的機関(大使館・自治体等)	5
(3)マスメディア	3	(4)NGO	2
(5)そのほか	0	(6)一般企業	1
合計			13

4. 他機関からの相談・問い合わせ内容(複数回答)

(1)通訳・言葉	4	(2)医療機関紹介	0
(3)HIV関連	0	(4)ANDA本部について	1
(5)活動内容	9	(6)そのほか	4

〈センター東京活動報告〉

- 9月20日中西副所長、ボランティア貯金表彰NGO四団体を代表し、アジア医師連絡協議会副代表として郵政省へ。
- 10月1日、横浜で行なわれた精神医学ワークショップに英語通訳者と、事務局中戸、佐藤が参加。テーマは外国人労働者と心で、日系人労働者の方からのお話で、日本は好きだが日本人は嫌いだと言って帰国して行く人の多いこと、それは日本人から外国人が遠い存在としてあることからくるのではないかと、精神科のお医者様からのお話で、精神科では特に言葉が重要であること等が話され、私たちも勉強になりました。
- 10月1日、2日に日比谷公園で国際協力フェスティバルがあり、東京センターも本部の五反田オフィスと共に参加しました。幸い天気にも恵まれ、外国人の方も多く来られていたのでセンターのパンフレットやカードを沢山の方に渡すことができました。
- 9月はブラジル人とイラン人からの電話が目立ちました。他の言語に比べて、対応できる日が少ないのにもかかわらず相談件数が多いので、本当に必要とされているのだと思います。

センター関西 相談等受付状況

地域	国名	Dec-93	Jan-94	Feb-94	Mar-94	Apr-94	May-94	Jun-94	Jul-94	Aug-94	Sep-94	累計 (%)
アジア	中国	6	1	5	3	3	4	2	2	2	4	32 (5.7)
	韓国	4	-	5	2	3	3	2	1	2	-	22 (3.9)
	台湾	-	-	-	-	-	2	1	-	-	-	3 (0.5)
	香港	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	2 (0.4)
	タイ	1	1	-	-	1	-	-	1	1	-	5 (0.9)
	インドネシア	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	2 (0.4)
	フィリピン	-	1	1	1	1	-	4	1	1	-	10 (1.8)
	ベトナム	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1 (0.2)
	インド	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1 (0.2)
	ネパール	-	1	1	1	1	1	-	-	-	1	6 (1.1)
	パキスタン	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1 (0.2)
	スリランカ	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	2 (0.4)
	バングラデシュ	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1	2 (0.4)
	マレーシア	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1 (0.2)
	日本	-	-	-	5	-	3	6	1	-	1	16 (2.8)
不明	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1 (0.2)	
	アジア小計	13	5	12	14	11	14	17	6	8	7	107 (18.9)
中南米	ペルー	3	4	5	11	9	9	7	10	5	6	69 (12.1)
	ブラジル	1	6	7	11	11	3	12	20	34	27	132 (23.3)
	ボリビア	-	1	5	-	1	-	1	3	-	4	15 (2.7)
	コロンビア	-	2	1	-	-	-	-	1	-	-	4 (0.7)
	バハマ	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1 (0.2)
	メキシコ	-	-	-	-	-	-	1	-	2	1	4 (0.7)
	ホンジュラス	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	2 (0.4)
	アルゼンチン	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1 (0.2)
不明	-	-	-	-	-	-	-	-	2	2	4 (0.4)	
	中南米小計	4	13	18	23	21	12	21	34	46	40	232 (41.0)
北米	アメリカ	9	9	7	10	11	11	18	11	8	9	103 (18.2)
	カナダ	1	3	1	2	2	1	3	1	-	6	20 (3.5)
	北米小計	10	12	8	12	13	12	21	12	8	15	123 (21.7)
欧州	ロシア	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	2 (0.4)
	イギリス	-	2	-	-	8	-	3	3	3	4	23 (4.1)
	アイルランド	-	-	-	-	-	1	1	-	1	-	3 (0.5)
	フランス	-	-	-	1	-	3	-	-	-	1	5 (0.9)
	オランダ	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1 (0.2)
	スウェーデン	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1 (0.2)
	ドイツ	-	-	-	-	-	2	-	-	1	2	5 (0.9)
	スペイン	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1 (0.2)
	ポーランド	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1 (0.2)
	欧州小計	1	4	-	1	8	7	4	3	6	8	42 (7.4)
オセニア	オーストラリア	2	-	1	3	4	1	3	1	-	3	18 (3.2)
	ニュージーランド	-	-	2	3	1	1	2	2	-	-	11 (1.9)
	オセニア小計	2	-	3	6	5	2	5	3	-	3	29 (5.1)
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	-	-	-	3 (0.5)
	不明	3	3	6	2	-	1	6	3	4	2	30 (5.3)
	合計	33	37	48	58	58	48	76	61	72	75	566 (100)

1994年9月

1. 国別件数

中国	4 (5.3%)	ブラジル	27 (36.0%)	イギリス	4 (5.3%)
マレーシア	1 (1.3%)	ペルー	6 (8.0%)	フランス	1 (1.3%)
ネパール	1 (1.3%)	ボリヴィア	4 (5.3%)	ドイツ	2 (2.7%)
日本	1 (1.3%)	メキシコ	1 (1.3%)	ポーランド	1 (1.3%)
アメリカ	9 (12.0%)	中南米	2 (2.7%)	不明	2 (2.7%)
カナダ	6 (8.0%)	オーストラリア	3 (4.0%)	合計	75 (100%)

2. 外国人相談者居住地域

大阪	39 (52.0%)	鳥取	2 (2.7%)	長野	3 (4.0%)
兵庫	10 (13.3%)	広島	1 (1.3%)	静岡	3 (4.0%)
京都	4 (5.3%)	山口	1 (1.3%)	埼玉	2 (2.7%)
奈良	5 (6.7%)	愛知	3 (4.0%)	群馬	1 (1.3%)
三重	1 (1.3%)	合計	75 (100%)		

3. 相談内容(複数回答)

言葉の通じる病院の紹介	50 (48.1%)	予防接種	3 (2.9%)
外国で診療経験のある医師の紹介	12 (11.5%)	治療費の問題	2 (1.9%)
病気・医療についての情報	4 (3.8%)	苦情	3 (2.9%)
医療機関紹介	12 (11.5%)	交通事故	1 (1.0%)
医療制度・福祉制度相談	6 (5.8%)	HIV	2 (1.9%)
言葉の問題	4 (3.8%)	その他	5 (4.8%)
		合計	104 (100%)

4. 他機関等からの相談

マスメディア	2	企業	3	教育機関	1
NGO	4	公的機関	8	医療機関	2
		合計	20		

5. 他機関からの相談問い合わせ内容(複数回答)

活動内容	12	医療機関紹介	4	その他	4
取材	1	合計	21		

6. ボランティアの問い合わせ

中国	1	合計	1
----	---	----	---

センター関西活動報告

AMDA国際医療情報センター関西設立1周年記念シンポジウム

外国人診療に関する相談事業の経過と地域の対応～妊娠・出産・エイズを中心に～

11月23日(水)午後1:30～4:30 エルおおさか(大阪市中央区北浜東3-14)にて開催

センター関西の1年間の相談受付状況の報告と、妊娠・出産やエイズなど特別の配慮を要する問題についてパネル、参加者とともに経験や意見の交換を行います。ぜひご参加ください。

大学教員の優雅な生活

山海の秋の味覚が旬となり、私は体重計に乗らないことに決めた今日この頃ですが、みなさんいかがおすごでしょうか。

大学教員生活も5カ月目に入り、妊娠ならば胎動を触知する時期になりました。現在のところ何とか「妊娠」は継続しているようですが、この気ままな胎児は周囲の環境をかき乱す毎日で「何とかしてくれえ！」と母体（医局のみなさん）は悲鳴をあげています。この胎児大学教員が栄養摂取の間を縫ってしていることは、と言いますと；

1. 研究—岩手県の外国人医療実態調査のまとめ。「いつになったらできるんだい？」と周囲のプレッシャーをよそに、アメーバのそぞろ歩き状態で進行中です。
2. 新聞読み、コピー取り、はんこ押し—正式名称は「国際医療データファイル作成」。最近レジデントたちを顎でこき使うという技を修得しました。
3. カメラ係、スライド整理—教室行事と診療所活動の記録というりっぱな名目のもと、写真代を講座費で落とせるという役得も捨てがたい。
4. 学生いびり—「教育」という言葉のありがたみをひしひしと感じるひとときです。ふっふっふ...
5. イベント係—教室の国際保健医療セミナーから、目的不詳の宴会まで、予算に応じて引き受けます。
6. 自然観察旅行—別名「代診」。カメラを片時も離さないので行く先々で不審がられています。代診の詳細は国際医療協力94年8月号をご覧ください。（持ってない人はすぐ買いましょう。1部500円）なお、「学会」という名の観光旅行も年に数回はあります。
7. 辞書引き—海外関係の渉外と早く胸を張って言いたい！
8. なぞなぞ作り—一般的には試験問題作成の語があてられますが、生まれて初めて作った問題は「これじゃあみだくだ。」の一言でボツになりました。

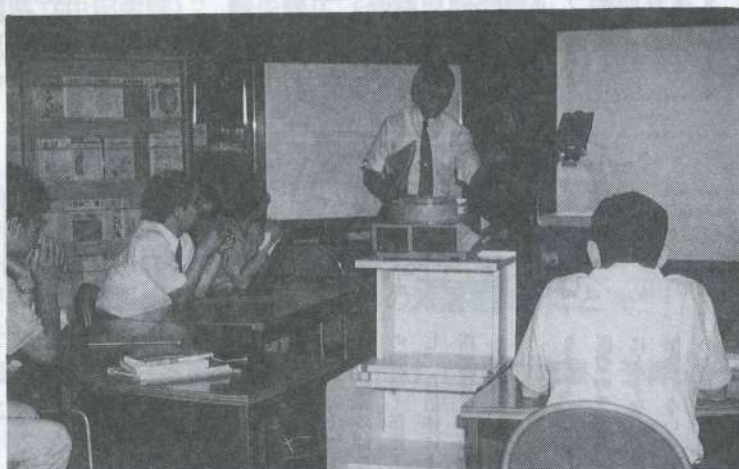
などなど。これを毎月〇万円の給与と厚生年金加入期間、そして福利厚生施設に食券といったアメにつられてこなす地味で無口な（！）東北人かつ胎児大学教員の私。果たしてこの「妊娠」は無事継続し、まともな大学教員が誕生するのでしょうか？今のところ体重増加だけは順調のようですが...

注) 食券：自治医大職員は毎月構内で通用する食券を額面の半額で7,000円まで購入することができます。

優雅な朝のひととき？
いえ、これも仕事です！



国際医療セミナー2回目は
小林米幸先生に来ていた
だきました



かくして机の上はこのとおり
(これでも必死に片づけた後)



NEEDON
我日本人
言ひなるとしき

はじめに

1994年、NGO
設立準備の打ち合わせの
目標、沖縄への訪問は
早稲田大学熱帯医学
があった。こうして
ることは実に心算

常務者

沖良一(沖縄センター)
林隆栄、吉村博(沖

沖縄における定例会

AMPAフィールドの
共同での国内フィー
家支部からのアン
沖縄支部の正式発足
方、AMDA本部主催
パーシッポのきり

今回は、急な集会であ
沖縄支部の正式発足に
この、沖縄支部設立の

いたします。

ONE POINT「外国人が患者になるとき」

AMDA国際医療情報センター事務局長 香取美恵子

妊娠・出産

電話相談のなかでも特に多い妊娠・出産、中絶についてのお話です。妊娠したかもしれないので検査をしたい。母国語を話す先生のいるところで出産したい。母親学級に参加したいが、外国語のクラスはあるのだろうか。中絶をしたい。出産間近だがお金がない——などなど、さまざまな相談があります。言葉の点でいえば、東京都内であれば英語、中国語で対応してくれる医療機関は何か見つけることができます。スペイン語、ポルトガル語、韓国語も数は少なくともあります。しかし、他の言葉となるとほとんど見つけられないのが現状です。

母親学級は、英語でいくつかのグループが主催しています（有料）。ひとつはTCEA (Tokyo Childbirth Education Association) というグループです。出産準備クラス、ヨガクラス、母乳のクラス、家庭訪問などを実施しています。アメリカ人のバス・エディケーター、看護婦などが講師をしていて、一九九二年には二五〇組のカップルがTCEAを利用して出産したそうです。

●児童福祉法第二二条の適用で……

昨年、渋谷区では英語による母親学級が開催されました。また、川崎保健所では外国籍の母親に対する母子保健サービスを行っています。しかし、英語以外の言語ではまだまだ対応はむずかしいようです。東京都母子保健サービスセンターでは、前述のTCEAのメンバーなどと、「在日外国人母子保健医療グループ」をつくり、医療機関、情報提供窓口のリストづくり、母親学級のガイドブックの翻訳を進めています。

中絶の相談も多くあります。出産に関してもそうでしょうが、痛みに対する考え方はアジアの方と欧米の方では若干違いがあるようです。あるとき、中絶手術をした欧米の方から「痛い」と叫ん



だのに止めてくれなかった」という苦情が来ました。同じ医師に對してアジア系の方からは、何回か「とてもよい先生を紹介してくれてありがとう」という電話を受けていました。麻酔の効き方に違いがあったのかもしれないませんが、痛みの受け止め方の違いを知らされたケースでした。そして、ある医師から「言葉だけではなく、その人たちのバックグラウンドまで知らなければ適切な診療はできない」と言われたことがあります。外国の方に対してだけではなく、日本人に対しても同じことがいえるのでしよう。

またあるとき、「陣痛が始まっているがまだ一度も医者に行っていない。お金もない」という電話がありました。とにかく受け入れてくれる医療機関を捜し、無事女児を出産しました。しかし、所持金は三三〇円。とても出産費用は払えません。そこで、児童福祉法第二二条の入院助産を申請し、適用となりました。この人の場合はピザが切れる寸前で、外国人登録もしてあったためそれほど問題にはなりませんでしたが、ピザが切れている人でも母子の安全・保健上の理由から適用になったケースもあります。しかし、自治体によってずいぶん対応が違うのも事実で、こちらの役所では受け付けてもらえなかったが、こちらでは大丈夫というところがあるようです。

妊娠・出産は、異常がない限り病気でなく保険の適用外となります。しかし、保険の制度上病気ではないとはいえず、実際には医療の重要な一部であることに違いありません。また、その結果に大きな社会問題が絡んできているような気がします。ひとつは、国籍のない子どもがいるようなことがあります。在留資格のない人の医療費の未払い問題同様、国レベルでの解決が必要となってきたら、思われます。

AMDA沖縄支部設立準備会議

1994年10月1日
那覇市ハーバービューホテルにて
山本秀樹（AMDA事務局長）

<はじめに>

1994年、NGOサミット沖縄サテライトシンポジウム、ならびにAMDA沖縄支部設立準備の打ち合わせのためAMDA本部を代表して沖縄を訪問したので報告する。私自信、沖縄への訪問は1986年学生時代の熱帯医学会以来の久々の訪問で、当時の琉球大学熱帯医学研究会の皆さんの熱烈な歓迎をおもいおこすと感慨深いものがあった。こうして再び当時のメンバーが中心となってAMDA沖縄支部へと発展していることは真に心強いものである。

<出席者>

大仲良一（沖縄セントラル病院）、稲田隆司（アヤメ病院）、金城正高、奥那覇博康、林峰栄、吉村博（沖縄県立中部病院）、横矢隆広（沖縄協同病院）、田部井勇助、小河健一、中下玉緒（琉球大学熱帯医学研究会）、山本秀樹（AMDA事務局長）

<今後の展望>

沖縄における定例会

AMDAフィールドのスタディツアー

沖縄での国内フィールドトレーニングプログラム

沖縄支部からのアジア他国籍医師団プロジェクトへの派遣を行うこと

を沖縄支部の正式発足後行うことが検討された。

一方、AMDA本部側の課題として、日本国内支部の位置付け（支部の権限、予算、メンバーシップ）を明文化することとなった。

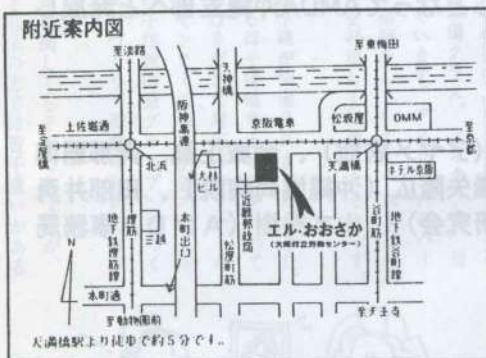
今回は、急な会合であったにもかかわらず多くの方の出席があり、今後のAMDA沖縄支部の正式発足に向けての確かな胎動を感じることができた。

この、沖縄支部設立のために尽力されている大仲先生をはじめとしたAMDAの沖縄地方の会員の皆様、今回出席はされなかったが力を尽された琉球大学岩永教授、宮城先生、野田先生、「国際貢献トピア岡山構想を推進する会」の田淵さんらに感謝いたします。



AMDA国際医療情報センター関西設立1周年記念シンポジウム

外国人診療に関する相談事業の経過と地域の対応
～妊娠・出産・エイズを中心に～



日時 1994年11月23日(水) 午後1時30分～4時30分
場所 エルおおさか 視聴覚室 (06-942-0001)

参加費(資料代として)500円 定員 100人

新大阪からは地下鉄御堂筋線(新大阪～淀屋橋)と京阪電鉄(淀屋橋～天満橋)
大阪駅からは地下鉄谷町線(東梅田～天満橋)が便利です。

懇親会 会費2,000円(午後5時より)

プログラム

来賓挨拶

*
「AMDA国際医療情報センター関西1年間の相談受付状況報告」

*
「外国人の妊娠・出産をめぐる問題」

加藤治子(阪南中央病院産婦人科医長)
塩津多恵子(神戸市中央福祉事務所ケースワーカー)

*
「HIV/エイズ～医療機関の対応～」

小林米幸(AMDA国際医療情報センター所長、
小林国際クリニック院長)
田中英夫(大阪府立成人病センター調査部)

*
パネルディスカッション

司会:宮地尚子(センター関西代表、近畿大学医学部衛生学教室)

主催:AMDA国際医療情報センター

後援:大阪府、大阪府医師会、大阪市

連絡先:AMDA国際医療情報センター関西事務局 TEL 06-636-2333 FAX 06-636-2340

寄付御礼

この度有限会社中島徽章より、ルワンダ難民に関する活動の為に日章旗を御寄付頂きました。御協力を頂きまして誠に有難うございました。ルワンダ難民活動に関しましての御厚情を感謝致します。

AMDA代表 菅波 茂

本部日記<10月号>

代表編

10月1日(土)

NGO懇話会出席の為東京へ

10月8日(土)

「総社地区若者の未来を考える集い」にて講演

10月13日(木)～14日(金)

JICAザンビアプロジェクト打ち合わせの為東京へ

10月20日(木)～22日(土)

NGOサミットに出席(岡山)

10月25日(火)～26日(水)

NGOサミット東京へ出席

本部事務局

10月8日(土)

岡山本部事務局にて拡大執行部会開催

10月13日(木)

ノートルダム清心女子大学附属中学校にて記念講演(成澤事務局員)
病院ボランティア「たんぼの会」にて講演会(片山事務局員)

10月16日(日)

「ワン・ワールド・フェスティバル'94」討論会出席(津曲事務局次長)

10月26日(水)

「倉敷地区国際ボランティア貯金推進協議会」出席(津曲事務局次長)

10月29日(日)

国際ボランティアセンター講演会(津曲事務局次長)

その他

10月2日(日)～15日(土)

UNHCRトレーニングプログラム参加の為タイのバンコクへ(高橋副代表)

10月15日(土)

東京大学大学院国際地域保健学講座にて講義(高橋副代表)

10月29日(土)

東京大学大学院国際地域保健学講座にて講義(ボカレルAMDA-NEPAL代表、
ウィリアム医師AMDA-CANADA)

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、房野 夏明、志立 拓爾、佐藤 光子、坂田 崑
聖テモテ教会、聖アンデレ教会、聖救主教会、聖マルコ教会、三光教会、聖愛教会
葛飾茨十字教会、日本聖公会東京教区、東京聖十字教会、東京聖マリア教会
聖マーガレット教会、八王子復活教会、目白聖公会、東京諸聖徒教会、
神田キリスト教会、聖ルカ礼拝堂、清瀬聖母教会、赤松 立太(マッキントッシュ
対応プリンター寄贈)、大阪・神戸米国総領事館経由匿名の方

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)、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)
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 立正校正会一食基金 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

全農 全国農業協同組合連合会



地球の恵みを受けける私たちが、
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、ワルドウ語、マレー語、インドネシア語、北京語、
上海語、広東語、福建語、客家語、ペルシア語、ミャンマー語、
アラカン語、フランス語、日本語、22言語に及び

総合受付 ☎03-3340-6745

アクロス新宿フライトセンター
一般旅行業第835号

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

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

世界各国語の編集・写植・印刷

2000字のニューズレターから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料上製 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



クラヤ薬品株式会社

〒102 東京都千代田区紀尾井町3-12
紀尾井町ビル

☎ 03-3238-2700

(代表)

内科・理学診療科
福川内科
クリニック

東成区東小橋3-18-3
(住友銀行鶴橋支店前)
ポンダービル4F ☎974-2338

有限会社 都商会

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

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. 10

アジア医師連絡協議会 (AMDA)

- 発行 1994年10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