

国際医療協力



緊急救援物資を配給するAMDAスタッフ

Vol.18 No.2

1995. **2**

The Association of Medical Doctors of Asia

アジア医師連絡協議会

Contents

- AMDA ご案内 2
- 阪神大震災活動報告 6
- ルワンダ難民救援医療活動報告 20
- 旧ユーゴスラビア難民救援医療活動報告 32
- ソマリア難民救援医療活動報告 34
- カンボジア救援医療活動報告 38
- ネパール難民救援医療活動報告 40
- AMDA 国際医療情報センター便り 48
- 高橋央のミニレクチャー 52
- 栃木便り 54
- 「愛のポシエツト」配布活動 56

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 ピナツボ火山噴火被災民救援医療 ※

プロジェクト

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



⑥ エチオピア・チグレ州難民救援医療

プロジェクト

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



⑦ バングラデシュ・ミャンマー難民緊急医療救援プロジェクト

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



⑧ ネパール国内ブータン難民緊急救援医療プロジェクト ※

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



⑨ カンボジア難民本国帰還緊急対応医療プロジェクト ※

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



⑩ ソマリア難民緊急救援医療プロジェクト ※

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



⑪ ネパール・バングラデシュ大洪水被災民緊急救援医療プロジェクト

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



⑫ インド西部大地震被災民緊急救援・リハビリテーションプロジェクト ※

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



⑬ インドネシア・スマトラ島南部地震医療プロジェクト ※

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



⑭ モザンビーク帰還難民プロジェクト ※

1994年2月よりモザンビーク南部カザ州において救援医療活動を開始。



15 タンコット村眼科診療&母子保健プロジェクト ※

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



16 ルワンダ難民緊急救援医療プロジェクト ※

1994年5月よりルワンダ東北部ガラマ地区で、国境診療活動のプロジェクト実施。9月より、首都キガリで病院の再建診療活動を展開している。



17 旧ユーゴスラビア日本緊急救援NGOグループ援助プロジェクト ※

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



18 ルワンダ難民救援グループプロジェクト ※

岡山カトリック教会と協力し、ザイール国ではゴマ・ブカバで、またAMDA独自のプロジェクトとしてルワンダ国内では首都キガリで活動している。



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。世界各地で種々のプロジェクト、フォーラムを実施中。

【入会方法】

郵便振替用紙にて所定の年会費を納入してください。平成5年1月より。

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

ただし、会計年度は4月～翌年3月です。入会の月より会報を送付致します。

振替先：郵便振替口座「アジア医師連絡協議会：岡山 01250-2-40709」

役員 (AMDA 日本支部)

- 代表 菅波 茂 (菅波内科医院)
- 副代表 小林米幸 (小林国際クリニック) 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)
- 阪神大震災プロジェクト委員長 菅波 茂 (菅波内科医院)
- ルワンダプロジェクト委員長 大脇甲哉 (愛知国際病院)
- 旧ユーゴスラビアプロジェクト委員長 高橋 央 (長崎大学熱帯医学研究所)
- モザンビークプロジェクト委員長 吉田 修 (AMDA)
- 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)
- 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、竹林昌代、高木幸恵 (RRRG)
- 本部
〒701-12 岡山市楯津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506
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506
- 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)

代表 菅波茂

今回の阪神大震災のキーワードは3つある。1つ目は「みんな何かがしたかった」である。実際に多くの人達が全国から駆けつけてボランティアとして様々な救援活動や支援活動に参加した。2つ目は「ボランティアの受け皿としてのNGO」であった。阪神大震災は日本のNGO史上第3のエポックであった。その意味はNGOが日本社会に認知されたということである。最初のエポックは1978年のカンボジア難民発生救援活動に始まる日本のNGOの誕生であった。2番目のエポックは1990年の湾岸戦争で明白になった政府による国際貢献の限界とその代替策としてのNGO登用であった。日本でNGOが社会的認知を受けるまで実に17年間を要したことになる。地震発生の混乱時にはAMDAのような緊急救援NGOがボランティアを受け入れ、混乱時が収まりかけると地域開発型のNGOがボランティアを受け入れて救援活動や支援活動を展開した。NGOの海外活動での経験がボランティア受け入れに実力を発揮したわけである。「情けは人のためならず」とはまさにこのことであった。

2つ目はボランティア活動と行政活動とのすみわけである。ボランティアのめざましい活動を評価するあまり行政批判が過ぎたのは反省しなければいけない。なぜならボランティア活動の分野と行政の活動分野には厳然たる棲み分けがあるからである。ボランティア活動が特に必要されるのは災害発生初期の2週間である。最初の3日間は行政の絶対的空白期間であり次の4日間は相対的空白期間である。ボランティアの活動内容としては対人サービスに臨機応変なパッチワーク方式の救援活動が威力を発揮する。一方、2週間目にはいると行政主導の効果が著明になってくる。行政の本領はそのシステムとしての救援活動である。対象は水、電気、ガスなどのライフライン、道路や通信などのインフラそして生活環境システムなどの修復である。行政の対応の遅さが非難されたが本当にそうだったのか。いみじくもハーバード大学のモリカ準教授が「神戸の奇蹟」と絶賛した復興の速度を評価しなければいけない。AMDAが受け入れたフランスから来たMDM（世界の医師団）のレヴェック氏はパリでこの規模の大地震が発生していたら暴動が起きた可能性があるという指摘も日本の都市の健全さを示唆している。情緒的な自虐的な報道のみではいかなものかと思えた。

いずれにせよ日本全国から阪神をめざしたボランティアの熱気と行動力は日本の潜在的な財産である。民間パワーとしての活用を本気で考える時である。

最後に日本として忘れてはいけないのは世界各国からの暖かい支援のメッセージがあったことである。太平洋戦争敗戦後の復興に世界各国からの支援を受けた事実がある。しかし地震前までの日本はこの事実を忘れ、豊かな経済大国としての義務から世界各国へ援助活動を実施していた。ところが日本の援助活動を受けていた豊かでない国々からも明確な人道援助の申し出があった。人道援助は経済大国に課せられた義務ではないという現実重い。放っとけない他人の状況が出現した時には間髪を入れず人道的な行為を起すことの重要さである。それは意思を伝えるタイミングの問題であって援助の内容ではない。フィリピンのラモス大統領の1ヶ月分の給料の寄付申込は誰にでもわかりやすい明確な人道援助のシグナルであった。これを機会に日本が世界に向かって人道援助大国としてのメッセージを送り続ける意識とシステムの確立を望みたい。

AMDA医療ボランティアの動き

地震発生の1月17日の午前中、私は外来診療をしていたが全国のAMDAの会員から電話連絡が続いた。「緊急救援のための医療チームを出したのか。」「医療チームを出すのか。出すのならばぜひ参加したい。」等々。診療が終わったのが12時半頃。午後1時に医療チーム派遣を熟考することなしに決断した。副院長の津曲兼司医師と看護介護部長の和気一栄氏にこれから地震の被災地である神戸への医療チームを派遣するので参加してほしいと伝えた。両名とも即座に「行きましょう」と気持ちよく了承してくれた。家に帰る時間もなかったが無理をよく受けてくれた。両名ともルワンダ難民救援活動でザイルのゴマあるいはプカブでの難民キャンプ活動経験者であった。これで第一次医療チームの骨格ができた。

引き続き備前市の下野外科内科院長と西大寺市の一心堂病院長に医師と看護婦の派遣を要請した。いずれも「AMDA病院長会議構想のメンバー」である。この構想はAMDAが海外の緊急救援医療活動を実施するときに職員を派遣する意思のある病院長の集まりである。即座に前者からは下野院長と薬剤師1名の2名。後者からは医師1名と看護婦1名の2名の参加が決定。第一次派遣医療チームは下野医師を団長、津曲医師を副団長とする計6名で構成されて午後4時に神戸に向けて2台の四輪駆動車で出発した。その日の午後11時には神戸市長田区役所5階保健所に到着して現地事務局を設置して活動を開始した。

1月18日午前中から神戸市立中央市民病院勤務の川島正久医師など京阪神のAMDAの会員3名が長田区役所内現地事務所に駆けつけて救援活動に参加した。午後11時には岡山本部から山本秀樹事務局長を団長とする医師3名看護婦1名医学生5名から構成される医療チームが発出し19日午前3時長田区役所に到着した。

1月18日午前中からAMDA本部として派遣医師と看護婦を確保するために9名の事務局員総出で積極的に会員に電話連絡をかけまくった。一方、日常活動において知合いの報道機関には救援活動の速報をつぎつぎとファックスで送り続けた。

1月19日午後2時頃吉岡倉敷成人病センター院長および須原理事長より医師3名看護婦2名を含む計6名の医療チーム派遣の協力電話があり午後4時頃AMDA現地事務所へ向けて出発し救援医療活動に合流した。現地では会員以外のボランティアが参加しはじめていた。

1月20日頃になると報道機関による神戸市長田区におけるAMDAの救援医療活動の報道効果が著明になってきた。本部事務局に全国から問い合わせの電話がかかりだした。北海道から沖縄から医師や看護婦などの参加希望であった。岡山空港に来てもらい本部事務局から長田区役所内現地事務所へ毎日シャトルバスで送った。同時に長田区の現場には直接参加した医療ボランティアも多数いた。1月28日(土)と1月29日(日)には参加予定者の数は120-130人と最大の規模となった。ところが1月27日の保健所の調査では長田区内病院と診療所の外来再開が50%以上との結果がでた。これはAMDAの救援活動終了目標の数字であった。1月27日より本部事務局では登録していたボランティアに受け入れ中止の連絡を入れ続けた。しかし、ボランティアの中にはすでに有給休暇を取得したり航空券を手配済みの方も多くいて一挙にはその数の

調整は不可能であったが、徐々に漸減させて2月4日には医療業務を終了させ、2月16日には1ヶ月におよぶ全活動から撤収した。



長田区にあるAMDA現地事務局での菅波代表ら



小原コーディネーターを囲んでミーティング

緊急救援医療から日常医療への移行

被災者の方が必要とする医療状況は最初の1週間は猫の目のように変わった。地震発生初日は骨折や打撲による外傷がその対象であった。事実傷口の縫合を必要とする人が沢山いた。2日目は避難所に寒さ、体力低下と過密のために感冒が流行りだした。3日目には精神的ストレスによる不眠や胃炎を訴える人達が多くなってきた。ほとんどの救援医療チームが地震ということで外傷に備えた医薬品や材料を主にもってきていたため、感冒や精神的ストレスの医薬品を慌ててかき集める状況だった。5日目前後頃から感冒やストレス性疾患に加えて糖尿病、狭心症、高血圧などの慢性疾患の治療を求める主流になってきた。慢性疾患の薬の作用は1週間ぐらいで血中濃度が下がってきて効果が無くなる。そして慢性疾患の薬は感冒のように2-3日分で済ますという訳にはいかない。毎日の服薬が必要なので膨大な量が必要となってくる。即ち、緊急医療の対象というよりは日常医療の対象なのである。慢性疾患の患者さんは一貫した治療が必要である。そのためにはできるだけ早く従来のかかりつけ医師にもどす必要があった。

10日目には神戸市長田区内病院の12ヶ所中10ヶ所、診療所151ヶ所中の70ヶ所が外来を再開する状況になった。意外と早い速度でプライマリケアが回復しつつあった。

私たちはできるだけ早く患者さんを地元の医師たちに返すことを決定した。地震発生の12日目に神戸市長田区医師会長、13日目に神戸西市民病院長と面会した。趣旨は緊急医療から日常医療への移行のお願いであった。結論として長田区役所内24時間診療所に14日目より神戸西市民病院より医師1名と看護婦1名を派遣していただきAMDAのボランティア医師、看護婦と薬剤師は両名の管轄下に入ることになった。業務移行は順調に進み18日目の2月4日には長田区役所内診療所でのAMDAボランティアによる医療業務は完全に終了した。以後診療所は西市民病院のスタッフによって運営されている。

私が最初から最後まで心配していたのは医療事故の発生であった。緊急救援医療活動では日常診療に比べて医療事故が発生する確率が下記の3つの理由で高い。最初は集まってくる医師、看護婦と薬剤師間のコミュニケーションの問題である。お互いの専門分野や日頃の医療行為の方法論の違いがある。薬一つとっても好みがあるし慣れ不慣れがある。次は診断に検査機器が使えず問診と理学的所見のみで治療をせざるを怖さがある。最後に慢性疾患の患者さんにはそれぞれ治療歴があるし薬に対するアレルギーもある。それを理解するには時間がなさ過ぎる。そしてボランティアは短期間で入れ替わる。普通に考えれば医療事故が発生しなかったのが奇蹟であった。たとえ緊急医療下といえども現在の日本でミスによる医療事故が許されるはずがない。医療事故が発生すれば当然医療訴訟になる。訴訟になれば気の長くなるような時間を取られるだけでなく、訴訟に負ければ多額の支払が要求される。現在のAMDAにはその負担能力はない。もし医療事故が発生しておれば治療にあたったボランティア、患者さんそしてAMDAの3者にとって悲劇が訪れた可能性がある。

生活支援と医療支援の差は医療事故である。この重みを忘れてはいけない。

後方支援体制

緊急救援活動の三原則は活動拠点の確保、通信の確保そして輸送の確保である。この三原則は海外における緊急救援医療活動の展開の中で方法論として確立されたものである。活動拠点の確保は情報を収集して決めるのではなく、まず現場に入って情報を収集するところから始まる。外部から情報収集していたのでは数日は簡単に過ぎてしまう。緊急救援に必要な情報自体も日々刻々と猫の目のように変わっている。保健医療情報の拠点である長田区役所保健所内に現地事務所を設置できたことの意義は大きい。

現場と本部が情報を交信する通信手段なくしては効果的な支援活動は不可能である。今回は電話回線の不通あるいは混雑があったがアマチュア無線連盟の御協力をいただき支障なく活動を継続できたことを喜びたい。

輸送の確保が可能になったおかげで多くのボランティアの方々に長田区内で医療活動に関わってもらうことができた。岡山県航空協会による空路による医薬品の緊急輸送、岡山青年会議所による海路による大量輸送なくして初期の医療活動は語れない。その後の岡山本部事務局と長田区役所現地事務所間の緊急救援物資輸送トラックとシャトルバスの毎日の運行なくしても支援活動の継続性はありえなかった。

これらの緊急救援三原則を支える岡山本部における後方支援活動が本命中の本命であった。それは現場で必要とする物資と人員の補給である。後方支援体制の御三家は国会議員後援会、宗教団体そして地域の諸団体であった。共通項は「相互扶助団体」である。この三団体を中核にした多くの市民の方々の参加による後方支援協力体制ができあがり、強力な現場を支える活動が可能になったのである。阪神大震災には多くのNGOが参加したがこのような幅広い後方支援体制を持てたのはAMDAだけではなかったかと思う。

なぜAMDAだけが国会議員後援会、宗教団体そして地域の諸団体を中核とした後方支援体制の確立に成功したのか。理由は簡単である。AMDAの理念が相互理解、相互支援、相互幸せという「相互扶助意識」が基本だからである。日本の一般のNGOは「人権意識」を理念とするため非政治と非宗教をうたっている。更に都市に本部があるため地域の諸団体との関わりもないため「相互扶助意識」にふれる機会がなかったのが連携できなかった理由と思われる。

非常時御三家による組織動員力は抜群である。「相互扶助組織原理」に加えて全員が「神戸を知っている」という事実が相互扶助意識による被災者支援活動を加速させた。神戸市長田区におけるAMDA関係者は大規模な救援医療活動を展開しており、後方支援活動は確実性と継続性を求められた。気紛れな個人ボランティアでなく組織的なボランティア活動が必要であった。AMDAの活動がこのような本格的な後方支援体制に支えられたのは初めての経験であった。非常時御三家の威力に脱帽というのが正直な感想である。

阪神大震災被災者救援活動が人道援助の範疇に入るならこの御三家は明らかに人道援助団体である。

活動資金

緊急救援医療はお金がかかる。なぜなら緊急救援医療はシステムを必要とするからである。聴診器と医薬品をもって被災地に単身かけつけても意味がない。このシステムは活動拠点、通信と輸送の確保が三大原則である。それに加えて補給のための後方支援体制の確立が必要である。そして人と物と金を大量につき込むことになる。緊急救援では余ることになっても不足する状況は避けなければいけない。そうしなければ現場に派遣されたボランティアと被災者ともに不幸な結果となる。これはAMDAの海外における緊急救援医療活動の経験則であった。私たちは最大時には1日約100人以上からのボランティア医師、看護婦、薬剤師その他の役割の人達を永田区役所内現地事務所に送り込んで活動をした。ボランティアは全国各地から航空機や新幹線を乗り継いで岡山へあるいは現地へと来た。活動には無償で無償で参加してくれた。岡山から神戸市長田区役所までのトラックや高速道路使用料金は無料であった。

しかし、彼等の活動をささえる経費だけでも大変であった。システム全体にかかる経費は想像すらできなかった。従ってこの活動を支えるために必要な資金を集めなければならなかった。寄付及び義援金募集も後方支援の大切な活動であった。海外の医療プロジェクトに対しては郵政省の国際ボランティア貯金や外務省のNGO助成金がある。今回の活動に要する費用はすべて民間からの募集に頼らざるを得なかった。

AMDAは刻々と変わる現地の状況と救援活動の報告をほとんど連日のように発行し、併せて募金を呼びかけた。しかし、既に日赤や報道関係者へ義援金が集中していた。義援金を送った人達は日赤からNGOへ配分されると誤解していた。また、寄付した義援金が新聞などで報道されることを条件としたケースもあった。責任者の立場を考えれば無理のないことである。

AMDAの本部は地元の岡山にある。本部で救援物資を受け付けていたので、物資はAMDAに、義援金は日赤や新聞社へという人達が多かった。救援物資を現地に届ける経費を考慮していただければうれしかった。いずれにしてもボランティア活動は善意の寄付によって支えられている。日頃からの広報の必要性を痛感した。大口の寄付に対しては免税扱いされる態勢も準備することを考えた。

それでもAMDAの活動を以前からよく知っており、支援いただいている個人や団体からは早い時期から寄付金を持参したり送っていただいた。本当に感謝している。団体からの義援金第一弾は日本船舶振興会であった。1月18日に3百万円の義援金、そして20日には2百万円の追加が決まった。日本船舶振興会には昨年12月のインドのコレラ禍医薬品支援活動時にも3百万円お世話になっている。いずれにしても今回の他に先駆けての5百万円の義援金決定が私にシステムとしての緊急救援医療活動を決意させた。緊急救援活動は勢いである。ソロバンをはじきながらできる代物ではない。

国内からも有難い義援金をつぎつぎと受け取った。住友海上火災本社社会貢献室からは社員からの義援金6百万円いただいた。AMDAは海外の緊急救援医療活動に派遣するボランティア全員に国際ボランティア保険を、そして今回の大震災にAMDAの旗の下に参加したボランティア全員にも保険を住友海上火災でお世話になっていた。ビジネスを超えた善意である。

私が副会長をしている岡山県御津医師会からは時を移さず百万円をいただいた。医師会全

員の直接参加は無理であるがAMDAの活動を誇りとしている。頑張っで欲しいと。岡山県医師会からも義援金50万円をいただいた。医師仲間からの支援は又うれし。松下政経塾からは調査研究費として百万円いただいた。AMDAの活動報告を国としての政策づくりに生かしたいとのことであった。お願いしたいことである。

海外からの義援金申込も意外であり、又有難かった。米国ユダヤ人協会からのファックスを見て思わず涙が出そうになった。そこには杉原財団の名前があった。杉原財団は第二次世界大戦中に極東経由でナチスの迫害から逃れようとしたユダヤ人に当時の日本政府の方針に逆らって日本のビザを与えた元駐エストニア日本大使杉原氏の人道的功績を記念した財団である。私は即刻ファックスを送り返した。「是非いただきたい。貴財団から義援金をいただけるのはAMDAにとってこの上ない名誉である」と。後日5万4千9百ドル寄付の通知をいただいた。

フランスから救援活動に参加したMDM（世界の医師団）は貴重なアドバイスのみならず10万フランを寄付してくれた。彼等の受け入れにかかった経費にと。被災者の心理調査に訪れたハーバード大学のモリカ博士はアメリカに帰国後報告会を開き救援金を集めてくれた。

AMDAの迅速な活動が評価されて民間から必要な活動資金を得ることができた。そうであれば赤字となって逆に多くの人達に迷惑をおかけした可能性もあった。できれば公的資金によるボランティア活動支援体制の確立が望ましい。

末筆ながら、ここに紹介しきれなかった多くの個人や団体の善意にあらためて心からお礼を申し上げたい。

(第3種郵便物認可)

毎日新聞

1995年(平成7年)2月21日(火曜日)

アジア医師連絡協議会日本支部副代表

高橋 央



表示やカルテの記載はそのままで理解されず、重症患者の治療上の最終責任をMDMとAMDAのどちらの医師がとるかで調整も必要だった。このため合意交渉を実現するために、AMDAは常時二人の通訳と医師のコーディネーターを専任に置いたのである。

私は今回の大震災にNGO(民間援助団体)の立場で被災者を救済している。AMDA(アジア医師連絡協議会)は災害当日の晩に神戸市長田区の被災地で医療救援を開始し、現在二カ所に二十四時間体制の診療所を運営する一方、近隣の医療施設にも医師や看護婦を派遣し、計百数十人のボランティアが地域と合同で復旧活動に当たっている。この中にはMDM(世界の医師団)といふフランスの医療チームも含まれており、私は彼の専任

私見 直言

コーディネーターを担当している。MDMの貢献は被災者の方々から本当に感謝されているが、一方で「日本は海外からの人道医療援助を拒絶している」という批判もある。MDMの受け入れ責任者として私見を述べたい。

MDMとAMDAは二年以上も前から交流はあるが、それでも今回、国際親善以上の活動を実現するためには相当な努力を要した。フランスから極東の被災地に到着するまでの時間、被災状況の説明や活動内容の詳細を確認する際に生じる言葉の壁、NGO同士が緊急に協力する経験の不足が主な原因であった。実際に医療活動をしていても、日本語や英語で書かれた医薬品の

容易でない震災下の国際医療協力

震災直後には日本政府がすべての海外医療救援チームを平等に受け入れたら、私たちが直面した問題ももっと深刻な形で表面化したであろう。確かに世界各地で難民を救援する欧州のNGOは物理的に災害発生後二十四時間以内に到着できたかもしれない。しかし、社会福祉が整備された先進国の災害では猪俣幸十郎での経験は直接応用できないのである。サイエンスとしての医学は国境はなくなりつつあるが、社会的行為としての医療は行政の壁があるのは当然で、とりわけ政治力の強い先進国には顕著である。もしもAMDAが今日、欧州の水書のを救援に出掛けたら、同じ問題が起るであろう。

今後、先進国での災害で、自然発生的な手作りのボランティア活動を超える組織的な国際医療救援を可能にするためには、相手国政府との平時からの協議はあっても、各NGOが駐在事務所を人的に強化するか、先進国間でもNGOのネットワークを広げる努力が必要となる。

ヒューマニズムは「場の論理」

まず最初にAMDAの阪神大震災救援活動にボランティアとして参加してくれた人達に感謝したい。AMDAの活動の基本はボランティアから成り立っている。ボランティア活動の源泉はヒューマニズムである。「人間としてほっとけない、何かをしたい」という心の奥からの衝動が第一歩である。心豊かな人達が全国から駆けつけた。この事実は重い。何ができるかは第二步である。何ができるかを自問して心の衝動を殺しては本末転倒である。何ができるかは現場のニーズを掘り起こせば何かお役にたてることあるはずである。

ヒューマニズムは参加することである。参加により心の衝動に形ができる。形ができることによって相互理解が可能になる。今回一緒に活動をしたボランティア間には年齢、性別、職種などを越えた連帯感が存在したことがその証明である。

国際社会でのヒューマニズム概念を考えたい。1990年の湾岸戦争時の日本の130億ドルの寄付が感謝の対象にならなただけでなく「顔が見えない」と非難されたことを思い出してほしい。1994年の世界に衝撃を与えたアフリカのルワンダ難民救援活動では国際的非難を浴びなかった。何故か。日本は官民ともに参加したからである。即ち、「ヒューマニズムとは必要とされる場に参加して汗をかくこと」が国際社会の良識である。

MDM(世界の医師団)をAMDAが受け入れたのは「ヒューマニズムは参加である」という原則論からであった。彼等からの医療チーム参加申出は3回あった。2回は断わった。理由は彼等の受け入れに要する人と時間を日本人医師と看護婦の受け入れに使いたかったからである。しかし3回目の「医療チームの受け入れがダメなら義援金だけでも」とのメッセージを受け取った。このメッセージに彼等の熱いヒューマニズムを感じた。翌日彼等に受け入れOKのファックスを送った。彼等は2日後にフランスから直接空路で神戸に来た。医療行為ができなかったとの不満に対してAMDAとしての前記の受け入れ理由を説明して納得してもらった。更に今後の協力関係推進についても合意をした。

緊急救援活動時には医師のライセンスの有無は論外である。ただし、緊急時の医療行為といえども結果に対する責任は常に問われることを忘れてはいけない。同時に外国人医療チームは必要ないと判断すれば、国家として受け入れる義務がないのも事実である。これに関してはメディア自体が「ヒューマニズムを誤解したパニック状態」になっていたように思える。被災者の救援医療支援体制の確立に忙殺されていた厚生省の貴重な時間を無駄にしたのは反省すべきである。他にもっと報道すべき多くの視点があったはずである。

国内からも多数の医師、看護婦、薬剤師、保母その他の職種の方々から参加の申出があった。1-2日しか参加できない人も多かった。特に土曜日と日曜日を使つての参加申込の電話が本部事務局に殺到した。「ヒューマニズムは参加」の原則にのっとり可能な限り参加を受けた。このため現場が混乱したこともあった。しかし、一番ご迷惑をおかけしたのは登録のみで最後まで現場に参加していただく機会をもてなかったボランティア希望者の方々であった。この紙面を借りてAMDAへ登録していただいたことを厚く感謝するとともに登録のみに終わったことを深くお詫び申し上げたい。

緊急救援ボランティア

「ヒューマニズムは参加である」との原則は卒業して、緊急救援の場におけるボランティア活動について述べる。緊急救援の場の最大の特徴は「混乱」状態である。指揮系統がはっきりしないのが極め付きである。指示を待っていては時を空しく過ごさざるを得ない。だからといって他人を非難してはお門違いである。迷い込んだわが身の不運を嘆くべきである。なぜなら緊急救援の場での活動はパッチワークが基本だからである。全体の流れをみながらわが身の処し方を考えなければいけない。ここで求められているのはパッチワークを仕事として探し出す「判断」である。「判断」ができない場合の正しい行動は「混乱の場」を去ることである。そして自分なりに総括して再度参加するのが望ましい。

ボランティア活動をするための生活環境は劣悪である。快適な宿舎と食事を確保しようとするだけで3日間ぐらいは過ぎてしまう。寝袋と3日間ぐらいの水、食料は自分で用意するぐらいの気持ちが必要である。実際に今回の現場に寝泊りをしての活動は断水による便所使用不可と寒さの厳しさもあり3泊4日が適切な期間と思われた。

最も大切なことは自己の健康管理である。緊急救援の現場の混乱さは異常である。異常な雰囲気は多くのボランティア達を興奮さす。興奮すれば夜遅くまで起きて話し合い睡眠不足になる。睡眠不足による疲労は万病の源になる。病に罹れば志半ばにして倒れる。緊急救援活動参加のエッセンスは「判断」であるが、その判断力を養うのは経験しかないのも事実である。これを「緊急救援活動経験循環の法則」という。

混乱状況にある緊急救援の場でパニックは必ず起きる。混乱状況とは指揮系統にすべてのボランティアが組み込まれて適切な指示が与えられない状況を意味する。問題は混乱状況時のパニックにはボランティアの個人的資質がかなり左右するという事実がある。個人的資質のパニック3要因は未経験、プライドそして使命感である。混乱時の中で全体を見ながら自分を処する時に未経験が一番問題になる。判断基準がないからである。加えてプライドと使命感は時として重圧となって客観的判断を失わせる。プライドと使命感を満たす救援活動ができなかった時や現場での問題解決が不可能な状況に陥った時に他人に対する避難や攻撃性がでてくる。このような兆候を感じたときはパニックの初期症状と自覚して冷静さをとりもどす努力の必要がある。

未経験に対する処方箋は経験するか疑似体験をするかしかない。平時のマニュアルは混乱時にはさほど役に立たない可能性がある。変則な状況の発生が考えられるからである。重要なのは問題解決の選択肢の順位決定である。短時間のうちに優先順位を決められるのは経験の有無である。

阪神大震災のような緊急救援の場は稀である。しかし将来の同様の危機に備えて体験は必要である。どうすべきか。疑似体験しかない。どこで疑似体験をするか。世界で同様な緊急救援の必要な状況が発生したときに駆けつけて参加するが最良である。

ただし今回の阪神大震災に多くの人達が救援活動に参加した。確かにパニックを起こした人達もいた。しかし貴重な経験をされたことは確実である。次回の活動を期待したい。

防災計画緊急医療体制への提言

阪神大震災の被災者救援医療に関わった経験より防災計画の緊急医療体制への提言を様々な視点より述べたい。

1) 時系列対応政策

1) 被災発生後1週間以内は民間活動優位期間である。

特に最初の3日間は絶対的優位であるその後の4日間は相対的優位といえる。公平さよりスピードが活動基準である。絶対優位期間は医療ボランティアによる被災現場での応急的処置が最も有効である。ボランティアの数が多ければ多いほど望ましい。へたに指揮系統を確立するために労力を使ったりボランティアの自主的活動を束縛するべきではない。行政はボランティア活動支援対策として活動拠点、通信そして輸送確保のために必要な規制緩和を時限立法で実施するときである。加えて外傷、呼吸器感染症、ストレス性疾患に必要な機具と医薬品補給をすべきである。その一方で行政はシステム的アプローチのための情報収集と分析を要する時期である。

相対的優位期間は行政が動ける状態になった時であるが、まだボランティアによる活動が必要ときである。行政はボランティアとの協調体制を取りながら行政主導体制へと移行させる時期である。

2) 被災後1週間以後は行政優位期間である。

被災後1-2週間は相対的優位期間である。行政がシステムとして作動し、しっかりした対応が可能になっている時期である。疾患は慢性疾患が多くなり、次にストレス性疾患と呼吸器感染症疾患の順となる。この時期に必要なのは慢性疾患対応シフトの確立である。慢性疾患患者の服用している薬は一週間の間隔で血中濃度が0に近くなり効果がなくなる。薬で命を支えている慢性疾患患者では生命に危険が及ぶ。ところが慢性疾患用の医薬品は価格が高いためボランティアで提供する場合には資金的に限界がある。行政が保険制度と関連した形で慢性疾患の治療が可能となる体制を構築する必要がある。行政は被災発生後から1週間かけてこの慢性疾患対応シフト確立に直接的に邁進すべきである。このシフト確立は行政のみにできることであり失敗すると第三次災害としての死者を出すことになる。民間優位時期の急性疾患はボランティアに任せておけばよい。いたずらにエネルギーを分散しないほうがよい。

被災後2週間以後は絶対的優位期間である。この期間に必要なのは地元医療機関優先シフトの確立である。慢性疾患の治療が主体である。慢性疾患は治療の一貫性が要求される。被災前に治療を受けていた「かかりつ医」にできるだけすみやかに返すことが重要になる。ボランティアによる無料診察がその妨げになっては本末転倒である。地元医療機関主導下でのボランティア活動のみ意味がある時期である。

以上のように「キーワード」は医療ボランティアの活用、慢性疾患患者への対応、地元医療機関の復活である。更に行政の時系列対応の明確化が徹底的に重要になってくる。

2) 非自己完結型ネットワーク対応策

今回の被災者救援医療活動に全国から駆けつけた医療ボランティアの果たした役割は万人が認めるところであった。地元の医療機関が被災したときには医療機能の回復に1-2週間が必要である。医療ボランティアを受け入れて一定の役割を担ってもらう計画が現実的である。必要な法的準備をしておくべきである。

1) 民間優位期間：個人医療ボランティア受ける時期である。交通や通信状況が不十分でも個人ボランティアは自らの才覚で緊急ボランティアとして直接に被災地への参加が可能である。応急的処置をどんどん実施する。応急処置を超える重傷者を受け入れる後方支援医療機関の確保については行政が努力する。

2) 行政優位期間：組織医療ボランティアを受ける時期である。即ち行政主導下にシステムとしての医療活動実施が求められる。応急処置でなく慢性疾患対応診療である。それと共に地元医療機関の診療機能の回復である。いずれも確実な対応ができる組織医療ボランティアによって支援活動が可能になる。

3) パニック対応政策

どんな緊急事態も混乱状況を伴う。平時と決定的に異なる状況である。必ず人は平静さを失いパニックを起こす可能性がある。パニックは混乱状況を更に悪化させる。パニックは人が起こすものである。一番の要因は未経験である。対策としては経験者の養成が望まれる。被災現場へ積極的に人を派遣して混乱状況における緊急救援活動の経験者を増やすことが先決である。常に国内に被災状況が出現するわけではない。次善の方法は海外の救援活動にも積極的に参加することである。ありふれたことだがすぐに行けるのは平時の訓練の繰り返しである。

4) 医療ボランティア活動支援政策

生命に関わる医療ボランティア活動は生活支援活動とは決定的に異なる。善意だけでは不可能である。少なくとも下記の3点についての十分な政策的支援が必要である。

1) 緊急救援三原則支援：民間優位期間の行政からの支援策としての活動拠点、通信、輸送に関する便宜供与の時限立法である。加えて医薬品の公的供給が望ましい。

2) 保障：医療ボランティア自身に対する保険と医療活動から発生する医療事故に対する保険の2種類がある。負担金額はボランティアの能力を超えているのが現状である。医療ボランティア、行政と保険会社との3者間での集団登録自動適応システムが簡便で望ましい。

3) 資金：緊急救援活動はお金のかかるシステムである。日赤以外の医療ボランティアにも義援金が配分されるシステムの再構築が絶対に必要である。被災者救援医療活動を日赤のみに依存した時代は終わった。別の活動資金としてNGOの海外協力を支援する郵政省の国際ボランティア貯金および外務省のNGO助成金に匹敵する国内版のNGO支援策が望まれる。

アジア太平洋救援ネットワーク構想の提言

阪神大震災によるダメージの規模の大きさは豊かな国である日本の想像を根底から覆えすものであった。海外への衝撃は大きかった。それだけに海外からの暖かい支援の動きも様々であった。実績に裏付けされた欧米の緊急救援チームの派遣申込からアフリカの貧しい孤児院のバナナ売りの収益寄付活動まで。多くの日本人がその申し出の迅速さに驚いたし感謝したはずである。日本が経済大国の義務として援助を実施していた国々からの支援のメッセージは特に印象が深かった。なぜなら人道援助は経済的豊かさだけでなく「思いやりの心」であることを認識させられたからである。

世界はともかく日本の近くであるアジア太平洋諸国にもここ数年間だけでも幾多の自然災害が発生し多くの被災者がでた。日本国としての援助は実施されてきたが国民としては無関心であった。即ち、豊かさの義務としての援助だったと誤解されてもしかたがない。隣人に対して日本人としての「思いやりの心」を伝える努力とシステムが必要である。

AMDAは過去においてアジアの医師とともにアジアにおける緊急救援医療活動を実施してきたが、アジア太平洋諸国間における緊急救援活動が相互協力して更に迅速かつ効果的に実施できるネットワーク構想を「思いやりの心を伝える」方法として提唱したい。

ネットワーク構成員は下記のごとくである。

- 1) NGO: International NGO, National NGO, Local NGO
- 2) 民間企業
- 3) アカデミニズム
- 4) 国連機関 (HDA, WHO, UNHCR等々)
- 5) 政府機関
- 6) その他

基本的にはNGOのリーダーシップが期待されるネットワークである。International NGOとしてはアジアを代表してAMDA。これにアメリカとカナダの緊急救援活動に実績のあるNGOが加わりこのネットワークの中核を担うことになる。Local NGOについては1994年岡山で開催された国際貢献NGOサミットで発足したINNEDという組織がある。National NGOについてはアジア地区の協議会があるので参加可能である。

このNGOネットワークに多国籍企業や海外進出企業などの民間企業がフィランソピア活動として参加することになる。そして日本、アメリカやカナダの大学は政策支援や評価のため参加が必要である。更に国連機関はその設立趣旨からこのネットワーク支援は当然である。政府機関は国家主権の絡みで直接参加が不可能な場合もあるがその支援なくしてこのネットワークの維持運営は考えられない。

1995年は終戦50周年の年でもある。日本のアジアや太平洋の国々に対する態度が常に問われてきた。阪神大震災被災者に対する海外からの暖かい支援のメッセージに対してもこのアジア太平洋緊急救援ネットワークを日本が提唱して実現することは明快な態度を示すことになると確信する。そのためにもAMDAは微力だが実現に貢献したい。

海外体験 ノウハウ生かす

避難所の被災者を巡回して診察するAMD Aの医師チーム―神戸市長田区で



NGOが救援活動



阪神大震災の現場に、全国からつぎつぎと集まってきた。難民やスラム住民の支援を海外で経験してきた顔見知りのNGO(非政府組織)のメンバーもまじり、これまで国内での活動とは異なった波をうった動きがはじまっている。国や行政に先んじて海外体験ノウハウを活用しながら復興を目指す被災者救援に立ち上る姿に、「ボランティア精神」の原点があった。

（社会部・藤原 健）

阪神大震災に被災が拡大、全国からつぎつぎと集まってきた。難民やスラム住民の支援を海外で経験してきた顔見知りのNGO(非政府組織)のメンバーもまじり、これまで国内での活動とは異なった波をうった動きがはじまっている。国や行政に先んじて海外体験ノウハウを活用しながら復興を目指す被災者救援に立ち上る姿に、「ボランティア精神」の原点があった。

（社会部・藤原 健）

行政の遅れをカバー

ボランティア精神の原点

動機を置いたのは、地震発生の一ヶ月、アメリカ・ルンタの難民医療隊から帰国したばかりの医師二人を含むメンバー六人が「ともかく現場へ」と、岡山から同日深夜に現地入り。被災者に薬を配り、けがをして連れてくる住民の診察に当たった。順次送り込まれた医師、看護婦、ボランティアは続々と延べ八百人近い。

地震発生一カ月前に、た今月四日、それまでの診

ば、と思ったと話した。同市兵庫区の寺院に拠点を用意したのは、カンボジア難民救援とタイ・バンコクのスラム街クロントイなどでの救援活動を十五年間続けたSVA(善徳国際ボランティア会)本部、東京都・ボランティアや曹洞宗本山で修行中の齋木ら約三十人が補助給食(炊き出し)、援助物資の運搬などに走り回った。

地震発生直後から寺院に陣取ってボランティアの活動を調整した八木沢克昌・事務局長代行は、クロントイに約八年間滞在したことがある。「神戸の被災

地を走る自転車、バイク、給水車。アジアのスラム街を巡る。アシアのボランティア本部、東京都・東区、関西のボランティアが神戸市に多い外国人向けの相談窓口を開設した。

地元神戸市のNGOが結成した「阪神大震災地元NGO救援連絡会議」(事務局・同中央区、毎日新聞神戸支局)は、七日午後第一回連絡会を開き、被災者の自立を促すボランティア精神の意義を強調した。

第一・事務局長代行は、八六年から三年間、バンダラニュー・ダカラで難民の生活改善活動に取り組んだ。神戸が復興しないと、研修生の受け入れも海外向けの活動もできない。その意味で、神戸のために活動することは海外救援活動と密接に結びついている。「海外経験のあるボランティアは、日本政府の対応の遅さを肌で感じて実感している。それを補うために、我々がこれまでノウハウを駆使して、復興の日まで動くしかない」と、自発的に公益のために働きたいボランティアの意義を強調した。



電話で各地の被災状況を調べる「阪神大震災地元NGO救援連絡会議」のメンバー―神戸市中央区で

阪神大震災

すぐ駆けつけたい→そう言われても…

ボランティア医師 生かし切れず反省

兵庫県が受け入れ態勢づくりへ



避難所で被災者を診療するボランティア医師ら(上左は白、神戸市兵庫区)

阪神大震災の発生で、全国から大勢のボランティア医師が被災地をめざした。その数は、神戸市内だけで、これまでに延べ五千人以上のほろ。しかし、医師など受け入れ側の自治体や医師会との間では「夜逃げ」が生じ、「医師不足」など、初期の医療活動の一部に混乱をもたらす原因となった。こうした経験を活かして、兵庫県は、医療ボランティア受け入れ態勢の確立など、災害時の本格的な医療システムづくりの準備を進めている。

「情報確保」など検討

◆混乱

京都工療保健総合診療所の整形外科医は発生から三日後の一月十九日夜、兵庫県医師会に電話して、「すぐに受け付けたい」と申し出た。

しかし、医師会は「ご厚意はありがたいが、情報がなくて、いつ、どこへ行っても欲しいとはいえない」と説明した、という。

この日は、ヒッチハイクをしながら、二十一日、神戸市長田区に着いた。古河製鋼病院(福木県)の医師は、二月二十三日、勤務先から神戸市災害対策本部に電話したが、「もちろん合っています」という返事が返ってきた。

「本場に足りているのか」と問いたすと、同本部は「実は来てもらったも、要する場所も食糧も何も保証できず、医師を振り分ける能力がない」と答えた。医師は十九日、寝袋を所持して長田区に入った。

東大病院小児科の医師は、神戸市災害対策本部から「通って連絡します」との返事を受けた。数日間、何の連絡もなかった。

医療・災害問題に詳しい評論家の柳田邦男さんの話、ボランティア医師をはじめ、全国からの医療スタッフの数が遅れたのは、行先が分からないまま、もたついたから。何十、何百という死傷者が出たうえ、病院などハード面が確保できず、ソフト面でも、医師も看護婦も医療スタッフも被災して集まらない。これはもう、ミサイルを撃ち込まれた戦争と同じ状況と考えるべきだ。

医療スタッフは重傷者を二十四時間の緊急態勢で看病し、不眠不休で働き、野戦病院のようなもの。現場の混乱をみると、医師の数が足りていないことは明白だ。国や地方自治体の防災計画には、

防災計画は限界状況を前提に

救急医療はまったくといっていいほど限界に入っていない。大都市の大震災のイメージが描けなかったからだろう。人の命は数時間刻みで問われ、事前の態勢があるかないかで大きく響いてくる。今後、防災計画を考案する際には、通信の途絶や交通の寸断など、前提条件を限界状況まで考えておかねばならない。各都市に現行の病院を通じて、個別のボランティア医師が指示を持たずとも、集まれる場所をつくる。さらに、他都道府県との広域連携を組んで、個別の病院に二姉妹病院関係一を結ぶ。上からの指示や要請を持たずとも、行き先が分かって出動できるシステムをつくるべきだ。

◆しほれ

医師ボランティアグループ「アジア医師連携協議会」(AMDA)本部・岡山、香波茂代表は、発生から今月十六日までの一カ月間、医師や薬剤師、看護婦らに延べ千五百人前後を被災地に送った。医療活動は、元の開業医が再開し始めた今月四日まで続けられた。

この間、AMDAには、行政の対応しづれを切らした全国の医師らが参加し、行動を共にした。発生直後に現地入りしたAMDAの津田兼司医師(中心)は「われわれは行政に無断で勝手に神戸市に入った。ボランティアは上から

◆対策

兵庫県医療課は、県の防災計画の中には、他県からボランティア医師の動きが図らずも含まれていない」と説明する。発生直前の情報伝達に混乱している時期、専門家を呼び、厚生省、師の配置場所や診療目などからなり、医療ボランティアの受け入れ方法や情報、ラインの確保などについて検討していく。

の命ではなく自分たちの責任で現場に入り、医療スタッフを派遣し出しながら活動するもの。当然、食糧や寝場所も自分たちで探す。何人来ていいかわからないと、何かが分らないと、情報がつかめなかったこと、個々の病院、医師会、市、県、厚生省など窓口が乱立して整理がつかないことが混乱の理由だ。この二つをどうにかする必要がある。兵庫県は今年末にも、災害救急検討委員会をつくる方針を固めた。メンバーは災害専門家を呼び、厚生省、県、被災者の代表ら約十人からなり、医療ボランティアの受け入れ方法や情報、ラインの確保などについて検討していく。

MEDICAL REPORT OF KALEHE CAMP-AMDA

BUKAVU, ZAIRE

(1994 NOV.1-30)

Dr. Ramesh Kumar Dahal

GENERAL REPORT:

The area around BUKAVU (ZAIRE, south KIVU) holds 32 refugee camps including Kalehe camp & 32 INGO's are working for them including AMDA. The total populations of refugees is 329,838 & population < 5 years is 51149. The most common diseases around these refugee camps (in chronological order) are:

Malaria & P.U.O. Acute respiratory infection Simple(non bloody) diarrhoea Trauma Bloody diarrhoea respectively

The global mortality is 0.1 deaths/day/10,000 refugees.

REPORT OF KALEHE CAMP -AMDA-:

Kalehe camp - a peninsular projection into Lake Kivu - situated 66km north of BUKAVU city holds 1700 huts with a total population of 10,000 & < 5 years population of 1800. It has a global malnutrition of 1.5 % . There are 2.3 latrines/100 persons & approx. 6 litres of clean water/person per daytime. There are no schools, majority of the adults are jobless & sit idle & it is a fairly stable & quiet camp.

The 1700 huts (household) are divided into 4 sectors & each sector is looked after by 4 community health workers so that there can be good penetration of health swarms into the refugee camp.

MORBIDITY PATTERN:

8 specific diseases are recorded & all other diseases are labelled as "others" . The morbidity patterns for the month of November 1-30 is as follows.

TABLE:1

DESCRIPTION	NO.	% out of the new cases	% out of the respective refugee pop.
Total NO. of New cases	4573		45.7%
Total NO. of New cases < 5 years	1146	25%	63.6%
Total NO. of New cases > 5 years	3427	75%	34.3%

TABLE:2

DESCRIPTION	NO.
Total NO. of consultation done	7700
Total NO. of follow up (old cases)	3127
Total % of follow up (old cases) out of total consultation	40.6%

ANALYSIS:

-TABLE:1-

There were a total no. of 4573 new cases out of which 25% were < 5 years & 75% were > 5 years. It also means out of the respective refugee population 45.7% were sick & considering the respective refugee population of > 5 years group 34.3 % were sick & of the < 5 years group 63.6% were sick. It reflects clearly that there are more sick patient in the < 5 years than > 5 years & hence fortifies the fact this is the more vulnerable group.

-TABLE:2-

The new cases that could not be effectively treated came for follow ups (old cases). Total no. for these was 3127 i.e. 40.6% of total consultations presented as follow up cases. So including all new cases & follow up cases altogether 7700 consultations were done by the consulting doctors & nurses in the month of November.

NOTE:

TABLE 1

These figures can not be compared with October because there is no computation of data for new cases & total no. of consultation has been recorded as total no. of cases.

TABLE:3

NO.	DISEASE PATTERN	Percentage of New Cases
1.	Malaria / P.U.O.	25.4
2.	AC. Respiratory Infection	18.8
3.	Simple diarrhoea	10.1
4.	Bloody diarrhoea	3.8
5.	Trauma	3.4
6.	Measles	0.3
7.	Meningitis	0.04
8.	Others	37.9

TABLE:4

NO.	DISEASE PATTERN	Percentage of follow up cases out of Total consultation
1.	Simple diarrhoea	53.4
2.	Bloody diarrhoea	48.2
3.	AC.respiratory infection	44.3
4.	Malaria/ P.U.O.	43.6
5.	Trauma	37.2
6.	Others	31.8
7.	Measles	Negligible cases to account
8.	Meningitis	

IN-PATIENT REPORT
ANALYSIS:

-TABLE:3-

The 5 most common disease for the month of Nov. were Malaria, AC.Resp. Infection, Simple diarrhoea, Bloody diarrhoea & Trauma. Measles & meningitis are in the lowest EBB. Though it is difficult to compare accurately with previous month by & large Resp. infection is getting higher because of the changing of climate into the more chilly season. Malaria is almost the same cleaner water has decreased the simple diarrhoea & good cleaning of toilets, better water, less flies & distribution of soaps for washing hands etc. has decreased Bloody diarrhoea which is mainly attributed to Shigella & some to amoebic dysentary with blood. The serve degree of dehydration is seen less because of the awareness of ORS. & prompt treatment. Measles is virtually absent due to effective vaccination by UNICEF. Meningitis is only occasional however it does have the potential to rise. There is no cholera in Kalehe camp.

-TABLE:4-

TABLE:7

From the table it is obvious that simple diarrhoea has the most no.of follow ups(53.41%), then it is bloody diarrhoea, AC.Resp.infection, Malaria, trauma & others. Measles & Meningitis are too little cases to account for follow ups & besides are usually hospitalized & treated there. The diarrhoeas are the most trouble some disease that take a prolonged course. & the patient keeps up following. Patient follow up for resp. infection & Malaria because it takes time for the fever to settle & sometime the disease tend to overlap i.e. a patient presenting with cough & fever even though given medicine for it comes back few days later with an enlarged spleen & the fever is continuing.

IN-PATIENT REPORT:

TABLE:5

NO.	DESCRIPTION	NO. of Admitted Pt.	Percentage
1.	Malaria	66	47.8
2.	Resp. Infection	19	13.7
3.	Bloody diarrhoea	8	6.7
4.	Simple diarrhoea	7	5.0
5.	Anaemia	3	3.6
6.	Malnutrition	4	2.8
7.	Measles	5	2.1
8.	Others	26	18.8
	TOTAL	138	100 %

ANALYSIS:

-TABLE:5-

There were although 138 patients admitted in the hospital. Among these 32% were < 5 years. The most common admission was Malaria & were patients who did not respond to Chloroquine or Fansidar. Quinine was usually the drug of choice Resp.infection was second common admission & in this the most common diagnosis was pneumonia; who respond well to fortified procaine penicilin. But usually pneumonias were complicated with malnutrition & serve anaemia of various grades. The 2 types of diarrhoea were also commonly admitted & unless the patient was suffering from malnutrition which was obvious, it was mainly the severely dehydrated patient or the chronic diarrhoea that got the choice for admission. Very few of the chronic diarrhoea presented clinically as AIDS.

Anaemia around Kalehe are of various grades & these patients usually gave past history of Malaria, Bloody diarrhoea, Chronic diarrhoea with malabsorption syndrome, malnutrition of them were also suspected for worms (mainly Hook worms & Round worms) & general iron deficiency in the routine diet.

There were also frankly malnutrition cases which needed hospitalization to prevent other complication such a hypoglycemia, hypothermia, a course of vit

A also was added to the overall management of these. Very little measles was seen in November.

"Other" diseases was 18.8%. There were 4 transferrals made to the nearby Katana Gen Hospital & 4 death for the month of November & the no. of deliveries of babies reached 8.

A Maternity ward & Labour room is currently under construction. Total no. of hospital bed including dysentery ward is 30.

TABLE:6

NO.	Age	Sex	Cause for referral
1.	16 years	M	Severe bouts of Haematemesis
2.	30 years	F	Cephale pelvic disproportion with term pregnancy
3.	42 years	F	Incomplete Abortion
4.	58 years	M	Stab wound in chest with surgical emphysema

TABLE:7

NO.	Age	Sex	Diagnosis	Cause of death
1.	10 mths	M	Measles	Severe bronchopneumonia
2.	7 mths	F	Malnutrition < 70%	Septicemia
3.	35 years	F	AIDS with Pulm Koch's	Overwhelming chest infection
4.	70 years	F	Malaria	Severe anaemia with haemodynamic compromise & poor general condition

All of the referral cases were those which could not be dealt adequately in the camp & all of them presented with the risk of death if not intervened quickly.

All of the patient who died has presented in a state of very poor general condition & causes of death was due to complication of the relevant diseases, which could not improve despite vigorous treatment. The table also shows there is no specific disease of mortality.

THE FEEDING CENTER:

The feeding center at Kalehe camp started from October 13. The patients are measured for weight & height & categorized into A,B,C, & depending upon the grading patients received either high energy milk(milk+sugar+oil), (HEM) or porridge of UNIMIX(corn+soya mixture flour+sugar+oil) or high energy Biscuits.

CATEGORY	FOOD TYPE	NO. OF PTS	% OUT TOTAL MALNUTRITION at the centre
A(<70% wt/ht)	HEM yx/day Poyyidge: 2 /day HEM:	3	4%
B(>70-75% wt/ht)	2 /day Biscuit: 1 /day Porridge: 2 /day	32	42%
C(>75-80% wt/ht)	Milk: 1 /day	42	54%
TOTAL		77	100%

Though there is some form of system in the feeding center it is inaccurate & inefficient. The grading is not satisfactory & food distribution is not accurate. There is no concept of therapeutic & supplementary feeding programme, no evaluation, or monitoring or follow up system.

There was not even a basic Anthropometric gadget for accurate measurement & it points to the question of correct categorization. There was no guidelines for assesing & feeding for the ones > 5 years & adults.

Hospital patient's calorie requirement & feeding also was haphazard. Date system was poor & no weekly reporting was done. There was no coordination of these malnutrition patient between the consultation room hospital & feeding center.

The vulnerable group of < 5 years, pregnant & lactating mothers & the recuperating ill, people discharged from hospital did not receive any supplementary food besides the general ration given to the refugee population, although there was a provision for this from the WFP & UNHCR, right from the start, there was a confusion about this. However recently CARE(Canada) who is incharge of food distribution has agreed to help after

we give them the list & system for the supplementary ration distribution & the process is already underway.

So although the confusion is evident it must be complemented that a system was trying to be created & on this experience we can now renovate the feeding center with the guidelines & protocol from WFP & UNHCR.

CONCLUSION:

Among the total 32 refugee camps around Kalehe AMDA camp is one with a population of 10,000 & < 5 years is 1800. It has a global death rate per day of 0.1/10,000; global malnutrition of 1.5 with 2.3 latrines/100 person & approx 6 litres of clean water/person per daytime.

Morbidity pattern at Kalehe camp represents the general morbidity pattern around the other 32 camps with Malaria no.1 & Resp. infection, Simple diarrhoea, Bloody diarrhoea & trauma following all other disease are grouped as "others".

Total no. of New cases was 4573 i.e. 45.7% of the general population & 63.6% of the < 5 years population were new cases.

There was a total no. of 3127 of follow up cases i.e. 40.6% of the total consultations. There were 138 inpatients & Malaria, Resp. Infection, Diarrhoea were most common & 8 deliveries were conducted successfully. There were 4 death of the inpatients for the month & 4 transferrals.

Renovation of feeding center is underway with new guidelines & protocol.

EXPANSION OF THE RWANDAN REFUGEE RELIEF WORK OF AMDA IN BUCAVU, ZAIRE - AFRICA

DR.SAROJ PRASAD OJHA AMMM team, Bucavu-Zaire

CATEGORY	FOOD TYPE	CONCLUSION	% OUT TOTAL MALNUTRITION
----------	-----------	------------	--------------------------

It is for me a great pleasure to be an official representative of AMDA International negotiating team (AMMM) to UNHCR for the expansion of the Rwanda Refugee Relief work of AMDA International in Bucavi, Zaire. I am very much pleased and want to express my sincere gratitude to AMDA International.

Besides me the other member of the AMMM team included were Dr. Emma, country director of AMDA Philippines and Dr. Jonaid, general secretary of AMDA Bangladesh. They reached Zaire earlier than me because my schedule flight was delayed by 7 hours in Kathmandu and I missed the connecting flight from Karanchi to Mairobi.

When I was a transit passenger in Karanchi for about 3 days I could meet Prof. F. U. Baqai, President and Dr. S. Hasan Mehdi Zaidi, General Secretary of AMDA Pakistan. I must thank and grateful to AMDA Pakistan for giving a big honor to me.

In Karanchi we had fruitful discussion regarding the new project of AMDA International for Rwandan Refugee in Zaire. They expressed best wishes for the new project and AMDA Pakistan is also highly interested to join it.

I reached Nairobi (Capital of Kenya) on 29, Feb. after 3 days of departure from Nepal. In Nairobi I came to know that AMMM team already submitted new proposal on Community Managed Reproductive Health Program to UNHCR on behalf of AMDA International. Then we had meeting and discussion in Nairobi AMDA office about the project and future plan. Dr. Emma left to Tokyo to brief to Dr. Suganami and other members in Japan and then to prepare a final draft. Dr. Jonaid left to Bangladesh and I reached Bucavu, Zaire on 1, Feb. by UN Flight. IN fact AMDA office in Nairobi has a big responsibility in terms of coordination and management and Ms. Kyoko Nakamura is doing quite well in a systematic manner.

In Bucavu, Zaire first me and Mr. Razzak had a meeting with UNHCR Medical Coordinator Dr. Genevieve Begkoyian and Senior Program Manager. Dr. Genevieve agreed to start the Community Managed Reproductive Health Program in the fefugee camps and she gave cover letter for Questionnaire specially developed for different NGOs working in different refugee camps. Accoding to Dr. Genevieve, UNHCR wants to see the implementation of the program in the refugee camps as soon as possible with appropriate methodology.

She mentioned that there should be good percentage of female health workers and the local participants from refugee people. Regarding the training for local health personnel and treatment of STDs and AIDS. She said it can also be started as soon as possible with a symptomatic approach.

Then we proceeded to distribute the Questionnaire to different NGOs' Office in Bucavu like AVN, CEPZa, Caritas International, GOAL, CONCERN, Federation of Red Cross, IHA, etc. Almost all the organizations expressed positive attitude and assured their full cooperation. These NGOs covering many refugee camps gave important and valuable statistics about the health status of refugee which will be beneficial for drafting the final proposal.

On the same day we went to visit Nyangezi I camp and Nyangezi II camp in order to know the opinion and attitude of the local health workers and staffs of the NGOs at the camp sites. The local health workers working in the Nyangezi I Hospital were very much interested especially on training. This Hospital has got 65 beds - 25 for male ward, 25 for female ward, 10 for maternity ward and 5 for gynecology ward. It has got also facilities like the X-ray, Laboratory, Pharmacy, Operation.

In Operation theater they do operation for Hernia, Hydrocele, Appendicitis etc. But they do not have Post Operative ward. In Lab. They perform routine hematological test, Malaria and also HIV test. They are doing HIV test by Agglutination Method by using Serodia kits. According to their figure of last January they did HIV tests for 58 patients and they found out of 58 patients 19 were HIV positive. In there Lab. they do not have facility for Bacteria to grow (culture media).

In Nyangezi II camp GOAL is taking care of refugee. They have established their camp within the refugee camp area. They have got Intensive care ward and Paediatrics ward. They do not have Laboratory facilities and generally sending serious patients in to the Nyangezi I camp Hospital for future management.



Karehe refugees camp in Bukavu

We started getting responses of the questionnaires that we distributed to different NGOs for their opinions and attitudes towards the community-managed reproductive health project in the camps. They agreed to support and cooperate the AMDA and wanted to join together.

On 4th Feb. Saturday we had another meeting with Dr. Genevive. She again gave stressed on rapid assessment in the camp with appropriate and methodology.

For this AMDA also has to deal with some organizations like USAid, UNFPA, IPPF, CARE etc. to get their opinion and cooperation.

The next day we conducted meeting among Kalehe camp staffs in Luiro. As there was planned to leave Nepali team (4 members) and Japanese team (3 members) very soon, we will mainly discussed Kalehe camp activities. It was decided that the rest of the responsibilities after the teams leave will share by remaining staffs, local employees, and other staffs coming to join there. In this way for the time being, we could solve the problems of Kalehe camps temporarily.

The Kalehe camp seemed running quite smoothly and having almost no problems from refugees and local staffs. Concerning health situation there were no emergency. Problems like frequent load shading and badly damaged road to reach the residence (Luiro) could not be forgotten by anyone.

Next assignment which I had to do is to get more information and help about our project from different organization in Nairobi. I arrived Nairobi from Bukavu on 6th Feb. and tried to meet and find out different organization like USAid, UNFPA, IPPF, NCKK etc.

On 7th Feb. Ms. Kyoko Nakamura and I had a brief discussions with senior medical coordinator of UNHCR discussions with senior medical coordinator of UNHCR Nairobi office Dr. D. Babu Swai in his office. On reproductive health program his opinion was also similar to us. Besides these he also advised to consider female circumcision, problems related to abortion and awareness campaign programs among general population in the refugee camps.

On the same day I could talk to office of population and health - USAid and UNFPA Nairobi. Because there were no concern persons available at present who are dealing with such activities. Then it was decided to send them a copy of our proposal and we will meet again later.

On Feb. 8th, we could meet Dr. Timothy Gatara, program officer of IPPF (international Planned Parenthood Federations) in his office. He advised AMDA to make a separate agreement with IPPF. According to Dr. Timothy IPPF is ready to help such activities in refugee camps. Now we have to follow of in order to get necessary assistance like contraceptives (condoms, pills) from IPPF.

The same day in the evening I left for Nepal from Nairobi via Dubai by Kenya and Nepal Airlines. As an official representative of AMDA International AMMM team it was my successful trip to Bukavu, Zaire and Nairobi. I hope this visit will add few steps ahead for AMDA International. I must again thanks AMDA international and all the individuals whose helps and cooperations were unforgettable.

ルワンダ 救援医療活動報告

ルトンド病院メディカルレポート

RUTONDE HEALTH CENTER KIGALI, RWANDA

OUT PATIENT CASES 1-31 Jan. 1995

	0-5	5-15	15-45	45	TOTAL	%
RESPIRATORY	105	99	109	45	358	20.45%
GASTRO-INTERSTINAL	30	54	125	45	254	14.51%
MALARIA	157	194	377	74	802	45.80%
GENITO-URINARY	0	2	0	2	4	0.23%
BONE & JOINT	19	16	36	39	110	6.28%
CNC	0	0	1	0	1	0.06%
FEMALE REPRODUCTIV	0	0	6	1	7	0.40%
ENT	4	2	4	4	14	0.80%
EYE	6	3	9	0	18	1.03%
DENTAL	2	5	7	4	18	1.03%
SKIN/STD	12	12	13	7	44	2.51%
OTHERS	12	12	37	3	64	3.66%
REFERRAL	1	3	5	3	12	0.69%
TOTAL	348	402	729	272	1751	100.00%

RUTONDE HEALTH CENTER KIGALI, RWANDA

HOSPITALIZATION CASES 1-31 Jan. 1995

	0-5	5-10	10-15	15-30	30-45	45-	TOTAL
PNEUMONIA	11	7	3	1	0	1	23
MALARIA	33	23	15	42	7	6	126
DIARRHOEA	1	3	0	0	0	0	4
BLOODY DIARRHOEA	4	2	3	4	2	4	19
DELIVERY	0	0	0	2	3	0	5
OTHERS	1	1	1	1	1	0	5
REFERRAL	1	1	0	4	0	0	6
DEATH	0	0	0	0	0	0	0
APD(ULCER)	0	1	0	0	2	0	3
TOTAL	51	38	22	54	15	11	191

オシエク報告

コーディネーター 本所明美

北海道と同じ経費のここクロアチアは昨年末から暖冬が続き、私が見た限りでは、2度の積雪のみである。1度はWhite Christmasだった。この国のChristmasは、日本のお正月と同じく、家族・親族が団欒を過ごす時である。いつも元気でユーモアたっぷりの私達のDriverの顔が曇って見えたのはChristmas近くの日だった。難民Campからの帰路、私がChristmasツリーを見てはしゃいでいた時の事。

「Aki 楽しそうだね。俺は、Christmas全く楽しくないね。3年前まで俺はBig Familyだった。でも今は・・・」3年前の戦争で多くの親族を亡くしている彼に笑顔がないのは当たり前だった。このOsijekには狭いCampや個別に受け入れた家で彼のような気持ちの中、Christmas・新年を迎えた方々が多くいるに違いない。

日本での休日を終え再びこのOsijekに戻ってきた私を待っていたのは、久々に会う知人からの激励の言葉だった。

「神戸は大変でしたね!!とても残念です。あなたのお家は大丈夫でしたか?」会う人会う人、尋ねて下さった。難民・被災民に限らず、ここOsijekに住む人々は皆戦争を経験した。たぶん様々な思いをいただろう。悲しさ、苦しさ、辛さを山のように感じながらまた、今もなお心に抱きながら暮らしている。これまで、幾度も感じたこの人々の心温まる優しさは、戦争によって抱いた様々な思いをしてきた。そこから来るものかと思えてならない。

さて、Djecje Kazaliste u Osijeku (オシエク 子供劇場)の方々と共に半年の間、難民・被災民の子ども達に楽しい時を提供してきた“Children Theater project”は、30回の人形劇を無事に終えた。23回のオシエク市街でのShowではこの国の東部地域であるスラボニアエリアを一周した形になった。7回のTheaterのshowでは、各collective centerから賑やかに子ども達がやって来た。手にはお土産をさげ、又mini marketを見つけ走り出す姿も見られた。その陰にはRed crossのsocial workerの多大な助けがあったればこそである。毎回、子供を集める事に始まり、freeのBusの手配、当日の子供の確認、公演中の子供達への配慮などなど頭の下がる思いである。

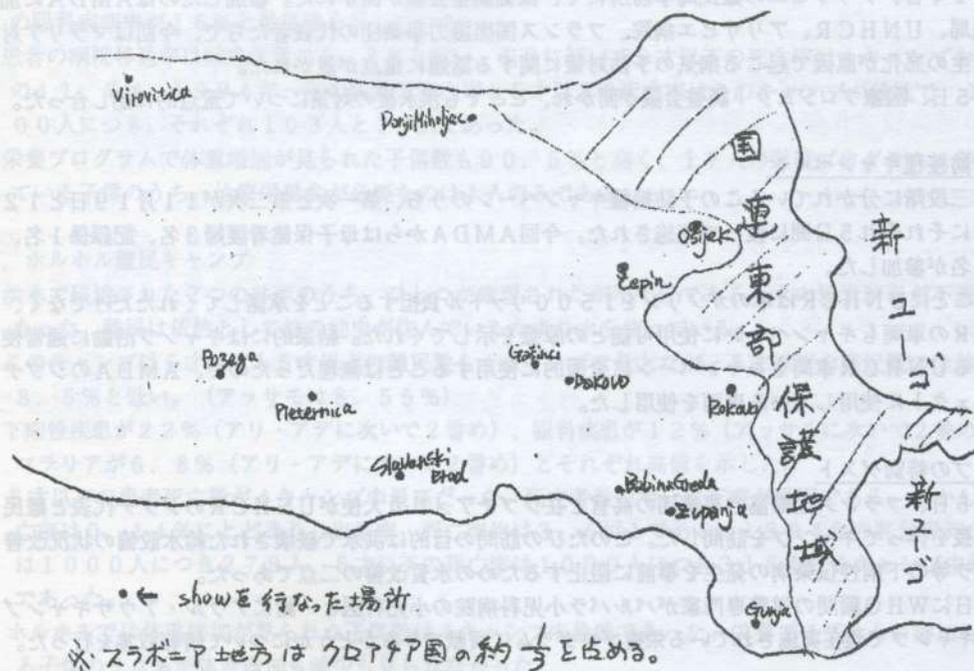
ある時、来るべきはずのBusが来なかったためTheaterに1つのcollectiveの子供達が来れなかった。理由を探してみるとBusがアーミーに使われた為と分かった。戦争のため家を追われた子供達の楽しみを取り上げる権利を誰が持っているのか・・・私は悔しくてたまらなかった。毎回、人形劇を見て喜ぶ子供達の笑顔が大好きである。この笑顔を見るたび、このProjectを行って来て良かったと思ってきた。又、少しでも子供達に喜んでほしいと、showの前にある時は日本からのvisiterの方と共に日本の歌を歌って紹介してきた。その中でこの国にも「幸せなら手をたたこう」があることを知った。—KAD SI SRETAN—をいう名前である。私達日本人と会場が一体になって歌い盛り上がった。次に挑戦したのは、「大きな栗の木の下で」。この歌はこちらにはないが、一緒に手振りをする事で盛り上がった。歌詞を分かってもらいたいとクロアチア語にもしてみた。

私は、——難民や被災民の子供達に少しでも多くの笑顔をあげたい——その一心でここ

にきた。国境を越え今私は、多くの難民・被災民の子供達の友達ができた。Collective centerで私を見掛ける子供達は、私がどんな仕事をしているのか全く知らない。そして、showの前に日本の歌を歌う私を見て、又JENがShowをSupportしていることを知り驚いていた。

これが一顔の見える支援—といえるかどうか自信はないが、半年間ここで働けたことに大感謝している私である。どんなに遠くからでも私を見付けると「Aki!!!」と走り寄って来てくれる子供達にもっとなにか出来ることはないかと考えている今日このごろである。

3月間近でありながら、今日も暖かい日差しのOsijekより・・・



オシエク子供劇場プロジェクト

ソマリア難民キャンプ12月活動報告

はじめに

12月の前半は11月の洪水の後に予想され得る疾病対策にかかりきりだった。個人レベルでの衛生・衛生環境の整備・安全な飲料水の確保・給水設備の修理等に焦点をあて、貯水槽の消毒や、難民に川の水を飲まないこと、腐った食べ物や果物を食べないことなどの指導を行った。

後半にはこれらの作業も一段落し、12月で任期を終了するメンバーが3名帰国していった。このメンバー交替により、改めてチームワーク精神で団結して活動しようという気持ちになっているところである。

ミーティング

12月14日、アリスビエの難民局事務所にて、保健調整会議が開かれた。参加したのはAMDAに加え、難民局、UNHCR、アリスビエ病院、フランス国際協力事業団の代表者たちで、今回はマラリア対策、水衛生の悪化が原因で起こる病気の予防対策に関する話題に重点が置かれた。

翌日15日、医療プロジェクト調整会議が開かれ、ここでも洪水後の対策について重点的に話し合った。

国民予防接種キャンペーン

全部で三段階に分かれているこの予防接種キャンペーンのうち、第一次と第二次が11月19日と12月26日にそれぞれ5日間に渡って実施された。今回AMDAからは母子保健看護婦3名、記録係1名、運転手1名が参加した。

有難いことにUNHCRは車のガソリンを1500リットル負担することを承諾してくれただけでなく、UNHCRの車両もキャンペーンに使用可能との厚意を示してくれた。結果的にはキャンプ活動に通常使用しているUNHCR車両をキャンペーンに全面的に使用することは無理だったので、AMDAのジブチ市プロジェクトに使用している車両を使用した。

キャンプの特別ゲスト

12月5日、フランス国際協力事業団の高官と在ジブチアメリカ大使がUNHCRのジブチ代表と難民局事務局長を伴ってキャンプを訪問した。このたびの訪問の目的は洪水で破壊された給水設備の状況改善と、コレラ等の下痢性伝染病の発生を事前に阻止するための水質改善の二点であった。

翌日6日にWHO顧問の栄養専門家がバルバラ小児科病院の小児科医と一緒にアウル・アウサキャンプを訪問、キャンプで現在実施されている栄養プログラムに貢献できるかどうかについて情報収集を行った。

各キャンプの現状

1. アウル・アウサ難民キャンプ

- ・12月1日、栄養プログラム用の道具や物資をすべて難民局の倉庫に移動させた。
- ・今月エチオピアに帰還した難民数は計2531名で、前月の約3.5倍に増加した。計画的にこの帰還は実施されており、9月に約11,600人いた難民が今は半減し、12月には6,000人になっている。
- ・今月も診療所に診察に訪れた患者は4つのキャンプの中で最高で、全体の31%を占めた。
- ・呼吸器感染症も最高で全体の38.8%、PEM (Protein Energy Malnutrition) の5才以下の患者数を16.4%と高値を示した。
- ・5才以下および5才以上の患者統計両方で、死亡率もアリ・アデに続いて高かった。出生と死亡数比も6.8対1となっている。

2. アリ・アデ難民キャンプ

- ・先月の洪水で破壊された井戸の状況が改善されないため、難民は依然として穴を掘って水を確保しようとする。新設された貯水槽は水源よりの長いパイプがないためまだ機能していない。

- ・12月26日、このキャンプから464人の難民が帰還した。キャンプの収容難民数は、現在ホルホルに次いで2番目となっている。
- ・今月も外来患者は10%と低く、病院への移送率も1.5%となっている。
- ・補助栄養プログラムと治療栄養プログラムの子供数比は5対2。11月同様結核の症例も報告されていない。5才以下の子供の下痢性疾患は最高値の23.6%を示した。
- ・死亡率は4キャンプのなかで最高であった。出生と死亡数比は1.8対1だった。

3. アッサモ難民キャンプ

- ・このキャンプでも新しい貯水槽が建設されたが、水の塩素消毒はまだ行われていない。トイレがひとつ汚物で一杯になり使い物にならない。
- ・診療所の外来患者数はアウル・アウサに次いで高く、20.7%だった。
- ・呼吸器感染症は依然として高く、37.5%とアウル・アウサに次いでいる。また、5才以下の子供の眼科疾病率が16%と最高値を示している。
- ・患者の病院移送率は総患者数の0.3%と低い。先月に続いて5才以下の死亡率は4キャンプ中最低の11.7%。1994年一年の乳幼児死亡率と5才以下の死亡率はこのキャンプが最低で、1000人につき、それぞれ103人と73人であった。
- ・栄養プログラムで体重増加が見られた子供数も90.5%と高く、17人の栄養プログラムに参加している子供のうち、治療栄養食が必要なのは1人のみである。

4. ホルホル難民キャンプ

- ・洪水で破壊された2つの井戸のうち、ひとつが修理されたが不十分である。水の塩素消毒が不適切であった。難民は依然として蚊の幼虫が住んでいるたまり水を使っている。
- ・このキャンプは5才以下も5才以上の難民数も4キャンプで最大だが、5才以下の難民数の全体比は8.5%と低い。(アッサモは8.55%)
- ・下痢性疾患が2.2% (アリ・アデに次いで2番め)、眼科疾患が1.2% (アッサモに次いで2番め)、マラリアが6.8% (アリ・アデに次いで2番め)とそれぞれ高値を示した。
- ・5才以下の患者死亡数が4キャンプ中最高だった。死亡者数の半分は下痢が原因である。しかし、死亡率は0.14%にとどまり、出生率・死亡率比は3.6対1である。1994年の乳幼児死亡率は1000人につき279人、5才以下の死亡率は1000人につき316人と4キャンプ中最高であった。
- ・ホルホルでは体重増加が見られた子供数は4キャンプ中最低であった。栄養プログラムに参加している子供の30%が体重増加も減少も見られなかった。



永野看護婦による難民キャンプでの予防接種風景



難民キャンプの子ども達

ジブチ国内ソマリア難民キャンプへの ご寄付のお知らせ

このたび、長野県の田川高校同総会より現金8万4千円と文房具のご寄付を頂きました。

この寄付金はジブチのソマリア難民キャンプで活動中の永野章子看護婦の出身校である田川高校同総会の役員の一ひとりが永野さんのテレビ報道を見て呼びかけたもので、昨年秋の同高校文化祭にて資料展示やビデオ上映を通して文房具寄付や募金活動を行うことによって集まりました。また、地元の新聞にも掲載され一般からの寄付も頂きました。

永野章子看護婦は1993年の4月からジブチの難民キャンプで1年と10か月に渡り活動し、この1月をもって任期を終了しました。現地の友人をたくさん持ちソマリ語も習得した永野さんはキャンプや地元の人達に大人気で、見慣れぬ日本人の女性を見ると地元の人々はみんなAKIKOという名前だと思い込んでいるほどです。

遠いアフリカの灼熱と不毛の土地での、永野さんの地道な活動に心から敬意を表するとともに、AMDAと彼女の活動をこのような形で支えて下さった田川高校の同総会の皆さんにお礼を申し上げたいと思います。

以下は永野章子看護婦からの報告です。

I. 日本から送られて来た物

・鉛筆	939本
・ペン	273本
・ノート	255冊
・下敷き	64枚
・筆箱	14コ
・色鉛筆	48本
・定規	29本
・消しゴム	109コ
・画用紙	3冊
・便箋、メモ帳	41冊
・絵の具、クレヨン	5コ
・縫いぐるみ	43コ
・絵本	4冊

II. ジブチで購入したもの

・鉛筆	2400本
・ボール 大	4コ
小	12コ
・拡声器	2コ
・バッテリー	200コ

III. キャンプで配布した物

1. 学校

	アウラアウサ	アリアッダ	アッサモ	ホルホル
・鉛筆、ペン、色鉛筆	740	720	1083	1079
・ノート	50	50	60	60
・下じき	15	15	17	17
・筆箱	3	3	4	4
・定規	7	7	7	8
・消しゴム	25	25	29	30
・ボール 大	1	1	1	1
小	3	3	3	3

2. 夜間学校 (アウラアウサ)

・ノート 30

3. AMDAからそれぞれの診療所へ

- ・鉛筆、ペン、色鉛筆 38
- ・ノート 5
- ・画用紙 3
- ・便箋、メモ帳 41
- ・絵の具、クレヨン 5
- ・縫いぐるみ 43
- ・絵本 4

4. AMDAで管理しているもの

- ・拡声器 2
- ・バッテリー 200

IV. 会計報告

- 1. 収入 83,612円 = 147,850DF (ジブチフラン)
- 2. 支出計 137,800DF (明細は省略)
- 3. 差し引き残高 10,050DF

難民キャンプスタッフによる、衛生指導を目的にした劇をビデオに残したいと思っています。残りの10,050DFはそのために使わせていただきます。私の帰国が近くなっていますので、現時点での会計報告を送らせていただきます。

1995年1月14日 永野章子

■カンボジア救援医療活動報告

コーディネーター 岩間 邦夫

カンボジア滞在3年目にして初めてかかった熱帯病による入院と、自身の遅筆癖（怠け癖？）のため、報告の間隔が随分空いてしまったことをお詫びしたいと思います。

シメク病院の精神科病棟では昨年5月から本格的な外来診療が始まりました。カンボジア人精神科医のDr.Ke Chumと4人の看護婦・看護師が5つの入院患者用ベッドと共に診療にあたりました。そして9月からはノルウェーの団体Cambodian Mental Health Training Programme (CMHTP)によるカンボジア人精神科医養成のためのトレーニングが始まり、Dr. Kirstiの指導の下、患者の診療を開始しました。CMHTPのこのトレーニングは3年にわたって行われる予定で、現在ここプノンペン市内では只1ヶ所の精神科病棟であるため、訪れる患者は次第に増えつつあります。AMDAは当面薬剤援助と病棟管理の整備に協力して行きながら、更に協力が必要な部門を調査していく予定です。

昨年度の患者数の推移は以下の表の通りです。

	女性			男性			1994年度		
	新規	診療	合計	新規	診療	合計	新規	診療	合計
5月	9	0	9	7	6	13	16	6	22
6月	26	27	53	26	23	49	52	50	102
7月	38	52	90	38	59	97	76	111	187
8月	39	71	110	35	129	164	74	200	274
9月	31	97	128	29	106	135	60	203	263
10月	38	98	136	27	96	123	65	194	259
11月	33	131	164	32	114	146	65	245	310
12月	50	174	224	36	161	197	86	335	421
合計	264	650	914	230	694	924	494	1344	1838

・「新規」は新規患者数

「診療」は、新規患者数を除いて診療した患者数

外来診療を開始する際、いきなり多くの人たちに来られると対応しきれなくなる可能性があったため、宣伝活動は一切行いませんでした。それでもカンボジアでは口コミによる情報伝達が非常に範囲も広く早いので多くの人たちはそれで知ったのではないかと思います。ただどう情報が伝わったのか、ラジオでお知らせが放送されたようです。

初めの3、4ヶ月は開放状態で多少の入院患者を受け入れていましたが、9月以降はCMHTPが基本的には入院患者を受け入れず通院治療主体で行っていく方針のため、例外的なケース以外は通院してもらっています。診療開始前は、大勢の患者さんがどっと押し寄せてきたり、或いは入院が必要な患者さんが多すぎてベッドが足りなかったりといったような事が懸念されていて、実際どうなるかはカンボジア人の病院関係者にとっても予想が困難でした。

ただ、「カンボジアには精神病患者が多いに違いない」という見方（或いは偏見）が多くの人の頭の中を占めていたのは事実でした。しかしいざ蓋を開けてみると、予想されていたような患者さんの大襲来はなく、とりあえず大きな混乱もなく、医師たちは治療に専念し看護婦・看護士たちは病棟管理受付業務の整備に日々奮闘しています。

現在新規患者の増加は毎月一定しますが、77ヌク病院以外に患者をフォローアップしていく場所も精神科薬剤を得る場所もないため、通院患者の全てを長期に渡りケアしていかなければならない状況が考えられます。そして患者の数はおそらく増える一方だろうと思われるます。それにつれて薬の需要、医師・看護者等専門家の需要が急激に高まってくるでしょう。昨年度はカンボジア政府保健省の予算には精神医療部門は全く含まれていませんでした。薬はAMDAからの支給とUNTAC（国連カンボジア暫定行政機構）が残っていた分のストックのみに頼っている状況でした。今年からは精神科薬剤も一部、国から支給されることにはなっていますが、それも実際に支給されるのは半年後だろうという予想が強く、実際どこまであてにできるかはまだ定かではありません。専門家養成については、精神科医養成のトレーニングはCMHTPによって始まりましたが、精神看護者養成のトレーニングは未だ正式に開始されるめどは立たず、とりあえず非公式で短期集中的なものが計画されているのみです。

カンボジアでは今、社会が急激に変わりつつある中で、心の問題への取り組みもその必要性が高まって来るだろうと思われます。AMDAとしても将来的により意味のある活動を今後も模索していきたいと思えます。

精神科病棟の開所式

プロジェクトリーダー桑山医師よりの
メッセージを読みあげる岩間氏



精神科病棟の 看護婦と看護士達



外務省経済協力有識者評価 in Nepal報告 岩井くに

外務省で日本の経済協力を評価する経済協力有識者評価事業の一環として、NGOの立場からネパールの医学教育プロジェクトと結核対策プロジェクトの2つをAMDAが評価することになりました。今回AMDAから、事務局長兼ネパールプロジェクト委員長の山本秀樹先生と私、岩井が参加しました。その概略について報告いたします。

1. 目的

日本の経済協力をよりいっそう効率的・効果的なものにすべくその効果及び問題点などにつき評価を行う。

2. 対象国

ネパール

3. 対象事業

- 1) トリブバン大学医学教育プロジェクト
- 2) 国立結核センタープロジェクト

4. 日程

11月17日：出発

18日：表敬訪問

日本大使館，ネパール大蔵省，同教育省，同保健省，
JICAカトマンドゥ事務所

19日：AMDAタンコット村プロジェクト視察，移動(カトマンドゥーボカラ)

20日：西部地区地域結核センター(ボカラ)，カイレニタールヘルスポスト視察，両スタッフとのミーティング

21日：移動(ボカラーカトマンドゥ)，クンベシュワール実業学校視察

22日：国立結核センター視察，スタッフとのミーティング

23日：トリブバン大学と付属病院視察，スタッフとのミーティング

24日：コバシのヘルスセンター視察，倉辻所長とのミーティング

25日：視察報告

ネパール大蔵省，同教育省，同保健省

26日：帰国

5. 内容

1) トリブバン大学医学教育プロジェクト

ネパールの医学教育にはCMS(医療技師)からのコース(4年)と進学課程(Intermediate Science Course:ISC)から入るコース(5年)があり，卒業時にはMBBS(Bachelor of Meedicine and Bachelor of Surgery)の資格が与えられるが，トリブバン大学医学部はネパールで唯一の医師養成機関であり，12の診療科と400床の病床を持つ国内最大の高次医療機関でもある。学生はネパール全土から選抜(志願者は約1200名)1学年40名で，その他，毎年15名の公衆衛生課程も併設されている。学生はほとんどがネパール国内に残り，第一線医療に従事するとともに，母校で後進の教育にあたるスタッフも少なくない。付属病院は国内でも医療レベルのもっとも高い病院として定評があり，国中から来院する患者は1日約850名，中には1週間もかけて来院する患

者もいるそうである。

プロジェクトリーダーの伊勢先生、事務の杉本氏から概略の説明を受けた後、付属病院と医学部教育施設を見せていただいた。院内は一部工事中ということであったが、清潔に保たれており、医療器械の管理もよくなされていた。外来診療部門の他、病棟、手術部、集中治療部 (ICU, CCU)、放射線部、臨床検査部、リハビリテーション部門などがあり、放射線部にはJICAの援助とは別に合衆国から送られた乳房撮影装置もあり、病院の評判を裏付けるものと思われた。スタッフの話によれば、目下の悩みは施設が狭いことで、外来に中待合いがないために待っている患者が診察中の医師のまわりを取り囲む形になり、プライバシーの保持という点で問題があるとのことであった。また、病棟も一般病室は入り口がカーテンでとくに女性患者のプライバシーには問題があるという声が強かった。

日本側スタッフによれば、多くの問題はネパールの社会習慣によるものが多いという。1つは「メンテナンス」という概念がない、つまり「保守管理=修理」と考えること。教えなければ、器械の調子がいい内に部品を定期的に交換したりはしないそうである。2つめは公務員でもサイドビジネスはあたりまえということ。トリブバン大学では以前それをめぐってスタッフの辞職問題にまで騒ぎが発展したそうである。現在は教育スタッフに給与を多く払うかわりにサイドビジネスを禁じることで収拾しているが、専門外来という形で報酬を得られるという方向になりつつあるようであった。3つめは「怠業」の概念の違いとでもいうべきもので、世界に名だたる働き蜂、日本人と性格がのんびりしておおざっぱという定評のあるネパール人の差とでも言おうか。とくに経理部門では往々にしてすれ違いが起こるらしい。また、縁が大切にされる社会であるので、職員の家族がなくなると病院の全職員が休んでしまうという。4つめはどこにも統一されたフォーマットというものがないこと。事務の書式もすべて違う、カルテも書式も保存の仕方もばらばら、伝票などは存在しないお国柄、制度はあっても運用はよきに計らえというおおらかさ。．．話を聞いている分にはおもしろがって聞いてられるが文字どおり「楽じゃない！」NGOサイドの人間はとかくODAを「無駄が多い」の「住民のためになっていない」のと批判してしまうのだが無駄が多くなってしまふのも、途中で腹を肥やしてしまう人間が出るのも誤差とでもいって片づけなければやっていけないに違いない。

医学部は出来て間もないこともあるだろうが、非常に清潔でうらやましくなるような建物であった。また、学生の意識も高く、授業の出席率も日本のどこぞの医学部とは比べものにならないほど高い。ちょうど地域医療のセミナーが開催されていたが、学生の希望が多く、選抜試験をしたとのことであった(うらやましい)。図書館で勉強する学生の姿も多く見られ、文献検索も盛んにされているようだったが、医学雑誌の購入費用(ネパールの貨幣価値から考えるととんでもなく高い)や文献入手(日本のような医学校同士の相互協力が難しい)に苦労しているということであった。

近い将来ダラン、ポカラに医科大学ができる計画もあるというが、ネパールで最高の医療と医学教育を提供したいとスタッフが語っていたのが印象的

であった。

2) 結核対策プロジェクト

ネパールの結核対策は長い間中央結核研究所 (CCC) と結核対策プロジェクト (TBCP) の2つの組織が並立し、一貫性に欠けるという難点があった。ネパールから要請を受けた日本の援助で体制が一本化され、日本の無償資金協力でバクタプールの国立結核センターとポカラの地域結核センターが開設された。ネパールでは推定塗沫陽性患者が10万人対110人と非常に高い状況にあり、結核は重要な健康問題の一つである。

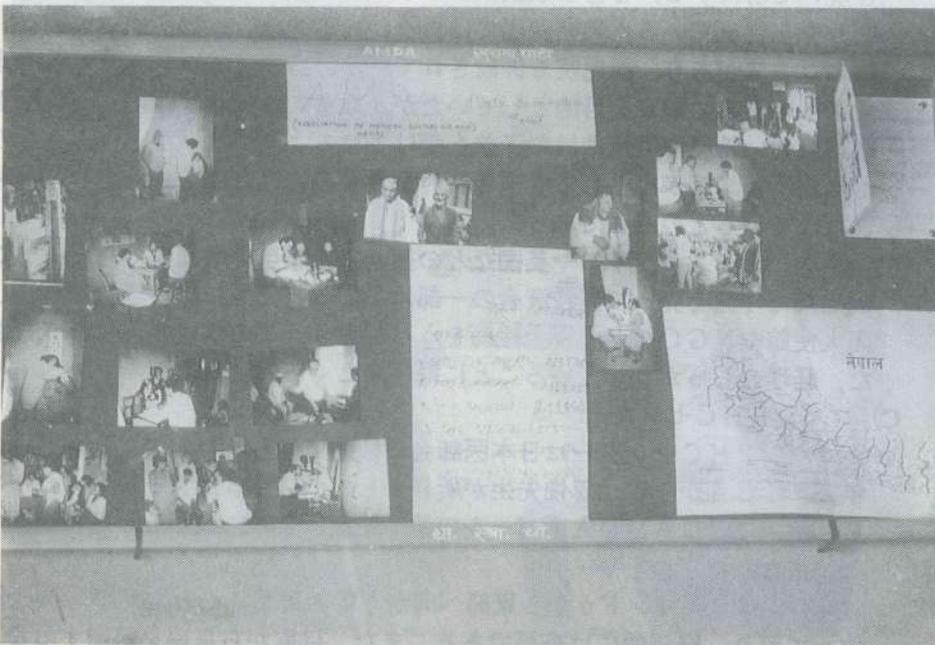
国立結核センター (NTC) は首都カトマンドゥの東、バクタプールにあり国内37地域で活動を展開している。またここにはSARRC (南アジア諸国連合) の結核センターも兼ねている。業務は検査部門 (喀痰塗沫染色、培養、薬剤感受性試験を行う)、X線検査部門 (直接撮影、間接撮影)、統計部門、健康教育部門に分かれて行われている。患者診療に関しては外来診療部門が行っており、NTCの評判を聞いて遠くから来院する人も多い。患者は患者登録をし、予診、診察の後、喀痰検査、必要ならばX線検査を行う。結核と診断されると教育部門で教育を受ける。教育を受けたというスタンプを押ししてもらい薬剤を1カ月分受け取る。(教育を受けないと薬がもらえない) というシステムである。また、咳嗽を主訴とするため気管支喘息の患者も多く受診し、ネパール唯一のアレルギー外来もある。

NTCの教育部門では患者教育用のポスターをはじめ、カレンダー、ビデオなども作成しており、カレンダーやビデオはひじょうに好評で効果をあげているということであった。統計部門では患者統計など種々の統計を作成しているがネパール国内では人口移動や出生・死亡を届け出る習慣がなく、患者数が増えているのは確実だが、患者の増加なのか、患者がよく見つかるようになったのかよくわからないとのことであった。研究部門はこれからの分野といった感があり、医学雑誌などのより一層の充実が望まれる。

地域結核センター (RTC) はカトマンドゥから西へ200km、ネパール第3の都市、ポカラにある。ここにはAMD A会員星野先生が専門家の一人として JICAより派遣され、調査研究や運営にあたられている。RTCはネパール西部地区の16districtを担当し (その中にはムスタン王国で有名なmustang districtもある) 患者の診療、患者やスタッフの教育、調査研究にあたっている。業務内容はやや小規模ながらNTCとほぼ同様であるが、ここでも人口移動に伴う治療脱落者には困っているということであった。その対策として、遠距離の患者については極力もよりのヘルスポストに紹介し、ヘルスポストでも喀痰塗沫染色ができるようにスタッフを指導している。しかし、患者紹介に関してはヘルスポストへの薬の安定供給がされず、住民もヘルスポストの医療レベルに不信感を持って戻りたがらない。スタッフを教育しても人事異動や転職などで替わってしまい研修がいつも初回研修になってしまうというのが悩みとのことである。RTCでは住所のわかる脱落者に関してはヘルスポストなどを通じて再受診を指導し (80%以上が再び治療を受けるとのこと)、患者の早期発見のため、教育用ビデオをもって地域を巡回したり、ヘルスポストのスタッフやvillage Health Volunteer、伝統医への教育も行な



タンコット村プロジェクトPHLセンター



AMDAの活動紹介

ど活発に活動がされている。

ここでは近くのカイレニタールにあるヘルスポストも見せていただいた。街道沿いの豊かな町である。ここでは患者の診療の他、予防接種、健康教育、家族計画、避妊具の配布などの業務を行っているが、予防接種などは子供の数が低く予想されているために倍以上の実績になっていた。話の最中にも患者がひっきりなしに訪れており、ちょうど分娩もあったが、産婦は10時間かけて山から歩いてきた、という話を聞いて一同おどろきをかくせなかった。幸い母児ともに健康であった。

3) その他

今回、評価事業の他、AMDAのタンコット村プロジェクト、クンベシュワール実業学校、コパシのヘルスセンターを視察した。

A) タンコット村プロジェクト

詳細は「国際医療協力」94年12月号に掲載されているので参照されたい。我々が訪問した日はちょうど村祭りの日にあたり、患者数はすくなく、評判を聞きつけてやってきたビタミンA欠乏症の女の子（両眼失明）や白内障の老人が受診し、AMDAネパールのスヌー医師から説明を受けた。女の子は残念ながらすでに手遅れであったが、白内障の老人はNGOの資金援助を利用して翌週に手術できることとなった。日本大使館から池の中書記官、外務省から小林氏が同行してくださったが、印象深げに質問されていた。

B) クンベシュワール実業学校

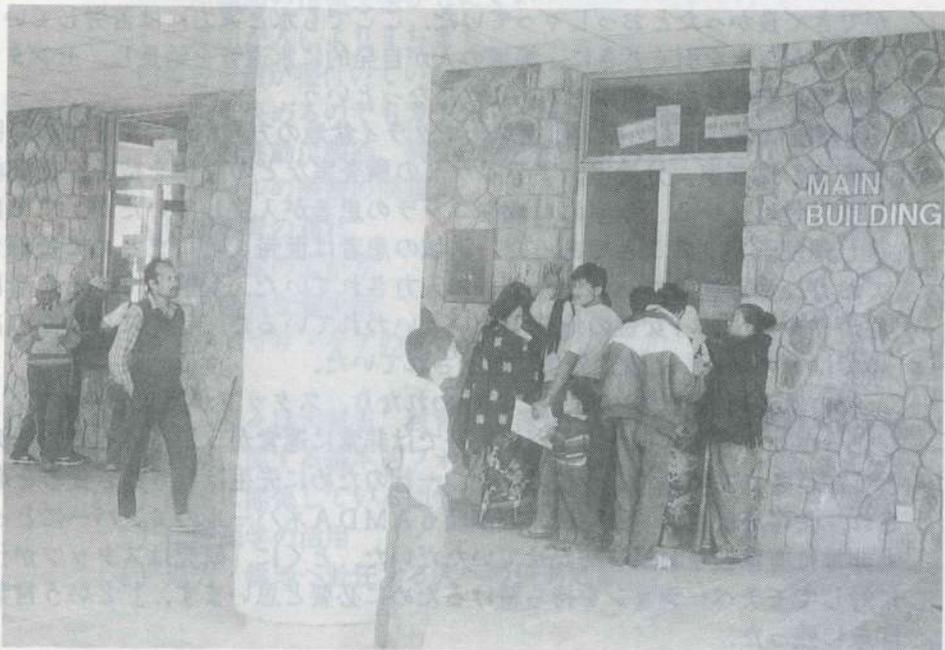
カトマンドゥ南の古都パタン市で肥料工場（肉を取った後の水牛の骨を碎き焼いて粉にする）を営む家族がNGOを組織して作った学校で初等教育と職業教育を行っている。職業課程では男子の大工コース、女子の絨毯織り、編み物のコースがあり、孤児院も併設されている。当初はアウトカーストや低いカーストの子弟の教育を目的としていたが、教育の内容が地域の人々に評価され、地域の強い希望で周辺地域の子弟も受け入れるようになったという。その他にも刑務所に講師が出張して受刑者に対する編み物の講習も続けており、非常に喜ばれているとのことであった。

現在、オーストラリアや英国などの援助で新校舎を増築中であつた。ここでは出来た作品を売って運営資金の一部にあてるとともに、積極的にPRして各国大使館やNGOなどの資金援助をうけており、この学校の運営のうまさ、また、経理のしっかりしていることには一同とくに感嘆した。

C) コパシPHCセンター

コパシPHCセンターは日本医師会の援助で作られたもので、開設は1994年、JICAから倉辻忠俊先生が所長として派遣され運営指導にあたっておられる。ここはAMDAネパールの強い希望により、彼らも一緒に訪問することになった。

コパシはカトマンドゥから東部へ向かう幹線道路に沿った町で、換金作物を作っており、経済的には裕福である。また、以前から農協を組織するなど住民の自助意識の高い地域であった。倉辻先生は開設準備当初から中心となって運営にあたられているが、着任当時から、地域の人々の自律を尊重する運営を心がけておられ、ヘルスセンター自体もネパール人の設計でネパールの



RTC 朝から順番を待つ人々



トリブバン大学内科外来

資材と技術で建てたが、完成が4カ月遅れたためにかえって地元の住民と話
ができて良かったとおっしゃっていた。ここでも水と電力には苦勞していた
が、山から水を引くときに、地域の人々が自発的に水道管を延長し、センター
周囲でも安全な水を利用できるようになったという。

医療圏はコパシから南の山を越えてタライ盆地の方向へ歩いて3日の範囲で、
手術室、処置室、分娩室、ドライケミの検査室などの設備を持ち、夜間救急
も受け付けている。病室には仮性コレラの患者が入院していたが、すでに回
復し退院予定とのことであった。地域の患者は世帯ごとにまとめて登録され
ており、受診歴はコンピューターに入力されていた。受診してくる患者は女
性がやや多く、「女性の地位が低いといわれているが、実際にはかなり高い
のではないか。」と倉辻先生は指摘されていた。

初めは人事異動が3カ月ごとに行われたり、スタッフが興味を持ってくれ
なかつたりと苦勞されたようだが、今では非常に運営がうまくいっている例と
して注目されている。ご多忙のなか、一行のために先生はわざわざ食事を準備
され、食事をはさんで長時間、評価団もAMDAネパールのメンバーにとつて
も非常に有意義なお話を聞かせていただいた。とくに「研究はスタッフが仕事
に対してモチベーションを持ち続けるために必要と思います。」という言葉が
印象に残った。

5. まとめ

今回、問題として提起されたのは次のようなことであった。

1) ネパールの国情の問題

A) 山がちの地形

- 移動に不便
- 情報の伝達に時間がかかる
- 大規模な事業が展開しにくい
- 水と電気が得にくい

B) 人の流動性が高い

- 人口移動が多い。とくにインド、ネパール国境での両国民の往来は自由
- 条件のいい職場に転職を繰り返す

C) カトマンドゥとその他の地域との格差が大きい

- 地域へのスタッフの配置がうまくいかない

2) ネパールの社会の問題

A) 縁の濃い社会

- 日本では考えられないほど義理やつきあいを重んじる
- 縁は仕事に優先する

B) 公務員でもサイドビジネスが普通

- 公務員の給与は安い
- 転職したがる(サイドビジネスの収入が断たれる)

C) メンテナンスの概念が定着していない

- 壊れなければ保守管理しない
- 精度管理の概念がない

D) 統一されたやり方がない

—組織間の情報交換がしにくい

—運用が人によりまちまち

E) 地方自治が根付いていない

—何を決めるのでもカトマンドゥへ出向かなければならない

—人事異動は頻回、異動を発令しても人が来ない

3) ネパールの医療の問題

A) 健康教育の遅れ

—感染症の広がり

—不適當な食生活

B) プライマリ・ケアの提供が不十分

これらをふまえて、我々は大蔵省、教育省、保健省に対し以下の提言を行った

- 1) 医療に関する基本的フォーマットの統一
- 2) 医療に関係している団体の横のつながりを強化
- 3) 伝統医学の活用
- 4) 地方・僻地へ赴任する人への優遇処置



RTC ミシュラ所長の説明をきく評価団

AMDA国際医療情報センター便り

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

センター東京 外国人医療相談受付状況

	91年度	92年度	93年度	95/1月	94/4-95/1月	開設-累計
ペルー	40	99	129	26	240	508
アメリカ	287	376	308	25	185	1,156
ブラジル	44	74	135	25	296	549
イラン	13	17	51	21	165	246
中国	129	157	130	18	244	660
日本	24	16	43	13	186	269
フィリピン	65	86	145	13	128	424
韓国	16	42	68	8	58	184
タイ	5	15	50	6	65	135
ボリビア	5	3	12	4	16	36
バングラデシュ	40	28	29	3	10	107
スリランカ	30	14	24	3	7	75
メキシコ	3	6	3	3	13	25
パキスタン	39	12	18	2	9	78
オーストラリア	41	67	43	2	15	166
ナイジェリア	11	7	15	2	11	44
インド	11	15	12	1	7	45
カナダ	58	64	34	1	22	178
ドイツ	12	12	12	1	9	45
スペイン	6	5	9	1	2	22
ポルトガル	0	1	0	1	1	2
ポーランド	1	4	2	1	2	9
コロンビア	4	6	14	1	15	39
イスラエル	9	7	6	1	5	27
その他の国	164	200	219	0	149	732
不明	47	131	328	46	395	901
合計	1,104	1,464	1,839	228	2,255	6,662

1. 外国人相談者居住地域

	1月	累計			
東京	58 (25.4%)	3125 (46.9%)	他県	43 (18.9%)	827 (12.4%)
神奈川	22 (7.6%)	700 (10.5%)	不明	67 (29.4%)	1118 (16.8%)
埼玉	17 (7.5%)	490 (7.4%)	合計	228 (100%)	6662 (100%)
千葉	21 (9.2%)	402 (6.0%)			

2. 相談内容 (複数回答)

	1月
(1)言葉の通じる病院の紹介	85 (26.8%)
(2)病気・医療についての情報 (病気の不安含む)	53 (16.7%)
(3)医療機関紹介(言葉の問題以外)	46 (14.5%)
(4)医療制度・福祉制度相談 (保険制度など)	20 (6.3%)
(5)治療費の問題・トラブル	27 (8.5%)
(6)渡航時予防接種	0 (0.0%)
(7)小児予防接種	3 (0.9%)
(8)言葉の問題のみ	25 (7.9%)
(9)HIV関連	11 (3.5%)
(10)労災・交通事故	5 (1.6%)
(11)ビザ・外国人登録	9 (2.8%)
(12)カウンセリング・精神関係	8 (2.5%)
(13)その他	25 (5.1%)
合計	317 (100%)

3. 他機関からの相談件数(機関別)

(1)病院	9	(2)公的機関(大使館・自治体等)	8
(3)マスメディア	6	(4)NGO	2
(5)そのほか	25	(6)一般企業	5
		合計	55

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	7	(2)医療機関紹介	3
(3)HIV関連	0	(4)AMDA本部について	8
(5)活動内容	11	(6)そのほか	4
(7)阪神大震災関連	17	(8)大地震ボランティア	20

<センター東京活動報告>

1. 小林所長 1月11日 (財)神奈川県市町村研修センターにて講演 地域の国際化について
1月21日 センター定例会 AMDA執行部会(東京)
1月26日 平塚市民病院 医局にて 講演 国際貢献について

2. 阪神の震災の件で、センター東京からは小林所長、中西副所長が現地に行き、また、センター関西の応援として中戸、佐藤の事務局スタッフがセンター関西に行きました

3. 阪神の震災の件での、ボランティアの問い合わせ電話がセンター東京の入ることも多く、本部との密な連絡が求められました。今回のことでは、センターとしても今、何ができるのか、また今後に向けて何ができるか、いろいろと考えるべき事が出てきました。きちんと継続して考えていきたいと思います。

センター関西 相談等受付状況

1. 国別件数

地域	国名	Jan-95	開設～累計(%)	
アジア	中国	2	41 (4.9)	
	韓国	2	28 (3.4)	
	台湾	-	2 (0.2)	
	香港	1	5 (0.6)	
	タイ	-	13 (1.6)	
	インドネシア	-	3 (0.4)	
	フィリピン	2	17 (2.0)	
	ベトナム	-	2 (0.2)	
	インド	-	2 (0.2)	
	ネパール	-	6 (0.7)	
	パキスタン	1	2 (0.2)	
	スリランカ	2	4 (0.5)	
	バングラデシュ	-	3 (0.4)	
	マレーシア	-	1 (0.1)	
	日本	13	38 (4.6)	
	不明	-	1 (0.1)	
	アジア小計	23	168 (20.2)	
中南米	ペルー	10	103 (12.4)	
	ブラジル	19	194 (23.3)	
	ボリビア	3	32 (3.8)	
	コロンビア	-	7 (0.8)	
	バハマ	-	1 (0.1)	
	メキシコ	-	4 (0.5)	
	ホンジュラス	-	2 (0.2)	
	アルゼンチン	-	1 (0.1)	
	不明	1	5 (0.6)	
		中南米小計	33	349 (41.9)

地域	国名	Jan-95	開設～累計(%)
北米	アメリカ	11	136 (16.3)
	カナダ	2	32 (3.8)
	北米小計	13	168 (20.2)
欧州	ロシア	1	5 (0.6)
	イギリス	1	27 (3.2)
	アイルランド	-	3 (0.4)
	フランス	1	7 (0.8)
	オランダ	-	1 (0.1)
	スウェーデン	-	1 (0.1)
	ドイツ	-	7 (0.5)
	スペイン	2	6 (0.7)
	ポーランド	-	1 (0.1)
	オーストリア	-	1 (0.1)
	欧州小計	5	59 (7.1)
オセ	オーストラリア	1	27 (3.2)
ニセ	ニュージーランド	-	16 (1.9)
アア	オセニア小計	1	43 (5.2)
中近東	イスラエル	-	1 (0.1)
	イラン	-	4 (0.5)
	シリア	1	1 (0.1)
	中近東小計	-	5 (0.6)
リア	南アフリカ	1	1 (0.1)
カフ	アフリカ合計	1	1 (0.1)
	不明	4	39 (4.7)
	合計	81	833 (100)



1995年1月

2. 外国人相談者居住地域

大阪	34 (50.0%)	和歌山	1 (1.2%)	広島	2 (2.5%)
兵庫	15 (18.5%)	三重	3 (3.7%)	神奈川	3 (3.7%)
京都	8 (9.9%)	愛知	1 (1.2%)	東京	1 (1.2%)
奈良	2 (2.5%)	岐阜	1 (1.2%)	鹿児島	1 (1.2%)
滋賀	3 (3.7%)	静岡	4 (4.9%)	不明	2 (2.5%)
				合計	81 (100%)

3. 相談内容 (複数回答)

言葉の通じる病院の紹介	34 (30.6%)	予防接種	1 (0.9%)
外国で診療経験の ある医師の紹介	10 (9.0%)	治療費の問題	7 (6.3%)
病気・医療についての情報	7 (6.3%)	薬	6 (5.4%)
医療機関紹介	9 (8.1%)	救急	2 (1.8%)
医療制度・福祉制度相談	15 (13.5%)	苦情	2 (1.8%)
言葉の問題	10 (9.0%)	その他	8 (7.2%)
		合計	111 (100%)

4. 他機関等からの相談

医療機関	1	NGO	29	マスメディア	26
企業	3	公的機関	7	合計	66

5. 他機関からの相談問い合わせ内容 (複数回答)

活動内容	5	通訳・翻訳	1	取材	15
医療機関紹介	3	苦情	1	震災関連	59
その他 (協力の申出、情報交換等含む)	42	合計		合計	126

6. ボランティアの問い合わせ (AMDAの長田での活動に対するものも含む)

医師	73	看護婦	109	薬剤師	26
語学	53	その他	21	合計	281

センター関西活動報告

- (1) 1月17日、18日地震のため臨時休業。19日活動再開。2月4日まで業務内容を拡張。
1月21日、22日医師が事務所につめての医療相談業務。
- (2) AMDA本部と連携し長田保健所での活動に参加を希望する医療従事者の受付。
センター関西での通訳ボランティアも募集。
- (3) センター東京から中戸さんと佐藤さんが応援のため来阪 (1月21日、22日)。

緊急体制時には多くの方々に手伝っていただきました。ありがとうございました。

阪神大震災の被災地では自然発生的に生じたボランティア活動の中に、企業からの社員グループが随分と参加されていました。また企業として復旧・復興活動に資金的技術的な援助を申し出ているのが印象的です。とかく利潤追求の姿勢ばかりを指摘されてきた日本の企業がこれからどう変わっていくのか、民間援助団体として、このような力とどう協調していったら良いのか、考えてみましょう。

<企業ボランティアの立法化の動き>

平成6年2月に超党派の国会議員で組織する、国際ボランティア支援対策推進議員連盟が『国際ボランティア休業奨励法案』の草案をまとめて1年が経過した。この中では国際ボランティア活動を「金銭的利益を顧みずに経済・社会開発、民生の安定などに寄与する奉仕活動」と規定し、この対象を開発途上地域としている。今回の大震災の救援活動の様な国内での緊急救援に、この草案の趣旨が活かされない恐れはあるが、職業をもつ人たちが援助を求める世界中の人たちに、人道援助を奨励する動きは国会にまで広がっている。

ところで企業ボランティアの動向を分析する上で重要な事は、職業をもつ人たちが個人またはグループで活動する場合と、企業自身が資金や技術の提供を行ったり、従業員のボランティア活動を支援する場合とに分けて考える必要性である。

<企業人のボランティア活動>

まず、個人でボランティア活動に参加したいと考えている日本人の数であるが、全国の市町村社会福祉協議会ボランティアセンターに登録されているボランティア活動者数は、93年3月末で496万人(80年の2.9倍)、グループ数は56,000(同比3.5倍)を数える。全国ボランティア活動振興センターによると、実際は700万人がボランティア活動に参加していると見ている。しかしこの700万人のうち男性は25%に過ぎず、職業別に観ても、主婦45.7%、定年退職者12.7%、自由業11.2%、会社員6.1%と、比較的に自由な時間を作れる人が主流を占めていることが判る。

一方、総理府が行なった93年の世論調査によると、日本国民の60%近くが「ボランティア活動をしてみたい」と回答している。

従って、サラリーマンのような自由な時間を作りにくい企業人では、ボランティア活動に参加したくても困難という状況が、多くの場合当てはまるであろう。

まして大規模災害のような緊急時となると、企業人が救援ボランティアに参加するためには、無理を云って職場を飛び出すか、休日を利用して手軽な活動のどちらかになる。まだ集計途中の段階だが、今回の阪神大震災のAMD Aの救援活動に参加された社会人の方々への調査でも、41%の回答者が「職場の上司の理解を得ることが、活動参加に支障となった」ことを挙げている。

この問題を解決する根本的な手段は、雇用主が従業員のボランティア活動を雇用契約枠内で認め、かつボランティア活動中の保証(特に給与と身分)を明確にすることである。前述の『国際ボランティア休業奨励法案』のように、立法と行政がこのような変革を間接的に支援することも重要であろう。

<企業のフィランソロピー(社会貢献)>

それでは企業の側からは、ボランティア活動をどの程度支援しているのだろうか?

まずボランティア活動のための休暇制度を、企業がどの位認めているかという点、右表にある通り、労働省の賃金労働時間等総合調査では企業全体の0.5%に過ぎず、しかもその割合は雇用人員の多さに依存している。また企業ごとにその詳細を比較しても、大企業の場合でもその条件には平均して「勤続3年以上、最大1年以内、給与と賞与は現支給額の7割」といった制限が付けられている。またNGOのボランティア活動に参加する場合に最も障害となるのは、青年海外協力隊休職と異なり、どこの団体がどのような仕事をどんな条件で求めているか、希望者にうまく伝わらないことである。

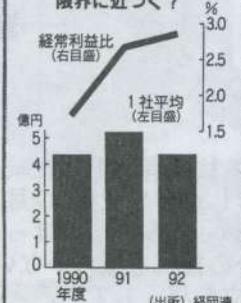
これを改善出来るかは、希望者の熱意よりもNGO側の積極性にかかっている。

社会貢献活動推進のための制度を新規に導入した企業

	1990年度 以前	91年度	92年度	合計
新規制度導入企業数	42	35	45	122
(内訳・件数)				
ボランティア休暇	4	9	16	29
ボランティア休暇 マッチング・ギフト	1	11	12	24
青年海外協力隊休暇	11	9	10	30
地域活動奨励休暇	9	6	6	21
ボランティア活動表彰	5	2	3	10
地域貢献活動運動	10	3	6	19
社会貢献委員会設置	1	2	0	3
金額換算ルールの設定	1	1	0	2
その他	9	2	8	19
件数合計	52	47	61	160

(出所) 経団連

社会貢献活動費は
限界に近づく?



(出所) 経団連

大企業中心のボランティア休暇制度
(単位: %)

企業規模	ボランテ ィア休暇 制度「有」 企業	長期ボラ ンティア 休暇制度 「有」企業	短期ボラ ンティア 休暇制度 「有」企業
企業規模計	0.5	0.4	0.2
5,000人以上	15.3	13.5	6.2
1,000~4,999人	3.5	2.5	1.7
300~999人	2.3	1.5	0.9
100~299人	0.3	0.3	0.3
30~99人	0.3	0.3	0.0

(注) 長期休暇とは、1カ月以上の休暇、短期休暇とは、1
カ月未満の休暇、劣勢省資料より作成

(週刊東洋経済94年12月10日号より)

もう1つ企業自身のボランティア活動として重要なことは、活動団体への資金や器材の提供である。日本で最も有名な活動は経団連の1%クラブだろう。これは企業の経常利益の1%以上を、社会のために拠出しようと努める企業と、寄付やボランティア活動を通じて、可処分所得の1%以上を社会のために役立てたいと思っている個人の集まりである。現在法人会員254社、個人会員530人が加盟していて、1社平均の社会貢献活動支出総額は92年で4億3,800万円、経常利益比2.86%となっている。NGO活動にとって、これは大変大きい財源となり得るが、フィランソロピー先進国の米国では税制上10%迄の寄付が免税対象となる事もあり、5%クラブだけでも全米に数百社はあると云われる。日本企業の資金的貢献は今後も安定した伸びが期待される一方、バブル経済崩壊後の状況では1社当たり平均4億円台を維持するのが精一杯、と考えるのが妥当であろう(中央の図)。

そこで最近の企業からの寄付は、社員の活動に関連した活動への助成が目立っている。その1つとして有名なものがマッチングギフトという制度で、社員の寄付に対し企業が同額の上積みをする寄付の仕方である。これは1950年代に米国で始まった制度で、現在日本の大企業のうち30社近くが採用していると云われる(左表)。オランダにはこれに類似した制度としてマッチングファンドがある。NGOが一般から募金した金額相当を政府が上積して助成する方法で、NGOの規模に応じた助成が平等に出来る利点がある。

<NGOからの働きかけ>

いずれにしても、企業もそこで働く人たちも、ボランティア活動を支援したい、或いは参加したいという意志が日本の社会に急速に高まっており、今回の戦後最大の災害を契機に、この動きが具体化することは間違いないだろう。但しこのような素晴らしい社会傾向を、一部の高級官僚と有識者と称される人たちが取り仕切ろうとする動きが、日本の社会では必ず見られると思われる。そこでNGOからの働きかけが不可欠となる。

NGOからの提言は立法や行政の中心だけでなく、企業にも向けられねばならない。最も速効的な手段は、企業のボランティア活動の担当課に応募条件を伝えておくことと、企業人へ直接それを伝えることである。後者は不特定多数のため発信の仕方が難しいが、AMDではパソコン通信を利用した募集を本格化しようとしている。実際に阪神大震災へのボランティア急募では、Nifty-serveをみて応募してきた方が何人かいた。緊急性を要する資金・人材・器材の募集では、公共性や視聴覚性を強調する場合はマスコミ、情報の迅速性や均等性を重視する場合はパソコン通信を活用する使い分けが賢明である。そのためには勿論、本部事務局のスタッフの充足と充実が大前提となる。

☆☆☆ミニレクチャーのポイント☆☆☆

- 1) 阪神大震災の救援には、職場単位でボランティア活動に参加した方々が多数見られた。
- 2) 『国際ボランティア休業奨励法案』が立法化される動きがある。
- 3) 日本全国でボランティア活動に参加している者の数は約700万人と云われるが、自由な時間を作りにくいサラリーマンの参加は少ないことが問題となっている。
- 4) ボランティア休暇制度は大企業を中心に根付き始めているが、制約も多い。
- 5) 企業からの資金助成は安定しており、NGO側からの積極的な働きかけが求められる。
- 6) NGOのマルチメディア活用は、企業ボランティアを活性化させるために重要である。

5000人を越える死者と30万人を越える被災者を出した戦後最大の天災「阪神大震災」がおこったのは、忘れもしない1月17日でした。当教室は1月14・15日と「総合医学術集会」という学会を開催し、それが成功に終わってみんながほっとした矢先のできごとで、学会準備委員の一人だった私は午前5時46分の揺れも気づかないほど眠り込んでいました。

朝、出勤してみんながテレビの前に立ち尽くしているところへ行き、「えっ？知らなかったの？」と言われて、初めて事の重大さに蒼ざめた私でしたが、次に頭に浮かんだのは、淡路や神戸の卒業生や学生の実家は怎么样了らう？ということでした。

ご存知のように自治医大は全国に卒業生を送り出しています。阪神大震災の震源地、淡路島の北淡町にも卒業生がいます。県立淡路病院は研修病院ですし、神戸に実家のある学生も何人かいます。北淡診療所の卒業生苅尾先生は、総合医学術集会に元気な顔を見せ、地震の前日に北淡町へ帰ったばかりだったのです。被害の状況が明らかになるにつれ、みんなは仕事も手に付かず、「北淡診療所の苅尾は無事か！」と北淡町が映るたび、テレビ画面にくぎづけになりました。

翌日までに大学関係者とその家族の安否はだいたい把握され、苅尾先生も地域医療学教室のスタッフの肉親も無事とわかり、一同とりあえずはほっとしたのですが、被災地の医療状況が悲惨な状態らしいとの情報はいり、「我々が出来ることはないのだろうか？行かなくていいのだろうか？」という声があがりました。すでに18日にはAMD Aが長田区で診療を開始し、他のNGOやボランティアの医師たちも現地で診療を開始したという情報も入っています。当教室の、あるいは卒業生のAMD A会員は日程さえ都合がつけば、AMD Aの要請に応えようと話をしていたのですが、自治医大から医療団を派遣するらしいとの情報も入り、18、19日は教室全体が非常態勢でいつでも人を出せるようにスタッフの日程調整に入りました。20日、医療派遣団が正式に組織され、地域医療学教室の五十嵐教授が団長に選出され、奥野助教授・原講師・奈良医師が第1陣で出発することに決まりました。さあ、大変！朝から教室は持っていく医薬品の検討や情報交換、授業の割り振り、出張予定の変更などで大騒ぎです。地域医療学教室は医療派遣団に全員が参加したいとの意思を表明したため、教室全体で対応することになり、私は23日から出張があったため、週末の教室電話当番を割り当てられました。土曜日の朝6時に出発した第1陣からの電話を待ち続けた時間の長かったこと！その日、最初の電話が入ったのは夜も8時を回った頃でした。

翌日より、定期的に報告が入るようになりました。現地の状況を知るほどに、自分も行きたい思いはつるのですが、教室の日常業務を放り出すわけにはいきません。教室では、第2陣で、田中講師・玉田医師・村上医師・高木医師、第3陣で和座助手と浅井医師が参加し、西宮市の夙川小学校、北夙川小学校の24時間対応の診療所、さらには神戸市灘区、東灘区の巡回診療、烏帽子中学校、甲南小学校の診療所などを担当しましたが、混乱状態の現地では連絡・移動・物資の輸送など大変な苦勞があったようです。そのうち地元医大や他の医科大学、地方自治体の医療団が続々と現地入りしてきましたが、これらのなかには自治医大医療団をの活動を参考にした医療団も少なからずあったようです。

さて、2月8日現在、自治医大医療派遣団は第4陣が神戸市を中心に活動中ですが、白石助手（3児の母）が、活動しやすいようにと髪を切り、子供を預けて参加しています。私はといえば、学生実習と期末試験の担当のため、出るに不出られぬ毎日で、今回は（次回があってほしくはないのですが）、後方援助になりそうです。

宿泊所でのスタッフ
ミーティング
(第1陣)



避難所で診療前の
打合せ、当直にそなえ
仮眠をとる医師も
(第1陣)



食事、このころには
弁当も買えるように
なった (第2陣)



—写真提供—
三橋梅八氏

ある九月も終わりの夕方、何気無く夕刊に目を通していた私は、一つの記事にふと引き付けられた。「愛のポシェットを配布してみませんか？」頭の中で、バーンと何かが炸裂し、この一文がぐるぐると心の中を走り始め、頭から離れない。この出会いが、今回の貴重な体験をさせて頂いた発端である。

12月1日(木) 快晴

朝、いつも通り弁当作りやゴミ出し等家事を終え、身支度をすまして、8時22分の新幹線に乗り込んだ私は、旅行出発の快い緊張感と「あなた任せ主義」の家族への不安感とで、「旅立ち」と感傷を味わっていたが、新大阪に着くなり、荷物の重さ(かなり、自分では減らしたはずなのだが)とリーダーの山本さんの足の速さに少々パニック気味。もう感傷も何もかも吹っ飛んで、必死の思いで関空にたどり着いた時には、全くホッ。無事機上の人となった私は、初めて見るシベリアの大自然の見事さに心を奪われ、機内食に舌鼓を打ち、一人未知なる世界への冒険の出発を祝してワインを傾けた。12時間半を費やして、スイスのチューリッヒ空港に到着、空港から電車で市内へ。寒さはほとんど感じず、タクシーでホテルに着いた時は汗びっしょり。クリスマスが近いせいか、川岸や町の中はキラキラ、ピカピカとっても綺麗。

12月2日(金) 曇り

朝はまだ?と思えるほど暗い。時計を見ると7時は過ぎている。でも暗い!朝食後、スイスの朝市へ。町を見物した後、再びチューリッヒ空港へ。ザグレブ行きの待合室に着くと、軍服姿の集団が目立つ。ちょっぴり緊張。ザグレブ空港はいいお天気。事務所に入ると、日本語の香りがプーン。スタッフの人達は皆若くてしっかりとして、近ごろの…なんて通用しない。4時半頃には暗くなってきたが、治安は良好。夕食を求めて町をウロウロ。言葉が通じず、スーパーで一騒動!若い男性の助けによって一件落着、やれやれ、ついでにミルクを探してもらう。窮すれば通わずだ。それにしても安い。しかも旨い。生活用品が安いのは、暮らし向きが芳ばしくないという表われだとか。でも、古くて落ち着いたザグレブの町は闇のベールをかぶり、戦火の片鱗は、ちょっと目にはわからない。一日の終わりの雑踏の中で、久々に主婦感覚を甦らせ、満足の戦利品を抱えて事務所に帰る。

12月3日(土) 晴れ

シーンと静まり返った町の中を駅に向かう。霧の中に浮かぶ駅舎は映画の一シーンの様。6時発の列車リエカへ、が、乗り込んだ列車は6時が過ぎても動かず、違ったかなと一瞬慌てる。クロアチアの人慌てず、騒がず、結局15分遅れて、ゆったりと発車。そういえば昨日の飛行機も15分ちょっと遅れてきたな。コンパートメント式の客車。二等でも椅子はゆったりとしていて嬉しい。10時15分、リエカ着。10時15分、リエカ着、車ですぐプーラへ移動。ホテルへ荷物を預けて、「ポシェット配布」行動を開始。今日は、二校の予定。プーラは明るい港町。ちょっとイタリアを思わせる。子供はとっても可愛い。好奇心でいっぱいなのは両方一緒。キョロキョロ、ワクワク。世話をして下さるソーニャさんは笑顔の素敵なご婦人。言葉はわからなくても、想いは

充分伝わってくる。校長先生も学校のスタッフも親達も歓迎の意を表してくれて嬉しい。ポシットを手にした子供達の口元のほころびに渡す方も緩みっぱなし。ローマ時代のコロシウムが、この地にほぼ完全な姿で残されていたのには驚いた。意外な出会いに旅の面白さを感じる。

12月4日(日) 晴れ

颯爽と、今日の予定活動に出発。昨日の体験で度胸も少々できている。パフォーマンスも皆でやれば怖くないってものさ。ポシットに喜々としている子供達の姿は本当に有難い。日本ではこうはいかない。タオルに絵が付いているだろうか？歓迎会の後、それぞれの学校でもてなしてくださる。心遣いに感謝。スピーチを求められ、山本さんの鶴の一言！指示する方は気が楽だろうけども…。母親としての心情には変わりが無いという事を一言。しかし、心の片隅には、セルビア人の母親も同じ思いではないかということがチラリ。ボランティアの立場の難しさを感じる。昼食は、カメニャックキャンプで頂く。大盛の豆、ポテト、豚肉、ワイン、ごちそう様。寝たきりの老婦人が手真似で身を寄せろという。言われた通りに顔を近づけると、両頬にキスをしてくれた。深味のあるその目には、無表情を装った悲しみを感じる。私は言葉がわからないのではなく、想いが言葉にならないのである。どの言葉を使っても一かけらの慰めにすらならない。胸が痛い、苦しい！無力の己が哀しい。別棟に行く。女の子が走って来て、抱き付く。男の子は写真を撮ってくれとせがむ。大きな子は無関心を保つ。でも目はチラチラ動く。別のボランティアで来た日本の男性がいた。柔道を教えているという。柔道義が欲しいとも言う。日本でならば…。何とか考えてみよう。それに肌着、靴。無力感が再度襲う。無邪気な子供達の笑顔に私の心はすがるつく。嗚呼！



ポシットを配布に行ったブーラの子供達

12月5日(月) 晴れ後曇後雨

今日は学校を訪問する前に、州知事さんと会見。プーラの新聞社の人も同席。どういう形にせよ、JENの活動が理解され、協力が得られる結果につながるならば嬉しいことだ。州知事さんはなかなか落ち着いた雰囲気の良い男性。プレゼントにこの地方の縦笛の形をしたガラスの置物とクロアチアの童話(作家のサイン入り)を頂く。しかし、どうやって日本に持ち帰るかという難題も。他にも各学校で返礼にと贈られた絵の額や農作業の小屋を型取った置物。重量だけでもかなりある。これは予想もしなかった。ここでは梱包する物がない。資源はかざられているのだ。どうしようという思いを抱えて、リエカに向かう。空模様も同じくらい曇って来た。リエカに着くころには雨。久し振りの雨だとか。日本を発つ時、心配した寒さは全く無く。心暑くプーラは終了。

12月6日(火) 雨

行程中、唯一ののんびりとした朝と思いきや、一枚増えて、6時40分ホテルを出る。今日は聖ニコラスの日。こちらではクリスマスと両方楽しむ陽で、私達も日本からのサンタさんという訳だ。最後の学校は名前もセントニコル小学校。今日が創立記念日。どこの小学校でも子供達の絵を飾っているが、色彩感覚が実にいい。明るくて細やかなタッチだ。感想を述べると、戦争の暗い気分を跳ね返すためにも明るい色を指導したりとか。虹の絵やストップ・ザ・ウオーの歌、日々の生活の中に戦争の現実が嵌め込まれている。子供達の為に平和な未来を願わずにはいられない。そんな想いとプレゼントの返礼を込めて、途中で書を書いた。「平和」と「友情」。全部で約30枚、パフォーマンス用に山本さんがリュックに忍ばせていた道具が役立った。当然、持ち主が半分は書くと考えたのだが甘かった。ボランティアとは何ぞや。答えが少し解かったような気がした。昼からオシエック目指して再び列車で行く。途中ザグレブからのテーブルについて頂いた夕食であった。ザグレブからの列車は全車指定。切符の無い我々は少々慌てた。しかしハプニングにはもう慣れっこ。人の親切も有り無事着。

12月8日(木) 晴れ

本当に暖かで少しも寒くない!今日はポシエット配布活動最後の日。昨日は初めて、朝・昼・晩と食事をきちんと摂ったので体が少し重い。ここはどの料理にもフライドポテトが山のように付いているので食べ切れない。難民センターへと向かう。プロバルから避難して来た人々達だ。全て自分達で管理運営をしているという。非常に清潔で好ましい暮らしだ。でも仕事に就くのは規制されている。男の人達は何もせずただ時を過ごすのにやり切れない思いがしているのでは無いだろうか。辛い事だ。表情も影が見える。最低の保障はしてもらっているが、月二千円の支給金でどう賄っているのだろう。先にテレビで見たサラエボの少女の声が耳に甦る。「私の三年間を返して!そこは、きっと楽しいことがあったはずなのだから。」楽しさを僅かでもあげることができたらと、子供達と遊ぶ。折り紙、ハンカチで作ったネズミ遊び。大きな音がするパッチン。子供の頃を思い出して、次々と考え付くままに一時を共に興じる。何の役にも立たないけれど、今は確かに笑顔にしてあげるという思いが私を子供にした。全て任務終了し、オシエックの駅へ。またまたハプニング。ストライキの為、バスでザグレブに帰ることに。7時間のバスの旅、ひたすら眠る。

12月11日(日) 雨

不安のエンジンも無事役目を果たし、関空へ着陸。私達の旅も終わった。待ちくたびれた友人の出迎えを受けて、山本さん達とは別れる。お疲れ様でした。

出発前に子供に「何をしにいくん？」と聞かれて、うまく説明できなかった。「何をしてきたん？」と今帰って来て問われても、まだ言葉が見つからない。私達の活動が何になったのか、何にもならなかったのか、それも解からない。「ボランティアは自己満足の世界ね。」と言われた。結果が目に見えにくいからだと思う。しかし、プーラの町でリエカで、オシェックでザグレブで、がんばっている若い人々と知り合えた。子供達、先生方、町の人、センターの人、様々な人達と心を交わしたことは確かだ。言葉が解からなくても心は通じた。英語、日本語、クロアチア語、私の中に溶け込んでいく。私の中で世界は1つになる。笑顔が行動が、言葉に変わる。こんな思いは、経験しなくては伝わらないだろう。言葉では足りない。いい旅をさせてもらった。大変だったねって言われるけど、決める事も行動することもたいした事じゃない。自分で責任を持つだけだから。しかし、今までの生活の付けを大いに反省させられたのにはまいった。今、私は旅の名残りの歯痛に悩んでいる。ちょっと生活が変わっただけで、体に変調をきたすとは。ヤワな自分が情け無い。もっと山本さん化して、又、新しい出会いのチャンスを、貴重な体験をと夢見ている。ネパールも面しろそうだね。山本さん！エッ、お守りはもう嫌だって。そんな…。でも至極当然かも。各地のお世話になった皆様に厚い感謝と尊敬の念を込めて、ファーラリエボ！これからがんばってプーラ！



ボスニア・ヘルツェゴビナからの避難民

ティア貯金と共に大いに評価したい。CNN現象もあって「緊急救援システムの有無は国のヒューマニズム」を示すと言われている。緊急救援システム確立には国連機関、現地政府、日本政府、NGOおよび国民のネットワークが必要である。緊急救援活動での最重要項目は現場における適切な情報収集と的確な調整活動である。各国の日本大使館に人道援助担当官設置を提案したい。

相互扶助思想を理念とした ローカルNGO ネットワークの誕生

人権思想は開発援助に有効なりや。答えは否である。開発援助の目的は生活の向上である。そして開発援助を必要としているアジアおよびアフリカ地域での人間関係および生活は、「相互扶助の思想」によって運営されている。相互扶助の世界には多数決の原理はありえない。話し合いで物事を決めてできるだけ脱落者を出さない談話が運営方法である。ここで洞察をお願いしたい。

アジアおよびアフリカにはNGO活動は無しや。答えは否である。ローカルNGOという存在を知っていただきたい。ローカルNGOはそれぞれの国内で地域コミュニティの生活向上のために頑張っているNGOである。その数は無数である。きらめく一等星から消えかかっている星まで数々である。その活動理念は「相互扶助思想」である。人権思想を高らかに掲げる欧

米のNGOが開発援助に成功しないのは「相互扶助思想」が理解できないからである。日本のNGOは自らの立場を理解すべきである。すなわち「相互扶助思想」が掲げられるNGOであることを。

日本のODAが各国の社会基盤整備に貢献したことは大いなる評価を受けるべきである。ただしODAが直接に発展途上国のローカルNGOを支援することは困難である。

なぜなら地域コミュニティ活動に対する方法論を知らないからである。対策はいかに。答えは唯一。日本の「相互扶助思想」を基盤とするNGOのODA参加である。「相互扶助思想」が日本のNGOと被援助国のローカルNGOを結び、共に汗を流すことから相互理解と相互信頼感が生じる。この信頼感が日本の国際貢献の裏打ちとなっていく。信じるべし、草の根の声の広がり。

国際貢献NGOサミットが九四年一〇月二〇日から一週間にわたって岡山を中心に開催された。アジア、アフリカそして環太平洋諸国三二カ国から四六団体のローカルNGOが参加した。ローカルNGOがそれぞれの活動を語り、相互理解を深めた。結論は「緊急救援と開発のための国際NGOネットワーク（INNED）の発足宣言であった。現在の事務局はAMDAである。NGO史上記念すべきローカルNGOの国際ネットワークの誕生である。その理念は相互扶助である。日本から世界へのローカルNGOネットワークを使った相互扶助方式開発援助を

推進する時期や来たる。

AMDAは多様性を乗り越え
どこまでも

「医師」であることを優先する

現在の国際社会の課題は「多様性の共存」である。多様性は時として紛争の原因となりやすい。「多様性の共存」は共通の目標に向かって共に努力する時のみ可能となる。AMDAはその成功モデルを提示したい。それはアジアおよびアフリカの難民救援活動に派遣している「アジア多国籍医師団」である。「人権思想」と「相互扶助思想」を共に備えたコンセプトである。「アジア多国籍医師団」は緊急救護事態発生時にAMDA加盟国の医師によって編成され派遣される。現在はソマリア難民、旧ユーゴスラビア被災民、モザンビーク難民そしてルワンダ難民などの救援医療活動を展開している。

アジア多国籍医師団参加メンバーの背景には多言語、多宗教そして多文化がある。しかし多様性の異質性より、人道援助活動に必要な医師としての職業的倫理観がすべてに優先している。アジア多国籍医師団がアジアのヒューマニズムのシンボルとなる日は近いと予感する。AMDAは緊急救援医療、地域保健医療、そしてJICAのプロジェクトに参加している。その経験として、NGOのもっている「人権思想」と「相互扶助思想」は日本のODA、そして日本の国際貢献にとって不可欠な時代になっていることを提言したい。



(すがなみ しげる)

1946年生れ。1972年岡山大学医学部、1977年同大学大学院(公衆衛生)修了。1981年菅波内科医院開業。1980年アジア医学生国際会議を組織する。1984年アジア医師連絡協議会(AMDA)を組織、1991年同国際医療情報センター(在日外国人医療)設立。他にも、老人保健施設、在宅介護支援センター、訪問看護ステーションを開設するなど、幅広く活動している。

さまざまな提言

相互扶助思想こそ 開発援助の理念

アジア医師連絡協議会代表・菅波 茂

「人権思想は開発援助に有効なりや。答えは否である」。開発援助にもっとも必要な理念は、欧米クリスチャニズムのシンボル「人権思想」ではなく、アジア・アフリカ地域の生活の運営方法である「相互扶助思想」だと説く

人権思想か相互扶助思想か

「人権思想か相互扶助思想か」。世界を二分する思想である。国際社会における行動はよって立つところの基本的理念が明確なことが肝要である。理念なき行動はよってたかってぐちゃぐちゃにされるか無視されるかである。

「湾岸戦争一三〇億ドルの教訓」は良き教材である。人権思想が踏み絵であった。なぜ今人権思想なのか。歴史は語る。その時代の強国のやり方が世界の常識であり慣習法となる。現在の強国は誰か。それは国連安全保障理事会常任理事国である。その中でも常任理事国の米、英、仏である。その基本行動理念にクリスチャニズムが深く関与している。人権思想はクリスチャニズムのシンボルである。さらに具体化すればヒューマニズム、道義的責任、そして公平さである。

「湾岸戦争一三〇億ドルの教訓」とは、「国際

社会では金で買えないものがある」という指摘であった。それは目に見えない価値判断である人権思想に適合する行動が必要であるということである。付記すれば、プロテスタンティズムは金で買う「免罪符」を徹底的に攻撃した歴史的事実を忘れてはいけない。

NGOとは非政府組織である。なぜ「非」なのか。その原点は一九世紀の近代国家そのものにある。近代国家は最大民族によって運営されている。多数決という民主的決定方式によってである。そこでは常に少数民族の権利擁護が課題になる。

少数民族の存在擁護はまさに人権思想の命題である。西洋が生んだ近代国家はクリスチャニズムの精神風土からは無視できない、人権思想がらみの矛盾を抱えている社会システムである。ここに「非」政府組織であるNGOの存在が不可欠となったと考えたい。

「ルワンダ難民救援活動」は、湾岸戦争四年後の人権思想の踏み絵の再来であった。幸いにして日本は官民ともに救援活動に参加した。国際社会においてこの参加の事実は重い。AMDA(アジア医師連絡協議会)は、ザイルのゴマとアカブ、そしてルワンダの首都キガリに、それぞれ医療チームを派遣して活動を続けている。AMDAがここまで成長できたことを感謝したい。

また、一九八九年よりODAの一部が、外務省のNGOの事業補助金として、NGO活動活性化に果たしてきた役割を、郵政省国際ボラン

スーダン共和国の精神科医療

①

在スーダン日本国大使館 二等書記官兼医務官 勝田 吉彰

1) はじめに

小生は平成6年2月より在スーダン日本国大使館医務官としてスーダン共和国カルツーム市に勤務しているが、今回当地精神科医療の現状を視察する機会を得たので報告する。

スーダン共和国は北をエジプト、南をウガンダ、ケニアに接し、日本の約7倍ものアフリカ最大面積を誇る国である。しかし、近年政治的理由から西側諸国との関係が悪化、援助が縮小されているため医療の各分野にわたり状況は悪化しつつあり、国立医療機関では医療資源の深刻な不足に悩まされている。

2) 概況

精神科医療施設は首都ハルツーム近郊のオムドルマン市に位置する Tignimahi Hospital が唯一の精神科専門病院である。地方に行くとき精神科外来を行なう診療所が数カ所あるが、入院施設は存在しない。その他、教育研究施設としてハルツーム大学医学部に精神科教室があるがベッドは持たず、診療は前述の Tignimahi 病院で行われている。

精神科医は専門医クラスで有資格者は約100人ほど登録されているが、殆どは周辺の湾岸産油国へ出稼ぎに出てしまい、現在国内に留まっている

のは約20人に過ぎない。

3) Tignimahi Hospital

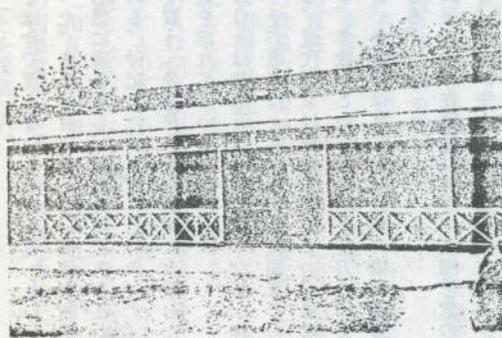
ベッド数105の単科精神病院である。1940年、ミッション系のハンセン氏病専門病院として創立、1970年国有化とともに精神病院となった。精神科医は consultant が4人で、それぞれに対し数人の registrar, medical officer, social worker, psychologist 各1人がついて1チームを形成している。OT は周辺産油国への流出のため存在しない。

入院患者の診断名では、わが国同様の schizophrenia, manic state の他、マラリア脳症による OBS が多いのが特徴である。

入院期間は平均2週間前後、長くとも3~4週間以内で、急性期を過ぎると積極的に退院させるのが原則である。退院後は psychiatry nurse (看護婦に2年の専門教育を施したもの) によって家庭訪問・フォローアップが行なわれる。

病棟は全室開放病棟で家族・親戚の出入りは自由であり、患者のベッドサイドには家族・親戚が夜具持参で集まり、共に入院生活を送っている。その間、医療側からは患者への接し方、ケアの仕方などについての教育が行なわれ、退院後の家庭介護へと繋がり、スムーズな家庭・社会復帰への助けとなっており、このシステムを co-patient と称している。イスラム社会の大家族主義のもと、入院中も退院後も側で面倒をみってくれる人がいることが前提で成立する制度で、核家族化した日本や欧米では困難であろう。

入院費は2年前までは無料(国庫負担)であったが、国家財政悪化の影響を受け、現在では病室のランクに応じて2週間ごと700~5700スーダン・ポンド(約220~1820円相当)の自己負担が必要となっている。支払い困難な貧困者に対してはザカート(喜捨)財団からの援助が受けられる。ザカートとはイスラム教徒に課される五大義務の



病院外観

1つで、財産のうち一定割合をアラーの神へ報恩として教団へ寄付することが義務づけられているものである。寄付されたものは貧者の救済のために使われると規定されており、救貧税の性格をもっている。

病院の敷地内にモスク（イスラム教の礼拝堂）が建設中であった。現在この国ではイスラム原理主義者が政権をとっており、その方針で全病院の敷地内にモスクの建設が義務づけられているとのことであり、熱心な信者の入院患者にとっては精神面のサポートにもなることが期待される。

また、教育病院の機能ももち、ハルツーム大学、イスラム大学、カイロ大学ハルツーム校からの実習生を受け入れており、筆者の視察時も social worker の卵が実習中であった。

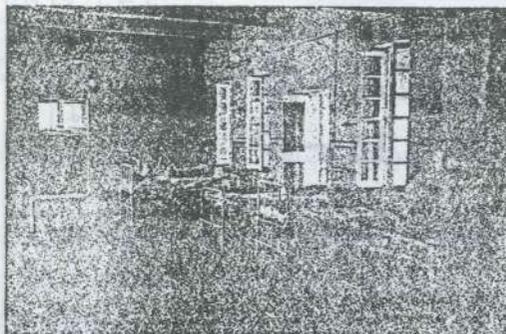
このように比較的充実したソフト面の方ではハード面では、40°Cの中冷房もなく、マラリアを媒介するハマダラ蚊の容赦なく侵入する中での入院生活を余儀なくされるなど、この国の貧困を反映した惨状を呈している。

4) ハルツーム大学精神科

精神医学に関する講義はここで行なわれている。ここでも周辺湾岸産油国への医師流出の影響を受け、スタッフは Basher Taha 教授の他、助教授が1人のみである。医学生への講義の他は前述の Tignimahi 病院での日々の診察に追われてとても研究どころではないとのことである。

5) 問題点と将来

以上述べてきたように、スーダン唯一の精神病院では意外にも（失礼！）進んだコンセプトのもとで精神医療が進められている。家族・親戚と共に入院生活を送りながらケアのしかたを学べる co-patient 制度、その結果としての早期家庭・社会復帰など、わが国からみてもうらやましく感じられる面さえある。しかし、その反面、この国の貧しさ（1人あたり GNP わずか215ドル！）からくる問題点も山積している。まず、精神医療資源の絶対的不足。人口2,600万人、日本7倍の国土を誇るこの国に精神病院がわずか1カ所、精神科専門医が20人弱しかおらず、たまたま運よく首都に住んでいる人以外は精神医療の恩恵に浴することは不可能で、現実には多くの精神障害者は民間療法や呪術のお世話になるほかない。医療スタッフ数不足に拍車をかけているのが頭脳流出問題である。



病院内部

科を問わず、医療スタッフが周辺の湾岸産油国（サウジアラビアやアラブ首長国連邦など）へ出稼ぎにでてしまうのである。スーダンの国立病院医師の給与は首都で15,500～26,425スーダンポンド（約4,500～7,800円相当）しかない。英国留学で専門医資格を取得してくるなどレベルが高く、国際的に通用する者が多いスーダン人医師たちは国内で得られるより何倍もの高収入を求めて産油国を目指す。同時に産油国側では人材難で外国人医師に頼らざるを得ない事情があり、潤沢なオイルマネーにあかして人材を引っ張るのである。知人のスーダン人医師が「サウジアラビアなんて昔はテント暮らしの人が多く、スーダンから食料を援助していたのに、石油が出だしたばかりにあんなになって……」と憎々しげにつぶやいていたのが印象に残っている。スーダン政府側はこれに対し医療関係者には出国ビザを出さないなどの対策をとりだしたが、中には職業を労働者と偽って出てしまう者もいたりして、必ずしも実効はあがっていない。

このような現況の中で、精神医療の充実を図ってゆくためには先進国や国連関係からの援助が不可欠と思われるが、残念ながら（当然のことではあるが）これらの援助はマラリア対策や栄養失調、公衆衛生分野に優先配分され精神医療分野にまではなかなかまわってこない。将来この国の経済が発展する日まで（気の遠くなる将来ではあるが）物的・人的面の貧困さが改善される可能性は大きいとはいえない。その中で、比較的進んだコンセプト、残ったスタッフのがんばり、それに大家族制度・ザカート（喜捨）などのイスラム独特の相互扶助制度で補いつつ乗り切ってゆくということではなかるうか。

AMDAへの メッセージ

馬屋下小学校の
みなさんから

アジア医師連絡協議会の話を聞いて

五年A組 小林可奈

私はアジア医師連絡協議会の話を聞いていろんなことを知りました。中でも100円でいろんな物が買えるというところです。20円でペンが買えたり、菓子が買えたりするからです。日本だとジュースぐらいしか買えないのにアジアだと100円でいろんな病気が治せるので、ほら、買いたくないなと思います。私は、なんでこんなに幸せにくらべているところもあるのに、こんなにごくおたまりなすこい差の所があるのか不思議でした。こんな難民の人が出るんなら私は、他の幸せにくらせる所に行けばいいのにな、と思います。でもそれができればとくにやっています。ようね。

一日に何万人の人が死んでいるのにまだまた難民の人がいる、というのはすごくはらたたく不思議に思っています。難民の人はとてもかわいそうだと思います。

AMDAのお話を聞いて、私はAMDAのことはあまりしらがたけど、話を聞いてよく分かりました。ネパールから来た人は、あまり日本語になれてなかつたけど、すごく尊敬しました。それは、かわいそうだと思う人が多ければ、実さ、行動していらるからです。私は、お母さんがユニセフをしているので、お母さんに5千円寄付しようと思っています。

前5千円寄付しました。私は、難民の人にくつを寄付したいです。なぜかというところは、足からは菌が入って、病気になることを知ったので、くつを寄付したいです。私は、大人になっても、ユニセフAMDAの人に寄付してあげたいです。そして、ボランティア活動をしていきたいです。

馬屋下小学校 六年 岸 美

アジア医師連絡協議会の話を聞きました。それで、募金を始めることにしました。馬屋下小学校のみんながたくさん協力して集めてくれました。たった100円だけではしかのワウチン、ちゅうしゃきと針など五つの物が買えることがわかりました。これからも、たくさん募金を集めたいと思います。

岸 美

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 棗
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)
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)ジュサ・アシスタンス・ジャパン
大森薬品 以上 年間5万円
興和新薬(株) 以上 年間4万円

助成金

丸紅基金 年間250万円 立正佼成会一食基金 年間100万円
日本エイズストップ基金 年間150万円 明治生命厚生事業団 年間50万円
大阪コミュニティ財団 30万円(センター関西一周年シンポジウムに対して)

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



地球の恵みを受け取る私たちが、
地球にできること。

JA全農

WE SUPPORT YOU

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

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



世界各国語の編集・写植・印刷

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

モンゴル語基礎文法 好評発売中！
A5判上製 286P 定価 4,800円
郵便振替口座 00110-3-711753

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

TEL 03-3238-2700

(代表)

内科・理学診療科

福川内科クリニック

東成区東小橋3-18-3

(住友銀行鶴橋支店前)

ボンガービル4F TEL 974-2338

みみ、はな、のどの変なとき

三好耳鼻咽喉科クリニック院長
南京医科大学耳鼻咽喉科客員教授
蘇州眼耳鼻咽喉科医院名誉院長
香香建設先/仙台市泉区中央1丁目23-6

TEL 022-374-3443

いちい書房

東京都新宿区高田馬場
1-4-29

03-3207-3556

定価 1200円(税込)

企画編集/うげつ

提供/飯おみす三四郎

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



SIMUL INTERNATIONAL, INC.



“言葉は人、言葉は文化”

Language Defines Humanity; Language Creates Culture

調和のとれた国際活動の必要性はますます大きくなっています。
サイマルの使命もまたそれとともに拡がります。鍛え抜いた技術とプロとしての責任感で、
皆さまの国際活動をあらゆる面で支援すべくサイマルは努力を続けます。

通訳・翻訳・国際会議企画運営・同時通訳機器・制作物

サイマル アカデミー(通訳者・翻訳者養成)・企業研修・国際広報



(株)サイマル・インターナショナル

関西支社 大阪市中央区高麗橋4-2-7 興銀ビル別館8F 〒541
TEL: 06-231-2441 FAX: 06-231-2447

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.18 No.2

アジア医師連絡協議会 (AMDA)

- 発行 1995年2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