国際医療協力

フォーラム実行委員会の５団体代表者

Vol.18 No.4
1995.4

The Association of Medical Doctors of Asia

アジア医師連絡協議会

Contents

●AMDAご案内 2

●今なぜＮＧＯなのか―民間パワーについて― 6

●緊急ＮＧＯ阪神大震災統括フォーラム開催 8

●ルワンダ難民救援医療活動報告 10

●旧ユーゴ難民救援医療活動報告 20

●ソマリア難民救援医療活動報告 26

●カンボジア救援医療活動報告 32

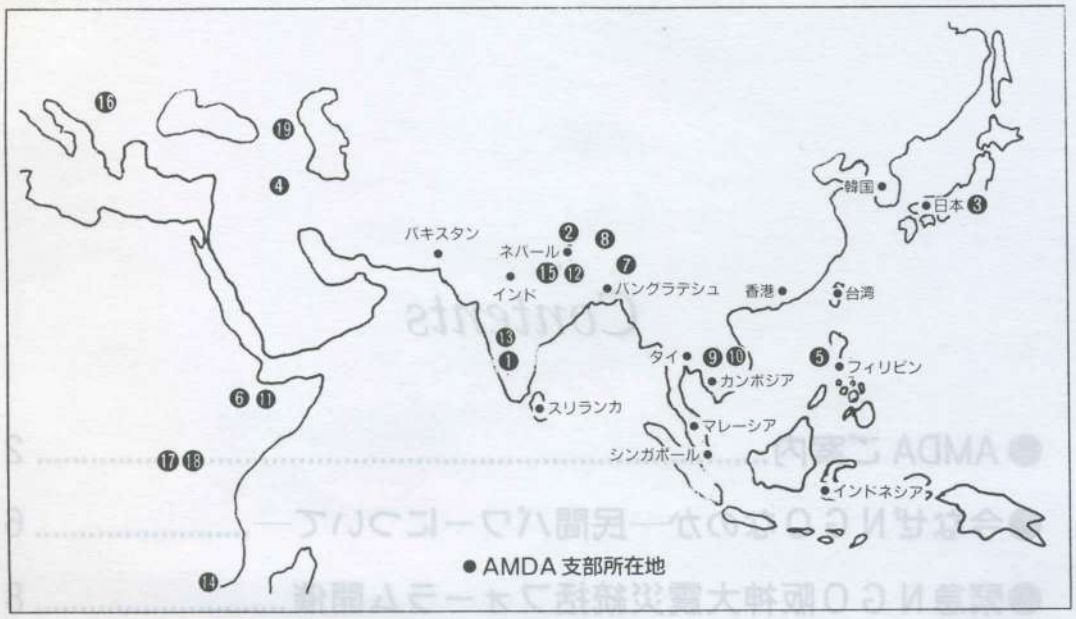
●栃木便り 39

●ミャンマー難民救援活動報告 40

●民間による人道援助と援助要員の人身保護 46

●AMDA国際医療情報センター便り 48

AMDA The Association of Medical Doctors of Asia ・アジア医師連絡協議会



AMDAプロジェクト紹介

※現在継続中

アジア多国籍医師団

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

現在、NGO団体の連合体であるソマリア難民救援チームに参加して活動中。

❶ インド連邦カルナタカ州無医村地区巡回診療プロジェクト

❷ ネパール王国ビスヌ村地域保健医療プロジェクト※

❸ 在日外国人医療プロジェクト※

（東京・大阪）

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

❹ クルド湾岸戦争被災民救援プロジェクト

❺ ピナツボ火山噴火被災民救援医療プロジェクト※

❻ エチオピア・チグレ州難民救援医療プロジェクト

❼ バングラデシュ・ミャンマー難民緊急医療救援プロジェクト

❽ ネパール国内ブータン難民緊急医療救援プロジェクト※

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

❾ カンボジア地域医療プロジェクト※

1992年より、プノム・スロイ郡病院の支援を開始。近辺の村で予防接種、蚊帳の無料配布プロジェクトを実施。

❿ カンボジア精神保健プロジェクト※

⓫ ソマリア難民緊急援助医療プロジェクト※

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。

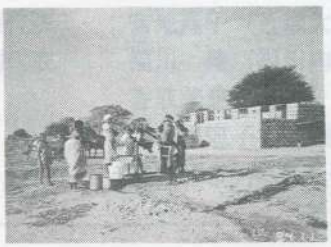
⓬ ネパール・バングラデシュ大洪水被災民緊急救援医療プロジェクト

⓭ インド西部大地震被災民緊急救・リハビリテーションプロジェクト※

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

⓮ モザンビーク帰還難民プロジェクト※

1994年2月よりモザンビーク南部カザ州において救援医療活動を開始。



⓯ 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。

⓰ 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、物資援助などの多方面にわたる援助を行う。

⓱ ルワンダ難民緊急救援プロジェクト※

1994年8月より、ゴマ難民キャンプで、ルワンダ難民を対象に緊急救援プロジェクトを開始。現在は、ブカブで難民ニーズの医療活動を展開。

撮影　山本将文氏

⓲ ルワンダ国内病院再建プロジェクト※

ル・トンド診療所（ルワンダキガリ市）国内避難民、住民を対象に94年10月より支援活動を開始。

⓳ チェチェン難民救援プロジェクト※

1995年4月より（JENの活動として）ロシアのイングーシ、チェチェンにおいて、救急医療および子供のための予防接種プロジェクトを開始。

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一名の医師と２名の医学生活動から始まる。

［現状］　アジアの参加国は15ヶ国。会員数は日本約700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下さい。

・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
・賛助会員	2,000円(個人に限る)

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します。賛助の会員には「AMDA便り」をお送り致します。

振込先：　郵便振替口座

・口座名義　　アジア医師連絡協議会

・口座番号　　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、小原一郎
（非常勤）　岡崎清子、矢部朝子、山本睦子、竹林昌代、高木幸恵
　　岡野純子、田代邦子

●本部
〒701-12　岡山市楢津310-1　TEL 086-284-7730　FAX 086-284-6758

●東京オフィス
〒141　東京都品川区東五反田1-10-7　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　新難波ビル704
TEL 03-636-2333,2334　　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）

今なぜＮＧＯなのか

ー民間パワーについてー

代表　菅波茂

阪神大震災における「ボランティアの評価」について熟考する必要がある。なぜなら「ボランティア救世主論」が盛んになってきているからである。この現象は阪神大震災におけるマスコミ報道に由来する。そもそもボランティアという言葉が日本社会に普及したのは１９７８年のカンボジア難民以後である。マスコミはボランティアという言葉に何を期待したのか。自主性と若さである。現在の日本の閉塞状況を打破する未来への期待をこめた潜在意識からである。

検証したい。阪神大震災に活躍した民間パワーは下記の５つのグループである。

1）NGOと若いボランティア
2）市町村自治体と地域住民
3）宗教者グループと関係者
4）企業と関係者
5）避難所における自治会

もし不幸にして災害が発生する時に備えて育成するべきはボランティアを含めた民間パワーの受け皿である。即ち、それはNGO、市町村自治体、宗教者グループそして企業である。そしてそのネットワークである。ボランティア個人ではない。ここが肝要である。

日本は大きな政府、小さな民間である。災害時に民間パワーが活動するためには大きな政府との日常レベルでの交渉が重要である。大きな政府とは法律のことである。なぜなら日本は法治国家であるから。非常時の規制緩和だけでは不充分である。平時の規制緩和時の訓練が大切である。

いずれにしても災害時に最後までがんばざるを得ない民間パワーは地元の自治組織である。残りはすべてよそ者であり、いつかは引き揚げる。

今回、最も強調されるべきは地域コミュニティにおける連帯である。いかにして地域コミュニティにおける連帯感を育成するか。平時における連帯感は非常時においても有効である。地域コミュニティにおける連帯感に外部からの民間パワーが加われば災害による被害を最小限にとどめることが可能になる。

水、空気と安全はただという神話は崩れつつある。同時に地域コミュニティにおける連帯感も崩れつつある。

「ボランティア救世主論」に釘をさしたいのは「地域コミュニティ連帯感こそ救世主」と考えられるからである。

日本社会は相互扶助意識にもとづく村社会であるという認識こそ現実的である。

1995年（平成7年）4月8日（土曜日）
日本経済新聞 1

救急・救援ネット設立

民間団体など大震災総括フォーラム

72時間以内の活動、円滑に

阪神大震災の被災地で救援活動にあたった民間団体などが七日、今後国内で大きな災害が起きたとき、すぐに救急・救援活動に立ち上がれるよう支援する組織を設立することを決めた。世界の非政府組織（NGO）の間には、民間の救急・救援活動の成否は災害発生後七十二時間内にどれだけのことができるかにかかっているとの〝常識〟があり、支援組織の名称は「72ネットワーク」とする。「72ネットワーク」は阪神大震災の救援活動の反省をもとに、「七十二時間内」に効果的に活動するのに必要な方策をまとめ、民間団体の体制作りと共に、行政側にも必要な制度の整備を働きかける方針。

「72ネットワーク」の設立は同日、東京・永田町の憲政記念館で開いた「阪神大震災総括フォーラム」の場で決めた。フォーラムを主催した「アジア医師連絡協議会（AMDA）」「カンボジアのこどもに学校をつくる会」「日本青年会議所」など五団体が、そのまま「72ネットワーク」の設立団体になる。初会合は十日に開く。

「災害発生から七十二時間以内は行政の対応が間に合わず民間団体の活動が最も重要となる期間」との認識は、フォーラム参加者にほぼ共通していた。阪神大震災で活動した病院関係者は「当初七十二時間は近隣の自治体にある医療機関との連携がうまくいかなかった」との反省を述べ、別の医療関係者からは「救援に向かいたかったが、勤務先との調整で被災地入りが遅れた」など、救援活動をスムーズに行う社会システムの確立を求める声が上がった。

「72ネットワーク」では、こうした現場の声にこたえ、救急医療活動の分野で組織作りを進める予定。まず、医師や看護婦などがすぐに現地入りできるよう、医療スタッフ派遣の権限を持つ「病院長会議」を八月をめどに発足させる。また、緊急時の通信手段や、けが人や救援物資の輸送手段を確保するため、必要な法制度の整備や緊急時の支援体制づくりを郵政省や運輸省など行政側に提言していく考えだ。

七日のフォーラムには阪神大震災で救急・救援活動を行ったNGOをはじめ、総理府や防衛庁、外務省などの行政関係者を含め計約五十人が参加。NGOの活動資金について税制の改革を求める声が上がったほか、行政と民間活動の役割をどう振り分けるか、関係団体間の連絡をいかに強化するかなどについても活発な議論が交わされた。

民間救急・救援活動の実施体制について話し合われた阪神大震災総括フォーラム（7日午後、東京・永田町の憲政記念館で）

緊急救援ＮＧＯ　阪神大震災総括フォーラム開催

1．開催日時：平成７年４月７日（金）午後１時～４時
　開催場所：憲政記念館　（東京都千代田区永田町）

2．主旨：　阪神大震災救援活動を総括し、それを基に今後起りうる大災害に備えた国内緊急救援ネットワークを構築する。

3．主催：アジア医師連絡協議会、日本青年会議所、松下政経塾、カンボジアのこどもに学校をつくる会、立正佼成会の５団体
　参加団体：ＭＤＭ日本連絡事務局、ＮＧＯ活動推進センター、ＮＴＴ防災対策部、岡山県航空協会、幼い難民を考える会、ケア・ジャパン、笹川平和財団、ジャミック・ジャーナル編集部、住友海上火災、聖隷三方原病院、全国社会福祉協議会、東京都歯科医師会、中日本航空、日本アマチュア無線連盟岡山県支部、日本移動通信システム協会、日本医療企画、日本青年会議所国境なき奉仕団特別委員会、日本船舶振興会、日本大学医学部、毎日新聞社、防衛庁、経済企画庁、外務省難民支援室、外務省民間援助支援室、厚生省、郵政省防災企画室、郵政省ボランティア貯金推進室、東京都庁衛生局、葛飾区役所保健衛生課、葛飾区北保健所、岡山県加茂川町、加藤紘一自民党政務調査会会長、岩垂須喜男衆議院厚生委員長、鯨岡兵輔衆議院副議長、その他。参加者計６０名。

4．フォーラム採択提言：

1）日本国内緊急救援ネットワーク（７２時間ネットワーク）の設立
現地拠点事務所機能の設立・本部事務局の設置により、緊急救援三原則「活動拠点・通信・輸送の確保」を行う。これには、ボランティアの動員、物資の補給、資金の確保が必要である。これらを確実とするために国内ＮＧＯネットワークの連携を強化する。

2）民間パワー動員体制の設立
地域別民間パワー会議を開催する。（ＡＭＤＡ院長会議の発足、その他）

3）アジア太平洋緊急救援ネットワーク構想の提言
緊急災害時における国を越えた相互緊急救援支援が必要な時代になっている。アジア太平洋地区におけるNGOを主体とした緊急救援ネットワークを提言し実現に向けて努力する。

5．「７２時間ネットワーク」の概念と今後の予定
「７２時間ネットワーク」とは、日本国内の災害発生時に７２時間以内に被災地入りし、より効果的な緊急救援ＮＧＯ活動を行うための全国ネットワークである。災害発生より約２週間の活動を限度とする緊急救援を行い、行政の回復を目途とする。具体的には、被災地入りしたＮＧＯの活動を連動させ、より大きな活動を目指し、行政との協力体制の確立、協力企業体との折衝を行う。
今後は、フォーラム実施５団体で活動の青写真を作り、参加団体に再度呼びかける予定。

衆議院副議長
鯨岡兵輔議員

衆議院厚生委員長
岩垂寿喜男議員

自民党政調会長
加藤紘一議員

■ルワンダ難民救援医療活動報告

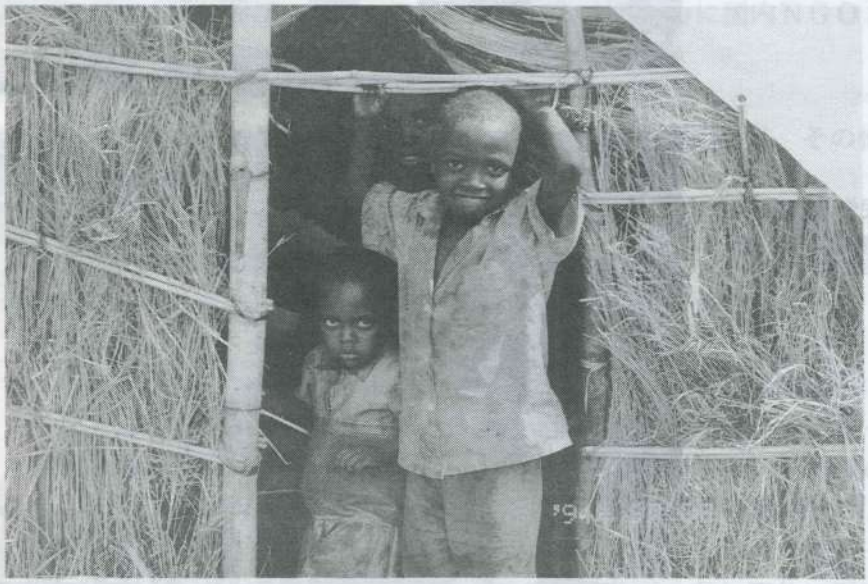
ルワンダ難民救援グループ解散について

ルワンダ難民救援グループ
代表　原田豊己

さてルワンダ難民救援グループが発足し８月にゴマで診療所を開設し、約８か月間、現地で難民救援活動を行ってまいりました。本当に多くの方々から励ましをいただき、活動期間中のべ５１名のスタッフを日本を始めアジア各国より派遣し、現地の医療の向上に努めることができました。心よりお礼申し上げます。
活動期間中ゴマでは約３か月間に約１８０００名、ブカブでは半年の間に約４３０００名もの患者の治療にあたることができました。

１２月に私自身が現地入りし、調査を行った結果、現地での医療活動も非常に死亡率の高かったゴマでの緊急医療援助から、現在では主に罹患率の低下及び病気そのものの予防といった開発援助型の援助への期待が強まってきていることが分かりました。そのため構成団体が各々、従来から専門としている活動分野に戻り、活動を継続していく方がより効果的な開発援助型の援助活動が可能なのではないかとの判断から、今回３月３１日をもちルワンダ難民救援グループを解散いたしました。

今後はアジア医師連絡協議会では医療分野を、岡山カトリック教会（カリタス）では衣類等生活全般にわたる分野で各々援助活動を継続していきたいと考えております。
つきましては今後ともご高配賜りますようお願い申し上げます。



ブカブ・カレヘキャンプの子どもたち

ルワンダ難民救援グループ活動経過報告

1．ルワンダ難民救援グループ活動経過

7月25日　・ルワンダ難民救援グループ発足に向けて関係者会議
27日　・第一回記者会見（ＲＲＲＧ発足宣言）
8月 2日　・第一陣ゴマ入りし、カリタスの病院において医療活動を開始
17日　・ゴマキブンバ難民キャンプで診療所開設
31日　・ブカブカレヘキャンプについてＵＮＨＣＲと、インプリメンティングパートナー契約を交した上で契約することが決定。
9月10日　・ブカブカレヘキャンプで診療所開設
10月14日　・ブカブカレヘキャンプにおいて妊娠検査を含めた妊婦用のテント及び、麻疹隔離テントを設置
17日　・栄養失調児を対象にFeeding Centerを設置し、 Feeding Serviceを開始
11月 3日　・宿舎から難民キャンプへ向かう途中活動車両が難民によって強奪される
12日　・ＩＦＲＣとの交渉の結果、大筋において合意し、ゴマ・キブンバキャンプのＫ91サイトをＩＦＲＣに引継ぎ、ＡＭＤＡスタッフによる診療を終了する
12月22日　・ブカブへ衣類品等を中心とした生活関連物資を搬入・配布
3月31日　・ルワンダ難民救援グループ解散

2．派遣者数及びその内訳

派遣者数：　５１名
派遣者内訳：　調整員　１５名
医師　２０名
看護婦・士　１５名
薬剤師　１名

3．治療を行った主な病名

コレラ、赤痢、血性下痢、水様性下痢等の下痢性疾患、肺炎等の呼吸器疾患、麻疹、髄膜炎、マラリア、栄養失調、性病、寄生虫疾患、甲状腺種、耳病、眼病、性病、歯科疾患、その他

RRRGルワンダ難民救援活動参加報告

コーディネーター　長尾朝人

昨年の9月17日に成田を出発してから、今年の2月11日に帰国するまでの約5ケ月間僕はAMDAのコーディネーターとしてゴマのキブンバキャンプ及びカレヘキャンプで活動してまいりました。日本を出発するまでは不安でいっぱいだったのですが、今この5ケ月間を振りかえってみますと実に有意義な日々を過ごせたと思います。

コーディネーターという聞き慣れぬ職務ですが、主な仕事は医療スタッフが活動しやすい環境作り、それに付帯する雑務処理と彼らの住環境の管理、UNHCRや他のNGOとの折衝、それに現地で働いてもらっているローカルスタッフの労務管理などです。

僕が9月23日に現地いりした段階では、チーフコーディネーターとして森さんが働いておられたので、彼女の指示に従い、役割分担をしました。彼女は会計及びUNHCRとの交渉をメインにし、僕は毎日キャンプに出かけそこで抱えている問題の処理及びローカルスタッフの労務管理といことです。

その当時キャンプで抱えていた主な問題点は、便所から発生する多量のハエに対してどう対処するのかという事と、給水タンクの水をキャンプ内のみで使用するのじゃなしに、近くにテントを持っている難民達に提供するかという事でした。ハエの問題につてはいいアイディアがなく、殺虫剤を噴射する他のNGOとのコミュニケーションを常によくする以外方法がありませんでした。三日に一度AMDA SITEに殺虫剤を噴射してくれる彼らに頼る以外方法がなかったのです。又給水の解放ということについては、子供のみAMDAで給水してもいいということにしました。それまでは遠くにある給水他まで自分の身体ぐらいもあるコンティナーを抱えて水くみに行っていた子供達が、その必要がなくなった事で嬉しそうにしておたのが印象的でした。

その他、この時期PKO活動としてやって来ていた自衛隊の先遣部隊と情報交換したり人員の輸送などをお願いしに行ったのも僕業務の一つでした。

それから、一ケ月キブンバで働いた後、ブカブのカレヘキャンプへと配置転換になりました。

モザンビークのプロジェクトからこのプロジェクトに参加していた妹尾看護婦がモザンビークに戻ることになり、彼女の業務の引き継ぎが僕の新しい任務となったのです。

こちらのキャンプはキブンバと遠い、AMDAが1つのSITEの難民（約1万人）をすべて医療面において救援するというのでかなり大変でした。

カレヘに来てまず僕がしたことは、ブカブんおコーディネーター佐倉氏がナイロビに出張に行っていたため、UNHCRとの契約書にサインする事でした。これによりUNHCRより補助金が得られることになりました。

その後こちらのローカルスタッフとミーティングを持つたびに問題となっていた、彼らとの契約書を作成しました。この時点で契約したローカルスタッフの数は約８０人とキブンバキャンプの７倍ほどでした。(その後新たなメンバーが増えたため２月中旬時点では１００％を越す数となった。)

１１月中旬にモザンビークに帰って行った妹尾さんのかわりとしてキブンバキャンプ閉鎖にともない随時、ゴマのメンバーがカレヘにやって来るため新しい住居の確保もしました。カレヘキャンプの周りには適当な住居がなかったのでそれまで住んでいたCRSNの住居よりもさらに３０分も山の中に入っていく所しか見つかりませんでしたが、そこにたどりつくまでの悪路を別にすると、医療スタッフからは好評でした。

妹尾さんが帰った後課題となっていた栄養失調児に対するFEEDING CENTERのキッチンも作成する事ができませんでしたし、病棟の入院患者にベッドを提供することもできました。

又、このキャンプのマネージメントをしているNGO CAREとのコミュニケーションもうまく進むようになり徐々にキャンプが改良されていきました。

◎FEEDING CENTRE開設に伴う５才以下の子供の登録は１２月１６日から５日間で終了。

◎１月３日すべてのベッド搬入完了。病棟Ａ２１台、隔離病棟５台。

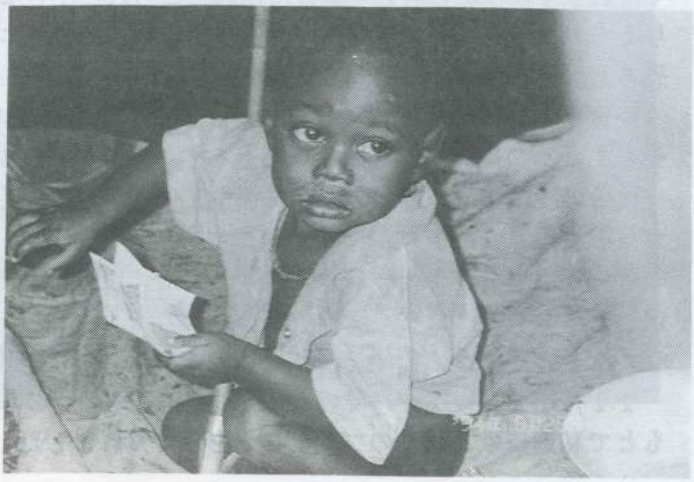
◎重症患者のカタナ病院移送について病院側と話し合い完了。
(死亡者については一定額を支払い埋葬してもらう)

◎緊急時の患者移送については難民キャンプ内にあるトラックにて移送してもらう。
(後日一定額を支払い)

◎輸血が必要なカタナ病院入院患者については難民のリーダーと話し合い、後日難民の間から献血希望者をつのり、カタナ病院に送る。

◎それまで役割分担が不明確だったカレヘキャンプの役割分担について、CAREはトイレ設置及び公衆衛生の面で、AMDAは給水活動について責任を持つなど、日々キャンプの改良について努力してきました。

いったいいつまで彼らの難民生活が続くか分かりませんが、今後も新しいスタッフの努力によって彼らの生活が日々改良されることを願う日々です。



ブカブカレヘキャンプの子ども

3RGに参加して

看護婦　山田　さち子

昨年10月12日より今年2月8日までと、約4ケ月弱ですが、Gomaのキブンバそして Bukavu のカレヘキャンプでの活動に参加させてもらいました。

いつの頃からか、海外で医療活動をするならば、アフリカでと思っていた私は、今回の派遣に喜びと看護婦となっての6年の経験をどこまで活かせるかという期待に胸を震わせる反面、ルワンダ・ザイールでの公用語とされている仏語はおろか、英語でさえもあいさつ程度といった語学力で大丈夫だろうかという不安もありました。

10月8日、日本を出発し12日 Goma に入りました。Goma の宿舎から 80Km/H で車を走しらせ30分程すると山の谷間に難民のキャンプが見えてきます。

日本でもよくテレビ・雑誌等で難民の生活が報じられそれを見てはいましたが、実際に目の前にして本当に驚きました。

日本でもここ数年川辺などにテントを張りキャンプを楽しむといった事が流行ってはいますが、難民のテントは木の枝を骨組にし、UNHCRから配られたビニールシートをかけるだけというもので、広さにすると畳4帖程で、そこに5人から住んでいるのです。

そして、このテント内は昼は蒸し風呂の様に暑く、夜は午後から降る雨の影響もありとても冷えます。

１３日より薬局テントにて働きました。全く耳にもしたことのない、ギニアルワンダ後で「イワンヌ」(飲んでください)「ミラ」(飲み込んでください) といいコップ1杯の ORS を渡し、１回分の内服薬を飲ませるのです。

元気な子供達は、自分達と肌の色が違う私達が珍しいのもあるとは思いますが、キャンプ内を歩くとたちまち身動きがとれなくなる程集まってきます。そして笑顔を見せてくれます。しかし病気で診察に連れてこられた小さな子供達は美味しくもない薬を与えられ、そして肌の色も違いおぼつかない口調でキニアルワンダ語を話す私を見て恐ろしいものでも見るような顔をします。

翌週より処置テントへ移りました。食事を作るための牧を求め山の中に入ります。そして多くの難民が素足という事もあり、下肢の創傷が多くみられました。

彼らの生活では、創部を清潔に保つという事が難しく、翌日には軟膏のついた白いガーゼは黒くなりドロがついています。

診療・治療を行うための物はありました。しかし下肢にある傷を治癒させるためには、消毒するだけでなく清潔に保つための指導、そして滝のように降ってくる雨から守るための雨具や山の中を歩くための衣服も必要だと思われました。

１１月１２日キブンバでのAMDA最後の診療日、３０人程の子供達が若者の指揮のもとで私達に歌と踊りのプレゼントをしてくれました。

ローカルスタッフが一部訳してくれたのですが、「先生ありがとう、看護婦さんありがとう、AMDAのみなさんありがとう、そして私達も連れていって。」とありました。すごく心を打たれました。そして涙が出ました。

１１月１６日Bukavu　に入り、１７日よりカレヘキャンプへ参加しました。キブンバとカレヘの違いはまず、第一に１万人の難民の医療を全てAMDAだけで行っているということ。そしてUNHCRと契約が結べたことにより、補助金がおりキブンバでは自らが治療等を行っていたのが、カレヘではローカルスタッフの指導的立場にあるということでした。

私は入院テントの担当にあたったのですが、始めはすごく”指導”という言葉に考えさせられました。

私が以前勤めていた病院では３００床程の私立病院ではありますが、救急病院でしたので、分きざみに働く毎日でした。そして私の知っている医療・看護とは日本のものだけなので指導というと日本でのやり方を教えつけるような気がしたのです。
しかし数日、数週間と彼らの行動をみていると、自発性、積極性に欠けるところがみられ、依存心が強く、そして国民性ゆえなのか、のんびりしていてイライラさせられることがあったのです。

始めは、とまどっていた私ですが、彼らのことがわかってくるにつれて何を指導すればよいのかみえてきました。

帰国してから知人に会うと皆「おつかれさま」といってくれます。

確かに疲れをかんじることもありました。しかしそれ以上に得たものが大きく、今後の私の人生に大きく役立つと思われます。

ブカブカレヘキャンプの人々

ルワンダ難民援助にかかわって

ブカブ・コーディネーター　佐倉　洋

はじめに

ルワンダ難民と私の関わりは１０年以上前にさかのぼる。１９８２年当時ウガンダのオボテ政権下で抑圧され排除された彼ら難民達との出会いからである。彼らは村を追われ、職場を追われ、学校を追われ、行き場がなくなり、もといたルワンダに帰ろうとしたが拒否されてしまった。ウガンダにも戻れず、ルワンダにも行けなかったわけだ。祖国に帰って自分の国に住みたいというのが年来の彼らの悲願だった。たとえ永住できなくとも親族や友人への訪問だけでも実現させたいと思っていたのだ。昨年ルワンダで政権をとったＲＤＦ（ルワンダ愛国戦線）は７９年設立されたというが、本格的な軍事活動を初めたのはウガンダでオボテ政権がＮＲＡ（国民抵抗軍）によって８６年に転覆されてからである。８２年に追われたツチの若者達の中にＮＲＡに参加するものが多かった。指導者のムセベニはヒマ族でツチとは同じ遊牧民だった。若者達の中には幹部になるものも出た。ＮＲＡの幹部になったものがそのままＲＰＦの指導者となり９１年、突然ウガンダ側から攻め入った。９２年からはルワンダ政府との政治交渉が始まった。ルワンダ政府はＲＰＦを含んだ多党化に妥協した。９４年４月６日搭乗機が打ち落とされた時もハビジェルマーナ大統領はブルンジのヌタリミラ大統領と政治交渉からの帰途だった。虐殺はこの暗殺の直後から始まった。すでに組織的に準備されていたと見られている。虐殺はフツの民主化やツチを狙ったものだった。５０万人以上が殺された。そして内戦に突入。今度はフツの難民がタンザニアに出た。そして７月には大量の難民がザイールにも流出した。内戦下と難民キャンプの衛生状態の悪さで多くの犠牲者も生じることになった。

５月初め、ルワンダ取材から帰った私にＡＭＤＡからルワンダでのプロジェクトの可能性について打診が入る。是非やって頂きたいと答えた。ＡＭＤＡの夏目洋子さんが訪ねて来る。ルワンダに調査に行くという。一応、ＲＰＦとコネクションがある在ナイロビのカイフラ氏を紹介した、５月２６日帰国、ルワンダ北部のガラマ病院で活動を始めることになった。しかし、コーディネーターがいないという。他にいないのであればと私も行ってみるかと考えその旨ＡＭＤＡに連絡した。しかし、仕事の関係で９月からとなる。７月内戦のため難民がゴマに流入の報が入る。７月２７日ルワンダ緊急報告会を企画。ＡＭＤＡ、カリタス・ジャパン、カトリック正義と平和協議会、それにアフリカ協会も参加した。このときＡＭＤＡはゴマプロジェクトの開始で調査団の派遣を発表した。また帰国中の吉田修医師はルワンダのガラマプロジェクトの報告、フォトジャーナリストの中野智明氏は肝炎で入院だったが体をおして参加し、ルワンダ取材の貴重なスライドを紹介してくれた。ＡＭＤＡのルワンダ難民援助プロジェクトには岡山カトリック教会の原田豊己神父が参加、カリタス岡山とＡＭＤＡなどとの合同の形でＲＲＲＧ（ルワンダ難民支援グループ）を結成し、ザイール内のプ

ロジェクトを始めることになった。そして渋谷健一医師らをザイールに派遣することになった。この渋谷医師のミッションがゴマとブカブのプロジェクトの開始の準備をした。

ザイール・ブカブ・カレヘ医療援助プロジェクト

私がブカブの医療援助にかかわることになったのは9月からだ。それまではツチの難民にかかわっていたのが、今度はフツの難民とかかわることになった。ブカブには約３５万人の難民がいた。私がついた当時はまだブカブの街にも難民テントがそこここに見られ、さながら難民キャンプのようだった。キャンプは大小３０位あり、カリタス、ＣＥＰＺＡ／ＣＥＬＺＡ（北欧プロテスタント）、ＭＳＦ、ＩＦＲＣ、ＣＡＲＥ・ＧＥＲＭＡＮＹ、ＧＯＡＬ、ＣＯＮＣＥＲＮ、といった国際ＮＧＯがすでに活動を始めていた。ＡＭＤＡはＭＦＳから引き継く形でカレヘキャンプの医療をＵＮＦＣＲから任されることになっていた。カレヘキャンプからは人口約１万人、キブ湖に突き出た長さ１，０００メートル、幅２００メートルといった狭い半島上の場所にあった。元飛行場の滑走路とかで木が一本もない。難民のテントは非常に混み合う状態で建てられていた。さながら収容所のようでもある。それでもキャンプは明るい雰囲気で難民達の飲食店など様々な活動も始まっていた。

ブカブからは６６キロだが、道路状態が非常に悪く当時は車で３時間かかった。ことに雨の日などは車がスリップして危険な状態になるほどだ。ブカブの町から飛行場までの道路は一応、舗装はしてあるがメンテ状態が悪く穴ぼこだらけで、よほどスプリングとクッションのいい車でなければ２０キロ以上のスピードは望めない。そこから先キャンプまでは全く舗装はなかった。後、ドイツの半公共団体であるＧＴＳが修理を試み、この状態は改善された。キャンプまでは１時間半で行くことも可能となった。またザイールには電話がないばかりでなく、郵便もない。さらにつけ加えれば銀行も機能していない。まるで陸の孤島のようなところである。無線や衛星放送がなければ仕事は不可能なところだ。

カレヘではすでに妹尾美樹看護婦、五十嵐美紀夫医師らが活動を始めていた。まだ赤痢が深刻な状態で、ＨＣＲのメディカルミーティングでもこれへの対策が話し合われていた。妹尾看護婦らは、すでに２４時間治療の可能な病院の建設やキャンプの病人を連れて来、衛生指導もする訪問チームを始めた。

しかしプロジェクトはまだ正式な契約をＨＣＲと結んでなく、企画書や予算書の提出が求められていた。例えばＨＣＲでは車の購入費など絶対に認めようとしなかった。機械的に１万人のキャンプだからこの程度の予算という頭しかないようだ。とりあえず１０月末から１２月末までの費用１，３８０万ドルで同意した。しかし、本契約は１０月末になった。

１０月はじめ、体調がおかしいと思ったらマラリアに罹っていた。私だけでなく連れ合いの方も、ブカブで罹ったらしい。交通上の問題とＨＣＲ契約交渉のためキャンプには最初に行ったきりだったからだ。復調するのに２週間くらいかかってしまった。

１０月１３日には原田代表が来訪。キャンプを視察した。このときには淵崎雄一医

師と麦島洋子看護婦、バングラデシュのフセイン医師やフィリピンのトニー・マリとガビオラ・フロレィクの２看護婦もキャンプで働き始めていた。２看護婦はルワンダのキガリから来たのだった。妹尾看護婦が欠乏している医薬品の調達にナイロビに行く。一方、ゴマ・プロジェクトを閉鎖し、チームをブカブに派遣することになり、長尾朝人コーディネーターや小林直樹看護士、山田幸子、和気一江、大谷敬子看護婦、ネパールのラメンシュト・プラモード医師やスバ看護士、シタ看護士、それに短期だったが平野恭助コーディネーターらもブカブ入りすることになった。そこで宿舎をそれまでのルイロのＣＲＳＮ（自然科学研究所）京都大研究者の借りている家からチバテイにある大きめの家に移った。このセンターは１９４９年設立でゴリラや蛇、農業、火山などの研究をしている。当初宿舎や車は日本人研究者のものを使わせてもらっていた。なお交通事情もあり医療スタッフはキャンプまで１時間半ほどのところにあるルイロに住んだ。

私は１０月２２日、車の調達で妹尾看護婦と入れ替わりに、淵崎、フセイン医師らの帰国に同行してナイロビに行った。ナイロビ滞在中に連れ合いのマラリアが再発するというアクシデントがあった。ナイロビ病院に通院治療し回復した。ブカブには蚊は少ないがマラリアには注意する必要があるようだ。

ナイロビにではＨＣＲの留守スタッフから車を買う話が一旦まとまったが、その後の連絡がうまく行かず先方では他所に売ってしまった。ブカブではケニアより割安で買えるのかもしれない。特に税金の支払面などで安くなるようだ。ザーイルの行政機構の不透明さによる。

このところ他の日本のＮＧＯ関係ではカリタス・ジャパンとＡＶＮ（アジア・ボランティア・ネットワーク）が活動していた。カリタス・ジャパンはビラバキャンプ、ＡＶＮはバンジキャンプで。ビラバは難民の増加で苦労が多く、バンジは元軍人達のキャンプで子供達の喚声のあるカレヘとは全く異なった雰囲気のキャンプだった。幸いカレヘキャンプではセキュリティーの問題もなく、住民の中にも元軍人の姿は見かけなかった。

年末から１月にかけてむしろブカブのセキュリティーが悪くなった。ＣＡＲＥ・ＧＥＲＭＡＮＹやＧＯＡＬ、ＩＦＲＣの宿舎ＣＡＲＥ・ＩＮＴＥＲＮＡＴＩＯＮＡＬの事務所が何者かに襲われる事件が多発した。ＨＣＲでは要請していた国連軍の派遣がままならず、ザイール軍に夜のパトロールを依頼することになった。新たにザイール兵士数百人がブカブにやってきた。幸い事件は２月にはいると聞かれなくなった。

年が変わるとキャンプの医療事情も改善した。赤痢やはしかもおさまり、多かった栄養不良者も栄養センターのスタッフの努力で少なくなった。ただマラリアやキャンプトイレの衛生状態の悪さから来ると思われるチフスが問題となった。これもラメシュ医師らの懸命の努力で早期発見、治療につとめ犠牲を最小にすることができたようだ。活動の内容が緊急医療から予防医療に変わっていった。ＨＣＲもその辺の認識を持ち衛生指導やトレーニングといった面に重点を移していった。また９５年の新しい予算ではラボラトリーの開設も公認され、機材やスタッフ確保が整い次第開設されるまでになった。

しかし、ＨＣＲ全体の新年度予算の縮小の影響で、プロジェクトの経費も節減を余儀なくされた。一番大きかったのは百人くらいいたローカルスタッフの半減である。２月中にラザックコーディネーターを中心に慎重に準備を重ね、３月上旬に発表した。ルワンダ人とザイール人との間での問題発生が予想され、ルワンダ人チャールズ医師を加えて人選し、彼から発表することになった。人選も公平を期し、看護婦や通訳スタッフにはテストする仕方で行った。当初から妹尾看護婦達が始めたＡＭＤＡの採用方法は好評だった。公平感をもたれたようだ。ただ管理者クラスにザイール人が多かったため一部のルワンダ人に不公平感があったのかも知れない。よく働いてくれた建設関係のチームに辞めてもらわなければならなかったのは申し訳なかった。ただし水供給プロジェクトや必要に応じて大工グループには注文することなどで納得してもらった。幸いローカルスタッフもムサギ・タデーもよく働くのでこちらが感心するぐらいだ。それに運転手にも恵まれた。状態の悪い車にもかかわらず交通事故もなく運行できたのは彼らの慎重運転のおかげだ。また医療スタッフにも恵まれた。ロモヨ医師はじめ看護婦達のまじめな仕事ぶりがなければＡＭＤＡ病院の良さは築けなかっただろう。今後、彼が引き継ぐことで成功に向けて他のスタッフとともに前進することを祈る。不都合は私の力量のいたらなさによるものである。このすべての経験が将来生かされればと思う次第である。

おわりに

ルワンダ難民援助には最初からなぜ虐殺者を支援するのかという批判もあった。これが他の一般の難民援助とは違うところだった。しかしキャンプには子供達や老人の姿も多かった。難民から話を聞くと家族の誰かを戦争でなくしたとか彼ら自身の犠牲も大きかったようだ。確かに「部族対立」の根は深く、解決は容易ではない。国連ではルワンダ国内で人権調査をして正当な裁判のもとに虐殺容疑者を裁くという。もし人権擁護ということであれば国外の難民についても調査をして彼らの人権も守らねばならないだろう。この１年間でどのような進展があるか予想は難しい。ＨＣＲではまず国内難民の帰還を進めた後で本格的な国外難民の帰還に手を付けるという。裁判の進行との兼ね合いもある。難民への食料援助も資金不足で見通しが立っていないという不安要素もある。１年後には帰還か再定住の結論を出すという。再定住には更にザイール内の国境から離れたところが選ばれる。いずれにしても再度の内戦といったことにならないことを望むばかりだ。かってのアフリカ難民の発生は東西対立と社会主義政権の結果によるものが大きかった。エチオピアやモザンビークがそうである。これらの難民達の本国の帰還で多党化や民主主義といった可能性も生まれてきた。アフリカ難民はアフリカの政治の犠牲者だが、逆にその解決に新しい要素も生みだしたと言えるわけだ。ルワンダ難民問題が「部族対立」の解決をもたらす方向で解決されればと願うばかりだ。もしそうなればアフリカ難民はかってもそうだったようにむしろアフリカの希望と言えるだろう。

■旧ユーゴスラビア救援医療活動報告

日本緊急救援NGOグループ

旧ユーゴスラビアでの活動

日本緊急救援NGOグループ(JEN)は1994年1月に発足した日本のNGO間の協力組織である。現在はアジア医師連絡協議会(AMDA)、アフリカ教育基金の会(AEF)、ケアジャパン、国際救援行動委員会(JIRAC)、国境なき奉仕団(BRAJA)、立正佼成会(RKK)の6団体が加盟している。結成の目的は、NGO間の協力の土台を醸成し、同一プロジェクトを協力体制で実施していくことにある。

JENは発足直後の1994年3月にパイロットプロジェクトとして旧ユーゴスラビア支援に取り組むため現地調査団を派遣し、ニーズアセスメントを経て、5月末より、プロジェクトの立ち上げが行なわれた。現在、日本人8名を含む国際スタッフ11名、並びに40名近い現地スタッフの体制で、クロアチア共和国、新ユーゴスラビア(セルビア・モンテネグロ共和国)、国連保護地域を対象に4か所の事務所を拠点として約30にのぼる人道支援活動を展開している。旧ユーゴは、ボスニア・ヘルツェゴビナの前線地帯を除いては緊急事態から復興への移行期にありJEN支援活動も、医療、教育、ソーシャルサービスの3本柱を中心に展開している。JENによる紛争地域での活動ということもあり、日本政府を初め、国連難民高等弁務官事務所(UNHCR)、現地政府関係者、援助対象者の難民、被災民からも大きな期待が寄せられている。JENの活動を通して、NGO間の協力、官民(政府、国連などを含む)協力の新しい芽が生まれつつあると実感している。

現地での活動を通して強く感じることは、協力のメリットである。もちろん、複数のNGOが実質的な協力関係を構築し、維持することは容易ではない。しかし、いざ踏み込んでみると、信頼性、総合力、機動力、補完性などの面で単独で実施するよりも何倍もの力となることがわかった。日本のNGOが今後、真の意味で国際参加を果たしていこうとするのであれば競争ではなく、協力の中にこそ最短の道があるのかもしれない。

ただ、問題提起をひとつ行ないたい。それは人材の確保である。

良い人材は、どんな組織にとっても大切であろうが、NGOにとっても命である。ボランティアという言葉と概念が氾濫しているが、国際参加を果たしていくためには、良い人材(プロ)による活動の実施が不可欠である。ここで言うプロとは、技能、経験、知識、能力という側面と、生活保証からなる2面の意味である。どんなプロジェクトでも中核になる人材はプロであって欲しい。その回りにセミプロ、ボランティアの存在があり、そして組織的バックアップが土台を支えるという構造なしには、なかなか欧米のNGO並みのレベルの活動は難しいように思える。これは、現地で7か月間欧米のNGOと一緒に活動して、痛感することである。多くの日本人が真剣に国際協力を考え始めた今、私たちが直面している優秀な人材の確保という課題もやがて解決されるであろう。その日が一日も早く来るように、一人でも多くの人に訴えていきたい。

JEN 旧ユーゴスラビア
木山啓子

難民Refugees　1995年第1号　UNHCR高田馬場事務所 発行　より

■旧ユーゴスラビア救援医療活動報告

オシエク活動報告

オシエク　コーディネーター　　本所　明美

「Aki、今度はいつショーがあるの？」これは、ガッシンシー集団収容センターを訪ねる度、私の姿を見つけて駆け寄ってくる子供達の質問である。昨年から続けてきた”子供劇場プロジェクト”（３０回のショーをサポートしてきた）が終了し、今年の予定がまだ立っていないとき、この質問は、私にとりとても辛いものであった。

しかし、昨年の活動の成果が認められ、UNHCRから資金を預けることにより、再びプロジェクトを続けることが出来るめどが見えてきた今、私は、５月からスタートする予定で、子供劇場プロジェクトの準備を始めた。今年は、昨年訪ねる事の出来なかった町や、ボスニアとの国境沿いに未だ時々、Shootingの続く町（前回のショーのとき、小学校の先生が何度も握手をしながら今、子供達に楽しみがないーそのときに来て下さってありがとうとお話しして下さったことが忘れられない）、セルビアからの難民の町（バス代がなくて学校にいけない子がたくさんいる）などでのショーを計画中である。また、各々の集団収　容センターからBUSに乗ってここオシエクに来て見る子供劇場でのショーも行う予定である。昨年、私は、難民の子供達にまじって集団収容センターの友達のバンガローに泊まらせてもらい、その夜、幼稚園児に戻った如くワクワクした気持ちで眠りについた。翌朝、集合場所に行って見ると、手にお菓子を持った子供達が続々と集まってきた。これは遠足だ！！と思った。一緒にBUSに乗り込む。自分も子供達に同化しているのがわかる。オシエクまでの道のりは１時間。小学校の先生も付き添って下さっていてBUSの中では歌合戦になった。私も一緒に「幸せなら手をたたこう」を歌った。お菓子をほおばる子もいた。ボスニアの歌を（たぶん、終われた故郷を思い出しながら）歌うときの何ともいえない嬉しそうな、悲しそうな、あの表情を忘れることが出来ない。BUSがオシエクの子供劇場に着くや否や、ほとんどの子供が、お菓子やさん、パンやさんに駆けこんだ。外の空気を十分に味わっている子供達の姿を、こんなにも間近に見ることが出来た私は、今年のショーもすべて成功させたいと心に誓った。

今年は、３５回のショーを予定している。今年に入っていくつかのNGOと話してきたが、どこにいっても「資金がネー・・・」と皆、苦い顔になる。いつも、ショーのたび協力してきて下さった、Red cross のソーシャルワーカーの方々も職がなくなるかもしれないという。難民の子供達に、ソーシャルサービスのプロジェクトを行い楽しみを与え続けているこのソーシャルワーカーの方々がいなくなるなんて・・・

ルワンダ、チェチェン、神戸と人々の注目が移り行く中、ここクロアチアには、戦争のため家を追われたボスニアの人々が未だ、続々と増え続けている。フィールドにいるからこそ知っている現実を強く受け止めると共に、日本にいる方々にもこの現実を少しでも理解して頂ければと思う日々である。

JEN, VUKOVAR
PROJECT REPORT OF MARCH

RAJEEB KHANAL

The War in Vukovar and surrounding has badly affected the socio economical atmosphere. AS a result, there are thousands of Refugee and displaced person from Bosnia and Herzegovina, Croat and UNPA,S.

Although, the local authorities has been trying to provide basic needs of those people, still it much insufficient . It seems that they have limited access for health care. Elderly group are mostly suffering in this situation, who has minimum economical resources even for their daily basic needs. It is far away to think them about their health and purchase the neccessary madicines.

Respecting to this point, JEN has been operating Pharmacy Project in UNPA East in order to support to those needy people, the pharmacy in base in Vukovar. The majority beneficiaries of JEN pharmacy are from Vukovar. These patients come directly to our pharmacy and receive the madicine. The patients out side of Vukovar come thorough United Nations Civilian police stations. In other hand, JEN has established emergency health fund to assist the Refugee, displaced persons and social cases who require hospitalization, operation for chronical diseases.

Till 31st of March, 1697 no. of patients are the beneficiaries of JEN Phaemacy project. Out of them 577 are the chonic cases. The average request for medicine by them is 3.1 times. In March 764 patients received medical assistances. 93.8% of them are from Vukovar, 3.5% are from Ilok and rest are from Dalj, Tenja etc.

JEN has provided medical assistance to one patient for cardiac surgery in this month. so, the beneficiaries of the Emergency health project are eight patients so far.

JEN has been coutinuing to support Sarengrade Old fork house with the medicines according to their need. It shoud be mentioned that in the end of January JEN had delivered ten thousand liters of fuel for the heating system. On the 16th of February, Japanese student of pouchet distribution program, has visited and socialized with the Old people living there by singing and dancing.

From 13 to 17 February, stationary bags made by Japanese mothers and children had been distributed to the all the students of primary schools of UNPA East, sub sector south. The total number of beneficiaries of this program were 9568 children. This program was conduct with the help of six students from Japan.

○ブコバル活動報告要約

ブコバル戦況は社会経済状況に悪影響を及ぼしており、多くの難民が流入している。そのため医療処置は限られており、特に収入の少ない老人は必要な医薬品すら買えない。そこで、JENは国連保護地域東部医薬品供給プロジェクトをブコバルを中心に実施してきた。

患者はほとんどがブコバル内で、直接JENの薬局へ薬をもらいにやって来る。ブコバル外からも＊UNCIVPOLを経て来ている。また、一方で難民のためのHelth Fundも設立した。3月31日までの医薬品供与者数は1697人であり、そのうちの577人は慢性疾患であった。一人当り供給回数は3．1回。3月中に医療援助を受けた患者は、764人で93．8％はブコバルから3．5％はその他の地域であった。また、今月は心臓病患者手術に対する援助も行い、緊急活動は8件になった。JENは必要に応じてSarengrade Old folk houseへの支援を継続しており、1月末には暖房用燃料を供給した。また、1月16日には日本から学生がポシェットプログラムでやってきて老人センターで交流した。2月13～17日には、国連保護地域東部の小学校の子供達、9568人に日本の親子が作った筆箱を配った。このプログラムは6人の日本の学生によってなされた。

＊UNCIVPOL（国連文民警察）・・各地域を巡回する際、処方箋および医薬品の運搬をしてくれている。

ベオグラード活動報告

Beograd coordinator 山本邦光

JENのofficeが設立され、早9ヵ月、UNHCRとInplementing Partner（実施団体）として契約を結び、活動を開始してから早、半年が過ぎました。活動開始当初は現地政府などの関係など、多くの困難にも直面しましたが、現在では国連、現地政府などより高い評価を受け、セルビア内の他地域へのプロジェクト拡大の要請を強く受けています。JENセルビアのプロジェクトは「ソーシャルサービス」の一つのみとなっていますが、現在2つのオプスチナ（行政自地区）で、3つの公共センターならびに、3つの集団収容センターで約2,000人の難民ならびに社会貧困層の人々のために活動を行っています。以下に現在行われている活動場所、内容を記します。

活動場所

○；パリルラ公共センター　（パリルラ・オプスチナ）
○；ボルチャ公共センター　（パリルラ・オプスチナ）
○；コビロボ集団収容センター　（パリルラ・オプスチナ）
○；クリノッチャ集団収容センター　（パリルラ・オプスチナ）
○；オブレノバッツ公共センター　（オブレノバッツ・オプスチナ）
○；ウシチェ集団収容センター　（オブレノバッツ・オプスチナ）

活動内容

○；女性のための活動　（編物、レース、刺繍）
○；文化・レクリエーション活動　（ギター、絵、踊りスポーツ）
○；外国語　（英語、ドイツ語、日本語）

女性のための活動

現在私達は6つの活動場所すべてで、女性のための活動を行っています。この活動はただ単に、難民の女性達に編物を編んでもらうのではなく心理学者の人に編物のクラスに参加してもらい、精神状態が異状な難民の人達に精神的に、リラックスしてもらい、おちついた状態で会話をしながらの社会心理カウンセリングをかねたクラスです。基本的には女性のためのクラスなのですが、興味を持った難民男性達もときには女性達の中にまじり、JENの心理学者の話を聞きに来ます。

文化・レクリエーション活動

絵ギター、踊り、スポーツなどの文化・レクリエーション活動を各集団収容センターで行っています。対象者は難民の子供達が中心ですが何人かの老人も絵のクラス等に参加しています。将来的に難民によるギターの演奏会、難民の子供達の描いた絵の展覧会などを開ければよいと考えています。

外国語

現在6ヵ所の活動場所にて英語を、数ヵ所の活動場所にて日本語、ドイツ語のクラスを難民の子供を中心に行っています。今まで希望を失いかけていた難民の子供達は英語等の外国語を習うことにより、将来への希望をもつようになってきました。今まで全く英語など話せなかった難民の子供が、今では簡単な会話が出来るまでになってきました。

カウンセリング

難民老人を対象に、個人並びにグループカウンセリング、および家庭訪問を行っています。グループカウンセリングでは、心理学者並びにソーシャルワーカーの人達に毎回トピックを用意してもらい、そのトピックについて２０～３０人の難民の人達が話し合いながら、カウンセリングを行うという形で行っています。また、家庭訪問は現在９５％を占めるという、一般家庭に滞在している難民の６０歳以上の老人を中心に私達の心理学者およびソーシャルワーカーが１チームとなり、家庭訪問を行っています。多くの難民老人の人達は、２～３年もの間一歩も外へ出たことがなく、他社会から疎外されていたため、号泣される方も見られます。

JENのベオグラードでのプロジェクトが高い評価を得ている理由の一つとして、私達はニーズにあった活動を行っているということが言えます。多くの欧米の援助団体は自国の援助メリットを援助国に持ち込み、押し付けがましい援助が多々見られます。私達は活動を開始する前、現地スタッフ、援助対象となる難民の人達としっかり話し合い、ニーズにあった活動を目的として活動を開始しました。昨年末に私達の活動を視察した、UNHCR旧ユーゴスラビア、ソーシャルサービスセクション最高責任者のアーシャ女史は、「今までこんなに素晴しいソーシャルサービス活動は見たことがない。」と絶賛され、またUNHCRベオグラート・ソーシャルサービス担当者のジャコブ氏は、コビロボ集団収容センター視察後、「JENが活動を開始する以前にセンターを訪れたが、そのときと比べ難民の精神状態が著しく向上された。」との評価をいただきました。今後も難民の人達のためにニーズに合った活動を行っていきたいと思います。

JEN：精神面の支援をするNGO協力組織

「まず誰が読みますか」

元気のいい先生の声が響くと、テーブルを囲んだ15人ぐらいの生徒たちの手が一斉に上がる。場所はベオグラード近郊難民収容センターの一室。日本のNGO、「日本緊急救援NGOグループ(JEN)」が難民のために開く英語クラスである。十分な暖房がないため、皆オーバーを着たままだ。大半が小学生の年齢の子どもたちだが、おじいさん一人を含む大人の生徒も数人一緒に学んでいる。第三国定住の実現する日のために、外国語を学んでおきたいという難民は多い。それは、難民としての生活のつらさを紛らわすためでもあろう。

すでに戦争が始まって3年がたつ旧ユーゴスラビアでは、食糧や日用品の配布と共に、精神面での支援が重要な部分になっている。家族や財産を失い、故郷に帰る見通しも立たず希望のない日々を過ごす難民たちは、精神的にも追い詰められている。離れ離れになった家族の安否がわからない難民も多い。ここではUNHCRが、世界食糧計画(WFP)、ヨーロッパ連合(EU)、UNHCRが赤十字などと協力して食糧、日用品を難民に配っているが、カウンセリングや精神面でのサポートという極めて細かい対応が必要な部分には、NGOの活動が欠かせない。カウンセリングは、自分を見失ってしまった難民たちが人間らしい心や自尊心を取り戻すためのセラピーなのだ。NGOの連合体であればこそ、各施設の細かなニーズに応じた対応が可能になる。セルビアとモンテネグロで構成されるユーゴスラビア連邦共和国(以下、新ユーゴ)では、UNHCRのパートナーとして活動するNGOのうち、半数以上はこうした難民の心理的な支援という分野での活動に携わっている。

難民への心理的な支援の分野では今回の活動が初めてだったJENは、同様の分野で経験が豊かなデンマークのNGO、デンマーク難民協議会(DRC)のコミュニティ・ルームを参考にしたという。コミュニティ・ルームの運営、各種クラスの開設をめざして、JENは半年間に新ユーゴでソーシャルワーカーなど現地スタッフ30人を揃えた。規模はまだ小いが、日本のNGOも着実に評価を得つつある。

JENの木山啓子さんは、「顔の見える援助がしたい」という。日本人が実際に現地で活動して、直に難民と接し続けることで、地元の評価も得られ、さらに肌理(きめ)の細かい援助ができるようになることを目指している。UNHCRの活動を支えているのは、一人一人の難民の声に真剣に耳を傾ける、こうした人びとなのだ。

UNHCRベオグラード
西村 洋子

難民Refugees　1995年第1号 UNHCR高田馬場事務所 発行より

ソマリア難民キャンプ２月活動報告

ホルホル・キャンプの診療所で多数のマラリア患者が発生したため、今月は殆ど毎日このキャンプを訪れた。２月第２週半ばに、ホルホルのセクションAに住んでいる９才の少年が、１週間前に発病したマラリアが悪化し瀕死の状態で診療所に運び込まれた。我々の努力もむなしくこの少年は死亡してしまった。この死の原因は抗マラリア薬の服用が不十分で脳の合併症を引き起こしたか、マラリア自体が抗マラリア薬に対して耐性があったためだと考えられる。この少年の死がきっかけとなって、２月１２日にマラリア治療センター（ＭＴＣ）を設置した。ここでは、マラリア治療薬の適切な服用やマラリアの抗マラリア薬に対する耐性化の防止等に特に留意して活動を行った。同時に関係団体に協力を申し出、ＵＮＨＣＲ、ＭＳＦ、ＵＮＩＣＥＦから殺虫剤噴霧機具や残留性殺虫剤の供与を頂き、２週間でマラリアを鎮静化することができた。

１．医薬品

２月第２週に厚生省の薬局であるファーマプロより、クロロキン・ドキシサイクリン・バクトリムシロップ等の医薬品を人道援助として頂いた。ただ、一部の医薬品は使用期限切れだったため破棄せざるを得なかったが、早急に期限切れ間近の医薬品リストを作成するつもりにしている。尚、寄付頂いた医薬品のうち難民キャンプで不必要な医薬品は他の病院に寄付する方が良いと考えている。

２．エチオピア難民帰還とアウル・アウサキャンプの閉鎖

今月は、アウル・アウサとアリ・アデ難民キャンプからの難民帰還が毎週月曜日に実施された。この２つのキャンプから帰還した４４５３人の難民のうち、約２５％にあたる１１０３人がアリ・アデ難民キャンプからの帰還である。また、２月２６日にアウル・アウサキャンプから帰還した難民は１１８人のみであった。アウル・アウサキャンプの閉鎖は２月２８日に公式発表となった。

帰還完了とそれに伴うキャンプ閉鎖は難民問題の最終的目標が達成されたことを意味する。アウル・アウサからのエチオピア難民帰還の終了後、残りのソマリア難民１５０６人はアリ・アデキャンプに移送された。

３．現地医療スタッフの配置転換

２月１日、難民局は看護婦のキャンプ間での配置替えを行ったが、これは現存する医療状況に適切な医療サービスの運営を向上させることを目的としたものである。例えば、アウルアウサキャンプの小児科看護婦はホルホルキャンプの主任看護婦になった。

アウル・アウサよりアリ・アデに難民が移動したことにより、新たに２つの居住区ができあがり、そのうちひとつは診療所よりかなり離れたところにある。この２つの新居住区での医療状況の悪化を最小限にするため、以下の点を関連団体にリクエスト

するようにしたい。

(a) すべての居住区に安全な飲料水を常時確保すること。

(b) 排泄物やごみの処理を適切に行うこと。

(c) ＣＨＷ（Community Health Worker）を新居住区にひとりずつ配置すること。

(d) 食料品およびその他物品の配布をすべての難民に公平に行うこと。

(e) アウルアウサから移送された難民に対応できるよう、栄養補給センター割り当ての食料を増やすこと。

4．予防接種

予防接種の普及度を高めるために、２月の第１週にアリ・アデで予防接種キャンペーンを開始した。通常、ＣＨＷが担当のセクション（居住区）の予防接種を完了していない５才以下の子供を連れてきたのを受け、ＡＭＤＡの予防接種チームが身長と体重測定を行った後、予防接種カルテに従って予防接種を実施する。この際、ビタミンＡの配布も行うようにしている。来月は同様のキャンペーンを他のキャンプでも行うよう計画している。

5．小児科健康診断プログラム

２月８日より、各キャンプの学校でこのプログラムを開始した。多数の子供に不衛生、皮膚病（湿疹、疥癬、菌腫）などの症状が見られた。特に伝染性の疾病については適宜診断と治療を行い、感染を防ぐようにしたい。また、衛生教育を行い、全員に駆虫剤を配布した。この活動は継続して行うようにしたい。

6．公衆衛生知識の普及

キャンプ内での衛生に対する意識を高めるため、現地の医療スタッフとキャンプのリーダーを集めてミーティングを行った。このミーティングを通じて難民が抱えている問題を聞き、その問題に対して自分たちで解決方法を考えてもらうようにした。加えて、難民の衛生知識、例えば予防接種、衛生環境、母乳保育、栄養失調などの一般的な知識に関する調査を行った。これらを通じてＣＨＷや難民を対象にした衛生教育プログラムの更なる充実をはかりたい。特に難民の中には、衛生に関する興味を失い、学び実行しようとする態度に欠ける面がある。公衆衛生知識は疾病率、死亡率の低下のためには欠かせない要素である。

7．給水問題

ジブチではこれから夏に入りキャンプでの水不足問題が浮上してくるのは必須である。特に、アリアデキャンプの難民たちは今月でさえ何度も水不足に苦しんでいる。この水不足は貯水池を定期的に補水しないことが原因だが、このような人為的な水不足のせいで、難民たちは結局のところ水溜まりや小川から不衛生な水を飲む他に選択の余地がない。この状態が続くとコレラなどの下痢性伝染病が発生した場合の対処にも限界が出てくるため、関係団体に長期的解決手段の適用を要請するつもりである。

■ソマリア難民救援医療活動報告

活動を終えて

河田聡子

私は、1994年10月から12月までジブチ共和国でのソマリア、エチオピア難民プロジェクドに参加しました。これは私にとって、1993年８月から12月に続く２度目の参加でありました。

アリサビエに到着するまで

アリサビエに到着するまでは、ちょっとした珍道中でありました。
前回に引き続き今回も、私はタンザニア経由、タンザニアエアラインを使って入国しました。昨年は、タンザニアのダルエスサラームからジブチへの片道切符を買うのに何の問題もなかったのに、今回はいきなり「片道切符は売れない」と言われてしまいました。なぜ売れないのか、と尋ねると、「このところソマリア人がジブチへと逃げ込みそのまま出国しないからだ。」とのこと。「見るからに黄色人なのになんということでしょう。」と思いながらも、ＡＭＤＡの名前を出してタンザニアエアラインのジブチの責任者に連絡をとってもらいました。そうしないと飛べない程のドルしか私は持っていなかったのです。
無事にチケットも買うことができ安心したのもつかの間のこと、離陸が６時間も遅れてしまいました。空港内からは、TEI やFAX をするのが難しくそのままジブチへと向かいました。ジブチへ到着したのはなんと夜中の12時でありました。
ジブチへ行ったことのある人は御想像がつくかと思いますが、夜中は殺伐とした人影のない所です。ほんの数人のアラブ系の乗客とともに降り立った私が途方に暮れていると、タンザニアエアラインの責任者が「何か困っていますか」と尋ねてくれました。彼に換金をしてもらい電話を借りてオフィスに連絡を試みましたが通じず。ジブチタウンのオフィスにタクシーでたどりつける自信もなかった私は、空港内に泊まれる可能性について尋ねたところ「安全だから問題ないよ」といってガードマンに私を預けて帰ってしまいました。こんな調子で、誰もいない冷房の効きすぎた出国フロアで第１日目が過ぎました。翌朝早くに目覚め、早速タクシーに乗ってアリサビエ行きのバスターミナルへと向かいました。最初はアリサビエホテルについてしまうなどのハプニングはあったものの、無事にその日最初の乗客となることが出来ました。

アリサビエ、人々

一面褐色の大地の上にところどころ緑がある、そんな風景のなか１時間半程バスで南下するとアリサビエに着きます。アリサビエは、「安全な町」です。夜中でも女性が一人で散歩できる、外国人として特に何かを求められることのない、自然に暮らせる所だと、私は思います。ジブチの人と友達になり遊びに行くと、いつでも対応してくれ歓迎してくれ「泊まっていってもいいよ。」といってくれます。実際に友達の友達の家に遊びに行ったときに初対面でも泊めてくれました。いわゆる日本で気をつけるような、ご飯どきの訪問を避けるとか、お土産を持っていかなければ．．．等の気づかいも必要とされておらず、またどうして訪ねてきたのかということは気にせずに、訪ねられたことをおもいきり喜んでくれるような人々でした。この彼らの自然な人とのかかわりかたは、難民キャンプの人々とアリサビエの人々の関わり方のなかにも見ることが出来ました。ソマリア難民の中にはジブチの多くの人と同じ部族である「イッサ」の人々が多おり、彼らは国籍やステイタスよりも部族を重んじているように見えました。そして難民の中に親戚がいるジブチ人も少なくなく、難民キャンプの人との結婚もめずらしくありませんでした。彼らにとっての国境はもともとそして今もないはずのものだとつくずく感じました。

難民キャンプ

私にとってのキャンプの活動は、２度目とはいえなかなか難しいものでした。というのは、1994年の１月から、ＡＭＤＡはＵＮＨＣＲと提携し、ＭＳＦが去った後キャンプでただ一つのＮＧＯとなっていた からです。
1993年中私は、ＣＨＷ (Comunity Healthworker)と共にテント周りをし、キャンプのなかの人々の生活に興味を持ってやってきました。けれども、今年はただ一つのＮＧＯであるＡＭＤＡとジブチの政府の難民局であるＯＮＡＲＳが役割、責任を分担しており、ＣＨＷの活動と衛生面に関しては、ＯＮＡＲＳが責任をもっていましたし、ＡＭＤＡは栄養失調児センター、診療所の責任を持っていました。一番難しかった点は、物資の管理に関することでした。一ヵ月分もつはずの灯油や、食料が、月の途中でなくなってしまったりそれに伴って栄養失調児センターがストップしてしまったり、ということがよくありました。原因は確かでないこともありましたが、誰かが他の人にあげてしまったことが多かったよ

うに思います。でもそれは今までの文化にもとづいて長老にあげたり、そこにあるから使う、なければ使わないと言う自然な発想のもとに行われるような気がするとき、よそ者である自分が物事を管理する事へこだわらずにはいられませんでした。

もう一つこだわって止まないことがありました。それは　これら4つの難民キャンプのありかたでした。難民帰還で多くの人がエチオピアに帰りました。そのとき、彼らはUNHCRから30ドルと、毛布と家庭用品をもらうことが出来ます。だからでしょうか、何回も帰還してはキャンプに戻り又帰還する．．．そういう話も実際に帰ってきた人も多くありました。彼らにとっては食料の手に入る場所へ移動してきたにすぎません。けれども、キャンプで働くスタッフのなかには、「これはジブチ政府とUNHCRのビジネスだ。」という声や、「我々は遊牧民である難民を甘やかしてだめにしている。」という声も聴きました。難民局を政府が持っている国であることや、UNHCRの現地スタッフはジブチや他のアフリカの人で、生活の糧が難民キャンプの仕事だということを考えるとき、スタッフの声に耳を傾けて共感してしまう自分を感じました。一体誰が帰還される難民の帰る先での受入れ、十分に食べていけるのか、復興事業があるのかなどの情報を集めて帰還への判断にいったったのか、どうして再度こんなに容易にキャンプへ戻って来れるのか等度々考えてしまいました。いずれにしても帰還したりキャンプに戻ったりを繰り返せるという状況は、自分たちの国でやり直す力と気持ちを弱くしていることは確かなのではないでしょうか。今こそ復興に共に協力してくれることのほうが、彼らには必要なのではないでしょうか。AMDAにとっても、どういう判断でこのプロジェクトを続けていくのか考える時なのではと思わないではいられません。

DJIBOUTI / REFUGIES

Le camp d'Aour-Aoussa définitivement fermé

Une opération d'envergure de rapatriement de réfugiés éthiopiens s'est déroulée mardi dernier, en collaboration avec l'ONARS, le Gouvernement éthiopien et le HCR. Cette initiative marque aussi la levée du camp d'Aour-Aoussa qui cesse d'exister avec ce dernier départ massif de ces occupants. Ouvert depuis 1991 en raison de la recrudescence des conflits et des catastrophes naturelles ayant affecté les pays de la sous-région, le camp d'Aour-Aoussa n'a cessé d'accueillir de plus en plus de réfugiés éthiopiens en particulier, dont le nombre atteindra même 12.000 déplacés. La seconde phase comparable à celle d'Aour-Aoussa sera entamée début avril ; étant donné le poids social assez lourd que ce problème pose, Djibouti peut entrevoir l'avenir avec quelques lueurs d'espoirs... et grosses bouffées d'oxygène.

AMDAが担当していたアウルアウサ・キャンプの閉鎖を報じる95年3月2日(木)付けの「La Nation」(ラ・ナシオン)

要約

エチオピア政府、ジブチ難民局、UNHCRの協力体制のもと行われたエチオピア難民の本国帰還が終了、2月28日をもってアウル・アウサキャンプは閉鎖となった。同キャンプは本国での政治的要因と自然災害が重なり流出を余議なくされていた。このキャンプでは12000人ものエチオピア難民を収容していた。

ジブチ共和国
ダル・ハナン病院再建プロジェクトに参加して

看護婦　越智初美

私がAMDAに入会したのはちょうど1年前です。入会して間もなく本部の方から「ジブチへ行きませんか。」と声がかかりました。中学の頃から国際医療に協力することを夢見、そして看護婦として働き始めてこの3年間、強力にその思いをよせていた時期です。しかし、その言葉を聞いた瞬間はっきりいって戸惑いました。ジブチというきいたこともないような国、しかもアフリカ。水も電気もなくただ貧しい人達が飢えに苦しんで生活しているというイメージしかなかったからでしょうか。6月・7月には日中50度近くになるという気候の中、きれいで豊かな国日本で育ってきた私なんて一気に病気になってしまうのではないか、語学力もないのにどうやってコミュニケーションを図るのか、看護婦としての経験年数も浅く足手まといになるのではないかなど、たくさんの不安が頭の中を横切ったのです。それからしばらくして、ジブチへ行くことを決意し、いろんな不安を胸にかかえその国へ向かいました。

そこで待っていたのは今まで見たこともないゆっくり時間が流れているような世界――草や木、花もなく、ゴミや動物の糞ばかりの乾ききった土地。競争社会からほどとおくかけはなれた、のんびりとした生活をしている人々、そしてAMDAジブチの人達でした。

水道からの水は一日中出る訳ではなく、しかも塩辛く、シャワーを浴びる時目に入ると非常に痛く、その上溝臭く、歯を磨くのにも困りました。食事は毎食バングラディシュ料理でカレー風味。はじめはおいしく食べていたけれど、3か月過ぎたら頃から身体が受け付けなくなりました。コックのソフィアには悪いと思いつつ、日本から届いたお茶漬け、ソーメンやうどん・おもちを食べ、時にはイスラム教のDRたちの目を盗み、ソーセージやハムなどこっそりかくれて食べたりすることもありました。

生活の中で不満というものはなかったけれど、1つ大きな問題を挙げるとしたら、それはここに来る前から思っていた言葉の問題です。話すことはもちろん、理解することもできず、人と話すことを避けていた時期も正直言ってありました。しかし、私が理解できるまでゆっくりと何度も話してくれ、YES・NOしか言えなかった私に話す勇気を与えてくれた人がMr　RazzakとMiss　Gitaでした。

活動していたDar　El　Hanan病院はAMDAオフィスから車で、ラクダやヤギ・ヒツジを見ながら5分くらい行ったところにあります。決してきれいとは言えない病院・・・門を入るとなんとも言えない悪臭とおもわず顔を手で覆ってしまいたくなるようなたくさんのハエ、壊れた窓ガラス、壊れたトイレ、ねこまで5～6匹住みつき、そしてそこには食べて飲んでおしゃべりすることが大好きな看護婦達がい

ました。私達が活動の場としていた手術室は使用していないせいか、比較的きれいでA／Cまでついていました。しかし、麻酔機以外の機械はすべて使用不可能、つまり壊れていたのです。それから機械がなおるまでの6か月間、ジブチ政府のペルティエ病院へ行った日々もありました。ダル・ハナン病院で予防接種・臍帯処置などを行った日々もありました。私も日本人です。ここののんびりさにイライラしてしまうこと、すべてが許されてしまうこの国にのめり込むのもこわい気がすることもありました。3か月が過ぎ、半年が来る頃、ようやく機械が修理されました。しかし、それと同時に私が日本へ帰る日も近づいてきました。もう少しジブチにいたい、そして1回の帝王切開でいい、AMDAのスタッフと行うことができたら・・というのが正直な気持ちでした。

ジブチでの半年間――それは忘れようにも忘れられない私にとって最高の経験、そして思い出となるでしょう。

ジブチでの生活を支えてくださった岡山本部、東京オフィスの方々、永野さん、よし乃さん、聡子さんをはじめ、アリサビエ・メンバーの人達、そして半年間生活を共にしたジブチメンバーの人達、明子さん、Mr Razzak、Dr Rahman、Dr Shankar、Dr Harun、Dr Genesh、Miss Gita、純子さん、そしてローカルスタッフの人達に感謝します。

■カンボジア救援医療活動報告

THE TREND OF DERMATOLOGICAL CASES IN THE OUT PATIENTS DEPARTMENT OF A DISTRICT HOSPITAL OF CAMBODIA

DR. SANGEETA BARAL BASNET (B. Sc., M. B. B. S.)

Abstract :

A total number of 10240 out patient cases have been consulted in a district hospital of Cambodia from May 1st 1994 to January 31st 1995 _ a period of 09 months . A total number of 857 (8.37%) cases of dermatological problems have been reported here during this period . The occurrence of skin diseases in children (12.32%) is higher than in adults (5.67%). It has been found that scabies , bacterial skin infection , fungous infection are some of the common major skin problems . More than half of those prevailing problems can be prevented by basic sanitation and personal hygiene . This study will be of help to understand the magnitude of skin diseases and also for the planning and management of district level health services .

Introduction :

Due to nearly two decades of civil war and political instability , very little study has been done in the past . There is a problem of proper data collection and its utilization system in this country . therefore it is even more difficult to get district level health information . Hence the lack , hampers the work in every aspect . The clinical study of dermatological diseases has been done in one of the district hospitals of the Kingdom Cambodia which has been supported by a N. G. O. (AMDA) . This study is bound to be of great help in the future for people holding interest in this field .

There is a severe death of doctors experienced or trained in handling dermatological diseases . Therefore the district population have to reach the capital city to get services .

Phnom Srouch District Hospital (PSDH) is situation about 70 km southwest of the capital , Phnom Penh . The near totally destructed hospital during the civil war , has been completely renovated , rebuilt and has reestablished its services through the support of the AMDA Cambodia Project . After the reestablishment the number of OPD consultation varies from 50 to 178 patients per day in comparison to 3 to 10 patients per week before the involvement of AMDA .

A clinical data analysis system has been developed since April 1994 . The total number of out patients from May 1994 to January 1995 (9month) were 10240 Out of these , 857 cases i. e. 8.37% were clinically diagnosed as dermatological diseases . However a comparison with a data of the past is not possible due to the lack of any such information . The present study conducted is bound to be of help to the district hospital doctors , planner and / or manager to anticipate and manure the burden of the skin problems at the district hospital .

Methods And Materials :

The general morbidity pattern of the dermatological cases at the district hospital has been analyzed and

found that inadequately as well as unscientifically treated patients are one of the major skin problems in the district. A special skin O.P.D. clinic has been arranged at least twice in a week. The expatriate doctor (experienced in dermatology) conducts the clinic by both consultation of the patients as well as managing all the darmatological surgical-instrumental procedures. In this overall arrangement at times she had to seek the help of the Cambodian doctors for interpretation to and from the patients due to the language barrier. Nevertheless the hurdle has been overlooked easily and detailed history, which is vital in the treatment of skin disorders, has been managed to be obtained by the doctor. In every case, proper history taking, clinical examination, appropriate management then a follow up has been carried out routinely. Any minor/instrumental procedure in relation to the management of the patient has been dutifully conducted, in the minor surgery deportment of the district hospital. All the medicines provided has been free of cost to the patients.

The monthly distribution pattern of the cases, since May 1st, 1994 to Jan 31st, 1995 has been reported in this paper.

Results:

the total number of cases consulted and managed at P.S.D.H. were 10,240, between May 1994 to January 1995. The number of adult cases are more than the number of pediatric cases in the general O.P.D. patients. (table No.1).

Table No.1. Age group distribution of general O.P.D. patients in the P.S.D.H. from May 1994 to Jan.1995.

Age Group	No. Of Patients	Percentage
0 _ 14years	4066	39.70 %
15years above	6174	60.26 %
Total	10,240	100 %

In the dermatological cases, however, the number of pediatric cases has been found to be more than the number of adult cases. It has been distinctly disclosed that the dermatological ailments are more prevalent amongst children than in the adults. (Table No.2).

Table No.2. Age group distribution of the dermatological cases in P.S.D.H. from May 1994 to Jan. 1995

Age Group	No. Of Patients	Percentage
0 _ 14years	501	58.46 %
15years_above	356	41.54 %
Total	857	100%

The maximum number of cases has been found in the month of September 1994 . The occurrence of skin diseases has been noticed to peak at the height of the hot and moist months (August'94 and Sep'94) and also in the hot and dry months (Dec'94 and Jan'95) Table No 3 .

Table No 3 :Monthly age group distribution of the skin diseases at P.S.D.H .

Month	0_14years . pediatric cases		15year_above Adult cases		Total No. of cases	
	Total	skin cases	Total	skin cases	TotalOPD	Total skin
May'94	434	37(8.53%)	539	05(0.93)	973	42 (4.32%)
Jun	541	43(7.95%)	841	24(2.85)	1382	67 (4.85%)
July	420	41(9.76%)	737	29(3.93)	1157	70 (6.05%)
Aug	377	57(15.12)	638	43(6.74)	1015	100 (9.85%)
Sep	516	94(18.22)	895	57(6.37)	1411	151(10.70%)
Oct	587	60(10.22)	766	59(7.70)	1353	119(08.80%)
Nov	479	71(14.82)	703	34(4.84)	1182	105(08.88%)
Dec	323	36(11.15)	530	48(9.05)	853	84(09.85%)
Jan	389	62(15.94)	525	57(10.85)	914	119(13.02%)
Total	4066	501(12.32)	6174	356(05.67)	10240	857(08.37%)

Contagious skin diseases like scabies , bacterial infections and fungus infections were found to be the most common ailments (24.27%, 21.59% and 8.28% respectively). These are closely followed by dermatitis (eczema) and folliculitis-skin and scalp both (8.05% and 6.53%). This incidence is amongst all age group patients . In children bacterial infection of the skin and scalp_ (streptococcus, staphylococcus) boils impetigo icthyma & suppurative skin infections top the list . Lupus Erythrometosus of the lip specially the lower lip is another common disease among the pediatric age group . This could be due to the strong tropical sun and the brown skin of the locals , which is exposed to the scorching sun .

As for in adults , scabies tops the list of occurrence. Ponpholyx , Psoriasis &S.T.D. has not been doubted or detected in children. However there was a single case of psoriasis in a small boy who come from a very distant village and did not turn over for follow up . A significant number of abscesses , cheilitis , L.E. of lower lip , allergic skin condition have been found . The incidence of folliculitis is significantly higher in the pediatric age group (9.38%) than in the adults (2.52%) . One of the most logical interpretation to this could be the unawareness of the prevailing unhygienic environment and condition in which the children play and stay . 5.62% cases of unexplained pruritis has been reported in the adults . The incidence in children being very low (0.60%) . during the entire period of 9 months only 7 cases of S.T.D. has been diagnosed . More than the low incidence, social stigma and inhibition attributes to this low turnever of S.T.D. cases . In a country which has a booming sex business ,

STD could never be so little in occurrence . The other diseases include foreign body , steroid over / misuse , acne , chanare , nailinfecluon , cellulitis and sebaceous cyst . There were three reported cases of Leprosy (Honesens Disease being the more common terminology locally). Not even a single case of AIDS has been suspected a diagnosed during the 9 months (table No 3) .

Table 3 _ distribution of skin cases in children and adults in PSDH during May 1994 _ January 1995 .

serial No	SKIN PROBLEM	No of Cases in Children%	No of Cases in Adults (%)	Total Cases (%)
1	Scabies	137(27.34)	71(19.94)	208(24.27)
2	BacterialSkin Infection	148(29.54)	37(10.39)	185(21.59)
3	Fungal Skin infection	43(8.58)	28(07.86)	71(08.28)
4	Eczema/Dermatitis	31(6.19)	38(10.70)	69(08.05)
5	Folliculitis	47(9.38)	09(02.52)	56(06.53)
6	Abscess	25(4.99)	10(02.81)	35(04.08)
7	StomatitistL.E	17(3.39)	14(03.93)	31(03.62)
8	Allergic Skin Disorder	10(1.99)	14(03.93)	24(02.80)
9	Pruritis	03(0.60)	20(05.62)	23(02.68)
10	Psoriasis/Para_ psoriasis	00(0.00)	18(05.05)	18(02.10)
11	Pompholyx	00(0.00)	13(03.65)	13(01.52)
12	Sexually Trans_ milted Diseases	00(0.00)	07(01.97)	07(00.81)
13	Foreign Body _ Granuloma(in the soft tissue)	02(0.40)	05(01.40)	07(00.81)
14	Heat Rash	03(0.60)	03(00.84)	06(00.70)
15	Others	35(6.99)	69(19.38)	104(12.30)
	Total	501 (100%)	356 (100%)	857 (100%)

Discussion :

In and around the district hospital area , a significant number of patient (08.57%) has been affected by dermatological problems . Some of the patients have come other districts as for as 40_50 Km and from the provincial centre (Kom Pong Spue) which is 20 Km from the Phnom Srouch District Hospital . The occurrence of skin problems amongst the children (12.32 %) than in adults (5.67%). The lack of general child care which is attributed as the main cause , is a paradoxin , as be cause the diseases are most likely welcomed due to lack of proper child care but on the other hand they have been nrought to light . ie. for treatment because the parents care for their children . The adults have been noticed to suppress their ailments but are quite cautious about the children . Even in extreme poverty the care , love and attention for the children is indeed touching
and praiseworthy . This sort of attitude is not so frequent in

other poverty stricken parts of the world . The other reasons for higher role of morbidity in children could be pour nutrition ,poverty delayed demand by the children about their problems to the elders and lock of awareness about skin care . Since most of the skin ailments are not life threatening this could be another for the late arrival or pay no visit at all in some cases .

It has also been observed that the occurrence of skin diseases has been found to be higher in the peak of the hot and moist (August $ September) and hot and dry (December $ January) seasons . The major bulk of the problems comprises of infections like scabies , bacterial skin infections $ fungal skin infection (54.14%) . Amongst the children , bacterial skin , scabies , folliculitis $ fungus infection are some of the common problems .

The tropical climate (which is hot and moist), lack of personal hygiene , dearth of community water supply , overcruwdingliving , faulty and unscientific use of skin medication at the inadequate medication ; application of traditional medicine on the skin , lack of awareness about skin care and general health and M.C.H. education and of course poverty are the major identified factors for the incidence of the skin diseases .

Also there has been a number of cases of foreign bodies in the soft tissue ,which present themselves due to grossinfection and local F.B granuloma . The foreign bodies range from sugercane splinters to wood splints , bullets and its fragment $ crab shell pieces . These were managed by minor (intermediate) surgical maneuverings and medical treatment .

Three cases of Hansen's disease have been diagnosed . All of them were longstanding cases , specially one of them has been harboring the disease for more than a 15 years , which the patients revealed on detailed history taking . It has been also said that during the Khmer Rouge Regime (between 1975_1979) almost all slan diseased people were executed ; specially the ones with Hansen's who were considered a burden to society .

During the entire period one cases of anthran has been diagnosed clinically (lack of laboratory services prevents tests for lab. confirmation) . Even on repeated questioning and observation similer case was not reported or spotted .

Stervid overase (orallyt locally) have been found in a number of cases . On careful history taking pharmacy owners , health workens and traditional healers are responsible for this job . In fact over use of many drugs is quite common . On the otherhand S.T.D. cases are sporadic (0.82%) this is because of inhibition , skyness and social stigne people by and lerge dislike to reveal their problems and secrets at the hospital . There has been no clinical detsction of a case of A.I.D.S. In one study done in Cambodian MOH and Pasteur Institute , 30_38% of the prostilutes are HIV positive . The prostilutes estimeted papulation was 20,000 in the capital city only . There is a significant number of prostitutes in the districts as well but there is lack of deta on it . Family planning has not been practiced or preached , Condom is not easily available or accesible due to the high price rate . Most of the people have little idea or concept on family planning methods there condom is rarely usad , and its importance not recognised .

The psychological aspect of skin problem is very importand

and because of unsatisfectory experience , some ailments like unexplained itching erythema , acne , eczema etc are but to be expected . Traditional believe of wearing girdle strings with metal lockets (ironis common) aggravales existing eczema or furgal and even scabies . This can even be the cause of the disease . Another after effect of the Pol Pot regime is a few cases of extensive contact dermatitis which the patients acquired then , due to repeated long hours in the during / meneour pits .

Recommendation / Suggestions :

AMDA expatriate doctor has tried to identify the skin problems and managed skin services , provided skin medication as well as training to the local district hospital health workers . Sine majority of the cases are injective in origine , these diseases can be treated satisfectorily by the use of basic , appropriate skin medicines at the district hospital level .

The provision for adequate personal sanitation and hygeine , ample supply of clean water , less contact with the infected person and treatment on time and use of adequate and correct medicinesare the major prophylactic measures . Repeated health education , at least during the caurse of the patient consultation on the benefits of the above mentioned factors and also training at the district level are very effective measures of reducing the diseased population . Patient education to do away with traditional believes which hempers the cure and management of adisease is also rewarding they a tideous lask .

The district hospital planner $ manager should acknowledge the magnitide of the problem and accord adequate priority to prevent such diseases at the national level (monthly) appropriate planning ought to be done to increase the quality and quanlity of medicines and other services like laboratory , surgical instruments like cautery etc , which are used to manage a skin problem . Saf sex practices through the proper use of condom should be extensively tought .

Besiders the patients themselves , should take adequate drugs as prescribed without impatience as most skin problems take long time for complete cure . They ought to come for regular followup and not lose hope and try other management midway . This can give rise to another skin problem by itself .

Acknowledaement :

To begin with , I would like to thank AMDA Cambodia for providing me this golden opportunity to serve the people of Cambodia (Phnom srouch). In this context I am thankful to Mr . Iwama Kunio ,Field Director of AMDA Cambodia who readly agreed to sanation the budget for the purchase of skin drugs without much hesitation . My gratitude is also extended to all the Combodian doctors : Dr Ly Huort , Dr. Sody ,Dr. Mardy ,Dr. Vichika , who helped me in many ways specially in interpratation and counselling to the patients . My sincere thanks goes to all the staff of P. S. D. H. in faclitating my work there .

I would like to express my special thanks to Dr Narayan who enceuraged and initiated me to organise , start and manage the

spacial Skin clinic and also in publishing this paper his contribution has been so immence , without it the tast would remain incomplete .

References :

1_ B. N. Behl _ Practice of dermentology _ C B S Publishing & Distributors Delhi (India) . Seventh Edition .

2_ Dr. Narayan BDR . Basnet _ Activities of AMDA Cambodia (monthly report) _ International Medical Cooperation _ AMDA Journal Vol 17 No... 1994
Vol 18 No... 1995

3_ Christopher R. W., Edwards _ Davidson's principles and practices of Medicine ELBS 16 m Edition 199.

4_ _The Cambodia Times _Asia P. R. Publishing Sdn Bld Phnom Penh . Dec . 18_24, 1994 .

5_ JE Park + K. Park _ Text book of Preventive and Social Medicane ... 12n Edition 1989 /.

栃木便り

—岩井くに—

—花，それとも鼻？—

春です．桜の花がちょうど満開，すみれ，たんぽぽ，はこべ，ほとけのざ…自治医大のキャンパスにはありとあらゆる花が咲き乱れています．うららかな春の陽気に誘われて私ははもう，気もそぞろ，カメラ抱えて構内住宅の奥様方に不審人物と思われそうな毎日です．昼間こんなことをしているもんだから，当然，残業せねばならず，夜食のおかげでますます体重計とは縁遠い生活になっています．花といえば，花粉症の元凶と目の敵にされているのは杉の花．日光杉並木のお膝もとにあるせいか，地域医療学教室のスタッフのなかにもすぎ花粉アレルギーの持ち主が少なからず（3分の1弱）いて，3月ごろは赤い目をして涙ぽろぽろ，鼻をぐすぐす状態の人が教室のあちこちに生息し，「今日は暖かくていいお天気だこと！」なんてうっかり窓でも開けようものなら「ゆ，許せん！」と言わんばかりの冷たい視線を感じたものです．本人たちに聞いたところでは，症状の出方は個人差があるようですが，鼻づまり，目のかゆみ，頭重感などに苦しめられ，「当直がつらい」「抗ヒスタミン薬を飲むと眠くなって仕事の精度が落ちる」「手術中に鼻水が垂れる」と花粉の時期が終わるまで，つらい日々が続くとか．幸い，飛散の峠は越したようですが，あちこちで「○○点眼薬がいい」とか「△△カプセルがよく効く」，はては「●●を煎じて飲むといい」「いや，フィルター付きマスクだ」と情報交換に余念がありません．

こんなに調子の悪い人がいるとかわいそうと思う反面，医療従事者，とくに診療所の医者などは病気もけがもせず，仕事以外に何もしなくても仏のように慈悲深い，鉄人のような（というより，化け物に近い）人間と，そんな人での文句一つ言わない家族を前提として世の中のシステムが成り立っているんじゃないか，と勘ぐりたくなってしまいます．最近では，個人医院は休むところも増えてきていますが，そのあおりを食っているのは中核病院や自治体に1つしかない公的診療所の時間外診療で，自治医大にも「かかりつけ医が休みで」と埼玉県や茨城県からかけ込んでくる人が後を絶ちませんし，逆に「夜勤を休めないので」と食事がのどを通らないほど体調が悪い看護婦さんが点滴を受けて，無理して出ていく姿もよく見かけます．家族が休日しか来られないというので，わざわざ遠くから病状説明に出勤してくる医師も珍しくありません．医者の不養生とよく言われますが，日本では医者や医療従事者は他人の命を預かりながら，自らは養生できないシステムになっているのではないでしょうか．他の国ではどうかといえば，ヨーロッパでは世の中が医者も患者も患者家族も休日は休むことになっていて，通院や病状説明を聞くためならば，休むのがあたりまえのようです．それでいて給与水準は日本より少し低い程度といいますから，みなさんどちらを選びます？

と，いうわけで日本で医者になってしまった私は，奥さんが急に帝王切開することになった診療所医師の代わりに急遽，関西方面へ代診に行くことになりました．では行って来ま—す！

国外研修、MYANMAR訪問レポート

日程　3月5日～3月11日

厚生省、赤十字本部、Myanmar medical association、Myanmar maternal and child welfare association, Relief and resettlement department, UNDP、UNICEF、MSF、を訪問しmyanmarにおける災害対策、保健事情、などの講義を受ける。

8日～9日の2日間は、MANDALAYを訪問し現場の医療機関を視察した。
10日の午前中は、HLANCHA村を訪問し村人の生活状況を視察した。

1. myanmarにおける災害対策

myanmarでは、洪水、火事、台風、竜巻、などの自然災害が多く、災害に備えて対策が立てられ、実行されている。対策の概要は次の通りである。

1）disaster managementのトレーニング実施
2）伝染病に対する治療、調査、のトレーニング実施
3）コミュニテイーレベルでのワークショップ開催
4）医療機関の設備、機能の充実
5）災害後の必要物品の貯蓄　（医薬品、シェルター、水、など）
6）災害後のアセスメントの徹底

中央の保健省では綿密な災害対策が立てられているが、実際に実行するとなると経済的な問題があり、計画の段階で現在まだ実行されていない部分がある。とくに医薬品などの必要物品が十分に貯蓄されていないようである。

2、フィールドトリップ　～MANDALAY視察訪問～

MANDALAYは、首都YANGONより北へ飛行機で約1時間の所にある町である。
この地域は、毎年火事の発生件数が多く火事に対する災害対策に力を入れている。
その災害対策の状況を知ると共に、現場の医療機関を訪問し医療状況を把握した。

1）火事に対する災害対策

1，火事発見のための塔の設置　（伝達の鐘も含む）
2，村の消防団の設置、強化
3，消化用水の貯蓄
4，火災予防の教育

火災件数が多い原因は、第一に村人の不注意と家と家との間隔の狭さにあるという。町の中心から少し離れると、竹作りの小さな家が多く一か所にかたまって建てられている所が多い。何度も火事が起これば、その度に住民の防火の関心や知識が高まるのではないかと考えるが、まだ火災予防の教育が徹底されていない点が弱点のようである。

2）現場の医療状況

視察訪問先　～　General hospital
Township hospital
Health center

1，General hospital
病床数８００床、２９病棟、６９４人のスタッフを持ち、ベットの稼働率は常に１２０％以上である。外来件数１日約３００，レントゲン、超音波、血液検査、手術室などの設備も十分ではないが備わっている。水、電気の供給は問題なく、ジェネレーターも設置されている。医薬品、医療器具は厚生省から定期的に供給されるが、数は十分ではない。ここでは災害対策としてスタッフの教育に重点を置いているが、災害時に備えて医薬品を準備するなどの点に置いては、まだまだ不十分である。

2，Township hospital
myanmarではdistrictという区分の代わりに、townshipが用いられる。役割からいえばdistrict hospitalと同じである。
病床数１００床、この地域の約１００００人の住民が対象である。しかしgeneral hospitalとは反対に、ベットの稼働率は５０％に満たない。原因は立地条件にあり、直ぐ近くにgeneral hospitalがあり患者の大半はそちらに流れていくことにある。病院の機能や設備の点から見ればgeneral hospitalが好まれるのは当然といえるが、township hospitalならではのおくふかい地域医療に重点を置き、health centerと協力しながら地域住民の健康管理に勤めるべきではないかと考える。

3，Health center
ここでは外来診察のみで、7名のスタッフが働いている。外来患者は1日約２５名、マラリア等の重症患者はtownship hospitalへ転送している。

ワクチンの普及率は約１００％と去年の１年間に目覚ましく普及している。しかしワクチン保存の冷蔵庫はなく、接種日にｔｏｗｎｓｈｉｐ　ｈｏｓｐｉｔａｌより送られる。この地域医療を支えているヘルスボランティアが各地域にいるのだが、その教育制度は１９８８年に中止されたままで無償奉仕という問題もあり、年々その数が減少傾向にある。教育制度の再開が望まれるが、希望者の減少と経済的な問題がそれを困難にしている。母子保健に関しては、分娩はほとんどが自宅で行われているが妊婦、新生児の検診はｈｅａｌｔｈ　ｃｅｎｔｅｒでフォローアップされている。家族計画の指導に関しては、まだおこなわれていない。

3）問題点

・経済的な問題による医薬品、医療器具の不足
・災害時の必要物品の不備
・地域病院の機能、設備の不十分
・ヘルスボランティアの不足などに見られるマンパワー不足
・地域におけるプライマリーヘルスケアの不十分
・各医療機関の役割分担が明確でない

3、村の訪問　～ＨＬＡＮＣＨＡ村～

この村はＹＡＮＧＯＮより車で４０分ほどの所にあり、土埃の立つ道に時々バスが通っているのどかな村である。竹造りの家が疎らに建っている。村には小さなｈｅａｌｔｈ　ｃｅｎｔｅｒがあり、6名のスタッフが働いている。主要疾患は、赤痢、下痢、かいせん、でマラリアは少ないらしい。ここでは村人の家を訪問し、実際の生活の様子を観察しインタビューにより生活状況を把握した。

水の供給　～　近くにある池から汲んでくる、池には鶏や豚などの家畜が出入りしており泥水である。経済的に余裕のある家だけは、庭にポンプが設置されている。飲料水は池の水を布で漉して壺に保存されている、煮沸消毒は普及していない。

電気の供給　～　なし

トイレ　～　竹や木で作られた簡単なもので、排泄物は直接田畑に流れるようになっている。蓋や扉はないが、それ程不潔ではない。ただ蠅などが容易に菌の媒体となり得る状況である。

医療機関に対する意識　～　家族が病気になればどうするのか？という問いにたいしてｈｅａｌｔｈ　ｃｅｎｔｅｒに行く、と近くの漢方医に行く、が半々の答えであった。

ワクチンに対する知識　～　ワクチンの必要性、接種方法は理解していた。

収入源　～　米、西瓜、などの農作物で生計を立てている。

（問題点）

・赤痢、下痢疾患、が多いことから水、食物の不潔が考えられる。

・排泄物の隔離の不徹底

4、解決策

上記に述べたｍｙａｎｍａｒの現状を踏まえ、地域医療に深い関わりを持つｈｅａｌｔｈ　ｃｅｎｔｅｒレベルでの解決策を検討した。

1）ヘルスボランティアの教育制度の再開

2）医療スタッフのトレーニングプログラムの実施（疾患予防、治療、母子保健など）

3）住民への教育、指導　（食物、水の清潔　トイレの清潔　手洗い　家族計画など）

4）共同水ポンプの設置

5）疾患のサーベイランスの徹底

5、感想

多くの発展途上国で見られるように、中央の厚生省や医療機関では理想的な対策が立てられているが、実際に地方へいってみると経済的、人材不足の問題により実施されていないことがＭＹＡＮＭＡＲでもみられた。理想と現実のギャップは仕方がないことと思われるが、中央の行政機関が少しでもそのギャップを埋めるように行動するべきだと思う。ここＭＹＡＮＭＡＲでは、他国のＮＧＯの受入れ態勢は悪く経済援助は受けても、人材は要らないという強い態度を崩さないようである。ＭＯＺＡＭＢＩＱＵＥでも同じような状況であるが、実際に貧困で劣悪な生活状況の中で困っている住民の意見が中央の行政機関まで届かないことが大きな問題である。ＮＧＯとしてはこのような地方の状況が少しでも改善されるよう地域に入り込み、活動していきたいものである。先日、日本政府が１０億円の援助金をＭＹＡＮＭＡＲに送ることを決定したというニュースを聞いたが、有効に使われることを期待したい。

国際緊急保健医療援助研修レポート

妹尾 美樹

日程　1月23日～2月4日　国内研修
　　3月5日～3月11日　国外研修　MYANMAR訪問

国内研修報告

1）日本のODAと国際保健医療の流れ

現在わが国のODAはどの様に使われているか、日本が被援助国から援助国へ移り変わってきた歴史、国際保健医療の現状、今後の課題について

2）Emergency Preparedness

緊急時、災害時の対策、準備、緩和について、それのたいして実際の緊急、災害時の行動、災害発生後24時間、48時間、72時間以内に必要な行動など具体例をあげ説明される。WHOなどの国際機関でのemergency preparednessについて

3）Disaster Medicine

緊急、災害時における死傷者の対処法、triageの正確な判断基準、war woundの判断と治療法、難民、被災民の精神的ダメージの移り変わり、その予防と緩和について

4）Public Health Issues in Emergency Situation

災害後の避難所および難民キャンプでの環境整備、公衆衛生、実際の難民キャンプでの水の確保、トイレの設置、ゴミの始末、食料や燃料の供給について学ぶ。
流行性疾患について治療、予防法、栄養失調の判断基準、治療法について

5）Logistic Issues in Emergency Situation

災害時の救援物資の在り方について、災害の種類や規模、被災地の状況によって必要とされる物資は異なる。大量に送られてくる救援物資の仕分け、配送を効率良く行う手段としてSUMA（Supply Manegement project）について学ぶ。
SUMAとは、救援物資の受け付け窓口となる空港や港にコンピューターを設置し、物資の内容、数量、送り先、送り主を打ち込みそのデーターをセンターで集約するシステムである。

国内研修についての感想

国際緊急医療援助についてその概念から具体的な行動内容について学ぶことができた。私自身、昨年のルワンダ難民援助に参加し緊急援助について経験することができたが、この研修を受けて実際の行動がなぜ必要なのか？どこに視点をおくべきなのか、という理論ずけが明確になったように思う。実際現場に入ると、目の前の問題を解決するのに追われてしまうのだが、今回のように現場から離れたところで現場を想定し問題解決に取り組むといろいろな視点から考えることができる。この研修で学んだ知識を現場で十分生かしていきたいと思う。また今回最も良かったと思うことは、講師の方々がＮＧＯや国際機関での豊富な経験を持ち海外から来日してくださったことで、すべて英語の講義は大変な面もあったがこの分野でよくつかわれる英単語の習得もでき良い経験であった。今回この研修は第一回目ということであったが、今後も多くの人に参加してほしいと思う。

民間による人道援助と援助要員の人身保護

１９９５年４月１８日
（ドラフト）

アジア医師連絡協議会
リスクマネージメント委員会

近年の国連を中心とした人道援助の地域と規模が拡大するにつれて国連機関とＮＧＯ（民間海外援助団体）との連携する場面が増えつつある。我々の所属するＡＭＤＡ（アジア医師連絡協議会）においても国連機関からの委託事業を受けてアジア・アフリカの難民キャンプでの医療活動をカンボジア、ソマリア、ジブチ、モザンビーク、ザイール、ルワンダ、ネパール、旧ユーゴスラビア（クロアチア）、チェチェンの各国で行ってきた（１９９４年４月現在）。

このような、国連主導の人道援助の中で我々のような民間団体が現地での実際の援助事業に携わることは好ましいことには違いないが、このような救援事業に携わるにあたって我々のスタッフの安全を確保することは急務となってきている。我々の今までの活動を含めて、従来のＮＧＯ活動では、安全な地域で地域開発や交流プログラムという形で小規模で長期的に関わってくればよかったのであるが、紛争地域で刻々と情勢の変わるところで瞬時に判断を下せるような活動内容が要求されるようになってきているのである。

わが国でも、１９９２年にカンボジア和平後の平和維持活動に端を発しＵＮＴＡＣ（国連カンボジア暫定統治機構）のもとでＰＫＯ活動が始まったが、日本人の国連ボランティアや、警察庁派遣の職員計２名が犠牲ととなる不幸な事例にみまわれた。

われわれＡＭＤＡでは、これまでの援助活動の中でこのような形の犠牲者は出していないが、この数年間の間にスタッフの安全上「ヒヤッ」とするような事件をいくつか経験したのでここで例を挙げて説明したい。

事例１、１９９２年カンボジアのプロムスロイ県でＡＭＤＡ医師が地域住民の往診中にポルポト派の兵士に薬品、携行品を強奪される。幸いに危害を加えられることはなく大事にいたらなかった。事例２、１９９４年、北ソマリア（ソマリランドとして独立を宣言しているが国際社会では承認されていない）の首都ハルゲイサにて現地の基幹病院の再建プロジェクトを行っていたところ、現地スタッフの雇用をめぐってトラブルが生じ、現地の部族抗争に巻き込まれる。ＡＭＤＡのスタッフの宿舎が片方の部族から狙われているという情報が、襲撃直前に現地の国連機関から入ったため国連機で緊急脱出を行う。事例３、１９９４年１１月、ザイールのゴマでルワンダ難民の救援活動を行っていたところ、キブンバ・キャンプのＡＭＤＡの診療所に宿舎から出勤中のＡＭＤＡのスタッフ９人がルワンダ難民から車両を奪われる。ＡＭＤＡスタッフは抵抗は行わなかったため、ＡＭＤＡ側に負傷者は無く、後の調査で、ＡＭＤＡの購入した車両がルワンダ国内での盗難車であり、難民キャンプにいた元の持ち主らが車両を取り戻そうとして試みたことが判明。キャンプに向かうまでの路上で車を奪われたＡＭＤＡスタッフは、交通手段が無くなったため現地の国連難民高等弁務官事務所（ＵＮＨＣＲ）とＮＧＯ等の救援団体との間で取り決められた緊急時の無線連絡のプロセスに基づいてＵＮＨＣＲに無線連絡を試みるもＵＮＨＣＲと連絡が取れなかったため、次善の策としてＵＮＨＣＲと連絡が取れないときに連絡を取るように定められていたゴマ駐留中の自衛隊ＰＫＯ部隊に無線連絡を行い宿舎までの輸送を依頼し事なきを得た次第であった。

これらの事例を経験して学んだことは、まず紛争地域において活動する場合には国連機関、ＮＧＯを問わず危険に曝されている可能性がある。スタッフの安全確保のためのリスクマネージメントには医薬品や機器等のプロジェクトの直接経費の他に無線、衛星通信電話などの通信設備の整備、安全性の高い宿舎の整備、複数の車両の所有、現地の警備員の雇用、を含め事業管理費として多額の費用がいるということである。事業資金を一般からの寄付、各種助成団体からの財政援助に活動資金を頼っているＮＧＯの場合はこれらの「危機管理」に対してお金を使うことを制限されていたり、理解が得られなかったりする。

「栄養不良の子どもがかかっている伝染病の治療に薬を買いたいので寄付をお願いします。」とお願いすると、善良な市民の方は寄付を申し出るであろうが、「スタッフの安全のために高価な電子通信機器が必要です。」とお願いしても、いったい何人の方が募金に応じてくれるであろうか？ならば、助成金をもらえばよいということになろうが、外務省にはＮＧＯの活動を支援する「ＮＧＯ事業補助金制度」という代表的な助成金制度があるが、この制度では事業管理費は２０％までとされていたりして、それ以上の経費はＮＧＯ独自で調達をしなくてはならない。ソマリア国内の例を挙げると、紛争地域において本当に困っている人たちに救援の手をさしのべている海外の国際的規模で活躍しているＮＧＯの場合では、事業管理費が５０％をしめるところまである。

このような、リスクマネージメントの体制を引いても不幸にして事件に巻き込まれたり急病になったりすることがあるので、ＡＭＤＡのような民間団体がスタッフを派遣する場合には保険に加入することは必須である。また、ＡＭＤＡの場合は紛争地域に派遣されるスタッフの保険料がひとりあたり月６万円強になり、この保険料を負担するだけでも大変な財政負担となるのである。ＡＭＤＡの所定の補償額でも足りない人については個人の費用で戦争担保という保険に入っている人もいるのが現状である。ルワンダ難民問題のような緊急時の国際貢献が叫ばれ、その方法として民間による人的貢献が叫ばれるもののこれをサポートする体制がない限り、民間レベルでのわが国の国際貢献は育たないのである。

そこで、次のような点を提言したい。スタッフの身の安全に関しては、国連機関とともに人道援助に携わっているＮＧＯのスタッフに対してももれなくカバーされるようなシステム作りの必要性を訴えたい。とりわけ、ザイール国内でルワンダ難民の救援活動に携わった経験では、ゴマ市内では難民受け入れ国のザイール国自体の統治機能が崩壊していて我々の安全を守る機構が存在しないにも等しい状況であった。このように、紛争国あるいは難民受け入れ国で国家機能が麻痺しているところでは、これらの国家に変わる治安維持機能の代行に関する取り決めが必要となろう。

身辺の安全に関しては、紛争地域の現場で救援に携わっている際には国連機関も民間団体もない。実際、国連機関は援助のプランニングはするが現実の事業は国連機関の委託金を受けたＮＧＯが多くは実施していて、ＮＧＯの方が深く救援現場に入っているのでリスクも高いくらいである。

したがって、国連機関やＰＫＯ部隊のみならずＮＧＯスタッフをも含む人道援助要員の保護を目的として、次のような対策を立てることが必要と考える。まず、国連機関と民間団体の間で治安に関する情報の共有化、通信機器の供与、安全な宿舎の共有化、緊急時の人員の避難、緊急物資の輸送等の方法についての国際社会での取り決めを作ることがあげられよう。その他、日本国内でもＮＧＯの支援制度も近年整備されつつあるが、援助事業の経費だけでなく「危機管理」の経費をもサポートするような支援体制の必要性を提唱したい。

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
（３月に相談のあった国のみを多い順にならべました）

	９１年度	９２年度	９３年度	95/3月	９４年度計	開設-累計
ブラジル	44	74	135	38	363	616
ペルー	40	99	129	37	296	564
アメリカ	287	376	308	26	244	1,215
イラン	13	17	51	26	222	303
中国	129	157	130	24	286	702
フィリピン	65	86	145	22	161	457
日本	24	16	43	21	229	312
タイ	5	15	50	8	90	160
韓国	16	42	68	5	69	195
英国	37	70	72	5	57	236
カナダ	58	64	34	3	26	182
台湾	17	13	12	2	22	64
バングラデシュ	40	28	29	2	12	109
スリランカ	30	14	24	2	12	80
コロンビア	4	6	14	2	19	43
ボリビア	5	3	12	2	22	42
北朝鮮	0	0	0	1	2	2
マレーシア	5	5	13	1	9	32
ベトナム	1	2	3	1	2	8
インド	11	15	12	1	9	47
ネパール	6	6	9	1	7	28
フランス	9	14	17	1	9	49
ドイツ	12	12	12	1	12	48
ポルトガル	0	1	0	1	2	3
ルーマニア	0	0	0	1	1	1
アルゼンチン	10	8	10	1	9	37
ガーナ	12	3	8	1	11	34
その他の国	177	187	171	0	113	648
不明	47	131	328	42	480	986
合計	1,104	1,464	1,839	278	2,796	7,203

1．外国人相談者居住地域

	3月	累計			
東京	１００(36.0%)	３３１４(46.0%)	他県	３７(13.3%)	９０３(12.5%)
神奈川	３１(11.2%)	７７０(10.7%)	不明	７３(26.2%)	１２５４(17.4%)
埼玉	２８(10.1%)	５４１(7.5%)	合計	２７８(100%)	７２０３(100%)
千葉	９(3.2%)	４２１(5.9%)			

2．相談内容　（複数回答）

	3月
(1)言葉の通じる病院の紹介	１１７(31.4%)
(2)病気・医療についての情報（病気の不安含む）	５７(15.3%)
(3)医療機関紹介（言葉の問題以外）	４４(11.8%)
(4)医療制度・福祉制度相談（保険制度など）	２０(5.4%)
(5)治療費の問題・トラブル	３８(10.2%)
(6)渡航時予防接種	４(1.1%)
(7)小児予防接種	１(0.3%)
(8)言葉の問題のみ	３５(9.4%)
(9)HIV関連	８(2.1%)
(10)労災・交通事故	５(1.3%)
(11)ビザ・外国人登録	１１(2.9%)
(12)カウンセリング・精神関係	１０(2.7%)
(13)その他	２３(6.2%)
合計	３７３(100%)

3．他機関からの相談件数（機関別）

(1)病院	４	(2)公的機関（大使館・自治体等）	５
(3)マスメディア	６	(4)ＮＧＯ	０
(5)そのほか	３	(6)一般企業	３
		合計	２１

4．他機関からの相談・問い合わせ内容（複数回答）

(1)通訳・言葉	３	(2)医療機関紹介	１
(3)HIV関連	０	(4)AMDA本部について	５
(5)活動内容	５	(6)そのほか	１０
(7)阪神大震災関連	２		

〈センター東京活動報告〉

1．小林所長　3月1日　大和保健所にて講演「外国人と地域医療」　9日　異業種交流会へ出席　講演　11日　定例会　15日　神奈川県臨床検査技師の会で講演　17日　救急シンポジウム出席

2．３月17日（金）救急懇談会開催。東京都健康推進財団の受託事業である救急通訳サービスの利用件数がサービス開始から２年過ぎても一向に増える傾向にない。そのため、実際の医療現場の方のニーズを知るために東京都歯科医師会、東京消防庁、日医大救命救急センターの辺見教授をお招きしご意見を伺った。歯科医からの通訳依頼件数は延びており、ニーズはあるようだが、救急隊は独自のマニュアルがあり不便は感じていないとのことであった。辺見教授からは外国人救急患者の緊急手術の経験をスライドを交えてお話がありむしろ救急救命センターより、そこで処置を受けた後のケアで通訳が必要ではないかというご指摘をいただいた。

センター関西　相談等受付状況

1. 国別件数

地域	国名	Mar-95	開設～累計(%)
アジア	中国	5	50 (4.8)
	韓国	4	34 (3.3)
	台湾	-	3 (0.3)
	香港	-	5 (0.5)
	シンガポール	1	1 (0.1)
	タイ	2	15 (1.4)
	ｲﾝﾄﾞﾈｼｱ	-	3 (0.3)
	フィリピン	2	20 (1.9)
	ベトナム	-	2 (0.2)
	インド	-	4 (0.4)
	ネパール	1	7 (0.7)
	パキスタン	1	3 (0.3)
	スリランカ	-	4 (0.4)
	ﾊﾞﾝｸﾞﾗﾃﾞｨｼｭ	-	3 (0.3)
	マレーシア	-	1 (0.1)
	日本	3	44 (4.2)
	不明	-	1 (0.1)
	アジア小計	19	200 (19.3)
中南米	ペルー	9	127 (12.3)
	ブラジル	23	238 (23.0)
	ボリビア	-	34 (3.3)
	コロンビア	-	7 (0.7)
	バハマ	-	1 (0.1)
	メキシコ	-	5 (0.5)
	ホンジュラス	-	2 (0.2)
	アルゼンチン	1	3 (0.3)
	バルバドス	-	1 (0.1)
	不明	-	9 (0.9)
	中南米小計	33	427 (41.2)

地域	国名	Mar-95	開設～累計(%)
北米	アメリカ	21	169 (16.3)
	カナダ	7	42 (4.1)
	北米小計	28	211 (20.4)
欧州	ロシア	-	6 (0.6)
	イギリス	3	36 (3.5)
	ｱｲﾙﾗﾝﾄﾞ	-	3 (0.3)
	フランス	-	9 (0.9)
	オランダ	1	2 (0.2)
	スウェーデン	1	3 (0.3)
	ドイツ	1	8 (0.8)
	スペイン	-	6 (0.6)
	ポーランド	-	1 (0.1)
	オーストリア	1	2 (0.2)
	北欧	-	1 (0.1)
	欧州小計	7	77 (7.4)
オセアニア	ｵｰｽﾄﾗﾘｱ	4	37 (3.6)
	ﾆｭｰｼﾞｰﾗﾝﾄﾞ	-	18 (1.7)
	ｵｾｱﾆｱ小計	4	55 (5.3)
中近東	イスラエル	-	2 (0.2)
	イラン	2	7 (0.7)
	シリア	-	1 (0.1)
	中近東小計	2	10 (1.0)
アフリカ	南アフリカ	-	1 (0.1)
	エジプト	1	1 (0.1)
	ｱﾌﾘｶ合計	1	2 (0.2)
	不明	8	54 (5.2)
	合計	102	1036 (100)

１９９５年３月

2．外国人相談者居住地域

大阪	５５（53.9%）	滋賀	４（3.9%）	長崎	１（1.0%）
兵庫	１９（18.6%）	三重	１（1.0%）	福岡	１（1.0%）
京都	１（1.0%）	愛知	５（4.9%）	埼玉	１（1.0%）
奈良	４（3.9%）	徳島	１（1.0%）	不明	９（8.8%）
				合計	１０２（100%）

3．相談内容（複数回答）

言葉の通じる病院の紹介	６０（48.0%）	予防接種	４（3.2%）
外国で診療経験の		治療費の問題	８（6.4%）
ある医師の紹介	８（6.4%）	薬について	６（4.8%）
病気・医療についての情報	５（4.0%）	HIV	２（1.6%）
医療機関紹介	７（5.6%）	救急	１（0.8%）
医療制度・福祉制度相談	９（7.2%）	不明	２（1.6%）
言葉の問題	７（5.6%）	その他	６（4.8%）
		合計	１２５（100%）

4．他機関等からの相談

医療機関	3	NGO	5	その他	2
企業	3	公的機関	１０	合計	３２
マスメディア	8	教育機関	1		

5．他機関からの相談問い合わせ内容（複数回答）

活動内容	１１	取材	9	震災関連	１１
医療機関紹介	4	その他	１５	合計	５０

6．ボランティアの問い合わせ（AMDAでの活動も含む）

英語	1	医学生	1	調整員	1
				合計	3

＊＊センター関西活動報告＊＊

1．大阪市平成６年度滞在外国人医療相談事業費補助金５０万円の交付執行。

2．３月１８日（土）午後2：00～5：00
大阪府保険医協会中央地域第８回会員懇談会「外国人医療をめぐる諸問題Ⅱ」に宮地センター関西代表が講師として出席。

'95年3月21日　朝日新聞　大阪版

タイ語で書かれたエイズの本を配布

アジア医師連絡協

緊急医療援助活動をしているNGO「アジア医師連絡協議会」（AMDA、本部・岡山市）の国際医療情報センター（小林米幸所長）が、タイ語で書かれたエイズに関する二種類の冊子を国内で無料配布する。日本に滞在し、日本語や英語が苦手なタイ人のエイズ患者に、カウンセリングなどのケアをするのが狙い。

「強い気力で生き抜くためのガイドライン」「健康に気をつけて少しでも長く生き抜くための本」。タイでエイズ問題に取り組んでいるAMDAタイのメンバーが作製し、四百冊を増刷して日本に持ち帰った。

免疫やリンパ球の仕組みのほか、エイズ患者と告知された人が絶望せずに現実をどう受け止めればいいか、差別やうわさをどうやり過ごすか、家族にいつ告げたらいいか、などについて書かれている。「心を静かに落ち着かせるには仏教の瞑想（めいそう）が必要」など、タイで仏教信者が多い点を配慮した記述もある。

大阪入国管理局によると、外国人登録をしているタイ人は一九九四年六月末現在で全国一万三千八人、うち府内は六百人。

小林所長は「決してタイ人にエイズ患者が多いということではなく、言葉が通じないため困っているタイ人患者がいるのでは、と配布することにした。保健所や医療機関に冊子を置いてほしい」と話す。

問い合わせは同センター関西（6336・2333）へ。冊子は無料だが郵送料として四百二十円分切手を同封し、〒160　東京都新宿区歌舞伎町郵便局止めAMDA国際医療情報センター東京（03・5285・8086）まで。

ルワンダからの証言

難民救援医療活動レポート

AMDA（アジア医師連絡協議会）編著

A5判　並製　204ページ

定価2,000円（税込み）

ルワンダ難民キャンプに到達した，日本の医師や看護婦たちが目にした見渡す限りのテントの群れ．聴診器とわずかな薬だけが頼りの診療所で蔓延する赤痢やコレラと格闘する彼らを支えていたのは，観念的な机上の空論ではなく，ひとりひとりの情熱であった．

現場に携わった医師・看護婦の手になるリアルなレポートと写真により，国際貢献の孕む問題が見えてくる緊急報告集．

目次

1. ルワンダで何が起こったか／2. 医師が国境を超えた／3. ガラマで展開された医療活動／4. 死体の海へ／5. トラック強奪事件と自衛隊緊急出動／6. 新たなる難民の流入／7. カレヘキャンプでの活動／8. 難民帰還に向けて－首都キガリでの活動／9. AMDAの悪戦苦闘／10. 緊急支援NGOはどこへ向かう／11. AMDA紹介

お問い合わせは

中山書店　〒113　東京都文京区白山1-25-14　フリーダイヤル0120-377-883　FAX03-3816-1015

AMDA　〒701-12　岡山市楢津310-1　TEL086-284-7730　FAX086-284-6758

ＡＭＤＡ国際医情報センター
平成７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

永井　輝男、佐藤　光子、坂田　棗、川上　真史
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、
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）
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）
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

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）

補助金

大阪府、　大阪市

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

地球の恵みを受ける私たちが、
地球にできること。

JA全農

WE SUPPORT YOU
全世界への 格安国際航空券 手配と販売
対応言語、英語、スペイン語、タガログ語、タイ語、韓国語、ベンガル語、ヒンディー語、ウルドゥ語、マレー語、インドネシア語、北京語上海語、広東語、福建語、客家語、ペルシア語、ミャンマー語、アラカン語、フランス語、日本語、 22言語に及ぶ
IATA
総合受付 ☎03-3340-6745
アクロス新宿フライトセンター
一般旅行業第835号
〒160 東京都新宿区西新宿1-19-6 山手新宿ビル2F
航空券はアクロスへ 医療相談はAMDAへ
A'X 安可業新旅行会社 Across Travellers Bureau 新宿駅南口徒歩3分

世界各国語の編集・写植・印刷
2000字のニュースレターから800ページの書籍まで、企画・取材・編集・印刷いたします。
モンゴル語基礎文法 好評発売中！
A5判上製 286P 定価 4,800円
郵便振替口座 00110-3-711753
株式会社たおフォーラム
〒169 東京都新宿区高田馬場2-5-21和田ビル4F
TEL.03-3204-0263 / FAX.03-5272-9897
Nifty ID. KGE01071

消化器科・外科・小児科
小林国際クリニック
Kobayashi International Clinic
小林國際醫院

平 日 月曜日～金曜日
9：15～12：00 ／ 14：00～17：00
土曜日
9：15～13：00
休診日 水曜日、日曜日、祝祭日

0462－63－1380

〒242 神奈川県大和市西鶴間3－5－6－110
小田急江ノ島線鶴間駅下車徒歩4分

伊勢佐木クリニック
ISEZAKI WOMEN'S CLINIC
原田慶堂
〒231 横浜市中区伊勢佐木町3-107
Kビル伊勢佐木2階
TEL 045（251）8622

内科（老人科）　理学診療科
医療法人社団 慶成会
青梅 慶友病院
〒198 東京都青梅市大門1－681番地
●入院のお問い合せ—TEL.0428(24)3020(代表)
院長 大塚宣夫

大鵬薬品工業株式会社
東京都千代田区神田錦町1-27

クラヤ薬品株式会社
〒102 東京都千代田区紀尾井町3－12
紀尾井町ビル
☎03－3238－2700
（代表）

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

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
著者連絡先/仙台市泉区泉中央1丁目23-6
☎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/ういずY
提供/株式会社ふいす三四四

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

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.4

AMDA・アジア医師連絡協議会

■発　行　1995年4月15日

■編集責任者　津曲兼司、田代邦子、岡野純子

■事務局　岡山市楢津310-1

TEL 086-284-7730

FAX 086-284-6758