

# 国際医療協力

Vol.19 No.8  
1996

8



中世夢が原において開催された  
AMDA 活動支援コンサート「アフリカン・マエストロ」

## AMDA

# AMDAへのご支援を

## 1 AMDAへの入会

- ・医師会員 15,000円
- ・一般会員 10,000円
- ・学生会員 7,500円
- ・法人会員 30,000円
- ・賛助会員 2,000円

会費は入会の月より1年間有効です。入会の月より毎月、会報「国際医療協力」を送付します。賛助会員にはAMDAダイジェストを送付します。

## 2 AJ AMDAカード 全日信販発行

利用額の0.05%がAMDAに提供されます。

- お問い合わせは  
AJAMDA デスク TEL086-227-7161



## 3 AMDA テレホンカード

- 1枚(50度数) 1,000円  
300円が収益となります。



## 4 AMDAボランティア 定期預金

### 中国銀行

税引き後、利息の20%をAMDAにご寄付いただきます。中国銀行からも預け入れの口数に応じて、寄付をいただきます。

- お問い合わせは TEL086-223-3111



## 5 国際電話 KDD

ご利用金額の一部がAMDAに提供されます。

KDD:国際ボランティアダイヤル

## 6 絵はがき・ カードセット

ルワンダ難民の描いた  
キャンプ風景葉書

- はがき 20枚1組 1,000円
- カード 10枚1組 1,000円
- 送料 1組100円 2組200円 3組以上は無料



## 7 AMDA Tシャツ

■Lサイズのみ 1,900円

送料 1枚300円 2枚400円 3枚以上は無料

津村ゆうすけ氏デザイン  
ファイナルホームの製品  
・ホワイト(グリーンロゴ)  
・グレー(ブラックロゴ)  
・ブルー(ホワイトロゴ)



## 8 AMDA 募金箱設置

AMDA募金箱設置が可能な方、  
ご連絡下さい。



## 9 AMDAに お送り下さい

- ・使用済みのテレホンカード
  - ・書き損じのハガキ
  - ・未使用の切手、ハガキ
  - ・海外の残ったコイン
- 等がありましたらAMDAにお送り下さい。

- 〒701-12  
岡山市橘津310-1  
AMDA本部宛

\*入会1、購入3、6、7をご希望の方は、振込用紙に詳細をご記入の上、金額をお振込み下さい。

\*2、4、5は各自で加入して下さい。

\*8、9のお問い合わせは、AMDA本部 TEL 086-284-7730へ

あなたもできる国際協力

購入3.6.7.は 郵便振替 名義 AMDA 販売 口座番号 01220-9-9881 まで、  
入会1.は本紙綴じ込みの払込取扱表をご使用下さい。

## Contents

- AMDAプロジェクト紹介 ..... 2
- 今なぜNGOなのか 貧困と健康 ..... 6
- アフリカにおける多国籍医師団設立報告 ..... 8
- AMDAへのコメント WHO会議に参加して ..... 10
- アフリカと難民援助 ..... 18
- ソマリア難民救援医療活動報告 ..... 22
- アンゴラ帰還難民救援医療活動報告 ..... 28
- ルワンダ難民救援医療活動報告 (ザイール) ..... 31
- ボスニア避難民救援医療活動報告 ..... 35
- ネパール難民救援医療活動報告 ..... 40
- チェチェン国内避難民救援医療活動報告 ..... 46
- 中国貴州省洪水緊急救援活動報告 ..... 47
- 病原大腸菌O-157流行に関するFAQs ..... 48
- 北アイルランド紛争 平和へのチャンネル ..... 54
- AMDA国際医療情報センター便り ..... 56
- 診療所日記 ..... 58
- 栃木便り ..... 59
- ドクトル外交官奮闘記 ..... 60
- ボランティアリレー ..... 70
- 事務局だより ..... 76

# AMDA プロジェクト紹介

※ 1996年4月現在継続中

## 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

## ② ネパール王国ビスヌ村地域保健医療

プロジェクト※巡回診療のみ継続中

1991年

## 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。在日外国人を初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 イラン国内クルド湾岸戦争被災民救援プロジェクト

1991年

## ⑤ ピナツボ火山噴火被災民救援医療プロジェクト

1991年

## ⑥ エチオピア・チグレ州難民救援医療プロジェクト

1992年

## ⑦ バングラデシュ・ミャンマー難民緊急医療プロジェクト

1992年

## ⑧ ネパール国内ブータン難民緊急医療プロジェクト※

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 カンボジア地域医療プロジェクト※

1992年より、プノムスロイ群病院の支援を開始。近辺の村を予防接種、蚊帳の無料配布プロジェクトを実施。



## ⑩ ネパール・タンコット村眼科医療 & 母子保健プロジェクト※

1992年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。



## ⑪ インドネシア・フローレス島大震災救援医療プロジェクト

1992年12月

## ⑫ 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。



## ⑬ ジブチ産婦人科病院人材育成プロジェクト ※

1993年

## ⑭ 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

## ⑮ タイ国チェンライAIDSプロジェクト

1993年

### 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。

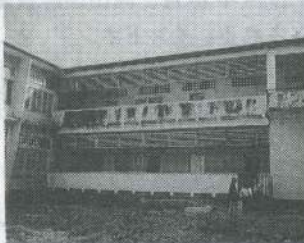
## 16 インドボンベイ周辺地域保健医療プロジェクト※

1993年10月のソラプール地震被災者巡回診療の後をうけての整形外科診療・知能障害児早期発見・防止医療・高齢者・母子医療、エイズ防止教育の各プロジェクトを1995年4月より開始。



## 17 カンボジア精神保健プロジェクト※

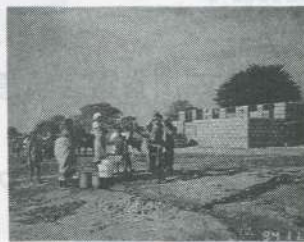
1994年より、ポンペン市内のシアヌーク病院で、カンボジア国内初の精神科病棟を設置。病院スタッフのトレーニング、薬剤の提供を行っている。



## 18 インドネシアスマトラ島南部地震救援医療プロジェクト※ 1994年2月

## 19 モザンビーク帰還避難民プロジェクト※

1994年2月よりモザンビーク南部カザ州において緊急医療活動を開始。



## 20 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、緊急医療、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。



## 21 ネパール・タメル地区ストレートチルドレン診療プロジェクト 1994年2月

## 22 ルワンダ難民緊急救援プロジェクト※

1994年5月より、北部ガラマ難民キャンプで、ルワンダ難民を対象に緊急救援プロジェクトを開始。

撮影 山本將文氏



## 23 ルワンダ難民 緊急救援ゴマプロジェクト 1993年8月

## 24 ルワンダ難民緊急救援ブカブプロジェクト※ 1993年8月

## 25 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。



## 26 タイ HIV 患者カウンセリングプロジェクト※ 1994年10月

## 27 フィリピン・ターラッサ州JICA家族計画母子保健プロジェクト※

1994年10月

## 28 阪神大震災緊急救援プロジェクト

1995年1月神戸市長田区において地震被災者に対する緊急援助活動を実施。



## 29 ザンビアJICA保健医療プロジェクト※

1995年4月

## 30 インド地域医療プロジェクト※

1995年4月

### 31 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。



### 42 ミャンマー地域医療プロジェクト※

1996年3月、ABA、MISとの協力で浄水器一台をメティーラ市のカンナジョン寺院に設置。救急車も贈呈。地域の衛生状態の改善、地域医療活動を行う。



### 32 サハリン大震災緊急プロジェクト

1995年5月

### 33 スーダン国内避難民救援プロジェクト※

1995年

### 34 アンゴラ帰還難民プロジェクト※

1995年7月よりアンゴラへの難民帰還を促進する為、北部ザイール国境付近の病院を再建する。



### 35 タイ アニマル・バンクプロジェクト※

1995年7月

### 36 北朝鮮大洪水救援プロジェクト

1995年9月

### 37 インドネシアスマトラ島大震災救援プロジェクト

1995年10月

### 38 メキシコ大震災緊急救援プロジェクト

1995年10月に発生した大震災緊急救援の為医薬品と医師ら4名を派遣



### 39 フィリピン台風被害救援プロジェクト※

1995年10月

### 40 インドネシア中央スラウェシ島地震救援プロジェクト

1996年

### 41 インドネシア・ジャワ島地域医療プロジェクト

1996年

### 43 INNED(緊急救援と開発のための国際NGOネットワーク)プロジェクト※

1994年10月、岡山国際貢献NGOサミット時に設立される。インドネシア、バングラデシュ、フィリピン、ボリビア、ブラジルでは緊急事態対応体制と称して、NGOによる相互理解と相互支援のネットワーク作りを開始した。

### 44 ボスニア救援プロジェクト 1996年1月

### 45 中国雲南省緊急救援プロジェクト

1996年1月に発生した大震災緊急救援のため、医薬品や生活物資を送る。更に、医師ら数名を派遣した。



### 46 中国四川省雪害緊急救援プロジェクト

1996年2月

### 47 インドネシアビアク島大震災緊急救援プロジェクト

1996年2月ビアク島でM8.0の地震が発生。インドネシア支部より、Dr. 2名、日本支部より調査員1名派遣。抗生物資、生活物資を送った。



### 48 中国雲南省趙君支援プロジェクト※

### 49 中国雲南省小学校再建プロジェクト※

### 50 中国雲南省診療所設置プロジェクト※

1996年3月

51 中国新疆ウイグル自治区地震緊急プロジェクト ※ 1996年3月

52 中国四川省チベット族ヘルスポストプロジェクト ※ 1996年4月

53 モザンビーク地域総合振興プロジェクト（ガザ州） ※

54 ケニアヘルスセンター支援プロジェクト ※

55 レバノン被災民緊急救援プロジェクト

4月11日イスラエルはレバノン南部に無差別砲撃を開始した。避難民救済のために、緊急救援チームを派遣した。



56 バングラデシュ・サイクロン緊急救援プロジェクト 1996年5月

5月13日発生した竜巻による被災者救援のため医薬品と医師、看護婦、調整員を派遣した。



57 ウガンダ地域保健プロジェクト ※

58 ボスニア難民被災民救援プロジェクト ※ 1996年6月

1996年1月よりサラエボ、ゴラジュダ、パニャルカにおいて、病院再建、医療技術支援などの活動を実施。JENとして生活改善の活動にも取り組んでいる。



59 中国貴州省大洪水緊急救援プロジェクト ※ 1996年7月

## AMDA 概要

- [理念] Better Quality of life for a 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18ヶ国。会員数は日本約1300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 10,000円
- ・学生会員 7,500円
- ・法人会員 30,000円
- ・賛助会員 2,000円（個人に限る）

会費は入会の月より一年間有効です。入会の月より、毎月会報を送付します。賛助会員には「AMDAダイジェスト」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

## 「貧困と健康」

代表 菅波 茂

現在発展途上国に対する支援活動は教育、医療、環境、識字、女性問題等々について個別のプログラムが実施されているケースが多い。医療についても同様のケースが多い。衛生教育、健康教育、初歩的治療技術等の支援および技術提供は明確で自己完結的なプログラムほど評価が簡単であるし、次の目標設定へと進めやすい。何よりもわかりやすいのが特徴である。しかし誰にとってわかりやすいのかがポイントである。これは支援する側にとってわかりやすいということである。支援される側にとってのわかりやすさは疾病率や死亡率の減少である。しかし、衛生教育、健康教育、初歩的治療技術等の支援および技術提供等の自己完結的なプログラムの組み合わせだけでは簡単に疾病率や死亡率の減少は期待できないのが現実である。何故か。貧困が疾病率や死亡率の増加の最大の要因であるからである。即ち、貧困対策なき健康対策は支援する側にとってわかりやすいが、支援される側にとってはわかりにくい。何故、貧困対策なき健康対策プログラムが優先的に実施されてきたのか。その理由は次の通りである。

- 1) 「計画—実施—評価」の基準が絶対的であるため効率的な切り売りプログラムの魅力。
- 2) 健康対策プログラムは知識教育と医療技術の移転だけで構成可能。
- 3) 貧困対策に関する方法論開発の困難さ。
- 4) コミュニティ経済開発に必要な学問の複合性。
- 5) コミュニティ経済開発と国レベル経済開発との非連続性。

コミュニティ経済開発はNGO/NPOの独壇場である。コミュニティ経済の目的は少ない資金で利益をあげて生活水準の向上をはかることである。発展途上国の経済活動で重要なことは国レベルの経済開発および発展が必ずしもコミュニティ経済発展に結び付かないことである。なぜなら「富みの社会的分配システム」が存在しないからである。日本には立派に存在する。それは税制であり、所得税と相続税である。日本が世界で最も成功した共産主義国家と比喻される税制である。

貧困は栄養不良状態をもたらす。栄養不良状態は疾病り患率をあげる。疾病り患率は死亡率をあげる。貧困に由来する疾病は知識教育と医療技術の移転だけで治療不可能である。例えば、貧困による慢性栄養失調児をかかえた母親に栄養教育をしても意味がない。「知識でなく食物」をあげるべきなのだ。あるいは食物を手に入れる方法を教えるべきである。発展途上国における栄養プログラムとは知識教育ではなく食物提供プログラムである。理想は「右手に知識を、左手に食物」である。

発展途上国における健康対策は貧困対策を同時進行させる必要がある。即ち、保健医療関係者と貧困対策関係者との連携なしには考えられない。更に大切なことはコミュニティ経済開発におけるコミュニティの意味である。社会学の出番である。人間の集団には必ずコミュニティ存在と運営の原理原則がある。この原理原則を教えてくれるのが社会学である。「住民参加」とは時代の神話である。緩やかな「住民参加」と密な「住民参加」がある。「住民参加」の存在しない人間のコミュニティは在りえない。いわゆるスラ



ム地区にも「住民参加」は存在する。日本人にとっての「町内会」は参考にするべきモデルである。比較モデルなき社会分析は困難である。ただし、「町内会」は経済活動を主目的にしている。経済活動の視点からは「生協」や「農協」が参考になる。以前の日本での「頼母子構」などは興味深い。

「住民参加」による貧困対策で大切なことは「協力すれば生活が向上できる」ことを理解してもらうことである。発展途上国の常識は血縁共同体社会である。血縁共同体内の相互協力は常識であるが、非血縁者との協力は未知との遭遇である。非血縁者との相互協力がコミュニティにおける真の「住民参加」を可能にする。非血縁者との相互協力には「意識改革」が必要である。そして「意識改革」には持続性が求められる。持続性の求心力は何か。これこそ「住民参加」推進の秘訣であり、「貧困対策」の決定打であり、健康対策の原点である。

世界保健機構（WHO）、世界銀行（World Bank）と非営利組織（NGO/NPO）の三者ネットワークこそ発展途上国における「貧困と健康」を解決する強力トリオとなる可能性がある。

AMDAは緊急人道援助に加えて地域保健医療プロジェクトをアジア、アフリカおよび中南米で実施している。時間はかかるがその成果が期待される。

AMDAの世界にある支部、INNEEDおよびAPROに所属するNGO/NPOのAMDAプロジェクト「貧困と健康」に果たす役割は大きい。AMDAは「貧困と健康」に対して積極果敢に取り組んでいきたい。

1996年（平成8年）5月29日（水曜日） 毎日新聞



言波 茂

1996年2月、生まれて初めてアフリカの地を訪れた。南部アフリカに位置するザンビアである。この国唯一の外貨獲得は銅の輸出である。世界の最貧国の一つである。広い国土に陽気にみえる人々。しかし慢性飢餓が日常的である。1日1食の人たちが多い。態度が緩慢になるのは慢性栄養失調のためである。加えてマラリアである。慢性化したマラリアは定期的に発症する。その時は発熱、全身げんご感そして頭痛のため動けない。栄養失調とマラリアにより著しく生産力の落ちている国である。

今回の私の役割は日本政府とザンビア政府との協定による保健医療プロジェクトの事前調査団長であった。このプロジェクトはODAにNGOが本格的に参加する初めてのケースである。なぜAMDAなのか。健康「貧困」そして「コミュニティ」がキーワードである。まず「健康」について。AMDAは多国間医療NGOであり健康と健康をおびやかす疾病については専門家である。次に「貧困」について。貧困がもたらす健康破壊。食事ができないための栄養失調、薬が買えないための疾病の重症化、教育が受けられないための疾病予防や健康増進に対する無理

## 初めてのアフリカ

は教育に始まって小規模収益事業、動物銀行、等々多彩である。最後に「コミュニティ」については無理である。家庭内協力だけでは不可能である。家庭を超えた地域コミュニティぐるみの取り組みが必要である。困った時はお互い様。地域コミュニティ内相互協力は日本のお得意芸である。この相互扶助の意識に基づいた社会的システムを導入することが日本のNGOの重要な役割となる。

以上、キーワードに基づいた保健医療プロジェクトがザンビアの首都ルサカで実施される予定である。健康問題は日常生活の反映であるという単純な事実を忘れてはいけない。  
（アジア医師連絡協議会代表、  
題字は筆者）

## 「貧困と健康フォーラム イン 岡山」開催される

1996年8月28日（水）、岡山国際交流センターにおいて、WHO及びタイから専門家をパネリストとして招いて開催されました。

<講師・パネリスト>

- ・WHO 国際機関担当部長  
川口雄次氏
- ・東京大学医学部  
国際地域保健学教室教授  
ソムアツツ・  
ウォンコムトオン氏
- ・国際協力事業団（JICA）  
国際協力専門員  
赤松史朗氏
- ・南方圏交流センター代表  
加藤憲一氏

## アフリカにおける多国籍医師団設立報告

翻訳者 諏原日出夫

### 決議

UGANDA医学会のメンバーは、1996年7月4日 KUKUのグランドインペリアルホテルのプリンセスホールに参集し、以下の決議を行った。

### 記

UGANDA医学会は、世界の平安と、アフリカ、特にUGANDAにおける災害に対する緊急救援のための多国籍医師団の組織を創設する。

認証者 Dr.FRANK MWESIGYE 名誉会長  
Dr.FRANCIS ORIOKOT 名誉事務局長

(以下 UGANDA の THE PEOPLE 新聞より抜粋)

### アフリカにおける救急医療の不足

AMDAのメンバーであるウガンダのVikandy Silusawa Mambo氏は大陸における災害の被災者に対する人道的支援の団体をアフリカ医師により組織することに努力してきた。

Kampalaにある、ウガンダ医師会の研究部会は現在『緊急救援のためのアフリカ多国籍医師団の設立を目指して』をテーマとしている。Mambo氏は「大陸で発生する大規模災害の対策のための国際的努力に対し、アフリカは重要な貢献をしていない」と語った。このために彼はアフリカにおける医師をそれぞれの国を支部とする団体に組織しようとしている。彼はそのような仕事は、非政治的で非宗教的であるべきであり、国連難民高等弁務官 (UNHCR) との協力のもと、アフリカのいかなる場所における災害にも、自由に移動でき、任務が遂行できる権限を与えられるべきであろうと語った。

ザイル人であるMambo氏は、アフリカにおける地域協力の欠如を指摘しており、これが簡単なことを複雑にし、障害を明確にし、解決手段を捜すことを医師に強いることになっていると語る。

AMDAは自然災害、人災に対する救援のために1984年設立された、日本を基地とするNGOである。AMDAは基本的には地震、洪水、火山噴火がよく発生するアジアで活動している。

最近ではAMDAの活動は東ヨーロッパ（ボスニア）、中米（メキシコ）、アフリカに広がっている。AMDAのアフリカにおける最初の参画は1993年ジブチにおけるソマリア難民に対するものであった。最近のAMDAは人道的活動をしており、ルワンダ、ザイールにおける難民支援、モザンビーク、アンゴラにおける帰国難民や国内難民の支援をしている。この時以来、AMDAはジブチ、ウガンダ、アンゴラに事務所を開設し、隣国での活動を調整している。

Mukono 地区の Ngogwe 診療所は、1996年1月、ウガンダにおけるAMDAが支援する地域健康プロジェクトの第一番目として選定された。最初のプロジェクトは、診療所に Healthunit を供給し、装備させるものである。診療所の拡張主要工事は近々完成する予定である。



UMAのメンバー

椅子にかけた右から

Dr. MUSINGUZ(前 UMA 会長)

Dr. F. MWESIGYE (UMA 会長)

Mr. V. S. MAMBO

## AMDAへのコメント—WHO会議に参加して

クリスチャン・エイド

客員研究員 重田康博

### 1. WHO等国際機関との協力

今回の会議に参加して、2つの点で国際機関との協力の必要性を感じた。一つは、国際的な課題を共有し合うことである。日本の狭い社会の中にとると、国際情勢や国際的な課題が見えてこないことや現場のプロジェクトの対応のみに追われることが多い。本会議で、WHOが今日直面している課題やアフリカのサハラ以南地域のNGOが抱えている現状を認識することができた。次に、国際機関との太いパイプを持つことの重要性である。菅波代表が度々ご指摘されているように、開発途上諸国のプロジェクトに多くの国際機関が関わっており、現地政府と共に国際機関がプロジェクトの現場での権限をもっていることも多い。将来災害現場で高度な政治判断が求められる際、国際機関との太いパイプが必ず役に立つこともあるはずである。特に、国際的知名度のある欧米のNGOは、国際機関との太いパイプを持っており、開発現場で優先的に活動を任されることが多いようだ。今回の会議では、日本からの参加団体はAMDAだけであった。これは、AMDA（菅波代表）とWHOのMichael JANCLOSE氏との間に太いパイプがあったためであろう。AMDAにとって、将来このパイプが役に立つこともあるかもしれない。

### 2. アフリカのサハラ以南地域のNGOとの出会い

本会議では、特にサハラ以南のアフリカ地域を対象にしているだけあって、ウガンダ、エチオピア、ケニア、ザンビア、タンザニア、マリ、南アフリカ、レソトのサハラ以南のNGO、政府、大学関係者と出会うことができた。また、参加している欧米のNGOも、サハラ以南地域を対象にプロジェクトを実施しているNGOが多かった。この地域にプロジェクトを持っている日本のNGOはまだまだ少ないが、今後この世界で最も貧しい地域といわれているアフリカのサハラ以南地域でのAMDAの活躍が期待されている。

### 3. 地域NGOとCBO（Community based organisation）の役割

今回の会議の参加者の間で、一貫して地域NGOとCBOの存在の重要性が唱えられた。開発途上国での貧困と健康分野において、地域NGOとCBOはとても重要なファクターである。特に、地域レベルでは、彼らは中心的な役割を担う。本会議のワークショップでも、常に地域NGOとCBOがWHO、インターナショナルNGOと共に、キー・アクターとして取り上げられた。なぜなら、彼らはコミュニティーの住民のニーズを把握し健康分野に関する地域の課題を啓発し、その課題を国、インターナショナルNGO、さらにWHOにフィードバックすることができるからだ。地域NGOとCBOは、インターナショナルNGO、WHOにとって決して欠くことの出来ないパートナーである。AMDAにとっても、地域NGOとCBOは重要なパートナーであるはずだ。

#### 4. 政策提言（アドボカシー）活動について

NGOにとって、政策提言活動は欠かせない。日本では政策提言活動というと政府批判活動あるいは難解な活動と理解されがちであるが、お互いの協力を前提にした建設的な提案であれば、政府や国際機関にとっても有益であることがある。本会議でもワークショップの3つの柱の一つは、政策提言の役割がテーマで、WHO、NGO、地域コミュニティそれぞれの地域レベル、国内レベル、国際レベルの政策提言活動が論議された。政策提言は、決してNGOだけでなく、WHO等の国際機関、地域コミュニティにとっても必要な活動となっている。AMD Aは、政策提言活動についてどう考えているのだろうか。

#### 5. ヘルス・アドバイザーの育成

英国を代表するNGOであるOxfam UK, Save the Children Fund UKは、それぞれ今回の会議にヘルス・アドバイザーを派遣していた。OxfamのHealth Policy AdviserのDr. Mohga Kamal Smithによれば、彼女の仕事はOxfamの長期プロジェクトを対象に、地域コミュニティの彼らのパートナーに貧困と健康分野に関するアドバイスをを行うものである。同時に、国別、WHO等の国際機関の貧困と健康分野に関する政策分析・研究も行うという。Oxfamには、彼女以外にも緊急援助を対象にしたヘルス・アドバイザーがいるという。OxfamやSave the Children Fundのような数百人のスタッフを抱えるような大きな団体もなると、このような専門家もいるのかと関心してしまった。日本のNGOの中に、このようなヘルス・ワーカーを持つ団体は少ないのであろうが、AMD Aの場合はどうしているのだろうか。

#### 6. 次なるステップアクションについて

会議の最後に、次なるステップアクションについて検討され、多くの提案がなされたが、残念ながら新たな具体的な提案まで発展させることができなかった。これは、出された提案が抽象的で具体性に欠けたこと、参加者の提案数が多い共通のニーズを絞りきれなかったこと、時間の制約等の原因によるものであろう。それでも、最後の結論で5つの次なるステップをまとめ、またWHOのICO次長Dr Michael JANCLOSE氏からは、今回の参加者からの提案を参考に、WHOとしての次なるステップを検討するという意見が出された。しかし、3日間続いたワークショップの最後に、具体的なアクションプランを絞り込む作業をすべきであったと感じる。やはり、アクションがはっきりしないと、会議解散後WHOを軸とした参加者の今後の活動がバラバラになってしまうからだ。3日間の会議を通して、その点が唯一気になる点であった。

#### 7. 会議の運営について

3日間の会議の運営を通して感心したことは、ワークショップの運営であった。3つのテーマの柱を立てながら、5つのグループの運営を同時進行で行ったわけであるが、何を焦点にして会議の議論を進めるべきかについて事前に資料が用意され、各ワークショップ終了ごとに、グループ・リーダーによる発表とそのメモが配布された。その作業のスピードには、驚かされてしまった。また、それ以外に気付いた点は、朝食場所・時間、夕

食の場所、宿泊所の鍵の管理、受付のお釣りの用意がない事等事前に情報が知らされず戸惑うこともあったが、これが参加者が自己責任において会議に参加するという欧米の会議の運営方法なのだ、と自ら納得させた。

## 8. 1997年 or 1998年に日本でWHO会議開催

WHOのDr John Martinに確認したところ、WHOでは貧困と健康分野に関する一連の会議を1997年のアメリカのボルチモア会議終了後、同年か翌年に日本での開催を検討しており、WHOが現在日本の厚生省に接触中であるという。健康開発のための政策と方法に関するテーマで行うようであるが、もしNGOが参加して本会議を行うことになればAMDAも大きな役割を果たすことができると確信している。

Poverty and III Health in Developing Countries : Learning from NGOs An International Conference  
co-sponsored by the Government of Ireland and the World Health Organization-  
12 - 14 June 1996, Maynooth College

### <会議の概要>

今般、アイルランドのメイヌース大学で開催されたWHO、アイルランド政府共済の上記会議にAMDA Japanのメンバーとして出席した。本会議は、WHOのICO (Division of Intensified Cooperation with Countries) が毎年各国政府と一緒に開催している一連の会議の一環として行われており、1995年に英国・ロンドンで行われた「健康と貧困に関する会議」(The Conference on Health and Poverty) に続くものである。

会議には、約80名の参加者が出席し、欧米のNGO、大学関係者(地元なのでアイルランドからの関係者が多かった)、アフリカのサハラ以南地域のNGOと政府関係者、それにWHO関係者が大半を占め、日本からの参加者は私だけであった。御存知のようにAMDAの参加依頼については、WHOのICOの局長Michael JANCLOES氏がAMDAの活動を高く評価しており、かつ菅波代表と親しくしておられる関係からである。残念ながら、JANCLOSE氏は今回欠席されたが、代わりにICOの次長John Martin氏とCarola Landon氏が今回の会議のまとめ役として、ジュネーブ本部から出席していた。

### <会議の目的>

近年、開発途上国での貧困と健康分野における開発NGOの活躍は目覚ましいものがあるが、本会議は、サハラ以南のアフリカ地域における貧困と不健康の悪循環を断ち切るために、NGOの多くの経験から学ぼうというものであった。

会議の進行は、Institute of Public Administration、アイルランド厚生大臣(Joan Burton氏)等主催者の挨拶の後、最初にナイロビ大学のPeter Anyang教授の講演「サハラ以南のアフリカ地域の貧困の分析」、次にWHOのIOC次長John Martin氏の「貧困と不健康」に関するWHOの見通し、についての講演が行われた。前者は、サハラ以南のアフリカ地域の健康と貧困に関する概要、相対的貧困と絶対的貧困、そして貧困の削減(プロジェクト)について論じたものであり、後者については本会議開催の背景、貧困が健康に及ぼす影響、さらに本会議の到達目標について述べたものである(両者の講演はここでは全訳し

ないので別添の資料をご参照いただきたい)。

その後、本会議は、ワークショップ形式で行われ、5つのグループに分かれて、次の3つのテーマについて議論を行った。

セッション1：健全なコミュニティの建設

セッション2：どのように健康問題の重要性を広げるのか

セッション3：政策提言（アドボカシー）の役割

ワークショップの内容は重要だと思われたので、以下にセッション1から3までの概要を紹介することにする。私は、グループC（ライオン組）に所属し、セッション1から3までグループC（ライオン組）として参加したので、以下にグループCの議論に沿って述べていく。

セッション1：健全な農村社会の建設

グループCでは、最初に自己紹介の後、健全なコミュニティの定義について以下のような論議をした。

- ・ゴール（最終目標）以上にプロセス（中間過程）が大切である
- ・Healthy（健全な、健康的な）とは肉体的、社会的、精神的、宗教的な事柄である
- ・感じたニーズに合うサービス
- ・貢献したキャパシティーとサービスからの利益
- ・自立しかし自己満足でない
- ・ターゲットが不利益になる—公平のために何を実施するのか
- ・認識したニーズを確認するための対話—参加型評価
- ・農村社会自体を開発する
- ・教育—人々を教育する方法
- ・現地に存在するヘルスワーカーといっしょに活動
- ・問題を処理する適当な団体を確認する
- ・ふさわしい代表を確保する
- ・農村社会はキーアクター

#### ○NGOの役割

- ・ファシリテーターとして農村社会と共に活動
- 計画立案、リソースの確認、モニタリング・評価、政策提言、財源確保

#### ○WHOの役割

- ・支援的役割
- ・訓練/技術知識移転
- ・公正な社会を支持

## ○障害

- ・評価と計画に必要な資金の不足
- ・事前の計画を課する
- ・政府の態度は農村社会に打撃を与える
- ・プロジェクト実施の時間的な制約
- ・それぞれの関係者は自身の課題のみに関心を持つ

〈セッション1のキー・ポイント—全体会議から—〉

セッション1について各グループでの議論の後、全体会議を行う。各グループのファシリテーターからの発表の後、以下のようなキー・テーマをまとめた。

- ・援助の政治と資金—多くのレベル、多くの関係者、多くの課題
- ・時間の規模
- ・環境保全
- ・プロセスの重要性
- ・農村社会に焦点を合わせ、課題に影響する力を与え助けるニーズ

セッション2：どのように健康問題の重要性を広げるのか？

\* 貧困はかつての問題ではなく現在も引き続き存在している

キー・アクター

### ○国際的レベル

- ・メディア
- ・経済機関（世界/IMF/OECD）
- ・欧州連合/国連
- ・NGOs
- ・地域開発銀行

キー・アクション

- 政策提言（アドボカシー）
- 課題のトップに貧困を置く
- 貧困に関する国連の小委員会的存在
- どのように資金を分配するのか検討
- 会議の開催
- 国際的な課題

### ○国内レベル

- ・計画立案&調整ユニット
- ・政府（各省庁）
- ・国の研究機関
- ・メディア
- ・NGOs

- 政策提言（アドボカシー）
- 戦略と優先権
- 国のガイドライン

### ○地域レベル

- ・メディア
- ・地域団体
- ・ヘルス・ワーカー
- ・住民
- ・リーダー&代表

- 通訳&ガイドラインに適応
- 国の機関へのフィードバック



- ・小グループ — 地域の課題を啓発
- ・企業
- ・農業代表/教育代表 — 存在する制度（慣習）を活用

○トレーニング/技術

- ・態度&動機
- ・人々のエンパワーメント—参加型技術
- ・プロジェクト管理/調査/評価
- ・社会人類学
- ・動員技術/交渉技術

○ギャップを埋める

- ・国の収容力を強化する
- ・政府は資金提供先に敏感になる
  - 参加基準、委託条件（達成されるべき目標、スタッフの報酬）
- ・プロジェクト報告は中間過程に焦点をあて学ぶ姿勢を保ち誠実であるべきである
- ・政府レベルで NGO 間の連絡調整—登録、報告、短期滞在型の NGO の管理
- ・アイルランド外務省（DFA） & 欧州連合（政策/評価/監督）
- ・不正防止
- ・貧困軽減のための構造組織設立

〈セッション2のキー・ポイント—全体会議から—〉

セッション2について各グループでの議論の後、全体会議を行う。各グループのファシリテーターからの発表の後、以下のようなキー・テーマをまとめた。

- ・ニーズ決定とリソース分配における政府の役割—NGOはどこで調和するのか
- ・構造調整プログラム等に関してNGOからドナー政府そして国際機関によるフィードバック
- ・誠実な見込みのあるプロセスに投資する（透明なそして参加型変革）
- ・健康は多くの分野そしてすべてのレベルに関与する
- ・貧困軽減のための組織設立（貧困は風土病であり組織は長期間必要とされる）
- WHOはこのイニシアチブをとることができるのか

セッション3：政策提言（アドボカシー）の役割

- ・貧困は健康開発に影響する
- ・貧困の不正
- ・貧困は多くの分野で議論されるべきである
- ・メッセージはターゲット・グループにふさわしいものにすべきである

## ○レベル

- ・WHO/国際機関とNGOそれぞれの国際、国、地域それぞれのレベルの政策提言の役割について検討
- ・コミュニティー（農村社会）の役割  
—ニーズを発掘する、民主的な権利を活用する、シェアリングするための場、政府に影響を与える、健康管理（近隣の健康管理チーム、委員会）

## ○次のステップ

- ・コミュニティーは中心的な役割をしなければならない
- ・貧困のために生じる健康問題のニーズを確認するための貧困と戦うことを提言
- ・すべての決定を知らせることの不足
- ・NGOsとコミュニティー・グループの技量を成熟させる
- ・ヘルス・ワーカーは相互に貧困について情報交換しなければならない
- ・コミュニティーが参加するために辛抱する勇気と約束を持つ

〈セッション3のキー・ポイント—全体会議から〉

セッション3について各グループでの議論の後、全体会議を行った。各グループのファシリテーターからの発表の後、以下のようなキー・テーマをまとめた。

- ・NGOは政治的な役割を担うべきか
- ・コミュニティーはメッセージを命じるべきである
- ・異なる全ての分野で考え活動する
- ・コミュニティーが参加するために辛抱する勇気と約束を持つ
- ・NGOsは連携を作ることに重要な役割を持つ
- ・全ての基本的なヘルスケアの問題のためにアクセスすることを保証

## 結論：次なるステップ

以上の3つのセッションからなるワークショップ終了後、全体会議を行い、次のステップに関して以下のような議論を行った。

## ○アクション

- ・異なる分野への接近—コンソーシアム
- ・WHOはNGOsのために定期会議を運営すべきである
- ・小NGOグループとWHO本部と地域ダイレクターとの会議
- ・存在するコミュニケーション手段の活用—ニュースレター等の発行
- ・WHOはいかにNGOsが情報を交換するかについて質問表を配布した
- ・事業を興し貧しさの思い込みを徐々に弱めることを通して検討
- ・資金提供者はプロジェクトを実施する個人以上にプロジェクトを支援すべきである
- ・WHOのためのリーダーシップの役割

## —成功したプロジェクトの背景の事例

### —モデルの概要

#### —NGOs に脚光をあてる役割

—自身を近づきやすく親しみやすくする

- ・コミュニティを強化するための仕組み/メカニズムの場所を設ける
- ・トレーニング—機会と方法によりバックアップ
- ・出会いのための政策提言に関する協力・共同研究
- ・統計数字の活用

・ローカル・レベルとの積極的な対話—WHO が対話を促進

・WHO は対話に NGO を含むべきである

・世界保健総会 (World Health Assembly) と語る NGO の連絡調整組織

・NGOs と WHO は彼らの運営方法を再考すべきである

—プロジェクトの進行管理/範囲/統合化への方法/貧困が脱出する技術・教育

・WHO はいかに記録を作成するかを人々に指導する役割を果たすべきである

・北の NGO は国際協力を強化するために自国の政府に働きかけるべきである

・サービスのための報酬と取り組む—可能な支払いのみすべきである

・WHO はインターネットにおいて貧困に関する情報ラインをもつべきである

・女性の教育は強調されるべきである

・論理的なフレームワーク・アプローチの変更とプロセス・アプローチの必要性

・機構の変革の必要性—ルールの外に踏み出す

・世界保健総会で NGO の関与についてルールをゆるやかにするようプロポーザルを奨励する南アフリカの派遣団

・計画を描く政府

・開発ワーカーのための指導はプロセスの訓練を含むべきである

・健康と貧困の統計数字を整理する

・経済関連の統計数字の充実

### 〈結論のまとめ〉

以上のような、次なるステップに関する参加者からの提案を受けて、結論を以下のよう

1. 本会後のメッセージ (メモ) を多くの人に伝える
2. 国レベルでのアクションを集める—NGO、政府と WHO
3. 情報—声明を作る、役立つレポートの作成、分析、書くこと、レポートの広報のための技術の強化
4. ネットワーキングのために必要なこと
5. WHO の運営について
  - NGO を含めることの大きな柔軟性が求められている

1996年7月10日

# アフリカと難民援助

医師 神谷 保彦

## 1. アフリカの道

アフリカの地道は、山あり、谷あり、泥沼と豊かな表情を持っている。車に乗っているものにはがたがたの悪路も、徒歩しかない地元の人にとっては、車がとばさないから安全な道である。アフリカの地方で、道路が舗装された後、車のスピードが上がり、ニワトリやヤギがひかれるだけでなく、人の交通事故が増えた所は多い。地元の人には緊急チャーターフライトなどないから、事故の瞬間に生死が決まってしまう。第一、アスファルトの道では熱くて、裸足で歩けない。ザイールのルワンダ難民キャンプへの道も整備が始まった。

朝、難民キャンプへの道を僕らが車で通ると、ザイールの地元の人たちは道端の草むらに身軽によけ、白い歯を見せて手を振ってくれる。夕方、宿舎への帰り道、今後は、お母さんが負い紐を額に当て、20kg以上のキャッサバの袋を背中に背負い、さらに胸の所で子供を布で抱え、その上お乳をあげながら歩いている。紐を額に当て荷物を背負うこの方法は、昔八丈島や北海道でも行われていた。アフリカの他の地方では、荷物は頭の上に乗せ、子供はお母さんの背中でガッチリと縛り付けられている場合が多いが、これでは子供は頭に直射日光を浴び、顔はタコのように歪んで汗だくになってしまう。さてこのお母さんは、僕たちの車が近づくと、畑仕事の帰りで疲れ切り、荷物の重みで折れ曲がった身体をやっとのことでそらし、目だけを上げ、車の中を見つめる。車が走り去った後、巻き上がる砂埃の中で子供は砂を吸い込み、お母さんの荷物は一層重くなっている。難民援助が始まってから、地元の人がニッサンやトヨタの車に道を譲らないといけない回数が増えた。

## 2. アフリカの難民キャンプと援助

難民キャンプのあるザイールキブ地方は、次の木陰まで後何キロ歩くのかといった灼熱のアフリカからは程遠く、豊かな緑に恵まれている。キブ湖の入り江の向こうに見える跳び箱のような白いテントのキャンプ風景も、圧倒的な自然の中で違和感がない。キャンプの中に足を踏み入るとそこには濃厚な生活がある。この限られた範囲のキャンプの中で、難民と呼ばれながら暮らしている人たちは、治安と援助の名のもと、全員の姿が上から眺められるような監視管理下に置かれているようにみえる。難民となって1年半が過ぎても、帰還の見通しが立たず、救援型援助（与える—受け取るという形の援助）を受けざるを得ない状況にある。そういう援助は、難民の依存性を高め、自立を阻害するといわれる。しかし、彼らは、その不自由さを跳ね退ける力強さを持っているし、援助に頼り切っている訳でもない。自分でできることはやっている。

むしろ、援助を与える側にこそ、厳しい自己評価が求められる。帰還できず援助を受けることを強いられている難民の人たちに自立した生活やその維持を求めるのは難しいが、援助側は単にプロジェクトを維持するための活動にならないように、活動をしながらも、絶えず難民の人たちと一緒に、正確なニーズアセスメントとして、難民が主導してプロジェクトができるように、彼らの能力を引き出すことに努力を傾ける必要がある。ただ、実際、現場で活動していると、目の前に問題が山積みしていて、それをこなすのに精一杯になり、難民の人に任せるより、自分でやる方が楽な時もある。現場のスタッフの教える能力の向上と現場から離れた上層部による的確なスーパーバイズが求められる。

キャンプの中で、子供たちに教えてもらうことは多い。学校で習う普遍的な知識ではなく、テントの間を走る路地の歩き方、メイズを臼で粉にする方法、薪の割り方、頭に物を載せて歩く方法など、局所的な知識を沢山知っている。男の子たちと一緒にマルボローというビー玉遊びをしていたら、お母さんが、女の子は子守をしてくれるのに、男の子もちょっとはうちの仕事の手伝いをしろ、と怒りに来る。健康教育のときには、僕がお母さんに、手を洗え、子供に食欲がなくても母乳はしっかりと与えよ、といろいろと無理な注文をつけることが多いのに、お母さんの方こそ、当たり前のことを言っている。ところで、健康教育は、予防接種の前などに、集まったお母さんに教育するのではなく、診察室や家庭訪問で、一人一人のお母さんと、問題点を一緒になって考えていくのが良い。それでも、お母さんに病気の予防について話をしても、"There is no other way"「他にどうしろというの」と言われると、どうすることもできず、病気になったら来てもらうしかないのかと、健康教育の内容を実現できる状況のなさに躓いてしまうことが多い。

### 3. アフリカと日本

キブ湖が、静かな膜を作って光っている。難民の一人は、湖水の上を歩いて、対岸のルワンダに帰れそうだと叫んだ。その湖水の青に染まりながら、4才の女の子が、自分の体重の半分はある重さの水を背負って、山道を登っている。この水を持ち帰らないと今日一日の一家の生活が成り立たない。水汲みは、人間が昔からずっと営み続けてきた最も重要な暮らしの行為の一つである。日本でも昔は、子供たちが自分用に作ってもらった水桶を頭に載せ、歩いていた。今や、日本の子供たちは、今日一日の生活ではなく、先の高収入の生活のために、重いカバンを手に塾に通っている。

アフリカの田舎の夜は真っ暗だ。子供の病気を肌と寝息と泣き方で判断しないとイケない。アフリカの人たちは、僕たちほど見ることに頼っていない。難民キャンプのように診療所がそばにあれば良いが、普通、アフリカの地方のお母さんは子供が病気とわかって、そう簡単に診療所に連れては行けない。アフリカの地方で子供が診療所や病気で亡くなるケースは20~30%にすぎない。今日こそは町の病院に連れて行こうと、夜明け前の4時、子供を背負って家を出る。真っ暗な草むらの壁が両側に迫るあぜ道を、幹線道路まで10キロ歩き、日に1度しかないトラックの荷台に乗る。トラックは、アフリカの常で、途中で故障するかも知れない。途方に暮れる親子の横を援助団体の車が通り

過ぎるかも知れない。彼女は、村の金持ちのようにヒッチハイクをすることを知らない。お昼前、病院にたどり着いた時には、子供は瞳を大きく見開いて、もう息は絶え絶えになっている。でも病院には酸素がない。アフリカの小児科病棟は死ぬための場所に過ぎないのかと今なお言われている。

ところで一方、日本のヤンママは夜中の2時、鼻水と咳の子供を4WD車に乗せて、明るくきれいな道を通って設備の揃った救急外来にやって来るだろう。ここで、アフリカと日本の親子の間にある大きな違いに、生活と医療のレベルの違いに気付かざるを得ない。でも、全く違った所で生活しているけれど、暮らしを支える基底は同じであり、母親の子を思いやる気持ちに違いはない。この母親同士、また、さっきの水汲みの子供と塾通いの子供だって、会えば、仲良くなるだろう。逆に、たとえ地元で活動していても、その人の暮らしや気持ちがわかるかどうか、僕には自信がない。車を捨て、靴を脱ぎ、裸足になって大地を踏みしめながら、歩いて村にたどり着いたとき、一瞬、アフリカの大地に溶け込め、人々の暮らしの表層に触れることができるかもしれない。

#### 4. 民族と難民

ルワンダの人たちは、19世紀、宗主国のドイツ、ベルギーによって、当時流行していた人類学、骨相学、優生学という科学に合わせて、北（エチオピア）から来た背の高いツチ人と土着の背の低いフツ人などに分類された。日本人をこの人の顔は北方人、あの人の体格は南方人と分類するようなものである。また、ある地方では、牛を10頭以上持っている裕福な者をツチ人と決めたともしられる。ルワンダにはもっと古い歴史があると言われるかもしれないが、起源や歴史とは、後から人がその時代に合わせ解釈し、教科書などを使って普及させるものである。独立後も、ルワンダ人自身の権力者が、この民族分類を利用し、権力争いをフツ人とツチ人の民族闘争にすり替え、民族を強調することによって、地域差や貧富の差を隠蔽した。

外から来た私たち第三者も、彼らの対立を助長しているかもしれない。フツ、ツチと呼ばれる人それぞれから話を聞くと、どちらも、自分自身をフツ人またはツチ人の代表と見立て、自分たちの被害を強調し、相手を必要以上に悪者に仕立て上げてしまう。ここでは、聞かれる、証言するという行為が、本来民族である前に一人の人間であるはずの個人の意識を抑制し、民族という大きな集団に自分を同一化することを促すことになる。一方の聞く方の私たちも、元役人、農民、漁師と色々な人がいて、いろんなところに住んでいたにもかかわらず、彼らをルワンダからのフツ人の難民として一括して捉えてしまう。

私たちが直接話しを聞く人は、英語やフランス語を話せる教育を受けた人にならざるを得ない。外国語を話せるということが、本人はそうは思わなくても、現地の言葉しか話さない普通の人から、彼らを引き離す。

さらに、私たちとアフリカ人が母国語でない英語で話しをする場合、その言葉の文化に引きずられ、合理的、断定的な物言いになって微妙な気持ちを表現できない。彼らエリートに近い人が、普通の人々と意見をどれくらい共有しているか、見極めるのは難しい。普通の人は、建て前でない本音としての自分の政治的な意見を、とくに外国人が相手だと

話したがらないだろう。

## 5. 子供たちの夢と援助

大きくなったら何になりたいと聞いたら、難民キャンプの女の子は、「シスター（看護婦）」、男の子は、「兵隊」と言った。彼女が看護婦さんになって、医療援助を受ける必要がなくなる日が、彼が兵隊にならなくても他の仕事に就けるような平和な日が早く来ることを願わずにはいられない。5才の女の子は、「わたしはひこうきになりたい」と屈託のない笑顔で叫んだ。子供は人だけでなく、何にでもなれる。彼女はルワンダに飛行機で自由に帰れることを願っているのか。彼女には、自分の宿命や無力さを自分自身の想像力で乗り越えようとする朗らかで強い精神力がある。そんな彼女を前にして、高い通貨の飛行機で自由に難民キャンプにやって来て、彼女たちを「フツ」「難民」という枠の中で見て、悲劇を探し出そうとしている自分が恥ずかしくなる。私たち大人の欲望の結果である戦争や開発がもたらす人間の敗北は、彼女のような子供たちがいる限り避けられるのだろう。

さだまさしの「風に立つライオン」では、援助に来ている日本人が風に立つライオンという主人公になり、ケニアの人たちがキリマンジャロやビクトリア湖とともに、彼を飾る風景になっている。現地でがんばっているこの日本人医師やこの歌詞を書いたさだまさしが問題なのではなく、問題なのは、これを聞いて、ロマンやナルシズムを刺激され、国際協力に魅せられる人の心性である。ライオンはそこに住む人たちであって、援助は、風でよい。名もなく、どこからともなく吹いてきて、診療所に来る人や村で集まって来る子供たちだけでなく、家の片隅で横たわったまま、外に出られない老人や子供たちにも、心地よい風を送り、いずれ知らないうちに静かに去っていく風であれば良いと思う。



カタナ難民キャンプの坂道を水をついで登る子供

### ソマリア難民キャンプでの救援医療活動を終えて

看護婦 宮崎 朋子

#### 1. はじめに

1995年1月よりアフリカ、ジブチ共和国でソマリア難民への救援医療プロジェクトに参加させていただきました。

国際協力につき日本で多少学んだものの、余りそのイメージが掴めず実際に現場に出てみたいという気持ちが強くなっていました。しかし、経験も知識もない看護婦をそう簡単にフィールドに派遣する団体などなく、駄目でもともとと思いAMD Aに履歴書を送ったところ、なんと翌日に片山さんよりご連絡を頂き、「ジブチに行ってもらえませんか?」と言われました。私は、「もう、履歴書着いたんですか?」と対応の早さに余りにもびっくりして、ジブチってどこのことか、聞くのをすっかり忘れてしまいました。次の日に父が世界地図を買ってきたので、一生懸命探して、ようやくアフリカの角と呼ばれる地域を見つけました。その国は、ジブチという国名もはみ出してしまいうほど小さい国でした。

AMD Aが、1993年1月から多国籍チームとして活動をしているこのプロジェクトに1年半参加し、現在の活動状況、その中で私が考えたこと、感じたことにつき述べていきたいと思います。

#### 2. 活動状況

##### (1) 概要

現在難民キャンプは3ヶ所(アリ・アデ、アッサモ、ホルホル)あり、1995年2月に閉鎖されたアウルアウサキャンプより一部の難民がアリ・アデキャンプに移住し、総人口は約20,000人となっている。

UNHCR(国連難民高等弁務官事務所)は、1994年よりエチオピア難民の帰還をすすめており、今年は3月、4月に約4,000人のソマリア系エチオピア難民が母国へ帰っていった。また、ソマリアへの難民帰還も検討しているが、まだ実施については未定である。

AMD Aは、ジブチ政府機関であるONARS(難民局)の医療プロジェクトチームと常に協力を図りながら、各キャンプで活動を展開している。主な活動内容は、診療所の運営管理、母子保健クリニックの管理、経口補液センターの管理、補助栄養プログラムの管理、そして予防医療面にも力を入れている。

##### (2) 活動内容

私のいた期間のチーム構成は、医師2名、看護婦1名、調整員1名、ローカルカウンターパート2名で、調整員以外は毎日2チームに分かれキャンプを訪問する。



妊婦、授産婦への  
トレーニング



フランネルグラフを  
使用した衛生教育  
指示している人が  
宮崎看護婦



ローカルスタッフを  
対象にスライドを使  
用し講義く授乳時の  
問題について>



## a) 診療所

各キャンプ診療所には看護婦・士がおり、患者の診療にあたっている。検査設備がないため、ほとんどの診断は問診と症状の観察で行っている。重症例や診断が困難な例は医師に相談するようになってきているが、患者数の多い場合などほとんど患者を診ずに、そのまま医師のところへ送ることがある。そのような場合には、少なくとも患者の訴えや症状をきいてからにするよう指導しているが、なかなか困難である。

ここでは、スタッフ、接する医師の双方に考える点があると思う。スタッフの場合、マンネリ化に伴う士気の低下があり、やる気を起こすようなアプローチが必要ではないかと思う。また接する医師の場合、その人により対応が異なるが、ほとんどの場合送られてきた患者をそのまま診察し、薬を処方する。医師なので当然の行為なのだが、私たちの役割を考えたとき、やはり看護婦・士を呼び一緒に患者を診るのが好ましいのではないかと思う。

薬品は6ヶ月毎にUNHCRに請求し、配給される。私たちの拠点であるアリ・サビエに中央薬品倉庫があり、そこから毎週、1週間分の薬品をキャンプに配給するようになってきている。現在の問題として、各キャンプでは週の初めに患者が集中するため、後半には薬品が無くなってしまふことである。薬品の配給は十分という訳ではないが、足りなくなるほどでもないため、処方の方等々の再指導が必要ではないかと思われる。

## b) 母子保健クリニック

各キャンプには担当看護婦がおり、妊婦検診と予防接種をおこなっている。妊婦の登録や予防接種を受けた子の記録はだいたい行われているものの、来訪しない場合のフォローは確実にこなされているとは言えない。その時期に来訪しないときは、母子保健担当の看護婦がCHW (Community Health Worker) に連絡し、CHWが該当者を連れてくることになっているのだが、看護婦はこの業務に関しあまり積極的でない。また、その他の業務にも積極性が見受けられず、再教育を検討するのも動機づけになり効果があるのではないかと思われる。

また、今年3月にTBA (Traditional Birth Attendant/伝統的産婆) を対象としたトレーニングプログラムを実施した。そして、母子保健看護婦とTBAとの間の連絡方法が確立され、現在も効果的に継続されている。

## c) 経口補液センター

1995年にUNICEFの指導で経口補液センターが開設された。各キャンプにはセンターの責任者がおり、主に下痢疾患を対象に経過観察をしたり、ORS (Oral Rehydration Salts) を与えたり、また母親にはORSの作り方だけでなく、衛生教育も行っている。

## d) 栄養プログラム

各キャンプにはフィーディングセンターがあり、5才以下の栄養失調児を対象に補助給食を配給している。WFP (World Food Program) の指導で、1996年4月をもち妊婦、授乳婦、結核患者、老人への補助給食プログラムが中止となったが、これらの人を対象にした補助食品の配給は継続されている。

センター担当者は、登録者の管理、食品の管理を行っている。また母親への教育プログラムも重要な役割で、現在フランネルグラフという視覚教材をAMDAで購入し活用しているが、その反応は私の方が驚く程である。今後はフィーディングセンターだけでなく、キャンプ内での教育プログラムでも活用する予定である。

その他の栄養プログラムとして、難民キャンプ内の学校で毎日ミルクを配給している。6月下旬より夏期休暇に入ったが、また9月より再開予定である。

#### e) 予防医療

昨年のマラリア流行以降、定期的に殺虫剤噴霧を実施しており、特に雨が降った後は蚊が大量に発生するもののマラリアの再流行は現在までない。

また安全な水の供給のため、水源の消毒、監視を行っており、必要時には関係機関と連絡をとり早急な対処を図っているため、昨年から現在までコレラの発生はない。

公衆衛生教育、啓蒙活動に関しては、ONARSのアリ・ヌル氏が主導しており、毎週各キャンプでCHW、住民と共にゴミ処理をしたり、トイレの設置、管理、また地域ごとに住民を集め衛生教育を行っている。私たちも教育活動に参加するなど協力している。

#### f) 教育プログラム

スタッフへの教育は、ほぼ毎日キャンプでの診療業務終了後に行う講義と、対象者を限定しセミナー形式で特別にプログラムを組むものがある。

キャンプで行う講義は、現在医師だけではなくスタッフも担当し活発に行われている。今年AMDAで、スライドプロジェクターと発電機が購入され、電気のないキャンプでも充実した講義ができるようになり、私たち以上にキャンプスタッフの意欲が見受けられ嬉しい限りである。今後もどんどん活用しマンネリ化打開の一助となり、また教育レベルの向上につながることを望んでいる。

今年に入り、3月にはTBA、4月には難民キャンプの学校の先生を対象にしたセミナーを、ONARS医療プロジェクトチームと共同で開催した。いずれも視覚教材やデモンストレーションを多く取り入れ、効果的でよい評価を得た。

### 3. 所感

AMDAに参加してみたいと思った理由の1つは、多国籍チームであるということでした。当初、私はアジア地域で国際協力活動をしたいと考えていたので、そのアジアからきている人々と一緒に仕事をしたり、学んだりできるなんてとても素晴らしい機会と思いましたし、現在もそう思っています。しかし当然のことなのでしょうが、問題にも、これでもかというくらい直面しました。

AMDAは医師中心の団体ですが、医療NGOとしてのAMDAの理念に共感し、私もそれを常に考え活動をしてきたつもりです。ただ派遣されてくる医師の中には、AMDAの理念さえも理解していないと思われる方々がおり、その意見のちがいがプロジェクトの方向性自体も見失われるのではないかと懸念したこともありました。また理念に基づく意志の一致がないため、チームワークというものがなかなか成り立ちにくかったと思います。

そして、日本以上に看護婦の地位を低く見ているアジアの医師と接したとき、辛いこともたくさんあり、特に何も仕事をしていないといわれたことは、私自身無力さを感じていたので、本当に悲しいことでした。そのため、一時帰国して戻ってくる時は気が重かったのですが、幸い新しい先生方は医師として、人間として尊敬できる方々で、多くのことを学ばせていただきました。私のことを、"Jack of All, None of the Master"と評し、はじめは専門性がないって言われてるんだなと否定的にとらえていましたが、でもそれだけいろいろこなしてきて身になったんだと肯定するようにしました。

私自身のことを言えば、救援プロジェクトに参加したにもかかわらず、常に周りの人々に助けられていたというのが実感です。特にローカルカウンターパートのイブラヒム、アウエル、ONARSのドクター・シャルディ、アリ・ヌル氏。彼らの支えと理解がなかったら、私は一年半の間ここに滞在し、活動することは困難だったと思っています。彼らはジブチの国民ですが、ここで難民と呼ばれているほとんどの人々は彼らと同じソマリア系民族で、同じ言葉を話し、同じ文化、宗教を持っています。彼らを知ることで難民のことを知り、また私たちよりずっと深く、長く難民救援に関わっている彼らから学んだことは、私の貴重な知識となりました。主にイスラム教について、私はまったく無知であったため、初めの頃はシャイターン（悪魔）と思われるような行動をとっていたこともありました。さりげなく軌道を修正してくれたり、誤解を解いてくれました。またここでは、何か問題があったときにはお互い納得するまで話し合う、ということを学びました。日本でだったらわだかまりが残りそうな出来事でも、時には他者を交えて話し合いで解決し、次の日には元の鞘に戻る。この姿勢を私はいつも見習おうと思います。結局何もできず帰国を迎えましたが、この一年半の経験の中で、私の今後の課題をたくさん見つけました。まず、国際協力活動を続けるためにはきちんと専門性をもつということ。「私はこういう事ができます。」といえるようになってまた帰ってきたいと思います。それから、私はやはり看護という職業が好きなので、看護婦としてこのような活動に従事したいと考えている人のために私の経験が少しでも役に立つよう貢献していきたいと思っています。

#### 4. おわりに

文章を書くのが苦手で、結局活動中1回しかレポートを送りませんでした。こうして帰国にあたり、あれも言いたい、これも言いたいと、次々頭に浮かんできてまとまりのないものになってしまいました。レポートと堅苦しく考えずに、難民のことや私たちの活動の事を知ってもらおうと思えばよかったと大反省しています。振り返れば本当にいろいろなことがあった。書ききれないことのほうがたくさんあるが、徐々にまたまとめたいと思っています。

この場をお借りして、活動中お世話になった方々にお礼を述べたいと思います。

まずは我がアリ・サビエチームの2人のドライバー、フセインとアブディラヒ。この2人には本当に泣かされた。何時でも我が道を行く状態で、喧嘩は日常茶飯事だった。それでも次の日にはケロッとしてやってくる。でも、彼らのプロフェッショナルなドライビング(?)のお陰で、事故にも遭わず毎日キャンプに通えたのであった。そして時々妙に親切だったりして(下心があるのだが)、憎々しくて、可愛くて、結構この状態には

まっしてしまいました。

それから、ローカルカウンターパートのイブラヒムとアウエル。彼らなしでは私たちの活動も半減してしまいます。そしていつも私を支えてくれました。ドクターと喧嘩したとき、ドライバーと喧嘩したとき、またキャンプでのめめごとも、いつも中に入ってくれました。仕事以外でもお世話になり、特にイブラヒムの奥さんファドゥーサは、食事に何度も招いてくれたり、ヘンナという染料を使って手や足に模様を描いてもらったりした。娘のファティアはいつも私を怖がっていたけれど、だんだん慣れて最後にはキスしてくれて嬉しかった。

次はONARSの面々。ドクター・シャルディとアリ・ヌル氏。お2人にはたくさんのご指導いただきました。キャンプの事、医療の事、生活、文化、宗教の事などなど。それと同時に、彼らは私のお悩み事相談所でした。私が怒っているときでも、泣いているときでもいつも暖かく迎えてくれました。お父さまたちありがとうございます。ついでに、ついに独身を捨てたドクター・シャルディ、ご結婚おめでとうございます！

そしてやっぱり服部氏。もう服部氏にはなんてお礼を言ったらいいのか。私の精神安定剤のように、励ましてくださったり、注意をしてくださったり。あの暖かい性格と笑顔を絶やさぬ姿には学ぶところが多く、見習いたいと思ってます。Many Many Thanks To You!! アンゴラには行けないかも知れないけど、アッラーの神が導いてくれたら、またどこかで一緒することがあるかもしれません。

最後に、この機会を与えて下さったAMDA本部の片山様、また快く送り出してくれた私の両親に感謝致します。ありがとうございました。



妊婦、授乳婦を対象にスライドを使用し  
授乳時の問題について講義

### アンゴラプロジェクト帰国報告

看護婦 高田由美子

#### \* ANGOLAってウサギ? \*

アンゴラと言っても知らない人が多いと思う。Projectに参加するまで私も知らなかった。ウサギとはまったく関係ない国の名前である。中部アフリカの大西洋岸に面しておりザイルのすぐ南方にある国だ。昨年、20年以上続いた内戦が終わった。和平協定が結ばれたと言っても、過去2回同様に和平が約束され、2回とも破られた。そのため「和平の見込みのない戦闘」として国際社会から忘れられつつある。

情勢は、かなり不安定である。お金の価値は下がり放題、私が居る時で1\$ = 23万kwz (クワンザ) 位だった。レートは毎日変動していて、着実にkwzが上がっていた。すごいインフレだ。銀行で\$を下ろそうとしたら「\$は無い」と言われ困った事があった。何でも\$が流れる様になったのは最近の事で、その前はしょっちゅうあったそうだ。自国の産業はこれと言って無く全て輸入に頼っているが、鉄道などは走っていないため物や人の流れが悪い。失業率より就業率を数えた方が早い程、殆どの人が町をふらついたり、ゴミ箱を漁ったり、物乞いをしたりしている。会社や商店の経営者はだいたいポルトガル人、植民地時代のなごりであろう。町では地雷で脚を失った人を多く見かけます。まだ武装解除されていない。その為、毎日バンバンと乾いた銃声が聞こえる。警察はあるが、警官が車を止めて何かしら言いがかりをつけ、お金を取るなんて事は日常茶飯事である。だからこの和平がいつまで続くのか誰もわからない。

そのアンゴラで「20年以上無医村だった地域の病院を再建する」目的で活動していた日々を振り返ってみたい。

#### \* Field \*

活動場所は sanza-pombo (サンザポンボ) というかわいい名前の小さな村。日本の軽井沢アンゴラバージョンって感じ。しかし、電気・水道の設備は内戦時に破壊されている。首都の luanda に office があるが、そこから約 600km 離れている。飛行機で 1 時間飛び uigi という町の空港で降りて、車で 2 時間半走ると sanza に着く。(uigi → sanza 約 170km それでも一番近い空港だ) 陸路は地雷を避けて遠回りするので 14~16 時間かかる。生活物資全て luanda から送ってもらっていた。

電話は uigi の UNAVBM まで行けば、かけることが出来た。手紙は、毎週誰かが luanda へ休暇に行くので、その人に頼んだ。リアルタイムで luanda と交信ができる手段は無縁だった。これが気まぐれで、3割程度の確率で交信できて 6~7割の確率で luanda からの声だけ受け取る事が出来た。sanza は「陸の孤島」という形容詞がピッタリだと思う。しかし、たいていの孤島の景色が素晴らしい様に、sanza の景色も他国の人に自慢できる素晴らしいものだ。AMDA 宿舎のテラスからは延々と広がる地平線が望める。そこに沈

む夕日を見るのが唯一の楽しみだった。

アンゴラにはたくさんの国連団体やNGOが入っていたがsanzaで活動していたのはAMDだけだった。MSF（国境なき医師団）やハンディキャップなど他のNGOはそれぞれuigi・negagiなど比較的に関境の良い所で活動していた。

### \* Local \*

地域の人達を「ローカル」と呼ぶ。そのローカルがとにかく強烈だ。平気でウソをつく、物を盗む、自分の非は認めない、ありがとうを言わない。どういう人達なんだろうと思った。私はアンゴラに入る前、ローカルに対し自分なりのイメージがあった。「物質的に貧しくても心は清らかできっとダイヤモンドの様に光っているのだろう」と。しかし、それは物の見事にガラガラと音をたてて崩れた。

病院では、我先にと患者同志でケンカをする（これは毎日）仮病を使う、もっと薬をくれと文句を言う。ローカルNS達までちょっとしたスキに薬を盗むので、薬局から出られなかった。確かに薬は入手困難であるし、高い値で売れるので生活の為に仕方ない気もするが、村のマーケットでAMDの薬が売られているのを見ると、複雑な気持ちになった。宿舎ではコック、掃除人、ガードマンが口を揃えて「アスピリンをくれ、パラセタモールをくれ」と言ってくる。（彼らは文字の読み書きは出来ないのに、薬の名前は良く知ってるなど感心してしまう）ダイニングに置いてあった缶詰や冷蔵庫の中身がいつの間にか減っている……やられた……それからは冷蔵庫にまで鍵をかけて管理していた。

朝・夜なく患者が宿舎まで来た。いつから熱が出ているのか聞くと「3日前から」。夜中過ぎまで治療したり、往診に行っても決して「ありがとう」とは言われなかった。「僕たちは貧しいのだから何かをしてもらって当然」という考えがローカルのあちこちにみえた。毎日が戦いだだったローカルとの根比べ。そしてもう一方では、日本の道徳観を当てはめようとする自分と戦っていた。

カラーの濃い強烈なローカルだけど嫌いにはなれなかった。子供を叱りながら傷の処置をしたり、大声を出しながら患者を並ばせている、そんな一生懸命な姿を見るとうれしかった。彼らはやっぱりダイヤモンドだった。生きていく為には盗みだって何だっける強さがあった。言いたい事ははっきり言う、ウソはつくけど見え透いた幼稚なモノだった。感情表現がストレートでキャラクターが分かりやすかった。日本人を知るよりずっと透明度は高かった。そして切れ味は凄かった（この切れ味については読んでいる方が個々で想像してみてください。）「生きるため、何が悪いの」と言わんばかりの堂々とした笑顔、やっぱり輝いて見える。ローカルはちょっと別の意味でダイヤモンドだと思う。

### \* 感想 \*

アンゴラに入る前、集中治療部で働いていた時期があった。重症や緊急患者を助けて当然命を救わなければいけない病棟だった為、それなりの設備は整っていた。sanzaは何も無かった。薬や注射器、ガーゼ等の衛生物品からカルテ、ボールペンまで全てluandaから送ってもらっていた。X線など贅沢品としても、せめて殺菌する設備は欲

しかった。日本と比べるなんて問題外だし、医療の幅や奥行きを知りたくもあったのでその状況は予想していた。でも、やっぱり始めはうろたえた。

患者の殆どはマラリアだ。そして肺炎(2次感染も含む)疥癬や創の皮膚疾患、回虫等の腹部患者と続く。患者は徒歩で病院に来る、それしか方法は無い。4~5kmは当たり前で30kmを2日も3日もかけて歩いて来る患者もいる。それでも病院に来られれば良い方で、体力の無い人は病院にすら来られない。薬も飲めず寝ているしかなく、場合によってはそのまま死を待つしかない。ひどい栄養失調は少なかった。sanzaは果物が取れる為であろう。しかし大人も子供もみな痩せていた。AMDAが活動を始めてから半年、患者の数は増える一方だった。近辺の村々に情報が流れ、多くの人が医療を受けられる様になったのは良い事であるが、新患より再診の患者が圧倒的に多い。それも10km以内で比較的近い所に住んでいるという条件も加わる。無医村地域はまだある。医療を受けられずに苦しんでいる人は沢山いるのだ。「何が無いから出来ない」なんて言っている場合ではない、ある物を工夫して使った。だんだん柔らかか頭になってきたのか工夫する事も楽しくなった。

sanzaの子供を抱き上げると軽い。日本の同年の子供と比べると、とても軽い。肌の色の違う私に初めは警戒しているが、慣れると屈託なく笑う。汚れてボロボロの服を着て、裸足で走り回っている子供達。オムツなど無いため布を宛てているが、時々赤ちゃんの尿が脚を伝わっている母親を見かける。「ボニート(かわいい)」と言うと、恥ずかしそうに幸せそうに微笑む。この子供達だって大人になるまで生き延びられるかわからない。ある統計によるとアフリカでは平均1000人中150人が1歳未満に死亡しており日本の20倍である。南アフリカでは1~4歳の間に死亡した乳幼児は55%にも昇る(黒人に限る。アンゴラのデータは入手出来なかった)同書では、アンゴラ—50万人が早急に援助を必要としている。と述べている比較的豊かな南アフリカでさえ55%だ。アンゴラでの値は想像したくもない。

帰国する前に事件が起きた。6/1 sanza 宿舎のガードマンが殺された。彼の家、妻や子供の目の前で射殺された。さらに6/26 sanza ドライバーとガードマンが銃で撃たれたドライバーは死、ガードマンは重症を負った。誰が何の為に撃ったのかはわからない。衝撃と恐怖と怒りと悔しさと悲しみが一遍にのしかかり、その重さに膝が震えた。「この国の人は簡単に人を殺す」とは聞いていた。しかし、まさか自分の周囲で起ころうとは…それも毎日顔を合わせていた、言わば身内の様な彼らが殺されるなんて……。民族性の違いとは言え、一つの命を簡単に奪ってしまうものなのか。感情が先立ってしまう。「ただ生まれた国が違うだけなのに、この国と日本では命の重さが違う」命を守る職業の端くれにいる私にとって、何とも言い様のない事実だ。

内戦後の政治・経済の混乱、無気力な大人の中で育つ子供達。この子供達は果たして将来どんな大人になるのだろうか?「せめて大人になるまで生き延びて欲しい、そして銃を手に殺し合う人だけにしないで欲しい」と祈るばかりだ。

終わりに、一緒に活動していた皆様、このようなチャンスを与えて下さった本部の皆様、日本で応援してくれていた皆様、お陰様で何物にも換えられない素晴らしい時間を過ごす事が出来ました。

いつまでもこの気持ちは忘れないでいたいと思います。ありがとうございました。



## Feeding Center Report

看護婦 大谷敬子

6月、カレヘキャンプのFeeding Centerでは、主に貧血患者を対象に活動を行いました。5月の3週目から、キャンプ内で重症貧血の患者が増え、輸血を必要とする患者数も同時に増加してきました。貧血の治療には、主に鉄剤と葉酸の合剤が処方されますが、貧血の改善のためには、栄養摂取（特に、蛋白質）についても考慮する必要があります。そこでFeeding Centerでは、5月から6月初旬にかけて、診療所で貧血と診断された（血色素10g/ℓ以下）全ての患者をFeeding Centerに呼び、その状態観察を行い食事指導とともに豆の配給を行いました。この豆はWFP (World Food Program) が毎月余分に支給してくれる分の在庫、約150kgでまかないました。

約186人の患者に呼びかけて、実際に配給を受けに来たのは104人でした。方法は以下の通りです。

1. 104人を3グループに分け、1日1グループずつ集めました。

1グループは5月に貧血と診断された15才以下の子供。

2グループは6月に貧血と診断された15才以下の子供。

3グループは大人の貧血患者。

2. 貧血についての教育

今回は特に、ここで最も多い疾患であるマラリアから貧血を合併する例について強調し、貧血に有効な食物について食事指導も行いました。AMD Aからの配給も家族全員に行き渡る量ではなかったため患者に摂取させるように、説明しました。

3. 健康状態の観察

結膜、舌、爪の色調の観察。発熱の有無。食欲や血色素の値。薬の内服状況についても確認しました。（薬が終了していて、状態の改善していない患者については、医師に再度、診察を依頼しました。

4. 豆の配給

3日分の豆、約250g（コップ一杯程度）を、3日に1回、合計3回、配給しました。1日、約80gの摂取として、カロリーは268Cal、蛋白質は16gになります。10日後客観的に、身体所見の改善したと思われたケースは104人のうちわずか12人で、ほとんどの患者は同じ状態で経過し、一部途中で来なくなるケースもありました。改善しないケースはCommunity Health Worker (CHW) へ経過観察を依頼しました。観察が短期間であった為、豆の配給の効果についての評価まで至りませんでした。今回の試みからは、やはりCHWによる長期経過観察が重要と思われ、貧血患者のフォローアップをしっかりとする必要を感じました。

6月は、体重・身長比が80%以下の栄養不良の患者の他に、体重・身長比は80%以上でも、血色素値が7g/ℓ以下で補足の食事 (Supplement) が必要であると考えられるケース、6人がFeeding Centerに通っています。その中に、少し悲惨な例があったので、紹介します。家族構成は6人。父親は病弱、母親は妊娠7ヶ月で輸血を必要とするほどの重症

貧血となり、輸血設備のある病院に転院、4人の子供はすべて重症貧血と診断されました。しかも、うち2人は体重・身長比が80%以下の栄養不良児でした。4人の子供に Feeding Center で1日約1000カロリーの補食を行ったところ、少しずつ、栄養状態の改善がみられてきました。このようなケースは他にもあると思われますが、UNHCR（難民高等弁務官事務所）からの食料配給だけで、毎日の栄養を補っていくことはなかなか困難のようです。キャンプではほとんどと言ってよい程の難民達が何らかの方法で収入を得ているようですが、それができない家族は家族全員が十分な食事が摂取できず様々な疾患に罹患しやすい条件を作ってしまう可能性があります。今回の貧血患者の増加ももちろんそれだけが原因とは言えませんが、毎日の不十分な食生活が誘因となっていることも考えられるかも知れません。今後、Feeding Center では Growth Monitoring を通して食事配給の対象にはならないが、成長状態の良くない子供について、その原因を調べ、教育内容を決めていく予定です。

## CENSUS REPORT (人口調査)

6月4日から6月11日まで7日間、CAREのスタッフとAMD Aのインターナショナル2人、ローカルスタッフ4人、それにキャンプの管理者とミリタリー〔UNHCR(国連難民弁務官)から雇われ、キャンプの安全の為に働いている兵士〕が加わって行われた。方法は以下の通りである。

PHASE1 (プレスレットの配給) 各ゾーンごとに集まり、プレスレットを1人に1つ左手に付けた。(プレスレットは1度付けるとハサミで切らない限り開けられないボタンが使用されている) 受け取った者は右手(乳児は右足)にスプレーをかけられた。薬液は無色で洗っても数日間は落ちないとの由(実際にどれだけ持続するのかは、不明) プレスレットを渡す前には、右手をライトで照らして、本当に始めての登録であるかのチェックを行った(スプレーは、暗い場所で特殊なライトにあてると青く光って見えた)

PHASE2 (FOOD CARD の配給—UNHCR からの一般配給は、全て FOOD CARD を確認して行われる。従って CARD を持っていない者は何の配給も受けられない) 古い FOOD CARD 持参で家族全員に揃って来てもらう。プレスレットはその時切り離され数を確認した上で、古いカードと交換に新しいカードを配給。

FOOD CARD には1~10までの番号が書かれてあって、家族の人数(正確にはプレスレットの数)をカードにパンチで穴を開け記録される。(例えば、古いカードの人数が5であっても、プレスレットを付けて実際に来ている人数が4人であれば、その数しか穴は開けてもらえない)

PHASE1 を3日かけて、PHASE2 は4日かけて行った。

まず初めに感想を言えば、"よくこれだけ……"と思うくらい色々な手段で2重3重登録を試みようとする難民達がたくさんいた。

1日目は、ミリタリーが、二重登録に来た難民を逮捕して殴ったことが原因で、難民達が怒って登録場所めがけて投石した。危なくてとても続けられる状態ではなかったので一時中断される。(私もその時点でライトを使ってチェックを行い、何人かの人を追い返していたので、それで怒って石を投げてきたのでは……と不安になったけど、そうでなかったので少し安心) 投石によって何人かが怪我をしたけど、幸い重傷を負った者はいなかった。2時間後にはさわざも収まって再開された。

予定では3時か4時には終わることになっていたのが、何度も並びに来る者のせいで、

5時になっても列は途切れず、その時点で一端切り上げて、翌日に持ち越された。結局3日かかってしまい、3日目にはさすがに疲れてきて、初めの頃は2度3度来た難民達をミリタリーが、棒で叩いて追い返してるのを見て、気の毒に思っていたけど（又、自分がその人達をチェックしていたから、余計に気が重かった）最後には自業自得だ…と思いつつ同情する気にすらなれなかった。（ひどいときには10人に7~8人は既に来ていたということもあった）

人目を盗んでチェックを逃れ、プレスレットの配給場所へ行こうとする者や左手を出そうとする人、後でスタッフに聞いたところでは、ネズミの血液や泥などを手に付けてスプレーが消されていないか試しに来た者や、クロリンなどの薬品で手を洗って来る者もいたということだ（これはなかなか効果があったらしい）その他、プレスレットのボタンの所を損傷無しにうまく外せる人がビジネスを始めたり、外されたプレスレットは最高10ドルで売られていたとのことだった。二重登録には高熱の患者や、杖をついてフラフラになりながら誰かに支えてもらって来ている年寄りの人もいた。難民達にとってFOOD CARDが今後生活していく上でどれだけ重要であるかという事を、改めて考えさせられた様な気がした。

ディスペンサリーもさすがに患者は少なかった。後で聞いた所、初めの2日間は、特に女性・子供は列に並ぶことすら困難で、本当にプレスレットを受け取れてない人も多かった。そういう人たちが、どういう気持ちで自分達の順番を待っているかと思うと、何度も並びに来る者に対しよけいに腹がたってきたりもした。

PHASE2は特に問題はなかったが、けっこう多くの難民達が壊れたプレスレットをして来ているのが見つけられた。そういった人たちは、その時点ではカードは渡されず、全てのゾーンが終わった後で再度来るように言われていた。

カビラ、カチューシャ、イネラなどの大きなキャンプでは、二重三重登録に来る難民の数が多く、前に記録されていた人数より大幅な数のプレスレットが配られてしまったため、カードの配給は中止された。PHASE2の間は、そういったキャンプの人たちがカレヘに来たため、プレスレットに記入されている番号（キャンプによって決まっている）のチェックが厳重に行われた。中には、数字を削って来る者や、例えば、0から8にペンでうまく書き換えて来る者までいた。結果は、カレヘは20158人だったのが、17134人となった。ほとんどのキャンプでは、人数が増えすぎてしまったため、中止された。また、カタナキャンプでさえ、3368人から4122人と増えていた。

カレヘのチェックが厳しかったのか、それとも難民達の要領が悪いのか、結果的にはカレヘはセンサスがスムーズに行われたキャンプの1つだと言えらると思った。

UNHCRの一般配給だけでは彼らの生活はとても困難で、何とか何枚もカードを手に入れたいと言う気持ちは理解できるけど、それでもうまく手にいれている人たちは、お金を持っていて、それ程生活に困っている人のように思えないところに、不公平が感じられたりもした。今回のセンサスで以前にカードを無くしてしまって、配給が受けられずにいた家族についての問題は解決されたが、まだ完全に全ての者にカードが配られていないことも確かである。（ケースは減ってると思う）

こういった状況の中で全ての人に平等になどということは、ほとんど無理なことであり、そうなる、どうやって100%近くまで達成できるようにするかということが、最大の目標であるようにも感じられた。

## リハビリテーション活動報告書

看護婦 宮本 圭

### はじめに

此処ザイール国内にあるルワンダ難民キャンプでは、難民帰還の具体的な目途の立たない状況のまま現在に至り、AMD Aの医療活動も徐々にではあるが長期支援型に変化しつつあるようである。(UNHCR 談：1997年難民帰還開始予定。が、詳細は未定。) 私たちの活動拠点であるKATANA KALEHEの両キャンプではマラリアの発症が続いている他、最近では重症貧血・疥癬患者の治療に難渋している。後述2疾患については急性期の治療のみならず原因検索に始まり、早期発見・早期治療、また外来患者の確実なfollow up、そして予防教育が重要と考えた。これらが重症化や疥癬における伝播を予防すると考え、新たな活動が開始されている。また、難民キャンプには孤児や様々なソーシャル・ケース、ハンデキャップを持つ人々がおり、殊にハンデキャップを持つ数例の子供達が一人家の中に所在なげにいるのがとても気になった。リハビリテーションを行うことで何とか彼らの行動範囲を広げられるのではないかと考え、今回主にこれらの子供を対象としたリハビリテーションを開始したので、ここで簡単に報告する。

### リハビリテーションの実際

1. 目的
  - 1) 筋・関節拘縮の予防と進行(悪化)の予防
  - 2) ADL (Activity Of Daily Life 日常生活行動)の拡大
2. 対象者 脳性麻痺・髄膜炎後の子供
3. 方法
  - 1) 対象者のテントを戸別訪問し、各ケースに応じたりリハビリテーション計画の立案・実施  
\*実施者：AMD A International staffとCommunity Health Worker (以下CHWと記す)及び家族
  - 2) 家族に対するリハビリテーションの技術指導
4. 経過

初めてリハビリテーションの必要性をCHWや家族に説明した際には、両者とも口を揃え「リハビリテーションって何?」、「本当に効果はあるのか?」、「専門の施設に行かなければそんなことは出来ない」等言っていた。拒否反応は示さないまでも知識が十分でないために皆半信半疑なのである。子供自身は凝り固まった関節を突然他動的に動かされ、痛みを耐えるのが精一杯で、時には泣き出してしまったといった感じであった。しかし、定期的に訪問し、回を重ねてリハビリテーションの必要性・有効性を説明することで家族も少しずつ興味を示し始めた。(リハビリテーションを開始して間もないため)子供の身体所見には顕著な変化は今の所認められないが、少なくとも子供達はリハビリテーションを受けることに拒否反応を示さなくなり、トレーニング中も自分で足を支えるなどの反応が見られるようになった。

### 今後の課題

そもそもリハビリテーションは長期的に行うことが大切であり、またその効果も顕著に現れるというものではない。そのため、今後リハビリテーションの効果が見られないからと言う理由で諦め、これらのトレーニングを途中で家族が中止してしまう可能性がある。そこで、CHWの教育も含めた継続的な支援が必要不可欠と考える。

### バニャルカよりの報告

医師 松浦多賀雄

#### 1. バニャルカの状況

バニャルカでは日差しは強いが空気は乾いており、冷房器具もいらず過ごしやすい。少し町を離れると緑も多く、各家々の軒には色とりどりの花が咲いている。バニャルカ内だけに住んでいると、状況は安定しており町も活気が出てきている。夏休みであることもあり、午前中から若者が散策しており、大人も職についていない人も多いためか、午前中からカフェで寛いでいる人も多い。元々バニャルカの町自体が戦闘の中心になったわけではないので、壊されたモスク以外建物の破壊はそれほど認められない。ただ、ボスニア連邦側及びクロアチア側からの電気の供給がなくなったため、停電の日が多い。6月中は1週間ほど停電が続いたこともあったが、最近では、一日のうち半日ぐらいが停電している。また6月までは町の中心の交差点では地元の警察が交通整理していたが、7月になり信号機が少しずつ作動し始めた。バニャルカから90km南に行ったシポボという村はセルビア人とクロアチア人の戦闘の中心になったところであるためそこに至る道は爆撃のため至る所に穴があいている状態だったが、7月の間に道路の補修がある程度終了した。また、セルビア人共和国とボスニア連邦の間の検問も無くなっている。このように私の目から見てもこの2ヶ月の間に復興が進んでいる。しかし、9月の選挙、12月のIFOR撤退に向けて準備は進められているものの、9月の選挙を前に戦闘の中心となったサラエボ周辺では緊張が高まっており、まだ予断を許さない状況である。

#### 2. バニャルカ・クリニカルセンターで活動して

以前はヨーロッパの中でも医療システムが整っているとされた新ユーゴだが、家屋、医療施設が破壊された事と多くの住民が移動を余儀なくされ各居住地の住民構成が変化したことに伴い、医療システムも再構築されなければならない。もう一度そのシステムを建て直すには、その国の人々の努力はもちろんの事、周囲からの何らかな援助も必要である。そういう意味でも、今後セルビア人共和国において医療の中心施設になるであろうバニャルカクリニカルセンターの医師を日本の病院へ派遣し、現在の日本の医療に触れる機会を提供すること、及び医学ジャーナル・医学書の寄贈は、今後のこの国の医療の復興に大きく寄与すると思われる。

##### 1) 交換研修プロジェクトについて

バニャルカより日本への医師派遣については現在3人の候補者があがっており、日本においてその受け入れ機関を探してもらっている。現在の予定者は、腹部外科医（特に腹腔鏡手術の研修を希望）、循環器科医師（特に軽食道的心エコーの研修を希望）、泌尿器科医（特に内視鏡下経尿道的手技の研修を希望）の3人である。まだ決定ではなく、日本

側、バニヤルカ側双方調整中である。今後の調整により、派遣時期を決めて行く予定である。

2) ジャーナル、医学書の寄贈について

7月19日にAMDAバニヤルカ事務所にて4人のAMDAスタディーツアーの人達よりDr.ランコーに医学ジャーナル(New England Journal of Medicine, 1994-1995)が贈られた。Dr.ランコーによると、これらはバニヤルカ大学医学部に寄贈する予定であり、内戦勃発以来、公式に大学に書物が寄贈されるのは初めてのことであり、集めてくださった深谷先生はじめAMDAに感謝していた。

クリニカルセンターについては、内戦中は経済封鎖の影響及び経済的問題によりジャーナルが手に入りにくかった。それでも1992年までは購入できたが、1993年は注文しお金を払ってもその1/3のジャーナルしか手に入らず、1994~1995年のジャーナルは注文できなかった。ほんの一部のジャーナルがギリシャなどの病院の善意で贈られていたに過ぎない。1996年のジャーナルについては、経済封鎖が解除されたこともあり2月の時点で30種類のジャーナルを注文しお金を払ったが、まだ手に入っていない。

また、医学書については、どれも古い本しかない。図書室にいる司書の方に一番新しく購入した医学書はどれか尋ねたところ1987年の医学書を棚から取り出してくれた。個人的には新しい医学書をもっている医師がいるとのことだが現在の医師の給料からすると医学書を1冊買うのも大変なことである(医師だけでなくどの職業の人も給料は安い)。いずれにしろ図書室には、少なくとも私が棚を眺めたところでは、古い医学書のみで新しい医学書は見あたらない。若い医師などで経済的に余裕がなければ、先輩医師から本を借りるか先輩医師からの指導により技術知識を教えてもらっている。またこの図書室は古い方のクリニカルセンターの敷地の中に、一軒家みたいに存在し建物自体も古い。司書さんが雨水が天井から染みてきたときは本が濡れないように気を使い、鼠がいるために殺鼠剤を備え付けたりといろいろ努力している。このように医学関係の本が古いのと図書室の環境が悪いことにより、図書室には時々医師は立ち寄るが、看護婦などはほとんど立ち寄らないという。医師ばかりでなく、今後この病院の医療関係者の知識・技術の向上を考えると、図書室の整備・充実は意味がある。医師のための本だけでなく、看護婦、他のパラメディカルのための本も必要だ。司書の方に聞くと、英語は話せなくとも読める人は少なくないという。こう考えると英語で書かれた医学関係の本の寄贈は医師ばかりでなく全ての医療関係者にとって大きな利益となるだろう。もちろん一番新しい改訂版がベストだが、一版ぐらい古い本であれば十分に意味がある。日本の医療関係者の方で、英語で書かれた医学関係の本で、二重に購入してしまったもの、または新しい改訂版を買ったため要らなくなった本があれば、寄贈していただきたい。

医学関係書物(英語版)の寄贈のお願い

上記の報告を受けてAMDAでは現地へ医学書を寄贈することを計画しています。会員の方でお手元に英語版医学書をお持ちの方で御寄贈いただける方がおられましたら、ぜひAMDAまでお送り下さい。

\*問い合わせ先:AMDA本部 林まで

### ボスニアプロジェクト報告書

調整員 李姫子 Lee Heeja

1996年7月31日

#### 序

長い間連絡出来ずにすみませんでした。7月5日にザグレブに着いてから現在にいたるまでの報告をします。

ボスニアでの私の仕事は日本で言われていましたように、JEN (Sipovo) と AMDA (Banja Luka) のコーディネーターです。しかし、Sipovo で新たなプロジェクトが始まったばかりなので、現在までのところ私の仕事の大半は Sipovo になっています。

#### 活動状況

##### Sipovo (セルビア人共和国)

7月9日、ザグレブを JEN ザグレブの運転手が運転する車で出発しました。ボスニア領に入ったところで、本所氏が手配してくれた運転手の車に乗り換ええました。それから、Banja Luka を経由して無事に Sipovo に到着しました。

その日から、11日の事務所開設に向けての仕事が本所氏のもとで始まりました。

JEN Sipovo のプロジェクトはおもに子ども、女性を対象にした、『心の傷を癒す』心理療法を兼ねたワークショップが中心です。ここ Sipovo では、出会いの美しい景色とは裏腹に、戦争の跡は破壊された家々、学校、電話局、他多くの建物が放置されたままになっているところに明瞭に残っています。戦後、町の工場が閉鎖したために、失業率は異常に高く、90%という説もあり、あながちそれはある地元の人によれば誇張でもないようです。事務所にもよく仕事を求めて人が訪ねてきます。当然、戦争、経済制裁を経て来ていますから、物は生活物資を含めてそれほど豊かとは私には思えません。そのうえ、国際社会から『悪者』とみなされてきた経緯もあります。笑顔の親しみやすい町の人々は、時には厳しく、そして言葉では言い表せないような、疲れたような悲しげな表情を見せます。

このような状況にありますから、このプロジェクトは人々の必要とするところになっ  
ていてと思われるます。

11日のオープニングセレモニーには、地元の関係者、NGO、そして折りよく日本から立正佼成会の南委員長一行参加のもと、なごやかな雰囲気で行われ、その後すぐ、初のワークショップである子どもの美術コースが始まりました。6歳から18歳の子どもが二クラスに年齢別に別れて参加しています。翌週の15日には工作コース、さらに23日にはモダンダンスコースが始まりました。そして今週(7月の最終週)はいよいよ女性対象のコースが始まりました。と同時に他のコースを始めるべく今その準備を進めています。

## Banja Luka (セルビア共和国)

私のAMD Aの仕事は、事実上『開店休業』状態にあります。それにはいくつかの理由があります。

まず、Sipovoでの仕事が忙しかったこと。車、運転手がいなかったためBanja LukaとSipovo(直線距離約90キロ、車で約2時間弱)との交通手段確保が出来ていないこと。Sipovo全体が電話がまだ復旧していないため、Sipovo事務所にも電話、ファックスがないこと等です。

7月15日、Banja LukaでHCRの定例のミーティングにでる予定でしたが、事前に道を教えてもらっていたにもかかわらず、道に迷ってしまって欠席するはめになりました。翌週7月22日のミーティングに出席しました。その場でAMD Aの前週の活動状況として次のように報告しました。1. 日本とこの国(と言いました)の医師交換プログラムをすすめている。日本には研修に来てもらう。日本への派遣の候補者選びがほとんど終わり、今日本本部が受け入れ先をさがしている。2. 医学雑誌配布。(以上2点)。

7月29日、同ミーティングでは特に報告することはないと発言しました。HCRの定例のミーティングは毎週月曜日にあります。そしてWHOの医学関係のミーティングは隔週の火曜日にあります。現在までのところ時間がなく出ていません。8月5日はSipovo事務所のサブコーディネーターが休みをとっているため、私はSipovoにいないてはなりませんので、定例のHCRのミーティングには出られません。6日のWHOのミーティングには、交通手段が確保できれば、日帰りです。

## 生活状況

Sipovoとともに、私は基本的に生活を楽しんでいます。水は問題ありません。電気はSipovoでたまに停電になりますが、Banja Lukaほど頻繁ではありません。これについても、格別不自由を感じていません。生活物資のなさは想像以上です。クリネックスのような箱入りのティッシュはありません。鏡もまだ見つかりません。Sipovoにはネスカフェのようなコーヒーは売っていません。B.L.にはあります。ゴミ箱がないと言う私の横で、松浦医師は栓抜きがないと言っていました。しかし、Sipovoでは料理人を雇っていますので、食事には不自由していませんし、おいしいです。B.L.では外食です。

安全面については日常生活上はそれほど危ないと思えません。Sipovoでは大家さんの家族が下に住んでいます。NGOの人も気にかけてくれています。今のところ、週の大半をSipovoで過ごしています。今後、仕事の状況推移にしたがって、生活の場は変わっていくと思います。

リスクマネジメントについては次の3つのことを考えています。1. 事前に状況を察知して、陸路でザグレブまで出る。これはかなり理想的と思えます。2. IFORのキャンプに逃げ込む。たぶん、受け入れを断らないだろうとあるNGOは言っていました。しかし、HCRでのミーティング後、セキュリティングをもつ予定が担当者(たぶんIFOR)が逃げたためにお流れになったくらいですから、100%あてにしないようにしています。3. 地元の人と行動を共にする。もうこうなると時はなるようにしかならないと思います。これは決して自暴自棄で言ってるわけではありません。いずれにしても、今後いろんな人と話をしていろんな情報確保に努めるようにします。



問題点、疑問点

まず、通信の難しさがあげられます。電話、ファックスなし、車なし (Sipovo にまもなく来る予定)、英語のできる運転手見つからず。月一回のAMDAのミーティングどころか、Banja Lukaの松浦医師とも『別居』状態に近いくらいです。そして、外からの情報源が基本的にありません。英字新聞なし。テレビなし。時々短波でBBC放送を聞くくらいです。最近、JEN Sipovoを訪ねて来たIFORのオフィサーがキャンプに呼んでくれて、そこで英字新聞が読めました。また、機会があれば、そこに行って新聞その他の情報を仕入れようと考えています。

つぎに、JENとAMDA兼任の私の立場の難しさです。今のところ、AMDAの仕事あまりしてませんし、活動場所、プロジェクトで立場を使い分けやすいので混乱はありません。

最後にAMDAスタディーツアーの参加者の方から、子ども達へ贈り物を頂きました。なわとび、七夕セット、絵の具等です。願い事を書いたんざく、織り姫、ひこ星などを木に飾り、七夕の木をつくりました。『ノーモアウオー』を書いた子どもがたくさんいます。子ども達にはありがたい贈り物でした。是非よろしくお伝え下さい。

子ども達と七夕を楽しむ  
スタディーツアー参加者



現地収容センターの一例



### ネパールプロジェクト報告

AMDA 日本支部、副代表  
岡山大学医学部公衆衛生学  
山本秀樹

<はじめに>

ネパールでは、AMDA ネパール支部の活躍で、海外のアジア多国籍医師団への医師の派遣の他、ネパール国内で各種のプロジェクトが進行中である。ネパールにおける災害と肝炎に関する研究を行う機会が得られ、ネパールプログラムダイレクターとして各プロジェクトを視察したので、ここに報告する。

<日程>

- 7月20日 広島空港発シンガポール経由
- 21日 カトマンズ到着 SQ 414 (11:55)  
-AMDA, Nepal 執行部会出席
- 22日 -DPTC (Disaster Prevention Technical Center) 訪問  
-日本大使館訪問
- 23日 カトマンズ発 -ダマック (Damak) 着
- 24日 ダマック滞在  
-Epidemiological study on hepatitis  
-Evaluation of Damak hospital and training center
- 25日 ダマック滞在  
-UNHCR 訪問
- 26日 ダマック滞在  
-AMDA, Hospital スタッフと協議
- 27日 ダマック -サルライ (Salrahi) へ移動  
-Survey on Disaster  
-Epidemiological study on hepatitis
- 28日 サルライ  
-ハリプールヘルスセンター、マランガワ県病院を視察  
-1993年水害被災地における調査施行、肝炎疫学調査含む
- 29日 サルライからジャナプール (Janapul) 経由でカトマンズへ移動  
-水害被害に関して自治省次官訪問
- 30日 カトマンズ滞在  
-米軍 Walter Reed Army Institute 訪問  
-トリブバン大学精神保健プロジェクト訪問 (Dr. Shshir Regmi)
- 31日 カトマンズ -プトワール (Butwal) へ移動

- ブトワール市長訪問
- プロジェクト候補地視察
- 8月 1日 ブトワール視察
- ルンビニ州病院視察
- ブトワール工業地域、工場団地視察
- Tamurkar 前通産大臣訪問
- ブトワール市長主催歓迎会出席
- 2日 ルンビニ視察
- ルンビニ開発公社訪問
- カトマンズへ帰着
- 3日 カトマンズ滞在
- 伝統医訪問
- Liver Foundation, Dr.S.M. Shrestha 訪問
- 4日 カトマンズ発 SQ 413

<各プロジェクト報告>

1. ブータン難民プロジェクト

1992年5月に、本プロジェクトを開始して4年を迎えた。難民の帰還に関してはネパール政府とブータン政府の間で交渉が進展せずその解決の糸口はつかめていない。難民の数も、難民問題が生じた当時は8万4千人であったのが、キャンプ内の保健医療水準の向上と高い出生率による自然増のために9万人を越えた。国際的にも全く注目も浴びておらず、AMDAをはじめとしたドナーもジュネーブのUNHCR本部からの予算削減にたいして頭を痛めている。1995年以来、国連の委託契約事業としてAMDAの行っている入院部門と専門外来機能については、高い評価が得られており来年度も継続してUNHCRから支援が得られる見込みである。

2. AMDA, Hospital 付属補助看護婦 (Axially nurse and midwife)、臨床検査技師 (Lab assistant) 養成学校プロジェクト

本年より、従来の15床のRHC: Referral Health Centerが、30床のAMDA, Hospitalに拡張されたのに伴って、4月より定員40名の2年コースの補助看護婦コース、定員20名の臨床検査技師養成コースが開設された。16-20歳の若いパワーでAMDA病院も活気いっぱいである。

学校開設の申請から、約1年余りでコース開講と超スピードであった。講師陣は、現役のAMDA病院医師5名や検査技師、看護婦長らが診療の合間をぬって交代で行っている。現在の講義室は、AMDA病院の管理部門を使用しているが、新キャンパスとして外務省「草の根無償資金」に申請中である。同補助金からの助成が決定すると、地元民からの寄進を受けた土地の上に建つ新校舎での授業が始まる予定である。

現在の学生は、ダマック周辺の学生が多いが、各種奨学金が整備されると山間部からの学生や、恵まれない家庭の学生、ブータン難民からも修学が可能と考えられる。また、診療用以外にも教育用実習器具として検査機器、実習機器を日本から支援する必要があると考えられる。「中古顕微鏡」でも十分に活用できるとのことである。また、日本からのゲストレクチャーも、今後「特別セミナー」として歓迎される。

### 3. ネパール地域防災準備プロジェクト

1993年に大水害が起きたサルライ地域は、洪水の被害に襲われやすい地域である。本年も、93年水害ほどではないにせよ小規模な洪水が多発していて、ネパール全土で150人を越す死者行方不明者が出ている(1996.08.5現在)。AMDAでは、ダマックのAMDA病院の他に災害時の救援センターを、サルライ地区をカバーするために災害救援ならびに防災準備センターをサルライ地区のハリプール市もしくはマランガワ市におき、迅速な救援活動を実施できる体制にする予定である。地元のNGOも協力予定である。

災害後のPTSD (Post-traumatic Stress Disorder) 対策として、トリバン大学精神科のDr. Shishri Regmi (AMDA, Nepal 代表代行) からも、協力にあたる予定である。

### 4. エイズに感染しインドから帰国したネパール人売春婦のためのヘルスケアプログラム

ボンベイ市内でネパールからの貧しい女性(時に少女)が売春に多く従事していることは、映画「サラーム・ボンベイ」で広く知られるようになった。インドではエイズに感染したことがわかると、強制的にネパールへ送還されることが多いが、ネパールにおける受け入れ先が無く Maiti-Nepal というNGOが宿舎(場所は非公開)を用意してこれらの女性を受け入れている。これらの、女性には乳幼児を連れている例あり、ほとんどの例でエイズに母子ともに感染しており、医学的ケアをAMDAが担当することとなった。本プロジェクトは、本年7月に開始したばかりで、現在女性の健康診断が行われた段階で、この評価が元になって今後の対策が講じられる予定である。本プロジェクトには、今後日本からの支援が求められている。

### 5. その他のプロジェクト

ストリートチルドレン、ビシュヌ村地域保健プロジェクトなど、現在AMDAネパール独自の財源とパイロットクラブ(本部岡山)の支援で継続中である。



AMDA病院  
付属看護学校  
の授業の一幕

## 「ブトワール母子病院（仮称）」プロジェクト

AMDA 日本支部、副代表  
岡山大学医学部公衆衛生学  
山本秀樹

### <はじめに>

AMDA ネパール代表 Rameshwar P. Pokharel らが、中心として設立準備にあたっている、「ブトワール母子病院（仮称）」に AMDA 日本支部から、小生が初めて現地を訪問した。ブトワールといっても多くの日本人にとって馴染みのない地名であるので簡単に説明する。

ブトワール (Bhutwal) は、仏 (ブッダ) の生地として名高いルンビニ (Lumbini) のあるネパール西部のルンビニ州の州都で人口は約 10 万人で、ネパール西部への交通の要所として、近年工業化が進みつつある地域である。カトマンズからは、飛行機で 1 時間弱でブトワール近郊のパイラワ (Bhairahawa) 空港へ着く。パイラワ空港から、自動車です 30 分程度で、ブトワール、ルンビニにつく。近年、仏教の生地として日本を含めたアジアの仏教国 (韓国、ビルマ、スリランカ、台湾等) からの巡礼者が増加している。ネパール国も仏教の聖地としてルンビニ国際空港計画を含む、ルンビニ地域の総合的開発政策を進めている。ブッダの母 Maya Devi はルンビニでブッダ (シッダルダ王子) を産んだ 7 日後に、死亡した (現代医学で言うならば産褥熱か?)。日本では、妊産婦死亡はほとんど見られなくなったが、ネパールでは 2500 年以上も前のシッダルダ王子の例と変わらない母子の死亡が、現在でもごく日常的に見られる。AMDA がブッダの生地に母子病院を建設してネパールの母子の健康向上のために貢献できることは、現在の日本の経済的発展の精神的土壌をもたらした仏の教えに報いることのできる機会になると考えられる。

### <現地報告>

#### 1. プロジェクト候補地

病院建設候補地は、ブトワール市郊外の森林に囲まれた緑豊かな場所にあり、水、道路へのアクセスも良好である。現在森林省所有の国有地であるが、ブトワール市と AMDA の共同事業であれば、ブトワール市への払い下げが可能である。

#### 2. 地元自治体の協力

ブトワール市は小生の訪問に対して、市主催のパーティを開催してくれた。ブトワール市長も、州病院の理事を長年しており、病院経営に対して理解がある。病院のインフラ整備 (アクセスロード、電気、水道など) は市の予算で行うことを約束した。AMDA 病院の自立のために経済的支援も約束してくれた。また、ブトワール市だけでなく地元 J C、ライオンズクラブ等の経済界も支援に協力的である。

3. 既存の医療施設との関係—ブトワール市には現在、ルンビニ州立病院 (Lumbini Zonal hospital) が総合病院として診療を行っているが、同地区は人口の急増地帯であり周辺人口が多いことからすでに医療需要を満たし切れていない。特に、同病院は小児科の専門

医療サービスが不足していて、AMDAの母子病院への期待は大きい。また、同病院は国立病院であるため運営が非効率であることは否めない。同病院のスタッフもAMDA病院建設に対して協力的である。

### ＜新病院への提言＞

#### 1. 十分な予備調査

プトワール市の保健医療統計は十分でない。患者の居住地域、疾病統計、経済力など十分に調査を行ってから、正式な病院建設計画を行うべきである。

#### 2. 多機能の病院

小児科・産婦人科の治療医学だけでなく、予防、リハビリ部門、災害救援・準備機能など幅広い機能を持つことが望ましいと考えられる。母子保健の研究・研修センターとしても国際的に認知されるようになることが望ましい。

#### 3. 地域社会との連携

プトワールは産業化が進んでいる。母子保健には婦人労働者の健康管理は欠かせない。産業医学部門はネパールでは全く欠けた分野である。地域の産業界と協力して、病院の中に組み入れたい分野である。

#### 4. マネージメント機能強化

病院を建設して以降の経営がもっとも大きな鍵となる。AMDAネパール支部が、自立して病院を運営できるようにするには、民間活力を最大限活用する必要がある。そのためにも、経営機能の強化が必要である。

### ＜日本からの支援＞

原則として、AMDAネパール支部が計画立案を行い必要な経済的支援、技術的支援をAMDA日本支部が行うかたちをとる。病院運営は、建設自体よりもその運営が難しい。スタッフの人件費、機器の維持補修、減価償却費等の経常経費もプトワール市とAMDAネパール支部が責任を持って用意する。AMDA日本支部から永続的に資金援助を行わないようなシステムにする。病院設立初期には、日本人スタッフを配置して日本の顔の見える病院にするが、病院運営の目標が達成できれば速やかに現地スタッフの手で行うようにする。1997年中には建設が始まるようにしていきたい。



プトワール母子病院の建設予定地







# 売られる少年



## 母はエイズで死んだ

母親を求めるのか、リラちゃん(生後40日)の泣き声がりハビリセンターに響く。ネパールのカトマンズで

エイズ感染が分かった時以外戻ってこなかった。センターはこれまで、225人のこうした女性を救済してきた。職業訓練や就職の世話が主、心と体のリハビリは十分ではない。女性たちがどんな病気を持っているのか。生まれてきた子どもの健康状態と、その治療方法は……。

### 足りない 病院、医師

「エイズを怖がってここには医者が寄りつかない。いい病院、いい医者が必要です」。アマラタ寮長は、すがすがしい目で訴えた。

× × ×

ユニセフ(国連児童基

金)によると、ネパールの5歳未満児の死亡率は1000人中128人(1993年、日本は6人)。しかし、小児専門病院は、カトマンズにたった二つあるだけ。

このため、現地の「AMD

〓次回から社会面に掲載

# れる少女たち

## 明日を生きたい

ヒマラヤのふもとから

□□□



死んだ

母親を求めたのか、リラちゃん(生後40日)の泣き声がリハビリセンターに響く。ネパールのカトマンズで

エイズ感染が分かった時以外戻って来ない。25人のこうした女性を救済してきた。職業訓練や就職の世話が主で、心と体のリハビリは十分ではない。女性たちがどんな病気を患っているのか。生まれてきた子どもの健康状態と、その治療方法は……。

幼い心と体は傷ついていた。その母は悲しみのたひに祈りをささげた。みんな、願っていた。「明日を生きたい」。国連が推進する「貧困撲滅の国際年」の今年、毎日新聞社と毎日新聞社事業団の「飢餓・貧困・難民救済キャンペーン」で、アジアで最も貧しいヒマラヤのふもと、ネパールを取材。貧困の故にあえぐ子どもや女性たちの姿をつぶさに見た。その行く末は不安で、暗い。しかし、「生きるのに必要な医療・教育環境を整えよう」と、数少ない地元の医師らが子どものための病院づくりに立ち上がっていた。阪神大震災に見舞われた日本に、こうした貧しい国からも援助の手は差し伸べられた。今、そのお返しを考へるべきではないか。明日を共に生きるために。

【文・進見新也 写真・懸尾公治】

ネパールから  
インド売春宿

## 心と体むしばむ貧困

小さな5人の赤ちゃんが、1階の廊下に敷かれた布の上に並んでいた。しわだらけの手は枯れ枝のよう。少女3人があやしなげに、ほ乳瓶でミルクを飲ませている。

ネパールの首都・カトマンズ市中心部近くの住宅街に、「女性の里」と呼ばれるリハビリセンターがある。売春に身をやつて働かざるを得なかった女性たちを救うための施設だ。

女性寮長のアマラタ・コイラさん(47)が、一人の女の子を指さした。「この子はリラ。ここに住み込んでいる子どもたちが名付けたんです。エイズに感染しているかも知れないんです。3日前に入ったばかりだ。両親と2人の姉弟の6人家族。貧しかったため、11歳の時仕事を探した。カトマンズに一人で出た。子どもの世話をし始めた。住み込み仕事を始めたが、灯油ストーブの事故で大やけどを負った。今でも右手が動かさない。

1カ月間、町を歩いている時、インドのボンベイには、もっといい仕事があるよ」と声をかけられた。しかし、消いた先は売春宿だった。2万ルピー(1ルピーは約2円)で売り飛ばされた。宿の主人が体を調べ、やけどの跡があるのを見て「これは使えないものにならない」と言った。その日のうちに放り出され、駆け込んだ警察からセンターを紹介された。「やけどをおかけて、帰ってこれた」。サリタさんは、カトマンズから7000人の16歳以下の少女が売春目的でインドの悪徳業者売られ、危険覚悟で逃げ出すか、



Monthly Medical Report

AMDA Hospital

Damak, Jhapa

July, 1996

Type of Service

外来患者

一般

外科

産科/婦人科

眼科

合計

救急

手術

検査

レントゲン検査

超音波検査

臨床検査

心電図

合計

入院

年齢別

0-1

2-5

6-14

15-49

50-65

65歳以上

合計

軽快して退院

専門医に紹介

医師の忠告に反し帰宅

失跡

死亡

ベッド占有率合計

病院滞在平均 (日数)

難民

地元民

合計

194

1443

1637

87

194

281

33

134

167

81

330

411

395

2101

2496

366

510

876

82

222

304

172

461

633

24

90

114

90

555

645

0

0

0

286

1106

1392

93

18

111

23

11

34

8

9

17

51

110

171

4

11

15

0

8

8

189

167

356

173

143

316

9

5

14

0

6

6

0

3

3

7

10

17

108.01%

3.29日

チェチェン国における緊急医療活動に参加 ←えがりて 108号から

プログラム調整員としてAMDA（アジア医師連絡協議会）からチェチェンに派遣されていた赤坂陽子さんが、6月1日帰国した。AMDAは、チェチェン国内避難民を対象とする援助活動を行った多くのNGOの中で唯一のアジア国籍のNGOである。赤坂さんは、昨年5月から同プログラムに参加し、ネパール人の医師と共に医療活動を行った。赤坂さんは、コロンビア大学院国際関係学科にて「人権及び人道」について学んだ後、旧ユーゴスラビアにおいても難民援助活動を行うなど、幅広い活躍を続けている。



時の法令 6/15 から

平和を求める心とは？

高橋 央

この四月は、AMDAの活動で残念なことが幾つか起こり、平和探求の難しさを考えさせられた。チェチェン共和国での列車を利用した移動診療による救援活動は、ドグエフ派とロシア軍の戦闘の激化と治安の悪化、それに国連機関の部分撤退のため、スタッフが現地を離れた。

五年前から続してきたカンボジアの郡病院再建プロジェクトは、ポルポト派の残党やギャング団の襲撃が現場で頻発しているため、やはり保健医療スタッフが活動中断を決定した。

特にカンボジアのプロジェクトの方は、UNTA Cによる総選挙前の緊迫した状況の中で、私自身もプロジェクトの立ち上げに奮闘したので、この決断は本当に残念でならない。

人道援助関係者は武装しないから、紛争事態が悪化した場合、私たちは実に惨めで、ときには無責任な対応をしなければならなくなる。緊急人道援助活動をやむを得ず中止すると、単に被災民に援助が届かなくなるだけでなく、人材の育成や施設の整備といった、保健医療システムの構築が中断しないしは後退することもある。

あらゆる破壊行為が、空しさや憎しみといった、人間の最も醜い感情しか残さないことが多いのを、私たちは否応なしに感じさせられる。

カンボジアでの活動には、AMDAカナダ支部の英国人の友人と一緒に参加した。彼の生まれは旧英領マラヤ連邦のペナン島で、大英帝国の植民地時代に幼少を過ごした英国紳士である。そんな彼と現地で対立したことは、UNTA Cの武力不行使の姿勢であった。「明石は国連の理想ばかり口にして、ポルポト派の襲撃には何もできないじゃないか？ 完膚なきまでやつらを打ちのめす勇気がどうしてないのか？」という意見を、多くの白人から耳にした。

この場合、彼らのいう勇気とは、カンボジアに正義と平和を打ち立てるために、武力による犠牲をあえていとわれないという強い意思、ということだろう。現に私たちは白人のこうした考え方を、最近ボスニ

アで見せつけられた。

これに対し、有色人種の人たちはおおむね明石特別代表のやり方を支持していた。ソマリアでのPKOの難しさを目のあたりにしていたし、何と云ってもアジアの問題はアジア人のやり方が一番、といった先人観があったことはいえよう。

だから今、現場に入っている彼から、苦汁に満ちた活動停止を決定するまでの状況報告を読むと、四年前のあの議論が私の脳裏をよぎらずにはおかないのである。

歴史は繰り返すというし、また、人々の心は振り子のように両極端の間を行き来する。

五〇年前アメリカは、「最小限の犠牲で、日本帝国主義を完全に破壊するため」に、わが街長崎へ原子爆弾を投下した。確かに帝国主義は壊滅したが、犠牲は決して小さくなかった。その功罪については、今日でも意見が対立している。

六年前、サダム・フセインがクウェートを侵攻した際、連合軍はイラクへの反撃をめぐって、バクダット進撃を主張するシュワルツコフ司令官と、政治決着で早期に停戦したいブッシュ大統領の意向が対立した。進撃は大統領の決断で中断され、連合軍は少ない犠牲で勝利した。しかし、サダム・フセインは失脚せず、クルド族をはじめ、多くの弱者が今も丘政と国連制裁に苦しんでいる。

今年には沖縄の米軍基地返還と絡んで、集団的自衛権を含めた日本の安全保障が活発に議論されている。この問題でも私たちの平和を求める心は、過去と未来、理想と現実の間をさまよい続けるのであるのか？

(AMDA日本支部副代表 熱帯医学)

### AMDA中国貴州省洪水緊急救援活動に参加して

聖隷三原病院 黒川 健

7月2日に中国貴州省を襲った洪水は約100人の死亡者と多数の怪我人、家屋を失った人達を出した。AMDAは一早く中国支部から調整員を送り、現地の人々から歓迎された。7月3日に日本からも派遣隊を送ることを決定し、調整員一名と私は被害の大きかった貴州省に向かった。貴州省の州都、貴陽に到着したのは交通の便にも問題があり、7月5日の夜遅くになった。すでに現地では救援活動も一段落し、私達を待っていたのは緊急救援活動よりも中国側からの出迎え、歓迎の食事などであって、私達は何をしに来たんだろうと考えさせられる場面もあった。第一時隊として参加した私は医師としての立場から現地の状況を報告したい。

貴州省は中国でも比較的少数民族の多い地域で、貴州省の州都：貴陽ではよく山崩れがおこったり、道路に水が溢れたりして洪水の被害の多い所である。

衛生庁からの報告で洪水による被害は死者約100人、400人以上の怪我人、交通路の遮断、水道の断水衛生関係の損害としては約4000万元になるという。被害の救助に関しては、軍、消防などの活躍で私たちが現地に行った時にはすでに水も曳いた状態であり、被害者も収容され、もう医療救援をする状態にはなかった。現地の病院を視察すると海拔の低い箇所では医療機器などが水につかり、経済的にもそのような被害がでたようであった。もちろん今後衛生設備の不備などから伝染性疾患の発生が懸念されるが、私達が視察した範囲ではその状況を見ることはできなかった。第一時隊として、中国衛生庁を通じて今回の被害に対して少しでも役に立てばと約20箱の薬を届け、私は当初の予定より早く帰国した。

#### 衛生庁にAMDAを代表して話したこと

まずAMDAの説明を（昆明クラブも合わせて）したあと、次のような発言をしました。

このたびはお忙しい中、貴州省における水害緊急救援に訪れた我々AMDAのスタッフを出迎えていただき、また、このようなレセプションを開いていただきありがとうございました。このたびの洪水で亡くなった方々にはわれわれAMDAを代表して追悼の意を送ります。7月2日に報道機関そしてAMDA中国支部から今回の洪水の被害の報告を聞き、同じアジアの一員として、何か御協力できることはないかと、雲南省、そして中国支部と相談の上、日本から参りました。幸い昨日、簡単なお話を聞いて、今すぐ私達が直接手をだす必要のない状況のようでしたので、少しでもお役にたてばと雲南省、中国支部、そして日本から薬剤を持参しました。どうぞお受け取りください。

## 病原性大腸菌 O-157 流行に関する FAQs

学術委員会 高橋 央

本年6月から全国的な大流行となった病原性大腸菌O-157感染症については、国際医療情報センターや学術委員会に沢山の問い合わせが来ています。大阪府堺市での患者の大量発生を機に、マスコミでこの問題が大々的に報道されていますが、保健医療従事者が知りたい情報は厚生省、地元の医師会、保健所などからのファックス程度では不十分かと思えます。そこで7月中旬までの1か月半に、臨床の現場から多かった質問(FAQs)にコメントを付記してお答えします。尚ここに記したコメントは熱帯医学研究所と微生物病研究所の細菌学の専門家らの意見を主にまとめたもので、内容は非公式です。その後の流行の推移や厚生省からガイドラインが発表された場合は、それに準じた対応をお願いいたします。

なお岡山での流行に関しては、岡山大学医学部公衆衛生学教室のインターネットホームページ ([http://dph5.med.okayama-u.ac.jp/oku\\_home01.html](http://dph5.med.okayama-u.ac.jp/oku_home01.html)) を参照下さい。

Q 1. どうしてO-157だけが流行しているのか？

Q 2. ベロ毒素とは何なのか？

大腸菌の菌体抗原血清型Oのうち、157の他にも26、111、128などが腸管出血性大腸菌(EHEC)になり得る(付表1)のに、O-157だけが優位に発生しているのは謎です。ベロ毒素はVero細胞(アフリカミドリザル腎由来細胞)に対する毒性物質、という意味で命名され、大きくVT1とVT2に分類されます。ここで非常に興味深いのは、VT1は志賀赤痢菌の産生する志賀毒素と遺伝子配列が殆ど同じ(つまりほぼ同一の蛋白質)で、VT2とは免疫学的性状が多少異なる程度という類似性です。専門家のなかには同じグラム陰性桿菌の大腸菌と志賀赤痢菌のうち、血清型も同じO型のもの同士が接合(細菌のセックス)して、毒素産生遺伝子を大腸菌に与えたと考える者もいます。実際、熱帯医学研究所ではベロ毒素産生性大腸菌(Verotoxin Producing E.coli, VPEC)でないO-157の分離に成功していますから、O-157だから大変、そうでないから安心、というのは軽率です。今後O-157以外の病原性大腸菌が大流行を起こす可能性もあります。ベロ毒素は易熱性蛋白なので、加熱により大腸菌とともに破壊されます。

Q 3. 治療法は何が良いか？注意点は？

すでにご存じの通り、殺菌型抗生剤でVPECが破壊されると、菌体からベロ毒素が放出されて、これが溶血性尿毒症性症候群(HUS)を惹起すると云われています(付表2)。ミドリザルの腎細胞を障害するので、ヒトの腎を冒すことは容易に想像されます。当初は治療用選択剤について、アンピシリンや新キノロン系といった殺菌型抗生剤で

VPECを殺滅する方法と、ホスミシンのような細菌増殖を抑制する制菌型抗生剤とピオフィェルミンを併用する方法の2つの意見が対立していましたが、HUSによる死亡例がこうも増えてくると後者の方に分がありそうです。WHOは耐性菌の出現も恐れて、「抗生剤治療はするな」と勧告していますが、臨床の第一線で患者の命を預かる立場としてはこれは無理な相談でしょう。いずれ厚生省から興味深い治療指針が公表されるようなので、それまでは制菌的な治療が主に勧められています。

一般医家への注意点として最も重要なことの1つは、薬剤起因性腸炎との鑑別です。「先生、真っ赤な血便が出ました！」と真っ青になって駆け込んでくる患者が、手元に残っていた抗生剤を勝手に服用しておられたかも知れないし、特に高齢者では最近の処方抗生剤が含まれているかも知れません。このような基本的な情報を確認せずに、血便＝病原性大腸菌感染と短絡すると、患者に全く誤った治療をしてしまう危険性が生じます。ピオフィェルミン派の先生方のなかにはこの問題も含めて、抗生剤投与しないと云われる方がいるくらいです。

#### Q 4. どうして法定伝染病に指定しないのか？

今回の大流行が始まる前から、一部の臨床家を中心に「EHECを法定伝染病に指定せよ」という主張がありました。また岡山での集団発生の後、この件は再度検討されているようです。しかし感染者数が7千人規模となると、全員を収容するだけの隔離病棟は、検疫所の閉鎖された病棟を再開したとしてもベッド、スタッフ数ともに不可能です。もしも法定伝染病に指定されていたら、少なくとも大阪府では収容先の病院で、地下鉄サリン事件のときのようなパニックが起こっていたことでしょう。集中治療室などで人工血液透析を施行する場合にも、隔離が迅速な治療の妨げになる恐れもあります。確かに病原性大腸菌はヒトからヒトに伝染するので、予防の点からは隔離は有効です。しかしこのような大規模な流行となると、社会的、経済的（隔離収容は公費負担）、臨床的に問題があって、決定に踏み切れないのでしょう。

#### Q 5. 日本人に多い病気なのか？

O-157の流行が発展途上国からないのは、現地にこの菌が存在しないのではなく、検出される機会が少ないからだと思われます。ただ志賀毒素とペロ毒素は極めて類似した蛋白なため、「赤痢菌により多く曝露されている途上国の人たちのほうに免疫がある。」と推測出来るかも知れません。

一方、伝染様式については日本人観光客のバリ島でのコレラ感染と同様、日本人独特の習慣が関係している可能性があります。現在最も疑われているのが学校給食ですが、「食材の保存期間を長くしても、きっと大半はシロと出るだろう」と予測される先生もおられます。「便所や教室でも少量の菌数で容易に感染するから」というのが理由です。

#### Q 6. この流行はいつ収束するのか？海水浴は大丈夫か？来夏までの対策は？

食中毒は一般的に夏を過ぎれば収束傾向がみられます。しかしこの病原性大腸菌は全国的に拡散したため、秋以降も小規模な散発例は起こり得ます。浦和市での集団発生は10月に起こりました。大腸菌は海水からも検出されますから、海水浴中に感染すること

も否定できません。ただ地元の保健当局から勧告が出ない限り、海水浴を控える必要は特にないでしょう。

来年まで取るべき研究面での課題は、O-157だけでなくVPEC全てを簡単迅速に検出するキットの普及と、VT1/2の両方を中和する抗毒素血清の開発と生産です。食肉加工時の衛生管理の改善も検討されねばなりません。

付表1. 日本でのペロ毒素産生性大腸菌による下痢の発生件数 (1979-95年)

血清型 (O)	157	26	111	128	その他	合計
件数	353	26	16	6	12	413
割合 (%)	85.5	6.3	3.9	1.4	2.9	100

付表2. 世界で分離されたペロ毒素産生性大腸菌の血清型 (O) と症状の関係

出血性大腸炎または急性胃腸炎；

4, 26\*, 91, 103\*, 111, 118, 128\*, 145\*, 157\*, 165\*

溶血性尿毒症症候群 (HUS)；

5, 26\*, 55, 103\*, 104, 105, 115, 128\*, 145\*, 153, 157\*, 163, 165\*

血清型 O は現在までに 173 型に分類されている。\*印は両方の症状を惹起する。

#### 参考文献 (和文)

- 出血性大腸炎と溶血性尿毒症症候群 - トキシンに関する研究の進歩 - 竹田多恵、小児科診療 59-1, 55-62, 1996
- 腸管出血性大腸菌による出血性大腸炎と溶血性尿毒症症候群の臨床、竹田美文ほか、日本医師会雑誌 107-9, 1689-1694, 1992
- 溶血性尿毒症症候群の病因と病態、本田雅敬、小児医学の進歩 '92A, 145-154, 中山書店, 1992
- 浦和市における病原大腸菌による出血性大腸炎の臨床像、赤司俊二ほか、日本小児科学会雑誌 95-12, 2607-15, 1991



(5)

【年 報 産 業 調 査 会 報】

# トピックス

医療・医学情報の流れが大きく変わろうとしている。印刷された情報媒体から電子情報への転換である。病源性大腸菌「O（オ）157」による食中毒の大流行はわが国でも医学・医療情報の流通手段としてインターネットがいかん役に立つかを明快に実証しつつある。

## 医師の5%が使用？

最新の医学知識に基づいて最良の医療サービスを提供すべき医師にとって、インターネットはもはや無視できない。医師の約5%がインターネットと電子メールを使用していると推定されているが、O157食中毒を契機にして、インターネットの普及に拍子がかかることは間違いないだろう。

五月二十八日の岡山県邑久町に端を発した食中毒の情報

## 0157で医療ネット普及加速

は、六月には岡山大学医学部公衆衛生学教室によってインターネットに掲載された。

七月十一日、堺市でO157集団食中毒の発生に遭遇した大阪市立大学付属病院はO157HUS（溶血性尿毒症症候群）治療チームを編成、十九日には治療法などを速報した。同チームは二十八日まで毎日、O157感染症の症例や治療法などの情報を提供した。

この情報サイトには八月一日までに二万回以上のアクセスがあり、質問や意見などの電子メールが四百五十通以上も寄せられた。

また、大阪大学医学部は感染症研究の中核施設である同大学微生物病研究所がO157のホームページを開設、付属病院小児科は外来診療マニュアルや二次感染予防法案を開示した。

このほか名古屋大学小児科、国立予防衛生研究所、横浜市立大学、「Doctor's Net」、堺市立病院（情報サイトは学集集団下痢

## 診療法の浸透促す チェック機能課題

- 主なO157関連専門情報サイト一覧
- 大阪市立大学付属病院 <http://www.hosp.msic.med.osaka-cu.ac.jp/o-157re.htm>
  - 大阪大学医学部 <http://www.med.osaka-u.ac.jp/doc/o157/handai.html>
  - 名古屋大学小児科 <http://www.med.nagoya-u.ac.jp:8888/119/157.html>
  - 岡山大学公衆衛生学教室 [http://dph5.med.okayama-u.ac.jp/oku\\_home01.html](http://dph5.med.okayama-u.ac.jp/oku_home01.html)
  - Doctor's Net <http://www.nikkeibp.co.jp/NMAND/NHC/DOCTOR.html>
  - 国立予防衛生研究所 <http://www.nih.go.jp/yoken/bac/O157.html>
  - 厚生省 <http://www.mhw.go.jp/>
  - 堺市学集集団下痢菌対策本部 <http://www.globe.or.jp/sakai/o157main.html>

法、消毒法などの知識が一挙に浸透したのだ。インターネットにアクセスできない医師もまた多いため、各地の医師会が情報サイトからダウンロードした資料を医師会報などに掲載している。

もちろんインターネットにも弱点がある。情報掲載を急ぐあまり、誤植などのミスが起こりやすいのだ。実際、厚生省が八月一日の午後十時に発表し、翌三日午前中に掲載した「O157感染症治療マニュアル」には誤植が二カ所見つかっている。

一つは腹痛に対する痛み止め（投与量の目安の単位）の誤り。もう一つは、避けたほうが良い痛み止めの薬品名の誤植だった。同省は単位の誤りは五日までに訂正したものの、七日の午前中で薬品名の誤植は訂正されなかった。

インターネットの情報は、いわば生放送だ。内容は刻々と変化する。この特性を理解しないと早とちりすることがある。また、学術論文は専門誌に掲載されるまで、複数の審査員が論文の内容を吟味、デ

タの追加や掲載の可否を審査するシステムがあるが、インターネットには現在こうしたチェックシステムはない。情報発信で混乱も

このため、科学的に精査されていない情報も一人歩きする。O157の治療方針を巡り、抗生物質の使用と重症患者に対する血しょう交換療法の適用に関しては、厚生省の治療マニュアルが発表された現在でも、必ずしも医師の意見は一致していない。インターネットにも賛成派、反対派の情報が流れている。

こうした混乱の第一の理由はO157の治療経験が少ないことだ。しかし、簡単に情報発信できるインターネットの特性が混乱に拍車を付けたことも事実だ。専門雑誌の論文審査制度に代わる新しい情報のフィルターを作ることが、インターネットを我が国の医学・医療情報の流通手段として定着させるための急務となってきた。

（日経BP社 富田 潤）

## 第1回 WONCA International Conference on Rural Medicine 報告

岩井 くに

去る5月22日-27日、中華人民共和国の上海市にて第1回 WONCA International Conference on Rural Medicine (第1回 WONCA 僻地医療国際会議) が開催された。WONCAは正式名称を「the World Organization of Family Doctors (世界家庭医学会)」といい、日本支部は日本プライマリ・ケア学会が兼ねている。

WONCAの総会は2年ごとに行われているが、今回の学会は僻地医療に焦点をしばった部会で、主催は中国医学会(日本でいえば医師会にあたる)、学術担当はオーストラリア支部であった。聞くところでは、上海の医師会と北京の医師会が協同した初めての国際学会であるという。

会場は学会(22-24日)が上海科学会堂(Shanghai Science Hall)、そのあと25日から27日にFengxian Countyの地域医療視察と上海医科大学訪問が生まれ、海外からの参加者のためにオプションでサーカス鑑賞も組まれていた。参加者は中国国内から約150人、ほか世界各国から約250人の計400人であったが、日本からの参加者は私と、基調講演に招待された井上氏(いずれも自治医大)の2人のみであったのは、事前の情報不足もあったとはいえ寂しい気がした。

会議は大きくいくつかのセッションに分けられ、世界の僻地医療の現況、僻地の医師確保と家族の問題、救急医療、卒前教育&卒後教育、医療サービス、専門性と地位の確立とに分かれ、各々のセッションがkeynote speak、シンポジウム、小グループ討議とまとめの全体会という構成で、合間に一般演題がポスターと口演(演者が会場にポスターを掲示し、時間が来るとスライドなどを用いて口演する)、また、平行して技能講座(僻地の麻酔、超音波など)という多岐にわたる充実した内容であった。会場の上海科学会堂(Shanghai Science Hall)は重厚な石造りの洋風建築で内装が美しい建物であった。初日の開会式には厚生大臣や中国医学会長、WONCA会長が壇上に並び、中国の意気込みを感じさせた。小グループセッションの会場の広い中庭に面したテラスのテーブルを囲んでの討議もなかなか乙なものであった。

夕方からはレセプションが開かれ、各国参加者が中華料理のテーブルを囲んでなごやかに歓談する姿があちこちに見受けられた。主催者、来賓挨拶のあとは各国の隠し芸が次々に飛び出し、会場を沸かせたが、中でも次回主催国である新生南アフリカ共和国からの、さまざまな民族からなる参加者一行が「私たちには11の公用語があります。」と各公用語を紹介してくれたのは彼等の国造りにかける熱い思いが感じられ、印象的であった。残念ながら、日本の芸を披露することはできず、会場のかたすみで「こういうときのために日頃から芸を磨かねば」と深く反省した私であった。

今回の演題は活動報告や各国の実情報告が多く、研究発表が少なかったのは残念であった。また、アジアからの演題が欧米にくらべ少なかったのは、アジアでの開催だけに寂しい気がしたが、欧米の僻地医療の実情を知るいい機会になった。各国の医療制度や実情は異なるものの、僻地医療の抱える問題が、医師確保、救急医療、家族のストレス、卒前・卒後教育の確保など世界共通であることを認識したこと、諸外国の「僻地」が日本よりはるかに厳しい状況であること、そして僻地で活躍している各国の医師たちといろいろな面での意見交換ができ、今後の活動への足掛りができたこと(私は世界各地を視察し、彼等の家に泊まり歩かなければならぬらしい!)は大きな収穫であった。

残念ながら私は仕事の都合で帰国せざるを得ず、後半の視察には行けなかったが参加した井上氏の話では医療の先進地域を見せてくれたのではないかとのことである。

ご参考までに、第2回のconferenceは97年9月14-17日、南アフリカ共和国のダーバンにて開催される予定である。会議の概要は以下のとおり、みなさんいかがですか?(参加登録用紙や資料は岩井のところにあります)

第2回 WONCA International Conference on Rural Medicine

1997年9月14-17日      ダーバン市、南アフリカ共和国

参加方法: 参加登録用紙を事務局あてに直接送付してください。

青年部「難民調査団」

ジャバ(ネパール東部)のキャンプを視察

医療環境への援助が急務

1996年(平成8年)7月28日(日曜日) 聖教新聞

【ネパール・ジャバ26日】大馬鹿の「医者がない、ベッドがない、薬が足りない」。青年部「難民調査団」の長野祐樹団長(青年部)と、平和会副議長ら一行は、二十三日(現地時間)、ネパール東部ジャバ地区のフータン難民のキャンプ地に近いAMD A(アシア)医師連絡協議会の病院などを視察。厳しい医療環境の現状を目の当たりにした。

病院の門をくぐる薬局や渡り廊下、玄関脇にまで治療待つ人があふれている。薄暗い病棟では、廊下までベッドが並ぶ。夏場にはマラリア、日本脳炎、赤痢の患者が多い。ハンセン病に侵された人もいた。外気温は摂氏四〇度近い。扇風機がかきまわす、暑くよどんだ空気のなかで、患者たちは言葉もなく身を伏せていた。

ベッド敷三十に対し入院患者が六十、約七割は難民である。外来患者には地域住民も多いが、その数は二三年前にも増えた。AMD Aの医師が懸命に治療にあたるが、医療環境はあまりにも厳しく、難民キャンプとその地域住民への医療援助が急務である。

病院の待合室で調査団のメンバーの一人が、難民の患者に対して「ナマステ」と合掌すると、その老いた患者も弱った身体を立ち上げらせて「ナマステ」とほえみ返してきた。

身体は病んでいても、その精神は穏やかで、心には垣根がない。同じ人間として彼らに對してできることは何か。その素朴な患者の表情が、調査団メンバーの心を強く揺さぶった。

調査団一行は二十四日(同)には、ジャバ地区のメチ果病院を視察し、医療援助の一環として「心電計」の目標を贈呈。また、同地区補在中に二の難民キャンプにも足を運び医療棟などを視察した。

ネパールでの日程を終え「アフリカ北東部へと向かう」の首脳アティンババに一行は次の目的地である「エチオピア」に到着した。

「AMD Aとその活動」

深谷医師がボスニアなどでの体験報告、支援訴え

リバーサイドホスピタルで初の内学習会

師が現地で学んだ研修内容や体験談を報告した。

AMD Aはアジア医師連絡協議会で海外医療援助を行うNGO。岡山に本部を置き、世界十六カ国に支部を持つNGOとして、日本やアジア各国の医師をはじめ、AMD A職員、ボランティアなど



この中で深谷医師は、アフリカやヨーロッパなど地域紛争から生まれる難民に対する医療面での支援を訴えた。「特にこの国にどうにか支援していただろうか。また、清潔な水の確保、汚物問題、大きなテーマで、これを解決していかないと死者が増える。さういふ子供の栄養失調は深刻だ。また、ワクチンの提供を要求している」と現状を話した。

今年一月十七日から医療関係の調査活動と強調した。

茅野市宮川中河原のリバーサイドホスピタル(諏訪中央病院分院)は七日、初めての院内学習会を開き、「AMD A(アシア)とその活動」について診療科長の深谷幸雄医師、ボランティアなど

幅広い層の人たちが活躍している。会員は国内七百八人、海外二百二人

今年一月十七日から医療関係の調査活動と強調した。



調査団はジャバ地区にある難民キャンプ内の医療棟へ。その薬局には、取り囲むように人垣ができていた

## 北アイルランド紛争：平和へのチャンネル

(財) 松下政経塾 15 期生

岡田 和男

英国・北アイルランド（人口約160万人）では、アイルランド共和国（人口約350万人：カトリック95%、1949年英国から独立）への統合を目指す少数派カトリック教徒と、その統一運動を危惧するプロテスタント教徒の衝突が、1969年、カトリック教徒の選挙権や公共住宅入居権などを求めたデモ活動をプロテスタント教徒らが襲撃したことがきっかけとなり、各地で流血の惨事が発生するようになった。また、双方テロ組織（カトリック側：IRAアイルランド共和軍、プロテスタント側：UVFアルスター行動隊）の爆弾テロの応酬や警官との衝突で、一般市民を巻き込んだ犠牲者を出している。

ベルファスト市内では、両宗派の居住区が高いコンクリート壁や有刺鉄線などで仕切られ、はっきりと住み分けがされている。しかし、一部では混住宅地域があり、すべての両教徒がいがみ合っているわけでもない。今年6月より全当事者による和平協議会が始まったが、IRAのテロ活動の継続や7月のプロテスタントの伝統行事オレンジパレード（オレンジ公ウィリアム3世がボイン川の戦いでカトリック教徒に勝ったことを祝う行事。毎年7月12日が戦勝記念日。反カトリックの意味合いもある）での警官との衝突、エスニッククレンジング（カトリック16家族が混住地域から追い出された）で、和平プロセスが失速寸前である。

7月12日の大規模なオレンジパレードに向けて、カトリック居住区への行進ルートを事前に警察当局が変更の命令を下した。それに不満を持った少数のプロテスタント教徒らは、各地で夕方から深夜にかけてタイヤや木材を燃やして道路封鎖を行い、カージャックや車への放火、それらを阻止しようとした警官隊へ火炎瓶や投石などで抵抗した。私がプロテスタント居住区を見て回ったところ、住居周辺に事前にタイヤや木材を準備していたことが伺えた。この7月は、学校の夏休み期間中、労働者のバカンス休暇などと重なり、暴動には大人たちに扇動された青少年が参加していた姿があった。また、オレンジパレードに嫌気をさしたプロテスタント教徒は、7月12日前後にはバカンスで北アイルランドを脱出するようである。これまでに数々の暫定停戦が設けられてきたが、それには水面下で仲介役を行っているNGOや宗教者が貢献しており、また草の根から両教徒らの共存を目指しているNGOの活動がある。

### ●草の根からのチャンネル

英国政府は、両教徒の相互交流プログラムを実施する政府機関Community Relations Unitへ年間約9億円を配分している。その配分先の一部でありベルファストに本部があるNGO協議会Community Relations Council (CRC) は、年間2億円を草の根から住民相互理解プログラムを行うNGO37団体に活動費や人件費の一部を助成している。

CRC事務局のレイ・ムラン氏によれば、「過去の停戦期間中、両教徒の一部が双方へ攻撃できない不満を、今度はその矛先をマイノリティーである中国人社会（約1万人）へ嫌がらせや強盗という形で攻撃をした。マイノリティー保護も検討しなければならない」という。NGOの活動事例の一つとして、幼少期からの相互理解を目指し両宗派の子供たちが同じ学校で学ぶことができる統合学校を設立するNICIE (Northern Ireland Council for Integrated Education) の運動がある。15年前から教師や行政、父母との話し合いを重ねながら、幼稚園から小学校までの35校（生徒5,500人〈カトリック40%・プロテスタント40%、その他20%〉教師300人）を設立し、IRAの爆弾テロ直後にも統合学校を開校している。また、EUはEuropean Special Support Programme for Peace and Reconciliationで、450億円をNGO支援・青少年相互理解教育・雇用創出事業、インフラ整備などに当てている。

### ●仲介チャンネル

「プロテスタント系政党 Ulster Unionist とカトリック系政党 Social Democratic and Labour Party、IRAの政府機関 Sinn Fein の政治家を集め、非公式に和平への話し合いや停戦合意書を作成するが、数日後には破棄されることが度々ある。我々は双方を批判するのではなく、まず幾度にも渡る話し合いから個人的な信頼関係を築く。その後、和平に向けての政治的取り組みを腹を割って話し合えるような場を提供する」と、Quaker Peace & Service ベルファスト事務所の Alan & Janet 夫妻は、停戦合意に至る舞台裏を語ってくれた。事務所の QUAKER HOUSE は、その話し合いを極秘にする場となっており、外部及びマスコミへは何を話し合ったか公表はしないようである。

また、NGO関係者によれば、北アイルランドはヨーロッパ諸国の中でも特に信者が教会に通う率が高いようであり、和平に向けて宗教者の果たす役割も重要な要素であるという。例えば1994年、カトリックの Rev. Gerry Reynolds がIRAをプロテスタントの Rev. Roy Magee がUVFをそれぞれ説得して停戦合意に至ったケースもある。

停戦合意。その後IRAの爆弾テロにより破棄され、その繰り返しを続けているが、英国政府やEUの地道なNGO支援策、草の根から住民双方の和解を目指すNGO活動、仲介役を担っているNGO、祈りだけではなく行動する宗教者などの多様な平和へのチャンネルが北アイルランドにはある。



プロテスタント住民と警官隊との衝突

## AMDA国際医療情報センター便り

◇在日外国人へ外国語の通じる医療機関紹介、福祉制度案内を電話で行っています。

センター東京 〒160 東京都新宿区歌舞伎町郵便局留  
TEL 相談 03-5285-8088 事務 03-5285-8086  
FAX 03-5285-8087

対応時間/言語 : 英語 中国語 スペイン語 韓国語 タイ語  
(月)～(金) 9:00～17:00  
ポルトガル語 (月)(水) 9:00～17:00  
ピリピノ語 (水) 9:00～14:00  
ペルシャ語 (火) 9:00～17:00

センター関西 〒556 大阪府浪速区浪速郵便局留  
TEL 06-636-2333 FAX 06-636-2340

対応言語/言語 : 英語 スペイン語 (月)～(金) 9:00～17:00  
中国語 (水) 10:00～13:00  
ポルトガル語 (金) 11:00～17:00  
ネパール語 ヒンディー語 不定期

★★★★★

出版物のご案内

★★★★★

- 1 外国人にも利用できる日本の医療・福祉制度ガイド  
小林 米幸著 中山書店 ¥3,000  
\*日本で外国人が利用できる医療・福祉制度を日本語、韓国語、英語、中国語、スペイン語、ポルトガル語で説明。お近くの書店でご注文下さい。
- 2 11ヵ国語診察補助表 ¥5,000+送料  
\*受付窓口用、患者から医師へ、医師から患者へ、薬の飲み方、使い方別。  
以下の言語が日本語と対訳になっています。韓国語、中国語、タガログ語、ベトナム語、カンボジア語、ラオス語、タイ語、ペルシャ語、英語、スペイン語、ポルトガル語です。ご注文は電話にてセンター東京までお願いします。
- 3 9ヵ国語服薬指導の本 ¥5,000+送料  
\*日本語の分からない患者さんに安全で正確な服薬方法を伝えるための本。  
以下の言語が日本語と対訳になっています。英語、スペイン語、ポルトガル語、ペルシャ語、中国語、韓国語、タイ語、タガログ語、ベトナム語です。  
ご注文は電話にてセンター東京までお願いします。

## タイ人看護婦 アーボン チサヤコーンさん オリエンテーション報告

AMDA国際医療情報センターで、エイズ予防財団研究者招へい事業を利用して本年9月から3ヶ月間、タイのアーボンさん(看護婦)を呼び寄せる事になったことは、本紙4月号で既にお知らせしましたが、7月22日から26日までオリエンテーションのために来日しました。以下は、そのスケジュールとアーボンさんの感想です。

7月22日 センターにてオリエンテーション

活動内容、日本の保険制度等

23日 女性の家 サーラー見学

町谷原病院見学

24日 研究についてオリエンテーション(小林所長より)

センター内研修参加

25日 新宿保健所 外国人エイズ相談事業見学

講義 日本のエイズの現状について(稲垣 稔先生より)

26日 小林国際クリニック見学

私は、タイのバンコクジェネラル病院で主に日本人患者の日、タイ語通訳をする看護婦として働いています。この度、9月1日から3ヶ月間、AMDA国際医療情報センターで在日のタイ人を対象にエイズに関する知識の啓蒙方法を研究することになり、その事前研修を7月22日より25日まで受けました。私は最初事前研修を何故受けなければならないのかよくわかりませんでした。しかし、研修を受けてははっきりとした自分の役割と3ヶ月間、日本にいるタイ人にたいするHIVの啓蒙活動のための準備をどうすればいいのかわかり私にとって大変有益でした。ちょっと残念なのが、折角皆様からすばらしい良い講義を受けたのに、私は一部理解できなかったことです。録音を取っておけば良かったと思っています。

お陰様で(財)エイズ予防財団から予算をいただいてこのプロジェクトが出来ましたが、日本側各部門力を合わせてエイズが広がらないように徹底的に莫大な力を入れているのを見て、日本のやり方は素晴らしいと思いました。



AMDA国際医療情報センターでの仕事は当然ながら自分一人で出来るものではなく、皆様のご協力ご支援を得てこのプロジェクトの成果を上げるために努力したいと思います。よろしく願いいたします。

バンコクにて

アーボン チサヤコーン

(稲垣先生より講義を受ける)

## 診療所日記 3

医療法人社団 小林国際クリニック  
院長 小林米幸

IKさんが今度、鳥取県へ行くという。「こっちな、仕事ないから」と、彼女はつづけた。最初に見たとき、53歳のIKさんは、実際の年よりも老けて見えた。

頭が痛い、心臓が苦しい、汗がたくさんでる、肩が痛いなどと、症状は多彩であり、いわゆる更年期障害のようであるが、おまけに血圧も高かった。

IKさんは、アルゼンチンの日系二世、お父さんは日本人、お母さんはアルゼンチンの方である。彼女の出身地は、ボリビア国境に近い田舎だそうで、この点が、私のところにやってくる他のアルゼンチンの方と異なっている。彼女の日本語能力は、簡単な単語で簡単なフレーズを作れば、十分に理解しうるぐらいはある。彼女の口癖は、文末にくる「どうして」である。

血圧は、降圧剤ですぐにコントロールできたが、いわゆる更年期障害の症状は、漢方薬を処方しているにもかかわらず、劇的な効果は得られていない。このようなときに、「どうして」がでると説明するのにひと苦勞である。ちなみに「肩が痛い」という訴えを、具体的によく聞いたところ、「肩が痛い」のではなく「肩が凝る」であった。

IKさんは、一時、失職していた。診察を終えたとき「いま、仕事ない。アパートいます。次の○曜日に、お金はいる。そのとき薬ください。」と言ったことがあるからだ。「今日お薬あげますから、お金は次に来るときでいいよ」と返事をしたのを鮮明に記憶している。たしかに、いまの日本経済状況では、特殊技術を持っているわけでもない53歳のIKさんが、職を探すのはむずかしいかもしれない。はじめて私のクリニックへやってきたとき、IKさんの顔には、見知らぬ土地で生活することの不安さが、はっきりと見て取れた。

「仕事ない。先生、こんど私、鳥取いきまーす」と言ったのは、10月の中頃のことだ。せっかく、この土地にも慣れたのに、残念だが、仕事なくては食べていけない。これで鳥取県へ行けば、また同じ不安にさいなまれるのであろうか。それから旅立つまでに、彼女は2回やってきた。4週間分のお薬と、現地の医療機関への私からの紹介状を受取るためだ。そのたびに「先生、鳥取知ってる？ どんどこ？」とたずねる。学会で数回、鳥取県へ行っただけで、私もくわしく知っているわけではないが「いいところだよ。生活するのに値段は安いし、カニがおいしい」などと言ってしまった。IKさんの将来に幸あれと祈って、送り出したのは10月の下旬だ。

そして、11月も中旬になったいま、IKさんは私の前にいる。鳥取の生活は、彼女には厳しかったようだ。仕事はラブホテルの部屋係だったのだが、これが忙しく、とても休みがとれるような状態ではなかったらしい。それと、日本海から吹き込む寒さ。ささと見切りをつけて、彼女は、住み慣れた大和市へ戻ってきてしまった。

IKさんにとっての日本のふるさととは、大和なのだろう。



## —こちらも熱戦！インターハイ—

相変わらず暑い暑い毎日が続いています。アトランタ・オリンピックの熱戦、日ごろ国際人している皆さんも夜明けまでテレビにかじりついて「がんばれニッポン！」とばかりに国粹人していたのでは？私とはといえば、スナックの袋片手に、女子選手の活躍をテレビで見ながら、「あしたから、体を鍛えるぞ。」と毎晩誓っていました。

さて、夏はオリンピック以外でもいろいろなスポーツイベントがあります。先日は、インターハイ（高校総体）医療チームの一員として山梨まで行って来ました。その仕事内容はなんと「ボクシング競技のリングサイドドクター」。ボクシング競技は、高校生では2分間3ラウンドと短いのですが、事故を避けるため、選手にヘッドギアの着用が義務付けられているだけでなく、毎日、競技前に全選手が健診を受けて異常がないか確認し、競技中は常にリングサイドと救護所に医師が控えていなくてはなりません。というわけで、ボクシングなんて10年に1ども見ない私が「センセイ、ごくろうさまです。」とボクシング協会の偉い方に頭を下げられながら、リングサイドのかぶりつきにすわり込み、お昼のお弁当付きで無料観戦、おまけに報酬までもらっちゃうというボクシングファンには申し訳ない待遇です。さあ、あくびをかみ殺しながらの朝の健診。私は今までボクシングとは茶髪のアブナイ兄ちゃんたちが殴り合うスポーツだと思っていたのですが、朝の健診では「おねがいします！」と頭を下げ、健診を受け、「ありがとうございます！」と頭を下げ、選手手帳を受け取っていきます。もう、その○男君や△子さんに爪の垢でもせんじて飲ませたいくらい礼儀正しい好青年ばかり、どっちを応援したらいいんでしょう…。

さあ、10時になりました。「赤コーナー◎◎君、□□県☆☆高校、青コーナー…」と選手が紹介され、「1回目、はじめ！」カーン！試合開始です。テレビ観戦では「そこだ！打て！！」なんて応援するところですが、リングドクターの胸の内は「げっ、パンチが入った！頭は大丈夫かな？」「うわっ！顎を打たれた！口切っていないが…。」「あっ！やばい！足がふらついている！」と、優勢な方なんて、もう、知ったこっちゃない。ボカスカ打たれてる方の一挙一動を眺めてはらはらのしどうしです。もちろん、レフェリーもただ反則を見ているわけではなく、負けている方を見て、危険そうだと見るやすかさずカウントダウン、レフェリーストップをかけます。レフェリーストップがかかった選手の検診もリングサイドドクターの仕事、普通に歩けばまず大丈夫なので、コーナーに戻る選手の足どりを観察するのも診察のうちです。軽量級から徐々に体重が重くなってくるとパンチが当たったときの音も重くなり、レフェリーストップのかかる率も増え、こちらの背中の中冷や汗も増量してきます。

準決勝の日はさすがに選手のレベルもアップし、激しい打ち合いの応酬で、こちらのストレスもアップです。あれっ？選手が1人消えた？と思ったらロープ下に倒れたままびくりとも動きません。KOです！担当のリングサイドドクターがあわただしく呼ばれ、非番で観戦中の医師団も蒼くなって駆けましたが、選手の意識ははっきりしていて一安心。担架でリングから降ろすことになり、私、どさくさにまぎれてリングにまであがっちゃいました。（ボクシングファンのみなさん、ごめんなさい！）

オリンピックもインターハイも終わり、心なしか、朝晩涼しくなってきたようです。「秋来ぬと目にはさやかに見えねども風の音にぞ驚かれぬる」と詠んだのは誰でしたっけ？秋になったら体を鍛えるぞ！いや、「読書の秋」勉強しなくちゃ！んー、「食欲の秋」も捨てがたいなあ…。

# ドクトル外交官奮闘記

在フランス日本国大使館  
一等書記官 兼 医務官 勝田 吉彰

## 1枚の辞令から

1995年11月16日、私たち夫婦を乗せたKLM327便のアナウンスは、間もなくパリに到着することを告げていた。窓からの景色は、ほんの10時間前の茶色一色から一変、果てしなく緑が広がっていて砂漠の国からの脱出を実感させてくれた。

私のフランス生活は、1枚の辞令から始まった。当時在スウェーデン日本国大使館で医務官の職にあった私の元に届いたその辞令には、外務大臣名で「在フランス日本国大使館に配置換する」とあって、2年弱の砂漠の国での任期を終えてグルメとファッションの国へ行くことを命じていた。それから1ヵ月、引越しやらレセプションやらパタパタと過ごしてようやく機上の人となった。

ドゴール空港を出て市街に入ると、黄色く色づいたマロニエの並木道には落葉が舞い、人々はオーバーコートにマフラーを巻いて寒そうに行き来している。紅葉、落葉、マフラーを巻いた人々……どれもが2年ぶりに見る光景で、四季のある場所にやって来た実感に懐かしさをおぼえた。道ゆく人々の歩み、車の速度、何を見てもスウェーデンから来た身には速く見え、先進国にやって来た実感が湧いてきた。

## grève

パリに来て最初に覚えたフランス語単語のひとつに、grève(ストライキ)がある。ジュペ首相の提案した社会保障制度改革案に反対するもので、この改革案は、社会保障の膨大な赤字を改善するために、今まで公務員が享受していた特権、即ち民間の60歳定年制に対して国鉄機関士は50歳、他部門は55歳定年で、その後は十分な年金が保証さ

れている(社会保障費積み立て期間は37.5年)のをやめて既得権廃止、併せて国鉄合理化、さらに社会保障の累積赤字穴埋めのため新税を課税しようというショック療法で、労働側の反発は当初から予想されていた。

11月中旬から3週間以上もの間、国鉄、地下鉄等がほぼ全面的にストップしてしまい、メトロの駅にはシャッターが降りて線路は真っ赤に錆び、道路は普段の倍以上に増えた車で身動きとれず(パリおよび周辺部でラッシュ時の渋滞は連日、合計500キロに達した)、凱旋門やコンコルド広場の大停滞に突っ込んでしまった運転手の話では30分以上も閉じ込められたとか。私も、連日、ブローニュの森近くの自宅から1時間の徒歩通勤を強いられた。さらに、ストはあらゆる分野に広がり、郵便は大幅な遅配(日本への航空便もいつ出国できるかわからぬ状態で、イタリア出張の時にまとめて持って行ってローマで投函した)、新聞も休刊日が出て、飛行機は管制官とエールフランスのストでベタ遅れ、発電所職員のストで停電になる地区まで現れる始末だった。極め付きは、何と医者へのスト。さすがに、私立の高級クリニックの医者たちは関係ないものの、公務員の医者たちはデモまでやって氣勢をあげた。同僚の医務官と、「参加してくるか」なぞと冗談を言ったりしていたが、それにしても驚いた。ストライキが可能なのは人権が確立している証拠(前任地の労働者が同じことをやったら、即クビか、下手すると刑務所行き)で本来良いことなのだろうが、こういう状態が3週間も続くといささか参ってくる。面白いのはフランス人の反応で、日本人のようにカッカと怒る人は少なく、普段あまり話さないような同僚もが

さっと団結、マイカーを交替で出しあって影響を最小限にするなど、レジスタンスの国らしい反応を見せてくれた。

#### 医務官会議

医務官会議があり、ローマに出張してきた。これは、地域（アフリカ・中近東・アジア・欧州・中南米）ごとの医務官が集まり、本省からの担当者を加えて日頃の問題や業務上の議題を話し合うもので、定期的に行われる。事務的な話ばかりでもなく、ワークショップとして、持ち回りで数人の医務官が専門分野のレクチャーをするコマもある。医務官は、途上国を中心とする各公館に原則1人ずつ配置されているので普段はお互いに顔を合わせることもなく、この会議はお互いに情報交換できる数少ないチャンスになる。

今回はアフリカ地区の医務官会議で、これら地区の支援公館として英・仏・オーストリア・イタリアの医務官も参加しての和気あいの会になった。雑談で出てくるのは、邦人旅行者の病的旅行症例に悩まれた話。psychosisに限らず、manic stateやreactiveなものを含め、空路の発達に格安航空券の普及で、欧州はもちろんアフリカの端っこまで、邦人の病的旅行症例は拡散している。旅行者に限らず、在留邦人の症例もやはり世界中くまなく発生している。現状では、現地の問題になったケースを大使館領事部員と（精神科専門医ではない場合が大部分の）医務官とで悪戦苦闘、多忙を極める館務の合間を縫って献身的な努力で医師＋看護婦＋ソーシャルワーカー役をしている。今後も邦人の精神科疾患ケースの渡航が増加予想される折り、いつまでもこれらの人々の奉仕の努力に頼るわけにもゆかず、公費による系統的な在外邦人対象のメンタルヘルス事業が待たれるところだと思うのだが。



シャルトルの大聖堂にて。

#### ミッテラン没す

1月8日、ミッテラン前大統領が亡くなった。ノートルダム寺院とバステューユ広場でミサが執り行なわれ、例によって各国VIPが集まり弔問外交が行なわれた。街で庶民の反応を見ると、わが国の昭和天皇の時よりはずっとクールに見えるが、なかなかどうして、熱狂的に悲しむ人々もいる。バステューユ広場のミサには、長い行列ができたし、ミッテランの遺体が故郷へ空輸される日、わが日本国大使館医務室のテレビは、（医務室とは関係のない）現地フランス人スタッフのおばさんに半日占領された。空輸、埋葬の一部始終の実況生中継を、まんじりもしないで（即ち、仕事を放り出して）恋人の葬儀でも見つめるような目でじっと見つめているのである。誰かがそばに来ると、（ミッテランが）いかに偉大であったか滔々とまくしたてる。私もつかまってしまったが……。いつもはクールでも好きなものには熱狂的になる。これもフランス人気質であろうか。

# AMDAの 支援音楽会

大佐で地元バンドなど  
大佐町の音楽グループらが二十三日、同町永富の町交流センターでAMDA支援のチャリティー音楽会を開き、家族連れら五十人が演奏に聴き入った。写真。

出演したのは、同町内のバンド「ハート・ウィングス」(松本繁代表)と新見市の新見吹奏楽団(逸見比呂代表)。



登志代表。以前からAMDAの活動に共鳴していた松本さんらが「自分たちが協力できることはないか」と計画した。

同センター内に設けられた特設ステージには、まず同吹奏楽団のメンバーが登場。「エルモス・ファイヤ

ー」や楽器パフォーマンスを披露した後、ハート・ウィングスもベンチアーズメドレーなど目録のエレキサウンドを響かせた。

## ニッキン

1996年(平成8年)7月19日(金曜日)

(第3種郵便物認可)



ルワンダ難民救済 阪神大震災の医療支援。助けを必要とする世界どこへでも飛んでいく。AMDA(アジア医師連絡協議会)は、アジアの医師や看護婦らがネットワークを組み、医療支援を行う国連NGO団体。内科医の菅波茂氏は七九年、西日本医学生アジア連絡協議会からカンボジアの難民医療支援に派遣された。「受け皿がなく何もできなかった」くやしい経験から八四年、アジアの医師五十人らとともに「AMDA」を結成した。以来、岡山本部を拠点に、世界十八カ国の支部と緊急医療活動や難民救済にあたる。会員は主婦や学生、企業などを始め二千五百人(社)に広がる。

## 人材育成に温かい理解を

### 救援の心、国境越えて



AMDA代表  
菅波茂氏(四九)

「世界が認める経済大国日本。しかし、日本人は物の考え方が分らず顔が見えない」と言われる。AMDAの理念は「相互

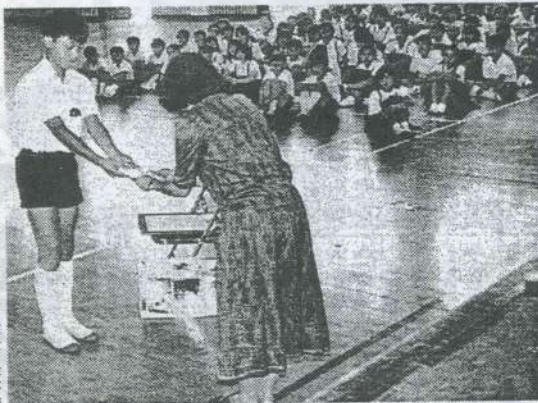
「資金は十分とは言えない」。地元金融機関では、AMDAの「地域おこし」と国際貢献の趣旨に賛同し、力強いエールを送る。岡山に本社を置く全百信銀は、売上金の一部を援助する。岡山には医者や看護婦らの専門家は多いが、専門家が活用するコーディネーターがいな

る社会貢献カードを四月から発売。また、中国銀行は八月から利息の二〇%を寄付するボランティア定期預金を取り扱う。中国銀行は、AMDAと菅波さん個人のメインバンクでもある。金融機関を取り巻く環境は厳しい。「もう少し時だからと、フィランソロビーに積極的であってほしい」と期待する。AMDAが特に力を入れるのは人材育成。「高校生に、情報社会では決してできない体験をしてほしい」とAMDAの海外ツアーに参加させている。費用の十万円を十年間、無利息で貸し出す。「この、人材育成基金に金融機関にも協力してもらえたら」と理解を求める。



# 思いやりの心伝えたい

## AMDA 菅波 代表の母校 神辺小児童ら



「AMDA募金」を手渡す神辺小の吉本・児童会長(左)

アジア医師連絡協議会 好良治校長、児童数646 (AMDA) 本部・岡山 へて、子供たちが「先達 市川の菅波茂代表(49)の を助けたい」と集めた募金 母校、神辺町立神辺小(三) が9日、AMDA事務局に

手渡された。お盆は今年1 月に大地震のあった中国・ 雲南省で潰れた学校舎再 建に役立てられること。 同小児童会(吉本尚水会 長)が中心になって6月に 取り組んだAMDA募金は 約6万5千円になった。子 供たちの小遣いの一部など で、10円玉、5円玉などの 硬貨が大半。学校では枚数 が数え切れず、困っていた ところ、同校近くのJA神 辺の神辺支所が器械を使っ て総額を計算してくれた、 という。

この日は、多忙のため母 校に来ることができなかつ た菅波代表の代理としてA MDAの森紀代子事務局員 が訪問、体育館に集まった 5、6年生に中国・雲南省 などでのAMDAの災害救 援活動や、同省の震災で大

やけどを負った子供を救お うと岡山の小学生在募金活 動を始めたのがきっかけで 震災救援の輪が広がったこ とをを紹介。一人の役に 立たないと思ふ時は『して あげる』ではなく、『お互い への尊敬の気持ちを持ち、 『一緒にやろう』という心 で表現する』という菅 波代表の後進へのメッセー ジも伝えられた。 この後、吉本児童会長か ら子供たちの募金を手渡さ れ、さらに、保護者らが6 月の地区運動会で実施した パザールの収益金の約半分も 贈られた。

三好校長は「これがかっ かけて、中国の子供たちと 手紙などで交流ができれば」と期待しており、森事 務局員も現地に意向を伝え ることを約束した。

1996年(平成8年)7月12日(金曜日)

# ルワンダ難民支援へ

## AMDAが絵はがき販売



ルワンダ難民支援のためにAMDAが 販売を始めた絵はがき

ルワンダからのメッセー ジを受け取って。AM DA(本部・岡山市津津) は11日、ザイルで暮らす ルワンダ難民を支援するた め、難民キャンプで暮らす 男性が描いた絵はがきの販 売を始めた。

作者は「昨年夏にルワン ダを逃れ、現在、ザイル ・カレへの難民キャンプで 暮らすクワフィック・アテ イスト、タタクラ・ニジェ マナ・アーメルさん(24)。

ルワンダでは写真製版師と して働いていたが、戦火を 逃れザイルに避難した。 作品は、赤ちゃんを背負 った彫刻に打ち込む男性な ど、キャンプでの難民の暮 らしぶりを素朴に描いてい る。ザイルでは1994年 4月に内戦がほつ発。人口 約750万人のうち、約50 万人が虐殺され、約200 万人が隣国のザイルやタ ンザニアなどに逃げ込み、 今も難民生活を送ってい る。

料金は1セット20枚組み で1000円(送料は1セ ャット200円)。収益金は 全額、AMDAのルワンダ 救援プロジェクトにあてら れる。申し込みはAMDA 事務局「ルワンダ難民絵は がき係」(086・2884 ・7730)。

0 157

# 在日外国人の相談窓口

## 堺市 AMDA に支援要請

その人は役所に行きながら、その窓口に通達できていなかったのです。行政の窓口で細かな対応をして下されば、外国人たちも安心してその町で暮らしているのではないのでしょうか。

小林 日本の医療制度はよくできていますが、それが外国の方に全然理解されていません。例えば、渋谷区の国民健康保険証を持っていて、これは川崎市でも使えるでしょうか、というような相

談が結構あるのです。自治体でも外国人向けにいろいろなパンフレットを作っておられますが、当事者の手元に届いていない場合が多いですね。保健所や役所に置いてあっても、日本人の私たちが見え減多に行きません。例えば銀行は海外に送金するために外国人が必ず立ち寄りますし、彼らが航空券を買う旅行会社、外国料理店など、外国人が沢山集まるところに置いてはどうでしょうか。

——最後に行政へのご要望はありますか。

香取 外国人にとっては、行政よりも民間の方が相談しやすい場合もありますし、実際 NGO の方がサービスのノウハウを持っています。また、困っている外国人の近くにおいて、きめの細かいサービスや有効な活動を行っています。そうした民間の活動をもっとバックアップしていただきたいと思っています。

小林 声を大にして言いたいのは、海

外向けの国際協力については様々な資金援助がされていますが、国内における国際協力活動への公的な資金援助は全くないのです。私たちがもう少しここまですりたいたいと思っても、現在の活動を維持するだけの資金を集めるのが精一杯なんです。国内の団体が使える資金助成制度を是非作っていただきたいと思っています。

(1996・6・5 収録)

大阪府堺市の病原性大腸菌「O(オー)157」集団食中毒で、堺市対策本部は三十一日、二次感染や症状に不安を持つ在日外国人の相談窓口になってもらおうと、国際的な医療支援を展開する NGO「AMDA」(アジア医師連絡協議会、本部・岡山市)に支援を求めるとを決定した。

堺市内に住む在日外国人は一万四百八十一人。韓国・朝鮮人が六三・五割を占め、中国、ブラジル、フィ

リピンなど国籍は六十カ国にのぼる。今回の食中毒で堺市内の病院から、中国人の患者が出たため、中国語通訳の要請があったが、市はすぐに対応できなかった。「患者に在日外国人がどれだけののかわからない」(対策本部)のが現状という。

そこで市は、O157の説明や予防策を、英語、中国語、ハンガールなど五カ国語に翻訳した冊子にまとめ、保健所や医療機関に常備する計画を始めた。

この冊子を編集するにあたり、市では冊子の中に大阪と東京に拠点をもち AMDA の国際医療情報センターの電話番号を盛り込んだ。在日外国人からの相談を担当してもらうよう、AMDA に協力を求めるという。

同センターはこれまで日本語が話せない在日外国人の医療相談を電話で受け付け、外国語の通じる病院や医師を紹介してきた。同センターによると、「どうすれば O157 を予防できるか」「腹痛や下痢の症状があるが、O157 に感染したのではないか」といった外国人からの相談が増えているという。

同センター所長の小林幸医師は「われわれ民間のボランティアと行政の協力体制を築き上げることができれば」と話している。AMDA への相談は ☎ 06・636・2333。



AMDA  
国際医療  
情報センター



日本に滞在する外国人が、不安なく適切な医療サービスを受けられるように、言葉の通じる医師や病院の紹介、医療制度の説明等、電話を通じて無料で情報提供している民間団体。電話による相談の他、外国人の医療問題に関するシンポジウム、セミナーの開催、「11か国語診察補助表」、9か国語「服薬指導の本」の出版等を行っている。アジア医師連絡協議会（AMDA）日本支部により設立された。センター東京、センター関西での電話相談を主に活動している。

電話相談

●センター東京 ☎03-5285-8088

〈対応言語〉

英語・中国語・スペイン語・韓国語・タイ語  
月～金曜日 9:00～17:00  
ポルトガル語：月・水曜日 9:00～17:00  
ビリビノ語：水曜日 9:00～17:00  
ベルシャ語：火曜日 9:00～17:00

●センター関西 ☎06-636-2333

〈対応言語〉

英語・スペイン語：月～金曜日 9:00～17:00  
ポルトガル語：金曜日 11:00～14:00  
中国語：火曜日 10:00～13:00  
ネパール・ヒンディー：不定期

香取 私の印象としては、半分くらいの方は国民健康保険に加入しておられる

という検査が必要ですよ」という具合に。

小林 毎年相談件数は増加しており、まず各種情報の不足が大きな問題です。また、外国人が日本の医療機関にかかる場合、言葉の問題もあって、とても心理的な負担が大きいのです。アメリカ人ならアメリカ人の先生がいいとおっしゃるのですが、実情としてほとんどご紹介できません。また何の保険も持っていない方もおられます。短期のパートタイム雇用の人は社会保険には入れませんが、国民健康保険は掛け金が高いからといって入らないのです。

小林 この問題は、日本の医療機関にも責任があります。何でも検査したり、長々と入院させるようなことをしてれば医療費は必然的に高くなります。医療費のことも含めたインフォームドコンセントのつとめた治療が必要です。今日は薬だけにしますか、それとも検査をしますか。薬でよくならなかったらこういう検査が必要ですよ」という具合に。

小林 在日外国人の医療サービスをめぐる環境について見てみます。

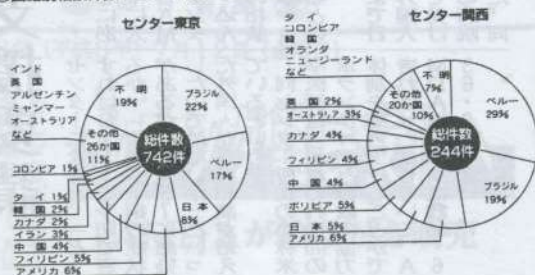
小林 在日外国人の医療費の未払いの問題をどのようにご覧になっておられますか。

話をして大丈夫か、そういう細かいことまで打合せをしています。相談者にはそうした情報の中から複数の医療機関をリストアップして紹介し、ご本人が選択できるようにしています。

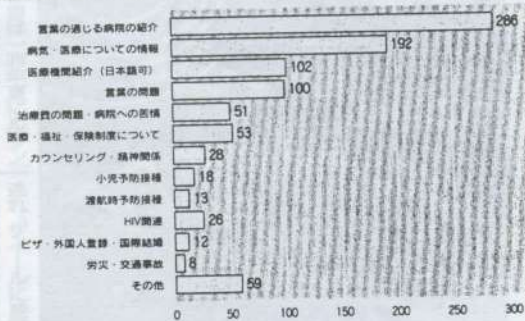
来ている方は、病気でないのにお金を払うという考え方が理解できないようです。また、来日して国民健康保険に加入しても、2年目になって掛け金が高くなるのと止めてしまう方もいるのです。病気になるのもさか上ってそれまでの掛け金を払わなければならないから、もう入りたくても入れないのです。

相談件数および内容 (1995年12月～1996年2月 3か月累計)

①国別相談件数シェア (件数上位10か国)



②相談内容 (複数回答) センター東京



事前に無保険ということが分かれれば、医療費が安いほうへと誘導できますし、問題が起こる可能性は少なくなります。医療費が高くて払えないという場合は、

病院内のソーシャルワーカーに相談しなさいと言っています。病院によっては分割払いに応じてくれるところもあります。そもそも医療費の未払いという問題がなぜ出てくるのか、それは本来いはいはずのオーバーステイの人が、現実にはたくさんいるからなのです。政府がこの問題を解決しない限り、いつまでも医療機関が矛盾を被り続けることになるのです。在日外国人への医療保健サービスの提供について、行政の対応に必要なことは何だと思えますか。

香取 子どもを産んで出産手当を役所にもらいに行つたけれどももらえなかったという相談がありまして、こちらからその役所に問い合わせをすると、すぐに現金で渡してくれるというのです。結局



インタビュー ①

# 外国人が日本で 病気になった時

# 在日外国人と 保健医療サービス



香取美恵子さん  
(AMDA国際医療情報センター事務局長)



小林米幸さん  
(AMDA国際医療情報センター所長)

——センターには具体的にどのような相談が寄せられているのですか。

香取 概ね月に250件くらい、1日に十数件の相談があります。言葉が通じる病院を紹介してほしいというのが一番多いですね。医療機関の情報を得たい、日本の医療制度について知りたい、病院で病名を告げられただけでもその意味が分からないという相談も多いです。

——最近の傾向として特徴的なことは、妊娠して、その後の医療サービスに関する問い合わせが多いですね。予防接種の問い合わせも多いですから、日本に腰を据えて、子どもを産み、子育てしていくという方がかなり増えてきているようです。

——情報提供する際、心掛けていることはどんなことですか。

小林 相談を受ける通訳スタッフは、相当の日本語の能力と医学的な知識が必要になりますから、何度もオリエンテーションを繰り返しています。制度に関する相談については、あいまいな返事はせ

ず、一旦電話を切り、相談者の住んでいる市町村に電話をして具体的なことを確かめて、それから答えるようにしています。

医療機関については、私どもには外国語を話せる360人程の医師の協力があります。その方々と常にコンタクトをとって、どの程度外国語ができるのか、予約は必要か、診療時間、直接外国人が電

外国人が日本で病気になった時の不安と困難。それは、私たちが外国に行って病気になった時、どの病院を訪ねればいいのか、言葉が通じない、医療制度がわからない、医療費はどれくらいかかるのか、そんな状況を自分の立場に置いて考えてみれば十分に想像できるのではないのでしょうか。在日外国人たちはどのように健康を守り、また病気の不安や困難に対処しているのでしょうか。さらに、そこに派生する問題はどのようなことがあるのでしょうか。

AMDA国際医療情報センターと池袋保健所の取組み取材し、在日外国人への保健医療サービスの現状を探ってみました。



事務局内、通訳スタッフたち





寄稿・AMD A緊急人道援助活動報告

# 緊急救援の新しい民官協力モデル

AMD A日本支部事務局長

近藤 祐次

## 政府機関との連携の実績を積む

AMD Aは緊急人道援助NGOとして、世界諸国で発生する自然災害での被災民や紛争による難民に対する緊急人道援助活動を行っている。その活動は昨年の阪神大震災での救援活動から数えても、サハリン大震災、北朝鮮洪水被災、インドネシア・スマトラ島大震災、今年2月の中国雲南省大震災、4月のレバノン被災民救援活動、そして5月に実施したバングラデシュ竜巻被災民救援活動に至るまで、合計13回もの緊急救援活動を行っている。

AMD Aでは以前より、緊急人道援助における民官協力体制の構築を提唱し、関係者と定期的な研究会を開催してきた。また、緊急人道援助活動を行う度に政府諸機関と協力・連携の可能性を探ってきた。次第に政府諸機関のご理解も得られ、94年のジブチ大洪水救援活動および95年のサハリン大震災救援活動の際には厚生省からWHO(世界保健機関)の緊急医療セットをご支

援いただくという実績もできた。さらに、今回のレバノン被災民救援活動では現地在外公館を含む外務省、厚生省そしてWHOのご支援をいただき、バングラデシュ竜巻被災民救援活動では厚生省とWHOのご協力を得られることになった。

そこで、今回のレバノン被災民救援活動とバングラデシュ竜巻被災民救援活動について、民官協力モデルの例という視点を含めて、その活動報告をしてみたい。

## 中近東で初の救援活動

まず、レバノン被災民救援活動であるが、AMD Aが中近東の救援活動に参加した初めてのケースであった。レバノン紛争は貧困問題や宗教問題のみならず、大国の利害がからんだ複雑な背景がある。AMD Aが今回のイスラエルの攻撃によるレバノン被災民救援活動に参加した理由は、40万人から45万人という難民の数の多さにあった。ザイールのゴマに逃れたルワンダ難民の数は約100万人であった。その惨状は周知の事実である。一度に40万人からの大量の

避難民を受け入れる社会基盤を整備することは、短期間では不可能である。医療施設もまた然りであり、悲惨な状況が想像された。

AMD Aは駐日レバノン大使からの要請により、4月20日に緊急救援医療チームをレバノンに派遣することを決定。派遣メンバーの選定を急ぐとともに、外務省と厚生省に協力を要請した。外務省からは資金助成と駐レバノン日本大使館に動いていた。厚生省からはWHOを通して、緊急医療セットを3セット提供していただいた。派遣メンバーは3名の医師と1名の看護婦の日本人4名とし、4月24日に成田を出発。

現地ベイルートでは日本大使館がチームの受け入れ窓口となり、AMD Aチームがレバノン赤十字で活動ができるように取り計らっていただいた。そのおかげでAMD Aチームは、赤十字とともにベイルート周辺やレバノン南部の病院や避難所で400名ほどの負傷者や病人の治療を行うことができた。幸いにも4月27日には停戦の合意がなされ、避難民たちが徐々に自分たちの町

へ帰還し始めたことから、AMD Aチームはレバノン赤十字と討議し、ベイルートを引き上げることを決定し、5月8日に日本に帰国した。

現地の日本大使館に具体的に動いていたことは、今回が初めてのケースであった。おかげでAMD Aチームは到着早々、活動に参加することができた。活動拠点、通信、輸送の確保に加えてレバノン赤十字社など現地関連諸機関との連絡、さらに安全確保などを、通常コーディネーターがするべき業務をほとんど大使館にしていたという形となった。医療活動はこれらのコーディネーター業務の上に成り立っている。AMD Aは医療チームを派遣するだけで充分だった。関係者の皆様のご尽力に、誌面を借りて心よりお礼を申し上げます。

## 現地チームと協力し、1日100人を治療

5月8日にレバノン救援チームが帰国して、息つく暇もなく今度は13日夜にバングラデシュの51の村が大型の竜巻に襲われ、数百名の犠牲者が出たとの情報が岡山のオフィスに飛び込んできた。5月14日の午後であった。AMD Aバングラデシュ支部との協議の結果、AMD A日本支部は16日に救援チームを派遣することを決め、AMD Aバングラデシュ支部は翌15日に被災地に調査を兼ねた救援に向かうことを決定した。現地調査の結果、被害は想像以上にひどく、1日も早い救援が必要であるということが判明。AMD A日本支部では医師3名、看護婦1名そして調整員1名の計5名の日本人医療チームを結成し、16日にダッカへ向けて派遣した。同時に厚生省とWHOに

## ボランティアリレー

中世夢が原管理協会 日高奉文

私がAMDAを身近に知ったのは、平成六年初めて岡山でNGOサミットが開かれた時、ペルーのお医者さんを我が家にホームステイで迎えてからです。こんなすごいNGOが岡山に在るのかとビックリしました。それからしばらくして、毎日新聞に代表のエッセイ「夢童」という一文が目に残りました。一読、菅波氏は尺八が好きで音楽の解かる人だと脳裏にインプット、すぐ切り抜き（今も定期入れの中に在る）ました。この文章を読まなかったら先ずAMDA活動支援と銘打ってのコンサートを発想・企画することはなかったでしょう。



左から瀬政氏、日高氏

特に阪神・淡路大震災以降、AMDAの活動は眼を見張るものがあり、私なりに自然な形で何か出来ないかなーとボンヤリ考えていました。そんな矢先の今年二月、知人からアフリカの三ヶ国、セネガル・カメルーン・マダガスカルを代表する三人のコンサートを岡山で引き受けて欲しいとの話があったのです。そのうちの一人であるマダガスカルのジュスタンヴァリはヴァリハという竹で出来た弦楽器の名手で、昨年コンサートを企画し、旧知でした。他の二人は知りませんでしたがプロフィールを読んだだけでも魅力を感じ、何よりも広いアフリカ大陸の異なる国の三人が、日本で初めて出会い、セッションするという素晴らしい企画を何とかして岡山で実現したいという気持ちになったのです。とはいうものの、どの様に制作費をペイできる？六月末の梅雨の真っ只中、夢が原の野外で？平日？人が来るか？考え始めるときりがない位問題がある。44才のおじさんはハムレットのようにやる、やらないで心が揺れました。

そんな時にAMDAとアフリカが私の中で結びつき、広くAMDAを知ってもらえるような応援コンサートの形にしたらどうだろうという考えが閃いたのです。そうすれば自分自身もエネルギーが湧いてくるし、有形無形何か広がり生まれるのではという予感がしたのです。

すぐに私は信頼できる知人の北方郵便局長の瀬政さんにこんなことがやってみたいのだけれど、と相談しました。この人がOKならやる、無理ならやらないと肝を決めていました。我が家の狭い居間での二人の中年男の深夜の密談。無謀とも思えるこの企画に一言「やりましょう」瀬政氏の優しい時刻の声。早速二人で未知のAMDA本部を訪ね、我々の思いを伝えると広報の田代さんは「是非やってください」と力強いお言葉。さすがAMDA、反応が早い。さらに友人のイラストレーターの真弥ちゃんがポスター担当で参加、その上真弥ちゃんの父上で美星町在住の私の敬愛する尺八演奏家・横山勝也先生も演奏して下さることが決まり、一気に動きだしたのです。

雑事は専ら瀬政さんと二人三脚、実行委員会の口座、印鑑、広告集め……。北方郵便局の奥が作戦本部となり、ひとつひとつこなしてゆき、ようやく四月末素敵なポスター

チラシが完成、すぐにAMDA本部に届けました。AMDAのマークと代表のメッセージが入ったポスターを見たスタッフの皆さんの嬉しそうな顔に励まされ、またやる気が出てきました。翌日から手分けしてポスターはり、チラシ配布、チケット販売、メディアPR…あれよあれよと時が流れ、とうとう本番の朝を迎えました。何と天気予報は午後から雨、しかしその日、美星町は朝から晴れ、運を天に任せ予定通り野外の会場で実施に決定。ところが全ての準備が整い、リハーサルが始まる頃から雲行きがあやしくなり、五時頃からかなりの雨が降ってきました。スタッフやボランティアの面々の不安そうな顔。私は降ったら仕方がない、雨を楽しむ覚悟を決めました。するとどうしたことか、六時半位から雨が上がったのです。娘の作ってくれた照る照る坊主や、八百万の神にこのまま、このままお願いしますよと、珍しく謙虚に祈りました。

七時開場、平日なのに林の向こうから続々とお客がやってくる。予想をはるかに上回る七百五十人が来てくれました。満員の広場を見回しながら、AMDA活動支援コンサートの眼に見えない広がりを感じました。老若男女、外国の方、AMDA活動支援コンサートじゃなかったら来て貰えないようなたくさんの方から構成された、豊かな客層。思い切ってやって良かったと痛感し、全てが喜びに変わりました。

多忙な代表を始め多くのAMDAのスタッフの方々も楽しみに来てくれました。(AMDAのスタッフはノリ、感性共に申し分なし) 普段献身的に活動している方達にアフリカの音楽でリラックスしてもらいたいという思いもありました。

果して梅雨の夜のアフリカンマエストロ+横山勝也氏のコンサートは、言葉で言い尽くせない豊かな時間を与えてくれました。終わりよければ、全てよし。又何か出来るという予感と共に忘れられない一夜となりました。

テンヤワンヤしていた始まる直前、反対側にいた代表が私の所までわざわざやって来て「日高さん、月も顔をだしているよ」と教えてくれました。その時私は菅波代表に『夢童』をハッキリと感じました。

最後にこのコンサートを支援して下さいました多くの方々はこの場をお借りして深く感謝いたします。ありがとうございました。そして又AMDAの為に何か楽しいことをしましょう。巡り逢えた皆で。



AMDA 活動支援コンサート アフリカン・マエストロ風景

## 第4回

## 湯郷ハーレーフェスティバルを開催した意義からみて

湯郷ハーレーフェスティバル実行委員会

「晴れの国・岡山」「ハーレーの街・湯郷温泉」で、地域活性化の起爆イベントとして、1993年3月に第1回を開き、今年は第4回を6月1、2日の両日、湯郷温泉河川公園を中心に開催しました。アメリカのシアトルから5名、北は北海道の遠軽町、南は鹿児島の名瀬市などから、ドレスアップしたハーレーダビッドソン1800台が、アメリカ星条旗で飾り付けた五月晴れの温泉街に、爆音を響かせ心地よく集結してくれました。夜のウエルカムパーティーでは、アメリカのエドワード商務官、ハーレーダビッドソン副社長ウイリーGダビッド氏からのスピーチ等で一層盛り上がり、友情と幸福感を味わうことができました。そこで、この催しを通じて、ボランティアの方々の協力の元に募金活動を行い、全世界に向けて、日夜ご活躍されているAMDAの皆様になすこしでも役立ててもらえればと一部を送らせていただきました。

AMDAが今後世界の平和と安定に寄与され、ますますご発展されることと、関係者の皆様が健康で無事にご活躍されますようお祈り申し上げます。



お盆、日本に上陸した台風が去って以降すっかり涼しくなった・・・

(案外この記事が出る頃、残暑が舞い戻っていたりして。) さて、去り行く夏を惜しみつつ・・・

今月の「事務局便り」は「夏」をテーマに・・・夏にびっくりしたことを書きましょう。

この夏はアフリカからプロジェクトダイレクターをしているラザックとロマンが本部に来了。

(ここから紹介する内容は「国際医療協力96年5月号」と照らし読んで頂けたら効果的です。

しかし、その号をお持ちでない方の為に簡単な「あらすじ」を紹介します。

\*前々号のあらすじ\* バングラデシュ支部出身の二人は現在ザイールとルワンダでAMDA調整員をしている。ラザックはイスラムの神アラーより結婚を今しなさいという嬉しい話がきているが、自由恋愛・結婚にあこがれを抱いている。一方ロマンはルワンダで「おしゃれなシティボーイ」として女の子から絶大な人気を博していた・・・その運命はいかに・・・) 彼らのその後の話をしましょう。

ラザックは7月バングラデシュに戻り、神と親の薦めに従い結婚をした。そして変わってしまった。

日本へはハネムーンを兼ね本部を訪問。あれほど酒好きだった彼は、彼女の前でオレンジジュースしか飲まなかった。本当にラザック? あげく私に「結婚はいい、早く新子もするべきだ。」と知らないお世話をやいた。本当にラザック? ラザックの奥さんは若くとも美しかった。どうしてラザックと?

とにかく彼は今幸せだ。そして奥さんをつれてザイールのフィールドに戻って行った。

どうやら人間、立場が変われば意見も変わるらしい・・・

ロマンは・・・会計報告書作成業務の為8月上旬本部を訪問。たまった領収書の整理に追われていた。

何となく元気がない。何か隠してるな。しかし憂いを秘めたハンサムボーイという感じで、かっこいい。

3日たった日、夕食帰りの私の車の助手席で、「・・・実は話があるんです」神秘的な顔つきだ。

(まさか! 私に告白とかあ・・・でも・・・困るなあ) その数秒で「無駄なこと」を考えてしまった。

「来週パパになるんです」えええ? びっくり!! 「おめでとう!!」「まだ誰にも言わないで下さい」

「ええ、もちろん」しかし翌日は本部全員の知るところとなった。めでたい、めでたい。

「ロマン、領収書整理している場合じゃあないよ。奥さんのところに行ってあげた方がいいよ。」

心優しい私の言葉。一週間後女の子が生まれた。そして「子供はいいよ」と彼もまた私に薦めてくれるのである・・・まったくおめでたい二人である・・・このご利益が私にもありますように。

### AMDA新メンバー紹介

by 宮本 美紀

AMDAに吉本漫才コンビ誕生!!!!!!

この度、わたくしが片山新子さんと漫才コンビを組むことになりました。(あっ、後ろから蹴りが) 毎日毎日、田代お母さんと片山お姉さんにしごかれてる若手新人の宮本です。そう、なにを隠そう、私は片山さんと誕生日が同じでして、(歳はえらいちやいますけどね) 片山さんがかたくなに強行に守っていたTHE YOUNGESTの座をあっさり奪ってしまったもので、私に対する風あたりが強い強い。

(この文章を書いている間も、いつ蹴りが入るか怖いのです。)

というのうそで、いろいろ親切にいただいているわけです。

これを読んだ方は、一目私たちの舞台が見たいと思われるかもしれませんが、残念ながら私、8月4日をもちまして、(決して苛めに耐え兼ねて辞めるわけではありません。) ミャンマーに行くことになってしまいました。ですから、みなさんには大変申し訳ないのですが、当分私たちの舞台は、お休みということですね。私は元気にミャンマー生活を送って参りますので、次回からは、ミャンマープロジェクトの報告の中でお目にかかりたいと思います。こんな新人ですが、ひとまず皆様可愛がってやってください。よろしく願います。

追伸 ちなみに先にふれた片山さんと私の誕生日は、1月14日です。プレゼントは随時受付中。



お母さん(田代)と新子のコンビ

# AMDA 国際医療情報センター 1996年度運営協力者

以下の方々にご協力いただいています。ありがとうございます。(順不同敬称略)

## ご寄付

個人 佐藤光子、坂田 棗、川上真史、鈴木貴子、伊藤真由美、大島行雄、新倉美佐子、杉原賢治、北元宣子、佐藤美樹、大多和 清美、申 康守、大字 明、平野 勝巳、後藤 成子、奥山 巖雄、山名 克巳、秋田 美乃枝、宮本 明、岩淵 千利、井上 美由紀、福田 守宏、浜 京子、森 明男、佐藤 昌子、黒沢 忠彦、高木 史江、吉村 菜穂子、石橋 美奈子、若林 頼男、渡辺 敦子、林 和生、苅野 貞、日下 喬史、田口 瑛子、餘野 孝志、野尻 京子、川勝 准一、加藤 和子、川島 正久、飯田 鴻子、矢代 静枝、田中 慧子、野口 幸子、竹内 七郎、高倉 泰夫、宮崎 朋子、斎藤 茂雄、水上 秀美、太田 茂樹、岡本 千草、藤田 京子、江本 千代子、池上 郁枝、町田 房枝、大本 紀美枝、余田 芳一、前田 尚子、豊福 義一、土井 利夫、伊藤 誠基、長尾 淑子、菅野 真美、平井 敬一

団体 日本聖公会東京教区、聖アンデレ教会、三光教会、聖パウロ教会、聖バルナバ教会、聖テモテ教会、神田キリスト教会、浅草聖ヨハネ教会、葛飾茨十字教会、聖ルカ教会、東京聖三一教会、東京聖十字教会、八王子復活教会、小金井聖公会、神愛教会、立教学院諸聖徒礼拝堂、帝国クリニック(東京)、杉本クリニック(岡山)、藤田クリニック(東京)、高岡クリニック(東京)、住友海上火災保険(株)、興和新薬(株)、三共(株)、グラクソ三共(株)、第一電工(株)、ソニー(株)、三井物産(株)、いなり堂南桜塚本店内ボランティア貯金会、聖公会八王子幼稚園、町谷原病院、小林国際クリニック募金箱、いずみの会、(株)リプロ、土屋眼科医院募金箱(山梨)、耳鼻咽喉科早川医院(神奈川)、仁愛医院募金箱(埼玉)、高岡クリニック募金箱  
お名前を掲載しない方31件

## 助成金

大同生命厚生事業団(地域保健福祉研究助成)

**ご寄付のお願い** 当センターは寄付などにより運営されています。おいくらからでも結構です。

ご支援よろしくお願い申し上げます。

**会員募集** 精神的、経済的に援助して下さる会員の方を募集しております。

当センターはAMDA(本部岡山)とは会計が別のため、独立した会員制度を設けております。

AMDA本部の会員ではございませんので、お間違えないようお願いいたします。

会費：個人会員 1口 6,000円 / 団体会員 1口 20,000円

学生会員(高校、大学、専門学校生) 1口 2,000円

ジュニア会員(中学生以下) 1口 1,000円

4月より翌年3月の1年間とする。何口でもけっこうです。

**広告募集** 年間12万円

以上詳細はセンター東京(03-5285-8086)までお問い合わせ下さい。ご協力をお待ちしております。

**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(広告料のみ)**：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

循環器科・内科・心臓血管外科



医療法人社団

北光循環器病院

院長 太田 茂樹

〒065 札幌市東区北27条東 8丁目

TEL 011-722-1133 FAX 011-722-0501

☆☆☆☆ 好評発売中 ☆☆☆☆

「11ヶ国語診察補助表」

9ヶ国語対応「服薬指導の本」

各5,000円(送料別)

お申し込みは：AMDA国際医療情報センター  
東京事務局 ☎03-5285-8086



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

産婦人科 心療内科  
OB/GYN/PSYCHOTHERAPY

伊勢佐木クリニック  
ISEZAKI WOMEN'S CLINIC

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




大鵬薬品工業株式会社  
〒101 東京都千代田区神田錦町1-27

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)  
ボンダービル4F ☎974-2338

外科 整形外科 形成外科 脳神経外科  
肛門科 内科 泌尿器科



医療法人社団 慶泉会  
**町谷原病院**

〒194 東京都町田市小川1523 ☎0427-95-1668

内科 消化器科 整形外科 神経内科  
精神科 理学診療科



医療法人社団 永生会  
**永生病院** 774床

〒193 東京都八王子市栢田町583-15  
☎0426-61-4108

脳ドック  
成人病棟開設

有限会社 **都商会**

サリ一薬局 ☎214 川崎市多摩区宿河原2-31-3  
☎044-933-0207

エリ一薬局 ☎214 川崎市多摩区菅6-13-4  
☎044-945-7007

マリ一薬局 ☎214 川崎市多摩区南生田7-20-2  
☎044-900-2170

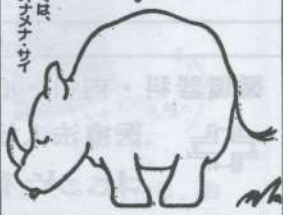
十字路薬局 ☎211 川崎市中区小杉御殿町2-96  
☎044-722-1156

セリ一薬局 ☎216 川崎市宮前区有馬5-18-22  
☎044-854-9131

アミ一薬局 ☎242 大和市西鶴間3-5-6-114  
☎0462-64-9381

マオ一薬局 ☎242 大和中央5-4-24 ☎0462-63-1611

お手本は、  
自然のなかにありました。



シオマナシ  
ほくほく

小さな知恵から、豊かな未来へ。 全館



# クラヤ薬品(株)

〒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)

## 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

総合受付 ☎03-3340-6745  
アクロス新宿フライトセンター

〒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



いちい書房の家庭医学書

### ピアストラブル殺人事件

三好耳鼻咽喉科クリニック院長 監修・解説  
三好 彰  
南京医科大学耳鼻咽喉科客員教授  
蘇州観耳鼻咽喉科名誉院長  
いちい書房 ☎03-3207-3556  
全国書店にて絶賛発売中 定価880円

## 相模原市医師会

### 会長 矢島 治

〒229 神奈川県相模原市富士見1-3-41  
☎0427-55-3311

### ♣ 消化器科・外科・小児科 ♣

# 小林国際クリニック

## Kobayashi International Clinic

### 小林国際医院

診療時間： 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

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

## AMDA 国際医療協力研究会開催のお知らせ

AMDAでは来る9月26日(木曜日)第一回国際医療協力研究会を開催いたしますのでご案内いたします。

この会はAMDAの会員及び政府・大学・研究所等の海外医療協力関係機関や部署に所属する方々を対象にいたしております。また顧問として国際医療協力に経験の深い、梅内拓生氏(東京大学大学院国際保健計画学教室)、ソムアツ・ウォンコムトン氏(東京大学大学院国際地域保健学教室)、中原隆俊氏(国立公衆衛生院行政学部)、野中耕一氏(アジア経済研究所)、岩本淳氏(AMDA名誉顧問・帝国クリニック)の皆様をお願いしてあります。

会の運営方法は、AMDAの現地プロジェクトの報告をもとに活動の評価を行い、各顧問から参考事例を提示していただき研究して行こうと考えています。つまり、AMDAが各顧問および各機関の方々を講師として迎え、コミュニティーレベルの国際保健協力に関する方法論の理論的基礎を考える会にしたいと思っております。

しかし難しい話に終始することなく、率直な意見交換を可能にし、明るい雰囲気の会にしたいとも考えています。また第一回以降も原則として、毎月第4木曜日に定期的開催する予定です。なにとぞ皆様の多数のご参加をお待ちしております。尚会場の都合上参加される方の人数を把握したいと考えております。申し訳ありませんが出欠の確認を取らせていただきたいと思いますので、ファックスまたは郵送にてご返事をいただければ幸いです。

### AMDA国際医療協力研究会

目的：プロジェクトと密接なつながりを持ち、コミュニティーレベルの国際保健協力に関する方法論を考える会とする。

テーマ：『貧困と健康』

内容：1) AMDA 現地プロジェクトの報告及び評価  
2) 参考事例の研究  
3) その他

場所：アイオス五反田ビル 2階会議室

日時：毎月 第4木曜日 18:30~20:30

参加費：500円

主催：AMDA、担当 大脇甲哉、田中政宏、六本有里

連絡先：AMDA 東京オフィス 六本有里

〒141 東京都品川区東五反田 1-10-7 アイオス 506

Tel 03-3440-9073 Fax 03-3440-9087

AMDAの現地プロジェクトの発表スケジュールは以下の通りです。

96年9月26日 ザンビア・JICA 保健医療活動 (発表者・吉田修)

96年10月24日 ネパール・ブータン難民、タンコット村プロジェクト (ニルマル) AMDA ネパール

96年11月14日 カンボジア・ブノムスロイ郡病院地域医療活動 (グルート) AMDA カナダ

## AMDA活動パネル作成協力のお願ひ

この度AMDAでは、1セット8枚組のAMDAとご協力者の皆様との合同製作によるパネル作成をお願い致しております。

おかげさまで我々の活動も多くの反響を呼び、AMDAの活動状況の問い合わせは、日本全国から殺到しております。今までもパネルによる紹介をさせていただいてきましたが、既存のパネルはフル回転で活用しております。昨今の多くの問い合わせに、充分対応していくことができなくなりました。そこで皆様からのご理解を得てパネルの充実を図りたいと、ご協力をお願い致しました次第でございます。

国際協力が注目されております中、皆様からのご協力が賜れますならば一層の成果が得られますことを確信致しております。

どうぞ宜しくお願い致します。

### 記

1セット8枚組                      20,000円

1枚のみ                              3,000円

パネルには「作成協力〇〇〇〇」との文言をそれぞれ入れさせていただきます。お申込みは本誌綴込みの払込取扱票に詳細をご記入の上、お振込みください。

お問い合わせ先：AMDA本部 谷山  
TEL 086-284-7730

国際医療協力 VOL. 19 NO.8 1996

■発行日 1996年8月28日  
■発行 AMDA・アムダ  
■編集 近藤祐次・田代邦子・大谷直美  
■連絡先 岡山市楠津310-1  
TEL 086-284-7730  
FAX 086-284-8959



国際医療協力 八月号 一九九六年八月二十八日発行(毎月一回二十八日発行) 一九九五年一月二十七日 第三種郵便物認可 定価六〇〇円