

国際医療協力

Vol.19 No.10
1996

10



第1回 AMDA 国際フォーラム「貧困と健康」

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。

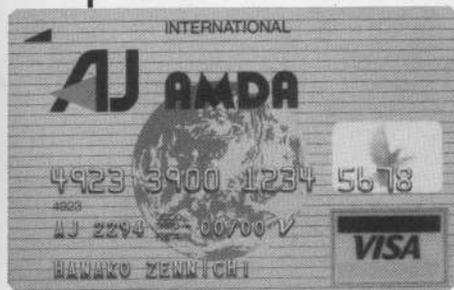
2 AJ AMDAカード

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。

送料 2枚まで80円 3枚から無料



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

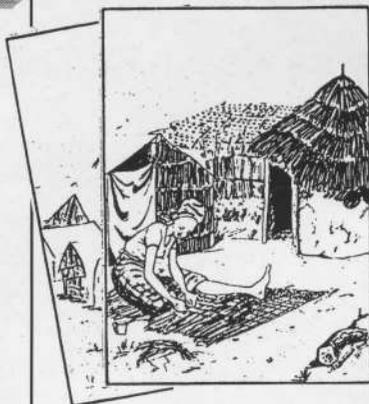
6 絵はがき・カードセット

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

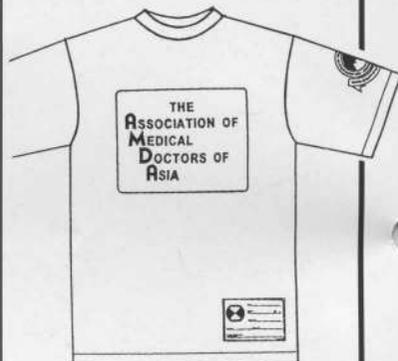
津村ゆうすけ氏デザイン

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

岡山市楠津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 ODAとNGO 6
- 第1回AMDA国際フォーラム「貧困と健康」 10
- AMDA・東京都足立区合同防災訓練報告 2 14
- 旧ユーゴ避難民救援医療活動報告 34
- ウガンダ地域保健プロジェクト報告 37
- モザンビーク難民救援医療活動報告 38
- アフガニスタン活動報告 41
- カンボジア救援活動報告 42
- ネパール難民救援医療活動報告 46
- The New Emergency Health Kit の翻訳完了 48
- APRO Net News から 49
- AMDA国際医療情報センター便り 50
- 診療所日記 4 53
- 栃木便り 54
- 南京便り 56
- ボランティアリレー 67
- 事務局だより 68

AMDA プロジェクト紹介

1996年6月現在

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

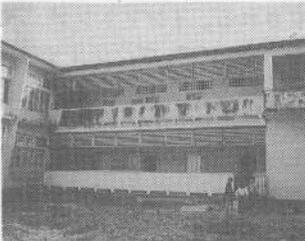
プロジェクト

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、プノ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。

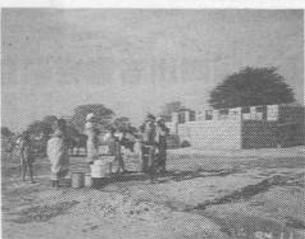


18 インドネシアスマトラ島南部地震 救援医療プロジェクト

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開発医療活動を行っている。



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 山本将文氏

23 ルワンダ難民 緊急救援ゴマ プロジェクト

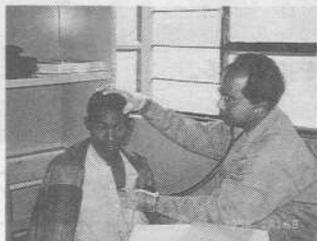
1994年8月

24 ルワンダ難民緊急救援ブカブ プロジェクト

1994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 JICA フィリピン・ターラック州家族 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 JICA ザンビア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、ポリビア、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

今なぜ NGO なのか

ODA と NGO

代表 菅波 茂

国が豊かになればすべてよし。これはマクロ経済学の話である。発展途上国では、国貧しくて個人も貧しい。そして国富めども個人は貧しい。両方が現実である。理由は簡単である。富みの社会的分配システムが無いからである。日本は世界でも最も革新的な富みの社会分配システムを確立している。それはひとえに税制である。特に相続税である。三代続けると遺産は零になるというきびしい税制である。入り口が資本主義でも出口が共産主義といわれている由縁でもある。

従来の日本の ODA は発展途上国の「国の経済」を豊かにすることに重点が置かれてきた。一方、地域コミュニティの住民がその恩恵を受けるのにはあまりにも年月がかかりすぎる。例えば、平均寿命を考えたい。国が豊かになって、住民の所得が増加して、保健医療システムが完備して初めて平均寿命は延びるのかという質問に答えたい。平均寿命と国民所得は比例しない事実がある。住民の識字率と地域コミュニティレベルでの保健医療アクセス便利度のほうが平均寿命に比例する。

貧困は諸悪の根源である。しかし、貧困とは必ずしも所得の低さのみを意味しない。健康水準に寄与する教育の貧困や保健医療システムの貧困は単純に経済状況だけの話ではない。発想の貧困が一番問題である。即ち、健康とは人間を取り巻く多種多様な要因の総合的な結果であるという。

発展途上国では国の保健医療に関するシステムや教育のシステムがなかなか地域コミュニティのレベルまで包括しきれていない。地域コミュニティのレベルでの健康に関する包括的な取り組みが必要とされる。それは保健医療、収益向上、教育、環境、女性の立場の改善等々の方法論の改善と応用である。幸いにして NGO は世界各地においてこれらの多種多様な方法論を開発してきている。地域コミュニティの住民参加を前提としてこれらの方法論を応用して「貧困と健康」のテーマに取り組むことは、AMDA が NGO として ODA に参加できる立脚点である。ODA を健康水準の向上の趣旨にて適用するプロジェクトについては、「富みの社会的分配システム」の不十分な国に対しては絶対的に必要なことである。

日本の NGO が「健康と貧困」のテーマで ODA に参加するときは現地の NGO との連携も必須である。なぜなら地域コミュニティの住民参加を可能にするためにはそのコミュニティの風俗習慣を含めた社会の理解が大前提であるが、これは地元の NGO がリーダーシップをとる分野であるからである。

AMDA はフィリピンの家族計画／母子保健およびザンビアのプライマリヘルスケアの ODA のプロジェクトに参加しているが、以上のような基本的な考え方で取り組んでいることを理解していただければ幸いである。

始まります!

JICA NGO連携プロジェクト

JICAがNGOと本格的に連携をとりながら実施する技術協力が、いよいよ始まる。

現在、プロジェクト開始に向けて動いている2つの医療協力とは――



●ルサカ市内のコンパウンドを調査するAMDAの吉田さん(右端)。住民がどんどん増えていき、燃料用の木が伐採されるため、周りの環境は急速に変わっている(ザンビア・プライマリーヘルスケア・プロジェクト)

●村の子どもたちに花束を送られるジョイセフの石井さん(左から2人目)。プロジェクトに寄せる住民の期待は大きい(ベトナム・リプロダクティブヘルス・プロジェクト)

ザンビア

NGOのプロフェッショナリズムを生かして 地域の医療体制を整備

●『プライマリー・ヘルスケア・プロジェクト』with AMDA(アジア医師連絡協議会)●

南部アフリカ、ザンビアのルサカ市内には、貧しい人々が密集して住むコンパウンドと呼ばれる大規模な低所得者居住区がいくつも広がっている。現地での1年以上にわたる調査で、ルサカ市の医療システムとコンパウンドの問題を浮き彫りにしたのが、岡山に本部を置くNGO、AMDA(アジア医師連絡協議会)の吉田修医師だ。

ーが長期専門家として現地に派遣された。

このプロジェクトの目的は、首都ルサカ市の基礎的な保健医療の体制を整備すること。不法に居住しているがために、公的サービスを受けられない人々が対象だ。今回のプロジェクトでは、地域に密着した草の根の活動を得意とするNGOの視点を取り入れるため、JICAはAMDAに協力を依頼し、吉田修医師を現地に送り込んだ。

事前調査にNGOのメンバーを派遣

JICAが開発途上国で技術協力をする際、相手国の受け入れ機関との調整や現場のニーズをつかむため、プロジェクト実施前には数回にわたる現地での調査を実施する。来年ザンビアで始まるJICAのプロジェクト方式技術協力『プライマリー・ヘルスケア』の事前調査のため、初めてNGOのメンバ

AMDAは自然災害や紛争による被災地へいち早く駆け付け、医療協力をすることで知られるNGO。1984年に設立され、現在、医師、看護婦、一般、学生ら、国内1,300人、海外200人の会員がいる。日本国内の活動は、昨年の阪神大震災での活躍が記憶に新しい。AMDAは緊急救援だけでなく、途上国の地域住民の医療の向上という、息の長い援助も続けている。

医療の専門知識で貧困に立ち向かう

吉田さんはもともと心臓外科を専門とする医師。6年の病院勤務の後、青年海外協力隊に参加し、マラウイの国立病院で臨床医として活動した。2年後に帰国して地元徳島の病院に勤めていたとき、新聞記事でAMDAを知り、以降、AMDAの専属医師としてインド・ネパールを皮切りに、モザンビークの帰還難民のためのプロジェクト、ルワンダ内戦の被災民への緊急救援などに従事した。

JICAのプロジェクトでは昨年4月からの1年間と今年7月から8月にかけての2回、現地へ派遣され、ルサカ市の医療システムやコンパウンドの問題点を、文字どおり足をを使って調査した。

「AMDAのモザンビークでの半年間の活動は、今のザンビアの仕事に通じるものがありますね。何にもない村をあちこち回って…。薬だけ持っていってもだめだということを痛感しました」(吉田さん)

今晚の食事にも事欠く貧しい人々が暮らすコンパウンドに足しげく通った吉田さんが肌で感じたのは、そこに巢食う「貧困」の2文字だった。たとえ病気を治療することができたとしても、劣悪な生活環境がそのままでは、また病気になるという悪循環…。今回のプロジェクトでは、住民の初期治療を担うアーバン・ヘルスセンターのスタッフの訓練や専門病院への患者移送システムの整備とともに、既存の住民組織を生かした衛生教育などにも取り組む。日本からの専門家は、AMDAの医師や看護婦のほかに、行政面の専門家も地方自治体などから派遣される予定だ。



◎地域にはさまざまな住民組織がある。吉田さんを囲んでいるのはポリオ根絶キャンペーンのヘルスポランテア

バックアップ体制は万全

事前調査団の団長として今年2月に現地を訪れたAMDAの菅波茂代表は、JICAとの連携について次のように語る。

「ODAとNGOの連携は世界的な潮流になってきています。しかし、NGOがODAという公費を使うということは、従来のアマチュアリズムだけでは無理で、プロフェッショナリズムをどう出すかという問題が出てくると思うんです。私たちが地域の保健向上のプロジェクトをするとき、必ず出くわすのが「貧困と健康」という問題なんですが、そのときに生きてくるのが、私たちは日本人だけじゃないってことなんです。AMDAにはアジアの医師たちがたくさんいます。彼らは常にこの問題に直面しているのだから、彼らが経験から得た知識を日本の私たちに提供してくれるでしょう」

世界18カ国に支部を持つ多国籍医療NGO、AMDAならではの支援が控えているわけだ。もう一つある。AMDAはJICAとの協力を成功させるために、5年間のプロジェクト期間中毎年、本部のある岡山で国際フォーラムを開催する。現場で起こった問題をどう解決するか、世界から専門家を集めて話し合うのだ。すでに「貧困と健康」をテーマに第



◎井戸に並ぶ人々。1リットルの水を汲むのに1時間以上待たなくてはならない。やっとの思いで得た水も煮沸せずに飲むので、下痢をおこしてしまう

●市場で売られる野菜。貴しい人どうしが売り買いしているのでもうけはほとんどない(ルサカ市内のコンパウンド)



1回を行ったが、貴重なヒントが得られたという。
「今回、JICA事業に参加するチャンスをいただいたことに感謝すると同時に、無限の責任を感じています。私たちの役目は、日本のODAにNGOが関与していくという道筋をつけること。プロジェクトには万全のバックアップ体制を敷いていきます」
(菅波代表)

相互扶助の意識を活動の理念とするAMDA。協力隊とAMDAでの経験で、ODAとNGOの両方を知る吉田さんを懸け橋に、活動の場がまた一つ広がった。

経済協力 新たな選択肢

戦略的ODA

日本技術協力の現場を診る

中 国

「ここに一人の男がいる。再びザンビアの首都ルサカ。極貧層が密集するコンパウンド(スラム地区)を、こざつはりした身なりでおくせず歩く。子供たちには必ず親しげに声をかける。この国では乳幼児の死亡率が極めて高いだ。

吉田修さん(35)。宮崎医科大学出身のれっきとした心臓外科医である。日本は数あるコンパウンドのうち三カ所で、医療を何とか基礎的水準にまで持っていく技術協力に着手した。プロジェクト名はいささか難しい。プライマリー・ヘルス・ケア(PHC)。初歩医療(でもいおうか)。

その仕事を託されたのが吉田さんなのだ。これは国際協力事業団(JICA)にとつても初の試みだ。吉田さんは日本の級あるNGO(非政府組織)の中でも活躍ぶりが

目立つアジア医師連絡協議会(AMDA)に属する。計画の立案から実施に至るまでをNGOにゆだねるのは、経済協力(ODA)の新たな選択肢となるODANGO(おだんご)方式の走りとも位置づけられる。

吉田さんはなぜアフリカのハードな仕事に取り組んでいるのか。

「心臓のバイパス手術をやったとすると、ひっくり返って医療費は三百万円ですよ。これ医者の大事な仕事には違いない。でも、別の大きな責務があるんじゃないかと常に自問自答していた。一言でいえば貧困にチャレンジしたいのです。人口問題という環境と田さんなのだが、これは国際協力事業団(JICA)にとつても初の試みだ。吉田さんは日本の級あるNGO(非政府組織)の中でも活躍ぶりが

ODANGO方式

医者とは給与面で比べ物にならない低い待遇の青年海外協力隊員として南部アフリカのマラウイに赴いたのは二十一年歳の時である。

ところで、PHCはそんなにはたやすい計画ではない。構想のない哲学はある。ルサカ市とタイアップして、コンパウンドに設けられた診療所を充実し、重症患者は上級病院へ送るネットワークをつくる。

そして何よりも保健を通じて地域住民の助け合い精神を重視する。それが雇用や収入確保への道を開き、栄養状態や環境の改善につながるというのだ。まさに「貧困へのチャレンジ」である。吉田さん

はとりあえず診療所すらないゴンベ・コンパウンドにターゲットを絞り、地元や各国のNGOとも協力して診療所を開設する予定だ。

だが、これまでノルウェー

などのNGOに依存していた薬は滞りがちだし、二万人を越す住民に対して井戸の蛇口はたった七つしかない。初のNGO協力プロジェクトに何とか芽を出させることが、アフリカ救済に国際的イニシアチブをとろうとしている日本のODA政策の幅を広げることにつながるだろう。

第1回 AMDA 国際フォーラム

「貧困と健康」

The 1st AMDA International Forum "Poverty and Ill Healthy"

8月28日 岡山国際交流センターに於いて、第1回AMDA国際フォーラム「貧困と健康」が行われた。

近年、国際援助協力が注目される中、発展途上国の多様な人々のニーズを反映し、状況に応じた援助を実施するためには、援助国機関、非政府組織(NGO)や住民組織などの様々な組織が個別に活動を進めていくばかりでなく、協調、連携を通じてより重層的に取り組むことが必要と思われる。また、対外的な国レベルでの経済援助だけでなく、貧困からの脱却による経済自立を促す人道援助を推進していくためには、実態調査の重要性を認識し、また追求していくことが今後の課題となっていくと思われる。

AMDAでは、現在、ザンビアにおける現地調査を基に「教育」「医療」「貧困」を組み込んだプライマリーヘルスケアプロジェクトの実施に向けて、取り組んでいる。コミュニティにおける健康問題と貧困問題との密接な関係という観点から、疾病予防と治療活動・栄養改善活動・教育システム確立を軸とする対策を検討していくことは無視できない。また同時に、国際援助協力を進めていく上でも、これらの問題点はこれからの焦点となっていくと思われる。

今回のフォーラムでは、基調講演をWHO国際機関担当部長 川口 雄次氏、事例紹介を東京大学医学部国際地域保健学教室教授 ソムアツ・ウォンコムトオン氏、JICA国際協力専門員 赤松 志朗氏、また、その後、南方圏交流センター代表 加藤 憲一氏を交えてのパネルディスカッションと進み、貧困と健康問題について様々な角度から討議した。

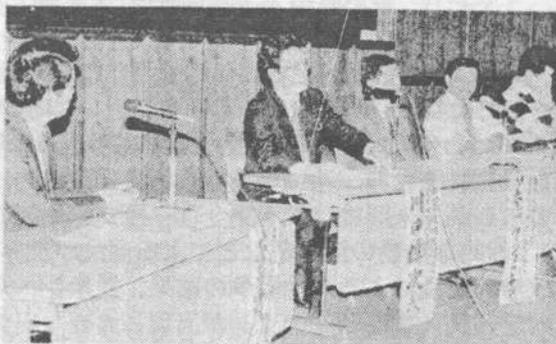
このフォーラムは、今後ザンビアでの5カ年計画のプロジェクトと並行して行う予定で、より深く検討したく、方法論の開発の場としたい。また、積極的な人道援助活動が多く見られる岡山に於いて、それらを生かしていくにあたって、貧困問題の検討が救援活動に大きく影響すると考えられ、その為にも、世界の貧困に対するアプローチ方法と問題解決方法を極める方向付けの場としたい。



フォーラムに先立ち、記者会見をするパネリストの先生方

岡山市で第1回AMDA国際フォーラム

貧富の格差縮小を提言



川口部長(左から2人目)らが参加し行われたパネルディスカッション。活発な意見が交換された

自治体関係者ら100人参加

国連NGOのAMDA(アジア医師連絡協議会、本部・岡山市は二十八日、岡山市奈邊町二の岡山国際交流センターで、「貧困と健康」をテーマに「第1回AMDA国際フォーラム」を開催した。県内のNGO、自治体関係者を中心に約百人が参加した。

今回のフォーラムは、来々わけて開かれた。JICA(国際協力事業団)の要請から五年間にわたり、AMDAがアフリカのザンビアを受け、AMDAがODD(アフリカ・ヘルス(政府開発援助)の一環とケア(初歩保健医療)プロジェクトの立案がシエクトを実施するのにおよび実施まで行っもの。

「貧困と健康」テーマ

基調講演やパネル討論

フォーラムでは、川口雄次・WHO国際機関担当部長が基調講演。川口部長は、開発途上国では感染症の犠牲者が多いことや出生時死亡率が高いことなどを報告。背景には住民の貧困問題があると指摘した。住民の地域コミュニティを重視し、官民が協調して貧富の格差の縮小に取り組みでゆくことが有効な問題解決の手段であると提言した。

パネルディスカッションも行われ、川口部長のほか、赤松志朗・JICA国際協力専門員・ソムアツ・ウオコントオン・東京大学医学部国際地域保健学教室教授・加藤憲一・南万葉交流センター代表が、パネリストとして出席。ディスカッションの中で、赤松専門員が、イスラム圏の国で実施されたNGOの地域開発の例を報告。宗教的問題から、男性と社会参加を求め女性とが対立したとなどを述べ、地域に根ざした援助の難しさを指摘した。また、タイの僧侶らがエイズホスピスを寺院で運営していることも報告され、宗教が地域の保健福祉に貢献している例もあげられた。

フォーラムは今後毎年一回のペースで五年間にわたって開かれる。菅波茂AMDA代表は「貧困と健康は密接な関係にある。WHO、NGO、JICA、自治体と連携して援助を実施していきたい」と話していた。



国際フォーラム聴講風景

「貧困と健康」(要旨)

世界保健機関本部 国際関係部長

慶応義塾大学客員教授・医学博士 川口 雄次

20世紀も余すところ僅か4年となった今日、地球上には急増した約58億もの人々が生活しているが、1995年のデータによれば、世界人口の約半数に近い23億人ほどが貧困層に属し、そのうちの約10億人がいわゆる「絶対的貧困」状態にある。1980年代後半から90年代にかけては、世界の激動期にあたり、冷戦構造は崩壊し、政治的には民主化、経済的には市場経済が進みつつあるが、米国による不完全な一極支配体制の中で、民族運動の激化、原理運動をも含む宗教的な活動の活発化などによる混乱が世界中で噴出し、過度期の様相を呈している。政治的混乱による局地戦争の結果、民衆レベルでは、多数の難民(推定2600万人)と国内避難民(推定5000万人)が出現し大きな経済的負担となりつつある。この混乱期においては、先進国の経済成長がゆっくりと続く一方で、多数の開発途上国が経済的に後退化現象をみせ、世界の中での富める者と貧しい者との差は益々拡大する傾向にある。さらに開発途上国の中でも特に最貧国(WHO190のうち48ヶ国)と呼ばれる国々では、国のレベルでも民衆のレベルでも貧困がひろがり、開発途上国の間でも格差が生まれつつある。人口の都市集中と高齢化は益々進み、貧困層の多い社会に環境の劣悪化がより多く見られている。

貧困ということは、これまで主として経済的な見地からのみ測定され、主に国や個人レベルの所得によって定義、あるいは、分類されてきた。しかしながら、貧困ということがら、より広い視野から人間および生活全体の質的状況を表していることを重視すべきであるという考え方が提唱され、WHOを含めさまざまな関連機関が、貧困をどのように解釈し、この問題とどのように取り組むかについて、最近いろいろなアプローチを試み始めているところである。つまり、貧困とは、人間の基本的なニーズを満足させるに足る十分な資源が不足している状態をさすものであり、様々な形の集合体を形成している。それらの主要な要素は、不適當に低い所得、教育、特に基礎的教育の欠如、知識と技術の欠如、不健康な状況およびヘルス・ケアと無縁の状況、貧困な住居状態、清潔な水と衛生設備の欠如、不十分な食糧供給と栄養状態、家族計画を含む母子保健をとりまく様々な支援の欠如、などが挙げられる。

WHOは、これらの複雑な貧困問題を健康分野からアプローチし、人々の健康状態を改善することによって、貧困状態からの脱却の一助とする、という支援を始めている。また、WHOは、実際に貧困状態というものが疾病を含むあらゆる健康問題の改善を妨げる最も大きな原因になっているという認識をもって、各国と協力しながら、どのようにしたら健康分野からのアプローチを総合的な施策として人々の生活改善をはかることができるか、という考え方を推進している。したがって、貧困と健康というのは、相互に影響しながら互いに足を引っ張り合う関係にある。WHOでは、約40ヶ国の開発途上国に関して比較検討を行い分析したが、この過程で明確になってきたことは、一般的に使われている一人当たりの国民総生産(GNP/Capita)の比較だけでは、到底、貧困問題を扱うことはできないことがより明白になったことである。特に、GNP/Capitaが低い国々の中にも、健康指標が良好で、人口の大部分が極めて良い生活状況を呈しているところがある事実である。例えば、乳幼児死亡率を例にとると、非常に所得の低い国、例え

ばエチオピア、ニジェール、マリ、中央アフリカ、ベニンなどでは、経済状況の悪化とともに所得の低下がみられ、これがすぐさま乳幼児死亡率の上昇へと結び付いている。しかしながら、マダガスカルやトーゴのような、比較的高い女性の識字率や学校教育の普及がみられる国では、最貧国であるにもかかわらず、かなり速いスピードで乳幼児死亡率の改善がみられる。さらに、もう少し所得が多い国々においてもやはり、成人の識字率の割合が高く、とりわけ女性の識字率が高い国では、経済状況の多少の悪化にもかかわらず乳幼児死亡率は大変な改善をみている。ニカラグア、ジンバブエ、ホンジュラスなどがその例である。このような相関関係は、清潔な水と衛生設備の普及が進んだ場合でもみられ、開発途上国にあっても明らかな健康指標の向上がみられる。したがって、人間に対する投資と同時に人間生活を豊かにするインフラ投資は、貧困状況からの脱出に一つの鍵を与えるものである。こういった関連性についてはいずれの要素がどのような結果を生むかについて一義的にすべてにあてはまるわけではなく、国々によってそれぞれ特徴があり、それは、文化的・民族的な背景、その他地域社会での規範などによることと思われる。

ではどのような方策がもっとも効果的な貧困問題の解決策になるのだろうか。大きく言えば、世界全体の貧富の格差をなるべく少なくすること、また、一国の中でも大多数の人々が一定以上の収入を得られるような施策をとることが大切である。健康との関係で言えば、健康の格差を世界的にも、また一国の中でもなくすることが最も大きな課題であり、かつ解決策になり得る。政府はある一定の割合の公的支援を保健・医療サービスや個人の基礎教育あるいは女性教育に振りむけるとともに、個人が技術や知識を得ることを支援することによって、大多数が一定の所得を得、自立へ向かうことができるようにすることが大切である。特に、健康面で言えば、可能な限り疾病をとりぞき、不健康状態から派生する不要な負担を減少させ、特に女性の教育に力を入れ、さらに家族計画を含む健やかな妊娠・出産・育児にかかるあらゆる支援をすることが大切である。また特に村落においては、食糧生産なども含む総合的な生活改善運動を進める一方、増大する都市部の貧困層に対しては、差別化ではなく、低所得層をどのような形で社会参加できるようにするか、また健康サービスをいかにして個々人に行き渡らせるかという点に注目しなければならない。

国際社会では、1995年に開催された国連社会開発サミット等を通じ、貧困問題に関係のある行動計画を合意してきている。具体的な国際協力分野からの資金援助や技術援助については、より多くの社会サービス支援、特に保健医療や基礎教育の充実、女性に対する支援を強化し、社会の安定化を外側から支援する必要がある。特に、低所得、最貧国の場合は、対外援助が既に国の予算のかなりの部分を占めているところも多く、国民の声を反映した部分に対する、より密接な支援を強化すべきである。この中で、大切なことは、単に政府間の問題ではなく、政府が行うような二国間支援については多国間機関における様々な経験を吸収するようなメカニズムをつくり、さらに都市部・農村部共にきめ細かな人間支援、健康、教育支援を行うためのシステム作りを考える必要がある。そのためには当該政府の力だけでは全く不可能であり、特に地域社会において最も重要な共同体そのもの、そしていわゆる草の根で活動する非政府機関(NGO)の協力と参加をより推進すべきである。NGOの役割は、こういった観点からも今後より重要になっていくものと思われ、国際機関、地域機関、NGOの健全な形での協力・連帯作業が実は最も大きな民衆支援になり得る形であろう。WHOは支援国家、開発途上国、と共に、そういう形の総合的な活動と、人間への投資と参加型社会構築を目指して、貧困と健康の問題を共に解決しようとするものである。

AMDA・全日病・東京都足立区合同防災訓練報告 2

＜合同防災訓練を終えて＞

合同防災訓練AMDA 実行委員長

AMDA 副代表 中西 泉

1. はじめに

阪神淡路大震災から1年目に地域防災民間医療ネットワークの発足があり、その半年後に東京都、足立区の招きにより今回の合同訓練に参加する機会を得た。地域防災民間医療ネットワークのシュミレーションであると共に、NGOとGOがどのように共同訓練を組み、事態に対処すべきかが問われる訓練であった。

2. 訓練内容 1996/08/31~09/01

- A. 夜間設営訓練（虹の広場）
- B. トリアージ訓練（虹の広場）
- C. 航空機による訓練（中央訓練会場）
- D. フロント病院訓練（鹿浜橋病院）

3. 打合せ会議

- ① AMDA 内部会議：3回
- ② 合同会議：9回

4. 参加人員

① AMDA

医師	17
看護婦（士）	21
国際医療情報センター	34
その他	29
計	101人

② 全日病

医師	24
看護婦（士）	24
模擬患者ボランティア	150
鹿浜町会	40
その他	28
計	266人

③ 救急車

20

5. 結果

- ① 今回はGO, 他の民間組織とは初めて行う共同模擬訓練であった。
- ② テント設営は海外難民支援の経験が生かされ、実際的で宿泊、トリアージに際し十分な広さを確保していた。
- ③ 自衛隊員による傷病者運搬方法教示は覚える技術として参考になった。
- ④ 早朝起床時訓練は問題点を残した。
- ⑤ トリアージ訓練は中央訓練会場のそれに比し遜色無く、動員数、緊迫感において勝っていた。
- ⑥ 虹の広場訓練開始時、全日病に比してAMDAは一体性に欠けていた。（後述）
- ⑦ 中央会場航空機による人員運搬は円滑であったが、人員決定、到着後トリアージ参加については問題を残した。（後述）
- ⑧ 国際医療情報センター参加に際して事前の打合せが不十分であった。

6. 考察

虹の広場での訓練はボランティア団体の参加としては成功であった。しかしながら中央会場も含めての合同訓練の観点からは幾つかの教訓、今後改善すべき問題点を提起した。一つは虹の広場での訓練がGOとの合同訓練の必然性を有する事柄を有していたか、という点である。換言すると、地元も参加する性質のものであったか否かということである。全日病と別の日に行っても変わらない訓練に終わらず、地元を巻き込んでの参加が今後は求められるだろう。鹿浜橋病院での訓練がこれを補っていたかという点、AMDAからの参加は人員不足で行えず、フロント病院を舞台にしての訓練の機会を逸したの残念であった。二つには他の団体、GOと今後組んで仕事を行うに際しての留意点である。AMDA内においてはボランティアとして行動してよいが、対外的には、組織対組織という前提を変える事は出来ない。ことに今回参加した合同訓練は歴史を有するものであり、積み上げて行く作業には多くの人員が係わっている。従って計画の決定後は変更困難であり、早めの決定、決めたら変更をしないことがこれからの付き合いで肝腎である。この点AMDA側で改善すべき事は多い。同様の事は全日病との関係に於ても当てはまるのであり、虹の広場での訓練で全日病参加者を待たせた事は遺憾である。

1996年(平成8年)9月30日 月曜日 第 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇

かかりつけのお医者さんとボランティア医師

全日本病院協会・日本医師会

ネットワーク

AMDA



この「地域防災民間緊急医療協議会(AMDA)」と全日本病院協会、日本医師会が災害地や紛争地にボランティア医師や看護士を派遣して、被災地の医療や看護を担うことについて結成した。AMDAは一九九五年一月十日の阪神大震災の日か

訓練参加で実績積み重ね

阪神大震災で負傷者の多くは民間の「かかりつけのお医者さん」を頼ったのに、「民間」といってだけで薬品などの公的支援が得られず、力を十分、発揮できなかった。そんな反省をもとに、民間病院の団体や非政府組織(NGO)が緊急時に助け合うネットワークを結成し、自治体などへの協力を求める働きかけを始めている。ことしの防災の日(九月二日)には、東京都の総合防災訓練に参加し、自衛隊基地を使って全国から医師を送り込んだ。

大震災の教訓 民間病院、県の薬品使えず

AMDAの菅波代表は昨年十一月、沖縄県で開かれた全日本病院協会の学会に出席した。神戸市内の民間病院の医師が、震災の経験を発表し

ら「七割にかけて、医師や看護士が延べ約二千人を神戸市長民に送り込んだ。はじめるは避難所を回ったが、老人や体の不自由な人が少ないのに疑問を持ち、壊れた家に残っている人や、テントで暮らしている人々を探して診察活動をした。「保健所を拠点に選び、地域を知っている保健師と地域を回ったから効果のよい活動ができた」と言う。しかし、公的機関からの医薬品の援助を得られず、ヘリコプターを使って独自に供給させるを得なかった。

菅波さんは「震災で民間病院抜きには災害対応はできないことが明らかになった。行政は前例がないとなかなか動けない。民間組織が自衛隊の基地を使い、行政と連携する実績を積み重ね、いざというときに備えたい」と話している。

た。避難所にいなくなつた重症患者の多くが、まずかかりつけの病院に駆け込んでいたことがわかった。兵庫県が保管していた医薬品は「営利事業だから」と民間病院は使わせてもらえず、同じ理由でボランティアの医師も手に入らなかった。今でも、地域防災計画などに、民間病院や医療機関への医薬品などの支援を盛り込んでいる自治体はほとんどないという。

「民間病院は、公的機関からもAMDAなどのボランティアからも無視される面があった」と菅波さんは振り返る。

災害医療 自治体と連携

〈トリアージ・治療及び後方医療施設への搬送訓練報告〉

AMDA Japan 市立札幌病院

早川 達也

概要

1996年8月31日から9月1日にかけて、地域防災民間緊急ネットワークとして東京都足立区合同防災訓練に参加し、1) 航空機を使用した医療ボランティアの動員訓練、2) 被災地での災害医療シュミレーション、3) 被災地における関連団体との協力体制確立訓練を行った。このうち、2) におけるトリアージ講習会、トリアージ・治療及び後方医療施設への搬送訓練について報告する。

1. 訓練概要

8月31日 虹の広場会場における、トリアージ講習会及び医療チーム編成他

9月1日 トリアージ・治療及び後方医療施設への搬送訓練他 鹿浜橋病院における
フロント病院設置及び搬送患者受け入れ訓練

2. 訓練方法及び実際

訓練には、AMDA側は、医師17名、看護婦21名、専門・一般ボランティア26名、ロジスティックス（無線通信）3名の他、AMDA国際医療情報センターから34名のボランティアが参加し、全日本病院協会（以下全日病）側は、医師23名、看護婦25名、一般ボランティアその他34名が参加した。このうちAMDA側の参加者のほとんどが、8月31日から荒川河川敷にて野営を行い、トリアージ講習会、担架作成訓練等に参加した。また、トリアージ・治療及び後方医療施設への搬送訓練には、全日病の協力のもと、模擬患者として、一般市民30名を含む180名のボランティアに参加を得、延べ355名の模擬患者のトリアージを行うことができた。また全日病の手配で救急車20台の参加を得ることができた。

訓練は参加者をトリアージ・サイト担当、治療サイト担当、搬送サイト担当、サイト間搬送担当に大まかに振り分け、それぞれメンバーを入れ換えながら参加者全員が少なくともトリアージが体験できるように配慮した。また各サイトに一人ずつ指揮者を決め、それぞれの指揮を委ねた。指揮者は、トリアージ・サイト谷川医師、治療サイト大脇医師、搬送サイト高橋医師、サイト間搬送妹尾看護婦にお願いした。また、医療ボランティアについては、AMDA側参加者と全日病側参加者がそれぞれ一名ずつ二名一組で活動することとし、お互い協力出来るよう配慮した。

模擬患者の設定は、再優先・緊急治療群46例、待機・非緊急治療群53例、軽処置・搬送不要群226例、死亡または不処置群10例とし、全日病石原医師の指揮のもと、9月1日9時から10時30分までの間に計335症例をトリアージ・サイトへ送った。

尚、模擬患者には傷病名を書き込んだプラカードを下げ、訓練に参加した。

1) トリアージ・サイトでの訓練から

トリアージ・サイトには一般ボランティアによる受付担当1名、医療ボランティア2名を口班とするトリアージ・サイト担当を5班配置し、同時に5症例のトリアージができるようにした。救急車で模擬患者が到着すると、まず受付担当がトリアージ・タグに住所・氏名を記入し、次いで医療ボランティアがトリアージを実施し、サイト間搬送班に引き継いで治療サイトまで介助またはストレッチャー、担架で移送することとした。トリアージ・タグは記入後、災害現場用のタグを切り取り、トリアージ・サイトで保管することとした。尚、トリアージ・タグは東京都様式のものである。参加者には谷川医師の指揮のもと、大まかな指示のみを行い、トリアージ・カテゴリーは各自の判断に委ねた。

トリアージ実施症例355例のうち、タグが回収できたのは243例であった。内訳は最優先・緊急治療群74例、待機・非緊急治療群79例、軽処置・搬送不要群57例、死亡または不処置群3例、不明30例であり、最優先・緊急治療群が設定と比べて非常に多い結果となった。このうち氏名の未記入が1例、住所の未記入が23例あった。(意識障害等で住所・氏名等が不明な症例が存在するが、「不明」等と記入されているものは記入とみなした。)またトリアージ月日、時刻の未記入が72例、トリアージ実施機関または場所の未記入が130例あった。傷病名の未記入は33例であった。

2) 治療サイトでの訓練から

治療サイトには、超音波検査機1台、心電計2台等を用意した。治療サイトでは大腸医師の指揮のもと、医療ボランティアはトリアージ担当1名、検査担当1名の他、3-4名を1班とする治療担当を5-8班組織し、更に臨床検査技師による専門ボランティア3名が検査体制を支援することとした。模擬患者は、治療サイト内のトリアージ担当医師の判断により、検査が必要な症例は検査を専用の処置台にて行い、次いで簡易ベッドへ移した後、治療を行うこととした。治療が終わった症例は、治療担当が責任をもって搬送サイトへ移すこととした。

今回は実際に治療行為を行わず、輸液、固定等必要と思われる治療を声かけでお互いに確認しながら行うこととしたが、実際に起こり得るトラブルまで想定しながらの治療はできなかったように思われる。

3) 搬送サイトでの訓練から

搬送サイトは後方医療機関への搬送拠点となるサイトである。高橋医師の指揮で訓練開始40分後から救急車による搬送を行うこととし、治療サイトから搬送サイトへ送られてくる模擬患者のトリアージを更に行い、搬送順位の決定を行った。

搬送は運用班の救急車配車担当者に無線連絡し、待機している救急車を搬送サイト前まで回送し、模擬患者を実際に救急車に乗せて訓練区域内または鹿浜橋病院まで搬送することとした。今回は訓練終了までに18例の模擬患者の搬送を行った。

4) サイト間搬送訓練から

妹尾看護婦の指揮で、一般及び専門ボランティアにより1班2-4名で担架5台を用いてサイト間の模擬患者搬送を行った。トリアージ・サイトから治療サイトまで、搬送を要するものは担架または救急車積載のストレッチャーで、介助を要するものは付き添

うかたちで模擬患者を搬送または誘導した。このトリアージ・サイトからの傷病者の移動は、トリアージの律速段階となり、迅速な搬送が求められるが、実際には人員の不足と疲労から、今回の訓練では最も厳しい任務となったのではなかろうか。

また模擬患者を指定位置まで搬送しても、指揮系統の混乱からサイト内を右往左往する光景がみられ、治療サイトから搬送サイトまでの搬送についても人員不足であった。

3. 評価及び考察

1) 訓練内容についての考察

効果的なトリアージや治療（応急処置）を行うためには、迅速なサイト間の搬送が必要である。そして担架で何人もの傷病者を搬送するのは非常に消耗するものである。搬送が滞っているときにサイト間搬送をかってでようと考えた医療ボランティアが何人いたであろうか。一般ボランティア任せでなく、医療従事者の責任としてサイト間搬送に従事すべきではないだろうか。今回はあくまでトリアージの体験を重視したため果たせなかったが、実際は状況に応じてトリアージ・サイトを縮小してサイト間搬送や治療に従事するという発想も求められよう。そして担架等搬送用具を十分揃えておく必要がある。また、各サイト内でも傷病者を誘導する担当者が必要である。

トリアージ・カテゴリーについては、どうしても最優先・緊急治療群が多くなる傾向にある。これでは治療サイトでの混乱が緩和できず、何のためのトリアージか分からなくなる可能性がある。心情としては理解できるが、あくまでも冷静に傷病者の状態のみならず、診療能力を常に念頭に置きながらトリアージを実施すべきである。大規模災害医療は個人を対象とするのではなく、集団を対象とするものである。

次にトリアージ・タグの扱いであるが、今回タグを初めて見る人も多かったように思う。そのためか、回収率が非常に低かった。また未記入の欄も多かったが、前述のトリアージ実施月日及び実施機関については、責任の所在を明確にするためにも記入すべきである。厳密な時刻でなくとも何月何日何時までで十分であろう。傷病者の住所、名前については不明な場合は各受付毎の通し番号でも十分であろう。

また、今回は全員が少なくともトリアージが経験できるように配慮したために果たせなかったが、誰が何を担当しているのか、つまり各参加者の任務を明らかにする工夫が必要であろう。治療サイト、搬送サイトでのトリアージにあっては、治療や搬送順位を変更する場合には強力なリーダーシップが必要である。傷病者も軽症であるほど声も大きくなる。また医療従事者の視点も各人各様である。指揮者となる場合は自覚と責任を持った実践が必要である。また、今回、臨床検査技師も専門ボランティアとして参加していただいたが、実施可能な検査、また治療サイトの中での位置付け等について考察をお願いしたい。

2) 訓練方法についての考察

トリアージ講習会については、トリアージ・タグの記入などの実際のデモンストレーションを行えば、より効果的であったと思われる。トリアージ・カテゴリーを考える上で模擬患者は、傷病名ではなく症状のみを記したプラカードを下げてもらう方がより実践的であろう。

外国人傷病者への対応については、AMDAによる災害救援の特色であるにも関わら

ず、通訳の存在が参加者に十分伝わっていなかった。これについてはAMDA国際医療センターと事前に緊密に協議すべきであった。

また、フロント病院としての鹿浜橋病院へのボランティア派遣をあらかじめ考慮すべきであった。今回は参加者のトリアージへの全員参加を意図したためとはいえ、実際の救援活動の拠点となるべきフロント病院への人員配置が少なかったのは明らかに配慮不足であった。

3) 訓練の想定についての考察

今回は、活動場所、人員ともあらかじめ準備されていた。これは、地震による救援活動を開始したところに余震による二次災害が発生し、これに対応した、との解釈は可能だが、実際の災害においては、活動場所、ボランティアの組織化とも救援活動と並行して、自らの手で行わなければならないことを銘記する必要がある。AMDAとしての組織的活動は、どんなに早くとも発災から数時間後であろう。そして、一カ所で300名以上のトリアージを要求されることは多くはないであろうが、フロント病院や避難所で、訓練よりもはるかに少ないスタッフで、より厳しい状況に対応しなければならない。また治療機材の補充、搬送についても検討する必要がある。

今回は結果として、トリアージから患者搬送までという流れを重視した訓練となった。これはAMDAとして実際に災害救援に行う際の想定というよりも、参加者自身地元で被災した際、実際に救援活動に従事する時に、注意すべき点がどこにあるか、そしての流れの中で自分には何ができるか、ということを考える機会として捉えていただければ幸いである。そのための機会提供としては十分な成果が挙げられたように思う。そして次の機会、これは実際の災害であるかもしれないし、訓練であるかもしれないが、是非、各参加者に今回感じたことを生かしていただきたいと思う。

4. 最後に

ボランティア活動にあっては最初から明確な指揮系統は存在し得ない。これは組織的活動を実践する上での弱点である一方、参加が強制ではないボランティア活動の宿命である。一方、大規模災害医療は組織的活動が要求される。時間を追って集まってくるお互い見ず知らずのボランティアを組織化し、責任を明確にすることはどうしても必要である。その中で「自分が」と主張することは組織的活動の実践の大きな障害となる。自分の考えと違っても指揮者の指示に従い、一方指揮者は参加者の意見に耳を傾け、場合によっては指揮を他の者に委ねるくらいの気持ちで臨まなければ、有効な活動はなし得ない。大規模災害医療に求められるのは決断力と柔軟性であるといえよう。

最後に、各サイトで指揮を執っていただいた諸先生方、全日病を束ねていただいて、AMDAの無理な注文を聞いていただいた石原先生、そして快く協力していただいた模擬患者の方々に篤く御礼申し上げます。

<障害者テント部門からの報告>

参加者 石塚博明 一宮一子 上野玲子
小松 齋藤美也子 長井庸子
松本公一 山田朝子
文まとめ 齋藤美也子 一宮一子

□全体を通して

「あのままでは、不安がいっぱい」この言葉に集約されたものは大きい。医療関係者が、いわゆる障害者に対してこれほど認識不足で、無理解とは思ってもよらなかった、というのが、共通した感想であった。いわゆる障害を持つ者にとって、医療は不可欠であり、ドクター、ナースは身近かな存在である。「ドクター、ナースなら……」という思い込みも当然生まれる。そんな幻想を打ち砕く、という意味では参加したことが大変有意義であった。

日常生活を送る上での不都合と、その個人の機能の障害をイコールで結ぶことはできない。また、日常生活で不都合を生じる度合いは、障害の部位、程度によって、個人差が大きい。災害時には、いつもあるものが手に入れられなくなるため、不都合を生じる度合いは一挙に跳ね上がり、いわゆる健常者にとって、大したことではないと思われることが命取りになりかねない。まず、避難場所に来られないと考え、家を出られないという想定のもとに、安否確認から始めることが必要と思われる。

運用方法に関する課題は山積みであるが、障害者用のテントを設けたことについては、ほんの一步踏み出すきっかけとして評価出来る。

<トリアージ訓練>

- ・待機時、番号順に呼ばれるが、聴覚障害の場合には聞こえない。紙に番号を書いて掲げるなどの工夫が必要。
- ・日常車椅子を使うものにとって、手の怪我は、足の怪我と一緒に、まったく動けなくなる。トリアージは、いわゆる健常者を基準に作られたものだろうし、多くの怪我人と混乱の中ではどこかで線引をしなければならないということはわかるが、それでもなお、その人の全体像に応じた診断が必要なのではないだろうか。

<治療用テントで>

- ・聴覚障害であることがわかって、大きな声を出しているのだろうが、聞こえないのだという認識がない。聾学校では口話法を教えているので、ほとんどの方は、手話でなくても対面し、口の動きをはっきり、ゆっくり話せばある程度の意思疎通はできると思われる。
メモ用紙と筆記用具を、ドクターかナースが持っていれば、筆談もできる。
- ・治療用テントの簧の子は、間が空いていて、車椅子のパンク、脱輪の恐れがあった。また、段差もありすぎて危険だった。

車椅子で治療用テントに入るといふ事が、まず現実的ではないが、簀の子に板を渡しスロープをつける、また上に板を乗せるなどの工夫が欲しい。

＜障害者用テントの設営と運営＞

- ・ドクターとナースが常駐したほうが、スムーズに運営できる。診断と簡単な治療はそこで受けられるようにしないと、現実的ではない。
- ・設置されたトイレは、和式でしかも狭く使えなかった。トイレは日常的に大問題で、車椅子の方は、外出時に水分を控えることも多い。炎天下の当日、車椅子の方は終わるまで水分を取らなかった。障害者用トイレは不可欠。日本の場合、避難場所には、常設して欲しい。また、全面的に介助を必要とする方にとって、トイレの中にエアーマット等は必要。
- ・ポータブルトイレか、車椅子用のトイレは必要。
- ・椅子とテーブルはあったが、敷物はブルーシートだけだった。ずっと車椅子でいるのはつらい。エアーマット等の敷物があれば、車椅子から降りる事もできる。
- ・混乱時に、いわゆるパニックをおこすような障害を持つ人もいる。テントの中に、衝立を置くなどの工夫をし、ブースを確保できるようにすることも必要。また、やむを得ずテントの中で、おむつを変えなければならない時のためにも、目隠しになるものや、小部屋に区切るという工夫は不可欠。

□今後に向けて

「車椅子使用の私の意見としては、今回の訓練はあくまでも災害時に障害者がテントまで行けるという想定で行っているようですが、災害時において車椅子の人間が一人でテントまで行けるとは思いません。行ける人は、家族の者か、知人が一緒にそこまで送ってきてくれる人に限られてしまいます。一人暮らしの人にとって、仮に腕を怪我して使えない場合、車椅子に乗ることさえできないと思います。AMDAの方々は、そういう人達のごことはどうお考えなのでしょうか。(松本 公一)」

参加することで初めてわかることは、たくさんある。問題点もやってみなければわからないだろう。今回の訓練だけでも、たくさん問題が出てきている。完璧を旨とするのではなく、限られた状況でなにができるのか、とにかくやってみて、それぞれが最善を尽くすしかない。

それにしても、医療関係者がいわゆる障害者のことを、ほとんど知らないという事実には、この部門に参加した全員がショックを受けた。その次にくるのは「やっぱりね」というあきらめにも似た納得だ。日常生活で慣れっこになってしまっている現実がある。

トリアージが健常者を中心に行っているという事実を目の当たりにして、障害を持つ立場の者は切り捨てられていくのだな、という事を実感するのは、訓練にせよ気持ちのいいものではなかった。

いわゆる障害を持った人と一緒に何かをした経験がないと、ちょっとしたことが大きな障害になるということに気づかない。この防災訓練と同じで、やってみなければわからないのだ。この防災訓練を機にAMDAにおいても事務局等で、日常的に一緒に働ける場面を作ったらどうだろうか。AMDAがより一層充実することは間違いない。

〈運用班・テントセキュリティー及び救急車誘導からの報告〉

AMDA CLUB 関東

岩岸 徹

AMDAの医師や看護婦、医学生、看護学生、そして一般ボランティアにまじって運用班として訓練に参加した。私たちの活動は、29日よりテント準備及び施設セキュリティー、当日のトリアージ模擬患者搬送、救急車誘導、参加者サポートであった。

先の阪神淡路大震災時、被災地での医療活動でAMDAのサポートにあたったのはカンボジアの子供に学校をつくる会の学生ボランティアだったと聞く。訓練当日私たちも訓練とはいえ、『被災地へAMDAの支援に駆けつけたボランティア』の心構えで活動に参加した。

1. テントセキュリティーについて

混乱した被災地において物資が保管場所から持ち去られることは十分考えられる。例えば、小型発電機など大人が二人もいれば簡単に持ち去る事が可能である。

私が災害時にボランティア活動した被災地でも、被災直後、避難所に届いた救援物資に避難者が殺到し我先に奪いあったこともあった。さらに、夜間に食品集積所から食品がなくなることもしばしばだった。今回の訓練で私たちがセキュリティーを行うことも、その経験に照らし合わせても十分納得できた。

夜間警備は29日の夜から行った。警備中、何度かヒヤッとすることがあった。深夜、何者かが自転車でテントの前に乗りつけ、徒歩でテントの後方に廻ったり、数人の男性がテントの周りを徘徊することもあり、そのつどライトを握りしめ、対応にあたらねばならなかった。もし仮にここが被災地なら、物資を持ち去るためにテント内に侵入されるのではないかと考える場面だろう。

31日の夜間は、参加者を交えて23:00~5:00頃まで三人一組、二時間交代での夜間警備を実施した。多くの参加者に警備訓練を受けてもらうという点を考えれば、朝までの警備は有意義であろうしセキュリティーも万全になるだろう。しかし、実際の現場で二時間交代の夜間警備を日中の作業に加わった者に課すのは、その疲労を思うとかなり難しいのではないだろうか。むしろ、物資を管理するのであれば、それが可能な建物か倉庫なりを確保することがより現実的だろう。それでも朝までの警備を実施するのであれば、日中の作業には参加しない夜間警備専門のボランティアを確保する必要があるのではないだろうか。

2. 救急車誘導について

救急車による患者の搬送には二種類あった。トリアージテントへ患者を輸送する(IN)とメインテントで初期治療を終えた患者を後方の病院へ搬送する(OUT)の二種類だ。IN、OUTその両方で起こったことだが、担当の医師と救急車誘導の手順につ

いて事前に打ち合わせしたにもかかわらず、混乱が生じた。特にOUTの訓練では、二つの全く違った指示が出て救急車の誘導に大いに困った。OUT担当の医師から、「千住新橋側出口から患者を出すから、そのように誘導路をつくり誘導してもらいたい」と指示されていたので、トリアージや搬送の妨げにならないように、テント裏から新橋側出口へ回すルースをコーンで作成し、誘導員もそのように配置した。しかし、いざ救急車を誘導し始めると、別の医師がトリアージテント側の出口に救急車を付けるようにと指示を出した。この二つの指示は全く食い違った。担当医師が存在するにもかかわらず、指示系統が守られていなかった。これらの指示に誘導員はどちらへ誘導していいのかわからなくなった。

担当医に確認を取っている間に、次の救急車が来てしまった。トリアージテント側に入れると搬送作業の妨げになることが明らかだったので、とりあえず新橋側に誘導するようにした。その後、メインテント内で治療に当たっていた医師から救急車の誘導について「両方に誘導した方がいい」とか「前（トリアージ側）からの方がいい」との意見が出されたが、私たちや救急車の乗員の意見が「混乱を防ぐために、テント裏を通し新橋側からの方が誘導も搬送も楽でしょう」と意見し、結局新橋側出口に付けることで落ち着いた。

このように、担当（リーダー）が存在するにもかかわらず、別の人が指示を出す場面はこれに限らず、INの現場にもトリアージ模擬患者搬送の場にもあった。混乱している場において、一つの目的に対し、その行動について二つの指示が出ては、現場の混乱に拍車をかけるだけだ。混乱状況においてより早い救援活動を行うためには、緊急時、現場で誰がどこの部署を担当するのかをあらかじめ設定しておくことが必要だろう。リーダー・指揮系統の素早い確立が望まれる。

3. AMDA CLUBとして

今回の防災訓練は、AMDAにとって初めての体験であったように、CLUBにとっても、また未知の経験だった。それだけ緊張し、ただ与えられた仕事をこなすだけに終始した。それゆえ、反省点も多い。数多い反省点の中で一つを挙げるならば、あの状況の中、全てに対してあまりにも萎縮し過ぎて、自分たちの意見を言わなかったことだろう。運用班として参加しているのだから、自分たちが考えたことをもっと発言してもよかったのではないかと思う。

災害時の緊急医療の場において、医療関係者ではない私たちも救援活動のサポートができることを、今回の訓練で再確認できたことは有意義であった。もし、日本国内でAMDAが活動しなければならぬような災害が発生したならば、AMDA医療班のサポートをするために被災地に駆けつけたい。

＜医療ボランティアの空路を利用した輸送報告＞

高橋歯科医院

院長 高橋 貢

去る8月31日、9月1日の両日にわたり行われた「東京都・足立区合同総合防災訓練」におけるAMD A医療ボランティアと物資の空輸訓練についてご報告します。

災害発生時に速やかで適切な医療の提供（特に当初の72時間の対応）が民間の医療ボランティアに求められていることは既に皆さんも御存知のことと思います。そこで今回、実際の災害発生を想定し、小型機とヘリコプターを利用しての空輸訓練が各方面のご協力のもと行われました。

先ず、訓練の概要についてご報告致します。

今回の訓練は、東京都を中心とした関東地方（人口密集地を含むエリア）における比較的大規模な災害（地震等）を念頭に置いたものと考えられます。従って人的・物的な被害は大きいものと想像され、首都圏から離れた国内地方都市からの救援が必要となります。そこで、仙台、広島、AMD A本部の所在地岡山に周辺地域からの人員が集合、空路を利用して当初必要な物資とともに現地入りするという想定で仙台班はセスナ社製C208機で自衛隊立川基地、広島班はピーチクラフト社製B58機で岡山到着後、岡山班と合流、ピーチクラフト社製B200で自衛隊立川基地へと向かいました。立川基地に全員が終結後にベル社製B412にて現地入りしました。私は広島班であったため広島―岡山―立川―会場のルートについて時間を追ってご説明すると9月1日（新）広島空港では県警の格納庫からエプロン入り（余談ですが、この際待ち時間が多少ありましたので、広島県の最新鋭防災ヘリコプターB412メイプルを見学、消火装置、応急処置のための機材、ベッド等の装備の説明を受けました。同機はこの種のヘリコプターとしては国内ではもっとも大きいサイズのものであるとのことでした。）7:30、同空港を離陸、岡山空港へと向かいました。ほぼ定刻通りに岡山空港に到着、岡山班と合流、物資とともに8:15立川基地へ向け離陸しました。当初心配された天候も大きな問題もなく、広島―岡山―岡山―立川共にほぼ予定通りの時間で快適なフライトでした。立川基地ではB412の到着を待ち仙台班と合流して、荒川河川敷の訓練会場へと向かいました。会場到着後、医療救護所長に着任の報告、トリアージにより振り分けられた患者の緊急処置の訓練に参加しました。これらの詳細については早川先生のご報告で詳しく述べられていると思います。この後AMD Aのテントへと移動し、帰途につくために再び立川基地へと向かいました。立川基地からB200機で岡山の岡南飛行場に向け出発しました。復路は往路に増して天候に恵まれ無事岡南飛行場に到着しました。

今回の空路訓練は緊急時における空路による人員・物資輸送の可能性を探る試みでありましたが、航空機利用の主な目的は以下のようにまとめられると思います。

1. 交通網・通信網の寸断された地域への輸送・連絡。
2. 移動時間の短縮。

3. 上空からの被害状況の確認・適切な対応の選択。
4. 重症患者の救助・輸送。
5. 副次的に被災者に安心感を与える効果。(孤立感の払拭)

今回は航空関係者・通信関係ボランティア・自衛隊を初め多くの方々のご協力と事前の打ち合わせにより1.2.の項目についてはクリアできることが確認できたと思います3.については、離着陸地を臨機応変に決定することは困難であると思われます。4.については患者の受入側の問題(常設あるいは臨時のヘリポートを備えた医療機関の有無)等の検討課題が残されていると思われます。5.については効果が十分に期待できると考えられます。

小型機およびヘリコプターを利用するに当たっての検討課題として、

1. 天候の問題。
2. 短距離輸送はヘリコプターでカバーできるが、中・長距離の場合、中継地点としての滑走路を備えた施設の確保。
3. 一度に輸送可能な人員・物資の量的な制限。
4. 地上との連絡。
5. 機内での打ち合わせ・準備の困難さ。
6. 災害発生からの行動開始可能となるまでのタイムラグ。
7. 費用の問題。

が挙げられます。

1.については、出発地点を複数設定することによってある程度回避することができ、2.については、今回もご協力頂いたように自衛隊、自治体、民間等官民挙げての協力により、3.については、空輸の優先順位を明確化することによって、4.については、無線ボランティアの活躍と共に、今回使用されたパソコン通信をモバイル利用により移動体でも利用可能とする技術の検討、5.については、平時からの申し合わせ・出発前の打ち合わせ・準備の徹底、6.については、各機関の努力・超法規的な措置の導入で改善される部分も多いと考えられます。

私個人としては、歯科医師という立場上、第一陣として現場に駆け付けるケースは少ないと思いますが、今回の訓練を通して、一度出発すると簡単には引き返せないため、後方支援と日常の準備の大切さを実感しました。空輸に関しては国際的な可能性を探り、また他の輸送手段についても更に検討する必要性があると思われますが、今後も多くの方々の専門的な技術・知識を結集することで、より効果的な救援活動が展開できると考えております。

＜航空機使用による人員・物資輸送訓練報告＞

AMDA 航空局 中塚総一郎

1. 計画の要請

1-1. 訓練の要請

1996年2月16日 神戸市で行われた地域防災民間緊急医療ネットワークにおいて、緊急救援三原則が示された。特に、輸送については、72時間以内の活動を可能とできる輸送体制を構築する必要がある。そこで、フォーラムにおいて検討された陸、海、空路のうち、最も迅速に対応可能だが十分整備されていない空輸についての要請を各航空関係者に行った。

●要請内容

1) 航空機による人員・物資の投入 初動及び補給時

後方拠点-出発空港-中継-フロント病院ヘリポート-活動拠点

2) 航空機によるケガ人等の移送

フロント病院ヘリポート-支援病院

各航空関係者から1)については、ヘリポート問題が、2)については、飛行中の医療行為に関して医師の同行等の問題が指摘された。

1)については、直ちに検証のための訓練を行うことが可能であることが報告された。

1-2. 計画の概要

1-1の訓練の要請に従って、関東南部地域を中心とした大地震を想定して、全国各地から都内の民間フロント病院までの空輸を計画することになった。

●ポイント

- 1) 第一陣は出発決定から6時間以内に現地入りすること。
- 2) 民間フロント病院は都内の足立区周辺に選定する。
- 3) 出発地点は、岡山の他、沖縄、北海道、海外を想定する。

(AMDA災害救援搬送訓練計画案-1参照)

*都内受入病院の検討の中で、東京都・足立区合同総合防災訓練への参加が決定したため、東京都の訓練会場へ空輸することに決定。合わせて、埼玉県訓練にも参加するため2班を北ルート及び南ルートから、投入する計画に決定した。
それにより、以下2点のポイントを加えた。(図2参照)

- 4) 民間病院だけでなく行政(東京都、埼玉県)と協力する。
- 5) 自衛隊基地経由ルートと、民間空港経由ルートを使う。

①想定；昼間時間の短い時期、未明、関東南部地域を中心に大規模な地震が発生した。

②出発地および集結ルート選択肢案

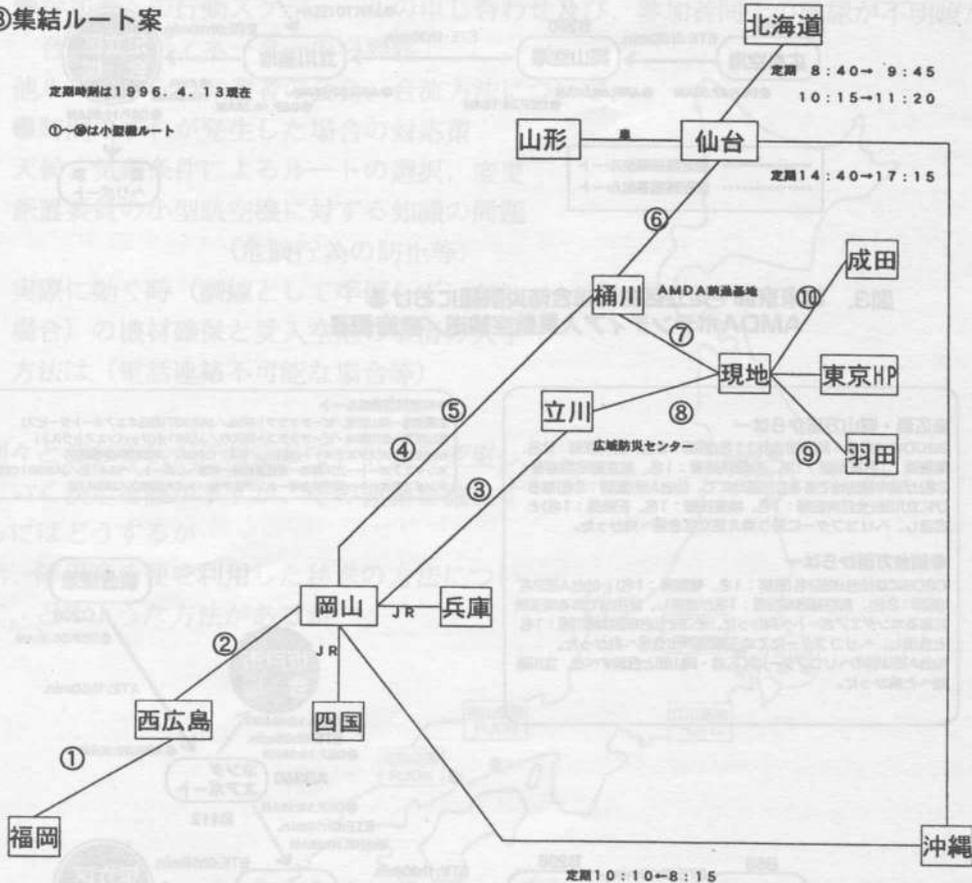
出発地からA～Fのルートを経由して現地拠点病院へ到る。

経由ルート	出発地	沖縄	福岡	広島	岡山	兵庫	四国地区	山形	北海道	海外
A；成田		—	—	—	—	—	—	—	—	☆
B；羽田		☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆	—
C；岡山→立川		☆	☆	☆	☆	☆	☆	—	—	—
D；岡山→桶川		☆	☆	☆	☆	☆	☆	—	—	—
E；仙台→桶川		☆	—	—	—	—	—	☆	☆	—
F；その他		—	—	—	—	—	—	—	—	—

③集結ルート案

定期時刻は1996. 4. 13現在

①～⑩は小笠原ルート



※1. 羽田が使用可能な場合でも、管制業務の混乱が予想される。

2. 公共HPの他、事業会社、PV、臨時のヘリポートは？

3. 固定翼の利用可能性のある飛行場は？

調布、竜ヶ崎、下総、入間、木更津、横田、厚木、宇都宮

図2. ■東京都・足立区合同総合防災訓練における
AMDAボランティア人員航空輸送スケジュール

- 東京都・足立区会場へは—
仙台B班(3~4名)をホンダエアポートよりヘリコプターに乗せ、陸上自衛隊・立川基地へ向かう。そこで広島・岡山班(7名) 加え足立区会場へ向かう。
- 埼玉県・坂戸市会場へは—
仙台A班(4名)はホンダエアポートより埼玉県・坂戸市会場へヘリコプターにて向かう。
- 広島・岡山方面からは—
B200には広島班: 4名(医療ボランティア)と岡山班: 4名(全日病: 1名、AMDAスタッフ: 2名、無線担当者: 1名 航空局: 1名)合計8名搭乗。
- 仙台方面からは—
C208には仙台班(埼玉県・坂戸市会場参加A班: 4名、東京都足立区会場参加B班: 4名、航空局: 1名)合計9名搭乗。

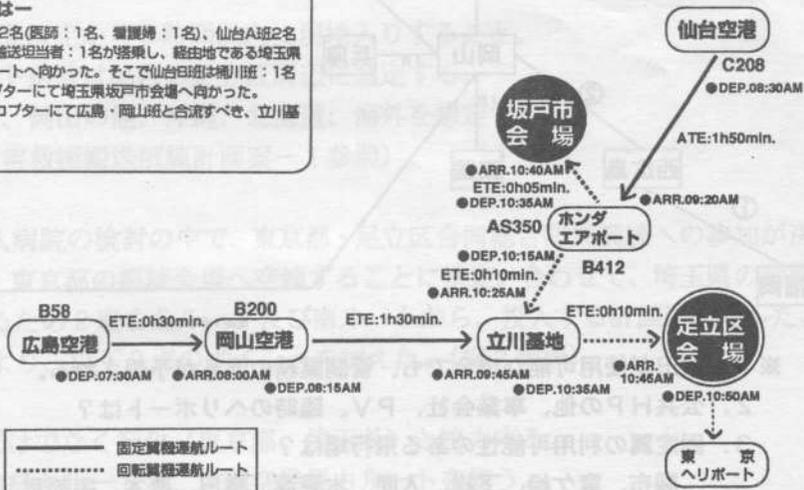
- ◆航空機別運航ルート
- 広島空港—岡山空港/ビーチクラフトB58/JA5307(西日本エアポートサービス)
 - 岡山空港—立川基地/ビーチクラフトB200/JA814(ジャパンエアトラス)
 - 仙台空港—ホンダエアポート(福川) /セスナC208/JA8895(本田航空)
 - ホンダエアポート—立川基地—足立区会場—東京ヘリポート/ベル412/JA9991(本田航空)
 - ホンダエアポート—坂戸市会場—ホンダエアポート/AS350/JA9410



図3. ■東京都・足立区合同総合防災訓練における
AMDAボランティア人員航空輸送/実施概要

- 広島・岡山方面からは—
B200には広島・岡山班合計11名(医師: 2名、歯科医師: 2名、看護婦: 1名、薬剤師: 1名、無線技術者: 1名、航空輸送担当者: 2名)が途中経由地である立川基地にて、仙台A班(医師: 2名)ならびに立川班(全日病医師: 1名、検査技師: 1名、記録係: 1名)と合流し、ヘリコプターに乗り換え足立区会場へ向かった。
- 仙台方面からは—
C208には仙台B班2名(医師: 1名、看護婦: 1名)、仙台A班2名(医師: 2名)、航空輸送担当者: 1名が搭乗し、経由地である埼玉県にあるホンダエアポートへ向かった。そこで仙台B班は福川班: 1名と合流し、ヘリコプターにて埼玉県坂戸市会場へ向かった。仙台A班は別のヘリコプターにて広島・岡山班と合流すべき、立川基地へと向かった。

- ◆航空機別運航ルート
- 広島空港—岡山空港/ビーチクラフトB58/JA5307(西日本エアポートサービス)
 - 岡山空港—立川基地/ビーチクラフトB200/JA814(ジャパンエアトラス)
 - 仙台空港—ホンダエアポート(福川) /セスナC208/JA8895(本田航空)
 - ホンダエアポート—立川基地—足立区会場—東京ヘリポート/ベル412/JA9991(本田航空)
 - ホンダエアポート—坂戸市会場—ホンダエアポート/AS350/JA9410



2. 反省点・問題点

- 1) 適切な航空機材の手配について、
 - 輸送能力の大きさ●スピード●費用●運行者 各選択
- 2) 使用可能な飛行機の種類
 - 民間空港、自衛隊航空基地、在日米軍航空基地等
 - 使用可能の決定方法（事前の許可必要有）
- 3) 使用可能なヘリポートの選定
 - 今回のように用意されていない場合の対応方法
 - 臨時ヘリポート設置基準の動向調査
- 4) 派遣隊と本部間の連絡方法について、
 - 電話（携帯含む）以外の確認方法は
- 5) 航空機へ搭載する際の人員の確認方法及び連絡方法について、
 - 参加者への行動スケジュールの申し合わせ及び、参加者同士の確認が不明瞭な場合のコーディネーターの必要性
- 6) 他ルートからの派遣者の会合、合流方法について、
 - 時間のずれが発生した場合の対応策
- 7) 天候、気象条件によるルートの選択、変更
- 8) 派遣要員の小型航空機に対する知識の問題（危険行為の防止等）
- 9) 実際に動く時（訓練として準備していない場合）の機材確保と受入空港の事情の入手方法は（電話連絡不可能な場合等）

■刻々と変わる状況に対応して、計画を変更していく決定を誰が下すか、その連絡を確立するにはどうするか

■第一陣以降の便を利用した移送の方法について、どのような方法があるか



＜情報通信部門報告＞

－災害緊急救援のための準備対策演習とインターネットの利用－

AMDA 副代表

岡山大学公衆衛生学 山本秀樹

【はじめに】

近年、災害時におけるインターネットの役割が重視されている。AMDAでも、昨年9月1日には独自のWWWサーバーを立ちあげて運用を行っている。今回のAMDA・東京都・全日本病院協会との合同防災訓練においては、小型飛行機やヘリコプターを利用した患者搬送訓練やトリアージの訓練の他に、防災訓練の現場の様子をデジタルカメラで撮影し、通信衛星を利用して画像データを岡山の本部のWWWサーバーへ伝送し、直ちにインターネット上で公開する情報通信訓練も実施した。

当日の防災訓練での場面は直ちにインターネット上で公開され、同日に行われた第6回日本コンピュータサイエンス学会の講演会場においても供覧された。小生も、午後1時に荒川河川敷での訓練が終了後、直ちに東京ビッグサイトの会場に駆けつけて講演した。

【方法】

1. WWW server

AMDAが所有している、NEC（日本電気）製EWS480をWWW（World Wide Web）サーバーとして利用した。128kbpsの専用線接続をしているAMDA独自のWWWサーバー（<http://www.amda.or.jp/bosai.html>）上において防災訓練のホームページを公開し訓練の様態を公開した。（訓練の様態はこのページを参照されたし）

2. WANの構築

東京都足立区荒川河川敷の西新井橋緑地においてはNTTのINS64の臨時使用申し込みを行い、東京都が本防災訓練で使う「NTT災害ポータブル衛星電話」に接続した。防災訓練において使用したパソコンのPowerbook 550c（Apple）と「INS64ネット」はルーター（Pipeline 25, Ascend社）を通じて接続した。WWWサーバーのある岡山市のAMDA本部においてもデジタル回線（INS64）と接続して、岡山の本部と防災訓練の現場との間で64kbps同期接続によるWANを構築し、TCP/IPおよびApple Talkプロトコルを防災会場と本部で使用した。

3. 画像処理

デジタルカメラCASIO QV10aを荒川河川敷と岡山本部で2台利用し、荒川河川敷においてはCASIO付属ソフトウェア（LK-2A）でCASIO QV独自のQCAMフォーマットから、Graphic converterを用いて、GIFファイルに変換して、Fetch ver 3.0によってAMDAのWWWサーバー上に転送した。

4. ホームページの作成

防災訓練の準備、防災訓練前日の模様、岡山空港の訓練機出発の状況、防災訓練速報（第0-第4報）を岡山本部、訓練現場それぞれにおいて作成し、訓練の場面の画像と共に公開した。訓練会場では筆者が、岡山本部では沢田医師がデジタルカメラで撮影した画

像を処理してホームページを作成した。

【結果】

衛星を用いた防災通信システムによって、防災岡山の本部と防災訓練の現場をISDN回線を利用したWAN (Wide Area Network) を構築して、防災訓練の現場の画像を瞬時にインターネット上で伝えることができた。そして、当訓練のホームページを同日午後に行われた第4回日本コンピュータサイエンス学会講演の場において筆者が供覧することができた。

【考察】

1995年の阪神大震災の時には、生存者情報、救援物資、医療機関マップの情報提供をはじめとして災害時のインターネットの役割が認識されたが、災害時に有効にインターネットを利用するには、平時からのインターネットの利用と災害訓練の中にインターネットを含む情報通信の防災訓練を実施することが必要である。

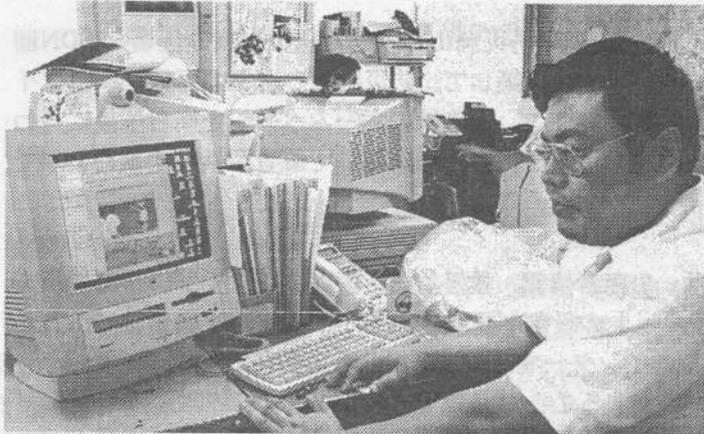
近年、災害時に果たすボランティア団体やNPO (Non Profit Organization) の役割が目されているが、これらの組織においては、既存の枠組みにとらわれないインターネットはこれらの団体が災害時の活動を行う上で有用なツールと考えられる。防災訓練の中にもインターネットを含む、情報通信訓練を組み込むことの重要性が示された。当初は、CCDカメラ (Color QCAM, Seiwa) と電子会議システム (Apple Video Phone System, Seiwa) を使用してリアルタイムの動画で災害現場の実況中継を行うことも検討したが、AMDAの訓練会場と衛星電話の場所が離れていることや、AMDAの本部のパソコンが動画への技術的対応が不十分であったことから、今回の訓練では使用できなかったのが残念であった。

今後、災害時をはじめとした危機管理におけるコンピュータネットワークの利用については、災害時のような非常時でも動画の伝送が可能となるような通信容量の確保のためのインフラの整備、通信プロトコルのシステムの開発が必要になると考えられる。現在、岡山県では情報ハイウエー構想が打ち出され高速な情報通信システムが構築される予定である。この中で、AMDAも災害時のインターネットを利用した情報システムを構築していく予定である。

【文献】

1. 山本秀樹、国際保健・災害医療におけるインターネットの活用、第4回日本コンピュータサイエンス学会抄録集、1995年9月
2. 水野勝成著、ISDNスーパーバイブル、アスキー出版局編、1996年7月
3. 厚生省厚生科学研究費報告書「災害時における公衆衛生活動に関する研究—災害時におけるコンピュータネットワークの役割 (主任研究者：前田和甫編)」1996年
4. Yamamoto H. et. al., Information of Relief Project for Sakhalin Earthquake on Internet, J. Japanese International Health, 10 (1), 287-290, 1996

【謝辞】 本研究に対して機材協力をしていただいた岡山後楽ライオンズクラブ (佐藤隆彦会長)、ルーターに関する技術的指導をいただいた岡山大学歯学部河原研二、電話回線・ネットワークに関する技術的指導をしたAMDAの及川雅典、小宮正己、訓練会場の設定に尽力した鎌田裕十朗、本部のサーバーの設定、ホームページの作成に尽力した中野知治、沢田寛、パワーブックを提供した高橋央の諸氏をはじめとする関係者に感謝いたします。



防災の日の東京訓練会場からの画像を見る沢田寛医師

インターネット活用

世界二十か所以上で災害や戦禍の医療救済活動を行っているAMD A(アジア医師連絡協議会、本部・岡山県雲南省や戦禍のボスニア・山市)は、昨年九月から、ヘルツェゴビナ、レバノンなどの活動内容を現地情報

報を英語と日本語で紹介、専門医が作った執業医学に関するデータベースなど約百二十万を提供しており、記録するのをやめたほど海外からのアクセスも増えている。

防災の日の今日一日には、東京都と足立区の合同防災訓練会場の画像をインターネットでAMD A本部へ伝える訓練を初めて実施した。被災地の状況をカメラで瞬時に把握、救済活動に役立てる新しい試み。

臨時の総合デジタル通信網(ISDN)を引き、荒川の両岸に一台ずつパソコンを設営。回線の接続がスムーズにいかず動画は送れなかったものの、写真六枚をホームページに加えることに成功した。

AMD Aの医師沢田寛さん(三十五)は「技術力や機器の確保、現場での電源供給など課題も多いが、将来、国

被災地に医療情報 AMDA

内にISDNが普及すれば、災害時に対応でき、海外では衛星を利用して送受信できるようにするのが「と期待している。」

アドレスは <http://www.andor.jp>。

地震を示す赤と黄色の丸印で、地図の上がびりり埋まる。京都大防災研究所地震予知研究センター(京都府宇治市)が今年四月から始めた地震情報のインターネットは、一目で、近畿地方のどこで、どの程度の規模の地震が起きたか

わかる。

地震は体感できない程度のものでほとんどが、約一か月で地図上の京都府や兵庫東南部などは発生を示す丸印がずらりと並ぶ。近い。今後は市民にアンケートに取ら、どんな情報が役に立つかを調べ、わかりやすく提供したい」と意欲を見せる。

アドレスは <http://www.rcsp.dpr.kyoto-u.ac.jp>。

消防庁防災情報室情報企画係長

石川 家継さん 35

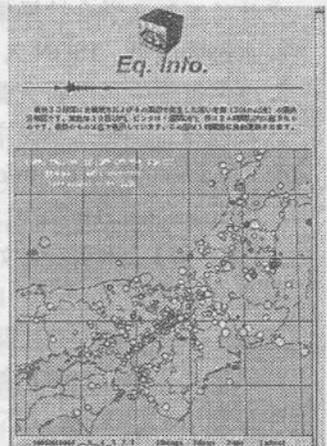
今年に入ってからインターネットが爆発的な広がりを見せ、五月までに全国百二十二の自治体がホームページを持って

いる。特徴は、防災に関する情報をほとんどが盛り込んでいることだ。防

災情報の交換する媒体は、防災無線や通信衛星などだが、防災面で最も重要な自治体、住民間「情報の共有化」にも

貢献する。

地震発生を示す丸印が並び京都大のホームページ



がわかる。

友友則彦・センター長は「特に行政の防災担当の方には、どこで起きているか

などの情報を知ってほしい。今後は市民にアンケートを取り、どんな情報が役に立つかを調べ、わかりやすく提供したい」と意欲を見せる。

一九九四年に起きた兵庫県猪名川町の群発地震で、

住民の間から地震情報を求める声上がり、役場ロビーの端末で情報を流したの

する情報をほとんどが盛り込んでいることだ。防

災情報の交換する媒体は、防災無線や通信衛星などだが、防災面で最も重要な自治体、住民間「情報の共有化」にも

貢献する。

消防庁防災情報室情報企画係長

石川 家継さん 35

今年に入ってからインターネットが爆発的な広がりを見せ、五月までに全国百二十二の自治体がホームページを持って

いる。特徴は、防災に関する情報をほとんどが盛り込んでいることだ。防

災情報の交換する媒体は、防災無線や通信衛星などだが、防災面で最も重要な自治体、住民間「情報の共有化」にも

貢献する。

＜超酸化水生成器のデモンストレーション参加報告＞

国立予防衛生研究所 堀田 国元

AMDAのプログラムの一つとして超酸化水のデモが行われることを知り、研究者の一人として見学に出かけた。

強酸性電解水などとも呼ばれる超酸化水は、薄い(0.05~0.1%)食塩水を電気分解にかけて陽極側にできる、酸化還元電位(1100mV以上)や溶存酸素が高く、20~50ppmの遊離塩素を含む酸性(pH2.7以下)の水である。殺菌力が強く、院内感染で大きな問題となったMRSAをはじめ、種々の病原菌やウイルスを瞬時に殺すというふれこみで4~5年前にデビューした。殺菌力の主役は次亜塩素酸(遊離塩素)である。ルワンダに派遣された自衛隊のPKO部隊も超酸化水に注目するところとなり、流水型の電解装置が携行された。殺菌力がWHOによって確認された後、防疫を中心に治療現場で超酸化水が作成使用され、素晴らしい効果を上げたと聞いている。現地でAMDAもその威力を知り、超酸化水の採用を積極的に推進しようということで、今回の企画が立てられたと伺った。

デモンストレーションは、AMDAの要請を受けたシオノギ製薬の北尾氏らによって、20人ばかりのAMDA訓練プログラム参加者を前に行われた。北尾氏らは、荒川の川水を取り、0.1%濃度に食塩を加えてから溜置き型の電解装置によって電気分解にかけ、陽極槽に酸性水、陰極槽にアルカリ水ができる様子を示した。

皆、電解装置の説明に熱心に耳を傾けていたが、超酸化水を恐る恐る口に含んでみる様子などに、超酸化水を初めて経験する人がほとんど感じた。北尾氏らの説明に加えて、いろいろな角度から超酸化水を研究している立場から小生も補足説明を行った。参加者の方々が電解装置と超酸化水について学ぶことができたならば幸いです。

「装置は物理的ショックにどれほどもつか?」「カーバッテリーで動くか?」といったAMDAならではの質問を耳にして、小生自身も参加意義が大きかったと感じた次第です。

超酸化水生成装置は、国際貢献できる日本の技術としてWHOで注目され始めています。実際に研究しているものとして小生も同感ですが、決して完成されたものではなく、基礎研究と応用研究の展開により、今後新しいことがいくつも出てくると信じています。そのためにもAMDAの方々のご協力をお願いしたいと思います。

ブコバルに於ける日本 NGO 緊急活動

中間報告 (1月～6月, 1996年)

概 略

JENは1994年8月より東スロバニア、西スレム、ベランジャ地方の難民、社会的弱者、DPに対して人道的な援助を行ってきました。援助の主たる目的は、難民達にブコバルやベリ マナスティアにある薬局薬剤事務所を通して個々に医療援助を提供することです。1991年の(内)戦前までは、東スロバニア、ベランジャ並びに西スレムはクロアチアに属していたが、停戦でこの地方は、セルビア人達によって成立したセルブクラジナ政府のもとで支配されました。

この地方の人種構成は、戦前はセルビア人、クロアチア人、ハンガリー人、ロシア人、スロバキア人、ウクライナ人等多人種構成を示していたが、戦後は殆どのクロアチア人が国外脱出をし、構成内容が変わりました。

1991年の人口調査によれば、この地域には約20万人の人が住んでいた。その内35～40%の人がセルビア人であり、クロアチア人もほぼ同程度の割合で住んでいた。現在では、この割合は大きく変わっています。

クロアチア人の大挙の国外脱出に対し、ボスニアを始めクロアチアのあちこちから大勢のセルビア人がこの地に移住してきました。現地調査によると、この地方の難民やDPの数は62,000から65,000人とされているがUNHCRの発表では、42,500人と低い数字であります。この地域の総人口は現在15万人から17万人程です。

一方、経済状態はユーゴスラビアの最も富裕な土地であったこの一帯は油田やワイン醸造所など現在は休止状態にあるボオロポのような大型工場の存在で戦前は非常に繁栄していたが、現在ではそれらの殆どが既に存在しないか、残っていても生産活動を停止しているので地方の自治体は極度の経済不安の状態を呈しています。社会保障制度は休止状態で労働者は数カ月も賃金未領の状態が続いています。今年の初期の頃までは、治安の面でも最悪の状態、自動車強盗など頻発し、救援活動にも支障をきたしていた。地元自治行政機関でさえ救援活動隊に対して疑いの念を持っており、限られた組織のみが救援活動を行っていた。ディトン条約の締結により治安状態は良くなっており、現在では自由にどこにでも行けるようになっている。ハイジャックされる事もなくなり、民兵もこの地域から去り、地域の人達の徴兵もなくなり、大型武器も撤去され、やっとこの地域の人達は平和が来ることに期待しています。しかし、将来の見通しに対して不安を抱いています。今まで敵対関係にあったクロアチア人と今後一緒に暮らして行くこと、クロアチア統合により少数民族となったセルビア人達への人道的保障をいかにするか等の問題が起こってくるからです。

援助受給者の概念

難民の数は色々な機関、情報の出所により、さまざまな数が発表されています。地元自治の発表では62,000人といわれ、UNHCRの発表によると42,500人、赤十字社も異なった人数をあげています。とはいえ、難民、DPの60%は1991年から1993年にかけて残り1995年代に入ってきました。難民達はクロアチアやボスニアのあらゆる地方から集ってきました。1995年代に入ってきた難民やDPの殆どはクロアチアやボスニアの南北、東部の農村出身の農民でした。彼らは、技術や知識は持ってきましたが、手ぶらの状態でした。しかし、ごく少数の人達は農機具、トラクター等を持ってきました。彼らの生活環境は非常に悪く、クロアチア人が残っていた半崩壊状態の廃墟に住み、生活費も土地も持たず人道援助にのみ支えられて生きています。殆どの高齢者は心臓病、高血圧、リウマチ、糖尿病等の慢性疾患をもっています。又、ある難民達はクロアチアの都市部から来た人達で以前は医者、技術者、教師等の知的就労者であったが経済状態の悪いこの地では就労率50%で現地に生まれた者ですら仕事がない状態で、ましてや移民、難民の殆どは失業状態です。経済状態の悪化とともに衛生面も非常に悪くJENはプロバルとベリマナスティアにある薬剤事務所を通し、貧困者達に医薬品の提供を行い、既に本年上半期だけで17,901人に対し援助しています。その内の80%の人達は60才以上の高齢者であり、ベリマナスティアの薬剤事務所は本年4月に業務を開始し、現在1日当たり60人から70人の患者を診療しています。JENの人道援助の情報が広まるにつれ、患者数は増加すると思います。一方、プロバルの薬剤事務所では1日に120人から145人の人達に医薬品を提供しています。JENでは、東スロバニアと西スレムの殆どの地域をカバーしており援助支給者の月々の数は次の通りです。

月	受給者数 (人)
1月	2,189
2月	2,435
3月	2,744
4月	3,391
5月	3,833
6月	3,525
合計	17,901

その他JENは、サアレングレードとベリマナスティアの老人ホームに、月一回医薬品を奉仕提供しています。経済事情が逼迫しているベリマナスティアの老人ホームに6月には台所用品の贈呈をしました。

援助活動の推進

JENでは援助活動はブコバルやベルマナスティアの既存の薬剤事務所を通して行っているが、薬剤事務所から遠距離に住む者やその他の理由で直接事務所に出向けない者達にはUNCIVPOLを通じて医薬品を提供しています。

その他の活動

本年3月JENは、この地方の小学生達に文房具を詰めた袋12,863個を寄付しました。袋の中には玩具、ペン、鉛筆、帳面等が入っていました。中身は何であれ、ボランティア活動の一貫として加わった日本の生徒達のこの暖かい贈り物に小学生達は歓喜したのです。又、このことは戦禍にあった子供達の精神面での治癒にも大いに役立ちました。この文房具入り袋は、日本の母と子供達からRKKを通じて送られました。来たる11月にも同じような活動がなされることになっています。

理論上は難民や貧困者は無償で医療援助を受給する権利があるが現実はそうではないです。ちょっとした医療の施しにも、人道援助団体の助けをかりねばなりません。多数の難民は戦の最前線近くの村々に居住しています。これらの村々にはブコバルの中心街に通じる公共交通機関がなく、あっても不定期であり非常に便宜性に欠けています。

一方、多くの難民や貧困者達は交通費を支払う資力は持ち合わせていません。この村々一帯に現在12,000人強の難民が救援団体の援助のもとで生活しています。このような地理的環境などを踏まえた上で、JENは今後の活動として移動巡回薬局サービスを確立し、難民支援をしていきたいと思っています。

(人)	薬量消費	R
981.5		R1
251.5		R5
101.5		R3
252.5		R6
102.5		R4

ウガンダにおける地域保健プロジェクト

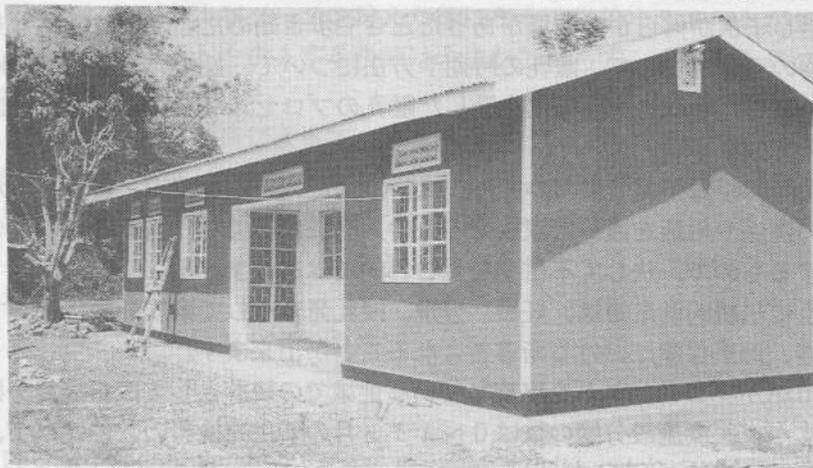
AMDAウガンダカンパラオフィス

所長 V.S. マンボ

拡張計画に1996年の初めに、USEP（社会経済発展のためのウガンダ協会）とAMDAインターナショナルは、中央ウガンダムコノ地区ゴグウィ村の診療所協力をすることに同意をしました。ゴグウィ診療所の構内に、二軒一棟のスタッフハウスと、手術室の建設で、20,000US\$の予算です。このプロジェクトは、基本的な医療設備がないために20キロも離れた所まで行かなければならなかったゴグウィ地域の人々の要望により、実現したものです。

ゴグウィ診療所は、人口4万4千人の僻地地域の人々のために役立っています。診療所には、専門技術を持つスタッフが待機しており、地域保健ワーカー（ボランティア）のチームと、エイズ問題を専門とするNGOとともに、コミュニティーのために働いています。正規のスタッフは、看護婦1名、助産婦1名、保健婦1名、看護助手2名、カウンセラー/看護助手1名、非常勤スタッフは、歯科助手1名とエイズカウンセラー2名です。建設作業は96年5月に始まり、1996年9月30日までに手術室の建物が完成し、必要物品も備え付けられました。そこには、実験室、歯科設備、医局、手術室の4つの部屋があります。いろいろな備品、機具が取り付けられ、その中には歯の診察台、手術台、医局の備品、エイズカウンセリング、自宅訪問のためのオートバイがあります。この交通手段の獲得により、カウンセリングサービスを多くの方に提供できるようになりました。また、エイズ患者の人たちが診療所にかかりつつ、家で草刈り等の作業を続けることを助けるために必要な、薬の貸し付けも行っています。

このプロジェクトは地方行政機関からも信頼を頂き、全国的にも高い注目を浴びて始まりました。これからも引続き報告をいたします。ご支援よろしくお願ひします。



完成した Ngogwe 診療所。この中に小講堂、歯科治療室、検査室、医局がある

モザンビーク医療プロジェクト報告書

～伝統的助産婦の教育プログラムに関して～

看護婦 クリスティーナ・マルケス

1. 紹介

AMDAは1995年よりモザンビークにおいて保健医療プロジェクトを行っています。なかでもガザ州北部であるショクエ、マシンジール、マバラネ地域で活動をしています。我々の実施しているプロジェクトは、現在行われている医療活動を更に促進する事を目的としています。まず医療活動の促進を目的とするプログラムのひとつとして、伝統的助産婦の教育プログラムを実施しています。何故ならば、伝統的助産婦とは村で分娩介助に携わる人達のことですが、分娩中の妊婦と胎児を保護するための適切な環境を保持する知識や分娩後の感染予防、ハイリスク妊婦に病院へ行くよう指導する知識が不足しています。また"Estudo de santos" (施設名) では、マニカ州における伝統的助産婦の経済的組合員の特質について分析を発表しています(1990年)。伝統的助産婦は、一般的に分娩介助するための専門的な資格を持ち、村での妊婦の保健活動を行うことを希望しています。伝統的助産婦達は、中高年で子供がいて既婚あるいは未亡人であり、たいいていのが教育を受けていません。彼女達は良く村のことを知っており、その土地の習慣を知った上で長年そこに居住して働いています。彼女達はその援助を提供することによって給料を要求することなく、更に年配で経験を持つ人、一般的には家族の誰かによって教育され分娩介助し、彼女達の選んだ仕事を行うということによって伝統的助産婦の人間の特質が確固とした一つのファクターとして示されています。これらのことは、伝統的助産婦と妊婦との間にある、我々の医療活動では見られることのない好意で結ばれた一つの連携が存在することを示しています。伝統的助産婦は祖母のような役割をしています。現実的に彼女達は祖母のように妊婦に妊娠初期から助言し、分娩を介助し新生児を世話し子供が何らかの問題があったときや歩き始めたときには手助けをしています。性行為の再開について、離乳の時期や方法について、妊娠の適切な間隔において大きな不安があるときなど、実際に介助した離乳のプロセスなどにより意見を述べ重要な助言を与えています。

伝統的助産婦が母子保健において持つ責務は論理的のようです。自分が住んでいる小さな村との関係や生活を通して家族や一人の人間によってなされることのできる親切は尊敬に値するもので、決して不信感を生む目的ではありません。

このように伝統的助産婦は、妊娠、分娩、授乳発育そして家族計画に関して一人の適切な教育者、母子保健における指導者になることが出来ます。

我々AMDAがプロジェクトを実施している地域での統計として医療施設分娩の数を示していますが、医療施設分娩の数は0～11ヵ月の新生児検診の数に比べて、かなり低い値を示しています。(表1参照)

表1、1995～1996年における2つの地域での施設分娩、新生児検診、
家族計画外来数

分類	マシンジール		マバラーネ		合計
	1995	1996	1995	1996	
医療施設分娩	257	108	407	132	904
0～11ヵ月新生児検診	1131	962	2405	—	4498
家族計画外来	479	249	452	—	1180

*1996年7月までのマシンジール、マバラーネ
ヘルスセンターにおけるデータ

*1996年7月までのマシンジール、マバラーネヘルスセンターにおけるデータ
表1が示すようにヘルスセンター、ヘルスポストでの新生児検診の件数は、マタニティー
における分娩数よりもはるかに上回っています。このデータは、多くの妊婦が医療施
設以外で伝統的助産婦により分娩介助されていることを表わしています。

これらのデータはこの国にとって決して最近の状況ではなく、国民の習慣を認識す
るものです。モザンビークでは、厚生省のプランに依るナショナルプログラムが実施さ
れており、伝統的助産婦の教育と村での分娩介助に必要なキットを供給しています。目
的は医療サービスのない遠距離に点在する多くの村での活動と、ハイリスク妊婦に関し
ての知識の再確認や指導と医療施設への検診を進める助言に関することです。

問題点は、医療機関が常に伝統的助産婦の教育コースを実施するだけのコンディショ
ンを備えていないということです。このように我々のプログラムは地域のヘルスダイレク
ターの受け入れがしっかりしており、マシンジール、マバラーネ地域での厚生省のプラン
に基づいた21日間のトレーニングコースの実施の経験があります。

直面している問題は分娩後の合併症を予防するための適切な技術と器材の供給でした。
初めは、ガザ州がトレーニングコースを終えた伝統的助産婦にキット供給が可能である
と申し出ていましたが、実際コースを終えた後になって供給するキットが無いという状
況で、我々の予算もキットを購入する予算は含まれておらず、ガザ州からの供給を待つ
という状態でした。

キットを購入する資金調達によって、既にトレーニングされキットを受け取っていない
伝統的助産婦へのキットの供給や今後継続するトレーニングコースの促進のためにも、
これらの器材の供給を保証したいと考えています。

2、担当地域

ガザ州、マシンジール、マバラーネ地域

3、目的

村における母子保健援助の推進

4、策略

- 1) 医療サービスのないコミュニティでの分娩介助を促進するために伝統的助産婦を教育する。
- 2) 村での分娩介助に必要なキットを供給する。
- 3) 伝統的助産婦の活動を指導監督する。

5、活動

- 1) 医療サービスのないコミュニティでの分娩介助を促進するために伝統的助産婦を教育する。
 - * 母子ケアに関する講義とマタニティーでの実習をマニュアルを基にして行い、村で活動している伝統的助産婦を対象にしたトレーニングコースを実施する。
- 2) 村での分娩介助に必要なキットを供給する。
 - * トレーニングを受けた伝統的助産婦に、村での分娩介助に必要な器材をキットとして供給する。
 - * キットの使用方法についてオリエンテーションを行う。
- 3) 伝統的助産婦の活動を指導監督する。
 - * 伝統的助産婦が活動している各村を定期的に巡回訪問し、活動状況について監督し、助言を与え疑問点を明確にする。
 - * 伝統的助産婦の活動に関するデータを収集する。
 - * 地域の責任者と協力して指導監督にあたる。

6、予想される効果

トレーニング終了後、伝統的助産婦が次の事を行うことが出来ると予想する。

- * 医療施設における分娩の重要性を母親に教育する。
- * 家族計画、分娩後のケア、妊婦検診、ワクチン、栄養に関する教育を行う。
- * 衛生的な分娩介助を行う。

7、他の機構との協力

伝統的助産婦は地域のヘルスポスト、ヘルスセンターへ毎月の活動報告を提出し、良い連絡網を作るべきである。また村の村長や秘書などと良い関係を保つべきである。

8、監督と評価

伝統的助産婦の指導監督、村の住民や村長の反応、データを通して実際の活動を監督、また伝統的助産婦のトレーニングコースの状況によって行う。

9、リスク

伝統的助産婦が興味を持って教育を受けられるようにすべきであり、また村における母子保健の促進を確実にするため助言を与え、供給した器材を正確に使用するよう指導すべきである。効果的なものにするために地域の保健医療チームとの継続的な協力を保持するべきである。

AMDAアフガニスタン活動計画について

AMDA事務局

担当 林 信秀

1995年、WHOを通じ、現在で17年にも及ぶ長期の紛争、内戦により甚大な影響が出ているアフガニスタンにおける現状を紹介され、1996年2月AMDAはWHOとの協力の下、プロジェクト活動を進めるための事前ニーズ調査を行った。アフガニスタンは現在5つの統制地区に分かれている。ソ連の侵攻に続く内戦以前にも、衛生状態は決して良好なものではなかったが、現在では幼児死亡率や成人死亡率の増加、平均寿命や識字率の低下などWHOやアフガニスタン厚生省、現地NGOによる努力にも関わらず援助の必要性は極めて高い。平均寿命にいたっては43才という統計もだされている。こういった調査結果を基本とし、下記の3点に目標をおいて活動計画を作成した。

- 1：アフガニスタン国内で死亡率の高い下痢やマラリア等の予防と早期治療。
- 2：ラジオ等電波を使用した公衆衛生に関する基本的知識、情報の提供
- 3：衛生管理指導者のトレーニング

現在、活動開始に向け資金の調達や現地で使用できる機材等の調達段階にありますが、一日でも早い活動開始に向け調整を進めております。 以上

国際医療協力をお読みのみなさまへの協力をお願い

歯磨き粉付き歯ブラシセットを100本単位でご寄付頂ける方の連絡をお待ちしております。情報をお持ちの方は電話にて下記まで御連絡頂きますようお願いいたします。

AMDA事務局 アフガニスタン担当 林 信秀

TEL 086-284-7730 FAX 086-284-6758



この子どもたちは生まれてから一度も歯に関する診察や治療を受けたことがない

カンボジアスタディーツアーに参加して

医師 桑田 絹子

カンボジアの医療事情で最初に驚いたのが、診療報酬制度がなく、患者は公には無料ということだった。そのため、病院は政府からの支給でのみ成り立っており、医師1人当たりの1ヶ月の給与は約30000リエル(約10US\$)。そのため病院からの給与のみではとても生活できず、午前中は病院の診療、午後は自宅での個人クリニック(有料)を行って、生計をたてているということだった。また、まじない師等による治療(?)のようなものも依然多いとのことであった。

今回私たちが見学させて頂いた数カ所について感想を交えながら、記したいと思う。

1. プノムスロイ郡病院

コンボンスプー州プノムスロイ郡の医療を担う政府の病院である。以前AMD Aの医師を派遣していたときは、外来患者は1日170人くらいいたが、現在は政府の医師1人が診療しており、1日50~70人の患者をみているとのことだった。入院は23床のうち現在8床(うち結核3床)であった。職員は50人。

私たちが訪れたとき、数人の検査技師の人が、ライ病疑いの人の皮膚を採取し、染色検査を行っていた。また、検査室にはマラリアの検査をした数とその陽性数、治療、死亡数などが月別に表にされていた。

この病院も大体7時~10時くらいで診療は終わってしまうようであった。この病院はプノムスロイ郡約5万人の診療を担っているということで、今後政府の方針として約1万人に1つの診療所をつくり(あと4つつくる予定)そこで働くスタッフを統一的にトレーニングするセンターをつくり、そこでの活動をこれからAMD Aは支援していくということであった。

2. シアヌーク病院内精神科診療施設

カンボジアで唯一の精神科医師であるケチュム先生からもお話を伺うことができた。ポルポト時代が終わったあと、ケチュム先生は医師でありながら放射線技師としてシアヌーク病院で働いていた。そんな時のソビエトの精神科への留学の話があり、ソビエトへいかれ4年にわたり精神科の勉強をされ、カンボジアへ帰国。しかし、精神科病棟はなく、午前中は胸部レントゲンの診断等をしてながら午後自宅のクリニックで精神的な仕事をしていた。そんな時AMD A(桑山先生、岩間さん)やノルウェーのNGOの力があって、シアヌーク病院内に精神科の外来診療施設が設けられた。現在そこでは、10人の医師を採用し、外来診療を通じて精神科医師としてのトレーニングを行っているところであった。病気としてはうつ病が多く急激な社会の変化に対応できなくなった人の悩みも多いという。また、まじない師による誤った投薬なども問題のようであった。今まで1人しかいなかった精神科医師の育成に取り組む重要性がうかがわれた。

3. ワット タン

ハンディキャップを持つ人々(地雷で足を失った人々や耳の不自由な人など)が、家具を作ったり、はたおり、手工芸、タイプライターなどを行って、自立へ向けてのトレーニングを行っていた。みんなとても明るく楽しそうに仕事をしていた。

4. 保育所

AMD Aの支援する保育所は郊外の本当のどかな農村地帯のまん中にあつた。小さ

な子供たちが集っており、私たちに5曲くらいのカンボジアの歌を歌ってくれた。みんな明るくこれからカンボジアを担っていくという希望がみえるようだった。あやとりや笛を教えると、すぐに覚えて出来るようになり、折り紙をすると、熱心に覚えようとしていた。そして自分より小さい子をお互いに気使っていた。小さいながらもそれぞれ個性があり、きっとすばらしい人に成長するように思えた。

5. ツール スレン収容所

ポルポト時代にかつての学校は恐怖の収容所となった。拷問そして処刑。亡くなった人々の無数の写真が並べられていた。その一人一人の表情はかつて生きていた人々を物語っていた。そして人生の途中で突然に命が奪われてしまった人々の無念さが部屋中にひしめいていた。

6. 孤児院

JVCの支援する政府の孤児院で施設代表のナレットさんとJVCの尾立さんが案内してくれた。ストリートチルドレン70人(男50人女20人)とハンディキャップを持つ人30人、計100人の暮らす施設。外では物乞いをしてお金を稼いでいた子供たちだが、とにかくこの施設で勉強をしてきちんと成長してほしいという施設長のナレットさんの思いが伝わってきた。

7. アンコールワット

ここはやはり聖域だった。想像したようにすばらしい所だった。アンコールワットとその周囲に生い繁る緑、子供たちの水遊びをする姿、すべてがひとつに溶け合っていた。カンボジアにどんな歴史があるにせよ、カンボジアという国の美しさは決して変わることはないように思えた。今平和だからこそ言えるのかもしれないけれど。

今回スタディツアーにともに参加した人々は、医者をめざす学生さん、海外協力の仕事に情熱をもつ2人の看護婦さんと1人の保健婦さん、いろいろなNGO活動に支援されている65才の方でした。彼らとの出会い、そして岩間さんやチャンタ先生、リテイ先生、スタッフの方々にいろいろな刺激を受け、大変感謝しております。最後に数々の内戦で国土も荒れ果てたカンボジアにこれからは永遠に平和が続くことを願いたい。

牛熊 等

まず始めに私のような老人を(自分ではそうは思っていないが)スタディツアーを選んで下さった事を本部の係りの方に感謝とお礼を申し上げます。

亦同行の皆様方には女性ばかりの中に男性1人交じっての旅、なにかとご不便、ご迷惑であった事と存じます。本当にご協力ありがとうございました。又カンボジア代表の岩間様を始めスタッフの方々に厚くお礼を申し上げます。本当に有り難う御座いました。

さて私はカンボジアには今年2月にも学校支援のNGOのスタディツアーに参加し今回2回目のカンボジア行き、医療のことは全くの素人で専門用語なども全然わからない無知な人間だが、今回のツアーは本部よりクレパスや画用紙などを持って行ってとのことで私は私の地元小学校の子供たちに使い古しのクレパスなどを寄付してくれるよう校長先生をお願いしたら1~2回しか使っていないようなのが物凄く集まりリュック1杯持って行きました。カンボジアの子供たちが画が描けるように、又上手になればよいが、また描けたらお借りして地元の小学校の子供たちに見せてあげたいです。子供たちやPTAの方達にもカンボジア始め外国の事に少しでも関心を持ってもらえるのではと思います。

さてカンボジアの私の第一印象からいうと隣国のラオス、ベトナムと同様フランスの植民地から独立を勝ち得たが、同じ民族の内戦が長く続き、特に70年代のポルポト派時代の悪政?に国の力を特に低下させたのではないかと思います。国家権力とは何なのか、未だに恐怖に脅えながらの地区もあつたり(地雷に脅えての生活、プノンペン市内の地雷

による被害者の多いこと人の集まる市場など乞食の多いこと、ベトナムのフエやダナンにもかなりいたが地雷の数が違うのか、又対戦車用と対人用と地雷の質が違うのか) また隣のタイ国のようにASEANの優等生になりつつあるのと大きく違う。タイ国は外国の支配を一度も受けていないからか(私はタイ国の東北地方プラム県に4回ほど植林に行きましたが東北地方は土地が悪くタイ国では貧しい農民が多い) といっても地方農民の貧困による都市部のスラム街の問題もあるが?

まずカンボジアに着いて最初の見学はトゥル・スレン博物館。2回目の見学だが何を理由にどんな精神状態であんな過酷な強制労働や100万人を越える虐殺行為が出来たのか? それからAMD Aのプロジェクトのシアヌーク病院精神科の診察している所など見学、診察が終わってから診察室の前の廊下で先生の説明を受ける。患者さんは20~30歳代が多いとか。ボルボト時代に幼年期を過ごした者に精神患者が多いのはそれらが原因か? この先生の事は何時見たんだかはっきりした記憶は無いが以前にNHKのテレビで見たことがある。先生の給料がUS\$で20\$くらいとか。給料だけでは生活できないので昼からは自宅でアルバイトの診察をしているとか。午後は患者も病院の職員も見えなくなって(入院室や他の病棟は知らないが) 又前回行った時もタクシーのドライバーが警官のアルバイトとか、とても日本では考えられないことだ。前回行った時にも感じたことだが何と警官の多いことと思いましたが、事実他の公務員も多いとか、国家予算の半分は他国の援助とかなのに、現政権ではどうにもならないものか? 午後はJVCプロジェクトの路上生活者を70人程(大人の傷害者も30人ほど収容+100人) 収容の孤児院を見学。このような施設は無くはないと思うが早く小さくなることを願う者だが。12日はコンボンスープ州? プノムスロイ郡病院を見学。広い敷地に粗末な建物が点在その中でAMD A支援で出来た一際立派な? 病棟か診察室か病理室を見学、院長は医師でなく看護師とか。又入院室は20床くらいとか、また近くで遊んでいた子供たちがシジミか何か生の貝を食べていたが衛生的にはどうなのか寄生虫はいないのか人事ながら一寸心配に?

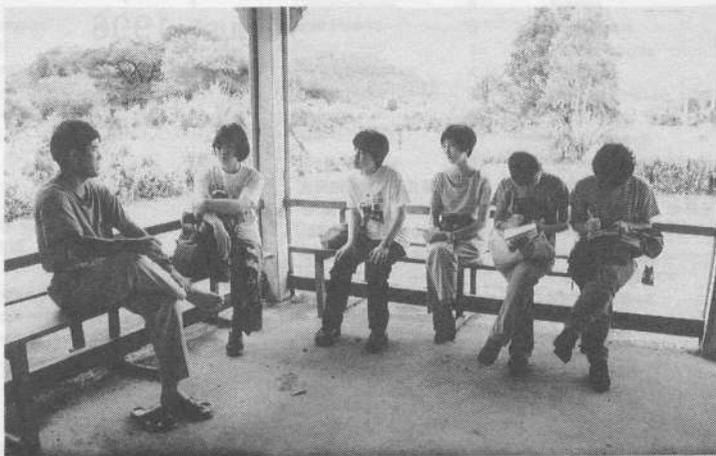
カンボジア最後の日はプノムスロイ郡病院より車でまだ2,30分奥地のAMD A支援プロジェクトの保育園を見学。この村は帰還村だとか。クレパスや画用紙に私は紙風船を他の方は折り紙やシャボン玉それに縄跳び竹とんぼを持参しそれらで遊んだり、女性の方は童謡に軽い振りをつけて踊ったり見学やら慰問やらわからないことをして、一方この村の人々は何をして食べているのか物凄く粗末な家で牛はいたが近くに田圃は見あたらず他人事ながら一寸心配になる。尚此処には3つの村で4000人くらいいるとか。それなのに他にもあるのか? 此処には30人くらいの小さい保育園で遊具も滑り台やブランコも手作りのようだし、又栄養が悪いのか青い鼻汁を出している小さい子供たちが大勢いたり、(日本でも私の低学年の頃には大分いたが昭和12~3年頃) その他地元NGOのケマラのレストラン兼ショールームや、やはり地元NGOのワット・タンというお寺での地雷による被害者のリハビリ等(職業訓練)を見学又ショールームでお土産等を物色。後になったが2日目に日帰りではあるがアンコーワット見学にシアマリアップへ。空から見るトンレサップ湖は前回の乾期に見たときよりもさらに雨期の為大きい湖が更に大きくなって田圃も? 水没し、道路と木が見えるだけ。近くの田圃で田植えをしている所やもう大分稲が成長している田などまた見たことはないが話に聞く浮き稲というのはこんな湖の近くでやっているのか?

8世紀頃から13,4世紀頃のクメール帝国はどのような国であったのか。このアンコール・ワット、アンコール・トムのような巨大な石造建築物がこの周辺だけでも60ヶ所余りも有るとか全部で1千ヶ所も有るとか。タイのイサン地方にも2,30ヶ所も有るとか(私は3ヶ所には行ったことが有る) 当時機械も無いのにどのようにして造ったのか。当時のクメール帝国の繁栄振りから今のカンボジアを思うと不思議な気がする。一方滅びるのが当然とも思えるが、どちらにしても巨大な石造建築、見事な彫刻は本当に世界の文化

遺産であると思う。

上手く文章にならないが今回の旅が良い同行者に恵まれ楽しい旅の思い出と経験が出来た事にAMDAスタッフ及び同行者人々に感謝とお礼を重ねて申し上げます。最後にカンボジア始めこれら発展途上国が自立し他国の援助がなくても又AMDAのようなNGOも要らなくなるように、それから現地で若い方々が大勢不便な所で働いていることに感謝と敬意を表し無事を祈る者です。

ブノムスロイ郡病院
の前で岩間代表と



難民帰還村の
AMDAの保育所で縄跳び



シアヌーク病院精神科
の先生らと



■ネパール難民救援医療活動報告

Monthly Medical Report AMDA Hospital Damak, Jhapa August, 1996

Type of service	難民	地元民	合計
外来患者 一般	199	1678	1877
外科	60	159	219
産科/婦人科	38	205	243
眼科	51	476	527
合計	348	2518	2866
救急	438	550	988
手術	116	230	346
検査			
レントゲン検査	155	526	681
超音波検査	14	104	118
臨床検査	122	561	683
心電図	0	0	0
合計	291	1191	1482
入院			
年齢別			
0-1	105	12	117
2-5	27	10	37
6-14	12	16	28
15-49	68	147	215
50-65	7	11	18
65才以上	2	5	7
合計	221	201	422
軽快して退院	181		
専門医に紹介	14		
医師の忠告に反し帰宅	1		
失跡	0		
死亡	7		
Under Treatment	18		
ベッド占有率合計	112.35%		
病院滞在平均(日数)	2.57日		

一般の外来患者

Cause of Attendance	難民	地元民	合計
原因不明の発熱	2	12	14
關チフス	0	8	8
消化管疾患	7	208	215
呼吸器能障害	37	425	462
脳血管障害	4	26	30
中枢神経の障害	9	48	57
筋肉骨格系障害	56	225	281
腎機能障害	7	51	58
内分泌機能障害	1	27	28
マラリア	0	13	13
中毒	0	0	0
皮膚疾患	2	67	69
手術例	31	208	239
眼科の患者	3	29	32
産科婦人科の患者	7	95	102
その他	33	236	269
合計	199	1678	1877

入院

Cause of Attendance	難民	地元民	合計
原因不明の発熱	3	3	6
關チフス	2	2	4
消化管疾患	8	5	13
呼吸器能障害	149	29	178
脳血管障害	0	3	3
中枢神経の障害	16	14	30
筋肉骨格系の障害	0	2	2
腎機能障害	1	1	2
内分泌機能障害	0	0	0
マラリア	0	0	0
中毒	2	0	2
皮膚疾患	0	1	1
手術例	1	26	27
眼科の患者	38	1	39
産科婦人科の患者	1	109	110
その他		5	5
合計	221	201	422

眼科外来例		産科/婦人科外来		Surgical OPD	
遠視	86	産前検診	85	Haemorrhoid	11
結膜炎	77	家族計画	24	Cyst	10
老視	67	骨盤内感染症	21	Hydrocele	8
頭痛	35	D.U.B.	12	Hernia	8
白内障	34	A.P.D.	8	Fracture	8
角膜炎	31	尿路感染症	4	Phymosis	6
翼状片	21	Bad obstetric history	3	Abscess	6
近視	15	Lower Segment Caesarian Section	2	Nasal Polyp	6
角膜炎	14	卵枯渇症	1	Lymphadenitis	6
無水晶体眼	11	Pelvic Peritonitis	1	Anal Fissure	5
近視的乱視	8	周産期出血	1	Rectal Polyp	4
眼球異物	8	Hematometritis	1	Burn Contracture	4
弱視	7	Anovulatory Cycle	1	Appendicitis	4
Epiphora	6	Supra Ventricular Trachycardia	1	Fibroma	4
Trauma	6	Ureteric Stone	1	Skin Graft	3
霰粒腫	5	中絶	11	Osteomyelitis	3
過度の乱視	5	不妊症	9	Lipoma	3
眼瞼結膜炎	4	無月経	8	Ganglion	3
Conjunctival Cyst.	4	月経困難症	6	Corn	3
霰粒	4	子宮頸癌	5	Sinusitis	2
ぶどう膜炎	4	外陰炎	3	Tongue tie	2
涙囊炎	3	Pain Abdomen	3	Injury	2
Blepharitis	3	Ovarian cyst	3	Cholelithiasis	2
静脈洞炎	3	Genital Prolapse	2		
Corneal Perforating Injury	3	膀胱腫脱	2		
Keratitis	3	正常	2		
Trachoma	1	Cystocele	1		
Exophoria	1	Cervical Erosion	1		
Blunt Eye Injury	1	オレアンドマイシンケース	6		
Alternate Divergent Squint	1	その他	15		
正常	4				
オレアンドマイシンケース	21	合計	243		
その他	31				
合計	527				

地元民への手術

Incision & Drainage	60
Reduction of Fracture	52
Lower Segment Caesarian Section	16
Appendectomy	12
便通	12
Norplant insertion	12
シスト切除	6
Cataract Surgery	4
Eversion of Hydrocele Sac.	4
Pterygium Excision	4
Norplant Removal	4
Excision & Biopsy	4
Manual Dilatation of Anus	4
Urethral Dilatation	2
Herniorrhaphy	2
Hysterectomy	2
Laparotomy	2
Debridement	2
Chalazion I/C	2
Herniotomy	2
Posterior Calpotomy	1
Papilloma Excision	1
Corn Excision	1
Ganglion Excision	1
Fibroadenoma Excision	1
Callosity Excision	1
Simple Mastectomy	1
Hemorrhoidectomy	1
Examine Under Anesthesia	1
Sinus Curettage	1
Exploation	1
Skin Grafting	1
Perforating Injury Repair (Eye)	1
Conjunctival Injury Repair	1
Sequestectomy	1
Suture Removal (Eye)	2
Copper T. Removal	1
Entropion Correction	1
Dysfunctional uterine Bleeding/D/C	1
Colostomy & Resection	1
Electrocautery	1
合計	230

ブータン難民への手術

Type of cases	Bel.I	Bel.II	S'chare	Timai	K'bari	G'dhap
骨折の整復	7	10	5			
Incision & Drainage	5	9	5			
シスト切除		1	1			
便通	1	5	2			
Herniorrhaphy		1	1			
ヘルニア切除術		1	2			
ポリープ切除術	-	-	1			
虫垂切除術	1		1			
Ovar iectomy		1				
Laparotomy		1				
包皮切除	-	-	3			
水腫外返	1		1			
拘縮除去	1	-	-			
Perforating Injury Repair (Eye)	1	-	-			
Congenital tag Excision	1	-	-			
Lipoma Excision	1	-	-			
Antibioma Excision	-	-	1			
Haemorrhoid Excision	-	1	-			
Electro Cautery	-	1	-			
デブリドマン	2	-	-			
Lower Segment Caesarian Section	3	-	-			
Conjunctival Gundersen's flap	-	1	-			
Cleftlip Repair	-	-	1			
内臓検査	-	1	-			
Tersorrhaphy						
Tooth Extraction		1	1			
Copper T. Insertion		1				
その他	7	17	9			
Sub-Total	31	52	33	0	0	0
合計		116				

“The new emergency health kit” の翻訳完了について

学術委員会 高橋 央

この度25人の方々にご協力頂き、「The new emergency health kit」(WHO/DAP/90.1, B5版44p.)の翻訳が完了いたしました。この本はAMDAの国際緊急医療救援活動に参加する方々に、是非一読しておいて頂きたいものなので、これを機会に皆様にご紹介いたします。

大規模な緊急事態や災害の医療救援活動のために、世界保健機関(WHO)、国連難民高等弁務官事務所(UNHCR)、ロンドン大学公衆衛生熱帯医学研究所(LSHTM)が中心となって開発した医療品、医療器具と機材のパッケージがWHOエマージェンシー・ヘルスキットで、さらにNGOや国際赤十字の助言を取り入れて改良したものが、このニュー・エマージェンシー・ヘルスキットであります。

1万人が約3ヵ月間必要とする医療物資が段ボールに収納され、重さ860kg 容積4立方メートルにまとめられています。AMDAの活動でも、北朝鮮やレバノン等へ送られて使用されました。

ニュー・エマージェンシー・ヘルスキットの概念について、簡単にご説明しておきます。このキットは基本ユニット10セットと補充ユニット1セットで構成されております。基本ユニットは災害現場で保健医療の訓練を充分受けていない者(ここが重要)がプライマリーケアを行うために用意されています。例えば医薬品は12種類だけで注射薬はなく、なかでも抗生物質は熱帯環境で安定で、利用価値が最も高く、副作用の少ないコトリモキサゾール(ST合剤)錠とテトラサイクリン点眼剤だけに絞られております。そのために、抗生物質を与えるか否か、患者を転送するかどうか、を判断する治療指針が用意されています。補充ユニットは、患者の1次転送先で熟練したヘルスワーカーや医師がセカンダリーケアに使用するもので、採用されている薬剤はWHO/UNICEFの定めた必須医薬品に基づいています。ここで手に負えない患者は、さらに第2次転送先へ送るようにして、病院機能をバンクさせないようにする訳です。それぞれのユニットに収納された医薬品、医療器具、機材は、各団体の過去の活動経験に裏付けされた、非常に洗練された内容に出来ています。

さらに優れているのは、年齢または体重別に下痢や呼吸器感染症に罹った子供たちの重症度を評価し、その場で最善の治療をするためのチャートや、大規模な緊急事態や災害にすぐ必要となる月間活動報告書、それに被災者の治療記録をまとめるための健康カードが10編も付録されていることです。限られた物資とスタッフで、被災者と共に最善の医療救援活動をするためのヒントを、この本は日本の保健医療従事者に与えてくれる筈です。

今回翻訳された資料は、内部資料として本会の活動に利用されていきます。AMDAインターネット・ステーションに掲載されている熱帯医学データベースを、現在ニュー・エマージェンシー・ヘルスキットのガイドラインに合わせて改訂中ですので、97年3月ごろ皆様もこの日本語版をご利用頂けるようにする予定です。最後に、翻訳作業に協力して下さいました以下の方々にお礼を申し上げます。

翻訳分担者；猪飼 宏、川嶋康裕、岩本 淳、横田 光、岩井くに、北野千佳子、
(敬称略) 石松伸一、廣田直敷、木村真人、岡村一博、松井恵子、名田裕美、
高山義浩、小峯真紀、今林富志代、朴英哲、吉村菜穂子、薬師寺公一、
深谷幸雄、堀江徹、山本悟、根来清、酒井浩、高橋哲也、徐昌教

96年9月25日 ニューヨーク 「世界の予防接種の新たな問題」

世界保健機関 (WHO) と国連児童基金 (UNICEF) が同日発表した共同報告書によると、「新たなワクチンを開発し、供給させていく費用は急激に増大しているのに、拡大予防接種計画への寄付の伸びは鈍化している」と警鐘を鳴らしている。

下病性疾患、呼吸器疾患、マラリア、エイズといった、死亡原因となる60の疾病に対して新たなワクチンが開発されているが、この費用は単価ワクチン（1種類の病原体だけのワクチン）でも20-100億円かかる。経費増大の理由として、新たなワクチンは複雑で開発が難しく、多くの新製品には特許がかかることが挙げられている。寄付が伸びない理由には、資金拠出国が低価格のワクチンに慣れきってしまったこと、集団の予防より個人の治療（特に高価な抗生剤を使う傾向がある）に多くの政府が高額の予算を回してしまうことを明記している。

拡大予防接種計画によって、世界中の新生児1億3千万人の約8割に、必要な予防接種が行われるようになったが、それでも毎年200万人近い子供たちが麻疹（はしか）、破傷風、百日咳といった、ワクチンで予防できる感染症で死亡している。この背景には、サハラ砂漠以南のアフリカ諸国での接種率が6割未満と低いことが指摘されている。

報告書の中で「費用のかかる治療に気を取られた政府や個人には、一生予防効果をもたらすワクチンに相応の金を払う考えが出てこない。」と嘆きの一文が載せられている。

96年9月14日 ロンドン 「マラリア・ワクチンは失格」

同日発売の *British Medical Journal* にバンコク・マヒドン大学熱帯病院の Nicholas J. White 医師の論文が掲載され、「カレン族の子供たちに試験的に接種された、コロンビア製のマラリア・ワクチンは全く予防効果がなかった」と報告した。

Manuel Patarroyo 博士によって開発された SPf66 ワクチンは、まず南米で治験がなされ、有効との報告が出されて世界中から注目された。1994年タンザニアで行われた治験では、接種された小児の1/3に予防効果があったと報告された。しかし、これらの治験は WHO によって監視されなかったことと、接種数の規模が小さく、誤差が大きいことから、有効性について決着をみていなかった。その後、西アフリカのガンビアで実施された治験では、効果なしとの判定が出され、今回の治験の結果が注目されていた。

タイ・ミャンマー国境の Shoklo 難民キャンプで、93年10月から95年7月まで、1349人の子供たちに実施された今回の治験では、SPf66を接種された子供よりB型肝炎ワクチンを接種された対照群（検査するワクチンの効果を比較するために、例えば生理食塩水など被験薬の入っていない注射をするグループを対照群という。但し近年は倫理的な立場から、何の効果も期待できない水を注射するのではなく、治験そのものに影響を与えず、かつ被験者に有益な薬剤を対照群に投与する傾向にある）の方が、逆に僅かにマラリア発病率が低かったとの結論が出た。

マラリア原虫は HIV やインフルエンザウイルスなどのように、表面抗原が変異しやすいため、ワクチン開発が難しい。White 医師は「SPf66は全ての熱帯熱マラリア株に共通な蛋白を充分含有しているのに、（効果がないことは）この治験で結論が出た」と述べている。

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

AMDA国際医療情報センター東京 ケースから

「治療目的の日本への呼び寄せ」

いまや多くの外国人が日本で生活しています。逆に、多くの日本人が海外で生活した経験があり、友人を持っています。海外にいる知り合いを日本に呼び寄せて高度な医療を受けさせてあげたいと願う日本人からの相談が寄せられることがあります。そんな相談をご紹介しながら治療目的の来日の難しさを考えてみたいと思います。

(ケース1)

Q: あるアジアの国にいる知り合いの子供が重度の言語障害で入院しています。担当医師は日本でCT検査を受けることを勧めています。日本でならその検査はできると知り合いの看護婦に聞いたので是非呼び寄せたいです。来日させる方法が分からないのでどうしたらいいですか?

A: 最初から治療目的でビザの申請をするのはとても難しいでしょう。まず短期ビザを申請し来日することになるでしょう。そして日本の病院に入院してから、引き続き治療が必要という旨の診断書を医師に書いてもらい、ビザの延長を入国管理局に申請することになります。心配なのは医療費です。短期ビザでは国民健康保険には加入出来ません。

診察所日記

国保加入には一年以上のビザが必要です。又、旅行者保険によるカバーは限度があるのでそれに全てを頼るのは困難だと思われます。そして全く保険が無い自費診療での医療費は、患者さんの国と比べると非常に高額になるでしょう。ご両親の日本での滞在費も考慮しなくてはなりません。来日なされる前にどのくらいの費用がかかるのかよく考えて、そのことをご両親に伝えて下さい。

(ケース2)

Q:あるアジアの国にいる子どもがガンで、そのための治療を日本で受けさせたい。金銭的援助をしてくれる団体はないですか？

A:海外から治療目的のために来日する人に金銭的援助をしてくれる団体はありません。ありそうな感じですが、ないのです。たまにこのような援助活動が行われるのを新聞等で見かけますが、それは個人や団体がある一つのケースのために援助活動を行っているのであり、どのケースにも援助しているわけではありません。援助したいと考えている人が中心となり、マスコミに取り上げてもらうなどして社会に働きかけていくという方法を取るのが良いでしょう。

これらの相談からは「日本で検査と治療を受けさせたい。」という強い気持ちが伝わってきました。しかし現実には、ビザ取得と医療費、滞在費、受け入れ病院の有無などが大きな問題となります。ちょっと考え方を改めて、日本での治療にこだわらないのも一つの方法です。その患者さんにとって必要な検査や治療が受けられる所が日本以外にもあれば、アジア近隣の国での治療を考えてみるのもいいのではないのでしょうか。

(センター東京事務局 OK)

外国で病気になるということ

「南米チリでの痛ーい思い出」

今年春休みを利用し、アメリカ、ボリビア(ラパス)、チリ(サンチアゴ)を旅行した。学生の特権と称し、身内や知人宅を泊まり歩き、行く先々でお世話になった。出会った人々は皆大変素晴らしく私の人生の中でも忘れ得ぬものになるであろうと思う。

しかしながら、もう一つ私の中で忘れ得ないであろう思い出がある。それは旅行先で突然歯痛に襲われたことである。高度3800mのラパスからサンチアゴへ下ったのだが、その気圧差が歯茎の中の空間(虫歯)を直撃したのである。チリではAMDA国際医療情報センターのスペイン語相談員の家族のお宅でお世話になった。彼女の息子さんがチリの大学に留学しているため、彼が日本から持ってきていた貴重な常備薬の「パファリン」をもらい、不安なままとりあえず夜を過ごした。が、翌朝は激しい歯痛で目覚める、という状態であった。その日は彼にサンチアゴを案内してもらったが、歯が痛くて痛くて集中力や食欲はなくなり、結局は半日は寝込んでいる始末であった。

いただいた「バファリン」には「6時間おきに飲むこと」と注意書きがあったが、歯の痛みは治まらないため、2時間前に飲んだにも関わらずまた飲む、という状態であった。(私は現在看護学を勉強している身であるが・・・)。その夜も食べることも出来ずにベッドの中で波のようにくる歯痛と戦いながら、「ここが日本だったらすぐに歯科に行けるのに・・・。私には保険も無いし・・・。」という哀しみにひたりながら、目をつぶり近所の歯科に思いを寄せた。その夜は歯痛のためとうとう眠ることは出来なかった。

次の日、私はチリで歯科に行くことを決めた。外国で医療事情も違うであろうし、私には保険が無いために非常に不安であったが、この痛みにはもうこれ以上耐えることが出来なかった。そこで相談員のお母さんに頼み、「どこか近所の歯科を紹介してほしい」と頼んだ。彼女は「保険が無いと治療費は非常に高い」と言ったがもう私はお金の問題どころではなかった。結局、相談員の義妹さんがチリ・カトリック大学の職員をしているという関係で大学付属の歯科に行かせてもらうことになった。2日後に帰国ということもあり、美人の歯科医に応急処置と痛みを除いて欲しい旨を告げた。そこでレントゲンを撮り、気圧差のため小さな虫歯が痛みだしたことを知らされ、抗生物質と痛み止めを処方してもらった。料金は大学の職員の関係者ということでわずか千円程度で済んだ。痛みはあったが自分の痛みの原因を知り、薬を買うことが出来ると分かっただけで精神的な不安は解消された。

今考えてみると、私の場合は非常に幸運なケースであったと思う。と、いうのも私は自分の意思を医師に伝えることが出来たし、医師の言葉も理解できた。大学の保険を使わせてもらったので金銭的に助かり、又、サポートしてくれる人がいたので精神的にも助かった。これでもし、保険が無く、言葉も分からなかったのであれば、自分の病気の他にも不安材料が増え、病気の治癒が遅れる可能性がでてくるのではないだろうか。

現在、私はAMDA国際医療情報センター東京でスペイン語の相談員としてお手伝いさせていただいている。当センターに相談の電話をかけてくる一人一人が今回私が抱いたような不安を抱いているのではないだろうか。いや、おそらく大半はそれ以上の不安を抱えている人かもしれない。そう思うと、相談電話が鳴る度に身が引き締まる思いである。

さて、気になるその後であるが、チリで処方してもらった抗生物質と痛み止めを飲んだために痛みは治まった。しかし、抗生物質が日本のものより非常に大きくて効き目がものすごかったため、腸内の常在菌にも影響し、歯痛の後は腹痛に悩まされてしまった。帰国後も苦しみは続いたのである。これも今では笑い話となっている。

(センター東京 スペイン語相談員 AM)

Lさんはもうこの世にはいない。7年前、私はLさんの胃癌の手術をした。すでにリンパ節に移行がある進行癌であった。当時30代前半であった彼女は、開業したあとも私のもとに通ってきた。

Lさんは韓国生まれの韓国育ち、Lさんのご主人は在日韓国人二世。そのご両親は民族の誇りを持った毅然とした方々であった。手術の後のLさんは、精神的にまいっているようであった。1年すぎて、Lさんはパートに出始めた。職場の仲間と気が合うらしく、診察室での表情も生き生きとし「仕事が楽しい」「カラオケが好き」と連発し、私もホッとした。Lさんには一粒だねの2~3歳の男の子がいた。ご主人のご両親は時々、Lさんのことで相談にいらっしやった。

ある日、外来で、今、なにをしたいのか、Lさんにたずねてみた。「韓国へ行ってみたい」「こんなに近いんだもの、行ったら」「でも主人の両親が許してくれないの」「どうして?」「私ね、前、韓国にかえったとき、おかしくなって精神病院に暫く入院していたの」正直に言うと、この告白には驚いた。ご主人の母親と面談したとき、思い切ったらずねてみると、これは事実であった。結婚間もなく、里帰りしたLさんは、故郷を離れる寸前になってホームシックになったらしい。それはひどい落ち込みようであったという。もう一度同じことが起こるのではないかと心配で、里帰りさせられないとお母さんは静かにおっしゃった。

Lさんの診察は定期的とは言い難かった。ご自分で体調を判断し、よしと思うと暫くやってこない。そうこうしているうちに、ぱったりLさんの顔を見なくなった。お父さん

は大腸の検査で時々みえたが、お嫁さんであるLさんのことは、一言もおっしゃらなかった。一言もおっしゃらなかった。事実、元気であったらしい。

次の次のお正月も間近という12月、お父さんの名前で新年のご挨拶を辞退しますというお葉書をいただいた。Lさんが卵巣癌で手術を受け、その後、すぐに亡くなられたという。胃癌でも卵巣に転移をおこすことがある。これをクルケベルグ腫瘍という。だが、胃癌の転移ではないと主治医は家族に述べたそうだ。

小さいお子さんを残して異国でなくなったLさん。Lさんはなんのために日本にきたのだろう。

1996年(平成8年)10月1日(火曜日)

言葉 書 衆 門

タイ語でエイズ相談

在日外国人に医療情報を提供している民間団体AMDA
国際医療情報センター(東京)は、1日から、タイ語による電話エイズ相談や、一部地域の医療機関等に日本語のできるタイ人看護婦を派遣するなどのサービスを3か月間の予定で、試験的に始めた。

厚生省の一九九四年度の報告によると、国内のHIV(エイズウイルス)感染者、エイズ患者のうち、男性の三〇%、女性の八〇%は外国人。全国男女のエイズ感染者の多いことが推測される。「国内でのエイズ感染を防ぐ意味からも、日本在住のタイ人感染者について、人権に配慮しつつ調査や対策を急がなくては」と同センターの小林米幸所長は言うが、在日タイ人の多くが日本語も英語もよくできないために相談窓口はほとんどない。

在日感染者を救護

このため、同センターでは毎週月曜日タイ人看護婦による電話エイズ相談を開設。タイ語による一般の相談も月一金曜に受ける。また医療機関、保健所から要請を受けてタイ人看護婦を派遣、患者へのカウンセリングや今後の生活指導を行うほか、在日タイ人に対する感染予防啓発活動に取り組む。いずれも無料だが、看護婦派遣などは、費用とタイ人の居住状況などの関係で関東、甲信越、静岡に限る。三か月間の結果を踏まえて来年以降の実施も検討する。相談は同センター(03・5366・8088)へ。

AMDA国際医療情報センター 電話や看護婦派遣

—インドネシアの2週間—

10月の声を聞いたとたん、急に冷え込んできましたね。今年は宮沢賢治生誕100周年とやら、わが故郷イーハトーブ（賢治は岩手をこう呼んでいました）の秋の風景がなつかしく思い出されます。イーハトーブはそろそろタイヤ交換の時期、秋の高原を縦横に走る広い道路を見たら賢治は何を思うでしょうか？地域医療学教室の窓から、はるか北に連なる山々も頂のほうから色づいてきたようです。赤道直下のインドネシアから帰って、パソコンのモニターとにらめっこしている私もまた、「ずいぶん、焦げましたねえ」と周囲から指摘されるほど色づいているようです。

今回のインドネシア旅行はODA海外経済協力評価調査、調査のテーマは「居住環境整備」、「上下水道」そして「保健医療センター整備」というお固い目的だったのですが、生来の性格が幸い（災い？）してか、同行のみなさんの迷惑もかえりみず、すっかり楽しんでしまいました。首都ジャカルタから始まって、東部ジャワの中心都市スラバヤ、高原の古都マラン、スラバヤ近郊のバスルアンとスカルノ大統領の墓所があるブリタール、中部ジャワの「京都」ジョクジャカルタと日一合弁会社のワゴン車TOYOTA-KIJANGで駆け回り、住宅や道路、浄水場、保健医療センターなどを眺めて、状況証拠と時間節約のため、ひたすら写真を撮りまくる毎日。帰って現像してみたら、写真は500枚近くになっていました。目的遂行に忠実なあまり、道路の穴やよどんだ下水、はてはトイレの中までカメラを向ける私をインドネシアのみなさんはどう思われたのでしょうか。（といってるわりには、ポロブドゥール、プランバナン、ジョクジャカルタ王宮といった観光名所もしっかり写真におさまってるのはなぜ？）

インドネシアは東西は合衆国より長く（何と約5000km）、17,000（「引き潮のときと満ち潮のときで数が違うと思うよ」とある人は言っていました）の島があり、人口は1億9000万人というアジアの大国です。ジャワ・ティーやトラジャ・コーヒー、香辛料の産地でもあり、パティック（ろうけつ染め）が有名です。インドネシア語が公用語ですが、多民族、多文化で僻地、離島の医療が問題というのは日本によく似ています。私が訪問したのはジャワ島だけでしたが、中部と東部では文化が違うように感じました。これが他の島になるともっと違うんでしょうね。でも人々はどこでも親切で、インドネシア語で「Selamat pagi（こんにちは）＊」というと「Selamat pagi」が微笑みと一緒に返ってきます。食べ物もNasi Goreng（焼飯）、Ayam Goreng（鶏の空揚げ）、Sate（串焼の肉、ピーナツソースで食べる）など美味しいものが多く、旅の後半は服の中に体を押し込むのに苦労しました。聞くところによるとインドネシアに「すっかりはまっちゃう」日本人も多いらしいですね。「アホとちゃうか。」と表面上は平静を装っていた私ですが、なぜか街に出るたび財布にたまっていくのは、クレジットカードの明細書。帰りの荷物の中にはワヤン（人形芝居）の木彫りの人形やコーヒー、紅茶、胡椒に料理の本、あげくのはてにはインドネシア語—日本語&日本語—インドネシア語辞典にインドネシア語の保健統計までが加わり、もう、重かったこと！すっかり懲りた私が帰国して最初にしたのは「スーツケースを大きなもの買い換える」でした？！

＊「Selamat pagi」は午前中の挨拶です。正午すぎると「Selamat sian」日が傾いてくると「Selamat sole」、夜になると「Selamat malam」（「お休みなさい」も）と言います。ようこそ（Welcome!）は「Selamat datang」、さようならは「Selamat jalan」です。



第1回AMD A国際医療協力 研究会報告

AMD A医師 大脇 甲哉

1. AMD A国際医療協力研究会開催挨拶 近藤祐次事務局長
2. AMD A現地プロジェクト報告 報告者 吉田 修 (AMD A医師)
- ザンビア・JICA保健医療プロジェクトを中心に -
3. ディスカッション 司会 大脇甲哉
- 報告に関する評価等 -

〔プロジェクト報告の内容要約〕

モザンビーク、ザンビアでの活動のスライドを用いながら、アフリカの最貧国における地方の住民の経済・教育・衛生環境を報告し、97年度より吉田医師が中心となりAMD AがJICAと合同で行おうとしているザンビア地域保健活動計画のアウトラインを提示した。

子供の死亡率の高さ(5才未満児:203/千人(日本6/千人)、乳児:114/千人(日本4.5/千人))の原因は栄養状態の悪さが主因となっており、干ばつや貧困による劣悪な食料事情を改善しなければ、いくら医療活動を行っても子供たちの健康を向上させるできない。首都ルサカの問題点、水源は町から60km離れた所にあり、1本のパイプラインで水を供給している。150万~200万人といわれる人口全体に供給するには全く不足している。他のインフラもほとんど整備されていない。地方からの急激な人口の流入(人口増加率年間6%)により、貧民層がコンパウンドと呼ばれるスラムに密集して生活している。ヘルスセンター、ヘルスポストといった末端の医療施設が整備されていない。

●今後の計画

- ・井戸を掘る(ソーラーシステムによる給水システム)
- ・ヘルスポスト・ヘルスセンターの建設と運営(エッセンシャルドラッグの常備、ヘルスポランテニア(3週間程度の保健教育)・クリニカルオフィサー(医師と看護婦の中間的存在)の育成)
- ・栄養クラブ設立(食料生産活動)

〔ディスカッション〕

ザンビアの気候風土・政治情勢に関する質問。他のアフリカの国(例えばソマリア)と比べ、戦争を経験していないのに何故インフラや医療システムがあまりにも貧弱なのか。アジアとアフリカでの民族性の違いから考えると考えられる活動の難しさ。家庭内で主権を持っているのは父親だが、実際には母親中心のネットワークを作ることが活動の鍵となる。等、様々な質問、意見が出され、非常に楽しく有意義な討論になった。

次回:11月14日(木) 報告者 Dr. William

-カンボジア・プロムスロイ郡の地域医療活動-

報告は英語ですが、同時通訳がつく予定ですので、お気軽にご参加下さい。

場所:アイオス五反田ビル 2階会議室

時間:18:30~20:30

連絡先:AMD A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

話のついでに、日本で鼻アレルギーの激増した最大の要因と推測されるアレルギー増加の背景に触れておこう。

増えて来たアレルギーとして、一つにはスギ花粉（以下スギ）の増加が推察され、もう一つにはヒョウダニ（以下ダニ）とハウスダスト（以下HD）の増加が推定されている。

先ずスギの増加は、伐採されてしまった全国の樹木を回復させる目的で、第二次世界大戦後（以下戦後）の一斉にスギの植樹が行われた結果と言われる。事実図1に示すように、1950年代に大量に植えられたスギ人工樹林は、1980年代スギを飛散させ易い樹齢30年以上を迎えた。日本でスギ花粉症の初めて臨床的に問題となったのが1970年代後半であり、その後症例数増加を続けている現実、スギ植林の規模と時期・スギの樹齢に矛盾しない。

ダニの住居中の増加は図2に見るごとくであって、やはり1964年以後明確に増えて来ている。しかしスギの増加と比べその理由は十分に説明がなされていない。高気密高断熱住宅の普及が家屋内のダニ数激増の原因とされるが、具体的な機序はどうなっているだろう。

夏のダニの増加は容易に説明できる。高気密高断熱住宅でのカーペットや畳の使用が高温多湿の条件下に、高気密に起因する通気の悪さからダニの絶好の繁殖の場となっているためであろう。しかし冬期においても現在の日本では家屋内のダニの増殖が懸念されている。それはなぜなのか。

そもそもダニの生息には、気温よりも湿度がより重要な要因とされている。そしてダニの生息に最適な環境は、温度が20～30度で相対湿度が60%以上である。ヒョウダニは例えば気温が4度の低温状況下でも生息し続けるが、相対湿度50%以下で飼育すると2週間以内に死亡するとされる。ゆえに住環境内のダニを死滅させるには、室内の相対湿度を低下させなければならない。

一方冬期の高気密高断熱住宅では間欠暖房・局部暖房、つまりこれまでの一般の日本人の生活習慣の暖房の形式が多い。これは後述するように、部屋の片隅の相対湿度が高くなり表面結露（以下結露）を生じがちである。その結露はカーペットや畳に染み込み、後に記述する高い相対湿度と相俟ってダニの生息に適した環境を形成する。

それに対し、昔から高気密高断熱住宅の盛んだった北欧は結露がさほど問題とならず、ダニによる鼻アレルギーも話題となっていない。それは恐らく北欧の住宅では連続暖房・全室暖房で、室内の相対湿度が低いからと推察される。

なお、現在の日本人の暖房習慣が間欠暖房・局部暖房であるのは、そもそも日本人の住習慣が南方型だったことによる。南方型の住習慣では、吉田兼好が徒然草で「家の造りやうは、夏をむねとすべし。冬はいかなる所にも住まる。」と述べたように、夏の暑さを凌ぐことが最大の目的とされる。したがって家全体の造りは通風型であって、冬でも部屋の中を寒気の吹き抜けることが多い。これは兼好の話題とした京都など、歴史的に首都のおかれた地に対する模倣のゆえか、わが国の北部に存在する南部曲がり家でも江

刺の鎌御殿でも同様である。このような住構造では、例えば曇も通風が良く換気が行き届くために湿度が上昇せず、夏でもダニが増殖しにくい。冬期はなおさらである。この南方型住宅の暖房は囲炉裏が原型であり、典型的な間欠暖房・局所暖房とも言える。

しかしそうした南方型住宅は、ことに北日本で冬期の寒さから住民の高血圧や脳卒中をもたらすことが判り、徐々に高気密高断熱住宅が普及して来た。けれども日本人の冬期の暖房習慣は、高気密高断熱住宅の多くなった今でも南方型住宅の時のそれを、色濃く残している。すなわち昔の囲炉裏による暖房のように、昼間は部屋の中の一部のみでストーブなどを点し（局所暖房）夜間には消してしまう（間欠暖房）。すると、家屋内で暖房の効果があって暖かいのは昼間のストーブのそばだけであり、家屋内の大部分の空気は冷たいままとなる。連続暖房・全室暖房では屋内が均等に暖かいので、室内の気温にむらは生じない。それと異なり、間欠暖房・局所暖房では部屋の隅の室温ならびに室内の夜間の気温全般が低い。ゆえに室内の気温に、むらが存在する。その結果空気の水蒸気量の関係上（図3）、室内の相対湿度にかなりのばらつきが見られる。

それを具体的に事例として示したのが図4である。これは北海道の実在の住宅の室内環境と押入の隅の環境を、比較したものである。この部屋ではその中心部も片隅の押入内でも、空気中に含まれる水分の絶対量は均等だが、空気の温度によって相対湿度が異なる。空気は温度によって飽和水蒸気量が違い、高温になるほど水分含有量が多い。つまり一定の水蒸気量では、高温の空気では相対湿度が下がる。逆に同じ水蒸気量ならば、低温の空気ほど相対湿度は上昇する。（図3）なお飽和水蒸気量を越えた空気中の水分は水として析出し結露となる。図4では室内の中心部の気温21度で相対湿度50%だが、その同じ空気が押入では気温が11度となるために相対湿度が85%を示す。つまり部屋の中心部は空気が乾燥してダニの生息を防止できるが、部屋の隅では湿度が高くダニの増殖が促進されることとなる。ただし、このような同じ室内での気温のむらは高気密高断熱住宅においても、連続暖房・全室暖房では生じない。繰り返すが、従来の日本の暖房習慣である間欠暖房・局所暖房を高気密高断熱住宅でもなお継続するとき、同じ室内での著しい気温差が発生する。間欠暖房では昼間室内全体が暖まったとしても、夜間に家屋の隅々まで冷えきってしまう。また昼間の局所暖房は室内の温度差を拡大させるとともに、ガストーブや石油ストーブなどの局所暖房機器から蒸散する水蒸気が、室内の相対湿度をさらに上昇せしめる。局所暖房機器周辺に限定される相対湿度低下に起因する乾燥感も、ストーブ上のやかんや加湿器の使用などに拍車をかけ一層の空気中水蒸気量増加をもたらす。

局所暖房の一種とも形容できるだろうが、全室暖房ではなく各室ごとの暖房も隣接室の非暖房から、結露とダニの発生を来す。（図5）

結論として、最近の鼻アレルギー著増をもたらしている住宅内のダニ・HD増加は、その原因をかなり明確に推測し得る。即ち、ダニ・DH増加は恐らく近年に高気密高断熱住宅の普及と、それにも関わらず旧態依然である日本人の暖房習慣との、一種の齟齬であろう。近年の日本に多い高気密高断熱住宅では、それにふさわしい連続暖房・全室暖房の考え方を導入する必要がある。それがダニ・DHを減少させ、現在の日本における鼻アレルギーの増加を抑制する意味で重要であろう。

図1

スギ林の造林面積の年次推移と花粉発生の盛んな林齢31年以上のスギ林面積

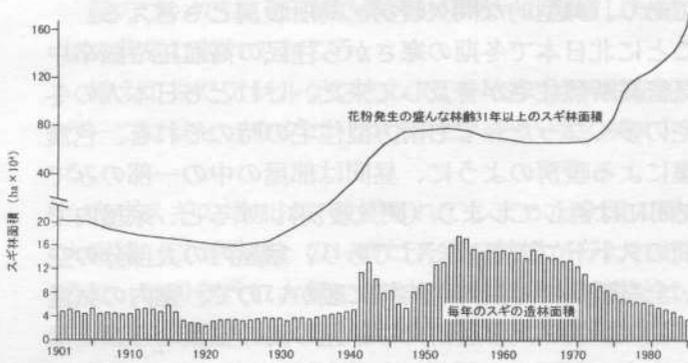


図4 部屋の環境と押し入れ内の環境

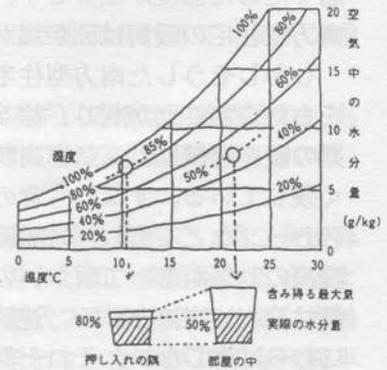


図2

新設住宅戸数と室内塵中のチリダニ数の推移

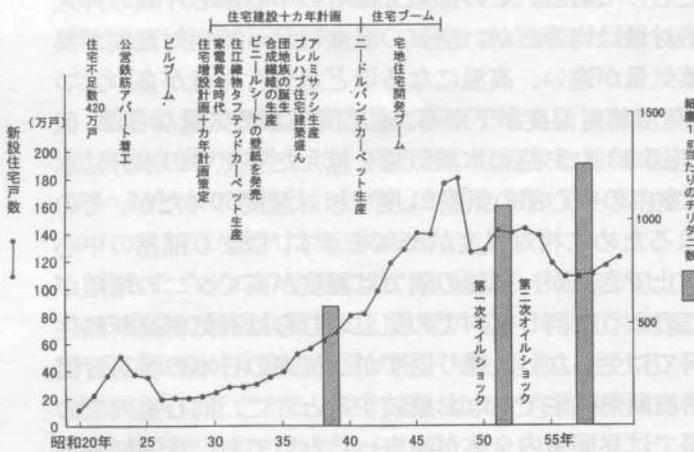


図5

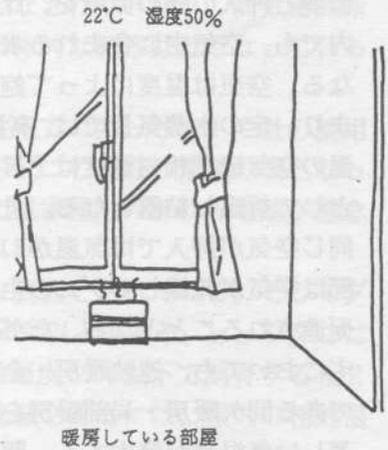
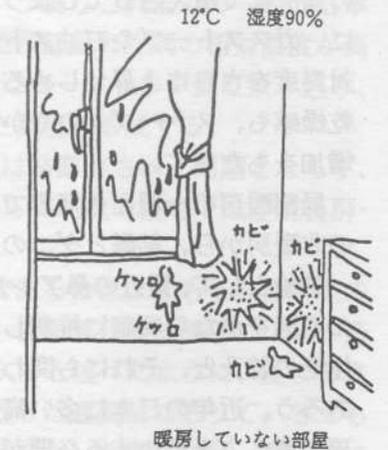
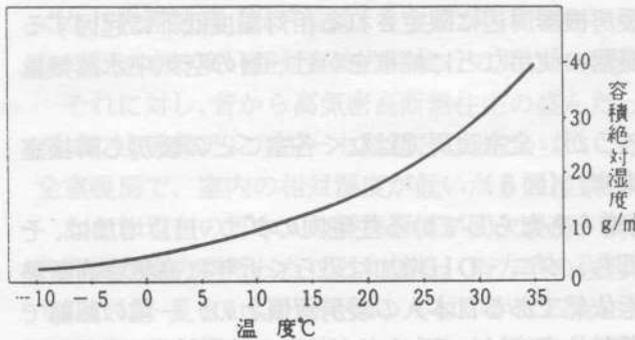


図3 飽和水蒸気量の曲線



さてわれわれは海外と比較するための国内の基本的データとして、日本で初めてスギ花粉症の発見された日光国立公園内に位置する栃木県栗山村と、対照的に杉のほとんど存在しない北海道白老町とで鼻アレルギーの疫学調査を実施している。調査の開始は白老町が1989年で、栗山村は1992年である。

この国内のデータ蓄積があって初めて、中国との比較検討が可能となる。このため中国での各地の調査にあたって、中国から日本国内での調査に参加する研究者も何人か来た。

写真は南京医科大学耳鼻咽喉科から白老町と栗山村での調査に参加している程雷(チェン・レイ)先生。彼は今後感染症に代わって社会的な問題となるであろう中国における鼻アレルギーについて、最先端の知見を得ようと張り切っている。彼が日本に滞在するのは毎年7月から8月にかけての1ヵ月間だが、日本での経験を活かし南京医科大学と江蘇省呉江市黎里鎮でのプロジェクトを組織している。この秋には広州市の中山医科大学での調査をも、橋渡ししてくれた。



なおわれわれのこのプロジェクトは、中国の若手研究者だけのためにあるわけではない。AMDAのメンバーで希望者がおられれば、誰でも歓迎する。

今年の南京医科大学と中山医科大学での調査は10月24日から、また来年の呉江市黎里鎮での調査は5月の連休に実施される。

研究テーマとして将来に向けて本格的にこのプロジェクトに参加したい方は、FAX 022-374-3886へご連絡ください。



国際貢献と商品開発

ボランティアとビジネスを直結させる元気な地方企業

国際貢献をコンセプトに打ち出した 企業が生きる残る時代になった

ルポライター・吉田鈴香

地方に本社を構える企業が、新しく打ち出したコンセプトは「国際貢献」。「これを買うとこんなオマケが貰える」ではなく、「一緒に社会に貢献しませんか」と誘いかける、マーケティング・コンセプトだ。同じ地元の本拠地を置く NGO に賛同した企業が、住民の地元意識をくすぐりつつ、心の充足感に訴える商品を開発しているのである。そして、これは熾烈なビジネス界における、企業の生き残り戦術のようだ。企業と住民、NGO とが、国際貢献をキーワードに結びついている様子を岡山で取材してみた。

■阪神大震災が生んだ結び付き

企業や人々に社会貢献や国際貢献という意識を目覚めさせたのは、なんといっても阪神大震災だ。当時、真っ先に現地で医療活動を始めたのは、兵庫県の隣、岡山県に本拠地を置く AMDA (アジア医師連絡協議会) だった。AMDA に多くの人・企業・自治体がジョイントして、ボランティア活動を行ったのだが、その時の出会いが実に多くの実りを後にもたらしたのである。

地震直後にハム無線のボランティアを行った武鐘九治氏は、地元こんなに立派な活動をする NGO があったのかと、感銘を受けた一人。氏は創業110年という繊維会社の3代目でもあり、エレクトロニクス企業の代表であり、かつ30年来、ジャズバンドを率いて刑務所の慰問や、消防音楽隊の指揮者をするボランティアでもある。多彩な顔を持つ氏は、「ボランティアとビジネスは結び付かな

いものと思ってきた」という。それが、これを契機に、なんとか結び付けられないものかと夜昼無く考えるようになった。こうして考え出したのが、国際貢献をコンセプトとする商品開発である。

■メーカー6社で「瀬戸内改革振興会」を設立

武鐘氏が考案した商品とは、つまり、紛争・災害の現場に耐えられる製品だ。そして、製品には「AMDA」の名を入れ、いわゆる AMDA グッズともいべき製品シリーズを作ろうと決めた。しかし、製品を通して世の中に広く訴えるには、氏が扱う繊維製品だけではなく、仲間が要る。

氏は、まず地元の中小メーカーに呼び掛けて、志を同じくする仲間を集め、今年6月、「瀬戸内改革振興会」を立ち上げた。会員になったのは、繊維、食品、自動車部品、時計会社など6社の経営者。まもなく1社増えて、現在7社が会員だ。

その会則によると、AMDA の趣旨に賛同する企業が集い、AMDA のロゴマーク商標を利用して、AMDA が現地で利用する用具、衣類などを製作、そしてその一部を提供する。加盟会員の商品を共同で売り出す。AMDA の活動に関する知識をともに得る、といった性格付けである。

続いて、AMDA との間で正式に「統一商標利用契約書」を取り交わし、売り上げの一部を商標使用のロイヤリティとして AMDA に支払うことに決めた。

だが、誤解してはいけない。瀬戸内改革振興会

た人は心の充足感が持てるでしょう」と、氏は説明する。

■機能第一、コスト・値段は二の次

開発に当たっては、医師らから直接要望を聞き、試作品を提供する。実際に使ってみての感想をフィードバックしてもらって、それをまた品質改良に注ぐ。そうしたことを繰り返して、AMDAグッズのアイテムを絞り込んでいこうという計画だ。色もその時々流行などを考えて、地色を変える。

だが、機能重視で商品開発をすれば、当然コストが高くなる。値段が心配されるどころだが、氏はきっぱり答えた。「機能第一で開発して、コストは二の次です。したがって価格は通常のものの数倍になるでしょうが、やむをえません。手作業で作るものでもあり、大量生産品ではありませんから。それに、消費者も値段が安いというだけで買う時代ではないでしょう。本物志向というか、長く愛用できるものが欲しいんじゃないかと思っています。物を無駄に使ったり消費してきたツケが、いま日本に回ってきていますが、物を通して心も取りもどせるんじゃないか、と。一つのを長く大事に使えば、ゴミも減るでしょう」。

製品はまだ試作の段階にある。「一体どれくらい売れるのか、はっきりした見込みが立てられない」とのこと、生産数についても未定だ。医師らのニーズに沿って試作品を作ってみて、使い心地の良い物を残し、売れ筋と思えば数を増やしていく方針だ。

また一方、販売ルートについては内々に検討中だ。岡山は繊維のメッカであり、地元で拠点を置く、クラレ、クラボウなど大手繊維メーカーのルートを使うのも一手。まったく新しいルートからも声が掛かっている。恐らく海外市場の方が大きくなるのでは、と見込んでおり、海外での販売については、AMDAの事務所に見本を置いて発注を受けていく方針。

実はこれまで、AMDAの医師やスタッフ自身

が、「良い物を見つけたから現地で欧米のNGOから買ってきた」というケースが数多くあった。欧米には軍用品などを扱うメーカーが多数あり、そこがNGOにも製品を供給しているのである。もちろん、アウト・ドア用品として一般市場で売るものもある。はからずも、瀬戸内改革振興会が狙う商品は、こうした分野に相当する製品だったわけだ。外国のNGOがAMDAのロゴが入った製品を愛用する様を想像するのも、なかなか面白い。

■地場産業復興の目玉に

ところで、振興会はその後も入会希望者が多数あり、武鍵氏は目下、説明に奔走中である。同じ分野のメーカーが入会したい場合にはどうなるかという質問に、氏はこう答えた。「一切規制はありません。大事なのは志ですから。何社が入ってこようと、まったく同じ物ができるわけではありません。かえって、刺激になるんじゃないでしょうか」。

確かに、日本は産業の空洞化が急激に進んでいる。なんらかのインセンティブをもたらさねば、製造業は衰退するばかりだ。とくに、瀬戸内改革振興会のメンバーである中小メーカーは、大手メーカーの下請け企業として長く日本の製造業を支えてきたが、時代の波で途上国に発注されることが増えていた。

「私がやってる繊維など、とくに途上国に押されて冴えない状態です。でも、我々でないとできないものがある。それをやりたいんですよ」と武鍵氏は力を込める。

業界が衰えたといえど、地場産業を担う経営者たちは、元来、技術には自信がある。それを生かす機会がなかっただけのことだ。彼らは起死回生のキーワードが見つかり、元気を取り戻した。アイデアを捻り、夢を追う毎日が再び訪れたのである。

さらに嬉しいことに、若者がUターンしてくれ



中国雲南省大震災緊急救援プロジェクトで
住民の健康診断を行うAMDAの医師
(AMDA提供)

は単純に AMDA のバックアップ軍団になろうというのではない。ここでは AMDA という文字を、「国際貢献」と読み替えるべきであろう。AMDA だけを応援するのではなく、国際貢献の象徴としての位置付けなのである。

岡山県内には幾つかの NGO が存在し、それぞれ良い活動を行っている。にもかかわらず、あえて「AMDA」のロゴにこだわったのは、国の内外で名が通り、どんな活動を行っているかが誰の目にも明らかなのは、やはり AMDA だからだ。

自分の手を離れたお金がどのようなルートを辿って、現地に行くかを把握できればこそ、人々は積極的に購入する気になる。つまり、AMDA のロゴマーク入り商品を買うたびに、「あのスタッフたちが現地で働く時に役立つのだ」「これで途上国の人々を支援できた」という現実感、充実感を得られるわけだ。瀬戸内改革振興会は自らの目的と内容をはっきり示す上でも、地元民の国際貢献意識を高める上でも、「AMDA」の文字が必要だったようだ。

■商品質で、夢を買える商品を目指す

さて、瀬戸内改革振興会が目指す商品とは、どのような物であろうか。武鐘氏に話を聞いてみた。氏は現在、特殊繊維を使って、バッグ、前掛け、

テント、リュック、靴などの AMDA グッズを試作中である。

例えば、医療器材の入っているバッグが防弾性なら？ 弾丸が飛び交う現場で活動する医師は、いざというとき弾除けの盾として使える。手術その他広く使える前掛けは、車がぬかるみに嵌まったときに下に敷けば、脱出できる。靴が耐熱・耐寒・防弾なら、熱で足を踏み入れられないような現場にも耐えられよう。また、食事の煮炊きができない現場では、携行食品も必要だ。といった具合で、非常に興味をそそられる製品シリーズである。

ちなみに、前述の例で使う生地は、防弾チョッキに使うベクトランという特殊繊維。岡山県内に本社があるクラレが所有権を持つものだ。武鐘氏はクラレの協力を得て、この特殊繊維を生地に織ってもらい、加工・縫製をしている。

他の構成メンバーが開発した商品はまだ揃っていないが、共通事項は、AMDA のロゴが、いわゆる「AMDA カラー」のブルーで入っていること。紛争・災害現場で使えること、の2点だ。

「私たちが目指すのは、一口で言うなら高品質です。丈夫で長持ち、使い心地が良くて色もきれいで、しかも夢があるものです。単なる製品としても従来品より何倍も性能がよく、それでいて売り上げの数%が国際貢献に役立っているから、買っ

るようになったのである。東京で活躍していた女性デザイナーが、「ぜひ、デザインさせてほしい」と乗り出し、経営者たちの子息が「そういう夢のある仕事ならやりたい」と、戻りつつある。若者を魅き付けてこそ、企業は活性化するもの。戦後の日本を作ってきた経営者たちの胸には、未来にバトンタッチできる嬉しさがあるに違いない。

■地方の力の源泉は 旧家と地元意識

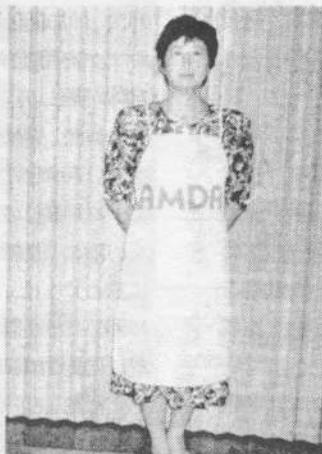
武鐘氏らの活躍を取材するうち、一つの“文化”が見えてきた。経営者たちは仕事だけの人生を送ってきていない。多趣味でもある。考え方に、ある種の遊びがあるのだ。

その秘密は、どうやら「旧家」ということにあるようだ。人口がさほど東京に集中していなかった戦前、地方にあって日本の産業界を担う中、旦那衆とでも言おうか、地域の人々の面倒を見るボランティア精神に富み、多くの逸材を世に送り出してきた。

そして、普段は風雅な暮らしぶりでも、ここ一番というとき、世間をアツと言わせてくれる旧家の神髄は、今も健在なのである。東京一極集中が続き、地方にはもはや力はないと思うのは早計だ。

地方は、厳しさに晒されているという点では、首都圏よりも現状把握が進み、何をせねばならないかをいち早く感じ取る状況にある。瀬戸内改革振興会にせよ、時代に先駆けての進取の精神が生まれるのも、ある面で当然といえるかもしれない。

加えて、地方の人々には「地元意識」という、強烈な共通語がある。私が出会った岡山の人々は、AMDA 代表の菅波茂氏を、「岡山が生んだ3大人物の一人」と絶賛した。AMDA を目掛けて世界中からこの岡山にやってくる人が後が絶たない。そ



試作品の前かけ



防弾性のショルダーバック

のことに刺激を受けている人は少なくないようだ。タクシー運転手は、「自分たちはいつもと変わらぬ毎日を送っていても、地球のどこかで何かが起きていることを知らせてくれている」とも言った。

国際貢献をテーマにした商品は、岡山県人に「国際貢献を行う NGO が、他でもない、私たちの地元にある。あなたもあの NGO を通して地球に貢献しよう」と、提案しているのである。地元意識を刺激されれば、他に「これじゃないとダメ」といった物がない場合には、気持ち傾くのは至極自然なことだ。

■金融商品も国際貢献呼掛け型で

AMDA のロゴを使っただけの商品開発は、メーカーだけではなく。実は AMDA のロゴを使った初の商品は「AMDA カード」である。

クレジット業界 No.8 の全日信販が自ら企画・作成したもので、他に見られるような NGO 側からの持ち込み企画ではない。会社の利益ではなく、社会の利益になるような商品を作りたいと、平成5年から検討を重ねた結果、生み出したのだ。そこに阪神大震災が起き、ボランティア意識が一気に開花。売り出しに弾みがついた。

「営業マンは久しぶりに良い商品が出たと張り切って顧客回りをしています。お客様あつての会

社だという企業の原点に戻れた感じがして、社員の心の浄化にも役立っています」と、水野省吾カード課課長。

商品が出る度にただ「よろしく」と頭を下げる時代は終わった。胸を張って心の貢献を呼び掛けてこそ自分たちも生き生きできるし、利用者も納得できる、というのである。地元メーカーのジョイント数を増やして利用者数を倍増させる戦略をたて、年度内には AMDA カードは1万枚を達成する見込みだ。

次の金融業界で動いたのが、岡山市に本社を置く中国銀行だ。今年8月1日から「アムダ ボランティア定期貯金」をスタートさせた。1口10万円を目安に募集し、利子の20%を AMDA に寄付する仕組みで、初年度は2万口を予想している。これもまた、利子の大きさを顧客と呼ぶのではなく、「誰かの役に立つ」充足感、夢を売ることがポイントだ。

実は寄付先を AMDA だけに絞ることに反対する意見もあった。だが、寄付金がある後いかに使われるかが最も見える AMDA に絞ろう、岡山県の名を訴える上でも大事だから、ということになったとか。木村泰二営業企画部長は、「企業が持つ機能をいかに使うかがフィランソロフィー。私たちはお客様が世界に貢献する接点を提供するのが役割」と語った。

■心の充足感に訴える

すでに熟成の域に達した日本の社会では、熾烈な経済利益の奪い合いは企業を磨滅させるだけのようだ。値引き合戦やオマケ商法に明け暮れているうちに、社員も会社もくたくたになったという経験をもつ企業は多かろう。

とくに、「これをこれだけ買うと、こんないい物が買えますよ」と誘うオマケ商法は、今も健在だが、消費者から見れば、大した魅力があるものではない。オマケがなくとも、良いものがあれば買うのが消費者。まして、これだけ物が溢れた世の

中で、付加価値のあるオマケを用意すること自体が難しい。

もはや、発想を転換すべき時がきた。「貰ってトクする」のではなく、逆に「貢献して役に立とう」と、出す側に回ることを勧めるのが、国際貢献商品の差

別化戦略。パイの奪い合いを脱して、心の充足感に訴える差別化戦略があってもよいのではないか。

フィランソロフィーの見地から見ても、これまで、企業が国際貢献をするといえば、収益の一部を何らかの団体に寄付するやり方が一般的だった。だが、国際貢献型商品は、顧客に直接、国際貢献する機会を与えている点が、新境地を開いたと言える。

預金利率は史上最低、大きなお金が動く場面が減ってきている昨今だ。企業にとっても、時間がかかっても、顧客と一つの夢を共有し、長く付き合い合ってくれる固定客を確保することのほうが、最終的には利を生む、と判断している。

収益を上げるだけの存在から、社会価値を生み出す存在へ——。企業がその機能を使って、顧客や社員に社会に貢献する機会、自己実現を図る機会を与える主体へと、変身する時代がまさにいま始まっている。

吉田鈴香（よしだ すずか）

ルポライター。1958年新潟県生まれ。広告代理店、出版社勤務を経て、89年からフリーランサーに。著書に「NGOが世界を拓く～NGO マニュアルガイド」（亜紀書房、定価1,700円）等がある。



武鐘久治氏

高校生の小さな一歩

も出せないのでもできない。ボランティアなどの希望があれば、ぜひ問い合わせほしい。

中山 NGOは今後、もっと社会的に認められようになる。政府としても、補助金を出す制度を作るようにしていきたい。

資金難のN 火災救援で 女性の自立



熱の入った発表に拍手する高校生ら

質疑応答

中山 政府の緊急支援は人命にかかわるものが基本なので、モングルの草原火災については、こもしていないと思う。ミャンマーへの援助は軍事政権がスー・チーさんを解放するまで凍結しているが、これは病院建設や看護婦養成などで、スー・チーさんの主張は当たらない。

——現地でも苦労した点や喜びは。

平田 マンダラテラシユで女性の自立を助ける活動をしている。それが成功し、収入の面で女性と男性の立場が逆転した。その姿が目に留まるのだから。

——依然として男女差別があるが、女性は本言にNGOや外務省で働けるか。

中山 投所には男女の区別はない。ODAでは発展途上国の女性の自立に力点を置いており、女性職員をたくさん入れた調査団を出している。女性に開かれた投所だ。

バザール、募金、テレカード集め／旧ユーゴにタオル／身近なことから



「自分の目で見たネパール」を通わず手段と思った。日本の後援者さん、高校一年の冬、ネパールに行った。カトマンズでは多くの車が真っ黒な排気ガスを出して走り回っていた。日本や他の国々が、環境基準以下の車を安く売らされているという。ぜんぜん多くの命が奪われた日本の大気汚染のことが思われた。地方に行くと、水も空気も澄んでいない。川で沐浴を済まし、星の下で歌い、踊り、笑いあった。歌や笑顔は国境を超え、心



国際研究部で実現可能な取り組みを探し、スタープランに参加した。国際的価値観として、塗上国の子に資金援助、教育と生活を保障するもので、四年前からボリビアの九歳の少年、ラモス君に年間六万円を送っていた。



「私たちの考えを国際協力」中島奈奈さん、チベット東部の高原で猛吹雪の高原水餃子四度を下回り五十人が死に、一万六千人が凍傷



「足りないところを埋めてい」木村華さん、塗上国は食物は相場で、着て



「モンゴルの火災について考

現地の実情学んで

助言者のコメント

自主的な

中山 喜弘さん



助言の種類は内借、無償資金協力、技術協力、三つだ。

平田 哲さん



国際教育の機運が高まっていると感服した。

国際協力に関心を持つは、あひも付き」との批判が、国際協力に関心を持ってもらえることに感激した。今後、皆さんのような若い方にODAを支え、批判してもらえたらいい。ODAの額は一兆三兆は発展途上国に行き、千億円で、国民一人当たり、現地の実情を学んで一億円になる助成。振ほし。

国際協力に関心を持つは、あひも付き」との批判が、国際協力に関心を持ってもらえることに感激した。今後、皆さんのような若い方にODAを支え、批判してもらえたらいい。ODAの額は一兆三兆は発展途上国に行き、千億円で、国民一人当たり、現地の実情を学んで一億円になる助成。振ほし。

く、自分を発見し、自分から変わろう」として、幅広い視野を身に着けた。将来、役に立ちと思、高校の中に国際教育の機運が高まっていると感服した。

主編 読売新聞大阪本社
読売テレビ 国際協力事務局
関西支部 大阪府国際交流財団
国際ボランティア貯蓄財団
後援 近畿郵政局 関西N
GO協議会 大阪府高等学校
国際教育研究会 報知新聞社

国際協力ひろば

私たちができることは

本年度「回目的」「国際協力ひろば」私たちができることは、8月、大阪・キタの読売大阪ビル内、ギャラリーまぐりで開催された今回のテーマは「高校生が考える国際協力」で、第一部では近畿・中国の高校生十二人がこれまで取り組んできたこと、曰く「授業や専らしの中で考えた意見を発表。」「視野を広く持つて、発展途上国のため何ができるか考えたい」といった真剣な内容が多かった。第二部は質疑応答で、平田哲・関西NGO（民間活動団体）協議会議長と中山喜弘・外務省経済協力局政策課事務官が出席者からの質問に答へ、アドバイスした。

- ◆発表者◆
 疋田真帆子（大阪府立住吉3年）
 坂田裕子（同千里2年）
 林麻貴（同）
 久保綾（和歌山県立那賀2年）
 伊藤暁子（小林聖心女子学院3年）
 後藤魁妃（京都市立紫野2年）
 佐伯八恵子（愛媛県立丹原2年）
 中島奈奈（奈良県立高円3年）
 木村清華（大阪府立住吉3年）
 島村美奈子（兵庫県立芦屋南3年）
 岡田光史（岡山県立岡山一宮2年）
 西尾洋美（大阪府立千里3年）
- ◆助言者◆
 平田哲・関西NGO協議会議長
 中山喜弘・外務省経済協力局政策課事務官
- ◆コーディネーター◆
 織田峰彦・読売新聞大阪本社生活情報部長

大きな力

「NGOにはいろいろな団体があるが、なぜあまり知られていないのか。」
 平田 NGOを支えて下さる人は少なく、ほとんどの団体は五百人以下だ。とても資金難で、広告も出せないのだからできない。ボランティアなの希望があれば、ぜひ問い合わせしてほしい。

多いNGOの援助できない？ 自立に力点

「災害の国際協力について聞きたい。モンゴル車庫の大火で日本政府は何をしたのか。また、ミャンマーへの援助は本部に金が流れるから、サン・チーさん」
 が批判しているが、どうなのか。
 中、政府の緊急支援は人命にかかわるものが基本なので、モンゴルの草原火災についてはな

自主的な行動に感動

環境や難民問題など、で、皆さんが「何ができるか」と真剣に考えて、のになつていいる点もある。図書類などで幅広い実行しており感動した。単に金を送るのではなく、自分を見出し、自分から変わろうとしていて、幅広い視野を身に蓄けたら将来

地球規模で行動／震災で目立ったNGO／少女売春の実態学ぶ

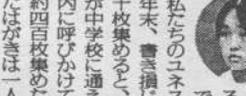


「私たちのできる国際協力の第一歩」
 疋田真帆子さん
 冷戦が終結し、でも、日本は軍事實費を増やしている。震災の被災者へ、お年寄りのためなどに、もっと予算を使ってほしい。ODA（政府開発援助）についても、贈与分が少なく、ひも付きて批判されている。南アの

パルトヘイト批判の当時も日本は最大の貿易相手で、その国の多くの人々が何を求めているかに鈍感だった。しかし、素晴らしい話もたくさんある。エチオピアの大飢饉の援助に向かうスタッフや「地球という我々が住んでいる長屋の端が燃えだしたから」と答えたという話を聞いた。これが国際協力の大切な精神。地球規模で考え行動するこ



「環境破壊と国際協力」
 坂田裕子さん、林麻貴さん
 環境破壊、特に地球の温暖化が世界の危機になっている。これは大量生産、消費、廃棄型の文明が、二酸化炭素を出しすぎ



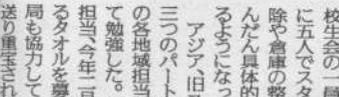
「ボランティアは「やってあげろ」という意識ではない。」「私たちがユネスコクラブは、五十枚集めると、タイで一人の子が中学校に通える」と聞き、学校内に呼びかけて、正月を中心に約四百枚集めた。私たちの送ったはがきは一人の生徒の一年私たちが側の問題と思っ



「災害における救援活動について」
 伊藤暁子さん
 昨年の阪神大震災で、私たちの学校も周囲も大きな被害を受け、海外を含め多くのボランティアの救援を受けた。特にNGOの救援が目立った。NGOとは日本から途上国に援助する団体だと思っていたが、必要な所にはどこでも駆けつける、機動的で幅広い活動をする団体と知った。外国政府レベルの救援隊も多かった。震災では、救援団体相互の協力や、海外からの受け入れが難しかったと言われた。これは、日ごろ国際協力が無関心だった私たちが側の問題と思っ



「芦屋南高で学んだこと、そして生かしていきなさい」
 島村美奈子さん
 私は国際文化科の三年生、二年の時、グループによる「地域研究」の授業があり、東南アジアの少女売春をテーマにした。十歳ぐらいの少女たちが麻薬やコカインに侵され、欧米や東洋の大人のおもちゃになっている生々しい実態、先進国の大人がやっていることを知り、ショックだった。キューバのカストロ議長についても五十枚以上のレポートを書いた。高校生は学び、考え、視野を広げることが大切だと思う。それが行動を起す時の原動力になる。



「アマダ高校生生活の誕生と今後」
 岡田光史君
 O-AMDA（アジア医師連絡協議会）の高校生会の一員だ。会は昨年九月に五人でスタート、事務所の掃除や倉庫の整理を手始めに、だんだん具体的な取り組みができるようになっていった。



第3章 溶け合う「内」と「外」 (4)

地域大変動

日本人と外国人が一緒にあって開かれた地域社会づくりに取り組む動きが活発になってきた。主役は多国籍のボランティアたち。国際協力を旗印にするNGO(非政府組織)などが新たな舞台で、交流から相互扶助による協力・貢献の時代へ。異文化の共生を目指して、「内なる国際化」は急テンポに進み始めた。

全町民に旅券

JR岡山駅から車で北へ約五十分。県中部に位置する岡山県加茂川町は人口六千七百人の桃の産地。山あいの町役場を訪ねたら、国際交流職員では四人巨匠というオーストラリア人のスーサン・キヤメロンさんが出迎えてくれた。

「これから外国に行けば向こうからも来る。とりわけ途上国との交流は豊かさは何かが、地域社会のあり方を考

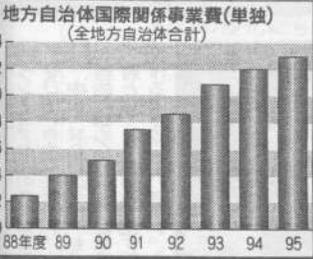
えろうえでも貴重。全町民がバスポートを持ち、町内NGOのメンバーとして参加・活動できるよ。日本一グローバルな町おこしを進めている。片山舞平町長は開口一番、こういって胸を張った。

国際協力で町にも活力

国際協力を模索する自治体が多いなかで、同町は九四年四月、貢献を明確に盛り込んだ全国初の「国際推進条例」を制定。半年後には推進母体になる民間貢献組

「KTO」(会)は現在百四十人(八人が若者)で、ホームステイなど十五カ国町と住民が一体になった地域づくりの活動に取

り組んでいる。貢献活動は多



各国ボランティア主役



異文化との共生に道

インド、メキシコ、カナダなど各国のスタッフが集って番組の打ち合せをする「FM CO・LO」(大阪市住之江区)

〈集う〉

のコミュニティ向けに自由に制作できるよう開放してあり、外国人による、外国人のための「多国籍情報NGO」放送局が登場した格好だ。プログラムスタッフと呼ばれる外国人ボランティアは十九カ国六十人。留学生や専門学校講師、主婦など職種はさまざまだ。それぞれ制作する番組は一日十五分、週七本、関西で暮らす外国人約百万人向けの、日本の生活情報や母国の最新ニュースを提供しているが、「最近では日本人リッスナーの急増でこの番組が日本語でのチャットで話す放送が多くなった(運営会社、関西インターメディアの佐原輝彦社長)。

民間主導で推進

十八カ国に活動拠点を持つAMD A本部。「世界が必要とする都市がどこかには国際貢献活動が尺度に取られる時代。いい例が加茂川町で、通信や交通の発達で地方の過疎の町にもチャンスが広がった。岡山はNGOが主催する。東のジュネボンを自国では、世界都市として生き残れる」。菅波茂・代表は「国際貢献活動の重要性をスバリ指摘する。その岡山市ではこの十一月、「世界NGOサミット」が開催される。二十カ国のNGO活動家六百人の参加が見込まれ、関係者は一國連の模範を推進する(会事務局長)と意欲的だ。隣接の広島県はAMD Aと連携、来春には東広島市内に「NGOカレッジ」を開校する予定だ。岡山、ただ、全体では東京都、神奈川県など一部が国際貢献活動に、補助金などを積極的支援しているもの、その自治体は人材の派遣を受け入れに力を入れている。異文化共生社会の扉は開かれるか、自治体が決断する時がきている。

町人口も増加

族々あみでのホームステイをぜひ実現したい。流ちょうな日本語で話すのは地域活性化推進課勤務のスタッフさん。

伴うが、職員や町民のモラルアップは著しく、地域全体が元気になったと片山町長。作戦が功を奏したのか、減少の一途だった町人口は昨年、二百五十一人増え、四十年ぶりにプラスに転じた。大阪・南港の超層ビル「WTC(大阪ワイルドトリドセンター)」。このビルの三階から昨年十月、中国タイ、ブラジルなど十四カ国の言葉で放送された多言語放送局「FM CO・LO」が熱い視線を集める。言語数でも屈指の放送局だが、異文化共生を推進する外国人



きょう「国際協力の日」— 主役はNGO

民族衣装の着付け、クイズ、エスニックフードの試食、劇……。『国際協力』を身近に感じてもらうと、ボランティアたちは、工夫をこらした。とくに華やかなのが、前年より二十六の約百一団体が参加したNGOのテント群。幅約四尺の通りは、終日人でごったがえした。

一方、外務省の外邦団体や国際機関のテントは、会場を中心に部を割られていたが、人出はいいまじり。広報資料だけを積み上げただけのテントも目立つ。

NGO活動推進センターの伊藤雄雄事務局長は「三年前に私たちが運営に加わり、毎年規模

「側の団体が参加
秋晴れの日比谷公園には二百十を超えるテントが並んだ。一角にインターネット体験コーナーが設けられ、NGOや国際機関を紹介するホームページを見るために八合のパソコンが用意された。

「町民の皆さんは海外に對する関心は高く、来年には家

「危険な所だから万が一、事故が起きる場合を考えれば……」と口を濁すばかりだった。だが、な所でも危険はあるし、気を付ければ、危険は防げる。またまだ日本人の意識改革が必要だ」と中野さん。

「援助疲れ」で悩む欧米先進国に比べて、開発協力への日本の世論の支持率が高い。しかし、中米エルサルバドルで協力隊員として働いた中野教諭の曰く、井香里さん(仮名)は、現代の情報化の波が途上国に対する、供たの関心を弱めている」と指摘する。

「危険な所だから万が一、事故が起きる場合を考えれば……」と口を濁すばかりだった。だが、な所でも危険はあるし、気を付ければ、危険は防げる。またまだ日本人の意識改革が必要だ」と中野さん。

六日の「国際協力の日」にあわせて、政府や非政府組織(NGO)の開発協力の活動を紹介します。「国際協力フェスティバル」が東京・日比谷公園で開催されている。政府の途上国援助(ODA)の宣伝のために始まった祭典は六回目。今年は、環境保護や村開拓など百団体を起えるNGOが参加し、「主役」となって「官」を圧倒した。また、NGOの活動基盤は弱く、帰国した青年海外協力隊員の再就職の難さも厚い。年々華やかなを増す祭典だが、「国民参加の国際協力」実現への課題は多い。

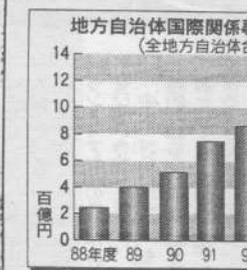
「町民の皆さんは海外に對する関心は高く、来年には家

「危険な所だから万が一、事故が起きる場合を考えれば……」と口を濁すばかりだった。だが、な所でも危険はあるし、気を付ければ、危険は防げる。またまだ日本人の意識改革が必要だ」と中野さん。

「援助疲れ」で悩む欧米先進国に比べて、開発協力への日本の世論の支持率が高い。しかし、中米エルサルバドルで協力隊員として働いた中野教諭の曰く、井香里さん(仮名)は、現代の情報化の波が途上国に対する、供たの関心を弱めている」と指摘する。

「危険な所だから万が一、事故が起きる場合を考えれば……」と口を濁すばかりだった。だが、な所でも危険はあるし、気を付ければ、危険は防げる。またまだ日本人の意識改革が必要だ」と中野さん。

「危険な所だから万が一、事故が起きる場合を考えれば……」と口を濁すばかりだった。だが、な所でも危険はあるし、気を付ければ、危険は防げる。またまだ日本人の意識改革が必要だ」と中野さん。



「町民の皆さんは海外に對する関心は高く、来年には家

「危険な所だから万が一、事故が起きる場合を考えれば……」と口を濁すばかりだった。だが、な所でも危険はあるし、気を付ければ、危険は防げる。またまだ日本人の意識改革が必要だ」と中野さん。

「援助疲れ」で悩む欧米先進国に比べて、開発協力への日本の世論の支持率が高い。しかし、中米エルサルバドルで協力隊員として働いた中野教諭の曰く、井香里さん(仮名)は、現代の情報化の波が途上国に対する、供たの関心を弱めている」と指摘する。

「危険な所だから万が一、事故が起きる場合を考えれば……」と口を濁すばかりだった。だが、な所でも危険はあるし、気を付ければ、危険は防げる。またまだ日本人の意識改革が必要だ」と中野さん。

「危険な所だから万が一、事故が起きる場合を考えれば……」と口を濁すばかりだった。だが、な所でも危険はあるし、気を付ければ、危険は防げる。またまだ日本人の意識改革が必要だ」と中野さん。

国民参加へ多い課題

帰国後の就職難／低い子供の関心

「危険な所だから万が一、事故が起きる場合を考えれば……」と口を濁すばかりだった。だが、な所でも危険はあるし、気を付ければ、危険は防げる。またまだ日本人の意識改革が必要だ」と中野さん。

「援助疲れ」で悩む欧米先進国に比べて、開発協力への日本の世論の支持率が高い。しかし、中米エルサルバドルで協力隊員として働いた中野教諭の曰く、井香里さん(仮名)は、現代の情報化の波が途上国に対する、供たの関心を弱めている」と指摘する。

「危険な所だから万が一、事故が起きる場合を考えれば……」と口を濁すばかりだった。だが、な所でも危険はあるし、気を付ければ、危険は防げる。またまだ日本人の意識改革が必要だ」と中野さん。



「危険な所だから万が一、事故が起きる場合を考えれば……」と口を濁すばかりだった。だが、な所でも危険はあるし、気を付ければ、危険は防げる。またまだ日本人の意識改革が必要だ」と中野さん。

「危険な所だから万が一、事故が起きる場合を考えれば……」と口を濁すばかりだった。だが、な所でも危険はあるし、気を付ければ、危険は防げる。またまだ日本人の意識改革が必要だ」と中野さん。

中国雲南省衛生庁庁長AMD A事務局訪問報告

AMD A事務局 林 信秀

平成8年9月8日(日)から9月9日(月)の二日間にわたり、AMD Aが中国で実施している雲南省大地震救援プロジェクトの中国側受入責任者である雲南省衛生庁庁長 揚 慈生 教授と同衛生庁外事弁公室主任 解 宇 秘書が岡山を訪問した。9月8日にはAMD A事務局と医療法人すこやか苑の視察を行った。これに先立ち、すこやか苑4階多目的ホールにて 揚 慈生 教授による、現地報告会及びプロジェクト支援者との交流会が催された。揚 教授からは震災時の様子とその後のAMD Aの迅速かつ継続的な活動への謝辞が述べられた。参加者は、岡山華僑総会の皆さん、学校再建プロジェクトに協力いただいている小中学校の皆さん、地域ボランティアの皆さん他、約100名にのぼり、菅波代表による尺八や、ボランティアの方によるお琴の演奏などが行われる中、和やかに交流が行われた。また、すこやか苑の視察時には、デイケアサービスについての関心の高さが伺われ、幾つもの質問が出されていた。

翌 9月9日には、揚 教授と解 主任両氏による県庁環境衛生部長および岡山市市長への表敬を行われ、緊急災害時における対応などについて情報交換が行われた。



AMD A 高校生会のメンバーより
記念品の贈呈を受ける揚 慈生教授



麗江地区教育委員会からの感謝状を
いただいた小学生との記念写真
(上段左から2人目 揚 慈生教授、
上段右 解 宇秘書)

長野知事と懇談する各国の大使ら



AMDAや 選挙で懇談

21ヵ国大使が知事表敬

二十四日、岡山入りした世界二十一国の駐日大使や夫人らで編成する外務省主催の視察訪問団は県庁に長野知事を表敬訪問し、各

国と岡山の友好関係を深め
訪問団長のタイプ大使
(マレーシア)が「心のこ
もった出迎えを受け、岡山
の国際化が非常に進んでい
ることを実感しました」と
お礼の言葉を述べた後、各
国大使が知事と懇談した。

合った。(一面に関連記事
県庁三階の大会議室で、
各国の大使がそれぞれの国
旗の置かれた円卓を囲み、
知事が「これほど大勢の大
使が一度に来岡されたのは
初めてのことで、大変光栄
県の産業や文化に触れ、躍
進する岡山の姿を確かめて
ください」と歓迎のあいさ
つ。

ルワンダ大使が岡山に本
拠のあるAMDA(アジア
医師連絡協議会)の活躍に
触れ、「本国がいろいろ援
助を受けており、この機会
にお礼を申し上げたい」と
述べると、知事は「非常時
に世界各国へすぐに活動す
る素晴らしい組織ですね」と
答えた。

インドネシア大使が「次
の知事選は日本中の注目を
浴びていると聞いている
が、情勢はどうか」と質問。
知事は「候補予定者の一人
は裁判官出身で衆院議員を
長くやった著名人。同時に
建設省出身の新人も立つ。
結果いかんでは岡山出身の
橋本政権にも影響を及ぼす
かもしれない」と述べた。
注目されていると述べた。

AMDA 事務局を訪れた
ルワンダ大使御夫妻と
事務局員



NGOサミット 開催内容決まる

県内のNGO(非政府組
織)などでつくる国際貢献
トリア岡山構想を推進する
会(谷口澄夫会長)は二日
十一月に開く第三回「第
かやま国際貢献NGOサミ
ット」の開催内容を発表し
た。
今年はおもひやりの心
を世界の人々とともにを
目指す。

- ・10月17日 厚生大臣感謝状授与
(阪神大震災の支援活動に対し)
- ・10月18日 社団法人 ソフト経済センター
ソフト化賞特別賞受賞(個人)
- ・10月7日 AMDA メコン川流域大洪水
被災者緊急救援プロジェクト
ベトナム・カンボジア・ラオス

キヤッチフレーズに十一月
二十三日から四日間、岡山
倉敷市などで開催。タイ
のスラム街で子供たちの教
育生活環境向上に尽力し、
マクサイサイ賞を受賞した
ブラザー・ウィンソンタ
ム・ハタさんのほか、海外
からは二十四団体のNGO
代表らが参加。各国の宗教
NGOが活動報告するなど
し、ネットワークづくりを

ボランティア・リレー

日日

服部 亮介

若き人にまじりて半日を過ごすことはわれのためにひとのためにあらず

菅波先生のなさることなら間違ひなしとわれは信じて手伝ふ今日も

アムダといふ言葉の意味も知らざりきしらざるままに手伝ひをする

週二日の手伝ひにゆくよろこびは朝の寢覚めのときにはじまる

新聞の切抜き封筒貼り印刷などと手伝ふわれにつつがあらすな

朝歩きより戻り来たりて五位鶯の幼鳥のまなこを想ふいとしく

人を恐れぬをさなき鳥のあどけなき橋の下にて今も魚待ちてゐむ

五位鶯の赤きまなこよ朝の陽のひかりを受けて汝は立ちつくす

翡翠に気づかれぬやうに近づきて写真に撮りたしと思ひて果たさず

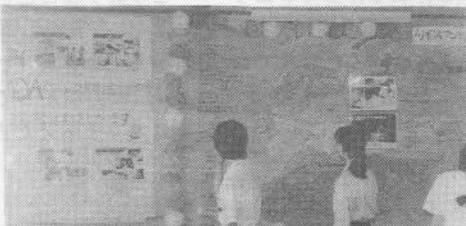
水の面を一直線に飛び去りぬ緑青色に光る背のいろ

多数の中学・高校の文化祭でAMDAのパネル展が
開催され、多くの募金も寄せられました。

AMDAのパネル展を通して、先生方、保護者、生徒から多くの協力を得ることができ、みんなの気持ちに感謝しております。今後もボランティア活動に参加していきたいです。（県立落合高等学校）

初めてAMDAを知って、とても日本に大切な組織だと思いました。また、協力という事が、とても大切なものと分かりました。これからもAMDAに協力していきます。

（備中町立備中中学校）



香和中でのAMDAパネル展

全校生徒で集めた使用済みテレカ1604枚です。少しでも薬とかが貧しい人の手に渡ると、とても嬉しいです。（市立香和中学校）



コスモスの咲き乱れる美しい季節となりました。
某新聞社が出しているテレビ番組の案内から・・・

これは10月17日から始まったドラマの紹介文です。
「国境なき医師団 (AMDA) の一員として」???

いったい萩原健一扮する外科医は、

「国境なき医師団 (MSF)」の一員なのか???

「アジア医師連絡協議会 (AMDA)」の一員なのか?

どっちなのでしょう?しかし、こう言った間違いは

以前からよく耳にする。電話の問い合わせなどで、

「AMDAは国境なき医師団の日本支部ですか?」とか。

さて、会員の皆さん、もしこの手の質問を受けた場合は

以下のように対応して下さい。

「AMDAは日本に本部をもつアジア発のNGOで、
現在の支部はアジアに限らずスーダン、カナダ、ブラジル
と世界に広がりつつあります。MSFとは全くの別団体です。」

おおお100点満点の回答だね。(笑)先日、某AMDAの医師は、この質問に「まあ、あっちの方が
規模は大きいですけれどね・・・」とつけ加えていた。さて、この記事からもう一カ所気になる部分を。

最後の行「だが病院内の空気は温かくなかった・・・」私はこのテレビドラマを見ていない。

そこで「見ていないことを前提」として勝手にドラマのシナリオをここで分析してみよう。

「冷たい空気」とは何か。それはかつての同僚や上司の妬みが作り出す針の筵のような空気である。

「アフリカで国際協力していた奴」に対する違和感から来る反発もあるだろう。

「理事長の要請で帰国」というのも「気に入らない理由」の一つであろう。私がこれを取り上げた
理由は、やはり日本の医師が海外で国際協力をする場合の難しさがここにあるからだと感じるからだ。

そこで、93年から病院をやめAMDAの活動に参加してきた吉田修先生に意見を聞いてみた。

吉田先生は95年から、JICAのプロジェクトでザンビアで活動をしている。(現在一時帰国中)

先生は、萩原健一に負けず劣らずのいい男だ。(こう言っでは何だか・・・白衣は似合わない・・・)

初めて海外で医療活動をしたのは29歳の時。海外青年協力隊としてマラウィに2年間滞在した。

医師になって6年目のことだった。アフリカ行く時、所属していた大学の医局を辞めた。

上司である教授の理解が得られ、帰国後はまた大学に戻るつもりだったし、実際大学病院に戻ってきた。

「自分は割と運のいい人間なんです。」帰国後アフリカでの経験を、同僚や上司に報告、医療協力の

輪はどんどん広がった。「ウガンダに知人がいて孤児院をやっていたので、帰国後友人みんなで文房具

を集めて送ったりという運動をしたんです。」サラリとおしゃつところが吉田先生らしい・・・

「僕はラッキーなんですけどね、一般的には日本の医学界として医師が海外に医療活動をしに行くのは
難しいですね。経験が業績として認められず、むしろ最先端の医療から遅れたという見られ方もある。」
淡々と語る。「病院を辞めて行くのはつらいよね。僕はいいけど一般には、踏み込むまでが大変だ。」

じゃあ、どうしたらもっと日本の医師が海外で援助活動がいい意味で「気軽に」できるのでしょうか?

「大きな病院(国立病院とか県立病院とか)は研修の一貫として医者をローテーションで回して、順番
で(もちろん海外に行きたいという者に限るが)医師を派遣するシステムを作ってみてはどうでしょう。

そこにODAとか地方自治体はその医師や病院を支援する体制も作ってしまう・・・このようなことを
国が考えたら素晴らしいんだけどね。」吉田先生は長期で海外に行く時は家族全員で行く。小学校5年

の男の子と3年の女の子はインターナショナルスクールで伸び伸びと学んでいる。奥さんも薬剤師で、
こういった活動に理解があり、現地でNGOの援助を続けている。吉田先生を見て「肩に力が入って

いない」という印象を受けた。あのニュースステーションでも久米宏のするどい質問に淡々と答えた吉
田先生・・・今後の益々のご活躍をお祈りしています。

9 10 11	00S 国外科医・修又三郎2 「風と共に」萩原健一 西田ひかる 渡部篤郎 宮崎淑子 ローリー	02 木曜洋画劇場 「トップガン」 (1986年アメリカ) トニー・スコット監督
	◆新番組 外科医・修又三郎2 (瀬戸内海 後9・0)	
	国境なき医師団 (AMDA) の一員としてア フリカに渡っていた外科医・修又三郎 (萩原 健一) は、かつて研修をしていた寺島病院の 理事長今日子八千草 (宮崎淑子) の要請で日本に戻っ てきた。病院の 経営が危機にひ んし、今日子の 父が遺言で「又 三郎を呼び戻せ 」と言い残してい た。だが病院内 の空気は温かく はなかった。	

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 暎、川上真史、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 葉穂子、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、東京聖十字教会、小金井聖公会、神愛教会、立教学院諸聖徒礼拝堂、東京聖マリヤ教会、目白聖公会、聖マルコ教会、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、(株)エス・オー・エス・ジャパン
お名前を掲載しない方30件

助成金

大同生命厚生事業団(地域保健福祉研究助成)、(財)電気通信普及財団(福祉、文化事業援助金)

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。

ご支援よろしくご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

フラワーオート

FLOWER AUTO

日本全国引取り納車OK

新車中古車販売・車検・修理・板金・保険

自動車のことならお気軽に、御相談下さい。

神奈川県藤沢市片瀬376 TEL 0466-26-7744

***** 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
◆人間ドック 企業健診◆
774床
〒193 東京都八王子市柳田町583-15
☎0426-61-4108

脳ドック
老健施設
12月オープン

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 大和市中心5-4-24 ☎0462-63-1611

お手本は、
自然のなかにもありました。



シノスマナサイ

小さな知恵から、豊かな未来へ。 **全院**



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、ベトナム語、ミャンマー語、
アラカン語、フランス語、日本語、22言語に及ぶ



総合受付 ☎03-3340-6745

アクロス新宿フライトセンター

一般旅行業第835号
〒160 東京都新宿区西新宿1-19-6 山手新宿ビル2F
航空券はアクロスへ 医療相談はAMDAへ



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
南京医科大学耳鼻咽喉科客員教授
蘇州眼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

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

♣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

タイ語による電話エイズ相談と タイ人看護婦派遣のご案内

AMDA国際医療情報センターではタイ語による電話エイズ相談とタイ人看護婦（日本の正看護婦免許保持、日本語堪能）の派遣を行います。派遣による全ての経費は無料です。

電話相談

タイ人看護婦がエイズに関する相談にのります。また、カウンセリングが受けられます。（無料）

実施期間：1996年10月1日～12月23日の月曜日

時間：9：00～17：00

電話番号：03-5285-8088

看護婦派遣

タイ人看護婦が医療機関、保健所の依頼に応じて無料出張いたします。現地医療スタッフとの協力のもとにカウンセリング、エイズという疾患や治療の説明、今後の生活指導、帰国後の支援団体に関する情報提供を行います。

（東京都、千葉県、神奈川県、埼玉県、茨城県、栃木県、群馬県、静岡県、山梨県、長野県、新潟県のみ）

また、タイ人グループへのエイズに関する啓蒙活動もいたします。

派遣実施日：1996年10月1日～12月23日の毎週、火、水、木、金

受付電話：03-5285-8088（9：00～17：00）

お問い合わせ先：AMDA国際医療情報センター（03-5285-8086）

あなたの力を
求めています

1996
The3rd

このサミットはどなたでも
ご自由に参加いただけます

OKAYAMA NGO SUMMIT for INTERNATIONAL CONTRIBUTION



第3回 '96おかやま 国際貢献 NGO サミット

11/23祝 - 26火

「おもいやりの心」を 世界の人々とともに

■プログラム PROGRAM

11/23 祝
15:00~17:30
一般公開

公開講演会 (岡山国際ホテル)

■開会式

■基調講演

●菅波 茂 (AMDA代表)

●ブラティープ・ウンソクタム・ハタ
(ドゥアン・ブラティープ財団代表)



18:00~19:30
一般公開

歓迎レセプション

(岡山国際ホテル)

- 西村 直記 (シンセサイザー)
- 山陽さくら保育園マーチングバンド
- 桃太郎少年合唱団 他

事前にお申込ください。



講演会・レセプションにご参加の方はできるだけご来場をお勧めいたします。岡山県立岡山国際ホテルまで運行します。



ブラティープ・ウンソクタム・ハタさん

タイのスラムに生まれた経験に基づき、子供たちの教育など生活環境の向上に力をつくしている「スラムの天使」。1952年バンコクの南東部にあるクロントイ港に隣接するスラムに8人兄弟の6番目として生まれ、小学校の時から家計を助けるために工場で働く。独力で中学、師範学校の夜間部に進み、16歳のときに自宅で「一日1パート」学校をはじめ。1978年このような活動が評価され、26歳の若さでアジアのノーベル賞といわれる「マグサイサイ賞」を受賞。



現在ブラティープ財団の代表者として、スラムの子供たちを貧困や犯罪から守り、将来の希望と夢を与えることに情熱を注ぐ。

◀今でもブラティープさん親子が暮らすバンコク・クロントイ・スラムの一角

11/24日

13:00~17:00
一般公開

インターネット

INNET市民交流会 (川崎医療福祉大学)

10:00~16:00
一般公開

人道援助宗教NGO会議

(国際交流センター)

11/25日

一般公開

地域会場交流会

津山・加茂川・哲多・和気

INNET適正技術研修会 (すこやか苑)

国際姉妹校縁組推進会議

(岡山市立財田小学校)

11/26火

一般公開

総括報告会 (国際交流センター)

※ INNET: 国際人道援助ネットワーク

●主催: 国際貢献トピア岡山構想を推進する会

●後援: 外務省・厚生省・郵政省・岡山県・岡山市・倉敷市・津山市・日本ユネスコ協会連盟・日本ユニセフ協会
岡山県教育委員会・岡山市教育委員会・岡山県国際交流協会・岡山県経済団体連絡協議会・その他

■あなたもNGOサミットで共に考え、共に行動してみませんか。

お問い合わせは

国際貢献トピア岡山構想を推進する会 / TEL.086-234-5128 〒700 岡山市田町1-8-30 301

OKAYAMA NGO SUMMIT OKAYAMA NGO SUMMIT OKAYAMA NGO SUMMIT OKAYAMA NGO SUMMIT OKAYAMA NG

OKAYAMA NGO SUMMIT OKAYAMA NGO SUMMIT OKAYAMA NGO SUMMIT OKAYAMA NGO SUMMIT OKAYAMA NG

国際医療協力 VOL. 19 NO.10 1996

■発行日 1996年10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 岡山市橋津310-1
TEL 086-284-7730
FAX 086-284-8959



国際医療協力 一〇月号
一九九六年一〇月二八日発行(毎月一回二八日発行)
一九九五年一月二七日 第三種郵便物認可 定価六〇〇円