

国際保健医療

日本国際保健医療学会雑誌

THE JOURNAL OF JAPAN ASSOCIATION FOR INTERNATIONAL HEALTH

第1巻第1号

昭和61年7月

創刊号

Vol.1 No.1

JULY 1986

特集

第1回日本国際保健医療学会総会ならびに学術講演会

Proceedings of The First Annual Meeting of

Japan Association for International Health

日本国際保健医療学会

JAPAN ASSOCIATION FOR INTERNATIONAL HEALTH

新世代を大きくひらく

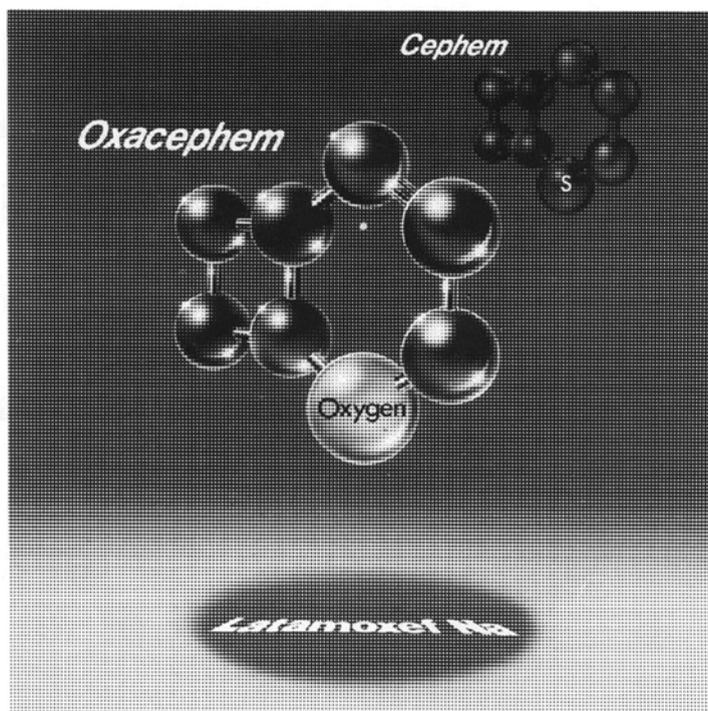
オキサセフェム系抗生物質製剤

指
要指

シオマリン®

静注用・筋注用

日抗基 注射用ラタモキシセフナトリウム 略号LMOX



シオマリンは、塩野義製薬研究所で合成されたオキサセフェム系の抗生物質ラタモキシセフナトリウムの注射用製剤で、従来のセフェム系抗生物質（セファロスポリン系又はセファマイシン系）とは化学構造が異なる新しい世代の抗生物質です。

■効能・効果

大腸菌、クレブシエラ属、シトロバクター属、エンテロバクター属、セラチア属、プロテウス属、インフルエンザ菌、バクテロイデス属のうち本剤感性菌による下記感染症

- 敗血症 ●髄膜炎 ●肺炎、気管支炎、気管支拡張症の感染時、慢性呼吸器疾患の二次感染 ●肺化膿症、膿胸 ●胆管炎、胆嚢炎 ●肝膿瘍 ●腹膜炎 ●腎盂腎炎、膀胱炎 ●子宮内感染、子宮付属器炎、子宮旁結合織炎、骨盤死腔炎

■添付文書の「使用上の注意」をご参照下さい。



シオノギ製薬

大阪市東区道修町3-12

日本国際保健医療学会第1回総会

設立総会プログラム

日時	昭和61年3月16日(日) 10:00-18:30
会場	エーザイ本館5階ホール 〒112 東京都文京区小石川4-6-10 TEL 03-817-5185 (ホール直通)
会長	津山直一 (国立リハビリテーションセンター総長)
準備委員長	坂部 孝 (日本大学医学部第三外科学教授)

(午前の部)

- 1) 開会の辞 津山直一 (会長 国立リハビリテーションセンター総長)
- 2) 基調講演 蟻田功 (国立熊本病院長)
『国際医療協力における日本の立場』
- 3) 特別講演 本多憲児 (本多記念東北循環器科病院長)
『コロンビアの火山噴火被災民救済医療』

(午後の部)

- 4) 評議員会
- 5) 総会
- 6) 来賓挨拶
- 7) シンポジウム
『国際医療協力とは何か—これまでの経験から』
司会 山本俊一 (東京都老人総合研究所副所長)
堀田 進 (金沢医科大学熱帯医学研究所長)
シンポジスト
岩村 昇 (神戸大学医学部国際交流センター教授)
志摩 チヨ江 (国際看護交流協会理事)
星野 昌子 (日本国際ボランティアセンター事務局長)
東浦 洋 (日赤外事課長)
長谷川 豊 (国際協力事業団医療協力部長)
ナロン・ニムサクン (タイ国国際レーザー医学研究所長)
- 8) 記録映画「飢餓地帯」上映
- 9) 閉会の辞 坂部 孝 (第1回総会準備委員長 日本大学教授)
- 10) 懇親会

目 次

1. 日本国際保健医療学会第1回総会（設立総会）プログラム	.....	(3)
2. 来賓あいさつ	厚生大臣 今 井 勇	(7)
3. 会長あいさつ		
日本国際保健医療学会設立に至る経緯について		
国立リハビリテーションセンター総長 津 山 直 一	.....	(8)
4. 基調講演		
国際医療協力における日本の立場		
国立熊本病院長 蟻 田 功	.....	(10)
5. 特別講演		
コロンビア火山噴火災害救済		
本多記念東北循環器科病院長 本 多 憲 児	.....	(17)
6. シンポジウム		
国際医療協力とは何か——これまでの経験から——		
1) Hospital based Medical Care からCommunity based Health Developmentへ,そしてPrimary Health Care からPrimary Health Developmentへ		
神戸大学国際交流センター教授 岩 村 昇	.....	(20)
2) 看護の連帯と相互の開発を目指して		
国際看護交流協会理事 志 摩 ちヨ江	.....	(24)
3) NGOの役割		
日本国際ボランティアセンター事務局長 星 野 昌 子	.....	(27)
4) WHOとJICAにおける経験を踏まえて		
国際協力事業団医療協力部長 長 谷 川 豊	.....	(31)
5) 災害救援に対する国際的視点		
日本赤十字社外事部第1課長 東 浦 洋	.....	(35)
6) 日本への期待		
タイ国国際レーザー医学研究所長 ナロン・ニムサクン	.....	(39)
7) 総合討論		
日本の医学教育と人材確保		
同じ人間として——援助する側される側		
8) シンポジウム「国際医療協力とは何か」を司会して		
金沢医大熱帯医学研究所長 堀 田 進	.....	(47)
9) シンポジウム司会を終えての感想		
東京都老人研究所副所長 山 本 俊 一	.....	(49)
7. 映画上映 記録映画「飢餓地帯」の上映にあたって		
岩波映画プロデューサー 山 内 登 貴 夫	.....	(51)
8. 閉会の辞		
第1回日本国際保健医療学会総会準備委員長としてのまとめ		
日本大学医学部第三外科教授 坂 部 孝	.....	(54)

9. <寄稿>日本国際保健医療学会の発足に寄せて		
1) 日本国際保健医療学会に期待する		
愛知国際病院長・アジア保健研究所専務理事	川原 啓美	(56)
2) 第1回国際保健医療学会に思う		
長崎大学熱帯医学研究所長	松本 慶蔵	(58)
3) 国際医療協力の地固めは国内から		
高島平クリニック院長	吉田 敏郎	(60)
4) 国際医療協力について思う		
日赤医療センター看護婦	塚本 香代美	(62)
5) アフリカの現場から学会に期待するもの		
神奈川県立こども医療センター看護婦	工藤 美美子	(64)
6) ブータン移動診療の経験と国際医療協力の問題点		
浜島町立病院長	箕岡 三穂	(67)
7) 日本の国際医療協力の課題		
城西病院成人病予防検診センター所長	高野 正孝	(70)
10. 総会記事		(73)
1) 第1回総会議事録		
2) 第1回評議員会議事録		
3) 事業計画書、予算書(昭和61年4月1日から昭和62年3月31日まで)		
11. 総会出席者一覧		(79)
12. 学会事務局からのお知らせ		
1) 第22回日本医学会総会におけるパネルディスカッション		
「発展途上国への医療協力と人材開発」		
東大医学部保健管理学教室助教授	丸地 信弘	(81)
2) 日本国際保健医療学会第2回総会一般演題募集のお知らせ		(82)
3) 地方会のお知らせ		
(1) 第2回関東地方会		(83)
(2) 第7回関西国際医療協力サロン(関西地方会)		(84)
13. 日本国際保健医療学会名簿(五十音順)		
(理事、評議員、正会員)		(86)
14. 日本国際保健医療学会会則		(100)
15. 日本国際保健医療学会会員募集趣意書		(104)
16. 会員募集要項		(105)
17. 日本国際保健医療学会(国際医療協力サロン)ニュースレター総目次		(106)
18. 国際医療協力関係団体一覧		(109)



冠動脈疾患のリスクファクター

高コレステロール血症の新治療法!

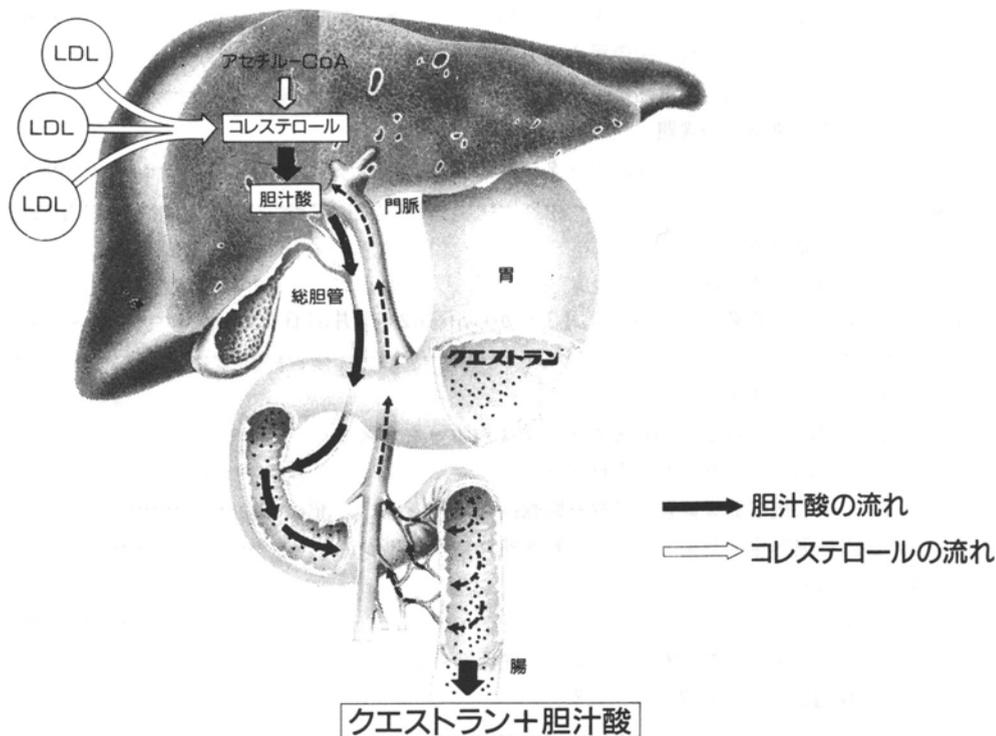
高コレステロール血症治療剤

クレストラン[®]

(コレステラミン製剤)

■健保適用

クレストラン[®]は腸管内でのコレステロール吸収阻害とそれに伴う肝臓でのコレステロール異化促進により血中コレステロール、特にLDL-コレステロールを著明に低下させます。



1 血清総コレステロールを著明に低下させ、その作用は速やかに、投与中持続します。

2 家族性高コレステロール血症の重症例に対して有効です。

3 HDL-コレステロールを上昇させ、総コレステロール低下との両面からAtherogenic Indexを改善します。

4 体内に吸収されずに腸管内で薬理作用を示します。

5 長期投与における安全性が確認されています。

組成：クレストラン9g中にコレステラミン4g(無水物として)を含有する。

効能又は効果：高コレステロール血症

用法及び用量：通常成人にはコレステラミン無水物として1回4gを水約100mlに懸濁し、1日2～3回服用する。

- 使用上の注意等は製品の添付文書をご参照ください。
- 健保適用について制限が定められておりますので製品の添付文書をご参照ください。



ブリistol・マイヤーズ株式会社

東京都港区赤坂7-1-16 電話03(403)3211(代表)

全人類の健康確保のために期待する

本日、日本国際保健医療学会設立総会が盛大に開催されますことに対し、心からお祝い申し上げます。

今後の我が国の国際保健医療の発展にとって貴会は大きな役割を果たすものと期待し深く敬意を表するものであります。

我が国の保健医療水準は、着実に向上を続け、今日では世界のトップレベルに達しております。

その結果、今や、我が国は世界一の長寿国となり、人生80年型社会の到来に至っております。

この長寿社会において国民の一人ひとりが心を通わせ合いながら積極的に社会に参加し、生き生きと暮らせる“ぬくもり”のある福祉社会を築き上げていくためには、何よりも健康が重要であります。

近年開発途上国からの保健医療協力要請も増加しており、厚生省では、今後の我が国の国際社会での役割を踏まえ、これに積極的に応えるべく、総合的な体制の整備を図っていく所存であります。

最後に、本会が、今後国際保健医療の進歩普及に努力され、医学医療の向上はもとより全人類の健康確保に貢献されることを祈念いたします。

昭和61年 3月16日

厚生大臣 今井 勇

日本国際保健医療学会設立に至る経緯について

国立リハビリテーションセンター総長
津山 直一

皆様お忙しいところ日本国際保健医療学会第一回設立総会にご参加下さいまして、ありがとうございます。設立に至りました経緯を兼ねてご挨拶申し上げます。

昭和58年春の大阪における日本医学会総会におきまして、「発展途上国と日本の医学」というシンポジウムがもたれました。これは大阪大学名誉教授であり川崎医科大学学長をなされた故水野祥太郎先生の強い唱導によるものであります。そのシンポジウムでは、多方面の参加を得て熱心に討論がなされ、日本が発展途上国に対して色々な面で医療協力をしており、また沢山の問題を抱えているということが、会場に集まった人々に認識されたのであります。そしてそれだけに終わらせないようにしようではないか、という機運が盛り上がったのであります。実際に、日本の保健医療協力が国際的にどんなことをやっているかと振りかえってみますと、政府によるもの、政府・民間によるもの、あるいはボランティアサービスによるもの等、色々なものがアジア、中近東、中南米、アフリカといった現地において、救急から保健看護、リハビリにいたるまで行なわれており、またそのみならず、日本にお招きして発展途上国の人々に対して家族計画の問題であるとか、寄生虫、結核、癌、義肢装具の製作、衛生行政、腎不全対策、看護管理、循環器病、精神薄弱、廃棄物処理とかたくさんの20にわたるコースが毎年開かれているわけであります。

このように現地でご苦勞をなさっている方々、また、発展途上国の人々を日本へお招きしてレベルアップをするために努力なさっている方々がたくさんおられるわけであります。

日本の政府による国際医療協力を振りかえってみましても、過去10年間に日本の政府は、16ヶ国に23の病院を建て



ています。その予算はひとつの病院に平均で30億円を投じております。プロジェクトもたくさんものを組んでおりまして、研修員の受け入れが過去10年間に3200名余、専門家の派遣が2200名余、調査団の派遣が1720名余ということであります。しかし、この経済大国といたしましては、決して多いとはいえないのではないのでしょうか。1983年の無償協力が274億円であります。技術協力が38億円でありまして、このことは、まさにしばしば日本の国際医療協力に対して向けられる批判、すなわち金だけ出して人は送らない、後の面倒は見ない、ということのある意味では示しているかもしれません。

そういったことから、この国際保健医療協力というものは、日本にとりまして非常に重要なテーマであります。「南の繁榮なくして北の明日はない」ということが言われます。日本の繁榮は誠にひよわな繁榮でありまして、国際的に責務を果たすのみでなく、資源の乏しい島国の明日の発展の命運をかけるといっても過言ではないのではないのでしょうか。国際協力の中でも保健医療協力とい



うものは、マン・ツー・マンでなければならないものであります。今日、ハイテクノロジーの時代になりまして、どんどんマテリアリストティックに世の中は進んでいってはいますが、果たして人類は幸福になりつつあるかどうか。常によりミゼラブルな事態が世界いたる所で発生しており、人類はまさに真価を問われているような気さえるのであります。このハイテクノロジーの時代に追いつくヒューマンイズムとの間のジレンマ、これはまさに人類の真価が問われる点でありましょう。そういった点で、この国際医療協力といったものは、まさに人類の真価に応えるものではないかと考える次第であります。

そうしてまた、この受け入れ施設や派遣専門家は今だにごく一部の人に限られていて、一部の人だけのアクティビティになっています。そうした限られた施設あるいは専門家に過大な負担がかかっているのが現状でありまして、個人の努力にも限界があります。研修生の受け入れ、専門家の養成、派遣のための国内の基盤づくりを計画的に進めること等が焦眉の急でもあるわけでありす。

また、医学教育の中にもこの問題は取り入れな

ければならないものと考えます。国際医療協力はまさに日本の医学のレベルを国際的に問う絶好のチャンスでもあるわけで、日本だけで通用するような医学ではなくて、世界のどこに出ても十分に役にたちうる医学であるという意味で、日本の医師の卒前卒後教育の中にもこのことは大きな意義をもってくると考えます。

本日の設立総会の前に、58年の6月から、即ち大阪の日本医学会総会に引き続いて、年に3回ずつ関東と関西で「国際医療協力サロン」を開いておりましたが、これが発展的に今日の日本国際保健医療学会の設立に結びついていったわけでありす。

私自身は、ただ単に整形外科の領域で国際整形外科協力機構というものの理事をしておりまして、中国に対する医療協力を少しやっているというだけで、この方面では、まだまだ沢山のご経験をもち、多年にわたりご努力をされた先輩がおられるわけですが、まとめ役としてこの学会の創設にあたらせていただいたわけでありす。

それでは本日は第1回総会が有意義な成果をあげますように皆様のご静聴と活発なご討論をお願いいたします次第であります。

国際医療協力における日本の立場

国立熊本病院院長

蟻田 功

南北問題

20世紀後半における国際政治のコンセンサスの一つは、“先進国及び発展途上国の利益と繁栄は最早各々に独立しては存在し得なくなって来ている”、ということである。

1985年代には、多くのアジアの国々が、そして1960年代には、多くのアフリカの国々が独立した。1955年、バンドン会議は、これら新独立国の文化的経済的団結を強化したものであるが、初期の独立の理想は、新独立国における人材及び経験の不足からおこった経済不安定ひいては社会不安により、急速に、崩壊し始めた。1964年、アフリカ、アジア77ヵ国は、国連貿易開発会議（UNCTAD）を契機として、国際協力が、世界を富（先進国）と貧困（途上国）に分裂せしめている状態を終結すべきことを宣言した。しかし、南北格差は増大する一方であり、その増大は、世界的政治不安ひいては、局地戦争の拡大にも結びつくことから、1974年、国連資源特別総会は、その対応策として、新国際経済秩序の樹立に関する宣言を行い、先進国から途上国への富の再配分が地球人類の生存する方法であることを説いた。

< 著者略歴 >

大正15年 5月15日生まれ
昭和24年 熊本医科大学卒業
昭和25年 厚生省入省
昭和37年 世界保健機構アフリカ事務局長
昭和39年 世界保健機構ジュネーブ本部に転任
昭和42年 世界保健機構世界天然痘根絶対策本部に転任
昭和52年 同上対策本部長
昭和60年 国立熊本病院院長に就任

1980年、ブランド委員会
は、核戦争防止と同様、南北格差の縮小が、21世紀に向けての人類の死活にともなう課題だと述べた。



以上、国際協力は、地球上の人類生存上欠くべからざる活動となり、各国、それぞれの政策に沿って、対策を展開しはじめたが、日本の国際医療協力（公衆衛生も含む）も、以上の背景のもとで論じる必要がある。

南北の健康格差

南北の問題は、医療面からは南北の増大する健康格差として、把握される。表1は、その状況を示す。おおまかに言って、途上国、最後進途上国の保健医療状況は、日本の大正時代だと思えばよい。ということは、途上国は、60年以上、先進国より遅れていることとなる。ここで、先進国と途上国の地理的分布は、国連の規準に従い、図1に示した通りである。現在世界人口44億、うち先進国人口11億、途上国人口33億であるが、21世紀に向って、先進国人口は殆ど増加しないが、途上国人口は、急速に増加、その比は現在の1対3から1対5になるという。ということは、改善がない場合、格差が、更に増大することとなる。

南北の健康格差縮少のための地球規模の対策

南北の健康格差を縮少することは、先進国及び途上国の共通の緊急課題であるが、その方法として、国連の特殊専門機関であるWHOが参加国の資源を活用して行う、所謂multi-lateralの国際協力の方法と、各国が独自に二国間協定として行うBilateralの方法の二つがある。しかし、実際には、WHO痘そう根絶計画またその嫡子である、WHO拡大予防接種計画に、特に顕著なように、WHOのmulti-lateralのプログラムに、国レベルで、二国間協定が参加して、地球規模の協力活動となっている。例えば、日本や米国の青年協力隊がエチオピアで、二国間援助の方法をとりながら、WHOの痘そう根絶対策に参加したのは、そのよい例である。

今述べた二つのWHOプログラム並びにWHO熱帯病研究訓練対策は、南北の健康格差を縮少するための壮大な地球規模の対策であるので、少し詳述してみたい。

WHO熱帯病研究訓練対策

表2は、途上国に高い有病率を示す、六つの熱帯病を示す。全部加えると8億人の患者となり、33億の途上国人口で、四人に一人は、この六つのうちどれかの疾病に罹患していることとなる。これらの熱帯病は、北米、欧州、日本やオーストラリア等の先進国からは、いまや消失、または、消失しかかっている疾病であり、従って、公衆衛生上の重要疾病となり得ず、その治療や予防法も未解決のままであった。一方途上国は、それを研究開発する余力もなければ、能力もない。1977年、WHOは、先進国の進歩したバイオテクノロジーの方法を用いて、これらの疾病の研究開発を、世界銀行、各国の特別寄附金を用いて開始した。現在、千個以上の研究プロジェクトが作動しており、特にマラリアワクチン及び瘧疾ワクチンについては、実用化に一歩手前の段階となった。またこれらのワクチンの野外実験を途上国が行うことにより、途上国自身も、医学研究について、訓練をうけることとなる。

WHO痘そう根絶計画

この対策は、1958年のWHO総会で時のソ連代表が、痘そう根絶は、種痘の適用により可能であり、WHOはその根絶に乗りだすべきだと提案した時から始まった。しかし南アメリカを除いてその進歩はおそく、1966年当時、推定患者2000万人、うち400人死亡という状況であった。従って同年、1966年総会は、WHOは新たに通常予算より毎年、250万ドルを対策強化にあて、またジュネーブに対策本部を設置することを決議した。当時WHOの目玉商品であったマラリア根絶対策の失敗が、漸く明らかになりつつあり、先進諸国は、この強化提案が第二の“根絶”計画失敗に結びつくことを憂慮し、非協力の姿勢をとったが、最後の票決の段階で圧倒的な途上国の支持票が、この決議を可能にした。

1967年より、かくして痘そう根絶対策は開始され、1980年のWHO総会での根絶宣言で終焉したが、その対策は、対策従事者の苦悩、憂慮、歓喜をおりませた、国際医療協力の歴史といえる。その二、三を述べてみよう。

対策は、ワクチンを購入する費用はなく、寄付でまかなった。ソ連が全ワクチン量の三分の一を受け持った。ワクチンの品質が、当初著しく悪かった。10%が合格するのみであった。世界70数ヶ所のワクチン製造所の協力で、WHOは、国連最初の国際品質管理を行い、三年間で、90%合格に漕ぎつけた。

WHOと軌を一にして、その対策を応援するためアメリカは、1966年頃、麻疹予防及び痘そう根絶計画を西アフリカ19ヶ国と二国間協定を結んで開始した。1970年には、西アフリカ最後の痘そう患者がナイジェリアに発生、その成功は、以後の痘そう根絶に大きな刺激となった。これは、Bilateralプログラムがmultilateralのプログラムに貢献した好例である。

プログラムは、痘そう常在流行国33ヶ国（南アメリカ、アフリカサハラ砂漠以南、東南アジア）の根絶対策と、これを援助する先進国からの投資（人、自動車、ヘリコプター、キャンプ道具など）とから成り立ったが、WHOの予算（毎年250万ドル）では、とうていまかないきれず、43ヶ国が、WHOの予算に倍する寄付をWHOを通

して行った。

プログラムの対策員は、国の対策員と国際職員とに分かれたが、国際職員は、WHOが提供した。その数700人、73ヶ国より集まっており、政治、宗教及び人種の境を越えて寝食を忘れて活動した。

その成功の軌跡としては、1971年南アメリカにて痘そう根絶、1975年アジア大陸最後の患者そして1977年10月26日アフリカ大陸ソマリアにて世界最後の患者を記録した。

しかし1977年の6月、ソマリアで世界最後の流行の際には、WHOの資金が枯渇、WHOは、国連を通じて緊急資金アピールを行い。総額40万ドルが三週間以内に、西欧諸国より集り、それにより急場をしのいだ。

最後の患者発生より、二年間は、各国根絶対策は、そのプログラムを解かず、この二年間以上のサーベイランスで、なおかつ患者数なしの場合初めて根絶であるとした。最後に、WHOの委嘱した世界痘そう根絶委員会が根絶資料の検討、現地訪問等を行った後、1979年、ナイロビにて痘そう根絶を承認、これをうけて1980年WHO総会が痘そう根絶宣言を行った。

1967年から1980年まで、この対策に費された全世界の経費は3億ドルであり、種痘全廃により、年間、世界全体10億ドルの節約となる。けだし、国際医療協力と予防医学の勝利である。また、予防が治療に比して如何に能率がよいかを物語る例でもある。ちなみに、この3億ドルは、アメリカの心臓バイパス手術2ヶ月間の医療費に過ぎない。

WHO拡大予防接種事業

痘そう根絶の成功に続いて、次に来るものは何か。先進国は、既に予防接種により六つの感染症（結核、ポリオ、麻疹、ジフテリア、破傷風そして百日咳）の制圧に、成功している。途上国でも同様なことができないか。ということで、この計画はWHOのmultilateralの計画並びにアメリカのBilateralの計画とのコンビネーションで1982年頃より、急速に発展した。そのターゲットは、表3に示すように、六つの予防接種について、せめ

て欧州なみに、アフリカをはじめ途上国の予防接種率をひきあげたいとするものである。痘そう根絶と異なる点は、この予防接種では、疾病の根絶は、現在のところ考えられぬので、毎年、行われねばならない。ということは、このプログラムは予防接種を行い得る公衆衛生下部機構を途上国に樹立せねばならぬ。WHOはこれを、1990年には、途上国全部に7割程度完成させたいとしている。図2は南アメリカのポリオ予防接種の成果を示す。1990年までに、南アメリカのポリオの発生が日本なみに（日本では、毎年4、5例のみ）制圧されるのも夢ではなくなった。なお昨年、ユニセフが創立40周年記念事業として、WHOの拡大予防接種事業に必要なワクチンは、全量、ユニセフが受け持つと声明した。この事業は、痘そう根絶対策に続いて、第二の成功しつつあるWHOの国際医療協力として、その真価を世に問いつある。

日本の立場

澎湃として、国際協力の波が、全世界を覆いつつある。この波の基調となるものは、冒頭に述べた先進国と途上国とは密接な相互依存関係にあるという認識である。表4は、日本の外来資源への依存度を示す。日本程、日本以外の国の繁栄に左右される国はない。一方、日本の政府開発援助資金のGNPに占める割合は、自由先進諸国のうち第11位と低い。（表5）援助は見返りなくというのが紳士の援助であり、最も効果が大いのであるが、日本の無償援助額は全援助費の半分にすぎない。（表6）

さて、先進国より途上国へ流れる年間の開発援助資金は、約300億ドルといわれるが、その10%の30億ドルが保健医療費である。

図3は、その30億ドルに占める日本の貢献度を示す。日本は、WHOなどのmultilateralでは、総額3億ドルについてアメリカ、ソ連について第3位の拠出度（WHO通常予算の10%）で極めて高いが、これは国連の計算方法で算出された義務的な税金のようなものであり、真に日本の国際協力の姿勢を示しているのは、二国間協定の分、即ち27億ドルのうちどの程度、日本は貢献して

いるかということであろう。残念ながら、この二国間協定では、日本は、その2、3%程度の寄与である。

更に、その無償援助項目の大なるものは、病院建設である。(表7)かつて、病院建設は、欧米諸国の大きな援助項目であった。しかし、予防対策と比べて莫大なコストの割りに、国民全部の益にはならない。その反面、建物や高級医療器具の維持管理が途上国では、極めて困難である。必要な医療職員がみつからない等の経験から、欧米の援助のパターンは、WHOの事業にのべたような感染症の予防事業に、重点を移している。この点では、いわば、日本の国際医療援助は、30年遅れているということとなろう。

提言すれば

日本の国際医療協力の現在の位置づけ、その構造について検討を加えたが、その協力は、量、質ともに欧米諸国に比べて甚だ劣っており、南北問題の緊急性を考える時、早急な改善が必要である。ここで私は次の提言を行いたい。

1) 従来、国際医療協力の政策は、外務省が、これを樹立し、厚生省は、人や技術の提供を行って来たが、厚生省は、その政策決定に、もっと関与すべきであり、またその十分な能力をもっている。

2) 日本の医療協力は、途上国の要望を待つという受け身の協力から、途上国との密接な交流連絡により、その要望を日本は積極的に開発するという攻めの協力に方針をかえるべきである。病院建設は受け身の協力の典型的なものであった。

3) アメリカの例に従い、日本は、WHOの情報及びプログラムを日本の二国間協定プログラムに最大限に利用するよう努力すべきである。

4) 厚生省は、早急に、新国際医療協力のプランを作り、そのプランが中曽根国際協力7年倍増計画の線で実現するよう必要な措置をこうぜねばならぬ。

5) そのようなプランでは、次の三つの途上国向けのプログラムが最優先されるべきである。

① 感染症対策の推進

途上国の主要死因ははまだ感染症である。ワク

チンの技術導入、結核10ヶ年総合対策(罹患率を1/10に減らす)などは実施可能で、コスト・ベネフィット率も高い。特に結核は、先進国中、日本は、現在最高の技術を有し、また途上国では公衆衛生上の大問題である。

② 日本における医療施設を使用しての開発途上国への研修サービス

国立病院及び国立療養所は、その機能の一つとして、途上国医師の生涯研修の場として提供すべきである。このためには、しかし、途上国の要望を、途上国にむいて、調査、開発しなければ適切な研修計画はできない。研修は、初期医療及び高度医療の二つが主となるが、治療のみに偏せず予防疫学研究等も、内容に加うるべきである。

③ 日本のバイオテクノロジーを使った開発途上国に益する研究開発

癩ワクチン、結核ワクチンなどは、日本からの貢献度は高く、またWHOの熱帯病研究訓練対策にも協力すべきである。更に途上国開発研究費を厚生省が持てば、協力事業に益することは明らかである。

今井厚生大臣は、国際医療協力を厚生省の重要施策とすると最近声明した。気運は熟しつつある。最後に、以上の事業に研究、調査は不可欠である。

本学会はその線に沿い、最も時宜を得たものでありその発展をお祈りします。

表1 先進国および発展途上国の保健状況 (1982)

	乳児死亡率	寿命	水道普及	文盲率	頭当り衛生費
先進国	19	72	100%	2%	US 244
途上国	94	60	41%	45%	US 6.5
最後途上国	160	45	31%	72%	US 1.7

表2 六大熱帯病罹患状況*1) (1982)

	有病者数	年間発病者数	予後
マラリア	2億1000万人	1億5000万人	アフリカで毎年100万幼児死亡
住血吸虫	2億人	——	1000万人身体障害
フィラリア*2)	3億人	——	10人に1人失明 また象皮症
睡眠病*3)	2000万人	——	致命率10-100%
ライシマニア	——	40万人	——
癩	1100万人	——	350万人身体障害

- *1) The general situation of Leprosy in the world.
Sansarricq H. 1982. Ethiop. Med. J. 20, 89の表6 を更に修正したもの。
*2) オンコセルカ症をふくむ。
*3) アフリカトリパノソーマと南米シヤガス病をふくむ。

表3 IMMUNIZATION COVERAGE (%) (JULY 85)

	BCG	DPT	POLIO	MEASLES
AFRICA	29	12	12	30
EUROPE	64	78	82	64
JAPAN	96	81	95	66

表4 DEPENDANCY ON OUTSIDE SOURCE

	GRAIN %	ENERGY %
JAPAN	61	84
F.R.G	10	50
U.K.	33	0
FRANCE	0	66
SUISSE	61	—
U.S.A	0	12

GRAIN: 1982
Energy: 1981

表5 ALL ODA BY DAC COUNTRIES-1980

	US\$	% GNP
1 Netherlands	1,577	0.99
2 Norway	473	0.82
3 Sweden	923	0.76
4 Denmark	468	0.72
5 France	4,053	0.62
6 Belgium	581	0.49
7 Australia	657	0.48
8 Germany, Federal Republic of	3,517	0.43
9 Canada	1,036	0.42
10 United Kingdom	1,781	0.34
11 Japan	3,304	0.32
12 New Zealand	71	0.32
13 United States	7,138	0.27
14 Switzerland	246	0.24
15 Finland	106	0.22
16 Austria	173	0.22
17 Italy	—	0.20

(US\$ million)

表6 TYPE OF CONTRIBUTION OF SUMMIT COUNTRIES (1983)

	RATIO OF DONATION TO TOTAL CONTRIBUTION %
U. K.	97.0
CANADA	92.4
U. S. A.	85.5
ITALY	82.3
JAPAN	55.2
FRANCE	NOT AVAILABLE

表7 CONTRIBUTION OF JICA

	1984	1985	Total
HOSPITAL & INSTITUTE	10	6	16
EQUIPMENT	5	1	6
NURSING SCHOOL	1	3	4
DRUG CENTER	2	1	3
COMMUNICABLE DISEASE	2	—	2
OTHERS	1	—	1
	21	11	32

1984: \$100 million

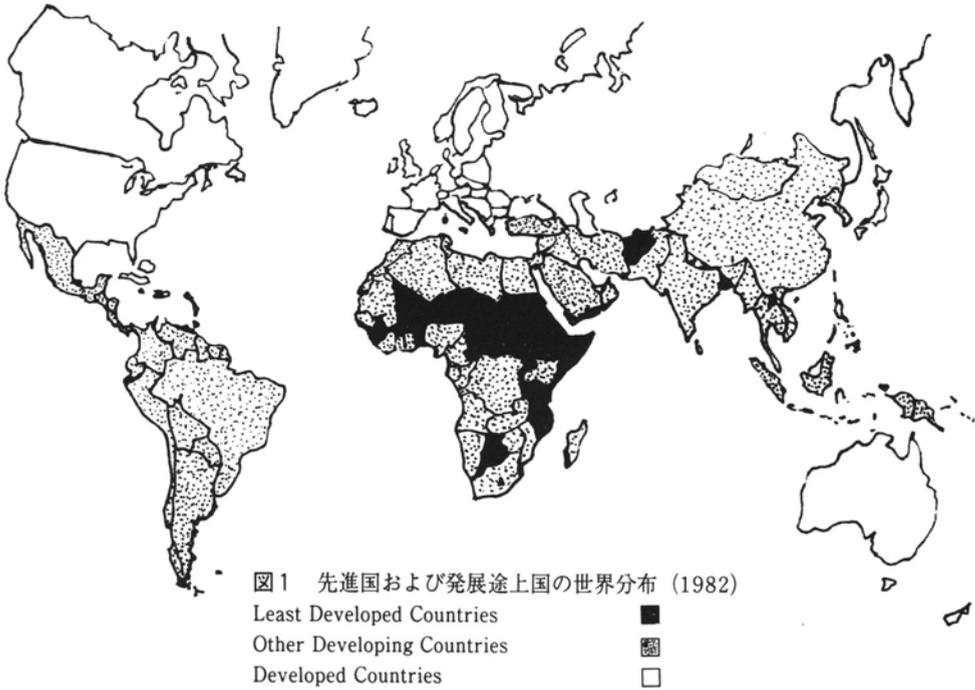


図1 先進国および発展途上国の世界分布 (1982)

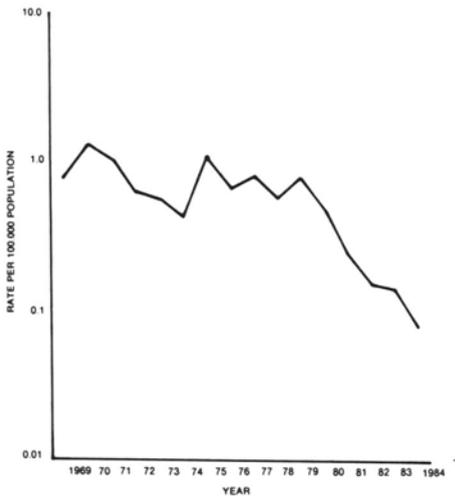


図2
 ANNUAL REPORTED MORBIDITY DUE TO POLIOMYELITIS
 (PER 100.000 POPULATION) AMERICAS 1969-1984
 Source: Progress Report on the Expanded Programme on
 Immunization in the Americas, April 1985

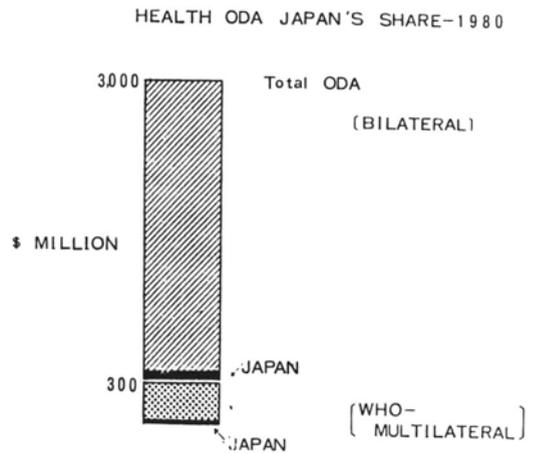


図3
 MODIFIED CHART FROM FIG. VII-2,
 A NEW LOOK AT DEVELOPMENT COOPERATION
 FOR HEALTH BY LEE HOWARD, WHO, GENEVA 1981

International cooperation for health—how Japan should contribute

Isao Arita

Director, National Kumamoto Hospital

In recent years, how to improve the poor health status in developing countries has become a major concern of international cooperation for world health. This international cooperation may be carried out through bilateral assistance as well as multilateral assistance. The World Health Organization is the specialized technical UN agency which handles international cooperation for health as a multilateral organization, but its work is also being supported through bilateral assistance.

I have identified three important WHO global programmes, namely the Smallpox Eradication Programme, the Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases, and the Expanded Programme on Immunization.

The first programme was conducted satisfactorily and resulted in the historical declaration of smallpox eradication by the World Health Assembly in Geneva in 1980. The latter two programmes were started late in 1970 and are expected to contribute greatly for improvement of health status in developing countries. The most important lesson learned from the success of the smallpox eradication programme is that the international cooperation for health is useful and has paved the way so that the last two programmes may become successful programmes.

As shown in the above three programmes which have progressed or are progressing well in collaboration with many interested Governmental and non governmental organizations, international cooperation for health is obtaining momentum. In this respect, Japan's contribution to a multilateral agency, such as WHO, and to the health programmes in developing countries through bilateral assistance, has not been adequate from the viewpoint of Japan's economic power. Several statistics regarding international cooperation suggest that Japan's contribution to world health would not be regarded to be ranked above the tenth country of the largest contribution among DAC (Development Assistance Committee) countries. As Japan has the enormous potential to strengthen the current situation, it is extremely urgent to do so. Three areas for assistance would be of vital importance. They are: 1) prevention of communicable disease, 2) provision of training facilities for trainees from developing countries, and 3) research assistance of which results are useful for solving health problems in developing countries.

コロンビア火山噴火災害救済

本多記念東北循環器科病院院長

本多 憲 児

コロンビアに於るルイス火山爆發の状況を報告したが、隊員一同の経験より次の結論を得た。

1. 今回のJMTDRチーム編成は医師3人、看護婦(士)3人、調整員3人で、看護婦(士)が3人少なかった。看護体制は一つの規定に従い計画された方式に堅く縛られているため、参加希望が強いけれども、上司、同僚の了解が得られず、止むなく参加不可能の者もあった。緊急出動体制を常時ととのえるためには病院内に於る職員の理解が必要である。

2. コロンビア出動に参加した看護婦(士)は非常によく活躍、静脈内注射、麻酔等も行い得、コロンビア側病院医師、看護婦が最高疲労時のときなので心より感謝された。日本に於ては禁止されていることであるが、看護婦(士)の教育、訓練については国際的活躍の場を考慮して再考の必要がある。

3. 被災者の多くは土砂流に埋没、死亡した。生存者の多くは高地に住んでいた人及び4階建建築物の屋上に避難した人又は高い木につかまった人で、これらの人は負傷は少ない。土砂流にまきこまれた被災者は全身に擦過傷又は多数の創傷、骨折等が多く、精神異常を来した被災者も10人以上発生した。

今回の負傷者の特徴は破傷風の血清の注射を全員うけたので破傷風発生はみなかったようであるが、深い創傷では内部に汚染された泥が入ったまま痂皮を形成、ガス壊疽発生例が多くみられ、切断の止むなきに至った症例が多かった。コロンビアの医学教育では痂皮形成をみれば痂皮をとらないよう指導されているということである。このことがガス壊疽発生の大きな原因となった。ガス壊

疽という疾患は日本では殆どみられなくなったが、かかる災害時には破傷風血清と共にガス壊疽血清を持参する必要があるが、問題は創傷上の汚物を十分に清潔にする教育が重要である。



4. 調整員は多い程効果的である。3人では少なく、5~6人が適当と考えられた。殊にスペイン語、フランス語圏諸国では通訳が医師1人につき1人の割で必要である。

5. コロンビア派遣チームは出動決定より成田出発迄8時間を要したが、人員、機材整備にはこの程度の時間が必要である。

6. ロスアンジェルズにて乗り換えに8時間またなければならず、しかもブッキングの有無で2時間も時間を無駄にし、更に2班に分れなければならなかった。チャーター機の必要を痛感した。

7. 現地到着後の活動は今回は病院とか学校の教室に患者が収容されたので、ヘリコプターは必ずしも必要なかった。然しもしヘリコプターやレスキュー隊員が同行すればコロンビア側も非常に助かったことと思う。この意味に於てJMTDRの総合化が重要課題である。

8. 緊急出動のときには第一班のみは必要人数を常時揃えておく必要がある。第二班が必要であれば、時間内に余裕があるので十分な人数を揃え

うる。

9. 一般に海外にて活躍した青年協力隊員や専門家は任期期間終了、帰国後適当な職がなく、青年の熱情に水を注ぐ感じがある。又発展途上国より研修に来た研修生は何等の学位も貰えず、帰国

後 彼等は必ずしも幸福なケースのみとは限らない。これらの状況を打開するため、解放された国際開発大学の早期設立が望まれる。

コロンビア時間			日本時間	
11月13日	21:30	第1回爆発	11月14日	11:30
	22:30	第2回爆発		
11月14日	0:30	アルメロ埋没	11月15日	0:00
	10:30	災害対策委員会 (ペダグ大統領総指揮) (赤十字社)		
	12:00	大統領災害地視察	11月16日	
	16:00	日本でニュース放送		6:00
	20:00	出動決定		10:00
11月15日	6:00	成田出発		20:00
11月16日	12:00	ボゴダ着	11月17日	2:00
	17:00	イバゲ着		7:00
	20:00			
	23:00	対策会議	11月18日	
11月17日	8:00	活動開始		22:00

国際救急医療班 JMTDR (コロンビア火山爆発)

派遣期間：1985年11月15日～11月22日

No	氏名	職種	所属先
1	本多憲児	医師	東北循環器科 本多記念病院院長
2	藤井寅夫	医師	元上野原町立病院院長
3	杉本勝彦	医師	北里大学病院救命救急センター
4	木村忠雄	看護師	聖隷厚生園
5	金田信子	看護婦	筑波メディカルセンター
6	今野孝雄	看護師	医療法人 社団湖仁会我孫子中央病院
7	安藤二葉	調整員	元JOCV (エルサルバドル, コスタリカ)
8	渡辺正夫	JICA職員	JICA医療協力部 医療協力特別業務室

Activity of Japan Medical Team for Disaster Relief

Kenji Honda

Director, Honda Memorial Tohoku Cardio-Vascular Medical Center

The Report of JMTDR Activity are concluded as follows.

1) The team treated 200 patients in the Federeco lllaras Hospital, 50 in SENA and 93 in Capeton Dispensaries. Among these patients, 50 cases were operated upon amputation of legs or arms because of gas-gangrene.

2) The characteristics in this disaster were cases with multiple wounds, psychological diseases and gas-gangrene. Fortunately we could not find any case of tetanus, which were contributed by injection of anti-tetanus serum.

3) Members, who have to leave Japan for disaster relief urgently, need deep warm comprehension and heartfelt cooperation by coworkers in his/her facilities.

4) Our team had only 3 members of nurses and 3 members as the coordinators and they had worked so hard and contributed so greatly for disaster relief, helping doctors doing anesthesia, wound treatment, intravenously injection, and translation and good official and private communication with Columbian. From my experiences the more the numbers of nurses and coordinators, the better services would be successful.

5) In order to arrive at the site of disaster and perform an effective contribution, JMTDR should charter flight, helicopter, constructing instruments and cooperation with rescue team in future.

Hospital based Medical Care から Community based Health Development へ、
そして Primary Health Care から Primary Health Development へ

神戸大学国際交流センター教授
岩村 昇

——アジアと共に生きのびる為に——

日本が経済成長して来た此の25年間に、アジア発展途上国の草の根には、貧困と疾病の悪循環の影が拡がり、そのアジアの草の根の低い生活水準の上に日本の今日の暖衣飽食生活が成り立って居るのは周知の事実である。かつてローマ帝国、ギリシヤ都市国家、秦の王朝も、奴隷制度の上に乗った貴族生活は、内部が腐敗して崩壊して行った。此れは歴史の法則である。日本も、ただ「着たい、見たい、食べたい、そして知りたいも含めた、たいたいづくし欲望追求の力学」その経済の力学がとくに国境を越え、その国際経済の力学で国際政治が揺れ動く中で、「自分のこと丈を考え、自分のこと丈をして居れば、それで夜が明け日が暮れる」という日常を此のまま続けるといことは、そのまま滅びの淵に自らを追い落とすことになる。

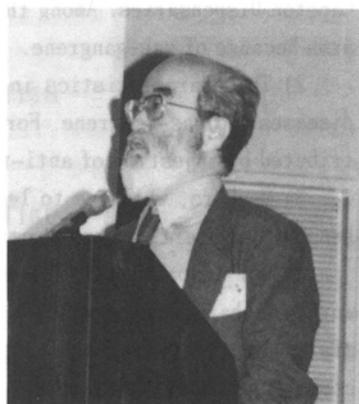
今こそ、アジアと共に生きのびる為に、アジアの草の根の人達が貧困と疾病の悪循環から自立出来るよう、「草の根の健康づくりを手伝う国際医療保健協力」が適確に行われねばならぬ時である。

——白い象より驢馬を——

「西の友人は白い象をくれた。象には人間の食べられる穀物を食べさせねばならぬのに、その象の背中に乗れるのは、王侯貴族だけだ。東の友人は驢馬をくれた。驢馬は人間の食べられぬ雑草を食べて百姓を乗せてくれる。日本は白い象をくれるのか、驢馬をくれるのか？」

1960年代

初期に、ネパールを訪れた日本の高官に、ネパールの高官が言ったことは、それから20年経った今、「日本から



白い象をもらう為に働いた大臣は金持ちになって外国へ行った。日本から驢馬をもらう為に働いた大臣は貧乏になって村に帰って来た。」

というネパールの草の根の人達の評価になった。そうして、「他の国々では白い象が驢馬を喰い荒し始めた。それが何処でも革命の原因になる。そうして何時も深く傷つくのは草の根だ」と、外国に留学して帰って来たネパールの若い専門家達はつぶやいて居る。そうして「フィリピンは、非暴力の改革に成功した。今後のフィリピンから我々は学ぶことが出来る」。丁度今回の政権交替劇の時にフィリピンに居た筆者に、フィリピンに留学中のネパールを含むアジアの留学生達が、交々語った。

——アジアと共に平和と健康をつくる為に——

そのフィリピンでは、「草の根の人達を貧困と疾病の悪循環から自立させる」ことを目的とした、Comprehensive Rural Community Development Programs(CRCDP) 包括的農漁村共同

体開発計画が大小多数あり、歳月をかけてその現場に献身して来た人材が居り、その試行錯誤の積み上げが、一つのサイエンスとしてシステム化してある。フィリピン大学のInstitute of Social Service & Community Development (ISSCD) では修士課程でそれを学ぶことが出来、アジアその他の発展途上国からの留学生も多い。

此のISSCD及び類似の研究研修機関に直接間接にかかわる人達が、平和と健康をつくる者としての役割を苦難の中で果たして来た。今からもその役割は支援されなければならない。何故なれば、筆者自身が民間の日本キリスト教海外医療協力会(JOCS)からネパールに派遣された18年間にも、それに続く神戸大学医学研究国際交流センター(ICMR)からアセアン諸国にかかわった5年間にも、筆者個人及び筆者の属する組織が行って来た医療保健協力及び医学研究交流の内容は、第1図と第2図に示された様なアジア発展途上国の草の根に共通な問題に対し、基本的な解決へのインパクトとして直接迫って居ないのが実状であったのに、ICMRの一部が此の5年間上記のISSCDを背景にもったComprehensive Community Health program (CCHP), University of the Philippines(UP) - System, Bay, Laguna, the Philippines と交流することによって、筆者個人がアジアにかかわる此の23年間模索して来た「Hospital based Medical Care からCommunity based Health Developmentへ」の方向がそのまま日本の民間も政府も、アジア発展途上国に対する医療保健協力の軌道を修正すべき方向であるということを確認し得たからである。

——アジア発展途上国に対する医療保健協力専門家の養成訓練——

日本とアジア発展途上国は、気候風土、歴史的背景、文化、産業・社会構造、政治事情そして疾病構造が全く異なる。

そこで、アジア発展途上国の草の根の人達が自立出来るよう、「草の根の健康づくりを手

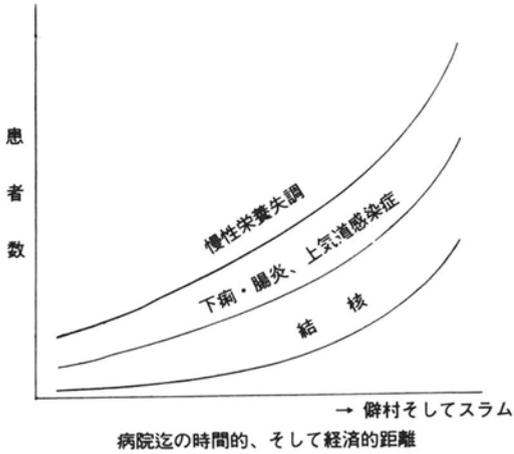
伝う医療保健協力」を適確に行う人材は、計画的に養成訓練されなければならない。

筆者が既にかかわった範囲では、上記ICMRに来て居たアセアン諸国の医師に神戸大学医学部で、筆者が担当して居た疫学の時間に学生に対して母国の医療の実情について講義をしてもらい、その結果関心を持ち基礎配属でICMRに自主的に志願して来た学生に対して事前のオリエンテーションを与え、春若しくは夏の休暇を利用して上記のCCHPに派遣して、early cultural exposureを行った。彼等の中から、卒業後神戸大学医学部産婦人科、小児科等に所属しながら、アジア発展途上国への志を持ちつづけて居る数人が輩出して居る。

今からしなければならないのは、此等、若き医師であり、しかもアジア発展途上国への志をもった大学院生及び研究生達に、上記ISSCDで2年間の修士課程に留学する機会を与え、それを大学院及び研究生博士課程の単位として認めることである。又は、筆者が1986年5月に赴任するAsean Training Center for Primary Health Center(ATC/PHC)において彼らの研修を行うことである。これらの教育によって「国際医療保健協力を包括的農漁村開発計画の中で」計画・実施そして評価するノウ・ハウを身につけた人材を準備せねばならぬ。(第3図)

そのような準備を経ない医療保健関係者をアジア発展途上国に送り出すことは、宇宙船地球号の平和と健康の為に無益であるだけでなく、むしろ有害であることを、筆者は声を大にして叫ぶものである。

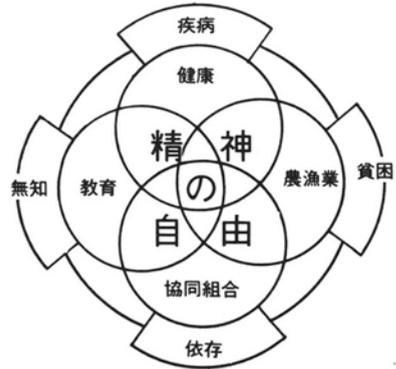
第1図 草の根の疾病像



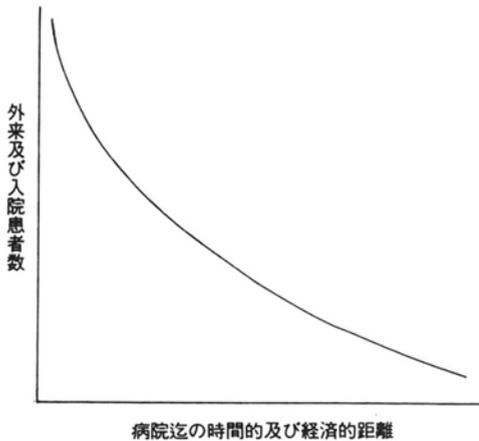
註：ここにいう病院は、少なくとも電気水道がなければ機能し得ない近代病院である。

そのような近代病院の診療費がたとえ無料であっても、遠くに住む患者は交通費の出所が無ければ病院に来れない、そしてスラムの住民も仕事を休んで迄病院に来ることはしない、それを経済的距離であらわす。

第3図 包括的農漁村開発計画



第2図 時間的経済的余裕のある者しか病院にこれない



註：ここにいう病院は第1図に同じ。

From Hospital Based Medical Care to Community Based Health Development
and From Primary Health Care to Primary Health Development.

Noboru Iwamura

Professor, International Center for Medical Research, Kobe university, school of Medicine

Since these past 25 years, the Japanese people became rich and the Asian grass-roots people became poor. We should share our sciences with grass-roots people who are suffering from the bad linkage of poverty and diseases. Such diseases of Asian grass-roots people are mostly preventable and curable by lifting up their living standard and developing appropriate technologies. Therefore, community based health development is the best way of solving the health problems of people for their self reliance purpose. International Human Resources Development Institutes Net-Work (IHI)* is raising fund for leadership training of comprehensive rural community development (CRCD) including health. All young doctors and co-workers should be trained at CRCD field by IHI provision before their assignments to Asia.

※IHI 国際人材開発機構

International Human Resources Development Institutes Network. (IHI)

〒105 東京都港区海岸1-6-1

イトーピア浜離宮830号

看護の連帯と相互の開発を目指して

国際看護交流協会理事

志 摩 チヨ江

はじめに

昨年は、メキシコ地震、コロンビアの火山爆発という国際的な緊急医療協力の舞台があり、わが国においても官民ともに一昨年からのアフリカ飢餓救援に引きつづいた事件として、市民的にも医療協力のあり方を問う引き金となった。

各種の議論の中で、日本の対応の遅れや方法論についての批判がマスコミを通して伝えられたものの、具体的かつ建設的な意見は、一部の体験者の提言にとどまり、一般市民の盛り上がりとはなっていないような気がする。即ち緊急的な事件についてはそれがある程度解消されると線香花火のように消え、のど元過ぎた熱さ忘れ、となり勝ちである。しかし、緊急時の対処のためには準備された体制づくりと絶えざるマンパワーの確保が必要であることはいまでもないことであり、今後の緊急医療協力を日本としてどのように取り組むかについての体制づくりを官レベルで開始したことは遅きに失するウラミもあるが、みんなで見守り、かつ育てるための協力をしてゆくべきだと思っている。

緊急時のことを先に述べたが、私自身の国際協力のかかわりは、むしろ長期的な人造り協力に類するものであり、看護面に限って言えばまだ20年弱の歴史しかないので断定的なことはいえないが、緊急時も長期的協力も国際情勢分析を正しく行ない、相手が何を望んでいるかを適確に把握し、その場限りでなく相手が自力で立ち上がるプロセスまでフォローアップしてゆくことの重要性は共通していると思うので、これから体験にもとづく人造り協力についての実際の活動を紹介し、私なりの感想を述べ、皆さんからのご助言をいただければ幸と思

う。

看護の国際協力の必要性と経緯

1. 国際看護交流協会設立の経緯

わが国における開発途上

国に対する援助元年が昭和40年といわれる。国際看護交流協会も時を同じくして昭和41年頃からアジア地域の看護の連帯を求めてその活動を開始している。日本の看護婦の国際理解を深めることの必要性から親しき隣国台湾をはじめとしてASEANへのスタディツアーの実施により相互理解の布石をつくった。やがて法的には5年後の昭和46年に外務省、厚生省を主管とする民間の財団法人としての認可を受けるに至った。

当初看護のみの財団法人設立についての異議もあり、日本国際医療団と重設するなどの声もあったが、医療・保健分野における看護の役割は大きく、かつ人類のベーシック・ヒューマン・ニーズにもっとも身近な専門分野であることを主張し以降独立した団体として看護をベースとした国際協力を探り続けている。

2. 国際看護交流協会の技術協力活動

1) 現在までの活動実績

- ① ASEAN 5 各国の看護婦指導者研修 (厚生省委託事業)



昭和48年に開始し現在まで13年間継続する1年課程の専門看護技術研修であり、修了生は158名に達する。

② メキシコ人看護婦の専門看護研修

日墨文化交流計画にもとづくものであり、メキシコ人看護婦の受け入れは昭和50年～58年の間に84名、日本看護婦の送り出しは65名で現在も継続中である。

③ 台湾人看護婦研修

財団法人交流協会の委託で、昭和58年より看護管理研修、専門看護研修の2コースを毎年実施し、修了生は30名。

④ 幹部看護婦国際研究会

外務省補助金による事業で、ASEAN、韓国、メキシコを中心とした国の看護のオピニオン・リーダーによる研究会であり、アジア地域を中心とした看護の開発教育の方針づくりをする目的で昭和50年から毎年実施。うち2回はWHOと共催し世界レベルで討議。

⑤ 看護管理研修

国際協力事業団の委託事業で、前記①と②のコースの修了生を対象に昭和55年から隔年実施で卒業生は26名となり、まさに管理者として活躍している。

⑥ 昭和61年度からは新設コースとして、アジアのASEANを除く開発途上国、アフリカ、中南米から9か国を選び、専門看護の一年コースを国際協力事業団の委託で実施する予定である。

⑦ その他、政府の実施する看護プロジェクトの企画、推進に対し、直接・間接に協力するなど民間レベルではあるが、独自の活動実績に基づく協力を具体的に行っている。(例えば研修修了生のカウンターパートとしての起用、相手国政府のニーズや情報の収集、専門家の派遣など)

2) 研修事業を通じて考える国際医療協力のあり方

前記事業は、いずれも政府のODA (official Development Assistance) 予算による活動である。61年度のODA予算も前年度比7.0%増と高い伸びを確保し、援助額では米国に次ぐ世界第二位という。

しかし、カネやモノに偏り過ぎているという批判もあり、いまソフト面の人材育成を重視すべきだ、という声が多い。なかでも外務大臣の私的諮問機関である「ODA実施効率化研究会」が昨年末に提案した「国際協力開発大学(仮称)」の構想などは当時マスコミが揃って大きくとり上げたものである。その後構想がどのように展開されていくのか、民間人としては関心があるし、マスコミも是非その後の政府の動きをひとりODAに関する直接活動をする者だけでなく、一般国民の関心と議論を巻き起こすような報道姿勢をとってほしいと思う。

こうした人材育成の協力に関して、私の所属する団体の仕事は前述のとおりまさにソフト一辺倒なのである。ソフトの協力は目立たないし、評価もむづかしいところから、官ベースの理解度も決して高いともいえないし、また日本国内一般の医療・看護界のこの活動に対する理解が広がりにくいといった嫌がある。

ただし、日本へ来た看護研修生自身や、彼女たちを送り込んでくる国ぐにの評価は高い。

たとえば以下のような反応がある。

- ① 新しい医学・看護の知識だけでなく、看護婦としての職業意識が身につく。
- ② 学位はとれないが、実務レベルの確かな技術習得と、よい管理システムが学べる。
- ③ 帰国後の定着率がよい。アメリカへ留学させると理論が先行し、学位志向となり自国の看護の質的向上に役立とうという意識につながらない。(Desk Workの欧米とField Workの日本の差)

3. 現在までの取り組み方針

1) 研修事業活動のねらい

INFJの研修事業は以下の点にねらいを定めて実施している。

- ① 正しい技術を、その国の医療・看護の実態をふまえ、個人のレベルに応じた個人別プログラムを作成する。
- ② 日本理解、日本人理解を深めてもらうために日本語の集中教育をし、主として日本語で研修する。

- ③ 実務研修中心。
 - 2) 研修遂行上留意している点
 - ① 日本の看護婦を中心とした人的交流をはかり、相互の開発、連帯感を育てる。
 - ② 研修に参加した国ぐにの相互理解を図るため研修生グループを家族的雰囲気の中で生活させる（食・住をともにしている）
 - ③ 看護という専門性を通じてGive and Takeの思想をベースにして双方が自己発見、自国の見直しができる場づくりをする。
- 以上のようなことに留意して研修生の選択をし、結果よりもプロセスを重視している。

おわりに

10余年の看護を中心とした国際協力、主として人づくりに携わってきた一人として、今だにこれでよい、という結論を持たない。しかし、目立たない、地味な積み重ねが大切だ、ということだけは解った。

ここに自己反省も含めて以下のことを提言して私の役目を終わりたい。

1. ODA予算の仕事が中心なので役所との交渉

も多いが、先づ役所間の縄張りや正しい実態把握がない評価規準で予算の割り当てをされることがあるので、もっと現場・民間の声を汲み上げていただきたい。

2. マスコミの報道は民間の草の根的活動をもっと継続的に取材し、国民的関心を喚起するようにしてほしい。
3. 保健、医療、看護の国際協力が官民、長期、短期で行なわれているが、これらをネットワーク化し効率化を図る努力をすべきである。
4. 看護教育を含めた医療関係者の教育の中で、国際協力の必要性、日本の立場を教育する必要がある（先づは教育者の意識変革が急務）

かつて40年前に日本がいかなる過程で復興したか、を思うとき、国際協力を他山の石と見ることはできない。私自身まさにハレーすい星の核のような現在の小さな活動をしているに過ぎないが、少しでも長い尾を引くよう理解者、協力者の輪を広げる努力をするつもりである。

“The Needs of Linkage for the Mutual Development in Nursing”

Chiyoë Shima

Director, The International Nursing Foundation of Japan

In the history of Japanese medical cooperation, the nursing field focus is still young. As for Japan, the INFJ, for the past twenty years has been promoting the international exchange and the technical training for Asian nurses mainly.

From this experience in particular, came a one year training course introduction regarding advanced nursing studies. Even though it is difficult to evaluate the effectiveness of this manpower development, there seems to be a mutual cooperation and development between Japan and the other Asian participants.

Moreover, as a recommendation; in the cooperation of the health and medical fields, there must be concerted efforts to establish networking between government and private agencies.

In conclusion, as a private agency, INFJ will try its utmost to collaborate with related groups.

NGOの役割

日本国際ボランティアセンター事務局長

星野昌子

1979年、タイでは75年春のインドシナ三国の政変以降既に流入していたラオ系難民に加え、年頭から劇的に増加したベトナムからのボートピープルが5月・6月には毎月5万人のレベルを超え、10月には更にカンボジア内の戦闘と食糧危機から逃れて流入した50万もの難民を抱えて苦渋していた。11月ニューヨークでカンボジア民衆救済據出誓約会議が開催され、アジアで発生したこの二十世紀最大の難民問題に対し、日本政府も国連難民高等弁務官事務所が必要とする救援費用の半分という思い切った據出表明を行い、同時に緒方貞子氏を団長とする「日本政府カンボジア難民救済実情視察団」を11月中旬タイへ派遣する等の対応を示した。

その結果、年も暮近く、21日総員29名から成る第一次日本政府医療チーム(JMT)がサケオ・カオイダンに派遣され、高度な技術と潤沢な医療機器薬剤等で、他国の医療チームを引き離し、その後1982年末まで、信頼される救援活動を展開することになった。

しかしこの実情視察団を驚かせ、かつ嘆かせたのは、日本政府の対応の立ち遅れだけではなく、機動力を以って救援にあたる欧米の民間団体の存在と、豊かな経験に支えられ、自信に溢れて従事する若い男女のボランティア達であった、と緒方氏自身が述べておられる。

当時20ヶ所の難民キャンプとタイ・カンボジア国境周辺の集結地では、既に正規に登録されたものだけでも14ヶ国から約40の民間公益団体(US14、タイ9、英4、西独2、仏2、オランダ、ベルギー、オーストラリア、シンガポール、スイス、フィンランド、アイルランド各一団体と、ス

ウェーデン、ノルウェイ、デンマーク)の合同チームが、医療を中心とする各分野で活動し、これらによる「避難民救援委員会」も結成されていた。



欧米の民間公益諸団体の国際的援助活動は1800年代に逆のほり、1900年代に入り第一次世界大戦後の復興、第二次世界大戦中の救済、戦後のヨーロッパや日本の復興と、永い歴史と経験を重ねて来た。いまだにキリスト教を母体として活動するものも多いが、宗教をかかげず、市民レベルの運動として、政府や国連の役割りとは別に、民と民との間に建設的な協力関係を築き上げるべく努力を積み重ねている。

一方、政府事業として医療チームをサケオ・カオイダンへ派遣したのは、日本以外にはイスラエル、イタリア、モナコであった。

それでは、「何故政府でなく民間なのか」という問いに対して私は次のようにお答えしたい。

1、公的援助では、国の要請に医療人が応ずる形で行われ、安全に対する保障の問題から、参加する医療人にその意志があっても危険を伴う地域での活動は困難である。

自己の信念に基いて自発的に、個人の責任にお

いて、キャンプ内のみならず、危険な国境周辺の難民村でも活躍する民間団体の医療人に対し、JMTが後方の病棟内に止まらざるを得なかったり、又或る時は、戦況の悪化を予測した日本政府の指示でキャンプからも総引揚げせざるを得なかった事実は、この点に起因している。

2、民間公益団体は政治的(外交的)な理由によって政府援助ができない国、具体的には、非友好国や国交のない国々においても必要があれば人道的立場からできる。

3、双方の国の官僚主義にしばられることなく、現地の真の需要に即応し、きめの細かな協力活動ができる。臨機応変な機動性や効率性又、予算面での柔軟性等公的援助に望めぬ事も可能である。

4、救援や協力活動においていろいろな国の民間公益団体同士が、同じ土俵の上で混然一体となって、同じ目的のために働く過程で、その場に適した国際的ルールを尊重しながら、他から学び、又行動の成果を通して自らを認めさせ、国際的信頼関係を築き上げることができる。これは、主として英語による会議への参加が不可欠であるため、日本人にとっては苦手な部分だが非常に重要であると思われる。

二国間の政府援助においては、相手国とのみの関係であるため、こうした国際的な輪に加わる必要もない代り、前記の利点も失うこととなる。

5、政府援助は相手国政府の要請なしに行えない。発展途上国政府が自国の草の根の真の需要を適格に把握せずに援助を求めた時、農村やスラム等の劣悪な衛生状態を横目で眺めつつも、立派な病院を建てざるを得ないということが起きて来る。結果として受益国の国民の間の社会・経済的格差を縮小するどころか拡大させてしまうことがある。一方民間による援助は真の需要に応えることを第一の目的として行動することができる。

以上5点申し上げた理由から、西欧には歴史と経験を誇る民間公益団体が多数しっかりと根を下ろし、その活動が近年益々注目される中で、日本の欧米諸国と比べての立ち遅れは余りにも顕著である。一般に民間公益団体はNGO(NON-GOVERNMENTAL ORGANIZATIONの略)と呼

ばれるが、政府の作ったNGOを除くと、医療関係で活動する純粋な意味でのNGOは、キリスト教海外医療協力会他十指に満たない。

しかしこの国際的相互依存の時代に、そして天然資源や労働力の供給地、自国製品の市場として、外国への依存度の極めて高い日本の現況を思う時、国際協力分野でのボランティア活動に日本が参加しなくてもよい理由はどこにもない。

JVC(JAPAN INTERNATIONAL VOLUNTEER CENTERの略、日本語では日本国際ボランティア・センター)は1980年2月タイのバンコクで設立された人材派遣型の民間公益団体で、以来6年を経て活動地はタイ・ソマリア・レバノン・エチオピア・カンブチア、活動分野は、医療・補助給食・技能訓練・農業等があり協力対象は難民、災害被災民及びスラム農村の住人である。医療協力は1982年からタイ・カンボジア国境で始まり、その後JVCの姉妹団体であるSHARE(SERVICES FOR THE HEALTH IN ASIAN & AFRICAN REGIONS)と呼ばれる保健・医療専門のボランティア団体と協力しつつ、昨年2月からエチオピア・ウオロ州ワレヒメノ郡アジバル村で約一年間に亘る干ばつ被災民対象の医療救援活動を行った。参加者の誰もが思うのは、「惨状は一応納まったとは言え、二度と繰り返さぬ為に、私達は一体何ができるか」「日本が豊かになったから貧しい者へと『援助』を恵み与えるのではなく、一つ地球に住む人間同志としてアフリカの飢えは私達の問題でもある」との認識を得、尚且つ「相手にとって役に立つ存在になる為には、まづこちらが相手から多くのことを学ばなければならぬこと」、「自分がこの人達と同様に困難な状況に置かれたらどうなのか」と発想することに始まり、「同じ人間であること」を実感し、窮状にある人と、そして自分の可能性を確信して、双方の潜在能力を引き出そうとする時、「助けられているのは自分達だ」と痛感する。

しかしながら日本のNGOの行手をはばむものは余りに多い。

先づ社会通念において、

- 1) 重要なこと困難なことは政府がすべき
- 2) 何をあの物好きが、危険をおかしてまで行く

のか
3) 国際ボランティア大変結構、だがわが娘息子
などとんでもない
4) まだ日本にもいろいろ問題があるのに何故海
外で働かねばならないのか
といったことなどがあげられる。
又、社会制度面においては、

1) 終身雇用制を主因として、帰国した医療人の
再就職が難しい
2) データ、ノウハウの蓄積を能率的に行えない
3) 免税措置の適用が受けられず、財政的に常に
不安定である
などの問題が指摘される。

Role played by NGOs

Masako Hoshino

Director, Japan International Volunteer Center

I would like to answer as follows to the question why the aid will be extended by private organizations and not by governmental organization.

1. Official (governmental) aids are usually extended in such a form that private comply with the requests by the national government. In view of the responsibility for security for the volunteering people, it is difficult for the participating medicare people to work in the districts where risks are inevitable, even if they are willing to do so.

It is for this reason that JMT (Japan Medical Team for Indochinese Refugees; Governmental Organization) had to stay in the medicare facilities in the back from the front or that the JMT sometimes had to totally withdraw from the camps in line with the directions of Japanese government which preestimating unfavorable conditions in the battle, whereas the medicare people of private organizations were voluntarily active not only in the medicare camps but also in the refugee camps near the risky borders in their individual responsibilities on the basis of their own belief and philosophy.

2. Private service corporations can offer their aids from humanitarian standpoint even to such nation to whom the governmental aids can not be extended for political (dipolmatic) reasons, or more practically, even to unfriendly countries or the countries with whom the government has no diplomatic relations, if necessary at all.

3. The private service corporations can extend their corporative aids with every possible attention so as to meet the real demands present in the spot at issue, with no restraint by the bureaucracy of the governments of both nations. It is possible for the private servicing organizations to offer efficiency, readiness and flexibilities to meet actual demands, all of which are unavailable from official aids.

4. In the rescue and cooperation activities, private servicing organizations from various na-

tions will work in close cooperation on the same ground for the identical targets, while respecting the international rules which are suited for each of the working spots, and the participating private organizations can learn from the other colleagues, convincing the others of their works through their achievements so as to build up international reliance. This is extremely important, although it is a fact to which the Japanese people have less accessibility because their participation in the meetings for the medicare activities requires fluency in spoken English.

In the governmental aids between two nations, there will be no need for participation in the international meetings of this kind because it is to be conducted only in the relationship with the objective nation, but, on the other hand, the above-mentioned advantages will be lost.

5. The governmental aids can not be conducted without having the official request from the government of the objective nations. If the government of an developing nation requests the official aid from the government of other nations without adequately grasping the actual demands of public people of their own nation, it will be often the case for the helping nation to be forced to construct a luxurious hospital, while being aware of the poor hygienic conditions of the rural villages and urban slums. As a result, the aids of this type may often enlarge the social and economic gaps among the people of the objective nation, rather than reducing the gaps. On the other hand, the aids extended by private organizations can be active with the first and utmost aim to meet the real and actual demands.

WHOとJICAにおける経験を踏まえて

国際協力事業団医療協力部長
長谷川 豊

世界保健機関（WHO）に10年、国際協力事業団（JICA）に2年奉職して来た経験から、国際保健医療協力について、若干の考えを述べて見たい。

1. 国際協力事業団の事業の概要

国際協力事業団（Japan International Cooperation Agency—JICA）は、昭和49年に設立された特殊法人で、開発途上国に対する政府ベース、即ち、国と国との対策に基づき技術協力を一元的に実施し、かつ殆どすべての無償資金協力の実施業務を担当している。

その前身は、海外技術協力事業団と移住事業団が主体であったので移住事業も併せ実施している。

事業分野は、農林・水産、鉱工業、社会開発、研修等、広汎な協力を途上国に対して進めているが、保健医療協力も一つの重要な分野となっている。

1) 日本政府の途上国への援助の規模

日本政府の開発途上国への援助総額は、昭和59年度、43億ドル強で米国の87億ドルに次いで世界第2位となっている。政府は更に、61年度から始まる7カ年援助倍増計画を世界に公約し、67年度には、年間援助総額を80億ドル以上とすることとしている。

2) JICAの保健医療協力予算

JICAの保健医療分野の予算は次の通り。

- ・技術協力 60年度、50億円（専門家派遣、機材供与）
- ・無償資金協力 59年度、200億円（病院・研究所等施設建設、医療機器供与）

- ・研修員受入 60年度、約10億円、（個別研修、集団研修、第三国研修）
- ・青年海外協力隊（医療関係隊員派遣）分野別予算不明



JICAの事業予算規模は、無償資金協力事業の実施分を含めて、2,000億円余であるので、保健医療分野のシェアは約13%である。

3) 保健医療分野技術協力

保健医療分野の技術協力の主要形態は次の通りである。

① プロジェクト方式技術協力

この方式の協力は、a. 専門家派遣、b. 研修員の受入、c. 機材供与の3要素を有機的に組み合わせたもので、約5年間にわたり協力を実施する。61年3月現在34プロジェクトを実施中である。

② 個別専門家の派遣

要請に応じ特定分野の専門家を派遣する。

③ 難民救援医療

これ迄には、カンボジア難民に対して実施。

④ 国際救急医療

大規模自然災害への救援医療。これまでにエチオピア（大旱魃）、メキシコ（大地震）、コロンビア（火山爆発）へ救援隊を派遣した。

4) 保健医療関係無償資金協力

病院、医学研究所、看護学校等の建設、医療機器、医薬品等の供与が行われている。

5) 保健医療関係研修事業

① 個別研修;前述のプロジェクト方式技術協力の3要素の1つとして実施される。

② 集団研修;保健医療関係では18のコースが開設されている。

③ 第三国研修;これは、ある途上国がホスト国となり、その国の大学・研究所等の施設でコースを開設、同国および近隣諸国からもコースに参加する。参加費、日本からの講師の経費はJICAが負担する。

6) 青年海外協力隊の保健医療活動

発足(昭和40年)以来59年度末までに、医師、看護婦等、各種医療関係者 447名を派遣している。

2. 保健医療協力の政策形成

WHOの政策は、加盟国の代表(多くは保健大臣)が出席する総会において決定されるが、実際は、WHO事務局長を始めとするhigh officialsが、原案を作成している。現在の基本政策は、Primary Health Careによって、西暦2000年までに世界のすべての人々に健康を(Health for All by year 2000)である。具体的には、約10の分野に分けてターゲットを定めている(基本保健サービスの充実、安全な飲料水の供給、予防接種の普及、必須医薬品の供給、等)。

日本政府の途上国に対する協力はすべて、途上国からの要請に基づくが、途上国の人々のbasic human needsに対応する協力をプライオリティが置かれている。保健医療分野では、WHOのような詳しい目標はないが、最近、感染症対策を重視する方向が打ち出された。

3. 協力のシステム

WHOは、国連の傘の下の保健医療分野の専門機関である。JICAは、途上国に対して中広い保健医療協力を実施しているが、実施部門は、協力方法与予算の仕組みに従って次のように分かれている。

・医療協力部=保健医療技術協力の実施。

・研修事業部=保健医療分野を含めすべての研修事業を実施。

・無償資金協力部=保健医療分野を含めすべての無償資金協力を実施。

・青年海外協力隊事務局=保健医療分野を含め全分野の協力隊員の派遣を実施。

4. 協力の財政面

WHOは、他の国連機関と同様、2年予算で、1984・85年度総額(特別拠出金を含む)は、9,800万ドルであったので、単年度にすると、4,900万ドルで、これは当時の為替レート(1ドル=225円)で計算すると1,100億円となる。WHOは全世界に5,000人の職員が居るので、職員1人当りの予算は2,200万円となり、職員の平均年収は約1,000万円と見られるので、実際の事業費は、職員1人当り、約1,200万円となる。

一方、JICAの84・85年度平均予算(無償資金協力実施業務を含む)は、約2,000億円、JICAの職員数1,000人弱であるので、1人当りの予算約2億円となる。JICAの職員の平均年収は約500万円と殆ど変わらず、この額は、WHOの16倍以上の1人当り事業予算である。

WHOは、勿論、技術協力機関であり、ハード・ウェア供与の予算は殆ど無い。専門家としての職員自身による技術指導が主要な活動内容となっているので、JICAのようにハード・ウェア(病院建設、高額医療機器)供与を伴った予算と比較にならない面がある。

政府開発援助予算の増加ともなって、JICAの予算、従って事業量は、増加の一途を辿っているが、定員増加が抑制されているので、職員の負担は極めて大きくなっている。

5. 協力の内容

既に述べたように、WHOはソフト中心なのに比べ日本の援助は、ハード・ウェア(施設の建設、供与)が主体で、技術協力は12%程度に過ぎない。予算面で技術協力を伸ばす努力が必要であるが、保健医療分野では、途上国のために働こうという医師等医療専門家(とくに長期派遣専門家)のリクルートが大変困難なことによる。語学力を含め

た専門家の質的向上も重要な課題である。

ハード・ウェアは、しばしば大きな病院の建設や高級医療機器の供与の形で行われるが、これらの供与にあたっては、途上国が本当にこのような大施設や高度の機材を使いこなせるかどうか、維持管理（技術的、財政的）ができるかどうか、十

分事前調査の必要がある。

原則的には、途上国にはprimary health careのための簡素な機器を重視すべきである。

最後に、一番重要なことは、草の根からのoverallの発展の必要性で、これなくして、保健衛生レベルだけ伸びることはあり得ない。

International Health and Medical Cooperation from my experiences at WHO and JICA

Yutaka Hasegawa

Director, Medical Cooperation Department, Japan International Cooperation Agency

1. Policy formulation

The WHO's policy is formulated by the World Health Assembly composed of the delegates of the Member States (normally, Ministers for Health).

The WHO's present overall goal is the health for all world people by the year 2000 through the primary health care development.

The cooperation of the Japanese Government with developing countries is based on the latter's requests with those meeting "basic human needs" as high priority.

The requests of the sovereigns of states sometimes overrule what Ministers for Health consider as priorities.

2. System for cooperation

WHO is an agency specialized in health aspects under the umbrella of the United Nations.

JICA's health and medical cooperation activities are implemented in several different departments as follows, and there is at present no special coordination mechanism among them.

- Medical Cooperation Department ; in charge of health and medical technical cooperation.
- Training Affairs Department ; in charge of all training affairs including those on health and medicine.
- Grant-aid Department ; in charge of construction of facilities and provision of equipment, including those related to health and medicine such as hospitals, nursing schools, etc.
- Japan Overseas Cooperative Volunteers (JOCV) Secretariat ; in charge of dispatch of JOCV including those in health and medical fields.

3. Financial aspects

From the 1984-85 budget of WHO, it is estimated that the budget for actual technical coop-

eration activities was about 12 million yen/staff member.

On the other hand, the JICA's budget/staff member for the same period was estimated at 195 million yen, more than 16 times as high as WHO's.

WHO has no substantial budget for hard ware, but JICA's budget allocated to hard ware is very large.

4. Contents of cooperation

WHO provides technical cooperation. JICA's technical cooperation is far from satisfactory because of the difficulty to recruit qualified technical experts of long-term assignment.

Provision of too large facilities and too sophisticated materials should be avoided as developing countries cannot afford to make use of them.

災害救援に対する国際的視点

日本赤十字社 外事第一課長
東 浦 洋

メキシコ、コロンビアの経験から緊急救援体制整備が叫ばれている。国際緊急援助隊を創設しようというものである。この方面での体制整備は大いに結構なことであると思う。しかしこの際、災害救援に対する国際的視点から私なりの若干の提言をしておきたい。

第一に指摘したいのは、地震のような突発的災害を念頭に置きすぎているくらいがあるということである。災害統計上から言えば、確かに死者は地震が最も多いが、救援する対象である被災者数では、圧倒的に干ばつと洪水で、ついで武力紛争、サイクロンとなっており、地震は第五位。国際救援アピールを検討してみても、地震などの突発的災害への外国の医療要員や援助隊の派遣要請は少ない。短期決戦型の救急医療や援助隊の出番はごく稀であり、むしろ中・長期の救援体制をしっかりとしておく必要がある。一昨年のアフリカ干ばつ救援を例にとれば、何よりの薬は食糧であった。赤十字が実施した救援は「ピラミッド・アプローチ」と呼ぶもので、栄養状態を観察しながら、必要な給食や食糧を配給していくための看護婦、栄養士、あるいはキャンプ設営に必要な保健婦、救護員、輸送車両の整備士等を派遣して、現地の人々を指導しながら救援を進めて行くことに最重点を置いてきた。医師の必要性はごく限られており、マラスムスやクワシオコルの子供たちについても、じっくり腰を据えた救援こそ重要であって、濃厚治療をすればすまされるような事態ではなかった。まして、短期間、医療班や援助隊を派遣すればよいわけではなかった。発展途上国ではどこでも医療要員不足であるから、このような救援

を通して現地の人々を教育することにも大きな意味がある。経験ある専門家の長期派遣こそ求められている。短期間のおぼろげな救援はかえって問題であることを認識する必要がある。



第二に、この緊急医療班や援助隊が現場で誰の指揮下で活動するのか、どうもはっきりしていない。国際的な調和のとれない救援は現場が迷惑に感じこそすれ、国際的評価にはつながらないということを忘れてはならない。我先に大部隊を派遣しさえすればよいわけではない。国内受けとかマスコミ対策で派遣するのはもっての他として、国際救援コンクールのような救援は厳に慎むべきである。日赤がコロンビアの火山噴火で医療班を出したのには次のような事情がある。コロンビア赤十字から救援の第一段階での救護は現地の医師、看護婦、救護員等で十分まにあう。現場の混乱を避ける意味で、むしろ到着を後らせて、後方病院にヘリコプター等で運ばれる重症患者の手当について現地の医師を指導できる整形外科の専門家を派遣してほしいと要請された。これに答えてのことであった。飛びだして行って、職さがしをするようなみっともないまねは繰り返すべきではない。

第三に、国際的な視点からすると、日本には国際救援のプロフェッショナルな人が余りにも少ない。国際的に通用する救援の専門家を毎年多数派遣している外国の赤十字ですら、現場で働く人々が短くても六カ月単位で派遣されているにもかかわらず、ボランティアとして出ていくことから、一つの活動から学びとり、将来へ繋げることができにくいとこぼしている位である。現場で必要なのは何よりも救援の専門家であって、アマチュアでは役に立たないばかりか、かえって邪魔にさえなる。日本赤十字社は昨年一年間に医師、看護婦、放射線技師、事務職員32名をエチオピア、スーダン、タイ、マレーシア、ネパール等に国際赤十字の救援要員として派遣した。ことにアフリカ干ばつ救援医療要員については、六カ月を最短派遣期間とした。しかしそれでも、現場でかなりの経験を積むまでは国際的に本当のプロフェッショナルにはなれないということをいままさらながら実感させられた。国際的にはいかにインデペンデントに働けるかが重要な評価となるのであって、一人で国際チームの中で働ける人間を養成しなければならない。将来を考えて、少人数でもいいから、この種の国際救援の専門家をそだてるための経費を民間機関にもまわすことが望まれる。発展途上国の栄養問題、地域保健医療問題、熱帯医学等、まだまだ事前に学習する必要があるというのが現状ではないだろうか。救援への参加が最初の学習になってはいけない。熱意のある人を救援に派遣しさえすれば良いのではない。

第四にもっと重要なのは、災害前にその国の人々が自国内の被災者を適切に救護できる体制づくりをしておくことである。このための資金、専門家、資材等を提供することである。災害に備える。被災者を出さないようにする。少なくとも被災者をできる限り減らす。災害で死傷者が多数出た後での救援より、どれほど意味があるか、誰にも容易に理解されよう。しかし残念ながら、この種のプロジェクトには金は集まりにくい、60年代、70年代、80年代の各災害の件数、被災者数をしらべると、年代毎に増加の一途を辿っている。とくに80年代は現時点ですでに70年代を大幅に上回っている。決して天候不順とか、何らかの自

然現象に大きな変化が生じたからというわけではない。むしろ、人間の手で痛めつけられた自然が脆弱化して、災害の規模が拡大したからであって、人間による間断のない生態系の破壊に対して、「災害」の姿を借りて、自然が報復しているとする見方は的を得ているといえよう。貧しさが被害を増加させていることを示している。この視点から国際的な80年代の考え方は災害多発の発展途上国の災害対策を充実させるために国際協力をすすめることにある。あるいはもう一步進めて「予防にまさる治療なし」の立場から、災害予防に努めることにある。

今、赤十字はどのような緊急事態にも備え国際的に調整のとれた緊急救援を実施するべく体制改善に努めている。また災害多発国の赤十字社の災害救護能力を高めるための災害対策に力を入れている。さらに今般のアフリカ干ばつを単なる自然災害とはとらえずに、植林、灌漑飲料水の供給、地域保健衛生環境改善を含む農村総合開発を基盤とする災害予防に全力をあげている。毎年のように災害が発生するバングラデシュでは、サイクロン・シェルターを建設し、被害をできる限り少なくすると同時に、その土地の保健医療のセンターとしての機能をもたせるような計画を進めている。インドでは同種のプロジェクトですでに227カ所のシェルターが完成し、実際に活動を始めている。

また、緊急救援といった際立った事態に対処するだけでなく、発展途上国のいわゆる「静かなる緊急事態」を真剣に考える必要がある。ネパールでの井戸掘りを中心とするプライマリ・ケア・プロジェクトは草の根の人々に直結し、しかも草の根の人々が自らの仕事として直接事業実施に参加する援助になっている。重要なのは援助をする側の論理の押しつけではなく、援助を受ける側の立場から事業を展開することである。「自立への手助け」こそ、真の援助のあり方であり、このような地域社会に根ざしたプロジェクトの実施に重要な役割を担うるのは、他ならぬNGOと言えよう。

International Viewpoints on Disaster Relief

Hiroshi Higashiura

Director, First Department, International Relations Bureau, The Japanese Red Cross Society

After relief operations for Mexican earthquake and Colombian volcanic eruption last year, a new concept - the establishment of an emergency rescue unit has been openly discussed in Japan. I fully share the opinion that it would be worthwhile to organize a stand-by unit for international relief operations. Yet some further suggestions should be considered, among them:

- 1) It seems the nation under study bears exclusively sudden disasters, more particularly earthquakes in mind. Disaster relief statistics show that earthquake appear to be the most deadly natural hazard, but droughts and floods affect far more people. Nowadays demand for a foreign rescue unit is rather rare. More attention should be given to medium and long-range operations.

- 2) It is not sufficiently clear as to the direction the rescue unit would be expected its activities on the affected site. The despatch of a large number of people without any international coordination would be a nuisance to the relief operation, and may result in a negative evaluation by international community.

- 3) The major problem in Japan seems to be the lack of well-qualified personnel for international relief assignments. Mention should be made that investment in proper training should be given to the personnel.

- 4) The more important aspect is to establish a system by which the relief organization(s) in the affected country would be sufficient to cope with the situation. Some measures should be taken in order to minimize, at least, the number of victims affected by disaster. It is said that "Prevention is better than cure," It has also been pointed out that the majority of all disaster victims belong to the poorest groups in the "Third World". Japan, having its own experiences in tackling many disasters, would be highly recommended to provide the most affected countries in the "Third World" with necessary means by making cash contributions, sending experts on disaster preparedness and prevention and with required materials, etc. International cooperation in this field has been recognized as the concept for 1980's at the international level.

The Japanese Red Cross Society has been working for the improvement of its own emergency relief operational capacity, and at the same time providing its counterparts, Red Cross

Societies in developing countries, with assistance required not only for emergency situations but also for disaster preparedness and disaster prevention. Furthermore, it is now much involved in the assistance to the so-called "Silent Emergencies" in developing countries, giving particular emphasis to help the people at the grass-roots level toward self-reliance. Such community based on development projects give an important role to NGOs as it contains a "bottom-up" approach.

文献

- 1) Gunnenn Hagman, Prevention Better Than Cure – Report on human and environmental disasters in the Third World, 1984 (邦訳は日本赤十字社発行の「国際赤十字速報」第30号以下継続中)
- 2) Famine – A Man-Made Disaster ? – A report for the Independent Commission on International Humanitarian Issues, 1985
- 3) The Economic and Social Commission for Asia and the Pacific, the World Meteorological Organization and the League of Red Cross Societies, Guedelines for DISASTER Prevention and Preparedness in Tropical Cyclone Areas, 1977
- 4) The League of Red Cross and Red Crescent Societies, Results of Appeals Launched and the Main Emergency Relief Action Co-ordinated by the League 1919–1983
- 5) 石 弘之 「蝕まれる森林」 朝日新聞社 1985年

日本への期待

タイ国国際レーザー医学研究所長
ナロン・ニムサクン

私は昭和43年に千葉大学を卒業し、現在、形成外科の専門医として、日本とタイの間を2週間に1度行き来し、働いております。今回、国際保健医療学会のようなところで話ができる事をうれしく思います。私のタイ及び日本での経験が、少しでも国際医療協役に参考になればと思っております。

1. 私の経験について

私は形成外科の中でも、特に最新のレーザー医学が専門です。また、1983年からは国際レーザー外科学会の事務局長を勤めており、1985年からはアジア・太平洋レーザー医学会の事務局長も兼任しております。私は、国際医療協力の一つとして、特にレーザー医学という日本の高度の医療を東南アジアの他の国でもやっていく事ができるように、講演や技術紹介などを行なっています。日本では、現在、埼玉にある300床の中里レーザー専門病院の形成外科医長としてレーザーを用い種々の治療にあたっております。この病院にはレーザーの機器がセンターラインシステムで完備されております。タイ国では、私自身のレーザー診療所を持っており、オープンシステムの病院などで手術・治療を行なっています。また、ソ連や中国の上海にレーザー医学の紹介に行きました。中国では以前より、最新のものではありませんがレーザーを使っており、それなりの治療を行なっております。中国の先生達も熱心であり、私も手とり足とり教えました。日本はこのような技術協力をもっともっとすればよいと思いました。また、中国ではハリ麻酔とレーザーを組み合わせたペイン・クリニックなども熱心に行なっていました。さらに私はアジアの国の病気のひどい人達を日本

に来させ、中里レーザー病院などで無料で手術、治療なども行なっています。こんな事でも日本が協力していくことができるのではないのでしょうか。



2. タイ国の医療事情

タイ国では、自由診療形態なので、金を持っている人は医療を受けられますが、金の無い人は医療を受けられないという事が起きます。Super richの富者とSuper poorの貧者の差が激しいのが問題であります。タイの医療に光をもたらしたのは、現国王の父親のマヒドンでした。また、現国王の母親などは恵まれぬ人々のため、地方などに行き、無料で治療を行なったり、薬を与えたりしました。タイではバンコクを離れると全く貧しく、また環境衛生もひどい状態です。多くの方が貧しいため、治療費はほとんどが払えないのが事実です。診療に来る人の大半が靴をはいていなかったり、また、来るためには水牛の車に乗ったりしてきます。衛生状態がひどかったり、汚ない水で体を洗ったりするために中耳炎、結膜炎なども非常に多くみられます。タイの耳鼻科学会が協力して、普段は医師などは行く事のないような地方に出かけてゆき、無料診療プロジェクトなども行なってきました。それは医師、看護婦、医学生

などがチームを組み、3日から4日の日程でその地方に行き、耳を中心とした小手術を行なうというものでした。当然、診療費は無料であり、スタッフもボランティアです。場所は学校や寺院を利用し、1日に数十人の手術を行ないます。医療機器や消毒などは100人分の手術が出るだけのものをバンコクから持参しました。やはり、日本の状況とは全く違います。

3. 医療協力の型

医療協力には3つの要素が考えられます。それは第1に「与える側」donorがいる事、第2に「受け取る側」recipientがしっかりしている事、第3に「径路」channelが何であるかという事です。

1) 「与える側」 donorについて

しっかりした目的、組織を持つ事はもちろん、その他にSource(Fund), Man power, Availability, Capacity, Additional programの事も考えていかなければなりません。

まず、目的ですが、私としては「Peaceful international coordination through health care」を国際協力の基本と考えます。そして当然、物事は起こってからでは遅いわけで、起こらないようにしなくてはなりません。

Sourcesとしてはいろいろな諸団体からの寄付などもありますが、日本人はもう少し寄付の心を持つべきだと感じます。Man Powerについてですが、これは問題です。根本的には医学教育が悪いので、開発途上国が望むような人材はなかなか育たないようです。Availabilityとしては、まずPrimary Health Care (PHC)が第一、次にgeneral medicine, 最後にspecial medicineを考えるべきでしょう。

2) 「受け取る側」 recipient について

物、技術を受け取るわけで、それに対応する組織、教育、そして自立性を持っていないならならぬ。また、短期及び長期それぞれのプロジェクトに対する体制を整えなければならぬ。特に長期の場合には、自国の自立性を作っていくかなければならぬ。また長期的なプロジェクトにおいては、技術を習得していくため教育体制をしっかりとしておく必要があります。

3) 「径路」 channel について

国連組織、国際赤十字などのinternational body, 2 国間援助の相手国政府からのもの、キリスト教、仏教など宗教団体関係からの援助などがありますが、その国の自立などをそこなわない限り利用すべきでしょう。

4. 問題点

問題点として次の5点があげられます。

- 1) 情報不足 (Mis-target)
- 2) 人や物の準備不足
- 3) 援助する対象の選び方が悪い (planningの悪さ)
- 4) 日本人の特性である「言いたい事を言わない」事 (助言不足)、援助しているのだからもっと いうべきである。
- 5) 横の関係が悪い。

5. 日本への期待

種々の問題はあるにせよ、東南アジアの人々は日本の援助を期待しています。特にその先進技術をそれらの国に紹介、指導していく事が必要です。また、この学会を通して、人材の発掘、教育を行うと共に、効果的な援助が必要であると思います。

(文責 編集委員会)

表

どうすべきか?

- (1) 勉強、正しい情報交換、学会
Workshop, Field study
- (2) 横の連絡を良くする (互いに協力)
- (3) 人材の準備
日本人
現地人 (留学生、Trainee)
- (4) 準備組織 (Policy)
- (5) Fundの準備
- (6) 特別許可 (Government, International body, etc.)
- (7) 『国際医療協力センター』

Expectation toward Japan—From my experience —

Narong Nimsakul

Director, International Institute of Laser Medicine Thailand

The author presented his paper by the following order:

1). Personal experiences:

The author as one of the expert in the field of laser surgery and plastic surgery, has been engaged in the international cooperation in expanding the new technology—laser surgery, in both hardware development and software application to physician, para-medical personnels in developing countries, and through charity operation at the world's first "Laser hospital" in Japan, for difficult-to-treat patients from S. E. Asian countries.

2). Situation in Thailand:

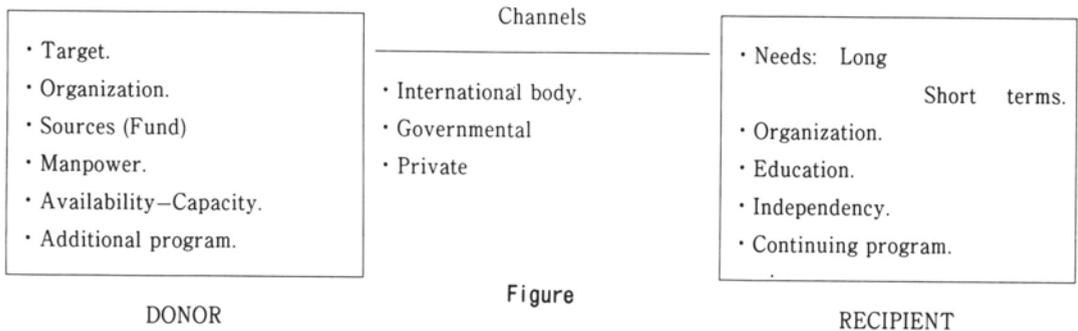
(a). As health insurance system is not available in Thailand, the poor patients are overcrowded at the governmental hospitals, while the rich patients get the high-level health care at the private hospitals and clinics.

(b). There is a wide gap between the poor and the rich.

(c). International health care or medical cooperation is needed in rural areas for the poor that accounts for 90% of the population, and the most needed are the primary health care ones.

(d). In addition to governmental channels, the medical help can be effectively channeled through religion body, and private sectors.

3). Pattern of the International Medical Cooperation:(Figure)



4). Problems of the International medical cooperation in the past can be classified into:

- (a) • Bad communication among the concerned parties.
- (b) • Mis-information (missed target).
- (c) • Insufficient preparation (manpower, materials).
- (d) • Insufficient assistance.

(e) · Bad planning.

5). Epectation toward Japan:

- (1). Proper information exchange through studies, workshop, and meetings.
- (2). Better communication among the concerned parties. (helping each other).
- (3). Preparation of the manpower, both Japanese and the native (foreign student, trainee).
- (4). Policy making body formation.
- (5). Funding reserve
- (6). Special permission needed through governmental, international body channells.
- (7). Establishment of the center for International Health Care Cooperation.

Finally, the author emphasized that the ideal purpose of the International Medical Cooperation would be "Health Care through peaceful International Coordination."

総合討論

山本 俊一（司会）

（東京都老人総合研究所副所長）

おわかりのように、国際医療協力とは何かというテーマにつきまして6人のスピーカーの方におでましました。岩村先生は医師、志摩先生は看護婦、星野先生は市民という立場から、それぞれ各界の各パートの代表ということで学会がお願いをしたわけです。また、対国際医療協力を行なう組織の代表として、日赤の東浦先生、JICAの長谷川先生、そしてナロン先生は、協力をする相手国の代表としておいでいただきました。これで一応全部揃ったと私もは考えますが、あるいはまだ足りないところがあるかもしれません。

日本の医学教育と人材確保

我妻 堯

（国立病院医療センター産婦人科医長）

今日お話にでませんでした。発展途上国の保健医療の問題で人口抑制という非常に重要な問題がございます。私も20数年間この問題に関わって参りましたが、今日は人口問題のお話は控えさせていただきます。

ナロン先生以外の先生方は、人材の確保ということについて余り掘り下げてお話にならなかったと思います。日本の医学教育を変えないと私は技術協力というもののための人材確保は非常に難しいのではないかと思います。私は今の病院に参ります前に東大の助教授をしておりましたが、現在の日本の大学というのは、殆ど国際医療協力などということには関心がありません。今日は、学生さんが非常

にたくさん参加なさっていますので、私は大変心強く思うと同時に、非常に不安になりました。それは、その学生さんたちが、



これから入局をして研修をやってティーテル・アルバイト（博士号取得）をやる。そういう人たちに、非常に影響力のある立場にある教授という方々は、欧米先進国の医学、殊に、そういう所で行われている実験の追試を一生懸命やって、肩を並べているのが国際的なものだと思っていちゃいます。そういう中で、段々学生さんの間にある情熱が薄れるということを非常に恐れるわけです。JICAの方で大きな病院をたてるのはけしからん、もっと技術協力をやれという声はあるのですが、長谷川先生が一番御存知のように、人材がないわけです。日本では、大学病院が一番人が大勢おります。そういう所へいっても、半年から一年位、誰か出して下さいと言うと、それは出せない。欧米先進国では発展途上国に対して援助するということがプラスに評価されますが、日本ではマイナスに評価されるのです。そういう所について帰ってきた人は、教授とか助教授になり損なうのが実情だと思います。ですから、そういう日本の社会、殊

に医療界の構造というものを変えていかないと、私はここで折角学会が生まれても、これから学生さんたちの情熱が伸びていくかどうか、かなり不安に思っております。ただ学会評議員の先生方の中に全国の大学病院長、学長、学部長先生がいらっしゃいますので、そういう先生方に大いに働いていただいて、若い先生の情熱を伸ばすようなことをやっていただかなければいけないと思います。

最後にお知らせですが、私の病院（国立病院医療センター）では、今年から国際医療協力部というものが、厚生省のお陰でささやかながらできました。将来ナロン先生がいわれた国際医療協力センターというものを目指しておりますので、若い先生方でそういう気持ちのある方は、うちの病院あたりへ来てくだされば、何とかなるかもしれません。宣伝をして終わらせていただきます。

岩村 昇 神戸大学医学研究国際交流センターは、インドネシア大学医学部とともに拠点校となって、両国の研究者の交流をおこなっております。堀田先生は、初代所長として Deng 出血熱のプロジェクトにご尽力なさいました。そうした中からインドネシアのウイルス学のリーダーが育とうとしております。これは、文部省の枠内で学術振興会がスポンサーになってやられております。

私は、コミュニティー・ヘルスということで、インドネシアやフィリピンの草の根のワーカーの養成に関係した仕事をしております。アジアでは、このような人材養成のモデルができつつあります。昨年の春に WHO のマニラオフィスがスポンサーとなって、開かれた東京会議では、それを取りあげて「東京宣言」がまとめられました。（学会ニュースレター No. 7、P 4 「『国際病院構想』のその後」）また、三年前に京都で行われましたシンポジウムでも、教育のことをとりあげております。（岩村昇、川村 寿一、吉田 修「東南アジアにおける日本人医師の役割—第 1 回国際医学医療保健協力シンポジウム—」蟹書房 刊）

山本俊一 国際医療協力ということを経験した日本の医学校におけるカリキュラムの 1 つにすべきではないかという意見もこの学会として出しておりますが、これはなかなかすぐにはできないと思います。学会の 1 つの目標として主張していくべきだと思います。この点につきまして、津山会長にご発言していただきたいと思っています。

津山直一 イギリスとかフランスは、元の植民地へ行くので、言葉の問題も抵抗がないし、元の植民地の連中の世話はしなくちゃいかんという義務感があります。そこが、我々日本人と非常に違うところですよ。

どこへ出しても恥づかしくないようなオールラウンドな医者や看護婦をつくらなければ駄目だと思います。先日タイに行ってナロンさんと同じ日本留学生から、日本で習ったことは全く訳に立たなかったといわれて、私は頭をガーンと殴られたような気がして帰ってまいりました。日本の医学教育は始めから専門医指向で逆立ちしていると私も思います。

ナロン・ニムサクン これからの日本は、医者も溢れてくるようになり、給料、待遇もそんなに良くない形にもっていかれると思います。

これからの若い医者は、優れた技術を持ち、どんどん海外へ出て活躍できるようにならなくてはいけないと思います。我々日本で学んだものが、タイ国で日本人のレジデントを教育するようなこともできると思います。残念ながら、日本政府は留学生のフォローアップを充分にしていないので、もっと有効に利用するようなことを考えてほしいと思います。

志摩チヨ江 開発途上国の看護婦さんを日本の病院に受け入れる際に、拒否される場合が多いのですが、それはその病院の指導者が途上国に対して医療関係者としてこれからどういう国際協力をやっていかなければいけない

かというマインドを持っているかいないのかということに関わっていると思います。ドクターに比べ看護婦さんの意識は、まだまだ低いと思います。看護教育者が看護学生の指導に是非国際協力における看護の必要性を教えていただきたいと思います。学生の目を海外に向けるために、途上国への研修旅行なども実施していただけたらと思います。

同じ人間として一援助する側される側

星野昌子 私の方から医療界の方に質問があります。私も日本人は、技術があったり、お金があるので、途上国で必ず役に立つのだと思って出かけて行きます。しかし、参加した人すべてが感じることは、このような考え方は、もう頭からすべて捨ててから行かなければならないということです。向こうの国の人たちには、それなりの信条、生活様式、価値観があるわけです。そこで、もし私があなただっただけという同じ人間の立場に立つ時には、はじめて国際協力ということができるようになるのだと私もは学んでまいりました。医療界を見わたしますと、看護婦は医師の命令に絶対服従というような、余り民主的でない関係が、途上国の現場においてもしばしば見受けられました。同じチームに入っている、若いから、女性だからということでお互いの意見を平等に聞き入れてもらえないというのでは、これから医療界の人々が、途上国の人々とともに仕事をしていくことは非常に難しいと思います。そのような点を是正していくような可能性についてお尋ねしたいと思います。

奥村悦之（高知学園短期大学教授） 私はいつも医療援助をやっている、メディカル・サイエンスの領域だけでやっているように感じております。星野先生のご質問は、教育を含めたいろいろな問題が出てきて、学会のこれからの問題だと思いますが、メディカル・サイエンスの領域の方ばかりでなく、色々な社会科学・人文科学あるいはその他の自然科学分野の方々がこの学会に参加していただいて、

お互いに切磋琢磨していく中で解消されていく問題だと思います。

大内 穂（アジア経済研究所経済成長調査部長） 私は社会科学の分野の人間ですが、今日のお話をうかがって感じたことは、国際医療協力を一方的にどういう風に対応していったらいいのかという援助する側の議論が多くて、相手国のことにあまり配慮がなされていないということです。

どんな政策にしても、一つのプログラムが成功するためには、5つの要素があると思います。それはその政策なりプログラムなりがきちんとロジカルにしっかりしているということが1つ。もう1つはそれを実施するだけのかんりの決心といえますか、政治的な意志を含めてきちんとしたものがなければなりません。3番目には、それを実施する機関そのものがきちんとしていなければならない。実施する機関がきちんとしているという意味は4つありまして、1つは機構の面でコーディネーションの問題が非常に大事です。また現場の人達の意見というのは、十分聞かなければなりません。予算とか人の訓練の問題というのも入っていると思います。そして大きな方の4つ目に入ることは、ただ行って教えてあげるとか、何かすればいいという問題でなくて受け皿の方の論理というのがあるわけですから、それをきちんとしなければならないと思います。もう一つ5番目は一般的な環境の問題です。

提案というのは、そういう訓練の仕方について、単なる医学知識あるいは看護の知識にとどまらずに、もう少し色々な分野の人達と一緒に分科会をここで設ける。一般的に1年に1度の総会だけでなく、常に分科会の活動をやっていく必要があります。特に受け皿の問題で考えると岩村先生がおっしゃいましたコミュニティーベースの話が重要です。バングラデシュの石川先生が強調しておられることは、受け皿のコミュニティーの方に、それをやっていくだけのものがない時にいくら医

者が入りこんでやろうと思っても長続きしないということでした。だから長続きのする医療協力というのは、現地側で現地の人達がそれを受けるだけの準備ができていないことが問題です。単なる個人の問題ではなくて、コミュニティーとして自分たちで資源を作り出していき、例えば小さな貯金をするだけの準備があるかどうかとか、お互いに相互教育をやっていくだけの準備があるのか。あるいは第二、第三世代の人達が自分達だけで育てていくだけの気持ちがあるかどうかとか、あるいは自分達の社会関係を調整するだけの気持ちがあるかどうか、あるいは自分達の経験的な規範を変えてより協力的な規範に変えていくだけの気持ちがあるかどうかとか、そういうことも含めていっしょにやっていくことが必要であろうと思います。

そういう分科会なり研究会の設置を提案申し上げます。

山本俊一 大内先生からは社会科学的な立場

から私ども医療関係者が持っているよりも高い、広い視野からのご発言がございました。この点、この学会の性質としてそういう広い社会科学全般の先生方にも是非お入りいただいて、これからの学会をより発展させていきたいと願っております。

今日のシンポジウムのテーマは、「国際医療協力とは何か」でございます。本来ならば、国際医療協力はどうすべきかというようなことが学会らしいのですが、実はそれをわざわざ退けました。今日はこの日本国際保健医療学会というものが何をやるのかという方向づけをやる大事な仕事があると思います。その場合に国際医療協力というものが、この学会の一つの大きな柱であるとするれば、そのこと自身は何なのかということを一歩さがって考えたということが今日のシンポジウムの目的でございました。今日は6人の先生方から非常に熱心なご発題をいただきまして、本当に有難うございました。

(文責：編集委員会)



フジサワ

かゆい水虫に

クロタミトン配合

新ピロエス®

■この医薬品は「使用上の注意」をよく読んで正しくお使いください。

シンポジウム「国際医療協力とは何か」を司会して

金沢医科大学熱帯医学研究所長
堀 田 進

昭和61年3月16日、日本国際保健医療学会設立総会に当って、標記のテーマのシンポジウムがもたれた。山本俊一先生（東京都老人総合研究所副所長）と筆者とが司会の役を仰せつかったので、その印象の概略を記してみたい。

まずはじめに本シンポジウムの標題についてであるが、国際医療協力とは「何か」ということが重要点である。つまり「現況」とか「あり方」ではなくて、国際医療協力とはそもそもどうということかという原点を論じようとしたわけである。と言うのは、国際医療協力が今日ほど強く意識せられ、盛んに論議されることは未だかつてなかったが、しかし、少し立ち入って考察してみると、その本質については各人によってさまざまな受けとめ方があり、必ずしも統一的な合意が成り立っているとは思えないからである。

このような立場をふまえて、演者は広い範囲からお願いした。すなわち、岩村昇（神戸大学医学部国際交流センター教授）、志摩チヨ江（国際看護交流協会理事）、星野昌子（日本国際ボランティアセンター事務局長）、東浦洋（日本赤十字社外事課長）、長谷川豊（JICA医療協会部長）の各氏、並びに協力相手国の代表という意味でナロン・ニムサクン博士（タイ国国際レーザー医学研究所長）をわずらわした。すべて国際医療協力につき多年にわたる豊富な活動経験を持たれる方々である。

まず岩村氏は、ネパール、タイなどの経験を基礎として、各国固有の分化に根ざした医療協力の必要を強調し、とりわけ、いわゆる草の根の人たちの自立的活動が重要であるとし、“Health for the people”から“Health by the people”への発想転

換が大切であると説いた。

志摩氏は、看護マンパワーの育成という立場から、この活動の根幹は、相互の連帯と啓発にもとづいて共に学び合うことにあるとし、従って各国の異なる背景に応じたキメ細かな交流が絶対に必要であると述べた。

星野氏は、ボランティアの立場で国際協力に携った経験から、N G O (Non-governmental organization) の役割を中心とした論議を進めた。政府あるいは国連などによって主導された援助は規模は大きいですが、それに対しN G O は比較的小規模である。しかし個人の自主性にもとづいた臨機応変の対応が可能であり、前者を補足する重要な役割をもつことを強調した。

東浦氏は、とくに災害援助の問題をとりあげた。氏の示したデータによれば、地震、火山噴火などに対する短期決戦型の援助に対し、干ばつ、洪水等にたいする長期的援助があるが、むしろ後者が重要である。この場合、援助を受ける側の論理や、その地域の特殊性に根ざした方策が重視されねばならないと結論した。

長谷川氏は、政府レベルの医療援助を総括する立場から、我国の対外援助の財政面の実体を明らかにした。その援助金額の大きさは、率直などこ



ろ、会衆一同の驚きであった。しかし、過去の援助は病院建設、設備供与などの、いわゆるハード・ウェアが主であったが、今後はむしろ技術伝達、人材育成、共同研究等のソフト・ウェアに重点が置かるべきであると強調された。

ナロン氏は、日本の大学に留学して医学士、医学博士の称号を獲得された方で、きわめて流ちょうな日本語を駆使されて、レーザー医学という最新の領域における国際交流を論じられた。このような方が今後どしどし輩出してくださることが、とりもなおさず医療協力の真の結実となるのである。

続いて総合討議にうつり、上記の論点をふまえてフロアから活発な意見が述べられた。最初に記

したように、「国際協力とは何か」という原点がどこまで掘り下げられたかは、各々の異なるとらえ方もあろうかと思われる。しかし何分にも今回は第1回の設立総会であり、種々の問題点は今後回を重ねる毎に煮つめてゆくべきであろう。散会後も出席の多くの方々から率直・熱心な感想が述べられた。ひとつ、強く感銘させられたことは、出席者の全員があふれるような熱気をもって参加された点で、出席数がはじめの予想の2倍に達したという事実も、別の面からこれを裏付けている。今後本学会がますます発展してその意義を発揮することを心から祈ると共に、日本で唯一、おそらく世界でもほとんど例がないであろう本学会の責任の重大さを痛感したことであった。

Symposium on "What is the international medical collaboration?"

Susumu Hotta

Director, Institute for Tropical Medicine, Kanazawa Medical University

On March 16, 1986, the First General Meeting of the JAIH was held, during which a symposium of the above title was taken place as one of the main events of the meeting. Speakers thereof were: Dr. Noboru Iwamura (Professor, International Center for Medical Research, Kobe University), Ms. Chiyo Shima (Member, Board of Executive Directors, INFJ), Ms. Masako Hoshino (Executive Director, Japan International Volunteer Center), Mr. Hiroshi Higashiura (Director, First Department of International Relations Bureau, The Japanese Red Cross Society), Dr. Yutaka Hasegawa (Head, Medical Cooperation Bureau, JICA) and Dr. Narong Nimsakul (Director, International Laser Medicine Institute of Thailand). Various aspects of international medical collaboration activities between developing countries and Japan were discussed. The audience enjoyed the enthusiastic atmosphere of the meeting and the conclusions of discussions should be reflected in the varying phases of the international medical collaboration projects Japan has to bear in the future.

感想

東京都老人総合研究所副所長
山本 俊一

第一回日本国際保健医療学会総会は、名実ともに本学会の発足の会であったが、当日は予想以上の多数の会員が出席してくださって、盛会のうちに予定の行事を終えることができた。これは今後の本学会の発展を約束するものと思ひ、ご同慶の至りに存ずる次第である。

ところで、本学会の性格はかなり特異的であり、その名称も極めて包括的であって、保健および医療の分野における国際的な問題をすべて網羅するものと解される。これこそ本学会の学際的であるゆえんであり、その存在理由もここにあると思うのであるが、一方では余りにも漠然としていて、その本体が理解されにくく、場合によっては誤解を受けるおそれなしとしない。

本学会が対象とする分野については、いろいろの立場や考え方がある訳であり、また今後学会として発展する過程の中でさらに新しい分野が創造されてゆくものと期待されるのであるが、しかし何と云っても、一つの基盤として国際医療協力という課題があることは、論をまたないところであらう。

これまでに「国際医療協力」が研究テーマとしてどこかの学会でとり上げられたという話は、ほとんど聞いたことがない。それは、このテーマの関係する範囲が余りにも広大であって、一つの専門的な学会の領域を越えてしまうと同時に、従来学会という性格からみて、このテーマが異質な要素をもっていたからであろう。もしそうならば、この新しい学会が設立されなければならない必然性がそこにあると言える訳であるが、一方そもそもこのテーマを学問大系の中にどのように組み入れようとするのか、本学会は厳しく問われている

ことにもなる。

ところで、この「国際協力とは」という質問が寄せられた時、これに対する本学会員の答えは決して一様ではなく、か



なり大巾に分かれるのではないかと思う。第一回総会すなわち記念すべき本学会の発足に当って、これをシンポジウムのテーマとして取り上げたのは実にそのためである。これは学会としては異色の決定であると思う。普通ならば「国際医療協力をどのようにして行なうか」が、この場合のテーマとなるであらう。しかし、今度の総会であえて「What」を取り上げたのは、学会発足の時点において「国際医療協力」の定義に関して全会員の間でコンセンサスが得られているとみるのは早計で、いきなりこれとび越して本論に入るならば、あるいはいたずらに混乱を起こすだけではないかという、慎重な考慮を払った結果なのである。一歩引退って真のスタート・ラインから走り出すことにしたのである。

シンポジウムを立案するに当って、企画者側は熱心な討議を経て、この定義付けをするにふさわしい演者を、あらゆる立場を考慮して選考した。結局、いわゆる国際医療協力の分野で豊富な経験をもっておられる個人として、医師を代表して岩村昇氏、看護婦を代表して志摩チヨ江氏、ボラン

ティアを代表して星野昌子氏、さらに組織としては日本赤十字社（東浦 洋氏）および国際協力事業団（長谷川 豊氏）を選んだ。そして、受入国側を代表してナロン・ニムサクン氏（タイ国際レーザー医学研究所長）をお願いしたのである。

シンポジウムでは、この企画者側の意図をご理解いただいて、演者の方たちは、従来の立場にこだわらず、広い視点から自由に見解を述べて下さったように思う。また、演者の発言が終わった後に行なわれた討論においても、活発な意見を出していただいた。ただ、時間が十分になかったので、論を尽くせなかったことは残念であった。

このシンポジウムが無事に終って、本学会としては「国際医療協力とは」という論議に、一つの拠り所をもち得たことになり、それは画期的なことであったと思う。しかしながら、われわれはこれで結論がえられたとは決して思っていない。このテーマこそ、本学会の原点として、今後とも長く残るものであろう。事ある毎にここに立ち戻ってこなければならぬであろう。ただ、本学会としてはこれで一応「what」論議に関する通過儀礼を終えたものとみなし、次回からは直ちに「how」についての活発な研究発表が行われることになるのだと私は考える。

Comments on the symposium 'What is the international medical cooperation'

Shun-ichi Yamamoto

Vice Director, Tokyo Metropolitan Institute of gerontology

The above-mentioned symposium was held in the First General Meeting of the Japan Association of International Health(JAIH) as one of the inaugural events of the Association. The wide scope of JAIH makes this scientific Association an interdisciplinary one, and the international cooperation is one of the most important and fundamental themes in it. Usually any scientific organizations discuss the methodology through which the goal of their relevant fields is achieved. However, a somewhat unusual character of this Association needed to define the problem which was, and will be asked in it.

The speakers of the symposium were selected with prudence. One group of them are the representatives of the experienced international workers among medical doctors (Dr. Noboru Iwamura), nurses (Ms. Chiyo Shimada) and volunteers (Ms. Masako Hoshino). Another group of them are consisted of the executives in the international medical cooperative organizations as the Japanese Red Cross Society (Mr. Hiroshi Higashiura) and Japan International Cooperative Agency (Dr. Yutaka Hasegawa). The last, but not the least, speaker is Dr. Narong Nimsakul (Director of International Laser Institute in Thailand), representing other counterpart of the international medical cooperation. All of the speakers expressed their opinions very freely, and the symposium was very successful.

記録映画「飢餓地帯」の上映について

岩波映画プロデューサー
山内 登貴夫

この映画の製作については、第22回日本医学会総会国際医療協力部門準備委員会記録映画製作小委員会によって進められている。出展のための構想の一部を、すでに取材してあったフィルムの中から、今回のアフリカ・エチオピアの飢餓を中心に、日本国際保健医療学会設立総会のためにまとめたものである。

国際医療協力記録映画製作小委員会としては、したがって設立総会会場においては、会員各位のために全体構想の基本線を配布し、それに対するアンケートを求めた。しかし、われわれの準備不足もあって、小委員会の意図が充分会員の皆さんに伝わったとは思えないので、ここにあらためて4項目から成る構成の基本線（案）をご紹介します。内容についての提案をはじめ、製作に対する積極的なご協力をたまわりたい。

(1) 国際医療協力を必要とする途上国の、保健医療に対する一般的特徴をまとめ、「国際医療協力とは何か」という問題提起をおこなう。

天災・人災・動乱・飢餓などにとり囲まれた世界の中に立つ自分は……。メキシコ大地震、インド・ガス爆発、中東、タイ、カンボジアの動乱、アフリカの飢餓など、また、日本の戦後の食糧不足の映像もふくめて、個々の人びとに対する国際医療協力への地球的視野に立った共感として問いかける。

(2) 「援助」「支援」「救助」への取り組み。

救急支援、治療など、災害への実践を通して、国際医療協力に対する理念を形成する。国際医療協力の行動に入る場合、自分として保健・医療援助の全体像をどのようにとらえるか、また、救援の受け手側に何を語りかけるのか、問題意識を明

確にしてかかる必要がある。

ここでは、エチオピア飢餓救済活動のチームワークを例に、実態把握のための事前調査、救援計画、診療活動など、個人レベルにおけるそれぞれの役割を、実践を通して表明する。現地での対話・協調を共通の視点とした自助努力の成果は、国際間の交流を求め、組織活動をより活性化させる。

具体例として民間の国際医療協力機構の最近の動向をとりあげる。

(3) 多国間国際医療協力システムのなかの日本—日本国際保健医療学会の果すべき役割と使命—
日本国際保健医療学会設立の理念をベースに、WHO UNICEFなど、国際機関の医療協力体制を活動と共に描く。また、21世紀における国際保健医療や看護にかかわる幅広い学問・実践・研修の充実をはかるためのシステムとしてのあるべき姿を、プロジェクト計画、マンパワー開発、調査、研究、物資、資金援助、情報交換活動などといった活動を通じて強調する。国際赤十字、T CDC（途上国間技術協力）、JICA。スリランカの哲学者は、国際シンポジウム「人間と科学の対話」のなかで言っている。「栄養失調がアジアにまん延している。この救済はもちろん重要だ。しかし、疾病の予防はさらに重要だ」PHCの思想が、国際保健医療協力のなかでクローズアップされる。

日本の緊急援助はカネの面ではひけをとらない。しかし、援助に対してのイメージが国際的に定着しないのはなぜだろう。

現在、世界各地で活躍する日本の医療班の姿も数は少ない。これからの世代が、国際医療協力に

積極的に取り組むための「人づくり」の必要性が叫ばれている。政府は、緊急援助にもっと「組織的な対応を」という発想で、国際緊急援助体制を確立させる運びとなった。多国間国際医療協力システムのなかの日本の位置が明らかにされ、その指導的役割をになう、日本国際保健医療学会の使命が提唱される。

(4) いま世界は一国際医療協力の未来に向って WHO は、「西暦2000年までにすべての人々に健康を」という世界的目標をたて、150の参加国に協力と連帯を呼びかけている。

国際間の学術交流、地域保健活動の中での国際

協力、日本で育った海外の若い医師や看護婦たちが、PHCの思想のもとにめざましい活躍をみせている。

自立・対話・共感・彼らは21世紀への医療を語り、国際交流の場に問題意識をかかげて積極的に参加している。

アフリカ飢餓救済のため立ちあがった世界の音楽家たち。「ライブ・エイド」を主催し、地球上の15億の民に、国際医療協力の共感をわかせた。人類すべてが立場を越えて保健医療のあり方を自己に問いかけるとき、国際医療協力の新しい可能性が生まれる。

FACT SHEET ABOUT THE FILM PRODUCTION FOR INTERNATIONAL HEALTH COOPERATION WITH SPECIAL EMPHASIS ON MANPOWER DEVELOPMENT

PURPOSE

In order to make clear the Japanese people especially younger generation for the importance of international cooperative activities, Japan Association for International Health(JAIH) aims at the film production for the subject which in turn encourages people to participate in the relevant activities in the future.

ORGANIZING BODY AND TECHNICAL ASSISTANCE FOR THE FILM PRODUCTION

Japan Association for International Health(JAIH)

established in 1985, 430 members as of July, 1986.

medical, health, nursing, and other related personnel.

President; Dr. Naoichi Tsuyama, Emeritus Professor of Tokyo University, President of National Rehabilitation Center for the Disabled.

Vice President; Dr. Shun-ichi Yamamoto, Emeritus Professor of Tokyo University
Dr. Susumu Hotta, Emeritus Professor of Kobe University

Secretary Office; Dr. Masataka Takano, c/o Jyosai Hospital
10,745-24, Kaminoyama, Yuki City, Ibaragi Prefecture, Japan, 307, phone 02963-3-2111

Iwanami Film Production, Inc., Tokyo Japan.

BASIC IDEA FOR THE FILM PRODUCTION

International cooperation in health does not necessarily mean the sophisticated assistance of health related sciences and arts including logistic supply for developing countries, but rather does mean the valu-

able opportunities for those concerned through which both sides of people should learn the independence, dialogue, and empathy each other. Direct contact and collaboration between developing and developed countries should be contributing for the future establishment of "International Cooperative Body".

Mother Theresa says "the biggest enemy for us is the indifference for the neighbours". People especially younger generation in a growing abundance are apt to lose the understanding on the social meanings of poverty, disease epidemics, and massive starvation.

This film consists of the following four components;

1. *What is International Health Cooperation*

General features on the observed problems for international health cooperation would be presented in order to learn the width and depth of subject matters, such as natural disaster, earthquake, wide spread of starvation in Africa, regional battle troubles, including Japanese food deficiency just after the World War II.

Presentation on the above sceneries would call for the common empathy for all people beyond their nationality, race, culture and social status. This in turn means that every people should learn the importance of international health cooperation on the global basis.

2. *Team Formation for the Emergency Assistance*

Basic idea for international health cooperation could be realized through reviewing the voluntary team formation and operation in case of emergency assistance in a small scale approach.

A case experience for Ethiopian emergency assistance for massive starvation will be presented in regards to presurvey, project planning, field clinic management, including negotiation with local people. This case presentation would be easy to understand the role and function of individual participation for such settings. This case story would also tell us the realization of the importance of "self help" through local negotiation and cooperation, and further deepen the mutual respect and organizational activities.

3. *Organizational Cooperation and Japan - the Role of Japan Association for International Health*

A variety of international cooperative approaches would be presented here, such as WHO, UNICEF, International Red Cross, including JICA (Japan International Cooperative Agency). Through which the ideal figure for systematic approach will be considered in regards to project planning, logistics supply, budgetary allocation, manpower development, and information exchange among relevant agencies.

Primary Health Care (PHC) concept with special emphasis on "Health for All by the Year 2000" (HFA 2000) has been accepted in the world as one of important common basis in this field. Whereas Japan is one of leading industrialized countries who has been funding for economic cooperation, the contribution for technical/soft cooperation is not well appreciated. This means the importance of manpower development including recruitment for international health cooperation, individually and collectively. In response, JAIH was established in 1985 for the promotion of scientific, practical and morale media for the international health.

4. *Future for International Cooperation*

WHO has been emphasizing on the spirit of HFA 2000 for all countries of the world since the Alma-Ata Conference on PHC in 1978. The spirit of PHC concept has been gradually accepted in a variety of health related activities in international as well as national settings. This tells us the possibilities on the establishment of "international cooperative body"

through the independence, dialogue and empathy.

World-wide musician groups organized "Live Aid" performance for the African emergency assistance in which one third of global population were participated. This is one of our recent experience for international cooperation based on the spirit of mankind.

Every audience for the film presentation would be requested to think about the subject matters and have further discussion for the future possibilities in international cooperation.

FILM SHOW AND CIRCULATION

The film is primarily produced for the presentation at the 22nd General Assembly of Japan Medical Association, Tokyo, April 1987. This meeting is organized once every four years in Japan for which most of Japanese medical associations or societies will be joining.

The general circulation for public will be also released for the general realization on the importance of manpower development for international health cooperation.

860711(NM)

閉会の辞

第1回日本国際保健医療学会総会 準備委員長としてのまとめ

日本大学医学部第三外科教授
坂部 孝

国際医療協力、とくに発展途上国に対する医療援助はすでに20年以上前から各種の機構によって実施されてきたが、それぞれ個々に行われていて相互の連絡が必ずしも緊密であったとは言えなかった。昭和58年の第21回日本医学会総会に、シンポジウムとして「発展途上国と日本の医学」がとりあげられ、熱心な討論がなされて以来先ず関西において、次いで関東でも国際医療協力サロンが開催されるようになり、この方面に興味をもつ各種の方の集まりにより異なった立場からの意見が交されるようになった。昭和41年にはじまった南ベトナム国への医療援助に関係してきた私も、国際的な医療協力は単に医師や看護婦だけで

はなく、これに参加しているあらゆる職種の方々の密接な関連のもとに行われて、はじめてその実行をあげ得るものであると常々考えていた。関西、

関東でサロンがもたれて横の連絡がとれるようになったとはいえ、全国的には国際医療協



力に興味をもちながら、このサロンの存在をしらない方々が多かったと思われる。これを全国的な組織としてまとめるには学会を設立することが最も良い方法であり一般の医学領域の学会のように演題を募集して総会を開催するようになれば、国際医療協力で経験の豊かな諸先輩から若い看護婦、学生にいたるまで興味をもっている多くの人々が一堂に会して意見を交換することができて、今後の日本の医療協力の実質的な発展に寄与することが大きいと考えていた。幸にも昨年の春ごろに学会設立の機運のあることを知り、積極的に参加するよう努力してきたが、国際保健医療学会の設立が本格的に決定されたのは今年の8月であった。

その後、何回かの暫定理事会がもたれて、学会の設立総会とも云うべき第1回日本国際保健医療学会総会を昭和61年3月16日に行うことが決定され、総会々長に津山直一先生私とその準備委員長を命ぜられた。学会設立の第一歩であるから基金が十分にあるわけではなく、費用がかからないでしかも盛大な総会をおこなわなければならないが、エーザイ本社の講堂を借りることが出来たのは幸であった。

第1回総会は午前中に津山直一先生の司会で蟻田功先生の基調講演につづき第1回評議員会、総会を行い、午後はシンポジウムを行うことを骨子として準備がすすめられたが、基調講演「国際医療協力における日本の立場」をお願いした蟻田 功先生をはじめ、シンポ

ジウム「国際医療協力とは何か——これまでの経験から」を担当された先生方は、大変御多忙にもかかわらず講演依頼を快諾され、先づ総会の第一歩を踏み出すにあたって、勇気づけられた。

次にこの総会が盛会に行われるには全国的に総会開催の告示をする必要があり、医学関係の新聞、雑誌その他に学会の開催およびその内容を広報してもらおうべく、多くの方々に御面倒をお願いをした次第である。

準備委員会として最も心配したのは、参加者数と会場の広さであったが、まず参加者は約300名を予想した。2月12日には準備委員会の副委員長今川八束先生をはじめ高野正孝先生、仲佐保先生、萩原弘一氏らとともにエーザイ本社の講堂の下見を行いエーザイの会場係と共にこまかな打ち合わせを行った。会場は私共の予想に略々一致した約300名の収容が可能であることに先づ安堵した。つづいて学会当日の進行について、受付、スライド係、司会、評議員会の会場などについて詳細な打ち合わせが行われ、総会開催の最終的なメドがたったわけである。

総会当日は皆様もご承知の如く、私共が予想した以上の盛会で、基調講演、シンポジウムとも非常に格調の高い内容を参加者一同感銘をうけ、この総会の実状からこの学会の将来に大きな希望がもたれた。

第1回総会を盛会裡に終了し得たことは、関係各位の熱意によるところが大きく、準備委員会を代表して深く感謝する次第である。

日本国際保健医療学会に期待する

愛知国際病院長・アジア保健研修所長
川原 啓 美

日本国際保健医療学会が発足し、先日第1回設立総会が開催された。これは、過去数年間関西と関東でそれぞれの集会がもたれ、国際医療協力活動の連絡を全国的な規模で進めてこられたことの成果であり、御同慶の至りであると共に、関係者の御協力に敬意を表する。私も、過去約20年間NGOの立場でアジア諸国との医療協力にたずさわり、最近5、6年間は、アジアの地域保健及び開発をになう中堅ワーカーの育成のため、研修活動にかかわっている。これらの経験を通し、私が本学会に期待する所を一、二述べてみたい。

1. 学際的な視野を持って発展してゆくこと。

今日、多くの社会活動が学際的（Inter-disciplinary）な視野で行われるべきことが広く唱えられている。特に保健活動は、医療あるいは医学がその中心となることは言うまでもないが、人々の健康を守るために、いかに社会経済学的、あるいは政治的な要因が多く関わっているかは、少

＜著者略歴＞

1928年	長野県長野市生れ
1952年	名古屋大学医学部卒業、第一外科へ入局
1959年－62年	アメリカ合衆国ニューヨーク州アルバニー医科大学で胸部外科専攻
1962年以後	日本キリスト教海外医療協力会員、ネパール・フィリピン等で医療協力
1980年	アジア保健研修所開設、（専務理事就任）
1981年	愛知国際病院長
1984年	世界教会協議会（WCC）医療部門委員

しでもその仕事にたずさわった経験のある人ならば、だれもが知る所である。

国際医療協力の原動力は人類愛であり、あるいは宗教であるが、その実際の活動は常に客観的、学問的な批判に耐えるものであり、真の意味で協力を受ける側にとってプラスとなるものでなければならぬ。従って、異なった歴史的文化的背景を持つ民族、国家間の協力において最も必要な要因の一つは、文化人類学的考察であると思う。ただそれだけにとどまらず、社会・教育・経済学的な視野のもとで、国際保健医療学会が発展し、成長してゆくことを望む。

2. 各種の国際保健医療活動のコーディネーターとして機能すること。

わが国は、世界有数の経済大国でありながら、発展途上国に対する援助活動においてはきわめて消極的であるといわれ続けて来たが、最近ようやく政府間あるいは民間レベルで、積極的な協力活動が少しずつ見られるようになった。しかし、それらの目的や規模は千差万別であり、しかもその活動の実際については、お互いにほとんど知られていないのが現状である。よく、政府間の協力は重点施策的に、民間レベルは草の根運動として、などといわれるが、それぞれのメリット、デメリット



トを充分に知り、広い視野で自分たちの活動を評価することは必ずしも容易ではない。

私は、本学会の目的の一つは、このような多様な国際医療保健活動に関する情報を集め、それらを紹介することによって、それぞれの組織が全体の動きの中での自らの位置を認識、評価できるようにすることであり、また同時に、それらすべての組織に話し合いの場を提供することであると思う。

ひと口にコーディネーションといっても、国際医療協力には、突発的な災害救助とか難民救済活動のような緊急を要するものもあり、一方その国や地方の衛生状態を改善するために何年、何十年という長期間、人に知られぬ地道な働きをつづけ

る場合もある。先に述べた、活動の主体の多様性と共に、その目的もまた多様である。

しかし、そのような困難の中にも、本学会のコーディネーターとしての働きは大きな意味を持ち、わが国の人びとに国際医療協力の意義を知らせるためにより働きとなると思う。

以上、私は日本国際保健医療学会に期待する所を述べて来た。私たち日本人は、経済的に他民族を圧迫するのではなく、世界中に住む人びとが、「宇宙船地球号」の乗組員としての運命共同体であるという視点から、最善をつくして人類の幸福のために貢献してゆかなければならない。本学会が、保健・医療の業を通しそのような人類愛の実践の場として発展することを心から願っている。

Expectations to the work of JAIH

Hiromi Kawahara

Director, Asian Health Institute

The first organizing assembly of JAIH was held in Tokyo in March, 1986, following several years of preparatory procedures done both in Tokyo and Osaka areas. I have been engaged in an overseas medical cooperative work for the past 20 years—recently for the past 5 years have served as the director of the Asian Health Institute which is a training center for middle level health and development workers in developing countries of Asia. My expectations to the JAIH are that:

1. This Association is to develop under a wide, interdisciplinary vision.

Health is concerned with many other fields of human activity. Although medical science is the main stream in promoting health, other factors such as socio-economic situation of people, politics and anthropological considerations are most relevant to it as well. This should include knowledges and experiences of experts of these fields so that it can develop as a more comprehensive work.

2. This Association is to function as a coordinator of various international health and medical activities in Japan.

In recent years, there have been increasing interests among people of Japan in health situation of other parts of the world. Many activities have been reported which are concerned with giving an assistance in order to promote health of the people in other countries. They are either done by inter-governmental levels or by NGO's and also either to meet emergency needs of the people or to work for more continual purposes. However, very little effort has been made to coordinate these various types of work, so far.

This Association should work to coordinate these work—to distribute informations, to organize a place for discussions, and also in future to discover appropriate fields for the groups which are members of this Association.

第1回日本国際医療保健医療学会に思う

長崎大学熱帯医学研究所長

松本慶蔵

本学会の発起人を依頼され、その第一回に出席することは責務であり、本学会の目的とするものが、当研究所の果すべき役割の一端と重なるものと考え、エーザイホールへと向かった。途次国際協力事業団医療協力部長の長谷川先生と一緒に、当所での熱帯医学研修過程（コース）やJICAによる熱帯医学研究コースの現状などを話しながらであり、アッという間の会場への道程であった。

早速私が東北大学医学部学生時代既に助教授であり、お教えいただいた本多憲児先輩に御挨拶を申し上げたが、いつもと変らぬ先生には御年令も知っている関係上、お若いなあというのが第一印象であった。会場には若い女性、中年の女の方もおられ、若い医師と見受けられる人々もあって、若い学会特有の若やいだ雰囲気がつよく感じられ

.....
〈著者略歴〉

- 昭和30年 東北大医卒
- 昭和47年 東北大第一内科講師
- 昭和49年 長崎大学熱帯医学研究所臨床部門教授
- 昭和56年 同研究所長併任今日に至る

〈海外活動〉

- ① アフリカ（東西）邦人検診（外務省）
当科より6年連続
- ② コロンビア大学 化学療法講義
（JICA派遣）
- ③ チェンマイ地区 日本脳炎デング熱
臨床研究（五十嵐教授団長）
- ④ ナイロビにケニヤ国立予防衛生研究
所無償供与団長（JICA）
- ⑤ ケニヤ 下痢対策
国内委員長（現在終了）

た。

第一番目の本多先生のコロンビア・ネバドデルイス火山での救援活動の御話を拝聴した。内容的に泥のついた痂皮を取らずにいる



とガス壊疽になるので、この痂皮をはがして治療することが大事であるとの御話には、自分が感染症を専攻している点からも興味が深かったが、私自身にこの疾患を直接見たことがないだけに鮮烈であった。第二の印象事は、要請をうけてからの出発迄の早さと、その救援物資（医学的）の準備の完備で、日本政府JICAの救援体制への努力が感じられたことであった。第三はその救援の打ち切りの判断（多分2週であったと思うが）の理由の正当さには、流石とウナった次第であった。先生自身の御性格もさることながら、その行動の迅速さと相変らない御率直さには改めて内心、心からなる敬意を抱いた次第である。

第二の特別講演国立熊本病院長蟻田先生のWHOにおける天然痘撲滅運動への御努力と日本が現在果しているWHOへの寄与の低さの訴えが良く知られて、感銘深いものがあつた。私はアフリカの猿に流行する痘瘡に大きな興味を抱いていたので先生のこの点に関する御発表は大変勉強になった。先生がこれ迄の御経験を生かして多くの人々に教示されることを望むのは私一人ではあるま

い。

昼の評議員会に出席し、津山会長その他会の役員の諸先生の御話も拝聴したのであったが、午後から私が主宰する会があり、残念ながら、途中で立たざるをえないので、一言のみ発言し退場した。その趣旨は2つあり、特に既成学会との連絡を密にすべしということともう一つは関係官庁として文部省とも良く連絡してほしいという2点である。この発言でものべたのであったが、今日、本学会に関係が深いと思われるのは、日本熱帯医学会、日本感染症学会、日本細菌学会、日本ウイルス学会等多数に亘る。本学会の医師側を見ると日本熱帯医学会の役員と重複される方も理事中に沢山おられ、それらの学会の有機的連携がうまく望まれると考えたからであった。日本感染症学会にも国際部会があり、日本細菌学会も同様な部会を持つと聞いている。そのような学会と良き関係を保持しかつ積極的にそのような場を作ることも本会の一つの指向する方向ではないかと考えた次第であった。

本学会に強く望むのは、本学会ならではの特色

を出し、その独立性が周囲から当然の如く認知されることであろう。それには医師に限らず広い階層を含んで活動すること、そしてその活動が地道であることを私はつよく希望しておきたい。その意味でこの3月迄神戸大学医学部国際交流センターにおられ、草の根運動を実践されている岩村昇先生に私は本学会の精神的素地を見る思いがする。先生におあいしてお話をうかがう時、心の洗われた思いを致すのは、私一人ではあるまい。教授職をやめられ再び草の根運動を行なうことを選んだ先生を私は今も尚敬愛し、午後行われた先生の御話が聞けなかったこと、又今後の再開をネパールでなし得なかった事が痛恨事であった。

長崎大学熱帯医学研究所は、熱帯医学にかかわる医学的研究を行なう国立機関であり、同時に感染症研究にその第一義をおき、発展途上国の人々とも深く交流し、相互にその発展を求めるのが、私共の考えである。その意味で広く社会に開かれていることもその任務の一つである。本研究所はすぐれた構想をもちその実践に当る人々にはいつも門が開かれていることもこの場を借りて紹介しておきたい。

Impressions on the first Annual Meeting of JAIH

Keizo Matsumoto

Director Institute for Tropical Medicine, Nagasaki University.

国際医療協力の地固めは国内から

高島平クリニック院長
吉田 敏 郎

初めての日本国際保健医療学会総会（エーザイホール）午後の部に出席させていただきました。海外医療協力の出来ない一開業医の立場から感想をもとめられましたので、率直に云いますと医師主導型の発展過程から今後更にその傾向が強まって行くのではないかと危惧しています。何故なら参集者のかなりの方が女性を含め、いわゆるCo-Medicalの人で占められていたからです。高い学術的レベルを誇り、それを輸出して得々とするのが医療協力のあり方でない事は当然です。学会は現場で役に立つノウハウを研修し、海外医療人との交流がし易い環境作りにも主目標を置く様にして欲しいのです。やはり気取らず誰でも参加出来る小集会在これからも数多く開かれなくては次世代は育ちにくく、サロン創立者、水野祥太郎先生の述懐を待つまでもなく、日本の医療はこのままでは世界中のどこへ行ってもとうてい通用させることは不可能でしょう。我々日本人は奉仕の精神に欠けるとか、医学教育がなっていないとか、社会構造が改善されねばとぼやいては、海外に於いて医療活動の実行可能な人はこれからも永久に少ないままでしょう。勇気ある諸先輩の海外での活動は国の援助を期待して実現されたものではありません。そしてそれが最新の医療技術によらずして成し遂げられた業績であることに気がかされます。

.....
<著者略歴>

昭和9年	奄美大島に生れる
昭和33年	順天堂大学医学部卒業
昭和41年～46年	欧米留学（産科生理学）
昭和47年	アドベンチスト東京衛生病院
昭和50年	現職

私はベトナム戦争末期の西欧社会で一医学研究者として国際社会の空気を吸った事があります。海外医療協力に従事したわけではないのですが、



帰国して開業しても常に民間外交官の意識を持ちつづけていますから、米英仏瑞西を始め中国、フィリピン、タイ、ウガンダなど10ヶ国以上の方が相談ないしは医療を求めた接触をされました。経済的問題のある方が少ないのが特徴ですが、彼らの生活態度は概ね質素で堅実、安くて良質の医療を求めているのが共通点です。医療協力の形は貧困に苦しみ衛生状態の悪い、教育レベルの低い相手でなければ出来ないなどとは私は考えていません。不幸にしてそういう方に日本では例外的にしかお目にかかれなただけの話です。日本在住の海外からの人達はほとんど健康保険に加入出来る経済力をお持ちの方ばかりと云って過言ではありません。しかし彼らも困る事はかなりあるのです。国際結婚された日本人女性の保険加入が困難だった事や外国人診療に慣れた日本人医師を見付ける手助け、海外医療へのアドバイス（予防接種や健診）、また母子保健に携わる外国人ナースの活動への協力などいろいろの形で医療協力の分野はありました。

要はどこに居ても、ホットな国際医療情報に明

るく、常に好きな活動の為の研修が続けられる事が国際医療人の条件でしょう。“国内派”の皆さん、ネットワーク作りをして、色々な形の国際保健医療協力があることを発見しようではありませんか。

Medical Cooperation in Homeland

Toshiro Yoshida

Director, Takashimadaira Clinic

The 1st General Meeting of the Japan Association for International Health was held successfully on March 16. On the perspective of the Association, the author had a concern about its simple academic diversity rather than educative integration in future. Our important task is not to send forth people but start learning individual foreign life style and, if possible, language training on the daily scene. You should not cure or treat until humanly accept or understand them. Necessarily, you should not need to manipulate high technological instrument. Challenging domestic area is widely open, because there are usually quite number of foreigners in this country who seek standard medical service.

国際医療協力について思う

日赤医療センター看護婦
塚 本 香代美

日本が国際医療協力を始めてからの短い歴史の中で、それぞれの民間団体の活動が語り合われたり、我国の海外医療協力の在り方について討議されるのがほとんどなかったということを感じました。

国際医療協力は、上から下へ、あるいは持っているものから持たざるものへの一方通行では成し得ないということは共通に理解されていることだと思います。そして、医療協力とは何かを語る時に、どのようにして行なうかということが語られるのは必然でしょう。

第一回の総会では、シンポジストは既に各団体の仕事、国際協力の経験、更に方向づけについて語られていたようでした。しかし、同時に各団体には各々の活動方針があり、自己主張が強く、なかなか相容れない部分が多いように感じました。

第一回の例会の分科会で長期的医療協力と短期的医療協力について語り合われたようですが、今後いっそう国際医療協力に関わる諸団体の連絡及び提携が、個人・団体のレベルをとわず、更に推進されることを期待します。

協力できる相手は多く、協力の方法も様々ですが、どうしたら必要としている相手と、効果的に、かつ必要な期間、また継続して行なえるかということが、医療協力においては大切だと思います。

民間団体の活動の多くは、自分では直接何もできないけれど、少しでもできることをと貧しいお小使いの中から多くを献げている人、自分の豊かさを地上に求めない人々によって維持されていると思います。

新聞やテレビの情報は人目を引き、一時的ですので協力の仕方に公平を欠くことが多いと思いま

す。本当に必要かつ有効な協力をするためには、正しい情報を得ることと、その情報を多くの人と分かち合う必要があるでしょう。

一人一人が

自分のことだけを考えない部分を持つようになったら、日本の少なくとも半分の人が世界の人と分かち合うことを考えるようになったらどんなにすばらしいことでしょう。

医療協力をする側に立つ時、あれもこれもできるようにしてからと考えがちですが、今、あるがままに医療協力の場に身をおくことが大切だと思います。明日では間にあわないのではないのでしょうか。常に備えができたと思います。

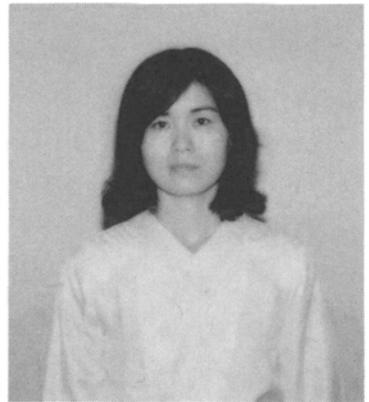
.....
〈著者略歴〉

1976年—JOICFP（国際家族計画協力財団）より派遣され、4カ月間ASEAN五ヶ国の家族計画事情視察。

1979年—日本聖公会、日本キリスト教協議会主催パプア・ニューギニアでの5週間のワークキャンプに看護婦として参加

1980年—J O C S（社・日本キリスト教海外医療協力会）フィリピン・フィールド・ワーク参加

1981年—J O C Sより派遣され、タイ、ビルマ国境のキリスト教病院で2カ月間看護婦として医



療協力

1981年－7月より、1984年6月までの3年間、
J O C Sより派遣され、インドネシア、シナハサ
における保健活動に保健婦、助産婦として参加

1985年－日本赤十字より派遣され、スーダンに
おける国際赤十字社連盟の難民キャンプ活動に
Community Health Nurseとして参加

“Live Together”

Kayomi Tsukamoto

Nurse, The Japanease Red Cross Society Medical Center Hospital

Not many Japanease medical personals are willing to work out side of Japan. There are many reasons for that. We have a rich experience in medical field of Japan, but not in the other countries. And also we don't know what we know. How we could share what we know each other. It is sure that Japanease can not live alone in this world. Now we could gather together under the name of Japan Association for International Health. Then, we could share our experince, and the things we learned from the people. And also, we could tell to our friends and collegues about what we are doing with Japan Association for International Health.

アフリカの現場から学会に期待するもの

県立こども医療センター看護婦
工 藤 芙美子

第一回国際保健医療学会総会では国際医療協力の理念等について討論がなされた。

一年間のエチオピアでの仕事を終えて帰国して以来、アフリカ熱のほとんどさめた日本の中で、私の頭の中は、エチオピアと日本の中を行ったり来たりしている。

私は緑豊かな東アフリカの小国マラウィで二年間を過ごしたことがある。その年、例年よりも雨量が少なかった。「来年にかけて沢山の人が死ぬだろう」と人々は口を揃えて言った。イギリスと日本の看護手順の違いに困惑させられる看護学生を見ながら、教育の大きな柱は一本でなければならぬと実感した。毎日死にゆく子供達を目前にして、自分の無力さに泣きながらも、自分に何が出来ると思っていたのかとはずかしくなる思いさえした。そしてマラウィを発つ日、「シスターよく泣いたね」とスタッフが一言言った。

マラウィでの二年間、小児病棟だけで355人の死亡、エチオピアの一年間に509人の死、そのほとんどの死にかかわり、その重みが私をアフリカへと目を向けさせているのかもしれない。一時的な自己満足や自分だけの収穫を体一杯につめ込んで豊かになった気持ちで帰ってきた。しかし、現場では私には理解できない大きな問題につきあたり、様々な難問が残っている。

＜著者略歴＞

昭和50年	北里看護学校卒業
昭和53年～55年	青年海外協力隊員としてマラウィにて活動
昭和57年～59年	ロンドン熱帯医学校留学
昭和60年～61年	JVC/SHARE エチオピア緊急医療援助活動に参加

標高 2900 m のアジバールは一年中、朝・夕が寒い。家を捨てて集まってきた人々が外の冷えきった土の上で布一枚にくるまり母子で身を寄せ



て寝ていた。恵みの雨も降れば、死につながっていた。せめて毛布でもあれば寒さをしのぐことが出来るのでは、と毛布や衣類の配給が始まった。しかし人々は物を求めて集まって来、それを売り生活のわずかな足しにしていた。では配給を止めてしまえばそれで解決する問題なのだろうか。

第二次再定住政策も58～95%の人々が強制定住であったと言われる。ミーティングを口実に呼び出されて再定住行きを強制された人々。八畳位の臭気とほこりだらけの部屋に30人以上の人々が押し込まれ、その中で診療を受けに来た人にはいつも銃を持った民兵がトイレにまでつきそっていた。徴兵をのがれるためにトイレに身をかくしていたJVCのエチオピア人スタッフ。この現状を見て、憤りと悲しみでいっぱいになった。国の政策は理解できるだろう。しかし、そのやり方が……と疑問を持っても国の政策にまで口を出せない。しかし私達はその影響を受けて生活している人々の中で仕事をしている。医療だけを切り離して考えることは難しい。

ある討論会で「援助は必要ない」という極論を聞き、

ドキッとした。「必要な物資だけ送ればいい。」という話もあった。しかし人間には物だけでは埋めつくせないものがある。又、物無しでは解決できないこともある。だからこそ現場での人々との様々なかかわりを通して見た事実、学んだ事をなるべく多くの人に伝えたい。そして継続した活動を行なっていききたいと思う。

医師は薬剤師や看護婦の仕事もした。看護婦はとにかく様々な仕事をした。栄養士が必要だ。薬剤師も助産婦も。あれも、これも……しかし現実にはほとんど看護婦がしなければならなかった。高校卒の人を医療スタッフの補助的の仕事が出来るようになるまで、体温計の読み方から指導をしながら自分の仕事もしなければならなかった。入院患者の診療、治療、処置、患者の身体洗い、一時間毎の経管栄養、病棟やキャンパス内の掃除、そして一日三回の与薬と注射、分きざみで病院中を走りまわった事もあった。スタッフ教育、病院管理と看護婦の持つ役割は大きいと言えるであろう。

エチオピアでの緊急救援は、JVC、SHAREにとって初めての活動であった。それだけに全てが手さぐりで全員が苦勞をした。しかしもっと多くの人々にかかわって欲しかった。私達はこの

第一回目の活動が次へのたたき台になると確信している。そして今、マニュアルを作っている。なるべく多くの人々に事実を知ってもらうために、本を書くことを決め、編集委員会も進行している。他のNGOとの交流も深めたい。開発問題の専門家のような知識はない。しかし、できるだけ多くの場で学んでいきたい。そして実践を積み重ねていきたい。さらに国内での海外からの研修生の受け入れ体制も見直されなければならないと思う。今まで未知のものであった日本語という難しい言葉を短期間で学び、その努力のもとでどれだけ彼らの目的とするものが学ばれたのであろうか。受け入れる側も彼らの考えていることを思うように言えないもどかしさ、その苦痛を十分に測り知ることが出来ず、迷惑がることがある。しかし、毎日の忙しい業務の中で、相手の「言葉」を考慮していく程の余裕はスタッフにはない。研修者のための実践的なそして一緒に仕事をするスタッフの側にも立った研修の場作りを考えていく必要があると思う。

内外の一つ一つの問題を誰でもが十分に話し合える場と、時間の企画、そして実践への協力を学会に期待したい。

“What have we done ?”

Fumiko Kudo

Nurse, Kanagawa Children Medical Center Hospital

We had an opportunity to talk about relief work, volunteer work of N.G.O and starvation in the first general meeting of Japan Association for International Health. But I couldn't find good enough result from it. I expected more practical discussion by many people than an idea from few persons. Since I came back from Ethiopia after one year relief work, I've been thinking about our work and problems which I had to face. I have worked in Malawi which is the small agricultural country in East Africa for two years. Rain, food, tropical diseases and death.

355 children died at pediatric ward of St. Luke's Hospital in Malawi in two years, and 509 people died at J.V.C. Ajibar Hospital in Ethiopia in one year. I was concerned to the most of them, and they always remind me to go back to Africa. I had great experience there, but there were many difficult and inconsequent problem left.

Ajibar is located at the west part of Wollo State where there was the worst disaster in Ethiopia. It is 2900m high from sea level and very cold in the morning and night. 20000 people gathered at Ajibar to get transport to go to resettlement area or to get food and medical service. Distribution of clothes, blankets and foods for inpatients was done in J.V.C. Hospital. Because, it was necessary for them we thought, but it was question for us. Water, food, medicine, fire-wood, transport, resettlement people and national service, we had to work in the situation which was influenced with politics. I wish this association to have enough time and place to discuss and think about these things, too.

ブータン移動診療の経験と国際医療協力の問題点

浜島町立病院長
箕岡三穂

昭和60年6月～8月にかけて約2ヶ月間、ブータン国内において移動診療に従事する機会を得た。この移動診療計画はブータン政府の要請にもとづくものではなく、私達の側から実行の可否をブータン政府に問いかける事から始まったが、ブータンとは国交がなく、また当初ブータン政府部内の交渉相手も判然とせぬ様な有様で、大方の意見ではこの様な目的での個人的入国はまず不可能と予想された。申請から約半年、この間S旅行社、NHKなどによるブータン政府への働きかけを得て、60年3月、ヘルス・デパートメントの長官Dr. Yountanから来訪を歓迎する旨の返信をもらう事が出来た。

ブータンは食料が一応自給自足出来るという点で、他の途上国と比べ恵まれていると思われたが、現地に行ってみて知った医療事情は考えていたよりはるかに遅れていた。人口120万人、九州位の広さの国土に医療施設は20ヶ所、殆どは医師1～2名の診療所で、病院の名称に値するものはわずかに首都ティンブーにある中央病院のみである。人口2万人強に対して医師1人、その殆どがインド、ネパール、欧州からのボランティアの医師達で、ブータン人の医師はきわめて少ない。国

＜著者略歴＞
昭和12年10月31日生

昭和38年 札幌医大卒

専門：外科学、解剖学

現所属：浜島町立病院々長 外科 浜松医大非常勤講師、解剖学

昭和49年～58年浜松医大解剖学助教授、山岳部

顧問、浜松医科大学大山岳会員

第19次日本南極地域観測隊越冬隊員

内では医師の養成は行えず、毎年1～2人程度インドに留学生を送っているが、受け入れ側の事情によっては0になる事も少なくない。辛う



じて1年～2年半の過程のナースやヘルスワーカーの養成がティンブーの中央病院で行なわれていた。医療器械についてもX線撮影装置と心電計が国内に数台あるのみで、超音波診断装置、CT、内視鏡など日本では標準的と思われる医器類は見ることが出来なかった。大多数の住民にとって、実質的な医療のにない手は、人口2～3千人に付1ヶ所設置されたB.H.U (basic health unit) で、ヘルスワーカーとナースの手により医療が行なわれている現状である。医療費は国内はもとより、必要に応じてインドの専門医を受診する際にも国費である点は感心させられた。

私達の主たる活動地域は、ブータンの中でも特に医療過疎地である中央ブータンのトンサ、シェムガン両県であった。トンサは人口約2千人、医師1名の国立病院がある。約3週間の滞在中偶然医師は出張不在中で、私達はこの施設に拠って診療、健診を行なう結果となった。シェムガンは人口千数百、無医地区でB.H.U.がある。ここでの3週間、私達はB.H.U.を使って診療、健診にあたった他、車道を遠く離れた山中の9ヶ村を巡回して

診療を行なう事が出来た。

トンサ、シエムガンを通算して、患者総数は800人をこえ、また健康診断も800人を大きくこえた。健康診断は一般検診、ツ反の他、生体計測、色覚異常、血液型、B型肝炎ウイルスの疫学的調査を平行して行ない、ブータン政府に報告した。診療・健診を通じて顕著であった事は、感染症の罹患率が圧倒的に高い事である。就中、寄生虫を含めた消化管感染症、結核を主とする呼吸器感染症がきわめて多いが、健診のツ反陽性率は存外高くなく、結核患者の総数も予想よりは少ないと思われた。意外であったのは、想像だにせぬ胃炎・胃潰瘍の多発であった。

予防医学の面では、予防接種がポリオ、麻疹、三混、BCGなど実施されはじめているが、実施率としてはこれからであろう。ツ反が行なわれず単にBCG接種というのも奇異な感じであった。安全な水の供給と下水の問題は全く手つかずの現状であった。

医療の国際協力を考える時、要員の派遣は必ずしも安易に考えるわけにはいかない。仮に意志の疎通は一応出来るにしても微妙な部分を必要とする医療の現場では、言語の問題は絶望的な難問であろう。外国人を医療の場に迎える事は、国としても、個人としてもいわば恥部を見せる様なものである。派遣要員は相手国のプライドを尊重する事を一番に考える必要がある。また現地の医療要員との協調という事も重要な問題である。援助要

請の有無にかかわらず、尊大な態度は排除されねばなるまい。医療協力とは相手国に病院や医薬品を寄贈する事ではない。過渡的には要員の派遣も必要であろうが、相手国に住みつくのでない限り問題の解決にはなっていない。今私達が考えている医療の国際協力とは、相手国の事情によりいろいろであろうが、医育機関の設立あるいは既存の医育機関の充実のためにteaching staffを派遣する事が、もっとも良いマンパワーの生かし方であろうと考えている。加えて学生、卒業医師の日本への留学、研修の受け入れが望ましい。例えばブータンならば、過渡的に医療要員、予防医学の専門家、定期的な移動診療チームの派遣を行ないながら、10年間医育機関を育てる事が出来れば、自国の医療は自国人の手でという理想が実現するものと思われる。私達はその様なビジョンのもとに今後ブータンとの医療協力を推進していきたいと考えている。

〈付記〉 浜松医大ブータン移動診療チーム

箕岡三穂（47才）外科、矢部 洋（28才）内科、新井隆己（27才）内科、石原行雄（22才）浜松医大学生

総経費約1000万円は全額隊員個人負担で計画したが、医薬品の寄贈を受け、またブータン国内の滞在費がきわめて安価であったため、最終的には個人負担総額は300万円であった。

An experience of the mobile clinic in the Kingdom of Bhutan and some problems within the international medical co-operation.

Miho Minooka

Director, Hamajima town hospital,

We had an opportunity to stay in the Kingdom of Bhutan and to do medical works from June to August in 1985. The medical circumstances in Bhutan were not so well as we expected. The population of Bhutan is almost same as that of Kyushu, Japan. There are 20 hospitals in Bhutan. In Central Hospital in Thimphu (the capital of Bhutan), 12 doctors are occupied. But in the other hospitals only 1 or 2 doctors are occupied. The total number of medical doctors is about 50, so the ratio of doctor to population becomes 1 to 20000. Almost all the doctors are volunteers coming from the other countries, for example, India, Nepal, European countries. Bhutanese doctors are few. We stayed in the District of Tongsa and Shemgang (Central Bhutan) and examined more than 1600 patients (including school students). In Bhutan, infectious diseases (especially digestive and respiratory organs) and gastric ulcer are most frequent.

The following problems must be solved to improve the present medical circumstances.

- 1) To increase the number of medical staffs, especially medical doctors
- 2) Establishment of the safe water supply and sanitation

We think real international medical cooperation does not mean temporary supplement of medical goods. Most important thing is to do continuous help. So we must send medical staffs who are helpful for the medical education in developing countries. Further, we must have a project inviting medical students and post-graduates from developing countries to give a opportunity to learn medicine and to make clinical training in Japan.

日本の国際医療協力の課題

城西病院成人病予防検診センター所長
高野正孝

はじめに

日本国際保健医療学会の設立総会が、さる3月16日に200名を越える参加者を得て盛大に開催されましたが、その事務局を当初から預からせていただいております身といたしまして、本会の設立にいたりました経緯や日本の国際医療協力における今後の課題などを、ご説明いたしたいと思いません。

日本国際保健医療学会設立の経緯

「日本の医者を見損なった！」

今から3年前のこと。自らアフガニスタンに対し、7年間の医療協力を実践された故水野祥太郎先生（当時大阪大学名誉教授）が、私を前にして、こんな言葉を吐露されたのでした。

水野先生は、80年の医学会総会史上、一度も『国際医療協力』について論じられなかったことを憂慮され、1983年大阪での第21回医学会総会に、『発展途上国と日本の医学』と題するシンポジウムを、総会史上初めて組み込まれたのでした。

これを機会に、日本の国際医療協力を充実・推進させたいと考えられた先生は、いろんな方面に声をかけられたのですが、おもわしい返事がもらえなかったご様子で、私にそう慨嘆されたのでした。

「東京に熱心な活動家がありますから、ひとつ彼らといっしょにやってみます。」と私が答えますと、「それは嬉しい。必要な時はいつでも行くから、皆さんによるしく。」と、満面笑みを浮かべて言われたのでした。

それを契機に、東京の丸ノ内ホテルで水野先生を中心にこれからの方策を語り合ったのが、本会の初代会長の津山直一先生（当時東大整形外科教

授）、城西病院長の多田正毅先生、JVCの星野昌子事務局長と私だったのでした。

第21回医学会総会のシンポジウムの成功を受け

て、この情熱の火を絶やさないように、その年6月から、関東関西で『国際医療協力サロン』がもたれるようになりました。

サロンも回数を重ねるごとに活発になり、研究会として定着しだした85年の春、来年4月に東京で開催される『21世紀への医学と医療』をテーマとした第22回日本医学会総会で、国際医療協力の記録映画を上映し、国際医療協力の重要性を広く医療界に知らしめようという企画が提案され、その準備過程で、サロンから全国的規模の学会組織を発足させようという声が上がったのでした。

日本の国際医療協力の問題点

わが国で、国際医療協力が活発にならない原因は、三つあると思います。

まず第一に、医師に限らず日本人の島国根性的な視野の狭さがあげられます。

1979年に勃発したインドシナ難民問題の時、欧米の救援団体は、早いところでは、それよりも5年も前から現地地で活動していましたし、さらに大学教授が率先して若い医師達を連れて来て、現



場で教育していました。一方日本はといえば、政府派遣の医師は、各大学が輪番制で出していますが、一人も希望者が出ず、困りはてていたと言いますし、またある大学では、次は自分が当たるのではと、皆、疑心暗鬼にくれていたと言います。

第二に、国際医療協力が、日本の医療界で評価されていない点があげられます。西側諸国で第二位のGNPを有しながら、いまだ欧米の先進国にのみ目を向けて、旧態依然とした親のすねかじりの発想から脱しきれないようです。

そのために、本腰を入れて国際医療協力に取り組み姿勢が薄く、体制づくりもできていませんし、その方面の専門家も育てていません。たとえ医師が国際医療協力に関心を抱いても、現地の地位や職場を失うのを覚悟していなければ、国際医療協力に参加できませんし、せっかく海外での任務を終えて帰国しても、復職するあてがありません。これでは、国際医療協力参加を、医学生の実績表に算入したり、医師の階級特進を図って評価している欧米に、追い付けようはずがありません。

第三に、前述した第一、第二の結果なのかもしれませんが、わが国に官民共同という公式がないために、資金源の希薄な民間の活動が、欧米に比してなかなか活発になりません。

官である政府援助の最大の長所は、その巨額な資金源にあるといえます。1984年の日本のODA（政府開発援助）は43.19億ドルで、米国の86.9億ドルにつぐ、世界第2位の規模となっています。これにひきかえ、民間の海外援助は、トータルで欧米先進国の4分の1（1984年で4100万ドル）、国民1人あたりで10分の1ときわめて弱体です。

民間援助の長所は、人道主義的見地から、援助したい相手と直接交渉し、相手のニーズに合わせた援助を実行できるところにあります。さらにその参加者は、国際医療協りに情熱をいづくボランティアの性格が強いため、こまわりがきき、しかも事務費、人件費などが最小限ですみ、おなじコストでより有効な援助ができるといえます。

これら官民の長所短所は、全く対照的なものですので、相互に短所を補填し合えば、より良い国際医療協力を実施できるものといえましょう。

日本の国際医療協力の将来展望

現在のわが国の国際医療協力の欠陥を補填し、国際保健医療の向上のためになにをなすべきか、本学会のはたすべき役割を含めて、考えてみました。

1. 学会で討議された結論を、意見書として関係機関にフィードバックさせる

本学会の目的が、国際医療協力の経験の情報交換・蓄積を通じて国際医療協力を推進させるところにありますから、学会での結論や意見が当然のこと、政府および民間の国際医療協力を実施している関係機関にフィードバックされ、より良い国際協力づくりに還元されなければなりません。そのために、本会の中に、国際医療協力のあり方を調査・研究する委員会を設けると同時に、できれば本学会が、厚生省や外務省などの政府機関の諮問機関となる必要があります。

2. 関連諸学会ならびに農林業、教育など他の分野との共同事業

発展途上国は、保健医療にとどまらず、それよりもっと根元的ともいえる貧困・飢餓・文盲などの諸問題をかかえています。国際医療協力は、これらの分野との共同歩調をとって実施しなければ、抜本的な解決はできません。従って、国際医療協力に関係している他の学会や、農業、林業、教育などの分野で国際協力を実施している諸団体との提携が必要になります。

3. 学会の国際化

この学会の研究対象は、主に発展途上国にありますから、学会の活動範囲は日本国内にとどまることなく、先進国と発展途上国という国際化を図らなければ目的を達成することはできません。さらに、サミットのように先進国の間で、南北問題を検討するといった国際化も必要であります。

4. 国際医療協力実施機関の全国および国際的ネットワーク化

国際医療協力の実施機関の全国ネットワークを作ることによって、日本の国際医療協力の最大の欠陥である派遣体制の脆弱性を補填し、医療者が海外に出やすくすると同時に、帰国後の復職を容易にする必要があります。さらには、それを国際的に拡大し、発展途上国に対するプロジェクトを、

国際的ネットワークで実施するという方式も、大切です。

5. 国際病院・国際人材教育センターの建設

3. のネットワークを作るに際し、その核となり、すべての情報を収集したり、ネットワークを管理・運営する国際病院や、派遣する医療者や海外からの留学生が研修する国際人材教育センターが必要になります。

6. 地球医療団の編成

考え方の基本として、診療圏を日本国内だけに限定するのではなく、地球上のどの地域も診療圏とみなす、国境を越えた発想がまず要求されます。

そして、官民合同による地球医療団を編成し、

地球上のあらゆる地域に、医療団を派遣するので

す。

おわりに

私は、これからは『地球医療の時代』であると思っています。交通通信手段の発達により、いまや地球全体が人類の日常生活圏となっています。ものごとすべてが地球規模の時代に、国の範疇を越えることのない地域医療という今の概念は、地球医療という国境を越える概念に拡張されなければならぬ時が、遠からずやって来るでしょう。

私は、国際医療協力の運動の輪が、日本ひいては世界に広がり、人類の平和と幸福を築きあげる一助となってくれることを、祈念してやみません。

“How should we make better international medical cooperation?”

Masataka Takano

Director, Adult Health Center, Johsai Hospital

“International Medical Cooperation Salon” started 3 years ago to research how to make better international medical cooperation to the developing countries. It has been growing up to be the academic organization, namely Japan Association for International Health. In Japanese medical world there is undeniable trend to evaluate the international cooperation less than in Europe and USA. This is pointed out to be the main reason why Japan is behind other developed countries in this field. If Japanese medical staffs especially doctors want to join these activities, they must often retire from their present post.

So the Japanese activity on international medical cooperation is expected to be promoted by this association. And Further more it is also expected to organize the network of hospitals carrying out this medical cooperation with the college hospital asa center. If these networks are organized, the medical staffs would be able to know the native people and their circumstances better and to serve the needy world more easily.

日本国際保健医療学会第1回総会議事録

津山会長より、本日の総会の議長が丸地理事に依頼された。議長より本学会が先に実際学会活動が進んでいて、すでに会則が発行しているため、いささか変則的に学会が発足したことを追認していただくような形の総会になることをまず皆様にご了解いただきたい旨の挨拶があった後、開会を宣した。

議題に移る前に、まず津山会長の以下のような挨拶があった。

本学会は昭和58年の日本医学会総会におけるシンポジウムで、日本中の国際保健医療に携わる方々が集まって、熱気のあるシンポジウムがもたれたのがきっかけである。その後関東・関西に国際医療協力サロンが生まれ、それが発展的に日本国際保健医療学会として今日、設立総会を持つことになった。現在309名の会員を持っているが、毎回の例会の非常に熱心な討議を聞き、これからも会員はどんどん増えて、発展していくことができるのではないかと期待する。またそうして本当にこの学会を作った意義を見出したい。

今、たくさんの方々が、官のレベル、民間のレベル、個人のレベルで色々な国際医療協力をやっているわけだが、この学会がそういった医療協力のスムーズな発展に少しでもお役に立てればと考えている。

議題1. 役員選任の件

高野理事より、当日配付された役員名簿をもとに、評議員会で承認された日本国際保健医療学会役員27名の氏名が発表された。今日まで6回暫定理事会を持ち、暫定理事会として学会を設立させる準備をしてきたが、今回、正規に学会が発足し、正規の理事会として承認いただきたい旨の説

明があって、出席者の承認を得た。(巻末役員名簿参照)

議題2. 昭和61年度事業計画及び予算の件

高野理事より、配付資料をもとに次のとおり昭和61年度の事業計画・予算の説明があった。

学会の前身である国際医療協力サロンが今までやってきたことをもとにし、この事業計画及び予算を組んだが、一般事業として、1. 総会の開催 2. 地方会の開催 3. 機関誌の発行 4. 第2回総会の準備 5. 国際保健医療に関する調査研究、特別事業として、第22回医学会総会で上映する国際医療協力の記録映画の製作を計画している。これについての予算は、国際医療協力サロンの実績を元に見積もっている。記録映画については、特別会計を設けて30,000,000円で作成する予定で現在準備している。

記録映画の予算が突出しているが、これは来年の医学会総会に製作するものであり、単年かぎりである点を含んだ上で、この事業計画及び予算を検討いただきたいとの補足が議長よりされた。この件については、評議員会においても活発な討論が行われ、総括的には前向きなコメントをいただいで、承認を得ている。また、津山会長より、国際保健医療協力は、大変お金のかかることでもあるし、又会を盛りあげていくプロバガンダのためにもお金のかかるものである。幸い、これに協力しようという財団も現れ、(日本国際親善厚生財団) これを通じて免税措置のとれるような寄付金を集め、なるべくこの事業を活発にしていきたいと思うので、その節宜しくお願ひしたい、との補足があり、この議題についても出席者の承認を得た。

議題3. 次期総会の件

二ノ宮理事より来年度総会について以下の報告がされた。

来年4月に開催される日本医学総会の前日、前々日の2日間にわたり、朝日ホールに於て第2回総会を開催する。内容は、基調講演、シンポジウム、一般演題、一般映画演題で、一般からも演題を募って、皆様にアピールするような形で運営したい。また、一応、次期総会の素案は持っているが、一年の間に例会などを通じて皆様方のご意

見も盛り込んだ形で、国際医療協力に関心と関わりを持つ方達の学びの場としてこの学会を発展させていきたいと思う。

最後に議長より、この学会は、医師、看護婦に関わらず、学会の趣旨に賛同される方はどなたでも参加できる学会である。今後の学会の運営でも、その点を実際の活動の中で生かしていきたいので宜しくお願い申し上げたい、との挨拶があった後、閉会した。

日本国際保健医療学会第1回評議員会議事録

日 時：昭和61年3月16日（日）

12：00～12：50 P M

場 所：エーザイ本館

出席評議員 津山直一、堀田 進、山本俊一、萩原弘一、山本保博、中林敏夫、三樹 勝、大鐘稔彦、志摩チヨ江、蟻田 功、大磯敏雄、戸谷徹造、二ノ宮節夫、塩田 洋、坂部 孝、本多憲児、金子 光、山田俊彦、渡辺 真、木根潤英雄、星野孝、川村寿一、宗像 醇、山地幸雄、奥村悦之、松本慶蔵、星野昌子、長谷川 豊、岩村 昇、丸地信弘、多田正毅、草川三治、藤岡農宏、山中太木、高野正孝、川原啓美、織田敏次、鶴飼 卓、信田重光、木内敦夫

委任評議員 高橋幸男、多田富雄、立石昭三、土屋健三郎、竹内 正、豊住章三、佐藤喜一、須永寛、黒田一秀、鳥津 見、坂本幸哉、鳥尾忠男、佐藤淳夫、近藤力王至、柴田 進、鈴木庄亮、加納保之、加納六郎、稲臣成一、尾島昭次、今川八束、植村研一、五十嵐 章、石館守三、伊藤暁子、緒方正名、大谷 明、朝井 均、三宅史郎、星島啓一郎、吉岡守正、室 靖、松倉豊治、藤田紘一郎、山口誠哉、林 滋生、吉利 和、早石 修、藤田啓介、萩原弥四郎、三島濟一、村松 稔

議事内容

第1回評議員会は、当日配付された別紙、議案及び

事業計画・予算書等にもとづき、次のとおり審議・検討された。

1. 定員数

開会に先だち、高野理事より、本日出席の評議員40名、委任状提出の評議員42名により、この評議員会は成立する旨を報告。

2. 開会

津山会長より、評議員会の開会を宣したのち、本日の評議員会の司会を丸地理事に依頼したき旨のご挨拶があり、丸地理事の司会によって会は進められた。

議案1. 日本国際保健医療学会の設立経緯及び現状

本議案に関し、高野理事に説明が求められた。高野理事より第21回医学会総会（大阪）でのシンポジウムを機に、故水野祥太郎先生のご提唱により、東・西のサロンが活動を開始し、来たる第22回医学会総会（東京）の国際医療協力部門を担当することとなり、今日、学会として発足した経緯について詳細な報告があった。

これを受けて堀田副会長より、自分も関西

にあって故水野先生のご提唱に賛同し、早くからこのことに協力してきたが、今後更に一層この会を活発化していくためには、募金等についての免税措置等について配慮すべきである旨のご発言があった。

このことについては、津山会長から、諸先生方のご協力を得て大いに前向きに進めたい旨の回答がなされた。

議案 2. 役員選任の件

丸地理事より、別紙、暫定役員名簿の会員、副会長、理事、監事について説明の上、本学会の役員としてご選任いただきたいとのべ、出席評議員全員のご賛同をいただいた。

議案 3. 61年度事業計画・予算の件

本議案について、高野理事より、別紙事業計画・予算書にもとづき、一般事業計画、特別事業計画、一般会計収支案、特別会計収支案が詳細に説明され、審議・検討のうえ、61年度の計画は、原案どおり承認された。

議案 4. 次期総会の件

丸地理事より、第2回総会は二ノ宮理事を担当として目下準備を進めている旨の報告があり、次いで二ノ宮理事から1. 第2回総会は演題募集を行いたい。2. 基調講演を準備したい。3. 会期を2日間としたい。4. シンポジウムを用意したい旨、計画の骨子を発表した。更に、津山会長は、この会は医学会総会のセミ分科会のような扱いをしていただけること。医学会総会のプログラムと

して、国際医療協力のパネルディスカッションが準備されており、津山、丸地が司会する予定であること。この会は、医師だけの学会ではないことを明確に唱っているので、この基本を忘れないで、一層盛りたてて行きたいこと。など本学会の基本姿勢についてのべた。

議案 5. その他の件

(1) 出席評議員より、本会の財界筋からの賛助についての質問があり、高野理事より第5条の賛助会員の規定にもとづきご賛助を受ける用意がある旨説明した。

(2) 第4条・事業の4項に興味を持ち、特に資料収支についての質問があり、高野理事より当面の目標としては、日本国際親善厚生財団の中に資料について一部施設を考えているが、その前に、現状についての情報収集を進めたい旨報告。

(3) 国際協力事業団(JICA)、(財)日本国際医療団(IMFJ)等に協力してもらうこと、例えば、サブコミュニティーを作る。などということは考えられないというご提案があった。

(4) 関係者に大学人が多いので、文部省との関係についてもスムーズに進められるよう配慮されたい。また、他の学会、感染症学会、熱帯医学会等との有機的な関係についても配慮されたい旨のご提案があった。

3. 閉会

津山会長は出席議員のご協力に感謝の意を表されたのち、閉会を宣した。

事業計画書

(昭和61年4月1日から昭和62年3月31日まで)

日本国際保健医療学会

実施項目	実施細目	実施時期	備考
A. (一般事業)			
1. 総会開催	第1回設立総会	昭和61年3月16日	会場の都合で、3月の開催となった
地方会開催	関東支部、関西支部で地方会例会を開催	各年2回	
機関誌発行	ニュースター、会誌の発行	年3回	ニューズレター2回 各2000部 会誌1回2000部
第2回総会準備	昭和62年度の第2回総会の準備 (第22回医学会総会参加準備をかねて)	昭和62年4月2～3日 於 有楽町朝日ホール	
国際保健医療に関する調査研究	日本の国際医療協力の現状を白書にまとめる 国際保健医療に関する調査研究	昭和61年度から着手	
B. (特別事業)			
1. 記録映画製作	第22回医学会総会で上映する国際医療協力の記録映画	昭和62年3月までに完成	(財)地域医学研究基金、(財)日本国際親善厚生財団の助成を受ける

1) 支出の部				
勘 定 科 目	予 算 額	前 年 度 予 算 額	増 減	備 考
I. 一般会計支出				
1. 事業費	(1) 第1回総会費	350,000		設営費・広告宣伝費・ 資料作成費など
	(2) 地方会費	500,000		設営費・資料作成費など
	(3) 会誌出版費	1,300,000		年3回 250,000円×2回=500,000円 800,000円×1回=800,000円
	(4) 調査費	400,000		アンケート実施経費等 (白書製本費含む)
2. 管理費	(1) 需要費			
	イ. 通信費	480,000		40,000×12ヶ月=480,000円
	ロ. 交通費	100,000		10,000円×10回=100,000円
	ハ. 印刷費	200,000		40,000円×5回=200,000円
	ニ. 事務費	20,000		文具・事務用品等
	(2) 会 議 費	150,000		1,500円×20人×5回 =150,000円
3. 予備費	予 備 費	160,000		理事会の了承を得て支出する
一 般 会 計 支 出 合 計		3,660,000		
II. 特別会計支出				
1. 事業費	記録映画制作費	30,000,000		基本的な内訳 イ. 撮影費 25,000,000 ロ. 渡航費 3,000,000 ハ. 事務費 2,000,000
特 別 会 計 支 出 合 計		30,000,000		
支 出 合 計		33,660,000		
次 期 繰 越 収 支 差 額		0	-	-

第 1 回 総 会 出 席 者 一 覧

青木正和
 青木田勉
 蟻野真功
 今栗生真紀
 阿青部敏ミ
 麻難美律
 石川孝香
 井手一志
 石和田稔郎
 稻垣義彦
 石松敬弘
 石原岐健子
 岩村敦昇
 上鶴飼卓
 梅井典裕
 宇藤孝太郎
 遠大磯まゆみ
 大鐘稔雄
 小野崎郁彦
 小幡内史
 大野輝穂
 織田敏夫
 大坪正治
 押谷仁夫
 織畑秀悦之
 大上正裕
 大井屋健治
 川村上剛

金子光
 川原啓美
 河合藤陽子
 加藤嶋耕一二
 加原成允三
 開神谷敬美
 川口直佳子
 辛川島崎幸子
 川木内敦夫
 木根測英子
 清井弘章
 木ノ上高健介
 木戸野美千代
 草川三治
 草住美子
 黒工藤澄一郎
 黒野泉雄
 近小松良子
 近小衛忠輝
 小林林敬
 小野今孝
 米近藤部和
 坂田藤朱
 沢佐藤藤忠
 佐々木澄
 佐々木理
 澤良世

塩田洋
 柴田裕子
 塩飽邦憲
 志摩チヨ江
 信田重光
 芝崎和之
 柴田富貴
 鈴木英明
 須藤明之
 鈴木啓子
 鈴木佳代
 関場慶博
 瀬角三千代
 染矢朝子
 高野正孝
 多田正毅
 竹内正子
 高島滋夫
 高橋政利
 田村栄邦
 高谷正人
 高野千松
 高橋勝三
 高谷年光
 高木武ヨ
 高木次衛
 タスファイエ・ガライエ
 近川佳子
 津山直一
 津曲兼司
 津金昌一郎
 塚本香代
 辻博彦

史造 讓平 晃子 夫保子 也一夫正夫子 子孝豐一惠敏男子 洋敷弘子 彦馬妙宏興子 進児子 孝雄
 毅徹 耕直 敏 子 達英 健 義節 洋典 正 弘若 宏光 啓 直恒 道真 恒州 晨隆 裕 憲昌 常
 島谷田村佐林佐田 井野山田宮岡村沢川原中場江田浦田野井野田村岡島川田多野野田
 妻戸遠遠中仲中仲中 ナロン・ニムサクン 永中成西二西野野長萩畑馬蓮浜東廣平平平福福藤伏古堀本星星本

一本多健一 徹美久 子弘哉藏子 枝子志二行也 勝江子 醇裕成子 優子博木一雄 彦代健子 悟惠章子 子男郎 桂
 眞裕 政信 晋慶 樹美 千知 德英 榮哲 雅美 那佳 康芳 育 洋保 太俊 幸俊 加 隆 幸喜 正倫 一敏
 門地田本戸本山田井坂谷樹越輪田像中山山口井山本中本地田崎本川田下嶋野村田田
 藤丸松松松松丸増丸宮水三水三三宗村森森桃森山山山山山山安安安山矢矢山山吉吉
 ピョーロス・Payanant

子代子 靖か晶明省 ゆき 茂 夫三子 夫真 堯
 田永富野川田妻 迎 迎 妻
 吉吉吉吉横 米我 渡 渡 我

(以上202名)

第22回日本医学会総会（昭和62年4月、東京）における パネルディスカッション「発展途上国への医療協力と人材開発」

東京大学医学部助教授
丸地 信 弘

昭和62年4月に第22回日本医学会総会が東京で開催される。われわれの日本国際保健医療学会は、発足して間もない学術団体であるが、その機会に二つの企画面で参加する。

一つは、医学会総会開催中に上映される特別企画の“国際保健医療協力”に係わる映画製作である。これは、既に昨年からの企画と基金集めが始っており、目下いろいろな場面の記録化の段階に入っている。技術的な面はその方面の専門機関である岩波映画社に依頼しているの、医学会総会記念にふさわしい作品になるものと期待している。

もう一つは、表記のパネルディスカッションの企画と運営である。これは、津山直一本学会長と私とがお世話役（座長）になって、次の五名の方々に御参加いただくことになっている。結研名誉所長の島尾忠男氏、本学会副会長の山本俊一氏、国際看護交流協会の小倉一春氏、国立予研の大谷明氏、そして日本キリスト教海外医療協会の塩月賢太郎氏である。これらの方々は臨床・保健・看護・基礎などの分野で国際保健医療協りに数々の経験と意見をお持ちであり、パネルディスカッションの90分間に最も基本的課題を提示していただくことになるだろう。

現段階では、上記の方々に正式な依頼をするに至っていないので、この集まりのための打ち合せはもっていない。しかし、近日中にその手続きも済むと思うので、学会当日までに十分な事前打ち合せをしたいと考えている。幸い、パネリスト全員が東京在住なので、この一年間に相応の相談ができるだろう。

本学会では、以前から“国際保健医療協力”白

書に類するものを発刊したいという意向も語り合われているので、今回のパネルについても、事前の打ち合せの過程も含めて、何か今回のテーマに係る小冊子を発行できないものかと、関係者のひとりとして私は考えている。

最近、学会でシンポジウムとパネルディスカッションが数多く持たれているが、今回の医学会総会では本部の意向としてパネルディスカッションの本来の姿に従った運営をしてほしいと依頼を受けている。例えば、テーマに関する討論事項を事前にパネリストに提示しておき、それについてそれぞれの方々の立場と経験でどう考えるかフォーカスをはっきりした討論を展開するというものである。確かに、学会は「対話の場」であるはずなのに、現実は一方的意見の発表に終わることが多い。それでは何人の学びが参加者の間に生まれ、確認できるかわからない。おそらく、今回の医学会総会では、そうした現実の問題に一石を投じるため、上記のような運営上の要望が出されているのだろう。

国際保健医療などの実態と問題は、なかなか関係者にしか分らないことが多いといわれるが、今回のようにこの種の国際活動が一般化しているのだから、それに係わるトータルな情報交換の考え



方と方法をみんなが本気になって考えなくては
いけない。医療活動にはみんなで共有できる「理念」
があるのだから、その内容の伝達と交換は立場性
をこえて語り、実践できるようなことを考えなく
てはいけない。

私たちの学会も、そんな意味から誕生したとい
う理由づけもできるだろう。そう考えると表記の
タイトルも“途上国との医療協力”とする必要が
あるのではないかと考え直している。

なお、本学会では上記の医学会総会に先立って
第二回総会をやはり東京で開催の予定である。こ
れは、医学会総会に協賛する形でもあり、サテ
ライトシンポジウムとして企画しようという声が
あって、その司会を私がするようにとの依頼をう
けている。しかし、現段階では発表候補者のリス

トはあっても、その具体的打合せもすんでいない
ので、ここではその紹介をひかえさせていただく。
ただ、私どもの気持としては前記のパネルディス
カッションと近いうちにおこなうシンポジウムな
ので、これら二つの集まりの内容でひとつまとま
りのあるものにする努力をしたいと考えている。
本学会の第一回総会を成功のうちに終え、ほっと
した気持ちでいるというのが、今の私の正直な気持
である。十年前にくらべ、国際保健医療協力への
関心と関係者の数は明らかに増している。活動場
面の増加というより、21世紀の医療に係わるひ
とりの従事者として、自分らの考えと行動を見直
すための機会として、それらの活動実践を生かし
てほしいというのが私個人の願いである。

学会事務局からのお知らせ ②

日本国際保健医療学会第2回総会

(昭和62年4月2～3日、東京) 一般演題募集

来年昭和62年4月4～6日には、第22回日本医学会総会が東京で開催されます。

日本国際保健医療学会では、その前日にあたる4月2～3日に、第2回総会を開催する予定ですが、ただ今その一般演題を、下記の要領で公募しています。ふるってご応募いただけますよう、お願い申し上げます。

尚演題の採否につきましては会長に御一任下さい。

記

日 時：昭和62年4月2～3日(木、金曜日)

会 場：朝日ホール(予定) 東京有楽町

募集要項

1. 一般演題
2. 内容は、第2回総会のテーマの『日本の国際医療協力の反省と展望』にそくしたものが望ましい
3. 一演題の持ち時間 10～15分
4. 応募資格は原則として会員に限る
5. 応募者は、締め切りまでに400字の抄録を提出すること
6. 演題内容のキーワードを5つ以内、抄録に付記すること
7. 締め切り 昭和61年10月末日
8. 送付先 307茨城県結城市上の宮10745-24
城西病院内 日本国際保健医療学会事務局
TEL 0296-33-2111

日本国際保健医療学会地方会

(1) 第2回関東地方会

1. 日 時：昭和61年7月12日(土) 14:00～18:30
2. 場 所：SRLセミナールーム
〒160 東京都新宿区西新宿2-4-1
新宿NSビル22階
電話 03-344-6443
3. 会場費 一般会員 500円 学生会員 300円
(非会員 一般 1000円 学生 500円)
4. プログラム
司会 宗像 醇 (日本医科大学名誉教授)
13:30 会場・受付
<映画上映>
14:00 『すべての人々の健康のために』 (16mm、15分)
—WHO主催・世界看護指導者会議 (86年4月東京)の記録—
解説：志摩チヨ江 (国際看護交流協会)
<特別講演>
14:20 1) 石川信克 (結核予防研究所、JOCs)
「バングラデシュのプライマリヘルスケア」
2) 大内 穂 (アジア経済研究所経済成長調査部長)
「国際医療協力とコミュニティ」
休 憩
<一般講演>
16:30 1) 箕岡三穂 (浜島町立診療所長)
「1985年ブータン移動診療の経験と今後の問題点」
2) 岩田好文 (立正佼成会病院内科医師)
「スーダンのエチオピア難民救援医療活動報告」
3) 今川八東 (都立墨東病院、JMTDR) —予定—
「南太平洋ソロモン台風被災者に対する緊急援助」
4) 林 達雄 (JVCエチオピアプロジェクトコーディネイター、医師)
「エチオピアにおける総合的復興促進プロジェクト(グリーンプロジェクト)の概要」
—緊急援助からリハビリテーションへ—
5) 森口育子 (静岡県立厚生保育専門学校教育主事)
「インドネシアの看護教員養成校における地域指向の教育への援助」
—JICAインドネシア看護教育プロジェクトの体験を通して—
6) 本田 徹 (日産玉川病院内科医師、SHARE会員)

「第三世界NGOとの提携強化」

—UNDRO主催・主要NGO諮問グループ会議('86年5月、ジュネーブ)に参加して

7) 国井 修 (自治医大5年生、全日本アジア医学生会議)

「インド伝統医学から学んだもの」

—アユールヴェーダ医学校への留学を終えて—

8) 塚本香代美 (日本赤十字社医療センター看護婦)

「スーダンの難民キャンプにおけるプライマリーヘルスケア」

9) 影井 昇 (国立予防衛生研究所寄生虫部)

「ブータン王国寄生虫感染の現状」

18:00～18:30 自由討論

〈問い合わせ先〉 〒307 茨城県結城市大字結城10745-24

城西病院内 日本国際保健医療学会関東事務局

電話 0296-33-2111

木内敦夫または近川桂子

(2) 第7回関西国際医療協力サロン

(日本国際保健医療学会関西地方会)

1. 日時：1986(昭和61)年8月23日(土) 16:00～19:00

2. 場所：住友化学会議室

〒541 大阪市東区道修町2-40

住友化学道修町ビル

電話 06-202-8052

3. 会場費 一般会員 500円 学生会員 300円

(非会員 一般 1000円 学生 500円)

4. プログラム

〈講演〉

(1) 稲村 晃江先生 (古代インド医学研究者、アユールヴェーダ研究会会員)

「古代インド医学：アユールヴェーダ (Ayurveda)」

1)アユールヴェーダの歴史的背景

2)アユールヴェーダの基礎理論

3)アユールヴェーダ治療のハイライト

パンチャカルマ、クシャーラ、スートラ

4)インドにおけるアユールヴェーダ事情

5)アユールヴェーダに期待されるもの

* インドのグジャラート大学で実際にアユールヴェーダの講義を受け、大学を卒業された講師を迎え、インドでの実生活から学ばれたアユールヴェーダについてのお話を聞きます。

(2) 伊藤利根太郎先生 (大阪大学微生物病研究所)

「国際協力と人材の育成」

- * 先生は、昭和39年から41年までの2年間タイ国立ウィルス研究所、昭和48年から49年までの1年間をインド・JALMA救いセンター、昭和50年以降、通算約1年半タイのらい対策に関して、国際協力をされてきました。

国際保健医療協力には、優れた人材の育成をめざして、忍耐と情熱を持ち続けることが重要であり、タフでなければやっていけないが、優しくなければやっても仕方がないとのご意見です。

〈問い合わせ先〉 〒650 神戸市中央区楠町7丁目5番1号
神戸大学医学部医学研究国際交流センター内
日本国際保健医療学会関西事務局 内山三郎
電話 078-341-7451
(内線 3500~2)

日本国際保健医療学会役員名簿

(五十音順)

顧問

羽田 春 兔 (日本医師会長)
森 亘 (東京大学総長)

事務局長

松村 武 男 (神戸大学医学部医動物学教室教授)

理事会役員

会長

津山 直 一 (国立身体障害者リハビリテーションセンター総長)

丸地 信 弘 (東京大学医学部保健管理学教室助教授)

宗 像 醇 (日本医科大学名誉教授)

室 靖 (東和大学教授)

山内 登貴夫 (元岩波映画製作所プロデューサー)

副会長

堀田 進 (金沢医科大学熱帯医学研究所長)

山本 俊 一 (元東京都老人総合研究所副所長)

山地 幸 雄 (日本医科大学微生物学免疫学教授)

理事

今川 八 束 (都立墨東病院感染症科部長)

鶴飼 卓 (大阪府立千里救命救急センター副所長)

監事

中島 章 (順天堂大学医学部眼科教授)

永野 貞 (財団法人国際看護交流協会理事)

深井 孝之助 (大阪大学微生物研究会理事長)

内山 三 郎 (神戸大学医学研究国際交流センター)

川村 寿 一 (三重大学医学部泌尿器科学教室教授)

評議員

朝井 均 (大阪教育大学保健管理センター教授)

木内 敦 夫 (SHARE 事務局長)

草川 三 治 (東京女子医科大学小児科教授)

坂部 孝 (日本大学医学部第三外科教授)

志摩 ちヨ江 (国際看護交流協会理事)

高野 正 孝 (城西病院成人病予防検診センター所長)

阿南 功 一 (筑波大学学長)

蟻田 功 (国立熊本病院長)

飯島 宗 一 (名古屋大学学長)

五十嵐 章 (長崎大学熱帯医学研究所教授)

石崎 有 信 (金沢医科大学名誉教授)

石館 守 三 (笹川記念保健協力財団理事長)

和泉 真 蔵 (京都大学医学部皮膚病特別研究施設助手)

多田 正 毅 (城西病院長)

立石 昭 三 (国立兵庫総合中央病院呼吸器科医長)

伊藤 暁 子 (厚生省看護研修研究センター所長)

西村 千代子 (厚生省看護研修研究センター教務課長)

稲臣 成 一 (香川労災病院長)

今川 八 束 (都立墨東病院感染症科部長)

二ノ宮 節 夫 (東京大学医学部整形外科助教授)

藤岡 晨 宏 (兵庫県立尼崎病院副院長)

岩村 昇 (神戸大学医学研究国際交流センター教授)

星野 昌 子 (日本国際ボランティアセンター)

植村 研 一 (浜松医科大学脳神経外科教授)

- 鶴 飼 卓 (大阪府立千里救命救急センター副所長)
 内 山 三 郎 (神戸大学医学研究国際交流センター講師)
 大 磯 敏 雄 (日本国際医療団理事長)
 大 鐘 稔 彦 (横浜北中央病院外科部長)
 大 谷 明 (国立予防衛生研究所ウィルスリケッチャ部長)
 大 西 基四夫 (国立療養所多磨全生園副園長)
 緒 方 正 名 (岡山大学医学部長)
 奥 井 勝 二 (千葉大学医学部第一外科教授)
 奥 村 悦 之 (高知学園短期大学教授)
 尾 島 昭 次 (岐阜大学医学部病理学教授)
 織 田 敏 次 (国立病院医療センター院長)
 小野寺 伸 夫 (国立公衆衛生院衛生行政部長)
 金 子 み つ (衆議院議員)
 加 納 六 郎 (東京医科歯科大学長)
 加 納 保 之 (千葉芙蓉病院院長)
 川 原 啓 美 (アジア保健研修財団専務理事)
 川 村 寿 一 (三重大学医学部泌尿器科学教室教授)
 木 内 敦 夫 (SHARE 事務局長)
 木根測 英 雄 (新潟大学医学部公衆衛生学教室助教授)
 草 川 三 治 (東京女子医科大学小児科教授)
 黒 田 一 秀 (旭川医科大学学長)
 小 池 達 也 (全日本アジア医師連絡協議会)
 近 藤 力王至 (金沢大学医学部寄生虫学助教授)
 坂 部 孝 (日本大学医学部第三外科教授)
 坂 本 幸 哉 (大阪大学医学部長)
 佐々木 正 五 (東海大学医学部長)
 佐 々 学 (富山医科薬科大学学長)
 佐 藤 淳 夫 (鹿児島大学医学部医動物学教授)
 佐 藤 喜 一 (金沢医科大学熱帯医学研究所教授)
 塩 田 洋 (徳島大学医学部眼科助教授)
 信 田 重 光 (独協医科大学附属病院長)
 柴 田 進 (川崎医科大学学長)
 島 尾 忠 男 (結核予防会結核研究所名誉所長)
 志 摩 ちヨ江 (財団法人国際看護交流協会理事)
 島 津 晃 (大阪市立大学整形外科教授)
 鈴 木 庄 亮 (群馬大学医学部公衆衛生学教授)
 須 永 寛 (新潟大学医学部公衆衛生学教室教授)
 高 野 正 孝 (城西病院成人病予防検診センター所長)
 高 橋 幸 男 (アジア眼科医療協会理事長)
 竹 内 正 (山梨医科大学副学長)
 多 田 富 雄 (東京大学医学部教授)
 多 田 正 毅 (病西病院長)
 館 正 知 (労働衛生検査センター長)
 立 石 昭 三 (国立兵庫総合中央病院呼吸器科医長)
 谷 莊 吉 (金沢医科大学医動物学教室教授)
 土 屋 健三郎 (産業医科大学学長)
 津 山 直 一 (国立身体障害者リハビリテーションセンター総長)
 戸 谷 徹 造 (藤田学園保健衛生大学教授)
 豊 住 章 三 (自治医科大学常務理事)
 中 島 章 (順天堂大学医学部眼科教授)
 中 林 敏 夫 (大阪大学微生物病研究所教授)
 西 村 千代子 (厚生省看護研修研究センター教務課長)
 二ノ宮 節 夫 (東京大学医学部整形外科助教授)
 野 村 正 孝 (全日本アジア医学生連絡協議会)
 萩 原 弘 一 (元・日本国際医療団事業部長)
 萩 原 彌四郎 (千葉大学医学部脳機能研究施設教授)
 長谷川 豊 (国際協力事業団医療協力部長)
 早 石 修 (大阪医科大学学長)
 林 滋 生 (国立予防衛生研究所長)
 藤 岡 晨 宏 (兵庫県立尼崎病院副院長)
 藤 田 啓 介 (藤田学園保健衛生大学学長)
 藤 田 紘一郎 (長崎大学医動物学教室教授)
 古 川 哲 二 (佐賀医科大学学長)
 星 島 啓一郎 (福島医科大学衛生学教授)
 星 野 孝 (独協医科大学整形外科教授)
 星 野 昌 子 (日本国際ボランティアセンター事務局長)
 堀 田 進 (金沢医科大学熱帯医学研究所長)
 本 多 憲 児 (本多記念東北循環器科病院長)
 松 倉 豊 治 (兵庫医科大学学長)
 松 村 武 男 (神戸大学医学部医動物学教室教授)

松 本 慶 藏 (長崎大学熱帯医学研究所長)
丸 地 信 弘 (東京大学医学部保健管理学教室
助教授)
三 樹 勝 (日本医科大学第二病院外科教授)
三 島 濟 一 (東京大学医学部長)
三 宅 史 郎 (日本大学医学部長)
宗 像 醇 (日本医科大学名誉教授)
室 靖 (東和大学教授)
村 松 稔 (国立公衆衛生院人口学部長)
山 内 登貴夫 (元岩波映画製作所プロデュー
サー)
山 口 誠 哉 (筑波大学社会医学系教授)
山 田 俊 彦 (山梨医科大学微生物学助教授)
山 田 宏 因 (福島医科大学眼科助教授)
山 地 幸 雄 (日本医科大学微生物学免疫学教
授)
山 中 太 木 (大阪医科大学名誉教授)
山 本 俊 一 (元東京都老人総合研究所副所長)
山 本 保 博 (日本医科大学救命救急センター
助教授)
吉 岡 守 正 (東京女子医科大学学長)
吉 利 和 (浜松医科大学学長)
渡 辺 真 (福島県立医科大学整形外科助教
授)
和 田 武 雄 (札幌医科大学名誉教授)

会 員 名 簿

(氏名/住所/所属/TEL)

昭和61年7月1日現在

青 木 勉/280/千葉市若松町946-2/千葉大/0434-23-6876

青 木 正 和/204/清瀬市松山3-1-24/結核予防会結核研究所/0424-93-5711

青 木 律/163/新宿区新小川町9-10-904/日本医科大学/03-235-0647

青 山 英 康/700/岡山市鹿田町2-5-1/岡山大学医学部/0862-23-7151

青 山 隆 一/577/東大阪市近江堂1-15-17弥刀グリーンハイツ205/06-725-4787

赤 尾 満/504/大阪市天王寺区筆ヶ崎町2-25/大阪市立桃山病院感染症センター/06-772-1101

赤 松 恒 彦/113/文京区本郷2-1-1/順天堂大学眼科/03-813-3111

浅 井 尚 子/501-11/岐阜市石谷614-157

朝 井 均/545/大阪市阿倍野区旭町1-5-7/大阪市立大学医学部第三内科教室/06-633-1221

浅 井 正 大/500/岐阜市司町40/岐阜大学医学部整形外科/0582-65-1241

明 壁 哲 夫/470-31/常滑市大谷字坦51-1/トリニティ工業/05693-7-0565

阿 部 邦 子/603/京都市北区西賀茂中川上町100シアंकレール202号/京都大学病院/075-493-0053

阿 部 敏 紀/170/豊島区北大塚1-19-1/東京女子医大消化器病センター/03-949-9716

安 部 正 雄/154/世田谷区池尻1-2-24/自衛隊中央病院/03-411-0151

天 野 博 之/632/天理市三島町200/天野よろず相談所病院海外医療科/07436-3-1511

天 野 美 佐 子/173/板橋区大谷口上町30-1/日本大学板橋病院/03-972-8111

天 保 英 明/036/弘前市南富田町22-13/弘前大学/0172-33-3997

新 野 稔/180/武蔵野市吉祥寺本町3-12-5

有 泉 誠/920/金沢市宝町13-1/金沢大学医学部公衆衛生学教室/0762-62-8151

有 田 幸 子/105/港区芝大門1-1-3/日本赤十字社/03-438-1311

有 吉 紅 也/166/杉並区阿佐谷北1-7-31/河北総合病院/03-339-2121

粟 生 ヨ ミ/197/秋川市淵上268/0425-58-2269

粟 田 松 一 郎/170/豊島区北大塚1-19-1大塚アイワハイツ301号/IRFF

飯 島 宗 一/464/名古屋市千種区不老町/名古屋大学/052-781-5111

五十嵐 章/852/長崎市坂本町12-4/長崎大学熱帯医学研究所/0958-47-2111

石 井 光 子/176/練馬区大泉学園町5-8-8/練馬区大泉保健相談所/03-921-0217

石 川 孝 志/329-04/河内郡南河内町薬師寺3391/自治医科大学/0285-44-7032

石 川 真 理/574/大阪府大東市寺川5-2-1/大阪市立大学/0720-73-2781

石 崎 有 信/921/石川県金沢市泉野出町1-2-30/金沢医科大学/0762-43-6781

石 館 守 三/108/港区三田3-12-12 笹川記念会館6階/財 笹川記念保健協力財団/03-452-8281

石 松 義 弘/570/大分郡狭間町古野首藤ビル305号/大分医科大学/0975-83-4668

石和田 稔 彦/280/千葉市本町2-4-6 ヴィラ本町303/千葉大医学部/0427-27-9586

和 泉 眞 藏/524/滋賀県守山市播磨田町705-126/京都大学医学部皮膚科特研/0775-83-7957

磯 田 厚 子/350-02/坂戸市千代田3-9-21/女子栄養大学/0492-83-2126

井 手 一 郎/830/久留米市津福本町422/聖マリア病院/0942-35-3322

伊 藤 暁 子/152/目黒区東ガ丘2-5-23/厚生省看護研修研究センター/03-410-8721

伊藤 邦 幸 / 433 / 浜松市三方原町3453 / 聖隷三方原病院 / 0534-36-1251

伊東 哲 / 425 / 焼津市三ヶ名1249-1 / 伊藤齒科医院 / 05462-7-4696

伊藤 信 子 / 650 / 神戸市中央区山手通7 / 社会保険神戸中央病院医療相談室 / 078-351-2131

稲垣 豊 / 457 / 名古屋市南区三条町1-1-10 / 中京病院透析療法科人工臓器室 / 052-691-7151

稲森 圭 子 / 640 / 和歌山市駕町45石見マンション302 / 和歌山県立医科大学 / 0734-33-4360

今川 八 束 / 130 / 墨田区江東橋4-23-15 / 都立墨東病院感染症科 / 03-633-6151

今野 真 紀 / 157 / 世田谷区喜多見9-20-16 / 東京女子医科大学 / 03-430-2485

今村 正 敏 / 631 / 奈良市登美ヶ丘5-13-8 / 徳州会野崎病院 / 0742-47-7611

岩垣 皓 之 / 120 / 足立区千住桜木2-11-8 / 尾竹橋病院 / 03-881-9211

岩崎 和佳子 / 542 / 大阪市南区心斎橋1-11 / 岩崎眼科内科医院 / 06-252-0418

岩田 好 文 / 164 / 中野区弥生町5-25-15 / 佼成病院 / 03-383-1281

岩村 昇 / 650 / 神戸市中央区楠町7-12-1 / 神戸大学医学研究国際交流センター / 078-341-7451

上田 敦 生 / 322 / 栃木県鹿沼市下田町1-862 / 上都賀総合病院 / 0289-62-1245

上田 潤 / 530 / 大阪市北区中之島5-2-2 / 住友病院放射線科 / 06-443-1261

上梨 邦 英 / 920 / 金沢市旭町3-7-15

植村 研 一 / 431-31 / 浜松市半田町3600 / 浜松医科大学脳神経外科 / 0534-35-2281

鵜飼 卓 / 662 / 兵庫県西宮市西平町17-8-A302 / 大阪府立千里救命救急センター / 0798-74-2648

内山 三 郎 / 650 / 神戸市中央区楠町7-5-2 / 神戸大学医学部 / 078-341-7451

梅村 典 裕 / 180-03 / 東久留米市東本町8-10-201 / 結核研究所

占部 憲 / 920 / 金沢市石引町1-8-8 ニュー越村ハイツ403 / 金沢大学 / 0762-22-4703

江元 由美子 / 470-03 / 愛知県知多郡武豊町若宮73-25 / 石川メディカル / 0569-72-3640

大内 穂 / 162 / 新宿区市ヶ谷本村町42 / アジア経済研究所経済成長調査部 / 03-353-4231

大江 茂 / 112 / 千代田区九段北4-1-32 / (株)メダカルフレンド社 / 03-264-6611

大岡 啓 治 / 466 / 名古屋市昭和区下構町2-26コーポ梅林303 / 名古屋大学医学部 / 052-841-2160

大鐘 稔 彦 / 330 / 大宮市三橋2-136-9 / 横浜北中央病院 / 0486-44-2832

大戸 寛 美 / 235 / 横浜市磯子区下町3-13 / 横浜市立大学 / 045-751-3626

大谷 明 / 141 / 品川区上大崎2-10-35 / 国立予防衛生研究所ウイルスリケッチ部 / 03-444-2181

大谷 藤 郎 / 105 / 港区虎ノ門4-3-13秀和神谷ビル / 社会福祉事業団

大塚 シズエ / 472 / 愛知県知立市逢妻町道瀬山50

大塚 豊 彦 / 610-03 / 綴喜郡田辺町三山木野神22榎村治明様方 / 同志社大学 / 07746-2-9841

大坪 正 敏 / 815 / 福岡市南区大楠1-17-7 / 大楠診療所 / 092-531-9477

大西 基四夫 / 189 / 東村山市青葉町4-1-1 / 国立多摩全生園 / 0423-95-1101

大西 基 喜 / 284-25 / 千葉県旭市西足洗753公舎31号 / 旭中央病院 / 04796-3-8111

大野 輝 夫 / 173 / 板橋区栄町24-9 / 松本事務所 / 03-961-8837

大橋 誠 / 160 / 新宿区百人町3-24-1 / 東京都立衛生研究所微生物部 / 03-363-3231

大畠 喜 代 / 187 / 小平市小川東町小川団地2-13-7-301

大森 敏 弘 / 794 / 今治市宮下町3-1470城山ハイツ213 / 県立今治病院 / 0898-32-8327

岡崎 正 己 / 320 / 宇都宮市大塚町12-3大塚町ハイツ401 / 独協医科大学病院 / 0282-86-1111

岡田 和 夫 / 299-17 / 富津市田原14 / 薄光会豊岡光生園 / 0439-68-1716

岡田 誠 治 / 301 / 竜崎市南中島町1-8 / 茨城県立中央病院 / 02967-7-1124

岡部 信彦 / 156 / 目黒区東ガ丘2-5-28 / 国立小児病院 / 03-410-1646
岡本 久美子 / 235 / 横浜市汐見台3-6-2 / 看護婦宿舎 / 神奈川県衛生看護学校附属病院 / 045-752-2655
緒方正名 / 700 / 岡山市鹿田町2-5-1 / 岡山大学医学部 / 0862-23-7151
奥野 克己 / 658 / 神戸市東灘区岡本3-9-23 / 垂水保健所 / 078-708-5151
奥村 悦之 / 780 / 高知市朝倉丙700 / 高知学園短大 / 0888-40-1121
小倉 健一郎 / 840-01 / 佐賀市鍋島町八戸溝192-3 / 中野様方 / 佐賀医科大学 / 0952-30-2910
押谷 仁 / 980 / 仙台市上杉5-8-70-407 / 東北大学 / 0222-61-2168
尾島 昭次 / 502 / 岐阜市長良雄総192-8 / 岐阜大学医学部病理 / 0528-94-0160
小野崎 郁史 / 281 / 千葉市小仲台町1101-4-302 / 千葉市立海浜病院 / 0472-55-6092
小野寺 伸夫 / 108 / 港区白金台4-6-1 / 国立公衆衛生院衛生行政学部 / 03-441-7111
小幡 裕 / 162 / 新宿区市谷河田町10 / 東京女子医科大学内科 / 03-353-8111
小柳 昌代 / 164 / 中野区弥生町5-25-15 / 立正佼成会附属病院 / 03-383-1281
織田 敏治 / 162 / 新宿区戸山1-24-1 / 国立病院医療センター / 03-202-7181
織畑 秀夫 / 162 / 新宿区市谷河田町10 / 東京女子医科大学外科学教室 / 03-353-8111
開原 成充 / 113 / 文京区本郷7 / 東京大学病院中央医療情報部 / 03-815-5411
加唐 敬子 / 811-22 / 粕屋郡志免町別府259 / 市立第一病院 / 092-935-1627
華表 宏有 / 807 / 北九州市八幡西区医生ヶ丘1-1 / 産業医科大学公衆衛生学講座 / 093-603-1611
加嶋 耕二 / 078-11 / 旭川市旭神町3-725 / 医学荘ファミリー / 旭川医科大学 / 0166-65-4912
片岡 経一 / 105 / 港区芝大門1-1-3 / 日本赤十字社 / 03-438-1311
勝又 隆 / 036 / 弘前市茂森新町1-2-7 / 工藤良一様方 / 弘前大学 / 0172-35-5730

勝俣 道子 / 113 / 文京区本郷7-3-1 / 東京大医学部保健管理学教室 / 03-811-2111
加藤 敏子 / 448 / 刈谷市高須町1-18-6 / 0566-22-1828
加藤 智一 / 321-32 / 宇都宮市清原工業団地10 / 日本たばこ産業(株)北関東工場 / 0286-67-1151
加藤 法子 / 444-03 / 愛知県西尾市寺津町南馬場76 / 藤田学園保健衛生大学衛生学部 / 0563-59-7279
加藤 文子 / 020-01 / 岩手県盛岡市高松1-5-20 / 岩手県環境保健部保健予防課 / 0196-63-0532
加藤 鎌造 / 507 / 多治見市精華町45 / ベット販売 / 0572-22-6029
金守 勝彦 / 230 / 横浜市鶴見区上末吉2-8-13
金子 光 / 164 / 中野区中央5-40-15 / ハイネ中野108 / 衆議院議員
金本 萬有 / 123 / 足立区西新井本町5-7-14 / 西新井病院 / 03-840-7111
加納 保之 / 160 / 新宿区大京町大京26大京マンション304 / 千葉芙蓉病院 / 03-358-7325
加納 六郎 / 113 / 文京区湯島1-5-47 / 東京医科歯科大学 / 03-813-6111
上村 清 / 930-01 / 富山市杉谷2630 / 富山医科薬科大学寄生虫学 / 0764-34-2281
神谷 敬三 / 180 / 武蔵野市境南町2-12-8-213 / 武蔵野日赤病院 / 0422-32-8148
河合 啓子 / 232 / 横浜南区六ツ川2-138-4 / 神奈川県立こども医療センター / 045-711-2351
川上 剛 / 113 / 文京区本駒込2-12-13 / アジア文化会館 / 東京医科歯科大学大学院 / 03-946-4121
川口 直美 / 141 / 品川区大崎1-11-2 / 日本医科大学 / 03-444-6411
川出 博彦 / 465 / 名古屋市長東区猪子石名流87名流ハイツ501 / 愛知医科大学耳鼻咽喉科 / 052-775-5279
川原 啓美 / 470-01 / 愛知県日進町米野木南山987-31 / アジア保健研究所 / 05617-3-7721
川原 暁子 / 470-01 / 愛知県日進町米野木字南山987-31 / 愛知国際病院 / 05617-3-7721
川村 寿一 / 514 / 津市江戸橋2-174 / 三重大

学医学部泌尿器科/0592-32-1211
神戸 一 生/491/愛知県一宮市本町3-8-21
/電機工業/0586-73-2959
紀伊國 献 三/805/茨城県新治郡桜村天久保
2-1-1/筑波大学社会医学系
木 内 敦 夫/307/結城市上ノ宮10745-24/
城西病院/02963-3-2111
北 原 功/102/千代田区九段北4-1-32/
国際看護交流協会/03-264-6667
鬼 頭 志づ子/462/名古屋市北区辻町2-83/
052-911-4886
機 動 嘉 晃/176/練馬区小竹町1-55/大成
建設(株)/03-955-7361
木根 英 雄/951/新潟市旭町通一番町/新
潟大学医学部公衆衛生学講座/0252-23-6161
木ノ上 高 章/152/目黒区中根2-8-24/慶応
大学医学部/03-718-9354
木 下 百太郎/586/河内長野市三日月町1108-
1
木 村 修/470-01/愛知県日進町梅森新田
135-154 /梅森薬局/052-801-9239
木 村 健/654/神戸市須磨区高倉台1-1-1
/兵庫県立こども病院外科/078-732-6961
木 村 真 人/840-01/佐賀市鍋島町鍋島1407
井手方/佐賀医科大学/0952-32-0072
清 谷 哲 郎/100/千代田区霞ヶ関1-2/環境
庁特殊疾病審査室
喜里山 慶 子/145/大田区上池台2-4-8/喜里
山小児クリニック/03-728-8729
草 川 三 治/116/荒川区西尾久2-1-10 /東
京女子医大第二病院/03-810-1111
草 野 美千代/565/吹田市津雲台1-1D-51/大
阪府立千里救命救急センター/06-834-5131
工 藤 美美子/232/横浜市南区六ツ川/神奈
川県立こども病院
黒 住 格/663/西宮市甲子園口北町24-13
/市立芦屋病院/0798-66-2673
黒 田 一 秀/078-11/北海道旭川市西神楽四
線5-3-11/旭川医科大学/0166-65-2111
黒羽根 洋 司/976/福島県相馬市新沼字迫142
/公立相馬病院整形外科/02443-6-5101
小 池 達 也/575/四條畷市雁屋南町26-16/

大阪市立弘浦院附属病院/06-697-3926
小 泉 強/173/板橋区大谷口/日本大学
医学部第三外科/03-972-8111
小 坂 泰 一/709-01/岡山県倉敷市上東723-
1/川崎医科大学/0864-63-2245
小 坂 雄 二/542/大阪市南区心斎橋1-11/
岩崎眼科内科医院/06-252-0418
小酒井 望/272-01/千葉県浦安市富岡2-1-
1/順天堂浦安病院/0473-53-3111
小 島 博 美/427/島田市野田1200-5/島田
市民病院内科/05743-5-2111
近 衛 忠 輝/105/港区大門1-1-3/日本赤十
字社/03-438-1311
小 林 義 典/606/京都府京都市左京区一条
寺北大丸町48洛悠荘305/京都府立医科大学/
075-791-8864
小 林 米 幸/242/大和市深見西8-3-6/大和
市立病院外科/0462-61-8550
小 林 義 男/307/結城市大字結城10745-24
/城西病院/0296-33-2111
小 林 光/390/松本市北深志3-6-4高橋ア
パート11号/信州大学医学部/0263-36-8202
小 林 一 久/400/甲府市屋形2-1-57/山梨
県厚生連健康管理センター/0552-51-5213
小 松 康 宏/104/中央区明石10-1/聖路加
国際病院/03-541-5151
小 松 良 子/336/浦和市高砂3-15-8/埼玉
県庁保健予防課/0429-92-2167
小 宮 正 治/580/大阪府岸和田市東ヶ丘町
808-427/徳田病院/0724-44-6370
米 今 義 夫/737/呉市海岸4-7-4-704/音戸
町立病院/0823-25-2254
是 放 太 一/663/西宮市北口町15-15/四天
王寺福祉事業団/0798-67-7268
菅 田 芳 孝/651-11/神戸市北区若葉台1-6-
18/須磨赤十字病院/078-593-1651
近 藤 力王至/920/金沢市宝町13-1/金沢大
学医学部寄生虫学/0762-62-8151
近 藤 徳 雄/640/和歌山市堀止東2-9-14/
兵庫医科大学/0734-36-0122
今 野 泉一郎/330/大宮市大成町1-297/今野
医院/0486-51-3849

今野 孝 雄 / 270-11 / 我孫子市古戸171 / 我孫子中央病院 / 0471-88-7679
紺山 和 一 / 113 / 文京区本郷2-1-1 / 順天堂大学眼科 / 03-813-3111
三枝 正 裕 / 165 / 中野区江古田3-14-20 / 国立中野病院 / 03-387-6141
西東 利 男 / 920-02 / 石川県河北郡内灘町大学町1-1 / 金沢医科大学 / 07628-6-2211
坂部 孝 / 173 / 板橋区大谷口上町30-1 / 日大医学部第三外科 / 03-972-8111
坂本 武 久 / 104 / 中央区築地5-3-2 / 朝日新聞 / 03-545-0131
坂本 幸 哉 / 553 / 大阪府大阪市福島区福島1-1-50 / 大阪大学医学部 / 06-451-0051
佐々木 正 五 / 259-11 / 神奈川県伊勢原市望星台 / 東海大学医学部 / 0463-93-1121
佐々 学 / 930-01 / 富山市杉谷2630 / 富山医科薬科大学 / 0764-34-2281
佐藤 淳 夫 / 890 / 鹿児島市宇宿町1208-1 / 鹿児島大学医学部医動物 / 0992-64-2211
佐藤 喜 一 / 920-02 / 石川県河北郡内灘町大学町1-1 / 金沢医科大学熱帯医学研究所 / 07628-6-2211
佐内 明 子 / 281 / 千葉県稲毛海岸5-5-2-505 / 千葉大学医学部
沢田 和 美 / 170 / 豊島区駒込1-26-2 / 筑波大学附属病院
七宝 教 子 / 113 / 文京区湯島2-10-2河西ユキ方 / 東京大学薬学部 / 03-812-2369
塩田 洋 / 770 / 徳島市蔵本町3 / 徳島大学医学部眼科学教室 / 0886-31-3111
重野 鎮 義 / 852 / 長崎市扇町1-21 / 重野耳鼻咽喉科医院 / 0958-44-1848
重原 清 美 / 160 / 墨田区横川5-9-4-24 / 済生会中央病院 / 03-202-7863
信田 重 光 / 170 / 豊島区南大塚3-28-1 / 独協大附属病院
柴田 さちよ / 466 / 名古屋市昭和区妙見町2-9 / 名古屋第二赤十字病院 / 052-832-1121
柴田 進 / 701-01 / 岡山県倉敷市松島577 / 川崎医科大学 / 0864-62-1111
柴田 昌 雄 / 461 / 名古屋市東区大幸南1-1-

20 / 名古屋大学医学部分院内科
島尾 忠 男 / 204 / 清瀬市松山3-1-24 / 結核予防会結核研究所 / 0424-93-5711
島田 淳 子 / 190-01 / 西多摩郡日の出町平井2174 / J M T D R
志摩 子ヨ江 / 102 / 千代田区九段北4-1-32 / 国際看護交流協会 / 03-648-7984
島津 晃 / 591 / 大阪府堺市北条町2-454-20 / 大阪市立大学整形外科 / 0722-78-8535
清水 淳 / 410 / 沼津市高沢町6-1 / 駿東整形外科医院 / 0559-22-8855
白羽 弥右衛門 / 545 / 大阪市阿倍野区相生通2-6-21 / 奈良厚生病院 / 06-653-0212
塩飽 邦 憲 / 480 / 愛知郡長久手町大字岩作字雁又21 / 愛知医科大学 / 05616-2-3311
進藤 好 子 / 534 / 大阪市都島区片町2-1-43大西ハイツ102 / 国立大阪病院 / 06-352-8570
末安 由佳里 / 849-01 / 佐賀県三養基郡比茂安町日壁235 / 末安医院 / 0942-89-2410
菅波 茂 / 701-12 / 岡山市櫛津310-1 / 菅波内科医院 / 08628-4-7676
菅村 洋 治 / 857 / 佐世保市松山町7-6 / 佐世保中央病院 / 0956-25-2305
杉浦 千 尋 / 060 / 札幌市北区北18条西13丁目北大恵由寮 / 北海道大学歯学部 / 011-737-6582
杉野 式 康 / 920-02 / 石川県河北郡内灘町鶴ヶ丘2-7 / 金沢医科大学麻酔科 / 0762-86-3174
村主 雅 子 / 162 / 新宿区馬場下町5 原方 / 早稲田大学 / 03-204-4624
鈴木 明 夫 / 300 / 土浦市小岩田東1-1-37 / 鈴木歯科 / 0298-24-3311
鈴木 恵 三 / 053 / 北海道苫小牧市旭町2-9-19 / 北海道苫小牧保健所 / 0144-34-4168
鈴木 幸 子 / 160 / 新宿区信濃町35 / 慶応大学付属病院 / 03-353-1211
鈴木 庄 亮 / 371 / 前橋市昭和町3-39-22 / 群馬大学医学部公衆衛生学教室 / 0272-33-2235
鈴木 淳 一 / 173 / 板橋区加賀2-11-1 / 帝京大学医学部耳鼻咽喉科 / 03-964-1211
鈴木 正 太 / 943 / 上越市向橋155-32 / 鈴木園芸研修センター / 0255-24-0716
鈴木 千恵子 / 228 / 相模原市相模原台7-10-7

／厚木病院／0427-46-2803
鈴木 英 明／151／渋谷区富ヶ谷2-22-9／都
立台東病院／03-467-5516
鈴木 啓 之／150／渋谷区広尾4-1-22／日本
赤十字社医療センター／03-400-1311
須 永 寛／467／名古屋市瑞穂区春コウ町
2-13／瑞穂短期大学公衆衛生学教室／052-882-
1815
杉 山 正 隆／107／港市赤坂7-5-34-614／日
本国際学生協会
関 口 清 春／105／港区芝大門1-1-3／日本赤
十字社／03-438-1311
関 場 慶 博／038-38／青森県南津軽郡藤崎町
大字藤崎字武元3-1／0172-75-3020
曾我部 るみ子／141／品川区東五反田5-22-33
池田山ハイツ1006／東京警察病院／03-473-3834
曾根田 郁 夫／100／千代田区永田町2-1-1／衆
議院議員／03-508-8719
太 平 悦 子／730／広島市中舟入本町14-6／
本山外科病院／082-292-7341
高 階 肇 子／010／秋田市高陽青柳町10-33
アーバンIK 2F-H／山王鈴木歯科医院／0188-65-
4360
高 木 賀 正／280／千葉市千葉寺町164 コー
ポみどり102／千葉大学／0472-63-8534
高 木 サユリ／514-11／久居市元町2289
高 島 滋 子／356／埼玉県上福岡市上福岡1-
9-26／高島医院／0492-62-1007
高 野 明 博／446／安城市桜町8-13／菱和金
属工業／0566-75-8579
高 野 千 松／446／静岡県安城市桜町8-13／
0566-76-3580
高 野 正 孝／307／茨城県結城市上の宮
10745-24／城西病院成検センター／02963-3-2111
高 野 美恵子／446／愛知県安城市桜町8-13／
県立安城準看護婦学校／0566-75-8579
高 野 芳 江／446／安城市桜町8-13／0566-
76-3580
高 橋 勝 三／180／武蔵野市境南町1-26-1／
武蔵野赤十字病院外科
高 橋 邦 江／238／横須賀市汐入町2-61佐藤
方／神奈川歯科大学／0468-23-0981

高 橋 幸 子／243／厚木市水引1-16-36／厚木
病院／0462-21-1570
高 橋 強／980／仙台市中央3-1-13／高橋
歯科医院／0222-22-8539
高 橋 年 光／960／福島市渡利字沖町100-1
サンハイツ205／福島県立医科大学／0245-24-
2080
高 橋 政 夫／105／港区芝大門1-1-3／日本赤
十字社衛生部／03-438-1311
高 橋 幸 男／538／大阪市鶴見区今津中2-4-
37／アジア眼科医療協会
高 谷 キ ヨ／183／府中市住吉町2-22-38／
0423-62-8562
高 谷 幸 治／183／府中市住吉町2-22-38／
0423-62-8562
竹 内 正／409-38／山梨県中巨摩郡玉穂村
下河東1110／山梨医科大学／0552-73-1111
竹 内 隆／840／佐賀市神園町6-2-36コー
ポせとぐち203号／佐賀医科大学
竹 内 ますみ／470-11／豊明市二村台2-11-1カ
ルチェラタン401／藤田学園保健衛生大学／0562-
93-0170
武 田 勝 文／562／箕面市百楽荘3-5-10／武
田クリニック／0727-24-3555
武 富 由 雄／560／大阪府豊中市上野西3-6-
33／神戸大学医療技術短期大学部／06-852-1423
竹 本 努／163／新宿区西新宿1-25-1新宿
センタービル／大成建設株式会社／03-348-1111
多 田 正 毅／307／茨城県結城市上の宮
10745-24／城西病院／02963-3-2111
立 石 昭 三／669-13／兵庫県三田市大原1314
／兵庫中央病院／07956-3-2121
館 正 知／108／港区芝5-35-1／中央労災
防止協会労働衛生検査センター／03-452-6841
田 中 美智子／930／富山市西長江2-2-78／富
山県立総合衛生学院
谷 淳 吉／781-01／高知市池65／国立療養
所東高知病院／0888-47-0217
谷 莊 吉／211／川崎市中原区木月464／富
士通川崎病院／044-411-1312
谷 藤 正 人／028-65／九戸郡九戸村伊保内7-
46-1／県立伊保内病院内科／0195-42-2151

- 田村 栄子 / 241 / 横浜市旭区中尾町54-2 / 県立成人病センター / 045-391-5761
- 田村 久弥 / 152 / 目黒区中央町1-18-1-401 / 03-710-8290
- 張 国 祥 / 458 / 名古屋市緑区鳴子町1-55 鳴子団地55-502 / 名古屋市立大学 / 052-831-3059
- 塚本 香代美 / 106 / 港区東麻布2-8-11-311 / 日本赤十字社医療センター
- 津金 昌一郎 / 104 / 中央区築地5-1-1 / 国立がんセンター研究所疫学部
- 土田 哲 / 769-21 / 香川県大川郡志度町志度909-2 大島アパート205 / 香川医科大学 / 0878-94-0605
- 土田 穰 / 063 / 札幌市西区24軒4条3-4-26 / 札幌第一病院 / 011-611-6201
- 土屋 健三郎 / 807 / 北九州市八幡西区医生ヶ丘1-1 / 産業医科大学 / 093-603-1611
- 津曲 兼司 / 010 / 秋田市広面字土手下45 コーポわかくさ1 / 秋田大学 / 0188-32-2724
- 津山 直一 / 359 / 所沢市並木4-1-1 / 国立身体障害者リハビリテーションセンター / 0429-95-3100
- 遠田 譲 / 951 / 新潟市学校町通3-5328川村アパート2 / 新潟大学 / 0252-65-2934
- 所沢 剛 / 010 / 秋田市泉字上ノ町98-2 / 秋田大学医学部 / 0188-63-4029
- 富元 洋 / 518 / 三重県上野市緑ヶ丘西町2606-1 / 上野林業事務所 / 0595-24-0623
- 戸谷 徹造 / 461 / 名古屋市東区代官町32-20 / 藤田学園保健衛生大学医学部 / 0562-93-2435
- 豊川 裕之 / 113 / 文京区本郷7-3-1 / 東京大学医学部保健科疫学教室 / 03-812-2111
- 豊住 章三 / 329-04 / 河内郡南河内町薬師寺3311-1 / 自治医科大学 / 02854-4-2111
- 土井 陸雄 / 078-11 / 旭川市西神楽4-5-3-11 / 旭川医大公衆衛生学教室 / 0166-65-0732
- 仲佐 保 / 162 / 新宿区戸山1-24-1 / 国立病院医療センター / 03-202-7181
- 仲佐 直子 / 130 / 墨田区両国3-3-5山うビル401 / 03-635-2738
- 中條 邦昭 / 791-02 / 愛媛県温泉郡重信町田窪2232-19 / 愛媛大学病理 / 0899-64-5830
- 中島 章 / 113 / 文京区本郷3-1-3 / 順天堂大学眼科 / 03-813-3111
- 中島 道郎 / 658 / 神戸市東灘区本山北町6-2-11 / 京都市立病院呼吸器科 / 078-411-7105
- 中谷 浩三 / 113 / 文京区本郷3-16-6コンドミニウム / 病院機器レイアウトセンター / 03-813-3828
- 中田 りつ子 / 173 / 板橋区大谷口上町30-1 / 日本大学板橋病院 / 03-972-8111
- 中野 英一 / 189 / 東村山市富士見町3-12-57 / 杏林大学医学部公衆衛生学教室 / 0423-95-1732
- 中林 敏夫 / 565 / 吹田市山田丘3-1 / 大阪大学微生物研究所 / 06-877-5121
- 中村 晃 / 173 / 板橋区大谷口上町30-1 / 日本大学医学部病院管理 / 03-972-8111
- 中村 信也 / 112 / 文京区千石3-10-13-202 / 外務省医務官
- 永井 達也 / 163 / 新宿区西新宿1-25-1新宿センタービル / 大成建設エンジニアリング本部企画管理
- 長岩 清之 / 157 / 世田谷区大蔵2-10-1 / 国立大蔵病院 / 03-416-0181
- ナロン・ニムサクン / 107 / 港区南青山7-11-4 / 広尾メディカルクリニック / 03-400-2124
- 西岡 洋子 / 420 / 静岡県漆山886 / 国立療養所静岡東病院 / 0542-47-3102
- 西 三郎 / 181 / 三鷹市新川6-23-10 / 東京都立大人文学部 / 0422-46-7546
- 西田 佐奈江 / 259-11 / 神奈川県伊勢原市上粕屋24東海大学りんどう寮
- 西田 義夫 / 164 / 中野区弥生町5-25-15 / 佼成病院 / 03-383-1281
- 西野 美智代 / 420 / 静岡市伝馬町新田386-5 斉藤アパート / 静岡厚生保育専門学校第一看護科 / 0542-54-8429
- 西畑 邦夫 / 541 / 大阪市東区道修町4-31 / 日本中医学院 / 06-222-1104
- 西村 千代子 / 152 / 目黒区東ヶ丘2-5-23 / 厚生省看護研修研究センター / 03-410-8721
- 二ノ宮 節夫 / 112 / 文京区目白台3-28-6 / 東京大学医学部分院整形外科 / 03-943-1151
- 丹羽 豊臣 / 511 / 三重県桑名市三崎37 / 藤

田学園保健衛生大学医学部/0594-23-7051
野 沢 典 子/348/羽生市西3-18-16 パーク
ハイツ羽生101/羽生病院/0485-63-2354
能 勢 隆 之/683/鳥取県米子市西町86/鳥
取大学医学部公衆衛生/0859-33-1111
野 村 正 孝/329-04/河内郡南河内町薬師寺
3311-1/自治医科大学/0285-44-2111
服 部 照 夫/329-04/河内郡南河内町薬師寺
3311/自治医大一般外科/0285-44-2111
萩 原 弘 一/146/大田区西嶺町32-10/03-
757-0286
萩 原 弥四郎/280/千葉市亥鼻1-8-1/千葉大
学医学部脳機能研究施設/0472-22-7171
橋 村 富 子/650/神戸市中央区神仙至通4-
3-14上春日野寮/神戸中央病院/078-242-3236
蓮 江 光 男/150/渋谷区広尾4-1-22/日赤
医療センター/03-400-1311
長谷川 豊/163/新宿区西新宿2-1/国際協
力事業団医療協力部/03-346-5221
長谷川 昭 一/951/新潟市学校町3-5323/新
潟大学医学部/0252-30-0510
長谷島 伸 親/840-01/佐賀市鍋島町東新庄
325 梅崎アパート8/佐賀医科大学/0952-30-
7049
畑 中 若 恵/272-01/市川市欠真間2-26-2
コーポ矢島201/砂町本愛園/0473-58-3877
塙 工/310/水戸市見和1-38-12 市営
桜ヶ丘30-2-4/0292-31-4620
羽生田 譲/160/新宿区新宿6-1-1/東京医
科大学公衆衛生/03-351-6141
浜 田 啓 子/280/千葉市亥鼻1-3-5/千葉大
学医学部/0472-25-9752
濱 中 良 郎/673-14/加東郡紅町下久米942-
1/兵庫教育大学保健管理センター/07954-4-
1101
浜 野 マコト/370-06/群馬県邑楽郡邑楽町篠
塚3233-1/浜野産婦人科医院/0276-88-5678
早 石 修/569/大阪府高槻市大学町2-7/
大阪医科大学/0726-83-1221
早 川 和 生/589/大阪府南河内郡狹山町西
山380/近畿大学医学部公衆衛生/0723-66-0221
林 里 子/630/奈良市東紀寺町1-50-1/

国立奈良病院/0472-24-1251
林 俊 成/807/北九州市八幡西区大浦2-
7-24サニーハイツ407号/産業医科大学/093-
602-7021
原 田 龍 一/078-11/北海道旭川市7条23丁
目内山荘/旭川医科大学/0166-31-9794
原 洋 子/467/名古屋市瑞穂区豊岡通3-
43-1コーポユタカ106/朝日カルチャーセンター
/052-842-0727
馬 場 信 夫/840-01/佐賀市鍋島町大字鍋島
1294-2シャトー雪竹708/佐賀医科大学/0952-
31-9658
馬 場 宏 敏/879-13/速見郡山香町大字野原
1612-1/山香町病院/0977-75-1234
東 浦 洋/105/港区芝大門1-1-3/日本赤
十字社外事部外事第一課/03-438-1311
東 川 弘/359/所沢市並木3-1-4-908/日
本教育事業団/03-237-1730
日 高 玉 恵/150/渋谷区神宮前6-16-4鷹野
方/元日本国際医療団/03-499-3217
平 井 道 子/150/渋谷区円山町24-1KMア
パート101/日本パレスチナ医療協会/03-496-
8423
平 田 早 苗/567/大阪府茨木市耳原2-17-22
/大阪市立城北市民病院/0726-43-5190
平 田 恒 彦/189/東村山市青葉町2-352-105
/国立多摩研究所
平 野 真智子/090/北海道北見市幸町6 グ
リーンコーポ203/北見総合病院/0157-25-5925
平 山 宗 宏/113/文京区本郷7-3-1/東京大
学医学部母子保健学教室/03-815-5411
廣 田 直 敷/807/北九州市八幡西区力丸町
11-14-301/産業医科大学
福 田 瑞 代/150/渋谷区広尾4-1-3 養心寮
/日赤医療センター/03-407-3894
福 永 利 彦/903-01/沖縄県西原町上原207
/琉球大学医学部医学科ウィルス学教室/09889-
5-3331
福 原 妙/250/小田原市城山1-4-1 新幹
線ビル408
藤 井 克 則/134/江戸川区西葛西4-2-5-920
/千葉大学/03-686-8968

- 藤岡 農 宏／658／神戸市東灘区森北町7-1-19／兵庫県立尼崎病院／078-453-0217
- 藤田 啓 介／703／豊明市沓掛町田楽ヶ窪1-98／藤田学園保健衛生大学医学部／0562-97-6131
- 藤田 紘一郎／852／長崎市坂本町7-1／長崎大学医学部医動物学教室／0958-47-2111
- 藤田 正文／070／旭川市春光台2-1／旭川肢体不自由児総合療育センター／0166-51-2126
- 藤森 岳 夫／185／国分寺市西町4-20-8／0425-77-0596
- 藤原理 恵／409-38／山梨県中巨摩郡昭和町西条145 ハイッ高野
- 府内 秀 子／862-12／菊池郡大津町大津2459-3／熊本赤十字病院／096-293-5069
- 古井 景 景／480-11／愛知郡長手町大字岩作字雁又21／愛知医科大学衛生学教室／05616-2-3311
- 古川 裕 子／156／世田谷区桜丘3-8-14／東京女子医科大学／03-420-7515
- 古澤 律 子／675／兵庫県加古川西神吉町中西153-12
- 堀田 進／920-02／石川県河北郡内灘町／金沢医科大学／0762-86-2211
- 方 眞 美／152／目黒区自由ヶ丘2-20-6／東邦医科大学／03-718-8723
- 星島 啓一郎／960／福島市杉妻町5-7／福島県立医科大学衛生学講座／0245-21-1211
- 星野 邦 夫／270-11／千葉県我孫子市湖北台4-6-1／我孫子中央病院／0471-88-0171
- 星野 孝／321-02／下都賀郡壬生町大字北小林880／独協大学整形外科／0282-86-1111
- 星野 昌 子／113／文京区湯島3-1-4 会田ビル5階／日本国際ボランティアセンター／03-834-2388
- 堀口 誠 子／166／杉並区和田1-5-10いずみハイッ401／東京女子医科大学病院／03-383-6099
- 堀沢 六 郎／470-01／愛知県日進町米野木大字南山／愛知国際病院
- 本多 憲 児／963／郡山市並木3-4-1／東北循環器科病院／0249-33-5531
- 本多 健 一／177／練馬区石神井5-13-9しらゆり荘／アジア福祉教育財団難民事業本部／03-904-0735
- 本田 徹／158／世田谷区瀬田4-30-6／日産玉川病院／03-709-1990
- 前川 秀 幸／891-62／鹿児島県大島郡喜界町湾281
- 政山 功 一／542／大阪市南区千年町16／社団法人大阪市南区医師会／06-211-8973
- 増子 佳 世／305／新治郡桜村千現2-3-1 松本アパート106／0298-52-7800
- 増田 徳 志／150／渋谷区恵比寿1-19-15／チバ・コーニングダイアグノスティック(株)／03-440-5371
- 松浦 和 子／636／奈良県生駒郡平群町椿井1776-96／関西電力病院臨床検査／07454-5-3047
- 松尾 月 子／173／板橋区大谷口上町30-1／日本大学医学部板橋病院／03-972-8111
- 松倉 豊 治／663／兵庫県西宮市西武庫川町1-1／兵庫医科大学／0798-45-6111
- 松下 彰 宏／558／大阪市住吉区万代東3-1-56／大阪府立病院／06-692-1201
- 松田 晋 哉／807／北九州市八幡西区医生ヶ丘1-1／産業医科大学公衆衛生学／093-603-1611
- 松田 正 己／113／文京区本郷7-3-1／東京大学医学部／03-812-2111
- 松戸 樹美子／273／船橋市上山町3-605-31／0474-38-0580
- 松村 武 男／650／神戸市中央区楠町7／神戸大学医学部医動物学教室／078-341-7451
- 松村 理 司／625／舞鶴市溝尻150-11／市立舞鶴市民病院／0773-62-2630
- 丸井 英 二／113／文京区本郷7-3-1／東京大学医学部国際交流室／03-812-2111
- 丸谷 龍 思／227／横浜市緑区十日市場町1865-129／昭和大学藤ヶ丘病院／045-982-8009
- 丸地 信 弘／113／文京区本郷7-3-1／東京大学医学部保健管理学教室／03-812-2111
- 丸山 知 子／065／札幌市中央区南3条西17／札幌医大衛生短期大学看護学科／011-611-2111
- 三 樹 勝／211／川崎市中原区小杉町1-396／日本医科大学第二病院外科／044-733-5181
- 水越 雅 江／470-02／西加茂郡大字三好西田

30/社会保険中京病院/05613-4-1618
水谷 哲也/461/名古屋市東区大幸町4-10
/名古屋大学医学部産婦人科/052-711-7773
三瀬 順一/791-02/愛媛県温泉郡重信町横
河原275-1 正岡荘2/愛媛大学/0899-64-6987
南 亮/540/大阪市東区南農人町1-25-
3谷町グリーンハイツ1001/大阪北通信病院外科
/06-941-6927
箕岡 三穂/517-04/三重県志摩郡浜島町浜
島3401/浜島町立診療所/05995-3-2317
三宅 史郎/173/板橋区大谷口上町30-1/
日本大学医学部/03-972-8111
宮坂 栄行/135/江東区深川2-2-10
宮地 尚子/540/東区竜造寺町28上本町ハ
イツ203/国立大阪病院/06-762-9315
宮森 正/199-01/津久井郡相模湖町千木
良852/千木良診療所/04268-4-2046
三和 譲/101/千代田区神田小川町1-1/
日経メディカル編集部/03-233-8111
向山 秀樹/901-24/沖縄県中城村字登又
210/琉球大学/09889-5-4664
無着 と き/184/小金井市前原町1-14-1/
0423-81-4569
宗像 醇/113/文京区千駄木3-12-17/
03-821-2343
村上 仁/305/新治郡桜村天久保2-9-16
紫峰荘B-211/筑波大学
村中 康治/236/横浜市金沢区泥亀1-18-31
豊英ビル/東洋コンサルティング/045-785-2635
村松 稔/167/杉並区松庵1-2-3
室 靖/113/文京区湯島1-12-5/東和
大学国際教育研究所/03-834-3482
元持 雅男/760/高松市伏石町1343-11/高
松日赤病院脳神経外科/0878-66-0284
百村 清志/680/鳥取市上町18-5/百村眼
科医院/0857-23-9018
森川 雅/427/島田市中央町31-44/市立
島田市民病院/05473-5-2111
森口 育子/420/静岡市古庄56-1コーポ吉
川2F-B/厚生保育専門学校
森 正樹/464/名古屋市千種区南ヶ丘1-
5-4/公立尾陽病院/052-721-7032

森山 洋子/171/豊島区长崎3-29-18/聖ル
カ国際病院/03-541-5151
森山 芳成/160/新宿区大久保1-3-3 セイ
ントマンション501/代々木病院/03-207-4808
八木 淳/659/芦屋市翠ヶ丘町10-21/東
大阪市保健所
安川 隆子/170/豊島区駒込1-9-8-203/大
宮保健所
安田 直史/557/大阪市西成区岸里2-4-10
/06-651-3978
野内 英樹/852/長崎市上野町9-3/長崎大
学/0958-49-0034
柳原 志保合/760/高松市番町4-1-3/高松赤
十字看護専門学校/7373-34-4193
矢部 洋/174/板橋区小豆沢1-6-8/小豆
沢病院/03-966-8411
山内 徹/960/福島市杉妻町5-7/福島県
立医科大学公衆衛生学教室/0245-21-1211
山内 登貴夫/203/東久留米市滝山3-1-2-206
/0424-75-9605
山口 誠哉/305/茨城県新治郡桜村天王台
1-1-1/筑波大学社会医学系/0298-53-3133
山崎 宏子/341/埼玉県三郷市新和2-37/
慈恵医大
山崎 文雄/076/富良野市若松町15-13/旭
川保健所旭川食肉検査事務所/0166-53-5128
山田 宏図/960/福島市杉妻町4-45/福島
医科大学眼科/0245-21-1211
山地 幸雄/113/文京区千駄木1-1-5/日本
医科大学微生物学免疫学教室/03-822-2131
山中 太木/569/高槻市高槻町2-20/0726-
85-0755
山中 秀峰/901-24/沖縄県中城村南上原
927-2 普天間アパート301/琉球大学/0989-5-
4159
山西 紀恵/232/横浜市内区永田みなみ台
1-1-706/045-713-0132
山村 好弘/560/豊中市刀根山5-1-1/国立
療養所刀根山病院/06-853-2001
山本 俊一/275/習志野市藤崎3-7-14/
0473-73-3553
山本 秀樹/700/岡山市西之町14-3石井荘8

／岡山大学医学部／0862-44-0682
山本保博／113／文京区千駄木1-1-5／日本
医科大学救命救急センター／03-822-2131
湯口正範／428-03／静岡県榛原郡中川根
町地名195-2
横井達夫／500／岐阜市司町40／岐阜大学
医学部附属病院／0582-65-1241
横内定明／104／中央区明石町8-23／聖路
加病院／03-541-5151
吉岡守正／162／新宿区市ヶ谷河田町10／
東京女子医科大学／03-353-8111
吉田清三／921／金沢市つつじが丘153／金
沢医科大学病院／0762-42-5609
吉田桂／949-21／新潟県中頸城郡妙高
原町大字田口／県立妙高病院／0255-86-2003
吉田聡／470-11／愛知県豊明市二村台7-
25-3コーポ三崎2-G／保健衛生大学／0562-93-
0760
吉田八代子／232／横浜市南区六ツ川2-142-
37／県立こども医療センター／045-711-2351
吉山直樹／302／取手市西1-17-1／東京医
科歯科大学第2内科
我妻堯／162／新宿区戸山1-21-1／国立
病院医療センター／03-202-7181
渡辺晃一／105／港区芝大門1-1-3／日本赤
十字社外字部／03-438-1311
渡辺茂夫／176／練馬区中村南2-12-3／国
際メジワクアラト国際協会／03-999-0287
渡辺真／960／福島市杉妻町5-7／福島県
立医科大学整形外科学講座／0245-21-1211
渡辺孟／791-02／愛媛県温泉郡重信町志
津川／愛媛大学医学部衛生学／0899-64-5111
渡修／717-05／岡山県真庭郡八束村
福田153／大前旅館／0867-66-3005
和田武雄／064／北海道札幌市中央区南15
条西9丁目71／011-511-4077

日本国際保健医療学会会則

(昭和60年8月10日制定)

第一章 総則

第一条 本会は、日本国際保健医療学会（Japan Association for International Health）という。

第二条 本会は、事務所を茨城県結城市上の宮一〇七四五の二四城西病院内におく。

2、本会は、理事会の議決を経て、必要な地に支部を置くことができる。

第二章 目的および事業

第三条 本会は、国際医療協力に関し、会員の研究発表、知識の交換ならびに会員相互間および関連学会との研究連絡、提携の場となり、国際保健医療の進歩普及に貢献しもって学術文化の発展に寄与することを目的とする。

第四条 本会は、前条の目的を達成するためにつぎの事業を行う。

- 一、会員の研究発表会、学術講演会等の開催
- 二、機関誌、論文図書等の刊行
- 三、内外の関係学術団体との連絡及び提携
- 四、国際保健医療に関する資料の収集ならびに研究および調査
- 五、国際医療協力に関わる諸団体相互の連絡及び提携
- 六、優秀な業績の表彰
- 七、その他前条の目的を達成するに必要な事業

第三章 会員

第五条 本会の会員は、つぎのとおりとする。

一、正会員

本会の目的に賛同し、別に定める会費を納める者で、職種は問わない。

二、賛助会員

本会の目的に賛同し、別に定める会費を納める個人または法人。ただし、総会の出席および議決権はないものとする。

三、特別会員

本会の目的遂行に寄与する者のうち、会長が理事

会の議を経て推薦する者

四、名誉会員

本会に対して特別の功勞のあった者か、または国際保健医療の進歩発展に多大な貢献をした者から、会長が理事会の議を経て推薦する者

第六条 本会の会員になろうとするものは、当該年度の会費を添えて所定の入会申込書を提出し、会長の承認を受けなければならない。ただし、特別会員及び名誉会員に推薦された者は会費を納めることを要しない。

第七条 会員は、つぎの理由によってその資格を喪失する。

- 一、退会
- 二、会費の滞納
- 三、禁治産または準禁治産の宣言
- 四、死亡または失そ宣言
- 五、除名

第八条 会員で退会しようとする者は、理由を付して退会届を提出しなければならない。

第九条 会員が、本会の名誉を傷つけたり、本会の目的に反する行為を行なったときは、理事会および評議員会の議を経て、会長がこれを除名することができる。

第四章 役員・評議員および顧問

第十条 本会にはつぎの役員をおく。

一、理事十名以上二十五名以内（うち会長一名、副会長二名および常務理事五名）

二、監事三名

第十一条 会長・副会長は評議員会で評議員の中から互選し総会の承認を受ける。ただし副会長二名のうち一名には、前会長が自動的に就任する。

2、会長・副会長以外の理事および監事は前項の規定により、会長・副会長を互選した後に評議員会で評議員の中から互選し総会の承認を受ける。

3、会長は、理事の中から常務理事五名を指名し、

総会の承認を受ける。

4、理事および監事は、相互に兼ねることができない。

第十二条 会長は、本会の業務を総理し、本会を代表する。

2、副会長は、会長を補佐し、会長に事故あるとき、または欠けたときはその職務を代行する。

3、常務理事は、会長・副会長を補佐し、常務を分掌し執行する。

第十三条 理事は、理事会を組織し、本会則に定めるもののほか、本会の総会の権限に属せしめられる事項以外の事項を議決し、執行する。

第十四条 監事は、民法第五十九条にのっとり理事の業務執行および会計の状況を監査する。

第十五条 本会の役員は、つぎのとおりとする。

一、会長、副会長および監事の任期は一年とし、通常総会終了の翌日から次期通常総会終了の日までとする。

二、会長、副会長以外の理事の任期は二年とし、通常総会終了の翌日から次々期通常総会終了の日までとする。

三、会長および副会長は再任を認めない。ただし、本会設立当時から三年以内は、再任を妨げない。その他の役員は、再任を妨げない。ただし、理事は、会長および副会長の任期を除いて通算九年、監事は通算四年を超えることができない。

四、補欠によって選任された役員は、前任者の残任期間とする。

五、役員は、その任期満了後であっても、後任者が就任するまでは、なおその職務をおこなわなければならない。

六、役員は、本会の役員としてふさわしくない行為があったとき、または特別の事情があるときは、その任期中であっても、理事会および評議員会の議決により、会長がこれを解任することができる。

第十六条 本会には、百名以内の評議員をおく。
2、評議員は正会員、特別会員および名誉会員のなかから選任する。

3、評議員の任期は二年とし、通常総会終了の翌日から次々期通常総会終了の日までとする。ただし、再任を妨げない。

4、評議員には、前条第四項以下の規定を準用する。本場合には、同条中に「役員」とあるのを、それぞれ「評議員」と読み替えるものとする。

第十七条 評議員は、評議員会を組織して、本会則に定める事項のほか、会長の諮問に応じ、本会の運営に関する重要事項を審議する。

第十八条 本会には、顧問をおく。

2、会長は、本会の目的達成に寄与することの多い者を、理事会の議決を経て顧問として委嘱することができる。

3、顧問は、理事会に出席して意見を述べることができる。ただし、議決権はないものとする。

第五章 会議

第十九条 理事会は、年一回以上会長がこれを招集する。ただし、理事現在数の三分の一以上から会議の目的たる事項を示して請求があったときは、会長は直ちに臨時理事会の招集をしなければならない。

2、理事会の議長は、会長とする。

3、会長は、緊急を要する事項については、書面の送付をもって賛否を問い、理事会に代えることができる。

4、会長は、日常軽易な事項についてはこれを専決し、理事会に報告する。

第二十条 理事会は、理事現在数の過半数が出席しなければ、議事を開き議決することができない。ただし、当該議事につき書面をもってあらかじめ意思を表示したものはこれを出席者とみなす。

2、理事会の議事は本会則に別段の定めある場合を除くほか、出席理事の過半数をもって決し、可否同数のときは議長の決するところによる。

第二十一条 通常評議員会は、毎年一回通常総会の前にその開催地において開催する。

2、会長は、評議員三分の一以上から会議の目的たる事項を示して、評議員会の招集を請求されたときは、直ちにこれを理事会の議に付し、理事会が臨時評議員会の招集を決定したときは、理事会決定後十四日以内にこれを実施しなければならない。

3、評議員会の議長は、会長とする。

第二十二条 評議員会は、評議員現在数の過半数が出席しなければその議事を開き、議決すること

ができない。ただし、当該議事につき書面をもってあらかじめ意思を表示したものは、これを出席者とみなす。

第二十三条 総会は正会員、特別会員および名誉会員をもって構成する。

2、通常総会は、毎年一回、原則として会計年度終了後三カ月以内に会長が招集する。

3、臨時総会は、理事会が必要と認めるとき、いつでも招集することができる。

第二十四条 会長は評議員会の決議があったとき、または会員現在数の五分の一以上から会議に付議すべき事項を示して総会の招集を請求された場合には、その請求のあった日から二十日以内に臨時総会を招集しなければならない。

第二十五条 通常総会の議長は会長とし、臨時総会の議長は、会議のつど会員の互選とする。

第二十六条 次期通常総会の開催時期および開催地は評議員会で定め、総会の承認を受ける。

第二十七条 総会の招集は、遅くとも十日以前に、その会議に付議すべき事項、日時および場所を記載した書面または機関誌をもって通知する。

第二十八条 総会は、会員現在数の十分の一以上が出席しなければ、その議事を開き、議決をすることができない。ただし、当該議事につき書面をもってあらかじめ意思を表示したものは、これを出席者とみなす。

第二十九条 次に掲げる事項については、通常総会の承認を受けなければならない。

- 一、事業計画および収支予算についての事項
- 二、事業報告および収支決算についての事項
- 三、その他理事会において必要と認められた事項

第三十条 総会、理事会、評議員会の各会議における議事は、本会則に別段の定めがある場合をのぞき、出席者の過半数をもって決し、可否同数のときは議長の決するところによる。

第三十一条 総会の議事の要領および議決した事項は、会員に通告する。

第三十二条 すべて会議の議事録は、議長が作成し、議長および出席者代表一名が署名押印のうえ、これを保存する。

第六章 会計

第三十三章 本会の会計は、会費によってまかな

う。ただし、寄附および助成金の受け入れは妨げない。

2、既納の会費はいかなる理由があっても、これを返還しない。

第三十四条 本会の事業計画およびこれにともなう収支予算は、毎会計年度開始前に会長が編成し、理事会および評議員会の議決を経、総会の承認を得なければならない。ただし、前年度終了後から総会の日までは、前年度の予算を基準として執行する。

2、緊急に予算変更の必要が生じたときは、理事会において決定することができる。ただし、この場合、次期総会の承認を得なければならない。

第三十五条 本会の収支決算は、会長が事業報告書を作成し、理事会および評議員会の議決を経、総会の承認を受けなければならない。

2、本会の収支決算に剰余金があるときは、理事会および評議員会の議決を経、総会の承認を受けて、翌年度に繰り越すものとする。

第三十六条 本会の会計年度は、毎年四月一日に始まり、翌年三月三十一日に終る。

第七章 会則の変更ならびに解散

第三十七条 本会則は、理事会、評議員会および総会において、おのおの三分の二以上の議決を経なければ変更することができない。

第三十八条 本会の解散は、理事会、評議員会および総会において、おのおの四分の三以上の議決を経なければならない。

第三十九章 本会の解散にともなう残余財産は、理事会、評議員会および総会において、おのおの四分の三以上の議決を経て、本会の目的に類似の公益事業に寄附するものとする。

第八章 補則

第四十条 本会則施行についての細則は、理事会の議決を経て別に定める。

附則

一、本会は、「第二二回日本医学会総会国際医療協力部門準備委員会」の業務を継承し、「国際医療協力サロン」は、本会の例会とする。

二、本会設立に際し、必要な諸業務を円滑に運営するため、当面、役員を発起人の中から選任し、暫定理事会をおく。暫定理事会の任務が完了した

時は、第十一条の規定に準拠し、新役員を選任する。

三、第十六条の規定にかかわらず、前記暫定理事会解散と同時に、本会設立に寄与した発起人を本会の評議員とする。

四、本会設立当初の役員および評議員の任期は、第十五、十六条の規定にかかわらず、設立の日から、第二回目の通常総会終了の日までとする。

五、本会設立当初の会計年度は、第三十六条の規定にかかわらず、設立の日から昭和六十二年三月三十一日までとする。ただし、設立の日から昭和六十一年三月三十一までの事業計画および収支予算は、理事会で議決、執行し、その事業報告および収支決算は、最初の通常総会の承認を受ける。

六、本会則は、昭和六十年八月十日から施行する。ただし、当面、本会則の変更に関しては、暫定理事会がこれを取り行なう。

七、暫定理事会の役員は、つぎのとおりである。

(五十音順)

会長 津山直一、副会長 堀田進、副会長 山本

俊一、常務理事 高野正孝、常務理事 二ノ宮節夫、常務理事 丸地信弘、常務理事 今川八束、常務理事 志摩チヨ江、理事 鶴飼卓、理事 内山三郎、理事 川村寿一、理事 木内敦夫、理事 草川三治、理事 坂部孝、理事 多田正毅、理事 立石昭三、理事 西村千代子、理事 藤岡農宏、理事 星野昌子、理事 松村武男、理事 宗像醇、理事 室 靖、理事 山内登貴夫、理事 山地幸雄、監事 中島章、監事 永野貞、監事 深井孝之助、

会則施行細則

第一章 会費

第一条 会員の納める会費は、会則第五条の規定にもとづき、つぎのとおりとする。

- 一、正会員の納める会費は、年額五千元とする。ただし、学生については、会費をこの半額とする。
- 二、賛助会員の納める会費は、年一口個人一万円、法人五万円とする。

OFLX

抗生剤を超えた抗菌剤

タリビッドは、難治性感染症をもとらえた経口剤。感染症治療に新しい時代をひらきます。

広範囲経口抗菌製剤 健保適用

第一製薬
Tarivid[®] タリビッド[®]錠
Tarivid[®] tab (オフロキサシン錠)

第一製薬株式会社

★効能・効果、用法・用量、使用上の注意は、製品添付文書をご参照ください。

「日本国際保健医療学会」

会員募集趣意書

いつの時代でも、「健康」はすべての人の願いであり、それに向けて、“学問”と“実践”は車の両輪のように発展し、社会に役立つことが要請されています。現にWHOは「西暦2000年までにすべての人を健康に」という世界的目標をたて、150余の参加諸国に協力と連帯を呼びかけています。

ところが、世界人口の約65%以上を占める発展途上国では、先進国の生活者には想像もつかない医学・医療の問題を抱え、多くの人の健康や生活がおびやかされています。ことに、アフリカ地域での広域的な飢餓問題は、国際的な緊急医療援助として私達の記憶に新しいところです。

マザー・テレサは「私たちにとって最大の敵は、隣人に対する無関心です。」と言っています。富める時代に育った多くの人々は、ややもすると貧困・伝染病、そして飢餓などの問題を“対岸の火事”だと見過ごす傾向があります。

第二次大戦後40年。わが国でも1970年代から先進諸国の一員として国際協力のための国連分担金を相当額支出し、保健・医療・看護分野でも多岐にわたる国際協力の活動がいろいろな機関や団体によって展開されており、今日ではそれに関わる人数は相当数に達しています。そうした反映として、近年では関連諸学会で国際医療に関する講演、シンポジウム、一般演題の発表が散見されるようになりました。また、教育機関の中でも、国際医学交流を目指す施設が発足したり、全国の医学生国際協力の連絡協議会も機能していますし、看護分野でも同様な動きが確かなものになっています。

国際的な医療場面で、それに関わる学問、実践そして研修（教育）の問題が明らかに高まり、わが国でも多くの人々がその実践を広げていますが、残念なことにこれまではそれを支える情報交換の

場が極めて弱体でした。

そうした実態を受けて、2年前に大阪で開催された第21回日本医学会総会では、関西の関係者の熱意が実り、国際医療協力のシンポジウムがもたれました。これは私ども関係者にとって最初の「一里塚」として記念すべき出来事になりました。そして、その折に多くの人々がそれに関わる全国的研究組織を発足させたいと発言されたのも事実であります。

大阪の学会での人々の願いは、その後、関東と関西でそれぞれ「国際医療協力サロン」という研究会的活動として発足し、それに関心と関わりをもつ多職種の人々の知識と経験を気楽に交換する場として成長してきました。

そこで今回、私たちのこれまでの貴重な実績をふまえて、21世紀における国際保健・医療・看護に関わる幅広い「学問」「実践」そして「研修（教育）」の推進を確かにするための“人づくり”を目指して、全国的規模の学会組織（日本国際保健医療学会）を発足させ、これに関わりと関心をもつ多くの人々と団体のための実りある学問的<対話>の場を開き、内外の時代的要請に確かに応えるものになりたいと考えるに至りました。

幸い、昭和62年4月には、東京で第22回日本医学会総会が「21世紀への医学と医療」というテーマで開催されることになりました。私ども本学会設立準備委員会が中心となって、この機会に国際医療協力部門として(1)特別講演、(2)シンポジウム、(3)記録映画の製作と上映、(4)パネル展示を総合的に企画・運営し、医療関係者をはじめ多くの市民に向けて、国際協力に関する「共感・対話そして主体性」を育てるための努力を開始しています。

国際保健医療の問題は、関心と立場を異にする人々が、「健康」という人種・宗教・国籍などの

壁を越える共通な目標に向けて、それに関わる「学問と実践」を個人的にも組織的にも矛盾なく一体化できる努力をする中でのみ、問題改善の途が現実的に開けてくるものです。従って、本学会の性格は、従来の学会的観念より社会に向けて開かれたものになりますので、学会員の構成も当然ながら多職種にわたるものになりましょう。

貴殿におかれましては、上記のような本学会設立の趣旨をご理解下さり、是非とも会員のひとりにご参加いただけますようお願い申し上げます。

募集要項

一、会員および会費

本会の目的に賛同し、会費年額五千円を納める人で、職種は問いません。ただし、学生の会費については、この半額二千五百円とします。

二、会員の特典

1、会員として総会に出席し議決することができます。

2、本会の役員および評議員になることができます。

3、本会主催の各種研究発表会、学術講演会に参加することができます。

4、本会の刊行物を受領することができます。

5、本会の刊行物に論文を投稿することができます。

6、本会の実施する国際保健医療に関する研究や調査に参加することができます。

7、本会の資料室を利用できます。

三、入会申し込み方法

本会に入会ご希望の方は、所定の入会申込み書を下記事務局に郵送し、会費を郵便振替で下記口座へ振り込んで下さい。

四、事務局及び郵便振替口座

〒307 茨城県結城市上の宮10745-24

城西病院内

日本国際保健医療学会 事務局 高野正孝 宛

TEL0296-33-2111 (代)

郵便振替口座 宇都宮2-33536

日本国際保健医療学会 (国際医療協力サロン) ニュースレター

総目次

No.1 (Jul.1984)		「国際病院」創り	岩村 昇	1
<巻頭言>		第3回関東国際医療協力サロン		
創刊にあたって——「医」の国際協力サロン——		インドネシアの医療協力に参加して	金光 正次	2
	水野祥太郎	民間による海外医療救援について	ヤン・ミンジャ	4
第1回関東国際医療協力サロン		スリランカの眼科医療事情あれこれ	百村 清志	4
国会発足の経緯について	水野祥太郎	国際医療情報センターより一言	木内 敦夫	5
国際整形外科協力機構(WOC)について	津山 直一	第3回関西国際医療協力サロン		
カンボジア難民救済医療活動に携わって	多田 正毅	南インドと北インド	水野祥太郎	7
<オピニオン>		<オピニオン>		
国際医療協力に参加を	高野 正孝	祇園精舎の鐘の声	本多 憲児	10
		国際医療情報		
		社団法人日本キリスト教海外医療協会		11
No.2 (Nov.1984)		No.4 (Sep.1985)		
<巻頭言>		<巻頭言>		
医の本質	津山 直一	1	国際医学交流・医療協力にける夢	
第2回関西国際医療協力サロン			堀田 進	
異文化の理解のために	吉田 集而	3	第4回関東国際医療協力サロン	
第2回関東国際医療協力サロン			水野祥太郎先生の追悼	
国際比較医学教育論	水野祥太郎	6	津山 直一	
パラグアイへの医療協力の現状	川畑 貞美	7	ガーノへの医療協力—福島医大方式及び国際救急医療機構(JMTDR)—	
アジア医学生国際会議について	川上 剛	7	本多 憲児	
レバノン緊急アピール	田島 誠	8	海外医療協力の小さな試み	
<オピニオン>			—南インドで一年間学んだ経験を通して—	
民間病院による国際医療協力の意義	多田 正毅	10	佐藤 智	
<寄稿>			第1回アジア医師国際会議について	
アフリカ無情	田淵 四郎	10	小池 達也	
国際医療協力情報			国際医療保健情報センターから一言	
国際協力事業団		11	木内 敦夫	
			第4回関西国際医療協力サロン	
			アジア医学をよろしく	
			小池 達也	
			ASEAN中西医科大学構想について	
			西畑 邦夫	
			14	
No.3 (Apr.1985)		<巻頭言>		
<巻頭言>				

インドネシアの救急医療事情 <オピニオン>	鶴飼 卓	14
一留学生との出会いから 国際医療協力情報	川上 剛	17
財団法人日本国際医療団の活動	萩原 弘一	18

No.5 (Feb.1985)

<巻頭言>		
J M T D R 初出動の記	鶴飼 卓	1
第5回関東国際医療協力サロン		
NGOによる医療協力	室 靖	5
アフリカ事情	田淵 四郎	7
第1回アジア医師国際会議の報告		
	小池 達也	8
第5回アジア医学生国際会議	国井 修	8
モザンビークの医療事情	金田 衛	8
エチオピアの医療事情	徳永 端子	9
日本眼科医会の対外活動	赤松 玉雄	10
第5回関西国際医療協力サロン		
J I C A における保健医療協力中澤 幸一		12
J V C / S H A R E エチオピア医療調査	木内 敦夫	12
バヌアツ共和国マレクラ島における眼科活動	百村 清志	13
<オピニオン>		
バヌアツ医療協りに想う		14
<国際医療協力情報>		
財団法人国際看護交流協会	永野 貞	15

No.6 (Jun.1985)

<巻頭言>		
医師の特権	藤岡 晨宏	1
<アフリカ特集>		
エチオピア干ばつ被災民救援医療チーム (J M T D R の撤収と今後の課題)	山本 保博	2
第6回関東国際医療協力サロン		
国際看護交流協会の歩んできた道	永野 貞	7

地理病理学と医療援助—西アフリカ、ネパール、 ラテンアメリカの経験から—	山口 誠哉	9
政府派遣第二次エチオピア緊急医療班活動報告	今川 八束	13
J V C / S H A R E エチオピア緊急医療救援活動 概要	仲佐 保	14
第二十二回日本医学会総会国際医療協力部門準備 委員会より	高野 正孝	18
第6回関西国際医療協力サロン		
J M T D R の初出動について	鶴飼 卓	21
ネパールの現実	俵 友恵	21
<オピニオン>		
伝統医学と民間療法	鶴飼 卓	23
<国際医療協力情報>		
財団法人ジョイセフ(家族計画国際協力財団)の 概要	八木 信一	24
第7回国際医療協力サロン案内		
国際医療協力と対話、共感、自立	丸地 信弘	26

No.7 (Nov.1985)

<巻頭言>		
「国際病院構想」のその後		
—WHO “東京宣言” と A T C、I H I—	岩村 昇	4
第6回アジア医学生会議及びフィールドスタディ の報告	廣田 直敷	6
第7回関東国際医療協力サロン		
鼎談「国際医療協力をみる目、語る目、動かす目」	丸地 信弘	7
	石井 光子	
	山内登貴夫	
アフリカ大陸へ進出する“IP”		
	八木 信一	11
二万人の大量被災民発生の中での病棟建設		
	林 達雄	12
6年目に入ったタイ=カンボジア国境ICRC病 棟の現状		
	金田 衛	12
インド・ボパールからのメッセージ	ガス漏洩事 故現地調査	松岡信夫 13
バン格拉デシュ・ボグラキリスト教病院での医療		

協力	田村久弥	14
バングラデシュサイクロン被害救援アピール		
	佐藤 忠彦	14
パレスチナ赤三日月社からのメッセージ		
	平井 道子	15
<国際協力団体紹介>		
アジア保健研修所について	岩崎 毅彦	16

No.8 (Mar.1986)

<国際医療協力ニュースファイル>		
日本国際保健医療学会第1回例会開かる		
	高野 正孝	2
日本における熱帯医学の将来		
	松村 武男	2
アジア医学生会議第2回サミットミーティング報告		
	廣田 直敷	3
緊急医療に出動して思うーコロンビア火山噴火災害ー		
	本多 憲児	4
あの惨劇からの教訓ーメキシコ大地震救援医療班についてー		
	鶴飼 卓	5
日本国際保健医療学会第1回関東地方会		
日本国際保健医療学会の発足に当たって		
	「いまこそサロンから学会へ」堀田 進	5
東南アジア諸国との医療協力ーSEAMICの活動についてー		
	山本 俊一	6
国際救急医療の現状と展望		
ーインドシナ、エチオピア、メキシコの経験からー		
	山本 保博	6
実り多き成果と将来への課題について		
	草川 三治	9
<国際医療協力関係組織紹介>		
金沢医科大学熱帯医学研究所	堀田 進	9
<オピニオン>		
草の根が腐るとき	小池 達也	10
<海外医療協力活動紹介>		
日本ユニセフ協会から		11
<寄稿>		
海外医療援助の手前で	松村 理司	15

関西国際医療協力サロン

国際交流ニュースNO. 1, 1985

古くて新しい医学の分野	坪井 誠吉	1
私の考える医学	戸田 嘉秋	2
国際交流で忘れられない方々		
	堀田 進	7
JVC/SHAREエチオピア医療救援		
	木内 敦夫	10
JMTDRの初出動について		
	鶴飼 卓	16
バヌアツ共和国マレクラ島に於ける眼科活動(第二報)		
	百村 清志	19
保健医療協力の現状	中澤 幸一	23
北朝鮮の実情と医療事情	杉山 武敏	27

ニュース・レター・バックナンバーの申し込み方法

日本国際保健医療学会(国際医療協力サロン)ニュース・レターのバックナンバー(No.1~No.8、関西サロンの「国際交流ニュース」は除く)御希望の方は、一部につき100円(切手)を同封して、学会事務局までお申し込み下さい。

国際医療協力関係団体一覧

アジア医師連絡協議会／701-12／岡山市樽津
310-1 (代表 菅波 茂)

アジア眼科医療協会の会／538／大阪府鶴見区今津
中2-4-37日本ライトハウス内／06-901-5521

亜細亜技術協会の会／105／港区西新橋2-22-4高
嶺第2ビル4階／03-431-1522

アジア協会・アジア友の会／530／大阪市北区曾
根崎新地2-5-4／06-341-0587

アジアコミュニティートラスト／106／港区南麻
布4-9-17日本国際交流センター内／03-446-
7781

アジア人口・開発協会の会／100／千代田区永田町
2-10-2 永田町TBR ビル710号室／03-581-
7770

アジアの友を援ける会／102／千代田区紀尾井町
7-1 上智大学人間学研究室内／03-238-3839

アジア保健研修財団／470-01／愛知県愛知郡日
進町米野木南山987-31／05617-3-1950

アドラ国際援助機構／241／横浜市旭区上川井町
2483-2／045-921-4354

今井記念海外協力基金／106／港区南麻布4-9-
17／03-446-7782

オイスカ産業開発協力団／168／杉並区和泉3-
6-12／03-322-5161

海外ボランティア支援会／359／所沢市小手指町
1-23-1所沢カトリック教会／0429-23-5374

基督教児童福祉会／167／杉並区善福寺2-17-5
／03-399-8123

国際看護交流協会／102／千代田区九段北4-1-
32メディカル・フレンドビル／03-264-6611

国際飢餓対策機構日本協会／160／新宿区新宿
7-26-24-304／03-203-0635

国際人材開発機構／105／港区海岸1-6-1 イ
トピア浜離宮830／03-433-2705

国際博愛協会の会／167／杉並区桃井2-7-3／03-
394-0808

国際仏教興隆協会の会／153／目黒区中目黒5-24-
53 (祐天寺内)

家族計画国際協力財団／162／新宿区市谷砂土原
町1-1 保健会館別館／03-268-5875

笹川記念保健協力財団／108／港区三田3-12-
12／03-452-8281

SHARE (国際医療保健情報センター)／113／
文京区湯島3-1-4 会田ビル5階JVC気付／03-
834-2388

シャプラニール市民による海外協力の会／160／
新宿区西早稲田2-3-1 早稲田奉仕園スコット
ホール内／03-202-7863

新日本宗教青年会連盟／151／渋谷区元代々木町
2-7／03-466-0373

聖イグナチオ教会(タラ救らい会)／102／千代
田区麴町6-5／聖イグナチオ教会内／03-263-
4584

世界宗教者平和会議日本委員会／166／杉並区和田
2-6-1 普門館／03-384-2337

世界の貧しい人々に愛の手をの会／102／千代田
区紀尾井町7-1上智大社会正義研究所／03-
238-3023

全日本アジア医学生連絡協議会／010／秋田市広
面字土手下45コーポわかくさ1 津田兼司方／
0188-32-2724

全日本仏教青年会(国際救援本部)／245／比企
郡小川町大字中爪1042／0493-72-5516

チボリ国際里親の会／753／宇部市則貞2-8-34
／0836-21-8396

難民を助ける会(AAR)／152／目黒区平町
1-5-3／03-717-7010

乳児用粉ミルク問題を考える会／160／新宿区西
早稲田2-3-18-24NCC内／03-203-0372

24時間テレビチャリティー委員会／102／千代田
区二番町14日本テレビ内／03-265-2111

日本カトリック移住協議会／102／千代田区六番
町10-1

日本寄生虫予防会／162／新宿区市ヶ谷砂土原町
1-1 保健会館別館／03-269-2101

日本キリスト教海外医療協会の会／160／新宿区西

早稲田2-3-18日本キリスト教会館内/03-208-2416

日本キリスト教救済協会/156/世田谷区上北沢3-8-19雲柱社内/03-304-1724

日本国際ボランティアセンター/113/文京区湯島3-1-4会田ビル5F/03-834-2388

日本国際医療団/105/港区新橋4-7-2 第6海事ビル4階/03-432-2888

日本シルバーボランティアズ/101/千代田区神田須田町1-24-23/03-254-5735/

日本赤十字社(外事部)/105/港区芝大門1-1-3/03-438-1311/

日本熱帯医学協会/103/中央区日本橋本町4-9永井ビル5階/03-241-3261

日本ネパール人づくり協力会/683/米子市久留米町127 米子青年会議所児童図書館/0859-32-9294

日本ネパール協会鳥取支部/683/米子市灘町3-26福井事務機内/0859-33-2421

日本ユニセフ協会/106/港区麻布台3-1-2/03-583-4407

庭野平和財団/107/港区赤坂8-6-17赤坂グラウンドハウス202/03-478-0607

バヌアツに医療を送る会/542/大阪市南区大宝寺町中の53-5大宝ビル2F/06-252-0417

PHD協会/650/神戸市中央区元町通5-2-3甲南サンシティ元町ビル7F/078-351-4892

文化事業協会/156/世田谷区赤堤4-5-8/03-324-0333

平和医学アカデミー難民救援委員会/170/豊島区北大塚2-17-12 伊藤ビル303/03-918

-5888

毎日新聞社会事業団/100/千代田区一ツ橋1-1-1 (東京事業団)/03-213-2674

メグコ南の子供達の自立を支える会/102/千代田区紀尾井町7-1 上智大学マタイス研究室/03-238-3829

薬害・医療被害情報センター/652/神戸市兵庫区湊町4-1-8 サンハイムみなと1F/078-577-2064

友愛病院会インドネシア医療協力部/153/目黒区東山3-1-6/03-719-5324

読売光と愛の事業団/100/千代田区大手町1-7-1 読売新聞社内/03-242-1111

立正佼成会(国際課・青年課)/166/杉並区和田2-11-1/03-383-1111

〈参考文献〉外務省経済協力局編「NGOダイレクトリーー開発・協力にかかわる日本の民間・非営利団体ー」(1986年3月)

〈編集後記〉

▶さる3月16日に開催されました日本国際保健医療学会設立総会は、予想を上回る多数の方々に参加していただき充実したものとなりました。本誌は、創刊号として、その内容を特集いたしました。ご多忙中にもかかわらず快くご執筆の労をとられた先生方にこの場をお借りして御礼申し上げます。

▶財政状態等から、しばらくは、年1回の学会誌発行を余儀なくされると思われれます。その間隙をうめる形で、年2回従来のニュース・レターの発行を予定しております。

今のところ、投稿規定などが明確になっておりませんが、次号発行までには、会員の皆様からの投稿が掲載できるようにしたいと編集委員会では、考えております。

▶1984年の夏にインドとタイとで開催された第1回アジア医師国際会議の報告書が、この度、「アジアのア」と題してアジア医師連絡協議会から発行されました。アジアの良き理解者であるひとたちのエッセイに始まり、アジア医師国際会議の報告を中心にインド・タイの伝統医学が平易に解説されています。

ご希望の方は、郵便振込にて、口座番号 大阪0-43733、加入者名 小池達也氏宛てに、送料込みで1冊1,500円を振り込んでお申込み下さい。(学会事務局でも取り扱っています。)

▶昨年12月の関東地方会において、「国際救急医療の現状と展望—インドシナ、エチオピア、メキシコの経験から—」と題して講演して下さった日医大救命救急センターの山本保博先生がこの度第12回大山健康財団賞を受賞なさいました。先生が講演の中でおっしゃっているように、今まではともすれば“好きな連中がやっていることさ”といった希薄な認識が横行していた日本の医療界も、これを機に変貌していくことを望みたいものです。

▶5月24日、南太平洋ソロモンに向けて、本多記念東北循環器科病院長の本多憲児先生がJMTDR団長として出発なさいました。ソロモンでは、5月17日から4日間大型台風に襲われ、71人が死亡、全人口の約3分の1にあたる3万人の家屋が流出したり、壊れるなどの災害に見舞われ、感染症の流行等が懸念されています。第二次チームとしては、設立総会運営にご尽力いただいた都立墨東病院の今川八東先生と国立病院医療センターの仲佐保先生が、29日に出発なさいました。7月12日の関東地方会では、この活動報告も予定されています。

▶医療人のみならず、途上国の保健・栄養・環境・開発にかかわる広い分野の人々の交流の場として、この学会誌が発展していくことを祈念いたします。(木)

●編集委員長

山本 俊一

●編集副委員長

堀田 進

●編集委員

鵜飼 卓

内山 三郎

川村 寿一

木内 敦夫

草川 三治

志摩 ちヨ江

藤岡 晨宏

室 靖

宗 像醇

山地 幸雄

●編集協力

仲佐 保

吉田 桂

近川 佳子

タスファイエ・ガライエ

SHARE

日本国際親善厚生財団

「国際保健医療」

日本国際保健医療学会雑誌第1巻第1号

THE JOURNAL OF JAPAN ASSOCIATION

FOR INTERNATIONAL HEALTH Vol. 1 No. 1

昭和61年7月25日印刷・昭和61年7月30日発行

本号 定価1,000円

発行人 津山 直一

編集人 山本 俊一

発行所 日本国際保健医療学会

〒307 茨城県結城市上の宮10745-2-4 城西病院内

TEL 0296-33-2111

FAX 0296-32-1937

印刷所 (株)医学メディアサービス

祝 創 刊

<p>富山化学工業株式会社</p> <p>〒160 東京都新宿区西新宿3-2-5</p> <p>(03) 348 6611</p>	<p>東洋醸造株式会社</p> <p>〒108 東京都港区芝浦4-5-13</p> <p>東洋ビル</p> <p>(03) 454 7511</p>	<p>東京田辺製薬株式会社</p> <p>〒103 東京都中央区日本橋本町2-7-3</p> <p>(03) 241 5151</p>
<p>日本ケミファ株式会社</p> <p>〒101 東京都千代田区岩本町2-2-3</p> <p>(03) 863 1211</p>	<p>日本化薬株式会社</p> <p>〒102 東京都千代田区富士見1-11-2</p> <p>東京富士見ビル</p>	<p>日研化学株式会社</p> <p>〒104 東京都中央区築地5-4-14</p> <p>(03) 544 8862</p>
<p>ビーチャム薬品株式会社</p> <p>〒150 東京都渋谷区道玄坂1-21-2</p> <p>新南平台東急ビル</p> <p>(03) 464 9301</p>	<p>日本薬品工業株式会社</p> <p>〒113 東京都文京区本駒込2-12-12</p> <p>(03) 941 1111</p>	<p>日本新薬株式会社</p> <p>〒601 京都市南区西大路通八条下ル</p> <p>(075) 321 1111</p>

祝 創 刊

<p>〒541 大阪市東区道修町2-14</p> <p>小野薬品工業株式会社</p> <p>(06) 222 5551</p>	<p>〒101 東京都千代田区神田司町2-9</p> <p>大塚製薬株式会社</p> <p>(03) 292 0011</p>
<p>〒171 東京都豊島区高田3-24-1</p> <p>大正製薬株式会社</p> <p>(03) 985 1111</p>	<p>〒103 東京都中央区日本橋本町3-1</p> <p>三共株式会社</p> <p>(03) 562 0411</p>
<p>〒113 東京都文京区本駒込2-28-8</p> <p>科研製薬株式会社</p> <p>(03) 946 2111</p>	<p>〒160 東京都新宿区西新宿2-1-1 新宿三井ビル</p> <p>台糖ファイザー株式会社</p> <p>(03) 344 4411</p>
<p>〒541 大阪市東区道修町3-21</p> <p>田辺製薬株式会社</p> <p>(06) 205 5555</p>	<p>〒101 東京都千代田区神田司町2-9</p> <p>大鵬薬品工業株式会社</p> <p>(03) 294 4527</p>
<p>〒104 東京都中央区京橋2-1-9</p> <p>中外製薬株式会社</p> <p>(03) 281 6611</p>	

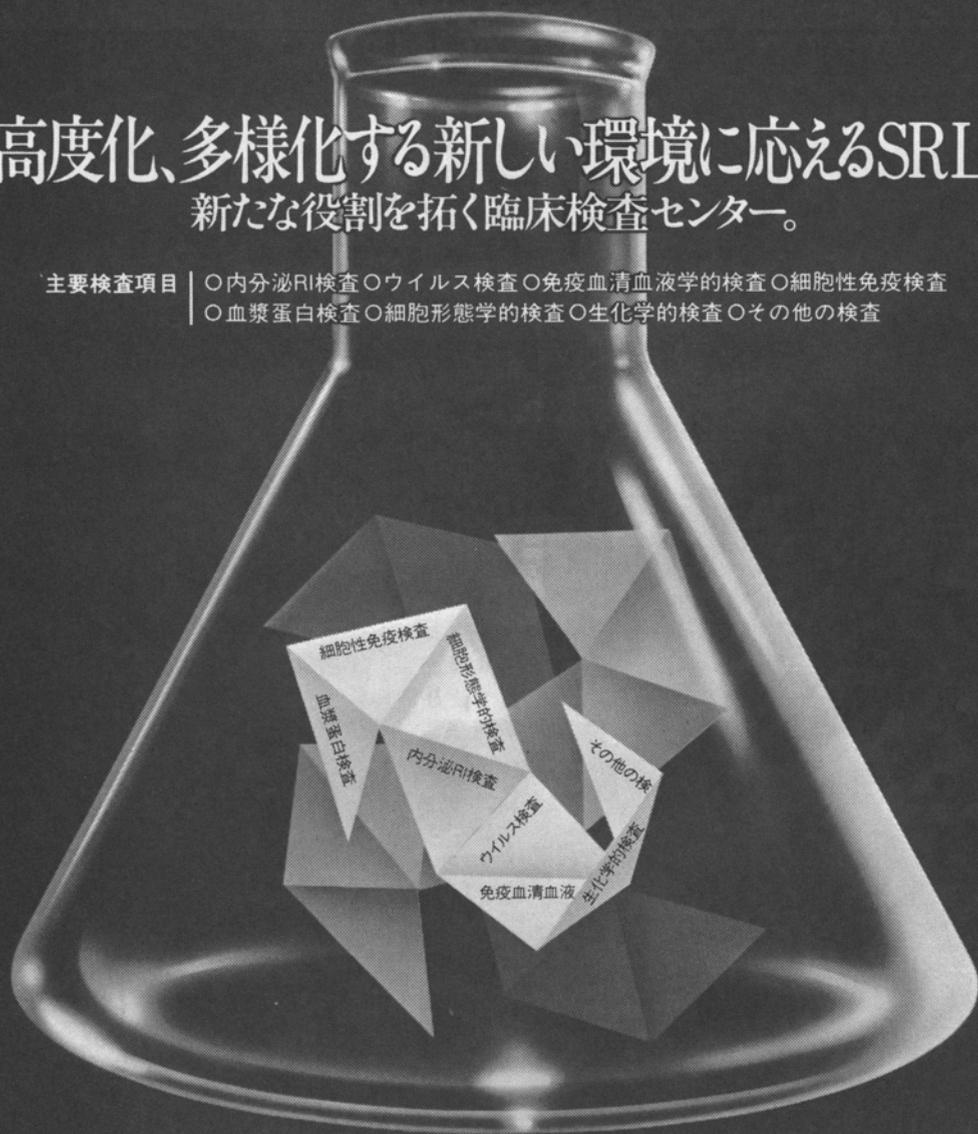
祝 創 刊

<p>〒103 東京都中央区日本橋本町2-1-5</p> <p>山之内製薬株式会社</p> <p>(03) 244 3000</p>	<p>〒160 東京都新宿区四谷1-1-7</p> <p>持田製薬株式会社</p> <p>(03) 358 7211</p>	<p>〒104 東京都中央区京橋2-4-16</p> <p>明治製菓株式会社</p> <p>(03) 272 6511</p>
<p>〒105 東京都港区元赤坂1-3-12</p> <p>カネボウ薬品株式会社</p> <p>(03) 478 4441</p>	<p>〒541 大阪市東区道修町2-40</p> <p>住友製薬株式会社</p> <p>(06) 229 8900</p>	<p>〒160 東京都新宿区本塩町13</p> <p>雪印乳業株式会社</p> <p>(03) 358 2813</p>
<p>〒171 東京都豊島区高田2-1-3</p> <p>白十字株式会社</p> <p>(03) 987 6111</p>	<p>〒108 東京都港区芝5-3-1</p> <p>森永乳業株式会社</p> <p>(03) 798 0111</p>	<p>〒160 東京都新宿区西新宿区2-1-1</p> <p>日本メクト株式会社</p> <p>(03) 344 5411</p>

高度化、多様化する新しい環境に応えるSRL。

新たな役割を拓く臨床検査センター。

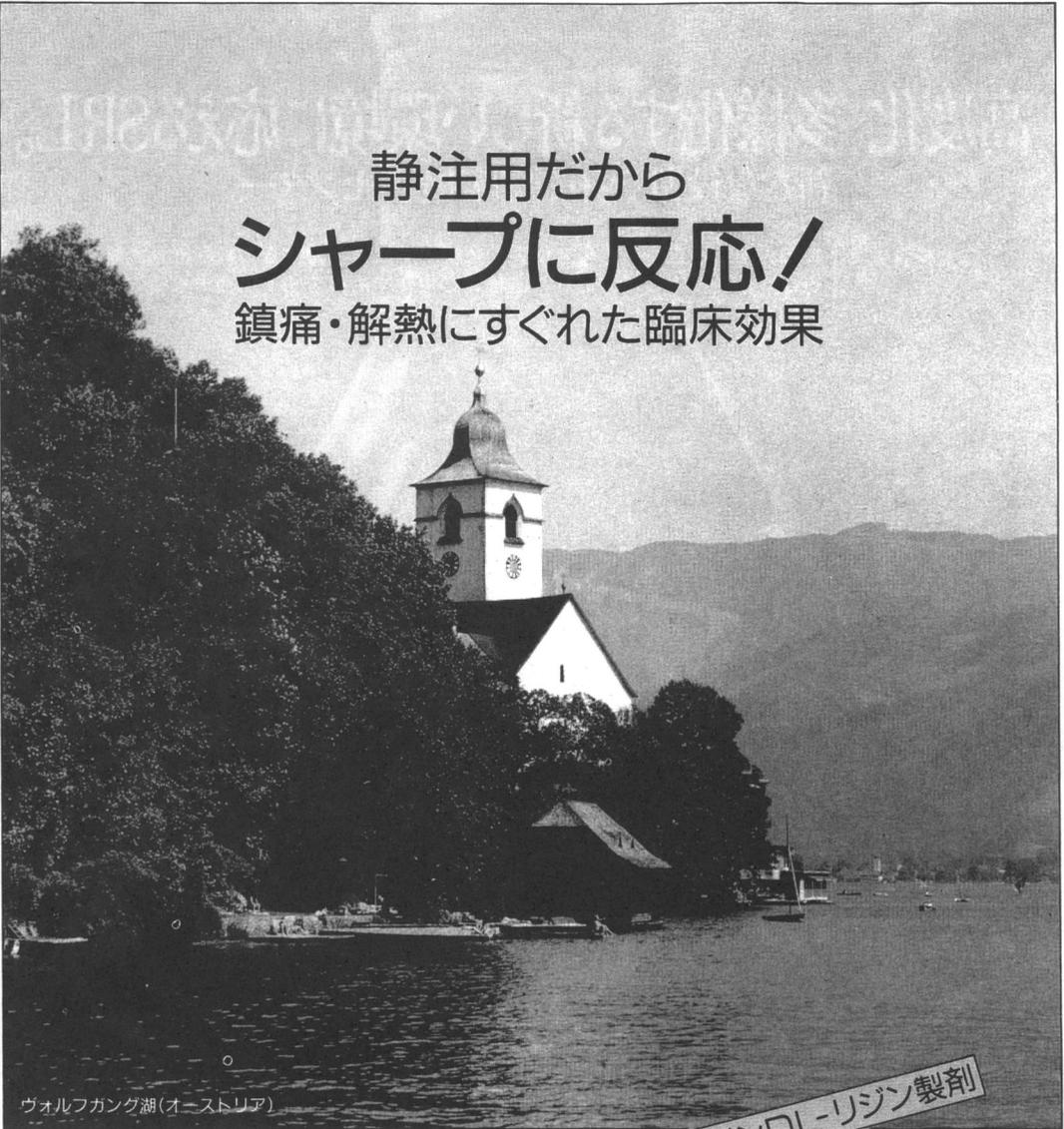
主要検査項目 | ○内分沁RI検査 ○ウイルス検査 ○免疫血清血液学的検査 ○細胞性免疫検査
○血漿蛋白検査 ○細胞形態学的検査 ○生化学的検査 ○その他の検査



株スペシャル レファレンス ラボラトリー
〒163 東京都新宿区西新宿2-4-1(新宿NSビル) TEL.03-344-6511#0

Venopirin®

静注用だから
シャープに反応!
鎮痛・解熱にすぐれた臨床効果



ヴォルフガング湖(オーストリア)

静注用アスピリンDL-リジン製剤

ヴェノピリンはアスピリンの経口投与に比較して、作用発現が速く、優れた解熱、鎮痛、抗炎症効果を示します。また胃腸障害を回避し、かつ薬物依存性のない薬剤です。

●**効能・効果**

術後疼痛、症候性神経痛、緊急に解熱を必要とする場合。

※用法・用量、使用上の注意等は、製品添付文書をご参照ください。

健保適用

解熱・鎮痛・抗炎症剤

指 **ヴェノピリン**®

新タイプの非ステロイド・非ピリン系



株式会社 **ミドリ十字** 〒541 大阪市東区今橋1-15-1

傷ついた神経を修復し
しびれ・痛み・まひを改善する

末梢性神経障害治療剤

メチコバル®

錠500 μ g・錠250 μ g・細粒・注射液500 μ g



●メチコバルの神経修復作用

1. 神経細胞内小器官への移行がよい
2. 神経細胞内の核酸・蛋白の合成を促進する
3. 軸索内輸送を促進する
4. 髄鞘形成を促進する
5. 軸索再生を促進する
6. シナプス伝達を早期に回復させる
7. 筋電図の回復を促進する

●効能・効果

末梢性神経障害

ビタミンB₁₂欠乏による巨赤芽球性貧血
(注射液のみ)

●ご使用にあたっては
添付文書をご参照下さい。

〈薬価基準収載〉



エーザイ
東京都文京区小石川4

THE JOURNAL OF JAPAN ASSOCIATION FOR INTERNATIONAL HEALTH

Vol. 1

July 1986

No. 1

CONTENTS

The First Annual Meeting of Japan Association for International Health

Lectures :

Arita, I.

International Cooperation for Health

– How Japan should contribute (10)

Honda, K.

Activity of Japan Medical Team for Disaster Relief (17)

Symposium:

“What is the International Medical Cooperation ?”— From my Experiences

Iwamura, N.

From Hospital based Medical Care to Community Based Health Development and From Primary Health Care to Primary Health Development (20)

Shima, C.

The Needs of Linkage for Mutual Development (24)

Hoshino, M.

Role played by NGOs (27)

Hasegawa, Y.

International Health and Medical Cooperation from my Experiences at WHO and JICA (31)

Higashiura, H.

International Viewpoints on Disaster Relief (35)

Narong Nimsakul

Expectation toward Japan—From my Experiences (39)

J A I H

Japan Association for International Health

(Nippon Kokusai Hoken Iryo Gakkai)

c/o Johsai Hospital

10745-24 Kaminomiya, Yuhki City

Ibaraki Pref. Japan 307