

昭和58年度

# 医療協力専門家報告書

大学教授等の保健医療講演等派遣計画  
による専門家及び単発派遣専門家

昭和60年4月

国際協力事業団

医 業

J R

85 - 24



JICA LIBRARY



1015401[1]



昭和58年度

# 医療協力専門家報告書

大学教授等の保健医療講演等派遣計画  
による専門家及び単発派遣専門家

昭和60年4月

国際協力事業団

国際協力事業団	
受入 月日 '85.10.14	000
登録No. 12025	90.7
	MCS

# 目 次

1.	は し が き .....	1
2.	昭和58年度派遣専門家一覧 .....	2
3.	第1部大学教授等の保健医療講演等派遣計画による専門家報告書・日誌 .....	5
	フィリピン (大井淑雄-リハビリテーション医学) .....	9
	(波谷光柱                   "                   ) .....	29
	シンガポール (関場 香-産婦人科学) .....	51
	スリランカ (糸井素一・小玉裕司-角膜移植) .....	63
	タイ (小川秀興-皮膚科学) .....	69
	(高橋理明-水痘ワクチン) .....	79
	(大磯敏雄-栄養学) .....	83
	(津田良成-医学図書館情報学) .....	87
	(植松 稔-公衆衛生) .....	93
	スーダン (太田善介-内科学) .....	99
	(関場 香-産婦人科学) .....	103
	トルコ (村松 稔-人口家族計画) .....	111
	アルゼンティン (渡辺英伸-消化器内科学) .....	117
	(朝倉 均-                   "                   ) .....	121
	アルゼンティン・ブラジル (保母須弥也-歯科・補綴学) .....	127
	ボリヴィア (喜納 勇-病理学) .....	131
	(田中 昇-病理学) .....	135
	(細井董三-消化器内科学) .....	135
	ブラジル (五島雄一郎-成人病学) .....	145
	(兼本成斌-循環病学) .....	149
	コロンビア (広田映五-病理学) .....	153
	(伊勢 泰-小児悪性腫瘍) .....	163
	(西岡久寿樹-リウマチ学) .....	167
	エクアドル (山田達哉-吉森正喜-放射線診断・消化器内科学) .....	173
	グアテマラ (丸山雅一・長廻 紘-大腸X線・内視鏡診断) .....	181
	メキシコ (大沢 仁-消化器病学) .....	185
	(杉浦光雄-外科医療技術) .....	191
	(小山靖夫-大腸癌治療診断) .....	195
	ペルー (中村恭一-消化管病理学) .....	199
	(涌井 昭-癌化学療法) .....	201

	(小黒八七郎－消化器内視鏡学)	203
	(萩原弥四郎－神経薬理学)	207
	(奥田邦雄－内科学)	211
	(志方俊夫－肝疾患)	213
	ヴェネズエラ (網野信行－免疫学)	225
4.	第2部単発派遣専門家報告書・日誌	231
	ネパール (小林哲夫－医療機器)	233
	タイ (今井一郎－医療機材修理)	239
	(平田恒彦－ハンセン氏病)	243
	(小沢利治・佐々木紀典－ハンセン氏病)	293
	パラグアイ・アルゼンティン (大立目信六・磯部克則・笹野暉樹 －特別機材供与実態調査)	301
	アメリカ (田中 寛・岡部 薫－マラリア対策)	323
6.	資料	343



## は し が き

当事業団では、昭和45年度から、「大学教授等の保健医療講演等派遣計画」により、医療講演等を通じ、日本が得意とする医学・医療分野についての認識をたかめ、ひいては技術協力の助長をはかるほか、現在協力中及び既に協力の終了したプロジェクトに対し、従前の技術協力のレベルアップ及びプロジェクトに派遣中の専門家にブラッシュ・アップ等を行うことを目的として、開発途上国を主たる対象として、日本のトップレベルの大学教授、医学者等を派遣して来ている。

また、上述以外に期間が比較的長期に亘るものや実態調査や医療機材据付、保守など間接的に技術協力の向上に資するものについては、「単発派遣」で対応を行なっている。

昭和58年度には、「大学教授等の保健医療講演等派遣」事業により、アジア及び太平洋4ヶ国10名、アフリカ及び中近東2ヶ国4名、中南米9か国25名、計15ヶ国39名、「単発派遣」事業により、アジア及び太平洋2ヶ国5名、中南米2ヶ国3名他1ヶ国2名計5ヶ国11名を派遣した。

本報告書は、上記専門家の業務報告書、業務日誌を取りまとめたものである。

派遣専門家は、いずれも第一線で活躍中の医学界屈指の多忙な有識者の方々や技術者の方々である。期間の長短を問わず、国外への派遣は専門家御自身の医療協力への情熱と、所属先の国際協力に対する深い理解に支えられたものであった。ここに御協力を賜った専門家及び関係機関の各位に深甚なる謝意を表する次第である。

国際協力事業団

理事 末 永 昌 介

昭和58年度大学教授等の保健医療講演等派遣計画による派遣専門家一覧

地域名・国名	氏名	指導科目	派遣期間	赴任時現職
①アジア・太平洋				
フィリピン	大井 淑 雄	リハビリテーション医学	1984. 1. 25 ~ 1. 27	自治医科大学整形外科教授
	渋谷 光 柱	"	" 1. 18 ~ 1. 27	同 中央手術部助教授
シンガポール	関場 香	産婦人科学	" 2. 25 ~ 3. 12	岡山大学医学部産婦人科学教授
スリランカ	糸井 素 一	角膜移植	" 3. 22 ~ 3. 31	京都府立医科大学眼科学教室教授
	小玉 裕 司	"	"	同 助手
タイ	小川 秀 興	皮膚科学	1983. 8. 1 ~ 8. 12	順天堂大学皮膚科学教室教授
			1984. 3. 25 ~ 4. 7	
"	高橋 理 明	水痘ワクチン	1983. 9. 1 ~ 9. 14	大阪大学微生物病研究所教授
"	大磯 敏 雄	栄養学	" 10. 30 ~ 11. 6	(財)日本国際医療団 常務理事
"	津田 良 成	医学図書館学	1984. 2. 4 ~ 2. 11	慶応義塾大学文学部教授
"	植松 稔	公衆衛生	"	相模女子大学学芸部教授
②中近東・アフリカ				
スーダン	太田 善 介	内科学	1983. 11. 3 ~ 11. 17	岡山大学医学部第三内科教授
"	関場 香	産婦人科学	"	同 産婦人科学教室教授
トルコ	村松 稔	人口家族計画	9. 10 ~ 9. 19	国立公衆衛生院衛生人口学部長
	笹野 暉 樹	"	"	国際協力事業団医療協力部 医療協力特別業務室長
③中南米				
アルゼンティン	渡辺 英 伸	消化器内科学	1983. 9. 3 ~ 9. 23	新潟大学医学部教授
	朝倉 均	"	"	慶応義塾大学医学部講師
"、ブラジル	保母 須弥也	歯科・補綴学	" 7. 26 ~ 8. 7	国際デンタルアカデミー所長
ボリヴィア	喜納 勇	病理学	" 11. 11 ~ 11. 22	浜松医科大学病理学第一講座教授
"	田中 昇	"	" 11. 19 ~ 12. 1	千葉県がんセンター研究所研究局長
"	細井 董 三	消化器内科学	"	東京都がん検診センター 消化器科医長

地域名・国名	氏名	指導科目	派遣期間	赴任時現職
ブラジル	五島 雄一郎	成人病学	1983.7.16～ 7.25	東海大学付属病院長
"	兼本 成斌	循環病学	" 7.22～ 8.4	同 医学部内科学講師
コロンビア	廣田 映五	病理学	" 7.11～ 7.18	国立がんセンター研究所病理学 第一組織病理研究室室長
"	伊勢 泰	小児悪性腫瘍	" 8.1～ 8.21	同 病院小児科医長
"	西岡 久寿樹	リウマチ学	" 12.1～ 12.9	東京女子医科大学 リウマチセンター副所長
エクアドル	山田 達哉	放射線診断	" 4.19～ 5.2	国立がんセンター放射線診断部長
"	吉森 正喜	消化器内科学	"	同 内視鏡部消化器科医長
グアテマラ	丸山 雅一	大腸X線診断	" 11.12～ 11.20	肺癌研究会付属病院内科医長
"	長廻 紘	大腸内視鏡診断	" 11.13～ 11.20	東京女子医科大学消化器病センタ ー講師
メキシコ	大沢 仁	消化器病学	" 9.9～ 9.21	東京大学付属病院分院内科助手
"	杉浦 光雄	外科医療技術	" 11.16～ 11.23	順天堂大学医学部教授
"	小山 靖夫	大腸癌治療診断	" 12.3～ 12.13	国立がんセンター病院病棟部長
ペルー	中村 恭一	消化管病理学	" 9.16～ 9.23	筑波大学基礎医学系 教授
"	涌井 昭	癌化学療法	" 9.16～ 9.24	東北大学抗酸菌病研究所教授
"	小黒 八七郎	消化器内視鏡学	" 9.16～ 9.26	国立がんセンター病院内科医長
"	萩原 彌四郎	神経薬理学	" 10.31～ 11.6	千葉大学医学部教授
"	奥田 邦雄	内科学	" 11.5～ 11.13	千葉大医学部教授
"	志方 俊夫	肝疾患	" 11.3～ 11.14	国立予防衛生研究所病理部長
ヴェネズエラ	網野 信行	免疫学	" 7.22～ 8.2	大阪大学医学部講師

昭和58年度 単発派遣専門家一覧

地域名・国名	氏名	指導科目	派遣期間	赴任時現職
①アジア・大洋				
ネパール	小林哲夫	医療機器	1983.12.23～ 84.1.15	(株)イナミ・光学部長
タイ	今井一郎	医療機器	8.25～ 8.31	日本電気(株)メデカルシステム 事業部品質保全課
〃	平田恒彦	ハンセン氏病	1983.10.1～ 1984.3.31	国立多摩研究所・主任研究官
〃	小澤利治	〃	1984.3.4 3.25	国立多摩研究所第二研究部 臨床研究室長
〃	佐々木紀典	〃	〃	国立多摩研究所研究部病理研究室 長
②中南米				
パラグアイ及び アルゼンティン	笹野暉樹	特別機械供与にか かかる実態調査	1983.7.18～ 7.31	国際協力事業団医療協力部医療協 力特別業務室長
	大立目信六	〃	〃	福島県立医科大学細菌学講座講師
	磯部克則	〃	〃	(株)東北セントラル据付修理班
③北米				
アメリカ	田中寛	マラリア対策	1983.6.6～ 6.12	東京大学医科学研究所 寄生虫研究部教授
	岡部薫	〃	〃	国際協力事業団医療協力部 管理課長

# 第 1 部

大学教授等の保健医療講演等  
派遣計画による派遣専門家報告書



# I ア ジ ア

フィリピン

シンガポール

スリランカ

タイ





国名 フィリピン  
指導科目 リハビリテーション医学  
派遣先機関 国家身体障害者委員会  
専門家名 大井 淑雄  
赴任時現職 自治医科大学整形外科教授  
派遣期間 1984. 1. 25 ~ 1. 27

## 業 務 報 告 書

フィリピンに於るリハビリテーション医療 (Medical Rehabilitation) の現況とその普及・発展についての諸問題—協力のあり方について

### 1. はじめに

此度私は渋谷光柱助教授とともに、国際協力事業団 (JICA) 並に駐フィリピン日本大使館の要請により、フィリピン国に於る身体障害者の自立およびリハビリテーション (特に医学的リハビリテーション) の普及と発展のためにどのような協力 (技術的, 経済的両面に亘って) が行われるべきかを調査・検討すべく同国を訪問した。

同国に於るリハビリテーションおよび身体障害者対策担当の機関—NCCDP (National Commission Concerning Disabled Persons) は、大統領によって、地道な活動を続けているものであるが、今回はマニラ市及び地方各地に於るリハビリテーション対応の現況を調査すると共に (渋谷助教授担当), NCCDPの主要なスタッフ並に政府関係機関と面談した。

因に我々の教室ではNCCDP並にPGH (Philippines General Hospital) リハビリテーション部とは年来の交流を継続しておりNCCDPのSecretary GeneralであるPGH (UP) Periquet 教授の推挙により、NCCDPに所属するリハビリテーション医1名を本教室に於て1年間研究留学させた経験を有している。(Dr. Lourdes Publico 後述)

また1983年2月にフィリピン国マニラ市に於て開催された「Experts Conference on the Development and Utilization of Local Manpower and Technology for Disability Related Services in the Rural and Poverty Areas of the Asia Pacific Region」に渋谷助教授 (当時講師) が出席し、アジア地域に於る貧困地区でのリハビリテーション普及について討論に参加し、同時に出席された国立身体障害者リハビリテーションセンター初山泰弘研究所長と共に提言を提出している。

### 2. フィリピンに於るリハビリテーション医療の現況と問題点

1) フィリピンに於るリハビリテーション医療は、マニラ市 (メトロマニラ) に極度に集中

されており、一方地方に於るそれはNCCDPの実験的実践の影響下にある極く限られた地域を除いて全く放置されている。またマニラ市（メトロマニラ）に於て実施せられているところのものも、一部の大学病院に於て教育の関連部門として限局的にあるもの、及び国立整形外科病院等の特殊なケースに限定せられ、対応する病床数は極めて僅かである。

- 2) 一方リハビリテーション医療の対象となるべき患者数は、機能の改善を必要とする身障者数と併せて極めて莫大な数にのぼることが推計される。特に一般医療の推進のあり方、受療の実情は、例えばリハビリテーション医療がある程度発展普及したわが国に比し、より一層リハビリテーションサービスを必要とする対象を増加させている現況である。
- 3) 大半の地方に於てはリハビリテーションサービスは全くおこなわれておらず、NCCDPの影響下に於る地域に於ても学校教員、ボランティア、家族等の非医療従事者によって支えられて一部のサービスが与えられているだけである。（それにしてもNCCDPの関係者並にその影響下にある人々の努力は非常に熱心なものであって、そのプライマリーケアに従事しながらの地道な活動には敬意を表さずにはいられない）
- 4) リハビリテーション医療にたずさわるべき専門医師、理学療法士、作業療法士、言語療法士等は、大学教育及びそれに準ずるレベルで教育されている。しかし、理学療法士、作業療法士、言語療法士等は国内に於て職を得られるケースは極めて限られており、国外に流出するもの、リハビリテーションに関係の無い職を得るものが非常に多い。専門医師についても専門性の発揮に関しては問題が多く、主としてそれはフィリピンに於る医療制度—官公立病院は施設が中心であり、私立病院はオープンシステムをとるところが多い—が、リハビリテーション医療という、この国の医療にとっては新しい医療となじみ難いことに寄るところが大きいと考えられる。
- 5) 一方にリハビリテーションサービスの全くの欠如があり、他方に専門職の就業不能があることは極めて大きな矛盾であることは間違いないが、しかしそれは単純にリクルートされて解決するが如き問題でないことは言をまたない。医療技術者（パラメディカルスタッフ）はメディカルの存在があつて、はじめて存在し得るものである。従つてこれは本質的に医療のあり方を検討すべきことがらである。

また非医療技術者によるリハビリテーションサービスは、リハビリテーション医学の正しい知識と理解にもとづく指導と、背後に確立されたリハビリテーション医療を前提としたときはじめて正しい効果を発揮するのみならず、質的前進が期待し得るのであって、リハビリテーション諸サービスの要諦に医学的リハビリテーションが位置づけられないままの非医療技術者の努力はその熱意の大きさに拘らず質的前進を伴わない。（この場面に参加すべき専門医師、専門医療技術者の確保は決して十分ではない。）

- 6) 従つてフィリピンに於るリハビリテーション医療の諸問題を検討するに際しては、従来的一般医療とリハビリテーション医療のかかわりについての考察を前提とすべきであり、なおかつそのことは急務とされるプライマリーケアとの関連におけるリハビリテーション

医療（サービス）の普及を意識して検討されなければならない。

### 3. 検討と目標

リハビリテーション医療は予防医学・治療医学に対し、一般に第三の医学と比定されるが、これは決して第一の医学、第二の医学（予防医学・治療医学をこの様に呼ぶこと自体、問題があるのであるが、ここでは敢えてこの様に唱えるとして）が確立された後にはじめて出現し、位置づけられるべきであることを意味しない。それは世界医学史的発生の意味から、或る意味では哲学論的概念に於て単に並列された場合に於る“一番目の”“二番目の”といった意味で用いられる。けれども医学、医療の発展・普及を考えると、従来の医学・医療とリハビリテーション医学・医療ははっきりと異った概念として把えるべきであり、現実的にはじめから相互に大きく影響を与えあう関係である。相互に発展を促進する関係にある、と言いかえることもできる。前項の2)に述べた如きは当然のことと言えるが、それは“予防”医学と“治療”医学の、相互に影響しあう関係と本質的に同じことである。

現在日本プライマリーケア学会においてもリハビリテーション部門があることを見れば理解の一助となるであろう。

発展途上国に於る医療の問題を考えると、それは単にリハビリテーション医療（サービス）が欠如しているといった角度からのみ把えるべきではなく、それが欠如している状況そのものが医療全般の本質的レベルを低からしめる要因をなしているとも把えるべきであろう。勿論状況として把えるときには、従来の医療の“あり方”（システム、意識、社会的・経済的要因のすべてが、複合してリハビリテーション医療の発生、普及、発展を妨げていると把えられるが、（また実際にそう表出しているが、）それ故にこそ“リハビリテーション医療”の普及を、発展をはかることに協力する意味が大きい。リハビリテーション医療は極めて実践的な医療（サービス）であり、同時にプライマリーな医療でもあるから、その普及の初期段階に於ては一定のコストを必要とするが、その普及に伴う影響の発生もまた迅速且つ大きなものであって、例えば医療全般の水準に与える影響、殊に医療全般のコストに及ぼす影響は強大なものであり、一国のトータル医療コストの低減、民生の向上には多大の貢献をする。（同コストでより高い水準をもたらす。）

身障者がリハビリされて雇用されれば国は財政的にもプラスになることは多くの先進国で証明されているのである。

その意味から言ってフィリピンに於るNCCDPの志向する活動方向は極めて当を得た正しいものと評価することができるが、それはより医学的な科学性に裏づけられたものであるべきであり、全国的レベルに於てより広範なものでなければならないと考える。また折角リハビリテーション医療に従事することを希望している多くの若者達に対し、より多くの機会を与え、量的普及とともに質的発展、向上を保証するものであるべきである。また医師、専門医療従事者、教師、ボランティア、家族等の広範な実践活動と、一般医療従事者（医師を含

む) に対しての教育、啓蒙、宣伝を通じての不断の働きかけによって、実践的に医療の状況を変化させてゆくべきものとする。

#### 4. NCCDPに於るリハビリテーションセンター建設希望に関する検討と提言

以上の全てを包含し、なおかつリハビリテーション医学研究の実行と高揚を究極目標としてわが国のフィリピンに対するリハビリテーション医療協力はなされるべきであるとする。

そして1986年IRMA V (5th World Congress of the International Rehabilitation Medicine Association)がマニラに於て開催せられるという背景のもとに、NCCDPからはわが国の協力によって臨床、教育、研修、研究を包含するリハビリテーションセンターを建設したいという希望案が出されている。これは今回の会談の場に於てMrs. Benedictoなどフィリピン側(NCCDP)の公式な見解であることが確認された。

設立後のoperationの方法、running costなど十分な調査検討を加えるべき必要性のためには必ずしも時期的に一致する必要はない。また性急に事を運んでも必ずしも成功的結果が得られるとは限らない。しかしPerquet教授らフィリピン側の専門医師団としてはかなり具体化した腹案を用意しており、日本側の専門連絡委員とも称すべき者の派遣(自治医科大学整形外科学教室およびリハビリテーションセンター関連の若くて優秀な医師を人選)による緊密な協力によって、このタイムスケジュールはある程度短縮することも可能であろう。

Perquet教授は人員の確保として

P T (理学療法士)	10名 (責任者RICO GUECO)
O T (作業療法士)	5名 ( " MELITA TANTOCO)
S T (言語療法士)	2名 ( " MERCY DE VERA)
臨床心理士	2名
MS W (医療ソーシャルワーカー)	2名
補装具士	2名
教師	2名
リハビリテーション看護婦	30名 (責任者ENORIA SALUTA)
ボランティア	5名
ヘルパー・アシスタント	10名

を考えている。なお肝腎の医師団はPerquet教授の主宰するフィリピン国立大リハビリテーション科の専門医7名がこれにあたり、また協力他科医師団として整形外科、神経内科など約10名を予定しているとのことであった。

またPerquet教授らは150~200床の病床を持つ病院が附属している研究所形式の施設を建設することを希望しているが、当方の専門的分析では慢性疾患病棟は急性疾患病棟の大凡3倍というのが一般に受け入れられている考えであるからマニラ周辺の大病院の急性

科の病床と比較して150床ぐらいでも妥当である。そのrunning costについては1月27日夜の会議に出席したValdepeñas 長官との3時間余にわたる討議の末政府側からの財政措置の可能性は十分と考えられ、またBenedicto 夫人は新たに財団 (foundation形式) を作ってその研究所のrunning costの援助をする意志のあることを明言した。

いずれにしても、このPeriquet 教授自体のフィリピンにおけるリハビリテーション医学での影響力、行動力、政治力が抜群であるのに加えて、スポンサーシップを申し出ている協力者達の顔触れは本プロジェクトが施設建設後の円滑な運営を十分期待できるものと思われる。なおフィリピン国立大学リハビリテーション医学科の傘下にあつて慢性疾患を受け入れる病院やリハビリテーションセンターも数が多いので(渋谷レポート参照)、一括して利用出来るであろう。臨床医学としてのリハビリテーション医学のレベルはPeriquet 教授が小生と同じNew York University Medical CenterのHoward A. Ruskの門下であることからほとんど同一であろうと思われる。またPeriquet 教授との年来の交際を通じて1981年~82年にかけて約1年間Periquet 教授の右腕となっているLourdes Publico 医師を自治医科大学リハビリテーションセンターにおいてvisiting fellow およびresearch fellow として仕事をしてもらったが問題はなかった。ただし臨床研究という面になるとフィリピン医学全体が日本のそれに比較して低いレベルと考えられるので名実共に東南アジアにおける中心とするべく研究面での本邦よりの技術援助はしばらくの間必要であることは間違いない。単なる病院の建設と異なり研究、診療そして教育を行うことの出来る研究所がこのマニラのリハビリテーション医学研究所の義務であるべきである。当教室としては全面的にプライマリーケアの精神をふまえて援助することを惜しまない。従つて当研究所設立のプロジェクトをJICAが具体化されることは、現在世界各国において活躍し成果を挙げているJICAの種々のプロジェクトの中でも遜色がなく、またフィリピンの心身障害者に対する福音も大きいので、前向きに推進されることを希望しかつ提言するものであるが、つぎの二三の点を詳細に取り決める必要がある。

1) 研究所の設立規模、維持経費の概算

2) 研究所のman power の概略の決定 (Periquet 教授のそれにはresearch laboratory の人件費、costが考慮されていない)

3) running cost のフィリピン側の各種団体分担の割合

private bed よりの収入	A%
政府の予算援助よりの収入	B%
財団などの収入	C%

最後に今回の渡航に際しJICAマニラ事務所長御手洗氏、Mr. Araiのperfectなお心遣いに深謝するものである。

業 務 日 誌

月 日	曜 日	内 容
1. 25	水	<p>①成田International Airport より定時刻発 (10.45) Manila空港着定時 (TG 625) 現地時間 2.45PM JICA Arai 氏の出迎を受く。</p> <p>②Manila Garden Hotel check in (3.20PM)</p> <p>③JICA事務所長御手洗氏に挨拶, preorientation meeting (4.00~4.30PM)</p> <p>④6.30PMよりArai氏, 御手洗氏, 大使館Dr. Takahara, Dr. Shibuyaとmeeting, primary care と rehabilitation medicine の関連につき欧米先進国、日本そしてフィリピンにおける現状の把握に関するgeneral discussion (6.30~10.30PM)</p>
1. 26	木	<p>①気候は高温多湿とのことであったが意外に快適。</p> <p>②国民投票準備日となり急拠休日となったため公式スケジュールの一部キャンセルとなる。</p> <p>③フィリピン国立大学医学部リハビリテーション科主任教授Dr. Periquet Manila Garden Hotel に来られ挨拶。</p> <p>④Dr. Shibuya (Jichi Medical School)より今回の出張に関する報告を受ける。(AM10.00~12.00 at Hotel)。</p> <p>⑤Holiday Inn Manila にてリハビリテーション医学研究所設立に関する公式meeting を行う (PM5.00~9.00)。</p> <p>出席者 日本側 大井淑雄 自治医大教授 波谷光柱 自治医大助教授 Dr. Takahara フィリピン大使館 Mr. Arai JICA</p> <p>フィリピン側 Mrs. Benedicto NCCDP会長 Mr. Valdepeñas Minister of NEDA Prof. Periquet フィリピン国立大教授 Dr. Publico NCCDP主任医 Mrs. Gonzales NCCDP事務長</p>

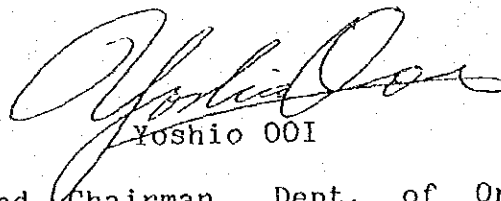
月 日	曜 日	内 容
1. 27	金	<p>⑥Hotel Century にて日本側検討会，出席者  Dr. Takahara  Mr. Arai  Prof. Ooi  A. Prof. Shibuya (9.00～10.00PM)。</p> <p>①10.00AM Mr. Arai のエスコートにてホテル出発  ②PANAM 12.00の便にて定刻出発  成田国際空港PM5.00着，帰国</p> <p>最後にJICA マニラ事務所のMr. Arai の完璧なarrangement  に謝意を表すものである。</p>

# JICHI MEDICAL SCHOOL

MINAMIKAWACHI-MACHI KAWACHI-GUN.

TOCHIGI-KEN. JAPAN 329-04

Present Conditions and Problems in the Way of Spread and  
Development of Medical Rehabilitation in the Philippines -  
How to Cooperate



Yoshio OOI

Professor and Chairman, Dept. of Orthopedics and  
concurrently Director of Rehabilitation Center, Jichi  
Medical School

## 1. Introduction

We, Asst. Prof. Koji Shibuya and myself, have recently visited the Republic of the Philippines, at the request of the Japan International Cooperation Association (JICA) and the Japanese Embassy in the Philippines, to investigate and study how Japan could best cooperate, technically and economically, in the spread and development of rehabilitation (especially medical rehabilitation) to reinstate the physically handicapped there.



# JICHI MEDICAL SCHOOL

MINAMIKAWACHI-MACHI KAWACHI-GUN.  
TOCHIGI-KEN. JAPAN 329-04

- 2 -

Whereas the NCCDP (National Commission Concerning Disabled Persons) responsible for the rehabilitation of and measures for the disabled under a presidential ordinance is making honest efforts toward the purposes, we have looked into the actual rehabilitation measures in Manila City and various provincial districts (Asst. Prof. Shibuya) and had talks with the NCCDP staffs and officials in the governmental agencies concerned.

Incidentally, our Department has been holding intercourse with the NCCDP as well as the Rehabilitation Department of PGH (Philippines General Hospital) for many years. On the recommendation of Prof. Periquet at PGH and Secretary General of NCCDP, we have accepted a rehabilitation physician belonging to the NCCDP as a research fellow for one year in 1983. Also, Asst. Prof. Shibuya has attended at the conference "Exports Conference ... " held in Manila City in February 1983, participated in a discussion session on rehabilitation in the poverty-stricken areas in Asia, and submitted a proposition together with Director Yasuhiro Hatsuyama, of the Japanese National Rehabilitation Center for the Physically Handicapped who also attended the conference.

# JICHI MEDICAL SCHOOL

MINAMIKAWACHI-MACHI KAWACHI-GUN.  
TOCHIGI-KEN. JAPAN 329-04

- 3 -

## 2. Present Conditions and Problem Areas of Medical Rehabilitation in the Philippines

1) Medical rehabilitation in the Philippines is mostly concentrated in Manila City (Metro Manila), while that in the provincial districts is almost neglected with the exception of quite a few experimental practice by the NCCDP. Even in the Metropolitan Manila, the scope is still limited to that offered in some large hospitals in connection with medical education or by the national hospitals specializing in orthopaedic surgery, and the number of beds is rather few anywhere.

2) In contrast, the number of patients for medical rehabilitation candidates including those in need of functional improvement is considered enormous. Basically the need of rehabilitation service is considered to be much more than that of Japan, because of not-very-satisfactory progress of general medical care and opportunities of the people to receive it.

3) In most districts, there is no rehabilitation service at all, and even in districts under the influence of the NCCDP the service is only partial being supported by such non-medical personnel as

# JICHI MEDICAL SCHOOL

MINAMIKAWACHI-MACHI KAWACHI-GUN.  
TOCHIGI-KEN. JAPAN 329-04

- 4 -

school-teachers, volunteers, family members and the like. (Nevertheless, the ardent efforts of those connected with the NCCDP and their sympathizers are impressive and I really admire their honest activities on the side of their primary care.)

4) Those who are involved in medical rehabilitation as professional staffs, namely, physiatrists and other doctors, physical therapists, occupational therapists, speech therapists, etc. are all educated in the university or institutions at that level. However, physical, occupational and speech therapists can seldom obtain employment as such in home, and many of them have to seek their positions abroad or engage in occupations here not related to rehabilitation. With regard to specialists, on the other hand, they are not infrequently offered positions where they are unable to give full play to their expert knowledge and skill. Perhaps, this is largely due to current medical care system in this country - the governmental and public hospitals are placing the main emphasis on medical treatment, while private hospitals are mostly operating on an open system - does not well comply with this new form of medical care or rehabilitation.

# JICHI MEDICAL SCHOOL

MINAMIKAWACHI-MACHI KAWACHI-GUN.  
TOCHIGI-KEN. JAPAN 329-04

- 5 -

5) This fact that there is a complete lack of rehabilitation service on one side and an absence of working opportunities for specialized rehabilitation personnel on the other is obviously a gross contradiction. However, this is of course not a problem to be solved simply by recruiting such personnel, either. In this connection, it must be pointed out that the paramedical staff can exist only when there is the medical staff. And the drastic solution of this problem should be sought by studying how the medical care must be.

On the other hand, rehabilitation service by non-medical personnel is expected truly effective and conducive to progress only under the guidance by the qualified instructor as to the correct knowledge of medical rehabilitation and with the established medical rehabilitation setup at the back. Therefore, if various rehabilitation services by non-medical personnel have not been properly oriented in the medical rehabilitation, their efforts however hard they may be will be in vain, accompanied by no qualitative advance. (It is not easy to secure specialists and specialised therapists to take part in this work.)

# JICHI MEDICAL SCHOOL

MINAMIKAWACHI-MACHI KAWACHI-GUN,  
TOCHIGI-KEN, JAPAN 329-04

- 6 -

6) On studying various problems on medical rehabilitation in the Philippines, therefore, the first prerequisite should be to make clear the relationship between the conventional general medical care and medical rehabilitation. And this is to be done with the spread of rehabilitation service in mind as it relates to the primary care that is needed urgently.

### 3. Discussion and Goals

Against the prophylactic medicine and therapeutic medicine, medical rehabilitation is often called the tertiary medicine. However, this does not mean that medical rehabilitation came only after the primary and secondary medicines (calling the prophylactic and therapeutic medicines this way is itself problematic, but putting aside the argument for the moment) and may well be oriented so. This is however called so simply as seen from the world medical history or from a philosophi-concept. Nevertheless, when we think of the development and spread of medicine and medical care, we can clearly distinguish in concept the rehabilitation medicine and care from the conventional medicine. And we can recognize that these stand in a relation to

# JICHI MEDICAL SCHOOL

MINAMIKAWACHI-MACHI KAWACHI-GUN,  
TOCHIGI-KEN, JAPAN 329-04

- 7 -

influence greatly with each other. These promote development mutually. The situation as pointed out under 2) of the preceding section is in a sense a natural course of matters, which is essentially the same as the mutual influence between the prophylactic and therapeutic medicines. This is easily seen from the fact that the Japanese Society for Primary Care has a section for rehabilitation.

When considering the medical care problems in developing countries, they should not be grasped only from the angle of the lack of rehabilitation service. We must also know that the lack of such service itself is working to pull down the overall medical care level in the country. Of course, the situation can be taken as an outcome of a multiple of factors in the past (medical care system, medical care mind, social and economic causes) barring the growth, spread and development of medical rehabilitation, and it actually is. Indeed, this is what makes it all the more meaningful for us to cooperate in the spread and development of "medical rehabilitation."

Medical rehabilitation is a very practical service as well as very basic. It does cost initially,

# JICHI MEDICAL SCHOOL

MINAMIKAWACHI-MACHI KAWACHI-GUN.

TOCHIGI-KEN. JAPAN 329-04

- 8 -

but it bears a large fruit rapidly. For instance, its effects on the overall medical level, especially on the medical care cost, are significant, contributing greatly toward reducing the nation's total medical care expenditures and elevating its social welfare. (Or higher standards at the same cost.) If disabled persons are rehabilitated and re-employed successfully, they have to pay taxes and it adds to the national wealth as has been demonstrated in many advanced countries (U.S.A. etc.). In this sense, the NCCDP's activities in the right direction should be evaluated very highly. But they may well be backed up more by the medical science, and be further supplemented with the efforts to afford many willing young people opportunities to work for this worthy cause of rehabilitation, thereby to achieve greater qualitative development and progress. Also, I believe efforts should be made to address through constant education, enlightening and propaganda to physicians, specialized therapists, teachers and family members for wider practical activities so as to bring about better medical care conditions.

# JICHI MEDICAL SCHOOL

MINAMIKAWACHI-MACHI KAWACHI-GUN.  
TOCHIGI-KEN. JAPAN 329-04

- 9 -

## 4. Examination of and suggestion for the desire of NCCDP for early construction of rehabilitation center

Japan's medical service cooperation for rehabilitation should be supplied to the Philippines with all the above included and the execution and uplift of the study of rehabilitation medicine set as a final goal. In consideration of the opening of IRMA V (5th World Congress of the International Rehabilitation Medicine Association) in Manila in 1986, a strong desire to construct a Rehabilitation Center comprehensive of clinical, educational, training and study under Japanese cooperation was postulated by NCCDP. This was confirmed at the meeting with Philippine side including Mrs. Benedicto as the official opinion. However, the construction does not necessarily be completed by that time because there still exist a several factors to be investigated further (careful investigation, how to operate after establishment, running cost, etc) and hasty progress will not necessarily produce a successful result. The group of specialized Philippine doctors including Professor Periquet has a very concrete plan in its mind. So-called specialized liaison members dispatched from Japan (young and excellent doctors from the orthopedic classroom of the Jichi Medical School and those



# JICHI MEDICAL SCHOOL

MINAMIKAWACHI-MACHI KAWACHI-GUN.  
TOCHIGI-KEN. JAPAN 329-04

- 10 -

related to the rehabilitation center) could reduce this time schedule in close cooperation with the group. Professor Periquet intends to secure the following personnel:

PT 10 (Chief : Rico Gueco)

OT 5 ( " Melita Tantoco)

ST 2 ( " Mercy De Vera)

Psychologist 2

NSW 2

Prosthetist a/o orthofist 2

Teacher 2

Rehabilitation Nurse 30 (Chief : Enoia Saluta)

Volunteer 5

Helper a/o assistant 10

For the group of specialized doctors, Dr. Periquet stated that he will furnish seven Physiatrists from the Rehabilitation Dept. of the Philippine National University under his presidency, and will also supply about 10 orthopedists and neurogists as cooperating doctors.

Professor Periquet desires that institute type facilities to which a hospital with 150 to 200 beds is annexed be constucted. Our special analysis indicated that a hospital with about 150 beds will be adequate in comparison with the acute disease wards in large hospitals located around

# JICHI MEDICAL SCHOOL

MINAMIKAWACHI-MACHI KAWACHI-GUN.

TOCHIGI-KEN. JAPAN 329-04

- 11 -

Manila, because, in the general opinion, the chronic disease ward should be three times as large in scale as the acute ward.

As for the running cost, more than three hours of discussion with Administrator, Mr. Valdepeñas in a meeting held on the night of January 27 revealed the possibility of financing from the government. In addition, Mrs. Benedicto said definitely that she will establish a new foundation to provide assistance for the running cost.

In any case, judging from Professor Periquet's distinguished influence, activity and political power in rehabilitation medicine in the Philippines, and considering the cooperators who are offering sponsorship, it is expected that this project will be smoothly managed after the facilities have been completed. Besides, as there are many hospitals which are prepared to accept chronic ill patients under the influence of the Rehabilitation Medicine Department of the Philippines National University, (according to Shibuya's report), they are also available. The level of rehabilitation medicine as a clinical medicine seems to be almost same as ours, since, like me, Professor Periquet has studied under Professor Howard A. Rusk. Moreover, Dr. Lourdes Publico, Professor Periquet's right-hand lady has

# JICHI MEDICAL SCHOOL

MINAMIKAWACHI-MACHI KAWACHI-GUN,  
TOCHIGI-KEN, JAPAN 329-04

- 12 -

worked at the Jichi Medical School Rehabilitation Center for one year from 1981 to 1982 as a research fellow through my long-term, trouble-free friendship with Professor Periquet. However, as for clinical study, the whole level of medicine in the Philippines is considered to be lower than that of Japan, it will definitely be necessary to continue employing a technical assistant from Japan for the time being in order for the institute to play a leading part in South East Asia. It should be the duty of this Medical Rehabilitation center in Manila to carry out research, treatment and training different from that already established in hospitals. Our department spares no effort in assisting it with the responsibility of primary care. Accordingly, if this project materializes with the aid of JICA, we believe it will not be inferior to any other projects undertaken by JICA and will be of great help to disabled people in the Philippines. Therefore, we sincerely hope to promote this project, after due consideration to the following details:

- 1) Estimate of the initial plan and running costs of the center.
- 2) Deciding an outline of the Center's man power.  
(research laboratory's personnel expenses and costs are not taken into consideration in Professor Periquet's estimate)

# JICHI MEDICAL SCHOOL

MINAMIKAWACHI-MACHI KAWACHI-GUN,  
TOCHIGI-KEN. JAPAN 329-04

- 13 -

3) The ratio of running costs for each group on the  
Philippines side will be:

Income from private beds	A %
Income from Government budget aid	B %
Income from foundations	C %

Finally, we sincerely thank Mr. Mitarai and Mr. Arai of the  
JICA Manila Bureau for their thoughtfulness.

国名 フィリピン国  
指導科目 リハビリテーション医学  
派遣先機関 国家身体障害者委員会  
専門家名 渋谷光柱  
赴任時現職 自治医科大学中央手術部助教授  
派遣期間 1984. 1. 18 ~ 1. 27

## 業務報告書

### 1. フィリピン国の身体障害者対策のアプローチ

1月18日、マニラ国際空港から日本大使館に直行、一等書記官R. TAKAHARA 氏に挨拶、席上フィリピン国における身体障害者対策をいかにすべきかについて討論があった。

私が1983年2月21日～3月2日にフィリピンで行なわれた国連の Expert Conference on the Development and Utilization of Local Manpower and Technology for Disability Related Services in Rural and Poverty Areas of Asia-Pacific Region に出席した際、検討し作製し、この Expert Conference に recommend した私案（渋谷、初山（国立リハビリテーションセンター）作製）（資料1, 1'）について説明した。

TAKAHARA 氏より、フィリピン国では研究施設が少なく、その水準が低いため頭脳流出が多いので、優秀な人材確保のためにも2～3の高水準の研究施設を備える必要があり、これに対する対策も考えねばならぬとの提案があった。1月19日NCCDPとDr. TAKAHARA, JICAのmeetingがあり、Dr. TAKAHARA 氏より本プロジェクトの概要（資料2）が説明され、渋谷、初山私案（資料1, 1'）をたたき台にしてフィリピン国身体障害者対策について検討するとして資料を全員に配布する。これらの事柄をふまえた上で医療施設の視察、身体障害者対策の実際について調査することにした。

### 2. 医療施設の視察、医療一般についての見聞および問題点

- 1) Chinese Hospital: private
- 2) De San Juan De Dios Hospital: private
- 3) Philippine General Hospital: governmental
- 4) Veterans Hospital: governmental
- 5) Paranaque Hospital: private
- 6) Dr. Jose P. Rizal National Medical & Research Center: private (Dasmariñas, Cavite)
- 7) National Orthopaedic Hospital: governmental
- 8) NCCDP Bacolodo Branch (Bacolodo): governmental
- 9) Bacolodo Medical Center (Bacolodo): private

#### 10) Baguio Medical Center (Baguio): governmental

上記医療施設を視察、1), 2), 3), 4), 5), 7) はマニラ市内にあり、小規模ながら、リハビリテーションやセンターを有している。リハビリテーション専用ベットは3) に10床あるのみである。公立の病院が少なく、私立病院の charity bed の割合が少ない。主に整形外科リハビリテーション施設を視察、身体障害者につながり得る疾患について見聞した。脊椎カリエスが多く、これによる下肢麻痺、長期臥床による下肢関節拘縮を合併した患者が少なくない。変形性膝関節症、変形性股関節症、交通事故による四肢変形、関節拘縮、四肢切断などが多い。

#### 問題点 I

患者が負担する医療費が高くなっている。

① Charity beds が少ない

② private bed を使用すると

medication fee

roomcharge: 100 ~ 900 ペソ / 1日

docter charge: one visit 100 ペソ以上

などの費用が患者負担となる。さらに医療が専門化されているために複数の診療科の医師の診察、処置を受けることになるので患者の負担は増々大となってきている。

#### 問題点 II

低所得者が多くなっている。

- ・ネグロス島の砂糖キビ畑で働いている農民：10人家族で1日の収入：約10ペソ
- ・パラワン島の魚加工場で働いている人々：1カ月100ペソ
- ・マニラ市内の食堂のウェイトレス：日収12ペソ
- ・マニラ市内の中小ホテル従業員（男）日収 約20ペソ
- ・ネグロス島のNCCDPモデル地区 TALISAY 部落の義務教育就学率約70%

#### 問題点 III

身体障害者が低所得者層に多い

- ・資料3 (National Health Survey October, 1978) による

#### 問題点 IV

身体障害者はフィリピン全土に分布している。

- ・資料3および4 (National Health Survey, October, 1978) による

#### 問題点 V

身体障害者化のプロセス

主に問題点 I, II の原因による。

- ・慢性で乳児期からの疾患（脳性麻痺、内反尖足など）：放置 → 悪化 → 日常活動動作の低下 → 介助を要するようになる。

- ・急性疾患（脳卒中など）：救命後治療の中断 → 家庭で放置 → 日常活動動作の低下 → 介助を要するようになる。
- ・脊椎カリエスなど長期治療を要する疾患：長期療養のため医療費が続かず，リハビリテーションまでできない → 帰宅，放置 → 日常生活動作の低下 → 介助を要する身体障害者となる。

#### 問題点VI

身体障害者が増加している。

- ・人口増加に比しcharity bedsが増えていない。
- ・医療費が高くなってきている。このため治療を受けないで，あるいは治療を中断せざるを得ず，家庭で介助を受けなければならぬ身体障害者が急速に増加している。（NCCDP調べ）。このため対策を急ぐ必要がある。

#### 問題点VII

身体障害者介助のため労働力が減少している。

### 3. 身体障害者対策案

- ・身体障害者がフィリピン全域に多数分散しているので技術協力のみでは解決されない。
- ・フィリピン人の国民性として家族の協力性が強い。特に弱者を助けようとする心は強いものがある。これらのことからlocal man powerを利用してこの対策にあたるのも一案と思われる。
- ・フィリピン国の身体障害者には障害者自身およびその介助者に知識と手段を与えれば自立可能となる人達が多数いる。身体障害者が自立すれば，労働力が増加することは言うまでもない。

以上のことから先に示した渋谷，初山私案が最もよい法策であると思われる。

渋谷，初山私案の検討

A. Branchesを次の地域に設ければフィリピン全域をカバーできる。

- 1) Tuguegaro
- 2) Baguio
- 3) Dasmariñas Cavite (マニラ南西方)
- 4) Legaspi\*\*
- 5) Puerto Prinsesa (Palawan)\*\*
- 6) Iloilo
- 7) Bacolode (Negros)
- 8) Cebu
- 9) Tacloban\*\*\*
- 10) Cagayan de Oro

## 11) Davao

このうち※印以外ではすでに公立病院内にあるいは独立してリハビリテーション施設があり、これらを NCCDP プロジェクトが使用し得る。※印の地域については公立病院があり、現在リハビリテーション施設はないがその一隅にリハビリテーション施設を備えた branch を設け得る (Prof. Periquet) Tacloban には病院新築中でこの一隅に branch を設けうる。したがって新たに設けねばならぬのは 4 ケ所である (資料 5) 設備に関しては Bacolodo Branch を除いていづれも不十分で、これを補う必要がある。(Bacolodo, Dosmarinas, Carite を視察)

これらの各 branches から理学療法を必要とする各種身体障害者 (対麻痺, 片麻痺, 関節疾患, 小児麻痺, その他) 10 名程度づつセンターに送り, また同時に数名の local supervisor, supervisor をセンターに送り, センターでは身体障害者とこれらを介助, 指導する人々を教育する。多くの身体障害者を早く level up するために短期 (1 カ月位) ~ 中期 (3 ~ 5 カ月位) の理学療法, 教育が適当であると思われる。センターではこの様な短期 ~ 中期の指導を次々と行ない各 branch に送り返し, branch では Supervisor, local supervisor を中心として身体障害者の理学療法を続行し, その輪を広げてゆく。

## B. Center

1) 設定する場所は行政, 医療の中心地であるマニラ市あるいはケソン市がよい。

NCCDP 側はケソン市内の NCCDP 事務所に隣接する Veterans Medical Center 敷地 (軍用) 内に 50 ヘクタール確保し得ると言っている。(資料 6 C 地図), 資料 7 (写真)。この場所であれば近くに Childrens City Hospital, Veterans Medical Center Philippine Kidney Center などの医療施設, 政府の医療機関などがあり JICA Project としての宣伝効果もあり適当である。

2) 規模

Center の大きさは branches の数, Supervisor, local supervisor の教育効果を考えれば 150 ベット程度が適当である。

3) 教育, 医療 staff

医師: リハビリテーション医

整形外科医

内科医

小児科医

精神科医

などの医師団からなる。: 約 10 名

理学療法士 5 ~ 7 名 職業訓練士 3 名 言語療法士 2 名

事務職員

以上の者を確保し得る (Prof. Periquet)



4) 頭脳の流出の防止、優秀なスタッフの確保のためにも筋電図、筋力の評価などリハビリテーションに関係ある高水準の研究施設を設けることが望ましい。したがってセンターの名称もフィリピンリハビリテーション医学研究所 (Philippine Rehabilitation Institute) とする方が望ましい。

#### 5) Running Cost

Center, Branches の諸費用、身体障害者 Supervisor 等の輸送費用などすべての running cost は NCCDP 側で負担し得る。これに関しては、1月26日PM 5:30~9:00の会議でフィリピン財界要人 Julito C. Benedicto (NCCDP 会長) および政界要人 Vicente B. Valdepenas Jr (minister of National Economic Development Authority (NEDA)) が確約した。

#### 4. 結 論

フィリピン国では低所得者が多いこと。

患者が負担する医療費が高額であること、患者を介助する人達のリハビリテーションに関する知識が少ないことなどが理由で患者が在宅のまま放置され身体障害化してゆく者、次第に高度な身体障害者となっていく者が多い。これらの患者を在宅のまま放置することなくリハビリテーションを行えば、身体障害者とならずにすむ者、身体障害者であっても、自立生活ができる者がかなり居る。これらはフィリピン国内の労働力の増加につながる。フィリピン全域にこの様なリハビリテーションの輪を広げるためには渋谷、初山私案が適当である。branches の整備、Rehabilitation Institute (Center) の設立が必要となる。Man power, running cost はフィリピン側で負担し得る。この様な Project が早くスタートすればそれだけ救われる人が多いはずである。

おわりに

蝶のコレクションが私の趣味で、東南アジアの山村部に採集に出る機会がかなりありました。その折、放置されている身体障害者がかなり居るのを知り、整形外科医として、リハビリテーション医としての目からまたアジアの仲間として何かしてやらねばならないと常々思っていました。今回私をこの地域の身体障害者対策指導専門家の一員に加えて下さったことは、私にとって大変うれしいことでもあります。私の今回の仕事は身体障害者対策に種をまいただけのことですが、これが芽を出し、花を咲かせ、実る日が1日も早く来ることを願っています。ありがとうございました。

業 務 日 誌

月 日	曜 日	内 容
1. 18	水	<p>JAL741便9:40定刻に成田空港発→マニラ13:05定刻着。空港にJICAのMr OSAMU SAEKIの出迎えを受けた。同氏とともに日本大使館へ直行。一等書記官 RYOJI TAKAHARA, MDに挨拶。席上フィリピンにおける身体障害者対策に関し意見を交換。</p> <p>1/19以後のスケジュールを聞き、4:40 PM SAEKI氏に送られて、Manila Garden Hotelに check in。</p>
1. 19	木	<p>8:15 SAEKI氏の出迎えを受け Hotel 出発。Holiday Inn Manila 会議室にて JICA と NCCDP との meeting。</p> <p>出席者 日本側</p> <p>渋谷光柱 (JICA 医療専門家, 自治医科大学助教授)</p> <p>OSAMU SAEKI (JICA マニラ事務所)</p> <p>RYOJI TAKAHARA (First Secretary, MD, 日本大使館)</p> <p>NCCDP 側</p> <p>JULITA. C. BENEDICTO (NCCDP 会長)</p> <p>ANTONIO. O. PERIQUET (NCCDP director, フィリピン大学教授)</p> <p>フィリピン国における身体障害者対策プロジェクトの概要について TAKAHARA 氏より説明があった。</p> <p>1/19 PM ~ 1/24 のスケジュールを NCCDP から受け取る。</p> <p>1/19 PM. Prof. A. O. PERIQUET の案内により次の施設を視察。</p> <p>① Chinese Hospital (私立)</p> <p>② De San Juan De Dios Hospital (私立)</p> <p>③ Philippine General Hospital (公立)</p> <p>④ Veterans Hospital (軍のもの)</p> <p>⑤ Paranaque Hospital (私立)</p> <p>③の PGH では整形外科 chairman R. S. Recto および co-chairman A. Montalban に会い医療事情を聞く、整形外科で身体障害者につながり得る疾患 (脊椎カリエスなど) が多いのに驚く。</p> <p>④の Veterans Hospital 敷地内に NCCDP が使用し得る土地 5.0 ヘクタールがあるとのこと。この土地を見る (報告書参照)。</p> <p>9:30, Hotel 自室に戻る。</p>

月	日	曜日	
1.	20	金	<p>AM8:30から Dasmarinas Cavite 視察。</p> <p>マニラより南方, 車で約2:30の田舎。air-conなしのワゴン車での出張は大変であった。Dr. Jose P. Rizal National Medical &amp; Research Center 訪門, I. M. Davin, MD. その他 staff と会う。</p> <p>PM マニラに帰り遅い昼食後 National Orthopaedic Hospital (公立) 訪門, Director J. M. Pujolte に appointment をとってあったが都合悪く会えなかった。consultant orthopaedic surgeon R. C. Saguin M. D. に案内された。</p> <p>すべて charity beds のためか病院は大変混雑していた。患者は廊下にもねかされていた。750 ベットの整形外科専門の病院としてはリハビリテーションルームは狭い。脊椎カリエスの患者が多く, 入院期間も長い。抗結核剤として日本ではポピュラーなりハンピシンが高価なためなかなか使用できないとのことであった。変形性膝関節症, 変形性股関節症, 交通事故による四肢変形, 切断など身体障害者につながる患者が多い。</p> <p>5:50 発 Bacolodo 行きのジェット機で Bacolodo へ, 所要時間約1時間。Bacolodo 空港で Primitivo T. Cammayo M. D の出迎を受けた。彼とは1983.2の国連の身体障害者対策専門家会議以来の出会であった。折しも Bacolodo で WHO の身体障害者に関する会議が開かれており, この夕食パーティに joint した。1年前に合った地元の有力者達多数に再会した。日本からは国立身体障害者リハビリテーションセンター 服部兼敏氏も出席していた。</p>
1.	21	土	<p>Bacolodo NCCDP branch を訪門, 視察 } P. T. Cammayo M. D Bacolodo Medical Center (私立) 視察 } の案内による。</p> <p>P. T. Cammayo M. D. 宅訪門。</p> <p>12:00 発のジェット機でマニラ空港へ。</p> <p>マニラ空港で Prof. A. O. PERIQUET の出迎を受け Manila Garden Hotel に帰る。</p>
1.	22	日	休 み
1.	23	月	<p>Prof. A. O. PERIQUET, L. Sn. PUBLICO, M. D (NCCDP, M. D.) とともに Baguio へ, 昼食をはさみ車で4時間半。</p>
1.	24	火	<p>上記2名とともに Baguio Medical Center (公立) 視察。</p> <p>整形外科医長 Glorifino M. Juan Jr. M. D に appointment をとって</p>

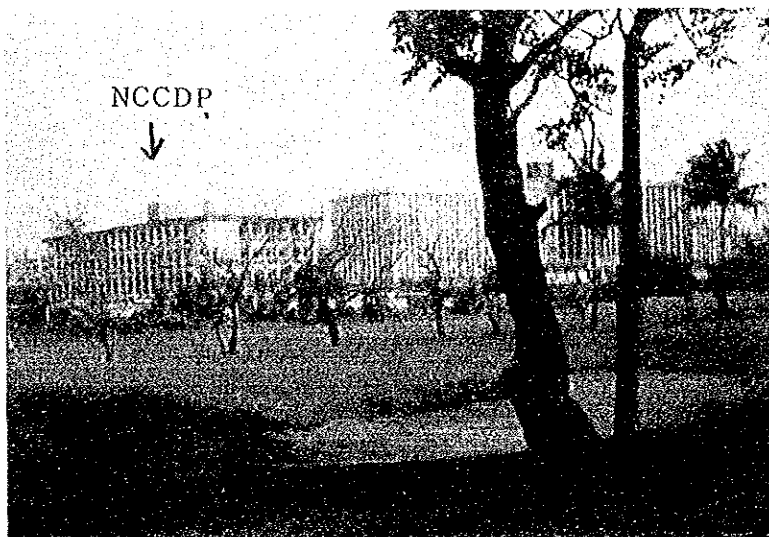
月 日	曜 日	内 容
1. 25	水	<p>あったが不在。P. R. Olongid M. D. の案内を受ける。</p> <p>リハビリテーションセンターがあったが現在使用されていない。NCCDPのbranchとして使用し得る設備はほとんどない。PT 1人。</p> <p>Bacolodo市内，周辺を視察 → マニラへ。</p> <p>大井教授の到着を待つ。</p> <p>大井淑雄教授とともにJICA. HIROYUKI ARAI氏の出迎を受け JICA マニラ事務所でAKIHIRO MITARAI氏に挨拶。</p> <p>Manila Garden Hotel内レストランで夕食会。</p> <p>出席者 渋谷光柱，大井淑雄，R. TAKAHARA, A. MITARAI, H. ARAI</p>
1. 26	木	<p>急遽 national holiday となったので，予定してあった NEDA (National Economic Development Authority) 訪問を中止。</p> <p>1 / 18 ~ 1 / 25 までの見聞，所感を大井淑雄氏に報告。</p> <p>5 : 30 PMより Holiday Inn Manila の会議室で会議。</p> <p>出席者</p> <p>日本側 渋谷光雄，(JICA医療専門家，自治医科大学助教授)</p> <p>大井淑雄 ( " " 自治医科大学教授)</p> <p>RYOJI TAKAHARA (日本大使館一等書記官，M. D.)</p> <p>HIROYUKI ARAI (JICA マニラ事務所職員)</p> <p>NCCDP側</p> <p>JULITO C. BENEDICTO (NCCDP会長)</p> <p>VICENTE B. VALDEPENAS Jr.</p> <p>(Minister of NEDA)</p> <p>ANTONIO O. PERIQUET (NCCDP director フィリピン大学教授)</p> <p>AIDA GONZALES (NCCDP主任理学療法士)</p> <p>日本側からフィリピン国身体障害者対策 JICA projectの構想が示された。</p> <p>NCCDP側から用地の確保，man power, running cost について具体的に示された。(報告書参照)</p> <p>本 project 開始の時期についても話し合いがあったが，NCCDP側からできるだけ早く始めて欲しいとの要望があった。</p> <p>9 : 00 会講を終る。</p>

月 日	曜 日	内 容
1. 27	金	<p>9:00 PM~10:00 PM</p> <p>日本側検討会（近くのホテルにて）</p> <p>出席者 渋谷 光柱 大井 淑雄 RYOJI TAKAHARA HIROYUKI ARAI</p> <p>Manila Garden Hotelをcheck out</p> <p>10:00 AM ARAI氏に送られてマニラ国際空港へ。</p> <p>12:00 PANAM 012 便にて成田へ。</p> <p>5:00 PM 定刻に成田国際空港へ着，帰国。</p>

NCCDP事務所からみた建設予定地



建設予定地からみたNCCDP事務所



Recommendation to Expert Conference on the  
Development and Utilization of Local Manpower  
and Technology for Disability Related Services  
in Rural and Poverty Areas of the Asia -Pacific  
Region

By Koji Shibuya, M.D.  
Yasuhiro Hatsuyama, M.D.  
Japan

I recommend the following manpower system for providing rehabilitation services for disabled persons who are living in rural or poverty area.

1. Local Supervisor

Local supervisor is the person who help disabled persons attain independence. School teacher, parents and other personnel concerned with social services who are living in the same community as of disabled persons could be local supervisors and they help disabled persons according to rehabilitation program.

2. Supervisor

Supervisor makes rehabilitation program for each disabled person, and lead local supervisor. Supervisor whould have experiences as local supervisor.

3. Specialist

Medical doctor, physical therapist, occupational therapist, etc. are specialist who give guidance and educate supervisors how to make rehabilitation program. Specialist works at branch, and several branches are to be established in a country.

4. Center

At least, one center should be established in a country, and the training of specialists and supervisors is provided at the Center. The Center is better to have teaching facility with hospital wards, research facility and lodging.

To decide the size of Center or branches, it is needed to grasp the number and situation of disabled persons, and it is the urgent task.

資料 1

今回のU. N. Experts Conferenceに出席して、アジア、大平洋地域の僻地や貧困地区に放置されている身体障害者の rehabilitation の方法として次の如き System で行なえば、その目的をある程度果し得るものと考ええる。

身体障害者 (Disabled Person) → 自立あるいはこれに近づける

↑

Local Supervisor

D. P. と同じ地区に住み rehabilitation のプログラムに従って、D. P. を全面的に面倒をみる。学校の先生、両親、その他地域の社会福祉事業にたずさわる人がよい。

↑

Supervisor

D. P. 個々の rehabilitation のプログラムを作り、Local Supervisor を指導する。

L. S. の経験者がよい。Branch に勤務

↑

Specialist

1 カ国で数カ所に設けた Branches に居て、Supervisor にプログラムの作り方を教えたり相談にのったりする。M. D. P. T. O. T. がこれにあたる

↑

Center

1 カ国に最低1施設を設け Specialist や Supervisor の training を行なう。病床を備えた教育施設、研究施設、宿泊施設などを備えたものが望ましい。

Center や Branches の規模を決めるためには D. P. の実体を知らねばならず、これが急務である。

資料 2



## SELECTED TOPICS OF DISCUSSION

### 1. T/R

- a. The purpose of this mission is to explore the possibility of cooperation (such as dispatch of expert) between the Japanese Government and NCCDP.
- b. The mission has not been authorized to sign any kind of document including Record of Discussion and Minutes.

### 2. Nature of Project

- a. Education of instructors who may teach primary rehabilitation at the local community.
- b. Research activities concerning rehabilitation, EEG, epidemiology, program evaluation (cost benefit/effective analysis, etc.).
- c. Clinical activities related to the above purposes.

### 3. Cost Bearing

- a. Site securing and development, water, electricity
- b. Staffing Cost
- c. Educational expenses (trainees' per diem, travel, lodging)
- d. Running Cost
- e. Expenses related to acceptance of Japanese experts, counterparts, office, secretary, official car, etc.
- f. Expenses related to dispatch of fellows

NUMBER AND PERCENTAGE RATE OF PHYSICAL HANDICAPS

BY AGE AND SEX FOR THE PHILIPPINES:

NATIONAL HEALTH SURVEY, October 1978

Age Group	Cripple				Deaf				Mute			
	Male	Female	Both Sexes	Rate	Male	Female	Both Sexes	Rate	Male	Female	Both Sexes	Rate
ALL AGES	33,055	29,594	62,649	135.2	92,091	68,751	160,842	347.0	33,459	19,909	53,368	115.1
Under 1 year	67	1,164	1,251	72.5	555	—	555	32.4	—	294	294	17.1
1 - 4 year	1,585	3,012	4,597	75.1	1,323	1,398	2,721	44.5	2,783	1,065	3,848	62.9
5 - 9 "	3,816	2,861	6,677	101.4	8,660	5,323	13,983	212.5	6,270	3,561	9,831	149.4
10 - 14 "	3,417	2,443	5,860	103.6	7,611	3,701	11,312	200.0	9,917	4,621	14,538	257.0
15 - 19 "	2,856	2,500	5,356	114.4	8,386	2,152	10,538	225.1	5,323	1,746	7,069	151.0
20 - 29 "	5,736	4,477	10,213	132.7	6,671	7,873	14,544	189.0	7,768	2,769	10,537	136.9
30 - 39 "	3,246	2,486	5,732	106.6	768	3,363	4,131	76.8	—	2,067	2,067	38.5
40 - 49 "	5,338	1,912	7,250	208.6	9,337	7,070	16,407	472.0	218	3,390	3,608	105.8
50 - 59 "	2,995	2,266	5,261	210.0	9,295	7,741	17,036	680.1	—	396	396	15.8
60 years and over	5,979	6,473	10,452	410.3	39,485	30,130	69,615	2,732.9	1,180	—	1,180	46.3

NUMBER AND PREVALENCE RATES OF PHYSICAL  
HANDICAPS BY AGE AND SEX FOR THE PHILIPPINES:  
NATIONAL HEALTH SURVEY, OCTOBER, 1978

(continued)  
Table 23.

Age Group	Blind			Mental Illness			Mental Retardation					
	Male	Female	Both Sexes	Rate	Male	Female	Both Sexes	Rate	Male	Female	Both Sexes	Rate
ALL AGES	42774	39005	81779	176.4	31600	46775	78375	169.1	45116	45696	90812	195.9
Under 1 year	649	—	649	37.8	—	—	—	—	—	—	—	—
1 - 4 years	2843	459	3302	54.0	876	—	876	14.3	2447	1679	4126	67.4
5 - 9 "	3354	34	3388	51.5	2282	547	2829	43.0	5134	11195	16329	248.1
10 - 14 "	2906	1350	4256	75.3	1701	3435	5136	90.8	11304	7544	18848	333.3
15 - 19 "	3535	1898	5433	116.1	2037	2532	4569	97.6	5825	6631	12456	266.1
20 - 29 "	6967	4599	11566	150.3	9562	11791	21353	277.5	12294	10175	22469	292.0
30 - 39 "	1980	4861	6841	127.3	4785	11067	15852	295.0	5587	3288	8875	165.1
40 - 49 "	4352	2728	7080	203.7	4278	11601	15879	456.8	1757	3993	5750	165.4
50 - 59 "	3847	3323	7170	286.2	2083	2117	4200	167.7	768	—	768	30.7
60 years and over	12341	19753	32094	259.9	3996	3685	7681	301.5	—	1191	1191	46.8

Source: National Health Survey, October, 1978, Ministry of Health

Table 24. NUMBER AND PREVALENCE RATE (PER 100,000 POPULATION) OF SELECTED PHYSICAL HANDICAPS FOR THE PHILIPPINES AND EACH HEALTH REGION: NATIONAL HEALTH SURVEY October 1978

Whole Country / Region	Blind		Cripple		Deaf		Mute		Mental Illness		Mental Retardation	
	Number	Rate	Number	Rate	Number	Rate	Number	Rate	Number	Rate	Number	Rate
Philippines	81,779	176.4	62,649	135.2	160,842	347.0	53,368	115.1	78,375	169.1	90,812	195.9
Region I	10,136	284.0	6,557	183.7	21,773	610.1	5,019	140.6	7,869	220.5	6,336	174.7
II	7,559	362.4	1,722	82.6	11,676	559.8	3,833	183.8	2,804	134.4	3,263	156.4
III	7,621	164.4	5,072	109.4	14,929	322.1	5,101	110.1	8,150	175.8	12,857	277.4
IV	2,923	51.7	6,925	122.5	8,364	147.9	3,498	61.9	4,458	78.8	8,238	145.7
IV-A	7,941	142.8	9,337	167.9	16,536	297.3	5,474	98.4	8,999	161.8	11,498	206.7
V	7,349	211.4	4,464	128.4	15,062	433.3	5,801	166.9	6,773	194.8	11,165	321.2
VI	7,008	168.0	8,082	193.7	20,954	502.3	6,203	148.7	7,790	186.7	11,312	271.2
VII	8,214	224.3	6,974	190.5	14,402	393.3	6,216	169.8	8,949	244.4	10,944	298.9
VIII	8,890	325.1	6,219	227.4	12,882	471.1	5,414	198.0	4,891	178.9	2,556	93.5
IX	4,048	164.8	1,766	71.9	5,426	220.9	966	39.3	3,689	150.2	3,567	145.2
X	2,164	80.6	2,151	80.0	6,000	223.2	702	26.1	6,243	232.2	1,690	62.9
XI	8,879	92.5	1,789	57.6	9,901	318.8	3,925	126.4	5,355	172.4	4,899	157.8
XII	5,055	198.2	1,591	62.4	2,937	115.2	1,216	47.7	2,405	94.3	2,587	101.5

Source: National Health Survey, MOH, 1978

Table 25. PHYSICAL HANDICAPS IN RELATION TO INCOME FOR THE  
PHILIPPINES: NATIONAL HEALTH SURVEY, OCTOBER, 1978

INCOME (IN PESOS)	MENTAL ILLNESS	MENTAL RETARDATION	BLIND	CRIPPLE	DEAF	MUTE
PHILIPPINES	78,375	90,812	81,779	62,649	160,842	53,368
Less than 1,000	16,459	17,073	26,987	18,168	46,644	10,674
1,000 - 1,999	19,751	21,341	25,351	16,289	40,211	11,207
2,000 - 2,999	11,364	7,901	7,360	5,012	25,735	13,342
3,000 - 3,999	9,640	14,893	8,178	6,265	14,476	4,803
4,000 - 4,999	4,154	66,449	5,725	4,385	6,868	5,337
5,000 - 5,999	3,605	4,541	818	1,253	6,504	2,668
6,000 - 6,999	3,527	4,359	1,642	2,810	4,825	1,067
7,000 - 7,999	2,508	2,724	1,236	3,759	6,338	1,601
10,000 - 14,999	4,703	6,720	2,030	2,202	6,030	2,135
15,000 - 29,999	157	3,451	2,452	1,879	3,215	534
30,000 and over	2,507	999	—	627	—	—
Not Stated	—	363	—	—	—	—













Table 26. Mobility and Endurance Problems by Number of Physical Disability, Philippines: 1980

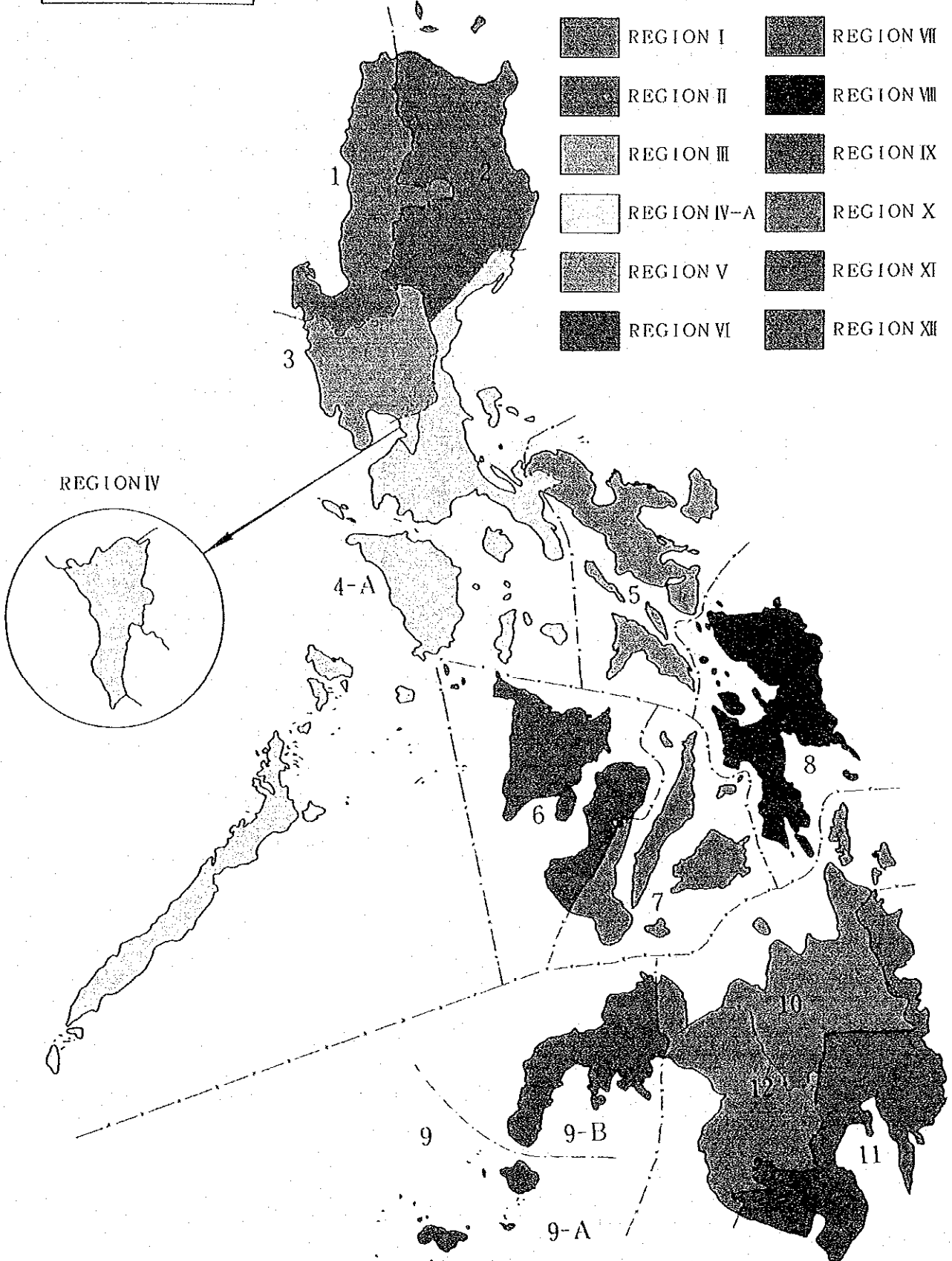
Physical Disability	MOBILITY AND ENDURANCE										Total
	Public Transportation without Assistance	Ambulant without Assistance	Ambulant with Aids	Ambulant with Artificial Limb	Walks but need Support	Walks but Stand with Aid	Wheel-chair				
1. Missing Limb	18	9	12	5	6	1	0	51			
2. Unequal length of limbs	72	35	29	5	22	2	5	170			
3. Deformed limbs	64	38	21	3	23	4	9	162			
4. Deformed Spine	24	11	4	2	4	1	2	48			
5. Joint/Muscle pain	221	99	30	7	51	9	12	429			
6. Limb weakness/paralysis	62	68	42	8	44	8	10	242			
7. Impairment of sensation	43	45	19	4	26	3	6	146			
8. Abnormality in limb tone	36	57	32	9	38	10	11	193			
9. Abnormal movement of limb	39	48	23	6	31	6	9	162			
10. Faceweakness/paralysis	5	11	6	2	7	1	1	33			
11. Impaired bowel/arinary control	12	15	4	4	7	2	3	47			
12. Impotence	17	21	11	3	13	3	5	73			
13. Hearing Disorders	128	55	15	5	33	5	5	246			
14. Speech Disorders	77	39	14	5	29	4	5	173			
15. Visual Disorders	138	44	13	4	47	5	5	254			
16. Disfigurement	66	26	15	3	16	2	7	135			
17. Respiratory disorders	200	75	13	7	23	8	3	329			

Source: National Commission Concerning Disabled Person, National Disability Survey, 1980

フィリピン全土

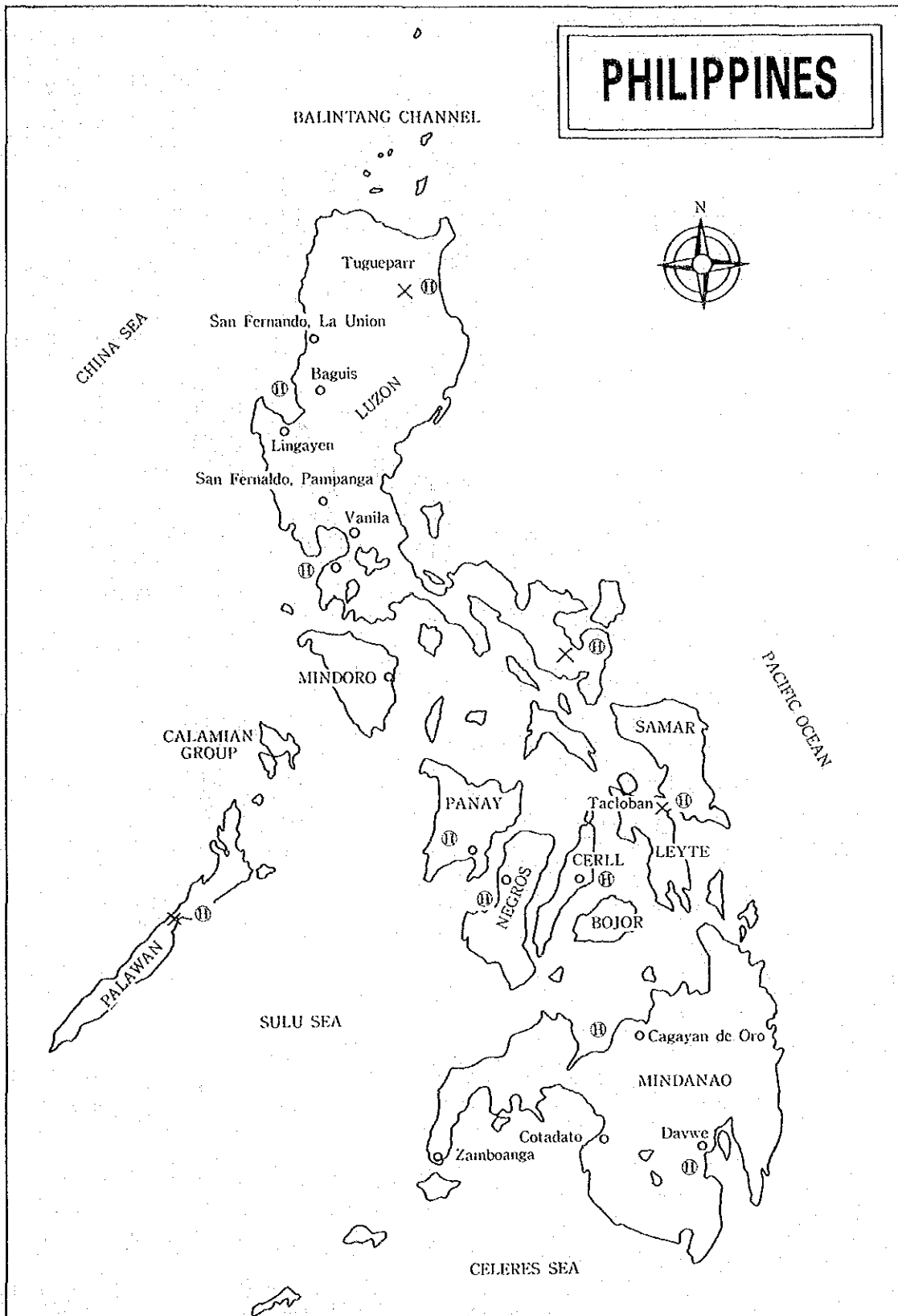
LEGEND

- |   |             |   |             |
|---|-------------|---|-------------|
|  | REGION I    |  | REGION VII  |
|  | REGION II   |  | REGION VIII |
|  | REGION III  |  | REGION IX   |
|  | REGION IV-A |  | REGION X    |
|  | REGION V    |  | REGION XI   |
|  | REGION VI   |  | REGION XII  |

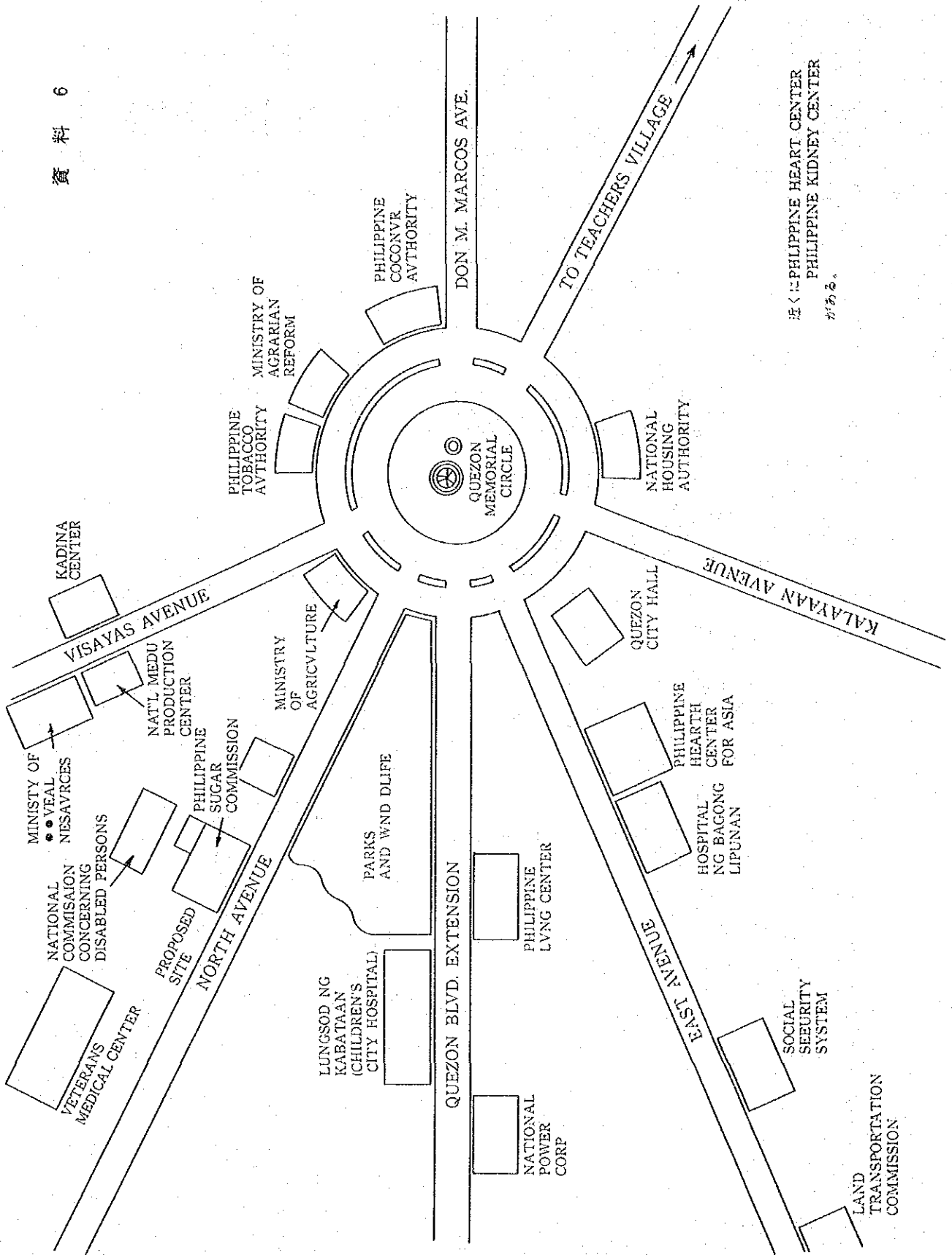


TYPE OF DISABILITY	PHYSICALLY DISABLED	MENTALLY ILL	MENTAL RETARDATION	BLIND	DEAF/MUTE
REGION I	6,557	78,375	6,336	10,136	26,792
REGION II	1,722	2,804	3,263	7,559	15,509
REGION III	5,072	8,150	12,857	7,621	20,030
REGION IV-A	9,337	8,999	11,498	7,941	22,010
REGION IV	6,925	4,458	8,238	2,923	11,862
REGION V	4,464	6,773	11,165	7,349	20,863
REGION VI	8,082	7,790	11,312	7,008	27,157
REGION VII	6,974	8,949	10,944	8,214	20,618
REGION VIII	6,219	4,891	2,556	8,890	18,296
REGION IX	1,766	3,689	3,567	4,048	6,392
REGION X	2,151	6,243	1,690	2,164	6,702
REGION XI	1,789	5,355	4,899	8,879	13,824
REGION XII	1,591	2,405	2,587	5,053	4,153





○印 リハビリテーション施設あり      ㊦印 関連病院となりうる病院あり  
 ×印 リハビリテーション施設なし



注くにPHILIPPINE HEART CENTER  
PHILIPPINE KIDNEY CENTER  
がある。

国 名 シンガポール  
指 導 科 目 産婦人科学  
派遣先機関 カンダン・クルバウ病院  
専 門 家 名 関 場 香  
赴任時現職 岡山大学医学部産婦人科学教授  
派 遣 期 間 1984. 2. 25 ~ 3. 12

## 業 務 報 告 書

### 1. 講演、技術指導について

題目、概要、人数などについては日誌の中で既に報告した。対象の大部分はKandang Kerbau (K. K) 病院の医師およびシンガポール大学産婦人科のStaff、および一部Toapayoh 病院、Alexandra病院の医師であり、何れも子宮癌治療に強い興味を示す医師達であった。従って私の行った子宮癌治療に関する講演ならびに手術の実地指導については誠に熱心な反応を示した。

### 2. 携行機材について

寄贈先は日誌に述べた如く、Ministry of Health 中のMedical Servicesを通じて最終的にK. K 病院に収められ、この病院で保管利用することとなった。『胎児心拍動検出器』1日の分娩数が40例以上という実状から考え極めて有用な器機として利用されている。『Film』私の訪問中に各々2回上映され、その内容についてはその都度討論されており、以後はK. K. 病院に保管されてシンガポール大学を始め国内各病院が随時利用することとなった。『手術機具』持参した手術機具は滞在中の9例の手術ではFull に使用され、これがなければスムーズな手術はできなかつたと思われる。と言うのは、この国ではこの種の手術は従来殆んど行われておらず、この手術に使用する機具は殆んどなく、その点では極めて貴重な機具といえる。例えば私の行った手術は9例中8例はK. K. 病院で、1例をToapayoh 病院で行った。その際Toapayoh病院には根治手術の機器が全くないため、私が持参した機具をToapayoh病院でも使ったわけであるが、K. K. 病院の機具管理の婦長より、この機具は日本よりもらったが、今はK. K. 病院のものだから病院外に持ち出すことは困るという申し出があった。この機具がないと手術ができないので是非貸してほしいと説得し、一つ一つの器具（小さい器具にも）にK. K. 病院とドリルで刻み込んで借り出すことができた。

以上の様に極めて貴重な使用頻度の高いものであり、私の持参した一セットだけでは不十分であろうと思われる。尚、私の持参したものも完全なものでなく、2~3の不足した器具があったことを申し添えます。

### 3. 医療、医学水準について

医学全般について正しく報告できる程の資料を得ることができなかった。婦人科については、一般に比較的高い水準にあり、特に産は比較的良好に整備され、Staffも多い。しかし、これも分娩の取り扱いが主たるもので、周産期の病態生理学などの学問的裏づけは乏しく、K. K. 病院を始め各病院はあれ程の分娩症例を持ちながら、全くマンネリズムに陥っている感じである。この現状では、将来の発展は期待しがたい。ただ最近超音波断層法による産科管理に強い関心を示すようになってきているが、これはBack up して発展させていく必要がある。この国の人々の傾向として、既に1例の体外受精が成功していることでも解るように、トピック的なこと、マスコミにアピールするようなことには高い関心を示すようであるが、学問的back ground がしっかりしていない。何れの領域でも大きな発展を期待できない。子宮癌を始め婦人性器癌に関する水準は極めて低い診断技術、治療内容が行われている。このことは産婦人科のみならず、全科にわたり言えることと思う。これは、癌対策はトピック性に乏しく地味な仕事の積み上げによるためであると思う。この点については次の頁で詳しく述べてみたい。

### 4. 所 感

色々の医療技術協力の要請が出ているが全科にわたって散発的に協力することは焦点がぼやけてしまうように思う。シンガポールの要求に応じながら評価される結果を残してゆくような対応を考えた方がよいと思う。それには何かに焦点を絞り集中的に行うことが効果的であろうと思われる。

さて、この国の産婦人科を通覧するに、早く一応の事が修得できる産科関係に関心が高く、技術修得に時間がかかり、治療効果を判定するにも5年間の追跡調査が必要な癌の治療に対しては関心が低いのではないかと思う。その結果、K. K. 病院を始め多くの国立病院の産科は何れも比較的良好に整備されStaffも多い。その医療水準も低くない。一方、子宮癌を始め卵巣癌、腔癌など婦人性器癌に関しては極めて低い医療水準に放置された状態である。殊に初期癌では手術により極めて良い治癒率が得られるにもかかわらず、この国でこれを行えるものはいない。わずかにDr. Choo (K. K病院A-unit 部長) が2~3年前より始めているに過ぎず、シンガポール大学の産婦人科主任教授Ratnam でさえ自分ではできないから教えてほしいという事で今回も2症例について私の第1助手をつとめ熱心にその手技を勉強されたことからみてもこの国の子宮癌取り扱いの実態がうかがえるものと思う。産婦人科以外の内科外科などでも癌治療の水準は低く、癌治療の専門病院(癌センター)はこの国にはない現状である。この点特にDr. Chooは婦人性器癌の治療に関する関心は高く、再三岡山大学産婦人科を始め日本の数ヶ所の子宮癌治療施設を訪れ勉強され、またシンガポールの国費留学生として自分の助手を日本に送りその手術手技を勉強させ、3年前より婦人科性器癌の治療と取り組んでいる。

また若い医師で癌治療に取り組もうという熱意をもった者も少なくない。今回の私の手術を見学に来た人数およびその熱心さをみても理解できる。このような現状をふまえ、K、K、病院に婦人性器癌の治療を推進する母体を作り、将来外科、内科などにも同様なものを芽えさせるきっかけを作り、これらを統合させる方向で発展させるようにすれば効果的な技術援助ができるのではないかと思われる。

癌の治療に関しては3つの事を同時に推進しなければ効果は少ない。すなわち、

①早期発見早期治療のたてまえから早期発見への努力がなければならない。この国でこの点に払われている努力は殆んど無い。子宮癌の場合、わが国のデータによれば症状のない状態で検診を受け発見されたグループでは早期癌が多く極めてよい治療成績となっている。一方、症状があって受診して発見されたグループでは進行した患者が多く従って治療率も大変悪い。しかし、これを一般婦人について啓蒙する前に、前記の成績を示しながら先ず産婦人科の医師を対象に早期発見の必要性とその具体的な手順について理解させることから始めなければならない。この点ではこの国は極めて後進国と言わざるを得ない。

②治療法の改善と技術の向上に対する努力。

現在癌の治療法は3つの主な治療方法が行われている。すなわち、手術療法、放射療法、化学療法（抗癌剤による治療）などである。何れをとってみても甚だ低水準にあり、治療システムが全く確立されておらず不確実、不十分な思いつきの治療に終止しているのが現状である。この治療法の確立は癌治療の本命であるだけに相当なエネルギーを投入しなければならないと思われる。今回私が行った手術指導は彼等に癌治療への眼を開かせた程度の効果ではないかと思われ、将来長期間にわたる指導が必要と考えられる。（具体的なことは後述する。）

③癌治療後の追跡調査

癌の治療後の治癒率は国際規約として治療後5年間待って論ずることになっている。従って5年間追跡しなければ国際的に通用する治療成績は得られないことになる。ところがこの追跡調査という仕事は極めて地味な困難を伴う仕事であり、日本のみならず各国共に大変な努力を払っている。この点シンガポールについて考えてみるにこの仕事が極めて大事であるにもかかわらずこの国の国民性としてこのような地味な仕事に関する関心は極めて低い。癌治療に関わる以上この追跡調査の重要性を認識させ、その具体的方法として日本で行っているものが大変参考になると思われるのでそれを勉強させれば、シンガポールは人口も少なく国も小さいわけであるからわが国で行うよりもはるかにその作業は簡単にはずである。

以上を一つのプロジェクトにして推進できれば、日本の医療協力事業としての立派な足跡が残せるのではないかと思われる。

更に具体的方法について述べると

(1) 今までSystematicな癌治療が行われておらず、癌治療に関する関心の低かったせいで診

断、治療に必要な機具は極めて貧弱であり、子宮癌の手術に使う今回私が持参したものがこの国で唯一の機具でありfullに活用された。即ち、K. K. 病院は言うまでもなくToapayoh病院の手術の際でもこの機具を借用して持って行って手術をしたことは既に述べた。手術機具のみならず診断器機についても大幅に整備をしなければならないと思う。

- (2) 次に技術の指導と伝達であるが、これに関して2~3考慮しなければならないことがある。例えば今回のような手術手技を主とした指導の場合、手術そのものを指導すればよいのではなく、手術前の処置が充分に行われ、術後の管理が完全に行われなければ幾ら手術を完全にやっても必ずしも良い結果が得られるとは限らないのである。今回のような短期間の滞在でこれらをすべて教えることは殆んど不可能に近い。ところが幸いにもシンガポール政府の留学生として私の所で6ヶ月間勉強したDr. Yam が居たためにこの問題は比較的少なかったが彼が日本にいたのは3年前の事であり、その後殆んど子宮癌の手術をしていないので忘れていたことが多く一つ一つ思い出させるように指導することで切り抜けたという感じであった。

以上のことより、先ず癌治療に関心の強い3~4名の若い医師を日本に來させて勉強させることが先決であろうと思われる。修得させる項目は①早期発見の具体的方法②診断技術の修得③治療上の問題A) 手術療法, 放射療法, 化学療法 B) 子宮癌, 卵巣癌, 膣・外陰癌, ④治療後の患者管理(追跡調査を含む)上の問題点など 以上のことが考えられるが、この国に癌に関して強い関心を示す若い医師が少なからず居ることよりその中から将来有望なものを選び日本のそれぞれのexperts の所で勉強させることが極めて必要と思われる。このようにして日本の状態を熟知した何名かの医師を養成すれば将来医療expert をシンガポールに派遣しても短期間で極めて高い効果を上げることができると考えられる。実際問題としてexpert を長期間派遣することは日本の現状として難しいし、日本で見学すれば何でもないうことで直ちに理解できるようなことを日本のexpert が現地でこまごまと実地指導することは非能率的である。更に医師のみならず術後管理など治療中の管理の主役である看護婦にも実地教育のため日本に來て實際を学ばせることが大切であると思う。

以上のように医師・看護婦を日本に迎えることは受入れ施設さえしっかりしておれば良き日本の管理者を養成することにもなる。現在シンガポールの中堅医師は殆んどが英国に行きこれを金華玉上と考えている者が多い。今回私の示した実技指導で多少その傾向を修正する効果があったと思われるが、更に日本で或る期間(4~6ヶ月間)それぞれのexpert の指導を受ければ英国偏重の傾向を是正し将来日本のよき理解者として好結果をもたらすものと思う。

尚、シンガポールより留学生を受け入れる際に注意すべき点がある。即ち、日本留学より帰国した留学生が訴える不満は「日本人は或る程度まで教えてくれるが最後の要点を教えない」ということである。これは全くの誤解であるが、例えば或るテクニックを彼らが習いたいとする。「日本に來たらすぐ上手にできるようになるからいらっしやい」と簡単に言った

とすると彼らは日本に来さえすれば簡単にできるようになると思ってくる。ところが簡単にできるようにならない。これは日本人が最後のコツを教えたがらないからであると考えて不満と不信を持つようになる。もとのものそんなに短期間で修得できないものを簡単にできるような言い方は徹に慎んで、本当のことを最初から言い、日本留学中にどの程度まで修得可能であるか始めにきちんと伝えておくようにしないと日本留学が逆効果になることがあることを知っておくべきである。

業 務 日 誌

月 日	曜 日	内 容
2. 25	土	大阪伊丹空港を定刻に離陸。順調に飛行して夕刻シンガポール空港着。宿舎オーチャードホテルに入る。夕食後Kandang Kerbau Hospital (以下K. K. Hosp.と略す)のA-unit部長Dr. Choo, 日本大使館朝海公使, 若木書記官, JICA溝淵所長等と2時間30分にわたりシンガポール医師会の状況, Green Hosp.との関係などについてDr. Chooより説明を受ける。
2. 26	日	明日より早速始まる講義の用意をする。 午後市内見学。
2. 27	月	10時, JICA事務所にて供与する器具の引渡書を作成する。 10時30分, Ministry of HealthのDeputy Director of Medical ServicesのDr. Chewを訪れ, 正式に供与器具の引渡書, リスト, および現品の供与を行う。立合人はJICA溝淵所長, 大使館若木書記官, シンガポール側よりDr. Choo (K. K. Hosp. A-unit部長)。 午後2時, K. K. Hosp.に於て荷物を開き, リストと照合して間違いないことを確認する。立合人は溝淵氏, 若木書記官。 2時30分より第1回の講演をK. K. Hosp.講堂で行う。聴講者は約40名で, K. K. Hosp., タオパヨHosp., アレキサンドラHosp.の医師および婦長などであった。演題は供与のため持参した「子宮癌根治手術」のフィルムを使用してその術式を説明し(30分), 続いてスライドを使用して術式の適応, 治療成績などについて説明する。講演後, 盛んな質疑応答を行い, 4時30分終了。 5時, 明日より行う手術患者の術前回診を行い, あらかじめ予定されて

月 日	曜 日	内 容
2. 28	火	<p>いた何れの患者も適応と最終診断し、準備を進めるよう詳細な指示を行う。次いで、U-unit の Salmon 教授より治療方針の立たない2人の癌患者がいるのでその指示をしてほしいとの要請があり、診察し指示を与える。総てを終りホテルに帰ったのが7時30分で第1日が終る。</p> <p>9時30分、シンガポール大学のProf. Ratnamを表敬訪問する。</p> <p>10時30分より、Prof. Ratnamを第1助手として第1例の子宮頸癌根治手術を行う。術式を解説しながら進めたが大変順調に終る。昼食後、第2症例目の子宮癌根治手術をA-unit のDr. Yam を第1助手として同様に言い、順調に終る。</p> <p>見学者は午前・午後それぞれ12名程度。術後に術式について活発な討論を行う。</p>
2. 29	水	<p>本日手術する予定であった患者は急に甲状腺機能の異常が発見され、麻酔医より手術延期の要請があり、暫く内科的治療を受けてから手術することとなった。本日は手術なし。午前中、昨日手術した2症例の術後回診を行い、術後管理に関する詳細な指示を医師・看護婦に行う。午後、Administration Office に於て遅れていた私の医籍登録事務を行う。</p>
3. 1	木	<p>早朝、本日の手術患者の術前回診を行う。一昨日手術した患者もそうであったように両手を合せて宜しく頼むというポーズをする。完璧な手術をして治してやりたいと思う。</p> <p>10時より第3例目の子宮癌根治手術はB-UnitのDr. Hoo を第1助手として行う。普通なら試験開腹として手術を中止する程の難しい症例であったが詳細な解説を行いながら大変きれいな手術が出来た。午後1時であった。昼食後一昨日手術した患者の術後回診を行い詳細な指示を医師と看護婦にする。</p> <p>見学者は8名で、術後討論会を持った。</p>
3. 2	金	<p>午前中は今日までやってきたことの整理をする。昼食は深田大使の御招待を受け大使公邸で溝淵所長、若木書記官、Dr. Choo, Dr. Yam と私とでいただく。</p> <p>2時30分より第4例目の子宮癌根治手術を行う。今日の症例は放射療法中の患者であったが今まで私が行った手術をみて、どうしても手術してほしいと放射療法の途中で治療方針が変更された症例であるので、手術は難しいと覚悟してかかる。第1助手はB-unitのDr. Tanで手術は</p>



月	日	曜日	内 容
3.	3	土	<p>すべて順調に終る。</p> <p>見学者約10名。術後に討論会を持った。</p> <p>午前中は昨日までの患者の術後回診と11時より新聞記者のインタビューの予定であったが、昨日来の大雨で市内は各所にわたり水があふれて不通となり、病院より救急車が迎えに来る。記者会見の内容は2つの新聞に報導された。夜、溝淵所長、若木書記官、Dr. Choo (K. K. Hosp. A-unit 部長) を招待し、今後のJICAレベルでの医療協力のあり方について4人で話し合う。</p>
3.	4	日	<p>午前中、朝海公使の御配慮で海老原書記官などとゴルフを楽しみ、今までの肩こりを治す。昼食をゴルフ場の食堂でとりながらシンガポールの医療情勢について意見の交換を行う。私より医師の立場として医師会の考え方、シンガポール医療の実状などについて私見を述べる。</p>
3.	5	月	<p>午前中、Toapayoh Hosp. へ院長および産婦人科部長にあいさつに行く。その後明日の手術予定患者として用意されていた3名の患者を診察し、最終的な手術適応の有無について検討する。3名の中、1名は手術適応と判断され、他の2名はそれぞれ極度の肥満、糖尿病のため手術適応とはならず、放射療法を指示する。このように常識的にみて明らかに手術不適応例を手術予定患者として用意する所にこの国の癌治療の問題があり、手術の技術以前の問題である手術の適応など基本的、基礎的なことから教育してゆかなければならない。</p> <p>午後2時30分より第2回目の講演を行う。場所はK. K. Hosp., Toapayoh Hosp., Alexandra Hosp. の医師および少数の婦長などであった。演題①『子宮脱の手術療法』を持参したFilmを使用してその術式を説明。②『子宮頸癌の根治手術』を持参のFilmによって説明。③『子宮頸癌早期発見のための内視鏡の意義』についてスライドを使用して説明。講演後の質疑応答では、既に1週間にわたり実技のデモンストラクションを行ってあるため聴衆は真剣であり第1回の講演とは変わった雰囲気であった。</p>
3.	6	火	<p>10時よりToapayoh Hosp. で第5例目の子宮癌根治手術および解説を行う。第1助手はこの病院で性器悪性腫瘍を受持っているDr. Yeo である。子宮頸癌手術療法に極めて高い関心を持っている医師であるため大変熱心に私の指導を受けたものと思う。今後彼を中心として癌治療</p>

月	日	曜日	内 容
			<p>のチームが活発な活動をすることを期待する。手術は極めて順調であり、手術見学にはちょうどよい人数で、術中の質問も活発であった。</p> <p>午後3時より、K. K. Hosp.に舞台を移し、第6例目「膈欠損症に対する人工造膈術」の手術を行う。この国で始めて行われる手術であり、岡大産婦人科に来たことのあるDr. Choo, Dr. Yam以外は見たこともない手術であるだけにProf. Ratnamを始め20名近い医師達の見学で手術場が一杯となる。</p> <p>膈管として腸管を使用する特殊な手術であるために5日前より慎重な術前処置を行い本日の手術となる。第1助手は岡大産婦人科でこの手術をみたことのあるDr. Yamが務める。手術は順調に進み午後7時に終る。</p> <p>Toapayoh Hで用意されていた2症例がそれぞれ極度の肥満と、糖尿病のため手術適応とならなかったため本日の手術は無くなった。午前中、昨日の手術患者の術後回診を行う。午後は自由時間となり、市内観光に出かける。</p>
3.	7	水	<p>10時より第7例目の子宮癌根治手術を行う。甲状腺機能不全の合併症を持つ特殊な症例のため特別の配慮のもとに慎重に手術を進める。</p> <p>第1助手はA-unitのDr. Choo部長で順調に終る。</p> <p>午後はシンガポール大学のLin Pin学長と面談の予定で学長室を訪れたが、学長は首相との会談が長びいて帰学できず、秘書に来意を告げて帰る。</p>
3.	8	木	<p>朝11時より第8例目の子宮頸癌根治手術を行う。第1助手はシンガポール大学の産婦人科主任教授Prof. Ratnamである。既に何例もデモンストレーションしてあるので、自分で少しやってみてはどうかとすすめたが、とにかく見るだけでよいからとのことであった。進行した癌で難しい症例であったが順調に終る。</p> <p>見学者10名。</p> <p>昼食は手術場の看護婦食堂で弁当を15分間で食べ、第9例目最後の子宮癌根治手術に移る。第1助手はProf. Charlesである。見学者10名。極めて順調に手術を終り、実地指導の総ての日程を無事終了する。</p> <p>夜はJICAの溝淵所長の招待を受け、日本より私の助手としてシンガポールに来てくれた金重医師、大使館の若木書記官、Dr. ChooとDr. YamおよびK. K. Hosp.の麻酔部長と共に出席して中華料理をいた</p>
3.	9	金	

月 日	曜 日	内 容
3. 10	土	<p>だく。</p> <p>午前中, Alexandra Hosp. へあいさつに行く。同病院は病院全体が修理工事中であり, 産婦人科の病棟は仮のプレハブであった。こんな状態であったため, 今回この病院でも手術の予定であったが症例がなく手術の实地指導は行わなかったが, ここの医師達はK. K. Hosp. へ見学に来ていた。</p> <p>午後, K. K. Hosp. の講堂でまとめの討論会を行う。色々の質問に答えた後で, 次の3つのことをまとめとして強調しておいた。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 子宮頸癌の根治手術は, 手術手技そのものの修得が大切であることは言うまでもないが, 術前・術後の管理が極めて重要であり, これがうまくゆかないと幾ら良い手術をしても結果が良いとは限らないので, 術前・術後管理をしっかり勉強すること。</li> <li>2. このような複雑で高度な手術手技をマスターするためには一步一步前進することが大切であり, 第3助手から第2助手, そして第1助手として, それぞれのposition を完全にマスターして始めて良い術者になれる事を理解してほしい。始めから術者のすることだけを学ぼうとしてもうまくゆかないことを知らなければならない。</li> <li>3. この複雑な手術はチームワークによって始めてスムーズな手術ができるのであり, チームワークの重要性をそれぞれの人が理解しなければならない。</li> </ol> <p>以上を強調して討論会を終りすべてのスケジュールを完了する。</p>
3. 11	日	<p>朝9時, 朝海公使がホテルに来られ, 朝食を共にしながらこの国の医療状勢, 特にGreen Hosp. の問題などについて約1時間にわたり, 私見を申し上げる。午後は在シンガポール2週間のまとめを行う。</p>
3. 12	月	<p>朝7時, ホテルをチェックアウトし, 大使館の若木書記官, J I C A の溝淵所長などの御見送りを受け, 定刻にシンガポールを離陸し帰路につく。</p>

Professor Kaoru Sekiba's Operation List at KKH  
Second Week: 5.3.84 to 11.3.84

5.3.84-Monday: (2.30 pm)

K K Lecture Hall: Film Show  
Lecture

(Case pre-operation examination)

<u>No.</u>	<u>Wd/Bed</u>	<u>Adm.No.</u>	<u>Name of Patient</u>	<u>Age</u>	<u>Diagnosis</u>	<u>Nature of Operation</u>	<u>Surgeon</u>
1	(AM)TPH	0897684	Juriah Hombri	35	Ca Cx Stage Ib	Radical hysterectomy & bilateral lymphadenectomy	Professor Sekiba Dr KC Yee Dr Kaneshige Dr HM Teh
2	(PM)KKH	1637979	Lucy' Coh ( 'A' Unit, Wd 22)	20	Vagina atresia	Vaginoplasty (Rugae's Operation.)	Professor Sekiba Dr KL Yam Dr KC Ching Dr Kaneshige
(Ca Cx Stage Ib case cancelled by Professor Sekiba because of obesity & diabetic)							
3	(AM)TPH	0684619	Coh Ah Tee ( 'A' Unit, Wd 33)	53	Ca Cx Ib with history of thyrotoxicosis	Radical hysterectomy & lymphadenectomy	Professor Sekiba Dr H F Choo Dr SY Chew Dr Kaneshige
5	(AM) KKH	1022962	Chua Nay Cheng ( 'U' Unit)	38	Ca Cx Stage Ib	"	Professor Sekiba Professor Ratnam Dr Kaneshige Dr PC Wong
6	(PM) KKH	0743004	Lee Lai Kheng ( 'U' Unit)	37	Ca Cx Stage Ib	"	Professor Sekiba Assoc./Professor Charles Ng Dr Kaneshige Dr KL Yam

10.3.84-Saturday (10 am) Get Together  
Final Discussion at KKH Lecture Theatre

Professor Kaoru Sekiba's Operation List at KKH  
First Week: 27.2.84 to 4.3.84

27.2.84-Monday

<u>No.</u>	<u>Wd/Bed</u>	<u>Adm No.</u>	<u>Name of Patient</u>	<u>Age</u>	<u>Diagnosis</u>	<u>Nature of Operation</u>	<u>Surgeon</u>
<u>28.2.84-Tuesday</u>							
1	(10.30 am)	005885	Sim Siew Kim ( 'U' Unit, Wd 31 )	33	Ca Cx Ib	Radical hysterectomy & lymphadenectomy	Professor Sekiba Professor Rathnam Dr Hayashi Dr CS Lin
2	(2.30 pm)	0429774	Teo Choo Eng ( 'A' Unit, Wd 31 )	36	Ca Cx Ib (poorly differentiated)	"	Professor Sekiba Dr KL Yam Dr Hayashi Dr HT Choo
<u>29.2.84-Wednesday</u>							
3		(0684619 (Postponed to 8.3.84, Thursday)	Goh Ah Tee	53	Ca Cx Ib Thyrototoxicosis	"	-
<u>1.3.84-Thursday</u>							
4		1261874	Lew Chew Eng ( 'B' Unit, Wd 33 )	28	Ca Cx IIb	Radical hysterectomy & lymphadenectomy	Professor Sekiba Dr TH Ho Dr Hayashi Dr CS Lin
5		(1637979 (Postponed to 6.3.84, Tuesday)	Lucy Goh ( 'A' Unit, Wd 22 )	24	Vagina atresia	Vaginoplasty )	-
<u>2.3.84-Friday</u>							
6		0628571	Chee Geok Tin ( 'B' Unit, Wd 22 Bed 57 )	33	Ca Stage IIa (DXT done)	Radical hysterectomy	Professor Sekiba Dr SL Tan Dr Hayashi Dr GV Nair
<u>3.3.84-Saturday</u>							



国名 スリランカ  
指導科目 角膜移植 (①, ②とも)  
派遣先機関 保健省  
専門家名 ① 糸井素一  
② 小玉裕司  
赴任時現職 ① 京都府立医科大学教授 (眼科学教室)  
② 京都府立医科大学助手 (眼科学教室)  
派遣期間 1984. 3. 22 ~ 3. 31

### 業 務 報 告 書

円錐角膜とは、角膜が円錐状に突出し、その為におこる不正乱視により、視力が低下する疾患である。症状が進行すると、フライシャーリング、円錐角膜線条、ボーマン膜破裂、デスメ膜破裂などが生じ、診断は容易となるが、初期には、なかなか難しい。そこで角膜の変形を角膜に同心円を反射させ、その歪みで判定するし、しかも、それをボラロイド写真に撮影し記録できるフォトケラトスコープが円錐角膜の診断には非常に有効となる。今回のスリランカ国訪問の目的の1つは、このフォトケラトスコープをスリランカ国に寄贈し、その使用方法を教授することにある。

円錐角膜の初期には、コンタクトレンズを装用することにより、矯正することができるが、進行すると、コンタクトレンズによっても視力が出ないか、コンタクトレンズを装用できないかというような事態になる。

従来は、このような時期には、角膜移植に頼らざるを得なかった。しかし、角膜熱形成術を行うことにより、角膜を扁平にすることができ、再びコンタクトレンズを装用することが可能となり、視力を出すことができる。

目的の2つ目としては、この角膜熱形成術を行う機械をスリランカ国に寄贈し、その使用法を教授することにある。

角膜熱形成術を施行しても視力が得られなかったり、デスメ膜破裂などをおこして角膜が混濁を生じた場合は、角膜移植術を施行するしか視力が得られる道は無い。角膜移植をした場合、拒絶反応が視力の予後を左右する。よっていかにこの拒絶反応を予防するかが問題となる。京都府立医大眼科では、角膜の縫合に従来の10-0ナイロン糸を使用する他に、さらに細い11-0ナイロン糸を使用するというdouble running sutureを施行し、拒絶反応の徴候が認められたら10-0ナイロン糸を抜去するという方法で拒絶反応を予防している。またcyclosporinなどの新しい免疫抑制剤の開発、治療研究を行っている。

このような、拒絶反応を予防するための種々の新しい試みをスリランカの眼科医と討論することも、今回の訪問の目的の1つである。

以上のような目的で下記の如く業務を行った。

59年3月24日、午前9時30分からコロomboのEYE HOSPITALにて、フォトケラトスコープや熱形成機などの梱包を解き、組み立ててデモンストレーション用に設置した。

午後7時30分から、同EYE HOSPITALにて、眼科医（同病院及びコロombo市内の眼科医）に対して、円錐角膜の診断と治療、フォトケラトスコープ、角膜熱形成の意義、角膜移植術の進歩などについて講演を行ない、円錐角膜と思われる患者を実際に診察し、8人中4人に角膜熱形成術を施行した。

59年3月25日、午前9時30分から同EYE HOSPITALにて、病院の眼科医、看護婦に対して、円錐角膜患者4人を対象にフォトケラトスコープによる診断の仕方、実際の角膜熱形成法を実施指導した。

59年3月26日、午前9時15分からMinistry of Health と会見。午前10時にDept. of External Resources のSecretary、午後3時30分にTeaching Hospitalのsecretaryと会見。

それぞれに、今回のスリランカ訪問の目的、実際の活動法、感想、今後の課題などについて説明する。特に話題となったものは、コンタクトレンズであった。

スリランカではコンタクトレンズはすべて輸入に頼っており、従って非常に高価でなかなか入手できずにおり、例えば、円錐角膜患者に折角、熱形成術を行ってもそのあとにコンタクトレンズを装用できなければ、視力も出ないので、スリランカ国内でコンタクトレンズを製作してはどうかなどについて話し合った。

59年3月27日、午前6時30分にコロomboを出発し、午前10時30分から、キャンデーのGENERAL HOSPITALにおいて、同病院の眼科医にコロomboのEYE HOSPITALで行ったと同様の講演とデモンストレーションを施行した。

患者数は約40名で、中等度以上の患者に名中、8名に角膜熱形成術を施行した。

59年3月28日、午後3時30分からコロomboのEYE HOSPITALにおいて円錐角膜患者2人を診断、治療し、その様子を原地のテレビ局が取材した。

59年3月29日、午後7時30分から、コロomboのEYE BANKにおいて、ハドソン・シルヴァ氏及びeye bankの主催でEYE HOSPITALの医師及びスタッフ、コロombo市内の眼科医、患者などにより、Farewell Party が行われた。

#### 業 務 日 誌

月 日	曜 日	内 容
3. 22	木	CX-501にて成田発 (11:00)



月 日	曜 日	内 容
3. 23	金	<p>香港着 (14: 50)</p> <p>CX-731 香港発 (15: 25)</p> <p>バンコク着 (17: 00)</p> <p>TG-307 バンコク発 (10: 30)</p> <p>コロombo着 (12: 15)</p> <p>JICA池田氏, EYE BANKのハドソン氏と今後の日程などにつき相談。</p> <p>EYE BANKに機材(フォトケラトスコープ, 角膜熱形成機)を置き, ランカ・オベロイホテルへ。</p> <p>駐スリランカ大使である大鷹大使邸にて晚餐会。</p>
3. 24	土	<p>EYE HOSPITALにて機材のumpack及び組み立て, 設置。(9時30~)</p> <p>EYE HOSPITALにて, 円錐角膜の診断。治療について講演及び実際のフォトケラトスコープの使用法, 熱形成術の施行法について説明を, EYE HOSPITALの眼科医, コロンボの眼科医に対して行う。(19: 30~)</p>
3. 25	日	<p>EYE HOSPITALにて, 円錐角膜の患者を診察。(9: 30~)</p> <p>ハドソン・シルヴァ氏宅にて昼食。</p> <p>EYE BANKにて, 日本のライオンズクラブから送られてきたというクリーンベンチをumpack, 組み立てて, 使用出来るようにした。(12: 00~)</p> <p>ハドソン・シルヴァ氏が最初にeye bankを行った内地の病院を視察。(14: 00~18: 00)</p> <p>在スリランカ日本大使館内の二等書記官網野氏宅にて, 夕食会。</p>
3. 26	月	<p>Ministry of Healthと会談。</p> <p>今回の訪問の目的, デモンストレーションの内容, 感想, 今後の課題について説明する。(9: 15~)</p> <p>Dept. of external resourcesのsecretaryと会談。</p> <p>今回の訪問の目的などについて説明する。(10: 00~)</p> <p>Teaching Hospitalのsecretaryと会談。</p> <p>角膜熱形成後にはコンタクトレンズの装用が必要であることなどを説明。</p> <p>新しいgeneral hospitalをその作製場所として, 適当であるか, み</p>

月 日	曜 日	内 容
3. 27	火	て欲しいとの希望で、29日に訪問視察することを約束する。(15:30~) Kandyに出発。(6:30~) 当地のgeneral hospitalにて約40人の円錐角膜の患者を診察し、8名に対して角膜熱形成術を施行。 コロombo着 (18:30)
3. 28	水	コロombo周辺を観光。(8:30~) EYE HOSPITALにて円錐角膜患者を診察。(スリランカのテレビ取材あり。) ハドソン・シルヴァ氏宅にてdinner。(19:30~) (大鷹大使、スリランカ厚生大臣夫妻、JICA池田氏、ハドソン・シルヴァ夫妻と歓談。)
3. 29	木	コロombo周辺を観光。 コロombo郊外の新しいGENERAL HOSPITALを視察。 EYE BANKにおいて、EYE HOSPITALの眼科医、eye bank関係者、患者、などの主催によるFarewell Partyに出席。(19:30~)
3. 30	金	TG-308によりスリランカ発(13:15) バンコク着 (18:00)
3. 31	土	JAL-477によりバンコク発(12:25) 成田着 (19:35)



සීමාසහිත ශ්‍රී ලංකා අක්ෂිදාන සංගමය.  
SRI LANKA EYE DONATION SOCIETY LTD.

ශ්‍රී ලංකා ජාත්‍යන්තර ඇස් බැංකුව.  
SRI LANKA INTERNATIONAL EYE BANK.

ලියාපදිංචි කළ අංකය: 04, 192

Registered No. S. 192.

දුරකථනය  
Telephone

} 92051

Telex 21832 Eybank CE

විදුලි පණිවුඩ  
Telegrams

} EYEBANK  
TISSURBANK  
Colombo

75 { මෝර්ට් පොදොහ, කොළඹ 7  
Ward Place, Colombo 7

29th March 1984.

Received with grateful thanks, through the courtesy of Japan International Cooperation Agency, the following items which will help all the eye surgeons in Sri Lanka to treat visually handicapped people.

One THERMO KERATOPLASTY UNIT

One Photo Keratoscope

One transformer.

*Hudson Silva*

Dr Hudson Silva  
President, Sri Lanka Eye Donation Soc.  
Medical Director, International Eye Bank

