

The 25 YEARS



National Center for Global Health and Medicine
Bureau of International Medical Cooperation, Japan



おかげさまで国立国際医療研究センター（NCGM）
国際医療協力部は創立25周年を迎えました。
今年度末に発行いたします記念誌『The 25 YEARS』では
25年間の経験と成果の軌跡をたどり
この変革の時代が求める
国際保健医療協力の未来図へと繋いでいきます。
本誌は、そのダイジェスト版として
要約した一部をご紹介します。



The 25 YEARS

国立国際医療研究センター 国際医療協力部 創立25周年記念誌ダイジェスト版

Chapter 1	
NCGMが過去25年に培ったコアビジネス	3
1 - 1 国際的プログラムへの貢献	4
1 - 2 人材育成	5
1 - 3 参加型開発とキャパシティ・ディベロプメント	6
1 - 4 援助協調と調整	7
Chapter 2	
健康危機への対応	8
Appendix 1	
NCGM国際医療協力部 データ集	11
Appendix 2	
NCGM国際医療協力部 年表	12
Appendix 3	
NCGM国際医療協力部 写真集	14

Chapter 1

NCGMが過去25年に培ったコアビジネス

NCGMは、過去25年間にわたり、感染症対策、母子保健、保健システム強化の3分野における技術協力を海外や国内研修で実施してきました。これら国際保健医療協力事業の実施において、国際医療協力部は下記の4つのコアビジネスを展開してきました。

1. 国際的プログラムへの貢献
2. 人材育成
3. 参加型開発とキャパシティ・ディベロプメント
4. 援助協調と調整

これらは、支援の対象や分野、その時の文脈などが25年の間に変化していく中で、一貫して試行錯誤を積み重ねながら協力事業の効果向上に貢献してきました。今後、国際保健医療協力を取り巻く環境は激しく変わっていくと思われませんが、NCGM国際医療協力部はそのような環境変化に対応しつつ、この4つを引き続きコアビジネスとして展開していきます。



1・1 国際的プログラムへの貢献

1979年、天然痘を地球上から根絶できたことは、健康改善・増進を目指す保健医療分野の大きな成果であることは言うまでもありません。この根絶計画は1966年にスタートし、わずか12年で完了しました。これを機に、世界では新たな挑戦が始まり、NCGMでも世界戦略に対する活動に貢献しています。

予防接種拡大計画（Expanded Programme on Immunization：EPI）

WHO（世界保健機関）による世界の全ての女性と子どもに対する予防接種事業で、中でも“世界ポリオ根絶計画”は1988年に開始され、ポリオの流行が見られる国は2006年にはわずか4ヶ国、その後再興感染国（4ヶ国）が出ましたが、根絶が間近といわれています。NCGMは、中国、ラオス、ベトナムに専門家を派遣したほか、多くの研修生を受け入れ、2000年西太平洋地域ポリオ根絶宣言に寄与しました。現在もパキスタンやブータンでEPIを支援しています。

結核対策

年間940万人が罹患し170万人が死亡するとされている結核は、WHOが“直接監視下短期療法（Directly Observed Treatment, Short-course: DOTS）戦略”や、“ストップ結核世界計画”を立ち上げ、一部の地域を除き、国連のミレニアム開発目標を達成する見込みです。NCGMは結核研究所と協力しJICA技術協力プロジェクトを実施、WHO東地中海地域（パキスタン）に専門家を派遣、日本大使館の協力を得て抗結核薬の不足を回避するなど、重要な役割を果たしました。

HIV/AIDS対策

世界的脅威であったこの問題に対し、それまで開発途上国における有効な対策を打ち出せなかったWHOとUNAIDS（国連合同エイズ計画）は、2003年に2005年末までに300万人にHIV治療を行き渡せる“3 by 5”と呼ばれる世界的イニシアティブを立ち上げ、開発途上国におけるHIVの治療の扉を開きました。現在は、必要なすべての人に対してHIV予防、診断、治療、ケアの確保を目指す“ユニバーサル・アクセス”が国際的戦略目標になっています。NCGMは、1996年よりJICAを通じてアジアで最も深刻な状況であったタイにおける技術協力と研究を行い、また、外務省・厚生労働省との共催で、ASEAN and JAPAN HIV/AIDS Workshopを毎年開催（2003～2009年）してきました。その後、ジンバブエ、ザンビアといったHIVがより深刻なアフリカにおいても“ユニバーサル・アクセス”に向けた支援を行ってきています。

ハンセン病対策

患者の外見と感染に対する恐れから、ハンセン病患者は有史以来様々な社会的烙印（スティグマ）を押されてきました。世界では“ハンセン病制圧（人口1万人当たり患者数1人以下）”を目標に、1991年以来、多剤併用療法を用いた取り組みを行っており、1985年122ヶ国だったハンセン病流行国は現在1ヶ国を残すのみとなりました。NCGMは国立ハンセン病療養所と共同でJICA技術協力を実施、ハンセン病制圧宣言（2003年）をミャンマーで出すことができました。

鳥・新型インフルエンザのパンデミックへの対応

2003年以降インドネシアなど東南アジアを中心に高病原性の鳥インフルエンザによるヒトへの感染が散発的に発生し、新型インフルエンザへの世界的対策強化が急務になりました。2005年、WHOは新型インフルエンザなどの新たな脅威に対応すべく、疾病の国際的伝播を最大限防止する目的に定められた国際保健規則（International Health Regulation）を改訂し、加盟国の感染症サーベイランス機能などコア・キャパシティを規定しました。そのため、開発途上国のコア・キャパシティ整備が求められるようになり、NCGMは世界で最も多くの鳥インフルエンザのヒト感染例が報告されているインドネシアの鳥インフルエンザ・サーベイランス強化プロジェクトを介した技術協力を開始しました。また、国連インフルエンザ調整機関アジア太平洋事務所にも、地域調整官として医師を派遣しました。

1・2 人材育成

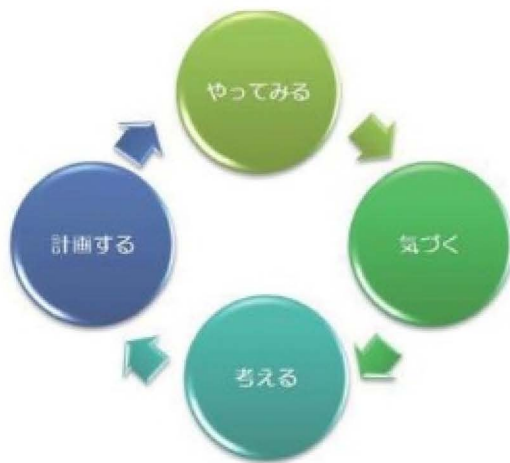
NCGMがこれまで海外で展開してきた保健医療協力事業のほとんどすべてにおいて、保健医療分野の人材育成の要素が含まれていたと言っても過言ではないほど、人材育成は協力事業の中核を占めてきました。ここでは、その人材育成協力事業に関して、1) 多様な人材育成協力の経験からの学びのエッセンス、2) 成人学習理論の応用と参加型トレーニング、3) 開発途上国における保健医療人材育成政策のアセスメントと支援の試みについてまとめました。

人材育成において、トレーニングだけが単独で開発に資するものではありません。トレーニングの開発事業内での位置づけを認識し、トレーニングが自己目的化しないよう留意すべきです。

トレーニング目標は、ニーズアセスメントに基づいた現実的なものでなくてはなりません。トレーニング手法には様々な選択肢がありますが、一般に成人教育では、参加型手法が有効です。教材作成における主要な課題は視覚化であり、その際に対象となるトレーニング参加者の識字率への配慮は重要です。視覚的補助教材の作成にトレーニング対象者を参加させることで、より学び手のニーズや視点を、教材に盛り込めます。研修効果測定的前提として、P-D-S (Plan-Do-See) サイクルが確実に回ることが必要になります。ニーズ調査、評価のいずれにおいても、参与観察によるタスク分析、フォーカスグループ討論等の質的調査、知識-態度-行動 (KAP) 調査、心理測定、業務の観察査定など、多くの手法が使用できます。



学びのサイクル



開発協力を、成人学習の概念が応用されるようになって久しいですが、2003年より、NCGMでは開発途上国の保健医療従事者を対象とした研修においてラボラトリー方式の体験学習を実践しています。ラボラトリー方式の体験学習では、「学びのサイクル」を基本としています。

学びのサイクルとは、「やってみる」→「気づく」→「考える」→「計画する」→「(新しく) やってみる」という1つひとつのステップを意識的に取り組むことです。ラボラトリー方式の体験学習では、自分の体験を「振り返る」プロセスの1つひとつの段階に意識的に取り組むことができるように研修デザインを工夫します。体験と振り返りの過程そのものも体験的にたどっていくことにより、「体験から学ぶ学び方」を自分の中に方法として定着させることを目指しています。研修員たちが帰国してから各自の現場で「体験から学ぶこと」を「試してみる」ことにつながれば、個人の成長や組織の変化へと展望が開けてきます。



開発途上国の様々な保健人材の育成が重要である一方、人材政策・人材管理の大枠の体制や制度を評価し、支援する重要性が近年認識されています。このような政策的分野には、人材の数の管理、配置・異動の管理、人材の質を担保するための卒前卒後の教育、職能定義や権限に関する法的裏づけや保健人材の資格制度、財政措置、人材管理政策などが含まれます。このような側面は、特に紛争後の国や脆弱国で重要です。これらの国では、単なるトレーニングだけでは保健のマンパワーを確保し、保健システムを構築することはできないため、上記の政策や制度を確立、運営、実施する支援に取り組みはじめています。

1・3 参加型開発とキャパシティ・ディベロプメント

NCGMが病院協力から地域保健における保健システム強化まで、広く実施する過程で学んできたことは、参加型開発とキャパシティ・ディベロプメントに集約できます。そして、その根底には、「相手国のオーナーシップの尊重」が支援の有効性を高めるといふ、25年の国際保健医療協力を通しての確信があります。東日本大震災における被災地支援でもこの学びと確信は活かされました。

参加型開発という場合、通常住民参加を表していますが、NCGMが住民参加型の協力を行ったのは、初めて技術協力プロジェクトを実施したポリピアにおいてです。

病院協力から始まり、リファラルシステム強化を経て、2001年より第1次保健医療施設のサービス強化が始まりました。同プロジェクトでは、受益者である住民の意志を保健行政に反映することを目的として、既存の住民組織と行政のインターフェース機能を強化するための住民参加保健活動のモデルを開発し、活動の実践を支援しました。

参加型開発は住民参加だけでなく、“参加”を県や郡の保健行政官や保健医療従事者にあてはめ、プロジェクト開始前から終了まで徹底した相手国実務レベルの参加型事業を行うことで、オーナーシップの促進、課題とその優先順位の適切な把握、マネジメント能力向上を図ることができます。

ホンジュラスにおける技術協力においては、プロジェクト形成の事前調査を県保健局のスタッフと一緒にを行い、進捗モニタリング、中間評価、終了時評価もすべて県・郡の保健局や病院スタッフによる参加型自己評価で行いました。



キャパシティ・ディベロプメント



さらに、保健システムを強化するには、キャパシティを個人レベルだけで捉えるのではなく、組織、組織間、取り巻く制度、社会といった包括的視点をもって捉える必要があります。これは、1970年代以来実施されて来た開発途上国に対する技術協力が先進国ドナー主導であったため、結果として援助効果と成果の持続性を弱めてしまった反省から生まれた、「個人・組織・社会がキャパシティを獲得し、高め、維持していく経時的な過程」を重んじるキャパシティ・ディベロプメントという考え方と一致します。

保健システムの強化が求められる現在の国際保健医療協力において、相手国の元々あるキャパシティを高め、その国の実情に即した優先順位をもった公共政策の実施を促す、参加型開発とキャパシティ・ディベロプメントの実践がより重要と考えます。

1・4 援助協調と調整

NCGMが設立された1980年代、開発途上国支援の主流はプロジェクト型支援でした。90年代に入り援助効果改善の模索の中で援助協調が求められるようになりました。NCGMによる援助協調と調整への取り組みは、時系列に沿って1) 援助協調への参加、2) 協調から調整へ、3) 垂直プログラムからセクターワイドの調整能力強化へ、4) 単一セクターからマルチセクターへ、国レベルから地域レベルの調整役へ、の4つのフェーズに分けられます。

NCGMの援助協調への参加は、中国、ラオス、パキスタンにおけるJICAの技術協力プロジェクトを通じて、1988年のWHO総会で決議された世界ポリオ根絶計画への参加を通して始まりました。それまでの相手国と日本側だけによるプロジェクト活動と異なり、WHOやUNICEFとの組織間調整委員会を通じた協調が求められるようになりました。マダガスカルで実施した「マジュンガ大学総合病院センター改善プロジェクト（1999-2004年）」は、マダガスカルと日本およびフランスの協調による技術協力で、両国の政府開発援助の特徴を活かした活動を実現しました。

「国際寄生虫対策アジアセンタープロジェクト（2000-2005年）」では、NCGMが派遣した専門家が主体となってWHOなどを巻き込み、土壌伝搬寄生虫対策と学校保健の導入に向けたメコン地域パートナーシップを形成しました。援助協調の必要性は、多くの支援者がひしめく緊急災害現場や復興期において、より顕著となります。そのような国の1つであるアフガニスタンで実施された「リプロダクティブヘルス・プロジェクト（2004-2009年）」では、NCGMから派遣されたチーフアドバイザーが、保健省リプロダクティブ・ヘルス部のリーディングパートナーとして保健行政官の実務能力強化を図りつつ、他の開発パートナーとの情報交換、調整、計画の場となるタスクフォースの立ち上げと運営を支援しました。

NCGMが2代にわたりチーフアドバイザーを派遣した「ラオス国事業調整能力強化（2006-2010年）」は、プロジェクト・アプローチからプログラム・アプローチへの転換を目指し、保健セクター全体の単一政策枠組みの設定、調整メカニズムの設置と運営、保健省のオーナーシップの促進を3つの柱とするセクターワイド・コーディネーションと名付けられた保健セクター改革を支援し、現在もチーフアドバイザーを派遣しています。

2005年、鳥インフルエンザ、新型インフルエンザのパンデミックに対する危機感が急速に高まる中、国連インフルエンザ調整機関（UNSCIC: UN System Influenza Coordination）が設置されました。NCGMは、UNSCICアジア太平洋事務所に同地域調整官を派遣し、ASEANやAPECなどの地域国家共同体と国連とのネットワーク構築と維持、国連機関内の連携・協調促進などに従事しました。

NCGMが関わった上述の援助協調・調整は、いずれも調整対象分野の技術支援を行いつつ、開発パートナーではなく当該国主体のパートナーシップや調整メカニズムの構築を支援しました。今後、日本がグローバル社会でリーダー的存在になっていくには、より積極的に協調と調整に貢献していくことが求められていくと思います。

援助協調



Chapter 2

健康危機への対応

危機とは、日常業務では対応できない、突然の変化によっておこるストレス状態を言い、「健康危機」とは、自然災害や紛争、犯罪、事故等によって生じる、生命や健康の安全を脅かす事態と考えられます。

1979年、カンボジアでは内戦と食糧危機から50万人を超える難民が発生し、日本政府は難民医療団をタイ・カンボジア難民キャンプに送りました。健康危機への対応です。このカンボジアにおける健康危機は、NCGM国際医療協力部の発足にも影響を与えました。その後もNCGMは、国内外で突発する様々な種類の健康危機に対応してきました。ここでは、6つの事例を紹介します。

東日本大震災 - 2011

File 1

発災6時間後にDMAT（Disaster Medical Assistance Team：災害派遣医療チーム）を派遣し、仙台医療センターを足場に被災地での救援活動を開始した。センター災害対策本部の下に派遣支援委員会を設置し、国際医療協力部が事務局となり宮城県東松島市における中長期支援活動を発災10日目より開始した。東松島市健康推進課の保健師を中心にした災害保健活動体制を構築し、避難所巡回診療や在宅住民の個別訪問調査など、亜急性期から慢性期の復旧支援活動を行うかたわら、外部からの支援調整を行う地元保健師の調整サポートを図った。7月からは東松島市と1年間の協定を結び、保健衛生対策における復興支援を行っている。これらの取り組みには、後述するそれまでの健康危機管理対応および開発途上国での国際保健医療協力の経験が凝縮されている。



阪神淡路大震災 - 1995

File 2

NCGMでは、海外の災害に対する医療協力の経験から迅速に現地へ支援チームを送る検討・準備がなされたが、政府が旧国立病院の医療チーム派遣を決定・実施できたのは災害発生後1週間を経過していた。活動拠点の小学校に各国立病院が短期間で持ち回り派遣を行い、避難所の診療活動と自宅訪問、現地対策本部での調整が主な活動内容であった。この時の医療救援活動で得られた経験は、その後の災害支援活動にも活かされ、新潟県中越沖地震や東日本大震災でも活躍したDMAT発足へと繋がった。



アフガニスタンでの復興支援 - 2003

タリバン政権崩壊後、保健医療分野における日本のアフガニスタン復興支援が開始された。NCGMIは2003年から専門家派遣を行い、解放された女性のための保健医療サービス整備のために設置された保健省リプロダクティブヘルス局の立ち上げから実施運営支援、母子保健プログラム作り、人材作りのための中核病院研修体制整備、援助協調体制作りなど、爆弾テロが散発する劣悪な環境の中で、アフガニスタンの母子保健の基礎造りを支援した。国内ではJICAと連絡調整をしながら、職員がテロや戦乱に巻き込まれた場合に備え、危機管理に関する標準手順を整備と報道のスクリーニング（危機事象の種類、程度、場所をモニタリング）を行った。治安上の問題から2008年に厚生労働省より派遣見送りが決定された。



重症急性呼吸器症候群 - 2002

【Severe Acute Respiratory Syndrome: SARS】



SARSは2002年11月に中国広東省で発生し、香港を経て、ベトナム、中国、台湾、カナダなど32カ国に拡散し、812人の命を奪う世界にとって深刻な健康危機となった。日本政府は、国際医療協力部とセンター病院の医師3名を含む緊急援助隊をベトナムと中国に派遣した。ベトナムで制圧の中心になったバックマイ病院は、NCGMIが2000年より院内感染症対策を含む技術協力を行っていた病院であり、緊急援助隊は両施設間の信頼関係の上で円滑な共同作業が可能となり、院内感染及び死者を1例も出さずに鎮静化に成功した。

新型インフルエンザ【H1N1】対策支援 - 2009

2009年4月末、メキシコ発の新型インフルエンザH1N1の世界的流行は、SARSやアフガニスタン派遣を通して国際医療協力部の危機管理体制が強化される最中に発生した。直ちに対策本部が部内に設置され24時間体制で情報収集にあたりるとともに、国の要請に応え成田検疫所と発熱患者停留施設に医師と看護師を継続的に派遣し、その効果には賛否両論あるものの、急性期の空港検疫の膨大な業務量を支えた。また、同年7月からは、国連インフルエンザ調整機関アジア太平洋事務所に地域調整官として医師を派遣した。



NCGMでは、日本政府からの要請受け、邦人が巻き込まれた以下の3つの事件における健康危機対応を行っている。

- ◆ 在ペルー日本大使公邸占拠事件(1996年12月17日～1997年4月22日)
- ◆ インドネシア暴動(1998年5月)
- ◆ キルギス日本人誘拐事件(1999年8月23日～10月25日)



中でも厚生省(現：厚生労働省)医療チームの医療班として活動した
在ペルー日本大使公邸占拠事件は、人質の数が多く、また拘束された期間も長いという点で極めて異例な事件であった。このため、人質およびその家族の方々に対して、健康管理や、物質的・精神的な支援の面で万全を期することが重要な課題となった。

健康危機への対応



一見多様な6件の健康危機対応事例ですが、共通して求められるのは、予測困難な危機状況下での迅速な意思決定と連続性のある活動です。つまり、瞬発力と持久力の双方が要求されます。いずれの事例でも、NCGMでは速やかに初動の意思決定を行い、現場に入るとともに、途切れのない活動が展開できるよう実施体制を迅速に整え対応してきました。

また、混乱した高いストレスの状況下で継続的に協働して働くという点も、健康危機対応に共通している点と言えるでしょう。そのような状況では、できるだけ業務を標準化することで、人が代わっても業務が混乱なく、滞りなく遂行され、現場で働く者の負担を軽減できます。このような業務の標準化作業は、開発途上国における保健医療協力の現場では日常的に行われており、その経験は突発的な健康危機対応においても活かされてきました。そして、標準化された業務は、次の危機対応のために、危機収拾後の対応行動計画・マニュアル・ガイドライン作成へと繋がりました。

健康危機対応の場では、様々な人や組織が集散するので、調整役が必要になるのも共通点です。このような調整役は、継続的に現場で活動できる組織が担うのが最適であるため、上記のいずれの事例でも、NCGMは調整役や現地の人材の調整業務の支援を率先して行ってきました。

邦人保護以外の5つの事例におけるその他の共通点としては、超早期の緊急救援と、中長期の復興支援の継続性とバランスをいかに的確に見極め対応するかという点があげられます。NCGMの上述の健康危機対応では、早期から中長期の復興支援を念頭において活動がなされてきました。危機という特殊な状況で、かつ日常から切り離された場所では、中長期的な視点は持ちづらく、ややもすると自己満足的な活動で終わってしまうものです。我々が常日頃行っている開発途上国における開発協力では、短期的成果とともに常に支援終了後の持続発展性が求められているため、健康危機対応においても常に危機収束後のことを考えて活動しています。

Appendix 1

NCGM国際医療協力部 データ集



これまでの専門家派遣国 長期派遣国：20カ国 203名
短期派遣国：133カ国 2697名

2011年9月30日現在



これまでの技術協力

アジア地域	
中国	ポリオ対策プロジェクト 予防接種普及強化プロジェクト ワクチン予防可能感染症のサーベイランス及びコントロールプロジェクト
ベトナム	チャーライ病院プロジェクト バックマイ病院プロジェクト ホアビン省保健医療サービス強化プロジェクト 中部地域医療サービス向上プロジェクト 世界保健機構西太平洋地域ベトナム事務所 (EP) 担当官 保健省アドバイザー バックマイ病院地方医療人材研修能力強化プロジェクト 保健医療従事者 質の改善プロジェクト
ラオス	日本・WHO公衆衛生プロジェクト 小児感染症予防プロジェクト 子どものための保健サービス強化プロジェクト 保健医療協力計画個別専門家 保健セクター-農業調整能力強化 Phase1 Phase2 南部母子保健統合サービス強化プロジェクト 母子保健プロジェクト Phase1 Phase2
カンボジア	地域における母子保健サービス向上プロジェクト 助産能力強化を通じた母子保健改善プロジェクト 医療技術者育成システム強化プロジェクト
タイ	公衆衛生プロジェクト エイズ予防地域ケアネットワークプロジェクト 国際感染症対策アジアセンタープロジェクト 国際感染症対策アドバイザー 国連インフルエンザ調整機関地域調整官
ミャンマー	ハンセン病対策・基礎保健サービス改善プロジェクト 「主要感染症対策」エイズ対策プロジェクト 基礎保健スタッフ強化プロジェクト
ネパール	医学教育プロジェクト
バングラデシュ	リプロダクティブヘルス人材開発プロジェクト 南スラウェシ地域保健強化プロジェクト
インドネシア	鳥インフルエンザ・サーベイランスシステム強化プロジェクト 保健省アドバイザー
インド	新興下痢症対策プロジェクト
ブータン	EPIサービス向上のためのプロジェクト 母子保健プロジェクト
パキスタン	拡大予防接種計画・ポリオ根絶計画支援 EPVポリオ対策プロジェクト
アフガニスタン	リプロダクティブヘルスプロジェクト
中東地域	
イエメン	結核対策 (II) プロジェクト
アフリカ地域	
エジプト	家族計画母子保健プロジェクト マジュンガ大学病院センター総合改善プロジェクト
マダガスカル	マジュンガ大学病院センターを基軸とした州母子保健改善プロジェクト 母子保健サービス改善プロジェクト
ザンビア	強力版ART技術アドバイザー HIVエイズケアサービス強化プロジェクト
ジンバブエ	マシングワHIV母子感染予防プロジェクト
ブルンジ	保健省アドバイザー 保健省次官付顧問 保健人材開発支援プロジェクト
コンゴ民主共和国	保健人材開発促進プロジェクト セネガル保健予防医学省大臣官邸技術顧問
セネガル	タンバクンダ州母子保健サービス改善プロジェクト 保健予防医学省大臣官邸技術顧問
中南米地域	
ホンジュラス	絶了保健地域リプロダクティブヘルス向上プロジェクト サンタクルス総合病院プロジェクト
ボリビア	サンタクルス医療供給システムプロジェクト サンタクルス県地域保健ネットワーク強化プロジェクト 地域医療システム向上プロジェクト
ブラジル	東北ブラジル公衆衛生プロジェクト 東北ブラジル産科なまちづくりプロジェクト

Back cover

Appendix 2 NCGM国際医療協力部 年表



創立25周年を迎える - 10月

独立行政法人化に伴い、国立国際医療研究センター
国際医療協力部となる - 4月

日本国際保健医学学会事務局となる - 4月

日本人向けの国際保健医療協力に関する集団研修を
リニューアル - 6月

バングラデシュ・グラミングループとの活動を開始 - 10月



2010

10 パキスタン・イスラマバードの洪水被害に際する
国際緊急援助のための派遣 - 9月

11 東日本震災に際する中長期的支援のため
空母福井県高津へ保健士派遣チームを派遣 - 3月



東松島市と「保健衛生活動における復興対策のための
協力に関する協定」を結ぶ - 6月



11

10

WHOコラボレーションセンターとなる - 10月

08 コンゴ民主共和国における技術協力を開始
第23回日本国際保健医学学会学術大会を主催 - 10月

06 ザンビアにおける技術協力を開始



05 国際保健医療協力レジデント研修を開始
ベトナム・バックマイ病院内に事務所（MCC）を開設 - 8月
EMROパキスタン事務所に移転担当者を派遣

04 アフガニスタン復興支援として技術協力を開始
UNICEF・保健者アドバイザーをアフガニスタンに派遣

03 国際衛生虫対策（橋本イニシアティブ）に医師を派遣

WPRO主催EPI TAG meeting参加開始
WPROベトナム事務所を担当者を派遣
仏語圏アフリカ母子保健集団研修を開始
感染症管理担当者養成研修を開始

厚生労働省の要請によりWHO総会への参加開始 - 5月



02 セネガルにおける技術協力を開始

01 ミャンマーにおける技術協力を開始
ホンジュラスにおける技術協力を開始

2000

00 モザンビーク洪水災害に際する国際緊急援助のため派遣 - 3月
01 インドネシア地震災害に際する国際緊急援助のため派遣 - 6月
03 エルサルバドル地震災害に際する国際緊急援助のため派遣 - 1月

SARS対策に際する国際緊急援助のため
ベトナム・中国へ派遣 - 3月・4月

SARS対策に際する国際緊急援助に参加した医師5名に
人事院奨励賞が授与され天皇皇后両陛下の御賞を賜る - 12月

05 スマート川沖地震大津波災害に際する国際緊急援助のため
タイ・スリランカ・インドネシアに派遣 - 1月

インドネシア・ニアス沖地震災害に際する国際緊急援助のため派遣 - 4月
パキスタン地震災害に際する国際緊急援助のため派遣 - 10月

06 インドネシア国ジャワ島中部地震災害に際する
国際緊急援助のため派遣 - 5月

08 ミャンマー連邦サイクロン被害に際する
国際緊急援助のため派遣 - 5月

09 H1N1新型インフルエンザ発生に際する空港検疫対応のため派遣 - 4月
台湾の台風8号災害に際する国際緊急援助のため派遣 - 8月

09

08

06

05

04

03

02

01

00

00

01

03

05

06

08

09

99 イエメンにおける技術協力を開始
アフリカでの初のプロジェクト型技術協力を
マダガスカルで開始

98 日本人向けの国際医療協力に関する集団研修を開始

97 インドネシアにおける技術協力を開始

96 パキスタンにおける技術協力を開始



95 ベトナムにおける技術協力を開始
カンボジア復興支援として技術協力を開始



94 ブラジルにおける技術協力を開始

93 ナショナルセンター化に伴い
国立国際医療センター国際医療協力局に改称 - 10月

92 フォスにおける技術協力を開始



91 タイにおける技術協力を開始
第6回日本国際保健医学学会学術大会を主催 - 8月

90 中国における技術協力を開始

1990

91 フィリピン台風災害に際する国際緊急援助のため派遣 - 11月

92 ニカラグア地震・津波災害に際する国際緊急援助のため派遣 - 9月

93 ネパール洪水災害に際する国際緊急援助のため派遣

95 阪神淡路大震災の緊急援助のため派遣 - 3月

96 バングラデシュ電撃災害に際する国際緊急援助のため派遣 - 5月

96 ベルー大使公邸占拠事件に際する国際緊急援助のため派遣 - 12月

97 インドネシア山火災害に際する国際緊急援助のため派遣 - 9月

98 インドネシア暴動に際する国際緊急援助のため派遣 - 5月

99 トルコ地震災害に際する国際緊急援助のため派遣 - 8月
キルギス日本人誘拐事件の邦人保護のため派遣 - 9月



99

98

97

96

95

94

93

92

91

90

91

92

93

95

96

97

98

99

88

バングラデシュにおける技術協力を開始



87

初の技術協力（JICAサンタクルス
総合病院プロジェクト）をポリビアで開始



86

国立病院医療センター内に
国際医療協力部設立 - 10月



81

中日友好病院プロジェクトに技術指導
のため派遣

1980

健康危機への対応

79 カンボジア難民医療援助のため派遣

87

バングラデシュ洪水災害に際する
国際緊急援助のため派遣 - 8月

88

エチオピア干ばつ災害に際する
国際緊急援助のため派遣 - 4月

Appendix 3
NCGM国際医療協力部 写真集



初期の看護活動



国際医療協力部オフィス



日本人研修



ミャンマー



※日本大震災 緊急展開



研修ユニット



バングラデシュ 水ロイ病院の手術室



中国 青島市



ベトナム



バングラデシュ



衛生教育のポスターづくり



水を汲む子どもたち



WHO総会





独立行政法人 国立国際医療研究センター 国際医療協力部

〒162-8655 東京都新宿区戸山1-21-1

Tel: 03-3202-7181 Fax: 03-3205-7860 <http://www.ncgm.or.jp/kyokuhp/>

本誌に掲載の文章・写真・データ等を私的目的以外で転用・転載する際は事前にご連絡いただきますようお願いいたします。