

— 海外診療報告 —

ベトナム社会主義共和国の口唇口蓋裂患者に対する
医療協力の経験について

— Odonto-Maxillo-Facial Center of Ho Chi Minh City における活動 —

杉山 芳樹, 岩淵 皐, 関山 三郎

岩手医科大学歯学部口腔外科学第二講座

(主任 : 関山 三郎 教授)

(受付 : 2002年 2月18日)

(受理 : 2002年 3月 4日)

Abstract : We offered medical and technological assistance to cleft lip and palate patients at the Odonto-Maxillo-Facial Center of Ho Chi Minh City in Vietnam. We visited the hospital three times in two years from December, 1996 to December, 1998. We operated on 93 patients with cleft lip and/or palate, 2 patients with craniofacial microsomia, 2 patients with cheek defect caused by noma and 1 patient with von Reckinghausen's disease.

In Vietnam, there are many medical problems relating to cleft lip and palate patients, such as shortage of funds, medical disparity by regions and hospitals, insufficient numbers of oral surgeons and hospital beds for cleft lip and palate patients, and difficulty of obtaining new medical information from foreign countries. Most of these problems seemed due to financial difficulties. For the present, medical assistance is necessary for the treatment of cleft lip and palate patients in Vietnam for the present.

Key words : international cooperation, medical assistance, cleft lip and/or palate, Vietnam

緒 言

口唇口蓋裂は黄色人種に発生率が高く、日本を含めたアジア地域に多くみられる疾患である。通常日本では、乳幼児時期に患者の口唇や口蓋の裂は手術により閉鎖される。そして、成長に伴い構音障害や歯列不正、顎変形症などがみられた場合は、最適な時期に適切な治療を受けることができる。しかし東南アジアには、成人になっても経済的な理由で治療を受けられな

い患者も多い。

ベトナム社会主義共和国(以下、ベトナム)は、インドシナ半島の東端にあり、総面積33.2 km²(日本の0.87倍)、人口7,670万人(1999年)の国である¹⁾。1975年に約10年間続いた米国との戦争(ベトナム戦争)が終結し、同国は翌76年に社会主義共和国として南北統一された。しかし、統一直後にカンボジア侵攻(1978年)や中越戦争(1979年)を経験した。これらの長期間の戦争に加え、度重なる天候不順による飢饉

A report on medical assistance for the cleft lip and palate patients in Vietnam

- Missions at Odonto-Maxillo-Facial Center of Ho Chi Minh City -

Yoshiki SUGIYAMA, Hiroshi IWABUCHI, Saburo SEKIYAMA

Second Department of Oral and Maxillofacial Surgery, School of Dentistry, Iwate Medical University, 1-3-27 Chuo-dori, Morioka, Iwate 020-8505, Japan

Table 1. Participants

1st Mission	
Yoshiki Sugiyama	(Iwate Medical University)
Takeshi Uchiyama	(Tokyo Dental College)
2nd Mission	
Yoshiki Sugiyama	(Iwate Medical University)
Hiroshi Iwabuchi	(Iwate Medical University)
Takeshi Uchiyama	(Tokyo Dental College)
Yoshiko Motohashi	(Tokyo Dental College)
3rd Mission	
〈Oral Surgeon〉	
Yoshiki Sugiyama	(Iwate Medical University)
Hiroshi Iwabuchi	(Iwate Medical University)
Takeshi Uchiyama	(Tokyo Dental College)
Gen Aikawa	(Tokyo Dental College)
Masatoshi Ishii	(Tokyo Medical and Dental University)
Yoshimasa Ishii	(Tokyo Medical and Dental University)
David S. Precious	(Dalhousie University)
Reginald H. B. Goodday	(Dalhousie University)
Archibald D. Morrison	(Dalhousie University)
〈Anesthesiologist〉	
Michael F. Murphy	(Dalhousie University)
〈Nurse〉	
Natsuko Takahashi	(Tokyo Dental College)

で、国民や国土の疲労は極度に達した^{1,2)}。その結果、ベトナム国内の華僑やボート・ピープルで知られる自国民の大量国外脱出を招いた。そこでベトナム政府は、1986年からドイモイ（刷新）と呼ばれる自由化政策、開放政策を開始した。ドイモイ政策は、市場経済の導入、土地改革（個人の所有権の認可）、国営企業の国庫補助金の廃止（独立採算性）、貿易の自由化、流通の自由化、柔軟な外資導入法などからなる^{3,4)}。このドイモイ政策が効を奏し、現在ベトナムの経済は発展しつつある^{1,5)}。

今回われわれは、ベトナムのホーチミン市（旧サイゴン）にある Odonto-Maxillo-Facial Center of Ho Chi Minh City において、1996年から1998年の2年間に合計3回の口唇口蓋裂等の先天異常児への医療協力および技術協力を行ったので、その概要を報告する。

滞在期間及び目的

第1回の滞在は、1996年12月から1997年3月までの3か月間で、外務省国庫金補助事業として「ベトナム社会主義共和国に対する口唇口蓋裂等の先天異常児の医療援助、技術指導および

援助計画の立案調査」を目的とした。第1回は本学の杉山と東京歯科大学の内山健志講師（現・教授）が参加した^{6,7)}。第2回は1997年9月7日から9月18日までの10日間で、本学から杉山、岩淵が、東京歯科大学から内山講師、大学院生の本橋佳子氏が参加した。第3回は1998年11月29日から12月13日の14日間で、本学から杉山、岩淵が、東京歯科大学から内山講師ら3名が、東京医科歯科大学から石井正俊講師ら2名、カナダの Dalhousie 大学 Precious 教授ら4名が参加した⁸⁾（Table 1）。第2回と3回の滞在は、われわれの行った手術症例の予後調査および口唇口蓋裂等の先天異常児の医療協力、技術協力を目的とし、1993年から行われている日本口唇口蓋裂協会の国際医療援助活動⁹⁾の一環として行われた。

Odonto-Maxillo-Facial Center of Ho Chi Minh City の概要

われわれが活動した Odonto-Maxillo-Facial Center of Ho Chi Minh City は、ホーチミン市の中心部にある国立歯科病院で、やはりホーチミン市にある Institute of Odonto Stomatology



Fig. 1. Odonto-Maxillo-Facial Center of Ho Chi Minh City (OMFC) : on the left is the outpatient department and administration building, and on the right is the wards and operating room of maxillo-facial surgery department.

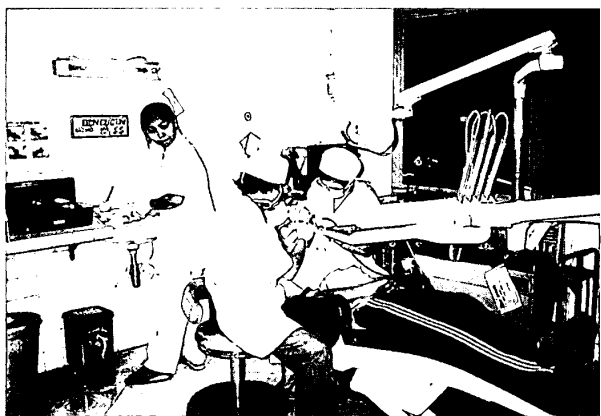


Fig. 2. Outpatient department in OMFC

と並ぶ南部ベトナムの口腔外科治療の中核病院である。

1996年の同病院資料によると、医師・歯科医師数は75名で、予診科、歯周療法・歯内療法科、充填治療科、補綴科、歯科外科、顎外科、特別診療室の7つの診療科がある。このうち特別診療室は、共産党幹部などのいわゆるVIP用治療室であった。外来診療用ユニット総数は36で、その大多数が日本製であり治療器具も整備されていた (Fig. 1, 2)。病棟は病床数60で (Fig. 3)、清掃が行き届き清潔であったが、旧棟の病室は老朽化が目立った。中央手術室には2つの手術室に3台の手術台が設置されていた。器具の滅菌は、すべてオートクレーブで行われ、ガス滅菌器はなかった。

一年間の外来患者数は18,257名で、延べ数

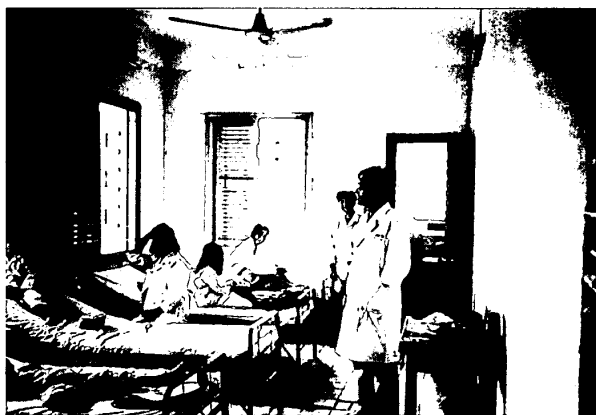


Fig. 3. Hospital ward in OMFC

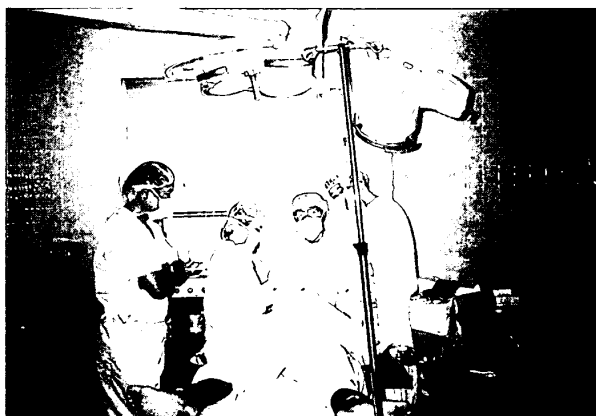


Fig. 4. Operating room in OMFC : Dr. Uchiyama (center) operating a patient with Vietnamese doctors

216,621名であった。手術件数は、外来、入院手術合わせて約16,000件であった。このうち先天異常患者に関する手術は、口唇形成術270件、口蓋形成術266件を含む569件であった。

活動内容および成果

1. 技術協力について

第1回滞在での技術協力は、毎週土曜日に行われる次週の予定手術の術前カンファランス、手術室における直接指導 (Fig. 4)、外来診療補助、講義、ベトナム人歯科医師からの手術相談などを通じ、口唇口蓋裂に限らず口腔外科的疾患全般について行った。術前カンファランスでは、種々の疾患の患者の治療方針についてディスカッションを行い、同病院における治療方法を尊重しつつ日本で行われている治療法を紹介した。手術室における指導は、ベトナム人歯科医師と共に手術する形で行った。外来診療

Table 2. Diagnosis of the operated patients

	Numbers of patients			
	1st Mission	2nd Mission	3rd Mission	Total
Cleft lip and palate	28	4	24	56
Cleft lip	6	2	11	19
Cleft palate	8	2	8	18
Craniofacial microsomia	2	0	0	2
Cheek defect caused by noma	0	1	1	2
von Recklinghausen's disease	0	0	1	1
Total	44	9	45	98

Table 3. Operations performed in the missions

	Numbers of operations			
	1st Mission	2nd Mission	3rd Mission	Total
Palatoplasty	23	3	16	42
Cheiloplasty	18	3	18	39
Secondary revision of lip and/or nose	1	2	9	12
Fistulectomy	0	0	5	5
Re-pushback operation	0	1	2	3
Correction of lateral facial cleft	2	0	0	2
Excision of benign tumor	0	0	1	1
Reconstruction of cheek	0	1	0	1
Total	44	10	51	105

補助は手術のない土曜日を中心に、ベトナム人歯科医師と共に外来患者の治療方針、治療内容の説明、外傷などの急患の手術を行った。講義は2回行い、最新の医学情報の提供に努めた。

第2回以降は滞在期間が短かったため、術前カンファランスおよび手術室での技術指導を中心とした。

2. 医療協力について

別表の通り、3回の滞在で延べ98名の患者に対し105件の手術を行った。患者の疾患別内訳をみると、唇顎口蓋裂などいわゆる裂奇形が98名中95名(96.9%)であった。また手術の内訳では、口蓋形成術が42件(40%)で最も多く、口唇形成術が39件(37.1%)であった(Table 2, 3)。口唇形成術を行った患者の年齢は、3か月から31歳で、平均5.5歳であり、口蓋形成術の場合は1歳から31歳で、平均は9.7歳であった。その他時間の許す限り、顔面外傷や口腔領域の良性腫瘍、嚢胞の手術のベトナム人歯科医師の手術介助を行った。尚、われわれの行った手術患

者は、術後の問題はなく全例とも軽快退院した(Fig. 5, 6)。

また1997年12月16日から12月20日、1998年1月20日から1月24日に同病院で行われた二回の口唇口蓋裂患者チャリティ・オペレーションに参加した。このチャリティ・オペレーションは、ホーチミン市主催の口唇口蓋裂患者の無料診療で、同市周辺の農村地帯の経済的な理由で手術を受けられない口唇口蓋裂患者を、一度に80名から100名集めて治療を行うものである(Fig. 7)。われわれが参加したチャリティ・オペレーションにはアメリカ合衆国から形成外科医がチームで参加しており(Fig. 8)、韓国、日本などの現地企業からも寄付金が寄せられていた。

ベトナムの唇顎口蓋裂医療の現況と問題点

ベトナムは国民1人当たりのGNPが同等の国々と比較して、平均寿命や識字率が高く、5歳未満児死亡率が低いなど保健指標は良好であ



Fig. 5. Frontal facial views of 24-year-old man with the right cleft lip and alveolus
A) Preoperative findings
B) Findings at three days postoperatively just before the patient was discharged

る¹⁰⁻¹³。その一方で、先進諸国と比較すると、医療予算の不足、都市部と農村部の医療レベルの格差などの問題が従来から指摘されている^{2,11}。われわれの第1回目の滞在目的には、同国に対する唇顎口蓋裂患者の医療援助計画の立案調査があった。このためには同国の唇顎口蓋裂医療の現状の把握、特に解決すべき問題点を考えることが必要と思われる。そこで、以下にわれわれが経験したベトナムの口唇口蓋裂医療の問題点について、これまでの報告を含めて考察する。

1. 経済的な問題

第一にあげられるのは経済的な問題である。われわれは滞在中に、ホーチミン市および周辺地区の病院を見学する機会を得たが、医療設備の老朽化、薬剤・器材の不足、給与などの医療職の待遇の低さ、農村部と都市部の医療施設レベルの格差、農村部には成人の未手術例が多いことなどを経験した。これらは経済的な問題に起因すると思われる。この経済的な問題は、原因により医療予算自体の不足と個人および組織の経済格差の増大に分類できる。

1) 医療予算の不足

医療予算の源泉であるベトナム経済は、ここ数年で目を見張る発展を示した。それでも国民一人当たりのGNPは372ドル(1999年)であり¹⁾、世界銀行の分類では755ドル以下である低

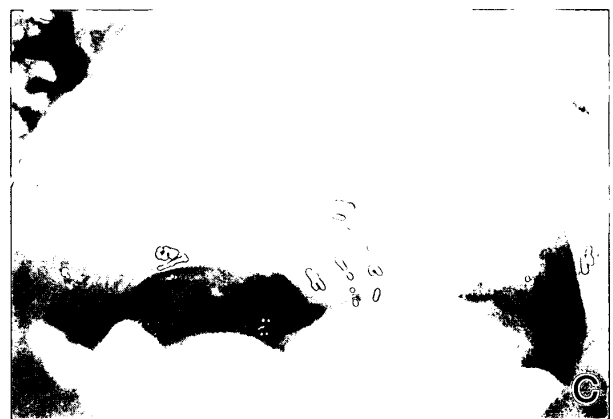
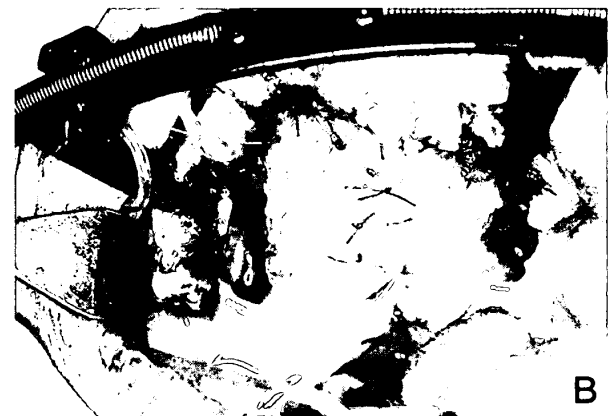


Fig. 6. Clinical views of 30-year-old man with bilateral cleft lip and palate
A) Preoperative findings : the patient had extreme wide cleft in the palate.
B) Intra-operative findings : wide cleft makes the primary palatoplasty of adults difficult.
C) Findings at six months postoperatively : the cleft was closed completely.

所得国となる。実際の国民の平均年収については、このようなベトナム政府の公式報告とはかなりの乖離がみられるが¹⁴、いずれにしろ医療予算の絶対的な不足は否めない^{12,15}。



Fig. 7. Cleft lip and/or palate patients in the waiting room at Charity Operation in OMFC



Fig. 8. American team operated 80 cleft lip and/or palate patients in a week at Charity Operation in OMFC.

医療設備の老朽化や薬剤・器材の不足は慢性的である^{13,15)}。手術器具は材質に問題があり、頻回の高圧滅菌で金属が腐食しているものが多かった。また、手術室の停電は日常茶飯事であるが、非常用電源はなく、懐中電灯下に手術をすることもたびたびであった。さらに全身麻酔は、笑気ガスを使用せずにハロセン・酸素による麻酔のため、覚醒が遅延する傾向が見られた。このためか、下顎骨骨折の観血的整復術は全身麻酔下に行われていたが、顎間固定は手術翌日以降に行われていた。

医療従事者の待遇に関しては、特に給与面での待遇が悪いと思われた。ホーチミン市で家族4人が生活するには、最低でも月に100~150ドルは必要ともいわれている¹⁴⁾。しかし、臨床経験10年目以上の医師でも所属病院からの給与は

月収で40~50ドルである。ベトナムではドイモイ以後、公的医療機関への勤務のかたわら自宅での開業ができる¹³⁾。病院の診療は午前中に終え、午後からは開業先で診療するものが大多数であり、その合計が医師の収入になる。午後は1~2名の当直医と看護婦だけが入院患者の管理を行い、急患や手術患者以外の診療は行われていなかった。病院施設の稼働という観点からみると、外来や手術室の設備は実際には十分に活用しているとは言いがたかった。

ベトナムは、ドイモイ以前の社会主義体制下で医療システムは完備されていた¹⁵⁾が、現状では経済的な問題でこのシステムが十分機能しているとはいえない¹³⁾ように思われた。

2) ドイモイによる個人および組織の経済格差の増大

ドイモイは統制経済から市場経済へと移行したため、種々の経済格差、いわゆる「持つ者と持たざる者の格差」を生じさせた。ドイモイ以降、多くの公営施設が独立採算性となった¹¹⁾ため、この経済格差は各医療施設間の設備にも強く現れていた。ホーチミン市はベトナムでは経済的に最も恵まれている。しかし、そのホーチミン市内でも、日本の無償資金協力で建設されたチョーライ病院やフランス基金心臓病院のような一流のスタッフと設備を備えた病院もあるが、外来や病棟の衛生面でさえ問題のある病院も多く存在した。さらに農村部と都市部の医療施設の格差は顕著である²⁾。実際にわれわれが農村部でみた病院は、ホーチミン市内の病院より医療施設の老朽化が目立った。

近年の経済格差は、組織ばかりでなく個人単位でも生じている。特に農村部と都市部の住民の格差が大きい^{11,16)}。この問題は患者の栄養状態にも反映しており、農村部の栄養不足は深刻である^{13,15)}。われわれが診療を行った患者のうち、農村部から来院する小児には驚くほど栄養状態が悪い者や、発育不良により実年齢よりもはるかに体格の小さな者が多かった。また農村部では、成人の未手術例や、口唇形成術は受けていても審美障害の少ない口蓋形成術は受けて

いない小児も多く見られた (Fig. 5, 6)。

ドイモイはベトナムの経済発展に大きく寄与したが、個人や組織の経済格差を生じた。その結果、特に社会の最も弱い部分である子供と貧困層への社会サービスの低下²⁾が顕著になったと思われる。経済改革が進む中、医療の格差は今後さらに増大傾向にあると推測される。

2. 口唇口蓋裂医療の従事者数の問題

ベトナムでは人口当たりの医師、看護婦数などは、他の発展途上国と比較して高い¹³⁾。しかし口腔外科領域の疾患、ことに口唇口蓋裂などの特殊疾患に対する専門医、ベッド数は少ないと思われる。ホーチミン市の人口は約600万人であるが、口腔外科の専門病院は Odonto-Maxillo-Facial Center と Institute of Odonto Stomatology だけで、病床数は合計120床である。口腔外科専任スタッフはそれぞれ8名、11名で、合計19名である。実際の診療対象は、この二施設でホーチミン市周辺の農村部人口だけでなく南部ベトナム全体であることから、単純に比較をしても日本より口腔外科の歯科医師数、病床数ははるかに少ない。口唇口蓋裂患者のチャリティ・オペレーションの待機患者数は8,000人とのことであった。

3. 医学情報の入手についての問題

1986年のドイモイ政策実施以来、1988年の新外国投資法制定、1992年の「1992年憲法」公布、1995年のASEAN加盟など経済面、政治面では実質的に自由主義社会に類似した形態を形成してきた。しかし対外情報に関しては、さまざまな実質上の制限が存在する。空港、郵便局では書籍、ビデオやカセットテープ、フロッピーディスクなど情報そのものの検閲が存在した。また物価は日本のおよそ十分の一であるが、国際電話やファクシミリ（日本へ送信の場合、1枚につき6～8ドル、受信は1ドル。1998年当時）の価格は、かなり高く設定されていた。医学情報に関しても、大学、病院における医学図書や外国学会雑誌の整備が遅れているなどの問題がある。したがって、最新の海外情報の入手は手続きが煩雑であり、価格は高く、伝達速度

はかなり遅い。その結果、医師・歯科医師の持つ医療技術や薬剤などの医学情報には一部かなり古いものがあり、これが実際の医療に適應されている例もあった。

4. その他の問題

その他にわれわれが滞在期間中に感じたベトナムの医療や医療支援に際しての問題点について述べる。

1) 医学教育、卒後教育の問題

ベトナム戦争終結以来、旧南ベトナムからの海外への頭脳流出は医学教育面でも大きな影響がでているといわれている¹⁰⁾。また臨床実施研修に来た学生のインタビューでは、卒後教育を希望しても上述の如く、大都市研修病院の医師の定員数は少なく、十分な研修の機会が得られないとのことである。

2) 公共施設の非効率性

現在公営施設、企業の業績の低下や赤字がベトナム経済の大きな問題となっているが、空港、郵便局、警察、役所などの作業はかなり非効率である。ホーチミン市の中央郵便局から日本へ小包を送る手続きにも3～4時間はかかる。これが関税問題とともに海外援助の障害の一つになっていると思われる。さらに海外からの資金、物質の援助がどの程度の割合で実際の医療現場に到達するか、到達しても患者の治療に生かせるか、著しく不透明感が強い^{5, 18)}ことがあげられる。

3) 政府の対外政策の安定性

政治的、経済的に共産主義は破綻しているが、ベトナム共産党の影響力は依然強い。現在の党内改革派主導の政策が保守派の巻き返し等で大きく転換する可能性は残され、これが医療援助の長期計画に影響を及ぼす可能性がある^{16, 18)}。

今後のベトナムとの医療協力について

現在の人類にかせられた問題として、(1)人口の爆発的増加と食糧問題、(2)地球環境の保全問題、(3)戦乱の停止と平和の維持、(4)すべての人々の健康で文化的な生活の享受などがあげら

れる¹⁹⁾。

この問題の解決のために各国の国際協力が積極的に行われている。国際協力は政府開発援助 (Official Development Assistance : ODA) と民間援助団体 (Non-Governmental Organization : NGO) とに分類され、日本は1991年以降最大の ODA 供給国であり¹⁷⁾、2001年も第一位になることが予想される。日本の ODA は有償資金協力である円借款、無償資金協力、技術協力の三本柱からなっている。そして、途上国が経済発展を遂げ貧困人口を減少させるためには、経済インフラへの公的支援が必要とのいわゆる trickle-down approach の立場をとり、途上国の経済発展を促進させる意味では効果をあげてきた²⁰⁾。

しかし、歴史的に ODA が主体であった日本の国際協力は、規模は大きいですが、その内容については相手国の実情に合わない¹⁾、²¹⁾など質の点を取りざたされ、景気の後退も重なり、経済協力に対する国民感情も悪くなっている。しかし前述の如く、ベトナムの医療全般における問題は経済的背景に由来するものが多い。したがって、同国に対する経済協力は絶対的に必要なことと思う。重要なのは事前に綿密な調査を基にした効率的な経済協力の方法を模索することであり、経済協力を実行した際は、フォローアップを含め、必ずその実施状況を調査することであると思う。われわれの滞在中に種々の病院でみられた、付属マニュアルが日本語のために現地人が使用できない援助機器や、稼働するのに必要な消耗品の供給法が不明な援助機器の例も、この実施状況の調査を行えば避けられる問題と思われる。

また欧米諸国と比較すると、日本の ODA は道路・橋梁などの運輸関係、エネルギー関係など経済インフラの占める割合が多く³⁾、現地で働く人数が絶対的に少ないとされ¹⁰⁾、いわゆる「顔の見えない援助」¹⁾、²¹⁾との批判が聞かれる。チャリティ・オペレーションなど、われわれも滞在中に各国の国際協力の現場を直接見る機会を得たが、圧倒的な人的パワーと効率の良い活

動状況など、欧米諸国の NGO の組織力には目を見張るものがあった。これは彼らの長年にわたる国際援助経験の蓄積によるものと思われる。ここ数年は日本政府も技術協力を力を入れ、特に医療、教育などの社会開発すなわち Basic human needs (BHN) 分野の比率を高める傾向にある²⁰⁾。また国際協力の手段も、外務省や郵政省などの各省庁や国際協力事業団などの政府系法人が、これまで政府と距離をおいていた NGO に対する支援に積極的に取り組む²¹⁾など改善しつつある。今後のベトナムとの医療協力は、ベトナムへの人材派遣やベトナム人医師の招聘、人材育成などの長期的な展望に立った双方向の人的交流に力を入れることが大切なことは言を待たない。医療協力は、いわゆる「顔の見える援助」の代表的なものである。また医療協力を行う上で、NGO は活動の自由度は高く、この NGO で働く人をより増やすためにも、今後の日本政府の一層の支援を期待したい。

謝 辞：再度にわたる国際医療協力の機会を与えて下さいました岩手医科大学小野 繁学長、坂巻公男歯学部長に心から感謝を申し上げます。また、毎回快く手術器具類貸与の許可をいただいた石橋寛二歯学部附属病院長に深謝いたします。さらに、手術器具類を手配していただいた中央手術部、歯学部第二口腔外科外来スタッフの方々、口腔外科第二講座医局員諸兄にこの場を借りて感謝を申し上げたいと思います。最後になりましたが、われわれの国際医療協力が無事遂行できたのは、同行した諸先生方および物心両面で援助いただいた日本口唇口蓋裂協会の皆様、そして Odonto-Maxillo-Facial Center of Ho Chi Minh City の Trinh Cong Khoi 前病院長、Nguyen Hoanh Duc 前顎外科部長、Le Thi Viet 現顎外科部長のおかげと感謝を申し上げます。

本論文の要旨の一部は、岩手医科大学歯学会第44回例会特別講演 (1997年6月、盛岡)、第21

回日本口蓋裂学会総会（1997年7月，東京），第43回日本口腔外科学会総会ワークショップ・口腔外科の海外医療援助の現状と今後の課題（1998年10月，松本）において発表した。

参 考 文 献

- 1) 江橋正彦, 小野沢純: アジア経済ハンドブック 2002, 第1版, 全日法規株式会社, 東京, 262-278ページ, 2001.
- 2) John Bresnan: ベトナム社会の挑戦, 西原 正, ジェームス・W・モーリー編著: 台頭するベトナム - 日米はどう関わるか -, 第1版, 中央公論社, 東京, 85-110ページ, 1996.
- 3) トラン・ヴァン・トゥ: ベトナム経済の新展開, 第1版, 日本経済新聞社, 東京, 29-41ページ, 1996.
- 4) 江橋正彦: ドイ・モイの成果と課題, 西原 正, ジェームス・W・モーリー編著: 台頭するベトナム - 日米はどう関わるか -, 第1版, 中央公論社, 東京, 49-84ページ, 1996.
- 5) 経済企画庁調査局編: アジア経済2000, 大蔵省印刷局, 東京, 239-244ページ, 2000.
- 6) 杉山芳樹: 地球見聞録, いわて国際交流, 34: 13-14, 1997.
- 7) 内山健志: 海外研究レポート ベトナム社会主義共和国への顎顔面先天異常に関する平成8年度ODAによる医療援助ならびに技術指導, 歯科学報, 97: 1399-1406, 1997.
- 8) 石井正俊, 石井良昌: ベトナム社会主義共和国への口唇裂口蓋裂医療援助ならびに技術指導の経験, 口腔病学会雑誌, 66: 254-261, 1999.
- 9) 夏目長門: ベトナムにおける口唇口蓋裂医療援助, デンタルダイヤモンド, 19: 82-85, 1994.
- 10) 坪井善明: ヴェトナム「豊かさ」への夜明け 岩波新書344, 第1版, 岩波書店, 東京, 237-252, 2000.
- 11) 秋山 稔, 小原 博, 田邊 穰: 創意と工夫の医療体制, 坪井善明 編集: ヴェトナム, 第1版, 河出書房新社, 東京, 166-173ページ, 1995.
- 12) 高橋淑郎: ベトナムの医療政策と医療の現状 ホーチミン市のチョーライ病院での技術協力, メディカル朝日, 1996-1: 40-46, 1996.
- 13) 松田晋哉: ベトナム社会主義共和国の保健医療システム, 日本公衛誌, 41: 82-94, 1994.
- 14) 中臣 久: なぜバイクが買えるのか, 坪井善明 編集: ヴェトナム, 第1版, 河出書房新社, 東京, 88-96ページ, 1995.
- 15) レ・ホアン・アイン: ベトナムにおける公衆衛生教育, 公衆衛生, 62: 207-211, 1998.
- 16) 吉田元夫: ベトナムの現在 講談社現代新書 1334, 第1版, 講談社, 東京, 169-202ページ, 1996.
- 17) NGO 活動推進センター 編: 援助の現実 (The reality of Aid 1998), 第1版, 国際開発ジャーナル, 東京, 1-2, 1998.
- 18) 西原 正, ジェームス・W・モーリー: 提言・日米の対応, 西原 正, ジェームス・W・モーリー編著: 台頭するベトナム - 日米はどう関わるか -, 第1版, 中央公論社, 東京, 259-268ページ, 1996.
- 19) 岸本 修: 国際協力をめざす人に, 第1版, 古今書院, 東京, 1-30ページ, 1998.
- 20) 草野 厚: ODAの正しい見方 ちくま新書131, 第1版, 筑摩書房, 東京, 141-187, 1997.
- 21) 五月女光弘: 日本の国際ボランティア 丸善ライブラリー238, 第1版, 丸善株式会社, 東京, 71-101, 1997.