

海外医療協力委員会議事録

第 15 回

昭和58年10月26日

国際協力事業団

医療協力部

医療
J R
83-15

LIBRARY

国際協力事業団	
受入 月日 '84. 3. 10	000
登録No. 10054	90.7
	MC

海外医療協力委員会

(第15回)

- 1 日 時 昭和58年10月26日(水)
午後2時30分から5時まで
- 2 場 所 国際協力事業団大会議室
(新宿三井ビル9階)

3 議 事 次 第

- (1) 国際協力事業団総裁挨拶
- (2) 海外医療協力委員会委員長挨拶
- (3) 昭和58年度医療協力事業
- (4) 昭和59年度予算概算要求について
- (5) マラリア対策検討部会の設置について
- (6) 病院協力検討部会の設置について

JICA LIBRARY



1015357[5]

4 出 席 者

- | | | |
|-----|---------|----------------------------|
| 委員長 | 島 尾 忠 男 | (財)結核予防会結核研究所所長 |
| 委員 | 浅 見 敬 三 | 慶応義塾大学医学部教授 |
| | 石 田 名香雄 | 東北大学学長 |
| | 太 田 新 生 | (財)日本国際医療団専務理事 |
| | 佐 々 学 | 富山医科薬科大学学長 |
| | 佐分利 輝 彦 | 病院管理研究所所長 |
| | 宍 戸 亮 | 国立予防衛生研究所所長 |
| | 白 壁 彦 夫 | 順天堂大学医学部教授 |
| | 鈴 木 郁 生 | 国立衛生試験所副所長 |
| | 竹 内 正 | 山梨医科大学副学長 |
| | 館 正 知 | 中央労働災害防止協会
労働衛生検査センター所長 |
| | 橋 本 道 夫 | 筑波大学社会医学系教授 |
| | 平 山 宗 宏 | 東京大学医学部教授 |

委員	本多憲児	福島県立医科大学教授
	深井孝之助	(財)阪大微生物病研究会理事長
	曲直部壽夫	国立循環器病センター総長
	村松稔	国立公衆衛生院衛生人口学部長
	吉武泰水	九州芸術工科大学学長
幹事	丹波元一	外務省経済協力局技術協力第一課課長補佐
	黒川祐次	外務省経済協力局技術協力第二課長
	浦部和好	外務省経済協力局経済協力第二課長
	内藤洌	厚生省大臣官房国際課長
	古市圭治	厚生省公衆衛生局地域保健課長
	西村俊道	文部省学術国際局ユネスコ国際部 企画連絡課海外協力官
	北尾美成	文部省大学局医学教育課課長補佐
	田島高志	国際協力事業団総務部長
	堀内伸介	国際協力事業団企画部長
	宮本守也	国際協力事業団研修事業部長
	遠藤英夫	国際協力事業団無償資金協力部長
	野村忠策	国際協力事業団青年海外協力隊 事務局長
	中澤幸一	国際協力事業団医療協力部長

国際協力事業団

有田圭輔	総裁
式田敬	副総裁
長谷川正男	理事
大槻章雄	理事
岡部薫	医療協力部管理課長
伊藤清臣	医療協力部医療協力課長
笹野暉樹	医療協力部医療協力特別業務室長

長谷川理事

ただいまから、第15回海外医療協力委員会を開催いたします。

初めに、事業団の有田総裁からご挨拶を申し上げます。

有田総裁

有田でございます。一言ご挨拶申し上げます。

本日は、第15回の海外医療協力委員会を開催いたしましたところ、皆様には大変ご多忙のところをご出席賜りまして、厚く御礼申し上げます。

58年度の事業団の業務執行状況の、人口・家族計画あるいは医療協力の面におきましては、後刻、担当の者から詳細にご説明があろうかと思いますが、順調に進んでいると了解しております。

本日の会合は、58年度に入りまして最初の委員会でもございますので、概括的に当事業団の業務の主要点について、私から一言申し上げます。

第1の点は、国際協力総合研修所が10月1日付で発足いたしましたので、20日に開所式を行いました。これは、年来各方面で要望されておりましたものが、本年度、6カ月予算が認められて、10月1日発足ということになったわけでございます。従来から、技術協力の根幹は、優秀な専門家をいかに確保するかということが言われておりました。幸いこの国際協力総合研修所が発足いたしましたので、従来から行われておりました中期研修あるいは派遣前研修等専門家の養成確保ということにはなお一層努力してまいりますとともに、皆様ご承知のように政府、地方公共団体、民間から主として専門家のご協力をいただくことは従来どおりでございますが、特定の分野につきましては、なかなかそういう専門家がおられないというような分野につきましては、事業団が専門家を保有する、そして、その専門家の方々に国際協力をライフワークとして働いていただく、そういうことが、この総合研修所の発足によって可能になったわけでありまして、とりあえず本年度は10名の方をお願いするということになっておりますが、現在まで5名の方々にお願いすることになっております。来年度は更にこの人数を倍増していきたい、このように考えている次第でございます。

それからもう一つは、青年海外協力隊でございますが、これはおかげさま

で内外ともに非常に評判がよろしいのであります。場所によっては専門家の方々と同じ職場で、協力して仕事をしているという場面もございます。われわれとしては、これを拡充強化してまいりたいと。私は、三年倍増計画を実施したいということをお願いして、本年度は年間送り出し500名の予算をいただいております。明後年の昭和60年度は、ちょうど協力隊発足20周年に当たりますので、それまで3年間に更に150名ずつ増やして、昭和60年度には800名年間送り出しのラインに持っていきたい。そうであれば、量的にはほぼ適正規模になるのではなかろうかと思われまゝ。また引き続き質の向上にも力をいたしたいと考えております。

この関連では、実は訓練施設というものが足りませんので、明年度の予算ではぜひ、広尾の今の訓練所の建て替え計画を実現したい、このように考えているわけでございます。

それから、研修員の受け入れであります。これはやはり、専門家の派遣と車の両輪とも言うべきものであって、カウンターパートの方々あるいはその他の方々、現在では約4,000名受け入れておりますが、このための施設として、実は幡ヶ谷に新しい研修センターを既に着工いたしました。これは461ベッドでありますから、宿泊施設としては大ホテル並みの規模になるわけであって、これを完備いたしまして、研修員の方々の環境整備を図っていきたい、このように幸えている次第でございます。

その外、ASEANの入づくりセンターというものも、各国一つずつ発足の運びに至っております。これに対応して、沖縄センターというものも、土地を確保し、これから建設に入ろうという段取りになっております。

その外、研修員の受け入れでは、その枠内で、ご承知のようにマレーシアのルック・イースト計画というのがございますが、この関係の受け入れも始まっております。通産省所管の海外技術者研修協会でも、半分は受け入れておりますわけで、関係機関と協力してこの計画を実現していきたい。

それから、中曽根総理が先般ASEANを訪問されたときに、21世紀の友情計画ということで、年間750人のASEANの青年諸君を、5カ国から5カ年受け入れるという計画を発表しました。実はこれは、直接技術協力とい

うよりは、むしろ、日本の文化を知らしめる、日本の若者とASEANの若者との交流を通じて一層緊密な友好関係を築き上げていくという趣旨のものでありまして、直接私どもが手出しをすることが適正であるかどうかについては問題があるわけではございますが、いわば研修員受け入れ計画の一つの延長線上にあるものとして、ぜひJICAでやるようにという指示がございまして、明年度はこの予算をいただいて、これをも実行してまいりたい、このように考えているわけでありまして。

大体これらが当面の主な仕事でございまして、願調に参っているということをご報告申し上げますとともに、予算的には年間8.9%の予算増をいただいているわけでありまして、これは、いわゆる倍増計画から見ますとはなはだ物足りないものであって、中期倍増計画というものはもう既に破綻しているのではなかろうかと言われております。従って、そういう観点からするならば、さらに一層われわれとしては努力しなければならない。その中でもやはり技術協力、無償協力の予算は画期的に増大しなければならない。もし人づくりを通じての国づくりというのを日本の国際協力のキャッチフレーズにするならば、技術協力予算というものは非常に少ない。見掛けの絶対量は多いようですが、これは円借の部分が非常に多いわけで、各先進国と比べましてもこの割合は、円借の部分が多過ぎるというのが実態でございまして。量も必要ですけれども、質の改善も必要である、質の改善は結局は技術協力の増大につながるということで、もっともっと実は予算をいただきたいというのが本音でございまして。

今回は、議事次第にも出ておりますが、部会を二つ作るということになっております。後の方から申し上げますと、病院協力検討部会というのは、ご承知のように医療協力というものは、途上国における非常なファッションになっている、と言うとおかしいですけれども、非常に要望が多い。その中でも、総合病院を造ったり、あるいはガンの病院を造って、お医者さんも派遣してくれ、それから、そういう医者も受け入れて協力してくれというような話ですが、これは言うべくしていろいろ困難な場面があるということで、そういう問題をひとつご討議いただく。もう一つは、無償協力と技術協力との

コンビネーションと申しますか、この協力をいかにタイミング良く確保していくかというような問題もあるかと思えます。

その前のマラリア検討委員会の設置。これも、マラリアというのは大変な問題である、そこで、これを協力するために部会で検討をしていただきたいということのようでございます。私は、これも結構だとは思いますが、こういうことを申し上げると幹事の諸氏には怒られるかもしれませんが、マラリア対策というのは、果たして二国間でそんなに手出しをすることが適切なかどうか、WHOなどを中心に地域的あるいは地球的規模において対策を考えるものであって、まだまだ予算が不十分であるからには、マラリア対策というのはマルチの場において協力するということであって、バイについてはそれほど考えなくてもいいんじゃないかというのが、実は私の私見でございます。これは言わないようにと言われておるんですが、卒直に申し上げて、私は、そういう印象があるということで、まず国際的にどうやっているかということを経験を十分踏まえた上でおやりになった方がいいんじゃないかと思われます。ですから、恐らく検討部会があっても、まず資料をお調べいただいた上での話だと思います。

それから、マラリア対策と申しますと、パキスタンその他では効果を上げているようですが、向こうから積極的に、バイでもやって下さいという場合もあるけれども、いや、自分のところではマラリア対策はプライオリティーは低い、それをやるくらいなら港を造ってくれとか、あれを造ってくれという所もあるわけですね。ですから、われわれが、それを押してまで二国間で、いや、それは駄目だ、マラリア対策をやれというようなことまで言い得るかどうかという問題もあるわけであって、そういう点ではいろいろ問題点もあるかと思えますので、ひとつ部会で慎重ご討議いただきたい。

以上申し上げて、私のご挨拶に代えます。どうもありがとうございました。

(拍手)

長谷川理事

ありがとうございました。

それでは、委員長からご挨拶をいただく前に、幹事の一部に交替がござい

ましたので、新幹事をご紹介申し上げます。

田島総務部長でございます。

宮本研修事業部長でございます。

速藤無償資金協力部長でございます。

それでは、島尾委員長からご挨拶をいただきたいと思っております。よろしくお願いたします。

島尾委員長

それでは、議題に入ります前に一言ご挨拶申させていただきます。

ただいま有田総裁から本年度のJICAの行っておりますいろいろな事業についてご説明がございまして、総合研修所を含めて順調に事業が発展していることを伺うことができ大変うれしく存じている次第でございます。また、医療協力の概要につきましては、後程担当の各部長さん方からご説明があるかと思っておりますが、こちらの方も順調に伸びてきているということをお願いして大変うれしく存じております。国全体の予算が、全体としてマイナスシリングというような厳しい中で、この技術協力の問題については、国がかなり重点項目として取り上げ、わずかながらでも予算が増してきているということは非常に喜ばしいことと存じますが、それだけに私どもとしても内容の充実を図る必要があるのではないかと考えておまして、この委員会でいろいろ専門の先生方のご意見をいただきまして、技術協力、医療協力の内容をより充実したものに持っていきたいと考えておる次第でございます。

私、現在、国際結核予防連合——インターナショナル・ユニオン・アゲンスト・チューブクルーシスの理事会議長をこの三年程務めておるんですが、そういう席へ出ておりましたもやはり、日本に対する技術協力の期待がますます大きくなりつつあるというのをはだ身に感じてまいっております。つい先だってもパリで理事会がございましたが、この席で、WHOとIATが共同で、パリに、フランス語の結核対策の集団研修コースを作るということをフランス政府に要請いたしまして、フランス政府がそれに同意して、四年間の期間で対策コースをフランス語で開始する、そのモデルはJICAが主催して、私どもが委託を受けてやっております東京のコースである

というようなお話がございました。そんな点からも、JICAが行っている活動が国際的にも非常に注目され、よりそういった活動の活発化を要請されているのではないかと感じている次第でございます。

医療協力委員会につきましては、先般、委員長を拝命いたしまして以来、いろいろと事務当局の方々と協議を重ねてまいりまして、できるだけこのメンバーの先生方には、プロジェクトの国内委員会に加わっていただくということも現在考えており、また、実際にプロジェクトの評価などで参ります折には、その一員としてご参加いただきまして、プロジェクト自体についてもその場でご意見をいただけるような仕組みも考えてまいりたいというような相談を進めている次第でございます。

部会の設置につきましては、ただいま総裁からマラリアについては非常に厳しいお話がございましたが、マラリア自体が、一過少なくなりつつあったのがまた盛り返してきているということは非常に重大な問題でございます。幸いにこのメンバーの中には、佐々先生というようなその道の専門家もおられます。また佐々先生は、日米医学の方にも関係しておられまして、マルチの面でマラリアがどう取り上げられているかという点についても十分なご経験をお持ちでございますので、総裁ご注意の点を含めて、マラリアのプロジェクトについてはどのような形で取り上げていったらいいかということを含めて基本的に検討するいい機会ではないかと考えております。

また、病院設置の部会、これは無償協力との絡み合いで非常に重要な課題でございますので、これについても後程ご審議いただきまして、部会を設置し、より詳しい検討ができれば一番好ましいあり方ではないかと考えております。

本日は、さきにご案内申し上げましたように、先生方からご意見をいただく時間をできるだけ長くしたいということがございますので、この後の議事の進め方といたしまして、58年度の医療協力事業の概要、59年度の予算概算要求につきましては、既に資料もお送りしてございますので、各担当の部長あるいは幹事の先生方からできるだけ手短にご報告をいただき、あと、二つの部会設置についての検討、更に、できれば30分程時間を残していた

だきまして、医療協力問題全般についていろいろご意見をいただける時間を
作りたいと考えておりますので、よろしくご協力のほどお願い申し上げまし
て、ご挨拶に代えたいと思います。(拍手)

長谷川理事

ありがとうございました。

以後の議事は、島尾委員長の下で進行をお願いしたいと存じます。よろし
くお願いいたします。

島尾委員長

それでは早速、議事の三番目、昭和58年度の医療協力事業の概要につ
きまして、最初に、医療協力部長中沢幹事からお願い申します。

中沢幹事

医療協力部長でございます。座ったままで失礼いたします。

お手元に配付してございます「第15回海外医療協力委員会会議資料」の
1をご覧いただきたいと存じます。

まず、第1ページに58年度の保健医療協力、人口・家族計画協力事業の
概要が書いてございます。

現在、予算額といたしましては、保健医療協力費が37億6千867万5
千円、人口・家族計画協力費につきましては、7億7千489万3千円、計
45億4千356万8千円ということになっております。

現在までの実績は、次の欄に出ておりますような関係になっております。

なお今後、残りしましたものにつきまして、次の欄に書いてありますよう
なものでやってまいりたい、そういうように存じております。中で、アフター
ケア経費につきましては、既に調査団の調査が終わりまして、これから専門
家に行っていただき、いろいろ指導していただくように現在準備をいたして
おります。

次に、2ページに進みまして、58年度の調査団の派遣状況でございます
が、現在のところそのような状態になっておりまして、保健医療協力部門に
つきましては36件、人口・家族計画協力部門につきましては8件、総計45
件を予定いたしております。◎というのは、既に済んだものでございます。

⑨と書いてないところは、これからやっという計画を持っておるのでございます。

次のページへ参りまして、ただいまご説明いたしました調査団派遣状況と、現在やっております専門家の派遣、機材の供与の実態、あるいはカウンターパート受け入れの実績と今後行うべき計画が、そこに出ているわけでございます。

なお、3ページの後ろから3番目の、アフガニスタンの結核対策につきましては、現在のところ、アフガニスタンの状況によりましてプロジェクトを中断いたしておるところでございます。

4ページに参りまして、一応それぞれのプロジェクトにつきましては現在そのような形になっております。

保健医療協力のプロジェクトは34件でございます、現在までの専門家の派遣は153名、今後93名の計画をいたしております。総計246名ということになるわけでございます。

機材の供与につきましては、9億9千万円を予定いたしております。

カウンターパートの受け入れにつきましては、現在、受け入れ実績が14人ございまして、まだ実績の方はパーセントが低くなっておりますが、今後76名の受け入れを計画いたしております、総計90名に達する所存でございます。

5ページに参りまして、人口・家族計画プロジェクトにつきましては、そこに出ていますように、それぞれの調査団の派遣をいたしております。なお、インドネシアにつきましては、既に十月にこれを済ませておまして、あと、タイのエバリュエーションにつきましては、これからやっていただくということになっております。

専門家の派遣につきましては、現在まで11人の実績で派遣いたしております。なお3名を予定しております、計14名ということになっております。

機材供与につきましては、そこにありますように約5億8千8百万円を予定いたしております。

カウンターパートの受け入れは、現在までちょっと遅れておりました、今後18名を受け入れる予定にいたしております。

なお、次に書いてございますASEAN人づくりセンタープロジェクトにつきましては、先程総裁からもご発言ございましたように、タイで行っておりますプライマリーヘルスケア訓練センターのプロジェクトでございます。ただいま調査団が、計画打ち合わせのためタイに行っておりまして、現在タイに滞在中でございます。

機材供与も、58年度は一応始めたばかりでございますので、590万円となっております。

なお、カウンターパートの受け入れにつきましても、今のところございませんが、今後5人を計画いたしております。

保健医療協力、人口・家族計画プロジェクト、それにタイのASEAN人づくりセンタープロジェクトを合わせまして、現在、医療協力部で所管しておりますプロジェクトの数は40件ということになるわけでございます。

6ページへ参りまして、今後開始を予定しておりますプロジェクトにつきましては、そこに書いてございますように、韓国、スリランカ、ウルグアイ、ユーゴスラビア、メキシコの五つを考えておる次第でございます。

プロジェクト以外の協力につきましては、皆様ご存じのようにタイのカンボジア難民医療対策を現在まだ続けているところでございます。

それから、新しい対策といたしまして、国際救急医療事業というのを計画いたしておるわけでございます。これは、前にもご説明いたしたと思うわけでございますけれども、現在のところ、まだ実際的には、救急医療の実際の災害等が起こった所へ派遣した実績はございませんが、今後、現地事情の調査等のために専門家の先生に少し行って見てきていただきたいと考えておる次第でございます。

その外、アフターケア協力が三つございまして、この中二つは現在実行中のプロジェクトでございます。

大学教授その他単発派遣の専門家、これは、プロジェクト以外に、先生方に行っていたいで、講義その他お教をいただくというものでございます。

特別機材供与につきましては、これは専門家は行っていただかないんですが、機材についてだけ供与するという制度でございまして、現在のところ11件を予定いたしておる次第でございます。

次の7ページに参りまして、医療協力部関係予算がどのように推移してまいったかということ、52年度から58年度にわたってそこに表示したものでございます。

8ページへ参りまして、これは、世界の中でどのような所にどのようなプロジェクトが行われているかということを図で示したものでございます。

医療協力部の所管につきましては、以上のとおりでございます。

島尾委員長

どうもありがとうございました。

質疑は後で一括してするといたまして、続いて研修員の受け入れ事業につきまして、研修事業部長の宮本幹事をお願いいたします。

宮本幹事

宮本でございます。

お手元の資料9ページをご覧くださいと思います。

58年度の研修員の受け入れの全体計画でございますけれども、予算的に申し上げますと、今年度は96億9千187万3千円でございまして、57年度に比しまして14.5%の伸びを示しております。

次に年間受け入れ計画でございますが、そのうち、この表の左側にございます集団コース、185コースで人数2,149名で日墨交流計画が55名で、計2,204名でございます。

単発受入435名、カウンターパートが814名、国際機関170名で、1,419名です。

それから、先程総裁からお話ございましたマレーシアの東方政策が250名。そして予備枠は、50名でございます。

9月末までの実績でございますが、集団コースに参加の研修員は1,666名で、日墨交流計画が29名。

単発が198名、カウンターパートが189名、国際機関92名。

マレーシア東方政策が114名で、計2,288名になります。受け入れ率から申しますと、全体計画の58.3%になっております。医療関係に絞って見ますと、集団コースは、18コースのうち13コースを既に実施しております。165名を受け入れております。なお、単発、カウンターパート及び国際機関の受け入れはそれぞれ、27名、14名、23名となっております。

なお、国際機関関係はすべてWHOのフェローでございます。

次の10ページでございますけれども、これは集団コースの表でございます。先程申し上げましたように、本年度の医療関係集団コースは18コース、うち13コースを既に実施しております。各コースとも大変人気が高うございまして、定員に対する要請率は平均161.3%となっております。これに対しまして受け入れ人数は、9月末までの当初計画150人に対しまして10%増しの165名となっております。全体の要請に対しまして充足率は68.2%でございます。

9月末におきます医療関係の集団コースは先程申し上げましたように165名、9月末における全集団コースの受け入れに比べまして9.7%に相当するものでございまして、平均受け入れ期間は3.5カ月となっております。

この表の集団コースの9番目、消化管病理学コースは、本年度の新設コースでございまして、定員10に対しまして要請が19名でございまして、14名を既に受け入れております。

それから、家族計画広報教育セミナーと家族計画組織活動セミナーをそれぞれ従来実施しておりましたが、今年度より統合いたしまして、家族計画組織活動セミナーといたしました。なお、医科学技術研修コースでございまして、これを廃止いたしました。看護管理コースにつきましては、隔年実施ということで、今年度は開催いたしておりません。

なお、昨年度までに医療関係コースとして取扱っておりました廃棄物処理コース、上水道施設コース、環境技術コース、環境行政コースの4コースは、JICAの統計資料要領分類に基づきまして、今回の資料からは除外しております。

それから、最も重要なところでございますが、カウンターパートの受け入

れ関係でございます。次の11ページをご覧くださいと思います。これは、その受け入れましたカウンターパートの氏名等でございます。

58年度当初、各課から要望がございましたカウンターパート受け入れ要望数は1,419名ございまして、そのうち医療協力課関係は135人で、それから、医療協力特別業務室関係は26人ございました。カウンターパート年間受け入れ計画策定につきましては、JICA関連事業部、外務省、関係省庁と協議いたしまして、今年度は814名の枠を設定しております。そのうち医療協力課関係は95名、医療特別業務室に13名を割り当ていたしまして、昨年度に比べまして、枠は、両課合わせまして4.6%の伸びを示しております。

9月末における研修員の受け入れ実績は、全事業部で814名の計画に対しまして189名で、23.2%でございます。一方、医療協力事業の関係では、医療協力課が14名、14.7%、特別業務室が、今のところゼロでございます。全体で14名、12.4%となっております。

それから、単発の受け入れ関係でございますけれども、単発研修員の受け入れは435名ございまして、そのうち9月までには198名を受け入れております。医療協力関係では、12ページにございますが、12カ国から27名を受け入れておりまして、全体に対しまして13.6%を示しております。このうち、特設コースとしまして、熱帯医学研究コース及び補装具製作コースがございまして、それぞれ定員5名に対しまして、12名、8名の要請を受け、各5名を受け入れております。

13ページでございますけれども、国際機関の年間受け入れ計画数は170名で、そのうちWHO関係が23.5%の40人を占めております。このうち9月までに来日しております研修員は92名ございまして、WHO研修員は29名でございます。但しこの中には、大気汚染とか産業廃水、廃棄物処理、労働衛生の6名が含まれておりまして、純粋な医療分野におきましては、WHO一機関で6カ国、23名となっております。

なお、この表にはございませんが、当事業部で実施しておりますこれらの事業を支援する態勢としまして、帰国研修員のフォローアップであります巡

回指導チームの派遣がございますが、今年度は20件を予定しております。そのうち医療関係で、WHO関係のフェローのフォローアップということで、近々そのチームが派遣されます。

なお、第三国研修でございますが、今年度は15件予定しております。既設が9件で新設は6件でございます。対象国は12カ国で実施するわけでございますが、既にご案内のとおり、既設のコースでコスタリカの電子顕微鏡、チリの胃腸病は、例年どおり実施するわけでございますが、新しいものとしましては、タイ国におきまして皮膚病のコースを3月から実施することになりまして、この8月にRDの締結をいたしました。

以上、簡単でございますが、研修事業部関係の報告を終わらせて頂きます。

島尾委員長

どうもありがとうございました。

続いて、無償資金協力関係につきまして、無償資金協力部長の遠藤幹事、お願いいたします。

遠藤幹事

無償資金協力関係の業務につきまして、ご報告申し上げます。

ご案内のとおり、当事業団におきます無償資金協力関係の業務は二つございます。一つは基本設計調査でございます。その二は実施促進業務でございます。

基本設計調査と申しますのは、無償資金協力の候補案件につきまして、その妥当性を調査いたしまして、供与すべき施設等の内容を策定し、供与金額を算定するという仕事でございます。これにつきましては、技術協力との関連等を重視いたしまして、特に医療分野の案件につきましては、外務省の指示を受けますと厚生省等のご指導を得、また、当事業団医療協力部の協力の下にこれを実施するという仕組みを取っております。

実施促進と申しますのは、供与が決定いたしました案件につきまして、その契約の促進であるとか、あるいは病院の建設等ございましたらその工事の促進を図るという仕事でございます。

お手元の資料の14ページに掲げてございますのは、順序が逆でございま

すけれども、実施促進を担当いたしました無償案件のうちの医療分野の案件でございます。左半分が57年度となっておりますが、これは、供与が57年度に決定をされたもので、それ以降、58年度にかけて実施をしておるものでございます。これが、全体で26件でございます。右の方が、58年度の今日までに供与が決定をされた案件でございます。これはまだ、わが方政府と先方政府との間の協定が成立しておらないという関係もございまして、供与額が表示されておりませんが、件数といたしまして10件でございます。

全体の無償案件の中で医療案件がどういうふうなシェアを占めているかということが、その下に示されておりますけれども、件数にいたしますと、57年度は、医療案件が、私どもが実施促進を担当した件数81件のうちの25件で、30.9%となっております。なお、前年度はこれが28%でございました。金額の面でこれを見ますと、765億のうち284億強ということで37.2%、昨年度はこれが37%でございました。例年ほぼ30%程度が、全体の無償案件の中の医療分野の案件であるということで、非常に大きなシェアを占めているということが言えると思います。

58年度につきましては、その下にございますように、案件の数では今のところ54件のうち10件で18.5%、金額的にはほぼ30%ではないかと考えられます。

57年度、58年度いづれも、このプロジェクトをご覧くださいとお分かりいただけると思いますけれども、ほぼ半分が病院、診療所等を建設するといった施設案件でございまして、ほぼ半分が医療関係の資機材の供与でございます。その中には、バキスタンに対するマラリア撲滅のための薬剤あるいは関係機材の供与、ホンジュラスのマラリア・デング熱制圧計画に対する薬剤あるいは資機材の供与といったものも入っております。

次に、基本設計調査でございますが、このお手元の資料の中には含まれておりませんが、本年度10月までに大体25件の基本設計調査を行っております。そのうちの6件が医療分野の案件でございます。案件名だけをご披露いたしますと、インドネシアの医薬品品質管理試験所の設立、タイの公衆衛生試験所の設立、ラオスの製薬研究開発センターの設立、バングラ

デシュの必須医薬品センターの設立、ルアンダ、ニジェールに対する医療機材の整備、フィージーの看護学校設立の6件が、今までに一応調査を終了ないしは現在調査を実施中のプロジェクトでございます。

簡単でございますが、ご報告申し上げます。

島尾委員長

どうもありがとうございました。

ただいまご説明がございました58年度の医療協力事業概要につきまして、委員の先生方からご質問がございますでしょうか。

橋本委員

私、ちょっと耳が遠くて、声が聞こえなかったんですが、宮本さんのご説明で、確かに環境のことは医療と別ですから、別枠になって結構なんですけれども、それはどこを見れば、どれだけのことをしたというのが分かるようになっていのかというのだけ、ひとつお教えいただければありがたいと思います。

宮本幹事

誠に申し訳ございませんが、このお手元の表には含まれてございませんので、また後程別紙で……

橋本委員

どういう分野でそれを見ておられるわけですか。医療協力ではこういうのがございますね。すると、環境の問題というのは、これと同じように何かレビューするチャンスがあるのか、ないのか、それだけちょっとお教え下さい。

宮本幹事

資料につきましては、社会開発関係 — 例えば環境とか水道とかいろいろございますので、そちらの方の統計に含まれてございます。

橋本委員

そうすると、そちらの方の委員会でレビューしておられるわけですね。

宮本委員

特に委員会というのはございませんので、レビュー等はしておりませんが。

島尾委員長

外にどなたかございますでしょうか。—よろしゅうございましょうか。

それでは、59年度の予算の概算要求につきまして、外務省技協二課長の黒川幹事からお願いいたします。

黒川幹事

外務省技術協力二課長の黒川でございます。

それでは、来年度のJICAの保健医療協力と人口・家族計画についての概算要求について、ごく簡単にご説明いたしたいと思っております。

先程、委員長からもご指摘ございましたように、財政状況と言いますか、来年度の予算の状況は非常に厳しいものがあるわけで、われわれの方といたしましても、予算要求に、日ごろ考えていることを全部盛り込むというのはとてもできないわけで、いわば十分に腕が振るえないということかと思っております。しかし、その範囲の中で、できるだけ使いやすい予算、効率的な予算ということを目標といたしまして、今回の予算要求を行ったわけでございます。

具体的には、まず第一には、現行のプロジェクトの充実と技術移転の効率化ということでございますが、これは、こういう状況でございますので、新規の拡大もさることながら、やることにしたプロジェクト、ないしはやり出したプロジェクトはしっかりやっというところでございます。具体的には、ローカルコスト、つまり現地へ専門家の方が行かれた場合に向こうで必要になる経費、こういったものを充実していこうということでございます。それは、現地業務費のうちの貧困国対策費というものがございまして、カウンターパートの国内出張のお金だとか、場合によっては燃料費だとか、そういったものにお金を使いますが、それにつきましては、従来の中にも最貧困国というカテゴリーを作りまして、それに対しては手厚くするというところを一つ、新たな要求といたしました。

第二の点としましては、技術移転の効率化ということですが、技術交換費というものを新設いたしました。これは、近隣諸国の間で同一ないしは類似のプロジェクトがある場合に、わざわざ日本まで来なくても、そのプロジェクトの間で専門家ないしはカウンターパートの交流をすれば、効率的に技術移転とかそういったものができるのではないかと、こういう発想から、新たに

要求したものでございます。

それから、大きい第二の柱といたしましては、プロジェクト開始前の調査をしっかりとやるという観点で、事前調査を、医療協力に関しましては1件増加の要求をいたしましたし、もう一つは長期調査員というものを、保健医療、人口・家族のそれぞれについて、増ないしは新規に要求をいたしました。

これが大体の概略でございますが、具体的にはお手元の会議資料2の、1枚紙の資料をご覧になっていただきたいと思います。左側の方に保健医療、右側に人口・家族の方の予算が書いてございます。

まず、保健医療の方からご説明いたしますと、保健医療関係の予算要求額は、37億6千916万2千円でございます。これは前年度比48万7千円増で、1.00%、つまりほとんど前年同でございます。但し、これは、その上に括弧で説明がございますように、難民の経費を除いた場合には、前年比増が7.5%ということになります。難民の経費については、その次のページの左下「5.」のところをご覧いただきますと書いてございますが、難民救済等緊急医療協力等に必要な経費ということで、前年度から2億5千万減りました2億円ということで、ここで大幅に予算要求額が減っております。これは、皆様ご案内のように、難民救済援助というものの需要が減ってきているということに対応して予算を減らしたものでございます。

元にお戻りいただきまして、そういう観点からいたしますと、難民を除いた保健医療の予算要求額7.5%というものは、プロジェクト技協の全体の予算の伸びが6.7%ということから考えますと、決して遜色はないと考えております。

予算の中身ですが、調査団につきましては、右の下から3行目の括弧のところ調査団数の計としまして、33件から35件ということになっております。

次のページをご覧いただきますと、専門家派遣に必要な経費のうちで、先程申しました(3)ですが、長期調査員ということで1人新規に要求してございます。これは、事前調査と実施協議との間の期間で協力の開始の前に、事前調査で十分できなかった調査を、かなり長期間にわたって現地に滞在し

て調査を行って、協力の誤りなきを期する、そういう趣旨でございます。

その3行後に、現地業務費の中で最貧国対策費の増額ということで2件、新たに要求してございます。従来の貧困国対策費は、月額12万9千円でございますが、今度の最貧国というところでの要求では月額38万8千円ということでございます。

その4行後、新規ということで技術交換費というものが出てきておりますが、これは先程ご説明したとおりでございます。

また元に戻っていただきまして、右の方の人口・家族計画の協力費ですが、これは総額8億4千570万円の要求でございまして、前年度比9.1%増でございます。

調査団の数は、下から2行目に8件から9件ということで、1件増加でございます。調査団の中では、新規としまして機材修理チームというのを新たに要求しております。

次のページにお移りいただきまして、長期調査員というものを1人、新たに要求しております。

最貧国対策費、技術交換費、それぞれ1件ずつ要求しております。

それから、人口・家族計画については、プロジェクトリーダー会議というものの予算が認められておりませんので、今回新たにこの予算を要求しているということでございます。

概略、以上のとおりでございます。

島尾委員長

どうもありがとうございました。

あと、外務省のお二人の幹事の方々から、来年度事業予算に関して何か追加することはございませうか。— ございませうか。それでは、文部省の方は、国際医療協力に関連して何かご発言ございますでしょうか。

内田幹事代理

結構です。

島尾委員長

厚生省の方はいかがでございませう。— よろしゅうございますか。

それでは、ただいまご説明ございました59年度の予算の問題について、全体としてマイナスシーリングという厳しい中で少しでも増やそういう形でご努力いただいているわけですが、先生方からこの機会に、こういう点をとすることは何かございますでしょうか。いかがでございますでしょうか。

ただいまいろいろご説明ございましたように、新規の現地業務費、殊に最貧国というのを少し増やしていただくとか、あるいは技術交換費の新設、そして長期調査員の新設といった、厳しい中でも新しい要求をしていただいておりますわけで、通れば大変な成果になると思うんですが……。何かございませんか。— よろしゅうございましょうか。

それでは、残った時間を、最初に話題になりました新しい部会の問題、更に医療協力全般の問題についてのいろいろなご提言に割いてまいりたいと思いますので、議題の5番目、マラリア対策検討部会の設置について、最初に事務局の方から提案理由をご説明いただきまして、この問題については佐々先生、浅見先生という専門の先生方もいらっしゃいますので、ここでどんな方針でやるかというような大筋を検討した上で、ご同意いただければ設置というふうにしてまいりたいと思います。

最初に、事務局から提案理由の説明をお願いいたします。

長谷川理事

この議題につきましては、冒頭、総裁の方からその趣旨についてお話がございました。事務当局としましては、この問題を本委員会でご検討をいただきましたならば、部会を設置していただきまして、部会の中において、総裁のおっしゃったような、WHOがどのようなマラリア対策についての協力をしておるかという点の実態をつかみまして、その上に立って、今まで無償資金協力あるいは専門家の派遣等で若干実施をしておりますけれども、こういうもののアセスメントをどうするか、あるいは今後協力するとすればどのような地域、どのような形態での協力が可能かつ必要であるかという点について、ご検討を賜りたいと存じます。

第2点は、WHOの活動との調整問題が当然に出てまいります。従いまして、この点について、どのような調整、あるいは場合によっては協力という

ことがあり得るかかどうかという点についてのご検討を煩わしいと存じます。

更に、無償資金協力との結び付きというものが今後においても考えられ得ることではございますが、果たしてどのような結び付きがこれまた可能、かつ協力として適当であるかという、以上3点についてを主たる検討事項として、検討を煩わしいと存じます。

もちろん、それ以外にいろいろな諸問題があり得ると思しますので、このマラリア対策についてどう対処すべきかという観点からの検討を煩わしいと存じます。

部会が設置されます場合には、本委員会の委員並びに外部のマラリア関係の専門家の方々にも加わっていただきまして、一応来年の11月——これは現委員の任期でございますが、11月いっぱいを目途にいたしまして検討を煩わしい、このように考えております。

以上でございます。

島尾委員長

どうもありがとうございました。

ただいま長谷川理事から、この問題を検討する趣旨、そしてどんな項目についてというようなご説明がございましたが、佐々先生、いかがでしょうか。

佐々委員

マラリアの問題は、大変古くて新しい問題でございますが、私自身、戦時中にマラリアの問題に取り組みまして、私の学位論文もマラリアなんです。戦後、先程委員長からもお話ございました日米医学協力計画というのが、佐藤・ジョンソンの合意で始まりましたときに、その中で、マラリアをやろうということがアメリカから提案されました。これは、当然マラリアというのがアジアにおける最大の重要な病気であるということだったんですが、そのときに、これは内輪話でございますけれども、私は、マラリアをやめよう、アメリカがそう言ってきても日本は受けないことにしたいということを当時の委員長に申し上げて、それで、やらなかったんです。なぜ受けなかったかと言うと、マラリアはあまりにも大きな問題で、当時の日本の医学の実力ではとても、研究費その他でたちうちはできないだろうということで、第2、

第3の重要な問題 — つまりマラリアが1ならば、2番目と3番目をやろう、それで、フィラリアと住血吸虫病をやろうということで今日まで日米医学協力計画でも、マラリアを避けてきたわけでございます。ところが、最近になりました、いろいろな情勢からそういうことが言っていられなくなりまして、先程委員長からもお話ございましたように、日米医学協力でマラリアを取り上げようということ逆をこちらから提案いたしまして、向こうが乗ってきて、それで今度の7月のベセスダの会議でも追い追いやろうということになったといういきさつがございます。

先程、総裁からのお話がございます、総裁はこういうことを言わないでくれと言われたとおっしゃるんですが、言っていたいたということはおわれわれにとっても大変いいことございまして、マラリアに関する現状及び将来に関する認識というのが非常に難しいと同時に、誠に理解されていないという点もあるんでございますね。

まず、先程長谷川理事からお話ございましたWHOとの関係でございますが、私もWHOのマラリア関係のことにもかなり、WHOの内部からタッチしておりますけれども、WHOがマラリアを担当しておりますのは、そのストラテジーを決めるということだけでありまして、WHOは、それに必要な殺虫剤を買うこともできない、自動車を買うこともできない、ただ口を出すことができる、つまりストラテジーを作るという点ではWHOが非常にイニシアチブを取っております。ところが、戦後、1960年代までにかけてはWHOがマラリアを非常に一生懸命、技術的に指導をいたしまして、一時はマラリア・エラディケーションという言葉を使って、マラリアを世界から絶滅するという標榜をしたんでございますが、それが1970年代になりました、到底駄目であるということが分かりまして — つまり天然痘はエラディケートしたんですが、マラリアは駄目だということが分かりまして、今では、マラリアによる死亡者をできるだけ減らそうというようなストラテジーに変わってきているところです。ですから、実際WHOは、技術的な口は出しますけれども、実施面においては — それに対する資材、資金供与というふうな点では、全く無力で何もできない、ほとんどできないということが言える

んじゃないかと思えます。

それから、1960年代までにWHOが、本当にマラリアを非常に減らしたのはどういうことかと言うと、主としてアメリカが機材援助をいたしまして、WHOのストラテジーに沿ってアメリカが、大量のDDTとジープその他の運搬機材、ハドソンの噴霧器というふうな機材を提供いたしまして、これによって、特に東南アジアでは著しくマラリアが減ったという実績がございます。

ところが、1970年代から情勢がすっかり変わりました、結論から申しますと、どの国でもマラリアが猛烈に増えつつあるんですね。今やっと一部の国では、マラリアの増えるのを極力抑えつけて、大体去年、一昨年と同じくらいの数に、非常に無理をして抑えつけているという国はございますが、大部分の国では毎年、2倍、3倍の勢いでマラリアが増えているという、ある意味では憂慮すべき状態でございます。その理由はいろいろあるんですが、やはり一番大きいのは、DDTが使えなくなった。使えなくなったというのは、DDTに対する耐性ができて、DDTが効かなくなったということと、DDTをまくことによっていろいろな、イエバエ、ノミ、南京虫なんていうのが殖えるんですね。それで、住民がDDTをまくことを拒否する、それが一番大きな原因でございます。なぜそういう害虫が殖えるかと言うと、害虫がそのDDTに対して抵抗性を持って、DDTの上へ平気で止まって、死なないような虫が殖えてくる。それから、その天敵であるクモとかカエルとかヤモリとかいうものは全部やられっ放しで死んでしまっているというわけで、害虫は非常に殖えているということが一つ。

アメリカがそういう意味でDDTを最近になってほとんど供与しなくなったことと、それから、ジープがガソリンを食って故障ばかりして困るというふうなこと。

更に、結論を急ぎますと、私、ちょうど2年前に、JICAでお世話になりました、タイのマラリアの無償援助の実績と、それに対する技術協力の実情を見させていただいてきたわけでございますけれども、今本当にマラリアをなくそうとすると何が必要かと言うと、DDTに代わって今使えるのが、

日本で造っておりますスミチオンという殺虫剤でございますが、これが唯一のDDTに代わるものであるという訳であります。それから、ジープに代わって小型自動車——全部日本製の自動車でございます。その外に非常にきめの細かい、献血、薬剤投与その他のサービスに、例えばタイの場合でも何千台というオートバイが必要でございました。これは、日本とアメリカとで供与しておりますのは全部日本の製品でございます。それから、血液検査をするのに顕微鏡が、タイの場合でも1千台以上必要だったのですが、これは全部——今、日本の製品が一番いいものでございますから、これも日本の製品を使わなくちゃならん。結局、アメリカがマラリアの援助をしようとする、必要な機材のほとんど全部は日本から買わなくてはならないというような事態に今来ている。

それから、抗マラリア剤、これはクロロキンという有名な薬でございますが、これが今まで非常に良く効いていたんですが、最近になってクロロキン耐性、つまりマラリア原虫のクロロキンで治らないものが非常に広く広がりました。その後、今使われておりますのが、ピリメサミンという薬とサルファ剤の合剤でございます。これは、今一番大きくそれを売っているのはスイスの「ロッシュ」でございますが、最近私が驚いたのは、そのロッシュにピリメサミンを何と富山の薬屋さんが作って供給しているということでありました。われわれが苦労してロッシュから輸入したのが、何と私の学校から15分の所で作っているという、これもびっくりいたしました。

そういう意味で、日本の役割というのは必然的に、日本のいろいろな意味での技術が伸びたことで、マラリアを目指さないにもかかわらず非常に大きくなって来たということでございます。

今後どうしたらいいかということでございますが、開発途上国の多くは、先程総裁もおっしゃったとおりに、マラリアというものはあり重要でないというふうに考えているところが現在でも非常に多うございますが、今、本多先生の本の34ページを読みましたら、「たとえば、マラリアはガーナ全土にまん延し、全住民の25%が罹患していると推定され、全死亡の10%はマラリアによるほどである」と、ガーナ一つでもこういう状況でございます。

但し、これは当たり前であって、ちっとも不思議でない、だから、何を今さらマラリアをやるのかといったあきらめムードがあるわけでありませう。私も、ニューギニア地区とかアフリカの一部の地区なんかに行きましたけれども、私の目の前で子供が死ぬんですけれども、ああ、やっぱりまたマラリアで死んだかという感じなのです。これは、10人生まないとどうしても2、3人は残らないから、一生懸命子供を10人生まうというふうなムードがあつて、マラリアに対してあまり認識がないというわけです。

結局、結論から申しますと、この医療協力委員会の中でオンコセルカ病の、グアテマラのプロジェクトを始めましたときには、日本ではオンコセルカというのは誰も経験したことがない、こんなのを日本がやっても駄目だろうと批判されていたし、日本の国内でも言われたんですが、10年近くたちまして、5年目ぐらいから、その前にアメリカのチームとドイツのチームがグアテマラでやっていたんですけれども、この人達が、グアテマラのオンコセルカは駆除できないと結論したのは、日本人のチームが、基礎研究と、山を本当に労をいとわず歩き回るといふ努力、つまり研究と努力を重ねて、約5年前に日本の地区からベクターを完全になくしまして、初めて日本が中米のオンコセルカをなくすことができるという技術確立した。これは非常に高く評価されておりますが、こういうチームが——これは北は北海道大学から南は鹿児島大学まで、いわゆる学閥なしに、いい人が非常によく協力したという体制で、しかも技術の基礎研究をよくやったということでありませうが、マラリアも、日本のそういうようなチームがどこかでやれば、オンコセルカよりはずっと確実にマラリアをびたっとなくしてみせることができるに違いないと、われわれ思っているわけでございます。

ただ、それが本当に分かると、われもわれもやってくれということになって、これは大変なことになりますので、まず、そういう国内の体制をどういふふうにするかということの委員会を作つていただいて、一度に広い地域でばつと実施するということではなくて、やはりグアテマラの場合のように、ある限られた地域について、実際にきめの細かい対策をやつて、日本人の手でこういうふうによれば本当になくなるんだという実績を示した上で、逐次拡

大するというふうな体制でいけば、今、WHOもアメリカもマラリアは駄目だとあきらめているのが、これは駄目でないということがきっと分かるであろうと、われわれ考えたわけでございます。

その場合に一番重要なのは、日本国内でそういうことを担当し得る研究者及び技術者を養成することが非常に重要でございまして、これは既に、かなりそういう方面が緒についておりますけれども、そういう意味では、じっくりした構えれば、WHOにもできない、アメリカにもできない、ましてやヨーロッパ諸国にもできないようなことが、基礎研究と実際のことを併用してゆけば、これからの日本でできるであろうと私どもは考えておる次第であります。

実際においては、先程申しましたように、今、それに使う機材というものの大部分が日本の製品であるというふうな事態になってしまいましたので、こういう意味では、私は、やはり日本はマラリアを避けて通れない、がっちりマラリアを新しく勉強し直す時代が来たんじゃないかと考えて、こういう委員会を設置していただければ大変ありがたいと考えたわけでございます。

島尾委員長

どうもありがとうございました。

本多先生、どうぞ。

本多委員

私は、マラリアは素人ではございますが、実は、今の佐々先生のお話でございしますが、ガーナで、はしかの対策をやっているわけです。はしかも同じように、WHOや何かがやりまして駄目だ、しかも栄養失調の子供にやるとかえって悪い結果になるというようなことで、その後ずっと、はしかについてはああいふ国はワクチネーションをやっていなかったんでございますね。それで今度、ここにおられる平山委員や何かの皆さんのお力によりまして、はしかのワクチネーションを、いろいろな基礎的なことから始めまして、昨年からはじめたわけです。そうしたら、日本製のワクチンは大変効力があるし、副作用がないと評判となりました。ほとんど副作用がないんでございますね。しかも、昨年は2人発生して——本に書いておきましたけれども——今年は

まだ発生していないようでございますが、今年いっぱい、来年までどのぐらい発生するか見て、一つの地区でやっておりましたけれども、その地区で発生がなければ、またもう一つの地区というふうに、一つ一つやっていかなくちやいけないと思っておるわけです。

日本の、JICAのやり方というのは大変きめの細かいやり方で、WHOやユニセフなんかのいろいろなやり方というのは、たくさんの金で物をばつとやる、それで、あとはおまえ達でやれと言って、注射はばつとやるけれども、後は何も見ないという、大変大ざっぱなやり方なんでございますね。なぜ死んだのかということが、ただワクチンやったから死んだというふうになってしまうので、佐々先生のおっしゃったように、ある地区ある地区できめ細かにやれば、私は、あるいは、エラディケーションとまではいかなくともかなり高度のコントロールは可能性があるのではないかと考えております。

そういう意味においては、日本は何でも専門家がいなるといふんですが、日本人にはかなりそういう専門家もございまして、非常に濃度が高い教育を受けておりますので、やはり日本人のきめ細かさというのが、WHOや何かでやれないところをやっていけるんでないかと、私、はしかのことをやっていてそういう感じがいたしました。そういう意味においてはマラリアも、本当にマラリアで死ぬのは当たり前のようなことを言っておるんですが、正直言うとこれが労働力の一番の低下ですし、マラリアで死なないようにすれば人口問題は相当解決するんじゃないか——村松先生に申し訳ないですが——と思うような、まあ、これは冗談でございますけれども……。そういう意味において私は、やっぱりこういう疾患に対する基本的な対策というのを、何も明日、明後日というわけじゃないけれども、十分長期計画でもってお考えただければ幸いです。

島尾委員長

どうもありがとうございました。

橋本先生、どうぞ。

橋本委員

今、佐々先生からお話がありまして、佐々先生はマラリアの専門家ですか

ら、専門家が強調されるというのは当たり前のように思われる方がおられてはいけないということで……。

私、今北スマトラ地域保健対策プロジェクトのケースで、それにマラリアの専門家が組んでやっていただいているわけです。54年からずっと組み始めましたが、昨年あたり、1年半前までは、有田総裁と全く同じような気持を、実は内心持っておりました。随分同じことをおっしゃると思って、私、伺っておりましたんですが、この1年半余りでがらりと考えが変わってきました、それが、今佐々先生のおっしゃったとおりの話のところへ来ているんですね。その間に他の途上国なんかへも行ったことがございますが、WHOというのはやっぱり一般論と口だけは出す、専門委員会報告は出しているけれども、地域はいいようにやれということで、どうも実力は本当はない感じですね。ところが、日本のエキスパートが、いわゆるエコロジーの方、モルフロジーの方、パラジトロジーの方、これらの人がチームになって入っているわけですけれども、初めその方々も、私、このぐらいの年齢の若い人で分かるのかなと本当は思ったです。ところが、よく伺うと、WHOのどこでエキスパートで働いたとか、そういうキャリアをみんな持っておられて、そして、そこで初めおやりになっているうち、プロジェクトの2、3年目ごろに、実はうちのチームのメンバーが学会で研究発表すると、どうもまだ、そんなラフなことがといて評判が悪いんです、なんていうお話も聞きました、そんなことは全然心配しないで、1回かっちり固めてみて続けたらいいということをやってみましたら、4年から5年目になますと、がぜん、実は素人の私が見ても、これはおもしろいデータをつかみ出したという、わくわくするようなおもしろさのところへどうも入っていると思うんです。日本が技術協力で、よその国の受け入れではなしにオリジナル・コントリビューションとしてやるとしたならば、全くこのマラリアというのはいいいサブジェクトになっているんじゃないかと思うわけです。

ちょっと簡単に申しますと、確かに原因というのは蚊なんですね。ところが、その蚊が家の中に入ってこないんです。家の外で食いついて血を吸っているらしいんですね。DDTは家の中にまいているんです。それで、インド

ネシアは全国一律のパターンでやっていて、絶対うちのやり方が正しいと言
ってたんですけども、日本の専門家がずっと詰めていくと、今ここの地区
でやっているのは意味がない、どうも向こうじゃないかというわけです。初
めはえらい怒りましたが、それをやっているうちに、なるほどと思ひまして
インドネシア側が納得しまして、そして昨年の暮れから、自分達もこの問題
は一生懸命取り組みたいということで、CDCのディレクター・ジェネラル、
担当者もはっきりそういうことを言い出しまして、もう既に「イ」側も予算
を組んで動き出したんですね。ですから、私は、そういう点で、総裁のおっ
しゃることは私も全く同じ気持で聞いておりましたけれども、約4、5年た
ってみると、これは日本が国際協力の中で今うまくやれば、実におもしろい、
世界的にも名声を博するような学術的な貢献もするだろうという気持を実に
持ちました。

それからもう一つは、専門家の方々を、私は行政畑の出ですから見ていま
すと、なかなか専門家同士のチームワークというのはすごく難しい感じだ
ですね。それから、現地に入りますと相手がアドミニストレーターなんです。そ
れで、こちらが学者なんですね。そこをどうやって進めていくかというよう
なことについても、検討会ができたらぜひお触れ願いたいと考えます。学者
が専門的な興味を完全に満たすことはなかなかできません。もしも早く完全
に満たすと、今度は住民、相手が離反してしまいます。そこらのところをお
考えいただいてやっていただければ、総裁のご心配ももっともですが、実
に今いいところに来ているという印象を持っていますので、佐々先生のような
専門家ではございませんが、実際に拜見しておってこれは価値があるという、
現在は確信に似た感じになっています。お考えいただければありがたいと思
います。

島尾委員長

どうもありがとうございました。

浅見先生、どうぞ。

浅見委員

私は、ここの委員の間では佐々先生以外、寄生虫学、マラリアに関係のあ

ります。学問をやっております。ただ1人の人間であろうかと思ひます。実は私、ご案内いただくまで、このマラリアの問題が今日の大きな議題になっているということをおぼろげにも知らなかつたわけでございます。従つて、佐々先生と口裏を合せて私がものを言うというんじやございませぬので、ひとつそれでお聞き願ひたいと思ひうんでございませぬが……。

マラリアの問題というのは、日本では、医者も医者でない方も、すっかりもうこんなものは病氣じゃないぐらいに思つてしまつて、関心がなくなつてゐるわけでございますが、これは世界的な傾向でもあります。とにかく日本では、日本からマラリアがなくなつてしまつたということが最大の原因なんです。日本にないからもう病氣じゃないんだというふうな、極めて単純な発想だらうと思ひますし、世界的には、どこへ行つてみましても、どの熱帯地の国でも、先程佐々先生もおっしゃられたようにWHOが非常にいい成果を1960年ごろに上げてきて、そしてエラディケートできるんだなんて思ひ上がったことを言つたその影響だと思ひうんですが、マラリアは何とかなるんだ、もう先が見えてゐる病氣だという空気があつたわけでございますね。これがやはり、日本においてと同じように外国でも、医者にも医者じゃない方にもそれがしみ通つてしまつたということは、否み得ないと思ひうんです。

ところが、最近——そう最近でもないんですが、マラリアが復活したというの、これはもう疑う余地のない事実でございます。年間、感染者が、潜在的な感染者も含めて2億も3億もゐるなんていう病氣はそんなものであるものでございませぬし、1年間に2百万マラリアで患者が死ぬなんていうのも、病氣としてはやっぱり人類にとっては大変な病氣なんです。これは無視することができないということなんです。

幸いこのところ、学問の世界で見ましても、このマラリアに対する関心が急速に高まりつつあります。マラリア関係の研究の報告などというものも、専門誌を見ておられますと飛躍的に増えておられます。またマラリア学というのが非常に盛んになりつつあるんでございませぬが、じゃ、そこで日本は何ができるかということが一番問題であらうと思ひますし、この委員会を設置するに當つて十分考へなさいけないところだらうと思ひます。

日本のマラリアの学問というものを、私、決して満足に、オールラウンドに、高いレベルにあると考えません。従いまして、マラリアの問題に日本が手を着けるときに、日本は何をやるのか、どの方向から攻め得るのかということとを十分検討する、そういうことをやりますと、これは外の国ではやり得ないような非常に効果的な作業ができると思うわけでございます。

ちょっと私の立場から発言いたしました。

島尾委員長

どうもありがとうございました。

太田先生、どうぞ。

太田委員

日本国際医療団の太田でございます。

大変偶然なんです、私のところで明日から、東南アジアの中のASEAN五カ国の行政官——インドネシアから次官が来ますが——を集めて、毎年1回の年次協議をやることになっておるんですが、偶然にもその会議で、ひとつマラリアを取り上げようじゃないかという動きが出ております。

私達のところでは、SEAMECの仕事の一つとして、チブス等特定の感染症についてのデータ交換プログラムをやっておりますが、今までやっている菌だけではなく、マラリアをやっばり何かの形で取り上げるべきじゃないかという動きが、ASEANの国々にもあるようなんですが、しかし、先程から話がありますように、WHOの50年代から60年代にかけての失敗にもかんがみ、これはうっかり手を着けたら大変なことになるという気持ちが非常に蔓延しているようなんです。しかし、私もこのことはよく知らなかったんですが、2、3の先生がおっしゃったように、この問題は誠に古くて、かつ全く新しい形として今、出始めてきておるようなので、但しどうやってそれに手を着けたらいいか、みんな多少どころかかなり疑心暗鬼を持っておるんですが、しかし、とりあえず私達のところは、バイラテラルの協力ではなくしてマルチラテラルの協力をやっておりますので、明日から、日本を除いて五カ国の行政官が集まりますので、必ずしも学問的な専門家ではありませんけれども、どういう方法論でこれを取り上げたらいいだろうかという話が多

分話題になると思うんです。そして来年度のSEAMECのワークショップで、五カ国及び日本が集まって、主として方法論、どうしたらいいかということを考え始めようかということまで来ておりますので、この委員会でもしこの部会ができるとするならば— どのような形でできるのかはこれからの討議になるかと思いますが、極めておもしろい形で協力ができるのではないかと思いますので、ご参考までに申し上げます。

島尾委員長

どうもありがとうございました。

深井先生、どうぞ。

深井委員

私、タイの地域保健活動増強計画というもののお世話を、この5年間ばかりやってきているのでございます。その計画の発足当時に、あえてマラリアの問題は外しました。

その理由というのは何かと申しますと、さっきいみじくも太田さんがおっしゃったように、これは非常に大きな問題で、うっかり手を出したら、日本はできないというようなことで大変なことになるからということで、遠慮したわけです。しかし、5年間の経過の中でマラリアの問題というのは、この地方における保健増進上の非常に大きな圧力— ネガティブな圧力であって、これを無視してはどうにもならないというのがだんだんと分かってきたわけでございます。

私どもの実施しております地域というのは東タイにございまして、カンボジアとの国境地帯で、タイのマラリアの一つのフォーカスでございます。で、その重要性というのがますます分かってきた、そして今、顧みてみますと、この5年たった間に、日本の中でのマラリアに対する力というのは非常に培養されてきている。今ならばマラリアを考えてもいい時期に来ているんだ、そういう認識を、私持っております。

一方、学問的な方から見ますと、新しい免疫学の進展によりまして、マラリアの免疫に関する基礎的なことは随分進んでまいりました。それに対する日本の中でのコントリビューションも非常に高まってきております。

このマラリアの問題というのは、どうしても現場の活動が主になりますけれども、これをサポートするためにはどうしても、現場の問題というのを国内でもって掘り下げることが必要でございまして、基礎的な研究がなければ現場活動はサポートできないということがございます。この重要性を一つ、やっぱり考えておきたいと思います。

メンバーでございますけれども、これは先程から先生方がおっしゃいますように、日本の中で現在相当のメンバーがございまして、それは、先週でございまして、大阪で日本熱帯医学会という学会がございまして、そこでマラリアのシンポジウムがございました。そこに参集された方を見ますと、日本はこのマラリア問題に対して十分のメンバーを供給し得る、もちろんこれからみがいがいかなければなりませんけれども、そういうことが言えると思います。

もう一つ、我田引水みたいになりますけれども、先程の東タイにおきます活動地域、それが日本の手で、JICAの手でもって十分な整備ができました、ここで仕事が十分できるようになっているわけです。ただ、マラリアが除かれているかということですが、そういうような地域が幾つか世界じゅうにございます。例えば先程のスマトラの問題もございまして、タイのチャンタブリという所もございまして、そういう所にもう一つこのマラリアの網をかぶせることによって、非常に有利に、きめの細かいマラリア対策というものを日本はやっていくことができるのではないか、そういうことを考えました。

以上でございます。

島尾委員長

どうもありがとうございました。

外に何かご意見ございますでしょうか。

有田総裁

皆さんから大変貴重なご意見をいただきまして……。日本も十分できるからこの際やるべきものはマラリア撲滅計画であると、その点はよく分かりました。

ただ、あらゆることにそうなんですけれども、やはり先程も太田君が言っ

たように、行政官の集まりがある、いろいろその方の意見も聞いてと言うんですけれども、要するに国際“協力”なんですね。だから、日本側が、うちの方は準備が整ったから大いにやるべし、マラリアが大変だということはよく分かるんですけれども、相手の国から見た場合に、マラリアの位置付けと、どういうふう to それに取り組んでいくかということは、おのずから別であって、これがかりそめにも押し付けになるようなことであってはならない、自分達の研究のためにだけやるんだということであってはならないんじゃないかと思うんです。

それから、最初に佐々先生から日米の — 大分昔にアメリカ側からやろうと言ってきたときはやめた、今度は日本側からアメリカにやろうと言ったとお話がありましたが、やろうとすれば、すべて資材は日本のものを買わなきゃならない、悪く言うと、日本のものを売り付けるために、これをやれやれと言っているんじゃないかというようなことを誤解されてもいけないと思うんです。

結局、マラリアというようなものは、私も申し上げたようにやはりグローバルアプローチだと思います。もちろん日本はアジアの国で、アジアが一番大切で、アジアだけだというふうに誤解されてもいけないので、アフリカでもこれは大きな問題でしょうし、2億人というのがどういうディストリビューションか分からないんですけれども、大洋州の島々もそうだろうと思うので……。戦争中、マラリア対策というのを軍部がやったということは、当然、あちらの方に進出する場合にマラリアが大問題であるという認識に立ったんだと思うんです。

それからまた、非常に金の掛かる問題じゃないかと思います。1960年代に減ったのがまた増えたということの原因は何か、結局DDTが効かなくなったということなのか、それだけなのか何なのかという点、やはりその辺の原因究明から、スミチオンさえあればエラディケーションは達成できるんだということなのか、そうでない問題があるのかという、マラリアがまた猖獗を極めてきたことの基本的な問題点は単に薬剤だけなのか、もし薬剤だとすれば、スミチオンばかり売り込んでも、そのうちにまたスミチオンが効かな

くなるということは当然予想されるかもしれないし、果たしてどうなのかと。私は、マラリア対策が — 実は私は、委員会を作るというのは会議の直前に知ったものですから、どうしてそういうことだということを申し上げたんですけれども、そのこと自体に反対しているわけではなくて、それに対するアプローチというものを各方面からいろいろ考えて、慎重にしていきたいと思っているわけでありませう。

それから、一つは、研究ということで実験地域を設けて部分的にやって、成果を上げてそれを及ぼしていくというのは、正しいことかもしれませんが。このリストによると、タイ以外にホンジュラスで計画中のようですし、その他で知ったんですけれども、何かパキスタンにスミチオンを売り込んでいるみたいですが、そういうことは、とにかくアジアの — 今タイのお話が非常に出たんですが、タイをテストケースとして一つやってみるということとは非常にいいと思うんですけれども、果たしてそういうことか、あるいは要請があればどんどんそういうチームを増やしていくのかどうなのかといった、そういう基本方針の問題もあると思います。

私が申し上げているのは、もちろん先生方はすべての資料を整備してご存じだと思っただけですが、国際会議等についても、もし本当に重大問題であるなら会議の議題に上程して、大いに国際会議の場でも議論して、他の国にもひとつ関心を持ってもらうということが非常に大切であるし、幸いアメリカとの協力でもたおやりになるということですから、アメリカに対して物申して、別に日本の機材とか何かを売り込むという積もりはないけれども、しかし、この点についてやらないといかんということを、やはり世界的規模において認識させるということがまた、非常に必要なことなんじゃないかと思うので、いずれにせよ、これは相手のある協力であるから無理はできないということと、非常に大規模の問題であるので慎重の上にも慎重にして、この委員会でそのアプローチについて十分ご研究いただきたい、このように申し上げて終わりにしたいと思います。どうもありがとうございました。

島尾委員長

どうもありがとうございました。

ただいま総裁から大変貴重なご注意をいただいたんですが、一応この委員会といたしまして、マテリア検討部会というのを設置いたしまして、その中で、JICAの医療協力の中でマテリアについて一体どういう協力のあり方ができるのかという基本的な問題の検討、更には無償資金協力と技術協力をどううまく結び付けていけば、一番効率的な協力ができるかというような問題、更に、WHOあるいはUSAID、こういった国際機関とどう連携をつけていったらいいかということを含めて、検討をすることにしたらいかかと思っておりますが、ご賛成いただけますでしょうか。

〔「賛成」と呼ぶ者あり〕

島尾委員長

どうもありがとうございます。それでは、部会員につきましては委員長にご一任いただきまして、後程、事務局とご相談の上で、この問題は主として外部の専門家の先生方を中心に、一部、委員の先生方に加わっていただいて編成させていただきたいと存じます。

それでは次に、6番目の、病院協力検討部会でございます。無償との絡みで、最近、病院の建設、そしてそれに対する技術協力が非常に増えてまいっております。それで、この重要な問題について一度検討してはどうだろうかということでご提案をいただいているわけで、長谷川理事から提案理由のご説明をお願いいたします。

長谷川理事

この点につきましても、冒頭総裁の挨拶の中で、趣旨について触れられておりますので、事務局といたしましては、特に次の3点が――もちろん3点に限るわけではございませんが、問題になろうかと思っております。

第一番目は、このような形で病院プロジェクトが増えた場合に必要な人材、特に、病院でございますから臨床医師の確保という問題は焦眉の急でございます。このような、臨床医師等必要な要員を、果たして確保できるかどうかという点でございます。既に今まで説明の中にありましたように、現在でも病院にかかわるプロジェクトは既に進行中でございます。その中でも幾つかの問題点が実は出ておりますが、やはりその第一番目の問題は、要員の確保

の問題でございます。

第二番目は、仮に要員が確保できたといたしまして、これら専門家の方々に現地に行っていただいて指導をしていただく場合には、当然、臨床指導ということになるわけでございまして、臨床指導ということになれば当然その国のライセンスの問題がございます。今までそのライセンスの問題については、基本的な問題であるだけに十分な検討のないままに、それぞれケース・バイ・ケースで実施をしておるわけでございますが、やはり今後これらが本格的に取り上げられてまいりますと、そのライセンスの問題は当然に出てまいります。更に敷衍をいたしまして、実際に現地でそのような指導を行う過程の中で、患者との関係において責任問題ということが絶対にあり得ないかどうかという点も、場合によって考える必要もあるかと存じます。それとは裏腹に、カウンターパートを日本に受け入れた場合、今度は日本の中における実地研修で同じような問題が起きております。特に国内におきましては、海外の医師が患者に、例えば触れること自体についても、これは大変な問題があり得るわけでございまして、現実に、そのようなことから臨床医師がカウンターパートとして日本に来たけれども、そのような実地研修ができないがために、不満を持ちながら帰国したというケースもあるわけでございます。これらは実は、大きくは外交上の問題、相互主義の問題でございまして、仮に検討部会の中で検討されたといたしましても、直ちに解決するような問題でないかもしれませんが、しかし、この問題を実際にどのように考えていくか、あるいは実施できるとした場合にはどのように実施していくかという点は大問題でございまして、この点についてもご検討をいただきたいわけでございます。

第三点は、今までの要請の中には、単に臨床面の指導のみならず病院の管理運営について、日本の協力を得たいという要望があるわけでございます。一口に申し上げるならば、ひとつ日本に運営管理を任せたいというところさえもあるわけでございまして、そのようなことは現実問題としてはできないわけでございます。できないからといって、その要請に全く応えないということではいいのかどうか、この点を割り切れれば簡単でございますが、それらの

問題も決して軽い問題ではございません。その他、病院の管理運営問題についてはいろいろと問題がございまして、今後病院協力を続け、ないしは新たに拡大をしていくとすれば、そのような問題を解明していかない限り拡大はあり得ない、このように考えるわけでございます。

総裁の挨拶の中にもありましたように、やはり無償資金協力で病院が建つだけで目的を達する場合はよろしゅうございますが、必ずやそれに付帯をいたしまして技術協力を要請してくるであろうと思います。それにどう対処していくかということでございます。その他もろもろの諸問題があらうかと思いませんので、これまた別に委員会の各委員の先生方に委員になっていただきまして、期間といたしましては、これも来年の11月いっぱいということ、で、十分な検討をお願いしたいということでございます。

以上でございます。

島尾委員長

どうもありがとうございました。

この病院の問題については、既に協力の実績をお持ちの先生方も多いかと思ふんですが、何かご意見ございますでしょうか。竹内先生、何か……。

竹内委員

ただいまの長谷川理事からのご提案は、委員会を作った場合に検討すべき事項として幾つかのことを挙げられたと思うんです。いわゆる議題は、検討部会を作るか作らないか、こういうことだと思ふので、まずそれから入りますと、私は、やはり病院というものを中心にわれわれが技術の移転をするということについては、これはもうほとんど文句なしに実施すべきことであると考えます。

私自身の経験というのは、ご存じの、南ベトナム・サイゴンのチューライ病院でございますが、これは不幸にして政情の大転換から、今のところは、表向きの、先程いただいた表には載っておりません。けれども、緊急援助という形でわずかながら実質的な協力は続けているという状態でございます。これをやり始めたとき、それからやっている途中、トランスファーしてしまった後のいろいろな問題について、幾らかの意見はございます。

まず、病院の協力ということを一チャコライなどは非常に特別な事情の下にできたわけでありませうけれども、その後、造ってくれという要請が出ているには出ているんですけれども、これが向こうの要求として非常に強い要求であるのかどうかということが、実はひどく問題でございます。例えばラテンアメリカの例などは、かなり国が小さいということと、気候が違うんでしょう、すかっと出てくるんでございますけれども、東南アジアの場合にはどうもその辺が、なかなかすっきりいってない。個人的に会うと、あるいは厚生省レベルぐらいのところでは、非常に病院要請は強いんですけども、国家の要請として外務省へ入ってくるものになるとほとんどなくなっちゃう、こういうのがどうも実情ではないかと思うので、その辺、国としての取り組み方が、病院の建設ということに対してどの程度ちゃんとしているのかということが、私の経験では、極めてあやふやじゃないかなというふうな気がいたします。それが第一。

それからもう一つは、人の問題は後で触れますけれども、建築及び資材供与、この辺は大抵、計画どおりうまくいくと思いますが、やっちゃってから後——初めコントラクトを結ぶときには確かに、トランスファーしたら後は一切あなたに任せるんですよ、譲渡してしまってから後の通常経費というものは見ませんという出だしにかかわらず、ベトナムの場合には、最後の瞬間に、手渡す数カ月前になってから、あれだけの病院を南ベトナムの予算範囲の中で賄うということは何とも難しいんだから、日本で何とかしてくれないかというふうな要請がその時点になって出てくるのが、私の経験でございます。

従いまして、先程長谷川理事が言われたように、造って、やっちゃって、後は知らないよ、残るのは技術協力だけだと、そういうふうに簡単にいかないんじゃないかなという気が、私は実はいたしております。

そこで、ご指摘の臨床の医者、つまりわれわれがリーダーとして行って、向こうで働く医者が確保できるかどうかという問題です。これは、その後、わが国内での対策はほとんど取られていない。例えば文部省にしても、長期の派遣ということに対しては非常に渋い顔をするわけです。これは文部省が

悪いんじゃないくて、人事院の方で、必要定員とっておきながら外国へ出すということに対して、文句を言うのは当然だと思うんですけども、しかし、それじゃと言って、この現実の要請に対してどういうふうな特別措置を取られているのかと言うと、今のところ、現実では、少なくとも国立大学では取られていないのが実情でございます。こういうことであっても、しかしながら、現実にはいろいろな形で、便法と申しますか、そういうところで何人かの先生が現に出ていっていらっしゃいます。これは、ほとんどご本人の犠牲において、将来を犠牲にして行っている方もかなりいると思います。今のところ、派遣医の国内における位置の安定ということに対する具体的な措置は取られていないにしても、もしわれわれが、一つの大学だけではなくて幾つかの大学が協力して、一種の混成旅団みたいなものを作れば、これは当面何とかなるんじゃないかと思えますし、私がチャーライ病院をやりましたとき、もう5年以上も前ですけども、それから以後の雰囲気というのは、今の佐々先生のお話にもありましたように、若い連中はかなり前向きになっているんじゃないかと思えますので、まず臨床の医者の確保ということは、間違いなく当面は何とかなるんじゃないかと思えます。

それから、ライセンスの問題でございますけれども、これは確かに長谷川理事の言われたように二面あるので、現地におけるライセンスの問題と、国内における研修医に対して日本のライセンスがどうなるかという問題、確かに二つあると思えます。

現地の場合は、これは確かに外務省が中に入っていたら、ある程度外交交渉の舞台に乗っていただかなきゃならない場合もあります。けれども、チャーライ病院の場合には、これは南ベトナム政府との十分な了解で、そのキャンパスの中で日本の医者がやるということに対しては南ベトナム政府が責任を持つという形になっております。現に、藤井医師などは脳外科で10年おりましたけれども、この場合に、多少のミスはあったんでしょうけれども、全く社会問題として表に出てこなかったし、現に病院の組織の上では、ベトナム人が院長であり医長であり、そしてわれわれはただコンサルタントという形でそばに付いているというのが表向きの形でございますので、

現地の場合には問題じゃない。従って、これからこういう病院のプロジェクトが提案された場合にも、その点をはっきり押さえておけば、日本人の専門家が向こうへ行って何かミスを起こすということで大きく人格的に傷がつくというようなことにはならないんじゃないかと思います。もしそれをとやかく言うのであれば、病院建設の協力はちょっと待ってもらうということにならざるを得ないんじゃないかと思います。

このライセンスというものの意味が二つあって、ライセンスをもらえば、日本の協力した病院を離れて、日本人が個人で開業してもいいんだ、そういうライセンスと、そうじゃなくて、そのキャンパスの中でベトナム人をトレインするためのライセンスということならば、これは話が全然別になってくるだろうと思います。

同じような考えをもし日本の中へ持ち込むとすれば、今度はカウンターパートの日本における教育でございますけれども、これはやはり同じような考え方でわれわれが納得する以外に方法はないわけなんです。もちろん患者が、殊に外国人の医者に受け持たれることをいやがるならば、そういう場合には個々のケースとして扱って、いやがる患者に無理に押し付けるということはしないけれども、話して、こういうことで、その上には必ず日本の医者が付いているんだからということをご了解させれば、少なくともある大学の中の臨床の中で、多少外国人が日本人の患者の体に触れたり、注射をしたりということぐらいのところまでは、まあ説得でいくんじゃないかなと、私は考えます。

そういうことで、人間の確保ということはまず間違いはなかろうと思います。

もう一つは、実は東南アジアで、病院を建ててくれというような話はしょっちゅう聞きますけれども、どうも今まで私が考えていたことよりももっといい考えがあるんじゃないかと思いついてきた次第です。それは、インドをご覧になると分かるんですが、あのインドという国は、ご存じのとおり非常に人口が多くて、病気がたくさんあって、そしてレベルはあまり高くない、こういう国に対して、インド人がどうやっているかと言うと、病院を一つ建

でるだけじゃないんですね。病院が主体になっております。例えば一番いい例は、ニューデリーにあるオール・インディアン・メディカル・インスティテュート・フォー・ポスト・グラデュエート・エデュケーション・アンド・リサーチというものがあるんです。これはインスティテュートですから、大きな一つの医療センターみたいなものですが、大きな病院の周りにサテライトとして研究所が付き、ナースングスクールが付き、そして、もちろん管理部門が付きというふうに、一つのコンパウンドになっている、こういうものがあります。このニューデリーにあるのが中心で、あとは地方の小さな町に幾つかあります。それが、ディベロッピングカントリーで一番いいあり方じゃないかなと思っておりますのは、例えばウィルスの研究所をどこかへ建てるんだ、こう言いますが、現地人でウィルスの研究を一緒になってやろうというのはおおよそ数が少ない。大体医者というものは、自分の利益になるようなテクニックを日本に教えてもらって、そして開業してしまおうというのが大体の傾向なんです。そうしますと、その連中に技術を移転するんだというふうに出ていっても、移転さるべき人間の数は非常に少ないので、もし例えばローカルの研究をやるにしても、これはほとんど日本人がやってやらなくちゃ結果が出てこない、こういうことでございますので、私は、単発の一つの研究所を造ってやるというような発想じゃなくてむしろ、供与する場合には、病院もある、いろいろなものが一つになっている、ただ、エンファシスはどこに置かれるかと言えば病院なんだけれども、その患者を利用して研究をある程度まで進めるという形で、その中を、関心を持った者がある程度まで自由に活動できるような舞台をしつらえてやるのが、病院建設協力の一つの姿ではないかと考えている次第でございます。

この場合に、病院協力の検討部会を作るということが出ておりますので、これに対して文句を言うわけじゃありませんけれども、例えば衛生工学の場合はどうなんだとか、他の感染症の場合どうだとか、栄養の問題、人口の問題、看護婦の問題、薬品製造の問題、いろいろなものが、協力ということの内容にはあるので、この場合はとにかく病院をどうしようかというふうに出てきたものですから、私は、もろ手を挙げてこれに対しましては賛成いたそ

うと思っております。

島尾委員長

どうもありがとうございました。

佐分利先生、何かございませんか。

佐分利委員

まず、医師の問題でございますけれども、まだ日本は先進国最低の医師数しか持っていないわけでありまして。昭和65年ぐらいになれば先進国並みになりますので、少し余裕が出てくるんじゃないかなんかという感じがいたします。実数で22万人、10万対で180を超えるだろうと思うんでありますが……。

それから、ライセンス、責任の問題でありますけれども、責任の方は、いろいろなことが予想されますから、保険に入っていていただければいいと思うんですが、ライセンスの方は、外の国もまあまあでやっていると思うんでございますね。それは、現地で開業しようなんて言えば厳しいことになってしまいますけれども、病院の中で診療する、教育をする、研究をするというようなことであるならば、これはまあまあでいくわけで、二国間の双務協定なんか結ぼうと思うと、かえって先進国の方が不利になるわけですね。途上国の方からどんどん日本へ入りますよ、こちらの方からはあまり行きませんよというようなアンバランスな問題等も起こります。

それから、他の国もまあまあでやっておりますから、まだしばらくは、まあまあでいいんじゃないだろうかという感じがいたします。

管理運営、マネージメントの問題であります。これはやはり幾ら急いでも10年は掛かるかと思いますが、少しでも早く始めなきゃならないと思うんです。リクルートカンパニーとかマネージメントカンパニーとか、そういうものをもう日本は作らないといけないと思います。その点は、アメリカの病院株式会社が一番先発しておまして、1965年ぐらいから、まず国内で実力を養って、ノウハウを持って、海外へ出たわけでありましてけれども、優秀な日本人でもそれに追いつくには10年は掛かるだろうと思いますが、とにかく早くそういうものを作らないと、病院の管理運営をJICAさんが

おやりになることは不可能だろうと思いますね。やはり民間のカンパニーにお願いするというのが普通じゃないか、また他の国もみんなそうしているわけでありますから、早くそのようにすればいいんじゃないかと思います。

その他の問題でございますが、病院はお金が非常に掛かります、マラリアと同じように。そういう意味で、日本側から見ると、プライオリティーは下の方になると思うんでございますけれども、また相手国から見ても、一時は大きなものが欲しいというふうな気持を持つてございましょうが、中国とかスリランカであれだけの大きな病院を造っていただいて、後が大変だろうと同情している次第であります。そういう意味で、病院も、本当の途上国であれば不足しているから造らなくちゃならない、また途上国の上クラスの方は、今ある病院が非常に古くなっちゃった、その改築をしなきゃならないという時期に来ているかと思うのであります。やはりサイズとしてはミディアムの200床前後ということで、それが国によつては100床になり300床になり、普通は150から250の間でございましょうが、出発点はフィージビリティー調査が必要でありまして、これが、今日本がやっておるように、素人がグループを作つて行ってフィージビリティー調査をするというようなことでもいいんだらうか、外国は、これもやっぱりフィージビリティーのカンパニーの素晴らしいものがございまして、本当のプロがやっているわけですね。そういったことも日本で考えなきゃならないんじゃないかと思います。

それから、設計から建設でございますけれども、こちらは日本もプロを使っているわけでありまして、私は、標準化を早くしてもらいたいと思つているわけでありまして。例えばアメリカのホスピタル・コーポレーション・オブ・アメリカ等がどんどん進出しております。進出してないのは日本と西ドイツぐらいじゃないかと思いますが、みんな標準設計を持っておりまして、その国に合わせて標準設計を持ってきて、ぱつと造ります。建物にしても、特に機械設備にしても、あまり高級な、バリエーションの多いものを持っていかれては迷惑するのでありまして、標準品の、電圧その他の環境の変化にも強いし少しミステークがあつても壊れないしと、そういうふうな途上国向けの設備、機械を造ってもらいたいと思つています。

また、ハードの方はやはりメンテナンスがこれからの大きな問題でございます。古くて新しい問題でございますが……。

最後に、経営の、ソフトの方でございますが、もう医者だけ送るかどうかという時代ではないと思うんでございますね。検査技師も、その他のメディカルもパッケージで送る。できれば早く養成してマネージャーもパッケージで送り込む。少なくとも中枢機関要員、いわゆるトップマネジメントからミドルの上の方ぐらいまでは日本から送り込むというような体制を整えないといけないと、私は思っております。それにはやはり、すぐれて民間の活力を使うべきであって、もう既に先進国がやっていることでありますけれども、いろいろなノーハウもございますから、明日からでも作ってもらいたいというような感じがいたします。

島尾委員長

どうもありがとうございました。

曲直部先生、いかがでございましょうか。

曲直部委員

やはりずっと以前からいろいろなことが問題になっておるところでございますが、医師の確保に関しましては、佐分利先生が今言われましたように、日本の医師の増加ということで、将来、かなり、急ピッチというわけにはいかないかもしれませんが、希望が持てるのではないかとっておるわけでございます。

ライセンスの問題は、これも既に前から私も機会ある毎に申しておったわけでございますが、例えば中日友好病院の問題のときにも、私も委員会で議論したことがあったわけでございますが、なかなか現実には、これに対応すべき的確な方策は現在ございません。ただ、日本の専門家が向こうに参りましたときには、やはり指導的立場ということで付き合いをしておりますので、その指導的立場というのに対しまして相手側が尊敬の念を持っておる限りにおきましては、特に問題は起こらないように思うんでございますけれども、専門家が、どうしても若くなるとか、そういうことで、専門家の知識の内容が云々されてまいりますと、不信感というものが起こりまして、問題になる

ことが出てくるんじゃないかと思うわけでございますので、やはり今後、何らかのことが必要ではないかと思っております。

今、この本多先生の本の中にも書いてございますので、その部分を読んでおったわけでございますが、やはり相互信頼におきます仮免許証を相手国からもらうというようなことができましたならば、大変スムーズに行くのではないかと思います。

それから、日本におきます研修員の問題でございますが、例えて申しますと、私はよく分からないんですが、今、日本の医師が外国に留学したとき、殊に臨床の方で留学したときどうなっておるか — アメリカの方は、一つの資格を持ってやっておるようでございますが、イギリスとかドイツとかはどうなっておるかということがちょっと、調べてすぐ分かることでございますが、調べたいと思っておる次第でございます。

運営管理の問題は、相手国の病院を、しかも相手国の従業員の間に入りまして、日本人の感覚で管理運営するということは、非常に難しいことではないかと思っておるわけでございます。現に私ども今、バングラデシュのダッカで心臓センターの医療協力をやっておりますけれども、行く専門家によりましては、日本におりますような考え方で向こうで対応いたしまして、根本的に救い難い国だと言って帰ってくる者もあるようでございますので、これは大変なことだろうと思っておる次第でございます。

いずれにいたしましても、今、長谷川理事が申されました提案理由というものを踏まえまして、この病院協力検討部会を設置することには賛成でございます。

島尾委員長

どうもありがとうございました。

ハードの問題が少し出ていたんですが、吉武先生、何かご意見ございますでしょうか。

吉武委員

中日友好病院、チャーライ病院などのお話が出ておりますので、ちょっと私の意見を申させていただきます。

やはり医療機材——人はまた違うと思いますけれども、機材と建築は、私は、根本的に違うと考えた方がいいんじゃないかと思っているんです。資機材のようなものと、相手が使いたくなければほったらかしておけばよろしいですけれども、建築の場合にはそうはいきませんで、やはりそこを拠点として、その国が医療活動をするなり、あるいは日本のお医者さん方がいらして指導するとか、そういうことをされるわけで、やはりその国において成り立たない建築ではいけないんじゃないかと思うんです。その点が、今までいわゆるヨーロッパの植民地的な病院の場合には、もう少しいろいろな形で全体的にそれを可能にする条件を持っていたと思うんですけれども、これからの東南アジアあるいは中国等の病院につきましては、やはりその点がどうしても大事で、これだけたくさんの無償資金協力があるとなれば、それなりにその国の状況を十分調べておいて、それに対応する方針を——ケース・バイ・ケースで、非常に細かくということには必ずしもならないと思うんですけれども、ある程度掌握しているということが大事ではないかと思うんです。

私は、一つは、こちらの方が向こうに住みつかれたりすることを考えたりしますと、やはりその国の住まいを調べておくということが基本的に大事なことになるんじゃないかと思っているんですけれども、なかなかそう簡単にも参りませんで……。そういうことが少なくとも一つのやり方ではないか。その点で、かつてのヨーロッパ、アメリカなどの植民地的な考え方と言いますか、そういうものとは違った態度で臨むべきではないかと、私は考えております。ただ、一つの見方としては、例えば先程佐分利先生が言われたように、パッケージのような形でほんと持っていくという方がかえって簡単だという考え方も、一方ではあり得ると思うんです。ただ私は、やはりそれでは本当の意味ではどうも長続きしないんじゃないかと思うのです。やはりその土地の気候、風俗、生活条件等、幅広く見ていくという視点をバックに、病院の場合も進めるべきではないかという感じがしております。

島尾委員長

どうもありがとうございました。

白壁先生、いかがでございましょうか。

白壁委員

私、今までで気がついておりましたことは、低開発国で病院の設備だけあればいいというような国、それから、欧米と比較して、日本から知識レベルを吸い取るという国、その中間というように、もろもろあります。次に、欧米とずっと歴史的に直結していた国は、やはり日本に今求めているのは、欧米の肩代わりをとということを強く感じます。それから、外の国は一国だけでやるという、いろいろな国がありまして、思想のレベルの違いというものもあります。そして、以上を総合判定していくのが、調査団長の問題でありまして、向こうと交渉してこいというので向こうに行って、後は終わったという、調査団長が第一に、意識を変えなくちゃいけないと考えます。そこをすかっとやりますと、先程竹内先生がご指摘なすったように、いい病院、いい機械を造ってやっても後は動かんというようなことは起こらないと思うんで、そこを今から、調査団長になる者がしっかりして、決断して、ジャスティスを下すということをしないと、こういう状況はずっと続くんで、こういう点はやはり部会で討議していただきたいということは前から考えていました。

それからもう一つは、中南米の厚生大臣は、自分が在職中はJICAのことを知らないんですね。辞めまして日本に来てJICAのことを知って、じゃ、俺の国はというような……。そういう環境もありますので、国のプロジェクトとする場合には、最初の交渉団が相当実績を持って責任を果たすということが、後々に大きく影響してくるんだらうということを、ひしひしと感じるわけでございます。

その延長線上に、カウンターパートなどのプロジェクトがいいのが、行ってみたら、ここは無償資金協力の方がいいんじゃないかというような、お国の指図にも、ちょっとこれはということを感じる場合もありますので、そういうこともいろいろ討議する場が欲しいという具合に私は思います。

それから、先程ご指摘いただきました話も、やっぱり文部省、厚生省というような立場でJICAのプロジェクトを見るんじゃなくて、JICAのプロジェクトの枠内で最善を尽くす、そのあたりでやらないと、どうもこれは

無理がいくという具合に感じます。

まず第一に、人材の確保なんです。大学病院でも完全というように造りまして、医者の派遣でやはり今なお、各大学みんな苦勞なすっておられる。曲直部先生も苦勞なすっていると思うんですね。ですから、人材の確保の問題はやはり、将来に希望は持てましても、ここしばらくは大変な問題だと思うので、人材をよく動かせるような人をなるべく理事に入れて、人材確保に困らんように、これはもう工夫していただくしかないだろうと私は思うんです。

それから、指導医の派遣の問題なんです。もう随分前にできた派遣のメニューで、時は変わり時世も変わったこういうときに、同じシステムを押し付けているというところに、ちょっとおかしいところがありまして、これは、この部会で医師の派遣を非常に合理的にして、行く人間も勇躍していくというようなシステムをやはり考えていただかないと、若い医者の犠牲の下に派遣するということはもう許されないと思います。

日本における実地経験を踏みたいということ、これはさっき曲直部先生もおっしゃいましたが、欧州の数カ国は、その病院で向こうの医師と同じように働くのには、警察の証明書、厚生省の証明書がなくては働けないんですね。そういうことになりますと、日本で外人を働かせる資格が第一に十分であるということ、それから、日本語が相当しゃべれないと日本の患者は診せられないということが、私達現場の問題であるわけです。次に、やはり日本の警察、日本の厚生省、そちらの皆さん方のご判断をいただきたいということでもあります。

島尾委員長

どうもありがとうございました。

大分時間が迫ってまいりましたが……。本多先生、どうぞ。

本多委員

私、この医療協力の部会というのは当然作るべきだと思います。というのは、私がガーナのことを見ても、日本人の先生がおるというだけで青年協力が、最初ゼロが30人も40人にもなってきたというんですね。あと、そ

ういう所にまた働く人が出てくる、こういうことで、私はやはり、日本人のみならずその開発途上国の人達にとっても、日本人の先生がおるということは大変重要だと思えます。ただ、先程も申したように — これは実は何年か前に私がある人に相談されたんですが、欧米ではみんな、病院を造るのをやめた、小さなディスペンサリーぐらいでいいんだといわれている。日本ではどうしたらいいんだろう、俺もやめたいと思うんだという話をされたときに、今こそ日本はこうした病院のプロジェクトというものを持っていかなきゃいけないんだと思う。今まで欧米は、それぞれの植民地関係なんかでどんどん病院を造っている、これ以上造る必要はないと思う。ところが、日本は全然なかったんですから、こういうものをどんどん造るべきじゃないかと思っています。と同時に、こういう今までの三つの問題は、結局は日本において医師なり何なりを養成するところがないということなんですね。私はいつも申しているんですが、これは私の夢なんですが、この間も申したんですが、東京近辺には、5万人を超す在日公館並びにその家族がおるわけですね。その家族のための病院というのが日本にはないわけです。そういうことを外務省なり何なりが、あるいはJICAがお造りになって、そこの職員がまた外国のそういうところへ行くと。そうすると、犠牲になるということはないと思うんですね。と同時に、今度は、研修に来られた人でもそこで患者を診れば、またテンポラリーライセンスでもっておのずから解決すると思うんです。

今からそういう計画を立てると、毎年5億から10億ぐらいのものずつやっっていくということは、私はできると思うんです。少しずつやっっていけば。と同時に、私は前にも申したんですが、在日公館から千ドルでも2千ドルでも、少しずつでも寄付をいただければ、日本としても面目が立つと思うんですね。日本駐在の外国の大使館とか公使館とか、そういうところが、ぜひやってくれというようなことになれば、私は、日本の政府としても大変出しやすいと思うんです。そうすると、そこに働いている人はそれぞれの国のいろいろな言葉もできるし、またそれぞれの国においては、お互いにライセンスはテンポラリーに、その所にいる間はいいというふうにしていけばいいと思

うんです。

それからもう一つは、管理運営というのは、私は、日本が管理運営するのは無理なことであって、問題は、ランニングコストを出すか出さないかという問題だと思うんです。これは、その国の事情や何かによって、やはりそれぞれの何%の比率かで、10%出すとか、あるいは100%出すとか、いろいろな幅があると思うんですが、そういうことはその場その場において応じていけばよいと私は思うんです。

まあ、私の夢ですが、やはりいつかは必ずJICAなりが、そうした臨床医を抱え込んで、しかも収入のある病院にしておいて、しかも今度は海外における病院のメンバーを確保しておくという、一挙兩得と言いますか、そういったことをやることを私は望みたいと思います。

島尾委員長

どうもありがとうございました。

白壁さん、何か追加して……。

白壁委員

先程、外務省の黒川さんがおっしゃいましたことは、非常にありがたいアイデアだと思うんですね。結局、小さな—小さなと言っても日本より大きいんですけども、そういう国がうんとあります地域で、一国に大きい医療援助が行きますと、周りの国々では、行けばやっかみのことばかり聞かされるわけですね。それですから、ウルグァイの大学のアイソトープのセンターは、近隣からそこに集団で勉強に来るようなシステムをちゃんと作りましてね。それで、研修、診療は個々にやるんだぞと。それで皆、そこで勉強しては帰っていくということになっております。ところが、それは、WHOから毎年維持費が出ているんですね。

ですから、数カ国から来て、ここをセンターに置くということはありがたいんですが、そこまででもいいですが、その先の、維持していくところまで行きますと、もっとそれは実るという具合に私は感じました。ありがたいお考えだと思います。

島尾委員長

時間が迫ってまいりましたので、この病院関係の検討部会につきましては、理事からご提案のありましたような線で設置させていただいてよろしゅうございましょうか。

〔「異議なし」と呼ぶ者あり〕

島尾委員長

どうもありがとうございます。それでは、設置させていただきまして、委員の人選等につきましてはお任せいただいて、事務局と相談の上、お願いするという形にさせていただきたいと思います。

非常に少ない時間ですが、今日まだご発言いただいてない委員の先生方もいらっしゃると思いますので、もしご意見ございましたら、手短かに一言ずつでもいただきたいんですが、突戸先生、いかがでございましょうか。全般の問題、何でも結構です。

突戸委員

私は、いろいろJICAに、研究所で、協力しておるんですがけれども、一番問題は、先程もございましたけれども、JICAの医療協力で、私達研究所におりますと、自分の研究を向こうで何かしてきてしまうというような感じをいつも持っていたんですけども、最近、そういう点が随分、向こうの人のためを思っただけの研究も増えてる。先程ガーナの話が出まして、私のところからも小船君というのがガーナに行っておりますし、この本多先生の本にありますけれども、名古屋の大学の先生方が随分協力を——向こうの人の話なんです、やっております。そういう形で、研究所の連中もだんだん、こういうことに非常に積極的に、向こうで現地のためを考えてやっているということは、私は大変大切なことだと思います。マラリアの問題も先程ずっと議論がありましたけれども、そういう形でやられていけば、日本のベジックな技術が本当のものになる、そういうような形にできるんじゃないか、そういう時代に来ていると、こういうことを私は感じております。

簡単でございますが……。

島尾委員長

どうもありがとうございました。

鈴木先生、医薬品関係のプロジェクトは最近随分増えてきているんですが、何か一言いただきたいと思います。

鈴木委員

私は、医療協力でも医薬品の品質管理を中心にしてJICAの方に協力しているんですが、だんだんこの問題も増えてまいりました。困っている点を2、3申し上げて、ご参考にしたいと思います。

一つは、日本における専門家が少ない。特に、おりまして、現地へ行って指導するという人材がなかなか得られない。私どもの国立衛生試験所なんかでは全部網羅できませんし、ワクチンとか抗生物質になりますと、矢野先生の予研の方にも依頼してご協力をいただいておりますが、地方の衛生研究所とかそういうところの人材を何とかしてもう少し確保させないと、これからだんだんこういう問題が増えていくときに非常に困るというふうに考えております。

それから、これもちょっと専門から外れるんですが、病院のことについてお話がありましたけれども、そのときの薬剤師のトレーニングなんかはどうなっているんだろうかなと、ちょっと今、頭に浮かびました。あるいはもう行われているのかもしれませんが、この方面の専門家のご意見もまた聞いてみなければいけないんじゃないかと思っております。

一言感想を述べさせていただきました。

島尾委員長

どうもありがとうございました。

館先生……。

館委員

全般的なことを一つだけ――皆さんのおっしゃったことももっともなんですけれども、一つだけお触れになっておらんことを申し上げたいのは、たくさんプロジェクトを今持っておりますし、今までもやってきたわけでありまして。この評価も今までやってきているわけでありましてけれども、評価をもう少し強化して、現実に進められているものの方向付けの変更なり内容の変更なり、あるいは方法の変更なりの検討を、もっと強力にしなければなら

ない時期に来ているのではないかというふうなことを感じておりますので、
金休の問題として申し上げました。

島尾委員長

どうもありがとうございました。

平山先生、いかがでしょうか。

平山委員

私、保健の立場でございますけれども、われわれが応援をするような乳児
死亡の非常に高い地域で、一つの立派な病院なり研究所なりを造るとい
うことの意味を、初めからわれわれの方でもよく考えておく必要があるとい
うことを、常々感じております。例えば地域保健のセンターとしての機能を持
たせるといふようなことを、最初から考えておくべきではないかなとい
うことでございます。

日本でさえ、自治医大の卒業生が地元へ帰ったときに、地元の病院に
いる立派な機械がないので仕事にならないと言ってとぼしているとい
うような現実の話がございまして、そういうことが、よその国で起
こらないような教育なり協力なりが大事だろうということが一つ。

それから、専門家が日本から参りますときに、その方がいる間は確
かによく動くんですけども、たまたまおられなくなると、機械も動か
なくなるし、施設としての機能も止まってしまうということが、どう
もあるように思われます。そういう意味で、特に医療関係の専門
家が出た場合、その病院なら病院の要員そのものとして働くこと
になりがちなので、この辺も考えてやっていくようにしたらいい
のではないかなということ、わずかな経験から思っておりますので、
こうした部会が設置されたときに検討いただければ大変ありが
たいと思います。

島尾委員長

どうもありがとうございました。

村松先生、いかがでしょうか。

村松委員

私の専門は、人口と家族計画の方ですから、今日の議題と大分離れており

まして、特別に申し上げることもないんですが、強いて一言だけ申し上げるとすれば、最後のところで話題になっておりました病院の協力の委員会をお作りになるということで、その討論をお進めになる段階で、分かり切ったことを申し上げて失礼なんですけれども、一つ心に置いておいていただきたいなと私から申し上げたいのは、殊に開発途上国の場合には、診療の中心としての病院ということも当然重要だと思いますけれども、いわゆる地域保健、あるいは保健指導という言葉があるんですけれども、そういうものの活動の中心としても大いに伸びるべきではないかと考えます。一般の公衆衛生とか地域保健に関心の高いところだと、病院というのはある意味では、病気になった人が行けばよろしいということだと思えるんですけれども、現在の開発途上国では、その時期がまだ来ておらないと思われれます。ですから、地域保健のセンターとしてのいろいろな役割を、少なくともどこかで心に置いていただきたいと思います。

島尾委員長

どうもありがとうございました。

もう時間も過ぎましたので、終わりたいと思いますが、その前に、中沢先生、本を2冊いただいているんですけれども、いかなるいきさつでどんな本か、ちょっと解説していただければ……。

中沢幹事

1冊目の本でございますが、カンボジア難民医療に関する本を差し上げてございます。この本は実は、昭和54年の12月から、タイにおきますカンボジア難民医療につきまして、医療援助のためにいろいろな大学関係の先生方、国立病院関係の先生方、済生会関係の病院の先生方、厚生連関係の病院の先生方、その他ボランティアの先生方並びに看護婦さん方にいろいろ医療チームを作っていただきまして、3カ月に1度ずつの交代で現地に行っていたいただきまして、カンボジア難民医療に携わっていただいた結果、約3年間続けてまいったわけでございます。ただいまも、規模を小さくいたしましてまだ続けておるわけでございますけれども、一応3年間を過ぎましたので、365日×3ということで1,095日間の記録ということで、行っていただい

た先生方にそれぞれ、いろいろな体験談その他をお書き願ったものでございます。JICAの私の方で編集させていただきまして、その記録をまとめたものでございます。中に大変貴重な体験談がたくさん載っておりますので、ぜひご精読願いたいと思う次第でございます。

もう1冊の本でございますけれども、本多先生がガーナで、約14年間にわたりまして現在まで、ガーナ大学の野口英世研究所におきますプロジェクトの指導をしていただいたわけでございますが、その初めから現在に至りますまでの記録につきまして、先生を初めといたしまして、行っていただいた専門家の先生方等その他、いろいろお書きになったものでございます。これは、本多先生の方でお作りになりまして、お集まりの委員の先生方にぜひお読み願いたいということで、本多先生の方のご好意によりまして本日お配りさせていただいたわけでございます。

島尾委員長

本多先生、貴重な本をどうもありがとうございました。

本日は、この委員会、大変熱心にご討議いただきまして、マラリアと病院協力に関する検討部会を設置するという非常に重要な決定をさせていただきまして、どうもありがとうございました。いずれ委員をお願いいたしまして、積極的に検討を始めていただきたいと考えております。また、国内委員会につきましても、プロジェクトの評価につきましてもいろいろお願いすることが多いかと思いますが、その節にはよろしくお願い申し上げたいと存じます。

司会の不手際で時間を少し超過して申し訳ございません。これで委員会を閉じたいと思います。どうもご協力ありがとうございました。

午後5時10分閉会

第 15 回 海 外 医 療 協 力 委 員 会
会 議 資 料 1

昭和 58 年 9 月 30 日現在

(医 療 協 力 事 業)		
1.	昭和 58 年度保健医療協力、人口・家族計画協力事業の概要	頁
2.	昭和 58 年度調査団派遣状況	頁
3.	昭和 58 年度プロジェクト等事業計画及び実績	頁
4.	医療協力関係予算の推移	頁
5.	保健医療協力、人口・家族計画協力プロジェクト設置数	頁
(研 修 事 業)		
6.	昭和 58 年度研修員受入実績表	頁
7.	昭和 58 年度医療関係・集団コース研修員受入実績表	頁
8.	昭和 58 年度医療関係・カウンタート研修員受入実績表	頁
9.	昭和 58 年度医療関係・単発研修員受入実績表	頁
10.	昭和 58 年度医療関係・国際関係研修員受入実績表	頁
(無償資金協力事業)		
11.	医療関係無償資金協力案件一覧表 (57 年度～58 年度第 2 回閣議決定分まで)	14 頁

医 療 協 力 部
研 修 事 業 部
無 償 資 金 協 力 部

1. 昭和58年度保健医療協力、人口・家族計画協力專案の概要

	予算額(千円)	これまでの実績	今後の計画	合計
保健医療協力費	3,788,675			
調査団派遣経費	203,879	9件	24件	33件
専門家派遣経費	1,663,176	185名	113名	298名
機材供与経費	1,410,559	25件	16件	41件
アフターケア経費	41,061	調査団 2件 専門家派遣 3名	専門家派遣 7名 機材供与 2件	調査団 2件 専門家派遣 10名 機材供与 2件
住民教育等経費	450,000	専門家派遣 18名	調査団 1件 専門家派遣 33名 機材供与 3件	調査団 1件 専門家派遣 51名 機材供与 3件
人口・家族計画協力費	774,893			
調査団派遣経費	60,206	2件	6件	8件
専門家派遣経費	214,762	11名	6名	17名
機材供与経費	499,925	3件	2件	5件
合 計	4,543,568	-	-	-

2. 昭和58年度調査団派遣状況

調査区分	調査団名	派遣期間	備考	調査区分	調査団名	調査時期	備考
事前調査	ウルグワイ、消化器病総合研究センター	58年7月	④ 派遣	保健	ケニア、伝染病研究調査	58年8月	④
	ケニア、中央医学研究所	58年11月			ブジカル、ワグタン製薬	58年7月	
	ビルマ、総合病院	58年11月			タイ、地域保健推進向上計画	58年11月	
	韓国、母子保健研究所	58年10月			ビルマ、感染症研究調査	58年12月	
	スウェーデン、ハルツウム教育病院	58年12月			グアテマラ、カンコマカカ症研究調査	58年7月	
実地調査	ニューギニア、生進教育センター	59年3月	④	保健	ベトナム、感染症推進調査	58年11月	④
	ウルグワイ、消化器病総合研究センター	59年2月			タイ	59年2月	
	韓国、母子保健研究所	59年3月			フィリピン、伝染病研究調査	58年8月	
派遣調査	スウェーデン、カイロ大学小児病院	58年4月	④	協力	チリ、胃がん研究	58年7月	④
	スリランカ、スリジャヤワラルダラ病院	59年2月			タイ、カンボジア麻風病研究調査	59年1月	
派遣調査	フィリピン、熱帯疫学研究所	58年12月	④	保健	小計	36件	④
	ネパール、西部地域公衆衛生学教育	59年11月			インドネシア、疾病計画	58年12月	
	カーナタカ、ナーナル学	58年12月			スリランカ、	59年2月	
派遣調査	ビルマ、疾病研究開発センター	58年5月	④	人口調査	実地調査	メキシコ、	④
	タイ、看護教育	58年5月			フィリピン、	58年7月第1次 58年12月第2次	
	中国、中日友好病院	58年11月			インドネシア、	58年9月	
派遣調査	トンガ、保健学研究所	58年6月	④	派遣	計画打合せ	中国、	④
	ビルマ、感染症研究調査	58年11月			タイ	58年7月	
派遣調査	インドネシア、看護教育	58年11月	④	協力	エバリエーション	58年11月	④
	スリランカ、ベラダニア教育病院	58年11月			タイ	59年2月	
	ケニア、伝染病研究調査	58年12月			小計	8件	
	アメリカ、オランダ大学看護学大学院	59年2月			タイ、プライマリーヘルスケア推進センター (フェヤン人通り計画)	58年10月	
	エクアドル、衛生学研究所	59年2月			小計	45件	
エバリエーション	スリランカ、ベラダニア教育病院	58年10月	④	協力	派遣打合せ	58年10月	④
インドネシア、看護教育	58年6月	合計					
	スリランカ、ベラダニア教育病院	59年2月					

3. 昭和58年度プロジェクト等事業計画及び実績

(1) 医療保健系プロジェクト

部 名	プロジェクト名	調査区分		調査時期		専門家派遣		機 器 供与額(千円)	カウティング		計 入
		調査区分	調査時期	派遣実績(人)	派遣計画(人)	実績(人)	計画(人)		実績(人)	計画(人)	
バンクラダ	循環器病対策	エバリエーション	58年10月	12	8	20	27,000	0	2	2	2
ビ ル	感染症研究対策	機 材 輸 送	58年11月	1	5	7	40,000	0	3	3	3
カ	腎臓研究開発センター	エバリエーション	58年12月	2	3	5	40,000	0	3	3	3
イ ドネシア	北スマトラ地域保健対策	計画打合せ	58年5月(前)	5	3	9	30,000	0	2	2	2
ク	看護教育	機 材 輸 送	58年11月	3	0	3	20,000	0	2	2	2
ク	薬品品質管理	エバリエーション	58年6月(前)	0	4	4	40,000	0	2	2	2
イ ン ド	日本臨床ワクチン製造			2	2	4	32,000	0	3	3	3
国	循環器センター			2	7	9	43,000	0	3	3	3
ネ パ ー ル	西部地域公衆衛生対策	巡回指導	58年11月	8	0	8	30,000	0	2	2	2
ク	トリバパン大学医学教育			3	2	5	50,000	3	0	0	3
フ イ リ ピ ン	熱帯医学研究所	実績報告	58年12月	6	2	8	40,000	0	3	3	3
中 国	中日友好病院	計画打合せ	58年11月	3	3	6	0	0	20	20	20
ス リ ラ ン カ	ペラチニア教育病院	機 材 輸 送	58年11月	0	4	4	0	0	2	2	2
タ イ	地域保健活動向上計画	エバリエーション	59年2月	7	7	14	20,000	0	2	2	2
ク	看護教育	エバリエーション	58年11月	7	7	14	20,000	0	2	2	2
ア フ ガ ニ ス タ ン	結核対策	計画打合せ	58年5月(前)	4	2	6	26,000	0	3	3	3
ア ル ジ エ リ ア	オラン科学学校大学区保健センター			0	0	0	0	0	0	0	0
エ ジ プ ト	カイロ大学小児病院	機 材 輸 送	59年2月	4	5	9	0	0	0	0	0
		実績報告	58年4月(前)	0	3	3	30,000	0	2	2	2

国名	プロジェクト名	調査区分		調査期間		専門家派遣		採材 供与額(千円)	カウンターパート受入	
		調査区分	派遣期間	派遣実績(人)	派遣計画(人)	派遣実績(人)	派遣計画(人)		採材 供与額(千円)	受入実績(人)
チェコスロバキア	薬品品質管理			4	0	4	0	10,000	0	0
イタリヤ	結核対策			1	2	3	2	19,000	1	1
ナイジェリア	シヨラス大学			5	2	7	2	30,000	2	0
ガーナ	ガーナ大学	巡回指導	58年12月	11	1	12	1	57,000	0	2
ケニア	伝染病研究対策	機材修理 (エバリエーション)	58年12月 58年8月	12	3	15	3	32,000	0	2
ザンビア	ザンビア大学医学部			5	0	5	0	30,000	2	0
ボリビア	消化器疾患研究対策			6	4	10	4	40,000	0	2
ブラジル	ワクチン製造	エバリエーション	58年7月	5	1	6	1	70,000	1	2
ペルナンブゴ	ペルナンブゴ大学免疫病理学センター			1	0	1	0	0	0	2
コロンビア	中央医学研究所			0	1	1	1	30,000	0	2
エクアドル	微生物研究対策	機材修理	59年2月	4	3	7	3	20,000	0	1
グアテマラ	オシコマルカ症研究対策	エバリエーション	58年7月	15	1	16	1	10,000	1	0
パラグアイ	厚生省中央研究所			6	5	11	5	30,000	3	0
ベネズエラ	地域精神衛生向上			3	3	6	3	50,000	1	2
グエネズエラ	がん対策			4	3	7	3	51,500	0	3
トリンガ	保健衛生検査所	計画行合せ	58年6月	8	3	11	3	42,500	0	3
計	34件	22件		153	93	246	14	990,000	14	76
										90

(2) 人口・家族計画強化プロジェクト

国名	プロジェクト名	調査団派遣		専門家族派遣		提供金額(千円)	カウンターパート受入	
		調査団区分	派遣時期	派遣実績(人)	派遣計画(人)		受入実績(人)	受入計画(人)
バングラデシュ	家族計画			0	0	0 (一般)	0	0
中国	"	計画打合せ	56年7月(※)	4	2	239,243 (一般)	0	10
インドネシア	"	巡回指導	56年10月	3	0	0 (委託)	0	3
フィリピン	"	巡回指導	56年9月(※)	3	0	88,000 (一般)	0	3
タイ	"	エバリュエーション	58年11月	1	1	33,000 (委託)	0	2
計	5件	4件		11	3	540,243 (一般) 48,000 (委託)	0	18

(3) ASEAN人遊りセンタープロジェクト

国名	プロジェクト名	調査団派遣		専門家族派遣		提供金額(千円)	カウンターパート受入	
		調査団区分	派遣時期	派遣実績(人)	派遣計画(人)		受入実績(人)	受入計画(人)
タイ	プライマリ〜ヘルスケア訓練センター	計画打合せ	58年10月	3	5	5,900	0	5

(4) 今後開始予定の保健医療協力及び人口家数計画協力プロジェクト

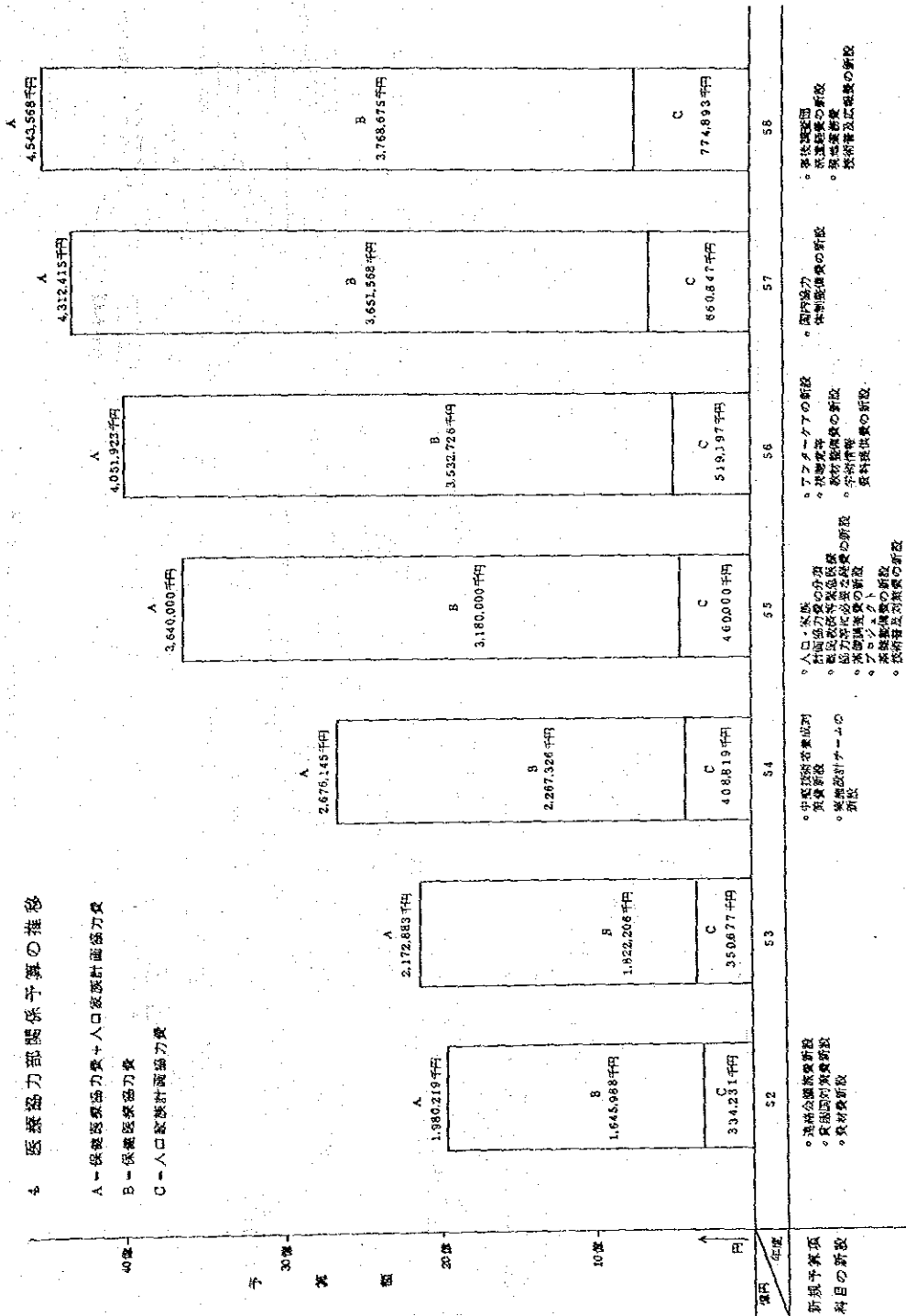
国名	プロジェクト名	調査区分		派遣時期	専門家派遣		機材 供与額(千円)	カウンターパート受入	
		調査区分	派遣時期		派遣実績(人)	派遣計画(人)		受入実績(人)	後受入計画(人)
韓国	母子保健研究所	事前調査	58年10月 59年2月	0	0	0	0	0	0
スリランカ	スリジャヤワルダナプラ病院	実地調査	59年2月	0	0	0	0	0	0
フィリピン	消化器病総合研究センター	事前調査	58年7月⑤ 59年2月	0	0	0	50,000	0	0
インドネシア	生涯教育センター	実地調査	59年3月	0	2	2	0	0	0
タイ	家族計画	実地調査	58年7月第1次⑥ 58年12月第2次	0	3	3	0	0	0
計	5件	7件		0	5	5	50,000	0	0

(5) プロジェクト以外の協力

国名	プロジェクト名	調査区分		派遣時期	専門家派遣		機材 供与額(千円)	カウンターパート受入	
		調査区分	派遣時期		派遣実績(人)	派遣計画(人)		受入実績(人)	後受入計画(人)
タイ	サンゴダイア難民医療対策等	エバリュエーション	59年1月	18	14	32	66,300	-	-
インドネシア	難民救済医療事業	アフターケア調査	58年8月⑦	0	19	19	20,000	-	-
フィリピン	住血吸虫症研究対策のアフターケア協力	アフターケア調査	58年7月⑧	0	3	3	20,000	-	-
チリ	日本人対策のアフターケア協力	アフターケア調査	58年7月⑨	0	4	4	30,000	-	-
インドネシア	産婦人科研究のアフターケア協力	-	-	3	0	3	0	-	-
インドネシア	産婦人科研究のアフターケア協力	-	-	22	13	35	-	-	-
インドネシア	産婦人科研究のアフターケア協力	-	-	10	5	15	-	0	5 (サブジ分)
その他	産婦人科研究のアフターケア協力 大学教授等派遣専門家 その他研究派遣専門家	-	-	-	-	-	247,000	-	-
計	3件	7件		53	58	111	383,300	0	5

4 医療施設関係予算の推移

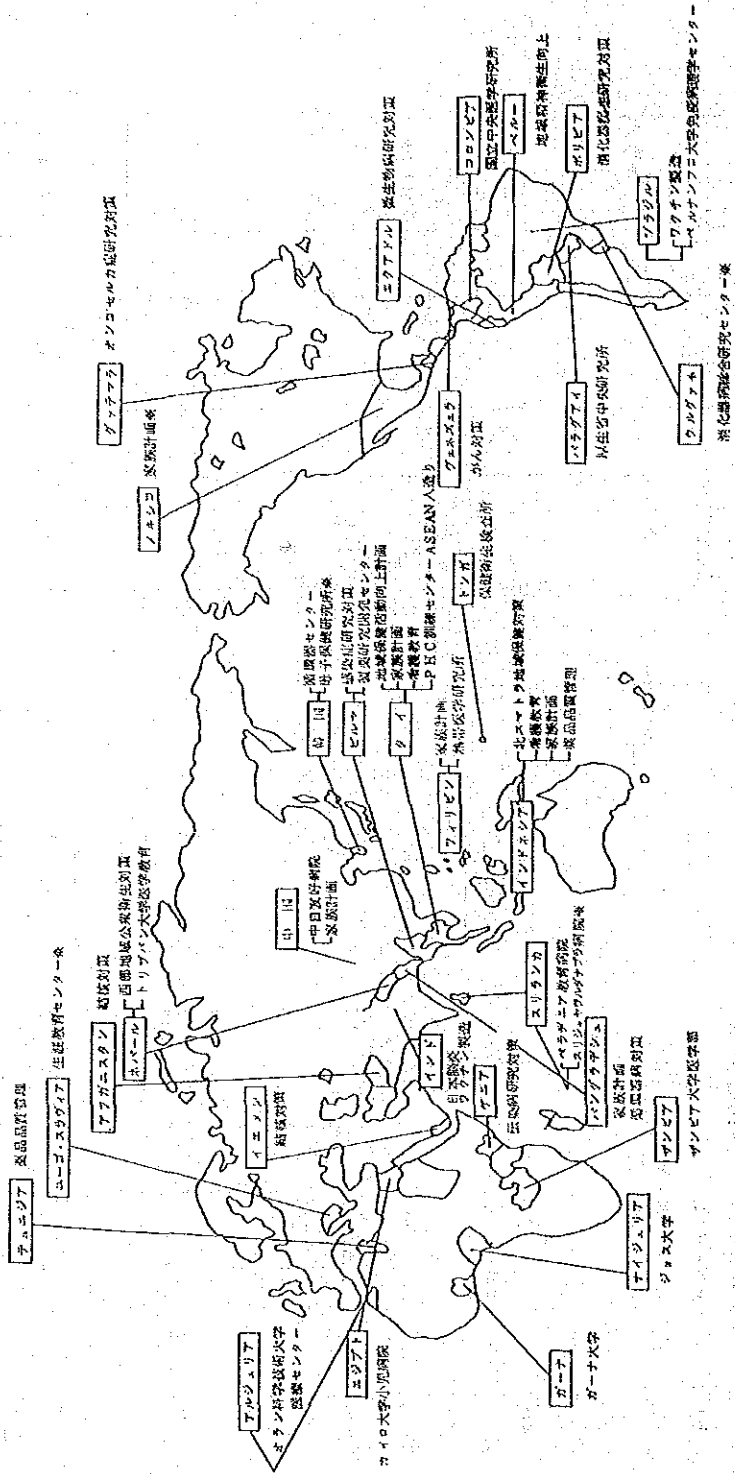
- A - 保健医療施設費+人口医療計画施設費
- B - 保健医療施設費
- C - 人口医療計画施設費



52 国庫公債発行新設
 国庫的投資新設
 国庫投資新設
 53 中央技術者養成所
 国庫新設
 国庫設計チームの
 創設
 54 人口・保健
 計画施設等の増設
 国庫投資等による増設
 国庫投資に必要となる
 施設の新設
 プランニング・
 施設整備費の新設
 55 人口・保健
 計画施設等の増設
 国庫投資等による増設
 国庫投資に必要となる
 施設の新設
 プランニング・
 施設整備費の新設
 56 アフターケアの新設
 国庫投資等
 国庫投資による増設
 国庫投資に必要となる
 施設の新設
 57 国内施設
 国庫投資による増設
 国庫投資に必要となる
 施設の新設
 58 国庫投資
 国庫投資による増設
 国庫投資に必要となる
 施設の新設

5. 保健医療協力・人口家族計画協力プロジェクト位置図

保健医療協力プロジェクト	34件
人口家族計画協力プロジェクト	5件
ASEAN人道リサーチプロジェクト	1件
昭和58年度中開始予定プロジェクト※印	5件
計	45件



6. 昭和58年度研修員受入実績表

区分	研修員受入(全体)			左の内訳要覧表			備考
	58年度受入計画		9月末受入実績	9月末受入実績		比率(B)/(A)	
	コース数	人数		コース数	人数		
1. 集団研修	185	2,204					
集団コース		2,149	13	165	9.7		
日英交流計画		55		0	0.0		
2. 個別研修		1,419		64	3.4		
単		435		27	3.6		
カンガパーバート		814		14	7.4		
国際機関		170		23	25.0		
3. 特定(マレシア実務政策)		250		0	0.0		
4. 予備枠		50		0	0.0		
合		3,923		229	10.0		

7. 昭和58年度医療関係・薬師コース研修員受入実績および予定数

系	コース	定員 人	受入人数 人	期間 月	研修期間	関係省庁	主要研修機関	備考
1	家族計画医学深奥セミナー	16	16	1.0	58. 4. 4~58. 4. 25	厚生省	(財)家族計画国際協力財団	
2	数生疾病研究	6	6	12.0	58. 4. 7~59. 3. 19	文部省	大阪大学数生疾病研究所	
3	衛生行政セミナー	15	15	1.5	58. 4. 28~58. 6. 2	厚生省	日本医師会医団	
4	結核対策(上級)	10	12	1.5	58. 5. 5~58. 6. 13	〃	(財)結核予防会結核研究所	
5	結核対策	20	20	4.5	58. 6. 9~58. 10. 17	〃	〃	
6	家族計画組織運動セミナー	16	17	1.0	58. 7. 4~58. 8. 2	〃	(財)家族計画国際協力財団	
7	アイソトープ放射線医学生物学利用	12	13	2.0	58. 8. 11~58. 9. 25	保健庁	放射線医学総合研究所	
8	ガン対策	10	13	4.5	58. 8. 16~58. 12. 19	〃	国立ガンセンター	
9	消化器病理学	10	14	3.0	58. 9. 1~58. 11. 23	文部省	筑波大学	
10	循環器病対策	8	7	3.5	58. 9. 8~58. 12. 19	厚生省	国立循環器病センター	
11	精神療養福祉	8	8	6.5	58. 9. 8~59. 3. 7	〃	(社)日本精神療養者福祉連盟	
12	輸出入食品検査技術	6	10	3.0	58. 9. 15~58. 12. 13	JICA	国立衛生研究所	
13	家族計画指導者セミナー	13	14	1.0	58. 9. 15~58. 10. 8	厚生省	(財)家族計画国際協力財団	
	小計(実績:13コース)	150	165					
14	結核対策国際技術研修者	5	5	4.5	58.10.20~59. 2.20	厚生省	(財)結核予防会結核研究所	
15	腎不全対策	10	10	2.0	58.10.20~58.12.5	〃	(財)腎研 究 会	
16	医療放射線技術	7	7	7.5	58.12.1~59. 6.30	文部省	大阪大学医療短期大学部	
17	早期胃癌診療	15	15	2.0	59. 1.12~59. 3.11	厚生省	(財)早期胃癌検診協会	
18	寄生虫学研修者セミナー	8	8	1.0	59. 1.19~59. 2.11	〃	(財)日本寄生虫学研究会	
	小計(予定:5コース)	45	45					
	合計18コース	195	210					

(注) *印は受入予定人数

8. 昭和58年度医療関係・カウンセラー・リハビリテーション・研究員受入実績表

国名	プロジェクト名	研修員氏名	研修期間	関係省庁	主要研修機関	備考
ネパール	ドリフパンバシ大学医学部	1. Mr. Shashi Kumar Thapa 2. Mrs. Sugandha Thapa 3. Mrs. Shri Prabha Sharma	58. 9. 21~58. 12. 24 58. 9. 21~59. 9. 20 〃	文部省 〃 〃	兵庫医科大学 〃 〃	
イエメン	箱根対策	1. Mr. Abdul-Khalik Ahmed Al-Kibassi	58. 6. 13~58. 10. 17	厚生省	(財)箱根予防会箱根研究所	
ナイジェリア	ジュース大学医学部	1. Mr. Alfred Chikwe Ikeme 2. Mr. Emmanuel U. Emovon	58. 7. 31~58. 8. 20 〃	厚生省・文部省 〃	東京医科大学 〃	
ザンビア	ザンビア大学医学部	1. Miss Nancy Mulamú 2. Miss. Cemeira Mwanza	58. 9. 18~58. 12. 24 〃	文部省 〃	順天堂大学医学部 〃	
ブラジル	ワグチン製薬	1. Mr. Luiz Alberto Pereira	58. 9. 1~58. 12. 17	JICA	(財)順大微生物学研究会	
グアテマラ	オンコセルカ症研究	1. Mr. Guillermo Estrim-Zea Florea	58. 6. 13~58. 7. 5	文部省	神戸大学・武蔵大学・順天堂大学・北大	
パラグアイ	厚生省中央研究所	1. Mr. Felix Carrasco Bivara 2. Miss Gloria Maria Angelica Caceres 3. Miss Francisca Pesta Roman Benitez	58. 9. 29~59. 9. 28 〃 〃	〃 〃 〃	順天堂大学 〃 〃	
ペルー	地域精神衛生向上	1. Miss Maria Pe Los A. Mendoza Vilca	58. 5. 5~59. 4. 28	厚生省	国立下総医療評価	
	計	8ヶ国 14人				

9. 昭和58年度医師関係・研究研員受入実績表

国名	研究内容	研 究 員 氏 名	研 修 期 間	関 係 省 庁	主 要 研 修 機 関	備 考
マ ル バ ル	医療放射線技術	1. Mr. Soe Hsiang 2. Mr. Tint Khine	58. 7. 16~58. 12. 24	厚生省	秋田県立脳血管研究センター	
中 国	微生物研究	1. Mrs. Xing-Yi Mao 2. Mr. Tung-Qi Wu	58. 4. 7~59. 3. 31 58. 7. 21~59. 7. 20	通産省 厚生省	工業技術院微生物工業技術研究所 虎ノ門病院消化器外科	
インドネシア	補綴員製作技術(特設)	3. Mr. Bu Feng Yu	58. 9. 1~58. 12. 14	〃	国立身体障害者リハビリテーションセンター	
	福祉行政視察	1. Mr. Soetrisno	58. 5. 22~58. 6. 14	〃	(社)臨済社会福祉協議会日本委員会	
	〃	2. Mr. Bonifatius Parmanto	〃	〃	〃	
大韓民国	補綴員製作技術(特設)	3. Mr. Hamseng	58. 9. 1~58. 12. 14	〃	国立身体障害者リハビリテーションセンター	
マレーシア	熱帯医学研究(特設)	4. Mrs. Siti Sundari Yuwono Dum	58. 9. 8~59. 3. 18	文部省	長崎大学熱帯医学研究所	
タイ	補綴員製作技術(特設)	5. Mr. Soeliadi	〃	〃	〃	
インドネシア	〃	1. Mr. Budi Yong Chung	58. 9. 1~58. 12. 14	厚生省	国立身体障害者リハビリテーションセンター	
タイ	〃	1. Mr. Arip Bin Mohd Noor	58. 9. 3~58. 12. 14	〃	〃	
インドネシア	熱帯医学研究(特設)	1. Mr. Artemio F. Prado	58. 9. 8~59. 3. 18	文部省	長崎大学熱帯医学研究所	
インドネシア	〃	1. Miss. Jitra Waiatgwi	〃	〃	〃	
インドネシア	〃	2. Mr. Chanchudhi Chanyasantha	〃	〃	〃	
アルゼンチン	神経生理学	1. Mr. Hugo Felipe Carrer	58. 9. 1~58. 12. 7	〃	金沢大学医学部	
ブラジル	微生物学	1. Mr. Francisco Kazuyoshi Akinaga	58. 6. 7~60. 6. 8	厚生省	東京警察病院	
	小児科	2. Mr. Li-wei Watanabe	58. 6. 16~58. 9. 24	文部省	岩手医科大学	
	免疫学	3. Mr. Julio Scharfstein	58. 8. 15~58. 9. 8	〃	金沢大学がん研究所	
	微生物学	4. Mr. Jose Yoshkazu Tariki	58. 9. 6~59. 1. 7	厚生省	慶応義塾大学医学部	
ブラジル	熱帯医学研究(特設)	1. Miss Maria De Lourdes Aracely Lujan	58. 9. 9~59. 3. 18	文部省	長崎大学熱帯医学研究所	
ブラジル	小児科	1. Mr. Santiago Engenio Arias Cobi	58. 9. 29~58. 12. 7	〃	順天堂大学	
ブラジル	消化器内視鏡	2. Mr. Carmelo Bisco Martinez	〃	〃	昭和大学	
ペルー	微生物病理学	1. Mr. Jose Maria Cueva	58. 4. 12~58. 6. 16	〃	大阪大学	
	心臓超音波診断学	2. Mr. Jose Luis Munoz Encinas	58. 7. 31~59. 1. 31	厚生省	慶応義塾大学医学部	
	筋電図神経生理学	3. Mr. Juan De Dios Altamirano D. Pozo	58. 9. 30~59. 3. 22	文部省	千葉大学	
X	〃	4. Mr. Ricardo Sugajara Supajara	〃	〃	順天堂大学	
計			12ヶ月	27人		

昭和58年度国際関係・国際機関研究員受入要綱表

氏名	国籍	研究内容	研究員氏名	研修期間	主な研修機関	備考
W H O	中 国	気 象 学	1. Mr. Wang Wen-Xing	58. 4.20 ~ 58. 7.16	国立公害研究所	
		"	2. Mrs. Tang Xiao-Yan	58. 4. 8 ~ 58. 7. 2	"	
		"	3. Mr. Tian Guo-Sin	58. 4.20 ~ 58.10.16	"	
		実 験 用 動 物	4. Mr. Li Yu-Ling	58. 4.20 ~ 58.10.16	日本クレア株式会社	
		医 学 領 域 管 理	5. Mr. Xu Zhen-Guo	58. 4. 3 ~ 58. 9.30	慶応義塾大学医学部医務部	
		"	6. Mr. Zhang Xiang-Wen	58. 6.22 ~ 58.12.21	"	
		"	7. Dr. Gu Ying-Yang	58. 6.22 ~ 58.12.21	"	
		神 経 生 理 学	8. Dr. Zheng Chang Mu	58. 9.13 ~ 59. 9.12	東京医科大学	
		別 理 学 教 育	9. Dr. Lee Sun Kyung	58. 8. 1 ~ 58. 9.30	国立がんセンター	
	大 韓 民 国	結 核 管 理	10. Mr. Choi Shik Byun	58. 5.23 ~ 58. 6. 4	(財)結核予防会結核研究所	
		性 能 検 査 管 理	11. Mr. Seon Beon Kim	58. 5.23 ~ 58. 6. 4	都立精神衛生センター	
		急 性 伝 染 病 管 理	12. Miss. Sung Eun Lee	58. 5.23 ~ 58. 6. 3	国立予防衛生研究所	
		産 業 医 学	13. Mr. No-Suk Ki	58. 6. 1 ~ 58. 8.31	東京大学	
		河 川 汚 染	14. Mr. Jang Hee Lee	58. 9.14 ~ 58. 9.30	環 境 庁	
		子 防 護 研 究	15. Mr. Han Hyon Woo	58. 9. 5 ~ 58. 9. 9	国立予防衛生研究所	
	キ ー ー ン ー ン	医 学 教 育	16. Dr. Weon-Sik Ohl	58. 9. 5 ~ 58.10.14	大阪大学医学部	
		結 核 疫 学	17. Dr. Francisco P. Carbullus	58. 5.22 ~ 58. 6.19	新成洋医学研究所	
	イ ン ー ン	結 核 疫 学	18. Dr. Orlando A. R. R.	58. 5.22 ~ 58. 6.19	"	
		結 核 疫 学	19. Dr. Vijay Kumar Arora	58. 7.14 ~ 58. 9.30	(財)結核予防会結核研究所	
		"	20. Dr. Prakash Narain Verma	58. 7.14 ~ 58. 9.30	"	
	フ ィ リ ー ン	結 核 管 理	21. Dr. Lolita O. Cruz	58. 9.25 ~ 58.10.21	"	
	X	結 核 疫 学	22. Mr. Roland E. Namora	58. 9.29 ~ 58.11.30	真 芝 株	
	マ ー カ ー	結 核 疫 学	23. Dr. J. M. C. M. Vaquinhas	58. 6. 9 ~ 58.10.16	(財)結核予防会結核研究所	
		計	1 徳 国	23 人		

取扱注意

1.1. 医球関係無償資金協力案件一覧表(57年度～58年度第2回閣議決定分まで)

国名	57年度		58年度		名	件数	名	件数	単位：億円
	案件名	供与額	備考	備考					
パングラデン	救急患者輸送サービス強化計画	2.5	1983. 3. 中		イ	ブライマリーヘルスケア訓練センター建設計画		1985. 3. 中	
ベルマ	グクカ医科研究所病院整備計画	2.9	1984. 3. 末		ク	マリアア制圧計画		1984. 3. 中	
中	総合病院建設計画Ⅰ	16.2	1984. 3. 中		ク	チェンマイ大学放射線機器整備計画		未	
ネ	中日友好病院建設計画Ⅱ	64.8	1984. 3. 末		ル	看護学校建設計画		1985. 3. 中	
パキスタ	トリバン大学教育病院拡充計画	18.5	1984. 3. 中		マ	スリジャヤワルダナプラ総合病院建設計画		1983. 10. 末	
フィリ	都市部マリアア病院計画	5	1983. 6. 中		カ	イスラマバード小児病院建設計画		1985. 3. 中	
スリラン	イスラマバード小児病院建設計画	18	1984. 3. 末		ン	中白友野病院建設計画		1984. 6. 末	
タイ	難民難民センター拡充計画	10.3	1984. 3. 中		ク	カルツーム訓練病院建設計画		1985. 3. 中	
ス	スリジャヤワルダナプラ総合病院建設計画	35	1983. 10. 末		ク	南タイル統感感染症予防対策		未	
タ	ブライマリーヘルスケア訓練センター建設計画	18	1984. 3. 末		ク	中央医療研究所建設計画		1985. 3. 中	
ニ	アインシャムス大学医学部改修計画	7	1984. 3. 末		ク	10件	184.75		
ス	カルツーム訓練病院建設計画	15.8	1984. 3. 末		ク				
カ	ソバ大学病院改修計画	2.75	1984. 3. 末		ク				
ガ	既存保健機関強化計画	2.6	1984. 2. 上		ク				
キ	北方医療強化計画	2.5	1984. 2. 上		ク				
ケ	保健用車両整備計画	2.5	1984. 3. 中		ク				
ケ	中央医療研究所建設計画Ⅰ	15	1985. 3. 末		ク				
リ	モンロビア病院建設計画Ⅱ	8	1983. 9. 中		ク				
マ	保健機能強化計画	5	1983. 3. 中		ク				
ト	医療器材整備計画	2.5	1984. 3. 末		ク				
ザ	ザンビア大学看護教育病院小児医療センター	10	1984. 7. 26		ク				
ジ	滋養器具整備計画	1.6	1984. 3. 末		ク				
ボ	トリニダッド母子病院建設計画	7	1983. 12. 中		ク				
ホンジュ	マリアア・デング熱閉症計画	5.3	1983. 10. 中		ク				
西	診療所野建計画	5.7	1984. 3. 末		ク				
合	26件	284.45			計				

医療案件シェア = $\frac{25}{31}$ 件 = 30.9%

金額シェア = $\frac{284.45}{755.2}$ = 37.2%

医療案件シェア = $\frac{10}{54}$ 件 = 18.5%

金額シェア = $\frac{184.75}{601.32}$ = 30.7%

第 15 回 海 外 医 療 協 力 委 員 会
会 議 資 料 2.

昭和 59 年 度 保 健 医 療 協 力 費 及 び 人 口 ・ 家 族 計 画 協 力 費 予 算 の 概 算 要 求 概 要

目 的	保 健 医 療 協 力 費		人 口 ・ 家 族 計 画 協 力 費		備 考
	59年度概算 要 求 額 (円)	対 前 年 比 増 減 額 (円) 比 率 (%)	59年度概算 要 求 額 (円)	対 前 年 比 増 減 額 (円) 比 率 (%)	
1. 調査研究費	8,563,020	(107.5%)	70,807	109.1%	
出 発 費	3,789,162	487	8,479	114.1%	2件 ①トミニカ家族計画 ②アジア地域プロジェクト
出 発 費	2,104,954	1件増	0	0	1件 コロンビア家族計画
出 発 費	0	0	0	0	1件 ワリリン家族計画
出 発 費	0	1件増	0	0	2件 ①中米家族計画 ②メキシコ家族計画
出 発 費	0	0	0	0	1件 インディアナ家族計画
出 発 費	0	1件減	0	0	1件 インディアナ家族計画
出 発 費	0	0	0	0	1件 中国家族計画 (8件→9件)
出 発 費	0	0	0	0	調査15件 プロジェクト32件

科 目	快 速 医 療		力 学		家 族 研 究 協 力 費	
	59年度概算 要求額 (円)	対 照 額 (円)	比 率 (件数)	要 求	前 年 比	要 求
(2) 矯正医療研究費			0	①タイ公共衛生研究所 ②アニア中肉科学研究所 ③アニア中肉科学研究所 ④インドネシア北ス マラ地域保健対策	1件	1件 イキコ家医設計費
(3) 国内協力活動経費			0	15件 ウルグアイ前大統領総合研究センター他	1件増	7件 コロンビア家医設計費
2. 専門医研修に必要経費	1,879,670	216,494	11.0%	87人→93人	124.3%	9人→11人
(1) 長期専門医			6人増	133人→147人	2人増	18人→20人
(2) 短期専門医			14人増	1人 研修費	1人 高専	1人 コロンビア家医設計費
(3) 長期研修医			1人 研修	35人→37人	—	(27人→22人)
(4) 大学教員等 (専門医研修)			2人増 (23人増)	(255人→278人)	(5人増)	・ 船医研修費の増減(LLDC/MSAC). ・ 1件〜バンングラダシム家医設計費 ・ 技術普及広域費, 1件〜タイ家医設計費 ・ 新規: 技術交流費, 1件〜フィリピン家 医設計費とインドネシア北スマラ地域保健 対策 3件 タイ家医設計費・フィリピン家医設計費 瓜田家医設計費(医師A) 1人 リーダー研修会費 4人
現地要員費			—	・ 船医研修費の増減(LLDC/MSAC), 2件〜バンングラ ダシム家医設計費, モンメル郡保健局公衆衛生対策 ・ 技術普及広域費, 1件〜カーナーガタナ大学 ・ 技術普及広域費, 10件〜イエニ・結核研究費 ・ 新規: 技術交流費, 2件〜タイ看護学校とインドネシア 看護学校 3件 タイ看護学校・イエニ・結核研究費 瓜田家医設計費(医師A) リーダー研修会費, 20人 1件 フィリピン熱帯医学研究所 24件 セルマ家医設計費センター他	新規 新規	—
中野政府者養成研究費			0	1件 研修費	102.0%	—
技術研修費			1人増	研修費	103.5%	—
連絡会議旅費			0	研修費	100.0%	—
プロジェクト研修費			0	研修費	—	—
学術情報資料費	1,437,762	27,203	1.9%	—	—	—
3. 機材供与に必要経費	1,437,762	27,203	1.9%	—	—	—
機材供与費			—	—	—	—
機材供与に必要経費			—	—	—	—
4. プラマナに必要経費	41,236	175	0.4%	—	—	—
5. 補給品等緊急時協力 等に必要経費	205,000	△250,000	-12.2%	—	—	—

JICA