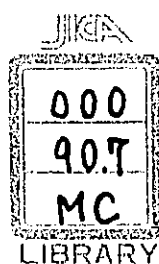


海外医療協力委員会小委員会における  
今後の医療協力の方針作成のための  
作業部会

第四回議事録

昭和52年1月28日



国際協力事業団医療協力部

国際協力事業団	
受入 月日 2'84.5.23	000
登録No. 07019	90.7
	MIC

海外医療協力委員会小委員会における今後の  
医療協力の方針作成のための作業部会

## 第四回議事録

日 時 昭和52年7月28日(金曜日)  
自 午前10時 迄 午後0時30分

開催場所 国際協力事業団第5会議室

出席者

講 師

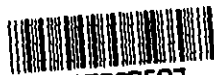
谷 村 獺 男	外務省経済協力局経済協力課
後 藤 教 基	国際協力事業団企画課長国際部副長副長課長
大 野 正 夫	〃 社会開発協力部長
植 政 一	〃 鉱工業計画課長
仁 科 祐 夫	〃 移住調整部長
八 坂 伝 郎	〃 研修事業部長
武 田 道 夫	〃 派遣事業部長
北 村 紀 一	〃 農林漁種調査課農林計画課長

小委員会委員

委員長	竹 内 正	日本大学医学部教授
委員	多々谷 勇	国立予防衛生研究所疫学内科学部長
	中 松 達 造	国立公衆衛生院医学部長
	木 多 憲 規	福岡県立医科大学教授

出席委員同席

JICA LIBRARY



1015365[8]

(2)

外務省

榎	事務官	経済協力局技術協力第二課
平野	事務官	同上
山崎	事務官	同上

国際協力事業団

近藤医療協力担当理事

企画調査調整部	御手洗調査調整課長代理
医療協力部	山本部長
	青藤医療第一課長
	小野寺医療第二課長
	加野医療第一課長代理
	堀口医療第一課員
	海保 同上

〔前文〕

去る昭和51年3月3日に開催された第三回海外医療協力委員会において、わが国の医療協力は開始以来10年を経過し、発展途上国の現実に対応した医療協力を今後展開していくためには、従来の医療協力を再検討し、医療協力の新たな推進方針を策定する必要があることが確認され、今後小委員会を設置して具体的に検討していくことが決議された。

この決議にもとづき、これまで、熱帯感染症をテーマとした第一回作業部会（昭和51年7月9日）、環境衛生部門をテーマとした第二回作業部会（昭和51年10月22日）及び現代医学を討議した第三回作業部会（昭和51年12月3日）が、それぞれ開催され、今回は最後の主題として残されていたインテグレートッド・プロジェクト（Integrated

Project)をテーマに第四回の作業部会が開催された。以下その議事録である。

○議事次第

- I. 医療協力担当理事挨拶
- II. 小委員会委員長挨拶
- III. 講演
- IV. 質疑と討議

— 最初に斉藤一課長から出席者の紹介があり、ついで議事に入った。—

I. 医療協力担当理事挨拶

— 近藤理事挨拶 —

お忙しいなかをお集りいただき有難うございます。

これまでの3回の作業部会を通じ貴重なご意見を伺い、私達の海外医療協力事業を進める上で役に立つ示唆が数多くありました。

本日はインテグレーション(Integration)をテーマとしています。このテーマは第一回の作業部会から話題にとれており非常に大きな問題であると、私も考えております。インテグレーションの問題は、このノの年の技術協力の経験から、その必要性がはっきりしてきた、と考えられます。すなわち、このノの年間に開発途上国の事情が変り(ニーズが変り)、私達がこれまで行ってきたような片点筋片局力では対応しきれなくなり、次第に急がりを持った、いわゆる総合的協力が必要とされるようになってきた、ということでもあります。

さて、インテグレーションを考える時には、まず手法上のインテグ

レーションと言うべき問題があります。通常プロジェクトは、専門家、機材、研修員等の要素をコンビネーションしたものでありますが、手法上のインテグレーションとして、すなわちJICAの内部的なインテグレーションがあり、更に広げて議論すれば、外務省が所管する無償協力（不動産供与）と私達の技術協力とのインテグレーションがあります。医療面では病院や研究所等の建設がこれにあたります。組織上のインテグレーションを、私はインテグレーションの第一フェイズ（Phase）の問題と考えます。本日は各部の部長にもお集まりいただいておりますので、各部の立場から医療協力との関連を考えて意見を述べて頂きたいと思っております。

さて、インテグレーションの第二のフェイズとしてはマルチラテラル（*multi-lateral*）とバイラテラル（*bi-lateral*）の結びつきという問題があります。本日の議論にこの問題が含まれてくるかどうかわかりませんが、問題としてあります。第三のフェイズとしては、プロジェクト自体のインテグレーションの問題があります。医療協力が地域的な広がりを持つようになり、現実的な実効を持つようになる、とりわけ予防対策ということになると、医療面ではカバーしきれないところ、あるいは必ずしも医療ベースの協力にはじまぬようなものが出てきます。工業化に伴なう様々な問題、医療の範囲を超える公害、あるいは教育行政的な協力等がこれにあたるでしょう。このようなところからインテグレーションの必要性が出てきます。

JICAが着手しようとしている案件の中には、医療協力とインテグレートして進めないとうまく進行しないであろうと予想される開発案件が、数回、生じてきておりました。

フィリピンのカガヤン・パレイに於ける農業開発計画、インドネシ

アで行なわれようとしているアサハンアルミ精錬計画、南米ブラジルにおいて今後大規模な計画が予定されるセラード農業開発などがそうです。

最後に、手法上のインテグレーションの分類に含まれることでしょうか、国内の協力体制の問題があります。

国内協力機関とJICAとの協力、特に専門家派遣に関しては、プロジェクトの長期化に伴う専門家の継続性の問題、それを保証するためのひいては国内委員会の設置、あるいはまた先生方からご指摘のありました英国の採っているホーム・ベース・アポイントメントという制度等、国内協力体制をつくり上げる上でのインテグレーションの問題です。

このように様々な問題が出されて来ており、私達に対処を迫っているわけですが、ここで活発なご意見をいただき、私達が今後の医療協力を進める時の参考にできるならば大変有益なことであると考えます。

## II. 小委員会委員長挨拶

### — 竹内委員長挨拶 —

過去ノの年間にわたる医療協力の内容が、最近になって大きく変わってきております。従来、日本の医療協力は熱帯病が主たるテーマであり、これは開発途上国のニーズが主として熱帯病にあったと言い代えることができるでしょう。しかし、熱帯病以外にもそのニーズが広まってきました。もちろんこのことは開発途上国において熱帯病に対する熱意が薄れてきたということではありません。そうではなく自分達の方で専門家を養成できるようになった、むしろ彼らの方が認識も深く、自力でニーズ

(6)

を満ちしている、ということでもあります。しかし、急速な工業化に伴う産業災害、環境衛生等に対処しきれない。日本はその点で典型的な公害を経験している。その経験を私達に教えてほしい。おおよそこのような趣旨の要請がなされてきております。

また、病院管理と運営、心臓外科、胸部外科等の高度の *Modern Medicine* に対する要請も多く出されるようになっております。

次に、本日のテーマとなっているインテグレーションの問題であります。医療協力だけでは協力の実施が見込めない問題が出てきています。

本日は、様々な角度からこのインテグレーションの問題を討議していただきたいと思っております。近藤理事のお話に私として特に追加することはありませんが、考え方を整理して置くという意味で、インテグレーションというワイド・コンセプト (*Wide Concept*) を次のように分けて考えたい。

ノッは、JICAの内部の組織上のインテグレーションということであり、これは、本来はインテグレーションと言うべきことではなく、相互理解というような事柄であります。組織のエスタブリッシュメントの枠を越えて協力しなければならぬ場面がでてきても、仲々この枠を取り払うことができない。情報が届かないということでありましょう。

もうノッは、外に向っての、プロジェクト自体をインテグレートする、つまり協力の中味の問題としてのインテグレーションということであり、農業プロジェクトと医療プロジェクトを結びつけるというようなインテグレーションがこれに当ります。この二つのコンセプトの整理だけとしておき、活発なご意見をいただきたいと思っております。



### III. 講 演

#### 2. 無償協力と医療協力

##### — 谷村事務官講演 —

医療関係の無償案件は数も少なかったが、従来から実施してきました。ご承知のように、南ジエトナムのチヨーライ病院は医療部門の最初の無償援助として大きなプロジェクトであり、その後ビルマの生物医学研究センターを取りあげ、準備の都合で51年度から着手しています。

この他に、私達の内部ではほぼ協力が決定しているものに、ネパールのヘルス・ポスト計画、アフガニスタン及びジンバブエの結核研究新設計画があります。以上が医療関係の無償援助の基幹例ですが、この時期に到るまで、残念ながら、無償協力を実施する時の指針となるべき基本方針がなく、私達としても暗中模索をしてきた訳です。

そこで51年度に無償協力の基本方針作りの作業を大蔵省の参加も得て進め、ほぼ考え方が固ってきました。また最終的な方針とはいえないのですが、私達の考えるところでは、無償協力として考慮されるべき部門としては、

① 医療・保健

② 教育・研究

③ 農業 の3つがあげられています。なお、これに輸送部門も徐々に加えていくことになっています。

さて、無償援助を取りあげる時にまず問題になるのが、私達も要請ベースで動くという体制であります。案件の発掘は技術協力絡みから無償援助へ継ぐというケースが多くなってきていますが、必ずしも相手国政府がその要請を出してくるとは限りません。要請ベースにな

(3)

ると、どうしてもこの辺りのことが心配になります。

52年度の予算案は約180億円で、今後更に予算の増大が見込まれますが、方針に示める通り、医療関係はできるだけ取り上げる。また大型案件をできるだけ取り上げるようにしたいと考えています。従って、医療技術協力プロジェクトが発展し無償援助へ続くという段階で先生方のご協力をいただきたいと思えます。プロジェクト・フォーミング (Project forming) の段階から先生方のご協力をいただけるならば、技術協力との合体がスムーズにいくと考えられるからです。

要請のもう一つの形としては、最初は技術協力との関係無しに出されてくるものがあります。各省会議でも要望されている点ですが、無償援助はできるだけ技術協力関係の案件を伸ばして欲しいという意見があります。私達も無償援助と技術協力とが結びつき、そのようにして無償援助がより効率的に使われるようにしたいと考えていますので、当初技術協力と関係無しに出された要請でも、建物の完成後に技術協力が続いていくような案件も取り上げられることになります。その時にも、無償援助の終了後の技術協力のコミットメントも考えて、先生方のご協力をいただきたいのです。私達が考える無償援助と医療協力との関連は、以上のようなことであります。

## 2. 社会開発協力と医療協力

### — 大野部長講演 —

インテグレーションというのは難しい問題で、どういうことか考えてみたいのですが、西田先生が整理された分類から言いますと、実務的にはまずJICA内部の人事の辺りから、各々が持つ機能の調整の問題であると思うのです。

私達は縦割体制の中で仕事をしているのですが、全く別々に仕事を進めているかという点でそういう訳ではありません。

最近、デマルケーション (Demarcation) の関係からカーナの野口英世記念研究所の無償移譲に係るハードの部分と私達が担当することになったのですが、医療協力部と一体となりこの仕事を進めてきました。これも一つのインテグレーションといえるでしょう。私達が行っている社会開発協力というのは、農業開発や鉱工業開発はどのような産業開発に比して、考えようによってはどのようにも考えうるという面があります。最終的には国全体の開発ということになるのですが、しかし基本的には社会開発に必要な基盤、すなわちインフラストラクチャーの整備であります。インフラストラクチャーとしては ① 農林業・工業等の産業開発に付随するインフラストラクチャーと、② 生活環境基盤のそれとの二つがありますが、私達はその双方を行っています。① の産業部門のインフラストラクチャーについては輸出入銀行法、あるいは海外経済協力基金法に基づいて融資がなされることになっていますが、② の生活環境基盤の整備、すなわち道路、学校、住宅、上下水道、病院等については輸出入銀行法、海外経済協力基金法を拡大解釈して適用し融資を行っているのが現状であります。しかしこれは便法であり実態としてはその程度に過ぎません。私達も何とかこれを増やして行きたいのですが、新事業回法にいう3号業務と並し開発に付随する社会開発基盤に融資することではできず、開発の本体に融資することはできないのです。これはいすれも育楨ベースです。医療はこのカテゴリーからいえば② の生活環境基盤に含まれてくることになり、ここから医療協力とのインテグレーションという問題がでてくる訳ですが、私達がこの問題に取り組もうとする

時には、公衆衛生あるいは環境衛生というべき分野で医療協力とのインテグレーションが可能になってくる。このような訳で、私達は生活環境という広い関りの中からインテグレーションの問題に行き着いたのですが、逆に医療は、医療といういわば狭いところから攻めてきてインテグレーションという発想にたどり着いたということができるでしょう。いずれにしても、双方が備い合わない、カバーしきれないところがあるということでもあります。

### 3. 鋳工業開発と医療協力

#### — 植部長講演 —

鋳工業部門と医療協力が関連する事業として、具体的な問題として日本のアルミ業界と大手の商社会社が共同出資して設立した日本アサハンアルミニウムという会社が主体となり、インドネシアのスマタラ島におけるアサハンアルミニウム精錬計画があります。計画の概要は、ダムを建設し、湖の電力を使ってアルミニウム精錬を行うというもので、JICAはこの計画のうち主として道路整備に融資を行っているのですが、この地帯はマラリアの多発地帯であり、その駆除をどうするか大きな問題となっているのです。

このアルミニウム精錬計画が本格的に開始すれば、このプロジェクトに関係する従業員の保健サービスも大規模になると考えられ、日本アルミニウムの計画では医療施設を作って健康管理を行うことになっています。しかしながら、このような施設は主として従業員を対象とし、このプロジェクトからはずれる周辺地域の住民の保健問題を考えくはないのです。それに、マラリアの駆除といつてもどのように進めたらよいか解らないし、資金的にも問題があるようです。そこで医療協力という発想が出てくるようですが、この発想には多少とも問題

があります。しかしそうはいつでも現実的に日本のアルミニウム業界にはその力がないとすれば、派遣されている日本人には、すくなくとも医療が切実な問題になってきます。

このアルミニウム精錬計画はJICAベースで言えば技術援助業務であり、したがって無償援助とのインテグレーションという形ではありませんから、プロジェクトそのものをインテグレートさせることにはなりません。もし実施するとなれば同一地域においてプロジェクトも併行させる、あるいは重ねるといった性格のものであります。しかしこれも一つのインテグレーションとすることはできるといえます。

#### 44. 移住事業と医療協力

##### — 仁科部長講演 —

私達の業務は移住者の援護です。この移住者援護の仕事から医療協力との関係を考えてお話ししたいと思います。

日本の海外移住はアメリカ合衆国、カナダ等先進国にも出ていますが、主力は南米という開発途上地域であります。一般的に言って開発途上国の医療事情はよくないのですが、移住地となると農村部であり、医療施設は更に悪くなります。私達は移住地に診療所を開設したり、そこに医師の派遣したり、あるいは移住者の子弟から医師になる者には奨学金を支給したり、現地の医療機関に巡回診療を委託したりして、移住者の援護を行っているのです。移住は二国間の協定にもとずいて行われるもので、協定上移住地と雖も日本人医師の現地人に対する診療行為が認められない国もありますが、国によっては認められています。このようにして、移住地の医療と雖も決して移住者だけを対象としたものではなく、益々地域全体に対する医療という性格を帯びているのです。

(12)

現在私達の持っている診療所は各地に散在している状態で、現在の体制は、救急病院的の機能しか果たせない。私達は、できれば、移住地に近い大きな町に大きな施設を作り、そこを中心的なセンターにして総合的な医療を行いたいと考えています。

昭和52年度の予算にこのようなセンター病院の要求としたのですが、残念ながら承認されませんでした。しかし、このようなセンター的な医療施設が必要であるという点が、一つの大きな問題点です。また、外国の宗教団体が診療船を派遣し、移住者の医療サービスを行っているのを見たことがあります。また私達は、医師の助けを借りて、青年学級や婦人学級を開催していますか。移住者だけを対象としても、現地の住民の参加が得られなければ、地域医療としての効果がありません。防疫の場合には、特にこのことがいえます。

このように、移住地の事情によってそれぞれ違った医療体制が要求されてくるのでしょうか。移住地の診療体制がどうあるべきかという基本的な点から先生方のお話を伺いたいと思います。

#### 5. 研修事業と医療協力

##### — 八坂部長講演 —

研修事業の概要からお話したいと思います。

昭和51年度には約2,200名の研修員を受け入れこのうち、500名は、グループ・トレーニング、残りの人達は個別研修員として受け入れています。グループ・トレーニングはコースを設けて実施しており、10名ぐらいの人が1グループを形成しているのです。医療関係のコースとしては胃癌対策コース、結核対策コース、熱帯疫学コース等があります。

竹内先生がご指摘のとおり、最近ニーズが変わってきており、産業衛

生方前の要望が随分多くはってきています。私達も環境衛生の集団コースを実施してこうした要望に志えているのですが、このコースは内容的には間接的に医療に関連しています。

医療協力事業はプロジェクト事業なので医療関係の研修員はカウンター・パートとして考えられています。研修員総数のうちにおけるカウンター・パートは約30の名程度であるというのが現状ですが、一般的にみてカウンター・パートの研修は効果的であり緊急性もあるので、これから伸びていくことになるでしょう。

さて、このような研修事業の問題点を考えてみると、研修とは「教える」ということであります。この教えるということは時間もかかり、一人ではできることでありませんから、組織的に研修体制を作ることが最大の要点になるのです。窺点もここにあり、要望は多いのですがこれに志えられるのに十分な体制がまだできていません。

もう一つの問題点は、高級研修員と呼ばれる人達のケースです。医療の場合には特にこのケースが多い。プロジェクトが始まる時に前もって相手国の責任の地位にある人々に我が国の協力体制等を全般的に見てもらい、認識してもらおうという意味で招待をするのは必ずしもいけないというわけではありませんが、私達の受入側には招待にふさわしいアコモデーションがありません。現在も、このような人達も研修員受け入れの枠の中で受け入れているので、*Trainee* という名がつきますし、日当も75000円ぐらいしか支給できません。招待するには婦人同伴でないとい()ないという意見もあり、そうなると思えば予算も厳しくなってきます。幸い昭和52年度の予算に初めてこうした招待のための予算がつけました。招待できる人数は非常に少ないのですが、とにかく予算もとさたということで評価していただき

いと思います。

医療協力関係の研修員数は年々増えてきているのですが、これは、各大学等の協力機関の先生方のご理解をえて受け入れが可能になったからこそであります。需要は従来からあったのです。これからは多量に研修員を受け入れるにはどうしたらいいのかということを考えていかねはならないでしょう。特に一つの国内協力機関だけで数多くの研修員を受け入れていただくという方式には限度がありますから、難しいところではあります。

#### 6. 専門家派遣事業と医療協力

##### — 武田部長講演 —

私達の行っている専門家派遣事業はプロジェクト関係以外の専門家派遣ですから、医療協力との直接的な関係はありません。しかし実際に海外に出た場合には相手国の省庁なりで協力する、あるいは末端で協力するというようなケースは考えられますので、そういう時には協力したと思います。事実、現地において、医療協力としていた関係から、私達の派遣した専門家や家族の人達が医療協力で派遣された医師のお世話になったという事がありました。日本人専門家が現地に赴任した時にやはり一番気になるのは健康や医療サービスの事です。

私は、大きなプロジェクトがあるところ、あるいは多数の専門家が出ているところには医療協力プロジェクトを設置しフォローとていつていたにしたいと思います。そうすれば日本人専門家の人達も安心できますし、そこから現地の人に対する医療サービスへとも輪が広がって行くことになるでしょう。

次に機材供与に関して、私達は機材供与として

##### ① 帰国研修員 フォローアップ機材



②. 専門家派遣に伴う携行機材 のスツを実施しているのですが、このなかで ①の帰国研修員フォローアップ機材のなかに医療機材が関係してきます。内視鏡など小さな機材が多く、1件あたりの額もそれほど大きくはありませんが、私達の持っている予算には限りがありますから、医療協力としてできるならば医療協力部で実施していただきたいと思います。

## 7. 農業協力と医療協力

### — 北村課長講演 —

農業プロジェクトの特徴としては、協力期間が長いという点及び僻地の多いことがあげられます。例えば、専門家は地方において5〜7年間にわたり生活していくことになりますから医療保健サービスが大きな問題です。最近では東南アジア地域だけでなくナイジェリア、ギニア、スーダン、北イエメン等からもプロジェクトの要請があるのですが、保健衛生的にフォローできないので、専門家を派遣することができないのが実情です。また最近のプロジェクトの特徴として総合的或開発的傾向が強まっています。稲作プロジェクトから農村全体の開発をめざす農村開発へと、あるいは地域開発へと広がりのある総合的なものになってきております。インドネシアのランボン農業開発、同様にインドネシアの南スラウエシ農業開発計画、フィリピンのカガヤン・パレイ総合開発計画プロジェクトなどはこの地域開発という性格を持っています。このような地域開発プロジェクトとなると、例えばフィリピンの稲作開発で実際にみられたことですが、灌漑の水を引くとそこに住血吸虫が住みついてしまう、というような面制は問題が起きてきます。インドネシアのスラウエシのプロジェクトの場合にも水源が住血吸虫に汚染されています。こうした例は他にも見られ、開発

(76)

平常にとって大きな障害となっているのです。このようなプロジェクトに医療が同時に行えるならばこれに越したことはありませんし、医療に対しても農業部門から攻めることができる面があると思うのです。インテグレーションを求めらるゆえんです。

### Ⅲ. 質疑と所談

(平山委員) 大変参考になりました。経験から感ずるところですが日本は専門家が海外に出て病気になる。何とかできないものかと考えてみるのですが、どこかにセンター・ホスピタルを作り、そこを本拠に医療サービスをし、プロジェクトを進めることができればうまく行くような気がします。開発途上国に、いわば医療の師団指令部を設置するという考え方です。

(武田部長) どここの国に行ってもそうした施設はあります。したがって、そのような施設に医療協力を実施してもらう師団指令部的な機能を果たせる。新たに病院を建てて医療協力をするというのは現実的に難しいでしょう。既にあるものを使ってもそのような形をつくりあげることはできると思うのですが……。

(木多委員) 現実的には私もそう思うが、しかし開発プロジェクトは地方に多いと聞きます。大都市ならばそうした病院なり施設なりがあるでしょうが、地方ではないのが実情です。ないところにはそういう方法も必要ではないかということなのです。

私は病院はノック・シンボライズ (symbolize) されたものと考えたい。

(佐藤部長) 私も木多先生の意見に賛成です。南米開拓の歴史において、ヨーロッパ諸国は移住地にはまず教会を作ってから移住を始めて

いますが、これに対して日本は移住地内に学校を建てると言われています。本多先生が言われるように、病院を作ってから開院を行うという腹算もあるでしょう。

(石村事務官) 経済協力の立場から現在の制度を前提として話したい。これまでの経験からみると、私達は本来施設のないところに病院を建てるという構想を持ち、これにプライオリティーを置きますが、しかし相手国はそのように考えないことが多い。私達が、完成後は相手国側のものになると説明にもやはり抵抗がある。もう一つの問題点は完成後の運営です。完成しても運営・管理の面でかなり長期のテコ入れをしないと動きません。こうした点を考えると、現在ある施設に協力するのがプラクティカルであり、そうすると都市にある施設にプライオリティーがいくことになります。

(本多委員) 次に高級研修員に関することですが、受入枠は研修員の受け入れと同じであっても、インヴェンション・レコーだけ出しているだけでは、それだけで彼らの体面を保てる。

もう一つは受け入れ体制について、都市や大都市には宿泊施設がありますが、地方の受け入れ先では宿泊施設がありません。私達が多くの研修員を受け入れようと思っても宿泊の問題から思うにすかせません。このような施設を地方にも作っていただけるとすれば受入側は大変有難いのですが。

(ハ叔部長) 高級研修員については昭和五二年度予算から、研修員の受け入れ予算とは別に、招待用の予算が認められました。懸念としては小さいのですが糸口はできました。今後は、徐々にではありますが必要に添えることができるのではないかと思います。

また宿舎の件ですが、大都市に作っていくという考えはあります

(18)

が地方には難しいでしょう。完成後の運営が難しい問題として残っていますから仲々進展しにくいような気がします。

(多ヶ谷委員) 社会開発協力部長から有償のお話が来ましたが、私がボリビアに調査団としていった時にこのローンの問題が出てきました。技術協力として行う医療協力プロジェクトとしては噛み合わないところがあり、その時に日本のローンが使えないものかという要望が出てきたのです。技術協力が進出した時に関連部門のローンが考えられないと技術協力自体が進まないというようなケースが出てくると思いますので、関連部門へのローンなども、できるならば是非実施していただきたい。

(大野部長) 私達が直接そのような貸付けを行うことはできません。権限外のことになってしまいます。しかし事業団法の改正があつて私達がそうした貸付けをすることができるようになれば、生活環境部門は優先的に実施したいと考えています。

(谷村事務官) 技術協力プロジェクトに関連するそのようなローンを私達は一応「準無償」と呼んで現在研究している段階です。主として社会開発のインフラストラクチャーを主眼に置いて考えております。

(多ヶ谷委員) 次に研修事業に関することですが、私達は集団研修コースの設置について殆んど知りません。集団研修コースをどのようにして設置したり、あるいは廃止したり、あるいはまたエバリュエーションをどうしているのか私達にはわからないのですが、聞くところによれば医療協力部の方でもよくわからないということですよ。現在各大学などに研修コースを設置しているようで、各大学の特色が出ていい面もあるでしょうが、長い間には息切れすることもある

あるでしょう。

諸外国の例をみると、例えばイギリスの *London School of Hygiene and Health* やドイツの *Hamburg Public Health Institute* などでは公衆衛生分野で大変いい研修をパーマネントに行っています。こうした例をみても、日本においても例えば国立公衆衛生院や国立予防衛生研究所などに少しパーマネントなコースと作ることも必要と思います。

(八坂部長) 第三者の専門家の人達のをかりて研修事業全体のレビューーションをし、その成果いかんをみてみたいと考えているのですが、しかし実際どのようにしたらいいのかわからない。できれば、こうした委員会が海外で行なわれるプロジェクトの面だけでなく、国内の研修の面においても、どうしていったらいいものか討議していただきたいと思います。

(本多委員) 日本で研修を受けた研修員が帰国した場合二つのケースがみられます。一つは研修後他の場所に引き抜かれていくケースと、もう一つはもとの場所で働くというケースです。プロジェクトの進展という点だけからみれば、カウンター・パートが引き抜かれて行くのは損失のようにもみえますが、しかし大きくみれば人材が育つていくということになります。いずれにしても研修員を受け入れるというのは効果が大さいので、是非抽はしていただきたいと思います。

(多ヶ谷委員) 最後は、昨年総裁の代理として、ジュネーブのWHO本部で開催されたWHO・UNDP共催の熱帯病関係の国際会議に出席しましたが、WHOはマラリアやフィラリアなど6つの熱帯病をテーマに、莫大な規模のプログラムを考えています。このプロジェクトを本格的に開始させるには莫大な予算が必要であり、WHO

(2)

は資金的に苦慮しています。私はJICAの技術協力の枠内でできるだけ尽力することを伝えてきましたが、JICAがこれらの熱帯病にコミットしていく時にはWHOのこうした方向を考えつつコミットして行っていただきたいと思うのです。このようなコミットは非常に大きなインテグレーションのノックということができます。

(竹内委員長) 時間の関係で大変忙しい議事になりましたが、大変有益な会議になりました。どうもありがとうございました。

以上

