

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

第三回議事録

昭和51年12月3日



国際協力事業団医療協力部

国際協力事業団	
受入 月日 '84. 5. 23	000
登録No. 07018	90.7 MC

海外医療協力委員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

第三回議事録

○日 時 昭和51年12月3日（金曜日）

自 午後2時 至同6時

○開催場所 国際協力事業団第六会議室

○出席者

招待講師

柳 原 伸	東京女子医科大学名誉教授
山 村 雄 一	大阪大学医学部教授
塩 沢 正 俊	(財)結核予防会結核研究所顧問 (福島県立医科大学客員教授)
村 上 忠 重	東京医科歯科大学教授
小酒井 望	順天堂大学医学部教授
藤 井 寅 夫	山梨県上野原町病院長 (日本大学医学部客員教授)

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 尊	国立予防衛生研究所 腸内ウイルス部長
委員	重 松 逸 造	国立公衆衛生院疫学部長
委員	水 多 憲 三郎	福島県立医科大学教授

以上の委員は欠席

JICA LIBRARY



1015366[6]

厚生省	川野 事務官	大臣官房国際課
文部省	若林 事務官	学術国際局ユネスコ国際部 企画連絡課
外務省	石井首席事務官	経済協力局技術協力第二課
JICA		

近藤医療協力担当理事

山本医療協力部長

斉藤医療協力部医療第一課長

小野寺医療協力部医療第二課長

加野医療第一課長代理

鈴木医療第二課長代理

堀口医療第一課職員

海保 //

〔前 文〕

去る昭和51年3月8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。この決議にもとずき、これまでに、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19日開催）及び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日開催）がそれぞれ開催され、今回は現代医学（*Modern Medicine*）をテーマに、第三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. 資料説明
- IV. 講師紹介及び講演
- V. 討 議
- VI. 小委員会委員長総括

— 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

近藤理事から本作業部会設置の経緯並びに活動経過について説明
(前文参照)があった。

II. 小委員会委員長挨拶

—— 竹内委員長挨拶 ——

本日はお集りいただき有難うございます。

既に10年以上を経過したわが国の海外医療協力事業は、最近に
なつて急激にその内容を変えてきております。

医療協力事業を実施する場合、そのテーマの選定は、基本的には
要望として出される案件を検討して決定される訳ですが、そのテー
マが最近では、熱帯病や寄生虫対策だけではなくなつてきております。
新しいニーズが出されるようになっております。このような情勢
に対応するために、新しい方針を策定し、効果的な医療協力事業の
推進を図ろうとの趣旨から、部門別に経験豊かな先生方のお話を伺
つて、ご教示を仰ごうという次第です。本日は第3回の作業部会と

して、*Modern Medicine* をテーマに、この分野で日本の医学の最前線に立つ先生方のご意見を伺うということでもあります。

どうか早速なご意見をお聞かせいただきたいと思います。

Ⅲ 資料説明

山本部長から準備資料（別添資料ノ）の説明があった。

Ⅳ 講師紹介及び講演

ノ 胃腸病

(ノ) — 村上先生講演 —

私はチリの胃癌に関係する者としてお話ししたいと思います。チリは日本と同じく胃癌が多く、先日医療協力実施調査団の一員として、サンチャゴ、バルパライン等の主として県立病院を回り調査した訳ですが、どこに行っても *Gastroenterology* 部門がありました。患者の症状をみてみると、手術が可能な者 40%、更にこのうちの半数は開腹してもすぐしめるだけで、更にその半数の患者、すなわち、当初の 10% の患者だけが、癌の摘出手術を受けていることになります。

現地での手術といえ、彼らは胸部から食道—膈膈膜—脾臓—脾臓と切開し、そして胃を取るのです。そうしないと胃癌の摘出はできないと考えている。このような手術は、我々からみれば、最終症状の患者にだけ適用される手術です。

私の感想では、外科以前の検診が先決問題です。私達は、これまで 8 年間にわたって、主として中南米諸国からの研修員を受け入れ「早期胃癌検診講座」というセミナーを実施してきて

いるのですが、現在では、チリにおいても、ペルーにおいても、
100 ~ 200名のこのコースの修了者がおります。彼らは日本の
検診システムを修得していますが、しかし現地の検診システ
ムは、機材にしても、我々のそれとは異なり、撮影フィルムも
小さく、それだけに技術も難しく、X線技術者の養成を強力に
しないと行けないのですが、チリではX線専門家の地位が非常
に高く、そして人数が少ない。胃癌の集団検診システムを実施
するとしても、我々としては、現地のシステムに染っていない
人を研修員として受け入れ、彼らの教育から始めないと行けな
いでしょう。同じことが、ペルー、コロンビア、ウルグアイ、
パラグアイ、ブラジルについてもいえると思います。ただ統計
がはっきりしているのは、チリだけなので確認はできません。

チリでは大学が一つであり、ために統計を集中させて処理す
ることができる訳です。

さて、一般的にいつて、胃癌の診断は教育し易いという点が
あります。内視鏡を利用した診断はとくに教え易い。またX線
と比較して費用が少なくて済むという利点もあります。

私としても、この方面でのご理解をいただき、協力の進展を
図っていただきたいと願っています。外科はこの先の問題であ
り、まずは検診面での体制づくりが主眼となるべきでしょう。

(2) 討 議

(竹内委員長) 言葉の問題はいかがですか？

(村上講師) 彼らの英語力がちよつと我々と同じぐらいで部
合がいいという印象でした。

(竹内委員長) 日本から専門家を継続して派遣することは可能ですか？

(村上講師) 大学単位で供給することはできません。ですから、私は、日本全国から一定レベル以上の人達を募り、スケジュールを作って派遣する以外に方法はないと考えています。

(竹内委員長) カウンターパートは大学になりますか？

(村上講師) 大学ではなく、厚生省内の援助関係部局です。機材などもここが受け入れることになっているようです。機種としてはレントゲンはシーメンス、内視鏡は日本製が圧倒的です。

(竹内委員長) 実際的なカウンターパートとしては大学になるのではありませんか？

(村上講師) 具体的にはそうです。チリでは大学は一つだけであり、チリ大学東分校、西分校というような形をとっているのです。

(重松委員) 胃癌の患者の年齢はどうですか？

(村上講師) われわれも知りたいたのですが、把握していません。疫学がはっきりしていないのです。

(重松委員) 癌センターを設立して癌のすべてを網羅するというような考え方は、時期尚早ですか？

(村上講師) 早すぎます。まず相手国が求めるものから始めるのがいいように思います。

(本多委員) *Gastroenterologist* ... というのは診断はしないのですか？

(村上講師) 診断もいたします。南の *Gastroenterologist* というのは、主に内視鏡を用いて診断を行っている訳ですが、われわれとしては、内視鏡をエンカレッジ (*encourage*) するとともに、レントゲン技術を用いて新風を吹き込む *Gastroenterologist* はレントゲン技術も身につけなければならぬということをお教えたい、と考えています。

(本多委員) 私は、この分野は、将来伸びていく協力分野だと考えますが、具体的にどのように協力していったらいいのか、先生のご意見をお願いします。

(村上講師) 相手側の熱意が第一の問題です。ナリではこの熱意が感じられます。熱意のない所に出て行っても押し着せと取られるでしょうし、結局うまく行かないでしょう。

2. 胸部外科

(1) 一 堀沢先生講演 一

私はインドネシア大学附属ペルサハバダン病院胸部外科プロジェクトに関わった経験からお話したいと思います。

このプロジェクトの協力の経緯は(別紙の)資料(別添資料を参照)の通りですが、本表から知られる通り、協力開始以前からカウンターパートを受け入れ、事前に受け入れ体制が整ってから、プロジェクトを開始するという経緯を辿りました。私達が実施していた国際胸部外科集団研修コースの研修生が帰国した後に機材供与の要請があり、続いてデモストレーションの

ための専門家派遣要請が出されてきたものを協力するプロジェクトとして協力した方が有効であろうとの考えから、このプロジェクトが決定した訳です。

このような経緯から、本プロジェクトには尺、口がないままに進んだのですが、具体的な協力に入る前に、相手側の要望であった胸部外科協力というテーマを、広く胸部疾患協力の一種として位置づけ、帯結核へと協力の枠を拡げるよう申し入れ、このテーマの下に協力を開始することになりました。なお、このペレサハバダン病院は、インドネシア大学附属の教育病院として唯一のものであり、インドネシア大学の学生をここで実践教育しているのです。この点も考慮し、胸部外科から細菌、病理の検査へと進め、研修員の受け入れ、機材の供与、専門家の派遣の円滑な組み合わせを図り、スムーズに進むよう努力してきました。

手前ミツになるかも知れませんが、供与機材も遊んではいないし、高級機材といわれるような品目も供与していないので、ワス（た）はない、と考えています。

さて、以上のような協力の経験から私の考え方を述べたいと思います。まず、

A. プロジェクトの選定にあたって、

①. プロジェクトとして考えられるものとしては、

(a) 公衆衛生学的（疫学的）プロジェクト

(b) 大学や研究所を中心とした教育、研究（基礎医学的）

プロジェクト

(c) 日常の医療活動を主とした医療プロジェクト

の三つがあり、この三本柱にうまくハーモニー (harmony) をつけることが大事です。重点をどこに置くか、むしろ当該国の事情いかんによって違ってきますが、原則的にはこの三要素の調和が図られねばなりません。

B. プロジェクトの選定について

これは開発途上国においては、ご存知のように、ニーズが極めて流動的であります。政府勢力の力関係等により昨年のニーズと今年のニーズが違ふというようなことはしばしばありますから、この見きわめが必要です。本当のニーズを把握するために、2〜3年の探索期間が必要となります。

C. プロジェクトの打ち切り、継続の評価について

私は、エバリュエーション調査団が、3週間程度の期間で調査して、本当の評価ができるのかどうか疑問を感じています。このような短期間ではプロジェクトの問口だけしかわかりません。しかしながら、調査団によって打ち切られてしまうと、フォローアップへとは続きません。特にフォローアップは長い目で見ていただきたいと思います。というのは比較的成功したプロジェクトのフォローアップは、2〜3年に一度専門家を派遣するだけでもフォローアップの効果は十分にあると思われるからである。それが完全に打ち切られてしまうと、フォローアップする手立てがなくなってしまうのです。

B. 協力開始が決定したプロジェクトの実施にあたって

a. 機材供与とカンターパートの受け入れについて

機材供与とカウンターパートの受け入れを必ず結びつけて行うことが肝要です。カウンターパートを教育してから機材を送るようになれば、機材が遊ぶということもありません。これをステップ・バイ・ステップ (Step by step) 方式で行う。確かに時間がかかることで悠長のように思われるかも知れませんが、成果の少がる協力なのです。また最高級機材といわれるような機材の供与には無駄が多い。しかしこれは個々のケースで考えるべき事柄であり、研究所等においては電子顕微鏡が必要でしょう。したがって、この問題は、相手側の事情如何によります。

b. 専門家について

プロジェクトは一にかかって専門家にあります。医療協力は理解と熱意のある人でない限りプロジェクトの成功は期待できません。

c. 協力の方法について

協力をする時には協力の殻をつくるのが大事です。発展途上国の人達が、自分達自身の手で、自国の教育をして行けるような体制づくりが最も大事なことです。そのために自国教育の場を設け、それに対して協力する。そういう形の協力を考えていかなければなりません。

d. カウンターパートの熱意について

最後に、先程村上先生からもご指摘がありましたか、カウンターパートの熱意です。熱意のないようなカウンターパートではプロジェクトは成功いたしません。

以上が私の考える医療協力のあり方です。

(2) 討 議

(本多委員) 供与したレントゲンは今でも使われていますか？

(塩沢講師) 今でも使っています。技師のカランクーバートを
受け入れたことはありませんが、機材修理班で補修して使
ってきました。

(本多委員) ご指摘の自国教育は、私も、非常に大事だと考え
ているのですが、このペルサハバダンは、現在は、胸部
疾患については自分達で教育活動を行っているわけですか？

(塩沢講師) まだ組織的には行われていません。そういう姿勢
はあるのですが、人材がまだそろわない。

(本多委員) エバリュエーション調査団がプロジェクトの興行き
と見るにはどうしたらいいかお聞かせ下さい。

それと、フォローアップとして2～3年に一度の専門家
派遣を行うという点があげられました。それで十分です
か？

(塩沢講師) フォローアップについては、それで十分だと思
います。そういうフォローアップがあると、一段と発展する
と思うのです。エバリュエーション調査団については、私
は、2～3週間程度の調査ではそもそも評価は不可能であ
ると思っています。しかも時には後つものプロジェクトを
見ていくということがあります。そうした時には一つのプ
ロジェクトについて一週間は調査しない、ということが起
ります。数年間を費したプロジェクトをこのような短期間
のうちに隈なく見るというのは、不可能だと思うのです。
プロジェクトの闇口しか見ないということもありうるわけ

です。

(本多委員) 私は必ずしも不可能であるとは考えません。それ
にエバリュエーション調査団として派遣される時には、外
務省あるいはJICAから指示があり、調査団は、場合によ
っては、いわば“打切り役”として派遣されるという
面があります。この意味で団員は本当につらい立場に立つ
ことになります。

(重松委員) エバリュエーション調査団が予算化された背景と
して、従来JICAのプロジェクトはエンドレス(endless)
であったという事情がありました。当初は3年の約束で開
始されたものが、延長を繰り返して、どうしてもプロジェクト
の整理が見つからないということがあった。これをどうにかし
ないといけないということからエバリュエーション調査と
いう考え方が出てきたと思うのです。そしてこの整理をつ
けるということから、中には、継続を要するプロジェクト
も打ち切ってしまったというようなケースがあったのかも
知れません。

(竹内委員長) 要点は、適切な評価をするということです。そ
のためには、調査団の団員が相当勉強して派遣されるよう
にしなければなりません。その時には人選が大事な問題に
なるでしょう。

(多々谷委員) 塩沢先生のお話の中に、特にJICAにとって、
重要な点があったと思うのですが、それは、R.D.がなかつ
たということです。私は、このベルサハバダンのプロジェ
クトがR.D.がないためにうまくいった好事例ではないかと

考えます。というのは R.D.があると当初の方針を変更するということには仲々できませんが、それがないために、方針の変更ができたし、比較的自由的な活動ができたのではないかと思えるからです。R.D.を結んで協力を開始するというのが医療協力の原則ですが、R.D.で協力テーマを明示し、供与機材をリストアップし、この計画に沿って協力を進めて行くとなると、最初の段階から全体計画の枠が決ってしまっていて、プロジェクトの経過を検討しながら進めて行くということができなくなってしまうという傾向があります。

R.D.では原則だけを銘記し、具体的な事柄は経過を見ながら進めるという考え方が必要だと私は考えています。そうしないと、機材のロスはどうしても出てしまう。この意味では、このプロジェクトはR.D.がないためにうまく行ったという面がかなりあるとの印象を受けました。

(重松委員) 供与機材が遊んでしまうという点については、供与する側に問題があるのか、それともそれを使う側に問題があるのか議論の難しいところです。

(極沢講師) 基本的には日本側の問題であると思います。

現地に適した耐久性のある機材を選定する必要があります。それと技師がある程度技術を身につけると、出て行ってしまおうという風潮があり、これも機材を遊ばせる原因となります。いずれにしても、供与した機材はすべて使われるという発想には無理があります。ある程度のロスは最初からみておかないといけません。だからといって機材を遊ばせ

てもいいということではありません。

3. 心臓外科

(1) — 榊原先生講演 —

私はインドネシア大学附属ジャカルタ中央病院の心臓外科のプロジェクトに携わったのですが、この経緯からお話したいと思います。

このプロジェクトが始まる前に、私はインドネシアを訪れる機会があり、この時にこのジャカルタ中央病院を視察したのですが、当時既によそから協力を受けており、供与機材の一部が放置されているのを見た訳です。私は、私達も、心臓外科に対して同じことをしたのでは同じ結果になると思ったものですから、まず一年間インドネシア側の医師を一名研修員として受け入れ、彼らの技能の実際を調べ、教育することから始めたのです。

次に3名の医師のチームに入工心肺を持たせて派遣し、彼らの派遣中に資機材の不足が伝えられてきましたから、これを送付し、また故障している機材を調べて報告してもらい、機材修理のための技術者を2名派遣して体制づくりを進めたのです。そして私がインドネシアに行きました時には準備が整い、到着した翌日に手術ができた訳です。この手術は大変大きな反響を呼び、私としても、手術はうまくいったと考えています。以後次々と専門家を派遣し、そして派遣回数を減らしながら最後に中止させ、かわりにインドネシア側のスタッフを受け入れるようになりながら徐々に移管させていく方法をとったのです。しかし

途中で続かないということわかりました。というのも、手術に必要な材料が買えないからです。そこでJICAや日本心臓外科学振興会からの援助をお願いし、続けていったのです。

このようにして、もうインドネシア側のスタッフだけで活動していけるようになってから移管することにしました。又心配している点は材料の補充が断たれているのではないかという点です。しかし永久に日本がサプライできる訳ではないので、彼らの力で、いずれは確保しなければなりません。このようにしてこのインドネシア大学附属のジャカルタ中央病院の心臓外科はアジアにおける一つの重要なセンターになっている、と考えられます。そして私の感想としては、プロジェクトの準備を相とうまくやりませんと、そのプロジェクトは成功しないでしょうし、プロジェクト自体もつまらないものになってしまうという感じをいただいています。

(2) 討 議

(竹内委員長) 柳原先生のいわれる事前の準備というのは、専門家派遣と器材供与がうまくマッチ(マッチ)しないといけない。そのためには事前の調査が必須ということだと思いますが……。

(柳原講師) その通りです。

(木多委員) 私はプロジェクトをスタート(Start)させるには準備期間として、少くとも2年は必要と考えています。この意味から、柳原先生のお話は、これを裏づける好事例であると思われます。R.D.において3年間の協力を取り極め、これにフォローアップの2年間が続き、

この期間内にプロジェクトを成功させるという現行の方針は、やはり机上の空論というべきです。

(竹内委員長) JICAは、基本方針として、どのようにしてプロジェクトを発展させるという展望をもつか？

(本多委員) 通常は事前調査から実施調査を経て、プロジェクト開始という経路をとりますが、しかし、実際のところ、プロジェクトを開始させて最初の2、3年は、調査的の仕事に終わってしまうのです。

プロジェクトが本当の意味で動き出すのはこの後なのですが、その時には既にR.D.で取り極めた協力期間が終了、フォローアップとなってしまいます。

(塩沢講師) 今後に残された大きな問題です。

夕 外 科

— 山村先生講演 —

私は、JICAのプロジェクトとしては、ケニアのケニヤツタ病院、エンブ病院にかかわり、また文部省の仕事としてアルジェリアのオラン理工科大学にも携わりましたので、こ此らの経験から全般的な話をしてみたいと思います。

ご承知のように、オラン理工科大学の設計を担当したのは日本の丹下健三教授グループだったのですが、丹下教授グループと私達のマスタープラングループ(Master plan Group)との間に、意見の相違が生じました。私の考えでは、この意見の相違は、日本とアルジェリアとの国情の違いに基づくものであり、アルジェリアの国情をどう見るかという認識の違いに基づくものでした。

アルジェリアは、永らくフランスの支配を受け、第二次大戦後に独立を得たという歴史的背景を持っています。このため、例えば国語をフランス語からアラブ語に転換したとはいえ、実質的には通じないのです。学制等も含め、諸種の制度はフランスが持ち込んだものであります。例えば、例のバカロレアの制度があります。

こうした点を考えますと、彼らが受け入れ易いようなマスタープランを作ると、どうしてもフランス的なものにならざるをえません。しかし他方、独立を得た民族の心情としては、あまりフランス的だと、彼らは受け入れないのです。

こういう訳ですから、相手国の国情、歴史的背景等を知ることが第一のポイントとなります。

この点をケニアについて考えてみると、私達はケニアの実情、殊に医療の実情については、殆んど何も把握していません。ケニヤン病院の I. C. U. の例を考えるならば、ケニアではまだ I. C. U. の段階にいたっていないのです。普通の手術の方が遙かに大抵なのです。

ケニア例は電子顕微鏡を欲しいといってくるでしょう。しかし、その車は日本製のカメラが欲しいという感覚と同じ感覚でそういつてくるのではないかと思うのです。したがって、この車にマッチした協力を求めるようにしないと、どうしても協力が一般性のものになってしまいます。このように国々に対する協力を行っていく時に医療協力（または技術協力）一般を、どのような観点から考えなければいかといえは、外交政策の一環としてではなく、文化交流として考えるということになるでしょう。

日本を例に考えてみると、日本が外国の技術を受け入れる時には既に受け入れる土壌ができていた。だからこそ外国の技術はたちまちのうちに参透することができた。現在の医療協力プロジェクトでも、アフガニスタンのW.A.K病院整形外科は、こうした経緯を示す好事例であると考えられます。

文化交流としての技術協力という考えで医療協力の経験が深いのはイギリスであります。イギリスは開発途上諸国において多くの研究事業を行ってきていますが、彼等は単に開発途上国において研究のためにすぐれた組織づくりをしているだけではなく、自国においても議会の中に海外研究のための組織づくりをしたり、あるいはウェルカム財団 (*Wellcome Foundation*) の研究所のようなすぐれた研究機関を持っているのです。こうした機関を使って彼らはへいぜいから文化交流をしています。

開発途上地域においては、伝染病以前の問題として伝染病の方が大きな課題であるという国もありますから、それぞれの国の国情、歴史的背景、民度等よく認識した上で、それぞれの国にマッチした協力が考えられなければなりません。私はこの点を強調したい。

(2) 討 議

(本多委員) 私自身も、例えばガーナに対して、外科協力のどの辺までやるべきか悩んでいます。先生のご意見をお聞かせ下さい。

(山村委員) 私は、中央検査室を設置し、臨床検査、臨床免疫学などから一歩一歩進めていくのが一番良いと考えてい

ます。臨床検査の役割は非常に大きいのです。そうして協力しているうちに優秀な人が頭角を現わしてきますから、そういう人を日本に受け入れる。そうすると、彼等は日本で学んだことを誇りに益々熱意をもってきますから、彼等を核にして協力の輪を広げ、専門家を派遣する、つまり、後回から手をつけていくのが一番だと思います。

(木多委員) 先生ご指摘の国情をよく認識するという点は、私も賛成です。ケニアの例ですが、ケニアと日本とはあらゆる面で制度が違います。ケニアの医師は午前中だけ職場に出て、午後には個人的なプラクティス (*practice*) をしている。人材不足のところでは、このシステムの下に動いていますから、派遣された日本人専門家があらゆる業務をしなければならぬし、結局はこの人手不足をおさなう結果になってしまうのです。ですから私自身の考えでは、研究をするならば教育を結びつけ、あるいは基礎医学に協力するならば臨床と一緒にするというコンパクトな形が必要ではないかと思うのです。

(山村講師) 私も賛成です。筑波大学ではそうした方式を採り、コンパクトでいいカリキュラムを作っています。

アルジェリアのオラ：理工科大学の場合も、マスタープランではこの方式を採用しています。

(木多委員) ただ臨床から始めるとしても、どのような形で始めた方がいいのかが難しい。

(竹内委員長) それはディプロマ (*diploma*) の活用という点にも現われています。日本、アメリカ、あるいはイギ

リスから得てくるディプロマの効果は直接給料に響いてきます。そして日本のは欧米諸国と比較して一段と低く打たれている。この格差を縮めるために、私は一度だけ文書と発行したことがありますが、実際は同じ待遇を受けているという。しかし、徐々にではあるが、改善されている。

(堀沢講師) 私自身も努力すべき事柄だと考えています。

(木多委員) 医師免許の発行についても同じことがいえます。

私達が専門家としてカーナに行きますと自動的に英文のライセンスを発行してくれますが、逆に研修員が日本に来た時には日本では発行しません。そしてこれが人的交流の障害になっているのです。

(重松委員) 医療協力の根本は人の交流に尽きますのでライセンスの問題は解決しなければなりません。

5. 臨床検査

(1) 小酒井先生講演

私は、JICAの仕事に、三回程携わったことがあります。

最初は、昭和44年に佐々学園長の調査団員としてマレーシアにいきましたが、これはプロジェクトには発展しませんでした。

次は、南ヴェトナムのチヨライ病院の設計設備の調査に加わり、もう一つは同じく南ヴェトナムのサイゴン病院の臨床検査技術に関する計画打合せ調査でした。このサイゴン病院の協力は昭和46年4月まで続いたのですが、この間昭和47年の巡回指導班によつて良好との報告を受けています。これらの経験に基づいて、臨床検査部門の医療協力を考えてみると、臨床検査のレベル・アップがひいては医療水準のレヴ

エルニアフに役立つという認識が一番大きな点です。臨床検査から医療のレベルアップを促していくというコースが比較的うまくいきます。この点については山村先生と同じ意見です。

医療協力の場合、医師を派遣する以前にラボラトリー(Laboratory)に対して協力する、これは地道ですが効果があります。そして臨床検査の協力を実施する時には、すべての検査とよむせる専門家を派遣し、相手側のスタッフのトレーニングをやり返して実施する。これには最低半年は必要です。

次に機材に関してですが、できるだけ堅牢なものを選び、日本においても丈夫な機材は入手しにくく持っているのです。供した後のメンテナンス(maintenance)を考えるとどうしてもそうなりますし、またどの方が定着しやすいのです。

もう一つは、日本では虫糸糸の試薬を使いますが、海外に出ると入手しにくいので、できるだけ相手国にあるものを使うようにすることです。仕事を継続するためには極めて大事なことです。最後に、一般的にいつて、日本の医師は東南アジア世代の病気について認識が浅い。寄生虫病については彼らの方がよく知っているということがありますから、謙虚に学んでくる態度が必要です。

(2) 討 議

(本委員) 臨床においては、ラボラトリーの充実がどうしても必要なのですか、日本国においてし、病院により、日本の格差が見られます。スタンダード(standard)としてどの程度の病院を考慮しておけばいいのかが思がた下さい。

(小滝井講師) 200、300ベッドの自治体病院が持っているラボラトリーが、開発途上国においても運営できるスタ

ンダードである、と私は考えています。

(多々谷委員) JCI Aでそのようなスタンダードと記したマニュアル (*manual*) を作っておく必要があると思います。200床の病院にはこれぐらいのラボラトリー、300床にはこのぐらい、という具合に。相手国のスタンダードを見極めてからでないと、困る点がたくさん出てきます。これは機材についてもいえますし、試薬等についてもいえることです。

(山村講師) 医療協力を行う時に、相手国の実情に合わせていくようにしないと、結局両散霧消してしまいます。協力が終了した後に何も残らないというのでは私った労力が大き過ぎるという気がするのです。この意味では、お話の相手国のスタンダードを把握しておくという点は大切です。

日本として、主体制と計画性のある協力を行っていくとすれば、一方ではレントゲン、他方ではN.C.U.というようなバラバラな援助ではなく、後に至るまでフォローアップしていくような、恒久的な援助体制を執る必要があります。

(竹内委員長) 出されてくる要請が実情に適ったものであるか否かを公式のチャンネル (*channel*) のどこでチェックされているのかが問題です。現情はチェックされていないと思うのです。

(木多委員) プロジェクト・ファイナディング (*Project funding*) を慎重にしないとイケません。公式のチェックポイントとしては、おそらくこれが唯一のものですから。

6. 脳外科

(1) — 藤井先生講演 —

私は、昭和24年以來7年間にわたって、南ヴェトナムのチョーライ病院に脳外科医として派遣され、医療協力事業に携わってきました。赴任した当初はノ人の脳外科医もいませんでしたが、昭和30年4月に帰国するまでに、専門から見ても人が集まりにくいという弱みを持ちながらも、とにかくノ名の学士が養成されました。

さて、医療協力として人材の養成を図ろうとする時には、私は底辺を上げるという点が一番大切であると考えています。そしてこのためには、まず人と意きつけることが必要ですから、学問的な興味を持たせるような指導が要求されます。しかし、私達が一方的に教えるという態度では彼らは受け入れてくれません。そこで私も彼らから専門以外のことを教えてもらうようにしながら、仕事を進めた訳です。

医療とは、何よりもまず患者に対して労をかせまないということですが、しかし“シエスタ”の習慣があるところで、この点を教えるのは本当に難しい。

技術協力の基本は、彼もビリさせない、という点にあると思うのですが、しかしこれは大変な仕事です。

次に、JICAが派遣専門家に対してどのような指導をしているのか、私は疑問を感じています。

私は南ヴェトナムの聖地agoに派遣された専門家としてチョーライ病院で仕事をした訳ですが、フエ(Fue)大学やサイゴン(Saigon)大学で講義をするようにヴェトナム側から依

頼られました。これについてJICAに指示を仰いだが、何の回答も与えてくれない。こういう訳でやることなすことの全てが私の双肩にかかってきます。私自身は、学問的興味が生に立ち、南ヴェトナムに来たのですが、必然的に、自分が日本を背に負っているのだと感じざるもえません。

医療協力をするといっても、学問的な交流をする以前に、人間的な交流がなければなりません。

この人間的な交流をするには、当然お金がかかります。しかし業務費としては50ドルしかありませんから、結局は、身銭を切ることになってしまいます。この人々との結びつきという点は医療協力を成功させる上で本当に大切なことです。しかも治療医学の場合には、ある手術をするといっても、病理や臨床検査の協力がなければできないことなのです。チョーライ病院のプロジェクトがうまくいったのも、何よりもまず、日本において、日本大学内に国際医学交流委員会という組織を作り、竹内先生が中心となり、他の大学や病院など関連機関と、あるいはチョーライ病院との姉妹病院提携をするなどして、普段から人の交流を図っていたからこそであります。今後も、医療協力をする場合に、一つの大学なり病院なりで専門家を完全に確保することは不可能だと思われますから、基幹の協力機関を定め、関連病院等との連携を図るよう努力することが大切です。

次に、協力期間についていえば、私達が30年、40年をかけて勉強したことを、2、3年のうちに教えよといわれても、とても不可能であります。医療協力は地道な仕事であり、最低5年は必要であるというのが、私の感想です。

最後に評価の点ですが、確かにいわれるように「両方終了後いかに継続しうるか」が一つの重要な視点ではありますが、しかしそれ以前に、どの程度レベルアップしたかを見ることが大切です。全てのプロジェクトを一様に、いかに継続しうるかという視点だけから評価することには、無理があります。

当初から見て、いかにレベルアップしたかを評価して、彼の方針を決めていただきたいと思います。このために、エバリュエーション調査団には必ずそのプロジェクトに関連した専門家を一名入れ、この点の評価をしていただくことを要望します。

(2) 討 議

(本多委員) 先生がいわれる底辺を松げるということ、これが大事です。そのための人の交流ということ、確かに現地で人間的な交流をする場合には金がかかります。招待されれば次には招待しなればなりません。そしてこうした交流をしておかないと仕事をスムーズに進めることができない、どうしても出費してしまう。専門家は指熱を續けて現地に行っていますから、それだけでもなんとかやるのですが、何らかの措置があるといいのですが……。

Ⅶ. 事業団挨拶

— 近藤理事挨拶 —

本日は貴重なお話をお聞かせ頂き有難うございました。私達も、本
日ご指摘のありました諸々の点を参考に、事業の改善を図ってまいり
たいと思います。長時間にわたり大変有難うございました。

以 上

(別添資料ノ)

海外医療協力委員会方針作成作業部会資料——現代医学部門——一覧表

註記——継続
-----フォローアップ

格号	国名及び件名	事業の分類	昭和 41年度	昭和 42年度	昭和 43年度	昭和 44年度	昭和 45年度	昭和 46年度	昭和 47年度	昭和 48年度	昭和 49年度	昭和 50年度	昭和 51年度
1	韓国 癌対策	プロジェクト											
2	南ヴェトナム サイゴン病院	プロジェクト											
3	南ヴェトナム ヲコライ病院及び新コライ病院	プロジェクト 建物供与											
4	ラオス ルアンアラバン病院	プロジェクト											
5	タイ ラマティホディ医科大学	プロジェクト											
6	タイ 癌センター	プロジェクト 建物供与											
7	ビルマ 歯科大学	プロジェクト											
8	インドネシア ペルサハバタン病院	プロジェクト											
9	インドネシア 西部ジャワ中央総合病院	プロジェクト											
10	インドネシア バジャラン大学歯学部	プロジェクト											
11	インドネシア シマカルタ中央病院	プロジェクト											
12	スリランカ ヒイロン総合病院	プロジェクト											
13	スリランカ セイロン大学歯学部	プロジェクト											
14	スリランカ 薬品検査試験所	プロジェクト											
15	ネパール 築用建物分類	専門家派遣											
16	アフガニスタン WAK 病院	プロジェクト											
17	イラン テヘラン大学歯学部	プロジェクト											
18	イラン フィローズカル病院	建物供与 研修員受入											
19	ケニア ケニヤッタ病院	プロジェクト											
20	ケニア エンバ病院	専門家派遣 機材供与											
21	ケニア ナクル病院	プロジェクト											
22	タンザニア ダルエスサラーム大学歯学部	プロジェクト											
23	ナイジェリア ナイジェリア大学歯学部	プロジェクト											
24	ナイジェリア オフェ大学歯学部	プロジェクト											
25	ナイジェリア イバダン大学歯学部	プロジェクト											
26	コスタリカ コスタリカ大学歯学部	プロジェクト											
27	フランス ボルトアレブレ カトリック大学成人病研究所	プロジェクト											

海外医療協力委員会方針作成作業部会資料

現代医学部門

註記. 実績はいつしも昭和50年3月末日までの累計である。
 年次修業数には不満足要素があるので当然的な数
 としての参考としていただきたい。

国名・件名	当初の目標	協力期間	相手国協力機関	国内協力機関	専門家数 (人)	検体供与数 (件)	研修員数 (人)	協力評価
(1) 韓国 癌対策	昭和43年度に派遣された実施調査団 (団長 癌研究所長吉田三良)は、わが 国の協力方針として、①癌研究専門家の 全国的な組織化 ②延世大学癌セン ターの施設充実化 ③専門家養成のた めの人的交流の3項目をあげている。	43～47 5年間 現在終了	延世大学セブランス 病院癌センター	癌研究会他	医療 5 一般 15	145,347	12	昭和46年度の計画打合せ調査団によつ て「リエラック」の設置により本がんセン ターは韓国における最も整備されたがん 治療施設の一つとなることを見守り、 しし本がんセンターのいっしょにオープン システムまたはそれに近い形態で運営さ れることに従って全韓国民のためのがん 対策推進に一層の貢献をうむものとあ らわると報告された。
(2) 南ヴェトナム サイゴン病院	昭和47年度に派遣された計画打合せ 調査団(団長 順天堂大学小西井隆教 授)は、昭和47年度から継続中の本 プロジェクトの3ヶ年延長を目的によ って取り極め、主力を、①一般外科及 び②各種検体技術の向上、に置くこと を銘記している。	47～49 3年間 現在終了	サイゴン病院	順天堂大学医学部 常設外科病院	医療 20 一般 11	170,660		昭和47年度の巡回指導調査団によつて、 同病院臨床検査部の改善については、浪 辺、久保田両専門家の永年に亘る努力、 計画打合せ調査団が作成した計画の適切 性及び順天堂大学とサイゴン病院との緊 密な協力の3点が、成功に導いていると報 告された。
(3) 南ヴェトナム チョーライ病院及 新チョーライ病院	本プロジェクトは昭和42年の交換公 文によって正式に協力が開始され、協 力目的として、①治療医学分野におけ る医療技術の向上、②医療従事者に対 する技術指導、③医学の学術的研究の 3点が取り扱われてきたが、更に詳しい 説明はない。なお、チョーライ病院プ ロジェクトは、昭和50年1月にわが 国無償協力によって全面改装された新 チョーライ病院へ引き継がれ、新チョ ーライプロジェクトは、その主力を、 ①中央管理システム樹立のための調査	①チョーライ病院 プロジェクト 47～49 3年間 現在終了 ②新チョーライ病院 50～52 3年間 現在中絶	①チョーライ病院 ②新チョーライ病院	日本大学医学部	①チョーライ病院 医療 34 一般 67	238,631		

国名・件名	当初の目標	協力期間	相手国協力機関	国内協力機関	専門家教 (人)	機材供与額 (万円)	研修人数 (人)	協力評価
(4) シオス ルアンアラバン病院	管理部門における協力及び②臨床部門の技術向上、③その他各診療部門における協力に置くことが、11年5月の年次報告の竹内副院長による実施調査報告書により取り極められた。 R/Dなし、ルアンアラバン市の中心的な医療機関である同病院には歯科部門がなく、歯科部門の整備を図ろうとするシオス側の昭和42年の公債要請に添えた。	42～43 7年間 現在終了	ルアンアラバン病院	個人開業医他	医療 3 一般 8	12,361		資料なし
(5) タイ ラマティホデイ医科大学眼科及び実験病理	昭和43年に派遣された実施調査団(团长福士克彦、仙台市立病院眼科医長)によつて眼科の生化学に関する教育及び基礎研究について協力する旨合意された。また実験病理については昭和44年に派遣された専門家(宮地杏樹、和歌山県立医科大学助教授)によつて「肝臓と栄養」をメインテーマに実験病理学における研究と教育協力を実施する旨合意された。	①眼科 43～47 7年間 ②実験病理 44～47 4年間	ラマティホデイ医科大学	①眼科 順天堂大学 仙台市立病院 ②実験病理 和歌山県立医科大学 大阪大学医学部	医療 22 一般 5	①眼科 22,235 ②実験病理 36,637		昭和46年に派遣された実施調査団(团长外山敏夫、慶大教授)は、眼科部門について「この国の眼科診療の中心として、また地方眼科医教育の中心として極めて高い意義を持ち、東南アジア地域の眼科医療、失明予防に極めて重要な役割を担わう」と報告している。また実験病理部門については、派遣専門家報告として、供与機材の電子顕微鏡の効果的利用等をめぐり、タイで最もすぐれた活動をしていると伝えられている。
(6) タイ 癌センター	当初早期癌発見クリニック設立のための協力として開始した本プロジェクトは、昭和45年以後第二段階として、附属病院建設(日本の無償協力による)に伴い診療部門活動を拡大し、建物建設の遅延等を考慮し、昭和50年度まで協力延長が図られ、協力期間、専門家教、機材供与額などの点からみると、	42～51 10年間 現在建設中	癌センター	国立癌センター	医療 36 一般 28	1,831,226	34	51年度内にエバリュエーション調査団を派遣し、今後の方針を決定する予定に行っている。

国名・件名	当初の目標	協力期間	相手国協力機関	国内協力機関	専門家数 (人)	機材供与額 (千円)	研修員数 (人)	協力評価
(7) ビルマ 齒科大学	医療プロジェクトの中では最大のプロジェクトの一つと云うことができる。 昭和48年2月に派遣された実施調査団(團長林都志夫東京医科歯科大学教授)によって、教育部門に重点を置き、3年間の期間をもって協力を進行し取り極められた。	R/O 47~49 50~フォローアップ 現在フォローアップ	齒科大学	東京医科歯科大学	医療 12 一般 /	29313	5	
(8) インドネシア インドネシア大学 附属ペルサハバダン病院胸部外科	R/O上の取り極めは良いが、派遣専門家チームによって要請の胸部外科協力に、広く肺結核全般に対する協力の一環として広げ、治療研究及び検査部門における協力を進行し協議されている。	44~49 5年間 現在終了	インドネシア大学 附属ペルサハバダン病院	(財)結核予防会 厚生省	医療 10 一般 /	31325	10	本プロジェクトのリーダーである尾沢正俊教授の報告によれば、「本協力を単に胸部外科協力にとどめることなく、これを橋頭堡として広く結核分野へ貢献しようとの考えとあり」、その結果、「インドネシアにおける胸部外科の進歩に対してのみならず、広く結核の分野に対して成功を収めたと判断してよいであろう」と述べている。
(9) インドネシア 西部ジャワ中央総合病院	昭和42年6月の実施調査団(團長友松達弥神戸大学教授)によって、胸外科、胸部外科、他のスタッフトレーニング及び各種検査技術の向上を目的とする旨、R/Oにおいて取り極められている。	43~46 4年間 現在終了	西部ジャワ中央総合病院(パジャジャラン大学教育病院)	神戸大学医学部	医療 15 一般 10	24087	9	昭和47年の事前調査団(團長多々谷勇国立予防衛生研究所肺病ウイルス部)によって、専門家派遣及び研修員受け入れについては成果がよっているが、機材供与について大きな問題があったと思われる旨の報告がなされている。
(10) インドネシア パジャジャラン大学医学部		41~46 6年間 現在終了	パジャジャラン大学	東京女子医科大学	医療 8 一般 /	2915		資料なし

国名・件名	当初の目標	協力期間	相手国協力機関	国内協力機関	専門家数 (人)	機材供与額 (千円)	研修員数 (人)	協力評価
111) インドネシア インドネシア大学附属 ジャカルタ中央病 院 ① 心臓外科及び ② 臨床検査	昭和43年以後同病院の心臓外科部門 のプロジェクトの終了に伴ない、新た に臨床検査室の整備計画に協力するこ とになり、昭和46年7月の実施調査 団(団長友松達神戸大学教授)によ ってプロジェクトが取り扱われている。	①心臓外科 43~44、47 計3年間 ②臨床検査 47~49 3年間 現在終了	インドネシア大学 附属ジャカルタ中 央病院	神戸大学医学部他	① 医療 - 眼 ② 医療 11 - 眼 6	① 10,778 ② 42,176		昭和49年の巡回指導調査団(団長武島 健二丸大教授)によって、臨床検査の基 礎知識と身につけた専門家が極めて少数 であり、近代的な検査機器が使用さ ない旨報告され、併せて、今後はプロジ ェント開始前に十分な調査を行うよう働き している。
112) スリランカ セイロン総合病院	昭和45年7月の実施調査団(団長高 井俊夫大塚市立大学教授)によって、 ① コロン総合病院(内視鏡他) ② 癌研究所(機材供与) ③ レイ・リンジ シェイ病院(栄養問題) に対して数回 協力を行う旨取り扱われた。	43、44、46 計3年間 現在終了	セイロン総合病院	大阪市立大学 医学部	医療 4 - 眼 1	32,504		資料なし
113) スリランカ セイロン大学 医学部	セイロン政府から、生医学研究が診 断に用いるとして、強い要請のあった 電子顕微鏡の供与に応じ、併せて専門 家派遣研修導入を行い、プロジ ェントとして協力する旨プロジェクト において取り扱われている。	46 1年間 現在終了	セイロン大学 医学部	大阪市立大学 医学部	医療 1 - 眼 1	25,034		資料なし
114) スリランカ 薬品検査試験所	薬品検査試験所建設に伴ない薬品の化 学分析その他の検査部門の向上を目的 としプロジェクト方式による協力を 行う旨と、昭和43年8月の実施調査 団(団長高井俊夫大塚市立大学教授)は プロジェクトにおいて取り扱っている。	44~47 50~51 フロー・アッ プ 現在フロー・アッ プ中	薬品検査試験所	国立衛生試験所 他	医療 16 - 眼 3	53,491		昭和51年度内にエバリユーションを 実施し、終了させる予定である。

国名・件名	当初の目標	協力期間	相手国協力機関	国内協力機関	専門医数 (人)	研修医数 (人)	研修医数 (人)	協力の評価	
(15) ネパール 薬用植物会報	ネパール国からの薬用植物水産分類 専門家派遣要請に応え、単独専門家 派遣事業として協力する。	43~45 3年間 現在終了	(委託者) 薬用植物局	東京大学理学部	医療 3 一般 0	0	0	資料なし	
(16) アフガニスタン WAK病院	P/Oのないまに協力が開始されたが、 同病院の整形外科部門に対する協力と して、診察→手術→リハビリテーショ ン→義肢装具の装着→社会復帰の一環 として体制づくりを目標とする旨、専門 家によって報告されている。なお、昭和 47年3月の実施調査団(同院回直部 長兼大阪大学教授)によってP/Oが取 り極められた。	42~47 (P/O) 40 フォローアップ 現在終了	WAK病院	大阪大学医学部 他	医療 36 一般 21	57	724	昭和47年3月の基礎調査団(院長岩崎 勉郎総務研究部長)によって、アフガニ スタンの整形外科部門として成果を 上げており、アフガニスタン側も極めて 高く評価している旨の報告が送られてい る。	
(17) イラン テヘラン大学 医学部	昭和45年12月の実施調査団(院長 伊藤友吉岐阜大学教授)によって、① 放射線医学及び②異常血色素研究の 二部門において協力を実施する旨P/O において取り極められている。	46~47 4年間 現在終了	テヘラン大学 医学部	岐阜大学医学部	医療 7 一般 7	62	373	7	昭和46年12月の事前調査団(院長古 岡正日大教授)によって、①放射線医学 部門の協力については「医用X線装置 の修理設置への協力」に発展させるこ とが望ましい旨、また②異常血色素研 究部門については終了したと考える旨、 報告されている。
(18) イラン フィロズカール病院	テヘラン大学の教育病院として教育活 動に力を入れている同病院の内視鏡部 門強化の一環として、内視鏡の供与要 請に応えたものである。	43~46 34年間 現在終了	フィロズカール病院		0	10	3	2	資料なし
(19) ケニア ケニヤンタ病院	昭和45年1月の実施調査団(院長恩 地敏夫大阪大学教授)によって、100に垂 点を置きプロジェクト方式の協力を行 う旨、P/Oにおいて取り極められた。	45~47 504のフォローアップ 現在フォローアップ中	ケニヤンタ病院	大阪大学医学部	医療 31 一般 19	25	326	2	昭和45年2月のエハリエニエーション調 査団(院長木多憲昭岐阜県立五ヶ野大学教 授)によって、フォローアップの必要の 旨報告されている。

国名・件名	当初の目標	協力期間	相手国協力機関	国内協力機関	専門家数 (人)	教授供与数 (名)	研修員数 (人)	協力の評価
(20) アニマ ニシア病院	昭和42年年度の専門家派遣から始まった本プロジェクトについて、昭和43年4月の実施調査団(団長船越秀敏予備道第1部長)によって①X線等の供与、②専門家派遣による研究教育協力を実施する旨、取り極められている。	42~44 3年間 現在終了	エンフ地区病院	大阪大学医学部	医療 27 一般 3			昭和42年11月の計画打合せ調査団(団長船越秀敏公衆衛生院疫学部長)によって、医師の不足と急速な発展は望みえないが、自立を目標とした協力体制で実施する必要があると報告されている。
(21) アニマ ナカール病院	昭和41年度以降協力が継続されている本プロジェクトについて、昭和43年6月の実施調査団(団長船越秀敏予備道第1部長)によって、①X線機材の供与、②研修員及びX線専門家の派遣による協力を実施する旨を取り極められ、従って昭和43年の計画打合せ調査団(団長成田四郎長崎大学教授)によって③研修員の移入が追加された。	41~43 3年間 現在終了	リフトバレー地区 ナカール総合病院	長崎大学医学部	医療 51 一般 37	32,420	5	昭和43年2月のエバリュエーション調査団(団長木下憲徳福岡県立医科大学教授)によって、同プロジェクトの第一のフェイズは終了と考え、第2のフェイズの計画について双方のデマンドとサプライを詳細に考慮して決める他はないと報告された。
(22) グンザニア ブルエスラーム 大学 医学部	昭和44年1月の実施調査団(団長小池龍彦九州大学教授)によって、電子顕微鏡を利用した教育・研究計画について協力を進める旨、取り極められた。	44~47 フォローアップ 4年間 現在終了	クルエスラーム 大学 医学部	九州大学医学部	医療 6 一般 4	34,114	3	派遣専門家の報告として、研修員の知識を持って電子顕微鏡の活用が期待されるが、望みが薄い旨、伝えられた。
(23) ナイジェリア ナイジェリア大学 医学部	昭和42年11月の実施調査団(団長清水文彦東京医科歯科大学長)によって、保健医療分野における教育プロジェクトとして協力を実施する旨、その旨について取り極められた。	42~42 (196) 5年間 現在継続中	ナイジェリア大学 医学部	東京医科歯科大学 他	医療 10 一般 0	24,435	5	

国名・件名	当初の目標	協力期間	相手国協力機関	国内協力機関	専門家数 (人)	機材供与額 (万円)	研修員数 (人)	協力評価
(24) ナイジェリア イフェ大学医学部	本プロジェクトの目的は、ナイジェリア大学プロジェクトの目的と同時に取組まれられており、趣旨も大差はないが、派遣専門家として生理学、寄生虫学、公衆衛生の分野を従記している。	47~52 (R/O) 5年間 現在継続中	イフェ大学医学部	東京医科歯科大学 他	医療 15 一般 0	58,424	1	
(25) ナイジェリア イバダン大学 医学部	西アフリカで最初の電子顕微鏡研究室設立を目指す同大学に対し、プロジェクトとして協力を行った。目的はない。	43~47 4年間 現在終了	イバダン大学 医学部	東京医科歯科大学 千葉大学	医療 2 一般 2	研修員フォローアップ機材供与	2	西アフリカ最初の電子顕微鏡研究室として国内はもとより他国からの利用も増え医学教育研究にユークな貢献をしてきているが、人材不足が目立つとの専門家報告がある。
(26) コスタリカ コスタリカ大学 医学部	昭和48年の実施調査団(局長深井孝之助大阪大学教授)によって、電子顕微鏡を利用した生医学研究及び基礎医学教育に重点を置く旨、R/Oにおいて取り決められている。	43~50 (R/O) 5/1~フォローアップ 現在フォローアップ	コスタリカ大学 医学部	大阪大学医学部 千葉大学医学部	医療 2 一般 4	29,554	6	51年9月にエバリュエーション調査団と派遣した。
(27) ブラジル ホルトアレブレカ トリック大学成人病 研究所	昭和48年の実施調査団(西沢外山敬夫慶応大学教授)によって、循環器系並びに消化器系及び胃内視鏡学に重点を置く旨、R/Oにおいて、取り決められている。	47~51 (R/O) 現在継続中	カトリック大学 成人病研究所	慶応大学医学部 他	医療 3 一般 3	115,187	6	
(28) 中南米諸国	上記のプロジェクトの他に、中南米諸国	に対し、大学教授の公用手	術等派遣を数多く実施してきており、その	テーマは主として	視鏡学、病理学、外科学である。			

流 力 の 流 れ

別添資料之
(編次元生準備資料)

専門家を派遣

各専攻科に
口頭伝授による修習生

胸外科術科認定
認定医

胸外科術科
認定医

胸外科術科
認定医

胸外科
認定医

専門医(5名)
胸外科 認定医

2017年7月
胸外科(5名)

研修医

胸外科術科認定医
5名
認定医

研修医の増設

研修医の増設
認定医

1名
認定医

医師入札教育

胸外科術科認定医(3名)

胸外科術科認定医(3名)

5名 認定医(5名)

3名 認定医(3名)
認定医(3名)
認定医(3名)

3名

3名 認定医(3名)

3名

3名 認定医(3名)

3名

3名

3名 認定医(3名)

3名

3名

医療協力のあり方

塩沢正俊

I Projectの決定にあたって:

1 Projectのあり方

- a. 公衆衛生学的(疫学的) Project
- b. 教育研究(基礎医学的) Project
- c. 医療 Project

2 Projectの選定

Needに応じうるもの — 流動的, 大規模

2~3年の探察必要 ← *attaché* の協力

3 Projectの評価

Project evaluation mission のあり方

(3週間位の期間では間口だけしかわからない)

Follow up をするものとうち切るものとのふり分け

Follow-up の施設

II Projectの実施について:

1 技術協力と器材供与

oil country → 技術協力のみ, *Poor country* → 両者の区分け

2 受け入れ教育と器材供与 (step by step 方式)

(最高級器材の供与には無駄多し)

3 専門家派遣 理解と熱意のある人

4 自国教育

自国教育の場を作る

協力施設, 受け入れ教育 → 点

自国教育 → 面

5. カウンター・パートの熱意

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
66
67
68
69
70
71
72
73
74
75
76
77
78
79
80
81
82
83
84
85
86
87
88
89
90
91
92
93
94
95
96
97
98
99
100