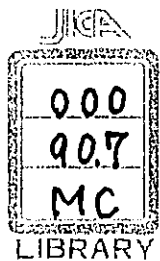


海外医療協力委員会における  
今後の医療協力の方針作成のための  
作業部会  
第一回議事録

昭和51年7月19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. 07016	90.7 MC

海外医療協力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

第一回議事録

- 議事次第 3 頁参照
- 日 時 昭和 5 1 年 7 月 1 9 日 (月 曜 日)  
自午後 1 時 至 同 5 時
- 開催場所 国際協力事業団第二会議室
- 出席者

招待講師

岩 崎 籠 郎	(財)結核研究所名誉所長
錢 江 義 雄	国立多摩研究所顧問
東 昇	川崎医科大学教授
林 薫	長崎大学熱帯医学研究所長
安羅岡 一 男	筑波大学基礎医学系教授

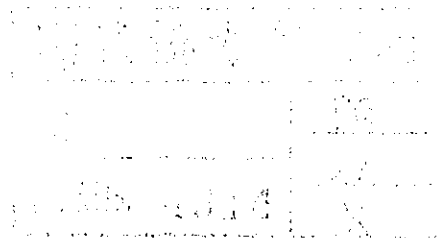
委 員

(作業部会長)	竹 内 正	日本大学医学部教授
	佐々 学	国立公害研究所副所長
	多ヶ谷 勇	国立予防衛生研究所腸内ウイルス部長
	本 多 憲 児	福島県立医科大学教授

なお重松委員は欠席

厚生省	篠崎技官、大臣官房国際課
外務省	山崎事務官、経済協力局技術協力第二課
外務省	工藤事務官 同 上

JICA LIBRARY



J I C A

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  
橋本(印)医療第二課職員  
橋本(明)           "  
森川               "  
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3回海外医療協力委員会において我が国の医療協力は開始以来10年を経過し、発展途上諸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、今後作業部会を設置して具体的に検討して行くことが決議された。これを受け、昭和51年4月26日に本作業部会の人選・運営方針等を打合せするための会議が開催され、以下の点が決定された。

(1) 作業部会の構成委員

海外医療協力委員会委員5名

(2) 作業部会の運営方針

医療協力の対象分野を

① 熱帯医学 (Tropical Medicine)

② 環境衛生 (Environmental Health)

③ 近代医学 (Modern Medicine)

④ インテグレート・プロジェクト (Integrated Project)

の四部門に分類し、これらを一つずつ具体的に検討していく。なお検討の際には、医療協力の造詣の深い各分野の専門家を講師として招聘し、問題点の指摘と協力方向の示唆を乞う。

このような決定に従い、まず初めに熱帯感染症をテーマに、第一回の作業部会が開催されたのである。以下その議事録である。 事務局記。

## ○ 議 事 次 第

I. 医療協力担当理事挨拶…………… 近藤理事

II. 作業部会長挨拶 …………… 竹内部会長

III. 過去の協力経緯説明 …………… 山本部長

IV. 講師紹介及び講演

1. 結 核…………… 岩崎先生

2. ラ イ…………… 義江先生

3. ウイルス…………… (1) 東先生

(2) 林先生

4. 寄 生 虫…………… 安羅岡先生

V. 討 議

VI. 部会長総括

一般初に齊藤一課長から出席者の紹介があり、ついで議事に入った。一

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について説明（前文参照）があった。

## II. 部会長挨拶

### 竹内部会長挨拶

過去10年間に亘って行なわれた海外医療協力の内容が、最近になって変わって来ているのではないかとの感を、私達は強く持っております。と言うのは、ご承知の如く、海外医療協力事業は相手国の要請に基づいて動き出すものでありますが、最近この要請の内容が、すなわち相手国のニーズが従来とは多少趣きを異にしてきており、こうしたニーズの変化という点に医療協力の内容の変化が端的に現れてくる、と思われるからであります。このようなニーズの変遷の理由としては、10年前には未だ開発が進んでいなかった開発途上国が、この10年の間にかなりの工業力をつけるに到り、現在では自国で要員の養成を図り、なお且つ自国で補いきれない部門への協力要請をするというように、状況が変わってきている点があげられましょう。そこで今後の医療協力の方針作成のための作業部会が設けられ作業スケジュールが組まれることになった訳ですが、これを要約するならば、

- (1) 従来医療協力プロジェクトは、医療分野だけのプロジェクトとして孤立したものでありましたが、医療面だけからのアプローチでは対処できない事態も起ってきているのではないかという点、換言すれば他分野とのインテグレーション（integration）の問題が、1つの大きな課題として討議されることになりました。次に、
- (2) 従来医療協力は、医療専門家を派遣し、機材を供与し、研修員を受け入れ、私達が持っている知識と経験を教え、相手国のエキスパートを育て、ある場合にはモデル地区を設定しキャンペーンを行うというパターンであり、これはテーマとしては主として熱帯病でありました。マラリアなどはこの好例であります。現在もおマラリアの要請が多く出てくるかという点はどうもそうではない。代って
- (3) 工業化に重点を置いた開発政策の結果、公害、産業災害等、環境衛

生というべき案件に要請を集中させる国が出てきております。また、  
(4) 発展途上国自身の言葉を借りるならば、感染性の疾病は確かに多い  
のだが、我々の側にもエキスパートは数多く経験も豊富なのでこの分  
野での協力は必要としない。しかし我々の国には近代医学（Modern  
Medicine）がない。病院建設と管理、血液透析、消化器内視鏡、  
I. C. U.（Intensive Care Unit）、救急外来、心臓外科、胸  
部外科等一連のModern Medicine がないのでこの部門に協力して  
欲しい。こうした趣旨の要請を出してくる国も現れてきています。

このように、我々はニーズの変化から医療協力の内容を四つのカテゴ  
リーに分類し、各々の分野で経験豊かな諸先生方を講師として招聘し、話  
を聞く機会を持ち、従来の医療協力を再検討し、毎年増加して行く予算  
を背景に踏まえ、今後の医療協力の質的な発展を導くような方針を探索  
しようということでもあります。

本日はその第一回の会合として熱帯感染症をテーマとし、内容的にこ  
れをそのまま続けてよいのか、あるいは内容を変えたとしたらどのよう  
に変えていったらよいのか、あるいはまたこれを更に拡大して行くとし  
たらどのような構想の下に実施して行けばよいのか、こうした点を講師  
の先生方に、夫々結核、ライ、ウイルス、寄生虫、その他熱帯感染症一  
般の分野から、お話しをして戴きたいのです。

このように、各分野の先生方の御意見を伺い、相手国政府の要請、国  
際協力事業団自体の考え・予算規模等を踏まえ、私達は今後の海外医療  
協力事業の方針を立てたいと考えているのです。従いまして、どうか先  
生方には忌憚のない御意見をお聞かせいただきたいと思います。

## Ⅱ．過去の熱帯感染症に対する国際協力事業団の協力経緯説明

山本部長から討議準備資料（別添資料）の説明があった。

#### Ⅳ．講師紹介及び講演

##### 1. 結 核

###### ————— 岩崎先生講演 —————

ネパールの結核対策（国立病院）の例から話しますと、このプロジェクトは成功したとは言えません。今考えてみると、現地の要求をよく把握し、ニーズが現地の実情に適したものであるかどうか確認し、その上で計画を進めるべきであったと思います。というのは、要請に従って医師とX線技師が派遣されることになったのですが、この派遣はカトマンズとその周辺地域の疫学的調査に役立ったとは思いますが、彼らが帰国してからWHOから批判が起りました。批判の趣旨としては、我々の協力がネパール全体の結核対策に貢献しなかったということです。WHOが言うところでは、我々が供与したX線診断車などの機材は、X線写真の現像料にしても車の燃料費にしても高い運営・維持費を必要とし、ただでさえ少いネパールの保健予算を圧迫する結果となり、全体としてネパールの結核対策に貢献しなかったということでした。

先程、竹内部会長から相手国からの要請の内容が最近変わってきているとお話がありましたが、結核に関する限り、そのようなことはありません。これはおそらく、WHOの長年の経験によって原則が確立されているからでありましょうし、我々がネパールでの協力で批判を受けたのも、WHOの原則に沿わなかったからと考えられます。すなわち、結核対策は基本的に全国的な規模で実施されるので、どうしても予防対策として感染源対策が重点となる点の一つ。疫学的な調査にしてもWHOは感染源対策に直結しうるような、すなわちコントロールに直結しうるような調査を指導しています。X線を用いてケース・ファインディングを行うという方法は、費用が高むのでWHOでは採用していません。X線を利用したケース・ファインディング



は軽症患者の発見には有効であっても、感染源対策としては有効ではない。従ってX線等の機材は、センターを整備し、発病した患者をセンターに来るようにさせて利用するという場合に有効なのです。この意味で、啓蒙教育は基礎的でありましょう。

また治療にしても入院治療は経済的にも高くつき、また診療患者数にも制限があるという理由から、外来治療を規則的に行う方向に切り換わりつつあります。このような考え方が支配的であります。治療という面から見ても、立派なセンターを作るよりは、コントロールを全国的に普及させるために、既存のヘルス・サービスやユニットを用いて全国的に対策を徹底させる方向に努力を傾け、このようなネットワークを用いての患者の発見・治療に努めるべきであると考えられているのです。従って援助や協力の方向といたしましても、このような方向を助成するような援助が望まれる訳です。こうした点において、タイやインドネシアに対する協力は必ずしも効果を後に残していないと考えられましたので、この経験を踏まえ、タンザニアやアフガニスタンにおける結核対策は、WHOの原則に合致するような合理的な方向に推進されるよう注意が払われることになりました。

アフガニスタンにおける結核対策は全国を5つの地区（Region）に分け、各地区の中心となるようなセンター的施設に対し、その施設整備に私達の方から協力し、これを用いた人員の養成もパラメディカルを中心に図られることになっています。アフガニスタンの結核対策の要請が出されるに当たり、アフガニスタン側はマラリア対策に第一優先順位を置いてきました。日本はこのマラリア対策にも協力していますが、アフガニスタンのマラリア対策の機構は未端まで行き渡っていませんから、マラリア対策のプロジェクトが達成された後には、この機構が結核対策に用立てられないものか、真剣に検討されております。一種のインテグレーションであります。

こうした例を見ても解るとおり、今後は基本的な公衆衛生活動に重点を置いたコントロールが実施されることになるでありましょうし、具体的な方法、あるいは対策実施のための機構作りについても、最も認識の深いWHOの方針に則って行うのが最も効果的な協力となると考えられます。

この点と関連しますが、世界各国の結核の医療協力のあり方についてみると、2つの点が指摘できます。1つは、多くの国々はマルチ・ラテラルな方向に向っております。殊に北欧諸国はその $\frac{2}{3}$ をマルチ・ラテラルに注いでいます。これは自国の経験を相手国に直輸入したことが、しばしば失敗を招いたことから反省されていると思われれます。

もう一つの点は、長期的な援助の方向に向っているということです。長期的な援助は専門家の確保等との関連で難かしいのですが、これを可能にするためにイギリスは興味深い方式を採用しています。これは、一旦海外援助に携ったことのある専門家が帰国した際に、彼らのポストを確保し、また彼らの貴重な経験を将来に継いで行くために、自国やあるいはアメリカの研究所や教育施設のスタッフとして働らいてもらうという制度です。彼らはこれをホーム・ベース・アポイントメント (Home Base Appointment) と称しています。

JICAにもこのような制度ができるならば長期的な協力が可能となり、有効な協力ができるようになるかと思われれます。これは派遣専門家の養成確保という点で極めて強力な手段となるでしょう。

## 2. ら い

### —— 磯江先生講演 ——

日本のらい対策は70年の経験を持ち非常な成功を収め、現在では新患は沖縄以外では年間50名前後、沖縄では年間80～100名となっています。これは医師だけの努力によるのではなく収容施設を整備し、隔離政策を執ったことによるものと考えられています。しかし

現在、この日本の方式が海外のらい対策に適合的であるかどうかは全く疑問です。インドのJALMAセンターの例から問題点を考えてみましょう。JALMAセンターに対する協力は当初日本と同じ方式で実施しようと考えられていたのですが、インド側が計画していたらいの第3次5ヶ年計画では、① Survey ② Education ③ Treatmentに重点が置かれていました。たまたまインドのある富豪から土地の提供があり、ここにセンターを建設し、主としてU・P・(Uttar Pradesh)州政府と連絡してプロジェクトが開始されたのですが、U・P・州政府と中央政府の意見と差異を生じ、実際には、遠隔地における患者の診断と治療に、プロジェクトの重点が置かれることになりました。インド側の事情として、中央政府とU・P・州政府との間に意見の差異があり、JALMAのプロジェクトは中央政府のらい対策に組込まれず、センターの運営についても批判がありましたが、日本かららいの調査研究のための専門家を送り、セミナーを開催したのが好評を博し、この成果によってJALMAセンターが見直されることになり、ICMR管轄下の中央政府計画にこの度組込まれることになったのです。今後は、治療とコントロールのための研究を中心に活動して行くことになっております。

さて今後の協力という点でらい対策をどう展開したらよいのかを考えてみると、一つは治療に関して、最近は強力な薬剤の開発が行なわれていますから、らい患者を隔離せずに、スキン・クリニック(Skin-Clinic)という外来の診療方式による治療が支配的です。WHOでもこれを推奨しています。また研究がいま一つの重点的な方向で、諸外国の協力も現在では益々診断治療から研究に向っていますが、研究といっても、その研究の成果ができるだけ早くコントロールに役立つようなテーマの研究です。

パラグアイのライ対策はこうした研究の一例といえると思いますが、

このプロジェクトは次第に局面が動いて来ているという感があります。患者の発見・治療からリハビリテーションそして研究へと。それにしてもアルマジロへのらい菌接種実験が成功したとなればらい研究にとって革命的なことであることは間違いありません。らいのコントロールについていえば、要点はマン・パワーの養成になるでしょう。らいの流行地は地域的に限定されていますし、この方面に関心を示す人々となると極く限られているのが現状ですから、人を集めるのが容易ではありません。こうした点を考えると、らいの流行地にマン・パワーのトレーニングセンターを建設し、そこで世界中からの人を集め人員の養成を図るという方法が、実際的であると思われます。

### 3. ウイルス

#### (1) —— 東先生講演 ——

私はビルマのウィルスの経験からお話ししたいと思います。

私が考えますに、協力にあたってまず大事な点は、そのプロジェクトを理解するだけでなく、その背景にある相手国の国民性を知るといふ点です。というのは、派遣専門家が引揚げた後にも効果を残しプロジェクトを継続して行くには、こうした相手国の国民性を理解しておくことがどうしても必要だからであります。ビルマの例で申しますと、ビルマのカウンター・パートは日本の一定の機関と協力するというのではなく、派遣されている専門家個人に協力するという面が非常に強い。このような性格は、例えばJICAの政策が変わり、国内協力機関を替える必要が生じた場合には、特によく理解されていないと、国内の協力機関が替わり、派遣専門家が交替しただけで、プロジェクトが遅滞したり、進展しなかつたりすることになり、相手国にとっては不利益となることが考えられるからです。このような意味で、相手国の国民性を理解しておくことは、協力の成功を導くには不可決のことであります。次に先程竹内先生から＝

ーズが変ってきているというお話しがありましたが、ビルマに関する限り彼らはこのプロジェクトの成功に鑑み、医学面全般について日本からの協力を強く望み、期待をかけています。さて、ウィルスプロジェクトの評価に関する点ですが、タイとビルマのプロジェクトは成功を収めた例であったと考えています。

ビルマでは、以前は標本をシンガポールやイギリスに送ってウィルスの検査をしてもらっていたのですが、現在では自国の医学者の手で処理できるようになりました。

トラコーマについては、現在世界人口約40億の $\frac{1}{8}$ の5億の人々がこの病気に感染していると言われているのですが、一つの病気でこれ程多くの感染者を抱えているのは他にないでしょう。WHOも非常な力を入れてこの対策にあたっています。このトラコーマは従来ウィルスの一つと考えられていたのですが、1971年にこのプロジェクトの中から初めて私の手によって病原体が分離されました。今ではビルマ国人医師の手でトラコーマ病原体の分離、鑑別、診断、同定が行なわれています。医療協力の中からこのようなことが生まれたという点からみても、このプロジェクトは成功したといえるでしょう。

トラコーマのワクチンについてはイギリスがアフリカで15年以上にも亘って研究を続けているのですが未だに製造に成功したという報告はありません。これについてもこれからはビルマあたりが中心となって努力していかなければならないと思われます。機材については、日本とはmaintenanceの点で違うところがありますから、双方が相当の吟味をしてかかる必要があるでしょう。

(2) —— 林先生講演 ——

私はケニヤのナクール病院とエチオピアの天然痘対策に関係しましたが、今日は総論的な話をしたいと思います。さて、これまでの

10年に亘る医療協力を振り返ってみると当初率仕的な診療活動から始まって、施設整備の時代を経て、プロジェクト育成時代へという変遷をたどった。JICAの医療協力もニーズの変化に対応したものであったと思います。そして先程の竹内先生からの今日ニーズに変化がみられるというお話がありましたが、直接にせよ間接にせよそのようなニーズの変化が、OTCAからJICAと改組されたことの一つの原因を形作っている、と私は理解しています。しかし私は、ここに一つの陥し穴があるのではないかと考えます。それは相手国の要請を無雑作に尊重し、それを実質的なニーズと取違える危険があると思われるからです。今後の医療協力のあり方を考えて行く上で、このニーズが実態に即したものであるか否かを判定することが、大変重要になってきます。

本日はまずこのニーズの実態を知るという点から考えてみたいと思います。東先生が触れられた所ですが、プロジェクトを実施するにあたっては、相手国の国情そのものが初めに問題となってきます。例えば、R・D（Record of Discussions）が取り交わされても、取り極め事項が仲々予定通り履行されないことが多くまた、機材を供与しても税関でストップして税金を支払わないと引取れないという事態が生ずるなどその一例です。このような国情を知り、そこから出さえてくる要請が本当に国民のニーズであるか否かを知るために

- ① 情報センター — 私はこれが外務省内に設置されていると聞いていますが — の活用、もしそれがなければJICA内にこれを設置すること、を考えて載きたい。ここで、専門家の報告も学会報告として提出されることが多いので学会報告や各種専門家の帰国報告書等を収集し、総括的に把握しておき、当該国の過去と現在を把んでおくことによつて、出されてくるニーズの適格性を判

定する。

情報のもう一つの種類としては、相手国の衛生行政の実情とその政策に関するものがあります。これは要請の実態、当該国の政策の方向、WHO等国際機関とのつながりがどうなっているかといった点、あるいはまた行政の末端機構を知るために必要なのです。特に痘そう対策などの場合にはこの末端機構がポイントとなるでしょう。次に、

② 何がニーズであるかという大きな問題があります。

ニーズの中には政治的なものもまた個人的なニーズも当然あるでしょうし、あるニーズがその国民の福祉にどのような貢献をなしているのかを知らなければなりませんから、本当のニーズを把握するのは大変難しいといえます。これに対する方法としては、ニーズの調査を主目的とする専門家を半年程度の期間派遣し、ニーズの調査とその見通し等、プロブレム・ファインディング（Problem Finding）を行うという方法があります。とりわけ最近の傾向としてプロジェクトに不動産供与が伴いつつある現状では、このような派遣は益々必要となることでしょう。次に国内体制という点から問題を考えてみますと、

③ 事務的なフォローアップの問題があります。関係者に対する報告書や文献等を送付し、情報を切らさないようにすることが、協力を引継いでいくためには極めて大切になってくると思われま

④ 派遣専門家の質の問題もあります。これについては専門家のリスト・アップと派遣前の研修強化が考慮されねばなりません。研修は、技術研修もさることながら、任国の実情把握、当該プロジェクトのステージ、（Stage）そのステージにおける彼の任務等十分に認識した上で派遣されるようにしないと、十分な貢献は期待できないでしょう。国内体制上の問題としてもう一つは、

- ⑤ 青年海外協力隊との協力という点です。隊員の体験の中には貴重なものがあるでしょうし、任国での協同作戦もさることながら、彼らの貴重な体験を国内においても情報のソースとして次の具体的な方針に生かして行くことが肝要です。この他の問題点としては
- ⑥ 機材の規格の十分な打合せが必要です。こうしたことは細かい事務的な仕事で仲々大変なのですが、これがプロジェクトを成功に導びく上で占める比率は予想以上に大きなものがあるのです。
- 最後に、
- ⑦ 協力終了段階での効果判定（エバリュエーション）は公正で厳しい判断で為されなければなりません。

#### 4. 寄生虫（住血吸虫症）

—— 安羅岡先生講演 ——

JICAの寄生虫関係プロジェクトの代表例としてフィリピンの住血吸虫症研究対策とグアテマラのオンコセルカ症研究対策との二つのプロジェクトがありますが、これらのプロジェクトが特に研究と銘打っていることには特別の理由があるように思われます。それは、寄生虫病わけでも住血吸虫症やオンコセルカ症の場合には、他の感染症と異なり、病気の媒体となる特異なベクターがいる、という点であります。従ってこれらの疾病のコントロールを本格的に推し進めるとなると、どうしても予防面に重点を置いた、いわゆるベクター・コントロールによる予防対策となり、規模の大きなものとなって行きます。ベクター・コントロールを更に徹底させるとなると一般的にはベクターの、住血吸虫症の場合には貝の、生存環境やEcologyを変えろということになり、農業土木や治水・灌漑の開発政策と密接に関連してくるのです。

このような点を考え、現在の協力の立場からJICAはこの両プロジェクトに特に研究という名を冠し、フィリピンの住血吸虫症研究対



策の場合には、応用につながる基礎研究をするということを R・D に  
銘記してあります。しかしながら、たとえいかに研究が進展したとし  
ても、コントロールに手をつけないのであれば、患者が減らない訳で  
すし、従って当然批判が起って来るでしょう。フィリピンでもこう  
した批判は聞かれます。レイテ島の住血吸虫症プロジェクトの例でこ  
の問題を考えてみると、近くのアララン・アラランという地区に日本の農  
業プロジェクトがあり、最初からこのプロジェクトとのインテグレー  
ションを考えておけば、コントロールの効果が上ったのではないかと、  
今反省している次第です。またカガヤン・パレイの農業プロジェクト  
も、現在は住血吸虫症の大量発生はありませんが、気象条件が同一で  
あることからみて流行地となる危険性は十分にあるといえるでしょう。  
インテグレーションという点からみると、住血吸虫症ばかりでなく、  
感染症特にコレラ、腸内感染の細菌やウィルス性の疾患は、ワクチン  
接種 (Vaccination) や治療ばかりではなく、その対策となると、  
同時に地域の衛生環境の開発整備とインテグレートしないと、どうし  
ても成果が制約されたものとなってしまいます。

コントロールを推進するにあたって、もう1つの重要な点として、  
マン・パワーの養成があります。私は先日、熱帯医学会で森下薫先生  
のお話しを伺ったのですが、台湾のマラリアが撲滅されたというのは、  
確かに戦後のWHOなどの努力があったからこそですが、それ以前に  
コントロールをして行く技術者の養成、及びコントロールのシステム  
とが基盤にあつて初めてエラディケーションが可能になった、という  
点を強調しておられました。プロジェクトを最終的に動かして行くの  
は人間ですから、マン・パワーの養成をないがしろにすることはでき  
ません。フィリピンの住血吸虫症プロジェクトの場合には、残念なこ  
とに、カウンターパート (Counter part) の移動ということがあ  
り、人材が有効に使われないという点があります。

次に、プロジェクトのマネジメントに関することですが、研究プロジェクトの場合には、研究テーマがどうしてもこま切れる的になりがち傾向がありますし、また相手国の組織がバラバラで一貫した行政系列を欠くようなケースが多いので、ある日本人専門家が最初から一貫した方針を持ってマネジメントに参加することによって、プロジェクトを一貫性のあるものにして行くような努力が重要になって来ます。

このフィリピンの住血吸虫症研究プロジェクトの中から、住血吸虫免疫診断学的な非常にユニークな仕事が生まれたり、あるいは、途上国が高価な殺員の薬剤を輸入するというのは不可能なことから、彼らが持っている原地産の植物を使って殺員剤を開発するという方向が出てきたりしたのも、最初から日本人専門家が一貫した方針の下にマネジメントに参加したからこそであった、と私は考えています。

このようにして研究が進められたとしても、協力の効果という点からいえば、コントロールが強力なものでないと患者が減っていないという批判が起って来ます。フィリピンには約52万人の住血吸虫症患者がいると考えられていますが、少しもコントロールの効果があがっていないという批判があります。そうすると先程触れたように、農業土木等とのインテグレーションが益々重要になって来ますから、今後の問題としては、現在の協力の枠組からどのようにして脱皮していくかということになるでしょう。

最後に、最近脳の住血吸虫症が問題になって来っていますが、これはアフリカや、ラテン・アメリカではみられない症状でフィリピンに独特のものであります。このような症状を検査する脳波計などの新しい機材が必要になりこれらを供与していけば現地側にはこうした機材を設置する場所がありませんから機材の散在を防ぎ円滑に作動させて行くための建物の供与も考えなければならなくなっています。しかし、建物の

供与は技術協力の範囲から出てしまうというような意見がありますが、適切な場所で円滑に機材を稼働させて行くには建物供与が考えられなければなりません。

## V. 討 議

(佐々委員)日本の医療協力は、OTCA、JIOA を通して10年になりますが、ヨーロッパ諸国が百年の伝統を持つのに対し、全く経験のない分野で何をして行ったらよいのか見当もつかない所から始まり、協力して行くうちに段々と解ってきたのが、この10年の歴史であったように思われます。この意味では、これから、あるいは2、3年前から、ようやく整った形を取りつつある段階にある、といえるでしょう。例えば、安藤先生からお話しのあったフィリピンの住血の吸虫症プロジェクトは、その仕事の大きさからいっても、また国際的な価値からいっても、本当に一流なものになる可能性を持っているということが出来ます。

以前の日本の協力は、一般的にみて、ヨーロッパの諸国が既に猛烈な仕事をしている所に、わずかな資金と人を短期間投入するというパターンでありました。しかし現在は、この住血吸虫症プロジェクトや、グアテマラのオンコセルカ症プロジェクトのように、国際的な点からみて本当に価値あるものとなりうる可能性を秘めたプロジェクトが、できつつあります。またそれだけに難しくなっていることも確かです。さて、プロジェクトを推進する上で、実際的にまず第一に重要なことは、その事業に熱心なプロジェクト・リーダーが必要であるという点でしょう。と同時に、そのプロジェクト・リーダーがセクショナリズムの代表であってはいけないということが大切です。

私は、これからの医療協力事業が国際的な評価を受けるようなものに伸ばして行って欲しいと願っています。東先生からお話し

のありましたビルマのウィルス研究所プロジェクトなどは、そのプロジェクトの中から日本人の手によって、国際的な評価をうるような研究が生まれましたので、このような方向が、これからも育って行って欲しいと思います。

(多ヶ谷委員) プロジェクトの運営に関し、フィリピンのポリオ対策は、ある意味で相手側の言う通りになったという面がありました。日本人専門家のマネジメントの参加は、こうしたことのないようにするという意味でも必要でしょう。

(本多委員) 私がガーナ大学の医学部プロジェクトに携ってきて感じている点なのですが、相手国の人々は診療援助はイギリスが最高であると考えています。それがプロジェクトを進めて行くうちに、段々と日本の医療水準などが理解されるようになってくる。この意味で、先程林先生から6ヶ月ぐらいの調査専門家の派遣というお話がありましたが、最初の3年間ぐらいは、いわば調査の段階で終わってしまいます。これが済んでから初めてプロジェクトとして実際に動き出すという面が多分にあるように思われます。

次に、岩崎先生のご意見にありましたホーム・ベース・アポイントメントの件ですが、これは大変重要な点です。

海外で経験を積んできてもその人達が分散してしまうと、彼らの経験が次のステップへと有効に継がって行きません。

また、安羅岡先生の言われたインテグレーションの問題は私達が委員会のなかで随分長い間取り組んできた大きなテーマであります。それにバイ・ラテラルとマルチ・ラテラルのお話がありましたが、岩崎先生の言われる通り、世界の方向としてはマルチに進みつつある。ガーナにも結核対策を実施しようという気運があるのですが、彼らは結核というところからまず診療行為を考えているのです。しかし私は、診療行為によるコントロールは一見目的に近そうだが、実際には迂遠な道をたどると考

えているのです。そしてコントロールの実施となると大きなプロジェクトとなりますから、方向としてはマルチが予想されてくる訳です。

(岩崎講師) 結核については過去の経験から得たところもあり、国際的にも方針が確立されていますから、最初から迷うことなく協力することができると思います。それから効果を後に残すという点ですが、プロジェクトの協力期間にはどうしても限りがありますから、協力を開始する初めから、協力が終了したら相手側に引き継いで行くとの方針を、相手側に明確に認識しておいてもらうことが必要です。協力を引継ぐという点では、結核対策の場合、高度の技術移転を目ざすばかりでなく、パラメディカル (Paramedical) の教育に重点を置き、実際のコントロール実施に欠くことのできない技術者の養成を図ることが、特に重要になってきます。

(巖江講師) らいについても同じことがいえます。コントロールを実施する上で主役を演じるのはパラメディカル要員です。しかし人が集まらないというのが現実です。これを解消するために、現在では結核やその他の分野とインテグレートさせた教育計画を作り、教育を魅力あるものにさせて人を集め、基礎的なものから高度な技術まで教授し、どの分野に行っても十分役割を果たしうる、いわばつぶしのきく教育を行うという方向がでて来ています。

(佐々委員) これは私の意見なのですが、結核やらいは病系が一つであって、この意味では比較的単純です。専門家はそれだけを勉強すれば足りるという面があります。これに対してウィルスや寄生虫は病系が複雑多岐に亘り、これらを網羅した専門家を確保するのは仲々大変な面があると思うのです。以前 O T C A から派遣された専門家が帰国して提出した論文が、既にヨーロッパの人々が何年も前に発表しているものと同じ趣旨であった、ということがありました。つまり彼はプロジェクトの要点を把握していなかった訳です。これは拙いと思い、派遣される前にボ

イントを把んで置くように、研修課程を開設したいきさつがあります。現在では若い人達の間には事前研修を自発的に行い、しっかりした役割を果たしてきたいというような雰囲気が出てきています。JICAもこのような人達をエンカレッジ（encourage）して行っていただきたいと思っています。

（岩崎講師） 当該プロジェクトのスタンダードを理解してから派遣されるようにしないと、どうしても効果を残してくるような協力はできないでしょう。内容のある仕事をしてくるには、そうした事前研修は欠くことができません。

## VI. 部会長総括

——— 竹内部会長総括 ———

各先生方のご意見で示唆深い点が指摘されたように思われます。私も事務局も要点は記録してありますからここで私が改めて総括する必要もないと思います。議事録の原稿はいずれお目を通して頂く様各先生方にお送り致しますので何分よろしくお願い申し上げます。本日は長時間に亘り大変有難うございました。

以 上

一別添資料一

海外医療協力委員会方針作成のための作業部会資料

熱帯病関係プロジェクト一覧表

註記：本表の——は継続協力を---はフォローアップ協力を——→は協力開始年度を——→は協力終了予定年度を、それぞれ表わしている。

S.51. 6. 15 作成 医療協力部

部門	№	国名及びプロジェクト名	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
寄生虫性疾患	1	韓国寄生虫対策	プロジェクト											
	2	フィリピン住血吸虫症研究対策	プロジェクト											→ 52
	3	エチオピア帝国中央衛生研究所	プロジェクト											
	4	ナイジェリア眠り病対策	専門家派遣											
	5	グアテマラオンコセルカ症研究対策	プロジェクト											→ 54
	6	ベルー大学教授(寄生虫)の公開手術等派遣	大学教授											
	7	ブラジルベルナンブコ大学熱帯医学研究所	プロジェクト											
	8	台湾寄生虫対策	プロジェクト											
細菌性疾患 コ結ラ レ核イ	9	フィリピンコレラ対策	プロジェクト											
	10	タイ中央胸部病院	専門家派遣 機材供与	37 →										
	11	インドネシアアンボンマラリア・結核対策	プロジェクト											
	12	ネパール結核・天然痘対策	プロジェクト											
	13	インドライ研究	プロジェクト											
	14	アフガニスタン結核対策	プロジェクト											→ 53
	15	タンガニア結核対策	プロジェクト											→ 53
	16	パラグアイライ対策	プロジェクト											
ウイルス性疾患 (天然痘)	17	フィリピンポリオ対策	プロジェクト											
	18	タイウイルスセンター	プロジェクト	36 →										
	19	タイポリオ対策	専門家派遣 機材供与											
	20	ビルマウイルス研究所	プロジェクト											
	21	インドネシア中央生物医学研究所	プロジェクト											→ 54
	22	イランポリオ対策	専門家派遣 機材供与											
	23	エチオピア天然痘対策	専門家派遣 機材供与											
	24	ガーナガーナ大学医学部	プロジェクト											
マソラリア その他	25	タイマヒドール医科大学熱帯医学部		40 →										
	26	スリランカマラリア対策	専門家派遣 機材供与											
	27	アフガニスタンマラリア対策	機材供与											

部門 I . 寄生虫性疾患 (1)

註記 (1) 専門家は51年3月31日以前の累計  
 (2) 機材供与額は50年3月31日以前の累計

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(A)	機材供与額(円)	研修員数(A)	協力評価
(1) 韓国 寄生虫対策	実施調査団は「回虫対策、とくにその集団駆虫に重点を置き、それに必要な医師、管理者、技術者の訓練及び機材・集団駆虫薬の供与」について協力するとのアウト・ラインを決定している。	43~48(R/Dベース) 49~50(フォロー) 計8年 現在終了	(社)韓国寄生虫撲滅協会	(財)日本寄生虫予防会	医療 17 一般 5	130,017		46年度年次協議調査団は、本件協力の成果を高く評価し、「0から出発しながらも独自で全国的規模で事業を展開してゆける組織に成長した」と報じている。なお問題点としては(1)感染源対策だけでなく感染経路対策と(2)限られた範囲にせよ地域の全住民を対象とすること、の二点が指摘されている。
(2) フィリピン 住血吸虫症 研究対策	住血吸虫症コントロールの基礎的研究の推進、パイロット地区での実施、を主眼に協力する。なお、パイロット地区は、タクロバン市カイバアン、西レイテ、マタゴブ地区である。	47~52(R/Dベース) 現在 継続中	保健省国立住血吸虫症委員会(NSCO)	国立予防衛生研究所・東大医科研広島大学医学部 他	医療 16 一般 6	27,213 (49年末まで)	4	49年度EV調査団は、疫学的研究、貝学的研究、ダガミ地区のパイロット追加指定が必要と思われる点、及び医療面だけからのアプローチは困難であり、農業基盤整備と結びついた小規模のモデル地域内でのコントロール事業が必要である点、の二点を強調している。
(3) エチオピア 帝国中央 衛生研究所	昭和43年度の実施調査団によつて、①寄生虫・医動物学部創設に対する協力、②病理・細菌学部の強化に対する協力の2点を重点とすることが取決められている。	42~49 8年 現在 終了	帝国中央衛生研究所	国立予防衛生研究所 他	医療 41 一般 7	267,13		昭和46年度の痘そり対策実施調査団は、通算4次にわたる専門家派遣によつて医動物関係の日常検査活動が確立され、研究部門では住血吸虫症を中心とした寄生虫、衛生害虫の研究が進んで来ている旨の報告をしている。
(4) ナイジェリア 眠り病対策	ナイジェリア・トリパノミアミス研究所(NITR)における研究業務とスタッフの技術指導に関し、協力要請している(1968年公債)ので、これに応えた。	43~47 5年間 現在 終了	ナイジェリア・トリパノミアミス研究所(NITR)	大阪大学微生物研究所	医療 5 一般 0	0	0	プロジェクトではなく、評価を知る資料がない。



部門 I. 寄生虫性疾患 (2)

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(円)	研究員数(人)	協力評価
(5) グアテマラ オンコセルカ症 研究対策	49年度の実施調査団により、(1)対策樹立のための資料を得ること、及び浸淫状況把握を主とする疫学(2)ベクターコントロール(3)治療(4)衛生教育を主要な柱とし、本件の効果的なコントロール方法を確立することと併せてスタッフの育成を図る、と目標が設定されている。	50~54(R/Dベース) 現在 継続中	グアテマラ国 公衆衛生社会 福祉省	金沢医科大学 (財)日本環境 衛生センター	医療 1 一般 0	49年度末 0		特記事項： 本件プロジェクトの多角性、規模重要性に鑑み、調整員を派遣する予定である。
(6) ベル 大学教授(寄 生虫)の公開 手術等派遣	大学教授の公開手術等派遣による人体寄生虫専門家九州大学宮崎一郎教授の講演・技術指導のための派遣。	47	ベル大学	九州大学	医療 1	0	0	
(7) ブラジル ベルナンブコ 大学熱帯医学 研究所	昭和42年の実施調査団により (イ) 寄生虫病の調査研究 (ロ) 寄生虫病の研究室診断 (ハ) 寄生虫分野のスタッフの実践的理論的トレーニングが協力目標に据えられた。	42~46(5年) 47~48(フォローアップ) 計7年 現在終了	ベルナンブコ大学 熱帯医学研究所	慶応義塾大学 医学部	医療 12 一般 7	24,602		EV. 調査なし、なお、昭和48年の基礎調査団報告は、大学側の希望として短期(10ヶ月前後)のルーティン教育への協力を強調していた旨、伝えている。
(8) 台 寄 生 虫 対 策	台湾の代表的農業県たる南投県(人口15万)をモデル地区に、回虫対策に重点を置き、専門家派遣・機材供与・研修員受入により協力する旨を、45年3月のR・Dチームが報告している。	44~47 現在終了	省 政 府 衛 生 処	新潟大学医学部 千葉大学医学部	医療 11 一般 2	24,282		日台国交断絶に伴ない政府間ベースの協力は47年度で打ち切られたために評価に関しては資料がない。

部門 II . 細菌性疾患 (コレラ・結核・ライ) (1)

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(円)	研修員数(人)	協力評価
(1) フィリピン コレラ対策	当初厚生省の専門家派遣から開始した本件は昭和42年度の比・日両国の厚生大臣会議により、模範計画及びエルトールコレラの生存能力 (Viability) の研究、コレラワクチンの高率性の研究のアウトラインを決定し、同年の実施調査団によつてオペレーション・プランが取決められた。なお研究部門にはWHOが参画している。	42~48 (R/D ベース) 49~51 (フォローアップ) 計10年 現在 フォローアップ	①当初：保健省 検疫局 ②昭和47年以后 保健省研究 検査局	国立予防衛生 研究所 千葉血清研究 所 他	医療 30 一般 14	69,993		EV.調査はないが、49年の派回指導班は、「越後県専門家の調整と努力により、マニラのサンラサロ病院の検査室、アラバンにおける生物製剤所内のジョイント・ラボラトリーなどを中心に全国各地のプロゲインシャル・ヘルス・ラボラトリーの一の整備が着実に進められつつある」点及び「JICAのプロジェクトが1つの核となつて各種の日本との協力及び相手国自体のカウンター・パートとしての予算の計上などが行なわれ全体として極めて有効に大きな成果があげられつつある」と評している。
(2) タイ 中央胸部病院		37~44年 8年 現在終了	中央胸部病院 (OCH)	結核予防会	医療 7 一般 0	5,361		昭和42年の専門家報告書によれば、麻酔学指導については成功したと伝えている。
(3) インドネシア アンボン・マラリア 結核対策	昭和43年度の実施調査団により、マルク州アンボンにおける(イ)結核対策(ロ)マラリア対策(ハ)アンボン総合病院の整備(ニ)研究所充実が協力目標として取決められた。	43~48 計6年 現在終了	マルク州保健局		医療 4 一般 2	69,641		資料なし。
(4) ネパール 結核・天然痘 対策	昭和43年度の実施調査団は、 (イ)X線技師を含む専門家の派遣 (ロ)X線ユニット等機材供与 (ハ)X線研修員の受入等を取決めていた。	43~46 計4年 現在終了	バクタプール病院 中央胸部クリニック	結核予防会	医療 5 一般 3	23,671		資料なし。

部門 II. 細菌性疾患 (コレラ・結核・ライ) (2)

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
(5) インド ライ研究	昭和46年度の実施調査団により、JALMAセンターにおけるライ研究に主力を置き、専門家派遣、研修員受入、機材供与の協力を実施する旨、取決めている。	(1) 41~43 (2) 47~50年 51~フォローアップ 現在フォローアップ	保健省	国立多摩研究所 京都大学医学部 大阪大学 (財)アジア救済協会	医療 9 一般 5	50,896	0	昭和50年のEV.調査団はJALMAセンターの実施する医師の訓練コースとコロポ計画専門家の研究活動及びセンターの建物施設が中央政府の注目するところとなり、同センターが同国の4大ライ研究所の一つとして引継がれるにいたった旨の報告をしている。なお、カウンターパートが派遣されなかつた点を派遣専門家は成果を損つた点としてあげている。
(6) アフガニスタン 結核対策	昭和49年度の実施調査団は、効率的な結核対策として、「(1)0~20歳の年齢層を対象とし凍結乾燥ワクチンを用いての直接法によるBCG接種(2)呼吸器有症状者の塗抹検査による菌陽性患者の発見と結核一次薬を用いてのその在宅外来治療」を原則とし、プロジェクト方式による協力を実施する旨 取決める。	49~53 (R/Dベース) 5年 現在 継続中	公衆衛生省 国立結核研究所	結核予防会	医療 2 一般 0	4,066		
(7) タンザニア 結核対策	昭和49年の実施調査団は、 (イ) BCGワクチンの接種 (ロ) 患者の発見と治療 (ハ) キボンゴ病院結核デモンストレーション・トレーニングセンターにおけるスタッフのトレーニングを主旨とすることを取決めている。	49~53 (R/Dベース) 5年 現在 継続中	大蔵省	結核予防会	医療 0 一般 1	1,159		
(8) パラグアイ 瘧対策	昭和45年の要請交信にもとずきライ患者の発見と治療のためにライ専門家を派遣する。	45~51 計7年 現在 継続中	厚生社会福祉省 国立ライ瘧疾所	大阪大学敬生物病研究所	医療 7 一般 1	20,382	3	49年のEV.調査団は、ライ患者の発見・治療から現在ではアルマジロによる研究及びリハビリテーションにフェイスが移つてきている現情を報告し、併せてリハビリテーションの成果を高く評価し、またアルマジロ研究を軌道に乗せるよう勧告している。

部門 III. ウイルス性疾患（ポリオ・天然痘）(1)

	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(円)	研修員数(人)	協力評価
(1) フイリピン ポリオ対策	昭和42年度の実施調査団により、バタンガス州及びマニラ市の4か月～3才児を対象にワクチン投与を行い、併せて各種の調査を行う旨、取決めていた。	42～48 7年 現在終了	公衆衛生局	厚生省	医療 13 一般 0	169,160		昭和47年度の計画打合せ調査団は、バタ市及びトレド・セブ、ダバオ小島でのクリニカルな調査ワクチン製造努力、ワクチン管理方法の検討等が図られねばならない旨、勧告している。
(2) タイ ウイルスセンター	昭和36年の政府間協定に基づき協力が開始された本件について、43年度の年次協議調査団は、(イ)出血熱の遺伝病理学 (ロ)WHOインフルエンザセンターとしての活動 (ハ)風疹の疫学的研究 (ニ)ポリオ対策 (ヘ)狂犬病、はしかその他のウイルス病の疫学的研究、を主題とする旨取決めていた。	36～47(R/Dベース) 48～50(フォローアップ) 計15年 現在終了	公衆衛生省 ウイルスセンター	国立予防衛生 研究所 大阪大学医学部	医療 42 一般 12	54,406		昭和48年度の帰国専門家報告は、近隣国から研修生が防れるなど、地域での指導的なセンターに成長しつつあり、とくにその研究が公衆衛生と疫学に重点を置いている点で、特にユニークである。またポリオ生ワクチンの試験投与キャンペーンはきわめて効果的であったこと等、伝えている。
(3) タイ ポリオ対策	昭和43年の実施調査団は、経口生ポリオワクチン50万人分の供与を含む投与関係機材供与、及び専門家の派遣、を取決めていた。	43～44 2年 現在終了	公衆衛生省	国立予防衛生 研究所	医療 5 一般 0	23,333		昭和44年度の派遣専門家報告書によれば、「従来はどりやらポリオウイルスの分離同定及び極めて小規模のポリオウイルス中和抗体検査ぐらいしか実施しえなかつた本研究室が面目を一新し高度のウイルス検査技術を駆使できるようになつた」と伝えている。
(4) ビルマ ウイルス 研究所	昭和42年度の実施調査団により、(イ)ビルマ病の調査研究、(ロ)研究室におけるダイアグノーシス (ハ)ウイルス部門の医療及び技術スタッフの理論的、実践的研修、が取決められたが、後にトラコーマの基礎研究が追加されている。	42～45 46～47(フォローアップ) 計6年 現在終了	国立医学研究所 (BMRI)	京都大学医学部 及び同ウイルス 研究所 日本大学医学部	医療 10 一般 4	70,122		昭和47年度の事前調査団は、協力開始時点では「一台の電子顕微鏡もなくその技術も全然なかつたBMRIにおいて今日みごとな電子顕微鏡写真が撮られるまでに成長した」と報告している。また追加的項目たるトラコーマの基礎研究についても「今日ではビルマ医学者の手でトラコーマ病原体が分離されるに到つた」と記している。

部門 Ⅲ. ウイルス性疾患（ポリオ・天然痘）(2)

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(円)	研修員数(人)	協力評価
(5) インドネシア 中央生物医学 研究所	昭和49年度の実施調査団によつて、①生物医学研究所における生物製剤のコントロール及びバイオ・ファルマにおける生物製剤生産の向上に対する協力、②バイオ・ファルマにおける診断ウイルス学の活動強化に対する協力を、本プロジェクトの大纲とすることが取決められている。	50～54(R/Dベース)	保健省国立公衆衛生研究所及びバイオ・ファルマ	国立予防衛生研究所	医療 2 一般 1	0		
(6) イラン ポリオ対策	昭和42年度の実施調査団により、(f)25万人分の経口生ポリワクチンを供与すること及び(回)ワクチン投与専門家の派遣、を確約する。	42～43 2年 現在終了	保健省	国立予防衛生研究所	医療 4 一般 0	22,431		エバリエーションを知る資料なし。
(7) エチオピア 天然痘対策	エチオピアにおいてWHOとエチオピア政府が実施する天然痘根絶対策(SEP)に対する協力として、(f)疫学者1名 (h)14名のボランティアの派遣、(回)ランドクルーザー無線機等の供与など機動部隊としての役割を日本側が担う旨取決められている。	46～48(R/Dベース) 49～50(フォローアップ)	公衆衛生省	長崎大学	医療 4 一般 0 (なおJOCV 隊員多数)	19,341		木村専門家の報告書によれば、エチオピアの天然痘は近い将来消滅するであろうと伝えているが、フィールドの活動が中断されると本計画は無に帰する恐れがある、と述べている。
(8) ガーナ ガーナ大学 医学部	第一次プロジェクトとしてウイルス学部門を選定、引続き、眼科学プロジェクト、栄養学プロジェクトがそれぞれ第二次第三次プロジェクトとして選定されている。	42～51 計10年 現在継続	ガーナ大学 医学部	福島県立医科大学	医療 39 一般 23	160,775	7	昭和48年度に派遣された「ウイルス学追跡調査専門家」の南博士は、本件協力が実り、同大医学部微生物学教室内のウイルス研究室が1974年1月にWHOのウイルス共同研究室に指定されることとなつた旨を伝えている。

部門Ⅳ. マラリア・その他の熱帯病

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(円)	研修員数(人)	協力評価
(1) タイ マヒドール 医科大学 熱帯医学部	(イ) 殺虫剤全般の研究指導 (ロ) ダニ学部門 " (ハ) 免疫学部門 "	40～46 7年 現在終了	マヒドール医科 大学熱帯医学部	東京大学医科学 研究所 新潟大学医学部	医療 15 一般 5	14,558		(イ)殺虫剤関係では特に銘記された形での評価は なされていない。 (ロ)ダニ学についても同様である。
(2) スリランカ マラリア 対策		43～44 2年 現在終了		大阪市立大学 医学部	医療 2 一般 0	19,650		資料なし。
(3) アフガニスタン マラリア 対策	1957年に開始されたマラリア根絶計画 は1975年にUNICEFからの援助打 切りが決定されており、DDT不足等影響 が出始めているので、日本からの援助が痛 切に望まれていた。これに対する協力とし て、機材供与を主体とする旨R/Dを締結 する。	50～51(R/Dベース) 現在継続	公衆衛生省	(財)結核研究所	0	24,602		



[A large, dense, and illegible block of text or a scan artifact, possibly a watermark or a very faint image, spanning across the upper middle portion of the page.]