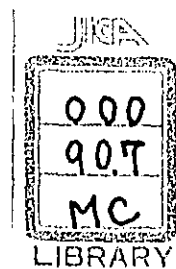


# 海外医療協力委員会議事録

## 第三回

昭和51年3月8日



国際協力事業団  
医療協力部

国際協力事業団	
受入 月日 84.5.28	000
登録No. 07013	90.7 MC

# 海外医療協力委員会議事録

( 第 三 回 )

- o 議事次第 2 頁参照
- o 日 時 昭和 5 1 年 3 月 8 日 ( 月 曜 日 )  
自午後 0 時 3 0 分至同 3 時 3 0 分
- o 会 場 国際協力事業団大会議室
- o 出 席 者
  - 委 員 別紙 1 「海外医療協力委員会委員名簿」参照  
佐々委員長，白幡委員，外山委員，伊藤委員，吉武委員欠席
  - 幹 事 別紙 2 「海外医療協力委員会幹事名簿」参照  
熊谷幹事，板橋幹事，瀬崎幹事，斉藤幹事，大谷幹事，伴幹事，松原  
幹事欠席
  - 招待者 後藤伍郎前医療協力部長 現横浜検疫所長
  - 厚生省 柳沢事務官 大臣官房国際課
  - 外務省 小町事務官 経済協力局経済協力第二課  
松村 // //  
山崎 // 経済協力局技術協力第二課  
工藤 // //
- 事業団
  - 役 員 総 裁 法 眼 晋 作  
副総裁 井 上 猛  
理 事 御 巫 清 尚  
// 近 藤 道 夫
  - 青年海外協力隊事務局 網川総務課職員
  - 研修事業部 河西 ( 明 ) 研修第一課長
  - 経 理 部 鈴木部長  
酒井財務課職員

JICA LIBRARY



1015371[6]

企画調査調整部	館調査調整課長
総務部	遠藤総務課長
医療協力部	斉藤医療第一課長
	小野寺医療第二課長
	加野医療第一課長代理
	御手洗医療第二課長代理
	佐藤医療第一課職員
	海保 //

計 3 6 名

#### 議 事 次 第

- I 国際協力事業団総裁挨拶
- II 海外医療協力委員会委員長挨拶
- III 報 告 事 項
  1. 昭和 5 1 年度医療協力事業予算について
  2. 家族計画におけるわが国の国際協力の基本方針について（意見具申）
- IV 委員の海外出張報告
  1. 佐々委員長のWHO会議出席報告
  2. 竹内委員のイラン事前調査団報告
  3. 重松委員のエジプト事前調査団報告
- V そ の 他

— 最初に、竹内委員から、佐々委員長病欠の為、「海外医療協力委員会規程」第5条3項に基づき、委員長を代行する旨の説明があり、議事に入った —

#### 1. 国際協力事業団総裁挨拶

本日はご参集戴きありがとうございます。総裁として一言ご挨拶申し上げたいと思います。

まず、家族計画協力についての意見具申を頂きました。今日、技術協力分野においては農業の振興と職業訓練所の普及が進行していますが、次に来るべきものは家族計画と教育の振興である、と私は考えています。しかも、家族計画の普及を図ろうとする場合においては文盲率が80%というような所では、家族計画そのものの普及が難しい。そうした教育の重要性を、私は技術協力の現場にある者として、感じております。むろん教育は医療に限られるものでもありませんが、特に家族計画協力の場合には、一層の重要性がある。このような点に十分配慮し、家族計画協力の効果的実施のために、この意見具申を生かして行きたい。

次に、最近のプロジェクトには、2つの顕著な傾向が現われています。プロジェクトの大型化傾向と、これと併せて1つ1つのプロジェクトがきめの細かいものになって来ていること、これです。したがって我々の努力としては、これに対応できる体制上の充実はもちろんの事ですが、何よりもまず予算が大事でありましょう。来年度の予算をみますと、JICA 全体で前年比24%アップとなっています。インフレーションという要素はありますが、ここ数年の財政難を考えるとこの数字は評価に値します。さて、プロジェクトの大型化として、農業協力や資金協力和組んだ医療協力を地域全体の開発の一環として考えるならば将来は、多数の我が同胞<sup>HH</sup>が出ている中南米地域が大事になってくると私は考えていますが、一般的に云って、地域全体に対する医療協力が大変大事になってくる。移住者がその国の善良な国民になりうるような開発が、必要なのであります。地域についていえば、この他に中近東があるでしょう。中近東諸国の多くはアラブであり、我々は経験上その中心がカイロである、と考えております。エジプトは人口が多く教育程度が進んでいるために、ここが他のアラブ諸国に及ぼす影響は極めて大きかった。我々はこの点を考慮し、エジプトに対する医療協力を強化するならば、それが廻り廻って他のアラブ諸国にも及ぶことが予想さ

れます。資金と人材の両面に制限があるとすれば、プライオリティーは、アラブの中ではまずエジプトに置かれねばなりません。非アラブ諸国の中では、我々はイランを考えています。ご承知のようにイランは産油国として急速に富んで来ております。かような国に対しては、而して代償を取り、資金を十分相手側に出させて協力するという新しい協力、謂わば「有償協力」の方法が考えられています。この点で、我が医療協力も有償協力の例外でないこともあり得る。

さて、先に述べた地域開発の例としては、かのアスワン・ハイダムがあります。ダム建設当初には誰一人予期せぬ幾多の結果が、今日起きて来ております。その一例は住血吸虫症でありましょう。農業開発が進み灌漑施設が普及して行くと、往々にして住血吸虫症が発生する。同様の事を我々はフィリピンにおいても経験しています。このようにプロジェクトが大きくなればなる程様々な予期せぬ結果が生じ得るので、我々は細心の注意を払って行く必要があるのです。私がこのようなことを申し上げるのは「釈迦に説法」の感もございしますが、我々はこのような認識に立っているという意味で、お聞き願いたい。我々の技術協力には問題も多く、資金も限られております。それゆえ、尚更、プライオリティーの選定等にも委員の皆様方のご苦勞をお願いしたいのです。できるだけ多くの恩沢が、できるだけ多くの発展途上国の人々に行き届くようにするのが、我が技術協力の使命なのであります。

## II 海外医療協力委員会委員長挨拶

—— 竹内委員長代理挨拶 ——

唯今の総裁のご指摘のいくつかは、既に私達海外医療協力委員会の話題として議論に上って来たところのものであり、大変適切なお指摘であろう、と思います。

さて、私達がここに委員長挨拶として申し上げることは、幾つかの大きなテーマがあります。そのまず第一は、

(1) 医療協力10年の経験から積み上げられて来たところのパターン、すなわち専門家派遣、機材供与、研修員受入によるプロジェクト方式の協力が、今日批判されるべき時期に来ている、ということでありましょう。総裁のご指摘通り、医療協力が日本発展の先端の政策上の役割を担うという点が確かにある。この点で、単に医療レベルだけでは対処できないような問題が起って来ており、他の農業や工業と組んだ方

法で医療協力が行なわれないと解決のつかないような所に、今日来ております。私達の言葉でいうならば、一種の「総合化」の問題が起って来ている、ということであり、ます。このような時期に到り、従って私達委員は、今日医療協力のあり方が根本的な所から問われて来ているということに覚悟をいたし、何らかの心構えをしなくてはならないということでもありましょう。次に、総裁のご指摘にもあった所ですが、

(2) 従来資機材の供与については我が方から与えるという形で来ました。しかし今日、産油国や急速に発展しつつある国々においては、資金面である程度の余力をつけてきております。こうした国に対する協力としては、不足している技術を移転するとしても、相手国の自助努力を引き出すような方向で資金面の応分の負担を要請する、というような協力が考えられなければならないのではなかろうかという点であります。私達はこれを第2の反省点といたします。次に、

(3) 国際諸機関との係わりをどうみるかという点に関する事です。

例えばある地域の寄生虫撲滅対策にしても、これは何も私達が初めて見つけ、これに初めて手をつけるというようにして協力が開始されるものではありません。既にWHOやSEAMHOの如き国際機関が対策を講じている所に私達が入って行くという場合が多い。かかる時に、私達独自の考え方で方針を決め、私達が独自に実施するというような姿勢は、もはや通用しないものとなってしまったのではないかというこの点であります。国際機関との連携は、時には——このようなことが許されるかどうか分かりませんが——ある程度の資金を拠出してしまっただけを国際機関の自由裁量に委ね、この中で日本として一定の協力を担う、そしてそうした方が一層高い結果を引き出せるような場合があるのではないかという、この点であります。医療協力の今後の重要な課題として国際機関との協力を、私達は第3の課題といたします。次に、

(4) プロジェクトの大型化・総合化の一環として、無償協力、いわゆる建物供与の問題がありました。技術協力と無償（建物）協力との機能的関連について、従来残念乍らフィロソフィーがなかった。技術協力分野からその延長として建物供与の要請が起って来るという前例は、これまでもしばしばあったのですが、我が国にはこれらの機能的関連についての哲学がなく、建物供与は技術協力の範囲外としてことわってきておりました。しかしこれは、相手国には納得してもらえない理窟でありました。従って私達は、無償部門との緊密な話し合いでこの問題を解決して行かねばなりま

せん。そうでないとニーズに対し効果的な対応ができないという事態が、これからも続くことでしょう。それは医療協力にとって大変残念なことです。さて次に、

(5) 受入の問題があります。JICAの組織上の事業分担の関係で研修員の受入は各事業部からはずされています。この点は、プロジェクト方式のパターンの中で、いつも問題とされて来ました。私達委員会は各事業部と研修事業部との連携にひと工夫欲しいということ、JICAの首脳部にお願いしたい。なかんずく高級研修員の場合には、そうであります。一国の大臣や学長を迎えるにあたり、研修員という名の下に迎えるということ自体すでに失礼であるばかりか、TICへの受入、フライトのエコノミークラスなどが、招聘それ自体に好感を持たれない原因となっていることが、往々にしてあるからです。一国の政策を担うような人々の招聘には、研修員とは別枠として実施しうるような、そしてその暁には好感をもたれるようなそうした方法を考えて頂きたい、というこの点であります。以上こうした諸点が、私達海外医療協会委員会として今日考えるところの主要なテーマであります。なお最後に予算であります。総裁ご指摘の通り、2割強アップでこれが要求どおりだとすれば、大変好ましいことでありましょう。しかしその内容には多々問題があるかと思いますので、昭和51年度予算の議事で活発な発言をお願いしたいと思います。

※

なお委員長代理からJICA新人事、すなわち医療協力担当理事が長尾満理事から近藤道夫理事に変わったこと、また医療協力部長が後藤伍郎前部長から山本二郎新部長に変わったことの紹介があり、後藤前部長及び山本新部長から挨拶があった。

○ 後藤前部長挨拶

この機会を与えて戴いたことに感謝いたします。私は停年退職になりますが、新部長はWHOでの経歴も長く、私としても喜んで退くことができました。私の在職中は、医療協力をどう推進するかについて、委員会から「医療協力のあり方について」の答申を戴き、これを基本方針に、どうやら医療協力の姿というものが、でき上りつつあるのではないかと、私自身は考えていた次第です。もちろんこれは先生方のご指導とご助力によるものでした。退職後は横浜検疫所に勤務しておりますが、検疫は、国際課の仕事を除けば、厚生行政唯一の国際的な仕事であろうと思われま。そのような訳で今後とも委員の皆様方のご指導をお願いいたします。



- o 山本新部長挨拶 医療協力は今日曲り角に未だより発展途上の人々に寄り添う  
総裁並びに竹内委員長代理のご指摘通り、医療協力を進めるために努力したいと考えております。

※

### III 報告事項

#### 1. 昭和51年度医療協力事業予算について

- (1) 報告——山本医療協力部長から以下に掲載の資料に基づき報告あり——





機材供与事業計画（協力実施予定プロジェクト事業総件数26）

(イ) 継続プロジェクト事業（R/Dに基づき協力実施中のもの）：17件

- (1) 韓 国 臨床栄養研究センター
- (2) フィリピン 住血吸虫症研究対策
- (3) フィリピン 家族計画
- (4) タ イ 国立癌センター
- (5) タ イ 家族計画
- (6) タ イ 公衆衛生対策
- (7) インドネシア 中央生物学医学研究所
- (8) インドネシア 家族計画
- (9) ネパール 西部地域公衆衛生対策
- 00 バングラデシュ 家族計画
- 01 アフガニスタン 結核対策
- 02 タンザニア 結核対策
- 03 ガーナ ガーナ大学医学部
- 04 ナイジェリア イフェ大学医学部
- 05 ナイジェリア ナイジェリア大学医学部
- 06 グアテマラ オンコセルカ症研究対策
- 07 パラグアイ ライ病対策

(ロ) フォローアップ、プロジェクト事業：7件

- (1) ビルマ 歯科大学
- (2) インド ライ研究
- (3) アフガニスタン 国立WAK病院
- (4) アフガニスタン マラリア対策
- (5) ケニア ケニヤツタ病院（ICU部門）
- (6) コスタリカ コスタリカ大学医学部
- (7) ブラジル ボルトアレグレ，カソリック大学成人病研究所

(ハ) 新規協力着手のプロジェクト事業：2件

- (1) ラオス バンスアンモン保健センター（仮称）
- (2) エジプト 未定

## (2) 質疑と応答

- (本多委員) 発展途上国のインフレには最近特に激しいものがあります。ガーナの例でいえば、ここに派遣されている専門家が毎月5万円～10万円の生活費上の赤字を自己負担をしているのが現実の姿です。現段階でJICAはこのような赤字分をインフレ手当的な形で補填して行くような考えはありませんか？
- (近藤理事) 専門家の滞在費を上げるかどうか、現在話題に登っているところです。我々が派遣する専門家の給与は、通常外務公務員に準じており、できるだけこれに遅れることのないようにしておりますが、問題もありまして、遅れる時があります。しかし実質的には等級の格付を直近上位に引き上げる方法により、善処策を講じています。また生活費的経費としては住宅手当がありますが、これも当該国の実情に応じ一般的基準の外に特別扱いするような仕組みを取っております。
- (本多委員) これもやはりガーナに関するのですが、ガーナ以外の象牙海岸やナイジェリアの西アフリカ諸国に派遣されている専門家は2週間程の休暇が取れるのに対し、ガーナ派遣専門家だけがこの休暇を取れません。どういう訳なのか説明していただきたい。
- (近藤理事) 質問の件は専門家の健康管理制度のことです。この制度は、特に健康上適当でないと認められる地域へ派遣されている長期専門家に適用されます。
- (法眼総裁) ガーナは、象牙海岸やナイジェリアよりも事情がよいということではないのですか？
- (本多委員) そうではありません。実情はさして変わりません。西アフリカはどこでも同じなのですが、ガーナだけが落ちています。
- (法眼総裁) そうだとすると合理的理由に乏しい。検討してみましょう。
- (本多委員) 先程竹内委員長代理から指摘があった高級研修員の扱いについて、JICAはどのようなお考えですか？
- (近藤理事) 研修員受入事業は基本的に集団研修員と個別研修員とに分かれ、高級研修員の場合はこれらと若干の待遇の違いがあります。したがって、委員の皆様方のご意見を考えますと、将来高級研修員を考えて行く場合には、研修員受入の特別ケースとして考えて行くか、それとも研修員受入事業からはずして考えて行くか、という問題になるかと思えます。

(本多委員) よろしくお願ひしたい。高級研修員達は、「何故自分達が trainee なのかわからない、私達は別に trainee として日本に来たのではない」ということを言います。できることなら名目も変えた方がいい。もう一点。先程総裁の話にもありましたが、最近のプロジェクトは巨大化しています。加えて各プロジェクトがきめ細かくなって来ています。特に医療協力の場合は事業が細かい。業務はこのように巨大化・高度化しているのに、これに対し医療協力部の体制が追いつかないという面があると思うのですが、総裁のお考えはいかがですか？

(法眼総裁) 本多委員と同じ考えです。スタッフが貧弱なのはわかっております。しかし財政難で定員増は特別難しくなっています。

(多ヶ谷委員) 本多委員からインフレの話が出ましたが、国内のインフレも問題を起す原因となっています。機材供与のケースで、計画時の見積額と実施段階では値動きがあり、いざ実施の段階になって値が上ってしまい、この赤字分を補うためにそのしわ寄せが他のものに来るとような事態が起きていると聞いています。

(近藤理事) そのような場合にはケース毎に JICA 全体の予算枠内の流用等で考えております。

(鈴木経理部長) 財源不足の事態がどうして起るかという、基本的には見積りと入札の差が生じるからです。しかし入札が見積りをオーバーしたからそれを取り止めるということでは、必ずしもありません。近藤理事の説明の通りです。

(法眼総裁) 多ヶ谷委員の話は具体的にどういうことですか？

(多ヶ谷委員) インドネシアのプロジェクトの1つで、BCI乾燥用滅菌機という特殊な機械のことです。見積りから購入まで1年以上に亘ったのでその間に値上ってしまい、500万円程不足しています。インドネシア側は、予定通り送れと催促して来る、しかし事業団は動けない、担当者も苦慮している。こういうことを聞いております。事業団の内部で解決できるなら幸いです。

(鈴木経理部長) 大蔵省の実施計画の承認を受けたものについては、節約はかかっていますが、事業団内部で処理できることですから医療協力部と話し合い、解決して行きたい。

(若松委員) 研修員受入事業の概要を教えてください。

(近藤理事) 昭和51年度予算は約31億円、年間の受入研修員数2,400名、1人当たり150万円、です。

(若松委員) 専門分野別の研修員の割当は決っているのですか？

(近藤理事) 予算上は決っていませんが、しかし概算的に凡その人数というものは決められています。

(重松委員) 医療協力予算のうちで使い切れない費目というものはありませんか？

(山本幹事) 使い切れないということはありません。機材供与で遅れて年度内に消化しきれないということはありませんが、しかし不用ということではありません。繰越ということですが。

(斉藤医療一課長) 確実なことは年度の末日にならないとわかりませんが、専門家派遣費は150名の計画が130名前後になるうと思われれます。これは主に南ヴィエトナムのように相手国の事情によって中止せざるを得なかったことによるものです。所属先補填も、したがって若干の余りはでることになると思います。

(多ヶ谷委員) 私達は医療関係の研修事業の実態を把んでいない。例えば集団コースがどうなっているか、そのエバリュエーションがどうなっているかわかりません。しかし海外に出ますと、これに参加したことのあるカウンター・パートからJICAの集団コースは「too much sophisticated」といわれたりします。時には私達の意見を聞かれたりします。エバリュエーションのシステムを知る資料を配布していただきたいし、できれば私達もエバリュエーションに参加することが必要だと思うのですが？

(山本幹事) 研修事業部とも相談して検討してみたいと思います。

## 2. 家族計画におけるわが国の国際協力の基本方針について

(意見具申)

(1) 報告—家族計画専門部長村松委員からの報告と説明—

前回総会の、家族計画の方針案を、プロジェクト選定専門部会と家族計画専門部会との合同協議会で最終的な具申とするとの決議事項を受けて協議会を開催し、今日皆様の手元にあるような意見具申ができ上り、総裁に提出いたしました。本日はしたがって事後承認ということになります。

家族計画におけるわが国の国際協力の  
基本方針について

(意見具申)

昭和50年7月18日

海外医療協力委員会



国際協力事業団  
総裁 法眼 晋作 殿

開発途上国に対するわが国の技術協力の一環としての家族計画協力  
について、別添のように意見具申いたします。

昭和50年7月18日

海外医療協力委員会  
委員長 佐々 学

1. 家族計画という考えは、基本的には、出産の回数、間隔を両親の自発的意志によって調節することが、よりよい生活、よりよい健康を実現するうえに必要にして有効な一つ的手段であるという認識に立つ。この立場からいえば、数量的な出生の増減は、第二次的な結果としての産物であって直接の目標ではない。わが国が国際協力の分野で行なう家族計画も、基本的にはこの理念に立ちその普及が相手国の国民生活の向上に役立つという解釈に基づく。
2. しかしながら、他方、人類の歴史に前例を見ない年間2パーセントという高い人口増加率が、今後の世界の開発と平和にとって大きな脅威となるといったという認識が急速に伸びていて、この観点に立った人口増加の抑制論が力を得てきている。
3. 人口増加抑制にどの程度の緊急性を認めるか。この点については今日のところ国により意見が分れ、地域によって考えを異にする。しかし、わが国が地理的、政治的に特に深い関係をもつアジアにおいては、人口爆発を深刻にとらえ、人口増加の抑制を最優先の国策としている政府が数多い。
4. 現在アジアがその必要を強く唱えている家族計画には、こうした人口事情の背景から人口的な配慮が濃厚にみられる。つまり最終の目的は国民生活の向上である点は変りないが、人口増加の緩和が開発推進の重要な条件であるとの考えから、家族計画をそのための技術的な手段として用いようとする。このようなアジアの実際主義的解釈がある。
5. わが国の家族計画における国際協力は、アジアが当面の対象と考えられる。そこで、他の開発途上地域とは異なってアジアにはこのような傾向があり、その解釈のもとにいわゆる家族計画の国際協力を求めている事実の認識が必要である。さらに、アジアの諸国はわが国を、初めて人口転換を成し遂げ、その結果を踏み台として経済成長を急速に進めたアジア唯一の実例としてみており、そのゆえにわが国に対する期待は特にこの分野において大きいもの

がある。一方わが国の側から考えれば、今後のアジアとの連帯は必然の要請であり、そのアジアが求める家族計画の国際協力はそのゆえにますます重要性を増すものと考えられる。

6. 以上を要約すれば、アジアからのわが国に対する家族計画の協力要請は今後少なくとも当分の間、増加の一途をたどるものと思われるが、わが国としては前述の家族計画協力に対する基本態度を必要に応じて示すことを考えると同時に、アジア諸国が解釈する家族計画の意図に対しても十分の理解を持ち、実際の業務としては、相手国政府の要請があった場合、それぞれの国、地域の現実と必要に応じた弾力的な協力を行なうことに努力すべきである。

以上の基本的理解に基づいて、協力事業の実施に留意すべき事項は以下のごとくである。

1. 協力の方法としては多国間協力と二国間協力の二つがあり、そのいずれもが長所を持っている。多国間協力は国際関連機関に対する拠出金協力を主体とするもので、政府当局の主管に属する問題であり、従って、茲にいう家族計画力は二国間協力を主として考える。

従来、わが国の協力は多国間協力を重点としてきたが、今後は二国間協力の速やかな強化充実が望まれる。

2. 協力の内容は大きく分けて、物的な面と人的な面がある。前者すなわち物的機材の供与については、これまでのところ、他の国際機関との重複をさげ、わが国の得意とする所を行なう意味から啓蒙教育用機材を中心とし、消耗品の供与はこれを補完するという趣旨の範囲内で行なわれてきた。

しかし、アジア諸国の家族計画事業は今日それぞれの発展段階と必要に応じて実施されており、求める機材は国により、年により異なっている。こうした事情に対するわが国の態度としては、相手国にとって必要度の高いもの

を可能な範囲内で供与するという弾力的な運営が求められる。

したがって、予算の編成にあたり家族計画予算全体としての一本化を考えるなどの実際的配慮を行なうべきである。

3. 人的協力としては、わが国で行なう研修に外国から人を呼ぶものと、わが国から人を他国に派遣するものの二つがあるが、今後もこの両者は共に必要であり、それぞれの特長を生かした運営を考えるべきである。
4. 今後のわが国に対する要請の増大に対処し、ここに述べた家族計画協力の基本方針に立った事業を展開するためには、当面は、家族の健康に関連する問題としての家族計画は医療協力の枠の中で推進するとしても将来は、別個の独立した組織が必要と考える。この分野での協力がその本来の目的を達するためには、単なる避妊手段の提供、指導といった医学技術だけでは済まない多くの面を含むからである。
5. 家族計画国際協力においては民間団体の関与と協調が重要である。したがって国際協力事業団は必要に応じて事業の一部を民間団体への委託を考慮することが適当と考える。
6. 国際機関、他国の政府、民間機関で家族計画の協力に従事している者は数多い。これら関連機関との情報交換の努力を積極的行なうべきである。
7. わが国今後の経済的見通しなどから考えて、多数の国に協力を拡げることには実際上困難となる場合も予測される。可能性の範囲内において折角の協力を効果的ならしめるためには、対象地域、対象国の限定が必要となるであろう。

## 要 望 書

### 海外医療協力委員会・家族計画専門部会

家族計画国際協力の今後の基本方針とは別に、以下の事項を当面の必要として特に要望する。

すでに政府間において合意に達しながら、その実施が長期にわたって遅れている事項については、早急に実地的な解決をはかる必要がある。時間的にはこのことが最優先の事業であり、将来の予算、組織の論議とは別に、とりあえず既存の機関、予算による問題の処理が望ましい。そのため、関係各部局の連絡調整の場を定期的又はケース毎に行うとともに必要に応じ、人員の増加などの処置をとるべきである。

以上の意見具中を説明いたしますと、内容的に2つの大きな部分に分かれ前半は前文的な部分、後半は具体的な留意事項となっています。前文的な部分のポイントは、家族計画というものが国際協力の舞台に登る時に本質的にそれがどのような理念、どのような哲学の下に行なわれるかということを描べています。つまり家族計画が相手国の国民生活の向上に役立つという基本的認識は保持しておこうということでありませう。さて、このような家族計画協力の我が国に対する要請は、おそらくアジアからのものが大部分を占めるであろう。そのアジアからの要請は現象的にみると人口抑制という色彩が非常に強い。したがってアジアの国々からの要請にもそのような希望が強く出るであろう。日本としてそのような要請に対処する時には、第一項のポイントは保持するとしても、アジアの実情というものをよく見て行こう、ということを描べています。

次に具体的な留意事項ですが、読んでいただければわかることと思ひます。第3項では研修と派遣は共に必要ということを描べていますが、ついでながらお話ししますと、先程来からの研修について、家族計画分野の研修についても2点程問題が出ています。1点はある程度ステイタスの高い人が来ますと、こちら側に悪意はないにしても、結果的に心証を悪くして帰るということがなきにしもあらず、ということ、したがって十分の配慮が必要ということだす。もう1点は研修コースの内容だす。家族計画でも年に5回の研修を行っておりますが、私は、その内容もそろそろ検討する時期に来ている、と考えています。現在のアジアでは、実態面では日本よりもはるかに経験を積んでいる国があります。彼らに対しては私達が教えるというよりは、むしろ彼らから教えを請うことが多いというようなことがあるからだす。

第4項は、本分野でも他の分野とのインテグレーションが起って来ることが考えられます。そしてその時には医療協力としての家族計画からはずれて行くことも考えられるのです。その時には別問題として考えるということを描べています。

以下読んで頂ければわかると思ひます。

最後の要望書については、既に現時点ではある程度解決がついていると思ひますが、これを提出した7月時点では要望でありました。趣旨は、約束したものは是非進めて下さい、ということだす。

## (2) 質疑と応答

(法眼総裁) 研修内容の検討というのは、具体的にはどういうことでしょうか？

(村松委員) 現在「JICA」で開かれている研修は、行政面の研修にしろメディカルな研修にしろ、<sup>「11/13/14」</sup> 日本から始められています。そうすると、例えばインドネシアからの研修員とマレーシアからの研修員とではまるで背景が違ってきます。こうした人々を集めて同じ研修を実施しますとマレーシアの人は「too much simple」ということをいいます。このような点から、そろそろ検討の時期に来ているということなのです。

(若松委員) この家族計画の方針案を作成する時に、家族計画が本来医療協力かどうかといった議論があったと聞いています。これと関連いたしますが、最近私は調査団の一員としてタイ、インドネシア、フィリピン3国を視察して来ました。この時同行した家族計画国際協力財団理事の国井長次郎氏の発案による、寄生虫予防とインテグレートさせた家族計画という考えが、相手国で大きな反響を呼びました。これらの国々は、いずれも家族計画に第一の優先度を置いておりますが、寄生虫対策は第10度ぐらいに位置づけられています。この計画が本格的に開始しますと、ビック・プロジェクトとして当然民間人の手に余るものとなって行くでしょう。したがってその時には多分に政府事業へと発展して行く可能性があります。その時には是非ともJICAの御支援を仰がねばならないと思います。

#### IV. 委員の海外出張報告

##### 1. 佐々委員長のWHO会議出席報告

—— 竹内委員長代理から、佐々委員長は欠席であるが、重松委員がエジプト調査団として赴いた時にWHO本部にも2日程立寄っていますので、併せて報告して頂きます、との説明があり、議事に入った ——

##### 2. 竹内委員のイラン事前調査団報告

###### (I) 報告 —— 竹内委員報告 ——

#### イラン医療協力事前調査団報告

#### ( 結 論 )

1. イラン国との医療協力は引き続き実施すべきであり、かつその規模も拡大の方向に進めることが望ましい。
2. イラン国の現状を視察し、この国の将来の発展を考慮すると、石油工業を中心とする急速な工業化が国の産業の基軸をなすものと考えられる事から医療協力の面においても、従来のプロジェクトの一つである「テヘラン大学公衆衛生学部産業保健講座新設」を発展させ<sup>④</sup>「工業化に伴なう人間生活環境の改善」としてこれに第一緊急度（first priority）をおくことが適当と考えられる。

しかし、寄生虫対策、僻地生活の改善、栄養問題はイラン政府の公式要請としては提出されなかった事、又適当なカウンター・パートが現実に見出しえなかった事、そしてこれらの問題は本来内政的色彩の濃厚なことから、第二緊急度の課題として留保しておくことが適当と思われる。
3. 従来協力の一項目であった医療放射線面「テヘラン大学医学部医用R Iセンター設置に対する協力」への協力は、供与機材が極めて有効に使用されている事、そのために治療効果が著しく上昇している事、何よりもカウンター・パートの進歩度、医師が熱心に継続を希望している事から、これを第一緊急度課題（first priority）として、<sup>⑤</sup>「医用R Iデータ処理過程（Data Processing System）設置への協力」として発展させる事が望ましいとの結論に達した。
4. その他今日まで行なわれてきた協力、例えば「異常血色素症に関する共同研究」、「組織培養・胃内視鏡と看護教育」は一応49年度をもって終了したと考える点で意見一致をみた。
5. ポリオ対策はイラン政府からの緊急要請によるものであったので、今後ともかかる事態に対しては随時対応できる体制をととのえることがよろしからんと判断した。

調査団の結論としては2つあります。1つは<sup>⑥</sup>でいっているところで従来JICAが行ってきたところの協力を更に発展させて行くのがよろしかろうということです。



JICAはかつてテヘラン大学医学部に対しガンマーカメラを送ってあり、これが非常に有効に使われて、成果を上げている。また我々調査団とJICA側との派遣前の打合せ段階でイラン側から更に多くの機材供与の要請が出たら、イランは産油国でもありますから、資金を相手側にも負担させるとの諒解があったので卒直にこれを話してみたところ、イラン側も、大変けっこうだという返事を返してきた。彼らの考えでは、小型コンピューターを導入しデータ処理をする計画で、このコンピューターは3,000万円程度と見積られています。カウンター・パートの教授の話では、「まず病院内で資金を探してみよう、それが駄目だったら総長を通じて文部大臣にお願いしよう。いずれにしても私達としても全く方策がないという訳ではないので、日本も1つ検討して下さい」とのことでした。そこで調査団としてはJICAに報告し結論を仰いでみようかと答えてきました。次に④のことですが、私達が派遣前につかんでいた要請によると寄生虫対策であった。そのため、私達は調査団のメンバーとして、農村保健、寄生虫、産業衛生という陣容で、編成としては万全でした。しかし現地に行くと寄生虫の要請は無く、しかも何々対策を要請するというのではなく、私達調査団に対し、自分達はこのような問題を抱えている、この中であなた方のやりたいのはどれか、選んでくれ、とこう云ってくる。

私達は2つの点を痛感しました。1つは公電要請が48年のもので古く、したがって現地の事情が既に変ってしまったのではないかということ。要請から2年も経過した時点でプロジェクト・ファインディングの調査団を派遣して、はたして効果があるものかどうか、という点です。もう1点は従来の要請形式とは全く違っているということ。プライオリティーの選択権が相手側にあるという姿勢では全く解決しない、こちら側がプライオリティーの選択をするという点です。こうして出てきたのが④にある「工業化に伴う人間生活環境の改善」という問題でした。彼らの云うところによれば、自分達の寄生虫との~~関係~~合いは歴史とともに古く、今更相談するまでもない、という。しかし工業化、なかんずく石油産業が惹き起す環境汚染、産業災害、健康管理、が大問題となっている。こうしたことについてイランには経験がないが、日本は多くの経験を持っている。それを私達に教えてくれ、と凡そこうした話を出してきたのです。そこで調査団は標題の如くこのような名称の下に包括し、工場に働く人達の健康管理でも、あるいはまた環境汚染の問題でも、ポイントはどこに置いてもいいで

しょう、との答えをしてきた。なお、今回の調査業務と直接の係わりはありませんが、私達がイランに滞在している時に、日本から通産大臣が訪れ、約2兆円にのぼる投融資計画の調印がなされました。これに関連して、大使館から、このプロジェクトが開始すれば邦人の健康管理が大きな問題となるでしょう、何かお考えがあったら教えてください、ということでした。これに対し、私は、病院建設についてはJICAはプログラムを持っていないので何ともいえない、しかし幸い私はチャーライ病院の経験がありましたので、これを私人として話してきました。いずれにしろこのようなビッグ・プロジェクトが始まれば在留邦人の健康管理が新しく起ってくるであろうことは予想されます。私達の感触では、イラン政府がこのような邦人の健康管理に乗り出すのは期待できません。これはイラン側のプライオリティーではなく、日本側のプライオリティーによって決定する問題と思われまます。

したがって従来の協力とは違ってきます。今後の問題として残された大きな問題でありましょう。

## (2) 質疑と応答

(法眼総裁) プライオリティーの選択を日本側がするというのはやはり新しい問題です。竹内委員のお話しは、一般的に云って相手国との交渉マターになるでしょうが、しかし国によってはそのような邦人の健康管理をする国もあり、イギリスなどはこの例に入ります。また医師免許の問題なども生じるでしょうが、いずれにしても将来の大問題であることは間違いないところです。

(竹内委員) その時の病院管理に関して、日本人の医師が日本人しか診察しないというような事のないように注意しなければなりません。メディカルな部門を日本人が担当するとしても、患者の区別はせずに、また病院のヘゲモニーも当国政府がとるように措置する必要があります。診療行為は日本人医師が行うにしても、病院全体の責任は院長が負う。このような形をとれば医師の免許の問題は解決されるでしょう。

(法眼総裁) 当国政府がどう考えるかにもよるでしょうが、JICAがどうこうするという問題ではありません。

## 3. 重松委員のエジプト事前調査団報告

### (1) 報告——重松委員報告——

エジプトからの要請として私達がつかんでいたのは、一昨年カイロ大学副総長が来日した時に特に看護教育をあげていましたので、この点を考えメンバーを編成しました。もっとも事前に外務省公電を通じ、エジプトの意向として看護教育とか公衆衛生とかに的を絞るよりも、もう少し基本的な医療協力という観点から調査して欲しいとの情報を伝えてきました。そこで、WHOとの重複回避のみならず、もし二国間で合意できるならばWHO計画の一環となるような協力テーマを考えた方がベターであろうとの考えから、ジュネーブのWHO本部とアレクサンドリアの地域事務局を訪問した訳です。

私の感想ですがカイロ大使館の医務官は大変優秀な方で、赴任後間もないとのことでしたが、医療関係の資料も集め、活発な活動をしておりました。さて、報告としては以下の通りであります。

JICA 昭和51年3月4日

#### エジプト医療協力事前調査団調査報告の概要

#### 1. 調査団の編成

団 長	重 松 逸 造	( 国立公衆衛生院疫学部長 ) ( JICA 海外医療協力委員会委員 )
団 員	加 藤 孝 之	( 金沢医科大学公衆衛生学教授 )
〃	近 藤 潤 子	( 聖路加看護大学教授 )
〃	榎 本 富 子	( 文部省医学教育課事務官 )
〃	斉 藤 信 行	( JICA 医療協力部医療第一課長 )

2. 調査の期間 昭和51年2月8日～2月25日

3. 調査の対象 (日程順)

- (1) WHO本部(ジュネーブ)： 保健サービス強化部(部長ほか担当官6名)  
伝染病部(細菌性疾患担当官)，協力調整部(二国間協力担当官)，環境保健部  
(環境汚染担当官2名)
- (2) 国際看護協会本部(ジュネーブ)： 専務理事ほか5名
- (3) 在カイロ日本大使館： 参事官，担当書記官および医務官
- (4) エジプト保健省(カイロ)： 予防サービス担当次官ほか8名
- (5) Abbaseya Fever 病院(カイロ)： 院長ほか5名

- (6) 国立栄養研究所(カイロ)： 所長ほか3名
- (7) 母子福祉センター(カイロ)： 所長ほか2名
- (8) 看護学校(カイロ)： 担当教員
- (9) 新婦人協会(カイロ)
- (10) ミートラヒナ農村保健センター(ギザ)： 所長ほか5名
- (11) カイロ大学医学部(カイロ)： 公衆衛生学教室(教授2名)，高等看護研究所(所長ほか4名)
- (12) アレキサンドリア大学(アレキサンドリア)： 学長，医学部長，産婦人科教室(教授ほか2名)，小児科教室(小児外科教授ほか1名)，公衆衛生学教室(教授)，高等公衆衛生研究所(所長，疫学部長ほか1名)，高等看護研究所(所長)
- (13) WHO地中海地域事務局(アレキサンドリア)： 事務局長，次長ほか2名
- (14) アスワン地区保健部(アスワン)： 部長および副部長2名
- (15) エルガジラ地区保健所(アスワン)： 所長
- (16) アブエルリシュバハリ地区保健所(アスワン)： 所長ほか2名
- (17) ドロー地区保健所(アスワン)： 所長ほか2名
- (18) エルサヘル総合病院(カイロ)： 院長ほか7名
- (19) カイロ大学本部(カイロ)： 副総長

#### 4. 調査結果の要約

- (1) 一般事情： 1971年新憲法(アラブ社会主義体制，イスラム教一國教，保健サービスの保障)，人口3,610万人(1974年)，1人当り国民所得 U.S. \$ 200弱(1974年)，高人口密度，都市集中(カイロ，アレキサンドリアで全人口の1/4強)
- (2) 保健水準： 多産多死型，人口増加率2%(1972年)，平均寿命男54才，女56才(1970年)，死亡原因第1位消化器系疾患(1972年)
- (3) 医療保健サービス：

病床数(1974年)21.6(人口1万対)	(日本 104.2)	} 公立病院の医療費は無料 (有料ベッド個人開業あり)
医師1人当り人口	1,536人 ( " 861人)	
歯科医 "	12,070人 ( " 2,688人)	
薬剤師 "	6,660人 ( " 1,241人)	
看護婦 "	1,562人 ( " 293人)	

- Rural Health Unit : ① 外来患者+予防活動(人口5,000人程度)  
 (約3,000か所) ② ①+15~18ベッド(人口8,000~9,000人程度)  
 ③ ②+ school + 職業訓練所など( combined unit-人口12,000程度)

その他, 母子保健センター(2,200か所), 衛生試験所(160か所)

人材は不足しているが, 医療制度と保健サービス体制は advanced

- (4) 医学および看護教育: 大学医学部9か所(1971/72卒業生3,227人)  
教育課程(教育費無料) 6-3-3-6-Intern-Rural Health Unit 配属  
(最短1年)-軍隊(1年半)-  
 カイロ大学医学部: 1学年1,200人  
 Nursing Higher Institute (カイロ, アレキサンドリア): (1972/72卒業生158人)  
 Nursing Technical Schools 131か所(1975年卒業生6,000人)  
 (その他 Assistant Midwives Schools, Health Visitors Schools)  
教育システムとしては日本より advanced, ただし1学年当りの学生数が多く,  
施設と教育方法に問題点あり, 教授陣は優秀
- (5) WHO: エジプトにはWHO project をはじめフランス, イギリス, ドイツなどとの2国間協力プロジェクトが多数あり, これらとの調整が重要, 特にWHO の場合重複をさけるだけでなく, 同一プロジェクトについて積極的に協力することが, 有効な場合あり。

##### 5. 調査団の結論

エジプトのように医療保健サービスの組織と関係要員の教育が進んでいる国に対しては, 従来のがわの国の医療協力方式(機材供与, 専門家派遣, 研修員受入れを project ベースで行なう考え方)は必ずしも適しているとは言い難い。高級研修

員の受入れ、特殊機材と関係技術の提供、高級専門家の派遣等を通じて相互理解を深め、project方式に進展させる考え方が必要である。

#### 6. 医療協力の具体的方策に関する調査団の意見

- (1) エジプト保健省次官とアレキサンドリア大学医学部長の招へい(日本の実情視察)(できれば昭和51年度中、無理なら52年度はじめ)
- (2) 内視鏡(El Sahel 総合病院)と電子顕微鏡(アレキサンドリア大学)の供与および関係技術者の派遣(先方は昭和51年度を熱望)
- (3) 内視鏡、電子顕微鏡および住血吸虫に関する高級専門家の派遣(昭和51, 52年度)
- (4) 看護教育に関する集団セミナーの日本開催(昭和52年度、エジプトの看護専門家を主に日本へ招へい)
- (5) 実施調査団の派遣(昭和51年度後半または52年度はじめ)

以上

さて、報告書にはのっていませんが、総裁のお話のように、アスワン・ハイダム  
の建設による住血吸虫症は非常に緊急の問題になっております。エジプトの面積は日  
本の約3倍凡そ100万平方キロ、このうち耕地面積は約3%だったのですが、これ  
がアスワン・ハイダムの建設によって4%になったといわれています。実に従来の耕地  
の $\frac{1}{3}$ 増です。これだけでも住血吸虫症の地域が広がったということになりますが、さ  
らに灌漑によって、従来の一毛作が三毛作になったといわれています。したがってそれ  
だけ住血吸虫症に接しやすいということなのです。いずれにしてもエジプトの医療制  
度は大変進んでおり、相互の協力という意味では、エジプトは格好の相手国であらう  
との印象を強く受けました。

#### (2) 質疑と応答——特になし——

#### V. その他

(豊川委員) JICAの調査団派遣は事前調査から始まっていろいろあると思いま  
すが、調査団をフォローして行くような努力が必要でしょう。プロジェクトをよりよ  
いものにして行くには関係者間の意志疎通が大事だと思うのですが、具体的に事前調

査なら事前調査に参加した団員に対するフォローアップが従来はありませんでした。またプロジェクトのエバリュエーションについて1つ意見を持っております。エバリュエーションというと往々にして日本側の立場からのみそのプロジェクトがどうであったかとの視点で評価されがちですが、当該国の開発計画のなかでどのような成果をもたらしたかという、当該国の立場からみた評価、実態面での評価をすることも大事で、これを私達にも知らしめて戴きたいと思います。

○ 委員長総括 —— 竹内委員長代理総括 ——

医療協力の発足以来10年がたち世界の情勢も刻々変わりつつあります。本日も盛んに論じられたところですが、10年を経た今日医療協力のあり方を再検討する時期に来ていると考えられます。そこでこれを検討して行くために、小委員会を設け、具体的な作業に入るのがよろしかろうと思われます。小委員会のメンバーの人選は委員長と近藤理事にお願いし、この委員会には、林委員から提案のありました無償供与問題も含ませることにいたしたいと思います。また佐々委員長からの申し入れとして、そろそろ委員長の交替時期なので、この期に、委員の再選、委員長の任期等の問題を検討していただきたいとのことでした。

次回にこの問題の議決を図りたいと思います。

本日は有難うございました。

以 上

別紙1.

## 海外医療協力委員会委員名簿

## ◎ プロジェクト選定に関する専門部会委員

(順不同)

(敬称略)

氏名	所 属	電 話 番 号
(委員長)		
◎ 佐々学	国立公害研究所副所長 東京大学医科学研究所寄生虫学教室教授	(02975) 4-1805
(委員)		
小平正	栃木県がん検診センター所長	(0286) 58-5151
林 薫	長崎大学熱帯医学研究所長	(0958) 47-2111
◎ 重松逸造	国立公衆衛生院疫学部長	441-7111
島尾忠男	財団法人結核予防会結核研究所副所長	(0424) 91-4111
白幡友敬	財団法人日本国際医療団専務理事	432-2888
◎ 多ヶ谷勇	国立予防衛生研究所村山分室ビールス部長	(0425) 61-0771
武谷健二	九州大学長	(092) 641-1151
外山敏夫	慶応義塾大学医学部教授	353-1211
◎ 本多憲児	福島県立医科大学教授 第一外科教室	(0245) 21-1211
伊藤利根太郎	大阪大学微生物病研究所教授	(06) 877-5121
豊川行平	前東京大学医学部教授	955-5596
吉武泰水	筑波大学副学長	(0298) 57-4511
◎ 竹内正	日本大学医学部教授 病理学教室	972-8111
若松栄一	医療金融公庫理事	265-5151
村松稔	国立公衆衛生院衛生人口学部長	441-7111
計 16名		

家 族 計 画 専 門 部 会		
村松稔	国立公衆衛生院衛生人口学部長	441-7111
藤崎信男	厚生省人口問題研究所政策部長	503-1711
国井長次郎	家族計画財団常務理事	269-2101
石浜淳美	小山市立病院長(前岩手大教授)	(0285) 23-2511
西岡和男	国立公衆衛生院衛生人口学部員	441-7111



## 別紙2.

## 海外医療協力委員会幹事名簿

氏名	所 属	電話番号
金田 伸二	厚生省大臣官房国際課長	503-1711
大谷 藤郎	厚生省公衆衛生局地域保健課長	#
斉藤 諦淳	文部省大学局医学教育課長	581-4211
大塚 喬清	文部省学術国際局ユネスコ国際部 企画連絡課長	#
熊谷 直博	外務省経済協力局技術協力第一課長	580-3311
板橋 毅一	# 第二課長	#
瀬崎 克巳	# 経済協力第二課長	#
伴 正一	青年海外協力隊事務局長	400-7261
松原 進	国際協力事業団総務部長	346-5031
山本 二郎	# 医療協力部長	346-5221
計 10名		

