

# 第17回海外医療協力委員会 会議議事録

昭和60年12月

国際協力事業団  
医療協力部





JICA LIBRARY



1015390161

国際協力事業団	
受入 月日 '86. 6. 17	000
登録No. 12753	90.7
	MCA

## 第17回海外医療協力委員会

1 日 時 昭和60年12月4日(水) 午後2時～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紹介
- (3) 海外医療協力委員会委員長選出
- (4) 海外医療協力委員会委員長挨拶
- (5) 昭和60年度医療協力関係事業について(資料1)
  - (イ) 保健医療協力・人口家族計画協力事業  
(医療協力部長説明および質疑応答)
  - (ロ) 研修員受入事業  
(研修事業部長説明および質疑応答)
  - (ハ) 無償資金協力事業  
(無償資金協力計画調査部長説明および質疑応答)
  - (ニ) 青年海外協力隊事業  
(青年海外協力隊事務局長説明および質疑応答)
- (6) 昭和61年度予算概算要求について(資料2)  
(外務省説明および質疑応答)
- (7) 病院協力専門部会審議結果報告(資料3)
- (8) その他

### 4 出席者

委員長：島 尾 忠 男	(財)結核予防会常任理事
委員：大 池 真 澄	病院管理研究所所長(新任)
太 田 新 生	(財)日本国際医療団専務理事
大 谷 藤 郎	社会福祉医療事業団理事(新任)
織 田 敏 次	国立病院医療センター院長
白 壁 彦 夫	順天堂大学医学部教授
鈴 木 郁 生	国立衛生試験所所長
竹 内 正	山梨医科大学副学長

	館	正	知	労働衛生検査センター所長
	田	中	健	蔵 九州大学学長（新任）
	都	築	公	社会保険中央看護専門学校副校長（新任）
	林	滋	生	国立予防衛生研究所所長（新任）
	浜	島	義	博 京都大学医学部教授
	平	山	宗	宏 東京大学医学部教授
	深	井	孝	之助 （財）阪大微生物病研究会理事長
	本	多	憲	児 本多記念東北循環器科病院院長
	曲	直	部	寿 夫 国立循環器病センター総長
	村	松	稔	国立公衆衛生人口学部長
	吉	武	泰	水 九州芸術工科大学学長
幹	事	大	島	賢 三 外務省技術協力課長
		竹	内	行 夫 外務省無償資金協力課長
		中	島	章 夫 文部省国際企画課長
		佐	藤	国 雄 文部省医学教育課長
		佐	藤	良 正 厚生省国際課長
		寺	松	尚 厚生省健康政策局計画課長
		田	島	高 志 国際協力事業団総務部長
		高	橋	雅 二 国際協力事業団企画部長（岩波企画課長代理出席）
		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計画調査部長（田中次長代理出席）
		数	原	孝 憲 国際協力事業団青年海外協力隊事務局長（伊藤国内課長代理出席）
		長	谷	川 豊 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
中	村	泰	三	理	事
末	永	昌	介	理	事

5. 議事内容：（別添参照）

○末永理事 まだお見えいただかない先生もいらっしゃいますけれども、間もなくお見えになると思います。5分経過しましたので始めたいと思います。

私は、本年3月から医療協力を担当することになりました末永でございます。医療については全くの門外漢でございますけれども、一生懸命勉強して医療協力の改善発展に微力を尽くしたいと思っております。よろしくお願いいたします。

本日は、大変お忙しい中、万障お繰り合わせの上、ご出席いただきまして本当にありがとうございました。

会議に入ります前に、本委員会の委員でございました慶応大学の浅見先生が先月の22日お亡くなりになりました。生前先生には、非常に長い間、国際医療協力についてご尽力いただき、最近ではブラジル国のペルナンブコ大学のプロジェクトに対して一生懸命ご尽力いただきました。非常に残念なことでございます。心からご冥福を祈りたいと思います。

なお、本日欠席予定の方については、富山医科薬科大学の佐々先生が現在外国出張中で、欠席でございます。それと、東北大学の石田学長先生が本日臨教審にご出席のため欠席でございます。

ほかは全員ご出席の予定でございます。

それでは、これより第17回海外医療協力委員会を開催いたします。

議事次第によりまして、まず私ども国際協力事業団総裁からご挨拶申し上げます。

○有田総裁 ご挨拶申し上げます。

本日は、この海外医療協力委員会にご多忙のところをご出席賜りまして、心から厚く御礼申し上げます。

後程、関係部長から医療協力関係の事業団の仕事の執行状況について詳細にご説明を申し上げますと存じますが、ひとつ引き続き医療協力の執行についてのいろいろの問題について、ご意見をお聞かせ願いたくよろしくお願いいたしますと思います。

先程お話がありましたけれども、浅見先生がお亡くなりになって、我々突然のことで非常にびっくりしております。ご冥福を祈りたいと存じます。

今回は、前回と変わりがまして、委員に若干の異動がございました。九州大学の田中先生と、看護分野から都築先生に新たに本委員会にお入りいただくことになりました。よろしくお願いいたします。また、昨年まで委員会の委員としてご協力願いました佐分利先生、それから橋本先生、宍戸先生の後任といたしまして、大池先生、大谷先生、林先生に本委員会にご参加願うことになりました。前任の先生方には、これまでのご活躍に対して感謝の意を表すと同時に、後任の先生方によりしくご指導のほどをお願い申し上げたいと存じます。

それから、私どもの方で、総務担当の理事の中平君が外務省に帰りまして、中村理事が今度総務担当理事になりましたので、ご紹介申し上げます。よろしくお願いいたします。

医療協力につきましては、先生ご承知のように、途上国からも非常に要望もありますし、また病院建設等の大規模な仕事についても非常にプロジェクトが多い。しかし同時に、建物を建

てることと技術協力との結びつき、あるいはローカルコストの問題、先方の対応等いろいろ問題がございます。これにつきましては、小委員会でご検討いただいて、竹内小委員長が報告書をお取りまとめいただいたと承知しております。後程ご紹介があるかと思いますが、いろいろご協力いただいております。

それから、最近では、ご承知のように、エチオピアの飢餓に対する医療協力、あるいはメキシコの大地震、それから最近ではコロンビアに対して国際救急医療制度ということを活用して諸先生に現地に行っていただいでご活躍願っております。マスコミその他の反響から見ますと、もっともっとやれということのようであります。もう少し場を広げて、もっと早く、もっと多くをということでございますし、単に医療協力のみならず、その周辺的な緊急な協力というものも要望されているようでありますが、その反響にも見られますように、このJMTDRというのが諸方面に先駆けてこういう体制を作っていただいで現実に活躍したということは、我々としても喜んでいいんじゃないかと思っておりますし、同時にこれを組み立てられ、実行されつつある諸先生に対しては、深い敬意を表する次第であります。

また、予算の時期になりました、来年度の予算が気になるところでございますが、我々の要望に対しては、後程説明があるかと思っておりますが、私からは全体的なこととして、私が考えております予算の重点というのは、一つはやはりJIOAの人員の増強であります。今まで10年以上、その間に予算が3～4倍に、また仕事が無償協力を含めて8倍にふえている過程で、人はどんどん少なくなってきたわけです。

これはうちの事業団が移住事業も包摂しているということで、移住事業の方からの配置転換でどうにかこなしてきた。しかし、この移住事業も新しい観点に立って発足している。一部三課という極端に切り詰めた体制で行っている。これ以上配置転換はできないということで、これからはぜひ画期的に人をふやしていただきたい。そうでないと、やはり仕事に支障を生ずるわけです。

最近、いろいろの罹病率とか、死亡率をみますと、JIOAの場合には普通の公務員よりも数倍の死亡率であり、大変な病気にかかる率も多いということで、これは座視するわけにはいきませんので、明年は少なくとも二十数名の増員を採りたいということが私の願望の第1点であります。

第2点は、最近、政府開発援助の予算7倍増案というのが出ました。大変結構なことだとは思いますが、私はこの政府開発援助を増強する過程の中で、ぜひ戦後の計画生産のように技術協力により一層の重点を置いていただきたい、今までは10年一日のごとく政府開発援助の1割が技術協力費用であります。しかし、最近では無償でも、有償でもこれに技術協力が結びつかなければ本当の喜ばれる援助にはならないということからしても、やはり技術協力がある程度先行しなければならない、あるいは十分にそれに付いていくだけの予算がなければならな



いということでもありますので、早急にこの技術協力予算、これはJICAの予算だけではありません。全体の技術協力予算を倍増していただきたい、全体が倍増する中での倍増ですから、4倍増というのが私の率直な意見であります。それができなくても、やはり従来のしきたりから一歩でも踏み越えて、よりよいシェアを技術協力に与えていただきたいということでもあります。

当然その中には医療協力の拡大ということも含まれるわけであります。これをこれからはぜひこの7年倍増論の過程の中で、技術協力により多くのプライオリティーを付けていただくということが私の重点でございます。

以上申し上げて私のご挨拶にかえさせていただきたいと存じますが、先生方は各方面での有力な識者でございますから、どうぞ政府開発援助の実態というものについてお考えいただいて、我々にお力をかしていただきたいと存じます。

どうぞよろしくお願い申し上げます。(拍手)

○末永理事 どうもありがとうございました。

それでは、これから委員の先生方の紹介をいたしたいと思えます。アイウエオ順でずっとお並びいただいております。

まず、厚生省病院管理研究所所長の太田先生でございます。前任者は、佐分利先生でございました。職務交代に伴う新任でございます。よろしくお願いいたします。(拍手)

太田委員、大谷委員はまだお見えになっていません。

次は、織田委員、国立病院医療センターの院長先生でございます。よろしくお願いいたします。(拍手)

それから、結核予防会の常任理事で、前の海外医療協力委員会の委員長をしていただきました島尾先生でございます。よろしくお願いいたします。(拍手)

次は、順天堂大学の医学部教授であります白壁先生です。よろしくお願いいたします。

(拍手)

次に、国立衛生試験所の所長でいらっしゃいます鈴木先生でございます。よろしくお願いいたします。(拍手)

次は、山梨医科大学の副学長でいらっしゃいます竹内先生です。よろしくお願いいたします。

(拍手)

次は、労働衛生検査センターの所長でいらっしゃいます館先生でございます。よろしくお願いいたします。(拍手)

次は、九州大学の学長でいらっしゃいます田中先生でございます。新任でございます。よろしくお願いいたします。(拍手)

次に、社会保険中央看護専門学校副校長でいらっしゃいます都築先生でいらっしゃいます。

新任でございます。よろしくお願いいたします。(拍手)

次に、国立予防衛生研究所の所長でいらっしゃいます林先生でございます。新任でございます。よろしくお願いいたします。(拍手)

次に、京都大学医学部の教授でいらっしゃいます浜島先生でございます。よろしくお願いいたします。(拍手)

平山先生はまだお見えになっておりません。

次に、阪大微生物病研究会の理事長でいらっしゃいます深井先生でございます。よろしくお願いいたします。(拍手)

次に、本多記念東北循環器科病院の院長先生の本多先生でございます。また、国際救急医療チームの運営委員会の委員長でもいらっしゃいます。よろしくお願いいたします。(拍手)

次に、国立循環器病センター総長でいらっしゃいます曲直部先生でございます。よろしくお願いいたします。(拍手)

次に、国立公衆衛生人口学部長でいらっしゃいます村松先生でございます。よろしくお願いいたします。(拍手)

次に、九州芸術工科大学の学長先生でいらっしゃいます吉武先生でございます。よろしくお願いいたします。(拍手)

以上委員の先生方でございました。

あと、この医療協力委員会には幹事をおいてございます。幹事の方々の紹介をいたします。

#### 〔幹事紹介〕

以上紹介を終わりました。

○末永理事 それでは、議事次第によりまして、委員長の選出に入りたいと思います。

これは規定によりまして、委員の互選ということになっております。どのような方法でお選びしてよろしいか、ご意見を賜りたいと思います。

○竹内委員 委員の選出方法でございますが、慣例にのっとりまして、何人かの方が推薦という形でお選びいただいた方がいいんじゃないかと思えます。

私個人としては、委員の一人として、島尾先生は非常なご活躍でありまして、委員会としては島尾先生に期待するところが非常に大きいという意味で、島尾先生にもうしばらくやっていただきたいというのが私の考えでございます。

○末永理事 ありがとうございます。

竹内委員から前委員長でありました島尾先生のご推薦がございましたが、何かの先生方、ご意見ございませんか。

〔「異議なし」と呼ぶ者あり、拍手〕

○末永理事 それでは、満場一致をもちまして、島尾先生に委員長をお願いしたいと思います。

委員長席にお移りいただきたいと思います。

〔鳥尾委員長委員席に着席〕

○鳥尾委員長 一言ご挨拶を申し上げます。先輩の先生方がたくさんいらっしゃいます中、ただいま再度委員長にご推挙いただきまして、大変光榮に存じております。

委員の先生方、それに役員、幹事の皆様方のご助言、ご協力を得まして、この重責を果たしてまいりたいと考えておりますので、よろしく願い申し上げます。

最初に、一言ご挨拶を申し上げたいと思いますが、先程来、総裁のお話のように、この保健医療協力の仕事が順調に進んでいることを拝聴いたしまして、大変うれしく存じております。

殊に本年は、JMPDR が大変な活躍をしていただきましたので、後程、本多先生からまたいろいろお話を伺えるのを楽しみにいたしております。私自身専門の結核関係の国際団体に International Union Against Tuberculosis というのがございますが、その執行理事会の議長を4年ほど務めてまいりまして、この間に先進国、途上国多くの人達と接触し、いろいろな注文も承り、また日本に対する期待を耳にすることもできたわけでございますが、この間を通じて感じましたことを一言この機会に申し上げさせていただきたいと思います。

それは、世界の保健医療の問題は、ただいま南北問題という形で2つに分かれているんですが、これから十数年、21世紀を迎えるあたりには、今の途上国が、シンガポールとか、韓国、台湾に代表されるような先進国に追いついてくるようなタイプと、もう一つ取り残されてしまって、相変わらず伝染病、寄生虫あるいは母子衛生といったような問題に悩む国と2つに分かれて、世界が今の先進国を加えて、3極に分かれてくるんじゃないだろうかというように考えられるわけでございます。

そして、一番心配なのは、その中で、先進国では感染症あるいは寄生虫といった病気はほとんど片づきつつありますために、専門家、世界的に名の知れた方々が既に引退し、あるいは近く引退しようという情勢にあり、それに伴ってそういった疾病に対する研究、あるいは研修の能力さえもなくなりつつあるというのが現状で、しかも一方では、そういった病気が深刻な問題として世界のかなりの国に残りそうだ、それを指導すべき人がいなくなるようなおそれがある。その中間を担う存在として日本に対する期待が非常に強くなってきていることをしみじみと感じているわけでございます。

私ども専門の結核の領域で言うならば、先進国、欧米の指導者は、数年の間にほとんどすべいなくなってしまうまして、これから10年、15年ぐらいは、日本がかわって世界的な立場で面倒を見ざるを得ないところに追い込まれるんじゃないだろうか。そして日本がその間に研究、研修の事業を推進しながら、今度は次の受け皿を作っていくという仕事まで考えていかなければいけないんじゃないだろうかということを感じさせられている次第でございます。

こういった少し先を眺めて、大きな時間を、あるいはグローバルな視野に立ち、日本に対し

てどのような保健医療協力事業が要望されているのか、疾病増の推移などを見ながら協力のあり方を検討するということを考えてもいい時期に来ているんじゃないだろうかというふうに感じている次第でございます。

途上国からの日本に対する期待を肌身にしみて感じておりますだけに、この機会に一言申させていただきます。この後、医療協力委員会自体の運営、あるいは医療協力事業全般についていろいろまたご支援いただきますことをお願いいたしまして、ご挨拶にかえたいと思います。どうもありがとうございました。（拍手）

○島尾委員長 それでは、引き続き議事に入りたいと思いますが、まず昭和 60 年度の医療協力関係の事業について、それぞれ担当の部長さん方からご説明をいただき、直接そのご報告に関連した問題についてご質疑がある場合は、その場でご質疑をしていただきまして、全般的な問題については、一通りご説明が終わった後、また予算について伺いました後、いろいろご意見を承りたいというふうに存じております。

○島尾委員長 それでは最初に、保健医療協力・人口家族計画協力事業について、長谷川部長お願いいたします。

○長谷川幹事 医療協力部長の長谷川でございます。

最初に、本日お配りしました資料についてご説明いたしたいと思います。前もって一そろえをご自宅にお届けしておりますが、若干その後訂正がございましたので、本日お配りしました資料の方でご覧になっていただきたいと思います。

議事次第とか名簿とかは別にいたしまして、実質的な会議資料といたしましては 5 種類ございまして、厚めの会議資料 1 と、予算関係の 3 ページばかりの会議資料 2 というのがございます。それから後程、竹内部会長からご説明いただく予定になっております病院協力専門部会の報告書、それほど厚くないものでございますけれども、会議資料 3 としてございます。それから、追加といたしまして、2 つばかりございまして、JMTDR 国際救急医療の活動実績、コロンビアの分が 1 枚紙でございます。それから、青年海外協力隊のコロンビアの資料もございます。

それでは、昭和 60 年度の保健医療協力・人口家族計画協力事業のご説明にまいりたいと思います。これは会議資料 1、厚めの方を使ってご説明いたします。

第 1 ページ目が全体の内容でございますが、1 の保健医療協力費は認可予算額が 41 億 3,433 万 2,000 円、うちうち調査団派遣旅費 2 億 1,900 万余り等となっておりますが、これはすべて 9 月 30 日までのものでございまして、これ以後、それぞれの事業につき若干伸びております。

9 月 30 日までの実績といたしましては、16 件の調査団を派遣し、今後は 25 件となっておりますが、後程の 2 ページ目、3 ページ目でこれにつきましては、もう少し詳しく申し上げ

ます。

専門家の派遣経費の方は、認可予算額が 20 億 6,500 万余となっております。9 月 30 日までに 200 名派遣し、その後の形としましては、134 名で、合計 334 名、これはプロジェクト関係のみならず、単独派遣、あるいは大学教授等による講演等の分も含んでおります。

それから、機材供与経費といたしましては、認可予算額が 13 億 8,600 万余、9 月 30 日までに 19 件の機材供与を行いまして、今後は 14 件、合計 33 件でございます。

それから、アフターケア、これも後程 8 ページのところでも詳しくご説明いたしますが、6,295 万 9,000 円、調査団 3 件は終了いたしております。そのほか専門家派遣、機材供与については今後にも計画いたしております。

それから、難民救済等の経費、これは JMTDR の費用も含んでおりますが、4 億の認可予算額で、9 月 30 日まで 8 名でございますが、それ以後、ご承知のとおり、コロンビアにチームを派遣いたしましたので、大分進んでおります。

それから、人口・家族計画協力費は、認可予算額が 8 億 2,900 万余でございます。調査団派遣経費が 6,961 万 4,000 円、3 件を 9 月までに終了いたしまして、8 件をその後に予定いたしております。これも後程もう少し詳しくご説明いたします。

専門家派遣経費は 2 億 3,347 万 9,000 円、15 名を派遣いたしまして、21 名を今後の予定といたしまして、合計 36 名でございます。

機材供与経費は 5 億 2,592 万、9 月 30 日までは 1 件でございますが、4 件を予定し、全体で 5 件でございます。

それから、技術協力センター費というものがございまして、これは ASEAN の人造りセンターの 5 つのプロジェクトの一つでございますので、予算は別のところに置かれてございますが、その実施につきましましては、医療協力部で担当いたしておりますので、ここに括弧書きで 1 億 1,118 万余りの実行計画額を示しております。これはタイのプライマリー・ヘルス・ケアのプロジェクトに当てております。調査団と専門家派遣、機材供与等、9 月 30 日までここに示したような実績になっております。

合計いたしまして、49 億 6,300 万余が保健医療協力及び人口・家族計画の認可予算額でございます。

では、2 ページ目にまいりたいと思います。昭和 60 年度 9 月 30 日までの調査団の派遣状況を表を掲げております。

事前調査といたしましては、6 件実施あるいは予定してございまして、これまでの予定が終わりましたのは、パキスタンのイスラマバード小児病院の事前調査等がこの 2 月～3 月にかけて行われてございます。

それから、実施協議の調査団は、7 件ございますが、3 件終了で、この 12 月の中旬に 1 件

行いまして、さらに来年に入ってから3件やる予定でございます。

それから、実施設計は、いろいろプロジェクトに関連した水道整備だとか、環境整備をやるための調査を行うわけでございますが、インドネシアの北スマトラの保健対策のプロジェクト、ガーナ大学のプロジェクトの2つで、1件は既に終了しております。

それから、巡回指導が4件ございまして、2件終了いたしております。これは9月末現在でございまして、ナイジェリアのジョス大学の11月の分は進んでおります。インドネシアの薬品品質管理は来年の1月に延期になっております。

それから、計画打合わせは、6件ございまして、3件終了いたしました。1件は12月中旬から予定どおり行い予定でございまして、来年2月に2件計画打合わせの調査団を出す予定になっております。

それから、機材修理は、7件を予定いたしましたが、2件終了、5件は来年に入ってから行います。

それから、エバリュエーション、評価の方でございますが、これも7件ございまして、9月末までに終了が3件、それ以外に10月、11月に2件終わっております。

それから、基礎調査1件は終了いたしました。

それから、事後調査は、曲直部先生が団長で行っていただくようになっております。

以上41件の調査団を計画・実施しております。

それから、3ページにまいりまして、人口・家族計画の方は、ここにございますように、事前調査2件、実施協議2件、巡回指導2件、計画打合わせ1件、機材修理1件、評価チームがフィリピン1件、基礎調査2件で、9月末までに3件を終了し、その後、現時点までにさらに3件終了しております。

それから、技術協力センター、先程申し上げましたタイのプライマリー・ヘルス・ケアの訓練センターの計画打合わせ調査団、これは11月に予定どおり調査派遣が行われまして、終了いたしております。

では、4ページにまいりたいと思います。4～6ページにかけまして、プロジェクトごとの詳細を示しております。一々詳しくご説明する時間はないかと存じますので、詳しい内容につきましては、後程ご覧になっていただきたいと思います。これも先程申し上げましたように9月末現在でございますが、それから2カ月ほどたっておりますので、相当進展いたしております。

その次の5ページ目、医療協力のプロジェクトごとの調査団派遣、専門家派遣、機材供与、カウンターパートの受入状況を示しております。

それで、今、医療協力関係のプロジェクトは、繰り越しの4件を除きまして、37件の調査団を派遣して、専門家はこれまでに178名を派遣し、83名を今後の計画といたしております。

て、合計261名を予定いたしております。実行計画額といたしまして、機材供与12億1270万を予定いたしております。

それから、カウンターパート、途上国からの研修員の受入につきましては、9月末までに32名を受け入れ、72名を今後受け入れる計画で、合計104名の計画になっております。

それでは、6ページにまいりまして、今度は人口・家族計画の協力プロジェクトごとの表でございます。これも詳細に立ち入るのはちょっと時間的に難しゅうございますが、このように現在6つのプロジェクトが動いております。中国、ネパール、フィリピン、タイ、コロンビア、メキシコで、このように調査団派遣、専門家派遣、機材供与、カウンターパートの受入が進んでおります。

それから、ASEAN人造りセンタープロジェクト、プライマリー・ヘルス・ケア訓練センターにつきましては、先程申し上げましたように、調査団が11月に終了して、専門家派遣、機材供与、カウンターパートの受入もこのような計画で進んでおります。

では、7ページにまいりたいと思います。ここには今年度、昭和60年度に既に開始したか、あるいはこれから年度末までに開始する予定の保健医療協力と人口・家族計画の両方のプロジェクトを掲げております。

ここにございますように、ビルマの消化器感染症のプロジェクトは、この年末に実施協議が行われる予定でございます。それから、スリランカが来年に入って、それから、ネパールは既に10月に実施協議が済みました。それから、パキスタンのイスラマバード小児病院につきましては、来年の2月に実施協議を予定しております。フィリピンの食品薬品センターは来年に入って実施協議の予定でございます。タイの国立衛生研究所は今年の4月に既に協議がサインされて、実施に移しております。ケニヤも同じく4月から実施いたしております。コロンビアの家族計画は、この11月、先月実施協議が完了いたしました。それから、エクアドルは、8月に消化器病研究関係の実施協議にサインがされております。以上9件のプロジェクトが今年度開始または開始予定となっております。

それでは、8ページにまいりまして、その他のプロジェクト以外の協力が幾つかございまして、先程も出てまいりましたが、国際救急医療事業をここに掲げてございます。JMTDRにつきましては、別の紙をまた用意いたしておりますが、このような実績で動いております。

それから、最初の方にも出てまいりましたが、アフターケア調査が3件、過去に終わりましたプロジェクトを数年後にアフターサービスを行うプロジェクトで、その調査の3件は既に今年度終了いたしております。

それから、大学教授等による講演等、要望によって派遣いたしておりますが、これにつきましては、ここにございますように46名を計画いたしております。それから、そのほかの単発での医療関係の技術指導に専門家を派遣する事業がございまして、それは32名を予定いたして

おります。

それから、余上国の要請によって、特別機材供与という形で機材供与のみを行う予算も若干ございまして、ここに3億2,000万を計上いたしております。

それで、9ページにまいりまして、過去昭和53年から昭和60年までの保健医療協力費及び人口・家族計画協力費の伸びの状態を示したものでございます。このようにだんだんとふやしていただいております。

それから、10ページ目は、今現在動いておりますプロジェクト、今年度開始予定のプロジェクトを世界地図の上に記したものでございます。ここにございますように、保健医療協力プロジェクトは29件動いております、人口・家族計画の方は4件でございますが、その後2件新しく始まりましたので、6件でございます。それは米印がついております。それから、ASEANの人造りのタイでのプロジェクトが1件、9月30日以後開始予定が6件で、合計40件のプロジェクトの場所を地図に示しております。

それで、11ページには、後程JMTDR運営委員長の本多先生からも詳しくご説明があるかと思いますが、JMTDR（国際救急医療チーム）の活動実績をまとめております。これはエチオピアとメキシコでございますが、これ以外に先程資料説明のときに申し上げましたように、一番最近のコロンビアにつきましては、別紙の1枚紙で資料を用意いたしております。

ここに簡単に書いてございますが、エチオピアの方は、ご承知のとおり、去年の12月から今年の4月にかけて、4つのチームで合計32名の医師、看護婦、調整員からなるチームを出したわけでございます。これは例の旱魃による飢餓で苦しんでいる人達の医療救済をしたわけでございますが、ここにございますように、テント病院といいますか、応急の入院施設で約3,000名に上る被災民の治療に当たっていただき、医薬品の投与及び供与、医療機器等に相当な予算を出し、活躍していただいたわけでございます。

これにつきましては、JMTDRは旱魃の自然災害ということで、地震とか火山爆発とは違う形態でございますが、人道的な立場に立って、自然災害で長年苦しんでおる旱魃被災民を救済するということでチームを派遣いたしましたわけでございます。

それから、メキシコは、ご存じのように、大地震がございまして、メキシコの中心部が破壊されたわけですが、これについては実情を調査し、どういふ対応ができるかということで2つのチームを派遣いたしました。そこで必要な医薬品、救命セット等を供与して、非常に感謝されたわけでございます。

それから、別紙のコロンビアにつきましては、本多先生が団長で行かれたので、後程もっと詳しくご説明があるかと思いますが、ご承知のとおりのような事態で、11月15日に噴火いたしまして、要請後10時間以内にチームが飛行機に乗って現地に赴くという非常に素早い反応を示したので、コロンビア国並びに報道関係からも非常に高く評価されているわけでござ



います。このチームは、先月末27日に2週間の医療も終わって無事帰国いただいております。

青年協力隊の方も、別に派遣されておりますが、これは後程、青年海外協力隊事務局の方から説明があるかと思えます。

以上が保健医療関係の活動でございます。医療協力部からの説明を終わらせていただきます。

○島尾委員長 ありがとうございます。

今お話の業務の中のJMFDの活動につきましては、今年非常にユニークな活動をしていただき、殊に最近、現地に団長としておいでいただいた本多先生がいらっしゃいますので、一通りのご報告が終わりました後で、生々しい報告を聞かせていただければ幸いですと考えております。

それ以外の長谷川部長のご報告、保健医療協力、人口・家族計画協力事業について、委員の先生方からご質問がございましょうか。

よろしゅうございましょうか。

○島尾委員長 それでは、続いて2番目の研修員の受入事業に入りたいと思います。

宮本研修事業部長さん、お願いいたします。

○宮本幹事 同じくお手元の資料1でございますが、12ページをご覧いただきたいと思えます。

60年度研修員の受入の全体計画でございます。予算的に申し上げますと、今年度は116億6,738万円でございまして、59年度に比べますと11.5%の伸びになっております。次にこの表でございますが、年間受入計画でございます。そのうちこの表の左側にございまして、集団コースは199コースでございまして、人数は2,270名でございます。個別研修は、ご覧のとおり1,595名、その内訳は単発が516名、カウンターパートが909名、国際機関が170名でございます。特定枠356名と書いてございまして、これは特定国のグループ研修とご理解いただければよろしいかと思えます。9月末までに216名を受け入れております。

その中身でございますが、これはマレーシアの東方政策、それから日墨交流計画、韓国技能者研究計画、及び同じ韓国でございまして、農産物の流通計画、パキスタン・ブルネイ両国の人造り計画、そして日本・ASEAN科学技術交流などでございます。

真ん中の9月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1,605名でございまして、単発が227名、カウンターパートが329名でございまして、国際機関が78、特定枠は先程申し上げましたように216名でございます。従いまして計2,602名となります。

受入率から申しますと、全体計画の今までの9月末で申しますと61.1%となっております。そこで、医療関係に絞ってみますと、集団コースは今年度9月末、17コースのうち14コースを既に実施してございまして、146名を受け入れております。それから単発、プロジェクト関係のカウンターパート及び国際機関の研修員の受入は、それぞれ23名、57名、25名とな

っております。なお、国際機関関係は 25 名となっておりますが、UNIDO の 1 件を除きまして、すべて WHO 関係の受入で 24 名でございます。

恐れ入りますが、次のページをご覧いただきたいと思っております。これは今ご説明申し上げました集団コースの表でございます。本年度の医療関係集団コースは 17 コース、うち 14 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、定員に対しまして要請率が非常に高くなりまして、大体平均 198% ぐらいの要請率になっております。これに対しまして、9 月末現在の人数は 145 名に対しまして、146 名を実際受け入れております。

研修員受入の充足率は約半分の 50% 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、何度も申し上げましたけれども、146 名でございます。その 146 名は、全体の人数から申し上げますと、約 9% に相当するものと思っております。平均の受入期間は 3.5 カ月になっております。

それから、最も重要なこととございますが、海外の医療関係プロジェクトのカウンターパートの受入でございます。恐れ入りますが、14 ページをご覧いただきたいと思っております。14 ～ 17 ページは、カウンターパートの既に受け入れた研修員の氏名等でございますので、後でご覧いただきたいと思っております。

このカウンターパートの受入でございますけれども、60 年度当初、事業団の各課からの要望をまとめたところ、要望数が 1,200 名ございまして、そのうち医療協力関係からは 135 名の受入をしてもらいたいという要請がございました。医療協力関係で 135 名ございまして、医療協力特別業務関係では 26 名ございました。当研修事業部といたしましても、年間受入計画につきまして、JICA の関連事業部、外務省、関係省庁と協議いたしまして、全体は 909 名という枠を設定しておりますが、そのうち医療協力関係は 104 名、医療の特別業務室に 22 名を割り当ていたしました。ちなみに昨年度に比べてみますと、枠は両課とも合わせますと 2.4% の伸びになっております。

9 月末全体のカウンターパートは、全事業部で 909 名に対しまして現在 329 名を受け入れておりまして、全体の 36.1% になっているわけでございます。特に医療協力の関係は 36.1% ということとございます。

特に 9 月末現在では、医療協力関係では、医療協力課が 14 名で 14.7%、特別業務室がゼロでございます。全体で 57 名の 17.3% になっておりますが、ちなみに 11 月末現在で調べてみましたところ、医療協力課関係が 50 名の 48.1% になっております。それから特別業務室関係は、12 名ということで 54.5% でございます。

それから、単発受入の制度がございすけれども、単発研修の受入は、今年度 516 名ございまして、そのうち 9 月末までには 227 名を受け入れておりまして、医療協力関係は、恐れ入りますが、18、19 ページの方をご覧いただきますと、12 カ国から 23 名の研修員を受け入れ

ておるといことでございます。全体の枠から申しますと、約10.1%になっておるといようなことでございます。

そのほか、特設コースとしまして、臨床看護実務コースというのがございますが、これも単発の枠内で5名の受け入れをしております。次に20、21ページを一つご覧いただきたいと思っております。

国際機関の年間の受入計画数は、今年度160名でございますが、9月末現在では162名の研修員を受け入れております。そのうち先程申し上げましたが、WHO研修員は7カ国24名になっております。

さて、次でございますが、22ページをひとつご覧いただきたいと思っております。これは研修員の受入事業を実施しておりますが、これらの事業を支援する体制としまして、帰国研修員のフォローアップという制度がございまして、巡回指導チームの派遣を実施しております。今年度は20件を予定しておりますが、そのうち医療関係は、ご覧のとおり寄生虫予防指導者セミナーチームを7月30日から8月16日までブラジルとコロンビアに派遣しております。

その下でございますけれども、第三国研修でございます。今年度は21件を予定しておりますが、その対象国は15カ国になっております。それで、ご覧のとおり、医療関係でございますが、既設のタイの皮膚病学と、コスタリカの電子顕微鏡が現在実施中ございまして、新設いたしましたエジプトの看護教育は9月21日から10月17日まで27名を受け入れて実施したところでございます。年度内に今後、象牙海岸での内視鏡コース、それからチリの胃がん診断センターをそれぞれ実施する予定になっております。

はなはだ簡単でございますが、研修事業部の9月までの実績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。

ただいまの研修員受入事業について、委員の先生方からご質問、あるいは直接のご意見ございますでしょうか。

よろしゅうございましょうか。

○島尾委員長 それでは、続いて今度は無償資金協力事業の方に移りたいと思っております。

速藤部長がご不在でございますので、田中次長からお願いいたします。

○速藤幹事（代理） それでは、無償資金協力関係の業務につきまして、ご説明申し上げます。

会議資料の1の23ページ、先程の研修員の次のところになりますが、これに基づきましてご説明させていただきます。

これは医療関係分野の無償資金協力案件の一欄表でございますが、左側が59年度に無償資金の供与が決定されまして、それ以後現在引き続き実施中の59年度の案件でございます。

それから、右側が60年度案件でございます。年度途中でございましてけれども、8月の第2回閣議までに決定しておりまして、現在実施中の医療分野の案件でございます。これらの案件

はいずれも事業団がその実施促進業務を担当しているものでございます。備考欄に年月日が書いてございますが、これは完成予定時期でございます。

それから、当初から訂正申し上げて申し訳ございませんけれども、59年度の下の方からホンジュラスのテグシガルパ母子病院建設とございますけれども、これは母子病院の機材でございますので、申し訳ございません。訂正させていただきます。

それでは、59年度案件につきまして、まずご説明申し上げます。

ご覧のように20件ございますけれども、当年度の新規分が16件で、継続案件が4件でございます。継続案件と申しますのは、大きな案件につきましては、単年度で完成できないなどの理由がございまして、予算も年度上の区分をいたしまして、2期分けあるいは3期分けで実施しておりますのでございます。それで、この20件の内訳でございますけれども、施設案件一施設案件と申しますのは、病院等を建設するような施設でございますが、こういう施設案件が10件ございまして、そのほか医療器材等を供与する案件が10件でございます。

施設案件のうち、病院プロジェクトが4件ございまして、看護学校等が6件ございます。病院プロジェクトについて申しますと、59年度には新規に2件始まりました。その2件と申しますのは、インドネシアの救急医療センターの建設計画と、ずっと下の方でございますが、パラグアイのアマンバイ地域医療センターの2件が病院関係のプロジェクトで新規でございます。あとの2件は前年度からの継続でございまして、一番上にありますバングラデシュのナランガンジ総合病院と、下の方でございますけれども、ボリビアのサンタクルス総合病院、これは継続でございます。

それから、60年度について申しますと、現在まで9件の医療分野の案件が確定して実施中でございますが、これを同じように施設と機材に分けますと、施設案件が6件ございまして、機材案件が3件でございます。施設案件6件のうち、病院案件が3件ございまして、その3件のうち、1件は60年度の新規でございます。これは下の方のイエメンの国立結核センターでございます。あとの2件は継続でございまして、パラグアイとボリビアの案件でございます。それから、病院が6件のうち3件でございますが、そのほかは看護学校等でございます。

それから、右下の欄に医療分野の件数と金額のシェアが書いてございますが、これはご参考までにJICAの私どもの方で実施促進を担当しております案件、金額に対するシェアでございますので、無償資金協力全体に対するシェアとは申せませんけれども、ご参考までに掲げておるものでございます。59年度医療協力案件のシェアでございますと15.7%、金額で申しますと17.0%、60年度が年度途中でございまして、案件で12.2%、金額で13.8%となっております。ただし、これはJICAの全体の額で申しますと、59年度後半から第2KRと称しております食糧増産援助についても事業団の方で実施促進を担当するようになりましたので、その金額と案件がそれぞれ59、60年度入っておりますので、58年度までの資料とお比べになると比率が

大分下がっておりということ、こういう数字になっております。

ちなみに食糧増産援助分を除いた比率はどうかといいますと、59年度では案件の比率で18.3%、金額では22.4%、60年度でも同じようにやりますと、案件で16.1%、金額で17.1%という比率になっておまして、比率としては相変わらず相当医療分野というのは大きな比率を占めておるということでございます。

それから、事業団の無償資金協力に係る業務は、以上申し上げました政府で供与が決定されましたものについて、その実施促進を担当しますもののほか、その供与の決定以前の段階におきまして、相手国の要請案件について、その妥当性とか、規模内容、あるいは所用の事業費等を調査するという業務がございまして、これを基本設計調査と呼んでおりますが、60年度につきましては、上半期で43件のプロジェクトについて基本設計調査を実施しておりますが、このうちご参考までに医療分野のプロジェクトについて申し上げますと、5件ございまして、そのうち施設案件が2件、機材案件が3件ございます。

基本設計調査につきましては、ほかのプロジェクトでもそうでございますけれども、特に医療関係のプロジェクトについては、ソフト部門が非常に重要でございますので、外務省から案件の調査実施の指示がございまして、私どもの部といたしましては、技術協力関係の連携等を重視いたしまして、厚生省、文部省のご指導を得つつ、また医療協力部とも連携を得まして、基本設計調査を実施しております。

特に医療分野というのは、ソフト面が非常に大切でございますので、基本設計調査の団長、あるいは団員に厚生省、文部省の方々に参加していただいて、慎重を期して特にやっておるという実情がございまして。

以上、簡単でございますけれども、無償資金関係業務につきましてご報告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。

ただいまの無償資金関係について、ご質疑、ご意見ありませんか。

○本多委員 23ページに「医療案件シェア」とあるんですが、どういう意味ですか。

○遠藤幹事(代理) 事業団が実施促進を担当している無償資金の案件が127件59年度ございまして、そのうち医療にかかわる案件が20件ここにございます。

○本多委員 全体の案件の中の医療関係が20件だと。

○遠藤幹事(代理) そうでございます。単純に割って、ご参考までという意味で掲げた数字でございます。

○浜島委員 ただいまのご説明でちょっと分からない点がありますので、ご説明いただきたいんでございますけれども、私、昨年の委員会の際にもちょっと引っ掛かっておった問題なん

です。はっきり言うと、金額シェアのところに出ておりますのが、58年度、昨年度は29.7%、59年度はただいまのお話で補正されても17%が22.4%とおっしゃられましたね。60年度は、途中でございますけれども、私、参考として見てみたんですが、昨年度の途中が金額シェアが28.1%、最終的には17%、あるいは補正しても22%ということで、毎年ぐんぐん落ちているんですね。

ですから、医療関係に関しては無償の問題でございますけれども、これはゆゆしき問題というか……。

○遠藤幹事（代理） ちょっと説明が漏れましたけれども、ちょうど57～58ごろは、日中友好病院とか、スリランカの総合病院とか、大きな案件がありまして、金額的には相当なウェートを占めていた。それから、病院案件関係が相当続いておりますけれども、それからまた全体の無償資金協力予算がふえておりますけれども、その中で従来なかったいろいろな分野、ミニハイドロ（小水力発電）ですとか、太陽電池ですとかいろいろ挙げますと切りがございませんけれども、非常に分野がふえております。それから、アフリカ関係も非常にふえておるといふことで、全体の中で医療分野が減っているということではありません。大きな案件が2、3終わりましたので、そこら辺の影響もございまして、急に変わったという意味ではなくて、全体の無償の使われ方、協力の分野での広がり方で、片や大きな日中病院等が終わったということで、その辺で59年度あたりの実績、あるいは今年あたりちょっと影響があるかなと、こんなことを感じておるわけでございますが……。

○浜島委員 これは竹内課長もいらっしゃいますので、ご意見を承れたらと思うんですが、これは非常に大事な問題なので聞かせていただくんですが、先程、技協を伴ってソフトの方に少しお金が行っただろうというお話が……。

○遠藤幹事（代理） いいえ、そういう意味じゃございませんで、特に医療協力についてはソフト面を重視しないと、プロジェクトがうまくいかない、あるいはせっかく機材を送ってもうまく使えないものが出てしまうおそれがあるといういろいろの過去の反省もございまして、機材を何を送ったからいいとか、どんな建物をつくれればいいという単なる設計上の問題ではなくて、それよりも、その中に入れますソフト、いわゆる医療全体としてどんな機材、どんな建物にすれば一番マッチしたものになるか、有効に適切に使うために、そういうソフト分野の分かる専門的な立場から、厚生省あるいは文部省に調査に参加していただいていると、こういう意味で申し上げたわけでございます。

○浜島委員 私が申し上げているのは、そうじゃなしに、今後無償の行き方としては、もう少し前向きのベターなアイデアをどんどん考え出していきながら、前向きにもっとシェアがアップするような努力が何かあるんでしょうかということをお私、懸念に思うものですから、ぜひそれはやっていただきたい。

○島尾委員長 ジャ、ちょうどいい機会でございますから、竹内課長お願いいたします。

○竹内幹事 まず、基本となるシェアの数字でございますけれども、今JICAの方からご説明がありました数字の分母なるものは、JICAが実施促進を担当している金額並びに件数でございます。私の方で、無償資金協力全体の中で医療協力の件数と金額のシェアということを簡単に数字を申し上げます。

確かに59年度は、全体で24件医療関係がございました。その金額は237億円でございますけれども、分母といたしまして、JICAの担当分に限らず、食糧援助であるとか、およそ無償全体を分母にして計算しますと、昨年場合は15%ということでございます。それが58年度、一昨年場合は18.6%、件数として25件、284億円、57年度は18.8%で266億円ということございまして、確かに浜島先生ご指摘のとおり、全体の金額としても59年度は減っております。

その背景として具体的な数字を申し上げますと、実は58年度までにおいて大型の病院がたくさんございました。具体的に言いますと、58年度まで継続していました総合病院の建設案件というのが6件ございまして、中国とスリランカとパキスタン、バングラデシュ、ポリビア、スーダン。それが58年度の計画によりまして、そのうちの4件は建設が終了いたしました。この6件の病院建設として58年度には138億円充当しておりました。それが59年度には、継続案件でポリビアとバングラデシュの2件に減りまして、この2件で合計35億円ということで、138億円から約100億円、大型病院の関係で金額が減っているというのが数字の上からいった背景でございます。従いまして大きな病院が6件ということで、ある意味では一渡りしたと言えるかというのが一つでございます。

それからもう一つ、これは私個人の体験にもなりますけれども、昨年の6月、無償課長になりましたときに、いろいろ皆さんからのご意見を伺いました。やはり無償だけが先行して技術協力が後から尻拭いという、表現が悪うございますけれども、そういうようなことがあったということを経験しまして、病院に限りませんが、特に医療に関して、相手国政府から要請がありましたときには、JICAとの連携をよくする。外務省の中におきましては、技術協力課との連携をよくいたしまして、ソフトの面で本当にいけるかということをお伺いをする。それは文部省なり厚生省の方をお願いするということになるわけでございますけれども、それとの関係でソフトの面で慎重になっているということは、これは去年から今年にかけて現実の姿勢としてあるわけでございます。

ただ、今後のこととなりますと、私は個人的には非常な問題意識を持っております。無償資金協力というのはそもそも基礎生活分野で、その基礎生活分野の最たるものは、命を救うことと健康であることということとは、無償資金協力の哲学の基本だろうと思っておりますけれども、この状況をどうして変えるか、それとも、このままでいいのかということについては、非常に大

きな問題意識を持っております。

そのためには、今後やはりソフトの面での日本の協力というものをしやすくするというところで、いろいろ知恵を出していくということをやっていただきますと、我々むしろ資金協力としても対応がしやすいということは事実でございます。

従いまして、病院はすべてだめというわけではございませんで、非常にきつちりとした受入体制が先方政府にあるか、もしくは日本側の技術協力の面での協力体制がしっかりしているような場合には、我々としては何らためらうことはないということでございます。

○島尾委員長 どうもありがとうございました。

浜島先生、あとこの問題は、病院協力専門部会の報告が竹内先生から出ますので、将来の方向はそれの関連で、そこでまたご討議いただければと思いますけれども……。

○浜島委員 ありがとうございます。

○島尾委員長 ほかにごございますでしょうか。

よろしゅうございましょうか。

○島尾委員長 それでは、次に青年海外協力隊事業について、事務局長さんが本日ご欠席でございますので、かわって国内課長さん、お願いいたします。

○数原幹事（代理） 国内課長の伊藤でございます。本日、数原事務局長が直接ご説明するところでございますが、ご存じのとおり、先日タンザニアで大事故がございまして、その亡くなった方々のご遺体が間もなく成田に到着する予定でございます。そのために事務局長がお迎えに上がっておりますので、私かわりましてご説明することをお許しいただきたいと思っております。

協力隊の事業の進捗状況、特に59年度から今年度にかけて、簡単にご説明申し上げますと、まず、資料の24ページの表並びに25～26ページの表を次々ご覧いただきたいと思っております。

協力隊の全分野におきましては、概して2年を単位とした隊員を派遣する、しかも、それを公募制で派遣するというのが基本でございますが、医療部門での協力の状況に限って申し上げますと、ここにありますように9月末日現在で現在派遣中、活動中の隊員が153名おります。これは19カ国21の業種にまたがっております。これを全体との対比で申し上げますと、全体がこの時点で1419名が派遣中ございましたので、その10.8%が医療分野ということが申し上げます。これは前年同期と比べますと、105名が153名になり、全体に対する比率が9%から10%になった。実数で申し上げますと、約50%の医療部門での隊員の増加ということが言えるかと思っております。

それからまた、帰ってきた隊員達を合わせまして、累計で現在まで492名の医療関係隊員が出ております。これも全体の数がこの時点で5,938名おりましたので、その中の8.3%が協力隊における医療分野の隊員ということになるかと思っております。



これを国別にご覧いただくために、25ページの表がございます。縦に国をとりまして、横に先程申し上げた業種別をとってみました。既にカンボジア、タイ、ラオスなど派遣隊員を持たないところもございますが、この中で特に医療隊員の多いところは、26ページの最後の合計の欄をご覧いただくと分かりますが、アフリカの中央部にありますマラウィが、合計で約35名くらいおりますし、ザンビア、これまた隣のアフリカでございます。

それから、アジアにまいりまして、フィリピンの16名、これもかなり大きな要素でございますが、このフィリピンの隊員の協力状況は、他と若干違いまして、ラオス・カンボジア難民の一時収容センターの中で医療関係隊員がそれぞれの分野の協力をしながら活動しているという状態でございます。さらに、他の国のボランティア活動団体、それからフィリピン政府の団体、難民救済機構とのタイアップをしながら活動しているという特色を持った活動状況でございます。

ほかにも多いところといたしましては、マレーシアの僻地での、どちらかという、地域診療的な要素を持った活動、さらにスリランカ、パラグアイというところが大手ではないかと思えます。

パラグアイにつきましては、先程もお話が出ましたように、これは既に無償資金協力で作りました消化器センターが4カ所ございましたが、そういうところで看護婦さんとして、あるいは臨床検査技師として後から協力隊がお手伝いしているということでございます。

さらに、現在も若干入っておりますが、トリニダ母子病院、看護学校、さらに今後のサンタクルスでの総合病院の完成が近づきますと、協力隊の派遣が考慮されているやに伺っております。従いまして、パラグアイでの医療関係の協力は、無償資金協力とのタイアップをしながら進めているというふうに申し上げられるかと存じます。

24ページの表に戻りますが、先程申し上げましたように、医療の中で21の業種にわたって協力を進めております。特に多いものが看護婦さん、助産婦さんの派遣でございますが、さらに最近では、臨床検査技師30名、あるいは保健婦さん13名、薬剤師12名、栄養士10名といったぐらいに、かなり広い分野にわたってきていると申し上げることができるかと思えます。

特色のあるものとしたしましては、マラリアとか、ベストコントロールというような、人数は少ないんですが、そういう分野もだんだん出てきているということは申し上げられるかと思えます。

これは59年度でございますが、60年度は1次隊から3次隊に分けて約80名の隊員を派遣する手はずを進めております。一部は訓練を終えておりますし、間もなく12月10日に訓練に入る分も交えて、約80名でございます。さらに、この秋の派遣要請といたしましては、海外から77名の派遣要請ができておりますので、この30日で締め切った中でどのぐらい医

療協力関係者があるか、これを慎重に3月までに選考して出すということで進めております。

こういったところが現況でございますが、協力隊の当面の派遣に関する課題といたしまして、2つ申し上げてよろしいかと思えます。

1つは、先程申し上げたように看護婦さん、保健婦さんというのは比較的人を得やすい部門でございますので、今後は、協力隊として人材確保の点からも、伸ばし得る部門につきましてはどんどん伸ばしていく。ただし、お医者さんの派遣につきましては、要請は確かに8名から10名でございますが、このお医者さんにつきましては、人材を得ることが大変難しいということがあります。ただ、ここで得られますと、お医者さん、看護婦さん、保健婦さんの組み合わせで地域診療でさらに効果的な活動ができるという課題がありますので、こういった職種の多様化に対応する方策を協力隊としてもさらに検討する必要があるろう、こういうふうに考えております。

第2の課題といたしましては、JICAの中での他の部門との効果的な提携を図っていくということではなからうかと思えます。パラグアイ、ボリビアにおいて、無償資金協力によるハードウェアの整備の後に、私どもも入りまして、ソフトウェアでの協力をしているという部門がございますが、そのほかに今後スリランカとか、そのほかの国におきましても、こういう部門での協力が考えられるかと思えます。

そして、協力隊の活動としましては、完全にその中に組み込まれるということについては、若干問題があるように感じておりますが、JICAの行いました協力の効果的な提携ということからしますと、どういうことが可能か、協力隊としても緊急な課題として検討を進めていきたい、こういうふうに考えているところでございます。

これをもって協力隊の医療部門での協力状況を終わりますが、もう一点、先程お話がありました協力隊のコロンビア災害救済チームを緊急に派遣いたしました。この資料はお手元の別立ての資料の中に、1枚のB4判のコピーがございますが、これをご覧いただきたいと思えます。

JICAのJMTDRが派遣されることに伴いまして、協力隊としても医療だけではなくて、若干周辺地域で、その医療チームのお手伝いはできないものかということを考えて、このJMTDRの活動支援を主として11月16日派遣をいたしました。さらに、こういう緊急の事態でございますので、通常の協力隊の派遣とは違いまして、先方からのリクエストを正確に固めた上で出すということは、なかなか難しいわけでございますが、現地に行きまして、相手国からのさらに具体的な要求があった場合には、これに応じていくという2つの目的を持って派遣したわけでございます。そのチームは、今日間もなく成田に帰還するという予定でございます。

ここにございますように、派遣メンバーとしましては、チームリーダーは田口と申しますが、いずれも協力隊のOB、OGでございます。農業土木、あるいは土木設計、さらに生活改善で

あるとか、看護婦さんがチームを組んで出掛けたということでございます。

そして、このチームは16日に出発しまして17日に現地に到着いたしましたので、厳密には現地の赤十字社の指導のもとに、女性の生活改善、看護婦さん、このお2人は現地のチンチナにおきまして被災者の看護、食糧あるいは医薬品の配給といったことを主に活動いたしました。

さらに、土木関係のお2人は、マニゾラスにおきまして、緊急の飲料水の確保、あるいはシェルターの建設ということにまず手を付けようということで参りましたが、一部は橋の修復ということにも参加したように聞いております。これは正確には、明日以降本隊が帰りましたら、詳しくお伺いして、今後の対策を立てたいと思っております。

以上、協力隊の一般的な活動状況と、コロンビアにおける災害救済チームの緊急派遣の状況をご報告して終わりたいと思います。

○島尾委員長 どうもありがとうございました。

今日、残念ながら欠席しておられるんですが、佐々先生から、医者がなかなか協力隊員になってくれないという問題について、こんなことを委員会の席で述べてくれというご連絡をいただいておりますので、ご紹介させていただきます。

医師の中でも、確かに実績は少ないんですけども、行きたいという若いお医者さんは佐々先生の周りの方を見ても結構いる。ところが、若い方が特別な指導者がいない環境で2年間過ごすという、一番大事な時期にうまく伸びないようなおそれがある。できれば、医者の場合に2年ということに断念せざるを得ない人もいるので、1年というような形の制度をひとつ考えていただけないだろうか、そうなれば、もうちょっと協力できる方もいるんじゃないかと思いうようなご意見ですけども、この辺はいかがでございましょうか。

○数原幹事(代理) これは前々からこういう指摘はほかの分野でもございますが、ただ、協力隊の場合、一般の水準からいきますと、語学も現地語をやっていく、現地の生活にも慣れるということをお考えますと、原則として3カ月の訓練をいたしておるわけです。庶民レベルで地について現地語を通じての活動ができるようになりますのに、やはりその後3カ月はどうしても見ておかなければいけない。そうしますと、ようやく油が乗ってきたころに帰るといふことになる、いかがなものだろうかということもございまして、一般論としては、むしろもう少し長くいたらどうかというのが活動現場の状況でございます。

お医者さんの場合は、また国内的な事情をお考えまして、どうかということになるかと思いますが、これはなかなか一般論だけではいけないので、今後検討の課題にさせていただきたいと思っております。ありがとうございました。

○島尾委員長 殊に、言葉など既にある程度できる方の場合だったら、案外事前の訓練期間を短くしてやれるかもしれませんね。

青年海外協力隊の事業については、ほかにご質問、ご意見、ございますでしょうか。

新規に協力隊の派遣を約束した国は、本年度はございませんか。

○数原幹事（代理） ドミニカがこの12月に初めて出ます。それから、ご承知のように、9月に中国と協定が結ばれましたので、来春にはしっかりと中国への派遣のための募集をしたい、こんなふうに思っております。

国としては、さらにアフリカのルワンダという国も協定を結んでおりますので、今後要請を詰めまして派遣したいと考えております。

○島尾委員長 ほかにかがでございましょうか。

それでは、60年度の事業についてはこれで終わります。

○島尾委員長 次に、昭和61年度予算でどのような内容の要求をしているかについて、大島課長お願いできますか。

○大島幹事 大島でございます。この7月にオーストラリアから帰ってきました。黒川の後に技術協力課に参りました。諸先生方には、常日ごろ大変に貴重な大きなご協力をいただきまして、JICAとしまして、あるいは国全体としまして、医療協力面で非常に大きな仕事をやってあるわけでございます。大変にありがとうございます。引き続きよろしくお願いいたします。

お手元に会議資料の2ということで、61年度の保健医療、それから人口・家族計画協力の2つの分野の予算要求が表に掲げてございます。これに添いまして、ご説明申し上げます。

まず、左の欄の保健医療協力費のところでございますが、昭和61年度につきましては、概算で42億2,700万というのが保健医療の要求額でございます。これは先程紹介がございましたように、60年度の予算が41億3,400万でございます。対前年比のところを書いてございますように、トータルで見ますと23%の増でございますけれども、そこにはございますように難民等経費、これはJMTDR関連の経費でございますが、これはやや特殊といえば特殊なものでございます。これを除きました実質的通常の保健医療協力費ということでみますと、60年に対しまして7.8%の増になっております。その内訳でございますが、調査団の派遣に関連しまして、1ページ、それから2ページまでずっといろいろな種類の調査団の派遣経費が載っております。

まず、調査団の派遣全体で2億5,000万ということでございますが、来年度にかけまして、実施に移る関連の事前調査を6件予定をしております。インドネシアの麻疹ワクチン、ネパールの結核研究、フィリピンのリハビリ、スリランカの医薬品製剤でございます。それから、中近東・アフリカ、中南米につきましては、それぞれプロジェクト・ファインディングの調査を出す予定で検討を進めております。6件でございます。

それから、実施協議関連のミッションにつきましては、既に事前調査を終わりました。プロジェクト方式の技術協力をスタートするという事で合意文書を作る関連のミッションでございますが、5件ございまして、このうちの2番目のインドネシアの麻疹ワクチン、スリランカ

の医薬品、フィリピンのリハビリ、これはさっきの事前調査の方にも既に出ておりますけれども、61年度に事前調査もし、かつ実施に入っていくということで、ダブって入っております。この3つは61年度中に実施まで行くということでございます。それに加えて、中国のリハビリセンター、ガーナの予防衛生研究というものが予定されております。

それから、実施設計、これはプロジェクトサイトで生活環境整備をするための設計でございますが、61年度につきましては、ケニアの中央医学研究所を考えております。

それから、4番目の計画打合わせは、協力中のプロジェクトの実施状況を調査し、年次計画の策定について協力するという性格のものでございますが、6件でございます。ビルマの消化器診断、韓国の母子保健、スーダン・ハルツーム教育病院、ケニアの中央医学研究所、それからウルグアイの消化器病センター、ユーゴスラビアのPHC生涯教育、こういったところでございます。

次に、巡回指導として5件予定をしました。プロジェクトの技術上、運用上の問題を解明して、技術的な指導助言を行うという性格の巡回ミッションでございます。既に実施されているものについてやりますが、中国の中日友好病院、インドネシアの北スマトラ地域保健、ネパールのトリバン大学、エジプト・カイロ大学、イエメンの結核対策、一応5件を予定しております。

それから、機材の関連につきまして、供与した医療機材の修理についての技術的指導を行うということで、アジアに3件、中近東・アフリカで1件、中南米で2件、合わせまして6件を予定し、要求をしております。

それから、エバリュエーション。協力期間が終わります前に、協力の効果を測定する目的のために派遣いたします。そこに掲げてあります6件のものについて実情を予定しております。

それから、基礎調査。保健医療にかかわる基礎的な調査ということで、61年度はポリビアを予定しております。

それから、事後調査。技術協力の終了プロジェクトが今どうなっておるかということで、終わりましたプロジェクトについて、現状を調査し、必要があればフォローアップの協力を行うということで出しますが、61年度はスリランカでございます。スリランカは、過去に薬品検査試験所とか、ペラデニア病院の実施の実績がございます。これを含めまして調査をします。

それから、新規の要求としまして、10番目、最後に掲げてございますが、機材仕様調査という目的で、1件の新規要求を出しております。これは実際にプロジェクト方式でやっております技術協力のものについては、専門家がおられる、あるいは研修員が来ておるということでありまして、かなりの情報はそういうことでルートを通じて入るわけでございますが、そういったプロジェクトとは別に、不特定の国から特別機材供与ということで、プロジェクトとは結びつかない形で要請があります。

これは非常にたくさんあるわけですが、こういったものは専門家とか、研修員と結びついていないために、どういう要請の背景があるのか、そもそも必要とされているかどうか、これを機材供与した場合に効果がどうであるのか、それから細かい仕様、あるいは相手方の保守管理能力、こういったことにつきまして、正確な情報が非常に入手しにくいわけでございます。非常に大きな支障を来しているものですから、とりあえず 61 年度は中南米の諸国からこういった単独の機材供与の要請がたくさんまわっているものですから、一応中南米を念頭に仕様調査のミッションを出すということでございます。

こういった新規の要求は一度にたくさん要求しても、とてもつきませんので、とりあえず 1 件要求して、将来に向けて少しずつ芽を大きくしていくということでございます。

以上専門家につきましては、60 年度は 37 件でございますが、1 件増で 38 件の予定をしております。

それから 3 ページに参りまして専門家の派遣でございます。23 億 1,500 万、そこにございますように長期・短期の専門家、長期調査員、大学の教授等でございます。60 年度の 304 人から 26 人増の 330 人を予定しております。

それから、その下に中堅技術者養成対策費ということで、新規の要求としまして、補助率の逓減方式をとらない形と書いてあります。これはわかりにくいものでございますが、要するに協力の相手国のカウンターパートに当たるような人達に技術移転を図るといった場合に、ある程度相手の国のローカルコスト的な部分を見てあげないと、なかなか実際問題として個人がポケットマネーで対処しなきゃいかんといったような事態がたくさん伝えられるわけです。従ってある程度面倒を見なきゃいかんということですが、これも丸抱えになりますと、なかなか自助努力にならないということで、対策費を出すわけですが、だんだん逓減させて、数年後にはゼロにするといったような考え方に基づいて現地対策的なものを見るということなんですが、一般のほかの技術協力でそういう形で行っている予算ですけれども、医療の場合にはなかなかそうもいかないということで、この辺は逓減方式を外してもらおうという要求でございます。これが 1 件でございます。

それから、4 ページ目に参りまして、機材供与に必要な経費ということで、約 13 億 9,600 万でございます。機材供与費、それから新たな新規の要求としまして、機材の修理費というものをしております。これは申すまでもなく機材を出しますと途中で故障する。機材を選定し出す場合には、文字どおり、できるだけ現地で修理できる、そもそもあまり故障しないものとか、当然考慮の上供与するわけでございますけれども、そうはいっても、いろいろ故障が起こるのが常でございます。私どもに判明しているところでも、随分たくさんそういった修理を要するケースが、リーダー会議その他で報告されております。

これは本邦から出掛けて修理をする場合もあれば、あるいは近隣国から派遣されて専門の人

が修理に当たるといったこともありますけれども、どうしても日本に持って帰って直さないと直らないといったものもあるわけでごさいます。これは実態は日本に持ち帰って修理を可能にするような費用を要求したいということを出しているものでございまして、60年度につきましては、そこにごさいますように、今大体動いておりますプロジェクトの半分ぐらいにつきまして、こういった関連の費用を要求しております。約2,600万程度でごさいます。

それから4番、アフターケアに必要な経費。これはそこに3件ございます。ケニアのケニヤッタ、ナクール病院、ブラジルのワクチン製造ということで、これはいずれも既に終了しております技術協力案件でごさいます。ケニヤッタについては、8年の協力のあとに50年に既に終わっております。ナクール病院も50年に7年間の協力の後、既に終わっているものでございまして。ブラジルのワクチン製造、これは昨年、4年の協力の後に終わっております。こういったものにアフターケアを行うということで6,300万でごさいます。

それから最後に、難民救済医療協力等ということでございまして。これが先程来何度も話が出てきておりますJMTDR関連の経費でごさいます。2億円ということでございまして。

以上が左側の保健医療協力費の全般でごさいます。60年度41億3,400万に対しまして、約1億円増で42億2,700万という姿でごさいます。

右側の人口・家族計画協力費は、60年度、今年度が約8億3,000万ということでございまして。これを8億8,200万、伸びにしまして6.4%でごさいます。その内訳は、まず調査団関係ということで、事前調査が2件ございまして、インドネシアの家族計画と、アフリカ地域のプロジェクト・ファインディング、それから2番目の実施協議がスリランカの家族計画、3番目の打ち合わせがネパール家族計画、あと巡回指導、機材修理、エバリュエーション、基礎調査等々ということで、そこに掲げてある国に対しまして、それぞれのミッションを出す。トータルで調査団につきましては、9件から1件増の10件ということでございまして。

3ページに人口・家族計画関連の専門家派遣、約2億7,000万でごさいます。人数につきましては、そこにごさいますように、60年に33人でございまして、2人増の35人を要求しております。それから、中堅技術者要請対策費という先程ご説明申し上げました現地の経費ということで、補助率の通減方式を外した形でのものと同じものを人口・家族計画についても要求を出しております。

それから、人口・家族計画の機材供与につきましても、機材の修理費につきまして、左側の保健医療の考え方に立ちまして、これは約5百数十万の小さなものでございましてけれども、プロジェクトの要求につきまして、新規の要求を出してあるということでございまして。

以上が大体61年度の予算要求の姿でごさいます。

最後に、先程触れました難民救済等のJMTDRの関連の予算がそこにごさいますように、約2億ということでございまして、先程総裁が冒頭の挨拶の中で触れておられましたけれども、

今の外国における自然災害の場合に、JMTDR については大変な実績活動をしておられます。高い評価も得ているわけですが、医療面にとどまらないで、さらに救助チームといえますか、医療以外の分野でも、いろいろもって日本は人を出して災害時における協力をしなければいけません、人の影が薄いということをもスコミなんかでもいろいろ言われておることは承知のとおりでございます。

そういうことで、医療以外の面につきましても、緊急時における協力の体制を整えるということで、今外務省と、関係する省庁と検討を進めております。その具体的な形がどうなるかというのは、まだ最終的な結論には至っておりません。なかなか全部を取りまとめた総合チームという形にきっちりしたものを持っていくには相当時間がかかりますし、実際の経験を踏まえながら整備をしていかなければいかんということでございます。当面私どもとしましては、今整備されております JMTDR は JMTDR として現体制をきちっと維持する、同時に、JMTDR が今まで持っております経験、あるいは体制、登録制度とか、連絡網とか、必要な資機材の備蓄とか、こういったものについては、その経験を学びながら、別途救助チームにつきましても、かなり似たような形で体系を整備して運用する。従って同じ傘の下に入るか入らないか分かりませんけれども、かなり似たような体制で整備をして、いざというときには、医療のチームは今の JMTDR の制度で発動され、もう一つの救助チームの方も、非常にそれと似通った形で、恐らく消防庁が主体になると思えますけれども、消防庁が協力の相手ということで、発動され、現地においては臨機に対応ということになります。基本的には医療チームと緊密な連携、協力のもとに活動するといった考え方に立って検討を進めているところでございます。

上の方からも本体制整備についての指示を受けておりますので、今申し上げましたような考え方に立って検討しておるということでございます。JMTDR との関連もいろいろ出てきますので、一言だけ付言をさせていただきます。

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。

竹内課長さんの方からは、来年度予算に関連して何かご発言ございますでしょうか。

○竹内幹事 特にございませんけれども、無償資金協力の場合には技術協力と違いまして、予算要求の際にこういう細かい要求の仕方はしておりません。医療協力が中心になりますのは、我々の無償予算の中では一般無償でございますけれども、来年度一般無償は、今年度よりも 88 億円をふやしまして 1,106 億円を要求いたしております。そのほか生産補償とか、災害関係費というのがございますけれども、それは一応関係ございません。

それから、今ここで技術協力課長から説明がございましたのは、JICA の関係の医療協力予算でございますので、我々の方の無償関係におきましても、事前調査であるとか、フォローアップというのは JICA の無償協力関係の予算としてでございます。その点で、我々は昨年



前調査に特に力点を置いておりました。これは医療協力だけではございませんけれども、事前調査については、今年度予算で約18%の破格の伸びを得ております。これは財政当局も、協力においては事前調査が重要だということを認識していただいているわけございまして、来年度につきましても、JICAの無償資金協力の事前調査の予算につきましても、やはり18%増の要求をしているところでございます。

○島尾委員長 どもありがとうございます。

明年度の予算について、今ご説明がありましたことについてのご質問、ご意見等々ぜひいただきたいと思いますが、いかがでございますでしょうか。

○浜島委員 非常に大事な委員会でございますので、ちょっと教えてほしいことがございます。協力隊、あるいは専門家、すべての人にかわりまして、最近は特に赴任先の国の物価が非常に上がっているということで、専門家で派遣される人でしばしば赤字を出す人が多いんですね。あるいは、自分の自腹を切ってまで出るという方が再三ありますので、日当だとか、宿泊費なんかはどこでお決めになられるのか、ベースアップのお考えかどうなのかということをご検討いただきたいと思っております。

○大島幹事 今、ご指摘をいただきました点は、実は私どもも毎日のようによく聞いていることでございます。

まず、協力隊につきましても、やはり海外手当というのがございまして、平均で今330～340ドルだと思っておりますが、多少その状況によりまして、もちろん差を付けております。ただ、協力隊につきましても二説ございまして、これはいつも議論になるんですけども、協力隊はボランティア精神が基本になっておる。従って、あまり手厚くし過ぎるのもどうかという議論があるのと同時に、しかし、実際に現地に行ってみられた方は、いかにもかわいそうじゃないかということ言われて、従って、もっと手厚くやるべきだという議論が他方にもございます。

協力隊につきましても、いつも大体同じような考え方で両説が出ておるわけですが、今年61年度につきましても、多少でございますけれども、やはり諸物価が上がってあって、現実には相当に難しい状況でやっている人が多いわけでございます。他方で、外に行き活動現場を見てもらえると、いや、そうでもないよとおっしゃる方もありますが、全体としては多少の改善を目指しております。

それから、専門家の方々につきましても、実情は国により当然差がございまして、一般的には、今ご指摘いただいたように、かなり自腹を切りながら、あるいは現地業務費というものも付いておるわけですが、それもままならぬ。それから、アフリカなんかですと、カウンターパートの旅費は相手国政府が持つべき場合も多々あるわけですが、それがなかなか出ない。そうすると、結局こっちが出してやらなければいけません。それにも限度があるということで、協力を効果的にやるためには、その辺の経費がもうちょっと何とかありませんでしょうか。

か、という話はよく聞くわけございまして、まさにその点につき、現地業務費とか、あるいは専門家の待遇そのものにつきましても、私どもの要求の中でのかなりの部分を占めております。

一般的には、諸物価の上昇につきましては、大蔵当局も理解はございますけれども、非常に横並び的というんですか、そういう要素もありますので、話は分かっているけれども、なかなかということございまして。私どもも、そういう要求は十分に踏まえまして、少しでもよくなるように頑張っているところでございまして、そういうことをご了承をいただければと思います。

○島尾委員長 ほかでございますでしょうか。

○林委員 今までにご説明いただかなかったところで、61年度の予算に関連してですけれども、研修員受入事業のご意見を伺っておきたいと思うんです。

研修員受入の中で、1つ、集団コースですけれども、先程ご報告いただきましたように、十幾つありまして、それぞれが大変有効で評判がよくて、要望が非常に大きいんですけども、50%ぐらいしか充足していない。これは研修員受入の中でも、特に集団コースの場合は、受け入れる我々の方からいうと、労力をかけないで、人数が多少ふえても同じ効果が上げられるものですから、そういう点で61年度には若干それをふやせるというふうなことが組み込まれておりますでしょうか。お伺いしたいと思います。

○宮本幹事 予算人数で申し上げますと、今年度は4,420名が予算定員になっております。来年度230名を増員する計画で4,650名を要求しております。しかし、やはり大変な要望がございまして、230名増では賄い切れませんので、現在199コース実施しておりますが、これの見直しをしております。ということは、過去57、58、59年度実施しました199コースの今までの応募率、参加率等を全部勘案いたしまして、最も要望の高いところに、また要望の強い国に割り当てるような作業を進めておりますので、なるべく途上国の要望につきましては、大いに改善していきたいと目下考慮中でございます。

○村松委員 一つ細かい質問で恐縮なんですけれども、既に進行しており、そして来年の予算でもお話が出ましたユーゴスラビアのプライマリー・ヘルス・ケアの生涯教育、内容的にお差し支えなければ少し説明していただければと思うんです。と申しますのは、常識的に言うと、ほかの国は全部開発途上国であるのに、ユーゴスラビアというのは普通、国際連合では先進国の方の категорияに入るという意味で、かなりユニークなケースじゃないかと思うものですから、もしお差し支えなければ少し内容をご説明願いたいと思います。

○長谷川幹事 ユーゴスラビアは、私が知っている限りは、先進国と開発途上国との中間ぐらいだと思いますけれども、先進国ということではないということで援助の対象になっているのだと私は理解しております。

○村松委員 別にそれを問題にしているわけではないんですけど、要するに内容的には、こ

ちからから向こうにテクノロジー・トランスファーということになるんでしょうか。おっしゃるよう  
ように中進国だと思いますけれども、中進国が技術協力の中に入ってくる可能性というのも将  
来かなり大きいんでしょうか。

○長谷川幹事 向こうの方では、外貨不足ということもあり、オーディオビジュアルとか、コ  
ンピューターによる生涯教育のプログラムの作成等、そういう面では非常に遅れておまして、  
日本に技術協力を要請してきたということで、日本のそういう面での進んだ技術を、医学教育  
学会その他で日本ではかなりやられておりますので、そういうところから専門家を派遣したり、  
そういう資機材を供与して協力しているわけでございます。それでお答えになりますか。

○村松委員 そうしますと、これも向こう側からリクエストが出てきているわけですか。

○長谷川幹事 もちろん、そうでございます。

○村松委員 これは大変細かい質問で申し訳ないんですけども、日本の持っている技術協力の  
こういうものについて、例えばユーゴスラビアという中進国のカテゴリーに入る国にもインフ  
ォメーションは流れていくということになりますか。

○大島幹事 それでは、私の方からお答え申し上げます。

ユーゴにつきましては、今ご指摘がございましたようなプライマリー・ヘルス・ケアの協力を  
ご承知のようにやっております。そのほかにもユーゴなんかですと、後進国ではもちろん  
ございませんで、あえて言えば、NICs (Newly Industrialized Countries) でございますか、  
韓国とか、そういったレベルにある国でございますけれども、技術協力の対象にはなっております。

それで、全部で126カ国ございますが、その中には技術協力だけで見ますと、例えばクウェ  
ートとか、国民所得が1万ドルを優に超えているような国にも技術協力という観点からやって  
いるわけでございまして、あるいはサウジアラビアとか、アジアで申しますと、ブルネイとか、  
オイルリッチ・カンTRIESも、石油はあるし、金は持っているけれども、技術がないとか、  
あるいは人作りが必要であるという国がございまして、例えば、サウジアラビアなんかに対し  
ましては、海水の淡水化という技術の協力をやっておるわけでございます。

ユーゴにつきましても、プライマリー・ヘルス・ケアの分野につきまして、要請が参って  
おまして、これを取り上げて、59年、つまり昨年から向こう5カ年、64年までクロアチア  
のザグレブでプライマリー・ヘルス・ケア関連のプロジェクト方式の技術協力を既に始めて  
おります。主としては視聴覚の機材を使いまして、ユーゴにおける国民保健医療行政に力を入れ  
たいという向こうの要請でございます。それをそのまま受けまして、開始をしております。

○村松委員 どうもありがとうございました。そうすると、いわゆる先進国とか、開発途上国  
とかの分類で、そういうことにこだわるよりは、分野、分野によって我が国が技術協力を行う  
可能性のあるようなところは、広く世界中にその対象を求めている、そういうふうにご了解して  
よろしゅうございますね。

つまり、非常に素人的に、技術協力というものが主たる対象国が純然たる開発途上国であるというふうに、ちょっと私、前提的に考えていたもので、そうすると、ユーゴスラビアというのは、国は確かにおっしゃるような中進国ですね。もっともあれは地域によって非常にレベルが違ってまして、クロアチアの方は大分進んで、ベオグラードの方は大分遅れているはずですけども、そういう意味で、もっと実質的な判定によって対象を決めているんだということでもよろしゅうございますね。

というのは、いろいろな国の人に接触して、場合によると、こういう話が出てきたときに、私の今までの錯覚では、あなたの国は対象になってないからだめだというふうに、あまり早計に言わない方がいいということだと思います。

○大島幹事 ユーゴにつきましては、世銀その他の分類では、一応開発途上地域というところにはまだ入っておるようでございます。

そういうご照会が外からあった場合には、無償資金協力の関係は、援助対象国についてはかなりきついという条件がございますが、技術協力については、その辺はかなり緩やかに理解をしながらやる。国造り・人造りになるような側面が認められれば、かなり柔軟に対応するというところでございます。

全体がかなり進んだ国でありまして、いわゆる開発途上地域ということで、国連とか、世銀とか、あるいはパリにあります開発委員会とか、いろいろな統計が出ておりますが、そのどこかに引っかけってくるような国であれば、温かい目で協力していきましょうというぐらいに弾力的にやっておるといのが実情だろうと思います。

○館委員 私、このユーゴスラビアのプロジェクトの国内委員会の委員長をやっておりますので、今の説明をもう少しつけ加えたとご理解いただけたらと思います。

決してユーゴスラビアにプライマリー・ヘルス・ケア・デリバリーシステムを作ろうというのではなくて、既にプライマリー、セカンダリー、ターシャリーのきちんとシステムができてはいるんですが、第一線で動いているプライマリー・ヘルス・ケアワーカーズの教育についての技術援助をしてくれという申し入れでございます。

ですから、教育技術の問題、とりわけオーディオビジュアル機器を使い、あるいはコンピューターを使いながらの教育を展開して効果的に進めていく技術援助をしてくれということで、医学教育学会その他の連中が応援をする形で対応しております。

少し追加をいたしますと、そんな内容になっておりますので、この点では、先方は私どもの国の技術を高く買い、要請をしてきている経過があることをつけ加えたいと思います。

○島尾委員長 それでは時間の関係もありますので、次の議題に移りたいと思います。

病院協力専門部会でございますが、これは一昨年の本委員会で設立が決まりました、竹内先生に部会長として2年間にわたってご検討いただきまして、無償との関連も大いにある分野な

んですが、先般、内容をまとめていただきましたので、竹内部長からご報告をいただきたい  
と思います。

竹内先生 よろしくお願ひいたします。

○竹内病院協力専門部会長 竹内でございます。

お手元の資料3でございますが、そんなに長い資料ではございません。大分お疲れのよう  
だと思いますので、簡単に説明させていただきたいと思います。

この病院協力専門部会の報告をもう少し早く出さなければいけなかったんですけども、諸  
般の事情がありまして、やや遅れましたことをまずおわび申し上げます。

一口に病院部会と申しておりますが、7名の委員からなっております。お手元の資料にそ  
の一覧表が載っております。島尾委員長以下7名であります。そもそもの病院部会と  
いうものを持たれるようになった理由というのは、大方の方のご存じのように、先程委員長が  
言われたような無償との関連がありまして、しかも、その関連が多少ぎくしゃくしたとい  
うことから、ではこの委員会を持とうということになったわけでありまして。

ご存じのとおり、経済協力というのは、医療に関してはやはり技術移転ということが第一であ  
る。その結果として物が要るなら物もやろうという考え方が進んできたわけでありまして、  
我々過去の大部分の時間というのはそれでいいと思っていたところが、ごく最近になりまして、  
時間でいえば3～4年ぐらいのところから、技術は要らないよ、病院だけ建ててくれとか、そ  
ういうふうな要求がしばしば出てまいったわけでございます。

我々の方としても、そういうふうな要請がさまざま変わりしたことに對して、急速に對應する姿  
勢になっていなかったものだから、その辺が多少問題をはらんだところではないかということ  
であります。我々7名が集まりまして、過去3回やって結論が出たというわけでありまして、  
もちろん最終的な結論ではなくて、報告的なまとめができたという意味であります。

話し合いながら、問題点を洗い出してみますと、資料3の2ページから3ページにわたりま  
して、1～6までの問題点が洗い出されてきたわけでありまして。これは一々読んだりするこ  
もないので、簡単に言葉でご説明申し上げますと、まず、問題点の第1というのは、プロジェ  
クトを要求してきて、それは主に病院をやるんだといって、我々の方から事前調査団が出て、  
それでいよいよ協力体制に入ろうとしたときに、相手国の病院に対して協力すべき医師が集ま  
らないというような事情が分かってきたということでありまして。

それから問題点の第2は、やってくれやってくれといって病院等が完成して、さあ、あなた  
方でやってくれ、一本立ちですよという事態になると、そのちょっと前ぐらいから、どうもそ  
んなに立派なものを建ててもらっても、おれたちの方では運営ができないんじゃないかとい  
う不安を訴えてくる国があるわけです。

3番目は、やってくれというから我々の方でも陣容を整えようとする、専門家、医師、そ

れに関連する業務の人達が、我々の方の側としても十分集まらないという事情があります。これはもう非常に古い問題でありまして、先程も青年海外協力隊の方からもお話が出たように、医師となると何となく人間が集まらないというのが我が国の実情であります。この理由については、いろいろたくさんありますが、このことについては、いずれまた機会があると思います。そういうわけで、やるよとこっちが言っておいても、こっちでも十分に対応体制ができないというのが3番目の問題です。

4番目の問題としては、こっちが向こうへ出ていくにしても、向こうからこっちに来て研修を受けるにしても、各々の国の医療ライセンスの問題が絡んでくることが問題であるということが分かったわけでありまして。これで言うと、4番目は向こう側、5番目はこっち側の話であります。これは随分昔から議論されているところでありまして、大体今まで曲がりなりにもやってきた病院を中心にした医療協力というものが、まずまず成功しているのは、結局R/Dの取り決めるときに、そこにはっきり、この範囲のこの場所では一応日本のライセンスは認める、あるいは日本へ外国人が来た場合には、そのライセンスそのものを一般論として議論するんじゃないくて、特殊ケースとして、ここの場所で、この日本人の医者の指導の下ならばある程度はやってもよからうという一種の了解事項のようなものがありまして、それでやっていたということでありまして。

6番目はどういうことかという、病院管理の問題であります。病院というものは、ほかの社会的ないろいろな機関と同じように、一つの民族なり、その国の文化的背景の上に運営されているものでありますから、例えばマレーシアの病院のあり方と日本の病院のあり方とは、当然そこに住んでいる人間、あるいはそこに出入りする人間の文化が反映してくるということもあります。

それから、第2は、やはり経済上の貧しさということから、本来あるべき医療の中にあまりすっきりした要素が入ってこないで、うやむやになっているところもありますので、病院管理というものを我々が日本で考えているような形で向こうへ提案してやってもらうことは、多少これは問題があるんじゃないかなと思ひまして、6つほどの問題点の解決にはなかなか至らないけれども、ではどうしたらいいんだろうかという意見が幾つか出たというくらいの報告書であるというふうにご了解いただきたいのであります。

多少補足して申し上げますと、3ページの問題点1について、これはそこに書いてありますように、スリランカの総合病院であります。ここも結局は、相手方、カウンターパートのスリランカ人の医師が十分集まらないということが問題の発端になったわけでありまして。では、なぜそういう事情があるのにそれが分からなかったのかという問題になるわけです。何も向こうの国を責めるのではなくて、我々がそういう国を相手にしてプロジェクトを組んだときに、我々が調査団 恐らくこの場合は事前調査団だと思いますけれども、その編成をして、その中

にはっきり医師が入っていないながら、その医師が見るべきものを見てこないで報告書を出してやれと言った。こういうところにむしろ原因があるんじゃないか。

従いまして、病院部会の一致した意見は、今までのようなやり方で結構ですよ。ただ、ちゃんとした人選をやって、事前調査団の中にちゃんとした目のきいた医者を入れる、どういう医者を選んだらいいかということは、無償資金協力課と技術協力課が十分話し合って、この人ならばいいだろうという人を選んでくれ、そうすれば、その方が責任をもって報告書を書き、かつ事後これが認められた場合には、その人が責任を持つであろう、そういう人を選んでいただきたいんだというのが、1のことです。

これは先程、無償資金課長の方からも十分ご説明があったように、今さらこれを問題にする必要はない。もう外務省も、JICAもその体制でいらっしゃることは我々は信じておりますので、今さらこれを問題にすることはないと思います。

それから2番目の、ある大きさの病院を建てて、我々の方からも専門家が出、向こうからもその病院を運営するのに必要なカウンターパートを日本に呼んで訓練してもらって、そして病院が発足するという段取りになるのでありますが、先程申し上げましたように、その国の国家予算と、要求された病院の運営費との間にバランスが取れていない。病院の運営をやると、その国の厚生省予算の半分ぐらいを病院が取っていつちゃうという形になってしまいうんですね。向こうも政府がかわりますし、担当の役人もかわりますと、だんだん考え方が変わってくるんじゃないかと思うんです。初め独立独歩の精神でいたのが、この辺でおんぶしてもいいだろうというような多少甘えが出てきているという事実は過去にもあったわけです。

これに対して、我々は今までどうしたかという、今までは、もう情け容赦もなくだめだよといって頑張ったという例もあります。けども、どうもあまりそれでは気の毒だという雰囲気から、少しは何とかしてやろうじゃないかという機運が出たこともあります。しかし、それは実行されなかったわけです。かなり弾力的に対処してやったらどうかというのがこの報告書の趣意でありまして、これは具体的にはローカルコストという形である部分はカバーできる。しかし、私の経験では、そんなお金ではないんですね。

例を申し上げますと、今凍結しておりますけれども、ベトナムのチョウライ病院の場合には、年間1億円ぐらいのメンテナンス・フィーをくれという話だったんです。それを3年間続けてくれ。国民の税金で、向こうにハンドオーバーした後の病院のメンテナンスの費用まで我々が持つということは、これはとても考えられないことなんです。それですったもんだいたしまして、結局そのときの外務省並びに大蔵省の対応は、かなりフレキシブルであったと私は記憶しております。

そういうことで、ここではローカルコストの範囲の中だけでも日本側が負担してやってはどうかという意見が出たということは、当面結構ではあります。話はそれだけでは済まない

思います。かなり本腰を入れて、事後の面倒まで見てやるという体制が日本の政府としてできるかできないか、このところはこれからの問題だというふうに考えます。

それから、第3の問題、つまり日本人の派遣医師をどうリクルートするかということですが、これは結局はPR以外にはないということでもあります。ご存じとおり、なかなか日本の医学界というものは、発展途上国に対する技術援助をそう簡単には受け入れないような体質を持っており、これは非常に残念なことでありますけれども、現在のところはゆっくりと流れが変わっていると私は思いますが、早急に来年度ではどうなるかということに対しては、本年同様にそんなに明るい見通しは持てないと思います。

これは1人や2人の考え方ではないので、殊に教授会が持っている一つの宿命的な体質みたいなものがあります。これを変えていくということに関しては、いろいろな手があるわけです。一口にPRといっても、ただJICA側がいろいろなパンフレットをお渡しになる、これも結構ですけれども、それほどの効果は最早ないんじゃないかと思えます。

そこで、具体的な例を挙げて申し訳ないかもしれないけれども、例えば京都大学の浜島教授のところなどは、教授会の中に海外協力委員会というようなものをお作りになって、浜島先生も大分いろいろご苦労があったようでございますけれども、教授会というレベルでPRする。大体医者というのは一種の封建的な世界の中に居りまして、教授がうんと言えば大体動くんですよ。それ以外の下の中にも幾ら説得しても、教授が頑迷ならば、その若い連中の善意がほとんど生きないというのが現状です。本多先生なんか初めから教授が先頭に立っていらっしゃいますから、これでガーナがうまくいったと私は考えております。しかし、こういう教授はなかなか出てこないわけです。

そういうことで、文部省は、国際協力基幹大学ですか、ああいうものをお作りになって、PRをしていらっしゃるようだけれども、なかなかこれも、全国のある特定の3つの大学の教授が、国際協力に非常に熱心な先生がその教授になって大いにやっていただくかということ、教授選考は別のレベルで教授会でやりますから、選ばれた人が必ずしも国際協力をよくわかっているとは限らないという現状で、文部省でせっかくお作りになってもうまく動いていないという面も私はあると思います。日本人の海外協力の意思をリクルートするというのは、これは相当な時間がかかりますが、動いてはおります。

具体的なことはそのくらいに止めておきまして、ともかくこれは非常に時間がかかることであるということで、では具体的にどうしようかということ、やっぱり一本づりということ以外にはなからうということになってまいります。

それから今度は、問題は、日本人が何で協力しないかということ、教授だけが頑迷ではないんですね。教授が頑迷でなくても実際に若い人を1年2年という長いスパンで外国に派遣すること自体が、国立大学でありますれば、助手まで国家公務員でありますから、国家公務員をこう



いうことで長いこと海外に派遣するということに対して人事院がどう思うのか。文部省自体の問題じゃなくて、もっとそれ以外に我々の人事を管理している役所が、そんなにあけておこなら要らないだろうと、こういう解釈を必ず出すわけです。その辺の調整が政府の間の機構の中でもどうも十分に動いていないというふうに皆さん感じておられるわけなので、どうも制度の上でも、ムードの上でも、まだ完全には問題は解決できないだろうということでもあります。

それから、医師の免許証については、大谷先生がいらっしゃるので、ご意見をいただければありがたいと思いますけれども、結局今のところは、一般論として、日本の医師免許証が通用するかしないかという大上段の議論をやらなくて、むしろ個別に、具体的に処理するというところで、R/Dを結ぶならR/Dの中にそれをはっきり書くということで処理した方がよさるかと思えます。

それから、6番目の最後の問題であります。これは病院管理の問題であります。確かにおっしゃるような文化的なものが基本にある以上は、直ちに変わるということとはできないけれども、先程お話ししたように、病院を作ってくれと行って、あとは一本立ちで我々は歩きますよと行っておきながら、最後になってやってくれ、多少のお金をくれということになりますと、たとえ日本政府がフレキシブルにこれに対応して、お金を出してやっても、今まで病院の中のお金の動きがどうなっていたかということに全然つかんでいないで、そういう資料が全然なくて、くれという向こうの要求したものを日本が出してやるということにはなかなかならないと思うんです。

それで、初めからこういう形の病院管理をのめということはずいにして、ある程度病院の中のお金の動き、人の動き、そして政府予算との絡み合い、その辺のところははっきりつかんでおきたいというのが我々の考えでありまして、それがなくして、いきなりハンドオーバーした後のメンテナンスをやってくれと行って、これはなかなか無理じゃないかというふうに報告書はまとめてございます。

最後に提言があるのでございますが、この提言というのは、病院専門部会というのは、ともかく問題が多いところだ、規模もだんだん大きくなって来るだろうし、何かこれを永続的に討論するような検討会のようなものを持ちたいというのが病院委員会の皆さんのご意見でありまして、仮称でございませぬけれども、「病院技術協力検討会」というものを、これからも一種のスタンディング・コミッティとして持っていったらどうかという提言がなされたわけでありませぬ。

簡単でございませぬが、以上で終わります。

○腐尾委員長 どうも竹内先生、ありがとうございました。

今、竹内先生からご報告のように、問題点を洗い出し、それに対処するにはどんな点が考えられるだろうか、解決の方法までは到底お示しすることができませんので、基本的な考え方

を提示したつもりでございますけれども、委員の先生方からこの部会の報告に何かご質問、あるいはこんなふうに変えたらどうだろうかというようなご意見はございますでしょうか。

○本多委員 大変どうも長い間いろいろとご検討いただいております。いろいろな問題が浮き彫りされたのですが、これは今まで何度も言われていることであるし、また、これを何とかしなければいかんと私達も努力はしてまいりましたが、相変わらずの状態であるということは、はなはだ残念だと思っております。

しかし、考えてみると、日本の制度は、私、大学教授を定年になったから言いわけではないけれども、先程竹内副学長がおっしゃったように、あまりにも大学中心に考え過ぎているのではないかと。ですから、そこで公務員の制度というのが非常にマン・パワーを制限してしまっている。その辺をもう少し今度方角を変えて考えてみたらどうだろうか、全く方角を変えてみる。ということは、大学は必要でございますけれども、こういう海外協力というのは、一つは学問でもあるけれども、実行であるということが私は大事だと思うんですね。

そういう意味においては、リクルートというのは、非常に基本的に大事なことなんですけれども、それをいつまでも大学、大学と頼ってばかりいてもしょうがないしまた、ここにおられる大学の偉い先生方も、やがては定年になられる。定年になられたら、何も発言力がなくなるのでは、しょうがない。最近はどこでも定年で、厚生省は65歳で終わりだし、私のような田舎大学も65歳、大阪大学のようなところだと60歳、東大は60歳ですか、ところが、63歳とか65歳なんというのは、まだ働き盛りなんですね。私、67歳なので変な言い方なんですけれども、まだまだこれからだし、一番技術あるいは知能の円熟した時代だと思うんですね。そういう人達を大いに利用するリクルートの組織が必要だと私は思うんです。

あまりにも若い人、若い人というよりも、むしろ我々が若いのであるから、我々を利用するような組織を考えていただきたい。そのためには、もっと変わった別の角度からの考え方をさせていただきたい。これは医学だけではなくかと思うんです。工学部でも、理学部でも、あるいは農学部でも、定年になった人達が、いわゆるシルバー・ボランティアという形で大いに協力する。そこから若い命がだんだんと育ってくるのではないかと、私はそう考えております。

そういう意味において、あと検討会か何かございますが、そういうお考えを持ってご検討い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。

幾つかのプロジェクト・リーダーに定年の先生方で活躍していただいている方も既に実際に出ていますので、定年になったエキスパートの活用というのはぜひ積極的に考えていただきたい一つの項目だと思います。

ほかに何かございますか。

この内容について文部省、厚生省の方は何かコメントがございますか。実際に作る段階で幹

事としてご参加いただいているいろいろご意見は調整させていただいたと思いますが、特別何かご意見はございますでしょうか。

○大島幹事 特にございません。

○曲直部委員 この部会の委員の1人として、ちょっと補足させていただきます。

私、臨床の立場でございますので、挙げられました問題点の番号で申しますと、4というのは、日本側から参りました専門家の活動に関しましては、それほどの制限は特に感じないわけでございますけれども、5の現地の臨床医師の日本における研修について、これが臨床で研修の実を上げるのが大変難しいわけでございます。これはやはりライセンスの問題でございます。

昨今、医療事故が非常にやかましく取り上げられております。もしこういう人達の研修の間において事故が起これば、だれが一体責任をとるかという責任の所在について、今後JICAとしても十分お考え願いたい。そうでないと、私どものところにも随分見えていますけれども、私達の部長達はそういうことが明確にされないと、カウンターパートの研修はお断りしたいということを申しておるぐらいでございますので、これは厚生省に関連したことでございましょうが、何か特別の措置を特にお考え願いたいと思次第でございます。

○島尾委員長 どうもありがとうございました。

ほかでございますでしょうか。

○本多委員 私、先般、別なことで厚生省に参りまして、日本でいろいろと中国人などが研修している。それは免許証を持たなくても、その指導者の方が指導していればいいのではないですかとお伺いしたら、その人達は全部日本の医師免許証をとっていると私聞いたんですが、厚生省いかがですか、それは本当なんですか。私は、全部とっているから臨床研修してもよろしいというふうにお聞きしたんですがね。

○大谷委員 別に私がお答えする義務はないんですけれども、ついこの間までやっておりましたので。ピント外れの答弁になるかもしれませんが、医師免許を持ってない人が多いと思えますね。

私の解釈では、そういうことではなしに、実際問題として研修の中で行われているのは構わない。独立して医業を行う場合には、これは明らかに違法でありますけれども、向こうでも免許を十分とっておられて、独立してやられるというのでなければ、恐らく違法は問われないのではないかというふうに思います。しかし、これは裁判をしてみないと、実のところは分からないので、一般的にいえば、行政当局に聞けば、あまり危険なことはやらさないでくれという答弁になると思うんですけれども、実際問題としてはそれは構わないのではないかと。

ただし、その場合に、不幸にしてチームの中で事故が起こった場合にだれが責任を負うか、これは曲直部先生がおっしゃった問題ですが、それは当然その医療機関が責任を負うべきものなのであって、大体国の機関で行われていますから、例えば循環器センターでやっておられ

れば、循環器センターの責任であります。もっと細かいことをいえば、やっぱり外務省が研修でお招きになっているんだから、外務省とその責任をどういふふうに分けるかという問題は出てくるかもしれませんが、第一義的には、研修を預かった国がその責任を負うということになるというふうに私は考えております。

ただ、この問題は、非常に微妙な行政解釈の問題でありまして、一般論として厚生省が見解を出すということになれば、やっぱり国民の皆さんの不安とかいろいろな問題もありますし、研修問題というのは大変微妙な問題だと思っております。しかし、私の言う範囲内で行われていることにおいては特に違法性を追及されるということはないのではないかと。

しかし、あまりにも非常識なことが行われて、裁判が行われることになったら、その裁判の結果を待たないと、何とも申し上げられないのではないかと私は考えております。

○曲直部委員 世の中がすべておおらかに物事を考える時代であればともかく、昨今非常に世知辛くなっております。従って、世の中が大谷先生のような方ばかりであればスムーズにできると思っております。だから、何か明確な一つ方針を考えておいていただいて、こういう場合にはこうだということであれば、現場といたしましては、大変安心して研修の実を上げられるだろうと思っております。

○大谷委員 そのとおりだと思います。従って、私が申し上げておりますのは、非常に簡単な、いわゆるプライマリー・ケアとか、プライマリー・ヘルス・ケアということであればあまり問題は無いと思っております。循環器センターで心臓のバイパスの手術の大きな部分をチームだからといって受け持たすという場合は穏当ではないのではないかと。だから、それについては、やっぱり先生おっしゃるように、一つのメルクマルみたいなものがはっきりされればいいんですけども、恐らくははっきりするとすれば、それは不可ということになるのではないかと私は考えております。

○曲直部委員 くだいようでございますが、手術という場合は麻酔をかけておりますから、患者は分からないんですね。例えば、私どものところのような心臓カテーテル検査ということがございます。あるいはそういう簡潔的なものではなくて、超音波検査もございますが、そういう場合に、麻酔をかけずにやるわけでございます。毛色の、また肌色の変わった人がその患者を実際に診察、あるいは検査するわけですね。そのときに一般の患者は、自分達はテストにされておるといふような取り方をするわけなんです。だから、いや、そうじゃない、正式に日本の国でこういう方の研修に関してテンポラリーのライセンスでもちゃんと与えておるんだというようなものがあれば、大変説明しやすいのでございます。

○大谷委員 これは大変難しい問題だと思います。「飛鳥ちゃん元気」という本がベストセラーになっておりますが、あれを読みますと、インターンの人と一緒に診察に立ち合わせたことに対して、やっぱりそれは不見識ということで批判をされているわけでありまして、そのの

ところはきちっとペーパーでできるかどうか、私は非常に難しいと思います。

私個人の経験では、スウェーデンに行きましたときに、私は産婦人科医でも臨床家でもない人だけれど、母子衛生で行きましたら、お産をやっているところへ向こうの婦人科の人が連れていまして、スウェーデンの場合は割合そういう点は平気でしたね。しかし、日本の場合は、そういう社会的問題がありますから、これは非常に難しい問題だと思います。私はあまり軽率にやるべきではないというふうに思いますね。これはやっぱり患者さんの心理ということを考えなければいけないと思います。

○曲直部委員 日本人は特に国際性に乏しいですから、昨今、患者はそういうことに対して余計に神経を尖らす場合がございますので、現場ではそういうような状態であるということをお含みの上、またご一考願いたいと思っております。

○島尾委員長 今、曲直部先生からご提言のあった問題は非常に重要な問題で、この中にも既に提言はされておりますけれども、なかなか解決が難しいというのが実態だと思います。それを含めて今回の竹内部会長のおまとめになったものは、問題点を指摘し、解決する方向としてこんなものが考えられる、これも考えられるというのを挙げて、むしろ本当の解決はこれからさらに検討していただかなければいけないというのが実態じゃないかと思うんです。

それで、とりあえずこの委員会として、先程のご報告にありましたように、これをたたき台にして、さらに将来「病院技術協力検討会」というような組織をひとつ末永理事、ご検討いただきまして、どういう形でJICAの中に置くかご検討いただいた上で、非常に重要な今のような問題も抱えておりますので、できれば恒久的な組織としてご検討いただくようなことを内部で考えていただければ幸いです。

そういうことを条件に、これを正式な報告書として、今回の委員会でお認めいただけますでしょうか。ご賛同いただけますでしょうか。（拍手）

では、そういう形で報告書として提出いたしますので、よろしくお取り計らいいただきたいと思います。

○末永理事 しっかり承りました。

○島尾委員長 それでは、時間が大変限られてまいりましたが、先程来JMTDRの問題が何回か話題になりまして、本多先生が生々しいご経験を持ってお帰りでございますので、少し触れただけだと大変ありがたいと思います。

○本多委員 10分ばかり時間がございますので、10分間だけやらせていただきます。

JMTDRは、皆様ご存じのように、JICAの下にございまして、私達は自由意思を持って登録しておりますのでございます。現在265人ばかり登録されております。研修会が年に2回ございますが、その登録された方で、研修会を受けられた方を優先的に派遣するという形をとっております。ですから、行きたい、だけど登録はしていないということだと、どうしても無理だ

ということになります。そういう意味において、皆様どうぞ、各大学のそうそうたる方々でございませうから、あるいは病院その他、どんどん登録なさっていただければ幸いですと思っております。

これについて、かなりこのごろ関心が高まっているようなので、もう一度JICAの方で、各大学に登録用紙を配布していただければ幸いですと思っております。

私達は、ここにも書いてあるように、じゃ行きましようかと決定してから、これはJICAの入達が右往左往大変だったようでございますが、10時間内に1トンの荷物をまとめ、8人がそのまま、ゴルフ場から引っ張り出された人もございますが、とにかく取る物もとりあえず、私も会議からすぐにそのままの格好で出掛けたということで、大変慌ただしかったです、これが私はJMTDRの一つの義務であると思っておりますのでございます。

東南アジア地区は24時間以内、それから東南アジア地区以外のところは48時間以内に到達するという原則としておりまして、2週間というのが一つのチームの活動期間といたしております。

実際、私今度行ってみまして、町が泥に埋まったということが分かったのは、ある人がちょうど道路のところに行ったら、さっぱり町がない、びっくりして近くの町に戻って連絡したというので、かなり遅れて連絡があったようで、爆発してから大体24時間ぐらいたって一般に分かった、それから大騒ぎになったということのようでございました。

ところが、それはちょうどリーダーという所なんです、それがヘリコプターの発着場になって、患者を泥の上から吊り出したり、屋上を破って中から人を助け出したり、いろいろなことをして負傷者を引っ張り出して、あるいは拾い出して、そしてそのリーダーという所のヘリコプターの基地に連れてこられました。

私が行ったのがちょうど40時間でございますが、実際にそういうふうにして一般の人に分かったのが24時間ですから、活動が始まって20時間くらいの本当に生々しい所へ行ってきました。

3階建ての家までは全部泥の下に埋もれたそうです。それから2万5,000人が亡くなった。確かにお話を聞くと、一緒に逃げよう、危ない、泥が来たと言ったときから3分くらいしかたっていない。3分か40分か、そういうときの心理というのは分かりませんが、やつと自分は木の枝に引っ掛かって助かったんだという人もございましたので、第2のボンベイと私は言っておりますが、本当にまさに第2のボンベイだったようでございます。

それで、本当は英訳した医師免許証を持っていかなければいけなかったんですが、私達、医師免許証を持っていくのをすっかり忘れまして、持っていかなかったものですから、赤十字に行くと、私はレスキューのリーダーである、これらは全部医者、看護婦、看護師である、1人は麻酔士である、私も麻酔ができる、それで治療の許可をいただきたいといったら、すぐにサ

インしていただいて、名前を書いて、治療行為を行うことを許可するとスペイン語で書いてくれました。そして、何か言われたら見せろとあって、それを各人に持たせました。

そうやって許可をいただいて、ボゴタ大使館にもJIOAの本部にも寄らないで、すぐに赤十字のチャーターの飛行機に乗せられまして、休む暇もなく現地に参加した次第でございます。

そうしたら、文字どおり大変で、9時ごろ着いて赤十字の会議に出ましたら、とにかくめっちゃくちゃなんですね。赤十字の人達は病院の悪口を言っているんです。薬ばかりみな持っているっちゃった、我々には何もないと悪口を言うし、州政府の人は赤十字は何をしているんだ、さっぱり統制がとれてないじゃないか、赤十字は政府は何しているんだと、みんながワーワー言っているところで、こんなところへ来てしようがない、何とか明日からやらなくちゃいかんというので、みんなも完全に疲れているんですね。24時間ぐらいたって、1晩中寝なかっただろうと思うんですが、みんな真っ赤な目をして、興奮して、大変疲れたようでございます。

ボランティアの人達がたくさん集まってはいるんですが、10時ごろ、明日の朝8時に会おうということ、次の日病院で会うことになったんです。ところが、病院で会うことになった赤十字の連中はまたそちらで会議をやっている。病院には医者が、日本人の我々と現地の病院の先生方がいるだけで、これでどうしようということになって、とにかくヘリコプター基地から運ばりということ、重傷者は中央病院に置こう、軽傷者は職業訓練所の教室と、コーヒー連盟といいますか、コロンビア第一の農協さんのような大きな組織なんだそうですが、その農業学校の教室が収容所に当てられたんです。そのほか、山間の学校とか、ちょっとした所にも1人か2人収容されていると聞きましたけれども、まず職業訓練所、セナといいますか、その訓練所でやってくれと言われました。

それから、病院に麻酔士と、救急の杉本君という若い先生の2人を病院の専属にしてくれ、ガス瘰癧がどんどん出ている。切断もしなければいかん、あるいは切開しなければいかん、骨折を何とかギブスを固めなければいかんとか、いろいろなことがあるので、そちらの方に固定してくれというので、通訳1人と3人を病院に置きまして、あとの4人がセナの方に参りまして、そこに日本のJMPDRの本部を作りました。

それで、患者を見ましたら、インターンが1週間交代でボゴタの大学から来るんですね。どこの大学でも同じで、大学にいれば楽なんです、よそへ行くと面倒なものですから、ずっといるということはなかなか嫌がるようで、1週間交代でインターンとか医者が来てやっておるわけです。ですから、責任がないんですね。それからもう一つは、あの連中は皮治療といいますか、上に血液が固まって皮をつくっていると、その下は必ず直るんだというふうに信じているものですから、はがさないんです。はがしてみると、ウジがわいたり膿がずっと深くまで入っている。

そういうことで、私たちが行ってから、そういうことをどんどんやって非常にきれいになっ

て、また、セナにいたうちの 25 人を、重傷の人を病院に送って、あとを半分にした。それから今度は、大体よくなったので、親類などがある人は家に返した。それから、あと 19 人になりましたので、なるべくならば 1カ所で戦力を統一した方がよいということで、コーヒー連盟の学校に全部移しました。

そこに 79 人入ってまして、それに 19 人入れて、それで治療している間に、またガス瘰癧みたいになっている者もいる。テタヌス（破傷風）はなかったんですね。つぎにテタヌスの血清を打ったためかもしれないんですが、ガス瘰癧血清というのを知らないの、私びっくりしたんですね。

私がこれで感じたのは、大学教授の再教育というのが大変大事である、私は本当にそう考えました。これは本当に大事なことだと思いましたね。

そんなことをして、ずっとよくなって、よくなったのを今度は地方の開業している先生のところへ送ってやる。大体そのコーヒー連盟も半分の 50 人ぐらいに減らしました。それで、あとは軽傷ばかりになりました。

4 日間でそれだけのことをやって、5 日になったら、軽傷者ですから、今度はほとんどやることのないんです。病院の方は、切断するのは切断する、索引するのは索引する。そういうようなことで、藤井先生 竹内先生のお弟子さんなんですが、先程のチョウライ病院にいた脳外科の先生なんですが、この先生は脳外科ですから、引っ張りだこですね。女優さんが自動車事故で首の骨を折ったからというので、すごい美人でびっくりして、腰ぬかしてきたんですが、そんなことまでありまして、4 日の終わりごろから 5 日になったら、今度は一般の人が、あそこは日本人の医者がいて、非常にいい薬があるし、非常に腕がいいんだそうだというので、今度は腹が痛いというのが来て、そんなのは診ちゃいかんと私は厳命いたしました。

そうしたら、今度はオランダのチームが参りまして、ここをぜひ手伝わせてくれというから、大事なところ、日本の舞台はこれで終わった、あとは君達に任せるから、薬はこれだけあるから君達にやると。それで引き上げて参りました。

これで感じたのは、やはり 1 時間でも早く行くということですね。ここにも書いてあるとおり、ロサンゼルスで看護婦と医者と別れちゃったんですが、自画自賛するわけではないんですが、医者が先に行って早くいろいろなことをやったということは、よかったなと思っております。

それから、私が感じたのは、ああいう場合に医者が麻酔をかけたりなんかしたら大変損なんですね。幸いにして都築先生がおいでになりますますが、やっぱり看護婦さんや看護師さんの麻酔士というのを日本ではどうしても作らなければいけません。麻酔というのは、麻酔の医者だけが麻酔できるんだ、看護婦さんや看護師はやってはいかんと日本では決まっていますけれども、これは一大運動をやって、麻酔士というのをどうしてもつくらなければ、こういう緊急



の場合には、麻酔の医者なんてなかなか行きやしないですよ。忙しくて病院で大変ですから。そうすると、やっぱりこういう人にやっていただく。私は、麻酔士である、アネスシオロジストじゃなくて、アネスシストだと、私が責任を持つとって、ちゃんと麻酔かけてもよろしいという許可をいただいたんですが、そういう意味において、私は日本の教育、また資格の問題、これは緊急の場合にはよほど考えていただかないとだめだと考えた次第でございます。

いずれにしても、今度は本当の意味における救急ということだったので、実質5日間やると、あとはやることがないと確かにそうは言われていますが、現実にそのように感じました。

皆様のご協力のおかげで、何とか大過なく、そして向こう側も、適切なときに、適切に来ていただいて、しかも非常に立派な先生と看護婦さんたちに来ていただいて、患者さんが大変感謝しているし、国を代表して御礼申し上げますと、知事からも申されましたが、そのうちJICAの方には来るとは思いますけれども、大変どうもいろいろと皆様ありがとうございました。

あと、向こうでは、できるならば車いすを欲しいと申ししております。もうできるなら1件で1つか2つの車いすを送っていただけると、百何台送れると思います。そうすると、足を切断した人達が大変楽になると思います。

それから、将来は孤児の問題があります。2千何人ぐらいの孤児、もっと多いと思いますが、孤児をどうするか。私達が行った所は、幸か不幸か職業訓練学校だったものですから、職業訓練というのを将来そういう人達のためにも考えてやらなければいかなのじゃないか、そういうところもまた皆様ご勘案いただければ大変幸いだと存じます。

大変短い時間で申し訳ございませんが、報告を終わります。(拍手)

○島尾委員長 どうもありがとうございました。

既に時間を超過しているようですが、新しく委員になっていただいた先生方、一言ずつでも医療協力に関する今までの感想などを洩らしていただければ幸いだと思いますが……。

○林委員 医療協力では、特に大型のプロジェクトに関連したことを幾つか今までご協力申し上げてきましたので、いろいろ問題点があるということも感じておりますが、これからも一生懸命努力してお役に立ちたいと思っております。

せっかくの機会でございますので、ちょっと時間が超過しておりますけれども、今、本多先生からの生々しいお話も伺いまして、それから前に竹内先生の病院協力専門部会からの報告もありまして、医療というのはなかなか難しい問題を含んでいるというのがよく理解できるわけです。

竹内先生のご報告の中で、最後に提言がございまして、今後の対応ということに一つの指針が出ているわけですが、実はこれに関連しまして、昨年度にはたしかマラリア対策専門部会がございました。それにも指針みたいなものが出てきておったと思います。恐らく昨年度中に報告があったと思いますけれども、その後の対応につきまして、もし伺わせていただければ

ば、これからいろいろな専門部会なども励みがつくんじやないかと思えます。

特に、マラリアの問題については、佐々先生が大変ご熱心で、本日も欠席ですけれども、マラリアの問題が非常に今重要なことになっているという状況下で、JICAが今後どういふふうに対応していかれるか、せつかくの機会ですので、ちょっとお話を聞かせていただきたいと思えます。

○長谷川幹事 それでは、簡単にご説明申し上げます。

マラリアの専門部会の報告書は、昨年の11月の前回の海外医療協力委員会にご報告を提出いただいたわけですが、その時点で、マラリアに関する技術協力関係では、グアテマラとソロモン諸島国から要請が来ておりました。内容がよく分からないんですけども、無償資金協力ではないかと思われるものがビルマから、それから先程の無償資金協力部からのご説明によりますと、ホンジュラスとか、スーダン(ブルーナイル)からも出ていますが、そういう関係がマラリアの案件かと存じます。

そういう技術協力関係につきましては、JICAの医療協力部の方では、今日、佐々先生がご欠席なのは、ソロモン諸島国からのマラリアの案件につきまして、事前調査といいますが、フィージビリティの調査に団長で行っていただいているわけですが。

グアテマラについては、来年に入りましてから、コンタクト・ミッションという形で、実情、向こうの要請内容を確認する調査を行いたいと思っております。無償資金協力の方は、私が聞いているところでは、ビルマの方は、何かのものを先にやってくれという話で、マラリアについては少し遅れるのではないかという話を聞いておりますが、これは無償資金協力部の方で説明いただければありがたいと思えます。

○島尾委員長 要するに、提言に基づいて、それなりの線プロジェクトが始まってきているというわけでございますね。

○長谷川幹事 はい、そうでございます。

○島尾委員長 それでは、大池先生、どうぞ。

○大池委員 時間も大分経過しておりますが、時間をいただきましたので、一言だけそれではコメントさせていただきます。

今日、冒頭の総裁のご挨拶でも、ODA予算の7年倍増というふうなお話、また、それに取り組まれる力強いご決意を聞かせていただいたわけですが、これまで私も厚生省のいろいろな部署を通じまして、JICAを通じ、また外務省等いろいろ提携しながらご協力してきた乏しい経験ではございますけれども、各省それぞれの持味の中で医療協力に取り組んでいく場合に、一番困る点は、国内体制の中から専門家を外へ派遣したり、あるいは外国から来るカウンターパートを受け入れるというときのそれに必要ないろいろなマン・パワーでございます。そういったことでいろいろ工夫もこらし、努力もしておりますが、なかなかそちらの方が遅々

としているもどかしさを感じておるわけでございます。

これは、今後ODA予算がそういうふうに急速にふくらんでいくに当たっては、国内での受入体制というものについても、何か格段の掛け声を外務省もかけていただきませんか、いろいろな問題が起きてくるのではなからうか。それぞれの部門でささやかながらも一生懸命の努力は今後とも継続していくことになると思いますけれども、そういった点も含めてご配慮をお願いしたいと思います。

○島尾委員長 どうもありがとうございました。

では、大谷先生。

○大谷委員 私も大池さんが言われたように、特に国の職員が派遣された場合の余裕定員といいますが、その問題は厚生省も随分いろいろやってきたんですけれども、これはやっぱり外務省と協力して、各省全部共通の課題ですが、どうしてもこれは解決しなければいけないんじゃないかと思います。これは10年来やってなかなか解決しない問題ですから、大変難しいんですが、それはぜひ各省協力するということをお願いしたいと思います。

それから、もう一つは、最近だんだん協力がうまくいっていると思うんですけれども、いわゆるマルチ、つまりWHOとの関係でございます。確かにバイはバイということでありませけれども、私どもが見ていますと、やっぱり国際機関の人々のうわさとか、評価というのものも、これはやっぱり一つの国際的なものではないかというふうに思うわけなので、プロジェクトの設定は、もちろん国の主体性でバイでお決めになればいいことでもありますけれども、やっぱりその点でWHOなどとの協力関係ということも、ぜひぜひ考えていただきたい。

特に、研修員受入については、大分協力もやっていただいているわけですが、そういう点も国際的な評価にも関連するので、JICAはもちろんですけど、指導しておられる外務省の方も、その点について、ひとつぜひご認識をいただきたいというふうにお願いします。

○島尾委員長 どうもありがとうございました。

じゃ、田中先生。

○田中委員 田中でございます。

竹内先生あるいは浜島先生を介してJICAの医療協力事業に関してはいつも聞かせていただいております、皆様方のご尽力に心から敬意を表しております。

私は、大学人として国際交流、あるいは大学間の交流、あるいは留学生の受入をやっております中で、一つ問題点は、ライセンスの問題があると思います。それは先程曲直部先生がおっしゃいましたけれども、日本に受け入れてトレーニングする場合にもライセンスの問題がある、あるいは向こうに行って実際に医療をやる場合にもライセンスの問題がある。これはやはり各省庁にまたがることとございますけれども、なるべく早い機会に一つのスタンダードをお示しいただくことが必要ではないかというふうに私は思います。

○島尾委員長 どうもありがとうございました。

では、最後に、都築先生。

○都築委員 都築でございます。

初めてこういう会合に参加させていただきました。いろいろとJIOAでしていらっしゃる仕事の全体的な形を今日は勉強させていただいて、大変ありがたいと思いました。

私も厚生省におりましたときに、国内の看護婦が非常に足りなくて大変なときから、各国からの要請もございまして、いろいろな仕事に援助をさせていただきました。国内委員会というものも作ったりいたしまして、やっと先程のご意見では、看護職は大変に派遣しやすい人材が得られやすいというようにお話がございましたけれども、皆さんのご協力を得まして、国内の就業者も大変増えてまいりましたし、いろいろな体制も変わってまいりました。

けれども、そのときに私どもは、まず外国からのいろいろな要請の中で、無償の中でも幾つかございますものが、みんな看護婦学校が大変多うございます。学校を建てることと、指導者を造ることに随分専念してきたような気がいたしますけれども、やはり本多先生の今日のご活躍を伺いまして、もっと幅広く長期的な国の援助と、世界の緊急に対してどう援助していくかという二面をもっと積極的にしていきたいと思えます。

私も何回かいろいろなところに伺わせていただいた経験から、援助の多い国の現地語がもう少し研修の中身に入るようなプログラムを作ってくださいと、もっと積極的にいろいろなお仕事をさせていただけるんじゃないかということを考えております。

それから、今、大谷先生からもご提言があり、ほかの先生方からもご提言がありましたけれども、国家公務員、地方公務員の中からも、何とかもう少し条件のいい体制で、看護職員も、人材があり得るとおっしゃるんですけども、やはり現地に行つてのいろいろな仕事で、大変に今までの方は活躍をしていただきましたけれども、これからのことを考えますと、そういうところで働いていらっしゃる方々にも、もっと積極的に参加できるようなことを、医師の方を含めて医療関係者ということでご配慮いただけるような方途を積極的にご支援いただければ、大変ありがたいと思えます。

今日はどうもありがとうございました。(拍手)

○島尾委員長 末永理事、何かございますでしょうか。

○末永理事 極めて悪いマイクの条件下で、長い時間本当にご苦労さまでございました。

私も、本日が初めての委員会の出席でございます。次回からは、私どもの説明を短くして、先生方に積極的に発言をしていただけるよう、貴重など意見を聞かせていただけるよう改善いたしたいと痛切に思っております。

特に、医療協力には、ほかの協力にない人命を扱うということで、非常に特殊なものがあるということも、曲直部先生その他の発言でよく分かりました。特にこの次からはいろいろ改善

して委員会を運営したいと思っております。その点はご了承願いたいと思います。

どうも本当にありがとうございました。（拍手）

○島尾委員長 どうも今日は、先生方、司会の不手際で、本来ならばすべての委員の先生方にぜひご発言いただきたかったんですが、つい時間がなくなってしまいました、申し訳ございませんでした。

会議に関しては、心から御礼申し上げて、これで今年度の委員会を終わりたいと思います。どうもありがとうございました。（拍手）

午後 5 時 19 分閉会



委 員 会 資 料





## 第 17 回 海外医療協力委員会会議資料

1. 昭和 60 年度事業実績及び計画 (資料 1)
2. 昭和 61 年度保健医療協力費及び人口・家族計画協力費予算要求の概要 (資料 2)
3. JMTDR (国際救急医療チーム) 派遣事業 (資料 3)



第 17 回 海外医療協力委員会  
 会 議 資 料 1

昭和 60 年 9 月 30 日現在

(医療協力事業)	頁
1. 昭和60年度保健医療協力、人口・家族計画協力事業の概要	1
2. 昭和60年度調査団派遣状況	2
3. 昭和60年度プロジェクト等事業計画及び実績	4
4. 医療協力部関係予算の推移	9
5. 保健医療協力、人口・家族計画協力プロジェクト位置図	10
6. JMTDR活動実績	11
(研 修 事 業)	
7. 昭和60年度研修員受入実績	12
8. 昭和60年度医療関係・集団コース研修員受入実績および予定	13
9. 昭和60年度医療関係・カウンスラー・パートナー研修員受入実績	14
10. 昭和60年度医療関係・単発研修員受入実績	18
11. 昭和60年度医療関係・国際機関研修員受入実績	20
12. 昭和60年度医療関係・巡回指導班派遣実績	22
13. 昭和60年度医療関係・第三国研修実績及び予定	22
(無償資金協力事業)	
14. 医療関係無償資金協力案件一覧(59年度～60年度第2回閣議決定分まで)	23
(青年海外協力隊事業)	
15. 青年海外協力隊医療関係隊員派遣実績	24

医療協力部 無償資金協力部  
 研修事業部 青年海外協力隊事務局

1. 昭和60年度保健医療協力、人口・家族計画協力事業の概要

科 目	認可予算額(千円)	これまでの実績	今後の計画	合 計
1. 保健医療協力費	4,134,332			
調査団派遣経費	219,286	16件(うち繰越分4件)	25件	41件(うち繰越分4件)
専門家派遣経費	2,065,528	10名	10名	334名(倉庫発・ 大学教授)
機材供与経費	1,386,559	19件	14件	33件
アフターケア経費	62,959	調査団 3件	0件	3件
難民救済等経費	400,000	専門家派遣 0件	10名	10名
人口・家族計画協力費	829,013	機材供与 0件	3件	3件
		8名	33名	41名
2. 調査団派遣経費	69,614	3件(うち繰越分1件)	8件(うち繰越分1件)	11件(うち繰越分2件)
専門家派遣経費	233,479	15名	21名	36名
機材供与経費	525,920	1件	4件	5件
3. 技術協力センター費	(111,185)	調査団 0件	1件	1件
		専門家派遣 4名	15名	19名
		機材供与 1件	0件	1件
合 計	4,963,345			

2. 昭和60年度調査団派遣状況

調査区分	国名・プロジェクト名	実施時期	備考	調査区分	国名・プロジェクト名	実施時期	備考	
事前調査	中国・リハビリテーションセンター	61. 2		計画打合せ	イエメン・結核対策	60. 8	◎	
	インドネシア・麻疹ワクチン製造	61. 3			ブラジル・ペルナンブロン大学免疫病理学センター	61. 2		
	パキスタン・イスラマバード小児病院	60. 7	◎		エジプト・カイロ大学小児病院	61. 2		
	ネパール・結核対策	61. 3			バングラデシュ・循環器病	60. 9	◎	
	ガーナ・予防衛生研究所	61. 3			インドネシア・北スマトラ地域保健対策	61. 3		
	グアテマラ・マラリア対策	61. 2			フィリピン・熱帯医学研究所	60. 4	◎	
	ビルマ・消化器系感染症	60. 12			ネパール・トリブバン大学	61. 3		
	パキスタン・イスラマバード小児病院	61. 2			エジプト・カイロ大学小児病院	61. 2		
	フィリピン・食品医薬品センター	61. 1			ザンビア・ザンビア大学	61. 2		
	タイ・国立衛生研究所	60. 4	◎		ペルー・地域精神衛生センター	61. 3		
実施協議	ケニア・中央医学研究所	60. 4	◎	機材修理	バングラデシュ・循環器病	60. 10		
	エアクドル・消化器病研究	60. 8	◎		インド・日本脳炎ワクチン製造	60. 12		
	スリランカ・スリジャヤワラグラブラ病院	61. 1	◎		インドネシア・看護教育	60. 8	◎	
	インドネシア・北スマトラ地域保健対策	60. 12			フィリピン・熱帯医学研究所	60. 8	◎	
	ガーナ・ガーナ大学	60. 7	◎		ガーナ・ガーナ大学	60. 12		
	中国・中日友好病院	60. 8	◎		コロンビア・中央研究所	60. 11		
	インドネシア・薬品品質管理	60. 11			パラグアイ厚生省中央研究所	60. 4	◎	
	ヴェネズエラ・がん対策	60. 8	◎		パラグアイ・感染症対策	60. 8	◎	
	ナイジェリア・ジョズ大学	60. 11			ケニア	60. 12		
	ビルマ・消化器病	60. 12			事後調査			
インドネシア・北スマトラ地域保健対策	60. 8	◎	小計	41件				
ネパール・トリブバン大学	60. 8	◎						

(注) ◎印繰越予算により実施

調査区分	国名・プロジェクト名	実施時期	備考	調査区分	国名・プロジェクト名	実施時期	備考
人口・家族計画協力	事前調査	スリランカ・家族計画 ケニア	61. 1 61. 3				
	実施協議	ネパール	60. 10				
		○ コロンビア	60. 11				
	巡回指導	中国	60. 6	◎			
		タイ	61. 1				
	計画打合せ	コロンビア	61. 3				
	機材修理	タイ	60. 6	◎			
	エバリュエーション	フィリピン	60. 10				
	基礎調査	○ 中国	60. 7	◎			
		ネパール	60. 12				
	小計	11件					
技術協力センター	タイ・プライマリー・ヘルスケア 訓練センター(PHC)	60. 11					
合計	53件						

(注) ○印繰越予算により実施

3. 昭和60年度プロジェクト等事業計画及び実績

(1) 保健医療協力プロジェクト

国名	プロジェクト名	調査団派遣		専門家派遣		機材 供与額(千円)	カウンタート受入	
		調査区分	派遣時期	派遣実績(人)	派遣計画(人)		計(人)	受入実績(人)
バングラデシュ	循環器病	機材修理	60.9	10	8	56,000	0	3
ビルマ	消化器系感染症	エバリュエーション	60.10	2	0	0		
	消化器病	実施協議	60.12	1	8	50,000	0	3
中国	製薬研究開発センター	計画打合せ	60.12	4	0	20,000	0	0
	中日友好病院	巡回指導	60.8	12	2	50,000	0	20
インドネシア	リハビリテーションセンター	前	61.2	0	0	0		
	麻疹ワクチン製造	"	61.3	0	0	0		
	北スマトラ地域保健対策	施設設計	60.12	8	4	50,000	1	2
	薬品品質管理	計画打合せ	60.8	16	6			
インド	看護教育	機材修理	61.3	3	4	60,000	2	4
韓国	日本肺炎ワクチン製造	巡回指導	60.11	7	0	23,500	2	1
	母子保健	"	60.12	0	10	20,000	1	2
ネパール	トリブバン大学	計画打合せ	60.8	6	2	75,200	0	3
	結核対策	機材修理	61.3	0	0	55,000	2	2
フィリピン	食品医薬品検定センター	前	61.3	0	0	0	0	0
	熱帯医学研究所	実施協議	61.1	2	3	0		
パキスタン	イスラマバード小児病院	エバリュエーション	60.8	15	4	60,000	0	4
	"	前	60.7	0	0	0		
スリランカ	スリジャヤワラルタナプラ病院	実施協議	61.2	0	0	0	0	0
タイ	看護教育	"	61.1	0	0	0	0	0
	国立衛生研究所	計画打合せ		5	2	0	0	3
エジプト	カイロ大学小児病院	機材修理	61.2	4	2	20,000	1	4
		計画打合せ	61.2	9	3	40,000	3	1

園名	プロジェクト名	調査団派遣		専門家派遣		機材 供与額(千円)	カウンタート受入	
		調査区分	派遣時期	派遣要員(人)	派遣計画(人)		計(人)	受入要員(人)
イエメン	結核対策	計画打合せ	60.8	3	3	20,000	1	0
ガーナ	予防衛生研究所	前	61.3	0	0	0		
ケニア	ガーナ大学	エバリュエーション	60.12	17	2	33,000	0	4
ナイジェリア	ナクルール病院他	後	60.12	0	0	0		
ザンビア	中央医学研究所	巡回指導	—	9	0	40,000	0	3
スーダン	ジョース大学	教材修理	60.11	11	2	30,000	3	0
アルゼンチン	ザンビア大学	巡回指導	61.2	5	0	42,000	3	1
ブラジル	ハルツーム教育病院	巡回指導	—	0	2	0	0	0
コロンビア	消化器病対策	巡回指導	—	0	4	91,000	1	2
エクアドル	ペルナンブコ大学	巡回指導	—	2	2	80,000	0	3
グアテマラ	免疫病理学センター	巡回指導	61.2	3	0	0	0	2
ペルー	中央医学研究所	巡回指導	60.11	2	0	50,000	0	1
パラグアイ	消化器病研究	巡回指導	60.8	0	0	0		
ウルグアイ	マラリア対策	巡回指導	61.2	0	0	0		
ヴェネズエラ	地域精神衛生センター	巡回指導	61.3	3	3	43,000	1	1
トンガ	厚生省中央研究所	巡回指導	60.4	4	1	45,000	3	0
ユーゴスラビア	基礎調査	巡回指導	60.8	0	0	0		
計				178	83	(1,212,700)	32	72
		37件(除繰越)		261	83			104

( ) 内実行計画額



(2) 人口・家族計画協力プロジェクト

国名	プロジェクト名	調査団派遣		専門家派遣		機材 供与額(千円)	カウンタート受入	
		調査団区分	派遣時期	派遣実績(人)	派遣計画(人)		受入実績(人)	今後受入計画 (人)
中国	家族計画	巡回指導	60.6	7	0	195,000	0	10
ネパール	"	基礎調査	60.7	3	1	0	0	0
フィリピン	"	基礎調査	60.12	1	2	95,000	0	3
タイ	"	エバリュエーション	60.10	0	5	95,000	0	3
コンビア	"	巡回指導	60.6	0	4	78,000	0	2
メキシコ	人口活動促進	器材修繕	60.11	4	9	75,000	3	1
計		計画打合せ	61.3	15	21	(538,000)	3	19
		9件						22

( ) 内実行計画額

(3) ASEAN人造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		専門家派遣		機材 供与額(千円)	カウンタート受入	
		調査団区分	派遣時期	派遣実績(人)	派遣計画(人)		受入実績(人)	今後受入計画 (人)
タイ	プライマリー・ヘルス ケアー訓練センター	計画打合せ	60.11	4	15	15,000	5	0
								5

(4) 60年度開始又は開始予定の保健医療協力及び人口・家族計画協力プロジェクト

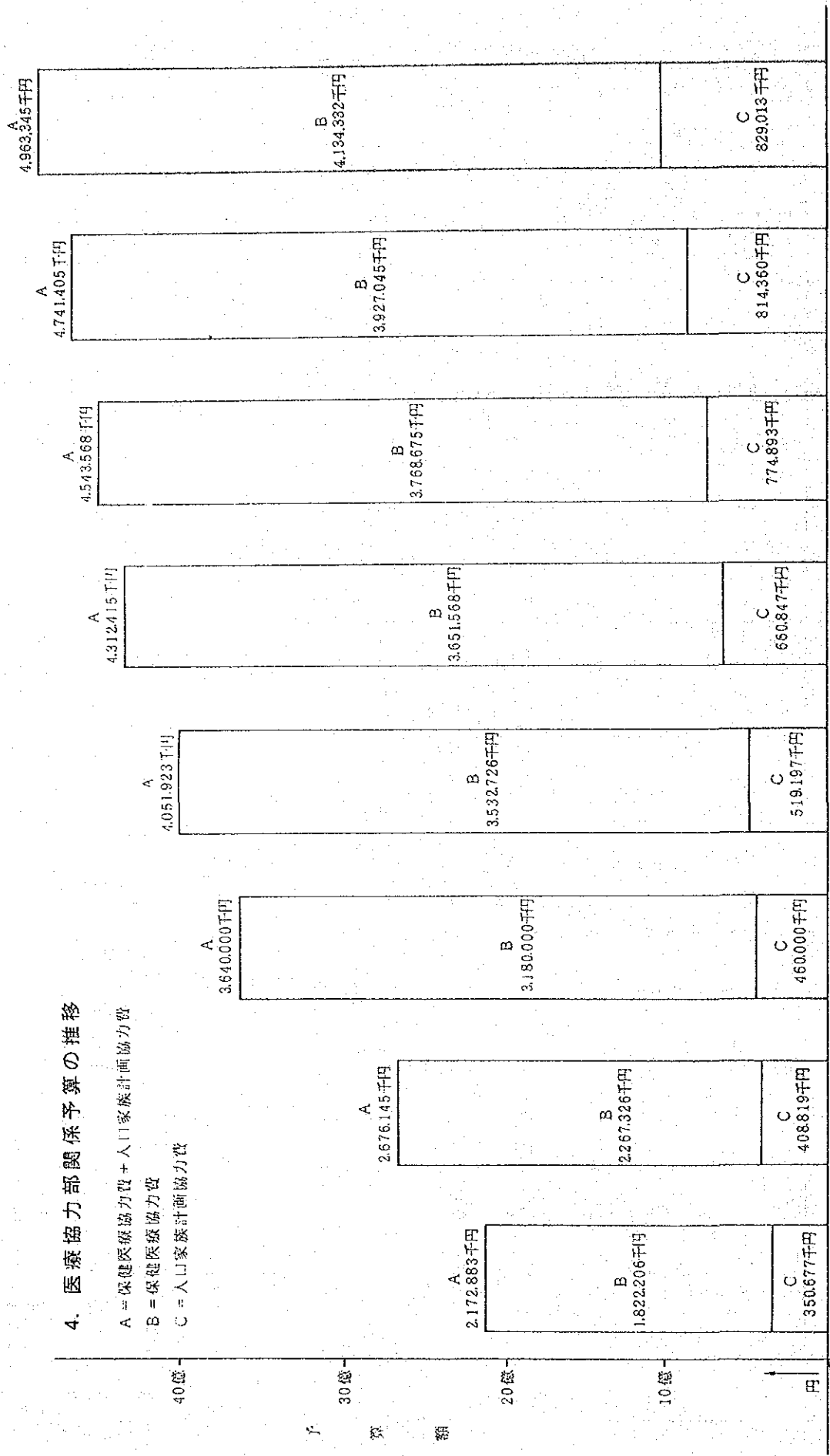
国名	プロジェクト名	調査団派遣		専門家派遣		機材 供与額(千円)	カウンタパート受入	
		調査団区分	派遣時期	派遣実績(人)	派遣計画(人)		計(人)	受入実績(人)
ビルマ	消化器系感染症	実施協議	60.12	2	0	0	0	0
スリランカ	スリジャヤワルタナブラ病院	実施協議	61.1	0	0	0	0	0
ネパール	家族計画	実施協議	60.10	2	2	0	0	0
パキスタン	イスラマバード小児病院	事前	60.7	0	0	0	0	0
フィリピン	食品医薬品センター	実施協議	61.2	2	3	0	0	0
タイ	国立衛生研究所	実施協議	60.4	4	2	20,000	2	3
ケニア	中央医学研究所	実施協議	60.4	9	0	40,000	0	3
コロンビア	家族計画	実施協議	60.11	0	4	78,000	0	2
エクアドル	消化器病研究	実施協議	60.8	2	0	0	0	1
計	9件	10件		21	11	138,000	2	9
								11

(5) プロジェクト以外の協力

国名	プロジェクト名	調査団派遣		専門家派遣		機材 供与額(千円)	カウンターパート受入	
		調査団区分	派遣時期	派遣実額(人)	派遣計画(人)		受入実績(人)	今後受入計画(人)
	国際救急医療事業			8	33		0	0
インドネシア	西部ジャワ総合病院	アフターケア調査	60. 6 ⑧	0	3	30,000	0	0
"	パジャジャラン大学	アフターケア調査	60. 7 ⑧	0	3	30,000	0	0
タイ	がんセンター	アフターケア調査	60. 8 ⑧	0	4	30,000	0	0
	大学教授等派遣専門家			10	36		0	0
	その他単業派遣専門家			10	22		0	0
	特別機材供与(8件)			0	0	320,000	0	0
計				28	101	410,000	0	0

4. 医療協力部関係予算の推移

A = 保健医療協力費 + 人口家族計画協力費  
 B = 保健医療協力費  
 C = 人口家族計画協力費

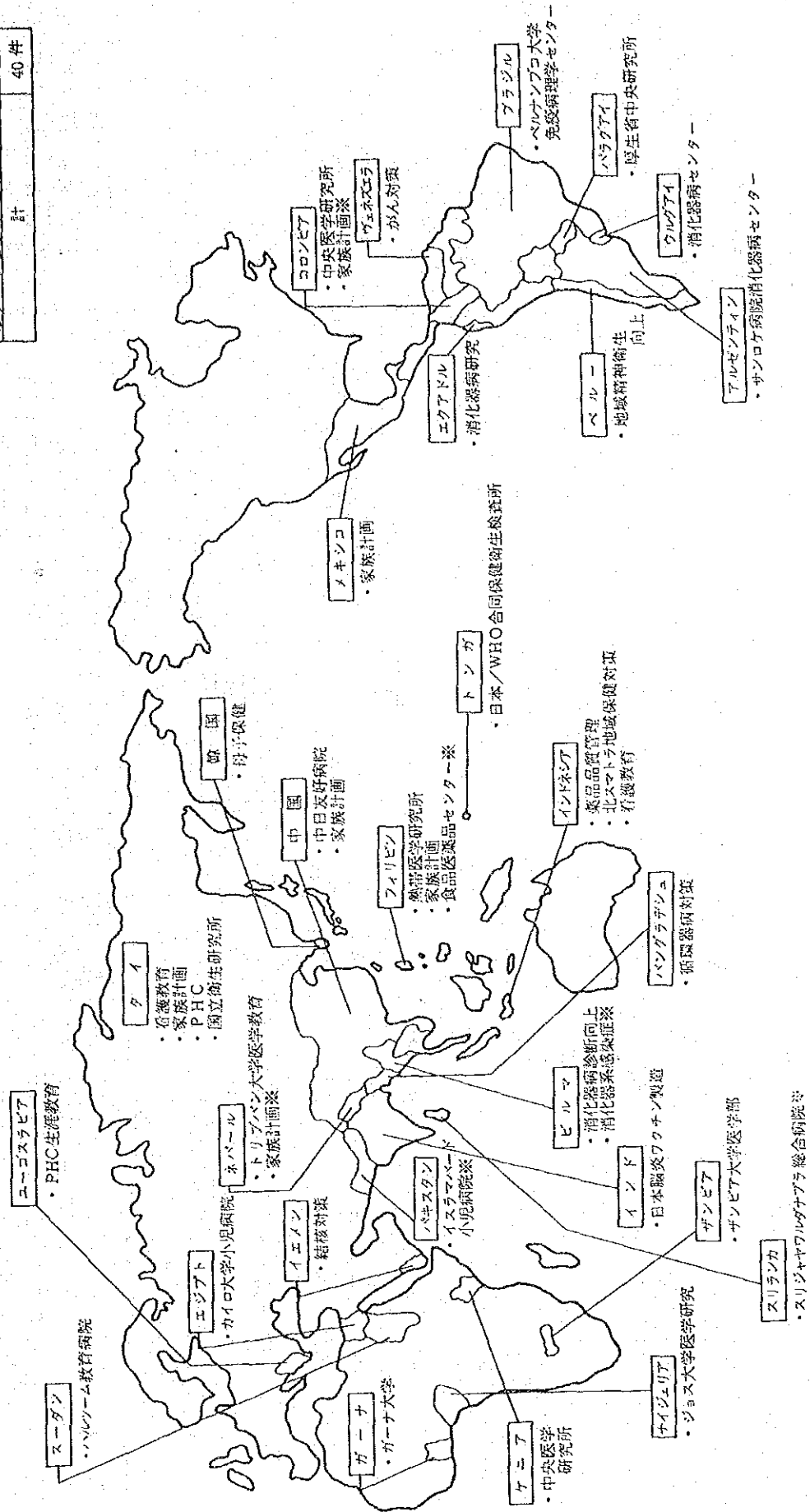


新規予算項目の新設

- 53: 保健医療協力費 + 人口家族計画協力費
- 54: 保健医療協力費 + 人口家族計画協力費
- 55: 保健医療協力費 + 人口家族計画協力費
- 56: 保健医療協力費 + 人口家族計画協力費
- 57: 保健医療協力費 + 人口家族計画協力費
- 58: 保健医療協力費 + 人口家族計画協力費
- 59: 保健医療協力費 + 人口家族計画協力費
- 60: 保健医療協力費 + 人口家族計画協力費

5. 保健医療協力、人口・家族計画協力プロジェクト位置図（60.9.30現在）

保健医療協力プロジェクト	29件
人口家族計画協力プロジェクト	4件
ASEAN人権センタープロジェクト	1件
今後昭和60年度中に開始予定のプロジェクト	6件
計	40件



6. J M T D R 活 動 実 績

派 遣 国	エ	ナ	オ	ビ	ア	メ	キ	シ	コ
派遣の背景	アフリカ大陸の飢餓被災民は、内戦とサヘル地帯のかんばつにより、1980年代に入り急激に増大した。このような事態に対し、飢餓は、自然災害であり、緊急性のある救援対象との認識のもと、59年12月から60年4月まで、JMTDRの派遣を実施した。								
派遣実績	<p>第1次チーム (12.10 - 12.30) 鳩岡団長他7名</p> <p>第2次チーム (12.20 - 1.27) 今川団長他6名</p> <p>第3次チーム (1.21 - 3.3) 谷 団長他7名</p> <p>第4次チーム (2.25 - 4.6) 鈴木団長他8名</p>								
チームの構成 (合計)	<p>医 師 9 名</p> <p>看護婦 13 名</p> <p>調整員 10 名</p>								
主要活動	応急入院施設(テント病院)における被災民(約3,000名)の治療								
機材等	医薬品(抗生物質等)、医療機器等 約49,000千円								
所要経費	177,000千円								
実施上の問題点	JMTDRは元来、突発的な自然災害の発生に対し48時間以内に医療チームを2週間程度派遣することとして計画されていた。したがって、必要機材の調達、派遣期間、撤収時期の設定の点において、新たな対応をせまられた。								
改善策	災害の種類ごとにオブションナルな対応策を設定して行く								
	<p>60年9月19日未明、メキシコ市を中心に地震が発生し、災害状況が報道されたことを受けて、実状の調査およびJMTDRチームの派遣の必要性の確認のため、チームを派遣することとした。</p> <p>第1次チーム (9.20 - 9.27) 鈴木団長他1名</p> <p>第2次チーム (9.25 - 10.7) 鳩岡団長他3名</p> <p>医 師 3 名</p> <p>看護婦 1 名</p> <p>調整員 2 名</p> <p>実状調査、医薬品供与、日本人居住者への医療サービス</p> <p>医薬品および救命セット 11,540千円</p> <p>17,852千円(見込み)</p> <p>JMTDRの派遣は、相手国の受入れ確認(アグレマン)をもって実施すべきところ、早期に実状調査を行なうため、第1次チームを事前調査団として派遣し、医療チームの派遣の必要性を検討し、第2次チームを派遣した。</p> <p>事前調査団を大型化し、事前調査と、実際の医療活動の両面を目ざせるようにする</p>								

## J M T D R 活動実績

### コロンビア

#### 1. 派遣の背景

60年11月15日首都ボゴタ西方200kmに位置するネパドルルイス山噴火に伴う泥流被害で、多数の死傷者が発生し、コロンビア国政府がJ M T D R 派遣を要請してきた。

#### 2. 派遣実績

- 1) 派遣期間 60年11月15日～27日
- 2) チームの構成 本多憲児団長を含む医師3名、看護士2名、看護婦1名、調整員2名

#### 3. 主要活動

被災地後方病院（イバゲ市）にて医療救援活動に従事

#### 4. 供与機材等

医薬品他、各種救援資器材

#### 5. 所要経費

27,000千円（11月末既算ベース）

#### 6. 実施上の問題点

要請接到後10時間以内に出発という、素早い対応ぶりが報道関係から高く評価されたが、急な出発のため、經由地のロスアンジェルスで全員の座席が確保されず、一部チームメンバーの現地到着が遅れた。

7. 昭和60年度研修員受入実績

区分	研修員受入(全体)			左の内医療関係			備考
	60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(A)			
1. 集団研修	199	2,270	138	1,605	14	146	9.1
2. 個別研修		1,595		781		105	13.4
単発		516		227		23	10.1
カウンターパート		909		329		57	17.3
国際機関		170		162		25	15.4
3. 特定枠		356		216		0	0.0
4. 予備枠		35		0		0	0.0
合計		4,256		2,602		251	9.6



8. 昭和60年度医療関係・集団コース研修員受入実績および予定

No.	コース名	定員	受入人数	期	日	研修期間	関係省庁	主要研修機関	備考
1	家族計画医学保健セミナー	16	16			60.4.4~60.5.3	厚生省	(財)家族計画国際協力財団	
2	微生物病研究	6	6			60.4.4~61.3.17	文部省	大阪大学微生物病研究所	
3	結核対策(上級)	10	11			60.4.30~60.6.8	厚生省	(財)結核予防会結核研究所	
4	結核対策	20	19			60.6.6~60.10.14	"	(財)結核予防会結核研究所	
5	家族計画組織活動セミナー	16	17			60.6.27~60.8.2	"	(財)家族計画国際協力財団	
6	公衆衛生技術者	5	5			60.6.27~61.3.31	JICA	沖縄県公衆衛生研究所	
7	がん対策	10	10			60.8.15~60.12.16	厚生省	国立がんセンター	
8	産業医学	10	10			60.9.5~60.12.13	労働省	産業医科大学、産科労務病院	
9	消化器病理学	10	12			60.8.22~60.11.15	JICA	京大	
10	循環器病対策	8	7			60.9.5~60.12.16	JICA	国立循環器センター	
11	輸出入食品検査技術	6	6			60.9.12~60.12.10	厚生省	国立衛生試験所	
12	家族計画指導者セミナー	13	11			60.9.19~60.10.14	JICA	(財)家族計画国際協力財団	
13	腎不全対策	10	11			60.9.19~60.11.4	厚生省	(財)腎研	卑高敬
14	結核対策細菌技術者	5	5			60.9.26~61.2.17	"	(財)結核予防会結核研究所	
	小計(実績: 14コース)	145	146						
15	医療放射線技術	7	* 7			60.12.5~61.6.28	文部省	大阪大学医療短期大学部	
16	早期胃がん診断	16	* 16			61.1.9~61.3.8	"	(財)早期胃癌検診協会	
17	寄生虫予防指導者セミナー	8	* 8			61.1.23~61.2.15	厚生省	(財)日本寄生虫予防会	
	小計(予定: 3コース)	31	31						
	合計	176	177						

(注) \*印は受入予定人数

9. 昭和60年度医療関係・カウンタ―パート研修員受入実績

園名	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
イ	日本脳炎ワクチン製造	MS. DIPA GOWAL	60. 7. 18 ~ 60. 10. 30	厚生省	北里研究所	
イ	北スマトラ地域保健対策	MR. MAS HARIADI	60. 5. 30 ~ 60. 7. 23	"	国立公衆衛生院	
イ	看護教育	MS. MARTIN BENNU	60. 9. 26 ~ 61. 9. 10	"	看護研修研究センター	
イ	"	MR. C. F. WATTIMENA	60. 5. 28 ~ 60. 6. 10	"	"	
イ	国立品質管理試験所	MS. SANGGARIWATI	60. 7. 25 ~ 61. 3. 3	"	国立衛生試験所	
イ	"	MR. IBRAHIM KOATMA	60. 7. 25 ~ 61. 3. 3	"	"	
ネ	トリブバン大学医学教育	MS. BINJUJALA SHRESTHA	60. 7. 4 ~ 61. 2. 22	"	兵庫医科大学	
ネ	"	MS. MADHU CHHETRI	60. 7. 4 ~ 61. 6. 24	"	"	
フ	労働安全衛生センター	MR. FRANCISCO A. ESTACIO	60. 9. 5 ~ 60. 12. 13	労働省	産業医科大学	
タ	第三国研修	MR. PITI PALUNGWACHIRA	60. 9. 12 ~ 61. 9. 11	JICA	東京大学, 順天堂大学, 日本大学	
タ	国立衛生研究所	MR. BOONLUAN PHANTHUMA CHINDA	60. 9. 18 ~ 60. 12. 18	厚生省	国立予防衛生研究所	
タ	"	MS. PREEYA KASHEMSANT	60. 7. 22 ~ 60. 8. 10	"	"	
タ	プライマリヘルスケア訓練センター	MR. BOONYONG KEIWKARNKA	60. 9. 1 ~ 60. 9. 23	"	国立公衆衛生院, 神奈川県庁	
タ	"	MR. SANTHAT SERMSRI	60. 9. 1 ~ 60. 9. 23	"	"	
タ	"	MS. SUCHINTA NORATTEJA NANDA	60. 9. 1 ~ 60. 9. 23	"	"	
タ	"	MR. SUNTHORN THONGKONG	60. 9. 1 ~ 60. 9. 23	"	"	
タ	看護教育	MS. VIPA PENCANGIUM	60. 9. 26 ~ 61. 9. 10	"	看護研修研究センター	

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
カタ	看護教育	MS. PRANORM IM-AME	60. 9. 26 ~ 61. 9. 10	厚生省	看護研修研究センター	
カタ	"	MS. LA-IAD JAMJAN	60. 9. 26 ~ 61. 9. 10	"	"	
カタ	国立衛生研究所	MS. YOAWAPA PONGSUWANNA	60. 9. 18 ~ 61. 3. 31	"	国立予防衛生研究所	
エジプト	第三国研修	MS. HASSAN AHMED FOUAD SAHIA	60. 8. 1 ~ 61. 8. 16	"	聖路加病院	
エジプト	"	MS. EL-FSKY MOHAMED A. K. NAWAL	60. 8. 1 ~ 61. 8. 16	"	"	
エジプト	カイロ大学小児病院	MS. Z. E. A. M. MAGDA	60. 6. 27 ~ 61. 9. 7	"	徳丸誠, 聖路加病院	
エジプト	"	MS. HALIMA ALI SAYED	60. 7. 28 ~ 60. 12. 23	"	聖路加国際病院	
エジプト	"	MS. MIRRET DARWISH MOHAMMED	60. 6. 27 ~ 60. 9. 19	"	"	
イエメン	結核対策	MR. MOHD K. Y. M. ABDULWAHAB	60. 6. 20 ~ 60. 12. 18	"	結核研究所	
ナイジェリア	ジョズ大学医学研究	MS. AGATHA EKENE ANI	60. 8. 19 ~ 60. 12. 5	文部省	東京医科歯科大学	
ナイジェリア	"	MR. ERASMUS REVD PROFOJJI	60. 7. 23 ~ 60. 8. 22	厚生省	順天堂大学	
ナイジェリア	"	MR. ALFRED CHIKWE IKENE	60. 6. 13 ~ 60. 8. 22	"	国立循環器病センター	
ザンビア	ザンビア大学医学部	MR. TSIBU BBUKU	60. 6. 12 ~ 60. 12. 5	"	順天堂大学	
ザンビア	"	MR. ELIAS CHINGAIPE LUHARRA	60. 6. 12 ~ 60. 12. 5	"	"	
ザンビア	"	MR. KOPANO MUKELABAI	60. 8. 7 ~ 60. 8. 27	"	"	
ザンビア	"	MR. ISAIAH YIKONA	60. 9. 28 ~ 60. 12. 21	"	"	
アルゼンチン	サンロケ病院消化器病診断研究センター	MR. JOSE LUIS CAMPRA	60. 8. 15 ~ 60. 12. 18	"	"	

国名	プロジェクト名	研修員氏名	研修期間	関係省庁	主換研修機関	備考
ボリヴァ	サンタクルス総合病院	MR. JULIO MENDOZA PARY	60. 8. 14 ~ 60. 10. 30	JICA	東芝	
ボリヴァ	公衆衛生学校	MS. MARIA ADELA ASBUN ALEM DE GONZALES	60. 9. 25 ~ 61. 9. 10	厚生省	看護研修研究センター	
ボリヴァ	サンタクルス総合病院	MR. ANGEL TORRICO CASTRO	60. 8. 14 ~ 60. 10. 30	JICA	東芝	
ブラジル	ペルナンブコ大学免疫病理学 センター	MS. MARIA IEDA SIQUEIRA LINHARES	60. 9. 22 ~ 60. 12. 20	厚生省	慶応大学	
チリ	第三国研修	MR. PAUL PISANO V.	60. 9. 3 ~ 60. 9. 29	JICA	筑波大学	
メキシコ	家族計画	MR. JAVIER PEREZ ASTOR GA	60. 7. 13 ~ 60. 8. 5	厚生省	朝家族計画	
メキシコ	"	MS. CARMEN DE LOURDES LARAQUE ESPINOSA	60. 7. 13 ~ 60. 8. 5	"	"	
メキシコ	"	MR. SERGIO CAMPOSORTEG A CRUZ	60. 7. 13 ~ 60. 8. 5	"	"	
パラグアイ	専門家(研究協力)	MR. MIRTHA LUCIA ORTIZ -BAEZ	60. 7. 25 ~ 60. 10. 4	文部省	富山医科薬科大学	
パラグアイ	"	MS. LUCIA LEOPOLDINA F RANCO-PEREZ	60. 7. 25 ~ 60. 10. 4	"	"	
パラグアイ	"	MS. NELIDA BLANCA SORI A-REY	60. 7. 25 ~ 60. 10. 4	"	"	
パラグアイ	厚生省中央研究所	MS. BALBINA CONCEPCION PAVON	60. 9. 26 ~ 61. 9. 25	厚生省	順天堂大学	
パラグアイ	"	MS. MIRIAN MERCEDES CA RILLO DE ZARACHO	60. 7. 4 ~ 61. 7. 3	"	"	
パラグアイ	厚生省中央研究所	MR. EVA LUCILA GRANCE FLORENTIN	60. 7. 4 ~ 61. 7. 3	"	"	
ペルー	地域精神衛生向上	MR. ALEJANDRO MIYAHIRA YOSHIDA	60. 9. 4 ~ 61. 5. 2	"	国立癌研究所, 静岡東病院	
ウルグアイ	消化器病センター	MR. JORGE ZUBIAURRE	60. 8. 22 ~ 60. 12. 19	"	順天堂大学	
ウルグアイ	"	MR. JULIO CARZOGLIO	60. 8. 22 ~ 60. 12. 19	"	"	

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
ウルグァイ	消化器病センター	MS. GRACIELA GARCIA CA LABRIA	60. 8. 22 ~ 60. 12. 19	厚生省	順天堂大学	
ヴェネズエラ	がんセンター	MR. CASTRO S. DENNY	60. 8. 22 ~ 60. 11. 27	"	がん研究会附属病院	
ヴェネズエラ	"	MR. JOSE GREGORIO BRIC END	60. 8. 22 ~ 60. 12. 23	"	"	
トンガ	日本/WHO 合同保健衛生検査所	MR. PONGITINI TUPOU	60. 7. 24 ~ 61. 7. 23	"	日本大学医学部	
ユーゴスラヴィア	PHC 生涯教育	MR. JADRANKA BOZIKOV	60. 8. 1 ~ 61. 10. 15	文部省	筑波大学	
ユーゴスラヴィア	"	MR. DALIBOR MARTINIS	60. 8. 1 ~ 60. 9. 15	労働省	AVCC	
	計	20名(国) 57人				

10. 昭和60年度医療関係・単発研修員受入実績

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
バングラデシュ	結核対策	MS. KHURSHEED JAHAN	60. 6. 10 ~ 60. 12. 5	厚生省	結核研究所	
インドネシア	歯科学	MR. R. M. RICHATA FADI L	60. 7. 18 ~ 60. 12. 18	文部省	東京医科歯科大学	
インドネシア	"	MR. R. M. SOELARKO	60. 7. 11 ~ 60. 7. 30	"	"	
インドネシア	(特設)臨床看護実務	MS. TATY SUGIARTI	60. 8. 30 ~ 61. 3. 31	JICA	沖縄県立中部病院	
マレーシア	"	MR. SINI YAWA THI MANA WATHI	60. 8. 23 ~ 61. 3. 31	"	"	
フィリピン	"	MS. ETHEI RITIA M. GAR CTA	60. 9. 04 ~ 61. 3. 31	"	"	
スリランカ	"	MS. S. WELIWITIYA	60. 8. 23 ~ 61. 3. 31	"	"	
タイ	"	MS. SUTEERA SITTIPINYO	60. 8. 23 ~ 61. 3. 31	"	"	
タイ	(G.G)地域労働安全衛生改善	MS. SANAHE PHAKAEW	60. 6. 3 ~ 60. 6. 26	労働省	中央労働災害防止協会	
タイ	"	MS. PRANEE CHAVALITSAK UICHAI	60. 6. 3 ~ 60. 6. 26	"	"	
タイ	"	MS. SAENGCHAN ANATAMEE	60. 6. 3 ~ 60. 6. 26	"	"	
リベリア	医療機材整備	MR. BEN S. DAVIS	60. 5. 30 ~ 60. 8. 28	JICA	三菱商事	
リベリア	"	MR. JEHU B. MATTHEWS	60. 5. 30 ~ 60. 8. 28	"	"	
シェラレオナーネ	医療機器の保守管理	MR. ANAEL OLU HAMILTON	60. 5. 31 ~ 60. 8. 17	"	岩谷産業	
シェラレオナーネ	"	MR. GEORGE ZACCHEAUS W ILLIAMS	60. 5. 31 ~ 60. 8. 17	"	"	
ブラジル	臨床病理学	MS. JULIA MIAKE	60. 8. 22 ~ 61. 8. 20	厚生省	慶応大学医学部	
ブラジル	糖尿病	MR. RUY DE OLIVEIRA PA NTOJA FILJO	60. 4. 4 ~ 60. 6. 20	文部省	東京大学医学部	

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
ブラジル	ヒールス学	MS. CELIA MARIA NAKAUTH	60. 5. 30 ~ 60. 9. 4	厚生省	国立予防衛生研究所	
ブラジル	神経外科	MR. HAMILTON MATUSHITA	60. 6. 16 ~ 60. 12. 11	文部省	神戸大学医学部	
パラグアイ	寄生虫学	MS. ROSA ESPERANZA MERLO	60. 9. 26 ~ 61. 9. 25	厚生省	順天堂大学	
ペルー	臨床神経病理学	MR. OSCAR FRANCISCO GONZALES GAMARRA	60. 4. 5 ~ 61. 3. 31	"	"	
ウルグアイ	ブロンコファイバースコープ	MS. MARIA LUISAG. FIGUEROA	60. 9. 19 ~ 60. 11. 2	"	がん研究会附属病院	
ウルグアイ	胸部外科	MR. JOSE LUIS MARTINEZ APEZTEGUIA	60. 9. 19 ~ 60. 12. 1	"	"	
	計	12ヶ国 23人				

11. 昭和60年度医療関係・国際機関研修員受入実績

国際機関名	国	名	研修科目	研修員氏名	研修期間	主要研修機関	備考
UNIDO	ネパール	バゴク	薬用植物による薬品の製法管理	MR. PRADIP MOHAN ADHIKARY	60. 9. 15 ~ 60. 9. 22	佛小木郎製薬	
WHO	チベット	ウゴク	生物製剤の管理	MR. JUE JUE ZHENG	60. 9. 3 ~ 61. 3. 3	国立予防衛生研究所	
WHO	チベット	ウゴク	産業中毒学	MS. FANG JINFU	60. 7. 4 ~ 61. 6. 17	東大医学部	
WHO	チベット	ウゴク	環境放射能	MR. LI CHENG DE	60. 6. 4 ~ 60. 12. 4	放射線医学総合研究所	
WHO	チベット	ウゴク	臨床薬理	MS. LU LI-ZHU	60. 5. 26 ~ 60. 6. 1	聖マリアンナ大学	
WHO	チベット	ウゴク	"	MS. ZU SHUANG-FENG	60. 5. 26 ~ 60. 6. 1	"	
WHO	チベット	ウゴク	結核管理	MR. ZHAI OU	60. 6. 16 ~ 60. 10. 12	結核研究所	
WHO	チベット	ウゴク	臨床薬理	MS. CHEN LAN-YING	60. 5. 26 ~ 60. 6. 1	聖マリアンナ大学	
WHO	チベット	ウゴク	"	MS. SUN CHENG-ZHI	60. 5. 26 ~ 60. 6. 1	"	
WHO	インド	ンゴク	眼科領域における地域病院医療	MR. ANIL MEHRA	60. 7. 29 ~ 60. 10. 31	順天堂大学	
WHO	インド	ンゴク	結核管理と免疫	MR. A. G. KURTHKOTI	60. 6. 16 ~ 60. 10. 12	結核研究所	
WHO	インド	ンゴク	眼科領域における地域病院医療	MR. HARISH CHANDRA AGA RWAL	60. 7. 29 ~ 60. 10. 31	順天堂大学	
WHO	インド	ンゴク	"	MR. ASIM KUMAR DAS	60. 7. 28 ~ 60. 10. 31	"	
WHO	インドネシア	ンゴク	ワクチンの品質管理	MS. DYAH WIDYANINGROEM ISBAGIO	60. 8. 6 ~ 60. 11. 11	国立予防衛生研究所	
WHO	インドネシア	ンゴク	食品衛生	MR. SEDIARSO	60. 5. 5 ~ 60. 5. 21	国立衛生試験所	
WHO	インドネシア	ンゴク	"	MR. SOETEDJA	60. 5. 5 ~ 60. 5. 21	"	
WHO	インドネシア	ンゴク	"	MR. UNTARI TAKAIN	60. 5. 5 ~ 60. 5. 21	"	



国際機関名	国	名	研修科目	研修員氏名	研修期間	主要研修機関	備考
WHO	カン	ク	優良管理	MR. LEE MIN HEE	60. 9. 9 ~ 60. 10. 10	国立公衆衛生院	
WHO	カン	ク	母子保健	MS. SUN OK KIN	60. 9. 27 ~ 60. 10. 27	和歌山県庁	
WHO	カン	ク	"	MS. SANG SOOK SHIN	60. 9. 27 ~ 60. 10. 27	"	
WHO	カン	ク	保健サービス研究	MR. CHUNG HAK-KI	60. 6. 9 ~ 60. 6. 23	国立公衆衛生院	
WHO	カン	ク	"	MR. HAN HYUN WOO	60. 6. 9 ~ 60. 6. 23	"	
WHO	ク	イ	腸内細菌	MS. PRAPAWADEE BOONCHA ROEN	60. 7. 7 ~ 60. 10. 10	国立予防衛生研究所	
WHO	イ	ラ	蛇毒血清の品質管理	MR. MOHAMMAD TABATABAEI	60. 9. 5 ~ 60. 12. 5	財日本蛇毒学術研究所	
WHO	ケ	ニ	第5回国際医学図書館員会議	MS. ELIZABETH MBATIA	60. 9. 27 ~ 60. 10. 5	東京医科大学	
			計	2機関 25人			

12. 昭和60年度医療関係・巡回指導班派遣実績

コース名	派遣国	派遣期間	団員構成	所属先・職名
寄生虫予防指導者セミナー	ブラジル コロンビア	60. 7. 30 ~ 60. 8. 16 (18日間)	団長 原 隆 昭 矢 野 博 高 英 剛 洋	(財)日本寄生虫予防会調査研究部・部長 厚生省保健医療局感染症対策課・課長橋本 国際協力事業団研修第2課職員

13. 昭和60年度医療関係・第三国研修実績及び予定

回数	国名	実施機関	研修科目	定員 第三国	(表箱) 受種回	研 修 期 間	月 数	日本側 関係者序	専 門 家	カウンタースペクト	備 考
2	タイ	国立皮膚病学研究所	皮膚病学	14(14)	7(8)	60. 3. 25 ~ 61. 1. 24	10.0月	JICA	8人 0.5月	1人 12月	59年度より継続分
4	コスタ・リカ	コスタ・リカ大学	電子顕微鏡	9(9)	3(3)	60. 6. 10 ~ 60. 12. 4	5.9	"	2 1.5	1 6	
1	エジプト	保 健 省	看護教育	20(17)	10(10)	60. 9. 21 ~ 60. 10. 17	0.9	"	2 0.5	2 0.5	
6	チ リ	腎がん診断センター	腎臓病学	26	2	61. 3. 3 ~ 61. 3. 28	0.9	"	3 0.7	1 1	
2	象牙海岸	アビジャン大学	内 視 鏡	8	2	61. 1. 20 ~ 61. 4. 25	3.2	"	4 1	2 2	

14. 医療関係無償資金協力案件一覧(59年度～60年度第2回閣議決定分まで)

59年度			60年度			単位：億円	
国名	案件名	供与額	備考	国名	案件名	供与額	備考
パングラデン	ナラヤンガンジ総合病院建設計画	16・8	60.12	イ	国立衛生研究所建設計画	14・56	62.3
タ	医療機材整備計画	8・32	61.3	パキスタン	パンジャブ医科大学医療機材整備計画	16・70	62.3
ヒ	国立衛生研究所建設計画	24・5	61.3	ヒルマ	看護婦医療技術者養成学校建設計画	9・20	62.3
イ	看護学校建設計画	9・8	61.3	フィジー	医療機材整備計画	6・27	62.3
ド	医療機材整備計画	6・86	61.3	パラグアイ	看護学校建設計画	8・13	62.3
インドネシア	地方ガンセンター医療機材整備計画	5・0	61.3	ポリアニア	アマンバイ地域医療センター建設計画	7・00	62.3
ラオス	救急医療センター建設計画	22・72	61.3	イエメン	サンタクルス総合病院建設計画	18・48	62.3
ネパール	製薬開発センター建設計画	10・45	61.3	スーダ	国立結核センター拡充計画	10・80	62.3
パキスタン	小児病院医療機材整備計画	2・8	61.3	合計	ポナイル川流域感染症対策	5・43	62.3
フィリピン	看護学校建設計画	11・6	61.3			96・57	
中央アフリカ	看護婦医療技術者養成学校建設計画	15・9	61.3				
ニジェール	国立ガンセンター医療機材整備計画	5・9	61.3				
ボリビア	医療機能強化計画	5・0	61.3				
ハイチ	医療機材整備計画	5・0	61.3				
ホンデュラス	サンタクルス総合病院建設計画	18・47	61.3				
	医療機材整備計画	2・2	61.3				
	チグンガルババ母子病院建設計画	5・24	61.3				
	マラリヤデング熱抑制計画	4・5	61.3				
	アマンバイ地域医療センター建設計画	7・06	61.3				
	看護学校建設計画	11・45	61.3				
合計	20件	199・37					
59年度							
医療案件シュエー 20/127 = 15.7%							
金額 シュエー 199.37 / 1171.4 = 17.0%							
60年度							
医療案件シュエー 9/74 = 12.2%							
金額 シュエー 96.57 / 700.20 = 13.8%							

15. 青年海外協力隊医療関係隊員派遣実績

業 種	59年度末迄の累積	60年9月30日 現在		
		派遣中	帰 国	累 計
医 師	4	1	3	4
齒 科 医 師	11	2	9	11
看 護 婦	199	33	178	211
助 産 婦	52	21	40	61
保 健 婦	26	13	16	29
救 急 隊 員	2	2	0	2
臨 床 検 査 技 士	45	30	24	54
診 療 放 射 線 技 士	12	7	8	15
作 業 療 法 士	8	1	7	8
理 学 療 法 士	7	5	3	8
薬 劑 師	17	12	8	20
齒 科 衛 生 士	5	5	0	5
保 母	4	2	2	4
養 護 士	1	1	0	1
栄 養 士	22	10	16	26
公 衆 衛 生 査 査	7	2	6	8
食 肉 検 査 査	3	0	3	3
水 質 検 査 査	7	3	4	7
天 然 痘 痘 監 視 員	12	0	12	12
マ ー ラ リ ー	2	2	0	2
ベ ス ト コ ン ト ロ ー ル	1	1	0	1
計	447	153	339	492

派遣国別医療関係隊員実績

派遣国	薬種	医師	内科医師	看護婦	助産婦	保健婦	臨床検査技師	レントゲン技師	作業療法士	理学療法士	薬剤師	歯科衛生士	保健師	養護	養士	公衆衛生	天然痘監視員	マラリア	ベストコントロール	救急隊員	食肉検査	水質検査	計	隊員配属先 (省庁)
フィリピン				7			5					4											16	難民一時収容センター
カンボディア							1																0	
タイ																					2		3	保健省・内務省
マレーシア					4				1				1	1					2				9	社会福祉省、サバ州開発局
スリランカ					1		6												1				8	社会事業省
インド																							0	
ラオス																							0	
ネパール			3							1				1									5	文部省
モルディブ			4	1																			5	保健省
パングラヂシュ																							0	
P N G																							0	
ソロモン																							0	
フィジー																							0	
トンガ																							0	
西サモア		1					1				1												3	厚生省
ホンジュラス													1					2					4	"
エルサルバドル																							0	
コスタリカ									3					2	1								6	文部省
コロンビア																							0	
ベネズエラ						1	1	1						1									4	厚生省
ボリヴェア			7			3	1	1															12	厚生省
パラグアイ			4			1								3									8	"・企画省
シリア																							0	
セロツコ																							0	

派遣国	業種	隊員配置(省庁)																計						
		医師	内科医師	看護婦	助産婦	保健婦	臨床検査技師	レントゲン師	作業療法士	理学療法士	薬剤師	歯科衛生士	保健師	養護士	公衆衛生	天然痘監視員	マラリヤ		ペストコントロール	救急隊員	食肉検査	水質検査		
	エテイオピア																				1	1	水資源省	
	ケニア																					0	0	
	タンザニア								1													1	1	厚生省
	ガナ			1		1																2	2	"
	チュニジア																					0	0	
	セネガル			1	3		4															8	8	保健省
	ニジェール																					0	0	
	リベリア				4		1	1														6	6	保健省
	マラウイ	1	1	1	13	1	7	4		5				2								35	35	保健省・教育省
	ザンビア			5			3			7				1	1							17	17	厚生省・高等教育省
	計	1	2	33	21	13	30	7	1	5	12	5	2	1	10	2	0	2	1	2	0	3	133	

派遣国別医療関係隊員実績（59年度末迄）

派遣国	業種	医師	歯科医師	看護婦	助産婦	保健婦	臨床検査技師	レントゲン技師	作業療法士	理学療法士	薬剤師	歯科衛生士	保護士	養護士	栄養士	公衆衛生	天然痘監視員	マラリヤ	ベストコントロール	救急隊員	食肉検査	水質検査	計	隊員配属先 (省庁)
	アイリピン			13		1	6					4											24	
	カンボディア																						0	
	タイ						1	1														2	4	
	マレーシア		3	3		4	2	2	6	2			1	1		1				2			27	
	スリランカ					1													1				2	
	インド			9									2		2								13	
	ラオス		1	2																	3	4	10	
	ネパール			59	7	4	2			1					1								74	
	モルディブ																						0	
	パングラチン																						0	
	P N G																						0	
	ソロモン																						0	
	フィジー																						0	
	トンガ																						0	
	西サモア		4				4					1				4							13	
	ホンジュラス			2	1	2							1					2					8	
	エルサルバドル																						0	
	コスタリカ									4													7	
	ペルー					1	1	1															4	
	ボリビア			13			1	1															15	
	パラグアイ			11		2																	13	
	シリア			4																			4	
	モロッコ			2																			2	
	エチオピア						2										12						15	

派遣団	職種	医師	歯科医師	看護婦	助産婦	保健婦	臨床検査技師	レントゲン技師	作業療法士	理学療法士	薬剤師	歯科衛生士	保健師	養護士	公衆衛生	天然痘監視員	マラリヤ	ベストコントロール	救急隊員	食肉検査	水質検査	計	隊員(管轄)	属
	ケニニア			1					1						9							0		
	タンザニア			1	1	1																11		
	ガナ			1	1	1																3		
	チュニジア	2		10	7										1							20		
	セネガル			5	1		5															11		
	ニジェール																					0		
	リベリア				4																	4		
	マラウイ	1	4	54	31	10	18	7	1		10				4							140		
	ザンビア			10			3				7				2	1						23		
	計	4	11	199	52	26	45	12	8	7	17	5	4	1	22	7	12	2	1	2	3	7	447	



青年海外協力隊コロナウイルス緊急派遣

1. 業務内容

JICA派遣の緊急医療救援チーム(JMTDR)の現地活動調整を主とし、他に相手国政府から具体的な要求があった場合には在コロナウイルス日本国大使館と協議の上、可能な限りの救援活動を行う。

2. 派遣期間 1985年11月16日～12月15日(30日間) 但し、現地の状況に応じて短縮、延長もありうる。

3. 派遣メンバー

- ① 田口 正文(40) 調整員(チームリーダー) 大分市大学下町130-22 (財)国際協力サービスセンター(電話)ケニア42/3 農業土木)
- ② 津川 智明(32) 医療救援隊員 鹿児島市登牟田町7-2 (マラウイ)52/2 土木設計)
- ③ 岸田 泰津梁(31) " 湘和市中尾184-17 (パラグアイ)57/4 生活改善)
- ④ 要 光代(38) " (出張扱い) 船橋市西船2-20-8-307 協力隊事務局影塚室 (ネパール)49/1 看護婦)

4. 日程 11月16日(土) 21:30 成田発 (KE002) (ロシア)ジュネルス着18:20  
11月17日(日) 08:00 ボコタ発(AV081) (ロシア)ジュネルス発20:20)

5. 飛行機打

医薬品(隊員用1ケース、救援活動用2ケース)、隊員用機材(作業着、ゴム長、安全靴、軍手、軍靴、ジャンパー、ヘルメット、寝袋、懐中電灯、雨具、水筒、電卓、文房具)、スコップ20、つるはし20(JMTDRの要請に基づきJICA医療協力部が購入)

6. 救援活動経費

- 2,000,000円 (当座の宿泊費及び現地調達費)・・・チームが執行
- 200,000円 上記医薬品、靴服、文具類の本邦購入分

なお、現地到着後、救援活動に必要な経費は申請を待ってJICAボコタ事務局に示送する。

第 1 7 回 海 外 医 薬 協 力 委 員 会  
会 議 資 料 2

昭和61年度保健医療協力費及び人口・家族計画協力費予算要求の概要

科 目	保 健 医 療 協 力 費		人 口 ・ 家 族 計 画 協 力 費		
	昭和61年度 概算要求額円	対 前 年 比 増減額円 比・件数	昭和61年度 概算要求額円	対 前 年 比 増減額円 比・件数	
	概	要	概	要	
1. 調査団派遣に必要な経費 (1) 事前調査	4,227,000 (4,027,000)	92,668 (292,668) (107.3%)	882,000	52,987 106.4%	
(2) 実施協議	251,790	32,504 114.8%	97,892	28,278 140.6%	2 件 ①インドネシア・家族計画 ②アフリカ地域・プロジェクト・フアイディング ③スリ・ランカ・医薬品製剤センター ④中近東、アフリカ地域プロジェクト・フアイディング ⑤中南米地域プロジェクト・フアイディング
(3) 施設設計 (4) 計画打合せ					1 件 スリ・ランカ家族計画
					1 件 ネパール・家族計画

科 目	保 健 医 薬 協 力 費		人 口 ・ 家 族 計 画 協 力 費	
	昭和61年度 概算要求額	対前年比 増減額 晒比・件数	昭和61年度 概算要求額	対前年比 増減額 晒比・件数
(5) 巡回指導	1件増		5件 ①中国・中日友好病院 ②インドネシア・北スマトラ地域保健対策 ③ネパール・トリブバン大学 ④エジプト・カイロ大学小児病院	2件 ①タイ・家族計画 ②コロンビア・家族計画
(6) 機材修理			6件 ①アジア地域 3件 ②中近東・アフリカ地域 1件 ③中南米地域 2件	1件 フィリピン・家族計画
(7) エバリエーション	1件減		6件 ①タイ・看護教育 ②ナイジェリア・ジヨス大学 ③ザンビア・ザンビア大学 ④ペルー・地域精神衛生向上 ⑤グエネズエラ・がん対策 ⑥トンガ・日本/WHO合同衛生検査所	1件 メキシコ・人国活動促進
(8) 基礎調査			1件 ポリグイア	2件 アジア地域、アフリカ 地域家族計画
(9) 事後調査			1件 スリ・ランカ	
(10) 機材仕様調査	1件増		1件 (新規要求)	
(調査回数計)	1件増		( 37件 → 38件 )	1件増 ( 9件 → 10件 )

科 目	保 健 医 療 協 力 費			人 口 ・ 家 族 計 画 協 力 費		
	昭和61年度 概算要求額(円)	対 前 年 比 増減額(%)	概 要	昭和61年度 概算要求額(円)	対 前 年 比 増減額(%)	概 要
<b>実施計画費</b> (1) プロジェクト運営費 (2) 適正技術開発研究費 (3) 視聴覚等教材整備費 (4) 国内協力体制整備費			調査団 38件、プロジェクト 33件 2件 2件 15件		1件増 1件増 1件 6件	調査団 10件 プロジェクト 6件
<b>2. 専門家派遣に必要な経費</b> (1) 長期専門家 (2) 短期専門家 (3) 長期調査員 (4) 大学教授等 (専門家人数計) 中堅技術者養成対策費	2,315,195	249,557 112.1%	98人 → 103人 164人 → 181人 2人 → 3人 40人 → 43人 (304人 → 330人) 3件 インドネシア・薬品品質管理 フィリピン・熱帯医学研究所 タイ・看護教育 新規要求(補助率の選減方式を採らないもの) パキスタン・イスラマバード小児病院 1件 インドネシア・北スマトラ地域保健対策 24件 → 31件	259,911	36,432 115.6%	11人 22人 → 24人 (2人増) (33人 → 35人) 3件 タイ・家族計画 フィリピン・家族計画 メキシコ・人口活動促進 新規要求(補助率の選減方式を採らないもの) ネパール家族計画
<b>プロジェクト基盤整備費</b> <b>学術情報資料提供費</b>						

科 目	保 健 医 療 協 力 費			人 口 ・ 家 族 計 画 協 力 費			
	昭和61年度 概算要求額	対 前 年 比 増減額	比 件 数	昭和61年度 概算要求額	対 前 年 比 増減額	比 件 数	
	要 要	概 概	要 要	概 概	要 要	概 概	
3. 機材供与に必要な 経費 機材供与費 機材修理費	1,396,760 1,396,760 -	10,201 10,201 -	100.7% 100.7% -	514,197 514,197	▲11,723 ▲11,723	97.8% 97.8%	6プロジェクト×1/2件 (新規要求)
4. アフターケアに必 要な経費	63,255	296	100.4%				
5. 難民救済等緊急医 療協力等に必要な 経費	200,000	▲200,000	50.0%				

## 第17回海外医療協力委員会会議資料3 病院協力専門部会報告書

昭和60年10月25日

部会長 竹内 正

### 1 はじめに

昭和58年10月26日に開催された、第15回海外医療協力委員会において、病院協力専門部会の設置が提案され、了承された。これにもとづき、海外医療協力委員会から7名の委員と、外務省、文部省、厚生省、JICA等からの関係者10名の幹事により、上記専門部会が構成された。委員および幹事の氏名を資料1に示す。

昭和59年3月28日に第1回専門部会を開催し、部会委員の互選により、竹内正委員が部会長として指名された。その後59年10月16日に第2回の、60年10月25日に第3回の専門部会を開催し、本部会の報告書を取りまとめた。

### 2 本専門部会設置の趣旨

第1回専門部会（59年3月28日）において、事務局より次の通り専門部会設置の趣旨説明があった。

「病院協力専門部会設置の趣旨について」

開発途上国における総合乃至専門病院の建設及び運営に対する援助協力は年々拡大して来ている。即ち現在進行中の技術協力プロジェクトは、全プロジェクトの4分の1にあたる9件が病院協力に関するものであり、今後の協力を検討中のものが5件ある。

これらのうち10件は無償資金協力による病院の建設に関係するものである。

以上の病院の建設及び運営に対する援助協力には、実施上幾多の問題点があり、これ等について基本的及び技術的検討が今後の病院協力の円滑かつ効果的な実施上極めて重要である。

現在までに協力を終了し、或は協力中のプロジェクトに関する主要な問題点は次のとおりである。

- (1) 開発途上国においては、医師等要員が絶対的に不足している国が多く、病院の建設は行われても運営が困難となり、技術協力の基盤がなくなる恐れがある。
- (2) 開発途上国においては、国民の所得水準が低いため、医療費を患者負担とすることが出来ず、医療保険制度もないため当該国の全面負担となり、財政事情によっては運営が困難となるか、技術協力にも支障を来すこととなる。
- (3) 一方病院の運営に対する協力には、医師、技術者、看護婦等要員の養成が不可欠であるが、指導に当る日本人専門家の確保が現状極めて困難である。

- (4) 上記のうち、臨床医師の現地における診断治療等実地指導には現地のライセンス若しくは現地政府の許可が必要となるが、国によってその取扱いは区々である。
- (5) 同様に現地の臨床医師の日本における研修についても実地研修上の制約があり、協力の効果を挙げる事が出来ない場合がある。
- (6) 更に病院の運営管理については、包括的にわが国の協力を求める事例もあり、協力と方法について慎重な検討を要する。

### 3. 本部会による検討の主要内容

本部会は、前記第Ⅱ章に述べられた問題点を中心に、次の通り検討を行った。

#### 問題点(1)について

たとえば、スリ・ランカのスリジャヤワルダナプラ総合病院において、このような問題が見られる。この病院は、わが国の無償資金協力により、昭和58年9月完成し、技術協力を直ちに開始する予定となっていたが、スリ・ランカ側の医師等、医療要員の確保が進まず、59年9月に開院式が行われたものの、即時全館稼働は行わず段階的な開院を進めている状況にある。このため、技術協力の開始は当初予定より遅れ、R/D missionの派遣は60年末となる見込みである。

このような問題は、先方の政治、経済事情の急変等予見の困難な場合もあるが、可能なかぎり、病院建設開始の前に先方の医療要員確保の態勢について、これまで以上に十分な事前調査を行ない、先方の要員確保の態勢とcommitmentを確認し、開院後の技術協力がスムーズに始められるようにする必要がある。

この点、たとえば、同じく無償資金協力により建設された中日友好病院プロジェクトのような場合は、先方の医療要員の確保も着々と進み、開院の3年前から技術協力により、counterpartの医療要員を養成して来たので開院と同時に活発な診療活動が行われている。

#### 問題点(2)について

完成し引渡しの済んだ病院の運営(予算、人員確保を含む)については、当然途上国側の責任であるが、事前の調査の段階で被援助国側に確認しているものの、財政・経済事情の悪化により、十分な管理・運営ができなくなったり、スペアパーツ、消耗品、修理等の予算が不十分なため、供与された医療機器の維持管理が十分に行なわれなくなる例も散見される。このような場合、後発開発途上国(LLDC)については、少なくとも技術協力期間中、日本側負担(とくに、ローカルコスト)について柔軟な措置をとることが望ましい。

#### 問題点(3)について

日本人医療専門家(とくに医師)の確保は一般に困難であるが、とくに長期専門家の確保は著しく困難である。これについては、

1. 在勤手当等の待遇の抜本的改善を行なう。
2. 技術費支給制度の拡充を図る。
3. 医大学長，医学部長，病院長等の医療界の責任者に広く理解と協力を求める。
4. いろいろな方法により，医療関係者に対して国際保健医療協力の重要性をPRする。
5. 現在，待遇面で gap のある中期（数カ月以上1年未満）

専門家について，緊急に処遇の改善を計る必要がある。これは，医師については，長期専門家の確保は，とくに困難であるが，数カ月の任期で交代の継続できる場合が相当あると考えられるからである。

6. 国公立医療機関における国際協力要員の円滑な確保に努める。
7. 帰国後の身分保障を確立する。
8. 途上国での活動が，プラスの評価をうけ，一つの経歴 (career) となるような社会の認識を変えるよう努力する。

#### 問題点(4)について

現在実施中のプロジェクトについては，現地の医師免許取得や，現地政府の許可等の問題は生じていない。協力期間中，途上国側が必要な免許交付や許可を与えることを討議議事録 (Record of Discussions = R/D) で明らかにしたプロジェクトもあるが，この点をとくに明記しなくても，通常のように「免責条項」をR/Dにおいて明らかにしておけば，十分にカバーできるものと考えられる。

免許の交付を主張すると，相互主義から，先方 counterpart の医師に日本の医師免許の交付を要求される可能性がある。

#### 問題点(5)について

counterpart の臨床医の日本での研修で，どの程度，診療に関与できるか，ということについては，これまではそれぞれの受入れ機関に一任されているが，counterpart および，受入れ機関双方から問題提起もあり，その対応策について前向きにかつ慎重に検討する必要がある。

#### 問題点(6)について

病院の運営・管理は，その国の社会・経済体制，医療保険制度の有無，あり方，医療従事者の供給体制等がからみ合って，極めて多様であり，日本式運営・管理方式は，むしろ，そのままでは通用しないのが一般的と考えてよいであろう。

病院管理の技術的側面（診療管理，入院患者管理，看護管理，病歴管理等）については，勿論，要請に応じて可能な限り対応すべきであるが，病院全体の運営や病院の基本施設の維持管理（水道，電気，ガス，ボイラー，冷暖房，エレベーター等）については，技術的助言を除いては，日本側の対応能力の問題と責任の問題（本来途上国側の問題）との両面から，



事実上対応不可能と考えられる。

#### 4. 提 言

海外医療協力委員会への本報告書の提出をもって、本専門部会に付託された作業を完了することとなり、専門部会も解散されることとなると思われるが、病院協力の重要性に鑑み、国内支援体制の一貫として、病院技術協力プロジェクトの形成および実施について基本的、総合的な助言を行う「病院技術協力検討会」のような組織をJICA内に設置されるよう提言するものである。

資料2：病院建設無償資金協力と技術協力（昭和52～59年度）

#### 海外医療協力委員会・病院協力専門部会

（委員・幹事名簿）

（委員）

（アイウエオ順）

織田 敏 次	国立病院医療センター院長
大池 真 澄	病院管理研究所所長
島尾 忠 男	（財）結核予防会常務理事
白壁 彦 夫	順天堂大学医学部教授
竹内 正	山梨医科大学副学長
浜島 義 博	京都大学医学部教授
曲直部 寿 夫	国立循環器病センター総長

（幹事）

大島 賢 三	外務省技術協力課長
竹内 行 夫	外務省無償資金協力課長
中島 章 夫	文部省国際企画課長
佐藤 国 雄	文部省医学教育課長
佐藤 良 正	厚生省国際課長
多田 宏	厚生省健康政策局総務課長
玉木 武	厚生省保健医療局国立病院課長
遠藤 英 夫	JICA無償資金協力計画調査部長
長谷川 豊	JICA医療協力部長
中村 晃	日本大学医学部講師（病院管理学）

病院建設無償資金協力と技術協力（昭和52～59年度）

国名	病院名	供与額（億円）	ベッド数	協力年度		備考	
				無償資金協力	技術協力		
(アジア)	バンラデシュ	2.27	200	58～59		(技協)消化器病診断分野	
	マレーシア	35.0	220	56～57	59～63		
	中国	164.3	1,000	54, 56～58	56～64		
	ネパール	3.10	300	56～57	55～63		
	パキスタン	43.0	180	57～58	60 開始予定		
	スリランカ	19.0	160	52～53	55～59		
	タイ	85.0	1,001	55～58	60 開始予定		
	インドネシア	36.0	400	55～56			
	(中近東)	救急医療センター	227.2	44	59		
	エジプト	カイロ大学附属小児病院	40.0	251	55～56		58～63
(アフリカ)	ザンビア	30.7	120	57～58	60～65	(技協)消化器, 泌尿器, 耳鼻科分野	
	リベリア	1.80	167	56～57			
	ザンビア	23.0	134	56～57	55～62	(技協)小児外科, 新生児管理	
	(中南米)	小児医療センター					
	ボリビア	ラパス消化器疾患研究センター	7.0	30	52	52～59	
	グアイア	スクレ消化器疾患研究センター	8.0	30	53	52～59	
		コチャババ消化器疾患研究センター	11.0	30	54	52～59	
		トリニダード母子病院	15.0	75	56～57		
		サンタクルス総合病院	235.2	200	58～59	55～62	
		中央研究所熱帯病院	14.0	46	56		
ペルー	アマゾンバイ地域医療センター	70.6	70	59			
	地域精神衛生センター	22.0	177	55～56	55～62		
	結核療養所	6.0	20	56			







JICA