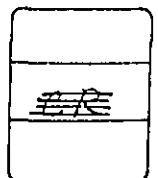


第16回海外医療協力委員会 会議議事録

昭和59年11月

国際協力事業団
医療協力部



国際協力事業団	
受入 月日 '85. 6. 28	000
	90.7
登録No. 11677	MC

第16回海外医療協力委員会議事録

1. 日 時 昭和59年11月6日(火) 午後2時～5時
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長挨拶
- (3) 59年度医療協力事業について
 - (イ) 保健医療協力・人口家族計画協力事業について
(医療協力部長説明)
 - (ロ) 研修員受入事業について
(研修事業部長説明)
 - (ハ) 無償資金協力事業について
(無償資金協力部長説明)
 - (ニ) 青年海外協力隊事業について
(協力隊事務局長説明)
- (4) 60年度予算概算要求について
(外務省説明)
- (5) マラリア対策専門部会審議結果報告
- (6) 病院協力専門部会審議経過報告
- (7) 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：浅 見 敬 三 | 慶応義塾大学医学部教授 |
| 石 田 名香雄 | 東北大学学長 |
| 太 田 新 生 | (財)日本国際医療団専務理事 |
| 織 田 敏 次 | 国立病院医療センター院長 |
| 佐 々 学 | 富山医科薬科大学学長 |
| 佐分利 輝 彦 | 病院管理研究所所長 |
| 宍 戸 亮 | 国立予防衛生研究所前所長 |
| 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 |

JICA LIBRARY



1033885[3]

館	正 知	中央労働災害防止協会 労働衛生検査センター所長
濱	島 義 博	京都大学医学部教授
本	多 憲 児	本多記念東北循環器科病院院長
曲直部	壽 夫	国立循環器病センター総長
村	松 稔	国立公衆衛生院衛生人口学部長
幹 事：	黒 川 祐 次	外務省技術協力課長（谷崎首席事務官代理出席）
	竹 内 行 夫	外務省無償資金協力課長
	内 藤 洸	厚生省国際課長（濃沼課長補佐代理出席）
	古 市 圭 治	厚生省健康政策局計画課長（田中課長補佐代理出席）
	内 田 弘 保	文部省国際企画課長（北沼海外協力官代理出席）
	佐 藤 国 雄	文部省医学教育課長（上杉課長補佐代理出席）
	田 島 高 志	国際協力事業団総務部長
	堀 内 伸 介	国際協力事業団企画部長
	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部長
	野 村 忠 策	国際協力事業団青年海外協力隊事務局長
	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
式 田 敬	副 総 裁
中 平 立	理 事
中 澤 弼 仁	理 事
八 坂 傳 郎	理 事

5. 議事内容：

○中平理事 予定時間が参ったようでございますので、若干ご到着になっておられない方がいらつしゃいますが、第16回海外医療協力委員会を始めさせていただきます。

皆様、本日はお忙しいところご参集いただきまして、ありがとうございます。

私は、当国際協力事業団の理事をしております中平でございます。今日は、進行係をさせていただきますので、よろしくお願ひしたいと思います。

私は、今年の7月から医療協力問題の担当となりまして、日が浅く新参者でございますが、何とぞよろしくお願ひします。

それでは、まず、国際協力事業団有田総裁からご挨拶がございます。

○有田総裁 一言ご挨拶申し上げます。

中平君は、皆様ご存知の長谷川理事が退職されて、その後、医療協力事業を担当することになったわけです。長谷川君は、昨年10月設置されました国際協力総合研修所の所長をやっていたいております。これは、ご承知のようにわれわれとして大変重視しておるJICAの付属機関であって、われわれ自体の専門家を若干保有して、専門家の養成確保をますます改善していこうという趣旨のものでございます。

本日は第16回の開催で、たしか昨年末に行いましたから、1年近くたつわけでございます。事業団の各面の事業の執行状況、あるいは明年度の予算要求等については、関係各部長さん方から後刻、説明があると思いますが、私からは概括的に一言申し上げます。

おかげさまで、事業団の仕事はますます拡大強化されてまいっております。ただ、1つ特徴的なことは、例えば中曽根総理大臣の「21世紀の青年友情計画」に基づき、ASIANから毎年750人ずつ人を呼んで、1カ月日本を見させようという計画も、実は事業団で行うようにということで、実施しているということでございます。

今年の10周年を迎えてのわれわれのキャッチフレーズは、「人づくり・国づくり・心の触れ合い」ということでございますが、技術協力そのもの以外に、もう少し、人と人とのかかわり合いで交流を深めていくことが、技術協力の成果を上げることにつながるという認識は、事業団の内部でも深まっております。まさしく、この友情計画等も、そういう意味で今後の仕事の実施に役立つまいのではなからうかと思っております。

また、やはりわれわれの技術協力の非常に基本的な問題は、研修員の受け入れということにあります。医療協力におきましても、各方面から医師、あるいは検査技師の方々を受け入れてもらって、諸大学あるいは諸機関で親切にいただいている。これが医療協力の原点と申しますか、非常に効果的なものでございます。

それに関連しましては、東京のいわば研修員受け入れの中心機関であったTICが、非常に古くなって、個室も狭い、トイレもシャワーも内蔵していないということで、もう20年もたっておりますので、従来からこの建て替えを要請しておりました。それが、幡ヶ谷に、今年末から来年春にかけて、約500室ぐらいのセンターができます。これができると、施設が最新式になりますので、研修員の方々に喜んでいただける、このように感じている次第であります。

その外に、明年度の予算では実は、TICの跡を——これは修繕してもバイズその他が老朽化して、新しく建て替えるよりお金が掛かるということで、これを建て替えさせていただきたい。その目的は、先程申し上げた国際総合研修所が今、間借りでございます。これを国際総合研修所の1つの本拠にする。また、ここにございます図書資料室は、いつまでもここに置いておくわけにいかない。本がどんどん増えると、そのうちに三井ビルの床が抜けてしまうので

はないかという心配もあるというようなことで、これをひとつ、付属機関の重要な一部として資料室を移しまして、専門家等の報告が既に2万冊ございますけれども、これが蓄積されていきますので、この索引が迅速にいくような新しいシステムに切り換えておりますが、これをそこに持って行って、情報公開もして大いに一般に利用していただく。同時に、今年は1つの試みとして、実はA S E A Nの新聞の方々を呼んでセミナーをやりました。これは技術協力そのものに議論が集中するよりもむしろ、貿易摩擦その他の話が出てきましたけれども、先程申し上げたように、日本とA S E A Nの国々との本当の対話という観点からは効果があったと思います。これを初めといたしまして、技術協力そのものを幅広く、セミナーも開催したい。それを開催する場所として、国際総合研修所の入る新しい建物の一部を利用したい。また宿舎といたしましても、高級とか準高級研修員も泊まれる施設も若干造りたい。このような多目的の建物を造りたいという構想を持っております。

こういうことで、医学の面につきましてもセミナーというものは大変効果的であるかと思えますので、われわれとしてはぜひ来年度の予算では、この建て替えの予算を確保したい、このように思っているわけでございます。

医療協力につきましては、皆様のおかげで順調に発展しております。先般も、中日友好病院の開院式が無事に済みました。私も、衛生部から招かれて立ち合いましたが、非常に立派な病院になっております。建物は一応はできたけれども、これからが勝負だと思えます。これは子々孫々に至るまでの中日の協力の1つの拠点ということであるかと思うので、ぜひ皆様にもご協力いただきたいと思います。

それに関連しては、どうしても、こちらから行かれる専門の方々といえますか、教授の方々が、単に講演ということだけでなく、もう少し長期間にわたって研究協力についても、あるいは臨床にしてもやっていただけるというような1つのシステムをぜひ開発していただきたいという感じがしておるわけでございます。

医療協力については、相手方が十分な努力をしないためにいろいろ問題があるということもございまして。従って、無償協力との結び付きといえますかシンクロナイゼーションが非常に大切だということもございまして。最近の例では、スリランカの1,100床の病院も、建物は完成したけれども、先方の医師その他が出そろわないということで、最近やっと、大統領が出席して一応の開院はいたしましたけれども、これがフル回転するためにはなかなか大変であります。ただ、ローカルコストが財政事情でどうしても向こうが出せないという事情がございまして。これも、当初は出すつもりであったのが、その後の財政事情で出せなくなったということで、せっかく病院はできたけれども動かない。大蔵大臣は、もう新しいプロジェクトはご免だというのに対して、各部局は、もっと何か作ってくれというような話で、これもご多聞に漏れずそういう点の争いがあるわけでございます。そういった中でこういう病院の協力をするということにつき

ましては、いろいろ考えなければなりません。

1つは、やはりローカルコストをもう少し柔軟に考えて、あるいは無償資金の協力というものももう少し柔軟に考えて、少しそこをみて上げるようなことができないかというようなことも、今後、考慮の対象になるべき筋合の問題だと思えます。

いずれにしても、10周年を迎えましたJICAは、これからの10年に向かっては問題が多々ございます。しかし、大切な税金を使うわけでありますから、かりそめにも一般のご比判を招かないように、効率的に、適正に、また、相手から喜ばれるような協力をひとつ展開していただきたいと思っておりますので、ぜひご指導、ご鞭撻、ご助言をいただくことをお願い申し上げます。

○中平理事 どうもありがとうございました。

では次に、島尾委員長からご挨拶がございます。

○島尾委員長 開会に当たりまして、一言ご挨拶を申し上げます。

国際協力事業団が開設以来10周年を迎えられて、この間に事業が大変順調に伸びてきておりますことを、最初にお祝い申し上げたいと思います。

先月、10周年記念のレセプションがございましたときに、総裁は「人づくり・国づくり・心の触れ合い」を——今日もおっしゃいましたが——強調されました。私、つい2週間程前に、国際結核予防連合の年次総会並びにアフリカ地域の会合がございまして、チュニジアへ行ってきました。その席には、地元のチュニジアの人を除きますと120名ぐらいの参加者がおりましたが、半分がヨーロッパ、アメリカから、残り半分がアフリカ、中近東地域からの参加者でございました。その中に、国際協力事業団がおやりになり、私どもが委託を受けてやっております国際結核研修コースの卒業生が10名おまして、参加者の大体2割近くです。そのすべてが、各国の結核対策あるいはその国の中の人づくりの中心となって活躍しておる状況を知ることができまして、大変嬉しく思いました。やはり人づくりの問題、これに対する協力というのは、速効性はございませんが、長い目で見れば一番効果を発揮してくるのではないかと、そんな実が既にアフリカの地でも実りつつあるというような印象を得たわけでございます。

また、たまたまその機会に、前から知っておりましたカナダのDr Jeanesに会うことができましたんですが、この方は昔、Canadian Lung Associationの専務理事をいたしておまして、現在は、カナダのCIDAの保健医療協力部長——ちょうど長谷川さんと同じような仕事を担当しておられる方でございます。それで、カナダのやっております保健医療協力について、いろいろお話を伺う機会があったんですが、やはりカナダもマルチあるいはパイでやっているわけですが、その外に、日本にない1つの仕組みとして印象を受けましたのは、カナダでは民間の協力を活用いたしまして、民間団体がしかるべきプロジェクトを組んだ場合——例えば1,000万円の国際協力プロジェクトを組んだ場合、CIDAが同じ額の1,000万を付け加えまし

て、2000万円のプロジェクトとして実施する。もちろんプロジェクト内容の審査等はCIDAでやっているわけですが、こういう形で民間活力を活用しながら国際協力を進めるといふ形は活発に行われておりまして、話を伺いましたら、パイのプロジェクトが30、ところが、その民間を活用してのプロジェクトは470に及んでいるという話でございました。最低が2万カナダドル、普通は大体50万から100万ドル程度のものをやっているんだというふうなお話で、これは将来検討していただいていた1つの方向ではないかと考えた次第でございます。

医療協力の方は、お話のように順調に伸びてきているわけなんですけど、最近、私が直面している難しい点は、行政改革が進むにつれまして、人を外に出す場合の出し方が大変難しくなっております。国家公務員あるいは地方公務員の方を外へお願いするのが大変難しい状況になってまいりました。出していただきたいとお願いいたしまして、人を出せるようなところは、よほど暇なところらしい、それなら定員を減らそうかという反応が出てきてしまう場合がしばしばございます。これは恐らく、技術協力全般に共通した、各省に共通した問題だと思っておりますので、ぜひ国際協力事業団、外務省の方が主導権を取っていただいて、海外協力に人を出すことだけは、いわゆる行政改革の方向とは別枠に考えるようなコンセンサスを定着させていただければありがたいと考えております。

本日は、昨年設立が認められましたマラリア対策専門部会が大変熱心にご審議いただきまして、結論がまとまってまいりましたので、この機会にその専門部会の報告を後程発表していただき、ご討議をいただきたいと思っております。

また、今も総裁からお話がございました病院に関する問題、これは無償資金協力との絡みで非常に重要な問題になっておりますが、その問題についての専門部会の経過報告を本日お願いし、更に、もう少し具体的にあと1年間検討させていただこうかと考えております。

短い時間でございますが、年に1回の総会でございますので、どうぞ活発なご議論をお願いいたしまして、開会に当たってのご挨拶といたします。

○中平理事 どうもありがとうございました。

それでは、今後の議事につきまして、島尾委員長にお願いしたいと思っております。よろしくお願ひします。

○島尾委員長 それでは、早速議事に入らせていただきます。

昭和59年度の医療協力事業について、担当の各部長さんからご説明をいただきたいと思っております。

議題に従いまして、まず最初に、保健医療協力、人口・家族計画事業につきまして、長谷川部長からお願いいたします。

○長谷川幹事 長谷川でございます。この4月1日付で医療協力部長を拝命いたしました。この委員会に出席するのは初めてでございます。よろしくお願ひします。

まず、資料をご説明いたしたいと思います。

本日は、3種類の資料とマラリアの報告書を配付いたしております。

1番目の資料は、「会議資料一」という分厚い資料でございます。昭和59年9月30日現在の医療関係協力事業の実績をまとめております。

それから、「会議資料二」が、3ページ程の資料でございます。これは昭和60年度の保健医療協力費及び人口・家族計画協力費の予算要求の概要でございます。これは後程、外務省技術協力課の方からご説明いただくことになっております。

「会議資料三」は、1枚紙の資料でございますが、これは国際救急医療チーム、JMTDRの派遣事業についての資料でございます。

それでは、「会議資料一」に基づきまして、医療協力事業のご説明をいたしたいと思います。

第1ページでございますが、昭和59年度の保健医療協力及び人口・家族計画の概要をまとめたものでございます。

保健医療協力費は、39億2,704万5,000円という予算額でございます。調査団派遣、専門家派遣、機材供与、アフターケア、難民救済等に充てております。

これまでの実績は、真ん中の欄にあるようになっておりまして、これは9月30日までの実績でございます。それ以後、若干伸びておりますが、今後、この計画を達成するのにまだここに示したような事業件数が残っております。

人口・家族計画協力費は、8億1,436万円でございます。調査団派遣、専門家派遣、機材供与に充てております。

3番目に、技術協力センター費というのがございまして、これはタイのプライマリー・ヘルスケアの訓練センターの事業費でございます。ここには金額が計上されておりませんが、これは、医療協力部で実施いたしておりますけれども、予算が社会開発協力部の方に置かれておるからでございます。約1億1,000万程の実行計画額で、調査団派遣、専門家派遣、機材供与等を実施しております。

第2ページ目に参りまして、昭和59年度の調査団派遣状況をここに示しております。

まず、保健医療協力の方の調査団の派遣状況でございますが、ここにありますように、調査団の区分といたしましては、事前調査、実施協議、実施設計、巡回指導、計画打合せ、機材修理、エバリュエーション、基礎調査、事後調査等、いろいろの種類の調査団が、必要に応じて派遣されるわけでございます。これまでに13件の調査団が既に派遣されております。派遣が終わったものには、⑦が入っております。合計40件の調査団を今年度末までに派遣の予定になっております。

3ページ目が人口・家族計画協力事業の調査団派遣の状況でございます。これも、ここにありますように調査団派遣の計画を進めておりますが、9月30日までの時点におきましては、

中国への巡回指導の調査団が1件派遣されております。今後、年度末にかけて逐次このような調査団を派遣していくよう進めてまいります。合計9件でございます。

それから、先程申し上げました技術協力センター費という予算の中で、タイのプライマリーヘルスケアの訓練センターに調査団を1回、10月に既に派遣いたしました。

4ページからは、現在実施中のプロジェクトを、国別にプロジェクトごとに、調査団派遣の状況、専門家派遣の状況、機材供与、カウンターパート受け入れ計画、実績等をまとめたものでございます。

例えば一番最初のビルマでは、製薬研究開発センターのプロジェクトにつきまして、機材修理の調査団、エバリュエーションの調査団の2つを予定しております。専門家派遣では、既に4名派遣し、10月以降9名を計画し、合計年度内に13名。機材供与は4,850万。カウンターパートは3名の受け入れ計画、そういうふうに表示してございます。これをプロジェクトごとに記してございます。

5ページ目も、プロジェクトごとに掲げてございまして、保健医療関係のトータルは26件。調査団が24件派遣、専門家は、既に派遣した数が120名、これからの派遣計画は73名、合計193名の年度内実施の予定でございます。機材供与は、ここにございますように、11億643万3,000円の供与を予定いたしております。カウンターパートは、これまでの受け入れが2名でございますが、今後85名を受け入れる予定で、トータルで87名を今年度中に受け入れる予定でございます。

次の6ページでございますが、これは人口・家族計画の協力プロジェクトにつきまして、同じように国別に示してございます。現在6カ国で家族計画プロジェクトがございまして、調査団の派遣は、先程申し上げましたように中国の巡回指導1件が完了しております。専門家派遣が、ここにございますように、年間29名の派遣を計画し、既に15名の派遣を終わっております。機材供与は、5億2,300万、プラス2,500万を委託分として計上いたしております。カウンターパートは、トータルで21名の受け入れを計画し、現在まで5名の受け入れを終了しております。

プライマリーヘルスケアセンターは別枠の予算でございまして、これについては、先程申し上げましたように調査団派遣が終了しております。訂正してあると思いますが、「10月」に、巡回指導の調査団が派遣されております。それから、専門家派遣をこのような形で計画し、機材供与が1,500万、カウンターパート5名という計画で進めております。

今までののが、現在進行中のプロジェクトでございます。

次のページからが、今後開始予定の保健医療及び家族計画のプロジェクトでございまして、一番最初のビルマでの消化器病、これは実際には、消化器病の診断技術の向上——ラングーン総合病院が建ちまして、技術協力によりまして、その診断技術の向上を図るプロジェクトで、

実施協議は済んでおりますが、協力の実施は11月からということで、今後開始予定の方に入っております。

それから、先程総裁の方からお話ししました、スリランカのスリ・ジャヤワルダナプラ総合病院で、これが、予定より遅れておりますが、実施協議をできれば1月に行いたいと思っております。

タイの国立衛生研究所、これも無償資金協力で、来年の1月ごろから建設を開始して、1年半ぐらい掛けて建設が行われる予定になっておりますが、これについて、研究者を育てる協力をなるべく早く開始したいという向こうの要望がございます。

スーダンのハルツーム教育病院。これも無償資金協力で、今建設中で、来年の3月ぐらいに完成予定でございますが、これについて消化器科、耳鼻咽喉科、泌尿器科についての技術協力をする予定になっております。

ケニアの中央医学研究所、これも既に無償で建てられたものでございますが、これは一応、この3月まで伝染病のプロジェクトをやっておりますけれども、これをまた新たな観点から研究技術協力をやるということで実施協議を来年の2月に予定いたしております。

アルゼンチンで、消化器の内視鏡センター、これは向こうの方で建物を整備いたしておりますが、これについて技術協力を進めることになっております。

ユーゴスラビアでは、プライマリー・ヘルスケアの従事者の生涯教育のプロジェクトで、今月もうすぐ実施協議チームが派遣される予定になっております。

コロンビアから家族計画についての要請がありまして、本年度末までに実施協議を予定いたしております。

以上が、今後開始が現在確定しておるプロジェクトでございます。

次の8ページでございますが、医療協力部の活動はプロジェクトだけに限らず、プロジェクトという形以外の協力もございます。ご承知のとおり国際救急医療チームが約2年前に発足いたしておりますが、これにつきましては「会議資料三」に、もう少し詳しい説明がございます。外務省の技術協力課がこのJ M T D Rの事務局でもございますので、外務省の方から後程ご説明いただくことになっております。

現在まで、このJ M T D R関係では、2名の方が、国連の救急医療の会議に参加していただいております。更に46名を、要請に応じて派遣する予定にいたしております。

過去に終わったプロジェクト事業につきまして、必要に応じアフターケアの仕事を実施することがございますが、本年度は、タイのラマチボディ病院——マヒドン大学の中の病院でございますが、その眼科のプロジェクトが過去に終了しておりますして、そのアフターケアを行いました。

もう一つ、やはりタイで、マヒドン大学の病理学のプロジェクトがございましたが、これの

アフターケアも行いました。その他、要請に応じまして、大学教授等の専門家を講演等に派遣する予算として40名ございまして、そのうち27名を派遣いたしております。

その他の技術指導に単発の形で専門家を派遣する予算がございまして、26名の予算で、20名が既に派遣されております。

それから、プロジェクトという形ではなくて機材だけの要請があつて、医療機材を供与する場合がございます。特別機材供与で10件の予算がございまして、3億円の予算で供与の準備を進めております。

次の9ページでございまして、ここには昭和52年度から昭和59年度までの医療協力部の関係予算の移り変わりを示してございます。昭和59年度には、Bの保健医療協力費、39億2,700万。Cの人口・家族計画8億1,400万で、合計47億4,100万というふうに、だんだんと伸びてまいっております。

最後に10ページでございまして、今ご説明申し上げました保健医療協力及び人口・家族計画協力のプロジェクトの位置を、世界地図の上にマークしてございます。今年度中に開始予定のプロジェクトを入れまして、合計39件となっております。

以上、簡単でございまして、医療協力部からのご説明を終わります。

○島尾委員長 どうもありがとうございました。

ただいまの長谷川部長のご説明に、ご質問あるいはご意見ございませんでしょうか。——よろしゅうございますか。

それでは次に、研修員の受け入れ事業につきまして、宮本部長からお願いいたします。

○宮本幹事 研修事業部長の宮本でございまして。

研修事業部の59年度の受入計画並びに9月までの実績につきまして、ご報告させていただきたいと思ひます。

12ページをご覧いただきたいと思ひます。左側でございまして、「研修員受入」。まず、全体計画につきまして、ご報告させていただきます。

59年度は、この表にございましてように集団研修コースが191コースでございまして、人数は2,171名。日墨交流計画55名。

個別研修は1,617名。内訳は、単発研修員576名、カウンターパート871、国際機関171名。

3に特定とございまして、これはマレーシア東方政策でございまして、155名。

予備枠、50名。

計4,048名が、59年度の受入計画人数でございまして。

この受入計画に対しまして、9月末の実績でございまして、この数字でご覧のとおり、集団コースにつきましては1,625名、コースとしまして134コースを終了しております。これは、全体の75%に匹敵いたします。

個別研修でございますが、637名を受け入れまして、その比率は39.4%でございます。
その個別研修の中に、単発、カウンターパート、国際機関がございます。

次に、特定でございますが、マレーシアの東方政策が123名、79.4%でございます。

59年度、4,048名の受入計画をいたしまして、9月末で2,385名ということは、率にいたしまして58.9%という高い率になっております。これは、本日ここにご出席の委員の先生方の、受け入れにつきましてのご指導、ご鞭撻があったたまものと思っております。また、研修事業部といたしましては、特にカウンターパートの受け入れにつきましては早期通報システムを新しく導入いたしまして、受入枠を早期に相手国に通報するという効果が出ております。要請書の到着が役立ったしまして、58.9%というような高い比率になっているわけでございます。

さて、医療協力分野でございますが、12ページの右側に書いてございます。集団コースでございますけれども、昨年実施の看護管理コース及び、新設コースでございますが、沖縄国際研修センターで担当しております公衆衛生技術者コースを加えまして、58年度より2コース増の20コースで実施の予定でございます。そのうち17コースが終了いたしまして、192名の研修員の受け入れを完了いたしました。そのコース名、受入人数、主要研修機関等につきましては、後程13ページをご覧くださいと思います。

次に、カウンターパートの受け入れでございます。58年度受入実績が120名でございましたが、59年度は11名増の131名が受入枠でございます。上半期では、その28%に当たります37名の研修員の受け入れを実施しております。9月末で37名でございますが、本日の時点でございますと、それ以後来日した研修員が47名、受け入れの回答を得た研修員29名、計76名ということで、これも本日現在でございますと58%という高い数字になっております。従いまして、28%に対しまして残りの72%につきまして、今申し上げましたように既に受け入れたものもございまして、これから94名、下半期に受け入れる予定でございます。

単発研修員でございますが、これは集団コースとかカウンターパートの受け入れに属さない、相手国のプライオリティーに従いまして受け入れる研修員でございますが、59年度におきましては、研修員の要請が前年に比べまして非常に多くなっているということで、上半期では既に、前年度実績の46人の85%に当たる39人を受け入れております。なお、この単発の中には、沖縄の国際センターの方で行われております特設コース、臨床看護技術コースという研修員の受入人数も含まれております。この単発研修員の受入実績表は16ページ並びに17ページに記載してございますので、後程ご覧くださいと思います。

国際機関の研修員の受け入れでございますけれども、59年度は、前年度実績を9人上回る45人を予定してございまして、既に9月末現在では7名の受け入れを実施しております。今日は11月6日でございますが、その後2名の受け入れを決定し、39名につきまして現在、検討中という次第でございます。

以上が研修員受け入れの実績でございますが、当事業部の関連事業といたしまして、研修員、特に帰国研修員に対しますフォローアップの一環でございますが、巡回指導というものを準備しております。本年度、17チーム予定しておりますが、医療分野におきましては、腎不全対策コースを実施いたしました。すでにフィリピン、マレーシア、インドに派遣いたしまして、完了済みでございます。

第3国研修でございますが、昭和59年度はタイ王立皮膚病学研究所におきます皮膚病学コース、象牙海岸のアビジャン大学におきます消化器内視鏡コース、それにコスタリカ、チリ合わせまして4コースの実施を予定しております。

18ページに、巡回指導並びに第3国研修の実施につきまして記載してございますので、ご覧いただければ幸いと存じます。

はなはだ簡単でございますが、59年度の計画並びに上半期の実績につきましては以上でございます。

○島尾委員長 ありがとうございます。先生方の方で、何かご質問ございませんか。——よろしゅうございますか。

それでは3番目に、無償資金協力事業につきまして、遠藤部長、お願いします。

○遠藤幹事 無償資金協力部長の遠藤でございます。

「会議資料一」の20ページをご覧いただきたいと思っております。ここに、医療関係分野の無償資金協力案件の一覧表が載っておりますが、左側半分が58年度案件、右側が59年度案件となっております。この58年度案件と申しますのは、58年度に無償資金の供与が決定されて、それ以後今日まで引き続き実施中の案件でございます。59年度案件は、年度途中でございしますが、今日までに供与が決定されたものの中の医療分野の案件でございます。

58年度案件につきましては、ここに21件掲載されております。これらは、病院等を建設するいわゆる施設案件、機材を購入する資金を供与する機材案件の2つに分けることができますが、施設案件が12件、機材案件が9件でございます。施設案件のうち6件が病院プロジェクトでございます。上から見てみますと、ナラヤンガンジー総合病院、中国の中日友好病院、パキスタンのイムラマバード小児病院、スリランカの総合病院、スーダンのカルツーム訓練病院、ポリビアのサンタクルス総合病院でございますが、このうち58年度に新規に実施の運びになったものが、バングラデシュのナラヤンガンジー病院とポリビアのサンタクルス総合病院の2件でございます。それ以外の4件は、前年度あるいは前々年度からの継続案件でございます。これは、日本の予算年度の区分上、大きな案件につきましては単年度で完成できないということで、2期分けあるいは3期分けにして実施するというので、ここに掲載されているのはその第2期分ないし第3期分でございます。新規に着手されたものが、今申しましたバングラデシュの病院とポリビアの病院でございます。

59年度は、ここに11件掲載されておりますが、このうち施設案件が10件、機材案件が1件でございます。この施設案件のうち病院案件が5件ございます。バングラデシュのナランガンジー、インドネシアの救急医療センター、イエメンの国立結核センター、ボリビアのサンタクルス総合病院、アマンバイの地域医療センターの5件でございます。先程申したような分類で新規案件だけ拾ってみますと、3件でございます。インドネシアの救急医療センター、イエメンの結核センター、パラグアイのアマンバイ地域医療センターでございます。

右の下の方に、58年度及び59年度それぞれにつきまして、医療案件が、全体の案件——ただし全体と申しましても、JICAは無償案件の実施を100%担当しておりません。大体90%ぐらいでございますが、そのなかでJICAが担当したものが58年度で96件、そのうち21件が医療案件で、約22%を占めております。金額で申しますと、838億のうち248億強ということで、約30%を占めております。59年度で今日までに決定されたものにつきましても、案件で約23%、金額シェアで約28%、こういう状況になっております。

なお、ここに表示されておられません。そしてまた、いわゆる厳密な意味での医療案件ではないと思っておりますが、医療周辺分野と申しますか、関係のあるもので非常に件数の多いものとしたしまして、水の関係のプロジェクトがございます。ご承知のように1980年代は、国連の提唱によりまして「水道と衛生の10年」ということになっておりますが、安全な水、衛生的な水をどう供給するかということでございます。58年度につきましては、そういう案件を取り上げたのが9件でございます。59年度は、今日までに2件、そういった水の案件を取り上げて実施をいたしております。

JICAの無償資金協力に対するかかわり方は、今申し上げましたように、日本政府で供与が決定されたものについての実施を担当するものの外に、その実施に至る、あるいは供与の決定前の段階におきまして、案件について調査するという仕事がございます。これを基本設計調査と呼んでおりますが、59年度につきましては今日までに、34のプロジェクトにつきまして、基本設計調査を実施いたしております。そのうち5件が医療分野のプロジェクトでございます。機材案件が4件、施設案件が1件でございます。

簡単でございますが、無償資金協力のJICA担当分につきましての状況をご報告いたしました。

○島尾委員長 ありがとうございます。

ご質問はございませんか。— よろしゅうございましょうか。

それでは4番目に、青年協力隊の事業について、協力隊の野村事務局長からお願いします。

○野村幹事 野村でございます。

「会議資料一」の22ページ以降について、この資料を参考としながら、私どもの事業の展開並びに問題点について、ご披露いたしたいと思っております。

2.2 ページの表でございますが、59年10月1日現在の青年海外協力隊医療関係隊員の派遣中のもの、既に帰国したもの等の表でございます。

派遣中の隊員は総計105名でございます。これは、青年海外協力隊の隊員で、現在派遣されているすべての業種をトータルいたしますと1,161名でございますので、その中の105名、つまり約9%が医療関係ということでございます。

既に帰国いたしましたものを含めまして、累計は401名でございます。これは、全業種合わせますと、5,225名でございますので、そのうちの401名、率にいたしますと約8%弱でございます。

そういうことで、累計に比べまして現在派遣中の医療関係協力隊員のシェアが若干増えているということは、近年特に医療関係隊員の派遣要請が増えていることを物語るものでございます。

この現在派遣中の医療関係隊員を国別に調べた表が、25ページ、26ページでございます。この表をご覧いただくとお分かりのように、国別に見ますと、一番多く派遣しておる国が、26ページの下の方にありますアフリカのマラウイで、31名でございます。その次が、25ページの冒頭にありますフィリピンの16名でございますが、このフィリピンは、ラオス・カンボジア難民のセンターという特殊なプロジェクトに派遣されている協力隊員でございますので、やや特殊な分野ということになります。その次が、26ページ一番下のアフリカのザンビアでございまして、12名でございます。

医療関係隊員の中でも、医師とか歯科医師とか看護婦さん、そういう職種別に見ますと、26ページの下にトータルがございまして、一番多いのが看護婦さんでございまして、32名でございます。次が臨床検査技師の19名、こういうふうになるわけでございます。

この表にはございませんが、59年度、これから新規に派遣する隊員でございますが、私も毎年、1次隊、2次隊、3次隊と3つの隊に分けて派遣しておりますが、既に今年派遣された1次隊の隊員で医療関係隊員が15名、現在国内の訓練施設で訓練中で、近く2次隊として派遣されます医療協力隊員が13名でございます。それから、なお現在募集をしておる最中一本年の3次隊と明年の1次隊の2つのグループに分けて派遣するための募集をやっておるわけですが、現在募集をしておる開発途上国から要請のあります医療協力隊員の数は、70名でございます。このうちどのぐらい要請が満たされるか、これは今後の問題として残されております。

そこで、私ども、協力隊における医療協力を推進するに当たりまして、少なくとも現在3つの問題点があるかと認識いたしております。

まず、その第1として、お医者さんの要請は結構あるわけでございますけれども、応募者が非常に少ないという点が挙げられると思います。そもそもお医者さんというものが青年海外協

力隊の隊員として行くことが適当かどうか、むしろJICAの専門家として行った方が適当であろうかという意見もあるわけでございます。他方、先程総裁が言われた「人づくり・国づくり・心の触れ合い」——その「心の触れ合い」を何よりも重視いたします青年海外協力隊の分野でも、お医者さんが現地に行きまして、現地の住民達と同じような生活をしながら医療協力をすることも、非常に意味があるかと思いますが、そうなりますと、現在非常に少ない応募者という現実を前にして、これから青年海外協力隊員として派遣されるお医者さんの応募者の数を増やしていくのにはどうしたらいいかというのが、私どもの頭痛の種の1つでございます。

ちなみに今年の春、募集をいたしましたお医者さんの数は8名でございました。開発途上国から、お医者さんが8名欲しいと言ってきたのに対して、応募者は4人でございまして、合格者はゼロでございます。開発途上国の非常に厳しい生活環境に耐えていけるような方に行っていたわけでございますが、そういう点からすると、春の募集でお医者さんとして応募してこられた方の中には適格者がいなかったということでございます。現在やっております募集は、12名のお医者さんの派遣要請がございまして、果たして何名の合格者が出るのか、私どもは今大変関心を持って見ているところでございます。

今後、お医者さんを協力隊員として派遣すべきだということになりますと、具体的にどういふ対策があるかと私ども非常に悩んでいるわけでございますが、これはひとつ今日、私どもいろいろご教示いただきたいと思っておるんでございますが、例えば各大学とタイアップいたしまして、大学の医局あたりにおられますお医者さんを交代に出していただくとか、何かそういう方向での検討が行われれば、かなり事態は改善されるのではなからうかと思っております。

第2の問題といたしましては、看護婦さん、保健婦さんの問題でございます。この問題は、先程申し上げましたお医者さんの場合とは逆で、国内では優秀な看護婦さん、保健婦さんが非常に多数、協力隊に応募されますが、開発途上国からの要請が必ずしも多くないというのが、私どもの悩みでございます。看護婦さんが現地に行きますと、一応技術指導という建前で行くわけでございますけれども、実際は単なるマンパワーとして使われるケースが非常に多いし、また、開発途上国の方にしましても、旧宗主国の医療制度がかなり定着いたしておりまして、それらとの関係から、日本から行った看護婦さんを必ずしも正當に高く評価しない向きがあるのではないかと思っております。

いずれにいたしましても、この看護婦さんの要望は非常に多い。例えばこれは今年の春の応募状況を見ますと、看護婦さんを送って欲しいとする開発途上国からの要請は14名なんです。これに対して応募者が157名と、10倍以上の状況でございます。こういうことで、国内では看護婦で協力隊に入りたいという方が非常に多いわけでございますので、こういった志のある方々に夢をかなえさせてやりたいというのが、私どもの悲願でございます。

第3の問題点といたしましては、医療関係職員といってもいろいろな職種があるわけですが、私どもとしては新しい職種も開拓したい。例えばマラリア撲滅という職種がございすが、これは実は私どもが約2年前に始めたわけがございすが、現在、ホンジュラスに2名行っておりますが、開発途上国、とりわけ熱帯地域においては非常にマラリアが蔓延している、これをできるだけ撲滅しよう——全く撲滅してしまうのは大変なこととございすが、われわれのできる範囲内で何とかこれをやりたいということで、マラリア撲滅のプロジェクトを1つ作りまして派遣したわけがございすが、これに対する国内からの応募者は非常に多かったわけだ。このホンジュラスの2名の要請に対しまして57名の、しかも非常にレベルの高い応募者が殺到いたしましたので、私どもとしては、こういう分野でもっと派遣したいと考えております。

以上が、私どもが現在考えております問題点とございすが。

○島尾委員長 ありがとうございます。

問題提起3つを含めてご説明いただいたんですが、殊に今の問題提起に関連して何かご質問、ご意見ございせんか。

○本多委員 お医者さんで1人応募したんですが、合格ゼロというのはどういうことなんですか。

○野村幹事 私どもの選考の仕方がまずかったのかもしれないんですけど、正直に申し上げますと、学力はもちろん非常に高くなるんでございすが、青年海外協力隊の隊員として、現地の住民と一緒にやっていくということになりますと、ややそういうことに向いておられない方々で……

○本多委員 性格的に弱いということですか。

○野村幹事 ええ。それから、ちょっとノイローゼ気味の方がおられまして……。

○本多委員 分かりました。

○佐々委員 青年協力隊の話とマラリアの話でございすがけれども……。

私、富山医科大学におりまして、今度、スマトラのプロジェクトリーダーになって行きます鈴木猛先生に講義に来てもらいましたときに、その話を学生に聞かせようと思いましたが、今度卒業する学生だけでも20人——これは医学部の学生ですが、卒業したらぜひそういう所へ行きたいということでした。

結論を申しますと、若い学生でそういうことに興味を持っている、あるいは純粋な気持ちでやりたいと思っている学生が、全大学を通じて相当数いるのではなからうか。それが、コミュニケーションの不足で、JICAで求めておられることを全然知らないんですね。たまたま私がいたものですから、そういう話をしたら、どうやったら行けるのかと、20人ぐらいが——これは1クラスだけなんですけど……。それから、内科、外科の教授が、そういう話なら、初めか

らそういうつもりで学生を引き受けようと言う先生も現われて下さる。そういう意味で、各大学へのコミュニケーションを——例えばわれわれの大学のところへそういう話において下さったら、そういう会を持ちます。そういうことが、これから大事なことであり、本当にその点のコミュニケーションが欠けている。JICAのあることさえも知らない医学部の学生が多いわけなんです。

それから、さっきマラリアの話も出てまいりましたけれども、そのときに私も特にマラリアの話をししたら、国立大学の生物のドクターコースで、特に昆虫学をやっている人達が、いわばオーバードクターのような状態で、そういうマラリア対策の専門家になれるのならばなりたいという方が、相当数おられる。さっきの方も、そういう方だと思わすけれども。ただし、今までアリをやっていたりハチをやっていたりで、蚊の専門家ではありません。ところが、アリでもハチでも、とにかく3カ月ぐらいトレーニングをすれば十分に——つまり素養があるわけですから、現にスマトラの世話をしておられる安野博士などは、今、非常なエキスパートでいらっしゃいますが、私のところに来たときは、まだアリの専門家だったわけですから。それが3カ月で、非常に優秀な蚊の専門家となりました。そういうわけで、JICAの方のご努力と、私どもの方の受け入れとがうまくコミュニケーションできると、こういう事業は非常に伸びるのではなからうか。医師の中にも、若いうちに協力隊で行きたいという人が、各大学とも相当いるだろうと思います。その点をお考えいただきたい。

それと、もう1つ大事なことは、医師にしても、エントモロジスト、生物学者にしても、今のままでは使いものにならない。やはり1カ月か3カ月のトレーニングを必要とする。そうしないと、使いものにならないわけですね。片方で、医科学研究所、それから長崎大学に熱帯病の研修コースがありますが、これも実は、恥ずかしい話なんですけれども、2人しか応募がなかった。これは、私が所長のとときに一生懸命作ったコースなんですけれども、これもコミュニケーションが足りなくて、片方でそういうコースをやっているながら、私どもの大学の学生はそれを全然知らないというようなことで、この点が、これからのわれわれの重要なことであると同時に、うまくコミュニケーションをやれば発展するであろうと思うわけです。

例えばこういう研修コースに、JICAから奨学金を出して受けさせて下さるということでできますと、3者が生きてくるのではなからうかと感じます。

○濱島委員 国立大学の現職教授としての立場で……。

今の佐々委員のお考えに全く同感でございますが、正直に言わせて、わが国が医師過剰の状態に直面している——私が言う「医師過剰」というのは、将来、国際医療の方に出てくれる日本のお医者さんがたくさん増えてくるという解釈をしておるんですけども、今、佐々先生がおっしゃったように、私どもが一番考えているのは、医学教育の立場で——文部省の方に非常に関係が出てくると思うんですが、医学生のとてからのPRが絶対必要だと思うんですね。

ですから、私どもとしてもできればそういう——文部省の方から、医学教育の方からでも、関心を高めるような動きを示していただきたい。学生の時代から教育していくべきだと。

それからもう1つ、佐々先生おっしゃるように、JICAの方々積極的に各大学の方にPR活動をするのを、前向きに検討していただく。そのためには——実はうちの京都大学の医学部の学生なども今、調べておりますと、各クラスとも関心が非常に高くなっております。長谷川部長あたりにもお話にきて欲しいというような学生の要求もあるわけですから、これは長い目で、今からじっくりと、うまくPRしていただくことが、非常に大事ではないかと思えます。

もう1つ、私どもが感じられますことは、優秀な日本の若いお医者さんに、こういう協力隊でもいいですし、専門家でもいいですが、これからどんどん指導に行っていくための1つの問題点は、やはり経験豊かな——委員の先生でもいいですけども、その人が率先して、俺に着いて来い、一遍行こうじゃないかと言って、現場でしばらく指導する、日本のドクターを指導するという経験を積ませると、かなり生きてくると私は経験上思うんです。ですから、君、行ってくれんか、これでは絶対行きません。そういうやり方では、絶対行きっこありません。ですから、ノイローゼ気味な先生が集まってくるのも、私は当然だと思います。やり方がおかしいんですね。ですから、やはりベースからのインフォメーション、あるいは佐々先生はコミュニケーションとおっしゃいましたが、もっと平たく言えば、大いにPRをやるべきではないかというふうに提案したいと思えます。

○島尾委員長 野村局長さん、今、委員からご意見を伺いましたけれども、何かございますでしょうか。

○野村幹事 大変貴重な、かつエンカレッジなど意見をいただきまして、ありがとうございます。ぜひ私どもの方からもPRを更に徹底して行いまして、皆様方のご協力を得るようになりたいと思えます。どうぞよろしく願いいたします。

○島尾委員長 青年海外協力隊を派遣するのに、政府間の協定が必要でございますね。この協定を結んでいる国は、ここに並んでいる国の外にまだたくさんあるんでございましょうか。

○野村幹事 いえ、これが全部でございます。

○島尾委員長 では、今、例えば協定を結びたいという話が出掛かっているところは、実際にございますか。

○野村幹事 ございます。アフリカに数カ国、中南米に数カ国。

○島尾委員長 それで、先程医師の問題が出たんですけども、マラウイにはお医者さんが1人いらっしゃるんですね。これは、どういう経緯で、どんな仕事をしていただいているのか、このマラウイのケースをご説明いただければ、参考になると思えます。

○野村幹事 マラウイに行っていらっしゃるお医者さんは、山口大学医学部を卒業された内科

のお医者さんでございまして、マラウイの保健省の所属の国立ブランチア総合病院——ブランチアというのはマラウイで一番大きな街でございます。首府ではございませんけれども。その国立総合病院ですから、マラウイで一番立派な病院でございます。その内科のお医者さんとして、現在活躍中でございます。58年度一番最後の隊として赴任されました。2年間の予定です。

マラウイは、お医者さんだけでなく、看護婦さん、保健婦さん、助産婦さん、臨床検査技師等々、日本の医療協力に非常に期待をしておる国でございまして、今後も継続して要請が出てくると思います。

○島尾委員長 保健医療のプロジェクトはないのに、隊員の派遣要請が非常に多いという、おもしろい地域でございませぬ。

○野村幹事 そうですね。医療に限らず、このマラウイという国は青年海外協力隊を非常に高く評価してくれてございまして、いろいろな分野で派遣要請が後を断たないわけでございます。

○島尾委員長 それでは、今度は60年度の予算の概算要求につきまして、外務省の方からご説明いただきたいと思っております。黒川課長が今日、公務で出張中ですので、代わりまして、谷崎首席事務官からお願いいたします。

○谷崎首席事務官、今、ご紹介にあずかりました技術協力課の首席事務官をしております谷崎でございます。

この委員会の幹事は、私どもの黒川技術協力課長でございますけれども、本日、所用がございまして海外出張をしておりますので、私の方から2点、説明させていただきます。

第1点は、60年度の保健医療協力及び人口・家族計画の予算要求の概要でございます。お手元の「会講資料二」でございます。

2点目は、国際救急医療チームJ M T D Rの現況について、説明させていただきます。

まず、昭和60年度の概算要求の方でございますが、お手元の資料二の1ページでございます。上から4段目でございますが、左に保健医療協力費、右に人口・家族計画費ということで、2つに分けてございます。

まず、保健医療協力費のところでございますけれども、上から3段目、60年度概算要求40億ということになってございます。これは、対前年比1.9%増になっております。その上に107.8%と書いてございますが、101.9%の中には、保健医療協力事業の中でやっておりますカンボジア難民協力、あるいは先程、青年海外協力隊の方から少しご紹介がございましたが、フィリピンでベトナム難民に対する協力をやっております。そういうものをひくくめたものとして、難民等の経費は59年度に4億円認められておりますが、これが来年度、需要が減ったということで2億円を計上している関係で、全体で101.9%となっておりますが、これを除きますと107.8%、7.8%増ということで、JICA予算全体の中で特に遜色のない形の予算

増ということで、概算要求をさせていただいております。

更に右に行きますと、人口・家族計画協力費と書いてございます。昭和60年度の概算要求のところが8.5億円ということで、対前年比5.1%増という数字になっております。

結果的には、このような数字で財政当局の方に予算要求させていただいておりますが、ここに至るまでに、今年の春から私ども、保健医療及び人口・家族の案件調査——在外公館を通じて要望調査をした結果、優良プロジェクトを特に選んで概算要求にのせる、その結果、こういう数字になったということでございます。

今年度は、予算状況はますます厳しくなっている中で、ODAと称しているものは、その中でも特に例外ということになっておりますけれども、やはりなかなか厳しいということで、私ども、予算編成に当たりまして特に効率的、効果的援助ということを考えております。

また、ここに書いてございますのは技術協力予算でございますけれども、既に指摘がございましたように、無償資金協力との連携という点がございます。これについても十分配慮し、無償資金協力と技術協力は車の両輪みたいな形でうまくいくようにということで、その辺を特に念頭に置きまして、予算編成をさせていただいております。

お手元でございますのは、ちょっと細かい感じになるかと思っておりますので、特に60年度予算の特色について述べさせていただきます。

まず、保健医療協力の方でございますけれども、先程も述べましたように効率的、効果的援助ということになります。具体的には、特に事前調査をしっかりやる。今までいろいろなところで指摘されておりますが、やはりプロジェクトの成否は事前調査にかなりのところがあるということで、この調査を拡充することが第1点でございます。

第2点目としましては、既に終わりにかけているプロジェクトの評価を十分行う。その評価を通じて、次の新しいプロジェクトにその経験を生かすという観点から、評価活動を特に重点として行う。

更に3点目でございますが、私どものやっておりますプロジェクト方式の技術協力は、普通、5年ないし6年で終わるわけですが、その後、2年か3年ぐらいたちますと、どうしても供与した機材等が老朽化する、あるいは向こうのカウンターパートの方から、既に行った研修内容よりもまた違った角度から研修をやって欲しい、こういった要望が出てまいります。それにつきましては、アフターケアを更に拡充するという方針で臨んでおります。

以上、3点申し上げましたが、具体的には、事前調査を生かすという点からは、私どもで長期調査員という制度がございます。これは、プロジェクトの良し悪しを決める前に事前調査を行います。それと、相手方といざ協力をしようというときに実施協議を行います。この間、3カ月ぐらいプロジェクトサイトに長期に派遣いたしまして、さまざまな角度から検討するというものでございますけれども、これを増やすことを考えております。

アフターケアにつきましては、現在、財政当局から認められているのが2件ございますけれども、これを来年度、3件に増やすということを考えております。

今申しました点からちよつと外れるんですが、新しい保健医療協力事業の中で、先程、総裁の方からもご指摘がございましたが、ローカルコストという点がやはり、私どもプロジェクトをやっていく上で非常に重要な点です。そういった観点から、応急対策費というのを今度新規要求させていただいております。内容は、私どもが協力する上で、施設等の建設、運営に当たっては、あくまでも相手側がこれを負担するという原則を持っておりますけれども、昨今の世界景気の後退等ありまして、特にL.L.D.C諸国——最貧国等においては、その負担能力がないところもございまして、やむを得ない状況で、なおかつ日本側が負担してやらないと、そのプロジェクトそのものの進捗に非常に大きな影響を与えると言われるものについて、応急対策ということで、日本側から予算手当てをするという内容でございます。ローカルコストの点については、幾つかの観点があるんですが、額的には小さいんですが、そういう形で1つ1つきめ細かく対応していきたいという観点から、応急対策費を今回新規要求させていただいております。

具体的には、北イエメンの結核対策プロジェクトというのがございまして、その検査室の所の給排水施設が非常に老朽化しておりまして、何か手当てをしないとプロジェクトがなかなかまわらないということで、これを考えております。

人口・家族計画につきましては、先程、対前年比5.1倍という数字をご紹介させていただきましたが、やはり相手側の社会問題にも関係してくるという点で、なかなか難しい点がございまして。そういった関係で、優良案件が、わが方としてはなかなか選択しにくいところもございまして。

ただ、来年度につきましては、お手元の1ページの「事前調査」の右にあります概要のところ、2件と書いてございます。①にトルコの家族計画、②にアジア地域のプロジェクトファイナンスと書いてあります。トルコの方はそのままですが、②のアジアの方は、とりあえずインドネシアということで考えております。

以上が、簡単でございますが、概算要求でございます。更に詳しい点につきましては、お手元の資料を後程見させていただいて、質問等がございましたら答えさせていただきたいと思っております。

続いて、「会議資料三」でございます。「J M T D R (国際救急医療) チーム派遣事業」というのが書いてございます。この制度につきましては、一昨年、57年3月に、JICAの中で、開発途上国で緊急の災害等が生じた場合に、政府レベルの救急医療チームを出すということで発足した制度でございます。これにつきましては、その後、一たん事があつたときに何名ぐらい出られるのかというようなところが特に問題でございますが、その後関係各位の大変なご尽力をいただきまして、「1」に書いてございますように、医師が70名、検査技師2名、

放射線技師 2 名，看護婦 43 名等，計 210 名の方がこれに登録していただいております。この制度は，緊急ということもございますので，48 時間以内に現地に行くという目的で作っております。この 210 名の方はそれぞれ現職でおられるわけですが，こういった形のままで協力していただいております。ちなみに，外務省の中にも 1 人，これに登録している女性がおりました，何かあればぜひ真っ先に行きたいと申しております。

この制度は，今ご説明申しましたとおり 2 年半ぐらいたっているわけですが，まだ海外に派遣するというチャンスがないわけでございます。その間，やはり私どもとしましては，一たん事があったときにすぐ出られるようにということで，研修活動を常に考えております。研修内容としましては，「2.」に書いてありますけれども，1 つは国内訓練ということで，これまで 3 回行っております。また，海外に類似の制度がございますので，これに対して調査を行い，日本の制度にそれを反映させるという観点から，今年の春，1 チームはアメリカ・カナダ，もう 1 チームはヨーロッパに出まして，所期の目的を達しまして，その報告書が出ております。その報告を踏まえつつ，わが方の救急医療チームに反映させるべく，いろいろ検討しております。

更には，こういった活動はやはり，関係者の幅広い支持が必要だという観点から，広報に努めております。それが「3.」に書いてございますニュース・レターということで，既に第 3 号まで発刊させていただいております。

更には，すぐ出動するために，やはり医療品あるいは医療器機の備蓄が必要だということで，備蓄を現に実行しております。

それから，48 時間以内と申しますけれども，まだ 1 回も出動していないということでございますので，当初は混乱があるのではないかとということで，私どもいろいろ研修を通じまして，こういう点が問題であろう，こういう場合にはこういう点だろうという，シュミレーションを研修会で実施しております。その成果を踏まえて，J M T D R のいわばマニュアル作りをやっております。それが，「5.」に書いてあります J M T D R のパンフレット，ハンドブックというようなものでございまして，これは現在作成中でございます。

以上が，J M T D R の制度の現況でございますけれども，たまたま外務省の方で昨今，今年に入ってから特に，アフリカの飢餓問題が，国際場裏において問題になっておりまして，これに対して外務省，あるいは日本政府としまして何かする必要があるということで，食糧援助あるいは医療協力という観点から何かできないか——もう既に実施した面もございまして，そういった観点から考えておりましたところ，近々，外務省を中心としたミッションがアフリカに行くという話が持ち上がりました。派遣国等はまだ最終的には決まっておりますが，中にはエチオピアがございまして，エチオピア南部の方に飢餓民が数百万いるという話ですが，これに対して，国際救急医療チームの，いわば前段階として調査を行うということを考えてお

ります。この運営委員会の委員長である、今日ご出席いただいております本多憲児先生に団長になっていただきまして、11月中旬ごろになるかと思いますが、行っていただきたいと考えております。やはり、そういった調査を通じまして、国際救急医療チームにノウハウをストックさせていくということが、とりあえず必要ではないかと考えております。

以上、簡単でございますが、J M T D R についてご説明を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。

それでは、最初に60年度予算について、これは非常に重要なことでございますので、委員の先生方からご意見、ご要望等ございましたら、ぜひお聞きしたいと思っておりますが、いかがでございますでしょうか。

○濱島委員 谷崎さんにお聞きするんですが、先程のご説明で、対前年比伸び率が、医療協力関係は8.9%アップということですか。前に総裁からご説明いただいたんですが、JICA全体の平均の伸び率との関係はどういうことになっているのでしょうか。

○谷崎首席事務官 その点、ちょっとご説明を忘れたんですが、JICA全体の予算というのは、ご案内のとおり技術協力事業費とともにその外出資金、管理費等いろいろ入ってございますけれども、全体としては対前年度比11%の伸びという形になっております。ただ、この中には、全体で協力事業という項目といたしまして15項目ございますけれども、医療協力はいわばプロジェクト方式の技術協力というのがございます。プロジェクト方式の技術協力は、外に農林業とか産業開発とか、全部で5つございますけれども、その全体の伸び率は、保健医療協力の、先程の除いた数字7.9%というのがありますけれども、大体その辺の数字になっております。

具体的に申しますと、私ども、青年海外協力隊というのがございますが、あの事業で、倍増計画というものを3年計画でやっておりまして、来年度がその最終年になるという形で、そちらの方の予算がある程度優先——全体としてはその伸びが高くなっております。プロジェクト方式の技術協力という中では、「7.9」という数字は特に遜色のない形だと思っております。

○濱島委員 先程、難民の方の4億円がもう要らんだろうということで、今度は低くなるというご説明だったんですけども、全体の伸び率から見ると、医療協力の伸びがえらい少ないんじゃないか、そんな感じがしたものですから、概算要求で何とかカバーできないかなという気がしたんですが……。

○谷崎首席事務官 保健医療の中で、難民等のものは、病院を建ててそこに技術協力をするという性格とはちょっと違ったもので、難民の中には、例えば先程簡単に触れましたが、カンボジア難民に対する協力を今年の1月末までやっておりまして、その費用が入っております。その他、フィリピンにベトナム難民のキャンプがあるんですが、それに対して機材供与等をするといった、いわば特殊な、政治的な観点からの費用が、59年度で4億円ございました。これ

が60年度になりますと、カンボジア難民協力というのが一応打ち切ったという形になっておりますので、その辺が影響して、全体的には1.9%という数字になっております。いわゆる病院協力等のプロジェクト方式技術協力というのは、そこら辺を見ていくと7.8%という数字になるといふことです。

○太田委員 今、JMTDRのご説明がありました。3年前にできて、まだ1回も発動されてないということでした。3年前に、これを作ろうというときには、既に世界情勢から言っても日本は遅きに失するぐらいだから早く作らなくてはいいかという気があったんじゃないかと思うんです。それができて、形は立派なものが出てきているようですが、いまだにそれが1回も発動されてないということは、ニーズがあの時よりなくなっているのか、あるいはニーズはあるんだけれども、日本のPRが足りないから要求がないのか、いずれでもなく、国内体制が実情に即応しないような形のために動きにくいのか、どういった点に問題があるんでしょうか。

○本多委員 私、委員長としてお答え申し上げますが、正直言いますと、今まで、コロンビアの地震の時とトルコの地震の時に、出勤しようとしてメンバーを編成したんです。しかし、外務省がいろいろ2国間の話し合いをやっている間に、落ち着いたからということで、これは中止になりました。そういう意味において、JMTDRは48時間以内に出なくてはいけないので、今後ファクト・ファインディング・チームを出そうと。これは、谷崎さんがおっしゃったように今年の3月に、アメリカ、カナダ、ヨーロッパに行ってみまして感じたのは、どの国でも2、3人あるいは数名のファクト・ファインディング・チームが行くんです。行って、それから実際にチームを送るということだったんですが、今までそれを知らないで、とにかく外交ルートで要請が来たら、それから行こうということで、待機の姿勢で、6人もみんな行くようにして、「水杯」をした人もあると思うんですが——これは冗談ですが、新幹線に乗ろうとしたところで、中止になったということで帰った方もおります。そういうことで、何度か編成はいたしました。

結局、今度、どうなるか分かりませんが、一応これはナチュラル・ディザスターを中心にするということになっておりますので、難民は対象外ということになっておるんですが、人道上必要と考える場合にはということで、今のようJMTDRは何もしてないというご質問をいただくから、ではひとつやるかと——正直に言うと、いつまた案件が出るか分からないんです。ですから、私達はとにかく、ファクト・ファインディング・チームの人は誰だと決めておまして、すぐ行くというふうにしております。それから今度はチームが行くということになると思うんです。

○太田委員 これは緊急に発動できるところに意味があるのであって、国内で言えば消防隊と同じようなものだと思うんですが、48時間以内に出動できる体制になくはないのが、今のお話のように、外交ルートで手回取ってできないというのでは、元来の趣旨に合わない

思うんですね。そのためにはファクト・ファインディングをすべきであったのに、それをしなかったために出来なかったというのであれば、今度ファクト・ファインディングを送ったならばできそうだということになると思うんですけども、国によっては全然違うと思うんです。どこへファクト・ファインディングが行かれるのか知りませんが、例えば今年も韓国でもフィリピンでも台風による相当の被害があったと思うんですが、どこでどういうことが起こるか分からないのに、どこへファクト・ファインディングにいらっしゃるんでしょうか。

○本多委員 それは、やはりテレビとかラジオ、あるいは日赤とか外務省、そうした方面から情報を集めまして、それで、残ったところへ行くということにしております。ですから、ファクト・ファインディング・チームが向うへ行ってやるということになると思います。しかし、もちろん外務省の方ではある程度、電報や何かでは打ち合わせをさせていただかなければいかんけれども、ともかくすぐ行くという体制だけはとっております。

そういう意味で、包帯材料とか薬とか、テントも何もすべて用意してありまして、それはすぐに持っていくということになっております。

○島尾委員長 外に何かご質問、ご要望等ございませんか。— それでは、これまで1年かけて検討いたしました専門部会のご報告をいただいて、ご審議いただきたいと思っております。

まず、マラリア対策専門部会について、審議結果の報告書要旨をお手許に配っておりますので、佐々先生からお願いいたします。

○佐々委員 では、ご報告いたします。

前回の医療協力委員会の結果、マラリア対策専門部会を作るようにということになりまして、私が部会長、ここにおられます浅見先生が副部会長、東京大学医科学研究所の田中教授がその取りまとめ役となりまして、正式のメンバーは8人でございましたが、それに長谷川部長を初めとしてJICAの方々及び外務省、文部省、厚生省の幹事の方々を加えまして、これまで大変熱心に会議を重ねていただきました。既に第1回が昨年12月13日、その後5回会議を開きました。その結果、皆様方に報告書の要約をお配りしておりますが、その外、本報告書といたしまして、全体で47ページの非常に詳しい報告書ができたわけでございます。

要約をまた更に要約させていただきますと、現在、地球上の人口が約40数億でございしますが、そのうちの20億前後の人が、マラリアの汚染地域に居住しており、毎年1億5,000万ないし3億人の方がマラリアに罹患して、アフリカだけでも100万人に上る子供が毎年死亡しているという現状でございします。特に、1960年代には全世界的にマラリアが減ったわけでございしますが、1970年代から全世界的に増えつつございします。現在でも、去年より今年の方が多というシリアスな状態であるわけでございします。

1960年代に減りましたのは、この2番目のパラグラフにございしますように、DDT屋内残留噴霧という方法が普及したわけでございしますが、その後、この方法が、いろいろな意味で現

在では実行できない、あるいは難しい所が多くなったわけでございます。例えばDDTに対する抵抗性がマラリア媒介蚊にできてきた。特に、マラリア媒介蚊以外の害虫が非常に増える— DDTをまくと、そういう害虫が増える。天敵を殺してしまうということもありまして、ハエ、南京虫、ノミ、ゴキブリ、普通の蚊— マラリアの蚊以外の蚊です。もちろんマラリアの蚊もそろそろ抵抗性が出てきた。そして、DDT散布に対する住民の拒否ということが一番大きなファクターでございまして、これによって、1970年代から、それまでの方法が挫折をしつつあるわけでございます。

それに対して、WHO、UNICEFその他国連の機関が新しい対策を練っており、また、それぞれの国におきましては、アメリカ及び日本などを対象に、2国間協力で、マラリアの対策に必要な資材を要請してくるという時代になっております。

特に、2ページの1番目のパラグラフにございますように、現在アメリカは、年平均で1億5,000万ドル、約400億円の援助で資材供与及び指導をやっております。日本でも、これの約40分の1— それでも大きなもので、年平均12億円の無償供与をした実績がございます。この対象国は、パキスタン、スリランカ、タイ、スーダン、ハイティ、ホンデュラス、これだけでございます。これは、マラリア流行地といたしましてはごく小部分ではございますが……。

それから、技術協力となりますと、インドネシアで小規模で試みられているだけにすぎない。これまで技術協力の実績は非常に小さいもので、現在、インドネシアの北スマトラ・プロジェクトの地域協力で、マラリアの技術協力を主にしてやっという状況でございます。

ところが、客観的に見まして、マラリア対策において、従来はアメリカがDDT、ジープその他の機材を大量に供給してございまして、現在でもそういうことをやっておりますけれども、日本への期待が非常に大きくなってございます。なぜかと申しますと、DDTの代わりに要望されるのが、日本製のスミチオン、ジープの代わりに日本製のトラック、それからオートバイが、1つの国で数千台欲しい— つまり献血、投薬などで保健所の人が飛び回るために、例えばタイ国の場合でも数千台のオートバイが使われる。それから顕微鏡も、タイ国の場合には数百台。これらの資材は全部、日本の製品が国際的な競争力を持ってございまして、アメリカがやろうとすると、日本の製品を買わなくてはならないという風な客観的な事情にもなっているというわけでございます。

それから、WHOにやらせればいいではないかというご意見もよく出ますが、国連、特にWHOの場合には技術指導をするだけでございまして、実質的な機材供与などは一切することもなく、また、する能力もないという状況でございます。

そこで、そういう状況を監がみまして、最後のページでございまして、従来の無償資金協力の継続の外に、やはり今後、技術協力を進めていく必要がある。特に、無償資金協力で機材を提供した場合に、果たしてその機材が有効に使われているかどうか、あるいは方々でUS

A I Dと日本の出先とが競合いたしますのは、U S A I Dは、殺虫剤として米国製のマラソンを推奨する。これは明らかに日本製のスミチオンの方が、毒性の点においても効力の点においても優れているわけですが、アメリカは、スミチオンは取っておけ、まだマラソンが使える間はマラソンを使え。それから極端な場合には、マラソンを使わないとなったらあらゆる援助を打ち切るというふうなことを言っていて、日本の技術協力あるいは無償資金協力に対して、ある意味では横矢りを入れている。それに対して、日本は技術協力をやっておきませんので、何らの反論すべきデータを持っていない。U S A I Dにやられっ放しという現状なども、非常に憂うべきでございます。

そういう意味で、今後技術協力も進めていくし、それから、ほとんど無償資金協力あるいは資材供与ということも進めていくべきであろう。ただしマラリアの機材供与は、本格的にやりますと非常にお金が掛かります。例えばアメリカだけでも、さつき申しましたように400億円も使っているという状況でございますが、これは、いろいろやりようがございますして、技術協力とともに、比較のお金を掛けなくて効果を上げるような方法が実際にあるわけでございます。例えばトレーニングを主体にするとか、本当に必要な所にのみ重点的に行う。それから、新しい要請がビルマとか、特に注目を要するのはソロモン群島から——まだ正式には来ておらないんですが、W H Oを通じての打診などが来ております。ソロモン群島のような場合には、人口が非常に少のうございまして、全体で25万人。ところが、島が少なくとも数十ある。人口の80%がマラリアにかかっている。そういうところに日本がプロジェクトを起こすことによって、比較的少ない予算でいい効果を上げることができるというケースもいろいろあると思います。特にこの中で日本に必要なことは、私、先程ちょっと申しましたけれども、このパラグラフの後から2番目にございますが、マラリア対策に関する専門家派遣の問題点は、専門の知識を持った人材の不足にあるのではなくて、制度的に職員を出しにくいということ。もう1つは、基礎知識は持っているけれども、そのマラリア対策を第一線で実施できるような具体的な知識を持っている人のトレーニングが少ない、今すぐ役立つものが少ない。ところが、医師にしてもエトモジストにしても、そういう人を3カ月トレーニングすれば、その戦力になり得るというポテンシャルティーがわが国には非常にございますので、そういう意味で、この専門部会といたしましては比較的経済的な方法で有効な技術協力及びきめ細かいポイントをつかんだ機材供与というふうな方向で、今後マラリアの対策で開発途上国に対して協力を進めていくべきではなからうかと思えます。

私も、つい1カ月程前に、W H Oの会議にも参りましたけれども、例えばW H Oの入達が、日本の医療協力というのは幾つかの国にやっているけれども、国の数としては非常に少ない、例えばアフリカの国々に顕微鏡だけでいいから20台とか50台とか、すべての開発途上国に顕微鏡をくれるだけでも非常なプラスになるのだということでございます。この顕微鏡20

台とか50台というスケールで——例えば顕微鏡1台につきまして、年間3万人のマラリアないし住血吸虫の検診などができます。ところがそういう顕微鏡がないがゆえに、マラリア、住血吸虫その他がぼろり出されているという国々が、アフリカ、中南米などに多いということもございます。つまり安い費用で非常にイフェクティブな方法が考えればまだまだあるのではないかということが、この専門部会で議論されたわけでございます。

○島尾委員長 ありがとうございます。

佐々先生の報告書は、事前に先生方にお配りいたしましたので、お説みいただけたいと思いますが、マラリア対策専門部会の報告について、何かご質問、ご意見等ございますか。

浅見先生、何か補足されることはございませんか。

○浅見委員 慶応の浅見でございます。

マラリアの部会ができましたとき、私、寄生虫学を専門としているものでございますから、部会に入れということで参加していたわけでございます。

今、佐々先生のお話にございましたとおり、大変熱心な討議がありまして、ここに出ておりますような結論が出たわけでございます。

ただ、私、1つだけ気になることがございますのは、その会議のときも申し上げたんですが、医療協力委員の方々——医学にタッチしておられる委員からご覧になると、現在でもマラリア対策はまだ蚊に対するものしか有力なのがないのか、そういうことをお感じになるのではないかと思います。実はそのとおりなんです。マラリア学の研究の方向は、世界的に見ますと、新しい治療剤の開発、耐性などができないような新しい薬を開発することが1つ、それと、免疫学的な方法を使って、ワクチンの開発、そのように原虫そのものに対する対策が主流でございます。しかし、それがいずれもまだ実用化されていない。記憶されている方もあるかと思いますが、2カ月ぐらい前でございますか、アメリカのグループがついに最終的と思われるワクチンを作ったということが新聞に出ておりました。実際にこれから試験を始めるんですけれども、それに対して専門学者の間で、あのワクチンでは駄目だという意見が非常に強いんです。そういう状況でございますから、現在のマラリアの流行に対する有効な手段としては、マラリア対策専門部会が出しました報告書に盛られた方向であると申し上げなければならぬと思うんです。それを私、ちょっと申し上げたいと思います。

○有田総裁 この前、この専門部会を作るときに、私、マラリア対策についてかなり否定的なことを申し上げたので、この報告が出た段階で感想を申し上げたいと思うんです。

そのときは、金が幾らあっても足りないこの対策に、マラリア対策と言つて大々的なことをやるより、国際機関あるいは各国協力でやるべきではないかと申し上げたんです。この報告書を見ますと、私、全くの素人ですけれども、エラディケーションからコントロール・プログラムに換えたということは大変実際的だと思うんです。それで、地域別に、場所を決めてプロジ

エクトを組んでいくことには誠に同感で、実際的なプログラムであろうかと思えます。私ども、途上国に専門家を多数出しておりますし、あるいは外務省も多数途上国に出しております。大体、マラリアの薬を飲まなければならないということで、非常に体力を消耗して、そのために亡くなった人も、われわれの知人でも多数いるわけです。ですから、マラリア・コントロールについて、あらゆる面からの研究ということは確かに必要であるということは、問題ないのではなからうかと思えます。

ただ、その取り上げ方は、例えば今、アメリカのグループがワクチンを開発されつつあるというお話もありましたが、そういう各地域別ではなくて、各国の研究協力という視点も一つとらえて、日本の学者もそういう研究協力の中に入って、同じような活動をするとか、あるいは予防薬の問題についてもまだまだ研究の余地があれば、副作用の少ないものを開発していただくとか、いろいろな協力の仕方があると思えます。それから、それ自体のコントロールについては、今お話のように、極めて経済的な、効果的なプロジェクトを組むということでしたが、これは確かにそうでなければ、JICA全体の予算をつぎ込んで間合わない話であろうかと思われたいです。やはり限定的なものにとどまり、またその過程で経験を積み、新しいアプローチを考えていくということ以外にないのではないかと思うんです。

ただ、このプロジェクトの組み方が最も問題になるわけですから、慎重の上にも慎重にこのプロジェクトを組んでいただきたい。

例えばソロモンは島が多くて人口が少ないから一番いいだろうと言うんですが、逆にプロジェクトを組むのに非常に困難な場所ではなからうか。むしろ、比較的人口が多くて、特定した地域について限定してやる方が、効果の測定も、その他についても諸事便利なのではなからうかというようなこともあります。従いまして、実際にマラリアのプロジェクトを組む時には、慎重にやらざるを得ないのではないかという感じを持っておりますので、一言申し上げておきます。

○島尾委員長 ありがとうございます。

委員の先生方から何かございませんか。

○太田委員 今、佐々委員から報告書の要約をご説明いただきました中で、2点、私の印象を申し上げさせていただきたいと思えます。

1つは、佐々先生は前回にもおっしゃったと思えますし、私もそのとおりだと思いますが、今までマラリアでは日本はあまり貢献するところがなかったから、何となく日本がヘジタイトしていたきらいがあったけれども、そんなことはないんだ、日本は十分アメリカ等に互してやれるところがあるんだという話も承りました。私もそのとおりだと思います。

今、具体的な話として、マラソンとスミチオン、ジープその他の機材の話、これらすべての点において日本が、かつての場合よりはるかに有力な製品を出せるようになったんだから、と

いうようなことでした。そのことは、裏を返して言えば、日本がもしマラリアについてJICA等を通じて努力をするならば、早速マラソンとの競合、摩擦を生じるという心配があるのではないかと思います。

前回のこの委員会でマラリア対策専門部会を設置するかどうかというときに、有田総裁が個人的にはちょっとネガティブであるという風なことをおっしゃったと思います。その理由として、今総裁は資金効率のことをおっしゃいましたけれども、私の記憶ではそのときのもう一つの心配として、JICAがマラリアに力を入れることによって、日本の経済協力、技術協力が日本の製品を押し出すことになるのではないかと。経済協力、技術協力の名の下に、日本が進出するんだという印象を与えるようでは具合が悪いのではないかとおっしゃったように思うんですが、私も全くその点ではそういう心配は常にわれわれ持たなければならぬと思うんです。

今の佐々委員のコメントと関連して、有田総裁、その点についてはどうお考えになるかお聞きしたいと思います。

○竹内幹事 無償資金協力課長の竹内でございます。

最近のアメリカの動きということで、一つだけ事実を申し上げたいと思います。

実は、日本のマラリア協力は各国で大変評価されているということは、今佐々委員の方からあったとおりでございます。更に追加を早くやってくれという要請がいろいろ来ております。それらに対してわれわれは、JICAで専門部会を設けて研究をしているところなので、その結果を待ってくれということで、実は応待してきたところでございます。その間、中南米の——具体的に申しますとハイチで、ハイチのUSAIDの事務所から日本大使に対しての申し入れがございまして、スミチオンで結構です、むしろハイチにおいてはスミチオンでないと効果がないということで、アメリカの方からハイチに対しては日本でやって欲しいというような要望がございました。ハイチの例でもって全世界の各地で日本が任せられるということはないかとも思いますけれども、そういう動きになっているということです。

マラリア援助をやる場合には、各国との協調ということはこの報告書にも書かれておりますし、われわれとしてもその点は非常に気にしております。ハイチの例で一番最近の例でございますけれども、そういう動きも出てきているということ、ちょっと申し上げたいと思います。

○有田総裁 最近の経済協力の傾向としてはやはり、バイ・マルチと言って、2国間の援助の中で多数国がかかわり合いをする。ですから農業協力でも、タイで日・米・タイということをやっております。今のようにマラリア対策というのは、本来ならば国際機関が国際的にすべてやるというのが理想ですけども、そういう現実でないとするならば、各国がバイでやっていたかなければならない。その間でも、例えば日本とアメリカが大手であるならば、日米の

間でいろいろ対話もごさいますから、マラリア対策についても日米の間で官の方にお願ひして対話をして、摩擦なく、むしろ協力して、いろいろなプロジェクトを展開していく方向に持っていくのがわれわれとしては理想であるし、何も日米に限らず外のヨーロッパ諸国もこれに参加してくれれば、自然とバイ・マルチで、本当にマラリア対策が展開していけるのではないかと、ぜひそういう方向に持っていきたいと思っております。

○太田委員 私も8月にS E A M E CでA S E A N諸国を集めまして、バンコックで初めてマラリアのワークショップをやったんです。そのときJ I C Aから長谷川部長にお願いしましたら、こちらのお願いを聞き届けていただきまして、このマラリア対策専門部会長である佐々先生に単なる専門家派遣ということではなしに、J I C Aのマラリア対策専門部会の部会長として出席していただきました。そのためにこの内容は非常にいいものになったと思っております。

そのとき私もマラリアについては全く素人ですけども、いろいろ話を聞いているうちに、かつてWHOがエラディケーションで失敗した後を受けて、今はどういふ新しいアプローチでマラリアをコントロールしようかという時代に入っているのではないかと思うんです。その場合、蚊の生態が進ってきているのみならず、人間の生活、発展途上国における人々の生活形態が非常に変わってきている。すなわち、その1つの顕著な例として、例えばタイにおいても国内のマス・イミグレーション、人口の移動が非常に激しい。それに伴う新しい形のマラリア蚊の伝染が大いに問題になってきている。すなわち、単なる生態学的な問題以外に、ソーシャル・エコノミックの問題が非常に新しい要素として出てきているということをお聞きされて、私も非常におもしろいと思いました。これは単に国内のマス・イミグレーションだけではなしに、そのときも話が出ましたけれども、例えばタイの難民の問題のみならず、国際間のイミグレーションが頻雑になっているときに今までになかったような問題が発生するわけです。そういう意味で今の委員長のご説明の中で、要約の一番最初の課題でありますけれども、このマラリアにつきましては、「今日でもマラリアは世界で最も重要な疾病の1つである。重要疾患の中でもマラリア制圧は対象国で予算を持ち、組織活動のあるところが多く」、従って「他の疾患と比べて2国間協力の課題として実施することが容易である」とおっしゃっているわけですけども、それと同時にまた、多国間の協力も今まで以上に必要ではないかと思うんです。J I C Aの場合はバイラテラルで行われますので、現実の援助の形はバイラテラルになると思いますが、そのバイラテラルの援助の仕方をプランするとき、同時に多国間協力の視野の中でバイの考えを固めていかなければならないのではないかと私は思うんです。たまたま今、総裁が「バイ・マルチ」という新しいコンセプトをお使いになって非常におもしろいと思うんですが、こういう感じをマラリア対策専門部会でももっと認識する必要があるのではないかとと思うんですが、いかがでしょうか。

○佐々委員 総裁初め大変貴重なご意見をいただきまして、そのご質問その他についてちょっと私の方からもコメントさせていただきたいと思います。

まず最初に、かなり日米間の摩擦があるようなことを申しましたのは、具体的に申しますとパキスタンのこととでございます。ハイチの場合には、アメリカ側、USAIDが調べて、スミチオンの方が自分のところのマラソンよりはるかにいい——これは当然出るはずで、われわれも前からそういうことをやっているんです。ところがパキスタンの場合は、出先のあれが非常にひねくれておりまして、結局アメリカがどちらがいいという結果を公表しない。一番残念なのは、ハイチでもパキスタンでも無償資金協力をやっておりますけれども、日本から何ら技術協力が行われておりませんのでせいぜい専門家が2週間行くだけなんです。これはアメリカ側はずっと常駐しておりますので、どちらがいいということを始終モニターしている。これからはどうしても無償資金協力だけでなく、技術協力が必要だというのは日本自体がそういう技術を持っているにもかかわらず、そういう場がないのでアメリカ、つまりUSAIDの言うなり——向こうしかデータを持ってないというところに、技術協力のない無償資金協力というもののある意味の『悲哀』を感じたということが1つです。

それから、私達どももアメリカとマラリアについての共同研究を今後ぜひ進めていきたいということは痛感しております。私も日米医学協力プロジェクトで最初から委員を、特に寄生虫部会で現在島尾先生らと一緒に——いわゆる親委員会の委員とさせていただきますけれども、初めは最初のジョンソン・佐藤会談のときにアメリカが、マラリアをやろうと提案したんです。そのとき私は当時の長谷川先生に、マラリアは日本ではやめようと言ったんです。というのは、当時の日本の、つまり今から20年前の力では到底マラリアというものに日本が入っていても、資材的にも学問的にも太刀打ちできない。日本は2番目、3番目に重要なことをやるべきだということで、フィラリアと住血吸虫——この2番目、3番目は、アメリカよりもわれわれの方が技術を持っておりまして、お金もあまり掛からない。ところが、島尾先生もおられますが、3年前の日米医学協力のときに逆に日本側から『マラリアをやろう』と提案いたしまして、アメリカがそれではやろうということで、今年の親委員会でガイドラインを変更いたしましてマラリアもやるようになった。というのは、今度は日本の医学及び経済力の現状においてマラリアを避けていたのでは、世界のマラリアというものに対して非常に申し訳ないことであって、やはり今度は日本もそろそろ出ていかななくてはならないということを痛感したわけでございます。

そんなことで、今後やはりどうしてもマラリアのことを日本としては避けて通れないことであると同時に、総裁も言われましたように、きめの細かいあまりお金を使わないで、しかもエフェクティブな方法を考えていってJICA全体のバランスを取りながら、医療協力の中のバランスを取りながらやっていくべきだということを感じるわけでございます。

○島尾委員長 今、佐々先生からお話がありましたように、日米医学協力でいろいろな伝染性疾患あるいは寄生虫などを対象にやっているんですけども、やはりバイオメディカルなリサーチが対策の基本になるので、そちらの方を取り上げなくてはしょうがないということで、日米の中の寄生虫部会でマラリアの問題を取り上げるようにいたしましたので、基礎的な研究はそちらでやりながら、実際に地域でどうコントロールを進めていくかという問題については、できればまず小規模なプロジェクトから始めて、実際にどうやったらいいかということを検討していくのが一番実際的な方法ではないかというように考えております。

今日いろいろご意見をいただきまして、マルチの関係を重視しろという太田委員などのご意見も含めながら実際の運用はしてまいりたいと思いますが、今回マラリア対策専門部会でまとめていただいた報告書を委員会として受け入れて、正式に答申として出すという形で進めさせていただいてよろしゅうございましょうか。実際の運用については、今いろいろご注意いただいた点を含めながら、慎重に1つぐらいのプロジェクトをまず始めてみて、どういう風にいくかということを検討してみるという形になると思いますが、その進める場合の基本として、今回の報告書を採用させていただくということにさせていただきたいと思います。どうもありがとうございました。

それではもう1つの問題であります病院協力専門部会。こちらの方は現在まだ審議途中でございますが、今に至りますまでの審議経過を竹内先生からご報告をいただきたいと思えます。

○竹内委員 山梨医科大学の竹内でございます。

ご紹介のように、病院協力専門部会の座長をやれということでございますので、今日は簡単に経過報告をいたします。

と申しますのは、お手元に資料がまだ用意されておられませんし、いずれできることと思えますけれども、今日の報告の時点では、私が申し上げることのひとつお聞きおきいただくという程度にとどめていただきたいと思えます。

この病院協力部会と申しますのは、なぜ前回の総会るときにこれを設置しろという話になったかということは、大体の委員の方はご存じだと思いますけれども、問題は人なんです。先程、海外協力隊の方から、人間をブールして出せばいいというふうに簡単におっしゃったわけなんですけれども、この医療協力プロジェクトチームに関して人間をリクルートするということはJICA始まって以来の大問題で、医者の世界というものは外の世界と違いまして、簡単に人を集めて出すというようなことができないような世界でございます。そこえもつてきて半分ぐらいは国立大学でございますけれども、大学関係あるいは厚生省にしても、国立機関というものの定員で正規のメンバーはそう簡単に長期海外滞在はできないという現状でございます。こういう事情を考えますと、いかに医者のリクルートが困難であるかというのは――積

年の大きな課題であったわけでありませぬ。

委員会を作るに至りまして委員として選ばれたのは、白壁委員、濱島委員、曲直部委員、織田委員、佐分利委員、この方々で、今まで2回会合を開きました。その間に小さな打ち合わせは何回かいたしましたけれども、今日に至るまではっきりした結論は出ない状態でございます。結論が出ないという意味は、これは申し上げましたようなりクルートのからくりと申しますか、それがなかなか困難であるということが1つ。もう1つは、先程無償のところでご説明がありましたように、病院に対する無償の要求という形で持ってこられているものが58年、59年を通算して8件あります。これは数年の間のかなりの急増でございます。これに対していかに優良な医師—つまり実力があって、国内動員力があって、そして国際ビューを持っていて、ノイローゼになってない(笑)そういうお医者さんをいかにしてこの國家的なプロジェクトに配置できるかということについては、これはJICAがかなり大きな情報を持っておりますし、できるのだろうと思っております。これを除いてはそれができる機関は国内には他にございません。こういうことで、病院要請の急増ということと、従来からの重大課題であるということ、この2つの理由から病院部会というものをこの際持って、いかにリクルートするかということの検討に入ったわけでございます。

一般論として世の中の情勢はどんどん変わっております、数年前までは医者のリクルートは殊の外難しいのであったと考えておりましたが、ここ1年ぐらいの間はかなり情勢が変わってきたと私は思います。実は私個人的にも、俺の学校は海外協力をやりたいんだからいつでも協力するよ、という申し入れが2件ございました。大体私立の医科大学でありますけれども。それから佐々先生が先程言われたように、学生に対するPRを少しいたしますとその反応が非常に強い。これは私、山梨医科大学でもしみじみ感じております。どうも若い世代というものは今までの中年あるいは熟年の人達に比べて、海外協力というものに対してかなり感受性が強いんだと私は踏んでおります。従って、そうなりますと時間の問題であって、この問題についてはいつか片付くだろうと私は考えたわけでありませぬ。

具体的な問題としては、国内の人を補給するシステムとしては、各プロジェクトごとに国内委員会がございますのでその国内委員会の先生方をお願いしてあるわけですが、その先生方が手詰まりの場合には何とかして他の協力機関についてアドバイスをしろとか、他の大学からの専門家の供給を斡旋しようとかという試みはこれからやろうではないかというのが第1。

第2は、無償資金協力により要請された病院に対する医療協力に対して、いかに人を派遣するかということでございます。ご存じのとおり病院というのは、この予算を見ましても10億の単位の大きなプロジェクトでございますので、ただ造ってやればあとは向こうでやるよと、そんな簡単なものではないと思います。従いまして病院プロジェクトをやる場合には、これ

は早くから責任のある医者がタッチする必要があるというふうに踏んでおります。「責任のある医者が早くから」という意味は具体的に申しますと、外国からの要請があつて外務省がこれを取り上げようということになりますと、必ず事前調査団、あるいは基本設計調査という形で調査団が出る、その報告に基づいて閣議決定がなされるという手続でありますので、どうしてもいい医者が、そして早くからタッチする必要があると思うのであります。しかもその「いい医者」というのは、ただ行って帰ってきて報告書を書いて終わりというのではなくて、そのプロジェクトをずっと最後まで見るだけの国内的な実力のある医者でなければならない。でないとやったきりということになりますので、そういうことをやると先程の総裁を初め歴代のわが国の首相が「人づくり・国づくり」というようなことをおっしゃっていることに全然合わない。ただやればいいじゃないかという話ではないということで、何とかして事前調査団の中に、ちゃんとした将来その人に「あなた、頼みますよ」と言つたときにやれるような、そういうお医者さんを入れることが大事なことはないか、これが委員会の今日までの1つの結論になっております。

どのような医師を事前調査に加えるかということの最終決定は外務省の方でされることで、われわれの方では単にアドバイスをするだけですが、入れるということになれば、これはひとつ技術協力と十分ご相談の上で、責任のある良質の医者を事前調査団の中に入れていただくということをお考えいただきたいということです。

ですから委員会そのものも、病院技術協力委員会ということで——これは正式の名称であるかないか分かりませんが、少なくともわれわれの方では委員会の名称すらまだ決めてないわけですが、「病院技術協力委員会」とでも言っておこうかということで何回か集まっております。

そういうことでございますので、大体の傾向としては国内委員会に対する支援体制、それから、将来の無償と言って持ってきた病院がいかにかしたらうまくいくかということの審議などご要望があればいつでも応じますよ——そういう人の集まりを作ろう、むしろスタンディング・コミティーだろうと思ひますけれども、そういう委員会を作つたらどうかなということになってきたわけでありまして。ですからこれは病院協力専門部会の「落とし子」として、1つの常置委員会というものを作つていこうじゃないか、どういう名称にしろ、そうすれば恐らく無償資金協力の要請が来た場合にご相談いただければいつでもしっかりした人を出せることになるのではないかと思います。そして、初めのサーベイで大きさとかサイズ、機能とか、そういうものを考へて適切なアドバイスができるのではないかと思います。

1つだけ大事なことは、病院と申しまして——もちろん病院を供与するときには、建物の外にその中のいろいろな機材を入れます。ところが、今の建物を建て機材を入れるだけで、後は勝手に使えということではなく、病院というのは1つの管理がちゃんとできるように

なければならない。そういう面が非常に大きい。今まではただ造ってやって、向こうの人が勝手に管理して適当に使って、それが1つの経済的なユニットとして成り立っていくのかいかないか、それすらつかめていない状態であったわけです。だんだんそうではなく、1つの機関としてそれが機能するためには、設計の段階からかなり専門家の意見を入れていかないと病院としての機能が非常に悪くなってしまいます。そういうことで、建物、資材、そして管理の面から見ていく。もちろん医者がいいことは言うまでもありませんけれども、また違った面で病院の無償協力ということが仮に行われてもこの大事な点は忘れてはならない。その3つぐらいの点をはっきり押さえていけるような人が事前調査団の中に入っていれば、将来「あなた、頼みますよ」ということが言えるのではないかというのが、この専門部会の今日までのざっとした結論であります。

そこで、その次に問題になるのはエバリュエーションチームでございます。確かにやった、そして今建築中であるとか、もう完成して動き出しているとか、そういうことに対してエバリュエーションというものをちゃんとやらなければ今までとちつとも変わらない。そうするとやがて何かトラブルが起こったときにまた「頼みます」と言ってくる。そんな時点で「頼みます」と言うなら、何で初めから技術協力を踏まえて一緒にお願いしますと言わなかったのかとわれわれの方では思うんです。しかしこちらから例えばJIOAの海外事務所であるとか、大使館であるとかいうのがそう言えと言いうことはいささか内政干渉になりますから、これは言えないかとも思いますけれども、とにかく向こうは無知なるがゆえに病院というものは建物をくれればすぐ動き出すんだというふうに思っている連中がたくさんおります。その辺の出先機関のPRということもひとつお考えになっていただきたいと思います。ただ物をくれというだけでは済まない問題であるということは、われわれの方から見ると病院に関しては少なくとも大事なことでないかと思えます。

ちょうど今偶然、佐々委員がマラリアに関して機材供与だけやっておけばいいのではないんだ、これはやはり技術協力を踏まえた上ではっきりとやり方等を教えながら、「人づくり・国づくり」でいくのが本当だということをおっしゃいました。これは病院協力に関してはもっと大事な「技術協力の関与」ということをどうぞお忘れなくこれからやっていただきたいと思います。

以上が2回行いました専門委員会の今日までの経過でございます。島尾委員長が言われたように、この次の総会までにははっきりした病院協力専門部会の報告書をお手元にお届けすることができると思えます。

○島尾委員長 竹内先生、どうもありがとうございました。

病院協力専門部会に入っておられる先生方、何かご意見、補足される点はございませんか。曲直部先生、いかがでしょうか。

○曲直部委員 竹内先生が大変意を尽くしておっしゃって下さいましたから何もございません。

○島尾委員長 今の竹内部長の中間報告について、何かJICAあるいは外務省の方からご意見、コメントがございますか。

○有田総裁 すべて大変ごもっともなご意見で、われわれもそういう方向で参りたいと思います。先程も、事前調査団の重要性ということをごんたか言われましたが、プロジェクトを組み立てる場合の事前調査団の必要性、長期調査員派遣の必要性とともに、無償資金協力と技術協力のドッキングということが大変重要であると思います。幾らハードだけ造っても、ソフトが伴わない場合は効果を上げ得ないと思います。有償資金協力も無償資金協力もすべて技術協力と結び付いてこそ効果を上げ得るということがJICAの立場でございますので、その点は今後十分考慮してまいりたいと思います。これはもちろん官側が非常に重要であるわけですが、官側もそういう点については恐らく異存がないのではなからうかと思えます。

○本多委員 竹内先生のお話、ごもっともなんです、私、カーナの経験からすると、1つの大学で長くやるということが困難なことは当然なんです。ですから、やはりその責任者がいろいろな大学を回ってこういうことですからお願いしますというふうにやる。そのプロジェクトのチャージをやっている人の努力なのであって、医者を集めるといったって簡単ではないので、やはりそのプロジェクトをやっている責任者をこれからこのプロジェクトは誰が責任者だというふうにきちんとしていただくと大変いいと思うんです。そうすると、私は宍戸先生のところにいざというときはお伺いしてお願いしますと言ったら、先生も大変喜んでやっていただくという具合に、何事もこれは人と人との問題であって、決して組織の問題ではないと思うんですね。そういう意味において、スリランカにこういう病院を造ったならばその造った責任者がいろいろな所を回るべきだと思うんです。政府を攻めるのも1つですけども、やはり造った人が、責任のある人が自分でその責任を果たさなくてはいけないと思います。私達委員を初め、それに関係した人は、大学教授というのはそれだけの責任感を持つべきであると私はそう思っております。

ですから、こうしなさい、ああしなさいと言うことも1つですけども、むしろわれわれはそれを造った人に対して、あなたはもう少し医者を集めなさい、そのくらいの力を持つことが必要だと私は思うんです。

○白壁委員 本多先生は非常に勇ましい先生なものですから、本多先生が通られると医者がみんな逃げて回るといぐらい(笑い)ですから、そういう騒動を起こさないように中南米は複数の大学で、上手に、曲がりくねりながら私どもはやっております。

それで、無償資金協力と技術協力とが最初から事前調査のときに、われわれはパッとかまされてしまうんです。そして、向こうに行ってみると、無償資金協力で技術協力をちよっと

くっつけなければならないぞとかと言いますと、今度向こうからそういう類が出てない、と来るんですよ。だから向こうの人に書き方が悪いぞというところまで教えてやっています。ところが、今まではこれは無償資金協力です、これは技術協力ですと、依怙地に言って、それは最近JICAの方もお役所もだんだん折れてきて下さったからわれわれは救いがあるわけです。それを今日ちゃんと総裁がおっしゃって下さったから、ああ、われわれの苦勞は今から大分楽になるなという実感で、本当にありがたいお言葉だと思います。

○竹内幹事 私無償資金協力課長でございますので、今ちょっと考えておりますことを申し上げさせていただきますと思います。

総裁からも竹内委員の方からもございましたように、技術協力と無償資金協力との連携、殊に医療協力の部門についてはますます重大だということは、私課長になって4カ月でございますが、真っ先に感じたことでございます。

ちょっと今やり始めたことを5件ばかり申し上げます。

1つは、今白壁先生の方からお話ございましたけれども、相手国の方から無償資金協力だけの要請で、技術協力の要請が出てこないということがございます。それで実は、今週の私の課の会議で担当の人全員にも言ったんですけども、相手国によっては日本の無償資金協力と技術協力を結び付けることを知らないで、ただ病院だけの要請を出してくる、それをこちら側から受け取って無償資金協力をやるだけではなくて、むしろ担当官としては、案件が上がってきた場合には、これは技術協力が必要ではないかと言って先方を誘い出すというぐらいの姿勢でやって欲しいということを皆さんに言っております。

もう1つは、連絡体制の問題でございます。これは先程も早く連絡することの重要性が言われましたけれども、全くそのとおりでございます。ついこの前、私の課の方で、特に医療につきましても、オーバーオール(over all)的に医療協力をを見る担当官を指名いたしました。従来は国別の担当官ということでやっておりましたけれども、特に医療につきましても技術協力との連携、官側におきましても厚生省、文部省との連絡の話もでございます。それで、全体を見る担当官を作りまして、その人が医療協力についてはリストを作って、技術協力の要請がちゃんと来ているか、連絡はしているかということをやるようにしております。

3番目には、事前調査の大幅拡充ということでございます。これについては、今年の7月1日から無償資金協力に係ります事前調査の執行を、従来は実は外務省の経協局内の他の課がやっていたんですけども、無償資金協力につきましても無償資金協力課の方で一元的にやるということにいたしました。そういったしますと、調査と実際の実施案件選択を1つの課でやる。またそれが1つの課でまとまっておりますので、技術協力課への連絡も良くなりますし、JICAへの連絡にしても窓口から一本化できるということで、当初の段階から技術協力の状況ということが把握できることをお伝えしておきます。

それから、調査につきましては、件数の大幅拡充ということを来年度の予算要求の目玉の一つにしております。調査予算、JICAへの交付金でございますが、無償にかかります調査予算だけで25%増ということを大蔵省の方に要求しております。内々の感触では、その点については理解が得られているようでございます。もしそれが実現いたしますと、予算ベースでは無償の案件が、今年予算では92件の調査ができることになっておりますけれども、来年度ではそれが122件になるということでございます。これは予算ベースでございますので、実際の派遣数はもっとたくさんのものできるのではないかと考えております。

それからもう一つは、医療機材を供与する場合、これは病院の施設案件でございますと、事前調査をやり設計をやるわけですがけれども、従来、調査予算不足ということもございまして、医療機材を含め、機材のみを供与する場合については事前調査を実施しなかった例が多々ございます。これにつきましては、調査の件数の大幅増ということとの関連で、この中で特に医療機材の供与については、機材だけであっても現地で調査することが必要だということ、特に大蔵省の予算要求説明の中でも強調して、その点を来年は特に重点的にやりたいと考えております。

更に、これもJICAの方をお願いすることになりますけれども、従来無償資金援助につきましては、プロジェクトの発掘ということについての予算が付いておりませんでしたけれども、来年度では新規にプロジェクト・ファイディングの予算をJICAに付けてもらうということで、これも要請をしております。これは何も医療協力に限りませんけれども、やはりプロジェクトを見に行きますと、発掘に行く現地調査の中において相手国の適正技術水準とか、相手国の予算措置とか運営能力が測れるのではないかと考えております。

4番目は、これは一般的な話になりますけれども、無償資金の対象国は教育水準も行政能力も低い所でございます。また、日本から遠隔地でございますので、日本の援助制度——先程申しました無償資金協力と技術協力の組み合わせ、どういう形で要請をどういうタイミングで出したらいいかということを知らない国が多々ございますので、来年度の予算要求では、例えばアフリカなどに本省から人を派遣いたしまして、援助の仕組みや要請の仕方とかについて指導する啓発セミナーというものも考えておりますし、また、相手国の案件の責任者を日本に呼びまして、例えば病院案件であれば、日本の病院を日本の責任者に見てもらい。そういたしますと、その機会にどの程度の規模の病院であればどの程度の維持費が掛かるのか、自分達の水準であれば、どの程度の運営能力があるか、あまり高望みをするのは良くないとか、そういう意識も植えつけていきたいということを考えております。

大体そういうところでございますけれども、私も無償資金協力を担当しております者にとりましても、ただ単に病院の箱を造るというのではなく、人と中身が必要だということは常々認識しておりますので、今後ともリクルートの問題等いろいろご協力をお願いしなければ

なりませんので、ひとつよろしくご協力方をお願いいたします。

○島尾委員長 ただいま竹内課長から大変頼もしいお言葉をいただきまして、この報告をまとめるのが大変やり易くなったのではないかと思います。もう1年、少し具体例の検討なども含めた上でまとめて、来年のこの機会に答申をしたいと考えております。竹内先生、ひとつよろしくお願いいたします。

あと、時間も限られてまいりましたが、残された時間で医療協力全般について、委員の先生方から何かご意見があれば伺いたいと存じますが、いかがでしょうか。

○竹内委員 一つだけお伺いというかお願いというか……。

これはやはり病院に関することですし、私の経験から申しますと先程ちょっと言葉が出ましたローカルコスト、これは大変な問題だと思います。私の経験では、チョーライ病院が完成して南ベトナム政府に手渡したとき、さんざんそれで悩んで外務省も大変なご苦労だったと思うんです。結論は、一応はローカルコストを見てやろうということに、大蔵省との間の話し合いがつかまりました。ただし、これつきりだぞ、絶対にこれが前例にならないということをお誓った上で、あの当時のお金で、1年間1億、3年間3億という、要するにランニングコストを見てやるということで話がついたわけです。いよいよ実施する直前に局面がガラッと変わって、このお金は使わないで済んだわけです。こういうことになりますので、見てやらなければならないということは現地で折衝しますと必ず感じることですけれども国民の税金を向こうの患者に飯を食わせることに使われたということになりますと、これは、国民に、そうしてやってくれというふうに素手ではお願いできないということになります。

しかし、病院協力だの何だのと、こういう物が後まで残るようなことは、必ずローカルコストというのは事後のメンテナンスの問題が絡んでまいりますので、これはひとつ外務省においても十分ご検討の上、案をまとめていただきたいと思います。

これを避けて通れないんですね。と言って、素手ですぐ結構だ、やってやろうというふうにはなかなか言えないと思います。甘えを助長させることにもなります。日本の協力というものは何とも仏様のようにジェネラスなものであるということをお印象付けることが、外交的にプラスなのかマイナスなのか分かりません。しかし現実どうしてもやれない、やれないということをお必ず最後のときには言い出します。これに対する対応の仕方を——病院協力はどんどんおやりになって結構ですが、対応の仕方も必ず検討の上で、ひとつお願いしたいと思えます。

○島尾委員長 この問題は非常に大きな問題で、今日この場でご返答いただくわけにいかないでしょうから、ご検討いただく課題にしていただければと思います。

○曲直部委員 先程、外務省の方から60年度の予算要求に関してご説明がございましたが、その重点事項の中に供与機材のアフターケアの問題がありました。それに対してちょっと

お聞きいたします。

現在進行中のプロジェクトに対する供与機材のアフターケアでございますか。それとも、既にプロジェクトが済みまして、こういうことはないと思うんですが、少なくとも完了したプロジェクトの供与機材に対する方針とか、そういうことも考えられていますか。ちょっとお聞きいたします。

○谷崎首席事務官 先程、私の方からアフターケアという言葉で申し上げたのは、終了したプロジェクトの意味で申し上げたんです。ただ、やっておりますプロジェクトにつきましても、機材修理チームという調査団を出すべく、例えば来年度の予算で6件計上しております。まさにやっているプロジェクトについて、機材に破損を生じたとか老朽化したというものに対してはまた出せる予算が付いております。ですから、両方ということになるかと思えます。

○曲直部委員 やはり供与された機材が破損して、壊れて機能を発揮してないのがごろごろと転がっておるということは、実際みっともない話でございまして、技術協力の立場からすれば、機材修理ということが頻回に行われないとそのプロジェクトの効果が非常に上がりにくいということでございますので、今後とも、アフターケアと包括して申し上げますが、ひとつ機材修理も含めて、特にJICAの遠藤部長の領域でございましてかどうなんでしょうか、私技術協力はよく分からないんですが、特に実際に進行中のプロジェクトの状況をよく把握されておるJICAの方と連絡を取っていただいて、効果的な計画の立て方をお願いしたいんでございます。それが1点。

それからもう1つ、先程竹内部会長が申されました中にも含まれるわけですが、無償資金協力だけではなくて、その後に技術協力を伴うという立場からわれわれ考えていかなくはならんと思っておるわけでございます。その中の1つで重要なことは、無償資金協力だけで機材を供与するという中に、技術協力の専門家と申しますか、それに対する責任者がおりませんと、日本の業者の中には、医療機械の中で古くなって倉庫に眠っておるものをこれに便乗して送り出すということが現実にあるわけでございますので、その点をチェックしていただきませんと、日本の医学の信用を失墜するわけでございますので、その点も今後お考え願いたいと思うんです。

○館委員 医療協力委員会で検討する事項そのものでないかもしれませんが、大変関係があると思うので申し上げます。

これはJICAに申し上げるのか、外務省に申し上げた方がいいのかよく分からないんですが、最近、フィリピンとタイに対して、職業病の早期予防及び対策のための環境測定事業と健康診断事業に対してJICAが力を入れ始めたことと承知しております。これがタイにおきましては機材供与だけ、フィリピンについては恐らくプロジェクトとして浮かび上がるのだろうと思いますが、よく聞いてみますと、医療協力の仕事ではなくて社会開発事業として動いて

いるということでございます。実は、これはむしろ医療協力事業として進めていった方がきっと成功するだろうと思います。事実、1960年代の終りから70年代の終りにかけて、イランに対して同じような協力をしたときには、まさに医療協力事業として進めてある程度成功したように承知しております。これは労働省の仕事なのでどうも社会開発になったとかという話も聞いておりますけれども、JICAあるいは外務省の中で、両方ともうまく連携を取りながらおやりになる必要があるのではないかと、こう考えるので発言いたしました。

○谷崎首席事務官 今ご質問になりましたフィリピンとタイの件でございますけれども、私の方で今記憶しておりますのは、タイでやっておりますリハビリテーションのための協力というのがあるんですが、恐らくそのことかと思えます。これについては確かに労働省が支援しております。ただこれについては、ハンディキャップを負った方が医学的にリハビリをするという視点が重点ではなくて、その人間に職業を施すという観点でのたしか協力だと思えます。そういう意味から、労働省の職業訓練という観点からタイのプロジェクトに対しては協力をしているということです。また違ったプロジェクトがありまして、医療的観点から行いことが主目的のプロジェクトについては、確かにご指摘のとおり医療協力ということで対応することになるかと思えます。

○鈴木委員 私だけがちょっと違った立場なんですけど……。昨年も申し上げましたが、医薬品とか食品の品質管理についての技術協力は大分やってきましたが、最近やはり無償資金協力と一緒にいろいろな仕事をお手伝いしています。先程の病院のお話と全く同じで、いろいろな先生のご意見を聞きまして大変参考になったわけですが、この方面の研究者なり学者は少なく、また機関も非常に少のうございます。機会あるごとに、これは大学とか、地方に衛生研究所というのがございますが、そういう所へお願いしまして、JICAが主催するような事業に参加していただくように申し上げております。しかし、先程もございましたように、公務員の海外出張というようなこととか、いろいろありましてなかなかうまくいっておりません。場合によっては製薬会社あたりにも声を掛けておりますが……。

それでちょっとお願いなんですけど、ただいまやっている事業、更に追加して60年度からの事業があるんですが、これでもう1つ重なってまいりますと、ちょっと手をこまねいてなかなか先へ行かないのではないかと、あるいはまた全く別のことを考えて、医薬品や食品の品質管理、また、ある意味では製造、そういうことに関してお考えを願っておかなければいけないのではないかと、今、思っております。

一言、感想を述べさせていただきました。

○宍戸委員 少し余分なことで申し訳ないんですが……。

私は技術協力について — 私は研究所に長く居る関係で、技術協力でわれわれが協力するのにいつも研究が伴うということがありますので、われわれの研究所ではいつでも問題にな

るんですが……。

それで今日、佐々先生に別に文句を言いわけではございませんけれども、マラリア対策専門部会で先程方針として、制圧計画が主体であるということは非常に結構なんですけれども、さっき浅見さんがちょっと言われたように、日本で新しく協力するのはやはりワクチンでの予防、そういう方向が少し委員会で出るのではないかと思っておったんですけれども、まだ日本の水準としてはそこまでいかないのか——アメリカはまだ問題があるということですけども。

私はむしろ専門部会でありますから、将来の協力体制の中にはワクチン開発、予防という姿勢を何か一言入れておいて、それが逆に、日本の国内でマラリアの研究というのは実際にされてないので、そういう方向が出ればまた国内のそういう研究者も現地へ行ってその問題に携わっていく姿勢が出てくると思います。

確かにこの報告書はこれで十分立派なものだと思っておりますけれども、せっかく専門部会で行われたのでそのことが何かその報告の中に出て欲しかったと思っております。先程、浅見さんがおっしゃったことですけども、納得はしたわけですがそういう議論が専門部会に流れて、何らかの形でもう少し海外の技術協力の中に、日本の学問というのはアメリカと並んでこれから第一線にいなければならない立場にあるわけですから、そういう姿勢が何か欲しかった。あるいはそれについて議論はされたけれども、結局浅見先生の言われたような形で出なかったのか、その辺のところは何となくこだわりを持った1人でした。

私は、実は8月にガーナに行きまして、あそこに野口記念医療研究所ができて日本が協力しているわけですが、あそこでいろいろ対策をやっていますとやはり感染症の中でマラリアというのは非常に重要な問題であると。子供を調べますと80%がマラリアにかかっている。そういう現状に私達がそこでマラリアに対して何ら対策を持ってない。これは何とかしなければいかんと思っただけです。そういうことも考えますと、マラリア対策専門部会というのをもう日本の出る番だとおっしゃる以上、もうちょっと次の方向を何かの形で専門部会として意見を出して欲しかったというのが、私の偽らざる意見です。

大変勝手にございますけれども、一言。

○島尾委員長 日米医学などの方でも少しそちらを取り上げるという動きがありましたので、協力をどうやるかという意味で答申を求められたので、多少その点は実際面の方へ動いてきたと思います。

時間が参りましたが、何か殊におっしゃっておきたいことがある委員の先生いらっしゃいますか。

○本多委員 マラリアですが、もしあれだったら例えば今実戸先生がおっしゃったガーナとか、ビルマとか、いろいろな研究所がございますね。そういうところにはいろいろな施設もど

ございます。とにかく、そういう地区はUSAIDはほとんど入っていないと思います。そういう所である地区地区でやっていっていただければ、いろいろな既存のものは利用できる、私はそう考えます。どこと何を具体的に考えているわけではありませんが、これはマalaria部会で決めることで結構でございます。私は、そういうのも1つの考え方ではないか——実地にするならば——と思います。あまりあちこちでぶつかってやるよりはその方がいいと私は思っているんです。

○島尾委員長 どうもありがとうございました。

既に時間が参りましたので会を閉じたいと思います。

この委員会はある意味ではおおらかな委員会で、委員長の任期がどうやら1期2年で2期を限度とするという内規があるようでございます。委員全体の任期等については何もまだはっきりした内規はないと伺いましたので、この問題については事務局の方とご相談いたしまして、来年までに少し具体的な案を作っておいた方が運営し易いかと思いますので、何名かの先生方をお願いして、事務局と一緒に検討させていただいて、来年お諮りいたしたいと考えております。委員の指名は私にご一任いただければ幸いと存じます。

今日は、大変有機的な議論をたくさんしていただきまして、これからの医療協力の方向——殊に、重要なマalariaあるいは病院協力の問題で実りのある討論ができましたことを大変ありがたく存じております。どうもありがとうございました。

これで、委員会を閉じさせていただきます。

午後5時3分閉会

委 員 会 資 料

第 16 回 海外医療協力委員会会議資料

1. 昭和 59 年度事業実績及び計画 (資料 1)
2. 昭和 60 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16回 海外医療協力委員会
 会 議 資 料 /

昭和59年9月30日現在

	頁
(医療協力事業)	
1. 昭和59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59年度調査団派遣状況	2
3. 昭和59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
(研修事業)	
6. 昭和59年度研修員受入実績表	12
7. 昭和59年度医療関係・集団コース研修員受入実績および予定表	13
8. 昭和59年度医療関係・カウンセラー・パート研修員受入実績表	14
9. 昭和59年度医療関係・単発研修員受入実績表	16
10. 昭和59年度医療関係・国際機関研修員受入実績表	18
11. 昭和59年度医療関係・巡回指導班派遣実績	18
12. 昭和59年度医療関係・第三国研修実績及び予定	18
(無償資金協力事業)	
13. 医療関係無償資金協力案件一覧表(58年度～59年度第2回閣議決定分まで)	20
(青年海外協力隊事業)	
14. 青年海外協力隊医療関係隊員派遣実績	22

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59年度保健医療協力、人口・家族計画協力事業の概要

科 目	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	3,927,045			
調査団派遣経費	209,392	13件 (うち繰越分3件)	27件	40件 (うち繰越分3件)
専門家派遣経費	1,838,450	170名	99名	269名
機材供与経費	1,438,101	16件	20件	36件
アフターケア経費	41,102	{ 調査団 2件 専門家派遣 0件 機材供与 2件 }	0 4名 0件	2件 4名 2件
難民救済等経費	400,000	2名	46名	48名
2. 人口・家族計画協力費	814,360			
調査団派遣経費	68,461	1件	8件	9件
専門家派遣経費	235,714	15名	14名	29名
機材供与経費	510,185	3件	4件	7件
3. 技術協力センター費		{ 調査団 0件 専門家派遣 7名 機材供与 1件 }	1件 6名 0件	1件 13名 1件
合 計	4,741,405			

2. 昭和59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	
保 健	事前調査	ジンバブエ・放射線医学		機 材 修 理	ビルマ・製薬研究開発センター	59. 12		
		フィリピン・食品医薬品検定センター	60. 3			ネパール・西部地域公衆衛生対策	59. 12	
		ラオス・製薬技術開発センター	59. 12			ネパール・トリブバン大学医学部	60. 2	
		タイ・国立衛生研究所	60. 2			フィリピン・熱帯医学研究所	59. 11	
		アルゼンティン・消化器内視鏡センター	59. 7		②	ペルー・地域精神衛生向上	60. 1	
		エクアドル・消化器病研究	59. 8		③	トンガ・日本/WHO保健衛生検査所	60. 2	
		ケニア・中央医学研究所	59. 12		④	ケニア・伝染病研究対策	59. 4	⑤
		ビルマ・消化器病	59. 8		⑥	ビルマ・製薬研究開発センター	60. 3	
		タイ・国立衛生研究所	60. 1		⑦	ネパール・トリブバン大学医学部	60. 2	
		韓国・母子保健	59. 4		⑧	ネパール・西部地域公衆衛生対策	59. 11	
医 療	実施協議	スーダン・ハルソーム教育病院		基 礎 調 査	タイ・看護教育	59. 12		
		ケニア・中央医学研究所	59. 12			ガーナ・ガーナ大学医学部	59. 8	⑨
		アルゼンティン・消化器内視鏡センター	60. 2			ザンビア・ザンビア大学医学部	59. 11	
		スリランカ・スリジャヤワルダナプラ病院	60. 1			ペルー・地域精神衛生向上	59. 11	
		ユースラビア・PHC従事者生涯教育	60. 1			スリランカ・感染症対策	59. 7	⑩
		イエメン・結核対策	59. 11			インドネシア	59. 12	
	実施設計	イエメン・結核対策	60. 2			小 計	40件	
	巡回指導	フィリピン・熱帯医学研究所	59. 11		⑪	事後調査		
		パラグアイ・厚生省中央研究所	59. 8		⑫			
		トンガ・日本/WHO保健衛生検査所	59. 9		⑬			
協 力	計画打合せ	インドネシア・薬品品質管理	59. 12					
		インド・日本臨床ワクチン製造	59. 6					
		ナイジェリア・ジョース大学医学部	59. 11					
		コロンビア・中央医学研究所	59. 7	⑭				
		グエネスエラ・がん対策研究	59. 7	⑮				

(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	ドミニカ・家族計画 アジア、中近東・新規案件	60. 1 59. 12					
	実施協議	コロンビア・	60. 3					
	巡回指導	中国・ フィリピン	59. 7 59. 11	㊟				
	計画打合せ	メキシコ・	60. 2					
	機材修理	インドネシア・	60. 1					
	エバリション	インドネシア・	59. 12					
	基礎調査	中国	60. 3					
	小計	9件						
	巡回指導	タイ・プライマリー・ヘルスケアー 訓練センター (PHC)	59. 10					
合計	48件							
技術協力センター								

3 昭和59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)	今後受入計画 計(人)
ビルマ	製薬研究開発センター	機材修理	59.12	4	9	48,500	0	3	3
インドネシア	薬品品質管理 北スマトラ地域保健対策 看護教育	エバリュエーション 計画打合せ	60.3 59.12	7 10 3	0 2 4	48,000 54,248 30,000	0 0 0	4 3 2	4 3 2
インドネシア	日本脳炎ワクチン製造 西部地域公衆衛生対策	計画打合せ 機材修理 エバリュエーション	59.6 60.2 59.11	0 5 4	12 0 3	30,000 30,000 55,000	0 0 0	3 2 3	3 2 3
フィリピン	熱帯医学研究所	機材修理 エバリュエーション	59.11 60.2	6	1	54,135	0	4	4
中国	中日友好病院	巡回指導 機材修理	59.11 60.1	5	13		0	20	20
タイ	看護教育	エバリュエーション	59.12	4	1	51,000	0	4	4
エジプト	カイロ大学小児病院			8	0	50,000	1	2	3
イエメン	結核対策	実施協議	60.2	3	0	45,000	0	1	1
ナイジェリア	ジョズ大学医学部	計画打合せ	59.11	11	0	35,000	0	2	2
ガーナ	ガーナ大学医学部	エバリュエーション	59.8	14	0	29,000	0	3	3

国名	プロジェクト名	調査団派遣		専門家派遣		機材	カウンタパー		受入
		調査団区分	派遣時期	派遣実績(人)	派遣計画(人)		計(人)	供与額(千円)	
ザンビア	ザンビア大学医学部 伝染病研究対策	エバリュエーション	59.11	4	0	20,000	0	3	3
		機材修理	59.4						
ブラジル	ペルナンブコ大学免疫病 理センタ― ワクチン製造			0	2	20,000	0	2	2
				8	3	31,150	0	3	3
ウルグアイ	消化器病対策			3	1	100,000	0	3	3
コロンビア	中央医学研究所 がん対策研究	計画打合せ	59.7	0	1	70,000	0	2	2
		"	59.7	7	1	52,400	0	3	3
パラグアイ	厚生省中央研究所	巡回指導	59.8	7	0	59,000	1	1	2
ベネズエラ	地域精神衛生向上	機材修理	60.2	4	0	35,000	0	3	3
		エバリュエーション	59.11						
トンガ	日本/WHO保健衛生 検査所	巡回指導	59.9	3	1	36,000	0	3	3
		機材修理	60.2						
バングラデシュ	循環器病対策 母子保健			0	13	44,000	0	3	3
		実施協議	59.4	0	6	79,000	0	3	3
小計	26件	24件		120	73	1,106,433	2	85	87

(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		カウンターパート受入		
		調査団区分	派遣時期	派遣実績(人)	派遣計画(人)	計(人)	供与額(千円)	受入実績(人)	今後受入計画(人)	計(人)	
中国	家族計画	巡回指導	59.7⑤	0	5	5	220,000	2	8	10	
フィリピン	"	基礎調査	60.3	3	1	4	70,000 25,000⑤	0	3	3	
インドネシア	"	巡回指導	59.11	3	0	3	68,000	3	0	3	
バングラデシュ	"	機材修理	60.1								
タイ	"	エバリュエーション	59.12	6	2	8	95,000	0	3	3	
メキシコ	"	計画打合せ	60.2	3	6	9	70,000	0	2	2	
計	6件	6件		15	14	29	523,000 25,000⑤	5	16	21	

(3) ASEAN人選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		カウンターパート受入れ		
		調査団区分	派遣時期	派遣実績(人)	派遣計画(人)	計(人)	供与額(千円)	受入実績(人)	今後受入計画(人)	計(人)	
タイ	プライマリー・ヘルスケア訓練センター	巡回指導	59.10	7	6	13	15,000	0	5	5	

(4) 今後開始予定の保健医療協力及び人口・家族計画協カプロジェクト

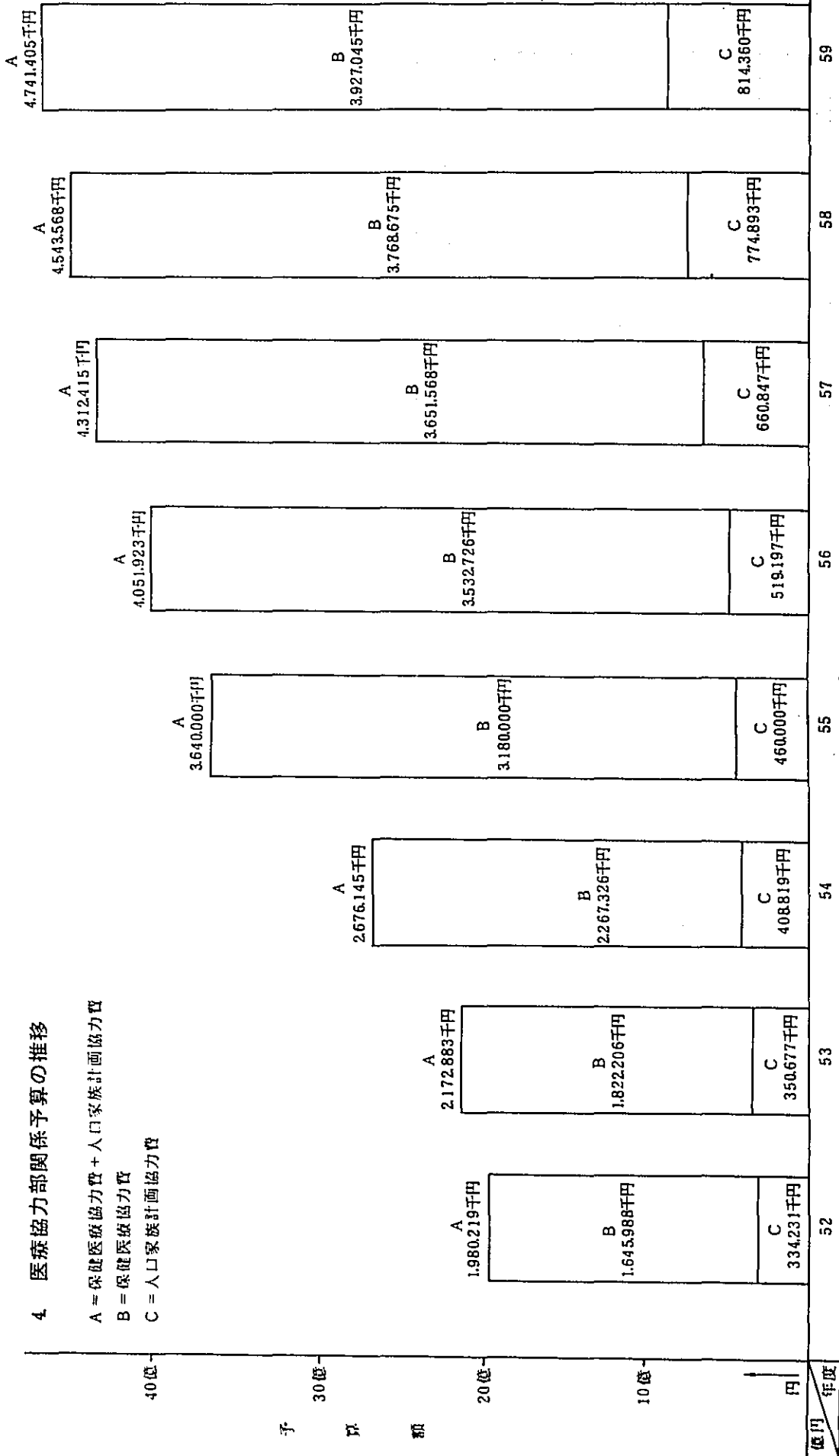
国名	プロジェクト名	調査団派遣		専門家派遣		機材 供与額(千円)	カウンタート受入		
		調査区分 実施協議	派遣時期	派遣実績(人)	派遣計画(人)		計(人)	今後受入計画 (人)	計(人)
ビ ル マ	消化器病	実施協議	59. 8 ⑤	1	2	20,000	0	5	5
ス リ ラ ン カ	スリジャヤワルダナプラ 総合病院	実施協議	60. 1	0	2	20,000	0	0	0
タ イ	国立衛生研究所	{ 事前調査 実施協議	{ 59. 7 ⑤ 60. 1	0	2		0	1	1
ス ー ダ ン	ハルツーム教育病院	実施協議	59. 12	0	0		0	3	3
ケ ニ ヤ	中央医学研究所	{ 事前調査 実施協議	{ 59. 8 ⑤ 60. 2	2	0		0	0	0
ア ル ゼ ン テ ィ ン	消化器内視鏡センター	{ 事前調査 実施協議	{ 59. 8 ⑤ 60. 1	0	0		0	0	0
ユ ー ゴ ス ラ ビ ア	PHC従事者生涯教育	実施協議	59. 11	0	1		2	0	2
コ ロ ン ビ ア	家族計画	実施協議	60. 3	0	0	32,467 (繰越予定)	0	0	0
計	8件	11件		3	7	52,467	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	派遣実績(人)	派遣計画(人)	計(人)		受入実績(人)	今後受入計画 〇
	国際救急医療事業			2	46	48		0	0
イ	ラマチボディ病院	アフターケア調査	59. 5 〇	0	2	2	30,000	0	0
ク	マヒドン大学医学部	アフターケア調査	59. 5 〇	0	2	2	30,000	0	0
	大学教授等派遣専門家			27	13	40		0	0
	その他単発派遣専門家			20	6	26		0	0
	特別機材供与(10件)			0	0	0	300,000	0	0
計				49	69	118	360,000	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

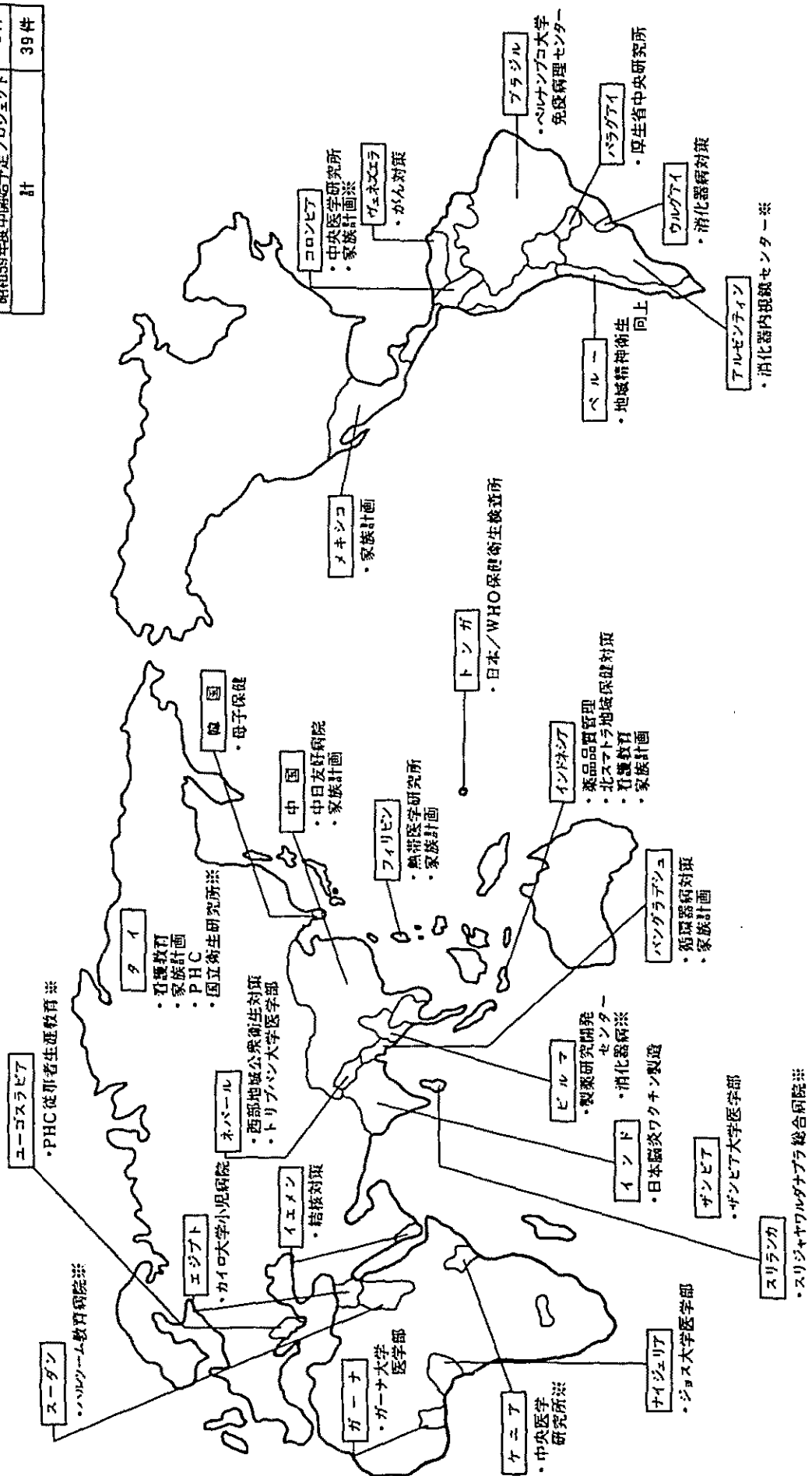


新規予算科目の新設

- 52: 連絡会議費新設、道内対面費新設、資料費新設
- 53: 中堅技術者養成対面費新設、実施設計チームの新設
- 54: 人口・家族計画協力費の分項、産民救済等緊急医療協力等に必要経費の新設、基礎調査費の新設、プロジェクト、基礎整備費の新設
- 55: アフターケアの新設、研修費等、教材整備費の新設、学術情報資料提供費の新設
- 56: 国内協力体制整備費の新設
- 57: 事後調査団派遣経費の新設、現地業務費、技術普及広報費の新設
- 58: 長期調査員の新設、技術交換費の新設(以上保健医療)、人口家族計画、家族管理チームの新設(人口家族計画)

5. 保健医療協力・人口家族計画協力プロジェクト位置図

保健医療協力プロジェクト	24件
人口家族計画協力プロジェクト	6件
ASEAN人道センタープロジェクト	1件
昭和59年度中開始予定プロジェクト	8件
計	39件



6. 昭和59年度研修員受入実績表

区分	研修員受入(全体)			左の内医療関係			備考
	59年度受入計画			9月末受入実績			
	コース数	人数	人数(A)	コース数	人数(B)	比率(B)/A	
1. 集団研修		(人)	(人)		(人)	(%)	
集団コース	191	2,226	1,625		192	11.8	
日墨交流計画		2,171	1,623	17	192	11.8	
		55	2		0	0.0	
2. 個別研修							
単発		1,617	637		83	13.0	
カウンターパート		576	233		39	16.7	
国際機関		871	326		37	11.0	
		170	78		7	9.0	
3. 特定(マレーシア東方政策)		155	123		0	0.0	
4. 予備枠		50	0		0	0.0	
合計		4,048	2,385		275	11.5	

7. 昭和59年度医療関係・集団コース研修員受入実績及び予定表

No.	コース名	定員	受入人数	期	月	研修期間	関係省庁	主要研修機関	備考
1	衛生行政セミナー	15	15		1.0	59.4.1 ~ 59.4.30	厚生省	(財) 日本国際医販団	
2	家族計画医学保健セミナー	16	16		1.0	59.4.5 ~ 59.5.5	文部省	(財) 家族計画国際協力財団	
3	微生物病研究	6	7		1.6	59.4.5 ~ 60.3.18	厚生省	大阪大学微生物病研究所	
4	結核対策(上級)	10	11		1.3	59.5.1 ~ 59.6.9	厚生省	(財) 結核予防会結核研究所	
5	看護管理	9	10		6.1	59.6.7 ~ 59.12.7	厚生省	(財) 国際看護交流協会	
6	結核対策	20	22		4.4	59.6.7 ~ 59.10.15	厚生省	(財) 結核予防会結核研究所	
7	家族計画組織活動セミナー	16	17		1.2	59.6.28 ~ 59.8.3	厚生省	(財) 家族計画国際協力財団	
8	公衆衛生技術者	5	5		9.0	59.7.5 ~ 60.3.31	JICA	沖縄県公衆衛生研究所	
9	がん対策	10	10		4.1	59.8.16 ~ 59.12.17	厚生省	国立がんセンター	
10	精神薄弱福祉	8	10		6.5	59.8.23 ~ 60.3.5	厚生省	(社) 日本精神薄弱者福祉連盟	
11	アイソトープ放射線医学・生物学利用	12	11		1.6	59.8.30 ~ 59.10.15	科学庁	放射線医学総合研究所	
12	消化管病理学	10	13		2.9	59.8.30 ~ 59.11.23	文部省	筑波大学	
13	循環器病対策	8	5		3.4	59.9.6 ~ 59.12.7	厚生省	国立循環器センター	
14	輸出入食品検査技術	6	7		3.0	59.9.13 ~ 59.12.11	JICA	国立衛生試験所	
15	家族計画指導者セミナー	13	14		0.8	59.9.16 ~ 59.10.11	厚生省	(財) 家族計画国際協力財団	
16	腎不全対策	10	13		1.6	59.9.20 ~ 59.11.5	厚生省	(財) 腎研究会	
17	結核対策細菌技術者	5	6		4.8	59.9.27 ~ 60.2.18	厚生省	(財) 結核予防会結核研究所	
	小計(実績:17コース)	179	192						
18	医療放射線技術	7	7		7.9	59.12.6 ~ 60.6.30	文部省	大阪大学医療短期大学部	
19	早期胃がん診断	15	15		2.0	60.1.12 ~ 60.3.11	厚生省	(財) 早期胃癌検診協会	
20	寄生虫予防指導者セミナー	8	8		0.8	60.1.24 ~ 60.2.16	厚生省	(財) 日本寄生虫学会	
	小計(予定:3コース)	30	30						
	合計	209	222						

(注) ※印は受入予定人数

8 昭和59年度医療関係・カウンタート研修員受入実績表

国名	プロジェクト名	研修員氏名	研修期間	関係庁	主要研修機関	備考
ビルマ	製薬研究開発	1. Ms. Kyi Kyi Win 2. Mr. Aung Myint 3. Mr. Tin Oo	59. 9. 27～60. 3. 20 " "	厚生省 " "	星薬科大学、武田薬品工業(株) " "	
中国	家族計画	1. Mr. Xiao Zhen Yu 2. Mr. Chen Sheng Li	59. 6. 11～59. 6. 24 "	JICA "	アジア人口・開発協会 "	
インドネシア	日本脳炎ワクチン製造 家族計画	1. Mr. Rajesh Kumar Gupta 1. Mrs. Sri Sumiyau Rahayu 2. Mr. Utaryo Paryono 3. Mr. Agus Haryadi	59. 9. 1～59. 11. 30 59. 8. 16～59. 9. 19 " "	厚生省 JICA " "	武田薬品工業(株) 光工場 ソニー(株) " "	
ネパール	北スマトラ地域保健対策 西部地域公衆衛生対策 トリバン大学医学教育	4. Mr. Sudi Simulingga 1. Mr. Janak Bahadur Karki 2. Mr. Rakesh Prasad Shrivastav 3. Mr. Tanka Bahadur Budathoki 4. Miss. Keshari Shakya	59. 9. 30～59. 12. 23 59. 8. 16～60. 1. 23 59. 8. 30～59. 12. 9 " "	厚生省 JICA 厚生省 "	国立公衆衛生院、岡山大学、帝京大学 兵庫医科大学 " "	
スリランカ	スリジャヤワラダナプラ総合病院	1. Mr. W. A. A. Wecrakkody	59. 6. 7～59. 7. 10 "	JICA "	JICA 順天堂大学	
タイ	第三国研修(皮膚病学) 国立衛生研究所 看護教育	1. Ms. Yaowalak Hantanyapong 2. Mrs. Preeya Kashemsant 3. Miss. Boonprakong Batputana 4. Mrs. Somsee Sangcham	59. 9. 6～60. 9. 5 59. 9. 24～59. 10. 10 59. 9. 27～59. 11. 20 "	厚生省 厚生省 " "	国立予衛生生研究所 看護研修開発センター " "	
スエーデン	ソバ大学医学部機械整備計画	1. Mr. Mohamed Omer Abdel Mageed	59. 9. 26～59. 11. 30 "	JICA "	東芝メディカル(株)他 " "	
イエメン	結核対策	1. Mr. Hashem Omer Hussein Amoh	59. 9. 26～60. 5. 3 "	厚生省 "	(財) 結核予防会結核研究所 " "	
ガナナ	ガーナ大学医学部	1. Mr. Miguel Francisco Ribeiro	59. 9. 28～59. 10. 27 "	JICA "	東京大学医学部研究その他 " "	
象牙海岸	第三国研修(内視鏡)	1. Mr. Yao Bernardo Beda	59. 5. 7～59. 6. 6 "	厚生省 "	自治医科大学 " "	
ザンビア	ザンビア大学医学部	1. Mrs. Ruth Banda Nwelwa 2. Mr. Oliver Lulembo	59. 9. 22～60. 1. 24 "	厚生省 "	日本大学医学部、順天堂大学医学部 " "	
ブラジル	ワクチン製造	1. Mr. Jose Fonseca Da Cunha 2. Mrs. Maria Da Luzlemandez Leal	59. 9. 2～59. 10. 1 59. 9. 26～59. 12. 23	厚生省 "	(財) 大阪大学微生物病研究会 (財) 日本ポリオ研究所	

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
コスタ・リカ	第三国研修(電子顕微鏡調査)	1. Mr. Francisco Urena Calderon	59. 9. 21 ~ 60. 6. 30	文部省	千歳大学	
パラグアイ	厚生省中央研究所	1. Miss. Miguela Aurora Beltran Ortiz	59. 8. 2 ~ 60. 8. 1	厚生省	順天堂大学	
ベネズエラ	地域精神衛生向上	1. Mr. Javier Mariategui	59. 9. 2 ~ 59. 9. 15	"	国立神経センター、神奈川県精神衛生センター	
ウルグアイ	循環器病センター	1. Mr. Octacilio Araujo	59. 8. 22 ~ 59. 12. 21	"	大阪医科大学、順天堂大学	
グエネズエラ	がんセンター	2. Mr. Carlos Betolmi 3. Mr. Roberto Bonaba	"	"	"	
キューボラヴィア	医療障害教育センター	1. Mrs. Melania De Guerrero 2. Mrs. Velasquez Sonia 1. Mr. Miroslav Mastilica 2. Mr. Berislav Skupujak	59. 9. 30 ~ 59. 10. 30 " 59. 5. 24 ~ 59. 6. 6 "	" " JICA "	鶴ヶ谷オーブン病院、がん研究会附属病院 " JICA "	
	計	19ヶ国 37人				

9. 昭和59年度医療関係・単発研修員受入実績表

国名	研修内容	研修員氏名	研修期間	関係省庁	主要研修機関	備考
マ 中 国	熱帯医学研究(特設) 臨床小児科 薬剤研究 集中治療医学	1. Mr. Ye Win 1. Mrs. Xiang Xiu Kun 2. Mr. Hou Hui Min 3. Mr. Guang Ming Yu 4. Miss. Qiu Ming Wang 5. Mr. Sui Ma	59. 9. 23~60. 7. 2 59. 4. 1~59. 10. 13 59. 4. 26~60. 4. 24 59. 8. 30~60. 3. 22 59. 8. 30~60. 3. 22 59. 8. 30~60. 3. 22	文部省 JICA 厚生省 JICA	長崎大学熱帯医学研究所 神奈川県立こども医療センター 東日本学園大学 聖マリア病院 神戸市立中央市民病院 聖マリア病院	
イ ン ド ネ シ ア	歯科麻醉 組織化学細胞生物学	1. Mrs. Kirana Lina Gunawan 2. Mr. Kusman Widjaja 3. Mr. Suwanto	59. 4. 5~60. 3. 20 59. 8. 23~60. 9. 26 59. 9. 27~60. 7. 2	文部省 " "	東京医科歯科大学 鳥取大学医学部 長崎大学熱帯医学研究所	
マ レ イ シ ア	熱帯医学研究(特設) 臨床看護技術(特設)	1. Mrs. Kamariah Btiabd, Rahim	59. 9. 6~60. 3. 31	JICA	沖縄県立中央病院	
フ イ リ ピ ン	"	1. Ms. Ruby M. Barrios	59. 9. 9~60. 3. 31	"	"	
シ ン ガ ポ ー ル	"	2. Ms. Avelina Lozaro	59. 9. 9~60. 3. 31	"	"	
ク ア ラ ビ ア	"	1. Mrs. Mdm Lim Keow Geok	59. 9. 6~60. 3. 31	"	"	
イ ン ド ネ シ ア	"	2. Mr. Koh Seoh Kwec	59. 9. 6~60. 3. 31	"	"	
マ ラ ク ア	"	1. Miss. Tickumphorn Jitycungyun 2. Mrs. Ngamnit Suwanvipat 3. Mr. Somsak Poomecchaiwong	59. 9. 6~60. 3. 31 59. 9. 6~60. 3. 31 59. 9. 6~60. 3. 31	"	"	
サ ウ ヂ ー ア ラ ビ ア	熱帯医学研究(特設) 結核対策	1. Mr. Nassir Al Shrif	59. 9. 20~60. 7. 2	文部省	長崎大学熱帯医学研究所	
ス リ ラ ン カ	伝染性下痢 感染症予防(骨ナイル流域)	1. Mr. Hassan El Bushra 2. Mr. Abdel Aziz Mohamed Haridi 3. Mr. Ahmed Ayoub El Gaddal	59. 5. 6~59. 6. 9 59. 5. 9~59. 9. 1 59. 7. 2~59. 7. 30	厚生省 文部省 "	(財)結核予防会結核研究所 岡山大学医学部 群馬大学	
オ ース トラ リア	"	1. Mr. Aoussi Eba Francois Blaise 1. Mr. Felix Gustav Deveneaux 2. Mr. Etheibert Finney	59. 7. 2~59. 7. 30 59. 9. 20~60. 7. 2 59. 8. 8~59. 12. 15	" " 厚生省	" 長崎大学熱帯医学研究所	
ク ア ン タ ニ ア	熱帯医学研究(特設)	1. Mr. Kisari Justo Pallangyo	"	"	"	
ア ル ゼ ン テ ィ ン	胸部外科及び気管支内視鏡	1. Mr. Ricardo Hngo Grinspan	59. 9. 19~60. 7. 2 59. 8. 30~59. 11. 6	文部省 厚生省	長崎大学熱帯医学研究所 国立がんセンター	
ボ リ ヴ ェ ー グ イ ア	血行造影装置技術	1. Mr. Guido Villa - Gomez	59. 6. 8~59. 8. 6	"	東邦大学医学部	

国名	研修内容	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	消化器内視鏡	1. Mr. Amicis Martins Ierreira Porto	59. 4. 6 ~ 59. 10. 13	JICA	昭和大学医学部	
	内視鏡外科	2. Mr. Fernando Tarciso Miranda Cordeiro	59. 5. 10 ~ 59. 6. 12	文部省	慶応大学医学部	
	原子力応用医学 (核医学)	3. Ms. Rosa Lucia Soares Ferreira Lopes	59. 7. 4 ~ 59. 10. 4	JICA	"	
コスタ・リカ	医学研究	1. Mr. William Hernandez Rojas	59. 5. 14 ~ 59. 5. 28	厚生省	国立がんセンター	
	"	2. Mr. Gonzalo Vargas Chacon	"	"	"	
キューバ	気管支鏡	1. Mr. Jose Luis Fonseca Cruz	59. 4. 4 ~ 59. 7. 11	"	"	
メキシコ	消化器病理学	1. Ms. Leticia Del Carmen Redriguez Moguel	59. 8. 29 ~ 59. 11. 23	文部省	筑波大学	
パラグアイ	内視鏡	1. Ms. Hilda Juana Bernalalanzo	59. 5. 31 ~ 59. 11. 30	厚生省	昭和大学種ヶ丘病院	
	微生物病	2. Miss. Elisa Clodomira Concepcion Antoia	59. 9. 6 ~ 59. 12. 8	文部省	大阪大学微生物研究所	
ベルギー	免疫病理学	1. Mrs. Jesus Zuiko Zuik	59. 8. 22 ~ 59. 11. 20	JICA	日本大学医学部	
ウルグアイ	小児ネフローゼ	1. Mrs. Mary Ysabel Velasco de Giossa	59. 9. 19 ~ 60. 8. 20	厚生省	東京女子医科大学 (財) 腎研究会	
ユーゴスラヴィア	気管神経外科	1. Mr. Pavle Miklic	59. 8. 30 ~ 59. 12. 22	"	虎ノ門病院	
	計	22ヶ国 39人				

10. 昭和59年度医療関係・国際機関研修員受入実績表

機関名	国名	研修内容	研修員氏名	研修期間	主要研修機関	備	考
WHO	中国	産科	1. Ms. Xu Ai-Di	59. 4. 15 ~ 59. 8. 21	厚生省、東京女子医科大学 (財) 結核予防会結核研究所 厚生省		
		結核対策	2. Ms. Guo Wen-Yu	59. 7. 5 ~ 59. 10. 15			
		地域栄養	3. Ms. Cai An Li	59. 9. 30 ~ 59. 10. 12			
			4. Ms. Feng Ai Lan	"			
			5. Mr. Yang De Ming	"			
			6. Ms. Chang Ying	"			
		食品衛生	7. Mr. Tai Soo Lee	59. 9. 13 ~ 59. 10. 14			
韓国		食品衛生	1 機関 7 人		国立衛生研究所		

11. 昭和59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
腎不全対策	フィリピン	59. 7. 24 ~ 59. 8. 10	團長 森吉 臣	独協医科大学	教授
	マレーシア	(20日間)	麻井 充	厚生省健康政策局医事課厚生技官	
	インド		青山 貞世 英	国際協力事業団研修第2課	

12. 昭和59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(実績)		研修期間	月数	日本関係省庁	理門家	カウンタート	備	考
				第三国	実居国							
1	タイ	国立皮膚病学研究所	皮膚病学	14 (7)	7 (7)	59. 3. 26 ~ 60. 1. 25	10.0	JICA	1 0.5	1 1	58年度より継続分	
2				14	7	60. 3. ~ 61. 1.	10.0	"	1 0.5		59年度分	
3	コスタ・リカ	コスタ・リカ大学	電子顕微鏡	5 (6)	3 (3)	59. 2. 15 ~ 59. 8. 14	6.0	"	1 0.5	2. 4	58年度より継続分	
5	チリ	腎がん診断センター	腎臓病学	17	0	60. 3. 11 ~ 60. 4. 6	1.0	"	3 0.7		59年度分	
1	象牙海岸	アビジャン大学	内視鏡	8	1	60. 1. ~ 60. 4.	3.5	"	4 1	2 2	59年度分	

取扱注意

13. 医療関係無償資金協力案件一覧表（58年度～59年度第2回閣議決定分まで）

58年度				59年度（第2回閣議決定分まで）				単位：億円																		
国名	案件名	供与額	備考	国名	案件名	供与額	備考	供与額	備考																	
パングラデシュ	ナラヤンガンジ総合病院建設計画	5.9	1985.3	パングラデシュ	ナラヤンガンジ総合病院建設計画	16.8	1986.3	16.8	1986.3																	
	必須医薬品製剤センター	11.5	1985.3	ビルマ	看護学校建設計画(II)	9.8	1986.3	9.8	1986.3																	
	ダッカ農科大学機械整備計画	0.98	1985.3	インドネシア	救急医療センター建設計画	22.72	1986.3	22.72	1986.3																	
ビルマ	看護学校建設計画	18.9	1985.3	ラオス	製薬技術開発研究センター建設計画(II)	10.45	1986.3	10.45	1986.3																	
中国	中日友好病院建設計画	72	1984.8	ネパール	看護学校建設計画	11.6	1986.3	11.6	1986.3																	
ラオス	製薬技術開発研究センター建設計画	7	1985.3	タイ	国立衛生研究所建設計画	24.5	1986.3	24.5	1986.3																	
パキスタン	イスラマバード小児病院建設計画	25	1985.3	イエメン	国立結核センター拡充計画	9.18	1986.3	9.18	1986.3																	
フィリピン	地方病院医療器材整備計画	7.9	1985.3	ニジュール	医療器材整備計画	5	1985.7	5	1985.7																	
スリランカ	スリジャヤワルダプアラ総合病院建設計画	15	1983.9	ボリビア	サンタクルス総合病院建設計画	18.47	1986.3	18.47	1986.3																	
	衛生改善計画	2.7	1985.3	パラグアイ	アマンバイ地域医療センター建設計画	7.06	1986.3	7.06	1986.3																	
タイ	プライマリーヘルスケア訓練センター建設計画	12	1985.3	フィジー	看護学校建設計画	11.45	1986.3	11.45	1986.3																	
	マラリア抑制計画	3.5	1984.6	合計	11件	147.03		147.03																		
	チェンマイ大学放射線機器整備計画	5	1985.3	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">58年度</td> <td></td> </tr> <tr> <td>医療案件シェアー</td> <td>$\frac{21件}{96件} = 21.9\%$</td> <td></td> </tr> <tr> <td>金額シェアー</td> <td>$\frac{248.68}{838.28} = 29.7\%$</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">59年度</td> <td></td> </tr> <tr> <td>医療案件シェアー</td> <td>$\frac{11件}{48件} = 22.9\%$</td> <td></td> </tr> <tr> <td>金額シェアー</td> <td>$\frac{147.03}{524.13} = 28.1\%$</td> <td></td> </tr> </table>					58年度			医療案件シェアー	$\frac{21件}{96件} = 21.9\%$		金額シェアー	$\frac{248.68}{838.28} = 29.7\%$		59年度			医療案件シェアー	$\frac{11件}{48件} = 22.9\%$		金額シェアー	$\frac{147.03}{524.13} = 28.1\%$	
58年度																										
医療案件シェアー	$\frac{21件}{96件} = 21.9\%$																									
金額シェアー	$\frac{248.68}{838.28} = 29.7\%$																									
59年度																										
医療案件シェアー	$\frac{11件}{48件} = 22.9\%$																									
金額シェアー	$\frac{147.03}{524.13} = 28.1\%$																									
	劣化リハビリセンター建設計画	10.9	1985.3																							
スーダ	カルツーム訓練病院建設計画	14.9	1985.3																							
	青ナイル川流域感染症予防計画	6	1985.3																							
ケニア	中央医療研究所建設計画	12.45	1985.3																							
リベリア	医療器材整備計画	3	1985.3																							
ルワンダ	医療施設器材整備計画	4	1985.3																							
ソマリア	総合病院再整備計画	5	1985.3																							
ボリビア	サンタクルス総合病院建設計画	5.05	1985.3																							
合計	21件	248.68																								

14. 青年海外協力隊医療関係隊員派遣実績

業 種	58年度末 迄の実績	59年10月1日 現在		
		派遣中	帰 国	累 計
医 師	3	1	3	4
歯 科 医 師	9	3	6	9
看 護 婦	180	32	161	193
助 産 婦	40	10	32	42
保 健 婦	16	6	14	20
救 急 隊 員	1	1	0	1
臨 床 検 査 技 士	31	19	20	39
診 断 放 射 線 技 士	9	5	5	10
作 業 級 法 士	8	3	5	8
理 学 級 法 士	5	3	3	6
薬 劑 師	11	5	7	12
歯 科 衛 生 士	0	4	0	4
保 母	2	0	2	2
養 護	1	1	0	1
栄 養 士	17	4	15	19
公 衆 衛 生	6	2	4	6
食 肉 検 査	3	0	3	3
水 質 検 査	7	3	4	7
天 然 痘 苗 監 査 員	12	0	12	12
マ ラ リ ア	2	2	0	2
ベストコントロール	0	1	0	1
計	363	105	296	401

派遣国別医療関係隊員実績表（58年度末迄）

派遣国	医師	外科医師	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	保母	養護	栄養士	公衆衛生	天然痘監視員	マラリア	ペストコントロール	救急隊員	食肉検査	水質検査	計
フィリピン			6		1	1																8
カンボディア																						0
タイ							1													2		3
マレーシア		3	3			2	2	6	2				1		1				1			21
スリランカ																						0
インド			9									2		2								13
ラオス			2																	3	4	10
ネパール			56	7	4	2																69
モルディヴ																						0
バングラデシュ																						0
P N G																						0
ソロモン																						0
フィジー																						0
トンガ																						0
西サモア		3				3									4							10
ホンジュラス			2	1	1												2					6
エルサルバドル																						0
コスタ・リカ																						3
ペルー																						0
ボリヴィア			11			1	1															13
パラグアイ			10		1																	11
シリア			4																			4
モロッコ			2																			2
エチオピア						2										12						15

業種	医師	歯科医師	看護婦	助産婦	保健婦	臨床検査技師	レントゲン師	作業療法士	理学療法士	薬剤師	歯科衛生士	保母	養護	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
ケニ																						0
タンザニア			1					1						9								11
ガ				1																		1
チュニジア	2		10	7									1									20
セネガル			5			3																8
ニジェール																						0
リベリア				2																		2
マラウイ		3	54	22	9	15	5	1		8				4								121
ザンビア			5			2				3				1	1							12
計	3	9	180	40	16	31	9	8	5	11	0	2	1	17	6	12	2	0	1	3	7	363

派遣国別医療関係隊員実績表（59年派遣中）

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	保母	養護	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)
フィリピン				7			5																16	難民一時収容センター
カンボディア																							0	
タイ							1	1													2		4	保健省・内務省
マレーシア									2	1				1						1			5	社会福祉省
スリランカ						1													1				2	社会事業省
インド																							0	
ラオス																							0	
ネパール			2																				2	文部省
モルディブ																							0	
パングラデシュ																							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																3	厚生省
ホンジュラス																		2					2	
エルサルバドル										2													0	
コスタ・リカ																							4	文部省
ペルー						1																	1	
ボリヴェア			3				1	1															5	厚生省
パラグアイ			4			1																	5	・企画省
シリア			2																				2	高等教育省
モロッコ																							0	
エチオピア																						1	1	水資源省

業種	医 師	齒 科 医 師	看 護 婦 婦	助 産 婦 婦	保 健 婦 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 母	養 護	栄 養 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	計	隊 員 配 属 (省 庁)
ケ ニ ア								1														0	
タ ン ザ ニ ア			1																			2	厚生省
ガ ナ				1																		1	'
チ ュ ニ ジ ア																						0	
セ ネ ガ ル		1				3																4	保健省
ニ ジ エ ー ル																						0	
リ ベ リ ア				3																		3	保健省
マ ラ ウ イ	1	2	7	6	3	6	3			2				1								31	保健省・教育省
ザ ン ビ ア			5			2				3				1	1							12	厚生省・高等教育省
計	1	3	32	10	6	19	5	3	3	5	4	0	1	4	2	0	2	1	1	0	3	105	

第 1 6 回 海 外 医 療 協 力 委 員 会

会 議 資 料 2

昭和60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60年度 概算要求額(円)	対 前 年 比		昭和60年度 概算要求額(円)	対 前 年 比		
		増減額(円)	比・件数		増減額(円)	比・件数	
1. 調査団派遣に必要な経費	273,310	63,918	130.5%	77,825	9,375	113.7%	
(1) 事前調査	(3,801,000) 4,001,000	(273,955) 73,955	(107.8%) 101.9%	856,000	41,640	105.1%	
		上段()内は建民等経費を除いた場合の額					
(2) 実 施 協 議		6件 ①インドネシア・麻疹ワクチン製造 ②パキスタン・イスラマバード小児病院 ③グアテマラ・マラリア研究対策 ④アジア・大洋州地域プロジェクト・フアインディング ⑤中近東・アフリカ地域プロジェクト・フアインディング ⑥中南米地域プロジェクト・フアインディング					2件 ①トルコ・家族計画 ②アジア地域・プロジェクト・フアインディング
(3) 実 施 設 計			5件 ①ラオス・製薬技術開発センター ②フィリピン・食品医薬品検定センター ③エクアドル・消化器病研究対策 ④中近東アフリカ地域プロジェクト・フアインディングの結果の1件 ⑤中南米地域・プロジェクト・フアインディングの結果の1件 1件 インドネシア・北スマトラ地域保健対策				1件 ネパール・家族計画

科 目	保 健 医 療 品 力 費			人 口 ・ 家 族 計 画 協 力 員		
	昭和60年度 概算要求額(円)	対 前 年 比 増減額(円) 比・件数	概 要	昭和60年度 概算要求額(円)	対 前 年 比 増減額(円) 比・件数	概 要
(4) 計画打合せ		1件増	6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イエメン・結核対策 ④エジプト・カイロ大学小児病院 ⑤トンガ・日本/WHO保健衛生検査所 ⑥ウルグアイ・消化器病センター			1件 メキシコ・人口活動促進
(5) 巡回指導		1件増	4件 ①インドネシア・薬品品質管理 ②ナイジェリア・ジヨス大学医学部 ③ブラジル・ペルナンブコ大学免疫病理センター ④ヴェネズエラ・がん対策			2件 ①中国・家族計画 ②タイ・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) エバリュエーション			7件 ①バングラデシユ・梅毒結核病対策 ②インド・日本脳炎ワクチン製造 ③インドネシア・看護教育 ④フィリピン・熱帯医学研究所 ⑤ガーナ・ガーナ大学医学部 ⑥コロンビア・中央医学研究所 ⑦パラグアイ・厚生省中央研究所			1件 フィリピン・家族計画
(8) 基礎調査			1件 パラグアイ			1件 アジア地域・家族計画
(9) 事後調査 (調査団数計)		2件増	1件 ケニア (35件 → 37件)		1件減	(10件 → 9件)

科 目	保 健 医 療 協 力 費			人 口 ・ 家 族 計 画 協 力 費		
	昭和60年度 概算要求額	対 前 年 比		昭和60年度 概算要求額	対 前 年 比	
		増減額	比・件数		増減額	比・件数
実施計画費						
(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						
2. 専門家派遣に必要な経費	2,082,116	243,666	113.3%	253,740	18,026	107.6%
(1) 長期専門家			5人増			11人
(2) 短期専門家			17人増			20人→22人 (新規要求: 技術費2人分)
(3) 長期調査員			1人増			(2人増) (31人→33人)
(4) 大学教授等 (専門家人数計)			3人増 (26人増)			3件 イ・家族計画 ファミリー・家族計画 スキコ・人口活動促進
現地業務費						
中堅技術者養成対策費						
プロジェクト基金整備費						
学術情報資料提供費						

科 目	保 健 医 療 協 力 費			人 口 ・ 家 族 計 画 協 力 費		
	昭和60年度 概算要求額(円)	対 前 年 比		昭和60年度 概算要求額(円)	対 前 年 比	
		増減額(円)	比・件数		増減額(円)	比・件数
3. 機材供与に必要な 経費	1,382,732	▲55,369	96.1%	524,424	14,239	102.8%
機材供与費	1,382,732	▲55,369	96.1%	524,424	228,611	177.3%
特別機材供与委託費	-	-	-	0	▲214,372	-
4. アフターケアに必 要な経費	62,842	21,740	152.9%	-	-	-
			1件増			
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 1 6 回 海 外 医 療 協 力 委 員 会

会 議 資 料 3

JMTDR (国際救急医療チーム) 派遣事業

1. JMTDR 登録状況 : 医師 70名 放射線技師 2名 看護婦 43名
検査技師 2名 薬剤師 3名 調整員 90名 計 210名
2. 研修会実施状況 : 第1回 昭和58年6月4日~5日 JICA救急国際研修センターにて開催
参加者 : 登録者 36名, 委員・事務局・JICA他 29名, 計 65名
第2回 昭和59年6月15日~17日 千歳ウトナイ・レイク・ホテルにて開催
参加者 : 登録者 51名, 委員・事務局・JICA他 30名, 計 81名
第3回 昭和59年10月19日~21日 野辺山YMCA研修センターにて開催
参加者 : 登録者 50名, 委員・事務局・JICA他 41名, 計 91名
3. ニュース・レターの発行状況 : 第1号 昭和59年2月1日刊 発行部数 2,500部
第2号 昭和59年6月1日刊 " 1,500部
第3号 昭和59年9月1日刊 " 1,500部
4. 出勤準備室兼倉庫の開設 : 昭和59年2月1日開設 (場所: 三井ビルのJICA本部より徒歩7分)
現在準備してある医療機器、医薬品、チーム生活用資材 (総計約1,700万円相当) を備蓄中
5. 資料等整備状況 : (1) 研修用資料 改訂3版 A4判 20P+52P
(2) JMTDRパンフレット
(3) JMTDR手帖 準備中 (昭和59年度中に作成予定)
(4) JMTDRハンドブック

海外医療協力委員会 マラリア対策専門部会

報告書

昭和59年9月10日

要 約

世界で20億前後の人々がマラリア汚染地域に居住し、毎年1億5千万ないし3億の人々がマラリアに罹患し、アフリカだけでも100万人にのぼる小児が毎年死亡すると推定されており、今日でもマラリアは世界で最も重要な疾病の一つである。重要な疾患の中でもマラリア制圧は対象国で予算を持ち、組織活動のあるところが多く、他の疾患と比べて二国間協力の課題として実施することが容易である。

マラリア対策はマラリア原虫の蚊と人との間の生活環を断ち切ることによって行われ、1950年代、1960年代の国連によるマラリア撲滅計画（Eradication Programme）では、DDTの屋内残留噴霧により、吸血した蚊の成虫を殺すことで、各地のマラリア抑圧に大きな効果をあげた。しかし1970年代にはいり、マラリアの再流行が各地でおこり、流行地の国々から、国連や先進国に援助の要請がなされてきた。

撲滅計画は世界銀行、世界保健機関（WHO）、国連国際児童緊急基金（UNICEF）、国連貿易開発会議（UNCTAD）などの国連による拠金と技術指導や、米国国際開発庁（USAID）などの二国間協力によって支えられ、大きな効果をあげたものの、インフレーションによる資金の不足、しばしば地域に適合しにくい画一的な撲滅計画、蚊の殺虫剤抵抗性の獲得、制圧効果を維持する地域組織の未定着などが原因で、流行が再燃したと分析されている。これらの反省からWHOは地域に適した柔軟な計画で、地域住民の自助能力の向上と自決によって、マラリアを公衆衛生上大きな災害のない程度に押えこむ方式、即ち制圧計画（Control Programme）に変換し、プライマリー・ヘルス・ケア組織の中にマラリア制圧活動を統合するよう指導している。その方式では罹患者の治療も大切な活動となってきた。WHOは各国の指導、訓練、研究の推進、情報の交換などに主力を注ぎ、1984—85年の年平均で1,468万米ドルの予算を計上している。米国も借款を含めて、1980—83年の年平均で1億5,600万ドルを投じて資機材の供与や指導を行っている。

わが国も、パキスタン、スリランカ、タイ、スーダン、ハイティおよびホンデュラスに対しマラリアの治療剤、殺虫剤、噴霧器、顕微鏡、車両、オートバイなどの資機材を無償資金協力によって供与し、最近3年間の年平均額は約12億円（500万ドル）に達している。これらの資機材は各対象国で有効に使用され、わが国の協力は国際的にも良い評価がえられている。一

方、技術協力は近年インドネシアで小規模に試みられているにすぎず、技術指導面でも国際的にもっと貢献すべきであると思われる。マラリア制圧を二国間協力で行うことにより、地域性をふまえた、きめ細かな制圧計画を有効に実施することが出来るうえ、経済効率もよく、日本の貢献が明瞭に示されて有利な面が多い。マラリアに対する協力は、比較的少ない経費で多数の人命を救うことができ、わが国の国際的立場からもその協力を積極的に推進すべきものと考えられる。

国連は対象国を技術指導することが主体で、多くのマラリア流行国は資機材を伴った協力を米国や日本の二国間協力に頼っているのが現状である。しかしマラリアが世界的な広がりをもった極めて重要な疾患であることに鑑み、わが国は国連に対し、かつてのように積極的にマラリア対策を展開するよう働きかけることが必要であると思われる。今日、しばしば一対象国に対して複数の機関から協力が行われているが、相互に重複を避け、全体的に最大の効果を上げるように、政府機関から専門家のレベルにいたる各段階で相互の協調をはかる必要があり、WHOがその調整の役を担うことが期待される。またWHOに、世界の二国間協力の情報を収集し、利用できる体制作りが望まれる。

マラリア制圧計画は、強力なマラリア抑圧活動のあと、地域住民のたゆまぬ努力によって維持されるので、二国間協力もこの目標に向かって行われている。各機関のマラリア制圧の企画でも、一定の期間内に対象国の自助能力を向上させて、制圧活動を地域住民にゆだねる方針をとっている。過去の外国の企画にならえば、無償資金協力の期間は、協力開始時の事前調査などにより、連続した5年以内の期間を第1期として設定し、技術的評価を行いながら、最終時期を柔軟に決めることが望ましい。無償資金協力の計画の中でも、殺虫剤や治療剤の供与が含まれ、対象国のマラリア制圧計画に深くかかわる事業では、複数の専門家により数週間から3カ月程度をかけて現地の事前調査を行う必要がある。また、協力期間中や終了時に、従来行われている社会的、経済的評価とともに十分な技術的評価を行って効果を調べなければならない。これらの作業に必要な事前調査項目、評価項目殺虫剤の選択方法、資機材の仕様選定の重要性にいたるまで検討して本報告書に記載または添付した。

従来わが国は、マラリア制圧を主目的とした技術協力は行っていないが、資金協力だけでなく、技術協力により、対象地域における蚊の生態、殺虫剤抵抗性、患者治療の方式や組織活動などの基本的問題を究明することが、制圧計画を成功に導くうえで極めて重要である。協力期間の設定は従来の技術協力の方式に従って決めてよいと思われる。無償資金協力と技術協力を効率よく連携することが協力の効果をあげるうえで大変重要である。技術協力の実施によりわが国の専門家の数や質を向上させることが出来るという副次的効果もたらされることが考えられるが、マラリア対策に関する専門家派遣の問題点は、専門の知識を持った人材の不足にあるのではなく、制度的に大学、研究所や地方自治体から職員を出しにくいことに起因している。

すなわち国際協力のための専門家として派遣することが困難な現状を改善する方策を樹立することが必要である。

マラリア制圧計画を画期的に変えるような有効な方法を生み出す基礎研究や、既存の方法を有効に現地で利用する応用研究などを、国内の研究助成や国外の研究事業への協力など可能な限りの方法によって推進して、マラリア制圧に新局面を展開させる必要がある。また対象国の担当者の日本での研修、現地での訓練に対する援助の提供のみならず、日本の若手専門家の国内、国外での訓練にも努力を払わなければならない。

JICA