

第11回 保健医療・人口家族計画プロジェクトリーダー
会議議事録（資料）

昭和63年3月

国際協力事業

ODD
PB
MCA

第11回保健医療・人口家族計画プロジェクトリーダー 会議議事録・（資料）

昭和63年3月

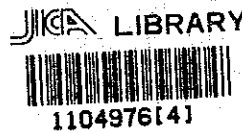
国際協力事業団
医療協力部

医 管
JR
88-22

国際協力事業団

17705

第11回保健医療・人口家族計画プロジェクト・リーダー
会議議事録・(資料)



106570969代替本
17705

昭和63年3月

国際協力事業団
医療協力部

目次

1. 開催日・場所・議事次第	1
2. 全体会議討議におけるテーマ別提言	2
3. 全体会議・議事録	6
4. 全体会議資料	75
I 第11回保健医療協力・人口家族計画協力プロジェクト・リーダー会議日程	77
II 第11回保健医療協力・人口家族計画協力プロジェクト・リーダー会議出席者一覧表	78
III 昭和62年度医療協力事業及び災害援助協力事業予算・事業概要	80
IV 昭和62年度事業実施状況	80
1. 現行プロジェクト一覧	80
(1) 保健医療協力プロジェクト	80
(2) 人口家族計画協力プロジェクト	81
2. 国際緊急救助隊	82
V 医療協力事業の動向	83
VI 医療協力事業主要課題	83
VII 63年度ODA一般会計政府原案（政府全体）	84
VIII 昭和63年度国際協力事業団予算額（政府原案）	85
IX 63年度ODA予算のポイント	86
X 63年度保健医療・人口家族計画協力費	88
5. 第11回保健医療・人口家族計画プロジェクト・リーダー会議の特徴	89

第11回保健医療・人口家族計画プロジェクト・リーダー会議

1. 開催日

昭和63年2月15日～昭和63年2月25日（11日間）

2. 場 所

国際協力事業団

国際協力総合研修所・国際会議場

東京都新宿区市ヶ谷本村町10番5号

3. 議事次第

・全体会議

1. 開会の挨拶

(1) 国際協力事業団 牟田口副総裁

(2) 外 務 省 技術協力課長

(3) 文 部 省 国際企画課長

(4) 厚 生 省 国 際 課 長

2. 昭和62年度事業実施状況について (医療協力部長)

3. 昭和63年度予算及び事業実施方針について (外務省)

4. 安全対策について (企画部)

5. 機材購送の促進について (調達部)

6. カウンターパートの受入れについて (研修事業部)

7. 無償と医療協力の連携について (無償資金協力計画調査部)

8. 討議：プロジェクト実施上の現状と問題点

第11回保健医療・人口家族計画プロジェクト・リーダー会議

全体会議討議におけるテーマ別提言

1. 協力部門別プロジェクトに関する情報交換促進について

同種プロジェクト間の横断的交流を促進し、経験の共有、協力手法のモデル化等の協力方式の質的向上を図る。

2. 試薬補給・機材管理維持について

協力終了後の自立的運営を目指し、機材の保守管理及び試薬等の補給確保のため要員養成、所要資機材の供給ルート開拓等の諸方策を予め講じておくように努める。

3. 専門家の人選と Terms of Reference (T/R) のあり方 (指導計画・携行機材・業務報告等) について

- (1) 派遣専門家のT/Rを具体的に明確化し、それに準じ適切な人選を行うための諸要件を設定するように努めることとする。
- (2) 上記(1)に準じ、携行機材の手配を行うこととする。このため、「携行機材購送申請について」(別添Ⅰ)の通り行うこととする
- (3) 「指導計画書」及び「定期報告書」(別添Ⅱ)を採用することとするが、必要に応じ逐次様式を改良していくことも考慮する。

4. 機材調達 の改善について

機材調達事務の改善を図るため、その計画的実施を促進し、Record of Discussions (R/D) 締結時にてプロジェクト全体計画における供与機材の大枠を決定するように努めると共にA4フォーム早期提出を可能とするため本部は予算提示を出来るだけ早期におこなうこととする。

5. 会計処理の改善について

- (1) 公金管理の徹底化に努める。
- (2) 四半期毎に業務報告と共に会計報告を行うこととする。
- (3) 調査団の調査項目のひとつとする。

6. プロジェクトの実績を踏まえた保健医療・人口家族計画事業の補充・発展について（プロジェクト間のリンク、他協力形態等に留意して）

上記テーマ1の「同種プロジェクト間の横断的交流」を含めた関連プロジェクト間のリンク、無償資金協力・協力隊・WHO等国际機関等の他協力形態との連携を更に促進して、事業の現実的な拡大・発展に努めることとする。

以 上

指 導 計 画 書

(別添 I)

専門家氏名

指導科目

項 目	指導方法	指 導 内 容	指導の狙い (カウンタナー・パートの技術到達度)

(記入例)

指導計画書

(別添Ⅱ)

専門家氏名

指導科目：寄生虫免疫学

* 以下は項目ごとに区切ってご記入ください。

項目	指導方法	指導内容	指導の狙い (カウンター・パートの技術到達度)
寄生虫免疫の特性	講義	寄生虫感染における I g E 抗体産生機構について最近の知見も加えつつ解説する。	抗体産生の基本的仕組みを理解する。
住血吸虫症における防御免疫発現機構	講義	In vivo 及び in vitro において、住血吸虫感染に対する防御機構はどのように発現されているかについて最新の情報を提供する。	住血吸虫症における基本的な防御免疫機構について理解する。
各種寄生虫に対する I g E 抗体の検索	演習・実験	赤痢アメーバ症、土壌媒介線虫症、マンスン住血吸虫症、フィラリア症などの患者血清について、酵素抗体法により I g E 抗体の検出を試み、一部は皮内反応成績と比較する。	免疫診断法の基本操作に習熟する。
住血吸虫症における好酸球による抗体依存性細胞障害作用	演習・実験	マンスン住血吸虫シストリウムに対する好酸球の抗体依存性 (I g G また I g E) 障害作用について、患者血清を用いて検討し、感染濃度、年齢、性、血中抗体価、好酸球数などについて好酸球の活性との関係を明らかにする。	細胞や抗体の取り扱いについて習熟し、in vitro の実験方法を確立する。

3. 全体会議・議事録

第11回保健医療・人口家族計画プロジェクト・リーダー会議 午後4時12分再開

全体会議

8. 討議：プロジェクト実施上の現状と問題点

○小畑医療協力部長 それでは、後半の討議に移ります。

その前に二、三討議の進行についてご説明を申し上げます。例年、全体討議に際して、各リーダーから短時間で現状報告をいただいたわけですが、今年は、こちらのミスもあって、報告書の提出をお願いするのが大分遅れました。

従って、今年は、個別会議の中で、各報告について十分していただくということで、本日は、お手元の資料に従って、6つのテーマについて、ご討議をお伺いします。

本日は1番、2番について意見を出していただいて、明日午前中に3番、4番、午後に5番、6番にしたいと考えております。

なお、このテーマは、私どもで皆さん方からいただいた報告等から選んだものです。そのほか、皆さん方からご提案があれば、その他としてやりたいと思います。たくさんテーマを出しておりますので、リーダーの方々には、プロジェクトの実態を踏まえて、積極的なご発言をお願いします。

それから、明日の総裁主催の昼食懇談会は、外務大臣がセンターの視察をされるついでに、リーダー会議に出席したいということで、時間を12時から14時に変更します。外務大臣は、14時ちょっと前にお見えになる予定です。

それから、明日の午後からのペーパーの中で、金子先生から資料などもご提出いただいておりますので、お話を伺いたと思います。

それでは、全体会議の討議に入ります。

(1) 協力部門別プロジェクトに関する情報交換促進

○小畑医療協力部長 まず、1番目は、医療協力課からテーマが出ております。この趣旨について、小早川課長から簡単にご説明いただいて、ディスカッションに入りたいと思います。

○小早川医療協力課長 お手元の説明資料には、簡単に、「同種プロジェクト間の横断的交流

接触を何らかの形で可能とし、協力運営の円滑化及び協力内容の質的向上を図って行きたい」という形でまとめてあります。

ご案内のとおり、我が方でお世話になっている保健医療関係のプロジェクトは、大きく分けると、病院、研究所、PHC、その他に分かれます。せっかく同時期に世界各国からお戻りいただいていますので、ヘッドクォーターとの連絡促進のみでなく、同種のプロジェクト間で横断的に1つの協力体制を図り、プロジェクトのインプリメンテーションのみならず、協力内容の質的向上を図るための何らかの方策があるのではないかと。今回の貴重な機会に、皆様方のお知恵をおかりしたいということで、忌憚のないご意見をいただければ大変幸甚に思います。

○小畑医療協力部長 ただいまの医協課長の提案趣旨について、ご意見等がありましたら、お願いします。

○小早川医療協力課長 僭越ですが、この中では、金子先生が最も古いリーダーのお1人ですので、ご意見をいただきたいと思います。

○金子専門家 フィリピンの場合で言いますと、金がないから、医者は具体的な資料は何も持たない。例えば、アメリカ、日本などで成果が上がっても、アメリカ、日本だからできるんだ、決して自分たちはできるとは思ってないのです。そこに問題がある。ですから、そういうモチーフを与えるためには、米国と似たようなデータを出してやらなければならない。そういう意味で、先程お配りした資料を作ったんです。ただ、ほかの国ではどうなのか。これが分かれば、非常に具合がいいと思います。

JICAで伝染病対策をおやりになりますが、プロジェクトと同時に、それをどうエバリュエートするかというファンクションもないと、やりっぱなしになる可能性がある。だから、フィリピンではこうだからタイではどうだとか、プロジェクト間の交流があった方がお互いの励みになるのではないかと。ですから、後のサーベイランスが私は絶対必要ではないかと思っていますし、それは国によってかなり違うのではないかと。そういう意味で、プロジェクト間の情報交換は、私は大変重要だと思います。

実は、一昨年でしたか、プロジェクト間の訪問で、タイからおいでになりました。医者と、ノン・メディカルスタッフとの関係は、タイも同じような事情を持っていることが分かったので、我々フィリピンだけでひがんでいる必要もないという確信も持ちました。

そういう意味で、お互いに良い点、悪い点を持っているわけで、それを比較すること自体が良い知恵を出す1つの方針になっていくのではないかと思います。

○村越専門家 私も本部にいて、プロジェクト間の横断的交流には関心を持っていたのですが

現場に出て初めて非常に強く感じたことは、プロジェクト独自で先方に伝えるべき情報を収集し、整理して、次にプレゼンテーションがあって、エバリュエーションも加わるんですが、その積み上げたものがプロジェクトの成果じゃないかと考えているわけです。

それで、私も自分の頭の中では分かっていたのですが、モデルのような形のプロシージャーはどうなっているのだろうか疑問に思ったわけです。ほかのプロジェクトは、類似プロジェクトも含めてどのような取り組みをしておるか。今、非常に関心を持ってきました。

私が今まで読んでおいた報告書等は、そのあたりはあまり明確な意識を持って記述していないので、横から見たプロジェクトがどのような取り組みをしているか。JICA本部でモデルになるものを作っていて、プロジェクト間で比較する意味で情報交換するのは大いにプラスじゃないかと非常に強く感じました。

○浦部専門家 僕のプロジェクトは、新しく小児病院の総合病院ができたんですが、その状況は、カイロの小児病院とよく似た状況で、しかも同じくイスラムの国で、看護婦さんの教育が相当遅れている事情もあります。

個人的には、僕らのチームの調整員の方がカイロの小児病院の調整員で、すごく都合がいい。立山リーダーの方から資料の提出もあって、大分参考にさせてもらっていますが、総括的な問題として、個人的な情報を得ようとしても、全体像をとらえるのがすごく難しい。ですから、相互に交流できるような形ができればありがたいと思います。ですから、現場にいる専門家が、お互いに会ってディスカッションできるような場ができれば、ありがたいと思います。

○小早川医療協力課長 新しいやり方をするには、制度その他、新しい仕組みを作らなければならないわけです。

従って我々として、今ある形で、一番やりやすいと考えておりますのは、ビルマの消化器病のプロジェクトのレビューのミッションに、他の国でやった同じ研究のプロジェクト——具体的に言いますと、ガーナ、トンガをやってもらった宍戸先生に入ってもらう。個人的な形でうまくいかなかったんですが、今ある形では、レビューあたりから、同種でほかの所でやっていただいた専門家に入っていただくのが一番やさしいことかと思えます。これは今の形でできますので、積極的にやっっていこうと思っています。

それも1つですが、せっかくですから、新しい形で何からのやり方をご示唆いただければと思います。

○柴崎専門家 私はまだ1年たっていないんですが、そこで感じたことは、薬品・食品の援助は、既にかかなりの歴史があるわけです。しかし、その歴史の内容によって、うまくできたとい

う方向で終わってしまっている。それが後でどうなっているか、その後のことは全然分からない。実際には、機能していないような所もある。それと同時に、どうしてそうなったかという反省もない。次に同じようなプロジェクトを始めるときに、どのようにしていったら、そういう轍を踏まないで済むかということについて助言もない。それはやっぱりおかしいと思います。

ですから、ここに来るとき、いろいろ考えたんですが、薬品関係のプロジェクトは、タイとかインドネシアがあるので、その先生方にお会いして、どのような悩みがあって、どのようにしたらうまくいったか、うまくいかなかったかを聞こうと思って出てきました。

その一環として、他のプロジェクトの個別会議に傍聴として入れないだろうか。それと、医薬品の関係は3名おりますから、そういう人達で2～3時間話し合う機会はないだろうか。そういうものを作ってもらえたらどうか、と考えております。

○立山専門家 私は出て5年になりますが、この2～3年の間、医療協力部のヘッドクォーターと、プロジェクトサイドの交流が非常にうまくいき始めて、スムーズになってきたのではないかと、皆様のご努力に感謝しております。

ここに上がっているプロジェクト間の横断的交流は、私も前にこうあって欲しいと思っていました。ワークショップ的性質のものを作っていたら、意見交換がオフィシャルにできるのではないかと考えます。

○金井専門家 先程、小早川課長からレビューとか、エバリュエーションの件に関して、情報交換というお話がありました。

それと同時に、似たようなプロジェクトを新たに発足させる場合、そういったことが必要だと思ったのは、先般、スリランカにタイと同じような研究所を建てるということで二度ばかりミッションの方々に寄っていただきました。あれも単に書かれたものを見るよりは、寄っていただくのは、非常に有効だったのではないかと考えております。

それから、研究や技術は国際的にも普遍的なものですから、技術移転はやりやすいと思います。しかし、それを実施していく途中で、文化の問題がありますから、必ずしも機械的にやれるわけではない。先程、同じ回教徒であるというお話がありました。確かにそういう点は非常に参考になります。逆に言うと、キリスト教の国と仏教の国では、また違った面が出てくる。それはそれで1つの参考になるのではないかと考えております。

○鈴木専門家（調整員） JICAのトピックスに相当するものを事例報告みたいなことで申し上げます。

同種プロジェクト間の交流という意味では、私どものプロジェクトでは、タイ側でかなりモ

チバージョンして実行しております。これはJICAベースの協力とは外れるかもしれませんが、具体的にはAPACという、ハワイ大学がやっているんですが、そこに参加しております。

それから、WHO、SEAROの管轄下にありますので、そこの協力関係ということで、文書を作って、機関紙を発行しております。あとは、JICAの運営費を活用して、最近、技術情報誌を出しました。ただ、どこに回すかというのは、今のところ、域内、南アジア等、一番大事なJICAプロジェクトとのコンタクトがちょっと抜けていたのではないかという気がして、その辺、今後やろうじゃないかと考えております。

それから、このトピックスに関しては、JICA自身の持ち札として、技術交換費があると思うのです。それで、タイNIHの先生が研究にいらしたり、北スマトラの専門家が私どもにお見えになって非常に効果がありました。というのは、特にPHCセンターのように域内で国際研修等をやっていると、双方にとってメリットがある。双方の事情が分かって、それ以降の研修効率が大幅に高まる。だから、専門家の方も、相手の理解度が高まって仕事もやりやすくなったということで、非常にいいと思います。この辺の手持ち札を量的に拡大して行って、行き渡るようになるといいのではないかと考えております。

それから、技術広報費の本来の趣旨は、プロジェクトの宣伝を隣国内でやりなさいという趣旨だと思いますが、それをもう少し拡大させた形で、域内、あるいは同じ分野で活用できるように執行方法を変えて工夫していけば、ある程度の部分ができるのではないかと考えます。

○佐藤医療協力課長代理 技術交換費は、ローカルコスト負担の1つで、それほど厳密に規定はしておりません。同域内にあって、同様のプロジェクト間でそれぞれの技術を交換する。ただし、専門家だけではなくて、専門家のカウンターパート同士の技術交換をさせるのが本来の趣旨です。

ただ、人数等が限られております。先程、小早川課長が言ったのは、アジアならアジアで、同じような研究所のプロジェクトが情報交換するとか、ニュースレターみたいなものを交換するという趣旨だと思います。技術交換費は、そのように用いられております。

それから、技術普及広報費は、既にお使いになっているプロジェクトもあります。タイのNIHは、英語版と日本語版で、プロジェクトの概要をカラー印刷して、日本人が見えたら日本語版、国際機関から来たら英語版を出しています。今、主に用いられているのはパンフレット作成です。

ただし、本来の趣旨は、結核対策ですと、住民に配る普及対策関係のパンフレットまで含めます。これはプロジェクトで準備した原稿を本部に送っていただいて、その内容でよろしいと

ということであれば、現地で印刷していただきます。数件のプロジェクトでは、これを実施しております。

○小畑医療協力部長 技術交換費は、予算はどのぐらいですか。

○佐藤医療協力課長代理 年間数億円で、ただ予算が全部まだ消化されていません。なかなか、うまく具合に双方の都合がつかないとか、カウンターパートが折り合わないということで、執行率はあまり高くありません。むしろ、もう少しご利用していただければと思います。

○小畑医療協力部長 それでは、人口家族の実績をご披露していただきます。

○渡辺特別業務室長代理 医協課のプロジェクトは30幾つかありますが、業務室の人口家族は、現行6本です。従って、今、議論になっている技術交換費は、6分の1程度の割合で請求できるという有利な点があります。昨年度の実績では、ネパールの家族計画のカウンターパートと専門家が、フィリピンの同種の家族計画の視察に行っております。

もう1つ特記しておきたいのは、人口家族は、プロジェクト間のメニュー化、どういう内容になるかという整理が多少先行しております。ですから、少ないプロジェクトの中で、どこからどこに回すかというときにも、かなり相手を絞り込んだ議論ができます。

逆に、問題は、6つの中をどうやってころがすかという贅沢な点があります。もう1つは、昨年の事例ではっきり出てしまいましたが、国によっての格差があまりにも大き過ぎる。かつてフィリピンのカウンターパートが、これなら私達がネパールの指導に行けると自信を持ったということを知っております。これは思わぬ効果だと思います。

それから、普及広報についても、なるだけ前広に、かつ外向きにも使える形で、実行面でやっていきたいと思っております。

○小畑医療協力部長 JICAからのご説明ですが、その他、鳥居先生、何かありますか。

○鳥居専門家 今、ご提案があった同じ種類のプロジェクトは、実際には、国情によって参考になる点とならない点があると思いますが、せっかくこのような会議をなさるので、私はぜひやっていただきたいと思っております。

いろいろなやり方があるとおっしゃいますが、ここでやり方を皆さんでお作りになったらどうか。疑問点をお互いに提出して、それを討議するというで始めても、2～3年たてば、ある程度のシステムができてきます。そうすれば、この会がますます充実していこうと私は思います。

もう1つ、同じような問題ですが、国が一緒ですと、プロジェクトが違っても共通の問題が出てくる。中国ですと、医学以外にある1つのことをやろうとしたときに、同じような障害が

出てきますので、医学以外でも非常に参考になる話し合いができると思います。各地方のJICA事務所は、なるべくそういうことができるようなチャンスをたくさん作っていただきたい。

それから、私どもの中日友好病院に、今お隣に座っておられる加藤さんのリハビリのプロジェクトが間借りをしております。私としては、なるべく気を使って、このプロジェクトがうまくいくようにと思っておりますが、これが離れてしまいますと、同じ北京の中でもなかなかお会いする機会がない。それはプロジェクト自身で働きかけるよりも、JICAの事務所が気配りをしていただければ、本部としても非常にうまく事が運ぶのではないかと考えます。

○小畑医療協力部長 どうもありがとうございました。

実際の技術交換で現場に行かれたフィリピンの山下リーダー、ご経験をお話しいただければと思います。

○山下専門家 3年前でしたか、フィリピンの家族計画のプロジェクトがタイへ視察に行きまして、去年はネパールから私達のプロジェクトに視察にいらっしゃいました。タイに行ったときに広報教育活動に影響を受けて、視察した経験をもとに、フィリピンは今かなり力を入れております。

ネパールからフィリピンにいらしたときに、ちょうどインター・パーソナル・コミュニケーション・スキルというトレーニングをやっていたんですが、それに対して、フィリピン側のトレーニングをやったトレーニング部長が「ネパールの視察に来たスタッフはどのように思っただろうか」と私に聞きました。「もし興味を持っているようだったら、自分達でトレーニングをやってあげるからぜひ連絡をしたらどうだろう」と、すごく自信を持って言っていました。

今年のレポートの中にも書いてありますが、母子保健でプロジェクトをやっているのは4カ所あります。その4カ所で、お互いの母子保健と家族計画の経験を交換したいという意見がかなり強いんです。要請として、第三国研修をやりたいと書きましたが、第三国研修といってもそれほど大きいものではなく、もう少し簡単にできる方法を何か考えていただけないでしょうか。

今年は、予算の関係でできないだろうということを隅田室長からお聞きしていますが、もう少し簡単にできるような方法がありましたら、お願いしたいと思います。

○隅田特別業務室長 第三国研修という形でプロジェクト間で経験とか技術を協力し合う、お互いの状況をよく知るという形になると、残念ながら医療協力部の所掌でなくなります。先程、研修事業部からご説明がありましたが、事前調査団から始まって、実施協議チーム、R/Dということで、我々が取り組むのに2年から3年かかるのが実情です。そのかわり、一たん開始

すると、5年とか、10年とか、かなり長期間にわたって実施ができるというメリットもあります。

プロジェクトに技術移転がほぼ達成し得た時点から、相手方自らが今度は周辺諸国に日本から移転された技術を紹介していく、広く訴えていく形になりますと、むしろ我が事業部から言っても、この制度をぜひとも研修事業部につなげて、プロジェクト終了後の1つの展開としていいのではないかという意見は持っております。

一方、医療協力部の中で、お互いの経験を共有したいのでワークショップを行いたいというお話は、これは極めて建設的な意見だと思います。リーダー会議の日程の中で、ワークショップを開いて、意見を交換し合って啓蒙を深めていく。あるいは他の事業部がやっていますように、バンコクで地域ごとにプロジェクト・リーダーが集まって意見を交換するということがあります。また、日本の専門家だけが意見を聴取し合ってもしょうがないので、実施主体は相手方ですから、先方のしかるべき者も同席させて、専門家とカウンターパートがワンセットになってお互いに意見を交換し合う方法もあるのではないかと思います。

フィリピンの場合には、第三国研修という形でお話があって、私どもの今の体制ではちょっとできないということです。もし仮に、教育関係のこのような集まりの中で1つのワークショップをやる。日本のその分野の先生方を入れて、そのセッションでディスカッションしていくことができれば、その辺ならいいと思いますので、まずやってみたらどうかという感じがします。

第三国研修については、皆さん方から、プロジェクトの終了、将来をにらんで、そのような試みしてみたいということであるならば、私どもにお話をいただければ、事業団の中で調整を図っていききたいと思います。

○小畑医療協力部長 樋口企画官、外務省のご意見はございませんか。

○樋口企画官（外務省） 特に申し上げることはないんですが、私どもとしては、農林業協力の分野では、技術普及広報費などは現在かなり頻繁に使っているように思います。予算的にはどうなっているか、詳しいことは知りませんが、今、活発に提言されているように、非常に効果的であれば、今度私どもも、特に技術交換費を増やしていくように頑張りたいと思っております。特に、農林業の分野では、かなり効果を上げておるようですので、来年度の予算で拡充していきたいと考えております。

○池田管理課長 何人かの先生方がおっしゃったように、過去の経験を十分生かして現行のプロジェクトの効果的な運営につなげていきたいということで、その仕組みをできるだけ促進し

ていく方向、それから制度的に技術交換費でかなりやられている部分もありますが、この部分をできるだけ促進していきたい。

村越リーダーから出ましたとおり、協力部門の標準的なモデルを作っていく方向なども、我々の中でも議論が出ております。せっかく医療協力、人口家族のメニュー化が進んでいますので、そのメニュー化された各部門の戦略、効果的な進め方、協力の仕方、標準的なプロシージャーなどを深めていく整備を積極的にこれからやっていきたい。その出発点として、このような横断的な情報交換をやっていったらいかがか。オファー方式等、これから非常に積極的な展開が期待されておりますので、メニュー化のやり方をできるだけ整理し、深めていきたい。その意味で、大いに情報交換をやっていったらどうかという議論は医療協力部の中でもあります。

○小畑医療協力部長 第1のテーマは、大体以上のことで結論にしたいと思います。

お話を聞いていると、1つは、リーダー会議の際に、ワークショップ的な横断的な話し合いなり、ディスカッションができる場が欲しいというご提案がありました。あるいは、他のプロジェクトの個別会議に出席して勉強したいという話もありました。この問題については、我々としても、来年度のプロジェクト・リーダー会議において、できるだけ実現できるように検討してみたいと思います。

それから、鳥居先生からお話があったように、同じ国内で類似のプロジェクトがある場合には、当然そのプロジェクト同士の話し合い、情報交換が必要です。また、同じ国内でやっている医療協力プロジェクト相互の意見が当然あってしかるべきで、その中で、互いに良いやり方を見つけていくことは当然あり得ると思います。今後ともそれはやっていただきたいと思います。

それから、国と国との交流は、先程来出ている技術交換費の活用を図る。実際には、なかなか制約があって使いにくい面もあるようです。それから、これは要望になりますが、域外のアジアとアフリカ、アジアと中南米まで、将来的にはぜひ認めていただきたい。これは外務省にお願いしたいと思います。

柴崎リーダーからは、ちょっと次元が違いますが、プロジェクトが始まるに当たって、過去のノウハウをぜひ知りたいということがありました。これはまた別途、プロジェクトの評価を含めて、我々としてもノウハウを蓄積していかななくてはいけないと感じております。

そういうことで、第1のテーマを終わらせていただきます。全体会議のまとめは25日に行いますので、そのときにまた、よろしく願います。

(2) 試薬補給・機材管理維持

○小畑医療協力部長 それでは、第2のテーマについて、小早川課長から提案趣旨を説明していただきます。

○小早川医療協力課長 この問題は、JICAの至らないところとか制度の未熟な点もあって、歯切れが悪い部分もあります。今、第1点でお考えいただいた横断的な機能が出てくると、また、そこでも新しい打ち出しが期待できるのではないかと思います。

具体的には、JICAのみならず、他の援助機関が押し並べて持っている問題で、協力期間が終わると、リエージェントの安定補給と、機材のメンテナンスの2つが問題になります。具体的には、R/Dが継続して、協力を行っている時点から既に考えていかなければならない。

また、R/D後に向かってどのような対策を講じておられるのか。いろいろ現地事情も違うと思います。

先程、部長が説明したように、機材の修繕に関する専門技術に対して、技術費も付いたこともあって、一定化したフォーマットの中にすべてのプロジェクトの機材などを図面化して、問題点をJICAのヘッドクォーターで修繕する。いわゆるフライング・リペア・ミッションのような形で、2カ所ぐらいやっております。これも1つの前進ですが、まだまだ問題点があります。

それから、リエージェントの補給は、先般、私がWHOへ行ったときも問題にしておりました。プロジェクトの基盤のためのプロジェクト、例えばリエージェントとか、エッセンシャルドラッグを作るプロジェクトをどこかの国に作って、周辺友好諸国に回すようなものをJICAがやってくれないか、JICAだけでなく、この問題はいろいろ討議の必要が十分あることだと思いますので、このような背景の中で皆様のご意見が伺えたらと思います。

○小畑医療協力部長 ご趣旨はご理解いただけたいと思います。要するに、プロジェクト終了後、を想定した期間中の試薬の問題、あるいは機材管理の問題のご示唆をお願いしたいということです。

○小早川医療協力課長 継続期間中に、実際に現地での補給チャンネルを何カ所か確保されたプロジェクトも存じています。そのノウハウは国によって違うと思いますが、ご経験その他をお聞かせいただけたらと思います。

○鈴木専門家(調整員) 私どもは、プライマリー・ヘルス・ケアですので、試薬などは一切使っておりません。使わないのを原則にしています。逆に、機材管理、運営費の維持などが非

常に難しく、今までは、JICAのローカルコストで8割方実施されています。

あと1年半で、後はどうしようと、いつもタイ側と話し合っています。彼らは、JICAのスキームの内容をあまり理解しないで、非常にフリーな発想をしてくれますので、びっくりしました。

1つは、JICAに基金を作ってくれと言っています。最初に1億円ぐらいの基金を作ってくると、ありがたい。そうすると、それを呼び水にして運営できるのではないかとことです。もちろん、利子も付きます。

それと、JICAベースでやっていると、JICAのスキームの中に閉じ込められる。まずR/Dが決まっているじゃないか。自主運営の道を促す方がいいのではないかと思います。

具体的には、最近、タイ政府サイドで法律が出たそうです。高級官僚を養成する中で、次長以上に昇進したい者は、必ず専門機関の研修を受けなさいというのが先方政府の人事院から出たそうです。私どもの研修センターが保健医療関係についてはうちでやらせるということで手を打っています。もしそれが認められれば、毎年必ず相当人数の先方の役人、行政官の訓練、研修をすることになります。そうすると、研修費は向こうの政府サイドで多分出すこととなりますので、それで何とか運営できるのではないかと。これがうまくいけば、それを1つの取っ掛かりにしようとしています。

あと、当初、無償資金で宿泊施設まで手当てしていただきましたので、維持費捻出のために、それをできるだけフル活用した方がいいだろうということで、目的外使用といえないこともないんですが、短期間の研修などに使っております。

○藤田専門家 このテーマに関しては、私どもも非常に関心があります。今年の9月にプロジェクトが終了しますが、メキシコに渡している機材の中で、IBMのコンピューターと、オーディオ関係の非常に性能の高い機材があります。

それで、1つの悩みは、メキシコの場合、12月に政権が交代して、我々が教育したカウンターパート等は、全部代わってしまうことになりました。コンピューターの場合、日進月歩でいろいろな問題が起こりますが、我々が引き上げたら、その後うまくつなげていけるのだろうかちょっと心配です。メキシコのIBMに何らかの手を打っておく必要があるのか、それともメキシコ政府にどういう形で維持管理等の手を回しておくか悩んでいます。

もう1点は、同じようにオーディオ関係機材で、現プロジェクトで使い方とか、事故が起こった場合に修理等の問題をやっていますが、これも終了して引き上げてしまったら、その後、うまくいくだろうかという心配があります。

事例というよりは、このような場合にどう処理して、プロジェクトを終了して我々が引き上げたらいいのか。これが悩みの種ですので、もし、そのような事例とか、JICAのサジェスチョンがあれば、お伺いしたいと思います。

○山下専門家 私達のプロジェクトは、今年度と昨年度の2年間続けて機材修理班に来ていただきました。レントゲン等大きい医療機材は、マニラに支店があって、そこで修理ができますので、オーバー・ヘッド・プロジェクターとか、16ミリの映写機、スライド・プロジェクターの修理をやっていただくときに、一緒に技術者に教えながら、修理していただきました。簡単な手入れは、ビデオで撮って、それを機材のある地方へ送る予定です。それを見れば、簡単な修理はできるようにしてあります。

問題は、部品がないのです。特に私達のプロジェクトは、機材のころから見ると、もう14年になります。最初のころの16ミリの撮影機、スライド・プロジェクターも入っていますが、その部品が手に入らないわけです。

最近のものは、ひどく壊れていませんので、機材修理班がいらしたときに現地人技術者を指導していただきましたので、簡単なものは修理できるようになりました。

○寺崎専門家（調整員） 私のところも、部品とか消耗品の供給には問題があります。

JICAにもお願いしたいということで、年次報告の「期待する後方支援体制」に書いておいたんですが、ネパールの病院の貧しい、乏しい予算の中から、消耗品、部品を買いたいと、数回日本の見積もりを取り寄せたことがあります。最初はちゃんと送ってくれたんですが、額が小さいということもあって、見積もりを請求しても、なかなか送ってこない。そのときは、JICA本部を通して業者に催促して、送ってもらいました。

商売にならないので、日本の業者も熱心にやってくれないのではないかと思います。出入りの業者に指導するなり、無償で機材を入れたものにはちゃんと供給を行うように具体的な指導をお願いしたい。

もちろん、現地で購入できるものは現地で買っていますが、どうしても日本から買わなければ駄目なものは、無償で機材を入れた業者をお願いするんですが、それがなかなか早く対応してくれない。ですから、どこに注文すればいいのか、リストアップしていただいたら、ありがたいと思います。

○浦部専門家 今のお話の機材維持に関しては、恐らくどこも悩みだと思いますが、イスラマバードは、比較的ほかのプロジェクトよりも条件がいいのではないかと思います。医療機器のエージェントも数多くあって、政府系の大きな病院などもそれなりに進んだ機械が入っていま

す。

これは現地での解決策ではなくて、今後の対応策として、ぜひ意見を申し上げたいのは、僕らの小児病院の事情を、イスラマバードの近郊で維持ができるもの。カラチとか遠方を入れても国内で維持ができるもの。日本その他外国に頼らなければスペアの補充がきかないもの。その3段階に分けて評価してみました。

そうしたら、日本から入ってきた機械は、日本から輸入しないと使えないのが幾つかある。日本には同じ機械で同じようなメーカーがありますが、日本から送ってくれた機械が違う機械だったら、こちらでも対応できるものも幾つかあるので、これはぜひ今後、検討を加えていただきたいと思います。

それと、試薬の関係で、機械そのものが、向こうの使ったことのない人に教えながら、電気とか、水事情が悪い所で教えるので、当然、故障する機械も増えてきます。そうすると、どうしても現地で維持しやすい機械が、医療協力の場合に一番問題になってくるわけです。これはその分、最初の時点での購入メーカーの検討を加えておけば、かなり改善できるのではないかと思います。

もう1つ、今の僕らのプロジェクトでは、パキスタンの政府自体がかなり小児病院に力を入れてくれて、国家予算に比較しても、小児病院自体に予算を割いてくれています。それだけ病院に積極的に取り組んでくれていることの現れだと思います。試薬なども大量に買うのですが、向こうの人達は気付いてないみたいですが、熱に弱いわけです。それで、冷蔵庫も貧困国対策費で買ったりしていますが、最初の時点で、温度管理ができる大きな倉庫を作れば良かったのではないかと思います。パキスタンは、値段が高いにもかかわらず、試薬をそれだけ揃えているのに、それを管理するような方法がない。それが残念です。今の時点での対策にはなりません、今後ぜひこういうところを生かしてほしいと思います。

○金井専門家 試薬のことですが、プロジェクトが終わった後もリエージェントの面倒を見るのは相手国にとって誠にありがたい話ですが、逆にいうと、自立の気持ちを損なうことにもなりかねない。ある程度プリンシプルがないと、甘やかすだけになってしまうという気がします。

R/Dが終わって、延長するにしても、ただ無制限ではなくて、例の中堅技術者のトレーニングコースのように、だんだん相手国の負担を増やしていくとか、特定のカウンターパートだけにそれがいくということではなくて、何かそこに方針を立てないと、かえってよくないのではないかと思います。

それから、小早川課長のWHOの件ですが、WHOは以前から試薬の標準化に努力してきた

ように思います。それは日本も協力して、ただ普遍的にリエージェントを供給してくれるという話なのか。あるいはWHOの持っている標準液に合わせたものを作って、それを途上国に援助してやるのか。どういう話なんですか、お伺いします。

○小早川医療協力課長 去年の2月ですが、エジプトにお邪魔したときに、アレキサンドリア地域事務局のゲザイリ局長から、一方には、かなり高価な臨床プロジェクトに対する批判がベースにあったと思いますが、その先、非常にルーティン検査の高い検査能力が、エチオピアだとか、ソマリアで非常に欠落している。しかしながら、問題は、リエージェントがどうにもならないということで、ソマリアに工場的なプロジェクトを作って、近隣の友好諸国にルーティン検査の高い検査所を5つか6つぐらい作って、それで縛って、恒久的に機能をやっていったらどうかということで、標準化と一緒に考えてという話のように記憶していませんが……。

○小畑医療協力部長 ご意見の中には、JICAとして現時点でどう考えるかという問題もありますので、機材問題等でJICAで特にお考えになっていることがありましたら、お願いします。

○荻原医療協力課長代理 私ども医療協力課は、特に医療協力において、医療機器は非常に精密であり、管理が難しいということから外務省並びに大蔵省のご理解を得て、今年度より技術費が付いております。従来、医療機器の研修の要請はたくさんありましたが、なかなかエキスパートがいない、受入先がないという積年の辛い思いをここで少し改善していきたいと考えて、現在取り組んでおります。

その成果として、皆さん方にどのようなご批判を受けているか、各プロジェクトからもいろいろ出ておりますが、今年度6プロジェクトに対して、技術費を使った機材修理並びに保守管理、加えてエジプトのカイロなどでは、先方政府が現地の日本の代理店と維持メンテ契約を結んでいます。これは具体的にはCTスキャナーですが、そういった現地の維持メンテ契約の指導もしていただく。非常に贅沢なPRをたくさん作って、2チームを6プロジェクトに対して派遣しました。

そして、コンサルに委託した成果品は、各プロジェクトのインベントリーを整理する。私どもは、専門家を派遣する際に何の携行機材を持っていったらいいのか、なかなかよく分からない。現地の自分の行くラボに、どのような機械が現在動いているのかという情報もなかなか推測しにくいということで、平面図にそういった機器を落とし込みをしてもらったというのが、具体的に成果品で上がってきております。こういった情報を徐々に整備、確立しつつ、専門家の派遣にも役立てていきたいと考えております。

この成果品等は、まだ皆さん方にご案内してありませんが、個別の国内委員会等で徐々にリリースしてまいります。今後も新しい試みに対して、ご指摘、ご批判をいただいて改善してまいりたいと思っております。

試薬については、具体的な得策はありません。私の担当しているプロジェクトでは、できる限り、まず水改善をする。最近やった事例では、パラグアイの新規案件に対して、純水を作ることが重要だということで、民間会社の相当なエキスパートにお金を払わないで協力していただき、試験的に水改善をやってみたいと考えています。とにかくお金のかからない、現地で自立できるような姿を想定しつつ協力を推進していく。

そのフィルターの第1は、当然ながら、現地にあるもので協力をする。第2は、現地あるいは近隣諸国で調達できるもので協力する。第3は、やむを得ない場合は日本から協力する。このような発想で消耗品等については取り組んでいきたいと考えております。

○渡辺特別業務室長代理 基調報告は、ただいまの医協課の報告で出尽くしていますが、業務室の取り組み、今後やりたいことを多少ご披露します。

1つは、機材修理班の性格の変更です。今まで機材修理班は、日本から行ったメーカーないし代理店の方が、自ら修理をして帰ってくるという現業的な性格が強かったと思います。フィリピンの山下リーダーからもご報告がありましたように、ちょっとそれに味つけをして、保守管理 セミナーをやってみようと考えております。プロジェクトの相手方カウンターパートの中に保守管理の人を多少なりとも入れていきたい。これはもう実行しております。

2つ目は、機材供与事業も、終了年度が近づいた時点で、今まで入れた機材のパーツ類、あるいは先の方で入れた機材の代替品の割合をなるべく高めていきたいという個別のお願いをプロジェクト側にしております。これも軌道に乗りつつあります。

もう1つは、これからの問題ですが、できる限り協力期間の間に部品ないし代替品について、ルートを開拓しておく。これはぜひとも積極的にこれから進めていきたいと考えております。これが一番大変な問題で、なかなか手が付いてないのが現状です。

○立山専門家 機材修理班を去年12月に、正味5日間だったんですが、受け入れました。

このミッションが、今まで日本から来たミッションで一番エジプト側が喜んでいました。というのは、いろいろ直って使えるようになりました。

ここ5年間見ていると、無償が終わって、医療協力が始まって、専門家が派遣されるまでにちょっと間があります。カイロの場合には、83年の3月からすぐ機能し始めて、私が赴任したのが84年ですが、最初の1年間でオリエンテーションがしっかりできていないので、故障が出る

わけです。レポートにも書きましたが、開院して1年後ぐらいに第1回のアセスメントをしていただくと、どういうスペアパーツを揃えたらいいか分かると思います。

それで、2年目か3年目で置き換える機械はリストアップしないと、技協が終わるまでに届きませんので、その辺で1回チェンジしておきます。というのは、フレームフォトメーターが2台入ったのですが、これはプロパンガスを使用するものでした。プロパンガスは開発途上国では、軍事病院だと手に入るのですが、なかなか一般の病院で手に入れることは難しい。メタンガスは手に入ります。ですから、機材修理班というのは、私ども医師とか、テクニシャン、看護婦が入る前に調整しなければいけない本当に基礎の問題だと思います。

それから、無償の場合に、電気系統、ボイラー系統の施設に関連する技術者も派遣を考えていただければいいのではないかと思います。

あと、エアコンが問題になります。小児病院の場合には、幸いエアコンが動いていたのですが、埃が非常にすごいものですから、3年目ぐらいから調子が悪くなりました。今回は、増築が決まったので、全部入れ換えるようです。それで、一応解決します。

○小畑医療協力部長 まだ、おありになると思いますが、最後に、山口リーダーから願います。

○山口専門家 インドネシアは薬品品質管理は、プロジェクトが終了に向かっています。

それで、私ども、立派な施設を建設していただいて運営していますが、でき上がってからちょうど2年半目に、当初から空調が不調であったということで、建設当時のインフラストラクチャーの設備関係を担当してくれた技術者の方に来ていただいて、2年半稼働した後での総点検をやってもらいました。これは非常に有効でした。

同時に、カウンターパートを2名指名して、その方が来ていただいたときに付けて、修理の手順とか、こういうパーツはこういう所で買いなさいとか、現地で実際にマーケットについていろいろ指導してもらいました。そういうきめ細かいことが非常に有効だったと思います。

今年の12月に、また機材修理班に来ていただきましたが、期間が短かったので、3人の方が壊れている機械を修理するだけに追われて、その機械を使っている方に取り扱い上の説明とか、修理の方法を教えるまでは時間的に余裕がなかったことは事実です。

この辺は、ある程度使ってから問題点なり故障する点に分かりますから、当初からどうのこのというよりも、最初は使って、その後フォローしていく方が有効ではないかと思いました。

そのときに修理に来ていただいた方、インフラストラクチャーの整備に来ていただいた方とも、いろいろディスカッションしたんですが、機器に関しては、こちらへ送ってもらう前に、

購入の際に修理マニュアルなども一緒に取りつける工夫が必要ではないか。そうでないと、後から修理マニュアルを送ってくれといっても、絶対送ってくれないという話がありましたので、購入のときにそれを条件として入れたらいいと思います。

それから、ジャカルタにはかなりの機器の代理店がありますので、その辺にあらかじめ連絡を取って、メーカーからの保証を取りつけておいてもらう。その辺も有効ではないかと思いません。

○小畑医療協力部長 どうもありがとうございました。

まだ、ご提言はあるかと思いますが、予定した時間も過ぎましたので、一応第2のテーマは、これで打ち切らせていただきます。

貴重なご意見がたくさんありました。機材については、プロジェクト期間中から代理店との保守管理、契約の問題、パーツ類の確保などの問題があるようです。

試薬については、あまりいいアイデアが出ない。結局、終わってしまえば、相手側で調達するしかない。そうなると、プロジェクト期間中から、できるだけ現地で使えるもの、近隣で調達可能なものなどになるかと思いますが、いずれにしろローカルコストがかかってきますので、それも配慮しながら、期間中のプロジェクトを進めなければいけない。最終的には、終わった段階で、相手側が自立できるような工夫をしながらやっていくということも大切だと思います。

私どもでは1年間のフォローアップの制度もありますし、終了後2年以上たつと、アフターケアの制度もあります。それらを活用しながら、今後この問題に当たってまいりたいと思いません。

また、皆さん方からご提案があった問題についても十分検討して、できるかできないか当たてみたいと思います。

司会の不手際で、時間が超過してしまいましたが、本日の全体会議はこれで終了させていただきます。

あと、副総裁主催の懇談会がありますので、どうぞ、そちらに席をお移し願いたいと思いません。

本日はどうも長時間、大変お疲れのところ、ありがとうございました。

午後5時40分閉会

午前 9 時 45 分開会

○小畑医療協力部長 皆さん、おはようございます。大変お疲れでしょうが、昨日に引き続いて、全体会議の討議を進めたいと思います。

その前に、本日の日程について、管理課長の方からご説明申し上げます。

○池田管理課長 説明させていただきます。

16日、2日目の全体会議の討議テーマは、第3から入ります。

我々の予定としては、11時半ごろまでにテーマ3、並びにテーマ4まで進んで、昨日申し上げたとおり、総裁を迎えて、12時から昼食会を行います。

事前にお願ひしたとおり、10名ほどのリーダーの方々から1人ずつ7分程度お話をさせていただき予定です。進行の点から、押しつける形になって恐縮ですが、できれば2時から15分前ぐらいまでには、ご発言は終わらせていただいて、総裁のまとめ、ご挨拶に入り、宇野大臣がいらっしゃる2時前には、できるだけ昼食会は終了を迎えたいと思いますので、ご承知お願ひします。

もう1度繰り返して言わせていただくと、全員の皆さんにご発言願ひたいわけですが、時間の制約で、病院関係の鳥居先生、立山先生、研究協力の金井先生、建野先生、地域保健関係の立石先生、人材育成の村越、寺崎両先生、薬品検査の山口先生、母子保健の山下先生、人口統計の藤田先生、この方々によろしくお願ひしたいと思います。

その後、昼食会、宇野大臣を迎えてつつがなく日程が終わったら、2時半から再度討論を開始して、テーマ5と6、それから、時間が多少余るような感じですので、最後にその他を予定しております。

それで、5時半に終わって、外務省主催の懇談会が6時半に霞友会館で例年のように行われることになっているので、皆さんと一緒にバスで会場にまいります。

2日目の日程は以上ですので、よろしくお願ひします。

(3) 専門家の人選とT/Rのあり方(指導計画・携行機材・業務報告等)

について

○小畑医療協力部長 それでは、討議に入ります。

3番の趣旨について、医協課長から説明させます。

○小早川医療協力課長 専門家の人選とT/Rのあり方となっておりますが、趣旨は、プロジェ

クトの専門家派遣を中心とした協力推進の改善について、我が方として幾つかに意図をブレークダウンしているので、それに沿って皆様のご意見を伺いたいと思います。

まず、1が専門家の人選、リクルートについてです。その中で、まずリーダーとして現在の状況をいかに考えているか。リーダー自身でリクルートに取り組んだことのある場合、いかなる方法を取ったか。また、今後のリクルートに関するご予定をお持ちであれば、どのような考え方でおやりになっているか。その辺をざっくりばらんに聞かせていただけたらと思います。

○小畑医療協力部長 ただいま医協課長からご説明があったように、現在運営しているプロジェクトで、皆さん方リーダーとして、それぞれ年次計画に基づいて専門家を人選して要請してきますが、そういう場合にどのように人選されているか、相手国との関係でどう取り扱っているか、その辺を聞きたいという趣旨だと思います。

○小早川医療協力課長 これに関連して、国内委員会がある場合は国内委員会で人選するという建前になっていますが、国内委員会との連携は十分であるのか。改善方法があるのか。それを先程の1番と絡めて、お教えいただければと思います。

○村越専門家 T/Rのあり方として、指導計画とか、携行機材、業務報告等については、直接には関係ないわけですか。

○小早川医療協力課長 関係ございません。徐々にそちらの方にもブレークダウンしてまいります。

○村越専門家 今までこういう発想はあまりなかったと思うのですが、専門家の人選ということは、リーダーとしてどのような適格者をプロジェクトのプログラムの中に組み込むことがベストか、こういう考えについて聞きたいというわけですね。

○小早川医療協力課長 そうです。それと、現実にはどういう具合におやりになっているのか。何か要望があるのか。改善すべき点があるのか。

○荻原医療協力課長代理 この点は非常に大きなテーマで、とらえどころがなかなか難しいかと思います。小早川課長を中心に現在医協課の取り組んでいる基本的な考え方は、小早川課長は常日ごろから「医療協力オールジャパン」ということを叫んでいます。簡単に言えば、日本のODAがドル・ベースでは世界一になり、日本の技術協力の環境が私どもが気がつく以上に大変な変化がある。昨晚、立山リーダーからお聞きしたんですが、タイム誌で日本の協力を特集するとか、私どもの知らないところで、先生方のプロジェクトを世界の人々が注目し出した時代が既に来ているという観点が1つあります。医協課の方も、オールジャパンという言葉に基づいて、立派な組織に専門家のリクルートをお願いしたいという姿勢も他方あります。

もう1つは、手づくり的な、人間を中心にした良い人間から良い人間に伝わっていくリクルート、こういった力も否定し得ない現実があるわけです。

そこで、私どもが取り組んでいるこの2つの両極端の現在の姿勢を各現場におられる先生方から、今の現状について忌憚のないご指摘をいただいて、どの時代になっても人間を中心に技術協力をやっていく観点から、人間が最も大切だと考えていますので、現在の医協課の姿勢に対して、いろいろなご批判をいただいて今後の糧にしていきたいということが1つです。

もう1つの人間に対する問題点としては、最近の情勢では、ここに厚生省の国立病院医療センターの古田課長ほか皆さんがいらっしゃっていますが、こういった形で厚生省も組織化を図っている。他方、JICAには、国際協力専門員制度があります。ところが、国際協力専門員は毎年増えていくのですが、医療協力にはまだ1人も専門員がいない。環境が整っているのに、なぜ医療協力には専門員がいないのか。こういった専門員の方々の存在がJICAにあることによって、私どもの技術協力がより推進していくのではないかとという考え方をしています。そういった背景をもとに、いろいろご意見をいただければありがたいと考えています。

○村越専門家 私の立場から要望を出させていただくと、基本的にはやはり語学ではないかと思えます。語学が非常に大事な要素を占めています。語学がないと、恐らくその人が持つ専門性は発揮されない。これははっきり言えます。

その次に、大事なのは応用動作です。現場は、ニーズが様々なところにあって、そういう現場の細かい状況に対応できる応用動作が非常に大事だと思います。それらを語学を通してやるわけです。専門性ということで、分野が違うということは第一義的な意味はないような感じがします。

ですから、語学、その人の応用動作、これらをどうチェックするのか。難しい問題だとは思いますが、広く経験のある人が結構ではないかと思えます。

○浦部専門家 この問題で、最近、先方の病院から指摘されました。言いにくいんですが、我々の方から送っている専門家が向こうが出してきた要望に対して応えられないという状況です。例えば、今、看護婦さんがいますが、小児病院の先方の病院は、要望としては、NICUとかICUの専門的なところより、まず小児科全般の基礎を教えてほしいという要望があります。派遣のときの状況が、NICUなら新生児とか、小児ICU、手術室、それぞれ特定の領域でという規定で要請が上がってきたのですが、いざ向こうに行くと、現時点では病院側は専門的なところよりもっと基礎を教えてほしいということを書いてきています。

僕の判断では、看護婦さん達はみんな基礎をやっていますから、十分向こうのニーズに応え

るだけの力は持っているんですが、相手の言うことを掴み切れない。恐らく現地の問題がまだ十分把握できないところにあるのではないかと思います。彼女達の語学にも問題があるのですが、語学が彼女達の前面の問題になっているのではなくて、状況把握ができないのではないかと思います。

それと、国内委員会の方がJICAのシステムそのものを知らないので、時々ものすごく困ってしまうことがあります。例えば、調査団で見えたときに、先方と、機材とか、人材派遣などをカウンターパート機関と話し合ってもらうのですが、適当に上の人達と妥協して、「うん、なるほど」と軽く同意されてしまいます。我々としては、トレーニングを中心に人を送りたいと思っても、病院側はドクターを希望してくる。そこらあたりで、JICAの意図を国内委員会の方がもっと知り得る場が欲しいと思います。

○中尾専門家 私、今まで国内委員をやっていて専門家を派遣する立場にあったのですが、今度受け入れる立場になると、いろいろ考えさせられることがありました。派遣する側としては、実力があって、人柄が良いのが必須条件だと思って今まで実践してきたのですが、派遣されてくる人の中に、教授から言われたから来たとか、ごく少数ですが、使命感のない方がおります。こういう方はえてしてトラブルを起こしやすいですから、派遣される前に、当該の指導の方はよくそういうことを注意していただきたい。

それから、ケニアの場合は、車の手配、住宅、食料など、初めの3カ月ぐらいは仕事というよりプライベートなことに力が入ります。そして、帰るとなると、1カ月ぐらいはレポートの整理で、1年といっても実質は8カ月ぐらいです。派遣する立場から言うと、1年は長いと思ったのですが、逆になると1年は短い。大学から来ている先生は、大学にとっても大切な方で、できるだけ両方とも長くということですが、1年以上の派遣は国公立の場合はなかなか難しいようです。医療専門家の場合、やはり2年は必要かと思います。私の大学でも、そんなに長い間いないのなら、なくてもいいのではないか、そのポジションをほかによこせということを言われましたが、こういうご理解をもう少し広めていただきたい。

○立石専門家 私のプロジェクトも今年の8月で終わりになります。

また、仲間の医師1人の任期が今年の2月で、後任の医師のリクルートを個人的にも心がけていました。私の後輩で、イスラム系の日本人に話したところ、難民ですが、祖国のために何かしたいと考えていて、私の誘いがびしゃりと当たり、今、研修に入っていると思います。外国系の日本人は、メンタリティーも一致していますし、何よりもイスラムにおいては、宗教が一致するという事は、カウンターパートとうまくいくと思うので、こういう面でもリクルー

トに当たられたらいかがかと思います。

○藤森専門家 私はこういう席に出るのは初めてですので、あるいは見当はずれの点があるか
と思います。

1つは、私どものグループの専門家は、看護婦さんが2人おられて、この方達は前にJOCV
で2年間の経験を持っておられます。そうすると、先程お話のあった現地語の理解、会話、
応用性の問題は非常によくいくわけです。JOCVの元隊員を専門家にするについては、
いろいろ賛成と反対の意見があるようですが、私どもの場合には非常に助かっております。で
すから、JOCV経験者をご活用いただくのも1つの方法かと思います。

それから、希望を述べさせていただくと、専門家の場合は専門の領域に近いですから、お互
いに理解しやすいのですが、コーディネーターの場合には、必ずしも専門領域ではない方がい
らっしゃることがあります。そうすると、ご本人が非常に苦勞なさるようになります。また、
それを理解していただくまでに時間がかかるので、難しいとは思いますが、医療協力部に2～
3年以上おられた方にコーディネーターになっていただくと、非常にありがたいと思います。

○鳥居専門家 皆さんいろいろご苦勞なさっていらっしゃいますが、うちの病院でも、逆の苦
勞がたくさんあります。

と申しますのは、短期でたくさんの専門家がJICAから派遣されています。それと同時に
他の資金ソースでも、入れかわり立ちかわり講演にいらっしゃいます。講演も2日か3日程度
のものが多く、何でもたくさん来てもらえばいいかなというので、病院側は宿舎の世話と食事
を持つぐらいです。

それと、文献でちょっと読んだ著者を指名してJICAへお願いしたいということがよくあ
りますし、研修員が日本へ来ていると、ご恩返しにその世話をさせていただいた自分の先生を呼
ぶという申請もたくさん出てまいります。うちの病院はむしろ短期の専門家の方が数が多く、
向こうの病院の申請をそのまま今まで受けていたのですが、私が行ってから、個別面接で事情
を聞いて、その中で役に立ちそうな者を順々にJICAへ申請しています。

ですから、短期の専門家についてはあまり心配はありませんが、長期になると、来ていただ
ける方が非常に少なくなります。我々が来ていただきたいと思う年輩の方は、1カ月以上日本
をあけるのはとんでもない話だということで、1年はなかなか来ていただけません。来ていた
だくときも、教授の命令でいらっしゃるケースが多いようです。

ただ、ほかのところでフリーにJICAへ申請して来ていただく方は、身元引受人がありま
せんので、トラブルが起こったときに、JICAとしてもお困りになることが多いし、向こう

の病院側としても、その対応に苦しむようです。ですから、親元のある専門家が、今のところ、私の病院では一番歓迎しています。

○藤田専門家 私どものプロジェクトは、国内委員会の先生が、どこかの省とか大学に行っ
てしかるべき人を推薦してもらっているということで、欲を言えばいろいろありますが、考えて
みると、この人を推薦したのはこういうことだなと何となく分かる感じがします。ですから、
JICAで条件を出されるわけではありませんが、国内委員会の先生がそれなりに解釈して、
それらしい人を出してもらっているということで、何となく収まっているのではないかと考え
ています。

そこで、1つ、私が常に考えていることですが、リーダーとほかの専門家とは若干違うわけ
です。私どもの例でいくと、私はこういう仕事をあまりやったことがなかったんですが、急遽
引っ張り出されてやっています。ラテンアメリカは統計があまり発達していませんから、スベ
イン語ができて統計ができる人はまずいない。どちらかを重視しなければいけないという話に
なって、私の場合は、恐らく専門性を重視して人選されたのだらうと思います。

現実に行ってみると、語学力も相当必要で、そのほか総務的な仕事もかなりやらなければい
けない。向こうの政府との交渉、JICA事務所の関係、大使館の関係、そのほか関連団体等
もありますので、私自身どういう動き方をしようかといろいろ考えました。

そこで、私のプロジェクトの場合は、自分がばかになるというやり方が一番いいのではない
かと思いました。コーディネーターに対しては、語学力も非常に抜群で、立ち回りも優秀なコ
ーディネーターをいただいているので、その力を最大限に発揮するようにできるだけ努力する。
個々の専門家に関して、私が口を出すよりは専門家の方に先に仕事を進めてもらって、個々
の専門家を持ち上げるという形で、自分なりにリーダーとしての動き方を考えてやったとい
う感じはしています。

結果としては、あとわずかな任期の間、何とかこなしてきたわけですが、語学力、専門性、
それから総務的な力という意味で、リーダーを選任される際は、よほど慎重にJICAも国内
委員会の先生方も考えていただくことが必要ではないかという気がいたします。

○小畑医療協力部長 この問題について、まだご意見があるかと思いますが、時間もあります
ので、指導計画・携行機材・業務報告に関する討議に移りたいと思います。

○小畑医療協力部長 では、提案させていただきます。

○荻原医療協力課長代理 お配りしてある資料は、現在試験的に幾つかのプロジェクトでやっている方法です。

プロジェクトによっては、当初のR/Dの計画が非常にしっかりしているプロジェクト、それほどしっかりしていないプロジェクト等いろいろあって、行かれる専門家の方が、自分が行く前にどういったことをやりに行くのか、どういったターゲットを置いていっていただくのか、それらを整理してもらった方が専門家の報告にも結びついてくるし、行く前の準備がやりやすいということから、現在5つほどのプロジェクトで「指導計画書」を短期専門家を中心に作っていただいています。

こういったものは、なかなかできない場合もあるかと思いますが、現在こういった試みをやっていて、今後、個別の国内委員会で、さらに必要性等を含めてご検討いただければということで、「指導計画書」をご参考までにご提示してあります。こういった動きに対して、ご意見をいただきたい。

それから、指導計画書に対応する形で、一番最後の定期報告については、事業団で企画部を中心に所定の報告すべき主要事項を整理したペーパーに基づいて、医協課で多少修正して今この案を考えております。試験的には、1つのプロジェクトで実行していただいています。この方が読む方も分かりやすいということもあって、できれば早急に業務報告の報告すべき主要事項を明示した報告書に改善していきたいと考えています。

まず、この2つについてご意見があればいただきたいと思います。その次に携行機材の説明をさせていただきます。

○小畑医療協力部長 ただいまの説明でお分かりかと思いますが、指導計画書と定期報告の内容等について、ご意見がありましたら、お願いします。

○鳥居専門家 JICAへ行った専門家の報告書は、国内委員会にも出ると思うのですが、短期で来て帰った方の報告は現地の我々のところへ届いていないんです。中には来るのもありますが、来ない方が多いです。

○小畑医療協力部長 現実にやっておられるエジプトの立山リーダー、いかがですか。

○立山専門家 以前からすると、フォームが決まってから、JICAに何を書いたらいいかということがはっきりしたので、非常に書きやすくなっています。以前は、全くフォームがなかったわけです。

3年ぐらい前まではJICAのフォームがなかったので、こちらが報告したいことをほとん

ど書いていたのですが、詳しすぎる場合もあったようです。私どもが専門用語を使いがちなため、なかなか担当の方に分かっていただけなかったりして、それで項目を決めてほしいとリクエストをしました。ですから、JICAの受け取られる方はどうかと、逆に今度はお伺いしたいと思います。

○荻原医療協力課長代理 私どもの方は、T/Rが明記されていない場合は、全文を読んでみないと、どういった問題点があるのか非常に把握しにくい。項目別に書いていただくと、問題や現況の把握、こちらで資料として取りまとめる際に非常に便利だと考えています。

それで、基本的には、プロジェクトとして広い観点で常に見ていただき、最小限、星印をしたところをご報告をいただくという方向で進めていくと、今後こちらでデータとしてファイリングをしていく際にも非常に役に立つと考えます。これを四半期ごとにいただき、これを基本にして、プロジェクトによってはアニュアルレポートにつなげたり、専門家にとっては帰国時の総合報告書につなげるということで、こういったフォームが望ましいと考えています。

○建野専門家 現場の方から考えますと、来ていただく専門家の先生達が最初にこの指導計画書を書くのは、ある意味では非常に不可能な、難しい点があるのではないかと思います。

ここにサンプルがありますが、このサンプルは、多分私のところの専門家がお書きになったと思いますが、これを書いてもらうについては、現場と、来ていただく専門家と相当にコミュニケーションがあって、こういう形でやっていただきたいというのを現場から出して初めて、こういう指導計画書ができるのではないかと思います。

それで、これをやらなかった専門家の方は、現場がほとんど分からない状態で見えますので、何をやったらいいのかわからないというのが現実ではないかと思います。ですから、私は、現場と相当に連絡を取って、その上で初めてこういう計画書ができるのではないかと考えています。

○中野専門家 指導計画書に関して、建野先生と大体同じ意見です。

我々のプロジェクトは、国内委員の先生方の親元から同じような系列で来ている専門家が多いのですが、それでも詳しい内容の指導計画書を赴任前に出すのはかなり厳しい。しかも、同じ大学所属で前任者からかなりの連絡を受けているにもかかわらず、赴任してみると、ある部門についてはすごく技術移転が進んでいるが、ほかの部分では全然進んでいないとか、書いてある内容と行って比べてみると異なる点とか、詳しい点が着任前には書けないケースが多い。

ですから、着任前に計画書を出すことは、その後の自分の仕事の方向を見つめる上でとても大切だと思うので、着任前にある程度の概略を出して、その後3カ月とか半年に1度、出した

内容に基づいてどのように進んでいるか、あるいはどのような変更が必要か、繰り返しの変更を行っていく。できれば国内委員会の先生方からもコメントをいただければ、方向の変換とか改善がやりやすいと思います。

それと、業務報告書に関して、このように項目が挙げられると非常に書きやすくなります。今、我々は3人専門家がいますが、その報告書を読んでもみると、書き方が三者三様で全く違います。それぞれの専門家は自分の親元の教授なり助教授からはコメントがいただけるのですが、ほかの先生方からはあまりコメントはいただけていないようです。国内委員会で配っていただいていますので、それに関して全体的な講評なり、こういう点が不足しているのではないかと、ということで、プロジェクト全体に対して一般的なコメントもいただければ、業務報告書も内容がだんだん良くなっていくのではないかと思います。

○寺崎専門家 うちのプロジェクトは、3週間ぐらいの短期の専門家の派遣が年間25名から30名ぐらい繰り返し行われていますが、指導計画書は、短期派遣専門家の場合には非常に重要な意味合いを持ちます。

滞在期間が3週間ぐらいですので、何をやるかきっちり前広に分かっていないと、例えば講義を何回やるとか、どういうことについてやるとか、いろいろ受入準備があるわけです。そのほか来ていただいた方には、プログレス・レポートというのを、カウンターパートと一緒に、あるいは専門家だけで書いていただいて、その中に次の派遣専門家にどういうことをやっていただきたいということも書いています。

協力分野も、全科について何名かの派遣専門家がいらっしゃっているので、大体の状況はその科の先生は分かっておられますから、うちの場合は、来てからでないで立てにくいということはないと思います。指導計画書を先に送っていただかないと、短期の専門家を有効に利用できないという状況があります。

○小畑医療協力部長 この問題もまだご意見があるかと思いますが、使っておられる立場では、比較的内容を整理しやすい、實際上現場の意見をもう少し反映してもらいたい、また国内委員会の意見もぶつけてもらいたいというご意見がありました。いずれにしても、一定のフォーマットがあると、リーダーとしても統一的な内容で書いていただけるということで、医療協力部としては、今後そういう方向で続けていきたいと考えておりますので、よろしくお願いします。

○村越専門家 先方へ行って気付いたことですが、指導計画というより協力計画とか、業務報告の先方に対する提出ということがはっきりしていない。これは国内に対しても同じように重要な意味を持っているのではないかと思います。協力計画、それから四半期ごとぐらいのマン

スリー、もしくはクォーターの業務報告について、JICA本部は管理していないような感じがします。私自身も向こうに行って、これはどうかなと感じたわけですが、先方政府に対してどのような提示をしておるかということも管理されたいかがかと思います。

○小畑医療協力部長 ありがとうございます。

次に、携行機材の説明をお願いします。

○佐藤医療協力課長代理 お手元のB4の資料で、「携行機材の選定と購送について」をお開きいただきたいと思います。

ただいま荻原代理が説明したように、専門家が出発する前には指導計画書が出る。帰ってこられてから業務報告書が出る。言うなれば、それが専門家の出発から帰国までの流れですが、その過程で非常に大きな位置を占めるのが携行機材だと思います。

機材には、供与機材と携行機材があります。本来であれば、1年に1度2,000～3,000万円から5,000万円ぐらいの範囲で供与される供与機材が計画的になされていると、携行機材がしょっちゅう出たり入ったりする必要はないわけです。しかし、プロジェクトの進行に従って指導内容が変わってきますので、どうしても小型の機材、消耗品などは携行機材で持っていかなざるを得ないのが実情です。

しかし、最近では携行機材が手軽に送れるので、携行機材の額、種類が膨大なものになりつつあります。そのために、わが方も人員に制約があって、先生方から言ってこられた携行機材の種類、内容を出発までに全部揃えることが非常に困難な事態になっています。従って、携行機材については、今後できるだけ供与機材の小さな部分の補完を目的に実施していきたいという方針が部内で検討されました。

右側の「記」と書いたところで、まず1番として、携行機材は指導計画の延長線上でとらえられる。従って、できるだけ携行機材の内容と指導計画書は、専門家の出発前の国内委員会等で前広に検討されるべきだということです。

2番目は、現在派遣されている短期の専門家が帰って、次に同一分野で専門家が出るときは、必ず現地事情を各リーダーあるいは調整員から伝えていただく。現地にこういう機材がある、カウンターパートはこういうレベルだということをリーダー、調整員から本部にお伝えいただく。そこで次に行く専門家が、先程の指導計画書と持っていくべき携行機材について検討し、国内委員会で考えるということです。

3番目は、現在行っている専門家が帰国したら、同一分野で次に自分をフォローして指導する専門家の機材についてアドバイスをしていただきたい。これは、特に研究所プロジェクトで

は、1つの指導内容で何人かの専門家が何次かにわたって派遣されます。そのときに、前の専門家のコメントは、次の専門家の指導内容をぐんと高めることに非常に有益です。これは、一部のプロジェクトではやられていますが、こうした傾向を今後ほかのプロジェクトでもできるだけ採用していきたいと思いますので、これには現地のリーダー、調整員等の協力をぜひいただきたいと思います。

4番目は、最終的に指導内容がきちんと固まってくれば、現地のリーダーが個々のプロジェクトの携行機材を申請できるようになるのが一番理想です。現地のリーダーから次に来る専門家の携行機材を申請してくるところが既に2～3ありますが、これもリーダー、調整員等がきちんと配置されているプロジェクトでは可能になりつつあるので、漸次こうした傾向を深めていきたいと考えています。

5番目は、費用の節約、納期の短縮、メンテナンスのやさしさ等から、現地調達はできるだけ進めていきたい。これには、特に調整員の方にはお願いですが、先日も議論に出たリエージメントの確保、小さな消耗品、特に電気のヒューズ、コンセント、文房具、色鉛筆まで携行機材という話があるわけです。これらを商社を通して1本とか1ダース買うのは、お互いに時間的にロスですので、特に調整員が現地で調達できる物のリストなり、代理店を開拓していくことをぜひお願いしたいと思います。

6番目は、供与済みの機材と携行機材がややもすれば重複するケースが多いようです。これはJICAにも非常に責任がありますが、無償や供与機材で入った機材の情報が必ずしもきちんと伝わっていない関係から、行く専門家がまた同じものを持っていく。これを漸次改善するために、昨日から議論に出ているように、コンサルタントが機材修理に行ったときに、その成果品として機材配置図なり、機材の目録を整備していきたいと考えています。

7番目は、携行機材は非常に金額が張りつつあって、ここのところ倍々ゲームで携行機材が増えております。最近では医療協力部だけで契約の規定の関係から調達できない金額に及んでいるものがあって、そうなると当然、調達部に行って、納期が3～4カ月かかってしまいます。従って、もう一度ここで携行機材の趣旨に戻って、金額が少額で、かつ供与機材の一部を補完するものと限定していきたいと思います。予算面でも制約がありますから、専門家が行く前の携行機材のリスト作成のときは、必ず事前にJICAのそれぞれのプロジェクト担当とお打合せいただきたい。ちなみに申し上げますと、携行機材の1人当たり予算単価は30数万円と非常に小さいものですので、その辺を押さえていただきたいと思います。

8番目は、携行機材の購送手続を円滑にするために、申請の仕方について、次のページに実

務供与様式があります。今までは行く専門家の皆さんに口頭でお話をしていましたが、これをペーパーにまとめてあります。

はっきり申し上げて、医療協力課の人間も、何年間かやっていると、機材について相当の知識を持ててきますが、なかなか特殊な機材が多いので、関係のない人間には全然分からないわけです。ですから、メーカーはどこで、どういう仕様だということを右の記入例のように書いていただく。

内情を申し上げますと、JICAでは購入するときに、医療機材、リエージェントを含む薬品、それから文房具、オーディオ・ビジュアル等の一般機材の3つを業種を仕分けして依頼しています。従って、医療機材とリエージェントを含む医薬品、それから一般機材は、それぞれ紙を改めてご記入いただきたい。そうしないと、全部リストを書き直さないと発注できないので、できるだけここに書いてある記入例に従ってやっていただく。特にリーダー、調整員の方をお願いしたいと思います。

この件は、個別会議でも、もう一度念を押したいと思います。できるだけ専門家の派遣に間に合うように機材を送るという意味で、お互いに無駄なことを省いていきたいと思っておりますので、よろしくをお願いしたいと思います。

○小畑医療協力部長 ただいま携行機材の考え方、あるいは実際の申請の方法等について説明をしました。主としてお願いの話で、リーダーの皆さん方だけではなくて、これから派遣する短期専門家、長期専門家に申し上げるべきことも多いと思っておりますが、それは今後うちの方でやっていきたいと思っております。

以上の問題について、特に何かご意見があれば、お願いします。

○建野専門家 携行機材に関しては、有効に利用させていただいています。

私のプロジェクトでは、専門家が持ってくる携行機材は、現地で決めさせていただくというのを原則としてやっています。

と申しますのは、皆様ご存じのように、医療関係の専門家は非常に好みが強くて、同じものでも、ちょっとした違いで使いものにならないということで、同じようなものがいっぱい集まる傾向があります。それを避けるためにも、これでやってくださいというリーダーの意向で、現在のところその辺はうまく重複しないようになっています。

先程も申しましたが、来ていただく専門家の方達は現場をあまりご存じないので、現場に似つかないものが揃う傾向があります。それを避けるためにも、現地で決めるのを原則にした方が一番よろしいのではないかと思います。

○小畑医療協力部長 プロジェクト・リーダーが携行機材の選定に責任を持つことが必要であるというお話でしたが、ご指摘のとおりだと思います。

ほかに何かございませんか。

○飯田専門家 携行機材について、ビルマで私どもが行っている方法は、指導内容もちろんですが、カウンターパートにどういう試薬が欲しいのか。まず最初においでになった短期専門家の方に話していただいて、そこで作ったリストを国内委員会に持ち帰って、次においでになる専門家にそれを含めた指導をしていただく形で現在のところは行っています。

ですから、あまり無駄になるものはないように見受けられます。ですが、前回の短期専門家がおいでになったときに、携行機材が非常に遅れて、お帰りになった後から着いたものが非常に多かったんです。ですから、携行機材を申請するときに、どのくらい前に申請すれば、その専門家と同時携行か、あるいは前もって着けるのか、そういった期間を教えていただきたい。

○佐藤医療協力課長代理 飯田専門家がおっしゃることもよく分かるのですが、これは私どもも非常に苦勞しています。1つは、医療の場合、携行機材が非常に多い。それからビルマの事情があって、着いてからの納期が時間がかかる点が挙げられると思います。

どの程度前広に申請すれば入るかということは、国によって違いますが、私ども事務方の要望としては、行く前2カ月ぐらいあれば大体できるのではないかと。ただ、中には特注品があって、日本で100ボルトは作っているが220ボルト仕様がない。そういうものはもう少し時間がかかるということです。

それから、飯田専門家のもう1つのコメントで、カウンターパートからリストを出させるのも1つですが、あくまでも携行機材等の使用の目的は専門家の技術移転です。ですから、非常にみみっちい話をすれば、本来は3週間なら3週間の専門家がいる間の量だけでいい。ただ、そうはいつでも、なかなかLLDCはできないだろうから、もう少し持ち込むということです。杓子定規ですが、その病院の稼働のための供給ではないということは、どこかで我々は押さえておかなければならないと思いますので、よろしくご理解していただきたいと思います。

○飯田専門家 確かにそれは分かりますが、各国の事情は十分考えていただきたいと思います。例えば、ビルマの件で申しますと、現地で調達できるものはまずないと言っていると思います。

現在は、アルコール等は現地調達をかなりやっていますが、これは必ずピュリファイしないと使いものにならない。そういったこともやりながら仕事をしているわけですから、杓子定規に言えば、確かに技術移転というその場だけで済めばいいとお考えになるのは、ちょっと私ど

もは理解できません。

○小畑医療協力部長 まだいろいろご意見があるかと思いますが、次のテーマがありますので、この問題はこれで終わらせていただきます。

貴重なご意見がたくさんありましたが、皆様方のご意見を今後いろいろ参考にしながら、この問題に取り組んでまいりたいということで、3番の問題を終わらせていただきます。

(4) 機材調達の改善について

○小畑医療協力部長 続いて、4番について、昨日、調達部からお話をいただきましたが、本日またこの問題について、趣旨をご説明させていただきます。

○赤星調達部次長 昨日、機材購送の促進について若干触れましたが、時間の都合で説明不足でしたので、促進との関連から機材調達の改善についてお話をしたいと思います。

機材購送業務は、技術移転をする上において必要不可欠なものであることは既にご存じだと思いますが、その機材が果たして専門家の皆様の技術移転に合わせた適地に購送されているかどうか、非常に疑問が残るところです。

ちなみに、62年12月末の執行状況を見ますと、機材供与費だけで予算額が62年度は103億円という数字になっています。この中から現地調達をやっています。先程来話がありましたが、機材の促進ということから現地調達の推進も進めているわけですが、62年度を見ると、機材供与費の1割程度が現地調達という形で皆さんのところに示達されていると思います。従来は、現地調達が非常に少なく、大体6億円、6%程度でしたが、現在はこれを1割強に持っていくということで、62年度を見ると1割程度で、本部執行額が大体10億円ぐらいの額になります。これは供与機材で、携行機材は抜いています。

この執行状況を見ると、12月に調達部に各部から機材購送請求が約80%出てきます。前年度は85%購送請求がでしたので、前年から比べて6.3%の減額になっています。購送請求に基づいて機材の調達は、商社、医療薬品、医療機器それぞれのメーカーと指名または随意契約という形でやります。この契約率が今年度が42%で、前年度同期で55.7%ですので、約14%落ちています。それから、その製品が納入されると、私の方で代金の支払いを行います。その支出決定済額が、今年度12月末で12.3%、前年度12月で20.2%で、これも約8%の減少です。

ですから、購送請求、契約、支出済額それぞれにおいて前年度に比べて相当落ちている。過去3年の平均から見ても、なお下回っているということで、現在JICA始まって以来の低率

で推移されています。昨日も申しましたが、62年度の繰越額は47億円です。

これは、今年度契約をやって納入にならない翌債、それから今年度中に契約に至らない予算残額——我々は明許と言っていますが、これを加えると、47億円程度の繰越が出てきます。昨年が38億円の繰越で過去最高と言われていましたが、今年度は昨年の最高を10億円程度上回り、過去に例がない繰越になるかと思えます。

我々としては、なぜこのように執行が悪いのか、悪いものについてはどのように今後推進していったらいいか始終検討しています。特に47億円の繰越は、今年度は特殊例が1例あります。皆様ご存じのように、昨年の11月10日に外為法の改正があって、特定貨物の特定地域に対する輸出については通商産業大臣の許認可が必要になりました。特に特定貨物は、事前調書をまず提出する。その後、輸出許可申請書をいただく。それから特定地域以外でも、特定貨物は非該当証明書を取る。また同じく輸出許可申請書を取る。このような問題が執行率の低下を招いている要因になっていることが一部考えられます。

しかし、基本的に申しますと、立ち上がりそのものが遅れているのではないかと。それから、仕様の不備、相手国政府との問題で、R/D締結の遅れに伴うA4フォームの遅れ、こういう要素が機材購送の遅延につながっていると考えられます。

この問題については、JICAとしてもそのまま見過ごしたわけでは決してありません。61年度38億円の繰越と申しましたが、この問題の発端としては、58年に32億円の繰越がありました。このとき外務省、大蔵省それぞれの主務官庁から、なぜJICAの機材供与費はこんなに繰越が多いのかというお叱りを受けて、機材業務改善委員会を作りました。これは委員長が副総裁、契約担当役、それから各部の担当部長がこの委員会の委員になっています。このときにいろいろ検討がなされましたが、その検討された事項について、あまり実行がされていなかったということです。

そのときの改善事項として、A4フォームの早期取得をテーマにしています。A4フォームの早期取得と関連し、A4フォームの一括取りつけもやっています。若干この報告書にある改善方向で改善はされていますが、それが完全に実施されていないということです。

それから、仕様書の作成業務の合理化です。近年の機材供与は、多種多様で、非常に高額なものが増えていることから、仕様書の作成に問題があります。この仕様書については、常日ごろ専門家の皆様方にはご協力をいただいておりますが、中には我々担当者では非常に不十分な点があるので、専門的知識を有する国内委員会に支援を求める方策も現在考えたり、外部委託という方向についてもやっています。

次に、予算の効率的執行です。5年間の協力期間があれば、予算傾斜配分をしたらどうかという考え方です。5年間で5分の1ずつの予算配分ということではなくて、年度当初に機材等が必要であれば、必要な時期に多くの機材の購入を促進する考えです。最終年度になると、パーツ類の補給も必要になってくるので、その補給もやるという1つの考えです。

それから、各年度の実施スケジュールがあります。予算が年度内成立になると、12月ごろには概算枠が分かってきます。立ち上がりは12月では既に遅いのではないかとことから、前年度の10月ごろ、プロジェクト・リーダーに対して概算要求ベースの枠を提示し、次年度の供与計画の作成を依頼するということです。

それで、リーダー会議の時期にその内容を決めて、原案を作成する。なおかつ、その時点においてA4フォーム等の未提出のものがあれば、その方面の促進方を願います。かように前倒しに考えていこうではないかということがテーマとして考えられています。立ち上がりを早くすれば、年度初めには機材供与の仕様書の検討に入れるのではないかと。4月、5月になると、外務省、大蔵省に対する実施協議、6月になると機材購送請求が調達部に提出されるという業務の流れに沿っていけば、遅くとも年度内にはすべての機材がお手元に届くスケジュールになると考えております。

先程もお話が出ていたようですが、機材というのは、店頭にあるものを買って、そのまま皆さんのところにお送りするわけにはいきません。その国の実情に合った機材を送ることが必要です。調達部としては、皆様から提出された資料に基づき、業者を選定し、購入をやっていますが、機材はすべて注文生産の機材です。例えば、店頭にある自動車を買って、送れば間に合うのではないかと議論もありますが、自動車もすべて特別仕様という形でそれぞれのメーカーに発注しているわけです。毎月20日にそれぞれのメーカーが締め切って生産ラインに乗せて、それぞれの国による特別な仕様に基づいて生産します。ですから、自動車を買うについても、今月申し込んでも、来月の生産ラインに乗り、それから生産する形ですので、早くても2カ月、普通は3カ月ぐらいかかるのが現状です。これは、自動車だけに限らず、特に医療関係については、システム的なものもあるので、非常に製造期間がかかります。

調達部において、過去3年間にわたって30件の機材購入についてデータを取った資料があります。これは「機材供与の調達の手引」の中にも網羅してありますが、調達部に機材購送の請求がまいりますと、機材調達部においては仕様のチェックを行います。これが1カ月半から2カ月ぐらいかかります。それから業者選定をし、入札説明会、入札会、契約、発注という形の製造工程まで考えると、購送請求が出てきて皆様のプロジェクトサイドまで調達する期間は、

230日前後かかる。これは過去3カ年、若干の日数の違いは出てきていますが、概ね230日程度が平均です。それから逆算すると、遅くとも11月には調達部に購送請求が来ないと、年内消化は無理であることが分かるかと思います。

それが現状は、62年度は10月に40件、同じく12月に41件で、全体の3分の1が11月、12月に集中している現状です。だから、手元に届くまで230日かかると、11月、12月に購送請求が出てきたものは、皆様のお手元に届くはずがないわけです。当然、翌債という形になって翌年度に繰り越します。

そこで、皆様をお願いしたいことは、まずA4フォームが遅れるということが1つの原因です。機材のリスト、機材の選択、仕様明細書がA4フォームの内容となりますが、プロジェクトの遂行上重要な側面を持っているということで、実施機関と密接に協議をしています。皆さん方にはなるべく早い時期にA4フォームが取得できるように、側面的から応援をお願いしたいと思います。

それから、仕様書は機材によって内容が異なります。我々調達部の職員もそれぞれの専門家ではありません。内容をチェックして、メーカー等に発注した後、メーカーからよく言われるのは、その機材は生産が中止になっているとか、その機材はこれ以外にこういうものが必要ではないとか、いろいろな質問、指摘があるわけです。そうすると、皆さんのところにまた連絡をしたり、非常に時間がかかるので、仕様書については具体例等を記入して提出されるようお願いしたい。

それから、最近、保険求償が非常に多くなっています。ちなみに数字を申しますと、59年から62年の12月末で、1年間に6,500～6,600万円の保険料を支払っています。それに対する事故による保険求償金が5,600万円で、求償率が86.8%です。普通一般の損保会社の輸出貨物の損害率は56%ですので、いかに高いかということです。保険求償があると、保険金を代替で購送するのは当然ですが、またその期間のロスタイムがあるので、移転についても支障があるということで、我々も保険事故をいかになくすかということに努力しています。

そういうことで、機材調達について、今後皆さんにはいろいろお願いしなければならない点があるかと思います。また、我々担当者としても、機材がいかに有効に、効率的に運用されるかを考えると、機材の購送業務の改善にも今後力を入れて積極的に取り組まなければならないと思います。今後もいろいろお世話になるとは思いますが、よろしく願いいたします。

○小畑医療協力部長 この問題について、池田管理課長から若干のお願いがあります。

○池田管理課長 ただいま調達部の方から、調達事務に関しての現状と問題点、改善方向のご

提示があったわけですが、医協部の方から、問題を絞って先生方のご意見をいただきたいと思っています。

まず、調達部から提示された改善方向を一口で言うと、購送手続の事務の立ち上がりを早くする。これに尽きると思います。この点に関して現実的にどう改善していけばよいか。具体的に部として考えているのが、まずプロジェクトの全体計画の上でどうしたらよいか。テーマの説明資料に書いてあるR/D締結時に、大枠の供与機材を決定できたら便利だという考えがあって、次長の説明の中に予算の傾斜配分という言葉が出ましたが、5年間のプロジェクト協力の立ち上がり部分に必要な機材を集中させて準備するのが1つです。

それから、昨日もアフターケア、フォローアップ等で議論されたように、終了後の展開を考えて応分の手配をするために、終了年度にかなりの供与機材が必要になる。このような考え方もあって、できるだけ全体計画上、供与機材の計画性を持った実施を行うという配慮が1つあるかと思っています。

それから、全体計画が年度別計画になって個々の協力活動が展開されますが、各年度において供与機材がどう展開されるかという年度別計画になります。それで、購送手続は、まずうちの方から11月、12月に当該年度の予算の提示がありますが、これを早めたらどうかということで、9月、10月、できるだけ早めに皆さんにご提示して、来年度の供与機材の予算枠はこの程度という立ち上がりを早くして出発をする。それで、皆さんが提示された予算で相手方と話し、来年度の展開を考えられて、早めに機材供与計画を作ってください。次長もこういう提案をしているようですが、医協部としても、このような基本的な考え方でやっていきたい。

しかし、前のテーマで難しい点が出てきたとおり、指導計画、協力計画が、向こうの事情やこちらの事情で、しっかりした計画性を持ちにくいのが海外事業の宿命でして、政変等いろいろな変更、変化があって、なかなか計画どおりにいかない部分があります。その点は十分踏まえますが、執行に当たってはできるだけ計画性を持ちたいというのが我々の願いで、そのような方向を考えています。

それを踏まえて、先生方のご意見をいただきたいと思っています。

○小畑医療協力部長 予定の時間もありますが、ご意見があればお願いします。

○立山専門家 カイロの場合は、多くの機材をいろいろなドクターがリクエストしてきます。私が、毎週全関係部局を巡回していますが、そのときに機材を全部チェックして、そこにいるカウンターパート等に問い合わせる。そして、日本側サイドで専門家がいる場所においてはその必要性を確認をします。

エジプトサイドでは、事務長、または院長のところでリクエストを取りまとめます。その取りまとめたリクエストを院長と事務長が、これは特殊なリサーチだけに使うものか、今後ずっと定期的に治療に使っていくものかを振り分けて、リサーチに使うものは全部供与機材から落としています。そのようにして、最終年度決めていきます。みんな受けるときは「神様のご意志のままに。まあ多分大丈夫でしょう」ということで受ける、ということを行っています。

○小早川医療協力課長 研究所プロジェクトが増えていますが、金子先生のところは、業務的なものと研究的なもの両方あるわけです。理想的には、研究的なものもパーツがだんだん増えてくると思うのですが、R/D立ち上がり時点に供与機材を決めてしまうのは、業務部分は、初めから一つの流れがあるし、科学技術行政的なものもあるので、かなり読めると思います。ただ、研究部門になると、5年全部を見越して決めるのはなかなか難しいのではないかという感じを私は持っていますが、いかがでしょうか。

○金井専門家 おっしゃるとおりだと思います。業務という言葉が当たるかどうか分かりませんが、ワクチンの開発計画などはそれに当たると思います。それらは年次計画で計画性があり得ると思いますが、正直いうと、必ずしもそういった線に沿って、いわゆる傾斜配分といったところまではR/Dの段階ではできていなかったように思います。

それから、個々の研究プロジェクト的なものは、やはりその都度、専門家の要請においてやっていくということです。

○小畑医療協力部長 人口家族の人口統計などは、5年とか3年の期間の供与機材、コンピューターあるいはその関連機材ということで、割合はっきりしていると思いますが、その辺どうですか。

○藤田専門家 私の方は、購送機材はすべて現地調達で、今までもそうですが、向こうで見積もりを取ってこちらの方に申請をするわけです。メキシコの場合は、商慣習が違って、買わなければ見積もりを出さない。買うことを前提に出すということで、見積もりを取るの難しい。やっと取った見積もりでこちらに送ると、購入時点でさらに価格が変わっていることもあります。それから、ペソの下落、円高で価格がかなり変わって、実際に購入する時点とA4フォームとの食い違いが出る。今も今年度の購入についてやっているわけです。現地調達は便利な面もありますが、非常に苦労している。購送ではありませんので、ちょっとその点が違うかと思っています。

○小畑医療協力部長 どうもありがとうございました。

この問題について、ご意見がいろいろあるかと思いますが、時間の都合もあって、これで打

ち切らせていただきます。

機材購送の問題は、先程も管理課長からお願いしましたが、一方、医療協力部の内部としても、今後改善していかなければならない問題がありまして、我々の立場でいろいろやっっていかなければいけない。皆さん方から早く出していただいた申請書が、部内で滞っていても申し訳ありませんので、事務をできるだけ迅速に進めていく手だてを今後考えていかななくてはならないと思います。この問題については、今後、皆様方の一層のご協力をお願いします。

以上で、午前中の全体会議を終わります。

午前11時35分休憩

午後 2 時30分再開

(5) 会計処理の改善について

○小畑医療協力部長 実 それでは、午後の討議に入ります。

5 番の会計処理の改善について。最近、現地業務費の会計処理で、若干問題がありました。今後の改善等について、まず、池田管理課長から、ご説明をさせていただきます。

○池田管理課長 説明させていただきます。

JICA 事業は拡大して、かなり目につくようになりました。いろいろな意味で、注目され、批判されがちであるという背景にあります。JICA 事業は、政府事業ですので、公金執行で、その管理がかなり問題になろうかと思えます。

それで、一口で申しますと、公金管理の徹底化になります。リーダーの先生方には、当り前のことを再度申し上げる結果になりますが、よろしくご理解をいただきまして、プロジェクトの現場で徹底化をお願いします。

公金になると、渡切費で、プロジェクトの皆さんに届いている現地業務費、現地研究費、貧困国対策費等の公金がプロジェクト活動のために執行されていく。その間の管理です。

会計処理ということで細かくなって恐縮ですが、事業団から任命された臨時会計役がこの任に当って、日本から送金されたドル貨、現地貨の口座に受け取って、プロジェクトの現場で使っていく仕組みになっております。

まず、科目別に銀行帳の整備を徹底していただきたい。ドル口座、現地貨口座のこの間の事務的な整理が必要ではないかと思えます。

それから、現地貨口座で受入れたお金を引き出して、執行していくわけですが、現金出納帳で出入りをしっかりと管理する。この間の会計処理は臨時会計役がやることになっていますが、まずこの間の会計処理の整備をよろしくお願ひしたい。

2 番目に、これら公金はもちろんプロジェクト活動のために使われますので、計画的につつがなく、効果的に使っていただく意味で、臨時会計役が会計処理した公金処理のあり方をリーダーの立場で関わりあうていただきたい。

それから、現場の管理をさらに広げると、在外事務所がある所は、在外事務所の立場で現場管理を行い、本部でも業務管理と一緒に公金管理を本部の立場で行う仕組みで、公金がつつがなく管理され、執行されていくようにしたい。この間、よろしくお願ひします。

それから、このように管理された公金が、本部に報告される仕組みになっております。原則的に申しますと、毎度執行した公金の領収証等は、いつでも必要なときは提示できるように現地で保管しておくことになっております。それで、年度末に1回、この間の報告を本部にさせていただくのが原則です。

医療協力部としては、いろいろ問題が昨今起きていまして、公金管理の徹底化を促進したいという立場で、ここで皆さんにお願いする次第です。

業務報告が四半期ごとに行われております。それと組み合わせて、公金管理の報告も、科目別報告をやっていただきたい。それを受けて、業務管理、プロジェクトの運営管理とともに、公金管理を併せ、医療協力部で実施していきたい。このような方向を我々は考えております。

ぜひ、皆様から、ご意見をいただけたらと思います。

○小畑医療協力部長 この席は、リーダーの方々が主体で、調整員が4名ほどおられます。臨時会計役は調整員がなりますので、リーダーは制度的には責任はないかもしれませんが、リーダーである以上は、チーム全体の運営にも目配り、気配りを願って、お帰りになったら、各プロジェクトの調整員に、ただいま池田課長がお話をした趣旨を十分お伝えいただいて、細心の適正な管理をお願いします。

どうぞ、ご意見、ご質問等がありましたら、お願いします。

○立山専門家 病院プロジェクトの場合、特に臨床をやっていると、動物などはあまり飼育しないんです。ですから、費目を少し考えていただきたい。研究費とか、そういう費目割の問題です。

○加藤管理課長代理 医療協力部だけが現地研究費が付いているのではなくて、ほかの事業部も現地研究費が付いております。現地研究費の元々の思想は、今は現地業務費と似たような性格で使用されておりますが、本来は、技術協力のほかに、側面的に研究していくことによって、今実施している協力が大幅に伸展・改善されることが望まれるといったことが判断される時に使用される費用でした。ですから、現地研究費の使用分野は極めて狭められていたわけです。

現在は、今の技術協力をより大きく、広く伸ばしていこうという形で使われておりますので、確かに費目が合わないことは多々ありますが、費目が合わないということでお考えいただくのではなくて、費目の中に現実のものを当てはめて、お使いいただきたいと思っております。

もし、そういう形で費目が合わなければ、医療協力部だけで解決できるものではありませんので、また他の事業部等とも一度相談してみたいと思っております。

○金井専門家 現地研究費の考え方ですが、長期の場合には10万円、短期の場合が6万円です

ね。それは、専門家に1カ月これだけ使える研究費があるという性格のものか。あるいは現地研究費の積算の基礎としてそういう制度があるのか。どのように考えたらいいですか。

○加藤管理課長代理 今、先生がおっしゃったような二面性はあると思いますが、現実のお金の使い方は、現地研究費は専門家全員に付いている費用ではないのです。調整員とか、コンピューターの操作員には付いていません。逆に、コンピューターのSEには研究分野があるという意味で付いています。ですから、先生方すべてに付いている思想でないことが1つあります。

逆に、付けられている先生方は、1カ月10万円使えるということは前提条件ではありますが、その費用の中で、どのようなものを研究し、どのようなものに使っていくかというのは、ご自身で考えていただいて、10万円の範囲内で使用してほしいということで、10万円を超えて使用していいものではないわけです。

○金井専門家 その場合に、運営のための共通的な支出があると考えて、その80%、10万円の場合は8万円、6万円の場合は5万円ぐらいの範囲で使ってほしいと言っています。プールした立場で我々としては考えるわけで、その場合に、緊急な事態に応じて、ある専門家に対して、それをオーバーすることがあっても、それは構わないわけですね。

○加藤管理課長代理 はい。1人が10万円を使えるということではなくて、1つのプロジェクトで、10人おられたら、月100万円の範囲内でお使いいただくということです。場合によっては、1人の方がある研究分野で月20万円かかっても、それは仕方ないと思います。そういう考えで、全体をプールした上で、お使いいただくことが一番よろしいかと思います。

○金井専門家 まだ別に、それでトラブルが起こったわけでも何でもありません。ただ、念のためにお聞きしました。

もう1つ、中堅技術者研修の参加者に対して、日当宿泊費が出せないということですが、それはどういう考え方ですか。

○佐藤医療協力課長代理 現地業務費の中に、中堅技術者養成対策費があります。これは、例えばタイのバンコクで、国立医学研究所の施設を利用して、地方衛生研究所から人を呼んで、中堅技術者を養成・訓練するときに使われる費用です。ただし、これは現地業務費、いわゆるローカルコスト負担ですので、すべてそれに係わる費用を日本側が負担する建前ではないわけです。そのうち、相手国側に持たせる部分も必要になってきます。

とりあえず、日本側としては、タイのチェンマイからバンコクまで来るには、航空機を使わなければならない。飛行機代は高い。従って、交通費は日本側が見ましょう。ただ、バンコクで滞在する費用は、自分の国の職員の研修だから、それぐらいは相手国が負担してほしいとい

う思想です。

例えば、汽車で途中1泊して来なければいけないという場合は、予定に入る宿泊費と日当は日本側の中堅養成対策費で見れるんですが、研修地における日当、滞在費だけは、相手国の自助努力を促す目的から今のところ外してあります。

○金子専門家 去年の10月、第三国研修をやったんですが、現地参加者が4名おりました。ASEAN諸国からは10名ぐらい来ました。ASEANから来た連中は42ドルぐらいの日当を貰うけれども、現地の人は、全く貰えない。これは非常に不満が出ました。

それを承知の上であなた方は来たのではないかと、こちらは開き直りまして、大体理解を得ました。しかし、外国人と国内人ですから、違いはあると思うんですが、彼らは公務員ですから、それなりの月給は貰っているわけです。ただ、マニラまで出てきて生活するには、それでは賄えない。これは非常に不満が出て、困った経験があります。ですから、これを何とかやっていただきたいという気はします。あまりに差が大きいですから。

○加藤管理課長代理 1つの例として、プロジェクトの中では、費用全額負担という形で、内国旅費の日当宿泊費を負担するケースは間々あります。ですから、現地研究費もその範囲内で内規などをお作りいただいて支給することは、現実には仕方がないのでと思います。規程上では禁じられておりますけれども。

○金子専門家 我々が今度全部いなくなって、第三国研修は今年から4年続くわけですから、その金の出どころがないわけです。

○佐藤医療協力課長代理 第三国研修のホスト国の人間の旅費、滞在・宿泊費を持つかということになりますと、ホストする国は、ホストできるから申し出たわけです。これは研修事業部のマターですが、間に挟まってご苦勞されたことはよく分かりますが、ホスト国のオブザーバーみたいな形で出る人の滞在費まで日本が持つことになると、かなり難しいんじゃないですか。

○金子専門家 いや、オブザーバーじゃないですよ。

○佐藤医療協力課長代理 オブザーバーでなくても、ホスト国の人間ですから、その辺ひとつ線を引いてあると思います。

○金子専門家 それが理屈だと思うんですが、現実に出ませんね。

○加藤管理課長代理 今のところは、特にそういったための費用はございません。

○金子専門家 彼らが親戚に泊まればただになるでしょうが、交通費がばかになりません。月給から計算しますと、日当は60ペソぐらいだと思うんです。遠い人は、交通費が20ペソぐらいかかります。これは現地の参加者にとっては、非常に大きな問題です。

○佐藤医療協力課長代理 地方の衛生試験所から出てきて、先生のところで勉強して、第三国研修に出る場合は、国内の出張扱いですね。

○金子専門家 出張費が出ていないんですね。

○佐藤医療協力課長代理 そうなると、日本的な常識では、ちょっと考えられなくなるわけです。

○金子専門家 理屈を言えば、自分のプラスになるのだから、それぐらい我慢なさいと、こちらは言いますが、やっぱりフィリピンの人には無理ですね。

○佐藤医療協力課長代理 その辺は第三国研修をあちこちでやるときの参考に、研修事業部にはこういう意向もリーダー会議で出たということはお伝えしておきます。

○小畑医療協力部長 ほかに管理の問題等について、ご意見等ありませんか。

○藤森専門家 国内でセミナーをやる場合、同じようなセミナーをWHOが年に何回かやっております。WHOは、1人幾らという日当・宿泊費を出すわけです。セミナーにそれが出れば、非常に集まりがいい。もちろん、わずかの旅費は出ていますが、実際にそれが出ないと、集まりが悪いという現実があります。

○佐藤医療協力課長代理 プロジェクトが進んでいる最中は、ネパールなどのLLDCでは負担ということで、現地業務費に貧困国対策費という科目があります。その応用だと思います。それが現実にもどうしても駄目な国は、貧困国対策費をもってカウンターパートの面倒を見ているというケースは現にあります。その辺は、ほかの国までこれが全部応用できるかという点、そうではありません。その辺は、個々に本部や事務所とご相談していただくという形になると思います。

○藤田専門家 先程どなたかおっしゃったことの確認なんですが、現地業務費と現地研究費の関係で、私どもは、現地業務費は1人2万円が積算根拠で、プロジェクト全体でプールして使えるという考え方を取っています。

現地研究費は、プロジェクト全体ではなくて、特定の研究家に付いている。ですから、当初申請するときに、現地研究費はある個人が10万円申請して、その人に付いているという考え方で、私が行ったときもそういう引き継ぎを受けたので、その執行方法を取っていますが、先程の説明ですと、研究費もプールできるようなんですが……。

○加藤管理課長代理 元々プールして使う思想なんです。もっと厳しいことを言いますと、昔はプロジェクトで専門家が10人いても6人まで支給という規定があったわけです。今は、10人いても10人出るような形になっておりますが、使用規準は昔と変わらず、使用方法もプロジェ

クトでプーリングしながら使って貰うという思想です。

○藤田専門家 その辺、私どもの最初の経緯が、研究費は個人に付いているものだ。従って、私どものプロジェクトで言うと、現地業務費はプールして使う。しかしながら研究費10万円は、最初に申請した特定の個人が全部使うという使う方をしているわけです。

○加藤管理課長代理 そのように使っている所もあると思いますが、思想は、プロジェクトの研究費ですから、そこで使って貰うということです。

○藤田専門家 そうすると、個人が使う分と、リーダーや調整員の判断でプールして使う分が研究費の中にあってもいいということですね。

○加藤管理課長代理 さようでございます。

それから、公金は入金に限度がありますので、帳簿上赤字という使用状況は困るわけです。その辺もお考えいただいた上で、リーダーの方は現地業務費等の計画と支払状況を見ていただきたいと思います。

○尾鷲専門家（調整員） 公金の使い方、昨日からいろいろ話が出ましたが、費目の解釈については、時々JICAの関係者が集まって話をしますと、片方は、こういうことにこれを使っている、片方は、これは駄目だと思っている。ですから、解釈の方が都合が良いとなると、みんな都合の良い解釈をしてしまう。

もう一つ、域内旅費の日当・宿泊費は、JICAの規定で長期化の出張をすると、私ども調整員の場合、1回で赤が出るくらいになってしまう。それで、実際に使ったホテルの領収証の処理はどうか聞いたことがあります。JICAの規定に従って支給してくれと言われました。

ほかの国は分かりませんが、コロンビアでは、ドルに対してペソが下り、円が上がっている。対ペソでは、JICAの規定どおりに支払うと、現地事務費は1回の出張でなくなってしまう。あるいは、赤字になってしまう状態が出るときがあります。

旅費については、JICAの規定と、実費支給という二通りの支払い方法をやっても構わないものかどうか。

○加藤管理課長代理 日当・宿泊費は、規定で出すと、域内で1万1,900円で、現地業務費は、調整員の方は2万円しかないわけです。1泊2日が出張すると、2万円はなくなってしまいます。逆に、A1フォームの中に、国内旅費が支給されると記入されている国もあると思います。また、プロジェクトの中で計画を実行していく際に、どのような形で出張が組み込まれるかという計画もあると思います。その計画に基づいた現地業務費の使い方を考えると、どうしても出張が多ければ、現地業務費の臨時申請という形もあります。それで、計画書を作成し、か

つ本部に申請してもらうことが重要です。ただ規定にあるから幾ら使ってもいいという計画書では、困ります。

現地業務費を使用していく上で重要なことは、限られている中で使う。使うためには、計画を立てる。どうしても賄えない場合には、現地業務費の臨時申請を行う。それで許可を得て使用するということをやっけていかないと、取りあえず個人で支出しているのだから、赤字のままでもいいではないかというのは経理にならないと思います。

また、規定どおりやるということではなくて、私もグアテマラにいて経験がありますが、内部で出張が多くて、どうしても現地業務費で賄えないということであれば、実費ぐらの費用で出張しようという内規を作って、赤字を出さないように努力しました。そのようなことも、重要な方法ではないかと思います。

○渡辺特別業務室長代理 補足します。

前段の解釈のぶれについては、なるべくそういうことのないように、うちからの見解を統一していきます。過去に多少、ぶれがあったことは認めます。とりわけ專業部が違った場合に、解釈に微妙なずれがあるのは私どもも気が付いておりますので、それはあらゆる機会を道じて、なるべく同じ答えが引き出せるようにしていきます。

後半の問題は、かなり個別協議で解決すべきものが多いと思いますので、別途、個別協議の場を持たせて、その場合で解決させてください。

基本的には、加藤代理が言いましたように、計画管理、規定に従っての支出、足りない場合は臨時業務費の申請。3段階ぐらいていくのが筋かと思います。

○岩柳専門家（調整員） タイでは、タイの事務所が音頭を取って、初めて調整員会議を先月持ちました。それと同時に、タイ国内のプロジェクト・リーダーが集まってリーダー会議を行うことが決まっております。

先月の調整員会議では、3月の調整員会議の議題として、現地業務費について話し合うことが決定されております。前回のリーダー会議でも、現地業務費に対する支払い、項目、使い方などが問題になっております。

○小畑医療協力部長 あと特になければ、この問題はこれで終わります。

いずれにしても、今年度2件ほど問題が出たプロジェクトがあって、今後こういう問題が起きないように、皆さん方のお力をかりて注意してまいりたいと思いますので、よろしくご協力をお願いします。

◇

(6) プロジェクトの実績を踏まえた保健医療・人口家族計画事業の拡充・発展について
(プロジェクト間のリンク、他協力形態等の連携等に留意して)

○小畑医療協力部長 それでは、第6番の問題に入ります。この問題は、昨日の副総裁のご挨拶、先程の総裁のご挨拶の中にもありましたように、今後の保健医療・人口家族計画プロジェクトの発展を図っていくために、プロジェクトの発掘なり、フォーメーションをどのように考えていけば、いろいろディスカッションしたいということです。

それでは、池田課長から趣旨を説明させていただきます。

○池田管理課長 今、部長が説明したとおり、極めて大きな問題です。野心的なテーマで、趣旨の説明が難しいわけですが、こちら側が考えている基本的な考え方を2点ほどご紹介させていただいて、皆さんの議論の展開に資する形にしたいと思います。

まず第1番目に、我々がやっている援助活動の高度化です。プロジェクト・タイプ技術協力という形で、単体のプロジェクトを要請ベースでいろいろな分野でやってきました。このようなユニット単体協力の形から、WHO等国际機関のリンク、JICAの中では無償協力と医療協力とのドッキング、協力隊とのリンケージ等々、一段高度化した複数のプロジェクトを組み合わせ、単体の協力から複合的な、総合的な協力に高度化していく必要があるのではないかと。それで、より効果的な協力を志向していきたい。

もう1つは、昨日議論したテーマ1に関連があります。鳥居先生から中国のお話がありましたが、医療協力はいろいろなプロジェクトを展開しています。それらを意識的にリンケージを持たせて、総体として医療協力を攻めていったらどうか。国別的な考え方も、1つの総合開発的な複合的な協力形態だと思います。現実的な形で、現在やられているプライマリー・ヘルス・ケア、地域保健などいろいろな形で芽が出ています。これから医療協力事業を発展させるに当たって、これをベースに考えていきたいというのが1点です。

もう1点は、地域総合開発と言われて、過去10年、現実的な協力をいろいろな所でやられた経緯があります。しかし、言葉が悪いんですが、学者先生が絵にかいた餅のように見事なマスタープランを作るが、実際の実践に結びつかないという批判が非常に強いわけです。そうした演繹的な形よりも、もっと現実的な機能的なアプローチがいいのではないかと。

2点目は、我々が現在やっている過去のプロジェクト、現行のプロジェクトの実績を踏まえて、それを少しでも膨らましたり、発展させたり、5年たってもなかなか割り切れない事情もあって延長していく。その延長の過程で、いろいろなプロジェクトと組み合わせたり、他の協力形態とのリンケージを持たせて、より効果的な協力をこれから現実的に展開したらどうか。

以上、我々が6つのテーマを提案したベースとしては、この2点があります。これを踏まえて、リーダーの立場からご意見をいただきたいと思います。

○末永理事 非常に難しく、どう考えていいか私も分かりませんし、先生方もお分かりにくいのではないかと思います。

私なりに1つ思っていることは、先生方は全部自分のプロジェクトを持っています。それは始まったばかりのプロジェクトとか、やがて期限が来るプロジェクトもあります。先生方の観点はいろいろ違いますが、私どもは良いプロジェクトならば拡大しながら続けていくべきであると考えております。ですから、現実的に自分のプロジェクトの将来に結び付けて、お話をいただければ分かりやすいかと思います。

○小畑医療協力部長 ご参考までに補足説明させていただきます。

感染症関係の専門部会が今年度からできております。そこでいろいろ議論していただいている中で、4つほどの構想が出てきています。南太平洋のポリオ根絶対策、アジアの日本脳炎対策、アジアの結核対策、感染症関係の従事者の研修計画等です。この問題も今後、煮詰めて、将来の医療協力部の事業として考えていこうという段階にきております。アジア、アフリカ等を見た場合、まだまだ感染症は大きな問題であるという認識があって、そういうことをやっているわけです。

ただいま理事からもお話がありましたが、現実離れしたディスカッションをしても問題がありますので、現実的なプロジェクトを足場にして、今後どう発展・改善していけばいいか。6番目の議題は、ご自由に皆さんのご発言をいただきたいと思います。

○末永理事 1つだけ補足させてください。

昨年12月に海外医療協力委員会がありました。前年は感染症の問題でしたが、昨年の海外医療協力委員会からは、次のようなご提言を受けました。従来の要請主義はそれとして、日本からも日本の得意なものをオファーしていくべきだろう。それについては、海外医療協力委員会の中に分科会を作って、日本の協力の得意な分野はどの分野か、そこから煮詰めていったらどうか。今年はその分科会を作って、63年度の海外医療協力委員会にその進行状況をご報告することになっております。

そういうことで、今抱えているプロジェクトに、別の観点から固有名を付け加えて拡大すれば、その国のニーズに沿ったことになる。そのようなご意見であっても結構だと思います。そういうことでお願いします。

○小畑医療協力部長 まだ全然発言されておらない方からお願いします。スリ・ランカの安藤

専門家、いかがですか。

○安藤専門家 私は未熟で、専門家として自分の技術がどうかということで悩んでいる段階で、今回は非常に良い勉強の場を与えられたと思っております。

常々私が疑問に思っていることを言わせていただきます。スリ・ランカは、現在私どものプロジェクトの総合病院、それから、新しく人口統計も始まりましたし、国立研究所、無償の薬品等、かなり医療の面でその国をサポートするプロジェクトが入っているわけです。しかし、現在それにどのようにみんながタッチしているか話し合う機会が現場にないのです。

中国に行かれている鳥居先生が、医療協力の中で各国で集まるのではなくて、実際に同じ国での連携ということをお話になっていましたが、そのような所でもっと総合的にプランニングできる場があればいいのではないかと思います。それには、医療協力本部だけではなくて、現地事務所のサポートもなければできないことですので、私自身がどうしたらという提言はないのですが、お考えいただきたいということです。

○小畑医療協力部長 スリ・ランカで行われているプロジェクトを総合的に管理するという意味ですか。

○安藤専門家 難しいんですが、例えば、国立研究所で臨床検査に対するサポートが始まるようですし、私どものプロジェクトでも臨床検査部門が入っています。そうした場合、個別でやるよりも、もうちょっと広い意味で、スリ・ランカに貢献できるような形態を考える方向に持っていった方がいいのではないかと。

○小畑医療協力部長 これからやろうとしているMRIには、検査の上部検定機能とか、病院の検査のより次元の高い、いろいろな検査をやっていく機能があるようです。そういう面でのつながりは出てくると思います。また、日本からは、専門家、医師を初め、検査関係の方が派遣される予定になっています。それと、スリジャヤワルダナブラ総合病院とのつながりも可能性としてはあると思います。

それでは、まだ発言しておらない綿引専門家、いかがでしょうか。

○綿引専門家 今までリーダーや調整員の方が話されていた教育病院型とか研究所型と違って、私達の家族計画のプロジェクトは、特にフィールドを対象にしています。地域を対象にして、カウンターパートに技術を与えるだけではなくて、地域住民を相手にする。ネパールでは、結核プロジェクトと地域母子保健があるんですが、それだと自分達の医療機関の末端であるヘルス・ポストが中心になります。そこに働くパラメディカルに対する訓練等、うまく教育病院、または結核に関してそういう訓練ができればいいなと思います。

敢えて言いますと、家族計画は、社会経済的問題がいろいろ絡まってきます。非生産部門ですから、農業プロジェクトで女性の地位を向上してお金を稼いで、それに対して家族計画みたいなものを導入していけば、より効果的にできるのではないかと。

○小畑医療協力部長 面白いご意見です。仮に、結核と母子保健をリンクする場合、地域が重なっているかどうかという問題と、JICAがやろうとした場合、相手国のシステムがうまくいくかどうか。その辺も問題があると思います。

○綿引専門家 うちのプロジェクトは、保健省に属していて、その中で上との連絡、JICAのシステムづくりがあると思いますが、そちらがうまく準備できればという話です。

○小畑医療協力部長 それぞれ途上国の場合、かなり官僚組織が強いようですね。

○綿引専門家 それに引っ掛けて、ネパールでは、昨年7月から保健省の機構改革があって、一本化になる方向になっていますから、将来を見て、その構想を生かしていける可能性はあると思います。

○才田専門家 カウンターパートの研修に関する事で、プロジェクト間のリンクで1つお願いがあります。

まず、私のプロジェクトの事情から申しますと、昭和60年にプロジェクトが開始になりました。その後政変などがあって、実際に専門家が派遣されたのは、これまで2年間に13名です。それから、私が初めて去年の11月に長期専門家として派遣されました。

教育病院ということから、非常に広い分野にわたっていますので、長期専門家1年と、数少ない短期専門家で全部門の教育をやっていくのは非常に不可能なことです。1つの方法として、当方のカウンターパートを同様な別のプロジェクトの専門家に付けることができないか考えています。具体的には、近くにカイロの看護婦さんの教育をやっているプロジェクトがありますので、うちの看護婦を何名かその専門家に教育をしてもらうことは可能なのではないかと考えています。これには第三国研修とか、日本への研修などありますが、時期や人数に限られますので、それらを実施していただければ、ありがたいと思います。

○渡辺特別業務室長代理 一番最後の点について、情報を入れておきます。

研修員の受入事業の中の1つの変形で、域内研修という制度が、私の記憶に間違いなければ、2年ほど前に発足しております。おっしゃったように、今のところ、カウンターパートの研修は、基本的には日本に呼んでやる研修と、第三国研修という域内研修の変形で、例えばマニラでの熱研の研修にその近くの国の人を集団研修として呼ぶやり方があります。

この2つに付け加えて、全く個別ですが、スーダンの看護婦さんをカイロ小児病院で引き受

けるという制度がやっと成立しました。ただ、まだ人数的に年間6名とか10名程度しかなされておられません。これもこれから先、域内協力という形での目玉になってくると思います。

しかし、これは研修事業部の問題なので、はっきりしたことは申し上げられないのですが、1件成立させるために手間暇がかかります。それで、なかなか人数が伸びてこないのが実態だと漏れ聞いております。

○神山専門家 私の意見というよりも、お伺いしたいことがあります。

私だけではなくて、ここにいらっしゃる皆様も共通のことだと思いますが、現地で仕事していると、いろいろな方が訪ねていらっしゃいます。あるいはいろいろな方とお話をする機会があります。話の中で、ほぼ皆さんが共通しておっしゃることは、日本は金持ちである。なかなかJICAはこのような事業にたくさんお金を惜しみなく出してくれるということだけでも、ぜひ私達のところにも欲しいというおねだりなんです。

非常に虫のいい内容ですが、実際に私どもが現地で仕事していると、自分のプロジェクトだけじゃなくて、周りに対して情が移ってきますから、一概に僕は知らないよ、そういうことは自分達でやった方がいいのではないかと言えなくて、非常に困ることが多いわけです。

例えば、今度日本に行くチャンスがあるけれども、JICAを紹介してくれないか。その前にこの大使館やJICAの事務所で話をされると、よろしいのではないかと申し上げるのですが、せっかく行くチャンスがあるのだから、本部に押し掛けてみたいということが何件あります。実は、今回も1件請け負ってきているのですが、JICAの本部に紹介するということは言いませんが、非常にそれで困ることがあります。

実際に、そういう申し入れがあったときに、現地の大使館やJICA事務所にその話を持っていくのは当然ですが、そのほかに、JICA本部として、医療協力部としてその受け皿があるのかどうか。現在も業務が多くて皆さんハードワークですが、プロジェクトの拡大、強化、発展をもくろんだときに実際にこなしていけるのか。これは6番目のテーマの切り返しではなくて、お伺いしたいと思います。

○小早川医療協力課長 基本的には、現地でJICAを代表しているのは現地事務所ですので、そちらの技術担当の方に相談してもらいます。既に、他の国ではいろいろなついでで、JICAのヘッドクォーターにおいてになる方もおられますので、調整がつく限り私どもはご相談には乗っております。

その中で、具体的に話が進みそうなものも実際に出てきています。

○加藤専門家 中国は縦割の組織で、所管の官庁が変わると、横の連絡がほとんどない国です。

鳥居先生は総合病院、私達はリハビリテーション・センターで、今回のプロジェクトの終了した後でも、相互の連携が非常に大切になってくると思います。現在のままですと、横の連絡がないまま、でき上がったものが個別に運営されていくのではないかと思います。

先程、鳥居先生から、プロジェクトをやっている間に、専門家同士の横の連絡を密にしたらどうかという話がありましたが、それとは別に、現地のJICA事務所が間に入って、相手先機関のトップ同士を交流させる働きかけをすれば、プロジェクトの効果がさらに高まるのではないかと思います。

○小畑医療協力部長 同じ病院プロジェクトでも、所管省庁が違っていると、なかなか交流がうまくいかないのが途上国の現実のようです。

以上、大体皆さんご発言なされたと思いますが、あとはご自由に、活発にご意見を出していただければと思います。

○浦部専門家 この件で僕らの現状から疑問に思うことがあります。

僕らの小児病院は、1日の外来患者が1,000人になることが多い。病棟は200床です。これは事前の段階から、約2,000人に達するだろうという予測をされて今の病院ができていますが、1,000人の段階で病院の中に入る人を制限しないと、外来があふれる。

よその病院を見せてもらったときは、確かにこの国の実情に応じて外来スペースを広く取ってあります。元々、患者1人連れてくるのに、両親と子供がたくさん付いてくる。実数は1,000人、2,000人ではきかないぐらいの人数が入ってくるんですが、僕らの小児病院のプロファイの時点からの報告書を読みましたら、患者を2,000人と想定して作ってありますが、現実的な対応ができる状況にはなっていない。それと、建物自体も日本的な感覚で、小奇麗ですが、現地では使いにくい状況です。

もう一つ、水とか電気のインフラをどう考えて最初にやったのか分かりませんが、検査室の機械でも、日本では1つのフィルターで6カ月ぐらい持つのが、パキスタンでは1カ月ぐらいで交換しなければならない状況です。実際に検査室の機械で、1~2年は大丈夫だろうと言われていたものが、半年で高湿度のために一部分が割れてしまいました。

現状の起こってくる問題を話を聞いて総合しても、やはりリアライズできない感じがあります。そういう機械を入れるときに、どこが問題なるか、もっと情報を収集していかしていけるシステムができれば、かなりいいのではないかと思います。

具体的には、途上国はどこも一緒ですが、220ボルトの電圧が400ボルトぐらい変動して、コンピューター・ボードがすぐ壊れて、現地ではなかなか修理できない。それは機械を入れる時

点で、半分は分かってくる問題ではないかと思うんです。今後、現地に送る機械や建物について、問題点をもっと整理してとりかかる必要があるのではないかと思います。

もう1つ、人の教育について。向こうの人は、ドクターはかなり高い教育もありますし、我々の直接カウンターパートになる看護婦さんも、かなり高度の教育を受けています。しかし、病院で働くスタッフの大半は、日本の小学校卒業程度か、中学1～2年程度で、数学や化学の知識はほとんどない。その人達に、医療機器の操作を教えるのは、並大抵ではありません。

プロジェクトは、突き詰めていけば人材育成になりますが、もともと基礎のない人に教えるということをJICAとしてもっと総合的に方法を考えていかなければいけないのではないかと思います。

○小早川医療協力課長 これは無償の問題になって、直接、このままでは残念ながらできないわけです。医療関係の場合は、無償がつかなければ行かないということで、去年から、医協をやる支援団体の方がほかのミッションに入っていくということで、整理をして、現状に合った形でデザインするというところまでは来ています。

私どもにとって一番理想的なのは、細々と家内工業的に技術移転をやっていて、その中から今度は無償のデザインをやっていくのが、先程のインフラの問題も含めて一番いいのではないかと思います。現時点では、何とかきたというのが現実です。基本的には、今の現実のお話は、残念ながら我々には具体的には早いということです。

○佐藤医療協力課長代理 今、医協課長が申しましたように、今後の話としてまさに強力に進めております。

ただ、現実には、水の問題が最近大きく出ているようです。私どもとして、無償の場合は、一旦立ち上がりますと、現地と本部との情報の交換が遮断されてしまう。それで、私どもが今やっていることは、無償の施設の問題といえども、プロジェクトがある間は医協部にその問題を投げ掛けていただく。うちは、1つずつその問題を無償に伝えていきます。現にパキスタンの水の問題を、今無償で検討してもらっています。なるべくそういう方向を取っていきたいと思います。

専門家の方々から見ると、無償も医療も同じJICAじゃないかということになろうかと思えますので、私どもは、受けることは一旦受けて、自分の方で整理して、技協でできる小さなものは応急対策でやるとか、プロジェクト基盤整備でやります。それでどうしようもないものもあります。例えば、軟水化装置の問題は、技協では対応できないわけです。その辺は、無償と相談していますので、今度もそういう傾向を強めていきたいと思えます。

○小畑医療協力部長 もう1つの看護の問題は、私の方から申し上げます。

おっしゃるように、どこの国でも、医師のレベルが高い；それに比較して看護のレベルが低くて、実際、専門的な医療をやる場合になかなか効果が出てこないという問題があるようです。幸い、パキスタンの場合には、看護教育と小児病院が敷地が接近しているということで、人間のリクルート並びに医療がうまく結びついていくのではないかと考えます。

ただ、先程の総裁との懇談で村越リーダーからお話がありましたように、頭脳流出の問題がまた別途ある。その問題は別として、我々としては、看護の実習病院として、小児病院と連携を保って、やっていただきたいと思います。

また、これは非公式な話ですが、その他パラメディカルな学校もあるようです。それらも将来問題として、私どもとしては頭に置いています。

昨年12月に、我が国にも「国際技術交流財団」という医師・看護婦を除いたコメディカルの専門財団ができました。途上国の協力をやりたいという強力な支援団体でありますので、将来問題として、その活用を頭には置いております。

それでは、この辺で、せっかくお見えですので、外務省から意見をお聞きしたいと思います。

○榎木技術協力課課長補佐（外務省） この問題は、非常に難しい問題で、私も日が浅くて、全体的にまだ把握しきれないところがあります。

いろいろお話が出ている中で国際化の問題がありますが、最近、WHOとかUNICEFから要請が非常に強い形で出てきています。例えば、UNICEFの事務局長が直接うちの局長に面会を求めてきて要請する。

ただ、その場合、要請の内容が非常に即物的なところがあります。日本のノウハウをかしてくれというのではなくて、日本はお金持ちなので、アフリカなどに援助してくれという要請です。それはどういうことか、私もよく分かりませんが、国際化に対応できるだけの体制が日本にあるかということが問題になるのではないかと思います。

従って、これは個人的な見解ですが、今いろいろなプロジェクトがあります。とりあえずは、専門家の方々のご努力で、今のプロジェクトに友好的に接していただいて、技術移転を行うとともに、その成果を蓄積して、そこから横断的な問題になるようなものを抽出するメカニズムを作っていくということが一番重要ではないかと思います。

○小畑医療協力部長 ありがとうございました。

厚生省、何かございませんか。

○我妻国立病院医療センター国際医療協力部長（厚生省） 私は、厚生省の立場で申し上げる

立場ではないんですが、国際医療協力部として申し上げさせていただきます。

昨日、大西国際課長からご紹介いただきましたように、一昨年(2010年)の12月1日に、国立病院医療センターの中に国際医療協力部が誕生して、去年のプロジェクト・リーダー会議の全体会議にも出させていただきましたので、お顔見知りの方もいらっしゃると思います。

この1年ちょっとの間に、無償資金協力、技術協力、感染症対策協力調査団等いろいろな所へ課員、部員を出して、私自身も行かせていただきました。そうすると、JICAは、無償資金協力、技術協力、研修事業と全部縦に分かれています、その方々が全部私のところにまとまってまいりますので、横の情報は非常によく入ります。

例えば、バングラデシュにこちらにおられる吉武先生がもうじきリーダーで行かれるんですが、実は吉武先生も、私のところに入られていらっしゃるようになりますし、それ以外に、バングラデシュに無償資金協力で、この間うちからCTスキャンとTBの医療機材供与で部員が出ております。そうすると、バングラデシュには現在無償と技協がどういうものを行っているか、私達では把握できますが、それが何らかの形で結びついた方がいいのではないかということとは痛切に感じております。

あるいは、私の専門の家族計画にしても、タイのプライマリー・ヘルス・ケアとファミリー・プランニングが結びつかないことの方がおかしいんですけれども、やっぱり結ついていない。先程からのお話の、1つの国での違ったプロジェクトがどうして結びつかないのかというのは、これから何とかしていかなければならない問題ではないかと思えます。

それから、先程、同じ地域の中のJICAプロジェクトの相互利用ということが出ましたが、同じ国の中でもそれがあっていいのではないか。私のところで最初に引き受けて、まだチームリーダーが出発していないボリビアのサンタクルス総合病院のプロジェクトがあります。ボリビアには、ほかに3つJICAのプロジェクトがあり、そのなかのガストロセンターは、それは完全に成功して、自助努力で彼らが実際に動いているわけです。ところが、サンタクルスはまだちょっとよくなっていないので、私達としては、ほかの3つのどれかにサンタクルスのドクターを派遣して研修をさせたいんですが、その費用は現在のJICAのシステムからだと、どうも出ないようです。

そうすると、非常にばかげた話で、同じ国の中で3つJICAの働きで成功しているプロジェクトを別な所でのJICAのプロジェクトが利用できない。自分で自分の手を縛っているところがありますので、そういうこともお考えいただいて、1つの国で何らかの形で横に結びつくような努力をしていただきたい。

私はまだ皆様方のお仲間入りをしてごく短期間ですが、随分勉強させていただきましたし、大変に私達にとっても実り多い1年3カ月でした。これからも大いに一生懸命やりたいと思いますので、よろしくお願いします。

厚生省の立場としては、何も申し上げることはありません。山本さん、何かありますか。

○山本国際課係長（厚生省） 私ども厚生省としても、今までお話があったように、国際医療協力部を新設して、皆様方のご支援をこれから図っていきたいと思っております。

それから、私どもは窓口業務をしているわけですが、会議1つを取っても、同じ時間に幾つかのプロジェクトが走っていることがあります。そういう関係で、情報はあるのですが、なかなかその場に行けないのが現実です。そういうことから、身近な問題から片づけていただきたいと感じております。

○小畑医療協力部長 ありがとうございます。

次に、文部省の鈴木さん、お願いします。

○鈴木国際企画課係長（文部省） いつも先生方には、ご指導いただきましてありがとうございます。

先生方からいろいろとご指導並びにご提案いただいたことについて、今後JICA、外務省、厚生省と相談しながら進めていくわけですが、ご提案の中でも、すぐできる対応と、若干の検討を重ねて対応できるもの、また法律改正しなければならないものまでありますが、すぐ対応できるものと、検討の上対応できるものについては、弾力的な対応の面から1つ1つ改善していきたいと思っております。

それから、よくJICAの課長代理とか担当者から、どうしたらいいかといういろいろご相談がありますが、どうしたらいいかというお問い合わせも、もちろんありがたいのですが、こういう問題があるけれども、こうしたいがいいかということであれば、またこちらの方も、ソフトも少ないときもありますので、実施していきたいなと思っております。

それから、先程、長期専門家はどうしても日本国内においてマイナスのファクターが多いというお話がありました。私も文部省の窓口業務をして、大学とお付き合いしている立場から、ないのかもしれませんが、そういうことが事実上あるのも確かに聞いております。その辺も、今後ともいろいろな先生方のご助言をいただきながら、できるだけマイナスファクターにならないような環境づくりを微力ながらしたいと思っております。

以上でございます。今後ともよろしくお願いします。

○小畑医療協力部長 ありがとうございます。

それでは、また引き続いて議論を続けてまいります。どうぞ。

○鳥居専門家 今、プロジェクトの高度化と、過去のプロジェクトの上に立って次のプロジェクトをというお話がありました。単体のプロジェクトではこれからはWHOとか無償、協力隊のドッキングが第一番です。無償とのドッキングは、大きなプロジェクトはほとんどそうだと思います。

それから、私が技術協力で行って、いろいろなことで問題が起こるのは建築の話です。これはどうしたのだと言われても、全く私には分かりません。頭を下げて、JICAの本部にお伺いを立てる以外には、私は能力がございません。それがもし、同じ人が前の調査のときから入っていれば、何でも事情が分かっているから、弁解もできるし、意見も述べられます。今も小早川課長が、連絡は密にできるとおっしゃっておりますので、私は今後の建設にはそういうことはないだろうと思っておりますが、過去にはそういうことがありました。

もう1つは、前のプロジェクトから次のプロジェクトへ同様なプロジェクトのときには、リレーですので、前の専門家がその次のプロジェクトの初めだけは、進めていく上のアドバイスができると思いますので、そういう専門家の使い方をなさったらどうだろうか。

それから、我々の権限外のことですが、プロジェクトがもうじき終わるときに、もう自分は知らないよ、任務もなくして除隊だという感じがあるんですが、やっぱりそのプロジェクトに対しては非常に心配なわけです。それで、日本の国がやるからには、ほかの国にとっては、あれは政府がやったんだ、あれは民間がやったんだということは誰も言いません。日本がやったんだというのなら、JICAがそのプロジェクトが終わるときには、それに続かせるような援助支援団体といえますか、先程、技術者の支援団体という話も出ましたが、ほかにもいろいろあると思いますので、政府によるエンドレスのプロジェクトではなくて、できることならそれを民間へ続けたい。

それから、初めに民間がやっていて、困るとJICAへ持ってくるというケースが以前は多かったと思いますが、今度は逆に、JICAが道を付けておいたところへ、あとは民間が続けていくという施策がこれからは大事になってくると思います。僭越かもしれませんが、そのように考えます。

○小畑医療協力部長 確かにおっしゃるように、民間団体が育ってきて、そのプロジェクトを継承してやってくれるということがあれば、非常に結構な話だと思います。昨日は、タイの鈴木調整員から、タイ自体でそういう団体を作ってやりたいという構想があるようです。それもまた、1つの考え方ではないかと思えます。

そのほか、どうでしょうか。

○金井専門家 先程、我妻先生のお話を伺って、いろいろ思い当たるところがあります。

私どものNIHは、保健省の医科学局に属しています。そこで感染症の仕事をするわけですから、当然、別にある伝染病局とコーポレーションがよくいってなければいけないはずですが、やっぱりタイの行政庁も縦割で、横の連絡が取れないので、なかなか情報が入りにくい。

ですから、プロジェクトが2つあって、協力すべきところが協力できない場合、その国の行政機構の縦割と関係がある場合があると思います。ですから、プロジェクトを組む出発の段階において、2つの局が協力してやれるようなプランニングでやれば、少しはうまくいくのではないかと。恐らくタイの政府としても、縦割でやれという法律が入っているわけではないと思います。

それに関して、なかなか専門家が来ても、携行機材が届かないということで大変苦労しました。たまたまバクテリオロジーの仕事で、分析化学を入れなければいけないということで専門家が来た。過去の実績がありませんから、分析装置が手元にない。見渡してみると、他の化学関係では幾らでもそれはある。やむを得ず、カウンターパートと専門家を連れて物を借りに出掛けたわけです。そうすると、結構快く貸してくれる。ちょっと引き金を引けば、機材の有効利用もどんどんできるので、縦割といっても、それほど大きい意味はないのではないかと考えます。

もう一つ、最近気がついたことですが、私どもに青年協力隊の若い方がコンピューター関係で来られました。あれは若ければ若いほどできるらしくて、今まで専門家の中で困っていた懸案が、協力隊の方が来たために一気に解決した。それだけではなくて、若いと語学がすくまくなるらしくて、出発前に3カ月タイ語を習っただけで自由にタイ語でやっている。ああいうところを見ると、制度的に難しいかもしれませんが、専門家と協力隊のコンビネーションで1つのプロジェクトをやるのも、いいような気がしました。

なお、地方の支所を回ってみると、協力隊の方がなかなかよくやっています。我々が年を取ってできないところを補えるという印象を強く持ちました。

○小畑医療協力部長 ただいまの後段の話は、先程我妻先生のお話にもありましたが、大規模にやっているのはサンクルス総合病院で、以前から5人の協力隊員が協力しています。看護婦さんが3人と、検査技師と、放射線技師です。それプラス今度は、プロジェクトの専門家の医師、看護婦その他ということで、協力隊と協定を結んでスタートするわけで、我々としてはこれがうまくいくことを期待しております。

おっしゃるように、協力隊には協力隊独自の目的、哲学があって、一緒にやることについて、隊員自体の意識の問題もありますし、こちらの本部の考え方もあるので、なかなかそうは簡単にいかないのが現実のようです。しかし、それはケース・バイ・ケースで、非常に喜ばれる場合もあるし、プロジェクト全体がうまくいく場合もありますので、我々としても考えていきたいと思います。

○立石専門家 イエーメンではTB・センターがサナーという首都に1つあって、サブ・センターは300～400キロ離れた所で、月に一度行くのがやっとです。

私どもは口を酸っぱくして、何も難しいことを言っているのではなくて、パーセントとは何か、物を送ったときはレシートを書け、要求があるときは薬をくれというのではなくて何を何本くれとか、そういうのをしきりに言っています。これは日本的常識を押しつけるわけではなくて、外国のスーパーバイズのある病院はちゃんとなっておりますので、ナショナル・レベルでしなければならない私どものようなプロジェクトは、協力隊のような方がサブ・センターにおられると、非常に嬉しいと、いつも思っております。

○藤田専門家 現地調達の話があまり出ていないのですが、実は私ども、現地調達でかなり苦労しています。

現地調達をする場合、いろいろなメリットがあって、現地調達そのものに反対するわけではありませんが、実際に予算の見積もりを立てて、本部に請求して、金を送ってもらって買うと、そこに金額の差がかなり出てくるわけです。これはメキシコもそうですが、国によって商慣習が違って、見積もりの出し方もいろいろあって、うまくいかない。

その差額が出たときに、それをできるだけ消化して、有効なものを買いたいということで、メキシコ側とも協議し、本部とも協議する。本部と協議する場合も、医療協力部だけではなくて、さらに担当課の方で協議されているので、非常に時間を食うわけです。従って、単純に考えて、現地の事務所長にある程度の権限を持たせることはできないか。例えば、1～2万ドルの差額が出た場合に、現地事務所長の権限で、そのプロジェクトにとって有効な品物を買おうという決定の権限を与えることはできないか。

距離が遠いと、いろいろなトラブルがある。現実に業務室長の方ともやっているんですが、いろいろな食い違いが出てくるわけです。ですから、わずかな金額でしたら、現地事務所長が会計の権限を持っていいのではないかと単純に考えるんですが、その辺はいかがでしょうか。

○隅田特別業務室長 JICA事務所に対する権限委譲という話は、数年前から大きな議題として、在外機関長会議のときの議題になっております。

1つには、今の機材の問題とか、ちょっとした地域国の問題、任国外旅行の問題など一々本部に連絡するまでもなく、在外機関の長独自で判断ができるものが若干あるわけです。本部から各在外機関に対する権限委譲という話の中に、諸手続の簡略化と迅速化、正確化を含めて、次のような問題が議論されています。

1つの議論の過程としては、本部からの権限を外地の事務所に委譲する場合に、今度は海外事務所の体制を強化しなければならない。当然ですが、所長以下2～3名程度で、専門家のいろいろなアテンドから調査団その他いろいろなことをやっていますので、海外事務所を強化する一環でどういう権限を海外事務所に委譲できるか出てきます。

今回の機材に関しては、藤田リーダーに大変ご迷惑をかけております。リーダーのご助力で、相当価格を安くしていただいたおかげで、幸か不幸か金額の余りがありました。現在、外務省とお話をして、ほぼリーダーのご要望どおりの形でお応えできるのではないかと思います。

そのような体制の中で、機材については、相当部分の金額の残がある場合には、最初に外務省と協議をするのと同様、実施計画を作って、努力でこのぐらいの残余部分があったが、さらに追加でこのようにしてよろしいかという相談をするシステムになっております。これは機材供与の場合には、通常行っているシステムです。また、数万ドル単位で使用残が残る場合も、圧縮して使っていいわけではなくて、当初の予定になかった物を購入する場合には、もう一度実行計画を基本的に立て、協議をするシステムになっております。

今回、藤田リーダーからお話の件については、多少話が進んでいるのと、明日から個別協議をさせていただきますので、そのときに個別にお話をさせていただこうと思っております。

基本的には、海外事務所に対する権限委譲の議論の過程で、業務量と事務所の人員の見合いのモデル事務所の検討も現在やっているところです。現時点でどうなるかは、まだ定かには申し上げられないのですが、専門家、あるいはプロジェクトサイトにとって迅速化、効率化という意味で、より有効な形で進んでいくのではないかと思います。

○山下専門家 先程からJOCVとのリンケージが話題になっていますが、私達のプロジェクトにも、昨年、テストケースで1年入っていただきました。

先程、綿引専門家も申されたように、私どものターゲットになっているのは地域住民です。私どものプロジェクトは、全国に11カ所あって、地域を把握しなければなかなか実施していけないので、JOCVの方に地域に入ってもらって、情報を吸い上げている状態です。いろいろな地域の細かい実情とか、フィールド・ワーカーのトレーニングのフォローアップなどをJOCVの方にやっていただいて、非常に参考になっています。

それと、たまたま私達のプロジェクトに灌漑開発プロジェクトが地質調査で入っています。マニラの所長から呼ばれて、何か助言があったら欲しいということをおっしゃいましたが、家族計画は地域開発なくしてはなかなか成功しないので、私どもとしては、助言というよりは、むしろこれを利用しようということで、大いに喜んでおられます。

もう一つは、国際機関を利用するという事です。私どもの経験を全国的に広げると、JICAの予算ではとてもできないのです。ですから、うちのプロジェクトでテストしたものをUSAIDとか、UNFPAの予算を使って全国的に広げていこうということで、国際機関の利用も考えております。

○小畑医療協力部長 非常に建設的なご意見ですが、具体的には、実現性はありそうですか。

○山下専門家 少し明かりが見えてきたところですよ。

○中野専門家 国際機関との連携で、援助の高度化ということをお池田課長がおっしゃられました。我々は現在、国際機関との連携で、WHO、UNICEFを中心に行っています。

その目的は、残念ながら、援助の高度化というレベルまでは達せられずに、我々が現在考えているレベルは、日本からの援助がストップした場合、ガーナはお金が全然ない。そのときも経済的な援助を得るために、日本人がいる間に信頼のおける仕事ができるようにして、ある程度のデータのフィードバックをして連携を作ってしまうということです。

現在、具体的には、ワクチンの力価測定と、UNICEF供与のORS粉末の成分分析などで連携を深めているのが現状です。

これに関しては問題なく進んでいますが、医療協力の場合、患者にもプライバシーがあるように、国にもプライバシーがあります。我々のプロジェクトは野口研究所ということで、ひいては西アフリカの保健行政に提言をでき得る立場までステータスを高めたいというのが目標にも入っていますが、先日、コレラが発生したという話がありました。ガーナは、コレラとか麻疹の集団発生の場合でも全部臨床診断なんです。

それで、培地とか、抗血清などは幸い野口研にはありますので、その地域へ行って、厚生省のリージョナル・オフィスなり、地域の病院に当たりをつけて検体を集めてきたのですが、所長にその旨野口研が話したところ、ガーナにはガーナの順序があるから、厚生省のヘッドクォーターとコレラの教育病院の許可を取る事。それと、集団発生が起こった地域を管轄する厚生省のリージョナル・オフィスにも話を通してほしいということで、電話回線もないし、距離も遠いので、なかなかうまく話が進まなくて、結局、検体を取りに行けたのが、発生があったと聞いてから4～5日後です。テトラサイクリン系の薬が大分投与された後でした。

結果的には、コレラは出なかったのですが、コレラだったのか、コレラではなかったのかは分からないんですが、WHOとかUNICEFに関しては、コレラや黄熱病が発生したという話があれば、その周辺にワクチネーションを行いたいのので、そういう情報が早く欲しいようです。

それもガーナという相手国を通さずに、国際機関と日本が先走ってしまうと、問題になることがあると思いますので、病気が起こった場合の対応が早くできるように、その状況になる前から相手国との当たりを付けて、緊急予防接種、緊急の検体採取が必要な場合には、即時に対応できる地固めを相手国とこちらで進めていくことが必要だと思います。国際機関とか、ほかのプロジェクトとの連携による高度化は非常に大事だと思いますが、その際相手国との意思の疎通が非常に大事ではないかと感じました。

○小畑医療協力部長 大学の附属研究機関的なものになっていますので、保健行政との連携がややうまくいっていないのかなという印象で聞いておりました。ガーナ国の研究機関であり、同時に質の高い検査機関であると思いますので、おっしゃるように、今後できるだけ国内における保健行政機関との連携を深めて、試験検査をやることが、ひいてはまた研究所の地位の向上にもなるし、WHO、UNICEFとの関係がうまくいくのではないかと思います。

○金井専門家 今まで出なかった話題ですが、相手国の研究所の人事に関しては、タイ側の問題で、我々はそれに内部干渉することはないと思いますが、逆に、チームリーダーが相手国のやりにくい人事に利用される場合があるように感じたことがあります。チームリーダーの意見だからということで、人事をやる。大したことではないのですが、そういうことがあるのではないかということが1つあります。

それから、研修員の選択等に関する人事は、相手国に属するか、あるいはこちらがある程度選択の自由があるのか。いかがですか。

○隅田特別業務室長 これは全く相手国の問題です。第一義的には、リーダー以下日本の専門家の方は、相手国の人事組織の中の一員ではなくて、構成としては、外に出ている。日本人専門家グループとしてアドバイザー・グループとして、組織の外で相手国と協力をしながら技術移転を行っている。そういう立場からいくと、どこの国も人事院という組織がありますので、第一義的にはそちらになるのではないかと思います。

ただ、そういう話になる前に、相手方と専門家との間で、複数の候補者を事前に検討できるような人間関係とか、お互いのコミュニケーションのリンケージをお願いしたいということをお願いしていますが、その意味においては、どちらかということ、相手方の人事の問題になると思います。

○金井専門家 恐らくそうだと思うんです。誰を選ぶかということは、所長さんのやりたいことでしょうから。ただ、割り当てが4人あったところに5人、6人の候補を出して持ってくる。一応順位は決まっている。だけど、我々の立場から見ると、語学力においても、過去の経歴においても、大学卒業して入所して1年しかたない者がトップの優先順位に出てくるのは、ちょっと気になる。そこの調整ができるのか、できないのかという問題なんです。

○隅田特別業務室長 相手方との関係が良好なときは問題に至らない場合が多いんですが、やもすれば、非常に微妙な人間関係、相手方との対応になってまいりますと、それが逆に、日本側に責任を転嫁されたり、向こう側のいろいろな対応の中で利用されてしまうということも出てくるわけです。

ですから、公式に人事院とか相手方から要求という形で上がってくる前に、日本の研究所でするので、チームリーダーとか、わが方の専門家の意見も前広に広く聞いていただくように、ある意味のしつけ、そういうものもこちらから扱ったらどうかと思います。

紋切り方で申し訳ないんですが、基本的にはそういうことではないかと思っています。

○金井専門家 現在トラブルがあるわけではありませんが、ただそういう気配を感じているということですね。

○村越専門家 現場では、私も人絡みのことにインボルブされているんですが、我々は、JICAの研修の仕組みとか、どういう人だったらJICAでアクセプトされるか、こういう人は日本で半年間もつか、語学の問題、日本人から見た適格者、それから分野的とか、向こうの階層的・地位的なプライオリティー。しかし、先方としても何らかのプライオリティーを持っていると思います。

そういうところを、片やリーダーは、日本の事情を睨みつつ、お互いに調整してアドバイスする。お互いの地位を利用し合うようにして、しかも最終責任は持たないということで、JICAから見た公式論では絶対に割り切れない面が多い。それは各人の現場に置かれた立場から事をうまく運ぶように、こちらの考えにもなるべく一致するように、先方の考えにも一致するようなマキシマムを求めていくのが、我々の果たすべき役割ではないかと感じています。

○小畑医療協力部長 実際の建前上は隅田室長の言ったとおりですが、運営上の問題は、村越リーダーの話になっていくのではないかと思います。その辺は、金井リーダーも弾力的に、原則は原則として、プロジェクト運営全体を考えての研修員ですので、適格とか、将来帰ってきてきちんとやってもらえるか。リーダーの立場で判断されて意見を言うことが必要ではないかと思っています。

将来チームリーダーとして出られる方が今日オブザーバーとして来られていますので、もしご意見とか、ご感想があれば、お願いします。

○川端（オブザーバー） 以前に2回ほど専門家でJICAのプロジェクトには参加したことがあって、3人ほどリーダーにはつかえてきましたので、リーダーの苦勞とか、僕ならこう判断するとか、いろいろありますが、実際やってみると、大変だと思っています。

今度のプロジェクトは、既にパラグアイ側から1つビジョンができています。特に研究室での仕事をやりますが、かなり立派なプランですので、それが果たしてどこまで実現できるか、心配しているところもあります。

僕としては、このプロジェクトを通じて、パラグアイで良い研究ができるようにしてほしい。これはパラグアイ人と日本から行った専門家が参加してやるんでしょうけれども、パラグアイで良い仕事をしてほしいということです。

もう1つは、基礎的な仕事で、いずれは臨床の現場とか、フィールドに還元できるような仕事に持っていきたい。テーマは、シャーガス病が主なテーマですが、いずれは、やっていることがほかの感染症にも応用できればいいだろうと考えています。

今のところ、今回のテーマである高度に発展させていく方向は、全然まだ考えていません。

○小畑医療協力部長 同じくバングラデシュに行かれる吉武先生、いかがですか。

○吉武（オブザーバー） 今日はオブザーバーとして出させていただいて、皆さんの意見は大変参考になりました。

私は、小児科で心臓の専門ですが、聴診器一本抱えて、患者さんを見つければいいかなという感じでしたが、先週調査から帰ってきて、昨日、今日と皆さんのお話をいろいろ伺って、リーダーというのは大変な仕事だな、医者なんかやっつけられないということで、非常に責任を重く感じております。

リウマチ熱、リウマチ性の弁膜症は、溶連菌の感染があった後に、免疫反応の結果として起きる病気です。わが国では、この発生が少なくなって1,000人に対して零コンマ何人ということで、私自身3年前に1人見たきりです。どうして少ないかというのは、ソーシャル・エコノミカルに非常に豊かになった。子供さんが、少し熱が出れば、すぐに病院にかかるという恵まれた状況になったことで、少なくなった病気です。

これをバングラデシュで少なくしようということですから、大変なプロジェクトだと思います。わが国ではこの病気について、国としての撲滅キャンペーンは全く行われなかった。もちろん非常に研究はされましたが、社会的な動きはないまま少なくなった状況です。これをバン

グラデシュでどう適用させるか。むしろ経済的な援助をしっかりといただく方が優先ではないかという感じもします。

疾患としても、皆さんが行っていらっしゃる国と同様、下痢、感染症、赤痢の方がランクとしては上です。リウマチ熱になると、一般の民衆の受けとしてはまだまだ低い。ただ、あそこに循環器センターという立派な病院ができて、そのプロジェクトが日本との協力で一応終わった。さらにそれを続けていくということで、このプロジェクトが考えられたと思います。

もしこれがうまくいけば、世界に類のないコスト・ベネフィットになります。日本では、抗生物質を大量に使って亡くなったり、その裏には医療費の無駄遣いがある。これをバングラデシュで、非常にセレクトティブな形で少なくしようということで、計画自体には非常に意義があると思います。

今日のお話を聞いていて、1つには、この患者さんをどうやって見つけるか。ケース・ファインディングをどうするか。向こうでは、医者が集団検診に出てくるという構想は全くない。ヘルス・アシスタントを使う。非常に医者が少ないですから、これはやむを得ないと思います。責任ある医者を出すとは言っていますけれども、非常に少ない。それに、ヘルス・アシスタントは、非常にレベルが低い。これに喉の所見、聴診所見がしっかり見れるように教える。これはまさにプライマリー・ヘルス・ケアです。

さらに患者さんが見つかったらどうするか。循環器センターにどんどん上げていく。循環器センターは、確かに機械は立派なものが入っていますが、250床近くの病院で、心臓外科医が2人しかいない。これでどんどん患者さんが見つかっていくと、オベの方がギブアップになるのではないか。そうすると、臨床家を育てて、心臓外科医を送らなければならないのではないか。

さらに、リウマチ熱、溶連菌の研究をしようということで、ラボを建設するという事ですから、ある意味でいうと、研究的です。しかし、看護婦さんが非常に少ないから病院自体を強化していかなければならない、ほとんど家族が見ているだけで、看護婦さんは薬を配って歩いたり、医者に近いことをやっているにすぎない。それで、清潔・不潔の概念が非常に少ない。点滴を早く抜いた方が患者さんが助かる。点滴からどんどん感染が起るわけです。

そのような現実を見てまいりました。そういう意味で、プライマリー・ヘルス・ケアから病院を強化しなければならないという事実もある。研究ラボ自体をまたやっていたいかなければならない。ここに出席されている人達が単独でやっていたら、プロジェクトをかなりニュアンスとして含んでいて、これは大変なことだと思うのと同時に、皆さんそういう意味では、い

ろいろなノウハウを知っていらっしゃるので、これからいろいろ教えていただくことがあるか
と思います。よろしくお願いします。

○小早川医療協力課長 今、リーダー候補からご説明いただいたように、2年前に終わった循環器病センターで、溶連菌感染によってでき上がった弁膜症を高度技術で治療するプロジェクトがありました。それでは原因を断つことができないので、学問を野に出して、今おっしゃりたいいろいろな縦の分野でアプローチしようということをもチーフとしてやっています。

ですから、プライマリー・ヘルス・ケア的なものとか、社会開発もあると同時に、ラボを作って、ベーシックなリサーチに基づくようなこともしなければならぬ。すなわち、診断、治療、予防、患者のデータの集積等、いろいろな面があります。

1つお願いしたいのは、ここに研究分野の先生がいろいろおられますが、細菌学者、臨床家、保健婦さん、免疫関係にしても自己免疫としては非常に面白い材料ですので、もしご興味がある方がおられましたら、いろいろな形でご協力いただきたいと思います。特に金子先生は、魁ですので。

○金子専門家 私、溶連菌感染症をずっと日本でやっていたんですが、今までフィリピンで分かったことは、溶連菌感染症はあるけれども、猩紅熱がないのです。だから、バングラデシュはどうか。僕は非常に関心があります。

溶連菌もかなり調べたのですが、かなり違いますね。リ्यूマチ熱は、フィリピンでも大きな問題なんです。ですから、国の比較が、非常にいい情報を与えるだろうという気はします。バングラデシュにおいてになって、細菌学的な調査も必要ですが、疫学、あるいはA層あたりがどうなのか。A部だけではなくて、C群、G群が問題です。これはASEAN諸国は大体そうです。この辺もよく分かってないから、大変興味があります。

私がいた大学の教室も、日本で恐らくM抗原、T抗原の検査能力は持っておりますので、もしお手伝いできることがあれば、私が出た教室はお手伝いすると思います。

○吉武（オブザーバー） その節はよろしくお願いします。

○小畑医療協力部長 インドネシアの菊地調整員、何かありますか。

○菊地専門家（オブザーバー・調整員） 6番のテーマが難しい問題ですので、私としては、これをプロジェクト・ファインディングという感じでとらえました。

今やっている協力のフォローアップという形でも、向こうから希望等が出ております。それから、現在やっている地域保健の中の母子保健も、プロジェクト・ファインディングという意味では、向こうに要請があるのではないか。マラリアについても、向こうからさらに続けてほ

しいという希望もあるようです。

○柴崎専門家 先程から、いろいろな協力ということが言われておりますが、その中に、機械の相互の使用があると思います。その場合に、かなり用心しなければならない。よく使用方法が熟練されていればいいのですが、中に熟練されていない者が借りにきて、安易に使って、後で返ってきたら使えないということが度々あります。

また、種類によっては、機械の中で使われては困るような部分もあるわけです。ガスクロとか、イククロなどの部品でカラムというものがあります。これをよく分からないで、簡単に使われてしまって、返った後でそのカラムが駄目になってしまうということもありますので、使うときには、現地のこれから使用するものがどういう性質のものを使用するか、お互いにディスカッションが必要ではあいか。そして、それに対して、お互いに注意をしながら使うということが必要ではないか。そういうことがないと、その次から、あいつに貸したら壊された、この次は貸さないということが、えてして起こってしまうので、慎重に取り扱う点がかなりあると思います。

○小畑医療協力部長 それでは、たくさんの貴重なご意見をいただきまして、本当にありがとうございました。

いろいろ意見が出ましたが、まとめるのは割愛させていただいて、25日に総括的なまとめをさせていただきます。

私の方で予定したテーマは以上で終わります。



(7) その他

○小畑医療協力部長 その他として、特に皆さん方から、ご提案なり、ご意見等がありましたら、どうぞ。

○鈴木国際企画課係長（文部省） 今日の議論であまり出なかったのですが、私としては良かったかなと思いますが、カウンターパートが日本の大学で学位を取りたいという議論が、各リーダーの中でおありになるのではと思います。農林業プロジェクトとか、センター事業プロジェクトでは、リーダー会議でよく議論になって、こちらは大変厳しい立場になるのですが、1つだけ情報として、各リーダーの方々にお話をさせていただきます。

現在、JICAの研修員制度では、Ph.D.は取れないシステムになっております。向こうの優秀なカウンターパートを日本の大学で学位を取らせたいという気持ちは、各リーダーの方に

はおありになるのではないかと思います。そういう意味で、今、JICAの企画部、外務省の技術協力課、文化第二課、文部省で私の国際企画課、留学生課と議論しておりまして、将来、そのプロジェクトの基幹職員になるという——実は、この制度は昭和60年度から始まっていますが——将来そのプロジェクトの基幹職員になると想定される者については、早めに日本で学位を取らせたいという各リーダーのご判断があれば、事前に大使館、またJICA事務所、東京のJICA本部に、具体的に、どういう研究科目、どういう大学、どういう部門で留学させたいかという情報をお寄せいただければ、大変ありがたいと思います。

従来ですと、ASEANを中心に、9カ国10名程度で設定しましたが、来年度の応募分、すなわち64年度採用分は、国の割当数、採用予定はまだ決まっておりませんが、留学生課とも相談をしながら柔軟な対応で決めたいと思いますので、その辺、事前の情報方、よろしく願います。

情報をいただいたから、すぐどうこうという形は、各論になった場合には難しいかもしれませんが、将来、プロジェクトが終了した段階で1人立ちする場合、日本の学位が重要だということは認識しておりますので、何分よろしく願います。

○小畑医療協力部長 ほかにございませんか。

○浦部専門家 質問ですが、私どものプロジェクトで、ドクターが学位を取りたいという要望があったことと別に、レントゲン技師が日本で研修を受けた場合に、現時点では、直接エックス線技師としてレントゲン操作ができる場所が許可されているのが、大阪大学しかないわけです。それと、外科医の場合には、手術にタッチできるのが施設としてまだ限られているという話を聞いていますが、学位にかかわらず、外科医のトレーニングとか、研修してもらう場所がかなり限られていると思いますが、そのあたりの情報があったら教えてください。

○小畑医療協力部長 昨年、医師法の特例法で、日本で研修する医師に対して、テンポラリー・ライセンスが出せることになりました。ただ、施設の指定とか、指導医がちゃんといるなど、かなり制約がありますが、申請して、指定の資格を受けてやれば大体通るようです。従って、そういう施設で研修されるドクターは、医療行為ができることになります。

その他パラメディカルの方は、まだそういう制度がありません。放射線については、集団研修コースを大阪大学の医療技術短期大学でやっているようです。厳密に言いますと、日本の放射線技師の資格がないと、放射線の取り扱いはできないと思います。ただ実際は、便法でやっているかもしれません。

○小早川医療協力課長 体に外科的浸襲を加えないものは、相当運用面でやっているように私

は聞いております。

○佐藤医療協力課長代理 担当教授がそばに付いて指導した場合は、何かあった場合は担当教授の責任の下にやるわけですので、病院関係のプロジェクトでは、放射線技師の場合は、大体やられるケースが結構あるんだそうです。ですから、病院なり大学なりの技術協力に対する参加度という形になると思います。

○小早川医療協力課長 一応厚生省医事課で私、調べてみます。

○山本国際課係長（厚生省） 法的には駄目です。

○小畑医療協力部長 ですから、便法で、便宜的に何か、あるいは見学しているだけかもしれません。

○村越専門家 病院長と患者の承諾が必要なんです。去年我々が厚生省と一緒にやって、法制化しました。

○小畑医療協力部長 どの程度までできるのか、医事課によくお聞きします。

それでは、昨日、金子先生からフィリピンの熱研の資料が配られておりますので、金子先生から概略的なご説明をお願いします。

○金子専門家 私は、そういうつもりで持ってきたのではないんです。私どものプロジェクトがこの3月で終わります。5年間、研修医がおりましたので、実は2冊目です。1冊目が、もうすぐ使いきりますので、2冊目を作りました。かなりミスもあるのですが、日本と比べると、フィリピンの現状はこうですと、研修材料に使っていただければ、ご説明申し上げることはありません。

ただ、人口構成とか、ほかのデータも持ってきましたので、関心のある方はお持ちください。

○小畑医療協力部長 金子先生には、昭58年から今年の3月まで5年間にわたって熱研のリーダーとしてご活躍をいただきました。プロジェクトの終了でご帰国されますので、来年はお目にかかれなくります。

JICAとしても、フィリピンの熱研のプロジェクトは非常に成功した例だと高い評価をしております。期間中に政権交代などもあって、大変ご苦勞もあったようですが、本当に長いことご苦勞なさって、ありがとうございました。

近々、大山財団から、大山賞を受賞されるということです。先生の今後のご活躍を心からお祈りいたします。

○金子専門家 JICAのおかげだと思います。（拍手）

○小畑医療協力部長 今後ともまたご指導いただければ、幸いです。

○池田管理課長 最後にご連絡したいと思います。

昨日、テーマ1を討議しているときに、同種協力部門の情報交換を大いにやっ払いこう。立山先生から、ワークショップをやったらどうかというご提言がありました。医協部で相談した結果、皆さんご滞在中、今回の25日に第1回目のワークショップをできたらと、検討中です。恐らく全部はできないと思いますが、2～3の協力部門のリーダーの皆さん方に集まっていたいで、1～2時間の情報交換をやっ払いいただく予定で考えております。

討議の6テーマが終わりまして、25日にまとめますが、いろいろな示唆に富んだアドバイス、ご提言がありました。本当にありがとうございました。

○小畑医療協力部長 時間も若干早いですが、2日目のスケジュールはこれで終わりにしたいと思います。ありがとうございました。

午後4時49分閉会