

4. 平成5年度保健医療分野 第三国研修

国名	研修科目	周辺国 参加員 数	実施国 参加員 数	研修期間	日本側 関係省庁 等	実施機関
インドネシア	家族計画	18	0	94.01.12 } 94.02.05	厚生省	国家家族計画調整委員会
フィリピン	熱帯医学	12	4	93.09.20 } 93.10.22	厚生省	熱帯医学研究所
タイ	皮膚病学	14	8	93.05.03 } 94.02.25	厚生省	国立皮膚病研究所
タイ	プライマリー ヘルスケア	10	6	93.08.30 } 94.07.07	厚生省	マヒドン大学 アセアン保健研修所
ブラジル	ワクチン品質管理	9	1	94.03.01 } 94.05.29	厚生省	オズワルドクルス財団
チリ	胃腸病学	28	4	94.03.01 } 94.03.26	厚生省	保健省パウラ・ハラケマダ病 院胃癌診断センター
コスタ・リカ	感染症、伝染病対 策基礎研究	9	3	93.06.15 } 93.11.30	文部省	コスタ・リカ大学
エジプト	看護教育	20	10	93.10.31 } 92.12.09	厚生省	保健省ローダ教育技術セン ター
象牙海岸	内視鏡	8	2	94.01.21 } 94.04.21	文部省	トレッシュビル大学病院
ガーナ	ポリオ診断技術	10	2	94.03.14 } 94.03.30	厚生省	野口記念医学研究所

5. 平成5年度保健医療分野 第2国研修

国名	研修科目	周辺国 参加員 数	実施国 参加員 数	研修期間	日本側 関係省庁 等	実施機関
タンザニア	マラリア対策研修	40	—	93.06.14 } 93.07.23	—	保健省 (タンガ市・ベクター コントロールトレーニングセ ンター)

VII. 無償資金協力事業

1. 平成4年度保健医療協力関係事業実績

No.	国名	案件名	供与額 (億円)
1	カンボディア	プノンペン市医療機材整備計画	5.17
2	中国	中日医学教育センター付属病院医療機材整備計画	5.83
3	インドネシア	国立感染症病院建設計画 (監/監期)	15.06
4	インドネシア	地域保健所整備計画	2.92
5	インドネシア	家族計画普及活動強化計画	5.66
6	ネパール	トリブバン大学付属教育病院拡充計画 (企/企期)	1.09
7	スリ・ランカ	第二次地方病院整備計画	5.96
8	タイ	マハラート病院拡充計画 (特/監期)	11.00
9	ヴェトナム	チョーライ病院改修計画 (特/企期)	8.40
10	ヴェトナム	ハイバーチュン病院医療機材整備計画	3.51
11	エジプト	カイロ大学看護学部施設改修計画 (国債監/企期)	14.86
12	シリア	救急医療体制整備計画 (特/監期)	4.66
13	ブルンディ	プランスレジヤンシャルル病院医療機材整備計画	3.94
14	カメルーン	地域中核病院医療機材整備計画	4.57
15	ケニア	ケニヤッタ国立病院改善計画	14.64
16	マダガスカル	トアマシナ中央病院機材整備計画	3.77
17	セネガル	ダンテック病院医療機材整備計画	6.00
18	ジンバブエ	中央病院医療施設リハビリ計画 (監/監期)	6.53
19	ル・サウ・アトル	拠点病院等医療機材整備計画	6.56
20	グアテマラ	国立病院網機材整備計画	6.73
21	ホンデュラス	病院網強化計画	10.67
22	ニカラグア	医療機材整備計画 (監/監期)	5.40
23	フィジー	教育病院建設計画 (監/監期)	10.15
24	PNG	地方病院改修計画 (監/監期)	16.41
25	キリバス	トゥンガル総合病院上水供給改善計画	1.96
	合計	25件	181.45

(注1) 金額は閣議決定ベース

(注2) 平成4年度での医療案件のJICA担当分一般無償に占める割合は
 件数で、 25件/150件=16.7%
 金額で、 181.45億円/1,161.54億円=15.62%

2. 平成5年度保健医療協力関係実績

(平成5年 12月末現在)

No.	国名	案件名	供与額 (億円)
1	中国	ポリオ撲滅計画 (特)/企期)	2.37
2	インドネシア	ストモ病院救急医療棟整備計画	29.00
3	モンゴル	基礎的医療機材整備計画 (監)/監期)	5.38
4	ネパール	カンティ小児病院拡充計画 (特)/監期)	13.67
5	フィリピン	ビセンテ・ソット記念医療センター外来棟拡充計画	14.78
6	タイ	マハラート病院拡充計画 (監)/監期)	4.20
7	ヴェトナム	チョーライ病院改善計画 (監)/企期)	8.03
8	モロッコ	医療機材整備計画	9.03
9	エジプト	カイロ大学看護学部施設改修計画 (国債監)/企期)	12.03
10	シリア	救急医療体制整備計画 (監)/監期)	6.29
11	マラウイ	医療機材整備計画	6.58
12	モーリタニア	医療体制強化計画	4.45
13	サントメ・プリンシア	アイレス・ディ・メネゼス病院医療機材改善計画	2.20
14	タンザニア	マラリア抑制計画 (労)/労期)	6.74
15	パラグアイ	救急医療機材整備計画	1.98
16	西サモア	ツアシビ病院再建計画	6.24
	合計	16件	132.97

(注) 金額は閣議決定ベース

VIII. 青年海外協力隊事業

1. 医療関係隊員派遣実績（分野別）

業 種	平成5年12月末現在 の累積派遣数	平成5年12月末現在 の派遣中隊員数
医 師	11	1
歯 科 医 師	26	2
看護 婦	487	84
助産 婦	147	22
保健 婦	117	25
救急 隊 員	2	0
臨床検査技師	196	32
診療放射線技師	44	5
作業療法士	41	7
理学療法士	47	15
薬 劑 師	91	24
歯 科 衛 生 士	18	5
歯 科 技 工 士	5	1
保 母	42	16
養 護	78	30
義肢 舗 装 具 製 作	3	2
鍼灸 マッサージ	3	3
栄養 士	76	19
公 衆 衛 生	34	8
食 肉 検 査	3	0
水 質 検 査	22	6
天然痘 監視 員	12	0
マ ラ リ ア	7	1
ペストコントロール	1	0
災 害 救 援	11	0
計	1,524人	308人

2. 国別・分野別派遣中隊員

(平成5年12月31日現在)

国名	医師	歯科医師	看護婦	助産婦	保健婦	救急隊員	臨床検査	放射線	作業療法	理学療法	薬剤師	歯科衛生	歯科技工	保母	養護	義肢装	鍼灸	栄養士	公衆衛生	食肉検査	水質検査	天然痘	マラリア	ペスト	災害救援	合計
アジア			6	3	3																					12
						2																				2
			2									1						1								4
			13											1		3				1						18
			2	3	1	2	1																			9
								1	2				8	3												14
				2		1																				3
			1	1																						2
			1	1		2				2								1								7
			2	1					1	2		1									1					8
					2			1						5												8
					1			1	1					3				2								8
小計	0	0	27	7	8	0	10	1	3	4	2	2	1	9	12	0	3	1	3	0	2	0	0	0	0	95
大洋州			8						4																	12
							1		1																	2
				1		2								1												4
			9	1	1	1			1	1				1				1								16
																							1			1
			3			1																				4
			1	2	2		1																			6
小計	0	1	22	4	1	0	4	2	0	6	0	1	0	0	2	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	45
中近東			5					2						4												11
											1		1													2
																					1					1
小計	0	0	5	0	0	0	0	0	2	0	0	1	0	1	4	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	14

国名	医師	歯科医師	看護婦	助産婦	保健婦	救急隊員	臨床検査	放射線	作業療法	理学療法	薬剤師	歯科衛生	歯科技工	保母	養護	義肢装着	鍼灸師	栄養士	公衆衛生	食肉検査	水質検査	天然痘	マラリア	ペスト	災害救援	合計
コートジボアール			2	3	2		1											1								9
エチオピア			1																1		1					3
ガーナ											2					1			1							4
ケニア						1														1						2
マラウイ	1	2	3				4		1	1	11								2			1				26
ニジェール														1					1							2
セネガル			1	3	5		5																			14
タンザニア					1		1		1										1							4
ザンビア											9					1		1								12
小計	1	2	7	6	9	0	12	0	2	1	22	0	0	1	0	2	0	6	3	0	2	0	0	0	0	76
ボリビア			9	2	1		2	1		1	1			4	2					1						26
コスタ・リカ										1																1
ドミニカ共和国			2				1									1		1								5
エクアドル			3																	1						4
グアテマラ			1		1																					2
ホンデュラス			1		1					1				1	3				1							8
ジャマイカ			2				3			1										1						7
ニカラグア			2		1		1													1		3				8
パナマ																			3	1						4
パラグアイ			3	3	3											4		1								14
小計	0	0	23	5	7	0	6	2	0	4	0	1	0	5	12	0	11	2	0	1	0	0	0	0	0	79
合計	1	3	84	22	25	0	32	5	7	15	24	5	1	16	30	2	14	10	8	1	5	0	1	0	0	309

IX. 平成6年度予算

1. 国際協力事業団の全体予算

(単位:千円)

区 分	認 可 予 算 額			
	平成5年度	平成6年度	対前年度	伸び率
国際協力事業団交付金	149,785,014	157,868,320	8,083,306	105.4
1. 海外技術協力事業費	125,630,269	132,974,632	7,344,363	105.8
(1) 技術研修員受入事業費	20,954,802	22,272,639	1,317,837	106.3
(2) 青年招へい事業費	2,247,150	2,392,558	145,408	106.5
(3) 技術協力専門家派遣事業費	16,396,990	17,103,479	706,489	104.3
(4) 技術協力機材供与事業費	2,563,806	2,634,768	70,962	102.8
(5) 社会開発協力事業費	11,130,870	11,719,608	588,738	105.3
(6) 保健医療協力事業費	6,569,047	6,843,201	274,154	104.2
(7) 人口家族計画協力事業費	1,215,077	1,349,488	134,411	111.1
(8) 農林水産業協力事業費	11,107,680	11,655,061	547,381	104.9
(9) 産業開発協力事業費	3,111,220	3,303,161	191,941	106.2
(10) 青年海外協力隊派遣事業費	14,766,535	15,280,054	513,519	103.5
(11) 技術協力専門家等福利厚生費	959,484	989,301	30,311	103.2
(12) 技術協力専門家養成確保費	2,375,978	2,626,202	249,730	110.5
(13) 開発調査事業費	22,543,174	24,315,457	1,772,283	107.9
(14) 開発協力事業費	1,142,847	1,195,540	52,693	104.6
(15) 無償資金協力事業費	5,007,598	5,539,667	532,069	110.6
(16) 災害援助等協力事業費	1,500,000	1,500,000	0	100.0
(17) 援助効率促進費	2,038,011	2,254,448	216,437	110.6
2. 海外移住事業費	2,706,041	2,626,783	△79,258	97.1
3. 管理費	21,448,704	22,266,905	818,201	103.8
国際協力事業団出資金	4,389,000	4,806,000	417,000	109.5
1. 開発投融资資金出資金	50,000	0	△50,000	0.0
2. 移住投融资資金出資金	0	0	0	—
3. 施設取得等出資金	4,339,000	4,806,000	467,000	110.8

2. 保健医療・人口家族計画協力事業予算の詳細

(単位：千円)

科 目	認可予算額			
	平成5年度	平成6年度	対前年度比較増	伸び率
1. 保健医療協力事業費	6,569,047	6,843,201	274,154	104.2
(1) 調査実施に必要な経費 (調査団派遣経費)	302,837	380,987	78,150	125.8
(2) 専門家派遣に必要な経費 (専門家派遣経費)	3,322,341	3,381,035	58,694	101.8
(3) 機材供与に必要な経費 (機材供与経費)	2,759,129	2,874,879	115,750	104.2
(4) プロジェクト実施計画に必要な経費 (プロジェクト実施経費)	184,740	206,300	21,560	111.7
2. 人口家族計画協力事業費	1,215,077	1,349,488	134,411	111.1
(1) 調査実施に必要な経費 (調査団派遣経費)	89,778	107,633	17,855	119.9
(2) 専門家派遣に必要な経費 (専門家派遣経費)	620,647	627,321	6,674	101.1
(3) 機材供与に必要な経費 (機材供与経費)	457,350	557,710	100,360	121.9
(4) プロジェクト実施計画に必要な経費 (プロジェクト実施経費)	47,302	56,824	9,522	120.1
合 計	7,784,124	8,192,689	408,565	105.2

3. 外務省ODA予算政府原案

平成6年度外務省ODA一般会計予算

政府原案（暫定計数）

平成6年2月
外務省

I. 全 般

（単位：億円、％）

	5年度予算額	6年度予算政府原案額
政府全体ODA（一般会計予算）	10,144 [6.5%]	10,634程度 [4.8%]

（注）計数整理の結果、異動を生ずることがある（以下同じ）。

II. 総括表

（単位：億円、％）

	5年度		6年度政府原案		
	予算額	伸率	予算額	増加額	伸率
外務省ODA一般会計予算合計 （内訳）	5,116	6.4	5,342	225	4.4
1. 国際協力事業団	1,542	7.0	1,627	85	5.5
(1) 交付金	1,498	6.9	1,579	81	5.4
(イ) 海外技術協力事業費	1,256	6.7	1,330	73	5.8
・技術研修員受入	210	7.1	223	13	6.3
・青年招	22	9.5	24	1	6.5
・技術協力専門家派遣	164	6.4	171	7	4.3
・青年海外協力隊	148	5.4	153	5	3.5
・開発の調査	225	6.7	243	18	7.9
・その他	487	6.8	516	29	5.9
(ロ) 海外移住事業費	27	1.2	26	1	2.9
(ハ) 管理費	214	8.9	223	8	3.8
(2) 出資金	44	11.6	48	4	9.5
2. 無償資金協力	2,431	6.7	2,510	79	3.2
(1) 経済開発等援助費	2,014	8.6	2,079	65	3.2
・一般プロジェクト無償	1,161	12.4	1,209	48	4.1
・債務救済無償	412	4.3	427	15	3.6
・経済構造改善努力支援無償	265	0.2	247	18	16.8
・小規模無償	10	42.9	15	5	50.0
・文化無償	24	0.0	25	1	4.2
・水産無償	102	0.0	103	1	1.0
・災害無償	40	14.3	53	13	32.5
(2) 食糧増産等援助費	417	11.4	431	14	3.3
・食糧増産援助	117	118.2	126	9	7.4
・食糧増産援助	300	7.1	305	5	1.7
3. 国際機関への出資・拠出	623	11.6	658	35	5.6
4. その他	521	14.2	547	27	5.1

（注）四捨五入の関係上合計に不一致あり。

III. 6年度予算重点事項

1. 途上国の多様性に配慮したODAの質的改善

(1) <u>人と人との交流を通じた国際協力事業団（JICA）による技術協力の拡充</u>		
(イ) 研修員受入	7,140人（5年度	6,920人）
(ロ) 個別専門家派遣	1,958人（5年度	1,947人）
(ハ) 青年海外協力隊新規派遣人数	1,110人（5年度	1,030人）
(2) <u>基礎的生活水準向上に資する無償協力の拡充</u>		
(イ) 一般プロジェクト無償援助	1,209億円（5年度	1,161億円）
(ロ) 災害緊急援助	53億円（5年度	40億円）
(3) <u>事前の調査をはじめとする各種調査の一層の拡充</u>		
(イ) プロジェクト形成調査等	59件（5年度	51件）
(ロ) 開発調査	321件（5年度	318件）
(ハ) 開発調査	におけるWID配慮団員の配置 4人（新規）	
(ニ) WID情報整備調査	1件（新規）	
(ホ) 無償資金協力に関する調査等	55億円（5年度	50億円）
(ヘ) プロジェクト方式技術協力事前調査における参加型計画団員の配置	15人（新規）	
	WID配慮団員の配置 7人（新規）	
(ト) 特定分野・地域基礎調査	2件（5年度	1件）
(チ) 評価		
外務省における評価	1.7億円（5年度	1.7億円）
JICAにおける評価	5.5億円（5年度	5.1億円）
(4) <u>援助実施体制の整備・拡充</u>		
(イ) 外務省における実施体制の整備・拡充		
援助関係定員	408人（5年度	387人）
「途上国援助NGO室（仮称）」の新設	「民間援助支援室」（「NGO支援室」（通称）） として認められた	
(ロ) JICAにおける実施体制の整備・拡充		
援助関係定員	1,158人（5年度	1,126人）
「基礎調査部」の新設（案件発掘・形成機能の強化）	認められた	
在外事務所の新設	ベトナム、象牙海岸	
(ハ) 援助に携わる人材の養成「国際開発高等教育機構」（FASID）等	7.2億円（5年度	6.3億円）

2. 草の根に届くきめ細かい援助の実施・内外の理解と支持を得る努力

(イ) 小規模（草の根）無償資金協力	15億円（5年度	10億円）
(ロ) 民間援助団体（NGO）事業補助金	5.4億円（5年度	4.4億円）
	「国際ボランティア補償支援制度」の創設 が認められた	
(ハ) 地方自治体との連携（地方公共団体補助金）	11.5億円（5年度	10.7億円）
(ニ) 地方におけるJICA研修員受入れ人数	研修員220人増のうち50人増	
(ホ) 地方におけるJICAの新研修センター建設		
北海道（札幌、帯広）	建設費	19.1億円
広島（東広島）	設計費	0.8億円
(ヘ) 地方における青年海外協力隊新訓練所建設		
福島（二本松）	建設費	16.4億円
(ト) ODA情報公開強化対策事業（TVFキット作成）	0.6億円（新規）	
(チ) ODA情報公開強化連絡会議	2ヵ所（新規）	

3. O D A をめぐる国際情勢の変化への対応

(1) 環境・人口問題等地球規模の問題への取組みの充実

(イ) 環境分野における J I C A 技術協力の強化

① 環境関連研修員受入れ

研修員 220 人増のうち 60 人増

② 環境関係調査

開発調査における環境配慮団員

148 人 (5 年度 130 人)

無償資金協力に係る調査における環境配慮団員の配置

3 人 (新規)

(ロ) 環境分野における国際機関を通ずる協力

国際農業研究協議グループ (CGIAR)

38.0 億円 (5 年度 36.6 億円)

国連環境基金 (UNEP)

38.1 億円 (5 年度 27.5 億円)

国際熱帯木材機関 (ITTO)

15.2 億円 (5 年度 14.3 億円)

国連開発計画 (UNDP) (キャパシティ-21)

4.2 億円 (新規)

アジア生産性機構 (APO) (環境対策日本特別基金の設置)

1.5 億円 (新規)

アジア蔬菜研究開発センター (AVRDC) (環境生理学研究所)

0.5 億円 (新規)

(ハ) 人口問題等への取組み充実

J I C A 人口家族計画特別機材費

1.0 億円 (新規)

J I C A 人口問題専門家コース (開発専門家養成コース) の開設

1 コース (新規)

国際下痢性疾病研究センター (ICDDR, B) (人口問題プロジェクト)

0.3 億円 (新規)

エイズ問題に関する援助基礎研究調査

0.1 億円 (新規)

(2) 民主化・市場経済化の努力の支援

(イ) 経済構造改善努力支援 (ノンプロジェクト) 無償援助

247 億円

(ロ) J I C A における支援

市場経済化関連研修員受入れ

研修員 220 人増のうち 40 人増

市場経済化支援に係る開発調査 (旧社会主義国国営企業民営化計画等)

3 件 (新規)

(3) 南南協力への支援

(イ) J I C A における支援

第三国専門家の活用

40 人 (新規)

第三国研修

87 件 (5 年度 81 件)

(ロ) 国際機関を通ずる支援

国連開発計画 (UNDP) (対カンボディア日・ASEAN 三角協力)

1.7 億円 (新規)

コロンボ・プラン (途上国間技術協力プログラム)

0.1 億円 (新規)

5年度ODA事業予算
ネット 17,127億円

6年度ODA事業予算概算要求
ネット 17,771億円 (3.8%増)

形態別歳出項目	財 源		財 源		形態別歳出項目
無償資金協力 2,563億円		外務省 5,116億円	外務省 5,342 5,523(億円) (4.4%増)		無償資金協力 2,755億円
技術協力 3,115億円	一般会計 10,144 億円		一般会計 10,634 10,984 48 (億円) (8.3%増)		技術協力 3,459億円
国連特種機関 (分担・拠出金) 657億円		17省庁計 5,028億円		17省庁計 5,461億円	国連特種機関 (分担・拠出金) 692億円
国際開発金融機関 (出資・拠出金) 3,012億円					国際開発金融機関 (出資・拠出金) 3,040億円
円 借 款 7,780億円	財政投融資等 6,983億円		財政投融資等 6,787億円		円 借 款 7,826億円

(注) 四捨五入の関係上合計に不一致あり。

現在判明している計数を見え消して記載。その他計数は、3月上旬に判明の見込み。

4. 厚生省政府開発援助（ODA）予算

（単位：千円）

省 庁	形態	項 目	財 源	3年度予算	4年度予算	5年度予算	6年度原案
厚生省	技協	1. 東南アジア諸国等福祉医療協力費	一般会計	394,980	397,712	401,394	429,798
		2. 子どもワクチン研究開発事業	一般会計	180,601	189,825	207,244	203,944
		3. 結核対策国際協力事業	一般会計	35,823	40,228	36,942	37,146
		4. ポリオ根絶計画推進費	一般会計	74,953	75,317	75,587	75,765
		5. ハンセン病国際研究協力推進費	一般会計	24,229	26,907	27,896	27,995
		6. 公衆衛生人材開発戦略経費	一般会計	2,418	2,442	2,459	2,472
		7. エイズ研究センター経費	一般会計	0	0	36,747	36,746
		8. 国際医療協力研修センター整備等	特別会計	2,237,035	119,606	66,989	0
		9. 国際医療協力部人材養成事業	特別会計	7,312	12,313	12,313	12,675
		10. 国際医療協力研究委託費	特別会計	202,619	202,640	252,658	252,669
		11. 国立国際医療センター研究所経費	特別会計	0	0	259,462	1,266,980
技 術 協 力 計				3,159,970	1,066,990	1,379,691	2,346,190
国機		12. 世界保健機関分担金	一般会計	3,374,133	3,959,174	4,047,765	3,915,243
		13. 世界保健機関拠出金	一般会計	1,521,627	1,844,127	2,110,058	2,124,829
国際機関出資拠出計				4,895,760	5,803,301	6,157,823	6,040,072
厚 生 省 計			伸び率	105	85.3	109.7	111.3
			総 計	8,055,730	6,870,291	7,537,514	8,386,262
			伸び率	103.5	116.5	106.3	98.7
			一般会計	5,608,764	6,535,732	6,946,092	6,853,938
			伸び率	108.7	13.7	176.8	259.1
			特別会計	2,446,966	334,559	591,422	1,532,324

海外医療協力委員会

専門部会報告書

1. 研究所等研究協力部会
2. 人材養成部会
3. 病院・臨床医学協力部会

平成6年2月24日

海外医療協力委員会

研究所等研究協力分野
専門部会報告書

平成6年2月24日

基本的視点

1. 支援対象の各国には、それぞれ人間社会としての一般的共通性があるが、同時にさまざまな相違点がある。研究所等研究協力計画は、各国の医療の実態、経済、気候風土の他、各民族（種族）の歴史、宗教などを深く配慮した科学的なものであり、その国の自助努力を振興発展させる形での支援であることが望まれる。
2. 研究協力の推進に当たっては、国際援助機関（WHO, UNICEF）および国内の国際協力機関（JICWEL S, NGOなど）との連携を密にして、協調を保ちつつ実施しなければならない。
3. 研究協力の対象は、疾病の予防、基礎医学の研究、医薬品の製造・品質管理、食品衛生等、健康確保・増進に係る広い分野にわたるが、研究協力の内容の決定に関しては、対象国でのヘルスケア基盤の充実と整備に最も有効に働くように研究協力の内容を選択する必要がある。そのために、
 - 1) 対象国の自主的調査に基づく計画の提出を求める。
 - 2) 日本側は、地域の歴史、立地条件、生活習慣、教育水準、技術水準、既存設備などについての調査を行い、これらに基づいて協議し、可能な限り長期の将来構想を立案することが必要である。
4. 疾病の予防に、直接、関連する研究協力においては、次のようなことを考慮しなければならない。
 - 1) 協力実施機関のみならず対象国内の関連機関と協力し、各種疾病の疫学的基礎調査に基づいた予防対策を計画すべきである。
 - 2) 疾病の予防効果を評価するための方法についての研究も必要である。
5. 研究協力のための長期および短期派遣専門家の確保は、日本の現状においては、ある分野では非常に難しい場合が多い。理想的専門家を得るための手段として、例えば防遏調査研究をすべき疾病の常在国に、日本人および当該国人のための研修施設（人材養成部会にも関係）を設置することを考える時期に至っているのではないかと思われる。

具体的留意事項

1. カウンターパートに関する留意点

- 1) 研究協力プロジェクトの開始に際して、プロジェクトの目標を達成し効果を大にするためには、わが国からの支援とともに、対象国の関係者の一致した努力が必須であることを周知させることが必要である。
- 2) カウンターパートの養成は複数を基本とし、止むを得ざる事情で一人が転退職してもその分野が弱体化あるいは空白とならぬように配慮する。

2. 研究所などの施設整備にあたって留意すべき事項

- 1) 完成後、技術的にも経済的にも維持可能であるように設計・建設する。
- 2) 国内、国際基準・規格を尊重した施設が望まれる。
- 3) 環境汚染防止設備を設置し、さらに院内感染、バイオハザード、ケモハザードの防止を考慮に入れた設備を備えることが必要である。

3. 研究成果の発表等について留意すべき事項

- 1) プロジェクトの終了（または区切り）以前から、内容に応じた共同研究を推進し、カウンターパートにその国の内外、特にわが国の学会や研究会で発表（学術誌を含む）する機会が与えられるような配慮が望まれる。
- 2) プロジェクトの成果に基づいた論文発表の際には、発表者氏名および所属機関を明記するなど、カウンターパートの立場を十分尊重したものでなければならない。

4. 疾病予防対策の協力

A. 対象疾病の選択と進め方

世界規模の重要疾病（例えばHIV感染症）、および対象国における重要疾病（WHOのEPI計画対象疾病、罹患率、死亡率、重症度、後遺症などの観点から）に注目して対象疾病を選び、その対策を最も重要視した研究、予防計画を立て、その実施には次の諸事項について考慮すべきであろう。

- 1) 対象疾病の臨床マニュアルの作成
- 2) 実験室診断法の技術開発と伝達
- 3) 検査件数処理能力の向上と精度管理システムの整備および研究
- 4) 感染症サーベイランス（患者数の把握、臨床診断基準の設定、実験室診断法の普及）のための組織の確立

B. 研究協力実施上の具体的事項

- 1) 感染症予防対策の研究および推進には、予防接種、医療の他に、次の三点を十分に考慮に入

れなければ、長期的によい効果は期待できないと考えるべきであろう。

- (1) 感染源対策
- (2) 感染経路対策
- (3) 感受性者対策

- 2) 対象国の一般衛生教育に加え、その国で問題となっている疾病に対する予防効果のPRが必要である。
- 3) 昆虫媒介感染症の場合は、他のあらゆる開発計画との整合性をもった広域の対策を立て、かつ効果の検討に関しても研究する必要がある。

5. 予防接種の実施面

WHOの予防接種拡大計画(EPI)と発展途上地域の乳幼児死亡抑止対策とは、密接な関係にあり、予防接種率の向上は至上の命題である。

しかし、現在市場に出ている全てのワクチンを同時進行的に接種することは、あらゆる面から不可能であり、実施順位と地域に応じた接種方法を選ぶことが必要になる。

対象疾病の選択には、途上国地域住民の関心度の高い疾病、すなわち地域の病原汚染濃度および感染発症指数が高く、しかも死亡率の高い疾病で、接種スケジュールの面からも適した2種を選択して推進することが望ましい。

予防接種体制の確立には、それぞれの地域に対応したプライマリーヘルスケア(PHC)の発展強化に貢献しうる内容が望まれる。

発展途上国において対策が急がれる疾患として次のようなものがある。

- (1) 乳幼児の死亡率が異常に高率なのは下痢症で、うち細菌性のものに対しては、補液および化学療法の普及と、清潔な飲料水確保などの環境整備に勝るものがない。ウイルス性のものに対しては、完成が近いA型肝炎ウイルスとロタウイルスのワクチン開発および実用化の推進により、対策を講じることが可能と思われる。
- (2) 気道感染症としては、感染発症率、死亡率共に高率な麻疹と百日咳があげられ、次いで、発症後の治療経過が長く死亡率も高い結核などに重点をおくことが望ましい。
- (3) EPI対策においては、被接種者が、確実に個人的な予防効果を楽しむことができる新生児破傷風対策に努力することは、地域住民の信頼を得るためには顕著な効果を期待できる。

6. 医療品等の品質管理、食品衛生等の協力

- 1) 対象国の法規、行政上の規則を十分に調査し、国際規格(WHOなど)との関連にも留意して、技術協力の項目および到達目標を定める。
- 2) 対象国の経済力、産業動態、医療実態、食生活、必要度、技術水準に適合し、必要度(優先順位)に応じた技術移転の内容を設定する。
- 3) 品質管理、安全衛生の確保を自国の責任で行えるように技術移転の目標を定めると同時に、流通および保存に関する技術の整備(特に低温流通、汚染と破損の防止など)にも留意する

必要がある。

- 4) 輸入品の国内利用については、特に偽造品の判別分析法の研究協力等も考慮する。
- 5) 対象国からの輸出品については、国際規格に適合するよう、さらに特定の国に向けての輸出品は、受け入れ国の基準を満たし得るように指導する。

7. ワクチンの品質管理と投与・接種

ワクチンの品質管理については、自国製品、輸入製品に拘らず、有効性と安全性および流通過程での品質管理の責任を自国で負える体制を確立できるよう技術移転を行う。

(WHO Technical Report Series/TRS など)

ワクチンの投与・接種に当たっては、実施の行政担当者、保健教育活動従事者、病原・疫学の基礎研究者、臨床医師および地区の指導者などが、被接種者の家族構成員のうち、誰が保育および家族の保健に関する行為の意志決定者であるかを調べるなどをして、「予防接種計画」を確実に推進できる体制を整備することが必要である。

また、現行の二国間保健協力には限界があり、近似の環境地域内での相互協力のネットワーク作りが効果的であると思われる。

例えば、疾病のサーベイランス関係に大切な検査体制、疫学調査体制、研修受入れ体制などの整備など、厳選して特長を持てるように育成し、整備内容の進展をにらみ合わせつつ、順次、拡大させる方式も検討に値する。

8. 新しいワクチン開発実用化の問題

ワクチンの開発は、今日まで、日本国内の感染症対策の一環として推進されてきたが、国内は無論、先進諸国に患者発生が無くとも、開発途上国において、多くの人的被害を与えている疾病も多い。これらの疾病のワクチン開発と実用化には、市場原理に捉われることなく、国際協力、人命尊重、地域開発の立場から積極的に研究開発に取り組むことが望まれる。

おわりに

発展途上国に対する研究協力に際しては、対象国の医療や福祉に役立つものであることが第一の条件である。そのためには、対象国の自然環境、社会環境、経済的条件、医療体制や技術水準に適合するものでなければならない。

特に、疾病予防の基礎になる環境整備と栄養改善の問題は重要である。食習慣は宗教、土地・地域の食用生産物、気候風土と不可分の関係にあって、精神的に極めて強固に生活に根付いているものであることを承知し、社会科学的分野との学際的な取組みが必要と考えておかなければならない。

二国間保健医療協力の場合、現状は専門家、特に長期派遣の専門家が不足しているが、前述のような抜本的な人材養成策、また、留学生として日本で教育を受けた者の専門家への登用も検討する余地があるように思われる。

研究所等研究協力部会タスクフォースメンバー

芦原 義守	杏林大学保健学部客員教授 ※
遠藤 英美	帝京短期大学教授
太田原美作雄	千葉県結核予防協会
片岡 哲郎	国立予防衛生研究所室長
亀山 昭一	元国立予防衛生研究所
木原 光城	元国立予防衛生研究所、バムサ研究会幹事長
倉田 毅	国立予防衛生研究所部長
小松 俊彦	国立予防衛生研究所室長
清水 文七	千葉大学医学部教授
武内 安恵	元国立予防衛生研究所
中野 健司	元国立予防衛生研究所
浜田 忠弥	新潟大学医学部教授
保阪 幸男	元国立予防衛生研究所
丸山 務	国立公衆衛生院部長
三瀬 勝利	国立衛生試験所部長

(敬称略、五十音順、バムサ学術運営委員、※委員長)

バムサ研究会内 JICA 研究所等研究協力部会タスクフォース事務局

海外医療協力委員会

人材養成分野
専門部会報告書

平成6年2月24日

国際保健医療協力に参加する人材養成のために

はじめに

近年、わが国の国際保健医療協力に対する期待は高まるばかりである。開発途上国のみならず、先進国からも日本の保健医療分野における国際協力の充実を求める声は大きい。また、種々の世論調査においても、国民は保健医療分野での国際貢献のより一層の充実を望んでいるといわれている。

しかし、国際保健医療協力の拡充を図る際の最大の阻害因子の一つは、途上国の保健医療に携わる人材の確保にあるといわれている。国連においては負担金に見合った日本人スタッフの確保にほど遠く、JICAでは計画通りに長期派遣専門家を確保できたプロジェクトはわずかであり、NGOにおいても長期に現地で活動できるスタッフ不足に悩まされてきた。

JICA人材養成部会では、日本の今後の国際保健医療協力の発展のために国際保健医療協力に参加する人材養成は緊急かつ最重要の課題であると考え、種々の観点からの考察を重ねてきた。

本年度は国際保健医療協力に参加する人材養成全体に関する現状と問題点を検討した。次年度以降は、人材養成や人材のリクルートに関する具体的かつ現実的な提言を行う予定である。また、今後国際保健医療協力を志す中堅や若手の医療関係者に役立つようなパンフレットなども作成していきたいと考えている。

同時に、来年度には海外における人材養成プロジェクトのあり方を考察する予定である。具体的には医学教育、看護教育といった正規の専門家教育と、プライマリ・ヘルスケアを活性化するためのフィールドレベルでの技術者養成に分けて検討することになる。集団研修コースや個別研修など日本国内での研修も途上国にとっては人材養成の重要な機会であるが、本部会の時間的な限界を考え、あえて検討課題から除くことにした。

1. 人材に関する開発途上国のニーズ

国際保健医療協力に参加する人材の養成やリクルートについて考えるときに、まず開発途上国側からみたニーズを的確に把握した上で、派遣すべき人材の確保を具体的に考慮する必要がある。ここでは、途上国の立場から求められている人材の経験、分野、職種について考察した。

基本的には、開発途上国にも欧米などの大学で専門教育を受けた優秀な人材は少なくない。彼らのパートナーとして伍していくには、異文化理解能力をもち、日本の医療をよく知り、保健医療技術を修得していることが必要とされる。分野としては、地域保健や病院での医療技術

以外にも、教育や環境衛生、保健行政など幅広い分野における協力が求められている。また、職種に関しては、医師、看護婦、保健婦など日本の保健医療の有資格者だけでなく、保健行政や疫学などの保健医療関係者や医療教材の維持管理、コンピュータなど関連分野の専門家が求められることもある。

(1) 国際協力に携わる者に求められている経験

- ① 異文化に対する受容能力を備えていること
- ② 日本の医療システムや疾病構造に対する理解と経験があること
- ③ 相手国で必要とされる保健医療技術を修得していること

(2) 途上国で必要な分野

- ① 異地域保健……………熱帯医学、感染症対策、母子保健、予防接種、家族計画、栄養改善、成人病対策、農村医学、学校保健、産業保健、老人保健など
- ② 教育（人づくり）……医学看護学教育、健康教育、視聴覚教育など
- ③ 環境衛生……………飲料水や上水道、し尿処理、ゴミ処理、環境汚染など
- ④ 医療技術……………病院医療、医療機器技術、適正技術の開発など
- ⑤ 医学研究……………基礎分野での研究、臨床研究など
- ⑥ 保健行政……………マネジメント、保健医療情報管理など

(3) 途上国で必要な職種

- ① 狭義の医療従事者……………医師、歯科医師、看護婦、保健婦、助産婦、検査技師、放射線技師、リハビリ関連の療法士（PT、OT、STなど）、薬剤師、栄養士、歯科衛生士など
- ② その他の保健医療専門家…保健行政、病院管理、環境衛生、疫学など
- ③ 関連分野の専門家……………医療機材の維持管理、コンピュータ、視聴覚教育、医療人類学、医療経済学など

2. 保健医療協力を実施する上で必要な人材

「保健医療協力の拡充に関する中間報告書（三省保健医療協力拡充研究会及び国際協力事業団・1991年）」に従い、国際保健医療協力の計画立案に携わる国際協力ヘルスプランナーと国際協力に参加する専門的知識をもった医療技術専門家に分けて考察した。また、これらの専門家を養成するための方法論についても言及した。

(1) 国際保健医療協力を計画立案するヘルスプランナー

ここではヘルスプランナーとは保健医療分野の知識経験に加え、途上国の保健医療事情や日本の援助システムに精通し、保健医療分野のセクター分析やプロジェクト立案を実施できる能力と経験を有した人材をいう。具体的には、グローバルな保健医療援助計画や国別のセクター分析、プロジェクトの立案や評価、保健省アドバイザーや重要プロジェクトのリーダーなど多方面にわたる活動が期待される。こういう保健医療協力全体を見渡せる視点をもった人材が日本全体で当面数十人の規模で必要だと思われる。

ヘルスプランナーに求められる経験や能力として以下の点が重要であると思われる。

- ① 日本の国際保健医療協力の意義と役割を認識していること
 - 日本の保健医療システムの経緯、現状および問題点に対する理解
 - 日本の疾病構造の変遷と現状の理解
- ② 日本と開発途上国の社会や文化を含めて比較する視点をもつこと
 - コミュニティや社会構造に対する理解
 - 文化や風俗習慣に基づいた健康観や疾病観に対する理解
 - 伝統医学を含む保健医療技術に対する理解
 - 住民参加と公平さの原則の理解
 - 教育、福祉、環境、労働、農業など他分野に対する基本的理解
- ③ 経済学的視点をもつこと
 - 費用便益分析的な考え方に対する理解
 - 医療経済学的視点
- ④ 計画やプロジェクトの評価技法に習熟していること

(2) 途上国へ長期派遣される保健医療専門家

JICAプロジェクトでの長期専門家、国連機関における日本人専門スタッフ、NGOにおけるフィールドスタッフなどが相当する。JOCVや緊急援助に関わる人材に関してはここでは考慮しない。

これに相当する人材は長期派遣の後には、日本国内で活動することが期待されるので、特に国内の保健医療とのリンケージが問題となる（次項で詳述）。

また、相手国でのパートナーによって、専門家に求められている資質が異なってくることも十分に考慮すべきである。プロジェクトのリーダーなど指導的な位置にいる専門家には、相手国の種々の職種や階層の人たちとパートナーシップを構築する立場にあるため、幅広い包容力と指導力が要求される。一方、個別の技術の指導を目的として国際協力の現場に派遣

された専門家は、比較的限られた職種や階層の人たちとのみパートナーシップを構築することになる。この場合には、専門的な知識や技術を適格に相手に指揮する能力がまず必要とされ、幅広い活動を行いリーダーシップを取り得る専門家と共同で活動したときに、最も有効に力を発揮できる。この種の協力形態であれば、日本の既存の種々の分野の人材が十分に対応できると思われる。

ここでは、途上国へ長期派遣される保健医療専門家に一般的に要求される資質を列挙したい。

- ① 異文化受容能力
- ② 語学も含めたコミュニケーション能力
- ③ 保健医療技術を習得し、それを応用して使用できる能力
- ④ 相手国の人と協調しながら計画実施していく能力
- ⑤ 適切にリーダーシップを発揮できる能力

(3) 専門家を養成するための方法論

いま国際協力に参加したいという若い人が増加している。医学部学生や看護学校の生徒の約10%は積極的に将来国際協力に参加したいと考えているという報告もある。ただ、若い年齢のうちに実際に国際協力に何らかの形で触れる経験(early exposure)をもたないと、なかなか国際協力の現場に飛び込むことは難しい。

また、ある程度日本の保健医療の第一線で活躍した後、あるいは活躍中の人国際協力を希望するケースも稀ではない。この場合には、適切なオリエンテーションと人材確保のためのポストが必要である。

専門家養成に関し、特に次の点が考慮されるべきである。

- ① 開発教育……義務教育や高校での教育だけでなく、医学部や看護学校での開発教育が必要
- ② 異文化受容能力とコミュニケーション能力を向上するための講義とフィールド経験
- ③ 熱帯医学をはじめとする途上国で有用な保健医療技術の修得機会の提供
- ④ 日本人だけでなく、先進国や途上国の若い保健医療関係者とともに学ぶことのできる機会が必要

3. 国内の活動とのリンケージ

日本の国際保健医療協力は国内の保健医療との連携が基盤にあるときに、安定した発展が

期待される。そのためには、国内の保健医療に従事しているものが国際協力の現場に出向き、帰国後は海外で学んだ経験を日本の保健医療に活かしていける恒常的なシステムが必要である。国際協力に携わり国外と国内を行き来するような国際保健医療専門家のための身分と生活の保障も重要な課題である。国際協力の経験が国内でのステップアップに繋がるような体制が必要だとよくいわれるが、現実的には少なくとも国際協力に参加した人材が職を失わず昇進の面でマイナスにならないような体制を確立することが先決であると思われる。

究極的には、国際保健医療協力が国内活動と協力的な絆で結ばれ、国際的な保健医療活動が国内の保健医療の発展に貢献し具体的な成果が表れたときに、日本の国際保健医療協力が真に成功したと言えるのではないだろうか。

(1) 人的なリンケージ

① 専門家の派遣

地方自治体、大学医学部、総合病院などから専門家が派遣され、帰国後は元の職場に復帰し臨床や研究や教育に従事することが望まれる。このような人的なリンケージが機能したときに、日本の経験を途上国の国際協力に活かすことができ、また、途上国での貴重な国際体験を日本の社会に還元することも可能である。

この形態の協力は、国際協力事業団といくつかの大学医学部や地方自治体などの間ですでに施行されているが、人的資源の量と質の問題、リクルートの方法などまだまだ検討すべき点が多く残されている。今後はNGO、地方自治体や大学医学部との連携など種々の組み合わせが試行されるべきであろう。

また、日本の雇用形態を考慮すると、欧米のように国際協力参加者が種々の機関のポストを渡り歩いて昇進するというシステムは現実的ではないと思われる。

② 途上国の保健医療関係者の日本での留学や研修

途上国の保健医療関係者が日本で研修を受けたり、留学したりする機会は単に重要な人材養成の場だけでなく、途上国と日本の保健医療関係者がパートナーシップを確立する重要な機会でもある。大学などでの留学生、NGOによる招待などもあるが、数の上からは国際協力事業団の研修事業の持つ意義は大きい。

これらの研修を実施する場合の日本側関係者の確保をはじめとする研修体制の充実が今後大きな課題となるであろう。

(2) 技術的なリンケージ

ある程度の発展を挙げた国においては、国際保健医療協力は開発援助の枠組みを超えて、技術交流が主体となってくる。多くの途上国と先進諸国の間では歴史的な経緯もあり、保健

医療分野における技術交流や共同研究は盛んに行われてきた。わが国も少しずつではあるが、日本と途上国の大学間や自治体同士の交流が始まっている。今後は共同研究や技術交流のバリエーションを広げていくとともに、国際機関などと協力して、かなり発展を遂げた国の国際保健医療協力に協力していくという方向性も必要であろう。

具体的には、以下に挙げたような項目について技術的なリンクが求められている。

- ① 保健医療に関する技術交流や共同研究
- ② 国際保健医療協力における共同研究や共同事業
- ③ 国際機関との連携

おわりに

本年度は5回のタスクフォース委員会を開催し、主に国際保健医療協力に参加する人材養成全体に関する現状と問題点について総論的な議論をすすめてきた。メンバーの職種は医師、看護婦、保健学専攻などさまざまであり、また所属も厚生省、国立大学、私立大学、NGOなど多岐にわたっていた。わが国の国際保健協力において人材養成が喫緊の課題であるという共通認識のもと、多種多様な立場からの意見を集約した結果が本報告書としてまとまったことを記しておきたい。

人材養成部会タスクフォース・委員

池田 千絵子	(厚生省大臣官房国際課)
井上 肇	(東京大学医学部国際保健学・専攻)
甲斐 一郎	(東京大学医学部国際保健学・国際地域保健学)
川上 剛	(労働科学研究所・教育国際協力学部)
近藤 健文	(慶応義塾大学医学部・衛生公衆衛生学)
菅波 茂	(AMDA・アジア医師連絡協議会)
塚本 香代美	(国際看護交流協会・研修事業部)
土居 弘幸	(厚生省大臣官房国際課)
中村 安秀	(東京大学医学部・小児科)
平山 恵	(アークス・仏教国際協力ネットワーク)

(五十音順)

海外医療協力委員会

病院・臨床医学協力分野
専門部会報告書

平成6年2月24日

病院プロジェクトのあり方

I はじめに

JICAのプロジェクト方式技術協力は、日本側と相手国側という二つの主体によって行われるため、プロジェクトに係る問題には、援助国側の不備に原因するところと受入れ側の責に帰すところの二者が存在する。効果的な病院プロジェクト援助を論ずる際、これらを十分認識する必要がある。

II 病院プロジェクトの有用性

まず、病院型援助の是非について述べる。

近年まで、病院プロジェクトを行ってきたのは我が国とフランスであるが、先進国や国際援助機関には、「途上国では、近代的大型病院は有効ではない」とする論調がある。これは、

- 1) プロジェクトにおける不適切な設備の不適切な設置が多い、という実状ならびに
- 2) 病院は地域の医療サービス提供機関にすぎない、との観点

に基づいている。

1)に関しては、後述する適正技術の採用や専門家による十分な調査と検討を踏まえて、適切なプロジェクトを立案することにより、援助側としての対応は可能である。しかし、要請主義に則る我が国のODAにおいては、最先端の設備・機器を求める相手国側の意向を完全に無視できない、という背景も存在している。このような場合、相手国側の将来の展望や研究体制との兼ね合いについて、何らかの前方視的な対策を講じることも必要であろう（後述）。

2)は、プロジェクトの根幹に関わる問題である。以下に、「病院は、単に治療だけを行うところではない」という観点から、途上国における病院プロジェクトの有用性を述べたい。

(1) 疾患対策には予防医学とともに治療医学が必要である

世界の保健医療援助の趨勢は、1978年のAlma Ata宣言以来、限られた資源で、広域かつ多数人口に裨益するプライマリ・ヘルス・ケア(Primary Health Care, 以下PHC)を中心とする予防医学にある。

しかし、実際には、途上国といえども、さまざまな疾患の(大)流行に際して、かなりの治療手段が投入されており、また、結核やマラリアなど、再流行や薬剤耐性が問題となっている疾病の対策にも、適切な患者管理(Case Management)、すなわち治療医学の導入が不可欠であろう。

World Development Report 1993(World Bank)は、妊娠分娩に関する診療と家族計画、結核およびSTD対策、小児下痢症、呼吸器感染症、麻疹、マラリア、栄養障害への基本

的対応には、PHCと合わせて、Essential Medical Care (基礎的医療) の導入が経済的にも妥当である、と指摘している。また途上国でも、患者は質のよい医療に対しては、「支払う意志(Willingness to Pay, - Lavy, V. and Quigley, J.M.)」を持っていることが確認されており、「投資」に見合う質のよい医療サービスの供与が求められている。

(2) 適正技術による基本的医療は、教育的にも有用である

途上国で勤務したわが国の保健医療専門家は、「現地の医療の最大の問題は、医療従事者の責任感・倫理感の欠如である。適切な医療サービスや説明を与えられないため、患者は医療施設を渡り歩いており、結局、医療資源の無駄をきたしている」と指摘している。先進国の高い人件費と厳しい精度管理への対策を目的に開発されたコンピューター化診療機器は、確かに途上国の現状に合っていない。また、安易に先進機器を供与することは、単に、原理や基本的手技の理解、正しい診断技術の段階的修得を妨げ、教育的効果を失わせている。病院プロジェクトを現地の物理的、社会的環境に適った、いわゆる適正技術(Appropriate Technology)による基本的医療(Primary Medical Care、以下PMC、基本的技術をもとにした医療)の実践の場として行うことにより、限られた資源の有効的活用と教育的効果を期待できる。

(3) 地域を含む全体教育の場とする

我が国の行う病院プロジェクトは、直接、その地域のPMCや医師、看護婦、薬剤師、臨床検査および放射線技師、栄養士、病院管理など、近代病院を維持するために必要なスタッフの再教育機能を担う。これに加えて、CHW(Community Health Worker, コミュニティ・ヘルス・ワーカー)・TBA(Traditional Birth Attendant, 伝統的産婆)など、実際に地域保健医療を担う人々やその指導者の養成の場、という教育的機能を持たせるならば、PHCと補完的な医療サービス網を形成することが可能であり、最終的に、相手国の医療の総合的なレベル・アップをはかることにつながる。

(1)~(3)をもとに、地域中核病院に、医療従事者の教育機能を持たせたフロント・ライン・ホスピタル構想を参考資料として添付した。

III これまでの病院プロジェクトの問題

内外で指摘されてきた病院プロジェクトの問題点は、次のように総括される。

① 相手国の現状に適った医療サービスを提供していない

例) 下痢、感染症、栄養障害などが主要疾患であるような国に、高度な先進機器を応用した病院が建設され、現地のニーズを満たしていない。また、交通通信手段、風俗、社会構造などの制約から、農村部や貧困層など、最も援助を必要とする人々に対して、十分な医療サービスを提供していないのみならず、途上国の貧しい保健医療財政を逼迫させてしまう。

② 病院の機能が現地の環境に適していない

例) 電気、(精製)水、特殊ガス供給など病院の機能の維持に必要な周辺環境が整っておらず、さらに、人材的、技術的、経済的にも、相手国カウンターパート(以下C/P)にとって、維持管理が困難な施設・機器が設置される。この結果、相手国による持続的な自主運営が不可能となる。

③ プロジェクトのハード面とソフト面が、必ずしも総合的に計画されていない

例) 無償資金協力(以下「無償」)が先行し、施設の完成にともなって、技術協力(以下「技協」)が要請されることが多かった。そのため、「技協」プロジェクト実施時において、いわゆる「使い勝手」の悪いハードを押しつけられる状態となっていた。

④ プロジェクト目的が総論的で評価が困難である

例) 施設建設や機材供与など、達成度が目に見えるハード面を除くと、プロジェクトのソフト面の目標が漠然とし、具体性に欠ける。したがって「技協」の専門家の業務内容が曖昧なまま経過し、評価や経過中の修正改善が困難である。

⑤ 本来の機能とは別の理由により、プロジェクトの円滑な運営が妨げられる

例) C/Pが、(十分)責任を果たさなかったり、個人的経済的理由でプロジェクトを離れたり、相手国の政治的変動により、受入れ体制や運営体制が大きく影響される。

⑥ 適当な人材のリクルートが困難である

例) 個人的に海外勤務を希望しても、所属先の下承が得られない場合がある。

IV 提言

病院プロジェクトをより効果的に実施するために、以下のような提言を行う。

1. 調査と計画案作成 [問題①、②、③]

前述の問題①、②および③に対しては、具体的な援助計画の作成に際し、経験と知識を持った専門家(単独または複数)によって、十分な時間(少なくとも数カ月以上、雨期乾期の明らかな地域では両シーズンにわたる)調査を行う。

援助は相手国の要請に基づくが、プロジェクトの具体的な形成・立案は、相手国責任者と我が国専門家が、十分、時間をかけ、協議して作成する必要がある。

また、PCM(Project Cycle Management)の手法を導入し、初期目標の達成を踏まえた後、次の過程を検討・実践する段階的計画により、次第に範囲、レベルを拡大・向上させることも重要である。途上国の厳しい経済的情勢を考慮するならば、援助側としては、原則を踏まえつつも予算の弾力的運用を検討する必要がある。

2. プロジェクト目的 [問題①、②、③、④]

各時期に応じて(専門家派遣後であっても)、例えば、医師何名にどんな技術を移転する、どのようなセミナーを開催する等の定量可能な目標とともに、質的評価にはKAP(Knowledge, Attitude and Practice)調査を導入する必要がある。

また、常にプロジェクト終了後の自立性と継続性を考え、適正技術の開発を目的とする専門家の派遣、研修員の受け入れを行う必要がある。

3. 無償資金援助との関わり〔問題①、②、③〕

「技協」としての病院プロジェクトを効果的に行うためには、適正な施設や機材が必要なことはいうまでもない。2.に述べたように、「無償」と「技協」は同レベルで考慮・企画されなければならない。

ハード面に関しては、例えば熱帯地方の建築物は、通気性を考え、高い天井や吹きだまりになる廊下を避けると共に、必要な場所には防塵処理を施すなど、現地に合った対応を行う。また、現地での部品補給が可能であれば、機材の第三国調達も行うなど、現実的対策を大幅に取り入れる。また国によっては、現地の研修生や勤務者の宿泊施設がプロジェクトの成果を左右することもあるため、適宜、対応する必要がある。

さらに、今後は、医療廃棄物、放射性廃棄物処理などへの配慮も加えられるべきであろう。また、機器や建築などのメンテナンスに対する対応も不可欠である。これまでのプロジェクトへの関与実績と経過などを詳細に分析し、民間をも含めた総合的海外サービス・ネットワークの形成によって、ハード面の効果的支援体制を構築することも必要であろう。

4. 人的問題〔問題①、②、③、④、⑥〕

プロジェクトに関与する専門家像は、プロジェクト期間を通じて同じではない。2.に記したプロジェクト案作成時には、単に医療の一分野の専門知識や経験だけではなく、公衆衛生学は無論、歴史、風俗習慣また政治経済などをも含む相手国文化の理解と、医療経済、管理運営、建築設計などさまざまな分野の知識と堪能な語学、さらに交渉術を必要とする。

また、プロジェクト実施時には、チームの目的と責任を十分理解し、全体を管理・統括するリーダーと、それぞれの保健医療分野の技術協力を行う各専門家など、専門家の任務も異なってくる。病院プロジェクトのリーダーには、保健医療の知識に加えて、特に管理・折衝能力が求められる。

新しい分野として、我が国にはまだ存在しない、このような専門家を養成する機構を確立する必要があるが、少なくとも、プロジェクト立案に携わる専門家やプロジェクト・リーダーには、異文化適応能力とともに、学際的トレーニングの場と身分処遇の保障が必要である。

5. 後方支援体制〔問題⑤〕

国内委員会の責任と権限を明確にし強化する必要がある。現状では、国内委員（会）の役割は、プロジェクト形成への部分的参画、派遣専門家のリクルート、巡回指導などにあるが、プロジェクト実施中の諸問題に対して、十分な総括的後方支援の責任を負うべきである。

現状では、政治的外交的レベルの問題やプロジェクト運営管理上の問題が、現地の専門家の対応に委ねられていることも多い。しかし、長期間、現地に在任する専門家が、直接、政治財政的問題に関与しないほうが好ましく、国内委員が主体となって対処すべきである。

6. 情報収集と広報について [問題①、②、⑤]

効果的の援助を行うには正しい情報が必要である。現在は、要請案が提出された時点、つまり第2次的な段階から情報収集が始まっているが、このような場合、ある程度の先入観があったり迅速な対応を欠くことが多い。また情報は、当該国のもののみならず、国際機関、諸外国政府、NGOなど各種援助団体などからも恒常的に収集することが必要である。

これは、単にハード面だけでなく、人的活動などソフト面での情報の入手、諸外国の援助動向も把握されなければならない。我が国が、国際的な援助と補完的、協調的であるよう、プロジェクト関係者やJICA職員の積極的なDonors Committeeへの出席が、求められよう。一方、開発援助情報には可能性や希望を述べた、いわゆる「ジャンク情報」も多く、入手したものを整理分析することも重要である。

これらとあわせて、わが国の関与しているプロジェクトの積極的なPR体制づくりも望まれる。

7. 運営・管理について [問題②、⑤]

問題⑤については、相手国からも、各分野のprogress reportを定期的に提出してもらうことをR/Dなどに記載し、C/Pの責任認識を喚起する。また、維持管理費については、国際機関やNGOとの連携や、自助努力の原則論を守りつつ、期間を限定した柔軟な対応を考えることも必要であろう。

また、第1頁に述べたように、相手国側からの先端技術の要求にも留意する必要がある。「基本的技術ばかりを押しつけ、先進技術に触れる機会を奪われている」と途上国研究者が不満を感じる事例も存在する。プロジェクトの段階的発展および自立性を睨んだ、中長期的な方針も、随時、提案・実践できるような計画が望ましい。

8. 地域社会とのかかわり [問題①、②]

I-1. (1) (2) (3) に述べた構想のフロントライン・ホスピタルである小型地域病院の運営は、必ずしもODAが担う必要はなく、現地の既存公的施設、あるいはNGOとの連携など、地域活性化の手段として対応することも可能である。また、これらの地域活動に必要な人材育成は、中核病院で行い、人的交流ネットワークを構築する。

V おわりに

ODAが国益を無視できない以上、現地のニーズからすれば優先順位が必ずしも高くな

い高度技術の導入を目的とする保健医療援助が、政治外交的レベルで扱われることも否定できない。しかし、全ての途上国に援助を必要とする保健医療問題が存在していることも事実であり、可能な限り「BHN(Basic HumanNeeds, 人間としての基本的ニーズ)」の範疇で対応する、という基本的姿勢が必要である。

一方、途上国の保健医療指数が劣悪な理由には、基礎教育、特に女性への教育不備により生じている問題も多い。したがって、病院プロジェクトという機会を利用した女性・女児への教育、治療という機会を利用した健康教育、さらに住民一般を対象とする啓発活動を考慮しておくことも重要である。また、多くの途上国では、医療制度、保健医療教育や各種保健医療専門職の制度が確立されていないが、わが国の援助を通じて、相手国が、これらの状況改善の必要性を認識し、プロジェクトが、直接的、間接的にでも改革へのインセンティブとなることを期したい。

さらに、既述のように、病院プロジェクトを保健医療従事者の全体的教育の場として位置づける観点から、プロジェクトの評価に際し、単に施設や機材の容量や数量、患者数といった物理的数値による評価や、病院の自立性、持続性、効率性を経済面のみから評価することも避けるべきであろう。

病院プロジェクトは、健康の維持・向上あるいは保健教育という、量的判断では評価しがたい最終目的を持つ。今後は、病院プロジェクトを質的に評価するための、より普遍的な基準を設定する必要があるだろう。

(参考資料)

—— 地域中核教育病院とフロントライン施設例 ——

- 目的 300ないし400 ベッド程度の内科系(一般内科、呼吸器科、消化器科、循環器科)、外科系(一般外科、整形外科、泌尿科)、小児科、産(婦)人科、P H C部門(予防接種など)を持つ中核病院の建設(または改修)。および30ないし40ベッドのフロントライン・ホスピタル網の確立。
- 第Ⅰ期 3年
ハード面(病院建設・改修と機材選定)のための調査および実施。
ソフト面では、既存施設を利用して、できるだけ多職種の人材養成。
- 第Ⅱ期 3年
第Ⅰ期で養成された人材を中心に、第Ⅰ期で設置された中核病院で実地の医療サービスを開始し、現地指導者によるさらに多くの保健医療従事者の再教育(On the Job Training)を行う。なお、この時期は、カリキュラム作成と適正技術開発に重点をおく。
同時に、第Ⅲ期に向けて、(養成された人材を配置する)フロントライン・ホスピタル(後述)設置モデル地域の調査とその設計を行う。
- 第Ⅲ期 3年
第Ⅱ期の機能を継続しつつ、フロントライン・ホスピタルを建設(または既存施設の改修)または増設し、中核病院とのリファラル体制を構築する。
- 第Ⅳ期 3年
第Ⅲ期の機能を継続しつつ、フロントライン・ホスピタルのある地域のCHWやTBAの指導者教育を中核病院で行う。また、1ネットワークが、期待どおり機能すれば、他地域の中核病院建設または国家レベルの上位第3次医療施設設置を考慮する。

(注)

適正技術：真に途上国で必要とされ活用されるべき科学的技術。

このtechnologyにはmethod(方法)、procedure(手順)、technique(技能)、equipment(機器)を含み、地域の社会文化に合い、コミュニティ・ヘルス・ワーカーや住民にも理解可能であり、またその地域で入手・管理・発展可能であるという適正(appropriate)なものをいう。ここでは、BRS(Basic Radiological System, 基礎放射線診断装置)や半定量法測定などが適性技術としてあげられよう。

実際の例を付図に示す。

フロントライン・ホスピタル設置モデル案作成の前提条件

1. 病床数 320床、床面積15,000㎡程度の地域核病院（教育的機能をもつ）
2. 熱帯地方での気候を考慮して、中庭を囲んで片廊下式平面形を基本とする
3. 上下方向の移動にエレベーターとスロープの併設

4. 内 容

外来部門（内科系、外科系、小児科系、産婦人科系、リハビリ）

予防部門（予防接種、ORS指導、栄養指導、健康教育）

救急外来部門

中央部門（X線3室、検査室3室）

手術部門（手術室3室）

分娩（分娩室2室）

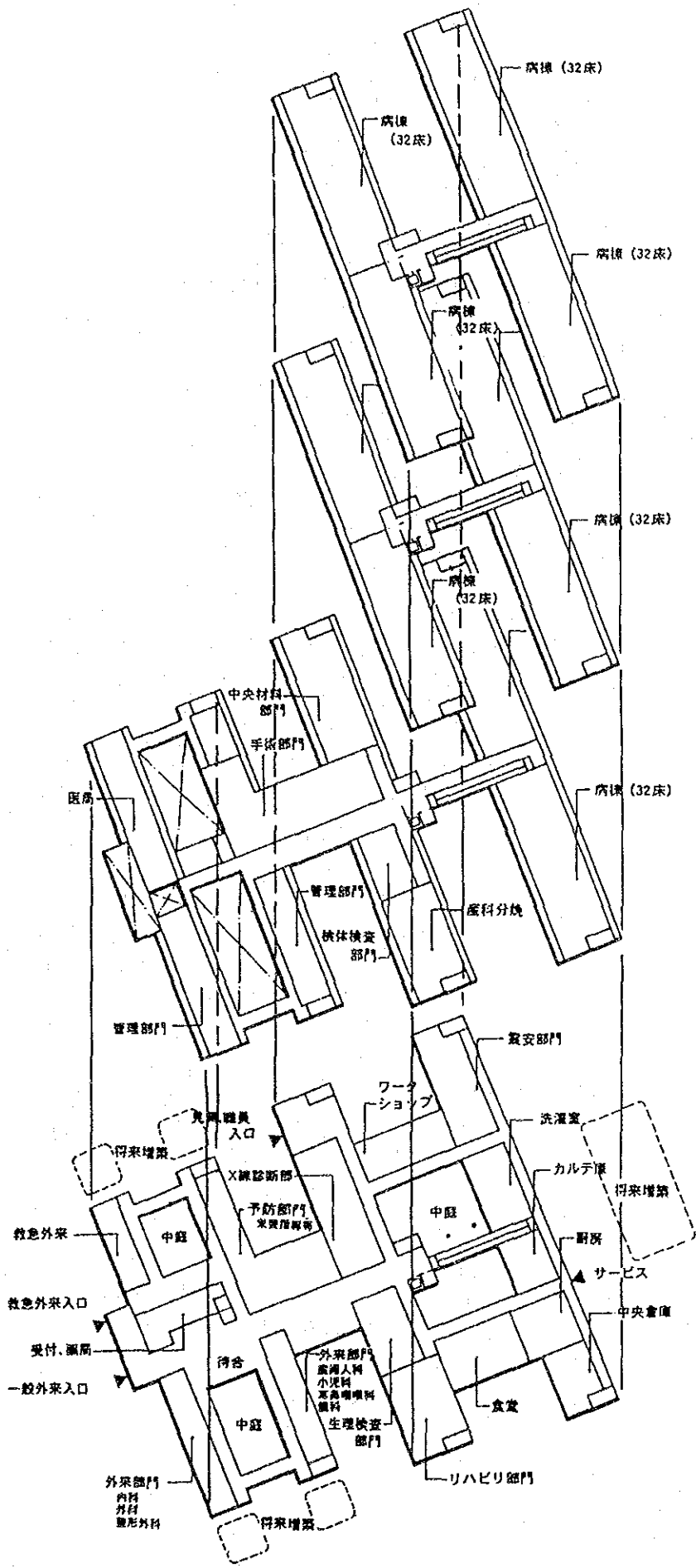
病棟32床を1看護婦単位とし、10看護単位

サービス部門（給食部門、洗浄部門、ワークショップ、中央倉庫）

管理研修部門（医局・研修室、会議室、図書室等）

5. 各部門の面積

外 来 部 門	約 10 %
予 防 部 門	約 10 %
中 央 部 門	約 15 %
病 床 部 門	約 40 %
サ ー ビ ス 部 門	約 15 %
管 理 ・ 研 修 部 門	約 10 %
計	100 %



4階平面図

3階平面図

2階平面図

1階平面図

海外医療協力委員会タスクフォース名簿 病院・臨床医学協力分野

新 崎	康 博	国立国際医療センター	国際医療協力局
伊 藤	晴 通	東邦大学医学部	新生児教室
金 川	修 造	国立国際医療センター	国際医療協力局
喜 多	悦 子	国立国際医療センター	国際医療協力局
木 下	牧 子	国立国際医療センター	国際医療協力局
近 藤	達 也	国立国際医療センター	脳神経外科医長
椎 名	丈 城	国立国際医療センター	国際医療協力局
志 摩	チヨ江	(株)国際看護交流協会	理事
舘 野	勝 雄	光電メディカル株式会社	代表取締役
建 野	正 毅	国立国際医療センター	国際医療協力局
田 中	邦 彦	薬 劑 師	
田 辺	穰	国立国際医療センター	国際医療協力局
長 岡	嶺 男	(株)山下設計	企画設計部長
長 澤	泰	東京大学工学部建築学科	教授
信 友	浩 一	国立循環器病センター研究所	生化学部長
堀 内	正	国立国際医療センター	呼吸器科医師
本 田	五 月	国立国際医療センター	手術室看護婦長
箕 浦	茂 樹	国立国際医療センター	産婦人科医長
三 好	知 明	国立国際医療センター	国際医療協力局

(五十音順)

JICA

11