

コスタ・リカ共和国
胃ガン早期診断プロジェクト
事前調査団報告書

平成6年8月

国際協力事業団
医療協力部

ICN
605
43
MCN
LIBRARY

医協二
J R
94 - 46

JICA LIBRARY



1122427 [6]

28410

コスタ・リカ共和国
胃ガン早期診断プロジェクト
事前調査団報告書

平成6年8月

国際協力事業団
医療協力部



国際協力事業団

2010

序 文

コスタ・リカ共和国は中米地域で政治経済的に最も安定し、その民主的国政運営と共に軍備を保持しない平和国家としての路線を確立し、紛争の多発する同地域の中で模範となり得る存在となっています。我が国はこれまで同国において周辺地域からも研修員を受入れる第三国研修等の実施に協力してきましたが、今般、同国政府は胃ガン早期発見システムの構築に係るプロジェクト方式技術協力を要請越しました。

同国においてガンは死因の5.5%を占め（1988年）、うち胃ガンによる死亡率は他のガンに比較して最も高くなっています（18.8%、1991年保健省資料）。しかし、早期発見システムが確立されておらず、早期胃ガンの発見率はわずか3%であり、発見後の生存率は極めて低い状況にあります。同国政府はコスタ・リカ社会保障公庫とコスタ・リカ大学の活動を強化し、ガンの発生率の高い地区（先方要請書によれば貧困層の多く居住する地区）を対象とした早期集団検診プログラムの策定及びその実施について我が国の協力を求めているものです。

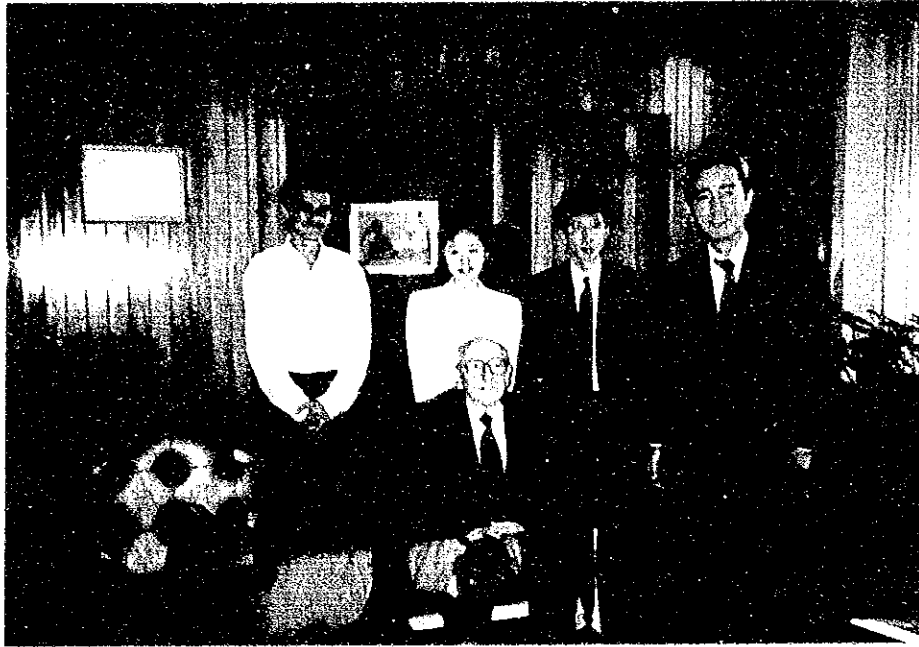
これを受け、我が国は平成6年7月28日から8月11日まで、本要請の背景、内容及び先方の実施体制等を調査し、本件協力の実施可能性と妥当性を検討すべく事前調査団を派遣しました。本報告書は調査団が実施した調査及び先方政府との協議結果等について取り纏めたものです。

ここに、調査団各位ならびに本調査にご協力を賜った関係各位に深甚なる感謝の意を表しますと共に、本件プロジェクトが実施の運びとなった際には更なるご指導、ご鞭撻をお願いする次第です。

平成6年8月

国際協力事業団

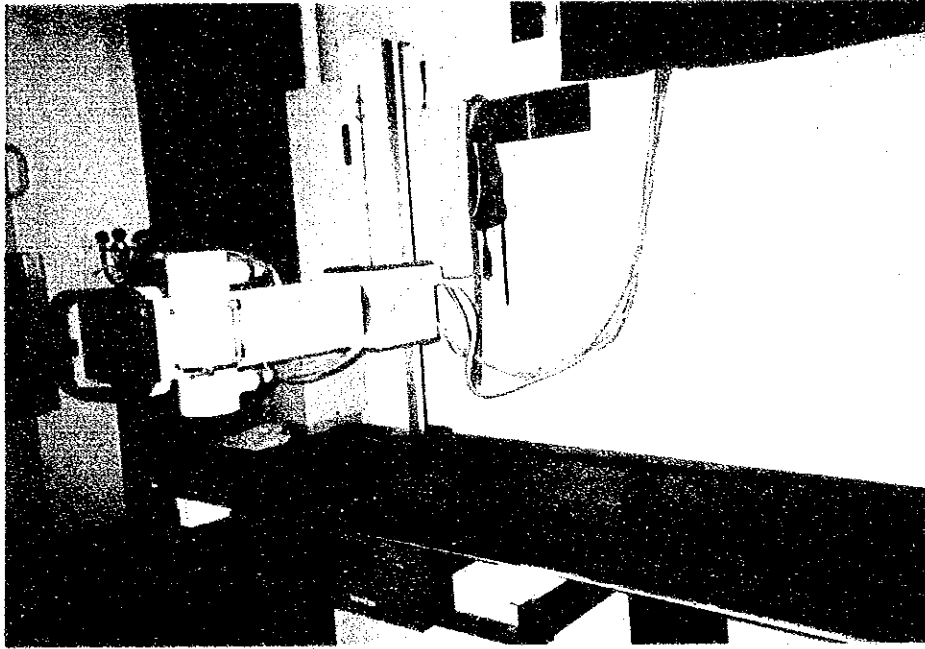
理事 小澤 大二



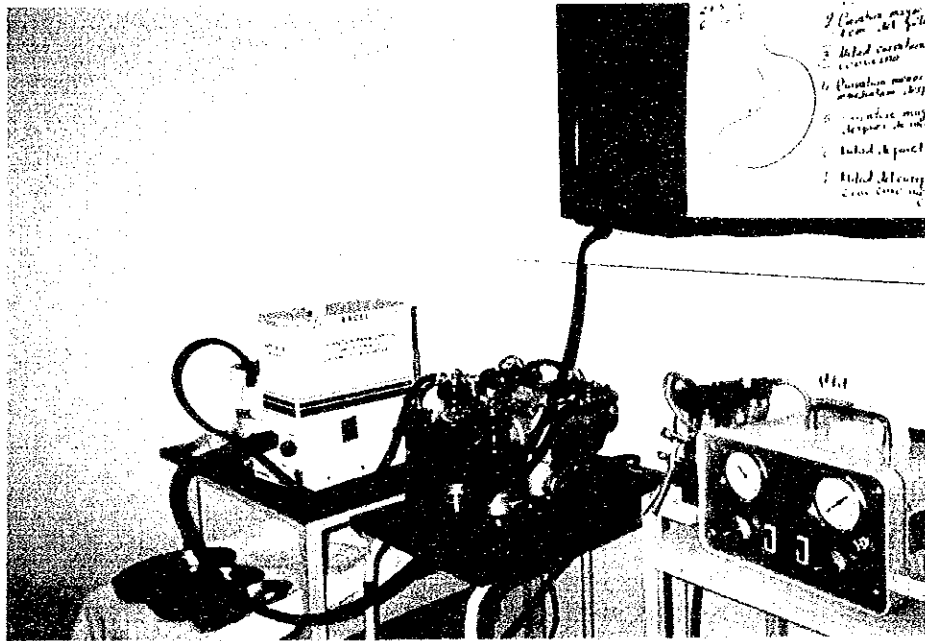
保健省



Dr. Max Peralta病院



レントゲン装置



内視鏡



合同協議



ミニッツ署名

目 次

序 文
写 真

1. 事前調査団の派遣	1
1-1 調査団派遣の経緯と目的	1
1-2 調査団の構成	2
1-3 調査日程	2
1-4 主要面談者	3
2. 総括（相手国との協議結果）	4
2-1 本件事前調査団の協議議事録（ミニッツ）の内容（仮訳）	4
2-2 ミニッツ作成上の問題点	7
3. 要請の背景	8
3-1 死亡原因	8
3-2 悪性新生物	8
4. 開発計画の現状と関連	11
5. 協力分野の現状と問題点	12
5-1 コスタ・リカ大学	12
5-2 社会保障公庫（CCSS）	12
5-3 Dr. Max Peralta病院	12
5-4 地方保健所	12
5-5 国民皆保険制度	13
5-6 胃ガン診断	13
6. 要請の内容	14
7. 日本の他の協力との関連	15

8. 第三国（国際機関を含む）の協力概要	16
8-1 国際機関	17
8-2 諸外国	17
8-3 NGO	17
9. 技術協力の基本計画	19
9-1 目標	19
9-2 モデル地区での胃ガン検診システムの確立	19
9-3 施設	19
9-4 機材	20
9-5 胃ガン検診システムの確立に伴う統計処理	20
10. 相手国のプロジェクト実施体制	21
10-1 保健医療行政	21
10-2 実施機関の組織及び実施体制	22
10-3 プロジェクトの組織及び関係機関との組織関連	22
10-4 プロジェクトの予算措置	22
10-5 建物・施設等計画	23
10-6 カウンターパートの配置計画	23
11. 専門家の生活環境	30
11-1 住宅事情	30
11-2 教育事情	30
11-3 治安事情	30
11-4 食料事情	30
11-5 医療事情	30
11-6 通信・交通事情	30
12. 技術協力の妥当性	31
12-1 コスタ・リカ大学の研究課題の提供	31
12-2 CCSSの経済効果	31
12-3 医療技術向上	31
12-4 胃ガン患者の救済	31
12-5 国際貢献	31

13. 協力実施に当たっての留意事項	32
13-1 協議におけるコスタ・リカ側のプロジェクトに対する印象	32
13-2 目的	32
13-3 広報活動	32
13-4 人材育成	32
13-5 研究	33
13-6 評価	33
13-7 治療への参加問題	33
13-8 まとめ	33
附属資料	35
① ミニッツ (M/M)	37
② 実施計画表 (案)	47
③ 新聞記事	48

1. 事前調査団の派遣

1-1 調査団派遣の経緯と目的

(1) プロジェクトの経緯

コスタ・リカ共和国（以下、コスタ・リカと略す）は政治経済的安定から中米地域の拠点国と位置付けられ、我が国も保健医療を含め第三国研修等の協力を行って来ているところ、今般同国における早期胃ガン診断体制の確立について我が国の協力を要請越した。

同国においてガンは死因の5.5%を占め（1988年統計）、うち25%が胃ガンによるが早期胃ガンの発見率はわずか3%であり、発見後の生存率は先進諸国と比較して、極端に低い状況にある。コスタ・リカ大学とコスタ・リカ社会保障公庫（CCSS）はガンの発生率の高い住民（先方要請書によれば貧困層）に対して早期集団検診のプログラムを検討しており、同時に胃ガン生医学研究所を設立し、同プログラムの調整、各活動のシステム化、情報の収集・分析を実施すべく要請越した。

これに対し我が国は1994年7月、本調査団を派遣し、先方要請内容（我が国協力の必要性）の確認、我が方技術協力スキームの説明、その実行可能性等について先方と協議することとした。

(2) 調査団派遣の目的

本調査団は要請の背景及び内容を詳細かつ正確に把握し、プロジェクトの形成と国家開発計画等の上位計画のなかでの位置付け、相手国の当該プロジェクトに対する実施体制等を明確にしてプロジェクト協力の可能性を確認することである。

相手国の協力要請の内容と実施体制につき以下の内容を調査して、我が国が技術協力として実施するプロジェクトの実施基本方針及び実施計画を確認すると共に、先方と協議の上、プロジェクト協力計画を作成する。また必要があれば、プロジェクトの実施に関して提言を行う。

- 1) 要請の背景及び内容
- 2) 協力対象分野の現状と問題点
- 3) コスタ・リカ側プロジェクトの実施体制
- 4) 技術協力の基本計画
- 5) その他留意点

1-2 調査団の構成

	担 当	氏 名	所 属
団長	総 括	梶原 哲郎	東京女子医科大学附属第二病院外科部長
団員	放 射 線	大川 智彦	東京女子医科大学放射線科教授
団員	外 科	芳賀 駿介	東京女子医科大学附属第二病院外科助教授
団員	協力計画	大野 裕枝	国際協力事業団医療協力部医療協力第二課職員

1-3 調査日程

日順	月日	曜日	移動及び業務
第1日	7/28	木	移動 成田→サンホセ
2日	29	金	在コスタ・リカ日本国大使館表敬、経済企画省表敬、保健省表敬、社会保険公庫表敬、コスタ・リカ大学表敬、秋本大使主催レセプション
3日	30	土	資料作成
4日	31	日	休日
5日	8/1	月	カルタゴ視察 (Dr. Max Peralta病院視察、保健所、診療所)、コスタ・リカ大学視察
6日	2	火	資料整理
7日	3	水	合同協議
8日	4	木	合同協議
9日	5	金	合同協議 (M/M作成)
10日	6	土	資料整理
11日	7	日	休日
12日	8	月	ミニッツ署名・交換 在コスタ・リカ日本国大使館報告
13日	9	火	移動 サンホセ→サンフランシスコ
14日	10	水	移動 サンフランシスコ発
15日	11	木	移動 成田着

1-4 主要面談者

(1) コスタ・リカ側

CCSS

Dr. Max Peralta 病院

コスタ・リカ大学

保健省

経済企画省

Dra. Julieta Ridríguez

Dra. Ruth Villarreal

Dr. Guilleromo Silesky

Dr. Jorge Gutierrez

Dr. Manueel Murillo

Lic. Victoria Hernandez

Dra. Rafaela Sierra

Dr. Reinaldo Con Wong

Dr. Francisco Miranbell

Dr. Hernal Weinstock

Sr. Mario Mora

Sr. Sigifredo Guevara

医療部長

医療サービス技術課職員

院長

研究担当副学長

国際協力担当副学長

国際協力担当官

保険研究所教授

外科顧問

放射線科顧問

大臣

大臣代理

担当官

(2) 日本側

在コスタ・リカ日本国大使館

JICA

秋本健志郎

石井 豊美

小塚 芳道

特命全権大使

二等書記官

専門家

2. 総括（相手国との協議結果）

本調査団はCCSS、コスタ・リカ大学、経済企画省（援助の窓口機関）を主な協議相手とし、調査団対処方針に沿って本件要請の背景及び内容を詳細に把握し、カウンターパート配置やプロジェクト運営管理・予算措置等の先方プロジェクト実施体制を調査、確認し、我が国のプロジェクト方式技術協力の仕組みについて説明を行い、その対象案件としての妥当性を確認した。

その結果、本件協力事業実施の必要性、可能性が確認されるに至り、以下の項目について合意し、本調査団長、CCSS総裁、コスタ・リカ大学学長、経済企画省大臣との間で本調査に係るミニッツを英西両文にて署名・交換した。

双方で合意した内容は以下の通りである。

2-1 本件事前調査団の協議議事録（ミニッツ）の内容（仮訳）

(1) プロジェクト名称

胃ガン早期診断プロジェクト

(2) プロジェクトの目的

本プロジェクトの上位目的は、胃ガンによる死亡を減少させるためにコスタ・リカ国全体のモデルとなる早期胃ガン集団検診システムを、モデル地区に設立することである。

(3) プロジェクトの目標

- 1) 日本とコスタ・リカ間の技術・情報の交換
- 2) 胃ガン診断のための人材育成及び技術の向上
- 3) 胃ガン診断のデータバンクの設立
- 4) 胃ガン診断の向上のための方法の開発

(4) 実施機関

Dr. Max Peralta病院、カルタゴ

(5) 実施期間

日本の技術協力はR/Dで合意された日より5年間とする。

(6) モデル地区

Dr. Max Peralta病院の対象地区（カルタゴ）、その他が考慮される。

(7) 技術協力

- 1) コスタ・リカ政府は、調査団より説明された日本側プロジェクト方式技術協力の仕組みにつき理解した。日本の技術協力は以下の通り実施される。
 - a. 日本人専門家の派遣
 - b. 日本における研修のためのコスタ・リカ側カウンターパートの受入れ

c. プロジェクトに必要とされる資機材の供与
2) プロジェクトは以下の日本人専門家を受入れることとする。

- a. チームリーダー
- b. 外科専門家
- c. 内科専門家
- d. 放射線専門家
- e. 病理学専門家
- f. 内視鏡専門家
- g. 公衆衛生専門家
- h. 臨床技師
- i. 調整員
- j. その他

3) コスタ・リカ側カウンターパートの日本での研修を実施する。

4) 日本政府はプロジェクトの実施に必要とされる資機材の供与を行うこととする。

(8) 責任機関

Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS、コスタ・リカ社会保障公庫) 及び Universidad de Costa Rica (UCR、コスタ・リカ大学) は、(9)に記載された措置を取り、プロジェクトの円滑な実施のための合同責任を負う。CCSSは臨床の、UCRは研究・情報システムの分野について責任を負う。R/Dの署名に先立ち両機関の間で協定を結ぶこととする。

(9) コスタ・リカ側の取るべき措置

コスタ・リカ政府は、プロジェクトの円滑な実施のため、以下の措置を取ることに合意した。

- 1) 日本人専門家より技術移転を受けるべく、(あるいは) また、日本にて研修を受けるべく十分な人材の配置をすると共に、係る人材が本件プロジェクトの発展に寄与すべく継続して業務することを保証する。
- 2) プロジェクトの発展及び機能維持のための十分な人材を配置する。
- 3) 必要な設備を提供する。
- 4) プロジェクト実施のための予算を確保する。
- 5) その他双方が合意した事項。

(10) 合同委員会

1) 委員会の構成

プロジェクトの円滑な実施のために、以下の3つの委員会から成る合同委員会がプロジェクト開始時に設置される。

- a. 運営委員会
 - プロジェクトのCCSS医療ディレクター
 - Dr. Max Peralta病院代表
 - コスタ・リカ大学代表
 - 日本国大使館代表
 - 日本人専門家リーダー
 - 保健省代表
 - b. 諮問委員会
 - X線アドバイザー
 - 消化器アドバイザー
 - 国家ガン評議会代表
 - 消化器病理アドバイザー
 - 消化器外科アドバイザー
 - 日本人専門家リーダー
 - 公衆衛生アドバイザー
 - c. 病院の管理委員会
 - プロジェクトのディレクター
 - 日本人専門家調整員
 - 病院長
 - 病院事務局長
 - その他関連部門の代表
 - コスタ・リカ大学代表
- 2) 委員会の役割
- a. 運営委員会
 - 運営委員会は上位のプロジェクトの計画・実施の意思決定機関とする。
 - プロジェクトの計画と評価
 - 国家政策に沿ってのプロジェクトの骨子、戦略の決定
 - 必要な協力、支援を得るための国内機関及び国際機関との情報交換及び折衝
 - プロジェクトの推進・実施の管理
 - 研修員、研修分野の決定
 - b. 諮問委員会
 - 運営委員会に対するプロジェクトの技術面での助言
 - 折衝に関しての運営委員会の支援
 - 運営委員会及びプロジェクト外の医療関係者の連系の支援

c. 病院の管理委員会

運営委員会の決定に沿って病院内でのプロジェクトの調整
プロジェクトの機材の保守・管理

(11) 翻訳

本ミニッツは英西両文にて作成された。双方のミニッツに理解の不一致が生じた場合には、英文を優先する。

2-2 ミニッツ作成上の問題点

(1) 名称

日本側の名称は長すぎる、コスタ・リカ側はセンターとすることに問題ありとしてEarly Detection of Gastric Cancerとした。

(2) Specific Objectives

本プロジェクト期間の5年間に実施可能な内容を記載した。

(3) Responsible Organizations

コスタ・リカ側はCCSSとコスタ・リカ大学の両方の記載を要求し、日本側は責任の所在を1カ所にして欲しい旨要望した。双方の意見交換が行われた。その結果Over Allの責任をCCSSとコスタ・リカ大学が持つと言うのであれば問題はないということで原案通りとなった。

(4) Joint Cordination Comitee

本プロジェクトを遂行するために3つのCommitteeが組織される。

(5) 政治的配慮

当ミニッツ原案検討中のコスタ・リカ側からはCCSSコスタ・リカ大学、及び経済企画省の担当官が出席した。担当官の申し出によれば、医療現場の関係者は胃ガン検診の重要性を認識しており、更に高いレベルへの移行努力をしているが、上層部の認識が不十分であるため、胃ガン検診のレベルの高い日本の検査、治療等の実態を把握させることを目的とした上層部関係者の日本での研修の必要性があるようである。

在コスタ・リカ日本国大使館秋本大使からも、プロジェクト運営実施上、重要な人物の日本での研修の必要姓を指摘された。

本プロジェクトを実施するに際してCCSSの経済的支援は不可欠であり、プロジェクトサイトでの業務活動をスムーズに実施するために、このような上層部関係者のプロジェクト関連分野に対する理解を深めるための方策が必要であろう。

3. 要請の背景

3-1 死亡原因

コスタ・リカにおける死亡者数（人口1万人に対する死亡率）は、1970年の67人から1990年の3.8人と著しく減少しており、特に1970年から1975年の間における減少が顕著である。主な死因としては1970年に1、2位を占めていた下痢症（胃腸炎及び結腸炎）、気管支炎、肺炎が減少し最近では心筋梗塞、胃ガンがそれぞれ上位を占める状況にある。最近（1970～1990年）の国内における主要な死亡原因の推移は、下表の表1に示す通りである。

表1 死亡原因の推移

死 因	1970年		1975年		1980年		1985年		1990年	
	死者数	率	死者数	率	死者数	率	死者数	率	死者数	率
a)下痢症	1,208	7.0	496	2.5	118	0.5	148	0.6	174	0.6
b)気管支炎、肺炎	853	4.9	389	2.0	310	1.4	229	0.9	261	0.9
c)筋梗塞	442	2.6	540	2.7	634	2.8	922	3.5	910	3.0
d)他の心不全	443	2.6	157	2.7	180	0.8	189	0.7	202	0.7
e)悪性新生物（胃）	353	2.0	389	2.0	377	1.7	556	2.1	552	1.8
f)その他（交通事故等）	8,205	47.4	7,644	38.8	7,654	33.6	8,449	32.0	9,267	30.7
合 計	11,504	66.6	9,615	48.9	9,273	40.8	10,493	39.8	11,366	37.7

注：率は人口1万人に対する死亡者数

出典：MEMORIA ANUAL 1991, MINISTERIO DE SALUD

3-2 悪性新生物

近年、増加の傾向にあり、死亡数で見ると1975年1,356人（対10万人：68.9）であったものが、1990年には2,208人（対10万人：73.2）に増加している。部位で見ると胃ガン、肺ガンが常に上位1、2位を占めており、特に胃ガンによる死亡数は肺ガンの死亡数の約3倍であり、他のガンによる死亡数を大きく引き離している（表2参照）。

男女別にガンによる死亡率をみると、1990年、男性が1,254人で全体の56.8%を占めている。また、男女とも胃ガンの死亡者が一番多く、以下男性では肺ガン、前立腺ガン、白血病、肝臓ガンが上位5位であり、女性では乳ガン、子宮ガン、白血病、肺ガンで、男女共に上位5位によりガンによる死亡数の過半数が占められてる（表3参照）。

表2 悪性新生物による死亡率

部 位	1975年		1980年		1985年		1989年		1990年	
	件数	率	件数	率	件数	率	件数	率	件数	率
胃	385	19.8	377	16.6	556	21.0	633	21.5	552	18.3
肺、気管支	97	4.9	118	5.2	169	6.4	197	6.7	188	6.3
白血病	81	4.1	83	3.6	109	4.1	130	4.4	129	4.3
乳房	56	5.6	70	6.2	111	8.5	116	8.0	130	8.7
子宮	54	5.4	76	6.7	99	7.6	106	7.3	108	7.2
すい臓	54	5.4	57	2.5	84	3.2	90	3.1	106	3.5
前立腺	49	5.0	76	6.6	96	7.2	137	9.2	118	7.9
肝臓	22	1.1	63	2.8	107	4.1	121	4.1	111	3.7
その他	558	-	583	-	762	-	828	-	766	-
合 計	1,356	68.9	1,503	66.0	2,093	79.2	2,358	80.2	2,208	73.2

注：率は人口10万人当りの割合

出典：MEMORIA ANUAL 1991, MINISTERIO DE SALUD

表3 男女別の悪性新生物による死亡率上位5位 1990年

男性			女性		
部 位	件数	率	部 位	件数	率
胃	389	22.5	胃	163	10.9
肺、気管支	138	9.1	乳房	130	8.7
前立腺	118	7.7	子宮	108	7.2
白血病	72	5.6	白血病	57	3.8
肝臓	63	4.1	肺、気管支	50	3.4
その他	474	-	その他	446	-
合 計	1,254	68.9	合 計	954	64.0

注：率は対10万人に対する割合

出典：MEMORIA ANUAL, MINISTERIO DE SALUD

4. 開発計画の現状と関連

コスタ・リカにおける現行の最上位の保健医療計画は、1990年に保健省によって作成された「国家保健医療計画1990-1994年 (Plan Nacional de Salud 1990-1994)」である。同計画における基本目標は次の通りである。

- 全国民が、地域格差のない保健医療サービスを受けられるような環境の整備
- 保健医療サービスの特定地域への集中を是正し、効率的に統合された保健セクターの確立

これらの基本目標達成のため、保健省によって推進されている対策実行プログラムは以下の通りである。

- 幼児及び青少年のための保健医療の推進
- 女性のための保健医療の促進
- 成人及び慢性疾患のための保健医療体制の整備
- 高齢者のための保健医療体制の整備
- 栄養改善の促進
- 歯科医療の推進
- 性病対策の促進
- 拡大予防接種計画 (EPI) の推進
- プライマリ・ヘルス・ケア (PHC) の普及・推進
- 皮膚病対策の促進
- 呼吸器疾患対策の推進
- エイズ対策のための体制整備
- 腫瘍対策の促進
- 耳鼻咽喉科医療活動の体制整備
- 眼科医療活動の体制整備

以上の実行プログラムを支援するため、国家予算 (中央政府の総支出) における保健医療部門への支出割合も拡大する傾向にあり、1972年における国家予算の同部門における占有率は4.0%であったが、1990年には26.3%へと大幅な増加となっている。

また、保健医療セクター全体の経費は、1991年に46,662百万コロン (国内総生産の6.9%) であった。このうち各機関の占める割合は、保健省10.8%、CCSS 76.5%、ICAA 7.3%、INS 3.0%、地方自治体が2.4%であった。

5. 協力分野の現状と問題点

本プロジェクトの協力対象と考えられる以下の施設の現状と問題点を挙げる。

5-1 コスタ・リカ大学

当国の医学教育の中核的存在の大学である。5年間の教育の後、1年間地方のCCSSの病院でインターンを行い、コスタ・リカ医師協会のメンバーに加入することで医師として登録される。医学部の学生数は年度により違いがあるが平均70名であり80~85%の卒業率である。他に私立大学の医学部があるが学生のほとんどが他国からの留学生である。その技量、知識に問題はあるが、医師の数は十分のようである。大学は研究機関であり医師の卒後教育は行っていない。大学院制度はいまだ確立しておらず修士過程までである。日本で言うところの博士（PHD）過程はなく、博士号は、外国で取得している状況である。

5-2 社会保障公庫（CCSS）

同公庫は国の予算、会社の保険等より運営され独立採算により政治的支配を受けない。大学卒業後同公庫の管轄下の病院でインターンを行い医師となる。同病院で希望の科に属し卒後教育を受けることになるがいまだ専門医制度は確立していない。

5-3 Dr. Max Peralta病院

本病院が当プロジェクトの活動施設となる。首都サンホセから20kmの人口38万のカルタゴにあり、1782年サンファンデオス病院として設立1901年の地震で崩壊、Dr. Max Peraltaの支援で再建。現在246床で改築中であり将来は360床を予定している。

胃ガン検診センターを設置するための十分なスペースが確保されている。病院は活発な活動を行っている印象を得た。しかし設備についてはX線装置は20年前のシーメンスの機械であり、しかも患者は7カ月先まで予約があるという状況である。内視鏡の検査は古いオリンパス1本でただ観察するだけでフィルムには撮影していなかった。

病院はCCSSの管轄下でありCCSSの予算で運営され、独立採算ではない。病床利用率は85%を越えており、入院患者数、各科別患者数、手術数、死亡患者数、死亡原因等々、病院内の統計は詳細にされ、これらの情報はいつでも検索できるようになっている。

5-4 地方保健所

Dr. Max Peralta病院は120床の分院と20の保健所を管轄している。保健所においては主として乳児、妊婦の栄養管理を行い、必要に応じて投薬は可能である。住民の健康管理、登録も充実していた。保健所には厨房がありここでは栄養士が食事指導をしていた。開発途上国の死因

の内、高率である乳児死亡に対する積極的な対応ぶりが窺え、患者の動向を調査する事も可能である。医療統計の信用度もあり信頼できる。

5-5 国民皆保険制度

コスタ・リカは軍隊がなく国民の教育、医療に重点をおいているとされている。保険制度による治療費の保障は実施されており個人負担のないことを確認した。CCSS配下の病院の他にプライベートの病院も存在し、医師は公立の病院に勤務すると同時に午後には自己のクリニックで診療するというシステムは中南米共通の制度である。当然裕福な患者はプライベートのクリニックに集まり、設備も良いという傾向はある。又、本システムの利点、欠点は国際協力事業団が中南米で実施する医療協力活動において共通していると言えよう。

5-6 胃ガン診断

- (1) 今回のモデル地域の人口35万人に対する中心医療機関であるDr. Max Peralta病院では胃ガン診断に用いられている胃X線検査装置は1台、胃内視鏡1台である。しかも、この病院の支所である20か所のClinicには検査装置は設置されておらず、胃ガン診断に用いられている検査機器は極端に少なく、この地域では検査の必要な有症状者は7か月待ちの状態である。また、使用されている内視鏡の機種はオリンパス製のXQ10でかなり古いものであり、検査時の写真撮影による記録も財政的理由により行われていない。

この状況はコスタ・リカ全体にも該当するものと思われ、胃ガンを早期に発見できない大きな要因と考えられる。

- (2) Dr. Max Peralta病院の消化器専門医は3名で、胃内視鏡を担当しているが、全国的にみても内視鏡の専門医は30名足らずといわれ、そのうち信頼できる医師は数名であることがコスタ・リカ側の意見であった。
- (3) 病理組織学的検査-病理医は3名の常勤医と1名の非常勤医である。他の検査の状況から推察しても十分行われているとは思われない。

6. 要請の内容

本プロジェクトの要請内容は表4の通りである。

表4 プロジェクト方式技術協力要請案件調査表

国名 コスタ・リカ

相手国側実施機関	プロジェクト名	(和文) 早期胃ガン集団検診 (英文) EARLY GASTRIC CANCER MASS DETECTION
	実施機関名	(和文) コスタ・リカ大学及びコスタ・リカ社会保障公庫 (英文) UNIVERSIDAD DE COSTA RICA, CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
	同所(主)管官庁名	(和文) 文部省及び厚生省 (英文) MINISTRY OF PUBLIC EDUCATION, MINISTRY OF PUBLIC HEALTH
	同事業概要 (事業内容、年間予算額等)	コスタ・リカの大学教育及び研究機関 予算額：現在照会中
要請目的・内容等関連事項	要請の目的・内容	国内の胃ガン発生率が比較的高い地域を選別し、検診車で訪問し1日平均50件のスクリーニング検査を実施する。胃ガンの疑いのある者は首都のガルデロン病院に送り、内視鏡による検診を施す。また、内視鏡検診を行うことにより、早期胃ガン診断システムを設け、他の地域及び他の種類の腫瘍の早期発見に応用する。
	専門家の人数・分野	疫学、X線、病理他日本側提案の分野で日本側提案の人数
	研修員の人数・分野	疫学、X線、病理、腫瘍学他日本側提案の分野で日本側提案の人数
	供与機材(主要品目、金額)	X線機材付き集団移動検診車等日本側提案のもの
	無償資金協力要請の有無	無し
	無償不採択の場合	(建物、施設)手当て可
	拠点となる施設の状況	既存施設の利用
	カウンターパート、	1. X線、内視鏡、病理、外科等専門医5名(公庫提供) 疫学専門医1名(大学提供)
	予算確保状況	2. 大学、公庫で100万ドル(5年間)計上を予定
	我が方の協力との関係	1. プロ技：コスタ・リカ大学に対する医療協力 2. 研修員受入れ 3. 専門家派遣
第三国・国際機関からの協力の有無及びその内容	本件に関して特になし	
国家開発計画における位置付け		

7. 日本の他の協力との関連

保険医療分野ではこれまでにコスタ・リカ大学医学部プロジェクト（1987年11月2日～1981年3月31日）が実施された。内容は熱帯病原、寄生虫等の医学研究及び微生物学・農学部の実験研究のための電子顕微鏡操作技術、研究方法の協力である。

また、本プロジェクトの成果を踏まえて、同大学にて電気顕微鏡技術の第三国研修が実施された。その目的は1)電子顕微鏡技術応用のための人材養成、2) 地域発展に重大な影響を与える病気に関する情報交換の促進の2点である。中南米地域の11か国からの参加者を迎え、1981年から1991年までに10回開催された。

8. 第三国（国際機関を含む）の協力概要

保健医療セクターへの国際協力は1986-1989年で総額41,390千米ドルで、同セクターの総支出（734,400千米ドル）の5.6%であった（表5参照）。

表5 保健医療セクターへの国際協力 1986-1989年

プロジェクト名	金額（千US\$）	拠出元
一般	487.6	Kellogg財団
熱帯病	2,500.9	スウェーデン
小児救済	1,640.5	UNICEF、 欧州共同体、 イタリア
同上	70.0	UNICEF
同上	21.0	USAID
同上	752.4	Kellogg財団
農村地帯のための衛生 基礎インフラ	455.7	WFP
保健医療サービスのための 人材育成	467.5	UNDP
保健医療サービスのための 維持統合システム	583.6	IDB
第Ⅲ次都市部及び 第Ⅳ次農村部水道計画	28,934.1	IDB
サン・ホセ首都圏飲料水供給 マスタープラン	630.0	IDB
首都圏及び地域の合理化編成	135.0	IDB
第Ⅲ次都市間下水道	630.0	IDB
一般	4,081.7	PAHO
合計		41,390.0

注：PAHOによる地域への援助は含まない

出典：国別医療協力ファイル コスタ・リカ 1993

8-1 国際機関

(1) WHO/PAHO

現在、保健省を中心に保健医療セクターで実施されている国家保健医療計画を遂行するため、保健省への協力を実施している(1992-1993年; 255,000米ドル、1994-1995年; 289,100米ドル)。主な協力内容は以下の通り。

- 医療状況とその傾向評価
- 飲料水と環境衛生
- エイズの予防とコントロール
- 保健医療分野の人材トレーニング
- 母子保健

(2) UNDP

コスタ・リカ政府の他、国連、UNESCO、UNFPA、WHO/PAHOが行っている計画に対し、1988年より5年間、220万ドルの援助を行っている。計画の主なものは以下の通り。

- 政府及び国連による社会的人口指標についての調査、人材、解析等についてのトレーニング
- 政府による若年者のための総合保健医療サービス
- 国連による人口調査の企画、調査、解析等の人材トレーニング
- UNFPAによるアンブレラ・プロジェクト

8-2 諸外国

(1) 米国 (USAID)

- 公的機関及び民間セクターを通じての家族計画への援助
(1983-1993年; 8.5百万米ドル)
- 保健医療への総合援助 (1992-1993年; 2.0百万米ドル)
そのほか、エイズ予防のために協力を行っている。

(2) オランダ

ラ・クルス地域での家族計画のための人材トレーニングをInternational Planned Parenthood Federation (NGO) を通じて援助している (約35.4千米ドル)。

8-3 NGO

(1) International Development Research Centre

- 農村部のプライマリ・ヘルス・ケア、栄養状況改善のため、INCIENSA (Instituto Costarricense de Investigacion y Ensenanza en Nutricion y Salud) へ

の援助

(1988-1990年; 163,580カナダドル)

- 飲料水及び環境衛生のため、FUNDATECへの援助

(1989-1990年; 118,760カナダドル)

- 獣医学大学 (Universidad Nacional Escuela de Medicina Veterinaria) が行っている感染疾患とそれがコミュニティー及び子供に与える影響の研究への援助

(1989-1992年; 280,995カナダドル)

(2) International Planned Parenthood Federation (IPPF)

IPPFの現地団体であるADC (Asociacion Demografica Costarricense) は1966年に創立され、1967年よりIPPFのメンバーとなっている。ADCは人口統計学の人材養成を含めた、人口の調査及び教育プログラムの実施及び普及の指導をしている。その他、エイズに関する調査研究も行っている。

(1990年; 358,100米ドル、1991年; 338,500米ドル)

(3) The Johns Hopkins University Population Communication Services

家族計画を含めた母子保健のため、CCSSへの技術協力を実施している。

(1989-1991年; 30,000米ドル)

9. 技術協力の基本計画

9-1 目標

胃ガンの早期発見

コスタ・リカでは胃ガンの宣告はエイズと同じく不治の病とされている。これは我が国の30～35年前と同じであり胃ガンにおいては予防は早期発見にあり、これに成功した我が国が、胃ガン早期発見手法を技術協力により移転する。

9-2 モデル地区での胃ガン検診システムの確立

コスタ・リカ側の保健省統計資料は信頼性の高いものであり、胃ガン多発地区、胃ガン発生年齢、男女差等の統計結果によりモデル地区の設定は可能になる。この際検診患者数を決定するのはX線の検査件数である。また同一人物を年1回にするか2回にするかで数が制限される。本調査団はモデル地区の設定をどの様に行うかの講義をコスタ・リカ側に行った。

(1) 集団検診用X線装置による1日検査可能人数

$$(25\sim 30人) / 日 \times 5 = 125\sim 150人 / 週$$

$$(125\sim 150) \times 4 / 月 \times 12 / 年 = 6,000\sim 7,200$$

年間検診可能な患者数は6,000人から7,200人と予定される。

(2) この内X線精密検査にまわるものは20～30%であり、

$$(6,000\sim 7,200) \times (20\sim 30\%) = 1,200\sim 2,160$$

(3) この内、内視鏡検査にまわるものは

$$(1,200\sim 2,160) \times (10\sim 15\%) = 120\sim 324$$

又集団検診X線検査から内視鏡検査にまわるものは

$$(6,000\sim 7,200) \times (5\sim 10\%) = 300\sim 720$$

$$(120\sim 324) + (300\sim 720) = 420\sim 1,044$$

従って内視鏡検査を受ける人数は420人から1,044人と推測される。

(4) 病理検査数は内視鏡検査を受ける人数の約3倍とする。

(5) 人口分布を見るとカルタゴ地区の45歳以上の男性は7,600人となり、受診率9割とすると6,840人となり十分カバーできる。女性は発生率の関係から見合わせる。以上の算定は我々臨床の立場からの経験上のもので、胃ガン検診学会のデータを分析すれば更に正確な数字が算出される。

9-3 施設

- (1) 独立した施設、場所で行うのが望ましい。その理由として、集団検診施設が置かれる病院でさえ、内視鏡の機器は極めて不足しており、従って、集団検診施設が実際の臨床に

用いられる可能性があるからである。集団検診は全く別の次元で考えられるべきである。

- (2) 集団検診に関する事務所を検診施設に併設し、受付、カルテ作成などを独立して行う必要がある。

9-4 機材

(1) X線装置

X線装置についてはコストを考え、集団検診用間接撮影と精密検査用直接撮影の2台を供与する。個人の記録保存のため写真の保存が望ましいが、現状では到底無理であり、検査終了後に見直す程度とする。X線については保守点検が必要であり、現地で最も保守点検が優秀なものを採用すべきであろう。

(2) 内視鏡

X線撮影受診者の2～3割が内視鏡検査にまわることを想定すると、8～10名/日がその対象となる。従って、内視鏡は最低2台が必要である。また、供与する機種はビデオ内視鏡が望ましい。その理由は、写真撮影のための費用が不要であり、現在コスタ・リカにはビデオ内視鏡は一台しかなく、宣伝効果が大きく多くの住民の参加が望めるからである。

9-5 胃ガン検診システムの確立に伴う統計処理

集団検診に伴う登録、経過管理、治療後の予備調査等一連の統計処理が必要になる。コンピューターの導入は欠かせない。疫学的検査、胃ガン原因究明に必要な食事、嗜好品、家族歴等調査に必要な詳細な問診票の作成が重要である。

10. 相手国のプロジェクト実施体制

10-1 保健医療行政

コスタ・リカにおいては、国民への平等な保健医療サービスの提供を目指して、1973年に「保健一般法(La Ley General de Salud)」が設定され、その責任機関として保健省が設立された。更に、国内の保健医療関係機関の協調体制を図るため、「保健医療セクター (Sector Salud)」が1983年に設立された。(図1参照)

続いて1989年には、同セクターの改善による「国家保健医療システム (Sistema Nacional de Salud)」が設定されている(図2参照)。国家保健医療システムを形成する関係機関の概要は以下の通りである。

国家予算(中央政府の総支出)における保健医療部門への支出割合も拡大する傾向にあり、1972年の国家予算の同部門による占有率は4.0%であったが、1990年には26.3%と大幅な増加となっている。

また保健医療セクター全体の経費は、1991年に46,662百万コロン(国民総生産の6.9%)であった。このうち各機関の占める割合は、保健省10.8%、CCSS 76.5%、ICAA 7.3%、INS 3.0%、地方自治体2.4%であった。

(1) 保健省 (Ministerio de Salud)

同省は、国内の保健医療に関する政策及び計画の策定と民間及び公共の保健医療機関の行政指導を主要な任務とする。また保健医療に関する予防と活動の促進、疾病の監視、衛生環境のコントロールも合わせて実施している。全国に保健所を持つが治療は行わず、治療の必要な患者は次のCCSS傘下の病院へ紹介するシステムとなっている。(資料図3参照)

(2) コスタ・リカ社会保障公庫 (CCSS, Caja Costarricense de Seguro Social)

1943年に設立された国民のための社会保障業務を行う機関である。同システムの中での基本的な役割は、治療とリハビリテーションのための保健医療サービスの実施である。また保健省と協力して、保健医療の促進と疾病の監視を行う。全国に病院・診療所を持つ。(資料図4参照)

医療保険は社会保障制度の一環として行われており、保険料は給与の16%で労働者が5.5%、事業所が9.25%、国が1.25%をそれぞれ負担している。1990年現在、出産保健を含む医療保健の加入者726千人で、就業人口全体の67.6%を占めており、加入者の家族を含めた場合、全人口の83.7%をカバーしている。

(3) 保健医療調査研究所 (INISA, Instituto de Investigacion de Salud)

1975年にコスタ・リカ大学内に設置された研究所であり、母子保健、栄養、感染症疾患等の保健医療に関する調査・研究、及び人材育成を行っている。

そのほか国家保険庁（I N S、Instituto Nacional de Seguros）、コスタ・リカ上下水庁（I C A A、Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarilodos）、地方行政機関を含め、同システムが形成されている。

10-2 実施機関の組織及び実施体制

本プロジェクトはCCSSに所属するDr. Max Peralta病院をプロジェクトサイトとして実施される。本病院はカルタゴ地区の住民約35万人を対象としており、ベッド数は360床、医師数120人である。一般外来部門、消化器部門、病理部門、外科部門、放射線部門、研究室からなる。Bタイプの病院であり、脳外科、心臓手術、ガン（胃ガンを除く）手術以外の治療を全て行うことができる。心臓手術、ガン手術についてはサンホセにあるカルデロン・ガルディア病院へ紹介される。

プロジェクトについては、既存の外来、放射線、外来等とは独立した胃ガン集団検診の部門を設置する予定である。

情報システム、疫学的な研究についてはI N I S Aが担当する。

10-3 プロジェクトの組織及び関係機関との組織関連

プロジェクトにはCCSSからプロジェクトコーディネーター（あるいはコスタ・リカ側リーダー）が任命される予定である。実際の運営管理はプロジェクトは日本側及びコスタ・リカ側の関連機関からなる下記の3つの委員会により実施される。各委員会のメンバー、役割についてはミニッツを参照されたい。

- ・ 運営委員会 (Coordinating Committee)
- ・ 諮問委員会 (Advisory Committee)
- ・ 病院内管理委員会 (Hospital Executive Committee)

そのほか、保健省管轄の保健所のデータ、ガン登録システム等との連携に関しては特に問題ない。

10-4 プロジェクトの予算措置

プロジェクトの予算はDr. Max Peralta病院とは別個にCCSSから予定されている。コスタ・リカ側の計画していた予算は5年間で約100万ドルであった。（表6及び表7参照）しかし検診を受ける患者数、そのために必要な人材等未確定要素が多く、更にプロジェクトの計画を詰めると共に予算も再検討する必要がある、その必要性をコスタ・リカ側に確認した。

そのほか、コスタ・リカ大学が担当する疫学分野での必要な疫学者、コンピュータープログラマー、調査助手についてはコスタ・リカ大学が負担する予定である。

10-5 建物・施設等計画

Dr. Max Peralta病院は増築をしたばかりであり、本病院のどこをプロジェクトサイトとするかは未確定であるが、スペース的には問題ない。

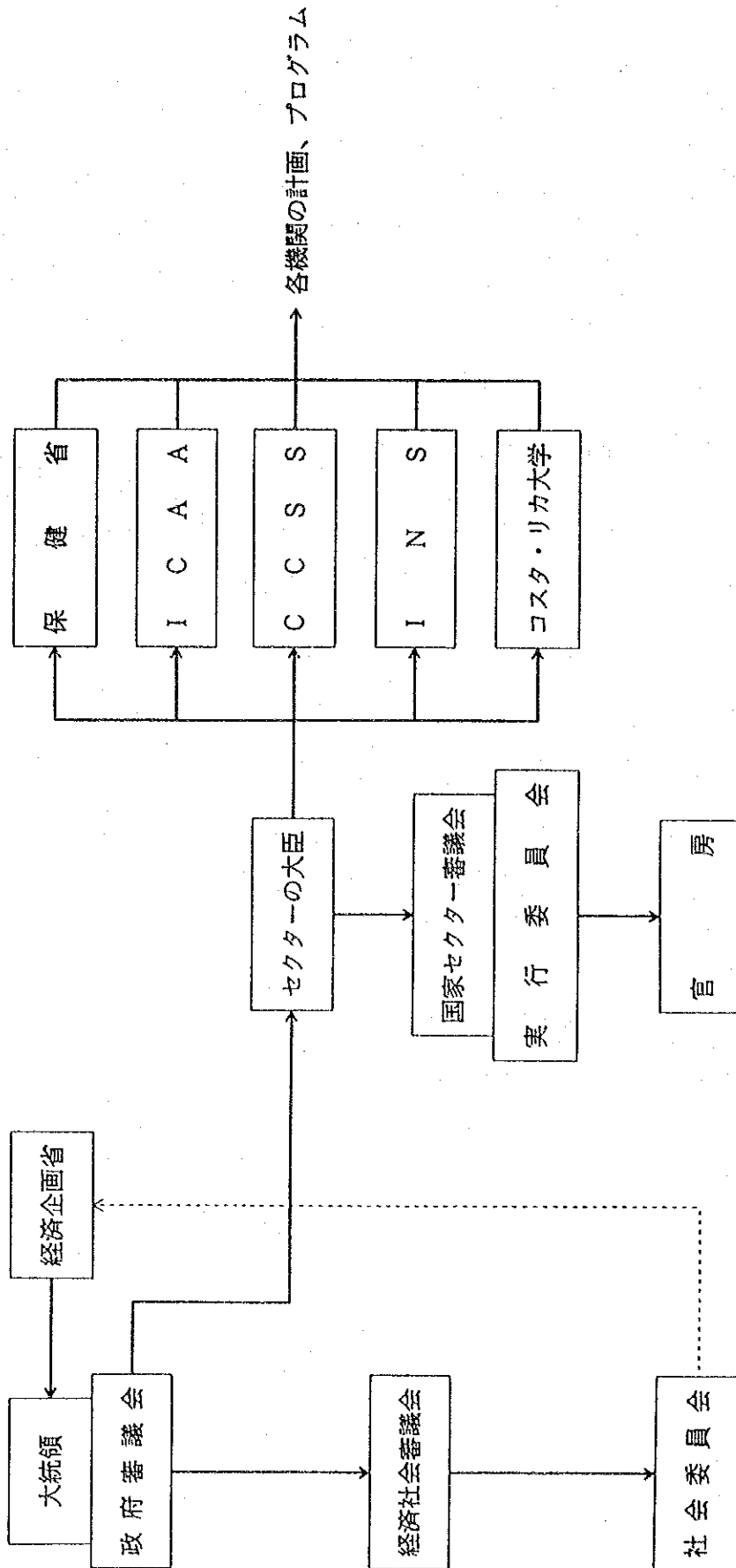
また、INISA内に新しく胃ガン医科学研究所を設立する計画も説明された。ここでは、胃ガンの情報収集・研究・及びモデル地区での胃ガンの集団検診の調整、方法についての研究を行い、これに基づきコスタ・リカ全体の集団検診システム計画を作成する事を目的としている。しかしながら、予算、設立時期等の具体的な説明はなかった。

10-6 カウンターパートの配置計画

CCSSは放射線、内視鏡、病理、外科を含む5人の医師及びX線技師、看護婦現場での助手、秘書をコスタ・リカ大学は疫学者、コンピュータプログラマー、調査助手を予定していた。しかし、調査団より、集団検診には（1日32人位の検査を仮定して）医科の人員が必要なことを説明し、コスタ・リカ側は更に検討することとなった。

プロジェクトリーダー	1人
X線技師	3～4人
放射線科医師	1～2人
内科医師	1人
看護婦	2～3人
内視鏡医師	1～2人
病理医師	1～2人
病理技術者	1～2人
事務局長	1人
事務員	2～3人
秘書	1人

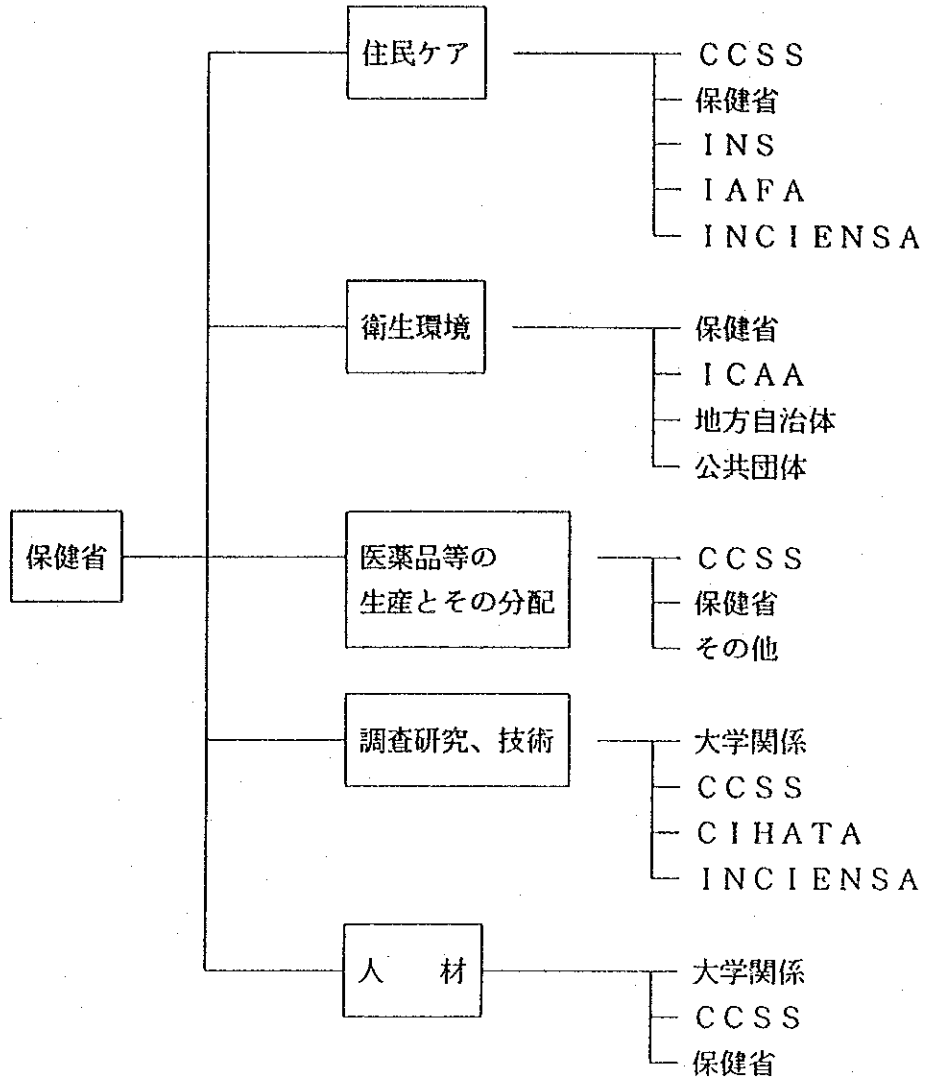
< 政策、企画レベル > < 監督、諮問レベル > < 計画、プログラムの実施レベル >



出典： PROPOSTA DE READECUACION DEL MODELO DE ATENCION, UNIDAD PREPARATORIA DEL PROYECTO REFORMA SECTOR SALUD 1992

図1 保険医療セクター—概要図

< 管理・調整 > < 対 象 > < 関係機関 >



出典：PROPUESTA DE READECUACION DEL MODELO DE ATENCION,
UNIDAD PREPARATORIA DEL PROYECTO REFORMA SECTOR SALUD 1992

図2 国家保健医療システム概要図

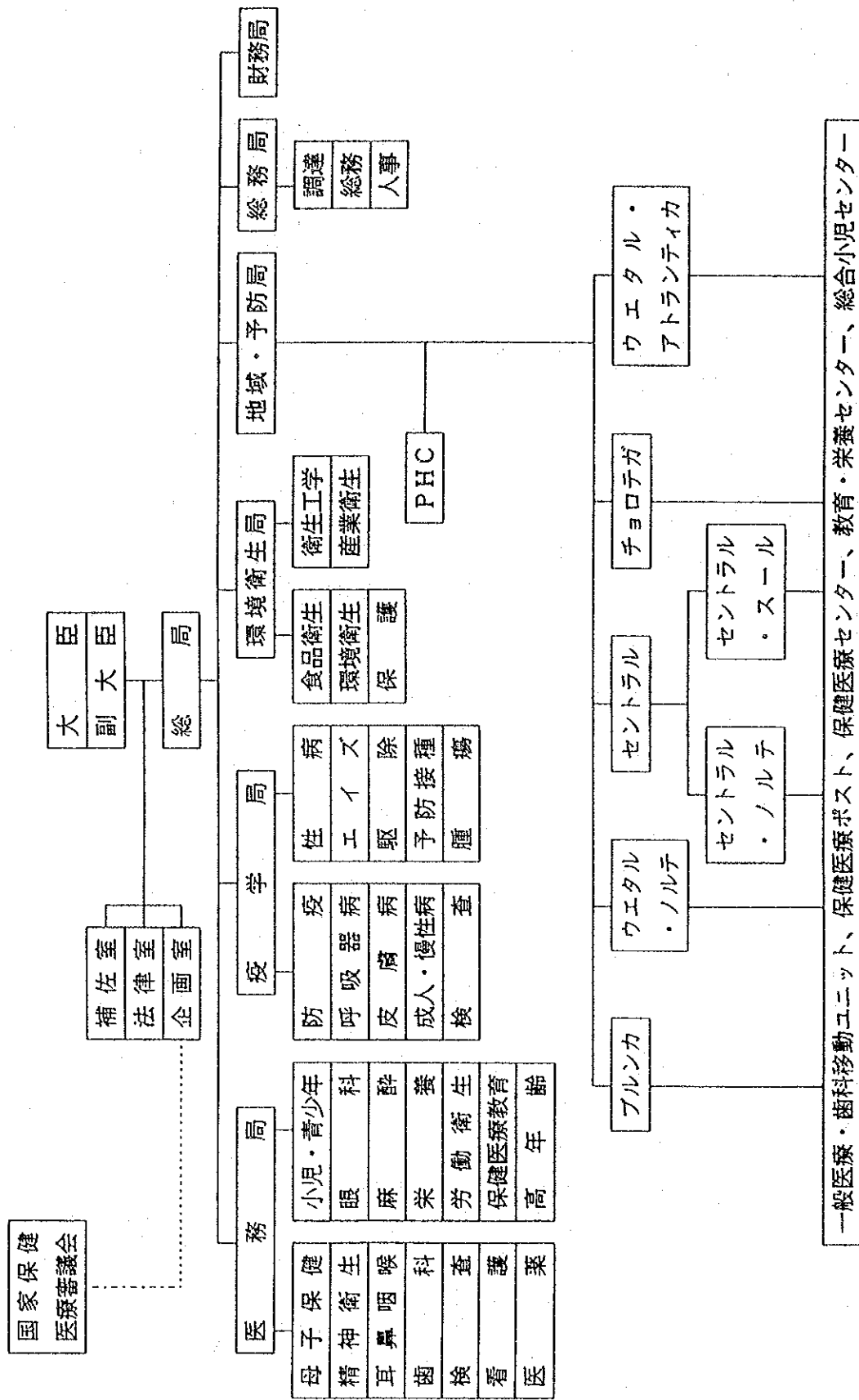
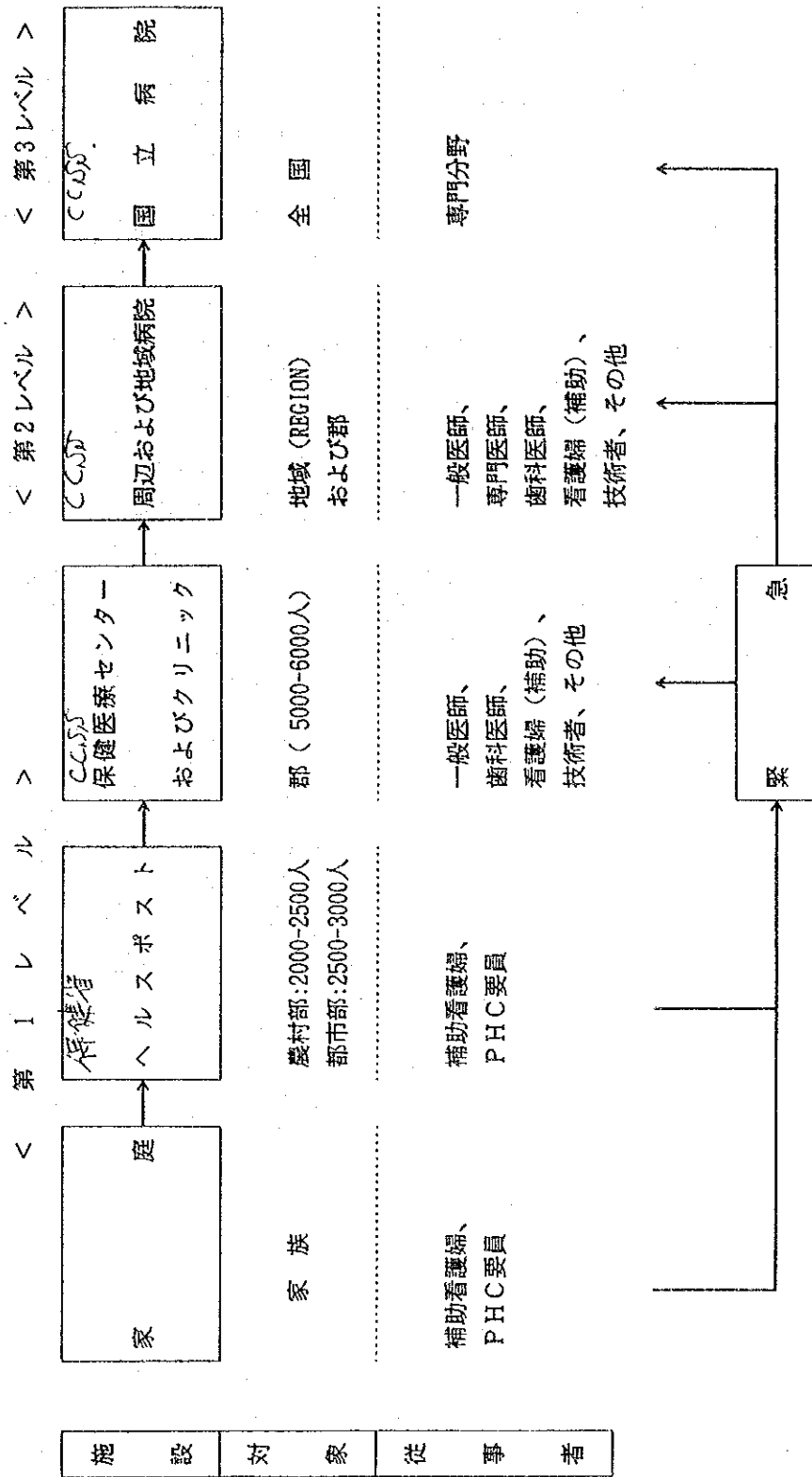


図3 保健省組織図（1988年現在）



出典：PROPUESTA DE READECUACION DEL MODELO DE ATENCION, UNIDAD PREPARATORIA DEL PROYECTO REFORMA SECTOR SALUD 1992

図4 保険医療サービスマップ網概要図

表 6

CUADRO No. 2
CENTRO BIOMEDICO PARA LA DETECCION TEMPRANA
DEL CANCER GASTRICO
COSTO ANUAL Y TOTAL PARA LA PRIMERA FASE
1995 - 1999

RECURSO HUMANO	CATEGORIA	1995	1996	1997	1998	1999
DIRECTOR GENERAL*	MEDICO JEFE 2	1,429,612	1,715,534	2,058,641	2,470,369	2,964
MEDICO RADIOLOGO*	M. A. E.	1,428,841	1,714,609	2,057,531	2,469,038	2,962
GASTROENTEROLOGO *	M. A. E.	1,389,571	1,667,485	2,000,982	2,401,178	2,881
PATOLOGO @	M. A. E.	0	1,667,485	2,000,982	2,401,178	2,881
TECNICO RAYOS X	TECNICO JEFE 3	869,140	929,979	995,078	1,064,733	1,139
ENFERMERA BACHILLER	ENFERMERA 1	0	1,664,444	1,997,333	2,396,800	2,876
AUXILIAR CHOFER	TRAB.MISC.3	0	606,980	649,469	694,932	743
TOTAL ANUAL		5,117,163	9,966,517	11,760,016	13,898,228	16,449
TOTAL DE LA PRIMERA FASE						57,191

* SE CALCULA SALARIOS DE LOS MEDICOS A MEDIO TIEMPO

@ SE CALCULA A UN CUARTO DE TIEMPO

NOTA: DE ACUERDO CON EL COMPORTAMIENTO HISTORICO SE CALCULA UN
 INCREMENTO ANUAL DEL 20% PARA MEDICOS Y ENFERMERAS Y UN
 7% PARA EL RESTO DEL PERSONAL

表 7

CUADRO No. 1
CENTRO BIOMEDICO PARA LA DETECCION TEMPRANA
DE CANCER GASTRICO
TOTAL COSTOS DE INVERSION Y
OPERACION DE LA PRIMERA FASE DEL PROYECTO
EN MILES DE COLONES

CONCEPTO	TOTAL	1995	1996	1997	1998	1999
I. COSTOS DE INVERSION:						
1. INFRAESTRUCTURA	9,720	9,720	0	0	0	0
2. MOBILIARIO	285	285	0	0	0	0
3. EQUIPO	400	400	0	0	0	0
TOTAL COSTO INVERSION	10,405	10,405	0	0	0	0
II. COSTOS DE OPERACION:						
1. MATERIALES	32,008	0	6,410	7,372	8,477	9,749
2. COMBUSTIBLE, RODAJE Y MANT.	10,566	0	2,116	2,433	2,798	3,218
3. COSTO ESTANCIA	13,723	0	2,748	3,160	3,634	4,180
4. SALARIOS	57,191	5,117	9,967	11,760	13,898	16,449
5. MANTENIMIENTO EDIFICIO	1,748	0	437	437	437	437
6. MANTENIMIENTO Y REP. EQUIPO	13,207	0	2,645	3,042	3,498	4,023
7. DEPRECIACION MOBILIARIO	108	0	27	27	27	27
8. DEPRECIACION EDIFICIO	1,748	0	437	437	437	437
TOTAL COSTO OPERACION	130,299	5,117	24,787	28,668	33,207	38,520
III. OTROS COSTOS INDIRECTOS:						
1. AGUA, LUZ Y TELEFONO	1,828	0	362	419	485	562
2. MATERIALES DE OFICINA Y LIMP.	801	0	159	183	213	247
TOTAL OTROS COSTOS INDIRECTOS	2,629	0	521	602	697	809
TOTAL POR AÑO	143,333	15,522	25,308	29,270	33,905	39,328
TOTAL DEL QUINQUENIO						143,333

(1) COSTOS TOMADOS DE LA SECCION CONTABILIDAD FONDO DE ABASTECIMIENTO.

NOTA: SE CALCULA UN INCREMENTO DEL 15% ANUAL DE ACUERDO
CON LO QUE INDICA LA DIRECCION TECNICA ACTUARIAL.

11. 専門家の生活環境

11-1 住宅事情

本プロジェクトの専門家の住居については住宅の仕様、日用品・食品等の調達、子女の教育等を考慮すると、サンホセ郊外のカルタゴに近い地区が便利だと思われる。最近住宅の開発が進んでおり、安全なマンション、24時間警備員のいる集合住宅を見つけることは困難ではない。

11-2 教育事情

サンホセには文部省認可の日本人学校及びアメリカンスクールが共にある。

11-3 治安事情

コスタ・リカの治安は良好であると言われてきたが、近年悪化の傾向にあり、共同の警備員付きの住宅に住む大使館員及び専門家も多い。ただし殺人事件等の悪質な事件は少なく、窃盗等が多い模様である。

なお、夜間あるいはサンホセ市内の中心街（繁華街）でのひとり歩きは避けたい。

11-4 食料事情

首都のサンホセには日系スーパーマーケットがあり、カリフォルニア米（電気炊飯器も含めて）、みそ、しょうゆ、ふりかけ、カップラーメン、冷凍さんま等最低限の日本食は手に入る。

11-5 医療事情

私立病院において一般的水準のケアは受けられ、日本へ帰国するための旅行日程を考慮し、心臓の外科手術をコスタ・リカで受けた日本人もいたとのことであった。

11-6 通信・交通事情

電話・ファックスには問題はないが、郵便に関しては3週間かかることも珍しくない。

また日常生活の交通に関しては、電車はほとんどなく車が便利である。車の購入に関しては、免税手続きのため（しなければ100%の課税）多少の時間を要する。

その他のコスタ・リカの生活環境については、国際協力総合研修所発行の「任国情報」に詳しいので、参照されたい。

12. 技術協力の妥当性

本プロジェクトの効果については有形、無形の物が多数存在する。しかしコスタ・リカ側の関係者は行政官が占め、医学的問題が漠然としており、その実態が掴めていない印象を受けた。そこで本プロジェクトの実際の効果について具体的に説明した。

12-1 コスタ・リカ大学の研究課題の提供

コンピュータ利用により多くの疫学的研究の成果が上がる。現在までの統計により、胃ガン患者の発生予測が可能であり、単純推測により集団検診の効果が予測される。その成果により、他地域に応用可能となる。

低胃ガン発生地域との比較は食事の内容、嗜好品（タバコ、アルコール、地域独特の物）、生活習慣、飲料水等の調査により胃ガン原因究明の手掛かりを掴める可能性がある。

高胃ガン発生家族の遺伝子研究により胃ガンの原因究明に裨益する。

12-2 CCSSの経済効果

進行胃ガン患者の死亡に至るまでの治療費は膨大となり、早期胃ガン患者の治療費の比較によりその経済効果が推測出来る。

更に胃ガン患者が治癒して社会復帰すれば、その後この患者が社会に貢献する経済効果は莫大な物と成り、その経済貢献からもたらされる効果も算定可能である。

先進国が成人病予防対策に力を入れているのもこのためであり、胃ガンの場合現在のところ予防は早期発見を意味する。

12-3 医療技術向上

- ・ X線診断技術の向上、内視鏡診断技術の向上及び胃ガン治療技術の向上。本プロジェクトは胃ガン早期発見の技術の向上に目的があり、治療までに範囲を広げることには問題がある。しかし、リンパ節拡大郭清の手術、早期胃ガンに対する内視鏡的治療、化学療法等、日本における胃ガンの治療方法も格段の進歩がみられており、コスタ・リカ側ではこれらの技術向上も可能になる。
- ・ 病理診断技術の向上。

12-4 胃ガン患者の救済

胃ガン患者は40才代の男性からみられ、一家の主要な働き手、大黒柱を失うことにもなり、胃ガン患者の家族は悲劇である。胃ガンは亡国病と言われた日本の経験を活かすことが可能である。本プロジェクトの最大の目的はコスタ・リカ人の胃ガン患者及び家族の悲劇からの救済である。

12-5 国際貢献

本プロジェクトを通じての日本-コスタ・リカの国際交流への貢献が期待される。

13. 協力実施に当たっての留意事項

13-1 協議におけるコスタ・リカ側のプロジェクトに対する印象

- (1) 医療側、社会保障公庫共に本プロジェクトに対する期待は極めて高く、真摯な態度が見られる。
- (2) 医療面において経済的には極めて厳しい状況が窺われるが、その中でも医療水準向上へ努力がなされている。
- (3) 取得した技術を自国の医療に反映しようとする精神に欠けていることが、日本国大使館関係者等から多く聞かれ、奉仕の精神に欠けている印象である。また、貧富の差が少ないと言われているが、上流社会は極めて閉鎖的な印象である。

13-2 目的

コスタ・リカ側は全く具体的な研究デザインはなく、目的と最終的な利益について我々が説明し同意を得た。このことは最重要項目であり、繰り返し説明する必要がある。

13-3 広報活動

胃ガン検診が必要である旨の住民に対する広報活動が重要である。受診対象者には本検診の意味及び費用等を理解させ、積極的な協力を求め受診率の向上と例年受診率の低下の防止に努める。検診対象者の自分の足での来院は本人の意思の確認に有意義であるが、交通手段の確保を保障する必要はあり、マイクロバス等の供与は重要である。

13-4 人材育成

- (1) X線診断の診断能力に本プロジェクトの成否がかかっており、十分な研修が必要になる。技師は3～4名が必要になり1名当たり長期の必要はなく、最長6か月で充分と思われる。本プロジェクトは5年間の期間で技術を移転するのではなく、X線装置、内視鏡、医師、技師が揃ってスタートすべき性質のもので、コスタ・リカ側の医師及び技師の研修には初年度に人数を多く研修させる必要がある。
- (2) 内視鏡医師は1～2名の研修が必要である。ただし、本プロジェクト進行中は同一人物によることが望ましい。従って内視鏡技術習得後プライベートクリニックへの流出を防止する策が必要になる。
- (3) 日本での研修の受入れに関しては、人選はコスタ・リカ側によるが、条件を付加した方がよい。
 - 1) 英語が話せる者
 - 2) できるだけ若い医師

- 3) 帰国研修員は帰国後、本プロジェクトが終了するまで本プロジェクトに従事することの誓約を課し、これに違反したものは罰則を設ける
- (4) 我が国からの専門家は現地の医師の教育と同時に、帰国研修員が他の医師へ技術移転を行っているか見守ることが大きな仕事になる。

13-5 研究

- (1) 実際の研究デザインについては具体的なものは今後のR/Dによるが、経済的保証を基盤とした人員の確保とランニングコストを十分考慮した計画が望まれる。すなわち、対象・地域・基準作成等について更に詳細に討議を重ねる必要がある。
- (2) データ保管に関しては、将来の免疫学的調査の重要な資料となるため発足と同時に十分な検討の後、項目の決定とカテゴリ設定を行う必要がある。

13-6 評価

今回3つの委員会が設置されたが、それぞれが十分な機能を発揮しているか否かの評価及び実際のプロジェクト運営に関する評価、最終目標到達に関する評価が大切である。これらの評価により、初期の計画の一部変更（修正）が起り得ることは充分考えられる。また評価委員には本調査団に参加したメンバーも当然参加すべきである。

13-7 治療への参加問題

本プロジェクトは診断が中心となる。診断し得たガンをどのように治療するかは大きな問題である。

- (1) 早期胃ガン、特に粘膜内ガンは内視鏡的粘膜切除
- (2) 粘膜内ガン以外の早期胃ガンは部分切除等の縮小手術
- (3) 進行胃ガンに対するリンパ節拡大郭清

リンパ節郭清は日本の胃ガン研究結果から始められたものであり、欧米ではいまだ実行に移されていない。ようやくドイツでリンパ節郭清の意義が認められつつある。

- (4) 科学療法の進歩

胃ガンの治療法も格段の進歩が見られており、本プロジェクトは“これだけのガンが発見できました。”で終了するのではあまりに意味がないように思える。治療まで踏み込む必要性については今後の検討課題である。

13-8 まとめ

今回のミニッツに従って十分に組織化され実行されれば、比較的良好な運営が期待される。最も重要な事は、各委員会が責任を分散しないよう厳しく監視すると共に、第一線の実施機関

(病院)に十分な機能を発揮させるようにすることである。

また、検査に必要な費用は精度を高めれば高めるほど高額となり、本プロジェクトがコスタ・リカ全体に波及し、根づくことは難しくなる。従って、コスタ・リカの経済状態に見合ったシステム作りが必要であり、我が国としては人事の育成とそのシステムづくりに尽力すべきである。

なお、本プロジェクトの成果は20年以降に現れるものであり、JICAが予定している5年間では、プロジェクトが始動し始めた時期である。協力期間終了後の協力方法及び評価方法は今後の検討課題である。

附 属 資 料

- ① ミニッツ (M/M)
- ② 実施計画表 (案)
- ③ 新聞記事

① ミニッツ (M/M)

THE MINUTES OF DISCUSSIONS
BETWEEN
THE JAPANESE PRELIMINARY SURVEY TEAM
AND THE AUTHORITIES CONCERNED OF THE GOVERNMENT OF
REPUBLIC OF COSTA RICA ON THE TECHNICAL COOPERATION
FOR EARLY DETECTION OF GASTRIC CANCER


The Japanese Preliminary Survey Team (hereinafter referred to as "the Team") organized by the Japan International Cooperation Agency (hereinafter referred to as "JICA") and headed by Dr. Tetsuro Kajiwara, Director, Department of Surgery, Second Hospital, Tokyo Women's Medical College, visited the Republic of Costa Rica from July 28 to August 9, 1994, for the purpose of conducting the study regarding the request of the technical cooperation for the Project for Early Detection of Gastric Cancer (hereinafter referred to as "The Project").

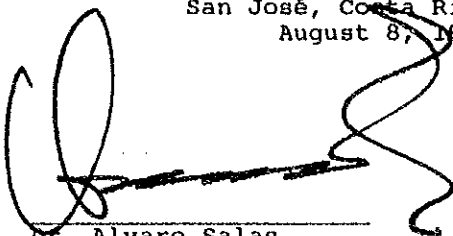
The Team and the authorities concerned of the Government of Republic of Costa Rica had a series of discussions in the respect of technical cooperation for the Project and came to the tentative understanding of the matters referred to as the document attached hereto.

San José, Costa Rica
August 8, 1994

梶原 哲郎

Dr. Tetsuro Kajiwara
Leader
Japanese Preliminary Survey Team
Japan International Cooperation Agency
Japan


Dr. Leonardo Garnier
Minister
Ministerio de Planificación Nacional
y Política Económica
Costa Rica



Dr. Alvaro Salas
Executive President
Caja Costarricense del
Seguro Social
Costa Rica



Dr. Luis Garita B.
Rector
Universidad de Costa Rica.
Costa Rica

ATTACHED DOCUMENT

1. Name of the Project: The Project for Early Detection of Gastric Cancer.

The Project is included in the proposal by the Government of Costa Rica with the title "The Early Gastric Cancer Mass Detection". The Team explained that Japanese technical cooperation, which takes a part of the above program, would be identified as "The Project for Early Detection of Gastric Cancer".

2. General objective of the Project

The overall objective of the Project is to establish early gastric cancer mass detection system to reduce the death rate of gastric cancer of the population, in the model area, which can be a model of mass detection programme in Costa Rica.

3. Specific Objectives

- (1) Exchange of information and technology between Japan and Costa Rica.
- (2) Development of Human Resources and Technology for detection of Gastric Cancer.
- (3) Establishment of a "Data Bank" on Gastric Cancer detection.
- (4) Working on design of methodologies for improving the Gastric Cancer detection.

4. Executing Unit

Dr. Max Peralta Hospital, Cartago

5. Term of Cooperation

The duration of Japanese technical cooperation will be five (5) years from the date determined in the Record of Discussions (R/D).

6. Model Area

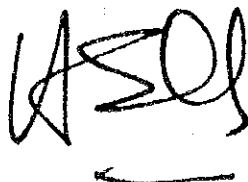
Population covered by Dr. Max Peralta Hospital and other areas will be considered to be appropriate.

7. Japanese Technical Cooperation

(1) The Government of Costa Rica has understood the system of the Japanese Project-Type Cooperation as explained by the Team. The technical cooperation will be implemented through:

- a. Dispatch of Japanese experts

梶原



- b. Acceptance of the personnel from Costa Rica for training in Japan
- c. Provision of the equipment and materials

(2) The Project is expected to receive the following Japanese experts:

- a. Team Leader
- b. Expert in surgery
- c. Expert in internal medicine
- d. Expert in radiology
- e. Expert in pathology
- f. Expert in endoscope
- g. Expert in public health
- h. Expert in medical technician
- i. Coordinator
- j. Others

(3) Some Costa Rican counterpart personnel will be trained in Japan.

(4) The Government of Japan will provide equipment and materials necessary for the implementation of the Project.

8. Responsible Organizations


The Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) and the Universidad de Costa Rica (UCR) shall bear the joint overall responsibility for the successful implementation of the Project, taking the measures as mentioned in 9 below. For the purpose of organization, the CCSS shall bear the clinical responsibilities and the UCR the research and information systems. A joint agreement between both institution will be signed before the Record of Discussions is approved.

9. Measures to be taken by the Costa Rican side:

The Government of the Republic of Costa Rica agreed to take the following measures to make the Project successful:

- (1) Providing sufficient number of technical and administrative personnel to be trained by visiting Japanese experts and/or to be trained in Japan, and to assure that personnel will continue to work for the development of the Project.
- (2) Providing sufficient personnel for the development and the maintenance of the functions of the Project.
- (3) Providing necessary working facilities
- (4) Allocating necessary budget for the implementation of the Project.
- (5) Others mutually agreed upon as necessary.

確原



10. Joint Committees.

(1) Members of Committees

Joint Committees will be established for the successful implementation of the Project at the start of the Project.

The following three committees will be established:

a. Coordinating Committee

CCSS Medical Director of the Project
Representative of Dr. Max Peralta Hospital
Representative of UCR
Representative of Embassy of Japan
Leader of Japanese Expert Team
Representative of Ministry of Health

b. Advisory Committee

X-Ray Advisor
Gastroenterology Advisor
Representative of National Cancer Council
Gastric-pathology Advisor
Digestive-Surgery Advisor
Leader of Japanese Expert Team
Public Health Advisor

c. Hospital Executive Committee

Medical Director of the Project
Coordinator of Japanese Expert Team
Director of Hospital
Manager of Hospital
Representatives from other related departments.
Representative of UCR

(2) Functions of Committees.

a. Coordinating Committee.

The Coordinating Committee is identified as a superior committee to take decision for the planning and operation of the Project

Planning and evaluating the Project.

Establishing outlines and strategies to undertake the Project according to national policies.

Informing and negotiating with national and international authorities about the project development, with the purpose of obtaining the required collaboration and support.

Supervising the general development of the Project.

Selecting the personnel to be trained and the areas of training.

程原

b. Advisory Committee

Advising the Coordinating Committee on technical matters of the Project.

Helping the Coordinating Committee in the negotiation process.

Keeping close communication of the Coordinating Committee and Supporting the linkage with respective medical groups and others.

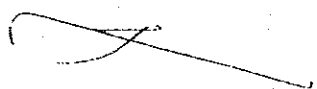
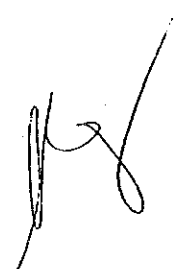
c. Hospital Executive Committee

Organizing the project within Hospital according to the decisions of the Coordinating Committee.

Performing maintenance of the equipment of the Project.

11. The minutes were prepared in English and in Spanish. The English version will prevail if exists the discrepancy between two versions.

石尾 原



MINUTA DE DISCUSIONES ENTRE EL EQUIPO JAPONES
DE INVESTIGACION PRELIMINAR Y
LAS AUTORIDADES DEL GOBIERNO DE LA
REPUBLICA DE COSTA RICA INTERESADOS EN LA
COOPERACION TECNICA PARA LA
DETECCION TEMPRANA DE CANCER GASTRICO

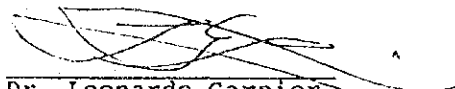
El Equipo Japonés de Investigación Preliminar (después referido como "el Equipo") organizado por la Agencia Internacional de Cooperación del Japón (después referido como el "JICA") y dirigido por el Dr. Tetsuro Kajiwara, Director del Departamento de Cirugía, de Hospital Segundo, del Colegio Médico de Mujeres de Tokio, visitó la República de Costa Rica del 28 de julio al 9 de Agosto de 1994, con el propósito de dirigir el estudio relacionado con la petición de cooperación técnica para el Proyecto de Detección Temprana de Cáncer Gástrico (después referido como "El Proyecto").

El Equipo y las autoridades concernientes del Gobierno de la República de Costa Rica han tenido una serie de discusiones con respecto a la cooperación técnica para el Proyecto y llegaron a la comprensión tentativa del asunto referido como el documento adjunto a esto.

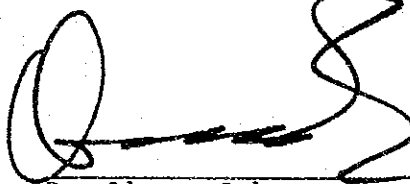
San José, Costa Rica
8 de Agosto de 1994

梶原 哲郎

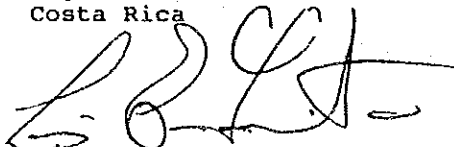
Dr. Tetsuro Kajiwara
Líder
Equipo Japonés de Investigación Preliminar
Agencia Internacional de Cooperación
del Japón
Japón



Dr. Leonardo Garnier
Ministro
Ministerio de Planificación
y Política Económica
Costa Rica



Dr. Alvaro Salas
Presidente Ejecutivo
Caja Costarricense del
Seguro Social
Costa Rica



Dr. Luis Garita B.
Rector
Universidad de Costa Rica.
Costa Rica

Documento Adjunto

1. Nombre del Proyecto: Proyecto para la Detección Temprana de Cáncer Gástrico.

El proyecto se incluye en la propuesta del Gobierno de Costa Rica con el título de "Detección Temprana Masiva de Cáncer Gástrico". El equipo explicó que la cooperación técnica japonesa, la cual forma parte del programa arriba mencionado, sería identificado como "El Proyecto para la Detección Temprana del Cáncer Gástrico".

2. Objetivo General del Proyecto:

El objetivo general del Proyecto es establecer un Sistema de detección temprana masiva de cáncer gástrico y reducir la tasa de mortalidad por cáncer gástrico en la población, a ser aplicado en una población modelo de Costa Rica, con un programa de detección masiva.

3. Objetivos Específicos:

- (1) Intercambio de información y tecnología entre Japón y Costa Rica.
- (2) Desarrollo de Recursos Humanos y Tecnología para la detección de Cáncer Gástrico.
- (3) Establecimiento de un "Banco de Datos" en la detección de Cáncer Gástrico.
- (4) Trabajar en el diseño de metodologías para mejorar la detección de Cáncer Gástrico.

4. Unidad Ejecutora

Hospital Dr. Max Peralta, Cartago

5. Plazo de Cooperación.

La duración de la cooperación técnica japonesa sera de cinco (5) años a partir de la fecha establecida en el Record de Discusiones (R/D).

6. Area de Modelo

La población cubierta por el Hospital Dr. Max Peralta y otras áreas que se consideren apropiadas.

梶原



7. Cooperación Técnica Japonesa

(1) El Gobierno de Costa Rica ha entendido el sistema de la Cooperación Japonesa Tipo-Proyecto tal como lo explico el Equipo. La cooperación técnica será implementada a través de:

- a. Envío de expertos japoneses.
- b. Aceptación del personal de Costa Rica para entrenamientos en Japón.
- c. Provisión de equipo y materiales.

(2) El proyecto espera recibir los siguientes expertos japoneses:

- a. Líder del Equipo
- b. Experto en Cirugía
- c. Experto en medicina interna
- d. Experto en radiología
- e. Experto en patología
- f. Experto en endoscopia
- g. Experto en Salud Pública
- h. Experto en Medicina Técnica
- i. Coordinador
- j. Otros

(3) Alguna contraparte del personal costarricense será entrenada en Japón.

(4) El Gobierno de Japón proporcionará el equipo y los materiales necesarios para la implementación del proyecto.

8. Organizaciones Responsables

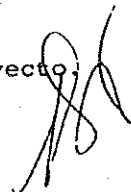
La Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) y la Universidad de Costa Rica (UCR) deberán dirigir con responsabilidad conjunta la implementación del proyecto para que sea exitoso, tomando las medidas mencionadas en el punto 9. que se presenta a continuación. Para el propósito de la organización, la CCSS tendrá a su cargo la parte clínica del proyecto y la UCR los sistemas de investigación e información. Un acuerdo común entre ambas instituciones será firmado antes de que el Record de discusiones sea aprobado.

9. Medidas a ser tomadas por la parte costarricense:

El Gobierno de la República de Costa Rica está de acuerdo en considerar las siguientes medidas para hacer el Proyecto exitoso:

- (1) Proveer un número suficiente de personal técnico y administrativo para ser entrenado por los expertos japoneses visitantes y/o ser entrenados en Japón, y asegurarse que el personal continúe trabajando para el desarrollo del proyecto.
- (2) Proveer personal suficiente para el desarrollo y el mantenimiento de las funciones del proyecto.
- (3) Proveer facilidades de trabajo necesarias.
- (4) Distribuir presupuesto para la implementación del proyecto.

梶原



(5) Otros acuerdan mutuamente lo necesario.

10. Conjunto de Comités.

(1) Miembros de los Comités

Los Comités serán establecidos para la implementación exitosa del proyecto al inicio del mismo.

Los siguientes comités serán establecidos:

a. Comité Coordinador

Director Médico del Proyecto de la CCSS.
Representante del Hospital Dr. Max Peralta.
Representante de la UCR.
Representante de la Embajada de Japón.
Jefe del Equipo de Expertos Japoneses.
Representante del Ministerio de Salud.

b. Comité Asesor

Asesor en Rayos X
Asesor en Gastroenterología.
Asesor en Patología Gástrica.
Asesor en Cirugía Digestiva.
Jefe del Equipo de Expertos Japoneses.
Asesor en Salud Pública.
Representante del Consejo Nacional de Cáncer.

c. Comité Ejecutivo Hospitalario

Director Médico del Proyecto.
Coordinador del Equipo de Expertos Japoneses.
Director del Hospital.
Administrador del Hospital.
Representantes de otros departamentos relacionados.
Representante de la UCR.

(2) Funciones de los Comités.

a. Comité Coordinador

El comité coordinador es la instancia creada para tomar decisiones en el planeamiento y operación del proyecto.

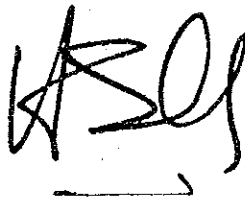
Planear y evaluar el proyecto

Establecer perfiles y estrategias para emprender el proyecto de acuerdo con las políticas nacionales.

Informar y negociar con autoridades nacionales e internacionales sobre el desarrollo del proyecto, con el propósito de obtener la colaboración y el apoyo requerido.

Supervisar el desarrollo general del proyecto.

梶原



Seleccionar el personal para ser entrenado y las áreas de entrenamiento.

b. Comité Asesor

Asesorar al Comité Coordinador en asuntos técnicos del Proyecto.

Ayudar al Comité Coordinador en el proceso de negociación.

Mantener comunicación estrecha con el Comité Coordinador así como fomentar la unión con los respectivos grupos médicos y otros.

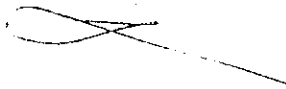
c. Comité Ejecutivo Hospitalario.

Organizar el proyecto en el Hospital de acuerdo con las decisiones del Comité Coordinador.

Desempeñar el mantenimiento del equipo del proyecto.

11. Las minutas serán preparadas en Inglés y Español. La versión del inglés prevalecerá si existiera discrepancia entre las dos versiones.

梶原



② 実施計画表 (案)

コストリカ国早期胃癌診断技術向上プロジェクト 実施計画表 (案)

平成8年8月23日
医務部第2課

活動内容	平成6年度	平成7年度	平成8年度	平成9年度	平成10年度	平成11年度
	1994年	1995年	1996年	1997年	1998年	1999年
プロジェクト第1期 (調査/分析/計画) プロジェクト第2期 (実施)	プロジェクト第3期 (成果の整理/全体評価)					
活動計画		計画決定	実施	計画改訂	実施	評価
1. 集団検診システム確立					実施要領の作成	
2. 技術指導 (人選り) ① 外科 ② 内科 ③ 放射線 ④ 放射線 ⑤ 病理 ⑥ その他		準備/現状調査		実施		評価
3. 分析・研究等の推進			指導方針の作成		指導要領の作成 在職管理等運営要領の作成	成果の取り纏め
専門家派遣			データ収集	研究テーマの選定	研究体制整備	研究要領の作成
C/D受入						
機材提供与 (主要機材名)						
調査団派遣						
ローカルコスト支援事業						

Segunda causa de mortalidad general

Perfilan estocada al cáncer gástrico

MARIA ISABEL SOLIS
Redactora de La Nación

Nuestro país iniciará una lucha frontal contra el cáncer gástrico, al suscribirse hoy una carta de entendimiento entre los gobiernos de Costa Rica y Japón con el propósito de diseñar un proyecto para la detección precoz y masiva de ese tumor maligno.

El consabido padecimiento es la segunda causa de mortalidad general, superado únicamente por los infartos al miocardio; anualmente fallecen por cáncer gástrico cerca de 500 personas y las poblaciones más vulnerables son aquellas que habitan en Cartago y en los cantones rurales de la provincia de San José.

El plan, según las previsiones arrancará en la Vieja Metrópoli, pues se considera la zona de mayor riesgo, y se utilizarán la tecnología y el esquema de diagnóstico que actualmente tienen los japoneses para hacer frente a la enfermedad.

La pretensión del proyecto es detectar el tumor entre la gente mayor de 40 años — aparentemente sana— mediante rayos X. Aquellos individuos que aparezcan como sospechosos de tener una lesión cancerosa, se someterán a estudios más complejos.

Se desconoce con exactitud el costo del proyecto; sin embargo, de acuerdo con cálculos preliminares se estima que superará los \$10 millones (cerca de ₡1.570 millones), de los cuales el Gobierno nipón financiará la mayor parte.

El Estado costarricense, por medio de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) y la Universidad de Costa Rica, se encargará de ejecutar el proyecto, suministrar la planta física y el personal que lo llevará a efecto.

Según miembros de la delegación oficial japonesa, esa nación asiática se comprometerá a proveer el equipo que necesite el país para combatir el cáncer gástrico, así como a brindar entrenamiento a profesionales y técnicos costarricenses.

Ambas naciones tienen la mayor incidencia de ese tumor en el mundo. Empero, Japón cuenta con mejores y mayores recursos técnicos y humanos para luchar contra ese tipo de lesión cancerosa.

No es por casualidad que mientras en ese país asiático detectan en forma temprana el 80 por ciento de los tumores, con una sobrevivencia muy alta, de cinco años; en Costa Rica, solo se diagnostica un 3 por ciento en estadios incipientes y con una sobrevivencia baja.

Ruth Villarreal, de la dirección técnica de la CCSS; Rafaela Sierra, de la Universidad de Costa Rica, y Francisco Mirambell, del Hospital Nacional de Niños, expresaron su satisfacción por este proyecto pues Costa Rica trata de impulsar un plan de detección masiva desde hace 20 años.

Villarreal explicó que actualmente existe voluntad política para comenzar este proyecto que pretende reducir la mortalidad por este mal ya que se cuenta con el aval del presidente ejecutivo de la CCSS, Alvaro Salas, y del presidente de la República, Jo-

「胃ガン対策案」- 2番目に多い死因 -

本日、日本政府とコスタ・リカ政府との間で集団早期胃ガン発見のプロジェクト形成に係るミニッツが署名される。

この良く知られている病気は当国の全ての死因の中でも2番目に多いものであり、心筋梗塞に次ぐものとなっている。胃ガンによる年間死亡数は500人であり、罹病率の最も高いのはカルタゴとサン・ホセ県の農村地区である。

プロジェクトは罹病率の高いカルタゴ市から初める計画であり、現在日本が胃ガン対策に使用している診断方法、診断技術を使用する。

プロジェクトの目的はx線をもって症状の現れていない40才以上の者の胃ガンを発見することにある。胃ガン罹病の疑いのある者については更に詳細な検査を行う。

プロジェクトに要する総経費については定かではないが、概算では約1千万ドル(15億7千万コロン)であり、その多くを日本政府が負担する。

コスタ・リカ政府は社会保険公庫とコスタ・リカ大学がプロジェクトの執行、右に要する建物と要員を提供する。

日本政府派遣ミッションの一員によれば日本政府は胃ガン対策に要する機材の供与及びコスタ・リカの専門家、技術者の技術研修を受け持つ。

日本もコスタ・リカも世界で最も胃ガンの多い国である。しかし、日本は胃ガン対策のより多くのまた良質の技術と人材を有している。

従って、日本においては早期胃ガン発見率は80%、余命5年間と非常に高く、一方コスタ・リカにおいては早期発見率3%、余命は非常に低いとの状況にある。

コスタ・リカ社会保障公庫技術部Ruth Villareal、コスタ・リカ大学Rafaela Sierra、国立小児病院Francisco Mirambellによればコスタ・リカは20年前から集団早期胃ガン発見計画を進めようとして来ているところ本件プロジェクトの当国における実施に非常に満足している由。

なお、Villarrealの説明によれば、Jose Maria Figueres大統領及びAlvaro Salas社会保障公庫総裁の支持もあり現在では胃ガンによる死亡者数を少なくするための本件プロジェクト開始に向けての政治的意思がある。

Dicen médicos Zonas agrícolas más propensas al desarrollo de cáncer gástrico

-Japón ayudará a su detección temprana mediante un plan de 5 años

Levi Vega M.

El pasado lunes 8 de agosto se suscribió una carta de intenciones entre una misión japonesa de la Agencia Internacional de Cooperación (IICA) y autoridades de salud de nuestro país. La minuta, como la llaman los promotores de este plan, orientado a la detección temprana del cáncer gástrico, consigna el compromiso de ambas partes para practicar exámenes con los equipos más modernos hasta ahora existentes, en las zonas de alto riesgo en torno en esta enfermedad.

En la primera reunión realizada con una misión de avanzada que llegó para tal finalidad, participaron los enviados especiales de IICA, doctores Teshuro Jakiwara, jefe del grupo; Tomohiko Okawa y Shunsuke Haga, quienes fueron atendidos por el embajador Tenshuro Akimoto. El diplomático ofreció una recepción en la que participaron los ministros. Fernando Naranjo, Canciller y German Weinstok, de Salud; asimismo el presidente ejecutivo de la Caja, Dr. Alvaro Salas; el Dr. German Naranjo, director de la Clínica Bíblica y los doctores Reynaldo Con y Francisco Mirambell, involucrado en esta actividad.

El Dr. Kajiwara hizo ver que las zonas más propensas a contraer el cáncer gástrico son las rurales, donde hay producción agrícola; dijo que este tipo de cáncer es multifactorial, desconociéndose su origen y lo conveniente, precisó, es descubrirlo a tiempo. Agregó que si se detecta temprano, hay posibilidad de cura, si se opera, en un 95% de todos los casos; pero si su detección es tardía, como ahora ocurre, el paciente muere en un año y de allí la necesidad de invertir esfuerzos en este proyecto. Añadió que el cáncer cuando se inicia no presenta síntomas, por lo cual es necesario que se



Grupo de médicos japoneses y nacionales reunido en la embajada de Japón para dar a conocer el convenio sobre el control del cáncer gástrico. Aparecen entre otros, el Ministro de Relaciones Exteriores, Fernando Naranjo; Ana Lucía Nassar, de la embajada de Costa Rica en Japón; Ministro de Salud, Dr. German Weinstok; señora de Naranjo; embajador de Japón Tenshuro Akimoto; Dr. Alvaro Salas, presidente de la Caja; Dr. Tetsuro Kajiwara, jefe de la misión japonesa; Dr. Tomohiko Okawa; Dr. Shunsuke Haga y el costarricense Dr. Reynaldo Con. (Foto: Levi Vega M.)

precoz hacer la determinación de cuáles casos requieren la cirugía para practicarla, en forma temprana. La acción del Ministerio de Salud en este proyecto, subrayó, será el respaldo epidemiológico.

Weinstok precisó que en nuestro país, la provincia de Cartago es la de mayor incidencia en cáncer gástrico, siendo la zona rural la más susceptible.

Entre tanto, el Dr. Salas manifestó que en este convenio, la Caja tendrá que hacer un gran esfuerzo económico, porque deberá contratar una gran cantidad de personal, tales como patólogos, gastroenterólogos, endoscopistas, radiólogos y muchos técnicos para aportar ese recurso humano a la ayuda tecnológica y en equipo que hará el gobierno de Japón.

Concretó que la Caja desarrollará este proyecto en la provincia de Cartago, fundamentalmente, "porque conocemos que allí es donde se presenta la mayor incidencia de cáncer gástrico".

El Canciller Fernando Naranjo, expresidente ejecutivo de la Caja, dijo sentirse muy contento por la colaboración del gobierno japonés, en un plan tan importante para detectar oportunamente el cáncer gástrico en el país. Es un plan que puede durar hasta cinco años y, como es bien conocido, Japón, Costa Rica y Chile son los países con mayor incidencia en el cáncer del estómago en el mundo. Pero, acotó, hay una gran diferencia: en Japón, los enfermos no se mueren; en cambio en Costa Rica, los pacientes mueren por esa razón se debe aprender del Japón, sobre cómo diagnosticar prematuramente este tipo de cáncer y consecuentemente nos ayude para que muchas personas puedan sobrevivir con un diagnóstico temprano.

Según dijeron las autoridades de salud, durante los cinco años que dure este convenio, se proyecta atender a unos 30 mil costarricenses que van a disfrutar de la tecnología más avanzada en el mundo.

hagan exámenes en la población de alto riesgo, porque cuando el síntoma aparece, ya está avanzado.

Informó que tras la firma de la carta de intenciones, el programa se iniciará el próximo mes de mayo.

Por su parte el Dr. Con, quien promovió este tipo de ayuda, señaló que en Costa Rica mueren 580 personas cada año, siendo el cáncer gástrico la primera causa de muerte por tumores malignos.

Para el Ministro Weinstok, la trascendencia que tiene este apoyo japonés va a permitir que en unos años se pueda revisar más la población expuesta y entonces en una forma

8月11日付け ラ・レプブリカ紙

「医師達によれば、農村地区が一番胃ガンに罹りやすい。日本が早期胃ガン発見5ヶ年計画に協力」

8月8日月曜日、国際協力事業団（JICA）派遣ミッションと当国保険医療関係政府機関との間でミニッツが署名された。この早期胃ガン発見計画のためのミニッツには、胃ガン発生数の最も多い地域において最新の機材を使用して検診を行うための両者間の合意が盛り込まれている。

今回派遣されたJICAミッションは右目的のための最初のものであり、梶原哲郎医師（団長）、大川智彦医師及び芳賀駿介医師により構成されており、右は秋本健志郎大使に歓迎された。秋本大使主催の歓迎レセプションには同ミッション・メンバーの他フェルナンド・ナランホ外務大臣、ヘルマン・ウエストク厚生大臣、アルヴァロ・サラス社会保障公庫総裁、ヘルマン・ナランホ ピブリカ病院院長及び本件プロジェクトに関係しているレイナルド・ゴン及びフランシスコ・ミランベルの両医師が出席した。

梶原団長は、地域的に見て胃ガンに最も罹りやすいのは農業活動のある農村地域であり、また、発ガンの原因はたくさんありこれというものは究明されていないところ、対策として最も適しているのは早期に発見することである旨述べるとともに、早期に発見し右を手術すれば95%は治療の可能性があるが、現在のコスタ・リカのように発見が遅ければ患者は一年の命しか残らないところ、本件プロジェクトに力を入れる必要がある旨付け加えた。更に、ガンの初期には兆候が現れなく、兆候が現れた時点ではガンはすでに非常に進んでおりそのために胃ガン発生数の多い地域において検診することが重要である旨述べた。

なお、今回のミニッツ署名によってプロジェクトは明年5月に開始する由である。

本件プロジェクト推進者の一人であるゴン医師によればコスタ・リカでは毎年580人が死亡し、ガンによる死亡では胃ガンによるものが最も多い。

ウエストク大臣によれば、この日本の大型協力によりここ数年で多くの人を検診することが可能となり、早期発見により手術を必要とするものの判断も早くなる。本件プロジェクトに厚生省は疫病分野で協力する。なお、同大臣によれば、当国において胃ガン発生数の一番多いのがカルタゴ県であって、それも特に農村に多い。

一方、サラス総裁は、社会保障公庫は本件プロジェクトのため病理、消化器、内視鏡、及びX線専門の医師、技術者等を雇い日本政府の技術協力、機材供与に応じなければならず、少なからずの財政的負担がかかる旨、また、カルタゴ県において胃ガン発生率の高いことは承知しており同県を中心に本件プロジェクトを実施される旨述べた。

なお、ナランホ外相は元社会保障公庫総裁でもあるが、「本件プロジェクトは当国における早期胃ガン発見にとり非常に重要なものであり日本政府の本件協力に大きく満足している。本件プロジェクトは5ヶ年計画である。周知の通り、世界の中でも胃ガンの多いのは日本、コスタ・リカ、チリである。しかしながら、大きな違いは日本では胃ガンの患者が死亡しないがコスタ・リカでは死亡する。そこで、コスタ・リカは日本から胃ガン早期発見技術を学び早期発見により多くの命を助けることにつき協力を受けなければならない」旨述べた。

関係者によれば、本件プロジェクト実施期間の5ヶ年で、約3万人の者が世界で最も進んだ技術を楽しむことになる予定である。

（写真下）

日本国大使公邸に集まった胃ガン対策合意関係のコスタ・リカと日本の医師達。写真の人物はフェルナンド・ナランホ外務大臣、在京コスタ・リカ大使館館員アナ・ルシア・ナサル、ヘルマン・ウエストク厚生大臣、ナランホ院長夫人、秋本健志郎日本国大使、アルヴァロ・サラス社会保障公庫総裁、梶原哲郎ミッション団長、芳賀駿介団員、レイナルド・ゴン医師。

JICA