平成6年度
プロジェクト・リーダー会議報告書

平成7年3月

国際協力事業団
医療協力部

平成6年度
プロジェクト・リーダー会議報告書

平成7年3月

国際協力事業団
医療協力部

平成6年度プロジェクト・リーダー会議報告書

目　　次

平成6年度リーダー会議
医療協力部全体会議

NO	時 間	時 間	議 事 内 容		備 考
2月2日（木）＜国際協力総合研修所　国際会議場＞					全体司会：米林二課長
			受付開始 9:15（9:50 までに着席）		
1	10:00 ～ 10:10	10 分	リーダー・関係省庁・JICA本部出席者紹介 およびリーダー会議のプログラム説明	司会	
2	10:10 ～ 10:15	5 分	理事挨拶	小澤理事	
3	10:15 ～ 10:30	15 分	関係省庁挨拶（外務・文部・厚生）		
4	10:30 ～ 10:35	5 分	医療協力部長挨拶	部長	
5	10:35 ～ 10:50	15 分	医療協力部関連事業の現況と課題	計画課長	
6	10:50 ～ 11:05	15 分	調達業務の現況と課題	調達部管理課長	
	11:05 ～ 11:20	15 分	休憩		
7	11:20 ～ 12:30	70 分	意見交換：　報告と自由討議 (1) リーダー・国際協力専門員からの報告(2名) 仮称）「人口・エイズへの取組」 －ＧＩＩ(Global Issues Initiative/地球的規模の協力）の実現に向けて (2) 自由討議	一課長	発表者 ①谷口リーダー ②花田専門員
8	12:45 ～ 14:00		昼食「和室」	理事、部長、計画課長	
9	14:30 ～ 17:40	各 30 分	リーダーと医療協力部担当者の個別打合わせ （各リーダー30分ずつ） ※一部担当者は後日別途打合せを行う。	各担当者全員	
10	18:00 ～ 20:00		懇親会：立食パーティー　「400」会議室		部内関係者全員参加
2月3日（金）＜三井ビル内JICA会議室＞					
1	10:00 ～ 12:00	120 分	分科会：協力分野別に４分科会 「リーダー間の情報・意見交換」	司会進行はリーダー テーマは司会進行役に一任	
				司会進行　オブザーバー　書記	
			①基礎医学・食品薬品分野　（46A会議室）	赤井リーダー／石井代理　／和田職員	
			②臨床・教育分野　（49A会議室）	立山リーダー／松本代理　／五十嵐Jr専門員	
			③公衆衛生・地域保健分野　(50Fブリーフィングルーム)	須知リーダー／八重樫代理／富澤職員	
			④人口家族計画分野　（46B会議室）	佐藤リーダー／北林代理　／鳥居職員	
2	13:00 ～		各プロジェクト別国内委員会		

平成６年度プロジェクト・リーダー会議　出席者一覧表

１．プロジェクト・リーダー

楠本　一生	中　国	ポリオ対策	
塩野谷恵彦	インド	ｻﾝｼﾞｬｲ･ｶﾞﾝｼﾞｰ医科学研究所	
大畑　英雄	インドネシア	生ﾜｸﾁﾝ製造基盤技術	
浦上　秀一	インドネシア	ストモ病院救急医療	
鈴木　淳	ラオス	日本・ＷＨＯ／ラオス国公衆衛生	
田中　寛	マレイシア	熱帯病研究	
島崎　栄二	マレイシア	ｻﾗﾜｸ総合病院救急医療	(専門家)
小原　博	ネパール	医学教育	
本間　威	ネパール	ﾌﾟﾗｲﾏﾘｰﾍﾙｽｹｱ	
小松　良子	ネパール	結核対策（第Ⅱ期）	
田中　政宏	フィリピン	家族計画・母子保健	(専門家)
須知　雅史	フィリピン	公衆衛生	
坂下　勲	スリ・ランカ	国立医学研究所	
久慈　直志	タイ	家族計画・母子保健	
小野喜志雄	タイ	公衆衛生	
紺山　和一	タイ	エイズ予防対策	
南　俊作	タイ	食品衛生強化	
秋山　稔	ヴィエトナム	チョーライ病院	
原　實	ソロモン	ﾌﾟﾗｲﾏﾘｰﾍﾙｽｹｱ 推進	
立山　恭子	エジプト	ｶｲﾛ 大学看護学部	
竹下　次郎	エジプト	ｶｲﾛ 大学小児病院（第Ⅱ期）	(専門家)
柳井　進	テュニジア	人口教育促進	
角谷　紳一	トルコ	人口教育促進（第Ⅱ期）	(調整員)
松山　繁夫	トルコ	生物製剤品質管理	
谷口　清州	ガーナ	野口記念医学研究所（第Ⅱ期）	
赤井契一郎	ケニア	感染症研究対策	
佐藤都喜子	ケニア	人口教育促進（第Ⅱ期）	
中野　博行	マラウイ	公衆衛生	
新藤　啓司	タンザニア	家族計画・母子保健	
森本　博幸	ボリヴィア	消化器疾患対策	(調整員)
山本　恵一	ブラジル	ｶﾝﾋﾟｰﾅｽ大学消化器病診断・研究ｾﾝﾀｰ	
建野　正毅	ブラジル	東北伯公衆衛生	
坂本　清人	チリ	消化器がん	
宮田　彬	ドミニカ	消化器疾患研究・臨床	
田原雄一郎	グァテマラ	熱帯病研究	
菅原　能子	ホンデュラス	看護教育強化	
平林　武尚	メキシコ	家族計画・母子保健	
松口　素行	パラグァイ	地域保健強化	

2．各省・ＪＩＣＡ参加者

（1）外務省

経済協力局技術協力課	塩尻　宏	企画官
同　上	清水　亨	事務官

（2）文部省

学術国際局国際企画課		
教育文化交流室	若林　茂樹	海外協力官
同　上	野田　孝夫	文部事務官

（3）厚生省

大臣官房国際課		
国際協力室	石井　博史	室長
同　上	葛西　健	厚生技官
国立国際医療センター	我妻　堯	国際医療協力局長

（4）ＪＩＣＡ

	小澤　大二	理事
医療協力部	平良　専純	部長
計画課	樋田　俊雄	課長
医療協力第一課	鈴木　英明	課長
医療協力第二課	米林　遠郎	課長
計画課	黒川　恒男	課長代理
医療協力第一課	北林　春美	課長代理
同　上	八重樫成寛	課長代理
医療協力第二課	松本　淳	課長代理
同　上	石井羊次郎	課長代理
調達部機材課	稲葉　泰	課長
企画部地域第三課	力石　寿郎	課長
	花田　恭	国際協力専門員

全 体 会 議 議 事 録

午前１０時２分　開会

【司会（米林第二課長）】　おはようございます。時間になりましたので、平成６年度医療協力部プロジェクト・リーダー会議を開催させていただきます。

私、本日の司会を務めます医療協力二課長の米林です。よろしくお願いします。

出席者紹介

【司会】　初めに、出席いただいている方々の御紹介をさせていただきたいと存じます。プロジェクトより出席の方々を、席の順に従って御紹介させていただきます。

初めに、中国ポリオ対策の楠本リーダー。

インド、サンジャイ・ガンジー医科学研究所、塩野谷リーダー。まだちょっとお見えになっていませんが。

インドネシア生ワクチン製造基盤技術、大畑リーダー。

インドネシア、ストモ病院救急医療、浦上リーダー。近々赴任される御予定です。

ラオス、日本・ＷＨＯ／ラオス国公衆衛生、鈴木リーダー。

マレイシア、熱帯病研究、田中リーダー。

マレイシア、サラワク総合病院救急医療、島崎専門家。リーダー御不在のため、専門家においでいただいています。

ネパール、医学教育、小原リーダー。

ネパール、プライマリー・ヘルスケア、本間リーダー。

ネパール、結核対策（Ⅱ）、小松リーダー。

フィリピン、家族計画・母子保健、田中専門家。リーダー不在のため専門家にお越しいただいています。

フィリピン、公衆衛生、須知リーダー。

スリ・ランカ、国立医学研究所、坂下リーダー。

タイ、家族計画・母子保健、久慈リーダー。

タイ、公衆衛生、小野リーダー。

タイ、エイズ予防研究所、リーダー不在のため、元リーダーの紺山さんに来ていただいています。

タイ、食品衛生強化、南リーダー。

ヴィエトナム、チョーライ病院、秋山リーダー。秋山リーダーも近々御赴任の予定でいらっしゃいます。

ソロモン、プライマリー・ヘルスケア推進、原リーダー。

エジプト、カイロ大学看護学部、立山リーダー。

エジプト、カイロ大学小児病院、竹下専門家。リーダー不在のため、専門家にお越ししていただいています。

テュニジア、人口教育促進、柳井リーダー。

トルコ、人口教育促進、角谷調整員。今リーダー不在で角谷調整員に来ていただいています。

トルコ、生物製剤品質管理、松山リーダー。

ガーナ、野口記念医学研究所、谷口リーダー。ちょっとまだお見えになっていません。

ケニア、感染症研究対策、赤井リーダー。

ケニア、人口教育促進、佐藤リーダー。

マラウィ、公衆衛生、中野リーダー。

タンザニア、家族計画・母子保健、新藤リーダー。新藤リーダーも近々御赴任の予定でいらっしゃいます。

ボリヴィア、消化器疾患対策、森本調整員。

ブラジル、カンピーナス大学消化器病診断・研究センター、山本リーダー。

ブラジル、東北伯公衆衛生、建野リーダー。建野リーダーも近々御赴任の予定でいらっしゃいます。

チリ、消化器がん、坂本リーダー。

ドミニカ、消化器疾患研究・臨床、宮田リーダー。

グァテマラ、熱帯病研究、田原リーダー。

ホンデュラス、看護教育強化、菅野リーダー。

メキシコ、家族計画・母子保健、平林リーダー。

パラグァイ、地域保健強化、松口リーダー。

次に、外務省の方から御出席いただいている方を御紹介させていただきます。

外務省経済協力局技術協力課、塩尻企画官。

同じく技術協力課、清水班長。

文部省、学術国際局国際企画課教育文化交流室、若林海外協力官。

同じく野田事務官。

厚生省より、大臣官房国際課国際協力室、石井室長。

同じく葛西厚生技官。

国立国際医療センター、我妻国際協力医療局長。

ＪＩＣＡからの出席者を御紹介させていただきます。

担当理事であります小澤理事です。

医療協力部の平良部長。

計画課、樋田課長。

医療協力第一課、鈴木課長。

右手の方に来ますが、企画部より地域第三課、力石課長。

国際協力専門員、花田専門員。

私の左手に参りまして、調達部機材課課長、稲葉課長。

医療協力部より各課課長代理を御紹介させていただきます。

計画課、黒川代理。

第一課、北林代理。

八重樫代理。

医療協力二課、松本代理。

同じく石井代理。

以上でございます。

理事挨拶

【司会】　では、ＪＩＣＡ担当理事の小澤の方よりご挨拶をさせていただきます。よろしくおねがいします。

【小澤理事】　おはようございます。東京は寒梅も咲き始めましてほのかな春が感じられますが、このところちょっと異例の寒さが続いているわけでございます。皆様方には、遠路はるばるこのリーダー会議にお越しいただきましてありがとうございます。大変風邪がはやっておりますので、皆様お医者さんが多いので釈迦に説法でございますが、大変悪性の風邪がはやっておりますので、くれぐれも御留意していただければと思います。

本日は、外務省、文部省、厚生省、そして国立国際医療センターの我妻局長を含めまして、日頃私どもの医療協力に携わる私どもに対しまして、御支援、御協力、或いは御指導を賜わっている関係省庁の方々にも御列席いただきまして、リーダー会議を開くことができました。

まず私、たまたま今日来る車の中でＵＮＤＰが出しました「人間開発報告」、昨年出したものでございますが、こういうレポートが出ております。これをめくりながら来たわけでございますが、このＵＮＤＰの「人間開発報告」、これは恐らく今後２１世紀に向けて先進国が中心となって途上国に対する開発支援を行ううえの新たな視点からのペーパーになるかという気がします。皆様方も東京で御入手、或いは現地で御入手できれば是非見ていただきたいという気がしますが、これは国際協力出版会というところで出しておりますので、御要望があれば取り継ぐことも医療協力の方でできます。このペーパーの中で非常に強調されておりますもの、これは持続可能な開発をするうえに当たりまして、これからの視点として新たな人間安全保障という視点からの取り組みということに力点を置いた内容となっておりまして、従来のＧＮＰ等の格差の是正というような経済ファクターよりもむしろソーシャル・ファクター、それに力点を置いた開発援助に対しての取り組みというもの、その指標一つとっても経済指標よりもむしろそういったものに重点を置くべきであるということを踏まえつつ、特に医療協力の分野等に対しての認識もこの中でかなり新しい角度から取り上げております。

そういったものを受けまして、私どもＪＩＣＡの医療協力を今後進めるに当たりまして、一つは従来私どもＯＴＣＡ時代から実施しております医療協力事業というものも、これからまた新しい視点で今後の更なる構築をしていかなければならないのであろうかと考えております。その大きなものの一つは、この「人間開発報告」の中にも触れられておりますが、近年の先進国と途上国との格差がますます開く一方の中で、これまでにない発展を遂げている部分と、そしてまた惨憺たる部分と、この二つの現象が地球上において起きているわけでございますが、医療の実施の面でもより貧困層に対するアプローチを積極的に実施していくことがやはり必要なのであろう、このように考えております。従って、これから私どもとしても新規のプロジェクト等につきましては、よりそういった面を重視すべく各省の御指導を仰ぎながらやっていきたいと思っております。

こういう中で、特に世界経済が今停滞をしている中で、日本経済も若干の翳りがずっと続いております。特に国の財政事情というものは厳しくなってきておりまして、つい３週

間ほど前に阪神の大震災がありまして、こういった影響の下に国の予算につきましても今後節約の様相がまた出てくることはほぼ確実かと思います。私どもも、国からいただきました予算をできるだけ効率よく有効に執行していくということで、プロジェクトの経費全体につきましてもかなりそういった見地から見直していく必要が、特に平成７年度の予算については出ていくのではないかと思っております。平成７年度におきまして、ＪＩＣＡ全体では１，６９２億５，０００万円ということで交付金をいただきました。この伸びはＯＤＡ全体の伸びが４％ということでございますが、これにほぼ拮抗しておりまして、通産省からの委託を含めますと４％をやや上回るという状況でございます。そういう中で、例えばＪＩＣＡの定員につきましても、職員３６名が定員増ということになりまして、１０名の削減を入れますと、純増で２６名増えましたし、また周辺要員として６８名のジュニア専門員とか或いは専門調査員、いろんな形のＪＩＣＡのこの事業を推進する周辺要員、これにつきましても非常に大きな支援をしていただくことが認められました。両方合わせますと約１００名の増加が見られましたし、またラオスの事務所或いはジンバブエの事務所等も認められまして、今後多様化する援助ニーズへの積極的な対応を図るべく、この予算を有効に活用するということであります。保健医療協力事業費につきましては、対前年費で３．７％、７０億９，７００万円ということでございまして、人口家族計画、これが１４億７，０００万円ということで、これは８．９％の伸びとなっております。プロジェクトの件数につきましても、４８件ということで認めていただいておりますので、これに伴いまして事業を実施していくことになるかと思います。

後ほど計画課長の方から説明がありますが、そういう中で一つリーダーの皆さん方にお願いしたいことがございます。それは、去年の秋口以来、公取による談合摘発という問題があります。この問題はまだ調査が進行しておりまして、結論はまだ出ておりませんが、卑しくもＪＩＣＡとしてこの談合に対しまして何か関与しているというような報道も一部ありましたが、そういうことは私どもとしては全く関係しておりません。非常に問題になりますのは、こういうようなことが出てまいりますと事業の執行上にも大きな変化を伴う、改革をせざるを得ないということでございまして、平成７年度からは１件２，５００万円を超える機材につきましては、すべて一般競争入札ということになります。御承知のように、一般競争入札というのは新聞に公示をしまして入札をするということになりますので、このために相当な時間を要することになります。現在より約１ヵ月以上かかることになるかと思います。そういう中で、私どもとしましては厳正な調達が行われるように職員一同

事務を推進すると同時に、合わせましてまたプロジェクトサイドに余り影響が出ないように執行を早くしていくということが重要かと思います。その点につきましては、特に機材等の要請につきましては、一つはそういう非常に厳しい情勢の中に送りました機材が有効に活用されるという点について、よりリーダーの皆様方にチェック機能を働かせていただいて、そしてその機材の有効活用、特にメンテナンスを含めまして御指導を賜わると同時に、また本部への申請に当たりましてはできるだけ仕様等につきましても、細かい仕様を是非御要望の当初からいただけるようになれば、時間の節約にもなるかと思っております。また現地調達等も増加することと思いますが、この点につきましても後ほど計画課長からの説明もあると思いますが、私どもとしては海外の特殊な商習慣等がございますが、そういう中でも第三者に説明でき得る執行調達が行われなければ、また海外において何か問題が生じたときには非常に影響が大きくなります。従って、こういう点につきましても各リーダーの先生方には是非目を行き届かせていただければと思っております。そのほか現地業務費その他、私どもから執行に伴いましてお渡しします経費につきましても、昨今の会計検査等も実地検査が非常に細かく行われることの中で、この経費につきましても明確な把握をしていただいて、効率的な運用に寄与できるように御指導をいただければと思います。

以上で、私の挨拶といいますか先生方へのお願いを込めました挨拶ということにしていただきますが、今回のリーダー会議におきましてまた私ども本部に対しましてもいろんな御要望が各リーダーからございますと思いますので、忌憚ない御意見を賜われればと思っております。ひとつよろしくお願い申し上げます。ありがとうございました。

関係省庁挨拶

【司会】　ありがとうございました。引き続きまして、外務省、塩尻企画官よりご挨拶をいただきたいと思います。

【塩尻企画官（外務省）】　おはようございます。外務省でプロジェクト方式技術協力を担当しております塩尻でございます。今日は、ところによっては極めて環境の厳しいところで日頃から医療協力に御健闘、御努力をいただいている方々にお集まりいただきまして、いろいろお話をお伺いできるということで、皆様の御意見を今後私どもの仕事に生かしていく絶好の機会だと思っておりますので、忌憚のない御意見をお聞かせいただければ

と思います。

御承知のとおり、日本はＯＤＡの大国になりまして、金額的には世界一になっておりますが、今後また今求められているのは、私どもの幹部が申し上げておりますが、トップドナーからリーダー、リーディング・ドナーへということで、金額的ではなくてその内容的にも充実した援助を行っていきたい。それをどうやっていくかということを今私どもいろいろ知恵を絞って、皆様の御協力を得ながら考えていきたいと思っています。金額が膨らんできますと同時に、いろんな要素を勘案しながら考えていく必要が出てきておりまして、一つの方向としては多様化、いろんな種類、いろんな方面、いろんな分野においての協力を行う。同時にそれぞれの協力が質的に適切なものであるということを確保していかなければいけないということで、日本のみならず分野としてはいろんな、ここにもそれぞれの専門家が御活躍ですが、ポリオから熱帯病、公衆衛生、家族計画、人口等いろいろな分野においての協力を推進していくことになっています。また同時に、これらの需要はいろいろな国、または機関との協力関係で推進しているケースが次第に多くなってきております。これらとの協調、協力をしながらやっていきたい。内容的にもまた分野的にも非常に多様化しておりますので、これのバランスをとった援助計画の作成ということをやっていきたいと考えております。

同時に、もう一つは国内に目を向けて、私ども税金でＯＤＡをやらしていただいている関係上国内の皆様の納税者の理解と関心がなければ十分に推進できないということから、一つは今理事もお話になりましたように援助の適正な実施ということで、国民の方にも皆様にもわかりやすい形の目に見える援助というのは、外向けだけではなくて中向けにも見える援助ということで、国民の皆様の一人一人が参加しているという意識を持てるような形で援助を推進していきたいと思っております。

私どもいわば後方支援でございます。現場で最前線でいろいろ御苦労があることは十分に想像しておりますが、この機会に忌憚のない御意見をお聞かせいただいて、私どもの今後の適正な計画と皆様の仕事の環境改善に努力したいと思っておりますので、よろしくお願いをいたします。どうもありがとうございました。

【司会】　どうもありがとうございました。続きまして、文部省の若林海外協力官よりご挨拶をお願いします。

【若林協力官（文部省）】　文部省の若林でございます。本日お集まりの皆様方には、日頃から各国、各プロジェクトサイトにおいて我が国の技術協力の最前線、我が国の顔と

して御活躍のことと存じております。日頃の御努力に対し、まず心から敬意を表したいと思っております。

御承知のように、近年途上国援助というのが国造りの根幹をなす、さっき継続可能なという言葉もございましたけれども、そういう観点から国造りの根幹をなす人材養成というのが大変増えてきておるというところでございまして、文部省としても国内でそういう教育等の行政を預かる立場としてできるだけお役に立ちたいということで努力をしているところでございます。御存知のように、文部省では現在２１世紀の初頭に向けて１０万人の受け入れをやろうということで、そういう大目標のもとに留学生事業が動いております。国費留学生、私費留学生も含めて１０万人ということで目標を設定したわけでありますが、こういう事業、それから更にその他の教育、学術、文化といった文部省の所掌のさまざまな分野の交流事業を立てまして、自ら国際協力事業を推進しております。因に平成７年度の予算案、政府案でございますけれども、先ほどＯＤＡ全体の伸びが一般会計ですけれども、４％という話がございました。文部省の場合ですと、総額は小さいのでございますけれども、一般会計、特別会計を合わせまして８．３％の伸びを確保したというようなところでございます。引き続き積極的にＯＤＡ事業の拡充に努めていきたいと考えているところでございますが、一方で、外務省、国際協力事業団の方で実施なさっています技術協力事業、これに対しても、例えば医療関係の本日のこのお集まりを見ましても、私どもと非常に御縁の深い機関からお出かけいただいております先生方もたくさんおいでになるということでございまして、日頃からかなり深い御縁を持ってお付き合いをさせていただいておるというところでございます。国立大学等の協力を得まして専門家として海外へおいでいただく、それから海外からの研修員として大学等で勉強していただくというような、そういうことを通じまして技術協力等の面での国際貢献の一翼も担っていると自負しているところでございます。また近年は開発援助関係の大学院研究機関の整備というようなことも、私どもとして文部省固有の機能を発揮する中での一つの国際貢献ということではないかということで、そういう研究機関の整備等にも取り組んでいるところでございます。今後ともこれらの施行を通じまして、大学等の本来機能を尊重しつつ積極的に国際協力を進めていきたいと考えております。

本日こうしてお集まりの皆様方に、私どもとして今後とるべき措置等につきまして、御意見、御示唆等がいただければ大変幸いだと思っております。本日はどうぞよろしくお願いいたします。ありがとうございました。

【司会】　どうもありがとうございました。

引き続きまして、厚生省、石井室長の方からご挨拶をお願いします。

【石井室長（厚生省）】　ただいま御紹介をいただきました厚生省の国際協力室の石井でございます。本日は世界各地におきましてさまざまなプロジェクトに係わっておられる皆さんにおいでいただいているわけで、保健医療の技術、或いは人材ということに係わって仕事をしております専門官庁としての厚生省という立場で、一言この場をお借りしまして御礼申し上げたいと思う次第でございます。

厚生省といたしまして考えていることを幾つかここで申し上げたいと思うわけでございますけれども、まず基本的には今迄のお話にございましたように、厚生省といたしましてもベイシック・ヒューマン・ニーズの分野、これをきちっと推進していきたいという気持ちであるわけでございます。その場合のポイントでございますけれども、２点ほど考えております。その一つは、やはりプライマリー・ヘルス・ケア、これを着実に推進するということでございますけれども、御案内のようにややもいたしますとＰＨＣという概念そのものがなかなかつかみづらいというような御指摘もあるわけでありまして、そこでプライマリー・メディカル・ケア、目に見える形で具体的に医療的な要素というものをその中に構築していく。そういうふうな概念というものを念頭に置いたプライマリー・ヘルス・ケア分野の推進というものを心掛けていきたいと思っているわけでございます。これが１点であります。もう一つは、相手国の施策におけるプロジェクトの位置付けであります。ありていに申し上げますと、相手国側の国家計画、或いはそれに準ずる大きな計画との調和ということを意識していただけたらと思うわけでございます。これは立ち上がりの段階においてそのプロジェクトが的確に運営されるかどうか、そのキーになりますと今度はフェード・アウトの段階におきましてもそういうものがあれば、御案内のように計画期間後も自立的な運営というものが期待できるわけでありまして、このことの意味というのは極めて重い。且つまたプロジェクトの推進の過程におきましても、そのような方向で将来的にそれが進んでいくものかどうかという観点からの評価の重要なポイントにもなって参るというふうに思っているわけでございます。そういうことを厚生省としては推進上のポイントと考えているわけでございます。

実は、今日ここへ参る途中で新聞を買ったわけであります。たまたまディリー読売というのを手にしたわけでありますが、ずっとめくってみますとその中に今回の阪神大震災で被災された方々の心理的なショック、これに対する心理面からのケアの重要性というもの

がコラムの形で大きく枠どりされて取り上げられておりました。ディ・ブリーフィングの重要性というものが極めてわかりやすく強調されていたわけでありますけれども、このディ・ブリーフィングの重要性というのは、必ずしもこうした大きな災害直後の心理的なケアに留まらないのではないか。世界各地でさまざまな条件の中で取り組まれているプロジェクトに係わる皆さんの例えば心理的な環境と申しますか条件と申しますか、つい熱心な余りグッと踏み込んでいって、そして気が付いたときにはなかなかバルネラビリティというような点から問題ということもままあり得るわけでありまして、そういうようなことを避ける意味からもディ・ブリーフィングの重要性というのがやはり意識されてしかるべきではなかろうかとも思っているわけでございます。

若干余計なことを申し上げたかもしれませんけれども、いずれにいたしましても私ども厚生省といたしましては保健医療分野に係わります専門的官庁という立場で、具体的には国立国際医療センター、こちらを基幹的な組織と位置付けながら、一つでも事業の実というものが上がるべくいろいろと協力をしていきたいと思っております。私どもの動きについていろいろ御意見とかございますれば、これはまた忌憚なく寄せていただければと思います。そういうことで、厚生省、６年度、そして７年度におきましても人口、ＡＩＤＳ、項目的には人づくりということに重点を置きながら取り組んでいきたいと思っておりますので、どうかよろしくお願いいたします。ありがとうございました。

【司会】　どうもありがとうございました。

医療協力部長挨拶

【司会】　では、最後に医療協力部部長平良よりご挨拶させていただきます。

【平良医療協力部長】　ただいま御紹介にあずかりました医療協力部長を去年の７月から担当しております平良といいます。よろしくお願いいたします。本日は、今日から約１週間にわたりましてリーダー会議が開かれるに当たり、リーダーの先生方には各国から日本に来られておるわけですけれども、常日頃は非常に厳しい海外での環境の下で技術移転に日夜御精進されていることを、まずもって御礼を申し上げたいと思います。

先ほど理事の方から、それから外務省、厚生省、文部省からいろいろＯＤＡ等の話についてはもうなされましたので、私からはリーダー会議に当たりまして少しお話をしてみたいと思っております。このリーダー会議が開かれたのは昭和５２年ごろから始まっておる

ようでございます。私も昭和５６年、１９８１年頃ですか、ちょうど医療課長としておりましたころに、リーダー会議がまだ定着しかかった頃だと思いますけれども、こういう会議に２回ぐらい出席しておるわけですが、その当時の印象としては日本国自体がまだ国際化に疎かったということもあってか、初日などは各リーダー各国からかなり遠いところからも来られているわけですから、日本に来る迄にいろんなトラブルがあって、切符の問題だとか荷物が着かないだとか、朝の第１日目というのはそっちの処理で追われて、とても今のようにスムーズに会議が始まらなかったような印象を持っておるわけですけれども、あれから１５～１６年たってそういう面のことはスムーズに行われておるような気がしておるところでございます。

現在医療協力部では大体４０～４６ぐらいのプロジェクトを、幅は毎年新しく６つぐらいの案件ができて、また６つぐらいの案件が終わりますから、大体４０前後のプロジェクトを抱えておるわけですけれども、そういう中でリーダーがいらっしゃらないプロジェクトが５つ、６つあるわけです。これはいろんな事情がありまして、現在不在になっているところもございますけれども、リーダーの役割というのは今更私が述べるまでもなくプロジェクトを推進していく上では一番重要な役割を果たすのがリーダーでございますから、そういう意味でリーダー不在のところのプロジェクトについてもまた我々は鋭意にリーダーを決めて送り出していこうと思っているわけでございます。

特にリーダーの方々が果たす役割としましては、私どもの方からお願いしたいのは、一つは情報の交換でございます。担当者ベースなり四半期の業務報告書ベースで情報が入ってきますけれども、そういうものも見ておりますが、やはり一つのプロジェクトを実施していく上で対外的には相手国との交渉の問題、また内向けには専門家を束ねて技術移転という形で皆様方大変御苦労なさっているわけですから、いろんな問題があろうかと思います。何人かのリーダーの方々は私信でも私のところにお手紙をよこして情報を提供してくれますし、そういう意味ではひとつ公的、私的にかかわらず情報というものは私なり課長なり理事なりにどしどし書いていただければ、それはそれで一つの情報として聞かれるし、また公的な情報としてはそれなりのルートがありますから、そういうルートの中で実施していただければ非常に助かるのではないかと思っております。私としては、そういうことを今回のリーダーの方々にはお願いをしたいと思っております。

また細かいことにつきましては、国内委員会、或いは担当者ベースとの打合わせ等々でいろんなことをこの際お話しして、そしてできるだけ本音ベースで少し話をしていただけ

れば非常によろしいのではないかと思っておりますので、よろしくお願いします。１週間という結構過密スケジュールになっておりますけれども、体に気をつけて最後まで楽しくこの会議を済ませて、またそれぞれの任国に帰られることを祈念して、簡単でございますけれども、ご挨拶にかえたいと思います。よろしくお願いします。

【司会】　どうもありがとうございました。

では、次に簡単にお配りした資料と今日のスケジュールの説明をさせていただきます。座って説明させていただきます。

お配りした資料ですが、「平成６年度医療協力プロジェクト・リーダー会議資料」ということで、Ａ４の横書きの資料がございます。それから、後ほど機材課長の方から調達関係の説明ということで、「調達部」と右の上に書いてありますが、調達部関係の資料。意見交換に使いますＡ４の縦書きで「人口・エイズに関する技術協力について」というホチキスどめのペーパーです。同じく、意見交換の資料としてブルーの「人口・エイズ」のパンフレットがございます。あと各リーダーの参加者名簿ということでＡ４の縦書きでリストがございます。もし欠けておりましたら、後ほどおっしゃっていただければと思います。

それから、今日の日程を簡単に説明させていただきますと、この後「医療協力部関連事業の現況と課題」ということで、樋田計画課長から説明させていただきます。

引き続きまして、稲葉課長から「調達業務の現況と課題」ということで説明させていただきたいと思います。その後、休憩を挟みまして、休憩はロビーの方にコーヒーを用意してございますので、そこでおくつろぎいただきたいと存じます。それから１１時２０分から７０分の予定で意見交換ということで、ＧＩＩの実現に向けてということで、人口・エイズへの取り組みということを鈴木第一課長の司会進行で意見交換をしていただきたいと思います。報告は谷口リーダーと花田専門員の方に最初の報告をお願いしておりまして、引き続いて活発な意見交換をお願いしたいと思います。谷口リーダーはまもなく来られるという情報が入っていますので、この意見交換には間に合うということでございます。それから昼食ですが、この同じフロアのちょうど反対側の方になりますけれども、食堂の手前に和室がございまして、そこに皆様の御昼食を用意させていただいております。若干人数の割に和室が狭いので御窮屈かとは存じますが、御了承いただきたいと思います。午後には、昼食の後はリーダーと各医療協力部の担当者との個別打ち合せということで、３０分程度の時間を考えております。スケジュールの都合上お待ちいただくリーダーもいらっしゃるかと思いますが、御了解いただきたいと思います。その後は夕方６時から同じく国

総研の４階にあります４００号会議室で理事主催の懇親会をさせていただきたいと存じますので、どうぞ御出席をお願いしたいと思います。以上が本日のスケジュールです。明日の午前中ですが、場所を替えまして本部三井ビルの会議室の方で、昨年と同じような要領で４分野に分かれての分科会をさせていただきたいと思います。「プロジェクト・リーダー会議資料」の次のページに、日程の下の方に会議室と司会進行役をお願いしておりますリーダーの方々のお名前が書いてありますので、明日は三井ビルの方になりますので、よろしくお願いします。

マイクの使い方ですが、お手元のマイク、使用時にはボタンを押していただいて御発言をお願いします。終わったら再度押していただくという形になっておりますので、よろしくお願いします。

「医療協力部関連事業の現況と課題」

【司会】　それでは、樋田課長の方から「医療協力部関連事業の現況と課題」ということで、説明をお願いしたいと存じます。

【樋田計画課長】　今紹介のありました医療協力計画課長をやっております樋田と申します。よろしくお願いいたします。

本日は遠路はるばる本会議に出席していただきまして、時差等の関係で大変お疲れかと思いますが、これから９日までチーム・リーダー開催いたしますので、忌憚のない意見をいただくようお願い申し上げます。また、お忙しい中本会議に出席願っております外務省、文部省、厚生省及び関係各機関の皆様には、日頃の御協力に感謝いたしますとともに、今後ともによろしく御指導いただきたくお願い申し上げます。

説明を開始させていただきますが、着席させていただきたいと思いますので、よろしくお願いします。

まず、御出席願っている約半数のリーダーの方々は昨年も御出席願っているわけですけれども、改めて医療協力部の組織を簡単に御紹介いたしたいと思います。医療協力部は、計画課と医療第一課、第二課の３課で構成されております。計画課は主に医療協力に関する企画・調整・予算関係業務を実施しておりまして、医療第一課の担当はアジア及び大洋州の医療協力事業、医療二課につきましては、中南米、中近東、アフリカ及び東欧に係る医療協力を担当しております。人員的には、部長を初め２６名の職員で業務を実施してき

ておりますけれども、詳細な職員の分担表につきましてはお手元の資料の7ページから9ページに記してありますので、御参考としていただきたいと思います。

次に医療協力部の予算でありますけれども、医療協力部の予算は保健医療協力事業費と人口家族計画協力事業費、この二つで構成されております。お手元の資料の１０ページに保健医療協力事業費の概要、１１ページに人口家族計画協力事業の概要が記されております。この二つの予算に基づきまして、現在保健、人口両事業費で４８のプロジェクトを実施或いは計画中でございます。額的に申し上げますと、平成６年度、１２ページを参照していただければと思いますが、認可予算ベースで保健医療協力事業費が６８億４，３００万円、人口家族計画協力事業費が１３億４，９００万円であり、ＪＩＣＡ全体の予算のうちから管理費と出資金を除く事業実施経費に占める割合は約６．１６％ということになっております。特に我々のプロジェクトを遂行する上で関連があります６年度の機材費につきましては、保健医療協力事業費、これは１３ページの３に機材供与に必要な経費と書いてありますが、全体で２８億７，５００万円、それから１４ページに同じく機材供与に必要な経費と書いてありますけれども、人口家族計画協力事業費で５億５，８００万円となっております。このうちプロ技ベースでの機材は、保健医療協力事業費で約１３億円、人口で約４億円ということになっております。この金額に基づきまして、今年度購送手続をやっておりますが、手続的にはほぼ順調に推移してきております。これは現地のチーム・リーダーを初め専門家各位の御協力によるものと感謝しておりますので、今後ともまたよろしくお願いしたいと思います。

この機会にちょっとまた戻って申しわけないのですけれども、１０ページをご覧いただいて、ここに医療特別機材供与と書いてあります。これはプロ技とは直接関係なく研修員とか或いは単発の専門家との関連において供与されている機材でありまして、額的には約４億７，０００万円。それから、その一番下に感染症対策協力機材供与と書いてございますが、約８億円の予算で主にユニセフと協力しましてマダガスカル、ラオス、カンボディア他、約２０ヵ国に対してポリオワクチンだとかコールドチェーン等の供与を行っております。人口の方につきましても、同じように人口家族計画特別機材供与と書いてございますが、これにつきましては国連人口基金（ＵＮＦＰＡ）或いはＪＯＣＶ（青年海外協力隊）と協力しまして家族計画の促進のための業務を実施しております。予算的には、今年度は１億円ということで実施をしております。

次に７年度の予算でございますが、理事の方からも説明がございましたけれども、７年

度の保健医療協力事業費については７０億９，７００万、人口家族計画協力事業費は１４億７，０００万ということで、保健医療協力事業費については３．７％のアップ、金額にして約２億５，０００万、人口家族につきましては８．９％と高い伸びを示しております。金額にして約１億２，０００万の増加になっております。７年度の保健医療協力事業費約２億５，０００万の増加でございますが、主なファクターとしては、専門家の派遣人数の増加でございます。長期専門家が１８８人から１９８人に、短期専門家が３０３人から３１８人、合計２５名の増が認められました。今御説明申し上げました感染症特別機材供与、これが２件増加いたしております。新たに草の根展開支援費というものが認められることになりました。草の根展開支援費というのは、現在啓蒙活動普及費というのがありまして、プロジェクトのモデルエリア内での住民に対する啓蒙、啓発活動を行うために現在の啓蒙活動普及費というのがついていますが、今度の草の根展開支援費というのはモデルエリアの周辺地域の現地のＮＧＯとか地方政府との連携を強めて普及活動をより幅広く効果的に行っていこうという予算であります。これの適用基準につきましては、現在ＪＩＣＡの企画部で取り纏を行っておりますので、その取り纏基準ができてからの運用開始ということになります。

次に、人口家族計画協力事業費においては８．９％という極めて高い伸びなのですけれども、これは事業団の予算の中で３番目に高い伸びを示しておるわけなのですけれども、これは昨年９月にエジプトのカイロで国際人口開発会議が開催されまして、この分野における我が国の協力拡大が期待されているということを顕著に表しているのではないかと思います。具体的に増加したファクターは、専門家の派遣におきましても長短合わせて７８人から９２人。保健医療協力事業費で、今御説明しました草の根展開支援費が人口の方にも付いております。件数は同じく３件であります。それから、もう一つ新規に認められたものとして、お手元の１４ページなのですがセミナー開催経費と書いてございますが、このセミナー開催経費というのはプロ技とは直接の関係はないかと思いますが、人口・エイズ予防対策巡回指導専門家の派遣及びセミナー開催費と呼ばれるもので、人口家族特別機材、先ほどちょっと御説明しましたその機材を効果的に活用してエイズ予防の啓蒙活動を行うために、短期専門家を派遣しカウンターパートとともに直接現地住民の指導啓蒙を行うという趣旨の予算でございます。

次にプロジェクトサイトに御協力をお願いしたい件でございますが、一つは現地業務費について多少予算と実績に乖離が出ておりますので、今日からの個別打ち合せ等でそのあ

たりをチーム・リーダーの方々と話し合をさせていただきたいと思いますので、よろしくお願い申し上げます。

理事の方から先ほど話がありました談合に絡みまして、現在調達部で入札方法の改善に努力しているところなのですが、今後２，５００万以上の機材につきましては一般競争入札ということになりますので、機材の調達期間が従来の指名競争入札よりも長くなると想定しております。従いまして、オンタイムにプロジェクトの方に機材を送付するためには、スペックの詰めをできる限り詳細に記載していただければ期間も縮まってくると理解しておりますので、よろしく御協力のほどをお願い申し上げます。ここら辺のことにつきましては、後ほど機材課長の方の稲葉より御説明申し上げますので、よろしくお願い申し上げます。

同じく現地調達につきましても、現地調達の額が年々増えてきておるわけなのですけれども、これにつきましても詳しくは機材課の方でペーパーを用意しておりますので、同じく稲葉課長の方から説明していただきたいと思います。現地調達は優位性が本邦調達よりもある。例えば納品までの迅速性があるとか、調達後のアフター・ケアが本邦で購入するよりも優れているとか、或いは価格が安いとか、そういう一定の条件を満たすものについて現地調達をするということでやっておりますけれども、以上のことも含めて後ほど詳しく御説明したいと思います。

最後に、この前阪神大震災がございまして、専門家等の留守宅家族が被災地域におありになる方がおりまして、私どもとしましては留守宅に電話連絡等して安否を問い合わせしましたけれども、一部回線の都合上問い合わせできないというようなことがありまして、十分なサポートができたかどうか非常に心配しておりますけれども、ここで改めてお見舞いを申し述べたいと思います。以上、簡単ですが説明を終わらせていただきたいと思います。

【司会】　ありがとうございました。

「調達業務の現況と課題」

【司会】　では、引き続いて調達部の稲葉課長より、資料に基づきまして機材調達関係の説明をさせていただきます。

【稲葉調達部機材課長】　おはようございます。調達部機材課の稲葉でございます。日

頃からリーダー、専門家の方にはいろいろな御協力をいただきまして、まず感謝を申し上げる次第でございます。一方、現場の方に機材関連では御迷惑をかけている部分もあることと思います。その点は、また私どもの改善の糧といたしたいと考えておりますので、よろしくお願い申し上げます。私昨年の７月に現在の機材課の職につきまして、その直後９月６日に公正取引委員会の私どものＪＩＣＡの指名業者３７社に対する立ち入り検査、これは談合の疑いということでかなり厳しい調査がございました。その後会計検査院の横断審査班というのがございまして、これは通常の検査、私ども担当していただいています外務班とはまた異なって、特別機動捜査隊といいますか、かなり厳しい調査といいますか、私どもこの会計検査院から直接受けたわけでございます。個人的には非常にラッキーな人事に当たったなとは思っておりますが、基本的にはこういう状況からマスコミ等もかなり報道しておりますけれども、やはりＯＤＡの調達というものが密室の中で行われているのではないかというような勘繰りといいますか、そういう見方がマスコミ等で報道される。一方我々調達部としても、従来から調達、契約方式の改善というものは検討を重ねてきた次第でございますが、こういう客観的な情勢もありまして、より一層従来からの機材調達というのが効率性というところにかなり重きを置いていたわけですが、やはり競争性といいますか公正性といいますか、厳正なＯＤＡの執行というところをきちっと確保していこうということで、今般一般競争入札という支援方式を実施した次第でございます。かような背景がございまして、今お手元の資料に沿って御説明したいと思いますので、着席させていただきます。

今申し上げましたように、一般競争入札というのは、ＪＩＣＡとしては初めて導入いたしたわけなのでございますが、先ほど申し上げましたように国の調達あるいはＪＩＣＡの調達の契約の原則というのは、やはり一般競争でございます。その次に指名競争、それから随意契約、こういう枠で定められているわけなのでございますが、本年度初めて１１月１１日に一般に対して公告をいたしまして、本年の１月１２日に入札を実施いたしました。従来ですと私どもは指名業者３７社のうちから、これは一般商社と百貨店の場合でございますが８社なり９社なりを選んでこちらから指名をしてその間で競争をさせて入札するという制度でございましたが、今般からはＪＩＣＡに登録している、Ａ、Ｂ、Ｃと格付けがございますが、Ａクラスの業者の中で該当する案件を十分取り扱えるという業者に対してはすべてオープンに参加してよろしいということで入札を実施いたしました。結果としては、従来の８社、９社ではなくて参加申し込みが１２社ほどございまして、実際には入札

に参加したものは１１社ございました。これは第１号案件ということなのですが、本年度内に２号、３号、４号、あと３件実施する予定でございます。先ほども理事他の皆様から、一般競争入札の導入に伴ってやはり調達日数の増加ということが指摘されております。我々としても、やはり効率性に加え、厳正なもの、競争性、公正性という視点もしっかり確保した上で、且つ効率的で迅速な調達というところを目指しているわけでございます。一般競争入札のガイドラインどおりにすれば、そのままでは日数というのは従来の方式よりも１ヵ月以上多くなってしまうということなので、どう改善していくかというのが我々の責務となっているところでございます。先ほど来お話が出ていますように、事業部から調達部に機材購送請求書というのが参りますが、この機材購送請求書の中身、スペックの問題でございますが、この仕様が精密であればあるほど私どもは一般に対してこういう入札をいたしますという公告が非常に短期間でできるということでございます。後ほど見ていただければわかると思いますが、所要日数のうちで時間的に圧縮できるのが、機材購送請求書を受けてから入札の公告までこの期間が一番可能で現実的な期間だと考えております。仕様の精度の向上ということは、これは一般競争入札を実施したからということではなくて、従来からもこれはお願いしている次第なのですが、一般競争入札の場合ですと一旦公開をした仕様については変更ができません。こういう事情もございます。それから、従来私どもと長い間の取り引き実績のある商社なり業者なり以外の初めて参入なさる方も当然いらっしゃるわけです。その方々、その企業なりは当然ながら仕様に沿った入札をしてきます。ですから、私の見る範囲では仕様の範囲に合致していればそれを受け入れるということになってしまうわけです。従って、そこでどう歯どめをかけるか。端的に申せば安かろう悪かろうと、あるいは専門家の希望している機材と機能、性質、どうしてもかけ離れてせっかく買ったものが有効に使われないようなものが来てしまったという、こういうことは絶対に避けたいと考えております。従って、仕様の精度といいますか、機能とか性質とか、本当に必要な部分についてはしっかりと御記入いただきたいと思う次第でございます。確かに手元にカタログだとか十分な仕様を詰めるに際して情報があるかという御指摘もあるかと思いますが、これは私ども医療協力あるいは各事業部と十分今後の体制も考えて、仕様精度が上がるようなサポートする体制といいますか、こういうことも十分視野に入れてお願いをしていきたいと考えております。

因に、一般競争入札と同時に従来やってきました指名競争入札というのがございます。先ほど申し上げましたように、商社、百貨店なりを１回に８社なり９社呼びまして入札を

させるやり方、それから別に医療商社入札、薬品は薬品商社入札というのをやっておりますが、これもやはり長年にわたり私どもの入札参加者というのは非常に数が限定されているといいますか、入札参加者が非常に固定してきたという懸念がございます。この辺についても、もう少し入札参加できる、競争参加者を拡大する形で今現在改善をつくっている最中でございます。この指名競争についても、従来のやり方よりもやはり１ヵ月近い大幅な日数がかかります。これも一般競争入札と同様に仕様書の精度の向上、これをもって期間の圧縮ということを狙っております。いずれにしてもこの改善というものは、今現在、申し遅れましたけれども１億円以上の案件について試行的に本年度は導入いたしました。明年度に関しましては、先ほど来２，５００万円以上というお話がございますが、これも４月１日からということではございませんで、準備が整い次第ということで考えております。

もう一点、現地調達に関連しまして、私ども基本的には現地調達というのは促進すべきであるという考えは持っております。ただ調達の仕方で、随意契約というものが先行しておりますが、これは規程上ではできることになっておりますけれども、やはり競争性といいますか公正性といいますか、その辺の確保ということは是非とも必要でございますので、見積り合わせ、或いは入札という方法も、これまではそういうことを実行できる人材がいるか、そういうサポーティング・システムはどうかという話もございます。その辺も含めて我々現地の実情をしっかり掴んだ上で、そういう実施体制に入っていきたいと思いますので、今後ともよろしくお願いいたしたいと思います。

【司会】　ありがとうございました。ちょっと時間もオーバーいたしておりますので、後ほどこの調達部関係の資料をよくお読みいただいて、各専門家の方々も周知していただければと思います。

それでは、ここで予定どおり１５分の休憩を取りまして、１１時半から意見交換ということで再開させていただきます。先ほど説明した資料が足りない方がいらっしゃったら事務局の方におっしゃっていただきたいと思います。では、ここで休憩とさせていただきます。

午前１１時１５分　休憩

午前１１時３０分　再開

意見交換

【司会】　時間になりましたので、次のテーマに移らせていただきいと思います。

それでは、「ＧＩＩの実現に向けて」というテーマで、意見交換会ということで開催させていただきます。では、鈴木課長、よろしくお願いします。

【鈴木第一課長】　第一課長の鈴木でございます。これから進行させていただきますが、失礼して座らせていただきます。

人口・エイズという問題、地球規模の問題として最近クローズアップされてきておりまして、ＵＮＦＰＡ（国連人口基金）の推計によりますと、現在約５６億人世界人口がおりまして、今後２０００年には６３億、さらに２０５０年には１００億といったような人口推計が予測されておりまして、この人口増加の多くが途上国で起こっているという実態がございます。また一方、エイズにおきましてはＷＨＯによりますと現在約１，４００万人のＨＩＶ感染者がいる。これが２０００年には倍、或いは３倍程度まで増大するという予測がなされております。中でも地域的に申し上げますとアジア地域、或いはアフリカ地域というところの増加が予測されておりまして、これらが多大な経済、社会的影響を与えるであろうということが懸念をされております。こういった情勢の中で、日本政府として人口・エイズ分野というものに対する協力、政府開発援助を行っていくということを昨年表明しております。これがお手元に青表紙の資料がお配りしてあると思いますが、「地球規模問題イニシアティブ」ということで、今後２０００年会計年度まで７年間で総額約３０億ドルまで拡大するということが表明されております。

こういったことを踏まえまして、このセッションにおきましては、まずお手元に資料がお配りしてあると思いますが、「人口・エイズに関する技術協力について」という５枚程度のＡ４判の資料がございますので、これを御参考にしていただけばと思います。また谷口リーダーの方から別途先ほど資料が配布されましたので、これもまた併せてご覧いただければと思います。

最初の１ページに書いてありますような次第で進行させていただきたいと思います。まず、人口・エイズ分野における最近の動向につきまして、皆様方に御紹介をさせていただきたいと思います。次に事例紹介といたしまして、ガーナの野口研の谷口リーダー及び花

田国際協力専門員から御報告をいただきたいと思います。その後、今後の日本の人口・エイズ問題に関する技術協力の特に内容部分で、先生方に自由な意見交換をしていただきたいと考えております。特にこのセッションで結論を出すつもりもございませんし、出すこと自体も困難であると思いますので、皆様方より現場の経験を踏まえました自由な御意見、アドバイス等をいただきまして、今後の参考にさせていただきたいと考えております。

まず先立ちまして、私どもの医療協力部長の方からご挨拶をさせていただきます。

【平良医療協力部長】　エイズに関しましては今更私がお話しするまでもないのですが、ただいま鈴木課長から話がありましたように、ＧＩＩについてこれから説明し、また議論されると思いますけれども、ＪＩＣＡとしてこのエイズ問題にどう取り組むか、こういうことを少しお話ししてみたいと思います。

一つ目は、医療協力分野の中でエイズの問題は日本国においては、３年ぐらい前でございますけれども、全国の都道府県の衛生研究所を中心に一応ＨＩＶ検査ができるような体制を採って、それだけではなかなか検査が十分でないということで、基幹保健所、８５０ある保健所の中から各県で、県によって違いますけれども、五つぐらいの保健所を中心にＨＩＶ検査ができる体制を採る措置がなされて、ちょうど３年から２年ぐらい前のことでございます。そういう体制で日本国内では、一応希望者、ＨＩＶ検査をやりたい人は誰でも受けられるような仕組みになってきております。そしてまた、エイズ問題といえば１に教育、２に教育、３に教育、教育オンリーだとこういうふうな問題が言われておるわけですが、そういうエイズ対策を開発途上国で行うにはどうするかという問題が具体的に出てきます。一つは性教育の問題、或いは母子保健の問題、人口家族計画の問題、プライマリー・ヘルス・ケアの問題、そういったものとひっくるめてどう考えていくか。いろいろ議論があるわけですが、具体的にどういうところから取り組んでいくかということにつきましては、今月ＪＩＣＡでも海外医療協力委員会が開かれますけれども、その中でエイズ部会を設けて少しエイズ対策問題をＪＩＣＡとしてどう取り組んでゆくか少し検討をしていきたいと考えております。

実施方法につきましても、例えばアフリカ地域で行う対策と、割合ベーシックなことが整っている東南アジア、中南米とでは自ずから方法は違ってくるだろうと思いますけれども、そういうものを含めてこれからＪＩＣＡとしても検討をしていきたいと考えていますので、今日はそういう意味で現場の意見なり、こういう方向に持っていけばいいのではないかという御意見を聞かせていただければ非常に幸いと思います。忌憚のない御意見を聞

かせていただければ、また２月２３日に開かれる海外医療協力委員会において、またその中での部会においても参考にして、今後纏めていきたいと考えておりますので、よろしくお願いいたしたいと思います。

【鈴木第一課長】　ありがとうございました。それでは、人口・エイズ分野の最近の動向について、私の方から簡単に御紹介をさせていただきます。

従来人口分野における医療協力部の行っております技術協力の内容といたしましては、センサスとか人口動態といったものに係るデータ分析、収集、或いはシステム構築等の人口統計に関する協力、また家族計画や母子保健の普及推進のためのＩＥＣ活動、或いは人材養成といったことに関して技術協力を行ってきておりますが、先ほど申し上げましたＧＩＩの中では直接協力と間接協力というふうに分けられておりまして、人口家族計画への直接的協力という観点では人口統計、家族計画、母子保健、或いは家族計画の教育広報等が含まれております。また間接的協力に関しましては、基礎的な保健医療分野、また更に初等教育ですとか女性を対象とした職業教育、こういったようなものも広く間接協力の中に含まれております。

また人口分野における最近の大きな動きとしては、先ほどもお話に出ましたが昨年９月カイロで国際人口開発会議というものが開催をされております。この会議のアクションプランにつきましては、お手元の資料の３枚目から骨子が訳してございますので、後ほどご覧いただければと思います。この会議の行動計画で出ております内容の特徴といたしましては、女性の地位の向上という点が強調されております関係で、これに関係してリプロダクティブ・ヘルス、或いはリプロダクティブ・ライツという比較的新しい語彙、ターミノロジーが使われておるということにあるかと思います。リプロダクティブ・ヘルスという日本語訳はなかなか難しいということで、そのまま使用しているケースが多いと思いますが、内容としては生殖にまつわる自由ですとか安全というものが確保される必要があるということであると思います。具体的には、例えばファミリー・プランニングに対するいろいろな避妊具ですとかそういった手段が確保され、それらに対する教育が十分になされる、あるいは生殖あるいは分娩、こういったものに関する自由が確保される。それらに対する安全が確保される。こういったようなことが具体的な観点になっていると思われます。

次にエイズにつきましては、これも昨年国際会議が横浜で開かれておりますが、ＷＨＯの戦略としてグローバル・プログラム・オン・エイズというプログラムが促進をされておりまして、これの具体的内容につきましては、お手元の資料の２枚目に例示をさせていた

だいております。ＷＨＯの内容を見ますと、治療方法が今現在エイズに関してはないということ、それからＷＨＯの全体方針として予防を重視をしているというような観点から、エイズの予防ということが重要視されております。また、費用対効果の高いような分野を優先をしている点、それから現実主義に徹しまして現実的な対応をしていくという点が特徴かと思われます。予防の観点から主たる感染経路であります危険な性行為或いは薬物乱用、或いは輸血、こういったものに対する感染経路の遮断対策ということが行われておりまして、具体的には一般大衆、或いはハイ・リスク・グループに対する安全な性行動を促進するためのＩＥＣ活動ですとか、コンドームの普及促進、また性行為という同じ経路で感染しまして、エイズの感染リスクを約１０倍ぐらい増加させると言われておりますクラミジアとかトリコモナス等のＳＴＤ、性行為感染症に対する対策といったものが中心となって、これらを推進をしております。これらの中には、日本のＯＤＡとして或いはまたスキーム上現在のところ馴染まないものも含まれておりまして、またプライオリティの関係から協力内容が全部網羅をされておりません関係で、これ以外のいろいろな対策も存在する。こういったことがございますが、こうしたことを踏まえまして、事例紹介をお願いしたいと思います。

まず、ガーナの野口研の谷口リーダーの方から御報告をお願いしたいと思います。

【谷口リーダー（ガーナ　野口記念医学研究所）】　初めまして。ガーナ野口研の谷口と申します。地球的規模問題イニシアティブに対し、医療協力部に関するプロジェクトがいかに貢献できるかということを、本プロジェクトの活動を通して本件への係わりを中心に発表せよということをいただきましたもので、なかなか纏めにくい話なのですが、一応全般的なことと、当プロジェクトの係わりという点で少しお話をさせていただきます。

Global Issues Initiative Population and AIDSというのは、ＯＤＡの最大協力国として、人口とエイズの分野における途上国協力を積極的に行っていくという姿勢だそうですが、これに対していかに貢献できるかということを言われれば、協力実施前にその協力方法を検討する段階で貢献できるということと、或いは実施に際して直接的、間接的に貢献できるということがあると思いますが、現在進行中の医療協力プロジェクトがＧＩＩに対して貢献できるというのは、以下の点においてと思います。

一応プリントにまとめてみたのですが、主にプロジェクトとの係わりを中心にということで、適宜話をさせていただきますが、まずプロジェクトというのはおよそ任国に長期滞在しておりますので、いやが上にも任国の人々の生活習慣、考え方、文化、生活上の問題、

或いは行政上の問題、或いは直接人々を通して人々の持っている問題、或いはその誤りまで全て分ってしまう。例えば我々の場合、現地におりますと地域の保健センターなんかに行くわけですが、そうすると某国際協力機関が大量のコンドームを寄附寄贈しておりますのが山積みになっているというのをつい見てしまったりしますし、保健センターの看護婦がペニスの模型を使ってこの使い方を説明している。一生懸命説明しているのに、聞いている人たちはコンドームなんていうのは、靴の上から痒いところを掻くようなものだと言うのを聞いてしまったり、なかなか何十年、何百年と続いてきた生活習慣を変えていくというのは難しいものだと思いますが、我々は一応人口・エイズ、あるいは教育プロジェクトではありませんので、余りそういったこと申し上げられませんが、資料の２ページ目を見ていただきますと、ガーナの人口調査では１９９２年現在で1，５５５万人と報告されておりますが、スタティスティカル・サービスによりますと２０１５年には推定で約倍になると考えられています。因に表７で避妊方法のサーベイを見ますと、何らかの避妊を用いているというのは２０％そこそこなのです。次のページの母子保健サービスのカバー率、或いは家族計画のカバー率、９２年でファミリー・プランニングのカバー率は１０％となっておりますが、これも非常に低い。図２とか図３を見ていただきますと、ワクチン摂取量と小児保健のカバー率は年々上がっております。こういうのを見ると人口は倍に達するだろうというのはわかりますが、図４を見ていただきますと、ＧＡＲ（グレーター・アクラ・リージョン）という都市部なのですが、都市部では非常に保健サービスの率は上がっており、結局残るのは農村部が残っているわけですが、結局低いカバー率というのは農村部では最も近い保健センターに行くのもバスを乗り継いで行かねばならず、１日かかる。そうすると働けないし、バス代がかかる。また、村の人たちというのは、そこまでして行く必要があるとは思っていないのです。そういうところにまず問題があると思います。結局こういったことを改善していくためには、人々が実際に必要であるということを身をもって実感する以外に方法はないだろうと思うのです。

一つ少し係わりというのをお話しさせていただきますと、その下にストラテジーというのがいきなり書いてありますが、申し訳ありません、これはうちのフェーズ（Ｉ）で行われておりました母子保健プライマリー・ヘルス・ケアのプロジェクト、これは外務省経済協力局制作のＧＩＩのパンフレットというものがありましたが、これに写真が載っておりましたが、G.ONYADZE というところで行われたプライマリー・ヘルス・ケア・プロジェクトなんですけれども。ここに書いてあるストラテジーのようなことを人口約４，０００～

5，０００の某地域で行ったわけですが、その次のページのＦｉｇ３、DEMOGRAPHIC CHAR-ACTERICS OF G.ONYADZE/OTSEW JUKWAというのを見ていただきますと、ＩＭＲ（Infantal Mortality Rate）、Under Five Mortality Rate というのが書いてありますが、５歳以下の死亡率はかなり改善している。ガーナの一般状況は、Infantal Mortality Rate が出産１，０００当たり７７ですし、５歳以下のMortality Rateが出産１，０００当たり１５５ですので、それから見ましても１９９０年にはかなりガーナの一般状況から見ても改善されているということがよくわかります。このプロジェクトはフェーズ（Ｉ）でして、１９９１年に一応終了しておりますが、こういうようなことは多分いろんな国のプライマリー・ヘルス・ケア・プロジェクトを見ていただければ普通の成果だと思いますが、ただこういったデータを見ておりまして、まず村人たちがどうも最近子供が死ななくなった。病気をしなくなったということに気が付いて、どうもあいつらの言っていることは非常に正しいことだ。非常に良いことだ。あいつらの言っていることをやっていけば村は良くなるということに気付いてくれたわけなのです。当研究所は９１年に引き揚げておりますが、その後も自分たち独自で、この地域は村が三つあるのですが、このときは各村２人ずつヘルス・ワーカーを教育して村の担当者をつくっているのですが、引き揚げた後も村のヘルス・ワーカー、酋長を中心にしてプライマリー・ヘルス・ケア・プロジェクトを自分たちでずっと続けていったのです。ワクチンもガーナの保健省の協力を取り付けに行きましてもらってきまして実際に継続されておりまして、１９９４年、一番最近のデータでもほぼ１９９０年と同様の保健状態が保たれております。

その次のページを見ていただきますと、我が国のＯＤＡに対する反響というコピーがありますが、宣伝なのですが、こういったことから村の酋長が付近の村々全体に呼びかけまして、病院を造ろうとし、日本大使館の草の根無償資金というのをいただきまして、これは草の根ですので材料費しか出なかったのですが、材料費だけもらって村人たちが労働をして病院を建てまして、１９９２年にできておりますが、現在もこの病院を中心にプライマリー・ヘルス・ケア活動を村人たちを中心にやっております。こういう事例を見ましても、１００の言葉よりも一つの実行、私がここで少しお話ししたいことは、いろんなことを言うよりも村人たちが実際にこれが必要だと実感するのが一番大事なのではないかということが良くわかったなと思うのです。

あと人口家族計画についてなのですが、このプロジェクトは一応ファミリー・プランニングもやっておったのですが、実際人口というのはそのままずっと同じぐらいに現在のと

ころは保たれております。ただ、村の場合には都市部だとお金がないと食べていけないので、子供の人数はガーナは実際減少傾向にありますが、農村部は食料だけは非常に豊富にあるもので、子供を減らす理由がないのです、無理やり。しかも子供がいれば農村ですから労働力になりますもので、今のところ一生懸命減らそうという精神は農村にはありません。結局いかに家族計画を展開していくかということが、このプライマリー・ヘルス・ケア、今後の目的だと思うのですが、それは村人の方もわかっているようで、この病院にパンフレットとかポスターを張って最近やっております。

エイズに関しまして少し係わりというのを申し上げますと、ガーナのエイズ患者というのはやはり他のアフリカ諸国と同じように、どんどん増加しております。政府発表のスクリーニングでは１９９１年で０．７％、１９９２年で１．２％となっております。昨年新聞である地域でスクリーニングをしたら１５％という発表がありまして大騒ぎになりましたが、翌日訂正記事が載って実は５％であったということがありましたが、こういうのは非常によく当国での状況を反映していると思うのです。つまり、国家レベルにナショナル・エイズ・プログラムというのがあるのですが、これが正常に機能していない。機能していないというのは、これは反政府系の新聞なんかにもよく叩かれているのですが、あとスクリーニングの検査方法が樹立、統一されていない。そういう問題があります。

次のページを見てみますと、これはガーナのデモグラフィック・データです。最終ページになりますが、これは未発表データですので、当プロジェクトのデータですが、一応Tab １というのが妊産婦検診で採血しまして行ったものですが、大体妊産婦のうちアトランダムに１５％がＨＩＶ－１、２含めて陽性になっております。これと同じような研究を別の地域、この別の地域というのはプロスティテューションの人が多数いる地域なんですが、そこで実施しますと２５％、妊産婦検診でＨＩＶ陽性です。

ここで少し技術的な問題を申し上げますと、反対不能例というのが非常にたくさん出てくる。あと明らかに臨床的にエイズということが診断されている患者でも、市販キットでは陰性になるという例がたくさんあります。因みにこの検査ではセロディアといいまして日本のキットを使っておりますが、血清学的に陰性な例をウィルス分離、或いはＰＣＲをしますとエイズ・ウィルスが確認できるという例も実際にありまして、その下に図３という論文から引いたデータ、これはガーナのデータですけれども、実際に欧米或いは日本で分類されているウィルスと違った系統のウィルスがガーナではあるようである。つまり、普通のアメリカ、ヨーロッパ、日本で売られている血清診断キットでは引っかかってこな

いのです。そういう例があるということが疑われています。現在うちのプロジェクトでは、実際ガーナで分離されたウィルス抗原を使いましてイムノフロールエッセンス、或いはウエスタンブロットを作成しておりまして、ガーナの実情に合った診断方法の充実ということを現在行っております。市販キットとの比較試験を行っておりまして、ガーナに特殊なＨＩＶウィルスを使って検査しますと、今までのデータよりももっと多くなるかもしれませんけれども、実際そうではないかとみんな思っているわけですが。こういうふうな変異株というのがあるもので、余計にエイズの把握というのが難しいということが、当プロジェクトでは問題になっております。

あとプライマリー・ヘルス・ケアに関しまして関連を述べさせていただきますと、当プロジェクトでＥＰＩに沿ったワクチンの普及ということを考えまして、普通麻疹ワクチンは１歳から１歳半で打ちます。ガーナでは普通９ヵ月で打っていますが、大体９ヵ月以前に麻疹にかかって死亡するという例が非常に多いということで、現在６ヵ月で麻疹ワクチンを摂取するというワクチン・トライアルを実施しておりますが、今迄のデータでは普通５ヵ月、６ヵ月児というのはマターナル・アンチボディがありますもので、十分麻疹からは予防されているはずなのですが、もうほとんどマターナル・アンチボディがないというデータが出ておりまして、６ヵ月児で打った結果も９ヵ月で打った結果と、６ヵ月での麻疹ワクチンというのは特殊なワクチンを使っているわけですが、９ヵ月で打った例とほとんど変わらない抗体、セロコン・バージョン・レートを得ているというプレリミナリー・データが出ております。

ワクチン関連に関しまして、耐熱ワクチンというのがありまして、御存じのようにアフリカ諸国ではコールドチェーンというのが非常に未熟ですもので、ワクチンの品質管理というのが問題になっているわけですが、最近耐熱ワクチンというのがございまして、これによりまして冷蔵・コールドチェーンが整備されていなくても品質の良いワクチンを供給できる。こういったワクチンのトライアルをやっております。これらに関連しまして、現在ワクチン・クオリティ・コントロール・システム、今こういう技術移転が野口研で行われて、ほぼものになっておりますが、一応ガーナ及び野口研側との協議では、今後これをガーナ国内全域に行き渡らせるということを考えておりまして、現在当研究所ではＷＨＯとのコラボレーションでポリオ・トレーニング・コースというのをやっておりますが、これは当研究所にアフリカ諸国からポリオ或いはワクチン・クオリティ・コントロールに係わる人々を呼びまして、そこでトレーニングをして普及させるということをやっておるの

ですが、これを次はガーナ国内、これはWHOとのコラボレーションであったのでまず近隣のアフリカ諸国にやっているのですが、ガーナ国内でトレーニング・コース、HIV或いはワクチン・クオリティ・コントロールを行って、各ディストリクトの保健センターにセンチェーンサイトを置いてこれを普及していくという計画を立てております。

それが現在の係わりですが、あと最初のページにいろんな、いかに貢献できるかということをいろいろ書きましたけれども、余り時間もありませんことですので簡単にお話をさせていただきますけれども、2番に関しましては今申し上げたようなことですが、あと3番、4番、5番、6番、7番というのを適当に当プロジェクトに関連づけてお話をさせていただこうと思っておりましたが、余りにも大袈裟になってしまいますので、纏めに入らせていただきますと、結局最初の命題であります地球的規模問題イニシアティブに対し国際協力に関するプロジェクトがいかに貢献できるかということを聞かれますと、十分貢献できると言いますけれども、医療プロジェクトといえどもそれぞれ分野にも違いがありますし、また国の状況が明らかに多分任国で違っていると思いますし、アプローチ方法はすべて違うと思いますので、各プロジェクトがいろんな面から貢献できる。人的資源、或いは技術移転、人脈、保健医療情報、あらゆる点で貢献できていくと思いますが、申し上げたいのはプロジェクトがいかに貢献できるのかというのではなくて、プロジェクトの成果はGIIに是非とも反映させていただきたいということで、終わりにさせていただきます。ありがとうございました。

【鈴木第一課長】　どうもありがとうございました。

それでは、引き続きまして花田専門員の方から報告をお願いしたいと思います。

【花田専門員】　国際協力総合研修所の花田でございます。実は昨年の9月から3ヵ月間この人口・エイズの日米協調の企画調査ということで、アメリカにありますちょうどJICAの対応する機関といいますか、国際開発庁というのがございます。USAIDと略称しておりますが、そこに企画調査で出張いたしまして、USAIDの人口関係の部門、それからエイズ関係の部門にいまして、それからUSAIDはアメリカのNGO或いは大学を使って非常に協力をしておりますので、アメリカのそういう協力機関、NGOを訪問していろいろ話したわけです。それから、ジャマイカとグァテマラとブラジルに3週間ほどおりまして、実際のフィールドを見させてもらった。特に、ブラジルのカンピーナス大学とグァテマラの熱帯病研究所にはUSAIDの職員も付いて行ったので、USAIDの人にもJICAのプロジェクトを見てもらうことができました。

３ヵ月いろいろ向こうの様子を見まして感じたことは、アメリカのやり方と日本のやり方は非常に違うということで、結論的に申しますと日米協調というのは一つの共同プロジェクトを一緒にやるという方向ではなくて、将来的にはあるかもしれませんが、取り敢えずは互いに得意な分野をそれぞれやってお互いに補完的にあるいは並行的に並列的にできればいい。その中で、お互いに調整しながら重複を避けて、できれば相乗効果があるようなやり方でやっていこうという戦略といいますか、考え方でございます。

アメリカ側のやり方というのは、一つはいろいろ重点的に分野、或いは国を定めて投資するので、一つのＪＩＣＡ事務所に対応した事務所がＵＳＡＩＤの事務所があるのですが、それが最近１０ぐらい閉鎖されまして、援助疲れもあるのかもしれませんが、いろいろ絞ってやっているということで、日米が協調する場合にも相手側にＵＳＡＩＤの事務所がない国とある国とありますので、そこで随分やり方が違うと思います。それから、ＵＳＡＩＤも例えばジャマイカでは非常にエイズのプロジェクトを非常に重点的にやっている、グァテマラでは初等教育をやっているということで、ＪＩＣＡプロジェクトと同じようなプロジェクトが向こう側にある場合とない場合がございます。

もう一つ、アメリカ側のやり方というのはアメリカ側のＵＳＡＩＤの事務所には非常に専門家がたくさんおります。ところがプロジェクトには余りアメリカの専門家を出しておりませんで、１人ぐらいマネージャーを置いてあとは現地の専門家、或いは現地のＮＧＯと一緒にやっていくというやり方ですので、もし日本側と日米間でいろいろ会議を持ったりお互いに相談したり協調する場合は、例えばＪＩＣＡの場合はＪＩＣＡ事務所というよりはＪＩＣＡのプロジェクトに医療の専門家が多いわけですが、アメリカ側は事務所側にかなりいるということでございます。このようにいろいろアメリカ側のやり方と日本側のやり方が違いますので、或いはその国の保健事情あるいは習慣でいろいろ人口とかエイズはやり方が違います。これではＪＩＣＡの本部の方でこういうやり方ということで日米協調はかなりやることは難しくて、それぞれのプロジェクトでその国の事情に応じて、或いはアメリカ側の事情に応じて対応が非常に大きく変わるのではないかということで、特にＪＩＣＡのプロジェクトの場合は４、５人の専門家がそこに数年住みついてやってよく事情もわかっておりますので、ＪＩＣＡプロジェクトが非常に日本のＯＤＡの日米協調においては大きな役割を果たすキャパシティとしてはあるのではないかということで、実は私も４月１日からフィリピンの家族計画・母子保健プロジェクトリーダーで赴任する予定ですが、その中で行ってからいろいろ調査、勉強してからになると思いますが、何らかの日

米協調の協力ができればと考えているわけでございます。

それから、アメリカのやり方が日本と違うのは、アメリカの国内のＮＧＯと現地のＮＧＯがタイ・アップしてやっておりまして、民間と民間の協力が活発である。日本の場合は２国間協力でＪＩＣＡという政府機関が向こうの政府に入ってやっているというのが多いものですから、協力のチャンネルが違うということでございます。

アメリカの人口・エイズの国際協力について、ＵＳＡＩＤは性行動の調査や人口保健調査というのを幾つかの国でやっておりまして、エイズに関してはデータ・ベース、途上国のエイズの感染者、患者数のデータ・ベースなども使っておりまして、豊富な情報を持っておりますので、或いは青少年の性教育の教材或いはエイズ予防の教材を非常によく開発しておりまして、そういうアメリカ側の情報ですとか教材は我々がプロジェクトを実施する際の材料になるかと思いますので、利用できる情報がかなりあるのではないかと思います。アメリカは非常に議会の影響が予算或いはプロジェクトの評価に強いので、どうしても議会対策として短期的に成果を挙げようということで、非常に短期的視野に立っておりますので、ところがＪＩＣＡの方はプロジェクト５年、或いはフェーズ（Ⅱ）に入れば１０年、特に人口・エイズは非常に長期的な協力だと思いますので、日本側は長期的な視野に立っているというところで違いがありますので、調整していくべきものだと思います。

もう一つは、人口・エイズの日米協調の中では、人口の協力、エイズの協力と、直接協力と或いは一般の医療協力、或いは初等教育の協力というような間接協力も含めて、このＧＩＩの中で日米協調の中に含められておりますので、特に人口或いはエイズに直接関係ない医療保健のプロジェクトでも、今迄やっていることそのものがＧＩＩの中にカウントされているわけでございますので、既存のプロジェクトを拡大する場合できれば既存のプロジェクトのスコープの中で人口・エイズの活動が入ればいいのですが、人口・エイズの要素まで無理することはなくて、今迄のことをやっていればＧＩＩの中に勘定されるということでございます。

４月からフィリピンのプロジェクトに参りますのですが、二、三考えておりますことはフィリピンは実はＧＩＩの重点国になっておりまして、アメリカも家族計画の援助を数多く実施しております。それからフィリピンという国はカトリックが非常に強くて、政治的には非常に強いので、なかなか避妊具とかそういうものを直接配ることは難しいかもしれませんが、地域レベルで、向こうに１週間行ったことがあるのですが、聞いてみますと住民レベルではそれほどカトリックからの信仰上の反対はないということで、実際に家族計

画を必要としている人が多いという話でございました。

時間もございませんで切り上げますが、向こうのＵＳＡＩＤの事務所とか或いはＪＩＣＡ事務所と協調して、日米協力の可能性を探っていきたいと思っております。以上でございます。

【鈴木第一課長】　ありがとうございました。それでは、今までの報告を踏まえまして、リーダーの皆様方の自由闊達な御意見を伺いたいと思いますが、どうぞ御自由に御発言をお願いいたしたいと思います。

【紺山元リーダー（タイ）】　プロジェクトに参加しているのですが、いろいろ考えてみますと、例えば日本をバックにしてタイ、これは非常にヘルス・サービスが充実したテイク・オフして中進国に近いようなヘルス・サービスをつくっている国、そこで問題になっているエイズ、これにどういうように対処するか。それを日本がどういうように協力できるかということで、今１年半過ぎたわけなのですが、考えてみますとエイズに協力するとなると、日本からやれることとすればまずベーシックなバイオメディカルな面、これは何に繋がるかといいますとサービス領域での臨床診断、ラボラトリー診断、そこらの標準化、強化、そこら辺に繋がる一つの意味があるわけです。ですから、これはタイにとっても非常に貴重な協力の一端だろうと思います。

それから、もう一つ日本から持ち込んだのにヘルス・エデュケーション、ＩＥＣというのがあるのですが、１年半の実績を振り返ってみますと正直なところこれは非常に難しい領域でして、まず言葉というバリアがあるわけです。もう一つエイズに関して、では日本がしっかりしたインフォメーションをタイ国へ持ち込めるかといいますと、却ってタイ国からいただくような状態。それにタッチできる人間、人材が日本にいるのかといいますと、これまた非常に難しい問題でして、ですからこれはよく考えないとまずい。そこで今考えていますのは、ヘルス・エデュケーションに関しては三つのレベルがありまして、ＷＨＯのストラテジーの中にはないのですが、我々が対応しないとまずいターゲットに病院の従業員というのがあるわけなのです。これは非常に大きな重要なターゲットでありまして、どういうことかといいますと、エイズに関しては全部がその病院へやってくる。そこで診断をする。そこでサービスを受けて帰っていく。そこでエイズの連中に接するのは病院の従業員であるわけです。ところが御承知のように、エイズというのは最初からのヘルス・エデュケーションというのが一般住民を脅かすような方向で展開されたわけです。それが４、５年経ちまして現実にいよいよエイズの患者が病院にやって来る。ところがタイの病

院の従業員というのは、エイズよりももっとひどい患者さんを見ているわけですから、エイズの患者さんが来てもちっとも怖くない。現実にマネージメントというのが皆さんも長く経ちますと慢性疾患ですからみんなさぼってしまうわけです。ですから、WHOの決めたところのユニバーサル・プレクォーションというのも、最初は良かったのですが、今のところ皆さん忘れてしまって、特に病院の従業員の中より下、この連中はエイズに関して全然関心がないような状態なのです。そうすると、病院内でのマネージメントが非常に疎かになって、そこらの従業員に対するところのエデュケーションというものが非常に大切だろうと思うのです。タイ側もそれを非常に重要視していますし、またこれに対する教材、教育の実践ということになりますと間口が狭いものですから、これは日本の協力でやっていけるのではないかと思います。ところが、それから広がりまして、保健省から外の省へ正しいＨＩＶ、エイズ、それのインフォメーションを届けるというのは私は保健省の仕事だろうと思うのですが、そこらも何とか我々は一緒に協力できるのだろうと思います。ところが、ここにもありましたように青少年であるとかリスクを持った連中、それから売春婦の連中に対する教育となりますと、これはちょっと我々として手が出ませんし、そこらは余りタッチしない方がいいのではないかと思います。

現実に協力ということになりますと、御承知かと思いますが、タイの場合にはＪＩＣＡが長い間投資してつくり上げたナショナル・インスティテュート・オブ・ヘルス（ＮＩＨ）というのがありますけれども、そこが一つの機関になって日本の専門家の方々に来ていただいているわけなのです。ところが、エイズのプロジェクトの私達は、感染症対策の省の特別にでき上がったところのエイズ・コントロール・ディビジョンにいるわけです。ところが、ここはむしろインターベンションに関してプランニング、デベロップメント、マネージメントというのが主体なので、ＮＩＨで幾ら我々がベーシックなことを協力しても、連中、これはもうヘルス・アドミニストレーターですから、理解が少ないわけです。ですから、どうしても我々の協力というものをタイ側に印象づける、特に本省のヘルス・アドミニストレーターに印象づけるとすれば、ＮＩＨでで き上ったところのリサーチの結果、リサーチだけではなくてリサーチ・アンド・デベロップメントまで我々が踏み込んでいく。そうして、それをもうあと一段階、パッケージとしてエイズで非常に今頑張っている第一線、これは大体県の病院レベルでいいと思うのですが、そこらへちゃんと届けて、これは役に立つのですよというところまで持っていかないと、我々の協力の実がないのではないかという気がしているわけなのです。そういう意味で、最初の取り決めはベーシック・サ

イエンスの領域とヘルス・エデュケーションを二つ仰せつかったのですが、もう一つできればインターベンションをやっているところへＮＩＨでで き上ったところのパッケージを届けて、これは役に立つのですよ、これはＪＩＣＡのものですよということでデモンストレーションの意味合いを持ったようなアクション・コンポーネントがないとまずいのではないかと思うのです。

そういう意味で、最近パヤオという郡がありまして、人口６０万ぐらいなのですが、そこがタイ側としてはコンプリヘンシブなエイズ対策のモデル地区にして、そこを予防から最後のハーフウェイ・ケア、これはとにかく病院で患者さんを全部面倒を見切れないものですから、コミュニティに戻す。コミュニティでも困る。ちょうどその中間ぐらいで、官民連携して面倒を見ようというストラテジーがあるものですから、そういうモデルをつくろうというのがパヤオの件でして、そこへ二つくらいの郡をもらいまして、何とかＪＩＣＡの活動の一部として何かやれるのではないか、そこで何かやろうというところで始まったところでございます。そうしますと、ここで言えますことはエイズだけを考えるのではだめだ。エイズというものはＳＴＤの一種であってＳＴＤに使えるものは全部エイズに使えるのだ。その中で、エイズに関して何があるかというようなことになりますと、これは非常に長い潜伏期を持って起こるか起こらないかわからない。人権問題が絡んでくる。それから民間団体の連中との関連がある。国際機関、例えばＷＨＯとであるとかユニセフであるとか、そこらの連中も同じような仕事をしているわけです。だから、そこらの連中と提携してやっていくというのは非常に国際的な感覚が要求されるようなプロジェクトであろうと思います。

かいつまんで申し上げますと、今のところタイの場合はエイズをやろうとしても、一応今までプライマリー・ヘルス・ケアの実績がありますし、地方にボランティアがいますので、そんなに苦労しなくてもエイズをバーティカルなプロジェクトでなくてプライマリー・ヘルス・ケアのホリゾンタルな中へインテグレートするというようなことができると思うのです。ですから、我々としてはやはりそこら辺お手伝いして、そこでタイでできたモデルを近隣の国、例えばインドシナですか、私昨日迄プノンペンにいたのですが、ここも非常な問題を抱えて、幾らタイでコントロールができても隣の国でエイズがどんどん増えたのでは、これはマラリアと同じで、これはやはりまとめて面倒を見る。では何ができるかということをいいますと、今ＪＩＣＡがお考えになっているところのタイを用いたところの第三国研修。これは日本から人がいなければ、ヘルス・エデュケーションということに

なりますと日本からの人材と欧米から来ている方、これは失礼な言い方なのですが、向こうのは本当に専門家でして非常に貴重な仕事をやっておられるので、そこらの人も使う。それからタイの人材も使うというような格好での第三国研修、そこ迄持っていければ、これは協力の形として非常に成功する確率が高いのだろうと思いますが、そこでエイズをコントロールできるかどうかというのは、これはまた別の話でして、何ができるかといいますと、さっき私が話しましたように、今の積み重ねをどんどん進展させていく。そしてタイの実績をタイ側に渡して、タイの連中が近隣の国とまた協力できるようなチャンスを我々がつくるのだというようなことで、協力の方向を定めた方がいいのではないかと私は考えております。

【鈴木第一課長】　ありがとうございました。今、ＳＴＤコントロールという話が紺山先生の方から出ましたけれども、これはエイズに対する予防対策ということで、感染経路としてはエイズもＳＴＤの一種だという御意見でございまして、またＧＩＩの観点から申し上げますと、リプロダクティブ・ヘルスという観点から女性の生殖に関する健康という観点から、こういったＳＴＤコントロールをするということは合目的でございます。両方の観点から有効な対策と思われますが、これに関しましてタイの家族計画母子保健のプロジェクト・リーダーの久慈先生の方から、御経験を踏まえまして御意見をお願いいたします。

【久慈リーダー（タイ）】　ある意味では、私がこれから言うのは質問かもしれないのですけれども、一つは今紺山先生がおっしゃったように、これはＳＴＤの一つの感染症であると同時に、これは非常にゆっくりした慢性感染症で、これを例えて言うなら結核と同じで誰がどうやってうつるかわからない。その感染経路に関しては、その国のビヘイビア、人の持っているビヘイビアが非常に大きく関係している。従って、それを教育とかそういうことで何かやったところで、これはどこかにそれは生殖に結びついているのですから限界があるのだと思います。そして、それに対してお金を投資するということがどこまで効果があって可能であって、それが評価できるのかといったら、ほとんど評価できないだろう。それだけのお金をかけるのであるならば、同じようなお金をもう少しそれが発症しないような研究の方に向けることが一つ。感染してもですね。その感染する前に、例えば先ほどもお話が出たようにクラミジアその他のそういうものでリンパ球の構成、或いはそれが変わってくれば、当然感染率は変わります。ですけれども、そういうことを含めて研究というのがどこまでやるのが必要なのか。

そしてもう一つは、これは質問であると申し上げたのは、これは国のお金でやっている以上何かの形で日本にフィードバックされなきゃいけないはずのものだと思います。ところで、フィードバックする方の技術を移転するということに関して、二つの障害があります。一つは日本でそれだけの技術、研究レベルにいる人をピックアップしてお金をあげていないということ。もう一つは、現場に行ってそれをやるだけの人の教育に関して表面的なことしか行われていないということなのです。ですから、簡単なことを言うならば一体これは免疫疾患である、感染症であると考えないで、免疫に関する一つの独立した疾患であると考えた方が余程話はわかりやすいのだろうと思います。多分、このことに関しては、紺山先生もそうお考えなのではないかと思いますが。ですから、そうなるとそれだけの免疫全体に関しての研究をするところに人を送る、そしてそこに研究費を与える、日本の国内で、そうしない限りそれが日本の国内にフィードバックされることはないであろう。それに対してのお金というのですか、そういうのは一体どうなっているのか。だから厚生省がそれに対してお金を出すのではなくて、むしろこれは文部省の問題だろうと思いますし、そういうものに対してどういうふうに選別しているのかわからない。それが一つ。

それから、国内の方のもう一つの問題は、人の教育に関してなのです。これはカリキュラムは国によって違います。そうすると、日本に来たときにそれに対するカリキュラムはそれに対応して変わらなければならない。ところが、よくよく考えてみますと、我々の持っている教育カリキュラムそれ自体が、文部省にとっては非常に簡単なことかもしれませんけれども、我々にとって非常に感ずるのは、明治時代から変わっていないのではないかと思うのです。ですから、そういう意味で一つの例をとっていうならば、看護婦さんと医者との間に絶対的医療行為という一つの壁をつくってしまった。そんな馬鹿な話はないので、患者側から見たらこれは医療する人として全部同じカテゴリーの中に入るはずです。そのための限界を日本ではつくってしまったために、看護婦さんが伸びることができない。簡単なことを言うならば、例えばタイにおいても或いは他の国においても、看護婦さんはドクターの仕事をしているわけです。そうすると、そういう看護婦さんが今日本の国内で大学レベルまで直ちにその教育を受けることができるか。その資格がないのです。ですから、これはむしろ文部省の問題だし、画一的に同じ一つの資格を要求されて、そしてそれを満たさない限り大学に入れない。そしてそれをやらない限り大学院すら非常に難しい。そうすると、我々は必要な人材を日本人の中ですら養成することができない。まして国外から来た場合に、これが養成したら日本にいついてしまうのではなかろうかというような

変てこりんな考えが多分あるのだと思いますし、いろんな意味で国内法との問題があるとは思いますけれども、大体その資格をもう少し取り払ってほしいのです。そうしないと、日本の看護婦さんを含めて医療に携わる人の再教育ができない。

そして、もう一つは、先ほど申し上げたように研究体制に対しての支援というものが全然ないのです。全然ないというよりも、今までそれをやっていた組織それ自体がそういうことを考えていません。これはもう完全に外務省の仕事ではなくて文部省の仕事、そして厚生省の仕事だろうと思います。これは、ＪＩＣＡの問題であるというよりも、一体それに対してどういうふうに対応されるのか。むしろ私が質問であると言ったのはそのことなのです。ですから、エイズそれ自体を考えてみても、これは日本の国内に何かの形でフィードバックされるならば、これは日本の国内体制も変えていただきたいということが一つございます。

そしてもう一つ、これはもっと広い意味で国際的に何かのイニシアティブをＪＩＣＡそれ自体が採っていただきたいです。特に東南アジア全体に対して、紺山先生がおっしゃったように何かの形で中核となるもののイニシアティブを採っていただかないと、日本のやってきたことが一体何の形でプロパガンダされているのかということが全くわかりません。ですから、これはＪＩＣＡに対する質問であり、同時に一番大きいのは文部省に対する質問であり、もう一つは厚生省に対してもそれがあります。それぞれについて、一体どういうビジョンを持っていらっしゃるのか。それが解決されないと、これに対しての対応というものはどうしてもぎくしゃくしたものになってくるだろうと思っております。

【鈴木第一課長】　ありがとうございました。非常に大きな問題に発展をいたしてしまいまして、この場で関係省庁或いはＪＩＣＡも即答はなかなか困難だと思いますので、今後の検討課題とさせていただきたいと思います。

時間も非常に司会の不手際で超過いたしまして申しわけございません。時間も参りましたので、これでこのセッション、特に結論を出すとも思っておりませんし、今後の貴重な御意見として是非参考にさせていただきたいと思います。どうもありがとうございました。

【司会】　それでは午前のセッションを終わりまして、この後昼食会という形で、先ほど御案内した和室の方で、受付の方で予め私どもの方で席を決めさせていただきました。この席次をご覧になって昼食にしたいと思います。午後は、このリーダー会議の資料の５ページに担当者の個別打ち合せの時間が書いてありますので、若干お待ちいただくリーダーの方々もいらっしゃるのですが、また時間になりましたらこちらにお集まりいただきた

いと思います。それでは時間もオーバーしましたので、昼食、これから約１時間半、ですからここには１４時半から予定どおりお集まりいただきたいと思います。５ページの個別打ち合せのスケジュールに従ってお集まりいただきたいと思います。

では、どうもありがとうございました。どうぞ和室の方にお移りください。

午後１２時４２分　閉会

分野別分科会議事録

1．基礎医学・食品薬品分野
2．臨床・教育分野
3．公衆衛生・地域保健分野
4．人口家族計画分野

1．基礎医学・食品薬品分野

○日　時　平成7年2月3日（金）10：00～12：00

○場　所　国際協力協力事業団本部　46A会議室

○進行役　赤井リーダー（ケニア感染症研究対策）

○参加者　谷口リーダー（ガーナ野口記念医学研究所Ⅱ）
松山リーダー（トルコ生物製剤品質管理）
田原リーダー（グァテマラ熱帯病研究）
南リーダー（タイ食品衛生強化）
田中リーダー（マレイシア熱帯病研究）
坂下リーダー（スリ・ランカ国立医学研究所）
大畑リーダー（インドネシア生ワクチン製造基盤技術）

○オブザーバー　厚生省国際課・別井課長補佐
石井課長代理（国際協力事業団医療協力第二課）

○書　記　和田（国際協力事業団医療協力第二課）

1．開会

本分科会の司会を赤井リーダーとし、各自自己紹介を行った後、それぞれが基礎医学・食品・薬品分野における共通の問題提起をし、討議を行った。特に今回は、あらかじめ赤井リーダーから提案のあった"国際医療協力における人材養成の問題点"をテーマにして各チームリーダーに対し各々のプロジェクトの現状を踏まえた提言を求めた。

2．討議内容（各国プロジェクト毎に討議）

田中（マレイシア関連）：日本の協力方法についてカウンターパート側は、資金援助ではなく技術移転が中心であることを理解している。カウンターパート研修については、個人の財産となってしまいがちで研修による波及効果が充分に期待できない。派遣専門家による現地での技術移転の方が複数のカウンターパートに技術移転でき、相手側もありがたがっている。しかし、日本側の問題は、派遣された期間が専門家にとってキャリア積算と見なされない場合が多く、それが専門家の派遣を躊躇させる要因となっているようだ。この考え方が改まるような社会理解が必要。日本のODA 理念はコロンボプランにベースを置いている。他国のほとんどがグラント方式を取り入れているのに比べると独自の方向を模索しているようだ。そろそろ、はっきりとした方向性を打ち出す頃合なのではないか。

南（タイ関連）：食品衛生強化に係る行政指導担当とサンプル分析担当の二人のカウンターパートがおり、双方とも学歴・職歴等の資質に問題ない。派遣される専門家には、任国と日本の行政機構の相違等の事情を十分に理解した上で技術移転が行えるような資質が求められる。カウンターパートの研

修に関して現状制度では本邦または第三国研修のみだが、今後は第二国研修の実施も検討したい。

田原（グアテマラ関連）：職場では医師であるとか、学士であるとかによって、階級社会、学歴社会ができ上がっていて、これが優秀な資質を持った人材の養成を阻んでいる。この社会制度の弊害は短時間で解決出来るものではない。技術移転において、言葉の問題は無視できず、英語圏でなくても英語は必須であり、これはカウンターパート側および専門家側でも求められる事項。専門家の中には技術移転という目的を忘れ、カウンターパートとのコミュニケーションをほとんどせず研究に来たようなつもりの人がたまにいる。派遣前に充分にプレゼンテーションの訓練を行ってもらいたい。

谷口（ガーナ関連）：カウンターパートは日本への留学経験もあり有能であるが、学歴と年功序列がものをいう社会なので、それが弊害となっている。日本からの専門家の知識及び技術レベルには問題ないが、性格的に癖がある人はそういったあたりを事前に伝えていただきたい。研究プロジェクトのような案件に対して、研究奨励資金を提供するような制度がくめないだろうか。

坂下（スリランカ関連）：職業的カースト制度による横割と専門性による縦割が弊害となっている。相手国機関の長に権力が集中しすぎており、その人事も流動的である。年功序列の慣習があり、若い有能な人にチャンスがなかなか回らない。日本から来てもらう短期専門家については、できれば同じ人に何回か来てもらうパターンが有効的に思える。

松山（トルコ関連）：他のプロジェクトのと比べると問題点は少ない。あえて、言わせてもらうならば日本のODA の特徴は人材養成にあると考える。明確な事業目的の設定とそれに合致した専門家業務を設定して、客観的に評価する（民間で言う人事考課）。このようなプロセスをプロジェクトの次のステップに繋げてゆきたい。また、専門家のリクルートに関して言うならば、JICAはもっとシステマチックなリクルートシステムを構築することが今後の課題と考える。

大畑（インドネシア関連）：カウンターパートとの相互理解は問題ないが、所属長が人事異動等で変わるとそれまでの計画が通らなくなってしまうことがある。中間管理職という概念が相手国側には無く、これを養成すれは前述の弊害は軽減されるのではないかと思われる。

全般的事項として：

プロジェクト方式技術協力の成否は事前調査に大きくかかっている。必要に応じ長期調査を行い、相手先の基盤、能力、可能性等の綿密な調査を行う。相手国においてはその後の状況変化も有り得るので、その場合は早急に新たな対応措置を行う。

派遣される専門家には健康であること、明朗であることは基本的に求められるほか、語学力は堪能であるに越したことはないが、なにより相互の意思疎通に対する情熱が大切。

プロジェクトが実際に動き出して初めて見えてくる実情に即応できる弾力的な体制を作る。代替案を準備しておくことも一案であろう。

3．その他全般の事項

（1）協力形態の改善について

いくつかのプロジェクト実施国においては、複数国の協力機関が同一サイ

トに協力を実施しており、その主流は資金援助型であり、プロジェクトサイトの優秀な人材は資金援助型に流れ、JICA型のプロジェクトには優秀な人材が集まらないという現状があるとの問題提起がなされた。これについて、石井代理より、JICAは現場でそのような問題があることは把握しており、今後も継続的に関係監督省庁と協議を行い改善してゆきたい旨回答があった。

厚生省別井補佐から「プロジェクトの持続性を確保するために相手国側にプロジェクトの運営管理に応分の資金拠出をするよう現場でも働きかけを充分に行ってほしい」旨、発言があったのに対し、赤井リーダーから「現状ではプロジェクトでそれなりの成果を出すには日本側がかなり相手国側分の運営資金も面倒見ざるを得ない」との意見があった。

（２）専門家確保について

国内支援機関に対し専門家の提供を依頼する際に、各機関は定員削減等の厳しい状況にあり、充分な人材提供の余力が無い。それに対し専門家の派遣依頼に際しては所属組織に迷惑をかけないことが肝要であるが、この課題をどう考えるかと厚生省別井補佐から問題提起があった。これに対して松山リーダーから、専門家派遣依頼が民間になされた場合、株主のコンセンサスを得ることが要となる。医薬品関係であれば厚生省薬務局から業界に対して公式に協力依頼があれば株主へのコンセンサスも取り易い、とのアドバイスがあった。

分野別分科会議事録

２．臨床・教育分野

○日　時　平成７年２月３日（金）１０：０７～１２：１３

○場　所　国際協力事業団本部　４９Ａ会議室

○進行役　立山リーダー（エジプトカイロ大学看護学部）

○参加者　塩野谷リーダー（インドサンジャイ・ガンジー医科学研究所）
浦上リーダー（インドネシアストモ病院救急医療）
島崎専門家（マレイシアサラワク総合病院救急医療）
秋山リーダー（ヴィエトナムチョーライ病院）
小原リーダー（ネパール医学教育）
竹下専門家（エジプトカイロ大学小児病院Ⅱ）
森本調整員（ボリヴィア消化器疾患対策）
山本リーダー（ブラジルｶﾝﾋﾟｰﾅｽ大学消化器病診断・研究）
坂本リーダー（チリ消化器がん）
宮田リーダー（ドミニカ消化器疾患研究・臨床）
菅原リーダー（ホンデュラス看護教育）

○ｵﾌﾞｻｰﾊﾞｰ　厚生省国際課・山本係長
文部省学術国際局国際企画課・若林海外協力官
文部省学術国際局国際企画課・野田事務官
松本課長代理（国際協力事業団医療第二課）

○書　記　五十嵐ジュニア専門員（国際協力事業団医療第二課）

１．開会

病院臨床・医学教育プロジェクトの分科会進行役を立山リーダーとし、各リーダーの紹介を行った後討議に入った。

２．各プロジェクトの問題点

塩野谷：病院建設等、先方政府が約束した活動が計画通り実行されなかった。文化的な背景もあると思料されるが、日本人専門家の意見を十分に取り入れてもれえないことがあった。

浦　上：先方機関の組織力の低下があり、プロジェクトが計画通り進行しないことがあった。

島　崎：供与された機材等のメンテナンスが十分にできていない（保守・管理の概念が薄れている）。

秋　山：先方からの協力要請事項が多く、対応に苦慮している。日本側の意見と、先方の意見との食い違いが出た。

小　原：病院管理体制に不備があり、マネージメント分野についても協力する必要がある。

竹　下：院内感染対策が十分に実施されていない。患者数が増加していて、

病院の許容を越えた活動を強いられている。

立　山：看護レベルに問題があり、無資格スタッフの教育が実施されていない。予算については、運営費の９０％が人件費に充当され、残りの１０％は、光熱費等のユティリティにまわされていて、教材費購入等プロジェクト活動に十分な予算が充当されていない。

山　本：日本側が先方国のニーズをどのような形で受け止めるかについて検討が必要である。

坂　本：病院建設等、先方政府が約束した活動が計画通り実行されなかった。先方国において、保健医療／福祉に使われる十分な予算が充当されていない。

宮　田：専門家派遣を通じて学ぶことも多くあったが、長期で現役の教授を派遣することに問題がある。任期が終了し帰国しても、十分な受け入れ体制ができていないなど、国内支援に問題がある。

菅　原：プロジェクト執行に関し先方と日本人専門家との間に意見の食い違いがある。

森　本：長期派遣専門家の確保が難しい。

３．今後の協力体制等についての問答

塩野谷：日本人専門家を多数派遣するより、C/P を多数受け入れ、日本にて研修を実施した方が良いのではないか（特に、医療協力レベルでは）。

宮　田：C/P 研修は、難しいところがある。研修員である病院においても、異国の研修員が日本人の患者さんに触れる時に違和感があり、また、患者の中にも研修員に触れられることに違和感を持つ者がいる。C/P を一つの研修所に集合させる形で研修を実施させるのはいかがか。

立　山：C/P 研修員に、日本の管理されている医療機関を見学する機会を与える必要があると考える。派遣専門家の数が研修員を上まることに疑問がある。C/P 研修員は、先方の教育機関に所属している者を受け入れるべきと思う。

塩野谷：外科分野については、C/P 研修員の受け入れを中心に進めるべきと考える。

島　崎：塩野谷先生に賛同する。日本の国際化へも貢献できる。

菅　原：しかし、C/P 研修員の中には、患者に近寄れなかった等の不満の声も逆に上がっている事例もある。確かに、日本語によるコミュニケーシュンの問題はあるであろう。

秋　山：臨床分野の研修は、長期で実施される必要がある。

立　山：研修生の活動範囲については、厚生省が基準を作っている。

塩野谷：本大学内では、かなり自由に活動させている。

島　崎：研修員の日本国内における医療従事に関し、膨大な手続きがあり時間的に見ても不合理的である。

厚生省：資格の問題であり、一人の研修員が問題になったがために他の研究生にも影響を与えかねない。それ故、資格付与に関しては、慎重に手続きを進めなくてはいけない。

山　本：富山医大では、日本の医師の指導があれば、かなり自由に活動ができる。

坂　本：JICAは常に、専門家の確保に苦労をしている。各省庁と十分に協議をもち、専門家確保に関し国の政策として纏める必要がある。

竹　下：専門家派遣の義務化は考えられないか。

文部省：義務化は、難しいであろう。しかし、海外へ出やすい体制を作ることは必要と考える。

4．その他

専門家が派遣された機関へ、補充の人材を適切に配置できるような体制が長期的スパンで確立される必要がある。

以　上

3．公衆衛生・地域保健分野

○日　時　平成7年2月3日（金）10：30～12：10

○場　所　国際協力事業団本部　50Fブリーフィングルーム

○進行役　須知リーダー（フィリピン公衆衛生）

○参加者　小野リーダー（タイ公衆衛生）
　　楠本リーダー（中国ポリオ対策）
　　小松リーダー（ネパール結核対策Ⅱ）
　　紺山リーダー（タイエイズ予防対策）
　　鈴木リーダー（ラオス公衆衛生）
　　建野リーダー（ブラジル東北伯公衆衛生）
　　中野リーダー（マラウィ公衆衛生）
　　原リーダー（ソロモンＰＨＣ推進）
　　本間リーダー（ネパールＰＨＣ）
　　松口リーダー（パラグァイ地域保健）

○オブザーバー　八重樫課長代理（医療協力第一課）

○書　記　富澤職員（医療協力第一課）

1．各プロジェクトリーダーより自己紹介があり、その際に、プライマリー・ヘルスケアという援助分野について以下のような意見が出された。

（1）ＰＨＣ協力はＪＩＣＡの中でもシステム作りができていない分野である。協力最初の1年は概念の構築という作業に費やされた。

（2）ＰＨＣという概念について事前知識が余りなかった。派遣前に概念を明確にしてくれるようなＪＩＣＡのシステムがあれば、ありがたかった。国総研にも適当な文献がなかった。当該概念につき専門家1人1人が異なった理解の仕方をしているようで困っている。コンセンサスが取れておらず、各人が勝手な活動をしてカウンターパート（及び地元住民）の反発を買ってしまう。

（3）プロジェクトの当初はＰＨＣ協力とはいえ、何をしていいかわからず非常に困った。派遣前のフィードバックはぜひ必要である。

（4）ＰＨＣが Primary Medical Care となってしまってはならぬ。上からの押しつけというのではなく住民そのものの参加というものをこころがけねばならぬ。医学部で習ったことを我々は忘れる必要がある。

2．青年海外協力隊（ＪＯＣＶ）との関係について

松口：当プロジェクトはＪＯＣＶと協力関係にあるが、隊員のいる病院にプロジェクト専門家である看護婦を派遣する時に機材導入に関する意見の相違から問題が生じてしまう。専門家が必要と考える機材について隊員の方は必要とみなさない。他にＪＯＣＶと協力関係にあるプロジェクトはあるか？あるとし

たら機材は供与されたのか？

本間：モデル地区の病院に看護婦として隊員が派遣されている。機材の導入は両者で協議の上、すり合わせをした。

中野：マラウィは隊員の多い国で、彼らは基本的に個人で参加している。専門家への警戒心は強く、接点はあるにしろ、両者の協力は現実的に困難である。根本的な任務が違うのである。

原：ソロモンに隊員は４０数名おり、専門家と情報交換を持つようにしている。能力、バックグラウンドの点で両者にあまり違いのない例もあるが、専門家は隊員に対しアドバイスを与えるのが基本であろう。

松口：過去の失敗例も聞いており、公式には両者の協力関係はないものとなっていると聞いているが。

原：当プロジェクトでは最初の１年は調整員のみの派遣でＪＯＣＶには調査をさせた経緯がある。調整員の方からは業務上のアドバイスをし、ギブアンドテイクの形をとっている。ソロモンでは定例会を両者の間で開いており、隊員をプロジェクトにうまく巻き込むようにしている。注意点としては専門家と隊員がほぼ同レベルなのに（看護婦が典型例）、待遇が違うということを考慮に入れること。

八重樫：協力関係の存在は国、地域、プロジェクト構築時の事情により異なる。能力と待遇の逆転現象もありえる。

須知：ケースバイケースという印象を持っているがＪＩＣＡとして協力しろ、するな、といったポリシーのようなものはあるか？

八重樫：異なった協力形態の連携は奨励しているが、それぞれの事情もあり一律に語れない。松口リーダーにはパラグアイ事務所と率直に話をしてみることをお薦めする。

３．供与機材の選定に当たっての先方とのやりとり及び先方間でのやりとり

須知：公衆衛生という援助分野は本来機材供与を最小に抑え、効果を生み出すものだと思うが、各プロジェクト機材選定にあたってのポリシーは設けているか？

小松：専門家がまずリストアップし、ネパール側に意見を請うが、反対はしてこない。先方は何が必要なのはということ自体よくわかっていないのである。

小野：要請が挙がったものは供与されている。それぞれの分野での活動内容にあったものを申請してもらうようにしている。４つの部門間での不公平間が生まれないように努力している。

建野：そもそも要請主義に合うような要請が出せないのが問題である。何が必要ということが先方にわかってくるのはプロジェクト４年目ぐらいからではなかろうか。

原：携行機材が、タイムリーに手に入るということで一番役立っている。

紺山：私用と公用を混同して、自分で買えるノートパソコンなどを携行機材で持ってくる短期専門家がいる。

須知：ノートパソコンは自分も携行機材で持っていったが機能が限られており、事実あまり役立たなかった。デスクトップの方が良い。タイミングは携行機材の方が良い。ただ、年度末にかけて予算がないといわれてしまう。予定していた書籍が購入できなくなり、セミナーが開催できない。

リーダーの方々にお聞きしたいが、供与機材の選定の仕方、先方への説明に

ついてはどのように行っているか？

原：専門家とカウンターパートが十分相談、論議して決めている。まず予算編成の時に各分野の専門家が協議して納得の後、カウンターパートに相談する。

小野：タイ人同志でのコミュニケーションギャップもあり、上層部の人間は保健所レベルの担当者が使用できないものを申請してくる。下部のものからは車が挙がってくることが多い。

本間：カウンターパート側機材選定のイニチアチブは医師が行い、他の部門を無視する結果になってしまう。検査技師などは医師へ文句が言えない。先方関係者同士、機材選定についての委員会が必要なのでは、と感じている。

紺山：高額機械を要望する医師の力が強いのは当プロジェクトでも同じである。ラボの整備すらできていない臨床検査側の不満は大きい。ノンメディカルの発言権が低いのは遺憾だ。

須知リーダーより各プロジェクトの評価指標及びＷＨＯ等他機関との連携についての討論を行うよう提案が出されたが、時間切れとなった。

分野別分科会議事録

４．人口家族計画分野

○日　時　平成７年２月３日（金）１０：００～１２：３０

○場　所　国際協力事業団本部　４６Ｂ会議室

○進行役　佐藤リーダー（ケニア人口教育促進Ⅱ）

○参加者　柳井リーダー（チュニジア人口教育促進）
新藤リーダー（タンザニア家族計画・母子保健）
角谷調整員（トルコ人口教育促進Ⅱ）
平林リーダー（メキシコ家族計画・母子保健）
田中専門家（フィリピン家族計画・母子保健）
久慈リーダー（タイ家族計画・母子保健）

○オブザーバー　外務省経済協力局技術協力課・大西事務官
厚生省国際課・葛西厚生技官
花田国際協力専門員
北林課長代理（国際協力事業団医療協力第一課）

○書　記　鳥居（国際協力事業団医療協力第一課）

１．司会者より昨年度のリーダー会議・人口家族計画分科会で提示された以下５つの問題・課題につき討議したい旨発言があった。
－Ｒ／Ｄの記載が抽象的で協力内容等が明確でない。プロジェクト開始前のプロ技形成のあり方に疑問を感じる。・・・（１）
－家族計画の活動には村落開発／地域開発や生活改善の視点が大事である。・・・（２）
－ＮＧＯとの連携が重要である。・・・（３）
－資金協力的な援助機関との連係を検討する必要がある。・・・（４）
－日本から相当なレベルの技術協力が要求される。・・・（５）

以下に上記各点における討議内容を記す。

（１）について

タイ：Ｒ／Ｄには以下のような問題点がある。①内容の不明確さ、②Ｒ／Ｄに署名した人の責任の所在の不明確さ、③Ｒ／Ｄ締結後に活動内容の変更に迫られた場合の対応策の不明確さ、④Ｒ／Ｄで活動地域があまり狭く限定されると身動きがとりにくくなること、⑤Ｒ／Ｄに活動内容があまり詳細に規定されると機動的に活動できなくなること。

トルコ：Ｒ／Ｄはプロジェクト運営のための大きな枠組みであり、活動の基礎である。内容は概括的、最大公約数的だが、抽象的とは思わない。ただし、人口家族計画分野ではまだノウハウが確立されていないこともあり、状況次第ではＲ／Ｄを超えた活動も考えざるを得なくなることもある。その際にＲ／Ｄの内容変更が可能かどうか知りたい。

（２）について

フィリピン：これまで行政中心に活動してきた側面が強かったが、今後は住民の意識改革を引き出すべく、視点を変える必要があると考えている。具体的には、保健婦を対象に、「母体の尊重」、「愛育」についての理解を深めるよう活動中。これにより家族計画は自然に根づいていくと考える。

メキシコ：リプロダクティブヘルス、女性問題、環境問題を中心に据えて物事を考えている。例えば、女性の地位向上が家族計画・人口問題への重要な回答になるとの視点にもとづき、具体的に活動している。

ケニア：国民の家族計画に対する認識は高いものの、実際の行動には結びついていない。その格差を埋めるべく、情報提供に加えて、井戸掘りやかまど改善など住民の日常生活に密着した活動を合わせて実施することで成果を上げている。しかし、こうした活動は資金捻出が難しく、何とかならないか。

（３）について

フィリピン：当地では行政機能が脆弱なため、ＮＧＯとの連携が重要。特にＮＧＯは現地の事情に精通しており、また住民の組織化に秀でているので、ＪＩＣＡ専門家だけでは対応困難な活動につき協力をしてもらうことを考えている。

ケニア：家族計画分野では住民参加が必須だが、ＮＧＯはコミュニティに深く入り込んでいるので、それとの連携は重要である。具体的には、ＪＩＣＡとＣ／Ｐで印刷教材を作成し、ＮＧＯに配布してもらう等の活動を行っている。

（４）について

トルコ：ＵＮＩＣＥＦ、ＵＮＦＰＡとの間で試験的に提携活動を始め、これら機関からの資金協力を得て、啓蒙ビデオを制作している。

（５）について

テュニジア：同国は５３年の独立以降人口問題を国家の重要課題として積極的に取り組み、成果を上げてきた。そのため、９３年１月の事前調査団協議の際、テュニジア側（ＯＮＦＰ：国家家族人口公団）は「人口教育促進」としてプロジェクトを進めたいとするＪＩＣＡ側に対して、「家族計画部分に限定しビデオ制作協力」を求めると主張。そのため、プロジェクト名は「家族計画教育促進」とするとの変更を迫られた。また、当時のＯＮＦＰ幹部は、同組織では既にＩＥＣの方略が確立されているとし、ＩＥＣ分野へのＪＩＣＡの参画には非協力的で、ＪＩＣＡがＩＥＣの専門家を派遣する際にも、どのくらいの経験を有する専門家なのかなどの質問をぶつけてきた。昨年の議事録で「日本から相当なレベルの技術協力が要求される」と記載されているのはそのためである。しかし、昨年ＯＮＦＰ幹部が交代すると、同組織のＪＩＣＡに対する態度は一変し、現在では積極的に協力してくれている。また、技術レベルに関しても現在いる日本人専門家のレベルで十分対応可能と考えている。

２．出席者から提示された意見・要望で１．以外のもの

タイ：経済成長の諸段階における人口問題への対応を検討するに参考となるデータ（ＧＮＰと人口の相関性など）を入手したいが、ＪＩＣＡで対応できないか。

トルコ・ケニア：ＪＩＣＡプロジェクトサイトが相手国の行政組織の中で正式に認知されていないため、例えばスタッフの能力や意欲が低かったり昇進の道がない、あるいは相手国政府からプロジェクトの資金が供給されないなど、人材・資金両面で問題が生じている。

トルコ：ＩＥＣ分野等、各プロジェクトの分野別に専門家が集合して情報交換をする機会を設けてほしい。

ケニア：ＮＧＯのスタッフを日本で研修する制度や、ＮＧＯに対してより直接的な技術支援をできる体制はできないか。

３．厚生省より、以下の通りのコメントがあった。

－２．でトルコ・ケニアの両リーダーから提示された、ＪＩＣＡプロジェクトサイトが相手国の行政組織の中で正式に認知されていないとの問題については、厚生省としては相手国政府のプランの中に正式にプロジェクトが認知されるよう努力している。

－ＮＧＯとの連携については、相手国政府を介して行うことが大切と考えている。

－ＩＥＣ活動については、高度な機材の供与に目が向き過ぎているとの印象を受けている。もっとプロジェクトそれぞれの状況に則した機材供与のあり方を考えても良いのではないか。

－プロジェクトのフェードアウトに際しては、ＵＮＩＣＥＦ、ＷＨＯ等の国際機関との連携によって活動資金を確保することを考えている。

－人口・家族計画分野のプロジェクトの遂行にあたっては、住民の意識改革から生じる行動が重要と考えている。

－厚生省として技術分野でサポートできることは、今後とも積極的に協力していく所存である。

以　上

配　布　資　料

1．平成６年度プロジェクト・リーダー会議資料
2．調達部資料
3．「意見交換」において使用された資料
　• 谷口リーダー（ガーナ野口研プロジェクト）

平成6年度医療協力部プロジェクト・リーダー会議資料

平成7年2月2日（木）

国際協力事業団

医療協力部

目　次

平成６年度リーダー会議
医療協力部全体会議

NO	時間	時間	議事内容		備考
2月2日（木）＜国際協力総合研修所　国際会議場＞					全体司会：米林二課長
			受付開始 9:15 (9:50 までに着席)		
1	10:00 ～ 10:10	10 分	リーダー・関係省庁・JICA本部出席者紹介およびリーダー会議のプログラム説明	司会	
2	10:10 ～ 10:15	5 分	理事挨拶	小澤理事	
3	10:15 ～ 10:30	15 分	関係省庁挨拶（外務・文部・厚生）		
4	10:30 ～ 10:35	5 分	医療協力部長挨拶	部長	
5	10:35 ～ 10:50	15 分	医療協力部関連事業の現況と課題	計画課長	
6	10:50 ～ 11:05	15 分	調達業務の現況と課題	調達部管理課長	
	11:05 ～ 11:20	15 分	休憩		
7	11:20 ～ 12:30	70 分	意見交換：　報告と自由討議 (1) リーダー・国際協力専門員からの報告(2名) 仮称）「人口・エイズへの取組」 －ＧＩＩ(Global Issues Initiative/地球的規模の協力）の実現に向けて (2) 自由討議	一課長	発表者 ①谷口リーダー ②花田専門員
8	12:45 ～ 14:00		昼食　「和室」	理事、部長、計画課長	
9	14:30 ～ 17:40	各 30 分	リーダーと医療協力部担当者の個別打合わせ（各リーダー30分ずつ） ※一部担当者は後日別途打合せを行う。	各担当者	
10	18:00 ～ 20:00		懇親会：立食パーティー　「400」会議室	全員	部内関係者全員参加
2月3日（金）＜三井ビル内JICA会議室＞					
1	10:00 ～ 12:00	120 分	分科会：協力分野別に４分科会 「リーダー間の情報・意見交換」 ①基礎医学・食品薬品分野　（46A会議室） ②臨床・教育分野　（49A会議室） ③公衆衛生・地域保健分野　（50Fブリーフィングルーム） ④人口家族計画分野　（46B会議室）	司会進行はリーダー　：テーマは司会進行役に一任 司会進行　オブザーバー　書記 赤井リーダー／石井代理／和田職員 立山リーダー／松本代理／五十嵐Jr専門員 須知リーダー／八重樫代理／富澤職員 佐藤リーダー／北林代理／鳥居職員	
2	13:00 ～		各プロジェクト別国内委員会		

平成６年度プロジェクト・リーダー会議参加者名簿

1．プロジェクト・リーダー

	国名	プロジェクト名	氏名	派遣期間
1	中国	ポリオ対策	楠本一生	93. 4.19～95. 4.18
2	インド	サンジャイ・ガンジー医科学研究所	塩野谷恵彦	93.12. 2～95. 7.31
3	インドネシア	生ワクチン製造基盤技術	大畑英雄	92. 5.27～96. 8.31
4	インドネシア	ストモ病院救急医療	浦上秀一（オ）	95. 2. ～96. 2.
5	ラオス	日本・WHO／ラオス国公衆衛生	鈴木淳	94. 4. 4～95. 4. 3
6	マレイシア	熱帯病研究	田中寛	93. 1.13～95.12.31
7	マレイシア	サラワク総合病院救急医療	島崎栄二（専）	94. 7. 4～95. 7. 3
8	ネパール	医学教育	小原博	95. 1.10～96. 6.19
9	ネパール	プライマリーヘルスケア	本間威	93. 5.18～95. 3.31
10	ネパール	結核対策（II）	小松良子	94. 7. 5～95. 6.15
11	フィリピン	家族計画・母子保健	田中政宏（専）	94. 4. 1～95. 3.31
12	フィリピン	公衆衛生	須知雅史	92. 9. 1～95. 8.31
13	スリ・ランカ	国立医学研究所	坂下勲	93.10. 8～95.12.31
14	タイ	家族計画・母子保健	久恵直志	94. 6. 1～96. 5.31
15	タイ	公衆衛生	小野喜志雄	93. 6.22～95. 6.21
16	タイ	エイズ予防対策	紺山和一	94.11. 1～94.12.24
17	タイ	食品衛生強化	南俊作	94. 9. 1～96. 8.31
18	ヴィエトナム	チョーライ病院	秋山稔（オ）	95. 3.31～96. 3.31
19	ソロモン	プライマリーヘルスケア推進	原實	93. 5.25～95. 5.24
20	エジプト	カイロ大学看護学部	立山恭子	94. 4.23～95. 4.22
21	エジプト	カイロ大学小児病院（II）	竹下次郎（専）	93. 5. 1～96. 6.30
22	チュニジア	人口教育促進	柳井進	93. 5.31～95. 5.30
23	トルコ	人口教育促進（II）	角谷紳一（調）	94. 1.22～96. 1.21
24	トルコ	生物製剤品質管理	松山繁夫	93. 5.21～95. 5.20
25	ガーナ	野口記念医学研究所（II）	谷口清州	92.11.10～95.11. 9
26	ケニア	感染症研究対策	赤井契一郎	90. 7.24～95. 4.30
27	ケニア	人口教育促進（II）	佐藤都喜子	90.11.18～95. 3.31
28	マラウイ	公衆衛生	中野博行	94.10. 4～96.10. 3
29	タンザニア	家族計画・母子保健	新藤啓司（オ）	95. 2. ～96. 2.
30	ボリヴィア	消化器疾患対策	森本博幸（調）	94. 4.15～95. 9.30
31	ブラジル	カンピーナス大学消化器病診断・研究センター	山本恵一	94. 5.12～95. 7. 5
32	ブラジル	東北伯公衆衛生	進野正毅（オ）	95. 2. ～97. 2.
33	チリ	消化器がん	坂本清人	92. 4. 1～95. 3.31
34	ドミニカ	消化器疾患研究・臨床	宮田彬	92. 7.27～95. 8.31
35	グァテマラ	熱帯病研究	田原雄一郎	94. 7.15～95. 7.14
36	ホンデュラス	看護教育強化	菅原能子	90.10. 1～95. 8.31
37	メキシコ	家族計画・母子保健	平林武尚	93.12.10～95.12. 9
38	パラグァイ	地域保健強化	松口崇行	94. 7.28～96. 7.27

（調）：調整員、（専）：専門家、（オ）オブザーバー、

2．各省・ＪＩＣＡ参加者

（１）外務省

経済協力局技術協力課	塩尻　宏	企画官
同　上	清水　亨	事務官

（２）文部省

学術国際局国際企画課		
教育文化交流室	若林　茂樹	海外協力官
同　上	野田　孝夫	文部事務官

（３）厚生省

大臣官房国際課		
国際協力室	石井　博史	室長
同　上	葛西　健	厚生技官
国立国際医療センター	我妻　堯	国際医療協力局長

（４）ＪＩＣＡ

	小澤　大二	理事
医療協力部	平良　専純	部長
計画課	樋田　俊雄	課長
医療協力第一課	鈴木　英明	課長
医療協力第二課	米林　達郎	課長
計画課	黒川　恒男	課長代理
医療協力第一課	北林　春美	課長代理
同　上	八重樫成寛	課長代理
医療協力第二課	松本　淳	課長代理
同　上	石井羊次郎	課長代理
調達部機材課	稲葉　泰	課長
企画部地域第三課	力石　寿郎	課長
	花田　恭	国際協力専門員

分野別分科会　2月3日（金）午前

1．基礎医学・食品薬品分野　（４６Ａ会議室）　８名

インドネシア生ワクチン製造基盤技術	＊大畑リーダー
マレイシア熱帯病研究	＊田中リーダー
スリ・ランカ国立医学研究所	＊坂下リーダー
タイ食品衛生強化	南リーダー
トルコ生物製剤品質管理	＊松山リーダー
ガーナ野口記念医学研究所（Ⅱ）	＊谷口リーダー
ケニア感染症研究対策	○＊赤井リーダー
グァテマラ熱帯病研究	田原リーダー

2．臨床・教育分野　（４９Ａ会議室）　12名

インドサンジャイ・ガンジー医科学研究所	＊塩野谷リーダー
インドネシアストモ病院救急医療	浦上リーダー
マレイシアサラワク総合病院救急医療	島崎専門家
ヴィエトナムチョーライ病院	秋山リーダー
ネパール医学教育	小原リーダー
エジプトカイロ大学小児病院（Ⅱ）	竹下専門家
エジプトカイロ大学看護学部	○立山リーダー
ボリヴィア消化器疾患対策	森本調整員
ブラジルｶﾝﾋﾟｰﾅｽ大学消化器病診断・研究センター	山本リーダー
チリ消化器がん	坂本リーダー
ドミニカ消化器疾患研究・臨床	宮田リーダー
ホンデュラス看護教育強化	＊菅原リーダー

3．公衆衛生・地域保健分野　（５０ﾌﾞﾘｰﾌｨﾝｸﾞﾙｰﾑ）　11名

中国ポリオ対策	＊楠本リーダー
ラオス公衆衛生	鈴木リーダー
ネパール結核対策（Ⅱ）	＊小松リーダー
ネパールプライマリーヘルスケア	＊本間リーダー
フィリピン公衆衛生	○＊須知リーダー
タイエイズ予防対策	＊紺山リーダー
タイ公衆衛生	＊小野リーダー
ソロモンプライマリーヘルスケア推進	＊原リーダー
マラウイ公衆衛生	中野リーダー
ブラジル東北伯公衆衛生	建野リーダー
パラグァイ地域保健	松口リーダー

4．人口家族計画分野　（４６Ｂ会議室）　９名

フィリピン家族計画・母子保健	田中専門家
タイ家族計画・母子保健	久慈リーダー
テュニジア人口教育促進	＊柳井リーダー、（鈴木調整員）
トルコ人口教育促進（Ⅱ）	角谷調整員
ケニア人口教育促進（Ⅱ）	○＊佐藤リーダー
タンザニア家族計画・母子保健	新藤リーダー
メキシコ家族計画・母子保健	＊平林リーダー
オブザーバー	花田恭国際協力専門員

○　進行役
＊　昨年からの出席者

担当者との個別打合せ（2月2日午後　於：国際研国際会議場）一覧表

担当課	プロジェクト担当	14:30～15:00	15:10～15:40	15:50～16:20	16:30 ～17:00	17:10 ～17:40
医療協力第一課	嘉田	タイ食品衛生強化 南リーダー	タイ家族計画・母子保健 久慈リーダー	タイ公衆衛生 小野リーダー	マレイシアサラワク総合病院 救急医療　島崎専門家	タイエイズ予防対策 紺山リーダー
	北野	フィリピン公衆衛生 須知リーダー	ネパールプライマリーヘルスケア　本間リーダー	ネパール結核対策（II） 小松リーダー	ネパール医学教育 小原リーダー	フィリピン家族計画・母子保健 田中専門家
	笛吹	インドネシア生ワクチン 製造基盤技術　大畑リーダー	ラオス公衆衛生 椿木リーダー			
	渡辺	中国ポリオ対策 橋本リーダー	マレイシア熱帯病研究 田中リーダー			
	蒲澤	ソロモンプライマリーヘルスケア推進　原リーダー	インドサンジャイ・ガンジー医科学研究所　塩野谷リーダー	スリ・ランカ国立医学研究所 坂下リーダー		
医療協力第二課	加藤	ガーナ野口記念医学研究所（II）　谷口リーダー	メキシコ家族計画・母子保健 平林リーダー	トルコ人口教育促進（II） 角谷調整員		
	青木	エジプトカイロ大学看護学部 立山リーダー	エジプトカイロ大学小児病院（II）　竹下専門家			
	菊地	グァテマラ熱帯病研究 田原リーダー	チリ消化器がん 坂本リーダー	ケニア感染症研究対策 赤井リーダー	マラウイ公衆衛生 中野リーダー	
	秋山	ボリヴィア消化器疾患対策 森本調整員	パラグァイ地域保健 松口リーダー			
	三好	チュニジア人口教育促進 柳井リーダー	ケニア人口教育促進（II） 佐藤リーダー	ドミニカ消化器疾患研究・臨床 宮田リーダー	ブラジル東北伯公衆衛生 建野リーダー	
	大野	ホンデュラス看護教育強化 香原リーダー	トルコ生物製剤品質管理 松山リーダー			
	五十嵐	ﾌﾞﾗｼﾞﾙｶﾝﾋﾟｰﾅｽ大学消化器病診断・研究センター　山本リーダー				

プロジェクトリーダー会議国内委員会出席割当表

		10:30 ～12:00		13 30～15:00		15:30～17:00		
2月2日 (木)	10:00	医療協力部リーダー会議全体会議 （国際協力総合研修所　国際会議場）						17:30
2月3日 (金)	ブリーフィングルーム (50F 南)	分科会①公衆衛生・地域保健分野		ブラジル 東北ブラジル公衆衛生	2課長・松本・三好	メキシコ 家族計画・母子保健	2課長・加藤	
	49A 会議室 (49F 南)	分科会②臨床・教育分野		ラオス 公衆衛生	部長・八重樫・笛吹	ドミニカ 消化器疾患研究・臨床	理事・松本・三好	
	46AB会議室 (46F コア)	分科会③基礎医学・食品薬品分野/46A ④人口家族計画分野/46B		タイ エイズ予防対策 (13:00-)	1課長・富田	スリ・ランカ 国立医学研究所	部長・北林・富澤	
	医療協力部会議室 (49F コア)					フィリピン 家族計画・母子保健	1課長・八重樫・北野	
2月6日 (月)	第502会議室 (50F 北)	ネパール プライマリーヘルスケア	部長・北林・北野	グァテマラ 熱帯病研究	部長・松本・菊地	パラグァイ 地域保健強化	理事・松本・秋山	
	第503会議室 (50F 北)	マレイシア 熱帯病研究	理事・八重樫・渡邊					
	第505貸会議室 (50F 北)	タイ 家族計画・母子保健	1課長・富田	トルコ 人口教育促進（II）	理事・2課長・石井・加藤	ケニア 感染症研究対策	部長・2課長・石井・菊地	
2月7日 (火)	第502会議室 (50F 北)			ガーナ 野口記念医学研究所（II）	部長（冒頭挨拶）・2課長 石井・加藤	マラウイ 公衆衛生	2課長・石井・菊地	
	第503会議室 (50F 北)	タイ 食品衛生強化	1課長・八重樫・富田	中国 ポリオ対策	部長・北林・渡邊	ネパール 医学教育	1課長・北野	
	第504会議室 (50F 北)	ケニア 人口教育促進（II）	2課長・三好	ホンデュラス 看護教育強化	理事・松本・大野	ブラジル　カンピーナス 大学消化器病診断センター	理事・松本・五十嵐	
	第505会議室 (50F 北)	トルコ 生物製剤品質管理	部長・石井・大野	インドネシア 生ワクチン製造基盤技術	1課長・八重樫・笛吹	インド サンファイ・カンテー医科学研究所	部長・北林・富澤	
2月8日 (水)	第502会議室 (50F 北)	ボリヴィア 消化器疾患対策	2課長・松本・秋山	エジプト カイロ 大学小児病院（II）	2課長・石井・青木	チリ 消化器がん	2課長・松本・菊地	
	第503会議室 (50F 北)			ソロモン プライマリーヘルスケア 推進	1課長・八重樫　・富澤	タイ 公衆衛生	1課長・八重樫・富田	
2月9日 (木)	第502会議室 (50F 北)	テュニジア 人口教育促進	部長・2課長・石井・三好	エジプト カイロ大学看護学部	部長・2課長・石井・青木			
	第505会議室 (50F 北)	ネパール 結核対策（II）	1課長・北林・北野・根本	フィリピン 公衆衛生	1課長・八重樫・北野	マレイシア サラワク総合病院救急医療	1課長・八重樫・富田	

医療協力部計画課　業務分担表

課長
樋田　俊雄
課内総括

課長代理
黒川　恒男
1. 総括補佐
2. 庶務総括

川端　岳郎
1. 予算要求及び執行管理取り纏め
（予算要求、実行計画、執行状況等）
2. 文書審査副担当
3. 事業計画及び進捗管理
4. 会計検査、監査、評価
5. 海外医療協力委員会、リーダー会議、調整員会議等取り纏め
6. 委託業務取り纏め
7. 業務改善等

黒崎　直幸
1. 予算要求及び執行管理
2. 専門家、調査団の派遣経費
3. 決算
4. 供与機材進捗管理

慶野　知恵子
1. 予算執行管理
（負担行為、支出依頼、事務管理センター）
2. 専門家、調査団の派遣経費
3. 決算
4. 派遣実績表、ＤＡＣ統計、年報取り纏め
5. 部内庶務（出席簿、物品管理、様式印刷等）
6. 事務補助要員の業務管理

田辺　俊明
1. Ｃ／Ｐ研修、単独機材、単発専門家の進捗管理
2. 電算システムの運用業務
3. 国際機関等連携
4. その他庶務

医療協力部医療協力第一課　業務分担表

＊新規案件（R/D未締結）
＋６年度内終了案件

課長
鈴木　英明
課内総括

課長代理
北林春美　（副担当：八重樫）

1. 課内総括補佐
2. 東アジア、南アジア地域のプロジェクト実施業務の総括
3. 機材供与に関する取り纏め
4. 感染症基礎調査、人口基礎調査
5. 東アジア、南アジア地域の新規案件
6. ネパール・母子保健（単：日医協調）倉辻、北原
7. 人口・エイズ関連事業の取り纏め
8. 感染症対策機材供与（スリ・ランカ）

課長代理
八重樫成寛　（副担当：北林）

1. 課内総括補佐
2. 課内庶務総括
3. アセアン、インドシナ、大洋州のプロジェクト実施業務の総括
4. 調査団派遣に関する取り纏め及び調査団報告書作成状況に関する取り纏め
5. カウンターパート受入れに関する取り纏め
6. アセアン、インドシナ、大洋州の新規案件
7. インドネシア・保健医療協力管理（単）上原

高田　明子
（副担当：高澤）
1. タイ・エイズ予防対策
2. タイ・家族計画・母子保健
3. タイ・公衆衛生
＋4. タイ・国立衛生研究所
5. タイ・食品衛生強化
6. マレイシア・サラワク総合病院救急医療
7. フィジー・医療普及（単機・機調）
8. スリ・ランカ・人口情報（単）秋本

北野　一人
（副担当：鳥居）
1. フィリピン・家族計画・母子保健
2. フィリピン・公衆衛生
3. ネパール・結核対策（II）
4. ネパール・ＰＨＣ
＊5. カンボディア・母子保健センター（プロ、単、単機）
6. ネパール・医学教育
＊7. フィリピン・エイズ対策（プロ・単・単機）
8. 感染症対策機材供与（カンボディア、フィリピン、ネパール）
9. フィリピン・マラリア対策（単、単機）
10. ネパール・産科病院医療特別機材（単機）
11. カンボディア・結核対策（単）

笛吹（うすい）　弦
（副担当：渡邊）
1. インドネシア・生ワクチン製造基盤技術
2. ラオス・公衆衛生
＊3. ヴィエトナム・チューライ病院
＋4. インドネシア・家族計画・母子保健
5. インドネシア・ストモ病院救急医療
＋6. 韓国・母子保健A/C
7. 感染症対策機材供与（ラオス、ヴィエトナム、ミャンマー）
8. ヴィエトナム・ワクチン製造（単機）
9. インドネシア・ブルサハバタン病院（単）今橋

鳥居　久
（副担当：北野）
1. 北野担当案件補佐
2. 高田担当案件補佐

渡邊　聡子
（副担当：笛吹）
＋1. 中国・中日医学教育センター
2. 中国・ポリオ対策
3. 中国・天津医薬品検査技術
4. 韓国・老人医療保健センター
5. 中国・中日友好病院（単、A/C）
6. マレイシア・熱帯病研究
＊7. 中国・臨床医学教育

高澤　一洋
（副担当：高田）
1. インド・サンジャイ・ガンジー医科学研究所
2. スリ・ランカ・国立医学研究所
3. ソロモン・ＰＨＣ推進
＊4. スリ・ランカ・看護教育
5. トンガ・衛生試験所A/C
6. バングラデシュ・臨床検査（単）森川
7. バングラデシュ・結核対策（単）遠藤
8. パキスタン・看護教育（単）

医療協力第二課　業務分担

課長
米林　達郎
課内総括

課長代理　石井羊次郎
（中近東・アフリカ・東欧・中央アジア地域）
（副担当：松本）

1. 総括補佐
2. 庶務総括
3. 調査団派遣に関する取り纏め
4. 専門家派遣に関する取り纏め
5. 機材供与に関する取り纏め
6. 新規案件に関する取り纏め

加藤　誠治
（副担当：大野）
1. エジプト・家族計画・母子保健（II）
2. トルコ・人口教育促進（II）
3. ガーナ・野口記念医学研究所（II）
4. メキシコ・家族計画・母子保健
5. アルゼンティン・健康管理システム(A/C)
6. コスタリカ・小塚専門家
7. シリア・松本専門家
8. ホンデュラス・単発専門家／開発調査
9. 東欧・単発（短期）専門家
10. 医療特別機材供与（東欧・中央アジア）
11. ガーナ・人口基礎調査

青木　利道
（副担当：秋山）
1. エジプト・カイロ大学小児病院（II）（F/U）
2. エジプト・カイロ大学看護学部
3. タンザニア・家族計画・母子保健（新規）
4. セネガル・地域保健（新規）
5. ブラジル・家族計画・母子保健（新規）
6. 医療特別機材供与（中近東）
7. エティオピア・感染症基礎調査

菊地　智徳
（副担当：三好）
1. ザンビア・感染症（I）（F/U），（II）
2. ケニア・感染症研究対策
3. マラウイ・公衆衛生（新規）
4. チリ・消化器がん
5. グァテマラ・熱帯病研究
6. 医療特別機材供与（中米）
7. ジャマイカ・感染症基礎調査

秋山　純一
（副担当：青木）
1. イエメン・結核対策（II）
2. ポリヴィア・消化器疾患対策
3. ポリヴィア・ﾀﾝﾀｸﾙｽ地域医療供給ｼｽﾃﾑ（新規）
4. パラグァイ・地域保健強化（新規）
5. アルゼンティン・人口統計（新規）
6. パラグァイ・中央医学研究所(A/C)
7. 医療特別機材供与（アフリカI）

和田　裕司

三好　克哉
（副担当：菊地）
1. チュニジア・人口教育促進
2. ケニア・人口教育促進（II）
3. ブラジル・東北伯公衆衛生（新規）
4. ドミニカ・消化器疾患研究・臨床
5. 医療特別機材供与（アフリカII）

大野　裕枝
（副担当：加藤）
1. トルコ・生物製剤品質管理
2. ジンバブェ・感染症対策（新規）
3. ペルー・家族計画・母子保健
4. ホンデュラス・看護教育強化
5. コスタリカ・胃がん早期診断（新規）
6. 医療特別機材供与（南米）

五十嵐　仁
（Jr. 専門員）
（副担当：加藤）
1. ブラジル・ｶﾝﾋﾟｰﾅｽ大学消化器病診断・研究ｾﾝﾀｰ
2. ブラジル・橋本専門家
3. タンザニア・山形専門家
4. ニジェール・谷垣専門家

課長代理　松本　淳
（中南米地域）
（副担当：山形）

1. 総括補佐
2. 調査団派遣に関する取り纏め
3. 専門家派遣に関する取り纏め
4. 機材供与に関する取り纏め
5. 新規案件に関する取り纏め

保健医療協力事業の概要

（注）○無償＋プロ技　○プロ技のみ

目的：開発途上国の保健医療水準の向上

- **プロジェクト方式技術協力**（計３９件）
  ×　但し、平成６年度中に終了、または協力を開始予定の７件を含む。
  - **医療分野の協力**
    - 病院・臨床医学協力（○４件／　９件）
      - ○韓国：老人保健医療センター　○マレイシア：ﾏﾗｳｸ総合病院救急医療　○インドネシア：ストモ病院救急医療
      - ○ヴィエトナム：チョーライ病院　○エジプト：カイロ大学小児病院（第Ⅱ期）
      - ○ドミニカ：消化器疾患研究・臨床　○ブラジル：カンピーナス大学消化器病診断・研究センター
      - ○ボリヴィア：消化器疾患対策　○チリ：消化器がん
    - 研究所等の研究協力（○５件／　９件）
      - ○インド：サンジャイ・ガンジー医科学研究所　○スリ・ランカ：国立医学研究所
      - ○タイ：エイズ予防対策　○タイ：国立衛生研究所　○マレイシア：熱帯病研究
      - ○ガーナ：野口記念医学研究所（第Ⅱ期）○ケニア：感染症研究対策　○ザンビア：感染症
      - ○グァテマラ：熱帯病研究
    - 保健医療技術者養成・訓練（○１件／　４件）
      - ○中国：中日医学教育センター
      - ○ネパール：医学教育　○エジプト：カイロ大学看護学部
      - ○ホンデュラス：看護教育強化
    - 医薬品、ワクチン、食品の安全性・品質管理（○１件／　４件）
      - ○中国：天津医薬品検査技術　○タイ：食品衛生強化
      - ○インドネシア：生ワクチン製造基盤技術
      - ○トルコ：生物製剤品質管理
  - **保健分野の協力**
    - 公衆衛生活動・地域保健（○３件／１３件）
      - ○中国：ポリオ対策　○ネパール：プライマリーヘルスケア
      - ○ネパール：結核対策（第Ⅰ期）（第Ⅱ期）○ラオス：公衆衛生　○タイ：公衆衛生
      - ○フィリピン：公衆衛生　○ソロモン：プライマリーヘルスケア推進
      - ○イエメン：結核対策（第Ⅱ期）○マラウイ：公衆衛生　○ブラジル：東北伯公衆衛生
      - ○ボリヴィア：サンタクルス地域医療供給システム　○パラグァイ：地域保健強化
- **アフターケア技術協力**（○３件／　５件）
  - ○中国：中日友好病院　○韓国：母子保健
  - ○トンガ：衛生試験所　○パラグァイ：中央医学研究所
  - ○アルゼンティン：健康管理システム
- **大学教授等の派遣**
  - **医療専門家の派遣による技術移転**（５５名）
    大学教授等を派遣し、医療講演、公開手術、調査・研究を通じ、我が国の保健医療技術を紹介する。
- **医療特別機材供与**
  - **一般機材供与**（１４件）
    プロジェクト方式技術協力によらず、単独に機材のみを供与することにより、医療技術の向上に資する。
  - **感染症対策協力機材供与**（１８件）
    開発途上国においては、感染症が主たる死亡原因となっていることに鑑み、感染症対策のための機材を供与し、予防医学的効果をねらう。

人口家族計画協力事業の概要

（注）○無償＋プロ技　○プロ技のみ

目的

協力の分野

- 開発途上国の人口家族計画への協力
  - プロジェクト方式技術協力
    （計　9件）
    ※　但し、平成６年度中に終了、または協力開始予定の１件を含む。
    - 家族計画分野　（○0件／　6件）
      - ○インドネシア：家族計画・母子保健
      - ○フィリピン　：家族計画・母子保健
      - ○タイ　：家族計画・母子保健
      - ○タンザニア　：家族計画・母子保健
      - ○メキシコ　：家族計画・母子保健
      - ○ペルー　：家族計画・母子保健
    - 人口分野　（○0件／　3件）
      - ○トルコ　：人口教育促進（第Ⅱ期）
      - ○テュニジア　：人口教育促進
      - ○ケニア　：人口教育促進（第Ⅱ期）
  - 人口家族計画特別機材供与　（7件）
    家族計画及び母子保健活動を推進する上で必要不可欠な機材を供与し、地域住民に密着した足の早い協力を行う。

平成７年度国際協力事業団予算額の詳細

（単位：千円）

区分	認可予算額			
	平成６年度	平成７年度	対前年度比較増減費	伸び率
国際協力事業団事業費	162,674,320	169,248,102	6,573,782	104.0
国際協力事業団交付金	157,868,320	164,273,102	6,404,782	104.1
１．海外技術協力事業費	132,974,632	138,260,729	5,286,097	104.0
(1) 技術研修員受入事業費	22,272,639	23,247,260	974,621	104.4
(2) 青年招へい事業費	2,392,558	2,559,699	167,141	107.0
(3) 技術協力専門家派遣事業費	17,103,479	17,330,912	227,433	101.3
(4) 技術協力機材供与事業費	2,634,768	2,662,230	27,462	101.0
(5) 社会開発協力事業費	11,719,608	12,177,645	458,037	103.9
(6) 保健医療協力事業費	6,843,201	7,097,497	254,296	103.7
(7) 人口家族計画協力事業費	1,349,488	1,470,025	120,537	108.9
(8) 農林水産業協力事業費	11,655,061	12,099,723	444,662	103.8
(9) 産業開発協力事業費	3,303,161	3,439,876	136,715	104.1
(10) 青年海外協力隊派遣事業費	15,280,054	16,066,674	786,620	105.1
(11) 技術協力専門家等福利厚生費	989,301	1,090,774	101,473	110.3
(12) 技術協力専門家養成確保費	2,626,202	2,787,408	161,206	106.1
(13) 開発調査事業費	24,315,457	25,170,212	854,755	103.5
(14) 開発協力事業費	1,195,540	1,215,570	20,030	101.7
(15) 無償資金協力事業費	5,539,667	5,866,802	327,135	105.9
(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	2,254,448	2,478,422	223,974	109.9
２．海外移住事業費	2,626,783	2,626,789	6	100.0
３．管理費	22,266,905	23,385,584	1,118,679	105.0
国際協力事業団出資金	4,806,000	4,975,000	169,000	103.5
１．開発投融資資金出資金	0	0	0	—
２．移住投融資資金出資金	0	0	0	—
３．施設取得等出資金	4,806,000	4,975,000	169,000	103.5

保健医療協力事業費平成７年度予算（政府案）

（単位：千円）

事項及び科目	前年度予算額	平成７年度予算内示額	対前年度比較 増△減額	対前年度比較 増△減率	摘要
（項）保健医療協力事業費	6,843,201	7,097,497	254,296	103.7	
１．調査実施に必要な経費	380,987	357,009	△ 23,978	93.7	調査案件総数：47件⇒42件
（目）調査諸費	222,994	203,067	△ 19,927	91.1	
（目）所属先補填経費	23,703	20,930	△ 2,773	88.3	
（目）技術費	134,290	133,012	△ 1,278	99.0	
２．専門家派遣に必要な経費	3,381,035	3,482,986	101,951	103.0	１．長期専門家数： 188人⇒ 198人 短期専門家数： 303人⇒ 318人 計 491人⇒ 516人 ２．草の根展開支援費 0件⇒ 3件 （ 2,854千円× 3件＝ 8,562千円）
（目）派遣諸費	2,252,515	2,297,300	44,785	102.0	
（目）所属先補填経費	782,842	840,004	57,162	107.3	
（目）技術費	97,659	96,320	△ 1,339	98.6	
（目）現地業務費	248,019	249,362	1,343	100.5	
３．機材供与に必要な経費	2,874,879	3,055,716	180,837	106.3	感染症対策機材 11件⇒13件
（目）機材供与費	2,874,879	3,055,716	180,837	106.3	
４．プロジェクト実施計画に必要な経費	206,300	201,786	△ 4,514	97.8	
（目）実施計画諸費	206,300	201,786	△ 4,514	97.8	

人口家族計画協力事業費平成７年度予算（政府案）

（単位：千円）

事項及び科目	前年度予算額	平成７年度予算内示額	対前年度比較 増△減額	対前年度比較 増△減率	摘要
（項）人口家族計画協力事業費	1,349,488	1,470,025	120,537	108.9	
１．調査実施に必要な経費	107,633	107,282	△ 351	99.7	調査案件総数：12件⇒12件
（目）調査諸費	59,639	60,796	△ 1,157	101.9	
（目）所属先補填経費	2,083	2,149	66	103.2	
（目）技術費	45,911	44,337	△ 1,574	96.6	
２．専門家派遣に必要な経費	627,321	679,688	52,367	108.3	１．長期専門家数： 38人⇒ 40人 短期専門家数： 40人⇒ 52人 計 78人⇒ 92人
（目）派遣諸費	359,531	381,850	22,319	106.2	２．草の根展開支援費 0件⇒ 3件 （ 2,854千円× 3件＝ 8,562千円）
（目）所属先補填経費	133,805	146,904	13,099	109.8	３．セミナー開催経費 0件⇒12件 （ 1,298千円×12件＝ 15,576 千円）
（目）技術費	39,592	38,021	△ 1,571	96.0	
（目）現地業務費	94,393	112,913	18,520	119.6	
３．機材供与に必要な経費	557,710	627,967	70,257	112.6	
（目）機材供与費	557,710	627,967	70,257	112.6	
４．プロジェクト実施計画に必要な経費	56,824	55,088	△ 1,736	96.9	
（目）実施計画諸費	56,824	55,088	△ 1,736	96.9	

平成７年度新規予算について

１．草の根展開支援費

１）予算費目

（項）保健医療協力事業費・人口家族計画協力事業費
（目）現地業務費
（節）草の根展開支援費
（事項）専門家派遣に必要な経費

２）主旨

地域住民への普及を主目的とするプロジェクトにおいて、プロジェクトが直接的活動を行わない周辺地域で住民一人一人に直結した草の根レベルにまで協力の成果を普及させ、その定着を促進するための経費。

プロジェクトの活動地域の周辺地域において、同様の活動を行っている地域組織や現地ＮＧＯ等と連携し、これを支援することにより、我が方のプロジェクト活動の範囲と幅を拡大することが可能となり、もってプロジェクトの自立的発展性を確保するもの。

２．人口・エイズ予防対策巡回指導専門家の派遣及びセミナー開催経費

１）予算費目

（項）人口家族計画協力事業費
（目）現地業務費　　（目）派遣諸費
（節）セミナー開催経費　　（節）派遣費
（事項）専門家派遣に必要な経費

２）主旨

人口家族計画特別機材供与をより効果的に実施するための経費。

機材の供与に併せ、医療専門家がカウンターパートとともに機材の配布対象地域を巡回し、地域住民及び末端の保健医療従事者に対して供与機材に関連する指導・啓蒙セミナー、カウンセリング等を実施するもの。

調達業務の現況と課題

1．機材調達業務の概要

(1) 機材供与の目的

(2) 調達部の業務内容

(3) 機材構送の標準所要時間

(4) 機材供与実績

2．機材調達制度の改善

(1) 一般競争入札制度の導入

(2) 現行指名競争入札制度の改善

(3) 一般競争入札導入及び指名競争入札改善に伴う現行制度との手続き上の相違点

(4) 仕様書の精度向上の必要性について

3．機材の現地調達実施について

(1) 現地調達申請時における留意点

(2) その他の留意点

別添　1：機材構送業務進行例図

2：調達手続きフロー

3：契約実績及び機材供与実績（契約ベース）

4：予算執行状況

5：現地調達実績

6：一般競争入札方式（導入案）の骨子

平成６年度プロジェクト・リーダー会議資料

１．機材調達業務の概要
　(1) 機材供与の目的
　(2) 調達部の業務内容
　(3) 機材購送の標準所要期間
　(4) 機材供与実績

２．機材調達制度の改善
　(1) 一般競争入札制度の導入
　(2) 現行指名競争入札制度の改善
　(3) 一般競争入札導入及び指名競争入札改善に伴う
　　現行制度との手続き上の相違点
　(4) 仕様書の精度向上の必要性について

３．機材の現地調達実施について
　(1) 現地調達申請時における留意点
　(2) その他の留意点

別添　１：機材購送業務進行例図
　　２：調達手続きフロー
　　３：契約実績及び機材供与実績（契約ベース）
　　４：予算執行状況
　　５：現地調達実績
　　６：一般競争入札方式（導入案）の骨子

1．機材調達業務の概要

(1) 機材供与の目的

開発途上国における人造り、国造りには優秀な技術を持つ専門家が重要な役割を持っていますが、こうした知識・技術を途上国のスタッフに移転するに当たっては、機材の活用が不可欠です。このため機材供与は、専門家のニーズに合致した適切な機材を適時に購入・送付し、技術移転を効果的・効率的に実施することを目的としています。

(2) 調達部の業務内容

機材調達業務は、調達部機材課が所管しています。機材課では、各事業部から提出される機材購送請求書受理後、次のような業務を行います。

①仕様書の内容確認、②購入方法の決定、③予定価格の設定、④案件の公告、⑤入札の実施、⑥売買契約の締結、⑦納入時立会検査、⑧輸送契約の締結

これらの業務のうち、最も時間がかかるものは①仕様書の内容確認です。現状では、各事業部から提出される仕様書の中には内容的に不十分なものもあり、現地照会を含め内容の確認作業に時間を要し、これが調達の遅れにつながっています。次の項で詳細を述べますが、このほど事業団では機材調達制度の改善を図り、これに伴い仕様書の記載内容の正確さが従来以上に強く求められることになりました。仕様書作成に当たって、専門家の皆様の一層のご協力をお願いします。

(3) 機材購送の標準所要期間

調達部が機材購送に要する期間（購送請求書受理から陸揚げ港到着まで）は、購入予定機材の納期により異なりますが、現行の指名競争入札における平均的な所要期間は８か月程度です。また、今般導入された一般競争入札の場合は９か月程度、改善後の指名競争入札の場合８．５か月程度となります。（別添１、２参照）

(4) 機材供与実績

機材供与実績は別添３、４、５の通りです。

2．機材調達制度の改善

(1) 一般競争入札制度の導入（別添６参照）

平成６年９月に発生した技術協力機材の調達に関する談合疑惑問題を契機として、機材調達における一層の競争性、公正性の確保を目的として、一般競争入札制度を導入することとし、平成６年度中に契約予定価格１億円以上の案件を対象として一般競争入札を試行的に実施することとなり、平成６年１１月１１日に第１号案件を公告し、平成７年１月１２日に入札を実施しました。

さらに平成７年度においては、準備が整い次第、契約予定価格２．５００万円以上

の案件に対象を拡大して、一般競争入札を実施する予定です。

(2) 現行指名競争入札制度の改善

上記、一般競争入札制度の導入と併行して、現行の指名競争入札制度についても、より公正性・競争性を高めることを目的とした改善を加えることを検討中です。

(3) 一般競争入札導入及び指名競争入札改善に伴う現行制度との手続き上の相違点

上に述べた一般競争入札制度の導入及び現行指名競争入札制度の改善に伴い、調達業務を処理する上での現行制度との主な違いは、別添2「調達手続きフロー」にある通りです。

フローの中で明らかなように、一般競争入札制度及び指名競争入札制度の改善（案）により、事務処理のための標準所要日数が現行方式よりも増えることとなります。これは主に、国の公共事業の入札・契約手続きの改善に関する行動計画（平成6年1月閣議了解）等の手続きに準じ、入札説明会を原則として廃止し、文書による質問受付及び回答方式を採用することによるものです。

(4) 仕様書の精度向上の必要性について

1) 前項で述べたように、一般競争入札制度及び指名競争入札制度の改善により、事務処理のための標準所要日数が現行方式よりも増えます。この所要日数のうち、短縮が可能な部分は「機材購送請求書の受理」から「案件の公告」若しくは「入札説明書の交付」までの期間ですが、この間は購送請求書に添付されている仕様書の確認作業の期間であり、調達部と各原課との間での仕様の確認等にかなりの時間が取られているのが現状であり、標準所要日数が2か月程となっています。すなわち、原課から調達部への購送請求の時点で、精度の高い仕様書ができていれば、この間の所要日数は短縮することが可能となり、したがって仕様書の精度向上が求められることとなります。

2) 一般競争入札の導入及び指名競争入札の改善により、技術協力機材の調達に長い経験を有する従来からの指名対象業者以外に、海外向け機材の取扱い経験の浅い新規業者が入札に参加することになりますので、仕様書の記載内容の精度を従来以上に向上させることが求められます。

3) これまでの例では、購送請求時における仕様が十分でないもの（仕様の記載がないもの、オプションの記載のないもの、システム機材で構成機器相互の整合性に欠けるもの、製造中止となっているもの、電源等使用条件の記載のないもの、等）も散見され、このため仕様の確認、現地照会等が必要となり、そのために調達が遅延する結果になっています。

上記 1) 及び 2) に述べたように、一般競争導入及び現行方式の改善により仕様書

の記載内容が極めて重要となることから、今後は仕様の厳密なチェックが求められますので、仕様書の作成に際しては十分に配慮願います。

3．機材の現地調達実施について

(1) 現地調達申請時における留意点

在外事務所における機材調達（現地調達）については、納品までの迅速性、調達後のアフターケアあるいは価格の優位性等、一定の要件を満たす場合においては、従来からその促進を図ってきているところです。これら機材の調達方法については、多くの場合が随意契約により実施されている現状にあると思われますが、現地調達においても本邦における機材調達と同様に、公正性、競争性を確保する必要があります。

このため、今後現地調達申請の承認については、以下の点を考慮した上でその可否を判断しますので、各プロジェクトからそれぞれの任地のＪＩＣＡ事務所長（事務所が所在しない国の場合は直接本部の所管事業部長）に対し現地調達の申請を行う場合には、これらの点が明確となるよう留意願います。

①現地調達とする具体的理由（現地調達実施要件への該当理由を含む）

②調達方法（一般競争、指名競争、随意契約の別）

・指名競争の場合：指名（予定）者数及び指名（予定）業者名

・随意契約の場合：随意契約とする理由、見積取付業者数及び業者名（特に契約の性質又は目的により契約の相手方が特定している場合はその理由及び契約（予定）業者名）

※申請時には次の資料を添付願います。

①調達機材仕様書（銘柄指定がある場合は、具体的な指定理由を明記）

②見積り状況一覧（上記①調達機材仕様書に記入することで替えても良い）

(2) その他の留意点

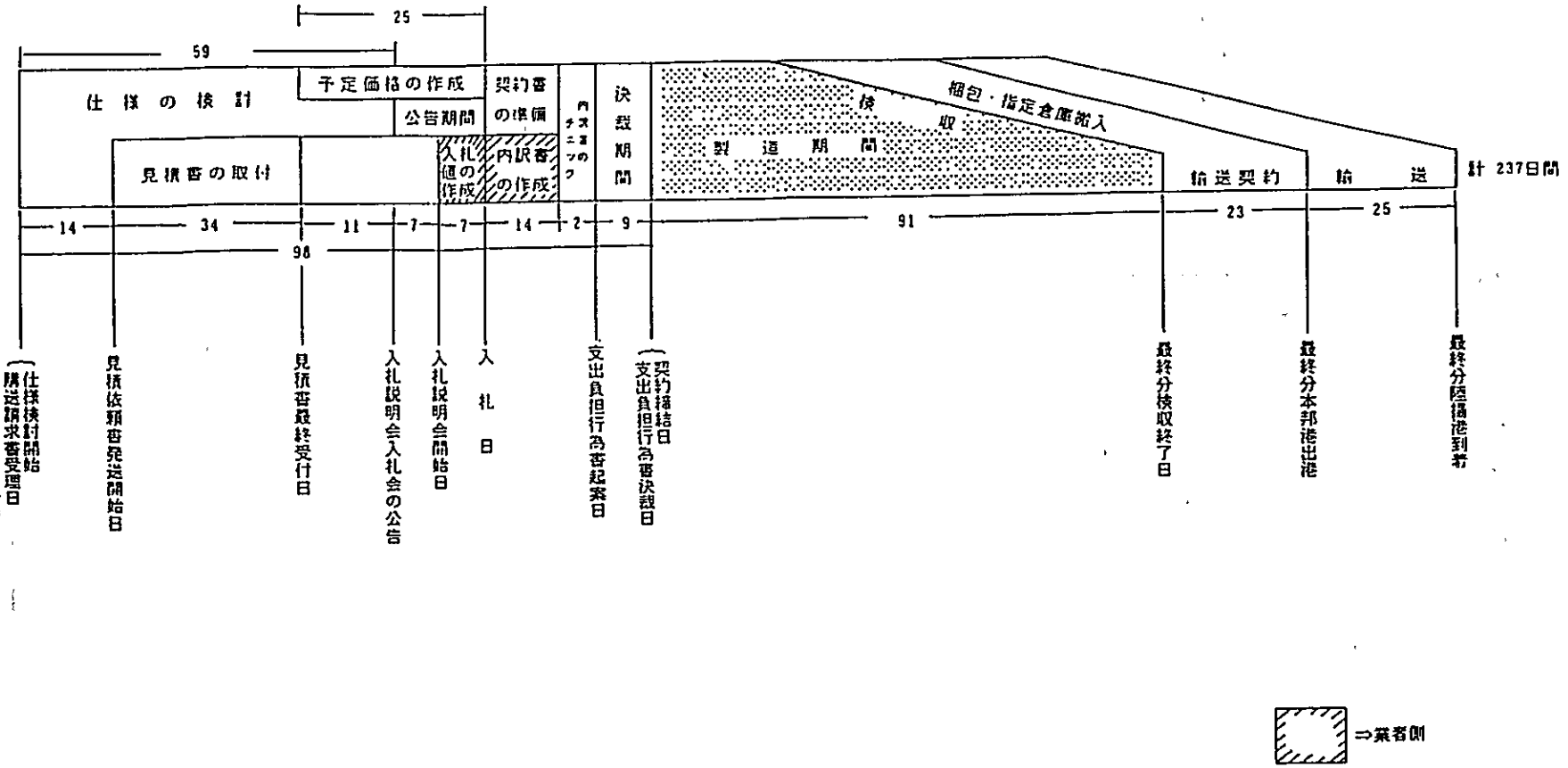
①随意契約により調達を行う場合は、できるかぎり２者以上の見積りを取り付けることを原則とし、困難な場合はその理由を明らかにしておくものとします。

②機材の納品時には機材検査を行い、検査調書を作成することが必要です。

以上

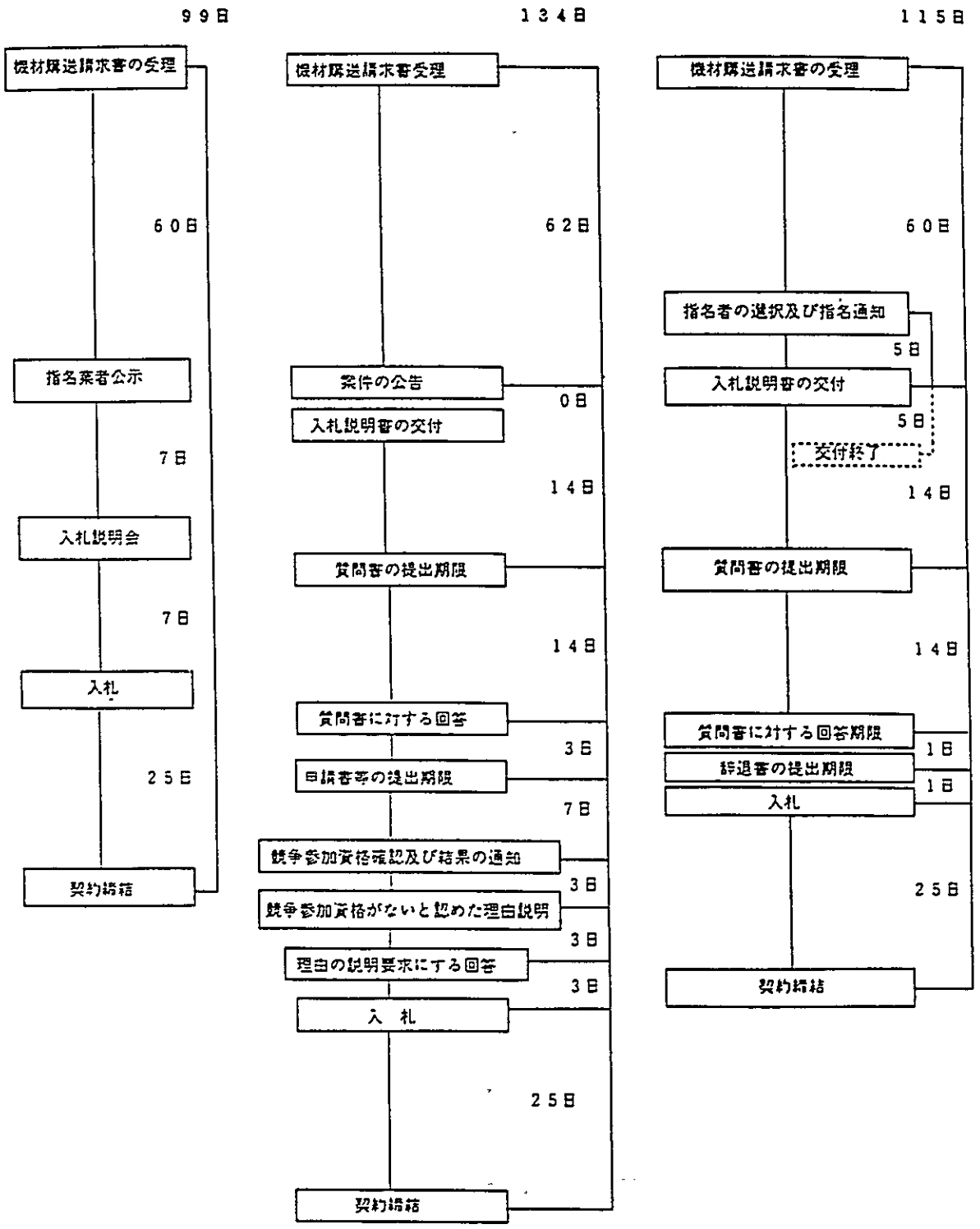
機材購送業務進行例図

（現行の指名競争入札の場合）



別表1

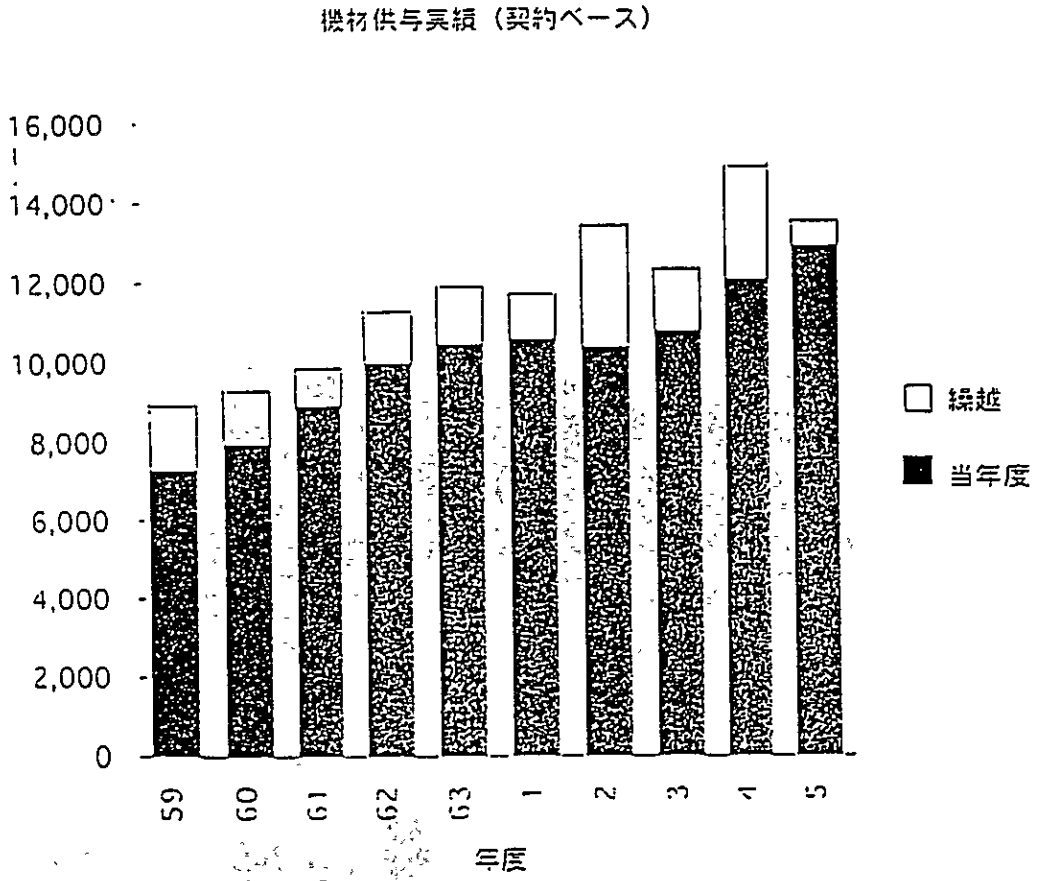
調達手続きフロー


現行の指名競争入札
99日
機材購送請求書の受理
60日
指名業者公示
7日
入札説明会
7日
入札
25日
契約締結
一般競争入札
134日
機材購送請求書受理
62日
案件の公告
0日
入札説明書の交付
14日
質問書の提出期限
14日
質問書に対する回答
3日
申請書等の提出期限
7日
競争参加資格確認及び結果の通知
3日
競争参加資格がないと認めた理由説明
3日
理由の説明要求にする回答
3日
入 札
25日
契約締結
指名競争入札（改善案）
115日
機材購送請求書の受理
60日
指名者の選択及び指名通知
5日
入札説明書の交付
5日
交付終了
14日
質問書の提出期限
14日
質問書に対する回答期限
1日
辞退書の提出期限
1日
入札
25日
契約締結

契 約 実 績

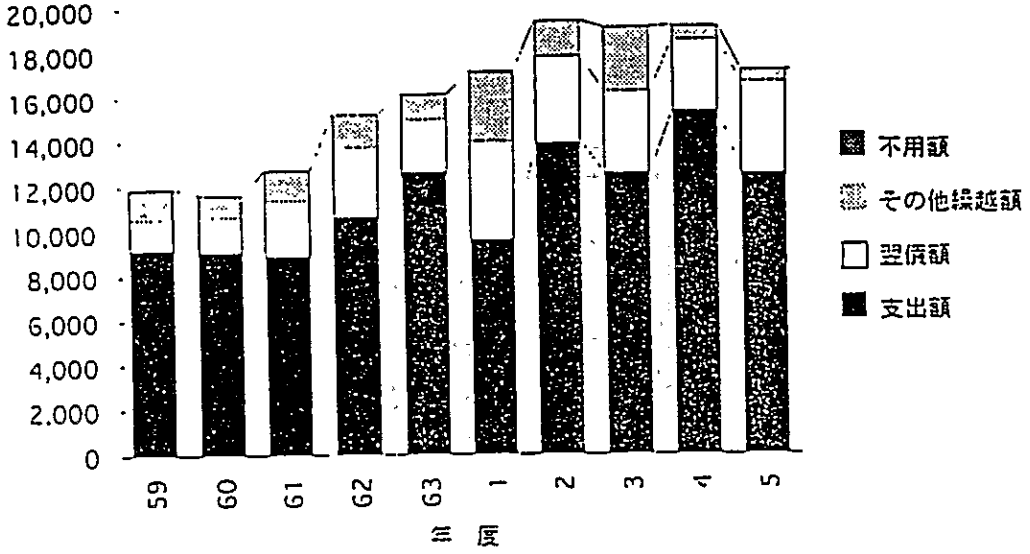
(単位：百万円)

年 度	59	60	61	62	63	1	2	3	4	5
当年度	7,294	7,939	8,889	9,959	10,433	10,554	10,346	10,747	12,034	12,866
繰越	1,669	1,372	978	1,351	1,448	1,157	3,094	1,548	2,866	632
合 計	8,963	9,311	9,867	11,310	11,881	11,711	13,440	12,295	14,900	13,498

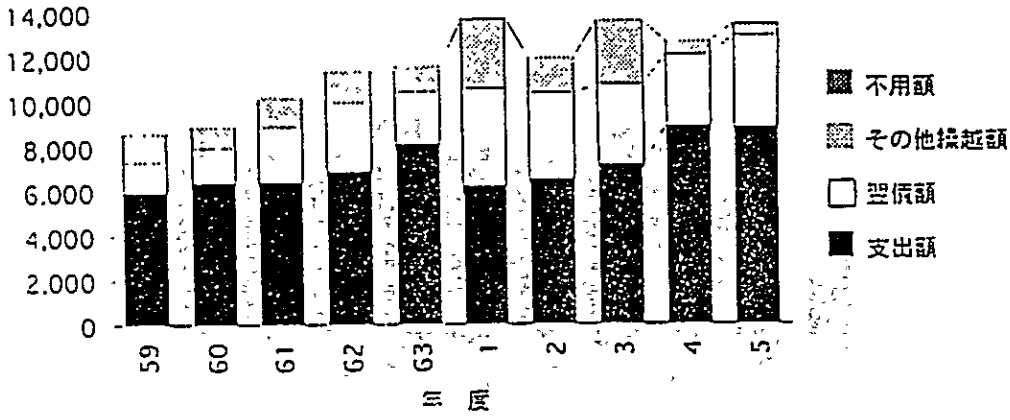


予 算 執 行 状 況

合 計



当年度

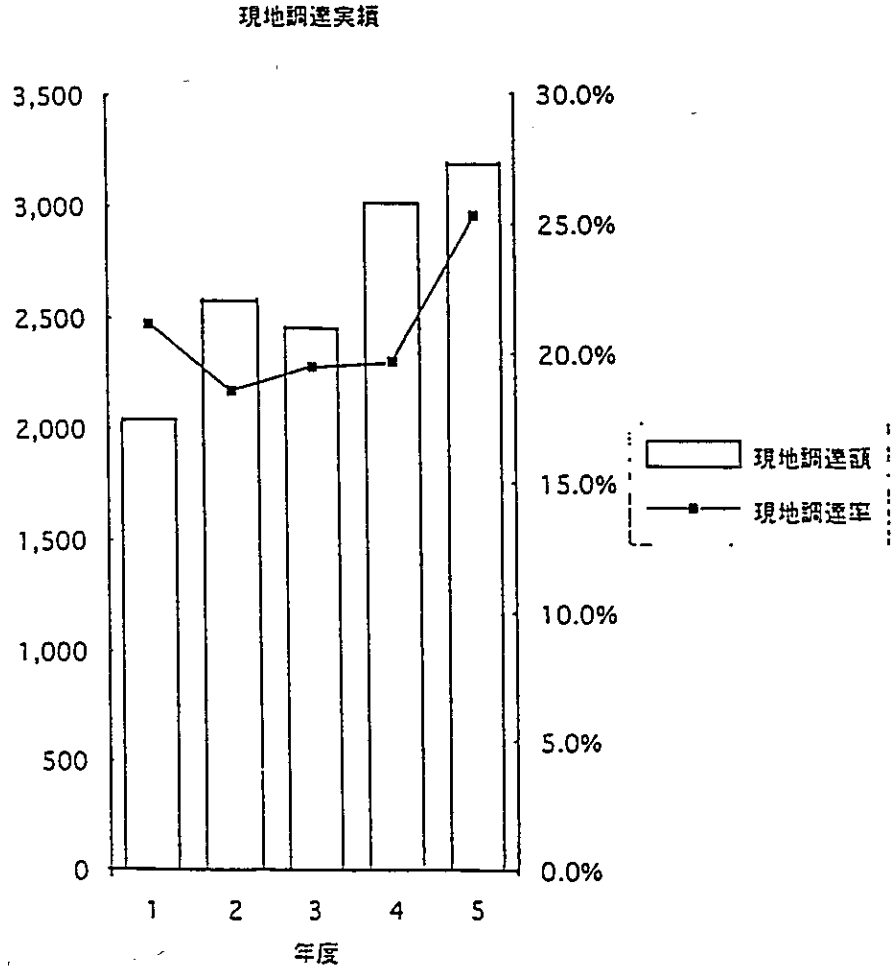


繰 越

現地調達実績（平成元年～５年）

（金額単位：百万円）

年度	支出額			機材供与費総額	現地調達率
	当年度	繰越	合計	（支出額）	（支出ベース）
平元	1,643	402	2,045	9,632	21.2%
平２	1,701	882	2,583	13,897	18.6%
平３	2,005	445	2,450	12,586	19.5%
平４	2,218	793	3,011	15,310	19.7%
平５	2,692	487	3,179	12,544	25.3%



一般競争入札方式（導入案）の骨子

１　全体フローの概観（別紙１、２参照）

●現行制度との標準所要日数の比較（購送請求から契約締結まで）

現行（９９日）　→　導入案（１３４日）　３５日間の増

●所要日数増加のポイント

案件公告から入札まで４７日間を要する。（従来は、指名業者の公示から入札まで１４日間。ただし、休日を含まない期間を合算すると４７日を越える場合がある。）

●案件公告から入札までの主たる手順

入札説明書の交付→質問の受付→回答の閲覧開始→申請書の受付→競争資格の確認→不適格者に対する理由の説明→入札

２　対象案件

６年度においては、案件公告時点での契約予定金額が１競争入札案件につき、１億円以上のものを対象とする。（７年度は２千５百万円以上）

３　入札の公告

●方法：調達部内の掲示（月２回程度、日時を決めて公告開始）

（注）適宜バックアップシステムを検討。

●内容：以下の事項を簡潔に記載（詳細は入札説明書）

○競争入札に付する事項（件名、主要調達機材名、納入条件等）
○競争に参加する者に必要な資格に関する事項
○入札説明書の交付期間、交付場所及び交付方法
○競争参加資格確認申請書の提出期間及び提出場所
○入札手続等（執行日時等）
○その他

（注）制度の導入については、不特定多数に広く知らしめる必要があることから、　日刊紙により公告を実施。

４　競争参加資格

●以下を標準競争参加資格とする。製作請負型の調達等特に必要と認められる場合は、例外として以下の標準競争参加資格に加えて必要な資格（受

注実績等）を設定することができるものとする。

－平成__、__年度国際協力事業団契約競争参加資格者（登録者）であること。（登録されているものでも、現に登録不適格の要件に該当するものは、参加資格を有さない。）

－登録者のうち、「製造販売」又は「販売」の業種に登録しているものであって、更に個々の入札対象機材の内容に応じた業種細区分に登録している者。

（例：「販売」の「百貨店」又は「総合商社」、「製造販売」の「光学機器」等）

－認定等級格付がＡであること。

－輸出実績を有すること。

－契約に関し、指名停止措置を受けている期間中でないこと。

●競争参加資格は契約担当役理事が対象案件毎に決定。標準競争参加資格によらない場合は、機材入札手続運営委員会（コンサルタント選定委員会とほぼ同様の組織）に付議のうえ決定。

5　入札説明書

●方法：案件公告を行った日から交付（原則実費徴収方式。ただし、平成６年度は試行的導入のため無料とする。）。

●内容：

○公告日、契約担当役、担当部課
○調達機材等（別冊機材仕様書）
○競争参加資格
○入札説明書に対する質問
○競争参加資格の確認
○競争参加資格がないと認めた者に対する理由の説明
○入札執行の日時及び場所
○入札方法等
○入札保証金及び契約保証金
○入札の無効
○落札者の決定方法
○契約書作成の要否（別冊契約書案）
○関連情報を入手するための照会窓口
○その他

6　質問及び回答

●交付した入札説明書に対する質問を、交付後１４日間を期限として、書面により受け付ける。

●質問の提出期限の翌日から１４日以内に質問に対する回答を書面で作成

し、調達部内において閲覧を開始する（入札執行の前日まで）。

7　申請書、競争参加資格の確認、資格がないと認めた者への説明

●入札説明書交付日から起算して概ね３１日後を期限に、入札参加希望者から「競争参加資格確認申請書」の提出を求める。

（注）質問に対する提出期間後３日以内の「３日」は休日を含まない。

●ＪＩＣＡは、提出期限の翌日から起算して７日以内に資格の確認通知を行う。

●資格がないと通知を受けた者は理由の説明を求めることができるものとし、説明要求があった場合、ＪＩＣＡはこれに答える。（この手続のための期間として６日間を確保。）

8　入札説明会

●国の扱いに準じ、原則行わない。

9　入札保証金及び契約保証金

●国の扱いに準じ、免除する。

１０　入札の執行

●案件公告の翌日から起算して概ね４７日後に入札を執行する。（休日を含まない期間を合算すると４７日を超える場合もあり得る。）

●入札に当たっての種々の留意事項を入札説明書に規定し、これに反した者のした入札は無効とする。また、入札時点で、競争参加資格のない者のした入札も無効とする。

一般競争入札制度の全体フロー

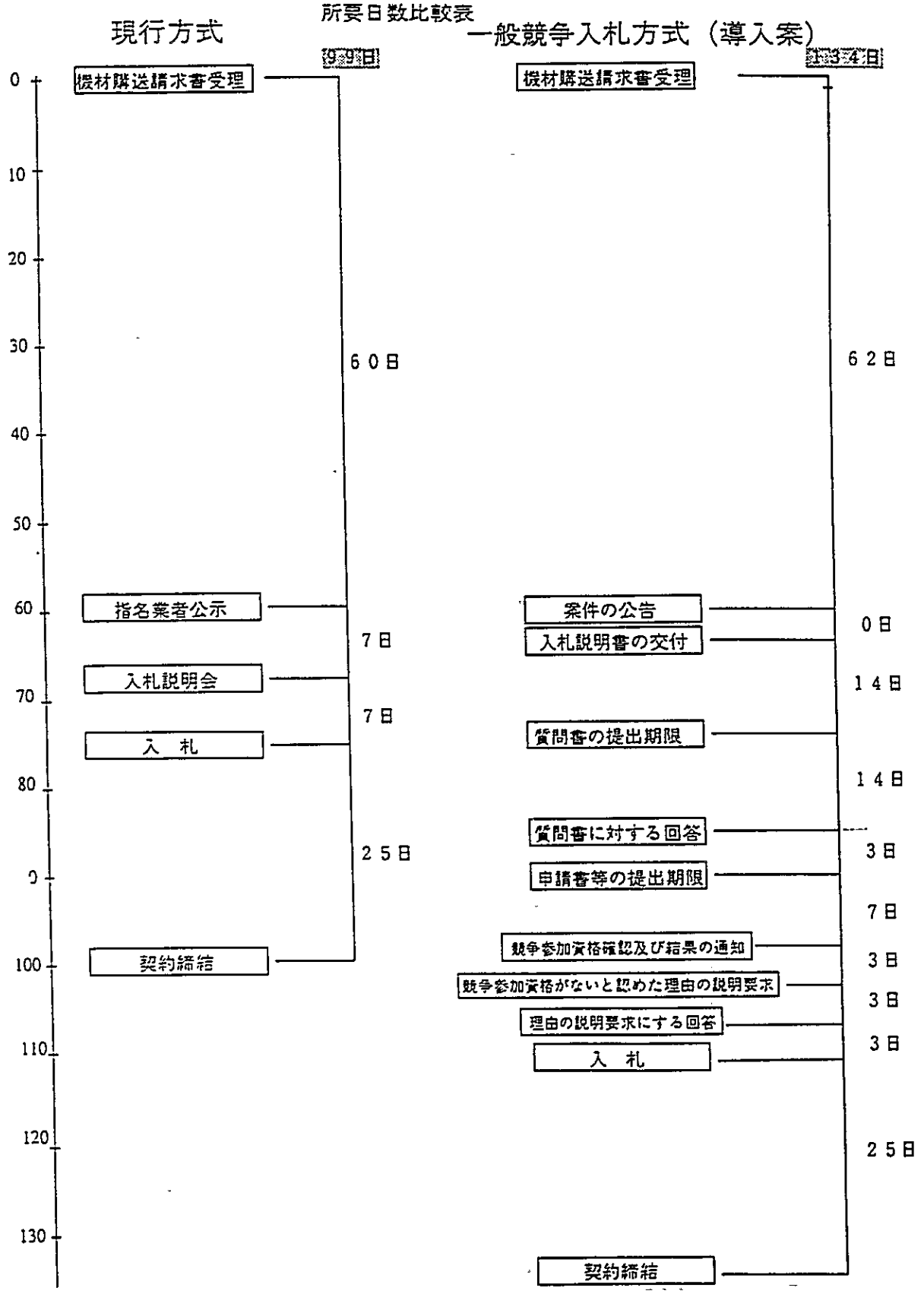
標準フロー案	検討ポイント	ガイドライン案（該当番号）	所要日数（案）
契約競争参加有資格者の登録	●当面は現行のシステムで運用 ●中期的には、 ー登録分野 ー登録申請書類 ー格付表及び格付審査 ー不服申立手続等を検討		
機材購送請求書の受理	●事業部で作成する仕様書の内容、精度のあり方		13.4日
案件の公告	●公告方法 ●公告項目 ●公告内容、特に競争参加資格 ●入札説明書との関係	2 入札の公告 3 競争参加資格	62日
入札説明書の交付	●交付のタイミング、方法 ●説明書の項目、内容 ●別冊として手交する機材仕様書のあり方	5 入札説明書の交付	0日
質問書の提出期限	●質問の実施方法 ●期限	6 入札説明書に対する質問	14日
質問書に対する回答	●質問に対する回答の方法 ●回答期限		14日
申請書等の提出期限	●申請書の内容・様式 ●期限 ●受理の方法	7 申請書等の提出 8 申請書等の様式、内容	3日＊
競争参加資格の確認及び確認結果の通知	●確認体制 ●確認手続 ●通知のフォーマット ●通知の期限	9 競争参加資格の確認	7日
競争参加資格がないと認めた理由の説明要求	●説明要求の方法 ●要求期限	10 競争参加資格がないと認めた者に対する理由の説明	3日＊
理由の説明要求に対する回答	●期限 ●方法		3日＊
入札説明会	●実施の必要性	11 入札説明会	3日＊
入札		12 入札・契約保証金 13 入札の執行 14 入札の無効	25日
契約締結	●タイミング ●方法 ●条件		

質問書の提出

申請書の提出期間

＊は休日を含まない日数。

所要日数比較表


現行方式
一般競争入札方式（導入案）
99日
134日
機材購送請求書受理
機材購送請求書受理
0
10
20
30
40
50
60
70
80
90
100
110
120
130
60日
指名業者公示
7日
入札説明会
7日
入　札
25日
契約締結
62日
案件の公告
0日
入札説明書の交付
14日
質問書の提出期限
14日
質問書に対する回答
3日
申請書等の提出期限
7日
競争参加資格確認及び結果の通知
3日
競争参加資格がないと認めた理由の説明要求
3日
理由の説明要求にする回答
3日
入　札
25日
契約締結

人口・エイズに関する技術協力について

1　人口・エイズ対策に関する最近の動向

（１）国際人口・開発会議「行動計画」

（２）国際保健機関（ＷＨＯ）のＧＰＡ（Global Programme on AIDS）戦略

2　事例紹介

（１）花田　恭（国際協力専門員）

１）フィールド・レベルでの対応

２）フィリピンＦＰ／ＭＣＨプロジェクトでの対応

（２）谷口リーダー（ガーナ野口研プロジェクト）

3　今後の人口・エイズ技術協力の方向性について

ＧＰＡの技術協力

国レベルのエイズ予防対策について（例）

1．一般を対象としたセイファー・セックス（安全な性行動）プロモーション

eg. 基本的な予防メッセージの選定を含む、エイズ予防教育の計画と評価

ラジオキャンペーンの企画立案を含むラジオ番組作りと評価

マスメディア活動についての助言

2．青少年を対象としたセイファー・セックスプロモーション

eg. 文部省関係者らと学校でのエイズ教育を開始することについて調整

エイズ教育カリキュラム作成者を対象としたワークショップ

エイズ教育指導者の養成

青少年の教育活動を担うNGOのエイズ教育プログラムを支援

3．ハイリスク集団を対象としたセイファー・セックスプロモーション

eg. 売春　婦と客を対象にしたエイズ予防活動マニュアルの提供と研修

4．コンドーム普及とその使用促進

eg. コンドームマーケティングに関するマニュアル提供と研修

ロジスティクスに関するマニュアル提供と研修

5．ＳＴＤ対策プログラム開発

eg. ＳＴＤ対策の現状分析

ＳＴＤサーベイランスの強化

6．効果的なＳＴＤ治療方針の普及開発

eg. ＳＴＤ診断・治療のガイドライン提供と研修

7．適切なＳＴＤ治療薬の普及

eg. ＳＴＤ治療薬のニーズ調査

ＳＴＤ治療薬の管理、供給方法についての研修

8．薬物乱用者に対する注射針供給

eg. ＧＰＡ法律担当官による指導助言

9．安全な血液供給

eg. 血液スクリーング担当者を対象とした研修

医師を対象とした適切な血液使用に関する研修

〔未定稿〕

国際人口・開発会議「行動計画」骨子
（英文原文約１１０頁）

第１章（前文）

人口、開発、環境の相互関連についての認識の高まりにつれ持続可能な成長を促進し、地球規模の問題を解決することの重要性がかつてないほど高まっている。現在、未曾有の人口増加、貧困、社会経済上の不平等・不経済な消費が原因で環境状態が悪化しており、地球上の新たな脅威の一つとなっている。

第２章（原則）

行動計画に含まれる勧告の実施は、各国が主権に基づき、それぞれの宗教的価値観や文化を尊重しながら実施する。

第３章（人口と持続的な経済成長と持続可能な開発の相関関係）

人口問題は、あらゆるレベルで経済・社会開発や環境に関連する全ての政策やプログラムの策定および実施に統合されるべきである。人口問題を経済と開発の戦略に統合させることは、持続可能な成長のペースを促進するばかりでなく人口問題の目的の達成に貢献することになる。

第４章（性別間の平等）

女性の地位の向上は持続可能な開発の達成に不可欠である。特に教育、健康・経済上の機会の女性の地位の向上と改善は、生殖活動といった分野や、必要不可欠な分野における意思決定の能力を高めることとなり、人口計画の長期的な成功にとって不可欠。各国政府は、女性の教育、職業訓練、雇用拡大等を通じ、女性を政治的、社会的、経済的なあらゆる活動の完全なパートナーとなるように最大限の努力をしなければならない。

第５章（家族・その役割・構成・構造）

地球規模での人口上、社会的、経済上の急激な変化のため、家族の編成のパターンや家庭生活は、大きな変化にみまわれている。この結果、多くの社会で家族の構成や構造が変化している。しかし、あらゆる家族は、社会の基本的な単位として、社会・経済上の変化から保護される権利を有する。各国政府の政策は、家族の多様化しているニーズを十分に考慮したものにならなければならない。

第６章（人口増加と人口の構造）

人口の絶対数の増加のレベルは、未曾有であり、毎年の人口増加は９千万人を超える。地域、国、世界レベルの開発の持続性を許す状況を創造するため、個人個人の権利、責任を十分に尊重しつつ、人口増加・出生率・死亡率の各国間および地域間での格差を削減し、出来るだけ早急に世界の人口の安定を達成するためにするように各国間の協力を通じて努力しなければならない。

第７章（リプロダクティブ・ライツ、
（リプロダクティブ・ヘルス、家族計画）

適切なリプロダクティブ・ライツ、リプロダクティブ・ヘルス、プライマリ・ヘルスケアとリプロダクティブ・ヘルスケアの確立、即ち安全で満足な性生活を営みつつ、いつ、また、何人の子どもを生むかにつき自由な責任を有し、そのために必要な手段や情報を得られることを意味する。高度な情報、医療サービスの準備を確実にすることにより、個人と夫婦が出

産する能力及び出生率を調整する能力を持つこと、お互いに協力的で尊敬できる性関係を通じて、自分たちの生活が豊かになるよう努力するべきである。政府は、早急に国や地方自治体の援助により適切な家族計画の普及、情報に基づいた選択、教育を提供し、経済的に入手可能なサービスが利用できる状態を作り、カウンセリングを充実させるべきである。

第８章（健康と死亡）

多くの人々がプライマリー・ヘルスケアの恩恵を受けることができるようになったことにより、平均余命の伸びは世界全体でおよそ２０年伸び、生後１年間の死亡率は２／３近く減少した。妊産婦死亡率においては、全世界で年間およそ５０万人の女性が妊娠に関連する原因で死亡しており、そのうち９９％は、途上国の女性であり、早急にこの格差を縮小しなければならない。妊娠中絶は、如何なる場合にも家族計画の手段として促進してはならない。望まない妊娠を防ぐことは最優先課題であり、中絶の必要をなくすためにあらゆる措置を講じなければならない。望まない妊娠をした女性のために信頼できる情報とカウンセリングの提供が必要。中絶に関する施策や変更の決定は、国や地域レベルにおいて行われる。法に反しない場合の中絶は、安全なものでなければならない。

第９章（人口の分布、都市化、人口の国内移動）

近年、農村ー都市部への移動が顕著になってきているが、これが多くの途上国における急激な都市化を産んでいる。政府は、人口分布政策を策定する際、自分の選択した地域社会に住み、仕事をするという個人の権利を尊重する一方、開発戦略が人口分布に与える影響を考慮に入れなければならない。

第１０章（国際的な人口移動）

途上国から移動する人々の数は、世界全体で１億２５００万人を超え、そのおよそ半分が途上国からの流出と見られる。移動によって、送り出し国及び受入れ国双方にプラスの影響がある。但し、受入れ国・送り出し国双方とも、経済成長を維持し、持続可能な開発を促進する政策を通じ、全ての人々が、自国内で生計を立てる基盤を作り、不本意な出国をなくす努力は必要である。

非合法移民、即ち受入れ国が設定した入国・滞在・経済活動の条件を満たさないために正規の移民と認められない人々に関しては、彼等が不当に利用されることを防止し、基本的人権が守られるように努力されなければならない。移民が家族を呼び寄せる権利は子どもの権利条約などに従う。

第１１章（人口問題に関する情報、教育およびコミュニケーション）

効果的な情報、教育、コミュニケーション活動は、幅広い伝達経路を通じて行われており、全ての性の平等、家族の責任環境の重視等の概念を浸透させる際に重要な働きをする。人口に関する問題を地域・国・世界レベルの討議において、より多くの民衆参加を実現するために、国家機関ならびに国際社会が、情報技術の広範な普及と国内および国家間における情報の交流の自由化を保証しなければならない。

第１２章（技術と研究・および開発）

各国は、適切な新しいデータ技術を活用し、人口に関するデータの収集・分析を遂行できるよう国内の能力を向上させるべきである。生物医学上のリサーチは、より多くの人々に出生率を抑制に関するより幅広い安全かつ効果的な現代的方法をもたらすのに役立ってきた。このリサーチは、あらゆるレベルにおいて使用者のニーズに合わせて進められると同時に、国際的に認められた生物医学のための倫理・医療・科学上の基準に沿って遂行されなければならない。

第１３章（国別行動）

各国政府は、国民の懸念を全ての該当する国家的開発プログラムに盛り込み、関心を示している一般大衆の、人口分野の活動計画の策定・実施への参加を促進しなければならない。人口政策推進のため必要な資金総額は１７０億ドル（２０００年）、１８５億ドル（２００５年）、２０５億ドル（２０１０年）、２１７億ドル（２０１５年）と増加。この資金調達のため、約３分の１を国際援助で賄うとともに、政府支出の社会部門に振り向ける費用や、政府開発援助（ＯＤＡ）に占める貧困救済プロジェクトの比率を高めることが求められる。

第１４章（国際協力）

人口分野での国際協力は、過去２０年間に成熟するにつれて協力を提供する地域共同体、ＮＧＯや民間部門の組織の参加が着実に増えている。各国は人口・開発で国際協力を優先させ、内外の非政府組織や民間との協力を調整する。

第１５章（非政府団体とのパートナーシップ）

人口・開発問題に効果的に対処するには、政府と人口・開発問題の目的や活動の具体化、実施を支援する民間団体（地方、国、国際レベルの非営利団体や利益指向の民間部門）との広範囲で実体のあるパートナーシップが必要である。また、多くの非政府組織が持っている経験、能力、専門知識は、十分に認識されている。同時に、政府のチャンネルでは、到達が困難な人々に根ざし、政府機関と比較した非政府団体の利点は正当に認識されている。更なる政府・非政府団体間の相互の協力と連絡を促進しなければならない。

第１６章（フォローアップ）

「国際人口・開発会議」の重要性は、会議の合意事項を行動に移すという、政府、非政府部門、国際社会、その他の関係する組織や個人の熱意に大いに依存することになるだろう。各国政府、非政府組織、国連の機関、その他の関係者は、この活動プログラムの完全なる普及に最大限の努力をしなければならない。

（了）

「地球的規模問題イニシアティブ（ＧＩＩ）に対し、
医療協力に関するプロジェクトがいかに貢献できるか」

Global Issues Initiative：ＯＤＡの最大供与国として、人口とエイズの分野における途上国協力を積極的に行う。これに対していかに貢献できるかと問われれば、協力実施前にその協力方法を検討する段階でプロジェクトが貢献できることと、或いは実施に際してプロジェクトが直接的間接的に貢献できることという２面があると思われる。前者は概ね情報提供、後者にはプロジェクトによって樹立されたものによって貢献できるものと考える。これらをまとめてみると、現在進行中の医療協力プロジェクトがＧＩＩにたいして貢献できるのは以下の７点においてと考えられる。

①プロジェクトが当該任国の状況・問題点・ニーズを把握できている事
②プロジェクトが人口・エイズ問題に関してある程度の成果を挙げており、この結果からＧＩＩに対して問題提起が出来る事
③プロジェクトの相手側協力機関を中心に任国でのＧＩＩを進めることができる可能性のある事
④プロジェクトの相手側機関が本邦以外の国際協力機関と協力体制があり、ＧＩＩの遂行に際して、他の国際機関と歩調を合わせられる事
⑤プロジェクトが当該任国の保健医療研究・行政機関とすでに密接な関係をもっている事
⑥プロジェクトが既に当該任国に適用可能なシステム、介入プログラムを開発・経験し、その方法を樹立している事
⑦プロジェクトがＧＩＩの遂行に必要と思われる技術移転を相手側保健医療研究機関に対し既に終了している事

結局、医療プロジェクトといえどもそれぞれ分野に違いがあり、また人口・エイズ分野に関わるプロジェクトであっても、そのアプローチ方法はそれぞれ細かく違っており、各プロジェクトにより、当該任国の保健医療情報を供給できる事で貢献できるか、樹立された技術面にて貢献できるか、人的資源で貢献できるか、或いは、その樹立されている人脈にて貢献できるか、樹立されているシステムにて貢献できるか、各プロジェクトケース・バイ・ケースにて〝いかに〟貢献できるかが異なってくるが、いずれにせよいかに貢献できるかのみならず、少なくともプロジェクトの成果はＧＩＩに反映されるべきであると考える。

表1　ガーナの人口変遷

年次	人口 (x10⁴)
1970	856
1980	1,106
1990	1,484
1992	1,555
2015 (予測)	3,110

Statistical Service(Population Census Dept)

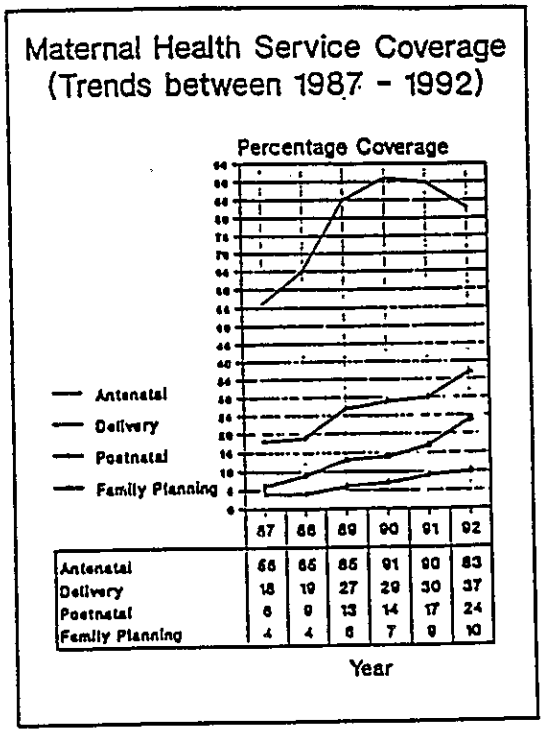
表7

Contraceptive Prevalence Among All Women and Currently Married Women: A Comparison of Findings from 1988 GDHS and 1993 GDHS.

Contraceptive Method	All Women		Currently Married Women	
	1988	1993	1988	1993
Any method	12.3	18.9	12.9	20.3
Any modern method	4.7	9.3	5.2	10.1
Pill	1.6	2.8	1.8	3.2
IUD	0.5	0.7	0.5	0.9
Injectable	0.2	1.2	0.3	1.6
Diaphragm/foam/jelly	1.2	1.1	1.4	1.2
Condom	0.3	2.6	0.3	2.2
Female sterilization	0.9	0.8	1.0	0.9
Implant	0.0	0.0	0.0	0.0
Male sterilization	0.0	0.0	0.0	0.0
Any traditional method	7.6	9.6	7.7	10.1
Periodic abstinence	6.1	7.3	6.2	7.5
Withdrawal	0.8	1.9	0.9	2.1
Other	0.6	0.5	0.6	0.5
No Method	87.7	81.1	87.1	79.7
Total	100.0	100.0	100.0	100.0
Number of cases	4488	4562	3156	3204

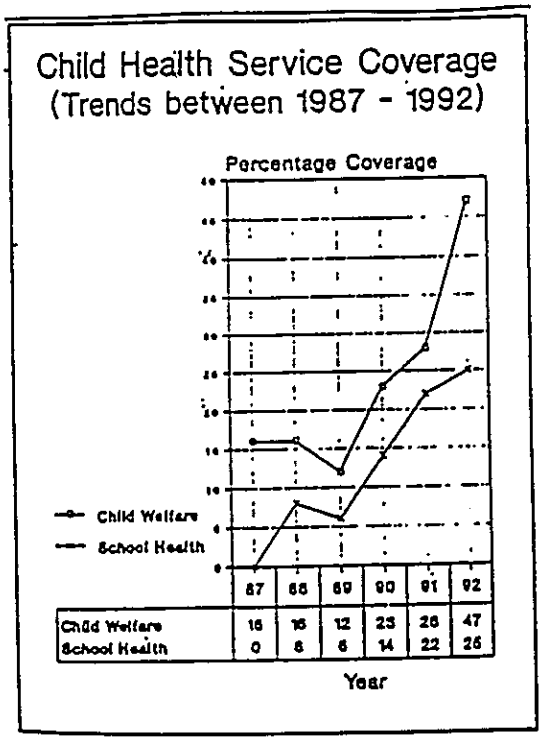
出典：Ghana Demographic and Health Survey (1993): Preliminary Report, Ghana Statistical Service

図1



出典：Annual report (1992): Maternal and Child Health and Family Planning, Technical Coordination and Research Division, MOH(Ghana)

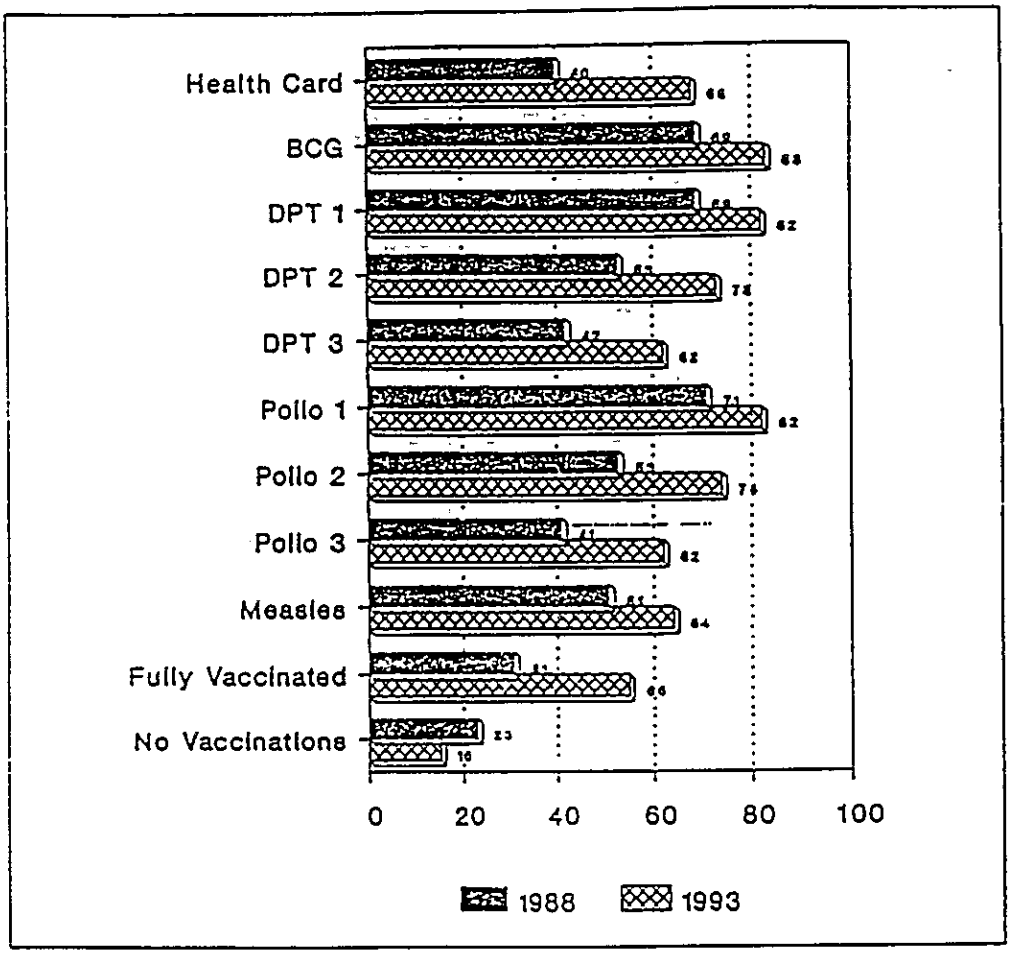
図3



出典：Annual report (1992): Maternal and Child Health and Family Planning, Technical Coordination and Research Division, MOH(Ghana)

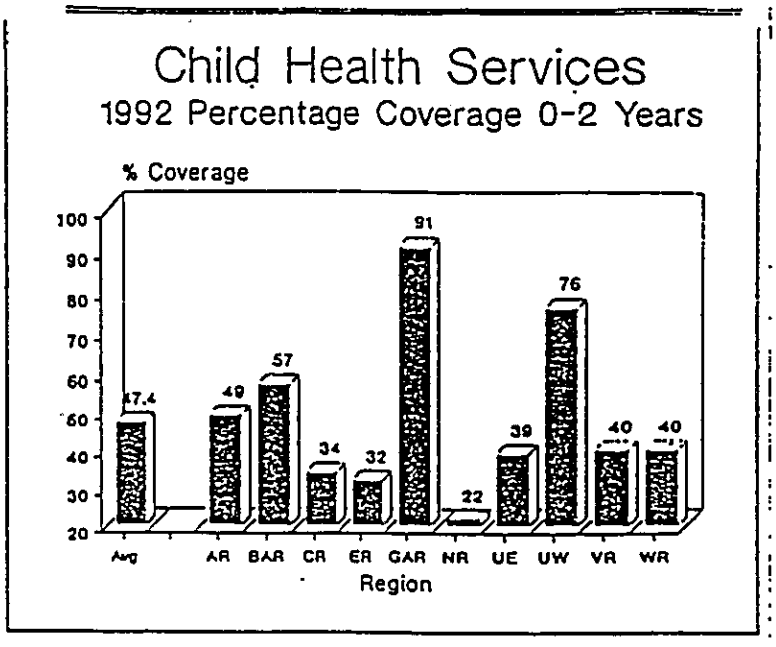
図 2

Immunization Coverage of Children Aged 12-23 Months: A Comparison of Findings from 1988 GDHS and 1993 GDHS



出典：Ghana Demographic and Health Survey (1993): Preliminary Report, Ghana Statistical Service

図4



出典：Annual Report (1993): Ministry of Health (Ghana)

STRATEGIES

The various health strategies adopted to achieve the objectives of the project included:

1. Adoption of Expanded Programme on Immunization (EPI).
2. Growth monitoring of all children under five years of age.
3. Provision of basic essential drugs and supplies for the treatment of common childhood diseases.
4. Treatment of the sick child at regular clinic sessions.
5. Health Education on
   - infant feeding
   - nutrition
   - disease prevention and control (EPI, malaria, ARI, DD).
6. Provision of antenatal services
7. Family planning services for women of child bearing age group.
8. Training and supervision of community Health workers (Community Clinic Attendants and Traditional birth attendants).
9. Collaboration with District Health Management team, Health centre staff, the Ministry of Health and health related institutions (Education, Agric, Water and sewerage, Rural Development).
10. Surveys and special studies

FIG 3

DEMOGRAPHIC CHARACTERICS OF G. ONYADZE /OTSEW JUKWA 1987 - 1990

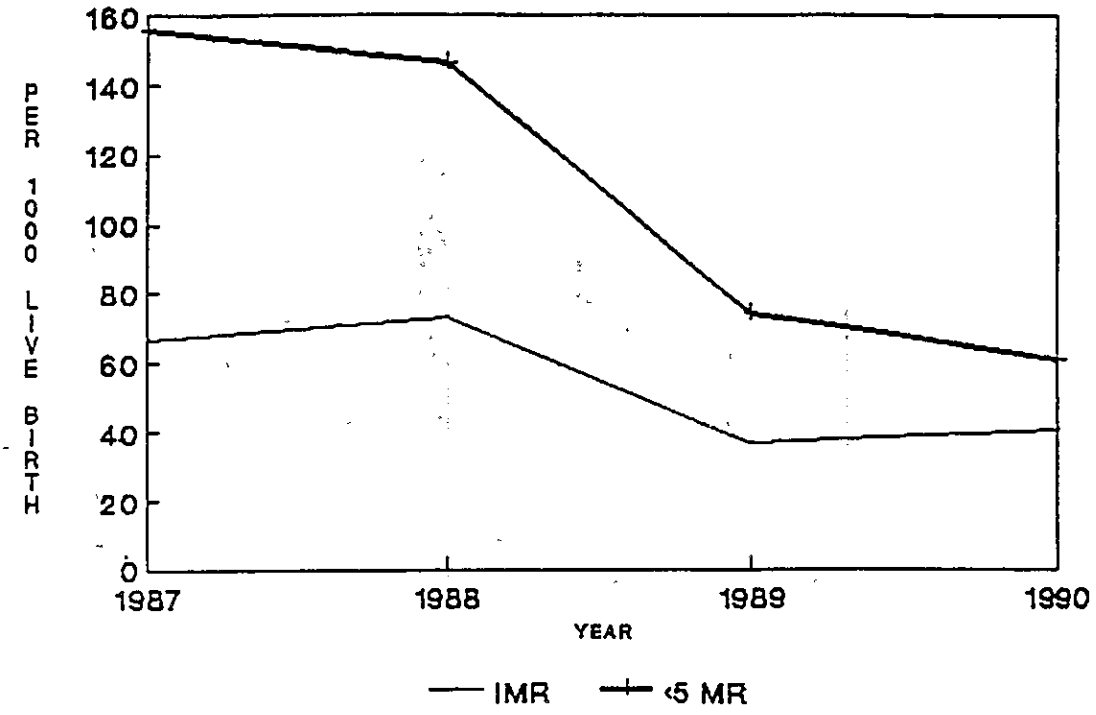
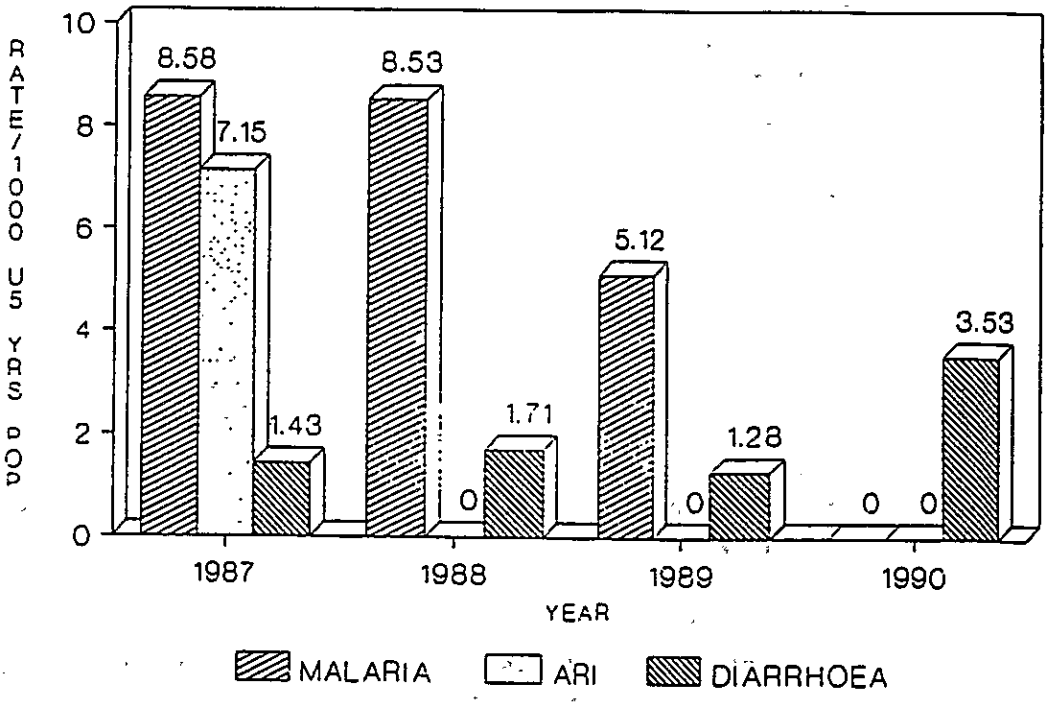


Fig 7

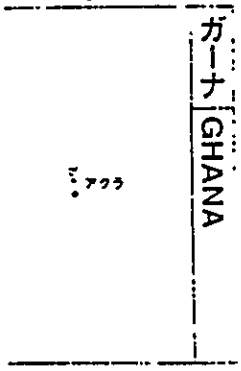
UNDER 5 DEATHS IN THREE COMMUNITIES IN GOMOA DISTRICT 1987-1990



わが国のODAに対する反響

AFRICA――アフリカ

ガーナ GHANA

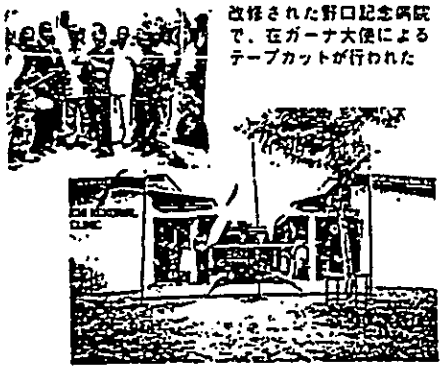


野口英世の魂がコモア・オンヤジ村に甦る

ガーナは、野口英世博士が黄熱病の研究に携わったことで知られ、所縁の地・首都アクラには野口博士像が建てられている。

そのアクラから車で約1時間半、セントラル州のコモア・オンヤジ村は、人口約1100人の小さな村。この村は、1987年から野口記念医院研究所のリサーチフィールドとして、国際協力事業団（JICA）の支援によるプライマリー・ヘルス・サービス（予防接種や健康教育、家族計画など）の及ぼす影響や疾病疫患率調査を約5年間継続して実施するなど、同研究所に大きく貢献。乳児死亡率や妊産婦死亡率の減少、衛生観念・家族計画の普及などの成果をあげている。

今回、92年度末の根無償資金協力で改修された「コモア・オンヤジ診療所」は、87年にJICAの一部援助をもとに地元住民の手で建設が進められたものだが、資金不足のため窓も水道も電気もない木造トタン屋根の簡易建造物だった。そこで、92年に野口記念医院研究所の堀チームリーダー（当時）が改修の要請を行い、実施に至ったものである。


改修された野口記念病院で、在ガーナ大使によるテープカットが行われた

引渡式は今年1月11日、セントラル州大臣をはじめ医療関係者らが列席して行われ、その模様はテレビ・ニュースでも報道された。なお、改修された病院には「日本政府の資金援助により建設された」との表示板が取り付けられている。

（在ガーナ大使館）

表5

REPORTED AIDS CASES BY YEAR AND SEX, 1986 - 1992

YEAR	FEMALE	MALE	TOTAL
1986	35	7	42
1987	94	18	112
1988	532	114	646
1989	1832	499	2331
1990	1428	585	2013
1991	1639	803	2442
1992	1773	926	2699
TOTAL	7333	2952	10285

This shows over 10% increase above the 1991 cases. The increase might also be due to improvements in the:

出典：Annual Report (1992): Epidemiology Division, Ministry of Health

表6

REPORTED AIDS CASES BY AGE AND SEX 1992

AGE GROUP (Yrs)	S E X		TOTAL	%
	FEMALE	MALE		
LESS 1	8	0	8	0.3
01 - 9	15	34	49	1.8
09 - 14	0	1	1	0.0
15 - 19	54	8	62	2.3
20 - 39	1328	616	1944	72.0
40 - 49	261	181	442	16.4
50 - 59	69	60	129	4.8
60+	28	16	44	1.6
NOT STATED	10	10	20	0.7
TOTAL	1773	926	2699	100

出典：Annual Report (1992): Epidemiology Division, Ministry of Health

SUMMARY OF HIV-1&2, HTLV-1 AND HCV PARTICLE AGGLUTINATION (SERODIA) TEST RESULTS ON 317 SERA OF PREGNANT WOMEN VISITING AN ANTENATAL CLINIC AND 77 AIDS-SUSPECTED IN A HIGH HIV-PREVALENT AREA IN GHANA

Tab. 2a. (Antenatals)

	POSITIVES	INDETERMINATES	NEGATIVES
HIV-1	32 (10.1%)	23 (7.3%)	262 (82.6%)
HIV-2	13 (4.1%)	9 (2.8%)	295 (93.1%)
HTLV-1	12 (3.8%)	28 (8.8%)	277 (87.4%)
HCV	17 (5.4%)	54 (17.0%)	246 (77.6%)

Tab. 2b. Suspected AIDS patients).

	POSITIVES	INDETERMINATES	NEGATIVES
HIV-1	36 (46.8%)	14 (18.2%)	27 (35%)
HIV-2	29 (37.7%)	5 (6.5%)	43 (55.8%)
HTLV-1	2 (2.6%)	6 (7.8%)	69 (89.6%)
HCV	5 (6.5%)	13 (16.9%)	59 (76.6%)

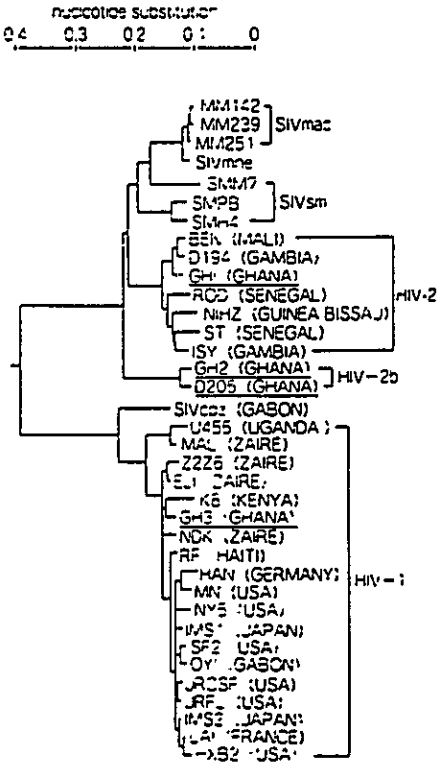


図3 様々のHIV/SIV 分離株の系統樹解析