

第29回海外医療協力委員会 会議議事録

平成9年3月

JICA LIBRARY



J 1134220 (1)

国際協力事業団
医療協力部

医協計

J R

97-02



1134220【1】

第29回海外医療協力委員会 会議議事録

平成9年3月

国際協力事業団
医 療 協 力 部

目 次

1. 議事次第	1
2. 委員御出席名簿	2
3. 幹事御出席名簿	3
4. 国際協力事業団役員等出席名簿	4
5. 会議議事録	5

配布資料

(1) 第29回 海外医療協力委員会 会議資料	45
(2) 第29回海外医療協力委員会会議用資料 参考資料	107
(3) プライマリ・ヘルスケア (PHC) 専門部会中間報告書 (案) 大要	121

第 2 9 回 海外医療協力委員会

議事次第

1. 開催日時 平成 9 年 2 月 2 6 日 (水) 1 5 : 3 0 ~ 1 7 : 3 0

2. 開催場所 国際協力総合研修所 2 階「国際会議場」

3. 議事次第

(1) 開会挨拶 吉田医療協力部長

(2) J I C A 総裁挨拶 藤田総裁

(3) 海外医療協力委員会委員長選出、
委員長挨拶

(4) 関係省庁による国際保健・医療協力への取り組み

外務省 目賀田経済協力局技術協力課長

文部省 内山学術国際局教育文化交流室
海外協力官

厚生省 谷口大臣官房国際課国際協力室長

(5) J I C A の最近の動向と課題 木島理事

(6) 保健医療協力事業の現状と課題 小澤理事

(7) プライマリーヘルスケア専門部会中間報告書(案)について
梅内委員

(8) 閉会

4. 懇親会

(1) 時間 1 7 : 4 0 ~ 1 8 : 3 0

(2) 場所 国際協力総合研修所 4 階「4 0 0 号室」

(3) 形式 カクテルパーティー

第 29 回海外医療協力委員会 委員御出欠表

委員御氏名	御職位	御出席	御欠席
梅内 拓生	東京大学大学院国際保健計画学教授	○	
鴨下 重彦	国立国際医療センター総長	○	
川島 康生	国立循環器病センター名誉総長	○	
河野 稔果	麗澤大学教授	○	
小坂 光男	長崎大学熱帯医学研究所所長	○	
小池 麒一郎	社団法人 日本医師会常任理事	○	
猿田 享男	慶應義塾大学医学部長	○	
杉町 圭蔵	九州大学医学部長		▲
高木 良三郎	大分医科大学学長		▲
寺尾 允男	国立衛生試験所所長		▲
仲村 英一	財団法人 医療情報システム開発センター理事長	○	
羽倉 明	大阪大学微生物病研究所所長	○	
久道 茂	東北大学医学部長		▲
平山 宗宏	社会福祉法人 恩賜財団母子愛育会 日本総合愛育研究所所長	○	
古市 圭治	国立公衆衛生院院長	○	
松田 朗	国立医療・病院管理研究所所長	○	
森 亨	財団法人 結核予防会 結核研究所所長		▲
矢野 正子	東京大学医学部看護学科教授	○	
山崎 修道	国立予防衛生研究所所長	○	
吉田 光昭	東京大学医科学研究所所長	○	

(御出席 15 名、御欠席 5 名)

プライマリーヘルスケア専門部会委員

門司 和彦	長崎大学医学部公衆衛生学助教授	○	
-------	-----------------	---	--

第 29 回海外医療協力委員会 幹事御出欠表

幹事御氏名	御職位	御出欠		代理御出席者 御氏名
		出席	欠席	
目賀田 周一郎	外務省経済協力局技術協力課長	○		
奥田 紀宏	外務省経済協力局無償資金協力課長		▲	
寺脇 研	文部省高等教育局医学教育課長		▲	
吉尾 啓介	文部省学術国際局教育文化交流室長	※		※ 内山博之 海外協力官
谷口 隆	厚生省大臣官房国際課国際協力室長	○		
松原 了	厚生省保健医療局国立病院部 政策医療課長	※		※ 大久保一郎 高度専門医療官
古田 直樹	国立国際医療センター国際医療協力局長	○		
小川 郷太郎	国際協力事業団総務部長	○		
小田野 展丈	国際協力事業団企画部長	○		
森本 勝	国際協力事業団研修事業部長	○		
榎下 信徹	国際協力事業団国際緊急援助隊事務局長	○		
阿部 英樹	国際協力事業団無償資金協力業務部長	○		
高橋 昭	国際協力事業団青年海外協力隊事務局長		▲	
吉田 哲彦	国際協力事業団医療協力部長	○		

第29回海外医療協力委員会 国際協力事業団役員等出席者

総裁 藤田 公郎

副総裁 眞鍋 武紀

理事 木島 輝夫

理事 佐藤 清

理事 小澤 大二

秘書室長 加藤 圭一

會議議事錄

1. 開会挨拶

○吉田幹事 大変皆様お待たせいたしました。定刻を過ぎましたので、ただいまから第29回海外医療協力委員会を開催させていただきたいと思います。

私、医療協力部長を務めております吉田でございます。どうかよろしく願いを申し上げます。

本委員会は29回目でございますが、海外医療協力委員会の規程第4条第2項によりまして、委員の先生方が一部おかわりになっておりますので、初めての委員会でもございすことから、委員長が決定するまでの間、私が進行を務めさせていただきたいと思います。

それでは、まず最初に委員の先生方を御紹介申し上げたいと思います。お手元に委員の先生方のリストをお配り申し上げておりますので、御参考をお願い申し上げたいと思います。恐縮でございますが、五十音順に御紹介を申し上げたいと思います。

まず、梅内委員でございます。

続きまして、川島委員でございます。

続きまして、河野委員でございます。

次に、小坂委員でございます。

次が、小池委員でございます。

1人おかれまして、仲村委員でございます。

次に、羽倉委員でございます。

次に、平山委員でございます。

1人おきまして、松田委員でございます。

次が、矢野委員でございます。

次が、山崎委員でございます。

最後に、吉田委員でございます。

以上、本日御出席いただくことで御予定いただいている先生方12名でございます。あと、お2人、猿田委員と古市委員が御出席いただくという御連絡をいただいております。

なお本日は、鴨下委員、杉町委員、高木委員、寺尾委員、久道委員、森委員の6名の方が御欠席でございます。したがって、20名の委員の方々に委員をお引き受けいただいております。(注………鴨下委員についてはご欠席予定であったが会議途中からご出席

された。)

委員の方々につきましては、任期は平成10年の3月末日までとなっておりますので、どうかよろしくお願い申し上げます。

それから、本日は特にプライマリー・ヘルスケアのタスクフォース委員でございます、長崎大学の公衆衛生学助教授の門司委員に御出席を願っております。よろしくお願い申し上げます。

引き続きまして、関係各省庁並びに当事業団の出席者を紹介させていただきます。

まず、外務省の日賀田幹事でございます。

次に、文部省の吉尾幹事の代理で、教育文化交流室の内山海外協力官でございます。

次に、厚生省の国立国際医療センターの古田幹事でございます。

そのほか、厚生省からは谷口幹事、松原幹事が御出席の予定でございますが、若干遅れられているようでございます。

引き続きまして、当事業団の幹部職員を御紹介申し上げます。

藤田総裁でございます。

眞鍋副総裁でございます。

木島理事でございます。

小澤理事でございます。

佐藤理事でございます。

小川幹事でございます。

小田野幹事でございます。

森本幹事でございます。

次に、榎下幹事でございます。

阿部幹事でございます。

加藤秘書室長でございます。以上でございます。

2. JICA総裁挨拶

○吉田幹事 それでは、最初に国際協力事業団の藤田総裁から皆様方にごあいさつを申し上げます。どうぞよろしくお願いいたします。

○藤田総裁 本日は大変お忙しいところ委員の先生方に御出席を賜りまして、まことにありがとうございます。常日ごろ委員の先生には、私ども国際協力事業団の事業、特に医療

協力事業に対しては一方ならぬ御協力、御支援をいただき、この機会に改めて厚く御礼を申し上げます。

本日は、医療協力事業全般にわたりまして委員の先生方より忌憚のない御意見、御提言を賜り、今後の私どもの事業に生かしてまいりたいと考えておりますので、よろしくお願いを申し上げます。

昨年度の海外医療協力委員会以降、当事業団役員に若干の異動と業務分担の変更がございました。ただいまごあいさつをいたしましたけれども、この場をかりまして御紹介をさせていただきます。

副総裁には、先ほどごあいさつしました眞鍋が昨年7月に着任をいたしました。本異動に伴いまして、眞鍋がもう1人の副総裁である沢田より医療協力事業の担当を引き継いでおります。どうかよろしく御指導のほどをお願いいたします。

さて近年、多くの先進諸国においていわゆる援助疲れが見られる中で、援助の有効性と必要性を改めて明らかにすることの必要があるとの認識から、昨年5月にOECDの開発援助委員会「DAC」におきまして、新しい開発戦略、「21世紀に向けて：開発協力の貢献」という文書が採択をされております。その中では、21世紀に向けてのより具体的な開発目標を設定し、先進国と途上国の新たなグローバル・パートナーシップという理念のもとで、自助努力を前提とする開発途上国の開発に対する自主性を向上させ、経済的福祉、社会的開発及び環境上の持続可能性の実現を目指すことがうたわれております。我が国は、本件の採択においてイニシアチブを発揮した国として、今後この実現に向け、その責務はますます大きなものとなっていくものと考えられます。当事業団も、こうした国の努力に参画することを求められており、成果重視、現場重視のアプローチをより一層鮮明にし、このための体制整備を図っていく所存であります。

国内に目を転じますと、平成9年度ODA予算政府原案の伸びは、平成8年度、現在の年度の3.5%を下回る2.1%ということになりました。当事業団につきましては、事業の質的改善、国民参加型援助の促進、広報の拡充などを重点事項として要求し、これら事項を中心に要求がほぼ認められ、このような厳しい財政状況の中ではありますが、ODA全体の伸び率を若干上回る2.2%の伸びとなりました。また、定員につきましては、10名の純増を認めていただいております。

現在、国を挙げて財政再建、行政改革の推進に向けた努力が傾注されており、ODAにおいても、なお一層効率的で質の高い事業の実施が求められているものと認識いたしております。また同時に、我が国の国際貢献の重要な柱としてのODAが将来にわたって果すべき役割や機能について、周囲の状況の変化に積極的かつ機動的に対応していく努力が必

要であると意を新たにいたしております。当事業団としましては、国民の皆様の期待にこたえとともに、援助に対する理解と支持が得られるように、また効果的、効率的な事業を推進していくために役職員一同より一層身を引き締め、組織の全力を挙げて取り組む所存であります。

さて、平成9年度予算の政府原案の内容を見ますと、厳しい財政事情の中で一部の項目については減額要求を余儀なくされましたが、重要度の高い部分には財政当局の配慮のある予算を認めていただいております。特に私どもにとりまして最重点項目であります貧困、開発と女性「WID」、環境、人口、エイズへの取り組みに当たっての予算は引き続き拡充が図られることとなりました。とりわけ医療協力事業につきましては、他の事業に対する予算の伸びが低く抑えられたのに対しまして、保健医療協力事業は3.5%、人口家族計画協力事業は3.0%の増加となり、重点的な予算配分を認めていただいております。

平成9年度における新規事業といたしましては、母と子供の健康対策特別機材及び病院プロジェクト巡回指導調査員の2件の予算が認められました。前者の母と子供の健康対策特別機材の予算は、DACの先ほど述べました新開発戦略に対応しまして、開発途上国における5歳未満児死亡率及び妊産婦死亡率の主たる原因となっております栄養不良やマラリア等の感染症の対策のために必要となります医薬品と資機材を供与するための予算でございます。次に病院プロジェクト巡回指導調査員の予算でございますが、本予算はかねて本委員会や医療の国内委員会におきましても必要性が指摘されており、その実現に鋭意努力した結果として実現したものでございます。この予算の内容としましては、日本の無償資金協力により建設された後、日本から医師、看護婦等が派遣されプロジェクト協力として技術協力を実施しました病院に対し、協力期間の終了後も病院の維持管理が円滑に行われるように助言と指導を行う専門家を巡回指導調査員として派遣するための予算でございます。

事業団は、こうした無償資金協力と技術協力の連携強化についてはかねてから重視をしてまいりましたが、当委員会の御提言により、こうした制度が実現するに至りましたことにつきまして、この場をおかりして改めて御礼を申し上げます。当事業団といたしましては、今後これらの予算を効果的に使い、関係分野の専門家の御協力を得て、従来に増したきめ細やかな事業を展開していきたいと考えております。

また、地球的規模の課題への対応につきましては、従来より国際機関等との連携、とりわけUNICEFとの連携による子供へのワクチン供与事業や国連人口基金「UNFPA」との連携による女性、特に母親へのいわゆるリプロダクティブ・ヘルスに关します協力事業を実施してまいりましたが、今後は昨今の我が国の厳しい事情をも踏まえつつ、途上国

が直面する課題の変化や援助ニーズを的確に把握し、従来に増して質の高い事業を効率的、効果的に実施することができますよう、援助のあり方をさまざまな角度から見直していきたいと考えております。

特に事業の質の向上につきましては、昨年の本委員会の御提言を受け、今後重要性を増すと承知いたしておりますプライマリー・ヘルスケアに対する協力のあり方につき、専門部会にて御検討いただいていると承知しております。本日はこれまでの御検討結果の中間報告をいただけると承っており、専門部会の取り組みに対し改めて感謝を申し上げる次第であります。

また、明年は東京で第2回目のアフリカ開発会議「TICAD-Ⅱ」が開かれる予定でございます。私もこの1月、ケニア、タンザニア、ジンバブエ、南アフリカといった国々を訪問し現地の事情をつぶさに見、そして医療関係プロジェクトも幾つか視察する機会を得ることができました。この地域の支援の重要性を深く感じて帰国した次第であります。本アフリカ開発会議では、アフリカにおける医療協力について当事業団の役割も求められる見込みであることとあわせ、ここに御報告をいたしておきます。

最後に、繰り返しとなりますが、私ども事業団としましてはODAの過去40年の堅実な実績に誇りと自信を持ちつつ、新たな時代の変化に伴う援助ニーズの変化に迅速に対応すべく、効果的、効率的かつ創造的な政府開発援助ができますよう一層の努力を続けてまいりたいと存じます。本日御出席の委員の皆様には、今後とも私どもの事業に対して変わらぬ御支援と御指導を賜りますよう改めてお願いをいたしまして、私のご挨拶とさせていただきます。どうもありがとうございました。

○吉田幹事 総裁、どうもありがとうございました。

3. 海外医療協力委員会委員長選出及び委員長挨拶

○吉田幹事 それでは、海外医療協力委員会規程第5条第1項に従いまして委員長を互選していただきたいと存じます。どなたか御推薦いただきたいと思います。どうぞ平山委員。

○平山委員 平山でございますが、委員長として仲村英一委員を御推薦申し上げます。理由は、仲村委員は保健医療全般にわたって深い造詣をお持ちですし、行政にも長い御経験をお持ちなので、最適任かと存ずる次第でございます。

○吉田幹事 ありがとうございました。

ほかに御意見はございませんか。

○松田委員 私も今の御意見に大賛成でございます。WHOなどの御経験もありでございますので。

○吉田幹事 ありがとうございます。

ただいま平山委員、松田委員から仲村委員を委員長にと御推薦いただきましたが、皆様いかがでございましょうか。

(拍手)

○吉田幹事 御異議がなければ、仲村委員にこの委員会の委員長をお願いしたいと思います。どうかよろしくお願い申し上げたいと思います。では、仲村委員、お願いいたします。

○仲村委員長 ただいま御推薦をいただいて委員長を拝命いたしました仲村でございます。学識経験それぞれ豊富にお持ちの先生方がたくさんおられますのに、私は学識も経験もございませんので、この委員長が務まるかどうか非常に不安でございますが、委員の皆様方の御協力、あるいはJICA御当局の皆様方の御支援、御協力、さらには幹事の皆様方、関係の皆様方の御支援をいただいて、この重要な職責を全うしたいと思いますので、よろしくお願いいたします。

特に申し上げることもないわけでございますが、この委員会はJICAにとりましても、ある意味では一番基本となるような活動の分野についての御意見を申し上げる委員会と理解しておりますので、私どもも真摯な議論を重ねていきたいと思っておるところでございます。

先ほど総裁のごあいさつにもございましたように、先進国は援助疲れがかなり見られるというふうに私なりに感じております。WHO、国連の関係でも特にそうでございますし、その割には依然として貧困でございますとか医療の問題でございますとか、格差が存在しておるということ。あるいは、さらにそのギャップが大きくなっておる。あるいは、さらにそういう従来からの格差のほかに、新しい問題として環境の問題でございますとか都市化の問題でございますとか、いろいろな新しい要請が生まれてきておるのではないかとこのように理解しております。

日本のODAは世界一になってたしか5年とお聞きしておりますが、98年から第6次の5カ年計画もそろそろ御制定になる準備にお入りになったというふうにお聞きしておりますが、その間、外務省の御努力もさることながら、実施機関でありますJICAの皆様方が新しい分野につきましても、ソフト型の援助も含めて技術移転の問題でございますとか基盤づくりでございますとか、いろいろ御努力をいただいて、それなりの成果を得てき

たとは思っておりますけれども、なおいろいろの工夫、効率化、あるいは効果的な事業の実施というふうな面で改善する余地もあるのではないかと、いうふうなことは考えられておりますので、そういう点につきまして私どもが議論を重ねられれば非常によろしいのではないかと考えております。

WHOにおきましても、98年が設立50周年でございまして、新しいヘルス・フォア・オール戦略を改定することで見直しをしておる段階でございまして。若干作業は遅れぎみでございしますが、そういうものとも相呼応してマルチとパイをうまく組み合わせるとか、JICAの皆様が今までおやりになっておられるパッケージといいますか包括的なアプローチをいろいろ考えるというふうな工夫で、限られた資源をもっと有効に使える面もあるのではないかと。その中でもなかならず健康問題というのは、申し上げるまでもなく一番基本でございまして、この委員会の責務は非常に重大だと考えておりますが、皆様方の御協力をぜひよろしくお願いいたしたいと思っております。

以上、簡単でございしますが、ご挨拶させていただいた次第でございまして。ありがとうございました。

○吉田幹事 それでは早速議事進行を、委員長の方でお願いいたします。

4. 関係省庁による国際保健・医療協力への取り組み

(1) 外務省

○仲村委員長 それでは、時間もございませんので、早速議事に入らせていただきます。

最初に、お配りしてございます議事次第にのっとり、関係省庁によります保健・医療協力への取り組みについての御説明をちょうだいいたしたいと思っております。最初に、外務省の技術協力課の目賀田課長をお願いいたしたいと思っております。

○目賀田幹事 外務省の技術協力課長の目賀田でございまして。

先ほど総裁からも御紹介がございましたが、1995年、総額で147億3,000万ドルのODAを我が国は供与いたしまして、これは1991年以来5年連続して世界最大の規模となっております。他方、ODAの質の面の国際比較におきましては、依然としてGNPに占める比率、あるいは国民1人当たりの負担額、あるいは贈与比率等の面では、先進国の中でも依然として中位または低位に位置しております。そして、冷戦後の国際情勢の中で新たな援助ニーズも増大しておりまして、我が国の貢献に対する国際社会の期待、

あるいはそれにこたえるべき責任はますます大きなものとなってきていると認識しております。

他方、国内に目を転じますと極めて厳しい財政事情、長期の景気低迷等の事情から、平成9年度政府予算原案におきましては、ODA予算の伸び率は一般会計で2.1%という過去最低の水準にとどまりました。今後ODA予算の伸び率について、従来のような高い水準を確保することはますます困難な状況となってまいるかと思いますが、こうした中でODAのあり方、特にその効果的、効率的な実施や透明性の確保、こういった点についての国民の関心がますます高まっていることは言うまでもございません。我が国が、国際社会においてその国力にふさわしい責務を果たしていくためには、開発途上国に対する経済技術協力について国民の理解と支持が一段と重要になってきております。今後は、限られた予算の中で大きな協力成果を上げるための工夫や、援助の効率的、効果的な実施に向けたより一層の努力が必要となるほか、日本の顔が見える援助の典型としての技術協力の重要性はむしろ増大する趨勢にあると考えております。

このような背景の中、我が国は途上国への開発戦略を考えるに当たって新たな開発戦略の取りまとめに中心的な役割を果たしております。お手元にこの赤い冊子が配られているかと存じます。この「21世紀へ向けて：開発協力を通じた貢献」という文書は、昨年5月にOECDの開発援助委員会「DAC」におきまして採択されたものでございます。そして、OECDの閣僚理事会やリヨンのG7サミットでも賛同を得まして、また、世銀やUNDP、UNICEF等の国際機関においても共有されつつある戦略でございます。その重要性にかんがみ、簡単にこの内容に触れさせていただきます。

この戦略のポイントとしては3つございまして、第1に、途上国が開発をみずからの問題ととらえ、開発に主導的な役割を果たすオーナーシップという考え方を強調しております。そして、この途上国と先進国が開発のための責任を分担しつつ協力する新たなグローバル・パートナーシップというコンセプトを重視しております。開発の成果に関する具体的な目標を共有して、その実現のために共同で努力することを基本的な柱としておるわけでございます。

第2に、途上国の開発の実現には援助はもとより貿易、投資を含めた政府、民間双方の活動を視野に入れた包括的なアプローチが必要であるとともに、援助の実施に当たっては各国の発展段階や固有の事情を考慮した個別的なアプローチも重要であるということが記載されております。

第3のポイントといたしまして、貧困、健康、教育、環境等の援助の成果を援助国や途上国の国民が目で見えて理解できるような成果を重視する開発目標を設定しておりまして、

この成果重視型の開発目標を、援助の成果をモニタリングするための指標として活用するという考え方を提示しております。

この開発戦略の実施に当たっては、我が国のみならず各主要援助国、国際機関とも協調しつつ実施していくことが何よりも重要でございまして、現在、途上国を含めて、この戦略の共有、浸透を働きかけているところでございます。技術協力を進めていくに当たりましても、この新開発戦略を常に念頭に置いて進めていくことが必要となってきたところでございます。

さて、本委員会の活動の目的であります保健医療分野の協力につきましては、このような新開発戦略の目標に照らしましても最も重要な分野の1つと考えられておりますが、皆様方の御協力により着実にその成果が上がっておりますところでございます。先ほど御紹介がございましたが、平成9年度政府予算原案におきましてODA予算の伸び率が2.1%にとどまりましたが、重点分野ということで「人間中心の開発」というスローガンのもとに貧困対策、あるいは福祉、保健医療、環境等の分野に重点的な配分をいたしております、JICA医療協力部の事業予算についても保健医療協力予算が3.5%、人口家族計画協力予算が3%の伸びを確保したところでございます。総体的にODA予算の厳しい状況の中で、保健医療分野の協力に対する高い評価と期待が寄せられていることのあらわれと認識しております。

保健医療協力の対象分野も、その内容を見ますと公衆衛生、地域保健医療といった基礎保健医療から、研究所・病院等の臨床、研究協力に至るまで多岐に及んでおりまして、最近ではエイズ対策を含む感染症対策への協力等、主要援助国、国際機関等も高い関心を有している分野の協力も積極的に行っております。今後、医療協力をさらに強化していくために、我が国としては次の3点を念頭に置いて進めていく必要があると考えます。

第1に、先ほど御説明しました新開発戦略では、2015年までに乳幼児死亡率を1990年の水準の3分の1に減少させること、妊産婦死亡率を4分の1に削減すること、2015年までのできるだけ早い時期にすべての人々が基礎的医療サービスを受けられるようにすること等の医療協力に深い関係を持つ目標を掲げておりますが、我が国としてもこの目標の実現に向けて保健医療分野での協力を一層強化してまいりたい所存でございます。

第2に、日米コモン・アジェンダにおける協議を踏まえまして、我が国は1994年2月に人口・エイズに関する地球規模問題イニシアチブ「グローバル・イシューズ・イニシアチブ」を発表し、94年度から2000年度までの7年間で30億ドルをめどに、これら分野において途上国支援を推進することとしております。94年度及び95年度の最初の2年間で10億ドルの実績を上げ、順調に進んでいるところでございます。具体的に

は、ケニア、チュニジア、トルコ等で人口教育に関するプロジェクトを実施中であり、また、エイズ対策につきましては、現在フィリピン、ガーナ等で技術協力プロジェクトを実施しております。また、タイでも近く新たな技術協力プロジェクトの実施を検討しておるところでございます。

第3に、子供の健康分野の協力は94年より日米コモン・アジェンダの1分野に加えられておりまして、また、WHO、UNICEF等の国際機関と連携、協力しつつ、2000年までのポリオ根絶のための協力、ワクチン自給体制改善のための協力を実施しております。このような協力については、ポリオ根絶につきましては中国、インドシナ諸国等で、その根絶の最終段階にあります。

また、この子供の健康分野での協力を推し進めるための子供の健康に関する下痢症対策、あるいは微量栄養素欠乏症対策のための薬品等の機材を可能とする無償資金協力26億円の新たな予算、また、技術協力におきましても6,000万円のこれらの医薬品の供与を可能とする予算を9年度予算案で計上しておるわけでございます。また、これら子供の健康分野につきましては、今後とも既に豊富な経験を持つUNICEF等の国際機関との協力、協調、連携が重要となっていくと考えています。

このように保健医療の分野におけます途上国のニーズはますます多様化してきておるところでございますが、これらにこたえていく上では、外務省、JICAのみならず、保健医療にかかわる皆様方の御支援がますます不可欠のものとなっております。このためにも、幅広い御見識をお持ちの委員の皆様の忌憚のない御意見を賜り、今後の医療協力の参考にさせていただきたいと考えております。今後とも引き続き委員の皆様の御協力、御支援を切にお願いする次第でございます。どうもありがとうございました。

○仲村委員長 どうもありがとうございました。

御議論、御意見は後ほどまとめてちょうだいするという予定にしておりますが、特にただいまの御発言に御質問等はございますでしょうか。

それでは、とりあえず先へ進ませていただきます。

(2) 文部省

○仲村委員長 2番目に、文部省の学術国際局国際企画課の教育文化交流室の内山海外協力官、お願いいたします。

○内山海外協力官（吉尾幹事代理） 文部省の教育文化交流室で海外協力官をやっております内山でございます。文部省が行っております国際協力関係の事業につきまして、保健

医療協力を中心として簡単に御説明をさせていただきたいと思います。

文部省におきましては、従来から開発途上国の人づくりに対する協力といたしまして外国人留学生の受け入れの推進、開発途上国との学術交流の推進、UNESCO等国际機関を通じた開発途上国への教育科学協力事業の推進を主な柱として実施をいたしているところでございます。

留学生の受け入れにつきましては、21世紀の初頭に10万人の留学生を受け入れるということを目標にいたしまして、外国人留学生施策を総合的に推進をいたしているところでございます。

開発途上国との学術交流につきましては、特殊法人でございます日本学術振興会の事業といたしまして拠点大学方式による協力を中心といたしまして進めております。この拠点大学方式による交流と申しますのは、交流の中核となります大学を拠点大学として定めまして、その他の協力大学による大学連合組織をつくりまして、それによって行っている交流でございます。医学関係につきましても、この拠点大学方式による交流が実施されておりまして、具体的には東京大学の医学部がマレーシア医科大学と、それから神戸大学の医学部がインドネシアのアイランガ大学、それからフィリピン大学、タイのマヒドン大学、それから国立シンガポール大学をそれぞれ相手国の拠点大学として研究協力を行ったり、共同研究、セミナーの開催などの協力を行っているところでございます。

国際機関を通じた協力といたしましては、アジア太平洋地域におけるエイズ予防のための教育を普及、充実させるために、UNESCOに対し基金を提出しているわけでございます。こういった基金をもとにいたしまして、エイズ教育のカリキュラムでありますとか教材の開発等に協力をいたしております。

また、我が国の開発援助に携わる専門家の養成が緊急の課題となっておりますので、国立大学に国際開発援助関係の研究科等を設置いたしております。現在までに6大学院、7研究科が設置されているわけでございますが、医学分野につきましても平成4年に設置いたしました東京大学の医学系研究科国際保健学専攻がございまして、保健医療関係の人材養成を行っているところでございます。国際協力事業団が行っております技術協力事業に対しましても、国立大学等の協力を得て積極的に協力を行っているところでございまして、保健医療協力事業についても協力をさせていただいているところでございます。

また文部省では、開発途上国から増大しております教育協力に適切に対応していくことがますます必要になっておりまして、そうした開発途上国に対して教育協力を効果的、効率的に推進できるような基本的方向でございますとか具体的方策等について意見を伺うために、時代に即応した国際教育協力のあり方に関する懇談会を設けまして検討いただいた

ところでございますが、昨年の6月に提言という形で取りまとめて御報告をいただいております。そこに盛り込まれておりますような施策の具体化に向けて、現在検討を行っているところでございます。

今後とも委員の先生方の御協力をお願いいたしたいと思っております。どうもありがとうございました。

○仲村委員長 どうもありがとうございました。

(3) 厚生省

○仲村委員長 それでは次に、厚生省の国際課国際協力室の谷口室長、お願いいたします。

○谷口幹事 厚生省国際協力室長の谷口でございます。厚生省におきます取り組みの一端を御説明させていただきます。

厚生省といたしましては、国際協力の視点といたしまして、途上国におきますBHN分野での自立を促進するための支援、こういったものを主眼に置いております。すなわち実際にその国で施策を進めていらっしゃいますそういった人材、その人づくり支援を最重要テーマといたしまして国際協力を進めているところでございます。その中で、JICA研修に対しましても専門家を講師として派遣をいたしておりますほか、厚生省独自にトレーニングコースを設けまして研修員の受け入れというものも行っているところでございます。

また、専門家の派遣事業につきましても、厚生省で推薦をいたしました専門家を数多くJICAの方から派遣をしていただいておりますし、ほかに、エイズ、人口問題を初めといたします途上国の喫緊の課題に対処いたしますために、派遣できる日本人専門家の人材養成につきましても厚生省独自の立場から取り組みを始めているところでございます。

若干具体的な事業を御紹介申し上げますと、例えば1994年、平成6年でございますが、WHOのWPRO、SEARO両地域事務局の加盟国のうちODA対象国27カ国を対象にいたしまして、エイズ担当部局責任者の行政官の方々をお招きをいたしまして、10日間ばかりのエイズ行政官セミナーを開催いたしておりますほか、96年、昨年でございますけれども、これは地域に根ざした研修というものがどうしても必要であるというお声をいただきましたものですから、ある程度の知見と経験を積んでおられますタイ国を開催地といたしまして、タイ国保健省、そして私ども厚生省の共催という形で、タイの周辺7カ国のエイズ対策行政官をバンコクにお招きをいたしましてワークショップを開催いたしました。その中で、経験、ノウハウの共有及び基礎知識の習得というものを図ったところでございます。

来年度につきましては、近年の新興・再興感染症問題に対処いたしますために、以下の事業というものをを行う予定にいたしております。すなわちエボラ出血熱などの新興感染症が勃発をいたしました場合に、WHOでは各国から48時間以内に専門家を派遣する体制を整備するというようになっておりますけれども、我が国もそれに協力いたしますためにWHOとの情報交換、専門家の登録、対処方針の検討のための国内委員会を設置するほか、派遣するヒューマンリソースとしての日本人専門家をCDC等の専門機関で人材養成していただくということを考えております。また、昨年4月の日米首脳会談におきまして、コモン・アジェンダの子供の健康分野の中でヨウ素欠乏症対策が追加されましたことを受けまして、アジア地域を中心にヨウ素欠乏が問題になっておる国の行政官の方々をお招きをいたしまして、対策の進め方等につきましての情報交換を行うワークショップを開催する予定にいたしております。

次に、国際機関を通じての協力について若干触れさせていただきます。厚生省といたしましては、2国間協力とともにWHO等の行うマルチラテラルな協力につきましても力を入れておるところでございます。WHOの分担金は約68億になっておりまして、アメリカに次いで2位ということでございますけれども、先日の、先ほど述べました新興・再興感染症対策への拠出などにも積極的に協力をいたしておるところでございます。

また、経済開発協力機構OECDに対しましても、高齢化の進展に伴う社会保障制度の展開と経済活力の関係、また医療費の増加や年金制度のあり方、介護対策など先進国が共通して直面いたしております課題につきまして、先進国相互間における経験と知識の共有というものを図るために30万ドルを拠出する予定にいたしておりまして、このことは途上国への支援疲れを起こしております先進国の負担の軽減方策をお互いに考えるという意味からも重要なことであると認識をいたしております。

最後に、若干トピックといたしまして2点ばかり御紹介をさせていただきます。まず1つは、「アジア太平洋障害者の10年」という事業がございますが、その中間年にことは当たります。記念事業を開催することにいたしておりますが、アジア太平洋地域の障害者及び関係者の方々が一堂に会しまして、各国における障害者福祉の現状についての情報交換でございますとか、今後の取り組みについての研究、討議を実施していただくことによりまして、後半年におきます施策の取り組み、また途上国に対する国際協力といったものの展開を図る予定にいたしております。

2つ目でございますが、昨年のリヨン・サミットで橋本総理が「イニシアチブ・フォア・ケアリング・ワールド」という概念を提唱されました。その言葉は日本語では今、世界福祉構想というふうに訳されておりますけれども、その趣旨を簡単に申しますと、日本がこ

れまでの保健医療を含みます社会保障全般の歩み、そういったものの経験を各国に提供いたしまして、途上国のこれからの制度整備などにも役立てていただけるものであれば、日本は積極的に御協力をいたしますということでございます。

その考えのもとに、去年の１２月には外務省の御協力をいただきまして、東アジアを中心とする１２カ国の正式参加国を初め３７カ国・機関の社会保障担当大臣または関係機関の長の方々を沖縄にお招きをいたしまして、第１回目の会議を開催いたしたところでございます。お手元にお配りいたしました青と白の冊子でございますけれども、これはそのときに用いました日本の社会保障制度の歩みをまとめたものでございます。また後ほど御参照賜れば幸いでございます。この試みというのは大変各国から好評を博しまして、保健医療を含む社会保障全般につきまして各国が意見交換できる場を継続的に日本が提供してほしいという要望をいただきました。それを受けまして、ことしは高級事務レベルの会議というものを東京で開催する予定にいたしております。こういった会議を継続し、ともに考えていくことによりまして、将来的にはどのような国際協力が必要であるのかという判断の材料にもつながるものと私どもは考えておるところでございます。

以上、あれこれ申し述べましたけれども、今後もＪＩＣＡには何かとお世話になることと存じますし、途上国に喜ばれ、かつ我が国の顔の見える支援を進めてまいりますために、委員会の皆様方に今後とも絶大なる御支援を賜りたいと考えておるところでございます。よろしく願いを申し上げます。ありがとうございました。

○仲村委員長 どうもありがとうございました。

５．ＪＩＣＡの最近の動向と課題

○仲村委員長 それではＪＩＣＡの方に移らせていただきますが、最初に、先ほど総裁のごあいさつにも若干ございましたが、ＪＩＣＡ事業の最近の動向と課題につきまして、木島理事からお願いいたします。

○木島理事 総務担当の理事をしております木島でございます。ＪＩＣＡの最近の動向と課題につきまして御説明申し上げます。

お手元に資料を差し上げてございます。「第２９回海外医療協力委員会会議資料」というものがございますので、それに沿って御説明したいと思いますが、時間も限られておりますし、また、総裁からもいろいろごあいさつの中でお話があったし、また、目賀田課長の方から外務省の最近の動きにつきましてお話があったので、重複を避ける

ように留意しながら、できるだけ具体的なお話を申し上げてみたいというふうに思っております。

この資料の3ページに「はじめに」というところがございますが、ここの一番最後のパラグラフがございますとおり、先ほどの目賀田課長のお話にもございましたが、恐らく6年続いて日本がODAの世界一になったというふうに思われますけれども、そういう記述があると同時に、他方でODA全体に占める技術協力の割合というものは、例えばDACに21カ国加盟しておりますけれども、21カ国の中で13位程度であるといったこともございます。

また、この資料には書いてございませんが、行政改革というものにつきまして一言御披露申し上げますと、村山内閣のときにできました行政改革に関する閣議決定がございます。これに従って現在既にJICAの事業の見直し等も行われているわけがございます。例えば昨年我々が行いました、その閣議決定に沿ったもろもろの措置がございます。例えば国内機関の統合です。例えば同じ場所にJICAの国際研修センターと支部というものがございましたけれども、そういうものはできるだけ、その土地において国際センターといった方向で統一していくということがございました。これは引き続き進めることになっております。

これは、行政改革の精神にのっとり組織の見直しということもさることながら、もう1つは、地方におけるJICAの機関を強化したいという考え方もベースにございまして、言ってみればその場所におけるJICAのプレゼンスを強化する、2つあったものを1つに統合して強力なものにする。よって地方自治体あるいは住民との間のコンタクトといったものを強化して、国民参加型の援助といったものを促進してまいりたい。そういう考え方もございます。

さらに、機能面でJICAとOECD（海外経済協力基金）の協力といいますか、連携といったものを促進しなさいということが行政改革の要請でございますので、その方面も結構進んでございまして、OECDとJICAとがジョイントというか、OECDの方からJICAの調査団に参加していただくといったことが主体でございましてけれども、そのようなことを既に実施しておるところでございまして。

さらに、最近の動きということでございまして、先般ローマにおいて世界食糧会議という首脳レベルの会議がございましたけれども、それに先立つもろもろの首脳レベルの会議が一昨年、さらにその前にございまして、御存じのような北京における女性会議でございまして、コペンハーゲンの社会開発サミット、さらにさかのばれば平成4年のブラジルにおきます国連の環境開発会議といったこともございますが、そういったものは何を反映

したものかということを考えてみますと、やはり我々援助というものに携わっている者から見ますと、従来のハードウェア型援助といったものの見直しとソフト型の援助の重要性の認識、それから持続可能な経済発展というものを促進する見地から、人材の養成が必要ではないか。それから環境、女性といったものへの配慮が従来にも増して必要であるという認識ではないかと思っております。

昨年、外務省がお出しになりましたODA白書におきましても、「人間中心の開発」ということを言っております。先ほど総裁からお話のあったDACの新しい戦略「21世紀に向けて：開発協力を通じた貢献」といったものも、そのような見地からつくられたものであるというふうに承知しております。

先ほど目賀田課長から御紹介のありました赤い本の9～11ページにかけまして、具体的なビジョンを明確にするための目標といったことがここに示されてございます。9ページの右半分ですが、上の方の「経済的福祉」というところから始まりまして、7つほど具体的な目標が書いてございます。そのかなりの多くが当医療協力委員会の関心事項でもあろうかというふうに思っております。そのようなことで、JICAにおきましては、この新開発戦略というものを日本としてどのように実施していくのかということにつきまして、これを研究するための研究グループを組織いたしましたところでございます。既に具体的な研究に入っておるわけでございますが、できれば早い段階で結論を得て、これを外務省に戻したいというふうに考えておるわけでございます。

この資料に戻りまして4ページでございますが、「JICA事業における当面の課題とその取り組み」といったところから12ページまでございまして、これは何を書いてあるかといいますと、JICAがこれから事業を行っていくに当たって、どういう点を重点として念頭に置いていくかということでございます。実は昨年の8月に部内におきまして中期事業展望といったものをつくりまして、目下その具体面を詰めている段階でございます。我々内部ではアクション・プログラムと言っておりますけれども、これを詰めている段階です。この中期事業展望の柱が4ページから今申し上げました12ページまでに書いてございます。

長々と書いてございますから、中身に立ち入るだけの時間的余裕がないわけでございますけれども、柱といたしましては「事業の質的向上」、それから「国民の期待にこたえられる援助の実施」と。これは、要するに援助の効率化とか効果的な事業の執行といったことになろうかと思えます。いわゆる援助の入口から出口まで、援助プロジェクトの企画の段階から実施、さらに終わった後の評価といったことまでを、その全体を通じて効率化を図っていきたいということがそれでございます。

2 番目が「援助資源の拡充」、それから「援助のすそ野の拡大」といったことでございますが、これは御承知のような世界的な援助資源が徐々に少なくなっていく状況におきまして、いかに効率的に援助を行っていくかといった見地から、この援助資源を拡充していこう、今まで利用していなかったような資源も利用していく必要がある。そのために国民の理解を得て、また、国民参加型の援助に留意しなければいけないというようなことであろうかと思えます。

3 番目が「地球的規模の問題」といったことでございまして、環境、貧困、W I D といったもので、これが 1 0 ページの (3) でございまして、地球的規模の問題。特に先ほど申し上げましたソフトの援助ということになりますと、こういう点が非常に重要であろうかと思えます。そのようなことで、こういう側面への配慮といったものを強化していく必要があるということでございます。

4 番目が、1 0 ページの一番最後でございます「新たな国際情勢に即した新たな援助課題への対応」といったことでございまして、御承知のような新しい国際情勢のもとにおきまして、新しい援助を必要としている国が出ているといったことで、1 1 ページにございまして、そこに新規援助対象国といったことで列挙してございすけれども、そのような国が出ておりますので、今まで経験もなかったような国に対する援助をどうしていくかと、新たな問題でございます。

1 1 ページの一番最後でございますけれども、「日系人に対する支援・協力」ということが書いてございます。これは実はほかの J I C A の事業と比較しますと、若干毛色の違った仕事の内容ではございます。御案内のとおり平成 5 年度におきまして J I C A の移住者送り出しの事業といったものが収束いたしまして、平成 6 年度におきましては移住事業部というものを発展的に改組いたした経緯がございます。しかし、海外に移住していった日系の方々、あるいはその子孫といったものに対する定着、安定といったものを援助するための事業というものは引き続き行っておりまして、むしろこれが必要ではないかという認識を今強めているところでございますので、先生方におかれましても J I C A のこの部門の事業に対しても御理解を賜りますよう、お願い申し上げたいと思えます。

次に 1 2 ページでございます。「業務の実施体制の整備と課題」でございますが、これは既に御案内のあった非常に低い伸び率で 2. 1 6 %、切り上げて 2. 2 % でございすけれども、来年度予算の厳しい中で、そこに書いてございますようなもろもろの措置がとられておるわけでございます。定員が 2 0 人と書いてございますが、純増は 1 0 人でございます。これは毎年行っている定員削減が 1 0 人でございます。したがって 2 0 マイナス 1 0 と、純増が 1 0 名でございます。それで J I C A の職員の定員が 1, 2 1 3 名になるわ

けでございます。そのほか、そのような職員のほかに支援要員といったもので、そこにございますようなライフワーク専門家、企画調査員、連携協力調査員、在外専門調整員等支援要員の確保にも大変我々は力を入れまして、結構充実した内容の予算ができ上がっているというふうに考えております。

なお、13ページに組織名がずっと書いてございますけれども、その真ん中あたりに無償資金協力調査部調査役の設置とありますが、これが唯一来年度予算で認められた新しい組織でございます、ほかは全部スクラップ・アンド・ビルドと申しますか、組織の入れかえでございます、強化されたものはこの無償資金協力調査部調査役ということでございます。

在外におきましては、13ページの下から5行目にパレスチナ事務所の設置、これが新しく認められました。これも実はスクラップ・アンド・ビルドでございましたが、パレスチナ地域における援助の強化の必要といったことから、これが認められたわけでございます。

そのほか、14ページにわたりまして新たな予算の中身が少し書いてございます。1つだけ私から申し上げたいのは、国内機関の体制の整備といった面の配慮もかなり行われているということでございます。新たに横浜センターといったものの調査費、それから兵庫の国際センターといったものが結構古くなったものですから、この建てかえの設計費、それから名古屋の国際研修センターの、これも古くなっておりますので、建てかえのための土地の購入費といったものが認められたほか、先ほど申し上げました民間に存在する援助資源といったものの活用ということで、民間セクターからアドバイザー型の専門家に参加していただくための予算も認められたわけでございます。

そのようなことで、2.16%ではございますけれども、結構中身の充実した予算になっておりますから、私どもはこの予算をいただいた上で充実した事業を展開してまいりたいというふうに考えております。以上でございます。ありがとうございました。

○仲村委員長　ありがとうございました。

6. 保健医療協力事業の現状と課題

○仲村委員長　それでは最後になりましたが、引き続いて小澤理事に保健医療協力の関係の御説明をお願いいたします。

○小澤理事　小澤でございます。時間が少々押しておりますので、できるだけ説明を簡略

にさせていただきたいと思います。

まず、お手元の資料の21ページをごらんいただきたいと思います。平成8年度におきます保健医療協力関係事業につきまして概括しますと、プロジェクトの件数は39件を実施しております。その中でタイプ別に分けると、病院等の臨床医学が10件、研究所等への研究が8件、保健医療技術者の養成訓練が3件、医薬品・ワクチン・食品の品質管理が4件、公衆衛生・地域保健分野が14件ということでございます。このプロジェクトの形態別の特性としましては、病院等の臨床医学関係のプロジェクトが例年から見ますと落ちてきていまして、むしろ5番目にあります公衆衛生・地域保健分野、ここにプロジェクトの増加傾向がございます。

また、人口家族計画におきましては9件のプロジェクトを実施いたしましたけれど、この中で家族計画だけではなく、安全な出産等を含めました女性の健康、さらには地域における母子保健の向上というような家族計画と母子保健を統合したような形のプロジェクトがふえてきております。

そういった状況でプロジェクトの推進に伴いまして、平成9年1月現在で長期の専門家245名、短期287名、計532名の専門家を派遣しておりますが、これは平成7年度に比べますと短期が約90名、3月までということ想定しましても、短期の専門家の派遣が平成7年度に比べますとかなり落ち込んでくるのではないかと思います。これは先生方御承知のように、最近どうしても病院経営の合理化というような側面から、海外に向けて専門家として派遣していただく方々がなかなか厳しくなってきておりまして、こういうことも1つの問題かと思えます。

それから医療協力部につきましては、他のプロジェクトとは若干違いまして、プロジェクト関係の機材供与事業だけではございまして、いわゆる医療特別機材ということで、病院や研究所向けの診療・検査用の機材とか試験機材等を供与するものがありますが、これは派遣事業部の単独機材供与と同じような形で実施されておまして、プロジェクト以外の場所に対して機材が供与されますが、これが19件ございます。また、感染症対策特別機材供与ということで、これはWHOやUNICEFと連携しましてEPIのワクチンやコールドチェーン等を供与していますが、これが37件と、非常に手間暇のかかる機材供与事業というものがございまして、これにかなり努力を要する状況でございます。

また、平成8年からは新しくエイズ対策ということで、血液検査や特別機材、こういったものがふえてきていますし、人口・家族のところでは避妊具や母子保健キットのほかに、近年では母子手帳等の供与といたしますか、作成して配布するというような状況もこの中で行っております。

22ページをごらんになっていただきますと、この中の（3）で、「主要援助国及び国際機関、地方自治体、NGO等との連携」ということですが、医療協力としましては先ほど申し上げましたような従来の、いわゆる専門家を派遣していただくという機関が非常にタイトになってきていることの中で、地方自治体やNGOとの協力を鋭意努力しておりまして、平成8年度におきましては千葉県、滋賀県、新潟県に新たに地方自治体として協力活動に携わっていただいております。

それからNGOとしましては、きょう御出席いただいておりますが、日本医師会との関係でネパールにおいて母子保健関係を連携して協力をさせていただいているほか、23ページのウにNGOとの連携案件が書いてありますが、約5件の案件がNGOとの関係では実施されております。

それから新しい案件もかなりふえてきておりまして、特に感染症関係の案件、あるいは母子保健等の案件を中心としまして、先ほど申しました地方自治体との関係で、平成8年度については案件が増加しております。

続きまして25ページにその他のところがありますが、実は保健医療協力の実施に伴って現在何が困っているかということですが、1つはここに書いてありますようなスリランカあるいはエジプト等の看護教育、ここで看護教育に携わるカリキュラムをつくらせるといふところでは、今日本国内の看護学校がいわゆる4年制の大学に移行している関係もありまして、いわゆる海外における看護教育に携わる者というものが非常に少なくなっておりまして、エジプトの看護の場合も約1年間、専門家がほとんど長期ではないという状況が出ておりまして、こういう点が非常に大きな問題となっております。

それから、プロジェクト方式の技術協力以外のこととして25ページのところに書いてありますが、「研修員受け入れ」でございます。全体としまして受け入れている研修員の中で、保健医療関係では1,050人が平成7年度からの継続を含めて研修事業の研修員受け入れの中で占められておりまして、これは全体の12.7%ということでございます。最近はかなり研修のニーズの中で分野が拡大してきておりまして、研修事業部の方も新規の研修受託先等を含めまして、この開拓ということでもかなり努力をしていただいております。従来にない、例えば精神衛生とか歯科とか、こういうところについても研修が行われているということです。

もう1つは、この研修員の受け入れの中では第二国研修と第三国研修がありますが、この2つの協力形態につきましても、医療協力のプロジェクトとの関連が非常に密接でございます。特に第二国研修につきましても、全体の第二国研修の中の過半が医療協力との関係ということで、10コース中医療協力のものが5コースございまして、こういう点も

平成8年度の特徴かと思えます。

引き続きまして26ページに移りますが、「青年海外協力隊」につきましては例年とはほぼ同様でございますが、現在、1月末現在で56カ国に2,357名を派遣しておりますが、このうち保健医療の隊員が488名ということでございます。したがって、全体の14.6%ということで、協力隊の派遣分野の中では医療協力の分野が非常に高うございます。

平成8年度の特徴の1つで「開発調査事業」、従来この開発調査事業に保健医療関係のものが含まれることはなかったわけでございますが、最近の保健医療分野の高度化、あるいは複合的な形でプロジェクト形成が行われるというようなことの中で、この開発調査を必要とする案件が出まして、7年度は「ホンデュラス全国保健医療総合改善計画」というものを社会開発の方でやっていただきましたが、こういったものからプロジェクトがつながっていくということがあります。

27ページの「災害緊急援助」でございますが、ことしは海外における自然災害の発生率が非常に高うございまして、特にこの2月現在で21件、緊急援助物資等を供与しております、過去最多でございます。そしてまた、本年はバングラデシュの竜巻、あるいはエジプトのビル崩壊事故等におきましては、人の派遣を行うということでございまして、非常に相手国から感謝をされております。

続きまして「無償資金協力」でございますが、これも従来、平成7年度の総額が1,277億8,600万円でございますが、このうちの150億4,500万円、全体の11.8%ということで、平成8年はこの1月末時点で17件、150億6,700万円ということで、これは非常に無償との関連が強くなってきております。

28ページ、29ページに各プロジェクトと、無償と書いてあるものは無償との連携をしている案件でございまして、そのほかにUNICEFとか現地NGOとか、それぞれコンタクト先がプロジェクトの右側のところに書いてあります。特に英国の援助庁とか米国のAIDとの連携案件も近年増加しているということが1つの特徴かと思えます。

それから38ページと39ページを見ていただきたいわけでございますが、これは従来なかった表でございます。それでは医療協力に伴いまして新規派遣の表でございますが、専門家の資格別で見ますと、プロジェクトの関係で医師が45.5%を占め、そして臨床検査技師が4.0%、薬剤師が5.1%、薬剤師が若干ふえてきております。全体としまして、長期専門家が16.4%、短期が83.6%でございまして、医療協力の場合は非常に短期の専門家に依存するところが多いということでございます。

右側を見ていただきますと、それぞれの派遣元が書いてありますが、ここでの特色は、

最近では民間から派遣をしていただくという部分が非常に増加しておりまして、これが22.8%。それから、大学等を定年でおやめになられたりして無職の形で行っていただいている方が12.7%。合わせますと約35%の方が民間に依存しているという状況が現在出てきております。私立の大学は教育機関ということで民間というセクターには入れておりませんが、そういうところが非常に大きな特色かと思えます。

続きまして51ページを見ていただきますと、平成9年の予算、先ほど総裁からも、あるいは木島理事からの御報告の中にもありましたが、非常に厳しい財政事情の中で外務省には特段の御努力をいただきまして、保健医療協力費では3.5%ということをごさいますして、私どもプロジェクト事業全体で1.4%でございますから、この医療協力というのは非常に前年比では伸びている。非常に厳しい中でも重点的な予算配分をしていただいたということの中で、新規のところでは非常に私どもが従来から欲しい、本当に必要だという予算をすべて満額でつけていただいたというところに大きな特色がありまして、「病院プロジェクト巡回指導調査員」、これは先ほど言いました無償との関連、それから「母と子供のための健康対策特別機材」、特に貧困層に対する医療協力の拡充ということからいいますとも、この辺のところの事業は非常に重要かと思っておりますし、またウの所属先補填も先ほど御説明しましたように民間が非常にふえていることの中で、この所属先補填が医療協力の場合は足りない傾向にありましたので、こういうところにもつけていただくというようなことがありました。

52、53ページを見ていただきますと最近の課題が書いてありますが、プライマリー・ヘルスケアは後ほどの論議に譲りたいと思いますが、母と子供の健康対策への取り組み、また新興・再興感染症対策への取り組み等を含めましてこうした分野について、特に私どもとしましてはタイとかケニア、あるいはガーナ、こういったところを拠点プロジェクトと位置づけまして、これは昨年第28回この委員会で島尾先生からも、この研究協力等のプロジェクトについては5年というプロジェクト期間ではなく、むしろ相互の研究成果を高め、エリアにおける情報拠点ということの役割を果たすということの中で非常に重要であるということの御指摘をいただいたことを受けまして、私どもとしてもこの3つを地域の拠点プロジェクトとして、今後も研究的なことを含めてエリアの防疫活動その他を含めまして協力していきたいと思っております。

ここでの特色は、(5)の「病院等の運営管理強化への支援」ということをごさいます。昨今の日本の病院経営の問題点等でこの分野が大変でございますと同時に、途上国においてもこの分野は非常に問題がございます。特に途上国においては深刻でございます。病院経営のみならず、カルテの管理あるいは財務管理、こういうことを含めて非常に要請が

高くなってきておりますが、実はこの分野について我が国では、海外に派遣する要員のゆとりがないということもございます。私どもとしては鋭意この分野につきましての人材の育成ということを、今後本格的に取り組む必要があるかなと考えております。

それから55ページにあります(8)で、「現地ニーズに合致した医療専門家の養成」ということですが、この医療協力、長年各先生方の御指導のもとに実施しておるわけですが、特に若い医学関係者の皆さんが海外において日本の海外医療協力に携わっていただくことによって、ますます将来に向けての人材の育成、また我が国としての国際貢献というところに裨益するということもありますので、こういう面につきまして今後できるだけ若い人たちが海外に出やすい環境をぜひつくっていただくということで、各先生方に今後一層の御指導を賜りたいと思います。

また、JICAとしましては、今ODAが非常に厳しい折から広報事業にも重点を置いております。各委員の先生方には、この私どもの事業を通して実施します活動につきまして、1人でも多くの国民の皆さんの理解を得られるよう広報面でも御支援を賜りたいと思います。

あと1分ばかり時間をいただきまして、別添で「参考資料」というものがお手元にあるかと思います。これは、日本の医療協力がどのような状況かということで、DAC主要国の保健医療分野との比較をした図でございまして、外務省の経済協力局がおつくりになったものを拝借させていただいております。ここにありますように、日本は今米国に次いで2位でございしますが、しかし、米国の3分の1程度です。ドイツ、フランス、日本、この3カ国、それに群を抜いて米国があるということで、2国間協力として我が国は1973年からちょっと落ちてきておりますが、米国は非常に伸びてきている。ドイツ、フランス、両方とも伸びてきておりますので、私ども日本が落ちてきていますのがちょっと気になるところでございます。

2ページは、日本の協力の中における保健医療分野の状況が表としてできておりますが、これは平成7年度と書いてありますが「度」が余計でございまして、DACの実績でございしますから歴年ベースでございします。一般無償の中では保健医療が大体150億ということで11.8%。特に草の根無償につきましては33.6%が保健医療ということで、非常にここに集中してきております。技術協力のところでは263億でございしますので、技術協力全体に占める割合では8.1%という状況になっておりますことをあわせて御報告させていただきまして、簡単でございしますが説明にかえさせていただきます。ありがとうございます。

○仲村委員長 ありがとうございます。

お役所の方とＪＩＣＡの方の御説明をちょうだいいたしましたが、今までの御説明について御質問、御意見等がございましたら、自由に御発言願いたいと思いますが、いかがでしょうか。どうぞ、松田委員。

○松田委員 主にＪＩＣＡの方の御説明に関係してくると思うのですが、２～３御質問なり意見を申し上げます。１つは地方自治体等と連携した国民参加型の援助というものには、非常に私は大賛成なのです。特に地方自治体職員の協力を得ることには。国の職員の場合は、海外派遣職員法か何かあって行きやすいのですが、自治体によってはこの仕掛けがなく、長期に自治体職員を派遣する場合に非常に支障を来していた経験というか、そういうものがあるのですが、今我が国ではその辺はどうなっているのでしょうか。もしそういうことで自治体によって出にくいような阻害要因があれば、それも何とかしていく方法というものがいいのではないか。そういう阻害要因はなくなっているのかどうかというのが１つでございます。

もう１つは、これもどこかのレポートの中にありましたけれども、いろいろな援助提供国との協力というのは非常に重要だと思います。特に援助ずれをしたような国は、インドネシアなどもそうかもしれませんが、援助を受ける方が威張っていて、これはおまえの国に援助させてやるとかですね。そうすると、しっかりしないと日本がかすをつかんで、いいところはアメリカが持っていくとか、そういうこともなきにしもあらずではないか。要するに援助提供国との協力というのは非常にいいのですが、具体的にそういうことをやる仕掛けというか、場というのはあるのかどうかということ。

それからもう１つ、研修についてでございますけれども、今の御説明の中で病院の管理などについても非常にニーズが高いということで、私ども研究所でもお受けしております。そこで感じることは、国によって研修生のレベルが随分違って、大変苦勞しておるわけでございます。それはそれとして、研修受け入れもいいのですけれども、指導者を相手国に派遣するというそういう単発ではなくて、研修コースそのものの出前というお考えがあるのかどうか。例えば私どもの研究所で、これは台湾で国交はないのですけれども、我が研究所の職員が集団で相手国へ行って、向こうが来るのではなくて、こちらが出かけて行ってやる。それで、相手国が来ると、せいぜい５人か１０人ぐらいしか来れない。それで、我が方が数名で行けば、向こうは４０人、５０人が一緒にやれるということを２年続きでやった経験があるのですが、そういうふうな研修コースそのものの出前という考え方はあり得ないのかということでございます。

それから、研修を日本で受け入れた後、１回ぐらいでどうかなと非常に心配して、終わればそれでいいと思っているのですが、フォローアップ研修的なそういう仕掛けというの

があるのかどうかと。ちょっと思いつきというか、お願いみたいなことで申しわけないのですが。

○仲村委員長 それでは、小澤理事。

○小澤理事 今回の松田委員からの御質問でございますが、確かに地方公共団体から専門家を出す場合は国家公務員の場合と違いまして、現在も非常に大きな制約がございます。この点は、きょう目賀田技術協力課長が外務省から御出席されていますが、自治省との間では従来から問題としていまして協議をやっております、今はどちらかという、各自治体ごとにJICAが交渉して、自治体が県議会で特例措置を講じるというような形で派遣していただくというようなことが多いわけです。ですから、埼玉県、これは知事さんが非常に熱心に国際協力を進めていただいていますから、そういうところは突破口が出てくるということでございますが、そういう点はこれからの協力のフレームワークをつくるときに、私どもとしても外務省と今後相談させていただいて、さらに包括的なものができればいいかなと考えております。

それから、援助受益国との関係でございますが、ちょうどインドネシアが例になりましたが、私どもの総裁はインドネシアの大使をされていまして、少なくともインドネシアについてはそういうことはないのではないかと私は思っております。現に向こう側の保健大臣や何かでも非常に親しくされていますので、むしろ感謝をされているということで、この点はむしろ一般論で申しますと、これも外務省が年次協議を相手国とやっております、これは政策対話ですが、向こうからの政策的な要望も聞き、こちらからも相手国の国家開発計画等に基づいての重点等を明確にさせていただいたりして、これを必ず主要国との関係ではやっております。ですから、そういう点では日本がアメリカやどこかの国に比べてプロジェクトで変なものをつかむというよりも、むしろ日本の協力は向こうのニーズに合わせた形のものが非常に多いということが言えるかと思えます。それが第2点でございます。

それから研修ですが、これは研修事業部が来ておりますので、そちらから申し上げます。

○森本幹事 研修事業部の森本でございますが、松田委員の御質問等についてお答えをいたしたいと思います。

第1点目の国別でかなりレベルが違うということは御指摘のとおりでございます、私どももいろいろ苦心しているわけでございますけれども、先生の御承知のとおり、最近は一から十まで途上国から人を集めてコースを設定するというのではなくて、国別、地域別といいますか、かなりきめ細かくニーズに合った特設コースなどを設定するように努めております。

先生から御指摘のコースの出前などの方法があるのかという御質問でございますけれど

も、ちょっと見方が違うかもしれませんが、現在私どもは第二国研修、第三国研修というものを既に実施しておりまして、これが先生のおっしゃるコースの出前になるかどうかは別にいたしましても、例えば第二国研修であれば、現在はLLDCが対象でございますけれども、その国の研修生、地方レベルまで含めました研修生を1カ所に集めまして集中的にきめ細かく研修をやっておりますし、それから第三国研修につきましては、例えばインドネシアに周辺国から集まってもらって、必要であれば日本の専門家も出かけていって集中的に講義をやるというようなこともやっておりますので、先生のイメージのコースの出前そのものとは違うかもしれませんが、このようなコースも現在やっておるということで御紹介したいと思います。

第2点目は、フォローアップということでございましたでしょうか。私どもは500近い集団コース、特設コースを抱えておりまして、当該コースについてのフォローアップを毎年やるということは不可能でございまして、予算的には5年から10年というような経過をしますと、その当該コースのフォローアップができないような予算システムになっておりますけれども、当該のコースにつきましては数年間の成果とか、あるいは問題点とか、先生方に現地を何カ国か訪問していただきまして、現状の研修はいいのかどうか、ニーズに合っているのかどうか、あるいはカリキュラム等を大幅に改定しなければいけないのかどうか、そういったフォローアップ調査も現在やっております。その際に、これは前からやっておりますけれども、特別のプログラムで現地セミナーというものをやっております、集中講義といいますか、そういったものを1日、2日かけてフォローアップの研修の一環としてやっておる状況でございます。以上でございます。

○仲村委員長 ありがとうございます。

どうぞ、木島理事。

○木島理事 先ほどの地方自治体からの専門家ですが、数字を入手しましたので御披露申し上げます。

平成6年度ベースで、全専門家に占める地方公務員の割合が6%でございます。これは国家公務員が30%でございますから、それとの比較においてかなりまだ低いレベルにあります。しかし、傾向といたしまして地方公務員の方が上昇傾向、中央の国家公務員の方は減少傾向といったことがございます。ちなみに民間からの専門家リクルートがふえております。

○仲村委員長 ありがとうございます。

今の人材の関係ですけれども、7年と8年で90人落ちたというのは、派遣専門家が落ちたのですか。

○小澤理事 この8年度は、前年に比べまして短期の専門家の数がかなり激減するのではないかと思います。医療協力は短期専門家が多いものですから。1月現在で90名落ちているということは、リカバリーしたとしても約50近くは落ちるのではないかと考えております。

○仲村委員長 そうすると、プロジェクト自体に支障を来すとか、そういうことはないのですか。

○小澤理事 そういう問題も出てくるかと思います。

○仲村委員長 ちょっと質問をふりますけれども、ここにも数字がございますけれども、32名、国際医療センターから派遣していますね。それで、JICAとの関係というのはどういうふうになっているのか、簡単に御説明いただけますか。

○古田幹事 国際医療センターの国際医療協力局長の古田でございますが、今の委員長のお答えとしまして、まず我々の日常の業務というのは、いわゆるODAの執行に当たって保健医療分野における実行をお手伝いするというのが我々の基本的な役割ということで、もちろんそれ以外に厚生省の立場からの国際機関との関係、いろいろな意味での、エイズ関連等の行事に参加することもございます。そういう中にありまして我々のところは、8つほど技術協力プロジェクトを8年度は引き受けていたわけですが、年度途中でネパールが1つ終わりました。そして、ことしはまた1つもしくは2つふえるということで、大体8～9というプロジェクトの請け負いをさせていただいています。

そういう中で長期の派遣が、昨年のクリスマスカードを出した関係で覚えておりますが、16名、越年した長期が我々のところにはおります。その中には5名の看護婦を含めております。それ以外に今委員長が指摘されたような関係での技術協力に関する短期の派遣が、大ざっぱに数えてみまして、南米関係で10名程度、それからアジア関係、これは中国、ネパール、インドネシア、それからラオス、カンボディア、ベトナム、そういったところで約50名ほど、特にベトナムのチョーライ病院の短期派遣というのは、これは非常に集中しておりまして、私も、27名も随分出たなという感がいたしますが、相当の数をこの8年度派遣いたしました。そういうことの中でパキスタンもございまして、短期の専門家が大変大ざっぱな数字で申し上げますと延べ70名ぐらい参加させていただいております。

そういうことで、私どものところで多分年度末で締めますと150はかなり超える派遣総数がございますが、その中で90%までは参りませんが、87～88%がJICAの技術協力並びに無償資金の調査、そして、この平成8年度は3チームぐらいの中で評価ミッションの方にも参加して評価にも加わりました。

それから、1つ注目すべきは、JICAと兄弟関係にあると思いますが、OECDの調査ということで、特にインドネシアを中心としまして、いわゆる円借の方の調査にもトータル4～5人参加させていただきました。そういったことが現状の数字でございます。

○仲村委員長 ありがとうございます。これからもどんどんふやしてください。

それでは、5時半から懇親会を予定しておりますので、御質疑、御意見は、そのときにお差し支えなかったら御披露いただきたいと思います。

7. プライマリー・ヘルスケア専門部会中間報告書（案）について

○仲村委員長 梅内先生、お待たせいたしました。門司先生も適宜御発言いただきたいと思います。よろしくお願いします。

○梅内委員 プライマリー・ヘルスケアは、有名な1978年のアルマ・アタ宣言から始まったわけですが、要するにプライマリー・ヘルスケアといえますのは、初めて全世界の地球規模で人々の健康を考える、それはある有限性の中でどのように健康を開発し、人間を開発して、そしてサービスの公平性を求めるかと、非常に理想の高いものでございました。しかし、理想は高いけれども、これは非常に高だけ、これからの人類の生存にとっては非常に重要なものを全部含んでおります。

先ほど仲村委員長がおっしゃいましたが、WHOも来年で50年になります。そして、その50年目のエバリュエーション、評価をやるという計画がWHOにあるということですが、まず最初の10年目に、WHOがこの重要なプライマリー・ヘルスケアをいろいろな形で評価をいたしました。きちんとした、皆さんがなるほどと思うような評価は、何もWHOを非難するわけではないのですが、非常に難しいものがありまして、ただ言えることは、確実にプライマリー・ヘルスケアのコンセプトは世界じゅうに広まったということとわかったのです。いろいろな問題が出てきたということもそこで明確になりまして、やはりそれを今度はどのようにして具体化するか。特に1980年代のアフリカ及び中南米における経済のリセッションとの絡みで、非常に大きな問題が出てきたということも事実であります。

では、このような背景の中で、JICAが進めたプライマリー・ヘルスケアのプロジェクトはどうであったかということをしつかりと見据えようということで、このタスクフォースが形成されまして、いろいろな作業を行いました。

それで、皆様のお手元にありますが、このタスクフォースのきょうの報告書は、「プラ

イマリー・ヘルスケア専門部会中間報告書（案）」となっておりますが、これはきょう一番最初に吉田医療協力部長が既に述べましたように、これは2年計画で、今回はまだ中間報告書であるということを御了承になってください。といいますのは、このプライマリー・ヘルスケアというのは非常に大きな作業が必要でございますので、今回は中間報告書（案）ということで御了承願いたいと思います。

最初の目次を開いていただきますと、ここには「歴史的背景」、「プライマリー・ヘルスケアの現代的視点」、それから「海外のドナーの動向」、「JICAプロジェクトの歩み」、「JICA・PHCプロジェクトの事例分析」、これは5カ国で行っています。それから「JICAプロジェクトの政策並びに戦略的視点からの考察」、これらに基づいて7番目に「JICAプロジェクトへの提言」というふうになっております。

それで、皆様の御注意を引きたいのですが、アネックスの「JICA・PHCガイドライン」と。要するに、これをドラフトしたのは、やはり各論、いわゆる日本のJICAのプロジェクトにかかわるガイドラインが必要だろう。要するに総論だけでなく、各論までいきましょうというような考えでございまして、プランニングから実施、それから評価まで含めたJICA・PHCのガイドラインをドラフトいたしました。これは、これからどんどん直していきたいと思いますが、それが16ページにアネックスとしてございます。

それで、この中で重要なことをかいつまんで皆様に報告したいと思いますが、それは「プライマリー・ヘルスケア専門部会中間報告書（案）の大要」という、この5ページつづりのものをお開きになってくださればありがたいです。

まず、3ページから述べていきたいと思いますが、日本のプライマリー・ヘルスケアは過去20年、特にアジアにおけるJICAの展開といいますのは、今後評価をさらにする必要がありますが、アジアでの大きな印象は、アジアからのレスポンスといたしましては非常に日本の協力は重要であった。これは偽らざるアジア各国からのレスポンスでございます。これをどのような形でコントリビュートしたかということを定量化するのは今後の問題でございますが、事実アジアは20年間、日本等の医療協力の面では感謝しております。

それから、アフリカ、中南米におきましても、このアジアでの日本の協力の展開から、日本からのプライマリー・ヘルスケアの協力に大きな期待があるということも事実でございます。

しかし、こういうポジティブな面は1つの事実としてありますが、今後は有限な資源の中でどのように地球レベルで医療協力を展開するかということに関しまして、いろいろな

新しい概念、方向というものが各省庁からの御発表にありましたが、私たちが提言として述べることも大体それに一致しております。特にオーナーシップであるとかパートナーシップ、それから住民参加、人間の能力開発、そういうものは非常に重要でございます。それなしにはできないということも事実でございます。

3 ページの4) の「JICAプロジェクトへの提言」の1つとして、まず「住民の主体的参加の促進」、これは各省庁の先生たちから御発表になりましたが、要するに中央政府の限られた保健予算はなかなかふえないです。御存じだと思いますが3%ぐらい、あるいは一生懸命頑張って8%ぐらいです。10%近くに伸ばしている国もありますが、それは非常に珍しい国です。その限られた予算の中で、あるアクセプタブルなレベルの保健医療をやるには、どうしてもコミュニティの隠れたる資源開発が必要でございまして、それに絶対に必要なことは住民の主体的参加、これなしには絶対に何もできないということは、ここにいらっしゃる方はわかると思いますが、そういうものにさらにきちんと注目して、きちんと組織的にやるということでございます。その重要性がここに 있습니다。

そして、2番目も大体同じように「コミュニティの人的・財政的資源の開発」。これは、今の必須薬品の回転資金なども含めまして、コミュニティのいろいろな財政的資源の開発ということをここにうたっております。

3番目は「患者のリファーマルシステムの改善」ということですが、これは一番末端のヘルスセンターをあるレベルまで充実したときに、それがきちんと作動するにはどうしても二次レベル、二次医療との連携、リファーマルシステムが非常に重要でございまして、このことに関しましては、日本でも国立医療センターの病院チームがいろいろ大変よくやっておりますが、今後はこのプライマリー・ヘルスケアとの連携ということを視点に入れたプロジェクトが非常に重要になってくると思います。

4 ページに移りまして、(4) の「パイロット型プロジェクトから国家プロジェクトへの展開」ということでございますが、ワールドバンクを初めWHO、UNICEFは、意外とパイロット・プロジェクトだけで終わってしまう場合があります。ですから、日本のJICAが行っている中では、そのパイロット・プロジェクトをナショナル・プロジェクトに持っていくという、そういう視点で今行われているものが今JICAで育てております。そういうような視点というのは非常に重要でございまして、このような形でJICAが行えば、国連を初め他の国もいろいろとこれに対して学んでいくことになると思います。

それから、(5) の「他の分野の連携を視野に入れる」。これは我々保健分野だけをやっていきますと、幾らEPIカバレッジをふやしても、どうしてもやはりそこには、ここに

ありますように経済、教育など社会のいろいろな経済的な発展との連携、例えば農業、水産業、そういうものがきちんと連携していないと、保健分野だけのプロジェクトだけでは非常に限界がある。これはいろいろな人が感じていることですので、これを今後視野に入れるときに、どのようなストラテジーでこれを連携していくかが非常に重要になってくると思います。

(6)の「ODAとNGOの援助方法の特徴及び両者の連携について」。先ほどもいろいろとNGOとの連携が述べられましたが、御存じのようにNGOはNGOのきちんとした使命がございまして、やはり住民に直接サービスをいろいろ展開いたしまして、そういう意味では非常にNGOは有効でございますが、ODAの方はサービスの基本骨格をきちんと提示する義務があるし、そういう責任がございまして、そういうふうにして基本骨格のサービスをやって、そして、いろいろな活動を結晶化するというようなものでございますので、そういうことがきちんと認識されてODAとNGOが協力していけば、非常に有効なものが生まれてくると思います。

次は、「JICAの組織レベル」に関しまして我々の提言をここに3つ述べておきました。プライマリー・ヘルスケアといいましても、今文部省も熱心になっていろいろ大学を援助してくださっておりますが、大学を初め、それから社会に出た臨床経験者、お医者さんたち及び看護婦さんレベル、パラ・メディカルの人たち、こういう方に対してやはりもっと包括的な、プライマリー・ヘルスケア、コミュニティ・ヘルス・システム、いわゆる地域医療全体がわかるような、そして、それをきちんとそこでいろいろなプロジェクトを展開できるような専門家、この専門家がまだ少のうございますので、絶対にこの専門家の育成が重要であるということを提言として出しました。それが、もしJICAの今の現在のシステムの中でも重視されたら、非常にいいなということでございます。

5ページ目の(2)の「保健医療関連の国内委員会を統合する委員会の設置」。これは、今JICAではプライマリー・ヘルスケアなど、いろいろ医療協力が盛んになってきておりまして、国内委員会もきちんと今機能しておりますが、各プロジェクトの国内委員会だけでなく、いろいろな関連分野の人たちが互いに政策論的な立場から総合戦略をきちんと協力し、意見交換、経験交換、そういうことをできるような場をさらに強化したらいいのではないかとということで、例えばここには医療協力部長の諮問機関としての保健医療協力総合戦略委員会、これは何も法律を変えなくてもできることだと思いますので、このような具体的にできるようなことから機能を改善していったらどうかということをここに述べております。

(3)は「地域開発プロジェクト統合委員会の設置」。これは先ほども申しましたよう

に、保健医療分野だけではいろいろな限界がございますので、社会開発、経済開発、教育開発プロジェクト、こういうような他のプロジェクトを含んだ統合的な地域開発、こういう委員会の設置ということも非常に重要だと思います。そういうことで、この設置をリコメンデーションに載せておきました。以上でございます。

○仲村委員長 ありがとうございます。

セクレタリアートで御苦労なされた門司先生、何か追加はございますか。

○門司（PHCタスクフォース委員） 個別なことは言う時間がないと思いますが、途上国の現場で保健医療協力に従事している立場からいいますと、この分野ではもうJICAがイニシアチブをとっていくしかないような状況がございますので、あと1年間頑張っ、いいものをつくりたいと思っております。

○仲村委員長 ありがとうございます。

一番最後に、吉田部長に今後の手続、作業日程等を御説明いただきますが、その前に御質問はございますか。古市さん。

○古市委員 公衆衛生院の古市ですが、先ほどの方に戻って恐縮ですけど、小澤理事の御説明の中で、23ページのところに「英国援助庁との連携プロジェクト、タンザニア母子保健」というものがございました。それと同時に、エジプト等で看護婦教育の方になかなか人材がいけないというお話もございました。また、アフリカに援助を強化していかなくてはいけないという話を聞きまして、そこでちょっとお尋ねですけども、植民地時代の旧宗主国というのですか、長年のその国の風習の中で、その国の医療制度というのはできているわけです。アフリカ関係の多くの医療技術者は、多分アメリカ、ヨーロッパの方に行って、そこの医療や看護を勉強してきている。そういう国の援助を日本が単独でやるということで無理があるのではなかろうか。例えば病院の看護システムをつくっても、そこに戻ってくるドクターは、みんな欧米のシステムを持ってくるし、看護婦の方もそうになっている。そして英語教育を受けてくる。そこのところがもう1つ、それでいいのかなという気がしています。そのときに、タンザニアが英国と一緒にやっているという、こういうものはうまくいくのではないかという気もするわけです。

そこで、ちょっと吉田部長からも私はお話を聞いたのですが、ケニアへの援助をしてくれないといけないといったときに、あそこはほとんど英国の方でやっていますね。それで、英国は御承知のようにロンドンにスクール・オブ・ハイジーン・アンド・トロピカル・メディスンという、有名な昔からの学校がありまして、厚生省の技官も多くそこに行って1年コースで勉強をして帰ってくるわけです。もちろんアフリカの人たちもたくさん来ています。その学長がこの間見えました。スペンサーというのですが、「あなたの国こそ、や

らなければいけないのではないですか」と言ったら、「それは、まあそうだけど」というような話がありました。

そこで、これからいろいろやられるときに、そういう昔の医療風習とか習慣、先輩・後輩とか人事交流などをよく考えて、その辺をどう配慮しながら日本の援助をそういう国でやっていかれるのかということをお尋ねしたいと思います。

○小澤理事 今古市先生から御指摘のあった点でございますが、私どもとしてもケニアとかガーナを含めまして旧宗主国との関係、これは非常に重要な要素だと思っております、特にエジプトなどの場合は、これ以上どうも看護教育に携わる人がいなければ、英国等の専門家を活用したらどうかと。ここまで実は考えまして、私ども英国に事務所がございますものですから、向こうとのコンタクトをしたりしたこともございます。

私どもも、タンザニアもそうでございますが、まだまだお互いの国の制度、仕組みが違うということもありまして、連携と申しまして実際には情報交換程度ということでございます。これでも、しないよりはした方がずっとよろしゅうございますので、そういう段階をこれから少し乗り越えるためには、パスツールとか英国の医科大学とか、こういうところと年1回ぐらいの年次協議といいますか、お互いの協力情報の交換だけではなく、何か連携プレーの可能性等についても進めていく必要があるのかなと思っております。

この点は、私どもで企画部が中心になりまして、そういう構想も若干ありますので、きょうは企画部長も来ていますので、その辺を説明してもらうようにいたします。

○小田野幹事 企画部長の小田野でございます。

概略、連携の観点からの御説明を申し上げますと、今お話がございましたように特定の国においては比較優位を持っている国もあるわけでございます。それから、アフリカのようにはJICAが、あるいは日本がこれから協力することが求められている、ある意味で我々が学ばなければいけないというところもございます。そうしますと、そういうところから経験を学ぶ、あるいは基本的な情報を得るということも大事でございます。それから逆に言いますと、旧宗主国のうちといたらいいかどうか、経験を積んでいるところでも、アジアの目覚ましい日本の経験、こういったものから学びたい、そういったところもございますので、お互いにメリットがあるということを認め合うというところから始まっていると思います。それが第1点でございます。

それから2番目には、やはりグローバル・イシューという、貧困対策もそうでございます。それから環境問題、女性の問題、そういったものもございます。そういったものを世界的な見地から取り上げようという話が出てまいりましたので、こういう意味で援助機関が協力し合うという雰囲気非常に出てきた点がございます。具体的な例で申し上げま

すと、日本とアメリカでございますけれども、日米のコモン・アジェンダということで幾つかの分野でもって実際に協力をし合うという、ある意味では日米協力の観点からといったものもございます。

話をイギリスに戻しますと、最近ODAの関係者の日本への訪問もふえておりますし、それからフランスとの関係、あるいはドイツとの関係でも、幾つか切り口が新しく出てきております。そういった中で具体的なプロジェクトをうまく立ち上げようということで、医療も含めていろいろ話し合っているのが現状でございます。

一言だけ申し上げさせていただきますと、連携といいますか、協力といった観点から、本部同士の意識も大事でございますが、同時にフィールド・レベル、現地レベルでの需要、あるいは必要性を相互に認識して、これで立ち上げていくという部分も大事でございますので、JICAといたしましても現地の事務所によく連絡をとりまして、まずは現地レベルでの連絡、協議というところから始まっております。

ちなみに、現地におきましては主要な援助国の会合等がございまして、日本とアメリカ、フランス、ドイツ、あるいはそういうところの援助機関、それからUNDPとか世銀とかWHOとか、そういったものとの現地レベルでの、我々はドナーズ・ミーティングと言っておりますけれども、これが最近ようやく活発に開始されてきているという状況でございます。

○仲村委員長 ありがとうございます。

では、プライマリー・ヘルスケアに戻りますが、ほかにございますか。

梅内先生、御苦労いただいてありがとうございます。

谷口さんが先ほど御紹介になったこれにも、結局日本のプライマリー・ヘルスケアのことは、成功も失敗も含めて書いてあるという理解を私はしているのですが、日本のプライマリー・ヘルスケアというのは、世界に冠たるものだとは私は常々申し上げているのですが、ここに書く必要はないかと思っておりますけれども、保健所という技術を集積する非常に高い700～800の、県と市町村の間に集積している高いテクノロジーをきちんと確保した行政ができたというふうなことでは、非常に成果が上がったシステムだったと私なりに理解しております。

これは中間報告ということでございますので、なお引き続き梅内先生、門司先生、あるいはそのほかの専門家の先生方に、さらに御努力いただかなければいけないわけですが、今後の作業日程、あるいは経緯も含めて、逆になった部分もあるかと思いますが、部長から御発言があれば、それをちょうだいして、ちょうど時間になりそうなのでそれで終わりたいと思います。

○吉田幹事 ありがとうございます。

このプライマリー・ヘルスケアの報告書につきましては、先ほど梅内先生の方からも御報告いただきましたように、今年5回ほど議論をやっていただきまして、一応本日この海外医療協力委員会に報告する素案ができ上がった段階でございます。したがって、まだまだ内容的にも不十分な点もございます。そこで委員の皆様方にもぜひ本日、大変御面倒でございますが、ごらんいただきまして、御意見がございましたら私ども事務局の方にお寄せいただきたいと思いますと思っております。

さらに私どもとしましては、この報告をもちまして、さらにいろいろ関係者にお示しをして、御意見を伺っていきたいと思っております。例えば国際保健医療学会等におきまして、これをベースに1つのシンポジウムを開いて、そして関係の方々、さらにはNGOの方々、いろいろな方々からも御意見をいただきながら、日本のJICAとしてのプライマリー・ヘルスケア・プロジェクトは今後どうあるべきかという1つのフィロソフィーを取りまとめていきたいと思っております。そうすることによりまして、先ほど古市委員からお話がございましたように、今後、他の国際機関、あるいは外国との関係で議論する場合におきましても、日本のプライマリー・ヘルスケア・プロジェクトはこのようなものだというものをきちんとお示しすることが、十分連携がとれるものになるだろうと考えております。

したがって、今後1年間かけまして関係者の御意向を聞きながら再度議論させていただき、できれば来年の第30回の海外医療協力委員会の席において最終報告的なものを御報告できればと期待しております。したがって、皆様方からもまた御意見、御指導等いただければ大変幸いですので、よろしくお願い申し上げたいと思います。ありがとうございます。

○仲村委員長 ほかに特に追加の御発言はございますでしょうか。

8. 閉 会

○仲村委員長 もしございませんようでしたら、ちょうど時間でございますので、この委員会はこれで終了させていただいて、懇親会の方へ移らせていただきます。どうも御協力ありがとうございました。

午後5時28分 閉会

