

第30回海外医療協力委員会 会議議事録

平成10年2月

JICA LIBRARY



J 1143272 (1)

国際協力事業団
医療協力部

医 計

J R

98 - 07

第30回海外医療協力委員会会議議事録





1143272 {1}

第30回海外医療協力委員会 会議議事録

平成10年2月

国際協力事業団
医療協力部

目 次

1. 議事次第	1
2. 委員・御出欠表	2
3. 幹事・御出欠表	3
4. 国際協力事業団・役員等出席者	4
5. 会議議事録	5
配布資料	
第30回海外医療協力委員会 会議資料	45

第 30 回海外医療協力委員会

議 事 次 第

日時：平成 10 年 2 月 25 日（水）15：30～17：30

会場：JICA 国際協力総合研修所 国際会議場

- | | |
|-------------------------------|-----------------|
| 1. 開会および委員紹介 | 福原医療協力部長 |
| 2. JICA 総裁挨拶 | 藤田総裁 |
| 3. 関係省庁挨拶 | |
| (1) 外務省 | 粗経済協力局技術協力課長 |
| (2) 文部省 | 吉尾学術国際局教育文化交流室長 |
| (3) 厚生省 | 麦谷大臣官房国際課国際協力室長 |
| 4. JICA の最近の動向と課題 | 伊集院理事 |
| 5. 人口・保健協力事業の現状と課題 | 小澤理事 |
| 6. 専門部会の報告等 | |
| (1) プライマリ・ヘルスケア専門部会報告書（案）について | 結核予防会 島尾会長 |
| (2) 平成 10 年度の専門部会テーマについて | |
| 7. 閉会 | |

懇 親 会

17：40～18：30

国際協力総合研修所・4階 400 号室

第 30 回海外医療協力委員会 委員御出欠表

(五十音順・敬称略)

委員御氏名	御職位	御出席	御欠席
五十嵐 章	長崎大学熱帯医学研究所長		▲
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 樹果	麗澤大学教授	○	
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	国立医薬品食品衛生研究所長		▲
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	○	
西宗 義武	大阪大学微生物病研究所長	○	
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長	○	
古市 圭治	国立公衆衛生院長	○	
松田 朗	国立医療・病院管理研究所長	○	
森 亨	財団法人 結核予防会 結核研究所長	○	
矢野 正子	静岡県立大学看護学部長		▲
山崎 修道	国立感染症研究所長	○	
吉田 光昭	東京大学医科学研究所長		▲

(御出席 12 名、御欠席 8 名)

プライマリ・ヘルスケア (PHC) 専門部会委員

島尾 忠男	財団法人 結核予防会 会長	○	
-------	---------------	---	--

第 30 回海外医療協力委員会 幹事御出欠表

(敬称略)

幹事御氏名	御職位	御出席	御欠席
粗 信仁	外務省経済協力局技術協力課長	○	
八木 毅	外務省経済協力局無償資金協力課長		▲
木谷 雅人	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	○	
上田 茂	厚生省保健医療局国立病院部政策医療課長	○	
麦谷 眞里	厚生省大臣官房国際課国際協力室長	○	
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	○	
小嶋 光昭	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	○	
佐々木 豊	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	○	
中島 行男	国際協力事業団青年海外協力隊事務局次長	○	
福原 毅文	国際協力事業団医療協力部長	○	

第 30 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 伊集院明夫

理 事 佐藤 清

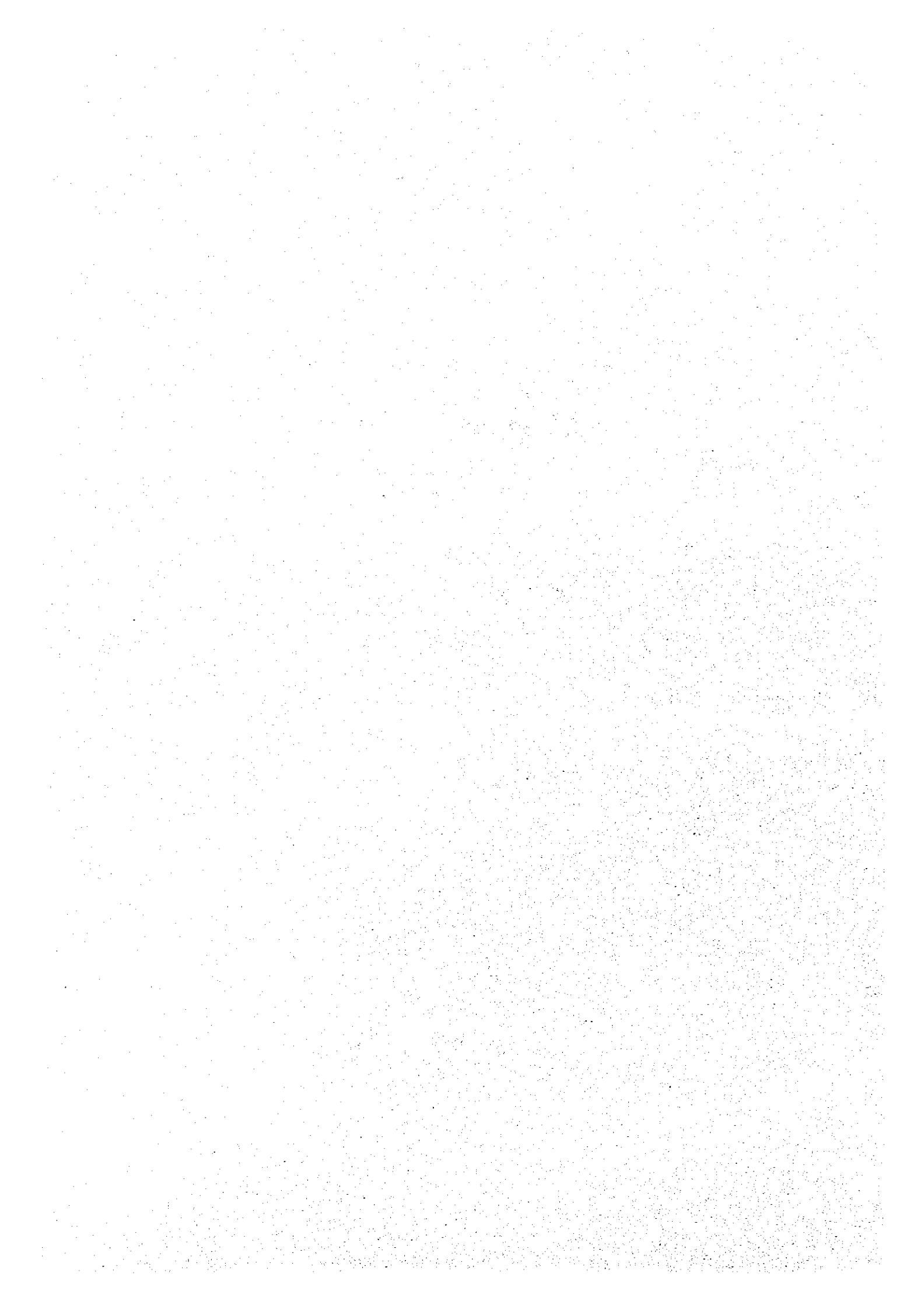
理 事 小澤 大二

理 事 飯島 正孝

理 事 木谷 隆

秘書室長 加藤 圭一

会 議 議 事 録



午後 3 時 33 分 開会

1. 開会および委員紹介

○福原幹事 定刻になりましたので、これより第 30 回海外医療協力委員会を開催させていただきたいと思えます。私は、国際協力事業団医療協力部長の福原でございます。どうかよろしくお願いたします。

まず、お手元の資料を確認させていただきたいと思えます。皆様のお手元には、議事次第、会議資料の本編、附属資料といたしまして横長の大きなものがございます。それから「JICA プライマリ・ヘルスケア (PHC) の手引き」というブルーの本と英文パンフレット、本日御出席の皆様のリスト、さらに海外医療協力委員会の先生方のみでございますけれども、アンケート用紙と返信用の封筒がそれぞれございます。それから、後ほど私どもの伊集院理事から御説明いたしますけれども、その発言骨子が 1 枚、A4 の紙で配布されてございます。

本日は、委員 20 名中 12 名と半数以上の委員の方の御出席をいただいておりますので、規定に基づきまして本会が成立いたしましたことを御報告申し上げます。

それでは、次に本日御出席の委員を五十音順に紹介させていただきます。

梅内委員でございます。

鴨下委員でございます。

川島委員でございます。

河野委員でございます。

猿田委員でございます。

仲村委員長でございます。

西宗委員でございます。西宗委員につきましては、前任の羽倉委員の後任ということでございます。

平山委員でございます。

古市委員でございます。

松田委員でございます。

森委員でございます。

山崎委員でございます。

本日、プライマリ・ヘルスケア専門部会の委員として島尾先生にも御出席をいただいております。

なお、五十嵐委員、小池委員、杉町委員、高木委員、寺尾委員、久道委員、矢野委員、吉田委員につきましては、本日は御欠席でございます。

次に、関係省庁の御出席者を紹介させていただきます。
外務省経済協力局技術協力課長の祖課長でございます。
文部省高等教育局医学教育課長の本谷課長でございます。
文部省学術国際局教育文化交流室長の吉尾室長でございます。
厚生省大臣官房国際課国際協力室長の麦谷室長でございます。
厚生省保健医療局国立病院部政策医療課長の上田課長でございます。
国立国際医療センター国際医療協力局長の古田局長でございます。
最後に、本日出席いたしております当事業団の役員を御紹介申し上げます。
まず、総裁の藤田公郎でございます。
副総裁の眞鍋武紀でございます。
理事の伊集院明夫でございます。
理事の佐藤清でございます。
理事の小澤大二でございます。
理事の飯島正孝でございます。
理事の木谷隆でございます。

それでは、ただいまから討議に入りたいと思いますので、議事進行を仲村委員長にお願いいたします。

○仲村委員長 委員長を仰せつかっております仲村でございます。議長を務めさせていただきます。よろしくお願いいたします。

2. JICA 総裁挨拶

○仲村委員長 それでは、早速議事に入りますが、最初に JICA の藤田総裁から御挨拶をちょうだいいたします。よろしくお願いいたします。

○藤田総裁 本日は仲村委員長を始め委員の先生方におかれましては、御多忙中のところ、当事業団海外医療協力委員会に御出席を賜りましたことに対しまして、心より御礼を申し上げます。また、この機会をいただきまして、各委員の先生方よりこれまで当事業団の業務に関し、有益かつ建設的御助言や各種の御協力をいただいていることにつきましても、重ねて感謝の意を表したいと存じます。

昨年度の当委員会以降、当事業団役員に若干の異動がございましたので、この場をおかりして御紹介をさせていただきます。

総務、人事、企画及び評価監理等を担当しておりました理事の木島は、今般アルゼンティン駐箚特命全権大使に任命をされまして離任をいたし、後任として伊集院が本年 1 月に着任をい

たしております。また、無償資金協力業務部、無償資金協力調査部及び青年海外協力隊事務局を担当しておりました理事の松本は、やはり今般ジョルダン国駐箚特命全權大使に任命されまして離任をいたしており、後任として昨年 12 月に木谷が着任をいたしております。どうか前任者同様、変わらぬ御指導を賜りますようお願いを申し上げます。

前回の委員会から本日までの 1 年間に、JICA を取り巻く環境は非常に大きく変化してまいりました。国内では政府の行財政改革が本格化し、ODA 予算縮減の方針が打ち出され、ODA に関する改革の論議が盛んになるなど、当事業団に対しましても極めて大きな影響を与える変化が生じております。行政機構改革論議の過程におきましては、まず自民党による特殊法人改革の討議の過程で当事業団も議論の対象となりました。それに引き続きまして、中央省庁改革の一環ということで、経済協力行政が取り上げられましたことは、御高承のとおりでございます。

いろいろな議論が行われた次第でございますけれども、結局行政改革会議の最終報告書、これが今般法律の形になるわけでございますが、報告書では技術協力につきまして、外務省が企画立案機能のコアとなって一元的に総合調整を行うということ、それから技術協力の実施につきましては、当事業団が中心となって各省庁が当事業団との緊密な連携協力を行うということが明記されました。これを反映いたしまして、平成 10 年度には他省庁の ODA 事業の一部が JICA に移管されることになっております。

また、財政構造改革の対象としまして、従来聖域とされてまいりました ODA 予算全体が平成 10 年度の政府原案においては -10.4% となる中で、JICA 予算につきましても創立以来初めてのマイナス予算ということになりました。しかしながら、種々の過程を経ましてその縮減幅は -1.8% にとどまるということになり、また定員につきましては純増 4 名、機構につきましては中央アジアのウズベキスタン事務所の新設が認められた次第でございます。

このような行財政改革の厳しい状況下におきまして、国会議員ですとか関係省庁、それから本日御出席の諸先生方を含めまして、各界、民間、マスコミ等多くの方々から、当事業団の実施する国際協力事業に対する叱咤激励とともにいろいろな形で御支援の声をいただきました。当事業団としましては、このような JICA 支援の皆様方の御期待と、それから途上国側の新たなニーズに基づく要望に的確にこたえるべく、より質の高い国際協力を目指して JICA の業務の改革を推進してまいりたい決意でございます。

さて、海外の状況に目を向けますと、越年となりましたペルー事件を始めといたしまして、昨年はインドネシアの航空機事故等が発生をしまして、私ども JICA としましてもその対応に追われる事件が多かった次第でございます。それに伴い、また援助に対するニーズも拡大・多様化をしております。特に昨年 7 月の初めにタイのパーツの変動相場制移行を端緒といたします東アジア諸国の金融不安、経済危機というものが発生しまして、タイの後にマレーシ

ア、インドネシア、フィリピン、韓国等、今までは東アジアの奇跡ということ言われて褒めたたえられてきた国々が直撃を受けることになりまして、8ヵ月を経た現在でもなお大きな不安定要因になっているということは御高承のとおりでございます。特にインドネシアでは、暴動の多発が報道されるなど社会不安が深刻化しているごとくであります。その他の表面的には一応落ち着いたように見える国々におきましても、IMF 主導下での緊縮政策、生活水準の切り下げ等が特に貧困層を直撃しており、深刻な影響が危惧される状況でございます。当事業団といたしましては、これまで以上にこれらの国々に対する協力、なかんずく基礎生活分野での協力や貧困対策、さらには中期的な施策ということで、金融を含みます経済政策面での人づくり支援などに努力を傾注していく必要があると考えている次第でございます。

このような状況の中で、保健医療分野の援助について言及をいたしますと、一昨年5月の御高承のOECDの開発援助委員会で採択をされました、いわゆるDACの新開発戦略におきまして、貧困、環境、教育と並んで保健医療問題が最重要問題の一つとして取り上げられている次第であります。また、外務省が昨年設置されて本年1月に最終報告書が出ましたODA改革懇談会の報告書におきましても、子どもの栄養不足や基礎医薬品不足に対する人道的見地からの支援の必要性がうたわれておりまして、その手段としての保健医療協力の重要性がますます認識されてきております。

また、国政レベルでは中山太郎議員が委員長を務めておられる自民党の国際医療協力特別委員会において、JICAを始めとするODAの保健医療援助事業について熱心な御議論が続いております。

当海外医療協力委員会におきましても、一昨年の総会で御提案をいただきましたプライマリ・ヘルスケアのガイドラインづくりにつきまして専門部会を設け、御担当の先生方には2年間にわたって極めて緻密かつ広範な御検討をいただきました。プライマリ・ヘルスケアにつきましては、DAC新開発戦略にも具体的な実践手段として明記されており、私どもJICA関係者も非常に重要視している次第であります。本日は最終報告書についての御発表も伺えると承知しており、作業に携わられた専門部会の先生方には、心から御礼を申し上げる次第であります。

事業の実施面について申し上げますと、平成10年度予算では、従来保健医療と人口家族計画の二つの予算に分かれておりましたプロジェクト方式技術協力事業の予算を、人口保健開発協力事業として1本の予算にまとめまして、従来これらの分類で整理できなかったリプロダクティブ・ヘルスといった新たな概念にも対応できる予算構成といたしました。また、開発という言葉を予算の名称に加えることで人口保健分野の協力も広義の社会開発の一環と位置づけて、事業の地域的な広がりとおわせて教育や社会インフラといった他分野との連携を強化する方向性を示すことといたしました。また、途上国の住民の自発的な保健活動を促進するための

予算や、感染症対策等において国境を越えた事業を実施するための予算を新たに確保することができました。このように私どもといたしましては、量から質への転換の一層の推進のために途上国のニーズに的確に応じ得る事業実施を図るべく、いろいろ工夫に努めている次第であります。

最後に、ODA 予算の削減等、援助を取り巻く環境は一段と厳しさを増してきておりますけれども、私ども JICA 役職員一同、事業の一層の効率化と効果的な実施を図るべく努力を重ねてまいり所存でございますので、委員の先生方におかれましても今後とも変わらぬ御支援と御指導を賜りますよう、重ねてお願いを申し上げます。

本日は、先生方より幅広い視点からの御意見を賜われれば幸いに存じます。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. 関係省庁挨拶

(1) 外務省

○仲村委員長 ここで関係省庁の幹部の皆様から御挨拶をちょうだいしたいと思います。

最初に、外務省の技術協力課の相課長、よろしくお願いたします。

○粗幹事 御紹介いただきました粗でございます。2月2日付をもちまして前任目賀田の後を拝命いたしました。前任者同様、よろしく御指導いただきますよう、お願い申し上げます。

我が国の政府開発援助全体の流れを見てみますと、1996年ドルベースで実績はどうだったかということを見てみますと、94.4億ドルということで、いろいろな理由があって35%の大幅な減少となっております。ただ、一方で辛うじて1991年以来、連続して世界ではまだ1位にとどまっております。全体的に途上国の側から見て我が国の貢献に対する期待というもの、それから我が国の果たすべき責任ということは、ますます大きなものになっているのではないかと、そこは変わっていないのではないかと考えております。

一方で、先ほど藤田総裁からお話ございましたとおり、ODAをめぐる環境には非常に厳しいものがございます。このことにつきましては、我々としては今 ODA のあり方、特に効果的、効率的に実施されているのか、結果が透明にみんなに伝えられているかということについて、国民から厳しい関心が寄せられていると考えております。この声にこたえてきちんと予算をお願いして ODA をやっていくためには、納税者である国民の厳しい声にこたえて今まで以上にその理解と支持を得ていく必要があるかと考えております。そういう意味で、外務省としても先日発表されました「21世紀に向けての ODA 改革懇談会」というのは、そういう改革の

方向を示すものでありますし、それをきちんと実施していくことが ODA の実施を改善していく道であろうかと思っております。改革懇談会の報告の中では、国別アプローチの強化でありますとか、途上国の現場の重視と強化、あるいは開発にはほかのドナー国ですとかいろいろなパートナーがおりますので、途上国も含めて開発のパートナーがパートナーシップを強化するという3つのポイントが重点事項として言えるかと思えます。

また、国際的にも、先ほど藤田総裁から御紹介がありましたけれども、OECD の開発援助委員会、DAC でも、各先進国がやはり危機感を共有しております、きちんとした目標を持って、何を援助として目指してやっていくのかということを示していかないと、ODA が世界全体としてもじり貧になっていくということで、21 世紀に向けての開発戦略というものに合意してございます。これもいろいろパートナーシップを強化するとか、あるいは結果重視のアプローチをとっていこうというようないき方が出ておりますけれども、これも援助国全体として国民の理解を得て援助をやっていこうという強い危機感と決意のあらわれかと思っております。

その中で、保健医療は 21 世紀の新開発戦略の中でも重視されておりますし、我が国の援助の中でも重要な大きな柱の一つだと思っております。また、着実に成果が上がっているわけですが、その中でも対象分野が公衆衛生、地域保健医療といった基礎医療分野から、臨床研究協力というところに至るまで多岐に及んでいますし、最近ではエイズ対策を含む感染症対策とかいろいろ分野が広がってきて、その面への協力も積極的に行っております。

特に保健医療分野の協力を強化していくためには、我が国としては次の3点を念頭に置いて進めていきたいと思っております。第1には、既に御説明しました新開発戦略の中で具体的に乳幼児死亡率を 1990 年の水準の 3 分の 1 にする。これを 2015 年までに達成するといったような具体的な結果の目標が掲げられております。こういう結果をどうしようかということについて、いろいろな傾向を持っているドナーが合意したということは初めてのことでございまして、こういう目標を掲げていろいろな先進国、国際機関が協力していくという素地ができたのではないかと思っておりますけれども、この目標の実現に向けて保健分野での協力を一層強化していきたいと考えております。特に結果を生み出す、現場で何かがきちんと動くようにするという意味では、今回本席で御紹介がありますプライマリ・ヘルスケア、基礎医療分野の報告というのは非常に参考になるものであらうということで、我々としてもこれを大いに参考にさせていただきたいと思っております。

また、第2点目としましては、日米コモン・アジェンダの協議の中で、我が国は人口・エイズに関する地球規模問題イニシアチブ、通称 GII というものを発表しております。目標としましては、1994 年度から 2000 年度までの7年間で総額 30 億ドルを目途にこういう分野の途上国支援を推進するということを表明したわけですが、既に 1996 年度までの3年間で約

20 億ドルの実績を上げておりまして順調に進んでおります。このままこの方向を維持していきたいと考えております。

また、第 3 に、子どもの健康分野ですが、これも 1994 年から日米コモン・アジェンダの協議の中で一つの分野として加えられて、WHO、UNICEF 等の国際機関と協力しながら 2000 年までのポリオ根絶のための協力ですとか、ワクチン需給体制改善のための協力というものを実施しております。特にポリオ根絶につきましては、我が国の協力もあって、中国、インドシナ諸国では根絶の最終段階にあると認識しております。また、本年度から子どもの健康分野で下痢症対策、あるいは微量栄養素欠乏症対策のための医薬品の供与を可能とする予算が無償資金協力で新たに認められていますし、そういった予算につきましては既に豊富な経験を持っております UNICEF 等の国際機関と協調して実施していきたいと思っております。

保健医療の協力分野における途上国のニーズはますます多様化してきておりますが、これにこたえていくためにも保健医療にかかわる皆様方の御支援が不可欠のものと考えております。このためにも幅広い見識をお持ちの委員の皆様方の忌憚のない御意見を賜り、今後、医療協力を進めていく上での参考にさせていただきたいと考えておりますので、今後とも引き続き皆様の御協力、御支援をお願いする次第でございます。

○仲村委員長 どうもありがとうございました。

続きまして、文部省学術国際局教育文化交流室の吉尾室長、お願いいたします。

(2) 文部省

○吉尾幹事 文部省の吉尾でございます。本日は文部省から木谷医学教育課長と一緒に出席させていただきますので、委員長のお許しをいただきまして、まず最初に私の方から文部省が行っております国際協力事業の概要を、そして木谷医学教育課長の方から大学における医学教育の観点から御挨拶をさせていただきたいと思っております。

文部省が行っております国際協力の関係事業でございますが、まず、今回は保健医療協力を中心に述べるわけでございますが、三つの柱からなっております。一つは、外国人留学生の受け入れを通じた協力、二つ目が、開発途上国との学術交流を推進していくという上での協力、三つ目が、UNESCO 等の国際機関を通じた協力という三つの柱になっておるわけでございます。

これらの事業につきましては文部省の ODA 予算ということで措置をいたしておるところでございますが、先ほど来御説明がありますように、財政構造改革の中で ODA 予算の削減という影響を受けたところでございますが、特に文部省の ODA 予算の 90%を留学生経費が占めておることから留学生への御配慮等をいただきまして、文部省の平成 10 年度の ODA 予

算、一般会計、特別会計をあわせてみますと対前年比－8.1%のところを踏みとどまってお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、特に文部省所管の日本学術振興会の事業で拠点大学方式による交流を中心に進めさせていただいておりますが、医学関係になりますと具体的には東京大学医学部のマレイシア医科大学、それから、神戸大学医学部のフィリピン大学、タイのマヒドン大学、国立シンガポール大学、インドネシアのアイランガ大学、それから東京大学薬学部、東京医科歯科大学歯学部のタイ・チュラロンコン大学との拠点大学交流が進行しておりますところでございます。

国際機関を通じました協力といたしましては、UNESCO に対しまして信託金を拠出することによりましてエイズ予防のための教育を普及充実するという活動を展開しておりますところでございます。

それから、我が国の開発援助に係る人材養成という観点から、国立大学に国際開発援助関係の大学院の整備をいたしておりますところでございますが、特に医学分野では平成4年設置の東京大学の医学系研究科国際保健学専攻というところを中心に進めさせていただいております。

以上が文部省関係の事業ということになるわけでございますが、こちら国際協力事業団の事業につきまして専門家の派遣あるいは研修員の受け入れといった形で協力をさせていただいておりますが、特にプロジェクトの国内委員会には大学の関係者が21件参加させていただいております。専門家の派遣は155名、研修員の受け入れが145名、いずれも平成8年度の実績の数字でございます。

文部省では、この医学分野に限らず広い意味での人づくりのための国際協力を効果的、効率的に進めていかなければならないという考えから、既に平成8年のことになりますが、時代に即応した国際教育協力のあり方に関する報告を懇談会からいただきまして、これを踏まえて一層国際協力に邁進していこうというふうに考えてさまざまな施策をとらせていただいております。今後とも先生方の御理解と御協力をよろしくお願いいたします。

○木谷幹事 それでは、お許しをいただきまして、私、文部省高等教育局医学教育課長の木谷と申しますが、手短にお話をさせていただきたいと思っております。

実は私、昨年の7月に現職についたわけでございますが、その前は留学生課長をしておったということもございまして、この医療関係における留学生の受け入れ、あるいは国際医療協力人材の養成ということにつきましては、私自身も大変関心を持っておるところでございます。現在、私どもにおきましては、21世紀医学医療懇談会というものを設けまして、将来の21世紀の我が国の医療を担う医療人の育成のあり方ということについていろいろな御審議をいただいておりますが、その中で、ちょうど現在、今後の医療のニーズあるいは医師等

の需給の問題なども、国内のそういう問題もにらみながら、今後の育成体制のあり方を議論しているわけでございます。

その議論の中でも、今申しましたような留学生の受け入れ、あるいは医療協力人材の育成というものは非常に大きな課題の一つとして取り上げておるところでございます。しかしながら、この留学生の受け入れ一つをとってみましても、単に枠を設ければいいというものでもございません。現在、我が国に学ぶ留学生は全体で5万名でございますが、そのうち医療関係だけをとりますと2,700名という数字になっております。ただ昨今、先ほどもございました為替レートの変動等々の状況もあり、留学生数は伸び悩みということでございまして、経済的な支援の充実を図らなければならないのはもちろんでございますけれども、やはり受入体制の充実を図っていくことが非常に重要であると考えております。

しかもその際に、単に私ども文部省だけでできることばかりではございまして、やはり医療分野ということになりますと、その留学生の帰国後の活動の場が適切に確保されていなければならないということがあろうかと思っております。そういう意味でも、例えばこのJICAの医療協力事業と密接な連携をとりながら、そのフォローアップとしての人材養成という観点から考えていくという形での連携も一層考えていくべきではないかということを私自身感じております。

最近の例で申しますと、スリ・ランカの歯科大学につきまして、我が国では東京医科歯科大学が中心になって、歯学部ができた後の人材養成等に積極的に協力しているというケースがございまして、そうした形での緊密な協力ということにつきまして、今後一層私どもとしても考えてまいりたいと存じておりますので、何とぞよろしく御理解、御協力をお願いできればと思っております。以上でございます。

○仲村委員長 どうもありがとうございました。

それでは、最後に厚生省大臣官房国際課国際協力室の麦谷室長、よろしく願いいたします。

(3) 厚生省

○麦谷幹事 厚生省国際協力室長でございます。

私ども厚生省は、御存じのとおりマルチとバイ両方で国際協力をさせていただいておりますが、きょうは主にJICAの委員会でございますのでバイについてだけ御説明を申し上げます。

国際協力事業団とは、私ども40を超えるプロジェクトで協力をさせていただいております。平成9年度にこの分野で厚生省から派遣しました専門家は、総数270名、いわゆる保健医療という分野では202名、水道・廃棄物関係で68名を派遣いたしております。また研修員受入実績といたしましては、総数726名となっております。橋本総理が一昨年のリヨン・サミットで世界福祉構想という構想を打ち出されてから、この分野での国際協力も非常にたくさんやっ

ておりまして、見た目に非常に大きかったのは、一昨年 12 月に沖縄でアジアの保健大臣を集めて会議をいたしました。こういった会議のアウトカムも JICA の協力なくしては当然なし得ないことで、JICA から御出席をいただき密接に協力を行っております。

また、このフォローアップとしまして、つい先月、赤坂プリンスにおきまして、東アジア社会保障行政高級実務者会議といった会議を行い、アジアを中心に国際協力の保健医療分野での協力を推進しているところでございます。

さらに昨年、やはりデンバー・サミットで橋本総理が寄生虫に関するイニシアチブというもの G8 の各トップリーダーに提唱されまして、これにおいてことしの 5 月、今度は英国のバーミンガムでサミットが行われますので、そこに日本がレポートを提出するという運びになっておりまして、これも当然のことながら ODA が関係してくるわけでございますので、海外医療協力委員の方々もぜひ御注目いただきたいと思っております。

最後に一つお願いがございます。JICA には、プロジェクト形成調査団というものがございます。これは開発途上国を訪問してプロジェクトの形成を行う調査団でございますが、どういふわけか数年来は全く各省に声がかからない。保健医療分野であっても外務省・JICA で単独で、単独でという言い方はちょっととげがありますが、お行きになってプロジェクトをされるということでございましたが、幸い平成 8 年、私どもに声がかかりまして、タンザニア、ケニアに参団させていただきました。また平成 9 年度はジンバブエに参団をさせていただきました。細かい話は省きますが、私どもの感じでは、保健医療分野のプロジェクト・ファイディングである限り厚生省の参団は必須であると考えております。委員の先生方の御理解を得た上で JICA にこのことをお願いを申し上げて御挨拶にかえさせていただきます。ありがとうございました。

○仲村委員長 CM つきでありがとうございました。(笑い声)

上田課長、古田局長はよろしいですか。

○上田幹事 私どもはナショナルセンターあるいは国立病院、療養所を担当しておりますが、昨年の 12 月に行政改革会議の中で、ナショナルセンターとハンセン病療養所は国立として残す、その他の療養所はエージェンシー、特別行政法人という方向が出されました。しかしながら、いずれにしても、私どもが従来進めております政策医療、つまり癌ですとか循環器ですとか、その一つとしての国際医療協力という観点につきましては、今後とも、今申し上げましたような形でいろいろ発展しますけれども、私どもナショナルセンターあるいは病院、療養所でこういった国際医療協力につきましては前向きに取り組んでまいりたいと思っておりますので、どうかよろしくお願ひしたいと思います。

○仲村委員長 どうもありがとうございました。

4. JICA の最近の動向と課題

○仲村委員長 それでは、先へ進ませていただきます。

JICA 事業全般の最近の動向と課題につきまして、伊集院理事から御説明をちょうだいしたいと思います。

○伊集院理事 簡単に御報告申し上げます。このテーマにつきましては、お手元の資料前半の部分にまとめてございますので、私からはこの 1 枚紙の発言骨子に従いましてポイントを絞って御報告したいと存じます。

JICA の当面の課題として第 1 に挙げられますのは、行財政改革の動きに対する適切な対応ということでございます。財政構造改革につきましては、昨年 6 月 3 日に財政構造改革の推進についての閣議決定が行われておりまして、その中で、今世紀中の 3 年間を集中改革期間として、その期間中は一切の聖域なしで歳出の改革と縮減を進めることがうたわれております。

ODA につきましては、第 1 に、量から質への転換を図ることにより、集中改革期間中においては ODA 予算は各年度、その水準の引き下げを図る。特に平成 10 年度予算については対平成 9 年度比 10%マイナスの額を上回らないものとする。第 2 に、量的目標を伴う新たな中期目標の設定は行わないものとする。第 3 に、援助の実施に当たっては、被援助国側との事前協議を重視するとともに、衛生、医療、教育及び女性の地位向上のための支援など社会開発の重要性を十分配慮し、被援助国民から真に評価されるものとなるよう努める。また、評価システムの確立、NGO 等民間との連携の推進、情報公開の徹底等を図るなどの方針が打ち出されております。

その後、平成 10 年度予算の概算要求につきましては、昨年 7 月 9 日の総理の指示がございまして、ODA 予算については予算編成過程において所管の枠を越えた総合的調整を行い、政府開発援助の効果が最大限上がるよう重点的、効率的な予算配分を行うこととするという基本方針が示されております。

さらに昨年 12 月 9 日に、総理から ODA 予算について再度、次に申し上げます四つの点を踏まえて思い切った総合調整を行い、我が国 ODA の質の向上、存在感の強化に努めることとされたいとの指示がなされております。この 4 点と申し上げますのは、限られた資金で我が国の ODA の効果を最大限発揮し得るよう環境問題への対応、社会開発の促進、人道分野における貢献、民間インフラ支援、金融セクター改革支援、重債務国支援などの分野に重点化を図る。第 2 点として、開発途上国の人づくりに対する支援の重要性に配慮する。第 3 点として、有償資金協力・無償資金協力、技術協力間の連携の強化が図られるよう配慮する。第 4 点として、ODA のすそ野を拡大する観点から、国民参加型の ODA を促進するよう配慮する、この 4 点の指示があったわけでございます。

このような経緯を経て策定されました平成 10 年度予算政府原案におきましては、ODA 予算は全体として 10.4%減、JICA 予算につきましては関係方面の大変な御尽力の結果、1.8%の減にとどまることができたということでございます。

次に、行政改革につきましては、中央省庁の再編を検討してきた政府の行政改革会議が昨年 12 月 3 日に最終報告を取りまとめておりますが、技術協力につきましては、技術協力に関する企画立案機能については外務省がコアとなって一元的に総合調整を行う、技術協力の実施については JICA を中心とするが、各省庁は JICA と緊密な連携協力を行うといった諸点が盛り込まれております。この ODA 改革につきましては、昨年 4 月に外務大臣の私的懇談会として、21 世紀に向けての ODA 改革懇談会が設置されておりました、本年 1 月 27 日に最終報告書がまとめられております。この報告書の中で、ODA 実施機関における国別アプローチ強化のための組織再編、業務運営の合理化、現場の体制の強化、評価システムの確立の必要性などの提言が行われております。

JICA におきましては、昨年 3 月から、総務部長のもとにタスクフォースを設け、業務及び組織改革について鋭意検討を行ってきておりますが、この ODA 改革懇談会の提言を真摯に受けとめて自己改革の努力を行ってまいりたいと考えております。

JICA の当面するその他の課題については、お配りしております資料を御参照いただきたいと存じますが、私どもが大変頭を痛めている問題といたしましては、この資料に記載されているもののほかに安全対策の問題がございます。この 1 年を振り返りましても、ペルー大使公邸の占拠事件、カンボディアの武力衝突、さらには現在の湾岸情勢など、世界のさまざまところで JICA 関係者が巻き込まれる、あるいは巻き込まれる可能性のある事件・事故が多発しております。昨年 9 月のインドネシア・ガルーダ航空機墜落事故では、JICA 専門家 2 名の尊い命が奪われておりますし、昨年 10 月にはイエメンで現地調査中の JICA 英国事務所現地職員が誘拐拉致されるという事件が起こりました。同じ昨年 10 月に、スリ・ランカで反政府組織による爆弾テロ事件が発生して専門家 3 名が軽傷を負っております。さらに本年 2 月 2 日に発生しましたフィリピン・ミンダナオ島での航空機墜落事故に青年海外協力隊員 1 名が巻き込まれております。現在、世界全体で活動している JICA 関係者は 5,000 名近くを数えますけれども、これら関係者の安全をいかに確保するかについて、今後とも常に細心の注意と的確な対応を心がけていく必要があると考えております。

最後に、平成 10 年度予算の政府原案について一言触れさせていただきますと、JICA 予算総額は 1,762 億円で対前年度比 -1.8%ということで、JICA 始まって以来のマイナス予算となりましたが、定員については 4 名の純増、機構についてはウズベキスタン事務所の新設が認められております。

予算の中身について詳しく申し上げようと思いましたが、一言で申しますと、平成 10 年度

の予算の特徴といいますのは、円借款、無償資金協力、技術協力間の援助形態間連携の促進に係る予算がかなりついたということと、国民参加型援助を推進するための予算がついているということでございます。

以上、簡単でございますが、JICAの最近の動向と課題の御報告とさせていただきます。

○仲村委員長 どうもありがとうございました。

5. 人口・保健協力事業の現状と課題

○仲村委員長 それでは、引き続いて、人口・保健分野関係の事業につきまして、小澤理事から御説明をお願いいたします。

○小澤理事 小澤でございます。着席して説明させていただきます。

時間もありませんので、今回、各委員の先生方に御提供申し上げております私どもの資料は、従来と違いまして本文中に統計資料をふんだんに入れまして、さっと見ていただいただけでわかるように構成しておりますので、あまり余計な説明は要らないかと、かよう心得ております。

簡単に触れますと、研修員受入事業につきましては、研修事業部を中心にしまして、最近の途上国における医療分野の研修ニーズが大分変化してきたということもありまして見直しを進めておりますが、平成9年度におきましては、全体で72のコース、これは第二国、第三国研修も含んでおりますが、72のコースを実施しております。したがって、研修員受入事業全体では14%、平成9年度は10%となっておりますが、これは12月末でございますので、10%を超え12~14%ぐらいの割合になるかと思えます。これは例年どおりでございます。その中で、下に表がついておりますが、平成9年度は、アジアは例年どおり多いのですが、中南米が増加していることが一つの特色でございます。

14ページ（配布資料中のページを示す。以下、同様）、これは専門家の派遣でございます。この専門家の派遣のところでは、医療協力部は派遣事業部との間で密接な関係を持っておりまして、医療の専門家につきましては単独派遣の専門家を含めまして両事業部で協議して専門家を派遣するという制度を持っております。このために、プロジェクトを開始する前にまず単独派遣の専門家を出したり、あるいはプロジェクト終了後においてフォローアップのために単独専門家を出すということが密接な協議のもとに行われているということが特色でございます。平成9年12月現在で67名の専門家が出ております。

派遣分野は、ここに書いてありますような結核、マラリア、ポリオ、こういった分野が中心となっております。この分野では、14ページの一番下の行にあります。平成9年度に医療協力部の新しい予算で「病院プロジェクト巡回指導調査員」という制度が認められまして、こ

れは無償資金協力等で建設された病院の運営管理を含めまして技術的な指導、こういうことができる専門家を派遣できる制度でございまして、現にボリヴィアの消化器センター、これは平成4年からやったプロジェクトでございまして、ここに対しまして協力を行っております。この専門家派遣事業におきましてもアジアが大宗でございまして、地域としてはアフリカの増加が目立っておりますし、15 ページにありますような分野で最近では民間の方々、ここに28%となっておりますが、無職14%を足しますとかなりのペースで出ていただく方がふえておられるということでございます。

16 ページを見ていただきますと、プロジェクト方式技術協力は現在30カ国で45のプロジェクトをやっております。16 ページの下段にプロジェクトの数の推移が書いてありますが、最近における特色としましては、病院あるいは臨床医学教育のところはやや減ってきておまして、それに対しまして公衆衛生や地域保健に対する協力が増加しております。17 ページの表の1997年のところを見ていただきますと、黒い枠で囲まれた公衆衛生のところは16件ということで、これは1992年に比べるとかなりふえてきているということがおわかりいただけるかと思えます。

それから、下に、医療協力の実施に当たりまして、いわゆる途上国からの要請とのマッチング、要請をどの程度充足しているかということを見た表でございまして、平成8年度を見ますと、全体で27の案件の要請がございました。このうち採択しましたものが9件でございまして、したがって採択率は33%、平成9年度は23件ありまして9件採択しましたので39%となっております。ただ全体として言えることは、医療の場合はなかなか要請が十分絞られてきていないという面がありまして、このために事前にかなり調査をする必要がある状況になっております。

18 ページ以降にそれぞれのトピック、例えば「母と子の健康への取り組み」とか「エイズ問題への取り組み」とか、こういうトピックについて医療協力部でどういうふうに対応したかということをおわかりやすく書いてございます。例えばエイズ問題の取り組み、19 ページを見ていただきますと、この中でタイのエイズ予防ケアネットワークプロジェクト、これをスタートいたしました。このほかケニアの感染症研究プロジェクト、こういったものについても従来から取り組んでおるのですが、今このエイズでは何が問題かといいますと、フィリピン、タイ、ケニア、ザンビア、タンザニア、マラウイと協力しておりますが、特にこの協力を実施するに当たりましては、P3レベルのラボが必要になってくるということがございまして、このラボの運営管理、こういうものの指針をきちっと相手国に守らせませんと非常に問題が出てくるということで、私どももこのエイズ関係につきましては、他の感染症もそうですが、P3級のラボをどうやって相手国にきちっと運営管理させるかということ、これは山崎先生のところ、あるいは国立国際医療センター等の御協力もいただいてマニュアルを早急につくっていく必要

があるかと、かよう心得ております。

20 ページを見ていただきたいのですが、医療協力につきましてはいろいろな援助協力、他のドナーあるいは国際機関、あるいは日本の地方自治体、NGO との連携が一番進んでおります。その連携はどういう状況かということで、「連携に取り組んでいるプロジェクト（9年度）」という表がございます。これを見ていただきまして地方自治体のところを追っていただきますと、埼玉県、千葉県、宮城県、滋賀県、新潟県、長野県、沖縄県、愛知県、静岡県と、地方自治体がこの医療協力に参加するケースがふえてきておりますし、また NGO との関係でも現に AMDA や JOICFP、結核予防会、日本医師会、こういったところとの関係でプロジェクトが進行しているということが特色でございます。

それから、平成 9 年度に新しく開始されたプロジェクトは 10 件ございます。21 ページに載っておりますが、これで見えていただくとおわかりのように、母子保健の分野、あるいはエイズ対策、感染症対策、それから非常に重要な要素であります 22 ページにある人材養成、この四つの分野は医療協力の現在の実施体制の中で最もニーズの高い分野ということでございますが、予算も非常に厳しくなってきた段階の中でこういったものの優良案件について協力を実施していくということでございます。

23 ページをご覧ください。従来、派遣事業部の中に単独機材供与事業というものがあったのですが、これは平成 10 年度予算ではフォローアップ事業の方に移りました。医療協力部におきましては、現在も単独機材供与に当たるシステムを持っておりまして、実はこのシステムを使いましてプロジェクトの機材供与とは別に個別の医療の機材に必要なニーズにあわせて供与できるようなもの、これは医療特別機材として 18 件、約 4 億 8,000 万円の協力をしております。そのほか感染症対策特別機材は、WHO、UNICEF あるいは EPI の関係を含めまして 34 件、9 億 2,000 万円ということで、この分野につきましても非常に最近ニーズがふえてきておりまして、24 ページにあるエイズ対策や血液検査のための特別機材、あるいは母と子どものための健康対策特別機材、こういったものにつきましても機材の仕組みを使いまして協力を実施中でございます。

次に、25 ページに青年海外協力隊の医療関係の隊員についての実績が報告されております。平成 10 年の 1 月現在、59 カ国、2,168 名の隊員が派遣中ということでございますが、平成 9 年度の派遣総数ということでは、平成 8 年度からの継続を含めると 3,389 名になりますが、このうち人口・保健分野の隊員が 505 名と全体の 15%、専門家のところが 14%、研修員も 14%でございますから、JICA 事業の中で医療協力以外の事業部が実施している医療分野、これが大体 14~15%ということで動いているのが特色かと思えます。青年海外協力隊につきましては、この 25 ページに表がありますが、ここでは中南米に対する医療隊員の派遣が多いことが特徴かと思えます。

26 ページ、これは全く新しいと言っても差し支えないかと思いますが、実は開発調査事業というものが JICA の予算の中にあるのですが、開発調査事業は従来、医療協力については余りなじみがなかった分野でございます。しかし、最近はニーズが多角化してきているということ、それから医療だけではなく、例えば他の分野との連携、その他も必要になってくるということの中で、特にプライマリ・ヘルスケアとか地域保健システムというような面につきましてはコンサルタントを活用しての協力が必要になってきまして、平成 8 年度から 1 件、平成 9 年度が 2 件ということで、初めてこういう社会開発調査事業に医療が参画してきているということでございます。ただ、医療協力の分野につきましてはコンサルタントがまだ育っていないということもありまして、なかなか難しい面もあります。

27 ページは災害緊急援助事業について実績が書いてありますが、ここをご覧になっていただきますと、平成 9 年度におきましては緊急援助隊の派遣ということで、医師を含めまして、この間のインドネシアの森林火災やマレーシアの大気汚染、こういったところでチームが活躍してくれておりまして、平成 9 年度はエルニーニョの関係もありましてかなり洪水の関係の災害がふえてきています。これは下の表で見いただきますと、平成 8 年度、9 年度両方とも洪水関係がふえてきていることが特徴かと思えます。この分野につきましても非常に効果的な支援ができています。

それから、この国際協力総合研修所というのは、これは専門家の研修等に使っている場所でございますが、ここで医療分野で非常に不足している人材の研修、養成ということを JICA として取り組まざるを得ない。特にプライマリ・ヘルスケア等につきましては、なかなか本邦の大学の医学教育の中では量的に十分な養成ができないこともありまして、28 ページの一番下に、プライマリ・ヘルスケアで 10 名、これは本年度やりましたが、応募者が 24 名来まして、その中で 10 名をピックアップしてこの 3 月 20 日まで研修をしております。もちろん語学研修を含めまして実施しております。

他の事業との連携の一つに無償資金協力との連携は医療協力の場合、非常に重要でありまして、無償資金協力事業の中では、人口・保健分野の占める割合が平成 6 年度の 10.8% からだんだんとふえてきまして、平成 8 年度では総額 1,295 億 4,100 万円ということで 33 件、割合にして 18.04% ということで、いわゆる保健医療関係につきましてのシェアが非常に伸びております。平成 9 年度は 23 件、123 億 9,400 万円ということで、これも 1 月現在でございますが、こういうふうは無償資金協力のところの部分がふえてきておりまして、無償資金協力との連携ということで両部で非常に密接な協力関係を持ちまして実施をしております。

特に子どもの健康というセクターでは、一般無償資金協力からワクチンの供与とかこういったものを受けてやるということで、平成 9 年度はハイティに三種混合ワクチンあるいは経口補水液等を供与したり、あるいはラオス、フィリピン等にマラリア対策のための蚊帳の供与等を

やっていますが、こういうものを私どものプロジェクト、あるいは青年海外協力隊の諸君もこの事業の実施に当たっては協力をしているということが特色でございます。人口・保健分野と無償資金協力との連携は、現在のところ平成9年度で15件の協力関係を実施しております。そういう特性があります。

平成10年度予算の重点でございますが、これは31ページ以降に書いてあります。人口問題あるいはリプロダクティブ・ヘルス、あるいは子どもの健康というような問題、こういうところは従来と同様、重点的に私どもとしても協力をするということで取り組んでおります。

33ページの(4)「寄生虫対策」、これは先ほど厚生省の方からも御説明がありましたが、マラリアを含めまして寄生虫関係を撲滅する、またポリオ等につきましても、私どもとしては鋭意重点的な協力を行っていきたいと思っております。

そのほか栄養問題とか非感染性疾患などさまざまな分野での問題がありますが、35ページに、途上国の構造調整と保健医療サービスというものがあります。これは先ほど総裁の御挨拶の中にもありましたが、アジアを中心として最近の通貨危機ということがありまして、先般行いましたプロジェクト・リーダー会議の中でも現場から相当悲鳴に近い要望が出ております。特に現地業務費、相手国がローカルコストを持ってないという中で、人件費を含めて構造調整を受けている国では低所得者の医療サービス機会というものが非常に低下してしまうということもあります。私どもとしても通貨危機に対して、他の予算を割愛してもできるだけ人道的な面からこの部分については重点的に支援をしたいということで、例えばインドネシアのストモ救急医療プロジェクト、これは患者の人命維持に障害になるということもありまして、抗生物質その他緊急国外調達等を実施するというところでございます。従来のプロジェクトのいろいろなしがらみや枠にとらわれずに、通貨危機に対しましてはできるだけ効果的な支援をやることによって人道協力の側面を強めていきたいと思っております。

36ページ以降に、今後の取り組みの重点が書いてございます。これはほとんどの分野につきましては先生方が既に御存じの分野ということで説明は割愛させていただきますが、最近の事例では、37ページにあります病院のリフェラル・システムと地域医療強化アプローチ、こういう分野、それから病院の運営管理、こういう面につきましてもニーズも非常に出てきておりますが、病院管理に携わる日本の専門家は量的に非常に少ないということもございまして、こういう分野を含めまして医療で人的なリソースが不足している分野につきましては、場合によりましたら公募制等もとっていききたいというふうに考えております。38ページの上に、人材養成確保事業とありますが、依然として現在医療協力の実施に当たりまして若い方々があまり出ていかないという特性がございます。したがって、今後、若い人たちが海外医療協力に出ていただけるような制度なり仕組みなりを文部省や厚生省にもぜひお力添えいただきたいと思っております、それを通して国内支援体制を強化していきたいということでござい

す。

38 ページに、広報活動の強化ということを挙げております。お手元に A3 の資料があると思いますが、これは先般、中山太郎先生のやっておられます自由民主党の中の海外医療特別委員会の中で、JICA の医療協力プロジェクトその他は専門用語が多かったり、一般の国民の皆さんが見てわかりにくい。本当に受益者の顔が見える、あるいは本当に役に立っているということが国民にわかるような資料をつくったらどうかということをおっしゃって、今回こういう資料を試みにつくりまして、私ども、もちろん各大学の医学部を含めまして一般の方々にもこういうものを通していろいろな展示その他をやっていきたいと思っております。きょうは試みに右の入り口のところにわらじなどを置いてありますが、これはケニアの協力で使っているものとか、そういう素材が幾つか置いてありますが、そういうものが一番国民の皆さんには説得力がありますので、こういうことを含めて重点的にやっていきたいと思っております。

平成 10 年度の予算につきましては、外務省の特段の努力もございまして、特に新規の、本当にこちらが必要と思われるような予算をつけていただきました。42 ページに「社会開発総合プログラム協力」というものがありますが、これは従来の医療協力だけでやるということに限界があるわけです。母子保健にしても人口・家族にしてもそうですが、貧困対策は特にそうです。したがって、JICA の事業部の枠を超えて地域や国別のアプローチをやっていくことが重要でございますので、そういうことから社会開発総合プログラム協力という新たな予算を取りまして、これは社会開発協力部の方に予算はついておりますが、こういうものを使ってできるだけニーズに即応した協力ができるようにしたいということでございます。予算の内訳につきましては 43 ページに細かく新しい予算を含めまして表が出ております。

時間がなくなりましたが、44 ページを見ていただきたいと思っております。先ほど粗課長の方から日本の ODA の総額が出ましたが、これはこの 44 ページの下段の表でございます。これは OECD 加盟国のセクター別に援助の資金配分がどう行われたかということでございます。人口・保健のところをとりますと、日本は ODA の中の 2.0、先進国の平均が 5.6 ですから日本は非常に少ない。アメリカは 14.0 でございますからかなり高いということでございまして、緊急援助のところを含めまして日本の場合、こういう分野に対しての全体的な協力のパーセンテージと申しますか、予算の絶対量を含めまして少ないと思っております。これは一つには人的リソースを含めまして私どもとして今後反省して、できるだけこのシェアを上げるように外務省にもお願いしていきたいと思っております。

最後に、厚生省の方から御要望がありました調査に参加ということでございますが、我々は国立国際医療センターも厚生省と考えてございまして、従来から古田局長のところからは必ずこの調査団には参加していただいております、これを含めると厚生省の枠とシェアは非常に大きくございますので、その点はぜひ御理解を賜りたいということでございます。

以上でございます。

○仲村委員長 ありがとうございます。

関係省庁の皆様からの御挨拶と、ただいまの JICA の両理事からの御説明がございましたけれども、何か御質問、御意見等がございましたら御自由に御発言いただきたいと思いますが、何かございますか。

○古市委員 ただいまの 45 ページの表で、改めて各国別に見てやや驚いたのですけれども、パーセンテージが低い。これは各国は日本よりも少ない総額の中で件数が多いのか、それとも 1 件 1 件の内容が日本の援助よりも充実していて額が多いのか、その辺はどうでしょうか。

○小澤理事 これは全体的に資金配分を半であらわしたものでございまして、援助の中身というよりも予算が ODA 全体の中で、例えばアメリカは 14% を医療関係に充てているということでございますので、中身のよしあしということはまた別だと思います。

○仲村委員長 これは金額ベースで書いてあるのですか。

○小澤理事 そうです、金額をパーセントにしてあります。

○古市委員 その辺は難しいと思うのですけれども、やはりどこが特徴なのか、この数字だけ見てもっと伸ばさなければいかんということではなくて、もっと中身に立ち至ってどうすべきか、こういうことの検討が必要ではないかということでございます。

○小澤理事 特色的なことを御説明しますと、日本の場合は相手の国に人を派遣するという形の協力が中心でございます。しかし、アメリカの場合は資金を提供するというようなこと、あるいはコンドーム等の物を提供するというようなこと、これが多いわけでございます。ですから、一概に中身から見てどうかといえますと、日本は 2.0 ですが、私どものプロジェクトは例えばエイズを含めまして感染症もそうですが、WHO 等からはポリオ等を含めて非常に評価は高いわけです。しかし、絶対量としてのいわゆる資金、資金量としては日本の場合はどうしても低い。例えばフランスなんかの場合も非常に高いのですが、これはアフリカ諸国に病院を持っていて、そこに自国から医師が行っています。こういうものが援助の中に出てきますので高くなったりするということがあります。ですから、かなり国によって保健医療の政策のところでそういう違いがあるということでございます。

○川島委員 小澤理事の御説明の中で 14 ページのところでございますけれども、新しく「病院プロジェクト巡回指導調査員」という制度が認められたという御報告が出ております。私も日本の協力をいたしております病院を何か所か、できてから何年かたって訪ねさせていただいたことがございますので、こういうものはぜひとも必要であると思っておりますし、これはすばらしいことだと思います。大変結構なことだと思うのですけれども、ただ一つだけ気になることがございまして、それは医療内容について巡回して指導する、助言するというのは当然ぜひともやっていただきたいことですが、健全な病院運営の維持ということになりますと、これは

我が国内の病院が欧米とはかなり異なる運営がされておりますので、それをスタンダードに持っていったって助言をいたしますことが必ずしも適切とは限らないと思います。特にいろいろな国から医療援助が行われているところで、他国からの援助の病院もあるようなところで日本のやり方を指導したり助言したりするということになりますと、特にそうだろうと思います。この点はよく御存じの方がお行きになるのであろうとは思いますが、老婆心ながらちょっと申し上げます。

○小澤理事 この点につきましては、できるだけ当該プロジェクトにかかわった方に行っていただくようにしたいと思っております、一種のフォローアップ的な意味での協力になるかと思えます。特に問題になりますのは、供与した医療機材が十分活用されていなかったり故障したりするケースもございますものですから、そういうところも重点的に見たいということもこの予算制度を使ってできるのではないかと考えております。

○川島委員 今おっしゃいました点は全く私も肌で感じております。ぜひともおやりいただきたいと思えます。

○仲村委員長 ありがとうございます。ほかにございますでしょうか。

○古田幹事 国際医療センターの古田でございますが、今、川島委員のお話をお聞きして一言だけ現場に携わっている人間として言わせていただきますと、確かにおっしゃるように途上国の社会環境はもちろん違います。それと同時に彼らが求めている医療サービス・システムというものが、またそれぞれ固有のものがあると思えます。そういう中で資料にも出ておりますボリヴィアのサンタクルススの病院は、我々は10年前からやっているわけでございますが、そういったところで最近非常に感じておりますのは、その国の社会事情がどんどん法律的にも変わりつつあって、皆さん御存じのようにディセントラリゼーションということで中央で持っているお金がどんどん地方自治体に投げられる、そういうことの結果として人事管理、また財政管理というものが大きく影響を受けている。そういう中で、これは大変不適切かもしれませんが、我々現地で指導しながら、これはまた日本で言わなければいけないことだなというふうなことを多々経験するわけでございます。

一つの例を挙げますれば、人事管理といったようなことで、今まで中央管理でしていた場合に、非常に人員の制約というもののうちで内容が実現できなかったということが、地方自治体の方に我々の技術協力チームが信用を得た結果として、いろいろな政策の企画立案のアドバイザーになり、ファンクショナルに定員とか予算が見直されるようになってきたというようなことも、我々の技術協力の一つの成果かなというふうに考えております。今、川島委員が言われたようなことを十分踏まえながら、我々は今後も技術指導を進めてまいりたいと思えます。どうも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。ほかにございますか。

○松田委員 いろいろありがとうございました。今後の方向ということで、38 ページの人材養成確保事業の強化だとか国内支援体制の強化、まさにそのとおりだと思います。これは前回、私が申し上げたかと思いますが、人材養成で日本に呼んで研修して帰ってもらった人のフォローアップ研修というのでしょうか、うちの研究所にも毎年、病院の管理の関係でいらっしやっているのですが、各国 1 人ずついらっしやる。そういう人たちが帰った後どうなっているか大変気になるわけでありまして。例えば 10 年続けてやれば一つの国に 10 人、同じ分野の研修を受けた人がたまっているわけです。だから 5 年か 10 年に 1 回ぐらい、研修の出前ではないけれども、こちらから出て行ってそういう方を集めてフォローアップ研修をやるとか、呼ぶだけではなくて、こちらから出かけて行って国内の支援体制を強化して、現地でやるということをご検討いただきたいということでもあります。

○小澤理事 きょうは研修担当の理事が来ていますので、飯島理事の方から答えさせていただきます。

○飯島理事 研修担当の飯島でございます。ただいまの松田先生の御指摘の点でございますけれども、私の理解では、JICA で第三国研修と第二国研修というスキームがございます。本邦研修とは異なるメリットも多々ございます。例えば第三国研修の場合は、参加者の募集とか、あるいはカリキュラムの編成など、研修の運営というものが実施国の主体性、責任のもとに行われるために、自助努力の支援というものが期待できるという点が第 1 点として挙げられます。二つ目は、当然のことながら日本で研修するよりも研修費が安くつく。その分、日本に呼ぶ研修員よりもより多く研修員に機会が与えられるという点もメリットでございます。3 番目としては、言葉とか文化、気候とか風土とか似通った国が対象となりますので、研修効果の上がる環境が整っている、こういう点で第三国研修のメリットが大きいと思います。

もう一つ、私どもの方で第二国研修というものを平成 5 年度から開始しているわけでございますけれども、第三国研修は今 112 コースございまして、大体保健医療分野が 15 コース、オンゴーイングで実施されております。第二国研修の方は、こちらの方は現地の技術者の方が講師となって現地研修が行われるために、使用する言葉も障害はございません。また現地の実情に即した研修ができますので定着ということもより多く期待できると思います。こういう点で、フォローアップという意味も含めまして、日本で研修したコースのフォローアップと第三国研修と第二国研修を有機的に絡めた協力の展望、展開というものがこれからますます重要性を帯びてまいると思います。私どもも決して型にはまった協力ではなくて、より弾力的な研修コース運営に今後とも努力してまいりたいと思っております。以上でございます。

○仲村委員長 ありがとうございました。

本日はもう一つ議題がございますので、次へ移らせていただきます。総合質疑は時間がありますれば一番最後にやりますので、御意見があればまたちょうだいいたします。

6. 専門部会の報告等

(1) プライマリ・ヘルスケア専門部会報告書（案）について

○仲村委員長 本日は専門部会の報告ということで、プライマリ・ヘルスケア専門部会にいろいろ御苦勞いただいて報告をおまとめいただいたわけですが、部会の委員をお務めいただきました結核予防会の島尾先生と梅内先生から御報告をちょうだいいたした後、質疑に移りたいと思います。

○島尾委員 結核予防会の島尾でございます。

この JICA の海外医療協力委員会では、従来から重要な課題について専門部会をつくって検討するということををいたしておりましたが、一昨年 3 月の第 28 回の海外医療協力委員会、私が最後に委員長を務めさせていただいた会議の際、何を取り上げようかというお話をお諮りしましたときに、松田委員の方から、いろいろ医療協力をやっているけれども基盤になるのはやはりプライマリ・ヘルスケアの充実ではないだろうかということになりました。ただプライマリ・ヘルスケアの考え方については、人によって随分受け取り方が違うようだし、少しそれを整理して今後の協力のあり方について検討したらどうだろうかという御提案があり、委員の皆さんに御賛同いただきましてこの専門部会がつけられたわけございまして、最後の取りまとめをした責任という意味で、この部会のお世話役を担当させていただいた 1 人でございます。

このプライマリ・ヘルスケアという考え方は、中国の「はだしの医者」に非常に刺激を受けました WHO の前の事務総長のマーラーさんが、世界の保健全体をよくするのはこれしかないだろうということで、1977 年 5 月の世界保健総会で、西暦 2000 年までに世界のすべての人の健康の水準をよくしようではないかという決議をしたのが始まりでありまして、翌年、1978 年の 1 月の執行理事会で初めて、現在よく使われている「Health for all by the year 2000」という言葉が使われました。そしてその年の 9 月にアルマ・アタでプライマリ・ヘルスケアに関する国際会議が WHO と UNICEF の共同で開催されまして、アルマ・アタ宣言というものが発せられ、初めて PHC ということが世の中に出てきたわけでありまして。

そして翌年、1979 年 5 月の世界保健総会で、プライマリ・ヘルスケアを発展させてヘルス・フォー・オール（Health for all）を達成していこうということが決議されました。そのプライマリ・ヘルスケアの発展とは何だということになりますと、住民参加のもとに自主的な財源で、例えば適切な栄養であるとか感染症対策とか、あるいは必須医薬品の整備等かなり具体的な八つの目標を掲げて、その実現をもってヘルス・フォー・オールを達成しようということが決められたわけでありまして。これを受けまして、私ども、お手元の報告書の一番最初の方にローマ数字で書いたページがございまして、その IV ページのところタスクフォースの委

員をお願いした方々、Vページの方には実際に作業部会として報告書をつくるのに従事していただいた方々のお名前を掲げてございますが、こうした方々で2年間にわたって作業を進めてまいりまして、今回、この報告書を完成いたしました。

中身は2部構成になっておりまして、第1部は総論でございます。まず日本の地域保健活動はかなり立派な成果を上げている、その経験を振り返り、世界のプライマリ・ヘルスケアに対する動きを眺め、プライマリ・ヘルスケアとは一体どんな理念であるか、世界の主な援助機関はPHCに対してどんな動きを示しているか、さらにそのプライマリ・ヘルスケアの実現にはどんな資源が必要かというような点について分析をいたしました。

第2部では、今度はJICAの行うPHCプロジェクトについて具体的に取り上げまして、まず最初に幾つかの事例を分析し、さらにその結果をもとにPHCプロジェクトについて政策的、戦略的な視点から分析を行い、その中身といたしまして、要請主義との関連とか、計画を作成・立案する際の問題点、あるいは実施をする際の問題点、評価をする際の問題点等々をいろいろと討議いたしまして、最後に、今後JICAのPHCプロジェクトについてこうあってほしいというような提言をさせていただいている内容でございます。実際的な内容につきましては梅内委員が中心になっておまとめいただきましたので、具体的な内容について梅内委員の方からさらに説明していただきます。

○梅内委員 梅内でございます。今、島尾先生からこのプライマリ・ヘルスケアの報告書の大枠について、しっかりと皆さんがすぐに理解できるような形で御説明がありましたので、私の方からは少し内容の方に触れさせていただきます。

まず、プライマリ・ヘルスケアを私たちは2年前に、あのときは島尾先生、松田先生、私にJICAの医療協力部から声がかかりまして、いろいろ仕事を開始したわけでございますが、今、島尾先生のお言葉にもありましたように、プライマリ・ヘルスケアというのは本当は日本にもきちんとあったのですが、プライマリ・ヘルスケアというコンセプトとメッセージという形ではヨーロッパ、アメリカ発でございました。しかし、結論を言いますと、これを2年間かけていろいろやっているうちに、きょうここにいらっしゃる委員の方々からいろいろな御発表がございましたが、日本でやっていることは西洋発のものとは違った新しいものが今出ているのではないかというような実感を得ました。そういうものを含めながら御紹介させていただきたいと思います。

まず、簡単に言いますと、私もちょっと自慢させていただきますが、この本は「本書の活用方法について」というものが一番最初でございます。これほどなたにでも、玉虫色ではなくて本当にきちっとそういう気持ちを持った人が読めばすんなりとわかるような構成になっておりまして、ここにいらっしゃる政策担当者の方であれば、政策論の総論の方も大所高所でスパッと読めばすぐおわかりになりますし、それから、JICAの実際にかかわっている人であれば第

2 部の JICA プロジェクトを中心に入っていく、もっと根底的なものに行きたいときには総論に來ればいいし、もっと技術論的なものは ANNEX についておりますガイドラインがありますので、そこに行けばいいのです。それから、医学部の学生さん、あるいは看護学生さん、あるいは社会人の方で、JICA に興味があるし、国際協力にも興味がある、そしてプライマリ・ヘルスケア、保健分野に興味があるという人は、どこから入ってもいいのですが、最初は総論のちょこちょこ格好いいところを読むと、これはおもしろそうだというふうになるのではないかと、そういうふうなことを考えまして、意欲と興味のある人にはすんなりと読めるような構成になっております。これは宣伝させていただきます。

まず、VI ページにございます Executive Summary、これは当然ありますが、この中で私たちはプライマリ・ヘルスケアということは個人と集団、これは個人でやれることと集団でなければやれないこと、いわゆるコミュニティ・パーティシペーションというのはなぜ必要かというようなことの最初の取っかかりをここに出しておきました。プライマリ・ヘルスケアというのはきょうもいろいろな方が述べておられましたが、DAC の戦略でも今までの西洋の認識、個の認識ということ、個の確立、これはすばらしいことですが、これだけに偏ってはいろいろな問題が出ていることも事実でありますので、個の確立、「神は死んだ」という西洋のすばらしい言葉を百年前にニーチェが警告しているのですが、個だけではいけませんよ。では、それにかわるものは何であるか。そうしますと、集団というものは、日本は和をもって尊しとするというのは、今まで全然だれも考えなかったのですが、やはり現代文明の中でもう一度そういうことも考えてみなければいけないというような思いを込めて、ここに集団ということを出してきました。そういうことが総論の中のいろいろなところに入ってきております。

5 ページ、第 1 部の第 1 章に入っていきますと、ここに「日本の地域保健活動の歴史とプライマリ・ヘルスケア」とございます。これを読みますと、日本が明治から大正、昭和、特に第二次世界大戦後にどのような困難な環境のもとに公衆衛生をきちっと確立してきたかということが非常によく出ております。特に 8 ページの第 1 表「第二次世界大戦後の母子保健指標と結核死亡率の変化」、これを見ると歴然といたします。いかに日本が困難な状態からここまで来たかということ、こうしますといろいろな途上国の人たちもこれで、なるほど日本はこういうようなことをしたのだということがわかるし、我々日本人もこれをまた再評価してみる必要があると思います。

私たちは日本のプライマリ・ヘルスケアのことにしましては二つのレポートを用意しまして、それが 17 ページの「わが国の経験から学ぶ PHC」、これは今 JICA の現役の課長でいらっしゃる方がきちっとまとめてくださいますので、今度はいろいろな歴史的な流れでなくて項目として、活動として、こういうようなものがきちっとありましたよ、ということを取り上げてくださいますので、こういうことでも初めての人が読むと、ああ、そうかということで非常に

理解がしやすいものだと思います。

23 ページに「PHC の歴史的背景」というものがございまして、これも今、島尾先生もおっしゃいましたマラーさんの時代からのアルマ・アタの時期と、それからその後の現代までの時期、アルマ・アタは 1978 年ですから、プライマリ・ヘルスケアが世界に宣言されてからちょうど 20 年たっているのです。その前半の 10 年と後半の 7~8 年というのは質的に大いに変わってきておりまして、前半といいますのはちょうど 1978 年はスモールボックス・エラディケーション、天然痘の撲滅というのは機運が上昇していたときなのですが、御存じのように 1980 年になったら経済的にも下がってきまして、ちょっとペシミスティックになったのですが、それであっても初期のプライマリ・ヘルスケアのコンセプトというものが、西洋でようやくとすばらしい経済的な豊かになって食えるような状態になって余裕が出てきた。それを、いろいろなところから出てきたヒューマンライトとかエクイティという概念でどのように他の国の人々にサービスなんかをディストリビュートするかということが中心の時代だったのです。

現代のプライマリ・ヘルスケアはもっと深刻になりました。皆さん御存じだと思いますが、現在の科学技術で私たちが物質論的な文明を楽しんでいるのですが、そこから出てくるいろいろな問題にどうチャレンジするか、人口問題、貧困問題、環境問題、そういうようなときに、皆さんそういうようなことでチャレンジしなければいけないのだけれども、どこから入っていったらいいかということが問題なのです。そういうときに日本が、先ほど諸先生方が発表しましたが、日本の暮らし向きというのはエネルギーの利用効率もいいし、意外とハンブルな中にきちっとしたものがあるということがわかってきて、そこから一つ一つそういうようなメッセージを、社会体制としてそういうものをきちっともう一回整理して世界にメッセージとしてできないかというような概念があるのですが、そういうものに世界も薄々気がついているのです。気がついているけれども、まだピタッとそこまで行っていない。そういうものをこの専門部会が掘り下げていきましたので、今後はそういうようなものをもっと世界にはっきりしたメッセージで伝えるものになりたいということでこれを整理しました。それがアルマ・アタ宣言、オタワ宣言、それからジャカルタ、こういうことはきちんとありますが、まだこういうようなコンセプトにおいて天才的な西洋文化もまだそこまで気がついていないというふうに私たちは思っております。そういう意味でお読みになっていただければいいです。

第 2 章、これは 37 ページに入りますが、これは理念です。プライマリ・ヘルスケアの理念ということをご自分でここで一般論として述べましたが、一般論だけではなくて現代の時点からどういふふうにかえたらいいかという理念を述べました。それでは、保健システムにおけるプライマリ・ヘルスケアとはなぜかということ、ここには住民参加ということがきちっと出ていますが、しかし、住民参加というのはディベロップング・カントリーでは、個人 1 個人の人では力が弱いので、それを集結して初めて社会的なシステムにチャレンジする力になりますよと、そういう

意味のコミュニティ・パーテイシペーションが一つ考えられるのですが、先進国におきましては、ある程度の自由度、自由はいいのですが、物質的な文明の謳歌と自由度、いろいろなものの謳歌はいいのですが、その行き過ぎがちよっとあるので、それを個人の力ではできないのでそういうものも別な意味で集団の力でみんなでやるというような必要性からコミュニティ・パーテイシペーション、そういうものが質的に違うものがありますよというようなメッセージをやるために、ここにプライマリ・ヘルスケアはなぜ必要かということが出ております。

39 ページは、今度は国際協力の中でプライマリ・ヘルスケアというのはどういうことかということで、ここは地球レベルの問題の認識と行動ということで書いておりますし、もう一つ、このプライマリ・ヘルスケアを介してなぜ国際協力が必要か、なぜ JICA があるのですかというようなことも含めまして、いろいろな説明の仕方があるのですが、41 ページの「ODA からみた国際協力の問題点」、この考えとなる根本的なものは、我々は医者ですから医学、生理学的なモデルが頭の中にあるのですが、循環生理学、今の 10 億の金持ちの国だけが世界の 80% の富をぐっと占領するということは、血液循環で言うと、あるところに血液が停滞することなのです。これは生理学的におかしいよと。そういうような説明をすれば、なるほど、循環するには国際協力、ODA が必要だとわかりやすいのではないかと。もう一つは、貧困問題が先ほど出ましたが、貧困というのはソーシャル・キャンサー、社会の癌である。貧困な人々がたくさんいたらその人たちはパイプレーション、どんどん転移しますよと。癌も転移しますね。そういうような形で貧困問題もきちっとトータルなグローバルなシステムとしてとらえなければいけない、そういうような生理学的な概念。それから、現在ある人道主義、なぜ人道主義が現在になって強くなったかということも後で触れておりますが、そういうような三つの観点をバックにしてこの「ODA からみた国際協力の問題点」ということを述べております。

45 ページに行きますと、「PHC の現代的視点」。プライマリ・ヘルスケアは 1978 年に出てきましたが、やはり 20 年の経過がございますので、その間に、ここには例えば国連の UNDP、これがヒューマン・ディベロップメント・インデックス、人間開発ということ、なぜそれが必要かということ、経済だけではないということを出しましてインデックスまでつくりましたので、それもきちっと含めてカバーしてあります。

それから、プライマリ・ヘルスケアにはコミュニティということでございますので、やはりこれはその国、地域、地方の文化ということもきちっと入れなければだめだということ。それから、先ほどありましたが、コミュニティは地方自治と関係がありますので、そういうことも書いてあります。

47 ページには、これもアメリカ発でございますが、世界の今の経済を見ますと、ワールド・バンクもそうですが、サステイナブル・ディベロップメントということがあって、本当にこれは論理的に合うのかどうか。哲学的なところまで来なければだめなのですが、そのときに

その一つの方法として、生産的な経済システムのために人間が病気になる、あるいはハンディキャップの状態になる。そうするとどれだけの損失があるかということ測定するある一つの方法論が完全ではありませんが発見されたのです。それが「Disability Adjusted Life Year」、早く死ねばどれだけの損失があるか。これもアメリカ発ですが、一応そういうものが出て、健康というものを経済的なタームできちんと使えるようなところまでできました。しかし、プライマリ・ヘルスケアというのはそれを超えるような別なインディケータを今、専門委員会で用意していますので、今回は出しませんが、そういうようなところまで来ております。

49 ページに行きますと、これはもう少し論理的になりますが、認識論、倫理的視点、それから経済学的視点からいろいろ述べております。これは学生さん、あるいは関係する人たちには興味あるところだと思います。

第3章に来て、主要援助機関の最近の動向。これは JICA のグループが非常によくまとめてくださっておりまして、60 ページから 61、62、63 といろいろなテーブルをつくりまして、いろいろな活動が一覧できるようになっております。

67 ページからは、プライマリ・ヘルスケアの人材の管理・育成ということ。71 ページは PHC におけるパブリック・セクターとプライベート・セクターとの関係でございまして、今まで ODA というのはパブリック・セクターを主に介してやってきたのですが、71 ページで注目したいことは、構造調整等いろいろなことがあります。プライベート・セクターがきちっと育たなければパブリック・セクターもきちっと機能しない、そういうことをベトナムでの成功例をもとにしてここに書いてきておりまして、やはりプライベート・セクターとパブリック・セクターのバランスのとれた発展は重要だということでございます。

77 ページに行きますと、これは JICA のケーススタディで 5 カ国を選んでいますが、これは 2 年前にランダムに選んで、その理由はなかったのですが、みんなでランダムに好きな国を選びました。77 ページは JICA の石井さんがきちっと JICA の観点からこれをまとめてきております。この JICA のケーススタディにつきましては、2 年前のエバリュエーションと、それから今後のエバリュエーションというのはちょっと内容が違いますので、これもまた突き合わせるとものすごくおもしろいものが出てくると思います。

第2章に移りますが、123 ページをお願いいたします。

このような作業をずうっとやりまして、こういうような結果に基づきまして、まず「JICA PHC プロジェクトにおける政策的並びに戦略的視点からの考察」。政策といえば外務省が中心になっていろいろやっていますが、ここは政治外交的な政策ではなく、プロジェクトを展開する上での「政策的」という意味でございます。そういうようなことで、ここに一応考察を加えましたが、123 ページの「要請主義に基づく問題」。先ほど島尾先生始め諸先生方が触れて

おられますが、やはり日本が最初にやったときの第二次世界大戦のショック、いろいろなあのころのグローバルな意見から、要請主義というののもっともだと思うのです。しかし、50年のいろいろな経験の中から、これだけでは日本の考えが見えてこないということは皆さんもお気づきだと思います。ここにあるのは、やはり日本が持っている現在の世界観と国際協力はどうあるべきかというコンセプトをしっかりと持って作り出して、それに基づいた協力のポリシーをきちっとつくる。それを基盤に置いていろいろな個々を対応していく。そうすると相手にも世界にもメッセージがきちっと伝わるだろう。特に我々は軍事的には何もできません。それは当たり前でございますが、しかし、もっと別な形のメッセージ、日本から世界の人類の生存のためのメッセージを発するには、この JICA を中心とする事業、特に保健分野におけるプライマリ・ヘルスケアというのは非常に重要だというふうな形で、そういう思いを込めてここに書いておきました。

124 ページの「プロジェクト評価上の問題」というここの考察でございますが、評価というのは非常に重要です。評価のガイドラインも今いろいろできております。それから、実際に JICA のここの研修所で、10 人を対象に新しい JICA の専門家のマネージャーをつくるようなトレーニング・コースが始まっていますが、そのときにプログラム・サイクル・マネジメント、これも向こうから来たものでございますが、そういうふうな論理的なトレーニングはありますが、しかしもっと重要なことは、やはり先ほど触れましたが、日本の国際協力の哲学に基づいて、JICA の協力プロジェクトは何をねらうか、上位目標というのは今まで出ておりますが、そういうふうな政策論的な目標ということまでを視野に入れたことをもってプロジェクトをきちっと計画をし、そういう計画がきちっとしていればその評価をしやすい。そういうような思いを込めて、ただ数値目標だけでないということを書いております。

こういう考察に基づきまして、127 ページ、これが私たち専門委員会の仕事でございますが、「JICA PHC プロジェクトへの提言」でございます。見るとここの委員の方々もすぐわかると思いますが、127 ページの 2) の「コミュニティの人的・財的資源の開発」ということで、ここの中に一番最後に必須医薬品回転資金プログラムということが出ておりますが、この財的資源というのは御存じのようにディベロッピング・カンントリーでは、先ほどもランニングコストがない、いろいろなお金がないということ、それほどの国でも出くわす大きな問題でございますが、では彼らがどのようにして自分らの資金をつくり出すか。それは自分たちのコミュニティだけでできるものとできないもの、やはり外からの最初の呼び水的な協力が必要なもの、いろいろなことが考えられますので、これも柔軟な対応が必要でございます。例えば今ブラジルは、有名な統一保健機構とって、GNP パーキャピタが 3,000 ドル以上のお金持ちの国でございますが、東北ブラジルは今それでも 1,000 ドル前後でございますが非常に貧しいところもあるのです。そこで医療費の丸抱えということで統一保健機構でやっておりまして、

そこでの大きな問題がたくさん貧しい人たちにしわ寄せが出てきて、今 JICA が母子保健でそこでいろいろないいことをやっているのですが、そこで初めてコミュニティに安いコンドームがきちっとできるような方法を JICA のチームが導入しましたら、コンドームの売れ行きがものすごく上がってきた。かつコミュニティが全部それを自分でマネージする、そういう結果が今ブラジルの中央政府まで届きまして、やはりコミュニティをきちっとエンカレッジしなければいけないというような方向の政策に今、考慮を始めている。そういうことは非常に重要だと思ひまして、ここにコミュニティということを入れておきました。

それから、4) の「患者のリフェラル・システムの改善」、これも非常に重要なこととございまして、国立医療センターのチームがこれを中心に非常にいろいろなことをやっていると思ひますが、これとプライマリ・ヘルスケア、いわゆる草の根とのプライマリ・ヘルスケアのリンクージというものが今後、重要になると思ひます。

128 ページの 7) の「社会開発、地域開発などの他の分野との連携」、これは先ほどから皆様は何度も述べておられますので繰り返す必要もありませんが、しかし、このプライマリ・ヘルスケアを見る場合には、単なる保健医療分野のプライマリ・ヘルスケアだけではなくて、やはりその背景となる社会開発及び農業・水産など全部、経済開発との連携の中で考えなければいけないということをここに述べております。

129 ページの 8) の無償資金協力のことでございしますが、無償資金協力というのは日本におきましてすばらしい協力方法でございします。これが先ほどのきちとした今後の JICA の大枠の国際協力政策の中で考えられて実施されたら、すばらしいものになると思ひます。その具体例として、技術協力との連携でそのフォローアップがきちんとなされるころまで日本が成熟したら、これは世界に大きなメッセージとして使えるのではないか、そういうことをここに述べております。

そして 131 ページの 4、「PHC プロジェクト支援のための体制整備」。いろいろ提言を述べてまいりましたが、こういうことを実現するためにはぜひこういうような JICA 内の整備体制が必要であるというふうなこともここに述べております。

1) が PHC 専門家の養成・確保。これは現在、ここに書いてありますようにどんどん JICA が養成コースをやっております。それには東京大学を始めいろいろな大学が、ここにみんな協力していることも事実でございします。

132 ページの 2) のプロジェクト合同委員会の設置、これが非常に重要だと思ひます。先ほどの社会開発・地域開発の分野との連携等、まさにこれを行うためには PHC プロジェクト合同委員会の設置ということが重要で、一つのプロジェクトだけではなくて PHC にかかわるプロジェクトの関係者が一堂に会して全体を見て、全体の政策をきちっとディスカッションするというような場が必要だろうということでこれを書いておきました。

それから、現在行われているプロジェクト事業経験の体系化、これも行われております。

それから 4)、5)、これもお読みになればわかると思いますが、4)の中で、いろいろな JICA の新しい政策がどんどん出てきた場合に、ではその政策がどれだけの的を射たものかということをしちつと世界にメッセージを発するというのも重要だと思ひまして、この 4) をここに書いておきました。それをするためには、今からいろいろなところでプライマリ・ヘルスケアのプロジェクトが行われておりますが、そのカントリーのケーススタディをきちんとやりまして、JICA の政策とその結果のプロジェクトのスタディをして世界にしちつとメッセージを出す、そういうことを続けることが重要だろうということで 4) が出ています。

5) の NGO との連携、あるいは国際保健医療学会との連携ということは先ほどから皆様が触れておられましたが、こういうことも必要だろうと思ひます。

このようにこれが提言の大枠でございますが、こういうようなことを含めましてこれを書きました。

135 ページからの「ANNEX」には具体的な技術的なガイドラインがきちつと書いてありますので、これを見ればいろいろな人にこれが役に立つだろうと思ひます。

このような形でプライマリ・ヘルスケアの手引きというものが、いろいろな方が読みようによつてはきちつと役に立つような形でできました。次は、恐らくこれを今後どうするかということになると思ひますが、それはディスカッションの席で皆さんの御意見をお聞きしたいと思います。

○仲村委員長 どうもありがとうございました。

島尾先生、松田先生、梅内先生に御苦労いただいて、それからそのほかの委員の皆さんにも御協力をいただいてこの報告書はできたわけですが、今の御説明に関しまして何か御質問、御意見ございますでしょうか。

○安谷幹事 非常に立派なすばらしい報告書をつくっていただきましてありがとうございました。私どもも活用したいと思ひますが、一つだけ梅内先生に御質問させていただきます。

先生の御説明の中で、DALY のことで、あれはクリス・マリーらが提案した非常に面期的なインディケータだと思ひているのですが、この御説明のところ、先生はそれを上回るインディケータを開発されたと言われましたので、どのようなことか簡単をお願いいたします。

○梅内委員 それはこういうことです。クリス・マリーさんのあれは経済論的に人生の中で人間が健康であればどれだけの生産性が期待できて、早く死ぬあるいは病気の場合どれだけの生産性をロスするかという一つの提案なのです。その結果、僕らは、弱者はどうするのだと。弱者もいるのですね、ハンディキャップの人がいるのです。そうすると、もう一つ経済というのは現在の資本主義はコンサンプション、消費するというのも経済でありますので、経済活動というのは生産と消費と両方考えなければだめだと。その視点も考えてみたら、僕は経済学

者ではないですが、その視点が欠けているなということで、うちの関係の人たちに今そういう視点を述べて、ではこれと違ったもう一つの計算方法、測定の仕方はないですかということも投げている、そのくらいでございまして、それでよろしいでしょうか。

それから、麦谷さんがおっしゃいましたが、この中で一つ研修のことですが、いろいろなことがリンクしている中で、ちょうど1週間前に私はプライマリ・ヘルスケアのタイのマヒドン大学の大学局がやるプライマリ・ヘルスケアのマスターコース、10ヵ月のすばらしいコースを10年間続けて今後どうするかということだったのですが、それを今、もっと柔軟に、プライマリ・ヘルスケアのプログラムに参加している15ヵ国の受講者が帰って行って、自分の国でプライマリ・ヘルスケアをきちっと強化するようなプログラムにリンクしたらもっとすばらしいのではないかと思って、第三国研修と第二国研修を含めたような新しい考え方、それは研修事業だけではなくて例えば医療協力部がやっているプライマリ・ヘルスケアのプログラムの全体の枠でとらえられるような方向に行ったらすばらしいものが生まれるのではないかというふうに考えてきたのですが、部長、それでよろしいでしょうか。

○飯島理事 タイの第三国研修プライマリ・ヘルスケアについては大変お世話になっております。この種の研修コースでございますが、従来は確かに先生が御指摘のとおり個々のプライマリ・ヘルスケア専門家の育成というものを重点としてきたことから、必ずしも参加する研修員の人材育成のための効果がどうだったかといいますと、不十分な点があったことは否めない事実でございます。そこで、強化策といたしまして、研修事業部と医療協力部と御相談させていただきまして、第三国研修と第二国研修のスキームを有機的に活用させていただくということで、例えば研修の実施期間中に積極的に第二国研修の協力を紹介するビデオとかいろいろな形の広報活動に専念するとか、あるいは帰国研修員の総理解を深めるためにいわゆる情報の共有化を図る、こういった点でこれからプログラムの改善に努力をしてみ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。

○古市委員 きのうの資料といい、この報告書といい、実にすばらしいのでありがとうございます。大変勉強になりました。一つだけ私がどう考えたらいいかわからない問題を御紹介して今後の検討の一つの材料としていただきたいのですが、プライマリ・ヘルスケアということで多くの外国の人たちが私どもの公衆衛生院の方にも JICA の委託で見えます。数字や説明ではだめなので、やはりビデオをつくりまして、戦後の廃墟からずっと蚊とハエのいない運動、それから結核予防婦人会、愛育会、全部昔の記録を呼び起こしたビデオをつくりました。それで見ただけで非常によくわかったというわけです。

私は、日本の三大 NPO というのは結核予防婦人会と愛育会と栄養改善普及委員会の、女性に関わるこの三つだと話をすると、この次の質問に困ってしまうのです。「日本の主婦という

のはどうして地域のためにそんなに働くの」と、アフリカやアジアの人が聞くわけです。みんな家も貧しくて大変で、子どもも抱えていて、だんなさんの世話をする、それがみんなどんどん出てきて活動するでしょう。日本の主婦というのはどうして働くのですかと聞かれて、ここから問題があるのではないかなど。東南アジアでもアフリカでも日本の主婦を組織化してやるようなところをスタートにする前に、いろいろな構造があるのではないか。そのことを一つ考えたわけです。社会構造というのか、NPO とかプライマリ・ヘルスケアというときに、日本の例を言うのもいいけれども、もう一つその奥にも何かあるのかなという気がいたしました。

それからもう一つは、橋爪さんが統計のことで、それもなるほどと思ったのですけれども、私、統計情報部長を仲村さんの後でやったのですけれども、見学に行きますとコンピューターでグーッと集計している人口動態を見て、もうこれは参考にならんと言うのです。そこで私は終わったときに、お土産にソロバンをあげることにしていたのです。これは数える機械であって、ついこの間までみんなこれで数えていたのだと。集計だけのことよ、根っこの登録制度よと言ったら、みんな、それではひとつ勉強しましょうかというのですけれども、上を見ると、まいったという形になるのですね。そういうところがなかなか技術として納得してもらって日本を参考にしようというのには幾つか工夫が要るのかなと、こんなことを思いながらやっているものですから。ちょっと感想を述べさせていただきました。

○仲村委員長 ありがとうございます。

○古田幹事 今の梅内先生のお話、日ごろ梅内先生と話しているのですが、現場を見ている立場から二つほどプラスの提言をさせていただきたいと思います。この文章の中でいわゆる異文化といいますか、それぞれの社会に属する文化、社会的な背景をどう勘案していくかということ、やはりこれからまた続編で出ていかなければいけない問題が当然あるであろうということが一つ。それからもう一つは、JICA は非常にすぐれたターミノロジーだと私は思いますけれども、「技術移転」というのは JICA ワード、WHO の「PHC」に対応したすぐれた言葉だろうと思います。ただ、双方に共通して私はそれを本当にプロモートする上ではマネジメント・サイエンスという、結局そこら辺のところの、人材のようなコスト・エフェクティブな資源をどう使って、どういうふうにそれをドライブするのかというマネジメント・サイエンスというものがやはり今後 PHC に必要ではないかというようなことで、ちょっと蛇足かもしれませんが、我々これを参考にしながらやっていく上で、そういうことも視点に入れて勉強させていただきます。きょうは本当にどうも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す。

(2) 平成 10 年度の専門部会テーマについて

○仲村委員長 これは、海外医療協力委員会として専門部会を設けてレポートを書いていただいたということで、そんなにかた苦しくないとは思いますが、委員の先生方の御承認をいただくという手順が必要なようでございますけれども、非常によくできた報告でございます、これは英語にして教科書に使ったらいいと思いますし、これ自体「非売品」と書いてあるけれども相当教科書として売れるのではないかと。この著作権は後で相談しましょう。（笑い声）

非常によくできて、2 年間大変御苦勞さまでございました。プライマリ・ヘルスケアというのは、今御説明いただいて、あるいは委員の先生方はもうわかりだと思っておりますけれども、やはり一番プライマリ・レベルの話ですから、セカンダリーとかターシャリーとかいろいろあって、そのとき今、古田さんの言われたようなマネジメント・サイエンスとか次のステップとか、またそれにつながっていくのだろうと思うので、さて御承認いただいた上で今後どうするかということに何か知恵があれば、ぜひお聞かせいただきたいのです。せっかくこれをつくって、これで一丁上がり、というわけにはいかないと思いますので、何か意見はございますか。

○松田委員 次の専門部会のテーマにも絡んでくるかもわかりませんが、先ほど梅内委員の自画自賛ではないけれども、私も本当によくできていると思います。ただ、例えば 84 ページを見ていただくとわかりますように、プライマリ・ヘルスケア関連プロジェクトはまだたくさんありまして、これで検証したのはその一部であるということだとか、それから、いみじくも梅内委員がおっしゃいましたが、124 ページのところ、言うなればプロジェクト評価のためのガイドラインを作成することだということで、さらにこの先にもう少し実践書的というか、先ほど小澤理事の中でもプライマリ・ヘルスケア、公衆衛生関係のプロジェクトが非常にふえてきたという実態もありますし、今後どういう基準でプライマリ・ヘルスケアのプロジェクトを取り上げるのか、取り上げて既に走っているものをどう評価するのかということについて、もっと実践書的なものがないと、確かにこれでチェックポイントとかその概念はよくわかったのですが、これだけではまだ実践書には使えないので、そのところをもう少しマニュアルといいますか実践書といいますか、そこまで近づけるような作業を引き続きしていただいたらどうか、するべきではないか。私も委員の一人としてまだ消化不良だという気がしますので、何かそういうことを引き続きこの延長線上でやるべきではないかということは、強いて言えば平成 10 年度の専門部会のテーマの一つにもなり得るのではないかというようなことで御意見を申し上げたいと思います。

○仲村委員長 ありがとうございます。

ほかの先生方、何か御意見はございますか。

○古田幹事 私、現場の人間として、この次にどういうステップがあるのかということに大変興味があります。これは現実的な視野がない発言で許していただきたいのですが、こういったようなことにつながるマネジメント・サイエンス的な要素というのは、アメリカのいわゆるビジネス・スクール、今の近代企業が基本的に社員教育でマスターしている部分はかなり私は共通に使える部分だと思っております。しかし、遺憾ながら日本にはどうも、私の狭い知識では、そういう場とか専門家がない。仮にこういったものを基本的な出発点として国際的な視野を、例えばアメリカ、ヨーロッパ、そういったような専門家と日本人に限らずディベートしながら、ここにつながる方法論はこうだというふうなことを私が提言するののも一つの夢物語かなということで、大変僭越でございますけれども、そんなような感じがいたしました。

○仲村委員長 具体的にはどういうことでしょうか。

○古田幹事 名前は言いませんけれども、それなりの国際協力の先達である大学がございまして、ハーバードだとかそういったような。そういうところの専門家が仮にこういうことに関心を持って手をつなごうということであれば、それこそ梅内先生あたりがオーガナイズされて国際的なシンクタンク機能としての提言をするというのも一つの考えかなということでございます。

○仲村委員長 ありがとうございます。

○梅内委員 今、松田先生、古田先生からの御提言、非常に私なりになるほどなと思っております。まず松田先生の、より実践的なものへ向かって報告書あるいはマニュアル的なものをつくる、これは絶対必要なことだと思います。しかし、すぐにできるものではございませんで、今ここに5カ国のレビューをしておりますが、これからはもっとたくさんのもをレビューして、その中から、これは古市先生がおっしゃいましたが、なぜ日本の女性はそんなに働くのですかと。その働く根本、価値観がまだピシッと出てこないのです。各国の価値観の中心となるものをとらえて、それとそこで展開したシステムをよく分析して、そういうものに基づいて、恐らく世界に共通のマニュアルになるかということも一つあるだろうし、各国の文化・価値観に合ったようなガイドラインみたいなのができるか、これは非常に困難ですがチャレンジすべきことだと思いますので、もし総裁始め皆様がこういうことに時間を少しくださってどんどんやってくださいというならば、喜んでやりたいと思います。

それから、古田先生の御意見もすばらしいプロポーザルで、古田先生はそういう作業をしながら、日本からアメリカのハーバードでもWHOでもUSAIDでも、ピシッと私たちがこういうような考えでこういうようなエビデンスがありますよというようなことができるまで、時間が1年か2年かかります。でもその中で先生がおっしゃったようなことをきちんと準備することとは、これは日本の責任だと思いますので、そういう意味でもし皆様が先生がおっしゃったことをサポートしてくださるならば、喜んでチャレンジしたいと思います。

○仲村委員長 ありがとうございます。

JICA の新しい予算にも社会開発総合プログラム協力というものがあるわけで、ますますこれからそこはマルチ・セクトラルになっていくのだろうと思います。そうするとプライマリ・ヘルスケアは一番下敷きというか、ファンダメンタルな部分で、それにいろいろバラエティがついてくるということで、評価もそういう方向で評価していかざるを得なくなると思うので、松田委員のおっしゃったようなことで、このプロジェクトをもっと延長というところとちよつと違うのかもしれませんが、WHO も中島先生が引退されてブルントラントになればまたヘルス・フォー・オールのリニューアルをやっておりますし、いろいろ WHO プログラムのプライオリティも大分変わってくるという側面もございますから、当然そういうところをマルチの機関ともタイアップして JICA もおやりになるということで考えれば、これは非常にプライマリ・レベルなのですが、もう少し先にまだまだ評価の体系とかモニタリングのやり方とかいろいろあるのだろうと思います。もし委員の先生方がお差し支えなければ、そういうような方向でこのプライマリ・ヘルスケアをめぐる問題を引き続き取り上げていただくということで御賛同いただけますでしょうか。よろしゅうございますか。

(承認の拍手)

○仲村委員長 それでは、そういうことにさせていただきたいと思いますが、具体的な中身につきましては、梅内先生その他関係の方と私も入りまして JICA とも御相談をさせていただくことにしたいと思います。

司会がまずかったので若干時間がオーバーしましたが、この際特におっしゃりたいことがあればお受けいたしますが、よろしいでしょうか。

7. 閉 会

○仲村委員長 御協力大変ありがとうございました。第 30 回の海外医療協力委員会をここで終了させていただきます。どうもありがとうございました。

午後 5 時 47 分 閉会

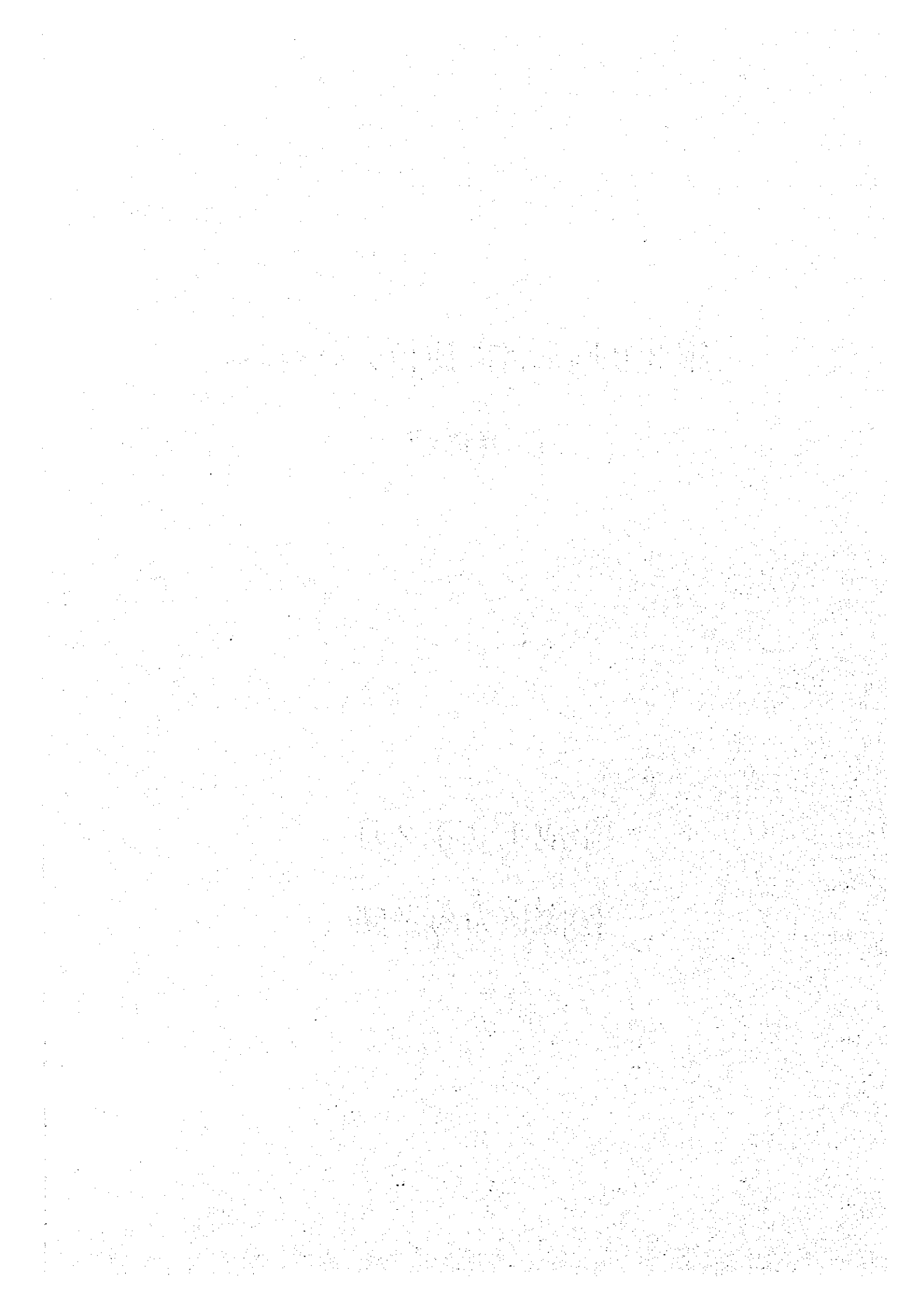
配布資料

第30回海外医療協力委員会

会議資料

平成10年2月

国際協力事業団



目次

第一章	JICAの最近の動向と課題		
1.	はじめに	.....	51
2.	JICAの当面の課題とその取り組み	.....	53
	(1) 行財政改革・ODA改革対応	.....	53
	(2) 機構・組織、業務関係	.....	53
	(3) 事業関係	.....	54
3.	平成10年度予算の概要	.....	59
	(1) 総額	.....	59
	(2) 定員	.....	59
	(3) 機構の新設等	.....	59
	図表 I-1 平成10年度国際協力事業団予算政府原案	.....	60
	I-2 予算及び定員の推移	.....	61
第二章	人口・保健開発協力事業における平成9年度の事業概要		
1.	人口・保健開発協力事業の概要	.....	65
	(1) 研修員受入事業	.....	65
	(2) 専門家派遣事業	.....	66
	(3) プロジェクト方式技術協力事業	.....	68
	(4) 医療・人口特別機材供与事業	.....	75
	(5) 青年海外協力隊事業	.....	77
	(6) 開発調査事業	.....	78
	(7) 災害緊急援助事業	.....	79
	(8) 国際協力総合研修所における調査研究事業	.....	80
	(9) 無償資金協力事業	.....	81
第三章	人口・保健開発協力事業における当面の課題と取り組みおよび平成10年度重点事業		
1.	人口・保健協力事業における当面の課題と概況	.....	85
	(1) 人口問題	.....	85
	(2) リプロダクティブ・ヘルスに関する課題	.....	85
	(3) 子どもの健康	.....	86
	(4) 寄生虫対策	.....	87
	(5) 栄養問題	.....	88
	(6) 非感染性疾患	.....	89
	(7) 途上国の構造調整と保健医療サービス	.....	89
2.	今後の取り組み	.....	90
	(1) 成果重視型の事業展開と量から質への転換	.....	90
	(2) セクター投資計画 人口・保健セクターに対する包括的対応	.....	90
	(3) 包括的人口・保健開発戦略の策定	.....	91
	(4) 感染症対策に対する取り組み	.....	91
	(5) 病院リファラル・システムと地域医療強化アプローチ	.....	91
	(6) 人材養成確保事業の強化	.....	92
	(7) 国内支援体制の強化	.....	92
	(8) 広報活動の強化	.....	92
3.	平成10年度人口・保健開発協力関係予算の重点事項	.....	94
	(1) プロジェクト方式技術協力事業費	.....	94
	図表 III-1 人口・保健開発協力事業費/予算の推移	.....	97
資料集	ODAとJICA事業		
	DAC諸国のODA実績(1996年)	.....	101
	主要先進国ODAの分野別支出構成(1996年)	.....	102
1.	わが国の政府開発援助(ODA)とJICA事業	.....	103
	平成8年におけるわが国のODA実績	.....	103
	わが国ODA実績とJICA事業	.....	104
2.	形態別事業実績	.....	105
3.	地域別事業実績	.....	107
4.	分野別事業実績	.....	109

第一章

JICAの最近の動向と課題

1. はじめに

90年代に入り、先進ドナー国間に援助疲れがひろがる中で、日本は一貫して政府開発援助(ODA)を外交政策の重要な柱の一つに据え、その拡充に努力し、ODAの支出純額では96年までに5年連続でOECDの開発援助委員会(DAC)加盟21カ国中1位の座を確保するに至った。

量的拡大を図るだけでなく、我が国は国内においては平成4年にODA大綱を閣議決定して、自らの援助の理念的基盤を整備した他、国際的には平成5年にアフリカ開発に関する東京会議(TICAD)を開催したり、平成8年にDACが採択した「21世紀に向けて：開発協力を通じた貢献」(DAC新開発戦略)策定において指導的役割を果たしたりするなど、開発途上国援助を巡る国際的且つ重要なイニシアティブを積極的に取ってきた。

しかし、平成9年度に入り、政府の行財政改革が本格化するなかで、これまで予算の「聖域」とされてきた我が国ODAも、平成12年度までの財政構造改革集中期間中はこれを毎年縮減させることが客年6月に閣議決定され、ODA縮減の方針が明確に打ち出された。同時に、これまで5次にわたって策定され、ODA拡充の指針となっていたODA中期目標については数値目標を伴う新たな中期目標の策定を行わないことも決定された。これを受け、平成10年度のODA予算は政府原案で前年度比マイナス10.4%に縮減され、JICA予算もJICA創立以来初めてマイナス(-1.8%)となった。

さらに、行政改革の一環として、JICAを含む全特殊法人の整理統合・合理化の具体的検討作業も本格化し、いくつかの法人の廃止、統合が決定したほか、事業合理化の方針についても客年12月に閣議決定が行われた。

ODAそのもののあり方についても政府の行政改革会議を筆頭に、外務大臣の私的懇談会である「21世紀に向けてのODA改革懇談会」、通産省の「産業構造審議会」、経企庁の「経済協力政策研究会」、経団連の「経団連国際協力委員会」などがそれぞれの立場から意見書を取りまとめるなど、官民双方で「何故日本は援助するのか」、「日本にとってのODAとは何か」という根元的且つ恒久的なテーマに関する活発な議論が現在に至るまで行われている。

21世紀を目前にして、ODAは文字どおり「量から質へ」の転換期に入った。今まさにJICAは、限られた財源の中で、多様化する途上国の援助ニーズに的確に応えつつ、より現実的かつ整合性のある国際協力事業を計画・実施し、その成果を内外にわかりやすい形で提示してゆく必要がある。このためにはJICA全職員がこれまでの事業形態別アプローチから国別・課題別アプローチへ、インプット重視から成果重視へというパラダイム転換を行い、各人がなすべき役割について認識を今一度新たにした上で、組織・業務の両面からの改革を行っていく必要がある。

来たるべき21世紀に向け、JICAが取るべき基本的方向性とは何か、その答を明らかにすることが今求められている。

2. JICAの当面の課題とその取り組み

(1) 行財政改革・ODA改革対応

政府の行財政改革においては、特殊法人整理合理化に係る閣議決定、財政構造改革の推進に関する特別措置法、行政改革会議最終報告など、JICAの組織・事業双方に大きな影響を及ぼす決定が既にいくつもなされている。JICAとしてはより効果的・効率的なODA事業実施を目指し、これまで以上に関係省庁との協議を緊密化させている。

行財政改革を背景として行われているODA改革については、本年1月末に外務省のODA改革懇談会が最終報告を取りまとめ、ODA実施機関における国別アプローチ強化のための組織の再編、業務運営の合理化、現場の体制の強化、評価システムの確立などの具体的提言を数多く盛り込んだ。既にJICA内部ではかかる改革の流れに沿い昨年3月以来、組織・業務のあり方について様々な角度からの議論・検討が急ピッチで進められているが、今後は更に議論を深化・加速させ、関係者の理解を得ていかねばならない。

(2) 機構・組織、業務関係

ア. 国別アプローチ強化

国別アプローチは被援助国のニーズに的確に応え、かつ全体として整合性と一貫性のある援助計画を策定・実施するために必要且つ有効な方途であり、他の先進国及び国際機関の援助実施体制は殆どが同アプローチを基盤としている。

JICAはこれまでも国別アプローチの強化を重点課題の一つとして様々な取り組みを行ってきたが、今後は組織構成も含めたより包括的な検討を早急に行っていく。

イ. 国内機関強化

国民参加型の援助を具現化するために、今後建替が予定されているセンター（兵庫、横浜、名古屋）については、多機能統合型の国際センターと位置づけ、地域における国際協力事業実施及び国際協力に関する情報提供・国際交流の拠点としての役割を強化してゆく。

ウ. 在外事務所強化

在外事務所の強化は、国別アプローチの拡充および現場重視の観点から今後とも重要

な課題である。現在、パレスチナ事務所を開設準備中であるほか、平成10年度予算では新たにウズベキスタン事務所の設置が認められた。

さらに今年度より在外事務所未設置国に所在する青年海外協力隊の調整員事務所に在外事務所に準じた機能を持たせるべく、具体的検討を行っている。

エ. 業務改善

以上に並行して、組織そのものの効率を高めるべく、事業実施に係る事務諸手続の簡素化・合理化の具体策の取りまとめを急いでいる。

(3) 事業関係

より質の高い協力、国民の期待に応え且つその支持と参加が得られるような効果的且つ効率的な協力の実施への取り組みの一環として、2000年（平成12年）までの期間を展望したJICAの主要課題を明らかにし、9年5月、133項目に上る具体的取り組み事項を行動計画にとりまとめ「第2次中期事業展望アクション・プラン」として機関決定した。JICAの業務・組織改革とも歩調を合わせつつ、目標年である2000年に向けて右プランを現在着実に推進中である。

以上の包括的な諸事項を踏まえ、10年は事業の質的向上と存在感のある事業の効果的・効率的実施に努めることを目標とする。具体的には事業における以下のような当面の課題に取り組む。

ア. DAC新開発戦略等のグローバルな課題への対応

①DAC新開発戦略等への対応

DAC新開発戦略では、新しいグローバル・パートナーシップの考え方にに基づき、貧困、教育、保健医療、環境の分野で、遅くとも2015年までに達成すべき7つの開発目標が掲げられている。我が国政府は新開発戦略採択に大きく貢献した経緯もあり、JICAとしても右戦略を念頭に置いて具体的に開発援助を実施していくことが求められている。国際協力総合研修所においては、DAC新開発戦略に係る援助研究を実施中であり、9年度中にとりまとめる右研究成果を踏まえ具体的事業化を図る。

今後、従来の分野別の縦割りのアプローチだけでは解決できない環境、貧困、開

発と女性 (WID)、人口・エイズ問題、等の重要な分野横断的開発課題への取り組みを一層強化する必要がある。例えば、環境分野の協力の拡充及び環境配慮の強化に努めており、特に、9年6月の国連環境開発特別総会において橋本総理が発表した、ODAを中心とした環境協力の包括的な中長期構想としての「21世紀に向けた環境開発支援構想 (ISD)」等を念頭に置いて事業を計画・実施する必要がある。

②紛争後の復興・開発支援等の人道支援の積極的検討・実施

我が国政府は、9年12月、オタワにおいて対人地雷禁止条約の署名を行った際、今後5年間を目処に、機材供与等を通じた地雷除去支援、及びリハビリテーション等に係る施設整備・技術協力等の地雷犠牲者支援を通じた総額百億円規模の支援を行う方針を発表した。JICAとしても可能な貢献を行う必要があり、右支援を含む紛争後の復興・開発支援等の人道支援を積極的に拡充・実施する。

③南南協力支援の推進等パートナーシップを推進するための対応

途上国が他の途上国に協力するいわゆる南南協力に対する支援を強化しており、その一環として、10年度においては新興援助国とのパートナーシップ・プログラムのパートナー国の拡大及びプログラム内容の充実に努める。また、9年6月のデンバー・サミットにおいて我が国のイニシアチブが示され、10年度予算（政府原案）において認められた新興援助国実務責任者クラスを対象とする南南協力支援会合（仮称）を本邦において開催する。

イ. 地域別・国別アプローチの強化、緊急的対応としてのアジア金融不安への対応

JICAでは、途上国の開発政策等を分析し、協力の実務にあたっての国別ガイドラインとなる「国別援助実施指針」を作成しており、今後この内容等の一層の充実を図るとともに、相手国との十分な対話を通じて、右指針に基づく優良な案件の発掘・形成に努めている。現在、各種の技術協力事業形態に係る要望調査の実施時期の統一化の検討を初めとする国別アプローチを重視した案件の計画・形成・調査の各機能の一層の充実を図っている。

また、9年7月のタイの通貨切り下げに端を発したアジア金融不安によるJICA事業への影響が顕在化しつつあることから、右影響に関する情報の収集・分析に努めており、これら影響に対する対策を早急に講じる。さらに、域内の経済・産業政策策定能力の向上、安定的経済成長の回復への支援を機動的に行う。

①第2回アフリカ開発会議（TICAD・II）への積極的対応

10年10月開催予定のTICAD・IIは、DAC新開発戦略の実施を念頭に置き、グローバル・パートナーシップの精神の下、21世紀に向けたアフリカ開発の行動計画の策定を目指すことを基本目標としており、JICAとしても、内部に設けたタスク・フォースを中心として、政府の方針に呼応し、積極的にこれに貢献する。

②対ASEAN総合人材育成プログラムの実施

9年12月のASEAN首脳会議において、橋本総理が本プログラムを発表した。これは、経済の持続的発展を支える人材育成のため、5年間にわたる官民の研修・招へい制度等を通じた2万人の行政官、民間実務者等の育成、及びASEANにおける理工・技術分野及び経営分野等の高等教育の強化支援、の2本柱を内容とするもので、JICAの人造り協力、高等教育分野の協力が中核的役割を果たすことが期待されており、右プログラムの具体化に積極的に貢献する必要がある。

③ブルネイ等の卒業国等に対する有償技術協力の実施を通じた対応

8年1月、ブルネイ等はOECDのDACが作成する援助適格国のリストからはずれ、いわゆる援助の「卒業国」となった。これら卒業国の中には未だに高い人材育成ニーズを抱え、JICAを通じた有償ベースでの技術協力を要望している国もあり、このようなニーズにも対応できるよう、JICAの体制・制度の整備を図る。

ウ．国民の参加と理解・支持を促進するための対応

①自治体、NGO、その他機関の一層の活用、及び国民参加型ODAの促進策の検討・実施

10年度予算（政府原案）において新規に認められた、案件形成の一環としての自治体連携案件形成ワークショップ、障害者福祉配慮団員を加えたプロジェクト形成、インターン海外（JICA在外事務所）派遣、等の事業を推進し、国民各界各層のODA参加を一段と促進する。

②情報公開の推進

10年度予算（政府原案）で新規に認められたインターネットを通じた情報発信のための技術協力情報公開経費の積極活用等を通じ、情報の公開・発信に一層努力する。

エ. 効果的・効率的事業実施のための課題への対応

①技術協力と無償資金協力・有償資金協力との連携の一層の強化

10年度予算（政府原案）において新設・拡充が認められた資金協力連携研修員、資金協力連携専門家等の子算の効果的活用等を通じて、援助形態間の連携の一層の強化を図る。

②JICA事業と各省技術協力との連携の強化

二国間技術協力については、9年度においてJICAと19の省庁が約半分づつを担当している。行政改革の理念に則り、被援助国に対する我が国政府としての総合的且つ整合性のある援助の実施を図るため、JICAとしては、10年度には17省庁が実施することになる各省技術協力との緊密な連携・協力を確保する。

③PCM手法導入改訂基本計画に沿った各事業への積極的活用の促進

援助プロジェクトの計画的な実施管理を進めるための手法として、4年度からPCM手法（計画的運営管理手法）をプロジェクト方式技術協力案件に試行的に一部導入した。10年1月、同手法導入基本計画の進捗状況を踏まえて計画内容を見直し・改訂し、プロ技協以外の事業にも可能なところから順次導入の促進を図っている。

④フォローアップ事業（新規）の充実と実施体制の整備・強化

10年度予算（政府原案）で認められた新項予算であるフォローアップ事業費の活用により、全ての無償・技協案件につき、JICA事業の形態にとらわれない総合的な事業フォローアップを迅速・的確に実施する。

⑤評価結果の事業へのフィードバック及び評価情報の公開の充実

各種の評価調査結果に基づく教訓・提言集の作成等を進めるとともに、国別援助実施指針、新規案件検討等の「事業の入口」やフォローアップ事業へのこれら改善成果の積極的な活用を図る。また、事業評価報告書の一層の充実を通じ情報公開を進める。

⑥日系人の支援及び活用

移住者の定着安定のための支援を継続する。また、「日系人を通じた技術協力」を含め、日系人社会を通じ現地社会への貢献につながる経済技術協力事業の実施するとともに、移住者・日系人支援事業の実施における民間団体との連携及び活用を推進する。

⑦沖繩振興策関連事業の推進

沖繩振興策の一環として、平成9年に外務省が実施した「沖繩における技術協力等拡充のための調査」の結果をも踏まえ、10年度予算（政府原案）で認められた、沖繩県の特性を活かした技術協力拡充のための調査研究、援助人材掘り起こしのための沖繩県内の各種機関関係者を対象とする国際協力公開講座、等を実施する。

3. 平成10年度予算の概要

(1) 総額

1,762億円（対前年度比1.8%減、32.8億円減）

(2) 定員

14人増（定員削減10人により純増は4人）

（平成9年度末総定員1,213人→平成10年度末総定員1,217人）

(3) 機構の新設等

ア. 本部

評価監理室調査役及び国際緊急援助隊事務局災害援助課長の新設

イ. 附属機関

北海道、筑波、大阪、中国、九州、沖縄の各国際センターの研修課を業務課へ振替

ウ. 在外事務所

ウズベキスタン事務所の設置

平成10年度国際協力事業団予算政府原案

(単位：千円)

科 目	平成8年度		平成9年度		平成10年度		
	予算額	伸率	予算額	伸率	予算額	伸率	対前年度 増△減額
I 国際協力事業団交付金	172,016,880	4.7	175,789,706	2.2	172,934,395	△1.6	△2,855,311
1. 海外技術協力事業費	146,783,158	6.2	149,683,054	2.0	146,020,940	△2.4	△3,662,114
(1) 技術研修員受入事業費	25,458,715	9.5	26,487,837	4.0	26,216,538	△1.0	△271,299
(2) 青年招へい事業費	2,575,281	0.6	2,637,906	2.4	2,520,916	△4.4	△116,990
(3) 技術協力専門家派遣事業費	17,244,316	4.2	17,660,158	2.4	18,148,419	2.8	488,261
(4) 技術協力機材供与事業費	2,663,022	0.0	2,253,897	△15.4	0	△100.0	△2,253,897
(5) プロジェクト方式技術協力事業費	38,104,740	5.0	38,650,466	1.4	37,139,354	△3.9	△1,511,112
(6) 青年海外協力隊派遣事業費	18,761,134	11.4	19,276,134	2.7	18,659,430	△3.2	△616,704
(7) 技術協力専門家等福利厚生費	1,193,444	9.4	1,283,305	7.5	1,255,917	△2.1	△27,388
(8) 技術協力専門家養成確保費	2,999,954	7.6	3,099,409	3.3	3,000,134	△3.2	△99,275
(9) 開発調査事業費	26,106,843	3.7	26,664,712	2.1	25,864,529	△3.0	△800,183
(10) 開発協力事業費	1,226,932	0.9	1,057,620	△13.8	819,241	△22.5	△238,379
(11) 無償資金協力事業費	6,212,300	5.9	6,323,094	1.8	6,787,896	7.4	464,802
(12) 災害援助等協力事業費	1,500,000	0.0	1,300,000	△13.3	1,200,000	△7.7	△100,000
(13) 援助効率促進費	2,736,477	10.4	2,988,516	9.2	3,161,340	5.8	172,824
(14) フォロ・アップ事業費	-	-	-	-	1,247,226	-	1,247,226
2. 海外移住事業費	877,617	△66.6	863,769	△1.6	788,019	△8.8	△75,750
3. 管理費	24,356,105	4.2	25,242,883	3.6	26,125,436	3.5	882,553
II. 国際協力事業団出資金	3,666,000	△26.3	3,690,000	0.7	3,270,000	△11.4	△420,000
1. 開発投融資出資金	0	-	0	-	0	-	0
2. 移住事業出資金	0	-	0	-	0	-	0
3. 施設取得等出資金	3,666,000	△26.3	3,690,000	0.7	3,270,000	△11.4	△420,000
合計	175,682,880	3.8	179,479,706	2.2	176,204,395	△1.8	△3,275,311
国際協力事業団受託費 (通産省) 海外開発計画調査事業費	10,681,691	2.5	10,156,258	△4.9	8,898,825	△12.4	△1,257,433
総計	186,364,571	3.7	189,635,964	1.8	185,103,220	△2.4	△4,532,744

(参考：プロジェクト方式技術協力事業費の内訳)

社会・産業開発協力に必要な経費	16,416,427	5.1	16,507,965	0.6	15,897,765	△3.7	△610,200
人口・保健開発協力に必要な経費	9,129,015	6.6	9,437,486	3.4	9,073,439	△3.9	△364,047
農林水産業協力に必要な経費	12,559,298	3.8	12,705,015	1.2	12,168,150	△4.2	△536,865

資料1-2

予算及び定員の推移

