

No. 80

第28回海外医療協力委員会 会議議事録

平成8年3月

JICA LIBRARY



J 1156170(1)

国際協力事業団
医療協力部

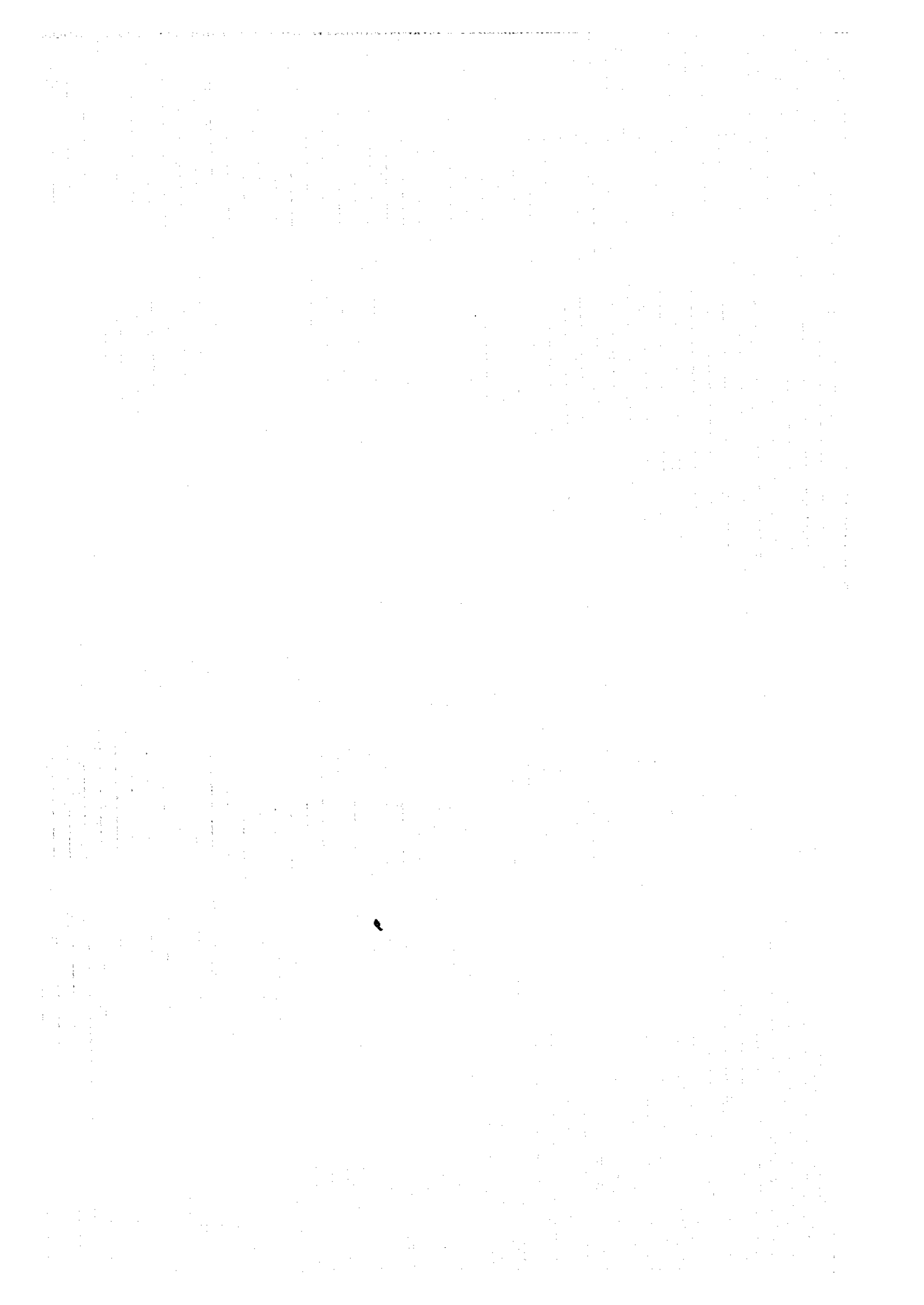
医協計
J R
96-01

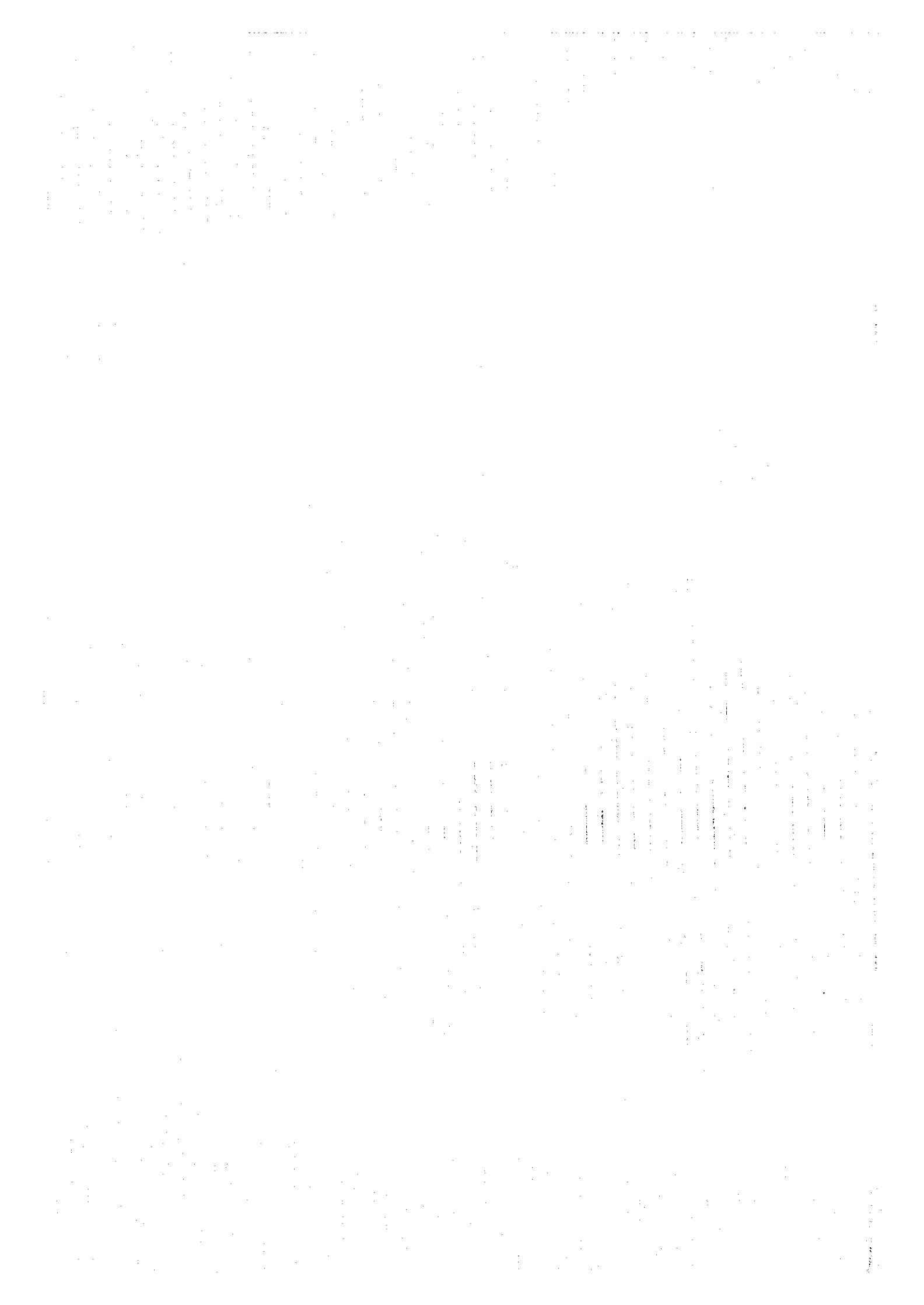
第28回海外医療協力委員会会議議事録

平成8年3月

国際協力事業団

JICA LIBRARY





第28回海外医療協力委員会 会議議事録

平成8年3月

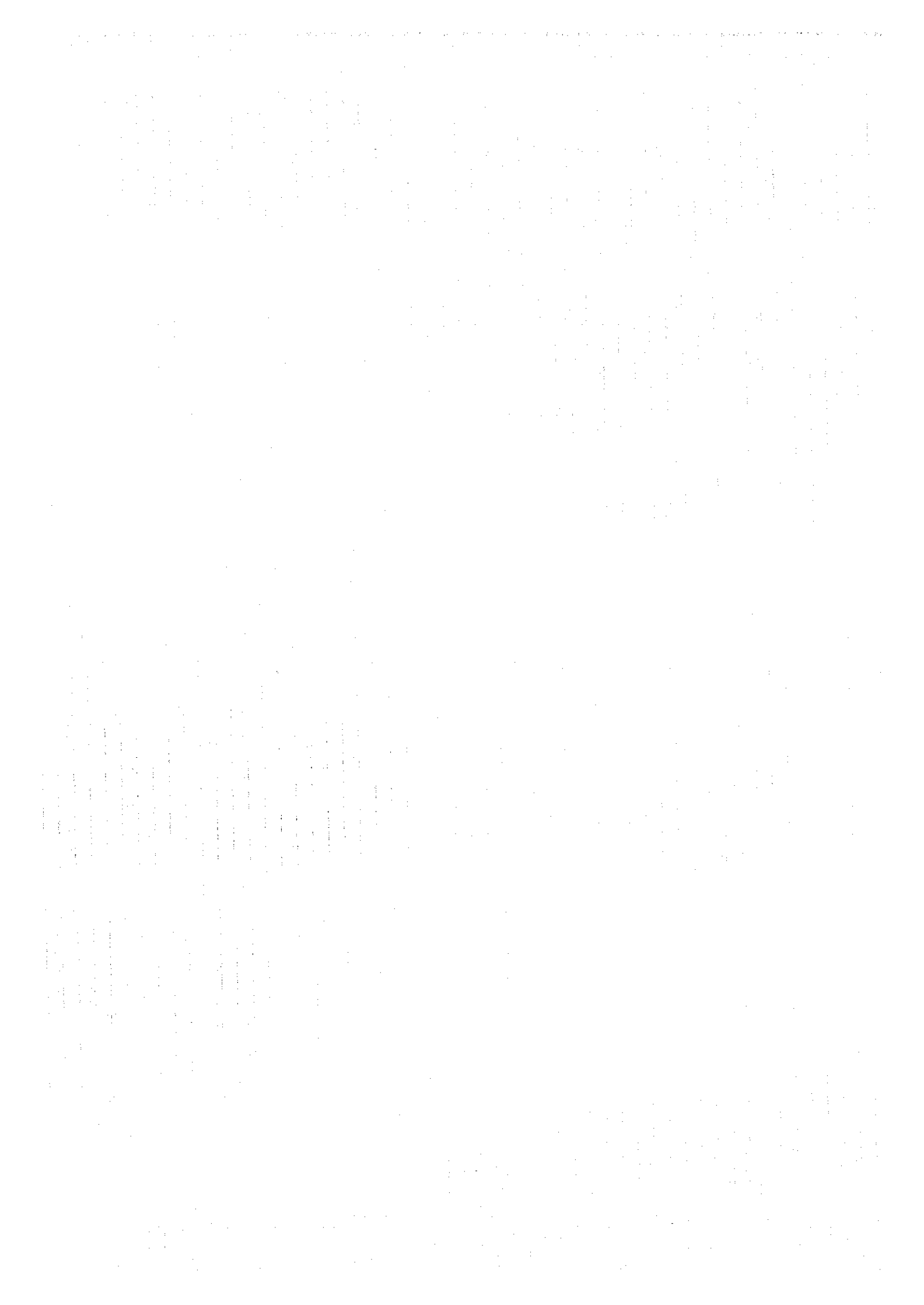
国際協力事業団
医療協力部



1156170(1)

目 次

I. 議事次第	1
II. 委員・御出席名簿	2
III. 幹事・御出席名簿	3
IV. 国際協力事業団・役員等出席名簿	4
V. 会議議事録	5
配布資料	
① 第28回 海外医療協力委員会・会議資料	37
② エイズ協力専門部会報告書要約	101



第 28 回 海外医療協力委員会

議事次第

1. 開催日時 平成 8 年 2 月 28 日 (水) 午後 3 時 30 分～午後 5 時 30 分

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) 開会の挨拶 平良医療協力部長
- (2) 国際協力事業団総裁挨拶 藤田総裁
- (3) 海外医療協力委員会委員長挨拶 島尾委員長
- (4) 関係省庁による保健医療協力への取組み
 - 外務省 経済協力局技術協力課 目賀田課長
 - 文部省 学術国際局国際企画課教育文化交流室 三村室長
 - 厚生省 大臣官房国際課国際協力室 高井室長
- (5) 事業団の最近の動向と課題 木島理事
- (6) 保健医療協力関係事業について 小澤理事
- (7) 質疑応答
- (8) 保健医療協力事業に係る審議
 - ① 専門部会報告「エイズタスクフォース」 大谷委員
曾田横浜市立大学教授
 - ② 平成 8 年度専門部会のテーマについて
- (9) 閉会

4. 懇親会

(1) 時間 午後 5 時 40 分から午後 6 時 30 分

(2) 場所 国際協力総合研修所 4 階「400 会議室」

(3) 形式 カクテルパーティー

第28回海外医療協力委員会・委員御出欠表

2/26
第9回

氏名	所属先	御出席	御欠席
伊藤 暁子	財団法人 木村看護教育振興財団常務理事		▲
植村 恭夫	慶應義塾常任理事		▲
大谷 明	国立予防衛生研究所名誉所員	○	
川島 康生	国立循環器病センター総長		▲
河野 稠果	麗澤大学教授	○	
小坂 光男	長崎大学熱帯医学研究所所長		▲
島尾 忠男	財団法人 結核予防会会長	○	
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		▲
高久 史磨	国立国際医療センター総長	○	
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	○	
比嘉 政昭	沖縄県環境保健部長		▲
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	○	
廣澤 一成	東京大学医科学研究所所長	○	
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	○	
山崎 修道	国立予防衛生研究所所長	○	
曾田 研二	横浜市立大学教授	○	

OK

第28回海外医療協力委員会・幹事御出欠表

2/26
第29回

氏名	所属先	御出欠	備考
目賀田 周一郎	外務省経済協力局技術協力課長	出席	○
奥田 紀宏	外務省経済協力局 無償資金協力課長	欠席	
木曾 功	文部省高等教育局 医学教育課長	出席	代理出席： 宮内健二企画係長
三村 洋史 三村 洋史	文部省学術国際局国際企画課 教育文化交流室長 58歳以下保持の旨を記す	出席	○
高井 康行 高井 康行	厚生省大臣官房 国際課国際協力室長	出席	○
田中 喜代史 松尾 J	厚生省保健医療局国立病院部 政策医療課長	出席	
古田 直樹	国立国際医療センター 国際医療協力局長	出席	
小川 郷太郎	国際協力事業団総務部長	出席	○
小田野 展状	国際協力事業団企画部長	出席	
庵原 宏毅	国際協力事業団研修事業部長	出席	
榎下 信徹	国際協力事業団 国際緊急援助隊事務局長 12/3	欠席	
阿部 英樹	国際協力事業団 無償資金協力業務部長	出席	
高橋 昭	国際協力事業団 青年海外協力隊事務局長	出席	代理出席： 今津 武次長 ○
伊坂 潔	国際協力事業団 秘書室長	出席	
平良 専純	国際協力事業団医療協力部長	出席	

第 2 8 回 海 外 医 療 協 力 委 員 会

国 際 協 力 事 業 団 出 席 者

氏 名	職 名
藤 田 公 郎	総 裁
沢 田 仁	副 総 裁
木 島 輝 夫	理 事
佐 藤 清	理 事
岩 元 克	理 事
小 澤 大 二	理 事

午後3時35分 開会

1. 開 会

○平良幹事 時間が参りましたので、これより「第¹²⁹28回海外医療協力委員会」を開催させていただきます。

開 会 の 挨拶

○平良幹事 本日は御多用のところを御出席賜り、誠にありがとうございます。本日の司会を務めます医療協力部長の平良でございます。よろしくお願いいたします。

まず初めに、お手元の資料の確認をさせていただきます。

一つ目が「第28回海外医療協力委員会・議事次第」、二つ目が「第28回海外医療協力委員会・会議資料」、三つ目が「海外医療協力委員会エイズ協力専門部会報告書(要約)」、四つ目が「海外医療協力委員会エイズ専門部会報告書」、五つ目が「HEALTH FOR ALL」、その他に「我が国の人口・エイズに関する地球規模問題イニシアティブ」というものがございます。御確認をお願いいたします。

それでは、昨年2月の委員会以降新しく委員に就任されました委員を御紹介いたします。九州大学医学部長の杉岡先生の後には杉町委員が就任しております。よろしくお願いいたします。

国立衛生試験所所長の内山先生の後には寺尾委員が就任しております。よろしくお願いいたします。

国立公衆衛生院院長の横山先生が古市委員に替わられております。よろしくお願いいたします。

そして、本日は欠席でございますけれども、国立循環器病センター総長の尾前先生から川島委員に、それから、東北大学医学部長の平先生から久道委員に替わられております。以上でございます。

それから、本日は特に、エイズタスクフォースの委員であります横浜市立大学の曾田先生に御出席を願っておりますので、よろしくお願いいたします。

その他の委員の皆様それから幹事の名簿は、議事次第の2、3、4ページに書いてございます。

それでは最初に、国際協力事業団の藤田総裁より御挨拶を申し上げます。

国際協力事業団総裁挨拶

○藤田総裁 本日は、大変お忙しいところを委員の皆様方に御出席を賜り、本当にありがとうございます。

常日頃、島尾委員長を初め委員の先生方には、国際協力事業団の事業、特に医療協力事業に対しまして一方ならぬ御協力、御支援をいただいておりますが、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渡りまして、先生方より忌憚のない御意見、御提案を賜り、今後の私どもの事業に生かして参りたいと考えておりますので、よろしく願いいたします。

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がございましたので、この場をお借りして御紹介させていただきます。

高橋理事の後任として、木島が昨年3月に着任いたしました。総務企画の担当でございます。どうかよろしく御指導のほどお願いいたします。

昨今、国際社会の急速な情勢の変化によりまして、世界の多くの地域でさまざまな課題、問題が生じてきておりますのは御高承のとおりでございます。冷戦構造崩壊後の民主化、市場経済化移行に伴う混乱、民族・宗教的対立による紛争の発生、また、内戦などによる経済的な後退など、世界各地域での問題はますます複雑化、多様化しております。また、地球的規模の問題として、環境、貧困、人口・エイズ等の問題が我々の前に大きく立ちまわってきております。これら複雑化、多様化する問題に対処するためには、我が国を初めとする先進諸国からの援助がますます緊要になっておりますことは言をまちません。しかしながら、アメリカを先頭といたしまして一部の援助協力国側には、いわゆる援助疲れという状況が顕著に見られるようになりましたことも事実であり、私どもが非常に危惧するところであります。

このような中にありまして、日本（我が国）は、1989年、1年置いて1991年以来昨年まで、量におきましては世界の最大の援助国の地位を占めるに至りまして、それとともにJICAも、この日本の援助の特に入り口、及び出口を担う機関として着実に地歩を固め、開発途上国における経済社会開発に、重要な役割を果たして参りました。私どもJICAの事業の展開に当たりましては、国民の期待と開発途上国側の要望にこたえて、透明性と責任のある援助、そして効果的な協力に努めることに努力をしております。また、その実施に際しましては、御出席の委員の先生方を初め、関係省庁、関係各機関、団体、大学など各方面の皆様方の御助言とお知恵を拝借しながら対処して参ったところでございますし、今後とも、このようなラインで努力をして参りたいと存じております。

昨年暮れに決定を見まして、現在、衆議院で審議をいただいております「平成8年度予算政府原案」の中のJICA予算につきましては、対前年度比で3.8%の増加が込められております。ODA全体のアップ率が3.5%ですので、JICA予算はODA全体の

予算の伸びを上回る予算をいただいております。特に、私どもにとりまして一番重点項目であるとして力を入れております人口・エイズ対策など地球的規模の問題への取り組みのための予算、女性と開発（WID）関係の予算、南南協力・地域協力支援のための予算などが重点的に拡充をされることになりました。

とりわけ保健医療分野は、保健医療協力事業で6.4%、人口家族計画協力分野で7.3%と大変高い伸び率をいただいております。新規予算として「エイズ対策適正技術開発支援費」及び「エイズ・血液検査特別機材供与費」の2件が認められるに至っております。前者の「エイズ対策適正技術開発支援費」は、エイズ分野においてこれまで行ってきました予防・検査、或いは教育部門での協力のパターンを超え、治療方法の研究も含めた基礎的共同研究を行おうとするものであります。この予算は、昨年度の本委員会におきまして、先進国同士で行うような共同研究を開発途上国に向けて行ってはどうかという御提案をいただきまして、それを具体化して、財政当局と折衝の結果、実現したものであります。当委員会におきまして大變的を得た御提案をいただき、これが実現するに至りましたことにつきまして、この場をお借りして改めて御礼の言葉を述べさせていただきたいと思っております。今後、この予算を効果的に使い、今までのJICAの協力の枠組みを一步踏み出した形での事業を展開していこうと考えております。このような新規の予算の確保は、我が国がグローバル・イシュー・イニシアティブとして、アメリカと協調して積極的に取り組んでいる人口・エイズ問題解決のための重要な手段になろうかと考えております。

また、人口・エイズ対策と密接に関連しながら現在注目されている分野は、女性と子供の健康であります。この課題につきましては、一昨年カイロで開催されました国際人口開発会議、また、昨年9月北京で開催されました第4回世界女性会議においても取り上げられております。私どもは従前より、家族計画・母子保健プロジェクト、或いはユニセフとの連携による子供のワクチン供与事業などを実施し、女性、子供の健康保持増進には深く関わってきております。しかし、今後更に私どもの事業内容を拡充するためには、我が国国内にある組織、能力を可能な限り動員し、また国際機関や他の援助国との連携を深め、効率的かつ効果的な事業を実施していくことが重要であると認識いたしております。

今後、私どもは、世界最大の援助国、援助の実施機関として国内外から大きな注目と期待が寄せられていることに鑑み、常に誠実な態度で事業を行い、身を引き締めるべきところは謙虚に受けとめ、また、我々の事業が多くの開発途上国の発展と安定に寄与してきたことに誇りを持ち、一層の努力を続けていく所存であります。

本日御出席の先生方には、今後とも私どもの事業に対しまして変わらぬ御支援、御指導を賜りますよう改めてお願いをいたしまして、私の御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。

○平良幹事 どうもありがとうございました。

続きまして、当委員会の鳥尾委員長より御挨拶をお願いいたします。

海外医療協力委員会委員長挨拶

○鳥尾委員長 それでは、報告も含めまして御挨拶申し上げたいと思います。

海外経済協力委員会委員の一人として西アフリカの方へ参る機会がございましたので、そこで見聞いたしましたことを、全般の問題については審議会の方で御報告したいと思いますが、JICAと関係した事業についての感想を幾つか述べさせていただきたいと思っております。

一つは、西アフリカは風土病が非常に蔓延している地域でありまして、何も西アフリカに限らず世界的にJICAのお仕事をしていただいているところはそういう風土病の蔓延地域がかなり多いかと思うのですが、そこに長く駐在し、或いは短期間旅行をする日本人が非常に増えてきている中で、この人たちの健康管理の問題は非常に慎重に考える必要があるのではないだろうか。私ども海外医療協力委員会の責任の一つがその辺にもあるのではないかと考えますので、まずその点について少し申し上げてみたいと思います。

現在、ここで一番大きな問題になっているのはマラリアかと思えます。マラリアは、一時ほとんど片付きかかっていたのがまた増え始めまして、しかもクロロ菌、或いはDDT耐性の蚊が増えてきており、これらにどう対応するかということなのですが、私も今回、念のためにクロロ菌の予防内服でもしようかと思って、以前入手したクロロ菌を持っていたのですが、大使館の医務官に「ここではクロロ菌は効かない、飲んでいて発病した隊員がかなりいる」というお話を伺いました。では、ここでは何をやったらいいかということになりますと、私のように抗圧剤を使っている人間がやれるのはピブラマイシンだということで、ピブラマイシンの内服を始めておりまして、現在もまだ続けております。そういった流行地によってクロロ菌の耐性の程度も随分違うのですが、情報を的確に集めて、そして、それにどう対応したらいいかという情報の収集がまず一つ大事になってくるかと思えます。

そして、現地に行かれる方に対しては、それに対する適切な事前の研修が必要でございます。知識としてはやっていらっしゃると思うのですが、ここで一番問題になりますのは、マラリアの幾つかある予防薬或いは治療薬の中で、現在日本で買えるのはピブラマイシンだけでございます。あとは日本の国内では製造禁止或いは輸入禁止で買えないという状態になっておりますので、通常のルートでは手に入りません。よほど準備のいい方が赴任途中のヨーロッパのどこかでお買いになるか、或いは現場に行ってすぐお買いになるか。大部分の方はそういった準備なしに現場で仕事を始められるということになるかと思うのですけれども、こういった事前の研修、そして抗マラリア薬の準備は、これだけ日本人が海外へ出るようになれば、しかも事前から飲み始めていいものがあるということを考え、更に長期の滞在者の場合には副作用が出るか出ないかが非常に大きな問題になりますので、できれば、日本で事前に服用して副作用が出るか出ないかを試しておければ一番好ましい。それともう一つ、實際上大事なものは、アルコールとの相性なのですけれども、人によって

はそのアルコールとの相性の悪い場合がございます。そうすると、長期の滞在者にとってはかなり大きな問題なので、アルコールとの相性も事前に検討しておいた方がより好ましいであろう。そういうことになりますと、やはり日本国内で薬が常時入手できて、そして、事前にそういうことも試される体制まで準備しておいた方がいいのではないかと思います。

こういった情報の収集、或いは薬の準備、事前の研修といったことについては、できれば、本日は古田先生がおいでなのですが、国際協力センターの方で将来の一つの重大な事業として考えていただいて、そこへ相談すれば何でもできるというような形にさせていただければ一番ありがたいのではないかと感じた次第でございます。

滞在中は、当然、予防内服をするのが常道なわけですが、実際に長期の方になると、聞いてみますと、やっている方が半分ぐらいでしょうか。しかし、協力隊の方のように一般の人の中に住み込んでやっている場合には、かなり感染し、発病している方もおりますので、この予防内服の実行というのはもっと真剣に考えていい問題かもしれません。しかも帰国後、マラリアの場合4週間は予防内服を続ける必要があります。これも帰ってきてから4週間、週に一遍でも飲み続けるというのはなかなか容易なことではございませんので、そういったことを含めたしっかりとした対応の仕方、多くの日本人の方がこういった地域に参っておりますので、今後是非この体制を整備する必要があるのではないかとこのことを感じて参りました。

それから、JOCVの隊員には随分方々でお目にかかりましたけれども、非常に厳しい現地に入り込んで、殊にコートジボワールの場合にはフランス語ですから、事前にフランス語を喋れたかと聞いたら、ほとんどの方が英語圏へ行くつもりであったらフランスの方へ回されたということで、僅か短い時間の研修で、日本の研修の後フランスで何週間か追加研修をおやりになっているようですが、それにしても短い研修でそれなりに言葉をこなして頑張っているのを拝見して、大変頼もしく感じましたし、ああいった方々の活動を見ておりますと「今時の若い者は」というようなことはもう口にできないという、頭の下がる思いでありました。

こういった方々、殊にフランス語圏アフリカの場合には、全部シーファラーフランを共通の通貨として使っていて、しかも保健医療のいろんな指標を眺めますと大体ワースト20にはほとんどの国が入ってくるというような状況。しかも、現在フランスは随分重点を置いて援助をしておりますけれども、今、総裁がお話のように援助疲れの様相ありということを見ると、いつまでフランスが現状を保てるかわからない。そうすると、その中で日本のシェアがもっと将来大きくなるのを予想しておかなくてはいけないかもしれない。その場合、保健医療の領域で一番弱いのは、フランス語で仕事のできる専門家は残念ながら極めて少数でございます。そういった点、できれば、JOCVのOB、OGの人たちの中で希望のある人がいれば、然るべき機関と連携をとりながら、将来専門家としてグレードアップできるような仕組みを考えていただけると、フランス語圏アフリカに対する

技術協力、保健医療の領域でも可能になるのではなかろうか。現在の仕組みでは、どの施設に連絡されても、フランス語の話せる専門家をパッと出せるところはそうたくさんはないと思いますので、そういった問題は将来の課題としてひとつ検討しておく必要があるのではないかなと思いました。

それから、ガーナではJICAの野口研のプロジェクト、これはJICAのプロジェクトとしては長期間に渡ったプロジェクトになっていると思うのですが、逆に言えば、それだけ長くやればこそ、それなりの成果は上がってきていると思います。しかも、あそこの場合には国際医療センターの方から出ている国際医療研究費を活用していただいているのですが、その他に、WHOのTDR（熱帯病研究）とか、或いはデンマークのダニールあたりからマラリアの研究費も取れるようになっておりまして、それだけの力を持ってきた。そうした中で、日本が移転した技術を使って自前の研究が、他機関から研究費をもらってできるようになってきている。それらを通じてもう一つ大きな効果は、ブレン・ドレーンが防げるようになった。あそこで統計を見て、意外に思ったのは、人口対医師の数が減ってきているのです。「なぜ減っているのだ」と聞いたら、「これは全部ブレン・ドレーンで出ていっているのだ」という話であったのですが、その研究の領域では、少なくとも野口研ではブレン・ドレーンの勢いがとまったと、むしろこれから少し増える傾向さえあるというような頼もしい話を聞かされまして、こういった研究プロジェクトへの協力の期間を、余り今までのJICAの枠にこだわらないで、必要なものは長期間に渡って行うのも大事なことでなかろうかというような印象も持って参りました。

こういったことを通じましても、JICAの実施している事業は非常に大きな影響を各地で持っておりまして、今後ともますます総裁のお話のとおり強化する必要があると思いますが、本日は、協議の中で、昨年設定しましたエイズのタスクフォースをどう持っていたらいいかという問題についてお話をいただくことになっております。これはグローバル・イシューの中の非常に重要な一つの問題でございますので、JICAとしてどのように取り組んだらいいかを定めるものとして非常に重要な御審議事項というように考えております。

限られた時間でございますが、有効な議論をされますことを期待いたしまして、開会に当たっての御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。

○平良幹事 どうもありがとうございました。

これから以降の議事進行につきましては、委員長にお任せしたいと思います。ひとつよろしくお願いいたします。

2. 議 事

(1) 関係省庁による保健医療協力への取り組み

○鳥尾委員長 それでは早速協議に入りまして、まず、関係省庁による保健医療協力への取り組みについて、御説明いただきたいと思います。

最初に、外務省の経済協力局技術協力課の目賀田課長をお願いいたします。

外 務 省

○目賀田幹事 外務省の技術協力課長の目賀田でございます。

実は私、最近インドネシアから帰国したところでございまして、まさに今勉強の最中ということでございますけれども、簡単に、外務省の立場から、我が国がこの分野におきましてどのような協力に取り組んでいるか御紹介申し上げたいと思います。

我が国の政府開発援助（ODA）は、予算実績で1994年度既に1兆3,000億円を超えると、ドルベースでは134億ドルを超えるという額になっておりまして、1991年度以来4年連続で世界一位の援助大国の地位を占めているわけでございます。リーディング・ドナーとしての我が国の国際貢献に対する国際社会の期待は、他の援助国が援助疲れといったような状況にある中でますます高まっており、我が国の責務はますます重要となりつつあるという認識を有しております。

途上国のニーズは、近年いろいろな面におきまして変化し、多様化が進んでおりますけれども、医療保健分野におきましても例外ではございません。協力の対象分野は、例えば病院等での臨床研究協力から、地域住民に広く裨益する基礎保健医療、公衆衛生地域保健活動、更には食品、医薬品或いはワクチンの品質管理、こういった多岐の分野に渡っております。特に最近の新しい分野といたしまして、エイズ分野におきましては、1994年8月に横浜で国際エイズ会議が開催され、世界的な規模での連携した協力といったものが要請されているわけでございます。また、人口分野におきましても、1994年9月カイロにおきます国際人口開発会議で行動計画が採択されまして、リプロダクティブヘルス或いは女性の地位の向上といった側面に配慮した人口分野での協力の実施が求められているわけでありまして、また、昨年は9月に北京で世界女性会議が開催されまして、我が国はWIDイニシアティブという観点、女性の教育・健康・社会活動への参加を重点分野として協力を進めると発表しております。従いまして、医療保健、或いは人口家族計画の分野における協力におきましても、このような最近の新しいニーズを反映した協力を進めていく必要があるかと考えております。

このような新たなニーズに適切に対応していくに当たりましては、本日御出席の委員の皆様、或いは文部省、厚生省を初め関係省庁の御支援、御協力を仰ぎつつ、一層きめ細かく効率的な援助を実施していきたいと考えているところでございます。

お手元に、「人口・エイズに関する地球規模問題イニシアティブ」についてのパンフレットが配付されていると思います。これを後ほど時間のあるときにお読みいただければと思いますけれども、この人口・エイズ分野に関するグローバル・イシューズ・イニシア

タイプのもとで、既に御紹介があったかと思えますけれども、1994年度より7年間に渡りまして、我が国はODA総額30億ドルを目途に積極的に協力を展開していくという方針を表明しております。このような方針を表明することによって国際的な注意も喚起し、世界的な協力体制を促進して参りたいと考えているところでございます。

これに関連しまして、平成8年度の政府予算原案におきましては、JICA事業費として、人口・エイズ分野の協力拡充のために、人口家族計画特別機材供与のための経費として対前年度4,000万円増、2億4,000万円を計上しておりますし、また、前回の委員会で御提案のあったエイズ対策費として、エイズ対策適正技術開発支援及びその関係特別機材供与、こういったもののために経費を1億1,000万円新規に計上してあるわけでございます。

この我が国のグローバル・イシューズ・イニシアティブに基づきます協力、これを分類しますと、人口分野の協力、エイズ分野の協力、それから子供の健康分野の協力と三つに分類できるかと思うわけでございます。人口分野の協力としては既に皆様御承知のことと思えますが、フィリピン、タイ、メキシコ等8カ国でプロジェクト方式の技術協力を実施している他、有償資金協力或いは無償資金協力による基礎保健医療、初等教育分野、或いは女性の自立を支援するプロジェクト、こういったものに協力を進めているところでございます。併せて、いわゆる草の根無償資金協力、或いはNGOの支援等を通じてもこの分野での協力を進めております。

エイズにつきましても、今御紹介がございましたガーナの野口研究所、或いはタイ、ケニア等におきまして感染症対策の各プロジェクトを中心にプロジェクト方式の技術協力を実施しております。また、関連する公衆衛生、基礎保健医療分野にも可能な限りエイズ対策といったものを視野に入れた協力の展開を検討しつつあるところでございます。インドネシア、フィリピン、ウガンダ等では、エイズのサーベイランス、或いは予防のための機材供与、こういったアプローチで協力を進めておりますし、NGOを通じた支援も実施しております。

三つ目の、子供の健康分野というのは、ポリオの根絶等が中心となっているわけでございます。これは、人口問題に間接的に寄与する基礎保健医療の一環という位置付けでございます。また、日米間の共通の計画という位置付けもでございます。また、WHOやユニセフ等の援助機関との連携でポリオワクチンの一斉供与といったオペレーションを通じまして積極的な協力を展開しているところでございます。このように我が国としても、国際機関、他の援助国との援助協調を積極的に取り入れまして、今後もこれらの連携を重視しつつポリオ根絶等へ向けての協力を推進していきたいと考えているところでございます。

このように国際社会におきます途上国援助の方向或いは手法は多様化されてきておりますが、ニーズは依然として高く、他方で我が国の国民の間でのODAに対する関心も一層高まりつつあるところでございます。ODAのあり方、特にその効率的、効果的な実施、或いは透明性の確保につきましては一層の工夫と慎重さが求められている状況かと思いま

す。これは国民1人当たりのODA負担が1万円を超えるというような実情に鑑みれば、当然のこととも考えられますし、また、昨今の厳しい財政事情を考慮しても、今後、これまでと同様のODAの伸び率を予算上確保することが非常に困難であると予想されると思います。

従いまして、私どもとしては、援助を一層効率的、効果的に実施する努力を行うことが納税者である国民のODAに対する理解、支持を維持する上で不可欠のことと考えているところでございます。このような基本的な考え方は、既に政府開発援助大綱で、その基本理念、原則等が明示されております。これらの原則にのっとりまして、更に内外の理解を得つつ努力をしていきたいと思っております。特に、保健医療分野におきましては、このようなニーズに応じた専門家の養成或いは派遣体制、国内支援体制、或いは研修・研究体制を強化していく。こういったことは既に御指摘された点と存じますけれども、私どもの当面の課題と認識しております。

本日は、幅広い御見識をお持ちの各委員の皆様方から忌憚のない御意見を賜って、今後の保健医療分野におきます協力推進の参考にさせていただきたいと考えております。今後ともどうぞ委員の皆様方の御協力、御支援を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。

○島尾委員長 どうもありがとうございました。

続いて、文部省学術国際局国際企画課教育文化交流室の三村室長、お願いいたします。

文 部 省

○三村幹事 文部省の教育文化交流室長の三村でございます。

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いたしまして簡単に御説明させていただきます。

文部省におきましては、従来から、開発途上国の人造りに対する協力といたしまして、まず一つ目が、外国人留学生の受入れの推進、二つ目といたしまして、開発途上国との学術交流の推進、それから三つ目としまして、ユネスコ等の国際機関を通じました開発途上国への教育・科学協力事業の推進、この三つを主な柱として実施しているわけでございます。

留学生の受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といたしまして、外国人留学生の施策を総合的に推進しているところでございます。

それから、開発途上国との学術交流につきましては、日本学術振興会の事業がございまして、これは拠点大学方式による交流であり、この拠点大学方式を中心として進めているわけでございます。これは、交流の中核機関となる大学を途上国と日本でそれぞれ拠点大学といたしまして、その他の協力大学による大学連合組織を作り、これにより交流を進め

ていくというものでございます。具体的には、東京大学の医学部がマレーシア理科大学と、それからまた、神戸大学の医学部がフィリピンで大学でありますとかタイのマヒドン大学、それから、国立のシンガポール大学をそれぞれ相手国側の拠点大学といたしまして、研究者の交流でありますとか共同研究、それからセミナーの開催などの途上国への協力を行っているということでございます。

その他、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いるということで、国立大学に国際開発援助関係の研究科の設置を進めているところでございます。医学分野につきましては、平成4年度に設置されました東京大学の医学系研究科国際保健学専攻というのがございまして、ここで保健医療協力関係の人材養成に努力をしているというところでございます。また、国際協力事業団が行っております技術協力事業につきましても、国立大学等の協力を得まして積極的に協力を行っているということでございます。保健医療協力事業への協力につきましては、平成7年度現在、プロジェクトの国内委員会に参画させていただいているものが27件ございます。また、専門家の派遣につきましても173名、研修員の受入れにつきましても161名に上っているということでございます。

文部省でこういうような協力を更に組織的、継続的に進めていくために、工学、農学、医学、教育の各分野ごとに国立大学教官等の有識者によります協議会を設置しております。医学分野につきましても、国立大学の医学部の関係者にお集まりいただきまして、JICAプロジェクトへの対応を協議するなど協力体制の整備を図っているというところでございます。

また、文部省におきましては、昨年12月に学術国際局長の私的懇談会を設置いたしまして、途上国に対します教育協力を効果的、効率的に推進できるように、基本的方向でありますとか具体的方策について検討を行っているというところでございます。

今後とも検討を進めまして、国際協力につきまして大学等の教育関係者の理解を深めるとともに、大学の教官等が途上国にできるだけ派遣されやすい、派遣しやすい環境作り、また、文部省と大学及び地方自治体等の関係機関との連携強化を図って参りたいと考えている次第でございます。

今後とも御出席の先生方の御理解それから御支援、御協力をよろしくお願いいたしたいと思っております。どうぞよろしくお願いいたします。

○鳥尾委員長 ^考村室長、どうもありがとうございました。

続いて、厚生省の大臣官房国際課国際協力室の高井室長、お願いいたします。

厚生省

○高井幹事 厚生省の高井でございます。よろしくお願いいたします。

厚生省の国際医療協力の考え方、現状を御説明させていただきます。第1点といたしまして、JICAプロジェクトの係わり、第2点といたしまして、厚生省として意を用いて

いる点を御説明させていただきたいと思ひます。

まず第1点の、JICAプロジェクトとの係わりでございます。案件の発掘、立ち上げ、協力内容の検討、或いは専門家の派遣、研修員受入れと、各段階において積極的に協力をさせていただいているわけでございますが、厚生省では、先ほどから出ておりますように、貧困、飢餓などに関連いたしました基礎生活分野の、いわゆるBHN分野の強化、或いは、エイズ・人口・子供の健康など地球規模の問題の分野が重点分野だと思っております。更に、後発途上国で特に死亡数も多く問題になっております腸管感染症、呼吸器感染症を初めとする、マラリア、結核、更にイマージングリリズ、こういった感染症対策も重点分野であると認識しているところでございます。

更に、その具体的なプロジェクトの関係では、特に厚生省におきましては、医学的、科学的な根拠に基づいて援助方針が決定、実施、評価され、そういったこれ迄の経験を蓄積できるようにということで協力をさせていただいております。

次に、厚生省といたしまして、いろいろ意を用いている点を3点ばかり御紹介させていただきたいと思ひますけれども、第1点は、人造りの拡大ということでございます。日本人専門家をより多く養成する必要があるという認識に立ちまして、エイズ・人口分野の専門家の研修、或いは、一般的な保健医療分野の専門家の研修を進めております。それと、協力の条件作りということになろうかと思ひますが、途上国の政府関係の行政官の方を日本にお招きをいたしまして、各種分野の研修を行っております。これによりまして協力がより効果的に進むようにと考えているわけでございます。特に、日本人の関係では、最近、地方公共団体、NGOの方の関心が高まっておりますので、その専門家の養成にも配慮したいと思っておりますし、それから、案件形成に至るまでの立ち上がりの段階で、いろいろ保健医療の状況把握とかニーズの調査とか厚生省としても独自に行いまして、できるだけJICAプロジェクトに協力したいと思ひしているところでございます。

それから二つ目といたしまして、国内の拠点として、1993年に国立国際医療センターを発足させております。当センターでは、多くの医師、看護婦を専門家として途上国に送り出すということで技術協力を進めておりますが、併せて、途上国から研修医を受け入れ、国際医療協力の拠点として実績を上げつつあると認識いたしております。更に、この医療センターの中の研究所におきまして、国際医療協力に必要な医学、社会学的研究を行っております。今年から新研究所建設を行っております、本格的に途上国からの要望により即した、きめ細かい支援を進めたいと考えております。

3番目に、国際機関の関連でございますが、WHOの関係でございます。今年5月のWHO総会におきまして、執行理事を我が国から出す予定でございます。前回、日本の執行理事の期限が切れて、1年間の間隔を空けましたけれども、異例のことでございますが、1年間の間隔を空けただけで、再度、再任される予定になっております。各国からの我が国への期待の大きさが窺えると認識いたしております。こういうことで、具体的なプロジェクトに当たりましてはマルチライタルなWHOの活動と協調するという意を用い

たいと思っております。JICAのプロジェクト技術協力におきましても、WHOと協調することによりましてより効果的に事業が行われるという場合には、WHOからの専門家派遣を依頼するなど、こうした形で国際協力を進めていきたいと思っております。

また併せまして、エイズ関連でございますが、本年1月から国連エイズ・プログラムが国連機関の中で独立して事業が始まっておりますので、引き続き、この国連エイズ・プログラムに対する拠出を増額して、来年度も協力していきたいと思っておりますし、子供の健康の関連の分野といたしましては、引き続きWHOに対するワクチンの研究開発関連の拠出を進めていきたいと思っております。

今後とも先生方の御協力をお願いいたしたいと思っております。以上でございます。

○鳥尾委員長 どうもありがとうございました。

続いて、JICAの事業の最近の動向と課題について、木鳥理事からお願いいたします。

(2) 事業団の最近の動向と課題

○木鳥理事 木鳥でございます。

冒頭、総裁から、JICAの主要な事業の中身につきまして御説明申し上げ、また、外務省を初め各省からそれぞれの省庁における取り組みにつきまして御説明があったところでございますので、JICAが行っている事業の一般的なお話を申し上げたいと思っております。お手元に差し上げてございます「第28回海外医療協力委員会・会議資料」にかなり詳しく私が申し上げたいと思うことは印刷されておりますので、これは後でお時間があるときにお読みいただくことにいたしまして、ごく簡単に、何を言いたいかということだけを申し上げます。

資料の1ページから3ページあたりまでが「はじめに」ということで、3点ございます。一つは、総裁の御説明にもございました、最近のニーズの変化ということでございまして、大きな変化があるかと思っております。ここ数年のいろいろな国際会議、首脳会議を初めとする、或いは国連の場における会議、それ以外の会議に象徴されていますニーズの変化、それから、共産主義体制の崩壊に伴う、いわゆる旧ソ連邦地域或いは旧共産主義地域における市場経済化の問題といったことに伴うニーズの変化といったものがございます。

それから二つ目は、そういうものに対応してJICAとしてプロジェクトを推進するに当たり、効果的、効率的な運営が非常に強く求められているところでございます。総裁の御説明にもございましたとおり、国民の御理解を得てこれを推進していくという観点から申し上げますと、やはり、そういうところに相当の重点配慮をしながらこれから事業を進めていく必要があるということがその冒頭あたりに書いてございまして、3ページ以下は、更にその詳細な説明でございます。

まず、ニーズにつきましては、繰り返し出ておりますような、環境、女性、人口・エイズ、教育、貧困といった問題、これらを全部並べていただきますと大体おわかりいただけ

と思いますけれども、これは「手造りの援助」と申しますか、人間を介在させた援助といった側面が非常に強く出てきているのが特徴ではないかと思うのでございます。ということは、やはりその人間を介在させたという意味でJICAが何らかの形で関与する度合いというのが非常に増えていくということにならざるを得ないわけでございますので、そういう意味においてJICAに対する期待は高まっているということでございます。

それから、二つ目のニーズの変化と言っております、地域的な変化でございます。つまり、今申し上げましたような旧共産主義体制が崩れたことに伴う変化としては、ごく最近ではボスニア、ヘルツェゴビナと、今まで日本人が余り聞いたこともないような地域までもう調査団が出ていくというような時代でございますので、極めて臨機応変な対応が迫られているということかと思えます。また、パレスチナにも、今後、それを受け皿として援助を与えていくというようなことになってきますと、これもまたなかなか対応が難しゅうございます。そういった側面にいろいろな知恵を出しながらこれから援助を展開していく必要があるということでございます。

市場支援化につきましては、ベトナムが顕著な例でございまして、これは既にJICAもかなり実績ができてきておりまして、ベトナム政府の中における5カ年計画の策定の過程にも何らかの形で係わっていくというようなことまで含めて、有効な援助が既に始まっているわけでございます。ベトナムにおきましては1995年の3月にJICAの事務所ができましたし、ラオスにおきましては、今年(1995年度)開設します。更に、モンゴルにおきましては1996年度の予算で認められておりますから、恐らく来年の今頃迄には開設されるであろうというような運びでございます。その他地域といたしましては、新しくカザフスタン、ウズベキスタン、それからキルギスといったところが出て参りますと、先ほどの島尾委員長のお話ではございませぬけれども、言葉の問題というのが大変難しゅうございまして、ベトナムなどでもかなり英語が通じるのではないかと考えておりまして、行ったところが、なかなか通じない、いい通訳もないといった状況でございますので、こういう地域的な変化に伴って、我々の職員及び専門家のリクルートの問題もなかなか難しくなるのではないかと考えているところでございます。

そのようなことがここに書いてございまして、ニーズの変化と、JICAの対応といったものが書いてございますが、一つ、先ほど申し上げました効果的、効率的な運営ということにつきましては、この数年来JICAとしても非常に力を入れておりまして、プロジェクトの発掘の段階、実施の段階、それから終了後の段階とに分けて、それぞれの段階においてやるべきことをやる。「入り口部門」と言っている発掘の段階では、優良案件を発掘し、そのために最大限の努力をする。それから実施の段階では、我々は「PCM」と言っておりますけれども、プロジェクト・サイクル・マネジメントといった手法も導入しまして、できるだけ効率的な実施を図る。更に、終わった後につきましては、事業の成果を評価して、我々の将来の事業へのフィードバック、参考とするという側面もございまして、或いは、その評価を国民に公表して、JICAの事業の内容を紹介し御理解いた

だくといったことにも繋げたいと思っているところでございます。そのために、JICAの「事業報告」というものを昨年度初めて本の形で出しまして、先生方のお目にもとまったかと思えますけれども、引き続き内容の充実を図って参りたいと考えております。

こうしたニーズの変化、それから効果的、効率的運営に加えましてもう一つのJICAの課題は、国民参加型といいますか、国民の理解を得るということが一つと、それから最近の傾向として、「援助のソフト化」と言われておりまして、これは援助費供与国における人民との直接の接触といいますか、地域住民との一体化した援助といったものが強調されております。これはいわゆる「参加型援助」と言われておりまして、この辺にもJICAとしては力を注いでいきたい。一番典型的な例は、青年海外協力隊になろうかと思えますが、先ほど委員長のお話にもございましたように各地で活躍されているということで、本当にこれは文字どおり「一体化」した援助になっているわけで、この関係での青年海外協力隊の来年度の予算は11.4%増えているわけでございます。一方で、青年海外協力隊のリクルートの問題というのがまた別途ございますけれども、引き続きこの方面での拡充を図っていく必要があるのではないかと考えております。

それから、国内における地方公共団体、NGOとの連携の問題、それから、当然のことながら、JICAが実施している事業で、先ほど事業報告の話を申し上げましたけれども、それ以外の諸々の方法による国民に対する説明、広報といった部面にも力を入れていく必要があると考えております。

以上が課題でございますけれども、実施体制はどうなっているかということが、この資料の8ページに書いてございます。8ページの「3. 業務実施体制の整備」というところでございまして、8年度予算における定員の拡充ということでは、定員増29名。29名でございますが、いわゆる定員削減というのが10名ございますから、実質といいますか、純増ベースで19名でございます。これだけ事業が増えていて19名でいいのかというようなお話があるかと思えますけれども、御承知のような最近の厳しい財政状況の中において我々として最大限努力した結果、これだけの成果があったと認識しているわけでございます。

そのようなことで、JICAの職員の定員が「1,203名」でございますが、やっと1,200名を超えたわけでございます。もう一つ、職員だけでは仕事できませんので、専門家のリクルートの問題、専門家の確保・養成の問題といったことがまた別にございます。この資料には書いてございませんけれども、先ほど厚生省の方からの御説明では既に援助専門家の養成を始められておられるということは大変心強いお話でございまして、厚生省以外の各省におかれても実施していただけるとありがたいと思うわけでございますが、JICA自身といたしましても、JICAの機関の中における専門家として、いわゆる国際協力専門員を現在約100名ほど抱えておりますので、その質的充実の問題。更にジュニア専門員といった形で若い世代を採用して、彼等を研修して、将来は専門家のレベルに到達せしめるということも努力して行っていく必要がございます。更に、それでも足りな

いような感じがいたしております、企業の抱えている専門家、これが最近の景気動向も反映して企業サイドでも若干の余裕があるというようなことでありますれば、そういうところをお願いして専門家をリクルートしていくといった努力もこれから展開していく必要があるのではないかと考えているわけでございます。

以上が体制の問題でございますが、その予算の金額の問題につきましては、資料の51ページでございます。先ほど総裁から「3.8%」という数字を申し上げましたが、この51ページでございます国際協力事業団の全体予算の一番上の欄の右側に「104.7%」という数字がございますが、これがいわゆるJICAの行う事業の予算でございます。それ以外にJICAは出資金というものがございまして、同じページの下から4行目の「出資金」のところは△印、つまり、対前年減になっているわけです。この出資金というのは、事業そのものというよりは、むしろ国内における施設をつくるということでございますので、この経費がたまたま来年は減るものですから、その分をいわば事業費にオンをしたという結果でございまして、従って、事業費が4.7%の増ということでございます。

因みに、先ほど総裁から申し上げました「保健医療協力」及び「人口家族計画」につきましては、同じページの(6)及び(7)にございましてございまして、それぞれ6.4%及び7.3%の増になっております。

一番最後になりましたけれども、JICAの事業といたしまして、実は先生方御承知かもしれませんが、移住事業を従来行っておりました。この移住事業でございますが、海外に移住する方々の数が急激に少なくなっている関係上、数年前からこの移住の送り出し事業というものはJICAとしてはやらないことにしておりまして、むしろ、移住された方々の定着、安定といったものを支援するような方向に動いてきておりますけれども、これを予算上も来年度からもっとはっきりさせようというようなことで、51ページの表で御覧のとおり、下から6行目の「2. 海外移住事業費」は減っております。これは、減った分をいわば海外技術協力事業費、つまり、その「2.」ではなくて、その上に列記してございます(1)から(17)までの経費の中にこの移住者関係の予算は全部含ませて「技術協力」ということで対処していこうということでございます。その心は、日系人に対して支援を行うと同時に、日系人をいわば技術協力の一つの媒体として参加させていこうということでございますので、そのような予算の組みかえを行ったということを御参考までに申し上げまして、私の説明とさせていただきます。

ありがとうございました。

○鳥尾委員長 どうもありがとうございました。

続いて、保健医療協力関係の事業について、小澤理事からお願いいたします。

(3) 保健医療協力関係事業について

○小澤理事 担当理事の小澤でございます。

先生方には、日頃から医療協力並びに人口家族関係の事業につきまして御指導を賜っておりまして、ありがとうございます。この場を借りましてお礼を申し上げます。

まず、私の説明でありますが、今、木島理事が御説明に使いました同じ資料の14ページを見ていただければと思います。この14ページは、我が国のODA実績と、そのJICA事業の占める割合が判る資料になっております。暦年ベースで1994年のODAは134億6,900万ドルでございまして、このうち技術協力が30億2,000万ドルで、ODAに占める技協の割合が22.4%ということでございます。そのうち技術協力の中でJICAの占める額が16億5,000万ドルで、割合にしますと54.6%になりまして、前年よりやや増加しております。

これに伴いまして、その右側の15ページを見ていただきますと、これは暦年ベースでございまして、JICAで出しました研修員、それから青年招へい、その他各事業に関連した人数が出ております。平成7年度は12月までの集計の状況でございます。

それから、21ページを見ていただきますと、同じく平成6年度、これは年度ベースでございまして、この中で、ちょうど真ん中あたりに「保健医療」というのがあります。左側に各事業形態、研修員受入れから青年招へい、専門家等が挙がっておりますが、この中で「保健医療」に係わる研修員の受入れでいいますと、全部で9,404名受け入れました中で1,180名が保健医療分野ということで、12.5%を占めているということでございます。

以下、各形態別に人数が載っておりますが、昨年とほぼ同じ割合になっております。

それから、JICAの事業の中では無償資金協力に係わる部分がありますが、この無償資金協力の中で保健医療の占める割合でございますが、同じ年度でございますと保健医療が4.7%、75億8,300万円ということでございます。日本の援助の中における保健医療の割合が、こういった数字からおわかりいただけるかと思えます。

引き続きまして、22ページを見ていただきますと、JICAの昭和63年度からの保健医療協力及び人口家族計画の予算が載っております。先ほど御説明があったかと思えますが、平成7年度におきましては70億9,749万7,000円ということで、保健医療は3.7%の増でございましたが、現在国会で御審議いただいております平成8年度では75億5,113万円ということで、6.4%の増ということになっております。また、人口家族計画につきましても、ここにある数字のように、平成7年度は8.9%の増でございますが、平成8年度では7.3%ということで、新規の予算の項目として認めていただきました経費につきましては、右側に「草の根展開支援費」とか「巡回指導専門家」と書いてありますが、こういった経費につきましては新規の予算として芽を出したものでございます。

それから、この予算の関係は、30、31ページを見ていただきますと更に細かく展開されてきておりまして、30ページを見ていただきますと、平成7年度の予算について、その項目別に書いてあります。この中での特徴としましては、機材に必要な経費の伸び率

が106.3%ということで、保健医療の平均の伸び率103.7%を上回るということ
でして、最近この保健医療分野につきましては機材が専門家の技術移転に対して重要性を
帯びていると言えます。これは人口家族計画におきましても同じでございます。その他、
人口家族のところでは、専門家の派遣経費が非常に伸びた結果になっております。

それから31ページ、これは地域別でどのような展開になっているかということでござ
いますが、保健医療協力では、アジア地域が52%ということでございます。これに対し
まして、人口家族では中近東・アフリカ地域が50%ということで、保健医療、人口家族
それぞれ地域が違いますが、約過半のところを占めているということでございます。

なお、平成7年度から現在にかけてまして新規に協力を開始した国ということでは、例え
ばジャマイカとかジンバブエとか、或いはモンゴル、カンボディア、ラオス、ブータン、
こういった国々に対しての新規の医療協力を展開しているわけでございます。

23ページから26ページまでは、各事業形態別に保健医療分野或いは人口家族計画の
分野でどれだけのマンパワーが執行されたかということの統計表でございまして、27ペ
ージを見ていただきますと、これは保健医療のプロジェクトを形態別に整理したものでご
ざいます。そうしますと、平成7年度、一番下のところを見ていただきますと、「病院・
臨床医学教育」が11件、全体の中で23%を占めているということでございます。その
他「研究所等の研究協力」、「医薬品・ワクチン・食品・品質管理」、「保健医療技術者
養成訓練」、「公衆衛生活動・地域保健」、「人口家族計画協力」、それぞれシェアが出
ておりますが、平成7年度の特徴としましては、「病院・臨床医学教育」に対しての協力が、
過去から見ますと増加してきております。平成4年度、5年度、6年度と3年間落ち
込んでいたのですが、ここではまたこの種の協力がかなり増えてきております。この大き
な原因は、無償資金協力との係わり合いが強化されてきているということでございまして、
飛び飛びで申しわけありませんが、32ページを見ていただきますと、無償資金協力との
連携プロジェクト、これが去年は全体で9件でしたが、平成7年にかけては15件ご
ざいました。その中で「病院・臨床医学協力」、これはほとんど〇がついていますが、こ
のように連携案件が非常に増えてきていることは無償と技術協力が非常に密接な関係を持
って展開されているという一つの事例になるかと思えます。

それから、最近の傾向ということで見てみますと、まず専門家の派遣でございまして、
長期・短期を含めまして専門家の派遣の数が平成7年度は非常に伸びました。平成6年度
ですと長期が171名でございましたが、これが平成7年度におきましては207名、プ
ラス36名増えました。短期が平成6年度の318名から平成7年度では357名という
ことで39名増えていますので、平成6年度と7年度の総計、長・短両方合わせますと、
6年度の489名に対して7年度は564名となりまして、75名増加しているというこ
とでございまして。人口家族計画も、長期が45名、短期が35名ということで、これも専
門家の派遣の数が非常に増加しております。また、その中で一つの特徴としまして、今年
から分析をしてみたのですが、お医者さんが全体の中で、新規派遣で見ますと、男性が4

5名、それから女性が7名出ておりまして、全部で52名出ておりますが、女性のお医者さんの出ていただく割合が増加してきているということが一つ言えるかと思えます。それからもう一つは、パラメディカルの分野におきまして、保健婦、看護婦さん、或いは臨床検査技師、こういった分野の方々が増えてきているというのも大きな特色になっております。それから、そういう長期や短期の専門家の増加とあわせまして、専門家の滞在人月も前年度に比べますと増加しておりまして、平成6年度におきましては保健医療関係で7.63人/日だったのが、平成7年度におきましては8.92人/日ということで、増えてきている。要するに、国際協力事業団を通して実施します保健医療協力の中で、従来非常に問題でありましたところの専門家の派遣分野、派遣につきまして画期的に改善をされてきているということが言えるものではないかと思えます。

それから、同じように最近の動向を見ても、医療協力の中では地方自治体との連携の案件が増えてきております。これは埼玉県、沖縄県、千葉県等を含めまして地方自治体との連携案件が活発であるということ。それから、文部省の特段の御理解をいただきまして、地方の医科大学との連携が進んでおります。大分医科大学、三重大学、名古屋大学、長崎大学、琉球大学、富山医科大学等27の地方の医科大学との間で医療協力が進んできておりまして、これも非常に大きな特色になりまして、JICA事業の地方展開ということがこういったことの中でわかります。

それからもう一つ、厚生省の御努力もありまして、厚生省国立国際医療センターからの医療協力への専門家の派遣が全体で77名出ております。これは2月の末で締めたところなので、もうちょっと1995年度では増えると思えますが、そのうち保健医療関係では全部で48名出ております。特に長期の専門家が16名出ておりまして、継続の方が4名おります。それから、長期の調査員の方も2名ほど出ていただいております。その他、無償資金協力関係では、基本設計等で25件、27名の方に出ていただいております。また、基礎調査、これはプロジェクト形成調査ですが、これにお二方出ていただいておりますので、合計しますと国際医療センターからは77名の方に海外に出ていただいております。この国際医療センターの医療協力における役割というのは非常に大きくなってきているというのが顕著な特色でございます。

続きまして、NGOとの連携でございます。JICAの方針として、NGOとの連携を強化しようということでございまして、これまでも幾つかのNGOに参加していただいておりますが、本日御出席いただいております島尾委員長のところの結核予防会、或いは熊本の有田先生のところの国際医療交流センター、日本医師会、それからAMDA、こういったところにつきましてはプロジェクトそのものを持っていただく、或いは、研修の集団コースの受入れ等を含めまして御協力をいただいているということでございます。

それから、平成8年2月1日から9日に渡り、例年どおりプロジェクトリーダー会議を開催いたしました。各リーダーに御参集いただきまして、まず、共通テーマに関するリーダーの発表ということで討議があったわけですが、この中でも各リーダーから、途上国の

NGOを含め、或いは先進国のNGOを含めて、NGOとの協力活動を更に進める必要があるというようなこと、他機関との連携強化に当たって、WHO、或いはその他の援助国機関との連携協調が必要であるということで、具体的に幾つかのプロジェクトについては地域において連携をしております。

また、特に国際機関との連携での問題点の一つとしましては、スキーム上の問題もありますが、例えばポリオ等の感染症対策ということですと、当該プロジェクトサイト（対象国）だけではなくて、その周辺におけるポリオ対策というものが非常に重要性を帯びてきており、当該専門家が二国間で協力するだけでなく、可能であれば周辺国を含めての対応を考えていかないと、より効果的な対策が、特に感染症等についてはできないのではないかというような意見もありました。

特に、全体会議におきましては、医療機材の購送手続を迅速化して、なるべく早くプロジェクトサイトに機材を到着させることについて各専門家からの関心が表明されましたが、医療協力につきましては平成6年度に比べますと平成7年度の機材の調達本部購送が非常に増えております。平成6年度は現地調達が多かったのですが、7年度におきましては本部購送の関係が増えております。そのために、プロジェクトサイトにおきまして、仕様書等につきましては、できるだけ詳細なものを作成する必要性につき各リーダーの意見の一致を見ました。

また、地域別分科会というのも開催いたしました。この中では、医療協力を進める過程の中で、協力期間5年なら5年ということでR/Dを結ぶわけですが、相手国の状況がいろいろ変化するニーズの変化、或いは相手の国の経済情勢から、かなり民活型の要望などが出てくるところもありまして、中間点でR/Dを見直していくことができないのかという提言もございました。

また、医療協力のプロジェクトの中で、最近特に要請が出てきているものとしては、特に人口家族計画分野が多いのですが、社会学とか開発経済等のアプローチの必要性が出ておりまして、異分野の専門家の活用を積極的に医療協力の中で実施することが必要であるというリーダーからの御意見、それから、パラメディカル分野の重視、或いは、病院経営分野の専門家を派遣していただきたいというような強い要望があると同時に、地域展開ということではプロジェクトの拠点方式、例えばエイズであれば、どこかケニアならケニアにアフリカの拠点を作って、そこから周辺国に対してのエイズ関係の調査なり協力ができるといったこと、或いは、プロジェクト間の協力で相互にノウハウを持った専門家が手近なところ同士でノウハウの交換ができるような制度、仕組み、それから、インターネットを使つての情報交換、こういったもの等、第三国専門家の活用というような面についての要望が強くなされました。

それから、課題といたしましては、プライマリーヘルスケアの重要性についても強くリーダーからも指摘されておりまして、この点につきましては医療協力事業につきましても今後新しいスキームを作る必要があるのではないかという意見が多数出ておりました。

また、無償資金協力による病院建設等のフォローアップも大事であり、せっかく無償で造った病院について、そのアフターケアを医療協力としても積極的に取り上げていくべきではないかというような御意見、それから、第三者評価を充実していくようなことも検討する必要があるのではないかというような御意見が出て参りました。

続きまして、医療協力と同時に、この委員会で御審議いただく対象でございます国際緊急援助隊について御説明いたしますが、38ページに、当該年度におきます国際緊急援助隊の派遣実績について書かれております。特に、この国際緊急援助隊につきましては、ちょうど今、私の手元に先ほどインドネシアからファックスが届きましたが、インドネシアのイリアンジャヤで起きました地震で、昨日から現地で活動を開始しております。被災程度が非常に大きくて、死者も101名出ているということ、それから、ほぼ絶望と見られる行方不明者が51名、その他、住宅の倒壊が出ておりますので、出先の方からも更に援助物資の必要性等を伝えてきておりますが、この平成7年度におきましては16件でございます。お手元の資料では14件の事例が載っておりますが、ミャンマーから始まりましてフィリピンまで、平成7年度の緊急援助隊の活動が載っております。ただ、昨年と違いまして、インドネシアの今申しましたイリアンジャヤを除きますと医療チームの派遣ケースが今のところ皆無でございます、その点、非常に途上国の要望の中で、この緊急援助隊の医療チームの派遣要請が少ないということでございます。パターンの的に見ますと、地震が8件、洪水が7件、火災事故が1件というような割合になってきておまして、私どもとしては、この備蓄を今、世界の中で、ワシントン、メキシコ、成田、シンガポール、イタリアのピサと持っておりますが、この備蓄物資につきましても、特に最近の動向から見ますと、災害時における物資よりも、むしろ復興期における物資が重要になってきているということで、例えば組み立て式の簡易住宅とかそういうもののニーズが出てきており、備蓄物資の見直し等も必要になるのではないかと考えております。

以上が、平成7年度におきます医療協力関係の事業の実績でございます。

なお、44ページを見ていただきたいのですが、ここに研修事業部関係の平成7年度の集団コースが出ております。44ページの鳥尾先生のところをお願いしています「結核対策細菌検査サービス」から始まり七つのコースが平成7年度に新規研修事業として、医療協力関係の集団コースとして開設されているコースでございます。また、45ページを見ていただきますと、同じように研修事業部の第三国研修で、当該年度におきましてマレーシアの「医療分野バイテク技術セミナー」というのがありますが、これは医療協力のプロジェクトサイトでもあったわけですが、平成7年度の新規案件として第三国研修が実施されたものでございます。それから、同じく第二国研修というのが下の方にありますが、この中では、フィリピンの「エイズ等診断及び管理」、バングラデシュの「リュウマチ熱・溶連菌感染・心疾患抑制」、この二つが平成7年度において研修事業部で新規の案件として開始されたものでございます。

その他、平成8年度の予算につきましては先ほど木島理事の方から御説明がありました

ので、割愛させていただきます。

以上でございます。

○鳥尾委員長 どうもありがとうございました。

(4) 質 疑 応 答

○鳥尾委員長 それでは、ただいまの関係省庁並びにJICAからの御説明につきまして、委員の先生方から何か御質問或いは御発言がありましたらお願いしたいと思います。いかがでございますでしょうか。

○大谷委員 私は従来から研究所協力にいろいろと関係しておりますが、大分前から、JICAの技術協力或いは機材協力だけでは研究所協力にとって非常に不完全である、つまり、すぐ終わってしまうために、後に残る者が非常に問題になる。そこで、相互に関心を持つ問題点について研究をともにするということが最も大事なことであり、研究所協力でも大切な人材協力はそれによって達成されると言って参ったわけでございますが、このたび初めて、22ページで御説明がございましたように、現地で研究・調査ができる「エイズ対策適正技術開発支援費」というものが平成8年度で顔を出すというようなお話がございました。この予算額及び内容につきまして簡単に御説明いただければ、ありがたいと思います。

○平良幹事 それでは、今の御質問にお答えいたします。

1番目の「エイズ対策適正技術開発支援費」の政府原案の内示額は、(1,600万円)×(2件)でございます。それから、もう1点の「エイズ対策・血液検査特別機材」のものは、(4,000万円)×(2件)で、トータル8,000万円でございます。

中身につきましては、従来、JICAの技術協力スキームが技術移転を重視してきており、これは今後も変わりませんが、先ほどから議論になっております基礎的な研究になりますと、どうしても日本にはない病気もたくさんあり、これらを日本と当該国で共同研究をしていくもので、従来の技術移転のみならず研究もやっていくという形の予算でございます。

○鳥尾委員長 ありがとうございます。

大変画期的な試みと考えますので、是非これを、金額はともかくとして育成していただきたいと思えます。ありがとうございました。

○松田委員 分野別事業実績で、今の資料の21ページですが、これには「保健医療」と「社会福祉」と分けてございますが、国内の場合は保健医療・福祉の連携、統合等、だんだんこの境目がなくなってきておりました、こういう仕分けがいつまでも続いているのかなという気が若干しているのですが、それが1点です。

2点目は、42ページから始まっております集団コースでございます。先ほどの御説明の中に、関係省庁だけではなくて、大学、地域の民間病院などが受け皿になっていろいろ

なコースを実施されているようです。これはお願いなのですが、実は私どもの研究所も、42ページに書いてございますように、病院管理技術の研修生も受け入れるようにしております。そして、平成7年度からの新規ということで、44ページにございますが、聖マリア病院がこれを行っているわけですね。実質的にはほとんど同じ内容なのでございまして、聖マリアさんの方からうちの方へ講師派遣依頼が来て、こういう事実がわかったのです。それで、ほぼ同じような研修内容を地域のいろいろなところへお願いした場合には、既に実施している機関に情報を流していただけると、お互いに協力し合いながら実施できるという気がいたしております。

それから、隣に古市委員がいらっしゃいますが、43ページの「公衆衛生教育」をされていまして、聖マリアがやはり「地域保健指導者」とありまして、ほとんど似たような内容になっているのではないかと思います。お互い情報を共有できれば好都合だと思います。

○島尾委員長 答えをお願いいたします。

○小澤理事 それでは、まず分類の方を先にお答え申し上げますと、これはJICAの中の分類としてずっとこの分類を使っておりますので、まあ整合性ということになります。お手元の資料の中に一枚紙が入っていると思いますが、先ほどは時間の関係で説明しなかったのですが、これは実は、日本のODA（1994年）におけるDAC分類での当該セクターの援助で、これは左の表がコミットメントベースでございまして、右側がディスバースメントの表でございまして、ここにDACの分類というのがありますが、「I. 社会インフラ&サービス」から始まりまして、「III. 生産セクター」までありますが、これとリンクする形である程度JICAの分類がコンピューター上できるというようなことで、社会福祉の分類については、その関係でこうして従来から計上しているわけでございます。先生御指摘のように、中を精査しまして、医療に含まれるところはこちらに入れるというようなことも検討可能かと思いますが、一応、従来からこの方式で分類の軸を立てているということでございます。

それから、研修のところは、研修事業部長が来ていますので、庵原部長からお答えさせていただきます。

○庵原幹事 松田先生のおっしゃるとおり、内容も似通っているかと思っておりますので、是非御相談させていただきたいと思っております。御相談がなかったこと、大変申しわけなく思っております。以上です。

○杉町委員 九州大学の杉町でございます。先ほどいろいろな御説明をいただきまして、非常に多くのプロジェクトがございまして、それらを積極的になさっているということは、私、非常に高く評価したのですが、私が最も知りたいのは、日本がこの最大の援助国になって、年間で3,000億円ぐらいの費用を出しているんなことをなさっているのですが、いろいろなプロジェクトに対する成果或いは、効果に対する評価をどのようになさっているのか。「こういうことをなさっている」、「こういうことをしたい」、「こういうこと

をやりたい」という意見はたくさんありまして、例えば「積極的に取り組んでいる」とか、「強化している」とか、「重要である」とか、そういう言葉はたくさんいただいたのですが、具体的にその3,000億円というお金を使って、どういう成果が得られたのか、どのように評価されているのか、ということについての言葉が全くなかったように思います。その点ちょっと、総論的なことで恐縮なのですが。

具体的に言いますと、私どもの病院でも、JICAから研修員ですか、若いドクターなどを受け入れて教育しています。そうしますと、ある程度時間がたちますと本国に帰るわけなのですが、例えば、帰った後本国で役に立っているのかどうなのか。もっと具体的に言いますと、JICAから預かった人を私どもで教育したのですが、本国に帰った後、今度は別の形でまた私どものところへ来て「日本が住みやすかったから、日本に永住したいから何とかかんとか……」と、こういう話があるわけですね。ですから、その帰国研修員のフォローをどの程度なさっているか、その辺を少しお聞かせいただきたい。

○小澤理事 まず、総体的なことは木島理事の所掌なのですが、実は、企画部の中に「評価室」というのを置いてありまして、これがJICA全体の評価をすることになっております。その他、例えば医療協力であれば、プロジェクトの終了時に「終了時評価」、それから中間ですね、プロジェクトが5年物ですと3年とか2年たったところで「中間評価」ということをやっております、それぞれその評価に基づいて、技術移転がなされなかったもの、或いは十分目的を達成したものの、このシャッフルをしまして、そのレベルに達していないところに重点を置くという形で、プロジェクトの実施中にも評価に基づいて協力の是正をする、重点の置きかえをするということをやっております、終わった段階では先ほど言いましたように「終了時評価」という形で実施しております。その評価につきましては、各プロジェクトにはそれぞれ国内委員会が出ておりますので、国内委員会の先生方にその内容についても御審議いただくことにしております、実は昨年、JICAとして評価報告書というものを出してありますが、この中にも医療関係の案件が2件ばかりあります。

それから、研修等につきましても、これは研修終了時の評価それから中間時点での評価、これを研修コースごとにやっておりますが、帰った後につきましては、5年ぐらいを区切って巡回指導チームが派遣されます。その際に当該国におきまして、日本に来て研修を終わった人たちに対してのブラッシングでシンポジウムなどをやると同時に、現地においてどういう活躍をしているかについての評価をすると同時に、私どもの在外事務所がいろいろな形で研修員をウオッチしてしまして、折々にJICAの同窓会等を持っており、こういう際にも来ていただいたりして、情報交換等を含めまして現況の確認をしているというような状況でございます。ただ、医療の場合で言いますと、どちらかというところプロジェクトの関係者を中心とする評価になっていきますので、これを先生方にもお知恵を借りまして、第三者評価的なものをこれから少し入れておこうと考えているわけでございます。

○木島理事 ちょっと補足いたしまして、JICA全体としての評価と、それからもう一つは政府全体としてのODAの評価を行っております、後者につきましては恐らく目賀田課長から御説明いただくことが可能かと思えます。

JICAにつきましては、去年出しました評価報告というものに案件として20件ほど掲載してございますけれども、実際に我々が行っている評価はその10倍以上ございます。したがって、年に100件以上の数を評価しております。これは統計はまだないのでございますけれども、かなりの部分は成功と見ておりますが、今先生御指摘のような問題もございまして、せっかく現地で訓練した人が一年もたたないで場所が変わってしまう。これは現地の経済情勢からいって、そこに勤めていると給料が安くてとてもやっていけないから、もっと給料のいいところに移ってしまうといったことであり、わざわざそこで教育した、いわゆるカウンターパートがいなくなってプロジェクトが動かなくなってしまうといったケースもないことはございません。従って、そういう問題も含めまして、すべてがうまくいっているとは申し上げられないわけでございますけれども、大方はうまくいっていると私は思っております。

○目賀田幹事 ODA全般の評価という観点から若干補足させていただきますと、外務省の経済協力局の中に「評価室」という一つの課がございまして、そこでODAに関するプロジェクトの評価を実施しております。これは予算の関係もございまして、円借款或いは無償資金協力によるプロジェクト物、或いはプロジェクトタイプの技術協力を対象としております。また、評価方法もいろいろな工夫をしております、例えば国別評価と言って、ある国に対するODAが全体的にうまくいっているかどうか、特定の国を毎年幾つか取り上げて特別の調査団を組織して調査する、或いは、有識者評価と申しまして、外部の方に委託しまして幾つかの国の代表的なプロジェクトの実施状況を客観的に評価していただく。そして、その報告書等を毎年一回外務省の方の評価報告書として公表するという作業をしております。

まさに御指摘のとおり、評価という観点から更に努力すべき点があると認識しておりますので、今後とも努力して参りたいと思っております。この評価報告書に毎年大体100件近くのプロジェクトが報告されるということになっていると思えます。それをランク付けいたしまして、成功したかどうか、大成功したもの、まあまあ成功したもの、やや問題があるものと分類を付けて、問題があるものについては、更にそれをどう是正したらいいかというようなやり方で進めているところでございます。

○島尾委員長 あと専門部会報告が残っておりますので、各先生方からまだ御意見があるかと思えますが、専門部会報告「エイズタスクフォース」の問題に移って参りたいと思えます。

それでは、この専門部会設立から現在までの経過を手短に平良部長からお願いいたします。

(5) 保健医療協力事業に係る審議

○平良幹事 時間もありませんので、ごく簡単にエイズ協力専門部会の設置経過について、説明いたします。

昨年の本委員会の提案を受けまして、大谷先生を委員長に、仲村委員、山崎委員、廣澤委員をメンバーにいたしまして専門部会を設置し、その下に9名の日本の若手エイズ専門家に参加していただきました。そのメンバー表は、報告書の一番最後の81ページにございますので、参考にしていただきたいと思います。

タスクフォースという形で、6回に亘って長時間かけまして議論を行ってきて、まとめたのがこの報告書でございます。内容につきましては、大谷先生、曾田先生にお願いしたいと思っております。

○鳥尾委員長 どうもありがとうございました。

では大谷先生、まず総論の方からお願いいたします。

○大谷委員 エイズは、1981年にアメリカで発見されてから急速に地球上の大問題になりまして、特に最近では、アジアにおけるエイズ感染者の急増が世界の一つの大きな話題になっております。この間の事情は、JICAのパンフレットの16ページで御覧になれますように、アフリカは確かに今一番エイズの患者が多いわけでございますが、次の時代にはアジアにその焦点が移るとWHOは予告(警告)しているわけでございます。

この間、JICAの援助もエイズ問題がだんだん大きくなって参りました。しかしながら、エイズの問題は、インパクトは大きいのですけれども、いろいろなファクターとして、社会、宗教、それから経済と、どのようなその援助をしたらいいかということが非常に難しい。極端に言えば、各国皆違うと言ってよろしいと思うわけでございます。この間の事情をいろいろと調査し、また、それではWHOを含めて他の国、他の国際機関がどうやっているかということをごく簡単に調査が、6回の専門家会議の結果として出て参りましたので、これを御覧いただきたいと思います。詳細の説明は、タスクフォースの曾田教授からお願いできればと思います。

○鳥尾委員長 では、曾田先生、お願いいたします。

①専門部会報告「エイズタスクフォース」

○曾田教授 それでは、私の方から御説明させていただきます。

ここに「エイズ協力専門部会報告書(要約)」という資料がございますが、これを御覧いただきたいと思います。もうちょっと厚い方の報告書に詳しく書いてありますが、こちらの「要約」の方でお話しさせていただきます。

大谷先生がおっしゃったように、アジア地域は今、エイズの増加がここ数年来、特に1990年代に入ってからと言った方がいいかもしれませんが、非常に顕著な地域

でございます。WHOの報告ですと、昨年12月15日現在のWHO、今年からUNエイズがやることになってはいますが、一応WHOの最後の報告によりますと、エイズ患者報告数が129万何がしということで、およそ130万人ぐらいになっています。その全体的なスピードというのはやや鈍っておりますけれども、アジア地域は患者についてだけ言っても非常に直線的な伸びを示しているという状況でございます。

その中では、南北アメリカが約51%で、アジア地域はせいぜい2%程度なのですが、実際の推定によりますと患者数が約600万であるということで、約4倍ぐらいになります。そうしますと、アフリカが報告の上では32%ぐらいですけれども、大体75%になってしまう。それで、僅か2%の報告であったアジア地域は大体5%を超えるという状況が推定されております。もちろん、それがどんどん増えるわけですから、患者そのものというよりも、現在アジアでは、アジアでの流行というのは実際上では出発が非常に遅れているわけですね、1980年代の後半から始まったと言われております。そうしますと、他の地域よりもHIV感染者、未発症の感染者が非常にたくさんいるという状況であります。そして、未発症の感染者も交えて全部でどのぐらいの患者（感染者）がいるかと言いますと、累計ですけれども全世界で1,850万人の感染者がいると推定されております。

そのうち一番多いのは、約1,100万人ほどがアフリカに発生したと言われてはいますが、アジア地域では、主としてインドが約200万人ぐらい、タイが80万人ぐらい、それからミャンマーが15万人で総計、南アジア、東南アジアが350万人程度であろうということです。ですから、アジアのエイズ問題というのは、これは東アジアは比較的少ないわけですから、特に南アジア、東南アジア地域であろうと考えられております。しかし、それが最近ではインドシナ半島、特にカンボディアで急速に増えております。それからヴェトナムも増えております。それから中国の南部、雲南省のあたり。こうして見ますと、国としてではなくて、やはり地域としてエイズ問題を捉えなくては根本的な解決はできないと思います。そこら辺は援助を行うとき、国を対象にしてやることなのではあります、国だけではなくて、やはり地域的アプローチがどうしても必要であろうと考えております。

実は、世界の流行というのは三つのパターンに分かれており、いわゆる先進国型のパターン、これは男性同性愛とか麻薬中毒者が非常に多い。それからアフリカ型のパターン、これは異性間の感染が多い、従って2次感染も非常に多い、女性も多い。その他は第三のパターン、要するに後発組であると言われてはいたけれども、アジアでは、ただ単に第三のパターン（後発組）というよりも、確かに遅れて始まったという点だけが共通しているのでありまして、その感染原因、或いは感染ルート、感染リスクと言ってもいいのですが、いわゆるその流行のパターンというか様相が非常に国によって違うというのが一つ特徴だと思います。ですから、例えばタイなどでは当初、麻薬中毒者で始まったのが、瞬く間に売春婦等に広がり、それが男性にうつり、更に家庭に入り、そして子供が生まれると新生児にうつるという状況です。一方、インドなど地域によっては非常に売春婦等が多い、しかし、バングラデシュに近い方では非常に麻薬が多い、更にミャンマーでは麻薬が

多い。それから中国の南部では、ミャンマーから麻薬中毒者を介して入った流行と、タイから今度は出稼ぎの売春婦等を介して入った流行、そういうものが、これは分子疫学的にウィルスの型からはっきり判っているわけですね。

そういうことで、例えば中国などにおけるエイズへの対処そのものも、個々のターゲットに対して別々のアプローチをしていかなければいけないということがあります。ですから、長々とした話になりますけれども、アジアの特徴としまして、国によって非常に違う。流行の原因が違う、形が違う、始まったステージが違うということですね。それから、早く始まったように見えてもそれほど急速には広がっていない国もある。そういうものは主として、例えば日本、韓国、台湾は比較的早く始まっていますけれども、そのスピードはかなり遅い。これはその国の社会経済的なインフラストラクチャーが非常によく反映していると思います。

ですから、非常に遅く始まったところでも、タイ、カンボディア、或いはインドのようなどころでは急速に広がっている。例えばタイでは1988年に麻薬中毒者の間に広がった、これを称して「感染爆発」と言っております。そういう表現があるほどですから、一律な対策では不十分であり、また援助をするにしても、その国々でどういうところにターゲットを絞るのが一番効果的か、更に、幾ら効果的であっても当然その当事者国がやるべき仕事というものはあるわけですから、我が国が全部それらを背負い込むという性質のものではございませんので、どういう部分を援助、或いは協力してやれば一番その国のためになるかを考えるべきであると思います。

もうちょっと話させていただきますと、先ほど言いましたように、各国で流行のステージが違うのですけれども、社会文化的な背景が違うわけで、例えばフィリピンなどのカトリックを背景とした国と、タイのような仏教を背景とした国、或いは地域社会の縦の社会を重視しているような国、それぞれでその広がり方も違うし、また、やり方も違う。例えばコンドームが有効であるということが盛んに言われていても、その受入れに対しても、社会的な、宗教的な考え方で全く違う。

それで、タイのようなどころでは既に急速に流行が進んでしましまして、感染を予防するという段階より、既に非常に患者が多いので、治療、患者のケアをするという段階に入っているわけです。患者のケアというのは、もはや既存の医療施設で引き受けるという段階を乗り越えてしましまして、そういうことをすると既存の医療施設が他の疾病の医療ニーズに対して使えない。それで、タイなどでは幸いにして、プライマリーケアシステムが非常に進んでいるから、そういうものを有効利用して、言うなればコミュニティーケアを進めていくという考え方が非常に支配的になっている。これは、その方がいいというよりも、むしろそうせざるを得ないということだと思いますけれども。

エイズの問題というのは、エイズだけを考えるのではなくて、同時に性感染症(STD)の対策でもありますし、また、病気の一つとしてのプライマリーヘルスケアの問題でもあります。それから、エイズそのものが、従来の急性感染症型の例えばポリオ、麻疹、或い

は下痢症等の病気とはかなり性質が違いまして、どちらかといえば結核—結核とSTDは関連しているのですけれども、感染症としてはむしろ結核に非常に似ているので、結核的な考え方をしなくてははいけない。

それから更に進めていけば、エイズという病気を感染症として見るという見方は、感染症ではあるのですけれども、最初からの思い込みでやっていると、やはりだめである。むしろエイズは慢性病であり、かつ習慣病であるということですね。特に性行動習慣といいますか、或いは麻薬習慣とか非常に習慣が影響するのであるけれども、そういう点では循環器疾患、或いは糖尿病、癌、そういうものに共通する部分があります。ですから、急性感染症的な考え方で一番間違っているのは、いわゆる隔離という考え方になるのですけれども、もちろん、そういうものはほとんど効果が無いと思われております。ですから、慢性的な疾患として、且つ習慣病として、そういうところに衛生教育、保健教育が非常に有効になってくるのですけれども、そういう視点から捉えてやっていかななくてははいけないのではないかと、それが多くの国の考え方であると思っております。

もちろん、先ほど言いましたように、その国の流行のステージによって違いますので、現在迄流行を抑え、感染予防に重点を置いて抑え込もうという国もそれなりに正しいわけですが、それぞれの国において、ここには、アジアではタイ、インドネシア、マレーシア、フィリピン、カンボディア、ヴェトナム、ミャンマー等がありますし、それから南米ではブラジルが載せてあります。それから、アフリカではケニア、ガーナ、ザンビアといった比較的日本とつながりの多い国が今援助等をやるのに適当な対象ではないかと考えられているようではありますが、先ほど言いましたように、いろいろな観点で、流行が非常にクリティカルな国には重点的にやるべきであろうと考えております。

以上でございます。

○鳥尾委員長 どうもありがとうございました。

今お話がございましたように、非常にいろいろ内容を考えてやらなくてははいけない。しかし、そう一遍に全部取り上げるわけにもいかないということで、実際的な結論としては、要約の12ページのところに、JICAとして平成8年度にはこれぐらいのことを考えていただいたらどうかというのが三つほど挙がっているかと思っております。随分大変な資料を分析していただいて、今後の方向を出していただいたわけですが、他の委員の先生方から、何かこのエイズ対策の問題について御意見がございませんでしょうか。

○大谷委員 日本は幸いに、エイズに関してまだ深刻な事態に至っていないという点は、言い換えればエイズに対してはむしろ後進国であるということです。こういう国が一体、途上国に対して何が出来るかということを目下反省してみると、一つの非常に大きな問題である。結果として、日本またはJICAとしてできることとして、一つは、診断体制を充実させるためのいろいろな設備・機器の整備、これは今迄のJICAのスキームでできるであろう。それからもう一つは、フィリピンのように輸血制度が非常に未熟であって、売血に70%程度頼っている国では、日本がかつての経験を生かして、献血から安全な血

液の供給、これは恐らく JICA ではなくて、或いは赤十字かもしれない。こういうところで貢献できるであろう。

それからもう一つは、日本はいろいろな感染症の診断技術は非常に進んでおりますから、エイズがだんだん進展したときにいろいろな病気が出てきている、その診断と治療をどうやったらいいか。これは恐らく専門家を派遣していろいろ向こうに貢献できることがあるであろう。更に、日本は今まで感染症を長らく手掛けて、その予防、ワクチンの開発については非常に豊富な経験と技術を持っておりますので、この分野で貢献できるのではないか。大体こんなことを考えているわけでございます。

○鳥尾委員長 非常に現実的な意見をまとめていただいたと思うのですけれども、何か御意見ございますでしょうか。一よろしゅうございましょうか。

エイズのタスクフォースの先生方に大変な御苦勞をしていただいて、ここにまとめていただいた冊子には、世界の蔓延の現状、そして、対応する場合にはどんなことまで考えなくてはいけないうか、細かく分析していただいてございますし、それから、「要約」の中にも各国の状況、そして世界の援助機関の動きも全部書いてございます。こういったものを参考にしながら今後のエイズ領域での協力を進めていただければということで、大変有益な助言をまとめていただいたことは、大谷委員長を初め皆様に厚く御礼申し上げたいと思います。どうもありがとうございました。

②平成8年度専門部会のテーマについて

○鳥尾委員長 それでは、もう予定の時間が過ぎておりますので、最後のところに入りたいと思うのですが、平成7年度ではエイズの問題についてのタスクフォースにこれだけのことをまとめていただきましたので、平成8年度についても、できれば何か一つ課題を選んで少し研究を進めて、その結果をまたこのような形で一年を掛けて報告していただければと思っているのですが、何を取り上げればいいのか、何か課題について御示唆がございませうでしょうか。

○松田委員 先ほどの小澤理事のお話の中にも、それから今の曾田先生のお話にも出てきましたけれども、限られた資源或いは限られた人材でとにかくいろいろな医療協力の実を上げるためには、やはり、プライマリーヘルスケアが欠かせないと思うのですね。それで、WHOは随分前から言っておりますし、日本でもプライマリーヘルスケアということも言っております。私どもでもいろいろな国からの研修を受け入れて、プライマリーヘルスケアが話題になるのですが、WHOの言っているプライマリーヘルスケア、それから我が国の学者が言っているプライマリーヘルスケア、それから、それぞれの国が言っているプライマリーヘルスケア、お話を聞くと皆少しずつ違うのですね。だから、一体このプライマリーヘルスケアというのは実態がどういうふうになっているのか、それから、この分野で協力するにはどういう観点が必要なのかということを経験を整理しながら、J I

CAタイプのプライマリーヘルスケアの協力のスタイルというのはこういうものだといった御検討をしていただければ非常に私どもとしては助かるし、有意義ではないかと思うのでございます。

○鳥尾委員長 ただいま松田委員からプライマリーヘルスケアの問題を取り上げて、今世界の抱えている問題点、その中でJICAが何ができるかを中心に検討したらどうかという御提案でございますが、他の委員の先生方から御意見ございますでしょうか。—

確かにWHOは、西暦2000年迄のヘルスオール・バイゼリア・トゥーサウザンドで、その達成するのがプライマリーヘルスケアの発展によるのだと言っているのですが、もう2000年が近づいてきてややそれが危なくなってきたのか、最近ではヘルスオール・バイゼリア・トゥーサウザンド・アンド・ビヨンドという言い方で、その先にも続くのだという予防線を既に張り始めておりますので、決して2000年で片づく問題ではないと思います。しかし、世界全体の保健医療の問題を考えますと、この辺が一番重要な領域であることは間違いなくと思いますので、ただいまの松田委員の御提言に従って、平成8年度の課題としてプライマリーヘルスケアの問題を取り上げて、また、タスクフォースをつくって、JICAとして何ができるかということを中心に。ただ、PHCになりますと、恐らく保健医療だけではなくて、井戸掘りとかそういった問題も加わって参りますので多少領域は広がってくると思えますけれども、その辺も含めて検討させていただければと考えますが、いかがでございましょう、よろしゅうございましょうか。

(「異議なし」の声あり)

○鳥尾委員長 どうもありがとうございました。

それでは、委員のどなたにお願いし、どうまとめていくかということは委員長に御一任いただくといたしまして、いずれ委員会をつくって検討を進めるという方向で検討して参りたいと考えております。

3. 閉 会

○鳥尾委員長 ちょうど予定時間が10分過ぎてパーティーの開始時間になって参りましたので、これで本日の委員会を終わりたいと思いますが、委員会の中で総裁その他JICAの幹部の方々に申し上げられなかったことは、この後のカクテルパーティーの中でどうぞ御自由にまたいろいろお話いただければと存じます。

これで第28回海外医療協力委員会を終わりといたします。どうもありがとうございました。

午後5時40分 閉会