

No. 032

第33回海外医療協力委員会 会議議事録

平成13年3月

JICA LIBRARY



J1164144(6)

国際協力事業団
医療協力部

第33回海外医療協力委員会会議議事録

平成13年3月

国際協力事業団

X00
107
1CA

医計
JR
01-04

**第33回海外医療協力委員会
会議議事録**

平成13年3月

**国際協力事業団
医療協力部**



1164144(6)

目 次

1. 議事次第	1
2. 出席者一覧	5
3. 会議議事録	11
4. 配布資料	49

議事次第

第33回海外医療協力委員会

1. 開催日時

平成13年3月1日(木)

13時～15時

2. 開催場所

国際協力事業団11階A B C D会議室

(新宿マインズタワー11階西側)

3. 議事次第

- (1) 開会および委員等紹介
- (2) 総裁挨拶
- (3) 委員長選出
- (4) JICAの最近の動向と課題について
- (5) 保健医療分野の事業概要と今後の取り組み
- (6) 質疑応答
- (7) 閉会

出席者一覽

(1) 委員出欠表

(敬称略、50音順)

氏名	役職	出欠
阿藤 誠	国立社会保障・人口問題研究所長	出
五十嵐 章	長崎大学熱帯医学研究所長	出
生長 恵里	毎日新聞人口問題調査会記者	出
大泉 博子	山口県副知事	出
小林 秀資	国立公衆衛生院長	出
島田 眞久	大阪医科大学学長	出
首藤 紘一	国立医薬品・食品衛生研究所長	出
竹田 美文	国立感染症研究所長	出
仲村 英一	財団法人 日本医療保険事務協会理事長	出
中村 安秀	大阪大学人間科学部教授	出
中村 隆一	国立身体障害者リハビリテーションセンター総長	出
原 ひろ子	放送大学教養学部教授	欠
星 北斗	社団法人 日本医師会常任理事	出
南 裕子	社団法人 日本看護協会会長	欠
森 亨	財団法人 結核予防会結核研究所長	出
矢崎 義雄	国立国際医療センター総長	出

出席：14名、欠席：2名

(2) 関係省庁出席者

(敬称略)

氏名	役職
廣木 重之	外務省経済協力局技術協力課長
清水 一良	外務省経済協力局技術協力課外務事務官
小島 岳晴	外務省経済協力局無償資金協力課事務官
小山内 優	文部科学省大臣官房国際課国際交流政策室長
遠藤 弘良	厚生労働省大臣官房国際課国際協力室長
土居 眞	国立国際医療センター国際医療協力局長

(3) 国際協力事業団役員出席者

氏名	役職
斉藤 邦彦	総裁
東 久雄	副総裁
高島 有終	理事
阿部 英樹	理事
後藤 洋	理事

(4) 国際協力事業団関係事業部出席者

氏 名	役 職
佐藤 幹治	秘書室長
小町 恭士	総務部長
力石 寿郎	企画・評価部企画課長
今津 武	国内事業部長
松岡 和久	アジア第一部長
金子 節志	アジア第二部長
高井 正夫	中南米部計画課長
松浦 正三	アフリカ・中近東・欧州部長
地 曳 隆紀	社会開発調査部長
樋田 俊雄	国際緊急援助隊事務局長
神田 道男	無償資金協力部長
三 苦 英太郎	青年海外協力隊事務局海外第一課長
加藤 圭一	国際協力総合研修所長

會議議事録

1. 開会および出席者紹介

○遠藤部長 委員の皆様おそろいでございますので、そろそろ会議を始めさせていただきたいと存じます。ただいまより第33回海外医療協力委員会を開催させていただきます。

まず、お手元の資料の確認をさせていただきたいと存じます。まず、第33回海外医療協力委員会会議次第、1枚の紙でございます。次に、海外医療協力委員会名簿。『第33回海外医療協力委員会会議資料』、1冊の冊子になってございます。それから、『第33回海外医療協力委員会関連資料集』ということで、今年の会議で出してほしいという御要望のございました資料をそろえてございます。それから、『結核のない世界をめざして』というパンフレット、最近作成いたしました。また、昨年お出しいたしました『日本のプライマリ・ヘルスケアの経験』の英語に翻訳したものをお机の上に用意させていただいているかと存じます。

本日、16名の委員のうち14名の御出席をいただきました。規定に基づきまして、本会が成立をしておりますことを御報告申し上げます。

それでは、次に御出席の委員を御紹介させていただきます。

阿藤誠委員でございます。

五十嵐章委員でございます。

生長恵理委員でございます。

大泉博子委員でございます。

小林秀資委員でございます。

島田眞久委員でございます。

首藤紘一委員でございます。

竹田美文委員でございます。

仲村英一委員でございます。

中村安秀委員でございます。

中村隆一委員でございます。

星北斗委員でございます。

森亨委員でございます。

矢崎義雄委員でございます。

原委員、南委員につきましては、御都合により御欠席との御連絡をいただいております。

次に、関係省庁の御出席者を紹介させていただきます。

外務省技術協力課、廣木課長でございます。

同じく、技術協力課の清水事務官でございます。

同じく、無償資金協力課の小島事務官でございます。

文部科学省大臣官房国際課国際交流政策室、小山内室長でございます。

厚生労働省大臣官房国際課国際協力室、遠藤室長でございます。

国立国際医療センター国際医療協力局、土居局長でございます。

最後に、当事業団の出席役員を紹介申し上げます。

総裁の斉藤邦彦でございます。

副総裁の東久雄でございます。

理事の高島有終でございます。

理事の阿部英樹でございます。

理事の後藤洋でございます。

2. 総裁挨拶

○遠藤部長 それでは、委員会の開催に当たり、まず、当事業団の総裁より御挨拶を申し上げます。

○斉藤総裁 本日は、委員の皆様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、まことにありがとうございます。

私は、昨年9月に藤田の後任として総裁の任を仰せつかりました斉藤でございます。微力ではございますが、全力を尽くして職務に取り組む決意でございます。

日ごろ皆様には、JICAの業務に対し、深い御理解と多大なる御支援をちょうだいしていることにつきまして、この場をおかりいたしまして改めて御礼申し上げます。

昨今、我が国の国内では、世論を背景としたODAの見直し、特殊法人の改革、情報公開、ODA事業への政策評価制度の導入等、JICAのあり方や業務の実施に大きな影響を及ぼす諸問題が活発に議論されております。このような状況に対して、JICAといたしましては、事業の効果と効率を一層向上させるとともに、国民にわかりやすく事業の成果を伝えていくよう今後とも努力していく所存でございます。

他方、1999年に政府から公表された政府開発援助に関する中期政策や総理大臣の諮問機関である対外経済協力審議会の昨年9月の答申において、人材育成などのソフト分野への支援、あるいは人間を通じた協力が強調されております。このような人づくりへの協力は、まさにJICAが創設以来重点的に実施してきた事業そのものであり、我々の事業の重要性が評価されていることを心強く思う次第です。

このことは、平成13年度のJICA予算案にも反映されております。ODA全体が前年比3%の減額となったなか、JICA予算案は前年比0.1%減と小幅な減額にとどまっております。また、中身を見ますと、シニア海外ボランティア、人づくりを担う若手人材の育成事業や民間のノ

ウハウの一層の活用に関する予算の増額が認められております。

JICAは、その重大な責務を全うするために種々の業務改革に取り組んでおります。一例として、各種の技術協力および資金協力等を組み合わせた包括的な協力方式の導入や情報公開の推進や市民参加型国際協力の拡充に努めていきたいと考えております。

さて、本日御審議いただきます保健医療分野の事業は、開発途上国の人々の生命、健康に直結する最も人道性の高い援助分野であるとともに、究極の目的である人間中心の開発の理念を推し進めるうえで、社会・経済開発の基礎を固めるうえでも大きな役割を果たす分野であることは改めて申し上げるまでもございません。

このような認識のもとに、政府開発援助に関する中期政策におきましても、保健医療分野への支援は、貧困対策や社会開発分野の中の重点課題として位置づけられており、開発途上国の保健医療体制の中核となる施設へのハード、ソフト両面の支援を行うこと、プライマリ・ヘルスケアの視点を重視しつつ保健医療システムの構築を支援することなどが、日本が貢献すべき点としてうたわれております。また、近年は、国境を越えて広がりを見せるHIV/AIDSや、結核などの新興・再興感染症対策、寄生虫対策、子供の健康、人口問題など、緊急な対応を迫られている課題が多く、国際社会の共通の関心事項となっております。

特に感染症の問題は、単に開発途上国住民の1人1人の生命への脅威という問題にとどまらず、今や途上国の経済・社会開発への重大な阻害要因となっており、とりわけ貧困層への影響は甚大です。

こうした流れを反映し、昨年の九州・沖縄サミットにおいて開発における主要課題の1つとして感染症の問題がクローズアップされ、先進国として取り組みを強化していくことが表明されております。

JICAといたしましても、保健医療分野の業務の中でさまざまな事業形態により、結核対策、エイズ対策、マラリア等の寄生虫対策、ポリオ根絶計画への協力など、感染症対策に積極的に取り組んできたところであります。

このように国境を越えて広がりをもつ課題については、JICAとして独自に協力を行うことはもちろんですが、他のドナー国との協調に加え、WHO、UNICEFを初めとする国際機関等との情報交換や連携が重要であると認識し、これら機関と定期的な協議および情報交換等に努めております。さらに、内外のNGOとの連携も重視しており、支援のための予算も拡充されております。今後ますますNGOとの関係を深めつつ、効果的な事業を実施していく所存でございます。

また、異なった視点ではございますが、第2次世界大戦直後の日本の状況は、さまざまな指標で現在の開発途上国と類似しておりました。その後、日本は短期間で健康水準の向上を果たしており、ポリオ根絶や結核対策にみるような戦後の日本の経験は、開発途上国にとってモデルにな

り得ると確信いたしております。この点についても改めて認識し、保健医療分野の事業に反映していくよう努力していきたいと考えております。

今後とも、昨今の特殊法人改革の動きを十分に踏まえ、さらなる改善点を抽出したうえで、新たな組織・業務改革を鋭意に努めていく所存でございます。

なお、行政改革の方向性に沿って運営審議会のあり方および具体的な運営の方法の見直しを行うことを予定しております。この海外医療協力委員会につきましても、委員の皆様と御相談しながら見直しを行いたいと考えております。

本日は、委員の皆様より幅広い視点から御助言および御教示をいただければ幸いと存じます。どうかよろしくお願い申し上げます。

○遠藤部長 どうもありがとうございました。

3. 委員長選出

○遠藤部長 それでは、会議次第の3、「委員長選出」に移りたいと存じます。

今期委員会の皆様には、平成14年3月31日まで委員を委嘱させていただいており、その間の委員長の業務をお願いすることになります。

それでは、適任者の御推薦をお願いしたいと存じます。どなたか御推薦いただけますでしょうか。

○竹田委員 仲村英一委員を御推薦いたします。

○遠藤部長 ありがとうございます。

仲村英一委員をお願いをしたいということでございますが、御異議ございませんでしょうか。

(「異議なし」の声あり)

○遠藤部長 それでは、仲村委員に委員長をお願いいたします。委員長席が総裁の隣に設けてございますので、御移動をお願いいたします。

[仲村委員、委員長席に着席]

○遠藤部長 それでは、仲村委員長に御挨拶をお願いいたします。

○仲村委員長 竹田委員を初め委員の皆様方の御推挙を得まして委員長を拝命いたしました仲村でございます。よろしく願いいたしたいと思っております。

この委員会が皆様方の御協力によりまして、JICAにとりましても実のあるものになりますよう御協力をお願いいたしまして、会議に入らせていただきます。

○遠藤部長 ありがとうございました。

引き続きまして、委員長代行の選出を行いたいと思っております。仲村委員長より御指名いただきたいと思っております。よろしく願いいたします。

○仲村委員長 私から御推薦をする仕組みのようでございますが、私といたしましては森委員に委員長代理をお願いできたらと思います。御了承いただきたいと思いますが、よろしゅうございますか。

(「異議なし」の声あり)

○遠藤部長 ありがとうございます。

それでは、仲村委員長からの御指名により森委員に委員長代行をお願いしたいと存じます。よろしく願いを申し上げます。

それでは、これからの議事進行を、仲村委員長、よろしくお願い申し上げます。

4. JICAの最近の動向と課題について

5. 保健医療分野の事業概要と今後の取り組み

○仲村委員長 早速、議題に入りたいと思いますが、議事の4および5、「JICAの最近の動向と課題」、「保健医療分野の事業の概要と今後の取り組み」、これを一括して阿部理事から御紹介をいただきたいと思います。

○阿部理事 では、御説明させていただきます。

第一章の1ページから9ページまでは、ただいま私どもの斉藤総裁の挨拶の中で詳しく説明が行われておりますので、第一章につきましては説明を省略させていただければというふうに思っております。なお、御質問等がございましたら、またのちほど、その部分につきまして説明をさせていただきます。

第二章、第三章、資料の分でございますが、概略をまず口頭で説明させていただきまして、その後、特色あるプロジェクトにつきまして、そちらに映っておりますパワーポイントを通じましてお話をさせていただきたいと思っております。

まず、第二章の「保健医療分野事業における当面の課題と取り組み」でございます。これは、医療協力部だけではなくてJICA全体で取り組んでおります事業をここにまとめてございます。

まず、10ページからの内容でございますが、本事業を取り巻く環境といたしましては、次のようなことがあげられます。国境を越えた広がりをもつ新興・再興感染症は、国際社会においても関心事項となっております。1988年には、WHO総会におきまして、2000年までに地球規模でのポリオの根絶が宣言されております。1994年には人口問題と開発、あるいは貧困、飢餓の問題が国際人口開発会議（ICPD）で議論されております。その後、1998年のバーミンガムサミット、2000年の九州・沖縄サミットにおきまして、今や途上国の経済・社会発展の重大な阻害要因となっております結核、HIV/AIDS、マラリア、フィラリア、住血吸虫、ギニアウォーム等の寄生虫症を中心とする感染症対策が急務となっているところです。もちろんこうした課題

の取り組み以前に重要なプライマリ・ヘルスケア、栄養、病院への協力もJICAの重要な事業ですが、今日は感染症対策への協力を中心に説明をさせていただきます。

なお、こうした事業への取り組みは、JICAが中心となって行っていることはもちろんですが、最近では事業の拡大、そのきめの細かい援助をさらに進めるべく、国内外のNGOとの連携、他ドナー、国際機関等との協調が求められており、12年度はそれが顕著でございます。例えばNGOとの連携は、従来の日本医師会、結核予防会、JOICFP等の団体に加えまして、19ページにあります開発福祉支援事業、同じく20ページにございます開発パートナー事業のように、直接NGO活動にJICAの資金が使用されることができ、JICAの新しい顔になっております。

また、西太平洋地域においては、ポリオの根絶活動にみられるようにWHO、UNICEFとの関係は今後とも深まっていくと思われまします。その他、ほかのドナーとの関係も、日米コモンアジェンダを通じ本年度もカンボディアにおける結核対策、タンザニアにおきますエイズというように、特定のテーマについてますますその協調が進展すると考えております。

〔パワーポイントによる説明、以下画面ごとにP)の表示〕

P) それでは、パワーポイントにより、感染症対策を中心に本年度の事業の概略を説明させていただきます。なお、12年度の事業の実績につきましては、第三章および資料編をお読みになっていただければというふうに思っております。

それでは、進めさせていただきます。

P) まず最初に、JICAの保健医療分野の事業実績でございますが、11年度の前年ベースでの実績でございます。

技術協力におきましては、JICA全体の中で12%、これは研修員受入、専門家派遣、プロジェクト方式技術協力、青年海外協力隊、開発調査、無償資金協力の調査の部分が入っております。

続きまして、右側が無償資金協力の実績でございます。これは外務省の所管事業でございますが、これも13%ということで、ほぼ同様な実績になっております。

なお、12年度につきましても予算上はほぼ同様な実績になると予想しております。

P) 続きまして、保健医療分野の活動概要と今後の取り組みでございますが、ここに書いてありますように、JICAの事業は、協力形態として研修員受入、専門家派遣、JOICV、プロジェクト方式技術協力、開発調査、無償資金協力等で行われておりますが、そういった事業形態を踏まえまして、来年度以降、重点分野をとりあえず感染症対策、ポリオ、結核、HIV/AIDS、寄生虫対策、ほかにもマラリア等がありますが、そのほかにも、人口・リプロダクティブヘルス、母子保健等がJICAの保健医療分野の重点分野になっております。私どもとしては、こうした取り組みをさらに深めるべく、先ほどもお話ししましたように関係機関、NGOとの連携を深めて実施したいというふうに思っております。

P) 先ほどもお話ししたように、日本政府、JICAの活動の実績の中に、今年度は一番顕著な

例として、西太平洋地域におけるポリオの根絶がございました。この表にもございますように、数年前にこの地域は6,000人の野生株のいわゆるポリオの患者がおりましたが、これが今年度ゼロという宣言ができることになりました。1988年の第41回WHO総会におきましてポリオ根絶が提唱されて以降、我が国はこの目標実現のために積極的な支援を行ってきたところでございます。昨年10月の末、京都におきまして西太平洋地域における野生ポリオウイルス伝播が終息した旨、WHOの1機関でございますが、WHO西太平洋地域事務局(WPRO)の尾身事務局長より宣言されております。これは、この地域における最大の援助国であります日本の援助が具体的に目に見える成果を示すことができた成功例ということがいえると考えております。

我が国の協力実績としては、この地域だけで技術協力、無償を合計しますと約52億円が投与されました。この間、ポリオに特化した3つの集団研修コースが設置され、150名の途上国からの専門家が研修員として受け入れられております。

P) 例えば、その1つにラオス小児感染症プロジェクトがございました。この地域におけるポリオ根絶には、中国で実施したプロジェクトが先駆的かつ非常に規模の大きな事業実績を持っておりますが、中国以外の国に対しワクチン、コールドチェーンなどの機材の供与と専門家の派遣を中心とするプロジェクト方式の技術協力が行われてまいりました。ラオスの小児感染症プロジェクトは、ここの絵にありますように全国一斉投与を通じましてうまくいった成功例の1つに今やなっております。このプロジェクトは、ポリオ根絶という当初の目的を達成しましたので、今年の9月に終了する予定でございます。

P) 今後のポリオ根絶計画への支援でございますが、先ほど申し上げましたように、西太平洋地域におきましては輸入症例への警戒ということが残っておりますが、ほぼ根絶ということでございますので、今後はWHOが優先国として指定しております国、これはほかの南西アジア、アフリカが中心になります。そういった意味で我が国の協力がますます必要になってくるというふうに考えております。

具体的にはエチオピアにおきましてプロジェクト方式技術協力を行うべく、13年度に調査団を派遣する準備をしております。そのほか、バングラデシュ、エチオピア、インド、ナイジェリアにつきましては、平成12年度、外務省の実施しております子供の福祉無償で、また、パキスタンにつきましては平成11年度の子供の福祉無償で、ワクチン等の供与を並行して実施しております。

P) 続きまして、エイズの蔓延とともにその対策が急がれております結核の問題でございます。結核対策への取り組みにつきましては、現在、フィリピン、カンボディア、ネパール、イエメン等でプロジェクトが実施されておりますが、そのいずれもいわゆる戦略を中心にして先方政府と協議して、そして、あわせまして直接の実施でありますDOTSの導入、それから教育の促進ということを中心にして協力が行われております。あわせまして、これはNGOとの連携というこ

とで、結核研究所との連携が深まってきております。従来からカンボディア、フィリピン、ネパール、イエメン等で実施しておりますが、今後はWHOと連携をとりながらこのDOTS戦略をほかの国にも広めたいということで、ますますJICAとNGOとの連携が必要になってきております。

P) 結核の1つの例で、フィリピンの結核対策がございます。これは、先ほどもお話ししましたWHOの地域事務局であるWPROが関心をもっているプロジェクトでございます。尾身局長からも、さらにポリオに引き続きまして結核についても日本とWHO、WPROとの関係を深めながら、この国における結核対策に取り組みたいということで発言がございまして、先般も日本とWPROとの間の年次協議を実施しまして、その具体的な進捗が検討されてきております。既に私どもとしてもプロジェクト方式の技術協力を開始しておりまして、2002年8月までにこの実施が成果を上げるよう努力をしたいと思っております。続きまして、平成13年度にはインドネシア、パキスタンでのプロジェクトの実施の可能性を検討すべく、調査団の派遣を考えております。

P) 続きまして、先ほどもお話ししましたイエメン結核対策でございます。イエメンは中東で、いわゆる結核ということでもかなりひどい状況にございますので、私どもとしてはこの地域の1つの核センターとしてイエメンに結核プロジェクトを実施しております。

イエメンでは、1980年代半ばから協力を行ってきております。その結果、全人口の86%をDOTS直接の対策でカバーする状況になり、その治療成功率が80%に達しております。ちなみにWHOの統計によりますと、目標では85%の治癒率、患者発見率は70%でございますので、そういった意味でもWHOの目標にかなり近づいてきたというふうにいえると思っております。

P) 続きまして、HIV/AIDSの問題でございます。プロジェクト方式技術協力におきましては、機材の供与、研修員受入、専門家派遣等の三位一体方式で行っておりますが、そのほかに個別の形態で機材供与、研修員受入、開発福祉、開発パートナー、それから無償資金協力を通じまして、HIV/AIDSに取り組む所存でございます。

世界中で1,600万人がエイズにより死亡し、3,000万人以上が現在HIVに感染しているといわれております。さらに、現在、毎日約1万6,000人が新たな患者として報告されてきております。その95%が開発途上国で発生しているということも推定されております。

これまで、アジア、アフリカを中心に技術協力プロジェクト、特に研修員受入事業を中心にして行ってきたしておりますが、今後は、予防、啓蒙活動、基礎研究にかかる人材育成、安全な血液供給のための医療機材供与、母子感染対策等、多岐にわたる分野で協力を行いたいと思っております。

さらに、近年はエイズ対策を実施する現地NGOを支援する開発福祉事業、検査機器、啓蒙活動用の視聴覚機材、コンドーム等、機材を供与する無償資金協力等により、徐々にエイズ対策に

かかる協力の充実が図られております。

P) その1つに、タイにおきますエイズ予防地域対策プロジェクトがございます。本件は、1998年の2月から2003年の1月までのR/Dの期間になっております。長期における専門家の派遣、研修員受入、機材供与を中心に行っておりますが、本件につきましては、先ほどから申し上げていきますように現地のNGOとの連携を深めるということで、NGO、特にケア・タイランドを中心にしてNGOとの連携を深めております。

P) 具体的には、JICAは従来からタイにおきましては、国立衛生研究所においてHIV/AIDS等の研究開発能力向上のための協力プロジェクトを行ってきておりますが、今後、同プロジェクトの枠組みの中ではかのドナー、特にアメリカの開発援助庁、CDC等の参加のもと、HIVワクチンの評価システムの開発、向上のための活動を実施していくことを現在検討しております。

なお、検査機能の強化の視点で、バンコクとパヤオに検査室を設置し、ネットワーク強化を図っております。写真は、ヘルスセンターにおける人材養成セミナーの様と、専門家とカウンターパートの打合せ風景でございます。

P) 続きまして、アフリカのケニアにおける感染症プロジェクト(II)の紹介でございます。1996年5月から2001年の4月にかけて実施しております。これは御承知のように、先般森総理が現地を訪問したときに、日本の援助の最大の成果の1つであるということで記者会見で紹介をしていただいたプロジェクトでございます。ケニアの感染症対策プロジェクトにおきましては、HIV/AIDS、ARI等に関する調査研究能力の向上を図るための協力を実施してきたところでございますが、その成果としてHIVの検査キットが開発され、現地生産が開始され、今後、全国への普及を図っていくことを考えております。

P) 続きまして、ザンビアの感染症対策プロジェクトでございます。これも古くからザンビア大学の教育病院に対する協力としてJICAの協力が行われてきておりますが、近年のエイズの問題を特化しまして、感染症対策プロジェクトが実施されております。これも、引き続きましてフェーズIIにおいて協力を開始する予定で現在進めてきております。アフリカの中でも特にザンビアは、非常に各国の援助が集中しているところでございまして、このザンビアの研究施設をほかの国がぜひ活用したいというような形で申し入れが来ているくらい、その成果は、つまり人材育成の成果と検査機能の強化という部分が順調に進んできております。フェーズIIにつきましては、3月14日から24日にかけてまして調査団を出して、そして、その開始を決定する予定でございます。

あわせて、このザンビアのプロジェクトは、アフリカ地域におきますウイルス検査室ネットワーク構想の一部になってきてございまして、これはWHOが現在、15カ国16カ所にネットワークをつくりたいということで進んでおりますが、そのうちの1つにこのプロジェクトが選定され

ております。

なお、7カ国7カ所に現在JICAの協力が実施されてきております。中心はプロジェクト方式の技術協力、これはケニア、タンザニア、エチオピア、ザンビア、ガーナ、そのほか機材供与を中心にして、このWHOのアフリカ検査機能強化、つまり16カ所のネットワークづくりにJICAとしても積極的な貢献をしようということで取り組みをしております。

P) 続きまして、先ほども申し上げましたが、この近年、感染症対策というものがサミットの中で議論されております。1998年のバーミンガムサミットにおきまして、当時の橋本総理が提唱しました国際寄生虫対策、いわゆる橋本イニシアティブというものが順調に進んできております。本構想を具体化するということで、その当時、アジアに1つ、アフリカに2つということでプロジェクトが選定されておりますが、いずれもJICAのプロジェクト方式技術協力の拠点が選ばれてきております。

P) 続きまして、3つの拠点について概略をお話しさせていただきます。

タイにおきましては、国際寄生虫対策アジアセンター・プロジェクトという名称で、マヒドン大学でこの協力が開始されてきております。ケニアにおきましては、感染症・寄生虫対策プロジェクト、中央医学研究所。ガーナにおきましては、長い間の協力をやっております野口記念医学研究所が選ばれております。

昨年3月より、タイのマヒドン大学に拠点を設置しておりますが、周辺諸国への人づくり等の協力ということでアジアセンター・プロジェクトという名称をつけております。12月中旬には、周辺諸国、ヴェトナム、カンボディア、ラオス、ミャンマー等から関係者が来まして、いわゆる第三国研修、それからJICAの用語では第二国研修というふうになっておりますが、タイ国の中の専門家の研修もあわせて行っております。

なお、近々、周辺諸国、それからWHOの関係者を招待しまして、シンポジウムを開催するための準備が進んでおります。

また、今年の春、4月でございますが、ケニアの中央医学研究所につきましても、東アフリカの拠点とすべくプロジェクトを立ち上げる準備が進んでおります。

また、西アフリカの拠点としてのガーナの野口研究所につきましても、従来からの寄生虫分野の協力に加えまして、さらに第三国研修を通じまして近隣諸国の寄生虫分野の研究者の能力向上、これは、この地域にはギニアウォームとかいろいろな寄生虫がございますので、そういったものに拡大すべく現在準備を進めております。

P) 続きまして、感染症とは別な視点でJICAが協力を進めております人口問題、それからリプロダクティブヘルスの問題でございます。ここに御紹介するヴェトナムのプロジェクト、ヨルダンのプロジェクト、ホンデュラスのプロジェクトは、本年度から開始されてきておりますが、いずれにしましても感染症対策以外にも人口問題、これは教育につながっているという意

味では幅広い実施が期待されています。その成果もまたいろいろな面で活用できるということから、JICAがいわゆる重点に当てているプロジェクトでございます。

一昨年の国連の人口特別総会、ニューヨークで開催されまして、国際人口開発会議の行動計画の目標年次であります2015年をめざしまして、就学率、識字率、家族計画等の向上のため、母子保健関連の協力を積極的に取り組んでいくことが確認されております。

なお、JICAとしましては、2004年に行われる次回の特別会議を東京で開催したいという関係者の要望にこたえるべく、内々に資料等の作成に入ってきております。

P) 続きまして、具体例としてバングラデシュのプロジェクトを御紹介させていただきます。このプロジェクトは非常に特色のあるプロジェクトでございます。今までもバングラデシュにおきましては保健医療のプロジェクトを実施してきておりますが、さらにこのプロジェクトは関係者を広げたいということから、従来の医療関係従事者以外にもいろいろな方を養成するという目的で実施しているプロジェクトでございます。従来、バングラデシュにおきましては女性の社会的地位が低いということで女性の健康問題が課題になっておりますが、これもいわゆる医者のような高いレベルの関係者に対する研修ができますが、それを除く人材育成につきましては、まだまだ社会の壁におち当たっているということから、それを打破するために考え出したアイデアでございます。次のページにそれが紹介されております。

P) 書いてありますように、「Women Friendly Hospital Initiative」ということでございます。女性がタイトルについておりますが、ここで一番特色があるのは、スタッフ自身の役割を認識する、仕事に対する自信と誇りを持つ、患者さんとのコミュニケーションをとるということでございますが、この患者さんとのコミュニケーションというものを、先ほど申し上げましたように医療関係者以外にも当てはめようということで、カウンターパートに含まれる病院、それから研究所等の施設のガードマン、運転手、掃除夫、こういった人間に対して私どものやっている活動を認識してもらって、家族、コミュニティの中で率先してリーダーにもなっていただくということで、BCCというタイトルをつけまして、そして、こういったいわゆるコミュニケーションレベルのセミナーを開始しております。

P) その成果は非常に高まってきておりまして、先般行われましたJICAのプロジェクト方式技術協力のリーダー会議で、この一部が紹介されてきております。リーダー会議で帰国した山田リーダーからは、バングラデシュの階層の壁を破るような雰囲気は少しずつ芽生えてきた。そこに日本人の専門家が入って活動ができるということは、この上ない喜びであるというような報告があります。また、お医者さん以外のスタッフ自身も、非常に自信と誇りが生まれつつあるということで、これはバングラデシュで広まっております、いわゆる小さな小規模の貸付事業と同様に、新しいJICAの顔になるような感じもしております。

P) 続きまして、ほかのプロジェクトの御紹介ですが、ブラジルにおきます家族計画の母子保健。

ブラジルの東北部のセアラ州で人間的な出産と出生という目標を掲げまして、1996年から5年間にわたる協力を実施してきております。出産のことをポルトガル語では光にさらすというふうに言って、プロヘート・ルースというニックネームだそうです。そういったネーミングの中で、不必要な医療介入を避けた自然出産の普及のための母子保健従事者の意識、知識、技術の向上を図るプロジェクトでございます。このプロジェクトにつきましては、世界各国のいわゆる家族計画の関係者も非常に関心を持っておりまして、昨年11月、セアラ州のフォルタレザ市におきまして出産と出生のヒューマニゼーションに関する国際会議が3日間開かれました。世界25カ国から2,000名の参加者を得まして、我が国の協力の実態、それからいろいろな悩みが寄せられまして、3日間にわたりテレビ、新聞等で大きく報道されたというふうに連絡を受けております。P) 最後でございますが、こうした感染症対策、人口問題を含めまして、我が国に期待される協力はますます高まってきている。また、それにこたえまして政府自身も非常に熱意を持っていろいろな政策の協議をしていただいておりますが、それを受けましたJICAの実施機関としましては、非常に大きな課題を抱えております。

具体的には、保健医療分野の専門家の派遣ということが非常に厳しい状況になっております。今年度、新規プロジェクトにかけまして50人に及ぶ新しい専門家をリクルートすることを考えておりますが、現在までその半数程度しか確保がされてきておりません。従来はプロジェクト方式技術協力の場合、5人くらいの専門家がチームを組んでおりましたが、最近ではリーダーと業務調整員、それに1人の専門家を確保するのがやっとなような感染症対策のプロジェクトが出現してきております。その間、短期の専門家によってこのプロジェクトの効果を高めようとしておりますが、技術移転、研究能力の向上、保健医療システムの確立等を考えますと、やはり長期の専門家を確保することが急務だというふうに思っております。そういった意味で、若手の専門家の確保というものはJICAにとっても大きな課題でございます。皆様方の御支援をいただきまして、継続した協力が確保できるということをJICAとしても努力したいと考えておりますので、この場をかりてお願いをしたいと思っております。

どうもありがとうございました。

○仲村委員長 御説明、ありがとうございました。

6. 質疑・応答

○仲村委員長 ただいまの御説明につきまして御質問、あるいは御意見にわたる部分があっても結構ですが、御発言を随時お願いしたいと思います。

○阿藤委員 質問になるかと思いますが、1つは、最近この何年間かだと思っておりますが、政府の、特に外務省の演説の中にヒューマン・セキュリティというのですか、人間の安全保障という言葉

がしばしば使われているように思うのです。それは政府のヘルスを特に中心的にカバーした一種の大方針のようなものだというふうに理解しているのですが、今日の御説明の中に、少なくともそういう単語が一度も出てこない。中身がそう変わるわけではないと思うのですが、政府のそういうコンプリヘンシブなアプローチを表現するそういう概念と、JICAのこの個別の事業との関連性といえますか、そのあたりをひとつ御説明いただきたいと思います。

もう1つ、これは今の説明で私が聞き漏らしたのかもしれませんが、いわゆるICPD(国際人口開発会議)の94年の後、10年後の2004年にICPDプラス10というふうな会議をやってはどうかということが日本の、特にNGOを中心としてあるわけですが、私も個人的にはそういうものをぜひ開いて、そして、ICPDのときにいろいろ採択された種々の目標というものがあるわけですが、特にその中でリプロダクティブヘルスに関して、20年間の目標をどこまで10年間の中間年で達成できたかということを確認する意味が大きいと思うのですが、これに対して日本政府といえますか、JICAはどのようなスタンスをとっておられるのかということをお聞きできればと思います。

○仲村委員長 ヒューマン・セキュリティについて、どなたでも結構ですし、何人からお答えいただいても結構ですが、何かありますか。

○斉藤総裁 最初のヒューマン・セキュリティにつきましては、その用語の私の理解は、これは非常に広い概念でございます、それこそ物理的な安全、要するに危害を加えられないで生活ができるところに住む、あるいは戦争とか内戦、そういうところからの安全、そういう分野もあれば、今日御審議いただいております保健衛生の分野まで含んでおります。別の言葉で言ってしまうと、人間らしい生活ができる環境を確保しよう、その目標を総称してヒューマン・セキュリティという言葉で言っていると私は理解しております。

保健衛生の分野は、その中の最も重要な分野の1つということでございます、病気からの自由というのがなければ安心して住めないわけでございます、いわば保健衛生という分野から見れば、ヒューマン・セキュリティというのはそれをさらに、上位という言葉がいいかどうか、含む非常に大きな概念だというふうに理解しております。

○仲村委員長 ありがとうございます。

○阿部理事 御質問の直接事業が結びついているかということにつきましては、おっしゃるとおり、そういうものを指針としてやっているようなものは出しておりませんが、今総裁から説明がありましたように、関係省庁全体の中でそういったものを必ず議論されていることは事実としてありますので、次回等、また別な機会に具体的なお話がありましたら御紹介させていただければというふうに思っております。

なお、世界人口会議でございますが、今日は残念ながら欠席なされておられますが、原先生からJICAもぜひ参加すべきだということで、前回のニューヨーク会議には、今日も出席してお

ります医療協力第二課長の橋口を現地に派遣しまして、ここに持ってきましたが、JICAにおける人口プロジェクトの指針というものを英文と日本語で作りまして、いろいろなセミナーでこれを原先生に紹介していただきましたので、ある程度継続性を持ってJICAはやるべきではないかということで今準備を進めて、最近も今年のバージョンを新しく作りかえたばかりでございます。

ただし、世界人口会議を日本でやるという動きは、JICAではなく、これは政府が決めることでございますので、先ほど私が申し上げた中に、若干言葉は選んだつもりですが、資料づくりは淡々と準備をしようということで準備だけは何があってもできるようにしております。しかし、世界人口会議につきましては、JICAとしてはイエス、ノーとか、そういう状況にはないのではないかと思います。

ただ、今、私どもの客員専門員の尾崎美千生先生が、各紙に2004年の世界人口会議を日本へということで書いておられますので、ある程度そういう動きに合わせて、JICAとしても研究会をやろうということで、今日も出席しております国際協力総合研修所の方で近々に調査研究会が設置されるということですが、今、委員の人選、それから内々のタスクフォースの準備が行われてきております。

○仲村委員長 よろしゅうございますか。

前半のヒューマン・セキュリティですけれども、平和と安全というのはみんなどこかがかぶっているのだと思うのですけれども、ですから、一々それと結びつけて御説明はなかったようですが、当然含まれておるのだろうというふうに考えたらいかがかと思えます。

○中村(安)委員 阿部理事からの説明で、感染症対策をコンパクトにまとめていただいて、どうもありがとうございます。非常にわかりやすかったです。

私の質問は、ここしばらく、大きな感染症イニシアティブが出てから、途上国あるいは欧米の人たちと会うと、日本は感染症対策を今度は具体的に何をしてくれるのだという期待が非常に高まっています。外務省といいますか日本政府が沖縄イニシアティブを出したときに、ものすごいインパクトが大きかったのはおそらく2つの要素があると思うのですが、1つは理念を明確にして基本方針をきっちり立てて、そして何をやるかということも明確に述べたところが、多分外国の人には非常にわかりやすかったのだと思います。もう1つは、ホームページなんかを見ますと、ものすごくいい場所にあつて、ホームページでサミットを見ると、だれもがあそこの感染症に行かなければ仕方ないような何かうまい位置にあつて、日本のホームページと英文のホームページはすごく違うのですけれど、そういうものが上手に宣伝していたなと思います。

今回、特に欧米あるいは途上国の人からは、では、日本がああいうものを出して具体的に例えばエイズなんかで何をしてくれるのかと。今日は具体的にどんなことをするという事はかなりわかったのですが、特にエイズのような問題になりますと、何をやるかということも大事ですけ

れど、それ以上にどういう基本方針、どういう基本原則でやるのかということがやはり非常に大きな問題になるような気がします。そのあたりの基本方針といいますか、今後 J I C A の方でのような基本方針でエイズ対策をいろいろな国でやっていくか、その辺のところをもう少し教えていただけたらありがたいと思います。

○仲村委員長 阿部理事、どうぞ。

○阿部理事 本来ですと、政府の方から基本的にお答えしていただいた方がいいと思うのですが、J I C A というふうにおっしゃいましたので、私の方で簡単にお話しさせていただきます。まさに中村委員が御指摘のように J I C A の内部でも、プロジェクトを実施するのは個別の事業でやっておりますので、対処方針案ができて、そして実施に移っていくわけですが、例えば在外事務所サイドから来ると、あるときはプロジェクト方式の技術協力がエイズであって、あるときは協力隊員がポリオの対策の隊員として派遣され、あるときは個別の専門家が対応しているとか、そういう指針はどういうところで作られて、どういうふうに対応しているのかという議論が J I C A の中でないのではないのかという指摘が最近ございます。特に感染症がこれだけ大きな話題、それから地球的な規模と同時に、J I C A への参画依頼が非常に高まってきている中で、在外へ出ますと、どういう指針を持っているのかということが非常に大きなテーマになっているということからの発言でございます。

おっしゃるように、今 J I C A としては地域部をつくりまして、そのところを、やはりこの地域はこういう考え方によって専門家を出すのだとか、協力隊員でやるのだとか、プロジェクト方式の技術協力でやるのだとか、そういうことをやろうという準備を進めております。今日は4人の地域部長もいますので、だれか代表して発言できればと思いますが、たまたまタンザニアにおける日米コモンアジェンダで、最近 H I V / A I D S をどうするかというような議論をして、その結果を現地に持ち込んでいるわけですが、そういう状況が生まれつつあるということで、お答えの最初の部分は、J I C A はそういう指針があるかどうかということにつきましては、先般も勉強会をやったのですが、実は今日、正直言うと、御紹介できるような状況になっていないというところがございます。

ただし、去年1年間かけまして、例えばエイズにつきましては、J I C A の中でも研究会を行いまして、ドラフトの2回目が出てきますが、エイズ対策ということで指針を今考えております。ただし、これは J I C A の職員がつくっているペーパーでございますので、これを、できましたら先生方にも少し見ていただきまして、そして、J I C A が派遣する専門家にも活用していただければというふうに思っております。

その中の主なページは、まず基本的なエイズに対する取り組みをどうすべきかということが最初にありまして、そして、それをどういう方法で協力していくかということ。それから、我が国が経験を持っている部分につきましては日本の経験を現地に生かすということで、その経験の部

分をここに集約しようと思います。しかしながら、感染症の大部分であります結核とかマラリアとかエイズは、我が国においても既に結核の専門家が、今日は森先生がおられますけれど、本当に少ない先生方に、このプロジェクトが終わって帰ってきたら、またほかへ行ってくださいというような状況で専門家が派遣されてきておりますので、寄生虫を含めまして実際にどういう方法でやるかというところへ来ても、だれがやるかというところになりますと、全く絵に描いたもちの紙になってしまいますので、やはりそういった意味で、若い先生方が参画できるようなプロジェクトを考えていかないと、ただ単なる研究論文に終わってしまうのではないかということから、実は今回これを皆さんに御披露できなかった次第でございます。

しかしながら、エイズのほかにもPHC、結核、寄生虫対策、この3つが並行して、職員レベルの研究会でペーパーがつくられてきておりますので、場合によっては御披露をいつかはできるのではないかというふうに思っております。お答えになっているかどうかわかりませんが、JICAの現状はそういうことでございます。

○中村(安)委員 どうもありがとうございます。こういう感染症対策というのは、最後のところは途上国の本当にフィールドで働いている人々と一緒にやらないと絶対にうまくいかないものなので、ぜひそういう基本方針をつくられて、それをホームページなんかに掲載して、そして、そういうコンセプトをいろいろな方々と共有していただけたらうれしいなと思っております。ありがとうございました。

○大泉委員 私は3点ほど御質問させていただきたいと思っております。

1点目ですけれど、最後のJICAの課題のところ、問題は専門家の派遣で、その専門家になる方がいっしょにいないということですが、今の阿部理事のお話の中でも結核の専門家はおりません。今は老人性結核が日本もふえてきて、診られる方がいっしょにいないということも伺っているのですけれども、そこが最大の問題なのか。あるいはほかの専門家でも、日本の固有の雇用制度が問題になって出られないのか。そういう場合に、多分大学なんかを中心にいろいろなところに声をかけていっしょと思うのですけれども、地方公共団体、私は山口県でございますが、県なんかにも声をかけて、いるかないかは別として、そういう専門家の派遣に役立たせていただいたらどうだろうかということ。質問と意見とをあわせて1点目でございます。

2点目ですけれども、先ほどからJICAの御活動をお聞かせいただいておりますと、WHO、UNICEFとの御協力を随分なさっているようですが、なかなかこれを一緒にするのは難しいのではないかと私は伺っていたのです。というのは、WHO、UNICEFというのは国際機関でありますし、非常に現場主義であります。どういう役割分担をしているのか。例えば先ほどの予防接種の部分で、コールドチェーン、あるいはワクチンを供給する、あるいは何人接種するか人間を調査するというような、どういう部分をJICAさんが持つという役割分担の仕方をされているのか。あるいはWHOがプログラムをつくって、それに乗ってやるのか。その仕事の仕

方を教えていただけないかということ。

3点目でございますけれども、WHOとの協力の中でポリオの根絶を随分JICAさんがやっ
ていらっしゃるということでございますが、今はWHOはポリオの根絶と同時にたばこにすごく
力を入れております。たばこというのはもちろん母子保健とか、今まで御紹介した中では、開発
途上国の中でウエートはそんなに高くないのかもしれないのですが、開発途上国でも相当な
問題になっていると思うのです。新しい問題としてそういうようなものもお取り組みになる予定
があるかどうか。以上3点を伺いたいと思います。

○仲村委員長 最初のお話は、自治体にも働きかけたらどうかということですが、実際はどうさ
れておられるのですか。

○阿部理事 それでは、3点の最後のたばこの部分は私はわかりませんので、医療協力部長の方
に説明をお願いしたいと思っております。

まずリクルートでございますが、基本的にJICAは地域部をつくった理由に、こういうリク
ルートをスムーズに持っていきたいということ。それから、私の説明で抜けていましたが、専門
家の派遣を総合的に支援するという意味で派遣支援部というものがあまして、そういう観点か
ら少し整理しますと、まず要請が来た段階で、地域部、関係省庁が、こういう専門家をどうやっ
て出すかと。プロジェクトを採択することから当然始まるのですが、まず一義的には、国の事業
でございますので、そういう関係者が国から派遣できるというようなケースがありましたら、ま
ずそのところに優先度がありますが、しかしながら、感染症になりますと地域保健医療という
ことで、特に保健所の機能とか日本の経験も含めますと、自治体の関係者の参画が非常に望まし
いということがありますので、そういう状況になった段階から、既に関係省庁ともども自治体へ
の呼びかけ、参加をお願いしております。

ただ、いずれも共通な課題があるとしますと、政府の場合は派遣法というものがございまして、
その派遣法の中で専門家が何人出せるかということは、年間である程度人数が決まっております
ので、それを超えるプロジェクトを実施するということになりますと、その中でしか専門家が
役所からはリクルートできないということ。それから、地方自治体におきましても条例で派遣が
できるようになってはいますが、大体のケースはそれの穴埋めをどうするかということ。JICA
からの補填制度というものがあつたのですが、なかなか替わりの方を採用するという形にいくよう
なシステムになっていないために、やはり地方公務員のリクルートにつきましても、そういう法
律の問題、それから条例の問題を含めまして、今までの実績からすると、ある程度のところまで
は非常に担保されているのですが、この新しい時代に合わせた専門家をリクルートするといふこ
とになりますと、既に保健所の機能も従来の機能とは違ってきているという意味では、結核の専
門家、それから寄生虫の専門家もなかなか出せないという意味で、呼びかけはしております。

具体的には、私どもは青年海外協力隊事業がございまして、ほとんどの自治体、47都道府県

につきましては条例を制定していただいておりますので、現職の参加ができるようになっておりますが、なかなか現実的に本当に専門家で出ていただけるか、協力隊員で出ていただけるかというふうになりますと、まだまだ道は険しいというところから、今度は私どもが公募の専門家を採用しようということで、公募の専門家を、新聞を含めていろいろとリクルートに向けて努力しているのですが、これもやはり先ほどの経験という視点からしますと、結核について見識のある方、それからエイズ、マラリアについて、そういう方々を一般公募で選ぶというのは至難の技でございますので、それに近い分野の専門家をリクルートするというのが1つの方法です。

しかし、もう1つは、今やっているオン・ゴーイングのプロジェクトへ若い先生方を出して、そして、経験を積んでもらって、次代の専門家になっていくということをしなければ難しいのではないかと。そういう意味で、国立大学の協力が非常に最近深まってきておりまして、国立大学の先生方の参加というのは、これからは非常に大きな私どもとしてはリソース源として期待ができると。

これも近々御紹介できると思いますが、既に新聞等で発表されております協力隊員の教員の現職参加が行われております。100名の枠を文部省さんが受けていただけるということでございますので、場合によってはそういうことによって、例えば直接の専門家ではないけれど、間接的にこの協力の効果を上げるための専門家をリクルートできれば、自治体、それから教員の中からそういう方に参加していただくことができると思っておりますが、現実的には、プロジェクトが、例えば調査をしてすぐ開始するというような状況が常に繰り返して行われていますので、今申し上げたようにいろいろなシステムとか方法があっても、専門家のリクルートというのは、今の地球的な規模に対する課題に対しては難しいというのが現状ではないかと思っております。

2番目のWHOとUNICEFの関係でございますが、基本的には政府が全体の指針をつくりまして、あとはドナー・ミーティングがその国々で行われますので、その国々の中でJICAの得意な分野、それから日本政府の得意な分野が議論されて、そして、結果的に連携につながってきております。一番多いのは、やはり機材供与は日本の無償資金協力と技術協力の分野、それから、実際にそれを実施するDOTSのように実践する部分は、ほかの国は多分NGOを使いますが、JICAの場合は契約ベースによっていろいろと事業を行う。それから、協力隊員を使う、そういうようなことで実施のところにつながってきておりますが、UNICEFもWHOも機材につきましては、ドナー・ミーティングとか全体の会議で行われていると思っております。

ただ、WHOは、先ほどのポリオのように、今回ほかの地域でどうするかというような少しマクロ的な議論が展開されつつありますので、これは個別にJICAが直接WHOと協議してやるような状況にはございませんので、政府の中の一員としてJICAが参加するような形で連携が深まってきております。

UNICEFは、年次協議等にもJICAが正式メンバーに入ってきておりますので、これは

個別のプロジェクト、例えば機材をどの程度、それから全国投与に合わせましていつごろやるかというようなことで、かなり頻繁に協議をしています。それから、ある部分につきましては、日本政府の部分、これはJICAの調達部分がUNICEFの調達機関に任されておりますので、その調達のタイミングが合いませんと全国投与につながらないということから、UNICEFにつきましてはニューヨーク、その他関係するところでの頻繁な協議というものが行われておりますが、いずれも実際の全国投与に向けての協議が中心になってきております。

○遠藤部長 たばこにつきましては、私の方からお答え申し上げます。たばこに関しまして、今私どもでやっておりますプロジェクトで思い浮かべてみますと、先ほど少し紹介の中に出てまいりましたが、ネパールの結核プロジェクトは結核および肺の健康プロジェクトということで、結核だけにとどまらずに、成人の呼吸器疾患までを対象にしているということで、対象に入っているかと思えます。それから、ケニアで、4月で終わってしまいますけれども、KEMRIでやっているプロジェクトの中に急性呼吸器感染症ということで関係が多少あるということ。あとは、ジャマイカで循環器疾患の対策をやっておりますので、こちらでは心疾患等のリスクファクターとして重要だろうと思えます。

ただ、全般的に見たときに、たばこが十分な量を吸えるようになるのは少しゆとりが出てきてからかなという感じが無いわけでもなく、一方、日本が必ずしもたばこ対策ではどちらかといえば遅れている面があると思えますし、そういった面で将来に向けて、むしろ準備をしなければならないかと思えます。

○仲村委員長 大泉さん、どうぞ。

○大泉委員 大変ありがとうございました。最後は大変おもしろうございましたけれども、お願いでございますが、重ねて、機会あれば地方公共団体という組織もぜひ使っていただきたいと思えます。

○阿部理事 ありがとうございました。

○仲村委員長 それでは、五十嵐委員、お待たせしました。

○五十嵐委員 阿部理事から非常に簡潔にまとめていただいて、ありがとうございました。そのことに関して2つお尋ねしたいのですが、第1は、ポリオ根絶計画で非常に成功をおさめられたということ、これは一般の人々への広報をどの程度やられているのか。先ほど総裁がおっしゃいました透明性とか、あるいは国民に対する理解を高めるということと関係いたしましてお尋ねしたいと思えます。

第2はリクルートに関してです。私の知る限りでは潜在的な人材はかなりいるのではないかと思いますので、求めておられる若手というのはどの程度の年齢を指すのかということと、さらに、それプラスある分野での専門性ということを要求されるならば、そういう人材を養成するためのコースを開設するということを考えておられるかどうかということをお尋ねしたいと思

います。

○仲村委員長 以上2点です。

○阿部理事 後半の部分は、せっかくですので、研修所の所長がおりますので所長の方から説明をお願いします。

最初の部分ですが、今日出ておられます生長委員も大分取材してJICAの事業を紹介していただいているのですが、ほとんど尾身局長中心のPRが主要になっておりまして、JICAの実績というのは余り載っていないのが事実でございます。ただ、いろいろな資料を含めるとJICAの実績も含まれておりますが、タイトル、見出しには、なかなかJICAというのは各新聞の方も出しにくいのではないかという感じがして、その辺のところは広報の方も、JICAは今テレビ朝日系列のところでも年間契約して紹介をしていただいているのですが、これもBS絡みでございますので、大勢の方に見ていただくというようなところが少ないのは否定できないと思います。

しかしながら、最近個別の人の紹介の中で、今、感染症を含めてポリオも幾つか紹介されておりますので、全体としては日本政府のポリオの根絶に対する協力実績というのは、ここにも新聞の切り抜きを持ってきましたが、ほとんど全紙、地方紙も含めまして出ていたのではないかと、うふうに思いますけれど、言ってみれば、これはたまたま尾身局長とポリオというような感じが前面に出ているのは否めないのではないかと思いますので、もし本当にJICAの力が試されるとすれば、ほかの地域でJICAの実績がどこまで評価されるかということでございますので、今御指摘の点を踏まえまして、今後もPRには努めていきたいと思っております。

○仲村委員長 では、2点目を研修所の所長さんからお願いいたします。

○加藤国際協力総合研修所長 総合研修所の加藤でございます。

総合研修所の方で、人材の養成・確保という事業を研修所の事業の一環として実施をさせていただいております。その関係で、今、保健医療関係では幾つか該当する部分がございます。

まず、将来の専門家を養成するための海外の現地研修を含みます2カ月間の人材育成ということで、専門家の養成研修というものを、99年度の実績でございますけれども、年間20コース、約155名の方を受け入れております。その中で、プライマリ・ヘルスケア、人口・リプロダクティブヘルス、ポリオ、それから、これは間接的に関係するかと思いますが、社会ジェンダーに配慮した貧困対策といった関係の養成研修を実施しておりまして、広く、政府関係者だけではなく、NGOの方ですとか、あるいは地方公共団体の方にもお声をかけさせていただいているという状況でございます。

もう1つ、先ほど少しお話がございました地方自治体の関係でございますけれども、地方自治体の海外協力の実務者を対象にしました実務研修というものを行っておりまして、これは年4回、約83名行っております。期間は全体で1カ月間ぐらいでございますけれども、こういった活動も

行っております。

もう1つ、国際協力人材研修ということで開発援助公開講座というものを行っておりまして、これは沖縄県を対象に、実施を2週間ほど、市民の方も含めて対象にして実施をさせていただいている状況でございます。

○仲村委員長 五十嵐委員、よろしゅうございますか。

○五十嵐委員 ありがとうございます。

○仲村委員長 今のコースの御紹介の前半の方は、日本人が対象のコースですか。

○加藤国際協力総合研修所長 はい、日本人です。

○仲村委員長 そうすると、その卒業生がエキスパート足り得ると。

○加藤国際協力総合研修所長 そうです。将来、大体3年から5年先ぐらいに専門家になっていただきたいという、その予備軍という意味を込めて養成研修という形で呼ばさせていただいております。

○仲村委員長 ありがとうございます。

生長委員、どうぞ。

○生長委員 2点お尋ねさせていただきます。

最初の点は今のところでも出たのですけれども、こうした感染症、結核やポリオやエイズや寄生虫といった病気は、今の日本と途上国の保健の状況はかなり差があるので、普通の一般の日本の国民の方々は途上国の状況が、特に若い方は理解するのが難しいのではないかという気がします。JICAで開発教育も進められていると思いますけれども、特にそういった途上国への医療協力ということの重要性を理解していただくために、特にどういう努力とか工夫をなさっているかということをお尋ねします。

もう1点は、NGOとの連携が進んでいるということですが、これまでの御経験の中で、例えばJICAならこういうことは絶対にできなかつたらというような形のプロジェクトがNGOの方で行われるという例がございましたら教えてください。

○仲村委員長 阿部理事、どうぞ。

○阿部理事 私も答えられることは答えられるのですけれども、せっかく後ろに関係事業部長がおりますので、アジア一部長にお願いいたします。

○松岡アジア第一部長 アジア一部の松岡でございます。昨年1月から着任しております。ひとつよろしく願い申し上げます。

NGOの問題でございますが、ちょうどこれは11年度から新しく始まりまして、それが開発パートナーという名前で始まりましたが、実際に動き出したのが、リクルート等々ございまして、それから、案件が決まった後、先方政府との間で、JICA事業として実施いたしますので通常の技術協力と同じように国際約束というものを結びます。その関連で非常に事業が遅れて

おりまして、実際に動き出した一部の案件でもせいぜい12年度あたりからというところがございます。それから、12年度からは、その開発パートナー事業に加えまして、さらに小さな開発パートナーということで、1年間規模の小規模で、金額的にも1,000万以下の案件が始まろうとしている状況でございます。

確かに、これはNGOでなければできない案件だなということにつきましては、案件そのものにつきましてはかなり草の根レベルに近い案件が実際に出ているのは事実でございますが、果たしてそれが協力隊事業とどう違うのかと言われますと、協力隊を派遣すればその案件はできるかもしれないというような案件もございます。それは案件としての形でございますが、しかしながら、実際に動き出してからどうなのかというところが、ちょうど現在始まったばかりでございますので、これからモニタリングをする中でその辺の事実がいろいろわかってくるのではないかとこのように考えております。

ちなみに現地NGOを使いました事業も始まっておりまして、これは平成11年度から開始しております。これは、やはり非常に現地事情に明るうございますので、例えば最近の例であります東チモールで、現地の国際NGOですが、シアーであるとかワールドビジョンであるとか、紛争地域に入って、そこですぐ壊れた保健所にビニールのテントをさっと張って医者が駆けつけてとか、今までのJICA事業ではできなかったようなものもございまして、特に現地NGOを活用したものというのは従来よりは大幅形違ったものができるのではないかとこのように考えておりますが、これらの事業も、我々が考えておりますのは、1つの単体の事業としてではなく、例えば寄生虫対策であれば、その地域全体のプログラムとして、JICA事業全体の専門家も機材も、あるいはそういう現地NGOも1つのパッケージとした、プログラム化した形で何か効果を出せるような形でこれから進めていければいいなということで、国別アプローチということで国別の重点分野の計画は作りましたが、今度は国の中でおのおのの課題に対して、今までやってきたような形態を単なるインプットと考えながら、いろいろ計画実施に当たっていききたいというふうに考えているところでございます。お答えになったかどうかわかりませんが。

○遠藤部長 医療協力部長でございますけれども、NGOとのかかわりについて2点つけ加えさせていただきます、具体的な例を少し紹介をさせていただきたいと思っております。1つは、NGOの方々に私どものプロジェクトに入らせていただいているために、フィリピンの例でございますけれども、現地のNGOを束ねるような役割が非常にうまくできたという事例がございます。もう1つは、ザンビアのプロジェクトでは、NGOに入らせていただいたおかげで活動の幅が広がったというのでしょうか、医療協力という名前で活動を考えますと、ややもすると医療に近い部分が中心になりがちですけれども、なかなかそれだけでは住民の生活の中に根づいていきませんので、そういった点で住民の参加を得るためのノウハウみたいなところをNGOの方々に持ち込んでいただいて、非常に活発な活動ができるというふうな事例がございます。

○阿部理事 補足で、最初の質問の若い人の考え方のギャップでございますが、具体的には私も開発教育についても非常に興味を持っておりますし、これは協力隊の活動を通じての開発教育、それからNGOとの連携、地方自治体の連携の中で、開発教育の大きな役割という意味では、いろいろな方にプロジェクトの実態、それから考え方を紹介するという事で幾つかの例がございます。例えば職員レベルではサーモンキャンペーンということで、職員が自分の出身校で経験を話すとか、それから専門家や協力隊が帰ってきたらその経験を話すということで、かなりの実績はあるのですが、実際に本当にだれでもが知っているようなプロジェクトがパッと出てくるかとなりますと、なかなかそこまでいかないという意味では、さらにやり方も変える必要があるというふうに思いますが、最近、NHKさんがかなりJICAの事業に関心を持って、シニア・ボランティアなんかにつきましては、この間、教育テレビで2日にわたって特集を組んでいただいて、これは今度、近々また総合テレビでも放送したいというふうな提案もいただいております。

あわせまして、協力隊の方では、過去には若い人向けに、小泉今日子さんを主演にしたテレビドラマなんかもできておりますが、お金がかかるという意味では、映画をつくったりテレビドラマをつくるというのは難しいのですが、先方サイドが飛びついていただければ、幾らでも材料があるというような実態になってきております。しかしながら、広報につきましているいろいろな新しい広報活動、例えばパンフレット以外の資料、それからどこでも持っていけるような資料というものができておまして、インターネットのアクセスというのも大変な数になってきておりますので、インターネットを利用なさっている方については、我々が考えている以上の実態でもってJICA事業が家庭に入っているのではないかという感じがしております。

そのほかのことにつきましては少し時間がかかりますし、今は、これがというような形でお話しできませんが、興味を持っていることは事実でございますので、さらに一層努力したいと思っております。

それから、NGOが入らなければうまくいかなかった例ということで、私、聞き漏らしたかもしれませんが、ザンビアのルサカ市に対してプライマリ・ヘルスケアという協力がありまして、先ほども御紹介しましたいわゆる教育病院に対する協力は、非常に大きな国に対する協力、それから本当に中心になる人材育成になっておりますが、一方でルサカ市のいわゆる市民への協力という意味では、岡山に本部がありますAMDAと連携のプロジェクトになっておまして、JICA職員のOBがチームリーダーで、専門家はAMDAから出てきておまして、そして、この特色はいわゆる普通のプロジェクトだとなかなか入っていけないスラム街を対象に、スラムに住んでおられるお母さん方に保健衛生の重要性、それから具体的にできるような話をさせていただいて、また、実践活動をしております。そういう意味ではAMDAの協力がなければ、このルサカ市のプライマリ・ヘルスケアのプロジェクトはうまくいっていないのではないかという感じがしますので、御紹介させていただきました。

○仲村委員長 よろしゅうございますか。

では、矢崎委員、どうぞ。

○矢崎委員 私ども国際医療センターは、JICAのプロジェクトに従って海外医療協力事業を実際の現場で担っている施設の1つではないかと思っておりますので、お願いというか、そういう意味で発言をさせていただきます。2点あります。

1点は、19ページにございます海外技術協力、あるいは医療協力事業で、まず事業を始めるときはおそらく最初に、(2)に当てはまるかどうかわかりませんが、その施設、拠点をつくる、その次に今問題になっております活動する専門家を派遣する。それが言ってみればフェーズⅡということになるかと思っておりますけれども、フェーズⅢが次の20ページの、おそらく特に重要なのは、現地の国内研修と申しますか、派遣した専門家の拠点が1つの点と申しますと、それが線になり、二次元に広がって、その国の公衆衛生の向上に役立つためには、そういう段階を踏んでいく必要があると思うのです。それで、比較的その拠点の設立、あるいは個別の専門家の派遣というのは、今までJICAさんが随分力を入れていただいて、私どももそういう意味では専門家も十分育ってありがたく思っております。それで、できますれば、その国でさらに効果が面として広がりますような現地の研修のプロジェクト、これはなかなか難しく、単にマニュアルをつくって配ればよいということでは困難な問題が実際にはあります。ですから、少しきめ細かなそういう面でのプロジェクトを組んでいただくと大変ありがたいというお願いが1つあります。

もう1つは、先ほどの専門家のリクルートの問題でございますけれども、私ども国際医療センターでは毎年研修医を80名募集しております。それに対して200名以上の応募がありまして、私の経験から申しますと、これは東大病院の研修医よりも狭き門で、極めて優秀な研修医が全国から集まってきます。面接で試験をしますと、多くの人が医療協力をやりたい、特に国際医療協力をやりたいという希望があります。私どもはそういう人をできるだけ、もちろん成績がよくてはいけませんけれども、そういう方に入ってもらうように努めております。そこでお願いは、先ほどの御議論にありました、いろいろな派遣法とか雇用関係で、2年の研修を終わり、レジデントを3年やり、それから次に研修指導医をやる、十分な技術と海外医療協力に知識を持っていても、今の状況ですと、私どもが派遣する場合にはどうしても政府の派遣ということになりますので、一応技官でないとなかなか出られない。技官はそういう意味では私どもは相当数が限られていますので、年配であるし、しかも、勤務体制がタイトであって、毎日患者を予約で診ていなくては行けないとか、あるいは病室を回診しなければいけないという業務が極めて多い。ですから、そういう若い層でも現地に行って、長期の1年2年は無理ですけれども、1カ月、2カ月、3カ月ぐらいを、教育プロジェクトで現地で実際に指導するというような仕組みができれば、私どもはもっとお手伝いできるのではないかというふうに思っておりますので、行政の各方面に、外務省その他でぜひお力添えいただければ大変ありがたいと思います。以上です。

○仲村委員長 ありがとうございます。

何かコメントはございますでしょうか。

○阿部理事 それでは、最初の部分、リクルートにつきましては同じような回答になると思いますので、派遣法の関係で、もしできましたら遠藤室長にお答えいただければというふうに思いますが、よろしいでしょうか。

最初の部分は、今日調べてもらったのですが、国内事業部で感染症だけで、集団コース等が59コースございます。これは非常に長期のコースでございますので、やはり専門家を出す場合に拠点づくりとしては一番最適な方法ということで、今後も国内事業部の方に、それから地方センターの方にも、こういうコースの設定、それから拡充をお願いして、あわせて今の後半の部分の専門家になる方々が一緒になって議論して、そして、現地の事情を学んでいただくというようなことになればと思いますので、この拠点づくりとしての研修コースの拡充については、今後も前向きに検討していきたいというふうに私自身としても思っております。

最近、ホンデュラスとかパラグアイで、地方での例えば公衆衛生とか地域保健をとということで、かなり手広くやらなければいけないプロジェクトがございまして、その点につきましては、視聴覚を含めていろいろな方法が加味されましてプロジェクトが成り立っておりますので、多分これは数としてはまだ多くないのですが、研修の機会という視点では今まで以上にいろいろな人が日本の援助に加わってくれる場面はふえてくるのではないかとというふうに思っております。

具体的にはこのプロジェクトに、遠藤部長が1つは行ってきておりますので、もし追加があれば説明をしていただければと思いますが、JICAとしては地方展開をやるときには、まさに特定の人間に協力をやるということではなく、そういう方向というものを方針としても持っておりますので、人を増やしていくこと、それからいろいろな人に理解してもらうことについてはお約束できるかと思えます。それから、前半の拠点づくりとしての研修は、今後もJICAの大きな柱であることは間違いのないと思っております。

リクルートにつきましては、派遣法の問題がございまして、役所の方から答えていただいた方がよろしいかと思っておりますので、すみません、遠藤室長。

○仲村委員長 では、遠藤さん、すみませんが御出馬をいただきたいと思えます。

○遠藤室長（厚生労働省） 厚生労働省の遠藤でございます。

派遣法のお話でございますが、私どもの方といたしましても、先ほど来お話が出ております専門家の派遣要請が非常にふえているということにかんがみまして、毎年のように派遣の枠はふやしております。ただ、いかんせん限りがあるものですから、すべてカバーするまでには至っておりませんが、国の財政状況が厳しい中でも派遣の枠は伸ばしていただいております。

おそらく矢崎総長の御質問の1つの趣旨というのは、非常勤のいわゆる若い研修医、非常勤の身分にある若い研修医の方々をJICAの専門家派遣のスキームの中で派遣できるのかどうか、

あるいは国際救急医療チーム（JMTDR）のような災害時の派遣においても将来の訓練という意味で、将来の専門家を目指す研修のために派遣できないかという御趣旨の質問があるかと思うのですが、これも私ども厚生労働省だけの問題なのか、あるいは人事院の方まで上げて、いわゆる非常勤の国家公務員をどういう形で出せるかという問題になると思いますので、私どももこれまで検討は内々でしているのですけれども、もう少し人事院等とも検討していかなければいけない課題ではないかと考えております。

○仲村委員長 ありがとうございます。小林委員、どうぞ。

○小林委員 発言できることを大変うれしく思います。まず、海外協力委員会の関連資料を今回つくっていただきまして、ありがとうございます。多分、私が昨年お願いしたことのお答えだと思います。ただ、私のお願いの仕方が悪かったのか、私の期待するのと少し違ってしまいましたので、私の趣旨を申し上げたいと思います。

実は私は今、2カ国のJICAプロジェクトの国内委員長をいたしてございまして、そのときに私どもは、公衆衛生というものの進展をやるときには、どうしても一方で見えていかななくてはならないのは地域の環境衛生、特に水の問題と教育問題をどのようにやっているかということはどうしても見ていかないと、保健医療だけを見ていたのでは全体がつかめないということで、できれば各国の教育問題、水問題について、それぞれの関連国の大体のデータがわかるようにしていただきたいということが目的でございます。

もう1つ、特に水の問題については、ここにたまたま水の実績と書いてありますが、ほとんど地下水問題だけが載せられてございまして、地下水だけではなくて表流水関係、例えばダムの建設だとか、そういうことについてどうなっているのかということがこれには載っておりませんので、できれば次年度にはそういう資料があったら大変ありがたいなと思う次第であります。

それにいたしましても、先ほど阿部さんからお話がありました保健医療分野の事業概要と今後の取り組みということの御説明は大変よくわかりましたし、今後としては感染症対策等は大変重要なことでございますので、ますますお励みいただくことを心から御期待申し上げたいと思います。

実は今ケニアの水のことを少しお話し申して、皆さんに御理解をいただき、今後の御協力をお願いしたいとお話をしたいと思います。まず、飲料水が確保できないところでは、医療の一番原形になりますプライマリ・ヘルスケアということが実態としてできないのであります。そういう意味では、開発援助で助けていくときに、もともとベースに飲料水が確保できる国とできない国とでは、やはりプログラムの全体の進展の仕方が違うのではないかと。そこをよくつかまえていかないと、地元のニーズでは、必ずしも向こうの国の公務員の連携がよくないから水の関係を抜いて、向こうの相手国の国民の皆さんが医療が欲しい医療が欲しいということでプライマリ・ヘルスケアの援助と言ってしまうけれども、基本的にはいい水がなければ何遍でも下痢症を起こ

すということにつながるし、ひいては寄生虫対策もうまくいかないわけですので、そういう意味では飲み水というのは一番大事に考えていただきたいと思います。特に水関係は、国際会議でこの前、この地球上では水不足が明らかになるということで、水に対する対策をもっと考えましょうというようなアピールがあったというふうに承知をいたしております。そういう意味ではこの中に水問題について、我々はこの保健医療分野でも水にもう少し関心を持って行って、その関連の資料があって、我々も一緒に考えられると大変ありがたいなど、このように思っている次第でございます。

ケニアの話をお願いしますと、ケニアは私が行く前に、私どもの公衆衛生院には水道の専門家がいますので、水道の専門家に短期専門家として1カ月間ケニアに入ってもらいました。それで現地を見てもらった。そして、彼が私に帰ってきて言ったことは、ケニアのあの水の状態では、あれだけの人口は賄い切れませんと、こうはっきり言っているのです。水道の専門家としては、あの水ではあれ以上良くなることはない、人口もあれで止まる、あれ以下になるでしょうと、こういう感じがしたと言っているのです。

では、水はどうかというと、ケニアの方へ行きますと、実は昔は森林がたくさんあったけれども、今はほとんど木が切り倒されて、土地自体に水の保養力がなくなりました。これは、JICAの農林関係の方のお仕事で実は植林などをやっていたらしいということはわかったけれども、そこから先がよく見えない。それから、水道は水道で日本以外にもいろいろな国がやっていたらしいというけれども、結論はどうも各国全部失敗で、ただ1カ国だけの水道施策がうまくいっていた。それはスウェーデンです。スウェーデンは上水道を引くということは考えずに、各家庭の屋根にトタンを引いて、それで雨水を集めてタンクに入れて、その下に砂を入れておいて、そこからろ過をして水を使うという、各家庭持ちのものをやった。それで、地域住民の中に昔のお互いの地区組織みたいなものをつくって、みんな地域住民が1軒ずつのものをつくるためにお互いに協力して、地域全体を整備するという考え方をやっていたのです。

たまたま私はそれを聞いていたものですから、私がケニアに行ったときにやったことは、まず阿部さんをお願いをいたしまして、すみませんが水に関連するケニアに入っているJICAの人を全部集めていただけませんかと言って、阿部さんに御足労いただいて、その中心的な人を集めてもらって、一緒に会合を持ちました。そして、ケニアの国民を助けるためには水が大変大切なのですよと。だから、森林関係はどうなっていますか、水関係はどうなっていますかと、いろいろお話をしたのですが、日本国のケニアのための水計画というのは、まだ中央のJICAの考え方で、スウェーデンみたいな個々の家庭をやるものを考えるような形の仕組みになっていないとおっしゃっていて、これではやはりスウェーデンには負けたなと思いました。

それから、現地に行って一番びっくりしたのは、実はナイロビから車で1時間ぐらい行った、まだ雨が降るところだったのですけれど、スウェーデン方式のものをやってあるのです。そこは

何とその前にどこかの国のプロジェクトで水道水が引いてあるのです。しかし、地域住民はスウェーデン方式のものをセットして、その引かれた水道水は使わない。そちらは料金を取られるからです。雨水の方は無料なのです。したがって、地域住民はその水道はみんなやめてしまって放ったらかしという状況になっている。では、日本のものはどうかというと、日本はいいものをつくったのだけれど、みんな途中で水道泥棒に遭って、末端には水道は行っていない、こういう状況になってしまうということなのです。だから、スウェーデン方式は泥棒が起きようがない。自分のうちでつくって、自分で飲んでいるわけですから。そういう意味でいきますと、やはりスウェーデン方式の方がすばらしかつたと思えない。

もう1つは、これは余談になりますけれども、どこかの国が、実は自分の国でつくっていないものの運営管理、経営をやっているという話を聞いて、その後、橋本先生に会ったら、日本はあちこちで水道の施設をつくるけれども、運営管理はみんな外国の会社に運営されて、みんなそこに収入を取られてしまっている。それで、感謝するのはその運営をやっている会社の国が感謝されていて、日本は感謝されていないという話を橋本先生から聞きまして、そうだなということで、私もそれに関連する仕事で、今、水道法の改正もあるものですから、それはそれで国内対策をやっておりますけれども、いずれにしても水というのは公衆衛生のベースでありますし、その辺はもう少し何かうまく機能する方式を考えていただけると、私は、皆さん日本人は英知があるわけですから、何とかなるのではないのかなと思いました。

もう1点は、実はそのときにタンザニアのプロジェクトに入っていた人が、たまたま今ケニアに回ってきて植林をやっていたのですが、その人が言っていたのは、タンザニアで石炭を粉にして、それで、あそこのいろいろな植物の枯れ葉や何かを集めてきて、それを材料にして豆炭をつくってしまして、それを燃やして燃料をつくっている。ところが、すぐそばのケニアの方にはそういう知恵がなくて、ケニアのプロジェクトでは実は今までに炉をつくるという、かまどをつくるプロジェクトはあったのです。ところが、そこで石炭を燃やすという構想はなかった。だから、タンザニアではつくっているけれど、それはタンザニアだけでは売れなくて、困っていて、つぶれてしまった。こちらはこちらでかまをつくらせているけれども、木を燃やす。やはり相変わらず木を切る。ケニア政府に、木を切らないように止められないかと言ったら、木を切るのを専業とする部族があるので、それは簡単に止められませんということで、相変わらず木を切っていくから、ますます砂漠化していってしまう、こういう状態なのです。そういうことを全般的に見て、これは大変だなと思って帰ってきたのであります。

そういう意味では、確かに医療というのも大変大切ですし、頑張ってくださいなのですが、もう少し広い視野の人がいる意味では視察にも行き、全体を見てきて、そういうところをチェックしていくということがすごく大切だと思います。たまたま私は公衆衛生マンだったから、それがわかったのでありますが、そういう意味では特に重要な水について皆さん方に今後一層の御配

慮をお願いしたい。それがあってこそ初めて公衆衛生が進むということだけ申し上げさせていただけます。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した。

どうぞ、総裁。

○斉藤総裁 お答えというわけではないのですけれども、水のことを小林委員が言われましたので、少し申し上げたいと思ったのですが、私は1月に中東4カ国に出張してまいりまして、トルコ、シリア、ジョルダン、イランと参りましたけれども、これらの国、特にジョルダンですけれども、水の問題というのがいかに深刻かということを実感して帰ってまいりました。30年ほど前に、イザヤ・ベンダサンという人が『日本人とユダヤ人』という本を出して、その中に日本人は水と安全はただで手に入ると思い込んでいるということを書いてあるのです。理屈ではわかっておりましたけれども、やはり現地に行って関係者の話を聞くと、その深刻さの度合いというのは本当に日本人はなかなか理解できないものがあるということを感じました。

中東紛争というのも、もちろん宗教の要素はあるのですけれども、水争いだと思うのです。あれがああいう複雑な形で今まで続いているということなので、ああいう国にとって水の問題というのがいかに重要かということを実感したのですが、小林委員から保健衛生上の水の決定的な重要性を御指摘いただきまして、全くなるほどそうかと思いました。

1つ、日本のつくった水道がうまくいっていないというお話を伺いましたが、実は私、20年以上前、JICAになりたてのころだったかと思うのですが、アフリカの南の方の国で井戸をつくったビデオを見たことがありまして、それは今のお話と逆なのですけれども、フランスだだと思いますが、フランスが高度な技術でどんどん井戸を掘って、それで現地に残していくのだけれど、たちまち故障をして、一たん故障すればだれも直せないで放ったらかしになっている。そこへ日本の専門家のグループが行って、日本古来の技法で、竹を使って掘り上げたような気がするのですけれども、現地の人と一緒に掘って、非常に素朴な工法で水がワッと出てくる。こういうやり方であれば、日本人が引き揚げた後も現地の人だけで運営できるのだという説明をそのビデオで聞きまして、非常に感銘を受けたのです。そういう計画が最近どうなっているか、私は全然存じませんが、水の問題の重要性というのは、改めて御指摘をいただきましたけれども、これは本当に強調し過ぎることはないような問題だと思っております。

○仲村委員長 ありがとうございました。

ほかに御意見はございますか。どうぞ、島田委員。

○島田委員 先ほど保健医療の専門家の派遣という話がありましたが、私ども行く機関をやっている責任者の1人として一言申し上げますが、先ほど医療センターの先生から、募集をするとたくさん研修医が集まるという非常に心強い話なのですけれど、先ほどプロジェクターで見せていただくと、どういう医者の種類というのが出ておりませんでしたけれども、いわゆる産婦人科医

とか小児科医とか麻酔医、こういった職種というのは実は医者にとっては今非常に不採算部門と
いいますか、非常に不人気な部門でありまして、実は私どもの大学は今、国家試験を目の前に学
生は猛勉強をやっている時期なのですけれど、この時期にどこへ将来行こうかと、大体腹積もり
したと言っているところは、大体閑古鳥が鳴いている医局が空いているところなのです。だから、
もっと若い時期に、学生の非常に感性の豊かな時期に、文部科学省の人が今日見えておられます
けれども、現在、国内にとってどういう医者を養成するかということだけでなく、もう少し世界
的な視野を持った医療人を養成する必要なコア・カリキュラムを、今できつつあるのですけれど、
そういった視点も要るのではなからうかと思えます。だから、でき上がってしまった段階で、こ
ういった領域の専門家の先生と言ったところで、日本でもなかなか見つからないということがあ
りますので、そういうカリキュラム上で啓蒙活動をしていくということが1つ大事だと思えます。

もう1点は、今度はいわゆるシニアのボランティアということを少し言われましたが、医者に
とっても、やめられていかれる、こんなことを言ったら怒られるかもわかりませんが、特
に国公立の大学の先生が定年の後ろ下げを検討される前に、もうひと肌お国のために脱いでいた
だいて、海外で役立ついただけるような政策あるいはプロジェクトを考えられれば、そういう
面でも解決策の1つになるのではなからうかというような気がしまして、一言だけコメントさせ
ていただきました。

○仲村委員長 何かコメントはありますか。これはJICAだけではなくて、日本全体で考えな
くはない問題かもしれませんが、どうぞ、小林委員。

○小林委員 今思い出した話で、JICAの方には耳の痛い話かもしれませんが、実は私どもが
いろいろな先生にお願いするときに、JICAから派遣されるドクターの給与表の話ですが、
JICAの方は60歳でもって給料がピークになって、それから下がっていくという話をお伺いし
ました。ところが現在、東京大学でもそうですし、ほかの大学でもだんだん教授は65歳定年制に
動いているのでありまして、そのときに60歳で頭打ちで、65まで下がらないならばいいので
すけれども、JICAの方の援助をお願いすると、先生の給料は前より下がってしまうという構図
になっているのです。それで、国家公務員の給与表も医者の場合には普通の職員とは違う形に
なっているのに、JICAは同じになっているのですけれど、そこが私どもがこの医療プ
ロジェクトをやっていくときに、今先生がおっしゃったように、大学を卒業された方をお願いす
るときに、60歳の人より61歳、62歳の方が給料が下がっていくという話はいささかつらいので
あります。だから私たちは、60前の人をお願いしますと言うと、そうすると大学の先生に、あな
たは頭がおかしいのではないかとジョークで言われてしまうのです。そこは少し皆さん方の中で
御議論していただいて改善していただくと大変ありがたい。

だから、上げなくてもいいけれど、60から65はそのまましておいて、そこから下がるとい
うのならわかるのですけれども、60を過ぎたら下がりますよというのは、多分こちらにいらっ

しゃる先生はほとんど御存じない話かもしれませんが、私は現実問題としてぶつかって、「えっ、下がるの」と、初めて聞いてびっくりしました。今たまたま東大が65に定年が延びていますので、ちょうどいい機会ではないかと思しますので、直す機会としてお考えいただければと思います。

○阿部理事 それでは、たまと、またおわびがふえますので、2つばかり。

私は実は医療協力のほかに派遣支援部を担当してまして、今おっしゃっている60歳の問題、65歳まで私の責任でやっているわけでございます。ただ、個人的な意見を述べさせていただきますと、JICA全体の中で、まだそういうところは議論が最終的にないまま、現実的には60歳になったら少し下げるといふような実態が生まれてきているのは事実でございます、特に医療協力の場合は、研究技官の方が65歳で定年になる方が非常に多いという現状を考えると、これから医療のプロジェクトのリーダーで行っていただきたいということで、実は私自身は非常におばあちゃん子で年寄りが好きなものですから、いつも医療協力部の部長以下としょっちゅうやり合いますが、部長は私に近いのですが、課長以下は……。つまり65歳前後の人と医療協力とが非常にうまくいかないケースがたまたま過去にあつて、それは、ぶつかっていく勇気があればいろいろなあれがあるのですが、どうも最近は一ひとりっ子が多くて、なかなかそういう意見交換ができないまま、何となく、年寄りだめだというようなムードがあるわけです。実際どういうことでだめなのかという議論は私のところに余り入りませんので、あえてそういう言葉を使わせていただきますけれど。

実は今、派遣支援部と医療協力部の間で65歳の推薦があるチームリーダーが4人上がってきておりまして、これを何とか突破口にして、実態的に持っていったらどうかと。私の個人的な意見なのですが、例えばリーダー手当をプラスすると、いわゆる1等級の専門家より少し給料が上がるというような、そういう工夫も1つ考えられるのではないかと。それによって、専門家よりリーダーが下がるというのは、若干全体の管理からしても問題が出てくるので、そういういろいろな幾つかの工夫を今やってみたらどうかということで、65歳の問題につきましては個別に対応しようと考えております。

ただ、一方で、関係省庁との間では、やはり1つのポストを恒久的にずっと継続的にやるということは、それは相手国に対しても失礼だし、その成果を考えますと問題があるということから、やはり60歳ということは守っていきたいというのがJICAの方針でございますので、あくまでも60歳以上の話というのは個別のケースでということで今進めたいと思っておりますけれど、少なくとも今先生方のおっしゃっているようなそういう懸念、それから実態からしますと、保健医療については少し方法を考えなくてはいけないかなというふうな感じがしております。

それから、小林委員の先ほどの資料につきましては、私の方で十分な認識がなくて大変失礼いたしました。

あと、いろいろと現地での対応を含めまして、決して私1人がやっているのではなくて、部長以下、非常にスムーズにいろいろな反応をしておりますので、そういう意味で委員の先生が調査に行ったときにいろいろな会合、それから打合せができるというふうに思っております。

水の問題につきましては大きな問題で、医療協力部だけでは議論できませんので、また、場合によっては1つ資料をつくってお答えをさせていただければと思っております。

○仲村委員長 中村委員、どうぞ。

○中村(安)委員 今の話でお願いをしたいのですが、確かに60歳以上の話も大事な話ではありますが、私はこの医療協力に関する人材でいうと、やはり若い人たち、そして、医者だけでなく、保健医療というのは医者だけではできないです。看護婦さん、それ以外のパラメディカルな人もそうですし、それ以外に教育の専門家、そして経済学、人類学、そういう人たちが医療協力のプロジェクトに入ってくれないと、医療協力の現場は動かないのです。ただ、日本はやはり医療協力というと、今日も私たちもそうですけれども、医者関係というか、これがやはりどうしても多い。そうではなくて、欧米なんかでは既に医療協力プロジェクトに編集者の人なんかが入って、医療協力の健康教育をやっている。そういうふうに、この日本の縦社会の中でいかにして人材を集めるかということが大事なので、60歳以上も大事かもしれませんが、できたらそちらの方も、もう少し医療協力部が中心になって学際的な人材集めをしていただけると非常にありがたい。そして、実際にはいろいろな各経験を持って、途上国に住んだり、あるいは帰国子女で、そしてまた、JICAで働きたいという若い人たちはいっぱいいます。いっぱいいるけれど、なかなかプロジェクトまでたどり着かないというのが今の本音です。その辺のところぜひ若い人たちがもっとつながるようなシステムをつくっていただけたらうれしいなと思っております。

もう1つは、先ほど矢崎先生からあった、大分前の話に戻るのですけれども、ただ、大事な話なので1つ御質問ですが、矢崎先生からJICAのプロジェクト方式技術協力でいいプロジェクトがあっても、それを今度は面の形に広げていくにはどうするかというお話がありました。私は、個人的にはインドネシアの母子手帳というプロジェクトで、2つの州でJICAのプロジェクトとしてやっていたのが、今16か17の州に動いてきたのです。そこでわかったのですが、プロジェクトが面となって広がるときにプログラム協力になっていくのです。ちょうど松岡部長からもあったように、今まではJICAのプロジェクト方式技術協力でやっていたけれども、例えば母子手帳プログラムとか、結核プロジェクトではなくて結核プログラムを支援するという、そういう形にしていくには、このJICAのスキームだけでは不足で、NGOも入れたり、いろいろ入れたりして幅広い形をつくっていかないとなかなかプログラムの協力はできない。そういうものを今後大胆に、今まではプロ技という形が決まっていたよね。何人ぐらい専門家を出して、大体お金は幾らと、あの形を大胆に変更する予定があるのかどうか、その辺をぜひお聞きしたいと思えます。

○仲村委員長 大泉さんは関連ですか。どうぞ。

○大泉委員 最初の方の問題でよろしゅうございますか。1回沈静しました60歳問題でございますが、大先輩の御意見でございますけれども、年齢とともに給料が上がらなければならないという時代は私は終わったかなと思ひまして、JICAの仕事は、専門家の仕事であれば、むしろ30歳であろうが65歳であろうが、同じだけのお金を払うべきだと思うのです。しかも、国際社会で仕事をしていらっしゃると思えば、むしろそちらの方を考えて、若い専門家が行けるように、もちろん国立大学の退職前の人を使った方がよろしいという御意見もございましたが、そういうふうにお考えになった方がいいのではないかと。これは意見でございます。

○仲村委員長 ありがとうございます。

では、総裁、どうぞ。

○斉藤総裁 中村委員の2番目のポイントにつきましてお答えをしたいと思います。まさに形のはまった縦割り、やり方で範囲が決まってしまうことの限界というのを痛感しております、それを何とか打破したいと思っております。国別援助実施計画というものを今着々とつくっておりますが、それもその1つの対応のあらわれでございます。JICA自身の体制も地域部中心という形になりました。

実は今日、冒頭の御挨拶の中で私が、各種の技術協力および資金協力等を組み合わせた包括的な協力方式の導入に努めていきたいと申し上げました。これは、私のところに上がってきた原案は実はプログラム方式の協力と書いてあって、まさに御指摘のようなことが書いてあったのです。私は、プログラム方式と言っただけではむしろ御理解いただけないのではないかと、思っただけで、こういうふうにならざるを得ないと思っております。まさにその問題意識で申し上げたところでございます。

○仲村委員長 ありがとうございます。

副総裁、何かございますか。

○東副総裁 専門家の60歳からの給与が下がるという話でございますが、専門家は医療協力だけではなくいろいろな形での専門家がおります。国家公務員の定年延長の話でございますが、これは逆に、公務員の方は、今の議論は60歳で頭を打って、そこから下げる。要するに再雇用の話として今出てきているわけです。おそらく今の日本の給与体系というのはいろいろな議論があるので、家族構成その他を踏まえて、生活給的な点が加味されて、60になれば育っているからということで、それで再雇用という議論に今のところは公務員の方はなっていると思ひます。

そういう状態で、やはりそういうものの成り行きなんかを見なければいけませんし、私どもの理解では、国内給と、それと海外での手当という2段になっているはずで、そうしますと、国内給がそういうふうになっているならば、60何歳の方でも、そちらである程度の部分はカバーできる。そこにうちの方のいわゆる現地の手当がつくという考え方になるし、現地の方は今度は、御

家族連れというよりも、育てられるだろうという考え方で60歳を1つのターニングポイント
というか、大きく下げているわけではないのですけれども、非常に強いそういう関係の御意見が
あって変更したところです。

今後、日本の雇用状況なり給与体系、先ほどのように若い人も一緒にすればいいではないかと
いう意見もありますし、そういうものを見ながら総合的に検討していかなければならない点だろ
うと思います。

それから、先ほど島田委員の方から、大学の先生にシニア・ボランティアで行っていただく
ということがありましたが、シニア・ボランティアは本当に私の方の前総裁もシニア・ボラン
ティアで行っております。これは生活給だけ、向こうでの生活経費だけで、とても専門家にお支
払いしている金額とは違いますけれども、本当にそういうふうに御協力いただけるなら70歳まで
やっていただけるわけで、そういう貢献をしていただくという、そういうありがたいお話がぜひ進
んでいけばと思います。

給与体系は、もう一度申し上げますけれども、全体の日本の動きの中で考えていかなければ
ならない問題だと考えております。

○仲村委員長 どうもありがとうございました。

おおむねタイムアップですが、何か特にございますか。どうぞ、星委員。

○星委員 今、中村委員からも医師だけではないというお話がございましたけれども、事医師に
限ってみましても、今さまざまな問題があることを私も再認識させていただきまして、日本医師
会という立場で、教育のかなり早い時期からこれからの医師の養成にかかわっていかうでは
ないかという議論がまさに盛り上がっているところでございます、そういう意味でも医師会の役割、
これは個別のプロジェクトでも協力させていただいておりますけれども、そういう意味での協
力をさせていただきたい。あるいは、そういう努力を海外へのそういうものにつなげていきたい
ということと、シニア・ボランティアの話は私もピンとこなかったのですが、ふと思ひ浮かべれば、
私たちにとっては少しいいお話なのかなという意識も一瞬今わいてまいりましたので、十分に研
究させていただきまして、私どもは10万人単位でのお医者さんのグループでございますので、そ
ういったことも考えさせていただけるかなと思った次第です。以上でございます。

○仲村委員長 ありがとうございます。日医総研も知恵を出して、ひとつ御協力をお願いいた
したいと思います。

ほかに御意見がまだあるかもしれませんが、時間が参っておりますので、本日の御議論は以上
で締め切らせていただきますが、よろしゅうございましょうか。

総裁から最後に何かございますか。

○斉藤総裁 私はJICAに参りまして半年たったところでございますけれども、日本に来る開
発途上国の首脳たちにお目にかかるのですが、そのときにいろいろ要請を受けますけれども、保

健衛生関係というのは大変に多いのでございます。事業費でいうと12～13%ですけれども、開発途上国のトップの人たちと会っておりますと、彼らの切実な関心事というのは半分以上が保健衛生だという気がいたします。私もこれは大変だと思って、いろいろ話を部内で聞きますと、それほど簡単ではない。特に人材確保の点で簡単でないという話を聞いておりますので、その点も、ここにいらっしゃる委員の方々、先生方にいろいろお願いするしかないわけでございまして、私どもといたしましてもいろいろ、例えば三角協力とかいろいろな工夫が必要だと思っておりますけれども、ぜひ御支援、御協力をいただき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。

本日のこの御議論の結果は、3月15日に運営審議会の総合部会がございまして、私から御報告をするということになっておりますが、内容につきましては、本日の御意見を十分参酌をさせていただきますが、一任いただいてよろしゅうございましょうか。

(「異議なし」の声あり)

○仲村委員長 それでは、そういうことで進めさせていただきます。

本日は、長時間にわたりまして有益な御意見をたくさんちょうだいいたしましてありがとうございました。また、今後ともよろしく願いいたしたいと思っております。どうもありがとうございました。

○遠藤部長 ありがとうございます。

7. 閉 会

○遠藤部長 それでは、時間も参りましたので、これにて第33回海外医療協力委員会を終了させていただきます。御協力ありがとうございました。

午後3時05分 閉会

