

第34回海外医療協力委員会 会議議事録

平成14年2月

国際協力事業団
医療協力部

医協計

J R

02 - 04

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.....	43

議事次第

第34回海外医療協力委員会

1. 開催日時

平成14年2月8日(金)

14時～16時

2. 開催場所

国際協力事業団11階CDEF会議室

(新宿マインズタワー 11階西側)

3. 議事次第

(1) 開会及び委員等紹介

(2) 総裁挨拶

(3) 事業団全体及び保健医療分野の事業説明

(4) 質疑応答

(5) 閉会

出席者一覧

(1) 委員出欠表

(敬称略、委員長以外 50 音順)

氏名	役職	出欠
仲村 英一	財団法人 日本医療保険事務協会理事長	出
青木 克己	長崎大学熱帯医学研究所長	欠
阿藤 誠	国立社会保障・人口問題研究所長	欠
生長 恵理	毎日新聞カルチャーシティ教務部プロデューサー	出
小林 秀資	国立公衆衛生院長	出
島田 眞久	大阪医科大学長	出
首藤 紘一	国立医薬品食品衛生研究所長	欠
中村 安秀	大阪大学大学院人間科学研究科教授	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	欠
南 裕子	社団法人 日本看護協会長	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
吉倉 廣	国立感染症研究所長	出

出席：9名、欠席：6名

(2)関係省庁出席者

(敬称略)

氏名	役職
渡邊 正人	外務省経済協力局技術協力課長
小島 岳晴	外務省経済協力局無償資金協力課事務官
山本 順二	厚生労働省大臣官房国際課国際協力室課長補佐
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
川上 隆朗	総裁
高島 有終	理事
鈴木 信毅	理事
隅田 栄亮	理事

(4) 国際協力事業団関係事業部出席者

氏名	役職
湊 芳郎	秘書室長
須田 明夫	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
小樋山 覚	派遣支援部長
松岡 和久	アジア第一部長
田口 徹	アジア第二部長
川路 賢一郎	中南米部長
橋本 栄治	アフリカ・中近東・欧州部長
地曳 隆紀	社会開発調査部長
岡崎 有二	国際緊急援助隊事務局長
蔵本 文吉	無償資金協力部計画課長
金子 洋三	青年海外協力隊事務局長
加藤 圭一	国際協力総合研修所長

會議議事錄

午後 2 時00分 開会

1. 開会及び出席者紹介

藤崎部長 それでは、定刻になりましたので始めさせていただきたいと思います。

これより第34回海外医療協力委員会を開催させていただきます。大変お忙しいなか、委員の各先生方には本日ご参集いただきまして、誠にありがとうございます。

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。一番上に配付資料一覧というのがありますが、4点その下に資料がございます。第1点目が「第34回海外医療協力委員会会議次第」、2点目が「海外医療協力委員会名簿」、3点目が「第34回海外医療協力委員会会議資料」、白い冊子でございます。4点目が「第34回海外医療協力委員会調査研究資料」でございます。ご確認よろしくお願いいたします。もし何か遺漏の点がございましたら、お申しつけください。

次に本日の委員会の成立をご報告させていただきます。本日は、15名の委員のうち9名のご出席をいただくことになっております。現在中村安秀先生が若干遅れておられますけれども、規定に基づきまして本会が成立いたしておりますことをご報告させていただきます。

続きまして、ご出席の委員をご紹介させていただきます。あいうえお順でご紹介させていただきます。

まず最初に、毎日新聞カルチャーシティ教務プロデューサーの生長委員でございます。続きまして、国立公衆衛生院院長の小林委員でございます。

大阪医科大学学長、島田委員でございます。

国立身体障害者リハビリテーションセンター総長、中村委員でございます。

財団法人結核予防会結核研究所所長、森委員でございます。

国立国際医療センター総長、矢崎委員でございます。

国立感染症研究所所長、吉倉委員でございます。

それから、この海外医療協力委員会の委員長をお務めいただいております仲村委員でございます。

なお、先ほど申し上げました中村安秀委員につきましては、しばらく遅れてお見えになるということでございますので、よろしくようお願い申し上げます。

次に、関係省庁のご出席者を紹介させていただきます。

厚生労働省大臣官房国際課国際協力室、山本課長補佐でございます。

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。

外務省技術協力課の渡邊課長につきましては、少し遅れて見られるというご報告をいただいております。

続きまして、JICA役員の紹介をさせていただきます。

まず総裁の川上隆朗でございます。

理事、高島有終でございます。

理事、隅田栄亮でございます。

理事、鈴木信毅でございます。

なお、東副総裁は所用により欠席させていただいております。ご了承をお願いいたします。

最後になりましたが、私、医療協力部長を務めております藤崎と申します。どうかよろしくお願い申し上げます。

2. 総裁挨拶

藤崎部長 それでは、委員会の開催にあたりまして、まず当事業団総裁川上隆朗よりご挨拶を申し上げます。

川上総裁 本日は、仲村委員長をはじめ委員の皆様方、大変ご多忙中のところを当事業団海外医療協力委員会にご出席を賜り、誠にありがとうございます。

私は、昨年9月に斉藤前総裁の後任として総裁の任務を仰せつかりました川上でございます。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ので、よろしくお願いいたします。

日頃皆様方には、JICAの業務に対し深いご理解と多大なるご支援を頂戴していることにつきまして、この場をお借りしまして改めて厚く御礼を申し上げます。

さて、昨今ODAそしてJICAを取り巻く状況は、更に厳しいものとなってきております。JICAは、昨年12月に特殊法人改革の一環として、遅くとも平成17年度までには独立行政法人となることが決定されまして、その準備期間を逆算いたしますと、今年がその30年近い歴史のなかで最大の変革の時期を迎えることとなっております。更にODAにつきましても、来年度の予算は、これは政府原案でございますが、厳しい経済財政事情を反映して対前年度比10.3%減となり、JICAの予算も前年度比5.0%減と、かつてない大幅な削減を余儀なくされております。

一方、このように厳しい予算のなかにおいても、JICAの予算では事業効率をより向上するための3部門の統合や国民参加の裾野を拡大するための新たな予算項目の設置、NGOとの連携事業や各県に配置される国際協力推進員の拡充などが盛り込まれておりまして、更なる援助の質の向上と国民各層に根差した人間を重視した協力を重点を置いております。

また、米国における同時多発テロやアフガニスタン問題にみられるように、混迷する国際情勢のなかで、テロリズムの根底にある貧困問題の解決や平和構築、復興支援などの分野においても、JICAが果たすべき役割と責任は更に大きくなるものと考えております。

このような状況のなか、JICAは独立行政法人化に向けた準備とともに、国、地域単位や開発課題単位で事業を計画し実施するための体制を強化し、一層効果的で効率的な予算執行を図るため、組織と業務の一層の改革に取り組んでまいりの方針でございます。加えて、近年取り組みを進めております国民参加や情報公開の推進等、積極的な広報や事業評価体制の強化を図り、国民の理解と支持が得られるよう努力を続けていく所存でございます。

さて、本日ご審議いただきます保健医療分野の事業は、日本のODA事業の大きな柱であり、開発途上国の開発、貧困削減の中心的課題の1つであるとともに、人間中心の開発理念を進めるうえでも大きな役割を果たす分野であります。開発途上国における貧困や開発の遅れは、人々の栄養や健康の問題に端的に現れ、これらの問題に対応していくことはODAのなかでも最優先事項の1つであると考えます。

皆様ご承知のとおり、JICAは創設以来、人づくりへの協力をモットーとし、技術協力プロジェクトをはじめ、研修員受入れ、青年海外協力隊員の派遣などの事業形態を通じ、保健医療分野の人材養成を軸とした技術移転を行ってまいりました。こうした従来型の協力に加え、近年は国際協力への国民参加を促し、草の根レベルでの協力を推進するため、開発支援や開発パートナー事業を実施しております。こうしたNGOとの連携においての多くは保健医療分野の事業でありまして、この分野における草の根レベルへの協力に対する途上国のニーズの高さを物語っていると考えます。

また国を越えて広がりを見せるHIV/AIDS、結核などの感染症は、国際社会のなかで大きな関心事項となっておりますが、こうした感染症は単に開発途上国住民の一人一人の生命への脅威という現状の問題にとどまらず、健康の悪化が貧困を更に深刻化させるという悪循環から、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ます。こうした背景から、九州・沖縄サミットでの沖縄感染症対策イニシアティブ、昨年6月の国連エイズ特別総会、エイズ、結核、マラリアのいわゆる3大感染症対策への対応を強化するための基金の創設等の動きがあり、私ども事業団といたしましても、こうした動向を踏まえながら協力を進めていく所存でございます。

HIV/AIDSなどの感染症対策以外にも、人口問題、子供の健康対応など様々な協力が求められており、これまでJICAが行ってきた技術協力の経験を生かし、相手国の社会、経済事情に対応したアプローチで保健医療協力事業に取り組んでおります。

また昨年9月の米国同時多発テロ、及びその後のアフガニスタンでの戦闘以来、平和構築及び人道的立場からの復興支援という点から、アフガニスタン及びその周辺国における保健医療分野の協力を大きな期待が寄せられております。

こうした様々な課題に対応し、更に効果的に事業を実施するため、今後とも引き続き改善を行い、組織業務改革に努めていく所存でございます。

冒頭申し上げましたとおり、現在JICAは大きな変革期でございます。今海外医療協力委員会におきましては、JICAが取り組んでいる保健医療協力につきまして皆様方と議論し、今後の方向性につ

き委員の皆様方のご意見を賜り、より良い事業のあり方を検討してまいりたいと存じます。また独立行政法人化の決定を踏まえて、改革の方向性に沿って海外医療協力委員会のあり方、及び具体的な運営の方法についても、皆様とご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ご助言、ご教示を賜れば大変幸いと存じます。どうかよろしくお願い申し上げます。

3 . JICA の最近の動向及び保健医療分野の事業説明

藤崎部長 それでは、ただいまから討議に入りたいと存じます。議事進行を、仲村委員長にお願いしたいと思います。よろしくお願い申し上げます。

仲村委員長 それでは、議事に入ります。JICAの最近の動向と課題並びに保健医療分野事業の概要と今後の取り組みに対しまして、一括して隅田理事からご説明をお願いいたします。

隅田理事 それでは、お手元に「第34回海外医療協力委員会会議資料」というのがございますが、最初にこれでご説明いたしまして、あとパワー・ポイントで要点のみを詳しくご説明したいと思っております。

まず最初の会議資料でございますが、第1章から第3章、資料集という形で目次がございます。第1章の「JICAの最近の動向と課題」でございますが、これはただいま私どもの総裁の方からご説明をさせていただきましたので、第1章については説明を割愛させていただきたいと思っております。

ただ1点だけ、7ページをお開けいただきたいのですが、「平成14年度国際協力事業団予算政府案」というのがございまして、事業費の上から2つ目に項として「海外技術協力事業費(新)」というのがございます。右の方に行ってくださいまして、右から3つ目の箱でございますが、平成14年度の予算額というところに、511億4,699万1,000円という金額がございます。実はプロジェクト方式技術協力ということで、保健医療の金額は今までは別の予算項目に入っていたわけでございますけれども、14年度に他の予算と一括でこの項の中にくることになりまして、プロ技方式の保健医療協力の金額につきましては、この中に含まれております。来年度予算では約70億円程度でございますので、この項、海外技術協力事業費の中の約14%ということになります。

それから4つ下の項、「国民参加協力推進費」、直接保健医療にかかわるわけではございませんが、15億8,324万7,000円という金額で新たに新規予算項として認められてございます。これはいわゆる国民の国際協力に参加する裾野を拡大するというところで、JICAの今の大きな方針のなかで要求をし、案として認められているものでございまして、これをてこに今後とも国民各位、NGO、地方自治体等々、あるいは大学等々と連携協力を進めていきたいと思っております。

それから更に下の方に参りまして、真ん中のあたりに「合計」というのがございますが、これが先

ほど川上総裁が申しあげました予算額でございます、1,700億5,477万4,000円でございます。- 5.0%ということでございますが、先ほどの国民参加協力推進費のように、今後のJICAの方向性をしっかりと見定めたものについては、ビルト・インといいますが、予算を認めていただいているという形になります。

なお、ちなみに一番最後の下の「合計」というところで71億1,556万4,000円というのがございますのは、これは経済産業省等々からの委託費でございます、したがって事業総予算でいきますと、一番最後の「総合計」でございますが、1,771億7,033万8,000円。これが今現在、来年度予算の案としていただいている金額でございます。

それから第2章でございますが、ここには保健医療分野事業における課題と今後の取り組みがございます。簡単にこれをご紹介いたしますが、ご案内のようにJICAの保健医療での取り組み状況でございますけれども、農林水産あるいは公共公益事業等のシェアに次ぐ非常に大きなシェアを誇っております。もとより日本の政府開発援助のなかで大変重要な柱をなしているわけでございますので、その一環として大変大きな比率でもって活動をいたしております。

この9ページから13ページのなかで、3点に絞ってご説明申し上げたいと思っております。

まず第1点は、感染症対策への取り組みでございます。国境を越えた広がりを見せるHIV/AIDS、結核、マラリアあるいはフィラリアとか住血吸虫等の寄生虫症などの新興・再興感染症対策が急務になっております。1月31日に発表されましたWHOの報告でも、エイズ、結核、マラリアの3大感染症の死者が昨年1年間で600万人ということございまして、大変重大な事態になっております。また開発途上国の経済・社会発展の重大な阻害要因となっているということで、誠にただならぬ事態という状況でございます。このような中で、JICAといたしましてもカンボディア、タイ、ケニア、ザンビアその他の国々におきまして、今現在15の感染症対策のプロジェクトを鋭意実施中ございまして、今後とも重点分野として継続実施をしていきたいと考えております。

第2点目は、これら感染症への取り組み以外の重要な保健医療協力分野の協力でございます。ご案内のように、プライマリー・ヘルスケア、栄養改善、リプロダクティブ・ヘルス、人口家族計画、病院改善プロジェクト等への協力も非常に重要なJICAの保健医療協力として取り組んでいるところでございます。例えばプライマリー・ヘルスケアにつきましては、1978年のアルマータ宣言を踏まえまして、公衆衛生あるいは地域保健プロジェクト等として住民参加型で実施をしております。今約50ばかりのプロジェクトをオン・ゴーイングで先生方のご協力を得まして実施をしておりますけれども、約半数がそういう形での公衆衛生、地域保健でのプロジェクトになるかと思っております。今現在もインドネシアであるとか、ザンビアであるとか、あるいはジャマイカ等で実施中でございます。

最後の3点目でございますが、国際機関、他のドナー、あるいはNGO等との連携協調でございます。13年度においても非常に顕著でございます。逆に現在では国際機関、他のドナー、NGO等と

の連携協調が必要とならない場合はほとんどないという状況でございます。例えば国際機関とは、EPIではUNICEF、またポリオ対策ではWHOあるいはUNICEF、また人口家族計画ではUNFPA等々のマルチバイ協力がございます。ちなみに先週はWHO / WPROと定期協議を行いまして、また来週にはニューヨークでUNICEFとの第14回目の定期協議を行う予定にしております。

また他のドナーとの関係でございますが、例えば日米コモン・アジェンダを通じまして、カンボディアの結核対策等でUSAIDと定期的な検討会とか、あるいは連絡調整を行う等、ますますその協調がこれから重要になってくると認識をいたしております。

またNGO等との連携でございますが、これまでも結核予防会とか日本医師会、あるいはJOICFP等に加えまして、開発福祉支援事業であるとか、あるいは開発パートナー事業等で直接NGO活動にJICAの資金が投入できるようになっておりまして、パートナーとして事業を実施しているところでございます。

ちょっと申し訳ないのですが、25ページをお開けいただきたいのですが、誠に申し訳ございません。25ページに開発福祉支援事業というのがございまして、これは平成9年度予算から現在まで5年間続いておりますけれども、これは現地NGOと協力をして地域住民に直接裨益するモデル事業を実施しているものでございます。平成13年度、今年度におきましては、約3分の1、全体で30件のうち10件が保健医療分野でございまして、これまでの5年間の累計でも91件中35件ということで、保健医療分野が圧倒的なシェアを誇っているという形になります。例えばラオスのHIV / AIDSをもって、ケア・インターナショナル・ラオスとの連携という形で、地域住民に直接裨益する形での事業展開をいたしております。

それから27ページを、申し訳ありません、お開けいただきたいのですが、ここに開発パートナー事業というのがございまして、これは平成11年度からの予算でございますが、我が国のNGO、大学、地方自治体、あるいはシンクタンクなどと一緒に、途上国の地方自治体や住民組織を対象とした小規模できめの細かいプロジェクトを行うという制度でございます。今年度も5件採択の予定でございます。例えば今年度ではミャンマーで「母と子のプライマリー・ヘルスケア」ということで、岡山のAMDAと一緒に事業を開始するという予定をいたしております。

以上3点を、簡単に第2章の動向ということでご説明いたしました。なおこれ以外に、先ほど総裁の話にもございましたように、緊急な課題といたしましてアフガニスタン復興の支援にも、保健医療協力分野で積極的に果敢に柔軟に取り組みを開始したいと思っております。

それでは第3章の保健医療の事業実績等でございますが、これは詳細を極めますので、とりあえず資料説明を終わりにして、パワー・ポイントでもって要点のみご説明をさせていただきたいと思っております。

〔パワー・ポイントによる説明、以下画面ごとにP〕の標示〕

P) 最初にJICA事業の概要と12年度の実績ということで、まずJICAの事業概要。ご案内のように

1974年にJICAが我が国政府ベースでの開発途上国への技術協力実施機関として設置されたわけであり、正に専門家派遣、研修員受入れ、あるいは調査関係、あるいは無償資金協力の調査、実施促進等々、11の主な柱がございます。真ん中がございますのは、JICAのモットーが「人作り、国作り、心の触れ合い」ということでございます。また各委員の先生方には、専門家の派遣、研修員の受入れ、あるいはこれに機材供与を加えましたプロジェクト方式技術協力の実施という形で、随分とお世話になっている次第でございます。

P) JICAの事業実績で12年度でございますが、事業対象国等ご覧のとおりでございます。今現在我が国が承認している国が約190か国とお聞きしておりますので、約80%の国でございますでしょうか、154か国に対して協力いたしております。開発途上国が162か国と承っておりますので、ほぼほとんどすべての開発途上国に協力を実施中ということになります。またプロ技を含めたいわゆるプロジェクトという数におきましては、731件という件数でございます。今年度予算は1,871億円。これは括弧書きにございますように、委託費を含めました金額でございますが、これで実施させていただいております。来年度の案が約100億円減の1,772億円ということでございます。

P) 事業の構造改革ということでございますが、JICAは今正に事業の構造改革に取り組んでおります。平成17年度末の独立行政法人化への移行も見据えまして、事業の効率化の徹底と、援助のグローバル・スタンダード化への対応のため、ここに掲げる事業の構造改革に取り組んでおります。

最初の国別アプローチの強化でございますが、国別アプローチを強化することによりまして、現場主導型の体制に転換し、優良案件の発掘形成、援助協調への対応、あるいは事業の迅速な実施を図っているところでございます。

また2つ目の分野別・課題別アプローチの強化でございますが、分野別・課題別の指針を導入いたしまして、また常設の有識者委員会の導入等によりまして、JICAとして体系的、組織的に分野・課題を担当する体制の構築を図っております。

3番目の成果主義の徹底と透明性の向上でございますが、事前評価から事後評価に至る一貫した評価システムの導入を図っておりまして、外部評価を拡大し、透明性、あるいは説明責任を高めているところでございます。

4番目の民間活用の拡大でございますが、事業の効率性を図るため、競争、あるいは報酬、評価を原則とする新たな民間人材活用制度を導入しつつございます。また民間委託方式を導入し、コンサルタント以外の一般企業、大学、NGO等の国際協力への参入を促進しているところでございます。

最後の援助人材の育成でございますが、特に市場ベースで人材が育たない分野、例えば貧困対策であるとか、あるいは基礎教育等々で、若手援助人材のキャリア・パスの確立を図っているところでございます。インターンシップにつきましても平成10年度から開始をいたしておりまして、今年度は60名の規模で実施しているところでございます。

P) 更にJICAといたしましては、国内社会の活力増進と国際社会におけるプレゼンスの増大をにらみ、ご覧のような方針に基づきまして、NGOや地方自治体等との共同事業の導入を更に進めているところでございます。また学校や地域奉仕団体などの意欲をきめ細かくサポートし、市民レベルでの様々な国際社会に対し支援をしているところでございます。更に、日本の経験と知恵を生かした国際貢献を拡充していきたいと考えているところでございます。

P) さて、いよいよ本題の保健医療分野でございますが、今ご覧いただいておりますのは平成12年度の事業実績でございます。左側が技術協力分野でございます、技術協力事業実績1,572億円のうち、11%に当たります175億円が12年度の実績でございます。右の円は無償資金協力分野の実績でございます、12%に当たる217億円でございます。合計で12年度実績といたしまして392億円の実績でございます。

P) 次に保健医療分野における協力でございますが、協力分野といたしましては正にこのパワー・ポイントでございますように、医学・看護教育、地域保健、臨床医療、HIV/AIDS等の感染症対策、人口・リプロダクティブ・ヘルスの5つでございます。現在36か国におきまして、この5分野で51のプロジェクトを実施いたしております、例えば数字は書いてございませんが、感染症対策は現在15プロジェクト、人口・リプロダクティブ・ヘルスが10プロジェクト、相前後いたしますが医学・看護教育が8プロジェクト、地域保健8プロジェクト、臨床医療が10プロジェクトという形で実施をいたしております。特に感染症対策につきましては、今15件と申し上げましたが、全案件51件の中の約3分の1を占めておりますけれども、98年のバーミンガム・サミットにおいて提唱されました国際寄生虫対策、橋本イニシアティブや、2000年の九州・沖縄サミットで提唱されました沖縄感染症イニシアティブのとおり、保健医療分野における国際的な関心事項となっております。JICAといたしましても、今申し上げましたように、重点の分野として取り組んでいるところでございます。HIV/AIDSはもちろんのこと、日本の経験、知見を生かせる結核につきましても、プロジェクト方式技術協力によりまして、アジア地域を中心に支援をしているところでございます。詳しくは、次から個々のプロジェクトでもってご紹介いたしたいと思っております。

P) まず地域保健分野でございますけれども、これはインドネシアの「母と子の健康手帳プロジェクト」でございます。このプロジェクトの対象は、西スマトラ州と北スラウェシ州の2つの州のすべての県でございますが、昨年5月にR/Dを追記いたしまして、更に4つの対象州を準重点州といたしております。約1,800万人がカバーされていると承知しております。

タイトルでおわかりいただけますように、「母子健康手帳プログラム」でございます、教育教材や研修モジュールを作成し、国、州、県、保健所のあらゆるレベルで研修を実施いたしております、母子手帳の導入を積極的に図っているところでございます。このプロジェクトは、地域的な展開が着実に行われているということのほかに、カウンターパート自身が、JICAのプロジェクトというよりは自分たちの政策あるいは行政の一環として実施をしているというオーナーシップの意識が

大変高うございまして、日本人の専門家と鋭意活動を行っているところでございます。

P) また本プロジェクトは、JICAにより開始されました後、それが契機となりまして世銀とかADB、あるいはワールド・ビジョン等も別の地域で同様な活動を開始しておりまして、国際機関及びNGO等との連携が非常に進んだプロジェクトでございます。今ご覧いただいておりますスライドは母子手帳の宣伝パンフレットのなかの表紙でございます。「MCHハンドブック」と書いてございます。

P) 次に、感染症分野でのフィリピンの結核対策プロジェクトでございますが、ご承知のとおりフィリピンは世界的にみましても有数の結核高蔓延国でございます。JICAは1992年から97年まで公衆衛生プロジェクトで結核対策の強化を行ってまいりました。この公衆衛生プロジェクトの高い評価を受けまして、本プロジェクト、フィリピン結核対策がスタートいたしまして、現在セブ州のほかりサル州、あるいはブラガン州にも対象が拡大しているところでございます。目標とかあるいは期待される成果はご覧のとおりでございますが、本件は無償資金協力との連携案件でございます。2000年10月に供与限度額4億円強でE/Nが署名されている案件でございます。なお12年度の実績でございますが、無償資金協力との連携案件は6件ございました。

P) フィリピンでは結核対策は他のドナーも多く活動いたしておりますけれども、JICAのプロジェクトが行っている地域は、他の地域に比べまして治癒率が非常に高いということで、フィリピン保健省や他のドナーから注目を集めております。(写真は)ラボの精度管理の養成でございます。

P) 次に寄生虫対策でございますが、1998年、平成10年のバーミンガム・サミットで当時の橋本総理が提唱されました国際寄生虫対策、いわゆる橋本イニシアティブの構想の具体化の方策といたしまして、今ご覧いただいておりますようにタイのマヒドン大学、ケニアのKEMRI、ガーナの野口記念医学研究所の3拠点を中心に、広域協力を進めております。広域協力の中身としましては、調査研究、情報交換、人材育成の3つから成っておりますが、それぞれの拠点におきまして、プロジェクト方式技術協力を実施しているところでございます。

P) そのうちの1つでございますタイでございますが、マヒドン大学のなかの国際寄生虫対策アジアセンターにおきまして、今ご覧いただいているような活動を行っております。特に、平成13年9月からはヴェトナムとかカンボディア、ラオス、あるいはミャンマー等の周辺諸国から研修員を招きまして第三国研修を実施しております。また同じく橋本イニシアティブの構想の拠点の1つでございますガーナの野口記念医学研究所に、本プロジェクトの専門家が講師として派遣される等、拠点のネットワーク化が着々と進んでいるところでございます。

P) 次にポリオ対策への取り組みをご紹介します。ポリオにつきましては、2000年の10月に京都で西太平洋地域における野生ポリオ・ウイルスの伝播が終息したということの宣言がございましたけれども、依然として西アジアやあるいはアフリカなどでは大きな脅威となっております。バングラデシュでは、ポリオの協力はプロジェクト方式技術協力ではございまして、無償資金協力

と青年海外協力隊の派遣を組み合わせた協力で実施をいたしております。スライドにございますように、左側でございますが、無償資金協力では予防接種に必要なポリオの生ワクチンの供与、また右側の方でございますが、青年海外協力隊では隊員による予防接種活動の支援、あるいはコミュニティー・レベルでのサーベイランスに関する協力活動を中心に展開を行っております。

P) スライドにございますが、向かって左側でございますけれども、この円グラフでございますが、バングラデシュのポリオ根絶支援における各援助機関ごとの貢献でございますが、我が国は48%ということでの貢献、約半分の貢献を金銭的に行っているわけでございます。

また右側の表でございますが、活動の成果といたしまして、バングラデシュのポリオ患者は2000年の時点においては、ちょっと見にくいのですが1名になりまして、2001年には現在のところゼロでございます、根絶まであと一息という状況になっております。

先ほどフィリピンの結核対策をご紹介申し上げましたけれども、パキスタンの結核対策について一言言及申し上げます。冒頭川上総裁からも説明ございましたように、アフガニスタン及びパキスタン等の周辺諸国への支援というのは、平和構築あるいは復興支援の点からも大変大きな期待がございます。この本件、パキスタンの結核対策でございますが、昨年9月の米国における同時多発テロ及びアフガニスタンにおける戦闘以降、調査団の派遣は9月以来延期となっておりますけれども、奇しくも今日2月8日から結核対策のための短期調査が実施されております。パキスタンと申しますのは、結核の患者推定数が約300万人と言われておりまして、世界でも5指に入る結核大国と言われておりますが、それに加えてアフガニスタン難民の流入によりまして、国境に近い北西辺境州の結核患者が増大しているということもあり、結核対策に対するニーズには極めて高いものがございます。今ご覧いただいておりますような期間、目的をもって、今日から22日まで短期調査を実施する予定にいたしております。

P) 次に、人口・リプロダクティブ・ヘルスの取り組みをジョルダンの例でご紹介申し上げます。ジョルダンの家族計画WIDプロジェクトは97年7月に開始されまして、第Iフェーズは2000年6月に終了し、現在継続いたしまして、ご覧いただいておりますように、2000年7月から第IIフェーズが始まっております。プロジェクトの目的は、ジョルダンの高い人口増加率を抑制するために、WIDの視点を取り入れた家族計画プログラムの促進ということにございます。女性の社会参加に重点を起きました第IIフェーズを象徴する活動といたしまして、具体的には山羊とかあるいは産卵養鶏の買いつけを行い飼育をするという、いわゆる収入創出プログラムを企画運営しているところでございます。今日の時点で、運営指導調査チームをジョルダンに派遣中でございます。

P) 今ご覧いただいているスライドでございますが、いずれの写真も昨年8月に対象地域でありますカラク県保健局におきまして開催されました地域開発推進員のフォローアップ研修のセミナーの様子でございます。向かって左の写真が、25名の本セミナーの受講者でございます。また右の写真は、保健省の医師が地域開発推進員に対しまして、対象女性の健康管理、あるいは家族計画につ

いての諸問題を相手の立場に立って聞き出す訓練をしているところがございます、これによって言語、非言語のコミュニケーション手段におきまして、健康相談に役立てることを図るものでございます。

P) 次に、ザンビアのエイズ及び結核対策の紹介でございますが、期待される成果とかあるいは目標等はこれらのおりでございます。アフリカ地域では、WHOが15か国16箇所におきまして、ウイルス検査室ネットワーク構築に取り組んでおりますけれども、ケニア、タンザニア、エチオピア、ガーナとともに、ザンビアの本プロジェクトが選定されております。まだ始まったばかりのプロジェクトでございます、2006年3月までの5年間を予定いたしております。

P) 今ご覧いただいておりますスライドでございますが、向かって左の写真は全国に展開いたしております母子感染症予防プログラムの検査部門における技師や看護婦への研修風景でございます。また向かって右側の写真は、若杉専門家の活動状況でございますが、HIVに感染しました母親から生まれる子供が感染しないために、定期検査の意義について母親に説明しているものでございまして、同国の北部のある村での巡回指導の様子でございます。

P) 次に医学・看護教育の分野では、例えばエルサルヴァドルの看護教育プロジェクトがございます。ちょうど今ご覧いただいているのがそうでございますけれども、このプロジェクトは質の高い看護人材の養成のために6つの看護婦養成機関をプロジェクト対象校と定めまして、厚生省とともにカリキュラム策定、教科書・教材の作成等を実施しております。これらのプロジェクトにより導入されましたカリキュラムや教材等は、同国厚生省からも高く評価されてございまして、エルサルヴァドルにおける看護教育の標準にしようという動きも見られるようになってきております。目標、成果等はご覧いただいているとおりでございます。

P) これは、教材の開発状況、あるいはワークショップの風景でございますが、看護教育プロジェクトもこれまで実施をしたプロジェクトは概ね成功している協力分野でございますけれども、これと同様のプロジェクトがホンデュラスでございましたけれども、そのホンデュラスのときの先方カウンターパートのコメントは、プロジェクトにおいては単なる技術の移転ではなくて、更に看護における心構えとかあるいは価値観を含めた文化移転もなされたというようなコメントがございますが、このエルサルヴァドルのプロジェクトも非常に成功をしたプロジェクトでございます。本年5月に終了の予定でございます。

P) 次に、現在保健医療分野でJICA国際協力総合研修所で行われております調査・研究について簡単にご紹介させていただきます。「人口と開発」、それから「母子保健改善のための微量栄養素欠乏に関する援助研究」、この2つが現在行われております。「人口と開発」では、平成12年度に実施しました基礎研究の成果を受けまして、人口問題の論点を整理し、援助実施上の課題を分析、JICA及び我が国の人口分野援助実施に向けての基本方針の提言を準備しているところでございます。また「母子保健改善のための微量栄養素欠乏に関する援助研究」でございますが、途上国における微量

栄養素欠乏による健康障害の実態を把握するとともに、WHO、UNICEFなど他のドナーの援助動向を調査し、問題発生メカニズムの総合分析と今後の援助実施にあたっての具体的方策の提言を行う予定でございます。この2月にも最終報告が出る予定でございます。お手元にそれぞれ2枚紙で簡単にご紹介いたしてございますので、後でまたご覧いただければと思います。

P) 最後のスライドでございますが、保健医療分野の課題を3点にまとめました。1点目は援助資源の有効活用。2点目は専門家の養成確保。3点目は教育分野や社会分野と合わせたプロジェクトの形成でございます。

援助資源の有効活用でございますが、ODA予算が厳しく、また予算人員の伸びが期待できない状況でございますので、限られたリソースを活用しながら効果的に事業の運営を図っていきたくと考えております。民間人材活用制度の導入も有力な一方策だと思慮いたしております。

それから専門家の養成確保でございますが、JICAとしての協力の基本でございます技術協力を通じた人材養成及びインスティテューション・ビルディングを推進するために、専門家の養成確保を引き続き前向きに努力していきたくと考えております。

最後の教育分野、社会分野と合わせましたプロジェクトの形成でございますが、保健医療分野は正に社会、文化、教育、経済、その他のあらゆるセクターとの密接な関連を有しておりますので、事業を効果的に実施するために、今後とも学校教育のプロジェクトやあるいは社会開発プロジェクト等々との連携を図っていきたくと考えております。

以上、時間の都合でかなり省略させていただきましたけれども、簡単ではございますが保健医療分野の事業概要と今後の取り組みにつきご説明させていただきました。どうもありがとうございました。

4. 質疑応答

仲村委員長 以上でご説明は終わりのようですが、ただいまのご説明に関しますご質問、資料に関してのご質問ございますか。

藤崎部長 委員長、中村安秀委員が見えましたので、ちょっとご紹介させていただいてよろしいでしょうか。

ただいま遅れて参られましたが、大阪大学大学院人間科学研究科教授の中村委員がご登場になりました。

仲村委員長 大分盛りだくさんのご説明だったのですが、質問を含めて、ご意見を含めても結構ですが。どうぞ、矢崎先生。

矢崎委員 政府の補助金が全体的に大幅に削減されております。ODA、JICAの事業ともに、やはり大幅に削減されています。実際に私どもJICAと協力して二国間プロジェクトを中心にやってお

りますけれども、この影響というのは具体的にどういうふうに、例えばどこかのプロジェクトを削って単価はプロジェクトの費用は下げないのか、あるいは今までせっかく続けていたので少し減額でやるのか。何かそういう方針ございますでしょうか。

仲村委員長 どうぞ、総裁。

川上総裁 ODA全体が、先ほど申しましたように10%強減らされるなかで、JICAの技術協力につきましては少なくとも政府原案のなかでは5%ということで、幾らか少なくなっているわけですが、数字的に5%減りますと、どうしても例えばJICAの柱になる事業であります研修員の受入れだとか専門家の派遣だとかというような事業、あるいは開発調査、更にはプロジェクト方式技術協力、まず端的に申し上げて、それぞれ絶対数は減ります。

正確な数字は今ちょっと持っておりませんが、研修員の受入れにつきましては、当初の我々が出した要求ベースですと実はもっと減ることになっていたのですが、かなり最後の段階で盛り返してはおります。それでも数百名、たしか四百数十名だったと思いますけれども、受け入れる研修員は減るということで、これはざっと5%ぐらいのこれも減になるのでしょうか。

それから専門家の派遣も同様でございます、絶対数が減る。

開発調査の件数、先ほどの7ページの予算書の中にございますが、主な項目は実はみんなこれに出てくるのですけれども、今私が申しました絶対数は出てまいりませんが、例えば開発調査事業費というものは実に14.6%減になっているということで、開発調査は250~260件以上やっておりますけれども、それが何件か当然減ってくるというようなことになって出てくるわけでございます。

ただし、冒頭にご説明申し上げましたけれども、我々としてはODAの全体の削減というものはあるとしても、その中の事業の効率化、効果的な実施ということで、使い勝手のいい形にできるだけ予算費目を統合するといった努力も行っておりますし、その過程においてめりはりをきかせるということをやっております、例えば援助の推進のためにはJICAの援助も当然ですけれども、国民の理解と支援というものが絶対条件になるわけです。そういうコンテキストで考えれば従来から非常に受けのいい、端的な言い方をすれば受けのいい例えば青年海外協力隊事業なんていうのは、これでご覧になっていただいてもおわかりのように、予算的にはプラスになるということでございます。例えばその青年協力隊事業のなかに、青年ではないのですが入っているのですが、シニア・ボランティアも非常に最近ニーズが増えてきている。こういうものに対しては、例えばシニアな方々が海外で働きやすくするために、携行機材をもっと持っていただくといったような予算は増やすといったような形で出てまいりますけれども、めりはりをできるだけきかして工夫を凝らすということでやっております。

しかしそういうことをやっても、冒頭言いましたように例えば10%減と言われますと、管理費の部分はございますので、実際問題としては10%以上の減に絶対的にはなってしまうということで、5%ですとその半分にはなるわけですけれども、そういう面での我々の企業努力といったようなこ

とは当然不可避になってまいりますし、そういう流れで我々としても努力している所存でございます。

仲村委員長 ありがとうございます。ほかにございますか。

森委員 2点お尋ねしたいと思います。1つは先ほどのスライドのプレゼンテーションの最後の方でありましたけれども、人材の確保という問題ですが。一昨年私どもの関係しているプロジェクトというあれではないのですが、専門家を派遣しようと思ったところ、国立の機関を定年でやめられた方を訓練して送り出すという段になって、60歳以上は相ならんということがありました。それは前からそういう見解としては聞いてはいたわけですが、実際にはそういう方も出ておられるということでしたから、まあいいのかなと安直に思っていたわけですが。ばかに厳しくなったということなのですが、今60歳というのはそれほどの年寄りでもないし、リソースとしては貴重な存在のことがしばしばあるかと思えます。やはりその方針でこれからもいかれるのか、場合によっては考え直していただく余地があるのかということが1つ。

もう1つはセキュリティの問題がございまして。やはり私どもの関係しているプロジェクト、実際に昨年の場合イエメンでしたが、プロジェクトの中断を余儀なくされる。治安の問題でそういうことがありました。しかし、私実際にそこにいたわけではないからわかりませんが、いろいろ聞いてみますと随分安全の実感、あるいは他の外国のプロジェクトで同じようなことをやっている人たちの対応などから見ると、JICAの対応は少し神経質に過ぎていたのではないかとことを聞きます。それで、そのケースについてどうということではありませんが、場合によっては何かあるとすぐ逃げ出すという言葉は悪いですが、避難するというのも1つの考え方かも知れませんが、それよりもセキュリティに対する対応にお金と工夫をもう少しかけて、一々そういう神経過敏な対応をとらないでも済むような、そういうことはないのだろうかということを私考えておるのですが、その点はいかがかお考えをお聞かせいただければと思います。

仲村委員長 では、最初に60歳問題。これは前にもちょっと出たように。総裁、どうぞ。

川上総裁 専門家につきましては、今、森委員がおっしゃった具体的な例についてはちょっと私も存じませんが、たしか65歳ということになっているはずでございます。これは1つの基準でございますので何歳がいいかというのはご議論があらうかと思えますけれども、一応JICAの基準は65歳ということですね。

2番目のセキュリティの問題は大変重要な問題でございます。私もつい最近までインドネシアの大使をやっておりまして、大きなジャカルタ暴動などがございまして、それに際しまして邦人が9,000人も避難するという事件が4年近く前にあったわけですが、そのときも非常に大きな議論になって、JICAをどの段階でどうするかというようなこともJICAのなかでも議論をされたわけですが、先般はご承知のように9.11事件を契機に、またこのセキュリティの問題というのが非常に重要なポイントになってきたということで、これは今先生がおっしゃいましたようにどこでバランスを

とるのかというのが実に難しい点があるわけでございます。JICAは神経質過ぎるのではないかと
うご意見があるのもよく承知いたしております。他方JICAの職員の例えば大使館員なんかと比べた
場合のステータスの違い、特権免除の関係の違い等々というものもございませぬ。それから民間の人
との比較といったようなことございませぬ。しかし、まず我々としてどうしても準拠する必要がある
のは、我々のいわば親元であります外務省が出す、今までご承知と思ひますが安全度というの
ございませぬ、これがやはり1つの基準にならざるを得ない。それを基準にしてJICAの特殊性を考
えながら個々について判断を下していくということになるわけございませぬ。そのコンテクストで
も先ほどちょっとご指摘がありましたように、JICAがいち早くほかの国と比べて出て行った、無責
任ではないかとか、おかしいのではないかとといったようなご批判が出ないように、できるだけ今後
やっていきたい。今までそういう批判がなかったかということ、あったこともあるのは私も承知して
おりますし、私自身まだ新しいので十分わかりませぬけれども、この前の例えば9.11に係する
我々の安全対策についても、我々の部内でもいろいろな意見があるところございませぬ。しかしな
がら、あまり神経質になり過ぎないようにしつつ、かつミニマムな、JICAは人が現地で、しかも一
定の危険を伴った現地で活動するということを基本としている事業をやっている組織でございませ
ぬので、その辺に十分意を用いながらやっていくということで、ちょっと優等生的な答弁で恐縮で
ございませぬが、そうならざるを得ないのかなと思ひます。しかしご指摘の点は十分今後も考えていき
たいと思ひております。

仲村委員長 森先生、最初の65はいいですか。60という事例があったんでしたっけ。そういうわ
けではない。生長さん。

生長委員 アフガニスタンのことでお伺いしたいと思ひます。JICAは紛争の当時国に直接的な援
助をしないという決まりになっているとお伺いしてあります。今後、アフガニスタンの復興という段
階に来ると出番が増えてくるのではないかとと思ひますけれども、JICAとしてこの紛争から復興へ
というアフガニスタンについての復興、紛争から開発、復興開発についてのプロセスの移行という
のをどのように捉えていらっしゃるかと、医療分野の協力というのはその中でどう位置づけられて
いるかを教えてください。

仲村委員長 どうぞ、総裁お願いします。

川上総裁 大変時宜に適したご質問だと思ひますが、ご承知のように1990年代以降世界に紛争が
頻発している、残念ながらそういう状況になっております。今回のアフガニスタンもその流れとし
て、あのような重大な事件が起きたということございませぬ。このような過去の特に10年ぐら
いに起こったいろいろな事象を通じまして、我々もいわゆる広い意味での平和構築といひますか、
紛争を本当の入口からいけば予防し、かつ紛争が起こった場合にそれをどう和平に導き、その過
程において壊されたものをどう修復して復旧し復興に導いていくか。その一連の流れを平和構築
というプロセスでもって捉えて、その過程において一体何をどうしたらいいのかという研究を
ずっと続けて

きております。

実際問題としましても、例えばアジアではカンボディア、それから東ティモールという事例もすぐ頭に最近の事例として浮かんでまいります。その流れでアフガニスタンというものも、一定の経験に基づいて我々として何をすべきなのかということで準備をしているわけですが、政府は先般アフガニスタンの復興支援の会合を日本が主催して行ったのはご承知のとおりですが、そこで我が国として大きく分けて2つの点をやる。1つは、和平のプロセスに向けたいろいろな支援の流れ、これが1つの大きなクラスター。第2番のクラスターとしましては、アフガニスタンの場合、人材開発というものを抜本的に今後行っていく必要があるというクラスター。2つの大きな項目があるのだらうと思います。

前者の方につきましては、1つは例えば難民の支援、それから地雷対策といったようなこと。第2番目の流れとしましては、人材開発として正に今日我々がご議論いただいております保健医療の面、教育の面、女性だとか地域の開発の問題といったような問題を、特に人材育成の観点も含めて取り上げていく。しかもこれは復旧、復興ですから、迅速性を要するというで、緒方さんが大分「継ぎ目のない援助」ということを言われておりましたが、今ようやく暫定政権の、また、はしりみたいなものがカルザイさんの下にできまして、これが6か月、今年の5月まで続いて、それから本当の暫定政権、ロヤ・ジルガを通じて移行していく。国が本当にできるまではまだ2年半ぐらいかかるといったような状況にあることはご承知のとおりですが、我々としてはこの1年ぐらい先、あるいはもう少し短い期間を頭に置きまして、緊急にJICAとしてやるべきことをやっていく必要があるという基本的な考え方でおります。

先ほど私が申しましたようないろいろな項目というのは、実はすべて我々それに入って行って、何らかの形で役割を果たしていかなければいけない項目であると認識しております。ただし、政府サイドの方も今検討中のごさいます、その1つ1つの項目について、それでは一体どういう方向でやっていくのかという政府側のはっきりした意思決定といえますか、我々に対する指令というのはまだ来ていないというのが現状でございます。しかしながら、それが出てきたあかつきには、実際に履行する、実施する機関としてのJICAの行動の迅速性、効果的、効率的な実施というものが非常に強く要請されているというのが現状でございます。そういう流れにおいて、政府も大使館をもうすぐ実際に設置するということになるし、我々としてもその中にJICAの職員を送るといったようなことも現在考えているところでございます。

仲村委員長 では続けて隅田理事。

隅田理事 保健医療関係の協力の方向性でございますが、今総裁が申しあげましたように、具体的にはどういうものをいつどういう形で実施するかについては、まだ決まっておりません。ただ1月22日のコ・チェアーズ・サマリーのなかにAIA、暫定政権側から幾つかの緊急の課題というなかに、ヘルス・アンド・サニテーションというのがございましたので、当然その分野での協力が必要

だということは認識いたしております。今、中で内々ロングリスト的にメニューを考えておりますが、医療従事者が非常に不足をしている。WHOの1月の発表では、この統計自体がいかがかと思えますけれども、1万7,600人の医療従事者がおられまして、お医者さんが3,906人だということです。カブールでは1,700人に1人、郡部では45万人に1人と書いてございましたが、この統計自体が正確かどうかわかりませんので紹介だけにとどめますが、いずれにいたしましてもその他パラメディカルの方を含めました医療従事者が絶対的に不足をしておりますので、これの養成が急務ではなからうかと1つは思います。

2つ目には、医薬品とか医療機材が絶対的に不足をしているという情報に接しておりまして、WHOあるいはNGOが継続して活動されておられますので、そちらの方の情報も得ながら、もし仮に何か行っていく場合には、医薬品、医療機材のところをどうするのかというのが2つ目にあるかと思えます。

それからヘルス・セクターシステム全体が機能していないという話もお聞きしておりますので、例えば人材として我が方の専門家をしかるべく行政的なところも含めて派遣するのが妥当なのか、できるのかというところも、これから検討していかざるを得ないと思っています。

個別の分野といたしましては、WHOの報告では幾つかの感染症が重大な局面だとなっております。特に結核でございますけれども、これも統計はあやふやですが、1月のWHOの発表では毎年7万2,000件以上の発症があつて1万5,000人の方が亡くなっている。特に若い人が多くて、かつ、亡くなっている方の70%が女性であるという数字もございます。いかにもこの数値は2,200万の国民の規模からしますと大きな数字でございますので、結核対策なども我々は非常に関心を持っている1つの分野でございます。

ちなみに、1974年から78年の5年間、JICAはかつて結核センターで結核対策を5年間、それからあと2年間マラリア対策を実施したことがございますので、結核の分野であるとかあるいははしかであるとか、感染症ではありませんがディスエイブルドの人の割合が4%以上となっておりますので、そういう分野の協力なども視野に入れる必要があるのかなということで、今、中でいろいろな議論をして、そういうようなステージになれば対応できるように取り組んでいるところでございます。

ちなみに2月4日から14日の間、ちょうど今外務省とJICAの合同といいますが、外務省とお供をする形でJICAも安全確認のミッションをカブールに出しておりまして、確か昨日か今日カブール入りをして実情を視察するという段階になっております。

川上総裁 先ほどの2つの大きな項目で1つすぐ出てこなかったのは、実は放送施設に対する協力。和平プロセスに現在の放送施設が全くないかほとんど動いてないか非常に古いということで、これは実は70年代に日本が援助していた経緯もあって、そのフォローアップという意味合いもあって、これに対して何か協力できないか。これもこの前のアフガン復興支援会議で出ていて、特

に緒方議長が現地をご覧になって述べておられた点でございます。したがって、第1項目の3つ目としてはそれもある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。ほかにいかがですか。吉倉先生。

吉倉委員 私、この会議初めてなので、ひょっとしたらあまり問題ないのかもしれないのですが、私10年くらいポリオ関係をずっとやっているのですが、質問は、JICAでプロジェクトを立ち上げるとき、基本的に現地要請主義ですね。なかなか保健医療分野で向こうがあげてこない。担当の向こうのパートナーの省と、非常に重要だと思ってもあがってこない。この辺の問題、私自身の関係するところはだいぶ良くなったように思うのですが、その辺、金がなくなってきた現状になってくると、またこれは少し考えていただかなければいけないのではないかと思います。よろしく願います。

仲村委員長 吉倉先生、初めてでしたっけ。ご紹介しないですいません。いつも会っているから(笑)。それでは、何かコメント、隅田理事ありますか。

隅田理事 医療分野の要請が他の分野に比べて少ないというのは確かでございます。それぞれの国にも、大体5か年計画とか何とか計画というのがありまして、そのアクションプランで、その基本計画の中にも保健医療というのは非常に重要な分野として位置づけられているにもかかわらず、実際の要請の段階では必ずしも多くないというのはあるかと思えます。

ただ一方、今要請主義というお話がございましたが、単に座して要請を待つだけではございまして、JICAの場合には今56だったか、60近くの国に国別の事業の実施計画、援助実施計画を持っておりまして、その中で日本と先方の国々で同意したのもございますし、あるいは日本側からのオファーという形で重点分野として様々な提案をしているものがございます。保健医療分野というのは慨しまして非常に重要な分野でございまして、理解をされていると思います。ただ、今、議論のなかではそういう伝達の仕方をしておりますが、例えば英語版あるいは現地語版でJICAの国別事業実施計画をまだ作成しておりませんので、今後それが作成の段階になれば、更に日本側の意図ははっきりとしたいと思います。いずれにしても、要請とはいいまして積極的に我が方から、いろいろなステージ、いろいろなレベルで意見交換をいたしておりますので、そういう意味においては、これからもいい保健医療案件の発掘、形成に努力をしていきたいと思っております。

仲村委員長 いい意味の口ききをしないといけないのでしょうね。今いろいろ問題があるから変なこと言えないけれども、やはりコンサルテーション業務というか、あるいは誘導といっても言葉はまたいろいろ難しいのですけれども、出させる方向に働きかけるとか、そういうやり方なのかね。ただ、大きな工事と違ってなかなか大変は大変ではないかと思えますが。小林さん、どうぞ。

小林委員 せっかく総裁がお見えになっていきますので、お願いになるのだと思いますけれども。実は先ほど隅田理事が最後のところで、今後の課題というのを掲げられて、教育問題というのを

おっしゃいました。総裁もおっしゃいました。私の期待は、こういう公衆衛生レベルの低いところでは、本当は個人個人に対する教育も大事なのだけれども、また医療も大事なのだけれども、もっと大事なのは、それらの国の国民が自分で健康に生きるという力、知恵をもってもらうことが一番大きいと思うのです。もちろん水がきれいではなくてはならないとか、し尿の処理がうまくなければいけないというのは当然ですけれども、もう1つ大事なのは、国民が皆さん健康に生きるということが大事。それが公衆衛生の進歩になるし、国民が豊かになっていく大きな要素だと思うのです。そういう意味でいくと、教育内容に入っていけるのかどうか。それらの国は独立国ですから、入っていけるかどうかというのは私もよくわからないのだけれども、それでも政治問題に入っていくわけではなく、健康に生きるための知識をもっと流してもらおう。

それから今総裁がおっしゃったように、放送の方も援助するというのだから、やはり放送内容にも行く。例えば今日本では、民放でもNHKでも健康に生きるための食品の話だとか調理法などいろいろなものをやっていますけれども、ああいうふう健康に生きるための術というのを学校教育なり放送なりで流せるようにならないのか。これは直接医療協力には、この我々がやっている事業とは関係ないかもしれないけれども、やはり基本はそこをきちっとしていただくことが、実は彼らが自分の足で自分の国を立派にしていこうというニーズにつながっていくのではないか。そういう意味では、教育に介入するというのは、できるかどうか私わかりませんが、もし健康に生きるということのための介入ができれば、私はこれはすごく成果が大きいことになるのではないかと考えていますので、お答えは特にいただかなくても結構でございますけれども、公衆衛生関係者としてはそう思っているということを発言させていただきました。

仲村委員長 もし何かありましたら。

川上総裁 大変貴重なご意見を伺いました。教育分野での援助につきましては、どちらかというところと今までハード面、学校をつくる、機材を供与するといったような援助が多かったということ。もちろん途上国側のニーズがそういうところにあったということもいえるのですけれども、それだけではいけないだろうということで、我々としてもソフト面での例えば成人教育、女性の教育といったことをもっともっとやっていく必要があるという意識が非常にございまして、これは実は政府部内でも今検討していることでございます。特にそれを例えばアフガンみたいな例にあてはめれば、やはり女性の問題、それから本当にベーシックな教育の内容の問題、そういったことが重要になってくると思います。そのコンテキストで、今先生がおっしゃったようなことが生かし得るのではないだろうかと思います。例えば学校教育のなかで、保健の面で今おっしゃった健康に生きるということが基本であるということ。これはソフト作りなどの援助というのをこれから、今までも理数科教育などでかなりやっているのですけれども、それをもっともっと広めていく。それからおっしゃった放送施設なども使って、国民にも広げるような　すぐはできないでしょうけれども、だんだんそっちの方にもっていくといったことは当然可能ではないかと思えます。貴重な意見をどう

もありがとうございました。

小林委員 あと1つ、つけ加えさせていただけると、性教育をきちんとやらないとエイズがとめられない。エイズはもう、私たち今ケニアでもやっていますけれども、教育を受けてきた人たちがさあ現地で働こうと思ってエイズで倒れて死んでいってしまうのです。だからものすごく我々としても努力してやってきても、非常に無力感を感じてしまう。もう1つは、海外に出ていってしまうというのもあるのです。せっかく技術を身につけたのだから、これで稼ぎに行こうと行って、みんなヨーロッパとかアメリカに行ってしまうというのもあるのだけれども、やはりエイズで亡くすというのはものすごくつらいので、あれは性教育なので、ただ発展途上国は小学年齢しか教育できないかもしれない。そうすると、その上をどうするかという教育、ちょうど思春期のところの教育をどうするかという問題があるかもしれません。そこまでも是非ともご理解を賜りたいと思います。

隅田理事 正に意義あるご意見いただきまして、ありがとうございます。我々も既定の概念としましては、先ほど申し上げましたように1978年のWHOのアルマータ宣言以来、正にPHC、その戦略に乗りまして公衆衛生あるいは地域保健のプロジェクトを展開しております。ですから既定概念としては、正にPHCのなかの8つの概念のなかの1つに保健教育というのがございますが、その辺のところもしっかりとコンセプトに入れているつもりでございます。また実際にプロジェクトを立ち上げておりますときには、先ほどちらっとご説明も申し上げましたように、保健医療の分野、それだけでは独立して実施はできませんので、必ず他のセクターとの密接な関連のもとで実施を行うということにおきまして、いろいろな工夫をしておりますし、またサブプロジェクトという形で、識字教育や性教育であるとか取り組んでもおりますし、これからも是非そういう小林先生のご意見を踏まえながらやらせて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。中村先生。

中村(安)委員 大阪大学の中村ですが、今の小林先生に関係して1つ2つ質問させていただきたいのですが、今日遅れて申し訳ありませんでした。今日ちょうど我々の所の大学院の入試でして、我々の所は正に今お話のあった保健と教育を両方一緒にして1つのゼミのなかで国際協力論という名前のなかでやっています。この4月からドクター、マスター合わせて20人抱えることになりました。どうしたらいいのだろうと思っていたところに今日いいお話を聞いて、これは学生たちの未来も明るいかなとちょっと喜んでいるところですが。

是非今隅田理事からも話があったように、「他分野とのプロジェクトの形成」と一番最後に出していらっしゃったのは、僕はものすごくいいと思うし、ものすごくこれから大事だと思うのです。ただ、そのとき特に日本のなかでは気をつけなければいけないのは、いろいろなところがインテグレーションしたと行って、結局教育の専門家と全然普段会ったこともない医療の専門家、2人連れていけばインテグレーションじゃないかというのは、インテグレーションではなくて単に数合わせといえますか、分野合わせにしかすぎない。それでは多分、実際に本当にその土地に住む人々に

役に立つような統合した話にはならないと思うので、プロジェクトの形成のときから、あるいはその前の勉強会から一緒にやっていく。今人口とかいろいろな勉強会が国総研の方でもやられていると思いますが、そういうレベルから統合していく、お互い意見交換していくことが大事ではないか。それは私自身も、今大学のなかで教育の人たちとディスカッションしていると、私の知らないことを本当に学生が教えてくれます。そういうことを実はこういうJICAレベルでもやはりやっていく必要があるのではないかと考えています。是非お願いします。

もう1つ、質問ですが。総論ではNGOとの……今、NGOとの連携というとなかなか難しいところがあるのですが。少しあの画面でも出ていたと思いますが、実際特に保健医療といいますと、片方ではプロフェッショナルな世界であって、かなりプロフェッショナルな技術を持っていないとできない世界である。そして向こうの医者も、かなりプロフェッショナルな人たちがいるレベルであって、そこで実はNGOとODAがどう連携するかというのは、総論の連携とは別に保健医療のなかでNGOと効果的な連携をするにはどうすればいいかという戦略を、そろそろ分野ごとに立てておかなければいけない。そういう意味ではかなり難しい分野で、従来のようにお医者さんが薬だけ持って駆けつけなければならないという話では多分なくて、今ちょうど総裁がおっしゃったような、アフガンで切れ目のない援助をしていくには、ODAとNGOのプロフェッショナルな連携というのが絶対に必要だ。そのためには、他の分野で言う総論ではない、保健医療にスペシフィックなNGO連携のキーワードは何かというのを追求する必要があると思うのですが、そのあたり何かご意見があったら教えていただければと思います。

隅田理事 正に先生のおっしゃるとおりでございますが、我々に医療を近づけるのではなくて、医療が近づいていくという方がいいと思うのですが、今のJICAの医療協力の規定は、昔のようにメディカル・ケアではなくて、ヘルス・ケアといいますか、住民あるいはそのコミュニティーに医療を近づけていくという、プライマリー・ヘルスケアの思想にのっとった形の展開を行っています。我々と現地住民との間をだれがどうするのかというのが非常に難しい問題でございますが、1つの我々の知恵といたしましては、コミュニティーに根差したNGO、あるいはコミュニティーに住んでいるようなヘルス・ワーカー的なNGO的な方を我々と共同のパートナーとして使って、彼らがそういうコミュニティーのなかで活動をしていただけるということかなと考えています。

我々が出かけていってもなかなかこれは難しゅうございますし、それが日本NGOかあるいは現地のNGOかは別にしましても、なるべくならコミュニティー・レベルでそこに住んでいるヘルス・ワーカー、NGO的なNPO的な人が、多分その間のジョイント役になれるのではないかと考えておりますし、そういう方向で進めているプロジェクトも幾つかございます。答えになっているかどうかわかりませんが。

島田委員 私ども民間といったらあれですけども、大学でありますので、そういった面からのお話ということになります。ただいまお話を伺っておって感じたわけですが、日本の国の経済力

が失速して右肩上がりから、よく言われる右肩下がりになってきた。こういう状態のなかで、従来どおりのやり方をやっておいていいのか。うちの大学でも同じような問題が起こるわけですが、その時に取る対策というのは、正にJICAが今1つ言われておる、伸ばすところは伸ばすけれども引くところは引いていくという、そういうやり方がありますが、だけども基本的には、右肩上がりの状態の援助のやり方と下がっていく場合のやり方というのは、また視点を変えれば、援助の仕方が基本になると思うのですけれども、その国に合った、国力に合った援助の仕方。だからあまりかけ離れた援助の仕方というのも長続きしないしというところで、こういったことは現場で皆さん苦労されておられると思うのですけれども、例えて言えばこの前H2ロケットを上げました。1つは成功して1つは失敗したのですけれども、失敗した方は本体からの切り離しに失敗したということであり、したがって日本から言えば、援助が絶たれたときに同じように運命共同体みたいに失敗してしまうという援助の仕方であれば元も子もなくなるわけで、本体が失速しても向こうに援助したその組織がずっと生き続ける、独立していけるというようなやり方、それは現場現場の国の事情に合ったやり方をやっていかないと、あのDASHという衛星と同じような運命をたどるのではないかと。こういったことは、多分JICAも非常に過去のデータをたくさん持っておられると思いますので、援助した後の事後評価をきっちりしていただいて、どういう援助の仕方が最もそれぞれに効果的なのか。非常に漠然とした言い方なのですが、そういったことが大事ではなからうかということでもあります。

こういったやり方というのは、いろいろな組織についてでもみんな言えることでありまして、現在、来年度予算について言われている方法を見ておっても、景気のいい話は1つもなくて、従来の価値観でいけば非常に元気の出ないような話なのですけれども、これはしかし切り方を変えればまた別の方法があるのではなからうかというところを、またJICAとしても知恵を絞っていただいてやられればというような、アウトサイドからのちょっと無責任な意見になりますけれども、そういったことを感じました。

高島理事 今評価に関連するお話をいただきました。実は私どもも、評価につきましては最近特に力を入れておるところでございます。まず申し上げますと、JICAが行っております事業のなかで必ずしも評価の手法が確立していないような事業もあるのでございます。例えば外国からいろいろな国から、1つのコースに研修員を呼びまして、そういう人たちが日本で研修を受けて帰る。これをどう評価するのかというのは大変難しいのでございます。そういう点はこれからも評価の方法を学会の先生方とも相談しながら作り上げていく必要があるのでございますけれども、それ以外の例えはプロジェクトになっておるような点につきましては、まず最初にプロジェクトを始める前に事前評価と申しますか、何を目的にして何を達成しようとしているか。更にこれは援助ですから永遠に続けるわけではございませんので、一定期間の援助が終わった際に、そのプロジェクト自身が自らきちり相手国に定着して、向こう側で独自に動いていくのかどうかという点を重視した事前評

価を行うというのが、第1点でございます。

第2点は、プロジェクトが終わりました際にきっちり評価をいたしまして、かつそれは評価するだけではなくて、全部その評価した結果を公表しております。それもかなり分厚い本になるのでございますけれども、それを出すだけではなくてインターネットに載せまして、更に経験を交流するという意味でそれを英語にいたしまして全世界に流しているということもやっております。

實際上JICAの事業として、これらの評価は相当手間暇とお金のかかる話なのでございますけれども、結局はそうすることが我々の将来のフィードバックとしてなって事業を良くしていくという意味では、正にご指摘のように我々これからも一層評価に力を入れていこうと考えているところでございます。こういう評価に際しまして、我々内部だけで手前味噌の評価になってはいけませんので、外部の有識者、特に大学の関係の先生方をお願いするケースというのは非常に多いのですけれども、これからもそういう形で進めていきたいと思っておりますので、是非そういう面でもご支援をお願いし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。総裁に追加がございます。

川上総裁 島田先生からご指摘いただいた点、今の説明がありました評価の点を別にしまして、援助の非常に基本的なところを突いておられると思うのです。ロケットの本体から切り離されたらポシャってしまうということではだめというのも、正にそういうことでございます。ただし日本の援助の基本的な哲学というのは、あくまで自らが努力していただいて、その継続的な努力を我々が外から支援するということで、我々が主体になって事業をやりプログラムを組むということでは決していない。しかもそういうプロセスというのは、つまり自助努力のプロセス、自助努力支援のプロセスというのはずっと続くべきであるという継続性の点も常に主張しているところでございます。

特に援助はいろんな形態の援助がございます。資金援助とか技術協力とかいろいろあるわけですが、我々が中心になってやっております技術協力というのは、その点はかなり明確なのだろうと思えます。長年にわたって人が人に対してつきっきりでという言葉は悪いですが、助力していくという性格があります。そういう意味において、最近巷間で言われております日本の顔が見える援助というのは、そうあるべきだという議論が大変あるわけですが、それにも合致しているのではないかと考えているわけで。これは若干手前味噌になりますが、ポイントは、日本の援助というのは正に日本がいなくなったときに例えばプロジェクト方式の技術協力というのを5年やりますと、その5年終わって我々は引き揚げるということになって、それが元の木阿弥になってプロジェクト自体が雲散霧消してしまうということでは困るという視点を強く持ちながら、相手の自助努力を支援する。そういう基本でやっているつもりでございますし、その点は今後とも明確にしていきたいと思います。

それから、右肩下がりということを言われましたが、経済協力、技術協力はやはり経済状況が必ずしも良くななくても、我々の国際貢献の一環として今後も伸ばしていく必要があるということで、

我々としては予算を是非、今年はこういうことになっておりますが、来年以降は増やしていただきたいということで、そのための国民各位のご支援とご理解を得たいという気持ちでおるわけで、その援助については決して右肩下がりにならないように、我々としては努力してい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。それでは、中村委員。

中村(隆)委員 リハビリテーションセンターの中村ですが、少し視点の違う話でご意見を聞きたいのですが。今までのお話、感染症その他ですと、どうしてもマクロの数字でスパスパッと、ある意味で言うとショート・タームに見えることを相手にされている。ところが、実はリハビリテーションの領域ですと、一般的に言いますと、アウトカムはILO側に入るようなことがいっぱい入ってくる。必ずしも医療ということである線を引くのではない、労働問題、就労問題としての。ですから、一番最後のところには、実はその国のGNPがどれだけ上がりましたかとかいう形の議論がインターナショナルに出てくるという世界が1つあるのだというのが1つの問題。

それから実は私どものところで、外国政府の方が見えたりいろいろ視察に来たときに一番出てくるのは、デベロップング・カントリーですと、義足の値段が幾らだ、これはどうしたら手に入るかというような、非常にリアルな話がいっぱい出てくる。そうすると、実はその種のもは、例えば薬だと供与するけれども、これは現地に行ったときには個人別のサービスになってしまうのです。義足を作るというのは、うちでも長年そういう海外の方の研修会をやっておりますけれども、そういう方が国へ帰っても、その給付の制度というのがその国にない限り、これは金持ちにしか手に入らないという、非常に限定された形になっている。そういう国の政策とか制度論というのを無視してやってもできない。そうした場合、例外的に個人サービスの使う機材の導入ということが可能かどうかという議論は、どこまで将来的に詰まるのか。先ほど委員長が多少いろいろとあった意見を掘り起こせという議論もあるとは思いますが、我々はむしろ黙ってないと危ないなという形の機会が非常に多くなってしまいうというのがこの領域だと思います。

現実にある国を今支援してありまして、そこでは小児の問題をやって、現実に次に出てくるのは老人問題をどうしてくれるかという形がちらちら出てきたときに、一体どこまで口に出して議論をしていいのかということすら抑制がかかるわけです。そういうあたりで、リハビリテーションの支援という言葉だったらそれは全部カバーしてしまうのにかかわらず、その枠の引き方というのは非常に議論の仕方の中で危ないのだという、実際にやっている現場としてはそういうことを感じておりますので、何かご意見がありましたら教えていただきたい。

仲村委員長 非常に難しい質問ですけれども。

隅田理事 プロジェクト・デザインのときにかかわり合ってくる問題でございますけれども、いいプロジェクトを行おうとする場合には幾つかの要因がありまして、セクターを展望する、世界全体の大きな潮流を展望する、あるいはその国の実情に合ったスケールで投入していくなど、いろいろ

るな問題がありますけれども、結局JICAの方でプロジェクトという形で取り上げる場合でも、一国全体の制度に立ち入るような形での立ち上げはかなり難しいのではないかと思います。そのなかで日本側が得意とする分野、得意なところで立ち上げて実施をしていくということになります。ですから、今のような給付制度の話とか、あるいはましてや個々の義手、義足の供給のところというのは、さすがにJICAのプロジェクトの部分ではカバーできないのではないかと思います。今度タイの方にアジア大洋州の障害者センターができますけれども、そこでもアジア大洋州の各国の制度づくりであるとか、あるいはどう対応していくかという情報交換、意見交換を含めてプロジェクト化をしてやっていこうということにはなっていますが、今までJICAのプロジェクトのなかでも実際に義手、義足を作るとか、あるいは理学療法的な形で機能回復を行うという形に特化をしまして、一国のそういう制度とか、あるいは全体のあり方をにらんだような形のものさほどないのではないかと思いますし、これからも相当大規模で様々なファクターを取り入れない限りは、ちょっと困難ではないかと思ったりもいたしております。

中村(隆)委員 ですから申し上げたいことは、おっしゃることはよくわかりますし、その枠があるから我々も黙っているという実態です。しかし向こうのカウンターパートで出てくる方は、そんな枠のことは意識されてないのが多いのです。そのときに、いや、ここまでですよということを強く言うことはかなり気を悪くするみたいですね。ですから、現実にはそういうところはわかっていて、なおかつそうやってしまっているのですかというところの問題だと思います。

仲村委員長 例えば、さっきちょっと出ましたけれども、地雷でも、地雷をほじくり出すだけではなくて、地雷で足が飛んでしまった人をどうしてあげるのだというのと同じような話があると思いますよね。

矢崎委員 こういう状況で、川上総裁から非常に力強いお言葉をいただいて、これからグローバルな視点から我が国の果たす役割として、やはりJICAの事業の位置づけというのは極めて重要な部分ですので、今後とも予算の獲得に頑張っていただきたいと思います。

国際医療協力の場合に一番重要なポイントは、いかにいい人材を確保して、そして国際医療協力に投入するかということにかかるわけですが、人材育成の課題で病院で研修医とかレジデントの採用試験が極めて人気が高くて、その中の希望の1つに、国際医療協力に関与したいという明確な意思を述べている研修医の志望、レジデントの志望の若い人たちが結構たくさんいます。そういう方を実際の事業にどう組み込めるか。今のところは、私どもですとしっかりした公務員の資格の方が、一時外務省の職員となって派遣されるというシステムになっておりますが、若い時代にアーリー・エクスポージャーと申しますか、そういう実体験をするというのが、将来また国際医療協力をやろうという意識の芽生えができてきますし、実際にある臨床をやって、これから少し国際医療協力をやりたいという人は、振り返って経歴を見ますと、若いときにそういう、これは本当にボランティアで行ったという経験がすごく生かされて、自分はそういう国際的な事業に関与したい

という明確な意思を持つようになります。

お願いですけれども、もう少しそういうボランティア的ではなくて、事業団の事業としてそういう人を育てるような仕組みをつくって、比較的若い時代にそういう意欲に燃えている人にエクスポージャーできるような仕組みをつくっていただければ、人材の確保がもう少し容易になるのではないかと考えていますので、今後ともそういう意味でのシステムづくりというのを、もし可能であればお願いしたいと思います。

仲村委員長 何かございますか。

隅田理事 いい人材をというのは、正にそのとおりでございまして、正にプロジェクトが成功するかしないかの幾つかの要因のなかでは、そういうのが必須でございます。いい人材とは何かというのはよくあるのですけれども、第2次ODA懇でも議論されておりますけれども、やはり、その専門分野の知識がないといけないのだろうと思います。あと開発の議論が、多少わかっておる方がいいのではないかと考えております。それから、理念がないと続かないと思いますし、ある程度のそういう理念が必要かと考えております。それから経験です。人格というものもあるかと思います。今、矢崎委員がおっしゃった点をもっともでございまして、その5つ以上兼ね備えた人を多分いい人材と言うのだろうと思いますが、なかなかこれはいろいろな分野においても育成が難しいわけでございます。我々としてはそれは課題というか、認識はいたしております。

そのなかでも特に経験をさせていただくというのは大変重要でございまして、JICAにおきましても、曲がりなりにも幾つかの制度をとっております。ボランティアは特にはございませんけれども、例えばジュニア専門員という制度がございまして、若いときに外を経験していただくとか、あるいはインターン制度ということで、60名の規模に拡大いたしましたけれども、在外とか本部で実際にJICAの業務に慣れ親しんでいただき、見聞を広めていただくということもございまして。あと様々な形で、例えば医療協力の分野でいきますれば、調査団で行くときにメインの調査団員に、例えばある先生の下にその学校の若い方を補助的につけるという形で、まず経験していただくという短期的な形のものとか、あるいはもちろん長期の形で専門家に行っていただくということも含めて、なるべく若い方の登用を図っているところでございます。

実際に国際医療協力ということになりますと、単に医療協力でございますと非常に静的な面で済むのですが、国際医療協力と「国際」がつくと途端に、地域的な広がりとか時間的な広がり、文化、社会、政治、経済、すべてのところに広がりを見せる協力になってまいりますので、改めて私どもの方としては、これからもそういう機会を様々な形で得ていきたいと考えております。

最後に国総研の方でも2つの大きな保健医療の研修コース、1か月コース、2か月コースと2種類ございまして、こちらの方でも年間約17名だと記憶しておりますが、お手伝いさせていただいておりますので、様々な方法を組み合わせながら今おっしゃったような形に向けて努力していきたいと考えております。

中村(安)委員 実はお願いしたいことがありまして、今日こういう会議の資料、あるいは今日の発表なんかを見ますと、本当によくまとまっていて、そしてまた現場でいいプロジェクトがあって、その話が非常に具体的に出てくる。こんな言い方したらちょっと失礼になるかもしれませんが、昔こういう分野にかかわったときは、本当にいいプロジェクトを探すのに苦労したという時代からすると、これだけ選ばれるのに、いろいろむしろ大変だったなかから選ばれる、そういう時代になってきたと思うのです。

ただ、僕自身が是非お願いしたいのは、例えば私は今インドネシアのこの母子手帳のプロジェクトにかかわらせてもらっていますが、あと1年半ぐらいで、残りをどうしようかと言っているときに、やはりあれだけ成功したのだから、最後の時にはこれを英文で母子手帳で日本は何をしたのかというのをサマリーして、ちゃんとした英文の本とまでいかないですけども、そういうのを作りたいと思うわけですが、その話をこの前出版社に持っていったら、けんもほろろで、「なんぼ売れるんや」とすぐ言われて、ほとんど物にならない。

一方、私がそういうことを言い始めたのは、インドネシアで1970年代にオランダが家族計画でいいプロジェクトをやっています。そうしたら、オランダが英語の本で、プロジェクトが終わったらこんな本で作っているわけです。私は一番初めインドネシアに行ったときに、その本をバイブルのようにして、プロジェクトがどう作れて、だれがどう動いて、全部書いてあって、私はそれをバイブルのようにして読んだ覚えがあります。そういう意味では、私はオランダが発信したインドネシアのプロジェクトをインドネシアで学んだ。そういう意味では、日本もそろそろ国内だけではなくて、これからいろんな国がまたいろんな分野でやるわけですから、韓国、マレーシア、いろんな国もまた国際協力をしているわけですから、そういうアジアの先進国として、日本がほかの国へもどうぞ使いなさい、私たちはこういうサクセスして、こういう失敗とレッスンをしたのですというのを英語で発信していく、そろそろそういう時期になったのではないかと。

そのときには、幾つか今日なんかも見ている、自分のだけ言うのもちょっとあれなので、例えばバングラデシュのポリオ対策などはものすごく貴重な記録だと思います。もうポリオが根絶したら、この話は本当に今まとめておかないと、そのうち記憶も資料も雲散霧消してしまうだろう。そういう話をきっちり、英語でまとめてそれを出していくというのが、多分予算的には厳しいなかでしようが、是非そういう努力をといいますが、そういうことを考えていただけたらうれしいなと思っています。

仲村委員長 これは何か。

隅田理事 おっしゃるとおりでございますし、実際にレッスン・ラウンドといいますが、経験に学べというのがこの世界では一番重要なことだと思います。また、今現在も我々はベスト・プラクティスといいますが、成功事例を集めて広く発信ということも考えておりますので、今の貴重なご意見、承っておきたいと思っています。我々の世界でマクロ的には本当に持続可能な開発という形で、

せっかく20世紀末にこういう哲学を編み出したわけでございますので、我々は今の世紀でこれをいろんな形で、今のように記録として伝えるとか、あるいは経験として伝えるということをやりたいと思いますし、JICAのなかの個々のプロジェクトにおきましても、終わってからでも、汎用性のある成功事例と特殊要因での成功事例というのがあると思うのですが、そこを区分けしながら伝えていければ大変いいと思っております。

中村(安)委員 おそらく僕のイメージでは、プロジェクトというのは終わったら、どこもそうでしょうが、医療センターでもそうだと思いますが、プロジェクトが終わったら次の話が始まるので、終わってからまとめるというと多分まとまり切らなくて、いる間にまとめた方がベターではないかというのか、現実的なフィージブルな話ではないか。

もう一つは、そのときにあまり幾つもたくさんの事例ではなくて、むしろ本当にいい事例で幾つかの分野で毎年2本か3本ずつぐらいまとめていくと、5年、10年したときにすごい財産になるのではないか。あまりいろんなものをちょっとずつというのは、実は行く人間からしたらあまり役に立たなくて、1つのをじっくりとまとめた方がベターかなと思っています。

仲村委員長 ありがとうございます。吉倉先生。

吉倉委員 今の件とは関係ないのですが、前から聞こうと思っていたのですが、JICAの場合、ほかのドナーがありますね、USAID等。これとの協調に関係した問題なのですが、これはアフリカですとコモン・バスケットという考え方があります。ほかのドナーとのJICAのアクティビティが必ずしもうまくいってない。現地では非常に苦労する。ドナー同士の話し合いというものをJICAは一体どうやってやっておられるのか。実際、私の目から見ればJICAは国際的に孤立してやっていると思いますに、国際的な場でも、JICAの名前って一番最後にしか出てこない。ポリオのプロジェクトのなかでも、ドナーのなかでJICAは、気がついた人は言ってくれるけれども、外れることがある。この辺の国際的なWHO、UNICEF、そういうところにパースペクティブを置いたJICAの対応というのが、今からはもう少しちゃんとやらないとまずいのではないか。先ほどの島田先生の今後の話ということにこれは関係あると思うのです。よろしくをお願いします。

川上総裁 援助の協調の話でございますけれども、どういう哲学でもってどういう方法論で援助するかということについて、援助世界での意見の違いがあることがあります。それも時代によって、その違いがまた違ってくるということですので、我々の考え方は、我々はまたその考えに基づいて主張するという側面が当然出てきます。今コモン・バスケットの話がございましたが、コモン・バスケットについて、アフリカのある国であるセクターについてこれが当てはまるということについては、我々も一定の賛意も表していますし、現にそれに基づいて援助協力も行っておりますが、それが例えば他のアジアのしかるべき国ですべて当てはまるのかということについては、我々非常に疑義を感じているということがあって、そういう意味において日本の考え方が他の国と違うということはあるというのは事実です。

今申しましたのは、主としてバイのドナーの関係ですけれども、マルチのドナーの関係で言えば、WHOについて私は十分よく知りませんが、後で場合によっては補足していただきたいと思いますが。一般論として言えば、マルチのドナーとの援助強調というのは非常にきめ細かく、毎年それぞれ主な機関と年に一度ぐらいは必ず突き合わせをやっているということで、これは向こうがこちらに来たときもやりますし、こちらから向こうに行ってもやりますしということで、我々としては非常にきめ細かくやっておりますし。マルチのいろんな機関に日本としてトラスト・ファンド的なものを持って、ある程度日本の顔が見える形で、かつ彼らの顔も立てながらやるといったやり方をやっているというのも事実だろうと思っています。

仲村委員長 追加ありますか。

隅田理事 確かに援助協調の場合、国際機関等との場合で、JICAの顔が見えているかと言われれば、必ずしも見えてないところがあります。例えばポリオの根絶のところも、尾見先生はもちろん事務局長ですし、そういう形においてジャパンという形の名前は出るのですが、それに対して地道に協力しているJICAの名前が強調されるのは、確かに先生がおっしゃったように最後の方でございまして、そのところはどうかというのはあります。ただWHO、UNICEF、UNFPA、UNAIDS等々、定期的に先ほど冒頭申し上げましたように、今やそういうこと抜きでは考えられない時代になっておりますので、これからもその辺のポリシーの変更はございません。なるべくJICAの名前も出るように頑張っていきたいと思っております。

吉倉委員 私の申し上げたことに誤解があるかと思うのですが、今総裁がおっしゃったことも十分、そういう日本の立場というのをほかのドナーに十分説明する。それが十分でないのではないかという感じを私はもっているのです。それから、名前が出なければ出なくても、それは構わないかもしれない。ただ、ドナー協調というのはもう少しお考えになった方がいいのではないかと。ドナーの会議に出たとき、名前が知られている人がちゃんといるかという、そのところだと思うのです。

仲村委員長 わかりました。いろいろおやりになっていると思うのですが、先ほど矢崎先生もおっしゃったように、予算が減らされるはずが半分ぐらいで、5%ぐらいだからということでご努力いただいたのは我々も評価しなくてはいけないと思いますけれども、実額で言うと来年度は100億近く減額になるわけです。だから今のような話で、よく説明をするというアカウンタビリティというのですか、今の言葉で言う、そこら辺を工夫していただく。現地とかいろんなレベルだと思いますけれども、マルチの機関と話し合いをするというのもそうでしょうか、ちゃんと説明できるということが非常に大事ではないかという感じがいたします。今のご指摘を含めて。

大体時間も参ったようですが、ほかに何か特にご発言ございますか。

それではちょっと最後にお聞きしたいのですが、この国際協力総合研修所の研究2題、これお配りいただいたのですが、扱いとしては何かあるのですか。

藤崎部長 このような取り組みをしておりますということでご紹介でございますが、この議論のなかでご質問なりコメントをお求めいただければ、事務局の方でご説明させていただきたいと思えます。

仲村委員長 1番目は阿藤先生、今日ご欠席だから発言なかったけれども、出席なら何かあったのでしょうかね。

2番目の微量栄養素ですが、私もモンゴルのヨードの委員長をやっているようなのですが、こちら辺ももう少し実際の援助に将来的にお役に立つような活用をするということが必要なのかもしれませんが、よくわかりませんが、この扱いについてはご相談を内部でしていただければいいのではないかと思います。

ほかに何かございますか。

それでは、概ね時間も参りましたのでこの会を閉じさせていただきますが、独立行政法人に移行するという大事業もおありのようですし、額も減ったODAを実際におやりになっているのがJICAですので、毀誉褒貶はいろいろあるのだらうと思いますが、引き続き頑張ってください、特に最初から出ておりましたケースに関しては一番大きなインフラストラクチャーをなす要素でございますので、十分ご活躍をいただけるようお願いをいたしまして、本日の会議これで閉じさせていただきます。どうもご協力ありがとうございました。

5 . 閉 会

藤崎部長 仲村委員長、どうもありがとうございました。それではこれで、第34回海外医療協力委員会を終了させていただきます。本日いただきました貴重なご意見は、今後の保健医療協力に十分に役立たせていただきたいと思います。どうも長時間、ありがとうございました。

午後4時00分 閉会