

先進国医療協力実態調査団

中間報告書

平成2年3月

国際協力事業団
医療協力部

医管

JR

90-15

JICA LIBRARY



1098314(6)

23810

先進国医療協力実態調査団

中間報告書

平成2年3月

国際協力事業団
医療協力部

国際協力事業団

23810

序 文

開発途上国からわが国に寄せられる保健医療分野の協力要請は、年々案件数が増加すると共に、その協力要請の内容も多様化の一途をたどっており、豊かな国力と高い医療技術を持つわが国に対する途上国側の期待は、近年ますます大きなものとなっている。

こうした期待に応えるため、わが国はアジア、アフリカ、中南米、中近東、ヨーロッパの各地域において、臨床医学協力や研究協力をはじめ、地域保健・公衆衛生、保健医療技術者養成訓練、母子保健・人口家族計画、人口教育、災害時の緊急援助など、きわめて広範な分野にわたる協力を実施している。更に途上国では都市化・工業化の進展により新たな貧困層が登場すると共に、環境問題、AIDS、麻薬中毒の問題などが深刻化し、これに伴って各途上国の疾病構造にも変化が見られる。従って、国際機関・先進諸国の保健医療協力も新たな対応が求められているのが実情である。

こうした現状を踏まえて、わが国は国際保健医療協力に長い伝統を有する欧米先進諸国の協力の実態を調査するため、国際協力事業団は、外務省、厚生省、文部省の三省合同による調査団を編成、派遣し、保健医療協力分野において日本が世界に果たすべき役割を明らかにするに資する情報を収集せしめることとした。調査結果の詳細は本報告書の各章に記す通りであるが、わが国の今後の協力方針を考える上で、本報告書が関係各位の参考となり、また具体的な比較検討の一助ともなれば幸いである。

平成2年3月

国際協力事業団
理事 西野世界

目次

| | 頁 |
|---------------------------------|-------|
| ・序文 | |
| ・目次 | (i) |
| ・先進国保健医療協力各国比較表 | (iii) |
| ・総論 | |
| 1. 調査主旨、調査項目 | 3 |
| 2. 全体的印象 | 5 |
| 3. 国際保健医療協力の歴史と変遷 | 7 |
| ・各論〔要約〕 | |
| 1.-1 政府機関 | |
| (1) 国際保健医療に関する政策 | 13 |
| (2) 援助関連機関の組織・体制と案件発掘、形成方法および評価 | 14 |
| (3) 途上国の医療・保健に関する情報収集 | 15 |
| (4) 専門家の人材確保と研修員の受入れ | 15 |
| (5) 国際機関、NGOおよび大学（研究機関）との連携 | 16 |
| (6) 援助推進のための研究活動、その他 | 17 |
| 1.-2 国際機関 | 17 |
| 1.-3 NGO | 18 |
| 1.-4 大学 | 20 |
| ・各論 | |
| 1. 先進国の保健医療協力の現状 | |
| 1.-1 フランス | 25 |
| 1.-2 西ドイツ | 29 |
| 1.-3 スウェーデン | 39 |
| 1.-4 米国 | 44 |
| 1.-5 英国 | 60 |
| 1.-6 カナダ | 69 |

| | |
|--|-----|
| 2. 国際機関 | |
| 2-1 WHO [世界保健機構] (ジュネーブ) | 79 |
| 2-2 PAHO [汎アメリカ保健機構] (ワシントンDC) | 82 |
| 2-3 IBRD [世界銀行] (ワシントンDC) | 83 |
| 2-4 UNICEF [国連児童基金] (ニューヨーク) | 85 |
| 2-5 UNDP [国連開発計画] (ニューヨーク) | 86 |
| 2-6 UNFPA [国連人口活動基金] (ニューヨーク) | 88 |
| 3. NGO | |
| 3-1 AGEH [開発援助協会] (西ドイツ) | 91 |
| 3-2 CIM [国際開発センター] (西ドイツ) | 93 |
| 3-3 Swedish Missionary Council [スウェーデン伝導協議会](スウェーデン) | 96 |
| 3-4 ウェルカム医学史研究所 (英 国) | 97 |
| 3-5 ロックフェラー財団 (米 国) | 98 |
| 3-6 CCIC [国際協力評議会] (カナダ) | 101 |
| 4. 大学 | |
| 4-1 ロンドン大学衛生熱帯医学大学院 (英 国) | 105 |
| 4-2 ジョーンズ・ホプキンス大学公衆衛生大学院 (米 国) | 107 |
| 4-3 コロンビア大学公衆衛生大学院人口家族保健センター (米 国) | 109 |
| ・資料編 | |
| 1. 入手資料 | 115 |
| 2. 質問表 | 122 |
| 3. 面談者リスト | 124 |
| 4. 調査団日程 | 129 |
| 5. 調査団構成 | 131 |

表一 I

先進国保健医療協力各国比較表

(ヨーロッパ編、英語圏編)

| 人口 / 百万人 (1988) | G N P / 米ドル (1987) | ODA総額 / 百万米ドル (1987) | 予算規模 (国際医療協力) | 技術協力の中心となる政府機関 | 保健医療協力の重点分野 | 保健医療協力の重点地域 | 専門家の派遣数 | 専門家の確保 | 研修員の受入れ | 研修員との連携 | NGO等との連携 | 専門家との連携 | 資料 / ユニセフ世界子供白書 (1990) | | | | | | | |
|-----------------|--------------------|----------------------|-----------------------------------|-----------------|--|-----------------------------|---|--|---|---|--|---|---|--|--|---|--|--|---|---|
| 55.8 | 12,790 | 6,525 (2,369) | 対外協力省予算の約10% | 協力開発省 | (1)公衆衛生 (2)既存の医療施設を利用した協力(特に旧植民地) (3)人材養成 (4)研究協力 | 旧植民地 サハラ以南34か国中心。 | 850名以上 (大部分が医師で、その75%が専門医) | 人材確保に困難なし。 理由: (1)医師過剰 (2)民間を除き帰国後のポストの心配なし。 (3)途上国の経験が経歴上大きなプラス。 (4)専門性維持のためのアラウンティ・アップ制度あり。 公務員優先(厚生省、国防省、国立病院等)。右にて対応できない場合に民間から募集。 | 年間300~400名の高度な医療分野の研修員を仏に受入れ。 | 現 地事情の調査や病院の機材の維持・修理、病院の運営への協力などを行わせている。 | 政府が補助金で支援。現 地事情の調査や病院の機材の維持・修理、病院の運営への協力などを行わせている。 | いすれの国も、WHO、UNICEFとの協力が中心。特にWHOが主体。 | 資料 / ユニセフ世界子供白書(1990)、(例)国際協力推進協会：主要先進国の子供白書(1990)、(例)国際協力推進協会：主要先進国の子供白書(1990) | | | | | | | |
| 26.1 | 245.4 | 8.3 | 56.8 | 8.3 | 10.420 | 1,865 (462) | 約330百万米ドル(1988) | 約50~60百万加ドル | カナダ国際開発局 (CIDA) | 1968年 | 1,100人 259人 137人 | (1)PHC (2)予防接種 (3)家族計画 (4)保健教育 (MCH、栄養改善) (5)AIDS対策 | 17か国(国会の承認に基づくもの。従来から関係の深い東・南部アフリカ中心。但し、ベトナム、ラオスのように大國が手を出しているのが特徴) | 62名(長期) (医師は10名以下。公衆衛生分野が多く、専門医は3~4名。他は看護婦、技師等) | 近年急激に専門医の派遣要請が増加する傾向にあり、post graduate訓練コースや医師、看護婦等を対象に熱帯病の基礎保健の訓練を実施。また、熱帯医学研修のため英国、米国等に人材を派遣。公務員優先制度はなく、全くオープン。新聞や医学雑誌に募集広告を掲載して国内はもとより外国の大学や病院等にも募集を行う。また、全額政府補助金による人材派遣専門機関を有しており、人材の確保に努力。 | PHC分野は西独内に適当な受入れ機関が少ないので、英国や米国に派遣。但し、適当な受入れ施設があれば島国(アフリカなど)で実施するのが基本方針。 | WHOのガイドライン・プロファイルやローカル・エキスパートから情報を入手。 | NGOに対しては、多額の補助金を支出している由。法律により6つのNGOを政府の協力機関として指定。特に協会系のNGO(保健医療分野で良くやっている)を積極的に支援。 | いすれの国も、WHO、UNICEFとの協力が中心。特にWHOが主体。 | 資料 / ユニセフ世界子供白書(1990)、(例)国際協力推進協会：主要先進国の子供白書(1990)、(例)国際協力推進協会：主要先進国の子供白書(1990) |
| 15.160 | 18,530 | 15,550 | 10.420 | 10.420 | 1,865 (462) | 約330百万米ドル(1988) | 約50~60百万加ドル | カナダ国際開発局 (CIDA) | 1968年 | 1,100人 259人 137人 | (1)PHC (2)予防接種 (3)家族計画 (4)保健教育 (MCH、栄養改善) (5)AIDS対策 | 17か国(国会の承認に基づくもの。従来から関係の深い東・南部アフリカ中心。但し、ベトナム、ラオスのように大國が手を出しているのが特徴) | 62名(長期) (医師は10名以下。公衆衛生分野が多く、専門医は3~4名。他は看護婦、技師等) | 近年急激に専門医の派遣要請が増加する傾向にあり、post graduate訓練コースや医師、看護婦等を対象に熱帯病の基礎保健の訓練を実施。また、熱帯医学研修のため英国、米国等に人材を派遣。公務員優先制度はなく、全くオープン。新聞や医学雑誌に募集広告を掲載して国内はもとより外国の大学や病院等にも募集を行う。また、全額政府補助金による人材派遣専門機関を有しており、人材の確保に努力。 | PHC分野は西独内に適当な受入れ機関が少ないので、英国や米国に派遣。但し、適当な受入れ施設があれば島国(アフリカなど)で実施するのが基本方針。 | WHOのガイドライン・プロファイルやローカル・エキスパートから情報を入手。 | NGOに対しては、多額の補助金を支出している由。法律により6つのNGOを政府の協力機関として指定。特に協会系のNGO(保健医療分野で良くやっている)を積極的に支援。 | いすれの国も、WHO、UNICEFとの協力が中心。特にWHOが主体。 | 資料 / ユニセフ世界子供白書(1990)、(例)国際協力推進協会：主要先進国の子供白書(1990)、(例)国際協力推進協会：主要先進国の子供白書(1990) | |
| 1,885 | 8,945 (1,749) | 1,377 (185) | 全ODA予算の約5%(1987年度)(但し、給水、衛生分野を除く) | ドイツ協働協力公社 (GTZ) | (1)PHC(国際医療協力予算の60%を投入) (2)家族計画 (3)感染症対策(将来の技術モジュール) (4)環境衛生 (5)医療技術者の訓練 (6)その他(医薬品、栄養など) | 45か国(ハラマキだが、半数以上がサハラ以南アフリカ) | 90~95名(90名が長期) (医師は半数程度。内10名程度は外国人専門医含む) | 近年急激に専門医の派遣要請が増加する傾向にあり、post graduate訓練コースや医師、看護婦等を対象に熱帯病の基礎保健の訓練を実施。また、熱帯医学研修のため英国、米国等に人材を派遣。公務員優先制度はなく、全くオープン。新聞や医学雑誌に募集広告を掲載して国内はもとより外国の大学や病院等にも募集を行う。また、全額政府補助金による人材派遣専門機関を有しており、人材の確保に努力。 | PHC分野は西独内に適当な受入れ機関が少ないので、英国や米国に派遣。但し、適当な受入れ施設があれば島国(アフリカなど)で実施するのが基本方針。 | WHOのガイドライン・プロファイルやローカル・エキスパートから情報を入手。 | NGOに対しては、多額の補助金を支出している由。法律により6つのNGOを政府の協力機関として指定。特に協会系のNGO(保健医療分野で良くやっている)を積極的に支援。 | いすれの国も、WHO、UNICEFとの協力が中心。特にWHOが主体。 | 資料 / ユニセフ世界子供白書(1990)、(例)国際協力推進協会：主要先進国の子供白書(1990)、(例)国際協力推進協会：主要先進国の子供白書(1990) | | | | | | | |
| 26.1 | 245.4 | 8.3 | 56.8 | 8.3 | 10.420 | 1,865 (462) | 約330百万米ドル(1988) | 約50~60百万加ドル | カナダ国際開発局 (CIDA) | 1968年 | 1,100人 259人 137人 | (1)PHC (2)予防接種 (3)家族計画 (4)保健教育 (MCH、栄養改善) (5)AIDS対策 | 17か国(国会の承認に基づくもの。従来から関係の深い東・南部アフリカ中心。但し、ベトナム、ラオスのように大國が手を出しているのが特徴) | 62名(長期) (医師は10名以下。公衆衛生分野が多く、専門医は3~4名。他は看護婦、技師等) | 近年急激に専門医の派遣要請が増加する傾向にあり、post graduate訓練コースや医師、看護婦等を対象に熱帯病の基礎保健の訓練を実施。また、熱帯医学研修のため英国、米国等に人材を派遣。公務員優先制度はなく、全くオープン。新聞や医学雑誌に募集広告を掲載して国内はもとより外国の大学や病院等にも募集を行う。また、全額政府補助金による人材派遣専門機関を有しており、人材の確保に努力。 | PHC分野は西独内に適当な受入れ機関が少ないので、英国や米国に派遣。但し、適当な受入れ施設があれば島国(アフリカなど)で実施するのが基本方針。 | WHOのガイドライン・プロファイルやローカル・エキスパートから情報を入手。 | NGOに対しては、多額の補助金を支出している由。法律により6つのNGOを政府の協力機関として指定。特に協会系のNGO(保健医療分野で良くやっている)を積極的に支援。 | いすれの国も、WHO、UNICEFとの協力が中心。特にWHOが主体。 | 資料 / ユニセフ世界子供白書(1990)、(例)国際協力推進協会：主要先進国の子供白書(1990)、(例)国際協力推進協会：主要先進国の子供白書(1990) |

総論

| | |
|-------------------|---|
| 1. 調査主旨、調査項目 | 3 |
| 2. 全体的印象 | 5 |
| 3. 国際保健医療協力の歴史と変遷 | 7 |

総論

第1章 調査主旨、調査項目

・調査主旨

わが国の保健医療協力については、基本理念や内容、方法が諸外国と異なっているとの指摘もあることから、本調査団は、わが国の保健医療協力の課題（理念、方法、内容等）に関し、その改善のための諸方策と世界の保健医療分野における協力の中で日本の果たすべき役割を明確にするため、種々の歴史的背景、理念を持つ欧米先進国における保健医療協力（マルチ；バイ、政府機関、NGO等）の歴史と現状を実地に視察・調査し、比較及び検討を行った。

調査内容としては、各国における援助機関（主として政府機関、一部NGO、国際機関、及び大学、研究所、シンクタンク等、援助を支援または実行する機関を含む）を訪問し、その組織、援助の方法、内容に関する情報を収集し、援助の理念との関連において、そのあり方についての意見の交換を行った。各機関での質問の内容については、政府機関、NGO、国際機関に対してはあらかじめ質問表（巻末別添資料）を用意したが、具体的な質問項目は下記に示す通りである。また、研究所、大学等に対しては、研究や研修の受入れ、及びプロジェクトの受託等についてを主たる質問事項とした。

・質問事項例（主として政府機関対象）

I. 組織に関する質問

保健医療協力の担当部門を中心に質問する。

- (1) 歴史
- (2) 組織体系
- (3) 職員……コンサルタントとの関係
- (4) 予算……額、システム

II. プロジェクト推進の過程に関する質問

- (1) プロジェクトモデルサイクル
- (2) プロジェクト発掘に関する事項
 - ①援助対象国を選ぶ基準

②プロジェクトの選定基準

③保健医療のセクター分析をしているか

(3) 人材の確保に関する事項

①登録法

②教育

③雇用形態

(4) 財政の方式に関する事項

(5) 援助結果の維持に関する事項

①維持経費

②機器の修理と維持

(6) 援助の評価に関する事項

Ⅲ. 援助の内容に関する質問

(1) どのようなプロジェクトを取り扱っているか

(2) どのような分野に重点を置くか

(人口、母子、診療、研究、教育等)

(3) 人材育成、施設機械整備、直接効果のうち、どれに重点をおくか

Ⅳ. その他

(1) 多国間援助と二国間援助の関係 (マルチとバイ)

(2) 非政府機関と政府機関の関係 (NGOとGO)

(3) 援助に関する研究開発

(4) 情報サービス

第2章 全体的印象

欧米先進国の保健医療協力の実情については、かねてより各種文献、資料等を通じて知り得ていたところではあるが、今次調査団は、訪問した各国の援助関係者から、その国が抱えている問題点、悩み等を含めた、最新の情報を得ることができた。わが国の保健医療協力のありかたを考え、将来に向けた新たな方針を構築していく上で、貴重な示唆に富むそうした情報が得られたことは、今次調査の大きな成果であったといえる。

さて、各国の政府機関、大学、研究所、国際機関等を歴訪して得た全体的な印象は、結論的にいえば、保健医療分野におけるわが国の国際協力は、先進諸国と比較しても決して劣るものではないということである。

世界一の援助大国となった日本を見つめる世界の目は厳しく、わが国の援助のあり方については、現在、国内および国外からさまざまな批判や意見が寄せられている。また、確かに、わが国が開発途上国において推進してきた数多くのプロジェクトの中には、必ずしも十分に成功していない例が存在していることも事実である。しかしながら、各国の保健医療分野の援助関係者との面談を通じて得た印象では、この分野の協力では先進諸国にも問題が多く、また数々の悩みを抱えてその対策に頭を痛めている。しかも、各国は、わが国とほとんど同じ問題に直面し、ほとんど同じような悩みを抱えながら解決法を模索しているというのが実情である。

その意味で、多年、わが国が途上国において実施してきた保健医療協力は、諸外国のそれと比べて決して大きな遜色はない。一連の面談を通して、調査団が確認し、実感し得たのは、まずそのことであった。

但し、幾つかの点では、先進各国との間に圧倒的な差が存在することも率直に認めなければならない。そのひとつは、先進諸国においては、医療援助案件を種々の側面から支援するための充実したシステムが出来上がっており、それがきわめてダイナミックに、また常に過去の経験を蓄積し、分析結果を利用して不断に援助の質を考慮し直すという形で機能しているということである。わが国においては、ひとつには援助事業に係わる人員の絶対数が不足していることなどもあり、途上国からの要請に基づく個々の案件への対応のみに追われているきらいがないでもないが、例えば米国には、案件発掘・形成方法などをはじめとする優れたシステムの実例を見出すことができ、米国はそうしたシステムと豊富な人員を背景に世界各国で活発な医療協力を展開している。

また、これはシステムの問題とも関係することであるが、諸外国が扱う情報の厚みは、わが国とはまさに格段の差があり、この点においても、先進諸国とわが国の間には大きな懸隔が存在しているといわなければならない。周知のように、公式情報に関しては、WHOや世界銀行が行う調査により、保健分野に関してもかなりのデータが取り揃えられており、これを利用することは常に可能である。しかし、諸外国は、医療協力関連会議への頻繁な出席や、援助実施前に必ず行う対象国レビューなどを通して、独自の情報収集にも意欲的に取り組んでいる。さらには、長年の間に形成されたNGO、国際機関などとの関係から、こまごまとした非公式情報が自然に集積されるような環境も作り上げている。例えば、互いに近接した場所に本部を持つ世界銀行、PAHO（汎アメリカ保健機構）、USAID（米国国際開発庁）等の間には、公式、非公式な情報が、電話一本で、あるいは会食を通して、日常的に飛び交うひとつのネットワークが出来上がっているようにも観察された。

しかし、ここでぜひ強調しておきたいのは、保健医療分野の国際協力に関して、先進諸国および国際機関が寄せるわが国への期待は、今日、日本にいて想像する以上に高まりを見せているということである。調査団は、訪問した各国、各機関において一様に好意的に迎えられ、わが国へのそうした熱い期待の声を聞くことができた。その中には、日本が保健医療協力に関する国際シンポジウムを開催するなら喜んで会場を提供すると申し出てくれたロックフェラー財団のような例もあれば、調査団の帰国後、協力できることがあればいいほしいという懇切な手紙を送ってくれた英国ロンドン大学教授のような例もある。また、米国USAIDはすでに、今後は日本のJICAとともに世界の医療協力事業を推進していくとの意志決定を行ったと伝えられている。わが国としては、援助の量と質の拡充に一層努めるとともに、人員等を含む協力体制の充実、専門家の養成・確保、国際医療協力に関する国家的研究機関の整備など、さまざまな課題に取り組むべき時が来ていることを痛感する。

いずれにしても、開発途上国がわが国に対して大きな期待を寄せるのは、国際社会に占める日本の位置と役割の大きさからいって当然のことである。しかしながら、先進各国もまた同様の期待を抱き、日本に対して熱いまなざしを注いでいるということは、今次調査団が欧米各国を歴訪して得たひとつの発見であった。

第3章 国際保健医療協力の歴史と変遷

ODAの歴史は、途上国が大量に独立した第2次大戦後の1950～60年代に始まり、経済重視で途上国開発に取り組んだ1975年頃までの第Ⅰ期と、Basic Human Needs (BHN)重視へと方向転換したそれ以降の第Ⅱ期に分けることができるとされている。これに付け加えて、国際関係が大きく変化し、その中で米ソ2大国の勢力が相対的な退潮を見せ、太平洋圏の発展、東欧の激動といった現象が相次いでいる現在は、ODAはすでに第Ⅲ期に入っていると見ることもできよう。ともあれ、きわめて興味深いのは、第Ⅰ期から第Ⅱ期への転換期に、ODAの理念の変化と重なり合う重要な役割を担ったものが、ほかならぬ国際保健医療協力だということである。

ODAの第Ⅰ期を支配したのは、開発途上国に資金と技術を移転すれば、それらの国々は自動的に発展し、先進国化するという仮説ないしは神話であった。それ以前は、途上国に対する協力とは、一言でいえば欧米各先進国の植民地の国内問題でしかなかった。換言すれば、それはODA前史の時代であるが、やがて1950年代に古い大きな植民地の独立が相次ぎ、60年代にはアフリカ諸国の独立がほぼ完成した。世界の主な援助機関が次々に設立されたのも、ちょうどその60年代のことであり、各国政府および各機関は、前述の仮説を根拠としつつ、その後約15年間にわたって、途上国に大量の資金と物量を投入することとなった。

当時の経済重視のODAの根底にあったのは、途上国の開発、発展を通して西側陣営の結束を強化し、東西冷戦体制下で優位に立とうとした米国主導の世界戦略である。第Ⅱ期への転換は、この戦略が、経済面で必ずしも実りある成果を挙げ得なかったという反省からもたらされた。1976年に登場した米国のカーター政権は、ODAの発想を変えて、途上国の経済発展よりも、むしろBHNを重視すべきであるとの新方向を打ち出し、米国ではこの趣旨に沿った'New Direction'と題する policy paper などが出された。

それまで開発途上国の旧宗主国としての協力を行っていた英国も、この時期にBHN重視路線へと方向を転換したが、こうした変化を余儀なくされたのは、各先進国が長年にわたって資金と技術の移転に努め、開発途上国の経済発展を支援してきたにもかかわらず、途上国自身は依然として、慢性的な経済不振に喘いでいるという状況が続いていたためである。

意図に反してうまくいかない経済に対し、例えば、乳幼児死亡率低下などを目標にプロジェクトを遂行した場合、手応えのある成果が確実に挙げられる。しかも、それはきわめて人間性

溢れる事業でもある。かくして、国際保健医療協力は、ODAがBHN重視へと転換したこの時期に、全ODAの中で一層重要な意義と役割を与えられることになった。

もとより、国際保健医療協力が、それまでもODAの不可欠の一部として、それなりに重要な役割を果たしていたことはいまでもない。しかし、途上国の要請に応じて先進国が次々に建設した大病院は、資機材の保守・管理、医師の確保、資金の補給といった運営面でしばしば問題やトラブルを生じ、保健医療協力が途上国に新たな社会問題を発生させてしまうケースもないわけではなかった。そうしたことへの反省から、70年代半ば以降は、病院医療、治療的医療だけではBHNの国際保健医療協力としては不十分であるという声が主流となったが、確かにODA第I期の病院医療が、費用対効果という点、医療従事者や保健財源等途上国ではきわめて限られている資源を大巾に使ってしまうことで問題が多かったことは否めない。

病院医療にかわって新たに注目されることになったのが、予防医学、即ちプライマリー・ヘルス・ケア(PHC)という考え方である。これは、病院建設は周辺住民の健康に裨益するのみで援助本来の姿ではない、農村部、郡部での保健教育、必須医薬品の配備等を通して、なるべく多数の人々に医療に接する機会を与えることこそ途上国における援助のあり方であるという理念に基づくもので、欧米各国ではすでに70年代半ばから顕著になりつつあった新しい考え方である。

各国のそうした声を凝集する形で、途上国援助はPHC中心でなければならないと高らかに宣言したのが、1978年、アルマ・アタにおけるWHOによる国際会議であった。以後、Health for All (すべての人に健康を!)をスローガンとするPHCは、世界の主要援助国の中心的なテーマとなるに至ったが、いふなれば、この時期、国際保健医療協力はODAの理念そのものの変化に従って、実施の形態を変えることになったわけである。

さて、世界を取り巻く情勢の変化とともに、国際保健医療協力もまた、すでに第III期に入っていると見ることができる。第III期を特徴づけるこれまでとの大きな違いとしては、まず途上国における疾病構造の変化が挙げられよう。PHCは従来、農村部における小児の急性感染性疾患を基本的なターゲットとしてきたが、途上国では最近、昔ながらの感染症にくわえ、癌、循環器病などの慢性病、さらにはAIDS、麻薬中毒、環境汚染による公害病などの新しい病気も増加してきており、途上国におけるPHC中心の医療協力も、それに伴って新たな対応を迫られている。

さらに重要な変化は、これまでの援助が対象にしてきた地域住民の著しい都市化の中での変容である。都市部の貧困層(アーバン・プア)をどうするかは、現在、保健医療分野だけでなく、他の援助分野においてもきわめて深刻な問題となっている。また、PHCの進展につれて

浮上してきた新しい問題としては、例えば、確かに農村地域に医薬品は行き渡ったが、その在庫管理をどうするのか、補給を迅速かつ合理的に行うためにはどうすればいいのか、といった管理・運営の問題や、あるいは財政をどうするのかという問題があり、これらはつまり Institutional Building の問題であるということが出来る。そして、PHCが充実してきた地域では、さらに高度な治療医療をうけたいという途上国住民の心情も無視できない。

加うるに、1960年代、植民地の独立が相次いだ時期に宗主国が各地に作った病院は、建設後20数年を経て老朽化が進んでいる。そして、PHCの目標を相当程度満たした国では、それを支えるための治療施設の充実も必要とされる。即ち、途上国では、近年はむしろ、病院建設を含む臨床分野の協力に対するニーズが高まっていると見ることもでき、その意味では、わが国が比較的実績のある分野が見直されつつあるといえよう。しかし、従来のように単に病院を建設し、そこに最新の機材を導入するというやり方ではなく、例えばPHCと連携して機能する病院といった考え方を取り入れるなど、相手国のニーズをきちんと把握することによって、キメの細かい援助を行う必要があることは勿論である。

いずれにしても、現在、国際保健医療協力は以上のように複雑で多様な問題を抱えており、世界的な保健医療戦略は再び大きく変わろうとしている。国際保健医療協力の歴史に訪れたこの興味深い転換期にあたって、日本は今後、どのような形で国際社会に貢献していくのか。その具体的な方策を構築し、途上国において効果的かつ効率的な保健医療協力を展開していくところ、わが国に課せられた重要な課題であるといえる。

今次調査全般を通じて感じられたのは、途上国協力の問題点は主として国外にあるのではなく、基本的には国内にあるということであった。その意味では、各先進国は自国の歴史、能力を、良きにつけ悪きにつけ、非常にうまく利用している。米国の海外事務所による人海作戦、英・仏両国が今日もなお活用している植民地時代の遺産、カナダにおけるNGOの長い歴史などが、その具体例である。わが国としては、今後も各先進国との情報の交換に努めるとともに、わが国の歴史・能力・強みを、もっと国際医療協力を生かしていく道を模索する必要があるのではないかと感じられた。

各論（要約）

| | |
|---------------------------------|----|
| (1) 国際保健医療協力に関する政策 | 13 |
| (2) 援助関連機関の組織・体制と案件発掘、形成方法および評価 | 14 |
| (3) 途上国の医療・保健に関する情報収集 | 15 |
| (4) 専門家の人材確保と研修員の受入れ | 15 |
| (5) 国際機関、NGOおよび大学（研究機関）との連携 | 16 |
| (6) 援助推進のための研究活動、その他 | 17 |
| (7) 国際機関 | 17 |
| (8) NGO | 18 |
| (9) 大学 | 20 |

各論 [要約]

1. - 1 政府機関

(1) 国際保健医療協力に関する政策

フランスおよび西ドイツの国際保健医療協力は、主としてサハラ以南のアフリカ諸国を対象国として行われている。中でもフランスの協力は旧植民地諸国に対するものが中心となっている。両国とも、かつては多くの病院を建設したが、そのほとんどが有効に機能せず、病院建設は根本的な解決にならないとの反省から、協力の中心をプライマリー・ヘルス・ケア(PHC)に移した。特に、西ドイツは費用対効果の見方に厳しく、多額の資金を必要とする施設ものの案件は採り上げないようにしている。

スウェーデンは、国会の承認に基づく17のプログラム・カントリー（アフリカを中心にインド、ベトナムなど）で協力を行っている。同国も、1960～70年代には病院建設を行ったが、WHOのアルマ・アタ宣言（1978年）以後はPHCに重点を移し、現在は施設建設は行っていない。

米国、英国でも協力の中心はPHCであり、英国は近年、人口・家族計画に力を入れている。とりわけ、米国には病院建設を半ば罪悪視するような雰囲気すらあり、「援助の目的は、その国の死亡率を下げることである。死亡の約半分は幼少時に起こる。従って、child survival、即ち子供を生かすことが最も重要な課題である」とした policy paper なども作られている。

カナダも基本的にはPHCが中心であるが、調査団に対し今後は日本と協力しつつ、国際医療協力に取り組んでいきたい旨、期待の表明があった点が注目される。また、調査団の各国・各機関歴訪中には、世界の趨勢は確かにPHC中心となっているが、「必ずしも世界中が同じことをする必要はない」との意見も聞かれた。

例えば、英国ロンドン大学のブラッドレー教授は「各国が同じことをしても意味はない。日本はむしろ病院建設など、他の国とは別のことをやるべきだ」といい、世銀コンサルタントからは「日本は何か得意な分野を作るとよい」という助言が得られた。一例としては、義手義足等のリハビリテーションを得意分野としている西ドイツのケースがあり、西ドイツは世界各地にリハビリ病院を作って好評を得ている。わが国も、保健医療協力において、世界に誇り得る得意な分野を作ることも重要であろう。

(2) 援助関連機関の組織・体制と案件発掘・形成方法および評価

主としてアフリカ旧植民地諸国を対象とするフランスの援助組織・体制は、世界の主要援助国の中でも最も複雑なものとなっている。また、同国の援助は、衰退しつつあるフランス語およびフランス文化圏の保護・拡大を目指し、フランス語圏諸国の支援に主力を置いている点を特徴としている。一方、西ドイツには、企画・立案・決定を担当しているBMZ、資金協力をを行うKFW、技術協力を担当しているGTZという3つの大きな組織があるが、案件発掘・形成方法は要請主義に基づくわが国とほとんど同じである。スウェーデンは、案件発掘、評価に関しては、コンサルタント契約を結んだ経済専門家など、外部の人材を積極的に活用している。

米国の援助の中心的機関であるUSAIDの職員は80%が外国に派遣されており、案件発掘から実施まで大幅な権限を与えられている。即ち、米国の医療協力は、これら多数の職員により意志決定権限が地方分散化されている点が最も大きな特徴である。その根底にあるのは、ポリシーは過去に学べば作れるが、案件は現場にいなければわからないという考え方であり、米国はこうした考え方に基づいて、途上国1か国に常時多いところでは100~150人の職員を配置し、どちらかといえば proactive なプロジェクトを形成・推進する協力を展開している。

英国は、医療協力においても、植民地支配時代に植民地で活躍した人材等、過去の遺産に頼っている部分が大きく、案件発掘は主に海外事務所を通して行われているが、相手国の要請に基づき、案件形成のための調査団を派遣し、内容をさらに具体化する手法等ではわが国と共通している。カナダは人員などの点ではわが国とほぼ同じで、海外に派遣されている人員もさほど多くないが、最近では毎年100人ずつ増やす方針をとっている。また、カナダは伝統的にNGOの活動が活発で、CIDA等の政府機関との結びつきも強く、援助案件に関する情報も現地NGOを通して入ってくるような環境ができています。

米、英、加3国に共通しているのは、いずれの国も、新しい対象国に入る前には必ず保健分野全体からの見直し(レビュー)を実施するという点である。レビュー・チームは通常、経済専門家、人類学者、医師、看護婦等、多分野の専門家からなり、レビューに要する期間は1か月から半年くらいまでさまざまであるが、その派遣の利点は、ひとつには他の援助分野とのバランスに留意しながら協力を進められるということであり、もうひとつは、対象国の保健医療問題の政策順位(プライオリティ)を見定め、全体的な調整を図りながらプロジェクトを決定、遂行し得るという点である。

上述のように、要請主義、オファー主義という点で各国の間に微妙な違いが見られるが、公式にはどのような国も要請がなければ援助を始めることはできないわけで、程度の差ともいえ

る。しかし、いずれにせよ、対象国の保健分野をきちんと理解する必要があり、ニーズが多様化しつつある現在、その国のヘルス・ニーズを全体的に把握した上で案件を形成し、協力に取り組んでいくということが肝要であろう。

(3) 途上国の医療・保健に関する情報収集

情報収集の手法は、その国の歴史的背景や保健医療協力の実施体制により、現地専門家の積極的活用（米国、西ドイツ）、コンサルタントの活用（スウェーデン）、NGOとの強力な連携（カナダ）など、各先進国それぞれに特色があるが、一般に、各国が取り扱っている情報の厚みは、わが国などと比べてきわめて厚い。フランス、英国では旧植民地におけるかつての人脈、蓄積等が現在も活用されている。

(4) 専門家の人材確保と研修員の受入れ

専門家の募集・確保は、多くの先進国が共通して直面している困難な問題のひとつであるが、その中でフランスは、人材の確保にさほど困難を感じる必要がない状況にある。その理由は、同国では70年代の医師過剰養成の結果、現在、医師が余っていること、民間からの派遣者以外は帰国後もポストが用意されており、その点に関する不安がないこと等である。また、フランスでは、開発途上国での協力の経験が、その人の経歴上大きなプラスになっている上、専門性の維持に関しても休暇帰国のおりに2～3週間のブラッシュ・アップ研修制度が確立されているなど、社会的条件・制度が整備されていることが、人材の確保を容易にすることにつながっている。

スウェーデンも、専門家確保には病院や研究機関の協力を得ているほか、政府として海外での協力活動を国民に奨励しており、派遣が経歴上不利になることはまったくないため、人材の確保はさほど困難とはなっていない。

しかし、一般的にあって、他の先進諸国においては、人材の確保は容易ではない状況にある。特に問題は、専門家として活動した後のキャリアパスをどうするかという点であるが、これについては、地方自治体（英国）やコンサルタント会社（米国）、NGO（カナダ）に協力を委託することにより、政府援助機関が各専門家と直接の雇用関係を持たないという例もある。とりわけ英国は、同国独特の医療体制(NHS)により、病院、開業医も公的機関の一部として動いているため、各協力案件に関し、各自治体が地域内の医師等を交代で途上国に派遣し、その費用をODAが支払うという方式が可能となっている。

一方、西ドイツでは、人材の確保がやはり困難な問題となっている。しかし、西ドイツ政府は、国内はもとより国外の大学、病院等でも広く人材を募集するとともに、全額政府補助金による人材リクルート機関CIMを設立し、専門家の確保に努めている。

米国は、援助の重点を治療的医療ではなく、途上国の健康政策への助言やシステム全体の管理・運営に置いているため、専門家としての臨床医はほとんど必要としていない。また、米国USAIDは、プロジェクトを大学・研究機関、コンサルタントに一括して委託し、派遣専門家とは直接の契約を結ばない方式をとっているため、人材の確保はこれら大学・研究機関、コンサルタント会社側の問題となっている。

全体的に見れば、レビュー、評価等の活動を行う短期専門家の確保には困らないが、長期派遣専門家が不足しているというのがひとつの傾向である。特に、感染症、寄生虫など、先進国では需要のなくなった分野では専門家の不足が一層深刻な問題となっている。これへの対応策としては、例えば米国では、上記分野の専門家が所属する大学・研究機関をUSAIDが財政的に支援するという方式がとられている。

専門家のキャリアパスの問題についても、各先進国では柔軟な対応が行われており、途上国での知識、経験が、公的機関、大学、コンサルタントのいずれかに蓄積され、案件に応じて再び活用されるというシステムが作られている。各国とも、国内の医療界の人材の何%かは常に国際協力に従事すべきであるとの基本認識ができあがっているという印象をうけた。

(5) 国際機関、NGOおよび大学（研究機関）との連携

WHO、UNICEF等の国際機関は、いわば世界の援助の流れと動向を作る存在であるが、各国際機関同士も相互に情報・意見交換を行っており、保健医療分野の国際協力における重要な情報源となっている。各先進国は、これら国際機関と密接な連携を保ち、資金・人材両面での協力を行っている。国際機関に対する拠出金の区分は、わが国では必ずしもはっきりしていないが、米、英両国などでは、運営のための一般拠出金は厚生省が、AIDS対策、小児予防接種等の特別プログラムに対する拠出金はUSAID、ODAが負担している。カナダでも、CIDAの医療部長は厚生省のポストとの併任であり、英国でも最近まで同様の併任のポストが置かれていた。

各先進国は、NGOとも資金援助、定期的な政策対話などを通じて、きわめて密接な関係を保っている。政府機関内にNGO専門の担当部局を設けている国もあり（西ドイツ、カナダ）、特にカナダはCIDAの初代長官がNGO出身だったこともあって、伝統的にNGOとの結びつき

が強い。フランスでも、政府機関とNGOは途上国協力で相互に補完し合う関係にあり、スウェーデンは外国のNGOにも支援を行う方針をとっている。

一方、米国は、かつては機密保持の観点からNGO支援に消極的な時代もあったが、近年は積極的に支援し、連携を保っていかうという方向に変わってきた。NGO活動の長い歴史を持つ英国は、全世界的にNGOを育成する方針をとっており、とりわけキメの細かい活動が要求されるPHC中心の保健医療協力では、ボランティアでないとやりにくい面もあるため、NGOの活動が貴重なものとなっている。

大学・研究機関との連携では、いずれの先進国も人材確保、研究援助などを通して結びつきが強く、現在、これら大学・研究機関にプロジェクトを委託して実施している国もある。

(6) 援助推進のための研究活動

各先進国で、援助推進のための研究活動に対する資金協力が行われているが、スウェーデンのカロリンスカ研究所IHCAR（国際保健医療研究部）は、SIDA、SAREC等の資金拠出によって成り立っている半官半民の機関で、SIDAのコンサルタントとしてプロジェクトに参加したり、途上国からの研修員受入れ事業を行っている。同じくスウェーデンのSAREC（スウェーデン開発途上国研究協力機構）は、途上国の研究能力の強化を目指し、アフリカ、中南米の諸国およびWHO等の国際機関と研究協力を行っている。

1. - 2 国際機関

今回調査対象とした国際機関は次の通りである。

WHO本部

PAHO（汎アメリカ保健機関）

IBRD（世界銀行）

UNICEF（国連児童基金）

UNDP（国連開発計画）

UNFPA（国連人口活動基金）等

これらの国際機関は、国連システムの中に位置づけられるものとそうでないもの、または技術的援助を専らとするものと資金・物資等の援助を専らとするもの、さらにある特定の目的のために援助するものなど、機関によってその性格はさまざまであるが、ひとつの共通項を見出すとすれば、どの国際機関においても、途上国の保健医療の向上のためにプライマリー・ヘル

ス・ケア(PHC)を推進するとしていることである。

特に、WHOやPAHOは、1978年のアルマ・アタ会議を契機として、各国政府にPHCの実施を促し、「西暦2000年までに、すべての人に健康を」という政策を押し進めている。目標まであと10年と残り少なくなり、到達の状況によってはPHC戦略の見直しということもあり得るかもしれないが、少なくとも現在はPHCの実現が最大の目標になっているといえる。

こうした状況を受けて、UNICEFも、対象を子供とその母親に限定してはいるものの、予防接種の拡大、経口塩類の普及、清潔な水や住環境の整備等といった面でPHCを発展させている。また、UNFPAは、家族計画一本に絞って広くPHC政策と協調する活動を展開している。

世界銀行、UNDPは、経済・社会インフラの開発が中心であるため、保健事業のシェアは、いずれも3~4%と小さいが、途上国に対してはWHOの熱帯病研究訓練特別計画(TDR)に財政援助をするなど、PHCの普及にプライオリティを置いている。

1. - 3 NGO

今回、先進国医療協力実態調査団は、訪問した各国において、途上国に対する保健医療協力を実施しているNGOと協議する機会を持ち、各NGOが取り組んでいる協力の内容、特徴、政府との連携等、さまざまな角度からの調査を行った。

保健医療分野、特に現在の保健医療協力の中心となっているPHCに関していえば、途上国民の栄養、衛生等の状況を踏まえて、感染症等の疾病に対する予防対策を講ずるというのがPHCのそもそもの考え方であり、従ってその活動は地域の草の根レベルにおけるフィールドワークが中心となる。現在、多くのNGOがPHC活動に取り組んでいる。

今回の調査を通じて先進諸国のNGOの活発な活動状況を知り得たことは、PHC協力を含め、今後のわが国の官民連携した医療協力の方針を考える上で、きわめて有意義であった。

1) 先進諸国のNGOの活動概要

医療協力を実施している各国のNGOを大別すると、次の三つに分類できる。

- (1) 途上国に人員を派遣し、途上国住民の栄養、衛生状況の改善等のプロジェクトの実施運営に取り組んでいるもの。この分類に該当するNGOの多くは、キリスト教の布教活動の伝統を有するものが多い。
- (2) 途上国援助のための基金を有し、途上国の医療水準の向上のための調査・研究に対する資金助成、必須医薬品購入のための資金助成等、途上国の政府、自治体および民

間の機関に対する資金的な援助を行うもの。

(3) 医療協力に関し、疫学、感染症等の疾病の基礎・応用調査研究を行うもの。

われわれが頭に描くNGOの活動とは、主に(1)に分類されるNGOであり、わが国のNGOも(1)のカテゴリーに属するものが主であるが、非政府団体という意味で他のカテゴリーに分類されるNGOの活動も、先進諸国においては非常に活発である。また、(1)に属するNGOも、その活動はキリスト教の布教活動という伝統に基づいており、広く国民の理解を得ると同時に、社会的にも、高い評価(英国のSave the Childrenの総裁はアン王女であり、これが象徴的な例)を得て進められており、わが国と比較して、NGOの依って立つ社会的基盤の違いが印象的であった。

2) NGOと政府の連携

(1) NGOの活動の一般的な特徴は、国際約束に基づいて政府間ベースで進められる政府の協力に対し、NGOのそれは小規模ながら住民に密着した草の根レベルの協力であるという点であるが、欧米の各国政府はこうした協力の重要性を認識しており、各国の援助機関にはNGO担当のセクションが設けられているほか、NGOの活動に対する補助金制度もあるなど、支援体制が整っている。

(2) また、NGO支援という、政府からNGOに対する関係だけでなく、カナダのように、NGOが途上国において有するネットワーク、情報等を政府機関が案件発掘に生かしていくという例もあり、NGOが政府の援助を支援していくという側面も見られた。即ち、政府とNGOの活動が相互に補完し合い支援し合うという形で協力関係を構築しようとしている点が注目された。

(3) 各国別に見ていくと、NGOの連合組織と定期連絡会を開催し、政府の援助案件発掘等についても密接に連携をとっているカナダ、NGOの医療顧問が同時に政府の顧問を兼ねるなど、人的に強く結びついている英国、これまでNGOとの関係を意図的に回避してきたが、最近になってNGOへの支援の重要性を認識し、連携を強めている米国など、各国政府の立場はさまざまである。しかし、基本的には、NGOの活動も国としての医療協力の中で重要なものとして位置づけられている。

1. - 4 大 学

調査団第2班は、先進諸国の医療協力実施状況調査の一環として、ロンドン大学衛生・熱帯医学大学院、ジョンズ・ホプキンス大学公衆衛生大学院およびコロンビア大学公衆衛生大学院の3校を訪問した。いずれも、公衆衛生分野の国際協力では世界的に著名な大学院大学であるが、その教育・研究・サービス活動の実情については、わが国では必ずしも十分に紹介されていないこともあり、今次訪問による成果が期待される場所であった。政府援助機関を主たる調査対象とする日程上の制約もあり、綿密詳細な調査・聴取とは程遠いものとなったが、医療協力に取り組む各大学の姿勢と熱意、政府機関、NGO、国際機関との緊密な連携関係、合目的に編成されたカリキュラムと活発な研究・協力活動等、各大学の実情に肌でふれる機会を得たことは、今後、わが国高等教育機関の国際協力のあり方を検討する上で、きわめて有意義であった。

3校に共通していることは、地域あるいは国家を対象とした医療に係る対外的な協力体制が、大学の教育研究活動の中に体系的に組み込まれていることである。このことは、教育面で学際的かつ実践的な学位コースと研修コースが設置され、人材の養成や継続教育に力が注がれている点に示されているが、各大学とも、実務経験に富むスタッフが問題解決型のカリキュラムの下に、多様な職歴と国籍を有する学生・研修生を教育し、幅広い実践能力を備えた専門家を多年にわたり輩出している。また、カリキュラムの一部が国際協力プロジェクトへの実習的参加（コロンビア大学の Summer Caribbean Internship等）として組み込まれていることや、各種援助機関が提供する奨学金・フェローシップ（ジョンズ・ホプキンス大学の Child Survival Fellow, Humphrey Fellow, Rockefeller INCLLEN Fellow等）により、学費を保障されている者が多いことなどは、このような教育プログラムの質の高さを維持している要因といえよう。

また、大学当局は、援助機関やプロジェクトを含む求人情報の提供と就職指導にも熱心であり（例えば、コロンビア大学公衆衛生大学院就職部による月刊 The Job Bulletin の発行）卒業生はごく自然に、少なくとも抵抗なく、援助専門家としての道を選択していくものと思われる。

各大学とも、教育・研究スタッフの多くが途上国協力に関与している。即ち、政策決定、プロジェクト案件の発掘・形成、実施、評価といった、協力過程のさまざまな局面において協力したり、また、身分的には、援助機関の責任者、専門スタッフ、コンサルタント、派遣専門家

あるいは被援助機関のアドバイザー等の形をとるなど、その関与の仕方はさまざまであるが、いずれにしても途上国協力への従事経験の有無は、彼らの教育者・研究者としての職歴形成の中に重要な意味を持っている。例えば、今回の面談者中、ロンドン大学の Feachem 学部長は、就任前、世界銀行の要職にあつたし、Bladley 教授は、長年、東アフリカでの医療協力に従事した経験を持つ。また、ジョンズ・ホプキンス大学の Henderson 学部長は、政府機関・NGO関係の政策立案に深く関与しており、コロンビア大学の Rosenfield 学部長もタイ等で援助の実務経験を有している。これらの事実は、各大学の援助に対する積極的な取り組みを理解する上で、非常に示唆的である。

こうした指導陣の強力なリーダーシップの下で、各大学は能動的に途上国協力を位置づけており（コロンビア大学人口家族保健センター、ジョンズ・ホプキンス大学国際協力研究所等）、大学財政は各種の助成金、受託研究、奨学金等により恒常的に支えられている。また、キャンパスとフィールド、あるいはドナー機関とを通して、キャリアパスを円滑にするためのシステム（例えば、寄付講座）が整備されていることも見逃せない。

これらの公衆医学校の教育研究活動は、国際的なネットワークによりお互いに結びついている。ロンドン大学は欧州各国のカウンターパート大学と、また、ジョンズ・ホプキンス大学は国内24の公認公衆医学校との間で、それぞれ連携協力を図りつつ、途上国の人材養成、組織強化（institutional building）等の面で積極的な貢献を行っている。

また、公衆医学校の設立に係る需要は、途上国を中心に世界的高まりを見せていることから、先進各国のこの分野における協調協力が必要であるとして、わが国の高等教育機関においても、公衆医学部門を拡充強化すべきであるとの意見が訪問校で聞かれた。

因みに、ジョンズ・ホプキンス大学は中国、インドネシア、タイ、ケニア、ペルー、オーストラリア、西ドイツにおいて公衆医学校を設置するプロジェクトに関与しているが、これは同校自体がロックフェラー財団による Global Network of Schools of Public Health 構想のモデル校として創設された経緯を反映したものであろう。

途上国協力において重要なことは、当該国の自助努力を促すことであり、そのためには基幹となる人材の養成と、彼らに対するアフターケアの継続が不可欠である。この意味で、援助各国の高等教育機関が果たす役割は大きく、しかも、その協力が部分的かつ単発的なものでなく、全体的かつ継続的なものであるとき、その効果はさらに大きくなるはずであり、わが国の大学が、今後、国際協力を進めていく上で留意すべきことは、先ずこの点であろう。換言すれば、主体性とみずからの STRATEGY を持って、留学生・研修生の受入れ、専門家の派遣、

コンサルティング、受託研究等の業務を教育研究活動の中に組み込んでいくことが必要である。

英米両国とは歴史的、社会的背景を異にしているとはいえ、保健医療分野を含め、わが国高等教育機関の途上国協力実施体制には、まだまだ改善の余地が残されている。

各論・第1章 先進国の保健医療協力の現状

| | |
|-------------------|----|
| 1.-1 フランス | 25 |
| 1.-2 西ドイツ | 29 |
| 1.-3 スウェーデン | 39 |
| 1.-4 米 国 | 44 |
| 1.-5 英 国 | 60 |
| 1.-6 カナダ | 69 |

第1章 先進国の保健医療協力の現状

1.－1 フランス

・国際保健医療協力に関する政策

フランスの保健医療協力は、同国の他の援助と同様、フランス語圏旧植民地諸国（アフリカのサハラ以南諸国と若干のカリブ諸国の計34か国）を中心に行われており、保健医療協力のための予算は、旧植民地諸国への援助を担当している協力開発省予算の10%前後を占める。旧植民地諸国以外については、66か国を対象に協力を実施しており、マグレブ（北アフリカ）、中近東、エジプト、イエメン、ベトナム、ラオス、カンボジアが重点国であるが、予算的には少額である。

保健医療協力活動の推進にあたって、特に重点が置かれているのは次の諸点である。

- 1) 万人に資する協力としてのプライマリー・ヘルス・ケア(PHC)
- 2) 既存の医療施設の有効利用と発展促進
- 3) 人材養成
- 4) 研究協力

上記のように、PHCを重視し、既存の医療施設の有効活用を方針のひとつとしているため、フランスの保健医療協力では、原則として病院建設といった協力形態はとられていない。即ち、新たに病院を建設しても、保健医療効果は病院周辺の住民のみにとどまるため、より多くの人々の保健医療の向上に資するためには、やはりPHCがより重要であるとの考え方がとられている。政治的事情から病院を建設せざるを得ない場合もあるが、その場合でも、維持費との関連で、建設しても開院できないことがあり、カメルーンにおいて実際にそうしたケースが生じている。

具体的な協力の内容は、例えばコンゴにおいて実施されているのを見てみると、母子保健対策、伝染病対策、家族計画指導、既存病院整備、医科大学の人材養成協力等々である。

一方、対象国側は最新の医療機器の導入を希望することが多く、万人に資する協力という観点からは重要とはいえないものが少なくないが、それらを一概に拒絶してしまうわけにもいかないことから、少数のモデル的病院に集中して配備し、操作人員を有効に活用して、導入機器が実質的に機能するよう配慮している。

・援助関連機関の組織、体制

フランスの援助は、援助形態（有償・無償資金協力、技術協力等）と援助対象地域によって、複数の機関が担当部門を持ちながら併存する形がとられている。

同国の援助の特徴は、国際社会におけるフランス文化圏の保護・拡大を目指してフランス語圏を支援することで、援助実施体制も、最も力を入れているフランス語圏旧植民地諸国に対する無償資金協力および技術協力を協力開発省が担当し、それ以外の地域の無償資金協力および技術協力は外務省の担当となっている。また、有償資金協力については、フランス語圏アフリカなどを経済協力中央金庫(CCCE)、が、それ以外の地域と国庫援助は経済財政予算省が担当している。

・案件発掘、形成方法および評価

旧植民地諸国における各国別のプロジェクトは、フランスと対象国で合同委員会を開催し、対象国の要望をもとに概略を決定する手続をとる。一方、それ以外の国における各国別のプロジェクトは、主要な対象国についてのみ、フランスと合同委員会を開催し、計画を決定するという方法がとられている。

・途上国の医療、保健に関する情報収集

援助対象が旧植民地諸国を中心としており、これらの国々とは古くから深い関わりを持っていることから、現地の保健医療の状況はよく知られているようである。

・専門家の人材確保、研修員の受入れ

1) 旧植民地関係

現在、850人以上の専門家を派遣しており、その大部分が医師である。しかし、近年、対象国の教育機関で人材が養成されるようになってきたので、派遣専門家の数は減少傾向にあり、さらにこれら対象国の教育機関では一般医師も養成されることから、フランスから派遣する医師は専門医が中心（現在、派遣医師のうち、75%が専門医）となっている。

派遣専門家の募集は政府が行っているが、応募状況は好調である。採用は、まず公務員（国防・厚生・文部省所管の軍医、公的病院・大学病院勤務医）を優先し、次に私企業、私立病院等から採用するが、一般に、過去に派遣された経験のある者が再び派遣される例が多い。

派遣は2年契約で、3～4回更新可能であり、専門医は家族とともに赴任して、対象国の公

務員となる。フランスの公務員だった者は、帰国後、国防・厚生・文部省所管組織のポストに就くことができる。なお、専門医が派遣されている間の職務の穴埋めは、各省所管組織に所属している多数の医師により補うことができるので、問題はない。

派遣専門家には、期間中、一定の休暇が与えられるが、その間に専門的な知識を得るための研修を行うことができる。具体的には、10か月の派遣の後、2か月の休暇があり、その間に本人の希望と受け入れ先の条件が合致すれば、大学病院を含むフランス国内の病院で2～3週間の研修が受けられるシステムがある。この研修は義務的なものではないが、医学的な知識の遅れを取り戻す必要から、大部分の者が研修を受けている。

途上国に対する人材養成への協力の内容としては、対象国の医科大学に対する支援が基本であるが、特にレベルの高いものについては給費留学生の制度もある。また、対象国の医師のフランスでの研修も、対象国におけるプロジェクトに沿った形で実施している。

2) 旧植民地諸国以外の関係

長期の専門家の派遣数は旧植民地関係と比較すると非常に少なく、マグレブ諸国への派遣が中心となっている。

短期の派遣としては、人材養成への協力のため、800人程度が派遣されているが、そのほかテクニカル・アシスタントとして100人程度が派遣されており、若年者はこのことにより兵役が免除される。研修生の受け入れは、通常1か月程度実施しており、WHOなど他の機関による給費の者も含め、医師、看護婦など各種の職種について、年間500～600人となっている。これらは対象国のプロジェクトに応じて個別に受け入れることになるが、グループで受け入れることもある。

・国際機関、NGOおよび大学（研究機関）との連携

旧植民地諸国への援助を担当する協力開発省は、WHOの伝染病対策、AIDS対策等の会議に出席しているほか、UNICEFとは年1回定期協議を行っている。また、フランスは西アフリカ各国および中央アフリカ各国の風土病対策会議にも加盟しており、人材と資金面での協力を実施している。

NGOについては、協力開発省が旧植民地諸国関連のものだけでなく、すべてについて所管しており、その活動内容の情報収集と調整を行っている。

NGOの活動の中で、保健医療関係の活動は、費用的には約30%を占めている。一方、フランスの保健医療協力関係費用全体に対して、NGOの活動が占める割合は5～10%であるが、

フランス政府による協力が相対的にウェイトが低いような場合は、NGOによる協力のほうが重要となるケースもある（例えばベトナム）。

政府による協力とNGOによる協力の関係については、政府が建物の維持修繕を行い、NGOがそこに機材を入れるというように、インフラ整備とその補完といった側面が見られる。つまり、協力の当初は政府のインフラ整備が中心だが、次第にNGOによる協力の比率が高まっていくということになる。また、協力活動の中で、ローカルコストをNGOが負担するという関係も見られる。しかし、協力の進め方については、政府によるものとNGOによるものの進捗度に差があるため、難しい点が生じることもないわけではない。各NGOの活動についても、政府として調整を要するようなケースが生じる場合がある。例えば、政府の側から、協力プログラムに沿うような活動ができるか否か、複数のNGOについて依頼している一方で、対象国からの依頼に基づいて特定のNGOがプロジェクトを作成し、政府に持ってくるような場合がある。さらに、対象国が複数のNGOに対し、有機的な関連なしにプロジェクトを割り振るような場合もある。

こうしたことが生じないように、フランスと対象国との間の合同委員会の際には、NGOもオブザーバーとして参加することになっている。しかしながら、その際、数多いNGOの中からどれが参加するかということが問題になっている。

NGOに対する補助は、NGOが作成したプロジェクトについて、1年間の多面的な検討の上で決定する。

他国のNGOに対しては、政府から協力要請を行うようなことはしていないが、対象国のNGOに対して資金を貸し付けることがある。なお、フランスのNGOが他国のNGOの活動の肩代わりをして協力を行うこともある。

フランス政府は各NGOと定期的に会議を開催して対話の場を設けており、その会議の下部にテーマ別のものも設けられているが、保健医療に関してはまだ設けられていない。

総じて、

- 1) NGOに対する補助については、NGOがプロジェクトを作成して政府に申請し、それが政府としてのプログラムに沿ったものであるときに行われる。
- 2) また、政府が対象国の要請に基づいて計画したプログラムを実施するためにNGOを活用することもある。
- 3) 一方、対象国で複数のNGOが有機的な関連なしに活動を行うような場合、政府がそれを調整することがある。

といったところが、フランス政府のNGOに対する関与の主要な点である。

1. - 2 西ドイツ

・国際保健医療協力に関する政策

西ドイツは、現在、45か国で140のプロジェクトを実施している。重点国の中心は、アフリカ・サハラ以南のLLDCで（約半数以上）、アフリカ以外では南米およびアジアの開発途上国が対象国となっている。

重点分野は、約10年前に、病院等の臨床医学から予防医学へ、即ちPHCなどを中心とする協力へと移行した。その主たる理由は、病院に対する協力は保健医療対策を必要としている貧しい住民層に裨益しないこと、また、病院の経営を維持する経費の負担ができないことである。そもそも西ドイツは、プロジェクトの費用対効果に対してきわめて慎重であり、新たに大病院を建設するといった施設ものの金のかかるプロジェクトは採り上げないようにしている。むしろ、現有の施設を利用し、ハード面は簡単な資機材供与程度としている例が多い。また、開発途上国における保健医療分野の人材養成が、援助の基本的な目標とされている。

重点分野の第1はPHCであり、ドイツ技術協力公社(GTZ)の保健医療プロジェクト予算の60%を占め、プロジェクトの数の多さからいっても最重点の分野となっている。特に、農村地帯の母親、妊婦、子供など、いわゆる弱者を対象とした治療医学や、予防医学の最も重要な要素である保健教育に重きが置かれ、さらに衛生・栄養相談等を含む協力が実施されている。病院に対する協力も行われているが、これについてもPHC関連の訓練機能を有するケースのみに限定して実施されている。

重点分野の第2は、熱帯の流行性疾病の予防・治療で、この分野は基本的には、多国間（マルチ）援助の特別協力プログラム（WHO、世銀の西アフリカ オンコセルカ症対策プログラム等）で対応している。

第3は、その他の付随的な保健対策である。例えば、保健分野の情報・管理システムの確立（例：フィリピンで保健情報につき協力中）、基礎医薬品の供給および品質管理、整形外科分野におけるリハビリテーション対策（例：パキスタン、中国、ソ連、トルコなどで義手義足の指導を行っており、チュニジアでは15年前からの協力が成果を挙げ、チュニジア人技術者が育っている）、病院技術者の訓練・養成（例：ケニア、セネガル、西アフリカ、ペルー、フィリピンで、3年間の医療機器や施設の保守・管理のための訓練コースを実施）などである。

また、人口・家族計画にも高い政策順位が与えられている。この分野での西ドイツの援助

は、UNFPA（国連人口活動基金）およびIPPF（国際家族計画連盟）へのマルチによる資金援助が中心であるが、二国間援助でも避妊具の使用法の教育とカウンセリングに重点を置いた多くのプロジェクトを実施している。こうした協力にあたっては、各国の特殊事情にも十分配慮し、1984年のメキシコでの国際人口会議の議決に従い、墮胎や強制的な不妊に関するプロジェクトは支援していない。また、一般的な保健プロジェクトの中に家族計画対策を組み込むこと（community healthあるいはfamily health等の名の下に、家族計画や母子保健、保健教育を包含するもの）が成功的な戦略であると考えており、今後は農村開発プロジェクトの中に家族計画の要素をもっと取り入れていく方針である。

さらに、西ドイツはWHOとの密接な協力の下にAIDS対策にも取り組んでおり、12か国にAIDSコーディネーターを派遣し、12のプロジェクトに協力を行っている。バイ、マルチ、NGOをすべて含んだ保健医療協力予算は、1987年を例にとると、全ODA6,900百万DMの約5%で、総額353百万DMであった。そのうち、バイ・ベースはGTZを通じての技術協力が60百万DM(GTZ全予算の5~6%)、WHO、UNICEF等、マルチ・ベースの資金協力が約120百万DMであった。

因みに、西ドイツ政府としては、被援助国側に保健医療分野に対する積極的な取組を政策対話などを通じて要請しているが、被援助国政府は農業や工業、あるいはその他の分野を優先させる傾向があるとの由である。

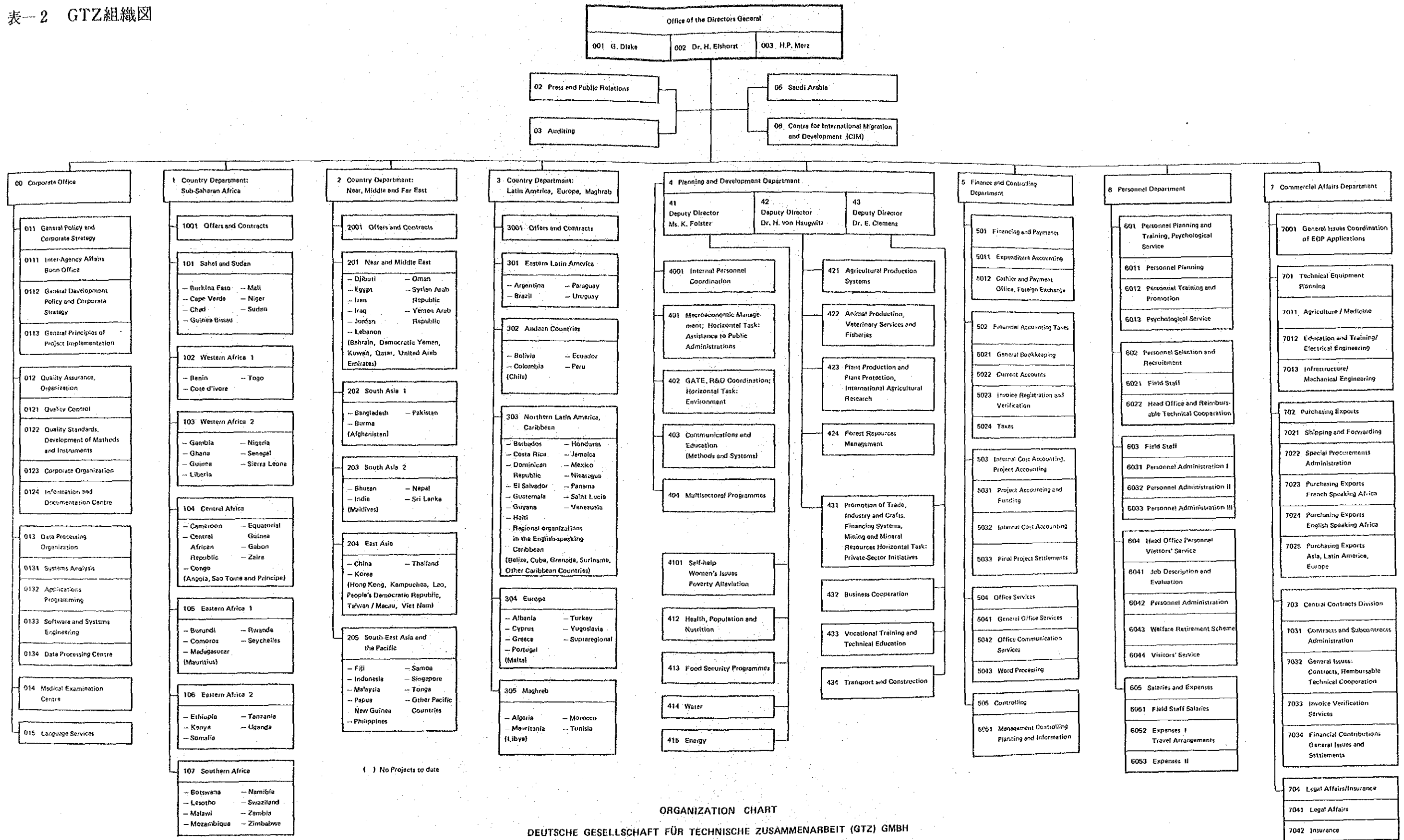
・援助関連機関の組織、体制

援助政策の企画・立案・決定は経済協力省(BMZ)が行い、有償、無償資金協力は復興金融公庫(KWF)が、また、技術協力（但し、技術協力と直接関連のある役務や資機材を被援助国側が調達するための資金協力を含む）は、ドイツ技術協力公社(GTZ)が担当している。

BMZは、上記のように資金協力、技術協力および国際機関を通じての援助に関し、援助政策の企画・立案を行っており、職員は約500人で、組織は第1局（地域開発政策、二国間援助、技術協力の計画作成等を担当）と第2局（多国間援助、開発政策における国際協力等を担当）および第3局（一般管理、NGOとの協力等を担当）から構成されている。

KWFは、もともとは第2次大戦後の復興を目的として設立された金融公庫である。現在でも、KWFの業務の約80%は国定産業開発のための融資であり、残りの約20%がODAである。

表一2 GTZ組織図



ORGANIZATION CHART

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR TECHNISCHE ZUSAMMENARBEIT (GTZ) GMBH

Postfach 5180 D-6236 Eschborn · Federal Republic of Germany · Telephone (06196) 79-0

20 January 1989

GTZは、開発援助事業団(BFE)と開発途上国援助促進公社(GAWI)が合併したもので、1975年1月以降、一元的に技術協力を実施している。全額政府出資の株式会社で、その組織は大きく地域(国)担当部局と開発・計画担当部局(技術担当部局)に分けることができ、保健・人口・栄養等の担当は後者に属している。計画担当のスタッフは7名で、うち4名は医師。その他、AIDS担当のような特別採用の者、および官房要員も含めると、約20名のスタッフを擁している。

GTZ全体では、1988年現在、本社に1,124名、海外に1,662名(フィールド・スタッフ)の職員がいる。また、コンサルタント専門家(プロジェクト・ベースで雇用)391名、被援助国により雇用されている専門家(各プロジェクトごとに契約し、CIMにより派遣されている専門家)620名、現地雇用職員2,751名である。これらの専門家は、ほとんどが西ドイツ人であるが、プロジェクトにより、契約ベースの外国人コンサルタントも雇用している。

・案件発掘、形成方法および評価

援助の案件発掘・形成過程は、わが国とほとんど同じである。

1) 被援助国側からの援助要請

援助要請と関連情報が、通常、西ドイツ在外公館および外務省を経由し、それぞれのコメントを付した上でBMZに送付される。

2) BMZによる予備審査

要請が被援助国のニーズ、開発計画に基づくものであるか、西ドイツの開発政策の原則や目的に沿うものであるか、被援助国の自助努力が確保されているか、等の点が考慮される。

3) GTZによる予備報告書の提出

BMZは、GTZに対し、上記要請の援助案件としての適合性および適格性についての予備報告書を提出するよう求める。

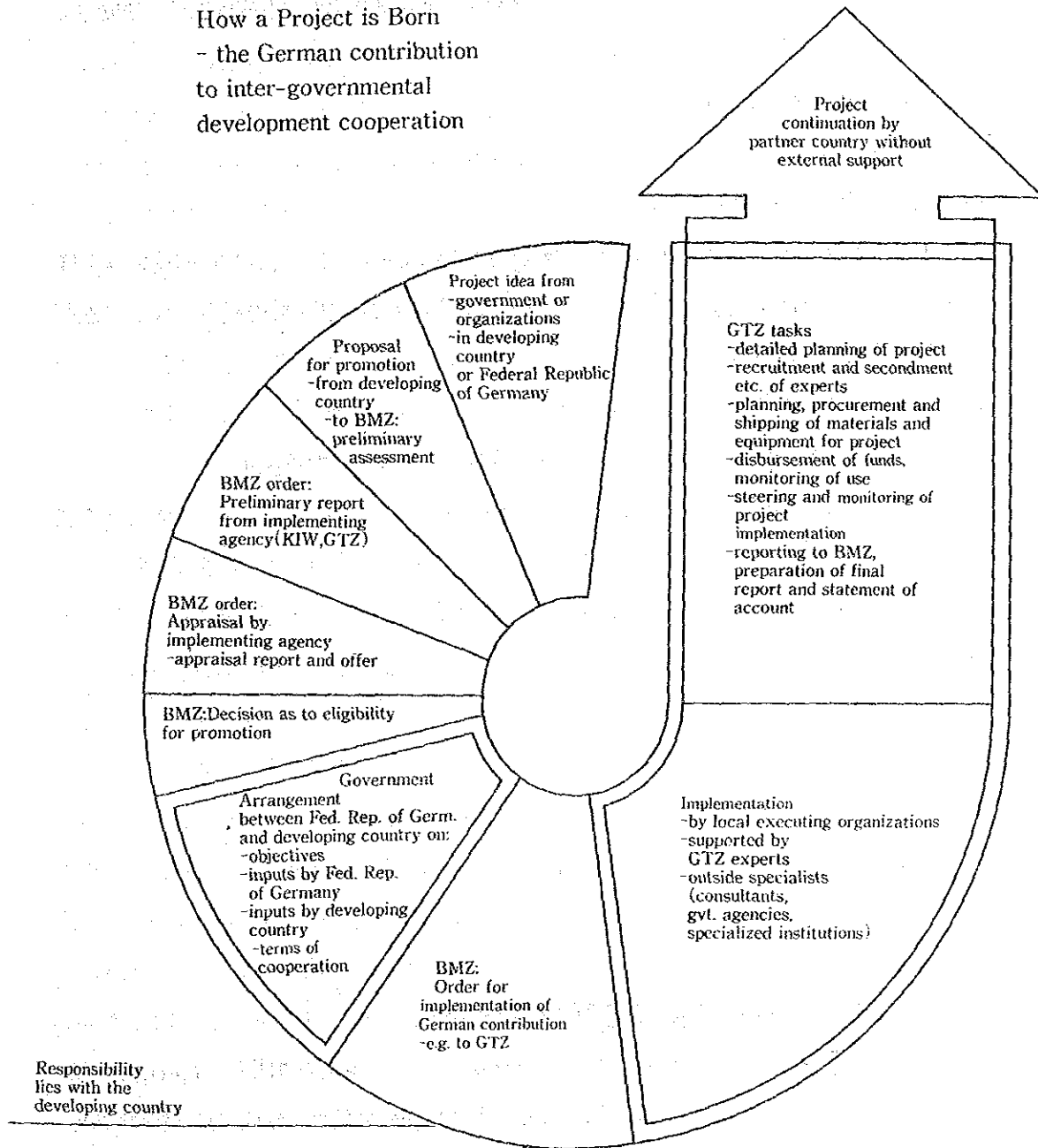
4) GTZによるプロジェクト審査報告書の提出

上記報告書の内容が望ましいものであれば、BMZはGTZに対し、プロジェクト審査報告書の作成を指示する。審査はGTZの職員または外部の専門家によって行われ、以下の項目についての機密の報告書が作成され、BMZに提出される。

- ①解決されるべき問題点の所在
- ②プロジェクトの目的、対象グループなど
- ③目標達成に必要なプロジェクトの諸活動

表-4 GTZの案件発掘形成方法

How a Project is Born
 - the German contribution
 to inter-governmental
 development cooperation



- ④予想される実施機関および被援助国担当機関の能力
- ⑤プロジェクトの総費用と資金繰り
- ⑥人材と物資の必要量
- ⑦予想されるプロジェクトの経済、社会および生態学的影響

上記項目を調査するため、ミッションが被援助国に派遣され、相手国と密接に打合せ協力を
行う。

5) GTZによる実施承認申請

GTZからBMZに対し、プロジェクトの実施承認申請を行う。

6) 実施の決定と政府間取極の締結

BMZは外務省を通じ、被援助国政府に援助の決定を通知するとともに、政府間取極を締結する。この政府間取極には、プロジェクトの目的、援助国、被援助国双方のなすべき事柄、および協力の内容が盛り込まれる。

7) プロジェクト実施契約の締結

GTZと現地の実施機関との間でプロジェクト実施契約が締結される。

8) 援助の実施

GTZの業務内容

- 1) プロジェクトの詳細設計
- 2) 専門家の確保
- 3) 資機材の調達・運送
- 4) 資金の支出とモニタリング
- 5) プロジェクトの実施のモニタリングなど
- 6) BMZへの報告（最終報告書など）

・途上国の医療、保健に関する情報収集

主として、WHOのカントリー・プロフィールを利用したり、現地の専門家を利用して、情報の収集を行っている。また、主な途上国にある西ドイツ在外公館にはBMZの職員が援助専門家として派遣されており、途上国政府からの情報の収集に努めている。

・専門家の人材確保、研修員の受入れ

資金協力はあくまでも経営や運営面での援助であり、西ドイツの技術協力の中核は専門家であるというのが、同国援助の基本的な考え方である。

現在派遣中の医療専門家は90～95名で、このうち約10名は外国人専門家を雇用している。これらの専門家は医師、病院技術者等であるが、医師は約半数程度である。

また、現在協力中のプロジェクトは、ほとんどが男性の単発派遣専門家 (one person project) によるもので、その多くが1年以上の長期派遣である。但し、短期のコンサルタントを雇うケースもないわけではない。

近年、派遣専門家の数は減少傾向にあるが、西ドイツにおいては、一般的に国際保健医療協力の人材確保が困難であるといえる。その理由としては、①開発途上国への派遣によって、専門技術で遅れをとることになる。(高度の専門家の供給難) ②開発途上国では、一般的にドイツ語より英語を話す専門家のほうが優遇されている。③給料が安い。④帰国後の再就職が困難である。⑤開発途上国の医療機材の不備、等々である。

しかし、開発途上国が経験豊かな専門医の派遣を求める傾向は近年急激に強まっており、卒後訓練が必要となってきた。熱帯病に関しては、英国や米国の熱帯医学研究所に研修のための人材を派遣しているが、その一方でPHCや公衆衛生分野の人材も必要とされており、国内の大学・研究機関において追加的な訓練コースを実施 (ハイデルベルクの熱帯医学研究所等) するとともに、医師、看護婦、助産婦等を対象とした熱帯病に関する基礎保健訓練を実施するなどの対応策がとられている。

人材のリクルート方法では、フランスのように公務員優先制度はなく、まったくオープンに人材募集が行われている。具体的には、新聞や医学雑誌などに募集広告を掲載するという方法をとっており、募集の範囲は、国内はもとより外国の大学や病院等にも広げられている。また、全額西ドイツ政府からの補助金によって運営されているドイツ人専門家の確保および派遣を専門的に行うCIM(Center for International Migration and Development) という機関がある。CIMによって派遣される専門家は、被援助国に雇用される形をとり、CIMは給料の一部補填を行う。

研修生の受入れについては、PHC分野は西ドイツ国内に適切な受入れ機関が少ないことから、英国や米国に派遣して研修を受けさせている。但し、基本的な考え方としては、アフリカ等の周辺国に適切な受入れ機関があれば、あえて西ドイツや英国、米国等へ研修生を送る必要はなく、周辺国で研修を実施することが妥当であるとしている。

・国際機関、NGOおよび大学（研究機関）との連携

WHO、UNICEF、UNFPA、IPPF等の国際機関と協力を行っているが、その中心はWHOである。特に、熱帯病（主として8種類）の研究やAIDS対策で資金援助を行っており、また、ジンバブエの母子保健・家族計画プロジェクト、ケニアのナイロビ大学でのPHC関連の大学院課程等において協力を行っている。

NGOとの連携については、BMZ内部にNGO担当部局があり、きわめて重要視している。特に、教会系のNGOが保健医療協力で中心的な役割を担っていることから、西ドイツ政府は多額の資金協力を行っている。1988年のNGO支援費は、全体で624百万DMで、これはBMZ予算の9.2%を占め、教会系を中心に約53のNGOに対する支援が行われた。

大学・研究機関とは、専門家の確保および研修員の受入れ等で密接な協力を行っている。

・援助推進のための研究活動、その他

リカレント・コストの問題は存在するが、主として資金協力に対応しており、援助を開始する前に施設の維持・修理、要員の訓練も含めた3～4年にわたるコンサルティング契約を結ぶ方法をとっている。

1. - 3 スウェーデン

・国際保健医療に関する政策

保健医療分野におけるスウェーデンの二国間協力は、特にプログラム・カントリーと呼ばれる17か国に対するものを重点としている。アンゴラ、ザンビア、ボツワナ、エチオピア、ケニア、タンザニア、モザンビーク、レソト、ジンバブエ、ニカラグア、インド、スリランカ、バングラデシュ、ベトナム、ラオス、カーボベルデ、ギニアビサオが、そのプログラム・カントリー17か国である。

これらの対象国の選択基準は、(1) 政治的な決定 (2) スウェーデンと歴史的に関係の深い国 (3) 世界の援助国から取り残されている国 (ベトナム、ラオス等) の諸点で、援助の規模は、タンザニア>インド>モザンビーク>ベトナム>ザンビアの順となっている。

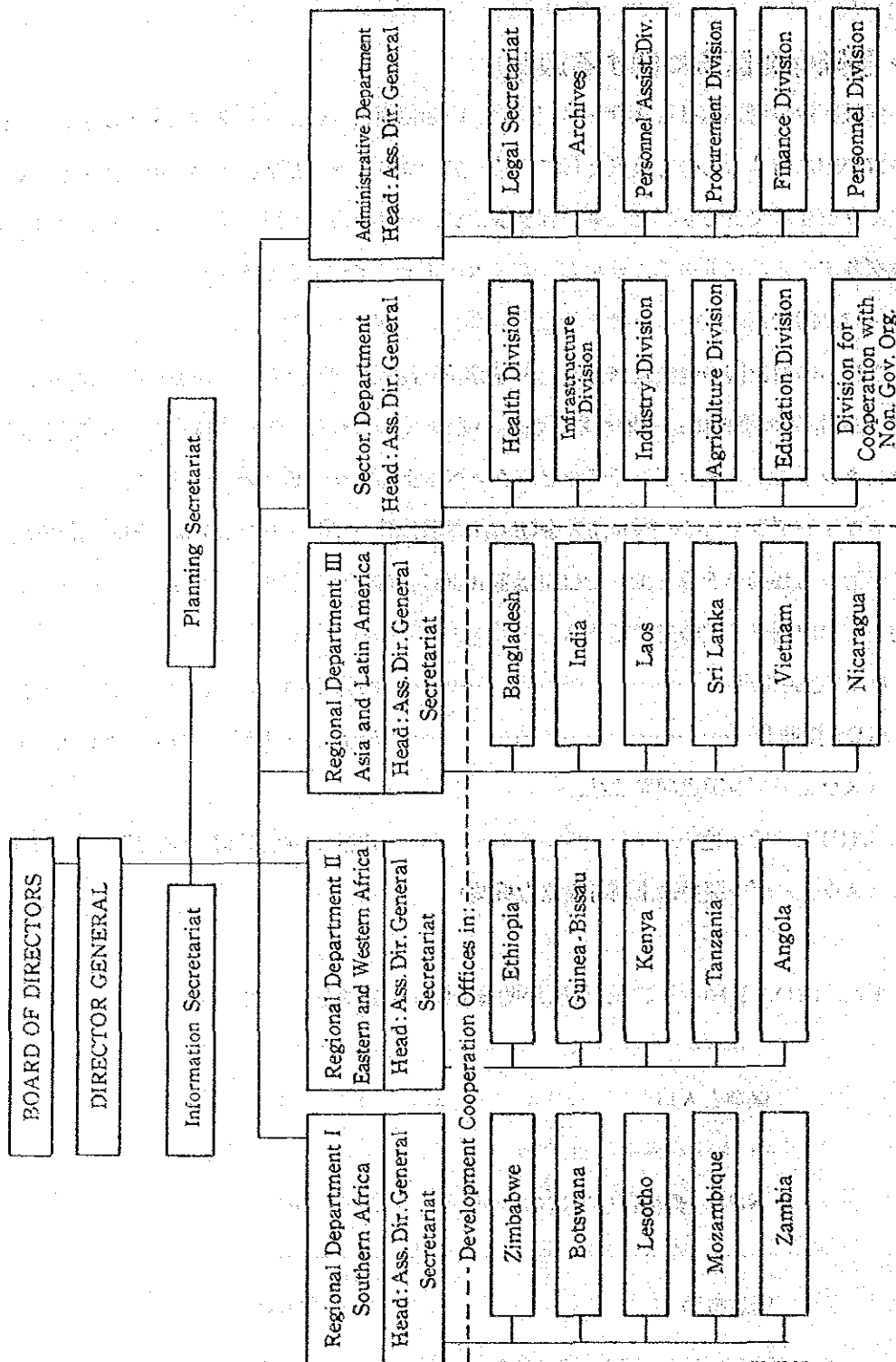
スウェーデンではGNPの0.8%をODAに充てているが、1988~1989年予算(会計年度:1988年7月から1989年6月まで)では、総額103億5,000万スウェーデンクローネ(SEK:約2,360億円)で、内訳は下記の通りである。

| | |
|---------------------|-------------------------------|
| UN国連諸機関 | 29億6,000万SEK (約675億円、28.6%) |
| SIDA援助分 | 55億7,200万SEK (約1,270億円、53.8%) |
| (スウェーデン国際開発公社) | |
| SAREC、その他 | 18億1,800万SEK (約415億円、17.6%) |
| (スウェーデン開発途上国研究協力機関) | |

また、SIDA事業の中での保健医療関連分野を分類すると、次のようになる。

| | |
|------------------|-----|
| 保健と人口 | 7% |
| NGO (保健だけではないが) | 28% |
| 緊急援助 | 12% |
| 下部組織整備 (水道整備を含む) | 8% |

表 5 スウェーデン：SIDA組織図



保健医療協力の内容としては、1978年からPHC重視の政策をとってきているため、病院プロジェクトはベトナムなど少数の例外を除いてほとんどない。事業の優先順位は、地域レベルのPHC、予防接種、家族計画、保健教育、AIDS、母子保健、栄養などである。この中で、特に保健教育は、費用が低い割には効果が大きい協力形態と判断されている。

・援助関連機関の組織、体制

スウェーデンの援助は、同国外務省国際開発協力局が総括している。実務面では、多国間援助等を外務省が直接実施し、その他を外務省の総括の下に、SIDA（スウェーデン国際開発公社：Swedish International Development Authority）、BITS（スウェーデン国際技術・経済協力事業団：Swedish Agency for International Technical and Economic Cooperation）、SAREC（スウェーデン開発途上国研究協力機構：Swedish Agency for Research Cooperation with Developing Countries）が各々分担して担当している。このうちSIDAは二国間援助の大半を担当しており、その予算中、31億4,500万SEK（約727億円）を二国間協力の各国事業に投入している。SIDA本部で働く職員は450人、国外でも約100人が活躍中である。

SIDAの組織は、3つの地域部局と2つの部門部局に分かれており、部門部局の中でも、さらに地域ごとの部局がある。主な業務は、プログラム国に対する無償資金協力、技術協力、人道的援助、およびNGOを通じた援助等である。

BITSは、総裁以下15名足らずの小所帯で、技術協力と資金協力を担当しており、技術協力についてはプログラム・カンントリー以外の国々に対する人材派遣、訓練、研修等を実施している。また、SARECは、途上国における開発調査研究者への援助、国際機関・途上国との共同開発調査、スウェーデン国内における開発調査研究者への援助等を実施している。

・案件発掘、形成方法および評価

SIDAとコンサルタント契約を結んだ経済専門家に開発途上国の分析を依頼するなど、外部の人材を積極的に活用している。また、実施したスウェーデン事業の評価は、状況に応じて行っており、WHOやUNICEFを活用して評価を行うこともある。

・途上国の医療、保健に関する情報収集

データの収集等については、5年ごとに経済の専門家をコンサルタントとして雇用し、開発

途上国の分析を行っている。

・ 専門家の人材確保、研修員の受入れ

スウェーデン国内の人材のリクルートは、よほど特殊な職種か、高度な専門性を要求される職種でない限り、基本的に問題はない。

保健医療の分野で長期に派遣されている専門家は、現在62人ほどいるが、医師は10人以下と少なく、その多くが看護婦、技術者などである。また、医師のほとんどは公衆衛生の専門家で、いわゆる専門医は少ない。

保健医療協力の重要な分野のひとつである熱帯病に関しては、ウプサラに熱帯病研究所があり、年2回、この研究所において専門家の研修を実施している。

一方、人材の派遣だけでなく、開発途上国からの研修生をスウェーデンに招く事業を行っている。但し、一口に人材の派遣といっても、相手国の事情によって異なる対応が求められるのが実情で、例えばアンゴラは現地の人的体制が不十分なため、多くの人材および専門家の派遣が必要であり、スウェーデンからも20人近くが派遣されている。また、ベトナムは現地の人間はたくさんいるが、世界から孤立しているため、やはり大勢の人材・専門家の投入が必要となっている。これに対し、インドは現地にありあまるほどの人間がいるため、スウェーデンは人材を投入する必要はない。

・ 国際機関、NGOおよび大学（研究機関）との連携

UNICEFを通じて、アフガニスタン、カンボジアに間接的に援助しているほか、緊急援助をウガンダ、コスタリカに対して行っている。

研究は、ハイレベルなものは二国間で行う場合もあるが、純粋な研究はSARECや大学に任せている。また、スウェーデンはWHOの研究事業に対しても支援を行っている。NGO支援は、国内の組織に限らず、外国のNGOであっても援助を行っている。

・ 援助推進のための研究活動、その他

1) カロリンスカ研究所IHCAR（国際保健医療研究部：Department of International Health Care Research）

①IHCARは保健医療の開発支援を目的として、1984年、カロリンスカ研究所内に設立され、1987年7月から独立した部門として機能している。

②年間予算の約100万ドルは、SIDAが65%、SARECが15%、MRC（スウェーデン医学

研究評議会)が7%、カロリンスカ研究所が13%を拠出して成り立っている。

③22人のメンバーを擁し、その半数は医師と助産婦である。

④SIDAのコンサルタントとして、(イ)事業の初めから参加する場合、(ロ)事業の中間の研究・評価だけを担当する場合、(ハ)研究だけを単独に請け負う場合とがある。

⑤開発途上国からの研修員の訓練のため、KIRT(カロリンスカ国際研修)という新しいシステムを採用している。これは、従来、スウェーデンで研修を終えた研修生が、帰国後、過度の負担から本来の研究ができなくなっているケースが多いことに鑑み、この問題を考慮して生まれた研修後のフォローである。スウェーデンによって設立された開発途上国側の研究所と合同の研究事業を行い、一定期間(5か月~1年)ごとに、研修員とスウェーデン側の研究者とが相互に交流を行うシステムである。研究の基盤をスウェーデンと開発途上国双方に置くので、サンドイッチ・モデルと呼んでいる。

2) SAREC(スウェーデン開発途上国研究協力機構)

①SARECは、1975年に設立され、1979年、外務省の独立した機関となった。現在、約40人のスタッフを擁し、その主な活動は次の3つである。

(イ) 開発途上国の研究能力を強化すること

(ロ) 開発途上国からの研究結果の支援

(ハ) 開発途上国との研究協力

②開発途上国におけるその国自体の研究能力向上に寄与することが、最も重要な課題である。

③SARECの1987年/1988年の予算(1年間の予算)から主なものを順に挙げると(イ)国際研究に約40%、(ロ)二国間の研究協力に約23%、(ハ)地域(主としてアフリカ、ラテンアメリカ)の研究に約14%を充てている。

④SARECの予算は、スウェーデンのODAの3%を占め、そのうち、農業が40%、保健医療協力が30%である。

⑤WHOとは、TDR(熱帯病研究)、HRP(ヒト生殖研究事業)、PHC(プライマリー・ヘルス・ケア)の各分野で協力している。

⑥将来的には、下部組織の整備や、医療機器の整備に係わる研究にも取り組んでいくつもりである。

⑦現在、研究協力事業を行っている国は、ボツワナ、カーボベルデ、エチオピア、モザンビーク、ソマリア、タンザニア、ジンバブエ、インド、スリランカ、ベトナム、アルゼ

ンチン、ウルグァイ、キューバ、ニカラグアの14か国である。

⑧この14か国のうち、相手国の研究評議会（あるいは国家研究会議など）がカウンターパートとなっているのは3か国に過ぎない。特に、こうした公的なカウンターパートに拘わらずに研究協力を行っている。

⑨スウェーデン国内向けの研究活動に対しては、スウェーデンのすべての教授に応募する資格がある。

⑩現在、140の研究事業を行っているが、基本的には、すべて相手国政府からの要請に基づくものである。但し、約10%程度、スウェーデン側から持ちかけたものもある。

⑪研究の推進にあたっては、開発途上国側が自ら自覚を持って行わなければ意味がない。

先進国が勝手に入りこんで研究していても、開発途上国側からすれば、自分たちの研究事業という気がしない場合が多い。そうした事業については、開発途上国側が、その研究が役に立っていると認識していない場合が多い。そのような事態を招かないためにも、相手国のカウンターパートとは十分な協議を行うようにしている。

1. - 4 米 国

・国際保健医療協力に関する政策

米国にとって、対外経済援助は、第2次大戦後のヨーロッパの復興や東西関係の安定化を側面から支え、より強固なものとして確立していくための手段であった。こうした考え方は、1961年、国務省直轄下に対外援助の集中的実施機関としてUSAID（米国国際開発庁）が設立されてからも、基本的には変わっていない。しかし、60年代は重点がもっぱら経済開発のための援助に置かれたのに対し、その成果が十分に上がらなかったこともあって、70年代からは重点が基本的な人間のニーズ(BHN)へと移されるようになった。こうした変化をうけて、BHNの中核をなす保健医療協力は、80年代に入ってますます強化されてきている。特に援助全体の基本政策をまとめた1985年の“Blue-print for Development”では、5つの取り組むべき主要な問題のうち2つまでが保健医療分野のものとされている。(表-6参照)

保健医療分野そのものに関する米国の援助政策は、1982年に初めてまとめられ1986年に改定されたAID, Policy Paper Health Assistance に述べられているが、そこでは、保健医療分野での要望には種々あるが、総花的な取り組みはあまり成果を挙げなかったとの反省から、最終的な目標を途上国の人々の平均寿命を延ばすことに置き、従って、途上国の死亡の半数以上を占める5歳以下の子供の死亡率を下げることに置き、これを緊急最重要の課題とすると

している。また、そのために米国は途上国が下記のような目標を達成するために援助を行うとしており、その目標とは次の5つである。

- 1) 乳幼児の死亡と疾病を減少させる。
- 2) 母親の死亡と疾病を減少させる。
- 3) チャイルド・サバイバルへの取り組みを、包括的な保健医療体制の構築に向けての礎として利用する。
- 4) 一度達成された乳幼児の死亡の減少は長期的に維持されるようにする。
- 5) 基本的かつ効果的な新しい技術と、チャイルド・サバイバル活動提供のためのよりよいシステムを開発する。

上記以外の課題としては、次の5つ、即ち、①PHC、②水の供給と衛生、③疾病媒介動物コントロール、④保健分野への資金供与、⑤研究を支援するとしているが、但し、これらの活動を支援するにあたっては、「適切性の証明の追加」が必要であるとされている。

また、効果に比して費用が高すぎるという理由から、原則として治療活動には支援をしない（重要な例外は下痢症、急性呼吸器感染症、マラリア）旨が表明されており、さらに運営費がその国にとって重荷となるような物理的建造物の建設も支援しないとしている。

USAIDの援助予算はいくつかの構造を持つが、それらを合わせた保健医療分野での予算の年次変化を見ると、チャイルド・サバイバルが漸増してきたこと、最近はAIDS予算が増えてきたことがわかる。1988年は、総額3億ドルで、チャイルド・サバイバルに1億6,920万ドル、AIDS対策に4,070万ドルであった。

一般の援助では対象国に制限はないが、その選定には政治的判断が用いられている。保健医療分野では、サハラ以南のアフリカ諸国が重点対象国となっている。

・援助関連機関の組織、体制

USAID（米国国際開発庁）は、ケネディ政権下の1961年9月、国際協力局、開発借款基金等に分散していた業務を集中させる形で成立し、今日に至るまで米国の援助の中核をなす組織となっている。その機構は英国ODA（英国海外開発庁）と類似点があるが、案件の発掘・形成は世界に散らばる海外事務所で行われ、各地段階でとりまとめられる。それを可能にしているのは、USAID全職員11,507名中、9,240名（1988年）という豊富な海外事務所職員である。

保健医療協力部は科学技術局に属し、案件発掘や形成には直接には携わず、政策の形成、専門的助言、パイロット・プロジェクト、情報の収集と提供、研究をつかさどる。40名の職員

表-6 USAIDが取り組む問題と到達目標

| 問 題 | 到 達 目 標 |
|--|---|
| 1. Inadequate Income Growth (収入の伸び悩み) | <ul style="list-style-type: none"> 一人当たり収入の年間実質伸び率が2%を下まわらないようにする。 |
| 2. Hunger (飢餓) | <ul style="list-style-type: none"> FAOの「必要最低限」のカロリー摂取を、各国の少なくとも90%の人口において達成する。 慢性かつ重度の低栄養状態にある5歳未満の子供の割合を同じ年齢層の人口の20%未満にする。 |
| 3. Health Deficiencies, Especially Infant and Child Mortality (健康問題、特に乳幼児の 高死亡率) | <ul style="list-style-type: none"> 乳幼児死亡率を70/1000 未満にする。 1～4歳の幼児の死亡率を10/1000 にする。 全人口を対象に、出生時の平均余命60年を達成する。 |
| 4. Illiteracy and Lack of Education (文盲と教育の欠如) | <ul style="list-style-type: none"> 初等学校教育を受ける者の割合を男女とも90%以上とし、また少なくとも4年以上の学校教育を受ける者の割合70%を達成する。 成人の識字率50%を男女ともに達成する。 |
| 5. Unmanageable Population Pressure (人口増加の重圧) | <ul style="list-style-type: none"> 少なくとも80%の夫婦が、さまざまな自発的な家族計画サービスを受けられるようにする。 |

中、5名は医師である。人口家族計画は他の部署で扱われている。

3地域局にもそれぞれ保健医療の専門家が28名(うち医師は3名)配属されており、ここでは直接、保健医療案件の発掘・形成に携わっている。また、現地事務所にも多くの専門家が配属されており、必要に応じて短期のコンサルタントを雇用することができる。一方、近年、USAIDが数次にわたる大幅な定員の削減をうけたこともあって、外注、委託されている業務も少なくない。委託先は、NIH(National Institutes of Health)、CDC(Centers for Disease Control)等、他の政府機関やハーバード大学、ジョンズ・ホプキンス大学などの大学・研究機関および多くの民間のコンサルタント会社である。その中には、Pacific National Laboratoriesのごとく種々の案件を扱うものから、Management Science for Healthのように、経営、財務案件に特定したもの、さらにはUSAIDの隣の建物に事務所を置き、USAIDの仕事のみをうけるMedical Service Corporation Internationalのようなコンサルタント会社が含まれている。

・案件発掘、形成方法および評価

USAIDも二国間ODAでは相手国からの要請がない限り活動を開始できない。しかし、USAIDの場合、総合的政治的判断にくわえ、各セクターと被援助国側との政策対話を通じて、積極的(proactive)に案件を形成するという特徴を持っている。

案件の発掘から実施までの過程は表-11に示す通りで、流れは日本と変わらないが、大きな違いが数点認められる。即ち、案件が海外事務所で作られたCDSS(Country Development Strategy Statement: その国に対する向こう5年間の総合的援助戦略。1年半ごとに改定される)に基づいて形成されること、またその形成が海外事務所で行われること、そして2,000万ドル未満のプロジェクトは海外事務所長が承認できること、等々がその違いである。

このように、海外事務所に大幅な権限が与えられており、意志決定が分散(decentralize)されていることは、米国援助の大きな特徴のひとつであるといえる。しかし、保健医療分野だけでも多数にのぼるプロジェクトを同時に進行させるためには、現地への大幅な権限の委譲が必要であろうし、それゆえ中央においては、政策や各々の計画をますます適切正確に評価する必要が生じてくるともいえよう。また、そのためには案件形成の過程で目的、目標を明確にし、指標化、定量化を行い、モニターの方法もあらかじめ決定しておくロジカル・フレームワークを作ることが必要となる。

かなりの権限を持っているとはいえ、現地事務所はもちろん中央の専門家に助言を求めるこ

表一七 ログ・フレームの様式 (マラリア・プロジェクトの例)

| 多項目の要約 | 客観的に確認可能な指標 | 確認の方法 | 重要な仮定 |
|---|---|--|--|
| ゴール | | | |
| 風土病による死亡・健康障害を、効果的・効率的なヘルスシステムの確立によって減少させること | 風土病による死亡・健康障害が、プロジェクトの直接の効果によって減少すること | ・保健省の年次報告 | <ul style="list-style-type: none"> ・ヘルスサービスを維持できるだけの経済成長の持続 ・受入国政府のヘルスサービスへのコミットメントの持続 ・天災に見舞われないこと |
| プロジェクトの大目的 | | | |
| マラリア罹患率の低減 | <ul style="list-style-type: none"> ・1987年までに現在の大流行をコントロールする ・マラリア罹患率を、年率3/1000以下にする | <ul style="list-style-type: none"> ・サーベイランスの記録 ・診療所の記録 ・AIDによる年1回の確認作業 | <ul style="list-style-type: none"> ・受入国政府がマラリア対策への支持を続けること |
| プロジェクトの小目的 | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> ・殺虫剤スプレー作業の効率改善 ・効果的なサーベイランスシステムの確立 etc. | <ul style="list-style-type: none"> ・マラリア対策本部への十分な人員の確保 ・地域の参加と協力の増加 etc. | (同上) | <ul style="list-style-type: none"> ・マラリアの不測の大流行が起こらないこと |
| プロジェクトのアウトプット | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> ①対象が明確に定められた戸別の殺虫剤スプレー作業の実施 ②効果的・効率的なサーベイランス・システムの確立 ⋮ etc. | <ul style="list-style-type: none"> ・スプレーの対象となる家の絞り込み (1985年→最終年) (5万戸→2万戸) ・すべての血液塗抹標本が検査され、結果が10日以内に地域マラリア対策本部に報告されること ・蚊の、殺虫剤に対する耐性の検査が年に4か所以上で行われること ⋮ etc. | <ul style="list-style-type: none"> ・マラリア対策本部の年次報告 ・AIDによる年1回の確認作業 (同上) | <ul style="list-style-type: none"> ・蚊の、殺虫剤への耐性が起こらないこと ・スプレーを各戸が拒絶しないこと ・訓練されたスタッフの存在 ・住民へのマラリア教育の改善 |
| プロジェクトのインプット | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> ①受入国政府の <ul style="list-style-type: none"> ・必要人員の提供、必要人員への給与 ・ヘルスケア施設の提供 ②AID <ul style="list-style-type: none"> ・トレーニング ・技術援助 ・物資の供与 ③その他のドナー | <ul style="list-style-type: none"> ・マラリア対策本部への10万U.S.\$の子算 ・グラント100万U.S.\$ ・ローン 200万U.S.\$ | <ul style="list-style-type: none"> ・保健省の予算書 ・人員のリスト ・現場訪問 ・マラリア対策本部の報告書 etc. | <ul style="list-style-type: none"> ・マラリア対策への政府の支持 ・AIDの事業予算の確保 |

注：太字は、ログ・フレームの所定の様式によって定められている項目。
各項目の内容は、仮想的なマラリア・プロジェクトによる例示。