とができるし、必要とあれば調査団の派遣を求めることも可能である。

しかし、一般的にいって、USAIDはコンサルタント等を含め、現地の人やその地域にくわしい第三国人を多く使い、現地の実情に合わせた案件形成に努力しているとの印象をうけた。

・途上国の医療、保健に関する情報収集

開発途上国のニーズ、実情は、保健医療専門家を含む豊富な海外事務所職員を通して、きめ細かく把握され、集積されているといえる。

国際的動向についても、米国は情報収集に関してきわめて有利な立場にある。世界銀行とWHOのアメリカ地域事務局は、USAIDから徒歩10分ぐらいの所である。また、国連関連機関もニューヨークに集中しているため、USAIDはこれら諸機関との間で緊密な情報交換を行っている。しかも、こうした日常的な接触の結果、個人的に親密となり、いわば国際保健医療協力のコミュニティのようなものが形成され、例えばUSAIDの職員がスウェーデンのSIDAの職員と、ある案件について電話でいつでも非公式的に、個人的に協議できるといった関係が成立しているという印象をうけた。

一方、専門的学術情報については、コンサルタントや大学、研究所が保健医療の各分野に精通しており、効率的な情報の収集、分析、集積が行われている。特に大学、例えばジョンズ・ホプキンズ大学は、公衆衛生大学院内に国際保健センターを持ち、USAIDからの研究業務を受注しており、研究教育のみでなく、大きな情報センターとしても機能している。

さらに、援助の具体的な実務情報については、政策・企画調査部内の情報評価センターが収集、整理保存、提供を行っている。このセンターはDI(Development Information Division)とPPE(Program and Policy Evaluation Division)の2課からなり、DIがAID業務に関係する開発情報の収集、提供を行っている。取り扱われる情報サービスには、コンピューターで管理された開発情報システムであるDIS(Development Information Service)の維持、拡充、専門家のための技術的文献の検索サービス、AID図書館（蔵書15万冊）の維持、ARDA(AID Research and Development Abstracts：AIDの出資するリサーチの報告、特定分野の最新知識の報告書、保健等各セクターごとの種々の分析報告等の抄録を整理した季刊の情報誌）の発行、海外のAID関連事務所でコンピューター・ベースの情報システムを開発する際の技術的支援等がある。

関連情報システムDISは主に2つのデータ・ベースからなる。「DOCUMENT」は、AIDのプロジェクトの記述からなり、いずれも1974年以降のものを収録している。

保健医療協力部においても、専門家リストなどをはじめ、プロジェクト実施に必要な情報が集積されており、他の部門への提供が行われている。

・専門家の人材確保、研修員の受入れ

USAIDは、マラリア、急性呼吸器感染症、下痢症を除いて治療的医療は支援しないことを援助政策のひとつとしているので、専門家としての臨床医はほとんど必要としない。また、援助の方法においても、途上国の健康政策への助言やシステム全体の運営に重点を置いているため、医療従事者より経営・財務の専門家の必要性がより重要なものとなる。

実際、世界中に派遣されている長期専門家約500名のうち、約半数は現地の専門家であり、米国人専門家中に医師が占める割合は約20％に過ぎない。しかし、その数倍におよぶ短期専門家が医療の各部門にわたって派遣されており、その中には臨床を含む医療の専門家もきわめて多いものと推定される。

USAIDは、長期専門家と直接、交渉、契約を結ぶのではなく、プロジェクトを大学あるいは研究所、コンサルタント等に対して一括して委託契約するので、専門家確保の責任はむしろプロジェクトを受注した側にあることになる。今次調査においても、USAIDが人材確保に特に困難を感じているといった印象はうけなかった。しかし、短期専門家はUSAIDが直接交渉する必要があり、語学能力等を記載した専門家リストを常に用意しているとのことであった。

また、寄生虫、人口など、国内で需要のない専門家を長期的に確保する必要があるため、研究費や研修奨学金を通して、それらの専門家が所属する大学や研究機関を財政的に支援する努力が払われている。平和部隊の経験者が専門家として積極的に利用されていることも、米国の人材確保のひとつの特徴といえよう。

全般的に見て、専門家を一本釣りで雇用するのではなく、組織に一括して確保を任せ、その組織を育てるという戦略が用いられていることが最も印象的な点であるといえる。

研修については、本国での公式の学位課程の研修から、特定の課題にしぼった研修や現地あるいは隣国での第三国研修へと次第に重点が移されつつある。とりわけ現地での研修は各プロジェクトに組み込まれ、米国あるいは現地の専門家が課題に沿ったワークショップを開催するという形で行われている。

・国際機関、ＮＧＯおよび大学（研究機関）との連携

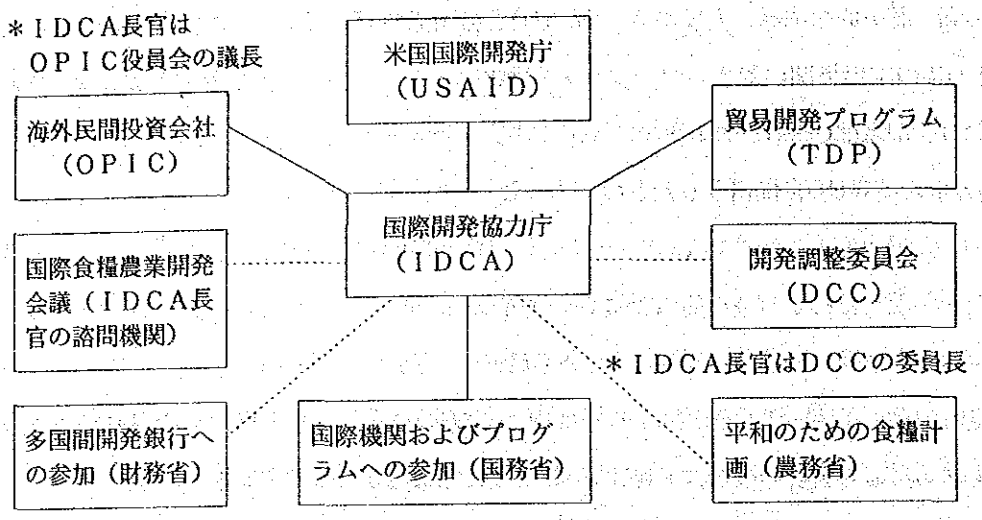
地の利、歴史的な関係、人脈から、USAIDと各国際機関との連携はきわめて緊密である。

WHO等の国際機関に対するプログラム別拠出金は、USAID予算の中でも大きな比率を占めており、例えばUSAIDが1988年にAIDS対策プロジェクトに支出した4,069万ドルのうち、1,500万ドルはWHOに拠出されたものであった。

NGOとの関係は、かつてはUSAIDが機密保持の観点から協力に消極的であった時代もあったが、現在はむしろ積極的に支援し、連携を保っていこうという姿勢に変わりつつある。予算区分でいう開発援助費(DA)の16～18％はNGOを通して支出することになっており、NGOに委託してプロジェクトを遂行する場合や、NGOが自ら発掘した案件をUSAIDが支援する場合もある。但し後者の場合は、NGOが25％を自己負担することが要求される。

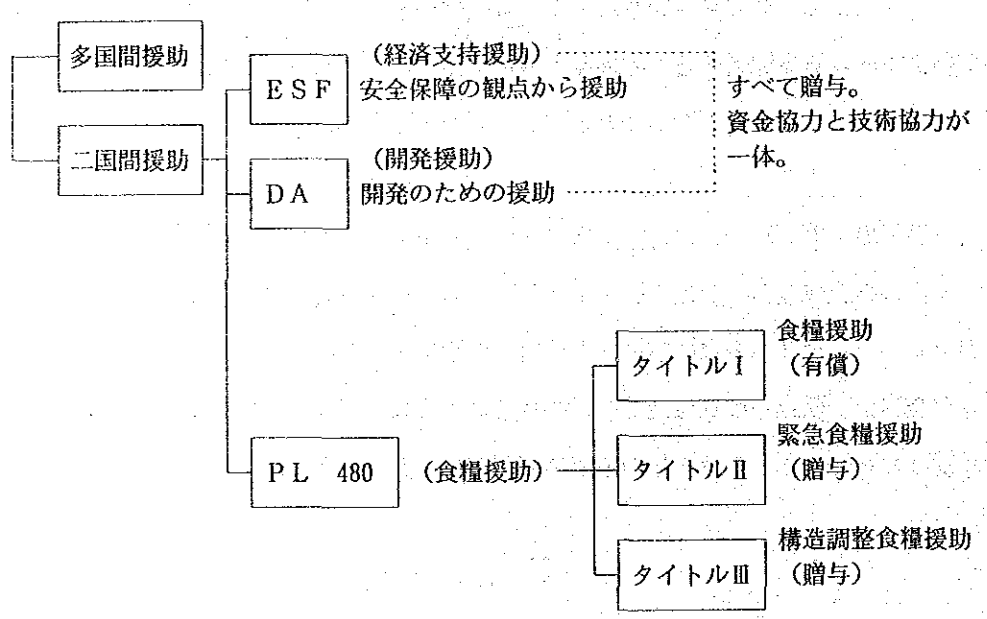
大学・研究機関との連携もきわめて緊密で、すでに述べたように、保健医療協力をスムーズに遂行していくための必須の要素となっているとの印象をうけた。

表－8　米国の援助機構

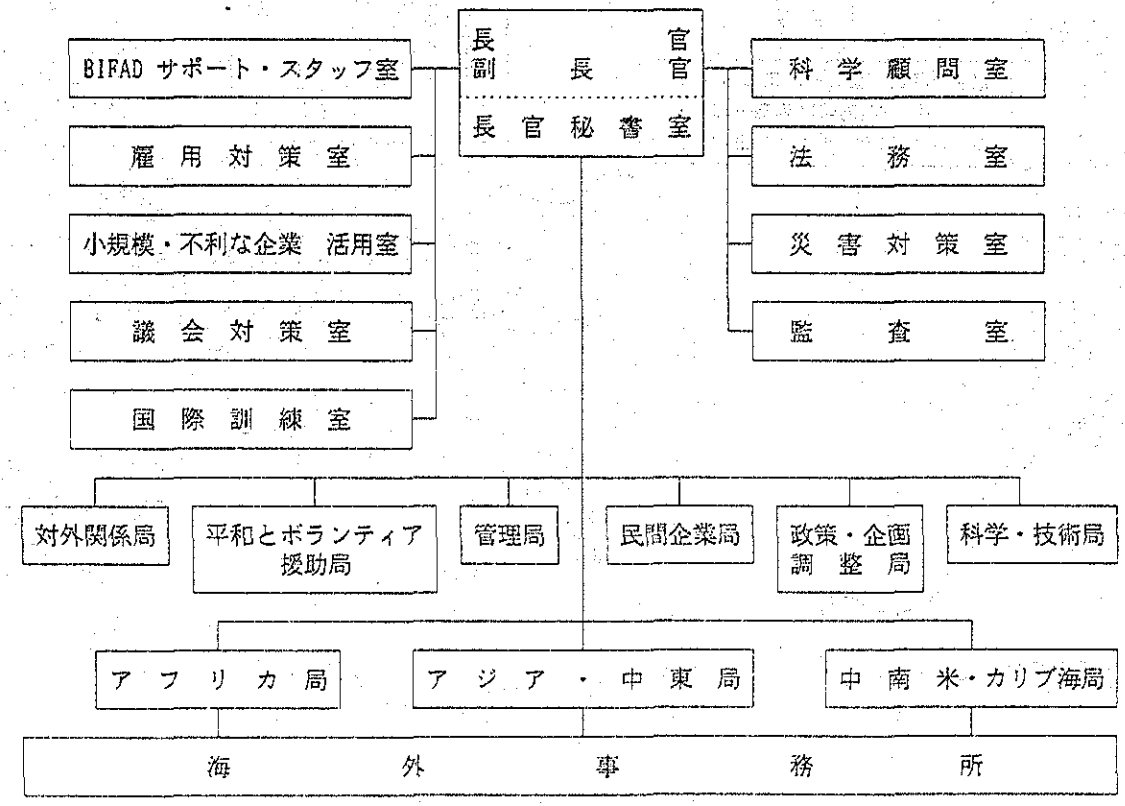


〔注〕＊実線はＩＤＣＡが単独あるいは関係省と協力して組織に対し責任を負うことを示す。＊破線はＩＤＣＡと関係省との協力で業務が行われることを示す。＊平和部隊はＩＤＣＡとは独立した別の組織となっている。

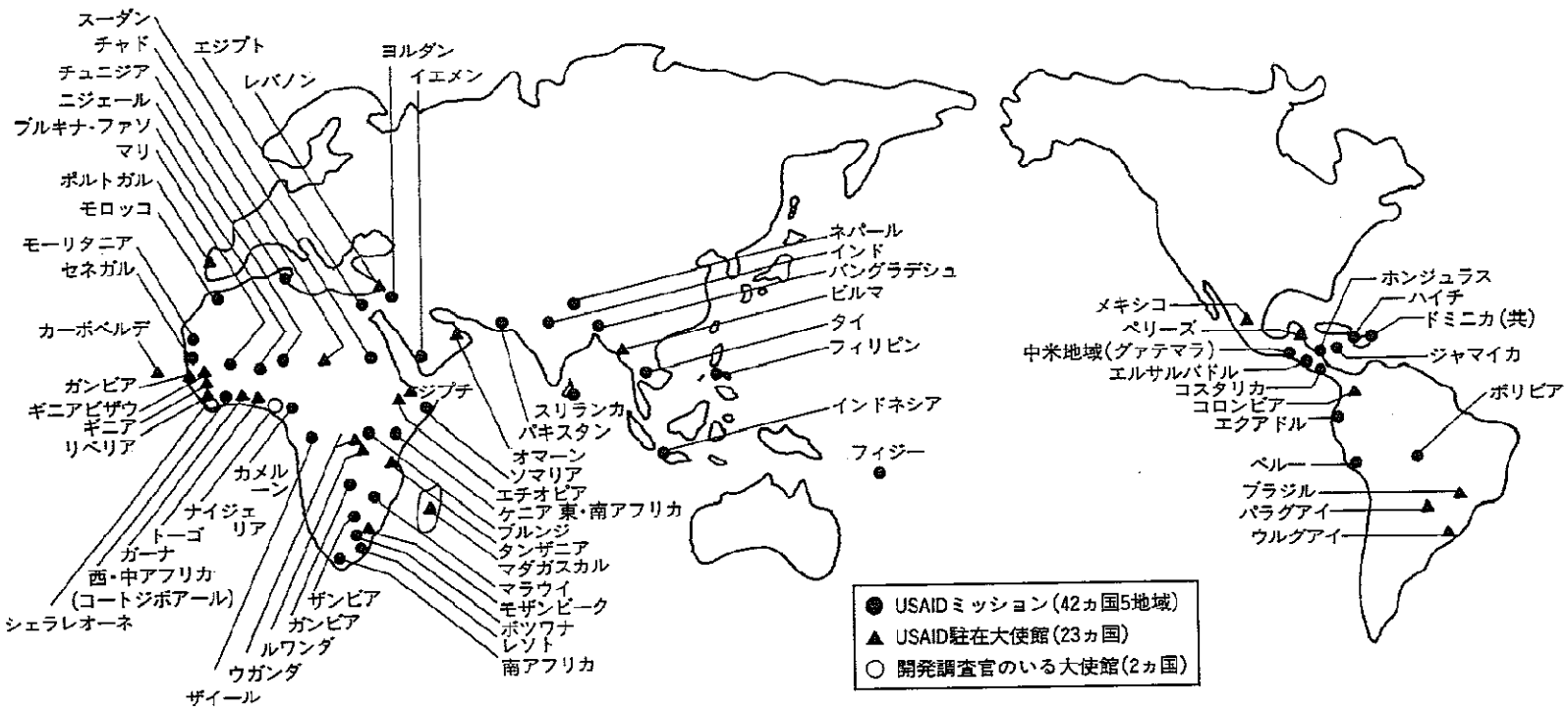
表－9　ＵＳＡＩＤ援助予算の構造



表－10　米国：ＵＳＡＩＤ組織図



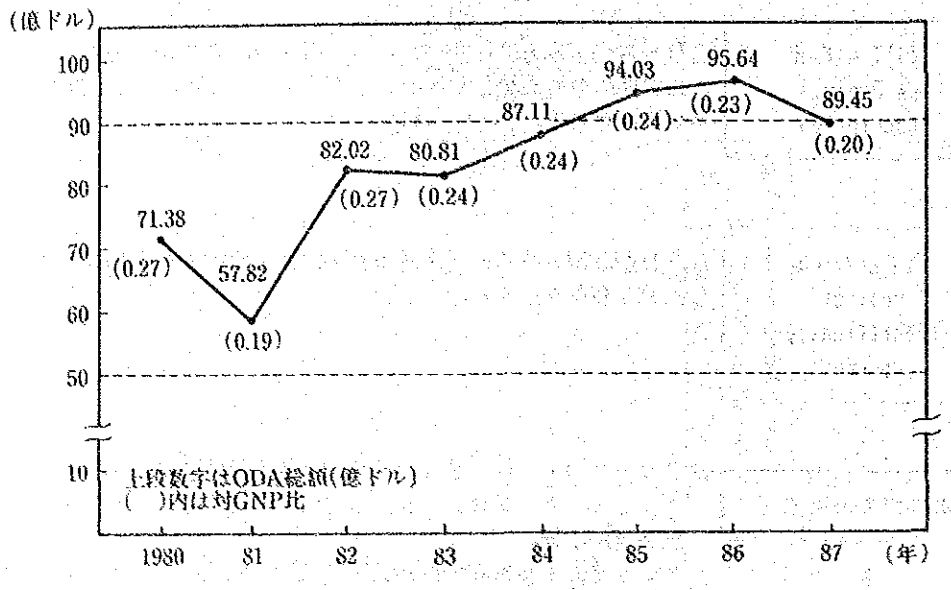
表—10　USAIDの在外事務所図



表－11　米国：援助案件の発掘から実施までのプロセス

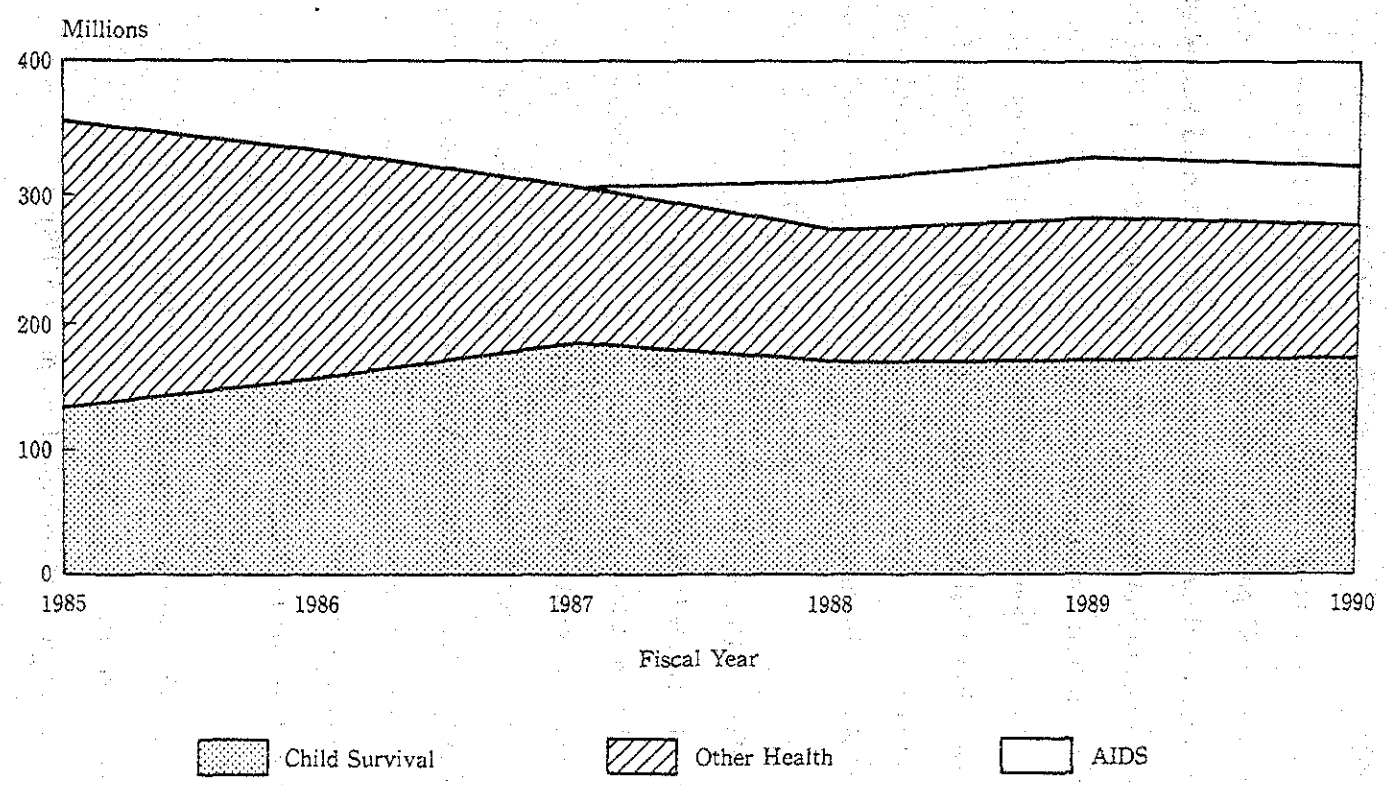
ＣＤＳＳの作成 Country Development Strategy Statement	ＡＩＤ海外事務所が被援助国の開発に関係する広範な情報を収集し、総合的な援助を方針を立てる。被援助国の開発ニーズについては政策対話を充分に実施する。
⇩	
ＮＰＤの作成 New Project Description	ＣＤＳＳの基本方針に基づき、海外事務所は個別案件を選定。この案件の概要を記したＮＰＤを作成する。ＮＰＤはＡＩＤ本部で検討される。
⇩	
ＰＩＤの作成 Project Identification Document	ＮＰＤが承認されると、海外事務所は案件をさらる詳細に分析したＰＩＤを作成する。
⇩	
案件実施の承認	＊２０００万ドル以上または政治的・技術的検討の必要があるプロジェクトはプロジェクト委員会で検討の上、ＵＳＡＩＤ副長官が承認。 ＊２０００万ドル未満で政治的・技術的に問題のないプロジェクトはＡＩＤ海外事務所長が承認。
⇩	
ＡＢＳの提出 Annual Budget Submission	海外事務所は実施予定案件の具体的な供与額および支出のタイミングなどを記したＡＢＳを作成し、本部の担当地域局に提出する。
⇩	
予算要求案の決定	ＡＢＳをもとに地域局が予算要求案を作成し、ＡＩＤ本部の担当各局による査定・調査を経て、ＡＩＤ長官による予算要求案が決定する。
⇩	
ＣＰ提出・議会の審議 Congressional Presentaion	予算要求案はさらに見直されて、大統領によりＣＰが議会に提出される。
⇩	
支出法案の可決	議会の審議を経て、支出法案が可決される。
⇩	
無償協力プロジェクト 協定締結	ＡＩＤ海外事務所はＣＰに基づいて予算のプロジェクト配分を行った後、被援助国政府と援助実施のための協定を結ぶ。

表－12　米国のODAの推移（1980～1987年実績）



表—13　米国：保健医療分野のUSAID予算（人口を除く）

USAID Funding for Health
Child Survival, Other Health, and AIDS
All Accounts



CENTER FOR INT'L HEALTH INFORMATION
USAID H.I.S.
JAN. 1989

表−14 米国：現場での実施機関

〔政府機関〕

Bureau of The Census

Government of Papua New Guinea

International Center for Diarrhoeal Disease Research,Bangladesh(ICDDR,B)

National Institute of Allergy and Infectious Diseases (NIAID)

National Institutes of Health

Office of International Health (OIH)

Pan American Health Organization (PAHO)

Peace Corps

World Health Organization

〔大学〕

Case Western University

Harvard Institute for Intl.Development (HIID)

Johns Hopkins University

New York University Medical Center (NYU)

University of Hawaii School of Public Health

University of Hawaii School of Medicine

University of Illinois

University of Maryland

University of Southern California

〔その他〕

Academy for Educational Development (AED)

Agouron Institute

American Institute of Biological Sciences (AIBS)

American Medical Association

Americares Foundation

Appropriate Health Resources and Technologies Action Group Ltd.(AHRTAH)

Bio−Medical Research Institute (BRI)

Battelle Pacific Northwest Laboratories

Camp Dresser & Mckee International,Inc. (CDM)

Center for Human Services (CHS)

Centers for Disease Control (CDC)

Creative Associates

Family Health International

International Science and Technology Institute (ISTI)

John Snow, Inc.

Management Sciences for Health (MSH)

Medical Care Development

Medical Service Consultants, Inc. (MSCI)

Medical Service Corporation Intl.

Milwaukee International Health Training Center

National Council for International Health (NCIH)

Pragma Corporation

Program for Appropriate Technology in Health

Statistica, Inc.

University Research Corporation

Westinghouse Institute for Resource Development

1.－5　英　国

・国際保健医療協力に関する政策

英国の援助政策は、1975年の白書（'More Help for the Poorest'）に象徴される如く、かつての英国コモンウェルスの共栄という立場から、人道的立場に基づく最貧国の援助、つまりBHN重視の方向へと変化してきている。保健もBHNの重要な一部であるが、近年は社会、地域サービスへの援助が急速に増加しているのが特徴である。

保健医療協力の重点は、人口、PHCに置かれ、治療的医療は重点ではなく、病院建設は行っていない。対象国はODA全体では49か国に及び、英連邦、最貧国が中心であるが、特に特定国に限定せず、要請があれば援助するという方針をとっている。しかし、保健分野の援助では、その国の健康状態等を分析・評価して、ニーズの高い国に限定して協力を実施しており、アジアではインド、ネパール、パキスタン、バングラデシュ、太平洋州ではフィジー、ソロモン等、アフリカでは東のケニア、ウガンダ、タンザニア、西のガーナ、ガンビア、東南ではマラウイ、ザンビア、ジンバブエ、ボツワナ、等である。

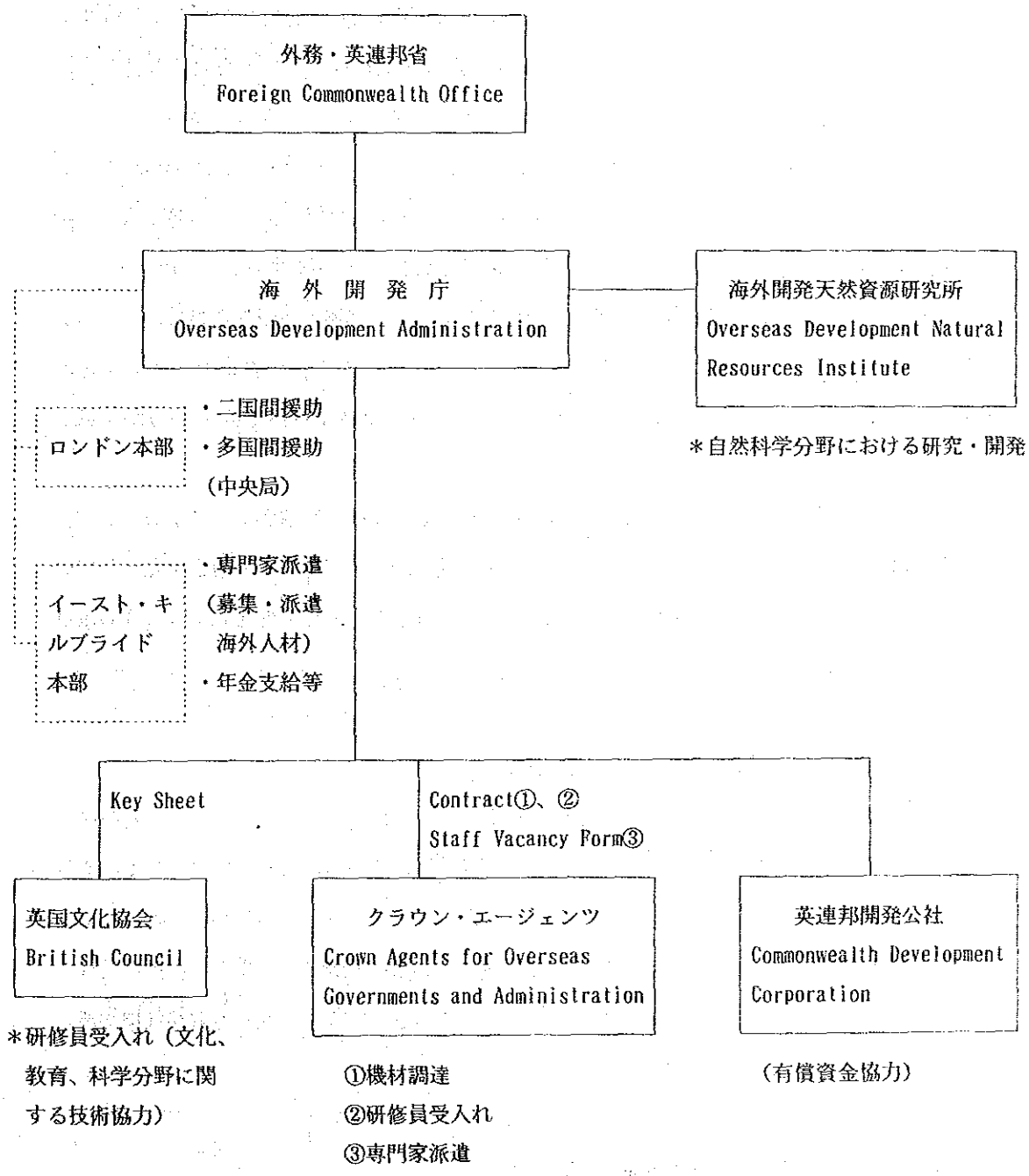
・援助関連機関の組織、体制

英国の援助関連機関は、ODA（海外開発庁：Overseas Development Administration)を中心に、天然資源開発に関するODNRI(海外開発天然資源研究所：Overseas Development Natural Resources）、研修員受入れを担当するBC（英国文化教会：British Council)、実務をつかさどるCA(Crown Agents)、有償資金を取り扱うCDC（英連邦開発公社：Commonwealth Development Corporation)からなる。

ODAは、1964年、技術協力省と外務・英連邦省の一部を集約して成立した海外協力の一元的実施機関である。本部はロンドンと専門家派遣を取り扱うグラスゴー近郊の事務所とに分かれ、カリブ、太平洋、南アフリカ、東アフリカ、東南アジアの５か所に地域事務所を有している。職員は約1,200名（1988年）で、うち約１割が各分野の専門家である。

国内組織は、案件の発掘・形成をつかさどる７地域部と、各専門分野をつかさどる５部門、および総務、財務等の事務局からなるが、保健・人口は５専門分野のひとつで、水・食糧は扱わない。また、保健分野は、政策の決定、情報の収集、研究、開発、調整、各地域部への助言をつかさどるが、実際に案件の形成には携わらず、いわばスタッフ機能を有している。この部は、現在、２名の専門家を抱えている。

表－15　英国の政府開発援助体制



・案件発掘、形成方法および評価

案件の発掘は、主として海外事務所を通じて行われており、相手国政府の要請に基づき、案件形成のための調査団が派遣され、内容がさらに具体化される。

形成された案件の実施を決定する主体は、案件の規模によって3段階に分けられる。

即ち、2,500万ポンド以上の案件は、各地域局長、財政局長、専門分野の長などで構成する案件評価委員会が決定し、1,500万～2,500万ポンド規模の案件は、担当地方局の次官補が、1,500万ポンド未満については、ODA本部長、大使等が承認することになっている。

また、その決定には3つの資料が枠組となる。ひとつはCountry Policy Review Paperで、これは英国ODAが主要18か国に限って毎年行っているマクロ経済分析、開発政策、二国間関係等に関する調査の結果をまとめたものである。資料の2つ目はAid Frame Workで、これは向こう3年間に必要な国別補助を記載したもので、継続・新規を合わせた案件の支出予定額のみが記され、個別プロジェクト名などは示されていない。3つ目はProject Evaluation Committee Paperで、具体的な個別案件の費用対効果や具体的実施の見積りが記載されている。

保健分野の案件の場合、原則的には以上の過程を経て案件発掘・形成がなされるが、通常、案件発掘に先立ち、1年前から当該国のレビューを開始し、5年ごとにその内容を見直している。このレビューを参考に事前調査団を派遣し、その国の具体的案件を決定するProject Frame Workを作っている。

・途上国の医療、保健に関する情報収集

情報収集は、現地事務所や専門家による保健分野レビューによって行っているが、対象国の多くが旧植民地であることから、いまのところ当該国事情にくわしい人々も少なくなく、そうした人々も活用されている。例えば、リヴァプール市は東アフリカからの船が着く港として発展してきた歴史があり、同市周辺にはアフリカ事情にくわしい人が多い。また、植民地時代、植民地の医務官として働いた経験のある人たちも残っており、こうした人々も有益な情報源となっている。

・専門家の人材確保、研修員の受入れ

専門家の派遣先はアフリカが多く、保健分野では全体の10％強（1982年～1986年）を占めている。派遣の形態には、直接雇用契約するもの、途上国政府に雇用されている者に対して給与

表－16　英国の援助案件の発掘から実施までのプロセス

ＯＤＡ現地事務所等と被援助国関係者の協議	英国大使館およびＯＤＡ現地事務所の担当者と被援助国関係者の日常的接触などによって、その国で特に援助を必要とするセクターが明らかにされる。
⇩	
Ｐ／Ｉ（プロジェクト合意）のためのミッション派遣	明らかにされた援助セクターの情報をもとに調査団がＯＤＡより派遣され、具体的な案件が発掘される。
⇩	
予定案件の選定	ＯＤＡの担当官と在外事務所による検討により予定案件が決められる。
⇩	
事前調査	予定案件に対し、事前調査ミッションが派遣され、案件内容を具体化させる。
⇩	
案件の評価と決定	案件の決定は、案件の規模により以下のように意志決定レベルが異なっている。 ２５００万ポンド以上は案件評価委員会（ＰＥＣ）、２５００～１５００万ポンドは担当地域局の次官補、１５００万ポンド未満はＯＤＡ本部長、大使など。 ＊案件の規模、供与限度額はＦ／Ｓ、Ｂ／Ｄの調査によって決定される。
⇩	
交換公文の締結	被援助国との間で政府間合意文書である交換公文を締結し、援助実施の準備が完了する。
⇩	
援助の実施	援助実施のための具体的活動である財・サービス等の調達のための入札が行われる。

補塡をおこなうもの（最近は減少している）、ボランティアの３種があり、保健分野の場合、実績からいえばボランティアが最も多く、直接雇用は少ない。また、医師の雇用はやはり難しく、国内の医師数が増え、競争が激しくなるにつれて、医療の最新技術から遠ざかるを得ない海外長期派遣の仕事は、ますます好まれない傾向が顕著となっている。

ODAも、現在、直接雇用以外の方法を模索している。最近の例では、ある地方のNHSにプロジェクトを一括して委託し、そこから定期的に医師を派遣する方式を試行してみたところ、その地方には被援助国の移民が多く、派遣された医師にも、また被援助国にも評判がよかった例があったという。調査団等の一部を民間コンサルタントに委託することも始めているが、英国ではコンサルタントが十分に発達しているとはいえないとのことである。

一方、大学、研究機関は、人材のみならず情報の大きなプールでもある。伝統あるロンドン大学やリヴァプール大学は、研究の委託機関であると同時に、人材の供給機関にもなっており、ひとつの総合的なセンターとして、あるいはキャリアパスの構成要素として、重要な役割を果たしているが、今後はさらに、被援助国人あるいはその近隣国人を専門家として募集する方法を探っていくとしている。

研修生の受入れはBCを通して行われているが、やはりアフリカからの研修生が多く、経済援助の研修者の中で、保健医療分野が占める割合は約20％弱となっている。上述の２大学は、ここでも受入れ先として重要な役割を果たしている。

・国際機関、ＮＧＯおよび大学（研究機関）との連携

国際機関との連携は、予算上から見ても大きな比率となってあらわれているが、使用目的の定まった拠出金はODAで決定され、一般拠出金は厚生省の扱いとなっている。WHO等に対する行政的窓口が厚生省であることもあって、その連携を保障するため、最近まで厚生省の国際課とODAの人口保健部併任のポストが存在していたが、財政上等の理由から、現在はこのポストはなくなった。

英国のNGOは長い伝統をもち、今日も活発な活動を行っている。これらの活動と連携し、支援するため、ODA予算にはNGOの支援金900万ポンドが計上されており、現在まで約50のNGOが支援をうけ、約800の事業を約60か国において行った。保健セクター事業については、プロジェクト所要額のうち、50％をNGOが、残りをODAが負担するという方式（Joint Funding Scheme）がとられている。

また、ボランティア派遣機関に対しても、約1,100万ポンドの支援金が計上されており、こ

れらの支援の下に海外で活動するボランティアは、1988年度末に1,500人を超える見通しである。

・援助推進のための研究活動、その他

ODAの保健部は、研究、パイロット・スタディに重点を置いている。プロジェクト形成、実施を行わないので当然のことではあるが、スタッフ機能充実のためには、研究助成および情報収集は欠かせないものとなっている。

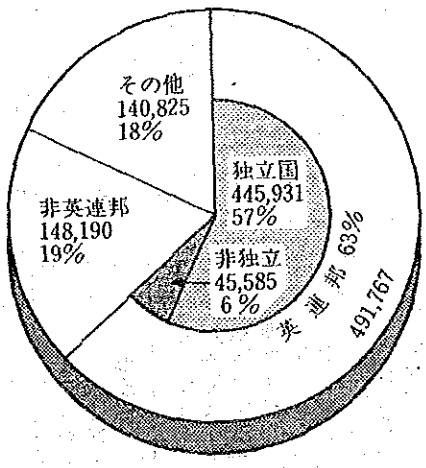
ＯＤＡ援助予算の構造

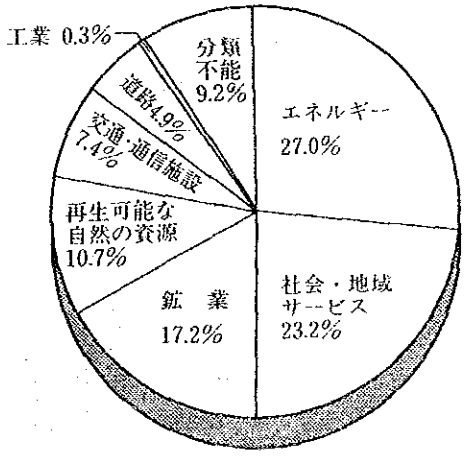
- ＯＤＡ担当援助予算
  - 多国間援助
  - 二国間援助
    - アジア・中近東、大洋州
    - アフリカ
    - 中南米
    - → 資金協力（有償・無償及び技術協力が一体）

援助の60％は二国間援助に、40％が多国間援助（1986/87)に配分されている。

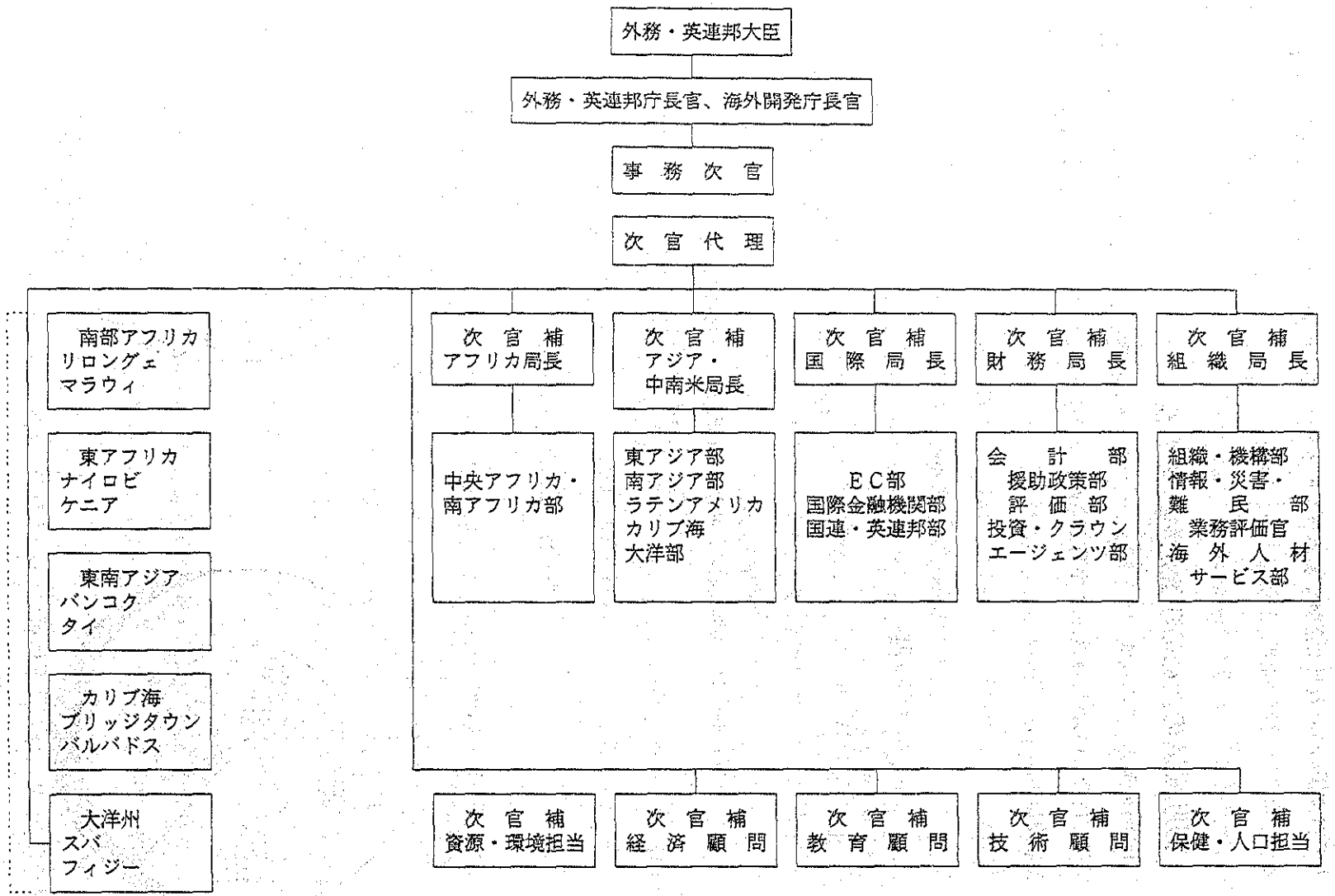
（出典：British Overseas Aid 援助の支出 1986/87）

表―17　英国の援助の概要

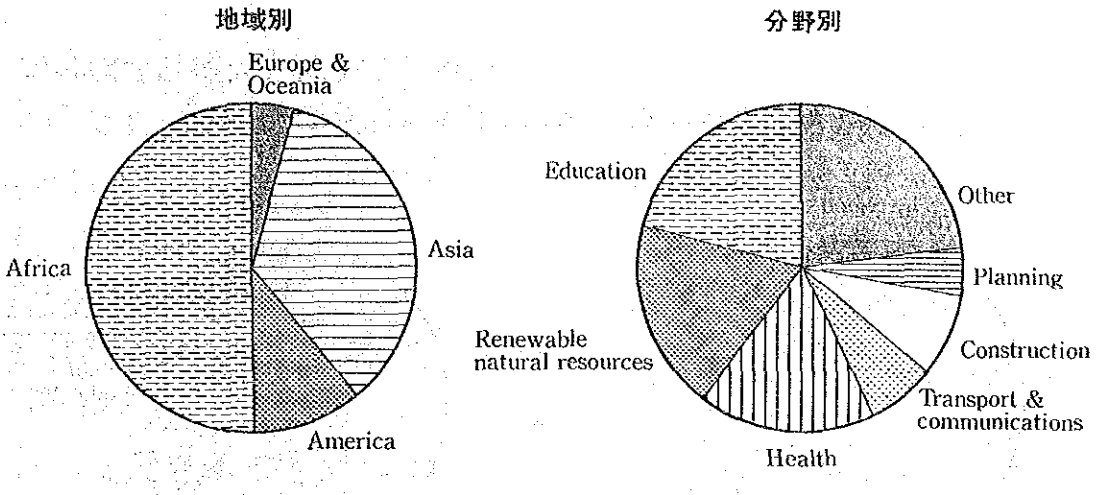




表－18　英国：ＯＤＡ組織図



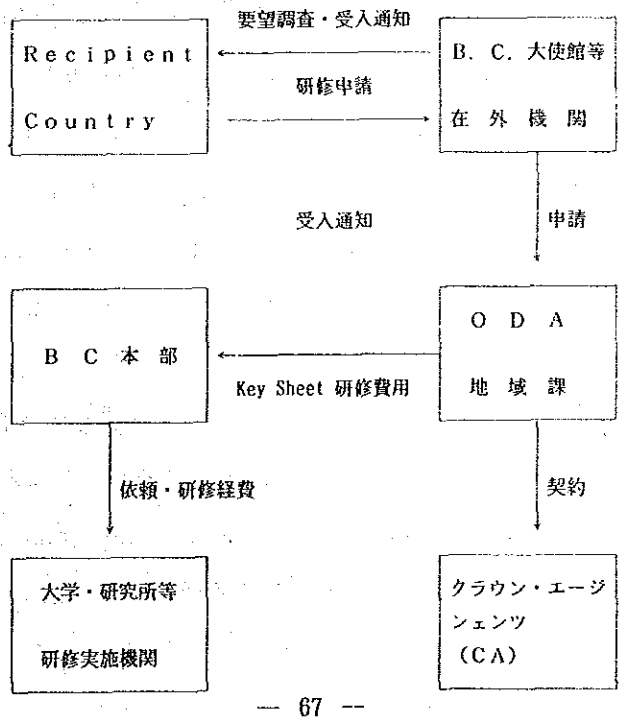
表—19　単位：人/年(出典：同上)



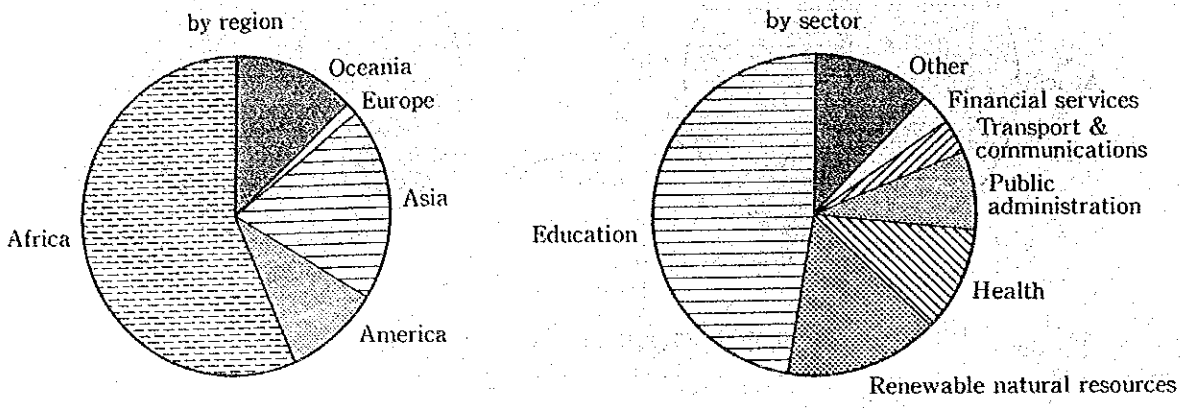
研修員受入れ実績（単位：人／年）

総計	6,086
経済援助に関する領域	3,969
保健セクター	684
関連しない領域	2,117

表－20　英国の研修員受入れ事業（研修業務のフロー）



表—21　英国：地域別・分野別専門家派遣の比較



（出典：British Aid Statistics 1982－1986）

専門家派遣実績	総　計	金額支給	一部支給	ボランティア
全　体	3,279	706	1,320	1,253
保健セクター	356	42	117	197

単位：人/年（出典：同上）

1.－6　カナダ

・国際保健医療協力に関する政策

カナダでは、1987年に『われわれの将来を共有するために』と呼ばれる報告が出され、援助の目標をBHNとすることが明確に打ち出された。その基本的な考え方は、以下の4点に基づくものであった。

1）最貧国を優先する。

2）自助努力援助を目的とした途上国の人的・組織的能力の強化。

3）協力の目的を設定するに際し開発優先権を重視。

4）カナダ国民と第三世界の連帯の強化。

これをうけて、保健医療協力部では、本調査団訪問時、1976年に作られた政策の改定中であったが、今回の改定は、上記報告とWHOのアルマ・アタにおけるプライマリー・ヘルス宣言（1978年）、およびそれをうけてカナダ厚生省が作成した「すべての人々の健康を達成するために」という計画の3つの資料を参考に、基本的な政策を決定する予定とのことであった。

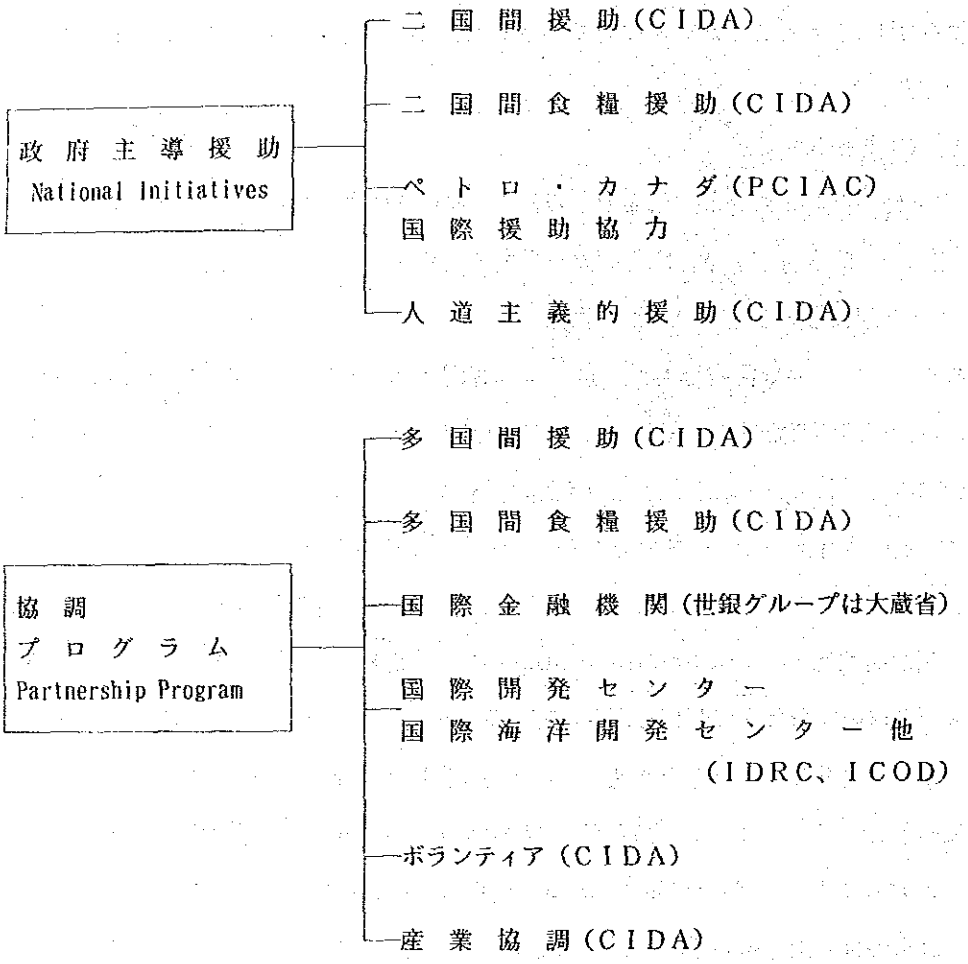
これら3つの資料に関していえば、基調はやはりPHC、予防の重視である。最近は財政面を含む制度的整備（institutional building）にも重点を置きつつあるが、治療的医療、特に病院医療には否定的な方向が打ち出されている。また、カナダはWHO、UNICEF等の国際機関との緊密な連携の下に協力を推進することも、同国の原則のひとつとなっている。

対象国としては、かつては①開発度、②開発意欲、③人権、④二国間関係、⑤商業的関係、の5つの要素によって最優先国約30か国を決め、重点的に援助を行ってきた。しかし、最近は、これらの優先国に限らず、原則的にはすべての途上国からの要請を受け入れる形に変わってきている。但し、主要国については、供与5か年計画を作成し、毎年閣議で決定を行うことにしており、実質的には従来とさほど大きな変化はないものと考えられる。現在、保健医療分野での重点国は、最貧国、特にサハラ以南のアフリカ諸国である。

・援助関連機関の組織、体制

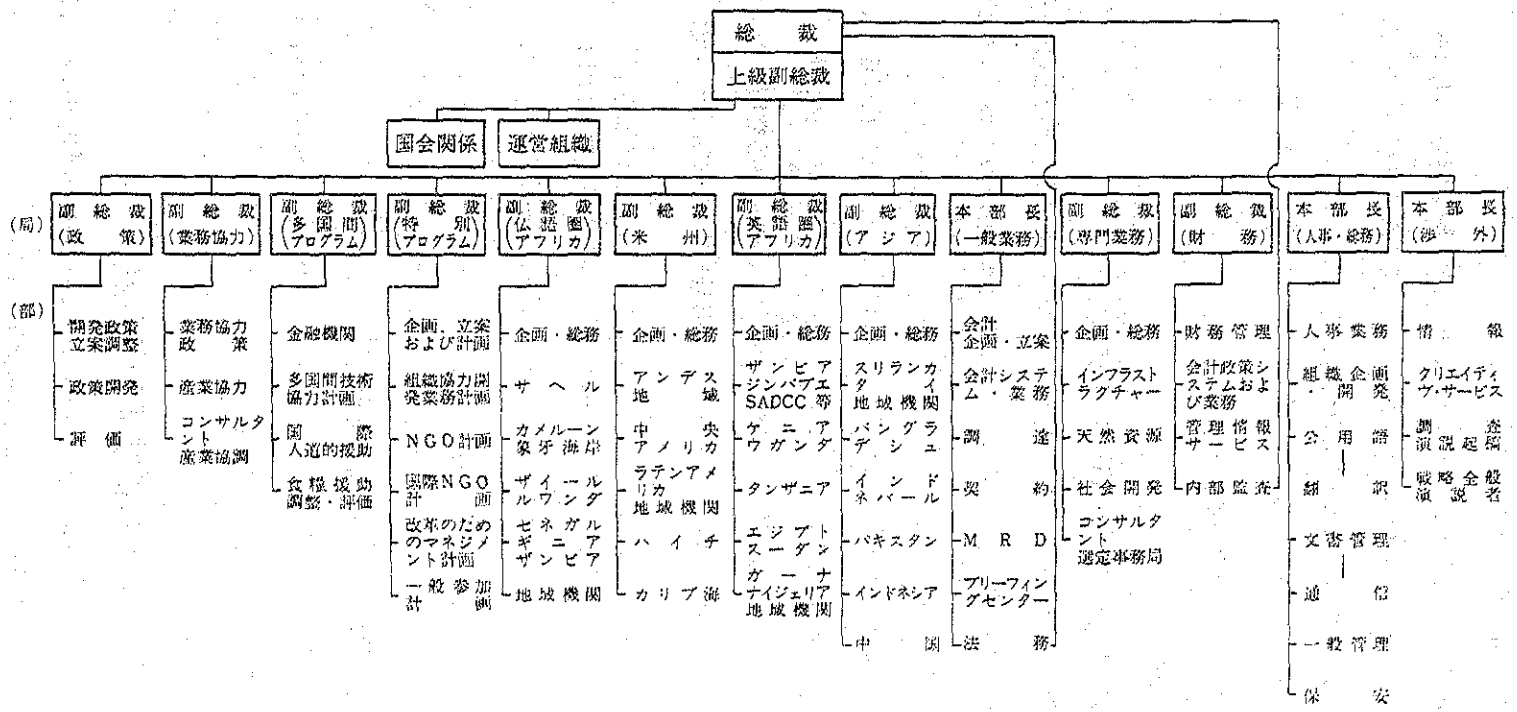
カナダの政府開発援助を、政策決定から実施まで一貫して行っているCIDA（カナダ国際開発庁：Canadian International Development Agency）は、1968年にそれまでの対外援助庁(EAO)を改組して設立された。機構的には外務大臣の指揮下にある対外関係国際開発大臣の管轄下にある。

表－22　カナダの援助形態　　（　　）内は担当組織



＊カナダのＯＤＡには、この他に外務省・対外関係省の分と州政府がＮＧＯやカナダ国際協力協議会に協力する分がある。

表—23　カナダ：CIDA組織図



職員は現在、本部に1,100人、開発途上国を中心とした約70か国の在外公館に約120人を配置している。本部職員のうち、約700名が二国間援助に携わり、約50人が多国間援助を担当、また400人が管理部門に配置されている。

予算は、1988年度、22億カナダドルで、このうち二国間協力は71.3％、多国間協力が27.1％、経費予算が1.6％という配分であった。

CIDAの業務は、基本的に次の5分野に分けられる。

1) 二国間援助計画の策定・実施

2) 二国間援助の実施状況の審査と勧告

3) 民間投資相談

4) 経済協力分野で活動する民間団体への援助

5) 国際機関への協力（但し、世界銀行グループへの拠出は大蔵省が担当）

二国間援助の実施に関する本部機構は、地域別に英語圏アフリカ、フランス語圏アフリカ、米州、アジアの4局に分けられている。

最近の特徴的な動向としては、1988年から開始された新戦略に基づき、それまで本部に集中していた権限を在外に分散するために、バルバドス、セネガル、タンザニア、フィリピン（このほか、アセアン2か国も予定）に事務所を開設し、かなりの権限を委譲することとしている。また、現場で援助を効果的に実施するため部職員を毎年100名ずつ海外事務所へ移す計画もたてている。

保健医療協力課は、1971年に成立し、専門業務の中でも社会開発の中にあり、人口問題は他の課で扱われている。保健医療は4名からなり、全員が医師である。なお、課長は厚生省との併任である。

・案件発掘、形成方法および評価

カナダも、二国間援助については要請があったもののみについて実施している。実施までの課程は、原則的には日本とあまりちがわない。

・途上国の医療、保健に関する情報収集

カナダは宗教団体（missionary）を通しての長いNGOの歴史がある。NGOには経験と情報が蓄積されており、CIDAもそれを有効に活用している。

また、カナダは長年、WHO、UNICEF等の国際機関を、人材、その他の面で支えてきてお

表－24　カナダの援助案件の発掘から実施までのプロセス

援助の要請	カナダの援助は要請に基づいて実施される。
⇩	
要請内容の分析	ＣＩＤＡは要請を受理した後、被援助国の要請内容を検討・分析する。
⇩	
準備調査	ＣＩＤＡは要請案件の内容を確認するために案件審査のミッションを現地に派遣する。
⇩	
案件の採択	調査の結果をもとに案件の採択が行われる。1500万加ドル以上は財政委員会が査定、承認する。1500～500 万加ドルは国際開発大臣が決定する。500 万加ドル以下はＣＩＤＡ副総裁が決定する。
⇩	
事前調査の実施	援助が決定した案件に対し、Ｆ／Ｓ、Ｂ／Ｄ等の事前調査が実施される。
⇩	
ＭＯＵの締結	案件実施が決定すると、被援助国政府と現地駐在大使の間で合意書（ＭＯＵ：Memorandum of Understanding)が締結される。
⇩	
案件の実施	

り、密接な連携を保っているこれら国際機関を介しての情報収集は、カナダにとってきわめて有用なものになっていると考えられる。

一方、半官半民の研究所IRCDは、高度な情報処理システムを備え、開発に関する情報の整理および蓄積を行っている。

・専門家の人材確保、研修員の受入れ

専門家の確保には困難な面があり、現地専門家や第三国人、あるいはNGOを積極的に利用するなどの工夫を重ねながら、人材確保への努力をつづけている。但し、カナダは国内に英語圏とフランス語圏があるため、アフリカのように両方の言語がある地域に関しては、専門家の確保に語学面でやや有利な点があるとのことである。

現在実施しているプロジェクトは約80あり、派遣されている専門家は175名であるか、CIDAの姿勢自体は、今後、なるべく直接の雇用を避け、いずれかの団体に専門家の確保を委託する方向に動いている。

研修員の受入れに関しては、上記のように2か国語が使用されていることから、特にフランス語圏アフリカからの留学生には人気の高い国となっている。

・国際機関、ＮＧＯおよび大学（研究機関）との連携

カナダ政府は国際機関との連携に積極的で、CIDAには多国間プログラムの専門部門が置かれている。また、NGOとの連携についても長い伝統を持ち、CIDAにはNGO専門の部門があり、NGO支援予算はODAの9％にものぼっている。

カナダのNGOは、現在、世界約100か国以上の国で、1,000人以上のボランティアが活動しているが、カナダ政府は外国のNGOとも協調プログラムを推進する方針をとっている。大学との連携もよく、すでに述べたように、IRCD等の研究所とも緊密な関係を保っている。

表－25　カナダの主要援助対象国（１９８６～８７年の平均）

1. バングラデシュ	4．7（%）	12. セネガル	1．2
2. インド	2．8	13. タイ	1．2
3. インドネシア	2．7	14. ザンビア	1．1
4. パキスタン	2．6	15. ガーナ	1．0
5. タンザニア	1．7	16. マリ	1．0
6. ジャマイカ	1．4	17. ペルー	0．9
7. 中国	1．4	18. ザイール	0．8
8. ニジェール	1．3	19. モザンビーク	0．8
9. ケニア	1．3	20. スーダン	0．8
10. スリ・ランカ	1．2	21. エジプト	0．8
11. エチオピア	1．2	計	31．9%

（ＤＡＣ議長報告　1988）

表－26　カナダ政府のＮＧＯを通じての援助

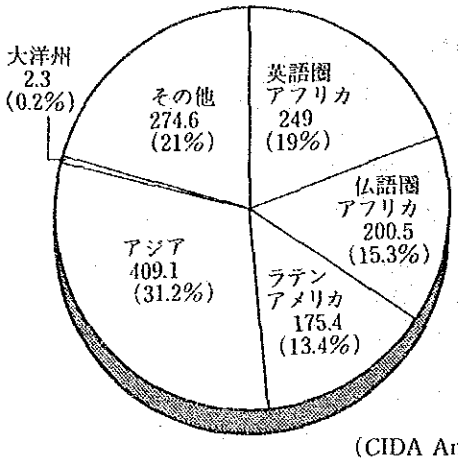
（単位：百万カナダドル）

	83／84	84／85	85／86
1. カナダのＮＧＯを通して			
A. 食糧援助	10.35	21.49	28.15
B. 制度化した協力	75.74	62.50	60.33
C. その他のＮＧＯ	81.01	74.92	93.91
D. 州政府からＮＧＯへ	10.58	9.74	14.45
小　計	177.68	168.65	196.84
2. 国際的ＮＧＯを通して			
A. 食糧援助（赤十字）	——	2.69	6.22
B. 国際的ＮＧＯs	19.00	18.75	16.30
小　計	19.00	21.44	22.52
合　計	196.68	190.09	219.36

（ＣＩＤＡ：Annual Report 1985/86 ）

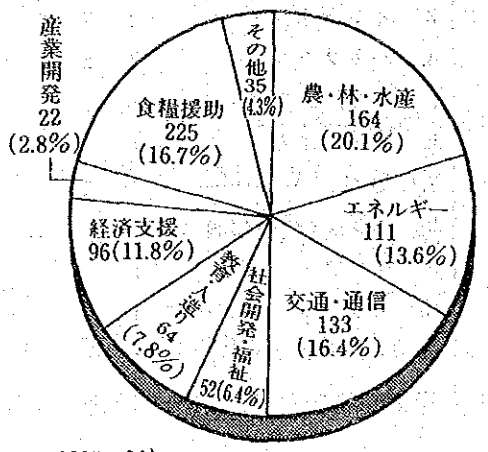
表—27　カナダの二国間援助地域別配分

（1985—86年実績、単位百万カナダドル、政府間以外の協力含む）



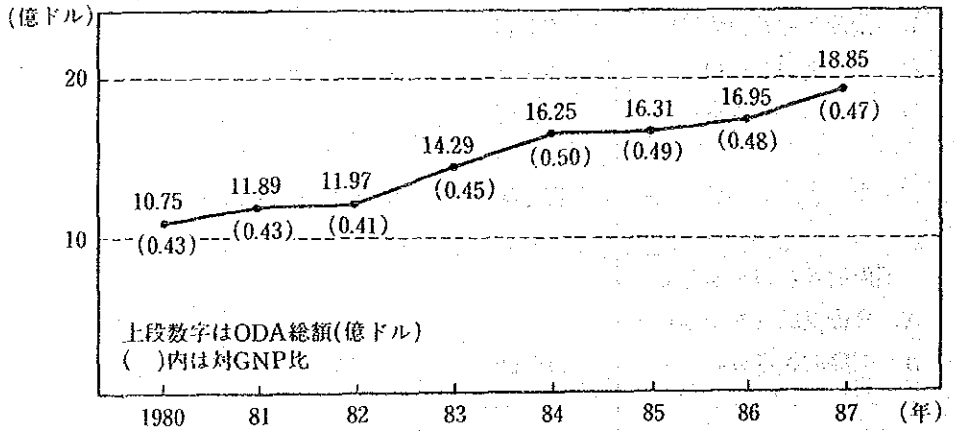
表—28　カナダの二国間援助分野別配分

（1985—86年実績、単位百万カナダドル、政府間援助のみ）



（CIDA Annual Report 1985—86）

表—29　カナダのODAの推移（1980～1987年実績）



各論・第2章　国際機関

2,-1　WHO（ジュネーブ）…… 79
2,-2　PAHO〔WHO〕（ワシントンDC）…… 82
2,-3　世界銀行（　〃　）…… 83
2,-4　UNICEF（ニューヨーク）…… 85
2,-5　UNDP（　〃　）…… 86
2,-6　UNFPA（　〃　）…… 88

第２章　国際機関

2.－1　WHO（世界保健機構）

1）企画調整部長

①WHOの各国窓口は、主として保健省あるいは衛生省という部門が多く、一方、二国間援助の各国窓口は、対外援助省、大蔵企画省、外務省といった所管になっていることが多い。従って、開発途上国における力関係からいえば、政治的に強くない保健省が、二国間援助の分野で主導権をとることはきわめて難しい。また、その国が経済的に逼迫してきた場合、財政的にしわ寄せがくるのは、きまって保健分野である。

そこで、こうした場合にWHOがその調整能力を発揮して、国全体の資源であるところの国民（人）の健康問題を支援するのである。WHOは、いい意味での保健政策調整者であるといえる。

②国際機関であるWHOと二国間協力が一緒に仕事を行う場合、WHOの役割には二つあり、ひとつは世界レベルでの調整であり、もうひとつは各国レベルでの調整である。

③当該国の保健健康政策を見て、各先進国の得意分野を生かす方式で二国間協力ができるようになればよい。

④WHOは、栄養、PHC、感染症、非感染症など、さまざまな分野を対象として事業を行っているが、こうしたWHO事業の総合戦略の一部分として二国間援助がある。

⑤現在、包括的なアプローチを行うモデル事業を考えている。

⑥全体予算は、年7億ドルであり、事業を横断的にいえば、技術移転、研究、人造りということになる。

2）対外調整部長

①WHOの予算は、1990年～91年の例でいえば、分担金予算47％、任意拠出金予算53％の比率である。予算が任意拠出金優位になっているのは、分担金による通常予算が、ここ数年ゼロベースで据え置かれているからである。

②全世界の政府開発援助（ODA）事業の８割は、OECDのDAC18か国によって実施されており、残りの２割は民間団体やOPECなどである。

③マルチとバイの別でいえば、WHO、UNICEF、UNDPなどの国際機関を通じて間接的に行われる事業が40％、二国間協力で直接行われるものが60％である。従って、マル

チ・バイ双方の有機的かつ効率的な運営が必要であり、WHOとしても、この観点からのマルチ・バイ間の調整機能を発揮したいと考えている。

④推計によれば、世界全体の保健医療協力額は年間50億ドル（約7,000億円）である。WHOは、このうち3％強を負担しているに過ぎない。（注：この説明は若干不正確である。現場でも質したが、WHOは年間の予算額が約7億ドルであるから14％の負担、仮に通常予算のみとしても7％のシェアがあるはずである。）

⑤保健医療分野の各国事業には、地域における上水道整備、感染症対策、世界銀行・UNDPと共同で実施している熱帯病研究（TDR）や、ヒト生殖研究事業（HRP）、がん・循環器などの非感染症対策などがあるが、しかしながら、いままでこうした事業はそれぞれバラバラに実施されてきたきらいがあった。例えば、国によってはWHOからのアプローチそのものが感染症に偏っていたりしていたので、現在、他の事業部門とも連携をはかりながら行う総合的なアプローチを試行しつつある。

⑥しかし、こうした努力にもかかわらず、開発途上国側の優先順位は第一が農業、第二が保健医療であることが多い。

⑦上水道に限っていえば、WHOの役割は触媒である。

⑧WHOのマルチ・バイ事業は、現在実施中のAID方式ではなく、具体的な保健医療問題を対象としつつも、あくまでも包括的な事業として行っていく予定である。

3) 国際協力課長

①WHOはマクロ経済を考え、次いでミクロ経済的アプローチを行っている。その際も、量的よりは質的アプローチを考えている。

②開発途上国が求めているものは、財政的な協力だけでなく、技術的な協力も求めているのであり、それに応えるのがWHOである。

③WHOとしては、できるだけ早い段階で二国間協力の情報を得たい。フランスや西ドイツとは、すでにそうした情報交換を実施している。

④マルチ・バイが成功した例としては、ギニア・ビサウの「らい対策」がある。たった人口100万の国で多くの援助国がしのぎを削っていたので、WHOが援助国間の調整を行い、非常に効率的に「らい対策」が行えた。主な援助国はフランス、イタリア、それにNGOであった。

⑤ネパールのマルチ・バイ事業を行うための調査団を12月（注：1989年）に計画している。これは世界銀行と共同で行う調査である。アフリカ開発銀行、フランス、西ドイツ

も協力する予定で、4,000万ドル（約56億円）規模である。

⑥実施した事業のモニタリングや評価については、WHOがさまざまな指標に基づいて行う。そのための指標の研究も行っている。これがマルチ・バイのひとつの効果ともいえる。

⑦二国間の保健医療協力には、援助国側のエゴイズムと開発途上国側の幻想（これぐらいの事業は、自分たちで充分実施できるという錯覚）とが複雑に絡み合い、さまざまな問題をひき起こしている。WHOが調整役となることにより、それらの問題をある程度解決していくことが可能である。

⑧いずれにしても、包括的でキメの細かいアプローチを考えている。

4）人事部長

①WHO全体で、日本人は26人在籍している。そのうち、ジュネーヴの本部で働いているのは13人である。日本人の適正職員数は76人～104人なので、少なく見積もっても、あと50人は必要である。ただ、現実問題として、日本政府の援助がなければ採用はなかなか難しい。

②先日、日本向けに行ったWHOの公募に対しては138人の応募があったが、空席公告の内容に適合したのは12人だけであった。この中から4人～8人の日本人が採用されると思う。

③西ドイツもWHO全体で職員が27人しかいなくて、日本と同じく職員が不足している国である。しかも、西ドイツは給料が高いため、ジュネーヴ以外ではなかなか働き手がいない。

④米国は現在、適正数175に対して166人が在籍している。ただし、適格者（ロースター）名簿には1,100人も登録されている。

⑤ロースターに登録されている人数が多い国は、米国に次いでインドであり、800人が登録されている。

⑥英国は適正数35に対して66人在籍しており、31人の超過となっている。ただし、WHOが創設された背景・歴史から考えると、この状況は理解せざるを得ないものである。

⑦収入や待遇に関していえば、WHOよりも世界銀行のほうが魅力的である。（同席した人材開発部長による）

5）災害援助部長

①7月（1989年）にできたばかりの部である。緊急援助準備、援助オペレーション、食糧

援助の三つの課からなっている。第42回世界保健総会で決議された「災害援助10年」も担当している。

②アフガニスタン、パレスチナも担当する。

（注：上記のように災害援助部は新設の部署なので、まだあまり実績がない。）

2.－2　PAHO（Pan American Health Organization 汎アメリカ保健機関）

①PAHOは、Pan American Sanitary Conference（汎アメリカ衛生会議）の運営母体としての機能と、WHOのアメリカ地域事務局としての機能を持っている。

②現在80ほどのプロジェクトを実施しており、スウェーデン、オランダ、ベルギー、デンマーク、イタリア、西ドイツ、ノルウェーや、多くのNGOとも共同で事業を行っている。

③JICAとは、ボリヴィアやパラグァイで共同プロジェクトが進行しており、まもなくEPIプロジェクトがブラジルで行われることになっている。二国間援助機関との協力には制限はない。

④一般的にいって、PAHOでは6年計画でヘルスプログラムを立て、実施段階ではそれを2年ごとに区切って目標を達成するシステムをとっている。

⑤PAHOは4つのサブ地域（北アメリカ、中央アメリカパナマ、カリブ海、南アメリカ）に分けられ、各サブ地域で独自の構想、計画を持っている。

⑥世銀、UNDP、IDBとは、お互いに関心のある環境の保護、食糧と栄養問題等について、毎年ハイレベルで協議を行っている。

⑦プロジェクトの評価は、各国別に毎年行われており、共同プログラムについては2～3年ごとに共同評価会議を開いている。

⑧人材の管理については、専門家のコンピュータ登録を進めているところであり、現在約600名ほどをロースター化している。また、世銀やIDBとも情報の交換を行っている。

⑨PAHO域内には600ほどの研究協力センターがある。また、アメリカ、カナダには医学校等が多いので、人材の養成ではヨーロッパの世話にはなっていない。

2.－3　世界銀行

1) 人口・人材・保健・栄養課長

①世銀はWHOと協力してPHCを強化しようとしている。広くいえば、保健の企画および運営管理・研修を推進しているが、特定の分野、例えば、必須医薬品の供給にも関心を持っている。基本的な目標は(1)貧困をなくし(2)経済を成長させて(3)保健分野を援助することである。

②優先順位の順序は決められていないが、(1) 家族計画 (2) PHC (健康教育や予防接種を含める) (3) 医療従事者の教育 (4) 研究の順であり、病院ケアはこの中では一番優先順位が低い。また、地方病院のリハビリの優先順位は高いが、新設は低い。

③世銀では世銀報告以外の情報はなく、それは国別ではなく、分野別になっている。コンピュータ処理したデータバンクは持っていない。世銀の保健部門は、貸与枠が2～3％と少なく、職員も世銀全体で約6,000人のうち、保健部門は200名以下と少ない。

④プロジェクトのサイクルは他の分野と同じで、短くて3年、長くて8年。大体は5～6年である。

⑤資金供与する前に、少なくとも1回はレビューをしている。特に採択基準、目標というものはないが、アフリカについては実際にプロジェクト案件が多い。

⑥世銀の保健部門には、博士号取得者が12名、医師以外の専門家が12名いる。世銀で働きたいという人は多いが、10年間ぐらい途上国での経験がある人など、広い経験のある人が望まれ、全くの専門家という人は必要ない。途上国のこと、医療のこと、家族計画のことなどを広く知っている人が世銀には必要である。そういう人材を見つけることは易しくはないが、人材派遣について特定の大学と提携することはしていない。いわゆるコンサルタントについては、各分野でロースター登録しており、日本人も含まれている。

⑦保健分野予算は、世銀全体の2～3％相当である。

⑧ローカルコスト、リカレントコストの問題は、事業の継続にとって非常に重要であり、世銀では貸し付ける際に事業継続のための資金をも含めている。

⑨世銀はUNDPとも共同出資してWHOのオンコセルカ症、ヒト生殖研究特別計画(HRP)に援助している。

⑩研究については、アフリカなどで成人保健等に関する研究、および分析を行っており、

これには世銀の研究審議会、UNDP、援助国等から資金援助をうけている。日本からも援助を受けられればありがたい。また、NGOについては各国政府が承認したものにつき、援助することもある。

⑪一般的にいえば、資金供与に先立って広範囲な分析を行うこととしているが、プロジェクトの大きさや緊急性によってはセクター分析を行わないこともある。一定の方式というものはない。評価については独立した評価部というものがあり、プロジェクトが終了した段階で評価部に報告することになっている。評価部は、そのプロジェクトの現地視察を行い、理事会に評価報告を提出するが、成功した例は大体70％程度である。

2) 主任熱帯病専門官

①3年前に世銀の組織改正が行われ、それまでの技術部門から分岐して、現在の人口・保健・栄養課ができた。

②プロジェクトの信頼性を高めるためには専門家が必要であるが、適した人を集めるのはなかなか難しい。世銀には、自分を含め医師は2名しかいない。

③世銀の保健事業はPHC関連の教育や訓練を含めたパッケージであるが、これまで栄養や熱帯病が無視されてきたので、それを取り入れようとしている。

④病院ケアについては、三次の大病院よりも地方病院の建設に関心があり、あまり多くの例はないが、例えばインドネシアで10か所の地方病院を建設して成功した例がある。中規模の病院（100～150床程度）は過去20年ぐらい無視されてきたので、もっと目を向ける必要がある。大病院については、貧しい国を除けば大きなニーズになり得る。

⑤しかし、住血吸虫やマラリアといった熱帯性疾患は、病院ケアよりも注目されていない。公衆衛生、BHNの観点から、健康水準を高め、医療へのアクセスを高めて病院等を強化するという途上国の自助努力が必要である。

⑥保健の分野では、やることはたくさんあるが、どの国も手をつけていない分野、例えば精神衛生や身障者リハビリなど、技術協力が可能な分野に焦点を当てたり、他の国際的援助機関と共同出資するのも一つの方法であろう。世界が病院ケアにあまり熱心でなくても、それに迎合することはない。その国の強い領域を定めて、それで世界的評価を得ることも必要である。西ドイツは、病院の修理および整形外科が強いといわれている。

3) 公衆衛生専門官

①世銀は途上国と政策対話をして分野ごとに評価・査定をしているが、社会学的分析は弱い。

②保健分野では、自分が25年いたフィリピンの例を挙げると、下水処理、栄養改善、住血吸虫症対策における人材育成は優先順位が高いといえる。しかし、一般的にいって、優先順位は途上国政府との政策対話次第である。基本的な方針は、マクナマラ以来変わっていない。

③自分の所属するアジア部は200～300人の職員がいるが、医療、栄養、人口関係は30人ぐらいしかいないため手薄である。

④PHCの問題は、情報が充分に行き渡っていないということでもあり、日本の情報技術を途上国のPHCに使うのもおもしろいかもしれない。

2.－4　UNICEF（国連児童基金）

①UNICEFは、ヨーロッパ、中国の子供たちに食糧、医薬品、衣服を与えるために1946年に設立され、当時は United Nations International Children's Emergency Fundと呼ばれていた。しかし、その後、途上国で生まれ、死んでいく多数の子供たちも救うべきであるとの観点から、活動の内容と対象が拡大され、現在は世界中のすべての子供の命を守り、母親も対象に含めて、母子の教育、福祉、健康のための活動を行っており、名称も United Nations Children's Fund と改称されたが、略称はUNICEFを使用している。WHOのような健康に関する専門機関ではなく、母子に関する広範かつ多角的な援助を行う実施機関であるといえる。

②1970年以降、世界経済の２回の大きな後退があり、援助国からの拠出金が減少したため、1982年に見直しを行い、83年から Survival of Children を開始した。その柱は（1）成長のモニター（2）下痢による死亡を減らすためのORTの普及（3）母乳育児（4）予防接種であるが、これらは居住環境、家族計画、食糧や水の供給と深く関わっている。

③子供の死亡に関しては、肺炎、マラリア等の４疾患が大きな比率を占めているが、（1）妊婦への予防投薬（2）子供に対する組織的アプローチ（3）蚊帳（モスキートネット）等で対応できる。

④予防接種は、すべての子供を対象として各村々に入って実施しており、PHCワーカーの訓練はコミュニティ・レベルで行われている。分娩についても、病院でなくその地域で行えるようにしている。

⑤家族計画の優先順位は高くない。これはUNFPA（国連人口活動基金）が行ってお

り、UNICEFとしてはコンドームを配ることは本務ではないと考えている。むしろ、予防接種が重要である。

⑥予算は、1988年の総支出が5億1,400万ドルであり、そのうち事業支出は400百万ドルであった。このうち、約40％の158百ドルは、子供の保健関係事業支出である。水と衛生には69百万ドル（17%)、子供の栄養には23百万ドル（6%)が支出された。毎年、支出の15～16％は変動するが、研修の支出割合は7％程度であった。

⑦水と衛生の問題は1967年から加わったが、都市部は世銀が、地方はUNICEFが担当している。

⑧WHOとの調整は2年に1回、5人の理事がジュネーヴで会合を持っている。セクター同士では年に2回、担当者がジュネーヴに赴く一方、EPI担当部長やGPA担当部長とは、いつも電話でやりとりしている。さらに、現場でも情報を交換している。UNICEFにはWHOのような地域事務局はないが、いくつかの事務所があり、本部にはWHOの連絡担当が常駐している。

⑨プロジェクトは、まず（1）状況分析（2）レビュー（3）国別政策の検討（4）UNICEF政策の検討という順序で進行する。担当は本部では項目ごとに決められている。また、評価はそのための独立した部が行っている。

2.－5　UNDP（国連開発開発計画）

①UNDP(the United Nations Development Programme)は、全国連システムの中で、途上国の国家建設能力の向上および開発を支援するために、計画、融資、調整等を無償援助によって行う国際開発協力機関である。1989年の予算は約10億ドルであった。（1988年：8億14万ドル）

②全世界に114か所（1989年10月現在）の事務所を持ち、途上国政府からの要請に基づき、農業、鉱工業、運輸・通信、教育、雇用、保健等の広範囲な分野で援助を行っている。しかし保健関係が総予算に占めるシェアは4％程度である。（上水道、環境衛生関係を除く）

③援助方針

（1）開発政策の立案に関しては途上国の自主性を尊重するが、施策の実施に関しては費用対効果や財政的影響等の観点から助言を行う。

（2）保健部門に関しても、途上国政府の保健政策をサポートする立場を貫き、独自の

プログラムは行わない。

(3) 真の弱者救済という立場から、病院関係のプログラムはほとんどないが、メキシコ大地震のように地域のヘルスセンターや病院が崩壊したケースでは、メキシコ政府の要請により一部援助を行った。

④援助プログラムの評価は外部の専門家に委託して行っており、中立性、客観性の保持に配慮している。

⑤途上国での任務にあたる専門家の採用適格者名簿（ロースター）制度がとられており、応募者に適当なポストの空席公告があった時点で派遣が決定される。しかし、実際には、ほんとうにすぐれた候補者（技術面および現地への適合性を含めて）を見つけるのは難しいようである。

⑥1988年の実績

現地事務所	112か所
職員数	1,123人
現地職員数	4,667人
実施中のプロジェクト	5,901件
1988年の承認プロジェクト	1,794件
拠出金	12億3,670万ドル
	（日本は8,980万ドル）
採用した国際専門家	8,613人
〃　現地専門家	9,877人
現地国連ボランティア	1,958人
研修者数	11,728人
分野別プロジェクト（1988年）	総計810百万ドル
農業、林業および漁業	176.6（百万ドル）
一般開発問題	127.2
工業	100.6
天然資源	98.3
運輸・通信	95.9
科学・技術	46.7
雇用	38.9

教育	36.5
保健	33.2
人口、人道援助、住居	22.7
その他	33.4

2.－6　UNFPA（国連人口活動基金）

①国連総会によって設立された国連機関のひとつであり、主として家族計画等による出生率の低下を目標に途上国を援助する。UNDPとは密接な関係にある。

②年間予算は約1.9億ドルであり、衛生教育や情報提供などの活動を含めると、約65％が保健関係のプログラム予算で占められている。

③援助方針はUNDPとほぼ同じで、途上国からの要請に基づいて家族計画等のプログラムに対して協力、技術供与を行う。保健が活動の中心であり、病院をベースにした医療プログラムはない。

④プログラム実施のプロセス

(1) UNDPと共有する海外事務所の技術系駐在員が、途上国政府と協議しつつ当該国のニーズ発掘を行う。

(2) 途上国からの正式要請に基づき、企画、立案、実施に協力する。この段階で必要と認められ、かつ途上国政府の合意がある場合には International Planned Parenthood Federation（国際家族計画連盟）、Population Council，Free University（ブラッセル）等のNGOと協力する場合もある。

(3) プログラムの評価は、一定の指標に基づいて行うものと、外部の専門家に委託して行う独立した評価調査団の両方がある。

⑤専門家の人材確保は、UNDPと同じくロースター制度がとられている。

各論・第3章　NGO

3.-1　AGEH（西ドイツ）…… 91
3.-2　CIM（　〃　）…… 93
3.-3　Swedish Missionary Council（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（カナダ）…… 101

第3章　NGO

3.－1 AGEH（西ドイツ）

・独名　Arbeitsgemeinschaft für Entwiclungshilfe e. v.

・英名　Association for Development Aid

・設立　カトリックの開発協力専門家のリクルート、訓練および派遣等、各種支援を行うカトリック教会系中央人材供給協会として、1959年、ケルンに事務所が設立された。（但し、専門家の活動は宗教的な性格のものではない由である。）

・組織　カトリック教会病院など、20のメンバーからなり、執行委員会を持つ。ドイツカトリック教会と関連のカトリック組織の発意により組織されたものである。

・活動内容　(1) 派遣専門家の人材確保

(2) 派遣前訓練の実施

(3) 派遣専門家と、被援助国側プロジェクト責任者（雇用者）との間の雇用契約の作成の援助

(4) 派遣中の世話

(5) 帰国後の就職の世話

当該専門家を雇用するのは、プロジェクトを実施している被援助国政府や民間団体であり、AGEHは雇用者もしくは監督する立場にはなく、単に当該国のプロジェクト責任者からの要請に基づいて開発専門家を供給しているだけである。

また、AGEH自体がプロジェクトを実施しているわけではなく、開発協力専門家に対する資金援助は他のドイツ救済組織（German relief organizations：例えば Misereor, Adveriat, the German disceses など）や当該国のプロジェクト担当機関（責任者）が行う。

・資金　年間300百万DM。Misereorから資金援助を受けているが、資金の流れとしては、西ドイツ政府から教会（Misereorなど）に補助金が流れ、さらにAGEHに流れる仕組み。人材派遣に要する費用（給料など）は、開発途上国のプロジェクト責任者がみずから、または他のドイツの資金援助団体の援助を受けて負担すべきものであるので、そのための fund raising はしない由である。

・協力分野　保健医療、衛生、手工芸、教育、職業訓練、農業および難民支援で、中心は保

健医療である。

・実績　　現在までの30年間に、世界60か国以上に約3,700名のカトリック開発専門家を派遣。上記3,700名のうち、3分の1が病院やPHCなどの医療関係者である。

・要請から派遣までの手続き（8か月間を要する）

(1) 要請があると、まずAGEHの人材登録データをチェックし、適当な人材が見つからない場合は公募、または教会新聞等で募集する。

(2) 面接の実施（合格したら）

(3) 基礎オリエンテーション。1週間受講する。人材採用の中心部分で、これにより選考、決定する。

(4) 候補者の関係書類を当該国のプロジェクト責任者に送付。（受入れOKであれば）

(5) 派遣前訓練セミナー。4週間受講し、同時にAGEHは専門家と雇用者側の雇用契約の仲介をする。（必要に応じ、個別の専門分野の訓練やヨーロッパの言語および現地語等の訓練を実施する）

(6) 出　発

・派遣期間　　一般的に3年間。

・派遣の動機　　キリスト教的な博愛主義に基づく。

・社会保障　　(1) 適用可能なドイツ国内法に従った社会保障。

(2) 派遣国の標準的な生活に従った各種手当て。

(3) 帰国後の再就職手当て。

・雇用契約について

(1) 雇用契約……専門家本人と派遣国のプロジェクト責任者（専門家は派遣国プロジェクト責任者の指揮、監督下に入る）

(2) 保障契約……専門家本人とAGEH（AGEHが月給、社会保障、旅費等を保障する一方、専門家は職務に専念し、派遣国の社会制度に従って活動する等の内容）

(3) プロジェクト責任者とAGEHと資金援助機関との関係……AGEHは専門家の派遣期間中の費用として必要な資金の管理、運用において、プロジェクト責任者と資金援助機関の管財人という役割を演じる。

・派遣される条件　専門家の派遣費用が、プロジェクト責任者または他の援助機関によって支

払いが保障された場合にはじめて派遣される。

・法律　co－workers'lawにより、西ドイツ政府に代わって人材の確保、派遣準備、訓練を行う6つの機関が指定されている。

(1)AGEH　(2)DEO　(3)DÜ　(4)WFU

(5)EIRENE　(6)CFL

・医療協力分野の人材確保の難易

カトリック教会病院等、20のメンバー組織があり、若い医師もいるので、人材確保にはそれほど困難はない。但し、ケースによっては、ローテーションシステムをとったり、口コミにより医師の確保に努めることもある。

3.－2　CIM（西ドイツ）

・独名　Centrum für Internationale Migration und Entwicklung

・英名　Centre for International Migration and Development

・設立　1980年、ドイツ技術協力公社(GTZ)と西ドイツ政府労働省中央職業紹介事務所(ZAV)との協同事業としてフランクフルトに設立された。

・活動内容　ドイツ人専門家を開発途上国の被雇用者として派遣し、給与等の一部補填を行う事業。Integrated Experts Programme　と呼称する。派遣専門家は相手国機関、組織の中に統合されるため、このような名称が使われている。

(1) 専門家の採用と派遣手続き(ZAV担当)

(2) 給与等の補填手続きなどの資金運営(GTZ担当)

・目的　開発途上国における専門家の不足を解決するため、ドイツ人専門家を一定期間派遣すること。被援助国側の積極性と責任感を引き出すため、被援助国を雇用者とする。但し、一般的にいって、開発途上国の雇用者は外国人専門家に高い給料を払えないことから、現地の給与基準を補うために社会保障等、各種の補填を行う。

・特徴　(1) 派遣専門家が開発途上国の機関（組織）に、直接、被雇用者として統合(Integrate)されること。従って、このプログラムで派遣される専門家をIntegrated Expert(IE)と呼称する。

(2) 本プログラムの専門家は、相手国から給料等の給付をうけるので、二国間援助や他国間援助による技術協力プロジェクトの範囲内で雇用されることができな

い。

・予算　57百万DM。全額を経済協力省(BMZ)が資金援助している。

・職員　40名。

・実績　1989年には、IE全体で72か国に699名を派遣している。このうち医療専門家は63名（約9％)である。さらにその内訳を見ると医師は31名（49.2%)で、地域的にはアフリカの52名（82.5%)と圧倒的に多くなっている。

要請の多くはアフリカからであり、語学の問題からアジア、ラテンアメリカは少ない。

・協力分野　農村開発、経済・社会インフラの改良、エネルギー分野、自然環境保全、小規模工業の促進、職業訓練および技術教育。

・人材派遣を行い得る相手方機関

(1) 政府、準政府組織、または公的団体。

(2) 当該国の経済協力に関係する地方（地域）組織。

(3) 民間企業または民間組織（但し、他のドイツ政府の二国間開発協力の援助を受けていないものに限る)。

・Integrated Expertの主な条件

(1) ドイツ人であること。

(2) 申請前3年間にEC以外の国に居住したことがないこと。

(3) すぐれた知識と充分な専門知識を持っていること。

(4) 開発途上国で使用されるヨーロッパ言語が話せること。

(5) 雇用契約に基づき、少なくとも1年間はフルタイムで継続協力できること。（従って、その間、開発途上国に住居を構えること）

・補塡(topping-up payments)について

(1) GTZと専門家の間で、必要な補塡支払いについて契約を結ぶ。通常2年間有効で、最長6年間まで延長可能。（これは現地雇用者との雇用契約に追加的なもので、GTZによる雇用を意味しない）

(2) 支払い内容

イ）月給の補塡（最重要部分。平均月3,000～4,000DM程度で、上限は6,000DM。例えば、優秀な医師であれば、西ドイツ内で15,000～20,000DM/月給が得られるが、ソマリアでは8,000 DM/月給程度である）

ロ）健康保険および社会保険。

ハ）学費など。

ニ）資機材供与（但し、車両および消耗品は除く）。

ホ）無料の派遣前研修（語学や一般事情など）。

ヘ）帰国後の過渡的経費（再就職までの経費）。

・専門家の派遣申請手続き

(1) 西ドイツ在外公館を通じ、業務内容等を明記の上、CIMに申請する。

(2) CIMが公募、申請審査、面接の上、候補者を決定する。

(3) CIMが被援助国などの雇用者に候補者を推薦する。

(4) 雇用者との間で雇用契約等を結ぶ。

(5) 派遣前訓練（3か月の語学訓練など）。

(6) 派遣。

要請から派遣まで数か月を要する。

・雇用契約　これはあくまでも専門家と被援助国側雇用者との間の契約であり、専門家は当該国の労働関連法規に従うことになり、CIMは法的関わりを持たない。開発途上国の雇用者は、雇用契約により、当該国での専門家の仕事にふさわしい給与等を保障しなければならない。また、雇用者は当該国で働く外国人専門家に一般的に与えられるすべての利益、手当て等を保障する。（追加的月給、職階手当、契約上のボーナス、宿舎補助など）

・輸入および関税

当該国の被雇用者となるので、その国の輸入、関税の規定に従う。CIMは定められた範囲を超えて資金協力したり、仲介したりしない。

・人材の確保

以下の理由により、医療協力分野の人材の確保は困難な状況にある。

(1) 大学での6年間の修業年限を終えると、家族を持つ年齢となる。

(2) 派遣される被援助国に子供の教育施設がない。

(3) 西ドイツ内のほうが給料が高い。

(4) 被援助国ではドイツ語より英語を話す医師のほうが高い地位についている。

(5) 2年以上の長期派遣は希望しない。

(6) 途上国側からの要請は多いが、外科医や婦人科医は確保が困難である。

3.－3　Swedish Missionary Council（スウェーデン）
(Office for International Development Cooperation)

・設立　1910年、お互いの連帯と親睦の強化を目的にスウェーデンの教会および伝道組織の協会として設立された。現在、24の組織がメンバーとなっている。

・場所　ストックホルム（但し、SMCの本部はウプサラにある）

・活動　(1) SMC(IDC)は、100％SIDAの協力のもとに活動を行っており、メンバー組織は現在、40の開発途上国で、440のプロジェクトに資金援助およびボランティア派遣等の援助を行っている。今後、さらに120の新規プロジェクトが追加される予定である。

SIDAの援助を得ているので、みずから fund raising は行っていない。但し、SIDAとは完全に独立した立場を保っており、SIDAのプログラム・カントリー以外の国でも17か国で協力を行っている。

(2) 1987／88年度の予算は、117百万SEK。359名のボランティアが資金援助をうけて派遣された。1980／81年度～1987／88年度の分野別資金配分は下表の通りである。

分野	資金協力	ボランティア
教育	35％	32％
保健	39％	42％（うち医師は10％）
農村開発	14％	3％
その他	12％	23％

(3) 従来より、教育と保健分野を中心に活動を行っているが、保健分野の予算のうち、42％は予防医学およびPHCに使用されており、最も優先順位が高い。また医療施設・資材の維持、病院等にも使用されている。重点地域は東アフリカ、南アジアおよび中央アフリカである。

・SIDAとの関連

1980年6月以降、SIDAとSMC(IDC)は国際開発協力に関する資金協力についての一般協定を結んでいる。SMCは各メンバー組織からの援助申請を調整し、年1回（3月）、SIDAに正式な援助申請をする。SIDAはこの援助申請を審査の上、プロジェクトやボランティアの派遣に要する資金をSMCに供与する。SMCは年次報告書を11月にSIDAに提出する。

・人材の確保

SMC自体はみずから人材の採用を行わず、各メンバー組織がそれを行っている。家族の問題、職歴の問題、帰国後の問題等で、人材の確保に困難がある。

・人材の養成　大学やカロリンスカ研究所などとも協力して人材養成に努めている。医師および看護婦用の熱帯医学、栄養等の10週間コース、身体障害者用のリハビリテーション・コース、感染症対策コースなどのほか、看護婦の研修用として赤十字社の1年間の研修コースを利用したものなどがある。

・プロジェクトの期間

通常6年間。但し、延長可能で、10年間という例もある。

3.－4　ウェルカム医学史研究所［ウェルカム・トラスト］(英国)

(The Wellcome Institute for the History of Medicine)

・トラストの目的

生物医学科学(biomedical science)と医学史の研究の援助。

1986/88の2年間で718万ポンド（約169億円）の援助をおこなっており、88/89の援助予算は4,400万ポンド（約103億円）である。

・歴史　国際的な製薬企業ウェルカム・ファンデーションの創立者サー・ヘンリー・ウェルカム（1853～1936）の遺言によって設立された。

・方針　ウェルカム・トラストの目標は、必要な財源を提供することにより、生物医学研究の水準を維持向上させることである。

・援助の種類　（1）大学および医学校・獣医学校の権威ある研究者の研究に対する一般援助 (General Support for the Research Work of Established Staff of Universities, Medical and Veterinary Schools)

内容は（イ）研究または研究所の補助者の給与、（ロ）消耗品の購入

（ハ）実験動物の購入および飼育費用、（ニ）機材の購入

（ホ）研究目的に必要な旅行費用等の経費負担

(2) 個人への援助(Support for Individuals)

医師、歯科医、獣医師の免許を持つ者に対する奨学金、基礎科学者に対する奨学金、大学学部への人材の斡旋、大学在学生への教育支援。

(3) 海外との協力(Overseas awards)

(イ) 欧州(東欧を含む)の医学、獣医学の研究者の4種類の助成。

(ロ) 奨学金制度として、日本との間には1968年にウェルカム・トラストと在日 British Councilが、年間2件の Wellcome-Japanese fellowships の設立要項を定めることに合意している。申請者は、東京にあるBritish Council の事務所で面接選考され、候補者リストに掲載された申請者の詳細は最終決定を下す理事に送られる。

詳細は、東京の British Councilに問い合わせることになっている。

他に、ニュージーランド、豪州、熱帯地方の諸国との間に同様の制度がある。

(4) 特別開発のために現在選定されている主題 (Subject Currently Selected for Special Development) …… 熱帯医学、獣医学、Mental Health and Neuroscience 、眼科研究、毒物学、健康管理、医学史、伝染病

(5) 医学史分野

・運営方法　ウェルカム・トラストは、7人の理事による Board of Trusteesによって運営される。理事は、毎月1回、資金申請について審査を行う会議を開く。また、毎会計年度に、過去の助成についての見直しと予想される収入に照らして翌年の方針についての会議が開かれる。

3.－5　ロックフェラー財団（米国）

(The Rockefeller Foundation)

(1) 所在地　　米国ニューヨーク市

(2) 沿革・特色等

John D. Rockefellerにより「人類福祉の向上」を目的として創設され、1913年、ニューヨーク州より認可。当初より、保健医療分野への助成と、十二指腸虫病、マラリア・黄熱病対策等の分野での国際協力活動を重視した。

・米国赤十字社本部結成資金助成（1913年）

・J. ホプキンズ大学基礎医学教育助成（1913年）

International Health Commission 創設助成（1913年）

公衆医学校の創設助成（1918/J.ホプキンズ、1921/ハーバード、ミシガン、ワルシャワ、ロンドン、トロント、コペンハーゲン、ブダペスト、オスロ、ベルグラード、東京、北京、等）

・その後、人文、社会、自然科学、教育、食糧、福祉等の分野への助成およびフェローシップの授与を拡げるとともに、戦後は人口・家族計画の分野にも力を入れている。

・現在、財団の事業は①科学の発展を基礎とする国際開発（農業、医療、人口）、米国を対象とする②芸術、人文社会、科学の振興および③機会均等の3つに重点分類されている。

(3) 基本財産　1,797百万ドル（1988年末）

(4) 1988年度支出額　73.7百万ドル（事業費64.6百万ドル、管理費9.1百万ドル）

(5) 保健医療分野への助成実績（人口・家族計画を含む）
1988年度17.7百万ドル
1987年度24.9百万ドル
1986年度12.9百万ドル

(6) 役職員数
・役員　5名（理事長1、副理事長4）
・職員　50名（うちフィールドオフィサー4名）

(7) 事業方針
・1986年に採択された"The Rockefeller Foundation in the Developing World : New Directions"に示されている。

＊途上国援助業務の目標

「貧困、病気、意に反する妊娠、非識字の存在の減少を図ることにより人類の福祉を増進する」

＊助成プログラムの採択指針

1) 開発促進のための技術を目指す

2) 開発促進技術の公平かつ効率的な使用

3) 科学に基礎を置く開発戦略を理解するための学際的接近

4) 専門的能力の涵養と開発政策

・財団の途上国助成事業は、今世紀中、上記目標・指針に沿って実施されることになっており、1986年から5か年間の所要予算額は250～300百万ドルと見積もられている。（1981～1985年の助成実績の約2倍と

なる）

(8) 助成事業の採択（発掘）手続き等

・財団は広く公募を行わず、みずからの職員による専門的な調査研究、外部コンサルタントや諮問会議による助言、職員およびコンサルタント等による共同の既存案件のチェック・アンド・レビューの結果などに基づいて新規案件を発掘している。

・毎年、8,000件もの一般応募があるが、その中から財団の目標、事業方針に合致する少数の優良案件が採択されている。

・機関に対する助成金の直接配分は、評議会の承認を要するが、その他の配分については、評議会の承認を得た事業の目的と総予算の範囲内において、事務局が配分する。また、10万ドル以内の単発少額案件については、事務局が財団の助成指針に基づいて配分することが認められている。

＊ロックフェラー財団：1988年度の主要助成プロジェクト

［保健医療分野］

1. 熱帯医学研究プロジェクト 160万ドル (Schistosomiasis, Malalia, Filariasis, Chagas 等（配分先：メキシコ遺伝子工学・生物工学研究センター、オックスフォード大、パストゥール研究所等、20件）
2. 米州保健機構　30万ドル（ラテンアメリカ基礎・応用生命分子工学開発）
3. WHO　87万ドル（ワクチン供給システム、PHC等）
4. ケベック大学　94万ドル（狂犬病ワクチン製造技術トランスファー）
5. 国際伝染病学ネットワーク：INCLEN　140万ドル（配分先：チュラロンコン大、ガジャマダ大、マヒドン大、フィリピン大、上海大、ジョンズ・ホプキンズ大等、17件）
6. ジョンズ・ホプキンズ大学　103万ドル（デング熱）
7. ペンシルバニア大学　95万ドル（途上国臨床伝染病学研修コース）

［人口・家族計画分野］

1. 中国科学院（人口抑制）128万ドル
2. サブ・サハラン　アフリカ人口科学研究研修プロジェクト　150万ドル
3. 南対南人口科学協力　100万ドル
4. コロンビア大学人口・家族保健センター　70万ドル
5. 婦人の地位と出産率との関連性に関する研究プロジェクト　50万ドル
6. AIDS Initiative in Africa　45万ドル

3.－6　カナダ国際協力評議会［ＣＣＩＣ］（カナダ）

(Canadian Council for International Cooperation)

・機能　CCICはカナダのNGO間の連盟組織で、350の組織からなるが、実際に活動しているのは120くらいで、その中には赤十字、ユニセフ協会も含まれる。

CCICは加盟NGOの活動を援助しており、NGOはそれぞれの機能ごとに分けられているが、特に保健団体はできていない。

・歴史　1967年に政府が初めてNGOについて調整を行い、CIDAのNGO政策を作ることになったが、これをうけて1968年にCIDAとNGO組織との間で fund を組み合わせた協力が始まり、CCICが誕生した。

・保健医療協力

カナダの保健分野は基本的にコミュニティーがベースとなっているので、各地方政府に依存しており、例えば病院の建物を州政府が造り、中身の機材をNGOが寄付している。WHOの初代事務局長がカナダ人だったこともありカナダのNGOは保健に関してWHOと深く関わっており、現在では海外での活動も始めている。

・専門家の派遣

CIDAの保健予算は３％と小さく、医療援助は政府がコミットしたくても実際に人を出すのは地方自治体であるため、派遣方は地方自治体に依存している状態である。

各論・第4章　大学

4.−1　ロンドン大学衛生熱帯医学大学院（英　国）……105
4.−2　ジョンズ・ホプキンズ大学・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

第４章　大学・研究機関

4.－1　ロンドン大学衛生熱帯医学大学院
(London School of Hygiene & Tropical Medicine)

・所在地　　英国ロンドン市

・沿革・特色等　1924年創設の大学院大学で、創設にあたりロックフェラー財団が500万ドルを寄付。ロンドン大学を構成する23の School and Colleges のひとつ。

世界的規模の医療問題の研究では欧州の指導的立場にあるとともに英国唯一の公衆衛生の部門を持つ大学であり、卒業生の多くは世界中の政府機関、国際機関、大学、研究所、病院等で活躍している。

1988年８月、管理部門および研究部門の改革を実施。より学際的で実践的な活動を行える体制を整えた。

・研究科および付属施設　臨床医学、伝染病・人口学、医寄生虫学、公衆衛生・政策学の４研究科および付属熱帯病病院、人口研究センター、医療計画・評価センター等

・学位コース　(1) Master of Science (M.Sc)……履修期間１年（Part timer ２年）

筆記・口頭試験およびレポート審査。

(2) Master of Philosophy (M.Phil.) ------┐研究学位：履修期間２年

(3) Doctor of Philosophy (Ph.D.) --------┘終了要件：口頭試問および論文審査。M. Phil. コースは１年履修後、成績次第でPh.D コースに編入可。

以上のほか、Diploma コースとShortコースを開設。

・教官・研究スタッフ　教官125名、研究職員75名。

・学生数　777名 (M.Sc 292, Diploma 75, M.Phil.およびPh.D.166。Short コース等 220)。302 名のfull timer のうち、外国人留学生は 217 名でその国籍は 90 か国に及ぶ。

・国際協力活動の概要

(1) 1988～89年度において、延べ400名のスタッフが80か国に出張し、会議、セミナー、ワークショップ等に参加または共同研究に従事した。

(2) 活発な国際協力活動を支えている重要な要因として、卒業生や在学生を通じた国内外にわたる広範で緊密なネットワークの存在が挙げられる。

(3) また旧植民地からの帰還者、移民などが持ち込んだ熱帯病 (ex. imported malaria in Britain)の予防、治療が国内問題として存在しており、大学がその中心的対応機関となっていることが注目される。(国際協力への素地が国内問題としてある)

(4) British Council の活動を通じた協力の例

①客員教授として派遣（ハダサ医学センター、エルサレム）

②熱帯病理学講座の開設支援（ゲレロ自治大学、メキシコ）

③スラム改善計画予備調査（フィリピンおよびタイ）

④栄養改善（国立栄養研究所、ハイデラバード）

⑤学術協力の促進（サンパウロ大学）ほか

(5) ODAの活動を通じた協力の例

①青少年医療事情調査（ブラジル）

②難民および国民医療政策調査（ソマリア、パキスタン）

③ビタミンA補給（ガーナ）

④母子衛生（バングラデシュ）

⑤農村開発がもたらす負の影響評価（ザンビア）

⑥公衆衛生人材開発需要調査（パキスタン）

⑦人口研究学科への技術協力（トリブバン大学）ほか

(6) 国内NGO(Save the Children Fund,The Wellcome Trust,Oxfam など多数）の活動を通じて20か国で開催されたセミナー、およびワークショップに参加するとともに、途上国のinstitutional development に参加した。（チェンマイ大学分子生物学部門、カラチ人口問題研究所）

(7) 国際機関に対しても、WHO（6分野で共同センターに指定されている）をはじめ、UNICEF、世銀等の活動に積極的に協力している。

(Feachem 学部長は、昨年1年間、主席公衆衛生専門家として世銀に奉職した)

4.－2　ジョンズ・ホプキンズ大学公衆衛生大学院

(The Johns Hopkins University , School of Hygiene and Public Health)

・所在地　　米国メリーランド州、ボルチモア市

・沿革、特色等　1916年創設。建学の理念は、研究と教育とを不可分のものとして捉え、衛生学の成果を個人、社会の健康の保持・増進に応用すること。

1918年、ロックフェラー財団より基本財産を授与。公衆衛生分野の指導者を養成する「公衆衛生のウェストポイント」として期待される。以後、全米24の公衆衛生学校のリーダー的存在として幾多の内外の指導者を輩出。また、1984年には国際機関への技術的支援と途上国への研究協力を集約的に実施するための Institute　for International Programs (IIP)も設置されるなど、保健医療分野の国際協力に多大の貢献を果たしてきている。

・研究科および付属施設

生化学（含、生物物理)、生物統計学、環境医科学、伝染病学、免疫・感染症学、国際衛生学、母子健康学、精神衛生学、人口動態学の10研究科のほか、IIPなど15の研究所、研修施設(centers)を有する。

・学位コース　(1) Master of Public Health (M.P.H.) フルタイムとパートタイムのプログラムがあり、それぞれ履修期間は11か月、3年以内。単位修得・論文不要。

(2) Master of Health Science (M.H.S.)　学部卒業後、実務経験が浅い者向きのプログラム。履修期間1～2学年。

(3) Master of Science (Sc.M.)　医学以外のバックグラウンドを有する者のためのプログラムで、要修士論文。履修期間、概ね2年。

(4) Doctor of Public Health (Dr.P.H.)　M.P.H.またはこれに相当する学位を有する者に入学資格。履修期間3～4年。

(5) Doctor of Science (Sc.D) 履修期間3～5年。

(6) Doctor of Philosophy (Ph.D) 履修期間3～5年。

・教官・研究スタッフ

フルタイム　290名、パートタイム　220名。国籍は26か国に及ぶ。

・学生数　約1,000名（出身国は65か国に及び、外国人学生の割合は約35％。博士課程およびポスト・ドクターの学生が約半数。また、女性が半数で、米国のマイノリティは10%)。

・卒業後の進路　米国連邦政府、外国政府　22％　地方公共団体　9％

米国および外国の大学、研究所等　22％　病院　21％

非営利機関　9％　営利企業等　17％

求職者の90％は卒業後2か月以内に就職しているが、卒業生の21％は上級プログラムへの進学、フェロー、レジデントまたはインターンを希望している。

卒業生の大多数は、管理、計画、評価、政策分析、データ収集・分析の業務を希望し、教職、研究、患者・消費者へのサービス等の業務を志向する者がこれに次ぐ。

・国際協力活動の概要

(1) JHUは、教育、研究、サービスの各面で国際的な保健・医療協力活動に参加している。

(2) これらの活動は、関連各研究科の協力の下に、Institute for International Programs (IIP)の調整により、学際的に行われている。(関与スタッフ、75名)

(3) 中心となっている分野は、途上国におけるChild Survivalで、栄養、下痢、予防接種、家族計画、保健医療の効率化に関する研究・研修等の活動が学際的なワーキンググループにより展開されている。

(4) また、IIPは、PAHOやNGOの活動（Child SurvivalやHIV/AIDS予防）に対して、プログラムの計画、実施、評価で技術的支援をしている。

(5) 現職専門家の養成プログラムをUSAIDやNGOと協力して実施している。（Child Survival Fellow，Humphrey Fellow）

(6) 途上国の保健医療関連研究所の能力を高めるために、先進国を含む各国の政府機関、大学等とのネットワークを通じた協力を実施している。（インドネシア、タイ、ケニア、ペルー、中国等で公衆衛生学部の開発に協力）

(7) 現在、大学が参画しているプロジェクトのドナー機関は、USAID、HE、世銀、フォード財団、ロックフェラー財団、カーネギー財団、WHO、PAHO、Save the Children など多数。

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

(Center for Population and Family Health , University School of Public Health)

・所在地　米国ニューヨーク市

・沿革・特色等　1919年に世界で最初の公衆医学校3校のひとつとして創設された大学院大学。教育研究上の優先順位は、社会的要請と科学技術の進歩に即応し不断に見直されてきた。浄水、下水・廃物処理の問題から産業化社会における公衆衛生の問題（環境汚染、毒性化学、発癌物質等）へと、また、慢性病の原因究明のための伝染病学的手法の応用重視というのがその例である。

さらに、AIDSや薬物乱用、栄養、老人医学等の問題が緊急の教育・研究上の課題となっているが、これらの問題に対して、統計学や社会科学の成果をも導入しつつ学際的に取り組んでいる。

1975年に、人口家族保健センターを発足させて以来、地域、米国内および海外に対するサービス活動にも積極的に取り組んでいる。

・研究科および付属施設

生物統計学、環境科学、伝染病学、老齢医学、医療政策・管理学、人口・家族保健学、社会科学および熱帯医学の8研究科と、付属施設としてコロンビア栄養研究所、人口・家族保健センターがある。このほか関連施設としては、コロンビアプレスビテリアン医学センターがある。

・学位コース　(1) Master of Public Health (M.P.H.) 履修期間、4学期（16か月）。45ポイント以上の単位修得と、エッセイの提出が修了の要件。医・歯・看護・獣医学部の卒業生はもとより、法・工・経営等のバックグラウンドの者を含む。修士号または博士号取得者で再入学する者多数。また、保健医療の実務経験が長い者の現職入学のケースも多い。（この中には、平和部隊への既参加青年も含まれている）

(2) Master of Science (M.S.) 生物統計学、伝染病学、寄生虫学の3専攻に分かれる。

(3) Doctor of Public Health (Dr.P.H.) M.P.H. および相当学位の取得が入学要件。40〜50単位の取得と学位論文の合格が修了要件。履修期間は2学年以上、7学年以内。

・教官・研究スタッフ　約250名。

・国際協力活動の概要

(1) 国際協力活動は、人口・家族保健センターを核として行われている。センターには約50名の教育・研究部門専門家（人口・家族健康研究科の職を兼任）と約60名の事務・技術系職員がおり、センターの地域事務所がある象牙海岸を含め、約10か国に20数名の職員を派遣している。

(2) USAID、WHO、PAHO、UNICEF、国際家族計画連盟、ロックフェラー財団等の援助機関と連携して、サブ・サハラ諸国、南アジア等、約20か国の人口家族計画、母子保健、PHC、AIDS教育・予防等の分野のプロジェクトに参加している。（ナイジェリアの家族計画、PHC、イバダン大学プロジェクト、ウガンダのAIDS教育・予防活動等）

(3) 途上国の保健医療従事者に対する継続教育・研修プログラムを重視しており、1980年以来現在まで、45か国約1,500名が受講しているが、従来のJuneコース（ニューヨーク）に加えて、1987年からは英語および仏語圏のアフリカでも実施するようになった。

(4) 卒業生の求職活動支援の一環として、The Job Bulletinを毎月発行しており、国内外の援助実施機関の求人情報を積極的に提供しているが、在学中の実習が縁で国際機関に就職する例も多い。例えば、Summer Caribbean Internship (M.P.Hの学生等のための実習コースで、カリブ海諸国の家族計画プロジェクトに8週間参加する）などに参加し、その後、参加者がPAHOに就職するといったケースである。

(5) 人口・家族保健関連情報の総合的データベースが開発され、国内外の関係機関で運用されている。また、人口・家族保健センターの付属図書館が処理している外部からの照会件数は年間約5,300件にものぼってい

る。（95％は途上国からのもの）

(6) 今後の重点目標は人口・保健プロジェクトの評価方法の確立（特に、医療サービスの供給に関する普遍モデルの開発）および途上国の研究機関の開発（教育、研究、サービス機能の強化）等である

資　料　編

1. 入手資料 ……115
2. Questionnaire ……122
3. 面談者リスト ……124
4. 調査団日程 ……129
5. 調査団の構成 ……131

・入手資料（英語）

〔英国〕

・Preservation of Personal Health in Warm Climates

(The Ross Institute of Tropical Hygiene)

・The Struggle for Health

(David Sanders & Richard Carver)

・Tropical Medicine & Parasitology

(Wallace Peters & Herbert M. Gilles)

・Epidemiolgy and the Community Control of Disease in Warm Climate Countries

(Derek Robinson)

・Environmental Health Engineering in the Tropics

(Sandy Cairncross & Richard G. Feachem)

・Manson's Tropical Diseases

(P.E.C. Manson-Bahr & P.R.Bell)

・Imperial Medicine and Indigeneous Societies

(David Arnold)

〔世界銀行〕

・Health And Development

(I.M.F. & The World Bank)

・Review of PHN Sector Work and Lending in Health, 1980～85

(Anthony R. Measham)

・Appraisal Hand Book : Health Projects

(The World Bank)

・Sector Strategy ; Population,Health and Nutrition,FY89--91

(The World Bank)

・FY89 Sector Review;Population,Health and Nutrition

〔USAID〕

・Directory;Office of Health

(Bureau for Science and Technology USAID)

- The Biomedical Research Portfolio of the Office of Health
  (Bureau for Science and Technology USAID)
- Bolivia:Pilot Information System for Communicable Diseases April 24–28, 1989
  (Medical Service Corporation International)
- Mid–Term Evaluation of a Pilot Study of Community Participation
  for Malaria Control in West Timor,Indonesia
  (Medical Service Corporation International)
- Contingency Plan for Emergency Management of Dengue and
  Dengue Hemorrhagic Fever Outbreaks in the Dominican Republic June 1988
  (Medical Service Corporation International)
- Dracunculiasis in Burkina Faso August 1987
  (Medical Service Consultants)
- Japanese Encephalitis in Nepal
  (Medical Service Consultants)
- Environmental Assessment Vector Control and Water and Sanitation Activities
  of the Health Sector II Project,Honduras June 1988
  (Medical Service Corporation International)
- Health Technology Directions = Program for Appropriate Technology in Health
- The Vector Biology and Control Project November 1989
  (Medical Service Corporation International)
- Strategy for Control of Vector–Borne Diseases in AFR Region June 30, 1989
  (Medical Service Corporation International)
- Strategy Recommendations for Water Supply and Sanitation in AFRICA
  (Africa Bureau)
- Leaflet (Dr.Milton)
- An Assessment of Donor Coordination and External Financial Mobilization for
  Health,Population and Nutrition in Sub–Saharan Africa
  (Lee M. Howard, MD,Dr.PH) → 2 books
- Population and Family Planning : Strategy for Assistance in Africa Sept.1988
  (Bureau for Africa)

- Africa Child Survival Initiative (1988 ~ Bilingual Annual Report)
- Data Sheet
- Water and Sanitation Sector Profiles of Twenty Africa Countries
- Overview of A.I.D. Assistance in Commodities and Program Support
  (Office of Population)
- Users Guide to The Office of Population (USAID)
- Botswana Family Health Survey II 1988
  (Ministry of Finance and Development Planning, Ministry of Health, Institute for Resource Development)
- Kenya Demographic and Health Survey 1989
  (Ministry of Home Affairs and National Heritage)
- Overview of A.I.D. Population Assistance
  (Office of Population)
- HIV INFECTION AND AIDS July 1989
- Child Survival 1989
- AID Policy Paper HEALTH Assistance Dec. 1986

〔UNICEF〕

- Overview of actions for children in 1988
  (United Nations Children's Fund, Report of the Executive Director)
- Addendum Programme Statistics
  (United Nations Children's Fund,Report of the Executive Director)
- General Resource Income 1986 vs 1988 MTP
- Holiday Collection of Cards,Gifts and Stationary(UNICEF)
- Teaching Doctors to Teach
  (United Nations Children's Fund to the World Conference on Medical Education)
- Facts for Life = A Communication Challenge
  (UNICEF,WHO and UNESCO)
- UNICEF Annual Report 1989

〔WHO PAHO〕

- PAHO : Working for Health in the Americas Health in the Southern Cone (PAHO)

・The Andes Linked through Health (PAHO)

・Health : A Bridge for Peace in Central America and Panama

・Annual Report of the Director 1988 (PAHO) →2books

・Health Conditions in the Americas,1981−1984

Volume II (PAHO)

・Evaluation of the Strategy for Health for All by the Year 2000

(PAHO,WHO)

・World Health (WHO Magazine)

・Caribbean Cooperation in Health Basic Principles for Action of PAHO , 1987−1990

(WHO,PAHO)

〔UNDP〕

・A Better Environment for Development

・Cultural development

・Target 1995 : Eradication of Guinea Worm

・World Development = September 1989

・都市の将来のための開発 UNDP世界開発年次報告 1988年

・Compendium of Ongoing Projects No.19,as of 31 December 1988

・Water and Sanitation for Health : Toward the Year 2000

〔ODA〕

・ODA Briefing 1 British Overseas Aid

・British Overseas Development No.8 Sept.1989

・British Aid to the Pacific Region →ポスター

〔CIDA〕

・Sharing Our Future (CIDA,1987)

・Development = health

・Annual Report 1987−1988

・Study of The Policy and Organization of Canada's Official Development Aid :

Report to the minister for External Relations

・Development = Population Research Review

・Development = Water

・Development = Environment

・Development = Women

・Official Development Assistance →ポスター

・A Developing World →地図

・Environment and Development

・Water,Sanitation and Development

・ASIA (Canadian Development Assistance) →パンフレット

・The First Generation →パンフレット

・What is CIDA ? →パンフレット

・CIDA Supported Trainees by Location of Training Calendar Year 1988 →プリント

〔The Rockefeller Foundation〕

・The Rockefeller Foundation 1913 to 1988

・The Rockefeller Foundation 1988 Annual Report

・INCLEN Seventh Meeting Program

・INCLEN Pamphlet

・INCLEN Seventh Meeting Abstracts

・The Rockefeller Foundation in the Developing World

・Guidelines for the Submission of Biomedical Proposals to The Rockefeller Foundation's Population Sciences Division

・The Health Transition Program → プリント

・The Letter to Dr.Hasegawa

・The Message to Dr.Suzuki

・About the Bellagio Study and Conference Center →パンフレット

・The Rockefeller Foundation →パンフレット

・Women's Status and Fertility in Developing Countries Research Program 1989 →パンフレット

・Population Policies and Programs in Sub-Saharan Africa Research Grants in 1989 →パンフレット

・Biotechnology Career Fellowships →パンフレット

・Population Sciences Fellowships 1990/91 →パンフレット

・Bellagio Study and Conference Center Lake Como, Italy 1988 Annual Report

・The Circuit Riders = Rockefeller Money and the Rise of Modern Science

(Gerald Jones)

・The Rockefeller Foundation

(Raymond B. Fosdick)

〔コロンビア大学〕

・Columbia University Bulletin School of Public Health 1981−91

・Center for Population and Family Health, Faculty of Medicine, Columbia University

= Activities Report

〔ジョンズ・ホプキンズ大学〕

・Compact Disc = PoPLINE

・ADDR →パンフレット

・The Johns Hopkins University, School of Hygiene and Public Health

・Strengthening Public Health Programs in Developing Countries →2セット

・Up date (Institute for International Programs)

・Graduate Studies →パンフレット

・ファイル内容　印刷物 CD−ROM, CD−ROM EQUIPMENT SPECIFICATIONS等

〔Wellcome Tropical Institute〕

・3 pamphlets

・Leorosy = A Handbook to Accompany the Posters

・Hepatitis B

・AIDS

〔Inter Action〕

・4 pamphlets

・Interaction Member Profiles

・Resources for Development (C. Stark Biddle)

・How are we doing ? (Inter Action)

〔CCIC〕

・I.D. PROFILE = a who's who and what's what

・入手資料（仏語）

・1988年年鑑（フランス共和国協力開発省）

・1988年国際連帯協力目録（　〃　）

・ボランティアガイド（　〃　）

・アフリカの選択（　〃　）→パンフレット

・ボランティア運動89（　〃　外務省共編）→パンフレット

・非政府援助組織をよく知るために（　〃　非政府組織局）

・分類アンケート（　〃　協力開発委員会）

・世界をひとつに（民間発行の国際協力紙）

・参考文献

・先進国技術協力実施状況調査報告書（英国）Sep.1988(JICA)

・主要先進国の援助実施体制調査Mar.1988（㈶国際協力推進協会）

・米国国際開発庁1988（㈶日本公衆衛生協会）

・主要先進国の無償援助1989（国際開発ジャーナル社）

・主要先進国援助機関調査（Ⅲ）1984（海外経済協力基金調査開発部）

・特集　主要先進国援助機関調査1985（印刷物）

・1アメリカ合衆国，アメリカ合衆国国際開発庁1988

QUESTIONNAIRE

ON INTERNATIONAL MEDICAL COOPERATION

I. Strategy for International Medical Cooperation

1. Please describe your fundamental policy objectives in international medical cooperation.

(with reference to inter alia, the role of medical cooperation in overall aid policy)

2. Do you have any order of priorities among the following fields of medical cooperation ?

(1) family planning (2) health education (3) immunization (4) primary health care (5) hospital care (6) education of medical personnel and (7) research.

3. What are specific targets in extending cooperation; direct impact on health problems,human resource development,improving equipment and facilities or others ?

II. Aid Procedures

1. How do you collect,store and utilize basic data on the medical situation of developing countries ?

Is there any network of information sharing among competent authorities ?

2. What kind of procedures do you follow in each stage (identification appraised–implementation–monitoring–evaluation) of your medical cooperation ?

3. How long is the time span of projects ?

4. Projects finding and formation;

(a)What is your method of project finding and formation both in your country and the recipient country ?

(b)What are the criteria for selecting target countries ?

(c)Do you make any health sector analysis in connection with project finding ?

5. Recruitment of medical experts for international medical cooperation;

(a)Do you encounter any difficulties in recruiting medical experts ?

(b)Is there any registration system of medical experts for international medical cooperation in your country ?

(c)Do you have any training or education scheme for medical experts ?

(d)Please describe the form of contract with medical experts.

(e)Please describe,if any, cooperation mechanism with universities and other institutions for recruiting medical experts.

6. How much is the portion of medical cooperation in your ODA budget ?

7. Are you facing any obstacle to sustain projects because of shortage in recurrent costs and local personnel ?

If yes, do you have any scheme for repair and maintenance of medical equipment and other facilities ?

Ⅲ. Others

1. Do you have any cooperation programme with international organization (WHO, UNICEF etc.)?

2. What is the role of NGOs in your international medical cooperation ?

3. Do you undertake any research and study in order to support international medical cooperation ?

4. Do you have any information service in order to support international medical cooperation ?

5. Decision-making authorities and implementing agencies ;

(a)Date of establishment

(b)Organizational structures

(c)Number of officials

(d)Size of the budget

面談者リストー①
・スイス：ジュネーブ

1989・11・8	川口　雄次	Director Planning, Coordination and Cooperation	WHO
	Mr. R. Anderson	Chief Office of External Coordination	〃
	Dr. M. Jancloes	Chief Office of International Cooperation	〃
	Mr. M. Lafif	Director Division of Personnel	
	Dr. Goon		
	Dr. H. A. Hammad-Elneil 他１名	Director Division of Emergency Relief Operations	
11・9	Mr. Koichi Watanabe	Under-Secretary General Director of Operations	League of Red Cross and Red Crescent Societies
	Andrei Kisselev M. D.	Under-Secretary General	〃

・フランス：パリ

11・10	重光　哲明	医師	パリ在住
	Médecin General Bernard Durand	Sous-Direteur de la Santé	Ministère de la Coopération
	Dr. Leclerc	Coopération Médicale Direction de la Coopération Scientifique et Technique	Ministère des Affaires Etrangeres
	Monsieur Michael A. Ruleta	Direction du Développement Département de la Coopération Non-Gouvernementale	Ministère de la Coopération

・西ドイツ：ボン、ケルン、フランクフルト

11・13	Mr. Albert Baumhauer	Deputy Assistant Secretary for Planning and Economic Aspects of Development Policy	Federal Ministry for Economic Cooperation (BMZ)
	Dr. Hermann Schempp	Counselor	〃
	Mr. Horst Muellers (M. SC. ECON)	International Department	〃
	Ms. Uta Niemann-Jordan M. P. H.	保健担当	〃
	Mr. Stick	Desk Officer Voluntary Services Division	〃
11・13	Mr. Manfred Sollich	Geschäftführer	Association for Development Aid (AGEH)
	Mr. Georg Sticker	Beferent bei der Geschäftsführung	AGEH
11・14	Dr. med. Rolf Korte	Privatdozent Arzt Für Tropenmedi zin D. T. P. H. (London) Abteilungsleiter Gesundheit, Bevölkerungsentwicklung und Ernährung	Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ)GMBH
	Dr. Matthias Weiter	Division Manager General Corporate Strategy	〃
	Mr. Thomas Schild	Programm Integrierte Fachkräfte	Centrum für Internationale Migration und Entwicklung,

・スウェーデン：ストックホルム

11・16	Mr. Hans Ehrenstrahle	Deputy Head of Health Division	SIDA
	Bengt Höjer	Överlakäre M.D., Ph.D.; Medical Director	International Health Care Research (IHCAR)
	Mr. Bo Bengtsson	Director General Ass. Prof. Crop Science	SAREC
	Lennart Freij M.D.	Research Officer	〃
11・17	Mr. Goran Bäckström	Director International Department	Swedish Red Cross
	Ms. Lise Munck	ラテンアメリカ課長 国際部	〃
	Ms. Märta von Holst	Consultant Health Matters	Swedish Missionary Council, Office for International Development

・面談者リスト—②
＊米国：ワシントンＤＣ、ニューヨーク、ボルティモア

1989・11・23	Prof. R. G. A. Feacham	学部長	ロンドン大学衛生熱帯医学大学院
	Prof. D. J. Bladley	伝染病・人口学科	
	Prof. A. T. Tagett	医寄生虫学科長	
	Prof. P. Vaughan	公衆衛生・政策学科長	
11・24	Ms. B. M. Kelly他	Health of Department	ODA
	Ms. Stean	Staff. Oversea Visitors	Wellcome Institute
11・27	Dr. C. G. Macedo	Director	WHO(PAHO)
	Dr. G. A. O. Alleyne		
	Dr. R. H. Rodoriguez		
	Dr. Salazar		
	Dr. A. Measham	Division Chief	World Bank
	Dr. B. H. Liese		
	Dr. S. Scheyer		
11・28	Mr. B. Langmaid Jr.	Deputy Ass. Bureau for S & T	USAID
	Dr. Ann Van Dusen	Acting Director Office of Health	
	Mr. R. Wrin	Office of Health	
	Dr. J. R. Harris	〃	
	Dr. A. S. Fairfield	〃	
	Dr. H. A. Fuinty	〃	
	Dr. R. Lennoy	〃	
	Dr. P. Claguin	〃	
	Ms. E. S. Maguire	Office of Population	
	Mr. R. M. Clay	〃	
	Mr. C. J. Hemmer	〃	
	Mr. R. M. Cornelius	〃	
11・29	Prof. D. A. Henderson	学部長	ジョンズ・ホプキンズ大学公衆衛生大学院
	Prof. R. E. Black	国際衛生学科長	
	R. Graly	人口動態学科	
	W. M. Reinke	国際衛生学科	
11・30	Dr. Nyi Nyi 他		UNICEF
	Ms. Katherine Springer	Technical Adviser	UNDP

	Mr. Alan Keller	Senior Technical Adviser	UNFPA
12・1	Prof. Allan Rosenfield	学部長	コロンビア大学 公衆衛生大学院 人口家族保健センター
	Prof. James MacCarthy	人口・家族健康学科長　兼 家族保健センター長	
	Mr. Ken Warren 他		Rockefeller Foundation

＊カナダ：オタワ

12・4	Dr. P. Hitschfeld	Director　技協	CIDA
	Dr. S. Simon	Director Health Section	
	Ms. L. Deners	Population Section	
	Mr. Y. Marsolais	NGO Division	
	Mr. Chris Peinney 他		CCIC

・調査団日程（１９８９年１１月～１２月）

1）スイス、フランス、西ドイツ、スウェーデン

月　日	行　動　概　要
１１月７日（火）	東京→ジュネーブ
８日（水）	ＷＨＯ（世界保健機構）
９日（木）	国際赤十字連盟
	ジュネーブ→パリ
１０日（金）	フランス外務省協力開発庁
	経済大蔵省
１１日（土）	資料整理
１２日（日）	パリ→ボン
１３日（月）	ドイツ経済協力庁（ＢＭＺ）
	開発援助協会（ＡＧＥＨ）
１４日（火）	ボン→フランクフルト
	ドイツ技術協力公社（ＧＴＺ）
	国際開発センター（ＣＩＭ）
１５日（水）	フランクフルト→ストックホルム
１６日（木）	外務省国際開発協力局
	カロリンスカ研究所：国際保健医療研究部（ＩＨＣＡＲ）
	開発途上国研究協力機構（ＳＡＲＥＣ）
１７日（金）	国際開発公社（ＳＩＤＡ）
	国際技術・経済協力事業団（ＢＩＴＳ）
	スウェーデン赤十字
	スウェーデン伝導協議会
１８日（土）	ストックホルム ┐
１９日（日）	└→東京

2）英国、米国、カナダ

月　日	行　動　概　要
11月２２日（水）	東京
２３日（木）	→ロンドン
２４日（金）	ロンドン大学衛生熱帯医学大学院
	海外開発庁（ＯＤＡ）
	ウェルカム医学史研究所
２５日（土）	資料整理
２６日（日）	ロンドン→ワシントン
２７日（月）	汎アメリカ保健機構（ＰＡＨＯ）
２８日（火）	世界銀行（ＩＲＢＤ）
	国際開発庁（ＵＳＡＩＤ）
２９日（水）	ワシントン→ボルチモア
	ジョンズ・ホプキンズ大学公衆衛生大学院
	ボルチモア→ニューヨーク
３０日（木）	国連児童基金（ＵＮＩＣＥＦ）
	国連開発計画（ＵＮＤＰ）
	国連人口活動基金（ＵＮＦＰＡ）
１２月１日（金）	コロンビア大学公衆衛生大学院
	ロックフェラー財団
２日（土）	資料整理
３日（日）	ニューヨーク→オタワ
４日（月）	国際開発庁（ＣＩＤＡ）
	国際協力評議会（ＣＣＩＣ）
５日（火）	資料整理
６日（水）	オタワ
７日（木）	→東京

・調査団の構成

1) スイス、フランス、西ドイツ、スウェーデン

近藤　健文　：　国際協力事業団　医療協力部長

佐藤　三郎　：　外務省　経済協力局技術協力課　外務事務官

井上　　明　：　文部省　高等教育局医学教育課　課長補佐

麦谷　直里　：　厚生省　大臣官房国際課　課長補佐

2) 英国、米国、カナダ

長谷川　敏彦　：　国際協力事業団　医療協力部　医療協力課長

香川　剛広　：　外務省　経済協力局技術協力課　課長補佐

平中　英二　：　文部省　学術国際局国際企画課　課長補佐

網野　　豊　：　厚生省　大臣官房国際課　課長補佐

JICA