

## 特集：国際保健における人材養成

### 国際機関や先進諸国が行う発展途上国の保健医療分野の人材養成

兵 井 伸 行

#### Human resources development for health in developing countries by multi- and bi- lateral agencies

Nobuyuki HYOI

#### 1. はじめに

国際化の進展の中でわが国の行う国際協力に対する内外の関心は高く、特に人造りににおける協力への期待は大きい。その基盤となる人材養成の役割はきわめて重要であるが、従来の教育訓練、研修では発展途上国の保健医療の必要性を十分に反映していなかったり、カリキュラムの検討やプログラムの評価が必ずしも十分に実施されてきたとはいえない。また、研修機関、研修プログラムなどの情報が体系的に整理蓄積されていない状況にある。

#### 2. 目的

このような背景のもと、国際機関、先進諸国の保健医療分野の研修プログラムについて基本的な情報の体系的収集を計り、その方向性を検討し、発展途上国のニーズを踏まえた研修制度のありかたを探ることを目的とし調査を行った。

#### 3. 方法

主要な国際機関（WHO, UNICEF, UNFPA, OECD, UNAIDS, UNDP, WB, 等）および先進諸国援助機関（USAID, GTZ, CIDA, ODA, 等）を対象に、保健医療分野の協力について広く分析検討を行うとともに、特に研修プログラムについて政策、戦略（歴史的変遷を含む）、プログラム内容、対象者、評価法、教授法開発、研究、等の情報収集を行い、途上国研修員および自国専門家の養成訓練について調査検討する。

#### 4. 結果と考察

##### 1) 人的資源開発に関する考え方

これまでの関連調査資料などの検討から、保健医療分野の人的資源開発に関する考え方には、歴史的にみて第二次大戦後大きく8段階のそれぞれ互いに重なり合う発展が考えられる。第1段階では、医師看護婦を重視した伝統的な

保健医療従事者の数の増加が中心であり（1940年代後半～1960年代後半）、第2段階では低い保健医療水準を反映して様々な職種の保健医療従事者に対する教育レベルの向上を目指した（1950年代～1960年代中期）。第3段階では、保健医療従事者の質を全国一律にすべく免許基準などの整備が図られ（1950年代後半～1960年代中期）、第4段階では、保健医療サービスが全国に及ぶように、特に多目的かつ補助的な従事者の養成が重視され（1960年代～1970年代）、また、第5段階では、従事者の利用と養成における効率性が追求された（1940年代後半～1980年代）。第6段階においては、職種およびその数を考慮する養成のための国家計画が重視され（1960年代～1970年代中期）、第7段階では、プライマリ・ヘルス・ケア（PHC）に基づいた計画・養成・活用を統合する観点より国家ニーズに沿うことの妥当性が強調された（特に1976年以降）。最後の第8段階では、従事者養成と保健医療サービスの統合一体化が重視されている（特に1976年以降）ことが明かとなった。また、最近では、保健医療改革（Health sector reform）を中心とした財政やマネージメントを重視した人材養成が特に注目を集めており、第9段階ともよべる。

##### 2) 国家政策との関連

このように人的資源開発に関する基本的政策に変化は見られるものの、その国家政策が、まず信頼できるデータに基づき、そのデータの詳細な分析から成り立つこと、政策を支える構成要素が整っていること、政策を実施する制度が備わっていること、政策が明瞭で理解できるものであることは、必要不可欠な共通項目である。また、政策の問題点として、その一環性の保持、政策の存在とその実施は必ずしも同一でない点、長期的影響などについても同時に考慮する必要があると考えられる。政策形成については、WHO, ILO, WB, Regional Development Banksの支援が参考となる。一方、持続性については、その要素としての財政経済面、組織面（目的、戦略、構成、制度）、実際のプログラム面を常に考慮し、これらのバランスをとることが必要であり、ま

た、発展初期の脆弱な段階では、特に組織面の強化が特に重要であることが示された。

### 3) 人材養成実施側の課題

また、人材養成プログラムの個々の問題点を主に実施者側で整理すると、(1)人材養成に関しては、需給ならびに量と質のバランスへの対応が基本であり、最近では民営化や地方分権についても考慮しなくてはならない。(2)研修内容については、特定知識技術の伝達修得に重点を置いたこれまでの研修から、最近では特に財政的マネジメントや計画立案評価に重点を置いた研修に移行しつつあるといえる。(3)研修員の人選と適切な研修プログラムおよび実施機関との調整が共通した問題点としてあげられる。(4)研修の評価について、フォローアップや報告書の提出など様々な試みが成されてはいるが、まだ十分にその方法論が確立しているとはいえない。(5)個々の研修員の研修とともに途上国における組織の育成 (Institutional capacity building) が計られなくてはならない。(6)保健医療分野の研修を行う主要な国際機関や二国間援助機関での情報交換は必ずしも十分ではなく、今後データベースの整備や何らかの調整が必要と考えられる。(7)途上国人材の育成には、途上国の保健医療に通じた国内の専門家育成とその確保が重要であり、わが国においては特にその必要性が高いと考えられる。

### 4) 受講者側の課題

一方、研修を受ける側から問題を整理すると、(1)研修先言語に対する語学力の不足 (主に英語力の不足)、(2)自国内での人選の方法、選考過程の公平性の確保、(3)各種情報の不足、(4)研修員の個別ニーズへの対応、(5)支援機関、プログラムの絶対的な不足、(6)学位、資格修得と連動した研修、(7)研修修了後の取得した技術知識の活用と研修員の定着、等があげられる。

### 5) 人材養成プロジェクトの概要

保健医療分野の人材養成プロジェクトについて、その実態をカナダ国際開発研究センター (IDRC) がとりまとめている国際開発プロジェクトのデータベース DAI (1997年10版) を用いて分析を試みた。このデータベースには、35機関が実施した18万3千件余りのプロジェクトの概要が網羅されている。

1982年以降のプロジェクトに関し、「Human Resources」「Health」の二つのキーワードをともに持つプロジェクトを検索した結果、157件のプロジェクトが検索された。これらプロジェクトを地域別に見ると、アフリカ75件 (47.8%)、ついでアジア32件 (20.4%)、中米8件 (5.1%) であり、アフリカ地域での「保健医療」「人材」プロジェクトがほぼ半数を占めていた。アフリカ地域の中でも南・西アフリカが28件 (37.3%) と多く、次に東アフリカ18件 (24.0%)、中部アフリカ12件 (16.0%) が占めていた。

また、これらプロジェクトの財政負担機関をみると、WHOが109件 (69.4%) と最も多く、次に世界銀行グルー

プ27件 (17.2%)、国連開発計画 (UNDP) が15件 (9.6%)、IDRCが5件 (3.2%) で、この分野における国際機関の二国間援助機関に対する優位が明らかとなった。ちなみに USAID、JICA、ODA などはこの条件でのプロジェクトの登録がなかった。

これら国際機関を中心としたプロジェクトの内容をみると、WHOでは、各国の保健医療従事者の直接的な養成訓練を主とした小規模なプロジェクトがほとんどで、UNDPでは、PHCの計画立案支援、貧困層の衛生設備の整備、HIV/AIDS対策強化など社会開発の色彩の濃いプロジェクトが多かった。また、世銀グループでは、栄養、人口、保健医療制度改革、民間部門の参入など「制度」に関係するプロジェクトが多く、IDRCでは、現地住民の知識やマネジメントなどに関する研究プロジェクトが多いことが明らかとなった。

### 6) 先進国の事例 (ドイツ、米国、英国、カナダ)

#### 1. ドイツ

##### 1-1. 保健医療協力に関する政策

(1)現在ドイツ政府は、貧困撲滅、環境保全、教育、女性支援を経済協力の重点分野としている。開発途上国における貧困等が、生活のための環境破壊や豊かな国への移民の流入の原因となっていることについて国民の注意を喚起し、経済協力を通じて開発途上国の生活水準が向上すれば、こうした国境を超えた問題の解決に資し、ひいてはドイツ自身の将来保全につながることを強調している。また、援助の効率性を重視し、援助案件の的確な事後評価を行う方針を明らかにしている。

保健医療分野における経済協力では、貧困削減につながるアプローチとして特にPHCを重視している。ドイツは現在約50カ国で100以上の保健医療プロジェクトを実施しており、重点国の中心はアフリカ・サブ・サハラの後開発途上国 (LLDC) で、南米及びアジアが続いている。

重点分野は80年代前半に病院等の臨床医学から予防医学へ、即ちPHCを中心とする協力に移行した。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、相手国も病院の経営を維持する経費の負担が困難であり、結果として持続性に欠けるためである。そもそもドイツは、プロジェクトの費用対効果に対して極めて慎重であり、新たに病院を建設するといった施設ものプロジェクトはとりあげず、むしろ貧困対策の一環として、既存の施設を利用し、ハード面は簡単な資機材を供与した上で、住民参加による活動を推進していく手法をとることが多い。

参考までに、ドイツの保健医療協力の主要な部分を担うドイツ技術協力公社 (GTZ) が保健医療協力の戦略として掲げる原則は以下の通りである。

- 住民のニーズへの合致
- マルチ・セクター・アプローチ
- ターゲット・グループの参加
- マネジメントの分権化

- WID（女性と開発）配慮
  - 環境配慮
- (2)PHC以外の付随的な保健対策としては、以下のようなテーマがあげられる。
- 保健分野の情報・管理システムの確立
  - 基礎医薬品の供給及び品質管理
  - 整形外科分野におけるリハビリテーション対策
  - 病院技術者の訓練・養成
- (3)他方、熱帯の流行性疾患の予防・治療及び人口・家族計画にも取り組んでおり、主に国際機関（WHO, UNFPA等）への資金拠出が中心になっているが、二国間協力でも、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いくつかのプロジェクトを実施している。さらに、WHOとの密接な協力のもとに、エイズ対策にも取り組んでおり、エイズ・コーディネーターを派遣するとともに、プロジェクトを実施している。

#### 1-2. 援助関連機関の組織・体制

援助政策（二国間援助，多国間援助，資金協力，技術協力の如何を問わない）は経済協力省（BMZ）が一元的に計画・立案し，個々のプロジェクトの決定にあたっては，外交政策の面から外務省と，予算面から大蔵省と，その他案件ごとに経済省等の省庁と協議の上，様々な実施機関に実施を指示するという体制になっている。実施機関の中心は，資金協力については復興金融公庫（KfW），技術協力についてはGTZである。

技術協力の実施機関については，相手国内で展開されるプロジェクト協力はGTZが，ドイツ国内で実施される研修員受入事業は研修実施機関（PFS）と呼ばれる国際開発財団（DSE），カーツデュイスベルグ協会（CDG），アカデミック交換サービス（DAAD）が実施しており，GTZプロジェクトのカウンターパート研修もこれらPFSに委託実施されている。

BMZとGTZとの関係は，個々のプロジェクト毎の契約関係であり，GTZは必要に応じて再委託（カウンターパート研修等）することが可能である。

#### 1-3. 途上国の保健・医療に係る情報収集

主として，WHOのカントリー・プロフィールを利用したり，現地に派遣されている専門家を活用して情報収集を行っている。また，主な途上国にある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収集に努めている。

#### 1-4. 保健・医療分野における人材確保・研修員の受入れ

ドイツの援助の基本的な考え方は，資金協力はあくまでも経営や運営面での支援であり，専門家派遣が中核であると位置づけている。

GTZの専門家としては，ドイツ本国から派遣されるフィールド・スタッフ，現地のプロジェクトで雇用される現地スタッフ，現地政府雇用専門家の3種類に分けられる。

保健・医療分野のフィールド・スタッフの約半数は医師であり，残りは病院技術者等である。フィールド・スタッフの1割程度は外国人を雇用している。派遣期間はほとんどが1

年以上の長期派遣であるが，短期のコンサルタントを雇うケースもある。

GTZは保健・医療分野のフィールド・スタッフの人材確保に苦勞しているのが実態であり，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・最新技術の専門家の供給難），②開発途上国では一般にドイツ語よりも英語を話す専門家が優遇されている，③専門家としての給料が安い，④帰国後の再就職（専門家は全てGTZと契約するが，別途所属先を有しつつ2重の契約を結ぶことは認められていない）が困難である，⑤開発途上国の医療器材の不備，等々である。

しかし，開発途上国が経験豊かな専門医を求める傾向は年々強まっていることから，若手医師等の人材を研修を通じて養成し，これらのニーズに対応している。熱帯病に関しては，イギリスやアメリカの熱帯医学研究所に研修のために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（ハイデルベルク熱帯医学研究所等）において追加的な訓練コースを実施するとともに，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も実施している。

人材のリクルート方法は，基本的には専門家データベース（約1万人が登録）から適任者を選定するが，適任者がいない場合には，新聞や医学雑誌等に募集広告を掲載するという方法で，全くオープンに人材募集が行われている。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る。

また，現地雇用専門家は，全額ドイツ政府の補助金によって運営されている国際移住・開発センター（CIM）の養成確保事業（特に開発途上国の専門家庭教育を重視）により育成された専門家であり，途上国政府と雇用契約を締結してGTZのプロジェクトに従事する（GTZが給与を補填）。

プロジェクト雇用現地スタッフは，プロジェクト現地国内でリクルートされる専門家等のスタッフであり，プロジェクト実施期間中の契約で，給与・手当等はプロジェクト経費から支出される。

研修員の受入れについては，PHC分野はドイツ国内に適当な受入機関が少ないことから，イギリスやアメリカに派遣して研修を受けさせている。ただし，基本的な考え方としては，アフリカ等の周辺国に適当な受入機関があれば，あえてドイツ，イギリス，アメリカ等で研修を行う必要はなく，周辺国で研修を実施することが妥当であるとしている。

#### 1-5. 国際機関，NGO等との連携

WHO, UNICEF, UNFPA, IPPF等の多くの国際機関との連携の中でもその中心はWHOである。特に熱帯病の研究やエイズ対策で資金援助を行っている。

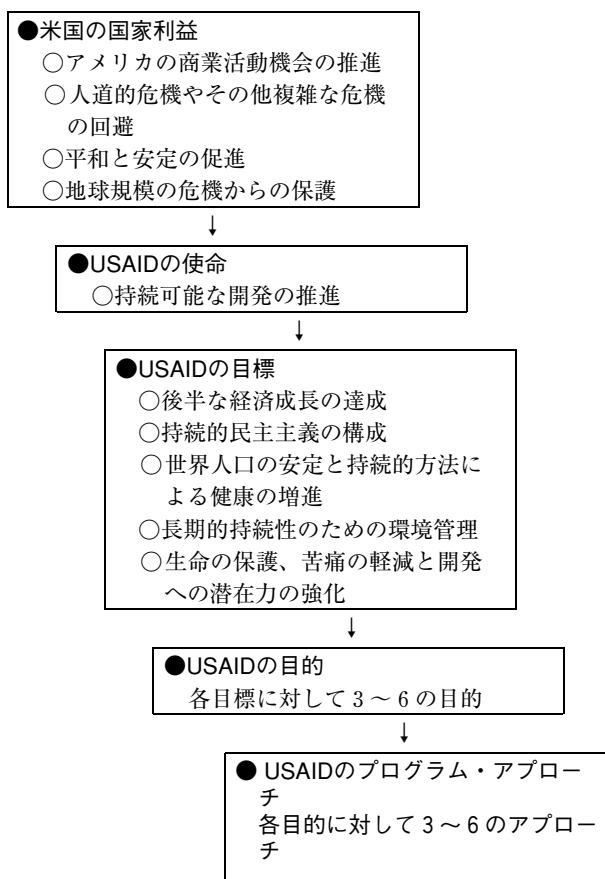
NGOとの連携については，BMZ内にNGO担当部局があり，極めて重視している。特に教会系のNGOが保健・医療協力で中心的な役割を担っていることから，多額の資金協力を行っている。

## 2. 米国

### 2-1. 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、第二次大戦後のヨーロッパの復興や東西関係の安定化の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 (United States Agency for International Development 米国国際開発庁) が設置されてからも、基本的には変わっていない。しかし、60年代は重点が主に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「持続可能な開発の推進」に方向転換し、そのために必要な5つの目標の中で、保健・医療協力は中核として位置づけられ、80年代に入りますますます強化されてきている。

米国の援助政策は以下の図にまとめることができる。



3番目の目標である「世界人口の安定と持続的方法による健康の増進」に対しては、USAIDは「人口・保健・栄養プログラム (Population, Health and Nutrition Program)」を策定し、次の4つの目的を掲げている。また、USAID内に、同プログラムを推進する人口・保健・栄養センター (Population, Health and Nutrition Center) を設立している。

- 望まない妊娠の減少
- 妊産婦死亡率の減少
- 乳幼児死亡率の減少

○STD感染の減少 (特にエイズ)

### 2-2. 援助関連機関の組織・体制

1961年に国務省の一機構として米国国際開発庁 (USAID) が発足した。1978年には米国の援助政策と援助予算に対する権限を持つ大統領直属の機関として、国際開発協力庁 (International Development Cooperation Agency : IDCA) が設立され、USAIDはその管轄下に移管された。しかしながら、IDCAは財務省等の反対により法的存在にとどまり、実際にはUSAIDが関係各省庁の協力を得て、援助の企画立案・実施を行っている。クリントン政権となつてからは、東西冷戦後の国際情勢に対応した新たな米国援助方針の策定が行われるとともに、USAIDの機構再編、幹部職員の削減、海外事務所の一部閉鎖といった組織のスリム化と結果重視の業務管理システムの導入など、大胆なUSAIDの組織・業務改革が実行されている。

USAIDの主な所掌業務 (予算区分) は以下の通りである。

#### (1) 開発援助

長期の開発を主な目的とし、プロジェクトの形態をとることが多い。

#### (2) 経済支援援助

国際安全保障援助の一部で、米国の安全保障にとって重要な国・地域の経済、政治、社会的安定を目的として、プロジェクト援助もしくはプログラム援助 (商品援助もしくは現金供与) の形をとる。

#### (3) 特別援助イニシアチブ

自由競争市場を支援する目的で、民間企業政策のサポート、民間投資や貿易支援、中小企業向け信用供与、民営化プロジェクト等の形態をとる。

#### (4) PL480食糧援助

緊急食糧援助及び借款による食糧援助の無償化

USAIDの組織改革により、1993年10月に、持続的開発の促進及びグローバルな問題 (特に前述した5つの目標) に対する取り組みを効率的かつ効果的に実施するため、グローバル局 (Bureau for Global Programs, Field Support and Research) が設立された。グローバル局の第一の役割は、地域局や海外事務所をはじめとする各部局に対し、技術面での助言や支援を与えることである。また、地球的規模のプログラムを担当し、USAIDの中で科学的・技術的リーダーシップをとり、ドナー間の調整を行い、研究活動に資金を提供する。グローバル局は、USAIDの5つの戦略目標 (人口・保健・栄養、環境、経済成長、人的能力開発、民主主義と統治) とWID (開発と女性) などのセクター横断的な課題を担当する5つのオフィスからなっており、前述した人口・保健・栄養センター (Population, Health and Nutrition Center) もその1つである。

USAIDは1995年時点で87の海外事務所及び4つの地域事務所を有している。海外事務所では、伝統的に当該国に対する援助戦略作成、事業承認、実施といった援助全体を監督する権限を有しており、海外事務所中心の事業システムとなっている。

### 2-3. 途上国の保健・医療に係る情報収集

開発途上国の保健医療に関するニーズ及び実情は、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、ワシントンDCにあるUSAID本部から近く、日常的な接触を可能にしている。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。

一方、専門的学術情報については、USAIDが保健医療プロジェクトの実施にあたり、多くのコンサルタントや大学、研究所等と契約を結んでいることから、保健医療分野の充実したネットワークを有しており、効率的な情報の収集、分析、集積が行われている。一例として、ジョンズ・ホプキンス大学は、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・企画調整局(Bureau for Policy and Program Coordination)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USAID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、USAID図書館(蔵書15万冊)の維持、ARDA(AID Research and Development Abstracts: USAID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USAID関連事務所における情報システムの開発等がある。

### 2-4. 保健・医療分野における人材確保・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保健医療制度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測される。USAIDは、長期専門家と直接契約を結ぶのではなく、プロジェクト全体もしくはその一部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受注した大学等にあることになる。従って、専門家の人材確保に困難を伴うという事例

は見あたらない。ただし、寄生虫、人口など、国内で需要のない専門家を長期的・継続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特徴的な点である。

途上国人材の研修については、米国本国での学位取得をめざした研修から、特定の課題にしぼった実務的な研修、あるいは現地もしくは隣国での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。

### 2-5. 国際機関、NGO等との連携

立地条件、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。特に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いる。

NGOについては、米国では一般にPVO(Private Voluntary Organization)と呼ばれている。PVOはUSAIDの対外援助プログラムに不可欠なものと位置づけられており、USAIDの国別プログラムに合致したプロジェクトを実施するPVOには、USAIDが助成金を出すというケースが多い。1993年時点でUSAIDに登録している米国のPVOは390団体にのぼり、これらに対してODA資金の14.3%が配分されている。

さらに、前述したとおり、大学・研究機関との連携もきわめて緊密で、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。

## 3. 英国

### 3-1. 保健医療協力に関する政策

英国は、開発途上国の「持続的経済・社会発展」を達成するために、以下の7つの優先課題を掲げている。

- 経済改革支援
- 生産性向上
- 良い統治(Good Governance)支援
- 貧困層支援
- 人口問題、教育を含む人的資源開発
- 女性の地位向上
- 環境問題への取り組み

また、効果的援助のために、次の3項目を重要な方針としてあげている。

- 民間資源を合わせても、国内では開発ニーズに十分対応できない国または活動を支援すべき(最貧国重視)
- 開発援助を成功させるためには、長期的視野を必要とする(持続性の重視)
- 被援助国の政策が合理的である場合に開発援助を行うべき(良い統治の重視)

7つの優先課題の中では、貧困層支援を最も重視しており、人道的立場に基づく最貧国の援助、つまりBHN支援に重点を置いている。保健もBHNの重要な一部であるが、近年は持続性重視の観点から、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、PHC及び人口に置かれ、治療的医療は重点ではなく、病院建設は行っていない。対象国は最貧国及び英連邦が中心であり、二国間援助の5分の4は一人当たりの年間収入700ドル未満の国に、また4分の3が英連邦諸国にそれぞれ配分されている。二国間援助はサブサハラ・アフリカとアジアの最貧国に集中している。

### 3-2. 援助関連機関の組織・体制

英国では海外開発庁（Overseas Development Administration：ODA）が援助政策の立案から実施までの全課程に責任を有している。ただし、実際の業務は、人材育成分野での援助を実施するブリティッシュ・カウンシル（British Council：BC）、援助の資材・サービスの調達等を実施するクラウン・エージェンツ（Crown Agents：CA）、開発途上国の民間部門に対するローン、株式投資の形態による支援を担当する英連邦開発公社（Commonwealth Development Corporation：CDC）等の機関が実施しており、ODAはこれら機関を監督している。

政策決定レベルではODA、外務・英連邦省（Foreign and Commonwealth Office：FC）、貿易産業省（Department of Trade and Industry：DTI）、大蔵省（Treasury）が共同援助政策委員会（Joint Aid Policy Committee）を構成し、国・地域別の具体的な主要援助政策を検討しており、援助政策立案に関してはODAが中心的役割を果たしている。

ODAは外務省（FC）の外局として位置づけられており、公式には外務大臣が援助関係を含む外交全般に関して議会に責任を負っているものの、実際には援助行政のほとんどの権限はODAに委譲されている。ODAは行政職であるジェネラリストと、援助プロジェクトの発掘・計画・事後評価に携わるスペシャリストの共同によって援助政策を企画・立案している。

#### (1) 海外開発庁（ODA）

ODAは英国の援助政策の形成と実施を担っており、国際援助機関、各国への協力プログラム、またCDC等の資金配分を行い、援助の実施合意のための政府間交渉、援助の形態、英国人専門家の指名と専門技術、国際機関との協調等、援助プログラムのための管理を行っている。

ODAの主要な業務内容は以下の通りである。

- 各種援助計画（二国間／多国間援助、資金援助、技術援助）の立案と調整
- 上記援助計画の運営・管理
- 多国間援助機関に対する出資・拠出
- 援助分野で活動しているNGOとの連携
- 債務救済
- 保護領に対する財政援助
- 食糧援助

#### ○災害救済援助

英国援助の長所は、二国間・多国間援助、案件形成から実施、また全てのタイプの援助をODAという1つの組織が担当していることにある。これにより、他の援助国に見られる重複、組織間の対立、一貫性の欠如を避けることができると考えられる。

#### (2) クラウン・エージェンツ（CA）

CAは外国政府や国際機関からの専門家の派遣要請を受けて、医療、農業、エンジニアリング、漁業、教育分野などを中心に技術者や行政官を派遣している。CAとODAは委託契約を結んでいる。

#### (3) プリティッシュ・カウンシル（BC）

BCはODAの委託事業として途上国において教育・研修分野やでの技術協力を実施している非政府組織である。また、FCから直接政府補助金が出資されており、文化、教育、科学分野に関するODA委託の技術協力の実施機関であると同時に、ODAに助言を行っている。

### 3-3. 途上国の保健・医療に係る情報収集

情報収集は、ODA海外事務所及びODAのセクター専門家により、被援助国関係機関との対話を通じ行われている。収集した情報は、各国の保健分野援助方針のレビューに反映される。

### 3-4. 保健・医療分野における人材確保・研修員の受入れ

専門家の派遣先はサブサハラ・アフリカが多く、保健分野では全体の10%程度を占めている。派遣の形態には、ODAがセクター専門家として直接雇用、もしくはクラウン・エージェンツが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補填をおこなうもの（最近は減少している）、ボランティアの3種があり、保健医療分野の場合、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、好まれない傾向となっている。

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。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、近年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も取り入れている。

研修員の受入れはBCを通して行われているが、やはりサブサハラ・アフリカからの研修員が多く、保健医療分野の研修員は全体の20%程度となっている。前述の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。

### 3-5. 国際機関、NGO等との連携

WHO等国际機関との連携は、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。

チェリティーと呼ばれる英国のNGOには、古い歴史を持

ちかつ堅固な組織基盤を持った世界的に有名な団体が存在し、それぞれ活発に活動している。政府はこのような活動に対し、ボランティア派遣経費、案件実施経費の一部を負担している他、NGOの実施する開発教育活動に対して支援を行っており、1993年度には二国間援助の12.7%がNGOを通して実施されたこととなる。

#### 4. カナダ

##### 4-1. 保健医療協力に関する政策

カナダの援助目標は、「貧困を削減し、世界のさらなる安全保障ならびに繁栄に貢献するため、開発途上国における持続的開発を支援すること」であり、カナダの援助における政治・経済色は比較的薄く、最貧国に焦点をあてた援助理念となっている。

このような理念のもと、カナダの援助重点分野は以下の通りである。

- (1)BHN：プライマリー・ヘルス・ケア、基礎教育、家族計画、栄養、飲料水と衛生処理、住居等を保障する努力を支援する。基礎的生活分野（BHN）へODA予算の25%をあてることを目標としている。
- (2)WID/GE（Women in Development / Gender Equality）：社会の持続的開発における対等な、パートナーとしての女性の全面的参加を支援する。
- (3)インフラストラクチャー：特に貧困層とキャパシティ・ビルディングに対する取り組みを重視して、環境的に適正なインフラ（農村の電化や通信など）を整備する途上国政府を支援する。
- (4)人権、民主主義、良い統治：人権（子供の権利を含む）の保障、民主主義の促進、市民社会と個人の両方に対するより良い統治を促進する。
- (5)民間セクター：途上国の民間セクター、特に収入増加に繋がる小規模ビジネスの分野で活動する組織支援により、持続的かつ公平な経済成長を促進する。
- (6)環境：途上国の環境を保全するための支援、また地球規模、地域の環境問題に貢献する。

貧困削減は援助の重点項目の1項目としてではなく、カナダODAの最終目標として1ランク上に位置付けられている。この背景には、貧困問題の解決は、貧困を1つの援助項目として捉えても達成できるものではなく、新政策によって設定されたような複数の項目に対する援助プログラムを組み合わせた統合的アプローチ（Integrated Approach）をとることによってのみ達成されたとの認識がある。上記6項目全体を通じていえることは、カナダがソフト面に焦点をあてた援助を基本としていることであり、同6項目の設定は、厳しい財政事情を反映しながらも、カナダの人的・財政的資源を最大限に有効活用できる分野として、援助の焦点を絞った結果であると思われる。

BHNに関連して保健医療協力も重視されている。基調はPHC、予防の重視であり、近年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。

対象国については、重点国を30カ国にしぼり、二国間援助の75%をこれら30カ国に配分することとしている。また、全体の65%が英連邦及びフランス語圏の開発途上国に향けること、地域別には、アフリカ45%、アジア39%、ラテンアメリカ16%の配分とすること、及び全体の50%をアフリカ、アジア及び中南米の最貧国に配分することとしている。30の対象国または地域の決定を含む二国間援助の戦略は、毎年閣議によって作成される非公開の5カ年計画をもとに決められる。援助戦略の策定には以下の6項目が考慮される。

- 援助対象国の二一ズ
- 援助を効果的に管理する能力
- 人権問題の有無
- 開発における人口問題への配慮
- 経済社会政策あるいはその改善策
- カナダとの経済的、政治的関係

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。なお、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、基本原則のひとつとしている。

##### 4-2. 援助関連機関の組織・体制

カナダの政府開発援助については、政策立案ならびにプロジェクト、プログラムの実施全般をCIDA（Canadian International Development Agency）が総括している。CIDAの長官は、外務次官（Deputy Minister）と同格である。外務大臣は直接CIDAを監督しており、同大臣はCIDAの予算・実施について、議会に対し責任を持っている。

CIDAは外務省のもとで機能し、カナダの新外交政策“Canada in the World”の第6章「国際援助」に基づいて様々な援助プログラムを実施している。

CIDAの援助プログラムの目的は以下の通り。

○開発援助によって、開発途上国の二一ズと環境に見合った自立、持続的経済・社会発展を押し進める開発途上国の人々の努力を支援すること。

○世界的視野から社会公正、国際的安定、長期的経済関係を促進する際に、海外でのカナダの政治、経済的重要性に根差した人道的援助を行うこと。

プログラム活動は以下の3つに分類される。

##### (1)パートナーシップ・プログラム（Partnership Program）

<目的>

- 工開発途上国でのプログラム/プロジェクトを行う国際機関、カナダの機関、民間センターの活動を支援する。
- 緊急援助、食糧自給援助を通して世界的飢餓を緩和する。
- 国際協力と開発に対するカナダ人の認識と理解を高める。

このプログラムは開発援助を行う国内外のパートナーへ資金提供するものであり、パートナー機関はそれぞれのプロジェクトの計画、実施の責任を負うものである。CIDAのMultilateral Branchが担当する。

## (2) ナショナル・イニシアティブ・プログラム (National Initiatives)

### <目的>

- カナダの外交政策に沿った特定国での政府開発援助を可能にする。
- 国家開発の責務を認識している政府との二国間開発援助の合意を取り付ける。
- 自然災害、人的災害による困窮を軽減するための国際人道援助を行う。

このプログラムはカナダ政府がプロジェクト及び援助活動の資金協力を直接決定するものであり次のものが含まれ、CIDAの地域局が担当する。

- 二国間・地域プログラム
- 二国間食糧援助
- 奨学金プログラム
- 国際人道援助
- カナダ国民に対する啓発

## (3) コーポレートサービス (Corporate Service)

<目的> CIDAが連邦政府の方針に沿った国際開発援助プログラムを効果的、かつ効率的に達成するために必要なサポートを行う。これは特定のプログラムへの直接のサービスではなく、政策方針、調整業務、一般的なサポート等の提供業務である。

### 4-3. 途上国の保健・医療に係る情報収集

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となっていると考えられる。

4-4. 保健・医療分野における人材確保・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専門家、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開しては、専門家の確保に語学面でやや有利な点がある。現在保健医療分野で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200名弱である。CIDAの方針は、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、カナダは国内外における奨学金制度と研修プログラムに力を入れている。CIDAが年間受け入れる留学生及び研修員の数は2万人程度であり、2割は学位取得の留学、8割が短期の研修である。カナダは前述のように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。

### 4-5. 国際機関・NGO等との連携

カナダ政府は国際機関との連携に積極的で、CIDAはパートナーシップ・プログラム (前述) の下、連携を進めてい

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 (NGO課等) があり、NGO支援予算はODAの9.6%にもものぼっている。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 (CIDAには国際NGO課がある)。

以上、ドイツ、米国、英国、カナダの4カ国を対象に保健医療分野への協力ならびに人材育成プログラムについて調査した結果、持続可能な開発の重要な柱として保健医療が捉えられており、その中でもPHC、人口などが重視されていることが明らかとなった。医療や病院への協力よりもPHCによる予防や保健医療政策立案、経営財務などへの協力が重点が置かれているといえる。このような基本的な考え方を反映して、途上国の人材養成は、公衆衛生学校を中心に学位プログラム、短期研修が実施されており、必ずしも自国の研修機関にとらわれず、第3国や周辺国の研修機関の活用や当該国のプロジェクトの中でのワークショップによる研修などとその形態を広げている。

この点では、わが国においても第三国研修、第二国研修、南南協力に基づく途上国での研修などが、さらに強化される必要があろう。また、自国専門家の養成ならびにデータベースによる登録とその活用など積極的に促進する必要があろう。いずれにしてもわが国において中長期的な国内外の人材養成の中核として国際的な「公衆衛生学校」の確立が強く望まれる。

## 5. まとめ

### 1) 各機関の連携も含めた適切な人材養成に関する政策形成

政策決定者、研究者、保健医療従事者、一般に対し発展途上地域の保健医療人材養成に対する関心を喚起する必要があり、そのための中核となる集団の形成と人材養成に関する問題の継続的な主張による政策形成が不可欠である。また、国内外の関係諸機関の連携、情報交換、共同研究が各レベルで促進されることが望まれる。

### 2) 人材養成の組織・体制づくり

柔軟でしかも確固とした人材養成の組織・体制が不可欠であり、既存の組織・体制の改革あるいは新しく組織・体制を作ることが必要となる。わが国においても中長期的な国内外の人材養成の中核として国際的な「公衆衛生学校」の確立が強く望まれる。また、医学部、看護学部などのカリキュラムに「国際保健」を体系的に組み込むとともに卒業教育における取り組みも必要であろう。他方、途上国ではニーズ評価を踏まえた技術協力や組織力強化のためのプログラムやカリキュラムの指針作成が求められる。

また、教授法開発も含めた研究や情報交換、などが人材養成の強化発展のために必要であり、この点で特に保健医療従事者の再教育、生涯教育に係わる教育機関への協力が重



要と考えられる。

### 3) 優先順位の設定

人材養成における優先順位の設定は難しいが、貧困層、マイノリティなどの社会的弱者や保健医療サービスの恩恵を享受しにくい人たちの保健医療の向上、格差是正を重視すべきである。また、国別研究により優先分野選択のための論理的基盤を明らかにする必要がある、そのための継続的な調査研究が望まれる。この点で平成2年度から実施されている厚生省国際医療協力研究の成果が広く活用されるとともに研究が今後も継続されることが望まれる。

### 4) ネットワーク

人材養成に関する国内外の関係機関、関係者とのネットワークを強化することが重要である。この点でアジア太平洋公衆衛生学術協議会（Asia-Pacific Academic Consortium for Public Health）や日本国際保健医療学会の役割は大きいと考えられる。また、国際協力事業団、国際厚生事業団、国際看護交流協会、結核予防会結核研究所、国立公衆衛生院などが実施している途上国の保健医療従事者を対象にした諸分野の研修を受け帰国した研修員のネットワーク化とその活用を積極的に進める必要がある。

### 5) 財政、実施への具体的な支援

人材養成に関する調査研究、諸機関の育成強化などへの財政的・人的な支援を行い、限られた資源を効率的効果的に活用するよう努める必要がある。そのためにも途上国の保健医療に通じた国内の専門家育成とその確保が極めて重要であると考えられる。

### 6) モニタリング・評価

研修の評価について、フォローアップや報告書の提出など様々な試みが成されてはいるが、まだ十分にその方法論が確立しているとはいえず、研修評価の方法論についての研究が急がれる。また、プロジェクト・サイクル・マネジメント

(PCM) 手法やプリシード・プロシードモデルなどを応用した研修評価についての事例検討も必要であろう。

### 謝 辞

今回の調査にあたり、多大なご協力を頂きました国際協力事業団地域部準備室 須藤勝義氏他関係者の皆様に感謝いたします。

### 参考文献

- Fulop T. and Roemer M.: Reviewing Health Manpower Development, Public Health Paper 83, WHO, 1987.  
 Paul S.: Capacity Building for Health Sector Reform, WHO/SHS/NHP/95.8, WHO, 1995.  
 Cassels A.: Health Sector Reform: Key Issues in Less Developed Countries, WHO/SHS/NHP/95.4, WHO, 1995.  
 A Strategy for Action in Health and Human Development, Task Force on Health Research for Development, Geneva, 1991.  
 Green, L.W. et al.: Health Promotion Planning: an educational and environmental approach, 2nd ed, Mayfield Pub.Co., 1991.  
 PCM 開発援助のためのプロジェクト・サイクル・マネジメント, 国際開発高等教育機構, 東京, 1994.  
 国際協力事業団 (1996) : 先進国援助機関調査  
 国際協力事業団 (1990) : 先進国医療協力実態調査団中間報告書  
 国際協力事業団 (1997) : 先進国援助機関及び国際機関の人口・エイズ対策協力の現状に関する調査研究報告書  
 GTZ (1998) : Health, Population and Nutrition ([http://www.gtz.de/fachabteilungen /english/41200-1.htm](http://www.gtz.de/fachabteilungen/english/41200-1.htm))  
 USAID (1998) : An Introduction to the Center for Population, Health and Nutrition (<http://www.info.usaid.gov>)  
 CIDA (1997) : The Strategy for Health (<http://www.acdi-cida.gc.ca>)