

# ボランティアを体験して 21世紀の日本の国際保健協力を考える

## 論文梗概

20世紀最後の年となる2000年7月から8月の約2ヵ月間に渡り、NGO（非政府組織）であるヒマラヤン・グリーン・クラブの保健医療活動に参加する機会を得た。活動ではパキスタン北東部カラコルム高原の山岳地域において、筆者は感染症コントロールや保健計画、プライマリ・ヘルスケアの活動を医師の指導の下で実際に担当し、組織運営にも関わってきた。国際保健専門家を志す筆者は、この経験を基に21世紀の日本の国際保健協力の問題点とあるべき姿について考察させていただいた。

日本の国際保健協力においては、政府開発援助における配分や官主導の問題があり、NGO国際援助活動における財源や専門性も大きな問題である。また、その他にも評価体制が形作られていない現状があり、さらには途上国の保健医療サービスの格差は広がる一方であり、大きな問題となっている。

筆者は自身の現地活動と運営の経験から、保健医療サービスの格差是正は新しいプライマリ・ヘルスケアにおける住民参加と根拠に基づいた計画・評価活動により、時間をかけて着実な協力体制を築くことで解決されると考えた。また、今後広がるであろう官と民のパートナーシップは、政府開発援助とNGOの双方の眞の意味のパートナーシップの確立の為に、柔軟で具体的な工夫のこらされたものでなければならない。

日本の国際保健活動は、現時点では単に研究者が国境を越えた段階であって、地球生態の中で健康問題を捉えていることにはなっていない。これから始まる長く険しい国際保健への道程へ、一学生からの提言として、この論文を提出させていただきたい。

## 目 次

1.はじめに	13
2.日本の国際保健協力の歴史と問題	13
2-1 日本の政府開発援助	13
2-2 NGO国際援助活動	15
2-3 その他の国際保健協力での問題点	16
3.考察 ~問題解決の為に~	17
3-1 新しいプライマリ・ヘルスケアと住民参加	17
3-2 パートナーシップ	19
3-3 根拠に基づいた政策	20
4.終わりに	20
注釈	21
参考文献	22

宮崎医科大学医学部5年  
西浦 博

## 一、はじめに

二十世紀最後の年となる二〇〇〇年七月から八月の約二ヶ月間に渡り、NGO（非政府組織）であるヒマラヤン・グリーン・クラブ（以下、HGC）の保健医療活動に参加する機会を得た<sup>(注2)、(3)</sup>。パキスタン北東部カラコルム高原の山岳地域において、感染症コントロールや保健計画、プライマリ・ヘルスケアの活動を医師の指導の下で実際に担当し、多くのことを学んだ。これまでにもNGO主催のスタディーツアー等で多くの途上国へ足を運んだが、実際の活動を肌で感じ、経済的・社会的に貧しい人々の問題に悩んだ二ヵ月間の現地生活は、人生の宝物となつた。現在もHGCの運営や計画に関わり、国際保健の実際の活動について学ばせていただき、また様々な問題に直面している。二十一世紀を迎えるにあたり、筆者の経験を基にして、日本の国際保健協力の問題点、今後の在り方について、考察させていただきたい。

## 二、日本の国際保健協力の歴史と問題

日本発信の国際保健協力の歴史と問題を論じる上で、まず（一）政府ベース、（二）NGOベース、（三）その他の問題点、の三つに整理して、論じさせていただきたい。

通称「マルチ」の協力と呼ばれるのは国際機関を通じた支援であり、日本は一九五一年のWHO加盟以来、その活動に積極的に参加しており、一九九九年の日本の分担金は約七七九六万ドルで、米国に次いで第二位の分担である。この他にもマラリア巻き返し事業や、新興再興感染症対策等の特定の重要課題における技術協力などの推進に対する任意拠出や、国連合同エイズ計画へも、技術的、資金的援助をしている。一方で通称「バイ」の協力と呼ばれるのは日本と被援助国との二国間協力で、JICAが技術協力と無償資金協力に係

## 二一、日本の政府開発援助

日本の開発途上国に対する政府開発援助（以下、ODA）は、二〇〇一年で四七年目を迎えることとなる。日本は、開発途上国の開発に関する共通のガイドラインとして定着しつつある「新開発戦略」<sup>(3)</sup>を念頭に置き、「人間中心の開発」をテーマにODAに取り組んでいる<sup>(3)</sup>。二〇〇〇年時点での援助の実績は、開発援助委員会（以下、DACP）加盟国中総額で八年連続の一位を占めている<sup>(4)</sup>。一九七四年に設立された国際協力事業団（以下、JICA）を中心として、厚生省、外務省等の政府機関が国際保健協力に取り組んできた。政府ベースの国際保健協力は、WHO等の国際機関を通じた多国間協力と、実施機関であるJICAによる二国間協力に大別できる（図一）。

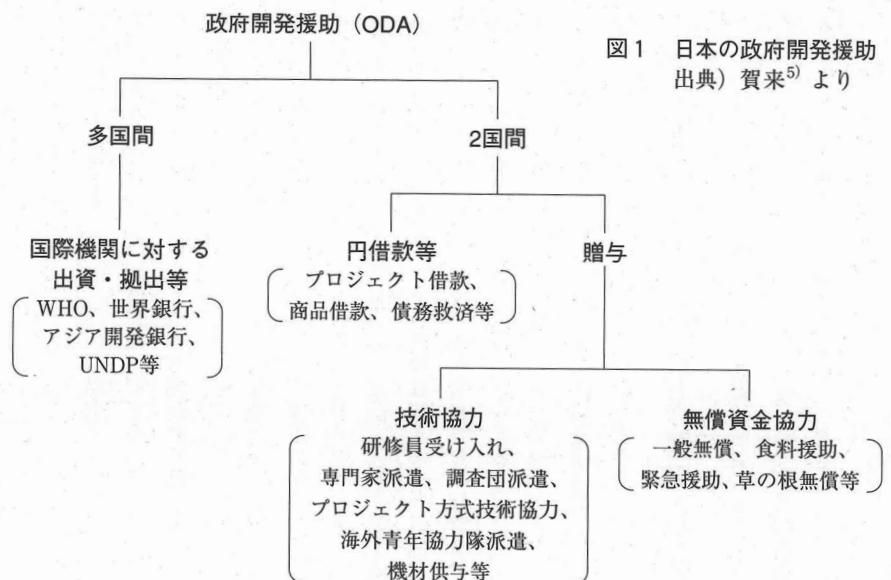


図1 日本の政府開発援助  
（出典）賀来<sup>5)</sup>より

また、ODAの問題は総額や配分には留まらない。ODAは国全体の開発を進める上では大きな意味をもつが、地域住民など「草の根レベル」の需要には、必ずしも直接対応できない場合がある。また、その草の根レベルの活動を行なうNGOとの協力体制がなかなか作りにくく、実施主体にふさわしくマンパワーの確保されたNGOが極めて少ない現状があ

る調査などを主要な業務としている。特に日本人専門家の途上国の派遣、機材の供与および相手国カウンターパートの日本への研修受け入れの三つの協力形態を組み合わせ、五年を一サイクルとして事業計画の立案から実施、評価までを一貫して行なう協力は、プロジェクト方式協力と呼ばれている<sup>5)</sup>。

このように一見すると充実した印象を受けるODAであるが、援助額では世界一になったものの、教育・保健などへの配分は3%以下と、先進工業国一五カ国の中では二位と下から三番目という現状である<sup>6)</sup>。北欧諸国のは十%から二十%であり、米国も八%以上この分野へ配分している<sup>7)</sup>。つまり「地球社会とその問題の解決」という点で、重要なとなる教育・保健に対する配分が軽視されていると考えられる。さらには、二〇〇一年予算ではODAを3%削減することが決定し、「箱型協力から質の高い技術協力中心へ」という、少ない資金で効果的な運用を迫られる新世紀のチャレンジに国際保健協力は直面している<sup>8)</sup>。

る。さらに、それだけではなく、現状は官が主で、NGOや民間のボランティアが容易に参加できる社会システムが確立されていない。一九九三年の日米コモンアジェンダにみられるように、国際間の政策協調の実施に際して、欧米諸国ではボランティアベースなどで多くの民間人の協力を容易に得られるのにも拘わらず、日本では社会制度整備がなされないため民間の組織からの協力が難しく、政府ベースの国際協力への民間ボランティアの参加が少ないことは、非常に残念なことと考えられる。

## 二一一、NGO国際援助活動

日本のNGOの団体数は一九六六年にはわずか九団体であったのが、毎年増加の一途をたどり、一九九六年には約三五〇団体となつた。NGOと一口に言つても、それぞれの組織で設立目的や規模、活動内容、能力には大きな違いがあるが、一九九六年の統計では国際的に活躍するNGOは世界で約三万団体とも言われ、その数はさらに増える傾向にある<sup>12)</sup>。

NGOの活動財源についてであるが、以前から寄付金などの独自の財源に支えられてきたが、最近は公的援助機関との協力が進み、助成金や調査委託、プロジェクト委託など多岐に渡っている。これは国際協力では増大する開発援助にもかかわらず、途上国では貧困にあえぐ人の数は減るどころか増える一方であり、末端レベルで真に援助を必要とする人達へ

### 一般的に言われるNGOの利点

- 1) 対象地域や住民に関する知識があり、適切な問題分析ができる
- 2) ニーズや状況の変化に応じて柔軟な活動ができる
- 3) 公的サービスが行き届かない人達に直接協力できる
- 4) 活動費用が比較的小さい
- 5) 地域の資源を十分に活用することができる
- 6) 政治的理由により公的援助ができないところで活動できる

### 一般的に言われるNGOの欠点

- 1) プロジェクトの実行能力の不足  
(予算が少なく、専門性に欠け、スタッフの数も少ないので組織力に欠ける)
- 2) 成果を他の地域に展開することができない
- 3) 活動資金の収入が不安定で活動の継続性が保証されない
- 4) 計画性に乏しく管理運営が不十分である
- 5) 政策レベルや研究など全体的な状況に关心を持たず、自己満足に陥りがちである

図2 NGO国際援助活動における長所と短所の特徴

出典) 小早川<sup>12)</sup>を図として改変

の協力を実現する扱い手としてNGOが見直され、評価されたためである。つまり、これは前述の「草の根レベル」に相当する活動が大部分を占める。

図二に、NGOの特徴として長所と短所を挙げた。一般にNGO活動は対象地域に根付いた問題発掘・分析や柔軟な対応が可能であり、公的サービスが行き届かない人々に直接協力できるという草の根レベル活動に適した性格を有している。これらは、NGO組織運営上の特徴を生かしたものであると言える。

一方で、NGOには組織運営上での利点があるだけに、限界もあることは否めない。まず第一に、能力の問題が挙げられる。元々、資金難があるために有給スタッフは少なく、ボランティアへ依存する為にマンパワー不足に悩まされ、さらに中堅指導者が未熟であることが指摘されている。専門性とスタッフ不足は、多くのNGOが抱えている問題点と言える。

第二に、活動資金の不安定性、将来の不透明さへの不安は、大きな問題である。例えば、筆者の参加したHGCは、郵政省ボランティア賃金からの交付金が保健医療活動の費用の大半となっているが、交付金の減少や金利低下による基金の減少等により、資金的危機にさらされている現状である。NGO運営の中心を担うスタッフのほとんどが、「不透明な将来」と「現地の人々への責任」の間で板ばさみ状態になつて

いると言える。また、他の問題点としては（三）で詳しく述べるが、計画性に乏しいことや自己満足に陥りがちなことが指摘されている。

公的機関との協力にしても、これがNGOの運営問題を全く解消できるという訳でもない。協力によってNGOの独立性、柔軟性が脅かされるという見方もある。また、助成金を得る目的の報告や会計の為に事務的な繁雑さが増したり、助成金の出る分野の活動の比重が増すなどというジレンマに直面する可能性も指摘されている<sup>13)</sup>。

### 二一三、その他の国際保健協力での問題点

その他の問題点として、第一に評価の問題が挙げられる。現状では協力活動後の成果と継続性の可否について、しっかりと評価体制とその評価基準が十分に確立されていない。最近になり、幾分改善してきた感もあるが、これはNGOではもちろんのこと、政府ベースでも重要な問題となつてきている。これは日本の国際保健分野だけでなく、国内の公衆衛生事業にも当てはまる評価上の問題であると考えられるが、一般に評価活動を行なうに当たっての目的として「効果」を明確にすることばかり考えてしまふ傾向がある。星ら<sup>13)</sup>によると、評価の真の目的は課題を実際に解決することであつて、効果や効率を明らかにする調査研究それ自体は、最終目的から見れば一つの手段に過ぎないという。さらに、施策

の決定方法とその実践の一般的特性としては、一部の専門家が示した「活動効果がある」という前提のもとに施策化され、予算確保のために活用される評価活動指標として「実績などの手段がいつのまにか目標化」されてしまつたことを無批判に辿りすぎたと考えられる。このような点で、「自己満足」に陥りがちと言われるNGOをはじめとして評価の必要性が唱えられているが、解決の為には評価体制から見直すことが必要となる。

最後の一問題としては、途上国における保健医療サービスの格差が挙げられる。世界では富める者と貧しい者の経済格差が、拡大の一途をたどつてゐる現状である。近隣のアジア諸国も金融のグローバル化による過剰な外国資本導入が指摘され、経済危機の話題が新聞紙上をぎわしており、保健・医療にも重大な影響を及ぼしている<sup>14)</sup>。地域によつては紛争問題を引き起こしたり、また進歩発展に取り残されるグループを生み出し、国内外の貧富の差を以前よりも拡大させている。事実、途上国ではすでに十二億人以上の人々が、日々の生活に必要な栄養と食料さえ得られない貧困な生活を送つてゐる現状である<sup>15)</sup>。社会開発、経済開発が伴えば国家経済成長が進み、その富はやがて大多数の貧困層に波及するであろうというトリクルダウン仮説は実証されないどころか、負の影響さえをもたらした<sup>16)</sup>。過去の日本のODAにも、

この責任の一部があることは忘れてはならない。また、この問題は国際レベルであり地域レベルもある。国家経済成長が伴えば、貧困層は無くなるという特定の覇権社会の幸福理念<sup>17)</sup>とも言える考え方を一元的なものとして、独占的に強めようとしてきた動きは消失し、不可能であることが判明した今、新たな確実なアプローチが必要となると考えられる。

### 三、考察　～問題解決の為に～

これまで、日本の国際保健協力の現状と様々な問題点を論じてきたが、これらに關して二十一世紀の望ましい方向性について、これから国際保健を専門に志す「学生の視点として、NGOの活動と運営の経験を基にして考察させていただきたい。

#### 三一、新しいプライマリ・ヘルスケアと住民参加

一九七八年に、WHOとUNICEFが「西暦二〇〇〇年までにすべての人に健康を」という世界目標を定め、その方法としてプライマリ・ヘルスケア（以下、PHC）を掲げた<sup>18)19)</sup>が、これが国際保健分野の新しい理念として確立して久しい。PHCの基本理念には公平さと正義が組み込まれており、社会開発をも一つの要素として組み込んでいることが革新的な内容であり、保健サービスの格差の是正、医療から予防ケアへ、公衆衛生へと協力の形が変化し、その結果には大きな期

待が寄せられた。その為に住民参加、地域資源の活用、適正技術、統合と各分野の協調という基本原則の下、地域でP.H.C活動を行なつていくことが期待され、一時は隆盛を極めた。しかし、P.H.Cを評価しうる十分なデータは出揃つておらず、また一九九〇年にはP.H.Cのサービスの恩恵を受けていない人が數十億人もいるという実態が明らかになつてきた<sup>十七</sup>。保健サービスの格差は厳然として存在し、P.H.C運動とうたわれたような一時期の華やかさは失われてしまつた。一九九五年に提起されたWHOの「二十一世紀にすべての人に健康を」では、一九七八年の基本的枠組みはそのままにしてP.H.Cの抜本的再考を促しているが<sup>十八</sup>、現在のところではWHOはP.H.Cの限界を指摘するにとどまり、二十一世紀の開発途上国の保健医療の指針となるべき新しい理念を打ち出せずいる現状である。一九九八年に、アルマテイの会議で過去二十年間の検討と今後二十年間のあり方が確認されたが<sup>十九</sup>、抜本的解決となる方法論は打ち立てられていない。

ここであえて今後のP.H.Cの方向性について考察するが、筆者は自らの経験から今後のP.H.Cの未来は住民参加と計画・評価活動にかかつっているものと考える。P.H.Cの今日的意義としては、「保健問題の解決に向けた主たる担い手が専門家から住民へと転換すべきことを示した」こと<sup>二十</sup>が挙げられる。つまり、様々な地域の保健・医療の問題に対しても、

行政はもちろんのこと、住民が自らの問題点を認識し、それに対する対策に関わらなければP.H.Cは成り立たないのである。計画・評価活動も、これに基づいた確実なものでなくてはならない。R.P.A.<sup>二十一</sup>のような住民ニーズをくみ上げる最初の計画に始まり、P.H.Cの為の運営や評価に組み入れていることを考慮する必要がある。P.H.Cの質的評価も最近になり、盛んに行なわれてきている<sup>二十二</sup>。時間をかけて住民参加が形作られ、P.H.Cの突破口になることに期待したい。

ただ、言うは易いのだが、実際のフィールドでは多くの困難に直面している。筆者のH.G.Cでの活動においては、識字率が低く、経済的に極めて貧しいコミュニティであつた為に、「自ら行なう対策」を住民と話し合い、自身の健康を理解してもらうことに非常に苦労を要した<sup>二十三</sup>。山岳地域である為にコミニニティから保健資源を開拓することは困難を極め、システムの一部分を作ることだけでも相当の努力と時間が必要であることを痛感した(図三)。他の多くのP.H.Cに関わるほとんどのNGOにおいても、活動は保健サービスの通常は行き届かない地域を扱うのであるから、同じ状況に悩まされている。しかし、これらを計画段階から着実なものにしておかなければ、住民参加は住民にとってはただ単に迷惑とだけ感じられ、我々の努力も水泡に帰すこととなるだろう。計画や一部のシステム構築の為だけであろうとも、場合によつて

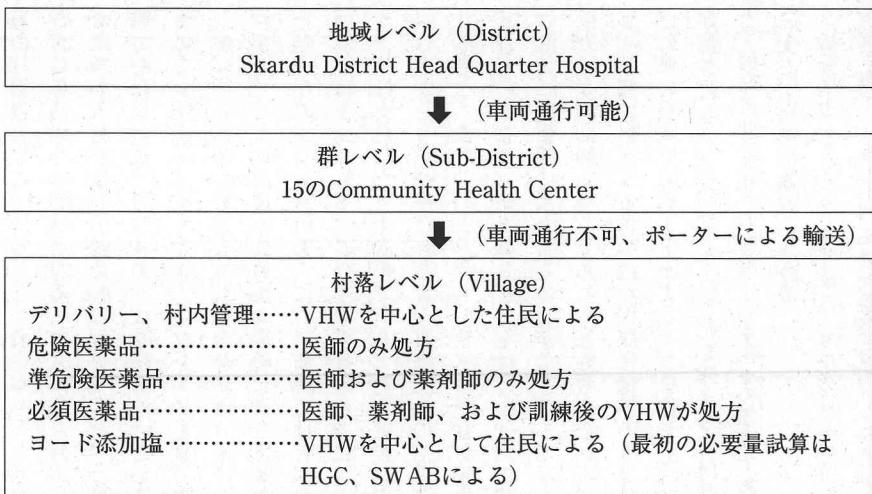


図3 パキスタン・北部地域 (Northern Area) におけるデリバリーシステムの概要  
出典) 筆者フィールドノートより

注) 2000年7月～8月の現地活動にて筆者が担当したDrug Deliverly System  
この1システムも前年の企画から続いて1年半を要したものだった

は年単位の時間をかけてでも着実な協力活動をすることが必要である。筆者は住民参加活動が確実に機能する為に、必ず何度もパキスタンへ足を運ぶ決心をしている。

時間をかけて、さらにコミュニティと協力する苦労を要するこれからP.H.C.は、華々しい大金をかけたプロジェクトに見劣りするかもしれない。しかし筆者は、妥協を許さないP.H.C.の住民参加活動が保健格差のは正と途上国の地域保健への突破口であることを多くの人や書物から学び、活動を体験し、確信している。

### 三一二、パートナーシップ

前述のD.A.C.の「人間中心の開発」が唱えられ、具体的な目標設定が発表されたが、それは共通の目的を追及するパートナーシップ時代の到来を告げることとなつた。つまり、具体的対策を行なう政府、N.G.O.、市民社会、国際機関同士の間でパートナーシップを確保して、国際協力活動を行なうこととなるのである<sup>(注四)</sup>。これは狭義には、医師や行政官以外にも経済、医学、医療人類学、社会学などの多岐に渡る分野の専門家が一丸となつてプロジェクトに関わることになるであろうし<sup>五</sup>、保健医療以外のセクターとのパートナーシップも確立されることにより、セクターを超えた計画・運営・評価が可能になってくるであろうことが期待される。

これが機能すれば、政府レベルではN.G.O.との協力体制問

題の打開策となるであろうし、資金難やマンパワー不足に悩むNGO活動への助けとなることも期待される。また、様々な組織の人材が協力活動と共に行なうことで、効果的な技術協力が行なわれ、ODAの「技術協力へ」というだけの具体的性のない呪文のようなキャッチフレーズも机上のもので終わらずに、具体的な形となつて実を結ぶきっかけとなるかもしない。ただ、前述の公的援助機関に資金を頼らざるを得ないNGOのジレンマのように、一筋縄では行かない部分も多いことは予測される。この問題の打破の為には、パートナーシップは官発信だけのものではなく、途上国要請があるならばNGOからも声を挙げれるような制度上の工夫が求められるであろう。また、パートナーシップの内容が幅広く選択肢に富むものとなり、個々のPHCをはじめとする草の根レベルの活動に積極的に協力する体制ができなくては、NGOとの協力の意味は無くなるであろうとも考えられる。いずれにせよ、評価に耐えうる質の高い国際保健協力の為に、官民が互いに真の意味でのパートナーシップを作り上げて行く努力が期待される。これは二十一世紀を迎えると同時に、国際協力・開発援助の変革の時代にいる我々の課題であると考える。

### 三一三、根拠に基づいた政策

活動のモニタリングと評価は、今後の日本の国際保健協力の急務と考えられる。欧米では根拠に基づく政策決定[Evidence

Based Policy]が当り前であり<sup>十三</sup>、このほうが初期の研究投資額は多いものの、結果的には経済的にも効率が良いのである。細かなことにこだわらずとも、5W1Hによる評価の構造を明確にし（表一）<sup>二十</sup>、明確な目標を持つて評価にあたることが必要となると考えられる。また、具体的な評価内容においては、外部評価を取り入れたり、住民側からみた主観的評価指標を重視したりすることも必要となるであろうし、計画段階では住民参画度やモデル開発度なども評価指標として応用する必要性も高まっていると考えられる。さらにには、質的分析手法を組み合わせることにより、調査の信頼性・妥当性を高めることも重要視されており<sup>二十三</sup>、体系的な指標型評価計画を作り、アウトプットとユーザの視点からの評価を繰り返すことも期待される。これらが可能になつてこそ、政府レベルでは眞の技術協力への転換となるであろうし、NGOにおいては自己満足で終わることなく、計画・管理の時点から質の高い協力活動が可能になるものと考える。

## 四、終わりに

国際政治経済においてはロストウの経済発展論、ラテンアメリカ開発の従属論、ウォーラスティンの世界システム論、国際相互依存論などが発展してきた<sup>二十四</sup>。これらに匹敵するような新しい体系を国際保健が構築できなければ、持続的経

表1 プロジェクト評価の構造

出典) 国際保健医療協力入門<sup>23)</sup> より

WHY 何のために 評価するのか	WHO だれが 評価するのか	WHAT 何を 評価するのか	WHEN いつ 評価するのか	WHERE どこで 評価するのか	HOW どのように 評価するのか
<ul style="list-style-type: none"> <li>・プロジェクトの改善のため</li> <li>・政策決定に資するため</li> <li>・失敗や成功の要因を明らかにするため</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・内部評価           <ul style="list-style-type: none"> <li>- 受益者</li> <li>- プロジェクト実施者</li> <li>- 外部評価               <ul style="list-style-type: none"> <li>- ドナー機関</li> <li>関係者</li> <li>- 第三者</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・目標妥当性</li> <li>・効果</li> <li>・効率性</li> <li>・持続性</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事前評価</li> <li>・継続評価(モニタリング)</li> <li>・中間評価</li> <li>・終了時評価</li> <li>・事後評価</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>プロジェクト 実施地域</li> <li>・プロジェクト関係機関</li> <li>・ドナー機関</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・報告書など 文書による 評価</li> <li>・インタビュー 一調査</li> <li>・現場観察による評価</li> <li>・質問票による評価</li> </ul>

済成長から持続的保健調和へのパラダイムシフトは始められないであろう。また、日本の国際保健活動も、現時点では単に研究者が国境を越えた段階であつて、地球生態の中での健康問題を捉えてることにはなっていない。言うなれば、現時点での国際保健は、パッチャワーキルト的なものに止まっているのである。

医学部の低学年の頃から国際保健に興味を持つて関わり続け、時間的余裕のある最後の休みであつた五年時の夏に実地の活動に参加させていただき、さらに運営にも関わってきたことは、筆者が今後専門とする日本の国際保健協力を考えること上で、非常に大きな宝物となつた。この論文を提出することで一つの学部時代の幕を降ろすことができ、またこれから始まる長く険しい国際保健への道程へ足を運ぶモチベーションとなつた。

最後に、論文提出の相談で快く背中を押して下さったHGCの遠藤京子会長とメンバーの皆様、現地のカウンターパートの皆様に深謝致します。

### 注釈

(注二)ヒマラヤン・グリーン・クラブは、パキスタン北東部カラコルム高原の山岳地域にて活動するNGOであり、植林・保健医療・教育の、主に三つの分野に渡つて一九九三年

より国際協力活動を行つていな。

(注11) 経済の自由化、政治の民主化などの資本主義社会の理想の、ルム。

(注12) 具体的にはPHCの基本的活動項目は、健康教育、水供給と生活環境、栄養改善、母子保健と家族計画、予防接種、感染症対策、簡単な病気やケガの手当て、基本医薬品の供給などである。

(注14) 実際にJICAの開発パートナー事業などは実施されてもいる。参考URL: <http://www.jica.go.jp/relation/Index.html>

## 参考文献

- 1) 西浦博、黒石恒、松平文朗ほか：医療・保健・衛生活動、ニマラヤン・グリーン・クリップレポート、(8)：45—66、2000
- 11) OECD: DAC Shaping 21st Century: The Contribution of Development Cooperation, OECD, Paris, 1996
- 11) 外務省経済協力局編：我が国の政府開発援助：ODA白書、国際協力推進協会、1996
- 14) 外務省経済協力局編：我が国の政府開発援助：ODA白書、国際協力推進協会、1999
- 15) UNDP: Human Development Report, UNDP, New York, 1997
- 16) WHO: Report of the International Conference on

厚生”（2）：14—17、2000

六) UNDP: The widening gap in global opportunities. Human Development Report, 3441, UNDP, New York,

1992

七) UNDP: Official development assistance. Human Development Report 41-45, UNDP, New York, 1992

八) 朝日新聞、2000.12.15 夕刊

九) 小早川隆敏編著：国際保健医療協力入門、国際協力出版会 p.23—24、1998

十) 小早川隆敏、op.cit,p1—3

十一) NGO活動推進センター：解説：日本のNGOの活動の歴史と今日的課題、NGOダイレクトリー、24—35、1996

十二) 小早川隆敏、op.cit,p61—73

十三) 星旦一、藤原佳典：評価計画とその実際、公衆衛生、62(10)：697—701、1998

十四) 真野俊樹：医療の標準化の潮流（1）・グローバライゼーションと医療（その1）・治療、80(9)：192—196、1996、1998

十五) UNDP: Human Development Report, UNDP, New York, 1997

十六) WHO: Report of the International Conference on

- Primary Health Care Alma-Ata. USSR:Primary Health Care. WHO, Geneva, 1978
- 十七) UNDP: Overview, Human Development Report, 1, 7,UNDP, New York, 1990
- 十八) 小川三隆敏 op.cit,p86-97
- 十九) Sanders,D: Report of Conference on PHC21-Everybody's Business. Almaty, Kazakhstan, 27-28 November, 1998
- 二十) 山本太郎著:国際保健学講義 学術出版やハター, p 11—21, 1999
- 二十一) Annett H, Rifkin SB: Guidelines for Rapid Participatory Appraisals to Assess Community Health Needs. WHO, 1996
- 二十二) Rifkin SB: Paradigm lost: Toward a new understanding of community participation in health programmes. *Acta Tropica*, 61(2): 79-92, 1996
- 二十三) 小川三隆敏 op.cit,p354—356
- 二十四) 高山義浩:国際保健入門 国際協力ワークハンドブック, p 12—15, 1997
- 二十五) 梅内拓生:国際保健協力 日本公衆衛生雑誌, (4) : 263—266, 1996
- 二十六) 林謙治:国際協力の視点から見たプライマリ・ヘルスケア. Quality Nursing, 5(12): 62—65, 1999
- 二十七) 中村安秀:公衆衛生に国境はない 公衆衛生, (10) : 690—691, 1999