

巻末資料

1. 多国間協力の主な類型の概説	55
2. ラオス国予防接種計画(マルチ・バイ)	67
3. ラオス国エイズ対策計画	70
4. WHO TAG 会議(1995) 報告書目次	77
5. GFATM の Disbursement Request and Progress Update	78
6. GFATM のモニタリング・評価計画例	83
7. GFATM の進捗報告書	84
8. GAVI の進捗報告書(ドラフト)	93

多国間協力の主な類型の概説

1 国際的基金

1-1 世界エイズ・結核・マラリア対策基金(GFATM)

(1)経緯

この基金の構想は、2000年7月のG8九州・沖縄サミットで日本政府が主導して話し合われた世界の感染症対策から始まっている。その後、2001年4月ナイジェリアのアブジャで開かれたアフリカ統一機構サミット(Organization of African Unity Summit)で、国連事務総長コフィ・アナン氏が「世界基金」設立を提唱、6月の国連エイズ特別総会(UNGASS)や7月のG8ジェノバサミットにおいてもその流れが継承され、特にエイズ問題の緊急性から設立が急がれた結果、2002年1月に発足した。

(2)目的

WHOなどによれば、80年代初頭、HIV/AIDSが初めて確認されてから現在までにおよそ6千万人が感染し、毎年約300万人が死亡している。また、マラリアは90か国以上の国々や地域で流行しており、毎年約3億人が新たに発症し、結核は毎年800万人が新規感染し、途上国成人の最大の死因となっている。こうした感染症は、単なる個人の健康上の問題に留まらず、国際社会にとって政治・経済・社会上の脅威となっている。さらに、グローバル化の進展により、人の移動がますます容易になる中で途上国の感染症問題は、先進諸国にとっても見過ごすことのできない問題となっている。GFATMは、グローバルな感染症対策において中心的役割を果たすことが期待されている。

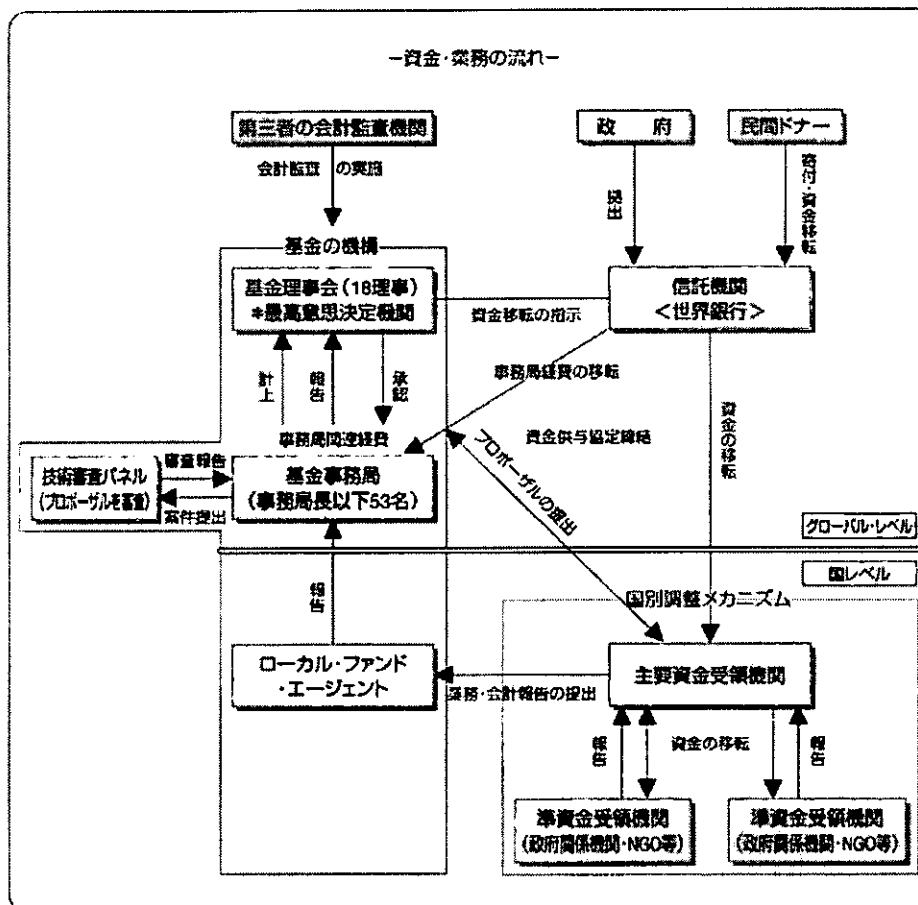
(3)仕組み・特徴

基本的な仕組みは(図1)、各国に「国別調整メカニズム(Country Coordination Mechanisms: CCMs)」を設置し、そこで申請案を作成して基金へ申請をする。それが技術審査パネル(Technical Review Panel: TRP)によって審査され、理事会によって承認される。資金は主に先進国や私的財団・個人などの拠出によるが、ルワンダ、ウガンダ、ザンビアなど途上国も拠出していることが大きな特徴である。規模で言えば先進国の拠出金が必要な割合を占めるが、GDP比においては途上国の拠出の方が上回る場合も少なくない。

以下に、この基金の特徴を述べる。2 国間協力の規模では、現在必要なエイズ・結核・マラリア対策を行うのには不十分であることから、世界基金というスケールの大きさによって、予防活動に加えて、より資金が必要となるエイズ患者への治療や支援のための資金を捻出しようとしている。ただし、国連のアナン事務総長が基金の創設を求めたときの年間の所要金額は70から100億米ドルであったが、これまでに集まった基金の総額をみても15億ドル程度である(2003年7月現在)。

国際的な対策であるため、援助に対して及ぼされる政治的影響力を多少なりとも和らげることができる。例えば、製薬業界の利権と強く結びついた政治的な圧力を緩和することによって、質が良くWTOで合法と認められた抗エイズ薬を安く大量に購入する可能性が大きくなる。

図 1 GFATM の仕組み



出所: 外務省ホームページ http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/02_hakusho/ODA2002/html/kakomi/kk01022.htm

GFATM への各国の拠出はこれまでの ODA 予算枠とは別に用意されるため、GFATM の存在によって世界的にエイズ・結核・マラリア対策に使われる金額を「上乘せ」して増やすことができる。実際に第 1 回目の基金による支援によって、世界のエイズ対策予算がこれまでの 1.5 倍になった。

この新しい基金 GFATM は、国連や政府機関にありがちな官僚的な遅れを排除し、素早く軽やかな段取りを踏めるよう意識して作られている。これだけの規模の世界基金が 2001 年 4 月の提唱から 2002 年 1 月の発足、4 月には第 1 回目の資金拠出を行ったのはその表れである。第 2 回目の基金配分は 2002 年 11 月に予定されている。

(4)実績

■拠出実績

現在までに集まった基金の総額は 14 億 9400 万ドル程度である(2003 年 7 月現在)。このうち日本の拠出額は 8000 万ドルで、全体の 5%程度にすぎない。日本は 3 年間で 2 億ドルの拠出をすることを表明しているが、7 月にパリで開催された GFATM 支援会議などにおいても、米国、フランス、ドイツなど各国が、当初表明していた拠出金に対して上乘せを発表するなか、日本に対しても拠出拡大を求める声が各国の政府代表・NGO から相次いでいる。

■援助実績

第 1 回の案件募集に対して提出された申請は 300 以上に上り、その中から 2002 年 4 月の第 2 回理事会において、

第1回目の支援対象案件として40か国において計58事業が選ばれた。その内訳は、「承認」された31カ国の40プログラムに加え、「Fast-track」(提出案に修正を加えれば承認されるもの)として12カ国の18プログラム及び3つの国境をまたぐプログラムである。

表 1 第1回支援対象案件の概要

	国数	事業数	1年間支援額(米ドル)	5年間支援額(米ドル)
"Approved"	31	40	1億7383万	9億3063万
"Fast-track"	12**	18	1億941万	6億8232万
全体	40**	58	2億8324万	16億1295万

*3つの国境をまたぐ事業がある。出所：<http://www003.upp.so-net.ne.jp/shout/gf1st/gfbts0425.html>

■地域別・疾病別内訳

地域別では、HIV/AIDS等の現状が深刻なアフリカに、基金の半分以上(52%)が分配された形となった。基金の対象事業となっている3つの疾病のうち、HIV/AIDS事業あるいはHIV/AIDS関連事業が75%を占めた。

地域別内訳	疾病別内訳
<ul style="list-style-type: none"> ・アフリカ:52% ・アメリカ:13% ・地中海東地域:1% ・東欧/中央アジア:8% ・東南アジア:12% ・西太平洋:14% 	<ul style="list-style-type: none"> ・HIV/AIDS事業:60% ・結核かマラリア、あるいは両方と組み合わせたHIV/AIDS事業:15% ・結核:16% ・マラリア:10%

出所：<http://www003.upp.so-net.ne.jp/shout/gf1st/gfbts0425.html>

■事業内容別

今回選ばれた事業は包括的な事業案を優先するという基金の方針を色濃く反映して、予防と治療の両方を含むものがほとんどとなった。例えば、HIV/AIDS事業のための資金を得た28ヶ国のうち21ヶ国の案は、HIV感染者のためのARV(抗レトロウィルス薬)購入資金を含んでいる。

1-2 人間の安全保障基金

(1)経緯

1998年12月、小淵総理大臣が「アジアの明日を創る知的対話」において人間の安全保障についての考え方を表明し、同月ハノイにおける「アジアの明るい未来の創造に向けて」と題する政策演説で人間の安全保障を日本外交の中に明確に位置づけ、国連に「人間の安全保障基金」を設立することを発表した。これを受け、1999年3月に日本政府は約5億円を拠出し、国連に「人間の安全保障基金」を設置した。2002年度までに累計約229億円を拠出してきており、国連に設置された信託基金の中で最大のものとなっている。

その後、2000年9月の国連ミレニアム・サミットにおける演説の中で森総理大臣は、人間の安全保障のための国際委員会を発足させ、人間中心の取組に対する考え方を深めていきたいと発表した。

この呼びかけに応え、2001年1月に緒方貞子前国連難民高等弁務官とアマルティア・セン・ケンブリッジ大学トリニティカレッジ学長を共同議長とし、ラクダール・ブラヒミ・アフガニスタン問題担当国連事務総長特別代表などを含む、計12名の世界的有識者をメンバーとする国際委員会「人間の安全保障委員会」が設立された。同委員会は、人間の安全保障の考え方を深めるとともに、国際社会にとって具体的な行動の指針となるような提言を出すことを目的として

いる。また、人間の安全保障に対する理解・関心を高めるために、外務省は人間の安全保障に関する国際シンポジウムを開催している。

(2) 目的

本基金の目的は、人間の安全保障の視点に立って、現在の国際社会が直面する貧困、環境破壊、紛争、地雷、難民問題、麻薬、HIV/エイズ等感染症などの人間の生存、生活、尊厳に対する多様な脅威に取り組む国連関係国際機関のプロジェクトを支援することを通して、人間の安全保障の考え方を具体的な活動に反映させていくことである。本基金に対し支援要請ができるのは、国連システム内の機関である。

(3) 仕組み・特徴

■ 支援対象分野

- (a) 当該プロジェクトの実施により、人間の安全保障という観点から、貧困、環境悪化、難民や国内避難民、感染症などの問題により生存、生活、尊厳が脅威にさらされている個人が、具体的にどのように、どの程度の持続性をもって裨益するかということ、支援対象の審査に当たっての重要なメルクマールとする。
- (b) 具体的な支援対象分野を例示すれば次のとおり、
- ・ 貧困対策：コミュニティ復興、職業訓練、食糧増産、児童保護など
 - ・ 難民・国内避難民支援：帰還支援、生活環境改善など
 - ・ 保健医療：母子保健、HIV/エイズ等感染症対策、公衆衛生改善など
 - ・ 麻薬対策：代替作物の導入など
 - ・ 越境犯罪：婦女子のトラフィッキング対策など

■ 対象地域

- (a) 島嶼国、内陸国、後発開発途上国(LDC)に留意しつつ、グローバルに案件を実施していく。
- (b) 政治的な理由等で我が国の二国間経済援助で対応困難な地域に対しても積極的に支援を行っていく。
- (c) 国連機関の有しているネットワークを活かす形で、複数国を案件実施サイトに含むサブリージョナル案件に対する支援も行う。

■ 予算規模

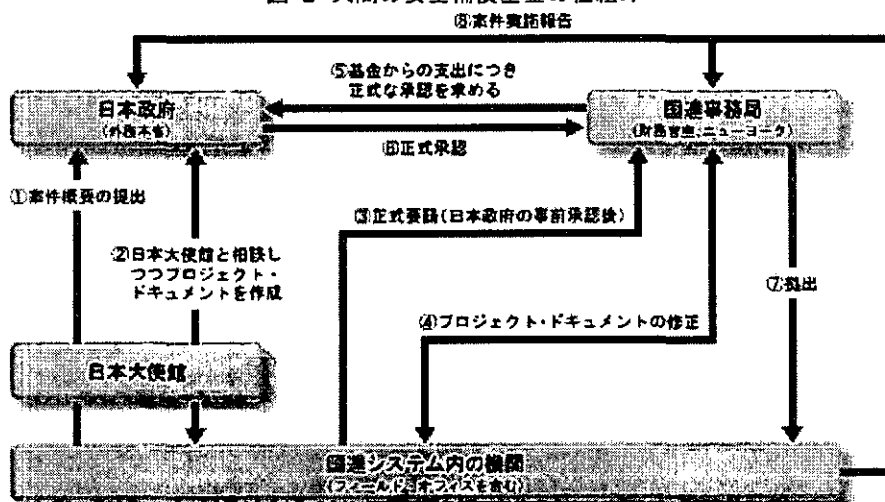
支援総額については上限・下限を明示しないが、通常案件は1件100万ドル程度を目安とする。

■ 申請手続き—申請から承認まで(人間の安全保障基金ガイドライン)

本基金の審査は日本政府と国連事務局の両者が行い、支援決定には両者の承認が必要である。申請から承認までの一連の流れは次のとおりである。(図2)参照：以下の数字は図中の数字に対応)

- (イ) 基金に支援要請を行う国連システム内の機関は、外務省本省または在外公館を通じて日本政府に対し、案件の概要(経費等の概算を含む)を提出し支援を求める活動について相談する①。その結果、日本政府が本基金による支援を検討し得ると判断する場合には、当該国際機関に対し、活動の詳細な内容を記したプロジェクト・ドキュメントを作成するよう要請する②。日本政府として当該案件の支援が妥当と判断する際には、当該機関に対し、日本政府としては国連事務局の承認が得られれば当該案件の支援を行う意向であるので、国連事務局に当該案件の支援要請を正式に行うよう通報する。右を受け当該機関は国連事務局に正式要請を行う③。
- (ロ) 国連事務局は、国連財務規則との関連を中心に当該機関より提出された上記文書の審査を行う。国連事務局は、必要に応じ当該機関に対し案件についての照会および修正要請を行い④、最終的に同基金からの支援が妥当と判断される場合には、日本政府に対し、書面にて基金支出の承認を正式に求める⑤。
- (ハ) 上記(イ)の手続きを経ないで、国連システム内機関より国連事務局に対し直接支援要請が行われた場合は、国連事務局として本件基金による支援が適当であると判断されるものについて、日本政府に対し当該案件の活動の詳細な内容を記したプロジェクト・ドキュメントを関連資料とともに提出して、書面にて承認を求めることが出来る⑥。
- (ニ) 日本政府は、上記(ロ)および(ハ)の手続きを経て提出された申請の検討の結果を国連事務局財務官に書面にて通報する⑦。
- (ホ) 日本政府の承認を得た場合には、国連事務局財務官は、国連の規則、規程、方針、手続きに従って資金の支出手続を進める⑧。
- (ヘ) 支援対象活動を実施する国際機関は、国連事務局との合意および承認された活動の概要文書に従い、国連事務局に対し、活動の実施状況を報告し、また、国連事務局により定められた様式による経過報告書、最終報告書および会計報告書を提出する。国連事務局は、これらの報告および報告書を日本政府(国連日本政府代表部)に提出する⑧。

図 2 人間の安全補償基金の仕組み



(注): 人間の安全保障基金実施要領(ガイドライン)においては、国際機関は日本政府との事前協議(①②)を経ずに国連事務局に直接プロジェクトを提出できることとなっている(この場合、日本政府は⑤と⑥の間でプロジェクト内容の審査を行う)。但し、日本政府としては提出されたプロジェクトについて日本大使館が見解や支援を提供するという観点から上記の図の手続きに従うことが望ましいと考えている。

出所: 外務省ホームページ <http://www.mofa.go.jp/mofaj/annai/pr/pub/pamph/hs.html>

(4)実績

■ 拠出実績

1999年	基金設置、約5億円(約463万ドル)を拠出。 コソボ復興難民帰還及び東ティモール復興支援のため約66億円(約5,505万ドル)を拠出。
2000年	25億円(約2,381万ドル)を追加拠出。 約15億円(約1,448万ドル)を追加拠出。
2001年	約77億円(約7,216万ドル)を追加拠出。
2002年	40億円(約3,279万ドル)を追加拠出。
拠出実績累計	(約229億円:約2.03億ドル)

出所: 外務省ホームページ <http://www.mofa.go.jp/mofaj/annai/pr/pub/pamph/hs.html>

■支援実績

本基金では、2002年6月末現在、61プロジェクトに対し総額8,412万ドルの支援を実施している。

分野別でみると、健康・医療分野(19件、926万ドル)及び貧困分野(13件、1,080万ドル)でのプロジェクトの数が多くなっている。その他の分野については、環境分野3件(43万ドル)、紛争分野2件(377万ドル)、難民分野7件(650万ドル)、薬物分野1件(20万ドル)、災害分野3件(241万ドル)、コンボ支援10件(4,880万ドル)、その他3件(195万ドル)となっている。

また、プロジェクトの実施地域の内訳は、アジア21件(1,713万ドル)、アフリカ11件(982万ドル)、中南米2件(121万ドル)、カリブ地域3件(92万ドル)、大洋州6件(159万ドル)、コンボ10件(4,880万ドル)、その他8件(466万ドル)となっており、本基金設立当初は、アジアでのプロジェクトが多かったが、現在ではグローバルに案件を実施している。

実施機関については、コンボを除く案件について UNDP7件、UNICEF6件、UNFPAとWHOの共同実施案件6件を支援した。また、FAO、UNFPAについてはそれぞれ3件を支援している。その他、支援実績のある機関は次のとおりである。

UNIFEM、WFP、UNESCO、OCHA、UNITAR、UNDPとUNOPSの共同実施、UNHCRとUNOCHAの共同実施、UNHCR、WHO、PAHO、UNDCP、UN-HABITAT、ESCAP

コンボにおける案件の実施機関は、UNMIKとUNOPSの共同実施、UNDP、UNICEF、UNMIKとDPIの共同実施となっている。

1-3 IPPF・HIV/AIDS 信託基金

(1)経緯・目標・特徴

■IPPFとは

1952年、インドのボンベイに集まったマーガレット・サンガー(アメリカ)、ラマ・ラウ(インド)、加藤シヅエ(日本)を含む女性たちが、家族計画の普及と平等な男女の権利の獲得によって世界の人々の幸福を推進することを目的とし、強い信念で果敢な闘いに挑むことを誓い、国際家族計画連盟(IPPF)は設立された。設立時、活動は8カ国の家族計画協会と5000ドルの活動資金で始まったが、その後の50年間に、加盟国は141、活動拠点は182カ国に拡大し、リプロダクティブ・ヘルス/ライツ分野では世界最大のNGOへと発展した。活動内容はセクシュアルヘルス、リプロダクティブ・ヘルス/ライツという、より広範なサービス提供を目指すに至っている。

IPPFは、産児調節・安全な妊娠・出産の推進に加え、思春期から老年期に及ぶ生涯の健康のために活動をしている。これは例えば、性感染症治療やHIV感染予防、不妊など婦人科系疾患のカウンセリング、安全な中絶などを含んでいる。加えて、活動する際には、若者や社会的弱者を対象とすること、性と健康に関する権利の擁護、ジェンダー配慮に重点を置いて、コミュニティや政府との連携の下に活動を実施している。

現在エイズは多くの労働力人口を奪い社会開発の大きな障害となっているが、IPPFと傘下の家族計画協会はHIV/エイズ関連活動において、これまでの経験を生かすことが可能である。なぜなら、現地人スタッフで構成される各国の家族計画協会が、地域の人々と共に活動してきており、人々の生活の中で最も個人的な側面である性や生殖に関する事柄に携わり、HIV感染予防の最も重要なカギであるコンドームの使用促進と配布をしてきたからである。これ

らの家族計画を普及させるために、政府などを啓蒙し連携の経験を生かせば、効果的なエイズ対策が可能になることから、IPPF はエイズ予防対策を中心事業のひとつとすることを決定した。

■ HIV/AIDS 信託基金

以上のような経緯で HIV/エイズ関連活動を主要な活動と位置づけた IPPF に対し、我が国は「沖縄感染症対策イニシアティブ」の最初の具体的措置の一つとして、IPPF に「HIV/AIDS 信託基金」を新設した。2000 年同基金に 100 万ドルを拠出し、以降毎年同規模の拠出を実施している。なお我が国は、1986 年以降 IPPF に対する最大の拠出国であり、HIV/AIDS 信託基金以外に、2000 年・2001 年とも 1800 万ドル以上の拠出を実施している。

(2) 実績

2000～2003 年、毎年 100 万ドルを拠出している。

エイズ対策は、各地のエイズの現状や感染の要因、家族計画協会の状況に応じたさまざまな活動が実施されている。主なものは、エイズ対策推進のアドボカシー（啓発・提言活動）、エイズ教育、感染を予防するために行動を変えること（行動変容）、若者から若者へのエイズ教育（ピア・エデュケーション）、自由意志によるカウンセリングと検査（VCT）、性感染症の治療、母子感染の予防、感染リスクの高いグループや職場でのエイズ対策の推進などである。HIV/AIDS 信託基金による活動は、東・東南アジア・大洋州、アフリカ及び南アジアなど 30 か国近く（2002 年実績）で展開されている。

表 2 IPPF の HIV/AIDS に関する主な活動
（○は HIV/AIDS 信託基金が直接的に支援したもの）

Working with young people	
	Vulnerable youth, Guyana
	YES! Project, Peru
	Providing education and services to young people, Nepal
○	Pre venting HIV and STIs among youth, Malawi
○	Working with families for HIV prevention among rural young adults, China
Peer education	
	Promoting adolescent reproductive health and empowerment, Malaysia
	HI V / A IDS prevention in Vocational Training Schools, Tunisia
	Neighbourhood programme, Dominican Republic
Telephone hotlines	
	LoveLife initiative, South Africa
	Telephone counselling, Guatemala and Colombia
School-based initiative s	
	Integrating HIV prevention in school curricula, Brazil
	Working with Chiefs on advocacy to schools, Botswana
Reaching high-risk groups	
○	Protecting truck drivers and their families, India
	Refugees and displaced persons, Sudan
	Reducing the risks of STIs / HIV / AIDS among sex workers, Indonesia
○	Indirect sex workers (beer promoters and karaoke girls), Cambodia
	Fishermen's communities, Thailand
Condom promotion	
○	Female condom promotion, Lesotho
○	Social marketing of condoms, Zambia
Advocacy	
○	Working with religious leaders, Uganda
○	Training of trainers for the private business sector, Nigeria
	HIV training for Air Force officers, Thailand
Partnership	
	Promoting safer sex through television collaboration, Ukraine
○	South-South initiative: Inter- regional advocacy training, Thailand
○	Increasing media understanding of HIV / AIDS
	Cross-border collaboration among FPAs in the Balkans
Integrating STIs/HIV prevention into reproductive health programmes	
	Voluntary counseling and testing, Swaziland
	Training for integration in Francophone Africa
Incorporating care and support	
	STI / HIV prevention and home-based care, Mozambique
	Involving people living with HIV / AIDS, Ethiopia

出所: IPPF ホームページ

http://www.ippf.org/resource/pdf/HIV_learning_field.pdf

2 マルチ政府間(SWAP)

世界的な援助の流れとして、1980 年代から続いていた構造調整の限界や冷戦構造が崩壊した後の先進援助国の援助疲れといった状況から、1990 年代半ばぐらいから、より効果的な援助手法を巡る議論が世界銀行やいくつかのヨーロッパの援助機関を中心に行われた。その中のもっとも主たる議論がプロジェクトベースの協力の限界とセクター・プログラムもしくは SWAP (Sector Wide Approach) への移行であった。

SWAP の定義としては世界銀行のピーター・ハロルドの定義(1995)が有名である。

1. セクター全体が対象となる
2. 明確で首尾一貫したセクター政策がある
3. 途上国側利害関係者(政府、地域社会、NGO 等)が主導する。
4. 全ての(主要)ドナーがこの途上国主導のプロセスに参加し、調整・合意すること。
5. プロジェクト実施に係る共通の手続き(会計、予算編成、調達、モニタリング、報告等)を確立すること(手続きの調和化)。
6. 外部からの長期技術支援を必要最小限にし、出来る限り現地の人材を活用すること。

また、JICA が実施した「貧困削減に関する基礎研究」(国際協力事業団, 2001)においては、セクター・プログラムを「途上国政府、ドナーの調整の下に策定されたセクター・イシューごとの開発戦略に基づいて行われるプロジェクト、コモンファンド、直接財政支援、さらに NGO 支援までを含めた集合体」と定義づけている。

一方、1998年10月のIMF・世界銀行総会では、これまでの個々のプロジェクト/プログラム積み上げアプローチを超える包括的な枠組みとして、「包括的開発のフレームワーク(CDF)」が提示された。1999年1月に、世界銀行によって正式に途上国開発についての総合的な考え方として発表されるが、その基本原則は、①途上国のオーナーシップ、②パートナーシップ、③参加型意思決定プロセス、④結果志向、⑤長期的視点であり、マクロ経済面だけでなく、構造的、社会的、人的な側面を考慮している。この CDF を具現化するものが貧困削減戦略ペーパー (PRSP) であり、1999年9月のIMF・世界銀行合同開発委員会において、重債務国・IDA¹対象国対象国に対して、債務削減²・IDA融資供与の判断材料として、PRSP の作成を要請することが決定された(国際協力事業団, 2001)。

セクター・プログラムと PRSP は共通する理念を持っているが、PRSP は特定のセクターだけでなく国全体の貧困削減を包括的に計画するものであり、特定セクターを対象とするセクター・プログラムとはその点で異なる(JICA, 2001)。近年になって、ドナーの間では PRSP や SWAP といった全体プログラムにより計画を進めるアプローチを Program Based Management (PBM) と呼ぶようになりつつある。

なお、ここで言う「プログラム」を「プロジェクト」と相反する概念としていわれることが多いが、実はいかなるプログラムであっても個別の「活動」は必要であり、重要なことは個別の活動が全体プログラムと整合性 (Alignment) がとれていることである。全体プログラムとは政策であり、個別活動、つまりプロジェクトは政策に基づいて実施されるものであるということ再認識することが重要である。最近の国際的議論では個別活動がセクター・プログラムの中に位置づけられる必要があるのみならず、PRSP/MTEF 等の国全体の開発計画とセクター・プログラムの関係についても整合性 (Alignment) が求められている。外務省、JICA は PBM が動いているところでは原則として個別の案件は全体プログラムの中で位置づけられるべきとしている(国際協力事業団, 2003)。

3 日本政府と国際機関

3-1 マルチ・バイ

(1) 経緯

日本がマルチ・バイ協力と呼ぶスキームは、一般の国際機関が使用している名称とは異なり、我が国独自のスキームである。UNICEF 連携のマルチ・バイ協力は、WHO が 1974 年に予防接種拡大計画 (Expanded Program on

¹ 国際開発協会。一人当たりの国民総生産が一定の条件以下の途上国政府に対して、無利子で融資とその他のサービスの提供を行っている。

² 1996年に世界銀行・IMFにより提唱された、各国政府によって合意された債務救済計画で、HIPC (重債務貧困国) イニシアティブと呼ばれる。一定の条件を満たした貧困国の厳しい債務負担を、持続可能な水準に引き下げることを目的とする。

Immunization: EPI)を決議し、世界中のすべての子供がジフテリア・百日咳・破傷風・麻疹・ポリオ・結核の6大疾患の予防接種が受けられるよう推進していること、1988年の第41回WHO総会において「2000年までにポリオを地球上から根絶する」という目標が掲げられたことが背景にあって開始された。また、当時日本は消耗品を二国間協力(Bilateral Cooperation)では供与できない原則があったが、マルチ・バイ協力は国際機関が実施しているプログラム(Multilateral Cooperation)と連携することによりワクチンなどの消耗品の供与が可能となった最初のスキームである。

一方、1994年9月カイロにおいて開催された「国際人口開発会議(International Conference on Population and Development: ICPD)において、人口問題に対するアプローチはリプロダクティブ・ヘルス/ライツ(性と生殖に関する健康/権利)が中心概念となったことにより、人口政策の焦点がマクロ(国レベル)からミクロ(個人レベル)へと大きくシフトした。リプロダクティブ・ヘルスの向上のためには、避妊具・薬などの消耗品が必需品であり、またそのニーズも高い。UNFPA連携マルチ・バイ協力は、これまでわが国の機材供与の対象とはしていなかった消耗品、すなわち避妊具・薬、その他簡易医療機材などを機材供与することを目的に開始された。

また、HIV/AIDSの世界的な拡大にともない、エイズ感染者の早期発見・診断に加えて、予防教育、二次感染防止対策として必要な資機材を供与することを目的として、国連エイズ合同計画(UNAIDS)連携の下「エイズ対策・血液検査特別機材供与」が開始された。

以上のような経緯で実施されるにいたったUNICEF、UNFPAおよびUNAIDSとの連携によるマルチ・バイ協力の特徴をまとめると、①国際社会が協調して取り組むべき課題に国際機関と連携・協調することで、②消耗品の供与などこれまでわが国ODAが認めていなかった二国間協力(機材供与)の形を可能とし、さらに③国際機関の専門性と組織力を生かすことによって供与機材が効率的かつ効果的に当該国で使用され、④日本の貢献が広く認識され、途上国におけるプレゼンスを高めようとする日本側のねらいから生まれたスキームといえよう。同時に、UNICEF、UNFPA、UNAIDSにとっても、日本が明確にプログラムに参加することでプログラムの実施が促進されるとともに、資金面に余裕が生じるなどのメリットがある。

(2)協力の仕組み

マルチ・バイ協力の概要を(表4)に示す。UNICEF連携では「感染症対策特別機材供与³」と「母と子のための健康対策特別機材供与」が、UNFPA連携では「人口・家族計画特別機材供与」が、UNAIDS連携では「エイズ対策・血液検査特別機材供与」が実施されている。要請書の作成や資機材の配送・配布・保管などの実施主体はあくまでも当該国であり、国際機関はそれぞれのプロセスにおいて適切なサポートをすることとされている。

UNICEFとその他の機関とのマルチ・バイ協力におけるプロセスの大きな相違点として挙げられるのが、UNICEFとのマルチ・バイ協力ではワクチンなどの資機材の調達から当該国への運搬までの過程をUNICEFに一任しているが⁴、その他の機関とのマルチ・バイ協力では、機材の調達をすべて日本側(本邦調達の場合と現地調達の場合がある)が実施することになっている点である。

³ 「EPI」、「ポリオ根絶」、「特定感染症」の3種類が実施されている。また「特定感染症」としては、これまで「麻疹」、「新生児破傷風」、「リンパ性フィラリア」が実施されている。

⁴ ただし「母と子供のための健康対策特別機材供与」は日本側の調達である。

表 3 マルチ・バイ協力の概要

UNICEF 連携

感染症対策特別機材供与 (EPI、ポリオ撲滅、特定感染症)	
協力の内容	1 カ国 4,000 万円／年を目安に原則 5 年間、以下の資機材を供与する。 1. ワクチン 2. 予防接種に必要な資機材：注射器、注射器廃棄用安全箱、滅菌器 3. コールドチェーン機材(ワクチンを安全かつ適切に保管・輸送するため)：冷蔵庫、冷凍庫、輸送用保冷パック、コールドボックスなど
当該国の役割	当該国(保健省等)は要請書(A4 フォーム、毎年作成)に加えて、日本が供与するワクチンなどの資機材をどのように活用し、予防接種体制を自立させていくのかを明確にした「5 年計画書」を作成する。また、日本や UNICEF などの指導を得て、予防接種体制自立に向け、計画的に予防接種拡大計画を進める。
UNICEF の役割	当該国の 5 年計画立案、要請書作成、機材引き取り、配布計画、維持管理への技術支援などを行う。また、予防接種推進のための人材育成や予防接種事業の自立に向けて指導を行う。

母と子供のための健康対策特別機材供与	
協力の内容	1 カ国 2,000 万円／年を目安に原則 5 年間、以下の物資・機材を供与する。 1. 下痢症疾患対策：経口補水塩、点滴用器具、診療用器具、必須医薬品など 2. 急性呼吸器疾患対策：診断用器具、呼吸数測定器、濃縮酸素生成器、必須医薬品など 3. 栄養改善対策：微量栄養素(ヨード、ビタミン A、鉄剤など) 4. マラリア対策：蚊帳、防蚊剤、診断用器具
当該国の役割	当該国(保健省等)は UNICEF の協力を得て必須医薬品などの配布、管理などの自立体制整備のための 5 年計画を作成し、要請書を提出する。また、供与された資機材の活用状況を年に一度取りまとめ、JICA に提出する。
UNICEF の役割	相手国に対し、母子保健に関わる人材育成を行うとともに、日本が供与した機材が有効活用されるよう、5 年計画・要請書の作成から機材の引き取り、配布計画、維持管理にかかるまでの技術支援を行う。

UNFPA 連携

人口・家族計画特別機材供与	
協力の内容	1 カ国 2,000 万円／年を目安に原則 4 年間、以下の物資・機材を供与する。 1. 避妊具・避妊薬：コンドーム、子宮内避妊器具(IUD)、ペッサリー、殺精子剤、発砲避妊剤など 2. 母子保健(安全な出産および適切な新生児ケア)推進のための簡易医療機材・必須医薬品：体重計、身長計、体温計、血圧計、自宅分娩キット、基礎的医薬品など 3. 教育・啓蒙活動に必要な機材：視聴覚機材、教材など
当該国の役割	資機材の供与を受けるためには当該国(保健省等)は、日本側や UNFPA の指導を受けつつ要請書(A4 フォーム)を毎年作成し、提出する必要がある。また、日本が供与する資機材を有効活用し、家族計画の啓蒙・普及・母子保健活動を推進する。
UNFPA の役割	当該国に対し、家族計画の定着、妊娠婦・乳幼児死亡率の低下、人口増加率抑制のための助言や指導を行うとともに、日本が供与した資機材が有効活用されるように要請書作成から機材の引き取り、配布計画、維持管理にいたるまでの技術支援を行う。

UNAIDS 連携

エイズ対策・血液検査特別機材供与	
協力の内容	原則 1 カ国 2,000～4,000 万円の範囲内で供与する。 1. エイズ診断・検査用資機材：HIV 検査キット、HIV 検査・血液検査用医療機材(遠心分離機、顕微鏡、ピペット、冷蔵庫、洗浄器など) 2. 安全な輸血・献血に必要な資機材：血液検査用資機材、洗浄器、滅菌器、注射器(ディスポーザブル)、注射針、採血用バッグなど 3. 啓蒙活動用機材：映写機、ビデオ、TV モニタ、OHP 機材など
当該国の役割	資機材の供与を受けるためには当該国は、UNAIDS や日本側の指導を得ながら、要請書を作成し、提出する必要がある。また、日本が供与する資機材を有効活用して、エイズ対策を推進する。
UNFPA の役割	当該国に対し、エイズ対策の助言を行うとともに、日本への要請書の作成、提出を支援する。

出所：JICA 医療協力部パンフレット「自立への支援」を参考に作成

(3)実績

我が国と UNICEF とのマルチ・バイ協力は 1989 年から実施が始まり、30 数カ国以上を対象に協力が行われてきた。また、UNFPA との連携は 1995 年からで、約 20 カ国を対象に協力が実施されてきた。図 3 は、UNICEF および

UNFPA とのマルチ・バイ協力の実績を年次別に示したものであるが、これによると、マルチ・バイ協力はスキーム開始当初から順調にその実績を伸ばしてきたことが分かる。特に UNICEF 側の実施額の伸びは大きく、ポリオ対策への協力が開始された 1993 年度以降急速にその実施額が大きくなり、1996 年をピークに一時減少傾向にあったが、特定感染症への協力が始まり再び上昇傾向にある。これら UNICEF との協力は、ポリオ根絶の推進役となったと、国際的に高く評価されている。

一方 UNFPA の予算伸びは緩やかなものである。また UNAIDS とのマルチ・バイ協力は 1996 年より開始されたもので、対象国も 7 カ国と少ない。これら 3 機関とのこれまでの実施総額（累計）を比較すると、UNICEF が総額 101.6 億円、UNFPA が総額 14.6 億円、UNAIDS が総額 3.4 億円となっている。

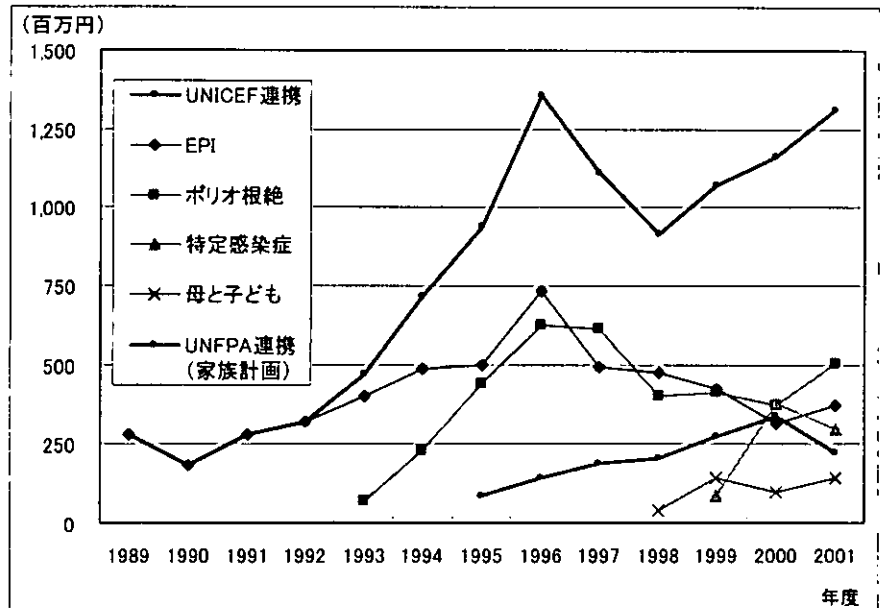
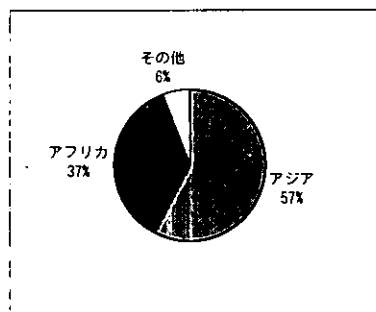


図 3 UNICEF および UNFPA とのマルチ・バイ協力における年次別実績の推移

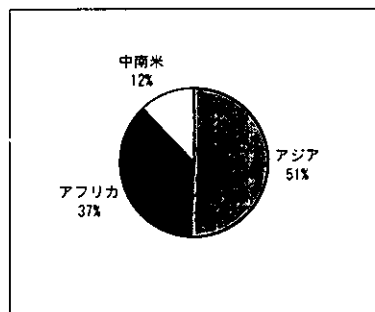
出所：(株)アースアクト・ヒューマンコーポレーション(2003)『外務省委託 技術協力事業におけるマルチ・バイ協力評価報告書』

地域別のマルチ・バイ協力における実施額（累計）は、UNICEF および UNFPA とともに

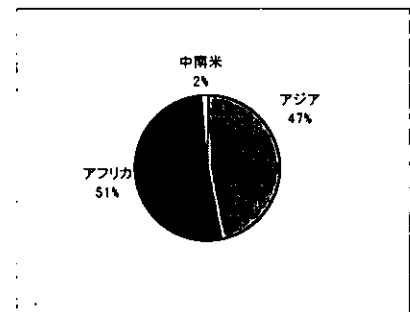
アジア地域への協力が過半数以上、またアフリカ地域については約4割程度と同じような傾向を示している(図 4)。しかしながら、UNICEF の場合は協力の対象別にみていくと、その地域性に特色が見られる。図 5 は UNICEF との連携で実施した「感染症特別対策機材供与」に対する実施額の累計を部門別・地域別に示したものであるが、これによると、ポリオ根絶に対しては約8割がアジアを対象としており、「アジア地域のポリオ根絶」という日本側の明確な方針の下でマルチ・バイ協力が実施されてきたことがわかる。なお、UNAIDS 連携のマルチ・バイ協力においては、アフリカ地域に対する協力が、わずかながらアジア地域に対する協力を上回っている。



UNICEF 連携のマルチ・バイ協力: 累計 10,160.8 百万円 (1989~2001 年)



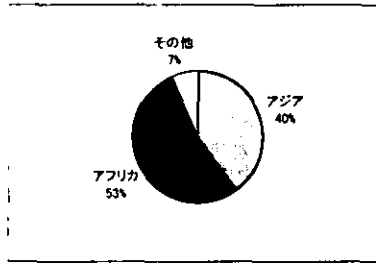
UNFPA 連携のマルチ・バイ協力: 累計 1,463.8 百万円 (1995~2001 年)



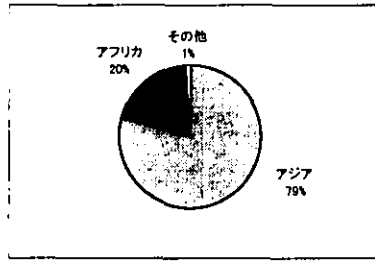
UNAIDS 連携のマルチ・バイ協力: 累計 335.0 百万円 (1996~2000 年)

図 4 UNICEF および UNFPA とのマルチ・バイ協力実績における地域別累計

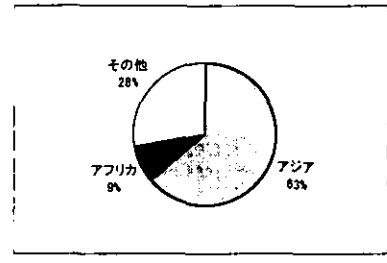
出所：(株)アースアクト・ヒューマンコーポレーション(2003)『外務省委託 技術協力事業におけるマルチ・バイ協力評価報告書』 JICA 環境女性課資料(UNAIDS 連携のマルチ・バイ協力)



EPI: 累計 5,267.4 百万円
(1989～2001 年)



ポリオ根絶: 累計: 3,668.9 百万円
(1993～2001 年)



特定感染症: 累計: 758.4 百万円
(1999～2001 年)

図 5 「感染症特別対策機材供与」の部門別・地域別累計

出所: (株)アースアンド・ヒューマンコーポレーション(2003)『外務省委託 技術協力事業におけるマルチ・バイ協力評価報告書』

参考文献

外務省ホームページ <http://www.mofa.go.jp/>

国際協力事業団・国際協力総合研修所 (2001) 『貧困削減に関する基礎研究』

国際協力事業団・国際協力総合研修所 (2003) 『第二次人口と開発援助研究－日本の経験を活かした人口援助の新たな展開－』

世界エイズ・結核・マラリア対策基金(GFATM)ウォッチングページ

http://www003.upp.so-net.ne.jp/shout/gfatm_intro.html

三好皓一・阪本公美子・阿部亮子 (2002) 『プログラム援助とプロジェクト援助の二元論を超えて－タンザニアの事例から－』 アフリカ研究 Vol.60 日本アフリカ学会、pp123-137

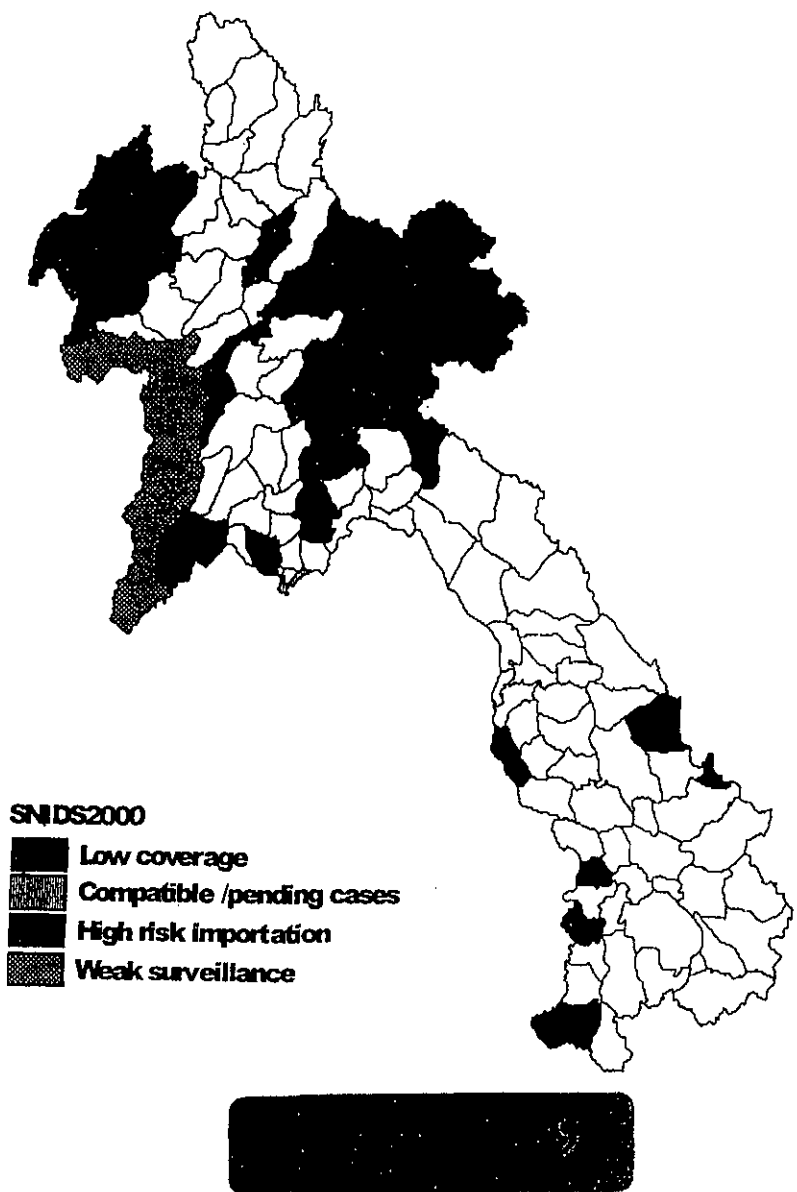
IPPF ホームページ <http://www.ippf.org/>

The Global Fund ホームページ <http://www.theglobalfund.org/en/>

MINISTRY OF HEALTH
Center for Pediatric Infectious Diseases



**NATIONAL PLAN OF ACTION
OF SUB-NATIONAL IMMUNIZATION DAYS
2000, LAO PDR**



3. PROGRAMME COMPONENT: Training

For WHO : *Yes* , For UNICEF : *Yes* , For JICA : *Yes*

Component No.	Item No.	Activities	Time Frame				Department Responsible	Activity Indicator	Planned Output	Activity Cost(US\$)	Source of Funds	Remarks
			1	2	3	4						
3		TRAINING SNIDS										
	1.	Revision of training modules (August 1999)		X		CPID	Set of modules	1	200	JICA		
	2.	Printing of training modules (September 1999)			X	CPID	1.Trainers mod. 2.Health workers module. 3.Volunteers mod.	500 1,000 8,600		JICA		
	3.	Training of central and provincial staff at National EPI Workshop (November 1999)				CPID	No. of trained staff	93	6,000	UNICEF		
	4.	Training of district staff at provincial level (Nov. 1999)			X	CPID provinces	No. of trained staff	855	-	-	Refer 1.3.11	
	5	Training of volunteers for SNIDs at commune level (Dec. 1999)			X	CPID districts	No. of trained staff	8,062	-	-	Refer 1.3.11	
Sub-total this page									10,700			

4. PROGRAMME COMPONENT: Logistics

For WHO :  , For UNICEF :  , For JICA : 

component No.	Item No.	Activities	Time Frame				Department Responsible	Activity Indicator	Planned Output	Activity Cost(US\$)	Source of Funds	Remarks
			1	2	3	4						
4		LOGISTICS										
	1.	Prepare guidelines and forms for logistics (Sept. 1999).		X			Instructions Guidelines	1 set	-			Refer 1.1.4
	2.	Send planning instructions to provinces/districts (August and September 1999).		X			CPID/prov.	12+57	-		MOH	Refer 1.1.5
	3.	Submit request to international agencies for vaccines, supplies and equipment (August 1999).			X		CPID	Request	1	0	JICA	
	4	Procurement of Oral Polio Vaccine				X	CPID	Order OPV	-	71,554	JICA	
	5	Provinces to return plans including supplies and equipment requirements. Provincial requirements determined (September 1999).				X	CPID Provs., dists.	Completed plans	12	0		
	6	Distribution of supplies and equipment to provinces (Nov. 1999).				X	CPID	No of provs receiving S&E	12	3,000	MOH	
	7	Vaccines sent to provinces (Dec. 1999 - Jan. 2000).		X			CPID	No of provs receiving vaccines	12	2,500	MOH	
	8	Dispatch supplies from province to district (December)				X	Provinces	No of dists receiving S&E	57	7,000	Govt.	
9	Printing of the revised EPI / 1(1) and EPI / 10 (2) forms for SNID's reporting.				X	CPID	Forms printed	15000(1) 2500(2)	500	JICA		
Sub-total this page									84,554			

MINISTRY OF HEALTH
NATIONAL COMMITTEE FOR THE
CONTROL
OF AIDS BUREAU



NATIONAL ACTION PLAN
ON HIV/AIDS/STD 2002-2005

JANUARY 2002

Priority issue 2 : Prevention and Treatment of STDs			Time table				Budget (US\$)						
Ref.	Activities	Implementing agencies	Partners	Target population	Indicators/ Expected Outcome	2002				Estimated cost	Funds Available	Sources of Funds	
						2	3	4	1				2
Strategy : Ensure appropriate management of STDs in at least 50% of health care system by 2005													
Step 1. Provide training to HCW in public and private health system on the correct management of STDs													
2.1.1	Prepare training plan for primary, secondary, and tertiary hospital and for private sectors in 5 selected provinces (Vientiane Mun., Vientiane Province, Champassak, Saravan*, Luang Namtha) * See activity 2.1.20	NCCAB	PCCA, PHD	DH & PH (5 prov. GF); VTM, VTP, CHPS, SRV, LNT	Training plan available/ implementation of training plan	X						3,000	GF
2.1.2	Identify core trainers on STD case management in 5 extended provinces (GF)	NCCAB	PCCA, PHD	8 HCW from each of 5 prov.	Core trainers identified/List of candidate trainers made	X							
2.1.3	Training of 40 core trainers on STD case management (8 core trainers from 5 prov.)	NCCAB	PCCA, PHD	40+E16 core trainers	Core trainers trained/40 CT trained	X				16,000		16,000	GF
2.1.4	Core trainers train 50 % of HCW in the first phase in district hosp.	PCCA, PHD	NCCAB	HCW from DH	HCW from DH trained/50 % HCW trained in targeted DH		X			6,000		6,000	GF
2.1.4.1	In VTM, each CT trains 50% of HCW in 3 DH	VTM PCCA, PHD	NCCAB	HCW from DH	HCW from DH trained/50 % HCW trained in targeted DH		X						
2.1.4.2	In VTP, two CT train each 50% of HCW in 3 DH, one CT trains 50% of HCW in 4 DH	VTP PCCA, PHD	NCCAB	HCW from DH	HCW from DH trained/50 % HCW trained in targeted DH		X						
2.1.4.3	In CHPS, two CT train each 50% of HCW in 3 DH, one CT trains 50% of HCW in 4 DH	CHP PCCA, PHD	NCCAB	HCW from DH	HCW from DH trained/50 % HCW trained in targeted DH		X						
2.1.4.4	In SLV, two CT train each 50% of HCW in 3 DH, one CT trains 50% of HCW in 2 DH	SLV PCCA, PHD	NCCAB	HCW from DH	HCW from DH trained/50 % HCW trained in targeted DH		X						
2.1.4.5	In LNT 3 CT train each 50% of HCW in 5 DH	LNT PCCA, PHD	NCCAB	HCW from DH	HCW from DH trained/50 % HCW trained in targeted DH				X				

Priority issue 2 : Prevention and Treatment of STDs				Time table				Budget (US\$)								
Ref.	Activities	Implementing agencies	Partners	Target population	Indicators/ Expected Outcome	2002				2003				Estimated cost	Funds Available	Sources of Funds
						2	3	4	1	2	3	4	1			
2.1.5	Core trainers train of second 50% of HCW in second phase in district hosp.	PCCA, PHD	NCCAB	HCW from DH	HCW from DH trained/50% HCW trained in targeted DH				X					6,000	6,000	GF
2.1.5.1	In VIM, each CT trains 50% of HCW in 3 DH	VIM PCCA, PHD	NCCAB	HCW from DH	HCW from DH trained/50% HCW trained in targeted DH				X							
2.1.5.2	In VIP, two CT train each 50% of HCW in 3 DH, one CT trains 50% of HCW in 4 DH	VIP PCCA, PHD	NCCAB	HCW from DH	HCW from DH trained/50% HCW trained in targeted DH				X							
2.1.5.3	In CHPS, two CT train each 50% of HCW in 3 DH, one CT trains 50% of HCW in 4 DH	CHP PCCA, PHD	NCCAB	HCW from DH	HCW from DH trained/50% HCW trained in targeted DH				X							
2.1.5.4	In SLV, two CT train each 50% of HCW in 3 DH, one CT trains 50% of HCW in 2 DH	SLV PCCA, PHD	NCCAB	HCW from DH	HCW from DH trained/50% HCW trained in targeted DH				X							
2.1.5.5	In LNT 3 CT train each 50% of HCW in 5 DH	LNT PCCA, PHD	NCCAB	HCW from DH	HCW from DH trained/50% HCW trained in targeted DH											
2.1.6	Trained HCW provide STD services at district hosp. according to training	DH	PCCA, PHD	STD patients	Appropriate STD case management/ STD patients receiving approx. care					X	X	X	X			
2.1.7	Supervise STD case Managt.	Director of DH	NCCAB	HCW at DH	HCW supervised/100% trained HCW supervised					X	X	X	X	39,000	27,000	GF
2.1.8	Refresher courses core trainers	NCCAB	PCCA, PHD	15 Core trainers	Update course for CT/CT								X	2,000	?	GF
2.1.9	Refresher courses for HCW at district hosp.	PCCA, PHD	NCCAB	HCW at DH	Update course for CT/HCW retrained								X	5,000	?	GF

Priority Issue 2 : Prevention and Treatment of STDs		Time table										Budget (US\$)						
Ref.	Activities	Implementing agencies	Partners	Target population	Indicators/ Expected Outcome	Time table										Estimated cost	Funds Available	Sources of Funds
						2002		2003			04		05					
						2	3	4	1	2	3	4	04	05				
2.1.10	Train physicians in secondary and tertiary hosp. on clinical STD management	NCCAB, CLE	PCCA, PHD	Hosp. physician and lab. Technician	90 % physicians trained				X						3,000	3,000	GF	
2.1.11	Train lab. technicians in secondary and tertiary hosp. on lab support to STD services	NCCAB, CLE	PCCA, PHD	Hosp. physician and lab. Technician	90 % lab technicians trained				X						3,000	3,000	GF	
2.1.12	Common training of physicians and lab. technicians in secondary and tertiary hosp. on management of STD	NCCAB, CLE	PCCA, PHD	Hosp. physician and lab. Technician	physician & lab technicians trained together				X						5,000	5,000	GF	
2.1.13	Trained physicians provide STD services at secondary and tertiary hosp.	PHD	NCCAB	STD patients	STD patients receiving approp. Care				X	X	X	X	X	X				
2.1.14	Trained Lab. Technicians support to STD services at secondary and tertiary hosp.	PHD	NCCAB	STD patients	STD patients have correct etiological diagnosis				X	X	X	X	X	X				
2.1.15	Monitor and Supervise STD case Manag.	Director PHD	PCCA, PHD	Hosp. physicians and lab. Technicians	trained physicians & lab tech. supervised regularly					X	X	X	X	X	5,000	1,250	GF	
2.1.16	Refresh courses for physicians and lab. Technicians	NCCAB, CLE	PCCA, PHD	Hosp. physicians and lab. Technicians	physicians and lab technician retrained								X	X	5,000	?	GF	
2.1.17	Identify private clinics and train them on STD case management	NCCAB, FDD	PCCA, PHD	Private pharmacies and clinics	50 % of private pharmacies and clinics trained				X						5,000	5,000	GF	
2.1.18	Train private pharmacies on STD drugs and especially on referral of STD cases to appropriate health facilities	PHD	NCCAB	Private pharmacies	50% of drug sellers & pharmacists trained				X						5,000	5,000	GF	
2.1.19	Preparation and support to 3 provincial projects for prevention and control of STD in Oudomxay, Khammouane and Savannakhet, targeting mobile and general	NCCAB, PSI	ADB	General and mobile population		x	x	x	x						479,980	479,980	ADB	