

200703003A

厚生労働科学研究費補助金  
社会保障国際協力推進研究事業

国際保健分野での知識マネジメントに関する研究

平成19年度 総括・分担研究報告書

主任研究者 青山 温子  
平成20（2008）年 3月

## 目 次

I. 総括研究報告	
国際保健分野での知識マネジメントに関する研究-----	1
青山 温子	
II. 分担研究報告	
1. 保健医療分野での国際イニシアティブとパートナーシップ-----	14
青山 温子	
2. 保健医療分野の援助機関における優先事業決定に関する特徴-----	28
明石 秀親	
3. 保健医療人材養成と緊急人道援助-----	40
喜多 悦子	
III. 研究成果の刊行に関する一覧表-----	45
IV. 研究成果の刊行物・別刷 -----	47

## 国際保健分野での知識マネジメントに関する研究

主任研究者 青山 温子 名古屋大学大学院医学系研究科教授

### 研究要旨

本研究全体の目的は、保健医療分野の各種国際イニシアティブ、保健医療分野で活動する国際機関や国際的基金等の活動内容や意思決定メカニズム等に関して分析し、これまでの日本の貢献について検討して、保健医療分野における日本の国際社会に対する貢献が、より効果的で存在感あるものとなるよう提言することである。第1年度、主任研究者の青山は、保健医療分野での国際イニシアティブと、国際機関・開発援助機関のパートナーシップについて、文献・資料、及びWHO等の関係者からの情報収集をもとに検討した。分担研究者の明石は、自ら活動資金を有する基金 (Fund / Foundation) と呼ばれる援助機関の意思決定プロセスを検証するため、国連児童基金 (UNICEF)、国連人口基金 (UNFPA)、Ford Foundation、Bill and Melinda Gates Foundationの調査を行った。分担研究者の喜多は、紛争後や巨大災害後の復興、及び緊急人道援助に携わる人材養成、赤十字国際委員会 (ICRC) 及び国際赤十字・赤新月社連盟 (IFRC) の活動、成果と課題に関して調査検討した。

国際イニシアティブは、WHO等の国際機関や、米国等の主要ドナー国が主導することが多いが、実施に際しては、国際機関、政府機関、民間機関、研究機関等、多数の機関が参加した、複雑なパートナーシップの形をとっている。これは、保健医療分野で活動する機関が増加し、しかも多岐に渡っていることによる。技術的・資金的状況の異なる多数機関が同一分野に参入しているため、調整・協力・相互補完が必要とされている。国際イニシアティブは単一疾患・課題に対するvertical approachであることが多いが、小児保健、感染症対策から、保健医療システム強化へと次第に変化している。イニシアティブの多くは、政治的リーダーシップに基づいており、資金や実施体制が確保される利点がある。しかし、現地の事情に適した優先課題の選定や、実施期間後の持続可能性には課題を残している。

基金の援助政策決定には、トップの意向、世界的合意コンセンサス、これまでの経験、現場からの声など、様々な要因が関係していることが判明した。政策や戦略決定に現場の声を吸い上げるために、Region毎に集まって討論しあう仕組みが作られていた。また、中央でFrameworkを組織として決定し、地域・各国レベルでは個々の事情にあったプログラムや活動を決定できるように組み合わせていた。情報を共有するため、UNFPAはDocu Shareにより内部情報を共有、Ford FoundationはGrant craft networkにより外部とも情報を共有していた。

国際保健医療分野の人材養成には、各国の政府機関、研究機関、大学、国連機関、国際NGO等が関わっている。世界的には、欧米の公衆衛生大学院、国連 Junior Programme Officer (JPO) 制度、大手国際NGOによる研修制度などがあり、特に、紛争や巨大災害時の人道援助のための研修として、ICRCによるH.E.L.P. I (Health Emergency in Large Populations)・H.E.L.P. II (Health, Ethics, Law and Politics) が実績をあげている。紛争や災害は、それぞれが特徴的であり、ある事例に習熟したとしても、それを他の紛争や災害に該当できることはほとんど無い。したがって、人材育成には、基本的な災害医療・看護の研修を受けること、多様な現場を多数経験すること、その際にon the job trainingの機会を持つことが大切である。

## 分担研究者

明石秀親

名古屋大学大学院医学系研究科・准教授

喜多悦子

日本赤十字九州国際看護大学・学長・教授

### A. 研究目的

本研究全体の目的は、まず、保健医療分野の各種国際イニシアティブ・戦略、保健医療分野で活動する国際機関・国際的基金・主要国際 NGO に関する情報を収集し、歴史的経緯と社会背景、成果と課題、各機関の知識マネジメント体制と意思決定メカニズムに関して分析することである。次に、国際イニシアティブ・国際機関に対するこれまでの日本の貢献と課題について検討する。最後に、保健医療分野における日本の国際社会に対する貢献が、より効果的で存在感あるものとなるよう、具体的提言をまとめる。

日本は、人道・平和主義の立場から、高い技術水準に基づく支援を実施してきた。途上国の期待は大きい、日本の ODA 予算は縮小傾向にある。また、国際協力機構 (Japan International Cooperation Agency: JICA) と国際協力銀行 (Japan Bank for International Cooperation: JBIC) の合併、自衛隊による支援、国際的基金の存在感増大等、国際協力の環境は変化しており、新しい戦略を確立する必要がある。平成 20 年には、G8 サミット及び第 4 回アフリカ開発会議が日本で開催されるが、保健医療分野支援は重要課題の 1 つとされている。

これまで日本は、国際イニシアティブに対し、資金・技術両面から貢献してきた。しかし、国際機関の活動が重複することも多く、各種イニシアティブが効率的に効果をあげていないことがある。国際社会で存在感を示しながら、公衆衛生・医療行政等日本の経験を生かした支援を進めるには、国際保健医療分野の課題に対する深い理解と、国際機関等の意思決定過程への参画が不可欠である。日本が効果的に国際貢献できれば、国際的感染症予防はじめ、日本の厚生労働行政にも裨益できると考えられる。

第 1 年度、主任研究者の青山は、主として、

保健医療分野での国際イニシアティブの背景要因と、国際イニシアティブ形成の意思決定メカニズム、国際機関・開発援助機関のパートナーシップについて検討する。分担研究者の明石は、自ら活動資金を有する基金もしくは財団 (Fund / Foundation) と呼ばれる援助機関の意思決定のプロセスを検証する。分担研究者の喜多は、緊急人道援助の分野における保健医療人材養成、赤十字国際委員会 (International Committee of the Red Cross: ICRC) 及び国際赤十字・赤新月社連盟 (International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies: IFRC) の、活動内容、成果と課題に関して検討する。

### B. 研究方法

主任研究者の青山は、研究総括に加え、保健医療分野の各種国際イニシアティブに関して、国際機関・開発援助機関の刊行物・ウェブサイトから、資料を収集して検討した。また、2007年9月23日～27日、米国・ワシントンの世界銀行本部、及びバルティモアのジョンズホプキンス大学公衆衛生大学院、11月6日～8日、スイス・ジュネーブの世界保健機関 (World Health Organization: WHO)、及び世界エイズ結核マラリア対策基金 (The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria: GFATM) を訪問して、関係者と面談して情報を収集した。

分担研究者の明石は、2007年6月～8月に、国連機関である国連児童基金 (United Nations Children's Fund: UNICEF)、国連人口基金 (United Nations Population Fund: UNFPA)、私的な基金による援助機関である Ford Foundation、Bill and Melinda Gates Foundation (以下 Gates Foundation) を訪問、関係者に対する Semi-structured interview 調査を実施した。

喜多は、欧米の公衆衛生大学院、赤十字国際委員会 (ICRC)、国際赤十字・赤新月社連盟 (IFRC)、国境なき医師団 (Medecins Sans Frontieres: MSF)、OXFAM 等、主要国際 NGO の刊行物、ウェブサイトより資料を収集、また、米国のジョンズホプキンス大学、日本および韓国赤十字等の関係者より、情報を収集した。

(倫理面への配慮)

本研究は、直接、人を対象とした基礎医学研究・臨床研究・疫学研究ではなく、実験動物も使用しないため、既存の倫理指針の対象とはならない。関係者からの情報収集の際には研究目的を説明して承諾を得た。文献資料を直接引用する際は、出典を明らかにして、著作権保護に留意した。

## C. 研究結果

### 1. 国際イニシアティブとパートナーシップ

#### (1) 予防接種・小児感染症対策

[1958～1980] Smallpox Eradication Initiative (天然痘根絶)

WHO が中心となり、ワクチン接種、サーベイランスと封じ込めを世界的に実施し、天然痘を根絶した。

[1988～] Polio Eradication Initiative(ポリオ根絶)

WHO、Centers for Disease Control and Prevention: CDC)、Rotary International、UNICEF、Gates Foundation、世界銀行、UN Foundation、日本、英国、ドイツ、イタリア、カナダ等、Aventis Pasteur、De Beers 等、公的・民間とも多数の機関が実施に関与している。2000 年までにポリオ根絶を計画、経口ワクチンの定期接種及び全国一斉投与 (National Immunization Day: NID)、急性弛緩性麻痺 (Acute Flaccid Paralysis: AFP)サーベイランス等を実施している。1994 年南北米、2000 年西太平洋、2002 年欧州で根絶達成したが、インド、ナイジェリア等で発生持続している。

[2001～] Measles Initiative

米国赤十字、CDC、UN Foundation、WHO、UNICEF が中心となり、2010 年までの 10 年間で麻疹による死亡を 90 % 減少させる計画である。予防接種を普及させ、患児に対する治療を推進している。

[1974 ～ ] Expanded Programme on Immunization (EPI) (予防接種拡大計画)

WHO、UNICEF が主導し、小児に、BCG (結核)、DPT (ジフテリア/百日咳/破傷風)、麻疹、ポリオの 6 疾患 (後に B 型肝炎等追加) のワクチンを投与している。

[1990～] Children's Vaccine Initiative (CVI)

WHO、UNICEF、国連開発計画 (United Nations Development Programme: UNDP)、世界銀行、Rockefeller Foundation 等がパートナーとなり、予防接種率の向上、新しいワクチン開発、ワクチンの品質管理、供給体制整備を推進する。

[2000～] GAVI Alliance (Global Alliance for Vaccines and Immunization)

UNICEF、WHO、世界銀行、Gates Foundation、Rockefeller Foundation、開発途上国及び先進国政府、International Federation of Pharmaceutical Manufacturers Associations (IFPMA) 等ワクチン業界、市民団体、研究機関等、多様な機関がパートナーとなっている。GAVI Fund を設置し、定期予防接種の普及、B 型肝炎、インフルエンザ菌 (Hib) ワクチン等、新しいワクチンの導入を支援している。

#### (2) マラリア・結核・エイズ対策

[1998～] Roll Back Malaria (RBM)

1998 年 WHO 事務総長に就任した、Gro Harlem Brundtland のイニシアティブで、WHO、UNICEF、UNDP、世界銀行等国际機関、流行国、フランス・米国等先進国、大学、研究機関、NGO、民間財団、製薬会社等民間機関等、多数のパートナーにより構成されている。患者の早期発見と治療、Insecticide Treated Net (ITN) の普及、妊娠中のマラリア予防等により、マラリア死亡を減少させる。

[2000～] The Stop TB Partnership

WHO 等の国連機関、各国政府、NGO、民間企業など、500 以上の機関がパートナーとなっている。1998 年に設立された The Stop TB Initiative を推進し、DOTS (directly observed treatment, short-course) をさらに拡大させ、薬剤の入手を容易にし、多剤耐性結核や HIV 合併結核の対策を整備し、研究開発を進めている。2005 年までに、診断率 70 % 以上、治癒率 85 % 以上とするのが目標である。

[2002～] 3 by 5 Initiative

Treat 3 million by 2005 の意味で、2005 年末までに、AIDS 患者 300 万人に対して、抗レトロウイルス薬を供給することを目標にしている。Lee Jong-Wook 前 WHO 事務

総長のリーダーシップにより、WHO と国連合同エイズ計画 (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS: UNAIDS) が中心となり、技術支援と資金調達のための協力を実施した。2005 年 6 月末には、約 100 万人に治療を提供した。

[2002 ~ ] Clinton Foundation HIV/AIDS Initiative (CHAI)

前米国大統領 Bill Clinton が設立した Clinton Foundation のイニシアティブで、開発途上国での抗レトロウイルス薬による治療へのアクセス向上を支援している。

[2003~2008] President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR)

米国大統領 George Bush が主導し、米国政府により実施されている。5 年間で 150 億ドルをエイズ対策支援にあて、治療 200 万人、予防 700 万人、ケア 1,000 万人を目標としている。100 億ドルを 15 カ国の Focus Countries に供与、40 億ドルを対象国への供与と研究活動に充当し、10 億ドルは世界エイズ結核マラリア対策基金 (GFATM) に拠出する。

(3) 母子保健

[1985~1994] Child Survival Initiative

米国国際開発庁 (United States Agency for International Development: USAID) による、途上国の幼小児の死亡を予防する一連のプログラムである。予防接種、栄養、経口補水塩による下痢症対策、急性呼吸器感染症対策等の活動を実施した。

[1994 ~ ] BASICS (Basic Support for Institutionalizing Child Survival)

Child Survival に引き続く USAID のプログラムで、途上国の新生児・小児の主要死因対策を普及・拡大している。

[1996~] Integrated Management of Childhood Illness (IMCI)

下痢症、肺炎、麻疹、マラリア、栄養障害等小児疾患を包括的にケアするガイドラインで、現地状況に応じて改訂することとしている。WHO 及び UNICEF が中心となって推進している。

[1987~] Safe Motherhood Initiative(SMI)

WHO、世界銀行、UNFPA、UNICEF、UNDP、国際家族計画連盟(International Planned Parenthood Federation: IPPF)、Population

Council からなる Inter-Agency Group (IAG) for Safe Motherhood による、安全な妊娠出産を推進する活動である。妊産婦死亡・合併症を 2000 年までに半減するのが目標であった。家族計画、流産後ケア、妊婦健診、医師・助産師等による分娩介助、Essential obstetric care (EOC)、思春期保健等の活動が行われた。

[2005 ~ ] The Partnership for Maternal, Newborn & Child Health(MNCH)

ミレニアム開発目標 (Millennium Development Goals: MDGs) 4・5 の達成のため、3 パートナーシップ (Safe Motherhood and Newborn Health; Child Survival; Healthy Newborn) を併合して発足した。WHO、UNDP、UNFPA、UNICEF、世界銀行、IPPF、International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO)、USAID、CDC、Population Reference Bureau、Population Council、Gates Foundation、ロンドン大学熱帯医学衛生学大学院、ジョンズホプキンス大学等、政府、国連機関、NGO、研究機関、財団等 88 機関がパートナーとなっている。活動の柱は、Country Support、Advocacy、Effective interventions、Monitoring and evaluation で、国・地域・地球レベルでの母子の健康改善活動の協調・強化を推進している。

[1994] International Conference on Population and Development (ICPD) Programme of Action.

UNFPA 主催、各国政府や NGO が参加して、エジプトのカイロで国際人口開発会議 (ICPD) が開催され、参加 179 カ国により採択された。リプロダクティブヘルス/ライツの概念が、国際的に認知され、国家人口プログラムは終わりを告げた。

(4) プライマリヘルスケア (PHC) ・その他

[1978] Declaration of Alma-Ata (アルマ・アタ宣言)

WHO と UNICEF が共催したアルマ・アタでの国際会議で、Health for All by the Year 2000 (HFA) を宣言され、その戦略として、Primary Health Care (PHC) を推進することとした。

[1987~] Bamako Initiative

コスト抑制しながら、基本的保健医療サービスの質・アクセスの向上を目指しており、アフリカ諸国保健大臣会議で採択された。

UNICEF、WHO の支援のもと、Drug Revolving Fund の導入等を実施した。

[2000～2015] Millennium Development Goals. (MDGs) (ミレニアム開発目標)

国連ミレニアム・サミットにて、参加 189 カ国により、国連ミレニアム宣言が採択され、2015 年までに達成すべき国際開発目標が定められた。8 goals・18 targets からなり、Goal 4・5・6 及び Target 2・10・17 が、保健医療分野に関係している。

(5) 日本が主導したイニシアティブ

[1998] 国際寄生虫対策(橋本)イニシアティブ

橋本龍太郎首相が、1997年G8サミットで、寄生虫対策への国際的取組みを提唱、翌年のG8バーミンガムサミットにて、感染症及び寄生虫症に関する相互協力の強化を表明した。アジアとアフリカに人材養成と研究開発の拠点を設置した。

[2000] 沖縄感染症対策イニシアティブ

2000年九州・沖縄サミットで、HIV/AIDS、結核、マラリア等の感染症対策と、2010年までに達成すべき数値目標を表明し、感染症対策沖縄国際会議で行動計画を策定した。日本は5年間で総額30億ドル拠出することを表明した。

[1999～] 人間の安全保障 (Human security)

すべての人の生存と尊厳を確保するため、貧困、感染症等の脅威からの保護とエンパワメントを推進する。1998年、小渕恵三首相のハノイでの政策演説を受け、翌年、国連に人間の安全保障基金を設立した。2000年のG8九州・沖縄サミットにおいても議論され、国連ミレニアム総会では、森喜朗首相が、日本は人間の安全保障を外交の柱とすることを表明した。国連に「人間の安全保障委員会」が創設され、共同議長に緒方貞子とアマルティア・センが就任、2003年に最終報告書を提出した。

## 2. 国際機関等の概要

(1) 世界保健機関 (World Health Organization: WHO)

WHO 本部には、事務総長のもと、保健システム (Health Systems and Services)、家族・

地域保健 (Family and Community Health)、エイズ・結核・マラリア・熱帯病 (HIV/AIDS, TB, Malaria and Neglected Tropical Diseases)、非感染症・精神保健 (Noncommunicable Diseases and Mental Health)、情報・研究 (Information, Evidence and Research)、健康安全保障・環境 (Health Security and Environment)、健康危機管理 (Health Action in Crises) という、7 専門分野クラスターがある。また、アフリカ (Regional Office for Africa: AFRO)、アメリカ (Regional Office for the Americas: AMRO / Pan American Health Organization: PAHO)、南東アジア (Regional Office for South-East Asia: SEARO)、ヨーロッパ (Regional Office for Europe: EURO)、東地中海 (Regional Office for the Eastern Mediterranean: EMRO)、西太平洋 (Regional Office for the Western Pacific: WPRO) の 6 地域事務所がある。各地域事務所のもとに各国事務所がおかれ、対象国保健省を支援している。

(2) 世界銀行 (The World Bank)

開発途上国の保健医療分野に対して、融資プロジェクトによる医療施設整備、資機材提供、人材養成等のほか、保健医療セクター調査等の調査研究、政策対話を行っている。本部に、保健栄養人口 (Health, Nutrition and Population: HNP) セクター専門部署とオペレーションを担う地域ごとの保健医療担当部署がある。HNPセクター専門部署は、地域部署に対する支援や、世銀全体に関わる調査研究等に従事しており、地域部署の担当者が、実際のプロジェクトの準備と管理運営をしている。プロジェクト開始には、担当部署ディレクター、カンントリーディレクター、地域担当副総裁といった各レベルの管理職の承認を得たのち、世界銀行出資国の代表で構成される理事会で承認を得なくてはならない。

(3) 国連児童基金 (United Nations Children's Fund: UNICEF)

第二次大戦で被災した子どもたちの緊急援助を目的に 1946 年設立されたが、その後、開発途上国の子どもたちを対象とした社会開発活動をする機関に変化した。2006 年度総収入は、27 億 6200 万ドル、うち、58 % が政府、29 % が民間からの収入であった。

2006 年度総支出は 23 億 4300 万ドルで、96.5 %がプログラム協力費、総支出の 65%が保健医療関係に使われた。活動内容は、子供の権利確立、予防接種、保健人材養成、健康教育、マラリア対策、栄養、安全な水、環境衛生、HIV/AIDS 母子感染予防・感染児の治療とエイズ孤児の支援、緊急支援等である。

本部はニューヨークで、世界 7カ所、すなわち、米州・カリブ海、中・東欧・独立国家共同体、東アジア・太平洋、南アジア、中東・北アフリカ、東・南部アフリカ、西・中部アフリカに、地域事務所を置いている。世界 156カ国に事務所があり、各国事務所レベルにかなり権限が委譲されている。先進国 36カ国には、UNICEF 委員会があり、アドボカシーと募金活動を行っている。

#### (4) 国連人口基金 (United Nations Population Fund: UNFPA)

1969 年に、UNDP の 1 部門として設立され、1972 年独立した機関となった。ICPD の行動計画を基本的枠組みとして実施する中心的機関である。2004 年には、世界 166カ国から、一般・指定拠出金を合わせ 5 億ドル以上が拠出された。サハラ以南アフリカ、中東・東欧、アジア・太平洋、中南米の 4 地域に区分して活動し、各国には事務所を置いている。人口と開発、リプロダクティブヘルス/ライツ、ジェンダーの平等が、中心課題である。性と生殖に関する情報提供、家族計画サービスの推進、適切な産科ケアを受けられる環境整備、HIV/AIDS を含む性感染症の予防・治療、人道支援活動等を実施している。

#### (5) 国連合同エイズ計画 (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS: UNAIDS)

1994年国連経済社会理事会の承認を受け、1996年、WHO、UNICEF、UNDP、UNFPA、国連教育科学文化機関 (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization: UNESCO)、世界銀行がスポンサーとなり、UNAIDSが設立された。その後、国連難民高等弁務官事務所 (Office of the United Nations High Commissioner for Refugees: UNHCR)、世界食糧計画 (World Food Programme: WFP)、国連薬物犯罪事務所 (United Nations Office on Drugs and Crime: UNODC)、国際労働機関 (International Labour

Organization: ILO) が加わり、現在は10機関がスポンサーとなっている。UNAIDSは各スポンサー機関の資金や専門技術の調整役であり、資金提供やプロジェクト実施の機関ではない。途上国のエイズ対策に関する政策立案・人材養成支援、各国政府や国連のエイズ対策の強化と調整、エイズ対策の啓発等の活動を行っている。

#### (6) 世界エイズ結核マラリア基金 (The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria: GFATM)

開発途上国における HIV/AIDS、結核、マラリアの予防、治療、感染者支援のための資金を提供する機関として、2002 年に設立された。各国の政府拠出、民間財団・個人の寄付等、官民が共同で出資しており、2007 年までに総額約 81 億ドルが寄付された。日本政府は、6 億 6267 万ドルを拠出した。2002 年の発足以来、世界 136カ国 450 プロジェクトに対し、総額約 84 億ドルの支援が承認された。資金提供機関であって、プロジェクトの実施機関ではないこと、提供するのはあくまで追加資金であって、対象国の既存の仕組みを活用すること等が定められている。

対象国につくられる国別調整メカニズム (Country Coordinating Mechanism: CCM) が申請書を提出、技術審査委員会 (Technical Review Panel: TRP) が審査の後、理事会に支援案件を推薦する。承認された資金は、対象国の資金受入責任機関 (Principal Recipient: PR) が受領してプロジェクトを実施する。議決権のある理事は 20 名で、途上国 7、先進国 8、民間企業 1、民間財団 1、途上国 NGO 代表 1、先進国 NGO 代表 1、感染者コミュニティの代表 1 という構成である。他に議決権のない理事として、世界銀行、WHO、UNAIDS の代表、スイス代表計 4 名が、理事会に参加する。事務局は比較的小規模で、約 355 名の職員が勤務している。

#### (7) Bill and Melinda Gates Foundation

1999 年に William H. Gates Foundation を改組し、シアトルに本部を移して設立、翌 2000 年に、Gates Learning Foundation と合併し、Bill and Melinda Gates Foundations と改称した。約 292 億ドルの基金に加え、Warren E. Buffett



から約 370 億ドルの寄付を受けることになっており、合わせて 600 億ドルを超える資金規模となる。慈善団体としては世界最大規模である。ワシントン D.C.と、デリーにも事務所があり、職員は全部で 241 名である。

保健医療、教育、生物学などの分野の研究を支援してきており、これまでの助成金総額は 105 億ドルにのぼる。優先的に取り組まれている疾患として、急性腸炎、急性感染性気管支炎、小児保健、予防接種、HIV/AIDS、マラリア、結核、リプロダクティブヘルスと母子保健、栄養障害等が挙げられる。また、新生児の結核経口ワクチン開発、人材育成と施設整備、コミュニティ活動、緊急人道支援にも関わっている。実際には、委託する NGO が、製品になりそうなシーズを各大学や製薬会社等から探し出し、その製品化を支援するという形をとっている。

#### (8) Ford Foundation

1936 年に設立、1950 年に国際的組織となった。1960 年代後半には、米国内の 5,600 カ所以上に 30 億ドル以上を支出した。現在の資産約 106 億ドル、Gates Foundation に次ぐ規模の財団で、教育、研究、国内・国際問題に取り組んでいる。ニューヨークの本部に Board があり、Field Offices (Program Offices) は、南米 3 カ所 (メキシコシティ、サンチアゴ、リオデジャネイロ)、アフリカ 3 カ所 (ナイロビ、カイロ、ヨハネスバーグ)、アジア 5 カ所 (北京、ニューデリー、ジャカルタ、ハノイ、ヴィエンチャン)、及びモスクワに置かれている。

米国内向け 80 %、全世界向け 20 %の配分で支援している。現在は Human rights への取り組みが中心で、家族計画、リプロダクティブヘルス、HIV/AIDS 等への取り組みも、保健医療ではなく人権的なアプローチに変わっている。

(9) 赤十字国際委員会 (International Committee of the Red Cross: ICRC)、及び国際赤十字・赤新月社連盟 (International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies: IFRC)

赤十字国際委員会 (International Committee of the Red Cross: ICRC) は、紛争時の傷病者

救援を目的に設立されたスイスの NGO である。その理念に賛同した各国に、同様の組織として、各国赤十字社または赤新月社が設立された。後にその連合体として設立され、自然災害救援と開発援助を本務とするのが、国際赤十字・赤新月社連盟 (IFRC) である。現在では、紛争地に発生する自然災害も多く、連帯して行動することが多い。

日本赤十字社は、全国組織で、我国唯一の血液供給体制を持つ機関である。全国に、医療施設、6 看護大学、17 看護専門学校、1 助産師学校等を有し、各都道府県支部、及び各種ボランティア組織を基盤として、国内外の救援にあたっている。職員約 55,000 人、社資提供者 1,190 万人に上る。

### 3. 優先事業等の意思決定メカニズムと情報共有の仕組み

#### (1) UNICEF

最終意思決定機関は、各国代表者からなる Executive Board である。本部は、4 年毎に中期戦略計画を策定し、Executive Board の承認を得る。各国レベルでは、この戦略を中心に、各国の事情を考慮して Results Based Planning という手法で先方政府と Logical Framework を策定する。さらに、すべての UN 機関と共同で、CPAP (Country Programme Action Plan) を先方政府と作成する。

情報共有の手段としては、The State of the world's Children を毎年発行し、世界 195 カ国のデータを報告している。2004 年以降、Progress for Children を年 2~3 回発行して、MDGs の進展を報告している。ウェブサイトの UNICEF television で無料のビデオを紹介し、UNICEF radio では独自のプログラムを放送している。

#### (2) UNFPA

最終的意思決定は、各国代表者からなる Executive Board でなされる。WHO 等で検討された問題を尊重して優先順位を決め、Priority Area を設定して Global agenda に反映させる。本部の Technical Support Division は、Program Committee の承認を得た Guideline や Tool を作成、それを基に各国事務所での活動を考える。4 地域の定例会議において、本部

の担当者と各国事務所代表者が協議して、Regional Strategy を作る。

内部の情報共有のために、XEROX社製 Docu-share という基本ソフトをカスタマイズしたシステムを使用している。各種報告書、公式文書、スピーチ、広報資料等、すべての書類が共有され、世界のどこからでもアクセス可能である。キーワード、単語、国名、年号等による検索が可能である。各国事務所には、研修を受けた Focal point を置いた。

### (3) Bill and Melinda Gates Foundation

Bill Gates、Melinda Gates、William H. Gates Sr. の 3 名が会長で、Microsoft の元幹部 Patty Stonesifer が CEO である。最高決定機関は、会長 3 名による合議である。CEO の下に、Global Health President が置かれ、その下に、Discovery、Development-I、Development-II、Delivery、Global Health Policy という Department が置かれている。CEO、Global Health President、及び各 Department の長が集まって、Priority や戦略を決める。Global Health President には Senior Advisor と Advisory Panel が助言する。

これまで、感染症等に対する Vertical approach であったこと、Development 中心で、Discovery と Delivery が弱かったことから、組織を改変した。2007 年 9 月からは、開発した薬品やワクチンを、どのように使うか、どのようにして住民に届けるか、といった内容も含めることになった。

### (4) Ford Foundation

Field Offices の長の会議による提案を、本部の Board に諮って、優先順位を決定している。20 万ドル以下は、Field Office のイニシアティブに任せられ、それ以上は、Board の承認が必要である。あまりローカルな事業は対象とならず、広く地域全体に影響を及ぼすような事業を対象としている。支援の対象は民間機関である。

継続的に長期間コミットするのが特徴で、短期的結果を求めず、量的指標よりも質的指標で目標達成を評価する。常に学び続ける機関であろうとしており、Grant craft network (www.grantcraft.org) を作って、成功・失敗の原因を評価し、評価結果を、広くフィール

ド関係者にフィードバックしている。

### (5) ICRC / IFRC

国際的な赤十字運動の最高議決機関は、赤十字・赤新月国際会議である。本会議は、ICRC、IFRC、及び各国の赤十字・赤新月社 183 社の代表と、ジュネーブ条約加入国政府代表で構成される。政治的討論は許されず、人道的事項、ジュネーブ条約に関する提議、国際赤十字・赤新月運動全体に関わる問題のみが協議され、各国赤十字・赤新月社代表、政府代表、ICRC、連盟が各 1 票の議決権を有する。国際的活動は、国際赤十字委員会、または国際赤十字・赤新月社連盟によって決定される。ある国の赤十字社が他の国に働きかける場合、国際赤十字・赤新月社連盟を通じて、関与国の赤十字・赤新月社との連携がとられる。

## 4. 緊急人道援助と人材養成

### (1) 大学・学術団体

欧米の大学、とくに米国の公衆衛生大学院は、長期開発および緊急人道援助に携わる、初心者・中級者が、広範な知識を習得する場といえる。最も実践的なのはジョーンズホプキンス大学、理論研修はハーバード大学が優れている。その他米国の大学では、エール、コロンビア、チューレン、ミシガン、ノースキャロライナ、英国の大学では、ロンドン、リバプール等の、公衆衛生大学院、人口問題・熱帯医学・国際問題の研究機関等がある。これらの大学は、国連、世界銀行、USAID、大手国際 NGO と連携して、世界の保健医療対策を提言したり、問題の生じている地域に直接介入したりすることもある。

日本でも、多数の大学が国際協力分野に関与しているが、内容はさまざまな水準にある。しかし、過去 30 年の、日本の開発・人道援助の実績に伴い、多数の中堅層が育成されてきている。また、日本国際保健医療学会では、学生部会を設置して、若手を育成している。

### (2) 国際機関・開発援助機関

国連の Junior Programme Officer (JPO) 制度は、主に社会学系の長期開発に関与する人

材の、On the job training の場となっている。研修の成果は、スーパーバイザーの経験・専門分野と研修者のニーズのマッチング、及び、適切な事例に遭遇できるかどうかで、大きく異なる。ただし、緊急人道援助の現場では、実践経験を積むことはできるが、学問的な研修はできない。

日本では、外務省の人材センターが、雇用情報を提供している。国際機関では、それぞれの組織の Vacancy note や Internship の広報に注意し、自分の専門性を明確にした application を送る必要がある。通常は、多数の組織に、相当の期間を見込んで、応募する必要がある、その間の生活費や面接を受ける経費も自己負担である。

国際開発高等教育機構 (Foundation for Advanced Studies on International Development: FASID) は、開発援助の実務者向け研修から大学院教育まで、各種人材育成活動を行っている。JICA も、実務者向け研修や、調査研究を実施している。

### (3) NGO・NPO

国際的 NGO・NPO の中には、MSF や Oxfam のように、独自の研修制度を持っているものがあり、とくに、緊急人道援助での人材育成能力は高い。Oxfam では、ボランティアやインターンの研修について、ウェブサイトに掲載している。IFRC は、1986 年来、人道援助に関する世界最高水準の研修、H.E.L.P I (Health Emergency in Large Populations) と H.E.L.P II (Health, Ethics, Law and Politics) を、毎年、世界で 10~13 コース開催している。アジアでは、2003 年来、日本赤十字九州国際看護大学が、隔年に開催している。

また、実践的マニュアルや、途上国の状況に対するガイドラインを持つ国際 NGO も多く、MSF Reference Books、Oxfam のマニュアルは、ウェブサイトに掲載されている。Sphere Project は、NGO、赤十字、WHO、UNICEF 等の国連人道機関が協力して、人道援助の考え方と実践のあり方を集約した、画期的なものである。

日本の NGO では、ジョイセフ (家族計画国際協力財団: Japanese Organization for International Cooperation in Family Planning: JOICFP) が、リプロダクティブヘルス分野の専門家養成研修を国内外で実施している。緊

急人道援助や開発援助事業を実施している AMDA は、派遣する会員に対して研修している。

## D. 考察

### (1) 国際イニシアティブ

国際イニシアティブは、WHO 等の国際機関や、米国等の主要ドナー国がリーダーシップをとることが多い。しかし、実施に際しては、国際機関、政府機関、民間機関、研究機関等、多数の機関が参加した、複雑なパートナーシップの形をとっている。実際には、イニシアティブを主導した機関より、資金提供機関の発言力の方が大きいようである。

このようにパートナーシップが複雑化したのは、まず、保健医療分野で活動する機関が増加し、しかも多岐に渡っていることによる。WHO に加え、UNICEF、UNFPA 等の国連機関も保健医療活動をしている。資金提供機関としては、世界銀行等の開発銀行、Gates Foundation 等の民間財団の存在が大きい。技術力のある実施機関として、国際 NGO や大学等の研究機関もあげられる。NGO や民間財団は、国連機関や国家と同列のパートナーとして認知されている。

多数の機関が同一分野に参入しているため、役割分担が不明確になり、機能が重複していることもあり、調整・協調の必要が生じる。また、技術能力はあるが資金のない機関、資金はあるが実施方法論の乏しい機関もあり、協力と相互補完が必要とされる。WHO のような国連機関が、公・民合わせた多数機関の調整役となっている。

国際イニシアティブは単一疾患・課題に対する vertical approach であることが多い。単一疾患・課題を取り上げることは、政治家や一般市民にとって理解しやすく支持を得やすい。実施方法論も比較的単純であり、投入の効果も評価し易い。

しかし、国際イニシアティブの潮流は、小児保健、感染症対策から、保健医療システム強化へと変化している。単一疾患・課題に資金を投入しても、開発途上国の保健医療システム整備が進まなければ、効果が現れないことが理解されてきたからである。近年では、単一疾患・課題を対象としたイニシアティブ

であっても、保健医療システム強化を平行して進めることを表明するようになってきている。

国際イニシアティブには、政治的な意味合いも強く、国連機関のトップや、米国の政権が交代した際等に、新たなイニシアティブを開始することが多い。G8 経済サミットや国連の会議等の場で、保健医療分野に関するコミットメントが表明されることも多い。政治的コミットメントがあり、有効な活動となるという利点もあるが、優先度や持続可能性については課題を残す。

## (2) 意思決定の仕組み

各種の援助機関がどのように援助の優先順位や援助政策を決めてきたかは、時に不透明で、外側からは良くわからない部分も多い。二国間援助の場合、政治的・外交的・経済的に国益を重視するものである場合もある。国連機関においても、多種多様の利害関係者(国)の政治的駆け引きの場となり、現場のニーズが必ずしも反映されるとは限らない。NGO は、個人的繋がりや興味で動く場合もあり、援助依存の問題等についての深い考察もなく、必ずしも世界全体、国全体を見渡した結果として援助活動を決めていない可能性も否定できない。

政府部内での財政支出の決定要因については、例えば Cameron (1978) は、経済的要因、財政的要因、政治的要因、制度的要因、国際的要因の 5 つを挙げている。畑農ら (2004) は、さらに直近の経済状況や、近代化・経済発展などの長期的趨勢なども要因として分類し直している。また、阪本ら (2005) は、1962 年のキューバ危機を事例として、政策決定過程をシミュレーターを使って検証し社会心理学的観点から述べている。これらの要因が、基金と呼ばれる援助機関の中での意思決定に少なからず影響を及ぼしている可能性は考えられる。

現場のニーズにより即した援助を実施するには、政策決定に末端の意見を取り入れる仕組みが必要とされる。例えば、Region 毎に集まって本部職員と討論して意見を出しあう制度は、日本でも利用可能と思われる。あるいはまた、中央で Framework を組織として決定し、地域・各国レベルでは個々の事情にあったプログラムや活動を決定できるように組み合わせているのも参考になる。

各援助機関は、それぞれ特異の設立目的があり、多くのイニシアティブやムーブメントを作ってきた。これらは、国際的な援助の方向付けをしたという点からは重要な意味を持っていたと思われるが、反面、援助資金に頼らざるを得ない開発途上国は、イニシアティブが変わるたびに保健政策を変えざるを得ないという弊害も現れている。国連機関は、プロジェクト担当者の裁量権が比較的大きいが、近年では、MDGs のような、グローバルテーマへの対応に追われ、ローカルなニーズへの対応が不十分となる傾向がある。

各基金はそれぞれ特徴あるアプローチを取りながらも、途上国のシステム強化の重要性を認識し始めている。保健システム強化の流れは、これからしばらく続く世界的トレンドと考えられる。しかしながら、Evidence-based というだけで、方法論についてのコンセンサスは、まだ得られていない。研修や施設建設だけではなく、その先の意識改革まで踏み込む必要があると思われる。そのためには長期的開発の視点が必要となる。評価に関しても、短期的数値目標の達成を求めず、質的な評価方法を考慮する必要がある。

開発途上国の現場に直接影響を及ぼさないが、重要な戦略変更が行われていることも明らかになった。例えば、Gates Foundation は、製品の完成に重点を置いていた援助内容を、大きく組織変更してまで製品のデリバリーまで意識するようになった。あるいは Ford Foundation は、保健から Human rights にシフトしてしまった。戦略変更というより組織変更という意味では、世界銀行でも、そして最近では JICA でも行われている。

## (3) 情報の共有

知識や情報の共有は、より適切な意思決定に重要な役割を持っていると考えられるのにも関わらず、有効に利用されていない可能性がある。より適切な意思決定には、情報の内部共有化と外部との共有化の 2 つの視点を持たなければならない。三好(1999)は、「議論の結果を形式知として整理するとともに、インターネットやイントラネット等を利用して如何なる場所からでも知識を即時に容易に参照できるような知識ベースとして蓄積し、「知識ベースの構築には、専任の人員

を確保して、恒常的に議論の結果を形式知として取りまとめ整理」することが必要だと述べているが、UNFPA の Docu Share での内部情報の共有のあり方に呼応する。三好は、「開発援助機関で有効な知識は利用者が組織の内外を問わず存在するので、知識管理は開放的なシステムとして構築することが必要である」と主張しているが、Ford Foundation の Grant craft network のような、オープンな評価結果の共有に繋がる。

#### (4) 人道援助と人材養成

国際保健医療分野の人材養成には、各国の政府機関、研究機関、大学、国連機関、国際 NGO 等が関わっており、数百をこえる研修があるが、研修期間や内容はさまざまである。IFRC による H.E.L.P. I (Health Emergency in Large Populations) ・ H.E.L.P. II (Health, Ethics, Law and Politics) が実績をあげている。重要なことは、紛争や災害が発生した現場の人材による、自立的かつ自律的救援、復興、さらに開発が可能になることである。したがって、今後は、人道援助に留まらず、人材養成に主題をおいた協力が求められると考えられる。

紛争や災害、とくに最近増加している巨大災害は、それぞれが特徴的であり、ある事例に習熟したとしても、それを他の紛争や災害に該当できることはほとんど無い。人材養成の骨子は、(1) 基本的な災害医療・看護の研修を受けること、(2) できる限り多様な現場を経験すること、(3) できる限り多数の現場を経験すること、そして、(4) 可能な On the job training の機会を持つことである。

#### E. 結論

保健医療分野の国際イニシアティブは、感染症対策、母子保健等、多数におよび、多くは、国際機関、政府機関、民間財団、NGO、研究機関等が参加したパートナーシップの形で運営されている。技術専門機関と資金提供機関が異なったり、本来の目的より拡大した活動をしたりする等、各機関の役割分担が複雑化している。イニシアティブの多くは、政治的リーダーシップに基づいており、政治的コミットメントがあることから、資金や実施体制が確保される利点がある。しかし、現

地の事情に適した優先課題の選定や、実施期間後の持続可能性には課題を残している

これまでは、単一疾患・単一課題をとりあげたイニシアティブが多かったが、次第に保健医療システム強化に重点が置かれつつある。保健医療サービス提供のためのシステムの構築・強化を支援するという開発の視点を、援助側が認識し始めており、そのための援助の意思決定や方法論の構築が、開発援助をより効果的に行うために必要であることが判明した。

緊急人道援助に携わる人材育成において重要なことは、基本的な災害医療・看護の研修を受けたうえで、できる限り多くの多様な現場を経験し、On the job trainingの機会を持つことである。

#### F. 健康危険情報

該当事項なし

#### G. 研究発表

##### 1. 論文発表

- (1) 青山温子、明石秀親、木下真里、岡本美代子、川口レオ：保健医療分野の開発援助プロジェクトにおける技術的後方支援について。国際開発学会第8回春季大会報告論文集、101-104 (2007)。
- (2) 永井真理、木下真里、青山温子：イラクにおける女性医師の状況について－エジプトでの国外研修参加者に対する面接調査結果より。国際保健医療、22:1、51-61 (2007)。
- (3) Ui, S., Leng, K., and Aoyama, A. Building peace through participatory health training – A case form Cambodia. Global Public Health 2 (3): 281-293 (2007)。
- (4) Nagai, M., Abraham, S., Okamoto, M., Kita, E., and Aoyama, A. Reconstruction of health service systems in the post-conflict Northern Province in Sri Lanka. Health Policy 83 (1): 84-93 (2007)。
- (5) Aoyama, A. Arab Republic of Egypt: Strengthening Nursing Education in Egypt – A Feasibility Assessment. The World Bank, Washington, D.C., 2007.

- (6) 明石秀親、川口レオ、木下真里、青山温子：保健医療分野の援助機関における優先事業決定に関する特徴。第18回国際開発学会全国大会報告論文集、384-387 (2007)。
- (7) Uy, S., Akashi, H., Taki, K., Ito, K. Current problems in national hospitals of Phnom Penh – Finance and health care. *Nagoya J. Med. Sci.*, 69: 71-79 (2007).
- (8) 明石秀親：国際保健医療学で何を教えるのか。国際保健医療、22(3): 123-126(2007)。
- (9) 喜多悦子：国境を越えて健康をまもる。兵藤智佳編「知る・考える・行動する保健医療」、pp 1-10、早稲田大学平山郁夫記念ボランティアセンター(WAVOC)、東京、2007。
- (10) 高橋清美、喜多悦子：救援者のメンタルヘルス①。こころのマネジメント、10(4): 94-98、2007。
- (11) 八谷寛、青山温子、明石秀親、玉腰浩司：健康寿命と世界各国の保健医療支出。老年医学、46 (1): 27-32 (2008)。
- (12) 上村朋子、喜多悦子：難民保健から避難民援助へ。国際災害研究会編「災害医学・改訂第2版」、南山堂、東京 (印刷中)。
- (13) Aoyama, A. Public health policies and health services. In “Japan’s Experiences in Development” Ed. T. Toyoda, J. Nishikawa, H. Sato, S. Matsuoka. Palgrave Macmillan, Houndmills, U.K., *In press*.
- (14) Kawaguchi, L., Bounthanom S., Tsuyuoka, R., Koizumi, N., Akashi, H., Phengta, V., Watanabe, H., and Aoyama, A. Seroprevalence of leptospirosis and risk factor analysis in rural flood-prone areas in Lao PDR. *Am. J. Trop. Med. Hyg. Submitted*
- (15) Ui, S., Lim Try, H., Yatsuya, H., Kawaguchi, L., Akashi, H., and Aoyama, A. Making differences in community participation at health centers in rural Cambodia: Role of local non-governmental organizations (NGOs). *Soc. Sci. Med. Submitted*.
- 代子、川口レオ：保健医療分野の開発援助プロジェクトにおける技術の後方支援について。国際開発学会第8回春季大会、板倉・群馬 (2007)。
- (2) 川口レオ、露岡令子、木下真里、江啓発、明石秀親、青山温子：ラオス・カムアン県農村部におけるレプトスピラ症感染の疫学研究。第22回日本国際保健医療学会総会、大阪 (2007)。
- (3) 喜多悦子、中村光江、松尾和枝：日米看護系大学における国際協力に携わる人材育成に関する研究。第22回日本国際保健医療学会総会、大阪 (2007)。
- (4) 明石秀親、川口レオ、木下真里、青山温子：保健医療分野の援助機関における優先事業決定に関する特徴。第18回国際開発学会全国大会、那覇 (2007)。
- (5) Kita, E. An experience of dilemma of humanitarian works in conflict areas. 第5回国際人道医学会、東京 (2008)。
- (6) 浅井一輝、明石秀親、川口レオ、青山温子：カンボジアにおける結核患者の発見・治療の現状と課題。第26回日本国際保健医療学会西日本地方会大会、岡山 (2008)。
- (7) 磯野正晶、明石秀親、宇井志緒利、青山温子：カンボジア農村部における妊産婦健診及び分娩時のケアの現状と課題。第26回日本国際保健医療学会西日本地方会大会、岡山 (2008)。
- (8) 栃木宏介、明石秀親、江啓発、青山温子：カンボジアにおける HIV/AIDS:検査・ARTの現状と課題。第26回日本国際保健医療学会西日本地方会大会、岡山 (2008)。
- (9) 明石秀親：国際協力と医療人材育成。アフガニスタン国際協力ワークショップ講演、東京大学医学教育国際協力研究センター・国際保健医療学会学生部会共催、東京 (2007)。
- (10) 明石秀親：Aid coordination mechanisms for reconstructing the health sector of post-conflict countries. 国際保健学講演会講演、東京大学、東京 (2007)。
- (11) 喜多悦子、上村朋子、佐伯あゆみ：基調講演 世界の健康の危機と人道援助の歴史。シンポジウム 国際医療協力ー人道医療支援をめぐって。日本医学会総会、大阪 (2007)。

## 2. 学会発表等

- (1) 青山温子、明石秀親、木下真里、岡本美

- (12) 喜多悦子：世界の健康の危機と人道科学。平成 19 年度大学婦人協会総会記念講演、福岡 (2007)。
- (13) 喜多悦子：HIV/AIDS という啓示・・・私の人道科学の目覚め。Kobe エイズフェスタ基調講演、神戸 (2007)。
- (14) 喜多悦子：開発と健康。国連グローバルセミナー第 3 回島根・山口セッション、山口 (2007)。
- (15) 喜多悦子：国際看護。アジア遠隔医療シンポジウム報告、福岡 (2007)。

#### H. 知的財産権の出願・登録状況

該当事項なし

## 保健医療分野での国際イニシアティブとパートナーシップ

主任研究者 青山 温子 名古屋大学大学院医学系研究科教授

### 研究要旨

本研究全体の目的は、保健医療分野の各種国際イニシアティブ、保健医療分野で活動する国際機関や国際的基金等の活動内容や意思決定メカニズム等に関して分析し、これまでの日本の貢献について検討して、保健医療分野における日本の国際社会に対する貢献が、より効果的で存在感あるものとなるよう提言することである。この分担研究課題では、主として、保健医療分野での国際イニシアティブと、国際機関・開発援助機関のパートナーシップについて、文献・資料、及びWHO等の関係者からの情報収集をもとに検討した。

保健医療分野の主な国際イニシアティブとして、以下があげられる。

- (a) 予防接種・小児感染症対策: [1958～1980] Smallpox Eradication Initiative; [1988～] Polio Eradication Initiative; [2001～] Measles Initiative; [1974～] Expanded Programme on Immunization; [1990～] Children's Vaccine Initiative; [2000～] Global Alliance for Vaccines and Immunization.
- (b) マラリア・結核・エイズ対策: [1998～] Roll Back Malaria; [2000～] The Stop TB Partnership; [2002～] 3 by 5 Initiative; [2002～] Clinton Foundation HIV/AIDS Initiative; [2003～2008] President's Emergency Plan for AIDS Relief.
- (c) 母子保健: [1985～1994] Child Survival Initiative; [1994～] Basic Support for Institutionalizing Child Survival; [1996～] Integrated Management of Childhood Illness; [1987～] Safe Motherhood Initiative; [2005～] The Partnership for Maternal, Newborn and Child Health; [1994] International Conference on Population and Development Programme of Action.
- (d) プライマリヘルスケア・その他: [1978] Declaration of Alma-Ata; [1987～] Bamako Initiative; [2000～2015] Millennium Development Goals.
- (e) 日本が主導したイニシアティブ: [1998] 国際寄生虫対策(橋本)イニシアティブ; [2000] 沖縄感染症対策イニシアティブ; [1999～] 人間の安全保障.

国際イニシアティブは、WHO等の国際機関や、米国等の主要ドナー国がリーダーシップをとることが多い。しかし、実施に際しては、国際機関、政府機関、民間機関、研究機関等、多数の機関が参加した、複雑なパートナーシップの形をとっている。これは、保健医療分野で活動する機関が増加し、しかも多岐に渡っていることによる。技術的・資金的状況の異なる多数機関が同一分野に参入しているため、調整・協力・相互補完が必要とされている。

国際イニシアティブは単一疾患・課題に対するvertical approachであることが多いが、小児保健、感染症対策から、保健医療システム強化へと次第に変化している。イニシアティブの多くは、政治的リーダーシップに基づいており、政治的コミットメントがあることから、資金や実施体制が確保される利点がある。しかし、現地の事情に適した優先課題の選定や、実施期間後の持続可能性には課題を残している。



## A. 研究目的

本研究全体の目的は、まず、保健医療分野の各種国際イニシアティブ・戦略、保健医療分野で活動する国際機関・国際的基金・主要国際 NGO に関する情報を収集し、歴史的経緯と社会背景、成果と課題、各機関の知識マネジメント体制と意思決定メカニズムに関して分析することである。次に、国際イニシアティブ・国際機関に対するこれまでの日本の貢献と課題について検討する。最後に、保健医療分野における日本の国際社会に対する貢献が、より効果的で存在感あるものとなるよう、具体的提言をまとめる。

日本は、人道・平和主義の立場から、高い技術水準に基づく支援を実施してきた。途上国の期待は大きいですが、日本の ODA 予算は縮小傾向にある。また、国際協力機構 (Japan International Cooperation Agency: JICA) と国際協力銀行 (Japan Bank for International Cooperation: JBIC) の合併、自衛隊による支援、国際的基金の存在感増大等、国際協力の環境は変化しており、新しい戦略を確立する必要がある。平成 20 年には、G8 サミット及び第 4 回アフリカ開発会議が日本で開催されるが、保健医療分野支援は重要課題の 1 つとされている。

これまで日本は、国際イニシアティブに対し、資金・技術両面から貢献してきた。しかし、国際機関の活動が重複することも多く、各種イニシアティブが効率的に効果をあげていないことがある。国際社会で存在感を示しながら、公衆衛生・医療行政等日本の経験を生かした支援を進めるには、国際保健医療分野の課題に対する深い理解と、国際機関等の意思決定過程への参画が不可欠である。日本が効果的に国際貢献できれば、国際的感染症予防はじめ、日本の厚生労働行政にも裨益できると考えられる。

この分担研究課題では、主として、保健医療分野での国際イニシアティブの背景要因と、国際イニシアティブ形成の意思決定メカニズム、国際機関・開発援助機関のパートナーシップについて、検討する。

## B. 研究方法

保健医療分野の各種国際イニシアティブに関して、国際機関・開発援助機関の刊行

物・ウェブサイトから、資料を収集して検討した。また、2007年9月23日～27日、米国・ワシントンの世界銀行本部、及びバルティモアのジョンズホプキンス大学公衆衛生大学院を訪問し、各種国際イニシアティブへの関与について調査した。さらに、11月6日～8日、スイス・ジュネーブの世界保健機関 (World Health Organization: WHO)、及び世界エイズ結核マalaria対策基金 (The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria: GFATM) を訪問した。WHOでは、感染症対策、母子保健分野等での、国際イニシアティブ及びパートナーシップ・プログラムの担当者等と面談して、情報を収集した。GFATMでは、組織機構と活動内容、及び現在進行中の設立5カ年目評価事業に関する情報を入手した。

### (倫理面への配慮)

本研究は、直接、人を対象とした基礎医学研究・臨床研究・疫学研究ではなく、実験動物も使用しないため、既存の倫理指針の対象とはならない。関係者からの情報収集の際には研究目的を説明して承諾を得た。文献資料を直接引用する際は、出典を明らかにして、著作権保護に留意した。

## C. 研究結果

### 1. 国際イニシアティブ [表1]

#### (a) 予防接種・小児感染症対策

##### (1) Smallpox Eradication Initiative (天然痘根絶)

1958年のWHO総会で、世界天然痘根絶計画が可決された。当時、天然痘は主要死因の1つで、33カ国で流行していた。ワクチン接種、サーベイランスと封じ込め (surveillance and containment) を世界中で実施、1977年ソマリアでの患者発生が最後となった。2年間の監視期間を経て、1980年5月、WHOは天然痘の世界根絶宣言を行った。

##### (2) Polio Eradication Initiative (ポリオ根絶)

1988年のWHO総会で、2000年までにポリオ根絶する計画が採択された。当時、ポリオにより、世界125カ国で年間35万人以上の小児が麻痺を発症していた。WHO、Rotary International、米国疾病対策予防センター (U.

S. Centers for Disease Control and Prevention: CDC)、国連児童基金(United Nations Children's Fund: UNICEF)等、多数機関の協力のもと、経口ワクチンの定期接種及び全国一斉投与(National Immunization Day: NID)、急性弛緩性麻痺(Acute Flaccid Paralysis: AFP)サーベイランス等が実施された。その結果、1994年に南北アメリカ、2000年に西太平洋地域、2002年にヨーロッパ地域で、ポリオ根絶宣言がなされた。2007年において、インド、パキスタン、ナイジェリア、コンゴ民主共和国等、南アジアやアフリカの11カ国で、計992例の発生が報告されており、まだ根絶には至っていない。

### (3) The Measles Initiative

米国赤十字、CDC等が協力して2001年に開始された。麻疹による死亡を2010年までの10年間で90%減少させる計画である。アフリカ等において、麻疹の予防接種を普及させ、患児の治療を進め、2004年までに死亡を半減させた。

### (4) 予防接種拡大計画(Expanded Programme on Immunization: EPI)

1974年より開始された、WHO、UNICEF等による、BCG(結核)、DPT(ジフテリア/百日咳/破傷風)、麻疹、ポリオの6疾患(後にB型肝炎等を追加)のワクチンを、幼児に定期接種する世界的プログラムである。1974年当時の予防接種率は5%程度であったが、20年間で75%を超える水準に達した。多くの場合、新生児破傷風予防のための女性に対する破傷風予防接種、小児に対するビタミンA投与(EPI Plus)も、合わせて実施されている。

### (5) Children's Vaccine Initiative (CVI)

1990年、ニューヨークで開催された世界子どもサミットで採択された。EPIによって、予防接種率は向上したが、サブサハラアフリカ諸国等では、1990年代に接種率が低下して、50%以下となった。予防接種率の向上と、新しいワクチン開発、ワクチンの品質管理、供給体制整備等を進めるため、WHO、UNICEF、国連開発計画(United Nations Development Programme: UNDP)、世界銀行、Rockefeller Foundationが協力して、CVIを発足させた。

### (6) GAVI Alliance (Global Alliance for Vaccines and Immunization)

CVIを継続発展させるために、2000年に形成された公的機関と民間機関のパートナーシップであり、UNICEF、WHO、世界銀行、Bill and Melinda Gates Foundation、Rockefeller Foundation、開発途上国及び先進国政府、International Federation of Pharmaceutical Manufacturers Associations (IFPMA)等ワクチン業界、市民団体、研究機関等で構成されている。GAVI Fundを設置して、定期予防接種のさらなる普及や、B型肝炎やインフルエンザ菌(Haemophilus influenzae type b: Hib)ワクチン等、新しいワクチンの導入を支援している。

### (b) マラリア・結核・エイズ対策

#### (1) Roll Back Malaria (RBM)

マラリア対策の国際協調活動を推進するために、1998年、WHO、UNICEF、UNDP、世界銀行により設立された。1960年代にマラリア根絶計画が失敗して以後、先進国の関心が薄れマラリア対策の援助資金も乏しくなっていた。しかし、途上国、とくにアフリカ諸国における。マラリアによる人的・経済的損失が大きいことから、1990年代から、WHO、アフリカ諸国、製薬・研究機関等が、いろいろなレベルでマラリア対策に取り組み始めた。1998年、WHO事務総長に就任した、Gro Harlem Brundtlandは、マラリア対策を重要課題の1つとしRoll Back Malaria (RBM) Initiativeを主導した。患者の早期発見と治療、Insecticide Treated Net (ITN)の普及、妊娠中のマラリア予防等を実施して、マラリアによる死亡を減少させることを目指している。現在、RBMのパートナーは、国際機関、ドナー国、マラリア流行国、研究機関、NGO、民間基金、民間機関等、多数に及び、それぞれの代表者21名から理事会が構成されている。

#### (2) Stop TB Partnership

Stop TB Initiativeは、結核(tuberculosis: TB)を公衆衛生的課題ではない水準まで減少させる目的で、1998年、ロンドンでの結核対策委員会で設立された。2000年には、結核流行国20カ国により「Amsterdam Declaration to Stop TB」が採択され、WHO総会にて、

Global Partnership to Stop TB の設立と、2005 年までに感染力のある結核患者の診断率 70%、診断された患者の治癒率 85% という目標が設定された。Stop TB Partnership には、WHO 等の国連機関、各国政府、NGO、民間企業など、500 以上もの機関が参加している。WHO が 1983 年から推進している有効な治療方法 DOTS (directly observed treatment, short-course) をさらに拡大させ、薬剤の入手を容易にし、多剤耐性結核や HIV 合併結核の対策を整備し、研究開発を進めている。

### (3) 3 by 5 Initiative

Treat 3 million by 2005 の意味で、2005 年末までに AIDS 患者 300 万人に抗レトロウイルス薬(antiretroviral: ARV) を供給する目標である。途上国では 5~600 万人の AIDS 患者に治療の必要性が緊急にあると推定されているが、実際には 30 万人しか Antiretroviral Therapy (ART)を受けていない。そのため、Lee Jong-Wook 前 WHO 事務総長が中心となって提唱した。WHO と国連合同エイズ計画 (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS: UNAIDS) は協力して、途上国政府の要請により緊急対応チーム(Emergency Response Teams)を送り、診断・治療に関する技術支援と資金調達のための協力を実施した。ARV の供給体制整備、治療ガイドライン策定、人材養成等の協力と併せ、資金供給を拡大するアドボカシーを行った。その結果、2005 年 6 月末には、約 100 万人が治療を受けるようになった。

### (4) U.S. President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR)

第 43 代米国大統領 George Bush が、2003 年の一般教書演説で発表した、エイズに関する国際援助計画である。5 年間で 150 億ドルを拠出するとしており、1 国による最大規模のエイズ対策支援である。うち、100 億ドルを南アフリカ、ナイジェリア、ケニア、エチオピア等アフリカ 12 カ国、及び、ハイチ、ガイアナ、ベトナムの計 15 カ国の Focus Countries に供与、40 億ドルをインド、ロシア、メキシコ等他の対象国への供与と研究活動に充当、10 億ドルは世界エイズ結核マラリア対策基金 (GFATM) に拠出するとした。GFATM への拠出金は、2006 年までに倍の 20 億ドルとなった。2010 年までに、Focus

Countries において、200 万人の HIV 感染者を治療し、700 万人の新たな感染を予防し、エイズ孤児を含め 1,000 万人の感染者及びエイズにより影響を受けた人々のケアをすることを、目標としている。

### (5) Clinton Foundation HIV/AIDS Initiative (CHAI)

第 42 代米国大統領 Bill Clinton が、2001 年に退任、Clinton Foundation を設立し、国内外での慈善事業を実施している。2002 年より開発途上国のエイズ対策に取り組んでおり、良質な Anti-Retroviral Treatment (ART) にアクセスできるよう、薬剤のコスト低下や技術支援を進めている。

### (c) 母子保健

#### (1) Child Survival Initiative

米国国際開発庁 (United States Agency for International Development: USAID) は 1960 年代から開発途上国の小児の健康を改善する活動を実施してきた。米国議会は、1985 年に Child Survival Initiative を採択、予防接種、栄養、小児疾患対策等に 50 億ドル以上の支援を実施することとした。経口補水塩 (Oral Rehydration Salts: ORS)は、1968 年にバングラデシュのコレラ病院 (現、International Centre for Diarrhoeal Disease Research, Bangladesh: ICDDR,B) で開発され、WHO の下痢症対策 (Control of Diarrhoeal Diseases: CDD) として確立、USAID の活動もあって、世界的に普及した。また、DPT 等の接種率は 5% から 70%まで向上、小児急性呼吸器感染症 (Acute Respiratory Infection: ARI) の簡便な診断・治療を普及する等の成果を挙げた。

#### (2) BASICS (Basic Support for Institutionalizing Child Survival)

1994 年以来、Child Survival に続く USAID の事業として、John Snow, Inc 等 6 団体が共同で受託し実施している。新生児や小児の主要な死亡原因、すなわち、マラリア、肺炎、下痢症、分娩時の合併症、HIV/AIDS を予防できる既存の方法を、普及、拡大している。

#### (3) Integrated Management of Childhood Illness (IMCI)

WHO と UNICEF により、1992 年以降、開発が進められてきた、小児疾患に対する包

括的ケアのガイドラインで、1996年には、基本型が定められた。下痢症、肺炎、麻疹、マラリア、栄養障害といった、途上国の小児の生命を脅かす疾患に対し、個々の疾患毎に対応するのではなく、患児を総合的に診療する方法が、医療施設のレベル毎にまとめられた。現地の状況に応じて、基本型から内容を改訂し、現地語のマニュアルを作成して、医療従事者に対する研修が実施される。途上国の小児は、複数の健康問題を抱えていることが多いので、医療施設を訪れた機会を最大限に利用して、主訴以外の疾患も診療し、加えて、予防接種、栄養指導、寄生虫駆除等の予防的サービスも提供しようとしている。それまで縦割りで行われていた、下痢症、ARI対策等は、徐々にIMCIに移行することとされた。IMCIの導入当初は、研修内容が単一疾患の場合より複雑で難しいことや、IMCIの普及が不十分な段階で、それまで機能していた下痢症・ARI対策が動かなくなるといった問題点が生じた。現在では、多くの途上国が保健医療プログラムのコンポーネントとしてIMCIを取り入れるようになっている。

#### (4) Safe Motherhood Initiative (SMI)

1987年、ナイロビで開催された Safe Motherhood Conference において、開始された。世界各国とくに途上国における妊産婦の死亡と合併症を、2000年までに半減することを目標とした。WHO、世界銀行、国連人口基金 (United Nations Population Fund: UNFPA)、UNICEF、UNDP、国際家族計画連盟 (International Planned Parenthood Federation: IPPF)、Population Council により、Inter-Agency Group (IAG) for Safe Motherhood が構成された。家族計画サービス、流産後のケア、妊婦健診、医学的教育訓練を受けた医師・助産師等の介助者による分娩、Essential obstetric care (EOC)、思春期保健等、妊産婦の死亡と合併症を削減するための対策・介入が、IAG やその他の援助機関等によって実施された。

#### (5) The Partnership for Maternal, Newborn and Child Health (MNCH)

ミレニアム開発目標 (Millennium Development Goals: MDGs) の目標 4・5 に掲げられた、妊産婦と幼小児の健康改善を達成するため、2005年9月に、3つのパートナー

シップ (Partnership for Safe Motherhood and Newborn Health; Child Survival Partnership; Healthy Newborn Partnership) が併合されて発足した。国、地域、及び地球規模での母子の健康改善活動を協調させ強化することを意図している。80カ国以上の政府と、WHO、世界銀行、UNFPA、UNICEF、UNDP、IPPF、International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO)、USAID、CDC、Bill and Melinda Gates Foundation、Save the Children、USA、Population Council、Population Reference Bureau、London 大学、Johns Hopkins 大学等の、国連機関、二国間援助機関、NGO、財団、研究機関、専門職団体等の、88機関が、パートナーとなっている。活動の柱は、コーディネートと国家計画策定を支援する Country Support、母子の健康を政治課題として資金を増加させようとする Advocacy、実証された費用対効果の高い介入を進める Effective interventions、進捗を評価してアカウントビリティを確保する Monitoring and evaluation である。

#### (6) International Conference on Population and Development (ICPD) Programme of Action (カイロ行動計画)

1994年9月にエジプトのカイロで開催された国際人口開発会議 (International Conference on Population and Development: ICPD) にて、参加 179カ国により採択された。リプロダクティブヘルス/ライツが初めて国際文書に盛り込まれ、2015年までに、すべての人のリプロダクティブヘルス・サービスへのアクセス、乳幼児・妊産婦死亡率の削減、女性のエンパワメント等が定められた。個人・カップルに決定権があるとするリプロダクティブヘルス/ライツの概念の導入により、これ以後、マクロの視点からの国家による人口政策や、人口プロジェクトに対する支援活動はなくなり、個人、とくに女性の健康・人権を守る活動へと形を変えた。

#### (d) プライマリヘルスケア (PHC) ・その他

#### (1) Declaration of Alma-Ata (アルマ・アタ宣言)

1978年に旧ソビエト連邦のアルマ・アタ (現カザフスタンのアルマティ) で、WHO と UNICEF が共催した会議で、「西暦 2000 年ま