

でにすべての人に健康を」(Health for All by the Year 2000: HFA) という目標が宣言された。その戦略として、プライマリヘルスケア (Primary Health Care: PHC) を推進することとし、健康教育、環境衛生、母子保健、栄養、必須医薬品等が PHC の基本的活動項目として提案された。

(2) Bamako Initiative

1987年、マリ共和国首都バマコで開催された、アフリカ諸国保健大臣会議にて採択された。PHC、母子保健等の基本的保健医療サービスの費用を地域ファイナンスングにより捻出し、コストを抑えながら、保健医療サービスの質・アクセスの向上を目指した。WHO、UNICEFの支援のもと、医薬品回転資金システム (Drug Revolving Fund) が導入された。すなわち、初期の薬剤在庫のみは援助を受けるが、その後は住民が薬の代金を支払って、再び薬剤を買付ける仕組みである。地域によって、取り組み方は異なったが、多くの場合は、医療費の負担額やサービスの質に改善が見られたが、民間の薬剤市場と競合したり、医療サービスの利用率が低く留まったりした例も少なくなかった。

(3) ミレニアム開発目標 (Millennium Development Goals : MDGs)

2000年9月ニューヨークで開催された国連ミレニアム・サミットにおいて、参加189カ国によって、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まとめられた。ミレニアム開発目標 (MDGs) は、8つの目標 (goals) から構成され、18の量的なターゲット (quantifiable targets) に細分されている。そのうち、[目標4: 幼児死亡率の削減 (Reduce child mortality)]、[目標5: 妊産婦の健康の改善 (Improve maternal health)]、[目標6: HIV/エイズ、マラリア、その他の疾病の蔓延防止 (Combat HIV/AIDS, malaria and other diseases)] が、保健医療分野の目標である。その他、[目標1: 極度の貧困と飢餓の撲滅 (Eradicate extreme poverty and hunger) ターゲット2: 2015年までに飢餓に苦しむ人口の割合を半減させる]、[目標7: 環境の持続可能性の確保 (Ensure environmental sustainability) ターゲット10: 2015年までに、安全な飲料水と基礎的な衛生施設を継続的に利用できない人々の割合を半減する]、[目

標8: 開発のためのグローバル・パートナーシップの推進 (Develop a Global Partnership for Development) ターゲット17: 製薬会社と協力し、開発途上国において、人々が安価で必須医薬品を入手・利用できるようにする]も、保健医療分野に係るターゲットである。各国連機関や各国政府等は、MDGs達成を目指して開発援助プログラムを進めており、2005年の国連総会首脳会合では、進捗状況が議論された。

(c) 日本が主導したイニシアティブ

(1) 国際寄生虫対策(橋本)イニシアティブ

第82/83代内閣総理大臣橋本龍太郎が、1997年G8デンプーサミットで、寄生虫対策への国際的取組みを提唱した。翌1998年G8バーミンガムサミットにおいて、サミットのコミュニケに、「感染症及び寄生虫症に関する相互協力を強化し、これらの分野におけるWHOの努力を支援する」と示された。日本は、アジアとアフリカに人材養成と研究開発の拠点をづくり、寄生虫対策の人材養成と情報交換等を向上させていくとした。アジアのセンターとしては、タイ国マヒドン大学熱帯医学部に「国際寄生虫対策アジアセンター」が創設され、2001年からアジア諸国の研修生を招聘している。アフリカでは、ケニア、ガーナを拠点として、寄生虫対策プロジェクトとして実施された。

(2) 沖縄感染症対策イニシアティブ

2000年九州・沖縄サミットで採択された「G8コミュニケ・沖縄2000」には、HIV/AIDS、結核、マラリアを初めとする感染症対策に取り組むことが掲げられた。フォローアップの一環として、同年12月に、沖縄県で「感染症対策沖縄国際会議」が開催された。各国政府、国際機関、NGO等が参加、各機関のパートナーシップを強化し、サミットで掲げられた数値目標を達成するための具体的行動計画が策定された。日本は、5年間で総額30億ドルの協力を行うことを表明した。

(3) 人間の安全保障 (Human Security)

1994年、UNDPの人間開発報告書で、はじめて取り上げられた概念で、飢餓・疾病・抑圧等の脅威からの安全確保と、日常生活からの断絶に対する保護を含めた包括的概念

とされた。保健医療分野に留まらない包括的概念であるが、感染症や環境問題等が人々の健康を損なうことを脅威と捉え、すべての人間の生存確保を目指すことから、保健医療分野と重なる部分が多い。

1998年、第84代内閣総理大臣小渕恵三が、ハノイでの政策演説で、人間の安全保障を重要課題として取り上げた。この演説を受け、1999年、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。その後、日本は、2007年までに累計約335億円を拠出、国連の信託基金の中で最大規模のものとなった。

2000年、G8九州・沖縄サミットにおいて、感染症、教育、犯罪等の問題について、途上国への協力を含めG8の具体的な行動が議論された。国連ミレニアム総会の演説では、第85/86代内閣総理大臣森喜朗が、日本は人間の安全保障を外交の柱に据えると表明した。

2001年、森総理の提案を受け、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・センが就任した。2003年、同委員会は、アナン国連事務総長に最終報告書を提出、人々の生存・生活・尊厳を確保するため、保護とエンパワメントを推進する戦略が必要であるとした。

2. 国際機関・開発援助機関のパートナーシップ

各種の国際イニシアティブは、当初、WHO、日本、米国等、特定の機関・政府がリーダーシップをとるものの、実際の活動は、多くの機関・政府が協調するパートナーシップの形をとることが多い。1990年代後半頃からは、国際機関、政府、開発援助のNGOのみならず、財団や企業等の民間機関を含め、より幅広くなってきている。個々のパートナーには、WHOのように主に技術的役割を果たす機関、GFATMやBill and Melinda Gates Foundationのように主に資金を提供する役割を果たす機関等がある。パートナーシップの事務局は、主導した国際機関に設置されることが多く、RBM、Stop TB、MNCHの事務局は、WHOにおかれている。

国際イニシアティブの多くは、RBMやStop TBのように、特定の疾患あるいは課題に対するvertical programである。過去からの推移をおおまかに区分すると、1980年代

頃まではChild survival、1990年代はHIV/AIDS、2000年代半ばからはHealth systemに重点がおかれている。また、MNCHのように、MDGs達成が重要課題となって再編されたものもある。

これらの国際イニシアティブに伴うパートナーシップは、目的に沿った連携であって、1機関として組織されているわけではない。しかし、UNAIDS、GFATMのように、特定の目的のために、新たな組織が創設された場合もある。

3. 国際機関等の組織概要

(1) 世界銀行 (The World Bank = 国際復興開発銀行 International Bank for Reconstruction and Development: IBRD / 国際開発協会 International Development Association: IDA)

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。世界銀行本部には、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いる。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。プロジェクトを開始するには、担当部署ディレクター、カ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。

(2) 世界保健機関 (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。

今回の調査では、以下の部署の関係者と面談した。エイズ・結核・マラリア・熱帯病クラスター局長、GFATMとの調整担当アドバイザー、Global Malaria Programme、結核担当、HIV担当、RBM事務局、Stop TB Partnership事務局、Partnership for MNCH 事務局、Reproductive Health and Research、Adolescent Health、Partnership and UN Reform、Country Focus、Health Statistics and Evidence。

多くのパートナーシップ・プログラムがあり、WHOの役割との関係は複雑になっている。例えば、マラリアの場合、Global Malaria Programme が技術的側面を担当し、RBM事務局はパートナー間の調整にあたり、資金面ではGFATMの存在が大きい。HIV/AIDSにおいても、WHOは技術的側面を担当、UNAIDSが調整とアドボカシー、資金提供は、GFATM、世界銀行、PEPFAR等のドナーが主体である。

(3) 国連合同エイズ計画 (UNAIDS)

1981年のエイズ患者発見以来、WHO中心に国際的なエイズ対策を進めてきたが、1990年代になると、HIV/AIDS感染拡大と社会・経済的インパクト増大により、国連システム全体の取組み強化が求められた。また、他の国連機関もエイズ対策を推進しているため、調整が必要とされた。1994年国連経済社会理事会の承認を受けて、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、途上国に対して直接資金を提供したりプロジェクトを実施したりする機関ではない。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。

(4) 世界エイズ結核マラリア基金 (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 億ドルの寄付が寄せられた。日本政府は、うち 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。GFATM は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。

D. 考察

今年度は、保健医療分野の主な国際イニシアティブと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。また、一部の国際機関等の、組織の概要をまとめた。国際機関等の組織機構と意思決定メカニズムに関して

は、次年度、詳しく検討する計画である。

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、資金提供機関の発言力が大きく、例えば、WHOが主導したイニシアティブであっても、WHOの役割は、技術提供と事務局としての調整役に留まることが多いようである。

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、Bill and Melinda 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、調整・協調の必要が生じる。また、各機関が本来の設立目的から役割を拡大しており、役割分担が不明確になり、機能が重複していることも否めない。加えて、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のような国連機関は、もともと国家間の調整機関であるが、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。とくに政治主導の感染症関係のイニシアティブに、その傾向が見られる。単一疾患・課題を取り上げることは、保健医療を専門としない政治家、民間企業、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。例えば、HIV/AIDSの治療薬を投与するには、教育された医療従事者のいる医療施設、検査体制、

薬剤の調達・分配・品質管理システム等がないと、効果をあげられない。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言明するようになっている。

とはいえ、保健医療システムという言葉の定義が曖昧で、さまざまなレベルの活動が、保健医療システム強化に繋がっているとして、拡大解釈される傾向もある。加えて、保健医療システム強化が、英国はじめヨーロッパ諸国主導のイニシアティブであるという側面もある。

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。もちろん、重要課題の中からイニシアティブを選定しているので、有意義な活動であることに相違ない。政治的コミットメントがあるため、資金は確保され、実施能力も強化され、有効な活動となるという利点もある。

他方、多くの重要課題の中から、目立ちやすく効果の現れやすいものを選びがちなことから、優先度については課題を残す。また、世界的に展開する場合、必ずしも、現地の優先課題と一致しないこともある。さらに、政治的なリーダーシップや、資金提供期間が終了した後の持続可能性にも、疑問が残る。加えて、政治主導の場合、技術的専門家の意見が十分に反映されない可能性もある。

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。単一疾患・単一課題をとりあげたイニシアティブが多いが、次第に保健医療システム強化に重点が置かれつつある。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。

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) 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)。
- (3) 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)。
- (4) 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)。
- (5) 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)。
- (6) Aoyama, A. Arab Republic of Egypt: Strengthening Nursing Education in Egypt – A Feasibility Assessment. The World Bank, Washington, D.C., 2007.
- (7) 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)。
- (8) 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*.
- (9) 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

- (10) 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.

2. 学会発表等

- (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、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) 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)。
- (4) 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)。
- (5) 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)。
- (6) 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)。

H. 知的財産権の出願・登録状況

該当事項なし

表 1: 主な保健医療分野の国際イニシアティブ

時期	国際イニシアティブ	活動内容	主な関係機関
1958 ~ 1980	Smallpox Eradication Initiative (天然痘根絶)	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。天然痘を根絶。	WHO
1974~	Expanded Programme on Immunization (EPI) (予防接種拡大計画)	BCG、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) のワクチン投与。小児対象。	WHO、UNICEF
1978	Declaration of Alma-Ata (アルマ・アタ宣言)	アルマ・アタでの国際会議で、Health for All by the Year 2000 (HFA) を宣言、その戦略として、PHCを推進。	WHO、UNICEF
1985 ~ 1994	Child Survival Initiative	途上国の幼小児の死亡を予防する目的で、予防接種、栄養、下痢症対策、ARI 対策等の活動実施。	USAID
1987~	Safe Motherhood Initiative (SMI)	妊産婦死亡・合併症を 2000 年までに半減する目標。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、EOC、思春期保健等。	WHO、世界銀行、UNFPA、UNICEF、UNDP、IPPF、Population Council
1987~	Bamako Initiative	アフリカ諸国保健大臣会議で採択、Drug Revolving Fund の導入、コストの抑制、基本的保健医療サービスの質・アクセスの向上。	UNICEF、WHO
1988~	Polio Eradication Initiative (ポリオ根絶)	2000 年までにポリオ根絶を計画、経口ワクチンの定期接種と NID、AFP サーベイランス等実施。1994 年南北米、2000 年西太平洋、2002 年欧州で根絶達成。インド、ナイジェリア等で発生持続。	WHO、CDC、Rotary International、UNICEF、Gates Foundation、世界銀行、UN Foundation、日・英・独・伊・加・豪等、Aventis Pasteur、De Beers 等の企業
1990~	Children's Vaccine Initiative (CVI)	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、供給体制整備の推進。	WHO、UNICEF、UNDP、世界銀行、Rockefeller Foundation
1994~	BASICS (Basic Support for Institutionalizing Child Survival)	Child Survival に引き続き、途上国の新生児・小児の主要死因対策を普及・拡大。	USAID
1994	International Conference on Population and Development (ICPD) Programme of Action	リプロダクティブヘルス/ライツの概念の認知と国家人口プログラムの終焉。	UNFPA、各国政府、NGO
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。現地状況に応じて改訂。	WHO、UNICEF

1998	国際寄生虫対策(橋本)イニシアティブ	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。アジアとアフリカに人材養成と研究開発の拠点。	日本、G8、タイ
1998～	Roll Back Malaria (RBM)	多数のパートナーにより構成。患者の早期発見と治療、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。	WHO 、 UNICEF 、 UNDP、世界銀行等の国際機関、流行国、仏・米等先進国、大学、研究機関、NGO、民間財団、製薬会社等の民間機関
1999～	人間の安全保障 (Human security)	前年の総理演説を受け、国連に人間の安全保障基金を設立。2000 年の国連ミレニアム・サミットで日本外交の柱とすることを表明。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。	日本、国連
2000～2015	Millennium Development Goals (MDGs) (ミレニアム開発目標)	国連ミレニアム・サミットで採択。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。	UNDP、国連機関、各国政府
2000	沖縄感染症対策イニシアティブ	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。感染症対策沖縄国際会議で行動計画策定。日本は 5 年間で総額 30 億ドル拠出。	日本、G8 政府
2000～	GAVI Alliance (Global Alliance for Vaccines and Immunization)	GAVI Fund を設置。定期予防接種の普及、B 型肝炎、Hib ワクチン等、新しいワクチンの導入を支援。	UNICEF、WHO、世界銀行、Gates Foundation、Rockefeller Foundation、開発途上国及び先進国政府、IFPMA、市民団体、研究機関等
2000～	The Stop TB Partnership	1998 年に設立された The Stop TB Initiative を推進。DOTS の普及、診断・治療の推進により、2005 年までに、診断率 70 % 以上、治癒率 85 % 以上とするのが目標。	WHO 等の国連機関、各国政府、NGO、民間企業など、500 以上の機関

2001～	Measles Initiative	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。予防接種の普及、患児に対する治療の推進。	米国赤十字、CDC、UN Foundation、WHO、UNICEF
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 ARV を供給することを目標に、技術支援と資金調達のための協力を実施。2005年6月末には、約100万人に治療提供。	WHO、UNAIDS
2002～	Clinton Foundation Initiative (CHAI)	開発途上国での ART へのアクセス向上の支援。	Clinton Foundation
2003～ 2008	President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR)	5年間で150億ドルをエイズ対策支援にあてる。10億ドルは GFATM に拠出。15 Focus Countries にて、治療 200 万人、予防 700 万人、ケア 1,000 万人を目標。	米国政府
2005～	The Partnership for Maternal, Newborn and Child Health (MNCH)	MDGs 4・5 の達成のため 3 パートナーシップを併合して発足。政府、国連機関、NGO、研究機関、財団等 88 機関がパートナー。活動の柱は、Country Support、Advocacy、Effective interventions、Monitoring and evaluation。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。	WHO、UNDP、UNFPA、UNICEF、世界銀行、IPPF、FIGO、USAID、CDC、Population Reference Bureau、Population Council、Gates Foundation、London School of Hygiene and Tropical Medicine、Johns Hopkins University 等、88 機関

資料を収集した関係機関のウェブサイト

- WHO: <http://www.who.int/en/>
- 世界銀行: <http://www.worldbank.org/>
- 世界銀行東京事務所:
<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/COUNTRIES/EASTASIAPACIFICEXT/JAPANINJAPANESEEXT/0,,contentMDK:20744242~menuPK:515648~pagePK:141137~piPK:141127~theSitePK:515498,00.html>
- UNICEF: <http://www.unicef.org/>
- 日本ユニセフ協会: <http://www.unicef.or.jp/top3.html>
- UNFPA: <http://www.unfpa.org/>
- UNFPA 東京事務所: <http://www.unfpa.or.jp/>
- UNDP: <http://www.undp.org/>
- UNDP 東京事務所: <http://www.undp.or.jp/>
- UNAIDS: <http://www.unaids.org/en/>
- GFATM: <http://www.theglobalfund.org/en/>
- 世界基金支援日本委員会: <http://www.jcie.or.jp/fgfj/03.html>
- USAID: <http://www.usaid.gov/index.html>
- PEPFAR: <http://www.pepfar.gov/>
- Bill and Melinda Gates Foundation: <http://www.gatesfoundation.org/default.htm>
- Clinton Foundation: <http://www.clintonfoundation.org/index.htm>
- GAVI Alliance: <http://www.gavialliance.org/index.php>
- 外務省: <http://www.mofa.go.jp/mofaj/>
- 首相官邸: <http://www.kantei.go.jp/>

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

分担研究者 明石 秀親

名古屋大学大学院医学系研究科 国際保健医療学 准教授

研究要旨

〔目的〕「本研究では、保健医療関連の各種国際イニシアティブや戦略の効果とインパクト、保健医療分野で活動する国際機関・基金・主要 NGO についての情報を収集し、歴史的経緯、社会的背景、成果と現状、意思決定メカニズムについて分析する。国際イニシアティブや国際機関に対するこれまでの日本の貢献・課題についても並行して検討し、保健医療分野の日本の国際貢献が、より効果的で存在感あるものとする方策を提言する」。これに沿って今年度は、「国際イニシアティブ・戦略、及び主要な国際機関に関する情報収集と分析」を実施した。

今年度は、自らの活動資金のある基金（Fund、Foundation）と呼ばれる援助機関の意思決定のプロセスを検証し、援助の開発における位置づけを考える中で、日本の援助へ提言を行うことを目的に調査を行った。

〔方法〕①2007年6月－8月に、保健医療分野の代表的な国連機関である UNICEF（国連児童基金）、UNFPA（国連人口基金）、また私的な基金による援助機関である Ford Foundation と Bill & Melinda Gates Foundation（以下、Gates Foundation）について、訪問による Semi-structured interview 調査を実施した。②ウェブサイトおよび資料、文献による調査も合わせて実施した。

〔結果と考察〕結果から、援助政策決定には、トップの意向、世界的コンセンサス、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。またこのためには、政策や戦略決定に現場の声を吸い上げる仕組みが必要であり、そのために Region 毎に集まって討論しあう制度は日本も利用可能と思われる。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。一方、このための情報共有のあり方も重要であり、そのためには、情報の内部共有化と、外部との共有化の二つの視点を持たなければならない。この場合、UNFPA の Docu Share での内部情報の共有のあり方や、Ford Foundation の Grant craft network のような、オープンで、長期的展望に立っての評価のやり方は興味深い事例である。援助内容としては、各基金はそれぞれ特徴あるアプローチを取りながらも、Gates Foundation も含めて、途上国のシステム強化の重要性を認識し始めている。しかしこのためには、システムを考えたり、研修や施設建設したりするだけでなく、「意識改革」まで踏み込む必要があり、そのためには長期的開発の視点が必要であると思われる。さらに、その評価のためには、Ford Foundation の例からもわかるように、現在、日本でも導入されている「量的な指標」だけでなく、特に、日本の援助のように相手の成長を促すようなアプローチの場合、「質的な評価」方法も考慮する必要があるだろう。

〔今後の予定〕今後はこれらの結果を基に、保健医療分野の日本の国際貢献が、より効果的で存在感あるものとする方策を提言する予定である。

A. 研究目的

「本研究では、保健医療関連の各種国際イニシアティブや戦略の効果とインパクト、保健医療分野で活動する国際機関・基金・主要NGOについての情報を収集し、歴史的経緯、社会的背景、成果と現状、意思決定メカニズムについて分析する。国際イニシアティブや国際機関に対するこれまでの日本の貢献・課題についても並行して検討し、保健医療分野の日本の国際貢献が、より効果的で存在感あるものとする方策を提言する」。これに沿って今年度は、「国際イニシアティブ・戦略、及び主要な国際機関に関する情報収集と分析」を実施した。

今年度は、自らの活動資金のあ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し、援助の開発における位置づけを考える中で、日本の援助へ提言を行うことを目的に調査を行った。

B. 研究方法

1. 2007年6月－8月に、保健医療分野の代表的な国連機関である UNICEF (国連児童基金)、UNFPA (国連人口基金)、また私的な基金による援助機関である Ford Foundation と Bill & Melinda Gates Foundation (以下、Gates Foundation) について、訪問による Semi-structured interview 調査を実施した。インタビュー対象者は、以下のとおりである。

① UNICEF

・ Dr. Kayode S. Oyegbite (Senior Programme and Planning Officer, Health Section, Programme Division ナイジェリア人、その後ベトナム、エチオピア、バングラデッシュと移動してきた)

・ 平林国彦 (東京事務所、副代表、元アフガニスタン事務所の保健代表)

② UNFPA

・ Dr. Lindsay Edouard (Senior Advisor, Reproductive Health Branch, Technical Support Division. 8月からアルジェリアに赴任)

・ Dr. Arletty Pinel (Director, Reproductive

Health Branch)

・ Dr. David P. Rose (Senior Knowledge Sharing Advisor, Strategic Planning Office.)

・ 池上清子 (東京事務所、代表)

③ Gates Foundation

・ Dr. Dan Kress (Deputy Director, Policy & Finance, Global Health Program, 元世界銀行)

④ Ford Foundation

・ Ms. Lourdes A. Rivera (Program Officer, Human Rights, Peace and Social Justice Program. Ford に来て 8ヶ月目、元 US の National Health Law Program にいた)

2. ウェブサイトおよび資料、文献による調査も合わせて実施した。

C. 研究結果

1. UNICEF

1-1. 設立経緯

ユニセフは、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年の第1回国連総会で国連国際児童緊急基金 (United Nations International Children's Emergency Fund = UNICEF) として設立された。その後、活動を開発途上国の子どもたちを対象とした社会開発に移し、1953年国連児童基金 (United Nations Children's Fund) と改称された。1965年、2001年にはノーベル平和賞を受賞した。

1-2. 基金規模

2005年度の総収入は27億6200万米ドル、2006年度では27億8100万米ドルであった。このうち、58%が政府と政府間機関から、29%が民間部門/NGOから、6%が機関間からの拠出で、7%がその他からの収入であった。総支出は2006年で23億4300万米ドルで、そのうち96.5%がプログラム協力費に、3.2%が UNICEF の運営管理費に、0.3%は損金その他の支出に当てている。また、総支

出の 65%が保健・医療関係に使われた。

1-3. 組織

ニューヨークの本部のほかに、米州とカリブ海諸国、中部・東部ヨーロッパ・独立国家共同体、東アジアと太平洋諸国、南アジア、中東と北アフリカ、東部・南部アフリカ、西部・中部アフリカの世界 7カ所に地域事務所を置き、156の国と地域に各国事務所があり支援活動を行っている。各国事務所レベルにかなり権限委譲が行われている。また先進国 36カ国に UNICEF 委員会があり、アドボカシー活動と募金活動を行っている。

1-4. 重点課題

子供の権利条約を基本に、すべての子供（18歳未満）が持つ権利（保護される権利、健康である権利、教育を受ける権利）が普遍的な倫理原則、そして国際的な行動規範として確立されるようにすること。

<活動範囲>

- ① 予防接種（麻疹、ポリオ、結核、破傷風、百日咳、ジフテリア）やビタミンAの投与。
- ② ワクチンや必要な器材の提供、保健所などの設備の整備、保健員のトレーニングやサービスの向上、住民への啓発
- ③ マラリア予防の蚊帳などの提供
- ④ 母乳育児・栄養のある食事のとり方についての母親教育
- ⑤ 安全な水の確保と衛生環境の改善
- ⑥ 井戸やトイレ、洗い場の設置（特に、学校にトイレや洗い場を整備）
- ⑦ HIV/エイズ
 - ・母子感染の予防
 - ・若者の新たな感染の予防
 - ・子どもの HIV 感染者およびエイズ患者の治療
 - ・孤児をはじめ、エイズにより困難な状況にある子どもの保護・サポート
- ⑧ 緊急支援活動

1-5. 意思決定過程

最終意思決定機関は、各国代表者からなる Executive Board である。4年毎に本部が中心となり、各国事務所と協力して中期戦略計画（MTSP: Mid-term Strategic Plan）を

策定し、Executive Board の承認を得る。各国レベルでは、この MTSP を中心に国毎の Multi Indicators Cluster Survey (MICS) や USAID の Demographic Health Survey (DHS) を基に問題点を整理し、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、One UN approach という考え方から、すべての UN 機関と共同で、CCA (Common Country Assessment) や UNDAF (United Nations Development Assistance Framework) を基に、CPAP (Country Programme Action Plan) を先方政府と作成する。

1-6. 特徴（特に情報共有について）

1-6-1. 通常メディア

- ・ “The State of the world’s Children”を毎年発行。195カ国のデータを報告している。
- ・ 2004年以降“Progress for Children”を年に2～3回発行。MDGs（ミレニアム開発目標）の進展を報告している。
- ・ ホームページの UNICEF television で無料のビデオなどを紹介したり、UNICEF radio では独自のプログラムで放送し情報を提供している。

1-6-2. ユニセフ・イノセンテ・リサーチセンター（IRC）

ユニセフ・イノセンテ・リサーチセンター（IRC）は1988年にユニセフの調査能力を強化し、世界中の子供たちのアドボカシーを支援するためにイタリアのフローレンス市に設置された調査機関。

このセンターは（以前は国際子ども開発センターとして知られていたが）ユニセフが現在および将来的にかかわるだろう問題領域を明確化し、その領域に対する調査、研究をおこなう専門機関である。

このセンターの最も大きな目的としては、

- ① 子どもの権利に関係する諸問題に対して国際理解を改善し、高めること。
- ② 経済先進国においても発展途上国においても、児童の権利に関する国際会議や条件などの完全なる役割遂行を促すこと。である。なお、センターが出版する著書は、子どもの権利に関する地球規模の議

論をまとめたものであり、いくつかの問題においては必ずしもセンターの理念や方策に合致していない場合がある。また、このセンターの運営資金は主にイタリア政府が拠出しているが、それぞれの調査や研究に関してはユニセフ国際委員会が中心となり、その他各国の政府や、国際団体、あるいは民間資金が投入されている。

1-7.5 年後・10 年後の Global health に関する展望

- ・ 5 年前と比べて、GAVI などの Partnership や、Gates などの Private fund からの流入が増えており、今後もその意味では Positive な流れとなるのではないか。
- ・ ただし、そのお金の流入先が、HIV や Malaria、結核などに多すぎるのではないか。例えば、世界的に最も問題なのは ARI や Diarrhea なのに、そこへの配分が少ないと思われる。

1-8. 日本への提言

- ・ 目に見えるかどうかは、援助の額ではない。
- ・ 戦略的に行うことが重要で、Global health の潮流や Priority に沿った方向でなければならない。
- ・ 援助をはっきりさせるには、援助にラベルをつけたり、Acknowledgement を書いたりする。

2. UNFPA

2-1. 設立経緯

国連人口基金は 1969 年設立。当時は国連人口活動基金 (United Nations Fund for Population Activities) と呼ばれ、国連開発計画 (UNDP) の一部門であった。国際社会で人口問題対策が重要視されるようになり、1972 年独立した機関となった。

1994 年にエジプトのカイロで開催された国際人口開発会議 (カイロ会議) では、参加各国によって 20 年間の「行動計画」が採択され、この行動計画を活動の基本的枠組みととらえ、実施していく中心的機関として活動し

ている。

2-2. 基金規模

2004 年には 166 カ国から、一般・指定拠出金を合わせると 5 億ドル以上が拠出された。

UNFPA 単位: 百万ドル

活動分野	2001	2002	2003	2004
リプロダクティブ・ヘルス関連	119.2	129.2	108.4	139.3
人口と開発	34.2	39.8	34.8	47.9
ジェンダー平等の推進と女性のエンパワーメント	0	0	0	13.4
プログラム調整と支援	0	0	0	21.3
啓発活動・アドボカシー	16.0	22.3	21.4	0
その他	2.3	11.3	11.8	0
合計	171.7	202.6	176.4	221.9

地域名	2001	2002	2003	2004
サハラ以南のアフリカ諸国	50.7	73.3	63.5	78.1
中東・東欧諸国	22.6	23.8	23.0	28.7
アジア・太平洋諸国	55.9	63.8	53.3	65.9
中南米諸国	16.9	21.8	13.5	21.1
地域間対象	19.3	20.9	23.2	28.1
合計	165.4	203.6	176.5	221.9

2-3. 組織

活動地域は、サハラ以南のアフリカ諸国、中東・東欧諸国、アジア・太平洋諸国、中南米諸国であり、本部の他に各国事務所がある。

2-4. 重点課題

「人口と開発 (Population and Development)」、「リプロダクティブ・ヘルス/ライツ (Reproductive Health/Rights)」、「ジェンダーの平等 (Gender Equality)」の 3 つが挙げられる。

<活動範囲>

① リプロダクティブヘルスの向上

- ・ リプロダクティブ・ヘルスを保障するために必要な情報・物・人へのアクセスを全ての人に確保するためのプログラムの実施。性と生殖に関する正確な情報や安全で安価な避妊薬 (具) の供給、専門知識をもったカウンセリング・サービス
- ・ 全ての女性が、妊娠・出産・出産後にわ

たり、適切な産科ケアを受けられる機会と環境を整備するプログラムの実施

- ・ HIV／エイズを含む様々な性感染症の予防と治療を促進するプログラムの実施
- ② 妊婦の健康
 - ・ 望まれない妊娠を防ぐための家族計画の推進
 - ・ 出産時に、訓練を受けた助産師など、確実な技術をもった専門家の立会いを確保
 - ・ 妊婦または出産合併症の発生に際し迅速に緊急産科ケアを確保
- ③ HIV／エイズ予防
 - ・ 安全な性行動を取るよう啓発・教育活動を重点的に実施
- ④ ジェンダーの平等
- ⑤ リプロダクティブ・ヘルス関連物資の確保
 - ・ 物資の需要の予測・推進
 - ・ 物品管理と物流にかかわる人々の能力強化
 - ・ リプロダクティブ・ヘルス関連物資の供給・拡散を支持補強する環境の整備
 - ・ プロセス全体の調整
- ⑥ 人道支援活動
- ⑦ 支援の輪の拡大

2-5. 意思決定過程

最終的な意思決定機関は、各国代表者からなる Executive Board である。WHO などで検討された問題（例えば、「妊産婦死亡率の減少」とか）を尊重して、Executive Board で優先順位を決める。本部では、Priority Area を設定して Global agenda に反映させたり、あるいは本部の Technical Support Division が予め Program Committee (Deputy level) に提出して承認を受けた Guideline や Tool を作成し、それを基に各国事務所でその国に合った活動を考える。このとき、仮に提示された Guideline や Tool に入っていないなくても、各国事務所はそこで良いと判断したものは活動に入れ込んで良い。本部では Country Support Group を形成するとともに、世界を4つの Regional に分け、その Regional の定例会議に、本部からの Geographical Division (Management に関わる部署)の担当者たちと各国事務所代表者が集まって検討し、Regional な Strategy を作る。その結果を本部に持ち帰

って、大きな方針に反映させる。

2-6. 特徴（特に情報共有について）

情報共有のために Docu Share (Documents Share Software) を使用。

①内部文書の共有システム (Intra-net)。世界のどこからでもアクセス可能である。

②各種報告書、公式文書、Circular、スピーチ、印刷物、マンガや写真などを使った広報物、内部の事務的な文書、など、すべての書類を共有する。

③キーワード、単語、国名、年号、などで検索可能。リストが出て、それをクリックするとさらに本文が出てくる。

④XEROX 社の Docu-share という基本ソフト (knowledge sharing network application) を基に、UNFPA 用にカスタマイズされている。このカスタマイズ化は、コンサルタント会社と共に行う。

⑤各国事務所に、Focal point を置いて、その人たちに対して Training を行った。このソフトでは Documents を放り込む、投入口 (Document depository) を作る必要がある。

2-7. 5年後・10年後の Global health に関する展望

- ・ 量から質への転換が起こるのではないだろうか。(Quality of Care が重要となる)
- ・ Data を使って、質の改善に結びつけることが必要となろう。(Planning など)
- ・ Child health は改善されているだろうが、Maternal health は改善されていないだろう。というのは、Maternal health の分野は Contraceptives や FP など、文化的に受け入れられない部分が多いからである。MMR も下がっていないだろう。
- ・ Aging : Non-communicable diseases が増えてくるのではないか。

3. Gates Foundation

3-1. 設立経緯

Bill & Melinda Gates 財団は、Gates 氏の父親である William H. Gates Sr.の財団

William H. Gates Foundation)を改称する形で1999年に誕生した。同年ワシントン州シアトルにオフィスを移し、翌2000年には、Gates氏とMelinda夫人が設立した「Gates Learning Foundation」（前回は「Gates Library Foundation」と合併し規模を拡大し、Bill & Melinda Gates 財団と改名した。

3-2. 基金規模

約292億ドル（3兆円超）。世界第2位の資産家 Buffet 氏から約370億ドル（4兆円超）の寄付を受けることになっており、それを合わせると、600億ドル（約7兆円）となる。過去に出した助成金の合計金額は105億ドル（約1兆2000億円）にのぼり、今では保健/医療、教育、生物学などの分野の研究を支援。慈善団体としては世界最大規模となる。

3-3. 組織

オフィスはシアトル、ワシントン D.C.、インドのデリーにあり、職員は全部で241名。会長はGates氏、Melinda夫人、William H. Gates Sr.の3名。Microsoftの元幹部であるPatty Stonesifer氏がCEOを務めている。昔は、感染症（HIV/AIDS・結核など）やReproductive healthなどと、病気毎の縦割りであった。また、これまで右記のうちDevelopmentが中心で、DiscoveryとDeliveryが弱いので、組織変更した（図）。これによりバランスが取れた動きができる。変更理由は、製品を作るだけでは、世界の保



健状況が変わらないと自覚したからである。

3-4. 重要課題

ワクチン開発や薬剤開発の焦点を絞ってきた。しかし、2007年9月から方針転換を行い、これまでのものに追加して、開発した薬品やワクチンを「どのように使うか」や「どのように住民に届けるか」といった内容も含めることになった。

<優先課題>

- ① 優先的に取り組まれている疾患
 - ・ 急性腸炎(Acute Diarrheal illness)
 - ・ 急性感染性気管支炎 (Acute Lower Respiratory Infection)
 - ・ 小児保健 (Child Health)
 - ・ HIV/AIDS
 - ・ マラリア
 - ・ 栄養失調
 - ・ リプロダクティブ・ヘルスと母子保健
 - ・ 結核
 - ・ ワクチンと予防接種
 - ・ 他の感染症
 - 寄生虫感染症 (Helminthic infection)
 - 性感染症
 - キネトプラスト病 (Kinetoplastid diseases)
 - ヒトパピローマウイルスによる子宮頸がん
 - その他 (髄膜炎、 Dengue熱、日本脳炎、

Bill & Melinda Foundation

単位:百万ドル

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Grobal Health							
Vaccine Preventable Disease	\$948.3	\$105.7	\$663.1				
Reproductive and Child Health	\$214.1	\$212.0	\$150.9				
Conditions Associated with Poverty	\$57.5	\$367.8	\$26.1				
Other			\$4.8				
Emergency Relief			\$10.5				
Total	\$1,219.9	\$685.5	\$855.4	\$506.9	\$576.6	\$447.0	\$843.7

トラコーマ)

② 医療科学及び技術の前進

- ・ 新生児の結核ワクチンを経口ワクチンにする研究をハーバード大で行っており、他のワクチンにも利用できる技術を開発中である。

③ その他のイニシアティブ

- ・ Advocacy—人材の育成および施設などの支援
- ・ 地域保健—コミュニティ単位でのプロジェクト
- ・ 緊急支援—災害や紛争などの支援

3-5. 意思決定過程

最高の決定機関は、私的な機関なので Founder の 3 人 (Gates 夫妻、ウォーレン・バフェット) の会議が最終決定する。この下に CEO がおり、その下の Global Health President と、その下の Discovery、Development-I、Development-II、Delivery、GH Advocacy/Policy の各 Department の長が集まって、Priority や戦略を決める。GH President には Senior Advisor が付くが、この President にはまた GH Advisory Panel がついて、アドバイスをを行う。

実際の動きとしては、Gates Foundation が委託する NGO が、製品になりそうなシーズを各大学や製薬会社から探し出してきて、その製品化を支援する、という形をとる。

3-6. 特徴 (特に情報共有について)

Gates の母体であるマイクロソフト社独特の情報共有システムがあると思われるが、未回答のため不明であった。

3-7. 5 年後・10 年後の Global health に関する展望

- ・ Gates Foundation について言えば、5 年後には確実に Products を手に入れているだろう。TB vaccine や TB drug、あるいは Vector control insecticides など。これを住民に届けているのではないかと。10 年後は、その Second generation を作っていると思う。First generation は、100% 有効とはいかないだろうから。
- ・ Global health 全体とすると、5 年後には、

ある程度の Products が開発されているとはいえ、完全なものではないので、まだ途上国では感染症は大きな問題であろう。10 年後も感染症が中心というトレンドは変わらないのではないかと。Vaccine としては、Pneumococcal や Japanese encephalitis (すでにある?) の Vaccine はできている。しかし、HIV の Vaccine はまだできていないと思う。

- ・ Non-communicable diseases は増えてくるだろうが、まだ Gates Foundation はターゲットにしていない。地球温暖化もでてくるだろうが、それについても現時点では考えていない。

3-8. 日本への提言

- ・ 日本は、これまで Cold chain に多大な支援してきた (GAVI も) が、これからも Hib や Hepatitis B、TB や Pneumococcus などの新しいワクチンの開発は続くはずなので、この分野の協力を続けることが需要である。
- ・ もう一つは、今、Gates foundation はカナダ政府と Joint してワクチン開発 (HIV の?) をしており、これは新しい流れなのだが、そのような協力もできれば、と思う。
- ・ 今度の G8 (2008 年の洞爺湖サミット) では、日本が議長国なので期待している。

4. Ford Foundation

4-1. 設立経緯

1936 年にヘンリー 1 世とその息子エドセルが設立。1950 年当時フォードの社長であったヘンリー 2 世が、周辺地域の慈善団体であったものを国際的組織にした。その資金は有価証券に投下した資本から得られていた。

4-2. 基金規模

1960 年代後半には Ford Foundation はアメリカ合衆国の 5600 を超える施設に 30 億ドル以上の金額を支出している。今日の Ford Foundation はヘンリー 2 世の支援のもと教育や一般研究、国内・国際問題に関する

る計画を推進している。資産残高約 106 億ドル、Gates Foundation の次に大きい規模である。

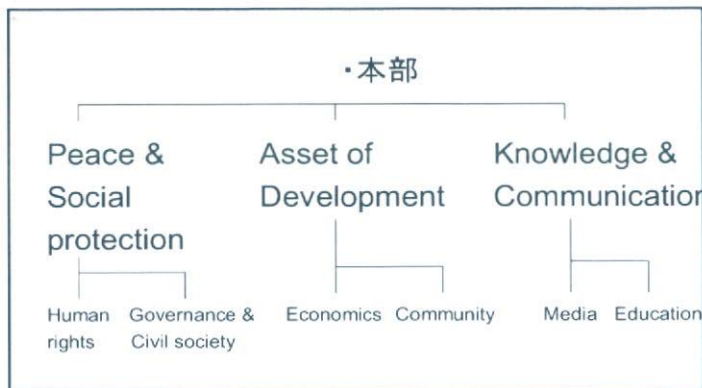
4-3. 組織

本部（ニューヨーク）に Board がある。他は（下図）参照。

他に、Field offices (Program offices) : 中国やインドの他は、Region をカバーする。

- ① Latin America : 3 箇所（メキシコシティー、チリのサンチアゴ、リオデジャネイロ）
- ② Africa : 3 箇所（ケニアのナイロビ、カイロ、ヨハネスバーグ）
- ③ Asia : 4 箇所（ニューデリー、ジャカルタ、ベトナムのハノイ、北京、ラオス）
- ④ ほか：モスクワ

これらの事務所も Funding agencies として活動。パートナーシップは、ソフィア、エルサレムにある。



4-4. 重要課題

アメリカ国内が 80%、全世界向けが 20% の配分。現在は Health に対する支援は行っていないが、家族計画なども、Population から Human rights にアプローチを変えた。

(Health は他のドナーが対象としているので、他がやっていなかった Human rights にシフトした。それまでの課題としては、世界規模の HIV/AIDS イニシアチブ、リプロダクティブ・ヘルス)

4-5. 意思決定過程

- ① Field Office の長が集まって、話し合って優先順位などを決め、それを本部の Board に諮って、Foundation としての優先順位

を決める。

- ② 200,000 ドル以下は、Program office のイニシアティブに任せられ、それ以上では、Board の承認が必要である。
- ③ 戦略的に予算を配分するために、コンサルタントを使っている。
- ④ 非常に Local にしか影響のないものは Grant の対象とならず、むしろ Regional に影響を及ぼすようなものを対象にしている。
- ⑤ Private sector 中心で、Public sector は対象ではない。

4-6. 特徴

- ① Continuous invest で、Long-term な Commitment : 短期的に結果を求めず、量的な指標よりも質的な指標で、Modest な達成目標を期待する。
- ② Learning foundation : Grant craft network (www.grantcraft.org) というものを作り、なぜ成功したのか、なぜ失敗したのかを評価して、評価結果は組織内だけでなく広くこのフィールドの関係者に Feedback する。というのは、分野全体が良くなれば良いと考えているからであった。

4-7. 5 年後・10 年後の Global health に関する展望

- ・ 現在、女性の権利や Abortion のことなど、アメリカではビクトリア朝時代に戻ったように、非常に後退しており、Civil society group がこれから台頭してほしい。
- ・ また、アメリカでは、貧困者と金持ちの受けられる医療のレベルが異なっており、保険制度を変えないとだめである。したがって、National Health Reform を行わないといけない。
- ・ したがって、Race, Class, Age, Poverty などの Advocacy を行わなければならない。
- ・ Gates foundation などは、ワクチンなどに特化しているが、世界的に見ても、カースト制度や FGM など、HIV に限らず、Safe motherhood でも、Ford foundation は、Inequity や Injustice、Gender

discrimination などに焦点を当てていくつもりである。

- Build sustainability health system、Equip、Civil society group

4-8. その他

- Gates Foundation には、何となく批判的。その理由は、薬などの開発が主で、Inequity に対して、手をつけようとしていないといった理解からと思われる。(これが、もしかすると Gates Foundation が、組織替えを行ってまで、戦略を変えようとしている理由かもしれない)

D. 考察

結果からいくつかの特徴が浮かび上がってきた。

1. 意思決定の要因

各種の援助機関はどのように援助の優先順位を決め、どのように援助政策を決めてきたのかは、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、それは政治的・外交的・経済的に国益を重視するものである場合もある。また、国連機関と聞くと、公正中立であると思われがちであるが、ここは将に政治の場であり、多種多様の利害関係者(国)がいるだけに、現場のニーズが必ずしもその意思決定に反映されるとは限らない可能性がある。一方 NGO は、政治的な駆け引きに左右されないという利点がありうるが、個人的な繋がりや興味で動く

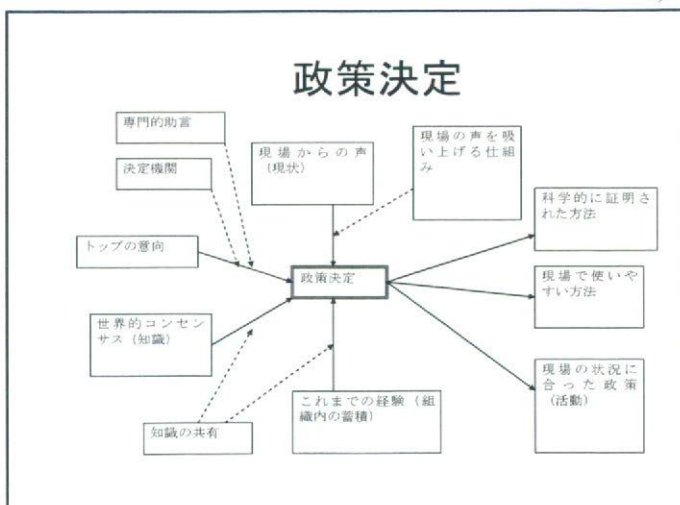
場合も考えられ、援助への依存など開発についての深い考察もなく、また、必ずしも世界全体、国全体を見渡した結果として援助活動を決めていない可能性も否定できない。

今回調査した基金と呼ばれる援助機関の意思決定、政策決定では、様々は要因が関係していることが判明した(図)。

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、①経済的要因(例:都市化や工業化の拡大のため)、②財政的要因(例:国の赤字削減)、③政治的要因(選挙に勝つため)、④制度的要因(例:これまでのやり方を踏襲する)、⑤国際的要因(外部からの市場圧力)、の5つを挙げているが、これを引用している畑農ら(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、そこでのアメリカ・ケネディー政権内の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。

これらの事例で取り上げられている要因は、確かに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ある。例えば、基金にお金が潤沢にあるのか、は予算配分に大きな要因となろう。あるいは、そのときたまたま Board の会議に出ていた声の大きな(影響力の強い)参加者の意見に、全体が引っ張られるかもしれない。しかしこれらの要因については、現在のところ、これ以上検証できなかった。

2. 政策決定に末端の意見を取り入れる仕組み



前述のように、調査した基金の多くは、末端の意見を取り入れて、現場のニーズにより即した援助を行おうとしている。そのためには政策や戦略決定に、現場の声を吸い上げる仕組みが必要である。例えば、Region 毎に集まって本部職員と討論し、意見出しする制度は日本も利用可能と思われる(すでに行われている部分もあるが)。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。

3. 情報の共有化

「貴重な体験や考えの多くが各人の頭の中にある無形の個人財産として保持され、多くの人々に共有されないまま、場合によっては時の経過とともに消滅していつている」と三好（1999）が述べている如く、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、意思決定に有効に利用されていない可能性がある。知識管理の特性に関しては、三好（1999）がその論文の中で世界銀行の例を取り上げているが、今回の各機関の事例から、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二つの視点を持たなければならないことは明らかである。これは三好の指摘する「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、これは今回の UNFPA の Docu Share での内部情報の共有のあり方に呼応する。

また、三好が主張する「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」という内容は、やはり 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。ただ今回の調査では、それぞれの基金が「知識（や情報）を活動に有効に利用するための柔軟なかつ迅速な意思決定や事業の実施ができる組織体制を構築」（三好、1999）していたかどうかは定かではなかった。

さらに、おそらく Gates Foundation は、その母体がマイクロソフト社であるだけに、情報共有のノウハウは革新的なものがあると思われるが、今回の調査では残念ながら情報共有の方法はよくわからなかった。

4. 戦略の変更

各基金は、同じ援助に携わる機関ながらそ

れぞれ特異の設立目的があり、例えば国連機関であれば、「Safe Motherhood Initiative」や「Facts for Health」、「Primary Health Care」、「IMCI (Integrated Management for Child Illness)」など、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行ったという意味では重要な意味を持っていたと思われるが、反面、援助からの資金に頼らざるを得ない開発途上国は、このイニシアティブが変わるたびに、その保健政策を変えざるを得ないという弊害も現れている。

一方、開発途上国の現場に直接影響を及ぼさないが、重要な戦略変更を各基金が行っ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している。あるいは Ford Foundation は、保健から Human rights にシフトしてしまった。あるいは戦略変更というより組織変更という意味では、三好（1999）の述べた世界銀行でも、そして最近では JICA でも行っている。

5. 保健システム強化

各基金はそれぞれ特徴あるアプローチを取りながらも、Gates Foundation Gates が重要性に気づいた「物→システム」という視点も含めて、途上国のシステム強化の重要性を認識し始めている。これらは昨今の WHO の新しい事務総長マーガレット・チャンの論調 (Chan, 2007) や Everyone's business (WHO, 2007)、あるいは日本の高村外相演説でも述べられている (Koumura, 2007) 内容と軌を一にしている。すなわち、保健システム強化の流れは、これからしばらく続くであろう世界的なトレンドと見てもいいのではなかろうか。

しかしながら、これをどのように推し進めるのかということに関して、Evidence-based (Chan, 2007) ということだけで、世界的な方法論についてコンセンサスはまだ得られていないというのが実情である。つまり、これは UNICEF の職員の1人が語ったような研修や施設建設だけでは動かない話で、一方、日本の援助の特徴の一つである人材育成という面で考えると、単に技術を伝えるだけでは不十分で、その先の

「意識改革」まで踏み込む必要があると思われる。しかし、そのためには長期的開発の視点が必要で、日本と同じように長期的な視点の重要性を持つ良い例は **Ford Foundation** の取り組みであろう。すなわち、昨今の援助評価に見られるような短期的な数値目標の達成を求めず、むしろ、その評価のために、**Ford Foundation** の例からもわかるように、現在、日本でも導入されている「量的な指標」だけでなく、特に、日本の援助のように相手の成長を促すようなアプローチの場合、「質的な評価」方法も考慮する必要があるだろう。また、その長期的展望に立っての評価のやり方は、興味深い事例である。

6. 将来的な展望と日本への期待

これについては各機関まちまちの答えであった。しかし、おそらく **UNICEF** が指摘したように保健医療分野へのお金の流入はまだ続くのかもしれないが、その配分が感染症中心でよいのか、という議論は、高村外相の例を見るまでもなく、今後、保健システムの重要性がさらに強調されてくるかもしれない。ただ、どの機関も生活習慣病に積極的に言及している例はなく、これは開発途上国といえどもその重要性は増してくるかもしれないが、まだこの問題よりも感染症や **MCH** の重要性の方が、プライオリティーが高い気がする。また、**MCH** の中でも、母性の部分は中々アチーブすることが難しい可能性が高いと思われる。

E. 結論

保健医療サービス提供のためのシステムの構築・強化に支援するという開発の視点を、援助側が認識し始めたこと、また、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、などが今回の調査から判明し、日本の援助を考える上で、参考になったと思われる。ただ、今回の調査では援助団体の一部の職員からの聞き取り調査に過ぎず、今後、さらに系統的な調査が必要となろう。

[参考文献]

1. 畑農鋭矢、砂原庸介. 財政支出の決定要因：主要先進諸国の実証研究. **PRI Discussion Paper Series 2004**; 財務省財務総合政策研究所研究部.
2. 阪本拓人、保城広至. 政策決定過程シミュレーション — キューバ危機を事例として —. 2005.
http://citrus.c.u-tokyo.ac.jp/mas/workingpaper/wp9_hiroshi_sakamoto.pdf. (accesses on January 8, 2008)
3. 三好皓一. 開発援助機関における知識管理. **国際開発研究** 1999; 8(2): 29-43.
4. World Report. Margaret Chan's vision for WHO. **Lancet** 2007; 369: 1915-16.
5. WHO. EVERYBODY'S BUINESS STRENGTHENING HEALTH SYSTEMS TO IMPROVE HEALTH OUTCOMES A FRAMEWORK FOR ACTION
<http://www.who.int/healthsystems/gf13.pdf> (Accessed Dec 1, 2007).
6. Koumura M. Global health and Japan's foreign policy. **Lancet** 2007; 370:1983-85.

F. 健康危険情報

該当事項なし

G. 研究発表

1) 論文発表

- Sophoat Uy, Hidechika Akashi, Kazumi Taki, Katsuki Ito (2007). Current problems in national hospitals of Phnom Penh: Finance and health care. **Nagoya J. Med.Sci.** 69: 71-79.
- 青山温子、明石秀親、木下真里、岡本美代子、川口レオ (2007). 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.
- 明石秀親 (2007). 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.