

20080300/A

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20年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 青山 温子
平成21（2009）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	
－途上国現場での実施状況－-----	17
青山 温子	
2. 国際機関の人道援助に関わる意思決定メカニズム	
－世界保健機関(WHO)と国際赤十字運動－-----	27
喜多 悦子	
3. 援助協調及びキャパシティ・ディベロップメントに関する現場の取り組み-----	35
明石 秀親	
4. 日本の政府開発援助(ODA)の仕組みと意思決定メカニズム-----	40
川口 レオ	
III. 研究成果の刊行に関する一覧表-----	49
IV. 研究成果の刊行物・別刷 -----	51

総括研究報告書

国際保健分野での知識マネジメントに関する研究

研究代表者 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2年度、研究代表者の青山は、カンボジアを事例とし、母子保健、エイズ・結核・マラリア対策に関する国際イニシアティブ・パートナーシップが、現場でどのように実施されているかを調査した。研究分担者の喜多は、世界保健機関(WHO)、国際赤十字運動の機構と意思決定メカニズムに関して調査検討した。明石は、ラオスを例に、援助協調及びキャパシティ・ディベロップメントに関する現場の取り組みを検討した。川口は、保健医療分野での日本の政府開発援助(ODA)の仕組みと意思決定メカニズムについて、文献・資料をもとに検討した。

カンボジアにおける、母子保健、エイズ・結核・マラリア対策の成果はあがっているものの、多数の援助機関・実施機関の調整が困難であること、保健医療システム構築への貢献が限られていることといった課題もある。国際イニシアティブ・パートナーシップにより途上国に対する支援は増加したが、開発パートナーの協力・協調、その国での課題の優先度、持続可能性等に問題が残る。途上国のオーナーシップを尊重しつつ、途上国の調整能力やガバナンスを改善・強化し、保健医療システム基盤を整備する体系的取り組みが必要とされる。

WHOの政策は、加盟193カ国から構成される世界保健会議(WHA)によって決定される。WHAの執行機関は、理事34名で構成される理事会である。事務局長率いる事務局は、加盟国を技術指導してWHAで採択された政策を実施する。世界6地域にWHO地域事務所が設置されている。赤十字・赤新月国際会議は、国際赤十字の最高意思決定機関で、4年毎に開催される。赤十字国際委員会(ICRC)、国際赤十字・赤新月社連盟(IFRC)、各国赤十字・赤新月社代表、ジュネーブ条約加入国政府代表から構成され、決議に際して各1票ずつ行使する。

ラオスでは、パリ宣言に基づきヴィエンチャン宣言が出されたが、援助効果向上5原則の実施は困難である。援助協調制度構築に日本は大きな貢献をしたが、他援助機関と異なり、成果達成よりキャパシティ・ディベロップメントに主眼をおいている。日本は、国際的な政策策定に関与するのみならず、現場での援助の実施方法の違いに対応していく必要がある。

日本の主要なODA政策は、海外経済協力会議により決定される。多くの政策形成は、外務省を中心にボトムアップ方式でなされるが、ときに総理大臣等がリーダーシップを発揮して、国際的取り組みを主導することもある。日本のODA事業は、より人道的志向が強く、長期間にわたって技術移転するプロセスを重視しており、相手国との信頼関係を増し、持続可能な能力強化を促進する。自助努力を重視することにより、相手国の持続可能な経済社会開発を促す一方、極めて貧しい国や紛争後国では、プロジェクト実施が困難なことがある。

これらの研究結果より、日本の援助をより効果的にするには、国際機関の本部レベルでの政策決定への関与、途上国現場の専門家による開発パートナー間調整の主導、及び日本国内における国際保健医療専門家と政策立案者との緊密な連携が、重要であると考えられる。

研究分担者

喜多悦子

日本赤十字九州国際看護大学・学長・教授

明石秀親

国立国際医療センター国際医療協力局・専門官

川口レオ

名古屋大学大学院医学系研究科・助教

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。平成 20 年に日本で開催された、G8 サミット及び第 4 回アフリカ開発会議では、保健医療分野支援が重要課題として取り上げられ、途上国の期待は高まっている。しかし、政府開発援助(ODA)予算縮小、国際協力機構 (Japan International Cooperation Agency: JICA) の再編、自衛隊による支援、国際的な民間財団の存在感増大等、国内外における開発援助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。

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が、各種イニシアティブは必ずしも効率的・効果的に機能しているわけではない。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 2 年度、研究代表者の青山は、開発途上国の現場で、保健医療分野の国際イニシアティブやパートナーシップがどのように機能しているかを調査した。研究分担者の喜多は、世界保健機関 (World Health Organization: WHO)、国際赤十字運動の機構と意思決定メカニズムに関して検討した。明石は、ラオスの事例をもとに、援助協調、あるいはキャパシティ・ディベロップメントという視点から、日本と他援助機関の特徴を検証した。川口は、保健医療分野の日本の ODA の仕組みと、意思決定メカニズムについて検討した。これらの分担研究結果をもとに、日本が、国際機関の本部及び開発途上国の現場レベルで、どのように効果的に介入するべきか検討した。

B. 研究方法

研究代表者の青山は、研究総括に加え、カンボジアを事例とし、母子保健及びエイズ・結核・マラリア対策に関する国際イニシアティブの、現場での実施状況に関して調査した。保健省、国際機関、JICA 等の資料から情報収集した後、2008 年 11 月 2 日～9 日、首都プノンペン及びコンポンチャム州にて現地調査した。保健省と関連施設、国際機関、開発援助機関、NGO 等から、母子保健、エイズ・結核・マラリア対策に関するイニシアティブ・パートナーシップの実施状況等について情報収集し、活動の現場を観察した。

研究分担者の喜多は、WHO、赤十字国際委員会 (International Committee of the Red Cross: ICRC)、国際赤十字・赤新月社連盟 (International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies: IFRC) の、国内外の職員・関係者、及び刊行物、ウェブサイト等から、情報・資料を収集して検討した。

研究分担者の明石は、2008 年 9～10 月にラオスを訪問、CD-SWC (Capacity Development for Sector Wide Coordination) プロジェクト、JICA ラオス事務所、保健省、国際機関等の関係者から情報収集した。ウェブサイトや文献資料からの情報も加えて、検討した。

研究分担者の川口は、保健医療分野の日本の ODA に関して、外務省等官公庁、JICA 等関係機関のウェブサイト及び報告書等の刊行物、ODA 関連情報を掲載した雑誌、書籍、

論文等から情報収集し、日本の保健医療分野 ODA の仕組みを検討した。

(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. カンボジアにおける国際イニシアティブ・パートナーシップの実施状況

(1) 母子保健

カンボジアにおける妊産婦・乳幼児死亡率は、改善しているものの依然として高い。母子保健は優先課題の1つで、国家プログラムとして国立母子保健センター(National Maternal and Child Health Center: NMCHC)が運営・調整している。助産師は、保健省人材部とその管轄するブノンペン及び全国4カ所の医療技術学校(Regional Training Center: RTC)で養成されるが、臨床教育は必要な水準に達していない。他方、多数の援助機関が卒後研修を実施しており、卒前教育と卒後臨床研修は、必ずしも十分調整されてはいない。

日本は、他援助機関に先駆けて、人材育成に重点をおいた母子保健技術協力を実施した。無償資金協力により NMCHC を建設し、並行して、NMCHC の臨床・管理能力向上と、地方の医師・助産師の臨床研修を中心とした技術協力プロジェクトを、1995年から10年間実施した。その結果、NMCHC は国内最高水準の産婦人科病院としての機能をはたすばかりでなく、経理の透明化と医療費徴収制度導入により運営を安定させることができた。現在では NMCHC スタッフが自主的に臨床技術研修活動を継続するに至っている。NMCHC での助産師研修は、豊富な臨床症例に基づく実際の臨床技術研修として、有効性の高い研修と認知されている。コンポンチャム州の調査においても、地方の医師・助産師が研修に参加し、臨床能力を強化してきた

ことが確認できた。しかし、その効果は研修受講者のみに留まり、他の保健医療従事者に技術指導することはなかった。

母子保健に関する国際イニシアティブ・パートナーシップとしては、The Partnership for Maternal, Newborn and Child Health (MNCH) がある。MNCH は、ミレニアム開発目標(Millennium Development Goals: MDGs)の目標4(乳幼児死亡率減少)・目標5(妊産婦の健康改善)の達成を目的としている。国際機関、政府機関、NGO、研究教育機関等、世界各国から、極めて多数の機関が参加しており、カンボジアでは、カンボジア政府、WHO、国連児童基金(UNICEF)、国連人口基金(UNFPA)、JICA、米国国際開発庁(USAID)、国際家族計画連盟(IPPF)、ワールドビジョン等があげられる。

カンボジアで母子保健活動をしている国際機関、開発援助機関、NGO 等は極めて多く、活動の内容、質、規模はさまざまである。保健省には、テクニカル・ワーキング・グループが設置され、国・州レベルでの調整を行っている。多くの機関は、完全な共同事業には至らなくても、ある程度互いに調整し合っており、保健医療政策からはずれたり、活動が著しく重複したりしないよう努めている。NMCHC 等の専門家は、専門的視点から適切なプログラムを選んで受け入れるよう努力している。しかし、中には、自らの目的や介入方法を譲らない機関もある。また、例えば保健センター助産師に対する卒後研修が、複数の援助機関によって次々と行われ、保健センターが助産師不在になるといった問題も生じている。母子保健よりエイズ対策の方が、NGO にとって資金を獲得しやすいため、エイズ対策に母子保健を組み合わせる活動することも多い。

日本は復興初期から母子保健対策に取り組んでおり、保健省や現地の他機関にも、日本の活動はよく知られている。しかし、NMCHC での活動が成功を収めた一方、保健医療政策や人材育成政策の策定プロセスに対する関与が弱かったこともあり、研修事業が保健省の政策に組み込まれるのが遅れた。また、活動地域も、他機関の活動より限局している。多数の援助機関が母子保健活動を実施している中で、相対的に日本のリーダーシップは低下している。

(2) エイズ対策

HIV 感染は、復興期に国内外の人の移動が増加したことを契機に流行が始まったが、早期から予防活動が行われたこともあって、あまり拡大しなかった。一般人口の HIV 感染率は低下しており、2006 年で 0.9 % 程度と推定される。予防活動として、コンドーム普及や、NMCHC での母子感染予防(PMTCT)が実施された。2002 年以降、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)の資金が導入され、検査とカウンセリング(VCT)、抗レトロウイルス剤治療(ART)、PMTCT が普及した。2004 年以後、米国の U.S. President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR) からの多額の資金が、NGO や国立エイズ性感染症センター (National Centre for HIV/AIDS Dermatology and STDs: NCHADS) 等に提供されている。2003~2006 年のエイズ対策資金のうち、約 54 % は PEPFAR、約 13 % は GFATM から提供された。

PEPFAR の資金は、米国系国際 NGO やエイズ対策 NGO 連盟(KHANA)を経て、傘下の多数の現地 NGO に供与された。NGO は、農村女性、青少年、工場労働者、女性セックスワーカー、薬物常用者、スラム居住者、孤児等を対象に、さまざまな社会的支援活動を実施してきた。GFATM 資金は、保健省の資金受入責任機関(Principal Recipient: PR)が受入れ、現地 NGO 等の実施機関 (Sub-Recipient: SR) に配分、PR は SR に対する技術指導も行った。保健省の 1 機関であった NCHADS は、豊富なエイズ対策資金を運用する中で力をつけ、GFATM の第七次資金供与からは直接 PR となり主体的に活動している。

国際的なエイズ対策推進には、国連エイズ合同計画(UNAIDS)設立等さまざまな努力が重ねられてきた。近年、資金量が飛躍的に増加したことにより、途上国での対策が大きく進んだ。世界銀行、米国政府、GFATM、ゲイツ財団、クリントン財団、その他多数の援助機関、NGO、民間財団等が、エイズ対策に多額の資金を投入した。その背景には、治療薬開発という技術的進歩と、患者感染者や市民団体による政治的活動の影響が大きかった。また、サブサハラアフリカ諸国における著しく高い感染率と対策の遅れに国際的

関心が高まり、MDGs の目標 6 (エイズ等の感染症対策)にも掲げられた。3 by 5 Initiative に続いて、Universal Access by 2010 が掲げられ、2010 年までに包括的なエイズ予防治療対策を普及させることを目指している。多数の援助機関がエイズ対策に関わっていることから、活動枠組み、国内調整機関、モニタリングと評価を、単一で共通のものとする Three Ones の原則が合意されている。

カンボジアの HIV 感染率は比較的低いため最優先課題とはいえないが、PEPFAR、GFATM 等から多額の対策資金が投入されている。カンボジアでは、母子保健や予防接種等の優先課題も対策が進められており、エイズ対策費増大は、他の保健医療課題への対策を妨げてはいない。PMTCT はじめ、エイズ対策を母子保健活動と組み合わせ実施したり、エイズ対策用に建設されたカウンセリング室等を他の保健医療活動に使用したりする等、相乗効果も認められる。また、エイズ対策を通して、現地 NGO や市民社会の能力が強化されている。NGO は、スラム居住者やセックスワーカー等、公的支援の届かない人々を支援することができる。

しかし、豊富なエイズ対策資金は、NGO による短期的プログラムに集中しており、持続可能な保健医療システム構築に有効活用されていない。すなわち、保健省の行政能力強化、保健医療専門職の待遇改善や能力向上等には、エイズ対策資金増加による体系的貢献は認められない。また、NCHADS の発言力が強大化したり、事業資金を得ること自体が目的化した NGO 活動があったりするのである。個別の事業運営のモニタリングはされているが、より大局的に、それらの事業が本当に必要か、費用対効果を含め再評価するべきである。

(3) 結核対策

カンボジアは、WHO が結核高負担国と認定した 22 ヶ国に含まれ、2006 年の感染率は人口 10 万対 665、年間結核死亡率は人口 10 万対 92 と推定されている。結核対策は、国立結核センター (National Center for Tuberculosis and Leprosy Control: CENAT) のもとに国家プログラムとして取り組まれ、1994 年以降、DOTS (Directly Observed Treatment Short-Course) が進められた。結核

治療成功率は、すでに WHO の目標値 85 % を超えている。近年は、医療施設へのアクセス困難な地域を対象に、コミュニティ DOTS も実施している。また、2003 年からは、エイズと組み合わせた対策に取り組んでいる。

日本は、復興初期から、専門家派遣や研修による技術協力を継続、無償資金協力で建設した CENAT を拠点として、1999 年から 2 期 10 年にわたり、結核対策技術協力プロジェクトを実施している。2005～2008 年には、無償資金協力により、結核治療薬を供与した。なお、2008～2012 年は、GFATM 資金で薬剤を調達する計画である。

結核対策の国際パートナーシップである Stop TB Partnership には、政府機関、研究教育機関、NGO、民間企業等、世界各国から、極めて多数の機関が参加している。カンボジアでは、国家結核対策プログラムに沿って、CENAT が結核対策を実施し、日本政府が技術的・資金的協力を続けてきた。CENAT の管理運営、調整、実施能力は極めて高く、指導力を発揮して着実に対策を進めている。

結核対策が成功した要因として、特定疾患に対する垂直型プロジェクトで、目標と結果が明確で評価しやすいこと、DOTS という方法論が確立されていること、継続した支援があり無料の検査・治療が可能であること等があげられる。しかし、国全体の保健医療情報システム不備のため、人口全体の結核有病率、結核死亡率といった統計データは得られていない。すなわち、保健医療システム構築への貢献は、限定的である。また、日本の継続的支援は、カンボジア保健省及び国際的な結核対策関係者には知られているものの、保健医療分野専門家や国際機関関係者等に、幅広く国際的に認識されるには至っていない。

(4) マラリア対策

カンボジアでは、人口の約半数が、マラリア流行地域に居住している。2006 年のマラリア症例数 262,000、死亡数 580 と推定されているが、症例数、死亡数とも減少してきている。マラリア対策は、WHO の技術支援と、世界銀行等の資金援助を得て、保健省が取り組んできた。GFATM の資金は 2004 年以降導入され、2007 年のマラリア対策費は著しく増額した。2000 年以降、殺虫剤処理した蚊帳(ITN)の無料配布、公立医療施設での無

料診断・治療が行われている。

カンボジアでは、薬剤耐性マラリアが多い。WHO 推奨の Artemisinin による多剤併用療法(ACT)については、2000 年より公立医療施設で無料実施されている。なお、民間の薬局等で、薬効のない偽薬が販売されており、問題となっている。

マラリア対策の国際パートナーシップである Roll Back Malaria (RBM) Partnership には、国際機関、先進国政府機関、流行国政府、研究教育機関、NGO、民間企業等、多数の機関が参加している。カンボジアにも、GFATM の資金が投入されているが、対策活動の中心は NGO でなく保健省で、対策は適正な規模で進められていると考えられる。耐性マラリアが多いのに ACT 普及が遅れていることや、偽薬が多いこと等の問題があり、薬剤品質管理体制の整備が必要である。

2. 世界保健機関 (WHO)・国際赤十字運動の意思決定メカニズム

(1) 世界保健機関 (WHO)

WHO は、国連経済社会理事会(Economic and Social Council: ECOSOC)の下、保健医療分野の国連専門機関として、1948 年設立、現在世界 193 カ国が加盟している。WHO 憲章の「すべての人々が、得られる中で最高水準の健康を達成する」ことを目指し、国際的な保健医療活動の方向性を示して、加盟国の政策形成を支援している。通常、保健省を通して、加盟各国政府と直接協力している。

国際的な保健医療分野の政策・戦略に関する最高意思決定機関は、加盟 193 カ国から構成される世界保健会議 (World Health Assembly: WHA)である。保健医療の国際目標達成に必要な、規定、基準、指針等に関する世界的合意を形成する場であり、年次会合での議論・裁決により、国際的合意を形成する。各加盟国が批准する必要がある、保健医療分野の国際規約・協定を締結し、疾患、死因、公衆衛生に関する専門用語、診断法の国際基準、国際的に取引される薬剤や生物学製品の表示・広告に関する規制を決定する。

WHO 理事会(Executive Board)は、WHA の執行機関であり、WHA で選出された 34 カ国の理事から構成される。理事会は、WHO の

活動計画等の議題を準備して、WHA に提出する。WHA は、技術的事項、あるいは WHO 運営に関する事項についての、理事会の提案を検討し最終的な意思決定をする。理事会の下には、各分野の特別委員会がおかれ、そこで検討した結果が理事会に報告され、さらに WHA に提出される。

WHO 事務局(Secretariat)は、WHA が任命した事務局長(Director-General)と、技術職員、事務職員から構成される。本部事務局は、地域事務所・各国事務所と連携して、加盟国を技術指導し、WHA で採択された政策実施を促進している。また、各分野の専門家を招聘し、保健医療上の重要事項や政策形成に関する専門家会議を設置している。

WHO 地域事務所(Regional offices)は、世界 6 地域に設置されている。加盟各国は、いずれかの地域に属し、地域事務所を統括する地域委員会に所属する。地域委員会は、地域内の政策形成、地域事務所の活動の管轄、各国政府からの資金追加要請等を行うほか、地域を越えた国際保健医療上の課題について、事務局長を通して本部に助言する。各地域事務所長は、地域委員会での合意に基づき、理事会が任命する。地域事務所長と職員は、地域に必要な技術的・事務的職務を遂行する。

WHO 事務所は、ほとんどの途上国に開設され、地域事務所が任命した事務所長(WHO Representative: WR)が、各国に対して WHO を代表している。WR は事務所職員とともに、国際的に合意された目標や基準に沿った、国家政策・戦略形成に助言する。事務所によるその国の状況報告は、地域事務所、本部、協力機関等の関係者に提供され、地域及び世界的政策や戦略を策定するための重要な情報となっている。

このように、WHO は、国際的保健医療課題に対して、世界、地域、国のレベルで取り組んでおり、重要課題の意思決定は、いろいろなレベルで始められる。

(2) 国際赤十字運動

1) 赤十字国際委員会(ICRC)と各国赤十字・赤新月社

世界最大の人道機関、赤十字は、アンリ・デュナンの、①戦場の負傷者と病人は敵味方の差別なく救護する、②そのため、各国に平

時から救護団体を組織する、③この目的を遂げるための国際的条約を締結する、という理念に始まっている。1863 年ジュネーブで 5 人委員会が発足し、1864 年、ヨーロッパ 16 カ国が、ジュネーブ条約(赤十字条約)に調印、正式に赤十字国際委員会 (ICRC)が設立された。各国は戦時救護団体を組織し、平時から連携する体制とした。

ICRC は、創設以来、国際人道法に基づいて戦争、内戦または国内騒乱の犠牲者に対する人道的支援を行ってきた。ICRC の基本方針・政策は、20 数名のスイス人理事が決定する。ICRC の活動は、Protection (保護) と Assistance (救援) に大別され、本部には、Protection、及び、医療・水と住居・経済的安全に関する Assistance を扱う部門が設置されている。また、全世界には、6 地域事務所が置かれている。

具体的な活動については、本部 2 部門と、各地域代表部が調整し、人道支援の計画策定、決定、モニタリング・評価と修正が行われる。しかし、人道支援の詳細な部分の決定権は、それぞれの紛争地の現地代表部に委ねられる。また、医療のように専門知識や技術を要する活動では、現地責任者の権限が極めて大きい。第一線の赤十字の、いわば野戦病院的施設では、医学的、経済効率的に、厳しく吟味された手順を遵守しなければならない。責任者には、すべての訓練を受け豊富な経験をもつ者のみが任命され、その責任は極めて大きい。突発的な人道的危機に関しては、現地からの情報を基に、時にジュネーブ本部からアセスメントチームが派遣され、情報収集して状況を分析し、それに基づいて人道援助の骨格が決定される。

現在、世界 186 カ国に、赤十字社もしくは赤新月社が設立されている。各国の赤十字・赤新月社は、「命と健康を守る」、「苦痛を軽減する」、「人間の尊厳を守る」ことを目的とする幅広い活動を行う。それぞれの国内で行う人道的活動や広報活動は、各国の赤十字・赤新月社の本部・支部に委ねられている。しかし、大規模災害・紛争が発生し、国境を越えた活動を要する場合には、ICRC もしくは IFRC と連携して判断がなされる。

2) 国際赤十字・赤新月社連盟 (IFRC)

国際赤十字・赤新月社連盟(IFRC)は、各国

の赤十字・赤新月社の国際的連合体で、ICRCとは別の人道機関といえる。本部はジュネーブで、世界60カ国以上に代表部がある。

第一次世界大戦が終結した時、それまでとは違う膨大な人道援助のニーズが生じた。当時、世界40カ国に赤十字社が設立されていて、保護、救援活動を行っていた。アメリカ、イギリス、フランス、イタリア、日本の5カ国赤十字社代表は、赤十字活動を世界的に連合するべきと考えて、5社委員会を結成し協議を重ねた。1919年5月、各国赤十字社の国際的連合体として赤十字社連盟が設立され、後に、イスラム諸国が新月を用いるため、国際赤十字・赤新月社連盟と改称された。

ICRCは基本的に紛争を対象とするが、IFRCは自然災害を対象とする。大災害が発生すると、被災国の赤十字社は、災害状況や救援ニーズをIFRCに報告し、救援を開始する。大規模災害では、時により、IFRCがニーズ調査チームFACT(First Assessment Team)を派遣し調査する。調査結果に基づき、IFRCが「救援アピール」を出し、被災国以外の(援助)国赤十字社や政府に支援を求める。つまり、IFRCにおいては、この「救援アピール」の発出が人道援助の意思決定の時と言える。したがって、意思決定には、被災国の赤十字社、IFRCのFACT実働チームの判断が大きく関わっていると思われる。

このように、「国際赤十字」という単独組織は存在せず、実態は、多様な組織が関わりあったシステム全体が「国際赤十字」である。「国際赤十字」の最高意思決定機関は、4年毎に開催される赤十字・赤新月国際会議である。この会議は、ICRC、IFRC、各国赤十字・赤新月社183社の代表と、ジュネーブ条約加入国政府代表から構成され、決議に際しては、各1票ずつを行使する。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協議され、政治的討論は許されない。

ICRCは主として紛争、IFRCは主に自然災害や国際保健的な開発を目指す。しかし、実際には、紛争国の自然災害、また、災害地の人道の危機等、単純に割り切れない事態が増えている。従来から、現場では両組織は連帯してきたが、これらを受けて、1997年、ICRCとIFRCはセビリア合意を交わし、正式かつ公的な連帯を表明した。

3. ラオスにおける援助協調とキャパシティ・ディベロップメント

ラオスでは、2005年のパリ宣言前から援助協調に関する取り組みがなされており、日本はその制度設計・構築に大きな貢献をした。その後、パリ宣言に基づくヴィエンチャン宣言が出され、それまでの援助協調の枠組みを利用して各援助機関の参加が促された。

パリ宣言で謳われた援助効果向上5原則のうち、「自助努力 Ownership」については、本来、ラオス側を主体者としてキャパシティ・ディベロップメントを進めるべきであるが、進捗を早くするため、開発パートナー側が主導して構築・運営する傾向があった。「制度や政策への協調 Alignment」については、ラオス側が、当初、自国の5年計画を開発パートナーと共有せず、政策協調そのものが難しかった。「援助の調和化 Harmonization」については、複数の開発パートナーが合意する援助枠組み作りが難しく、GFATMやGAVI(Global Alliance for Vaccines and Immunization)は別の枠組みで動いていることもあって、ある程度以上には進まず、総量の適正化も難しいことがわかった。「開発成果管理」については、開発計画、予算措置、評価等の実施・管理制度の強化が挙げられており、援助協調の正式枠組みとは別に、開発パートナー間で協議して、効率的援助に向けた動きがある。評価の制度化は進んでいないが、評価には、援助効率を高める効果はあるものの、早急な結果を求めるあまりキャパシティ・ディベロップメントの視点が忘れられる危険性もある。「相互説明責任」については、ラオス政府が開発パートナーに、すべての情報を開示できない事情があり、どこまでできるか疑問である。

CD-SWCプロジェクトは、SWCメカニズムの構築と運営、国家5年計画の主要政策としての位置づけ、MCH-TWG(Maternal and Child Health Technical Working Group:母子保健技術諮問委員会)の活発な活動等、多くの成果をあげた。SWCメカニズムの運営は、多分にCD-SWCの専門家や現地スタッフに依存しており、保健省職員のキャパシティ・ディベロップメントが弱かった。またメカニズムの中の各組織の役割が不明確であった。SWCには、参加開発パートナーの内部調整に加え、保健省内部調整も進む効果があった。

CD-SWCは、保健医療サービス提供に直接効果を与える事業ではなく、開発パートナーの活動を調整するメカニズムの構築と運営に携わることのできるように、保健省側のキャパシティ・ディベロップメントを行う事業である。これは、パリ宣言、及びそれに基づくヴィエンチャン宣言に対する、現場レベルでの日本の貢献といえる。日本にとっては、メカニズム構築と運営のためのキャパシティ・ディベロップメントを支援するという側面と、そのメカニズムの参加者である開発パートナーの一員という側面がある。

4. 日本のODAの政策形成と実施の仕組み

日本のODAは、1954年のコロンボ・プラン加盟によって開始された。その後ODA予算は増加し続けたが、1990年代後半からは減少に転じている。2008年度ODA事業費は9,350億円で、2007年度の8,903億円より約5%増加したが、一般会計予算7,002億円は、2007年度の7,293億円より減額した。JICAの実施する技術協力、無償資金協力、円借款等の二国間協力に加えて、日本政府は、世界銀行、アジア開発銀行(ADB)等の国際開発金融機関、WHO、UNICEF、UNFPA等の国連機関、GFATM、IPPF等の民間と連携した国際的機関等に、資金を拠出している。

日本のODAは、人道主義と相互依存の考え方に基づいており、経済成長を通しての貧困削減を目指している。2003年改訂のODA大綱には、以下の基本方針が示されている：①途上国の自助努力支援、②人間の安全保障の視点、③公平性の確保、④日本の経験と知見の活用、⑤国際社会における協調と連携。重点分野として、貧困削減、持続的成長に加え、環境、平和構築をあげている。また、アジアを重視するものの、他の地域についても状況に応じた支援をうけている。

日本の保健医療分野ODAは、技術協力や無償資金協力のような開発プロジェクト、緊急援助、研修事業等、あらゆるスキームによって、取り組まれてきた。有償資金協力は、償還可能な国を対象にインフラ等高額の支援をするもので、重債務の低所得国は対象とならず、保健医療分野プロジェクトは少なかった。無償資金協力は、低所得国・低位中所得国を対象とし、病院や看護大学の建設、医

療機材やワクチンの供与等を実施してきた。技術協力プロジェクトは、母子保健、小児予防接種、結核対策、地域保健、看護教育、臨床検査、病院管理、薬剤品質管理等、多岐にわたる領域を対象としてきた。近年では、個別の疾患対策より、キャパシティ・ディベロップメント、すなわち人材能力強化やシステム構築に重点を置くようになってきた。

保健医療分野の二国間協力事業は、外務省と厚生労働省が協力して策定している。ほかに、文部科学省は、大学医学部や看護学部を対象としたプロジェクト、総務省消防庁は救急体制、農林水産省は人畜共通感染症の畜産関係等のプロジェクトに関与している。

各種国際機関に関しては、それぞれ対応する省庁が決められている。すなわち、財務省は、世界銀行やADB等の国際開発金融機関、外務省は、UNICEF、UNFPA、国連開発計画(UNDP)、国連高等難民弁務官事務所(UHCR)、GFATM等、厚生労働省はWHOと国際労働機関(ILO)、農林水産省は国連食糧農業機関(FAO)と世界食糧計画(WFP)に関する政策・事業等に対応している。

主要なODA政策は、総理大臣を議長とし、内閣官房長官、財務大臣、外務大臣、経済産業大臣が参加する海外経済協力会議により、決定される。大臣のほとんどは与党に所属する政治家であり、与党の意向が、ODA政策に大きな影響を及ぼす。大臣は事務次官を通して、各省庁の事務官・技官を統括する。

ODA政策には、外部有識者の意見も取り入れられた。例えば、2002年外務省は、外務大臣を議長とし、研究者、ジャーナリスト、NGOや企業の代表者等からなる「ODA総合戦略会議」を設置した。戦略会議は、ODA大綱改正、ODA中期計画策定、数カ国の国別援助計画策定等を実施し、2期4年間の活動後、2006年7月に終了した。2007年3月からは、外務大臣の諮問を受け、「国際協力に関する有識者会議」が設置されている。

外務省は、ODAプロジェクトに関する政策や方向性を決定するが、プロジェクトを実施するのはJICAである。但し、緊急人道援助の場合、外務省が、国連機関等を通して直接実施することがある。また、近年では、自衛隊が、災害・紛争後国での人道援助に携わることも増加している。

2008年10月以降、JICAは、有償資金協力

事業、及び外務省業務であった無償資金協力事業を移管され、単一のODA 実施機関となった。また、これまでの開発調査が見直され、技術協力、無償資金協力、有償資金協力を、一本化して迅速に実施準備する協力準備調査となった。JICA 業務の中心である技術協力事業をはじめ、研修事業、海外青年協力隊やシニアボランティアの派遣事業、災害時の国際緊急援助隊派遣等は、継続されている。

技術協力事業は、地域部の策定した国別援助方針に従って、人間開発部の保健医療分野2グループが、計画・実施する。人間開発部は、地域担当部署の依頼で協力準備調査を実施する。協力準備調査は、内容的には、プロジェクト形成調査、フィージビリティ調査、無償資金協力事前調査、有償資金協力案件形成促進調査(SAPROF)等が関係している。また、資金協力支援部が無償資金協力と有償資金協力の業務を担当する。再編前と同様、国内事業部は研修事業、調達部は技術協力の機材調達やコンサルタント契約等、国際協力人材部は、専門家派遣に関する業務等を担当する。海外青年協力隊事務局は、看護、臨床検査、健康教育等、さまざまな領域の技術支援をする青年・シニアのボランティアの募集と派遣を行う。国際緊急援助隊事務局は、海外での大規模自然災害発生時に、医療チームをはじめとした緊急援助チームを組織して派遣する。

日本政府は、援助活動への市民参加を促進しており、日本のNGO が ODA 活動の一部を担うことがある。外務省は、1990 年代初頭以来、NGO・外務省定期協議会を開催して、情報・意見の交換を継続している。また、資金と機材を備蓄して緊急人道援助を迅速に効果的に進めることを目的として、2000 年に、NGO30 団体、経済界と、外務省は、ジャパン・プラットフォームを設立した。

日本には、大規模な国際NGO の日本代表部から個人の慈善活動まで、さまざまな規模のNGO が多数設立されている。保健医療専門のNGO は多いし、専門性はないが、保健医療コンポーネントのある農村開発事業や緊急援助活動を実施しているNGO も多い。

日本の ODA 事業には、他機関と協力して実施しているものもある。例えば、マルチ・パイ協力では、UNICEF にワクチン調達資金等を提供した。現地の日本大使館では、現地

NGO 等を対象として比較的少額の無償資金協力を提供している。

先進国ドナーとの協調に関しては、日米協調による人口・エイズに関する地球規模問題イニシアティブのような例がある。しかし、一般財政支援事業やセクターワイドのバスケットファンド等には、日本は参加が困難であった。これは、日本のODA の意思決定と実施の仕組みや、自助努力を重んじる考え方が、他ドナー国とは異なっていること、援助が適正に使用されなかったり、最大ドナー国の1つとしての貢献が見えなくなったりして、ODA に対する納税者の支持と信頼が減弱する恐れがあること等による。しかし、近年、日本も、サブサハラアフリカでの一般財政支援への参加を開始した。

日本はときに、開発途上国の健康問題に対するグローバルな取り組みのリーダーシップをとることがある。日本の保健医療分野イニシアティブの例として、人口・エイズに関する地球規模問題イニシアティブ(1994)、国際寄生虫対策(橋本)イニシアティブ(1997)、沖縄感染症対策イニシアティブ(IDI)(2000)、保健と開発に関するイニシアティブ(HDI)(2005)があげられる。これらの多くは、G7/G8 先進国首脳会議で発表された。

2008 年 7 月に北海道洞爺湖で開催された G8 サミットでは、G8 保健専門家会合報告書として「国際保健に関する洞爺湖行動指針」が発表され、保健システム強化、MDGs 達成のための母子保健対策強化、感染症対策の継続等の方向性が示された。また、2008 年 5 月には横浜で第 4 回アフリカ開発会議(TICAD IV)が開催された。横浜宣言には、MDGs 達成や、感染症・食糧問題の対策等が含まれた。

D. 考察

1. 国際イニシアティブとパートナーシップ 一途上国現場での実施状況

カンボジアを事例として、母子保健及びエイズ・結核・マラリア対策に関するイニシアティブ・パートナーシップが、どのように実施されているかを検討した。母子保健、エイズ対策に関しては、成果はあがっているものの、援助機関や実施機関が多く、必ずしも調

整できてはいなかった。結核、マラリア対策に関しては、保健省を中心に垂直型アプローチで取り組んでおり、成果はあがっているが、保健医療システム構築に対する貢献は限定的であった。

カンボジアには、復興早期から、ドナー間調整の仕組みが存在し、現在も分野毎のテクニカル・ワーキング・グループが設置され、援助調整をしている。近年、途上国のオーナーシップが重視されるようになり、カンボジアにおいても、開発援助機関や NGO は、規模を問わず、ドナーでなく開発パートナーと呼ばれるようになった。これらパートナーによる支援は、必ずしも相互補完、協調しているわけではなく、カンボジア側が専門的観点から保健医療政策・戦略に沿って調整するべきものである。しかし、保健省の関与なしに直接 NGO 等に流れる資金も多く、保健省がすべてを掌握しているわけではない。また、専門知識のない政権上層部の命令で、政策と合致しない事業の受入れが決定されることもある。途上国のオーナーシップは重要であるが、同時に、政府のガバナンス、アカウンタビリティについても向上させる必要がある。

国際イニシアティブは、単一疾患・課題に対する垂直型アプローチの形をとることが多く、とくに政治主導の感染症対策イニシアティブに、その傾向が見られる。単一疾患・課題を取り上げると、保健医療を専門としない政治家、民間企業、一般市民にとっても理解しやすく支持を得やすいし、方法論が比較的単純で投入効果も評価し易い。

実施に際しては、国際機関、政府機関、民間機関、研究機関等、多数が参加した複雑なパートナーシップの形をとることが多い。同じ目的を目指す活動を集約し効果・効率を高めるため、パートナーシップが形成されるわけだが、必ずしも、すべてのパートナーが、完全に協調した活動をしているわけではない。また、各パートナーは対等のはずだが、実際には資金提供機関の影響力が大きい。

開発パートナー間協調には、以下のようなレベルが考えられる。

- (1) 並行(Parallel): ゆるやかな協調関係で、各機関が相互に情報交換して重複を避けながらも、同じ目的を目指す独立した活動を、別々に計画して実施する。
- (2) 協力(Synergy): いくぶん進んだ協調関係

で、計画段階から相互補完、相乗効果を目指し、緊密に連携しながらも、予算・人員等の面では別事業として実施する。

- (3) 共同(Collaboration): 最も進んだ協調関係で、各機関が役割分担をしながら、予算・人員等を提供し合い、1 つの共同事業として計画・実施する。

バスケットファンド等は Collaboration の一種とみられるが、各機関の理念や政治的意図が異なる場合、共同事業は難しい。多くの国際パートナーシップにおいては、各機関の援助スキームや管理体制が異なることから、Parallel な協調とするのが現実的である。従来のドナー調整を超えた Synergy に達する協調には、各機関本部レベルより、むしろ途上国の現場で十分調整するべきと考えられる。それには、各機関の現地代表者が一定の決定権をもつことが必要である。

国際イニシアティブの潮流は、垂直型アプローチから、保健医療システム強化へと変化してきた。単一疾患・課題に資金を投入しても、途上国の保健医療システム整備が進まなければ、効果が現れないうえ、モニタリング・評価すらできないことが理解されてきたからである。加えて、事業実施期間終了後も効果を継続させるには、人材・組織の能力を強化して持続可能なシステムを構築することが不可欠である。

保健医療システムの基盤として、正確なデータが得られる保健医療情報システム整備、質の高い保健医療専門職の養成と戦略的配備、薬剤・資機材の調達・供給システム整備、持続可能な財務管理体制整備等が重要である。このような基盤整備は、即効性を目指した NGO 等の支援のみでは達成困難であり、政府・保健省の能力を強化しなくてはならない。近年、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明言するようになっている。しかし、強制的に一定の資金をシステム強化に配分する等して、意図的に基盤整備を進めない限り、これらの事業を通してのシステム強化は困難である。

世界的に展開される国際イニシアティブは、必ずしも現地の優先課題と一致しないことがある。国際イニシアティブ・パートナーシップが、現場で有効に機能するためには、資金力のある開発パートナーの意向どおり

にすることなく、途上国がオーナーシップを発揮して、効果的に運用することが必要である。しかし、途上国政府のガバナンスやアカウントビリティに問題があり、政治的有力者が、資金目当てに優先課題でない事業を導入することが起こっている。また政府の管理運営能力や情報収集能力が不足していて、自国の優先課題を把握していなかったり、多くの支援の調整ができなかったりすることも多い。このように、途上国政府が調整機能を果たせないと、開発パートナー間で協議して、実質的協調を図ることになる。

国際イニシアティブ・パートナーシップが、現地の実態に合わせて運用されるようにするには、まず、途上国政府のガバナンス、アカウントビリティを向上させるシステム作りを支援する必要がある。途上国政府で援助調整を担当する職員には、世界的課題を認識し、かつ自国の優先課題を理解した専門家を育成して配備するべきである。合わせて、専門的・科学的決定と相反する政治的介入のできない仕組みを、構築するべきである。また、事業実施期間中に、財政的持続可能性のある保健医療政策を策定しなければならない。

国際イニシアティブ・パートナーシップは、目的が明確で取り組みやすく、資金も集まりやすい。他方、多数の国際機関・援助機関が参加する領域で、日本の支援の存在感を示すのは容易ではない。例えば、カンボジアの母子保健では、日本が復興早期から支援を継続していたにもかかわらず、その後多数の援助機関が参入、加えて、政策策定プロセスに十分関与しなかったため、存在感が相対的に低下している。結核対策では、日本が継続して主要ドナーであることが、各援助機関の本部レベルに、十分周知されていない。

途上国の現場で、日本の介入を効果的にするには、以下に配慮する必要がある。

- (1) Synergy の水準の協調ができるよう、現地に知識・経験の豊富な専門家を配備して、ある程度の決定権を与える。
- (2) 開発パートナー間の協調において、リーダーシップを発揮する。
- (3) 保健医療政策策定プロセスに関与する。
- (4) 現場と本部レベルの情報交換を緊密にして、国際イニシアティブ・パートナーシップに対する日本の具体的貢献を、国際的に広報する。

- (5) 途上国の専門的能力や、調整能力を強化する支援を行う。
- (6) どの領域の活動であっても、保健医療システム強化に貢献できるように留意する。

2. 国際機関の人道援助に関わる意思決定メカニズム

緊急人道援助分野の国際機関として、WHOと国際赤十字運動の、意思決定メカニズムに関して検討した。WHOは、本部、地域事務所、国事務所の構造になっていて、重要課題の意思決定プロセスは、いろいろなレベルで始められる。最高意思決定機関は、加盟193カ国から構成されるWHAであるが、決議案は、理事34名から構成される理事会で、あらかじめ検討される。提案内容は、事務局に委託された専門家会議や事務局職員が策定し、理事会の下にある特別委員会で議論される。地域事務所においても、同様に、地域委員会が最高意思決定機関となっている。

WHOの政策に、日本が効果的に介入するには、最高意思決定機関であるWHAにおいて何らかの介入をすることも重要ではあるが、その前に、議案を策定するプロセスに参画することが一層重要である。そのためには、専門的能力と英語での議論や文書作成能力に優れた人材を、事務局の実務担当者や専門家会議の委員として、継続的に送り込むことが必要である。また、その人材は、他の国々の代表者、専門家、職員らと意思疎通を緊密にしなければならないし、日本の厚生労働政策や外交方針を熟知していることも必要とされる。

具体的には、以下の点を重視するべきであると考えられる。

- (1) WHAに、外交能力やディベート能力に優れ、専門知識の豊富な者を出席させる。
- (2) 理事会、特別委員会の議席を確保し、外交能力やディベート能力に優れ、専門知識の豊富な者を、継続的に出席させる。
- (3) 専門家会議に、専門能力が高く、発言力のある、優秀な専門家を参加させる。
- (4) 事務局重要ポストに、専門能力、発言能力、文書作成能力に優れた人材を配備する。
- (5) WHOの事務局長、理事らと、頻りに緊密な意思疎通を図る。

ICRCの基本方針・政策は、スイス人理事

が決定しているが、詳細な部分の決定権は現地代表部に委ねられており、現地の責任者の権限が極めて大きい。IFRCは、大規模災害において、被災国の赤十字社やFACT実働チームの報告をもとに、「救援アピール」を發出する。また、国内の活動は、本部・支部に委ねられている。4年毎に開催される赤十字・赤新月国際会議が、「国際赤十字」の最高意思決定機関で、人道的事項や国際赤十字運動全体に関わる問題のみが協議される。

このことから、国際赤十字運動においては、現場に専門知識・技術のある人材が存在すること、及び、国内の組織や活動を充実させることが重要である。国内活動の向上により、国際的貢献能力も増大すると考えられる。

3. 援助協調及びキャパシティ・ディベロップメントに関する現場の取り組み

2005年のパリ宣言で、日本を含む先進国や国際機関は、援助効果向上のため、(1) 自助努力 Ownership、(2) 制度や政策への協調 Alignment、(3) 援助の調和化 Harmonization、(4) 開発成果管理、(5) 相互説明責任の5原則を定め、援助の供給と管理方法につき、モニター可能な行動を取ることにした。ラオスでは、パリ宣言以前に援助協調に関する取り組みがなされ、日本はその制度設計・構築に大きな貢献をした。その後、パリ宣言に基づくヴィエンチャン宣言が出され、日本のCD-SWCが構築に関わった援助協調枠組みへ、各援助機関の参加を促すことになった。

日本はパリ宣言策定に関わり署名した。また、ヴィエンチャン宣言に先駆けて、ラオスでの援助調整メカニズム構築に貢献した。これら2つの日本の活動は連動しているわけではない。また、パリ宣言に各国、各主要援助機関も署名したが、現場で目指していることは異なっている。ラオスでは、日本は主としてキャパシティ・ディベロップメントに主眼をおき、欧米各国は早急に成果を達成することを期待していた。日本にとって、大きな枠組みや政策作りに関与する意義は十分にあるものの、単に国際的な政策決定に関与するだけでなく、現場レベルでの援助の実施方法の違いを考慮した別のアプローチが必要とされる。

4. 日本のODAの仕組みと意思決定メカニズム

日本のODA事業は、他の二国間援助と比較して、より人道的志向が強く、政治的色彩は弱い。日本のODA事業の特長は、長期間コミットすることや、知識や技術を移転するプロセスを重視していることである。このようなアプローチは、相互の信頼関係を増大させ、途上国の持続可能な能力強化を促進する。しかし、他ドナーの事業と比べて、投入に見合った成果をあげられないこともある。ODA事業の適正な評価とモニタリングが、以前にもまして求められるようになったこともあり、近年では、次第に成果を重視するようになってきた。

日本のODAプログラムは、自助努力を重視しており、相手国の責任であるリカレントコスト負担や、プロジェクトに関わる公務員の給与補填を、原則として行わない。これは、対等なパートナーとして真に相手国に敬意を払うアプローチであり、東アジア、東南アジアの国々の例のように、相手国の持続可能な経済社会開発を促す。しかし、極めて貧しい国や紛争後国では、これらのコスト負担ができず、プロジェクト実施そのものが困難となってしまうことがあった。最近では、日本のODA事業も柔軟に運用されるようになり、相手国の困難な状況に応じて、リカレントコストの一部を負担している。

日本のODA政策案は、多くの場合、外務省を中心とし、各省庁の意向を取り入れた、ボトムアップ方式で形成されているようだ。中間管理職レベルの官僚が、少数の外部専門家の意見を取り入れながら政策を立案し、上級職の承認を得ていく。公務員は通常数年毎に異動するため、政策策定に関わった官僚が異動してしまうことも多いが、省庁は組織として政策を実施する。異動が多いことは、多数の官僚に援助政策・援助プログラムに関わる機会を与えたとともに、汚職を防ぐ効果もある。しかし、専門性の育成が妨げられることや、政策立案・実施の責任の所在が不明確になること等の問題点も指摘されている。

なお、日本のODA政策は、まれにトップダウンの方式で形成される。総理大臣や有力政治家がリーダーシップを発揮して、さまざまなイニシアティブを形成する場合である。

日本のODAプロジェクト予算は、いった

ん決定されると、まず変更されることはない。予算は、原則年度内に使われることとされ、通常、次年度への繰り越しは認められない。これは、コミットしたら必ず実施することを意味し、相手国にとって日本が信頼できるドナーであることを示す。他方、この仕組みには、援助決定が遅れたり、柔軟な実施ができなくなったりする問題点もある。近年では、とくに緊急人道援助分野で、迅速な決定と実施ができる仕組みを取り入れている。

ODA 政策、ODA 事業に関する意思決定は、多くの場合、東京の本部レベルで行われ、途上国の現場レベルには限定的な権限しかない。また、現場レベルには、ドナー会議等で政策面から適切な介入のできる、経験豊富でグローバルな開発イシューに詳しい技術専門家が不足している。そのためもあり、日本が、現地でドナー間調整のリーダーシップをとることは、これまであまりなかった。JICA は、近年では、現場の能力強化と権限委譲に努めており、調査や評価等が現地事務所レベルでなされるようになってきている。

これらの特長や課題を踏まえ、日本の ODA は継続的に改革を進めている。政府財政が赤字状態であり、また昨今の経済状況では、ODA 予算総額を増加させることは極めて困難である。それゆえ、目標を絞ってスキームを見直し、ODA 実施の有効性と効率性を改善することが必要とされている。

5. 日本が効果的に介入するための提言

第2年度は、保健医療分野の各種国際イニシアティブ・パートナーシップが、途上国の現場でどのように運用されているか、日本の貢献の状況と合わせて検証した。また、WHO と国際赤十字運動の意思決定メカニズムを探り、どのように介入するべきか検討した。加えて、日本の ODA の仕組みについても、あらためて検証した。

これらの研究結果より、保健医療分野における日本の援助をより効果的で存在感のあるものにするには、(A) 国際機関の本部レベル、(B) 途上国の現場レベル、(C) 日本国内レベルという、複数の段階での意思決定に介入することが重要であることが判明した。しかも、各レベルで別個に介入するのではなく、緊密に連携する必要がある。

(A) 国際機関の本部レベル

グローバルなレベルでは、国際保健医療イシューに関して、医学・公衆衛生学的重要性のみならず、社会的、政治的、経済的な潮流を読み取り、新たなイニシアティブ・パートナーシップを形成するのに主導的役割を果たすことが大切である。すなわち、既存の国際イニシアティブ・パートナーシップに追随するだけではなく、国際的潮流の先を読んで、モメンタムを作ることが重要である。そのためには、グローバルなレベルから現場レベルまでの知識を集約し、政治・経済・外交的情報も取り入れて国際社会に介入する戦略を策定する仕組みが、日本政府に必要である。

加えて、国際イニシアティブ・パートナーシップ策定時にリーダーシップを果たすだけでなく、継続的に影響力を発揮する努力を重ねる必要がある。例えば、GFATM 設立時には、日本のリーダーシップがあったにもかかわらず、その後、高額の資金を投入する国・財団等が増加したことに加え、事務局、実施機関に日本関係者が少なく、理事会レベルに専門知識のある日本の人材が関与していないこともあって、影響力は当初より低下している。

また、保健医療分野の国際的戦略策定に影響を及ぼすには、国際機関の本部レベルでの政策決定に関与することが重要である。そのためには、まず、決定権のある重要ポストを確保し、専門知識と政治力・外交力を兼ね備えた人材を送り込むことが必要である。加えて、実際に政策を立案する事務局実務者レベルにも、専門知識のみならず、日本の政策や考え方にも精通した人材を配備するよう努める必要がある。長期的には、若手の人材を意識的に育成して、国際機関で働く機会を与え続けていくことが大切である。

(B) 途上国の現場レベル

援助事業を実施している途上国の現場では、通常、多数の開発パートナー、すなわち国際機関、先進国援助機関、NGO等が、同じような領域で活動している。グローバルなレベルで援助協調に合意していても、現場での実施は容易ではない。日本が多くの開発パートナー間で影響力を保つには、開発パートナー間での調整に、主導的役割を果たすことが重要である。そのためには、国際保健医療イシューのグローバルな潮流を理解し、専門

知識及び日本の政策や実施体制等に精通し、かつ交渉能力に優れた経験豊富な専門家を現場に配備して、ある程度の決定権を与えることが必要である。また、途上国の保健医療政策・戦略策定のプロセスに積極的に関与して、日本の支援が政策的枠組みの中に位置づけられるようにしなければならない。

現場では、多くの援助が競合しており、日本の貢献を常に発信し続けて、影響力を継続させる努力が必要とされる。とくに、日本のアプローチが他の開発パートナーのアプローチと異なる場合、双方の長所・短所を十分理解したうえで、日本がなぜそのようなアプローチをとり、どのような効果があるのかを、継続的に発信していく必要がある。日本のアプローチの長所については、現場のみならず、グローバルなレベル、日本国内レベルでも、継続して発信していくべきである。

(C) 日本国内レベル

日本国内においては、国際保健医療専門家の知識・技術を結集して、政治・行政のトップ、及び実際に政策案を作る実務担当者に助言し、グローバルなレベルにおいて、新しい国際イニシアティブ・パートナーシップ形成、国際的潮流に沿った援助プログラム策定、国際機関の政策策定への参画等を進めることが必要である。援助政策を立案する行政官には専門知識が不十分なこともあるので、専門家との連携は不可欠である。その際、政治・行政にとって都合のよい意見のみ取り入れることのないよう、助言する専門家を、透明かつ客観的に選択するべきである。

また、国際機関の本部レベルで働ける人材、あるいは現場で意思決定を任せられる人材を、意図的に育成していく必要がある。加えて、育成された人材が、能力を発揮できるような仕組みを構築しなくてはならない。

日本の支援の長所については、専門知識のない行政官や一般市民にも理解が広がるよう、客観的証拠を示しながら、継続的に発信していく必要がある。

E. 結論

保健医療分野の国際イニシアティブ・パートナーシップは、国際支援の増加をもたらし、途上国の課題解決に貢献してきた。しかし、

課題の優先度、開発パートナーの協調、保健医療システム強化への体系的取り組み、事業終了後の持続可能性等の課題がある。これらに対処するには、途上国のオーナーシップを向上させ、調整能力、ガバナンス、アカウンタビリティを、改善・強化する必要がある。また、途上国政府の果たす役割を認識して、意図的に保健医療の基盤システムを構築していく必要がある。

WHOの政策に効果的に介入するには、本部レベルに、専門的能力や討論能力の高い人材が参加する必要がある。赤十字運動では、現場の人材の専門能力が重要である。

日本のアプローチは、成果達成を目指しつつも、多くの場合キャパシティ・ディベロップメントに主眼がある。大きな枠組みや政策作りで国として関わるのみならず、現場レベルでの援助の実施方法の違いに対応した別のアプローチを考慮する必要がある。

日本のODA政策は、内閣からトップダウン的に決定される機構ではあるが、実際には、外務省を中心に、各省庁からのボトムアップ方式で事業の方向性が決定される。G8サミット等の場で、日本が、保健医療分野等の国際的イニシアティブを主導することもある。再編されたJICAは、技術協力、無償資金協力、円借款を一本化して対応することを目指している。また、日本のODAは、NGOとの連携や他ドナーとの協調も進めている。

これらの研究結果より、日本の援助をより効果的にするには、まず、国際機関の本部レベルにおいて、政策決定に関与することや、新しい国際イニシアティブ・パートナーシップを主導していくことが必要である。次に、途上国現場レベルにおいて、経験豊富な専門家が開発パートナー間の調整に主導的役割を果たし、保健医療政策策定のプロセスに参画することが重要である。最後に、日本国内レベルにおいても、専門家と行政官・政治家とが緊密に連携して政策を策定し、国際機関で働ける人材、途上国現場で意思決定を任せられる人材を意図的に育成していくことが、必要である。

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、川口レオ、江啓発、明石秀親、喜多悦子：保健医療分野の国際イニシアティブとパートナーシップ。国際開発学会第9回春季大会報告論文集、13-16 (2008)。
- (2) 青山温子、川口レオ、江啓発、喜多悦子：世界エイズ・結核・マラリア対策基金の5年評価(経過報告1)。日本評価学会春季第5回全国大会報告論文集、49-56 (2008)。
- (3) 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 flood-prone rural areas in Lao PDR. *Am. J. Trop. Med. Hyg.* 78 (6): 957-961 (2008)。
- (4) 喜多悦子：開発とHIV/エイズ。鳥居伸好・鷲谷徹・伊藤洋司・森岡実徳・藪田雅弘編「中央大学経済学部創立100周年記念：寄付講座シリーズⅢ：21世紀の人間と経済」、pp 47-67、中央大学出版、東京、2008。
- (5) 喜多悦子：グローバリゼーションのなかの女性の健康。北九州市立男女共同参画センター「ムーブ」編「ムーブ叢書 ジェンダー白書6：女性と健康」、pp 26-38、明石書店、東京、2008。
- (6) 川口レオ、江啓発、天野静、青山温子：エジプト農村部の女性の健康改善に寄与する要因：女性のエンパワメントとコミュニティ開発活動。第19回国際開発学会全国大会報告論文集、282-285 (2008)。
- (7) 喜多悦子：「難民」と「ヒパクシャ」-押し付けられた尊称。第19回国際開発学会全国大会報告論文集、150-151 (2008)。
- (8) 喜多悦子：アフリカにおける健康と女子教育。文部科学省、横浜国立大学、TICAD IV編「国際シンポジウム：アフリカの開発と女子教育-就学率の向上を目指して」報告書、P7・19-21、横浜国立大学、横浜、2008。
- (9) Kita, E. Health and girls education in Africa. *In* Final Report "International Symposium: African Development and Girls' Education - Towards Gender Parity in Basic Education", Ed. Ministry of Education, Culture, Sports, Science and Technology, Japan, Yokohama National University, and TICAD IV, p7, Yokohama National University, Yokohama, 2008.
- (10) 青山温子：全体会合2 基調講演 Gender and women's health in the Islamic countries. 「第6回イスラム世界との文明間対話セミナー：文化と宗教の尊重」pp. 13, 22-26 (2008) サウジアラビア外務省/日本外務省。
- (11) 喜多悦子：アフガニスタンの思い出-ミスター「教育の力」。ACCU(ユネスコアジア文化センター)ニュース、No.366、2-4 (2008)。
- (12) 喜多悦子：食と農への想い-食育。アグリふくおか(JA福岡中央会)、Vol.4、14-15 (2008)。
- (13) 喜多悦子：知識がもたらしているものと智慧が守っているもの-紛争地での想い。日本医事新報、No.4415、1、2008。
- (14) 喜多悦子：看護の力。村松静子監修「看護の実力-訪問看護-開業ナースはゆく」、pp2-13、照林社、東京、2008。
- (15) Akashi R, and Akashi H. (2008) . Social work in international health and medical assistance. *BioScience Trends* 2(4): 155-163.
- (16) 天野静、渡辺裕、鳥居潤、川口レオ、青山温子：開発途上国における不妊症と生殖補助医療。国際保健医療、24 (1): 23-29 (2009)。
- (17) Ui, S., Lim Try, H., Yatsuya, H., Kawaguchi, L., Akashi, H., and Aoyama, A. Strengthening community participation at health centers in rural Cambodia: Role of local non-governmental organizations (NGOs). *Critical Public Health. In press.*
- (18) 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.*
- (19) 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)。

2. 学会発表等

- (1) 青山温子、川口レオ、江啓発、明石秀親、喜多悦子：保健医療分野の国際イニシアティブとパートナーシップ。国際開発学会第9回春季大会、東京（2008）。
- (2) 青山温子、川口レオ、江啓発、喜多悦子：世界エイズ・結核・マラリア対策基金の5年評価（経過報告1）。日本評価学会春季第5回全国大会、東京（2008）。
- (3) 喜多悦子：アフリカにおける健康と女子教育。文部科学省、横浜国立大学、TICAD IV共催「国際シンポジウム：アフリカの開発と女子教育－就学率の向上を目指して」基調講演、横浜（2008）。
- (4) 青山温子：世界エイズ・結核・マラリア対策基金の5年評価－国際機関によるインパクト評価。ワークショップ「保健医療分野の援助評価－開発インパクトをどう見るか」、第23回日本国際保健医療学会総会、東京（2008）。
- (5) Chiang, C., Helmy, I.H., Kawaguchi, L., Fouad, N.A.M., Abdou, N.M., Amano, S., Rizk, S and Aoyama, A. : Increased use of health services and women's empowerment in rural Egypt. 第23回日本国際保健医療学会総会、東京（2008）。
- (6) 明石秀親：何故 Community-based MNCHが重要か？ワークショップ7「CommunityにおけるMNCH改善－その可能性と限界を考える」、第23回日本国際保健医療学会学術大会、東京（2008）。
- (7) 喜多悦子：「難民」と「ヒバクシャ」－押し付けられた尊称。共通論題1「グローバル化時代の開発とヒロシマ」、第19回国際開発学会全国大会、広島（2008）。
- (8) 川口レオ、江啓発、天野静、青山温子：エジプト農村部の女性の健康改善に寄与する要因：女性のエンパワメントとコミュニティ開発活動。第19回国際開発学会全国大会、広島（2008）。
- (9) Aoyama, A. Gender and women's health in the Islamic countries. 外務省 / サウジアラビア外務省共催 イスラム世界との文明間対話セミナー：第6回サウジ会合、基調講演、リヤド（2008）。
- (10) 青山温子：世界の健康を考える。愛知サマーセミナー 講演、名古屋（2008）。
- (11) Aoyama, A. Gender, health and development. Asian Institute of Technology、バンコク（2008）。
- (12) 青山温子：イスラム社会の女性－国際保健医療の視点から。朝日カルチャーセンター講座「イスラム世界と日本－文明間の『対話』を考える」、講演。横浜（2008）。
- (13) 玉越悠也、川口レオ、江啓発、天野静、青山温子：エジプトにおける Health Sector Reform Program (HSRP)。第27回日本国際保健医療学会西日本地方会大会、大阪（2009）。
- (14) 山口純矢、川口レオ、江啓発、天野静、青山温子：エジプトにおける国家住血吸虫症対策－その成功の要因と今後の課題。第27回日本国際保健医療学会西日本地方会大会、大阪（2009）。
- (15) 大北宗由、川口レオ、江啓発、天野静、青山温子：エジプトにおける妊産婦死亡率（MMR）の減少とその要因。第27回日本国際保健医療学会西日本地方会大会、大阪（2009）。

H. 知的財産権の出願・登録状況

該当事項なし

分担研究報告書

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
－途上国現場での実施状況－

研究代表者 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、カンボジアを事例とし、母子保健、エイズ・結核・マラリア対策に関する国際イニシアティブ・パートナーシップが、現場でどのように実施されているかを調査した。

カンボジアでは、母子保健は国家プログラムとして取り組まれており、日本をはじめ多数の開発援助機関やNGOが参入して、サービス向上、人材養成等が行われてきた。エイズ対策については、保健省や多くの現地NGOにより、予防・治療が進められている。結核対策は国家プログラムとして取り組み、日本が支援を続けて、着実に検査・治療を実施している。マラリアは、WHOの技術支援のもと保健省が対策に取り組んでおり、症例数、死亡数とも減少してきた。いずれも、成果はあがっているものの、母子保健、エイズ対策については、援助機関や実施機関が多く、必ずしも調整しきれておらず、結核、マラリア対策は、保健省が垂直型アプローチで取り組んでいて、保健医療システム構築への貢献は限られていた。

保健医療分野の国際イニシアティブ・パートナーシップは、国際支援の増加をもたらし、途上国の課題解決に貢献してきた。しかし、必ずしも、すべての開発パートナーが完全に協調して、その国の優先課題に重点的に取り組んでいるわけではない。また、事業終了後の持続可能性にも課題が残る。

開発パートナー間協調には、(1) 並行(Parallel)、(2) 協力(Synergy)、(3) 共同(Collaboration)のレベルがある。途上国の現場で十分調整し、Synergyレベルの協調のできることが望ましく、そのためには、各機関の現地代表者に一定の決定権が必要である。

各パートナー機関による支援の調整は、途上国のオーナーシップを尊重し、専門的観点からその国の政策・戦略に沿って進められるべきである。しかし、途上国政府の、ガバナンス、アカウンタビリティに問題のあることも多い。オーナーシップ向上とあわせて、途上国の調整能力、ガバナンス、アカウンタビリティを、改善・強化する必要がある。

また、保健医療システムの基盤整備は、即効性を目指したNGO等による支援のみでは不可能であり、政府・保健省の能力を強化する体系的取り組みが必要とされる。すなわち、保健医療システム強化には、政府の役割を再認識して、意図的に基盤構築する必要がある。

日本は、途上国の調整能力や保健医療システムの基盤の強化をさらに支援するとともに、途上国の現場での開発パートナー間調整に、指導力を発揮できるようになるべきである。

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。

第 1 年度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した。第 2 年度は、途上国の現場で、保健医療分野の国際イニシアティブ・パートナーシップが、どのように機能しているかを調査・検討する。

B. 研究方法

カンボジアを事例とし、母子保健、及びエイズ・結核・マラリア対策に関する国際イニシアティブ・パートナーシップが、現場でどのように実施されているかを調査した。現地調査に先立ち、保健省、国際機関、国際協力機構(JICA)等の資料をもとに、カンボジアの、母子保健、エイズ・結核・マラリア対策等の状況を調べた。

現地調査は、2008 年 11 月 2 日から 9 日の間、首都プノンペン及びコンボンチャム州にて実施した。プノンペンでは、以下の機関の担当者から、母子保健、エイズ・結核・マラリア対策に関する国際イニシアティブ・パートナーシップの実施状況等について、情報を収集した：国連人口計画(UNFPA)、世界保健機関(WHO)、JICA カンボジア事務所、JICA 地域における母子保健サービス向上プロジェクト、GAVI (Global Alliance for Vaccines and Immunization)アライアンス、国立母子保健センター(National Maternal and Child Health Center: NMCHC)、国立結核センター(National Center for Tuberculosis and Leprosy Control: CENAT)、国立エイズ性感染症セン

ター (National Centre for HIV/AIDS Dermatology and STDs: NCHADS)、保健省・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)資金受入責任機関(Principal Recipient: PR)、保健 NGO 連合・MEDICAM、国際家族計画連盟(IPPF)傘下 NGO・RHAC (Reproductive Health Association of Cambodia)、エイズ対策 NGO 連盟・KHANA (Khmer HIV/AIDS NGO Alliance)。

次に、実際の活動状況を観察するため、プノンペンにある KHANA 加盟 NGO の活動現場を訪問した。コンボンチャム州では、州保健局、保健医療行政区(Operational District: OD)2カ所の母子保健担当官、保健センターの助産師から、情報収集し、保健センターの分娩室や妊産婦健診等の状況を観察した。

調査結果をもとに、各種国際イニシアティブ・パートナーシップが、現場でどのように実施されているか、どのような問題点があるか検討した。

(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. 保健医療分野の復興・開発支援の概要

カンボジアでは、1970 年代末のポルポト政権時代に、それまでの保健医療システムが完全に崩壊し、保健医療を担う人材の大部分が失われた¹。その後も、国内の一部で紛争が続き、国際社会からの孤立が続いた。1990 年代になって、本格的な国際支援が始まり、以後は多くの復興・開発プログラムが実施された。1996 年からは、保健医療システム再編が進められ、人口割の OD 設置、保健医療

¹ 青山温子：紛争後の復興開発と平和構築に対する保健医療活動の役割に関する研究 平成 14-16 年度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 総合研究報告書 (2005)。