

行政の一部委譲、保健医療施設再編、医療費徴収制度等が実施されている²。

カンボジアの保健医療分野では、極めて多数の国際機関・開発援助機関・NGO が、活動している。WHO は、保健医療計画策定、薬剤管理、マラリア等の感染症対策等、さまざまな技術的支援をしている。国連児童基金 (UNICEF) は、予防接種拡大計画 (EPI) 等子どもの健康分野で活動している。UNFPA は、リプロダクティブヘルス、HIV/AIDS の分野で貢献し、また、保健省の Demographic Health Survey (DHS) 実施を支援して基礎データを提供した。アジア開発銀行 (ADB)・世界銀行は、2002 年より Health Sector Support Project を実施、地域保健医療等に包括的に取り組んでいる。英国は、紛争直後から保健医療政策策定に対する技術支援等を継続してきた。米国は、母子保健・家族計画分野のサービス向上を目指し、RACHA (Reproductive and Child Health Alliance) を運営、助産師の臨床技術研修 (Life Saving Skills Training) 等を行った³。RACHA は、その後カンボジアの NGO に移管され、米国国際開発庁 (USAID) の支援が継続されている。GFATM は、2002 年以後、HIV/AIDS 対策資金を提供、その後マラリア、結核対策にも資金提供している。

主要ドナー国である日本は、母子保健、結核対策、医療技術人材養成等の技術協力プログラム、無償資金協力による NMCHC、CENAT、医療技術学校の建設、UNICEF・UNFPA を通してのワクチン及び EPI・母子保健関係の資機材供与、精神保健に関する NGO 支援等、各種スキームを用いて、復興開始以来、大きな貢献をしてきている。

2. 母子保健

カンボジアでは、妊産婦・乳幼児の死亡率は、改善してきているものの、依然として高い (表 1)。母子保健は優先課題の 1 つであり、国家プログラムとして NMCHC が運営・調整している。ほとんどの医師は、首都の医科大学で教育されるが、NMCHC はその教育病院にもなっている。助産師は、保健省人材部とその管轄するプノンペン及び全国 4 カ所の地方看護助産学校 (Regional Training

Center: RTC) で養成される。RTC の教員には十分な臨床経験がないうえ、地方の臨床実習病院の指導者や症例数も不十分であり、RTC の臨床教育は必要な水準に達していないとのである。他方、多数のドナーが卒業研修を実施しており、卒前教育と卒業臨床研修は、必ずしも十分調整されてはいない。

日本は、他ドナーに先駆けて、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・運営管理能力向上、妊産婦ケアに関する医師・助産師の臨床研修に関する技術協力プロジェクトを、1995 年から 10 年間実施した⁴。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証的な臨床技術研修として、Life Saving Skill Training と並び、有効性の高い研修として認知されている⁵。

NMCHC での技術協力は、地方の人材能力強化を意図し、地方の医師・助産師対象に卒業研修を行ってきた。コンボンチャム州の調査では、実際に地方の医師・助産師が研修に参加し、臨床能力を強化してきたことが、研修参加者及び州保健局・OD の管理職の双方から確認できた。しかし、その効果は研修受講者のみに留まり、受講者が元の職場に戻ってから、得られた知識・技術を他の保健医療従事者に指導することはなかった。

母子保健活動には、多数の開発援助機関や

⁴ JICA: カンボディア国母子保健センター建設計画基本設計調査報告書 (1995)

JICA: カンボディア国母子保健プロジェクト実施協議団報告書 (1995)

JICA: カンボディア国母子保健プロジェクト終了時評価調査報告書 (1999)

JICA: カンボディア国母子保健プロジェクト (フェーズ 2) 実施協議団報告書 (2000)

JICA: カンボディア国母子保健プロジェクト (フェーズ 2) 終了時評価調査報告書 (2004)

⁵ Sherratt, DR, White, P, Chhuong, CK. Comprehensive Midwifery Review (Draft Final Report). Ministry of Health, Kingdom of Cambodia, Phnom Penh (2006). ToT Unit, National Maternal and Child Health Center and JICA Project for Improving MCH Service in Rural Areas in Cambodia. Evaluation of training courses at National Maternal and Child Health Center. Ministry of Health, Kingdom of Cambodia, Phnom Penh (2007).

² Health Sector Strategic Plan 2003-2007, Ministry of Health, Kingdom of Cambodia, Phnom Penh (2002).

³ <http://rc.racha.org.kh/rachainfo.asp>

NGOが参入した。前述した、ADB等の資金により契約NGOがODを運営するプロジェクトでは、保健センター・郡病院の機能を強化して分娩を扱えるようにする等、母子保健サービス向上が重要な指標となった⁶。UNFPAやUNICEFも、安全な妊娠出産、バース・スペーシング(家族計画)、小児の予防接種とビタミンA供与等の母子保健活動を行ってきた。RACHAは一部地域を選択して母子保健サービス向上を図り、存在感を増大させた。

多数の国際NGO・現地NGOも、母子保健活動に取り組んできた。NGOにとって、母子保健よりエイズ対策の方が、資金量が多く獲得しやすい。そのため、エイズ対策に母子保健を組み合わせる活動している場合も多かった。例えば、RHACは、診療所17カ所を運営、母子保健・家族計画と、エイズ対策を組み合わせた事業を実施してきた⁷。また、公立保健センターに対する支援、青少年の健康教育等も実施した。RHACの活動資金は、USAID、GFATM、UNFPA等の支援による。

表1：カンボジアの保健医療指標

指標	年	
総人口(百万)	14	2006
1人当たり所得(US\$)	490	2006
1人当たり医療費(US\$)	29	2005
乳児死亡率(出生1000対)	85	1990
	65	2006
5歳未満児死亡率(出生1000対)	116	1990
	82	2006
妊産婦死亡率(出生10万対)	540	2005
合計特殊出生率	5.7	1990
	3.3	2006
HIV感染率(%)	2.0	2003
	1.6	2005
結核罹患率(人口10万対)	500	2006
結核治療成功率(%)	93	2005
結核発見率(%)	62	2006
乳幼児蚊帳(ITN)使用率(%)	4.2	2000-06
熱性疾患乳幼児マラリア治療率(%)	0.2	2000-06

(The World Bank: World Development Indicators 2008 より作成)

⁶ Soeters, R., Griffiths, F. Improving government health services through contract management: a case from Cambodia. Health Policy and Planning; 18(1): 74-83 (2003).

⁷ RHAC: Information 2008, Phnom Penh.

3. エイズ・結核・マラリア対策

(1) 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り、例えば、貧しい農村から都市に流入し、セックスワーカーとして働く女性たち等の感染リスクが高かった。しかし、早期から予防活動が行われたこともあって、感染はあまり拡大せず、一般人口のHIV感染率は低下している(表1)。2006年の一般人口の感染率は、0.9%程度と推定されている⁸。

予防活動として、早期から米国NGO等によりコンドーム普及が行われ、NMCHCでは母子感染予防(PMTCT)が実施された。2002年以降、GFATM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。

カンボジアは米国のエイズ対策支援事業U.S. President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR)の対象20カ国に含まれている。PEPFARの資金は、USAIDを通して、米国系国際NGOのCARE InternationalやFamily Health International、及びKHANAに提供され、そこから実施機関である多数の傘下NGOに供与される⁹。また、米国疾病予防管理センター(U.S. Centers for Disease Control and Prevention: CDC)を通して、NCHADS等政府機関にも提供され、NCHADSには米国関係者が常駐している。PEPFARは、2004年度1,680万米ドル、2005年度1,740万米ドル、2006年度1,930万米ドル、2007年度1,900万米ドル、2008年度1,790万米ドルを提供した¹⁰。2003年から2006年までのエイズ対策資金の、約54%はPEPFAR、約13%がGFATMから提供された¹¹。

GFATM資金は、保健省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。しかし、保健省の1末端機関であったNCHADSが、PEPFAR及びGFATMの豊富な資金を運用する中で力をつけ、第七次からは直接PRとなり主体的に活動するようにな

⁸ UNAIDS: 2007 AIDS Epidemic Update.

⁹ <http://www.pepfar.gov/documents/organization/112995.pdf>

¹⁰ <http://www.pepfar.gov/countries/cambodia/index.htm>

¹¹ MACRO: Five-Year Evaluation of the Global Fund - Study Area 3: Health Impact (2009). (Draft final report)

った。NCHADS は、保健省本庁に匹敵する発言力をもつようになったとのことである。

また、KHANA 加盟の多数の現地 NGO は、GFATM、USAID、ヨーロッパ連合(EU) 等からの援助を得て、さまざまな社会的支援活動を行っている¹²。例えば、感染していない農村の女性や青少年、工場労働者に対する感染予防教育、女性セックスワーカーに対するコンドーム使用推進、スラムに居住する感染者の生活支援、孤児の生活・教育支援、薬物常用品に対する予防活動等があげられる。

今回は、プノンペンで孤児院を運営している現地 NGO・SFODA を訪問した。感染していない子どもたちを受け入れて、職業教育等の自立支援をしていた。プロジェクト運営に対するモニタリングもなされ、資金運用は適切であり、活動には一定の価値が認められる。しかし、寄付が集めやすいみに見える活動や施設整備に留まっていて、根本的に自立を促進する事業に至っておらず、事業そのものが目的化した事業という印象を受けた。費用対効果を含め、これら NGO 事業の必要性について、再評価するべきであると考えた。

表 2：カンボジアに対する GFATM の支援

	分野	開始年	承認額 (US\$)	支出額 (US\$)
第一次	エイズ	2003	15,714,629	14,700,370
第二次	エイズ	2004	14,765,625	13,995,727
	結核	2004	6,169,733	6,169,733
	マラリア	2004	29,270,458	9,622,532
第四次	エイズ	2005	36,546,134	20,424,351
	マラリア	2005	9,857,891	8,240,954
第五次	エイズ	2006	34,963,654	17,742,673
	結核	2006	10,076,616	3,494,071
	保健医療システム	2006	5,602,756	2,420,809
第六次	マラリア	2008	13,105,131	8,011,542
第七次	エイズ	2008	23,857,767	7,137,934
	結核	-	8,707,480	-

(<http://www.theglobalfund.org/en/commitmentsdisbursements/?lang=en> 掲載資料より作成; 第三次支援は受けていない)

(2) 結核対策

カンボジアは、WHO が結核高負担国と認定した 22 カ国に含まれている¹³。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、CENAT のもとに国家プログラムとして取り組まれ、1994 年以降、DOTS¹⁴が進められた。DOTS 普及率は、1995 年に 60% であったが、2001 年に 100% に達した。結核治療成功率は、すでに WHO の目標値 85% を超えている(表 1)。近年は、医療施設にアクセスしにくい地域を対象とし、コミュニティ DOTS も実施している。2003 年以降は、エイズと組み合わせた対策に取り組んでいる。

日本は、CENAT 建設前より、検査専門家派遣や日本での研修を含めた協力を継続した。1999 年以降 2 期 10 年にわたり、CENAT を拠点として結核対策技術協力プロジェクトを実施しており、検査技術向上と DOTS 普及に貢献している¹⁵。2005~2008 年には、無償資金協力により、結核治療薬を供与した。2008~2012 年は、GFATM 資金で薬剤を調達することになっている。

(3) 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¹⁶。2006 年のマラリア症例数は 262,000、死亡数は 580 と推定されている¹⁷。症例報告数は 2002 年に 110,194、2007 年に 59,848、死亡報告数は 2002 年に 457、2007 年に 241 であり、症例数、死亡数とも減少している。

マラリア対策は、WHO の技術支援と、一部は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

¹³ WHO: Global Tuberculosis Control 2008

¹⁴ DOTS: Directly Observed Treatment Short-Course
<http://www.who.int/tb/dots/en/>

¹⁵ JICA: カンボディア国国立結核センター改善計画基本設計調査報告書 (2000)

JICA: カンボディア国結核対策プロジェクト実施協議調査団報告書 (1999)

JICA: カンボディア国結核対策プロジェクトフェーズ II 中間評価調査報告書 (2007)

¹⁶ http://www.wpro.who.int/sites/mvpp/epidemiology/malaria/cam_profile.htm

¹⁷ WHO: World Malaria Report 2008

¹² KHANA: Annual Report 2007, Phnom Penh.

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。2005年DHSによると、蚊帳を使用している妊婦は86%、ITN使用妊婦は4%であった。

カンボジアでは、薬剤耐性マラリアが多いが、最初に使用する治療薬を Artesunate と Mefloquine とすることが、国の政策で決められている¹⁸。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¹⁹。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²⁰。

4. 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

母子保健分野の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²¹。MNCHは、Safe Motherhood Initiativeから発展し、ミレニアム開発目標(MDGs)の目標4(乳幼児死亡率減少)・目標5(妊産婦の健康改善)達成を目的としたパートナーシップである。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いる。カンボジアで活動している参加機関には、カンボジア政府、UNICEF、UNFPA、WHO、JICA、USAID、IPPF、ワールドビジョン等がある。妊産婦ケア、予防接種、小児保健等の領域で、保健医療サービス改善、人材育成、資機材・医薬品供与等の活動がなされている。

カンボジアの母子保健分野で活動する開発援助機関やNGOは極めて多く、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、保健医療政策からはずれたり、著しく重複した活動になっ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。極端な例では、必須医薬品に含まれない最新の抗生剤を小児に無料投与したり、専門教育を受けていないコミュニティワーカーに子宮収縮剤を使わせようとしたりする事例もあったとのことである。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、助産師は日当をもらうため研修にばかりでかけてしまい、保健センターが機能しなくなるといった問題も生じている。

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時の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

エイズ対策に関しては、3 by 5 Initiativeに続くWHOの国際イニシアティブとして、Universal Access by 2010があり、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。

国際的なエイズ対策推進には、UNAIDSの設立等さまざまな努力が重ねられてきたが、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、

¹⁸ Denis MB, Tsuyuoka R, Poravuth Y, Narann TS, Seila S, Lim C, Incardona S, Lim P, Sem R, Socheat D, Christophel EM, Ringwald P. Surveillance of the efficacy of artesunate and mefloquine combination for the treatment of uncomplicated falciparum malaria in Cambodia. *Trop Med Int Health*. 11(9), 1360-1366 (2006).

¹⁹ Alker AP, Lim P, Sem R, Shah NK, Yi P, Bouth DM, Tsuyuoka R, Maguire JD, Ariey F, Wongsrichanalai C, Meshnick SR. Pfmdr1 and in vivo resistance to artesunate-mefloquine in falciparum malaria on the Cambodian-Thai border. *Am J Trop Med Hyg*. 76(4), 641-647 (2007).

²⁰ Lon CT, Tsuyuoka R, Phanouvong S, Nivanna N, Socheat D, Sokhan C, Blum N, Christophel EM, Smine A. Counterfeit and substandard antimalarial drugs in Cambodia. *Trans R Soc Trop Med Hyg*. 100(11), 1019-1024. (2006).

²¹ <http://www.who.int/pmnch/en/>

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、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、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。

カンボジアにおける一般人口のHIV感染率は比較的低いにもかかわらず、PEPFAR、GFATM等から多額の対策資金が投入されている。カンボジアには、紛争後復興期より、さまざまな保健医療支援が行われてきたため、母子保健や予防接種等、エイズ対策以外の優先課題も対策が進められている。PMCTをはじめ、エイズ対策を母子保健活動と組み合わせる実施したり、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、公的支援が届きにくい人々に対する支援活動を行うことができる。

このように、エイズ対策費の増大は、他の保健医療課題への対策を妨げてはいない。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、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、カンボジアのHIV感染率は比較的低いが、他方、妊産婦死亡率は世界的にみても高く(表1)、必ずしも優先度に応じた資金配分とはなっていない。加えて、多額の資金が流入するため、NCHADSの権力が強大化していたり、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ようである。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

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²²。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・資金的な協力を続けてきた。CENATの管理運営、調整、実施能力は高く、指導力を発揮して着実に対策を進めている。

このように成功を収めた要因として、特定の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の不備のため、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に対する貢献は、限定的であった。

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、よく知られている。しかし、保健医療分野の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

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²³。カンボジアでは、流行地域は森林地帯に限定されている。GFATMにより活動資金が増加したが、対策活動の中心はNGOでなく保健省であり、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、住民が民間薬局で購入する治療薬に偽薬が多いといった問題があり、薬剤品質管理体制の整備が必要である。

D. 考察

カンボジアを事例として、保健医療分野の国際イニシアティブ・パートナーシップ、とくに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

²² http://www.stoptb.org/stop_tb_initiative/

²³ <http://www.rbm.who.int/index.html>

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、必ずしも調整しきれていなかった。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、カンボジアでも、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。これらパートナーからの支援は、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政策・戦略に沿って調整するべきである。しかし、直接 NGO 等に流れる資金も多く、保健省はすべての支援を掌握できていない。また、政権上層部の命令で、政策と合致しないプログラム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、全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 の一種と考えられる。しかし、各機関の理念や政治的意図が異なると、共同事業は難しい。各機関の援助スキームや管理体制が違うため、多くの国際パートナーシップにおいては Parallel な協調とするのが現実的である。従来のドナー調整より踏み込んだ協調とするには、各機関の本部レベルばかりでなく、途上国の現場で十分調整し、Synergy を目指すべきであると考えられる。それには、各機関の現地代表者に一定の決定権が必要である。

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、正確な基礎データが得られるような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きているが、強制的に一定金額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のではなく、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タ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・パートナーシップを、現地の実態に合わせて運用するには、まず、途上国政府のガバナンス、アカウンタ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。途上国政府内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、構築すべきである。また、事業が実施されている間に、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・援助機関が参加している領域では、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、人材育成等の政策を策定する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ったことが各援助機関の本部レベルにまで、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。

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、必ずしも優先課題に重点的に取り組んでいるわけではなく、また、すべての開発パートナーが現場で協調しているわけでもない。保健医療システム強化が重視されているが、体系的な取り組みは少なく、事業終了後の持続可能性にも課題が残る。

これらを改善するには、途上国のオーナーシップを向上させるのみならず、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、保健医療システム強化には、途上国政府の果たす役割を認識して、意図的に基盤となるシステムを構築していく必要がある。

F. 健康危険情報

該当事項なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- (1) 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).
- (2) 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)。
- (3) 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)。
- (4) 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)。
- (5) 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。
- (6) 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)。
- (7) 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*.
- (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*.
2. 学会発表等
- (1) 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)。
- (2) 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)。
- (3) 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)。
- (4) 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)。
- (5) 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)。
- (6) 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)。
- (7) Aoyama, A. Gender, health and development. Asian Institute of Technology, Bangkok (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) 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)。
- (10) 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)。
- (11) 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)。
- (12) 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

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－

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

研究要旨

本分担研究課題は、緊急人道援助の分野における国際機関の、活動内容と意思決定メカニズムに関して調査し検討することである。平成20年度は、世界保健機関(World Health Organization: WHO)、赤十字国際委員会(International Committee of the Red Cross: ICRC)及び及び国際赤十字・赤新月社連盟(International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies: IFRC)等の機構と意思決定メカニズムに関して、調査検討した。

WHOは、国際的な保健医療の課題に、世界、地域、国のレベルで取り組み、国連専門機関である。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。WHOの政策は、加盟193カ国から構成される世界保健会議(World Health Assembly: WHA)によって決定される。WHAは、保健医療分野の規定、基準、指針等に関する世界的合意を形成する場で、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である。

WHO理事会は、WHAの執行機関で、加盟国から選ばれた理事34名で構成される。事務局は、理事会が選びWHAが任命する任期5年の事務局長(Director-General)と、技術職員、事務職員からなり、加盟国を技術指導してWHAで採択された政策実施を促進する。事務局は、専門家会議を開いて提言を策定させる。

WHOの地域事務所は6カ所あり、加盟各国はいずれかの地域委員会に属する。また、殆どの開発途上国にWHO事務所が設置され、地域事務所の管轄下、事務所長(WHO Representative: WR)がWHOを代表している。

ICRCは、国際人道法に基づいて戦争、内戦等の犠牲者に対する人道的支援を行う。ICRCの基本方針・政策は、20数名のスイス人理事が決定し、本部と各地域代表部が調整しながら活動計画を策定、人道支援の決定と評価が行われる。詳細な部分の決定権は現地代表部に委ねられており、医療のような専門的活動では、現地の責任者指揮官の権限が極めて大きい。

IFRCは、各国の赤十字社・赤新月社の国際的連合体で、ICRCとは独立した人道機関であり、主に自然災害を対象とする。大規模災害では、連盟がニーズ調査チームFACT(First Assessment Team)を派遣し、この調査結果に基づき「救援アピール」を出して、援助国赤十字社や政府に支援を求める。「救援アピール」発出が人道援助の意思決定の時と言えるため、被災国の赤十字社や連盟のFACT実働チームの寄与が大きい。現在186カ国に、赤十字社もしくは赤新月社が設立されており、国内での人道的活動や広報活動は、本部・支部に委ねられている。

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。ICRC、IFRC、各国赤十字・赤新月社代表と、ジュネーブ条約加入国政府代表から構成され、決議に際して各1票ずつ行使する。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る。

A. 研究目的

本研究全体の目的は、保健医療関連の各種国際イニシアティブの効果、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の活動内容と意思決定メカニズム、国際イニシアティブ・国際機関に対する日本の貢献と課題について分析し、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する方策を提言することである。日本のODA予算が縮小傾向にある一方、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、保健医療分野支援が重要課題の一つとなった。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。

分担研究課題は、保健医療人材養成、緊急人道援助の分野における国際イニシアティブや戦略、日本の貢献についての情報を収集し分析すること、世界保健機関(World Health Organization: WHO)、国際赤十字赤新月連盟等の、活動内容と意思決定メカニズムに関して調査し検討することである。平成20年度は、WHO、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)の機構と意思決定メカニズムに関して調査検討した。

B. 研究方法

WHO、ICRC、IFRCの国内外の職員・関係者から情報を収集した。また、刊行物やウェブサイトからも、資料を収集した。

(倫理面への配慮)

本研究は、直接、人や動物を対象とした基礎医学研究・臨床研究・疫学研究ではないため、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承諾を得て、個人情報保護に留意した。文献資料の引用時には、出典を示して、著作権保護に留意した。

C. 研究結果

1. 世界保健機関 (WHO)

(1) WHOの使命と役割

WHOは、保健医療分野の国連専門機関として、1948年4月7日に設立された。世界193カ国が加盟し、本部事務局は、スイスのジュネーブにある。2010年から2011まで2年間の予算は、40億米ドル近くに達する。国際的な保健医療分野の重要課題に関して、国連経済社会理事会(Economic and Social Council: ECOSOC)に、定期的に報告している。

WHO憲章には、国際的な保健医療分野活動の方向性を示し調整をするという使命が掲げられている。「すべての人々が、得られる中で最高の水準の健康を達成する」ことを目指して、加盟国の政策形成に技術支援している。WHOの中核的6機能は、以下の通りである。

- ① 人々の健康にとって不可欠な重要事項におけるリーダーシップの発揮、必要に応じた他機関との協調
- ② 研究に必要な課題の明確化、知識の創造、応用、普及の促進
- ③ 基準や規範の決定、その実施の進行及び監視
- ④ 倫理的、エビデンスに基づく政策の形成
- ⑤ 技術的支援及び改善の進行、持続可能な組織能力の強化
- ⑥ 健康指標の監視、改善状況の評価

WHOは国際的な保健医療の課題に世界、地域、国のレベルで取り組む国際機関である。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。

(2) 世界保健会議 (WHA)

WHOは、独立した政府間組織であり、通常は保健省を経て直接各国政府と協力している。加盟193カ国から構成される世界保健会議(World Health Assembly: WHA)によって、政策が決定される。WHAは、保健医療分野の国際的目標達成に必要な、規定、基準、指針等に関する世界的合意を形成する場で、国際的な保健医療分野の政策・戦略に関する最

高意思決定機関である。年次会合では、加盟国は、戦略的情報を検討し、政策を議論し、裁決を下し、国際的に合意した方向性に沿って、保健医療に関する決議をする。WHA は、技術的あるいは運営上の事項に関して、理事会の意見をもとに作られた決議案に対して、最終的な意思決定をする。

WHA では、保健医療分野の政策・活動について、加盟国の批准の対象となる国際規約・協定を締結する。近年の例では、2005年の International Health Regulations と、WHO Framework Convention on Tobacco Control がある。WHA は、疾患、死因、公衆衛生活動に関する専門用語、診断方法の国際標準、国際的に取引される薬剤や生物学的製品の表示・広告に関する規制を決める権限をもつ。

(3) 理事会 (Executive Board)

WHO 理事会は、WHA の執行機関であり、加盟国から指名された理事 34 名から構成される。WHA は、WHO の世界 6 地域を含め地理的にバランスをとりながら、理事会を構成する 34 カ国を選出する。

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。理事会の一部から、各分野の特別委員会が構成され、そこで検討結果が理事会に報告される。理事会での検討の後、結果と決議案が WHA に提出され、議論の上、承認される。

(4) 事務局 (Secretariat)・専門家会議

WHO 事務局は、事務局長(Director-General)と、技術職員、事務職員からなる。事務局長は任期 5 年で、理事会が選出し WHA が任命する。事務局長と職員は、外部のいかなる政府や機関の指示にも従ってはならない。事務局職員は、戦略的情報、戦略形成、能力強化や研修に関して、加盟国を技術指導し、WHA で採択された政策実施を促進する。本部事務局は、地域事務所・各国事務所と緊密に連携して、各国政府に技術支援をしている。

WHO 事務局は、保健医療分野の専門家を招聘して、保健医療上の重要事項や政策形成に関し、エビデンス、戦略的情報、進捗状況等を検討させ提言を策定させる。専門家会議の結果は、技術指針として、加盟国に知らせる。理事会と WHA は、専門家会議の検討結

果をさらに議論し、保健医療分野の重要事項に関して、国際的合意を形成する。

(5) 地域事務所 (Regional offices)・国事務所

WHA により規定された 6 地域に、地域事務所が設置されている。すなわち、①アフリカ(Regional Office for Africa: AFRO)、②アメリカ(Regional Office for the Americas: AMRO)、③東地中海 (Regional Office for the Eastern Mediterranean: EMRO)、④欧州 (Regional Office for Europe: EURO)、⑤南東アジア (Regional Office for South-East Asia: SEARO)、⑥西太平洋 (Regional Office for the Western Pacific: WPRO)の、6 地域事務所である。

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、地域限定の政策形成、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、WHO 理事会が任命する。地域事務所長と、地域事務所の技術職員・事務職員は、本部事務局職員と同様、地域に必要な技術的・事務的職務を遂行する。

殆どの開発途上国には、WHO 事務所が開設されている。各国に対して WHO を代表する事務所長 (WHO Representative: WR)は、地域事務所が任命・監督する。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見合った、国家政策・戦略の形成を指導する。その国の課題や進捗状況に関する報告は、地域事務所、本部、協力機関等の関係者に重要な情報を提供し、地域及び世界的政策や戦略の開発に役立てられる。

2. 国際赤十字運動

(1) 災害の変化

近年、災害のカテゴリーと対応は大きく変わっている。基本的には、その発生原因が自然現象で制御し難い自然災害と、発生に人間の意志がかかわっている人為災害に分けられることには変わりはない。しかし、これらが同時並行的に発生、進行、併存する場合、つまり、自然災害地に武力対立が生じたり、逆に紛争地巨大災害が発生したりすること

も、相当数経験されている。また、かつては別枠に位置付けられていた national military による武力対決としての戦争が激減した一方、「内戦」または「地域武力紛争」等「Complex Humanitarian Disaster(以下、CHEs)」とよばれる小規模かつ遷延化する戦いが災害扱いされている。しかし、これまで「事件」として civilian である警察が扱ってきた「テロリズム」は大規模化し過激化し、military の関与を要したり、前述 CHEs との境界があいまいとなったり、個々の事例がそれぞれ多様な要因からなっていることもあって、対応は著しく困難になってきている。

さらに、これまでは医学医療分野の問題として、医師、看護/保健師、疫学者、細菌/ウイルス学者、検査専門家が扱ってきた感染症の多くも、その広がり方や原因によって、災害としての対応が検討されるようになっていく。ウイルス感染症ながら、社会的、開発的、人権の影響からそれぞれの分野が関わるようになった HIV/AIDS 以外の感染症は、比較的最近まで、災害として認識されてはいなかった。しかし、2003 年の SARS(Sever Acute Respiratory Infection)以降、エボラ出血熱、コレラ、さらに新型インフルエンザ等は、災害対策として計画されるようになっていく。ここでは、災害と感染症の両面から、国際機関の意思決定のメカニズムを検証する。

(2) 災害救援時の意思決定

1) 赤十字国際委員会 (ICRC)

世界最大の人道機関、赤十字は、1859 年 6 月、ヨーロッパ最後の独立戦争でもあるイタリア統一戦争で、ナポレオン 3 世率いるフランス軍とイタリア半島北部の小国サルディニア公国の連合軍が、オーストリア軍と激戦を交わした地、ソルフェリーノ付近を通りかかった、スイスの若い実業家アンリ・デュナンの考えから生まれた。ジュネーブに戻ったデュナンは、「傷ついた兵士はもはや兵士ではない、人間である。人間同士としてその尊い生命は救われなければならない」との信念を抱いた。自らが経験した戦争犠牲者の状況を記した『ソルフェリーノの思い出』を 1862 年 11 月に出版し、この中で、①戦場の負傷者と病人は敵味方の差別なく救護すること、②そのため、各国に平時から救護団体を組織

すること、③この目的を遂げるための国際的条約を締結することの必要性を訴えた。

これが当時のヨーロッパ各国から反響を呼び、ジュネーブ市の慈善委員会メンバーにデュナンを加えた 5 人委員会が 1863 年 2 月に発足、その呼びかけに応じてヨーロッパ 16 カ国が参加する最初の国際会議が開かれ、赤十字規約が成立した。この規約を基に、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て、デュナンの提案の一部が実現した。翌 1864 年には、ヨーロッパ 16 カ国の外交会議で、最初のジュネーブ条約(いわゆる赤十字条約)が調印され、ここに正式に赤十字国際委員会(ICRC)が誕生した。

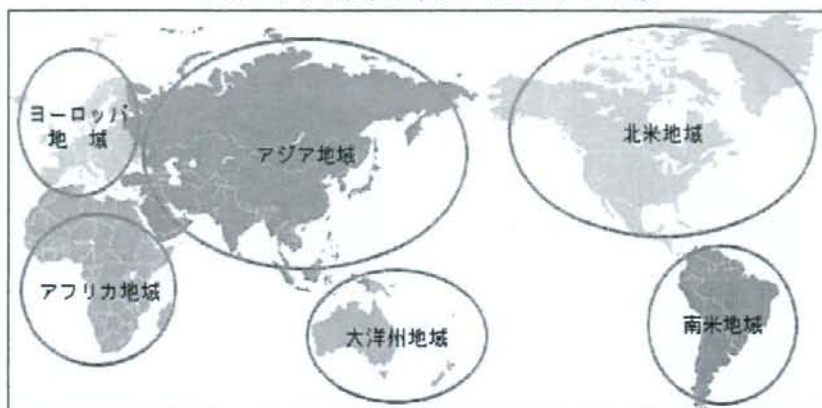
ICRC は、創設以来、国際人道法に基づいて戦争、内戦または国内騒乱の犠牲者に対する人道的支援を行うが、その主な任務を、以下にあげる。

- ① 戦争、内戦、国内騒乱時、中立機関として犠牲者を保護救援
- ② 敵に捕らえられた兵士が非人道的扱いを受けることのないよう、捕虜や抑留者の訪問、調査
- ③ 紛争等で離散した家族の安否調査
- ④ 国際人道法の拡大、遵守を支援
- ⑤ 新しく創設された赤十字・赤新月社の承認

ICRC の基本的方針や政策は、スイス国籍を有する 20 数名の理事が決定する。ICRC の活動は、Protection(保護)及び Assistance(救援)に大別される。ICRC のジュネーブ本部には、主として protection を念頭に置いた世界各地域からの代表者と、各分野の assistance を専門に扱う部署(医療/Medical、水と住居/Water and Habitant、経済的安全/Economic security)が設置されている。また、全世界には、アフリカ、中東・北アフリカ、東ヨーロッパ・中央アジア、西・中央ヨーロッパ・バルカン、アジア太平洋、アメリカの 6 地域事務所がおかれている(図 1)。

具体的な活動は、この本部の 2 部門と、世界各地域代表部が調整して、活動計画策定、モニタリング、評価を含む人道支援の決定及び評価、さらに修正が行われる。しかし、人道支援の詳細な部分についての決定権は、それぞれの紛争地の現地代表部に委ねられている。また、医療のように専門知識や技術を

図 1: 赤十字国際委員会 (ICRC) の地域



要する活動では、現地の責任者指揮官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・保健学的のみならず、経済効率の面からも厳しく吟味された手順の遵守が原則であり、それからの逸脱は許されないほどである。また、指揮官は、豊富な経験と年余にわたる一定の訓練のすべてを経た者のみが任命されているが、その責任も極めて大きい。

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の要請によりアセスメントチームが派遣され、まず、状況と情報収集を行い、それに基づいて人道援助の骨格が決定される。

2) 国際赤十字・赤新月社連盟 (IFRC / 連盟)

国際赤十字・赤新月社連盟は、各国の赤十字社・赤新月社の国際的な連合体である。その本部は、ICRC 同様、スイスのジュネーブにあるが、世界 60 カ所以上に連盟代表部を置いている。連盟も、国際的赤十字の一員ではあるが、機能的には ICRC とは独立した人道機関といえる。

1918 年秋、第 1 次世界大戦が終結した世界には、40 カ国に赤十字社が設立されていた。一部の植民地を含む初の世界大戦は、なお中世的装備と意識ではじまったものの、その経過中に、武器産業の拡大を含め、開戦時には想像も出来ない規模の人的、物的損壊のみならず、身体的精神的後遺症を残した。第

一次世界大戦前と後の人道援助も、まったく規模を異にし、予測できない膨大なニーズが生まれていた。

各国赤十字社の個別の保護、救援活動だけでなく、当時進行していたベルサイユ条約構想に基づく国際平和機関「国際連盟」に匹敵する組織として、各国の赤十字社も連合すべきと考えた、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、五社委員会を結成し、協議を繰り返した。それを基に、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た。その後、イスラム圏諸国が十字に代わる新月を用いることから、名称は国際赤十字・赤新月社連盟と改称され、今日に到っている。

主な任務は、以下の通りである。

- ① 災害の被災者に対する救援活動
- ② 将来の災害に備えた、リスクを抑えるための活動
- ③ 感染症対策はじめ、保健・衛生上の問題に取り組むことによる健康の増進
- ④ 様々な人道問題に対する関心の喚起
- ⑤ 活動を実施する各国赤十字社間の調整
- ⑥ 各国赤十字・赤新月社の人道的活動の支援・推進
- ⑦ 各国赤十字・赤新月社の設立・発展促進

ICRC が、建前的には紛争を対象とするに対して、連盟は、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連盟に報告する。一時的には、被災国内でも救援は始まるが、大規模災害では、時により、連盟がニーズ調査チーム FACT(First Assessment Team)を派遣し調査する。この調査結果に基づき、連盟が「救援アピール」を出し、被災国以外の(援助)国赤十字社や、時には政府にも支援を求める。つまり、連盟にあっては、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、決定は、被災国の赤十字社、連盟の FACT の実働チームの判断が大きく関わっているものと思われる。

3) 各国赤十字・赤新月社

各国には、唯一の赤十字社もしくは赤新月社が設立でき、現在 186 カ国に存在する。最近では、2005 年の東チモール、2006 年のセルビア、モンテネグロの新興独立国と、それに同年、イスラエル(エンブレムは赤いクリスタル<ひし形>)とパレスチナ(自治区)が新たに連盟に参加している。

各国赤十字社・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。各国の赤十字・赤新月社が、それぞれの国内で行う人道的活動や広報活動は、各組織の本部・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 もしくは連盟との連携において判断がなされる。

主な任務は以下のとおりである。

- ① 災害現場の救護活動、災害に備える活動
- ② 健康な生活を送るための保健衛生や救急法の普及
- ③ 安全な輸血用血液確保のための献血者募集を中心とした血液事業(全国を網羅する唯一の血液事業体は日本のみ)
- ④ 地域社会の生活をより良いものにするための社会福祉活動
- ⑤ 災害に備えて医師や看護師を訓練し、地域医療にも貢献する医療活動
- ⑥ 赤十字活動の賛同者によるボランティア活動とボランティア養成
- ⑦ 次世代を担う青少年に赤十字精神を伝えるための、青少年赤十字活動
- ⑧ 赤十字の基本原則や国際人道法の広報

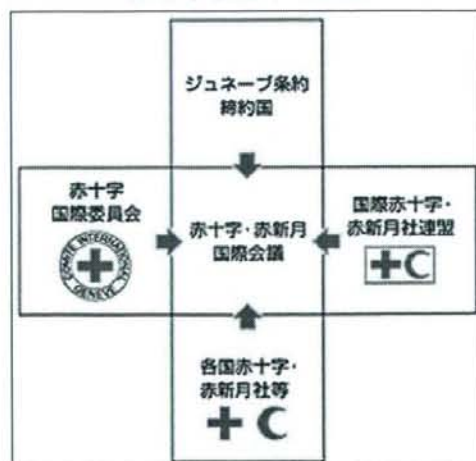
4) ICRC と連盟

メディア等で、通称、「国際赤十字」と記載されている単独の組織は存在しない。外部者からは、確かに分かりにくい、同じく赤十字ながら、実態は、多様な組織の関わりをもって存在しているシステム全体が、いわゆる「国際赤十字」である(図2)。

「国際赤十字」の最高意思決定機関は、全組織が4年毎にもつ、赤十字・赤新月国際会議である。この会議は、ICRC、IFRC、及び各国赤十字・または赤新月社 183 社の各代表と、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、各1票ずつを行使する。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る。

前述したように、ICRC は主として紛争、一方、連盟は主に自然災害や、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(紛争地であるインドネシア・アチェヤスリランカでの巨大津波災害<2004>、人道問題視されているミャンマーのサイクロン<2008>、紛争地コンゴ民主共和国のエボラ出血熱<2008>、政治不穏地ジンバブエのコレラ<2008-09>)、また、災害地の人道の危機(アフガニスタン)等、単純に割り切れない事態が増えている。実際には、現場では、両組織が連帯することは普通に行われてきたが、これらを受けて、1997年、ICRC と連盟はセピリア合意を交わし、正式かつ公的な連帯を表明している。

図2: 国際赤十字運動



D. 考察

緊急人道援助分野の国際機関として、WHO、ICRC、IFRC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ヵ国から構成される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。その内容は、事務局に委託された専門家会議や事務局職員が策定し、理事会の一部で構成され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において介入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、事務局や専門家会議に参加させることが必要である。また、他の国々の代表者、専門家、職員らと意思疎通を緊密にするとともに、日本の厚生労働政策や外交方針も熟知していることが必要とされる。

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の場に、外交能力やディベート能力に優れ、専門的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、専門的知識の豊富な者を、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 事務局の重要ポストに、専門能力、発言能力、文書作成能力に優れた人材を派遣する。
- 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、現地の責任指揮官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」を发出する。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、現場に専門的知識・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。

E. 結論

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。

F. 健康危険情報

該当事項なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- (1) 喜多悦子：開発と HIV/エイズ。鳥居伸好・鷺谷徹・伊藤洋司・森岡実穂・荻田雅弘編「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。
- (2) 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。
- (3) 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)。
- (4) 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)。
- (5) 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、pp7・19-21、横浜国立大学、横浜、2008。

- (6) 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.
- (7) 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)。
- (8) 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)。
- (9) 喜多悦子：「難民」と「ヒバクシャ」ー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)。
- (10) 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ー紛争地での想い。日本医事新報、No.4415、1、2008。
- (11) 喜多悦子：看護の力。村松静子監修「看護の実力ー訪問看護・開業ナースはゆく」、pp2-13、照林社、東京、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)。

2. 学会発表等

- (1) 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ー就学率の向上を目指して」基調講演、横浜 (2008)。
- (2) 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)。
- (3) 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)。
- (4) 喜多悦子：「難民」と「ヒバクシャ」ー押し

付けられた尊称。共通論題1「グローバルゼーション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)

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

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

研究分担者 明石秀親 国立国際医療センター国際医療協力局・派遣協力専門官

研究要旨

本分担研究では、今年度は、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。ラオスを例に、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長について検証し、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。2008年9-10月にラオスを訪問し調査した。ウェブサイト、資料、文献による調査も合わせて実施した。

ラオスではパリ宣言(2005)の前に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ている。この後、パリ宣言に基づくヴィエンチャン宣言が出され、元々の援助協調の枠組みが宣言に利用される形で各援助機関の参加を促すことになっていた。この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、制度上ラオス側が主体者の位置づけになっているが、例えば教育セクターでなされているように、援助機関が引っ張る形で構築・運営した方が進捗が早く見えるため、どうしてもキャパシティ・ディベロップメントとは相容れない形で開発パートナー(DPs)主導になりがちである。また「制度や政策への協調 Alignment」については、ラオス側が当初、言葉の問題もあり、自国の5年計画をDPsと共有しない事態があり、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、当初いくつかのDPsが納得する援助枠組みのコンセンサス作りが難しく、しかもまだGlobal Fund及びGAVIは別枠組みで動いていて、調和化はある程度はなされるものの実際には困難があり、またドイツのシンクタンクも指摘しているように、総量についての適正化を図ることについても難しさがあることが判明した。「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いるが、援助協調の枠組みができてから、その正式制度とは別にDPs間のコミュニケーションが進み、効率的援助に向けた動きが見られている。しかしながら評価についてはあまり制度化されていなかった。この評価は、確かに援助効率を高める効果はあると思われるものの、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という視点が忘れられがちになる危険性も秘めており、実際にそのような事態が起きていた。「相互説明責任」については、ラオス政府にもDPsにも手の内を明かせない事情があり、どこまでできるかは疑問な部分も多い。

日本のアプローチは成果達成を目指しつつ、しかし成果達成そのものよりも、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り、このことで欧米諸国との援助アプローチの齟齬を来している可能性がある。そして例えばパリ宣言の策定に日本は加わっているにも関わらず、現場レベルでのアプローチの違いは埋まっていないことから、大きな枠組みや政策作りに国として関わる意義は十分にある。しかし現場レベルでの援助の実施方法の違いを見ると、単に国際的な政策決定に関与すればよいといった考え方ではない別のアプローチを考慮する必要がある。すなわちそれは、文化的、宗教的な価値観とかの根本的な違いに根ざしているか、あるいは成果重視の最近の風潮と関係している可能性があると考えられる。

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、「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」を実施した。

今回、我々はラオスを例に、援助協調という視点、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、日本と他の援助機関の特長について検証し、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

2008年9月～10月にラオスを訪問し、調査した。対象は、CD-SWC (Capacity Development for Sector Wide Coordination: プロジェクト名)の、Dr. 野田(CD-SWC リーダー)、Mr. 角田(同調整員)、Dr. 岡林(同長期専門家)、橋本真由美(同短期専門家)、JICA ラオス事務所の武井次長(中間評価団長)、浅岡所員(CD-SWC 担当)、保健省関係者、開発パートナー(DPs)の UNFPA 代表であった。また、SWC 会議に参加した。ウェブサイト、資料、文献による調査も合わせて実施した。

C. 研究結果と考察

1. パリ宣言とヴィエンチャン宣言

2005年3月に、日本を含む先進国の大臣や多国間・二国間開発機関の長は、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という決議をしている。ラオスではパリ宣言(2005)の前に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ている。この後、パリ宣言に基づくヴィエンチャン宣言が出され、宣言に利用される形で日本の CD-SWC が構築

に関わってきた援助協調の枠組みへの各援助機関の参加を促すことになった。このパリ宣言で謳われた援助効果向上の各5原則のうち、①「自助努力 Ownership」については、制度上ラオス側が主体者の位置づけになっているが、例えばラオスの教育セクターでなされているように、援助機関が引っ張る形で構築・運営した方が進捗が早く見えるため、どうしてもキャパシティ・ディベロップメントとは相容れない形で DPs 主導になりがちである。また②「制度や政策への協調 Alignment」についてはラオス側が当初、言葉の問題もあり、自国の5年計画をドナーと共有しない事態があり、政策協調そのものが難しかった。③「援助の調和化 Harmonization」については当初、いくつかの DPs が納得する援助枠組みのコンセンサス作りが難しく、しかもまだ Global Fund 及び GAVI は別枠組みで動いていて、調和化はある程度はなされるもの実際には困難があり、またドイツのシンクタンクも指摘しているように、総量についての適正化を図ることについても難しさがあることが判明した。④「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いるが、援助協調の枠組みができてから、その正式ルートとは別に DPs 間の非公式なコミュニケーションが進み、効率的援助に向けた動きが見られている。しかし評価についてはあまり制度化されていなかった。この評価は両刃の剣の部分があり、確かに援助効率を高める効果はあると思われるが、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という視点が忘れられがちになる危険性もあり、実際にそのような事態が起きていた。⑤「相互説明責任」については、ラオス政府にも DPs にも手の内を明かせない事情があり、どこまでできるかは疑問な部分も多い。

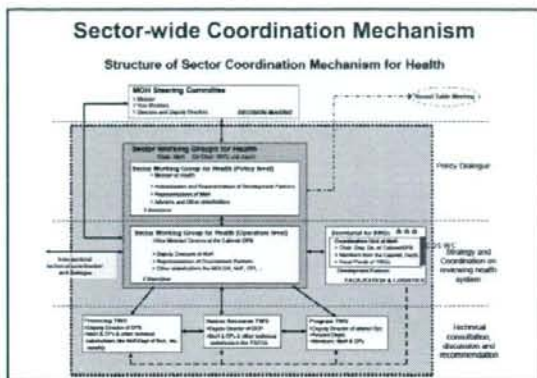
2. ラオスの現状

2-1. プロジェクト(CD-SWC)の現状

プロジェクトのこれまでの成果として、SWC メカニズムの構築と運営、あるいは国家5年計画が主要な政策として位置づけられ、さらには 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

をあげたことが確認された。SWC メカニズムとプロジェクトの位置づけを模式的に示す(図1:プロジェクト作成図)。

図 1



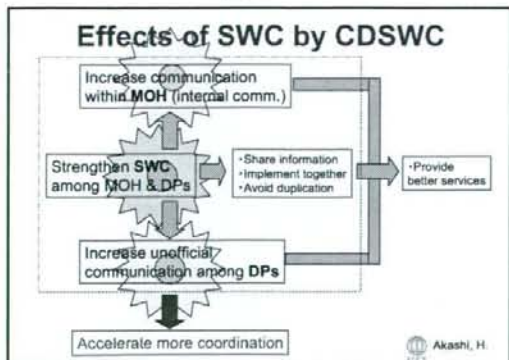
2-2. SWC の拡大事務局会議と MCH-TWG に参加しての実際活動の参与観察

これらの 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、CD-SWC の存在意義は顕著だが、保健省職員の CD の部分が弱かった、と思われる。またメカニズムの中の各組織の役割が不明確であった。

2-3. SWC の効果

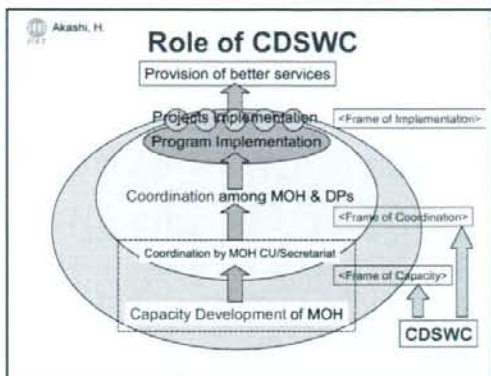
SWC の効果として、調整メカニズムに入っている開発パートナー DP の内部の調整が進んでいる他、当初は保健省側も希望していたが直接 CD-SWC も介入できなかった保健省内部の調整も進んでいることが判明した(図2)。

図 2



CD-SWC は、実際の活動の実施、その総体としてのプロジェクトの実施、あるいはその計画された総体としてのプログラムの実施といった、直接サービス提供に効果を与えるような事業とは異なる。むしろ、それら DP の動きを調整するメカニズムの構築と運営に携わるものであり、さらにはそのための保健省側の CD を行うものである(図3)。

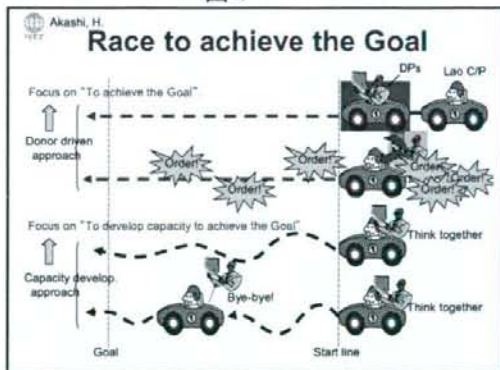
図 3



このことは、パリ宣言、及びそれに基づくヴィエンチャン宣言への、現場レベルでの日本の貢献と捉えることも可能である。もちろんこの場合、このようなメカニズム構築及びその運営のための CD を支援する日本と、そのメカニズムの参加者の一つである DP としての日本の、二つの側面(関わり)があることを自覚しておく必要がある。

3. 日本の関わりの意義

図 4



これまで述べてきたように、日本は各国大臣クラスが参加者であるパリ宣言の策定に

関わり、それに署名した。一方、パリ宣言を受けて策定されたヴィエンチャン宣言に先駆ける形で、ラオス国での援助調整メカニズム構築に貢献した。これら二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ていながら、現場の一つのラオスでは、日本は主としてCDに援助の主眼があるが、一方、欧米各国は援助協調が早急に結果を示すことを期待していた。

このことは模式的に示すと図4・図5の如くなる。

図5



D. 結論

日本のアプローチは成果達成を目指しつつ、しかし成果達成そのものよりも、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り、このことで欧米諸国との援助アプローチの齟齬を来している可能性がある。そして例えばパリ宣言の策定に日本は加わっているにも関わらず、現場レベルでのアプローチの違いは埋まっていないことから、大きな枠組みや政策作りに国として関わる意義は十分にある。しかし現場レベルでの援助の実施方法の違いを見ると、単に国際的な政策決定に関与すればよいといった考え方ではない別のアプローチを考慮する必要があるかもしれない。すなわちそれは、もしかすると文化的、宗教的な価値観とかの根本的な違いに根ざしているか、あるいは成果重視の最近の風潮と関係している可能性があると考えられる。

E. 健康危険情報

該当事項なし

F. 参考文献

- (1) High Level Forum : 援助効果にかかるパリ宣言. Paris February 28-March 2, 2005. . 国際協力銀行和訳。
- (2) 外務省 : 「援助効果向上に関するパリ宣言」とそのフォローアップ。 http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/shiryo/hakusyo/07_hak... (accesses on January 8, 2009)
- (3) 外務省国際協力局 : 援助効果向上に係るパリ宣言及び第3回援助効果向上に関するハイレベル・フォーラム (アクラ HLF)。 2008年9月11日。
- (4) FASID : Thoughts from the think tanks and the journals of opinion: 独 GDI の「パリ宣言」批判論評. Journal Express. Vol 2 (#42), March 12, 2008.

G. 研究発表

1. 論文発表

- (1) 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).
- (2) 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)。
- (3) Akashi, R., and Akashi, H. (2008) . Social work in international health and medical assistance. BioScience Trends 2(4): 155-163.
- (4) 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.