

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) 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）。
- (3) 明石秀親：コメンテーター、科学的根拠に基づくプログラム評価の発展。日本評価学会第9回全国大会、京都（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

日本の政府開発援助(ODA)の仕組みと意思決定メカニズム

研究分担者 川口 レオ 名古屋大学大学院医学系研究科 助教

研究要旨

本研究全体の目的は、保健医療分野の各種国際イニシアティブ、保健医療分野で活動する国際機関や国際的基金等の活動内容や意思決定メカニズム等に関して分析し、これまでの日本の貢献について検討して、保健医療分野における日本の国際社会に対する貢献が、より効果的で存在感あるものとなるよう提言することである。この分担研究課題では、主として、保健医療分野での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。

日本の主要な 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。政策案は、多くの場合、外務省を中心として、各省庁の意向や少数の外部有識者の意見等をもとに、ボトムアップ方式で形成されている。ときに、総理大臣や有力政治家がリーダーシップを発揮して、国際会議の場等で、開発途上国の健康問題に対するグローバルな取組みを主導することもある。

ODA プロジェクトに関する政策や方向性の決定は、外務省の業務であるが、プロジェクトの実施は国際協力機構(JICA)の業務である。2008 年 10 月、JICA は国際協力銀行(JBIC)の海外経済協力部門と合併し、無償資金協力事業の業務も外務省から移管され、単一の ODA 実施機関となった。JICA の主要業務である技術協力プロジェクトは、地域担当部署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。また、人間開発部は、地域部の依頼で、協力準備調査を実施する。この調査は、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ために設定された。

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。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 が多数活動しており、保健医療を専門とする NGO も多い。

日本の ODA プログラムは、他の二国間援助と比較して、より人道的志向が強い。また、長期間コミットして、知識や技術を移転するプロセスを重視しているため、相手国との信頼関係を増大させ、持続可能な能力強化を促進する。加えて、自助努力の重視から、原則としてリカレントコスト等を負担しておらず、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。

ODA 政策、ODA 事業に関する意思決定は、従来、東京の本部レベルで行われてきた。JICA は、現場の能力強化に努めている。また、日本の ODA は、他ドナーとの協調にも努めている。

A. 研究目的

本研究全体の目的は、まず、保健医療分野の各種国際イニシアティブ・戦略、保健医療分野で活動する国際機関・国際的基金・主要国際 NGO に関して、その歴史的経緯、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、これまでの日本の貢献と課題について検討し、日本の保健医療分野の国際貢献が、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ことである。

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。開発途上国からの期待は大きい、日本の政府開発援助(ODA)予算は減少する傾向にある。また、ODA 実施機関である国際協力機構(JICA)の再編、自衛隊の人道援助参加、国外の民間基金の存在感増大、ドナー間協調の進展等、国際協力の環境も変化しており、新しい戦略を確立する必要がある。平成 20 年には、G8 サミット及び第 4 回アフリカ開発会議が日本で開催され、保健医療分野支援は重要課題の 1 つであった。

この分担研究課題では、主として、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、調査・検討した。

B. 研究方法

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から、情報・資料を収集した。同様に、国際開発ジャーナル等ODAに関連する情報を掲載した雑誌・書籍や論文等からも、情報収集した。これらの資料をもとに、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. 保健医療分野の日本のODA

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(表1)。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、世界保健機関(WHO)、国連児童基金(UNICEF)、国連人口基金(UNFPA)等の国連機関、世界エイズ結核マラリア対策基金(GFATM)、国際家族計画連盟(IPPF)等の民間連携の国際機関等にも、資金を拠出している。

表 1: 日本の 2008 年度 ODA 予算

項目	予算額 (億円)
事業予算	9,350
一般会計予算	7,002
JICA	1,538
無償資金協力	1,588
有償資金協力(円借款)	7,700
一般会計	1,495
財政投融资借入金	2,923
自己資金等	3,282
国際機関 拠出金	1,702
国際開発金融機関 国連機関等	599

(出典: 国際開発ジャーナル March 2008)

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¹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するとしている。

¹ <http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/seisaku/taikou.html>

表 2: 日本の保健医療分野 ODA プロジェクトの例

年	国	プロジェクト	予算額 (億円)
有償資金協力 (円借款)			
2004	中国	公衆衛生基礎施設整備事業	262.18
2005	インドネシア	国立イスラム大学保健・医学部事業	29.83
無償資金協力			
2004	タジキスタン	ディアコフ国立病院医療器材整備計画	4.80
	パキスタン	ポリオ撲滅計画(UNICEF 経由)	11.03
2005	カンボジア	感染症対策計画	2.78
	ヨルダン	南部地域拠点病院及びアルバシール病院医療器材整備計画	5.23
	タンザニア	HIV/AIDS 対策計画	3.03
2006	マケドニア	第二次 一次医療器材整備計画	8.10
	パレスチナ	緊急無償 ガザ・西岸地区緊急医療計画 (UNRWA 経由)	3.90
	エチオピア	小児感染症予防計画(UNICEF 経由)	5.29
	グアテマラ	首都圏主要国立病院整備計画	8.99
技術協力			
1994-1999	ボリビア	サンタクルス医療供給システム	機材 2.60 / 現地費 0.40
1996-1999	中国	ポリオ対策	機材 2.25 / 現地費 0.62
1995-2000	カンボジア	母子保健 フェーズ 1	機材 1.30 / 現地費 0.62
	インドネシア	ストモ病院救急医療	機材 2.18 / 現地費 0.43
	ザンビア	感染症対策	機材 2.12 / 現地費 1.18
1996-2001	スリランカ	看護教育	機材 1.60 / 現地費 0.40
	ケニヤ	感染症研究対策 フェーズ 2	機材 2.53 / 現地費 1.30
1997-2000	ヨルダン	家族計画・WID	機材 1.03 / 現地費 0.28
2000-2005	カンボジア	母子保健 フェーズ 2	6.30

(出典: <http://www.jica.go.jp>; JICA 事業評価年次報告書 2001 / 2002 / 2004 / 2005;
<http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda>; 外務省「ODA 国別データブック 2007」)

表 3: 保健医療分野関連省庁の 2008 年度 ODA 予算

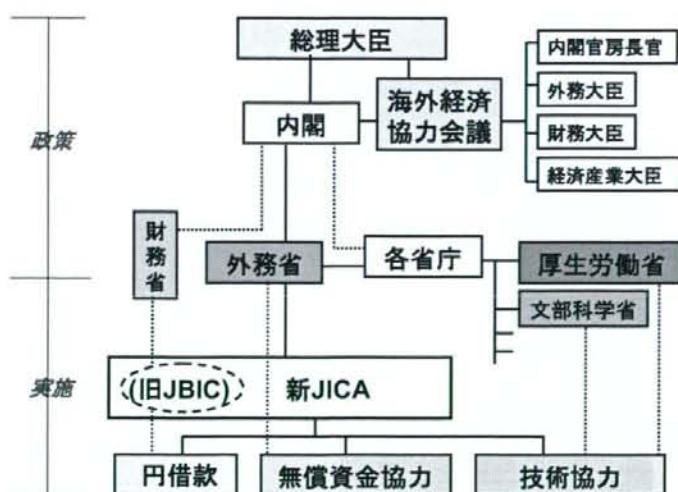
	事業予算 (億円)	一般会計予算 (億円)				
		計	有償	無償	援助活動支援	国際機関
外務省	4,562	4,407	135	3,126	635	511
財務省	8,540	1,741	1,495	8	—	238
厚生労働省	119	94	—	12	—	82
文部科学省	427	405	—	400	—	5
農林水産省	180	45	—	26	—	19

(出典: 国際開発ジャーナル March 2008)

表 4: 各省庁の ODA 担当部署と管轄する国際機関

省庁・部署	国際機関
外務省 (http://www.mofa.go.jp/mofaj/annai/honsho/sosiki/keikyo.html) 国際協力局 [政策課/評価室/総合計画課/民間援助連携室/国別開発協力第一課・第二課/ 無償資金・技術協力課/国際緊急援助室/有償資金協力課] 地球規模課題審議官 [多国間協力課/人道支援室/専門機関課/地球環境課/気候変動室]	国連/UNDP/ UNHCR/ UNICEF/ UNFPA/IPPF/ GFATM
財務省 (http://www.mof.go.jp/mof/zaimu_kikou.htm) 国際局 国際機構課/地域協力課/開発政策課/開発機関課	世界銀行 /ADB
厚生労働省 (http://www.mhlw.go.jp/bunya/kokusaigyomu/index.html) 大臣官房国際課 [国際企画室/国際協力室/海外情報室]	WHO/ILO/ UNAIDS
文部科学省 (http://www.mext.go.jp/b_menu/soshiki2/04.htm) 大臣官房国際課/国際統括官	UNESCO
農林水産省 (http://www.maff.go.jp/j/org/outline/pdf/sosiki_zu.pdf) 大臣官房国際部 [国際政策課/国際経済課/国際協力課]	FAO/WFP
総務省 (http://www.soumu.go.jp/menu_03/annai/soshiki_syosyou/pdf/mic_chart.pdf) 情報通信国際戦略局 [国際政策課/国際経済課/国際協力課] 消防庁	ITU
内閣府 (http://www.cao.go.jp/about/soshikizu.pdf) 国際平和協力本部/大臣官房国際課/経済財政政策	OECD
防衛省 (http://www.mod.go.jp/j/news/katudou/index.html) 自衛隊	—

図 1: ODA 政策の形成・実施の仕組み



(筆者作成)

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。表 2 に、有償資金協力(円借款)、無償資金協力、技術協力の例を示した。有償資金協力は、償還可能な国を対象に高額のインフラ支援をするもので、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、医療器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。

2. ODA の政策形成と実施の仕組み

表 3 に各省庁の 2008 年度 ODA 予算、表 4 に各省庁の ODA 担当部署と、各省庁が対応する国際機関を示した。二国間協力による保健医療分野プロジェクトは、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)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。

図 1 は、ODA 政策の形成・実施の仕組みを示している。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、主要な政策決定がなされる。大臣のほとんどは与党の自由民主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。また、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²。

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。従来、無償資金協力事業は、外務省の業務とされ、JICA 無償資金協力部は、各プロジェクトの設計と実施の責務のみ担ってきた。また、有償資金協力事業は、国際協力銀行(JBIC)³により計画・実施されてきた。2008 年 10 月、JICA は JBIC の海外経済協力部門(旧 OECF)と合併⁴、無償資金協力事業の業務も移管され、単一の ODA 実施機関となった。再編により、これまでの開発調査は見直され、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プログラムはじめ、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、継続して実施されている。

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・バイ協力では、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。

² <http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/seisaku/yushikisya.html>

³ 1999 年、それまで円借款の実施機関だった海外経済協力機構(OECF)と日本輸出入銀行が合併して設立された。

⁴ 政府系金融機関 8 機関の再編成の一部として実施され、JBIC の国際金融部門(旧日本輸出入銀行)は、他の 4 政府系金融機関と合併して株式会社日本政策金融公庫となり、他の 2 機関は民営化、1 機関は地方に移管された。

表 5: 保健医療分野事業に関する JICA の部署

部署	業務内容
企画部 業務企画課 / 開発課題課等	基本的・共通的事項の企画・立案、地域別・課題別事項の総合調整等
東南アジア第一大洋州部、第二部、東中央アジア部、南アジア部、中南米部、アフリカ部、中東欧州部	国別援助実施方針の策定、協力準備調査、案件の計画・審査・承諾・実施(実施監視)等
人間開発部 計画・調整課 / 基礎教育グループ 高等教育・社会保障グループ 保健行政・母子保健グループ 保健人材・感染症グループ	技術協力案件、及び協力準備調査の実施、知識・技術・情報等の収集・分析・蓄積・発信、協力準備調査及び協力案件の審査・実施(実施監視)に対する技術支援等
資金協力支援部 調達監視課 / 実施監視課等	無償資金協力案件の実施監視、設計・積算に関する検討、有償資金協力案件の調達監視に関する検討等
国内事業部 研修企画課 / 連携調整課等	研修員受入に関する企画・立案・調整、大学等との連携に関する企画・調整、国民の協力活動促進等
調達部 機材調達課 / 国内契約課等	契約事務の総合調整、技術協力案件等に関する資機材調達、業務実施契約及び役務提供契約等
評価部 評価企画課 / 事業評価第一・二課	協力案件等の評価に関する企画・調整・手法の開発、評価の実施
国際協力人材部 派遣業務課 / 総合研修センター等	技術協力専門家等の募集・選考・登録・養成、身分待遇等の制度管理、派遣手続き、福利厚生等
青年海外協力隊事務局	協力隊事業・各種ボランティア事業に関する募集、選考、派遣、帰国後の国内復帰、知識普及等
国際緊急援助隊事務局	国際緊急援助隊に関する計画・調査、派遣、研修・訓練の実施、緊急援助のための機材の調達・輸送等

(出典: http://www.jica.go.jp/about/jica/pdf/organization_02.pdf)

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、政府の一般財政を支援するプログラム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プログラムへの参加を開始した。

日本はときに、途上国の健康問題に対するグローバルな取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)⁵、国際寄生虫対策(橋本)イニシアティブ(1997)⁶、沖縄感染症対策イニシアティブ(IDI)(2000)⁷、保健と開発に関するイニシアティブ(HDI)(2005)⁸があげられる。これらのイニシアティブの多くは、G7/G8 先進国首脳会議で発表された。

⁵ 1994-2000 年度の 7 年間に、総額 30 億米ドルが拠出された。

⁶ JICA は、アジア(タイ)、東アフリカ(ケニア)、西アフリカ(ガーナ)に、人材育成と研究活動を行う国際寄生虫対策センターを設立するプロジェクトを実施した。

⁷ IDI では、2000-2005 年の 5 年間で 30 億米ドルを拠出する計画であったが、2003 年度までの 4 年間ですでに 41 億米ドルが拠出された。

⁸ 日本は、開発途上国がミレニアム開発目標(MDGs)を達成するのを支援するために、5 年間で 50 億米ドルを拠出することを誓約した。

2008年7月に北海道洞爺湖で開催されたG8サミット⁹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」¹⁰が発表され、保健システム強化、MDG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)¹¹が開催された。横浜宣言には、MDG達成や、感染症・食糧問題の対策等が含まれた。

3. JICAによる保健医療分野の活動

表5に、2008年10月以降、JICAで保健医療分野関連の業務に携わっている部署を示した。JICAの主要業務である技術協力プロジェクトは、地域担当部署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の2グループが計画・実施する。

新JICAの業務分担では、人間開発部は、地域部の依頼で協力準備調査を実施することとなった。再編前には、人間開発部は、マスタープラン調査、フィージビリティ調査、政策支援型調査、セクター・プログラム開発調査、フォローアップ調査といった、各種開発調査を実施、地域部はプロジェクト形成調査を実施してきた。新JICAで実施される協力準備調査は、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、JBICの案件形成促進調査(SAPROF)等が関係している。

新JICAでは、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。

4. 日本のNGOとの協働

日本政府は、援助活動への市民参加を促進しており¹²、日本のNGOがODA活動の一部を担うことがある。外務省は、1990年代初頭の、人口・エイズという地球規模課題への取組み強化以来、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、NGO、経済界と、外務省は、ジャパン・プラットフォーム¹³を設立した。参加NGOは、難民を助ける会、ケア・インターナショナル・ジャパン、JEN、日本赤十字社、ピース・ウィンズ・ジャパン、ジャンティ国際ボランティア会、セーブ・ザ・チルドレン・ジャパン、ワールド・ビジョン・ジャパン等の30団体である。

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。国際協力NGOセンター(JANIC)¹⁴は、参加NGOの連携と能力強化を目的としたNGO調整機関である。比較的古いNGO、日本国際ボランティアセンター(JVC)は、インドシナ難民支援を通して多くの日本人が初めて国際救援活動に携わった1980年代初期に設立された。

保健医療を専門とするNGOも多い。AMDAは、主に緊急援助に携わってきたが、近年では開発プロジェクトへの関与が増加している。SHAREは、アジア数カ国で開発プロジェクトを実施している。アジア保健研修所(AHI)は、参加型アプローチによる人材育成に取り組んでいる。家族計画国際協力財団(JOICFP)は、IPPF連携機関で、リプロダクティブヘルス分野で活動している。HANDSは、米国のNGO、Management Sciences for Health (MSH)の連携機関である。国境なき医師団・日本は、紛争地域の医療援助活動を中心としている。また、保健医療分野の専門性はないが、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。

⁹ <http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/summit/toyako08/>

¹⁰ http://www.mofa.go.jp/policy/economy/summit/2008/doc/pdf/0708_09_en.pdf

¹¹ http://www.mofa.go.jp/mofaj/area/ticad/index_tc4.html

¹² http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/shimin/oda_ngo.html

¹³ <http://www.japanplatform.org/>

¹⁴ <http://www.janic.org/en/en-index.html>

D. 考察

日本の ODA プログラムは、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 プログラムの特長は、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、持続可能な能力強化を促進する。しかし、他ドナーのプログラムと比べて、投入に見合った成果をあげられないこともある。ODA プログラム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 プログラムも柔軟に運用されるようになり、まだ限定的とはいえ、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。中間管理職かそれ以下のレベルの官僚が、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 이슈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。

E. 結論

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になっているが、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ているようだ。G8 サミット等の場では、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。

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) 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)。
- (6) 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*.

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) 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)。

- (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、広島 (2008)。
- (5) 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)。
- (6) 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)。
- (7) 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

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文 タイトル名	書籍全体の 編集者名	書 籍 名	出版社名	出版地	出版 年	ペー ジ
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 藪田雅弘	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	中央大学出版	東京	2008	47-67
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」	ムーブ叢書 ジェンダー白書 6: 女性と健康	明石書店	東京	2008	26-38
喜多悦子	看護の力	村松静子	看護の実力ー訪問看護・開業ナースはゆく	照林社	東京	2008	2-13
青山温子	Gender and women's health in the Islamic countries.	サウジアラビア外務省 日本外務省	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	サウジアラビア外務省 日本外務省	東京	2008	13, 22-26
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	「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」報告書	横浜国立大学	横浜	2008	7, 19-21
Kita, E.	Health and girls education in Africa.	Ministry of Education, Culture, Sports, Science and Technology, Japan; Yokohama National University; TICAD IV	Final Report "International Symposium: African Development and Girls' Education - Towards Gender Parity in Basic Education"	Yokohama National University	Yokohama	2008	7
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	災害医学改訂第 2 版	南山堂	東京	2009	印刷中
Aoyama, A.	Public health policies and health services.	T. Toyoda, J. Nishikawa, H. Sato, S. Matsuoka.	Japan's Experiences in Development	Palgrave Macmillan	Houndmills U.K.	2009	In press

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
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
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
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
Akashi, R., and Akashi, H.	Social work in international health and medical assistance.	BioScience Trends	2: 4	155-163	2008
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
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
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	366	2-4	2008
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)	4	14-15	2008
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	4415	1	2008
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
Ui, S., Lim Try, H., Yatsuya, H., Kawaguchi, L., Akashi, H., and Aoyama, A.	Strengthening community participation at health centers in rural Cambodia - Roles of local non-governmental organizations (NGOs)	Critical Public Health		印刷中	2009

研究成果の刊行物・別刷

セブン&アイ・ホールディングス 鈴木敏文代表 寄付講座シリーズⅢ

【中央大学経済学部
創立100周年記念】

21世紀の 人間と経済

好 伸 鳥居
徹 谷 鷺
司 藤 伊
穂 岡 森
弘 田 藪

編



中央大学出版部

1. はじめに

皆さんこんにちは。今、ご紹介していただきましたように、私の大学は、日本赤十字九州国際看護大学という13字が繋がっていますが、日本で一番名前が長いではありません。今は学長ですが、元は小児科の医者でした。小児科医時代には「血友病」という生まれつき血が固まりにくい病気を研究しているところにいました。

「血友病」は、ご承知かもしれませんが、血を固めるために、ほかの人の血液からつくった「血液製剤」と呼ばれるものを使って治療します。その「血液製剤」がエイズを起こすウイルスに汚染されていたために「血友病」の患者さんにエイズが広がった、これが日本で HIV/AIDS が広がり始めた頃の話だったと思います。

そのようなエイズとも多少関係がある臨床医として、医学部で教えたり、治療したりする生活を約20年、その後の20年を少し超えた年月を国際協力分野にいます。つまり大学を卒業してからすでに40年ぐらい経っているのですが、大体年齢がわかると思います。日本は今、高齢化社会から高齢社会へ移行していますが、私は流行の先端にいると思ってください。

今日は「開発と HIV/AIDS」というお話をさせていただくことになっています。必要なことは全部プリントにありますので、あまりメモをお取りになる必要はないと思います。「開発と HIV/AIDS」をお話するのに、自分と AIDS の関わりを振り返ってみました。

「そして AIDS は蔓延した」というランディ・シュルツという人の、実際には「And Band Played on」という音楽バンドが鳴り続けているという翻訳を

読んだことがあります。これは1987年頃の話です。今度調べてみたら、映画「運命の時」の原作だったのですが、ご覧になった方いらっしゃいますか。これはサンフランシスコのゲイの物語ですが、私、1977～1978年にアメリカに留学した時、サンフランシスコに友達がいて遊びに行き、「すごいおもしろいパレードがあるから見に行こう」と誘われて行ったのが「ゲイパレード」でした。1978年の6月だったと思います。その頃まだゲイという言葉すらあまり一般的ではなかったと思います。今でも一般的ではないのかもしれませんが、今ほど認知されていなかった時代ではありました。その時にサンフランシスコの大通りでパレードがあって、警備しているお巡りさんもゲイで、そして見ている見物人といいますか、その中に「I am proud of my gay son! (私の自慢のゲイの息子)」という看板を見て、ヘーすごいなあと思った記憶があります。それがAIDSの問題が大きくなる、ほんの2～3年前の話でした。ご承知のように、AIDSを起こすウイルス、HIVについては後でお話しますが、認知されたのが1981年です。今年は25周年になりますが、その古い本を思い出しました。

もう1つ、きょうのタイトルと同じですが、私と早稲田大学の西川潤教授と監訳させていただいた『経済開発とAIDS』という本があります。これも少し古くなりましたが、書いてあることは、今も間違っていないと思います。これは世界銀行という援助機関から「Confronting AIDS (エイズをやっつける)」とでも言えばいいんでしょうか、その本の翻訳です。これを訳することで私は経済とAIDSの関係について理解しました。この本を翻訳する頃、仕事の本体が途上国の開発協力にありましたので、あちこちで感染症であるAIDSの問題に遭遇しました。そのようなことを思い出しつつ本日のお話をさせていただきたいと思います。

2. 「HIV/AIDS問題」とは

「HIV/AIDS問題」とは何でしょうか。まず、AIDSをおさらいしたいと思いますが、皆さんは、AIDSという言葉はよくご存じだと思いますが、「ど

んな病気？」と聞かれて答えられますか。

何となく罹ったときに言いたくない病気という感じもありそうですが、これから説明します。AIDS というのは、HIV というウイルスの感染症です。少し難しいですが、(細胞性免疫を統御する CD4 陽性ヘルパー T) リンパ球という一種の白血球細胞が破壊され、体の抵抗力、すなわち免疫機能が低下して、最終的には免疫不全を起こす状態を AIDS と言います。何のことやらよく判らない？ですか。HIV というウイルス、そして CD4 (陽性のことをプラスと言いますが) プラスというリンパ球ですが、皆さんの血液が赤いのは血液中に赤血球という赤い色素を持った細胞がたくさん流れているからです——もう一つ、ニキビができたなら、先端が白くなるでしょう、感染して、膿が出ると膿は白いです。その白いのは白血球という血液の細胞がたくさん集まっているからです。その白血球細胞は細菌を食べたり、免疫をつくる仕事を受け持っています。HIV というウイルスが厄介なのは、免疫をつくる根本になる CD4+リンパ球を潰すからです。ですから、自動車で言えば、モーターを壊してしまう。だから、動かなくなってしまふ、その最終的な状態ですが、結局最後に色々な感染をおこして亡くなってしまふのです。

次に「日和見感染」という言葉を聞かれたことはありませんか。皆さんも、都合をみて、色々ヒヨルことがあると思いますが、「日和見感染」とは細菌が、ヒヨルことをいいます。どういうことかという、皆さんの体の中には、実は細菌がいっぱいいます。人間の体の中で、全く無菌状態というのは、脳か関節の中といったふうに閉鎖されたところしかない。血液の中は全く無菌という訳ではありません。外と接するところには必ず細菌がいます。その細菌という言い方は、誤解を招きますが、細菌を含め人間の体の中にいる微生物は、必ずしも悪ではありません。皆さんの体の中に細菌-微生物-がいなければ消化できない、つまり無菌状態で生きてゆくことはあり得ないのです。しかし普段、皆さんの体の中にいる微生物/細菌は、皆さんに対して悪さはしていない。役に立っている、だから、共存してられる訳です。

ところが、免疫機能が落ちて抵抗力が悪くなってくると、普段悪さをしない

微生物が「ヒヨル」ことがあり、悪さをする、それを「日和見感染」と言うわけです。ですから、普段は病原性を持っていない、悪くない微生物が、突如として悪さをすることを「日和見感染」と言います。そういうことが起こるとは、何か悪いバイ菌に感染しなくても、自分の体の中にいる微生物やそれ程病原性のないバイ菌の感染でも病気を起こしてしまうという状態をつくってしまう。そして、亡くなってしまうのがAIDSです。HIVとAIDSは、一緒ではありません。それは今から説明をいたします。

その前に世界のAIDSの状態をお話します。AIDSって何が問題？というのは大変難しいんですが、肝炎という病気がありますね。肝臓へのウイルス感染、これもウイルスの感染症ですが、HIVの「V」はウイルスつまり「Virus」の「V」です。HIVによって起こる病気、AIDSも肝炎も同じウイルス感染です。なのに「私、肝炎に罹ったの」とは言いやすいけれども、「私AIDSになったの」と言うには、ちょっと抵抗があるようです。

それも1つの大きな問題ですが、世界全体で見ますと、2005年にHIVに感染している人の数は3800万人強、日本の人口が1億2,000万人としますと、日本の3分の1程度の人数がHIVプラスということになります。そして去年1年に新たに感染した人は410万人、東京都は1,200万人ぐらいの人口ですから、その3分の1、私が今住んでいる福岡は人口500万人ぐらいですから、その福岡県全体に近いぐらいの人たちが1年間に感染しています。感染後、時間を経て、病気の状態に到ったのがAIDSですが、そのAIDSで亡くなった人の数は280万人、これはちょっと小さな県全体ぐらいの人たちが亡くなっているに等しいという病気です。

まとめてみますと、世界で去年1年間にHIVというウイルスを体の中に持っている人が3,860万人。新たにHIVを感染、体の中に入れた人が410万人、亡くなった人が280万人という数字になります。その数字が大きいか、小さいか、ちょっと見てみますと（2005年のデータですけれども）世界全体で1年間に5,700万人が亡くなった。どんな病気で亡くなったかを分けて見ますと、まず心臓血管系の病気が約30%ぐらいです。急性呼吸器感染症と言って、

気管支炎とか肺炎とかの類の病気で亡くなっている人。結核、下痢、マラリア、こういう感染症を全部まとめてエイズも含めて20%ぐらい、そしてその他のものが残りです。

3. 何が問題か

エイズで亡くなっている数は5%です。地球全体の死亡の中の5%を大きいと読むのか、小さいと読むのか。例えば心筋梗塞、心臓の病気で死んでいる人は23%もいます。それに比べてエイズは5%、5分の1ですが、なぜエイズは問題なんのでしょうか。5%の死がなぜ世界で問題になっているのか、それが HIV/AIDS の問題です。そして何が問題かについてこれから考えたいと思います。

国連の中にエイズ対策を専門とする「国連 HIV/AIDS 合同機関 (UNAIDS)」という機関がありますが、その去年の発表が先程の数字です。どの地域が多いかを見ますと、東南アジアでは、HIV というウイルスを体の中に持っている人は760万に対して、サブサハラアフリカでは2,450万、南アジアとアフリカで3,000万人以上の方が HIV に感染しているということです。それを総人口で見ますと、アフリカは7億人ぐらい、アジアは約22億人います。22億人のところの700万人と、7億人のところの2,000万人では、後者は人口の3.1%が HIV プラスということになる。南アジアは0.35%、つまりここに100人がいるとすれば、アフリカでは3人か4人が感染しているのに対して、南アジアの方なら1人いるか、いないかということになり感染者のばらつきは1つの問題であるということは感じられると思います。ついでに、どこでどのくらい亡くなっているかを見ますと、当然、感染者が多いところが多いに決まっていますが、全体で280万の死者のいる中で、アフリカでは200万人、つまり70%ぐらいはアフリカで亡くなっていることになります。

同じように新たに感染した人を見てみても、多いのはアフリカです。ということは、HIV/AIDS の問題の1つは、アフリカなのか、ということをお判りいただけるかと思います。つまり肝炎と同じような病気なのに、何かちょっと

違うという問題、そしてアフリカに多いという問題です。

もう1つ、開発の点で言いますと、15歳未満の子どもというか若年者の感染者ですが幸いあまり多くはないんですが、これも実に90%はアフリカです。アフリカの子どもは生まれながらにHIVをおしつけられ、若くしてAIDSで死んでしまうことが他より多い、多すぎると言えます。これは若くして死すべきではない子どもの問題として大きな問題です。

去年1年のHIV感染をブレイクダウンしてみますと、1日に1万1,390人、1時間に475人、毎分8人、ということは7秒に1人ずつ感染している。その新たな感染の95%は開発途上国、ほとんどはアフリカと考えていい。その感染の半分は女性です。そして、40%以上が20代の若年者である。ここには「15歳から24歳」と書いてありますけれども、とにかく若年者に多い。そのような問題をはらんでいるのがAIDSです。

この数字は一体何だと思われませんか。上は1億2,900万、5,920万、2,340万、下は1,550万、199万、122万とあります。

上は、GoogleでHIVを調べたら、1億2,900万、中は見ていませんが、最初に出た情報の数です。HIV/AIDSと付ければ5,920万です。アフリカはと言うと2,340万でした。下は何だと思われませんか。Googleで北朝鮮の情報を調べてみたら1,550万です。日本にとっては、上の方よりも下の方が深刻な問題かもしれませんが、世界全体で言うと、やはりHIV/AIDSに関する情報がこれだけ必要になっている時代であるということを1つご理解ください。

それではHIVというのは、何かと言いますと、これは「Human」、ヒトの意味です。「Immunodeficiency」は、「Immuno」免疫という意味です。「deficiency」というのは、皆さんも時々お金の「deficiency」がおありかと思えますけれども、ヒューマンの免疫の「deficiency」を起こすウイルス、その頭文字を取って「HIV」と呼んでいます。時々間違われるのは、「HIVウイルス」と、後ろにもう1個、ウイルスを入れられる方がありますがけれども、それは「Human Immuno deficiency Virus ウイルス」と言っていることになりますので、「HIV」と言えば、もうウイルスを付けることは不必要です。