

200803001B

厚生労働科学研究費補助金
社会保障国際協力推進研究事業

国際保健分野での知識マネジメントに関する研究

平成19年度～20年度 総合研究報告書

研究代表者 青山 温子
平成21（2009）年 3月

目 次

I. 総合研究報告	
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. 研究成果の刊行に関する一覧表-----	28
III. 研究成果の刊行物・別刷-----	31

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。

研究代表者の青山は、まず、保健医療分野での国際イニシアティブと、国際機関・開発援助機関のパートナーシップについて、文献・資料及び関係者からの情報をもとに検討した。次に、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、活動内容等に関して調査し、緊急人道援助に携わる人材養成に関しても検討した。明石は、基金・財団の意思決定プロセスと知識マネジメントに関して検証した。また、援助協調とキャパシティ・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、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。

国際イニシアティブは、国際機関や主要ドナー国が主導することが多いが、実施に際しては、多数機関が参加した複雑なパートナーシップの形をとっている。状況の異なる多数機関が同一分野に参入しているため、調整・協力・相互補完が必要とされる。国際イニシアティブは単一課題に対する垂直型アプローチをとることが多いが、近年では保健医療システム強化を重視している。国際イニシアティブ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調、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、調整能力やガバナンスを強化する体系的取り組みが必要とされる。

WHOの政策は、加盟193カ国からなる世界保健会議(WHA)で決定される。WHAの執行機関は理事34名で構成される理事会で、事務局長率いる事務局は、WHAで採択された政策を実施するため加盟国を技術指導する。世界6地域にWHO地域事務所が設置されている。国際赤十字の最高意思決定機関は、赤十字・赤新月国際会議である。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、同等の議決権を行使する。基金・財団の援助政策決定には、トップの意向、国際的合意、活動経験、現場の見解等、多様な要因が関係する。中央で決定した枠組みに従いつつ、地域・国レベルでは個別の事情にあった事業を決定できるような仕組みがある。

日本の主要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、外務省を中心としたボトムアップ方式だが、ときに政治家のリーダーシップで、国際的取り組みを主導することもある。日本のODA事業は、人道主義で、長期にわたり技術移転するプロセスと自助努力を重視しており、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。

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と管理職から実務レベルまで各層の人材増加、国際イニシアティブの創造と継続的関与、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 等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(TICAD IV)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。しかし、国際機関の活動が重複することも多く、各種イニシアティブは必ずしも効率的・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。

本研究では、以下に示すような研究分担により、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の状況、国際機関等の機構と意思決定メカニズム等に関して、調査・検討した。研究代表者の青山は、(1) 研究総括、(2) 国際イニシアティブ形成時の背景要因と意思決定プロセスに関する調査、(3) 国際機関・開発援助機関のパートナーシップの状況調査、(4) 開発途上国の現場での国際イニシアティブ・パートナーシップの実施状況調査を担当した。研究分担者の喜多は、(1) 世界保健機関(World Health Organization: WHO)の機構と意思決定メカニズム、(2) 国際赤十字運動の機構、活動内容と意思決定メカニズム、(3) 緊急人道援助分野における保健医療人材養成に関して検討した。明石は、(1) 自ら活動資金を有する基金もしくは財団(Fund / Foundation)と呼ばれる援助機関の意思決定と知識マネジメントの機構、(2) ラオスの事例による援助協調とキャパシティ・ディベロップメントの状況に関して検証した。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、国際機関の本部レベル、及び途上国の現場レベルで、効果的に介入するには、どのようにすべきかを提言した。

B. 研究方法

研究代表者の青山は、保健医療分野の国際イニシアティブに関して、国際機関・開発援助機関の刊行物・ウェブサイトから、資料を収集して検討した。また、2007年9月23日～27日、米国・ワシントンの世界銀行本部、及びバルティモアのジョンズホプキンス大学公衆衛生大学院、11月6日～8日、スイス・ジュネーブのWHO本部、及び世界エイズ結核マラリア対策基金(The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria: GFATM)を訪問して、関係者と面談して情報を収集した。次に、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、保健省と関連施設、国際機関、開発援助機関、NGO等を訪問し、母子保健、エイズ・結核・マラリア対策活動実施状況について調査した。

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)の職員・関係者、刊行物・ウェブサイト等から、情報・資料を収集し、WHOと国際赤十字運動の機構と意思決定メカニズムについて検討した。また、緊急人道援助に関わる人材育成に関して、欧米の公衆衛生大学院、ICRC、IFRC、国境なき医師団(Medecins Sans Frontieres: MSF)、Oxfam等主要国際NGOの、刊行物・ウェブサイトから資料収集した。加えて、ジョンズホプキンス大学公衆衛生大学院、日本及び韓国赤十字等の関係者からも情報収集した。

明石は、2007年6～8月に、国連児童基金(United Nations Children's Fund: UNICEF)、国連人口基金(United Nations Population Fund: UNFPA)、フォード財団(Ford Foundation)、ゲイツ財団(Bill and Melinda Gates Foundation)を訪問、関係者・責任者に対する半構面面接調査を、承諾を得て実施した。次に、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。さらに、ウェブサイトや文献資料からの情報も加えて検討した。

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. 保健医療分野の主要な国際イニシアティブ・パートナーシップ

(1) 母子保健

1) Child Survival Initiative [1985～1994]

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

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

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

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

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

4) Safe Motherhood Initiative(SMI) [1987～]

世界銀行、WHO、UNFPA、UNICEF、国連開発計画(United Nations Development Programme: UNDP)、国際家族計画連盟(International Planned Parenthood Federation: IPPF)、Population CouncilからなるInter-Agency Group (IAG) for Safe Motherhoodによる、安全な妊娠出産を推進する活動である。妊産婦死亡・合併症を2000年までに半減するのが目標であった。家族計画、流産後ケア、妊婦健診、医師・助産師等による分娩介助、Essential obstetric care (EOC)、思春期保健等の活動が行われた。

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

ミレニアム開発目標(Millennium Development Goals: MDGs)4・5の達成のため、3パートナーシップ(Safe Motherhood and Newborn Health; Child Survival; Healthy Newborn)を併合して発足した。WHO、

UNDP、UNFPA、UNICEF、世界銀行、IPPF、世界産婦人科連合(International Federation of Gynecology and Obstetrics: FIGO)、USAID、米国疾病予防管理センター(Centers for Disease Control and Prevention: CDC)、Population Reference Bureau、Population Council、ゲイツ財団、ロンドン大学衛生学熱帯医学大学院、ジョンズホプキンス大学等、政府、国連機関、NGO、研究機関、財団等、88 機関がパートナーとなっている。活動の柱は、country support、advocacy、effective interventions、monitoring and evaluation で、国・地域・世界レベルでの母子の健康改善活動の協調・強化を推進している。

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

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

(2) エイズ・結核・マラリア対策

1) 3 by 5 Initiative [2002~2005]

Treat 3 million by 2005 の意味で、2005 年末までに、エイズ患者 300 万人に対して、抗レトロウイルス薬を供給することを目標にしている。Lee Jong-Wook 前 WHO 事務局長のリーダーシップにより、WHO と国連エイズ合同計画 (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS: UNAIDS) が中心となり、技術支援と資金調達のための協力を実施した。2005 年 6 月末には、約 100 万人に治療を提供した。

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

元米国大統領 Bill Clinton が設立したクリントン財団のイニシアティブで、途上国での抗レトロウイルス薬治療へのアクセス向上を支援している。

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

前米国大統領 George Bush が主導し、USAID と CDC により実施されている。5 年間で 150 億ドルをエイズ対策支援にあて、治

療 200 万人、予防 700 万人、ケア 1,000 万人を目標としている。100 億ドルを南アフリカ、ナイジェリア、ケニア等アフリカ 12 カ国、及びハイチ、ガイアナ、ベトナムの重点 15 カ国に供与、40 億ドルをインド、ロシア、メキシコ等他の対象国への供与と研究活動に充当し、10 億ドルは GFATM に拠出する。

4) Universal Access by 2010 [2006~]

2010 年までに、エイズに対する包括的予防・治療・社会サービスを世界全体に普及させることを目指す。2005 年 G8 サミット及び国連世界サミットでの議論に基づき、WHO と UNAIDS により枠組みが作られ、2006 年国連総会ハイレベル会合で合意された。

5) The Stop TB Partnership [2000~]

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

6) Roll Back Malaria (RBM) [1998~]

1998 年 WHO 事務局長に就任した、Gro Harlem Brundtland のイニシアティブで、WHO、UNICEF、UNDP、世界銀行等の国際機関、流行国、フランス・米国等の先進国、大学、研究機関、NGO、民間財団、製薬会社等、多数のパートナーにより構成されている。患者の早期発見と治療、殺虫剤処理した蚊帳 (Insecticide Treated Net: ITN) 普及、妊娠中のマラリア予防等により、マラリア死亡を減少させることを目指している。

7) U.S. President's Malaria Initiative (PMI) [2005~2010]

前米国大統領 George Bush が主導し、USAID と CDC により実施されている。アンゴラ、タンザニア等、アフリカ重点 15 カ国のマラリア死亡半減を目標に、5 年間で 12 億米ドル以上を提供する。ITN 普及、殺虫剤屋内散布、抗マラリア薬治療、妊娠中のマラリア予防等の対策を実施している。

(3) 予防接種・小児感染症対策

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

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

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

WHO、CDC、国際ロータリー、UNICEF、ゲイツ財団、世界銀行、国連財団、日本、英国、ドイツ、イタリア、カナダ等先進国政府、Aventis Pasteur、De Beers 等、多数の公的機関・民間機関が関与している。2000 年までにポリオ根絶を計画、経口ワクチンの定期接種及び全国一斉投与 (National Immunization Day: NID)、急性弛緩性麻痺 (Acute Flaccid Paralysis: AFP) サーベイランス等を実施している。1994 年南北米、2000 年西太平洋、2002 年欧州で根絶を達成したが、インド、ナイジェリア等で発生が続いている。

3) Measles Initiative [2001~]

米国赤十字、CDC、国連財団、WHO、UNICEF が中心となり、2010 年までの 10 年間で麻疹による死亡の 90 % 減少を目標に、予防接種と患児の治療を推進している。

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

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

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

WHO、UNICEF、UNDP、世界銀行、ロックフェラー財団等がパートナーとなり、予防接種率向上、新ワクチン開発、ワクチン品質管理、供給体制整備を推進する。

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

UNICEF、WHO、世界銀行、ゲイツ財団、ロックフェラー財団、途上国及び先進国政府、国際製薬団体連合会 (International Federation of Pharmaceutical Manufacturers Associations: IFPMA) 等製薬業界、市民団体、研究機関等、多様な機関がパートナーとなっている。

GAVI 基金 を設置し、定期予防接種普及、B 型肝炎、インフルエンザ菌 (Hib) ワクチン等、新ワクチン導入を支援している。

(4) プライマリヘルスケア (PHC)・その他

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

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

2) Ottawa Charter for Health Promotion [1986]

PHC の考え方を進め、先進国も含め健康改善を推進する。1986 年にオタワで開催された WHO 主催第 1 回ヘルスプロモーション国際会議で採択された。

3) Bamako Initiative [1987~]

コスト抑制しながら、基本的保健医療サービスの質・アクセス向上を目指しており、アフリカ諸国保健大臣会議で採択された。UNICEF、WHO の支援のもと、医薬品回転資金 (Drug Revolving Fund) 導入等の活動を実施した。

4) Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World [2005]

グローバル化する世界の健康課題に対処するため、ヘルスプロモーションに投資し官民が行動する。2005 年バンコクでの、WHO・タイ公衆衛生省共催、第 6 回ヘルスプロモーション国際会議で採択された。

5) ミレニアム開発目標(MDGs) [2000~2015]

国連ミレニアム・サミットにて、参加 189 カ国により、国連ミレニアム宣言が採択され、2015 年までに達成すべき国際開発目標が定められた。8 目標 (goals) ・ 18 ターゲット (targets) からなり、目標 4・5・6 及びターゲット 2・10・17 が、保健医療関連である。

6) 援助効果向上に関するパリ宣言 (Paris Declaration on Aid Effectiveness) [2005]

援助効果向上の 5 原則、すなわち自助努力 (Ownership)、制度・政策への協調 (Alignment)、援助の調和化 (Harmonization)、開発成果管理 (Managing for Results)、相互説明責任 (Mutual Accountability) を定め、2005 年パリで開催さ

れた第2回援助効果向上に関するハイレベル・フォーラムで採択された。世界111カ国、26国際機関、14民間団体が合意、経済協力開発機構・開発援助委員会(OECD-DAC)が中心となり実施促進している。

7) International Health Partnership and related initiatives (IHP+) [2007]

保健医療関連MDGsの達成のために援助協調を進めることを目指し、2007年9月、英国Brown首相が主導し、ドイツMerkel首相、ノルウェー首相が参画して発足した。英国、ドイツ、ノルウェー等ヨーロッパ8カ国とオーストラリア、ヨーロッパ連合(EU)、WHO、世界銀行、UNFPA、UNICEF、GFATM、ゲイツ財団等10機関が参加し、ケニア、ナイジェリア等アフリカ12カ国、カンボジア、ネパールが対象となっている。

(5) 日本が主導したイニシアティブ

1) 人口・エイズに関する地球規模問題イニシアティブ(GII)[1994~2001]

人口・エイズを日米コモンアジェンダとし、重点国支援に取り組んだ。1994~2000年度の7年間に、総額30億米ドルを拠出した。

2) 国際寄生虫対策(橋本)イニシアティブ[1998]

橋本龍太郎首相が、1997年G8サミットで、寄生虫対策への国際的取組みを提唱、翌年のG8バーミンガムサミットにて、感染症及び寄生虫症に関する相互協力強化を表明した。アジア(タイ)、アフリカ(ケニア・ガーナ)に、人材養成と研究開発の拠点を設立した。

3) 沖縄感染症対策イニシアティブ(Okinawa Infectious Diseases Initiative: IDI) [2000]

2000年九州・沖縄サミットで、エイズ、結核、マラリア等の感染症対策と、2010年までに達成すべき数値目標を表明し、感染症対策沖縄国際会議で行動計画を策定した。日本は5年間で30億米ドル拠出を表明、2003年度までの4年間に41億米ドルを拠出した。

4) 保健と開発に関するイニシアティブ(HDI) [2005]

MDGs達成のための分野横断的取り組みで、5年間に50億米ドル拠出を誓約した。

5) 人間の安全保障(Human security) [1999~]

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

2. 開発途上国での実施状況

(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プノンペン及び全国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業研修を実施しており、卒業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践的な臨床技術研修であり、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。

母子保健領域の国際イニシアティブ・パートナーシップである MNCH は、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、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。カンボジアで活動するパートナーには、カンボジア政府、WHO、UNICEF、UNFPA、JICA、USAID、IPPF、ワールドビジョン等がある。

カンボジアで母子保健活動をしている国際機関、政府機関、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し、保健センター助産師に対する卒業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ことから、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 での事業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く、NMCHC の臨床技術研修が保健省の人材育成政策に組み込まれるのが遅れた。また、母子保健領域には、多数の援助機関が参入しており、他機関の活動地域が拡大している。すでに復興期を過ぎた現在では、カンボジアの母子保健領域での日本のリーダーシップは、相対的に低下している。

2) エイズ対策

カンボジアにおける 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開始したが、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、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、PEPFAR からの多額の資金が、NGO や国立エイズ感染症センター(National Centre for HIV/AIDS Dermatology and STDs : NCHADS)等に提供されている。2003 年から 2006 年までに、エイズ対策資金の約 54% が PEPFAR、約 13% が 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 (Khmer HIV/AIDS NGO Alliance: KHANA) を経て、傘下の多数の現地 NGO に供与されてきた。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 末端機関であった 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。

カンボジアの HIV 感染率は比較的低いと最も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の対策も進んでおり、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という問題が生じている。個別の事業の運営に関するモニタリングはなされているが、より大局的に、各事業が本当に必要か、費用対効果を含めて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 カ国に含まれ、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 が進められた。結核治癒率は、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 を実施している。また、2003 年からは、エイズと組み合わせた対策にも取り組んでいる。

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きた。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。

日本が主要ドナーとして継続的に支援してきたことは、カンボジア保健省及び結核対策関係者にはよく知られている。しかし、幅広い分野の保健医療専門家や、国際機関・開発援助機関の本部レベル等に、十分周知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 と推定されており、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、ITN 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 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。

5) パートナーシップとオーナーシップ

カンボジアにおいて、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。その結果、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、必ずしもパートナー間の調整ができていなかった。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、保健省はすべてを掌握できていない。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政治的に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を向上させることが必要である。開発パートナーは、政府の役割を認識して、即効性のある事業のみならず、持続可能な保健医療システム構築と、組織としての保健省、及び行政職・専門職職員の能力強化を支援することが大切である。また、育成した専門職の能力を発揮する環境が整うよう、側面からの支援を継続するべきである。

(2) 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年のパリ宣言以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、日本のCD-SWCが構築に関わった援助協調の枠組みを利用する形で、各援助機関の参加を促した。

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。

そのうち、(1)自助努力については、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。(2)制度や

政策への協調については、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。(3)援助の調和化については、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 Alliance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。(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、効率的援助に向ける動きがある。評価の制度化は進んでいない。評価は、援助効率を高める一方、早急な結果を求めキャパシティ・ディベロップメントが忘れられる危険性もある。(5)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、実現性は疑問である。

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は弱く、またメカニズム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、保健省の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。日本は、メカニズム構築・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同時に、メカニズムに参加する開発パートナーの一員でもある。

日本はパリ宣言策定に関わり、それに参加した。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。パリ宣言には、先進各国や主要援助機関も参加しているが、現場で目指

すことは異なっている。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。日本が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。

3. 国際機関等の機構と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。本部には、保健システム (Health Systems and Services)、

家族・地域保健 (Family and Community Health)、エイズ・結核・マラリア・熱帯病 (HIV/AIDS, TB, Malaria and Neglected Tropical Diseases)、非感染症・精神保健 (Noncommunicable Diseases and Mental Health)、情報・研究 (Information, Evidence and Research)、健康安全保障・環境 (Health Security and Environment)、健康危機管理 (Health Action in Crises) という、7 専門分野クラスターがある。本部事務局はジュネーブにあり、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 地域事務所は、アフリカ (Regional Office for Africa: AFRO)、アメリカ (Regional Office for the Americas: AMRO / Pan American Health Organization: PAHO)、南東アジア (Regional Office for South-East Asia: SEARO)、ヨーロッパ (Regional Office for Europe: EURO)、東地中海 (Regional Office for the Eastern Mediterranean: EMRO)、西太平洋 (Regional Office for the Western Pacific: WPRO) の、世界 6 地域に設置されている。加盟各国は、いずれかの地域の、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。

各地域事務所のもとに各国事務所が置かれ、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、政策・戦略形成に関し、対象国保健省に助言している。事務所からの対象国の状況報告は、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) 世界銀行 (The World Bank = 国際復興開発銀行 International Bank for Reconstruction and Development: IBRD / 国際開発協会 International Development Association: IDA)

世界銀行とは、一般に、国際復興開発銀行 (IBRD) と国際開発協会 (IDA) を意味し、これに、国際金融公社 (IFC)、多数国間投資保証機関 (MIGA)、国際投資紛争解決センター (ICSID) を併せたものが、世界銀行グループである。IBRD は 1945 年に設立され、現在加盟 185 カ国、主に中所得国に対する融資を行っており、単一機関としては最大の開発資金融資機関である。IDA は 1960 年に設立され、現在加盟 168 カ国、最も貧しい 78 カ国に対して、基本的社会サービス向上のため、無利子の融資を行っている。IBRD の理事会は加盟国を代表する 24 名の理事で構成されており、うち 5 名は任命理事、19 名は選任理事である。また、年 2 回、年次会合とスプリングミーティングが開催され、各国の財務大臣クラスが参加する。本部はワシントンで、世界 100 カ国以上に事務所を開設している。

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

(3) 国連児童基金 (UNICEF)

第二次大戦で被災した子どもたちの緊急援助を目的に 1946 年設立されたが、その後、開発途上国の子どもたちを対象とした社会開発活動をする機関に変化した。2006 年度総収入は、27 億 6200 万ドル、うち、58 % が政府、29 % が民間からの収入であった。2006 年度総支出は 23 億 4300 万ドルで、

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

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

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

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

(4) 国連人口基金 (UNFPA)

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

最終的意思決定は、各国代表者からなる理事会 (Executive Board) でなされる。WHO 等で検討された問題を尊重して優先順位を決め、優先領域 (Priority Area) を設定して世界的計画に反映させる。本部の Technical Support Division は、プログラム委員会の承認を得たガイドラインやツールを作成、それを基に各国事務所での活動を考える。4 地域の定例会議にて、本部の担当者と各国事務所代表者が協議して、地域戦略を作る。

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

(5) 国連合同エイズ計画 (UNAIDS)

1994年 ECOSOC の承認を受け、1996年、WHO、UNICEF、UNDP、UNFPA、国連教育科学文化機関 (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization: UNESCO)、世界銀行がスポンサーとなり、UNAIDS が設立された。その後、国連難民高等弁務官事務所 (Office of the United Nations High Commissioner for Refugees: UNHCR)、世界食糧計画 (World Food Programme: WFP)、国連薬物犯罪事務所 (United Nations Office on Drugs and Crime: UNODC)、国際労働機関 (International Labour Organization: ILO) が加わり、現在は 10 機関がスポンサーとなっている。事務局はジュネーブにある。

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

(6) 世界エイズ結核マラリア基金 (GFATM)

開発途上国におけるエイズ、結核、マラリアの予防、治療、感染者支援のための資金を提供する機関として、2002年に設立された。各国の政府拠出、民間財団・個人の寄付等、官民が共同で出資しており、2007年までに

総額約 81 億ドルが寄付された。日本政府は、6 億 6267 万ドルを拠出した。2002年の発足以来、世界 136 ヵ国 450 プロジェクトに対し、総額約 84 億ドルの支援が承認された。資金提供機関であって、プロジェクトの実施機関ではないこと、提供するのはいくまで追加資金であって、対象国の既存の仕組みを活用すること等が定められている。

対象国につくられる国別調整メカニズム (Country Coordinating Mechanism: CCM) が申請書を提出、技術審査委員会 (Technical Review Panel: TRP) が審査の後、理事会に支援案件を推薦する。承認された資金は、対象国の PR が受領してプロジェクトを実施する。

議決権のある理事は 20 名で、途上国 7、先進国 8、民間企業 1、民間財団 1、途上国 NGO 代表 1、先進国 NGO 代表 1、感染者コミュニティ代表 1 という構成である。他に議決権のない理事として、世界銀行、WHO、UNAIDS の代表、スイス代表計 4 名が、理事会に参加する。事務局はジュネーブにあり、約 355 名の職員からなる比較的小規模な組織であったが、次第に拡大傾向にある。

(7) ゲイツ財団

1999年に William H. Gates Foundation を改組し、シアトルに本部を移して設立、翌 2000年に、Gates Learning Foundation と合併し、Bill and Melinda Gates Foundations と改称した。約 292 億ドルの基金に加え、Warren E. Buffett から約 370 億ドルの寄付を受けることになっており、合わせて 600 億ドルを超える資金規模となる。慈善団体としては世界最大規模である。ワシントンとデリーにも事務所があり、職員は全部で 241 名である。

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

これまで、感染症等に対する垂直型アプローチであり、研究開発 (Development) 中心で、新規開拓 (Discovery) と住民への提供 (Delivery) が弱かったことから、組織を改変した。2007 年 9 月からは、開発した薬品やワクチンを、どのように使うか、どのようにして住民に届けるか、といった内容も事業に含めることになった。

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

(8) フォード財団

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

米国内 80 %、全世界 20 % の配分で支援している。現在は人権に関する取り組みが中心で、家族計画、リプロダクティブヘルス、エイズ等への取り組みも、保健医療ではなく人権のアプローチに変わっている。

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

継続的に長期間コミットするのが特徴で、短期的結果を求めず、量的指標よりも質的指

標で目標達成を評価する。常に学び続ける機関であろうとしており、Grant craft network (www.grantcraft.org) を作って、成功・失敗の原因を評価し、評価結果を、広くフィールド関係者にフィードバックしている。

(9) 国際赤十字運動

1) 赤十字国際委員会(ICRC)

ICRC は、紛争時の傷病者救援を目的に設立されたスイスの NGO である。世界最大の人道機関であり、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 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、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する。それに基づいて、人道援助の骨格が決定される。

2) 各国赤十字・赤新月社

ICRCの理念に賛同した各国に、同様の組織として、赤十字社または赤新月社が設立され、現在、世界186カ国に達している。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。

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

3) 国際赤十字・赤新月社連盟 (IFRC)

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カ所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。

IFRCは、主に自然災害救援と開発援助を本務としており、ICRCは主として紛争を対象としている。しかし、実際には、紛争地に発生する自然災害や、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行動してきたが、このような状況を受けて、1997年、ICRCとIFRCはセベリア合意を交わし、正式かつ公的な連帯を表明した。

4) 赤十字・赤新月国際会議

「国際赤十字」という単独組織は存在せず、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、決議に際して各1票の議決権を行使する。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。

国際的活動は、ICRC、またはIFRCによって決定される。ある国の赤十字社が他の国に働きかける場合、IFRCを通じて、関与国の赤十字・赤新月社との連携がとられる。

4. 緊急人道援助に関する人材養成

1) 大学・学術団体

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

日本でも、多数の大学が国際協力分野に関与しているが、内容はさまざまな水準にある。しかし、過去30年の、日本の開発・人道援

助の実績に伴い、多数の中堅層が育成されてきている。また、日本国際保健医療学会では、学生部会を設置して、若手を育成している。

2) 国際機関・開発援助機関

国連の Junior Programme Officer (JPO) 制度は、主に社会学系の長期開発に関与する人材の、On the job training の場となっている。研修の成果は、スーパーバイザーの経験・専門分野と研修者のニーズのマッチング、及び、適切な事例に遭遇できるかどうかで、大きく異なる。ただし、緊急人道援助の現場では、実践経験を積むことはできるが、学問的な研修はできない。

日本では、外務省人材センターが、雇用情報を提供している。国際機関では、各組織の Vacancy Note や Internship の広報に注意し、自分の専門性を明確にした Application を送る必要がある。通常、多数組織に、結果が判明するまで相当の期間がかかることを見込んで応募する必要があり、その間の生活費や面接を受ける経費は自己負担となる。

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

3) NGO・NPO

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

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

期的なものである。

日本の NGO では、家族計画国際協力財団 (Japanese Organization for International Cooperation in Family Planning; JOICFP) が、リプロダクティブヘルス分野の専門家養成研修を国内外で実施している。緊急人道援助や開発援助事業を実施している AMDA は、派遣する会員に対して研修している。

5. 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ombo・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 (Asian Development Bank: 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。対象地域としては、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こととしている。

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事業、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、償還可能な国に対してインフラ建設等の高額の支援をするが、重債務の低所得国は対象とならず、保健医療分野事業は少なかった。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、個別の疾患対策より、人材能力強化やシステム構築に重点を置くキャパシティ・ディベロップメントが重視されるようになってきた。

保健医療分野の二国間援助事業については、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・看護学部に対する事業、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事業に関与している。

国際機関に関しては、それぞれ対応省庁が決まっている。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、UNDP、UNHCR、GFATM 等、厚生労働省は WHO と ILO、農林水産省は国連食糧農業機関 (Food and Agriculture Organization of the United Nations: FAO) と 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、JICA は、有償資金協力事業及び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、従来の開発調査は、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協力準備調査となった。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等が関係している。JICA 業務の中心である技術協力事業はじめ、研修事業、海外青年協力隊等の派遣事業、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。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。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 年代初頭以後、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 事業は、他機関と協力して実施される場合もある。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 等を対象に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、他の先進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つとしての日本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国際的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・パートナーシップ

(1) 国際イニシアティブの背景と動向

保健医療分野の国際イニシアティブは、きわめて多く、今回検討したのは一部の主要イニシアティブにすぎない。国際イニシアティブは、国際保健医療上の重要課題を選び、国際社会の関心と資金を集め、期限を定めて重点的に取り組もうとするものである。国際イニシアティブの形成には、WHO等の国際機関や、米国等主要ドナー国がリーダーシップをとることが多い。過去のイニシアティブには、天然痘撲滅のように大きな成果をあげたものもみられる。

国際イニシアティブには、政治的意味合いも強く、国連機関の新しいトップの着任や、主要国の新政権発足等に伴って、新たなイニシアティブが開始されることが多い。G8経済サミットや国連の会議等の場で、保健医療分野に関するコミットメントが表明されることも多い。日本もこれまでに、感染症対策等のイニシアティブを主導してきた。政治的コミットメントがあるため、ある程度の資金が保証され、有効な活動となるという利点がある。他方、目に見える成果のあるわかりやすい課題のみが選ばれたり、国連機関のトップや主導国の政権が交代したときに関心が続かなくなったりするという問題もある。

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。また、実施方法論は比較的単純であり、指標が明確なので、投入効果のモニタリング・評価もし易い。

国際的なアドボカシーが効果をあげた例として、エイズ対策があげられる。国際的なエイズ対策推進には、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、ドイツ財団、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。

国際イニシアティブの問題点としては、目立つ疾患対策に偏りがちであること、世界的に展開することから、国による優先度の違いが十分配慮されないこと、一定期間にかなりの資金投入をしても、終了後に活動やその効果を持続するのが難しいことがあげられる。また、イニシアティブを開始することは、比較的容易であるが、パートナー機関増加に伴い、主導機関が継続的に影響力を及ぼすことは難しくなる。

(2) 保健医療システム強化 (HSS)

国際イニシアティブの潮流は、小児保健や感染症対策のような単一課題から、保健医療システム強化 (Health System Strengthening: HSS) へと移行している。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ず、機能する施設や専門職人材が揃わなければ効果が現れない。そのうえ、信頼できるデータがないと、モニタリング・評価すらできない。さらに、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。

近年では、単一疾患・課題に対するイニシアティブも、HSS を平行して進めることが明示されるようになった。しかし、一定の資金を強制的に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。他方、HSS には、米国主導の垂直型アプローチのイニシアティブに対する、英国等ヨーロッパ諸国を中心とした新たなイニシアティブという側面もある。

保健医療システムの基盤としては、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 等の支援や、単一疾患・課題の対策を通してのみでは達成困難である。政府・保健省の役割を認識して、その能力を組織として強化 (institutional capacity building) しなくてはならない。

(3) 途上国のオーナーシップ

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が、途上国の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に従うばかりにならないよう、途上国側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できていなかったり、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。途上国政府の援助調整担当職員には、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する必要がある。

(4) 国際パートナーシップ

国際イニシアティブは、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で実施されることが多い。同様の目的の活動を集約し、効果・効率を高めるためである。各パートナーは対等のはずだが、実際には、イニシアティブ形成を主導した機関や技術力のある専門機関より、資金提供機関の影響力が大きい。

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

このように、背景や目的が少しずつ異なる多数の機関が同一分野に参入しており、役割分担は不明確になっている。活動内容や機能が重複してしまうこともあり、調整・協調の必要が生じる。また、技術能力はあるが資金のない機関、資金はあるが実施方法論の乏しい機関もあり、協力と相互補完が必要とされる。本来は政府間調整の役割を有する WHO のような国連機関が、公・民合わせた多数機関の調整役となっている。とはいえ、必ずし