

1. はじめに

本書は、順天堂大学大学院医学研究科公衆衛生学講座が委託を受け実施した平成 26 年度厚生労働科学研究費補助金・地球規模保健課題推進研究事業「統一した分析フォーマットを用いた国際保健領域における官民連携事例の分析」(公募番号：25030301)の平成 26 年 4 月 1 日から平成 27 年 3 月 31 日までの実施報告書である。

援助国の公的財政の制約が強まる中、官民連携(Public-Private Partnership: PPP)は被援助国の多様化した保健医療ニーズに如何に応えるかという問いに対する戦略として注目を集めている。

本研究事業は独自に開発した「分析フォーマット」を事業評価の枠組みとして活用し各国における個別の官民連携事例について情報収集を行う一方、それと並行する形で、世界的な傾向を把握するため科学雑誌に公表された論文についてシステマティック・レビューを行った。また、国際援助機関、援助国政府、NGO 等を訪問し、官民連携事業の担当官から政策指針や評価法に関する最新情報を収集した。スイス国ジュネーブでは世界保健機関(WHO)及び世界エイズ・結核・マラリア対策基金事務局(Global Fund)、米国ワシントン D.C. では世界銀行および米国国際開発庁(USAID)、英国ロンドンでは英国国際開発省(DFID)と国際家族計画連盟(IPPF)からの協力を得て情報交換を行った。被援助国における政策指針については、フィリピン国マニラの官民連携センター(PPP Center)やブラジル国ペルナンブコ州の政府企画調査庁(CONDEPE/FIDEM)から情報を収集した。

以上の研究活動の成果は、シンポジウムや学術学会等で発信してきた。「官民連携」を大会テーマに開催された日本熱帯医学会・日本国際保健医療学会合同大会(平成 26 年 11 月 1 日～3 日)においては、「官民連携事業の評価」と題したシンポジウムを本研究班の主催で開催した。Asia Pacific Academic Consortium for Public Health の学術大会(平成 26 年 10 月 17 日～19 日:マレーシア国クアラルンプール)や、日本公衆衛生学会総会(平成 26 年 11 月 5 日～7 日:栃木県宇都宮市)、日本国際保健医療学会・西日本地方会(平成 27 年 2 月 28 日:鹿児島県薩摩川内市)においても発表を行った。

本研究班が開発し改訂を重ねシンポジウム等で紹介してきた「分析フォーマット」は、具体的な事業の分析・評価の枠組みとして初めて示されたもので、官民連携事業に携わる多くの関係者に今後広く参照される資料となることを期待したい。

本実施報告書が、我が国の国際保健協力の政策立案者や新たに計画しようとしている官民連携事業の立案者らにとって有益な情報を提供し、もって国際保健における我が国の発言力とプレゼンスを高めることに寄与できれば幸甚である。

平成 27 年 3 月
順天堂大学大学院 医学研究科 公衆衛生学講座
准教授 湯浅 資之

II. 総括研究報告

統一した分析フォーマットを用いた国際保健領域における官民連携事例の分析

研究代表者 湯浅 資之 (順天堂大学大学院 医学研究科 公衆衛生学講座)

研究要旨

平成26年度は、国際保健領域における官民連携事例を統一的に分析するフォーマット（簡易版）の評価項目と評価基準の改訂、文献検索エンジンであるPubMedとWeb of Science[®]を使用し「public private partnership」を検索語とした文献検索の年次動向の調査、および国際保健領域における個別の官民連携事例の分析と全体的な傾向を把握するためのシステマティック・レビュー、主要な国際支援機関における官民連携に関する動向に関する聞き取り調査（順天堂大学医学部倫理委員会承認）、を実施した。

調査・分析の結果、2000年以降、国際保健医療領域における官民連携(PPP)に関する関心は高まり、援助機関はその必要性を認識してきており、またその有効性を検証した学術論文も相次いで発刊されている傾向があることが確認できた。

その一方で、関心やニーズはあるものの、具体的な戦略や政策を検討中の援助機関は少なく、民間企業との連携による課題（評判、民間との目標設定の調整など）やモニタリング評価方法の検討も模索の段階にあった。そういう中で、本研究班が前年度から開発し本年度改訂を行った「統一的に分析するフォーマット簡易版」（p.10～14）は、評価ツールの一つとして有効であると思われた。今後、学術大会や論文等の機会を通して本ツールを世に公表し、更なる改良によってより広く活用されることが望まれる。

A. 研究の背景・目的

本研究2年目となる平成26年度は次の3課題についての調査、解析を実施した。

- (1) 国際保健領域における官民連携事例を統一的に分析するフォーマット簡易版の評価項目と評価基準の改訂；
本研究班が平成25年度に開発した「国際保健領域における官民連携事例を統一的に分析するフォーマット簡易版」を用いて事例を評価してみると、判定し辛い問題点が明らかとなった。そこで、より適切に官民連携事例をモニタリング/評価できるようにするため、分析フォーマット簡易版の評価項目と評価基準の改訂を行った。
- (2) 文献検索エンジンを用いた官民連携に関する文献の検討；
著名な学術文献データベースであるPubMedとWeb of Science[®]を使用し「public private partnership」を検索語とした文献検索及びシステマテ

ック・レビューを行った。

- (3) 主要な国際支援機関における官民連携に関する動向調査；
多国間援助機関である世界保健機関(WHO)やグローバルファンド、世界銀行、2国間援助機関である英国国際開発省(DFID)や米国国際開発庁(USAID)、国際的な非政府機関(NGO)である国際家族計画連盟(IPPF)の国際支援機関が官民連携の必要性を認識しているか、どのような戦略を有しているのかを探るため、関係者に聞き取り調査を実施した。さらに、被援助国であるフィリピンを事例に、官民連携としてどのような政策を立案し、実行しようとしているのか、現場の課題を含め現地調査した。

B. 研究方法

- (1) 「国際保健領域における官民連携事例を統一的に分析するフォーマット簡易版」

を改訂するために、平成26年度新たに以下の5事例を適用して、より汎用性の高いフォーマットにするように評価項目と評価基準の改訂を行った。改訂は本研究班に関わる専門家による共同討議で実施した。適用した事例は次の5か所である。

Altino Ventura財団（ブラジル）
フェルナンド・フィゲラ教授記念統合医療研究所（ブラジル）
Queen ' Mamohato記念病院（レソト）
整形外科センター（フィリピン）
腎臓透析センター（フィリピン）

(2) 文献検索は著名な検索エンジンであるPubMedとWeb of Science[®]を使って行った。初めに論文の経年推移をみるために、文献の検索語として以下の用語を用いて検索数の把握を行った。

（入力）public private partnership
（出力）Public- Private Partnership
検索日は平成27年3月15日とした。

次に、システマティック・レビューを行うためPubMed及びWeb of Science[®]の2つのデータベースに登録された全論文から「public private partnership」を検索語として英語の論文(704件)を検出し、途上国の保健医療を取扱ったもの、かつ、総説・コメント・レター等を除いたオリジナル論文を選定して分析を行った。検索対象期間は2010年1月以降～2014年8月1日までとした。

(3) 国際支援機関における官民連携に関する動向調査は、まず既存の文献、関連資料、インターネット上で公開されている情報収集・分析を行うとともに、各機関の職員に対して半構造的質問票により聞き取り調査を行った。質問項目は以下の6項目である。

官民連携の必要性
官民連携に関する戦略・政策の有無
官民連携の成功事例
官民連携の促進要因
官民連携の阻害要因

官民連携事業の評価方法の有無

なお、本聞き取り調査は順天堂大学医学部倫理審査委員会の承認を得て実施された（承認番号；順大医倫第2014148号）

C. 研究結果

(1) 「統一的に分析するフォーマット簡易版」の汎用性を高めるために、13の評価項目及び評価基準を改訂した。

(2) PubMedによる文献検索では、1967年から2015年に「public private partnership」なる検索語を含む文献数444タイトルがヒットした。2000年代に入ると文献数は急速に増え、2007年以降は毎年20タイトルを超える文献が発表されていた。一方、Web of Science[®]による文献検索では、発行年は1990年から2015年3月までの間の発行文献総数は1,104タイトルであった。経年推移の傾向はPubMedとやや異なり、2000年代後半から文献数が急速に増え始めた。1993年以降、保健医療分野では毎年1本以上の文献が発表されている。2009年以降は毎年50本を超える発表数があった。また、2000年頃からは保健医療分野の全分野に対する文献数の比率はおおむね3割台で推移していた。特に、2005年には保健医療分野は全分野の6割を占めた。

次に、システマティック・レビューについては、分析対象となるオリジナル論文が54件抽出された。研究種別ではほとんどが横断的研究であった。研究のねらいでは、「事例紹介」だけのものから、官民連携の取り組みの「評価」を目的としているもの、「質の高いエビデンスを提供」しようとしているものがあり多彩であった。調査内容は官が主体的にサービスを提供する体制から官民連携によるサービス提供へと切り替わる前後で、サービスの質やアクセスにどのような変化があったかを測定するタイプの研究が一つの典型であった。地域別では、アジア地域27件(50%)、アフリカ地域25件(46.3%)が多く、中南米地域4件(7.4%)と少なかった。分野別では、

感染症が 27 件 (50.0%) と最も多く、次いで妊産婦ケア 9 件 (16.7%)、小児保健 5 件 (7.8%) であった。官民連携が概ね成功という報告は 37 件 (68.5%) で、必ずしも成功していないという報告 10 件 (18.5%) を上回った。さらに、先進国の共著者が含まれる報告 (35 件; 64.8%) が多かった。

(3) 主な国際支援機関と被援助国としてのフィリピン PPP センターにおける 6 項目の質問に対する回答要約を一覧に示した (表 1)。すべての調査対象機関の関係者は、官民連携が不可欠な事業であると認識していた。設立当初から民間セクターとの連携を積極的に進めてきたグローバルファンドはリスク回避のガイドラインがあるものの、WHO や世界銀行は官民連携に関する戦略は現時点では存在していなかった。一方、DFID は官民連携の位置づけを明確にポジションペーパーに記載していたが、USAID は特に明文化した戦略方針を有してはいなかった。官民連携の促進要因に共通する点は、関係するパートナー間のコミットメントの有無、明確な目標設定と役割分担、ニーズの把握と実現可能な取り組み、そしてパートナー間の相互理解が重要であると指摘していた。阻害要因として挙げられたのは、促進要因の逆のこと、すなわちコミットメントがないこと、人材がないことなどであった。WHO は特に問題となるパートナーと組むことによるリスクや悪い評判など影響を懸念する発言が多かった。事業の評価方法は検討中とするところが多く、あるいは既存の評価ツールを適用している機関もあった。

D. 考察

2000 年以降、官民連携に関する関心は高まり、国際保健医療領域に関係する援助機関はその必要性を認識してきており、またその有効性を検証した学術論文も相次いで発刊されている傾向が、本研究によって明確に読み取ることができた。その一方で、

関心やニーズはあるものの、具体的な戦略や政策は検討中の援助機関は少なくなく、民間企業との連携による課題 (評判、民間との目標設定の調整など) やモニタリング評価の方法の検討も模索の段階にあった。

そういう中で、本研究班が前年度から開発し、本年度改訂を行った「統一的分析するフォーマット簡易版」は、評価ツールの一つとして活用できると思われた。今後、学術大会や論文等の機会を通して本ツールを世に公表し、更なる改良によって広く活用されることが望まれる。

(3) 健康危険情報

該当しない。

(4) 研究発表

1. 湯浅資之、廣嶋純哉、北條健生、白山芳久、北島勉. シンポジウム・タイトル: 国際保健医療領域における官民連携とその評価. 第 55 回日本熱帯医学会大会・第 29 回日本国際保健医療学会学術大会 合同大会 2014 年 11 月 1 日 ~ 3 日、東京都新宿区.
2. Yuasa M, Kitajima T, Shirayama Y, Nishida R. Developing a format to evaluate public private partnership projects in provision of health services in developing countries. 46th APACPH Conference 2014 年 10 月 17 日 ~ 19 日 マレーシア・クアラルンプール.
3. 白山芳久、湯浅資之、北島勉、西田良子. 統一した分析フォーマットを用いた国際保健領域における官民連携事例の分析. 第 73 回日本公衆衛生学会総会 2014 年 11 月 5 日 ~ 7 日 栃木県宇都宮市.
4. 白山芳久、湯浅資之、北島勉、西田良子. 国際保健領域における官民連携事例のシステマティック・レビュー. 日本国際保健医療学会第 33 回西日本地方会 2015 年 2 月 28 日 鹿児島県薩摩川内市.

表1 主な国際援助機関・フィリピンにおける官民連携に関する6項目質問に対する回答(要約)一覧

質問	WHO	世界銀行	グローバルファンド	USAID	DFID	IPPF	フィリピン PPP センター
官民連携の必要性はあるか？	非政府アクターとの連携は重要かつ不可欠との観点。	事業を進めていく上で不可欠。	設立以来、官民パートナーシップは不可欠のプロセス。	事業効率の改善、効果の増大、ステークホルダーの関わりとオーナーシップの醸成が大切。	貧困者の健康改善のために非政府アクターとの連携重要。	非政府組織の立場で、政府、民間企業と官民連携をすることは重要。	インフラ整備だけでなく社会インフラのためにも官民連携は重要。
官民連携に関する戦略・政策はあるか？	非政府アクター連携のリスクを考慮し慎重に連携方法を継続審議中。	全体的な戦略等は特になし	民間セクターとの関与・利害の対立回避のためのガイドラインが存在。	全体的な戦略等は特になし	2013年の保健分野のポジションペーパーに官民連携の基本指針が掲載。	民間企業とのパートナーシップ基本原則を定めたガイドラインは存在。	PPPセンターは特別な戦略を持っていない。事業毎に官民連携の方針を決めている。
官民連携の成功事例は？	リンパ系フィラリア症制圧世界同盟。		プロダクト・レッドの金的支援、民間の技術的支援、他	Saving mother, giving life、他。	HANSHEP、他。	日本外務省 NGO 連携無償資金協力および日本 HIV 及びエイズ信託基金の事例、他。	国立整形外科センター、国立腎臓透析センター
官民連携の促進要因は？	政策やコミットメントの存在、期限限定の明確な目標、パートナー間での共通の価値・目標の共有、明確なプログラムとアクターの役割明確化、実施可能なプログラム、十分な事前協議、定期的協議と課題・ニーズの把握と対応、明確簡潔なモニタリング評価方法の適応。		パートナー機関・組織の共通目標の設定、長期的視野に立ったパートナーシップ、パートナー双方にとって有意義な価値の共有、受益国や関係機関のコミットメント、財務管理・調停の役割を果たす機関の存在、ニーズの把握、中央レベルでの元手資金の確保が課題。	パートナー間でのビジョン共有、各パートナーの能力が適切に活用、各パートナートップのサポート、各パートナーにとってのメリット、明確で実現可能なニーズへの対応、担当者の姿勢や資質。	対象途上国側のコミットメント、官民連携のプログラムを運営管理・監督するキャパシティ、協力へ向けての十分な対話と協議、最終的な目標と動機の共有及び相互理解。	パートナー組織や企業の役割や責任が明確となっているパートナーシップであることが重要。	保健省が全て民間に委託すること(Buy-in)。保健従事者に官民連携事業の趣旨をよく説明すること、政府は事業の継続性を確保すること、官民連携で提供されるサービスの質を確保すること、支払いを遅延しないこと。
官民連携の阻害要因は？	利害の対立、WHO 規範・基準の非政府アクターの不適切な影響、評判や信頼への悪影響、非政府アクター側の大きな利益の存在・比較優位性の有無。	公的部門に官民連携事業をマネジメントできる人材が不足している。	財務管理・調停の役割を果たす機関の存在、ニーズの把握が不十分、中央レベルでの手資金の確保が課題。	各パートナーの役割が明確に定義されていない、パートナーが期待された役割を果たせない、予算処理のタイミングが組織間で異なる。	民間セクターと政府間の考え方のギャップ、資金・リソース不足から生じる不公平性、不十分な協議、情報不足。	営利企業との利害の対立、セクシュアル・リプロダクティブヘルスの人権・ジェンダーの平等の確保、評価は困難、パートナー企業の悪い噂は大きな損失に。	政治的意思やコミットメントが弱い場合。
官民連携事業の評価方法はあるか？	NTD 制圧事例；集団駆虫実施力パー率と疫学的レポートによる明確な達成目標の存在。	十分な評価はできていない。	パフォーマンス(成果・実績)に基づくアプローチを原則、運営管理能力向上面での強化を検討。	各国の官民連携事業の数、官民連携事業への投入予算、定性的プロセス・アウトカム指標。	OECD/DAC 評価基準を採用、フレームワークの検討必要。	体系的な方法・アプローチは確立されていない。	各契約に記載された Key Performance Indicators を用いて行う。

III. 分担研究報告

1) 分析フォーマット簡易版の改訂

研究代表者 湯浅 資之、研究分担者 北島 勉、研究協力者 西田 良子、白山 芳久

研究要旨

平成26年度に開発した「国際保健領域における官民連携事例の分析フォーマット（簡易版）」をより汎用的に使用できるようにするため、評価項目と評価基準の改訂を行った。改訂にはブラジル、ソレト、フィリピンの官民連携事例5事例を適用させ、評価項目の再検討を行った。その結果、13の評価項目を改訂し、分析フォーマット簡易版の汎用性を高めることができた。しかし、事業主体がインパクト目標を立案していないとか、スピンオフ効果を測定していないなど、分析フォーマットの問題というよりも、評価したデータが存在しないという理由から、過小評価されてしまう可能性を排除することはできなかった。

A. 研究の背景・目的

平成26年度に本研究班は、国際保健領域における官民連携事例を統一的に分析するフォーマット（簡易版）を開発した¹⁾。しかし、事例を適用してみると評価し辛い問題点が明らかとなった。そこでより適切に官民連携事例をモニタリング/評価できるようにするため、分析フォーマット簡易版の評価項目と評価基準の改訂を行った。

B. 研究方法

本研究班の専門家が、事例を適用した経験を持ち寄り、修正すべき課題の抽出と、改訂案の検討を行った。次に、新たな事例を適用し、改訂版のさらなる修正を行った。

平成26年度新たに適用した事例は、次の5か所である。

- (1) Altino Ventura財団（ブラジル）
- (2) フェルナンド・フィゲラ教授記念統合医療研究所（ブラジル）
- (3) Queen ' Mamohato記念病院（レソト）
- (4) 整形外科センター（フィリピン）
- (5) 腎臓透析センター（フィリピン）

C. 研究結果

13の評価項目を改訂した。改定のポイントは表1に記載した。元来、簡易版の評価項目はBOPビジネスを念頭に作成されていたが、BOP以外の官民連携事例のタイプにも適用できるようにするため、より一般的

な質問内容に表現を改めた。また、平成26年度にタンザニア、ウガンダ、バングラデッシュ、ボリビア、ブラジルの5事例を適用した時に生じた簡易版の不具合（例えば、環境・生物多様性だけの配慮は適合しない）を考慮して改訂した。最終的な改訂版を表2（p.10～）に掲載した。

D. 考察

改訂することで簡易版は大きく汎用性を担保できたと思われるが、インパクト目標を立案していないとか、スピンオフ効果を測定していないなど、分析フォーマットの問題というよりも、評価したデータが存在しないという理由から、過小評価されてしまう可能性を排除することはできなかった。

引用文献

1. 湯浅資之、北島勉、他、統一した分析フォーマットを用いた国際保健領域における官民連携事例の分析、2014.3.

E. 健康危険情報

該当しない。

F. 研究発表

1. Yuasa M, Kitajima T, Shirayama Y, Nishida R. Developing a format to evaluate public private

partnership projects in provision of health services in developing countries. 46th APACPH Conference 2014 年 10 月 17 日～19 日 マレーシア・クアラルンプール.

- 2 . 白山芳久、湯浅資之、北島勉、西田良子. 統一した分析フォーマットを用

いた国際保健領域における官民連携事例の分析. 第 73 回日本公衆衛生学会総会 2014 年 11 月 5 日～7 日 栃木県宇都宮市.

表1 分析フォーマット新旧対照一覧

番号	改訂前	改訂版	改訂のポイント
-3	社会課題解決のインパクトは	社会的課題は法令や政策に適合しているか	インパクトの評価項目は「社会的課題設定」から「健康への影響・アウトカム」へ移行。替わりに社会的課題が現地の法令や政策に適合しているかどうかの項目を追加。
-4	環境や生物多様性等へ配慮しているか	環境や生物多様性、衛生管理についての配慮があるか	環境と生物多様性への配慮とは関連のない事業への適用を考慮して、他に衛生管理への配慮を追加した。
-5	他の事業と比較して、当該事業が社会的課題の解決に優位性をもっているか（事業の妥当性）	官民連携の社会的課題の解決に妥当と考えられるか？	他の事業との比較のみならず、事業の優位性/妥当性を簡潔に尋ねる評価項目に改訂。
-1	過去や現在進行中の他の関連プロジェクトについての情報を収集しているか	関係ステークホルダーと調整をしているか	評価基準はそのままとし、評価項目の表現を「連携・コミュニケーション」に合わせて改訂した。
-2	連携している各組織がそれぞれの役割を果たしているか	事業推進によってステークホルダーの経験知の蓄積が望めるか	役割を個別に評価することは容易でないことから削除し、替わって経験知の蓄積の項目を追加した。
-3	事業推進のために公的支援制度を活用しているか	官と民の意思決定がタイムリーに行われているか	公的支援制度を活用することが必ずしも評価されることとも言えないことから削除し、替わって意思決定の迅速さの項目を追加した。
-2	対象とした疾病対策などの社会的課題の解決にどの程度寄与したか（アウトカム評価）	アウトプットによって達成されると見込まれる短期・中期的なアウトカムの目標は達成されるか	社会的課題解決への寄与は「社会的課題設定」へ移行し、アウトカムの目標達成をより直接的に尋ねる表現に改訂した。
-3	受益者の知識、態度や行動変容に影響を与えたか	事業によって直接または間接的に引き起こされる長期的なインパクトの目標は達成されるか	事業によっては受益者個人の知識、態度、行動の変容を把握することは困難なことから削除し、インパクト目標達成をより直接的に尋ねる表現に改訂した。
-5	予測や想定していなかったことにまで影響を及ぼしたか	予測や想定していなかったことにまで良い影響を及ぼしたか（スピンオフ効果）	スピンオフ効果の用語を挿入した。
-1	裨益人口の規模は	インパクトの裨益のレベルはどこまでか	裨益人口を数値で表現するのは困難なため、コミュニティ、市、県、国のレベル分けにした。
-3	受益者指向・地元密着（ローカライズ）を図り事業の持続性を担保しているか	製品・サービスの安定した供給ができるような仕組みができているか	ローカライズを図ることが必ずしも評価されることとも言えないことから削除し、替わって安定供給の仕組みの項目を追加した。
-4	事業の持続性/自立発展性は見込まれるか	意思決定者が現場を支援しているか	事業の持続性/自立発展性への問いは単一の質問で尋ねるのではなく「持続性/自立発展性・リスク回避」の5項目で判定すべきと考え削除し、替わって意思決定者のコミットメントに関する評価項目を追加した。
-3	既存の事業に負の影響が及ばないように配慮しているか（独占事業で配慮する必要がない場合は1点とする）	連携している各組織がそれぞれの役割を果たしているか（契約の履行）	負の影響に当たるかどうかの判断は評価する立場で異なることから削除し、契約の履行を新たに評価項目に追加した。

表2 改訂版「官民連携に関する統一分析フォーマット簡易版」

評価項目	得点	評価基準
I. 社会的課題設定		
社会的課題が設定されているか	0点	社会的課題の解決は全く目的とされていない。
	1点	社会的課題の解決は意識されているが、表現が抽象的である。
	2点	社会的課題の解決が明確に定義づけられている。
社会的課題を決めるためにニーズ調査を実施したか	0点	社会的課題を決めるためにニーズ調査は実施していない、もしくは不明。
	1点	社会的課題を決めるために簡便なニーズ調査を実施した。
	2点	社会的課題を決めるために綿密なニーズ調査を実施した。
社会的課題は法令や政策に適合しているか	0点	適合していない、もしくは不明。
	1点	一部適合している。
	2点	十分に適合している。
環境や生物多様性、衛生管理についての配慮があるか	0点	配慮をしていない。
	1点	一部配慮をしている。
	2点	環境基準を設け影響評価を行うなど、十分に配慮している。
官民連携の社会的課題の解決に妥当と考えられるか？	0点	妥当でない、もしくは不明。
	1点	おおむね妥当と考えられる。
	2点	十分に妥当であると考えられる。
II. 連携・コミュニケーション		
関係ステークホルダーと調整をしているか	0点	過去や現在進行中の他の関連プロジェクトについての情報収集は不十分。
	1点	情報収集は行っているが、自らのプロジェクトとの重複や他との調整は行っていない。
	2点	調整を積極的に行い、他の組織との棲み分けや連携を検討している。
Win-Win-Win の関係が築けているか	0点	官側・民側・受益者のうち、一者のみ利益を得られる状況にある、もしくは誰の利益にもなっていないと考えられる。
	1点	官側・民側・受益者のうち、二者のみ利益を得られる状況にあると考えられる。
	2点	官側・民側・受益者の間で、三者とも利益が得られる状況にあると考えられる。
受益者への周知を行っているか(イベント、宣伝、報告会の実施など)	0点	受益者への周知は行っていない、もしくは不明。
	1点	簡単な受益者への周知は行っている。
	2点	十分に受益者への周知を行っている。

各ステークホルダーの果たすべき役割が文書化・契約化されているか	0点	官側・民側・受益者各々の役割を規定する文書が存在しない、もしくは不明。
	1点	契約文書の取り交わしはなくても、官側・民側・受益者各々の役割についての取決めは存在する。
	2点	官側・民側・受益者各々の役割について契約文書が取り交わされている。
ステークホルダー会合を開催しているか	0点	関係者の参加する会合は開かれていない、もしくは不明。
	1点	不定期ではあるが会合は開かれている。
	2点	定期的な会合が開かれている。

III. 事業実施の状況・効率性

事業が計画通りに実施されているか	0点	計画通りに進捗していない、もしくは不明。
	1点	計画の遅延や障害は生じているものの、概ね計画通りに進んでいる。
	2点	計画通りに進捗している。
事業推進によってステークホルダーの経験知の蓄積が望めるか	0点	蓄積が望めない、もしくは不明。
	1点	一部蓄積が望める。
	2点	十分に蓄積が望める。
官と民の意思決定がタイムリーに行われているか	0点	タイムリーに行われていない、もしくは不明。
	1点	一部タイムリーに行われている。
	2点	十分にタイムリーに行われている。
事業は現地オーソリティーから許可/承認を得て行われているか	0点	現地オーソリティーから許可/承認を得て行われてはいない、もしくは不明。
	1点	申請中。
	2点	現地オーソリティーから許可/承認を得て行われている。
官民連携により事業運営の効率性が変化したか (成果/投入や Value for Money の観点から客観的データを基に判断)	0点	事業運営の効率性は下がった、もしくは不明。
	1点	一部の事業運営で効率性は上がった。
	2点	全体的に事業運営で効率性は上がった。

IV. 健康への影響・アウトカム

活動実施の結果として生み出されたアウトプット(産出物・サービス等)の目標は達成されるか	0点	アウトプットの目標が立てられていない。
	1点	アウトプットの目標を立ててはいるが、達成できそうにない。
	2点	アウトプットの目標を立て、達成もしくは達成しつつある。
アウトプットによって達成されると見込まれる短期・中期的なアウトカムの目標は達成されるか	0点	アウトカムの目標が立てられていない。
	1点	アウトカムの目標を立ててはいるが、達成できそうにない。

	2点	アウトカム目標を立て、達成もしくは達成しつつある。
事業によって直接または間接的に引き起こされる長期的なインパクトの目標は達成されるか	0点	インパクトの目標が立てられていない。
	1点	インパクトの目標を立ててはいるが、達成できそうにない。
	2点	インパクトの目標を立て、達成もしくは達成しつつある。
取組みに対する現地の評判や手ごたえはあったか	0点	現地評判や手ごたえは良くなかった、もしくは不明。
	1点	現地評判や手ごたえについて一部良いのがあった。
	2点	現地評判や手ごたえは大いに良かった。
予測や想定していなかったことにまで良い影響を及ぼしたか(スピンオフ効果)	0点	予測や想定していなかったことに影響はなかった、もしくは不明。
	1点	予測や想定していなかったことに一部良い影響を及ぼした。
	2点	予測や想定していなかったことに大いに良い影響を及ぼした。

V. 公平性・格差解消

インパクトの裨益のレベルはどこまでか	0点	村・コミュニティまでを対象とする。
	1点	郡・県までを対象とする。
	2点	地域・国まで、もしくは複数国を対象とする。
貧困層が当該製品やサービスにアクセスできる価格設定か	0点	貧困層が当該製品やサービスにアクセスできる価格設定になっていない、もしくは不明。
	2点	貧困層が当該製品やサービスにアクセスできる価格設定になっている。
貧困層が当該製品やサービスにアクセスできる提供のための運営上の工夫がされているか(例;小分け販売、アフターサービス、スラム地区での提供など)	0点	貧困層が当該製品やサービスにアクセスできる運営上の工夫になっていない、もしくは不明。
	2点	貧困層が当該製品やサービスにアクセスできる運営上の工夫になっている。
社会的に排除されている対象(例えば、最貧困層、少数民族など)へ当該製品やサービス提供を試みているか	0点	社会的に排除されている層へのアプローチを行っていない、もしくは不明。
	2点	意図的に社会的に排除されている層へのアプローチを行っている。
社会経済的指標(例えば、教育機会や所得向上や雇用創出など)の改善を試みているか	0点	貧困層の社会経済的指標に影響を与えていない、もしくは不明。
	1点	貧困層の社会経済的指標の改善に一部影響を与えている。
	2点	貧困層の社会経済的指標の改善に大きく影響を与えている。

VI. 持続性/自立発展性・リスク回避

事業の採算性や事業資金の見通しは立っているか	0点	投資資金の回収や事業資金の見通しが立たない、もしくは不明。
------------------------	----	-------------------------------

	1点	投資資金の回収や事業資金の見通しが一部立っている。
	2点	投資資金の回収や事業資金の見通しは十分に立っている。
現地での人材の発掘や育成は行われているか	0点	人材の発掘や育成に取り組んでいない、もしくは不明。
	1点	人材の発掘や育成に一部取り組んでいる。
	2点	人材の発掘や育成に積極的に取り組んでいる。
製品・サービスの安定した供給ができるような仕組みができていますか	0点	仕組みができてない、もしくは不明。
	1点	仕組みが一部できている。
	2点	仕組みが十分にできている。
意思決定者が現場を支援しているか	0点	支援していない、もしくは不明。
	1点	一部支援している。
	2点	積極的に支援している。
コスト回収やリスク回避など危機管理の方法が準備されているか	0点	コスト回収やリスク回避の方法は準備されていない、もしくは不明。
	1点	コスト回収やリスク回避の方法は検討中である。
	2点	コスト回収やリスク回避の方法は準備されている。
VII. モニタリング・評価手法		
事業のモニタリング・評価を行える体制ができていますか	0点	事業のモニタリング・評価を行える体制はない、もしくは不明。
	1点	不十分ながら事業のモニタリング評価を行えている。
	2点	しっかりとした事業のモニタリング評価を行える体制ができています。
モニタリング・評価は計画通りに実施されているか	0点	モニタリング・評価はタイムリーに行われていない、もしくは不明。
	1点	モニタリング・評価はタイムリーに行われることもある。
	2点	モニタリング評価はタイムリーに行われている。
調査手法は科学的に適切か	0点	調査手法として不適切である。
	1点	調査手法としては許容範囲内である。
	2点	調査手法として信頼性かつ妥当性がある。
外部者評価は行われているか	0点	外部者評価は行われていない、もしくは不明。
	1点	一部あるいは不定期に外部者評価は行われている。
	2点	定期的に外部者評価は行われている。
評価結果は事業の改善に反映されているか	0点	評価結果は事業の改善に反映されていない、もしくは不明。
	1点	評価結果の一部は事業の改善に反映されることもある。

	2点	評価結果は事業の改善に反映されている。
VIII. 説明責任・倫理面		
事業運営は公表しているか (事業実績の透明化)	0点	事業運営報告書自体存在しない、もしくは不明。
	1点	事業運営報告書はあるが、一般には公表されていない。
	2点	事業運営報告書は公表されている。
会計報告は公表しているか (経理の透明化)	0点	会計報告書自体存在しない、もしくは不明。
	1点	会計報告書はあるが、一般には公表されていない。
	2点	会計報告書は公表されている。
連携している各組織がそれぞれの役割を果たしているか (契約の履行)	0点	各組織がそれぞれの役割を果たしているとは言い難い、もしくは不明
	1点	一部の組織は役割を果たしているが、他の組織は果たしていない。
	2点	全ての連携している組織がそれぞれの役割を果たしている。
提供される当該製品やサービスは現地の文化や習慣に配慮したものになっているか	0点	現地の文化や習慣に配慮しているとは言い難い、もしくは不明。
	1点	現地の文化や習慣にやや配慮している。
	2点	現地の文化や習慣を十分に配慮したものになっている。
事業の実施責任は明確化されているか	0点	事業の実施責任は明確化されていない、もしくは不明。
	2点	事業の実施責任は明確化されている。

2) “Public Private Partnership” を検索語とする文献検索の概要

研究協力者 高橋 隆、研究代表者 湯浅 資之

研究要旨

国際保健分野におけるPPP (Public- Private Partnership) に関する量的側面からの先行研究は少ない。そこで、量的検討に資する基礎的研究として、著名な学術文献データベースであるPubMedとWeb of Science[®] を使用し、“Public Private Partnership” を検索語とした文献検索を行った。

その結果、PPPを研究課題とした文献数は2000年代に入り急速に増えていること、および保健医療分野の文献数は全分野の文献数の3~4割を占めており、保健医療分野はPPP研究において主要な位置にあることがわかった。

A. 研究の背景・目的

各国における公共サービスの実施やインフラ整備の方法は多様である。政府による財政支出や政府開発援助 (Official Development Assistance : ODA) によるもの、世界銀行 (World Bank)、アジア開発銀行 (Asian Development Bank : ADB) などから資金を得て実施する方法のほか、PFI (Private Finance Initiative) による民間からの資金や経営手法の導入、またPFIや民間委託を含むPPP (Public Private Partnership)、さらに1990年代の東南アジア諸国におけるBOT (Build-Operate-Transfer) のような官民連携の政策手法がある¹⁾。保健医療分野も同様であり、その事例研究は本研究班が『統一した分析フォーマットを用いた国際保健領域における官民連携事例の分析平成25年度総括研究報告書』²⁾で示したとおりである。

ところで、官民連携の日本国内事例については、東洋大学PPP研究センターなどが収集している。一方、海外事例を含んだ先行研究は少なく、さらに量的研究に資する資料集積は見られない。そこで、本稿では国際保健領域における官民連携事例の量的検討に資する基礎的データを得ることを目的とし、科学研究で一般に用いられる二つの文献データベースから保健医療分野のPPPに関する文献・記事を検索、集計した。

なお、一般的に用いられるPPPの定義は

多様なので簡単に整理する。まず、「公民連携」「官民連携」と呼ばれることはあるものの、「PPP」とそのまま英名で呼ぶ場合が多い。内閣府総合規制改革会議はPPPを「民営化、民間事業体の参入、PFI (Private Finance Initiative)、民間委託、あるいはこれらを包括するPPP (Public Private Partnership)」とし、「効果的・効率的な競争の導入は社会的費用を縮減することを十分勘案」すべきであるとしている³⁾。これは、民営化、民間委託やPFI等の行政手法をPPPの構成要素とする定義である。

また、本研究班のように「官民連携事業」として再概念化した定義がある。これによれば、PPP (官民連携事業) は「サービス・製品の導入に必要なヒト・モノ・カネ・情報の提供を、特定契約に基づいて官または民からのシード (種) 投入という形で官民の連携が生み出される」過程をたどるとし、導入期とフォロー期では官民の役割分担の態様に変化があるとしている⁴⁾。

山内直人、石田祐、奥山尚子各氏は、日本におけるPPPの定義を 実体的な役割分担の観点からの定義、 出資や契約を含めた官民協力の仕方の総称とした定義、 ソーシャル・キャピタルの視点からの定義、 の3つのパターンに分類している⁵⁾。この分類を参考にすると、内閣府総合規制改革会議の定義は の分類に近く、本研究班の定義は 、 、 を含んでいると言える。

なお、本稿の研究対象分野は保健医療分

野であるが、その近接分野である社会福祉分野には福祉ミックス (mixed economy of welfare)⁶⁾ やwelfare triangle⁷⁾等の類似概念もあり、分野横断的な比較検討が課題である。

B. 研究方法

文献検索にあたっては、PubMedとWeb of Science^Rを使用した。PubMedは、米国国立衛生研究所 (National Institute of Health)、国立医学図書館 (US National Library of Medicine)、国立生物科学情報センター (National Center for Biotechnology Information) が提供する生物学・医学分野の文献データベースである。Web of Science^Rは、トムソン・ロイター (Thomson Reuters) が提供する学術文献データベースであり、収載分野は自然科学、社会科学、人文科学を網羅している。

いずれのデータベースについても対象と分野を限定せずに検索した。検索概要は以下のとおりである。

- ・検索データベースへの接続

PubMed

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/> / フリーアクセス

Web of Science^R

本稿執筆者の所属研究機関より接続

- ・検索語
(入力) public private partnership
(出力) Public- Private Partnership
- ・検索日; 平成27年3月15日
- ・検索結果

PubMed 444タイトル

Web of Science^R 1,104タイトル

これらの結果をもとに文献数を発行年別の推移グラフとして示し、その傾向を概観した。

C. 研究結果

(1) PubMed による文献数の経年推移とその傾向

PubMed は生物学・医学分野に特化した文

献データベースである。したがって、検索された文献はすべて保健医療分野に関連したものと考えることができる。

図1は、検索語を含む文献数の経年推移である。発行年は1967年から2015年(3月)までの範囲にあり、文献総数は444タイトルであった。2000年代に入ると文献数は急速に増え、2007年以降は毎年20タイトルを超える文献が発表されている。このように、当該分野におけるPPPに対する関心は高まっていることがわかる。

なお、1978年以前に発表された文献がいくつか見られる。PPPはサッチャー政権発足後(1979年)において推進された政策であると一般的に説明される。一方、検索結果から、それ以前においてもごく少数の事例ではあるが、“Public Private Partnership”の語が使用されていた。

(2) Web of science^R による検索結果

Web of science^R は自然科学、社会科学、人文科学を網羅した文献データベースである。

図2は、検索語を含む文献数の経年推移である。発行年は1990年から2015年(3月)までの範囲にあり、文献総数は1,104タイトルであった。経年推移の傾向はPubMedとやや異なり、2000年代後半から文献数が急速に増え始めた。2011年以降は全学術分野合計で毎年100タイトルを超える文献が発表されている。

タイトルとアブストラクトを読み、保健医療分野とそれ以外の分野の文献に分類した。その結果は以下のとおりである。

- ・保健医療分野 382タイトル 34.6%
- ・保健医療以外 722タイトル 65.4%

1993年以降、保健医療分野では毎年1本以上の文献が発表されている。2009年以降は毎年50本を超える発表数がある。また、2000年頃からは保健医療分野の全分野に対する文献数の比率はおおむね3割台で推移している。特に、2005年には保健医療分野は全分野の6割を占めた。

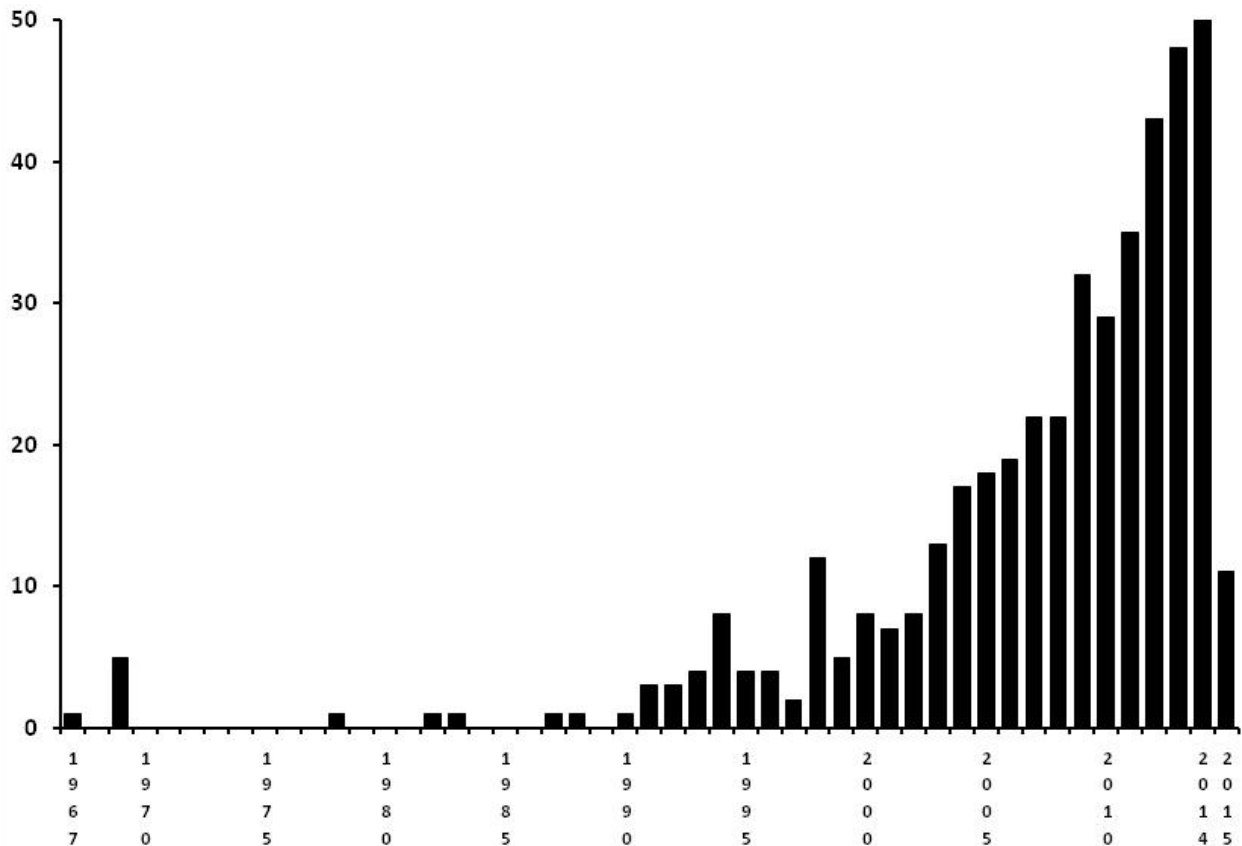


図1 PubMedの検索による“public private partnership”を含む論文数の経年推移

D. 考察

PubMedの検索結果から、医学・生物学分野におけるPPP研究は2000年代に入り急速に拡大していることがうかがえる。また、Web of Science^Rの検索結果から、保健医療文献数は全分野の文献数の3～4割を占めており、保健医療分野はPPP研究や実践において主要な位置にあることがわかった。本稿では詳述しないが、保健医療分野におけるPPP研究のテーマには、感染症対策や母子保健、新薬開発、医療制度改革、人材育成と人材確保などが含まれ、対象国・地域も多彩である。

今後の課題として、先進国（例えばOECD諸国）・新興国・途上国別、国別、保健医療分野の下位分野別等に分類し、PPPの研究傾向を構造的に把握することがあげられる。

引用文献

1. 美原 融(2014)「アジアPPPの概況、可能性と課題」『東洋大学PPP研究センター紀要』4: pp.21-24.
2. 湯浅 資之 北島 勉 西田 良子 白山 芳久(2014)『統一した分析フォーマットを用いた国際保健領域における官民連携事例の分析』, 厚生労働科学研究費補助金 地球規模保健課題推進研究事業平成25年度総括報告書.
3. 内閣府総合規制改革会議(2003)「第2章 民間参入・移管拡大による官製市場の見直し」『中間とりまとめ 経済活性化のために重点的に推進すべき規制改革』: p.2.
4. 湯浅 資之 北島 勉 西田 良子 白山 芳久(2014), 前掲書: P. 32.
5. 山内直人、石田祐、奥山尚子(2009)「地方自治体におけるPPPの推進要因」『REITI Policy Discussion Paper Series パブリック・プライベート・パートナーシ

ップの経済分析』09-P-003, 独立行政法人
経済産業研究所: pp. 10-11.

6. 丸尾直美(1998)「福祉ミックスとは何か」加藤寛・丸尾直美編『福祉ミックス社会への挑戦』中央経済社: p.7.

7. Pestoff, Victor A.(2009)*A Democratic Architecture for the Welfare State,*

Routledge: p.9.

E. 健康危険情報
該当しない。

F. 研究発表
該当なし

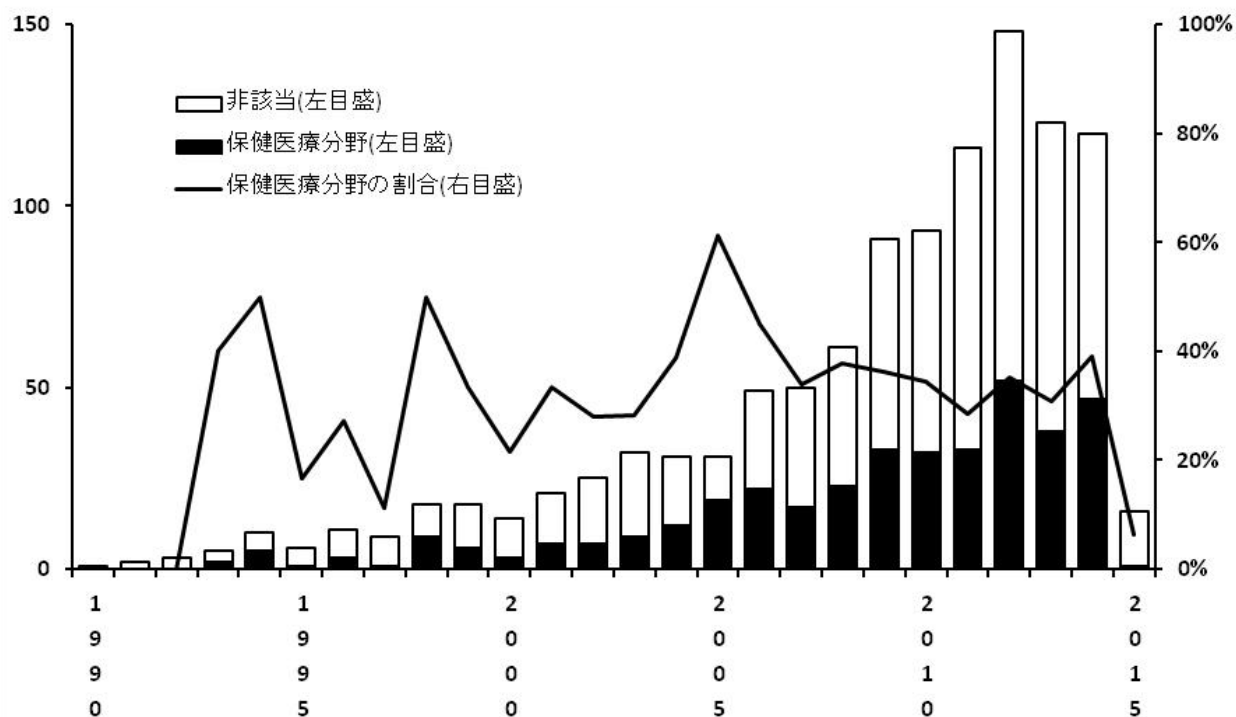


図2 Web of Science[®] の検索による “public private partnership” を含む論文数の経年推移

3) 国際保健領域における官民連携に関するシステマティック・レビュー

研究協力者 白山 芳久、研究代表者 湯浅 資之

研究要旨

本研究では、各国における個別の官民連携事例の分析と全体的な傾向を把握するため、システマティック・レビューを行った。Pubmed 及びWeb of Science^R の2つのデータベースに登録された全ての科学論文から、「Public Private Partnership」を検索キーワードに検出された論文(704件)から、途上国の保健医療を取り扱ったもので、かつ総説・コメント・レター等を除いたオリジナル論文を抽出し分析を行った。

2010年以降2014年8月までに分析対象となるオリジナル論文が54件抽出された。研究内容は多くが横断的で、質的なアプローチによる調査もしくは質問票を用いた量的調査(サービス提供者及び裨益者を対象)であったが、中には質の高いエビデンスを提供しようとするデザインもあった。地域別では、アジア地域(特に南アジア)及びアフリカ地域の論文が多く、中南米地域は少なかった。分野別では、感染症が27件で、妊産婦ケア9件、小児保健5件と続いた。35件の論文には先進国の学術機関所属の研究者が共著者として加わっていた。官民連携の結果を概ね成功としている報告は37件で、必ずしも成功している報告ではなかった。

途上国における官民連携事例が科学雑誌に公表されるには、被援助国の研究者の力だけでなく、米国・英国・スウェーデン・スイスといった援助国の研究者が共著者として深く関わっている傾向が明らかとなった。日本政府やJICAが今後取り組む民間連携事業についても、適切に事業評価・分析研究を行い、その成果を科学論文に公表していく必要がある。日本の場合、大学研究者を官民の間に挟んだ「産学官」連携が重要と考えられた。

A. 研究の背景・目的

援助国と被援助国における公的財政の制約が強まる中、官民連携は多様化する保健医療ニーズに如何に応えるかという問いに対する戦略として注目を集めている。本研究では、各国における個別の官民連携事例の分析と全体的な傾向を把握するため、システマティック・レビューを行った。

データベースに登録された全論文から「Public Private Partnership」を検索語として検出された英語の論文(704件)から、途上国の保健医療を取扱ったもの、かつ、総説・コメント・レター等を除いたオリジナル論文を抽出し分析を行った。検索対象期間は2010年以降～2014年8月1日までとした。

B. 研究方法

PubMed 及びWeb of Scienceの2つのデー

C. 研究結果

分析対象となるオリジナル論文が 54 件抽出された。

年	Public Private Partnership をキーワードに検 索された全件数	内 訳	
		途上国の保健医療関 連の論文件数	総説・コメント・レ ター等を除くオリ ジナル論文件数
2014 (～8月時点)	84	23	12
2013	179	42	9
2012	185	46	19
2011	141	43	4
2010	115	25	10
計	704	179	54

1. 研究内容について

研究種別

ほとんどが横断的研究で、質的なアプローチか質問票を用いた量的調査であった。なかには、Mast et al, 2011のようにワクチン効果を判定するためのケース・コントロール研究や、Sedlmayr et al, 2013のようにランダム化比較対照実験(RCT)を行った研究もあった。

研究のねらい

「事例紹介」だけのものから、官民連携の取り組みの「評価」を目的としているもの、「質の高いエビデンスを提供」しようとしているものもあった。Ullah et al, 2012 や Lugada et al, 2010、Barrington et al, 2010 のように事業実施者が研究を兼ねたオペレーショナル・リサーチもあった。

調査内容

官が主体的にサービスを提供する体制から官民連携によるサービス提供へと切り替わる前後で、サービスの質やアクセスにどのような変化があったかを測定するタイプの研究が一つの典型である。なかには、Sabde et al, 2014 のように地図上で地理的条件の観点から研究を行っているものや、Vieira et al, 2014 や Mahendradhata et al, 2010 のように官民が連携することによる費用対効果を計測するために患者の治療コスト等の分析を行っている研究もあった。

2. 国・地域別のオリジナル論文数

* ()内は件数、重複あり

アジア地域、特に南アジア(インドやパキスタン)及びアフリカ地域における官民連携事例に関する論文報告が全体数から見て多かった。一方、中南米からの論文は少なかった。

アジア 27件(50.0%)

インド(10)、パキスタン(5)、バングラ(2)、スリランカ(2)、フィリピン(2)、

インドネシア(2)、イラン(2)、中国(1)、ベトナム(1)

アフリカ 25件(46.3%)

ケニア(4)、タンザニア(4)、ナイジェリア(3)、ガーナ(2)、ウガンダ(2)、ザンビア(2)、南アフリカ(2)、ギニアビサウ(1)、マラウィ(1)、ボツワナ(1)、カメルーン(1)、ルワンダ(1)、サブサハラ・アフリカ(1)、

中南米 4件(7.4%)

ニカラグア(2)、ブラジル(1)、ドミニカ共和国(1)

3. 分野別のオリジナル論文数

* ()内は件数、重複あり

感染症関連 27件(50.0%)

結核対策(10)、マラリア対策(6)、HIV対策(4)、結核/HIV ケア(3)、感染症(ロタウイルス)(2)、感染症(ヒトパピローマウイルス)(1)、性感染症(1)

妊産婦ケア 9件(16.7%)

小児保健 5件(7.8%)

その他 13件(24.1%)

精神保健(2)、プライマリヘルスケア(1)、乳がん治療(1)、プレホスピタル救急サービス(1)、産業保健(1)、保健システム(1)、必須ヘルス・パッケージ(1)、遠隔地域の救急搬送サービス(1)、予防キャンペーンの実施(1)、民営化(1)、提唱型のコミュニケーション・社会動員型のキャンペーン(1)、官民連携導入の検討(1)

4. PPP 事例を成功として報告しているかどうか

概ね成功という報告

37件(68.5%)

必ずしも成功していないという報告

10件(18.5%)

どちらとも判断できない報告

7件(13.0%)

5. 先進国の共著者の有無（大学・医療機関・国連機関等）

先進国の共著者がいない報告

19件（35.2%）

先進国の共著者が含まれる報告

35件（64.8%）

主な所属先

米国：ハーバード大学、ジョンズホプキンス大学

英国：ロンドン大学、オックスフォード大学

スウェーデン：カロリンスカ研究所

スイス：熱帯公衆衛生研究所

6. システマティック・レビュー・リスト

54件の論文の詳細一覧を本報告書の表（p.70～）にまとめた。

D. 考察

2010年以降に出版された比較的新しい研究論文のシステマティック・レビューであったが、官民連携(PPP)をキーワードとし検索される発表論文の多くが感染症対策や小児・妊産婦保健関連の事業を取扱い、今後ますます深刻な課題となる生活習慣

病対策の分野での官民連携事業の研究報告はほとんど無いことが分った。

また、途上国における取り組みが論文として公表されるには、援助先進国の研究者が共著者として深く関わっている傾向が明らかとなった。

日本政府やJICAが取り組む民間連携事業についても、適切に事業評価・分析研究を行い、成果を積極的に公表していく必要がある。日本の場合、大学研究者を官民の間に挟む「産学官」連携が重要と考えられた。

E. 健康危険情報

該当しない。

F. 研究発表

1. 白山芳久、湯浅資之、北島勉、西田良子. 国際保健領域における官民連携事例のシステマティック・レビュー. 日本国際保健医療学会第33回西日本地方会2015年2月28日 鹿児島県薩摩川内市.

4) 国際支援機関・被援助国における官民連携の動向 世界保健機関 (WHO)

研究協力者 西田 良子、研究代表者 湯浅 資之

研究要旨

グローバルヘルスにおいて、官民連携により、非政府アクターの持つ技術や資金を活用し、公的機関のサービスや事業の充実を図り、保健課題の解決を図ることは不可欠となっている。WHO では、現在、新たに直面する多様な保健課題に取り組む上で様々なアクター、「官・政府」および「非政府アクター、Non-State Actors」とどのように連携協力していくか審議が進められている。「非政府アクター Non-State Actors」には、非政府団体 (NGO)、民間企業、慈善団体・財団、教育研究機関が含まれる。

WHO における官民連携の成功事例の一つとして、日本の企業 (エーザイ) も参画しているリンパ系フィラリア症制圧への取り組み事例をみると、官民連携を成功させるための鍵として、1) パートナーシップを後押しする政策やコミットメント (宣言) の存在、2) 期限を設定した明確な目標の提示及びパートナー間での共通の価値・目標の共有、3) 明確なプログラムや実施プロセスと各アクターの役割の明確化、4) 途上国のキャパシティで実施可能なプログラム、5) 十分な事前協議や実施中の定期的な協議による課題やニーズの把握と対応、6) 明確かつ簡潔なモニタリング評価方法と共通フォーマットの適応、が指摘できる。

A. 研究の背景・目的

世界保健機関 (World Health Organization; 以下、WHO) は、「全ての人々が可能な最高の健康水準に到達すること」(世界保健機関憲章第1章第1条)¹⁾を目的として設立された国連の専門機関であり、グローバルヘルス分野の諸課題に対応していくための指導的役割とともに、保健分野の研究課題の提示、国際的な規範や基準の確立、各国レベルにおける政策策定や技術的な支援、健康にかかわる動向のモニタリング・検証の実施などの役割が期待されている。

2000年に発表された「ミレニアム開発目標 (MDGs) は、グローバルヘルスの分野において国際社会が重点的に取り組むべき共通課題の新たな枠組みとなり、その達成にむけて様々なステークホルダーを巻き込み、資金ソースも多様化し資金量も増大するとともに資金提供のメカニズムにも変化が生まれた。これまでの国際機関や二国間援助機関が大きな役割を果たしていた仕組みから、近年、「イニシアティブ」や「パートナーシップ」に基づく多くのス

テークホルダー間 (国際機関・二国間援助機関間、官民間) の連携や同盟の枠組みによる取り組みが進展してきている²⁾。

こうした「イニシアティブ」や「パートナーシップ」は国際的な合意に基づいて、特定の疾病や保健課題の改善・解決へ向け、資金の確保や官民を含む連携協力を推進してインパクトや成果をもたらすことを目指している。特に、WHOはこうした国際的な連携・同盟による取り組みの事務局としてのホストを務めている。主なものとして、ロールバック・マラリア・パートナーシップ (Roll Back Malaria Partnership)、ストップ結核パートナーシップ (Stop TB Partnership)、世界保健人材連盟 (Global Health Workforce Alliance: GHWA)、母・新生児・子供の健康のためのパートナーシップ (The Partnership for Maternal, Newborn and Child Health)、リンパ系フィラリア症制圧のための世界同盟 (Global Alliance to Eliminate Lymphatic Filariasis) などが挙げられる。

WHOは、現在、全加盟国による世界保健総会、執行理事会において、21世紀に新

たに直面する多様な保健課題に如何に取り組むか、様々なアクター、「官・政府」および「非政府アクター、Non-State Actors」とどのように連携協力していくかを課題として検討審議している³⁾。

B. 研究方法

既存の文献、関連資料、インターネット上で公開されている情報収集・分析を行うとともに、WHO ジュネーブ在住職員に対して本研究班のこれまでの活動経緯と今回の調査の趣旨を説明し、インタビュー調査を依頼した。また、WHO が関わる国際的なパートナーシップによる取り組みの関係者に対し半構造的質問票によるインタビュー形式により、聞き取り調査を行った。なお、本聞き取り調査は順天堂大学医学部倫理審査委員会の承認を得て実施された。面談者：

- ・ Dr. Aya Yajima, Technical Officer, Preventive Chemotherapy and Transmission Control (PCT), Department of Control of Neglected Tropical Diseases (NTD)
- ・ Dr. Vaibhav Gupta, Technical Officer, Innovation & Public Private Partnership, The Partnership for Maternal, Newborn & Child Health

C. 研究結果

文献調査および聞き取り調査結果をもとに分析を行った結果は以下の通りである。研究結果の取りまとめでは、WHO で成功事例としてとりあげられている「リンパ系フィラリア症制圧への世界同盟」における官民連携の取り組み、特に日本の企業(エーザイ株式会社)の協力を合わせて分析を行った。

1) 非政府アクター (Non-State Actors)との連携

WHO は、グローバルヘルス分野における活動において加盟各国政府の責任と役割を重視する一方、多様化及び複雑化する保

健分野でのステークホルダーの数も増加しており、「非政府アクター」との連携協力は不可欠との観点に立っている。しかし、その連携の在り方についてはWHO での重要かつセンシティブな課題となっており、世界保健総会(2014年5月)および第136回執行理事会(2015年1-2月)において「WHO の非政府セクターとの関与についてのフレームワーク」の策定審議が行われてきた。前回の執行理事会では、提出されたフレームワーク案に対してさらなる検討が必要という決議が出され、継続審議となっている。

国際的には一般に官民連携「Public Private Partnership (PPP)」という形で表示されることが多いが、現在のグローバルヘルスの構造をみると、「民」の分野には、「官あるいは公的政府機関」には属さない様々なグループが存在しており、それを総称して、「非政府アクター Non-State Actors」としている。この中では、大きく4つ分類している i) 非政府団体 (NGO)、ii) 民間企業(営利目的企業、国際的ビジネス団体含む)、iii) 慈善団体・財団、iv) 教育研究機関。そのそれぞれについて、WHO が関与する際のフレームワークの策定を目指している。

こうした包括的フレームワーク策定案の中で、特に、リスクをもたらす可能性がある点については以下の点が挙げられている。

- 利害の対立
 - WHO による規範・基準の設定活動への非政府アクターの不適切な影響
 - WHO の評判や信頼への悪影響
 - WHO 及び公衆衛生の分野の利益よりも非政府アクターの利益への貢献の方が大きい協力関係
 - 非政府アクターの名前、ブランド、製品や活動への宣伝を意図しているもの
 - WHO との関係を通して非政府アクターのイメージを取りつくりようとするもの
 - 非政府アクターの比較優位性の確保
- 同時に、公的機関と非政府アクターの協

力により非政府アクターの持つ技術や資金を活用し、公的機関のサービスや事業の充実を図り、保健課題の解決、特に貧しい住民の健康改善へ貢献することも可能であるとの指摘もあり、今後の継続審議により非政府セクターとの連携協力の在り方に向けての検討の結果が待たれる。

2) 「リンパ系フィラリア症制圧への世界同盟」の事例

WHO が事務局ホスト役として国際的なパートナーシップの取り組みを行う中で、日本の企業であるエーザイ株式会社も参画する「顧みられない熱帯病 (Neglected Tropical Diseases : NTD)」の一つであるリンパ系フィラリア症制圧への国際的な官民連携は、WHO の中でも成功事例として取り上げられている。その取り組みに焦点を充て、取り組みへの過程や成功への要因や教訓を以下に検討する。同取り組みについては、WHO およびインターネット上で公開されている報告資料を参考とした⁴⁻⁸⁾。

<官民連携へのニーズ及び背景>

リンパ系フィラリア症は、WHO が掲げる「顧みられない熱帯病 NTD」17 疾患の一つである。蚊を媒介して感染する寄生虫症であり、主に熱帯地域の貧しい住環境のもとで幼児期に感染し、数年かけて成人期になってリンパ系機能障害を発症し、重症の場合は象皮病として知られているような身体的な障害となるケースが見られる。他の感染症(たとえば、マラリアや HIV)のように死亡率は高くないことから、他の顧みられない熱帯病 (NTD) と同じく健康課題としての関心が低いという状況がみられた。しかし、WHO によれば、アジア、アフリカ、ラテン地域の途上国・新興国で、現在、推定感染者は 1 億 2 千万人、発症による身体的障害を持つ患者は推定 4 千万人、さらに 73 カ国、14 億人の人々に感染の危険性があるとされている。貧しい生活環境や衛生状況に起因することが多く、発症による身体障害により、社会的な偏見や働くこと

ができないことによる貧困の原因ともなっており、こうした疾病がなくなる限り蔓延国である途上国での健康課題は解決しないという現状がある。日本にもかつてリンパ系フィラリア症は存在し、1970 年代後半に制圧に成功したという経験がある。

WHO では、世界保健総会(1998 年)に NTD を地球規模課題として位置づけ、2000 年から 2020 年までに制圧する目標を掲げ、製薬会社を含むステークホルダーに呼びかけて官民連携 (PPP) による取り組みを開始した。また、米国国際開発庁 (USAID) や英国国際開発省 (DFID)、ビル&メリンダ・ゲイツ財団といった機関も NTD への支援を始めた。

リンパ系フィラリア症が制圧可能な疾患として、WHO が推奨している対策は、シンプルである。年 1 回の集団駆虫をコミュニティ全住民に対して実施、それを 5-6 年実施することにより制圧は可能である。使用する治療薬・駆虫薬は、3 つ (アルベンダゾール、イベルメクチン、DEC) あり、WHO は、蔓延地域の状況に応じて、3 つのうち 2 種類を併用して集団駆虫を進めている (河川盲目症とリンパ系フィラリア症の両方が蔓延しているところでは DEC は使用不可)。WHO の呼びかけに対して、GSK (グラクソ・スミスクライン)、米国メルク社といった企業が駆虫薬の無償提供を約束したが、DEC については提供企業がなく、世界的に供給が不足しているという状況であった。

こうした背景の下、日本の企業であるエーザイが初めてこの国際的な官民パートナーシップに参画し、DEC という医薬品供給の課題解決へ連携協力するに至った。

<官民連携推進へのプロセス>

リンパ系フィラリア症制圧への世界的なパートナーシップによる官民連携の取り組みが進展し、そこに日本の企業であるエーザイが参画するにはいくつかの重要な政策やステップが見いだせる(表 1)。

表1 リンパ系フィラリア症制圧事業へのエーザイ参画の経緯

1997年	米国疾病センター（CDC）の科学的根拠に基づき、WHO はリンパ系フィラリア症を含む6つのNTD疾病を「制圧可能疾病」と指定。世界保健総会でリンパ系フィラリア症制圧へ向けた事業を決議。
1998年	1997年デンバーG8サミットで橋本首相(当時)が国際寄生虫対策（橋本イニシアティブ）の重要性を提唱。翌1998年バーミンガムサミットで、寄生虫対策へG8各国のWHOへの協力体制強化がコミュニケに入る。
2000年	リンパ系フィラリア症制圧のための世界同盟（Global Alliance to Eliminate Lymphatic Filariasis）が結成。2020年までに制圧へ向けてのロードマップを提示。
2010年11月	エーザイ、WHOとリンパ系フィラリア症制圧へのDEC錠の無償提供の共同声明文に調印。DEC錠の自社のインド・バイザッグ工場での製造計画開始。
2012年1月	「顧みられない熱帯病に対するロンドン宣言（London Declaration on Neglected Tropical Diseases: NTDs）」において、ビル&メリンダ・ゲイツ財団、USAID、DFID、世界銀行をはじめ世界大手製薬会社13社、蔓延国政府が参加して、2020年までにNTD10疾患の制圧への取り組みの協働へコミットメントを表明。エーザイもこのロンドン宣言に参加し、自社製造のDEC22億錠の無償提供に関する最終契約書に調印。
2012年～2013年	エーザイ自社製造DECの供給が可能となるまで、ビル&メリンダ・ゲイツ財団、サノフィ社とのパートナーシップによりサノフィ社製DEC1億2千万錠を無償提供。
2013年8月	エーザイ、自社インド・バイザッグ工場で製造開発したDECにWHOの事前認定（Pre-qualification）を取得。
2013年10月～2020年	エーザイ、インド製造のDEC錠のWHOへの無償提供開始。2020年まで合計22億錠（対象、26カ国、2.5億人）への提供予定。

< 促進要因は何か >

日本の企業がパートナーシップに参画し実際に実施に至るまでには、関係者が協議を開始してから4～5年しかかかっていない。しかし、比較的早く実施にいたることができたとの意見がある。その背景には以下の要因があげられる。

日本政府の方針（橋本イニシアティブの存在）を背景に、日本政府、WHO(関係部署)、専門家などそれぞれの関係機関にコミットメントの高いスタッフが存在して後押しとなった。

企業側（エーザイ）の要因；

- 同族企業であり社長の決定権が高

く、協議・決定プロセスが迅速化できた。

- WHOを通してのグローバル事業への参加は企業イメージの向上につながり、WHOを通じた加盟国からの情報を国際的な場を通して入手し、新規開拓・新規ビジネスに活かすことができた。
- 提供する駆虫薬を毎年服用することでブランド効果を高めることとなり、新興国における将来の市場形成への長期的な投資と考えられた。
- ロンドン宣言や毎年パートナーシップ機関の調整会議を通して、国

際的な知名度の向上を図ることが期待できた。

WHO としてのリンパ系フィラリア症対策への PPP が成功した要因；

- ロードマップを通して明確な目標が提示され、期限付きであること。
- 制圧のためのプログラム(対応策やプロセス)が明確であり、シンプルである(例：住血吸虫の例では明確なプロセスがなく、製薬会社にとって先が見えにくい)。
- 企業が薬剤提供という形で支援する緩やかなパートナーシップであること。
- 制圧へのプログラム(集団駆虫のプロセスなど)が途上国でのキャパシティの中でも理解可能であり推進可能であること。
- 常に関係機関の間での協議(ダイアログ)が実施されていること(WHO は蔓延国を通して情報を収集し、定期的な調整会議の場で薬の現状や次年度薬量のニーズ、課題の把握を実施)。
- 簡単な共通の報告フォーム (Joint Reporting Form) の活用。

< 課題 >

インド工場での自社 DCE 錠の製造について、WHO の事前認定 (Pre-qualification) が必要であったため、当初の提供開始には間に合わず、開始まで時間がかかることになった。これに対し、サノフィ社製の提供で対応した。また、蔓延国の状況と薬剤の必要量の把握 (Forecast) が重要であるが、そのプロセスは官民連携 (エーザイなど) のプログラムが進むとともにシステムが作られてきた。パートナーシップの取り組みにはマネジメント体制の確立が重要であると思われる。

< モニタリング・評価 >

対象国では、WHO の各国事務所に NTD 担当者が配置されており、各事務所より制圧

プログラム実施に対する 2 つの報告書が提出されている。i) 集団駆虫実施カバー率 Treatment Coverage (薬の配布者数・配布量)、ii) 疫学的レポート (集団駆虫開始 3 年後、5 年後に血液検査による罹患率をチェックする Transmission Assessment Survey を実施)。共通の指標と報告フォームを利用し、対象のカバー率や翌年の薬剤の必要量を把握している。2020 年までに全対象国で集団駆虫を終了し、「感染フリー」レベルの地域を 70% にすることが目標となっている。

D. 考察

21 世紀のグローバルヘルス分野における多様な保健課題の改善・解決に向けては、リンパ系フィラリア症の事例に見られるように、資金の確保、医薬品へのアクセスの確保を含めて、官民連携協力は不可欠となっている。リンパ系フィラリア症の事例から PPP を成功させるための鍵としては以下の点が挙げられる。

- パートナーシップを後押しする政策やコミットメント(宣言)の存在
- 期限を設定した明確な目標を提示し、パートナー間での共通の価値・目標の共有
- 明確なプログラムや実施プロセスと各アクターの役割の明確化
- 途上国のキャパシティの中で実施可能なプログラムであること。
- 関係機関の間での十分な事前協議および実施中の定期的な協議による課題やニーズの把握と対応
- 明確かつ簡潔なモニタリング評価方法と共通フォーマットの適応

引用文献

1. 外務省、世界保健機関憲章 (和訳)；
<http://www.mofa.go.jp/mofaj/files/000026609.pdf>
2. (公財)ジョイセフ・特活 HANDS、「平成 21 年度日本の国際保健政策に関する調

査 新保健政策策定に向けてー」, 2010.
3 . WHO, Executive Board 136th Session
及び報告 : WHO ' s Engagement with
Non-State Actors;
http://www.who.int/about/who_reform/non-state-actors/en/
4 .WHO. Sustaining the drive to overcome
the global impact of neglected tropical
diseases: second WHO report on neglected
diseases. 2013 .
5 . ロンドン宣言、
<http://unitingtocombatntds.org/resource/london-declaration>
6 . WHO . Fact Sheet, Lymphatic
Filariasis; Programme ;
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs102/en/>

http://www.who.int/lymphatic_filariasis/disease/en/
7 . 広岡延隆、「エーザイが放つ『価格ゼロ』の薬 製薬業界の常識は変わるのか」,
日経ビジネスオンライ
<http://business.nikkeibp.co.jp/article/opinion/20120305/229445/?rt=ocnt>
8 . エーザイ株式会社、「医薬品アクセス」
<http://www.eisai.co.jp/company/atm/index.html>

E. 健康危険情報

該当しない。

F. 研究発表

該当なし。

4) 国際支援機関・被援助国における官民連携の動向 世界銀行と米国国際開発庁 (USAID)

研究分担者 北島 勉

研究要旨

日本が国際保健医療協力における官民連携を進める上で、他の援助国や国際援助機関の官民連携に関する動向に関する情報は有用である。本研究では、世界銀行と米国国際開発庁が実施している保健医療分野の官民連携事業について、各機関の担当者からヒヤリングを行った。両機関とも官民連携を重要視しているが、組織全体として官民連携に関する政策や戦略は存在しなかった。官民連携を促進する要因として、ビジョンを共有できる、組織のトップからのサポートがある、明確で実現可能なニーズに対応している活動を行っている等があげられた。障害要因としては、公的部門の人材不足、パートナー間の役割が明確でないこと、予算処理の時期が組織により異なること等であり、官民連携事業で成果をあげるためにも途上国における人材育成が重要であることが示唆された。評価については、両組織とも確立した方法はないが、評価項目やチェックリストの存在が確認できた。本研究において開発中のフォーマットをより汎用性の高いものとするためには、それらの項目の内容と活用状況について調べる必要がある。

A. 研究の背景・目的

2013年に発行された「JICAの保健分野の協力」には「日本の健康医療産業及びその技術力を活かした貢献」が国際協力を行うに当たっての重視すべき観点の一つとして掲げられている¹⁾。途上国においてユニバーサルカバレッジを達成し、健康サービスの水準を向上させるために、日本の健康医療産業の海外展開支援の強化を行うということである。また、保健課題における優先分野においても「BOPビジネスにおける取組み」があげられており、日本の国際医療協力において民間企業や団体の資金、技術、人材の活用が図られつつある。

保健医療分野の様々な課題への官民連携による取組みはすでに多くの国や国際機関で進められている。そのため、日本が国際医療協力における官民連携の進め方を検討する上で、他の援助国や国際援助機関の官民連携に関する動向に関する情報は有用である。そこで本研究では、世界銀行と米国国際開発庁 (The U.S. Agency for International Development ; 以下、USAID) による保健医療分野の官民連携事業について、関係者へのヒヤリングから得られた情報を中心に、その状況について報告する。

B. 研究方法

世界銀行及びUSAIDの官民連携事業に関する情報を収集した。その上で、世界銀行及びUSAIDで保健医療分野の官民連携を担当している職員とのコンタクトを試みた。世界銀行については、筆者の知り合いの保健医療分野を担当している世界銀行職員から、保健医療分野の官民連携を担当している職員を紹介してもらった。USAIDについては、在日米国大使館のUSAID職員から、医療保健分野の官民連携を担当している職員、USAIDの事業を請け負っている企業の担当者を紹介してもらい、メールでヒヤリングの依頼を行った。世界銀行では2名から、USAIDでは3名からの承諾をそれぞれいただいた。

ヒヤリングの主な項目は、国際保健医療分野における(1)官民連携の必要性について、(2)官民連携に関する戦略・政策・指針、(3)成功事例、(4)促進要因、(5)障害要因、(6)評価方法であった。

平成27年1月25日に、来日中のUSAIDの担当者からも東京都内でヒヤリングを行った。そして、平成27年1月29日と30日にワシントンDCにある世界銀行とUSAIDを訪問し、保健医療分野の官民連携に携わっている職員が

らヒヤリングを行った。なお、本聞き取り調査は順天堂大学医学部倫理審査委員会の承認を得て実施された。

面談者；

・Edson Correia Araujo、Senior Economist、World Bank

・April L. Harding、Lead Public-Private Partnership Specialist、World Bank

・Cesar Queiroz、Senior Advisor、Claret Consulting LLC

・Rui Monteiro、Senior Public-Private Partnership Specialist、World Bank

・Andrea Dee Harris、Senior Technical Advisor、Public-Private Partnerships、USAID

C. 研究結果

官民連携に関するヒヤリングをする際に、世界銀行の職員から、官民連携の定義を明確にする必要性があるとの指摘があった。インフラストラクチャの官民連携事業の場合、道路や港湾等の設計・建設から管理運営までが関係者のパートナーシップのもとに行われる。一方、保健医療分野の場合、保健医療施設の建設から運営までがパートナーシップのもとに行われるものは少なく、むしろ、医療施設の公設民営であったり、公的医療施設のサービス部門の一部を民間部門が請け負っていたりする場合も官民連携と捉えることがあり、立場によってはそれらを官民連携に含まない場合もある。

USAIDも、官民連携という言葉はよく使われるようになったが、その定義や要素については曖昧であるとし、保健医療分野の官民連携を「一緒に保健医療サービス、製品、機材、研究、コミュニケーション、又は教育を統制し、財源を確保し、提供するために、公的部門（国、地方自治体、国際機関、援助国）と非公的部門（営利、非営利、伝統医療師、伝統的産婆、薬草師）との間の公式な協力」という定義を提案している。これは前段の主旨からすると幅広い定義ではあるが、インフラストラクチャと保健医療の官民連携事業は規模もこれまでの発展

の歴史も異なるので同じである必要はないという考え方から出て来たものである²⁾。

6つの質問項目に関する世界銀行とUSAIDでのヒヤリングから得られた見解の要約を表1に示した。

世界銀行も USAID も国際保健医療分野において官民連携を行うことは当然のこととして捉えていた。USAID 全体で、2000 以上の官民連携事業が実施されているということであった。USAID については、官民連携を行う理由として以下の3つをあげている³⁾。

- (1) 事業の効率性の改善：各パートナーが有する資金や技術力などを動員することで事業の効率性の改善がみこめること。
- (2) 事業の効果の増大：共同で事業にあたることにより、取り組む課題の知名度や信用性が高まり、事業の効果が増大することが期待できること。
- (3) ステークホルダーの関わりとオーナーシップの醸成：様々なステークホルダーが参加することで事業へのコミットメントを共有し、地元の賛同やオーナーシップを得ることができ、公平性の達成や持続可能性が期待できること。

組織全体としての官民連携に関する戦略・政策・指針というものは特にない。USAID については全体的な政策を作るための動きがあるということであった。

成功事例については、USAID からは、Saving mother, giving life (母子保健プロジェクト)、Expanding Health Care Access through Company Workplace Health Programs (ウガンダのある企業をベースにその従業員と家族、近隣の住民を対象に基礎的保健医療サービスを提供)、Campaign to Increase Use of WHO-Approved ORS Formula (インドで下痢症の治療のためにWHOの基準を満たした経口補水塩ORSの現地生産、ORSの知識と利用を促進)などがあげられた⁴⁾。他方、世界銀行の職員からは特に成功事例の話はなかった。

官民連携の促進要因としては、USAID から

表1 国際保健医療分野における官民連携に関するヒヤリング結果の概要

	世界銀行	USAID
必要性	事業を進めていく上で不可欠。	事業効率の改善、効果の増大、ステークホルダーの関わりとオーナーシップの醸成。
戦略・政策・指針	全体的な戦略等は特にはない。保健分野の中でも部門ごとに異なる。	
成功事例		<ul style="list-style-type: none"> ・ Saving mother, giving life ・ Expanding Health Care Access through Company Workplace Health Programs ・ Campaign to Increase Use of WHO-Approved ORS Formula, 他
促進要因		<ul style="list-style-type: none"> ・ パートナー間でビジョンを共有できる。 ・ 各パートナーの能力が適切に活用されている。 ・ 各パートナーのトップのサポートがある。 ・ 各パートナーにとってメリットがある。 ・ 明確で実現可能なニーズに対応している活動。 ・ 担当者の姿勢や資質。
阻害要因	<ul style="list-style-type: none"> ・ 公的部門に官民連携事業をマネジメントできる人材が不足している。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 各パートナーの役割が明確に定義されていない。 ・ パートナーが期待された役割を果たせない。 ・ 予算処理のタイミングが組織間で異なる。
評価方法	<ul style="list-style-type: none"> ・ 十分な評価はできていない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 全体的な評価項目 <ol style="list-style-type: none"> 1) 各国における官民連携事業の数 2) 官民連携事業に投入されている予算 ・ 官民連携事業のプロセスに関すること（定性的） ・ アウトカム指標

は、パートナーとのビジョンの共有、役割分担の明確化など連携をする組織間の関係に関することが出された。また、連携して行う活動に対して長期的に資源を投入し続けることになるため、それぞれの組織のトップからのサポートを得ることが重要である。そのためには、各パートナーにとってメリットがある事業であることが不可欠となる。ここで言うメリットとは、短期的な収益ということだけではない。営利企業の場合は、その企業の社会的貢献活動の一環として参加しているのか、投資として参加しているのかによってもメリットの取り方も異なってくる。後者の場合は、金銭的なことだけではなく、将来のマーケットの獲得、事業に対する規制が異なる環境下で経験知を積むこと、人材育成なども含まれる。その他、連携をして取り組む活動の目標が

明確であることや、各組織の担当者の資質や事業に対する姿勢も重要な要素としてあげられていた。

阻害要因としては、世界銀行からは、公的部門に官民連携事業をマネジメントできる人材が不足していることがあげられた。逆にそのような人材がいることが官民連携事業を促進する要因になるということでもあった。一般に民間事業者は保健医療サービスを効率的に提供することに長けているため、地域の保健医療システムにおいて、それらの保健医療サービス提供者をマネジメントすることができれば、官民連携の成果を導き出せるという考え方である。マネジメントの中には、サービス提供者への支払い方法や金額、提供するサービスの量を、経済状況、対象地域の人口動態や疾病構造に応じてサービス提供者との間で決め、契

約を結び、活動をモニターしながらシステム全体としてのバランスもとるという高度な内容が含まれている。これらのことは先進国においても成功事例が少ないことから、途上国で実施するのは容易ではない。世界銀行は、官民連携事業を進めるための資金調達や入札がスムーズに行くように支援はするが、パートナー間の契約やその履行に関する管理などについては支援をしていない。

USAIDからは、阻害要因としてパートナー間の役割分担やパートナーの力量に関する問題や、予算処理のタイミングが組織間で異なることがあげられた。民間組織に比べ公的機関の予算が実際に使える時期は遅いことや、予算執行に関する意志決定に要する時間も長いことなどが、官民連携事業の障壁になることがある。

評価については、世界銀行は十分な評価はできていないという認識であった。成功例としてあげられている事例の中にも失敗したとされる事例についても、科学的な根拠ではなく、そのような報告を出した組織のプロパガンダが反映されている可能性があることに留意する必要がある。

USAIDは、全体的な評価項目として、各国における官民連携事業の数と投入された予算をあげている。各事業については、官民連携のプロセスに関するものとそのアウトカム（健康指標）があり、後者は定量的に把握されるが、前者についてはパートナーとの協働がうまくいっている程度や連携による付加価値に関する評価がなされている。各事業が採用しなくてはならないものではないが、官民連携のプロセスについて調べる4つのツールが提案されている。それらは、(1) Partnering Results Framework（連携のインプット、成功要因、プロセス、アウトプット、アウトカム）、(2) Global and Illustrative Indicators（効率性の改善、ステークホルダーの関わりとオーナーシップの醸成、効果の増大に関する包括的指標3項目、記述的指標15項目）、(3) USG Health Partnership Assessment Tool（連携の効率

性を測定する13項目からなる質問票）、(4) USG Health Partnership Comprehensive Diagnostic Checklist（官民連携に関する51の基準）である³⁾。(4)については、各事業の内容に応じて項目を抽出し、利用している。

D. 考察

世界銀行も USAID も官民連携を、事業を実施していく上での重要な方法と位置づけていた。USAID はパートナーと事業を行うことを推奨しているが、その場合は必ずしも民間の組織とは限らないようであった。営利/非営利を含めて、民間団体との連携が重要なウエイトを占めていることは USAID の官民連携事業の成功例からも明らかである。

世界銀行も USAID も官民連携に関する組織的な政策や戦略は特に存在しないということであった。国際保健分野においては、10年くらい前から官民連携の重要性が言われるようになってきており、USAID では官民連携に関する統一的な政策の作成をしていきたいということであった。保健医療分野といっても、病院建設・運営、医療財政、保健システム、感染症、非感染性疾患、母子保健等々、様々な分野があり、官民連携がそれぞれの分野における事業を進めるための方法の一つであるため、それをどのように使うかは各分野に任されているということなのかもしれない。

官民連携事業の促進要因と阻害要因では、世界銀行と USAID でその意味のとらえ方が異なっているように思われた。世界銀行は、主に病院建設と運営に関する官民連携事業を担当してきた職員に聞いたということもあるが、民間組織は公的組織よりも病院を効率的に運営することはできると考えており、官民連携事業が促進され成功を収めるには、病院がある国や地域の官側がいかにその効率性を引き出し、対象地域の健康水準を向上するように仕向けることができるか、という視点で考えていた。そのような人材が途上国の保健部門には不足しているため、彼らの官民連携に対する見方は肯定

的ではなかった。そのため、JICA が優先分野としてあげている保健システム強化のための支援は、官民連携事業の成果を活かすためにも重要であると言える。一方、USAID には、実際に官民連携事業を形成していく際や実施していく際に重要である要件が提示された。そのため、促進/阻害要因について考える際には、官民連携事業の過程のどの部分についてなのかを明確にする必要があると思われる。

評価については、両組織とも確立した方法はないようであった。USAID は評価項目やチェックリストが用意されていた。その活用状況については不明であったため、これまでの官民連携事業が、それらの項目やチェックリストをどの様に利用しているのかを調べる必要がある。また、本研究で開発中のフォーマットと照合し、どのような差異があるのかを調べる必要もある。他の援助国や援助機関の評価方法についても同様の作業を積み重ねて行くことで、世界的な統一フォーマットの作成につながるかもしれない。

本研究は、世界銀行とUSAIDの保健医療分野の官民連携担当職員合計5人からヒヤリングを行ったが、全ての担当職員にヒヤリングを依頼したわけではなく、紹介者の仲介のもと連絡がとれ、面会を申し込んだ日

に会えた方又は話しができた方から得られ情報をもとにしている。そのため、本報告で述べられていることの中には、各職員のこれまでの実績を背景とした個人的な意見も含まれている可能性があるということに留意する必要がある。

引用文献

- 1 . 国際協力機構 JICA の保健分野の協力 – 現在と未来- 2013 年
- 2 . Jeffrey Barnes. 2011. Designing Public-Private Partnership in Health. Primer. Bethesda, MD :SHOPS Project, Abt Associates.
- 3 . US Government: Global Health Initiative. Promoting Partnerships to Advance GHI Objectives. (<http://www.ghi.gov/principles/docs/Promoting-Partnerships-to-Advance-GHI-Objectives.pdf>、平成 27 年 4 月 4 日閲覧)
- 4 . USAID. Building Alliances Series: Health. May 2010.

E. 健康危険情報

該当しない。

F. 研究発表

該当なし。

4) 国際支援機関・被援助国における官民連携の動向 グローバルファンド

研究協力者 西田 良子、研究代表者 湯浅 資之

研究要旨

「世界エイズ・結核・マラリア対策基金（略称：グローバルファンド）」は発足の当初から、中低所得国の三大疾病対策への資金調達のために、従来のドナー政府、国連機関、民間財団の枠を超えて、幅広いステークホルダーを巻き込んだビジネスモデルを採用しており、官民パートナーシップは不可欠のプロセスである。民間セクターから持続的に資金を調達するという点のみならず、さらに民間企業を持つ専門的知識や技術、経験や知見から学び、イノベーションを起こすことも重要な視点となっている。

そのため重要な要因として、受益国の政府や関係機関における強いコミットメントのもとに、民間企業と現地のニーズやギャップを把握し、長期的な視野に立った共通目標、共通の価値の共有が不可欠と指摘されている。また、受益国レベルでの事業の継続と自立発展性の観点から、受益国レベルでのリソースの開拓、官民連携の促進もさらに重要となってくると考えられる。

A. 研究の背景・目的

「世界エイズ・結核・マラリア対策基金（以下、グローバルファンド）」は、途上国における公衆衛生上、また開発推進上の重大な課題となっている三大感染症（エイズ・結核・マラリア）対策のために資金を提供する機関として2002年1月に設立された。この基金設立に当たって、日本は2000年に開催されたG8九州沖縄サミットで議長国として感染症対策を課題として取り上げ、追加的資金調達と国際的なパートナーシップの必要性を提唱するなど重要な役割を果たしてきた。現在においても日本政府は理事国の一つである。

発足の当初から、中低所得国の三大疾病対策への資金調達のために、従来のドナー、国連機関、民間財団の枠を超えて、広く企業を含む官民のパートナーシップを通じた革新的な資金調達を推進してきており、近年のグローバルヘルス分野のガバナンスや資金調達構造にも影響を与えている¹⁾。そこで、今般、グローバルファンドにおける官民連携の動向や事例について調査を実施した。

B. 研究方法

既存の文献、関連資料、インターネット上で公開されている情報収集・分析を行うとともに、スイス国ジュネーブのグローバルファンド本部民間セクター担当部長に対して本研究班のこれまでの活動経緯と今回の調査の趣旨を説明し、インタビュー調査を依頼し、半構造的質問票による聞き取り調査を行った。なお、本聞き取り調査は順天堂大学医学部倫理審査委員会の承認を得て実施された。

面談者：

Mr. Patrik Silborn, Head, Private Sector Engagement, The Global Fund To Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria

C. 研究結果

文献調査および半構造的質問票に基づく聞き取り調査結果を行った結果は以下の通りである。調査の分析・とりまとめでは、インターネット上で公開されている情報も合わせて参考とした²⁾。

<官民連携へのニーズ及び背景>

グローバルファンドはその設立以来、管理運営において幅広いステークホルダー

を巻き込んだビジネスモデルを採用しており、官民パートナーシップは不可欠のプロセスとなっている。

1) 理事会と国別調整メカニズム

グローバルファンドの最高意思決定機関である理事会そして受益国レベルの国内委員会である国別調整メカニズム（CCM: Country Coordinating Mechanism）では、幅広いセクターを代表するメンバーによって構成されており、企業の参加は常に含まれる。理事会は、受益国政府、ドナー国政府、民間企業、途上国 NGO 代表、先進国 NGO 代表、感染者代表で構成されており、国レベルの CCM では、その国の状況に応じて、受益国政府関係者、NGO や国際 NGO 代表、感染者組織代表、国連機関や援助国代表、そして民間企業が参加している。

2) 民間企業の参加

民間企業が理事会や CCM に参加している背景には二つの点があげられる。

- 資金調達への支援：資金調達への実際の資金的支援のみならず、資金調達方法への技術的支援や物資による支援を行っている。
- プログラムの運営実施面への支援：近年では、民間企業の持つ技術、インフラやロジ面の整備における実績・経験を活用し、革新的なアプローチによる事業実施へのより包括的な支援が求められている。

実際、グローバルファンドの報告によれば、2014 年末までに総額約 315 億ドル、うちドナー政府からは総額約 296.5 億ドル、ビル&メリンダ・ゲイツ財団などの民間財団や企業から約 19.3 億ドルの資金調達の実績があった³⁾。

<戦略・ガイドライン>

1) 民間企業との関与についてのガイドライン

グローバルファンドのガイドライン（民間セクターとの関与及び利害の対立の回

避のためのガイドライン Private Sector Engagement & Avoidance of Conflict of Interest Guide）が存在する⁴⁾。

ガイドラインによれば、グローバルファンドは、ビジネス・パートナーシップ構築への基本原則としては、以下の三つの基本指針をもとに、共通の価値をもって、パートナーシップを構築することを目指している。

- ビジネスパートナーは、グローバルファンドのミッション及び 3 大感染症による人類の苦しみや経済的影響の解決に対するコミットメントを示すこと。
- パートナーシップを通して、グローバルファンド及びその支援事業に対する追加的リソースを提供すること（資金的あるいは資金以外のアセットの提供、インフラや技能の利用へのアクセス、人的技術や知見の提供を通じて）。
- パートナーシップは、グローバルファンドの主たる戦略的優先課題や方針・ガイドラインを支持すること。
「利害の対立」の問題に関しても言及があり、「利害の対立」を厳格に規定するのではなく、パートナーシップを広い倫理的観点からとらえ、支援者は、支援の供与を誠実に実施し、グローバルファンドとのパートナーとしての立場を利用することを求めない、と規定している。

2) 民間企業に期待する貢献

民間企業が貢献可能な分野として以下の 3 点が指摘されている。

- 公的セクターに対する資金提供。
- 効果的なプログラムの運営・実施への支援。例えば、物資の調達やサプライ・チェーンの管理運営、財務およびリスクマネジメント、事業の質の確保といった分野におけるイノベーションの拠点（Innovation Hub）としての役割を果たすこと。
- 受益国レベルでの革新的なリソース

調達方法の開発。例えば、信託基金や寄付基金の設置など。

< 成功事例 >

民間企業の技術や知見に基づく貢献の点で、最近特徴的な成功事例としては以下を挙げた。

(RED) : プロダクト・レッドによる資金的支援

世界的な民間企業を巻き込んだキャンペーンを通じた資金調達の方法としては、画期的なアプローチとして知られている。(RED)は、民間セクターからグローバルファンドへ持続的な資金供与の仕組みづくりの一環として、ボノ(U2)とボブ・シユライバーの提唱により2006年に結成された。参画する民間企業(グローバルレベルで活動する世界的企業が参加)からはその製品やサービスの売り上げの一部をグローバルファンドの事業へ資金供与する。これまでにすでに2億7500万ドルを超える寄付を受け付けている。寄付は主にサブサハラ・アフリカ地域の国々のエイズ対策に活用されている。2014年~2016年の2年間(第4次増資期間)には4千万ドルの寄付を誓約している⁵⁾。

SAP とのパートナーシップ : SAP の技術による支援

SAP(本社はドイツ、世界130カ国以上に支社をもつエンタープライズ・アプリケーション・ソフトウェアにおけるマーケット・リーダー)とのイノベーション技術を通して受益国の資金管理・運営管理向上への支援を開始している。具体的には米国のPEPFAR(米国大統領緊急エイズ救済計画)、USAIDによるグラント・マネジメント・ソリューションズ・プロジェクトとの連携により、先ず実験的に6カ国(コートジボワール、

セネガル、ドミニカ共和国、ラオス、ウガンダ、南アフリカ)において、グローバルファンドの資金管理のための「資金管理ダッシュボード(PC上で資金活用状況を簡単に表示することが可能)」を導入した。2015年からは他の受益国に拡大の予定である⁶⁾。

コカ・コーラとの協力 : サプライ・チェーン・システムの強化
“Project Last Mile”

コカ・コーラのサプライ・チェーン・システムにかかわる技術や知見を活用し、民間企業とUSAID、グローバルファンド、ビル&メリンダ・ゲイツ財団が協力連携するマルチ・ステークホルダーに基づく官民パートナーシップによる「Project Last Mile 最後のマイルに届くプロジェクト」をアフリカ10か国で2014年から向こう5カ年間実施を計画している。コカ・コーラのロジ管理、サプライ・チェーン、流通、マーケティング分野の専門技術を活用し、アフリカの遠隔地で基礎的医薬品を必要としている人々に「最後のマイル」まで届けようということを目指している。現在は、ガーナとタンザニアで実施しており、次はモザンビークに広げることが予定されている⁷⁾。

Ecobank との協力 : 受益国の運営管理キャパシティ向上への協力

2011年よりグローバルファンドはエコバンクとキャパシティ向上プログラムへの協力をコートジボワールとナイジェリアそして南スーダンで実施、さらにエコバンクのネットワークを活かしてアフリカの他の国々にも拡大を計画している。具体的にはエコバンクの専門性をもとにした受益国・受益機関の財務管理能力の向上を目的としている。長期的な視野に立った受益国レベルのキャパシティ向上を重視している⁸⁾。

武田薬品の協力：

日本企業では、武田薬品が年間 1 億円(2010 年～2019 年までの 10 年間継続)の資金拠出を誓約し、2014 年 9 月までの実績で 520 万ドルの資金を供与している。主な支援内容は、アフリカ 3 カ国での保健医療人材の育成・強化を中心とする保健システム強化への支援、タンザニア(マラリア対策)、ナイジェリア(エイズ対策)、セネガル(結核対策)である⁹⁾。

<官民連携への促進要因は何か>

- すべてのパートナー機関・組織にとっての共通目標の設定。
- 長期的な視野に立ったパートナーシップの構築。
- パートナー双方にとっても有意義な価値の共有 (Shared Values)。

<官民連携推進での課題・障害>

- 受益国の政府や関係機関における強いコミットメントの存在、財務管理及び調停の役割を果たす機関が存在すること。
- 現地のニーズを的確に把握し、如何に民間セクターがそのニーズを解決することが可能かということから始めることが重要。有効性が大切。
- パートナーシップ構築では中央レベルでの元手資金の確保が課題。

<モニタリング・評価>

グローバルファンドではモニタリング・評価については、民間企業も含めてすべての事業に対して同じシステムを適応している。特に、パフォーマンス(成果・実績)にもとづいた資金供与のアプローチを基本方針としており、各受益国・参加機関は具体的な資金の活用状況とその成果について報告することが求められている。従って、そのための成果指標も決められている。さらに、モニタリングのフレームワ

ークに関して、運営管理能力向上面での強化をどのように測るかという点も国際的に検討していくことが必要となっている。

D. 考察

グローバルファンドは、設立の目的とも相まって、広く国際社会から幅広いステークホルダーを巻き込んだ官民のパートナーシップのアプローチをとってきた。従来の二国間援助や国連機関を越えて、民間セクターから持続的に資金を調達するという点のみならず、近年では、民間企業を持つ専門的知識や技術、経験や知見から学び、イノベーションを起こすことも重要な視点となっている。

そのためには、グローバルファンド関係者が指摘するように、受益国の政府や関係機関における強いコミットメントをもとに、民間企業と現地のニーズやギャップを把握し、長期的な視野に立った共通目標、価値の共有が不可欠といえる。また、受益国レベルでの事業の継続と自立発展の観点から、受益国レベルでのリソースの開拓、官民の連携の促進もさらに重要であると考えられる。

引用文献

1. (公財)ジョイセフ・特活 HANDS、「平成 21 年度日本の国際保健政策に関する調査 新保健政策策定に向けてー」、2010 年 3 月
2. FGFJ グローバルファンド日本委員会
<http://fgfj.jcie.or.jp/>
<http://www.theglobalfund.org/en/>
3. FGFJ グローバルファンド日本委員会、ファクトシート、October 2014
<http://fgfj.jcie.or.jp/>
4. Private Sector Engagement & Avoidance of Conflict of Interest Guide, Updated September 2013.
<http://www.theglobalfund.org/en/documents/governance/>
5. (RED) <http://www.red.org/en/>
6. SAP News, September 24, 2014

<http://www.news-sap.com/sap-innovation-helps-the-global-fund-fight-aids-tuberculosis-malaria-africa/>

7. Project Last Mile ;

http://www.theglobalfund.org/en/media-center/newsreleases/2012-0925_Cocacola_and_the_Global_Fund_Announce_Partnership_to_Help_Bring_Critical_Medicines_to_Remote_Regions/

http://www.theglobalfund.org/en/media-center/announcements/2014-06-23_Project_Last_Mile_Expands_to_Improve_Availability_of_Medicines/

8. Ecobank;

http://www.theglobalfund.org/en/media-center/newsreleases/2014-09-23_Ecobank_Expands_Partnership_with_Global_Fund/

9. 武田薬品 ;

http://www.takeda.co.jp/news/2010/20100318_4668.html

E. 健康危険情報

該当しない。

F. 研究発表

該当なし。

4) 国際支援機関・被援助国における官民連携の動向

英国国際開発省 (DFID)

研究協力者 西田 良子、研究代表者 湯浅 資之

研究要旨

英国国際開発省 (DFID) は保健分野への支援を重視してきている。DFID の保健分野への支援は「貧しい人々の健康改善」という目標にむけて、保健システムの強化とユニバーサル・ヘルス・カバレッジ (UHC) の達成をめざし、そのためには政府・公的機関と非政府アクターとの官民パートナーシップを重視している。一口に官民パートナーシップ (PPP) といっても、その形式は多様である。PPP における非政府アクターには、非営利組織・NGO のケースもあれば、営利目的の民間企業 (国レベルの小規模企業から大規模のグローバル企業も存在) のケース、またコミュニティレベルで活動するインフォーマルな保健サービス従事者を対象とする場合もある。PPP の推進のための要因としては、十分な事前調査、協議に基づく長期的な視野に立った目標設定、共通目標、共通の価値の共有と相互理解が不可欠であると同時に、政府・公的機関側の意思とコミットメント、PPP を推進する上での政府・公的機関側の運営管理・監督に関わるキャパシティが指摘されている。

A. 研究の背景・目的

英国の国際開発省 (Department For International Development ; 以下、DFID) は、先進国ドナー国の中において保健分野への支援を重視してきており、保健分野への投資は分野別に見ても2015-2016年度ではトップを占めている¹⁾。DFIDの支援では、保健システムの強化を重視し、財政支援を含む二国間援助を通じた公的機関への支援が近年までは高い傾向が見られた。一方、NGOや市民社会を通じた支援は一定の割合 (16%) を占めてきた。

ミレニアム開発目標 (MDGs) 達成への取り組みの中で、近年、グローバルヘルスの分野に民間セクターを含む様々なステークホルダーが参画し、資金ソースの多様化や資金提供のメカニズムにも変化が生まれてきた。このため、これまでの国連機関や二国間援助機関が大きな役割を果たしていた仕組みから、グローバルヘルス分野での企業を含む民間セクターによる役割への期待が増大している。こうした背景のもと、DFIDのグローバルヘルス分野での官民連携の動向について調査を行った²⁾。

B. 研究方法

既存の文献、関連資料、インターネット

上で公開されている情報収集・分析を行うとともに、DFID本部民間セクター担当者および官民連携にかかわる団体としてDFIDも関係しているロンドンに拠点を置くHANSHEP に対して本研究班のこれまでの活動経緯と今回の調査の趣旨を説明し、インタビュー調査を依頼し、半構造的質問票による聞き取り調査を行った。なお、本聞き取り調査は順天堂大学医学部倫理審査委員会の承認を得て実施された。

面談者：

・ Ms. Sarah Bloomm, Private Sector Adviser, Human Development, Policy Division, DFID

・ Mr. Thomas Feeny, Programme Manager, HANSHEP (Harnessing Non-State Actors for Better Health for the Poor)

C. 研究結果

文献調査および半構造的質問票に基づく聞き取り調査結果を行った結果は以下の通りである。調査の分析・とりまとめでは、インターネット上で公開されている情報も合わせて参考とした。

<官民連携へのニーズ及び背景>

- 「非政府アクター (Non-State

Actors/Non-State Providers)」との連携協力について

世界保健機関（WHO）と同様に、DFID においても「民」の分野には「官あるいは公的政府機関」には属さない様々なグループが存在しており、それを総称して「非政府アクター；Non-State Actors」としている。この中には「利益追求型、営利目的」、「非営利的」また「フォーマル」、「インフォーマル」なグループも含まれる。営利目的の組織である「民間企業」のみならず、NGO、宗教・信条に基づく組織、コミュニティ組織、また多くの地域レベルで保健活動やサービスにかかわる民間のフォーマル/インフォーマルな医療従事者やヘルスワーカーも含まれる。

DFID の保健分野の支援では「貧しい人々」の健康と福祉を改善することを中心目標に置き、そのためには貧困の状況にある国々の保健システムの改善と強化を図ること、人々の健康と保健システムへ投資することが不可欠であるとしている。そのためには「非政府アクター」との連携協力が重要であるとしている。この背景には、以下の点が指摘されている。

- 貧しい人々の多くは公的機関ではなく民間セクター（非政府機関・営利的施設を含む）の保健施設を利用している。こうした保健サービスへアクセスするための医療費の自己負担額が高くなることで、医療費負担のために貧困に陥るという状況も起きている。ここには医療サービスの公平性の点で問題が存在する。この公平性の問題を改善し、最も貧しい人々も保健サービスへのアクセスを可能にするためには保健システムの改善・強化が不可欠であり、そのためには民間セクターを巻き込んだ対応が必要となってくる。
- 2008 年に保健分野 MDGs 達成のために国連ハイレベル会合における世界のリーダーの提唱により設置された「保健システムのための革新的国際資金調達

に向けてのタスクフォース」（前英国ブラウン首相が共同議長）の報告書が 2009 年 3 月に発表された³⁾。

その提言の中(提言 6)では「保健セクターにおいて、民間企業、宗教・信条に基づく団体、コミュニティ、NGO、その他の非政府アクターによるより良いパフォーマンスと投資を確保するために政府のキャパシティを強化する」としている。貧しい人々の健康問題を解決するためには、政府の役割やサービスの質を確保するための管理・監督能力を強化すると同時に、「非政府アクター」の役割やパフォーマンスを強化することも必要としている。

上記を背景として、DFID の取り組みでは、貧しい人々の保健サービスへのアクセスの確保と健康改善のための保健システム強化において、公的機関と非政府アクターとが連携してより良い保健サービスを提供する仕組みづくりが必要であり、そのための政府のコミットメントと公的機関の役割も重視している。

<官民連携への方針>

上記に基づく DFID の保健分野の支援に関わる方針は 2013 年 7 月に出された保健分野のポジションペーパー（*Health position paper - Delivering health result, July 2013*）に提示されている。

DFID は、保健分野の支援において途上国における「アクセス、公平性、カバレッジ」の問題の解決に向けた各国の保健システムの構築、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）の達成を促進する」ために貢献するとしている。

DFID の支援実施においては、4 つの基本原則を提示している。

- 1) 科学的根拠（Evidence）に基づいた決定
- 2) 投資に見合う価値（Value for Money）・成果の創出
- 3) より効果的な支援、各国の質の高い

サービスの提供と持続的な成果への支援
4) 少女と女性を DFID の活動の中心におく 危険な中絶のようなセンシティブな課題を重視

また DFID は、最も貧しい国々、最も貧しい人々を対象とし、28 カ国の重点国を対象国としている。さらに DFID は、パートナーシップを重視しているため、官民連携と「非政府アクター・従事者 (Non-state Actors/Non-state Providers)」との連携・協力の重要性を強調している。

途上国では、多くの場合、非政府アクター・従事者による保健サービスは政府の十分な規制や監督の下に置かれておらず、サービスの質の問題や経費の問題も大きい。貧しい人々は多くの場合、非政府機関・従事者のサービスを受けており、DFID では貧しい人々の保健サービスへのアクセスを確保し、目標とする UHC を達成するためには非政府アクターも保健システムに取り込み、より良いサービスを提供できるように政府の監督能力を高め、政府のコミットメントや公的支援の確立が必要であるという立場をとっている。

< 成功事例 >

DFID がかかわる官民連携パートナーシップの事例として、以下があげられる。

1) HANSHEP: Harnessing non-state actors for better health for the poor⁴⁾

HANSHEP は、前述の 2009 年の“ Taskforce for Innovative International Financing for Health Systems ” の報告書の提言(提言 6)を受け、その提言に応える形で 2010 年に DFID を含む開発パートナーや途上国などのグループによって設立された官民パートナーシップ推進のプラットフォームである⁵⁾。

最終目標は「貧しい人々の健康改善」で、ミッションは関係者がお互いに協働し、学びあい、知見や経験を共有することを通して、貧しい人々により良い保健サービスを提供するために非政府アクターのパフォーマンスを改善して行くことに置かれて

いる。現在の参加メンバーは、アフリカ開発銀行、AusAID (オーストラリア国際開発庁)、ビル&メリнда・ゲイツ財団、BMZ(ドイツ連邦経済協力開発省)、DFID、ロックフェラー財団、世界銀行、IFC(国際金融公社)、USAID、ナイジェリア政府、ルワンダ政府、インド政府である。

HANSHEP の主な事業は、革新的かつより効果的な非政府アクターによる保健サービスの提供モデルやそのための官民パートナーシップについての調査研究、革新的な試みの実験プロジェクトの実施や成功事例のスケールアップなどに対する資金的支援である。

また、Health Systems Hub (www.healthsystemshub.org)⁶⁾を 2014 年に開始し、グローバルヘルスにかかわる政策決定者、開発パートナー、研究者、実践者に対して保健セクターや官民パートナーシップなどグローバルヘルス分野の幅広い項目に関する情報・知見・経験などを共有し、関係者のネットワーキング、連携協力を推進する場を提供している。

2) AHME: The African Health Markets for Equity⁷⁾

DFID とビル&メリнда・ゲイツ財団が共同で支援し、民間セクター (NGO) によるヘルスケアサービス提供の強化を目指す事業である。公的保健サービスと連携・補完し、貧しい人々に対する質の確保された保健サービスへのアクセスの公平性とカバレッジを確保することを目指している。ケニア、ナイジェリア、ガーナで実施され、6 つの団体 (非政府機関、NGO) と共同し、フランチャイズシステムにより、家族計画、セクシュアル・リプロダクティブヘルス分野のサービスからマラリア、急性呼吸疾患、下痢症、栄養、妊産婦ケア、HIV、結核といった幅広いサービスへ拡大している。保健システムの中で公的サービスにアクセスが難しい貧しい人々に対し質の高いサービスへのアクセスを可能にすることを目指している。

* パートナー団体は、Marie Stopes International、Population Services International、Society for Family Health、IFC's Health in Africa Group、Grameen Foundation、Pharm Access。

<官民連携への促進要因は何か>

- 対象途上国側が官民連携パートナーシップを推進することに積極的でコミットメントがあり、公的機関として官民連携のプログラムを運営管理・監督するキャパシティがあること。
- 協力へ向けての十分な対話・協議を持って開始することが必要。官民連携は、目的でなく手段であり、お互いに最終的な目標と動機の共有及び相互理解が不可欠。

<阻害要因・障害となるもの>

- 民間セクターと政府・公的機関の役割について(公的セクターの財政負担、マーケティングなど)の考え方にギャップが存在。
- 資金・リソースの不足から生じる公平性の確保の問題。
- 官民パートナー間で公式の契約や合意を交わす前に十分な協議が実施されずに開始したケースでは官民連携はうまく機能しない。
- 「非政府アクター」についての情報がなく、どのアクターとパートナーシップを組むのがよいか不明。
- 短期的な目標ではなく、長期的な視野に立った目標設定が必要。

<モニタリング・評価>

DIFDではOECD/DAC評価基準を採用している。またリサーチや科学的根拠に基づいた評価を重視し、研究開発への投資は重視している。

官民連携パートナーシップは非常に幅広いので、適応可能性や柔軟に対応できるフレームワークの検討が必要であり、基本原則を設定することが考えられる。例えば、

契約期間内の成果や契約期間を越えた長期的な視野に立った観点、契約の実施状況、インパクト、環境の変化など。

D. 考察

DIFDの保健分野への支援は「貧しい人々の健康改善」という目標にむけて、保健システムの強化とUHCの達成をめざし、そのためには政府・公的機関と非政府アクターとの官民パートナーシップ（PPP）を重視している。一口にPPPといっても、その形式は多様である。PPPにおける非政府アクターには、非営利組織・NGOのケースもあれば、営利目的の民間企業（国レベルの小規模企業、大規模のグローバル企業も存在）のケース、またコミュニティレベルで活動するインフォーマルな保健サービス従事者を対象とする場合もある。

そのためには、十分な事前調査、協議に基づく、長期的な視野に立った目標設定、共通目標、共通の価値の共有と相互理解が不可欠であると同時に、政府・公的機関側の意思とコミットメント、PPPを推進する上での政府・公的機関側の運営管理・監督に関わるキャパシティが求められる。

引用文献

- 1 . 2015/16年度の保健セクターへ支援はODAのうち、916.7百万£(14.37%) DFID ; <http://devtracker.dfid.gov.uk/>
- 2 . DFID. Annual Report and Accounts 2013-2014; https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/331591/annual-report-accounts-2013-14-a.pdf
- 3 .(公財)ジョイセフ・特活 HANDS、「平成21年度日本の国際保健政策に関する調査 新保健政策策定に向けてー」、2010年3月
- 4 . http://www.who.int/pmnch/media/news/2009/20090313_hltfmeeting/en/
- 5 . DFID, July 2013. Health position

paper - Delivering health result.
<https://www.gov.uk/government/publications/health-position-paper-delivering-health-results>
6 HANSHEP ; <http://www.hanshep.org/>
7 . Health Systems Hub ;
<http://www.healthsystemshub.org>

E. 健康危険情報

該当しない。

F. 研究発表

該当なし。

4) 国際支援機関・被援助国における官民連携の動向 国際家族計画連盟 (IPPF)

研究協力者 西田 良子、研究代表者 湯浅 資之

研究要旨

国際家族計画連盟 (IPPF) では、グローバルヘルスを取り巻く国際社会での資金ソースやステークホルダーの多様化の中で、政府、民間企業も含めて官・民そしてCSO/NGO パートナーシップが重視されてきており、新しいリソース開拓に向けて新たな方向性や戦略を検討していくことが必要となっている。どのような官・民・CSO/NGO によるパートナーシップを構築していくかという点では、保健医療分野の事業は人々の健康と命にかかわることを常に念頭に置くとともに、現地の人々の人権、文化やジェンダーの平等に配慮し、持続可能性を十分考慮した上で、現地住民のニーズとリスクを踏まえた彼らの参加による計画策定が必要であると指摘している。また、協働事業の実施に当たっては、関係者間の十分な対話・協議を基に、長期的な視野に立ったパートナーシップの構築が求められている。さらに、こうしたパートナーシップを効果的に実施していくためのガイドラインやモニタリング評価のためのアプローチの策定も不可欠である。

A. 研究の背景・目的

国際家族計画連盟 (International Planned Parenthood Federation; 以下、IPPF) は1952年に設立され、国際赤十字に次ぐ世界的なネットワークを持つ国際NGOである。現在、IPPFは性と生殖に関する健康・権利 (セクシュアル・リプロダクティブヘルス/ライツSRHR) は、すべての人に保障されるべき権利であるとの考えのもと、世界152カ国に現地加盟協会を持ち、172カ国で特に貧しい人々や社会的な弱者、公的なサービスを受けることが困難な人々を対象として、SRHRのサービスの提供や啓発キャンペーン活動、そのための環境整備へ向けてアドボカシー (政策提言) 活動を実施している。日本での加盟協会は日本家族計画協会、公益財団法人ジョイセフはIPPF東京事務所を担う。

IPPFの設立には、日本の家族計画運動のリーダーであった加藤シヅエさんも関わり、また日本政府は1969年以来IPPFへ支援を継続して実施してきており、日本との関係も深い。こうした背景のもと、世界的なネットワークを持つIPPFにおける官民パートナーシップの動向について調査を実施した¹⁾。

B. 研究方法

既存の文献、関連資料、インターネット上で公開されている情報収集・分析を行うとともに、英国ロンドンにあるIPPF本部関係者に対して本研究班のこれまでの活動経緯と今回の調査の趣旨を説明し、インタビュー調査を依頼し、半構造的質問票による聞き取り調査を行った。なお、本聞き取り調査は順天堂大学医学部倫理審査委員会の承認を得て実施された。

面談者：

- ・ Ms. Sarah Fox, Senior Technical Officer, Health Systems, Economics and Financing, IPPF, Head Office, London, U.K.
- ・ Ms. Emma Bakhle, Manager, High Value Partnerships, IPPF, Head Office
- ・ Ms. Yuri Nakamura, Resource Mobilization Officer, IPPF, Head Office

C. 研究結果

文献調査および半構造的質問票に基づく聞き取り調査結果を行った結果は以下の通りである。調査の分析・とりまとめでは、インターネット上で公開されている情報も合わせて参考とした。

<官民連携へのニーズ及び背景>

世界のグローバルヘルス分野では、近年、従来の国際機関や二国間援助機関が中心の支援構造から、民間企業を含め資金ソースは多様化し、様々なステークホルダーが参画し、資金提供のメカニズムも大きく変化しつつある。

こうした中で、IPPF 自体も NGO「非政府組織」の立場で、政府、民間企業も含めて官民連携の在り方など新しいリソース開拓に向けて新たな方向性や戦略を検討していくことが必要となっている。

<戦略・ガイドラインの存在>

IPPF 及び加盟協会が民間企業と連携協力する際の指針となる IPPF としてのガイドラインが存在する。その主たる内容は、i) 民間企業とのパートナーシップの基本的原則、ii) 製薬会社やリプロダクティブヘルスと関係のない分野の民間企業とのパートナーシップ、iii) 製薬会社やリプロダクティブヘルス分野の民間企業とのパートナーシップ(基本原則および実施上の原則)からなる。民間企業とのパートナーシップを組む場合、IPPF 及び加盟協会のニーズ・目的に沿ったものであり、またパートナー企業の人権や SRHR に関わる問題についての立場を評価・確認することの必要性を指摘している。また、民間企業のなかでも、製薬会社やリプロダクティブヘルスに関わる企業に対しては、利害の対立の点について留意が必要であることが示されている。現在の指針は、2000年に修正合意されたものであるため、IPPF では近年の企業の役割(社会的貢献への動き)も踏まえて、官・民・市民社会組織(CSO)連携の今後の在り方について検討を進めている。

<成功事例>

IPPF 及び各国の加盟協会による「官民連携」では、IPPF 自体が非政府機関(民間)の立場であり様々な形態が存在する。

1) 国レベル：政府との連携および契約

による事業の推進、官(現地政府機関)・民(IPPF加盟協会)のパートナーシップ

- 日本政府外務省 NGO 連携無償資金協力によって実施された「ガーナ国：イースタン州コウ・イースト郡ヴォルタ川地区リプロダクティブヘルス向上プロジェクト」(2011年11月~2014年12月)。本事業は、公益財団法人ジョイセフが外務省より委託を受け、現地 IPPF 加盟協会であるガーナ家族計画協会(PPAG)と協働し、政府機関であるガーナ国家保健サービス(GHS)、コウ・イースト郡役所との連携協力によって実施したものである。開始に当たっては、実施機関四者がそれぞれの役割を明記した「覚書」を調印している。現地で拠点となる保健施設「リプロダクティブヘルス・センター」を建設し、医療スタッフは GHS が派遣、施設の運営管理およびコミュニティレベルでの活動は PPAG が責任を持って実施し、施設の土地の確保、電気・水・医療スタッフの住居は郡役所が保障する形で事業を推進している。外務省の支援は2014年12月で終了したが、現地の活動は、PPAG と GHS・郡役所による官民パートナーシップで継続されている²⁾。

2) 国レベル：民間企業と IPPF 加盟協会との連携協力

- インドネシア：「SEHATI (Healthy Loving Children & Mothers) Project」(2009年から3年間)民間企業と NGO の連携。
本事業は、IPPA(インドネシア家族計画協会)と Pertamina (国有石油・ガス会社)の協働により、妊産婦・乳幼児の死亡率削減を目標

指し、地域に根差したコミュニティ・アプローチに基づく住民のリプロダクティブヘルス・サービスへのアクセスの改善を図ることを目指したものである。インドネシアの6州26カ村を対象としている。パートナーシップにおけるそれぞれの役割の合意に基づき、PernaminaはCSRの一環として、本部から支部に至るネットワークを活かし、事業の資金提供とモニタリング・監督・評価へ技術的インプットを提供、IPPAは独自のネットワークを活用して、地方自治体政府やコミュニティ代表および保健施設や保健スタッフの連携調整体制づくりやボランティアに対する研修や地域の啓発活動推進を担当した。本協働事業は、地方自治体の協力や地域住民の積極的な参加にもつながっている³⁾。

3) 国際レベル：様々なステークホルダーが参加するコンソーシアムにSRHR分野の専門NGOとして参加（マルチ・ステークホルダーによる官民パートナーシップ）

- The Reproductive Health Supplies Coalition
官（政府代表）、民間企業、NGOによる世界的なパートナーシップであり、中低所得国においてリプロダクティブヘルス向上のため手ごろな価格で入手可能な質の高いリプロダクティブヘルス物資（避妊具・薬など）の安定的供給と人々のアクセスを保障することを目指す共同連携・協議・研究の場である。IPPFは主たるメンバーとして参加している。将来にわたるリプロダクティブヘルス物資の確保、市場調査・開拓、供給システムの改善、アドボカシ

ーを推進している。パートナーシップ運営には、DFID、ビル&メリンダ・ゲイツ財団、国連人口基金（UNFPA）、USAID、Norad（Norwegian Agency for Development Cooperation；ノルウェー開発協力庁）他から支援を得ている⁴⁾。

4) 国レベルの連携：日本企業との連携
2000年に日本政府の支援により「IPPF日本HIV及びエイズ信託基金（IPPF/JTF）」が設立された。この信託基金を活用した官・民間企業・市民社会組織との連携事業が実施されている。

- ガーナ北部ノーザン州におけるリプロダクティブヘルス改善事業を通じた日本の企業 パナソニックとの連携協力（2014～15年）
北部の電気のない地域において、IPPFの現地加盟協会（PPAG）の地域に根差したリプロダクティブヘルス推進事業においてパナソニックの支援によるソーラーランタンの提供により、保健施設におけるサービスの促進、地域の保健ボランティアによる啓発活動、女性の教育活動や収入作り活動への活用を図り、女性のエンパワーメント推進、リプロダクティブヘルスの向上を促進する。

<促進要因>

- IPPFは、世界中の加盟協会、ボランティア・専門スタッフなど草の根のネットワークを持っており、官民連携（企業も含む）において、支援に対する具体的な現場レベルでの成果やインパクトを提示することが可能である。
- パートナー組織や企業の役割や責任が明確となっているパートナーシップであることが重要である。

<阻害要因・障害>

- 最大の阻害要因は、営利目的の企業とのパートナーシップの場合は、IPPF 及び加盟協会のミッションや優先課題との「利害の対立」が表出することがある。
- 保健および SRHR において、人権が確保及び尊重されているかどうか。パートナー企業の人権問題への立場や人権の尊重とコミットメントについて評価し、モニタリングすることが重要だが、その評価・モニタリングは簡単ではない。
- パートナーシップを組む際には、ニーズや目標をもとに、「誰とパートナーを組むか」、「そのパートナーシップに何を期待するか」ということを十分検討し、決定することが必要である。
- 一般の人々が持つイメージや認識によるリスクに留意が必要である。「誰とパートナーを組んでいるか」などパートナー企業の悪い噂や問題はすぐに国際的に情報として伝わり、大きな損失につながる可能性がある。

<モニタリング・評価>

IPPF としてのモニタリング・評価のアプローチは存在するが、官民連携（企業を含む）についての体系的な方法・アプローチは確立されていない。

D. 考察

グローバルヘルスを取り巻く国際社会でのガバナンス（統治体制）の変化や資金ソースやステークホルダーの多様化の中で、今後、さらに官民そして CSO/NGO パートナーシップが重要となってくると考えられる。一方、誰とどのようなパートナーシップを組むかという点では、利害の対立の問題や、人々の健康やセクシュアル・リプロダクティブヘルスにおける人権への配慮が重要となる。そうした背景の中で、どのようにして官・民・CSO/NGO によるパ

ートナーシップを組んでいくかという点に関し、IPPF 関係者との協議の中で以下の留意点が指摘されている。

- 保健医療分野の事業は、人々の健康と命にかかわることであることを常に念頭に置くこと。
- 途上国（現地）の人々の人権に配慮し、持続可能な健康の向上につながる事業であること。
- 現地の文化とジェンダーの平等に配慮し、人々（特に女性）のエンパワーメントにつながるものであること。
- 対象となる現地住民の参加を基に計画し、彼らのニーズとリスクを十分踏まえたものであること。

上記の点を考慮し、関係者間の十分な対話・協議をもとに、長期的な視野に立ったパートナーシップの構築が求められる。また、こうしたパートナーシップを効果的に実施していくためのガイドラインやモニタリング評価のためのアプローチの策定も不可欠である。

引用文献

- 1 . IPPF ;
<http://www.ippf.org/jp/> ;
<http://www.ippf.org/>
- 2 .
http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/data/zyoukyou/ngo_m25_region.html
http://www.joicfp.or.jp/jp/activity/where/ghana_project/
- 3 . Public Health Institute/CCPHI.
Case Study - Company-Community Partnerships for Health in Indonesia.
May 2011.
- 4 . <http://www.rhsupplies.org>

E. 健康危険情報

該当しない。

F. 研究発表

該当なし。

4) 国際支援機関・被援助国における官民連携の動向 フィリピン PPP センター

研究協力者 白山 芳久、研究代表者 湯浅 資之

研究要旨

フィリピン国アキノ政権はアジアに先駆け官民連携(Public-Private Partnership: 以下 PPP)を推し進めている。2015年1月にメトロ・マニラを訪問し、PPPセンターのExecutive Directorに対し保健セクターにおけるPPPの取り組みについて半構造的質問票を用いたインタビュー調査を行った。また、フィリピンの保健セクターで第一号のPPP事例となる国立整形外科センターの近代化事業、及び国立腎臓・移植研究所の腎臓透析センターにおいて業務の一部を民間企業に業務委託している事業の2つの現場を視察した。

保健セクターでは、既に実施が完了した事業は未だ無かった。政府は第一号事例をショー・ケースとして必ず成功させ、他の国立病院の近代化もPPPの方式で一気に推し進めようとしている。しかしながら、国民や現場の保健医療従事者からは十分な理解が得られていなかった。PPP事業は憲法違反であるとして訴訟が起き、官民連携病院の移行後に公的医療保険制度がどこまで適応されるかといった不安や、従業員の雇用の継続が約束されていない等、様々な懸念があることが分かった。

A. 研究の背景・目的

フィリピン国アキノ政権はヘルス・アジェンダとしてUniversal Health Coverageを最も重要な事業の一つとしている。フィリピン国保健省(Department of Health; 以下 DoH)はBOT(Build-Operate-Transfer)法^aのフレームワークの下で民間セクターを巻き込んで、全てのDoH病院のサービス提供を改善する計画を進めている。

フィリピンは1990年にBOT法がアジアで最初に制定された国で、マニラ首都圏の都市交通を支えるインフラ(MRT3号線)もBOT手法によって整備されている。現在、フィリピンは成長率6~7%と経済が好調で、フィリピンの社会インフラへの投資が注目されている背景がある。

フィリピンにおける官民連携(Public Private Partnership: 以下、PPP)の導入の

経緯と法的根拠は1994年施行の改正BOT法に遡る。2010年7月にアキノ大統領は施政方針演説の中で、国家財政が厳しい折にPPP方式で社会インフラ事業を推進していくことを表明した。そして同年9月に大統領令により国家経済開発庁(NEDA)の中にPPPセンター(写真)を設置することを決定し、それまで貿易産業省(DTI)下にあったBOTセンターをNEDAの傘下に移管・改組した。PPPセンターは2011年から実働している。

このように、アジアに先駆け、政権としてPPPを推し進めているフィリピン国において、保健セクターではどのようなPPPの取り組みがなされているかを把握する目的で、2015年1月にメトロ・マニラを訪問しインタビュー調査とPPP事例の現場視察を実施した。

B. 研究方法

フィリピンPPPセンターに、本研究班のこれまでの活動経緯と今回の調査の主旨を説明し研究への協力を得た。PPPセンターでは、

^a BOTとは、外国企業が相手国から土地を提供してもらい、工場などの施設を建設して一定期間運営・管理し、投資を回収した後、相手国に施設や設備を委譲する開発方式。

保健セクターにおけるPPPの取り組みについて、本研究班で準備した6つの質問に答えてもらう半構造的質問票を元に聞き取り調査を行った。インタビューには、PPPセンターのExecutive Director Cosette V. Canilao氏が答え、その内容は許可を得て録音したものから文字をおこし逐語記録を作成した。なお、本聞き取り調査は順天堂大学医学部倫理審査委員会の承認を得て実施された。

次に、フィリピンの保健セクターで第一号のPPP事例である国立整形外科センター(The Philippine Orthopedic Center)の近代化事業について現状を視察した。また、国立腎臓・移植研究所(National Kidney and Transplant Institute; 以下、NKTI)の腎臓透析センターにおいて、一部業務を外部に業務委託を行っている事例の現場を視察した。



写真 PPPセンターの外観

C. 研究結果

PPPセンターのCosette V. Canilao所長とのインタビューは逐語記録を作成した。フィリピン政府の保健セクターにおけるPPPの方針について、PPP事業のファシリテーターとしてのPPPセンターとDoHとの関係について、保健セクター第一号PPP事例のフィリピン整形外科センターの近代化事

業について、また事業の成功要因と障害要因について回答を得た。

<国立整形外科センターおよび国立腎臓・移植研究所の視察>

視察した2箇所の現場の様子については、分析フォーマットの簡易版を用いた評価(p.66~)を参照のこと。

<PPPセンターCosette V. Canilao所長のインタビュー逐語記録>

This interview was conducted as a part of research by the Japanese Ministry of Health. Executive Director Cosette V. Canilao, Public-Private Partnership (PPP) Center, answered the following six questions.

1. Do you think PPP is needed to promote Global Health?

In the Philippine's context, and in answer to the question #1, the government of the Philippines adopted Public Private Partnership (PPP) as the key agenda for moving forward infrastructure development, not only for the traditional infrastructure but also for social infrastructure, which includes schools and health centers. The answer to question #1 is yes, it is needed; as a matter of fact, the government has adopted the policy.

2. Does your organization have a specific strategy/policy/regulation for promoting PPP in the field of Global Health (in the health sector)?

The PPP Center, as the facilitator for the PPP program, does not have a specific strategy for promoting PPP in the health sector. Each sector would have specific policy guidelines, which we get from the concerned departments. For the health sector, the Department of Health sets the policies with respect to promoting global health. We include that in our PPP contract. For example, for our first PPP project, the Modernization of the Philippine Orthopedic Center, we included in the PPP contract, provisions that allow the Department of Health to regulate the performance of the private partner. So there has to be a base service level that all the hospitals should follow, and the hospital that is operated or run through PPP should follow the regulations set by the Department of Health.

There are basic, non-negotiable rules which are mandated by the Department of Health. For the PPP projects, we also work with our consultants and the Department of Health in determining other key performance indicators for the private partner to follow. For example, mortality rate, mortality (原文ママ、Morbidity か) rate due to infections, ancillary services, waiting time in getting appointments with doctors, the queuing time in the elevator, so both non-medical and medical service levels are considered.

For the Philippine Orthopedic Center project, we worked closely with the Department of

Health and we hired medical specialists to help us draft the technical specifications and minimum performance requirements and standards for the hospital. These project-based consultants helped us draft the terms of references of the private sector, minimum specifications and standards for both construction and operation, and the key performance indicators they have to maintain.

3. Do you have some examples of PPP in Global Health?

The Modernization of the Philippine Orthopedic Center (MPOC) project has already been awarded to the private sector proponent. The private partner is a consortium of World Citi and a construction company (Megawide Corp.). World Citi is the operator of several private hospitals. Groundbreaking will start as soon as the Department of Health turns over the property to the private sector for the construction. Pre-construction and procurement of independent consultant is ongoing. The construction is in a new location, so while the new orthopedic center is being constructed, the old orthopedic center will still be used. The old orthopedic center is still functioning under the Department of Health. Once finished, that's the time the operation will be transferred.

We have in our pipeline other hospital projects or projects in the health sector, such as modernization of the Tri-Medical Complex (San

Lazaro Hospital, Dr. Jose Fabella Memorial Hospital, and Jose Reyes Memorial Medical Center), the rehabilitation of the National Center for Mental Health, and modernization of the Vicente Sotto Memorial Medical Center.

PPP projects in the health sector are more difficult because there is a mindset from the public that services from government hospitals should be free, which in fact is free, by virtue of the coverage of the Philippine health insurance system. However, the private sector is allowed to charge private patients to allow them to recover their investment.

Both local and foreign companies are encouraged to participate in our projects. Foreign investors can participate in the construction/part of the construction, even in the operations of the hospitals. Medical services, on the other hand, is limited to Philippine companies.

4. What are the key elements/factors for the successful implementation of PPP?

There should be a buy-in from the Ministry. The Department of Health should completely buy-in, from the Secretary down to the teams working on the projects. Secondly, the project should be properly explained to the health workers so that they fully understand the scope and terms of the project. Third, the government should also be very conscious about delivering its obligations

under the contract. Because of the change of the administration, for example, the ones who initiated the project are not always the current officers, so proper documentation is important.

The quality of service should get better after the implementation of the PPP project. The current state of the Philippine Orthopedic Center (POC) is deplorable -- patients overflow in the hallway; out of three or four operating rooms, only one is working; and government doctors are not always available. That's why there is a lot of resistance to PPPs. Government doctors would be mandated to serve their time as they are full-time employees of the government.

Another key element in the successful implementation of the project is timely payment and sound policies of the Philippine Health Insurance System because that's where most of the payments of the public to the private sector will come from. So, if it is delayed or there are changes in policy, it will have significant impact on the private partner. In the POC's case, the demand and the market risk is given and passed on to the private partner.

In cases of disagreement between the private and public partners: There is a provision for arbitration, as specified in our contract. There is a governance structure or committee who shall handle disagreements between the private partner and the government, headed by the

Department Secretary, members of the Department of Health as well as those of private sector. The role of PPP Center is to flag issues surrounding the project. For instance, if there is any obligation of the government that is not being done, we alert the Department of Health as well as the other departments that this is an impending obligation of the government.

5. What are the crucial barriers/obstacles that may critically disrupt or hinder the successful implementation of PPP?

There should be political will from the Department to ensure successful implementation of PPP projects. If the department lacks that, then that would be a problem.

In the case of the POC, prior to contract signing, the project went through a rigorous approval and bidding process. Now it is a commitment and an obligation of the government because the contract has already been signed.

6. Does your organization have monitoring & evaluation tools to assess PPP activity?

We do have our monitoring & evaluation service/unit, as well as tools to monitor the progress of the PPP project, and to assess its effectiveness. Any findings would then lead towards the formulation of new policies to make the PPP Program more effective.

Since the PPP program was only started in 2010, most of our awarded projects are still under construction, so no operations has commenced yet. The more effective manner of monitoring or evaluating the project is to determine if they follow the KPIs (Key Performance Indicators) set in the contract. In all of our contracts, we take pains or diligence in setting the KPIs and minimum standards and specification for both construction as well as operations.

The contract monitoring system during the construction phase is mostly project management. During the operation stage, there is another set of KPIs which the private sector should follow. These KPIs, which are indicated in the PPP contract, should be monitored whether they are being delivered by the PPP project or by the private partner.

Effectiveness of the project should then be based on whether these KPIs were being followed or not, if we are attaining the projected service level that we were seeking before. In the case of the POC, it will mostly be the private partner who will operate the hospital and will be more responsible for the delivery of these KPIs (e.g. availability of elevator services, escalator, maintenance, etc.). We also have a reporting system and if they fail to meet the KPIs, financial penalties will be attached to it.

The next phase of PPP monitoring is that we

will inform the government whether the private partner in a project is delivering its KPIs or not. There is also a component of KPIs which focuses on customer satisfaction. It is already in the contract; it should be followed and done, but we will know once the project is operating.

Monitoring is very important. We will probably have the data processing three years from now, when operations is on-going, and we will be able to determine if we are achieving what we initially targeted.

The private sector has to continually improve their services and adhere to the KPIs. Failure to do so will have financial implications and may lead to penalties or worse, contract termination once a certain threshold is reached. If the contract does get terminated, the hospital staff will have the option to transfer to the private sector or they can stay with the Department of Health.

We are hoping that through the Philippine Orthopedic Center project, the public would realize that free medical services from a government hospital does not equate to poor service. There are certain service levels that will have to be kept and adhered to by the private sector and the public will certainly benefit from them.

Bidding for PPP projects is open to all foreign

and local companies. Local companies may partner with foreign players for financing or for the technological expertise and innovations that potential foreign partners have. If Japanese companies have the appetite for such projects, they are most welcome to participate in our bidding. From the perspective of the government, we do want lots of players. When we have lots of players, it would be better for PPP projects because there is more competition and we get the best deal and value for money.

(以上の英文は Cosette V. Canilao 所長の校閲を受けています)

D. 考察

フィリピンでは現在PPPの第一号事例が進行中ではあるが、既に実施が完了した保健セクターの案件は未だなかった。保健セクターに限らず、フィリピンのPPP事業の推進には、以下のように個別の事業内容の枠を超えた様々な懸念事項がある。

憲法違反・訴訟

民間投資を呼び込むPPPインフラ整備事業は100件を超えるほど進行中とされているが、実際に落札に至ったのは6件とも言われ、せっかくまとまった案件に対しても裁判で憲法違反としての差し止めが起こるなど、事業実施に不透明感が漂っている。病院近代化事業に対しても、原告側は国営病院を民営化するのは憲法違反として提訴が続いているとニュース記事が伝えている。

政府主導 = 政府の事務負担大

長年フィリピンでは汚職が蔓延していたことから、汚職の撲滅を目指し、民間提

案型のPPPではなく政府要請型のPPP案件に重点を置くこととしている。政府要請型であれば、より政府が入札によってプロジェクト実施主体を選定することができ、より透明性が確保できると考えられている。実際に2012年7月にBOT法の改正の際に、民間提案型には財政補助金は出さないことになった。しなしながら、民間提案型と比べ、政府主導型の場合、計画の策定から実施主体の選定(建設会社等のハード面と、実際に運営する病院グループのソフト面)、モニタリング評価に至るまで、政府の事務負担の割合が増し、政府の牽引力が問われている。

政府と現地財閥(官民)の両方が責任を果たし、契約内容が履行されることを国民は注視している。

DoHの国立病院の近代化方針

DoHはPPPによる国立病院近代化によって、様々な健康上の利益がもたらされると見込んでいる。病院サービスの質が向上することで、人々の健康が向上し、効率が改善しより効果的な治療にもつながり、また病院治療への信頼性と利便性が増すとしている。病院スタッフにとってもより働き甲斐のある職場になるとしている。何よりも、国の補助金に頼らずに病院の運営に必要な収益を得て、財政規律が高まるとも主張している。

しかしながら、保健医療スタッフも国民も、国立病院のPPP化を「= 民営化」と捉え、不安や疑問が十分に解消されていない。後述するように、PPPセンターでのインタビュー調査でも触れたが(p.48~)、国民や現場の保健医療スタッフの理解を得られるよう説明を続けていく必要がある。

病院事業の成功要素

新しいPPPのもとでの体制が一旦動きだした後、最も重要な成功要素として、経済の安定的な成長と共に国民の所得が格差無く向上することで、病院のサービス利用者が右肩上がりに推移していくことと、収入源として大きな割合を占める公的健康保険のPhilHealthが安定して制度運営されるという2つの収益面の成功要素が取り上げられた。

今回視察で訪問した腎臓透析センターでは、実際に患者が毎年2割の割合で増え、国立病院の保健医療スタッフとメーカーとがお互いにWin-Winの状況が生まれているという。整形外科センターでもそのような状況が生まれるかは予測が難しい。

海外資本の投資

PPPセンターはフィリピン資本(現地財閥)だけではなく、海外資本の入札による競争効果を狙っており、そこには日本も含まれると明言している。アベノミクスで言われている日本の医療・病院システムの輸出先としても、フィリピンは有望視できるかもしれない。日本の民間セクターが、様々なリスクを取っても投資コスト回収に見合う収益が確保できると判断さえすれば、フィリピンの国立病院が日本資本で近代化されることが実現可能である。

PPPセンターでは、フィリピン整形外科センターをPPPの第一号事例として失敗は許されず、むしろショー・ケースとして、公的病院のサービスであってもこれだけの質のサービスが受けられると国民に示したいとしている。他の国立病院についても、次々とPPPを活用した近代化のための補修工事等の案件を計画している。今回のインタビ

ュー調査と現場視察から、保健セクターにおける官民連携事業の実施上での様々な課題が特定された。公的医療保険制度の普及拡大の努力を続ける一方で、無保険のCharity患者を今後どう扱っていくのか、PPP導入の前後で保健医療人材の雇用や待遇はどこまで保障されるべきか、どちらの課題も一つの病院事業の域を超えて、取り巻く環境全体の整備が必要である。

参考文献

1. 厚生労働省.世界の厚生労働 定例報告 海外情勢 2007-2008年フィリピン <http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kaigai/09/pdf/teirei/t194~201.pdf>
2. フィリピン DoH, The Philippines Public-Private Partnership Program in Health. The international conference on public-private

partnerships ‘ ppp days ’ 2012 prepared by the united nations economic commission for Europe 20 - 24 February 2012, Geneva, Switzerland

3. ジェトロ・マニラセンター. フィリピン・インフラマップ.2011
4. なぜ今再びフィリピンか 日本のVIP(Very Important Partner)となり得る国に 第2編:民間に期待されるインフラ整備 J01.2013.5

E. 健康危険情報

該当しない。

F. 研究発表

該当なし。

5) 分析フォーマット（簡易版）を用いた事例の収集 ブラジル国貧困層の眼病対策を推進する Altino Ventura 財団

研究代表者 湯浅資之

研究の要旨

開発した「分析フォーマット簡易版」の妥当性を検討するために、ブラジル国ペルナンブコ州（以下、ペ州）の官民連携事例の一つである Altino Ventura 財団（以下、FAV）による貧困者対象の眼科医療サービス事業を事例に取り上げ、簡易版による評価を行った。FAV はペ州保健局と市町村と共に貧困層の眼科疾患治療という明確な社会課題解決を目標とすることを反映し、「社会的課題設定」と「公平性・格差解消」の評価項目は満点であった。一方、明確であるはずの「健康への影響・アウトカム」は最低であった。これは、長期的なインパクトやスピノフ効果に関して適切に評価できないという分析フォーマットの限界によると考えられた。

A. 研究の背景・目的

本研究班が平成 25 年度に開発した官民連携の「分析フォーマット簡易版」を用いて、ブラジル国ペルナンブコ州（以下、ペ州）で貧困層の眼病対策を実施している私的 Altino Ventura 財団（以下、FAV）がペ州政府と共に進めている事業を評価し、フォーマット簡易版の有用性を検討した。

B. 研究方法

調査対象である FAV は、1986 年、眼科医であった Altino Ventura 氏と Enacio Cavalcante 氏が共同して設立した私的財団である。現在は Ventura 氏の息子である Marcelo Ventura 氏とその妻 Liana Ventura 女史により運営されており、職員数 800 人を有する。

同財団のあるペ州はブラジルの東北地域に位置し人口 930 万人を有している。州都レシフェのある都市圏は人口 350 万人を抱え、ブラジルでも 5 番目に大きな湾港都市である。最近では工場立地による製造業が盛んになりつつあるが、主要産業は植民地時代に始められたサトウキビによる製糖

業と観光である。ブラジルにあって東北地方は貧しく、特にペ州の内陸のセルトン地域は乾燥地帯にあるため農業にも適さず、貧困層が多い。また、国連の人間開発指数もアフリカ諸国と大差ない。

FAV は内陸部のこうした貧困層を対象に、眼科に関する医療サービスを提供してきたが、近年は現代表者の Liana Ventura 女史の希望を受け心身障害児を対象としたリハビリテーション事業も開始した。

研究方法は、同財団の社会活動局プロジェクト部責任者 Carlos Bruno 氏に財団の活動のうちペ州政府との官民連携事業に関する聞き取り調査を実施した。同財団に



写真 1 Altino Ventura 財団本部外景

関する2次資料は訪問時に入手し、補足資料とした。インタビューの際、研究の目的と結果の活用に関して文書を用いて説明し、調査参加協力への同意を口頭にて得た。

C. 研究結果

1. FAVの官民連携事業

先ず、同財団の事業実績を解説する。同財団は眼科に関する医療サービスを提供する施設1棟(管理部門、外来・入院部門)(写真1)をレシフェ市郊外に有していた(調査時、他病院2棟を建設中)。この施設は眼科専門医を養成する教育施設も兼ねている。

(1) 眼科医療サービス事業

この財団がペ州政府保健局と行う官民連携事業には、内陸の市とも連携したバンによる移動式眼科クリニックの運航、眼科手術が可能なバスの運行がある。また、他の民間企業との連携事業として内陸の貧困層を対象としたProject OneSight、レシフェ市内の子どもを対象とした事業Project Escola、診療所の運営がある。

バンによる移動式眼科クリニック事業

内陸の市保健局から依頼があった場合(写真2)先ずバンによる移動式眼科クリニックを実施し、診察と簡単な治療のほか、白内障等の手術が必要な疾患の患者状況を調

受け入れ、年間9,600人の患者を治療している。

バスによる移動式眼科手術事業

移動式眼科クリニックによる巡回診療で手術が必要な患者が同定された場合、移動式眼科手術バスを送り、その車中で白内障などの手術を行っている。過去10年間に手術を受けた患者は21,000人を数える。

Project OneSight(視力事業)

2012年および2014年に実施された本事業は(2015年6月に3回目を実施予定)ペ州内陸の中核都市カルアル市における貧困層に対しイタリアの眼鏡会社「ルックス・オチカ」社と共同で眼鏡を無料提供した。

Project Escola(学校事業)

レシフェ市内の12~16歳の児童を対象に、学校で生徒同士が眼科検査を行い、視力に問題のある子どもに対しては専門医が再診断して眼鏡が必要なことが確認された場合、ブラジルの眼鏡会社「ラッエツピ」から無料で眼鏡を提供した。

診療所の運営

沿岸都市ジャボアンタウン市、内陸都市のアルコベルジ市とセルゲイロ市の3か所に眼科診療所を運営し、特に貧困層に対して眼科サービスを無料で提供している。

(2) 管理運営

同財団の収入源はライオンズクラブやロータリクラブなどからの寄付の他、患者診療費として全国の統一医療保険SUS(すべての患者は無料)からの医療費支払いである。上記との事業実施に必要な医療従事者等の交通費、滞在費、食費は対象の市自治体からの分担金で賄っている。

(3) 事業の監督

内部評価を実施した事業と財務の報告は公表され、ペ州保健局の監督を受ける。事業計画はペ州保健局と共同で立案している。



写真2 移動式眼科クリニック実施実績のあるペルナンブコ州の市
(ピンのあるところが実施した市)

査する。市保健局の広報により集められた年間72,000人以上の貧困層にある受診者を

2. 分析フォーマット簡易版による官民連携事業の評価結果

平成 25 年度に開発した官民連携に関する「分析フォーマット簡易版」を用いて、本事例の分析を試みた結果によるレーダーチャートは図 2 の通りであった。

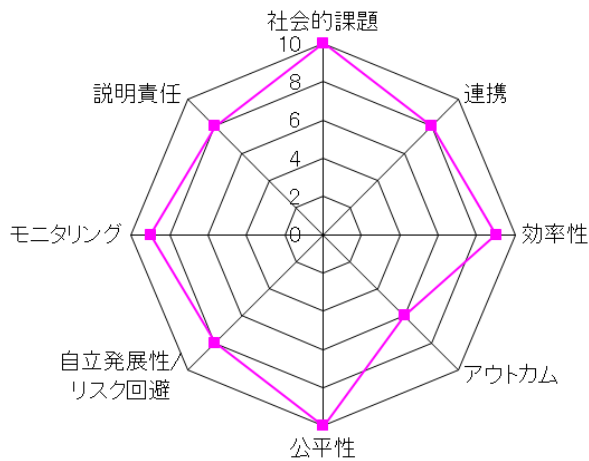


図 2 FAV のレーダーチャート

D. 考察

FAV の事業は、貧困層を対象とした眼科疾患の治療という明確な社会課題解決を目標としている。このことは、「社会的課題設定」並びに「公平性・格差解消」の評価項目が満点であることが示している。

しかし、本事例では明確であるはずの「健康への影響・アウトカム」の評価項目が最も低い 6 点であった。このことはフォーマットの分析項目が本事業を評価する際に、妥当でない可能性が考えられる。ひとつは「事業によって直接または間接的に引き起こされる長期的なインパクトの目標は達成されるか」という評価項目に関してである。FAV の眼科医療サービスという事業の場合、眼科疾患の治療による患者個人の長期的インパクトは相当に大きいことは予測されるが、それを推測してインパクト目標化することは困難であり、またその必要性は高く

ない。そのため FAV はそもそもインパクト目標を立案していないために、評価点は零になってしまう。この点は分析フォーマットの限界である。第 2 に、「予測や想定していなかったことにまで良い影響を及ぼしたか(スピンオフ効果)」に関してである。スピンオフ効果があったかどうかについて、FAV が独自に開発したモニタリングシステムに記録される項目立てがないために、その存在の有無を確かめる術がない。その結果、本フォーマットでは評価素点が零になってしまう。見ていない事象は評価しようがないという点で、この点も分析フォーマットの限界と考えられる。

他の留意すべき評価項目に、「貧困層が当該製品やサービスにアクセスできる価格設定か」および「貧困層が当該製品やサービスにアクセスできる提供のための運営上の工夫がされているか」の 2 点がある。ブラジルは他の低・中所得国とは異なり、憲法で保障された全国民対象の皆保険制度が確立している。この全国統一保健 SUS を使えば、全ての患者は無料で診察・治療を受けることができる。貧困層に対するサービスアクセスの適切な価格設定や運営上の工夫を FAV はしなくても、実際は SUS が存在するために同様の結果をもたらすことから、本事例の場合、上記 2 評価項目については過大評価されていると言える。

E. 健康危険情報

特になし

F. 研究発表

なし

5) 分析フォーマット（簡易版）を用いた事例の収集 ブラジル国フェルナンド・フィゲラ教授記念統合医療研究所による ペルナンブコ健康大学事業について

研究代表者 湯浅資之

研究の要旨

開発中の「分析フォーマット簡易版」の有用性を検討するために、ブラジル国ペルナンブコ州で貧困層に対して医療サービスの提供や地域の保健医療課題に関する政策研究を行っているフェルナンド・フィゲラ教授記念統合医療研究所(以下、IMIP)を事例に取り上げ、簡易版による評価を行った。本事例では、大学設立と人材養成という明確な社会的課題解決の事例にもかかわらず「社会的課題設定」が低値であった。これは、課題の表現が抽象的、ニーズ調査を実施していない、官民連携の妥当性を示せないことによると考えられた。本分析フォーマット簡易版は、課題の重要性如何は問わず、抽象的な課題、官民連携による解決の必要性が曖昧の場合には低く出る傾向にあると思われる。また、本事例では「モニタリング評価」の項目も低かった。人材育成評価の困難さが、スコアに直に反映された結果と考えられるため、人材育成ではきめの細かなモニタリング評価計画の立案が必要と思われる。

A. 研究の背景・目的

本研究班が開発した官民連携の「分析フォーマット簡易版」を用いて、ブラジル国ペルナンブコ州(以下、ペ州)で貧困層に対して医療サービスの提供や地域の保健医療課題に関する政策研究を行っているフェルナンド・フィゲラ教授記念統合医療研究所(Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira、以下 IMIP) がペ州政府と共に運営管理しているペルナンブコ健康大学について評価をし、フォーマット簡易版の課題を検討した。

(写真)は1,180床を誇り、ペ州内でも有数の医療拠点となっている。ほかにレシフェ首都圏内に100~130床の病院3か所、ペ州内陸の中核都市ペトロリーナに700床の病院1か所と、隣のバイーア州に2か所の病院がある。

IMIP本部は管理部門、病院部門、研究部門から構成されている。歳入は慈善団体等からの寄付の他、統一医療保険SUSと研究などプロジェクト由来の収入であることから、完全な民間企業とは言えない。このうち、SUSからの収入が約95%を占めてい

B. 研究方法

研究対象であるIMIPは、1960年、ペ州の医療向上のために、当時ペルナンブコ連邦大学教授であったFernando Figueira氏が設立した教育研究機関である。現在はペ州とバイーア州に計7か所の病院を有し、職員15,000人が勤務する総合施設にまで成長した。本部のあるペドロ二世病院



写真 IMIP ペドロ二世病院本館外観

る。

研究方法は、同研究所の研究部課長 José Fernando Prado 氏より聞き取り調査を実施すると同時に、同研究所に関する2次資料を訪問時に入手し、分析資料とした。インタビューの際、研究の目的と結果の活用に関して口頭で同意を得た。

C. 研究結果

1. IMIP による大学運営事業

IMIP は 2005 年、設立者のフェルナンド・フィゲラらの構想を実現化すべく、企業の協賛を集め Alice Figueira 財団を設立し、既存の Aecisa 財団と共同でペルナンブコ健康大学（以下、健康大学）を開設した。医師、看護師、薬剤師、栄養士、臨床心理士、理学療法士の養成を行うこの大学は、ペルナンブコ州保健局・教育局と共同で運営管理を行っている。

教育の特徴は Problem-Based Learning 戦略（PBL）を採用している点にある。PBL に基づく教育カリキュラムは既存のペルナンブコ連邦大学などの教育指針とは異なり、臨床実践を重視しており、教員は Tutor と呼ばれる。学生は IMIP の医療施設で実習を行っている。

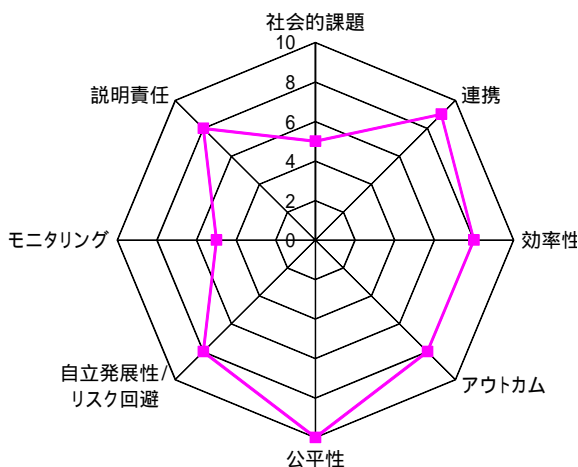


図1 IMIPのレーダーチャート

2. 分析フォーマット簡易版による官民連携事業の評価結果

平成 25 年度に開発した官民連携に関する「分析フォーマット簡易版」を用いて、本事例の分析を試みた結果によるレーダーチャートは図1の通りであった。

D. 考察

図1にあるように、本事例の特徴は、「社会的課題解決」の項目が5点と低い点である。大学設立と人材養成という明確な社会的課題解決のための事例であるにもかかわらず、前者のスコアが低く出てしまった。詳細に内訳をみると、課題の表現が抽象的である点、ニーズ調査を実施していない点、官民連携であることの妥当性を示すことができなかった点が、スコアが低い結果になったと言える。ここから、本分析フォーマット簡易版は、独自のニーズ調査を行い、より明確に特定された社会的課題が設定されている場合に高得点となるが、社会的課題の重要性如何は問わず、抽象的な課題、官民連携による解決の必要性が曖昧の場合には低く出る性格を持っていると思われる。

また、本事例の適用では「モニタリング評価」の項目で5点と低かった。本事例に限らず、人材育成の評価の困難さが、スコアに直に反映されてしまった結果と考えられる。人材育成事業のきめの細かなモニタリング評価計画の立案が必要であろう。

E. 健康危険情報

特になし

F. 研究発表

なし

5) 分析フォーマット（簡易版）を用いた事例の収集

レソト王国 Queen ' Mamohato Memorial Hospital

研究分担者 北島 勉

研究要旨

保健医療分野における官民連携事業の成功例と言われているレソトのQueen ' Mamohato Memorial Hospital (QMMH) を訪問し、高評価を得られている要因を調べるとともに、統一した分析フォーマットによる評価を行った。QMMHは老朽化した三次病院の代替施設として建設され、2011年10月から医療サービスの提供を開始した。地元の民間企業であるTsepongがレソト政府との契約のもとその運営を行っている。以前の三次病院に比べ、施設や使用できる機材、医薬品へのアクセスが大幅に改善され、患者数は増加するとともに、妊産婦死亡率等の指標も改善していた。よい成績をあげられている主な要因として、レソト政府のコミットメント、病院スタッフのマネジメント力の向上、労働規律の強化があげられる。分析フォーマットによる評価では、10点中8点を下回る項目がなかった。病院経営スタッフの育成、レソト政府による適正な予算配分の継続、二次病院の強化が、今後QMMHが三次病院として医療サービスを継続していくために重要である。

A. 研究の背景・目的

レソト王国（以下、レソト）は周囲を南アフリカに囲まれた国で、人口は207万人（2013年）、平均寿命は49歳（2012年）、1人当たりの国民所得は1500米ドル（2013年）、貧困水準以下の人口割合は57.1%（2010年）であり、世界銀行によると、低中所得国に分類されている¹⁾。

官民連携プロジェクトは、同国唯一の三次病院でありリファーマル病院でもあるQueen Elizabeth II病院（以下QEII）の改築と運営を民間企業が請け負うというものから開始された。QEIIは設立されてから100年が経過し、施設の老朽化が進んでいたため、レソトの保健省が採択した2000年～2010年にかけての保健医療改革計画の一環としてこのプロジェクトが実施されることになった。このプロジェクトを実施するための財源について保健省、財務省、世界銀行間で協議をした結果、官民連携により民間の資金と経営ノウハウを活用することになった。

競争入札の結果、南アフリカの保健医療企業であるNetcare、地元の団体であるD10 Investment, Excel Health Services, Afri ' nnai, Women Investment Companyに

よって共同で設立されたTsepongが、このプロジェクトを引き受けることになった。QEIIを改築するのではなく、別の場所に新しい三次病院であるQueen ' Mamohato Memorial Hospital（以下、QMMH）が建設され、2011年10月から診療が開始された。その約2年後に、第三者機関により開設前後を比較した評価がなされ、高評価を得ていた²⁾。そこで本研究では、同プロジェクトの状況を調べ、高評価を得ることができた要因を探るとともに、平成25年度開発した「分析フォーマット簡易版」による評価を行うことを目的とした。

B. 研究方法

本研究では、まず QMMH に関する情報をインターネットにより検索・収集した。次に、2014年8月11日から21日にQMMHを訪問し、QMMHの院長、薬局、人材、財務の担当者、QMMHの設立に携わった元保健省の職員らに同事業に関するヒヤリングを行った。

C. 研究結果

QMMHはレソトの首都マセルにあり、2014年7月現在、医師82人、歯科医師5人、看護

師306人、薬剤師39人、看護助手93人、その他の医療職種57人、事務職16人、その他のサポートスタッフ317人、合計915人のスタッフで運営されていた。QMMHには集中治療室(10床)、新生児集中治療室(8床)、分娩・出産施設や手術室の増設、薬局や検査室へのアクセスの改善、ベッドサイドの設備(酸素、吸引、非常用アラーム)の改善、非常用電源の整備、全施設バリアフリー化、患者にとってわかりやすい表示、研修/会議施設の整備が行われた。病院長によると、QEIIでは、ベッドサイドに酸素を提供する施設もなく、患者への蘇生も行われていない状況であり、上述した施設設備の改善の他、医療スタッフへの研修を行い、医療サービスの質の向上を図ったとのことであった。その結果を、QEIIの状況との比較として表1に示した。提供した医療サービスの量が増えただけではなく、限られた指標ではあるが予後についても改善していた。

この事業がこれまでのところ成功を修めている要因として、(1)レソトの財務省が当初の計画通りの予算をこの事業に配分し続けていること、(2)病院内の各部署におけるマネジメント力を強化したこと、(3)職場における規律を強化し、それを維持できていること、が挙げられる。

(1)については、QMMHは病院建設費用の返済も含め、保健省の年間予算の30-40%を使用しているが、これまでのところ財務省は計画通り予算配分を行っている。(2)については、病院の各部署の管理職を対象にマネジメントに関する研修を行い、それぞれの部署の管理方法に関するノウハウを提供した。そのため、管理職が何をすべきなのかがより明確になった。病院長によると、病院の施設を維持していくために、小さな破損等についても報告させ、すぐに対応することをそれぞれの部署でも徹底しているとのことであった。(3)については、QEIIは公的病院であったため、公務員就業規定に基づいて運営されていたが、QMMHとして再開された後は、民営の病院であるため、レソト労働規則が適用される他、病院独自の規則を定めることとなった。そこでQMMHの人材育成部門が、病院のスタッフに求められる仕事や態度に関する会議を行い、個別に相談を受け付けするなどして、規律を持って仕事に臨むことを徹底した。そのために導入されたのが、指紋とコード番号による出勤退出管理システムである。これにより各スタッフの出勤と退出時間を管理し、遅刻や早退は減給の対象となった。また、退出をする際には手荷物チェックがされ、ランダムに全身チェックも行われている。公立病院ではこのような管理システムはなかったため、スタッフが遅刻や早退をしても問題になることはなく、病院の医薬品や消耗品の紛失も珍しいことではなかったということであった。労働規律が遵守される背景には、給与や残業代の適切な支払、国内では最も優れた施設や機材、医薬品を使用して医療サービスが提供できること、そのための研修機会が用意されていることなども関連していると考えられている。

図1は統一した分析フォーマットによるQMMHの評価を示している。10点中8点を下回る項目がな

表1 QMMHとQEIIの主要統計の比較

	QMMH	QEII
病床数*	414	417
入院数(病院のみ)	23,341	15,465
外来受診数**	374,669	165,584
病床占有率(病院のみ)	82%	61%
粗死亡率**	7.1%	12.0%
妊産婦死亡率**	0.21%	0.24%
乳幼児肺炎死亡率	11.9%	34.4%
帝王切開率**	26.8%	7.2%
患者満足度**	86.0%	70.7%

* ; 病院管理下のフィルタークリニックの病床 24 (QMMH) と 8 (QEII) を含む。

** ; フィルタークリニックを含む。

出典 ; 参考文献 2) の p4 より筆者が抜粋し翻訳。

い結果となった。

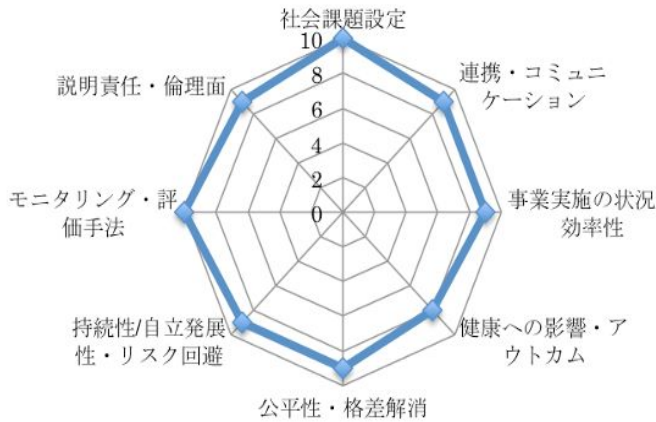


図1 QMMH のレーダーチャート

D. 考察

Tsepong とレソト政府との契約を結んでから8年目、QMMH が開設してから約3年目に訪問し、状況に関する調査を行ってきた。施設や運営体制は、低所得国にある病院とは思えないほど立派であった。診療を受ける患者の数も増え、その予後も改善されていた。民間企業が病院を運営しているが、受診時の患者自己負担は約1.2米ドルであり、低所得者は免除される制度も適用されている。また、アフリカの多くの国では、慢性的な医療人材の不足が問題となっているが、QMMH は優れた施設や機材や医薬品を利用でき、研修機会も用意されていることから、特に医師については、周辺の国々から就職の希望者が多く、医師の不足という問題は発生していないということであった。

このように、これまでのところ QMMH は順調に運営をされてきている様に思われる。分析フォーマットによる評価においても、「健康への影響・アウトカム」が8点で、他の項目は9点以上であった。「健康への影響・アウトカム」の値が相対的に低かった理由は、5つの質問項目のうちの1つがこの事業に該当しなかったためであり、第三者による短期的な評価においては死亡率が低下するなど²⁾、この項目については

改善傾向が認められていた。一方、「持続性/自立発展性・リスク回避」については10点満点ではあったが、今後も安定して医療サービスを提供していくために考慮しなくてはならない点がある。まずは病院経営の人材の問題である。これまでの成功には、Tsepong の主要な設立団体である Netcare から QMMH に派遣されている病院経営の経験が豊富な病院長などの南アフリカからのスタッフの役割が大きいように思われる。Tsepong とレソト政府の契約は2024年で満了を迎えるが、それまで彼らが QMMH にいる可能性は低い。現在の経営陣は、地元の人材が経営を継続できるように育成を行っているが、その成果は今後試されることになる。また、「連携・コミュニケーション」や「事業実施の状況・効率性」が9点となったのは、地元のステークホルダーとの連携や役割分担に改善の余地があることがあると考えられたからであった。これは QMMH だけの問題ではないが、事業の継続性にも影響を与えうる課題である。そして、財政的な持続性の問題である。QMMH の運営予算は保健省の年間予算の30~40%を占めるが、患者の増加、疾病構造の変化、医療の高度化により、今後この割合が上昇する可能性はある。また、政権が交代した際に、政府が方針を転換するなどして、予算配分が変わる可能性もある。そのようなことが起こらないようにするためにも、効率的に高い質のサービスを提供することが不可欠である。また、地方にある二次病院の機能強化が求められるが、そのためには保健省の予算の配分に手を付けなくてはならなくなるため、容易ではない。

本研究は、レソト保健省や患者及び地域住民から情報収集をすることはできなかったため、この官民連携事業の課題を網羅できていないとは言えないが、これまで発表されている外部評価の報告や現地でのヒヤリングから、政府、国際機関、民間企業がそれぞれ一定の役割を果たし、病院建設と経営がなされている事業であると思わ

れる。途上国における病院整備を行っていく際のモデルになる可能性が十分あると思われるため、今後の動向にも注目していきたい。

引用文献

1 . The World Bank

<http://data.worldbank.org/country/lesotho>、平成 27 年 3 月 29 日閲覧

2 .Vian T, et al. Endline Study for Queen ‘Mamohato Hospital Public Private Partnership (PPP)

<http://www.bu.edu/cghd/publication/endline-study-for-queen-‘mamohato-hospital-public-private-partnership/>、2015 年 3 月 29 日閲覧

3 . South African Institute of

International Affairs. PPP- Lesotho New Referral Hospital.

<http://www.thetradebeat.com/sadc-business-case-studies/lesotho-new-referral-hospital>、平成 27 年 3 月 29 日閲覧

4 . Oxfam. A dangerous diversion.

<http://policy-practice.oxfam.org.uk/publications/a-dangerous-diversion-will-the-ifcs-flagship-health-ppp-bankrupt-lesothos-minis-315183>、平成 27 年 3 月 29 日閲覧

E. 健康危険情報

該当しない。

F. 研究発表

該当なし。

写真
QMMH の入り口



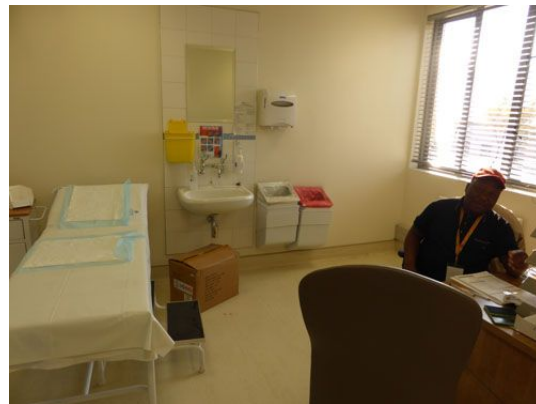
受付



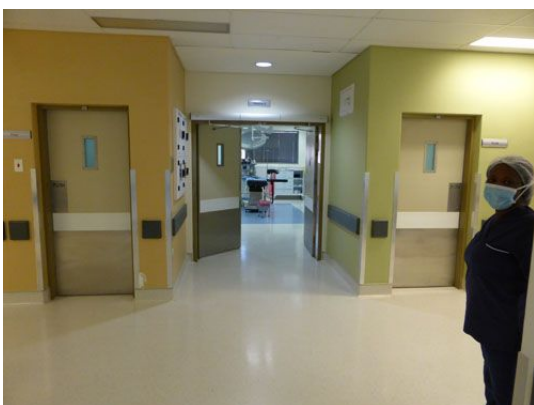
外来の標識



診察室



手術室



分娩室



新生児集中治療室



薬局



出勤退出管理システム



5) 分析フォーマット（簡易版）を用いた事例の収集 フィリピン2事例

研究協力者 白山 芳久、研究代表者 湯浅 資之

研究要旨

フィリピンの保健セクターにおける官民連携の取り組みについて、分析フォーマットの簡易版を用いた評価を行った。2015年1月にメトロ・マニラを訪問し、Public-Private Partnership (PPPセンター)の協力を得て、フィリピンの保健セクターで第一号のPPP事例となる国立整形外科センター(The Philippine Orthopedic Center)の近代化事業、及び、国立腎臓・移植研究所(National Kidney and Transplant Institute)の腎臓透析センターで業務の一部を民間企業に業務委託している事業の2つの現場を視察した。

国立整形外科センターでは、「PPP反対!」「国立病院の民営化反対!」とのビラが敷地内の壁のいたるところに貼られていた。国立病院を政府と一部の財閥とが金儲けに利用しているのではと反対の声が現場のスタッフから聞かれた。スタッフの雇用の継続が約束されていないことも反対する理由としてあげられた。

一方、腎臓透析センターでは、アウトソーシングを導入したことで保健医療スタッフの負担が軽減され、最新機器も整備され、この連携は大成功であると現場での評判も良かった。成功要因としては、官民両者の関係がWin-Winで良好な事、それぞれの果たすべきことが契約で明らかにされて義務を果たしていることに加え、腎臓透析が必要な患者が増え続けている（毎年約2割増のペース）こともあげられた。

A. 研究の背景・目的

フィリピンの官民連携についての政府の方針や経緯については、報告書のp.47～で紹介した。

本稿では、フィリピンの保健セクターにおける官民連携の取り組みの状況について、分析フォーマット簡易版による評価を行った。

フィリピンPublic-Private Partnership (PPPセンター)の協力を得て、フィリピンの保健セクターで第一号のPPP事例となる国立整形外科センター(The Philippine Orthopedic Center)の近代化事業、及び、国立腎臓・移植研究所(National Kidney and Transplant Institute; 以下、NKTI)の腎臓透析センターで業務の一部を民間企業に業務委託している事業の2つの現場を視察した。

B. 研究方法

PPPセンターが公表している案件リストなど、インターネットで利用可能な情報を

検索・収集した上で、2015年1月にメトロ・マニラを訪問した。

フィリピン整形外科センターではMedical DirectorのJose S. Pujalte医師の案内で現場を視察した。NKTI腎臓透析センターではDell S. Lagura RN 看護師スーパーバイザーの案内で視察した。

C. 研究結果

事例1) 整形外科センター近代化事業

フィリピン整形外科センター(The Philippine Orthopedic Center; 所在地 Banawe Avenue corner Maria Clara Street, Santa mesa Heights, Quezon 市) は 700 床の3次病院で、保健省が直接管理している全国の主要都市に存在する72の国立病院(National Hospital)の一つである。新病院を同じ Quezon 市内の中心部の保健省所有の敷地に建設し、同センターをそこへ移転させる事業である。建設は地元の建設会社の Megawide Corp. が、病院の運営は既に複数のプライベート病院を運営し

ている World Citi が担うコンソーシアムとして、56.9 億フィリピン・ペソ(2015 年 2 月現在のレートで約 160 億円)で 2013 年 5 月に落札している。移転後は、古いセンターは整形外科センターからリハビリテーション部門だけを独立させ、リハビリテーション・センターとして運営される予定である。

同センターでは、バイク衝突などの交通事故、建設現場の足場からの落下といった産業事故のケースが多い。救急の部門やレントゲン撮影室だけでなく、外来、入院病棟内には診察や処置を待つ患者があふれていた。外来では、整形外科医 1 人あたり 50~70 名の患者を 6 人の医師が終日かけて診察しており、訪問日には 18 例の整形外科手術が予定されていた(写真 1)。



写真 1 整形外科センター手術室の様子

このセンターの近代化は必要であるという認識が現場の多くのスタッフにあった。しかし、政府とコンソーシアムとの間で入札され PPP 契約が既に交わされた現段階に至っても、現場には様々な疑問や不安の声が聞かれた。病院の敷地内の壁のいたるところに「PPP 反対!」「国立病院の民営化反対!」のプラモ貼られていた(写真 2)。

現場の保健医療スタッフが団体として訴えている疑問や不安は、大きく以下の二点にまとめられると考える。

一つ目は、同国の公的医療保険制度に関連している。フィリピンの公的医療保険制度を運営しているフィリピン健康保険公



写真 2 整形外科センター敷地内に貼られた PPP 反対を示すプラ

社 (Philippine Health Insurance Corporation (PHIC) による PhilHealth ; フィルヘルスと読む)は、労使双方の負担による社会保険料、資産運用、公的支出(保健省及び地方自治体)を財源として成り立っている。給付は現物給付方式で、医療費のうち傷病の程度や医療施設のレベルに基づいて定められた一定額が PhilHealth より医師又は病院に償還払いされ、同額を超える部分については患者の自己負担となる。2011 年に PhilHealth は、疾患別支払スキーム(case-based payment scheme)を導入し、患者が症状に応じてどれくらいの医療費がかかるかを予測することができ、より公平な医療費負担を求める制度とした。またパッケージ・レートを越えて一切の他の料金や費用が請求されない No Balance Billing (NBB) Policy を導入した。

現在の PPP 新センターの運営計画では、新しい病院の 70%(現状の 700 床で計算すると 490 床)を Philhealth の患者、つまり No Balance Billing (NBB) とし、残りの 30%(210 床)のみを Private の患者とすることを約束している (Philhealth 患者 + out-of-pocket payment 患者)。収益が見込める Private 患者を最大 3 割以下に抑えることと約束していたとしても、収益をあげることが必然の PPP 病院がこの縛りの中で収益を上げるには、どこかにシワ寄せが来るに違いないと現場の保健医療スタッフは考えているという。例えば、整形外科では関節の再建や骨折の固定等にインプラント治療が必要な場合が多いが、現行制度で 22

日間かけて治療している症例に対して、新しいPPP病院下では6～8日間で治療を終え退院させる計算をしているのだという。

PhilHealthによる治療パッケージやNBBが適応される患者だけではない。フィリピンでは、フィリピン慈善くじ協会（通称PCSO）による公的扶助制度（宝くじで患者が治療を受けられる）のほか、無保険者である貧困層の患者に対しては治療に必要な医薬品等は患者に買ってこさせ治療は無報酬で行う“Charity”患者の割合が少なくない。

このような現状から現場のスタッフらは、現在の国立整形外科センターは決して儲かる病院ではなく、確かに病院施設の近代化は必要で、より良いサービスを提供することには賛成するが、なぜ国立病院の近代化事業を民間投資で行う必要があるのか、国立病院を金儲けに利用しなくてもよいのではという点が一つ目の反対の理由であった。

二つ目は、新PPP病院への移行後は、医師や看護師等の医療スタッフを含む職員の給与が初めの5年間は「subsidy」として政府から支払われるが、その後の支払いについては約束が無く、民間の運営の元で自身の雇用も約束されていないことである。表1が職員数と内訳であるが、国立病院のように規模が大きいと、影響を受ける雇用者の数も当然ながら多くなる。

表1 国立病院のスタッフの職員数と内訳

Category of personnel	Authorized	Filled	Unfilled
Medical	203	153	50
Nursing	525	412	113
Ancillary	151	105	46
Administrative & Financial Management Division (AFMD)	523	281	242
Total	1,402	951	451

現場の保健医療スタッフは、無保険のCharity患者がこれだけ多く、儲かる要素が少ないこのセンターで収益を上げていこうとすると、どこかで無理が生じると心

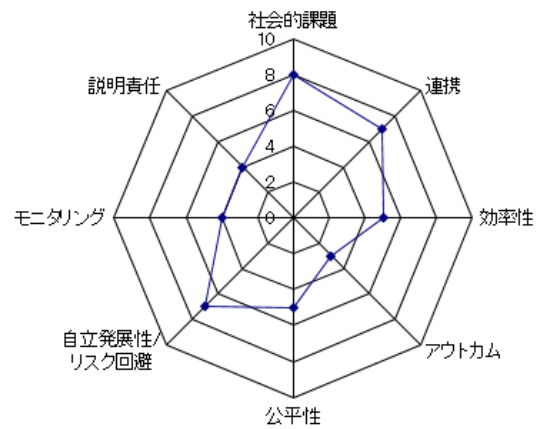


図1 整形外科センターのレーダーチャート

配していた。国立病院はPrivateの病院などには行けない無保険である貧困層の患者にとって、最後の砦であるべき場所で、利益や効率の問題だけではないとも指摘をしていた。

事例2) NTKI 腎臓透析センター

NTKIでは腎臓透析センター(写真3)の一部機能を医療機器メーカーへアウトソーシングして、つまりメンテナンスや在庫管理等を外注し現場の保健医療スタッフの負担を軽減させ、結果としてより良いサービスが提供されるという事業を行っている。現在はドイツのFresehius Medical Care社が外注先として落札している。

アウトソーシングの導入後、実際に保健医療スタッフの負担が減り、最新の機器が整備され、この連携については大成功だと現場のスタッフは誇らしげであった。1期目が2003年からの5年間、2期目が2009年か



写真3 腎臓透析センター入り口



写真4 腎臓透析センターの様子

らの5年間、そして今年また入札が予定されている。同じサービスが、アップグレードされることを入札の要件としてダウングレードは許さないとしてきた。国際的にもこの連携は高く評価され、日本からもメーカーの入札前の調査や視察目的の訪問者も多いという(写真4、5)。

成功要因としては、官民両者の関係がWin-Winで良好な事、それぞれの果たすべきことが契約で明らかにされ義務を果たすことに加え、腎臓透析が必要な患者が増え続けている(毎年約2割増のペース)ことがあげられた。



写真5 腎臓透析の機器とメンテナンス室

D. 考察

分析フォーマットによる評価の結果は、整形外科センターの近代化事業については、まだ計画の段階で実質的に動きがないため全体的に不明な点が多く、現場からの理解も十分に得られていないことから、総合点が伸びなかった(図1)。

腎臓透析センターは、効率や収益の面で点数は伸びたが、腎臓透析が必要な患者のみにサービスが限定されるため、裨益する対象人口の規模や、公平性の部分の点数が

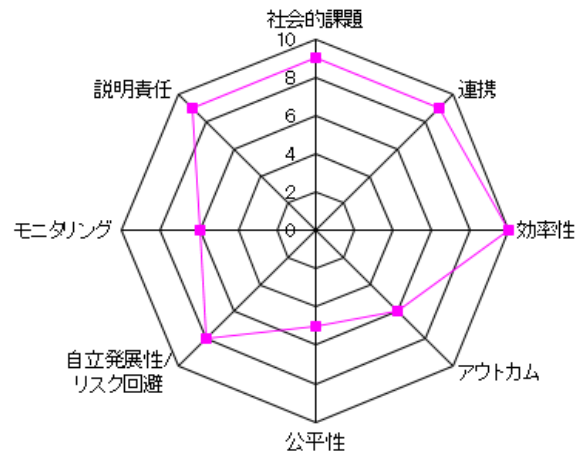


図2 腎臓透析センターのレーダーチャート

比較的低くとどまった(図2)。

参考文献

- 1 . Philippine Health Insurance Corporation. Strengthening the Implementation of the No Balance Billing Policy. PhilHealth Circular No. 0003, s. 2014
- 2 .The Philippine Charity Sweepstakes Office
<http://www.pcso.gov.ph/about.html>
- 3 . 厚生労働省.世界の厚生労働定例報告海外情勢 2007-2008年フィリピン
<http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kaigai/09/pdf/teirei/t194~201.pdf>
- 4 . フィリピン DoH, The Philippines Public-Private Partnership Program in Health. The international conference on public-private partnerships ' ppp days ' 2012 prepared by the united nations economic commission for Europe 20 - 24 February 2012, Geneva, Switzerland

E. 健康危険情報

該当しない。

F. 研究発表

該当なし。