
「『人間の安全保障』の課題と日本の外交戦略」

研究会

報告書

2015年3月



公益財団法人日本国際フォーラム

まえがき

本報告書は、2014年度における当フォーラムの『人間の安全保障』の課題と日本の外交戦略」研究会の活動成果をとりまとめたものである。

わが国は、冷戦終結後の国際社会においてその存在感とリーダーシップを模索する中で「人間の安全保障」を推進してきたが、その背景には日本が主催したアフリカ開発会議（TICAD）の本来の精神がある。それは「チャリティ」という垂直的アプローチではなく、相手国の国民と共に歩む「ソリダリティ」という水平的アプローチを採用している。本年2月閣議決定されたODA大綱の改定においても「人間の安全保障」を重点課題と位置付けており、世界の多くの地域で「人間らしく生まれ、育ち、生き、亡くなる」という一見当たり前のことができない現実を前に、具体性のある戦略を推進することが求められている。

以上のような問題意識を踏まえ、当フォーラムは、下記の主査・メンバーから成る研究会『人間の安全保障』の課題と日本の外交戦略」を組織し、本事業の実施に当たってきたが、このたびその成果を取りまとめたので、発表するものである。

【主 査】小浜 裕久 日本国際フォーラム上席研究員／静岡県立大学名誉教授
【メンバー】浅沼 信爾 一橋大学客員教授
石川 薫 日本国際フォーラム専務理事／研究本部長
戸田 隆夫 国際協力機構（JICA）人間開発部部長
中村 富安 日本貿易振興機構（JETRO）理事
渡邊 松男 新潟県立大学准教授

（五十音順）

2015年3月31日

公益財団法人日本国際フォーラム

理事長 伊藤 憲一

目次

| | |
|---|----|
| I. はじめに..... | 1 |
| II. 論考 | 8 |
| 第1章 外交戦略としての「人間の安全保障」 | 8 |
| 第2章 水と衛生におけるアジアとアフリカの実態と日本の関与・実績 | 17 |
| 第1節 アジアの実態..... | 17 |
| 第2節 ガーナの保健衛生・栄養分野の状況について..... | 21 |
| 第3節 カンボジア（地方自治体との連携例ほか） | 33 |
| 第3章 日本の世界的リーダーシップと対外戦略..... | 36 |
| 第1節 日本の世界的リーダーシップ..... | 36 |
| 第2節 日本企業が国際保健市場に打って出るには..... | 45 |
| 第4章 保健分野における国際協力の新展開について | |
| —「人間の安全保障」実現を目指す国際協力実務の視点からの考察— | 51 |
| 第5章 世界での人間の安全保障の実現は、企業の商いを通じても達成できるか..... | 64 |
| 第1節 水・衛生、保健分野における新規市場開拓の可能性 | 64 |
| 第2節 BOP ビジネスの現場から | 70 |
| 第6章 NPO を通じた活動支援の有用性 | 76 |
| III. 政策提言 | 82 |

I. はじめに

1. 調査研究の狙い

石川 薫
日本国際フォーラム専務理事／研究本部長

ミレニアム開発目標（MDGs）実現のターゲットであった 2015 年の今、世界は今後の持続的開発のための「ポスト 2015」に専念している。このことは、日本が「日本かくあり」を世界に強く印象付ける好機を迎えていることを意味している。折しも戦後 70 年と重なる中で、19 世紀的なバランス・オブ・パワーに邁進している中国はことあるごとに日本を標的としつつ自国の虚像の流布に邁進しているかのごとくであるが、日本は右顧左眄することも燕雀に惑わされることもなく鴻鵠の矜持をもって前進することが肝要である。

日本国憲法はその前文において、「全世界の国民が、ひとしく恐怖と欠乏から免かれ、生きる権利を有すると述べているが、この「恐怖からの自由」と「欠乏からの自由」は国連の「人間の安全保障委員会」報告書（共同議長、緒方貞子・アマルティア・セン、2003 年）において人間の安全保障にとり重要であると再確認されたところである。70 年間、弱者を助け続けている日本—例えば中国のポリオを 1996 年に撲滅し、初めて建前でも本音でもアフリカ人を対等なパートナーと位置付けた TICAD を打ち出し、世界三大キラー（エイズ・結核・マラリア）との戦いのために世界基金を世に送りだした日本—という本当の姿を今年こそ強く世界に発信することが日本の正しい姿を人々の心に植え付けるために必要である。

本研究会は、日本の外交戦略において「人間の安全保障」を前面に押し出すことが重要であるとともにも戦略的にも有効であると指摘した上で、焦点を絞って次の問題提起を行った。

第一に、これまで光が当てられずに MDGs の中で事実上目標を達成できずに終わった「衛生」に焦点を当てながら、人間の安全保障における「水と衛生」および「保健」で日本が一層強いリーダーシップを発揮すべきこと。

第二に、実はこれらの分野には商機が多く潜んでいることを指摘の上、政府主導の ODA の推進にとどまらず、地方自治体や民間企業—大企業のみならず中小零細企業も—が海外進出しうる土俵であることを実例も示しながら指摘する。

第三に、これを実現するために欠けている点は何かを指摘する。

2. 調査研究の位置づけ

研究会主査 小浜 裕久
日本国際フォーラム上席研究員／静岡県立大学名誉教授

この調査研究は、そのタイトル『人間の安全保障』の課題と日本の外交戦略—『健康に生まれ、育ち、そして健康に老いる』社会づくりに向けて」から分かる様に、「人間の安全保障」という概念に基づいて、日本の外交戦略を考えようとするものである。

調査分野は、広く言えば援助政策あるいは国際貢献政策である。もとより1年間の調査研究ですべての分野をカバーすることは出来ない。Center for Global Developmentの国際貢献度指数(CDI: Commitment to Development Index)を見ると、「国際貢献」のカバーする範囲は広い。参考までに2014年の対象27か国の総合順位と項目ごとの順位を表1に示す。国際貢献度指数は、表1に示す様に、援助、貿易、金融、移民、環境、安全保障、技術といった諸政策の構成指標である¹。

表1 国際貢献度指数(CDI)の順位

| 総合順位 | 国 | 分野別順位 | | | | | | |
|------|----------|-------|----|----|----|----|------|----|
| | | 援助 | 貿易 | 金融 | 移民 | 環境 | 安全保障 | 技術 |
| 1 | デンマーク | 1 | 6 | 4 | 18 | 7 | 2 | 1 |
| 2 | スウェーデン | 3 | 5 | 3 | 1 | 2 | 26 | 15 |
| 3 | フィンランド | 8 | 12 | 1 | 21 | 4 | 5 | 6 |
| 4 | イギリス | 4 | 7 | 2 | 19 | 11 | 7 | 20 |
| 5 | ノルウェー | 5 | 25 | 5 | 2 | 24 | 1 | 9 |
| 6 | ポルトガル | 12 | 17 | 8 | 22 | 5 | 9 | 3 |
| 7 | オランダ | 6 | 4 | 14 | 17 | 15 | 16 | 8 |
| 8 | ニュージーランド | 10 | 1 | 22 | 6 | 19 | 3 | 18 |
| 9 | フランス | 11 | 9 | 9 | 16 | 13 | 17 | 4 |
| 10 | オーストリア | 17 | 19 | 21 | 4 | 14 | 6 | 7 |
| 11 | アイルランド | 2 | 14 | 20 | 20 | 20 | 4 | 23 |
| 12 | オーストラリア | 15 | 2 | 11 | 5 | 26 | 8 | 17 |
| 13 | ドイツ | 14 | 8 | 16 | 10 | 12 | 22 | 13 |
| 13 | スペイン | 19 | 16 | 6 | 11 | 8 | 24 | 10 |
| 13 | カナダ | 9 | 11 | 12 | 3 | 27 | 14 | 14 |
| 16 | ベルギー | 18 | 18 | 13 | 12 | 10 | 20 | 12 |
| 17 | イタリア | 22 | 13 | 7 | 14 | 16 | 12 | 22 |
| 18 | ルクセンブルグ | 7 | 10 | 26 | 7 | 21 | 19 | 21 |
| 19 | ハンガリー | 23 | 15 | 18 | 25 | 3 | 15 | 24 |
| 19 | アメリカ | 20 | 3 | 23 | 19 | 22 | 11 | 19 |
| 21 | ギリシャ | 24 | 22 | 19 | 15 | 18 | 13 | 26 |
| 22 | チェコ | 21 | 20 | 17 | 26 | 6 | 25 | 11 |
| 23 | ポーランド | 26 | 23 | 10 | 24 | 9 | 23 | 27 |
| 24 | スロバキア | 25 | 21 | 25 | 27 | 1 | 10 | 25 |
| 24 | スイス | 16 | 26 | 27 | 8 | 17 | 18 | 16 |
| 26 | 日本 | 13 | 24 | 24 | 23 | 25 | 21 | 5 |
| 26 | 韓国 | 27 | 27 | 15 | 9 | 23 | 27 | 2 |

出所： <http://www.cgdev.org/publication/ft/commitment-development-index-2014>

援助政策だけをとってみても、マクロもセクターもミクロもある。マクロの援助というのは対象となる途上国全体の構造改革支援援助のようなものを考えればいい。農業開発支援とか工業開発支援といった援助はセクター援助といえるだろう。ある村に診療所を造るといった援助はミクロだ。マクロもセクターもミクロも重要であることは間違いない。「人間の安全保障」という切り口は、マクロもセクターもミクロにもまたがる援助哲学に関わる切り口と言えるだろう。

¹国際貢献度指数の計算方法などは、Center for Global Developmentのwebsite参照 (<http://www.cgdev.org/publication/commitment-development-index-2014>) .

日本国憲法前文に、

日本国民は、恒久の平和を念願し、人間相互の関係を支配する崇高な理想を深く自覚するのであって、平和を愛する諸国民の公正と信義に信頼して、われらの安全と生存を保持しようと決意した。われらは、平和を維持し、専制と隷従、圧迫と偏狭を地上から永遠に除去しようと努めてゐる国際社会において、名誉ある地位を占めたいと思ふ。われらは、全世界の国民が、ひとしく恐怖と欠乏から免かれ、平和のうちに生存する権利を有することを確認する。

われらは、いづれの国家も、自国のことのみに専念して他国を無視してはならないのであって、政治道徳の法則は、普遍的なものであり、この法則に従ふことは、自国の主権を維持し、他国との対等関係に立たうとする各国の責務であると信ずる。

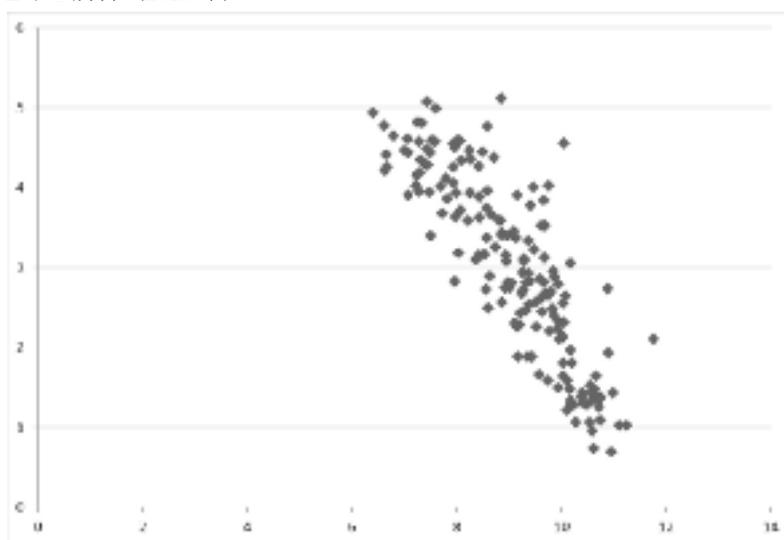
日本国民は、国家の名誉にかけ、全力をあげてこの崇高な理想と目的を達成することを誓ふ。とある。「全世界の国民が、ひとしく恐怖と欠乏から免かれ、平和のうちに生存する権利を有する」と言う以上、この基本理念を忘れてはならない。

高所得国の場合、所得上昇が人々を幸せにするかどうかは議論のあるところである。いわゆる「イースタリンの逆説」がよく知られている²。しかし、貧しい国にとって、経済成長（所得の上昇）は庶民の幸せにつながるのではなかろうか。Growth is good for the poor ということだ³。

「貧しい国」の決まった定義はないが、例えば世界銀行の 2015 財政年度の場合、2013 年の一人当たり名目 GNI で所得グループを分けている。1,045 ドル以下を低所得国、12,746 ドルまでを中所得国、それ以上を高所得国としている。中所得国をさらに 4,125 ドルで低位中所得国と高位中所得国に分けている。

まず初めに所得と乳幼児死亡率の関係を見てみよう。図 1 は 2013 年の 172 か国について縦軸に乳幼児死亡率を取り、横軸に購買力平価表示の所得を取って両者の関係を見たものである。このクロスカントリーの散布図は必ずしも因果関係を示すものではないが、以下のように統計的に有意なマイナスの相関がある。

図 1 乳幼児死亡率と所得（2013 年）



$$\ln(\text{乳幼児死亡率}) = 10.5173 - 0.8289 \ln(\text{一人当たり所得 PPP})$$
$$R^2=0.7194 \quad (t=-20.96)$$

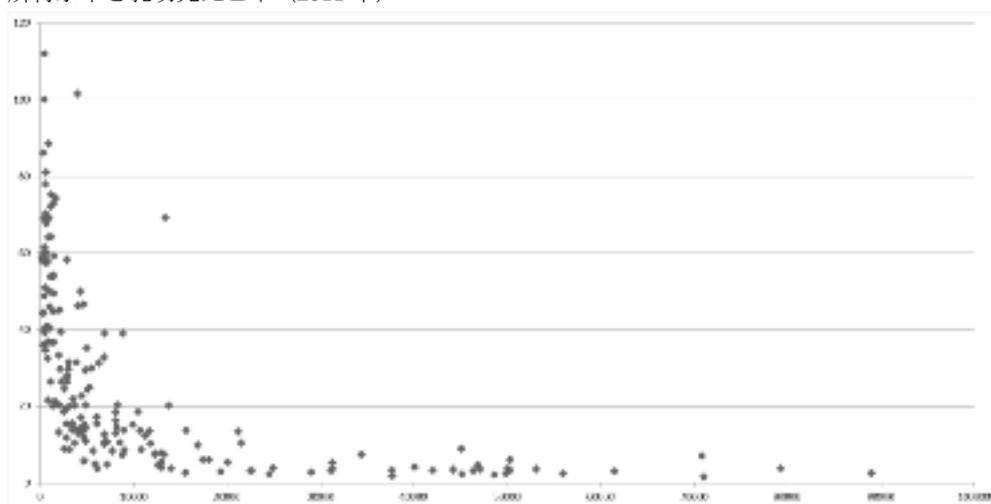
出所：世界銀行データベース
注：両軸とも自然対数値

² 例えば Easterlin (2001)参照。

³ Dollar and Kraay (2002)、Dollar, Kleineberg, and Kraay (2013)参照。

所得と乳幼児死亡率の関係は、名目の所得で見ても同じような関係が見られる。図2は、2011年の所得水準と乳幼児死亡率の関係を見たものである。高所得国になればあまりばらつきは見られないが、所得が1万ドルくらいまではきれいなマイナスの関係が見られる。現地調査対象国の具体的な数字が表2に掲げてある。シンガポールは日本より所得水準が高いので、1,000人当たりの乳幼児死亡率は2.2人と低い（ちなみに日本は2.3人）。2011年のカンボジアの所得は810ドルで乳幼児死亡率は32.5人、ガーナの所得は1,420ドルで乳幼児死亡率は54.2人、インドネシアは2,920ドルで26.4人である。スリランカは、所得水準はインドネシアよりやや低い、乳幼児死亡率は8.9人と低い。

図2 所得水準と乳幼児死亡率（2011年）



出所：世界銀行データベース
 注：所得水準は名目ドル
 乳幼児死亡率は1,000人あたり

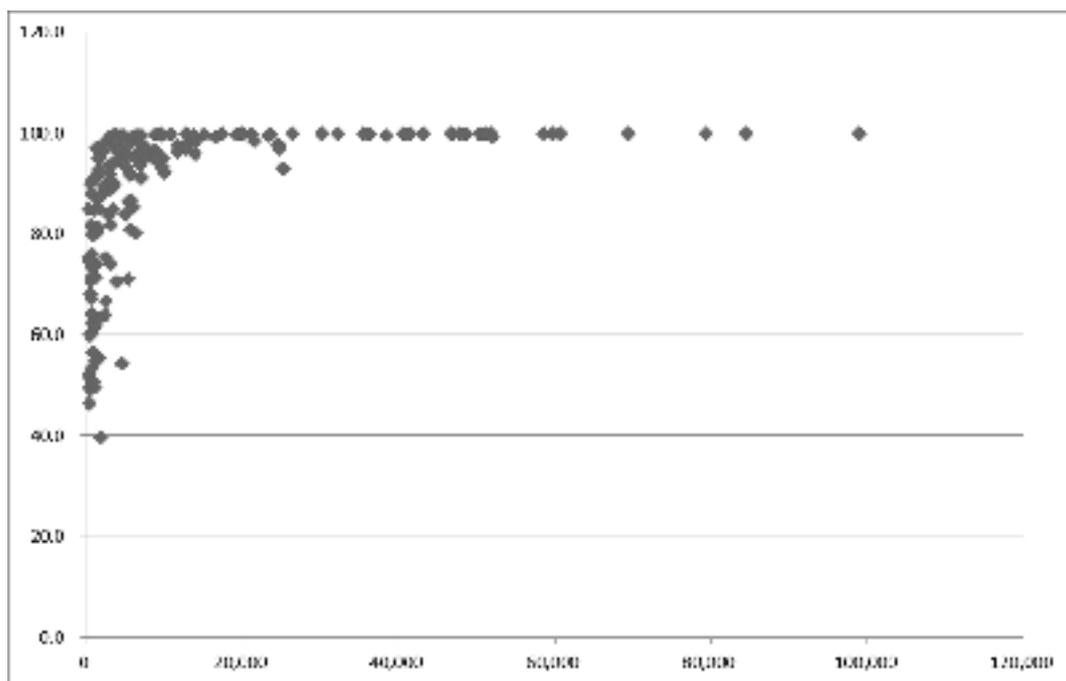
表2 所得水準と乳幼児死亡率（2011年）

| | 一人当たりGNI (ドル) | 乳幼児死亡率 (1000人あたり) |
|--------|------------------|----------------------|
| カンボジア | 810 | 32.5 |
| ガーナ | 1,420 | 54.2 |
| インドネシア | 2,920 | 26.4 |
| シンガポール | 48,630 | 2.2 |
| スリランカ | 2,580 | 8.9 |

出所：世界銀行データベース

次に安全な水へのアクセスを見よう。図3は、2012年の所得水準と安全な水へアクセス出来る人口割合を見たものである。高所得国になればあまりばらつきは見られないが、貧しい国では所得水準が上がるにしたがって安全な水にアクセスできる人口割合が増える。2012年にデータが取れる171か国中、パプアニューギニア、コンゴ民主共和国、モザンビーク、マダガスカル、モーリタニアは、安全な水へアクセス出来る人口割合は5割を切っている。先進国は当然100%である。

図3 所得水準と安全な水へのアクセス比率 (2012年)



出所：世界銀行データベース

注：所得水準は名目ドル

現地調査対象国の具体的な数字が表3に掲げてある。シンガポールは日本より所得水準が高いので、安全な水へアクセス出来る人口割合は100%である（日本も100%）。2012年のカンボジアの所得は880ドルで安全な水へアクセス出来る人口割合は71.3%、ガーナの所得は1,580ドルで87.2%、インドネシアは3,420ドルで84.9%である。スリランカは、所得水準はインドネシアよりやや低く2,910ドルだが、安全な水へアクセス出来る人口割合は93.8%と高い。

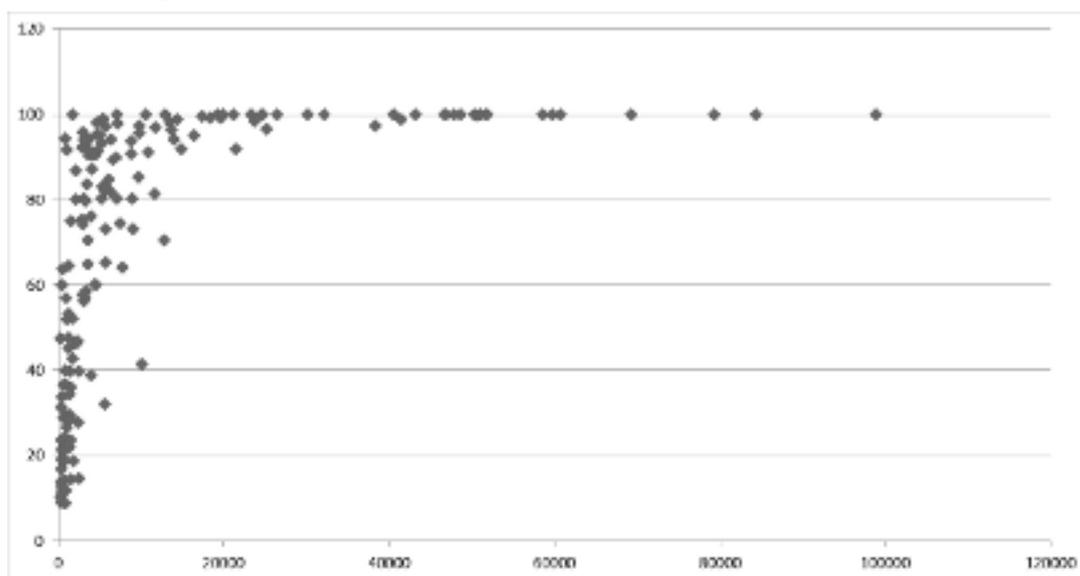
表3 所得水準と安全な水へのアクセス比率 (2012年)

| | 一人当たり GNI(ドル) | 安全な水への アクセス比率 (%) |
|--------|------------------|-------------------------|
| カンボジア | 880 | 71.3 |
| ガーナ | 1,580 | 87.2 |
| インドネシア | 3,420 | 84.9 |
| シンガポール | 51,090 | 100.0 |
| スリランカ | 2,910 | 93.8 |

出所：世界銀行データベース

次にトイレへのアクセスを見よう。図4は、2012年の所得水準とトイレへアクセス出来る人口割合を見たものである。安全な水へのアクセスの場合同様、高所得国になればあまりばらつきは見られないが、貧しい国では所得水準が上がるにしたがってトイレにアクセスできる人口割合が増える。2012年にデータが取れる168か国中、トイレにアクセスできる人口割合が3割を切る国が29か国あり、南スーダン、ニジェールは10%に満たない。

図4 所得水準とトイレへのアクセス比率（2012年）



出所：世界銀行データベース
注：所得水準は名目ドル

現地調査対象国の具体的数字が表4に掲げてある。シンガポールは日本より所得水準が高いので、トイレにアクセス出来る人口割合は100%である（日本も100%）。2012年のカンボジアの所得は880ドルでトイレにアクセス出来る人口割合は36.8%、ガーナの所得は1,580ドルで14.4%、所得が880ドルのカンボジアの36.8%より低い。インドネシアは3,420ドルで58.8%である。スリランカは、所得水準はインドネシアよりやや低く2,910ドルだが、トイレへアクセス出来る人口割合は92.3%と高い。

表4 所得水準とトイレへのアクセス比率（2012年）

| | 一人当たり GNI(ドル) | トイレへのア クセス比率(%) |
|--------|------------------|--------------------|
| カンボジア | 880 | 36.8 |
| ガーナ | 1,580 | 14.4 |
| インドネシア | 3,420 | 58.8 |
| シンガポール | 51,090 | 100.0 |
| スリランカ | 2,910 | 92.3 |

出所：世界銀行データベース

【参考文献】

Dollar, David, and Aart Kraay. "Growth is Good for the Poor." *Journal of Economic Growth*, Vol. 7, No. 3, September 2002.

Dollar, David, Tatjana Kleineberg, and Aart Kraay. "Growth Still is Good for the Poor." World Bank Policy Research Working Paper No. 6568, August 1, 2013.

Easterlin, Richard A. "Income and Happiness: Towards a Unified Theory." *Economic Journal*, Vol. 111, No. 473, July 2001.

3. 調査研究の実施概要

石川 薫

日本国際フォーラム専務理事／研究本部長

以上の問題提起に応えるべく、本研究会は、2014年5月から2015年3月まで5回の研究会合と3回の海外調査を実施した。

研究会合では、(1) 外交戦略としての「人間の安全保障」、(2) 「水と衛生」および「保健」分野における従来の日本のリーダーシップと政府の対外戦略、(3) 発展途上国における日本のODA戦略、(4) 「水と衛生」および「保健」分野における新規市場開拓の可能性、(5) 「水と衛生」におけるNPOを通じた重層的取り組み、をテーマにメンバーおよび外部有識者より報告が行われ、参加者間で議論を行った。

なお、本研究会では、外部有識者として以下の6名を招き、ヒアリングを行った(カッコ内はテーマ)。なお、同ヒアリングの内容については、事務局とりまとめのもと、第三章、第五章第二節、第六章に収録した。

伊藤 和久 特定非営利活動法人日本水フォーラムディレクター

近藤かおり 特定非営利活動法人日本水フォーラムマネージャー

(同団体の取り組みを通じた水と衛生分野のNPOの活動事例の紹介)

小田 兼利 株式会社日本ポリグル会長

(同社の取り組みを通じた水と衛生分野の企業の活動事例の紹介)

國井 修 グローバル・ファンド戦略・投資・効果局長

(グローバル・ファンドの活動を事例とした日本の世界的リーダーシップ)

小沼 士郎 内閣官房健康・医療戦略室企画官(日本政府の保健・医療戦略について)

藪中 愛子 日本貿易振興機構(JETRO) 途上国貿易開発部途上国貿易開発課

BOP 班課長代理

(水と衛生／保健分野におけるBOPビジネスの現状と課題について)

(五十音順)

次に、海外調査では、主査およびメンバーがインドネシア、カンボジア、シンガポール、スリランカ、ガーナに赴き、「水と衛生」におけるアジアの実態とアフリカの実態を調査した。その成果は、本報告書の第二章に収録されている。

本報告書は、本事業の成果をまとめたものであり、大別して、「論考」と「政策提言」から構成される。

「論考」部分には、上記研究会合および海外調査の成果をとりまとめた主査およびメンバーの論文が収録され、「政策提言」には、「論考」の内容を踏まえ、研究会メンバーが合意した日本外交への提言が、それぞれについての簡単な解説とともに列挙されている。本報告書が、「人間の安全保障」を前面にした日本の真の姿と心を世界に知らしめる外交戦略の遂行の一助となれば幸いである。

II. 論考

第1章 外交戦略としての「人間の安全保障」

1. 人の命を奪うもの

(1) 子供の敵：水と衛生

10年以上前、WHO ブルントランド事務局長はこう発表した。

「水と衛生による病気による世界的影響：毎年 340 万人の人が水に関する病気で命を失っており、そのほとんどは子供である。世界の最も貧しい人々を含む約 24 億人の人々が基本的衛生施設にアクセスできてない。11 億人の人々が改善された水供給にアクセスできていない。安全な水供給と衛生はよりよい健康、貧困撲滅および開発の基礎となるものである。¹（注：数字は 2002 年 8 月 28 日時点のもの）」

こうした実態を受けてミレニアム開発目標（MDGs）の第7目標である「清潔な水と基本的な衛生（トイレ）へのアクセスを有さない人口を半減させる」ための努力が重ねられてきた。その結果、地域によって大きなばらつきはあるものの清潔な水へのアクセスは改善が進み、現に子供たちの下痢による死亡はある程度の改善を見せた。しかしながら、2014年にいたっても世界の現状について UNICEF はこう述べている：「安全な飲料水や基礎的な衛生施設（トイレ）、手洗いなどの衛生習慣の欠如により、UNICEF は5歳未満の子ども 1,400 人が毎日下痢によって死亡していると推計しています。² また、頻繁な下痢のために子供の成育、教育にも悪影響が生じている。成果を上げてきた MDGs の中で、衛生施設へのアクセス改善は事実上目標を達成できない項目となっている。

子供は人間の安全保障の考え方において最も脆弱な範疇に入るが、今日の日本では5歳未満児死亡率が出生 1,000 人当たり 3 人であるためその命を救うことがいかに大きな挑戦であるかという感覚が国民の間で薄れている可能性もある。しかし、世界に目を転ずると、例えばシエラレオネでは出生 1,000 人当たり 185 人、ほぼ 5 人に 1 人の子供が 5 歳までに死亡している。ところがその命は本来守りうるものであり、世界で年間 58 万人の 5 歳未満の子どもたちの命を奪う下痢（5 歳未満児の死因の 9%）は家庭などでも予防できるはずの病気であると UNICEF は指摘している³。

本来予防できる病気で命を落とす、これは一部のサブサハラ・アフリカに限られる課題ではない。経済発展の著しい NEXT11 の雄インドネシアでも、毎月一回以上下痢にかかり、衛生施設へのアクセスは 52% と「低所得国レベルにとどまって」おり、「排泄は川や池」で行っている国民が多い⁴。WHO は世界で 10 億人が屋外排泄を行っている⁵と発表した。屋外排泄の結果、感染症、寄生虫が蔓延し、社会・経済発展に対する障害となる。例えば新興国の一角を狙うインドにおいても栄養不良で発達障害のある 5 歳未満児の数が減少していないが、その原因は食料不足というよりも不十分・不潔な衛生（トイレ）にあり、またインドで十分な

¹ <http://www.who.int/phe>

² http://www.unicef.or.jp/library/pres_bn2014/pres_14_07.html

³ 『LEVELS&TRENDS IN CHILD MORTALITY 2013』 <http://www.unicef.org/media/files>

⁴ 『平成 21 年度 社会課題解決型の官民連携プログラム支援事業実施報告書（別冊）BOP ビジネスに関する潜在ニーズ調査 インドネシア；衛生・栄養分野』2010 年 3 月、日本貿易振興機構（ジェトロ）

⁵ Millennium Development Goals (MDGs) Fact sheet N°290, Updated May 2014, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs290/en/#>

下水処理施設のある街はないため殆どの川が下水となっているからであると現地では報道されている⁶。

日本には「湯水のように使う」と言う表現があるほど水は豊かであるとの認識があり、また衛生に関しては江戸が排泄のリサイクルシステムを確立した世界でも稀な都市であったことから、幕末・明治維新の混乱期に流行したコレラ等を除くと水と衛生に関しての危機意識は必ずしも高くない。

こうした水と衛生についての彼我の認識ギャップを如実に示す例として、2004年、「国連水と衛生に関する諮問委員会」において橋本龍太郎委員長は次のように発言した。

「私は、第3回世界水フォーラムの時に行われた子どもフォーラムを通じて、『安全な水』について全く異なったイメージを持つ人々がいることを知りました。日本の子供たちは『安全』な水イコール『衛生的な水』というイメージを持っています。しかしながら、チャドやシエラレオネの子どもたちは、水を汲みに行くという行為そのものが安全を脅かすもの、すなわち、水は女性がレイプされるかもしれないという危険を冒して取りに行かなければならないもの、というイメージを持っています。更に、シエラレオネでは、1,800人規模の学校に女性用トイレが二つしかなく、そのうち一つは先生用のトイレであるという実例があり、こうした状況が周囲の環境汚染や女性の健康を阻害する要因となっています。また、学校に女性用のトイレがないために、学校に行けない女生徒もいるのです。ミレニアム開発目標の一つである『すべての児童が男女の区別なく初等教育課程を確実に終了できるようにする』ためには、学校のトイレ等の設備を改善、安心して学校に通うことができるようにすることも大切なことでしょう。」⁷

水汲みは多くの国で女性と女兒の仕事であるが、OAU・UNICEFによればサブサハラ・アフリカでは水汲みのため一日平均6時間歩いて3杯の水を汲む（水場まで片道1時間）という毎日を送っている。⁸

(2) 途上国の保健ニーズの多様化

より広い角度から途上国の国民が直面する健康の課題を見ると、解決すべき問題が多様化し、その実態は地域により異なってきている。同一国内でも都市と農村、所得階層等によってニーズが異なり、昨年来の西アフリカにおけるエボラ出血熱のアウトブレイクのような緊急課題も発生する。このため日本をはじめとする国際社会は保健分野での支援に積極的に取り組み、三大キラー（エイズ・結核・マラリア）、リプロダクティブ・ヘルス等でMDGsに一定の成果が見られてきた。しかし、「世界には男女ともに平均寿命がまだ55歳以下である国が9か国あり、すべてアフリカ・サブサハラ地域の国々で」とWHOは指摘している⁹。

他方で、経済発展に伴い非感染症の増大が新興国はもとよりその他の途上国でも観察されるようになり、世界の非感染症による死亡のうち4分の3に相当する2,800万人は低所得国および中所得国で生じている¹⁰。平均余命が伸びる半面、「公的な医療制度がほとんど機能していないために、途上国の貧困層は慢性疾患の予防も治療も受けることができず、多くの場合成人になってから発症する糖尿病、ガンその他の慢性疾患によって死亡するか、その後遺症に苦しんでいる。・・・貧困と不適切な医療体制が作り出す問題をさらに深

⁶ news report from New Delhi Television Limited (NDTV) dated July 15, 2014

<http://www.ndtv.com/article/india/poor-sanitation-in-india-may-afflict-well-fed-children-with-malnutrition-558673>

⁷ 国連水と衛生に関する諮問委員会・第一回会合（2004年7月22～23日）於国連本部における橋本龍太郎委員長挨拶より抜粋

⁸ OAU and UNICEF, "Africa's Children, Africa's Future," Dakar, 1992

⁹ WHO 2014年版「世界保健統計」http://www.who.int/kobe_centre/mediacentre/whs_2014/ja/

¹⁰ WHO News release, 19 January 2015

<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/noncommunicable-diseases/en/>

刻にしている。」¹¹と指摘され、また急速に進む都市化に伴い「10億人近くの人々はスラム街に住み、・・・途上国では都市人口の3人に1人はスラム街に住んでいる」¹²。スラム街においては公衆衛生をはじめとする都市インフラは未整備であるか存在していない。

同時に途上国の都市部には富裕層が生まれており、一人当たり所得が日本（2013年46,330米ドル）より多いシンガポール（54,040米ドル）¹³は言うに及ばず、ASEAN諸国等の都市部の一人当たり所得はクアラルンプール（12,365米ドル）、バンコク（9,095米ドル）、ジャカルタ（7,636米ドル）、台北（48,400米ドル）等の水準に達している¹⁴。同階層においては予防医学への関心も生まれているが、そのサービス提供は民間中心である。ここで保健について民間が行うべきか政府が担うべきかについて考察すれば、保健部門への投資のリターンは高いので民間が行うべきとの議論がある。保健への投資収益を数字で表すには、今日の医療水準を享受できればかからずに済む病気になった場合に働けなくなり、そして得られなくなる所得、および死亡した場合の金銭表示については、生命保険からおおむね推計しうる。投資収益が高いことから、それは民間が行うべきことではないか、政府が関与する必要のあるのかとの議論が生じるが、疾病と所得水準の観点から整理すれば、第一に所得水準が低い層・地域ではエイズ、マラリアや日和見感染を含む結核が蔓延しやすいので外部効果を生じ、個人のみならず社会の問題となる。ここに保健に政府が関与すべき根拠がある。次いで、当該社会において所得が上がるにつれて外部効果を持った疾病は減少していき、**transition point**を過ぎた段階で医療は**public goods**から**private goods**に移行する。疾病と所得に関してはこの**etiological transition**が指摘されている。第三に、しかしながら所得が上昇した後の社会にあってもいつ病気になるかわからないギャンブル性があるので、国民のため**risk pooling**のシステムを作ることが必要となり、そのコストを考えると民間では高すぎるので政府が作るというのが国民皆保険という考え方につながっている。

人間らしく受胎し、生まれ、愛情のある家庭で育ち¹⁵、教育を受け¹⁶、ディーセントな仕事に就き¹⁷、年老いて、亡くなることを人間の安全保障の基本的な要素と捉えた場合、その過程で**sudden downturn**に直面した時に個々人がどのように**fear and want**を乗り越えて生きながらえるかが課題となる。平時であればその基盤は良い統治にあり、それが不足ないし欠落する場合には個人の強靱性と内外コミュニティーの連帯が柱となりうる。その中で保健は教育およびジェンダーと並び重要なエレメントであり、一義的には国による保健分野のシステム構築、人材育成、保健サービスの提供、国民への基礎知識の普及等が必要である。しかし現実においては数多の開発ニーズを前にしてすべてに予算と人的資源を投入できる国は限られており、ここに国際的連帯の必要性が生じるとともに、途上国のニーズが多様化していることもあり官民の役割分担ないし連携が効果的となるケースにつき研究する必要も生じてきている。

¹¹ 「グローバル化する非感染性疾患—なぜ途上国で慢性疾患が広がりを見せているか」、トマス・J・ボリキー、Foreign Affairs Report, 2012年5月号 <http://www.foreignaffairsj.co.jp/essay/201205/Bollyky.htm>

¹² 国連広報センター

http://www.unic.or.jp/activities/economic_social_development/social_development/human_settlements/

¹³ World Bank Open Data <http://data.worldbank.org/frontpage>

¹⁴ 'Asian Green City Index', the Economist Intelligence Unit

<http://www.economistsights.com/sites/default/files/downloads/Asian%20GCI%20FINAL.pdf>

¹⁵ 児童の権利条約前文

¹⁶ 日本国憲法 26 条

¹⁷ 「ディーセント・ワーク」、ILO <http://www.ilo.org/tokyo/about-ilo/decent-work/lang--ja/index.htm>

2. 日本のリーダーシップ

(1) ODA 大綱と人間の安全保障

戦争賠償という起源を持つ日本の ODA¹⁸は開始以来 60 年余の間に ASEAN 諸国等の経済発展に大きく寄与する結果を出してきた。欧州の ODA が植民地経営の延長にあるためとかく理念先行型の上から目線に陥りがちであるのに対して、日本の ODA の最大の特徴は水平目線と現場主義である。ODA 大綱においても「開発途上国と協働する対等なパートナーとして」と明記されている。また人間の安全保障を日本の ODA の「根本にある指導理念である」と位置づけ、「一人ひとりが幸福と尊厳をもって生存する権利を追求する」理念であるとし、「保健医療」、「安全な水・衛生」を重点課題と明記している。¹⁹

これまでも日本は保健分野で世界的リーダーシップを発揮し、例えば世界の三大キラーであるエイズ・結核・マラリアに対しては日本の沖縄感染症イニシアティブ（2000 年の九州沖縄サミットで提唱）から世界基金の創設をリードした²⁰。世界保健機構（WHO）は同基金創設に難色を示したが、エイズの蔓延、それに伴う結核等の日和見感染などによりサブサハラ・アフリカ等で平均余命が縮小している現実を前にして日本が先頭に立ち、WHO の諸活動を評価しつつも三大キラーに資源を集中することにより治療、予防、死者減少といった具体的成果を早急に出すことの重要性を国際世論に訴え、これにコフィ・アナン国連事務総長、ブッシュ米国大統領等が賛同して、沖縄サミットからわずか 1 年半後の 2002 年 1 月に発足した。同基金は「政府組織や国際機関のみならず、民間財団や民間企業、NGO や感染者代表が関与する官民のパートナーシップに基づいて運営され、支援を実施している」²¹ことを大きな特色としている。

また、日本は三大キラーの陰に隠れがちなオンコセルカやシャーガス病等のいわゆる *neglected diseases* に対しても JICA が地道な撲滅活動を実践して西部アフリカやグアテマラ、ホンジュラス等の中米諸国で宿主のサンガメの駆除と疾病激減という結果を出してきた。こうした個別具体的な疾病に対する活動を通じた現場からの途上国側の人材育成を積み重ねていくことは、当該国の保健分野の層を厚くし、結果として保健のシステムづくりに貢献している。この具体的な疾病が当該国のエンパワメントを実現していくことは世界基金の活動を通じても顕れている（第 3 章参照）。

こうした一連の日本のリーダーシップの特徴は、50 年にわたる「経済開発」支援の中で、受益国の社会的発展にも重点を置いていることである。それは「人は石垣、人は城」との言葉にも示されるように、人づくりこそが国造りにつながるとの考え方に拠っており、さらに遡れば現地住民への信頼がある。TICAD 立ち上げ当時に日本は *charity* ではなく *solidarity* を実践するとしたゆえんである。社会的発展と人材育成は表裏一体であり、例えば保健分野では単なる研究、治療や予防でなく、そうした活動に従事する受益国の人材育成という技術移転を伴った支援を実施してきている。なおこの点は、えてしてドナー側が何から何までやってしまう一部欧州や中国の支援と大きく異なる点である。

(2) 日本が世界をリードする水と衛生、しかし課題が残る衛生

このような支援を進める中で、水と衛生に関しても日本は国際的なイニシアティブを発揮してきた。例えば 2004 年には国連の「水と衛生に関する諮問委員会」の創設にかかわるとともに橋本龍太郎元首相が議長に就任、2006 年に「橋本行動計画」の取りまとめをリードした。同計画の中で、国際社会が衛生への関心

¹⁸ 昭和 30 年（1955 年）に外務省賠償部が創設された。

¹⁹ 「開発協力大綱について」、平成 27 年 2 月 10 日、閣議決定

²⁰ 'The Global Fund'、グローバル・ファンド日本委員会 <http://fgfj.jcie.or.jp/global-fund>

²¹ 外務省資料 http://www.mofa-irc.go.jp/link/kikan_gfatm.html

を持つために、2008年を「国際衛生年」とすることを提言し、2006年12月国連総会で採択された。同年中、それまで「水」に隠れがちであった「衛生」への関心を高める活動が日本国内でも行われた。さらに2008年の北海道洞爺湖サミットでは、各国政府に対して衛生へのアクセスを優先課題とするように呼びかけることに合意した。

水と衛生に関して日本は1990年代から世界のトップドナーであり、「近年は平均約25億ドル、ODA全体の15%近くの支援を行い」²²、都市部の水インフラ、村落部での維持管理可能な井戸などの給水施設供与等を実施してきている。衛生についてもサクセス・ストーリーはある。例えば「1997年、ザンビアの首都ルサカ市で、最もコレラ発生率の高い地域に、公共の水洗トイレ・シャワーを設置しました。これにより、かつてゴミ捨て場だった場所が、地元の『KOSHU（公衆）』という名前で現地の方々に親しまれる場所になりました。そして、この地区のコレラ感染は2004年にはわずか1件にまで激減しました。」と岸田外相が日本記者クラブで紹介した（2014年4月4日）。²³

と同時に日本政府も「今なお全世界で7.48億人、サブサハラ・アフリカでは3.25億もの人々が（安全な飲料水に）アクセスできていません。また、（イ）改良された衛生施設（トイレ）にアクセスできない人口割合の半減目標は、2015年までには達成困難な状況であり、全世界で25億人、サブサハラ・アフリカでは6.44億もの人々がアクセスできていません。」²⁴と認識している。現にTICAD V（2013年）においてもSHIAWASE AFRICA²⁵（Sustainable Hygiene Improvement and Access to Water and Sanitation, Empower Africa!）を打ち出し、「今後5年間で、（ア）新たに約1,000万人に対する安全な飲料水や基礎的な衛生施設へのアクセスの確保、（イ）1,750人の水道技術者の人材育成」を発表した。

しかし、このような努力にもかかわらず「水と衛生」という中で「衛生」についてはなかなか具体的進展が見られない。例えばTICAD Vに関する外務省とNGOの対話において外務省関係者は上記SHIAWASE AFRICAに関し、「水に関しては様々な支援策を行っているが、衛生については画期的な具体策が見つかっていないので、NGOと是非相談していこうということになっている。」旨述べたとNGO側の議事録²⁶が公表されている。

また国連では2013年11月9日を「世界トイレの日」と定めて人々の関心を高め問題解決を加速しようとしたが、このことは衛生の普及が進まないことの裏返しでもあった。

衛生の普及が進まない背景には、衛生（トイレ）についてタブーがあり話題にしないこと²⁷、現地住民が屋外排泄の習慣から認識を変えない²⁸場合もあること、かつては人間の数と自然のバランスが取れていたために河川等での排泄に対しても自然の洗浄力が働いたが今日ではそのバランスが崩れて汚染する一方であることを認識しないこと、さらに途上国で下水施設が作られたとしても、下水道のない多くの人は農村部または都市のスラムに居住しており下水が貧困家庭に接続されることは想定されにくいこと、ドナー側も「清

²² 「城内外務副大臣の国連水と衛生に関する諮問委員会第23回会合、水循環・水と災害特別セッションにおけるスピーチ」、平成26年10月31日、http://www.mofa.go.jp/mofaj/ic/gic/page3_000986.html

²³ 岸田外務大臣 ODA 政策スピーチ「進化する ODA ～世界と日本の未来のために～」、2014年4月4日 http://www.mofa.go.jp/mofaj/ic/ap_m/page3_000726.html

²⁴ 脚注22に同じ

²⁵ SHIAWASE AFRICA イニシアティブ：「水と衛生施設へのアクセスと持続的な衛生行動改善は、アフリカを強くする！：Sustainable Hygiene Improvement and Access to Water and Sanitation Empower Africa！」

²⁶ 「2013年7月16日、第5回TICAD Vに関するNGO・外務省対話」ticad-v-cs.jimdo.com/app/download/.../第5回対話+2013-07-16.pdf?t

²⁷ Le Monde Diplomatique 2010年1月号 <http://www.diplo.jp/articles10/1001.html>

²⁸ 本報告書第2章第3節の農村開発庁メン長官発言（34ページ）参照

潔な水」の緊急性に鑑み優先順位を上水に与えてきたこと、などがあげられる。ここには ODA 共通のジレンマとも言うべき国際社会と受益国の認識と優先順位のギャップも見え隠れしている。排泄はトイレで行うものという「常識」に対する屋外で行うものという「常識」、トイレは清潔たりうるし清潔に保たねばならないとの「先進国標準」と、トイレは不潔な所だし掃除はしない²⁹という多くの途上国の現状が、一連の途上国も賛成した国連決議にもかかわらず払拭しきれていないと推測される。しかし、MDGs で目標を達成できていない、そして子供たちを死なないで済むべき疾病で殺し続けているのが衛生へのアクセスがないことであるとの厳然たる事実が存在する。

こうしたことから、人間の安全保障ならびに保健および水と衛生を ODA の重点課題であると ODA 大綱で位置づけている日本が、日本の ODA 及び国際場裏において、衛生に高い優先事項を与えるべしとの地道なかつ具体的な行動をあらためてとることが期待される。途上国においてもガーナの例に見られるように大統領が率先して衛生についての国民運動を展開し始めた例もある（第2章参照）。日本の ODA もベトナムやインド等で下水施設について大きく動き始めている例もある。また、国連が決議した「世界トイレの日（毎年11月9日）」はシンガポールのジャック・シムによる「WTO-World Toilet Organization³⁰」の活動が実ったものである。こうしたモメンタムを助長し、各ドナー国関係者、途上国政府、ドナー側 NGO、現地コミュニティ、さらには民間企業を含むステークホルダーが行動すれば、タブーを超えた健康な社会が実現することとなるが、その際極めて重要なことはいわゆる the last one mile すなわち戸別の一軒一軒の世帯に下水管が接続されるのか、あるいは多額のインフラ投資を要しないエコトイレが設置されるのか、特に農村部や都市のスラムが取り残されないようにするには何が必要なのか、何をすべきなのかと言う点である。そしてそれを実現するにはコミュニティとともに考える、How can we help? というアプローチが肝要となる（第6章参照）。

コミュニティの参画こそが成果を出す例として、例えば結核予防会結核研究所の石川信克所長はこう語っている：「コリグラム村の『うんこ通り』という面白い話があります。この村では便所がなく、みんなが村の中の川端に来てうんちをする。私はそこを横切らないと移動できないので大変でした。ものすごい蠅で、ご飯を食べる時はもう蠅がわーっと私の手にたかってくる。その村では、いくら健康教育をしても効果が上がりませんでした。それで私はこの村で仕事をするのを止めました。しばらくして私はこの村を再び訪ねました。するとこの村の川辺にうんこが全然なかったのです。そして、家々に便所がついていたのです。どうしたのかと村に入ってみると村には前になかった小屋があって、そこにコミュニティセンターができていました。そこでみんながワーワーしゃべっている。『何をしているの』ときくと中で皆が、『我々は村の問題を話し合っている』と。」³¹

3. ビジネスを通じた人間の安全保障推進

(1) 縮小から停滞する ODA 予算

1955 年のバンドン会議に参加することによって国際社会復帰の礎をようやく築き、爾来営々と特にアジ

²⁹ 「『世界トイレの日』を機に、トイレについて真剣に考えよう」、杉下恒夫
<http://www.jica.go.jp/aboutoda/odajournalist/2013/314.html>

³⁰ <http://worldtoilet.org/>

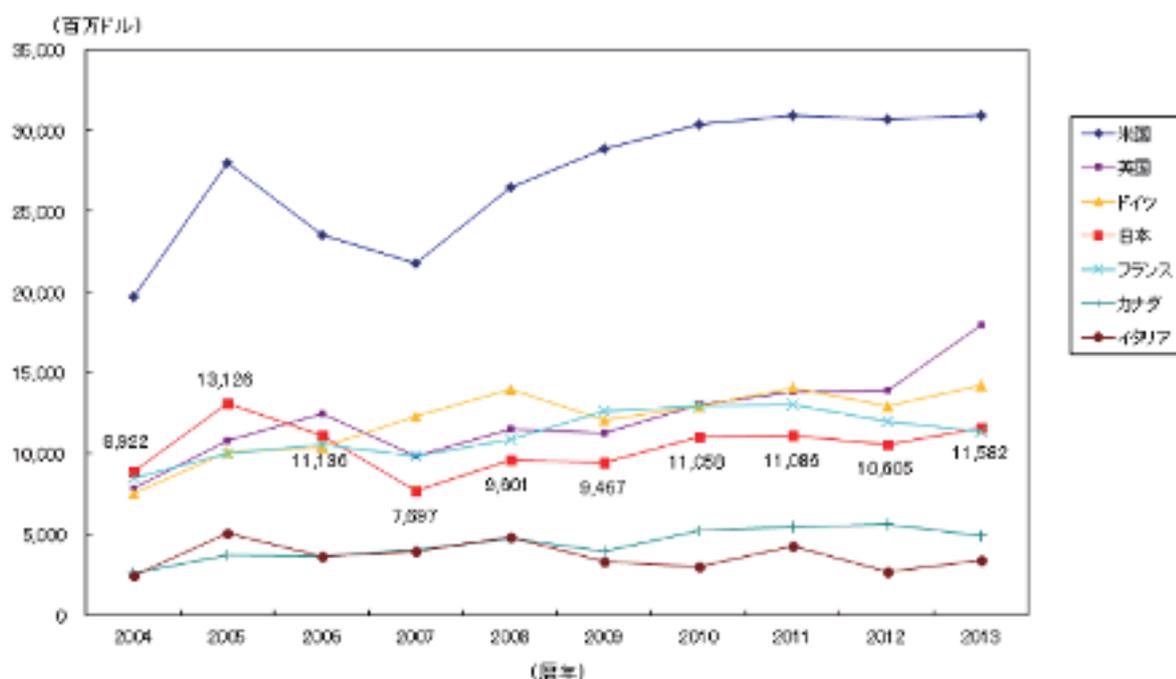
³¹ 日本—バングラデシュ国交樹立 40 周年記念インタビュー 絆がつなぐバングラデシュ結核対策の歴史— Go to the people（人々のもとへ）— 2012 年 7 月 19 日

<http://www.jica.go.jp/bangladesh/office/information/event/120719.html>

ア・アフリカ諸国等との関係で開発支援を大きな柱としてきた日本は、1990年代には世界をリードする ODA 予算を組んでいた。しかし ODA 予算は 2000 年代に入って削減され、1990 年代には“aid fatigue”を標榜してアフリカ等の旧植民地への開発支援を大幅に削減していた欧州諸国の後塵を拝するに至った。

こうした客観情勢の中であって、2014 年 12 月の外務省による世論調査では、2014 年が ODA の 60 周年ということを知らないと回答した人が 61.3%にのぼった³²。その 5 年前の 2009 年の世論調査³³では ODA をこれからも積極的に進めるべきかとの問いに対して、積極的に進めるべきだと回答は 25.3%、現在と同程度で良い 43.2%、減らすべきだ 16.5%、辞めるべきだ 2.2%であり、また、ODA 予算が 1997 年をピークに 11 年間で 4 割削減されていることについて知っていたのは 19.7%、知らなかったは 73.1%であった。こうした数字は、ODA についての国民の関心が高くないこと、また積極的に支持しているわけではないことを示唆している。第二次安倍政権のもと ODA 予算は若干の増加を見たが、ODA 大綱が掲げる理念をすべて税金のみで実現できる規模ではなく、世論を客観的に判断すれば今後大幅な増額は見込みにくい。

図 1-1 主要援助国の ODA 実績の推移（支出純額ベース）



出所：外務省ホームページ (<http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/ODA/shiryo/jisseki.html>)

そうした中で ASEAN 諸国の貧困からの脱却の経緯を振り返った場合、ODA で築いたインフラや人材育成、政策支援等に加えてその上に、特にプラザ合意以降の日本からの直接投資等のビジネスが果たした役割は極めて大きかったことが想起される³⁴。これまで保健分野における日本の「海外進出」は ODA による支援が中心であり、病院・研究所に関しても中日友好病院（北京）³⁵、野口記念医学研究所（ガーナ）³⁶等の

³² 「平成 26 年度 第 2 回外交に関する国内世論調査」、外務省

³³ http://www.mofa.go.jp/mofaj/press/pr/chosa/yoron/chosa_oda.html

³⁴ 'External Factors for Asian Development', Kohama, Institute of Southeast Asian Studies, Singapore, 2004,

³⁵ http://www.jica.go.jp/60th/asia/chi_02.html

なお、2015 年 2 月 16 日報道によれば中国側は「友好」の文字を略称から外すとの通達を出した。「略称から「友好」消える 日本援助の北京の病院」、2015 年 2 月 16 日朝日新聞電子版

実績を有するが、例えば医療機器メーカーの輸出や病院の進出は限られた事例にとどまってきた。

このように考えた場合、ODA 予算を使わないで保健関連の人間の安全保障実現を目指すマージンないし可能性があるのでないかという考察を行う意義が浮上する。

その一つの具体的方法は、受益者自らの意思と労働で保健を改善する方法であり、古くはケニアにおける乳幼児死亡率の減少実現と家族計画への理解増進に資した故岸田袈裟氏による「遠野地方の竈」の普及が想起される。屋外の地面の三つの石に鍋を置いて火を炊くアフリカの伝統的調理法（三つ石竈）が、非衛生的であるほか、膨大な時間を要する薪拾い、立ったまま腰をかがめて料理することによる肉体への負担等の問題があることを見て、岸田氏は故郷遠野の竈の作り方を女性農民に伝授した。その結果、西ケニアをはじめとして短時間で遠野の竈が広まったが、材料が泥と水のみであることと自分たちで作ることから経費はゼロ、また熱効率が3倍のため必要とする薪は3分の1に減り女性農民が他に使える時間ができ、何よりも常時お湯があるため乳幼児死亡率が激減した。同時に岸田氏は藁から草履を創ることを教えたうえで用便時には草鞋を履くことを教えたため足の傷からの感染症も激減した³⁷。

第二の方法は、受益者が対価を支払って保健に資するものを購入することである。購入する行為は購入者がそのものの価値を認識して入手するため持続する。例えば、無償供与された子供用の蚊帳は父親によって魚漁に使われるケースが多いが、自ら購入した蚊帳は本来の用途で用いられる。また、バングラデシュのある地方で結核治療に成果を上げていた現地団体 Brother to All Men (BAM) の責任者は日本人医師（結核予防会結核研究所石川信克所長）にこう語ったとの記録がある：

『患者の治療完了率は何割ぐらいか』と聞くと、『9割ぐらい』と。ダッカの結核中央センターでは9割が脱落、1割しか完了しない。『そんな高い治療完了をどうしてできるの?』と聞くと、『モチベーションする』。『どうやってモチベーションをするの?』と聞くと、『金をとる』というのです。それで『えー!? 貧しい結核患者から、金取るの?』と言うと『ドクター、どんなに貧しくても人はただでもらったものは大切にしませんよ』と言ったのです。³⁸

第三の方法は、例えば世界食糧計画 WFP の food for work のように受益者側は自らの労働の対価で食料を得るとともに農地開墾等の結果も残り、ドナー側のコストは削減される方法である³⁹。

右三点に共通するのは受益者の積極的参加に依拠していることである。

(2) ODA と企業、自治体との連携

このように ODA 国家予算を使わない、あるいは ODA 予算を節約しつつ保健分野での人間の安全保障を実現する方法をドナー側の角度から考察する場合には、援助機関と企業や地方自治体との連携、さらには途上国に生まれてきている富裕層を対象とした病院ビジネス等が考えられる。また貧困層をビジネスの対象と捉える BOP (Base of Economic Pyramid) ビジネスについても今一度考察することが有意義である。

こうした諸点に関しては、本研究報告第2章以下に詳述されるが、その背景として指摘すべきは、第一に

<http://www.asahi.com/articles/ASH2J51YRH2JUHBI01P.html>

³⁶ http://www.jica.go.jp/60th/africa/gha_01.html

³⁷ <http://info.yomiuri.co.jp/yri/k-prize/kp2007.htm>、

http://www.city.tono.iwate.jp/index.cfm/1,19669,c,html/19669/TonoCity_111024-Press0300.pdf

³⁸ 日本—バングラデシュ国交樹立40周年記念インタビュー 絆がつなぐバングラデシュ結核対策の歴史— Go to the people (人々のもとへ) — 2012年7月19日

<http://www.jica.go.jp/bangladesh/office/information/event/120719.html>

³⁹ <http://www.wfp.org/food-assets>

上述した保健ニーズの多様化であり、第二に ODA は charity ではなく相手を信頼して行う solidarity であるという日本的発想、第三に ODA およびビジネスはともに「options を提示する」という性格を有することである。「options の提示」および、提示された「options」の取捨選択は受益者ないし消費者側のオーナーシップを前提としない限り成立しない。特に ODA の実施に当たり、いわゆる先進工業国のライフスタイルないし価値観が途上国ないし受益者個々人のライフスタイルないし価値観より優れているという発想を前提としていては持続可能なものとはならないし、また「魚をもらうのではなく、魚の釣り方を習う」という諺がアフリカにあることも肝に銘じる必要がある。

貧困層にこのことが該当するかは議論が分かれるとも考えられるが、グラミン銀行等の成功を見れば貧困層にもオーナーシップはあると考えるのが妥当である。少額融資を受けたバングラデシュの女性農民が「融資を受けるために自分の名前の書き方を習った。初めて自分の名前を書いた時に、初めて自分が自分であると認識した。」と NHK の番組⁴⁰で述べていたことが多くを物語っている。

日本メーカー住友化学⁴¹による殺虫剤を織り込んだ蚊帳の発明と普及はマラリアの減少に多大の貢献をしてきている。これは 2001 年に WHO から世界で初めて長期残効型蚊帳としての効果が認められ使用が奨励されたこと、その発明時期と世界基金創設の時期がたまたま重なったことも一つの背景として世界基金による当初の数千万張単位の大量買い上げ、メーカー側が早期に（2003 年）知財をタンザニアの現地企業に無償提供して現地生産するとともに合弁工場も立ち上げ普及の速度を上げたこと、その工場建設に国際協力銀行が融資を行ったこと、現地政府が税制等で支援したこと等、関係者の熱意と連携が成功した好例である。

（石川 薫 日本国際フォーラム専務理事／研究本部長）

⁴⁰ 「未来への教室」2001 年 4 月 21 日、4 月 28 日、NHK

⁴¹ <http://www.sumitomo-chem.co.jp/csr/olysetnet/initiative.html>、
http://www.sumitomo-chem.co.jp/csr/report/docs/csr_report2008.pdf
http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/kansen/kikin/kikin_06.html

第2章 水と衛生におけるアジアとアフリカの実態と日本の関与・実績

第1節 アジアの実態

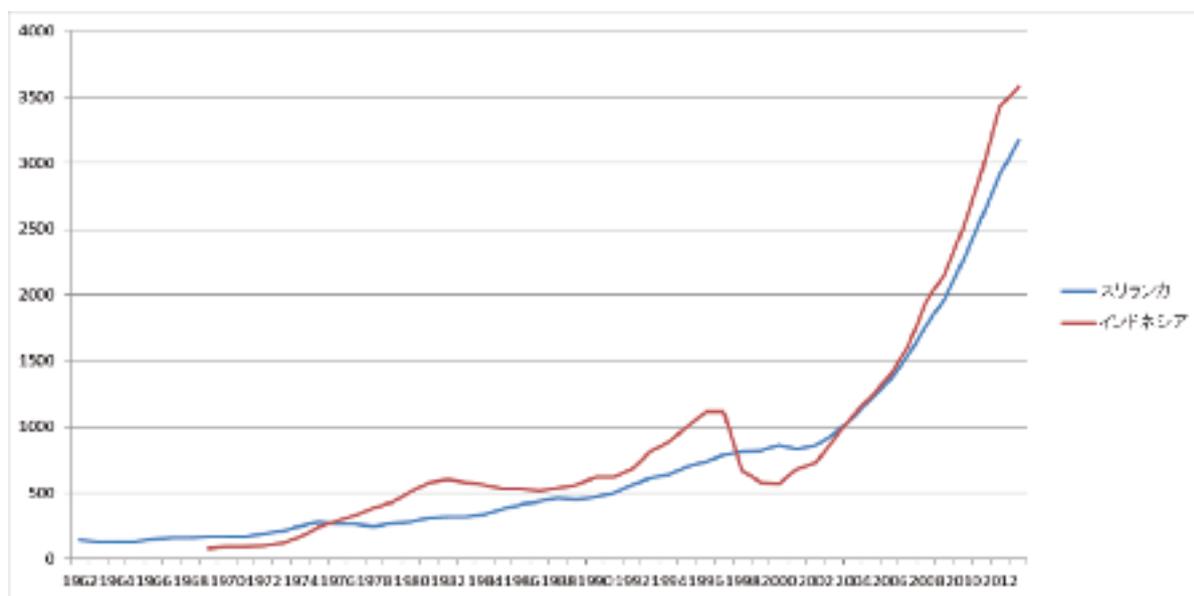
1. インドネシアとスリランカ

インドネシアとスリランカは国の大きさは違うものの所得水準はかなり近い。スリランカは北海道より少し小さい島国で人口は2,000万人くらいだ。これに対しインドネシアの人口は日本の2倍、2億5,000万人くらい。

2013年の所得水準はスリランカの3,170ドルに対してインドネシアは3,580ドル。世界銀行の所得グループ（2015年財政年度）で言えば、2013年の所得水準が1,045ドルから4,125ドルの国を低位中所得国としているので、インドネシアもスリランカもそのグループに入る（<http://data.worldbank.org/about/country-and-lending-groups>）。

図2-1は、インドネシアとスリランカの所得水準の推移を長期的に見たものである。年によって上下するが両国の所得水準はかなり近いと言えるだろう。名目の所得水準が経済発展の水準を示す理想的な指標とは言えないが、経済発展水準を概観するには便利な指標だ。

図2-1 インドネシアとスリランカの所得水準



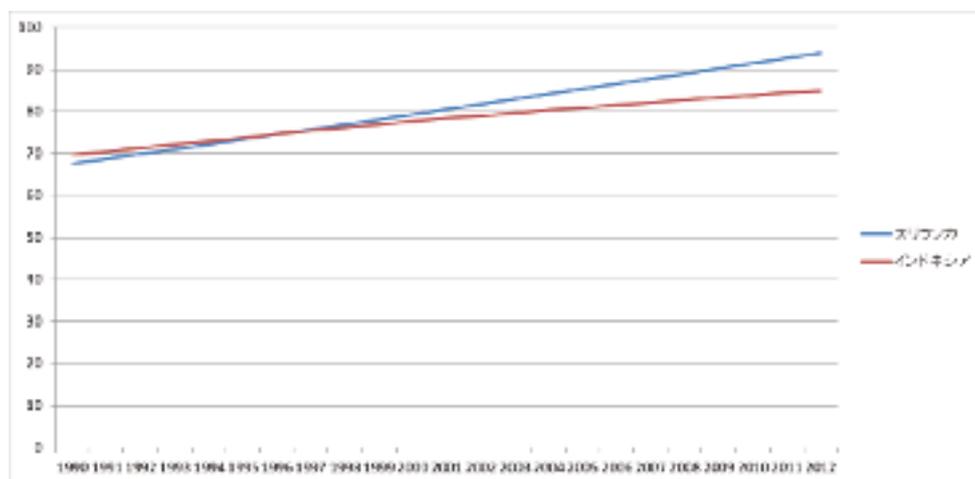
出所：世界銀行データベース

注：GNI per capita, Atlas method (current USD)

インドネシアとスリランカの経済発展水準がほぼ同じであることを前提に、水やトイレといった人間の安全保障に関わる社会開発指標を比べてみよう。図2-2は、安全な水にアクセスできる人口の割合を比較したものである。世界銀行のデータでは1990年から2012年までのデータしか取れない。1990年代、安全な

水にアクセスできる人口割合は両国とも大差なかったが、今世紀に入ってスリランカのパフォーマンスが上回っている。2012 年で比べると、スリランカの安全な水にアクセスできる人口割合は 93.8%に対し、インドネシア 84.9%である。

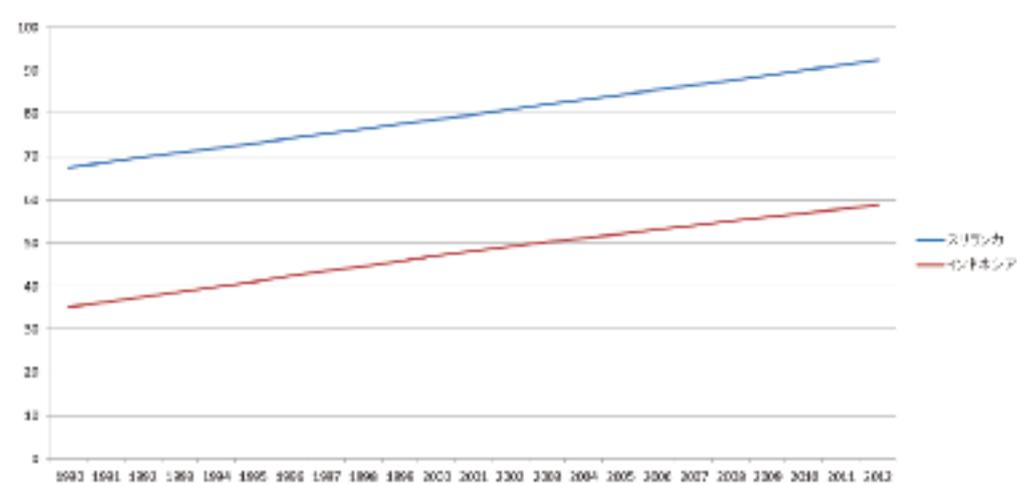
図 2-2 安全な水にアクセスできる人口の割合 (%)



出所：世界銀行データベース

次にトイレへのアクセスを比較してみよう。図 2-3 は、トイレにアクセスできる人口の割合を比較したものである。トイレについても世界銀行のデータでは 1990 年から 2012 年までのデータしか取れない。安全な水の場合以上にインドネシアとスリランカの差は大きい。1990 年で比較するとスリランカでは人口の 3分の2 がトイレにアクセス出来ていたのに、インドネシアでは 3分の1 程度であった。2002 年にスリランカでは 8割を超えたが、インドネシアは 5割であった。2012 年で見ると、スリランカでは人口の 92.3%がトイレにアクセス出来ていたのに対し、インドネシアでは 58.8%であった。

図 2-3 トイレにアクセスできる人口の割合 (%)



出所：世界銀行データベース

1983年に始まったスリランカの長い内戦が終結したのが2009年5月であることを考えると、安全な水へのアクセス、トイレへのアクセスに関しては、スリランカのパフォーマンスはインドネシアよりかなりいいと考えることが出来る。

社会開発を進めるには官民挙げての努力が必要であり、国際機関の支援も活用すべきだろう。現地調査で訪問出来た水やトイレに関係するNGOは、スリランカ1か所、インドネシアとも2か所であった⁴²。世界銀行はインドネシアでVillage-run enterprises improve the delivery of water-services in Indonesiaという水とトイレに関する支援を始めている (http://www.worldbank.org/en/news/feature/2015/03/20/village-run-en...elivery-of-water-services-in-indonesia?cid=ISG_E_WBWeeklyUpdate_NL)。

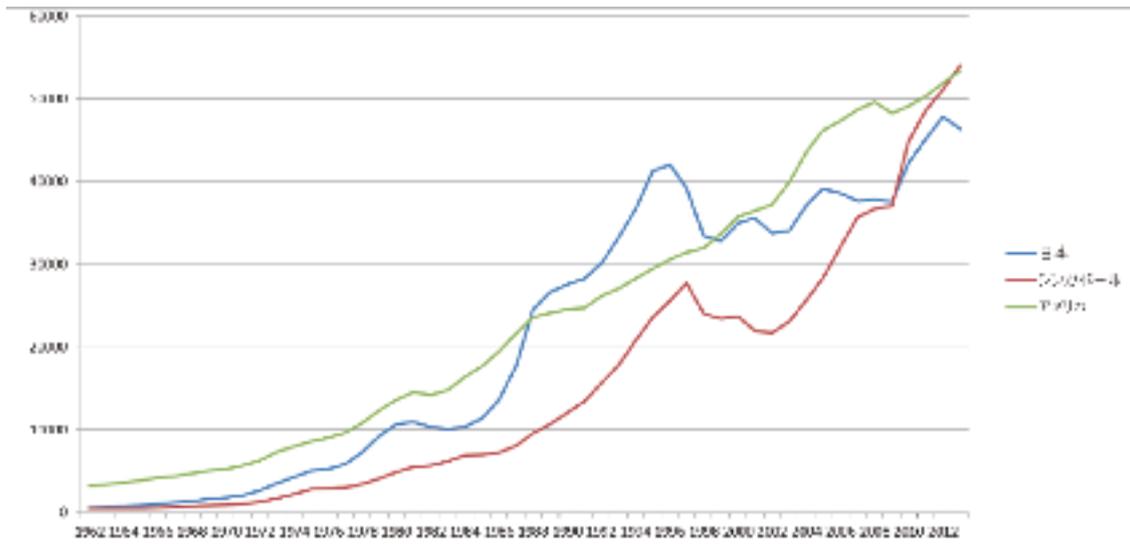
スリランカでもインドネシアでも政府はそれなりに水やトイレといった社会開発の計画を持っており、しかるべく予算措置を採っている。それにも拘わらず、パフォーマンスがこれだけ違うのは「開発哲学」の差に拠るのだろうか。初めに述べたように、Growth is good for the poor. だから、長期的に経済成長を持続すれば、水やトイレの状況が改善していくことは間違いない。

2. シンガポール

シンガポールは所得水準だけを見れば先進国であり、現時点の安全な水やトイレについてスリランカやインドネシアと同列に論ずることは無意味である。

シンガポール、日本、アメリカの所得水準（名目ドル）の推移が図2-4に示されている。シンガポールが独立した1965年、所得は540ドル。その年、アメリカの所得は3,880ドル、日本が890ドルである。2013年のシンガポールの所得は54,040ドルでアメリカより少し高い。よく言われている様に独立から50年で100倍になったことになる。

図2-4 シンガポール、日本、アメリカの所得水準（ドル）



出所：世界銀行データベース

⁴² スリランカ：Ms. Tanuja Ariyananda, Ph.D., Director, Lanka Rain Water Harvesting Forum.
 インドネシア：Mr. Husen. Asosiasi KSM Sanitasi Indonesia（衛生環境関連のNGO）、Ms. Nur Hidayati (Yaya), Head of Advocacy Department, Eksekutif Nasional / National Executive, WALHI - Friends of the Earth Indonesia.（水・環境関連で最大のNGO）

シンガポールの安全な水へアクセス出来る人口割合、トイレにアクセス出来る人口割合のデータは、世界銀行のデータベースでは1990年からしかとることが出来ない。水については1990年から100%、トイレについては1990年から2004年までは99%台、2005年から100%である。シンガポールは東南アジアで唯一水道の水が安心して飲める国である。

このことは、シンガポールが独立以降、水にもトイレにも困らなかったということではない。2014年11月の現地調査の際、マリーナ・バラージを訪れた。2008年に完成したマリーナ・バラージ (Marina Barrage) は、街中にある巨大なマリーナ貯水池の堰で、20年前に2015年3月に死去したリー・クアンユーが提唱したビジョンを具現化したものである。そこには見学者用にシンガポールの水と衛生に関する歴史を概観出来るギャラリーが併設されている。

1965年の独立時、水の多くをマレーシアからの輸入に依存しており、町は、いまでは想像出来ないほど汚かった。ギャラリーのパネルを見ると、1968年に「Keep Singapore Clean」プロジェクトが始まったことが分かる。1969年には「Keep Singapore Clean and Mosquito Free」プロジェクトが、1970年には「Keep Singapore Clean and Pollution Free」プロジェクトが、1973年には「Keep Our Water Clean」プロジェクトが始まった。

For the Life of the River というパネルには、1977年2月のリー・クアンユーの言葉が記されている。そこには、

水はきれいであればならない。汚染されていてはならない。10年でシンガポール川やカラン川で魚釣りをしよう。やれば出来る。

とある。確固たる哲学だ。リー・クアンユーの「シンガポール型開発独裁」の評価はいろいろ分かれるだろう。50年前に多くの国民に支持された考え方が、いまも支持されているかどうかは分からない。しかし、貧しく汚い都市国家を豊かで美しい国にしたことは誰も認めるだろう。

(小浜 裕久 日本国際フォーラム上席研究員／静岡県立大学名誉教授)

第2節 ガーナの保健衛生・栄養分野の状況について

1. ガーナと MDGs

サブサハラ・アフリカとしてのミレニアム開発目標の達成が絶望視されるなか、ガーナは特に目標1（極度の貧困）と2（初等教育）については大きく前進している（下表2-1参照）。他方で今回の報告の関心である目標5（妊産婦の健康）、7（公衆衛生の改善）については厳しい状況である¹。

表2-1 ガーナ MDGs 進捗状況

| MDGs | 成果 |
|-----------------------------|---|
| (1) 極度の貧困と飢餓の撲滅 | サブサハラ・アフリカのなかでガーナは、2015年までに極端な貧困を半減する最初の国とみられている。ただし北西部など国民の4割強が依然として貧困状態にあり国内格差は存在する。飢餓については大概の指標は改善されているが、発育障害については課題が残る。 |
| (2) 普遍的な初等教育の達成 | 就学率は順調に増加しているが、目標達成には、補助金、給食や制服供与などさらなる努力が必要。また課程修了率の向上も課題。 |
| (3) ジェンダー平等の推進・女性地位向上 | 小中学校における男女格差は解消されつつある。 |
| (4) 乳幼児死亡率の削減 | 5才未満の乳幼児死亡率は大きく改善している。ただし目標達成には子供の生存への支援が拡充される必要がある。1才未満児へのはしか予防接種率も改善している。 |
| (5) 妊産婦の健康の改善 | 過去20年間で改善傾向にはあるものの、死亡率を4分の1に減らすという目標達成は難しい。 |
| (6) HIV/AIDS、マラリアその他疾病の蔓延防止 | HIV/AIDSの罹患率は増減を繰り返しながら2010年には2.0%まで減少している。これを持続させるためにも継続的な教育キャンペーンが必要。 |
| (7) 環境の持続可能性を確保 | 安全な水へのアクセスに関しては順調であるが、環境保全や公衆衛生の改善（目標52%に対して実績は21.2%にとどまる）、スラムの地域の住環境などの面は決定的に問題がある。ただし都市部の水へのアクセスには改善の必要性は依然存在し、森林破壊は深刻なペースで進んでいる。 |
| (8) 開発のためのグローバルなパートナーシップ推進 | ガーナ向け政府開発援助は、2003年はGDP比13.2%、2008年10.3%、2009年14.6%、2010年12.8%である。それらの約6割はプロジェクト型支援である。民間部門との協力に関して、携帯電話とインターネット接続・利用は劇的に向上した。 |

出所：UNDP and NDPC/GOG (2012)

¹本稿執筆時点で入手できる同国の最新のMDGs進捗状況は、同国政府と国連開発計画（UNDP）が共同で報告した2010年時点のものになる。United Nations Development Programme, Ghana and National Development Planning Commission, Government of Ghana (UNDP and NDPC/GOG). (2012). 2010 Ghana Millennium Development Goals Report, July, <http://www.gh.undp.org/content/dam/ghana/docs/Doc/Inclgro/UNDP_GH_IG_2010MDGreport_18102013.pdf> (2015年3月14日閲覧)。

2. ガーナの保健衛生、医療概況

ガーナの保健衛生は一般的には改善していると考えられている。平均余命は1960年の50才から2012年には62才に伸びている。(世界保健機構「WHO Country Cooperation Strategy at a glance, Ghana」)また乳幼児死亡率も115/1,000(1983年)から50/1,000(2008年)に減少している。妊産婦の死亡率も1990年から2010年までの間に42%改善している。ただし子供の栄養状態は依然として問題である。28%が発育不良、9%が消耗症、14%が低体重とされている。

前述のように、MDG4 および5は達成できない見込みである。マラリア対策には大きな進展が見られるが、依然として外来患者の多くを占めている。また非感染性疾患(心臓血管病、がん、慢性肺疾患、糖尿病等)の割合も上昇している。

水と衛生に関しては、上水道と下水で大きな差が存在する。2012年時点で、改善された飲料水の利用は全国平均で86%(都市部92%、農村部80%)に達している²。だが改善された衛生設備の利用率は全国で14.4%(都市部19.9%、農村部8.4%)に過ぎない(世銀 World Development Indicator)。

ガーナ政府の保健医療サービス実施機関の「ガーナヘルスサービス(GHS)」との面談でも、アクラ市内でもトイレのない家庭が多く存在し、郡役所(District Assembly)にすらトイレがない

例もあるとのこと。またUNICEFとの面談では、この14.4%のうち公衆トイレが40%を占める。だがアクラ現地調査での筆者の実感では、公衆トイレの全てが清潔というわけではなく、また使用料(一回あたり10円前後相当)を徴収することから、使用率は高いとはいえない。海岸の街(例えばアクラのジェームズタウン地区、ケープコーストなど)では、法令で禁止されている海岸での排泄行為は後を絶たない。コレラの流行はアクラを中心に発生し周辺地域に拡散しているが、このような状態が大きな原因であると考えられている。また農村部では、そもそもトイレの必要性はさほど認識されておらず(屋外排泄)、新築の家でもトイレを設置しない例は多い。

この含意は疾病だけに留まらない。学校の40%はトイレ・水道がない。これは特に女子教育にとって障害となっている。別表のように、初等教育レベルまでは女子の就学率は男子にひけをとらない。だが10代になり中等教育、高等教育とレベルが上がるにつれ女子の就学率は逆転される。これは教育に対する親の認識や早期婚姻、教師生徒からの乱暴の可能性に加え、清潔なトイレの不備によるプライバシーが確保できないことも女子を中高等教育の機会から遠ざけている要因である。

表2-2 ガーナ国民の死因(2010)

| | |
|----|------------|
| 1 | 下痢性疾患 |
| 2 | 脳卒中 |
| 3 | 冠動脈性心疾患 |
| 4 | HIV/AIDS |
| 5 | インフルエンザ・肺炎 |
| 6 | 結核 |
| 7 | 肺疾患 |
| 8 | マラリア |
| 9 | 交通事故 |
| 10 | 腎臓病 |

出所: WHO

注: 年齢調整死亡率による

表2-3 ガーナ就学率(グロス %): 2013年

| | 男子 | 女子 |
|----------------|-------|-------|
| プレプライマリー(4~5才) | 114.6 | 117.6 |
| 小学校(6~11才) | 108.9 | 108.7 |
| 中学校(12~17才) | 74.1 | 67.5 |
| 高等教育(18~22才) | 15.1 | 9.2 |

出所: UNESCO「Country Profiles, Ghana」

² ただしインフラへの投資が不足しており、供給は不安定であるとの見解もある。

3. 政府の医療保健政策と体制

1997 年以降、政府は国家レベルの保健政策の中期的な枠組みとして、ドナーの協力を得ながらユニバーサル・ヘルスケア実現に向け、「Health Sector Medium Term Development Plan」を策定している（現行中期計画年度は 2014～2017 年）。この他の関連法とともに、いずれも国際社会のイニシアティブ（たとえば MDGs、WHO の世界保健総会（WHA）決議など）に沿ったものである³。

基礎的保健サービスへのアクセスが制約されている農村部にも、JICA と USAID が支援する「コミュニティーベース保健計画サービス（CHPS）」を 2,000 カ所に設置し、地域保健スタッフが住み込み、地域の保健指導、簡単な治療及び高次医療機関への紹介を行っている。

ガーナの富裕層向け医療施設

低中所得国においても、高度な医療に対して、国内および近隣国に居住する外国人・富裕層などの需要は存在する。

ガーナの 30～40%の医療施設は民間経営である。そのなかでアクラ市内では外国人、富裕層、法人向けのもはガーナ資本、南ア資本のものがある。ただしこれらは検体を南アに送るなど、国内で完結するものは少ない。

しかし 2007 年より、スウェーデン資本のガンを中心とした専門病院（MRI など国際レベルの機器を備える）が開業している。（Sweden Ghana Medical Centre <<http://www.sgmcltd.com/>>）

なおこれに関連し、アクラの Lincoln Community School のように、国際バカロレア資格を持つインターナショナルスクールには、近隣国に赴任した父兄が子女をアクラに居住させて通学させている例もある。高度な医療や教育サービスは単に当該国だけでなく近隣国の需要も見込まれることを示している。

4. 国民健康保険制度

ガーナは、従来の前払い方式の医療サービスを廃し、国民健康保険制度を 2003 年から始めている。実質的な利用者は 2005 年の 135 万人から 2013 年末時点で 1,014 万人に増加している⁴。外来・入院患者共増加しており、2013 年末には外来患者は延べ 2,735 万人、入院患者 161 万人である。

最も基本的な契約でも、ガーナで罹患する 95%の疾病は保険でカバーされる（マラリア、下痢症、上気道（ウイルス）感染症、皮膚病、高血圧、糖尿病、ぜんそくなど）。ただし以下のものは含まれない。視覚補助具（眼鏡など）、補聴器、車いす、義歯、美容外科、AIDS 薬、慢性腎不全治療、心臓・脳手術。

³ 「Public Health Act, 851」、「Mental Health Act 846」、「National Health Insurance Act 852」、「Health Institutions and Facilities (HIFA) Act, Act 829」、「Specialist Health Training and Plant Medicine Research Act, 2011. Act 833」、「Health Professions Regulatory Bodies Act, in 2013 (Act 857)」が国会承認されている。なお 2014-2017 年中期計画では、①公平な医療アクセス、②持続的な財政システム、③ガバナンス強化と保健システムの効率性・有効性の改善、④精神疾患などサービスの拡充、⑤MDGs の達成とその持続性を担保する体制、⑥非伝染性疾患および感染症の予防と対策といった目標を掲げている。

⁴ Parliamentary Statement by the Minister of Health on the Status of the National Health Insurance Scheme. (27th November 2014). <<http://www.nhis.gov.gh/files/NHIS%20Financial%20Status-%20Minister's%20Statement.pdf>>（2015 年 3 月 16 日閲覧）。なおガーナ人の平均余命は 61 歳（2012 年世銀 World Development Indicator）で、サブサハラ・アフリカの平均 56.4 歳に比べ長寿である。

支払い額は年間 10～48 セディ（約 330～1,600 円）で、低所得層にも手が届く料金である。このほかに National Health Insurance Levi として付加価値税に 2.5%が加算される。

課題としては、保険登録申請に時間がかかり（6 か月を要する場合も）、地域によって通院できる病院・CHPS（コミュニティーベース保健計画サービス）に差があるようである。これに加え医療従事者の質の向上や保険基金の恒常的な赤字（2014 年は 2 億 9918 万セディ＝約 99.6 億円）といった問題がある。

National Sanitation Day

ガーナ政府は 2014 年 11 月より、毎月第一土曜日を「National Sanitation Day」に設定し、道路の側溝に投棄されているゴミ・汚物などの清掃を行う国民的な運動を推進している⁵。2014 年のコレラの流行を奇貨として、病気やけがの原因となる不衛生な環境を改善すること、また日常のゴミの不法投棄の問題や分別の必要性などについて国民の意識を向上させることも企図されている。初回の同年 11 月 1 日には、マハマ大統領自らアクラ街頭で清掃パフォーマンスを行い、政府としてこの問題に取り組む姿勢をアピールしている。

今後の課題として（1）ゴミの分別を含む衛生教育、（2）ゴミ投棄の法的規制（の徹底）、（3）廃棄物回収制度の徹底があげられる。この運動は現状では国民の自発的な参加を前提としておりペナルティはないことから、4 か月経過して人々の関心が薄れている感は否めない。一部には条例などで参加を義務づける意見もあるが、スコップなど清掃道具の支給コストをいかに手当てするかといった議論に問題がすり替わっている。そもそもゴミや汚物の処理に関する国民の意識改革と不法投棄を抑制する制度が機能することが必要であろう。また廃棄物を回収する制度は確かに存在し、また政府委託の請負業者は存在するものの操業範囲は大都市中心部などに限定されている。

アグボグブロシエ 「e-waste」

アクラのアグボグブロシエ地区（Agbogbloshie）は 1990 年代末頃から電子機器の廃棄が始まり、世界 10 大汚染地区のひとつに数えられている⁶。この地区は北部の農村部からアクラに移住してきた人々が居住する地区である。電子機器部品・ケーブルを燃やして被覆を取りのぞいた銅線をスクラップ業者に売って生計を立てているのである。だがこれらの作業では発がん性物質（カドミウム）、神経毒性が強い鉛をはじめ数々の有害物質が発生することから、当該地域の環境だけでなく、住民の健康にも重大な影響を及ぼしている。

5. 衛生分野の課題：政策の実施・執行

（1）衛生（特に下水）の重要性は認識されているが・・・

先述のように、下痢症は主要な死因でありまたコレラの流行が頻発するガーナにおいて、衛生分野の改善は最優先で進めるべき課題である。National Sanitation Day の設置にもみられるよう

⁵ ガーナ保健省によると、2014 年 9 月 21 日時点で、延べ症例は 16,613、130 人が死亡。

⁶ Blacksmith Institute <<http://www.worstpolluted.org/>>、日経ビジネス「地球の悲鳴--世界にあふれるハイテク廃棄物」<<http://business.nikkeibp.co.jp/article/life/20080122/145020/>> 参照（いずれも 2015 年 3 月 16 日閲覧）。

に、ガーナ政府もその重要性を認識し象徴的な努力は行っている。

だが他の政策課題（特に電力の安定供給）との競合に加え、政府の施策は上水道が優先される傾向にある。他章でも指摘されているように、上水（の供給）問題の解決策はある意味で簡潔で目に見えるものである。これに対し下水は個人の問題（行動様式や観念に係わること）であり、社会の衛生に対する認識を変える継続的な努力（キャンペーンに加え、法や規制の徹底）が必要とされる。政治家にとって下水を含む基礎的衛生は優先順位が低くなりがちである。たとえば地方自治・農村開発省が農村部における屋外排泄の廃止とトイレ設置の普及戦略を推進する政策を立てても、ガーナ政府の独自歳入での予算割当額は必要額の10%程度しか手当てできない⁷。

（2）関係省庁間の政策と実施の調整はガーナでも容易でない

現地調査での省庁面談でも多く聞かれたのが、「政策枠組みはできている、ただし実施・執行が問題である」ということである。ガーナのような民主主義が比較的機能している国では、政策執行強制力（enforcement）は、国民の圧力と政治的意志に関わるのであろう。政策の執行が担保されるには政治的な意志が不可欠である。この執行強制力が欠如するのは、技術的な問題の背後にある政治的意志がすなわち欠如しているということである。

環境を例にとると、交通（排ガス規制と新交通システム）、貧困、衛生、廃棄物処理、教育・・・など様々な分野横断的な問題を一体的に扱わなければならない。ただしこれらの担当省庁や政治家間の調整が困難である。水と衛生はどうか。少なくとも以下の10機関が関与している。下痢症はガーナ最大の死因であるところ、衛生面の手当なしには解決できない。だが税基盤が脆弱であり、省庁間の予算獲得競争の中で衛生のようなアピール度が弱い分野は看過されがちである。（ただしコレラの流行を奇貨とした衛生への注目は増しているのは前述のとおり）

Ministry of Environment, Science, Technology and Innovation

National Development Planning Commission

Ministry of Lands and Natural Resources

Ministry of Local Government and Rural Development

Ministry of Health

Ministry of Water Resources, Works & Housing

Ministry of Food and Agriculture

Ministry of Energy

Ministry of Education

Ministry of Gender, Children and Social Protection

6. ガーナの民主制度と保健政策

仮説：ガーナでは民主主義が機能しているので、保健政策の優先度が高い？

ガーナは、原油生産が開始された2010年以降8%以上の経済成長率を遂げている。だがこの恩恵は必ずしも一般国民には届いておらず、所得格差が拡がりつつある。4年ごとの大統領選に

⁷ Ministry of Local Government and Rural Development. (2011). Ghana MAF--Country Action Plan for Sanitation: Go Sanitation GO!, October. ウェブで入手可能な最終ドラフトは<https://cltsghana.files.wordpress.com/2011/04/maf_final_draft_final_ghana_maf_cap_on_sanitation_november_2011_11.pdf> (2015年3月15日閲覧)。

直面する政権にとって、そのような国民の不満を解消するような、特に女性の関心の高い保健分野でインパクトのある政策を打ち出すのは合理的である。

このような仮説を持って現地調査に臨んだが、いくつかの面談を通じて得た印象は、保健政策の重点化は、ガーナの状況を踏まえた必然というよりは、偶然性が少なくないという印象を得た。

ガーナに限らず途上国の政策の選択と策定・実施は、ドナーの持ち込むテーマと国が直面する諸課題のなかの緊急性に依存する⁸。各ドナーはそれぞれ関心のある開発分野・テーマに沿って開発課題を持ち込んでくる。ガーナの文脈では、例えばデンマークは水、英国は教育、オランダは気候変動など（日本は稲作、電力・交通、保健・理数科教育、行財政運営能力）。ドナーの開発課題は依然として多様であり、必ずしも援助協調の結果一貫性が担保されているとはいえない。

他方でガーナ側ではドナーの協力（＝振り付け）で、各分野の政策枠組みは国の開発戦略枠組みの下で一貫性のあるものがそれぞれ策定されている。そこである分野の政策がドナーの関心（資金）と一致すれば実施される。

従ってガーナ政府が保健医療分野に力を入れているといっても、偶然性があるのは否めない。次の選挙のためには、経済成長の果実を分配すべく何らかの社会的な「アメ（amenity）」を与えなければならないことは確かであったろう⁹。そこに水・衛生に関心を有するドナー（USAID、デンマーク、UNICEF）が持ち込んだ関心が、2010年のコレラ禍など早急な対応が求められている国内事情とたまたま合致した結果といえなくもない。つまり保健医療分野の選択は、必然というよりも他分野との相対的な重要性と政治的なタイミングの産物という側面はあろう。

現行の水・衛生分野のドナー支援例

2000年代からMDGsの第7c目標（2015年までに、安全な飲料水と基礎的な衛生施設を継続的に利用できない人々の割合を半減する）の実現に向けた文脈で、水・衛生分野に多くのドナーが支援を行ってきた（アフリカ開発銀行、カナダ、デンマーク、欧州委員会、ドイツ、日本、オランダ、世銀など）。

たとえば世銀はガーナの水・衛生分野（都市部および農村部）においていくつかのプロジェクトを実施している。そのうちたとえば「Sustainable Rural Water and Sanitation Project」として、農村部90の郡で、上水施設の設置、衛生教育、制度能力向上で校正される活動を2010年から行っている¹⁰。このプロジェクトでは家庭用のトイレについては、設置資金の貯蓄奨励と融資（供与ではない）をマイクロ・ファイナンスのスキームを通じて行っている。

米国はコレラ、下痢性疾患に注目し、2014年9月から都市部および農村部における飲料水へのアクセスの改善を支援している。具体的には、ガーナヘルスサービスへ「Aquatabs」768,000錠（1,500万リットルを浄化）を、コレラの流行8地域のCHPSなどを通じて配布している¹¹。またこれと並行して、井戸の掘削、修復、家庭における衛生教育、トイレの設置を通じてODF（屋外排便ゼロ）キャンペーンなどを行っている。

⁸ ガーナ国内の開発課題は様々あるところ、少なくともマラリアと母子保健については伝統的に国内で重要性が共有されてきた。

⁹ ただし投票行動は、依然としてエスニックグループ毎のブロック投票が主で、政策による流動性は低いという見解もある。

¹⁰ <http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2010/06/07/000333037_20100607005153/Rendered/PDF/546720PAD0P120101Official0Use0Only1.pdf>（2015年3月16日閲覧）。

¹¹ 在ガーナ米国大使館ウェブページ<http://ghana.usembassy.gov/pr_092114.html>（2015年3月16日閲覧）。

7. 民間部門の活動と連携の方途

(1) 味の素「KOKO Plus」を用いた母子栄養改善プロジェクト

(イ) 背景と活動

ガーナ国内でも北部地域に代表される農村地域では、貧困から乳幼児の発育不全が課題となっている。同国の離乳期の主食（KoKo：発酵トウモロコシと砂糖を原料としたお粥）にはたんぱく質や栄養分が不足しており、発育不全の原因と見られている。

このような問題を解消するために、味の素は2009年より社会事業（ソーシャルビジネス）の確立を通じて問題解決をめざしている。具体的には、ガーナ大学および米国 NPO 法人の協力で、KoKo に添加する栄養サプリメント「KOKO Plus」を開発した。本品はガーナ産の大豆を主原料に、アミノ酸、ビタミン、ミネラルを加え、1袋で乳児1日分の栄養が補えるものである。なお2011年後半から現地食品会社（Yedent Agro Group of Companies Ltd.）をパートナーとして選定し、今後の現地生産に向けて試験的な生産立ち上げを行っている。

(ロ) 公的部門とのパートナーシップ

2011年4月にガーナ保健省と覚書を締結し、栄養試験等の実施や栄養教育などの分野での協働を確認した。

JICA は、「協力準備調査（BOP ビジネス連携促進）」（2011年3月～2014年3月）を通じ、KOKO Plus に関する市場調査、ビジネスモデル開発、事業計画策定を継続して支援してきた。

また USAID からは、KOKO Plus の普及促進と利用者拡大を図るための流通の調査に、約60万ドルの資金およびノウハウの提供を受けている。なお世界食糧計画（WFP）と味の素は2014年3月に協定を結び、両者の栄養問題への取り組みの経験、ノウハウ等を持ち寄ることとした。これは第5回アフリカ開発会議（TICAD V）のフォローアップとして位置づけられている¹²。

(ハ) 本事案のポイント

上述のように、味の素はガーナ大学（Department of Nutrition and Food Science）Tano-Debrah 教授（研修生として広島大学で博士号取得）とのパートナーシップを組んでいる。同学部内の一室およびラボを借り受け、そこにオフィスを置いている。味の素担当者は研究者ビザでガーナに滞在している。

(二) 味の素にとって大学と組むメリット

(a) 関係監督官庁とのコネクション

ガーナ政府が課す各種試験や認可をパスするために、ガーナ大学を外部とのコンタクトポイントとして全面に出し、各種手続きを行っている。保健省など関係監督官庁には Tano-Debrah 教授のかつての教え子が多数存在することから、許認可がスムーズに進む。

¹² TICAD V において、日本政府と WFP は、アフリカにおける栄養状況を改善するためパートナーシップを強化すること、またそのために日本の民間企業の経験や成功事例を最大限生かすことで合意。

(b) 人事情報

同教授を通じて政界など同国のエリート層の人事情報などが大学に集まる。政府に様々な働きかけを行う際に、この情報を基に、正しい相手と適切なタイミングを選択することができる。味の素としてはお金に換えられない価値を見いだしている。

(c) 民間パートナーとのつながり

ガーナ国内で信頼できる製造業者・人材情報の提供と、相手方との交渉支援を行ってくれる。これは同国にネットワークのない日本企業にとって大きな価値がある。

(d) ガーナ大学の能力

同大学の栄養効果試験のレベルは国際的に認められている。近隣の西アフリカ諸国の大学を含む試験機関に比べ信頼性が高いと認識されている。

(e) プロジェクトの公共性

大学との協働であれば一定の公共性をアピールでき、ドナーの協力（資金）を得やすい。ちなみに USAID のプロジェクト支援プロセスは早い。昨年3月に決定し、5月に MOU を取り交わした後まもなく資金が拠出された。この際、USAID から南アのマーケティング企業の NGO 部門を紹介され、これを USAID 資金の受け取り窓口とした。

(f) 社内での取り扱い

大学との協働であることから、通常の事業に比べ、テスト事業として様々な試行錯誤が許される。

(g) 日本で学んだ人材

ガーナ大学は同教授の他にも農学部長など、研修生スキームなどで日本で学位取得あるいは研究歴をもつ人材が多い。彼らは日本企業の職業倫理や企業文化にも通じており、日本企業の進出の入り口になることもある。

(ホ) 大学にとって民間企業と組むメリット

(a) 教育・研究環境の充実

資金・設備・技術が外部ソースから供与されることによって、教育・研究環境が充実するのはいうまでもない。たとえばガーナには食品加工会社が少なく、微生物検査などは従来安定的に取り組むことができなかった。今般、味の素の技術導入で高い精度で検査することが可能になった。

(b) 官民連携

官民連携はガーナ政府の国策の一つとして広く勧奨されており、味の素との連携は大学としても時宜に適ったものである。

(ヘ) 味の素プロジェクトの課題

(a) スケール・アップ

パイロットプロジェクトの段階では金・ヒトなど資源を十分投入するので成功するのは当然である。ただし次の段階＝ビジネスとして面的拡大と効率性向上を追求することが最も難しい。とりわけ立ち上がりから5～7年は収益の見込みが立たないなかで、この段階でのリスクをいかに取るかが課題である。

(b) 栄養教育

商品を流通させるオペレーションは企業が当然行うにしても、その前提として、衛生概念の向上のように、栄養教育は不可欠である。例えばテレビ CM は、栄養補助食品として商品の認知はされるが、効用の理解と購買行動までは届かない。この点で、味の違いといった分かりやすい変化をもたらす調味料とは異なる。栄養という概念を醸成・普及するには長期の取り組みとそれを行うコストが不可欠である。とはいえ、現時点での実感はいわば「砂に水を流す」ような作業である。CHIPS などにおいて栄養士を通じた教育を行うとしても、2,000 箇所もの拠点をフォローすることは物理的に不可能。この点で栄養教育に関する支援を行ってもらえると助かる。

(ト) 社会事業、中小企業の課題

中小規模の企業が一から参入するのは難しい。例えば輸出等で現地に市場を築いたうえで現地生産に移行することができれば、中小企業でも独自に行える可能性はあろう。だがそのような場合でも一人で事業所を立ち上げることは、それだけで半年程度忙殺されるほど難儀である。たとえば JETRO などに、表のようなロジをアフリカで 5 カ所程度でも支援（実費は企業負担でも）してもらえると、企業のアフリカ展開も助かるであろう。

また中小企業にとって現地のビジネス環境に関する情報を得ることは困難である。例えば味の素プロジェクトでは、テスト販売用の現地工場を設立して 2 年経った（20 名の雇用を創出している）。だがこのパートナー探しだけで 2 年以上を要した。現地での信頼できるパートナー探しは簡単ではなく、各業界の基礎調査や競合、パートナー候補先調査等を進出企業の要望に応じて対応できると大いに役立つであろう。

表 2-4 アフリカ進出企業への公的支援の可能性

| | |
|--|---------------------------|
| オフィス・スペース賃貸 会計士・法律専門家の紹介 秘書業務代行 住居の斡旋 車の共用手配 | 各業界の基礎調査 競合、パートナー候補先調査 |
|--|---------------------------|

出所：筆者インタビュー

(2) 双日：海水淡水化プラント

(イ) 背景と概要

ガーナは 2010 年に石油生産を開始するなど、近年は高い経済成長率を達成している。同国人口 2,400 万人のうち 400 万人はアクラ周辺に集中しており、水の需要（1 日当たり約 80 万 m³）に対し、供給（1 日当たり約 40 万 m³）が追いついていない。国全体でみても国民の約 4 割は安全な飲み水へのアクセスが確保できていない。特に 2010 年末、2014 年にはアクラを中心に各地でコレラが発生し、安全な水の確保が喫緊の課題となっている。

双日は、2012 年 10 月、首都アクラのヌングア地区において、スペインの水事業のアベンゴアウォーター社と共同で海水淡水化事業を開始した。プラントの建設から運営までを手

掛け、2015年3月から生活用水の供給を開始する¹³。同プラントは1日最大6万m³、約50万人分に相当する飲み水を造り、ガーナ水公社に対し25年間の長期売水契約に基づき販売する。

(ロ) 淡水化事業における課題

(a) 停電

ガーナでのビジネスにおいて（特に製造業）停電は深刻な問題である。経済成長およびそれに伴う人口集中で増加する電力需要に対し、現状では供給が追いついていない。アクラ市は「計画」停電を実施しており、筆者の現地調査中の宿泊先でも5時間停電することもあった。本淡水プラントでもいったん停電すると復旧に数時間要する。またプラント建設の工期自体も当初予定から80日の遅れが出たが、停電もその要因の一つである。

(b) 水道料金回収

プラント運営会社のガーナ水公社との契約はドル決済である。ガーナ水公社は半年間の支払分をカバーするL/Cを開設し、半期毎に更新する契約となっている。ただし生産された水を一般家庭に供給並びに料金徴収体制の整備はガーナ水公社の所掌となる。そこで最終消費者からいかにして確実に料金を徴収するか、漏水・盗水問題の解決も含め、ガーナ側の課題は少なくない。

(ハ) ガーナにおけるビジネス展開の可能性

ガーナ人気質は真面目、熱心でありレベルは高いと一般に認識されている。これは特に製造業発展の可能性を示唆するものである。だが同国における原材料調達の制約から、建設資材、鉄加工などがまずはエントリーポイントとして考えられる。

農業は同国のGDPの約20%、全労働人口の40%以上（2010年時点、World Development Indicator）を占める。この部門の成長は同国経済に好影響を与えるはずである。だが最大の潜在的マーケットで欧州への輸出では、北アフリカ諸国との競合が想定される。農業部門の作付け品目の選択を決定する際にこの点を考慮することが求められる。

淡水化プラント事業は年間数億円の収益が見込まれることから、双日として当該事業管理に人員を（たとえば東京あるいは欧州から遠隔操作するのではなく）アクラに配置しておく合理性はある。これを機にできれば他の事業も模索したいところだが、果たしてガーナのビジネス環境はどうか。日本から進出するとしても、近隣国（e.g. ナイジェリア）との市場規模の違いは大きい。また現地パートナーのレベルの向上など解決すべき問題が多い。（今回のように水・電力など公共事業は、資金やプラント建設に関わる資材部品は外から持ち込んで建設するので自己完結が可能であった。）アフリカ各国が自らの手で国内産業育成を促進するなら、このようなインフラ整備を踏まえて、海外投資を引き込む土壌作りをもう少し進める必要があるだろう

¹³ 双日はプロジェクトに出資する形で参加。プロジェクトの総事業費は約1億3000万ドルで、多国籍間保証機関（MIGA）の非常危険保険を利用したプロジェクトファイナンスで調達。（双日ニュースリリース「双日、アフリカ・ガーナ共和国でサブサハラ地域初の海水淡水化事業に参入」2012/10/29。

<http://www.sojitz.com/jp/news/2012/10/20121029.php>

(3) 提言

ガーナの事例から分かるように、アフリカ諸国の MDGs の達成、およびそれを通じた人間の安全保障を実現するうえで、水・衛生および乳幼児の栄養状態の改善の分野への支援は意義深い。

2000 年代以降の資源価格の上昇にともない、多くのアフリカ諸国は著しい経済成長を経験した。だが我が国の対ガーナ共和国国別援助方針(平成 24 年 4 月)にも示されているように、国内の経済的格差が拡大しつつあるなかで、インフラ整備や公共サービスが不十分という課題を抱えている。同方針は重点分野として、(イ) 農業(稲作)、(ロ) 経済インフラ(電力、運輸交通)、(ハ) 保健・理数科教育、(ニ) 行財政運営能力の強化を掲げている。これらへの支援は、ガーナをはじめとするアフリカ諸国に共通して長期的な経済開発に資するものであることはいうまでもない。

水や衛生状態の向上による疾病予防は、疾病による遺失利益を考慮すれば、これらの重点分野の支援をより効果的に行ううえでの基盤と位置づけることができる。

ではアフリカへの支援においてなにをすべきか。上水道については各国政府の努力あるいは民間企業との連携スキームが機能している。①したがって世界銀行など衛生分野で先行するドナーとの補完を意識しながら、農業支援と併せて農村部の衛生施設の改善(特に戸別トイレの設置)に資源を投入するのはどうだろうか。

またその成果の持続性を担保するためにも、これと並行して②ガーナの CHPS などコミュニティレベルでの施設・制度を利用した地道な衛生・栄養教育を支援すべきである。

民間との連携については、③今後中小規模の企業の参加を促すためにも、情報やロジスティックスのサポートが不可欠である。具体的には進出先国の業界基礎調査、競合・パートナー候補調査に加え、オフィス・スペース賃貸、会計士・法律専門家の紹介、秘書業務代行、住居の斡旋、車の共用手配など、経営資源を大企業ほど投入できない企業が「土地勘のない」アフリカにスムーズに進出するための導入支援をすることは効果的である。

(参考) 日本水フォーラム 草の根活動支援：アクラ市コミュニティの水と衛生

特定非営利活動法人・日本水フォーラムは、地域の水問題を解決する草の根活動を行っている途上国の団体を支援している。その一環で「JWF ファンド」基金を設立し、これまで 26 カ国 133 件のプロジェクトを支援し、総受益者は 170,000 人以上となっている¹⁴。今回のガーナ現地調査にて、同フォーラムが支援した 2006 年のプロジェクトの事後調査として視察を行った。

- ・活動名：アクラ市タイファ地区小学校向け水タンク手洗い設備供与プロジェクト
水と衛生：小学校(2校)への貯水槽及び手洗い設備設置
- ・プロジェクト実施期間：2006-07 年
- ・実施団体：FOBET (Foundation for Better Tomorrow)
- ・支援金額：960 米ドル(備品購入費用)
- ・活動によって恩恵を受けた人数 生徒 850 人

¹⁴ 日本水フォーラム「草の根活動の支援」http://www.waterforum.jp/jp/what_we_do/pages/grass_roots_activities.php (2015 年 3 月 15 日閲覧)。

タイファ（Taifa）コミュニティには、安全な飲み水が供給されていないため、子ども達が下痢やコレラなど水が原因の病気で苦しんでいた。この問題を解決しコミュニティの生活の質を向上させるために、2つの小学校に飲み水用の貯水タンク及び手洗い設備を設置した。また物品の購入と同時に、実施団体 FOBET は、学校、児童、保護者、タイファ地区郡役所関係者による衛生管理に関する研修会（ヘルスクラブ）を組織し、衛生教育を行った。

・プロジェクト後8年を経た結果

今回アクラを訪問して FOBET 代表とともに実施校を視察したところ、2校の間で大きな差が観察された。「Star of the East」小学校では、手洗い設備であるプラスチック製の小タンクは1年程度で破損し廃棄され、また貯水タンクも消失し、プロジェクトで設置したヘルスクラブの組織化も不全であった。

もう一つの「White Dove」小中校では、供与された物品のうち、Star 校と同様小タンクは1年程度で使用不可になった。ただし当該プロジェクトをきっかけに、学校が自己資金を投資（井戸掘削、くみ上げポンプ・タンク設置、水道官敷設）し、地下水を利用した手洗い施設を設置している。（日本水フォーラムの資金による貯水タンクは、現在予備タンクとして使用）

White 校の校長によると、貯水タンク方式は持続的ではなかった。貯水タンクの水は地元の業者からの買い入れを前提としていたが、水が高価（1回の満タンで10ドル程度）でかつ供給が不安定であった。このため長期的なコストを考慮して自ら上記の投資を行った。

White Dove 校のヘルスクラブは機能している。手洗い習慣が定着し、トイレは清潔に保たれ、学校内だけでなく各生徒の家庭を含めた衛生管理への意識が高い。2014年のアクラのコレラ禍においても同校の地区ではコレラの症例は出ていない。（タイファ地区はアクラ市の中では中所得層の居住する地域であり、各戸にトイレが設置され、便の回収も行っていることも寄与している。）

・なぜ White 校は発展的な成功を収めたのか

同校は家族経営の私立学校で6～15才の児童生徒が学んでいる。（アクラで私立学校自体は珍しくない。学費・経費は公立に比べ特に高額ということではない。）日本水フォーラムのプロジェクトをきっかけに、オーナー校長が衛生の重要性を理解したことから、供与された物品が劣化した後でも自ら設備投資している。その理由は、衛生面での施設を整備することにより、保護者にとって子供を安心して通わせることができるという学校のイメージを向上させることにあった。これが学生の確保に繋がっている。当事者のインセンティブ構造と合致したことが、本プロジェクトが（発展的に）成功した要因であるといえる。

（渡邊 松男 新潟県立大学准教授）

第3節 カンボジア（地方自治体との連携例ほか）

2014年6月26日、カンボジアのプノンペンにて、プノンペン水道公社（プンプレック浄水場を訪問、Dr. Sim Sitha, Director General、川寄孝之 Chief Advisor ほか）、農村開発省（Mr. Try Meng, Secretary of State、Mr. Chreay Pom, Director）、JETRO（道法所長）、JICA（井崎所長、内田専門家）、大使館（隈丸大使、樋口公使、和田書記官、山下専門調査員）と面会し、内戦後の国造りを進めるカンボジアにおける「水と衛生」について実情調査を行った。

1. 上水

（1）ポジ面

（イ）プノンペン市はシンガポールとともに ASEAN 域内で蛇口から水を飲用できるただ二つの街の一つである。浄水場は北九州市の専門家がチームを組んで JICA 専門家として常駐しているが、運営および管理はカンボディア人が整然とかつ秩序正しく行っており、ポルポトによって事実上ほとんどのインテリが抹殺された国にもインテリゲンチアの光が差し始めているとの印象を持った。協力開始当初 JICA 専門家が徹底したのは 5S だったとのこと。

（ロ）JICA がプノンペン市給水マスタープラン調査を行った 1993 年当時、浄水場、水道管はほぼ破壊されていて、プノンペン市内の 20% が一日 8～10 時間の給水に接続していただけであった。2011 年には地域的に 90% のカバー率を達成、毎日 24 時間給水実現、漏水も 72% から 6% に減り世界最高水準を達成、水道料金徴収率は 48% から 99.9% となった。2013 年現在、都市部の水道接続率は 74.85% となっている。この間、プノンペン水道公社はマグサイサイ賞（2006 年）をはじめ多くの国際賞を受賞。なお、プンプレック浄水場には大型の太陽光発電装置も設置されている。

（ハ）現在ではネパール、ミャンマー、東チモール、ラオスから「第三国研修」にプノンペン水道公社に来ており、また水道料金の徴収率が良いのでその 10% を下水システムの維持管理に回している。さらに、同公社はプノンペン証券取引所に上場している。

（ニ）水道行政はプノンペンとシェムリアップは水道公社の管轄、他の 10 地方では中央政府のもとに水道局がある。

（2）チャレンジ

（イ）他方、地方には課題が多い。例えば、接続人口率を見るとシェムリアップ州での 17%、シハヌークヴィル州の 36% 等、地方ではいまだ低く平均カバー率は 50.4% である。

（ロ）地方では井戸が水源となっているがヒ素問題があり、問題回避のための深井戸を掘るがコスト高の問題がある（深さは 50 メートル以上、100 メートルのものもある。また壁面をきちんと作らねばならない。）。またヒ素用のフィルターはメンテナンスをしないとかえってヒ素が溜まって塊となって水に落ちるといった問題を抱えている。

2. 下水、トイレ

(1) 現状

- (イ) 法整備が未だできていない。1999年に環境省が水質基準を定めたが、工業省の環境基準はなく、下水処理場が広く一気に広がるとのイメージはない。
- (ロ) 病院、富裕層の集団住宅、ショッピングモール（注：日本のイオンが2014年6月末に大型ショッピングモールをオープンし、岸田外相も式典に出席）等は自分で浄化槽を付けている。そういった要所要所には日本の商機があると思われるとのこと。
- (ハ) 工業団地は8つ稼働しているがインフラは様々である。
- (ニ) プノンペンでは東京23区の広さで下水処理場がひとつもない。工場排水はプノンペン南郊の沼地にすべて流れ込んでおり、そこからバサック川に流れ込んでいるが自然の浄化能力を超えてしまっている。浄水場のために例えば円借款を借りようとするかまだ分からないとのこと。
- (ホ) さらに問題はカンボジアの地形にもあり、トムサップ湖には雨季にはメコン川から水が流れ込み、乾季には流れ出る。このため、通年でバタンバン市の汚水が流れ込んでいることに加えて雨季にはプノンペンの汚水も流れ上がってくるため、今では水の濁度が高く漁獲量も非常に減っている。

(2) チャレンジ（農村開発省メン長官）

- (イ) 農村部においては子供の下痢が多く清潔な水は重要だが、上水でさえカバー率は50.4%、衛生のカバー率は38.5%でしかない。
- (ロ) 水と衛生の重要性について人々の知識と理解は未だ低い。その原因は第一に長い間の戦争のあと、道路のような基本的なインフラを優先せざるを得なかったため衛生はおろそかにされたこと、また第二に人々の行動を変えるのは難しいということがある。特に農民は保守的であるので、国民のマジョリティが農民であるこの国の国民の行動様式を変えるキャンペーンはチャレンジングである。
- (ハ) 衛生については、ほとんどの援助国や援助機関も重要だとは考えていなかった。2007年にSanitation Forumを立ち上げ、その後政府はTechnical Working Groupを政府、開発パートナー、NGOで立ち上げ、丁度その時に農村開発省も新大臣が就任した。こうして、1998年から2008年までは衛生のカバー率は年1%ポイント強伸びる程度であったものが、2008年から13年の間は年3%ポイント伸びる結果となった。2025年までには衛生施設へのユニバーサル・アクセスをめざしている。
- (ニ) National Strategic Planでは2014～18年のフェーズ1と、2019～25年のフェーズ2に分けており、2018年までに農村部の水と衛生のカバー率を60%としている。これは可能と思われるが、2025に100%を実現するためには加速しなければならない。現在資源を動員しており、開発パートナーや機関が支援してくれればまことにありがたい。
- (ホ) 力を入れているのは次の4点である：
 - (a) 農村部の水と衛生分野のための環境整備：人材育成（国のレベル：政治と経営、および支持・理解者）、(b) 資金及び技術的資源の増大：技能、技術、意見、アイデア、(c) および(d) 農村部での水と衛生双方へのアクセス加速のために、(i) 行動様式を変える

キャンペーン、および (ii) Innovative design : 戦争の後緊急措置しか講じていなかったが、今は Teaching や Preaching ではなく、自立と責任をもつオーナーシップに焦点を当てて住民たちと一緒に、何を共にできるかという Facilitation と Realization に変えた。この一環として民間セクターの参加を奨励しており、また地方の名望家をキャンペーンに活用している。

(へ) ハイレベルの調整会合である Technical Working Group に、毎月開かれる国レベルと地方レベルのパートナーシップ会合がガイドライン作成等のために必要な情報を入れている。またその下にサブグループがあって例えば貧困層と食料のリンクと言った特定のテーマを議論している。

(ト) この関連で、SCHOOL-COMMUNITY-WASH をリンクして多面的なアプローチを行っている。昨日も教育大臣と SCHOOL WASH について話した。また、女子生徒のための衛生施設がカンボジアでも欠落している。

(チ) 現在、UNICEF や ADB などに対して、一緒にシナジーを生み出すためにより緊密に働く必要があることを説得しているところである。

(リ) 良い結果について言及すれば、かつては水場まで長い距離を歩いていたが、今日ではそれが改善されて、98%の住民が 200 から 250 メートル以内にきれいな水を得ることができるようになった。

3. 日本の商機キャンペーン

(1) JICA: 「日・カンボジア水ビジネスセミナー」2013年12月20日開催 (詳細別紙 JICA
カンボジア事務所作成資料)

共催: JICA と北九州市

日本側: 約 50 名 (大使館、JETRO、厚生労働省、北九州市上下水道局、北九州市海外
水ビジネス推進協会)

カンボジア側: 約 100 名 (鉱工業エネルギー省、水道公社、企業ほか)

⇒引き合いも複数あり、日本側企業の認識刷新 (売り込もうと思っていた商品は オーバースペック ということが分かった、大型ポンプにはニーズが少ないが小型の要望は高いと感じた、という途上国認識を含む。)

(2) 日本での広報: 右セミナーの成功を踏まえて、JICA 内田専門家が北九州市に出張して中小企業 30 社 (80 名) 参加のセミナーにて、カンボジアの現状を報告するとともに、商機を見つければ JICA と JETRO が現地にいることを併せて広報した。その場で、例えば、POU (point of use) 浄化装置 (注: 個人の家の蛇口で浄化する装置: 水を 2 時間つけておくと殺菌しかつカンボジア人の嫌う塩素臭がない) のメーカーに、カンボジアで村落給水している NGO と国際機関の連絡先を渡したが、本件にはすでに UNDP、USAID、米国の NGO の 3 社が関心を示している。なお、当該日本企業はその装置をベトナムで生産している。

(石川 薫 日本国際フォーラム専務理事/研究本部長)

第3章 日本の世界的リーダーシップと対外戦略

第1節 日本の世界的リーダーシップ

1. エボラ流行と保健システム

(1) エボラの流行について

エボラは約40年前からアフリカ中央部を中心に広がっている。ウイルスの自然宿主が分からず、エボラが流行した森に棲息する百何十種類もの動物や昆虫が調べられていた。かつてエボラが流行したコートジボワールでは、昔は国の8割以上を覆っていたジャングルが現在では8%に減る程人間が入り込み、エボラによってサルが大量死していた。ただし、ガボン、中央アフリカ共和国などでは人がエボラに無症状または軽症で感染していることが研究で明らかにされている。

エボラ患者一人当たり、1日250~400リットルの水が必要である。エボラが流行している西アフリカ3カ国では、それだけの量の水を安定的に供給できる病院は少ない。例えば、私が訪れた時には、シエラレオネの首都フリータウンでさえも発電機以外には電気の供給はなく、まともな水供給もなかった。このような所で大勢の患者が出ると対応は難しい。また、防護服を着ても、着脱の際にウイルスが体に付着して伝播する。ある看護師は、ずり落ちたメガネを上げたときに手が触れて目の粘膜から感染してしまった。

今回のエボラの流行はいくつかの国ではピークを過ぎた。過去の流行では、ウイルスは5~6回人に感染・伝播すると次第に消えていくこともあった。エボラ流行によって人類滅亡などという週刊誌的な記事は、過去の感染症流行や現在あるデータをみても、エビデンスに則っていない。人間を全て殺してしまっても病原体も生きられないため、ある程度のシーリングがあるのではないかと。

(2) ネガティブ・ファインディングの重要性

現在までに521人のヘルス・ワーカーがエボラに感染しているが、現在発生している1万3,000人の感染者に対して2万人以上のヘルス・ワーカーが治療・看護に当たっていると仮定すれば、感染率は約1.9%である。ナイジェリアでは、891人が患者と接触したが、21日経っても発症はない。このようなネガティブ・ファインディングも重要で、エボラの感染力はたとえば麻疹などと比べると、それほど強くないと言える。

一方、治療も予防もできるマラリアは、ギニア、シエラレオネ、リベリアだけでも1年間で7,000人が死んでいる。感染者は世界で1日あたり57万人。結核の感染者は1日あたり3,600人。HIVは、今回のエボラ流行による死者の10か月分と同じくらいの人数が毎日死亡している¹⁵。新興感染症(emerging diseases)は2~3年に一つ出ているので、SARSだ、エボラだ、新型インフルエンザだといって右往左往するのではなく、どんな感染症が来ても慌てないような保健システム、その中でのアウトブレイク対策を構築すべきだ。

¹⁵ 死亡者数

エボラ：4,000 / 10 か月

マラリア：7,000 人 / 年 (ギニア等3か国) (マラリア感染：570,000 人 / 日 (世界))

結核：3,600 人 / 日

HIV：4,100 人 / 日 = 1,230,000 人 / 10 か月

(3) システムの重要性

感染症によって特異的な問題はあるが、基本的に感染症対策には共通部分が多い。したがって、グローバル・ファンドは三大疾患を対象にしているが、そのプログラムを通じて保健医療人材が育ち、感染症情報システムが広がった。皮肉なことに、ギニア、シエラレオネ、リベリアでは、他のアフリカ諸国に比べて HIV 感染率は高くなく、グローバル・ファンドや他のドナーからの援助が他国に比べて多くなかったといわれる。また、この西アフリカ 3 か国は内戦やテロなどにより、保健システムが崩壊し、未だ立ち直っていなかった。

たとえば、感染症対策においてまず重要なのは情報やサーベイランスである。突然の高熱、頭痛、嘔吐や原因不明の出血などがあった場合、エボラを疑ってすぐにレポートし、血液を採取して検査する。

情報システムを構築する時は、その国の能力に応じて疾病の数を絞って、まずは迅速に情報を得られるようにすることが大切。また、情報管理、診断・治療などができる人材を育成しないとならない。

今回のエボラ流行には、葬儀の伝統的風習—遺体を洗ったり、抱擁・キスをしたりすること—が流行拡大を助長していた。患者が亡くなっても、ウイルスは数日遺体に残るため、このような伝統習慣を変えないとまらない。予防啓発活動が重要だが、エボラ患者が家族などから隔離されたり、遺体を処理したりすることに対して、誤解や妄想がおこり、暴動が発生した。文化・風習の壁を打ち破るのは簡単ではない。また、個人防護服や消毒剤などエボラ治療センターに必要な物資、さらに僻村で死亡した遺体の確認やその血液をどのように送るのかなどのロジスティックスも容易な作業ではない。

エボラでなくとも、インフラやシステムが無い国で、肺炎やマラリアなどの感染症と戦うには、診断キットや治療薬などを僻村に送り届けなければならない。特にワクチンを送る場合には、最後まで冷蔵しながら送り届けるコールドチェーンが必要で、そのロジスティックスをどう実現するかが重要だ。麻疹などでは 95%以上の子供に予防接種をしないと、流行する恐れがある。

(4) 誰がシステムを作るのか

最終的には国がヘルス・システムの全体の絵を描く必要がある。そのために現状のアセスメントをし、理想とのギャップを認識することが必要である。その中で、この組織はこの領域のこのギャップを埋めるために協力という形で役割分担をするのが理想である。いくつかの国ではこれができるきている。例えばケニアは、保健セクター調整の中で、様々なワーキンググループを作り、疾病対策とシステムを繋げて、様々なパートナーの連携調整を行っている。エチオピアは、コミュニティにおけるしっかりした保健戦略を決め、例えば 3,000 人のコミュニティで 2 人のヘルス・ワーカーの育成し、診療所と巡回と役割分担を決め、マラリア・下痢症・肺炎など優先的な疾患に絞って、その診断と疾病管理を地域ベースで行い、それ以外は診療所や病院に繋ぐシステムを作っている。

開発途上国または低・中所得国といっても、脆弱国家から、タイのようにほぼ自立できる国まで幅広いため、グローバル・ファンドでは開発の連続性（development continuum）の中で、資金管理や支援内容などで差別化を図っている。たとえば、紛争の残る脆弱国家では、

国連や NGO を中心とした調整メカニズムで、サービスのアクセスに重点を置いた支援、中進国では市民社会や当事者組織がカバーする政府が手を出したがない活動に重点を置く、などである。

以前は計画や戦略を作ったことのない国が多く、ドナーの援助によってコンサルが国家保健計画などを作っていた時代もあるが、現在では様々な計画や戦略をできるだけ政府にオーナーシップを持たせ、能力が足りない時には、技術支援をしながら一緒に作っていくということを繰り返している国が多い。その中で、ビジョンを立て、具体的な目標やその達成のための戦略を決め、指標を立て、数値目標を作ることの意義などが次第にわかってきて、共通の言葉で同じ土俵で議論ができるようになってくる。実際に指標を測って、サービスのカバー率が上がり、死亡率や感染率が下がってきたことが見えると、政府も自信がつき、やる気が湧き、計画を立てること、またそれをモニタリング評価することの大切さが次第にわかってくる。以前は全く計画や戦略を立てられなかった国が、今では自分たちがリードして、国家予算の10%以上を保健セクターに割り当てて計画を実施しているルワンダのような国もある。

2. 緊急援助とロジスティックス

(1) ミャンマーのサイクロンの例

自分（国井局長）もヤンゴンで被災したサイクロン・ナルギスでは、イラワジ地方に5～10メートルの高潮が押し寄せ、100キロメートル四方の村々が全てやられた。倒れた大木に遺体が吊り下がってクリスマスツリーのようにになっているという悲惨な状況もあった。ある村では、コンクリートの建物が高潮に潰され、そこに避難していた女性や子供が亡くなった。遺体収集や確認などできる状況ではない。（サイクロンから）1か月経っても、河には遺体が浮いていた。

ミャンマーでは、軍政府が村落の地図を作りたがらなかったのも、村の位置や人口といった情報がなかった。さらに、高潮で川の間隔が変わっていたりもした。GPSを持ち込み、村や生存者を探し、地図を作った。海外から支援物資をヤンゴンに持ちこみ、そこから各地域に送るため、橋の補強状況や何トンのトラックならその橋を通れるか、などを詳細に調べながら、支援を行った。

(2) ロジスティックとエビデンスの重要性

このような緊急援助では、ロジスティックスが重要である。

日本でも、東日本大震災の際、1か月過ぎても石巻では1日2食でパンとおにぎりしか配給されていない避難所もあった。送られてくる支援物資を倉庫に入れ、どこに何があるのか分からなくなっていた地域もあった。また、避難所によっては、全員に平等に行き渡らなければ、せっかくあっても物資を配らないところもあった。需要側のニーズに基づいて物資を送ってもらうプル・システムでなく、供給側がニーズを推測して物資を送るプッシュ・システムのロジスティックスに留まっていたのである。医療の専門家も必要だが、ロジスティックスのプロを育てなければならない。

緊急援助では、地域ごとに状況とニーズを迅速に評価し、パッケージにして支援物資を送ったりもする。災害が起こると母親たちはショックと栄養失調で母乳が出なくなると信じて、ドナーが粉ミルクを送ることがあったが、被災地では安全な水は入手しがたく、薪などもないため煮沸もできないことが多い。もったいないから余ったミルクは取っておく。そんな状況の中では、ミルクに病原菌が増殖し、乳児はすぐに感染する。結果、死亡率も上昇する。よかれと思ってやった援助が現地の死亡率上昇に貢献することもある。支援にも、きちんとしたエビデンスが必要である。

3. 水と衛生

(1) 現地の実情を知る

国によって水源も配水システムも違うため、現場を見て、現地に合った援助の方法を模索しなければならない。ミャンマーの多くの農村では、雨季に溜池に水を溜め、それを乾季に使う。しかし、サイクロンで高潮の塩水と汚泥が溜め池に入ってしまった。そこで、ポンプで水を吸い上げ、汚泥や塩分を取り除き、溜め池を作り直して現地の人々の生活を元に戻した。まず現地の人々の生活を元に戻し、その上でさらなる開発を進めるのである。緊急援助プラス開発で、村をもっと良くする (**build back better**) ことを目標にする。

言うまでもなく、トイレ作りや衛生活動は重要だ。ルワンダの大虐殺に続く難民流出は、ザイールでの赤痢とコレラの大流行をもたらし、50万人以上の患者と5万人の死者が出た。リスク管理の基本は、常に最悪のシナリオを考え、そのリスクを避ける、またはインパクトと低減する方法を考える。

(2) 水のリスク

飲み水は、インフラが整っていない国では、水源をきれいにするより、飲む直前の水を処理するという **point of use disinfection** が現実的で効果が高い。最近では、泥水でも泥が沈殿して透明になり、病原菌も殺せるといった浄水製剤も市場で売られている。

水瓶に貯水しておく、ボウフラが増えてデング熱などを流行させることもある。ミャンマーのサイクロンの後には、それらを懸念して、人海戦術で各家庭を回り、ボウフラを殺虫するも人体に害のない薬を撒いたりもした。

手洗いが重要であることもいうまでもない。パキスタンの研究によると、石鹼で手洗いをきちんと行くと、下痢症を約50%低減すると共に、肺炎も約20%減らすという調査結果がある。手を洗う習慣ができていない国とそうでない国では感染症の頻度も全く違う。

国土のほとんどが半沙漠であるソマリアでは、水を汲みに行くのは大変である。小さい女の子が半日、乾季には数日かけて水汲みに行くこともある。途中でレイプされたりする危険も多い。さらに、そのような状況のためか、女性器切除と呼ばれる習慣がある。麻酔も使わず、汚い石のようなもので女性器を切りとり、アカシアの太いトゲで穴を開けて縫って閉じてしまう。それだけでも多くの人が痛みや出血、感染症で死んだり、身体的・精神的に後遺症を残したりすることがある。

4. 各国事情と開発の優先順位

(1) 人災とロジの困難さ

ソマリアではバレ政権が倒れた後、20年に及ぶ内戦が起こった。モガディシュの街のほとんどの建物が破壊される程の酷い内戦であった。病院に下痢や肺炎で入院した子供も、迫撃砲などで病院にいながら外傷を負うこともある。市民も援助団体も巻き込まれる、**complex emergency** という状況だ。

さらに、飢餓と栄養失調も起こった。自分がソマリアで働いていた3年間に、60年に一度の大干ばつがあった。東アフリカの国々がこの旱魃の影響を受けたが、栄養失調などで子供の死亡率が急激に上昇したのはソマリアだけであった。多くの国ではセーフティ・ネットや国内外の支援によって、飢餓という究極の状態はどうか防げたのである。飢餓で人が死ぬというのは、現代では自然災害ではなく、構造的な問題、人為災害である。

コレラや麻疹も広がった。水が汚く、栄養状態が悪ければ、免疫状態も悪くなり、様々な感染症が流行する。特にコレラは重症になると、1日に下痢が20～40リットルも出る。つまり、体内から20～40キログラム分の水分が失われるのである。点滴を滝のようにして補液しないと、脱水で死亡してしまう。1人あたり1日で40本も80本も点滴のボトルを確保しなければならない。ソマリアの道なき道を走って、避難民キャンプまで運ぶロジはそう簡単ではなかった。たとえばその計画は、過去の例から50万人のコレラ患者を想定し、その中で補液を必要とする重症例を20%の10万人、あとの40万人は、経口補液(ORS)でどうにかなるとして、必要物資を計算する。実際に、現地のNGOなどと共に、入院が必要な場合のコレラ治療ユニット、外来で治療するORSセンターなどを作って対応した。内戦地域を突破するためのロジスティックスは困難だった。

(2) 知識と実践

また、折角、コレラから回復した子供たちに、母親たちが汚い水を飲ませてしまうこともある。結局日頃から、特に母親たちへの教育をじっくりとやらねばならないのである。

写真3-1 子供に泥水を飲ませてしまう母親



撮影：國井修局長

専門家に調べてもらった所、外見は沙漠地帯のソマリアでも大方は水を供給する方法があるという。井戸を掘る以外にも、雨季に効果的に雨水を溜める方法があり、それで数か月は持つと言う。そういった知識をどのように実践につなげるか。一つの団体ですべてをカバーするのは無理なので、水・衛生の支援を行っている組織・団体での連携・協働を進めた。

(3) プランを作るということ

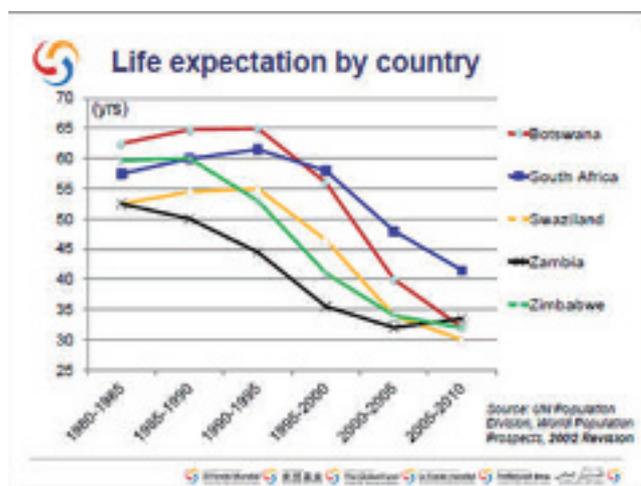
ミャンマーでもソマリアでも、開発の面で多くの可能性が感じられたが、具体的に優先順位を決めて、順序だてて実施する必要があった。ただし、各組織が勝手にプロジェクトを計画するだけでは、協調・連携ができず、国全体のプログラム計画が必要であった。援助協調で重要なのは、どれだけエビデンスに基づいたセクターごとのプランをきちんと作ることができるか、具体的な目標・目的を決めて、それを数字で表し、指標を測る。計画は欲しい物リスト (wish list) になることが多いので、実際にある予算と照らし合わせて、フォーカスを絞るための議論をする。アフガニスタンやソマリアなどの脆弱国家でも、essential package of health service (EPHS) や basic package of health service (BPHS) と呼ばれる基本パッケージを作り、州や県単位で最低限の保健サービスをできるだけ広い範囲に展開しようという動きもある。例えば、ある国の地域で、5歳未満の子供の肺炎、下痢症、マラリア、栄養失調、新生児の感染症などの疾患に絞って診断・治療すれば、6～8割の子供が救えることもある。

5. グローバル・ファンド

(1) グローバル・ファンドの創設と実践

1990年代のアフリカでは、3人に1人がHIVに感染し、平均寿命が20歳以上も下がった国もある。100万人の国の平均寿命が1歳下がれば、100万人×1歳分の人が死んでいるということである。HIVは地球規模の脅威として、沖縄のG8サミットでも主要議題となり、国連安全保障理事会でも、保健医療問題が初めて取り上げられた。世界が一致団結してこの状況を打開しなければならないとして、2002年に設立したのがグローバル・ファンドである。現場に資金を流し、政府や市民団体、当事者など関係者・団体を動かし、その連携・協働を強め、現場を変えることが最大の使命であり、期待も大きい。

図3-1 国別平均余命 (Life Expectation by Country)



出所：国際連合経済社会局人口課『World Population Prospects: the 2002 Revision』

国によって流行状況が異なるので、最も効果的・効率的にその国の HIV、結核、マラリアの流行を抑え、死者を減らすにはどうしたらいいか。きちんとしたデータの上に計画が立てられるよう、調査やデータ管理にも力を入れている。予防、治療、ケア、サポート、それらのバランスも考える。予防・啓発、行動変容にはまた国や地域の状況を考慮しなければならない。

特に HIV の流行はハイリスクの人々がいる。静注薬物常用者、セックス・ワーカー、ゲイ、収監者など。これらの人々を犯罪者として扱い、治療や予防サービスを提供しない国もあり、感染症がそれらの集団で流行していくことがある。たとえば、多くの国で、刑務所は人口密集で換気状態が悪く、結核が蔓延しても検査も治療もしないことがある。

(2) コミュニティーの重要性

ミャンマーでは軍事政権時代、HIV の予防・治療に対して消極的で、アンダー・グラウンドで流行が広がっていた。中にはコマーシャル・セックス・ワーカーの多くが HIV に感染していたが、対策も公然とはできなかった。セックス・ワーカーやゲイの人たちが表に出ることはなかったのだが、最近、ミャンマーを訪問した際、グローバル・ファンドが支援しているセンターで、セックス・ワーカーやゲイの人たちが HIV の治療や予防をお互い同じ立場の者として、学びあい、教えあっている。弱い立場の人たちが立ち上がり、コミュニティーや NGO を組織するなど、貧しいながらもコミュニティーの保健衛生活動は活発で、最近ではさらに能力や自信がついてきている印象がある。ミャンマーも変化してきている。

コミュニティーの役割はとても重要で、その人材育成や能力強化にもグローバル・ファンドは積極的に支援している。日本でも昔、村の婦人会などが中心になって、母子保健や栄養改善、衛生改善などのコミュニティー活動が活発で、これが日本の子どもや妊産婦の死亡減少に貢献してきたと思う。コミュニティーの予防啓発活動を活発化するには、誰かがどこかで仕掛けなければできないが、軌道にさえ乗れば自分たちでできる地域も多い。

(3) 結果を出すために

グローバル・ファンドは、結果を出すことを期待されている。そのために、様々な努力をしている。例えばエイズの治療薬。昔は1人あたり 200 万円もしたが、今では安価なもので 8,000~1 万円。それも一つの合剤を1日1回飲めば済むものまでである。薬の研究と開発は重要である。グローバル・ファンドは基準に見合った薬を迅速に安価で各国に送り届けるためのメカニズムを構築している。これまでグローバル・ファンドだけでも世界の 700 万人以上にエイズ治療薬を提供することができた。また、3 億人以上に殺虫剤処理蚊帳を配り、結核に感染した人たちの診断・治療も増えた。たとえば、エイズの流行が特に酷かったボツワナでも、グローバル・ファンドができた 2002、2003 年頃から、死亡率がぐっと下がってきた。現在、世界全体で見ても、HIV の新規感染は3割減り、死亡も減った。人間の英知は、絶望的と言われていたエイズのような病気にも立ち向かって、状況を変えることができたのである。

三大感染症のみならず、グローバル・ファンドはその国の保健システムも強化している。人材、特に村のヘルス・ワーカーを育成し、地域でマラリアの診断・治療をし、結核患者に薬を飲ませ、また診療所や病院に送る。情報管理、特に診療所レベルでデータを収集し、報告し、国全体の保健情報システムに貢献する。その他、物品管理システム、サービス提供シ

システムなどの強化によって、他の感染症や母子関連の病気などにも対応できるようになる。

この結果、グローバル・ファンドの協力によって、HIV、マラリア、結核による死亡率が下がるだけでなく、5歳以下の子供のHIV感染が3割減り、妊産婦死亡も2～3割減ったという国もある。

たとえば、グローバル・ファンドはエチオピアに10年間で日本円で約1,200億円分の支援をしている。これは日本の一つの総合大学の大体1年分の予算であるが、それでエチオピアのような大国の問題を改善することができる。ひとつの投資と考えると、これほどの感染や死亡を防げるのは素晴らしいリターンで、効果的な投資といえるのではないか。ODAは決して無駄ではない。

どうすれば更に効果が出るか、効率をよくすることができるか。追求しなければならない。そのためにはデータをしっかり収集し、どこに流行があるのか、どのような介入がより効果的か、などをしっかり考えながら進める必要がある。政府に執行能力がなければ、長期的に見てその能力構築への支援は行いが、失われている命を救うにはむしろNGOや民間を中心としたサービス提供に資金を投入する。

(4) 様々な支援戦略

どの国にどれくらい患者や感染者がいて、どれくらいの資金が必要かは大体わかっている。そのため、各国に申請書を書いてもらって、その合否を決めるのではなく、予めそれぞれの国に割り当てる資金の上限を決めて、それを有効に使うための計画・実施に時間と労力をかけてもらう。戦略的な計画作りができない国には、他のパートナー（WHOやUNAIDSなど）と協力して、技術支援をする。

一つの国でも地域や集団によって、感染症の流行はまったく異なる。例えばケニアでは、西側にHIVが集中している。そこで、全国的なキャンペーンよりも、その地域や集団に集中的に介入をする。ゲイやコマーシャル・セックス・ワーカーにHIV感染が集中している場合には、その状況をより詳細に調べ、状況に応じた効果的な活動を展開する。予算は多くの国では政治的に決まることも多いため、どこに感染が多く、どのような活動が効果的か、そのためにはどのような予算を立てなければならないか、などを議論する必要がある。

途上国のリスクをすぐに0にすることはできないが、まずどのようなリスクが存在し、その発生の可能性を検討し、それを予防・軽減するにはどうすべきか、を予め知り、実施することが重要である。グローバル・ファンドでは、資金管理、データ管理、人材、サービス提供など様々なリスクを評価し、「リスクマッピング」として提示し、国ごとに年に1～2回チェックして、その動向をモニタリングしている。

さらに、自立のための支援もしなければならない。それも財政、プログラム、ガバナンスに関する自立と自律である。例えば、9割以上のエイズ対策資金をグローバル・ファンドなどの援助に頼っていたところを、3年で自己負担を3割以上に増やすとか、今まで政府が5～10%しか取り組んでいなかったプログラムを30%くらいに高めるとか、具体的な自立のための支援プランを作らなければならない。

自立のためにはシステムを構築しないとイケない。しかし、資源の限られた国でシステムを構築するには、できるだけ優先課題を中心に柱をつくり、そこからシステムにつなげてい

くという方法が効率できだ。そのためグローバル・ファンドは、多くの国で大きな問題となっている三疾患に絞って、それぞれの国の柱を作り、そこから人材育成、情報システムなどのシステム構築につなげている。

(5) パートナーシップの実態

パートナーシップが重要である、と誰もがいうが、現場で連携協力を本気でしようとするとかかなり難しい。私も現場で国連や NGO などと合同プログラムを作るため様々な連携・調整の活動・努力をしたが、組織によっては自分の領域や持分を邪魔されたくない、といった理由で連携・協力を拒むこともある。

グローバル・ファンドは自らが実施機関でないことから、様々な組織・機関に呼びかけて、その連携・協働を促進するにはいい立場かもしれない。政府や国連機関だけが独占しないように、市民社会や当事者組織も積極的に参加してもらいながら、プログラムの形成をする。市民社会や当事者組織の声が小さく、力が弱ければ、その声を大きくし、力を強める支援をする。

また、戦略的なパートナーシップを組むことも重要である。例えば、世界銀行とは、成果主義の信託基金として、効果的なサービスパッケージの全国展開に協力し、UNICEF や UNFPA とは地域での母子保健やリプロダクティブ・ヘルスの連携・協力をしている。

6. 日本の役割

(1) 人を送り込む

国レベル、また世界レベルで保健医療の戦略や政策作りに関わる人々がいる。欧米の政府、NGO などにはそこに多くの人材を注ぎ込み、絡めている。日本人も具体的な援助プロジェクトの実施だけでなく、世界や国レベルで保健医療の潮流を作る人も必要だ。それには戦略的に人作りをしなければならない。ポストを作らなければならない。アメリカやイギリスはポストを戦略的に作っている。USAID が資金をつける NGO やシンクタンクには資金と人が集まり、組織として知恵や経験が集積できる。日本も日本国内の組織強化をして、戦略的な人作りをする必要があると思う。

(2) 民間セクターと連携する

現在、マラリア対策で投資家を募るヘルス・ボンドや、結核対策のための鉱業企業との連携プログラムなど、具体的な公民連携をグローバル・ファンドは作っている。こういったものに様々な日本の企業や団体も入ってほしい。消毒液を作っているサラヤや、コンドームを作っているオカモトなどが挙げられるだろう。サイクロンでミャンマーの溜池が汚れたときも、日本の企業で自転車をこぐだけで汚水から安全な飲み水が精製できるという製品があった。ある企業はトラックに載せた浄水器で海水からも安全な飲み水ができるという製品もある。日本の企業には技術があるのに、海外でそれを普及させることには関心や経験がない。もっと国際貢献をして頂きたい。

(國井 修 世界基金戦略・投資・効果局長による報告)

第2節 日本企業が国際保健市場に打って出るには

1. 国際保健市場

(1) 飛躍した国際保健市場

2000年以降、国際保健のマーケットに大きな変化があった。2014年時点で、国際保健に投入されている資金は90年の約4倍、2000年の約3倍の300億ドルを超えており、それだけの、医薬品やデバイスのマーケットができています。ミレニアム開発目標(MDGs)の8目標のうち、三つが保健となっていることが後押しとなった。

さらにその背景には、2002年に三大感染症の世界基金が設立され、WHOのような国際機関ではできない、より迅速な意思決定で資金を流しているということがある。世界基金は、エイズ、結核、マラリアの三大感染症に270億ドル以上の資金をコミットし、今後3年間で130億円以上が使われる予定である。ARV(抗ウイルス薬、antiretroviral)を2009年から2011年の間に6.9億ドル分購入した。GAVI(世界ワクチン予防接種同盟、Global Alliance for Vaccine and Immunization)は立ち上げからこれまで80億ドル以上を投資するなど、途上国の需要を作り、入札をかけ、薄利多売でワクチンの供与を行っていた。マーケットの不在が大きな問題であったが、MDGsによりマーケットが作られ、大きな成果があり、いわゆる国際保健のGrand Decade of Global Healthと呼ばれる10年があった。

(2) 非感染症の台頭と対応の遅れ

一方、MDGsに対して、NCDs(non-communicable diseases)あるいはNCDI(non-communicable diseases and injury)といった、経済成長や都市化による、二重・三重の疾病負荷が出てきている。これを踏まえ、2011年の国連総会では、NCDsに関するハイレベル会合とWG会合を開催した。しかし、どの援助国もNCDsは援助の対象ではないとし、国際協力関係部署が出席した先進国はフィンランドと日本だけであった。米国からは保健省(Department of Health)のKathleen Sebelius、英国からは厚生大臣(State Secretary for Health)が来ていたが、MDGsではこれだけ資金が動いているのにも関わらず、NCDsは援助の世界ではそれほど受け入れられていない。しかし、NCDsにより、低所得国(lower-income country)、低中所得国(lower-middle income country)でも疾病負荷が増加し、死亡が増え、MDGsを超えてきている。例えば、DALY(障害調整生存年、disability-adjusted life year)という保健の疾病負荷の指標によると、ミャンマーでは1990年から2010年にかけて脳卒中などのNCDsが増えている。ヤンゴンだけで800万人の人口があり、都市部なのでNCDsの患者が多い。一方、地方ではMDGsがあり、ミャンマーの脆弱な保健システムにより、国境地帯の薬剤耐性マラリアなどが広がると、マラリア治療が根本からひっくり返る危険性もある。状況が複雑になっている。

(3) 途上国のオーナーシップ

ミャンマーの医療予算について、世銀のレポートでも、額は増えているが使い方が悪いことが指摘されている。アフリカ諸国でも、まだ3か国くらいしか達成していないものの、「アブジャ合意」という政府予算の15%を保健に充てるという合意があり、その中で予算をうま

く使うことが課題になっている。医療予算を使う人間は、人の生殺与奪を決める。従って、途上国が自分の力で予算を策定し、ドナーの援助も横から相関（correlation）していく能力が重要だというのが「国際保健外交戦略」である。ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）は、出来るだけ多くの人たちが、出来るだけ多くのサービスを安価に得られるということを目指すものだが、実施するのは途上国自身であり、途上国が UHC を実施出来るようにすること自体が UHC の目標である。2012 年の国連総会では UHC の決議が出た。ポスト 2015 年の議論においては、何をすれば良いのか分かっていないが、乳幼児・妊産婦死亡率のインジケーターがあったほうが良いと言われている。また、米国ニューヨークの外交関係者（diplomats）には理解が得られていないというジレンマがある。

2. 日本の国際展開の挑戦と課題

(1) 政府の戦略

日本政府は健康医療戦略をアベノミクス第三の矢・成長戦略の重要な役割を担う一つの柱に据え、国内の研究開発を推進し、日本の優れた医療サービスの国際展開で貢献しようとしているが、こちらも後述のような制約がある。

問題は、2つの戦略（「国際保健戦略を通じた国際貢献」と「日本の医療サービスの国際展開」）がどう交わるかである。出来るだけ多くの人々が安く、出来るだけ多くのサービスを安心して受けられるという概念の UHC は、公的なマーケットを作ることであり、すなわち、医療サービス・機器を提供する側からすれば、日本は 40 兆円のマーケットを作っており、そこでは予測可能な、かつ安定的な市場ができており、結果的に外資系企業が優遇されているが、innovative な薬品については新規加算制度によって出来るだけ mark up をして、高い価格をつけている。そういうマーケットが途上国にでき、日本の技術がそこでの競争に勝てれば、2つの戦略が交差し、途上国の健康改善及び経済成長に資し、更にマーケットができ、医療予算が増え、マーケットが大きくなり、チャンスも増えていくと、私どもは考えている。

(2) 市場競争が生み出す途上国での課題

しかしそういうマーケットは、ジョンソン・エンド・ジョンソン、GE、ジーンズ、グラクソ・スミスクライン、ファイザー、メルク等がどんどん入ってきており、そこで日本企業は競争しなければいけない。

このマーケットでは医療を提供するのは基本的に民間会社の技術・機器であるが、それにより「10 と 90 のギャップ」が起こると指摘されている。すなわち、世界の疾病患者の 9 割が途上国にあるのに対し、（特に途上国に多い）感染症には世界の保健研究開発費の 10%しか使われていない、という「研究開発と疾病負荷のミスマッチ」である。製薬企業も企業である以上、株主に対して責任があり、病気を持っている人にお金が無く、マーケットがなければ儲けられず、そこには入っていけない。それにより、シャーガス病やリウシュマニアといった「neglected tropical disease - 顧みられない熱帯病」という問題が出てくる。

このような問題に対し、2000 年以降、TRIPS 協定（公衆衛生上の問題に対し、国内で治療薬を作るのは良いが、その輸出を禁ずるといふもの）の強制実施の柔軟性が大きな問題となった。すなわち、アフリカでは AIDS で人が死ぬが、治療薬が作れない。一方、インドでは薬が

作れるが、TRIPS 協定があって輸出できない。これに対して南アフリカで裁判が起きたことなどを契機に、ドーハ閣僚宣言が採択され、AIDS に限って例外を設けることが決定した。一方、製薬企業は医薬品化合物の discovery と development に対処するための知的財産を多く所有しているものの、研究開発はしない。そのため、知財を守っている企業に、民間、公的（機関）、慈善事業（philanthropy）が資金提供する product development partnership（PDP）が出てきた。ゲイツ財団、USAID（米国国際開発庁、US Agency for International Development）、DFID などが、全体で毎年約 4 億 8 千万ドルを拠出し、製薬企業や大学の研究機関によるオープン・イノベーションを通じたコラボレーションで出来たものを、原価で生産したり、ライセンス・アウトしたりすることで、20 近い新薬が開発されている。

（3）日本の製薬企業の挑戦と課題

日本はこの流れに参加をしていないものの、総合製品開発能力は世界第 3 位である。その知見を途上国での医薬品開発に活かす目的で、GHIT（グローバルヘルス技術振興基金、Global Health Innovative Technology Fund）が 2012 年に設立された。国際的な研究機関と、日本の研究機関や外資でも日本国内に研究機関をもつようなものとのジョイント・プロジェクトに、外務省、厚生労働省、製薬主要 5 社、ゲイツ財団が 25 億ずつ投資をして、研究活動の支援を行っている。企業はできた化合物による利益を得られないが、外務省・厚生労働省から投入資金の 3 倍の研究開発費が入ってくるので、投資額を見れば 3 倍になって入ってくるということだ。エーザイが WHO を通じて DEC という薬を世界各国に無償供与したところ、インドにおいてエーザイの知名度が上がり、エーザイの痴呆薬の売り上げが 200%、300%伸びたという事例もあり、GHIT を通じて開発された医薬品について、企業としては長い目で投資として考えている。すなわち、株主の考えに沿って実施する CSR ではなく、いわばソーシャル・ビジネスをやっている。GHIT を実現する過程で大変だったのは、「研究開発は ODA ではない」という主張をずっと突破できなかったことにある。しかし、途上国への研究開発は DAC でも認められているし、PDP に対する DFID や USAID の投資は、認められている。その文脈から、スタンダードが作られていくのではないか。

日本の製薬企業には企業規模という大きな課題があり、国際的な再編から取り残されている。（日本の最大手である）武田薬品工業も、グラクソ・スミスクラインの 3 分の 1 程度の規模でしかない。2011 年にスイスのナイコメッドを 1 兆 1,000 億円で買収したが、ブロックバスター（年商 10 億ドル以上の収益を上げる薬品）の特許も切れ、利益率が 10%切るとか切らないといった、危ない状況にあり、2012 年にはグラクソ・スミスクラインのクリストフ・ウェーバー社長に COO の座を明け渡してしまった。ファイザーはアストラゼネカの買収に失敗したが、第一三共は途上国でジェネリック（後発医薬品）を展開しようとしたところ、買収したインドのランバクシー・ラボラトリーズが米国 FDA から禁輸措置を受け、約 5,000 億円の損失を被った。（日本の）企業規模や戦略を見ると、国際的ビジネスには甘さがある。

（4）日本の医療機器メーカーの課題

医療機器の展開においても、企業規模が一番の課題である。日本の医療機器は特にロシア、インド、カンボジアなどに展開しており、例えば三井物産は、マレーシア資本の会社・

Integrated Healthcare Holdings でインド、マレーシア、トルコ、シンガポールの病院グループを所有しているが、関係者によれば世界的に勝負出来る日本の医療機器メーカーは、テルモ、オリンパス、日立、東芝くらいである。

医療機器の展開において重要なのはリバース・イノベーション、すなわち途上国の現地のニーズを踏まえて、現地で使い易い物を作ることである。しかし、売れるか分からない商品を開発し、承認・許可を獲得し、現地でマーケティングをするのは莫大な投資であり、実施出来るのはジョンソン・エンド・ジョンソン、ジーマクス、あるいはアメリカのベンチャー・ファンドが機能している企業である。例えば栄研化学は、多量の電力を必要としない結核の簡易な診断法「LAMP 法」を開発したが、アメリカのジーンエキスパート (GeneXpert) という競合商品の方が圧倒的に売れている。ジーンエキスパートは清潔なラボや安定した電力を必要としており、途上国の実状に合っているか疑問である。しかし、シラク (元仏大統領) が国際貢献税を母体に創設した UNITAID からの 2,590 万ドルの投資による 21 か国への供与や、ドイツ財団、UNITAID、USAID、そして AIDS の世界的な ODA を拠出している国務省の PEPFAR (President's Emergency Plan for AIDS Relief) による価格の 40%カットなどのアシスト連によって、途上国を席卷している。LAMP 法の問題は、栄研化学の規模が小さいことと、WHO の承認を得るだけの evidence、サンプル数が足りないことである。

ODA を通じて途上国に最初に医療機器が持ち込まれ、それを経産省がフォローアップして企業が自助努力で医療機器を展開していくという戦略を描いているものの、企業の規模が小さくて上手くいかない。インドネシアなどのような大きなマーケットでも、一つの企業だけでメンテナンスのサービスもロジスティクスも売り込みも含めた投資は厳しい。結局、医療機器も全体のサービス提供であって、特有のメンテナンスあるいは備品を回すというロジスティクスまでないとビジネスとして成り立たない。

(5) 栄養市場への日本企業の挑戦

この関連で、医療として重要な分野である栄養について述べる。例えば味の素が、コーンを使ってお粥の栄養を強化したココプラスによる栄養改善に、USAID と JICA の資金も得て、ソーシャル・ビジネスとして展開を拡大している。カゴメ、キッコーマン、日清食品なども、インドのカロリー改善に関する JICA の feasibility study を行っている。カゴメのトマト加工技術で、生鮮市場に行くまでに 4 割が廃棄されてしまうというインドの農産物を使った BOP (Bottom of Pyramid) 向けのプロトタイプの商品が出来るという話もある。しかし、規模の制約で、リバース・イノベーションや事業を継続するための現地でのロジスティクスやサービスへの投資ができない。ロシアやカタールに進出している医療機器メーカーもあるが、大企業であっても限られた商品ラインで採算をとることが難しく、最初から純粋な商業ベースで出ていくことは難しい。

(6) 病院サービスの国際展開

病院サービスを総合化し、医療機器のメンテナンスに日本人が技師として参加すれば良いという話がある。しかし国際的な病院の展開はできない。イギリス政府は Healthcare UK を立ち上げ、UKTI (英国貿易投資総省、UK Trade and Investment)、NHS (英国国民保健サー

ビス、National Health Service)、DFID が英国医療を外に売り込もうとしている。それに対して、日本の病院は基本的に非営利法人で内部留保がなく、借金をして海外に打って出る体力がない。民間企業で、営利目的が良いかというと、アメリカの中でも営利に対する批判は多い。ハーバード大学のある教授は、「営利をサポートするような保健システムは sustainable ではない」と言っている。

日本には、例えば医療法人社団 KNI 北原国際病院が、カンボジアに富裕層向けの病院を作った。脳卒中などの NCDs が増えているので脳神経外科を作ればビジネスとして成立するという。ただし、この病院の資本については、日揮が 90%程の資本保障をし、病院が 10%程出資する合弁会社というビジネスモデルをとっている。そして、富裕層のみを対象とする。結局、病院ごと（国外に）出ているのは、徳洲会やセコムといったところである。

そのような中で注目したいのが、インドのナラヤナ病院グループである。日経アジア賞を受賞した心臓外科医・ナラヤナ医院長は、自分は「医療のフォードだ」として、貧しい人の間で NCDs が増えている中、医療が大衆のものになる様にコストカットをしている。企業にとって健康は投資であり、日本の保険制度も 3,500 以上の企業保険から成り立っているのだから、日本版ナラヤナグループみたいなものが、例えばベトナムにある日系企業の団地向けに病院を作り、保険、病院、日系企業で働く人をベースにしてビジネスの蘇生ができれば良いが、そういったものはなかなか（国外に）出ていかない。UHC に大きな公的資金が投入されても、資金が回収出来るというシステムが運用できない以上、経営としては難しく、ビジネスとしてはリスクが高いという。

(7) 目に見えにくい課題と対策

途上国のドクターは英米留学で臨床実習を積み、英米の医療機器と医薬品を覚えて、途上国に帰るといったネットワークができており、日本のものを使ってみようというビジネスのチャンスにはなかなかならない。日本でも外国人臨床修練制度で特例的に Ph.D.の単位を認めているが、限定的であり、なかなか使う人がいない。

WHO の認証は非常にハードルが高い。北海道大学人獣共通感染症リサーチセンターがザンビアにある拠点で行っている諸研究においても、サンプルが足りない。日本政府はしっかり支援して良いのではないか。政府の力で、栄研化学と北大の手を結び、いろいろ beef up したものを売り出していくのが良いと思うし JICA も支援すべきではないだろうか。WHO での承認、サンプル収集は、医薬品の研究開発で言うフェーズ III、最終的な段階であるが、それが出来るということが日本の技術が海外に貢献していく上で必要である。認証取得には、大使館や代表部がフォローアップすれば良いと考えられる。

リバース・イノベーションの課題として、ハイテクであるが故に、どこまで途上国で使えるのかという課題がある。LMAP 法は電気が不安定なところでも使えるが、メンテナンスも必要になってくる。ODA で技術協力を売り込むなら、その部分も何年間か見るようにしようという議論もあるが、そこが突破口になっても、ビジネスベースで売るときには、お金の話になって厳しい。病院（サービス）が一体として参入するには、技師に日本の公的な訓練をしておけば、その病院自体が回していくようになり、そこから（ビジネスチャンスが）広がっていくように思う。

(8) 途上国に合わせた制度づくり

制度作りは保険システムの基本であり、それぞれの政府予算がまわすお金のどこまでをカバーして、病院を配置し、医師をトレーニングするかというのもあり、そういった部分での協力は日本政府も考えている。

技術協力には、例えば UHC 達成のためにアジア地域の社会保険制度を強化することにより、それがカバーする人と利用サービスが増える。途上国にはそれぞれの医療制度があるので、現地に根ざして、日本国の経験を活かしてどこまでサポート出来るかである。USAID はその辺が上手で、どういった医療制度でも対応出来る。例えば、OECD が WHO、世界銀行と一緒に開発した医療の家計簿のようなもの、system of health account で、途上国にどれだけの予算が入り、どの疾病にどれだけ使われているのかをトラックしている。

ゲイツ財団は、保健分野では PDP に、また水・衛生だと毎年トイレ・ショーで innovative なトイレに研究開発の投資に資金提供をしている。他方、ロックフェラー財団は世界銀行とジョイント・ラーニング・ネットワークを実施している。途上国の保健はまず制度が基本であるので、技術支援によって、ケニアやマレーシアの UHC に向けた取り組みを共有しながら、保健制度をより良くするために協力している。USAID は保健システムに強い。(イ) AIDS-free generation、(ロ) child's survival、preventable child death をなくすこと、(ハ) El-system strengthening for universal health coverage を三つの柱とし、医療財政のシステム強化やキャンペーンでの全国的な統計を作っている。USAID の ODA は 25% が保健・医療関係であるのに対し、日本は 3% である。ただし、アメリカの良い所は、例えば味の素や、ノルウェーの子ども用人工呼吸器とか、技術が良ければよその国にもお金を付けるところである。

(小沼 士郎 内閣官房健康・医療戦略室企画官による報告)

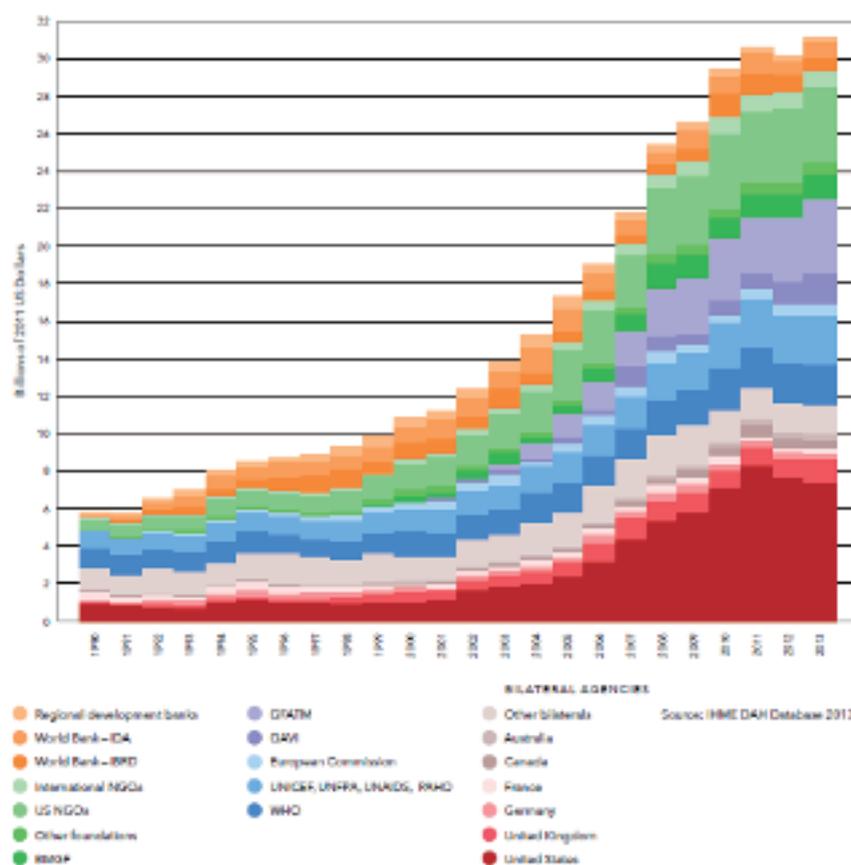
第4章 保健分野における国際協力の新展開について

—「人間の安全保障」実現を目指す国際協力実務の視点からの考察—

1. 保健分野の国際協力における「奇妙な」結末

1990年代から今日にかけて、途上国の開発に関する多くの分野の中で、保健分野ほど脚光を浴び、多くのリソース（人、モノ、金）が投入された分野はない。1990年から2013年に間に、国際社会が途上国の保健分野の開発のために投じた資金総額は、推定で6倍に達している。WHOのチャン事務局長は、「保健にこれほどの資金が集まったことはいまだかつてなかった¹」と述べたが、特に、エイズ、マラリア等の特定の疾病対策やワクチンの普及について、世界の関心は過去四半世紀で飛躍的に高まった²。保健分野は、最も多くのドナー（国際機関、二国間援助機関に加え、NGO・NPO、大学・研究機関）が集まり、援助協調と同時に、水面下では激しい援助競争も繰り広げられている。

図4-1 保健分野における援助資金の推移

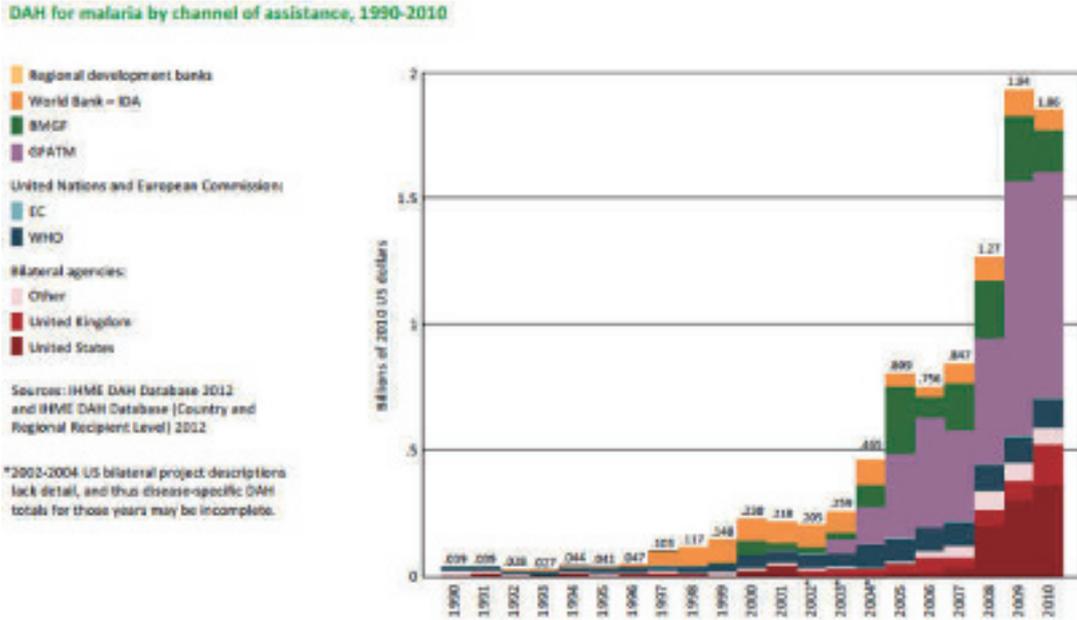


出所：Financing Global Health 2013: Transition in an Age of Austerity, Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) at the University of Washington

¹ Margaret Chan, *Address by Dr. Margaret Chan to Executive Board of WHO* (WHO, 2007 [cited 25 September 2008]); available at http://www.who.int/dg/speeches/2007/eb120_opening/en/index.html.

² 1990年から現在までの実績を見ると、援助資金についても、目標達成率についても、感染症対策に圧倒的な比重が置かれて来たことがわかる。ポスト2015を論じたサックスの *The Age of Sustainable Development* (Jeffrey Sachs, 2015, New York: Columbia University Press) でも、Chapter 9: Health for All のほとんどのページは感染症対策に充てられている。

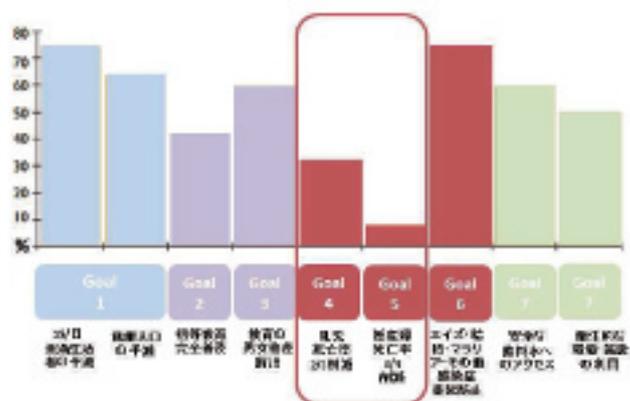
図4-2 マラリア対策資金の推移



出所：http://www.humanosphere.org/science/2013/09/visualizing-the-millennium-development-Goals/#prettyPhoto

本年（2015年）は、これまでの積年の国際社会の努力を総括する年であるが、そこにおいて、大変残念であり、また一見すると不思議な結末を見ることになった。国際社会がこぞって挑んだMDGsの七つの大きな開発目標の中で、保健分野に直接関係するものは、三つを占めた。5歳未満死亡率の3分の2削減（Goal 4）、妊産婦死亡率の4分の3削減（Goal 5）およびエイズ・結核・マラリアその他感染症の蔓延拡大防止（Goal 6）の三つであるが、そのうち、感染症に関するGoal 6は、極めて高い達成率（貧困削減に関する第一目標に次いで二番目）を示す一方、乳児と妊産婦に関するGoal 4とGoal 5は、最低の結果となった（図4-3参照）。途上国144カ国中、Goal 4の達成見込みは49カ国、Goal 5は26カ国に留まっており、また、達成した国の多くで、国内格差の問題が残っている。

図4-3 目標別MDGs達成状況



出所：World Vision Youth, Global Progress toward the Millennium Development Goals, 2013

このような結果について、そもそも、それぞれの開発目標達成の難度に大きなバラつきがあり、母子関係の指標については目標設定が不当に高すぎた（あるいは、感染症に関する第六目標の設定が疾病蔓延の減少傾向を達成するということで簡単すぎた）、もしくは、保健分野における国際社会の努力の仕方が間違っていた、急増した多くのリソースが無駄に使われてしまった、などと決めつけることは易しいが、本稿では、この分野における日本の協力の質をさらに向上させるために、この結果から、何を学び、それを今後の国際協力の政策や実務の現場においてどのように活かすか、という点に関して、特に国際協力実務の過程で得られている知見を生かしつつ考察を試みたい。

2. 許しがたい格差の存在

MDGsにおいて、最も課題が多い、とされた妊産婦死亡率（10万人当たり）は、高所得国、上位中所得国、下位中所得国および低所得国が、それぞれ、17人、57人、240人、450人である³。また、世界最高水準である日本は3.8人⁴となっており、日本と下位中所得国の格差は100倍以上に当たる。「人間の安全保障」が守るべき人間存在の中核である「命」を失うリスクについて、国際社会を挙げての努力にも拘らず、生物種としての人類にとって最も重要な営みである出産において、この格差が存在する。しかも、そのリスクが、現在の人類社会の努力によって、少なくとも特定の地理的領域では、回避可能であるという現実がある。つまり、下位中所得国の出産時の妊産婦の死のうち、99%以上は、「避けることができる死」なのである。「人間の安全保障」を理念として掲げ、包摂的な成長（inclusive development）を目指す限り、この格差を解消し、途上国における多くの人々の命を救うために、世界の現状を大きく変える必要がある。そのために、これらの指標に関する目標設定は、妥当であり、それが「不十分」あるいは「不当に」高すぎた、という議論は、正しくない。

他方、これらの目標の実現が非常に難しいものであった、という議論はおそらく正しい。妊産婦や乳幼児が、死ななくて済むために、必要な条件は、単に医療施設があればよい、というものではない。必要な対策は、さまざまな分野で、しかも多岐にわたる。それらのいずれかが大きく欠落していたとしても、状況を大幅に改善することは難しい。保健医療サービスが実効的に確保されるためには、医療施設の存在のみならず、地域社会に留まり根付く保健人材や技術、そこにおける安全な水や電気・エネルギーの安定的な供給、施設へのアクセスを確保するための運輸交通インフラ、保健システムが持続的に機能するための政策・制度的枠組み、さらにこれらよりも大切なこととして、妊産婦や家族が自ら、あるいは母子を守るための知識を担保する教育、情報通信の問題、医療サービスを受けるための経済力、それを可能とするための財政能力、それを確保する雇用、等々、おそらく、主だったすべての開発目標の達成が、母子の命を守るための必要条件となり、それらすべてにおいて実質的な進展がない限り、この「許しがたい」格差を解消することはできない。極論すれば、母子の生死に関する指標は、保健分野における最も重要な指標であるだけでなく、保健分野を越えて、ほぼすべての開発分野にまたがる開発営為全体の成果を表象する指標である、と言える。

³ http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/EN_WHS2012_Full.pdf

⁴ 妊産婦死亡率が3~6人まで減少すると、継続的な減少傾向が収束する。現在の日本が達成したこの水準は、生物種としての人類が到達できる限界値に近いのではとも考えられている。

3. 「目に見える成果」を目指した国際保健協力

保健分野の協力を強化するために、過去四半世紀にわたって急増した資金の多くは、感染症対策などの領域で、短期的にも目に見える成果を挙げるために投入され、多くの成果を挙げた。多くの乳幼児の命を奪ってきた感染症対策のために、ワクチンの普及活動が展開された。特にポリオに関しては、多くの国で野生株ウイルスの伝播阻止に成功し、日本は、2000年の西太平洋地域におけるポリオ撲滅にも大きな貢献をした。現在、ポリオ常在国は、パキスタン、アフガニスタンとナイジェリアの3カ国に絞られている。日本が生みの親であるグローバル・ファンド（世界・エイズ・マラリア対策世界基金）は、多くの人命を感染症のリスクから救った⁵とされている。エイズに関しては、730万人に対して治療薬が提供され、3億を超える避妊具が貧しい国々に提供された。結核については、1,230万人の感染者が発見され、治療薬が提供された。マラリアに関しては、薬剤を塗布した蚊帳4億5,000万帳が普及され、のべ4億7,000万人に治療薬が提供された⁶。豊富な資金力を背景に登場した新しいアクターであるビル&メリンダ・ゲイツ財団は、保健分野の貢献を重視し、とりわけ、これらの三大疾患を含む特定の感染症への対策を中心に、具体的で目に見える成果が期待できる事業に巨額の投入を行った。パキスタンおよびナイジェリアにおける円借款（それぞれ2011年および2014年コミット）では、両国におけるポリオ撲滅のための両国の努力を支援すべく、政府のパフォーマンスに応じて、同財団が政府の代わりに返済を行う、という新方式が試みられ、両国に対する技術協力とシナジーを発揮して効果を出すことが期待されている。

しかし、感染症の脅威が世界的にみて完全に収束に向かっているわけではまったくない。三大疾病だけをとってみても、エイズの年間発生件数は210万人、年間死亡者は150万人⁷、結核感染は年間900万人、年間死亡者は150万人、マラリアの年間発生件数は、1億9,800万人、年間死亡者は58.4万人（いずれも2013年）⁸であり、これらの三大感染症のみでも、毎日およそ1万人が、予防も治療も可能な疾病によって失わなくてもよい命を落としていることになる。

4. 転換点の到来: 「病をみる」から「人間を、社会をみる」へ

1990年代以降、世界各地で活発な国際保健協力が、豊富な資金を得て展開されている一方で、保健分野、特に母子保健分野のMDGs達成に向けての進捗が芳しくないことに気づいた国際社会では、これまでの予防接種対策その他の個別疾病対策など縦割りの個別課題の解決を目指すアプローチ（Vertical Approach）を見直そうとする機運が高まった。2005年あたりを境に、国際保健協力は、大きな転換点を迎えることになった。個別疾病対策におけるリソースの重複や無駄に着眼し、汎用性と持続性の点でより多くの効果が期待される処方箋として、保健システムの構築を優先すべきであるという議論が国際的に主流となった。保健システムを支える6つの要素として、(イ) 行政（ガバナンス）、(ロ) 保健情報・研究、(ハ) 保健財政、(ニ) 施設・機材・薬、

⁵ 870万人以上の命が、グローバル・ファンドによる（直接および間接的な）活動を通じて救われた、との未確認情報もあるが、正確なところはわかっていない。

⁶ Global Fund Results Factsheet – December 2014 release

⁷ <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/en/> (2013)

⁸ <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/en/> (2013)

(ホ) 保健人材、そして、(ヘ) サービス提供が挙げられ、これらの横断的整備を重視した協力の重要性が謳われることになった⁹。

2005年、日本政府が、「保健関係MDGsに関するアジア太平洋ハイレベル・フォーラム」で提唱した「保健と開発イニシアティブ」は、このような国際潮流を的確に反映し、保健システムの強化や、MDGs達成のための分野横断的な取り組みの重要性を訴えるものであった¹⁰。日本政府は、保健分野に関しては、それまでも、「人口・エイズに関する地球規模問題イニシアティブ」(1994年)、「橋本寄生虫対策イニシアティブ」(1997年)、「沖縄感染症対策イニシアティブ」(2000年)など、数々の積極的な提案を国際社会に対して打ち出し、多くの人々の命を救ったといわれるグローバル・ファンドを生み出すなど国際場裡で大きなインパクトを与え、存在感を顕示してきたが、2005年のこのイニシアティブは、コミットされた金額などの点で派手さはないものの、保健分野において、国際協力を通じた社会変革に関する当時の最先端の知見を的確に反映したものである¹¹。

個別の疾病対策、個別の保健分野の課題のみをバラバラに扱おうとする限りにおいては、問題は根本的には解決しない。国際保健協力が、「人間の安全保障」の対象となる人間存在の中核を守ろうとし、あるいは、世界の人々の命を救い、生活を守り、尊厳を維持することに貢献するためには、個別の病ではなく、人や社会と正面から向き合わなければならない、という気づきが、その後の国際保健協力の在り方を方向付けることになった。国際保健協力におけるこの転換点は、国際場裡と日本の国際協力に関する政策過程のそれぞれにおいて、「人間の安全保障」が重視されるようになった時期と見事に重なり合っている。人間存在を改めて中心に据え、その中核である「命と暮らしと尊厳」を守ることを目指そうとする「人間の安全保障」に関する議論が、緒方貞子とアマルティア・センを共同議長とする「人間の安全保障委員会」によって総括された。日本では、この概念が、ODAの政策理念として掲げられ、さらに、JICAの事業では、この概念の実践的主流化が図られた。これらの進展があった時期は、まさに、国際保健協力が、改めて(病や特定の保健分野の課題ではなく)人間を中心に据えようと転換を図った時期と一致している。

5. 日本の経験が生かされる国際保健協力の新しい潮流

日本が、国民皆保険を達成し、当時の水準におけるUHC (Universal Health Coverage) を達成したのは、日本が、まだ国際社会から援助を受けており、高度成長を始めたばかりの1961年であった。さらに、日本が、母子保健の水準に関して、米国を凌駕したのは、日本の一人当たりの所得は、米国の4分の1に過ぎない1960年代のことであった。その背景には、1930~60年代における保健システムに関する日本の政府と人々の協働による、国を挙げての努力の成果がある。具体的には、ガバナンス (特に、国と自治体の連携、戸籍・住民登録制度など)、サービス提供

⁹ Everybody business : strengthening health systems to improve health outcomes : WHO's framework for action, World Health Organization

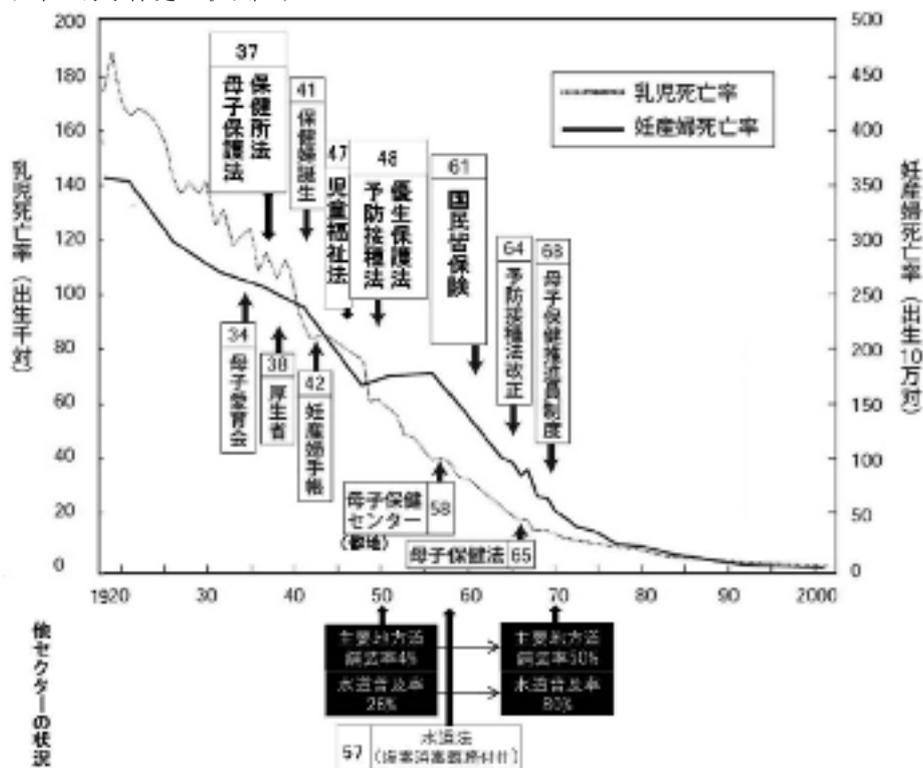
¹⁰ 2008年度外務省第三者評価「保健・医療分野支援」の評価報告書

¹¹ 個々の感染症対策プログラムのようなアプローチ (vertical approach) として、例えば、マラリアだけを対象として、その撲滅 (だけ) を目標にしたプログラムはそれなりに成果を挙げてきた。他方、母子保健のように保健セクター全体の改善が伴わなければ実効が上がらない分野に関しては、それとは対照的な horizontal approach が必要になる。このポイントについては、つとに Angus Deaton が、彼の有名な The Great Escape: Health, Wealth, and the Origins of Inequality (2013, Princeton: Princeton University Press) で主張しているとおりである。

(施設分娩、生活改善運動、家族計画運動、乳児全戸訪問など)、保健人材(助産婦、保健婦、母子愛育班、生活改善指導員など、サービス提供最前線の人材を含む。)、施設・機材等(僻地の助産施設、保健センターなど)、財政(特に、サービスの品質維持のみならず、所得の再分配にも大きく貢献した健康保険制度)、保健情報(特に母子継続ケアを可能とした母子手帳、妊婦登録と出生登録の連動)など、今日の途上国における保健システムやUHCに関する議論を半世紀以上先取りするかたちで、政策、制度が整備され、実践された。さらにコミュニティー挙げての美化運動、溝さらいなどの環境衛生活動、上下水道の整備、運輸交通・電気・エネルギー等のインフラ整備など、保健分野を超えた多岐にわたる分野の活動が、世界最高水準の保健水準を享受するに至った経験知として日本には息づいている(図4-4)。

現在でもなお、UHCを達成し、あるいは、母子保健サービスを向上させるためには、多額の追加的資金が必要である、という議論は絶えることない。この議論は、課題山積の国際社会の現状に鑑みると正しい。しかし、一方で、上述の日本の経験は、金が唯一の解決策ではなく、むしろ、それに先行するかたちで、政府・国民を含む国を挙げてのコミットメントや、政策制度の整備、サービスデリバリー最前線を含む各層の人材の育成とそれを補う市井の人々への協働などが、いかに重要であるか、という点について、国際社会に対して貴重な学びを提供している。

図4-4 日本の母子保健の取り組み



1930年代から母子保健は公衆衛生の重点分野として位置づけられ様々な母子保健施策によって劇的に改善された。
また、戦後に道路や水道といった生活インフラの整備が急速に進み、施設アクセスや衛生環境が改善されたことが戦後から70年代までの急激な死亡率低下に大きな役割を果たした。

注：JICA 国際協力総合研修所「日本の保健医療の経験」(2004)に加筆・修正

さらに、これらの日本国内の経験は、この分野における日本の国際協力においても存分に生かされてきた。広報の不十分さもあり、必ずしも国内外で広く知られているわけではないが、アフリカのギニアウォームや中南米のシャーガス病に対し、日本は、疾病対策のために薬や医療サービスなどの狭義の保健分野の取り組みに特化するのではなく、コミュニティ自らが力をつけることについて、分野横断的なアプローチで支援してきた。ギニアウォームに関しては、ガーナで撲滅を達成した¹²。シャーガス病に関しては、中米における国境を越えた取り組みによって、1990年代後半からの約20年間において、患者数を177万人から81万人へと半減させ、年間の新規感染者数を6～7万人から9,000人に激減させた。日本の経験が生かされている特筆すべき例は、母子継続ケアであり、その象徴的な手段である母子手帳は、インドネシア、パレスチナ、ベトナム、タイ、東チモール、ケニア、ガボンおよびブルンジの少なくとも8か国において普及展開され、2014年の日本国内の年間出生数の8倍に当たる800万組の親子が、この手帳を手にして、母子の命と健康を自ら守るために活用している。

2014年、国際社会が、ポスト2015年に向けての議論を盛んに行っている最中に、西アフリカの最貧国であるシエラレオネ、リベリアおよびギニアで発生したエボラ禍は、まさに、個別的な取り組みに加えて、保健システムに関する横断的な、あるいは、社会的共通の処方箋としての取り組みの重要性を再認識する貴重な契機となった。詳細は第3章のとおりであるが、要するに、今般のエボラ禍が国際的な安全保障上の脅威となるまでに深刻化した最大の原因は、これらの3国におけるガバナンス（政府と人々間の信頼関係を含む）であり、特に、保健分野の行政システムの脆弱さに起因する。このような危機の再発を防ぐためにも、（疾病の種類、発生する場所の如何を問わず）保健システムの強化が重要である、というのが国際社会としての最大の学びである。

ちなみに、エボラ禍発生の前年である2013年、JICAは、シエラレオネにおける保健システム強化のために、特に同国の行政各層の連携強化を目指した技術協力を開始しており、エボラ禍の収束と援助要員の安全確保の見通しがつき次第、同国の保健システムの復興・強化のために本格協力を再開する予定である。また、本稿執筆中、モロッコにおいて、西アフリカ仏語圏中心のエボラ対策に関する学びの場としての国際セミナーが、JICA、WHO およびモロッコ政府保健省の共催でギニアを含む12カ国の参加を得て開催され、偽陽性者や検体の扱いに関する知見が共有され、今後の参加国の実践に生かされることになった。

ほとんどの途上国が、Goal 5（妊産婦死亡率を4分の1にすること）を達成できなかった中で、ラオスは、この点で大きな成果を挙げ、Goal 5を達成した数少ない国（144カ国中26カ国）のひとつである。ラオスは、妊産婦死亡率を1,100人（1990年）から220人（2013年）に劇的に減少させた¹³。この背景には、主に日本（JICA）とADBによる運輸分野の累次の協力があり、特に母子保健の状況が悪い貧困地帯である中南部地域における道路や橋梁の建設を通じ、医療施設へのアクセスを格段に向上させた、という見方が地元住民を含む関係者におおむね共通する認識となっているようであり¹⁴、現在、日本の無償資金協力で建設中のセコン橋なども、同国南部

¹² 2010年5月が最後の発生、2015年1月にWHOが撲滅を認定
(http://www.who.int/dracunculiasis/Ghana_free_of_dracunculiasis/en/)

¹³ Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2013, WHO, UNICEF, UNFPA, WB

¹⁴ ラオスにおける保健指標の劇的な改善と運輸交通インフラ整備との因果関係については、厳密かつ客観的なインパクト研究を通じて可視化をすべきである、という議論もあり、現在、JICA内部において、そ

の最貧困地帯における医療施設へのアクセス向上に資することが期待されている¹⁵。

しかしながら、これらの好ましい実績は、日本の国際保健協力のごく一面に過ぎない。実際には、今後の協力の在り方を議論するうえで、いくつかの重要な課題が存在する。以下において、その要諦について述べ、特に、日本政府の政策過程および実務に関わる諸氏の参考に供したい。

6. 「世界地図（地球儀）」アプローチ

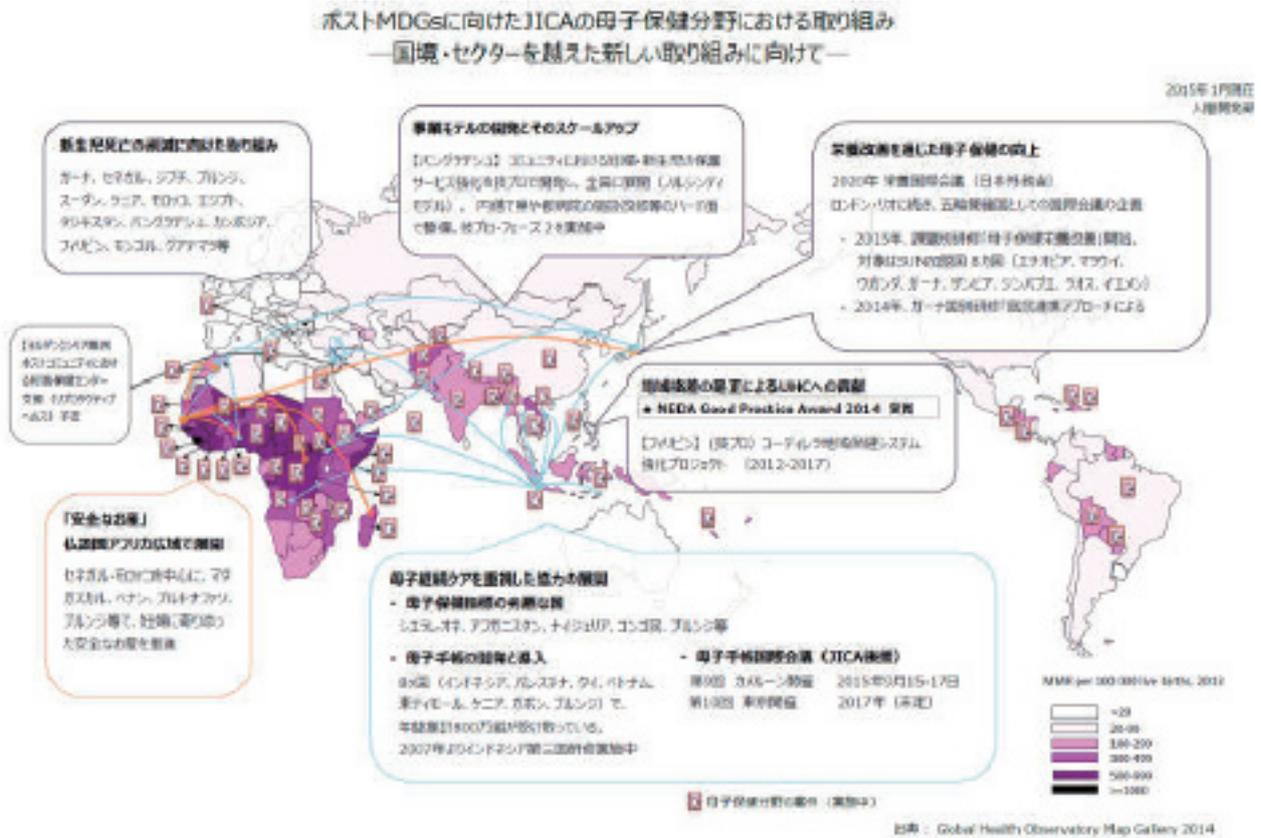
感染症のごとく、その性格上、国境を越えた取り組みが必要とされる開発課題に加え、一見国内で完結すると考えられる開発課題にとっても、国境を越えて知見を募り、あるいは知識を共創しつつ対応することは、グローバル化が不可逆的に進展している今日において、益々その重要性を増してきている。保健システムや、母子保健サービス向上のための取り組みに関し、途上国各国は、それぞれの国の個別の状況に則しつつ、それぞれの国のリソース制約の中で行われることはいままでもないが、その内実を比較して鳥瞰すると、それらの国々は、同様の課題に対して同様の取り組み、つまり、「相似形の取り組み」を行っている。これに対し、旧来の日本のODA、特に、JICAを通じた二国間協力に関しては、原則として、国別のアプローチの中で、プロジェクト単位、あるいは、同一セクター内のプログラム単位に、事案を採択し、計画を立て、国別に事業を展開してきたが、今後は、そのようなアプローチに加えて、世界の情勢を俯瞰し、それらの諸事業を結び付け、相互のシナジーを模索しながらダイナミックに展開することが求められる。

たとえば、母子保健に関しては、上述の8カ国以外にも、多くの国々が、母子手帳を含む母子継続ケアの導入に高い関心を示しており、JICAは、それらの国々の相互の学びあいの場としての「母子手帳国際会議」を支援してきた。国際協力を実施するための人や金などのリソースには自ずと限りがある。それらを国単位で配分するという旧来の「国別アプローチ」では、どうしても「選択と集中」を進め、対象となる国を限定せざるを得ないが、こうすると、これらの支援を求めているたくさんの国々に広く普及展開することは難しい。しかし、発想を転換し、旧来の拠点主義あるいはモデルの構築という手法に加え、それらを世界規模なネットワークを構成するものとして相互に結び付け、多くの国々が学びあう場を設定し、そこにおける知価の拡大再生産を目指していく、というアプローチをとるならば、日本は、より多くの国々に裨益する国際貢献を保健分野その他の重要分野で行うことができる。

の可能性について検討中。

¹⁵ ちなみに、Goal5達成の26カ国のうち、ラオスに加え、モルジブ、ブータン、カンボジア、赤道ギニア、ルーマニア、東チモール、カーボベルデ、エリトリア、ネパール、ルワンダは、1990年時点で、途上国の平均水準を大きく下回り、極めて課題の多い国とされていたが、MDGs策定当時の多くの予想に反して、Goal5を達成した。特に、上述のラオス、カンボジアと赤道ギニアは、妊産婦死亡率が1,000人以上（現在のアフリカの平均の倍）という状況を大幅に改善し、5分の1以下（80%以上削減）を達成した国として注目される。現場を知る開発援助関係者の間では、これらの国々における物理的アクセスの改善が大きな要因ではないか、との見方が一般的である。これについては、今後の検証が期待される。

図4-5 母子保健分野における「世界地図」アプローチ



出所：Global Health Observatory Map Gallery 2014

7. 「協力の資産」活用アプローチ

60年を超える日本の国際協力が生み出してきた資産（施設、構造物のみならず、制度、人材、ネットワーク、実践ノウハウ、日本への信頼等を含む）は、世界中の途上国に遍く存在し、その多くは、当該国における今後の開発、とりわけ、当該国と日本の協働による今後の開発努力の橋頭保となりうる。保健分野も例外ではなく多くの資産が世界中に形成されている。たとえば、今、援助銀座の様相を呈しつつあるミャンマーでは、ここに至るまでの長い冬の時代を通じて展開されてきた地道な日本人の協力（ODAに限らず民間、大学等によるものを含む）によって、マラリア対策、母子保健、あるいは、「障害と開発」の分野（特に聾者支援）などにおいて、多くの資産（特に人的資産、ネットワークや信頼関係）が形成されており、それらが、現在本格化しつつある国際協力の諸事業において生かされようとしている。インドネシアにおいて、近年、保健分野に投入される年間のフロー（特に資金の投入）は僅少であり、同分野は、もはや日中間協力において、「重点分野」とは認識されていないが、実は、累次言及のとおり、同国には、世界に誇るることができる母子継続ケア実践の実績など、数々の貴重な資産がある。

ODAの投入量が増え続けた右肩上がりの時代に実務者が慣れ親しんだ「投入重視」（投入の多寡に応じ事業の重要度を判断し、より多くの投入事態に価値をおく態度）や「ディスバース重視」あるいは資産（ストック）との対比における「フロー重視」は、右肩下がり、あるいは水平飛行となった今日においても、途上国の開発ニーズが依然として膨大にあることに鑑みると、それら自体は否定されるべきものではない。しかし、しばしば、投入サイド、特にフローとしての

投入が目が行き過ぎるあまり、肝心のアウトカムや協力が形成した資産（ストック）が生み出す累積的成果などに意を砕かない視野狭窄をもたらすことがあった。これに対し、途上国において「人間の安全保障」が持続的に達成されることを真に目指すのであれば、投入やフローのディスバースのみを見るような視野狭窄から逃れ、理念の本旨に従い、「人々を中心に据え」、人々の命、暮らしと尊厳が保たれるというアウトカムを執拗に追いつけるべきであり、「人々に届く」支援を行う、という原点に改めて立ち返ることが強く望まれる。そのためには、そのときどきの資金や人の流れ（フロー）のみならず、これまで累積的に培われてきた成果を総括し、活用しつつ、その成果の総体が、人々の命や暮らしや尊厳にいかなるインパクトを与えたか、という点に関して、掘り下げていく必要がある。

タイに対する皮膚病対策支援は、すでに35年を経過し、とにかく長すぎるので打ち切るべし、という議論が依然として喧しいが、改めて、長い協力の歴史が生み出してきた成果を概括すると、この長年の投入の成果を礎にして、途上国の皮膚科医の能力向上のために、タイをパートナーとして、おそらく途上国では唯一の実効的な国際的ネットワークを形成する契機がようやく視野に入ってきていることがわかる¹⁶。すでに、これまでの技術協力の活動に裨益し、研鑽の機会を得たタイ人および周辺国等の医師の一部は、母国で学会その他のネットワークの形成に参画し、人々の健康や尊厳を守ることに貢献している。皮膚病と言えば、一見、命に別状のない周縁的な病、と認識されがちであるが、実は、日本や先進国では簡単に得られる適切な処置を得られなかったために、病が重篤化し、その結果、自らの容姿に悩み、結婚や社会生活を棒に振り、人間の尊厳を全うできずにいる多くの人々を貧しい国において造り出している病である。そこに光を当てることは、まさに、「人間の安全保障」の理念を体現する支援である。これは、たとえば、年度ごとの国際協力の予算や人の投入（フロー）は僅少ではあっても、協力の資産（ストック）としては極めて貴重なものであり、その資産を活用すれば、長い年月をかけて、人々に役立つ協力ができる（かもしれない）ことを示した支援の好例になる。しかし、このようなやり方は、国際協力の実務で広く受け入れられているわけではない。協力の資産を最大限に活用して、今後の協力に関するリソース配分を戦略的に考えようとする試みは、残念なところ ODA の実務において主流とはなっていない。むしろ、眼前のフロー（当該年度において計画された事業の実施）を滞りなくこなすことを優先され、これらのアプローチは依然として少数の例外に過ぎない。

図4-6 重度の白癬菌感染症例¹⁷



¹⁶ 本稿執筆時点現在、この皮膚病対策に関する長年の協力を総括するための調査を実施中。

¹⁷ 日本が長年協力してきたタイのIOD（皮膚病研究所）において報告された症例。真菌研究の権威である日本医師の指導を受けたタイ人医師によって、1年後、症例は、真菌の再発などなく順調に回復した。

8. 「脱蛸壺」アプローチ

保健分野の目標を含む主だった開発目標のほとんどは、実は、相互に有機的に関連している。そして、その達成のためには、複数のセクター専門性の連携・活用が効果的である。これは、「人間の安全保障」という人間中心の理念を国際協力において実践すること、あるいは、ポスト MDGs を巡る国際場裡における開発議論に積極的に参画することを通じて得られた最大の学びである。

高齢化問題あるいは高齢者を巡る種々の社会的課題については、日本が世界における課題先進国である。今後、相当程度の長期にわたり、世界各国で顕在化してくるこの課題についての日本の貢献が求められてくる。しかし、この課題への取り組みは、単に、ラインの省庁の特定の部局が所掌することでは解決できない。「人間の安全保障」の視点に立てば、高齢化問題への取り組みとは、すべての高齢者が、健康で、活動的に社会に貢献し、人間としての尊厳を保ち、幸せになるためにすべての必要な対策をとることである。そのためには、保健行政はもちろんのことであるが、生涯教育、雇用等、セクターを跨る行政と社会の取り組みが必要となる、という見方が生まれてくる。

高齢化問題と同様に、「栄養」もいくつかの専門的分野に跨る開発イシューである。人間の健康や福祉を司る重要な要因としての「栄養」は、これから世界的に益々重要な開発イシューとなってくる。これに関する実効的な取り組みを実現するには、複数の専門性、複数の分野の協働が求められる。少なくとも、保健分野、食糧生産に関する農牧水産業分野、そして、食育等に関する教育分野の協働が不可欠である。現在、日本政府は、このために、省庁の縦割りを超えて、検討を進めようとしているが、JICA においても、これに即応しつつ、さまざまな分野の専門性を募って対応を進めている。JICA は、また、「栄養」に限らず、原則としてあらゆる開発課題に関し、セクショナリズムを克服するための組織文化を作り、意識改革を進めるための「脱蛸壺運動」を展開しており、そのような土壌の上に、最も重要な途上国間のネットワークである SUN (Scale Up Nutrition, 54 カ国が参加) などを支援し、学びあいや情報共有の場を提供しているが、これは、上述の世界地図アプローチと脱蛸壺アプローチの双方を実践するものである。

図4-7 JICA における脱蛸壺運動（ポスターの例）



しかしながら、このような「脱蛸壺」アプローチは、基本的に非常に手間暇がかかり分野や組織を跨る調整コストも少なくないため、現在の日本の国際協力を推進する体制で実践することは、容易なことではない。日本の行政のみならず、国際協力の相手方である途上国の行政もセクター縦割りの構造になっており、これらの縦割り構造を越えて、セクターの垣根を越え、あるいは、より端的には、各セクターの「蛸壺」から抜け出て、重要な開発目標の達成を図る、ということは、あるべき姿としては求められていながら、人員の限られた国際協力の現在の体制で、滞りなく実践することは非常に難しい。そのような観点からも、「人間の安全保障」という人間を中心に据える理念が重要となる。この理念のもとに、国際協力実務の目的・手段構造のヒエラルヒー（位階制）を形成し、「脱蛸壺」アプローチを適用する優先度を同定していくことができる。つまり、すべての国際協力事業活動において、このアプローチを闇雲に適用するのではなく、母子保健、障害と開発、高齢者など、人間存在の中核的価値により近いところにおいて、「人間の安全保障」理念の実現に直結する価値を有する領域に優先度が置かれることになる。そして、日本の政策過程のステークホルダーが、その重要性を理解し、政策スローガンの中に適切に明記し、かつ、国際協力の実務に必要な体制の整備に意を砕くことによって、これらのアプローチはさらに実効性を増す。

9. 非排他的経営資源としての「知恵」、「実践知」の活用

60年を超える日本の国際協力の歴史は、その投入の多寡の観点からは、登り坂の35年と下り坂の25年の二つに分かれる。下り坂の25年において、投入は減ったが、その成果は、決してみすばらしいものではなかった。そして、これからの10年あるいは20年においては、上述のような三つのアプローチを懲遷し実践することによって、さらに、輝かしい成果を残すことができるはずである。元来、日本の国際協力が目指すものは、可能な限り多くの国（理想を言えばすべての途上国）で、可能な限り深く、持続的で、真摯な感謝をされる貢献をすることを通じ、その結果として、世界において、日本が国際社会において名誉ある地位を占め、日本の将来の安寧にとって不可欠な日本のソフトパワーの伸長に資することである。他方で、日本が、その目的のために投入しうる経営資源（人、金）は、その必要性和比して、あまりにも僅少である。これに対し、実現可能性を顧みずに、これらの資源の増額配分を求めることは、必ずしも建設的な議論ではない。また、他方で、資源の増配を諦め、国際協力のために配分される経営資源が限られていることを所与の前提としつつ、対象国を絞り、対象分野を絞り、できることを絞って、徹底した「選択と集中」を図るべし、という議論にも安易に与するべきではない。これらの議論は、そもそも公的資金を使って何のために国際協力を行うのか、という点に関し、本末転倒の結果を招来する危険があるのみならず、国際協力に必要な経営諸資源の態様、特に、それらの排他性・非排他性に関するそれぞれの資源の特性に対する洞察を欠いた議論である。本稿における考察や提言の通奏低音として、強調すべき論点は、国際協用に活用しうる多様な経営資源の中で、人、金などの排他的経営資源は当然重要ではあるが、それらがすべてではない、という点である。これらに加えて、情報、知識、ノウハウ、人間関係、ネットワーク、信頼関係、そして、特に「知恵」といった非排他性の強い経営資源に着目した国際協力を今後さらに積極的に展開すべきである。

特に、本稿を通じて論じてきた保健分野は、日本が、自国の発展の過程、そして、60年を超える国際協力の経験を経て、今日に至るまでの時代を通じて、国内外で、世界に冠たる実績を挙

げ、「知恵」を蓄積し国際協力に活用してきた分野であり、今後も、それを活用した協力の展開が可能な領域である。もちろん、これを過信し、可視化や有効性の実証を怠り、あるいは、戦略性を持たずに、単に日本の経験を押し売りし、あるいは、効率性を考えずに個々バラバラに展開しようとするれば、望むような成果は得られない。非排他的資源の特長は、多くの人々と共有し、多くの人々がそれを活用し行動することによって、その価値を増すという点であり、このような非排他的な経営資源の特長をこれまで以上に十二分に踏まえた国際協力事業の展開が強く求められるところである。

この関連で、近年、日本政府が、ODA 成果の説明責任をまっとうすべく、「広報」に対して、これまで以上に力を入れようとしていることは高く評価すべきであり、注目に値する。しかし、この発想が、もし仮に、旧来の広報の発想、つまり、人（特に納税者としての日本国民や途上国を含む国際社会）に知らしめ、説明責任を果たすため、あるいは当該広報のみによって正当に感謝されるため、という考えのみに依拠するのであれば、これは、不十分である。特に、非排他的資源である情報、特に、「知恵」や「実践知」を活用した事業効果の最大化、という観点からは、モットイナイ話である。成果の可視化は、その成果を可能な限り広く世界中に伝え、世界中で拡大再生産するために用いられることが強く望まれる。成果の可視化は、単に、説明責任を果たす広報目的のみならず、当該時点における国際協力の成果とその成果に至るプロセス、さらにそこに内包されている「知恵」あるいは「実践知」を可視化することであり、それを、広く世界に発信し共有し、世界各国の風土や社会の個性を照らしつつ文脈化し、それに関連する何らかのニーズがある国・土地において効果的に拡大再生産していくためのものである。

「人間の安全保障」を軸とし、上述の三つのアプローチと「知恵」あるいは「実践知」の活用を通じ、保健分野を含む日本の国際協力は、より大きな成果を生み出すことができる。それらを通じ、日本は、国際社会の人々から、より多くの感謝と信頼を得、そして、日本が危機にあるときの心からの支援を得るであろう。それはまさに日本における「人間の安全保障」の実現でもある。

（戸田 隆夫 国際協力機構（JICA）人間開発部長）

第5章 世界での人間の安全保障の実現は、 企業の商いを通じても達成できるか

第1節 水・衛生、保健分野における新規市場開拓の可能性

—BOP ビジネスの気づきから—

1. はじめに

世界での人間の安全保障の実現、特に本研究会が焦点を当てた途上国における水・衛生、保健分野の改善に民間企業の活力は不可欠である。援助の形ではなく、民間企業による収益のあるビジネスこそ、持続可能な解決につながる。しかし、この分野で収益をあげることは容易ではなく、日本政府、当該国政府、関係機関の連携が求められる。

途上国における水・衛生、保健分野の改善における官民連携の事例の一つに BOP ビジネスがある。日本では経済産業省が音頭を取った 2009 年が BOP ビジネス元年と言われており、5 年を経過した現在、民間企業の活躍と課題が見えてきている。

本章では、BOP ビジネスの提唱者から当該分野へビジネスとして取り組む際のヒントを振り返りながら、BOP ビジネスに取り組む企業の事例、同事例から学ぶ課題を整理し、人間の安全保障の実現に向けた民間企業による新規市場開拓の可能性について考えていく。

2. 水・衛生、保健分野へのビジネス面からの取り組み事例から見る特徴と課題

(1) 日本における BOP ビジネスとは

日本では、経済産業省（以下、METI）が、日本企業や日本貿易振興機構（以下、JETRO）、国際協力機構（以下、JICA）の他、国際機関とともに政策勉強会を開催した 2009 年が BOP 元年と言われている。同省の政策勉強会でまとめられた報告書「BOP ビジネス政策研究会報告書」（平成 22 年 2 月）¹では、BOP ビジネスは以下のように定義づけられている。

「主として、途上国の低所得者層（年収 3,000 ドル以下、全世界人口の約 7 割、40 億人）を対象（消費者、生産者、販売者のいずれか、またはその組み合わせ）とした持続可能な、現地における様々な社会的課題（水、生活必需品・サービスの提供、貧困削減等）の解決に資することが期待される新たなビジネス。（註）具体的な定義、支援範囲については、個別の支援制度の中で検討されていくべきもの。」

同報告書にまとめられている検討の背景、政策的支援には、以下の三点が記されており、また日本の支援の重点産業分野は次のように分類されている。

【検討の背景】

<産業政策として>

- ・ 先進国市場の相対的縮小、途上国市場の成長・拡大
→世界経済における新たな市場（「ネクスト・ボリュームゾーン」）
- ・ ハイエンド製品・サービスを強みとしてきた日本企業

¹ 「BOP ビジネス政策研究会報告書（平成 22 年 2 月）（要約）」 <http://www.bop.go.jp/documents>

<経済協力として>

- ・ 途上国における多くの課題（貧困、衛生、教育等）の解決の必要性

<欧米諸国の動向>

- ・ 企業、援助機関、NGO が連携して、ビジネスと現地課題解決を両立
- ・ 国際機関、政府も積極的に支援

【日本の支援の重点産業分野】

<貧困削減に向けた日本の取り組み>

- ①教育、②保健医療・福祉、③水・衛生、④農林水産業、⑤食糧・栄養

<日本の強みのある分野>

- ⑥環境エネルギー機器、⑦家電電気・産業機械

<これからの骨格となる基本インフラ>

- ⑧情報・通信、⑨金融・ファイナンス、⑩運輸・輸送機器

BOP ビジネスはあくまでもビジネスとして持続可能であることと第一に定義されており、結果として社会的課題の解決に資することが期待されると考えられている。この考え方は、人間の安全保障の実現に向け、途上国の水・衛生、保健分野の改善に民間企業がビジネスとして取り組むことができるかと共通するものがある。

(2) BOP ビジネスの提唱者から学ぶ考え方

途上国の水・衛生、保健分野の改善に民間企業がビジネスとして取り組む際の考え方として大切な点は、BOP ビジネスを提唱した C. K. プラハラード教授の示唆を引用したい。同教授は「ネクスト・マーケット～「貧困層」を「顧客」に変える次世代ビジネス戦略² (The Fortune at the Bottom of the Pyramid) ～」において、「貧困層のニーズを中心とした市場を共創することが、貧困を緩和する」と記している。また同著には、重要な要素は、(イ) 解決策を共創するプロセス：BOP 層を（消費者）個人として尊重する、(ロ) 貧困をチャンスにする：新しい創造的アプローチとある。BOP 層を援助の対象から、個人として尊重し、公正に扱うことでこそ自尊心が育ち、起業家精神が促進され、欠かせないプレイヤーとなる考えである。

前提には、多国籍企業を含む大規模企業からまったくはまたは不十分にしか顧客として扱われていない 40～50 億人の人々に目を向けることを意図しており、BOP 層こそ活力と成長の源になり得るとの考えである。選択から尊厳が始まり、地域経済や共同体の完全な参加者、消費者や生産者としてとらえない限り世界は変わらないとの考えである。（現在、こうした考えを正確に伝えるべく、一般的には、Creating a fortune WITH the BOP と言われ、富を共創すると言われている）。

同じく BOP ビジネスの権威であるテッド・ロンドン教授は、2014 年 10 月の笹川平和財団の「BOP ビジネスモデルの革新」セミナーにおいて、「BOP 層は世界人口の大半を占め、かつこれから唯一成長していく層であり、BOP 層とビジネスをするのは必然。課題はどのよう

² 『ネクスト・マーケット』（増補改訂版）C. K. プラハラード著、スカイライト コンサルティング訳（英治出版、2010 年 7 月 20 日）

にしてビジネスを行うかである。依然として、BOP ビジネスと聞くと、『助けてあげたい』と思う人が多いが、援助にはスケール・アップの限界がある。これまでの先進国ビジネスのように富裕層に売る売り方とは同じではない。しかし、ビジネスであるため「顧客」としての声を聞く必要がある。ビジネスの課題である「新しい機会（市場）の創出」と開発の課題である「新しいアプローチの方法」を考えるプロセスは共通している。」と話している。

BOP ビジネスを提唱した教授の考えから、日本を含め縮小傾向にある先進国市場から人口の7割を占める途上国市場に目を向ける必然性、またその際には、援助の対象としてではなく、これまでの先進国ビジネス同様、顧客やパートナーとして尊重し、ビジネスとして考える重要性が分かる。先進国ビジネスを途上国でそのまま展開することはできないが、ビジネスとして考える必要がある。途上国の水・衛生、保健分野におけるビジネスを実行する上でも参考となる大切な視点である。

(3) JETRO による BOP / ボリュームゾーン・ビジネス支援

JETRO では、2009 年の日本における BOP ビジネス元年より、「潜在ニーズ調査」や「先行事例調査」による現地事情の実態把握からビジネスアイデアの提案まで、また 2011 年からは実際に現地を訪れるミッション派遣に加え、2012 年からは個別企業のビジネスの仮説検証段階からビジネスの具体化までを一貫して支援している。特に水・衛生、保健分野における調査、企業のビジネス事例、企業支援から見るビジネス展開の方法、課題を整理していく。

(イ) 潜在ニーズ調査から見る事例：商品展開方法

潜在ニーズ調査シリーズは、アジア及びアフリカ地域の複数国で、衛生・栄養分野など分野別に調査を実施したものである。例えばインドネシアの衛生・栄養分野の潜在ニーズ調査³では、まず現地の生活実態を調査し、その上で日本企業が同分野へ参入する際の商品提案を行っている。例えば、現地調査を通じ、貧困層も水を購入していること、飲料水の煮沸習慣は浸透していること、トイレは普及しているものの、排泄後の手洗いの習慣が浸透していないことが分かった。こうした調査結果から日本企業への商品提案として、手押し揚水ポンプやトイレ設置用の容器入り液体石鹼などを事例として出しているものである。水・衛生分野の状況は各国により異なるため、まずは実態を把握した上で、ビジネスを考えるきっかけとなる調査を目的としたものである。

(ロ) 先行事例調査から見る事例：販路開拓方法

先行事例調査は欧米企業や多国籍企業によるビジネス事例の紹介を主としたものである。BOP ビジネスを展開する上では、特に農村部など既存の流通網以外の販路開拓が大きな課題となっている。「欧州企業・NGO 等の BOP ビジネス事例」⁴では、例えば、ダノンが国際的な NPO であるケアと組み、バングラデシュで展開している「農村部販売プログラム (JITA)」を取り上げている。農村部の女性を販売員として雇用し商品を届ける事例を紹介している。JITA は、ダノンのヨーグルトだけではなく、ユニリーバ—の衛生用品やバータの靴など他社の商品をも扱うことで、農村部の女性にとっては、重要な現金収入となり、

³ <http://www.jetro.go.jp/world/asia/idn/reports/07000373>

⁴ <http://www.jetro.go.jp/theme/bop/reports/07001633>

企業側にとっては重要な販路となっている。こうした通常のチャンネルに加え、NPO との連携事例なども紹介している。

(ハ) ミッション派遣を通じた現地事情の把握事例

2011 年度から 2014 年度までに、南西アジア、アフリカ、南米、中央アジア地域へ計 10 回の現地視察ミッションを派遣。地場、外資、日系企業訪問を通じた先行事例把握に加え、家庭訪問やスーパーマーケットと伝統市場の比較を通じたファクト・ファインディングを主とし、ビジネスのヒントとなる機会の提供を目的としている。

例えば、2011 年度に派遣した東アフリカミッション⁵(ケニア・タンザニア)では、スウェーデンのベンチャー企業であるピーププル⁶が活動するケニアのキベラスラムを訪問。スラムの衛生・治安状況向上のため、ピーププバッグ(溶けるプラスチックでできた簡易トイレ用バッグ)を販売。使用済みバッグの回収や肥料としての活用を通じ、将来的には助成金なしで自立するビジネスモデルを構想している現状を聞き、ビジネスのヒントを得るといものである。また、2014 年度にペルーとボリビアに派遣したミッション⁷では、拡大する中間層の消費意欲を確認するとともに、首都リマへの人口の集中を拡散しようと郊外に新興都市を建設し移住させるも、下水道整備は追いついていないため、排泄物を貯蓄するタンクを地中に設け、約3年間毎に掘りなおすなど、GDP などの数字では分からない生活実態を把握することで、ビジネスのヒントを得ている。

(ニ) 個別相談事例からみる特徴と課題

2012 年度からは、個別企業への支援を実施しており、ビジネスの仮説検証から具体化まで一貫した支援⁸を行っており、2014 年度までに 100 案件以上の支援を実施している。このうち、METI の重点産業分野に基づく区分では、水・衛生、保健・医療・福祉、食糧・栄養分野での案件は、4 割を占める。こうした案件は、ジェトロの海外事務所に加え、現地に精通したコーディネーターをリテインし体制を強化し支援している。2014 年度現在は、インド、バングラデシュ、パキスタン、インドネシア、ウズベキスタン、カザフスタン、ケニア、エチオピア、タンザニア、ナイジェリア、ペルーの 11 か所にコーディネーターを配置している。現地市場や規制にかかる情報収集、調査から、有望パートナー候補のリストアップ、現地出張時のアポイント取得、同行、現地での受容性調査などを実施している(事前審査制)。企業に対し、間接的に経費を負担する形でのビジネス形成を目指している。

例えば、石油ヒーターなどを製造・販売する株式会社トヨトミは、自社の輸出ビジネスを通じ、途上国での粗悪な作りをした石油コンロや薪を利用した調理状況を目の当たりにし、生活環境の改善に貢献すべく調理用コンロを開発している。自社の強みである芯を現地のニーズに合わせ開発した商品である。新規に開発した商品はまた、従来型の代理店を通じた販売ではなく、インドの NPO や社会団体と組み、現地主婦グループによる普及活動(Warmth by Women for Women Initiative)での販売拡大に取り組んでいる。3 か月間の試験販売を通じ、煙やスが出ないことが主婦グループの間で広まると同時にまだ一括払い

⁵ http://www.jetro.go.jp/jetro/topics/1112_topics2.html

⁶ http://www.jetro.go.jp/theme/bop/precedents/pdf/2011-07jetro_sensor_peeppeople.pdf

⁷ http://www.jetro.go.jp/jetro/topics/1403_topics7.html

⁸ <http://www.jetro.go.jp/theme/bop/advice/>

の難しさや主婦グループへのインセンティブ（1台毎の売り上げに対する取り分）について実証を続けている。

個別案件に取り組む企業の事例を規模の切り口から見た場合、主に以下のような特徴及び課題が見えてきている（水・衛生、保健分野に限らず BOP ビジネス全般に取り組む企業から見られる傾向）。

中小企業の場合は、オーナーのアイデア、志、技術でスピーディに事業を展開できるのが特徴であり、強みである。また現地自治体や NPO との連携など、通常のビジネスパートナー以外との連携にも柔軟に対応することで、現地ニーズに合ったビジネスの展開が出来ている点あげられる。直面する難しさとしては、特に事業開始当初には、機材の持ち出しや商品の無償提供など先行投資が必要となり、資金調達が課題となる点である。国内での活動実績があり、メインバンクから新規事業のための融資を得られやすい企業ばかりではない。また、後述の日本ポリグルのように製造原価と販売額で確実に収益を上げられるビジネスモデルを誰もが実施できるわけではない。特に資金調達が課題となり、製品や技術はあっても先行企業に続く企業が限られる点、スケール・アップには大きな課題が立ちあがる点が見えてきている。

一方の大企業の場合も、創業者や創業 100 周年記念事業等、トップのコミットメントがある場合は、通常のビジネスよりも収益があがる期間が長くかかったとしても、事業を展開しやすいケースが多いが、新規市場開拓を狙う経営戦略チームは、必ずしも上層部の理解が得られずに、2年なりのプロジェクト期間にビジネス化せずに解散となるケースも見られる。また、販路としては、国際入札から B to C ビジネスベースでの展開を探る企業もある一方、既存の物流・販売チャンネルを変えることは容易ではなく、通常と異なるビジネスパートナーとの連携が課題として見えてきている。

3. 企業の商いを通じた世界の人間の安全保障の実現に向けての提言

途上国の水・衛生、保健分野の改善に資するビジネスの切り口として見てきた BOP ビジネスからは、事業規模の拡大（スケール・アップ）、販路開拓、パートナーとの協業が課題となっており、これは日本企業に限らず、多国籍企業も抱えている問題であるといえる。これまでの先進国ビジネスから新たに市場を開拓していくためには、資金調達に加え、日本政府や相手国政府、公的機関や NPO などの社会団体を通じた普及啓もうを通じた意識改革、同意識改革の後に、いかにビジネスとしてお金を取り、商品、技術、サービスを提供するか、こうした基盤が整わない限りビジネスとして継続することは難しいことが分かってきている。

日本企業は消費者の立場に立った商品開発、ユーザー・フレンドリーな商品開発を強みとしている。市場を知る機会があれば、消費者のニーズに合った商品の展開、付加価値を付けた商品の展開は得意である。

課題としてあるのは、いかに新規顧客である BOP 層からお金を取るかである。特に水・衛生、保健分野においては、途上国ではまず、「きれいな水」へのアクセスがない層には、きれいな水の大切さを知る機会が提供される必要がある。汚水処理ともなると更に広く衛生環境にかかる情報を提供する必要がある。物流・販路開拓においては、初期投資の大きい装置などは自治体で購入する、マイクロ・ファイナンスを利用するなどの必要性が出てくるだろう。

日本企業の強みが活かされる分野であり、多くの既存支援スキームも存在する。事業化を検証する第一ステップとしては、JICA の協力準備調査（BOP ビジネス連携促進）⁹がある。また、水・衛生、保健分野における相手国政府への働き掛けには、例えば JICA やジェトロ、UNDP や UNIDO などの国際機関¹⁰のネットワークを活用するのも一つである。METI では、新規に「社会課題解決型国際共同開発事業」¹¹として新商品開発にかかる支援スキームを検討している他、中小企業やヘルスケア産業への支援もある。

援助の場合は、一過性に終わることがあり、援助期間が終了するとともに、現地に構築したはずの仕組みがなくなることもある。また、現地で運営するにはスペックが高すぎて、現地での運用ができないケースもある。いかに現地ニーズを把握し、ビジネスベースで展開し、持続可能なビジネスとして展開していくか。このための資金調達や現地活動の支援が大きなカギである。

**（藪中 愛子 日本貿易振興機構（JETRO）途上国貿易開発部
途上国貿易開発課 BOP 班課長代理）**

⁹ http://www.jica.go.jp/activities/schemes/priv_partner/BOP/index.html#kouji

¹⁰ <http://www.bop.go.jp/list>

¹¹ <http://www.meti.go.jp/information/publicoffer/kobo/k150209004.html>

第2節 BOP ビジネスの現場から

日本ポリグル社は水専門会社として環境関連事業を国内事業として行っている。飲料水事業をポリグルソーシャルビジネス株式会社として3年前に立ち上げ、世界各国で事業を展開している。本日の（研究会合の）趣旨は、人間の安全保障による世界的課題解決ということだが、自分のところでも、生水を安心して飲めるようにというスローガンを若い社員から出され、気恥ずかしい気分であった。世界のことは全然考えていなかったし、道頓堀をきれいにして大もうけしたいと考えていた。今は水の学者と勘違いされることもあるが全くの素人である。

（ポリグルタミン酸を応用した）浄水技術を開発したとき、最初に考えたのが道頓堀をきれいにしたいということである。当時（日本ポリグル社の事業を）メディアで取り上げられていたものの、日本の公的機関は実績がないからといってすぐには（わが社の浄水技術を用いて道頓堀をきれいにするという提案を）採用してくれなかった。

そのような時、2004年スマトラ沖地震津波災害が起き、救援要請をタイ政府から受け、ボランティアの学生を連れて現地に行った。そこでは既にフランスの水メジャーのヴェオリア製の装置が設置されていたが、据え付けてあるだけでオペレーターもおらず、停電も頻繁に起こるためよく使えなかった。しかし、我が社の浄水装置を設置したところ30分たたないうちに大騒ぎになり、皆が喜んでくれた。その後再度の要請に応じて現地に向かうと、日本国旗とタイ国旗をかかげた「ポリグルハウス」という小屋を作ってくれた。あのときほど感動したことはない。そのときもしかすると自分の仕事（のニーズ）はこういうところの方にあるのではないかと思った。

バングラデシュではサイクロン「シドル」の救援活動のために行った。当時ダッカの国際ライオンズクラブのテレビ局が取材に来たことがある。シラブという農業関係の有名なレポーターの推薦による。最初バングラデシュでは、300 kgの浄水のための凝集剤（プール10杯分程度、原価20万円程度）を無償でほしいと言われたので送ったが、その2週間後に今度はお金を払うので500 kg送ってほしいと言ってきた。この浄水技術ではあつという間に水がきれいになり、普通の人から見ると魔法の粉のようにみえるが、やはり分離できないものもある。例えば猛毒の農薬等が入っていたら人命にかかわる。従ってせめて最低限の指導はしなければならないと考えて、現地に行った。村長は「いつも自分たちはこういう汚い水を飲んでいる。シドルのときだけではない。凝集剤を無料でほしい」といったが、それはできないと答え、交渉が始まった。浄水の価格は、1,000リットル/63円とし、現在は世界共通である。その代わりに、船賃は全部先方持ちである。そうすると大体円安を加味しても1,000リットル当たり1米ドルで現地で売れる。そうすると、1日10リットル使う家庭なら毎月の水代が1ドル、20リットルなら2ドル、30リットルなら3ドルとなる。平均は20リットル/日で生活できている。

【浄水実験を実施】

使うのは日比谷公園の水。植物性のプランクトンが入っており、夏はもう少し緑がかっている。アジアの水は大体このような感じ。バングラデシュはもう少し粘度があり、アフリカは赤茶けている。

激しく攪拌すると汚れと汚れが一気にくっつく。納豆のねばねば成分であるポリグルタミン酸が主成分となっている。比重は1.3となっており、しばらくすると沈むので、沈んだところで（現地で調達した）砂を入れてろ過すると、透明な水となる。また、そのままでは現地の人の方が大丈夫だろうかと見るため、自分が飲んで見せる。実際に処理した後の水を検査したが、雑菌・微生物ともほとんどゼロである。しかし、（気温が高いところで）放っておくとそれらが増殖するため、日本の水道法では塩素を加えることとされており、現地でもそういう指導はしている。

わが社で一番普及しているのは、1日100～300トンの水を浄水する装置を作り、その国の許可を取得して水を売る仕事为主であり、粉（浄化剤）だけを売るのは相当辺鄙なところである。今年からJICAの緊急援用に15万袋を備蓄用に注文を得ている。

しかし、（粉を売るだけでは）不十分であり、せめて「（安全な水であることを示す）生き物がいる水を使うように」というような指導が必要であり、またイスラム社会では、男性が女性の家を訪問することはできないため、必然的に（浄化剤の使い方を説明しながら販売する）ポリグル・レディーが生まれた。



写真5-1（左上） 実験について説明する小田会長
写真5-2（右上） 浄化剤を入れて攪拌
写真5-3（中央下） 汚れが沈んだことを示す水野ソーシャルビジネスチームリーダー

【日本ポリグル社の水事業についての報道映像ダイジェスト】

ソマリアでは、国際移住機関（IOM）による依頼で、2万人が生活する避難民キャンプに行き、浄水装置を作った。費用は10万円以下で、井戸を掘るより安く簡単であった。

バングラデシュでは、7,500世帯に安全の水を供給する装置を作る。しかしそれは無料ではなく、（1日20リットルで）毎月2ドルの費用がかかる。また水は10リットル3円で売られる。このことをポリグル・レディーが集まった村の女性たちに説明して装置をつくるか否か意見を求める。下痢による医療費等と比較して、女性たちが賛成すると設置する。

タンザニアでは、ポリグル・ボーイが（浄化した水を）20リットル缶6個を自転車で運び、2時間かけて売る。1日2回で1万3,000円くらいの月収となる。この水売り人は日に日に増えているという。

以上述べた水の浄化、ポリグル・レディー、ポリグル・ボーイなどは予め計画してやったことは何一つなく、行き当たりばったりである。海外にでたのも、国内でどうにもならず、災害救援の要請に応じて現地に行ったら無料でほしいといわれ、ビジネスになるような方法をとった。そして、今度は（浄化剤の使い方を）説明する必要がある、イスラム圏で（男性が女性の家を訪問できないので）女性が必要となり、ポリグル・レディーが生まれた。また、遠く離れたところには水を運ぶ必要ができ、これには男性が必要ということでポリグル・ボーイが生まれた。

当初は、バングラデシュではJICAや大使館からも門前払いを受けたし、政府の許認可がなかなかとれなかった。そうした中、経済産業省から「あなたが（やっていることは）BOPビジネスだ」と言われた。現在ではBOPビジネスの第一人者などといわれるが、当時はBOPという言葉さえ知らなかった。そして少しの補助金をいただいたが、何よりも助かったのは相手政府から許認可をとることを全部やってくれたことである。（補助の）金額ではなく、認可によって（事業を）堂々とやれるようになり、ありがたかった。現在40カ国で（事業を実施しており）、工場廃水（処理）ではカナダ、中国で実施しているが、ソーシャル・ビジネスとしては、インド、タンザニア、ソマリア、コロンビア、カンボジア等で実施している。

タンザニアでは事業の普及が進んだ結果、技術指導が必要となったが、わが社の技術員だけでは人数も足りないし、旅費や日当もかかる。そこで、バングラデシュで指導した人を指導に行かせることとした。そうすると、費用も5万円位と日本の10分の1程度ですむ。

こうして行き当たりばったりで事業を進めると、また良いことがおきる。途上国の人は「日本人だからこういうことができるんだ」という感じが強い。自分はどこに行っても「あなた方の水の問題は、あなた方の手で解決していくようにしていこう。いずれ全国に普及させ、いずれ近くの国々にあなた方の若い人たちが教えにいくようにしよう」と常々言っている。皆夢みたいだと思っている。ところがインドでは自分たちよりも下に見ているバングラデシュ人がインドに来て技術指導すると、「小田が言っていることは本当だ」と思う。

また、バングラデシュからの技術者派遣を行っている、バングラデシュのハシナ首相までが「小田さんの技術は我が国に必要。それよりあなた自身が我が国に必要だ」と言っていた。タンザニアでも同様である。

日本・バングラデシュ・ビジネス・フォーラムでは、ポリグル・レディーのニルファさんが両国首相の前で堂々とプレゼンテーションを行った。そして、安倍首相の国連演説（第68回国連総会での一般討論演説、2013年9月26日）ではポリグル・レディーが取り上げられた。それ以降、わが社ではケンブリッジ大学やハーバード大学等の学生からの就職依頼が殺到して驚いている。

ODAや国際協力関係の人に大いに分っていただきたいのは、いい加減水インフラはやめてほしいということである。なぜなら機能していないからである。その原因を日本の水道関係の

専門家は「漏水や管が悪い」というが全然違う。原因は盗水である。ニューデリーでは管には50メートルごとに穴があいている。自分たちの300トンの水をつくる装置は、130万円の費用で1週間でできる。NHK番組録画をいつでもお見せできる。

自分のやったことは、世界中の人々が安心して水を飲めるようにと、水の安全、人間の安全保障だけを考えてやったことであり、それをスローガンにした。これは政府が一切援助してくれなくても自分が90歳になるまでやりきる。

現在220万人に給水している。タンザニアでは日本赤十字社と国立保健医療科学院が給水してから6か月間のデータをとったところ、乳幼児死亡率が2%減ったという。日本赤十字社は（死亡率減少は）水だけが原因ではないと考えていたが、（死亡原因の）大半が水らしいと思いはじめている。

同時に「水の安全」として始めたことで満足感を得られたのは、「こういうことまでできつつあるのか」と思えたことであり、つまり「貧困」問題を解決するのに非常に役立っているということである。220万人が（ポリグル社の浄水した）水を利用し、811人のポリグル・レディーがおり、月給5,000円で家計が助かっている。さらに、6,000~7,000人が水に関連した商売している。たとえば「水の駅」から「道の駅」ができたり、レストランできれいな水を販売したりすることで繁盛している。キャッサバ（タピオカ）も（きれいな水でつくったから）「白いでしょ」と言いながら売られている。

日本の国際協力関係者は勘違いしていたように思う。働く場所があれば途上国の人々は日本人以上に食欲であり、皆鵜の目鷹の目で働く場所を探している。「開発援助」では無償援助は余り役にたっていないのではないか。一番大事なことは向上心をつけさせ、自分たちの生活に対する意欲を、自信をつけさせることである。「魚を与えるのではなく、取り方を教える」という中国の格言があるが、ポリグルでは道具の作り方、取り過ぎたら売する方法、養殖する方法を自分たちで考えさせている。

バングラデシュは最貧国というが、農村部は現金がないだけで食べるものには困っていない。ポリグル・レディーは水の代わりに卵や鶏などのモノを代金代わりに受け取り、市場に売りにいく。イスラム社会の中で15~16歳で嫁ぎ、家に引っ込んでいた女性が元気になってくる。自分は水事業から始めて、（途上国で）ある種の明るさを与えていることに非常に満足している。

タンザニアの病院長は、「すごい経済効果」だと言う。先月は3人しか下痢患者が来なかったが、患者にとっては薬代が全部自己負担であり馬鹿にならない。地方の病院ではなく、大きい病院で診てもらうために出かけるとなると、家計が破綻してしまうが、そういうことがなくなったことが大きいと言っている。

日本人の根底にある「相手の意見を聞く優しさ」が一番の武器になるのではないかと思う。また中小企業の海外BOP事業で、政府は予算を使っているが、余り成果が出ていない。審査における事業化期間等の基準が良くないからではないか。自分の事業の成功のポイントは、自分が貧乏であったからである。成功しない限り会社をつぶさざるをえないという思いがあったからである。なかなか成功しないというのは贅沢だからである。JICAの支援資金が多すぎる

し、面倒であっても1年の結果を見て（支援を）継続する、事業を断念させるというようにしたほうがいい。そのためにコンサルタントを増やすのではなく、資金を出す側のコンサルタントが必要である。アフリカにも行ったことがないコンサルタントが中小企業と組み、Googleで収集できるような情報で100頁の提案書をつくるようなやり方では、政府もたまったものではないし、それくらいのことでも成功するわけがない。このこともぜひ分かって頂きたい。大事なのは経営者の資質だと思う。審査項目には技術や創造力があるが、こういったものは5年先には変わっている。まして途上国が必要なのは（最先端のものではなく）今の技術であり、それも3年、5年で変わるので、中小企業はついていけない。技術で中小企業を選ぶのを止めるべきである。臨機応変に対応できる場所を選ぶべきである。ある物が売れ出すと中国、韓国がすぐに真似をする。絶対真似されない技術で時代が変わってもついていける技術なら別だが、中小企業にはそういう能力はない。

それではポリグルはどうするのか。100万円余りで5万人に給水できるような安い装置を一週間で作る、という意味で世界一位である。タンザニアでは最近空港の側に装置を作り、水質基準は日本の水道水と同じレベルとし、相手政府の許可を取り水を販売している。しかし、技術には上には上があるため、5～10年先にはこれを超える技術が出てくる。しかしポリグルは負けない。組織自体が相手としっかり結びついているからである。そうすると新しい技術が出てきても無視されないだろう。逆にポリグルと組み、新しい技術を普及させてくれと頼まれる形まで早く体制を整えたい。

したがって、水インフラ援助は直ちに止めてほしい。車でたとえるならば、今水の分野で世界に必要なのは、5人しか乗れない「レクサス」ではなく、100人乗れる「バス」である。「バス」を買うことで雇用も生む。今は一軒一軒からお金を取るようにしないと払ってくれないが、古くから（ポリグルの水が）普及しているところはそろそろ水道が機能するようになるだろう。自分の家で蛇口をひねれば水が出ることについて、そろそろ共同生活の倫理観ができて、（ルールを）皆で守らなければならないというのが形成されているように思う。そういう所には日本の水道技術が乗り込めばよい。社会が成熟されていないところに行くと、（水道管を設置しても）穴を空けられ、汚い水がでるようなことになる。

ポリグルはバングラデシュ・ボルグナ県では現地で住民集会を開き、月2ドルずつ払ってくれるかどうか聞き、払うと答えてから浄水装置を作った。ブラジルでは化粧品会社がスポンサーとなったので、1世帯2ドル払ってくれれば自費でできる。タンザニアでもキリスト教系病院から6名見学に来て、自費で作ると言っていた。どこの人が優秀でどこの人が優秀でないという考え方は間違い。人は皆生活を良くしようとしており、どうやってチャンスを与えるかである。

援助の方法は、サポート役に徹するのが一番効果的である。自分の会社は貧乏だったため、相手に協力してもらわないと成り立たなかった。100万円余りで作る装置は粗末なものしか使っておらず、パイプも割れたのをテープを貼って直したが、かえってその方が現地の技術力も高まる。完璧なものをつくると、壊れたとき部品がない。貧乏会社の良い面は、政府に援助されることはまずないが、政府に呼ばれてやってほしいと言われるとこんな嬉しいことはないし、担当の人に恥をかかせるわけにはいかないから頑張ろう、と思うことだ。我々の

政府援助による事業はすべて成功している。「実証事業」は予算をもらってそれを超過したら事業をやめ、ファイナルレポートを出すというのは厚かましい。実証事業や F/S 調査は企業の営業開発費の一部を政府に援助してもらっているという認識をもつ会社がやらなければならない。中にはコンサルティング会社で F/S 調査を商売にしている人もいる。こうした人達はうまくいってもいなくても商売になるので、2度失敗したら出入り禁止にしてほしい。自分たちのところは1億5,000万円政府援助を受けたが、そのうち5,000万円は政府が指定するコンサルタントを使っている。必要ないのだが政府から言われ、仕方なく使っている。実質政府からは1億円ほどお世話になったということである。

(こうして援助をうけて事業を実施した結果)、現在 220 万人に給水し、IOM や日本赤十字社の統計によれば、2～3万人の乳幼児が助かり、雇用が 6,000 人を超えているという。今年中には1万人を超えるであろう。

今までの ODA がどうであったか検査に行けば良い。あるところで大使館から頼まれ、急遽2週間で浄水設備を作った。その理由は、経産大臣がその国を間もなく訪問して、港湾の ODA でつくった冷凍設備を見学に行くことになっていたが、大使館が現状確認に行ったところ埃をかぶっていたので、何かないか、一番早く（できるのが）ポリグルということになったからである。こういうことになったのは（ODA 実施後の）検証がよくないからである。使われてなくてもよい、から、どう使われるようにするかが大切で、新しい案件を立ち上げるより安上がりである。（ポリグル事業については）タンザニアでは JICA や大使館の全職員が自分たちのセールスマンのようになり、オールジャパンで取り組んでいる。ODA で作った（設備が）埃をかぶっていても平気な人達は本当の国際協力の喜びをしらない。

また、現在海外の国際機関（によるポリグルの事業への支援）が始まっており、あるワシントンに本部がある国際機関から1億円無償でコロンビアへの援助を実施することがほぼ決まった。しかし、それまでのその国際機関とのやりとりで自分のところで1,000万の費用を使った。先方はもっと使っただろう。こういうことから変えていかなければならない。

実証調査までは JETRO が担当してはどうか。JETRO は企業で言えば営業開発部門であるからである。JICA は決められた仕事を着実にするのに非常に優れているため、分けた方がよいのではないか。（この点に関し、企業の利益が出ないと JETRO もやれないので、企業と一緒にやらないとできない旨中村メンバーからのコメントがあった。）人々は自分の金で払って大切にする。お金がない人から取るわけにはいかないのです、その場合には払えるようなサポートをする。払えるような力をつけさせてやるのが重要である。

（小田 兼利 日本ポリグル会長による報告）

第6章 NPOを通じた活動支援の有用性

1. 日本水フォーラムのビジョンと使命

特定非営利活動法人・日本水フォーラム（JWF）は、2003年3月の第3回世界水フォーラム（京都・滋賀・大阪）の後継機関として、翌2004年に設立された¹²。

（1）ビジョン：すべての人が水に起因する苦しみから解放され、水の恩恵を最大限享受できる世界の実現

（2）ミッション：大規模な発想と行動力ですべての人が水を通して生まれる喜びと苦しみを理解し、地球上の水問題解決のための行動の機会を創出し結び付ける。

→このため、首脳、議員、有識者、国民とともに具体的活動を行い、また途上国の困っているやる気のある人のオーナーシップとオネスティーを信じて応援する（スリランカとガーナの例について第2章の現地調査参照。）。

2. 具体的活動

（1）政策提言

活動の柱のひとつとして行動につながる政策提言を行う。

第一に、首脳を巻き込む：例えば、世界水フォーラムのアジア太平洋地域の取りまとめを担う「アジア太平洋水フォーラム（APWF）」の事務局として、2013年5月にタイのチェンマイで第2回アジア・太平洋水サミットを開催し、18か国の首脳級参加者らによるコミットメント「チェンマイ宣言」を発表した。水供給と衛生の問題を国家政策のプライオリティーにすること、災害リスクの軽減を2015年以降のポストミレニアム開発目標に組み込むことなど13項目をまとめた。

第二に、立法府を巻き込む：例えば、国会議員および産官学の水に関する有識者の集まりである「水の安全保障戦略機構」では、国内の流域の持続可能な発展および世界の水問題解決への貢献について検討を重ね、2011年4月には東日本大震災を受けての緊急提言を、2012年10月には提言「低炭素で持続可能な水・物質循環社会」を発表し、水循環基本法の成立（2014年3月）の一助となった。

（2）調査研究活動

同時に調査研究活動も行っている。例えば、2013年10月、ハンガリー政府が水に関わる課題と解決方策を探る目的で、UNESCOと世界水会議（WWC）の協力のもとで開催したブダペスト水サミットにおいて、河川行政に係るセッション等についての情報収集・整理を行った（潘基文国連事務総長も出席）。2015年以降の国際的な目標となるSDGs（持続可能な開発目標、Sustainable Development Goals）において、水に関してはSMART（specific, measurable, attainable, realistic, and timely）な目標を定めるべきという提案がなされた。また、日本からは土井亨国土交通政務官が出席し、2014年3月の東京の水の日のハイレベル会合や、2015年3月に仙台で開催される第3回国連防災世界会議への参加呼びかけを行った。

¹² <http://www.waterforum.jp/jp/home/pages/index.php>

(3) 日本からの発信

日本の叡智の世界への発信として、日本の水環境インフラの国際展開に関する開発金融機関の水・衛生部門の動向と計画の調査に協力している。例えば、2012年7月に神戸で開催された下水道展では、下水道分野における国・地方公共団体・技術的専門家を中心に発足された「水・環境ソリューション・ハブ」と開発金融銀行との戦略会議の開催や日本の水・環境インフラに関する情報発信の支援を行った。

また、2006年以来、在京大使館や国際関係機関の関係者を、国土交通省や関東都府県が主催する「利根川水系連合総合水防演習」に招き、伝統工法を使った日本の水防の取り組みを紹介している。

(4) 国内啓発活動

更に人材育成・啓発活動として、ヒートアイランド現象の防止策として、毎年、大暑（7月23日）から処暑（8月23日）の間、雨水や二次利用水を用いた日本の伝統的な打ち水の習慣を呼びかける「打ち水大作戦」の主催事務局を担っている。

また、日本・世界の水について、一般向けの啓発活動も行っている。

(5) 草の根活動の支援

(イ) 「JWF ファンド」

「JWF ファンド」は、地域の水問題解決のため、草の根レベルの取り組みを行っている発展途上国の団体・NGOを支援している。1件当たり1,000ドルが上限と少額であり、採択・実施・報告は、JWF スタッフは現地へ赴かず、全てメールベースで行っていることが特徴である。これはプロジェクトを実施する上でのリスクでもあるが、視察やフォローアップのための渡航経費よりも支援地域の拡大を重要視していることもあり、割り切った上で実施している。少額支援であるがゆえに地域の末端まで届き、採択された現地のプロジェクト実施団体は、現地の材料を活用し、経費を工夫している。例えば：

(a) ブルンジのブバンザ県ギハンガでは、住民の大部分が洗濯・調理の排水が流れ込んだ川の水を飲むか、1日の大半を使って水汲みに行かねばならなかったが、井戸水を貯留するコンクリートのタンクや給水所の建設、飲料水の維持・管理に関するセッションにより、45世帯277人が受益した。

(b) バングラデシュのマグラでは、住民の多くが土地を持たず、教育も受けていない貧しい農民・漁師であり、生活用水には河川の水を使い、飲み水用の掘り抜き井戸は数が足りなかった。特に女性が家長である世帯では、多くの乳幼児が不衛生な環境のため水関連の疾病で亡くなっていた。そこで掘り抜き井戸を設置・改善し、水と衛生に関する啓発ワークショップの開催により、300人が受益した。

(c) コンゴ共和国バラカの保養所では、100人以上の生徒がコレラ・下痢性疾患となり、6人がコレラで亡くなった。手洗い用雨水貯留システム付のトイレを建設、教師や生徒の親でWASHコミュニティーを形成し、WASH委員会により衛生トレーニングによって107人が受益した。

2012年には応募件数が1200件を超えたため、以後の支援は後発開発途上国(LDC)に限定している。2005年から2013年まで実施した133件の支援のうち、89%にあたる118件から報告を頂いている。受益者総数は171,815人、建設した井戸・給水設備は425か所、トイレは377基、教育プログラムは294回に上っている。

(ロ)「ダルビッシュ有・水基金」¹³

ダルビッシュ有投手(テキサス・レンジャース)から、公式試合で勝利投手となるごとに10万円をJWFの「ダルビッシュ有・水基金」に寄付いただいている。2007年2月の設立から2013年までの寄付総額は1,050万円となっており、加えて、基金の趣旨にご賛同を頂いている一般の方々からも、総額350万円の寄付を頂いている。

京都世界水大賞に応募した団体や、JICAの現地NGOデスクに紹介して頂いた信頼性の高い団体を対象に、1件5,000ドルを上限に、ネパール、ソロモン諸島、カンボジア、ケニア、スリランカ、ナイジェリア、バングラデシュといった途上国での井戸、汲み上げポンプ、雨水貯留タンク、エコサン・トイレ(エコロジカル・サニテーションの概念に基づき、液肥として使えるし尿と、石灰で分解することで無害な肥料として使える糞を分けたトイレ)の設置・修理や、ワークショップによる現地住民の意識向上といったプロジェクトに活用させて頂いている。こういった取り組みに対し、2010年には、報知新聞社からダルビッシュ有投手にゴールデン・スピリット賞(社会貢献活動を行う野球関係者への賞)が贈られた。

(ハ) 会員企業との連携プロジェクト

JWFの会員企業と、1件あたり7,000~8,000ドル程度のプロジェクトを実施している。

例えば、ジュエリーブランドを展開する株式会社4℃ホールディングス¹⁴との連携プロジェクトがあるが、「水問題を抱える女性たちへ、愛と潤いを届けたい」というコンセプトの下、宝石の産地であるスリランカの女性や子供を対象に、水を通じた社会貢献の取り組みとして、現地の地理・事情に合わせた雨水貯留タンクの設置プロジェクトを行っている。

また、東レ株式会社との共同プロジェクトとしてインドネシアのロンボク島の小学校で、雨水貯留タンクの建設、トイレの設置、衛生教育プログラムを行っている¹⁵。

(ニ) 草の根支援のための実施方法と情報ネットワーク

(a) プロジェクト実施団体の募集と選考

JWFファンズ、ダルビッシュ有・水基金、会員企業との連携で使うネットワークはそれぞれ異なり、JWFファンズは末端の人々まで情報が行くようにしている。JWFは、世界水フォーラムを日本で開催した際の事務局を後継したNPOであるという背景と、設立から10年という歴史から、2,000程の海外のNPOのメーリングリストを持っている。また、JWFファンズは、毎年7月に公募を行うことが人づてに途上国のNGOに根付いており、プロジェクトの募集に対して多くの応募がきている。

¹³ http://www.waterforum.jp/jp/what_we_do/pages/grass_roots_activities.php#darvish

¹⁴ <http://www.yondoshi.co.jp/csr/contribution/>

¹⁵ http://www.toray.co.jp/csr/social/contribution/con_003.html

現地でプロジェクトを行う団体については、インターネットで2～3週間の公募を行い、段階的な選考基準を設けている。ただし、ダルビッシュ有・水基金におけるカンボジアでの第3号プロジェクトではJICAの専門家の協力を、スリランカでの第5号・第6号プロジェクトでは厚生労働省OBからネットワークの紹介を、そして現在実施中のインドネシアでのプロジェクトではJICA現地事務所の協力を得ることで、信頼性の高い現地団体を選択している。

インドネシアなどJICA事務所の規模が大きいところでは、そのNGOデスクを通し、水に関して活動している現地のNGOにガイドラインや申請書を送ってもらっている。

(b) プロトタイプと技術指導、支援金額

これまでのプロジェクトの内容は日本語でも英語でもウェブページで閲覧できる。技術支援はあまり行わないが、技術を持つ現地のNGOをパートナーとして支援する。ただし、バングラデシュでの雨水貯留タンクの設置は、村瀬誠氏（「ドクトル雨水」、として知られる。天水研究所代表取締役）が現地に移転した技術を活用した。

特にウガンダ、次いでバングラデシュ、インドネシアで支援が定着しているが、一つの国でも水供給からトイレの設置まで水問題は様々であり、また、1つの問題に同じ技術が使われているわけではない。

支援金額の1,000ドル、5,000ドル、7,000～8,000ドルの差異は、支援の目的やドナーの要望を考慮したプロジェクト案件の選定を行い、プロジェクト規模や実施期間の調整を行っている。

JWFファンドの資金は、企業・団体・自治体からなる80余の団体会員と約150人の個人会員からの年会費の一部や寄付等から拠出している。内部的には「末端まで届く支援」という10年来のコンセプトの下で、支援数を増やすことだけで良いのかという意見もあり、特に今年からテーマに特化した案件を募集し、水関連災害対策・復興やsustainabilityに視点をおいた審査・評価を進めることになっている。

JWFファンドは、会員の満足度の向上に加え、JWF自体が他団体との明確な差を出すことを目指している。ダルビッシュ有水基金に関しては、御尊父がイランの方であり、イランの水事情を助けたいと考えていたダルビッシュ投手に対し、JWFがsustainableな支援として井戸や雨水貯留タンクの建設を提案したことから始まっている。現在では、例えばスリランカでのトイレ設置や、カンボジアでの井戸設置など、途上国の水に関し全般的な支援を頂いている。他方、会員企業との連携プロジェクトに関しては、企業から対象国や実施内容の明確な要望を受けることが多い。

(6) 衛生施設

(イ) JWFの衛生問題に関する活動

JWFファンドでは、衛生問題に関連する案件を意識的に採択しており、ダルビッシュ有・水基金でもトイレ設置を実施している。他方、会員企業との協力はCSRが主目的であり、企業のイメージ・広報戦略の関係から、プロジェクトが水供給の支援に限定されている。

昨年度以来、JWFは海外での事業を通して世界を変えるトイレ技術を普及させている日

本の企業・NGO 団体を表彰している¹⁶。2～3年前にゲイツ財団が海外の研究所の画期的なトイレに対して授賞したが、日本の企業・団体も技術を持っていると想定し、トイレ協会や国交省下水道部などから情報を得、国内各地で募集を行った。今後の更なる展開が課題の一つだが、援助ではなく、中長期的なビジネスベースでのトイレ技術の普及について検討している。例えば、途上国の団体・企業と組んで、地元の方にトイレを買って頂く BOP (Base of Economic Pyramid) ビジネスなどが考えられる。日本企業のトイレの技術を、トイレ・衛生問題で困っている所で活用してほしいと考えている。

(ロ) 日本企業の実情

ただし、途上国に移転できるようなトイレ技術を利用したビジネスどころか、研究を行っている日本企業自体が非常に少ない。「新しい取り組み賞」を受賞した LIXIL でも、ビジネスよりも支援という形でベトナム、ケニア、インドネシアなどで CSR を行っている。衛生はビジネスになりにくいと言われており、1～2か月間募集をしても国内からの応募はなかった。他国にも途上国に移転できるようなトイレに関わる技術を持つ企業や団体はあまりない。

(ハ) 途上国の先例

水とトイレに限った話ではないが、国ベースでの村落のインフラメントといえば、韓国のパク・チョンヒ大統領の新農村(セマウル)運動がある。大統領は工業化を進める一方で、農村には好きなことをさせ、中央からの技術者によるコンサルティング、必要な鋼材やセメントなどの提供といった技術援助を行った。その運動の中で、農村の人たちが作ったのは、共同の風呂、トイレ、橋などといった水に関連するものであった。また、スハルト時代のインドネシアには、大統領が村落に直接援助を出すインプレス(インストラクシー・プレジデント presidential instruction) というものがあった。村落の住民が水道の建設などを計画すれば、郡が材料と技術を提供し、村落が労働を担うという形でプロジェクトが行われた。今ではそれが発展し、世界銀行では、村民のプレゼンが郡でコンテストにかけられ、採択されれば資金と技術指導が提供されるというケチャマタン・プログラムというものがある。村の人たちが郡レベルでプレゼンを行い、コンテスト・ベースドで採択がなされ、資金と多少の技術指導が提供される。このプログラムの中でも、水関連の事業が多かった。

(ニ) 水に比べて衛生が遅れる理由

トイレは、文化的・宗教的理由から支援が難しい国や地域もあり、また、支援する企業のイメージの問題もある。例えば、株式会社・4℃ホールディングスから水の支援をいただいているが、ジュエリーブランドであることから CSR を紹介するウェブページでもトイレは載せにくいという話を頂いた。東レ株式会社も元々水をキレイにする膜を作っている企業として、トイレよりも飲み水が重要であるという。インドネシアで小学校にトイレを設置した際、水で「不浄」を流し落とすとするイスラム教徒の子供たちは、トイレは暗く、汚く、臭く、狭く、特に水がないから使わないと聞いた。教育の観点から考えなければいけないのではないのか。

¹⁶ <http://www.waterforum.jp/toilet-project/>

(ホ) 都市・農村の衛生の需要

トイレの必要性は都市化現象と密接に関連しているが、バングラデシュでもインドでも、田舎では困らないのではないか。

女性は困る。女子は学校にも行けなくなる。カンボジアの農村開発省のメア国務大臣が、トイレの問題は **rural development** の障害の一つであるという認識を示していた。村での問題、また一定年齢に達した女子が途中で学校を **drop out** する理由の一つはいずれもトイレだという¹⁷。結果として女子は教育を受けられない。

バングラデシュの街中、**street factory** で繊維の生産が始まった頃、一番の問題はトイレだったという。安く雇われた女性たちは、トイレが無いと、あの暑さの中で水も飲まずに 10 時間も働かされたという。また、ネパールでは、斜面に井戸を掘らせると、トイレの下に掘る。これらは最早知識の問題であり、教育の問題である。私が受けた日本の教育のように、小学校で衛生と栄養を教えて、中学校で肺病を教え、高校で性病を教えるといった、小さな技術のヒント・核があると望ましい。

都市化とトイレについて、江戸時代、江戸では上下水道を綺麗に分けていた。サラゴサの国際博覧会（2008 年）でそれをアニメにして紹介したところ、かなりの反響があった。くみ取り式のトイレで、循環がしっかりできていた。上下水道を一緒にしているようなアジア・アフリカの途上国には大きなヒントになる。

（伊藤 和久 日本水フォーラムディレクターによる報告）

¹⁷ 'Safe toilet facilities keep girls in school',
https://www.facebook.com/permalink.php?story_fbid=484634304893329&id=305410822815679

Ⅲ. 政策提言

「人間の安全保障」の課題と日本の外交戦略

「健康に生まれ、育ち、そして健康に老いて、人間らしく亡くなる」 社会づくりに向けて

1. 子供たちを「不必要な死」から守るために

(1) 衛生（トイレ）を当該国の開発政策及び日本の援助政策において重点項目とすべし

24億人がトイレへのアクセスを持たず、10億人が屋外排泄をしている21世紀の現実。子供の命を下痢による脱水が奪っており、新興国でさえ子供の発育不良の原因は清潔なトイレがないことである。社会でのタブーを覆し、またトイレは不潔な場所とのイメージと実態を覆すために、途上国自身の開発政策、及び援助供与国の援助政策においてあえてトイレを前面に出すべき時が来ている。

(2) 水と衛生を「環境」問題ではなく「保健」問題と位置付けるべし

「水と衛生」はミレニアム開発目標（MDGs）では「環境」のターゲットとして扱われてきたが、水と衛生は「保健」の中核的課題であると位置づけるべきである。開発プロセスにおける環境汚染はかつて「公害列島」と呼ばれた日本もたどった道であるが、今日多くの途上国では人間が不潔な水と不潔な排泄で死んでいる。いずれも解決すべき重要課題であるが、水と衛生が生と死に直結していることを強く認識して行動を起こすために、国際社会は水と衛生を「保健」問題と位置付ける必要がある。

(3) horizontal approach を日本がリードすべし

子供の「不必要な死」との戦いの成否は、母子保健がカギを握る。母親が子供に不潔な水を飲ませない、子供に清潔な排泄を教える、との日常生活上の知識の普及・啓蒙と実践に加えて、長期的なシステム・ビルディングを要する。安全な水と衛生の供給、医療施設へのアクセス、医療の人材育成、交通インフラ整備（ワクチン接種のためのコールドチェーンひとつとっても冷蔵設備付きで陸路や水路での輸送が必要）、保健システム、栄養改善等、長期的、持続的、広範囲の努力が必要。この持久戦においてこそ、受益国と対等な立場で開発支援を進めてきた日本がリーダーシップをとってポスト2015を成功に導くべきである。

2. 地元コミュニティのオーナーシップを育むために

(1) 受益者は自腹を切るべし

人は自分が決断して対価を払ったものしか大切にしない。少額無償援助において受益者が少額の維持費等を自己負担することを常態とするべきであり、そのためには供与前に住民が

少額負担をするかどうか意思決定するプロセスが不可欠である。掘ってもらっただけの井戸はやがて枯れるが、掘ってもらった後に受益者が少しずつ維持管理費を積み立てている井戸は稼働している、子供用の蚊帳もただでもらったものは今日の糧を得るための漁労の道具と化すが、少額でも支払って「購入した」蚊帳は子供の寝床にかけられる。

(2) コミュニティーでの啓蒙活動を重視すべし

人々を不必要な死から守る第一歩は知識である。上水道のインフラ整備とは対照的に下水分野は人々の衛生観念や行動の変化を促す地道で継続的な努力が必要である。そのためには人々が慣れ親しんでいる地元の習慣・制度・施設をうまく活用して、コミュニティレベルでの地道な衛生・栄養教育を支援することが大切。

(3) 衛生施設改善を農業支援策の一環として組み入れるべし

水や衛生状態の向上による疾病予防は、疾病による遺失労働と利益を考慮すれば農業を含む重点分野に対する支援を一層効果的に行う上での基盤とも位置付けられる。途上国国民の多数が農業を生活の営みとしている中で、経済成長からも衛生施設の普及からも取り残されている農村部に対し、特に戸別トイレの設置を支援すべきである。

(4) 急速な都市化による公衆衛生の悪化を認識し、水と衛生のインフラ整備を行うべし

アジアを筆頭に急速な都市化が進む中、多くの貧困層が基本的なインフラ整備が行われていないスラム街に居住している。中でも清潔な水と衛生施設（トイレ）の欠落は深刻であり、コレラ等の頻発原因となっている。

3. 現地での活動が持続するために

(1) 水と衛生、保健分野での活動が、収益の上がる民間企業のビジネスとして成立するようにすべし

水と衛生および保健分野の改善が持続されていくためには、政府等による啓蒙活動とともに日本企業及び現地企業の活力が不可欠である。すなわち収益の上がるビジネスが成立することにより、水と衛生や保健の改善が日常活動・生活の中に組み込まれ、必要としている人々の戸口に届く。また例えば、援助だけの場合にありうる援助期間が終了するとともに現地に構築した仕組みがなくなってしまうリスクや、現地のニーズから乖離したオーバースペックの問題を回避することにもつながる。

しかし、日本企業による BOP ビジネスにおいては、利益をあげるための事業規模の拡大、販路開拓、現地パートナーとの協働が課題となっている。そこで日本政府や独立行政法人等は、立ち上げ資金支援、調査、ロジ支援を充実すべきである。例えば、特に中小企業を念頭において進出先国の業界基礎調査、競合調査、パートナー候補調査と紹介、場合によりオフィス・スペースや住居の賃貸関連事項や会計士・法律専門家の紹介、ひいては立ち上げ時の秘書的業務等について現地の事情に応じて支援することは、特にアフリカへの進出を考えた場合には効果的である。

(2) 有益かつ必要な制度変更：民間企業の少額のシードマネーの導入をすべし

聞き取り調査等により浮かび上がってきたのは、特に BOP 立ち上げ時に各般の課題があることであり、その中には制度の変更を要するものもある。例えば、少額（例えば 500 万円）が賄えれば日本の中小企業と連携して途上国で有効な援助～BOP ができそうな時に「5,000 万円以上でなければ支援できない」といった制度は変更すべきである。

(3) 果敢に、かつ柔軟性を持って新たな試みにも挑戦すべし

政策志向の研究を支援する研究費支援プロジェクトが JICA で開始されたとのことである。このいわば文科省の「科研費」のようなスキームでは、研究者は JICA が関心のあるテーマについて政策志向的なワーキングペーパーを書き、その成果を自由に活用できるようであり、新たなチャレンジとして評価できる。新たな試みはリスクを伴うが、成果が出れば大きくし、そうでない場合にはやり方を変えるないし縮小するという柔軟性を持つことも肝要である。

(4) 人々の戸口に届くために：受益国の開発哲学を考慮することを援助哲学とし、また現場のコミュニティや NGO と協働すべし

人々が「人間らしく生まれ、育ち、老い、亡くなる」ためには、「恐怖からの自由」と「欠乏からの自由」が確保されねばならない。そのためには、良いガバナンスが何よりも重要であるが、それとともに例えば「欠乏からの自由」を得るための手段が人々の戸口に届かねばならない。

一般論で言えば比較的所得水準の低い国（低所得国と低位中所得国）では、所得水準が高まることは貧しい人々に善をなす。しかし、現地調査対象国のインドネシアとスリランカと比較すると、所得はインドネシアの方が少し高いものの、社会開発指標はスリランカの方が上回っている。これは、実証的に証明するのは簡単ではないが、スリランカの経済社会開発哲学による部分も大きいと思われる。どういう開発経路を目指すかは、一義的には途上国の人々が考えるべきことだが、どういう哲学で開発を進めているかを、日本としても援助政策を考える時に考慮することは望ましい。

人々が日々の生活を送るにあたり、例えば BOP を通じて生活改善につながるものを入手できるようになる場合においても、まず必要なものは知識である。例えば、屋根に降る雨水を樋を通じて水甕に溜めることで女性の水汲み労働の軽減につながり、清潔な水にも近づくことができる。しかし、屋根の水をためるといのは知識であり、毎日水場まで危険を冒して歩いていく必要がなくなるのは生活習慣の変更でもある。この知識を周知し、人生にこれまでとは別のオプションがあることを知らせ、そして新しい生活パターンが持続するためには、「先進国の幸せの押し付け」ではうまく行かず、住民自身の選択と決断を必要とする。その役割を地元コミュニティ・リーダーや地元根付いている NGO が負うことが効果的である。これが住民のオーナーシップにつながって初めて開発政策と開発支援は結実する。

[注] 以上の提言はあくまでも研究会での議論を踏まえたものであり、研究会メンバーが所属するそれぞれの組織およびこの研究を実施した公益財団法人日本国際フォーラムの意見を代表するものではない。



公益財団法人 日本国際フォーラム

〒107-0052 東京都港区赤坂 2-17-12-1301

TEL : 03-3584-2190

FAX : 03-3589-5120

URL : <http://www.jfir.or.jp> E-mail : jfir@jfir.or.jp