HITOTSUBASHI HEALTH ECONOMICS RESEARCH PAPERS

#2016-001

途上国における保健医療の開発援助
～公民連携によるODA事業の改善と新たな展開～

山重慎二
北條 愛
高林優花
三浦真実

2016年6月

HITOTSUBASHI UNIVERSITY

Public Economics Program
School of International and Public Policy
Tokyo, Japan

途上国における保健医療の開発援助
～公民連携による ODA 事業の改善と新たな展開～

山重慎二*
北條 愛†
高林優花§
三浦真実‡

2016 年 6 月 30 日

要約：2015 年までに達成すべきとされたミレニアム開発目標（MDGs）の中でも、乳幼児や妊産婦の死亡率など保健医療に関わる目標が、今なお達成できていない国は多い。巨額の公債を抱える日本政府の ODA（政府開発援助）予算が減少を続ける中で、途上国の保健医療の開発援助のあり方の見直しが求められている。本論文では、カンボジアとミャンマーでの現地調査に基づいて、限られた ODA 予算を有効に活用するためには、公民連携による開発援助を充実させることが有効であり、要請主義に基づくとされる日本の開発援助の考え方を見直し、民間による提案型の ODA 事業を充実させることが、途上国の未来のみならず、日本の未来にとっても有用であることを主張する。

* 一橋大学経済学研究科及び国際・公共政策大学院教授（連絡先：yamashig@econ.hit-u.ac.jp）
† 一橋大学 国際・公共政策大学院
§ 一橋大学経済学研究科
‡ 一橋大学経済学部
（いずれも主な執筆を行っていた当時の所属）

１．はじめに

1990 年代と比較して 2015 年までに達成すべきとされたミレニアム開発目標（MDGs：Millennium Development Goals）の中で、妊産婦死亡率や乳幼児死亡率の削減は目標に達することなく、2016 年を迎えた。

「妊産婦の死亡率を 4 分の 3 減少させる」という妊産婦死亡率は、1990 年には 10 万人あたり 380 人であったが、2013 年には 210 人に減少した。しかし、その減少率は 45%に留まり、目標の 75%からは程遠い状況である。世界で、毎日約 830 人の女性が、妊娠・出産が原因で命を落としているという。

また「5 歳未満児の死亡率を 3 分の 2 減少させる」という乳幼児死亡率は、1990 年には千人あたり 91 人であったが、2015 年には 43 人に減少した。その減少率は 53%に留まり、今なお、毎日 1 万 6 千人の 5 歳未満児が命を落としているという。そして、その大半は予防可能な病気が原因とされている。

言うまでもなく、MDGs 目標の達成はあくまでも中間目標にすぎない。国連が 2015 年 9 月にあらたに提示した持続可能な開発目標（SDGs：Sustainable Development Goals）では、2030 年までに、妊産婦死亡率を 10 万人あたり 70 人未満に削減し、新生児と 5 歳未満児の予防可能な死を無くすとの目標が掲げられた[1]。

救えるはずの途上国の子どもやお母さんの命を救うという目標の達成のために、日本はどのような貢献ができるのであろうか。最も重要な貢献の一つは、ODA（政府開発援助）を通じた貢献であろう[2]。図表 1 は、一般会計での ODA 予算の推移を示したものであるが、残念ながら、それは 1996 年をピークとして急速な減少傾向を示し、ピークの半分以下となっている。そのような減少傾向の背後には、巨額の公的債務を累積してきた日本政府の厳しい財政状況がある。今後ともこの状況は続くと考えられるため、ODA 予算の大幅な増加は期待できないだろう。

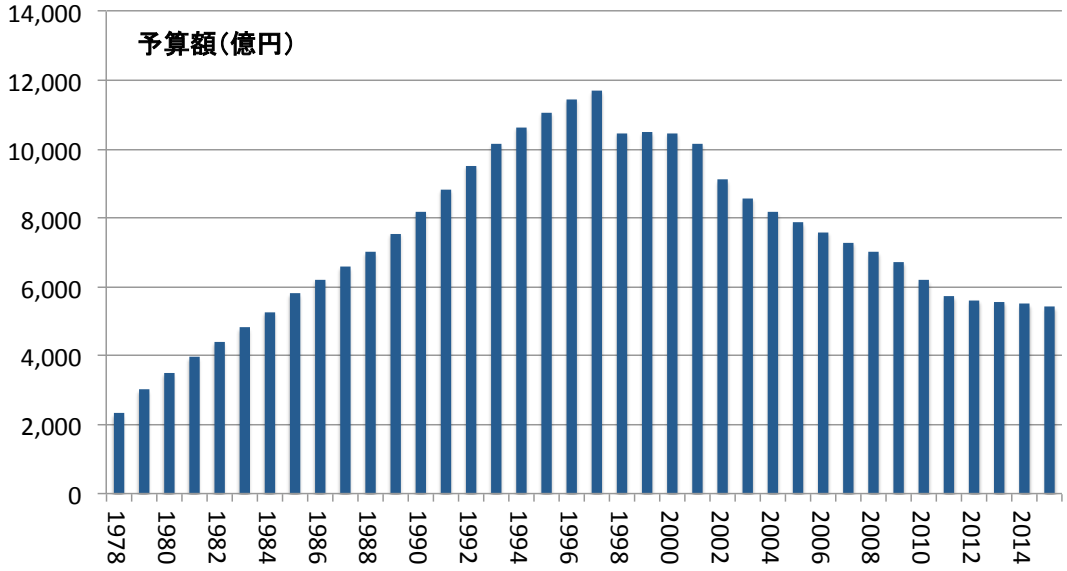
---

[1] 本論文の基礎となる現地調査を行った国での「10 万人あたり妊産婦死亡者数」および「千人あたり乳幼児死亡者数」は、カンボジアでは 161 人および 29 人、ミャンマーでは 178 人および 50 人であった（データはいずれも世銀のデータベースでの 2015 年の推計値）。日本では、それぞれ 5 人および 3 人であることを踏まえると、両国の保健医療の水準がまだかなり低い水準にあることがわかるだろう。多くの救えるはずの命が失われている実態が、そこにある。

[2] 保健医療の向上のために、政府が介入することが望ましいと考えられる理由として、まずは公平性の改善があるだろう。救える命がある時に、お金がないために救われないとすれば、不公平と感じる人は多いだろう。また、それは人々に悲しみという「負の外部性」をもたらすだろう。さらに、保健医療の水準の低さが、感染症の蔓延という深刻な「負の外部性」をもたらす可能性も高い。途上国の政府が適切な介入を行えるのであれば良いが、十分な力を持たない場合、海外の政府が支援を行うことが望まれる。公平性や人道的な観点から、支援が行われることが多いが、途上国の保健医療水準の向上は、感染症が日本で広がるリスクを低減したり、日本人が安心して途上国でビジネスや生活を営むことを可能にしたり、途上国の安定的な成長を通じて日本の経済の成長にも貢献するなど、様々な正の外部性を持つ。日本政府が途上国の保健医療水準の向上に貢献することには、大きな意義があると考えられる。

このような状況では、ODA 事業を効率化し、限られた予算で大きな効果を得られるような取り組みが求められる。実際、過去の ODA 事業に関しては、様々な無駄があったことが指摘されている。しかし、逆に言えば、改善の余地があるということでもある。

本論文は、このような問題意識に立ち、カンボジアとミャンマーでの現地調査に基づいて、限られた ODA 予算を有効に活用するためには、公民連携による開発援助を充実させることが有効であると主張する。さらに、要請主義に基づくとされる日本の開発援助の考え方を見直し、民間による提案型の ODA 事業を充実させることが、途上国の未来のみならず、日本の未来にとっても有用であるとの議論を行う。



出所：外務省（http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/shiryo/yosan.html）

図表 1：政府全体の ODA 予算（一般会計当初予算）の推移

実は、このような公民連携による ODA 事業については、すでに日本政府も、積極的な取り組みを行ってきた。2008 年には、日本の政府開発援助を総合的に実施している JICA（国際協力機構）に民間連携室が設置され、現在、①成長加速化のための官民パートナーシップ、②事業・運営権対応型無償資金協力、③草の根・人間の安全保障無償資金協力を活用した官民連携、という 3 つの公民連携による開発援助のスキームが提供されている[3]。

途上国の保健医療の向上のために、日本が貢献できることは多い。日本は、江戸時代の終わりに開国してから、まだ 150 年ほどしか経っていないが、近代的な医療を、国民が必要な時に幅広く受けられる状態が短期間に実現した（脚注 19 も参照）。また、医療や医療機器の分野で、日本は最先端の技術を有している。その経験を、アジアの途上国で活かせる可能性は高い。

[3] 外務省ホームページ（http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/seisaku/kanmin.html）。

日本の医療関係者の中には、高いモラルを持ち、途上国での保健医療水準の向上に貢献したいとの思いを持つ人も多い。その経験や技術や思いを、実際の開発援助に結びつけることができれば、途上国のみならず、日本の成長や成熟にとっても大きなメリットが生まれるだろう。望ましい開発援助の手法を模索し続けることが重要である。

論文の構成は以下の通りである。まず、第 2 節では、本論文における分析や提案の基礎となる枠組みを提示する。そして、第 3 節では、開発援助の方法の見直しが必要と考えられる理由について、現状の問題を具体的に取り上げながら説明する。第 4 節では、そのような問題を改善するための戦略について提案する。そして、第 5 節では、そのような戦略を実施する際に有用と考えられる戦術について、カンボジア・ミャンマーでのヒアリング調査の考察も踏まえて提案する。第 6 節では、本論文での分析や提案を整理し、既存の政府開発援助の枠組みや取り組みと比較することで、公民連携による改善や新しい取り組みについての本論文の主張をまとめる。

2. 理論的考察～分析・提案のための枠組み

本節では、途上国の保健医療の水準を引き上げるための開発援助のあり方を議論する際に有用と考えられる枠組みを提示しておきたい。まず、2.1 節では、開発援助の目標について、2.2 節は開発援助を担うプレーヤー（アクター）について、そして 2.3 節では開発援助の方式について、それぞれ整理しておきたい。

2.1 ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ

MDGs や SDGs は、開発援助の目標をわかりやすく示すものであるが、妊産婦死亡率や乳幼児死亡率の削減のみが、保健医療の分野で実現すべきことではない。実際、WHO は、「すべての人が適切な保健医療サービスを、必要な時に支払い可能な費用で受けられる状態」を指すユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC: Universal Health Coverage）を実現するという方向性を示し、2012 年には国連総会で、その実現を国際社会の共通目標とすることが決議された（例えば、堀井・神谷（2013, p.463）を参照）。 MDGs や SDGs は、そのような UHC の実現を目指す過程で達成されるべき目標と考えられるだろう。

UHC では、適切な保健医療サービスを「すべての人が必要な時に受けられる」という accessibility（利用可能性）と「支払い可能な費用で受けられる」という affordability（支払可能性）の両方を実現することが求められる。途上国では、一般に、そのいずれも実現できていないが、まずは適切な保健医療サービスを国内で受けられるようにすることが必要である。そして、そのためには、保健医療サービスの供給体制が整う必要がある。

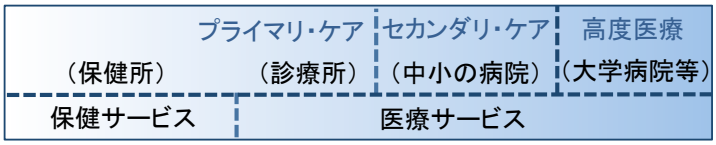
ここで、保健医療（healthcare）サービスを、健康の保持や病気の予防などのための「保健サービス」と、主に病気の治療のための「医療サービス」に分けて考えみる（保健サー

ビスは、医療以外のヘルスケア・サービスと考えられる)。そのサービス提供者は多様で様々な名称で呼ばれているが、提供場所は、一般に明確である。大きく分けると、保健サービスは保健所（保健センター)、医療サービスは病院が主な提供場所となる[4]。

したがって、保健医療サービスの accessibility の確保のためには、住民の身近な場所に、適切なサービスを提供できる保健所と病院が存在している必要がある。近年、妊産婦死亡率や乳幼児死亡率を低下させるという MDGs の目標を実現するために、保健所が少しずつ整備されてきている途上国が多い。病院も少しずつ整備されてきているが、保健所と比べると、病院は、費用も専門性の高い人材も必要となるため、途上国では、適切な医療サービスを提供できる病院は、かなり不足している。

一般に、病院で提供される医療サービスの中でも、最も基礎的なサービスはプライマリ・ケアと呼ばれる。そのような「プライマリ・ケア（Primary Care)」の上に、「セカンダリ・ケア（Secondary Care)」、そして「高度医療（Tertiary Care)」があると考えられることが多い。言うまでもなく、それぞれの境界は曖昧であるが、少なくとも概念的には、そのように分類しておくことが有用である。なお、プライマリ・ケアでは、一般に、病気の予防に重きを置いたサービスも提供されるため、上記の分類の中の「保健サービス」も、その一部に含まれると考えることができる。

日本の仕組みで言えば、プライマリ・ケアは保健所や診療所などで提供されるサービス、セカンダリ・ケアは中小の病院で、高度医療は大学病院をはじめとする大病院で、それぞれ提供される医療サービスとイメージしておくとよいだろう（図表 2 も参照のこと)。



図表 2：保健医療サービスの概念的な分類

途上国では、これまで保健サービスや最も基礎的な医療サービスの充実が急務として、ODA 事業などでも、プライマリ・ケアの充実に重点が置かれることが多かった。しかしながら、近年では、途上国でも、グローバル化を一因として、都市部には中高所得層が住み、道路の混雑が問題となるほどの交通量が見られる国が増えてきた。

そのような国では、保健医療の開発援助の主な対象者と考えられる低所得者であっても、深刻な怪我をしたり、安くてカロリーが高い菓子や食品の摂取により生活習慣病になった

[4] 言うまでもなく、その境界は曖昧で、例えば保健所に医師がいて医療サービスを提供することはありえるが、以下では、医療サービスが提供される場所を概念的に「病院」と呼ぶ。また、保健の専門家が、保健所ではなく、コミュニティの中でサービスを提供する場合もある。そこで、「保健所」についても、保健サービスが提供される場所という概念的な意味で用いる。

りする人が増えているという。もちろん、重篤な肺炎や乳がんなど、病院でしか治せないような深刻な病気になることも少なくない。その治療のためには、やはりセカンダリ・ケアのレベルの医療サービスを提供できる病院の整備が、低所得者の命を救うという観点からも、UHC の観点からも重要となる。

さて、ここで、途上国における保健医療サービスへの accessibility（利用可能性）の問題について、もう少し理解を深めておきたい（図を用いた詳細な説明について関心があれば補論を参照のこと）。問題は、低所得者層と中高所得者層の両方で起こっている。いま、最低限度の保健医療サービスの水準を Q_{min} と表記し、技術的には、その水準のサービスは途上国でも提供できると仮定しよう。

途上国における、中高所得者層の accessibility の問題は、Q_{min} を受けられるか否かではなく、自国で高度医療を受けることが難しいという問題である。途上国でも、セカンダリ・ケアのレベルの医療については、私立病院で提供されるようになってきているところは多いが、高度医療については、海外で受診するしかないという場合が多い。

例えば、カンボジアやミャンマーの高所得者の場合は、渡航費・滞在費・医療費が低く、一定水準の高度な医療を提供するシンガポールやタイの病院に行くようである。日本でも、そのような海外の医療需要を、インバウンド需要として日本で提供する取り組みも行われているが、日本への渡航費、滞在費、医療費の高さなどを考えると、かなりの高所得者でなければ、東南アジアから日本の病院に来ることはできないだろう。

より深刻な問題は、低所得者層が最低限度の保健医療サービス Q_{min} さえ受けることができないという accessibility の問題である。所得が低いがゆえに、最低限度の保健医療サービスを受けられないという affordability の問題が根源的な問題ではあるが、仮に低所得者は無料でサービスを受けられるという仕組みを導入したとしても、都市部から遠く離れた地域（以下、地方と言う）では、保健所や病院がないために、最低限度の保健医療サービスを受けられないという accessibility の問題が起こる。

この問題を改善することが、現在、優先度が高い問題として認識され、多くの途上国で、低所得者が最低限の保健医療サービスを受けられるようにする取り組みが続けられている。多くの途上国では、低所得者に対して、途上国政府、海外の政府や NGO、国際機関等が金銭的な支援を行い affordability の問題の緩和に取り組んでいる[5]。しかし、上述のような accessibility の問題が存在する限り、低所得者はサービスを受けることができない。その意味で accessibility の問題の方が、より深刻な問題であり、本論文でもその問題を改善するための戦略について議論する。

---

[5] なお、途上国における affordability の問題とは、accessibility の問題が解決された上で、最低水準あるいはそれより少し高い水準の保健医療サービスの費用を、すべての人が支払える状況になっているかという問題と考えられる。そのような affordability の問題は、一般に公的な医療保険を導入することで解決できると考えられているが、公的な医療保険の導入は政治的にも財政的にもハードルが高く、当面は、公的支出による低所得者の負担軽減という政策で対応することが現実的と考えられる。

実は、以下の議論において重要となるのが、中高所得者層が直面する accessibility の問題を改善していくという Pull-Up 型の開発援助である。高い支払能力を持つ高所得層が相対的に多くの便益を得るような医療を充実させることの恩恵は、最終的に、低所得者の accessibility を高める可能性が十分ある。そのような低所得層への広がりが期待できる支援については、ODA を活用することも積極的に検討すべきであるとの主張を、以下では行うことになる（4.1 節(4)を参照）。

2.2 プレーヤー（アクター）

ここで、途上国の accessibility の問題を改善するプレーヤー（アクターあるいはステークホルダーとも呼ばれる）について整理しておきたい。すでに示唆したように、国内政府（G）、海外政府（G*）、国際機関（W）、NGO/NPO などが現在の主なプレーヤーであるが、近年は、民間企業（営利企業）も、accessibility の問題を改善する重要なプレーヤーであると考えられるようになった。

例えば、堀井・神谷（2013）が明らかにするように、BOP（Bottom of the Pyramid）ビジネスと呼ばれる、途上国の底辺の人々向けのビジネスを通じて、保健医療の水準が改善される可能性があるため[6]、民間企業も重要なプレーヤーとみなされるようになっているのである。さらに、民間企業が社会的責任（CSR: Corporate Social Responsibility）の一つとして、途上国の開発援助を行うようになり、この点でも注目されるようになっている。

しかしながら、民間企業の重要性は、BOP ビジネスや CSR にとどまらない。特に、医療では、治療を行う病院、医療機器等を提供するメーカー、薬を開発・製造する製薬企業、医療サービスの効果的・効率的提供の支援を行う医療関連のコンサルティング会社など、多様な民間企業が関わっている。途上国で accessibility の問題を改善し、UHC を実現するために、このような民間事業者の役割が極めて重要であることは明らかであろう。

ところで、日本では、病院は医療法によって非営利制約が課されているため、制度上は、非営利組織（NPO）である。一方、海外では営利企業も病院事業を行っている。プレーヤーとしての民間病院は、営利（for profit）と非営利（not for profit）のどちらと考えたらよいのだろうか。

確かに、利潤を出資者に還元してはいけないという非営利制約は、事業者の行動を制約し、お金でなく、社会のために活動する傾向を生むと考えられる（山重（2013, 第 7 章 2 節）などを参照のこと）。しかしながら、利己的に行動している非営利組織（病院、学校、財団など）は少なくない。その一方で、社会貢献に積極的に取り組む営利企業も多い[7]。

開発援助に取り組もうとする民間事業者に関しては、非営利か営利かの区別はそれほど

---

[6] よく知られている例として、味の素の「ガーナ栄養改善プロジェクト」がある。離乳食に添加する栄養サプリメント Koko Plus の開発・販売を通じて、乳児の栄養改善が図られている。

[7] むしろ、非営利制約のために資金調達が難しくなることを嫌い、営利企業として事業を行いながら社会貢献活動に積極的に取り組むという選択をすることもありえる。実際に、様々な社会的課題に取り組む社会的企業が数多く生まれている。

重要ではなく、途上国の開発に貢献するか否かの判断が重要であると考えられる。途上国の開発に大きく貢献する事業であれば、営利企業であっても、非営利組織であっても、公的に支援することが望ましい。

ただし、非営利組織は、非営利制約という「ハンディ」を自ら負っている。そのメリットもあるので「非営利」という組織形態が選ばれたと考えられるが、開発援助の事業を実施・継続するためには、営利企業とは異なる戦略が必要となることは間違いない。この点に注目すれば、国内および国外の民間事業者（P, P^*）を営利（P_f, P_f^*）と非営利（P_n, P_n^*）に分類しておくことが有用な場合もある。

以上の考察を踏まえて、主なプレーヤーを整理すれば、図表 3 のようになる。

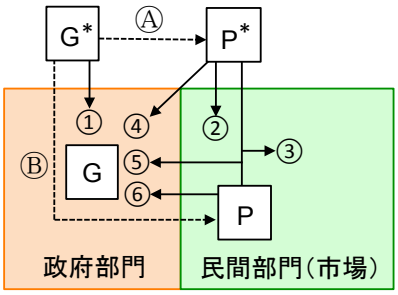
	政府	民間			国際機関
			民間営利	民間非営利	
途上国	G	P	P_f	P_n	W
支援国	G*	P*	P_f^*	P_n^*	

図表 3：開発援助プレーヤーの整理

なお、政府（G, G^*）に関しては、中央政府（G_C, G_C^*）と地方政府（G_L, G_L^*）に分類して考察することも可能であるが、ここでは、簡単化のため分類しない形で表を作成した。言うまでもなく、この分類では、日本は外国の一つである。

2.3 開発援助の型

開発援助に関わるプレーヤーが、どのようなパートナーシップを組んで開発援助を行うかについて、「開発援助の型」として分類してみたい。国際機関による支援を除けば、図表 4 が、その型を整理したものである。



図表 4：途上国における開発援助の型（イメージ）

まず、開発が行われる場所として、途上国の政府部門と民間部門（市場）を想定する。伝統的な政府開発援助（ODA）では、途上国政府（G）が、公共財供給や公営事業の形で、

開発に取り組めるように、支援国政府（G*）は援助を行ってきた。これが、開発の場所が政府部門であるケースであり、図表 4 の中の①型（G*toG 型）に対応する。

一方、海外の NGO 等などの民間組織（P*）による開発援助[8]は、伝統的には、政府を通さずに、民間部門で直接行われることが多い（②型：P*型）。これが、開発の場所が民間部門のケースである。このケースには、支援国の民間組織（P）が途上国の民間組織（P*）とパートナーを組んで、民間部門で開発事業を行うケース（③型：PP*型）もある。

しかし、近年、海外の NGO 等などの民間組織（P*）が途上国政府と連携して開発事業を行うケース（④型：P*toG 型）が増えている。また、海外と途上国の民間組織がパートナーを組んで、政府の開発援助を行うケース（⑤型：PP*toG 型）や途上国の民間組織が単独で政府による開発を支援するケース（⑥型：PtoG 型）も増えている。

このような「公民連携（PPP）による開発」に加えて、支援における公民連携にも注目したい。図表 5 では、支援国政府（G*）の「公民連携による支援」が 2 つの点線で示されている。まず、支援国の民間組織（P*）の支援が考えられるが、途上国の民間組織（P）を直接支援することも考えられる。

以上の考察を、日本政府による援助や支援を想定して整理したものが、図表 5 である。

分類	型名	略称	説明
(1) 伝統的政府開発援助	①型	G*toG 型	日本政府による開発援助
(2) 民間開発事業	②型	P*型	日本の民間組織による開発事業
	③型	PP*型	日本と途上国の民間組織による開発事業
(3a) 公民連携開発（国際）	④型	P*toG 型	日本の民間組織と途上国政府の連携開発
(3b) 公民連携開発（国内）	⑤型	PP*toG 型	日本と途上国の民間組織と政府の連携開発
	⑥型	PtoG 型	途上国の民間組織と政府の連携開発
(4) 公民連携支援	支援Ⓐ型	G*toP*型	日本政府による日本の民間事業者支援
	支援Ⓑ型	G*toP 型	日本政府による途上国の民間事業者支援

図表 5：途上国における開発援助の型（分類）

「公民連携による ODA 事業の改善と新たな展開」に注目する本論文では、まず、公民連携による開発事業（④型、⑤型、⑥型）に対して ODA を活用して積極的に支援（公民連携支援）を行うことで、ODA 事業の改善を図るという方向性について考察する。さらに、民間開発事業（②型、③型）に対しても、積極的に ODA を活用した公民連携支援を行うことで、ODA 事業の新たな展開を図ることの有用性についても議論する。

[8] 民間組織による開発援助は、ODA（政府開発援助）に対して、PDA（Private Development Assistance）と呼ばれ、調査・研究も行われている（例えば、黒田（2011）を参照）。

3. 問題の所在

なぜ、このような公民連携による開発援助の改善が必要かつ有用と考えられるかについての問題意識を、ここで共有しておきたい。

保健医療サービスは、他の一般的なサービス同様、一定の技術的制約の下で、労働と資本の投入により生み出されると考えられる。保健医療サービスの質や水準を決める最も重要な要素は、保健医療事業者（労働者）であるが、近代の保健医療において、診断や治療のための医療機器等の設備や施設（資本）が果たす役割は大きい。

途上国での保健医療の改善のための伝統的な ODA でも、保健医療事業者の育成や技術向上の取り組みとともに、様々な施設や設備を充実させる取り組みが行われてきた。しかしながら、多額の ODA 予算を投じても「無駄遣い」に終わってしまうという問題が数多く指摘されてきた。ODA を通じた資本と労働の充実の取り組みが、非効率的な結果となってしまう事例を考えてみたい。

3.1 医療機器の非効率的な利用

日本の開発援助は、途上国からの要請に基づくという「要請主義」の下で、途上国の政府・病院からの要請を踏まえて、途上国の保健所や病院の施設や設備の充実が図られてきた。しかしながら、それらが十分活用されることなく「お蔵入り」してしまっている場合が少なくないとの指摘は多い。

例えば、JICA カンボジア事務所（2014）は、そのような実態を踏まえて、カンボジアで 2006 年から 2009 年まで、22 か所の大規模な国公立病院を対象とした「医療機材維持管理システム普及プロジェクト(MEDEM1)」を実施した。そして、次のように報告している。

> プロジェクト開始当時、多くの病院には、故障したまま修理されていない機材や、使い方が分からず利用されていない機材などがあった。そもそも医療機材管理という概念さえなかったという。MEDEM1 では、機材の状況を総点検したが、その結果、22 か所の国公立病院でも「良好な状態」の医療機材は半分以下、「壊れている」機材が 2 割近くあった。

ここでは、時には非常に高額の医療機器でさえ「お蔵入り」してしまい、有効に利用されなくなってしまう理由として、「故障した時に修理できない」という問題と「使い方がわからない」という問題が指摘されている。

途上国の病院や政府の関係者が要望する医療機器が、ODA 予算を使って無償で納入されたとしても、その機器のメンテナンスが十分できない環境にあれば、故障したら修理できずに使えなくなり「お蔵入り」してしまうという問題が第 1 の問題である。言い換えると、

従来の ODA では、途上国でメンテナンスの環境が整っているかどうかについての十分な調査もなく、要請されるままに、立派な医療機器が納入されるような状況があったということである[9]。

第２の問題は、医療従事者が使い方がよくわからないために、使われることなく「お蔵入り」してしまうという問題である。なぜ、途上国の政府や病院は、使い方がわからないような機器の納入を要請するのか、実は、筆者らはよく理解できなかった。しかし、現地での医療関係者からのヒアリングを通じて、実感をもって理解できるようになった。

身近な例で言えば、その問題は、パソコンが普及し始めた頃、高齢者が自分も使えるようになってみたくて購入したものの、使い方がわからなくて、お蔵入りしてしまう例にたとえることができそうである。途上国でも、医療関係者は、書籍やインターネットや知り合いの医師からの情報で、まだ見たことのない医療機器の有用性に関する情報を得ている。

ODA 予算で無償で取得できるのであれば、そのような医療機器の導入の要望が出てきても不思議ではない。しかしながら、実際に、導入されたとしても、どのように利用したらよいのかわからないという問題が起こる。言うまでもなく、マニュアルを読めば、スイッチの入れ方や機器の操作はわかるだろう。しかし、パソコンの場合と同様、機器の操作（ハードウェアの使い方）がわかっても、利用にはつながらない。どのように活用したらよいかわからないと、実際の利用につながらないのである。

例えば、レントゲン、CT、MRI、マンモグラフィーといった医療機器では、読み取られた身体情報を、どのように読んだらよいのかについての「読影」の技術を、医療従事者が十分持っていなければ、機器を使うことができても、活用できないため、「使い方がわからない」としてお蔵入りしてしまうということになる。

実は、パソコンと同様に、医療機器でも十分活用できるようになるためには、かなり時間が必要なものが多い。最も効果的な習得方法は、（パソコンと同様）使い方をよく知っている人の下で、ハンズオンで経験を積みながら習得していくことのようである。しかし、途上国では、そのようなノウハウを持っている人がほとんどおらず、機器が導入されても、有用と感じることができないまま、使われなくなってしまうということになりやすい。さらに、保守管理や修理ができる環境が整っていないと、誤った使い方をして故障させてしまってはいけないということで、大事に保管されていることも少なくないという。

現在の ODA 事業では、そのような問題を踏まえて、医療機器の導入後に、使用や活用につながるように、コンサルティング・サービスを提供できる事業者を選定して、活用につなげる努力を行っているようである。しかし、医療機器はメーカーが納入し、コンサルティング・サービスは別会社が提供する場合、実際の使用段階になってみると、効率的な病院運営という観点からは、医療機器の選定や設置に関してもっと工夫の余地があったと感じることが少なくないようである。機器の選定や設置の段階から助言等を行うことができ

---

[9] 他の途上国でも同様の問題が起こっていることについては、伊達（2007, 2015）などでも報告・分析されている。

れば、より効率的な活用ができたのではないだろうか。

同様の問題は、先進国の公共施設の整備等でも発生する。この問題の改善のために、日本では、PFI（Private Finance Initiative）のように、設計・施工から管理・運営までを、優れたノウハウを持つ民間事業者に一体的に任せるという手法が取られるようになってきた。開発援助の世界でも、同様の仕組みや手続きを導入すれば、より効果的・効率的な開発援助が行えると考えられる。

さらに、医療の分野では、臨床の現場での技術（「読影」などを含む）は、長期にわたる経験と研鑽を通じて磨かれていくという。先進国でも学会などでの交流を通じて、医療従事者は情報を蓄積し、技術を磨いていく。ODA を通じて整備された施設や設備の真の有効活用のためには、日本が、途上国の学会活動などを支援していくことも有用であると考えられる。

3.2 保健改善事業の非継続

JICA では、「現地に根付いたネットワークを持ち、かつ小規模できめ細かい対応を得意とする NGO との連携を強く認識し、また国民参加の裾野を広げて行くための具体的な枠組みとして 90 年代後半に NGO と連携する事業を開始」している（JICA, 2001）。

様々な「草の根技術協力事業」が行われてきたが、ODA 予算で支援を受けられる事業期間は比較的短いものが多い。その結果、NGO の提案でスタートした開発事業が、事業実施期間中は実施地域で期待される効果を生んでいても、他地域への広がりを見せず、NGO が退出すると、いつの間にか取り組みは行われなくなり、一時的な取り組みで終わってしまうことも少なくないようである。

本来、ODA 予算を活用した NGO の開発事業支援については、ハンドオーバー（引き継ぎ）が上手に行われ、現地の社会や政府の仕組みとして定着・展開することが期待される。開発事業が現地で定着・展開できない場合、事業が「お蔵入り」してしまい、非効率性が発生することになる。

特に、保健医療の改善のための NGO の活動では、保健医療事業に関わる現地の人材の育成活動が多い。事業がお蔵入りしてしまうと、保健医療の改善のために蓄積された人的資本が活かされず、保健医療の水準の向上が図られないことになる。

もちろん、新規事業というのは、先進国でも失敗することが多いものである。したがって、ODA の事業がすべて成功することが期待されているわけではない。問題となるのは、ODA の仕組みが上手に設計されていないために、失敗してしまうケースである。この問題は、いわゆる「政府の失敗」の問題であり、多くの国で公民連携の形での改善の取り組みが行われている。開発援助政策においても、途上国の保健医療の向上に着実につながるような公民連携の手法を模索することが有用である。

4. 途上国における保健医療の向上のための戦略

前節では、「政府の失敗」の問題によって、途上国で保健医療サービスを生み出すための資本（施設や設備）や労働（人的資本）が、非効率的な利用にとどまってしまっている可能性があることを見た。そのような問題を、効果的な公民連携を通じて改善していくことが有用であるというのが、本論文の基本的な主張である[10]。

ただし、公民連携を通じて開発援助の効果が高まるためには、日本の民間組織が力強く効率的な経営を行える組織であることが前提である。しかしながら、日本の制度や政策の下で育ってきた民間組織は、NGO や NPO などの非営利組織のみならず、営利企業でさえ、力強く効率的な経営を行える組織となっているとは言い切れないところがある。

そのような状況にある一因は、実は公民連携を通じた開発援助が十分行われてこなかったことにある（例えば日本の NGO など）。しかし、日本人の人材育成に関わる教育政策の問題、あるいは営利企業の競争力に関わる産業政策の問題など、より包括的な日本の政策に関わる部分も多い。そのような課題も踏まえた上で、望ましい戦略を考える必要がある。

4.1 政府開発援助戦略の見直し

本節では、まず、公民連携による開発や支援の強化を図ることで、ODA 事業の改善を図る戦略について考えてみたい。これは、限られた ODA 予算で大きな開発援助活動を生み出そうとする戦略であり、一種の「レバレッジ戦略（小さな力で大きなものを持ちあげられる梃子（レバレッジ）の力を使うような戦略)」ということもできる。

本項では、４つの戦略を提案してみたい。いずれも、従来の手法を否定するものではなく、かつ、真新しいものでもない。「公民連携の強化」という観点から考えられる戦略を整理し、その有用性を明確にすることを試みたものである。

(1) 要請型から提案型へ

日本の開発援助は、要請主義に基づくとされる。しかし、3.1 節でみたように、途上国の政府や保健医療機関の情報、知識、経験は、極めて限られており、そのような状況の中で要請を出してもらい、それに応えることが望ましいと言えない場合が少なくない。3.1 節の例えで言えば、パソコンを使ったことがない人に、欲しいパソコンを選んでもらって、それを購入してあげることが最も効果が高いかと言えば、そうとは言えないだろうということである。

むしろ、様々な専門的な情報、知識、経験を持つ日本の民間事業者が、途上国の政府や保健医療機関から要望を聞き、情報や状況について理解を共有した上で、最もよい提案し

[10] 政府の失敗の問題の公民連携による改善の考え方については、山重（2016, 第 14 章）などを参照のこと。

てもらう方が、望ましいと考えられるケースは少なくないだろう。このような事業の進め方は、民間事業者間の取引では、当然のことであると思われる。しかし、（教義の）要請主義、そして公平な入札の手続きといったことに囚われると、望ましいとは言い難い事業の進め方になってしまうことが起こるのである。

このような非効率性の呪縛から解き放たれるためには、民間からの提案型案件を増やすことが有用である。医療事業の施設や設備であれば、民間企業からの提案が多いだろう。一方、保健事業や人材育成に関わる事業であれば、NGO や NPO からの提案が多くなるだろう。言うまでもなく、その提案は公正な審査に付され、その審査の過程で途上国政府からの評価も受けることになるだろう。高い評価を受けるためには、民間事業者は、事前に、現地の関連事業者からの情報収集や意見交換を行っておくことも必要になる。

民間による提案型の入札は、近年、国内での PFI 事業を初めとする公民連携事業で幅広く行われるようになっており、開発援助事業でも十分行われる環境が整っている。実際、JICA でも民間連携事業や草の根協力事業などで、数多くの経験を積み重ねてきている。そのウェイトを高めていくことで、ODA 事業の効率性を高められるというのが、ここでの主張である。

(2) 分割型から統合型（パッケージ型）へ

これまでの ODA 事業で、民間が関わる場合には、事業がいくつかに分断されて、入札にかけられることが少なくなかった。競争の促進、他のドナーとの関係、あるいは、受注機会の幅広い提供などが理由と考えられる。しかし、そのような事業の分割が行われると、規模の経済性を活かせないといった問題、あるいは分割された事業間の連結の問題などにより、非効率が生まれやすい。

実は、途上国における開発援助事業も、グローバル化の中で、各国の政府や NGO などが、グローバルな競争を行っている状況にある。そのような状況においては、日本国内の事業者間の競争促進あるいは事業者保護などの観点から非効率的な入札を行っていては、日本が開発援助を行う機会を逸してしまうことになる。

途上国でチャレンジしたいと考える民間企業や NGO などの中で、優れた提案を行う事業者に一括で統合サービスを提供してもらうような入札方式のウェイトを高めていくことが、望ましいと考えられる。

(3) 点から面へ

民間事業者が、途上国の一つの拠点（「点」）で行う事業が、途上国全体に幅広く展開されること（「面」）になれば、日本の開発援助は、より効率的となるだろう。言い換えると、そのような「点から面へ」の展開可能性が高い事業者を（営利企業であれ非営利組織であれ）積極的に支援することが、ODA 事業の効率性を高めることになるということである。

保健事業において、点から面への展開が起こりやすくなるためには、現地への事業のハ

ンドオーバー（現地化）がしっかりと行われるとともに、途上国政府が、その活動を高く評価し、自国の制度に埋め込みやすいと感じることが重要と思われる。日本の民間組織の事業提案においては、効果的で実効性のあるハンドオーバーの計画を含む「退出戦略」を明確にすることが求められるだろう。また、そのような退出戦略が実際に効果的に機能したか否かを事後評価やフォローアップ評価の中で検証し、効果的でなかった場合には、実施した民間組織への評価を引き下げることも求められるだろう。

言うまでもなく、点から面への展開は、医療事業でも重要である。それが起こらない場合には、拠点病院への患者の集中が起こり、長い待ち行列ができ、医師も疲弊し、若い医師への教育が疎かになってしまうといった問題も起こる。点から面への展開は現地の患者さんや医師にとっても重要である。

なお、今回のヒアリングでは、途上国の医師が研修等を通じて習得した技術を、他の医師に十分に伝えないために、技術の面展開が起こりにくい構造があるとの指摘があったことは興味深い。問題は、他の医師に教えることで、自分よりも優れた技術を持つ可能性があり、自分の優位性が低下してしまうことへの懸念だという。

途上国の少数の人に留学や研修の機会を与えて技術を習得してもらえば、帰国後それが広がっていくだろうとの期待を日本人は持ちがちであるが、必ずしも期待通りには進まない可能性が高い。途上国の状況や人間の利己的・合理的行動をよく理解した上で、支援事業を実施することが重要である[11]。

(4) Push-Up 型（Bottom-Up 型）と Pull-Up 型

保健医療の開発援助において、従来は、低所得者が利用できる保健医療サービスの水準を引き上げる努力が行われてきた。しかし、高所得者が恩恵を受けることが多い保健医療サービスの水準を引き上げることも、最終的には、途上国の低所得者がアクセスできる保健医療水準を引き上げる可能性が高いことに気づくことは重要である（2.1 節を参照）。

前者のアプローチは、保健医療サービスの底上げを図るので、Push-Up 型の開発援助と呼ぶことができる。一方、後者のアプローチは、保健医療サービスを上から持ち上げて全体を引き上げようとするアプローチなので、Pull-Up 型の開発援助と呼ぶことができる。

UHC を実現するという開発援助の目標を考えた時、Push-Up 型の方が直接的で、効果も

[11] 確かに日本でも江戸時代には、医術は、信頼できる弟子のみに伝えられるという秘密主義的な側面があったようである。経済学的に考えると、技術の希少性が高いほど、希少性に価値が生まれるため、価値を維持するために、技術を他者にもらさない（伝えない）という傾向が生まれると考えられる。したがって、面展開を促進したいのであれば、少数者に技術を習得してもらうのではなく、たくさんの人に技術を習得してもらうことが重要である。技術を持つ者の間で、（例えば弟子を増やしたいといった動機に基づく）伝達競争が起これば、技術の面展開が容易に行われやすくなるだろう。日本でも、シーボルトなどの「お雇い外国人」が、一定期間の契約の下で、西洋医学の教育に当たったことが、西洋医学の普及に大きく貢献した。途上国の保健医療の教育機関への技術支援を通じて、実践的な臨床指導を行うことは最も有効な支援策の一つと考えられるだろう。

短期に現れるので、政策的に好まれることは良く理解できるし、今後ともしっかりと取り組んでいくことが重要である。これに対して、Pull-Up 型の開発援助が、低所得者の保健医療の水準を引き上げる効果は、長期的効果であり、間接的な効果である。それゆえに、その効果の存在を想像できない人にとっては、開発援助政策としては認められないと感じられるかもしれない。

また、高所得者向けの保健医療サービスの充実が、必ず低所得者の厚生を改善する効果（Pull-Up 効果）を持つとは限らない。しかし、それが、技術的外部性を通じて、大きな Pull-Up 効果を持つ場合も少なくない。そのような取り組みを行う民間組織に対しては、たとえその効果が長期的かつ間接的であったとしても、ODA 予算を活用して支援していくことが望ましいと考えられる。

確かに、ODA 予算が限られている中で、優先順位を考えると、Pull-Up 型の取り組みに予算を用いることにためらいが生まれるかもしれないが、それは途上国の保健医療サービスのレベルを長期的に引き上げていくための投資である。目の前の問題への対処療法的な取り組みだけでなく、途上国の未来を見据えた投資も同時に行っていくことが重要ではないだろうか[12]。

しかも、そのような投資は、短期的にも、低所得者の命を救う可能性がある投資である。低所得者は、感染症や低い公衆衛生のためだけで亡くなっているわけではない。高所得者と同様、非感染症疾患（NCDs：Non-Communicable Diseases）や交通事故などによる身体損傷によっても亡くなるのである。

その治療には比較的高い医療技術と費用が必要であり、それを受けられるのは、主に高所得者である。しかし、そのような医療技術を持つ医療従事者や病院が増えれば、低所得者もまた政府や NGO などによる所得補助を通じて、（短期的にも）治療を受けられるようになるのである。逆に、高い医療技術が広がりを見せないと、低所得者は、所得補助を受けられたとしても、国内でアクセスができずに命を落としてしまうことになる。

低所得者の affordability の問題をいかに改善していくかは、大きな課題であるが、高い水準の保健医療サービスが提供される環境が整っていることが、まず必要なことである。Pull-Up 型の開発援助は、技術的外部性が大きく、「点から面へ」の展開が期待できるものであれば、有効な開発援助として、ODA 予算を用いて支援することが望まれる[13]。

---

[12] これまでの多くのインフラ事業（例えば、空港、港湾、橋、発電所、工業団地など）は、どちらかと言えば、低所得者よりも企業や高所得者が相対的に大きな恩恵を受ける事業であったが、ODA 事業として行われてきた。それは、長い目でみれば、あるいは間接的には、低所得者も恩恵を受けるからであろう。低所得者の厚生を引き上げるという観点からの優先順位で言えば、地方の未舗装道路の舗装や上下水道の整備の方が高いと考えられる。しかし、上記のようなインフラ事業が経済全体に及ぼす外部性を考慮すれば、Push-Up 型と Pull-Up 型という２つのタイプの開発援助は、ある程度同時進行的に進めていくことが重要と考えられる。高度な医療の水準の引き上げについても、同様の根拠に基づく正当化を行えるだろう。

[13] 高所得者向けの医療サービスは、多くの途上国で、私立の病院で提供されることが多いため、ここでの議論は、私立の病院の施設や設備の整備や有効活用のためにも、ODA を活用すること

この Pull-Up 型の開発援助の利点の一つは、その直接的な恩恵を受けるのが、主に医療サービスへの支払可能額が高い中高所得者層であり、利用料等の徴収を通じて、事業費用のかなりの部分を賄えるものが多いことである。これは、少ない ODA 予算で大きな支援を行える可能性が高いことを意味する。

ただし、高い水準の保健医療サービスを提供するために不可欠な医療従事者の教育や訓練などでは、そのような高所得者の利用料支払とは直接リンクしないことが多く、かなりの補助が必要になる場合が高い。そして、そのような医療従事者のスキルアップのための教育支援こそ、途上国での技術的外部性が大きく、「点から面へ」の展開が期待できる開発事業である。積極的な支援を ODA で行うことには、大きな意義があると考えられる。

4.2　民間組織の強化

公民連携が期待される効果を生むか否かは、民間組織がどのような状態にあるかにも大きく依存する。以下では、このような観点から、公民連携が有効に機能するための民間組織の強化戦略について考えてみたい。

(1) グローバル企業とコンソーシアム方式

先進国から途上国への医療機器の輸出という観点から見ると、日本企業は海外の企業と比べると見劣りするとの指摘は多い。途上国への輸出実績の多い企業として、GPS（GE, Philips, Siemens）とも呼ばれる３大メーカーの存在の大きさは、よく指摘される。医療機器の技術では、日本のメーカーも高い技術を持っているにもかかわらず、それにふさわしいシェアを世界市場で獲得できていない。現在、経済産業省が、「日本の医療機器・サービスの海外展開」と呼ばれるプロジェクトを進めている理由の一つは、そのような状況に対する危機感があると思われる。

なぜ、日本のメーカーは、海外展開を十分に行えないのだろうか。その一因は、日本の企業の多くが、未だに内向きで、真のグローバル企業となりえていないからではないだろうか。海外への事業展開と言っても、海外に現地代理店を作る（あるいは代理店契約を結ぶ）程度のことしかできておらず、本気でビジネス展開を行っているとは言えないようなグローバル化に終わってしまっている大企業が多いのではないだろうか（言うまでもなく、グローバル企業と呼ぶにふさわしい日本企業も存在する）。

これに対して、アメリカの GE、オランダの Philips、そしてドイツの Siemens などは、現地事務所を設立して、販売からサポートまでのサービスを一体的に提供するという戦略

は正当化できることを示唆している。特に、途上国の医師の間では、私立病院と公立病院の行き来が存在していることが多いため、私立病院の施設や設備の整備・充実が、公立病院における新しい施設や設備の充実と有効活用につながる可能性は高いと考えられる。さらに、途上国においても、今後、（日本のように）私立病院に対する規制を強めて、医療制度の中に取り込んでいくことで、すなわち途上国内の医療事業での公民連携を支援することで、医療水準を Pull-Up 式に引き上げていくことが有用と思われる。

を、基本的にとっていると言われる。

そのような事業戦略をとる医療機器メーカーが存在しない中で、残された道は、製造、販売、サポートなどを、日本の複数の民間組織がコンソーシアムを組んで、一体的に提供することであるように思われる。現在、上記の経済産業省のプロジェクトを通じて支援を受けている事例の中に、そのようなコンソーシアム方式による、途上国への医療機器輸出を行っている興味深い事例が見られる。

グローバル企業になるということは、基本的に巨大化することであり、それが組織の柔軟性を低めて、長期的に機能不全に陥ってしまう可能性は十分ある。したがって、すべての機能を一つの企業が行えるようにすることが、正しい戦略とは言えないかもしれない。ただ、その一方で、同様の機能を持つために、多数の民間組織がコンソーシアムを組んで事業を共同で行うという方式には、企業間の難しい調整が必要になり、思うように事業を展開できなくなる可能性が高くなるという難しさもある。

どちらのビジネス・モデルが良いかは、一概には言えない。しかし、日本の大手メーカーに関しては、まだまだ健全なグローバル化を進める余地があるのに、それが行えていない企業が少なくないと考えられる（テュルパン・高津（2012）や山重（2015, 5.2 節）などを参照）。そして、その結果として、世界経済の中での地位の低下につながっている場合が少なくないように思われる。日本の民間企業が、もっとグローバル化された企業となることで、公民連携による途上国の保健医療の改善の取り組みを、効率的に行えるようになる可能性は高まると考えられる[14]。

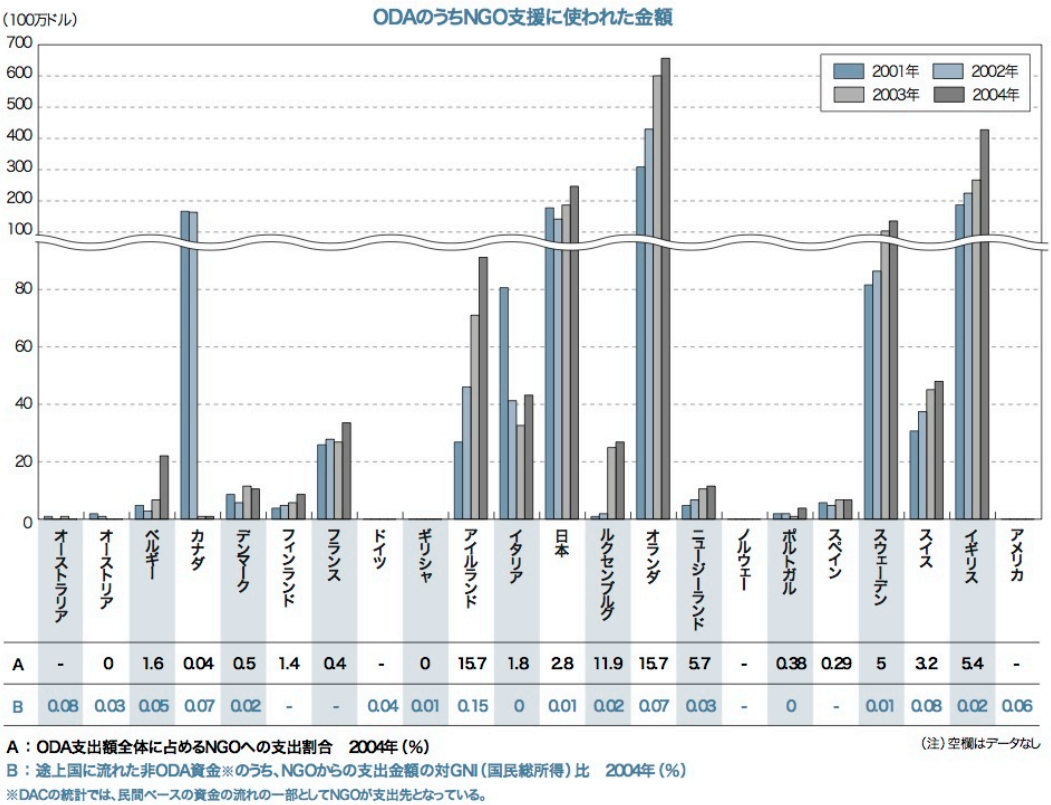
(2) NGO の育成

近年、途上国での社会的課題の改善や解決に取り組む日本の NGO は増えてきている。途上国での保健の改善に取り組む NGO も多い（例えば、日本医療政策機構（2013, p.23）なども参照）。しかしながら、海外の国際 NGO と比べると、財源規模でも、組織体制でも、小規模に留まる NGO がほとんどである。

保健分野で活躍する海外の国際 NGO が、なぜ、どのようにして、事業拡大を図ってきたかについては研究の余地があるが、例えば、図表 6 を見ると、日本よりも高い割合（GNI 比）の ODA を NGO 支援に使っている国は多く、そのような国で、数多くの国際 NGO が生まれているようである。

---

[14] PFI のような公民連携では、公民連携事業を専門に行う SPC（Special-Purpose Company：特定目的会社）を設立し、その事業への融資を行うプロジェクト・ファイナンス方式がよく利用されている。この場合はコンソーシアムが形成され、自治体（例えば自治体の水道事業）や大学などが参加することも可能になるため、コンソーシアム方式のメリットは存在している。ただ、その場合も、参加者が多くなればなるほど、意思決定が困難になる可能性が高まるため、グローバルな事業展開を、ある程度自立的に行えるグローバル企業が日本でもさらに増えていくことが期待される。



(出所) JICA, Data File: ODA と NGO
（http://www.jica.go.jp/publication/monthly/0609/pdf/01.pdf）

図表 6：ODA のうち NGO 支援に使われた金額

そのような事実は、ODA を活用して、政府と NGO の公民連携を強化することで、公民連携による効果的な開発援助を行える体力のある NGO が育っていく可能性が高いことを示唆している。現在、日本でも、国際的に活躍する NGO が育ちつつあるという実態は、1990 年代後半から、JICA が取り組んできた NGO と連携事業が少しずつ成果をあげつつあることを示唆しているように思われる。

今後とも、公民連携を通じた効率的な開発援助を充実させるためにも、ODA 事業をうまく活用して、自立的な取り組みを行える国際的な NGO を育てていくことが重要であろう。

5. 途上国の保健医療の向上のための戦術

前節では、途上国の保健医療の向上のための大きな方向性を、戦略として整理してきたが、本節では、戦略を実践に移す際に有用となる戦術（具体的な改善手法）について、整理してみたい。

保健医療サービスの改善のためには、他のサービス同様、ヒト（労働）とモノ（資本）が必要であるが、さらに、それらを準備するためのカネ（資金）も必要である。資源が限られている途上国が、それらを高い水準で確保できるように、持続可能な効果的開発援助を行うためには、援助側にも戦術が必要である。

開発援助を行うためのシステム（組織や支援体制）の構築に関する戦術も含めて、カンボジア・ミャンマーでの現地調査や国内でのヒアリングに基づく考察を踏まえて、特に有用と感じられた戦術をいくつか紹介してみたい。

5.1 ヒト

保健医療サービスの向上のために最も重要なのは、人材である。医師を育成するための教育は、途上国でも行われているが、公立病院の予算が限られている状況では、病院に就職できる人が限られてしまうとともに、賃金が低く、長時間労働を強いられている場合が少なくないようである。また、それが賄賂の原因となる場合もある。

そのような状況では、例えば日本で最新技術を習得する研修の機会があっても、その間、所得を得られなくなってしまうという理由で、研修に参加しない場合があると言う。例えば、ミャンマーの医師からは、医療機器を「使える」ようになるための研修を先進国の専門家の下で学べることは非常に有用だが、研修の期間は短期間（１ヶ月～３ヶ月程）で良いとの声を複数聞いた。そのような声の背後には、上記のような途上国の医師を取り巻く環境があると思われる。

また、途上国では、新しい技術を習得した人が、学んだ技術を現地の他の人に伝えようとしない状況があることについては、すでに 4.1 節(3)で述べた。開発援助の事業においても、途上国の医療従事者が、日本の医療従事者とは異なる環境に置かれているということを十分理解した上で、人材育成支援事業を設計・実施することが重要である。

さらに、人材に関しては、ネットワークやコネクションの重要性を強調する声がよく聞かれた。労働市場が発達していない途上国では、信頼関係に基づくネットワークが特に重要になるということであろう[15]。日本の民間組織（NGO や民間企業）が、途上国の民間部門に参入した場合、事業を成功させるために必要な現地での信頼関係に基づくネットワークを構築するには、時間が必要であることを理解しておくことは重要である。

逆に、一度、信頼関係が築かれると、それは、事業者にとっては、人材面で大きな資産になるということである。民間の事業であっても、開発援助事業であっても、（先進国の場合よりも）成果が出るまでに時間が必要ということである。その点への理解が不十分なままに、不十分な成果を理由に事業の中止が決まってしまうと、せっかく構築されたネットワークが「お蔵入り」されてしまい、非効率性が発生する可能性がある。

---

[15] 信頼に基づくネットワークは、近年「ソーシャル・キャピタル」と呼ばれ、社会や経済のパフォーマンスに影響を与える重要な要素と考えられるようになってきた（詳しくは山重（2013, 第 7 章 3 節）やそこでの参考文献を参照のこと）。

事業の成否の判断は常に難しいものである。しかし、途上国においては信頼関係に基づくネットワークが重要であり、その構築のためには一定の時間が必要であるということを踏まえて、事業計画や事業判断を行うことが重要である。

5.2 モノ

施設や設備を効率的に充実させるために、途上国の政府や保健医療の現場の人と十分話をした上で、専門的な知識や経験を持つ日本の民間事業者が統合的な提案を行うことが、有用と考えられることについては、すでに前節で指摘した（4.1 節）。それを実施する際に、金利が安い日本の民間事業者が資金調達を行い、途上国の病院に施設や設備をリース契約の形で納入するというビジネス・モデルは、興味深いものである。

このような方式は、公民連携の理論の中では、日本の民間事業者が PFI 型の事業を行っているケースに対応する。この方式のメリットの一つは、十分な財源を持たない途上国の政府や事業者が、大きな資金を必要としないという点である。さらに興味深いのは、リース料を従量料金制（使用量に応じた課金）にするという方式である。

一般に、PFI の場合、民間事業者は政府に対して定額のリース料を求めることが多い。事業のリスクを負わなくてすむからである。言い換えると、従量料金制は、民間事業者が、大きなリスクを負うということである。この方式が興味深いのは、利用者は限られた財源を節約するために利用を抑制するインセンティブを持つ一方で、資金と設備を提供する民間事業者は、途上国の病院に納入した設備を積極的に利用してもらえるように、活用のための支援を続けるインセンティブを持つことである。

その結果、途上国の病院が設備を実際に使えるようになるまで、専門家のサポートを受けられる可能性が高い。さらに、リース方式とすることで、設備が故障しても修理してもらえるというメリットもある。つまり、この方式は、途上国の病院に供与された医療機器が、やがて使われずにお蔵入りしてしまうという問題を回避し、効率的に活用されるようになるための有効な手法になると考えられるのである。

保健医療の施設や設備の充実を図るという開発援助においても、日本の民間事業者が PFI 方式で資金調達から施設・設備の整備まで行い、さらに利用に応じて事業収入を得るという課金方式は有効である。その際生まれる高いリスクをとるような民間事業者を支援できれば、施設や設備の導入が進み、効率的な活用が行われる可能性が高まるだろう。

5.3 カネ

途上国で活動を行う民間組織（NGO や民間企業）にとって、その活動の費用をどのように賄うかは、悩ましい問題である。具体的な財源としては、大きく分けると、①政府からの補助金・委託金、②個人や企業からの寄付、③自らの事業収入、という 3 つがある。

本論文では、主として ODA による支援を考察しているので、上記の分類の中では、①の活用を想定している。一般に、NGO などでも、政府からの委託金や補助金に対する期待は

大きい。しかしながら、ODA 予算に限界がある以上、政府が NGO などの民間組織に対して、永続的に補助金や委託金を与え続けることは難しい。

政府からの補助金や委託金は、基本的には、民間組織が途上国で事業を行う基盤（信頼関係に基づくネットワークなどを含む）を作るためのスタートアップ支援と位置付けることが望ましいと考えられる。上述のように、その基盤作りには時間がかかるので、良い取り組みであれば、気長に支援することが重要であるが、支援終了の時期を明確にし、良い取り組みの現地化を支援することも重要である。

そのような政府による支援を前提とすれば、民間組織は、やがて②や③の方法によって、財源を確保することが必要になる。政府からの財源に依存できないとすれば、有望な資金源と考えられるのは、「お金持ち」であろう。

NGO などの場合、先進国の高所得者からの寄付や企業の社会貢献活動としての援助などが財源となることが多い。中低所得者からの小口の寄付も重要であるが、とりわけ日本のように寄付文化が醸成されていない国では、寄付に期待することがなかなか難しく、自立的な組織運営を持続的に行うことに困難を感じる NGO は多いようである。

興味深いのは、途上国でビジネスを行う民間企業の経営戦略である。層が厚い低所得者層をターゲットとする BOP ビジネスは注目されているが、低所得者を消費者としてビジネスをする場合は、薄利多売により初めて一定の事業所得を得られるので、大規模生産を行える能力を持つ必要がある。（多くの保健医療関連事業のように）小規模事業の場合に、比較的成功していると思われるのは、低所得者層を雇用してビジネスをする事業で、生産されたものを上手に先進国の「お金持ち（中高所得層）」に売ることで、一定の事業収入を得るというビジネス・モデルである。

さらに有望と思われるのは、途上国の「お金持ち」をターゲットとする事業である。途上国の中にも、実はかなりの所得を持っている人たちは一定層存在している。その人たちが求めるサービスを提供することで、収入を確保できるのであれば、途上国の開発援助につながるようなビジネスを継続できるようになる。場合によっては、高所得者から獲得した収入を、途上国の低所得者の厚生改善のために活用することも可能となる。そこでは、民間事業者が、高所得者の所得を低所得者層に再分配する役割を担うのである。

このような営利企業の経営戦略は、自立的な事業運営のための財源確保に悩む NGO に対してもヒントを与えるものかもしれない。例えば、良い取り組みの現地化を図る上で、現地の人を中心とする NGO を設立して、事業を継続してもらう手法は有用である。そして、そのような現地の NGO が、途上国の高所得者からの寄付や事業収入を獲得できるようにする戦略を考えることは重要である。また、そのような現地の NGO が、活動を行う現場で、先進国の消費者が魅力的と感じる製品やサービスを生み出すことができれば、貧困地域で雇用を生み出しながら、事業を自立的に継続するための収入を確保できるようになる。

現地の NGO を設立して、寄付金や事業収入を得る戦略を考えることは、ハードルの高い取り組みである。しかし、ODA 事業を通じて信頼に基づくネットワークを構築する中で、

場合によっては日本の企業とも連携しながら、事業を継続させるための安定的な収入を得る方法を見出していくことが、これからの NGO には求められているように思われる。

5.4 システム

公民連携を通じて途上国の保健医療の開発援助を行う際に、有用と考えられる視点や工夫をいくつか挙げてきたが、最後に、そのような連携を支えるシステムの設計・構築に関する工夫を考えてみたい。ここでは、システムとは、様々なインプットを上手にコーディネートしてアウトプットにつなげる仕組みととらえる。

政府による支援のあり方を中心に考察する本論文では、政府によるシステム設計の工夫について考える。現場で頻繁に指摘される「縦割り」の問題から、まず考えてみたい。

第１に、日本の政府における「縦割り」の構造のために、途上国の開発援助が非効率的になるという問題がある。例えば、途上国で医療関連事業を行う民間企業に対しては、現在、「日本の医療機器・サービスの海外展開」事業を支援する経済産業省による補助金が与えられている。その一方で、そのような事業に対しては、JICA や外務省からの支援プログラムもある。このように複数の省庁からの支援が行われる場合、民間事業者が調整を強いられることが起こりうる。その負担が大きい場合、公民連携はうまく進まないだろう。

第２の「縦割り」の問題は、途上国政府における縦割りの問題である。日本の民間事業者が、途上国で事業を実施するためには、様々な許可を得る必要があるが、手続きがワンストップですむということはなく、様々な政府機関を訪ねて、面倒な手続きを行うことが必要となる。

最後に、途上国で事業を行う様々な NGO の間のコーディネーションの難しさが、非効率的な開発援助につながるとの指摘も、一種の「縦割り」問題と考えることもできそうである[16]。途上国で事業を行う民間組織の間では、他の民間組織との連携を深めることで、事業の効率性や継続性を高められる可能性が高いと考えているところは多い。

そのような連携の仕組みを途上国で構築している JICA 事務所等もあるが、対象が NGO 等に限定されている場合が少なくない。開発援助や BOP ビジネスに関心を持つ民間企業にも参加を呼びかけることで、途上国における日本の民間組織のネットワーク[17]に厚みが増し、

---

[16] 厳密に言えば、「縦割り」問題とは、政府のように、本来一つの組織として機能すべき組織が、組織内の壁によってバラバラに行動してしまう問題のことをと指しているので、NGO がバラバラに行動してしまうという問題は、「縦割り」問題とは言えないだろう。ただし、組織間のコーディネートがうまく行われずバラバラに行動してしまうという問題を「縦割り」問題と言えば、NGO の問題も「縦割り」問題と呼ぶことはできる（名称や定義はともかく、構造的には同じ問題である）。

[17] 医療関連事業に関して、途上国での事業展開の希望を持つ民間企業を支援する日本国内の組織として MEJ（Medical Excellence Japan）がある。そこでは、様々な途上国での医療関連事業の経験を踏まえて情報やノウハウが蓄積され、日本の民間組織がグローバルな事業展開を行うことを支援する環境があり、その機能強化が期待される。ただ、その一方で、各国の中での日本の民間組織のつながりを強化することは有用であり、JICA や JETRO などの現地事務所が協力しあいながら、様々な連携の可能性を作り出していくことは重要と考えられる。

効率性や継続性を高めるような新たな展開が生まれる可能性も上昇すると考えられる[18]。

今後、Pull-Up 型の開発援助にも力を入れていく中で、そこで重要な役割を果たす民間企業にも、開発援助の公民連携のネットワークに参加してもらうことで、より効果的・効率的な開発援助を行えるようになると考えられる。

さらに、様々なインプットを上手にコーディネートする仕組み（システム）として、このような「縦割り」の問題を改善する以外にも、途上国でのルールを整備・構築する取り組みを行うことは重要と考えられる。特に、保健医療に関わる事業の多くは、命や安全に関わる事業であるため、規制、法律、制度などの整備・構築は重要である。

途上国においても、保健医療サービスの安全性が確保されるような規制、法律、制度などが整備されるならば、そこで明確にされたルールの下で、日本の民間組織も安心して事業展開を行えるようになる。さらに、例えば、医療機器等の安全基準が高い水準に設定されるならば、高い技術を持つ日本企業が国際的な入札などでも有利になる可能性もある。途上国政府がそのような法律や制度を整備することを、日本政府が支援することは、途上国の人々にとってメリットとなるばかりでなく、日本政府が公民連携による開発援助を効果的に行うためにも、重要な取り組みになると考えられる。

6. よりよい開発援助のために

MDGs における乳幼児死亡率や妊産婦死亡率の削減目標は、残念ながら達成することはできなかった。しかし、世界は着実に目標に向かっている。今後、新たに設定された「持続可能な開発目標（SDGs）」の達成のために、日本も、限られた ODA 予算を効率的に用いて、大きな貢献していくことが期待されている。

6.1 分析・提案のまとめ

本論文では、カンボジアとミャンマーでの現地調査に基づいて、限られた ODA 予算を有効に活用するためには、公民連携による開発援助を充実させることが有効であるとの議論を行ってきた。そして、要請主義に基づくとされる日本の開発援助の考え方を見直し、民間の NGO や民間企業による提案型の ODA 事業を充実させることが、途上国の保健医療の水準の引き上げに貢献するのみならず、日本の民間組織を育成・発展につながる可能性が高いことを示唆した。

---

[18] ただし、NGO 等が掲げるミッションは多様であり、それぞれが目指す方向性が、他の NGO や（CSR 活動等に関心を持つ）営利企業が目指す方向性とは若干異なることも多く、民間組織間の連携を難しくする一因となっているようである。そのような少しずつ異なる価値観や方向性を持つ多様な組織が、共有できる価値を見つけ出し、連携する努力を行うことで新しい付加価値を生み出していくことは、持続的な開発援助の問題を考える上でも重要だろう。CSV（Creating Shared Value：共通価値の創造）の考え方から学ぶことは多いように思われる。

本論文において特に重要と考える主張の一つは、日本の民間事業者が途上国の高所得者向けのサービスを充実させることで、低所得者層がアクセスできる医療の水準も引き上げるといくという Pull-Up 型の開発援助の潜在的な有効性である。言うまでもなく、それが低所得者に与える影響は、一般に間接的かつ長期的なものである。したがって、そのような活動を ODA 予算で支援することにためらいが生まれることは自然なことである。

しかしながら、例えば日本が発展途上国だった頃を考えてみると、海外の民間組織や医師が、日本の保健医療の水準の向上に果たした役割は小さくない[19]。その恩恵にあずかったのは、当初はやはり主として富裕層であったが、その後、低所得者層にも恩恵が幅広く行き渡ることになった。日本が先進国となった今、途上国の保健医療の改善に、日本の民間組織が持続可能な形で貢献できる余地は少なくないだろう。

次項で見るように、このような公民連携による開発援助は、これまでも日本政府が取り組んできたことである。本論文での提案はその大きな変更を求めるものではなく、開発援助の効率性を高めるための新しい発想やアイディアを提供することを意図したものである。具体的には、以下のような提案を行った。

(1) 保健医療に関わる民間組織との公民連携による開発援助を充実させること。
(2) 保健医療に関わる規制、法律、制度などの構築に関して途上国政府を支援することで、日本の民間組織が途上国の開発援助を行いやすくすること。
(3) 知識はあるが臨床で使える技能を身につける機会が少ない途上国の保健医療従事者に対して、日本への留学や研修の機会を提供したり、途上国国内での実践的な研修の機会を提供したりすること[20]。

---

[19] 日本での西洋医学の普及の歴史は、シーボルトやポンペといったオランダの医師が、日本で西洋医学の教育や診療を行ったことに始まる。明治維新後もイギリスやドイツの医師が「お雇い外国人」として高給で招聘され、教育や診療を行った。日本では、開国後も安定した政府が存続したため、国家主導で保健医療の発展が見られた。しかし、保健医療の水準が十分に高かったわけではなく、民間での改善の取り組みも重要であった。特に、「お雇い外国人」と同様に重要な役割を果たしたのが、医師の資格を持つ「来日医療宣教師」たちである（詳しくは小野（2005）などを参照のこと）。例えば「日本初の近代型医療施設の聖路加病院（聖路加国際病院の前身）」を 1917 年に開設し初代院長となったルドルフ・トイスラー氏は、1920 年には聖路加国際病院付属高等看護婦学校を開設し、看護師の育成にも尽力した（戦後は、GHQ に接収され、東京看護教育模範学院の名で日本赤十字女子専門学校との合同教育が行われることになるほど、重要な役割を果たしていた）。また、トイスラー氏は、アメリカのロックフェラー財団と交渉し、日本人医学生 33 人をアメリカで留学・研修させるための援助を受けている（以上、wikipedia より）。なお、ロックフェラー財団は、「公衆衛生専門家の育成・訓練機関の設立」のために約 350 万ドルの寄付を日本政府に申し出て、1938 年に国立公衆衛生院（現在の国立保健医療科学院）が設立され、日本初の保健所とも言える都市保健館および農村保健館が、それぞれ東京都と埼玉県に寄贈された（以上、wikipedia より）。途上国における保健医療の改善の観点から、日本の保健医療の発展の歴史を振り返った国際協力機構（2014）も参考になる。

[20] 明治初期に日本にきた来日医療宣教師は「政府管轄の医学校で何よりもうまくいっていないのが、この実践的な臨床指導の分野だと思われる」（小野, 2005）と記している。情報の伝達スピードが速い現在、途上国でも医療技術の知識は普及しているが、医療の施設や設備が不足し

(4) 低所得者の状況を直接改善する Push-Up 型の事業のみならず、短期的には中高所得層の状況の改善効果が大きいが長期的には低所得者の状況の改善につながると考えられる Pull-Up 型の事業も支援すること。

(5) 保健医療分野では、最適な施設や設備の整備・活用に高い知識と経験が必要な場合が多いため、それらを有する日本の民間組織による提案型の開発援助を重視すること。

(6) 保健医療の施設や設備の設計・施行・運営（保守管理）までを一体的に行う民間事業者の提案を選定・支援すること。

(7) 保健医療の設備等をリース方式および従量課金方式で提供する日本の民間事業者のリスクを軽減するような支援を行うこと。

(8) 保健医療の分野では、信頼関係に基づくネットワークが重要であるが、その構築のためには十分な時間が必要となるため、民間組織（NGO や民間企業）のスタートアップ支援では、十分な事業期間を設定すること（ただし、中間評価等を通じて選別や助言・勧告等を行うことも有用）。

(9) 開発援助を通じて築かれる信頼のネットワークを活かして、長期間にわたり途上国での事業を持続・発展させられるような取り組みを積極的に支援すること。

(10) 開発援助に取り組む民間組織の連携を強化する取り組みや、民間組織を支援する省庁の連携を強化すること（「縦割り」の非効率性を減らす取り組み）。

(11) 民間組織（NGO や民間企業）の支援では、手続きの簡素化や現地スタッフの育成という観点から、英語のみでの書類の作成・提出も可能にすること。

6.2 既存の政府開発援助の枠組み

このような提案は、現在の政府開発援助の枠組みの中で、採用する事業の選び方や数を工夫することで実現できる場合もあるが、仕組みを若干見直すことが必要と考えられるものもある。現在の政府開発援助の公民連携の枠組みについては、外務省では、以下のように整理している[21]。

(A) 成長加速化のための官民パートナーシップ

① 無償資金協力・技術協力との連携

② 有償資金協力との連携

(B) 事業・運営権対応型無償資金協力

(C) 草の根・人間の安全保障無償資金協力を活用した官民連携

ている中で臨床経験が圧倒的に不足しており、現在、最も必要で日本が大きな貢献を行えることは「実践的な臨床指導」ではないかと思われる。

[21] 外務省ホームページ（http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/seisaku/kanmin.html）。

ここで、(A)は「政府開発援助等の開発途上国支援と民間企業の活動の連携を促進し、開発途上国の経済成長を後押ししていく」という方向性で、無償資金協力、技術協力、有償資金協力の３つの手法のいずれでも、連携の提案を民間事業者が行えるようになっている。

次に、(B) は「開発途上国が実施するインフラ事業のうち、商業資金のみではファイナンスが困難な場合に、当該事業に必要な施設・機材・その他サービスに必要な資金を供与する」ことを目的とし、「資金は途上国政府を通じ，事業を担う特別目的会社等に支払われる」と説明される。ここで特別目的会社（SPC）は、「施設建設から運営・維持管理まで中長期にわたり事業の担い手となる」ことが期待されている。

これは、公民連携の理論の中でも、PFI と呼ばれる手法がベースとなっており、日本の民間事業者が「PFI 契約」を途上国政府と結ぶ際に、民間事業者が資金調達できない部分について、日本政府が途上国政府を通じて無償・有償の資金を提供することで、公民連携（PFI 事業）によるインフラ整備を可能にするというスキームであると考えられる。

最後の(C)は、「我が国企業が CSR（企業の社会的責任）活動を通じて事業を実施する国等において，途上国の経済社会開発に貢献することを支援する」ことを目的としたもので、「公益性の高い企業活動と ODA による経済協力活動が連携することにより，経済社会開発上の課題のより効果的かつ効率的な達成が期待されます」と説明される。

6.3 改善案～よりよい開発援助のために

本節における提案(1)～(6)については、このような枠組みの中で積極的な取り組みを行うことを、日本政府も目指しているようであり、その着実な推進を期待したい。また、本論文での議論が、その有効性を支持する根拠となることを願いたい。

この中でも、提案(5)や(6)に関しては、ODA の枠組み(B)に見られる PFI 型のサービス供給方式の一つと考えられる「日本方式普及ノン・プロジェクト無償資金協力（医療・保健パッケージ）」を積極的に活用し、日本の民間組織による提案に基づいて、設計・施行・運営（保守管理）までを一体的かつ効率的に実施することが可能になると考えられる[22]

一方、提案(7)～(9)については、いずれも上記の「枠組み」と整合的と思われるが、JICA 等が提供している具体的な支援のメニューを見ると、若干の「仕組み」の見直しが必要であるように思われる[23]。

まず提案(7)は、(6)で提案した「統合型サービス」にかかわるあらたな提案である。従量課金のリース方式は、民間事業者が提供できるサービスの一つであるが、実は、民間事業者にとっては、資金回収に時間がかかりリスクが大きい方式でもある。

---

[22] 一般財団法人日本国際協力システムが、調達代理機関として実施した事例の紹介がわかりやすい（http://www.jics.or.jp/jigyou/musho/nonpro/oda_201501.html）

[23] 以下の議論は、実際の事例やヒアリング等に基づく議論であり、現在の「仕組み」の見直しを行うことなく、判断あるいは考え方を変えることで実現できることなのかもしれない。

この方式では、民間事業者が資金調達を必然的に行うことになる。したがって、PFI 型の枠組み(B)に対応するが、そこで想定されているように ODA の資金が途上国政府に与えられると、民間事業者のリスク低減効果は限定的となる。民間事業者から長期的かつ積極的なサポートを引き出すという観点から有効な従量課金のリース方式を、日本の民間事業者に行ってもらうためには、事業者に対する直接補助方式の方が有効と考えられる。

提案(8)に関しては、草の根協力支援型や地域提案型で、現在の支援期間の上限が３年となっている点に改善の余地があると思われる[24]。本論文で、繰り返し述べているように、途上国で効果的な開発援助を行うためには、信頼関係を作り上げることが重要であるが、それには時間がかかる。経験やノウハウが少ない民間事業者ほど、信頼関係の構築に時間が必要である。例えば、３年目に中間評価を行い、その評価が低い場合には１年後に支援を終了する一方で、一定の評価が与えられる場合は、例えば支援期間を３年延長するといった対応をすることも有効であるように思われる[25]。

また提案(9)は、ODA 予算で支援した民間組織の取り組みが、「とりあえずやってみました」のような形で、短期間で終わってしまうことへの懸念に基づくものである。ODA という税財源を用いた開発援助においても、それで問題ない事業もあるだろう。しかし、効果的・効率的な開発援助の観点からも、日本の民間組織の途上国進出の支援という観点からも、信頼のネットワークが構築され、それを基盤として長期的な協力関係や取引が行われることが、途上国と日本の両国にとってメリットが大きい。

税財源を「てこ（レバレッジ）」として、大きな開発援助の成果を生み出すという観点からは、長期的な取り組みにつながることが期待される民間の事業を優先的に支援することが有用である。そして、事業終了後のフォローアップ調査の結果が、その後の支援事業の選択に影響を与えるという仕組みとすることで、「とりあえずやってみる」ではなく、長期的な取り組みにつなげるという意欲を民間事業者に与えることも有用と考えられる[26]。

なお、このような意図を持つスタートアップ支援は、現在の枠組みの中では、中小企業に手厚く行われている。しかし、途上国への進出については、グローバル化が進んでいない段階にある大企業の中にも、リスクをとることに躊躇している企業は少なくない。また、

---

[24] 2 年以上の活動実績を有している NGO 等の団体に関しては、支援期間の上限が 5 年となる草の根パートナー型が存在する。

[25] 現在の仕組みの下でも、3 年の支援期間の終了後、その評価に基づいて新たな支援を行うことで、同様の効果を持つこともできるように思われる。しかし、3 年後に終了することが前提になっているスキームと、3 年後に 3 年の延長の可能性があるスキームでは、事前の提案や事業期間中の行動には違いが生まれると考えられる。3 年で不完全な形で終わってしまうような事業を数多く生むより、民間組織と一緒に良い事業を育てるという仕組みとする方が、長期的な観点からは望ましいと考えられる。

[26] 言うまでもなく、効果のない事業や必要性が低下した事業を長期的に継続してもらうことが望ましいとは言えない。情報の不完備性がある中で、事前に効果や必要性を完全に予測することはできないので、早期の退出を完全に否定する訳ではないが、長期的な事業継続（発展的な事業などを含む）へのコミットメントをある程度求めることで、長期的な効果の低い安易な事業提案を抑制し、効果の高い事業への集中的な支援を行うことが望ましいと考えられる。

支援を受ける途上国にとっても、大企業の製品やサービスを受けることが望ましい場合も少なくないだろう。開発援助の観点からも、大企業にも中小企業と同様の支援を与えることが望ましいと考えられる。

最後の提案(10)に関しては、日本政府においても、「縦割り」の改善の取り組みの必要性が認識され、取り組みも行われているようであるが、さらなる改善の要望の声が現場では数多く聞かれた。

政府内の組織の壁を通り抜けることは、民間の人にはできないことであり、政府内でコミュニケーションをとって、動いてもらうことで、民間の人たちは壁の回りを遠回りして行き来することなく事業に取り組めることになる。そのような「縦割り」の存在は、民間事業者にとっての公民連携のコストを高める要因[27]となり、公民連携の取り組みの停滞につながっていくだろう。

公的債務の累積により、財源の面でも、人手の面でも、ますます厳しい状況に陥っていく日本の政府をパートナーとして、公民連携事業を行うことは、実は日本の民間組織にとってメリットが大きい事業とは言えないかもしれない。今後、日本の政府は、ますます頼りにならない存在となる可能性が高く、日本の民間組織は、政府に頼るのではなく、途上国での事業に自立的に取り組む必要があるだろう[28]。

しかし、政府だからできることや政府にしかできないこともある。特に、途上国政府との正式なチャンネルを持っているのは政府である。民間組織を途上国政府につなぐ役割は政府ができることであり、途上国に進出する民間組織が実際に高く評価・期待している点である。それはお金があまりかからない支援でもある。政府は、そのような役割が存在することを意識して、限られた資源の中で効果的・効率的な開発援助を行えるように、よりよい公民連携の枠組みや仕組みを模索し、良い取り組みを実施していくことが期待される。

このような取り組みを行うことは、日本の政府や民間組織が、未だに低い水準にある途上国の保健医療水準を効率的に引き上げることにつながるのみならず、日本の保健医療産業の成長にも貢献することになるだろう。

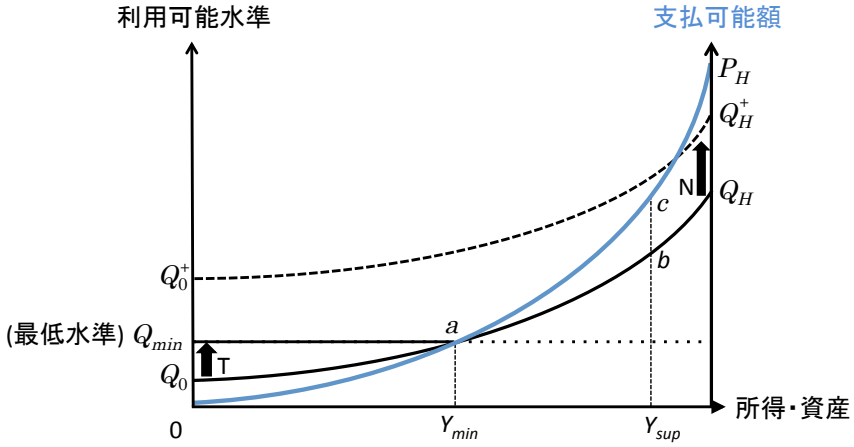
---

[27] 日本の政府から支援を受けることのデメリットとして、支援期間中に提出しなければならない日本語の書類の作成があるとの話も聞かれた。途上国での活動では、現地スタッフを育成するという観点からも、現地スタッフに依存している部分が大きいが、日本語の報告書を作成することはできない。国連などの国際機関からの支援であれば、英語の報告書でよいので問題ないが、日本政府からの支援を受ける場合には、日本語での書類作成が求められる。海外での活動の記録や報告であることを考えると、確かに、英語での報告書でもよいと考えられる。ペーパーワークの中には意味や意義がよくわからない形式的なものも多く、政府の支援を受けたことを後悔することも少なくない。細かい点であるが、負担軽減の改善を期待したい。

[28] 政府の支援を受ける場合、政府のモニタリングも定期的に受けることになるが、政府の現地事務所から遠い不便な地域での活動は、モニタリングの実施が難しくなるため、改善が本当に必要な地域での事業の提案をしても採用に至らない可能性もあるのではないかとの声も聞かれた。政府から支援を受けることで、民間組織が実施したいと考える活動や事業に制約が課されることは少なくない。日本の民間事業者も、可能な限り政府に頼らず、自立的に活動を続けられるようになることが望まれるだろう。

補論：途上国における accessibility の問題の図解

途上国における人々の所得・資産の状況と、利用可能な保健医療サービスの状況を、概念的に描いてみたのが図表 A である。まず、基本となるのは、図表 A の右上がりの曲線 $0P_H$ で表される支払可能額の曲線である。これは、横軸で示される所得・資産の増加関数となっている。ここで、もし accessibility（利用可能性）が満たされているとすれば、保健医療サービスの利用可能水準は、この支払意思額に制約されるので、図表 A では曲線 $0P_H$ と一致すると考えることができるだろう。



図表 A：途上国における所得・資産の分布と利用可能な保健医療サービス

ところが、途上国では、実際の利用可能水準は、この曲線に一致せず、曲線 Q_0Q_H のようになると考えられる。2 つの修正がある。第 1 の修正は、上述の accessibility（利用可能性）の問題に関連する。図表 A では、最低限度の水準 Q_{min} の保健医療は技術的に全員に提供可能だが、それを超える保健医療を十分に供給することは技術的に難しいと仮定されている。

この場合、所得が高くても、望む水準の医療を受けることができない。その結果、Y_{min} 以上の所得・資産を持っている人の利用可能水準を示す曲線 aQ_H は、支払可能額を示す曲線（$0P_H$）から乖離してしまうと仮定されている。途上国の保健医療水準が技術的に低いために起こる第 1 の accessibility の問題は、途上国の中高所得層が、望む水準の保健医療サービスを受けられないという形で現れる。

そのような状況で、興味深い事実は、満たされない需要を満たすために、一定の所得・資産（例えば Y_{sup}）を超える高所得者は、高い水準の医療を提供している海外の病院に治療に行くという事実である。海外の病院に治療に行くためには、かなりの費用が必要であるため、満たされない需要がある中高所得者の中でも一定水準の所得を超える必要がある。

途上国での保健医療の利用可能水準に関する第 2 の問題は、低所得者が所得・資産が低いが故に、最低限度の保健・医療サービスを利用できないという問題である。これは、

affordability の問題の故に、実際の利用可能水準が低くなってしまうという問題である。さらに、その結果として、実は、低所得者の多い地方では、最低限度の保健医療を提供する保健所や病院が作られず、accessibility の問題が発生することになる。

そのような状況を示すために、図表 A では、Y_{min} 以下の所得・資産の人の利用可能水準を示す曲線は Q_0a のようになると仮定されている。というのも、低所得者が受ける保健医療は、一般に、国内政府、海外政府、国際機関、NGO などの努力を通じて、支払可能額を超える水準が提供されることが多いからである。

しかし、そのような努力にもかかわらず、実際の保健医療の水準は、最低水準 Q_{min} に達していない状況がある。affordability の問題は、低所得者への金銭的支援によりある程度緩和できるが、低所得者の多い地方では、上述のように、最低限度の保健医療を提供する場所（保健所や病院）が不足しているという accessibility の問題があるからである。

このように、途上国の低所得層が最低水準の保健医療サービスを受けられないという問題が、第 2 の accessibility の問題である。そして、一般に、これが途上国における accessibility の問題と考えられている。この問題を改善することが、現在、優先度が高い問題として認識され、図表 A の矢印 T で示されているような「低所得者が最低水準の保健医療サービスを受けられるようにする取り組み」が続けられているのである。

なお、途上国における affordability の問題とは、accessibility の問題が解決された上で、最低水準（Q_{min}）あるいはそれより少し高い水準の保健医療サービスの費用を、すべての人が支払える状況になっているかという問題と考えられる。

なお、中高所得者層が直面する accessibility の問題を改善していく Pull-Up 型の開発援助については、図表 A の矢印 N で示される曲線 $Q_0^+Q_H^+$ への移行として説明される。高い支払可能額を持つ高所得層が相対的に多くの便益を得るような医療を充実させることの恩恵が、低所得者の accessibility も高める状況が描かれている。

参考文献

外務省国際協力局（2015）『ポスト 2015 年開発アジェンダと人間の安全保障』（http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/files/000071567.pdf）

黒田かをり（2011）「米国の民間開発支援（PDA）と NGO」『立教アメリカン・スタディーズ』33 号, 27-39 頁.

小野尚香（2005）「来日医療宣教師と明治前期の日本の医療−1883 (明治 16)年大阪宣教師会議議事録から−」『教大学総合研究所紀要』第 12 号, 37-48 頁.（http://archives.bukkyo-u.ac.jp/rp-contents/SK/0012/SK00120L035.pdf）

伊達卓二（2007）「途上国における持続的な医療機器運営に関する一考察―ウガンダの例を参考として―」『国際協力研究』Vol.23 No.1, 1-13 頁.

伊達卓二（2015）「医療機器マネジメントの一考察 ―グローバルな視点とローカルな視点から―」『保健医療経営大学紀要』No. 7, 15-21 頁.

テュルパン, ドミニク・高津尚志（2012）『なぜ、日本企業は「グローバル化」でつまずくのか–世界の先進企業に学ぶリーダー育成法』日本経済新聞出版社.
根岸知代（2013）「水と衛生分野における日本の国際貢献—水ビジネスと ODA—」『横浜国際経済法学』第 21 巻第 3 号, 443-471 頁.
（http://kamome.lib.ynu.ac.jp/dspace/bitstream/10131/8306/1/21-3-16.pdf）
日本医療政策機構（2013）「日本の国際保健政策:課題と挑戦」
（https://www.hgpi.org/handout/report_130405.pdf）
平体由美（2012）「研究史展望 ： ロックフェラー財団の医療・公衆衛生活動と文化外交」『札幌学院大学人文学会紀要』第 92 号, 111-118 頁.（http://hdl.handle.net/10742/1714）
堀井聡子・神谷祐介（2013）「国際保健分野における BOP ビジネスの可能性 —ユニバーサル・ヘルス・カバレッジの実現に向けて—」『保健医療科学』Vol.62, No.5, p.459-469.
（https://www.niph.go.jp/journal/data/62-5/ 201362050003.pdf）
山重慎二（2013）『家族と社会の経済分析—日本社会の変容と政策的対応』東京大学出版会.
山重慎二（2015）「アジアにおける社会資本整備:リスクと日本の戦略」『一橋経済学』9(1): 123-146 頁.
山重慎二（2016）『財政学』中央経済社.
山重慎二・北條愛・高林優花・三浦真実（2016）「途上国における保健医療の開発援助～公民連携による ODA 事業の改善と新たな展開～：ヒアリング結果 編」mimeo.
JICA カンボジア事務所（2014）「カンボジアたより」Nov 24, 2014 No. 39.
JICA（2001）「JICA-NGO 連携事業評価（ベトナムの事例から）」
（http://www.jica.go.jp/activities/evaluation/tech_ga/after/files/13_2_2.pdf）
国際協力機構（2004）「日本の保健医療の経験–途上国の保健医療改善を考える」
（http://libopac.jica.go.jp/images/report/11764453.pdf）

謝辞：2016 年 2 月 18 日から 2 月 24 日まで行った今回の現地調査では、カンボジアとミャンマーという 2 つの国の保健医療の改善に取り組んでおられる多くの方に、お忙しい中、貴重なヒアリングの機会を作って頂いた。以下の方々に、感謝の気持ちを記したい（所属はお話を伺った当時のもの；五十音順）。

井口邦洋様（JICA カンボジア事務所）、岩城隆太郎様（富士フィルム ミャンマー事務所）、岡田耕輔様（公益財団法人結核予防会）、北原茂実様（北原国際病院）、腰原亮子様（公益財団法人ジョイセフ）、小林繁郎様（公益財団法人結核予防会）、佐藤清一郎様（大和総研）、佐藤創様（株式会社メディエル）、佐藤真美様（シェア＝国際保健協力市民の会）、佐野悠一郎様（JICA 民間連携事業部）、菅本鉄広様（公益財団法人結核予防会）、鈴木将史様（株式会社メディヴァ）、玉井良親様（グリーンホスピタルサプライ株式会社）、水沢文様（JICA カンボジア事務所）、中谷香様（JICA ミャンマー事務所）、中山美穂子様（Kitahara Japan Clinic）、二宮聡広様（大和総研）、府川賢祐様（JICA 民間連携事業部）、藤村敦士様（一般社団法人 Medical Excellence JAPAN）、前田直人様（グリーンホスピタルサプライ株式会社）、松本直素様（北原国際病院）、モーガン三恵子様（シェア・カンボジア）、柳亮一郎様（公益財団法人結核予防会）、山脇克子様（シェア＝国際保健協力市民の会）、渡辺章様（公益財団法人結核予防会）、Dr. Kyat Khin（Central Women's Hospital, Yangon）、Dr. Aung Myo（英在住のミャンマー医師）。