

第 2 章

国際機関の動向

はじめに

——国際機関の教育援助——

教育援助にかかわる国際機関は、ユニセフ、ユネスコ、世界銀行(以下、世銀とする)、UNDP、OECD など数多くある。このうち世銀、OECD については次章において考察がなされるが、ここではユニセフ、ユネスコ、UNDP の教育援助活動を述べておきたい。

1. ユニセフ (United Nations Children's Fund)

ユニセフはEFA(「万人のための教育」)の目的に沿って基礎教育(初等教育と成人の識字)の達成を最優先事項としている。なかでも女子教育の改善に重点をおく。女子教育の改善が保健衛生・家族計画に直接影響するものであるからである。地域としてはサブサハラ、南アジア、中東を重視する。

女子の学校数、女教師数の拡大が女子教育の改善のための方法であるが、カリキュラムと女生徒のニーズを見合わせる努力もはらわれている。

ユニセフ全体の予算額は約6億ドル(1991年)で、その8%が教育援助に充てられた。

2. ユネスコ (United Nations Educational Scientific and Cultural Organization)

教育・科学・文化の進展とそれによる平和の維持が、創設の1946年以來の目標である。80年代半ば、アメリカ、イギリスが相ついで脱退し、そのため全事業予算の30%が失われた。貧困の撲滅、人口の抑制、民主化促進のため、初等教育促進と識字率向上を活動の中心としている。

基礎教育と経済成長の関係の実証的研究をつづけ、経済成長のためには40%の識字と、4～6年間の初等教育が最低限度必要な条件という。農業の生産性向上に4年間の学校教育が貢献するし、学校教育の年数が収入に反映するという。

また女子の教育は結婚年齢を高め、子供の数を少なくする(出生率低下のためには初等教育の就学率が少なくとも75%必要である)、あるいは幼児の死亡率は、教育を受けた母親は、基礎教育を受けていない母親の2分の1である——こうした基礎教育と経済成長に関する研究例をユネスコは報告している。

全体予算の39% (7530万ドル) が教育援助に充てられた(1991年)。このなかの最優先事項は、すべての子供のための初等教育(35%)と、成人のための識字教育である。

3. UNDP (United Nations Development Program : 国連開発計画)

途上国に技術協力を行う中軸的機関であるが、1990年以降は「人間開発」(Human Development) を大きく掲げる。「教育」と「健康」の開発が Human Development の2大項目であり、特にこのなかでも基礎教育は“持続可能な”開発の鍵とみる。全体予算は8億8000万ドル(1989年)で、その4.2%が教育援助に充てられた。

(豊田俊雄)

第1節 教育

I OECD・DACの社会開発援助の視点

——基礎教育開発への援助を中心に——

はじめに

OECDの下部機関であるDAC(開発援助委員会)議長による年次報告書(Development Co-operation)のなかで、援助重点分野に関する討議課題として社会開発分野が取り上げられるようになったのはそれほど古いことではない。周知のようにDACは、加盟国の対外援助額の増加と援助の効率化を目的として、1960年代初にOECDの下部組織として設立された国際機関である。このDACの機能は、当初は援助に関する情報交換、加盟国の援助実績・援助政策の審査、援助政策上の諸課題の検討などであった。その当時援助国に期待されたのは途上国の要請を受けての援助額の増加であり、DACも各加盟国の援助実績を重視した。しかし援助をめぐる状況の変化につれて、DACの役割は援助額の増加とともに、援助条件、援助効果およびそのための評価、援助効率など多岐にわたり、援助の質や効率も討議の重点の一つとなった。一方、援助分野は、当初は経済インフラの整備に向けられることが多かったが、発展途上国の貧困状況の悪化を背景に、人間としての基本的ニーズ(BHN)を充足するための分野や人的資源・技術援助など新たな分野への援助の重要性が指摘されるようになった。しかし、累積債務危機が発生した80年代に入ると、援助効率の向上には被援助国の政治・経済システムの見直しが必要という認識が広まり、構造調整支援策が積極的に協議された。

近年DACにおいて社会開発分野への援助が重視されるようになったのは、構造調整を進めるなかで、途上国の社会開発努力が財政難を背景に遅滞したことや、経済開発と社会開発を同時に進めることが途上国の経済発展にとつ

て不可欠という認識が高まったことがその背景にあったためと思われる。

社会開発とは何か、社会開発においてどのような援助取組みをすべきかについては他章で詳しく議論されているため、ここでは深く立ち入らないが、DACで重視されている社会開発分野を近年の議長報告書で見ると、開発と女性(WID)、人々への投資、参加型開発、そして本節で述べる教育開発などである。

1. DACにおける教育開発の重要性認識の背景

「DAC議長報告書1992年版」は、第3章において途上国のニーズに合致した教育分野への援助の必要性・現状・今後の課題についてのDAC討議の結果をまとめている。DAC報告書において「教育」が一章あげて特筆されたのは初めてであり、そこで「基礎教育」の重要性が分析され、基礎教育の充実のために加盟国の役割と責任が大きいことを示したのも初めてである。

この時期、基礎教育問題がDACにおいて討議された背景は以下のようなものである。一つはUNDP、ユネスコ、ユニセフなどのスポンサーにより1990年5月にタイのジョムティエンで「すべての人に教育を——世界会議(World Conference on Education for All)」が開催されたことである。この会議では「すべての人に教育を——世界宣言」が採択され、必要な支援と資源の移転および改善的・補完的活動を活発化して、2000年までにすべての人に学ぶ機会を与え、教育機会を拡大することを世界に呼びかけた。もう一つは80年代の経済停滞によって多くの途上国が教育投資を削減したため、今後これらの国々が低生産性→低成長の悪循環に陥る可能性が高まったという危機感である。

さらに冷戦体制の崩壊によって国際的緊張が緩和され、限られた資源を軍事支出から基礎教育分野へシフトさせる好機となったことも、教育開発問題を討議する追い風になった要因とみてよいであろう。

DACはこのような状況を背景に、1992年に基礎教育分野におけるDAC加

盟国の役割と責任を明らかにするため会合を開いた。以下はその要旨である。

2. DACの基礎教育に関する認識

ジョムティエンでの世界会議では基礎教育とは、すべての人が持つ基本的学習ニーズであると広くとらえ、「児童のための公的教育の他に成人向けの代替プログラム、読み書き能力、幼児ケア、技術訓練、健康・科学・環境・情報に関するプログラムおよびその修得過程と成果」と、広範な定義を与えている。DACでも概ねこの定義を継承しているが、特に初等教育や識字能力の普及のための投資が高い収益率を生み、貧困を緩和させるだけではなく、日常生活の質の改善、公衆衛生の改善、多産の減少、幼児死亡率の低減などを実現し社会開発のみならず経済開発にも大きな影響を与えることから、主として「初等教育と識字運動の拡充・改善」における加盟国の役割を検討している。検討の過程で重要視されたのは、援助国としてのこのような基礎教育分野に対する援助視点として、人々の学びたいという要求、教育への「基本的ニーズ」を大切にしようという点であった。また、DACではこれまでの教育開発の対象として取り残されることの多かった女子への教育機会の拡充をも強調している。

3. 基礎教育のニーズの推計

2000年までにすべての人に基礎教育をという世界的スローガンを実現するため用意されねばならない教育機会の量、そのための資源を決定するため、会合では途上国全体でどれだけこの分野のニーズがあるかを推計している。推計で用いられたのは初等教育就学率と成人非識字率である。1987年に世界では1億人以上の非就学児童がいると推計されている。88年の就学年齢人口の粗就学率はサブ・サハラ、アラブ諸国、南アジアの順に低く、これら地域ではいまだ70%から80%台で、2000年までに完全に初等教育が普及するの

は東アジアとラテンアメリカの一部の国に限られている。

一方、世界の識字状況をみると、1990年の推計で成人で非識字者は9億5000万人を数え、その多くが女性である。識字の普及と初等教育の完全達成は緊密な関連があるが、初等教育には就学率では計測できない問題があることも指摘されている。それは途上国では、就学児童の3分の1(2分の1という推計もある)が4年生になる前にドロップアウトし、基本的教育や技能を学べなかったり、学年を繰り返したりしており、教育コスト、効率に大きな影響を与えていることである。

また、「すべての人に教育を」という目標を実現する場合、その主要ターゲットとなるのは少女(女子生徒)である、と本章は強調している。これまで少女への教育機会は資源の制約、あるいは社会的・宗教的要因により少女だけの教育機会が不足していたことなどから男児に比べその就学率は極端に低く、その結果識字率も低い。会合では少女への教育普及に関し、財政支出増などによる供給サイドの改善だけでは不十分として、下記のようにいくつかの戦略を提示している。

幼児ケアの普及、地域に密着した学校の設置、女性教師の登用促進と関連カリキュラムの開発、父兄の教育負担の削減、地域社会への参加機会の増大、キャンペーンの実施などである。

4. 「すべての人に教育を」を実現するためにいくらかかるか

それでは基礎教育を完全普及するにはどれほどの財源が必要となるのであろうか。世界平均でGNPの約5.5%が公的教育分野に支出されている。しかし、途上国で使用されるのはそのうちわずか12.5%(金額に直すと約25億ドル)である。すでに述べたように途上国では1980年代の経済停滞で、公的教育に対する財政支出は減少した。すなわち、1人当たり支出は先進国では80年の1862ドルから88年には2888ドルと1000ドル以上増えているのに対して、途上国では反対に50ドルから45ドルに減っている。この結果、特に識

字プログラムなど公的教育以外の教育（ノン・フォーマル・エデュケーション）への支出は抑制され、外部からの援助に大きく依存しているのが実態である。

「すべての人に教育を」を実現するためには、次の15年間に約1460億ドル、年100億ドルの追加的資金が必要というシミュレーション結果が会合では報告されている。多くの途上国では、教育開発の優先順位を中・高等教育から初等教育へシフトさせたり、資金効率を高めたり、他の開発分野を犠牲にしたりしてその財源確保に努めているが、多くを外部からの援助資金に期待している。

5. 教育分野に対する援助政策・援助行動はどうあるべきか

生産分野や経済インフラへの援助と異なり、教育開発、特に基礎教育開発への援助は取り組むべき期間が長いこと、そのため効果が出るのに時間がかかること、援助国・被援助国ともに社会的・文化的背景の相違から援助目的・手段に関して合意がとりにくいこと、など多様な問題点が指摘されている。

「2000年までにすべての人に教育を」を実現するためには援助量の拡大とともに、援助手段の抜本的見直しが必要とされている。まず援助量であるが、これまでのDAC加盟諸国の教育分野への援助の量を、分野別援助比率で見ると、第1表と、1980年から90年までの期間の二国間ODAにおいて平均12.8%となっている。この比率は保健・衛生などその他の社会開発援助分野に比べると高いが、生産分野や経済インフラ分野に比べるとまだ低い。

すでに述べた基礎教育分野のニーズを充当できる財源確保のためには、加盟国の援助政策の見直しによる他の援助分野との調整、加盟国間および援助機関間の調整などが必要である。さらに援助効果を上げるためには、現地のニーズに合致した教育開発政策・援助政策を策定する必要があるが、そのためには援助国と被援助国のきめ細かい政策対話、これまでの援助手段の見直し、援助実施状況やその効果の監視・評価などが求められる。

報告書では、まず基礎教育の普及のために援助国がなすべき挑戦として二

第1表 二国間政府開発援助における

	オーストラリア	オーストリア	ベルギー	カナダ	デンマーク	フィンランド	フランス	ドイツ	アイルランド
1980	19.3	14.4	5.2	1.1	9.5	3.7	43.4	19.3	
1981	23.6	7.5	6.8	7.2	13.5	3	29.3	17.4	
1983, 84*	15.4	17.7	15	9	8	4	30	17	
1985, 86*	22.3	38.4	28.6	8.1	2.9	7.7	26.5	19.9	20.3
1987	19.8	38.4	28.6	8.1	3.6	7.7	26.5	19	22
1988	15.8	28.8	23.7	6.7	3.4	3.8	24.3	19	18.7
1989	26.8	11.2	25.1	13.3	1.5	4.5	24.6	16.4	21.6
1990	36.2	21.5	17.1	11.2	1.3	1.6	28.1	14.2	

(注) * 両年の平均値。

(出所) OECD, DAC, "Development Co-operation," 各年版により作成。

つを上げている。一つは、基礎教育分野での被援助国の伝統的ニーズに合致した効果的な支援の方法を探ること、二つ目は、ノン・フォーマルな教育分野(成人のための識字運動, 女性のための健康プログラム, 幼児ケア, 青年のための職業訓練など)を開発するための革新的手段を探求することである。

一方、被援助国がとるべき対応として、基礎教育開発の必要性を国家経済開発の中心的要素として討議し、基礎教育開発政策を経済政策や労働政策など諸政策と合致させて決定することが最も重要としている。さらに外国資金の循環を円滑にするため、構造調整プログラムの推進と教育改革の関連を検討している。多くの途上国で構造調整プログラムの推進によって公的支出が削減され教育改革が停滞したことを前提としたものである。マクロ経済の安定が教育改革や必要な外国資金導入の前提となるとしながらも、そのために教育改革が遅滞するのを防ぐために、教育改革と経済成長の双方に効果を与えるような投資部門に新たな資金や既存資金を再配分するような構造調整協定を結ぶとともに、被援助国は投資コスト意識をもち可能な資源を有効に使用すべきだと主張している。

次いで報告書は、これまでの教育分野に対する援助国の取組み、特に教師の派遣や労働条件の改善に対する経費負担的援助を例として上げ、基礎教育

DAC 加盟国の教育分野援助の比率の推移

(%)

イタリア	日本	オランダ	ニュージーランド	ノルウェー	スウェーデン	スイス	イギリス	アメリカ	合計
21.9	3.1	11.1	18.8	2.7	6.8	10.8	20.1	11.9	19.5
11	3.5	15.5	19	2.6	16.5	12.8	26.4	10.4	16.1
7	6	12	13	8	10	16	11	7	13
4.3	8.1	10.8	9.8	8.3	7.3	7.2	12.8	3.8	10.9
3.9	8.1	5	29.4	10.8	6.7	7.9	12.8	3.8	10.6
	6.2	5	52.6	10.1	6.6	7.5	10.3	4.9	11
5	5.8	7.8		8.3	3.6	10.4	12.6	5.8	11.5
6.9	6.9	12.7	1.6	4.6	5.6	9.2	11.6	2.2	9.8

開発分野に対する援助のあり方や、受取国の援助依存の危険性について述べている。また、プロジェクト・アプローチからプログラム・アプローチへと転換した近年の途上国援助の風潮を背景に、被援助国の自主性の喪失や、新たな従属関係を生み出す危険性、巨大援助国によるプログラムに弱小援助国のそれが飲み込まれる危険性、など援助実施上の困難さをも指摘している。

このような問題点を前提として今後の援助は、被援助国の政府と地域社会の参加を通じた自主性の開発、行動のための国家計画・戦略づくり、そのためのコンサルテーションなどに対して行われるべきとし、優先分野として、教育（ノン・フォーマルな教育も含む）の質の改善プログラム、教育運営の分権化、制度上の能力開発を上げている。

6. NGO と地域グループの参加促進

基礎教育開発を進めるには NGO と地域グループの参加が欠かせないと言われる。それは基礎教育のニーズが地方に多いこと、基礎教育の範囲が広範であることなどから、個人、家庭、地域の各ニーズを合体させた全体的アプローチによって基礎教育開発を実施する必要があること、必要資源を有効に

活用するためには地方やNGOの運営にまかせるか、それらと協力することが必要なためである。この認識には、教育開発活動には住民の参加が不可欠であり、NGOや地方組織・機関にはそのためのリーダーや専門家がいるという前提がある。ただし地方組織・機関の能力向上やNGOの責任に対して厳しい目をもつことも併せて求められている。

まとめ

これまで基礎教育開発の必要性、それに基づく援助の必要性、具体的な援助行動などについての討議内容を紹介してきた。援助額の増大と効率的使用に関する指針としてDAC会合では、被援助国がまず「すべての人に教育を」を実現するため今すぐ、(1)国家行動計画・戦略を作成すること、(2)教育専門家、地方グループ、NGO、学者、政府からなる作業グループを設置すること、(3)これまでの教育財源の見直し・調整をすることなどを述べたのち、援助国の役割として、これらの準備が整った国に対して教育援助を増大することを確認した。その際、援助国にとって必要な条件と課題を以下のようにまとめている。日本の教育援助を考えるうえで参考となるものが多いと思われるので詳述しておく。

〈条件〉

- ・指導と貸付によるコストの回収：効果が明らかな場合は資金を民間部門にシフトすること
- ・補助金で建てられた寄宿舍の数の削減
- ・教科書の作成・販売は市場メカニズムを利用すること
- ・物、個人、資金への補助に代わり財政補助を行うこと、ただしその場合、ローカルコストで賄える人員、資材の入手可能性を保証した地方機関と協定を結ぶこと

〈課題〉

- ・途上国との政策対話による基礎教育の強調と基礎教育への援助資金比率

の増加

- ・ 包括的な部門プログラム支援のための長期的な援助の提供
- ・ 計画、運営、調査、監視、基礎教育プログラムの評価など国家の能力形成を強化するための支援
- ・ 少女、女性への教育促進のための戦略への支援
- ・ 各部門にまたがる基礎教育の課題を解決できるような援助国自らの能力の強化
- ・ 援助政策、援助資金の流れに対する監視

〈参考文献〉

OECD/DAC Development Co-operation 1992, *III meeting basic education needs in developing countries*, pp. 53-73.

(北村かよ子)

II 世界銀行の教育援助

はじめに

世銀の活動は経済開発の側面が強調されがちであるが、教育セクターへの援助額は、単独の援助機関としては最大である。また、その融資は1962年に始まり約30年の歴史を有する。さらに、教育の経済効果についての研究、および教育の質の改善に関する調査もすすんでおり、現在では教育援助政策立案における主導的な機関の一つといえる。それ故、世銀の30年の教育援助の経験から得られる教訓は決して少なくはないと思われる。

本稿では、社会分野における国際援助機関の一つとして、世銀を取り上げる。世銀の教育分野での活動は質・量ともに無視し得ない蓄積を有しているが、その特徴は教育を経済発展の手段、すなわち人的投資ととらえるアプロー

チである。そこで重視されるのは教育支出の効率性と、所得の増加への寄与である。ここでは、世銀の教育融資活動を、まず融資額の変化、地域別の融資実績に基づいて概観する。融資対象はさらに、普通教育、職業・技術訓練といったサブセクターに分類されるが、それらサブセクター別に援助の経験をみていきたい。そして、最後にジョムティエンにおけるコナブル (Barber Conable) 総裁の宣言をもとに、1990年代の世銀の教育援助政策を展望する。

1. 教育セクター融資の概観

世銀の融資活動のなかで、教育セクターへの融資は他のセクターへの融資活動に比べて大きいとはいえない。しかし、第2表に示すとおり、世銀の教育セクターへの援助は1986年には世界全体の教育援助の20.2%を占め、単独の機関としては最大である。融資の開始は62年と、他のセクターと比較して遅く、また小規模で始まったが、その後は増加を続けている。

ここでは、教育の援助額、およびシェアの推移、地域別の融資割合をもとに、世銀の教育セクター融資を概観する。

第2表 教育援助における世界銀行融資

(単位：100万ドル)

	世銀教育融資	教育援助総額	世銀割合(%)
1980	440.1	4,091.6	16.8
1981	747.9	3,640.2	20.6
1982	526.4	3,537.1	14.9
1983	547.9	3,802.5	14.4
1984	701.9	4,246.8	16.5
1985	936.8	4,125.5	14.9
1986	839.5	4,702.9	20.2

(出所) Jones [1992 : p. 180].

(1) 教育セクター融資の歴史的経緯

① 世銀グループの役割

世銀は、正式には国際復興開発銀行 (IBRD)、国際開発協会 (IDA)、そして国際金融公社 (IFC) よりなる。IFCの役割は民間投資の支援であり、教育援助とは特に関係がないので、ここではIBRD、IDAについて述べる。

1946年設立のIBRDは、「先進国の戦後復興資金需要と発展途上国の開発資金需要に応えること」を目的とする国際開発銀行である。国際資本市場で起債を行い、その信用力を基礎に低利で資金を調達し、発展途上国に資金の貸付を行っている。そのため、IBRDの国際市場での格付けを落とすような融資を行うことには非常に消極的で、経済的に妥当な投資分野への融資が選好されている。その結果、特に設立当初は物的インフラ整備の必要外貨の補填が中心であった。

このような性格をもつIBRDに対して、1950年代の後半よりその役割に疑問がもたれるようになる。戦災国の復興がなって、それまでIBRDから多額の融資を受けていた国々が融資適格国基準から卒業し、かつ後進地域は、まだ市場金利に準じる世銀融資を受けるほどにはクレディビリティがなかったため、借り手が不足してきたからであった。また一部の途上国ではすでに過去の債務が累積し、融資の返済が困難になり、新規の借入れも困難になってきていた。

1950年代を通じて開発援助・開発金融は国連社会開発委員会を中心に議論されたが、同委員会の経済部より、A・W・ルイス、セオドア・シュルツの手による「低開発国の経済開発方針」が出され、IBRDの融資は最も貧しい国にはなされていないとの批判がなされた。さらに、国連内で世銀の融資額(1950年までに3億ドル)の10倍に当たる融資を行う譲許的な援助機関の新設が主張された。

その機関はSUNFED (Special United Nations Fund for Economic Development)と名づけられ、国連において10年近く議論が続けられた。その議論の焦点は、SUNFEDを既存の機関に組み入れ得るか、という点と、SUNFEDの

融資を贈与にするか、あるいは非常に譲許的な融資ソフト・ローンにするかという点であった。途上国からの要求は、世銀とは別組織の国連機関を設けソフトローンを拠出することであったが、これに対しては債務不履行を懸念する先進国からの強い反対があった。結局、先進国が相対的に強い発言力を有する世銀にソフトローンの融資制度を設けることで妥協がなされた。

このような過程を経て、1960年にIDAが設立された。IDAの設立目的は、低所得国に譲許的資金を供することである。この結果、世銀による社会的な側面に対するソフト・ローンの窓口が創設され、教育セクター融資の制度的な制約はなくなった。

② 教育援助の開始

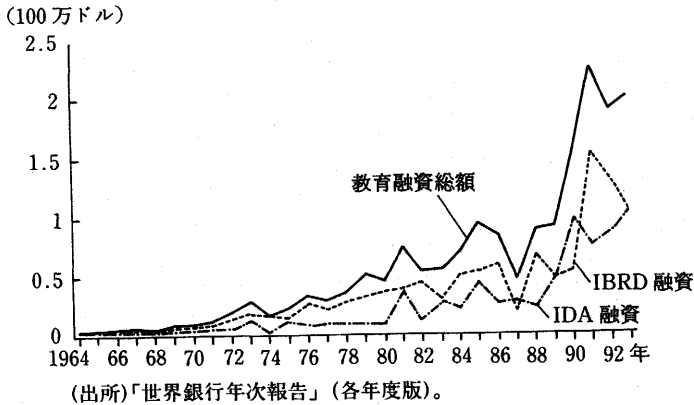
世銀は、1953年の年次報告で、すでに「低水準の教育と訓練が発展の障害になっている」と述べ、経済発展における教育・訓練の重要性を認めている。ところが、教育セクターへの融資はIBRDの設立規定にそぐわないとしていた⁽¹⁾。

しかし、1950年代の後半から教育援助を求めるさまざまな圧力があつた。その一つは、世銀の融資にともなう国別調査、プロジェクト評価、プロジェクト立案において、技術協力・組織編成の重要性がたびたび指摘されてきたことである。

より大きな要因としては、1950年代の相次ぐアフリカ諸国の独立がある。これら新興の発展途上国は社会インフラが未整備で、社会インフラ充実が急務であった。その一つとして官僚、企業の管理職、熟練労働者の育成といった、人的資本の充実の必要性が強く認識され、教育・訓練の必要性が国際会議等で取り上げられるようになった。

しかし、世銀内部における教育援助に対する慎重論は根強く⁽²⁾、最終的には、中等教育の学校建設、教育機器の供給など、必要外貨の補填という形式に限定して融資が行われることとなった。また、当初はユネスコへプロジェクトの事前調査、評価等を分担することにより、世銀の組織としての規模を

第1図 教育セクター融資の推移



第3表 教育セクター融資割合

(単位：平均，100万ドル)

	教育融資	融資総額	割合(%)
1964～68	31	1,147	2.72
1969～79	233	5,023	4.75
1980～89	690	15,575	4.48
1990～93	1,907	22,197	8.56

(出所)「世界銀行年次報告」(各年度版)より作成。

小さく抑えた⁽³⁾。

第1図には、世銀の教育セクター融資額の推移が示されているが、これから教育セクターの融資額の増加傾向がわかる。特に1990年代に入ってから増加は、これまでの世銀の教育セクター融資のなかで類をみないほどである。また第3表には、世銀融資のなかでの教育セクター融資の割合が示してあるが、各時代の教育セクター融資のプライオリティーを反映している。64年から68年のウッズ(George Woods) 総裁の時期は平均で2.7%と低かった。それに続くマクナマラ(Robert McNamara) 総裁の時期は、農村開発と貧困対策に重点が置かれ、教育も貧困層の所得対策として、積極的にすすめられ、4.7%まで増加している。80年代は多くの発展途上国で構造調整政策がとら

れ、社会政策関連投資は減少したと言われているが、教育融資の割合はほとんど変わらなかった。90年代には先に述べたような融資額だけではなく、融資の割合も大幅に増加し、8.56%に達している。

(2) 教育セクター融資業務

世銀の教育セクターの融資には、現在四つの方法がある。まず、最も伝統的で、現在でも件数が最大であるのが特定投資借款(Specific Investment Loan : SIL)である(第4表)。当初はこれのみであったが、1980年代になると政策支援型の融資(プログラム融資)が行われるようになり、セクター投資融資(Sector Investment Loan : SECIL)、セクター構造調整融資(Sector Adjustment Loans : SECAL)、そして、両方の性格を併せもつ複合型融資(Hybrid)も行われるようになった。87年から92年の6年間に、SILが最大で91件、そして、SECILが28件、SECALが6件と続き、複合型融資が89年に1件である。また、90年以降、プログラム型のSECILが急増していることがわかる。SECALおよび複合型融資は、全体構造調整融資を受けている途上国へのセクター政策支援融資である。SECILは投資プロジェクトの実施を受入国政府にまかせる比重を多くし、世銀は政策の条件をつける、という方法である。

第4表 世銀教育融資の制度別件数
(1987~92年)

	SIL	SECIL	SECAL	Hybrid
1987	10	3	1	
1988	17	2		
1989	15	4		1
1990	14	4	3	
1991	18	8		
1992	17	7	2	
総計	91	28	6	1
割合(%)	72.22	22.22	4.76	0.79

(出所) 世界銀行 [1992]。

① 教育の投資プロジェクト・サイクル

現在でも教育セクターへの融資はSILが中心である。1987～92年の7年間の融資のうちの72%はSILである。SILは通常のプロジェクト融資として行われるが、世銀の融資は、国際援助機関のなかでも開発銀行としての性格が強く、融資基準、およびプロジェクト・サイクルが厳格である。世銀の教育セクターのプロジェクト・サイクルは、以下のチェックリスト(第5表)にまとめられる。

② プロジェクトの策定

教育セクタープロジェクト・サイクルは、世銀の教育投資プロジェクトの経験の蓄積の成果ともいえる。以下では、プロジェクト・サイクルのなかでも、プロジェクトの管理と実施、設計、教育活動の評価・監査について述べる。

まず、プロジェクトの管理としては、その責任を既存の省庁が負うか、特別に設置するプロジェクト実施班が負うか、という問題がある。文部省など、既存の機関を利用するほうが好ましいといえるが、多くの発展途上国では、文部省の管理能力は弱く⁽⁴⁾、公務員のなかにセクターやプロジェクトを評価する能力を備えた経済学者や社会学者が含まれていることは少ないため、実施班を設置せざるを得ないこともある。この実施班の役割は、学校の設計、

第5表 教育セクター融資プロジェクト・サイクル

・プロジェクト管理取決め	・教育機材・備品リストの準備
・プロジェクト実施計画策定	・建築の必要人員の調達
・教育活動の調整、および調査	・機材・備品調達
・技術協力による専門家の配置	・プロジェクト実施の継続的管理
・現地スタッフの養成	・資金取決め、および融資完了
・プロジェクトの用地確保	・世銀への定期的報告
・建築物の設計	・建築物、および機材の定期的補修の取決め
・建築技師の契約、配置	・新規購入備品の準備
・建築技師への概要説明	・新規購入備品の評価
・設計書と、建築に関わる資料の準備	・教育活動の評価・監査
・教育機材と、備品の選定	

(出所) Jones [1992 : p. 62].

入札の管理、コンサルタントの雇用など、プロジェクトの活動の全般を管理することにある。実施班での活動は、現地職員のプロジェクト管理の訓練の場になっており、世銀ではプロジェクト関連訓練 (Project-Related Training: PRT) と呼び、特に重視している。

設計、および建設で問題となるのは、費用と効果の関係である。学校数の増加を優先させる国では、建設の基準を低くし、費用のかからない学校を多くつくろうとする。また逆に、基準の高い、高価な学校をつくり、数の増加より、質の増加をはかろうとしている国もある。建設基準は、各国の教育発展の水準によって異なるため、一概にはいえないが、少なくとも初等教育レベルの校舎の構造は単純であり、設計を標準化することによってスペースをより有効に利用し、建設を早め、費用を節約することが可能になる。また、建築資材も、国内で調達しやすい資材で建設された学校は、煉瓦とモルタルで建設される学校の3分の1程度の費用で建設可能であるとの調査がある (Lockheed et al. [1991])。

教育活動の評価・監査は、多くの教育プロジェクト、特に革新的または実験的な性格が強いプロジェクトでは重要である。これはプロジェクト管理者や政策決定者がプロジェクトの実施を管理し、必要に応じて修正していく上での助けになり、また情報を収集し評価する能力を養成し、制度化するからである。これまでの評価では、プロジェクトの実施期間の超過、費用の超過がしばしば指摘されている。さらに、全体でみた在籍者数は目的を達成しているが、普通課程の学校は定員超過がみられるのに対し、技術学校、職業学校、農業学校などの職業・技術学校の場合は定員を下回るなど、ばらつきがある。

(3) 地域的配分

教育セクター融資を地域別にみた場合、より発展途上国の世銀の教育融資の需要の変化が影響する。教育セクター融資が行われるきっかけとなったのが、アフリカの教育等社会インフラの整備の必要であり、これを反映して

第6表 地域別分類

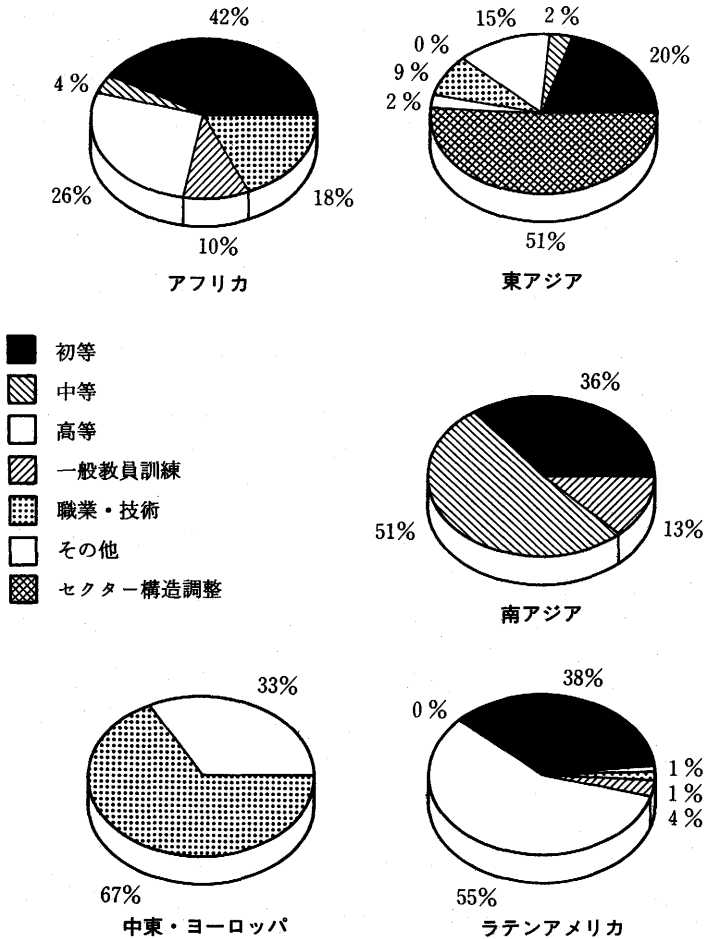
(単位：100万 US ドル)

	額	総額 (借入割合)	平均
アフリカ			
1963~69	89	(37)	
1970~74	240	(29)	
1975~79	380	(23)	
1980~84	510	(17)	
1985~89	624	(15)	
		1,843	19
アジア			
1963~69	40	(17)	
1970~74	221	(27)	
1975~79	455	(27)	
1980~84	1,504	(51)	
1985~89	1,788	(44)	
		4,058	41
ラテンアメリカ およびカリブ諸国			
1963~69	40	(23)	
1970~74	120	(15)	
1975~79	228	(14)	
1980~84	355	(12)	
1985~89	519	(13)	
		1,277	13
ヨーロッパ、中近東 および北アフリカ			
1963~69	59	(24)	
1970~74	234	(29)	
1975~79	617	(37)	
1980~84	582	(20)	
1985~89	1,113	(28)	
		2,605	27
合計		9,786	100

(出所) Jones [1992 : p. 181].

1963～69年は、教育セクター融資の37%がアフリカに向けられた⁽⁶⁾ (第6表)。同時期ラテンアメリカも23%と比較的大きい割合を占める。しかし、両地域への融資はその後それほど伸びず、代わってアジアの比率が大きく増加し、当初の17%から1985～89年には44%まで増加している。これは、インド・中国といった大国が積極的に教育融資を受けたこと、アフリカ、ラテン

第2図 教育セクター融資の地域別分類



(出所) World Bank [1992].

アメリカの国々の深刻な経済危機への対策が急務で、教育などの社会部門への融資は重視されなかったこと、が影響している。

また、地域別の融資対象をみると、その内容は大きく異なることがわかる。第2図に示されるように、アフリカ・ラテンアメリカ・南アジアは初等教育の割合が高くそれぞれ42%、38%、36%を占めるのに対し、東アジアは20%、中東は0%である。また、南アジアは51%が中等教育であり、東アジアでは51%がセクター・プログラム融資である。

2. 教育援助の経験

世銀の教育援助政策は一貫したものではなく、時代ごとの開発の優先順位によって変化してきた。その融資の対象をみると、当初の中等教育、職業訓練教育から初等教育へと重点が移ってきている。また、学校の建設、教育機材供与が中心であったのが、しだいに教員の養成、教科書の作成、教育計画というようにハードウェアの供与からソフトウェアの供与、あるいは作成の支援へと変化してきている。

以下では、世銀融資政策を投資目的別、教育サブセクター別にみてゆきたい。

(1) 目的別

教育セクターへの融資総額は増加傾向を続けているが、その融資対象は、大きく変化している。当初の世銀の教育は「モルタル接合のレンガ細工方式」とよばれるように（世界銀行 [1982]）、学校の建設、教育機材への融資がほとんどであった。これは、教育融資が始まる1962年までの世銀の融資は公的投資の必要外貨の補充、という形態をとっており、教育セクターでもそれを踏襲するという方針を掲げていたからである（World Bank [1964]）。また、世界銀行が教育援助の経験がなく教育政策をたてる能力がなかったためでもある⁶⁾。その後、70年代には教科書の作成など、教育プログラムの向上に力点

第7表 教育セクター融資の目的別割合

	(%)						
	1963~69	1970~74	1975~78	1979~83	1984~86	1987~89	1990
建 築	69	49	48	55	44	32	29
教育機材	28	43	39	29	31	33	37
技術協力	3	8	13	7	10	19	23
その 他	0	0	0	9	15	16	11

(出所) Jones [1992 : p. 136, および p. 184] より作成。

を置いたが、しだいに、より総合的なアプローチが必要と認識されるようになる。80年代に入ると、累積債務と経済成長の停滞に陥った発展途上国の支援として構造調整融資を始めたが、この時期からプログラム型の融資が多くなった。教育セクターでも公的教育資金の配分、用途への政策関与がなされるようになり、世銀からの融資も教育計画の策定や、教育活動の管理といった分野への技術援助が増加してきた。

第7表には、教育セクター融資の目的別の割合を表しているが、この傾向がよく示されている。学校の建設が7割近くを占め、教育機材の供与と合わせると教育セクター融資のほぼすべてがこれら教育インフラとよばれる項目への融資であったことがわかる。しかし、学校建設の融資はしだいに減少し、変わって特に増加しているのが技術協力である。これは、教育内容の計画、学校運営の管理といったプログラム融資の増加とともに増えてきた。1963~69年では3%にすぎないが、90年には23%に達している。

(2) 普通教育

サブセクター・レベルの割合も大きく変化している。第8表には教育セクター融資のサブセクター・レベルでの融資対象の割合の推移が示されている。教育セクター融資の初期は中等教育、技術・訓練教育に重点が置かれていた。そのため、1963~76年の平均では、普通中等教育は20.3%、技術系の中等教育は22.6%を占めていたのに対し、90年では、それぞれ8.5%、3.6%にまで

第8表 教育セクター融資の対象別割合

(%)

	1963~76	1977~86	1987	1988	1989	1990
普通教育	42.5	52.5	6.0	60.7	63.3	63.7
初等	5.9	21.9	45.3	10.1	32.6	23.8
中等	20.3	10.0	4.5	5.4	16.2	8.5
非公的識字	1.3	0.4	0.0	0.0	0.0	0.0
高等	3.9	13.7	4.0	36.1	3.9	16.8
教員養成	11.1	6.4	5.0	9.1	10.7	14.6
職業・訓練教育	50.8	44.4	39.0	33.2	26.1	25.5
中等	22.6	6.0	0.7	0.1	1.7	3.6
高等	16.2	23.9	0.7	3.6	0.7	15.7
非公的	11.0	13.4	37.4	25.9	22.5	2.3
教員養成	1.0	1.1	0.2	3.6	1.1	3.8
その他	6.8	3.1	2.2	6.1	10.6	10.8

(出所) Jones [1992 : p. 182] を用いて作成。

減少している。また、普通科教育は42.5%から63.7%へ増加しているのに対し、技術・訓練教育は50.8%から25.5%と大幅に減少している。その一方で初等教育は逆に増加傾向にあり、1963~76年の平均が5.9%であるが、90年には23.8%まで増加している。

世銀の融資は、当初は普通教育のなかでは、中等教育に集中した。そして、学問的なプログラムに加え、農業や工作など多くの予備的な職業科目が導入され、「多角化」がはかられた。これは、学校教育を人的資本の形成と考える立場から、生産性の増加に直接的に結びつく教育を推進したからであった。

しかし、この多角化された学校は、教育計画が複雑、かつ高コストであり⁽⁷⁾、その維持管理も大きな負担となった。また、予備的な職業教育のカリキュラムが地域経済のニーズに適合せず、さらに、初歩的な技術を身につけるにも十分ではないこと、学生が純粋に学問的なカリキュラムのほうを好むことから高価な施設が十分に活用されない、という問題もあった。

これに対し、生産性の増加への貢献がしだいに強調されてきているのが初

等教育である。初等教育の公的な供給は、社会の公平性の観点からも、より好ましいといえる⁶⁾。教育セクターの援助で初等教育はこれまで高い支援が与えられてこなかった。これは、国際援助が資本集約的で、外貨を多く必要とする投資プロジェクトや、管理の面から、地域的にも目的としても限定されたもの、そして援助供与国の専門家の知識に頼るものを好む傾向があり、初等教育はこれらをまったく満たさなかったからである。これに対し、中等・高等教育は数が限定され援助の効果が明瞭で、初等教育に比べ必要外貨も多かった。また、生産性の向上を通じた教育の効果がより直接的で、援助の合理性も得やすかったためである。

この傾向が変わるのは、マクナマラ総裁の時期である1970年代半ばである。この時期、世銀はBHN (Basic Human Needs) の充足と農村開発を優先

第9表 初等教育援助 (1981~86年)

	援助額 (100万ドル)	初等教育の割合 (%)
二国間援助	60.7	33.5
アメリカ	25.8	14.3
フランス	7.4	4.1
サウジアラビア	6.2	3.4
スウェーデン	5.1	2.8
イギリス	3.1	1.7
ドイツ	2.9	1.6
NGO	3.8	2.1
その他	6.3	3.5
多国間援助機関	120.6	66.5
世界銀行	48.5	27.3
世界食糧計画	25.4	14.0
世界開発銀行	6.3	9.1
ユニセフ	12.7	7.0
UNDP	2.5	1.4
ヨーロッパ開発基金	2.2	1.2
その他	11.8	6.5
合 計	181.3	100.0

(出所) Lockheed, et al. [1991 : p. 211].

したが、その課程で、特に農村の貧困の解消のためには農村における教育機会の欠如に対処する必要が認識されてきた。そのため、農村開発の基本的な政策として、農村の初等教育の充実があげられるようになった。

さらに、世銀の『世界開発報告、1980』では、教育段階別の教育の収益率の比較をあげ、初等教育が最も高いことを示し、絶対的貧困の克服という目的と併せて、初等教育を優先的政策とすることを述べている。第9表には初等教育分野への国際援助のドナー別内訳で示されているが、世銀は全体の27.3%と最大である。

(3) 職業・技術教育

世銀は、職業・技術教育分野の国際援助の45%を供与し、この分野でも最大の援助機関である(World Bank [1991])。職業・技術教育は学校の建設・教育機器の購入のための外貨の比率が大きく、援助の効果も現れやすいので、普通教育に比べ盛んに行われてきた分野である。しかし、1970年代後半に入るといくつかの問題点が表出してきた。学校の運営に必要な経常費用が高く、現地政府の負担が困難になるケースが多い、教員給与が低く専門的な知識をもった教員が集まらない、また、生徒がより学問的な教育を好み生徒が集まらないという問題もある⁽⁹⁾。さらに、技術進歩が早く、学校で教える内容と実際の職業に必要な知識との間にしばしばギャップがあることも指摘されている。

近年ではこれらの職業・技術学校での教育よりも、初等教育を中心とする普通教育を充実させることを重視している。専門的な職業知識は就職してからの職場訓練を通じて習得させる方法をとるほうが望ましいとの観点からである。世銀はこの職場訓練のための融資を設けて支援している。

3. 1990年代の教育援助政策

1990年代の世銀の教育援助政策を考える上で、90年3月6日にタイのジョ

ムティエンで行われた万人のための教育世界会議における、コナブル総裁の演説を無視することはできない。彼は演説のなかで、発展途上国の教育の課題と世銀の経験、今後の取組みを述べている。演説自体は簡潔なもので多分に修辭的なものであるが、世銀の90年代の教育セクター援助の基本方針を示している。ここではその演説(コナブル[1990])を軸に、世銀がみた教育開発の課題と、世銀の今後の取組みをさぐりたい。

(1) 発展途上国の教育の課題

演説のなかでは、まず、発展途上国の教育についての一定の成果を強調している。特に、就学数の増加についてのめざましい実績を否定しがたいもの、としている。その上で、以下の5点について問題を指摘している。

まず、低所得国の成人識字率があげられている。低所得国の成人識字率は1960年に34.7%であったのが、85年には51.8%に上昇し、25年間に17%も増加している。中所得国の識字率は85年当時70%、先進国では98%であったことを考えると、その問題は大きいといえよう。

また、教育の質は先進国と途上国とで大きなギャップがある。先進国の小学校では十分な設備をもつ建物で年間900時間授業を受け、16年以上教育を受けた教師が教えるのが一般的である。それに対し、途上国の生徒たちは、老朽化した建物かあるいは屋外で年間500時間授業を受け、また、10年未満の教育しか受けていない教師が増加している。

さらに、1970年代、途上国の公的教育支出が25%減少したが、現在でもかつての水準には回復していない。80年代の構造調整政策による財政赤字の削減の必要から、今日に至っても回復は困難である。この間、先進国は公的教育支出を増加させており、さらにギャップが広がっている。

女性の基礎教育の機会があまり進展していないことも、重大な問題であるとしている。20カ国の途上国では、6歳から11歳までの女子のうち、小学校に就学しているのは40%未満である。このことは、女性の人権の問題だけでなく、国全体の保健や影響の改善、そして出生率の低減という面でも進展を

抑制し、子供の教育にも否定的である。

最後に、中途退学、落第率の高さも大きな課題である。これは、学校の入学が困難であったり、教育設備が不十分であったり、教育編成の不備、教師の意欲が不足している場合にはさげられない事態である。また、児童就労の問題など、教育以外の要素も関係している。

(2) 政策

これらの問題に対処するために、コナブル総裁は今後3年間の世銀の教育貸付を倍増し、年間貸付額を15億ドル以上に増加することを公約している。

その優先課題は、基礎的な初等教育であることを明言している。つづけて、教育の質の改善として、世銀が資金を供与したプロジェクトやプログラムが女子教育を直接的に改善するよう、注意をはらうとしている。そして最後に、中等および高等教育における、農業・工業の両者を取り扱う科学技術プログラムに対し支援を強化すること、技術労働者を養成する学校関連以外のプログラムへの支援を重視することを述べている。

演説自体には、具体的な政策は述べられていないが、Verspoor[1992]のなかでは、ジョムティエン宣言を実行に移すための具体的な方針が述べられている。まず基礎教育の質の改善として、教科書、授業時間、効果的な授業、栄養の改善により、生徒の基礎的な知識や技能の習得を高めるとしている。こういった質の改善は、また落第、退学、補習授業を減少させ、1人当たりの教育のコストを減少させることにもつながる。さらに、質の改善を指標化し、教育計画を改善するため、識字、算数、問題解決能力などの基礎的な科目の評価法を確立し、実施する必要をあげている。

さらに、児童への栄養水準が、児童の学校での成績の向上と強い相関があることを述べ、栄養の補給が比較的低コストで学習能力を高める効果があるとしている。

次に、地域住民や親を学校の運営により深くかかわらせるべきことが述べられている。そうすることで、就学率は増加し、学校の維持・管理も改善す

る。また、地域住民の学校への資金的協力は、国家レベルでの徴税による教育資金の動員よりも、より効果的に行うことができる。

そして最後に、減少傾向にある発展途上国の公的教育支出を増加させるよう働きかける、としている。この資金は、軍事部門、民営化資金といった他の支出を削ることで十分可能としている。それと同時に、援助国・国際援助機関もより教育セクターを重点的に援助すべきことを述べている。

(3) 現 状

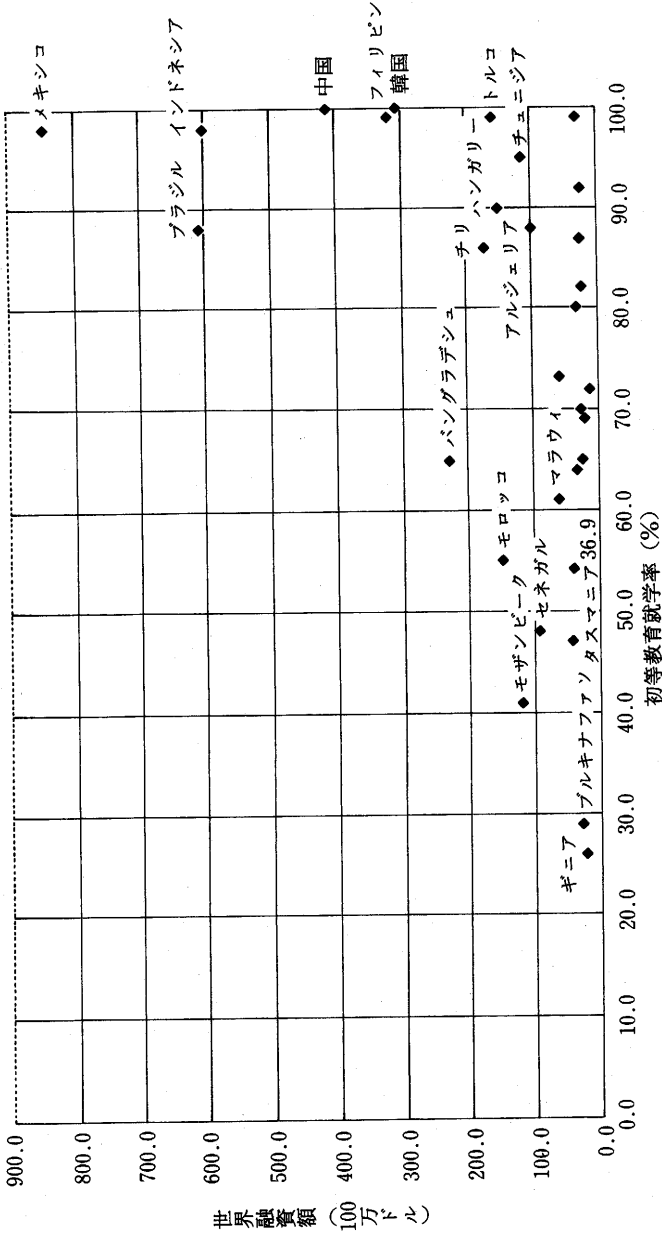
1993年度の世銀の年次報告によると、世銀の教育融資が1991、92、93年にそれぞれ、23億ドル、19億ドル、20億ドルであり、年15億ドルというコナブル前総裁の公約が達成された（世界銀行 [1993 : p. 43]）。さらに、初等教育向けの融資の増額についても、93年度には教育融資全体の50%に達した、としている。

これは、世銀のコミットメントの強さを示すものとして評価しうる。しかし、教育融資の配分をみるとどうであろうか。第3図には世銀の教育融資と、初等教育就学率の相関が示されているが、これから明示的にいえることは、融資の多くは借款の返済力のある、すでに初等教育がかなり普及している国々に対してなされていて、初等教育の就学率が低い国に対しては融資の額、および件数の両面で少ない、ということである。ジョムティエン会議の精神がそのスローガンが唱うように「万人のための教育」にあるのであれば、初等教育の就学率の低い国に対して、多額の教育援助がなされるべきであろう。この図に示されていることは、金融機関と開発援助機関という、両面をもつ世銀の性質を露呈している、といえる。

おわりに

世銀は、教育セクター融資の資金額、および調査の面で主導的な立場にあることは否定できない。特に、「失われた10年」といわれる、1980年代の債

第3図 世界銀行教育援助額と初等教育就学率の相関 (1990~93年累計)



(出所) World Bank Annual Report, 1990-1993, および World Development Report, 1993 より作成。

務危機後、発展途上国のあらゆる分野の政策立案に、世銀の発言力を増加させた。教育セクターも例外ではなく、従来の教育関係の物的インフラ設備の資金援助から、しだいに教育政策の立案における助言と、その実行を見返りとした融資（いわゆる「政策支援型借款」）へと、融資手段が変化してきた。

これは、従来型の物的インフラに対する融資の限界がしだいに明確になってきた、という問題と、80年代の発展途上国の累積債務返済と財政赤字の削減といった問題に対処するための方策として、ある意味で合理性もあった。

しかし、世銀の本来の目的は開発のための融資にあるのであって、教育の普及それ自体にあるのではない。そのため、投資対象としての教育の正当性を重点的に調査し、その融資の理論的根拠としてきた。しかし、これには限界があり、教育と開発の正の相関は否定しがたいが、融資対象としてみた場合、どの対象に、どの程度融資するのが効果的であるのかは明らかではない。実際の融資業務も、落第・退学による1人当たり生徒の教育のコストの減少で表される質の向上（いわゆる内部効率性）は重視しているが、それと経済発展との明示的な関係は得られていない。そのため、教育セクターへの融資は従来のような、数量的な投資効果分析ができないままである。

世銀の存在意義は、国際信用力の低い発展途上国にかわって、国際資金市場から低利で資金を動員し、その低利の資金を発展途上国の開発目的の投資対象に貸し付けることにある。そのため、教育など投資効率性が数量的に換算できない社会開発は、開発銀行としての世銀の信用力を下げ、資金調達コストを上げるのではないかという懸念がたびたびなされてきた。また、発展途上国の側でも、教育という国家の政策に、融資を条件として世銀が政策の押しつけを行っているとの批判が出ている。

世銀は、市場で資金を動員し効率性のある投資を行うことで、ここまで規模を増加させてきた。その組織としての目的と、収益率の明確ではない、教育セクターへの融資をどう関連づけてゆくか、さらには、投資効率性と直接的な関連のない初等一般教育の完全実施という、ジョムティエン宣言をいかに実行に移すかという今後の課題をかかえている。

- 注(1) 1956年のユネスコ第9回総会において、世銀に対して「学校、大学の建設や教育機器の設置に対する融資を行う」よう要請がなされたが、57年3月には世銀の規約からは、融資対象は「加盟国の生産能力を直接的に高めるような投資」に限定されるため、この要請は受け入れられないとしていた (Jones [1992])。
- (2) 教育セクターへの援助は際限がない('bottomless pit'), 従来のようなプロジェクト評価が不可能、投資の収益性についての疑問、が主なものであった。
- (3) 世銀はユネスコと1964年6月に費用分担合意 (Cost-sharing agreement) をとりかわし、世銀の資金によるユネスコの調査団の派遣が行われるようになった (世界銀行 [1964])。
- (4) Baum-Tolbert [1985] では、文部省の高官が管理上の訓練を受けていない教職出身者が一般的であることをあげている。
- (5) 世銀の教育セクター融資の第1号は、チュニジア向け中等教育の教育機材の輸入代金のための、500億ドルのIDA融資であった (World Bank [1964])。
- (6) Jones [1992] によると、発足当時の技術業務部 (Technical Operations Department) の教育部門の職員はすべて建築技師であった。
- (7) 具体的には教師に対する特別の訓練、特別なカリキュラム構成の必要、特殊な設備設置によるコストの増加などである。
- (8) 公的教育支出は、特に高等教育の支援などにより、富裕層をより優遇しているという指摘がある (World Bank [1980])。
- (9) 世銀の援助を受けた学校、および技術学校の入学者数はプロジェクト完成時点の収用能力を平均7~10%下回っている (Baum-Tolbert [1985])。

〈参考文献〉

- (1) コナブル, バーバー B. [1990] 『万人のための教育世界会議における演説』, 東京, 世界銀行。
- (2) 世界銀行 [1982] 『IDA: 歴史と回顧』, ワシントン, オックスフォード大学出版局。
- (3) 世界銀行 [各年度版] 『世界銀行年次報告』, ワシントン, 世界銀行。
- (4) Baum, Warren C. and Stokes M. Tolbert [1985], *Investing in Development: lessons of World Bank*, Oxford University Press (細身卓監修『途上国の経済開発』, 東洋経済新報社, 1988年)
- (5) Jones, Phillip W. [1992], *World Bank Financing of Education*, London, Routledge.
- (6) Lockheed, Marline E., Adriaan M. Verspoor, and associates [1991],

Improving Primary Education in Developing Countries, Wasington, D.C., World Bank.

- (7) Verspoor, Adriaan [1992], "Challenges to the Planning of Education," Washington, D.C., World Bank.
- (8) World Bank [1964], *World Bank Annual Report 1963/64*, Washington, D.C., World Bank.
- (9) World Bank [1991], *Vocational and Technical Education and Training*, Washington, D.C., World Bank.
- (10) World Bank [1992], "Annual Operation Review, Fiscal 1992, Education and Training," Wasington, D.C., World Bank.

(北野浩一)

第2節 保健・医療

“Health is Wealth, but also Wealth is Health” (Creese [1992])といわれるように、人々の健康が経済状態と密接な関係をもっていることはよく認識されている。しかし、その関係の具体的な解明の過程で経済が単純に結びつくものでないこともさまざまな点で明らかになりつつある。低いGNPで高い健康水準を達成しているインドのケララ州あるいは中国などは有名な例であり、また戦前の日本についても同様な観点からの研究が行われている。これらの例の研究でとりあげられているのが教育や女性開発といったいわゆる「保健下部構造」といわれる諸要因であり、これらは特に医療技術そのものや政府の保健政策の効果的な普及を助けて健康に貢献するものと考えられる。

この報告では、まず世界の健康問題の現状を概観し、主として政府の保健政策の立場から途上国の健康の改善を目指している世界保健機関 (WHO) と世銀をとりあげ、これらの機関が各国政府に勧告している政策と、その基盤となる健康と社会・経済開発との関連についての認識を多少の検討を加えながら紹介したい。

1. 世界の健康の現状

この数十年間、世界的にみて平均寿命の延長、5歳未満児死亡率(子供の健康の新しい指標)の低下、また天然痘の根絶などに見るような健康の改善は著しい(第10表)。これには麻疹、ポリオ、百日咳、新生児破傷風などが予防接種計画の急速な普及のおかげで減少したことが最も大きく貢献しており、さらに平均寿命の延長は比較的高齢者に多い病気が相対的に多くなってきたことによると考えられる。

先進国でも心血管疾患(東欧を除く)は健康教育の普及のために減少傾向にある。肺ガンもいくつかの先進国では男性が禁煙をしはじめたために減りだ

している。

途上国ではこれらの成功は部分的には収入の増加，教育の向上によるものであるが，先進国と同様，技術革新に支えられた保健サービス普及の政府努力の寄与であり，途上国にとって保健サービスの改善は今後とも重要である（第4図）。

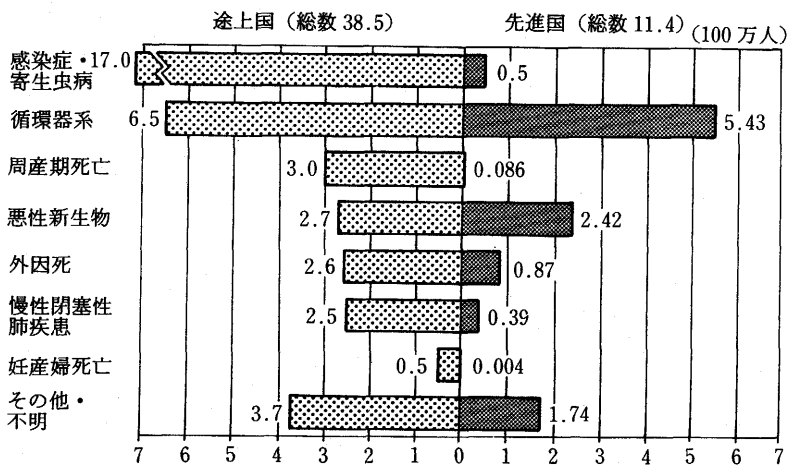
にもかかわらず以下のような問題が多く残されている。

第10表 出生・死亡の推移（1985～90年）

地域区分	出生率 (%)		死亡率 (%)		特殊出生率* (%)		平均寿命 (歳)	
	1985	1990	1985	1990	1985	1990	1985	1990
発展途上国	31.3	30.4	10.2	9.4	4.1	3.8	61.0	62.8
後発途上国	45.1	44.3	17.4	15.8	6.3	6.1	48.5	50.7
東ヨーロッパ	17.8	16.7	10.8	10.4	2.3	2.2	69.5	71.0
先進市場経済国	14.2	13.8	9.2	9.3	1.8	1.8	74.9	75.8

(注) *合計特殊出生率：1人の女性が生む子供の数（人）
(出所) WHO [1993].

第4図 途上国，先進国の死因別推定死亡数（1990年）



(出所) WHO, 1993.

(1) 途上国では依然として死亡率は高い

途上国の乳児死亡率は先進国の10倍もあり、もしこれが先進国並みならば年間11億の小児が死なずに済む計算となる。これらの半数は「予防可能な死亡」であり、その原因は下痢と呼吸器疾患、低栄養である。ここでいう「予防可能な死亡」(Avoidable death)とは1970年代から80年代にかけての保健サービスの評価研究から出てきた概念(例えばHolland [1990])で、本来ならば起こり得ないが、サービスの失敗のために回避できなかった死亡として結核をはじめいくつかの病気による死亡を含む。

(2) 予防可能な病気による成人の犠牲が少なくない

途上国の健康問題は小児の死亡が多いことだけがとりあげられがちであるが、実際には年700万人の成人が容易に予防し得る病気で死亡している(結核で200万人、妊娠・分娩で40万人など)。しかもこれらの問題の改善のペースに大きな国際較差がある。

(3) 途上国の健康問題の「疫学転換」のなかにも問題がある

途上国の健康の疫学転換、つまり感染症から慢性疾患、代謝性疾患への変化を中心とした健康問題の質的変貌はなおも続いており、心血管疾患やガンが徐々に増加しつつある。これが途上国に新たな負担を与えている(途上国のガン患者数が初めて先進国を上回ったことなど)。同時にコレラが今世紀初めてアメリカ大陸に広がり、黄熱病やデング熱の増加、マラリアの悪性化、住血吸虫症の流行地の拡大、レイシュマニアや非性病性梅毒の増加など、熱帯病はなおも流行中である。HIV流行は陰部ヘルペスやクラミジア同様に全地球的に広がっている。肺結核は部分的にはHIVとの二重感染に刺激されて増加中である。肺炎やB型肝炎も引き続き深刻な問題である。

(4) 障害調整生命年(DALY)でみた健康損失の不公平

DALY(Disability-Adjusted Life-Year)、つまり早期死亡で失われた健康的

な生活年数と障害のために失われた健康生活年数とを足し合わせた尺度でみた、疾病による世界各地の損失の不公平が相当のものであることが知られるようになった(第11表)。

このDALYは世銀やWHOなどがプロジェクトチームを作って開発した健康評価モデル指標であり、下に述べる『世界開発報告』で初めて公表されたものである。まずある疾患で死亡するとき、理想的な健康状態に比して何

第11表 地域別 DALY 損失の分布および原因 (1990年)

原因	(%)								
	世界	サハラ以南 のアフリカ	インド	中国	他のアジア および島嶼	ラテンアメリカ およびカリ ブ海地域	中東三日 月地帯	ヨーロッパ の田舎主 義経済	確立した 市場経済
人口(100万)	5,267	510	850	1,134	683	444	503	346	798
伝染病	45.8	71.3	50.5	25.3	48.5	42.2	51.0	8.6	9.7
結核	3.4	4.7	3.7	2.9	5.1	2.5	2.8	0.6	0.2
STD および HIV	3.8	8.8	2.7	1.7	1.5	6.6	0.7	1.2	3.4
下痢性疾患	7.3	10.4	9.6	2.1	8.3	5.7	10.7	0.4	0.3
ワクチンにより予防 可能な幼児期感染症	5.0	9.6	6.7	0.9	4.5	1.6	6.0	0.1	0.1
マラリア	2.6	10.8	0.3	*	1.4	0.4	0.2	*	*
寄生虫感染症	1.8	1.8	0.9	3.4	3.4	2.5	0.4	*	*
呼吸器系感染症	9.0	10.8	10.9	6.4	11.1	6.2	11.5	2.6	2.6
妊娠期間中の原因	2.2	2.7	2.7	1.2	2.5	1.7	2.9	0.8	0.6
周産期の原因	7.3	7.1	9.1	5.2	7.4	9.1	10.9	2.4	2.2
その他	3.5	4.6	4.0	1.4	3.3	5.8	4.9	0.6	0.5
非伝染病	42.2	19.4	40.4	58.0	40.1	42.8	36.0	74.8	78.4
ガン	5.8	1.5	4.1	9.2	4.4	5.2	3.4	14.8	19.1
栄養不良	3.9	2.8	6.2	3.3	4.6	4.6	3.7	1.4	1.7
神経精神疾患	6.8	3.3	6.1	8.0	7.0	8.0	5.6	11.1	15.0
脳血管疾患	3.2	1.5	2.1	6.3	2.1	2.6	2.4	8.9	5.3
虚血性心疾患	3.1	0.4	2.8	2.1	3.5	2.7	1.8	13.7	10.0
閉塞性肺疾患	1.3	0.2	0.6	5.5	0.5	0.7	0.5	1.6	1.7
その他	18.0	9.7	18.5	23.6	17.9	19.1	18.7	23.4	25.6
外傷	11.9	9.3	9.1	16.7	11.3	15.0	13.0	16.6	11.9
自動車	2.3	1.3	1.1	2.3	2.3	5.7	3.3	3.7	3.5
故意による	3.7	4.2	1.2	5.1	3.2	4.3	5.2	4.8	4.0
その他	5.9	3.9	6.8	9.3	5.8	5.0	4.6	8.1	4.3
合計	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
100万 DALY	1,362	293	292	201	177	103	144	58	94
乳児死亡相当数 (100万人)	42.0	9.0	9.0	6.2	5.5	3.2	4.4	1.8	2.9
人口1,000人当たり DALY	259	575	344	178	260	233	286	168	177

(注) *0.05%未満。

DALY: 障害を調整した人生年数。STD: 性感染症。HIV: ヒト免疫不全ウイルス。

(出所) 世界銀行データ。

歳早い死亡か(生命損失年数)を求め、その年数に死亡時年齢に対応する生命損失の価値の重みづけ係数を乗ずる。また発病から死亡までのその病気による苦痛・障害を相対的な量に数量化し(死亡と完全な健康の間を0~1の値で評価する)、これと上記を合算してその病気によるDALY損失とする。計算に用いる重みづけや障害の数量化は専門家のパネルにより決定し、さまざまな病気の発生、有病、死亡状況は統計と推定、モデルを用いる。

(5) その他いくつかの先進国では女性の喫煙率の増加のため女性で肺ガン死亡が乳ガンを上回った。糖尿病は各地で増加中であり、失明(特に白内障)、アルコール関連の病気、精神疾患や自殺(特に先進国)もますます多くなっている。

なお、このように要約される現在の健康問題の較差については、以下のような先進国、最低開発国のモデルの対比によく表現されている(WHO [1993])。

幸運な8分の1——1990年にある裕福な国に生まれた女の子は、同時に同じ国に生まれた男の子よりも5年長い81歳まで生きる見込みがある。成長に際して彼女には十分な栄養、清潔な生活環境、十分な学校教育、進んだ医療が確保される。彼女は小児期の病気のための予防接種は適切な時期にすべて受ける。20歳台になるまでは結婚しないが、結婚後は子供は1人、あるいは適当な間隔で2人を、丁寧な産前ケアの下で病院で出産する。中年期に彼女の最大の健康の危険となるものは家庭内あるいは自動車運転中の事故か、悪性のインフルエンザ流行である。老年期に入ると心血管疾患あるいはガンにかかりやすくなるが、優れた医療とリハビリテーションによってほとんど障害を残すことなく克服することができる。そして老後は施設でよいケアを受ける。彼女が健康のために年々費やす金額は政府の補助も含めて1000ドルに相当する。

世界中の子供の8分の1、1700万人が1990年に先進国で生まれ、その大半はこのような境遇を享受する。

めぐまれない7分の1——上と同じ日に後発途上国で生まれた女の子の場合には、同様な男の子よりも3年長いとはいえ43年の寿命しか期待できない。母親が病気がちであるということから、彼女は生まれる前から問題をもっている。南アジアで生まれたのならば、赤ん坊の4分の1は低体重であり、女の子は男の子よりも乳児期に死亡しやすく、小児期をとおして低栄養である。彼女は四つに一つは誕生前に死亡し、三つに一つは5歳未満で死亡する。アフリカの国では予防接種が受けられるのは5分の1以下である。彼女は粗末な家屋、不潔な環境で育つので下痢やコレラ、結核などにかかりやすい。学校で読み書きを学べるのは4人に1人である。10歳台で結婚してしまい、分娩で死なないかぎり子供は10人以上立て続けに生む。古い伝統のため妊娠中特定の栄養のあるものは食べられないとか、不潔なナイフで臍帯を切断するとかという危険な習慣で子供を破傷風で死なせるような目にもあう。産前のケアを利用できない、また破傷風の予防接種が受けられない、助産婦がいない、子供のための医療ケアがないといったことのために彼女の子供は5歳になる前に3~4人は死亡する。家族計画のための施設も、またエイズ予防の手段も利用できない。

水浴、洗濯、また飲料のための水は不潔で細菌感染や寄生虫の感染の危険が常にある。彼女は低栄養、マラリアや腸管寄生虫のため慢性的に貧血状態である。家族のために畑で重労働をするが、発熱、倦怠、切傷からの感染に繰り返し悩まされる。もし彼女が生き延びて老人になるとしたら今度は裕福な国の女性と同様、血管疾患やガンといった病気で悩む。彼女には適当な医療施設がないため、これらの病気にかかるると彼女はたちまち倒されてしまう。彼女の国では彼女の健康のために費やすのは1ドルに満たず、彼女自身はまったく自弁できない。

2000万の小児、世界全体の7分の1が1990年時点で後発途上国で生まれ

ており、彼らのかなりの部分が惨めな状態で成長する。裕福な国の赤ん坊1人に対してこのような子が1人いる。

2. 世界保健機関 (WHO)

現行のWHOの行動目標はHealth for All by the Year 2000「西暦2000年までにすべての人に健康を」(HFA)であり、そのための最も重要な指導理念が1978年のアルマ・アタ宣言以来のプライマリーヘルスケア (Primary Health Care: PHC) であり、さらにこれに基づいた行動計画が「HFAのための全地球的戦略」(Global Strategy for Health for All by the Year 2000) である。そこでここではプライマリーヘルスケアの概念と「全地球的戦略」について解説する。

なお、WHOの具体的な行動計画は、基本的には以下の第3項で記述する世銀の報告と共通であるので、ここでは上記の2点に限定する。

(1) プライマリーヘルスケアの意義

1978年、ソ連(カザフ共和国)のAlma-Ataで開かれたWHOのプライマリーヘルスケア国際会議で採択された「アルマ・アタ宣言」は10カ条からなるもので、そのなかでプライマリーヘルスケアとは「自助と自決の精神に則り、地域社会または国が、開発の程度に応じて支弁可能な費用の範囲内で、地域社会の個人または家族の全面的な参加によって、彼らが広く利用できる実際の、科学的に適正、かつ社会的に受け入れられる方法と技術に基づいた、不可欠のヘルスケアのことである。」と定義されている。さらに宣言ではより具体的にその要件等を論じている。

この概念自体は必ずしも新しいものではない。WHOはこれより先、1970年代までの途上国での保健の改善の遅さ、問題の深刻さについて従来の活動を自己批判し、それまでの重要な施策であった「基本保健サービス (Basic Health Service)」を超える枠組みが必要なことを深く認識した。また75年刊

行の「民衆による保健」(Health by the People) (WHO [1975]) 以来の、健康のために高度の医療技術を求めるのではなく、民衆の伝統的な生活のなかに健康へのキーがあり得るとの認識が深められた(事務総長のマラー〈H. Mahler〉はこれを Do not adopt-adapt と表現する)。その後言われるようになった「適正技術」(Appropriate technology)は、これの延長にあるものと考えられる。さらに、縦割りの疾病対策に代わって総合的なアプローチとしての「統合化」(Integration)の原則が広く受け入れられるようになったこと、これらの認識とユニセフとの共同の研究課題であった「途上国における Basic Human Needs」、そしてさらに HFA (1977 年採択)という問題意識から発展的に収束されて作られたのがプライマリーヘルスケアの概念であるといえる。さらに宣言にあるように、健康をめぐる南北・階級間の不平等に対する社会正義として、そして同様に新経済秩序宣言 (1974 年)に協調するものとして位置づけられている。プライマリーヘルスケアの思想は、1979 年当時の WHO の事務総長マラーの強力な指揮のもとに確立されたが、その後もずっと変わることなく WHO の指導理念となっている。

(2) 「全地球的戦略」

1979 年には WHO 理事会が HFA 実現のための戦略 (Global Strategy for HFA) を採択した。これは途上国はもちろん先進国についても適用されるべきものとされる、プライマリーヘルスケアの理念の具体的な実現のためのガイドラインである。その概略は以下のようなものである。

① 保健システムの開発

戦略の核となるのは国民 1 人ひとりに対するプライマリーヘルスケア供給をはじめとする保健システムの基礎づくりである。そのためのプログラムには健康増進、疾病予防、診断、治療、リハビリテーションが含まれる。戦略では個人、家族、地域社会、保健サービス部門、その他の部門がそれぞれの立場でとるべき措置が扱われている。

また当該国の状況に見合った適正な技術を選択することについても述べている。この技術は科学的に健全で、種々の現地の環境に適合しており、対象人口に受け入れられるもので、かつその国の資源で維持し得るものであるという意味である。保健下部構造や技術は高度の地域参加を通して社会的に制御しうるものでなければならない。上記のための国の措置を国際的に支援することも重要である。

② 保健システム開発の推進と支援

戦略の推進、支援のための措置も重要である。これには保健省あるいは類似の機関の強化、国あるいは国際的に上層部の政治的関与の確保、経済開発計画担当者の支援などが重要なものとされる。保健セクター内外の専門家集団を把握して援助を受ける体制も必要である。国は保健開発のための適切な管理手順を開発し、適用すべきである。戦略の受入れ、戦略への参加を得るためのPR活動の必要である。

③ 資源を作りだして利用する

可能な限りの資源を作りだし、これを利用する。保健要員に限らずすべての人的資源を動員することが望まれる。必要に応じて保健への投資を増加する。資源を先進国から途上国へと提供することは望ましいことであり、また必要ならばその枠も拡大されよう。

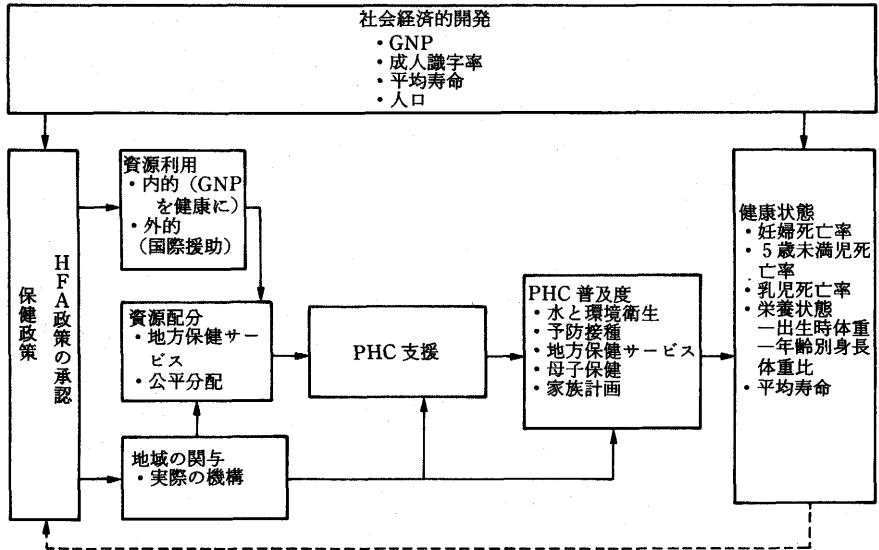
④ 国際協力

国の間での協力は戦略の必須の点である。自国だけで戦略を作成し実行できる途上国は多くはないからである。これには国間の技術的・経済的協力、WHOの地域的な仲介などがある。

⑤ モニターと評価

各国の保健開発の管理的過程の一部として戦略の実践を評価するための適

第5図 戦略のモニター・評価のための枠組み



(出所)WHO [1993].

切なモニター、評価の機構を設立する。国際的なレベルではWHOの組織を利用する。そのための有効な指標も掲げられる(第5図)。各地域事務局が提出した戦略の実施状況に基づいて本部が作成し、刊行しているのが「世界保健状況に関する報告」(WHO [1993])である。

3. 世界銀行

世銀は、経済開発を目的として設立された国連機関であるが、近年とみに途上国の開発における健康の重要性に注目してきており、最近では独自の広範な健康問題のレビューやモデル分析による投資優先性の決定、それによる大規模なプロジェクト(中国やインド、バングラデシュの結核対策援助などがその例である)を開始している。そのようななかで1993年、世銀は例年の開発年次報告(世界銀行[1993])で「保健」を取り上げ「健康への投資」と題し

て、こうした近年の世銀の健康問題とその改善への見解をまとめている。以下この報告に基づいて世銀の見解を検討したい。

この報告は「健康、保健政策、経済発展の相互関係を検証する」(序文)ことを目的としているが、健康問題の認識に関しては専門の国連機関である世界保健機関(WHO)の「プライマリーヘルスケア(アルマ・アタ)宣言」(WHO [1979])、同じく「『西暦2000年までにすべての人に健康を』のための全地球戦略」(WHO [1993]) (さらには「世界子供会議(1990年)」決議も)などを基調としながらも、解決策については、公共の財政と公共政策に重点をおいている点で独自性がある。なお次年の年次報告では「下部構造」が取り上げられる由であるが、途上国の保健問題を考えるとき年次報告が「健康」に続いてこの問題を取り上げるとしているのは意義深くもあり、象徴的でもある。

(1) 保健システムの問題

現在の世界の健康問題に関する世銀の現状認識はWHOのものと本質的には変わらず、本節第1項に要約するようなものである。これらの健康問題の原因としては次のようなものを取り上げている。

① 誤配分

公的資金が経費効果の小さな医療介入に充てられている(例:多くのガンの外科療法など)、反面、非常に経費効果的な介入に充てられていない(例:結核、性病)。ある国では国の保健予算の20%以上がたった一つの教育病院に充てられている。

② 不平等

貧困者が政府サービスを受けられず、その質も悪い。その一方で政府予算の多くが少数の金持ちに流れている(例:高度ケア施設や、個人・大会社の健康保険に対する政府の補助金など)。

③ 非効率

保健経費の多くが浪費されている(例:有名銘柄の高価な薬剤の購入、保健要員の不適正配置・監督不良、病床の低利用)。

④ 経費の高騰

ある中所得途上国では保健経費は国民所得よりも早く高騰している。

このような資源の誤配分・浪費・不公平分布と並行して世界の保健経費負担は莫大なものになりつつある。1990年、公的私的な保健経費は全世界で1700億ドルで世界生産の5%にあたる。うち高収入国が90%を占め、1人当たり1500ドル、アメリカだけで41% (GNPの12%) を占めている。途上国では170億ドルでGNPの4%であり、1人当たり41ドル (先進国の30分の1以下) となっている。

(2) 対策のための政府施策

① 保健における政府の役割の基礎

上のような状況の解決のために政府はその役割を担っているが、その役割に関する根拠ないし政府が介入することの根拠として、報告は以下の3点を上げている。

1) 保健関連のサービスは「公共財」としての性格がある

保健サービス、例えば保健情報などはそれを人が使っても減るものではなく、マラリア蚊の制圧は同じ地区内の1人だけの利益にはとどまらない等の点で公共財としての性格をもっている。私的市場が供給する健康に必須の公共財はあまりにもわずかで、その供給の確保のために政府関与が必要になる。また保健サービスには大きな外的影響がありうる。つまりある人の消費が他の人に影響を及ぼす。1人の子供に免疫すれば他への感染を抑え、これから正の外的影響をもつことになる。

2) 基本的人権としての保健サービスの貧困者への供給

上記のサービスは貧困対策として効果的、かつ受容可能なものである。私的市場は貧困者には必須の臨床ケアを十分供給せず、保険があっても自己負担額を求められることが多い。これから貧困の軽減のために必須臨床ケアへの公的財政負担が正当化される。

3) 疾病の「不確定性」および「保険市場の不調」への補償としての政府

の対応

健康問題の不確定性から保険の需要と私的市場の操作の不均衡が起り、健全な市場論理が働きにくいことがある。ここに公的な介入が必要になる。

② 施策決定の基準

上のように正当化される政府の介入(対策計画)は「経費効果的」でなければならない。つまり、その介入への保健支出が最大の金銭価値を獲得するかどうか問題であり、その指標は医療サービスごとにみた健康上の便益(DALY増加で測定、本節第1項参照)に対する経費の比である。最近までの保健分野ではこのような費用効果分析(CEA)は、その実施上の困難さもあってあまり行われなかった。しかしCEAはすでに政策決定に有用なことが示されており、今後も重視されなければならない。冒頭に触れた世銀の中国などでの結核対策プロジェクト実施の方針決定はまさにその見本である。

③ 政策決定の基本要件

具体的な政府施策が備えるべき要件、ないし決定のための条件として、報告書は「HFA達成のための政府施策」などWHOの旗印を援用して以下の3点を挙げている。

1) 貧困者対策と教育の重視

経済成長(特に貧困解消的な経済成長)と教育が健康への中心課題であるとして、政府は貧困解消に重点を置いた政策を追求し、かつ基礎教育、特に女性の教育を拡充すべきである。

収入の改善——貧困者の収入を増加させることは健康の改善に最も敏感に作用する。貧困者は収入増加分を食事の改善、安全な水、衛生・居住の改善など健康改善に充てるからである。よって、成長のみをめざす政策よりも公平と成長を同時に促進する政策が健康に有利である。

学校教育の拡大と女性の権利の拡大——教育を多く受けた人はそうでない人よりも健康情報をより多く利用する。このことは急速な教育機会の拡大が健康改善の経費効果的な方法であることを意味する。女性および女性の教育は特に有効である。食品を買い、調理し、家を掃除し、子供や老人の世話を

し、健康システムとの接触はたいてい女性の役割だからである。同様に女性の経済的な機会と権利を支える政府政策は、教育を越えて家族の全般的な福利と健康に寄与する。

2) 基礎的な公衆衛生プログラム、必須臨床サービスへの支出の優先

1ドル当たりの健康改善は介入の種類ごとに大きなばらつきがあり、単位DALYの改善に対してより経費の高い政策から安いものへの転換を促すべきである。政府の支出は現行のような経費非効果的な介入は平均して50%は削減し、次に詳細に述べるような基礎的な公衆衛生プログラム、あるいは必須臨床サービスへの支出を2~3倍に増やすべきである。

3) 競争原理の導入など

競争は質を高め、経費抑制に有効だから、政府は保健サービスと薬剤、機材などの供給における競争と多様化を進めるべきである。さらに政府サービスの地方分散、管理者・臨床要員の実績本位のインセンティブ、関連の訓練、運営方式の開発などを組み合わせれば質的にも効率的にも向上するであろう。政府セクターを私的医療とを競合させ、また一定の規制の下に私的セクターを利用することも有効であろう。これについては以下に詳しく述べる。

(3) 公衆衛生と必須臨床サービス

政府が最優先で財政負担すべき具体的な保健サービスとして報告が推奨するのは、以下のように明確に規定された公衆衛生サービスと必須臨床サービス・パッケージとである。

① 公衆衛生サービス

政府が行う公衆衛生サービスはすでに重要な成果をあげている。予防接種は目下推定300万人を毎年救い、HIV予防のためのコンドーム販売促進も効果を挙げている。喫煙の危険性に関する情報、タバコや酒への課税などがいくつかの先進国では行動の変容を起こしている。これらはまさしく経費効果的(1DALY当たりの経費が25ドル以下のものもあるが多くは50~150ドル)であり、特に重要なものとして以下のものを掲げる。

1) 予防接種

EPI(拡大予防接種計画、これは途上国の80%の子供たちを6大感染症から年1.4億ドルの経費で守っている)のための政府支援の強化が望まれる。これの普及が95%になれば現行EPIが及んでいない貧困世帯の子供にも利益を及ぼすことができる。B型肝炎、黄熱病のワクチンを追加、ビタミンA、ヨード添加なども考慮した「EPI+」を生後1年児に与えることが、今日の世界で最も経費効果的な施策である。

2) 学校保健サービス

これは学齢期の小児に対する安価で有効な治療である(住血吸虫、腸内寄生虫、微小栄養素不足)。これらの病気の治療を学校単位で行えば、何億人もの子供の健康改善、登校率・学業成績の向上を年間1人当たり1~2ドルで果たし得る。治療の他予防に関する教育にも有効である。

3) 家族計画、栄養のための情報活動

母乳栄養の利点や子供の食事の改善などについての情報を提供しながら健康的な行動を奨励する。家族計画やそのサービス利用に関する情報も重要である。

4) タバコ、飲酒制限のためのプログラム

タバコ、酒、他の嗜好性物質の使用に対する措置をキャンペーン、課税、広告禁止、場合によっては輸入禁止などによって行えば慢性肺疾患、心臓病、ガン、外傷をかなり減らし得る。喫煙習慣が変わらなければ、今後30年間に途上国のタバコによる早期死亡はエイズ、結核および出産にともなう死亡の合計を超える。

5) 環境改善のための規制、情報およびある種の公衆衛生投資

劣悪な衛生状態、不十分で不潔な水の供給、個人・食品衛生の不良、不十分なゴミ処理、室内空気汚染、劣悪な家屋などから健康リスクに直面している貧困者のために、健康的な環境の確保に努めるべきである。これらのリスクは世界中の病気の30%に関連する。

6) エイズ予防

HIV はたちまち 200 万人を死なせ、1300 万人に感染を広げた。将来はさらに厳しいものと予測される。現状でも蔓延の高いところではエイズ治療の需要は臨床治療の能力を越えており、他の病気のケアにも障害となっている。早期の対応のなかでハイリスク集団向けの措置、性行動の変容のための情報、コンドームの配布、他の性病の治療が有効である。ハイリスク集団の早期の HIV 感染抑制は経費効果的であり、遅れば経費効果はかなり低下する。現在の途上国でのエイズ予防は合計 2 億ドル以下であるが、これは絶対不足でその 5～10 倍必要である。

② 必須臨床サービス

効果的な臨床サービス（病気の診断・治療）のうち途上国で最小限必要なもののセットを「必須臨床サービスパッケージ」と呼んでいるが、その要素は国によって異なる（地域の健康ニーズと収入水準による）。このパッケージには少なくとも次の 5 項目の介入を含むべきであるとしている。またこれらの臨床介入はすべて経費効果的であり、DALY 当たり 50 ドルをかなり割る経費で済むものが多い。

- 1) 妊娠関連の（産前、分娩、産後）ケア——これを強化すれば毎年途上国で起こる 50 万人の妊婦死亡の大半を回避できる。
- 2) 家族計画サービス——これの利用を促進すると年 850 万人の小児の死亡と 10 万人の妊婦死亡が予防される。
- 3) 結核対策——特に治療が重要である。年間 200 万人以上が死亡しており、成人死亡の上位を占める病気への対策である。
- 4) 性病の予防——年間 250 万人の障害、時に死亡の原因。
- 5) 小児の通常の病気のケア——下痢、急性呼吸器感染、麻疹、マラリア、急性栄養不良、これらによって毎年 700 万人が死亡している。

必須臨床サービスの最小パッケージには上記の他に簡単な感染・外傷の治療およびガンやエイズのような問題に対する助言と苦痛の緩和とを含めてもよい。病院で行う救急ケアは、日常の診療能力と資源の利用可能性によって

決める。この救急ケアには例えば、大部分の骨折や虫垂炎の治療が含まれる。資源や社会の価値観に応じて国によっては、より広範なものをパッケージに含めてもよい。

支出を少し増やせるならば相対的に経費効果的な頻度の高い非感染性の病気の治療なども含められよう（例：アスピリンと抗圧剤を用いた心疾患の治療、子宮ガンの治療、ある種の精神薬の薬物療法、白内障の手術など）。

経費効果が低い低所得国の必須臨床サービスパッケージから除外すべきものとしては、心臓手術、（疼痛緩和は別として）肺・肝臓・胃ガンの治療、HIV感染の薬物治療、極小未熟児集中治療などがある。

③ 期待される効果

必須臨床パッケージを広範に採用すれば途上国の人々の健康への効果は大きいと期待される。報告書はモデル計算に基づいて以下のように推定している。人口の80%に普及すれば低所得国の現在の健康負担の24%が、また中所得国の11%が解消される。最小臨床サービスの実施の推定効果は、上記に概略した公衆衛生パッケージの2倍以上にあたる。両者を合わせると現在の疾病の解消幅は低所得国で32%、中所得国で15%となる。この疾病の減少はDALY増加でみると毎年乳児を900万人救命するのに相当する。

④ 必須臨床パッケージの経費

この必須臨床パッケージの経費とその負担の方法は非常に大きい問題であり、報告書は銀行の立場から詳細で具体的な議論を行っている。

1) 経費の推定

まず実施施設については、郡レベル（人口10万程度）の病院およびそれ以下の施設を想定する。このような下級の施設でサービスを行うことにより経費を抑えられるのである。その経費は低所得国で1人当たり8ドル、中所得国で15ドルである（この差は人口構造、疫学的状況、人件費の差による）。公衆衛生サービスの経費をこれに加算すると、それぞれ12ドル、22ドルとなる。このパッケージをすべての途上国で採用すると公衆衛生予算は現在の50億ドルから200億ないし250億ドルへ5倍増、また必須臨床サービスの支出を

200億ドルから400億ドルへと増やす必要があろう。最貧国では政府は保健のために1人当たり6ドル、全保健支出は14ドルが典型的である。

この程度の必須臨床パッケージのために政府、援助機関、患者がそれぞれ支出を増額し、かつ保健に対する現行支出の用途を多少なりとも変更する必要がある。中所得国では、健康への公的支出は平均62ドルで、政治的関与によって対経費効果の低い高度サービスから資源配分を転換すれば22ドルの経費負担は可能なはずである。

2) 経費負担の範囲

次に政府財政負担の範囲を問題にしている。政府がすべての人に対してこれらのサービスの経費を負うべきか、貧困者にのみ負うべきか。自弁できる人にまで支出することで悪平等にならないよう、富裕者への一部ないし全部の有料化を行うことは公平性の点で妥当である。しかし、これには管理的経費や政治的な支持の問題、保険支払い問題など関連する要素が絡むので単純ではない。低所得国では現在の公衆衛生支出額が必須パッケージに必要な額よりも低いのであるから、ある程度の受益者の限定は必要であろう。

(4) 保健システムの改革——多様化と競争の促進

原則的には基本保健サービスとしての公衆衛生サービスと必須臨床ケアを政府政策として確保したうえで、他の分野は受益者の自己負担とし、また私的セクターの活用を拡大するという方向で以下のように議論が展開される。ただしこの私的セクター、競争原理の導入については早くも批判をする向きがある (Inter-Church Coalition on Africa [1993])。

① 富裕者の本人負担の導入・強化

上記のような方式の実現のためにはかなりの保健制度上の改革と政府支出の配分の変更が必要になる。しかし、現行の高度の臨床サービスへの支出を制限すれば貧困者のための臨床ケアはかなり改善できる。このために富裕者に対する政府病院・施設の有料化、本人払い保険の促進などが考えられよう。しかし逆に私的保険への拠出に対する免税措置、社会保険の欠損への政府財

源からの補填などが政府財源を圧迫している場合もあるので注意が要る。

② 政府支出の重点対象

高度の専門機関の職員・設備ではなく、多くの人が利用する地域ケア施設や保健所に支出の重点を移す。最小必須臨床パッケージに含まれるすべてのサービスは保健所または郡病院で供給される。専門施設はどこでも大量の公衆衛生資源を吸収しており、ときにこのような第3次ケア（高度医療）施設に国際的な援助投資を行うことが事態を悪化させることもしばしばある。

③ 基本的サービス要員の訓練と研究の補助

看護婦や助産婦など基本的な公衆衛生や臨床サービスの提供者、あるいは管理要員のニーズに答えるべく、訓練（国家サービス機構に関するものを含む）の財源を確保すべきである。高度の専門家の研修は制限あるいは排除する。保健情報システムや戦略研究への補助は政策立案のうえで有用である。本報告で用いた健康問題の計量法、意思決定の方法は国単位でみてもやはり有用であろう。

④ 臨床サービスや施設の運営の欠陥の是正

政府の診療所などは薬剤不足や交通、維持管理の欠陥からうまく稼動していない。病院には不必要な長期入院があり、組織・運営もまずい。効果の低い薬剤への過剰な支払い、薬剤・機材の盗難、横流し、期限切れなどが頻発している。対策として、短期的には薬剤使用の改革が最も有効である。薬剤購入に競争を導入した政府は40%から60%の節約を達成している。同様に「必須薬剤リスト」の作成もすべきである。このリストを持っていないながら公的セクターの薬剤購入に活用していない国も多い。新しい治療計画の採用や施設の利用の転換も効率改善に有効である。入院施設で行われている診療を外来で代行し、かなりの節約を行っているところもある。

長期的には国の保健システムの下級レベルの機構・施設に能力と責任体制が十分にあれば、地方分権制が効率の改善に有効であろう。いくつかの国での経験から成功の可能性は十分にある。しかし、性急で無計画な分権化はときに政治的な圧力によって実施されることもあり、新たな問題を生むことも

ある。

⑤ 臨床サービス提供における私的セクターの利用

これによって、必須パッケージあるいはより高度のものいずれの場合も、効率化が期待できる。私的セクターはすでに途上国の幅広い実績があるが、政府サービスでしばしば見られるような長い待ち時間や供給不足といった問題もなく行っていることが多い。ところが民間医師や薬局が不必要な法的、行政的障壁に直面している国も多く、これらの除去が必要である。もちろん営利追求のため医療側が過剰の処方や診療をすることには対処しなければならない。営利セクターに対して出来高払いから先払い制（例えば健康維持組織などの奨励を通じて）への移行を奨励するなどは一つの方法である。

貧困者に対する私的医療による必須臨床サービス提供を政府が補助することも考えられる。多くのアフリカの国々で辺地の教会の病院や診療所の運営経費や要員の訓練を政府が補助している例がある。援助国からの助力で政府が伝統的分娩介護者が清潔に妊娠・分娩のケアを行うのを、また祈禱師がマラリアや下痢、エイズなどの感染症対策をするのに補助している国もある。

⑥ 私的セクターや私的保険に対する規制

同時に、私的医療を奨励する場合にはその規制を行うことも必要である（病院・検査所の認定制度、医学校や医師の免許制度、薬物規制、診療の監視など）。保険への規制も同様に重要である。国によっては一部の国民、特にハイリスクの人々が私的任意保険のもとで保険から締め出されている。また保険の種類によっては医療費の高騰を進めるものもある（特に第3セクター方式、出来高払い給付の方式で）。

経費の抑制には医療者に対する政府の支払い制限の方法がいくつか考えられる。定額給付制（私的健康維持組織やイギリス国営医療サービスなど）、保険者が医療側との交渉で統一的な料金を設定する方法（日本の社会保険など）、あるいは保険者が特定の医療機関に対して料金を設定する方法（ブラジル）、これらを競合させる方法（アメリカの一部）などがある。いずれも得失があり万能の解決方法にはなっていない。

(5) 保健政策の改革のための国際協力

国際協力として保健政策の改革の支援のためになすべきことは多い。1990年、援助国は保健の援助に48億ドル、途上国の保健支出の2.5%を提供した。しかし80年代、保健を含む人間資源開発への投資の拡大の要求にもかかわらず、開発援助中の保健関係の援助の割合は7%から6%へとやや縮小した。まず第一歩として援助国はこの割合を復旧させ、さらに増加させるべきである。さらに年額20億ドルの援助があればエイズ流行を鎮静化する経費の4分の1(5億ドル)、低所得国の公衆衛生プログラムと必須臨床サービスパッケージに必要な追加経費の6分の1(必要額100億ドル中の15億ドル)をまかなえる。

① ヘルスリサーチのための援助

ヘルスリサーチとは、主として国際保健の分野で従来の医療技術そのものの研究やその技術移転の失敗の反省に立って、保健・医療をとりまく関連領域(経済学、社会学、人類学等々)を対象とする複合的な健康の研究分野である。この研究活動への国際協力のなかで抗マラリア薬の開発やワクチンの改良のようなものが実現すれば、援助をする側、受ける側双方にメリットが大きいであろう。

② 援助の効率化

援助国と途上国が保健関連援助の効率化のために共になすべきことは多い。これは保健支出の20%をすでに援助に頼っている低所得のアフリカの国々では特にそうであるが、援助が保健支出の2%以下の他の途上国地域でも目標の改善、援助の運営の改善によって政策変更をうまく促進できるはずである。

援助資金を病院や専門家の研修に充てずに、公衆衛生サービスと必須臨床ケア(特に結核、EPI+, エイズ予防、喫煙対策)に振り向けることが政策改革の重要な寄与となる。そしてこのように保健政策を大幅に変革しようとする意思のある国こそ通常経費も含む援助拡大の対象国としなければならない。世銀をはじめ、この種の広範なセクターの変革を支持する援助国および機関

は増えてきている。

〈参考文献〉

- (1) A. Creese, "Health is Wealth, but also Wealth is Health," *World Health*, Nov./Dec. 1992, pp. 4-7.
- (2) W. Holland, "Avoidable death as a measure of quality," *Quality Assurance in Health Care*, Vol. 2, No. 3/4, 1990, pp. 227-233.
- (3) Inter-Church Coalition on Africa, "Letter to the World Bank on its Health Policy Part One," *Indonesia Times*, Oct. 12, 1993.
- (4) World Bank, *World Development Report 1993, Investing in Health*, New York, Oxford University Press, 1993.
- (5) World Health Organization, *Global Strategy for Health for All by the Year 2000*, Geneva, WHO, 1981.
- (6) World Health Organization, *Implementation of the Global Strategy for All by the Year 2000, Second evaluation : Eighth report on the World Health Situation*, Geneva, WHO, 1993.
- (7) WHO & UNICEF, *Primary Health Care : Alma-Ata 1978*, Geneva, WHO, 1978.

(森 亨)