

ミレニアム・プロミス・ジャパン 第13回研究会

「セネガルの保健衛生とグローバルヘルスの動向」

【講師】 林玲子氏 (株式会社リンツ 代表取締役)

【日時・場所】 7月13日(水) 午後6時30分～8時30分
日本財団ビル2F 第3会議室

- 【概要】
1. セネガルの保健衛生
 2. セネガルの保健システム
 3. JICA の活動
 4. グローバルヘルス
 5. 終わりに
 6. 質疑応答

1. セネガルの保健衛生

私は保健予防省大臣官房技術顧問、いわゆる保健省アドバイザーという形で、JICA から派遣されて、3年間ほどアフリカのセネガルに行っていた。バックグラウンドとして、保健医療と建築を勉強したので、その両方にまたがることということで、国際協力関係のコンサルティングを97年位から始めた。かれこれ15年程やっていることになる。保健医療と建築は違う分野ではあるが、たとえば病院の建築では両方とも関わる。私もこの仕事の最初は、病院を無償資金援助で建てて、それがきちんと立ち上がって機能しているかどうかを評価する仕事をさせていただいた。人口関係では、たとえば都市の人口がどうなっているかということも共通の話題としてあるし、都市郊外のスラム地域の衛生問題等も、二つの分野が重なる領域である。よって、この二つの分野にはかなり関係があると思うが、その間だけというわけではなく、保健分野は保健分野で、建築や都市計画は都市計画で、色々研究等をしている。

ダカールの飛行場近くに、アフリカ・ルネサンスの像というかなり大きな銅像が建っている。

Millennium Promise Japan

ミレニアム・プロミス・ジャパン

これはワッド大統領が建てようと言ったものだが、北朝鮮の建築会社が入って建てたということで、かなり物議を醸した。これを建てるくらいだったら、ダカールの郊外で洪水になっている地域のインフラをもっと整備したらよいか、色々な反対運動も起こったといういわくつきの建物だが、こういうものがどんどんダカールに建ってきている。

私は2008年5月から2011年4月までの3年間、JICAの長期専門家ということで、セネガルの保健省の大臣官房技術顧問を務めた。オフィスは首都ダカールにある保健省の中の大臣官房にあった。セネガル保健省に対する提案や改善活動を行い、日本の活動を調整して新規優良案件の発掘や形成を支援し、セネガルの地方自治体や開発パートナー、いわゆるドナーとの調整、提言、能力強化をするという、大きく分けて三つの活動、業務の柱がある。

セネガルはアフリカ後頭部の一番出た所にあり、ダカールは大西洋に突き出したところにある。南の国ということだが、ダカール自体はその半島が大西洋に突き出していて、しかも大西洋には寒流が通っているので、一年中冬になることはないが、今の東京ほど暑いと思うこともあまりなく、そこそこ過ごしやすい所だ。ただ、内陸部に少し入ると非常に暑くて、40℃位になり、サハラ砂漠の砂を含む風がしょっちゅう飛んできて、家の中も毎日掃除をしないとすぐに砂埃になってしまうし、パソコンは計ったように2年位するとパキッと壊れてしまうという感じだ。

■人口

セネガルの人口は、日本の約10分の1の1200万人程度である。人口増加率は、日本は既に人口減少になっているが、それに比べてセネガルは、国連の推計値だが年に2.6%増加している。国土面積は、セネガルは日本の3分の2程度である。人口密度は、1km²あたり日本が335人で、セネガルは65人である。

■一人当たりのGDP

一人当たりのGDPは日本が37000ドルのところ、セネガルでは1157ドルという推計になっている。これは非常に低いが、セネガルの周りのギニア、マリ、モーリタニア等と比べるとかなり高いため、近隣諸国に比べるとセネガルは進んでいるとよく言われる。

■保健関係の指標

平均寿命は日本が男性79歳、女性86歳で世界最高水準であるのに比べて、セネガルは男性が56歳、女性が59歳である。しかし、実はこの平均寿命というのも、死亡の届け出がそんなにされていないので、正しい数字ではなく統計によっても変化が出てくる。

ミレニアム開発目標で盛んにいわれている妊産婦死亡率は、日本が出生10万対3というところが、セネガルでは401であるが、この数字についてはまた後でお話しする。

乳児死亡率は、日本が出生1000対3のところ、セネガルでは61である。

合計特殊出生率、1カップル当たりの子どもの数は、日本が1.3のところ、セネガルでは5.3でかなり高いが、これでも平均7位だった70年代と比べるとかなり下がってきている。

一人当たりの国民医療費は、日本は 2000 ドル程度で、GDP に比べると 7.9%位になる。セネガルでは一人当たり 42 ドル、今でいうと 3000 円から 4000 円程度になっている。この国民医療費自体を計算するのも非常に大変で、2008 年に私が赴任したときに初めて、ようやく 2005 年の数字を計算した。これを GDP と比べると 6%程度で、日本の 7.9%とあまり変わらない。やはり、自分の所得の中で 5%から 8%程度は保健にお金をかけようというのは、どこの国でもある程度一致しているのではないかと。所得自体が少ないとかけられるお金も少なくなって、クオリティの良い医療を受けることが難しくなってしまうが、皆さん着実に払っているということが窺い知れる。

2. セネガルの保健システム

セネガルの保健システムは、一番上に国立病院、次に州立病院、それから保健センター、保健ポスト、保健小屋という形で、保健ピラミッドと呼ばれているものだが、病院と名がつく国立病院、州立病院には医者がかなり沢山いる。国立病院は首都ダカールに特に多く、都市と農村部の格差が激しくなる原因にもなっている。保健センターは、医者が一人か二人で、本当は二人いることになっている。あとは看護師、助産師、それから、資格を持っていない地域保健員も働いている。保健ポストは全国に約 1000 カ所あって、ここは看護師が長になっているところだ。看護師と、いるところは助産師がいて、あとは資格を持っていないが研修を受けた地域保健員が働いている。ここまでが国の施設で、その長は国家公務員が務めている。

セネガルは全部で 13 万村ほど村があるのだが、各村に以上のような公的医療施設を作るとは難しく、その下に保健小屋と呼んでいる正規の医療資格者が全くいない施設が 2000 カ所程度ある。これは住民がお金を出したり、現地や国際の NGO、NPO がお金を出したりして運営されているところで、外からのお金がなくなるとそのまま立ち消えになってしまうということも起こり得る。

■ 各施設の例

全国に約 80 カ所位の保健区があり、その中心に保健センターが地理的にもきちんと分配されている。病院はダカールに多いが、地方にもきちんと配置されている。

ダカール郊外のチャロイにある精神病院は国立病院で、かなりきれいに整理整頓されている。ダカールにある子ども病院では、手術もできるようになっている。発展途上国はどこのようにも、私立の医療施設はかなり立派なものができる。ダカールに画像診断センターというものが、3 年程前にできたのだが、こうしたところで MRI やスキャナー等の画像を撮って、場合によってはそれをインターネットでヨーロッパ等に送って診断をする等している。

昔は公的医療施設は無料だったが、最近ではそれでは医療施設自体が運営できないということで、ポポンギンにある保健センターは、患者がお金を払うことになっている。たとえば出産は 5000 セーファー、約 1000 円である。ドクターに診てもらうときは 1000 セーファー、200 円程度を払

って診断してもらうことになっている。

セネガルの一番東にあるケドゥグの更に先のディンディフェロという、ギニア国境に近いところの保健ポストの長は看護師である。ここには、マトロンと呼ばれる助産師ではないが出産を補助する人たちもいる。これは正規の資格は持っていないが、研修を受けた人たちである。また、ここ2~3年、大統領が言いだした「地域の母」と呼ばれる、日本でいうと社会福祉員のような人たちがいる。これは、自分で子どもを既に沢山産んで、村人の信頼を得ている人が任命されて、若い女性が妊娠したときにきちんと出産前検診を受けるようにしたり、栄養指導をしたりして、村の中で個別に妊婦さんと話をし、安全なお産を迎えるようにするものである。この地域の母は、最近では各村にいることになってきている。

別の保健ポストでは、日本の JICA の「安全なお産プロジェクト」をやっている。これまで、セネガルでこうした公共医療施設で、近代医療でお産をしようと思うと、分娩台に乗って仰向けになって産まなければならないという規定があった。近代医療的には、そうすることで危険度が減るのでそれを重視していたわけだが、田舎では、あんな分娩台に乗ってお産をするのであればそんな医療施設に行かずに自宅で出産するという女性はかなりいる。この地域では伝統的にしゃがんでお産をするということが広く行われているので、それを安全にできるようにするにはどうしたらよいか、それから、保健ポストなどの施設に来ると、助産師などが言うことを聞かない女性に口で暴力をふるったり、場合によっては手で叩いたり、かなりひどいことがあったので、もっと妊婦さんのことを思った人間なお産をできるようにしようではないかということで、このプロジェクトをやっている。出産のために色々なものを入れており、お産をするときにつかまっていられるクッションもその一つだ。これはどうも現地の人にはあわないようであまり使われていないということも聞いたが、今はどうなっているかわからない。

保健小屋は公的な医療施設ではなく、ここにもマトロンがいる。マラリアの検査キットや簡単な薬等もここで出すようになっている。こうした保健小屋は、保健省としては管轄外ということになっているが、今はアメリカの USAID が、かなりこうした地域保健にお金を入れて、うまく運営されるように支援をしている。

■ 医療機関への報告数

保健センターや保健ポスト等の医療機関に上がってくる報告数は、患者数では 2009 年、全部で 400 万件である。人口が約 1200 万人なので、30%程度が報告されているということだ。その他の疾患が一番多く、次に軽症マラリア、急性呼吸器系疾患、咳、傷、下痢、高血圧、風邪、上腹部痛等である。死亡数については、2009 年、医療施設には全部で 1200 件の報告しかない。本来ならば 1%程度亡くなっているはずなので、12 万人位の死亡があるはずだが、そういった数の報告は上がってきていない。よって、ここに挙げられた死亡の原因が本当に正しいかどうかは分からないが、マラリア、貧血、高血圧、脳血管疾患、急性呼吸器系疾患、下痢、糖尿病、エイズが挙げられる。高血圧や脳血管疾患、糖尿病といった成人病、慢性疾患でもかなり亡くなる人が出てきているのが最近の特徴である。

3. JICAの活動

JICAはセネガルの保健分野において、タンバクンダとケドゥグという人口70万人程の二つの州を対象にして活動している。日本の無償資金援助、技術協力、協力隊等を全部組み合わせて、集中的に支援を行っていくという、プログラム形式の支援をしていた。2007年から5カ年計画で、今年終わることになっている。

アクセスを改善するという事で、保健センターなどの建設をしている。また、質を改善するという事で、安全なお産プロジェクトをやったり、病院の質を向上させるために5S（詳細は後述）を入れたり、協力隊の医療分野の看護師さんや助産師さんが10人～15人位、常時活動している。私はダカールにいて家に冷房があったが、協力隊の方々はこうした州に住んでいて、夏は40℃、45℃となるので、家も本当に暑いわけだ。クーラーも当然ないし、村の人は寝る時は窓を開け放して寝るのだが、日本人がそれをするとは物盗りにあうので、扉を全部閉めて寝なくてはならない。本当に大変でとにかく生きるだけで精一杯だが、しばらくいたら慣れるものだと言っている方はおっしゃっていた。

私は保健省の中に入って、活動の調整をしてこうしたプログラムをやっていた。

今年の2月に、タンバクンダ州に竣工した保健センターは、フジタプランニングが、その中の機材も据え付けをした案件である。

人間的なお産の取り組みということで、Tシャツ等を作って、フリースタイル出産をやろうということも活動の一つになっている。

■ 5S

5Sというのは、元々日本の日立やトヨタ等の製造業で、工場の品質管理のために開発されたものである。五つのSが付く言葉で、日本語では、整理、整頓、清掃、清潔、しつけ、でそれを英語でいうと、SORT、SET、SHINE、STANDARDIZE、SUSTAINとなり、フランス語にもなっているし、今はウォロフ語というセネガルの言葉でも作ろうとしており、スワヒリ語やアラビア語でもSがつくように五つの言葉ができています。

整理（SORT）については、たとえば病院で使う酸素ボンベは、5Sを入れる前は、酸素ボンベが空になったものと中が入っているものが一緒になっていた。これを、使ったものは赤いかごに、使っていないけどまだ入っているものは青いかごに分けるということである。それで、新しい酸素ボンベが要る時にはすぐに取り出せるようになった。

整頓（SET）というのは、たとえばカルテが滅茶苦茶に入っていたのを整理して、ファイルに入れていく。

清掃（SHINE）は、お掃除をしようということだ。実はこれは、セネガルでも20年位前からウォロフ語でセットセタルと言って、ときどき皆で集まって大掃除をしようということをやっている

Millennium Promise Japan

ミレニアム・プロミス・ジャパン

る。

4番目のSは、日本語だと清潔だが、英語だと STANDARDIZE で、日本語と英語、その他の言葉と少し合わないのだが、一カ所でやったそうした活動を、全部の箇所で標準化してやろうということだ。

しつけ（SUSTAIN）というのは、一度お掃除をやったけれども、その後続かなくなってしまうということがないように、継続してやっていこうというものだ。

以上の5Sがきちんとできると、今度は業務改善というレベルに高めていけることになる。たとえばセネガルでは、パイロット施設としてタンバクンダ病院を選んでいるが、その薬局は5Sを入れる前は薬が滅茶苦茶に入っていたのが、5Sを入れることで、たとえば薬の標識を棚に付けて、きちんと整理するように入れるようになった。それから、焼却炉には、5S前は使った注射針がばらばらになって置かれていて、時々猫などが来てそれを荒らして、使った注射針が散らばっていて非常に危険だったが、5Sを入れてきちんと整理整頓されるようになった。それから、皆で整理をしようと言って倉庫に行くと、まだ使えるようなものが沢山見つかるということがよくある。

元々は、スリランカの瀬戸物会社の社長の奥さんが日本人で日本に長く住まれていて、製造業で行われている5Sをスリランカでも広げようとして研修をしたときに、スリランカの病院の方がそこに参加して、まさにこのやり方は自分のお母さんが家でやっていたやり方であると非常に感銘を受けて、それを自分の病院でもやってみようとしたのが始まりである。その病院はキャッスルストリートホスピタルというところで、この5Sを広げていくと非常に効果を奏し、院内感染率が下がったり、病院の管理も非常にスムーズに行くようになったりした。これをタンザニアにいたJICAの専門家たちが見て、是非スリランカからアフリカに広げていこうということで、2007年からセネガルやナイジェリア、マリ、ニジェール、マダガスカル、エリトリアを対象に、病院に5Sを応用するということをはじめている。

セネガルではまずこのプログラムの対象となったタンバクンダ州の病院をパイロット施設として選び、それを今、全国に広げるとことをやっている。

この5Sというのは、日本文化ともつながっている。たとえば茶の湯というのは、おもてなしの心が必要である。医療もサービスなので、そうした心を持ちながら、毎日の整理整頓を段々やっていくということで、5Sには日本の文化的な側面もあるのではないかとことをアフリカの方に言っている。5Sの研修で来た時には、最初に茶の湯のデモンストレーションを受けるということになっている。

この活動のおもしろいところは、まず日本に来てもらって研修をする。それからスリランカに行き、スリランカの病院を実際に見てもらう。日本だと整理整頓は当たり前で、その次の改善のレベルに行っているのだから、それをサブサハラ・アフリカの病院に入れるというのはなかなかピンとこないことが多い。しかし、その後スリランカに行くと、これならできんだろうとか、色々なアイデアが湧くのである。その後、各国に戻って実践をする。そして、6カ月から1年ほど経った時に、日本人専門家が各国に出かけて、今どうしているかというチェックをし

Millennium Promise Japan

ミレニアム・プロミス・ジャパン

にいく。これは、日本人が行って指導するというよりも、日本人が来るというイベントができることで、その時にまた病院の人の意識が高まるのである。日本人が来るために色々準備をしようとか、もう一回病院のスタッフに研修をしておこうとか、慌ててやってしまうところもあるのだが、定期的にモニタリングをすることで、また活性化できるのである。

その後、各病院でまた実践を続けていって、今度はアフリカの中で、エジプトやモロッコ等に病院担当者が集まって、自分の国ではこうやっている、自分の病院だとうやっている、今度はこうやろうと思っているという話をする。色々な病院の横のつながりでネットワークができて、それがまた違った形のモチベーションになる。

最初に入れてから1年後、2年後になって一旦こうしたレベルになると、今度は別の人を日本で研修させるというサイクルもあるし、日本で研修をした人が、専門家ということになって、各国で独自に研修をしていき、独自に回っていくという形になる。

非常に重要な点は、今までの援助では、外国人がべったり入ってお金を一斉につけてしまうとそれに頼りきりになってしまって、そのプロジェクトが無くなってしまふと跡形もなくなってしまふということがけっこうあった。しかし、こうした形で研修と6カ月に一回程度のモニタリングをやっていくことで、受け入れ国の人が必要だと思うものは自動的に発展していく。そして、そうでないものは発展していかない。NPO や NGO の活動でも、こうした形でやっていくモデルがあるのではないかと思う。

4. グローバルヘルス

DAC 諸国の ODA 額の過去 50 年の動向を見ると、その総額はかなり上がってきている。国民総所得に対する割合というのは少し下がってきていたが、最近になって少し上昇傾向にある。日本の ODA 予算は 96 年頃に右肩上がりになっていて、一般会計からの予算額が一兆円位で、それからはどんどん減っていて、今はピーク時の約半分の 5000 億円位になっている。なお、OECD に出ている各国の ODA 額の推移を見ると、借款をどう数えるかという違いがあるので額が違っているが、90 年代、日本は世界一という時代があった。今は、アメリカがかなり大きくなっていて、日本は 4 番目から 5 番目である。

保健分野の ODA 額を OECD のデータで見ると、圧倒的にマルチのドナーが多く、アメリカも非常に多い。そして、世界エイズ・結核・マラリア対策基金、いわゆる世界基金と呼ばれるものが 2003 年から始まっており、かなりの勢いで出しており、現在はもうマルチの次にあたる位である。これは、出すと約束した額なので、本当に出るかどうかというところもあるが、今、世界基金というものの役割が保健分野で非常に大きくなっている。

なぜグローバルヘルスと言われるようになったかについては、色々な見方があると思うが、90 年代にエイズ対策が遅れていたということがまず挙げられると思う。その頃に私も援助を始めたわけだが、当時はかなり悲観論があった。アフリカは人口が増え過ぎて、お金もなくて、栄養も

足りない。そうした中でエイズが広がって皆が死ぬのは、マルサスが言った、人口調節機能が働いているのだから仕方がないというものだ。そのため、その頃はエイズの研究費があまりつかず、研究をする人が少ないという話を小耳に挟み、非常に驚いたことがある。

そういう事態はいけないということで、たとえば国境なき医師団が、パテントを崩してジェネリックにしてエイズ薬を安く作りだすようなことを始めた。また、2000年に千年紀が変わるということでキリスト教の発想もあった。そして、ジェフリー・サックス氏が長となって、保健マクロ経済学コミッションをWHOの中に作り、これまでは、アフリカで保健の指標が悪いのは、アフリカ人が怠け者だからとかそういった非科学的なことがいわれていたのだが、そうではなくて、きちんと投資が行われていないからだということを経済の面から指摘し、もっと効率的に援助をしていこうということが2000年位から言われた。そういったことも含めて世界基金が設立されて、日本も設立に大きく関わっていたという話を聞いている。WHOは国からでないといふ拠出金を受けられないという制限があったのだが、世界基金を作ることによってゲイツ財団のような民間の資金も入れられるようになり、広くお金を受け入れられる基盤を作ってやっていこうということになってきた。

こうした90年代のエイズ対策の遅れに対して、2000年あたりに非常にモーメントが上がったことで、グローバルヘルスが非常にクローズアップされてきたのだと思う。地球規模課題というと、グローバルヘルスや気候変動や水関係があるが、それらの中で非常に保健というものがクローズアップされてきた。

ミレニアム開発目標は保健分野では、乳幼児死亡率の削減、妊産婦の健康の改善、HIV／エイズ・マラリア・その他疾病の蔓延防止ということでやっているが、安全な飲料水と基礎的な衛生施設についても、忘れられがちなのだが、保健分野に非常に関わっている目標である。

■ セネガルのマラリア、エイズ、結核対策

セネガルは、世界基金からも沢山の資金をもらっているし、アメリカのブッシュ大統領の時に、マラリア対策のお金もかなり入ってきていて、一応マラリア対策で成功した国になっている。2001年の疾病率は35%だったが、2008年には5%に下がった。ただ、これは全ての人が保健施設に来るわけではないので、日本でいう有病率ではなく、保健センターや保健ポストに来る人の中でマラリアだった人の割合ということになる。非常に下がっているのは、本当にマラリアが減ったということと、2006年頃から世界基金のお金によってマラリアの疑いのある人は全員マラリア検査をするようになって、これまでは熱があるとマラリアだと住民は言っていたが、実はそうではないケースがかなり沢山あるということが分かってきたという事情もある。

死亡者数については、マラリア対策国家プログラムの報告によると、2008年は8000人だったが、2009年には500人になった。実際に医療施設で働いている人の感覚的にも、かなり下がったというのは、どの人も一様に言っている。では、何が下げたかということ、たとえば薬剤浸漬した、もしくは薬剤浸漬してない蚊帳を配るようになったことがある。私は2002年に日本の無償資金のプロジェクトで、セネガルに20万帳の蚊帳を入れるというプロジェクトをやっていた。

その時にセネガルに行くと、住民は蚊帳について、死んだ人が寝るものだと思っていた。なぜなら、出稼ぎの人が沢山いるので、亡くなった人がいると遠くから家族の葬式のために戻ってこなければいけないので、死体を埋める前に待たなくてははいけない。その時にハエがたかると困るので、蚊帳の中に死体を入れていたようだ。また、蚊帳を使っているという人の家を見に行くと、とてもきれいなカーテンのようなものが付いていて、一夫多妻なので奥さんが同じ家に住んでいるときに視線を遮るために使っていた。そういう段階だったので、当時は蚊帳をマラリア対策に使うという意識があまりなかったし、それが欲しいということもなかった。そこで、白い蚊帳にすると死体を入れる蚊帳と思われてしまうので、ピンクや青等の色を付けた蚊帳を入れた経緯がある。それが2002年頃の話だが、2008年に私が戻ったところ、どこの田舎のどんな所に行っても、皆が蚊帳を欲しがり、蚊帳の下で寝ている人がとても増えていた。だから非常に短期間に人々の行動変容が起こってしまった。これは無料で蚊帳をあげるという援助もあったし、蚊がマラリアの原因なので、蚊帳で寝て蚊に刺されないようにしようという啓蒙活動を、テレビコマーシャル等で非常に沢山行ったことが功を奏して予防につながったといえる。

そして、これだけ死亡率や疾病率が下がったのは、以前はクロロキンという薬を使っていた副作用もあったが、アルテミシニン系の中国に元々あった漢方から作られた薬ができてきて、それがかなり効いたのではないかとことがある。また、きちんと検査を行うようになって、本当にマラリアのケースにだけ薬を使うということで、薬に対する耐性が出にくくなったということもある。

以上のように色々な要因があって非常に下がった。これはアメリカの援助もあるが、世界基金が本当に功をなした好例として挙げられるのではないかと思う。

エイズについては、セネガルは元々エイズが少なかったということがあって、0.8位のレベルで今も推移している。結核については、セネガルは結核に対する蔑視がまだ残っているため、啓蒙活動からやっていかなければいけないということで、ゆっくり対策をしている状態だ。

■ 問題点（現場との乖離）

こうした中でかなりドナーや世界基金のお金がセネガルに入っていて、援助銀座とも呼ばれるようになっているが、問題がないわけではない。

・ 妊産婦死亡率

たとえば、現場とWHO本部の乖離として、妊産婦死亡率の例が挙げられる。国連の値では2005年は出生10万対980なのだが、同じ2005年にアメリカの援助によってセネガルが行ったDHS（人口保健調査）では401ということになって、2倍も隔たりがある。国連組織は、国連の推計値980を、2008年の国際保健統計にそのまま載せていたのだが、セネガルとしてはどうして401ではなくて980を載せるのだという質問のレターを保健大臣からWHOに送っている。結局2009年の世界保健統計には、980と401が併記される形で載った。2010年には、401という数字だけが国連の保健統計にも載るようになった。これはセネガルだけの話ではなく、たとえばルワンダも、

Millennium Promise Japan

ミレニアム・プロミス・ジャパン

国連の推計値が1300のところ、国で行ったDHSの結果では750で、シエラレオネも国連の値はなんと2100になっているが、国では857であった。セネガルは穩便にレターを送った程度だったが、ルワンダはカガメ大統領がこの件で怒ってユニセフのルワンダにいる担当者を送り返してしまったという噂を聞いているし、シエラレオネも非常に怒って抗議をしたということだ。妊産婦死亡率というのは、こうした国でも非常に稀なことなので推計がとても難しいし、死亡登記がきちんととされていない中で本当の数を取るの難しいので、元々こうした数字であまり踊らされるのも少し問題だ。そうしたところで、ジュネーブは、若い人が計算機で行ったものを統計に載せてしまっていて、各国で行われている値がきちんと上がっていない。このように現場とWHO本部との間で乖離があったが、それぞれ国とのやりとりによって、段々解決されてきた。

・ 地域保健員

2005年にWHOが有資格者による医療を推進しようということになり、それまで非常に多くの資格を持たない地域保健員が働いていたのだが、その人たちが地下に潜ってしまったような形になった。たとえば、そうした人たちが現場で働いているので研修をしようとしても、それはやってくれるなということをしばらく言われていた状態が続いた。しかし、結局そうした人がいないと地方の医療施設は医療をする人が全くなってしまい、働いている人も新しい知識が何も入って来なくなり、これは問題だということになった。今年の1月にバンコクで保健人材の国際会議があったが、その時には、地域保健員を見直してもっと活用していこうという話になってきている。こうしたこともやはり現場との隔たりがあって、上手くいかないものは段々お互い擦り寄って行って、よいところに落ち着くという例になっていると思う。

■ 世界基金

世界基金については、効果は上がっているものの、問題がないわけではない。たとえばセネガルでは保健分野のドナー会議というのがあって、日本やアメリカ、WHO、UNFPA（国連人口基金）等の色々なドナーが集まって、ドナー間で活動の調整等をしている。他方、世界基金は現地に事務所を持たず、セネガルの中で世界基金を使う委員会を作って行うので、セネガルの場合は大学の教授がその長になっている。そのため、そうしたドナーの会合に世界基金は出てきていなかったが、私が離任する頃から、これから来てもらうことにしようという話になっていた。世界基金がエイズ・結核・マラリアだけをやっていたときは同じことをしてもどうということにはなかったが、世界基金で保健システム強化をしようということになると、他のドナーがやっていることと全く重なってしまう。そうした時に、同じことをしないようにする調整や、方針をどういう風に決めるかということが全くできなくなってしまう。これは何が特に問題かという、各活動をするとき、保健センターのお医者さん等に日当を支払う。それがないと動かないのがアフリカで、それが問題でもあるのだが、その日当が世界基金は他のドナーよりも高くなっている。よって、たとえば日本がタンバクンダで研修をしようとしても、同じ日に世界基金がお金を出す活動が入っていると、皆がそちらに行きたがって、活動がふっとんでしまうようなことがあった。日本だ

Millennium Promise Japan

ミレニアム・プロミス・ジャパン

けではなく USAID も同様な問題を世界基金に対して持っており、色々問題だといわれていた。

それから、国会の保健問題審議会というのがあるのだが、国の予算ではない多額のお金がセネガルに入ってきているのはいかがなものかという意見が国会の答弁で出たことがある。世界基金のお金は、国で受け入れの委員会を作ってそこで受けるようになっているが、国民の代表である国会に通されるべき保健省の予算に組み入れていないので、見えない形になっている点が問題になっていた。そうしたこともあって、今年初めに世界基金の中に新しく監査役を入れたこともあり、各国で調べてみるとかなりの汚職が見つかった。マリ、モーリタニア、ジブチ、ザンビア等だが、マリの場合は、マラリア対策国家プログラム長が逮捕されて、保健大臣が更迭されている。非常に多額のお金が回っているの、そこに腐敗が起こらないわけがないということもあるが、今後監査がきちんと行われていくことになるだろう。

それから、世界基金もドナー会合に入ってきてもらう等、各国レベルでの調整を、国の保健省を中心にやっていく必要もある。

何故、世界基金にお金を入れて、WHO に入れられないのかというと、WHO は国からの拠出金でないと受け入れないからだが、結局、ジュネーブに世界基金もあって、WHO もあって、GAVI もあって、それぞれが別に事務局を持っている。これは本当に効率的なのだろうか。これについては、今後の国連機関の機構改構等も含めて、十分に話していかなければいけないと思う。

こうした動きは、アフリカの人の健康を向上させるということを世界人類としてやっていかなければならないと各国の人が思い始めているということだ。世界政府というのが少しずつ出てきていて、あと 50 年程すると世界基金が世界政府の保健基金のような感じになるのかもしれないし、そうした長い目で見ながら世界基金や WHO の在り方を考えていかなければならない。

■ 顧みられない熱帯病

グローバルヘルスについては、セネガルにいと、乳幼児死亡率、妊産婦死亡率、エイズ、マラリア、結核以外にもかなり課題が出てきている。顧みられない熱帯病といわれているのは、エイズ、マラリア、結核以外のたとえば住血吸虫病やフィラリア症等の熱帯病だが、顧みられない熱帯病と名前を付けることによって、最近段々と顧みられるようになってきている。これもやはり引き続きやっていかなければいけないことだ。

■ 環境汚染

鉛や水銀などの環境汚染の問題もある。私がセネガルに赴任した 2008 年頃には、ダカールの郊外で、インドの会社が使い古しの車のバッテリーに入っている鉛を取り出す作業を住民に委託して行っていたところ、環境が悪いところでやってしまったので空気中に鉛が噴出してしまい、それを吸った子どもたち約 40 名が亡くなるという事件が起こった。他にも各地で色々な環境汚染や農業の問題があり、その対策をきちんとしていかなければいけない。これも保健省だけではなく色々な分野に広がる場所なので顧みられないが、日本も取り組もうとしている。

■ 慢性疾患

今も東アフリカでは大変な飢餓だということを言っており、本当にどうなのかわからないが、先進国に対してアフリカの飢餓や栄養失調が誇張されすぎているところがあるのではないかと。それと同様に、肥満による色々な疾患、メタボリックシンドロームや、糖尿病や癌、高血圧等がかなり問題になってきている。日本もアメリカもそうだが、援助としてはなかなか慢性疾患に取り組んでいけないという各国の事情もある。これは、セネガルではたとえば携帯電話のソナテルという会社が、国内のCSRとしてそうした対策をしようといったことが始まっている。また、WHOも世界全体で慢性疾患対策をしようということを言っている。こうした慢性疾患に取り組むことで、医療全体の水準が上がり、医療のシステムが上手く機能するようになるかもしれないということ、今後、これもやっていかなければならないことだと思う。

■ 精神疾患

精神疾患については、たとえばダカールを歩いていると、裸で歩いている人などを時々見かける。昔は、アフリカは家族制度がきちんとしているので、精神疾患が出た場合も家族で面倒を見るのだということ言われていたのだが、実はそうではなくて、本当におかしくなってしまった人は、家族も平気で外に出してしまうということで、そうした人が町に流れてきているという問題がかなり出てきている。どこの国の人も1%は精神疾患になるという統計があって、これもきちんと対策をしていかなければならない。セネガルは進んでいる方で、近隣諸国の人が来ているし、半官半民の精神病院もできていて、そこはお金を払って入るところにも関わらず、常に患者が満杯で、その病院の経営もかなり上手く回っているということだった。

■ 交通事故

セネガルに行かれた方はご存知だと思うが、車が増えて、道が悪く、スピードの出し過ぎについてもあまりコントロールしていない。私がセネガルに最初に行った2000年頃、レンタカーの運転手が100キロ位でとばすので、その制限時速を聞いたところ、彼は知らなかった。確かに道路を走っていても制限時速の看板が出てこず、全くそういった意識がなかった。実際に交通事故が非常に多くなっているため、制限時速を作るとか、スピードを出し過ぎている車を取り締まるとか、そうしたことをやらなければならない。これについては、ロシアが主体で近年国際会議をやっていたようだ。

■ 伝統医療

アフリカ全域に伝統医療というものがある。たとえば病院の院長も、病気になったらまず初めに伝統医療師に診てもらおうのだと言う。日本人の気功師がブラジルに住んでいて、道教医学をセネガルに広めたいと言って、ダカールの道場に空手関係の人たちを集めてセミナーを行ったことがある。気功だから、この先生は手を当てただけで治るといふようなことをおっしゃるのだが、セネガル人はそんなのは信じないのではないかと。後でダカール大学のスポーツ医学の教

授にどう思うか聞いてみた。すると、これはセネガル伝統医療と全く一緒だという。彼の義父は半身不随で、伝統医療師のところに行ったところ、その伝統医療師は手も触れないのにそれを治してしまい、帰りは歩いて帰れるようになったという。ガーナに行った時もやはり同じような反応で、気功的な医療については全くバリアがないようだった。

アフリカでは蛇に噛まれて死ぬ人がまだかなり多く、毒蛇対策会議という国際会議が今年の4月に開かれた。その前に、タンバクンダ、ケドゥグで蛇に噛まれる率が非常に高いので、そこで調査をした結果の発表の会議があり、そこに伝統医療師も呼ばれてきた。伝統医療師は、伝統医療で蛇に噛まれたときに使う生薬を使った薬を持っており、ダカル大学の教授が、その生薬の分析をしてもよいかと尋ねると、これは物によって違うからそんなに簡単に成分が出るものではないからだめだなどといって断っていた。しかも、この生薬の他に、黒い石というのがあって、蛇に噛まれたときに、噛まれたところに黒い石を貼って、おまじないをやると蛇の毒が消えるというのが、伝統医療ではかなり広い地域で行われている。その費用は日本円で7500円位するらしい。それまで、蛇に噛まれたときに抗毒素が一人分15000円位して、村人は貧乏なのでそのように高いものはなかなか買えないという話をしていた後だったので、7500円の黒い石を村人がこぞって買うというのを聞いて、伝統医療にかなりお金が回っているということが端的に分かった。実際には皆が皆7500円を払っているわけではないと思うし、払える人が払うというようなシステムで、大げさに言ったというのもあると思うが、周りの人に聞いても、たとえばコンピュータが無くなったとしてもすぐに祈禱師のところに行って、幾らかお包みをするようだ。こうした伝統医療に本当にどの位お金が回っているのかとか等ということにメスを入れていきながら、近代医療と上手く合わせてやっていくことが今後の一つ大きな課題だと思う。

■ マラリアの再流行

セネガルでマラリアが非常に減ったという話をしたが、去年の年末、雨が降り出してそこでまた流行が起きてしまった。しかも起きたのが農村部ではなくダカールの郊外で、外国人が沢山住んでいるダカールの町の中心地でも非常に流行ってしまった。だから去年は外国人でも、フランス人が二人、中国人が一人、マラリアで亡くなった。日本人もお子さんが、後に完治したが、二人位罹っている。最近、農村部よりも郊外のスラム地域の方が、医療水準が下がっている。距離的には近い位置に保健施設があるのだが、費用が高くなってしまって、医療施設に行けない人が増えているのである。それから、排水施設がないために、雨が降っても水が引かない状態がずっと続いてしまう。ダカールの郊外では、家の中に水がたまっていて、その状態が6カ月程続いてしまう。特に2009年は非常に大変だった。こうした家の中に子どもたちが住んでいるわけだが、蚊やハエなどがわいてきて、非常に不衛生で病気の原因になる。こうした対策をしなければならない。

■ 戸籍制度

セネガルでは、出生死亡婚姻届を出す制度がある。しかし、全員が届けるわけではない。出生

については届けられることがかなり増えており 80%程度になるが、死亡については医療施設に来る人が少なく、この数字自体も怪しいが、40%位しか届けられていない。そうした統計がとられないと、どういう人がどこでどうやって死んでいるかということが全くわからなくて、数字に踊らされて皆が右往左往してしまうということもあるので、全ての人が、生まれた子どもと亡くなった人について届けるようにきちんと制度を作っていくことが非常に重要だ。これについても、私がいたときに色々やろうと思ったのだが、保健省ではなくて人口局の管轄なので、間接的に協力していた。今後こういったことが重要になると思うし、南アフリカ等ではほとんど 100%届け出られるようになってきている。

5. 終わりに

■ 日本の震災対策と国際協力

東日本大震災が起こって、ODA も今年は少なくなるかどうかという話がある。やはり未曾有の災害なのでそちらにお金を使うことも重要なことではないかと思う。しかし、この地震の話がダカール郊外に住んでいる人たちにすると、よく分かっていない人が多い。よく聞いてみると、うちにテレビがなくて、津波の画像を見ていない人はやはりインパクトが弱いというのもある。更に、家の中に6カ月も水がある所に住んでいて、しかも停電は頻繁にあるし、病気や交通事故で死んだりすることもしょっちゅうで、失業もひどい。地震と全く同じ問題がそのダカール郊外でも起こっているのだ。よって、ダカール郊外でそうした状態に住んでいる人に言っても、なかなかぴんとこないという状態がある。ODA も大切なのだということもあるし、国際協力は双方向ということがあって、今回も少し遅れたがセネガル政府も日本に義援金として 2000 万円程度届けている。これまで色々なことをしていたからこういった時に支援するというのもあるかもしれないし、やはり国内の震災対策も国際協力も同じような形で取り組んでいかなければいけないと思う。

■ アフリカ人口の動向

アフリカ人口の動向として、2100 年までの推計を国連がこの間、再び出したので、ご紹介したい。2100 年には世界人口は 100 億人になると推計が出ている。アフリカは 2100 年にはなんと 35 億人になるということで、既にアフリカの人口はヨーロッパの人口を 1995 年に抜いている。東アジアは 2030 年頃にはアフリカに抜かれ、インド圏は 2060 年頃に抜かれて、アフリカがだんとつ 1 位になってしまう。これは本当に大丈夫なのかということをやはり皆が考えるわけだが、元々人類はアフリカから発祥したので、人類は 100%アフリカだった時代もあるし、35%がアフリカ人だからそれがおかしいということもないだろうし、昔マルサスが人口は指数等級的に増えるけれども、食糧生産は等比級数的に増えるので、人口は増えすぎて人が沢山死ぬだろうといった

が結局はそうならなかった。こうした事情を頭に入れて今後の世界観や世界モデル等を色々築いていかなければならない。

ダカールには、道にごろごろ寝ている人が沢山いる。元は大学教授だった人がおかしくなってしまうと、自分のことを預言者と呼んで、毎日道に寝ていて、道に詩を書いていた。他にも、オフィスの前の道路で寝ている人に、オフィスの人がそこで寝ないように文句を言うと、自分はここに25年寝ているのだから文句を言われる筋合いはない等と言っていた話もある。こうした国は冬がないので、年中外で寝ていられるわけだ。こうした人がいて、それを見守っている人がいて、彼らも一応コミュニティの一員みたいなことになっていたりして、もしかしてそうした形で幸せなのかなと思うこともある。アフリカにいて常に思うのは、経済力と幸せ度の両方を考えながら支援していかなければいけないということだ。

6. 質疑応答

Q1: 慢性疾患対策はあまり行われていないということだが、その理由をお聞きしたい。

林氏: 慢性疾患は、ドナーが援助しているのがセネガルの医療システムの30%程度を占めている。各国はやはり感染症等にお金を使うべきで、慢性症という借金病ということにもなってしまうので、それにお金を使うのはいかがなものかという論調が援助の面ではあると思う。それから、慢性疾患はとにかく新しい問題なので、これまではあまり大きな問題となつてこなかったため、意識が非常に低い。セネガルの国民自体の意識が低いということもあるし、検査をしてわかって、慢性疾患の治療だと薬も高いし治療も高いということになるので、なかなかそのお金を払えないところでどうやっていくのかというジレンマがある。ただ、これまではなかなか進まなかったため、今は非常に多くの人に関心を持ってやっているところでもあると思う。

Q2: ①セネガルに非常にお金が集まりやすいというのは、マラリアの例にもあるように結果が出やすいからではないかと感じた。そうであれば、セネガルが援助を入れた場合に結果が出やすい理由についてうかがいたい。

②グローバルヘルスの観点から、これから中長期的にニーズが高まっていくであろう専門分野があればうかがいたい。

林氏: ①セネガルの独立は1960年で、それ以降一回もクーデターをしたことがない。アフリカは本当にクーデターが頻りに起こる地域だが、セネガルは政治的に安定しており、治安もそこそこ良い。あまり勧められることではないが、私たちが夜一人で歩いても、一応安全に歩ける。それが第一の理由だ。一時、フランス語圏の西アフリカというと、象牙海岸が一番商業的に大きな所だったし、そこに大きな援助もいっていたのだが2000年頃にクーデターが起こって、それが今セネガルに集まってきた。それから、特に医療の分野では、ダカール大学というのが元々医

Millennium Promise Japan

ミレニアム・プロミス・ジャパン

学校としてフランスの植民地時代から作られていたため、今も非常に厚い研究者の層がある。そのため、他の国に比べて医療の専門家のレベルが高いというのも一つの理由だと思う。あとは、非常にフランスに近く、フランスと上手くやってきたということで、テランダの精神というのだが、おもてなしの文化というか、外国人を上手く受け入れることに非常に長けている人たちであるということも少し影響しているのではないかと思う。

②疾病分野では、たとえば鎌状赤血球という遺伝病があって、それに罹ると血液病で早く亡くなってしまいが、遺伝的に半分だけ持っているマラリアに強いという体質があり、アフリカに非常に多く分布している。このことは日本で勉強するときに遺伝学の授業等で習うのだが、私が2000年にセネガルに行った時に、セネガルで鎌状赤血球がどの位あるかと聞いても、皆あまり知らなかった。最近になって鎌状赤血球の対策をしようということで、実はすごく沢山いるという話になってきた。そうした疾患についてもまだまだ対策をしなくてはならない。また、70%位の人が貧血という、すごい割合になっている。これは腸管寄生虫を持っている人が多い等、色々な要因がある。貧血は妊産婦死亡の原因にもなるし、子どもの栄養不良、発育不良にもなって大変な問題だ。そうした部分もこれから研究や対策をしていく必要がある。よって、各分野において色々なことがまだできるし、更に保健人材や保健経済等の保健システム関係の話も本当に手つかずで、国民医療費もやっと初めて計算されたようなところなので、そうした分野についても専門家が非常に必要だ。だから本当に、どの分野でも、やればやるほど色々な結果が出てくるといふ状態だと思う。

Q3：セネガルの方は日本の援助をどのように受け止めているのか。また、日本がこの分野を進めれば一番良いのではないかとこの分野があれば教えていただきたい。

林氏：保健関係の人の話をすると、日本は80年代から保健分野の援助をしているので、昔からまじめに援助をしてくれる国だという風に認識されている。90年代は病院に対して機材を入れたりしていたが、2000年になってからは、保健システムの人材強化や、田舎の方に集中してしまっただけで、高度の病院のレベルをもっと上げることをしてほしいとか、より人口が密集している地域にやってほしいとか、そうしたことを保健関係の人からは言われる。一般の町の人はどう思っているかという点については、日本がやっているということを知っている人もいるが、顔が一緒だから、私も歩いていて中国人と言われたりする。時々、中国に対して、自分たちの商売が圧迫されるという反感や、中国のショッピングセンターを作るために自分たちが立ち退きにあうことに対する反対運動等があって、一回、ダカール等で、日本が支援をして作る病院について危機感を煽ったこともあった。それは事実無根の話だったのだが、一般の人からすれば、セネガルに日本人は今200人位いるのだが、中国人は3000人位いるという話だし、中華料理も中国のお店もすごく増えていて、中国はプレゼンスとしてはものすごくある。アフリカにいる限りでは、日中韓で一緒になって対アフリカ支援を色々やる必要があるのではないかとこれは常々思っていた。中国が反感意識を持たれているという言説は日本では少し誇張して伝えられているようなところもあるのだが、セネガルや西アフリカ全域で言われるのは、中国が来るようになってから

Millennium Promise Japan

ミレニアム・プロミス・ジャパン

セネガル人の子どもが皆クリスマスプレゼントを貰えるようになったということである。物が非常に安くなったので、人々の暮らしにもかなりプラスの影響を与えているという話は非常にしているし、援助についても、かゆいところに手が届く援助だという方もいるので、必ずしも中国脅威論を持ちだす必要もないのではないかと思う。

Q4：ヨーロッパやアメリカの援助について何か比較するようなことはあるか。

林氏：今回の地震のときに、同僚でフランス人の保健省のアドバイザーがいて、セネガル人の官房のスタッフと一緒に話をしていたときに、日本のメディアも何も話さないから大変なのではないかというのをセネガル人とフランス人と話をしていたら、セネガル人が、フランス人はひどいことを言ってあつという間に自分たちはいなくなってしまうということを言う。仕事をしているときに感じるのは、これまでフランスとは非常に近いのだが、近し憎しみみたいなところもあって、それに対するところで日本というものがあって、日本もそういった意味で頑張ってくれているという風に思われている。また、研修で日本に行ってもらったりするのだが、非常に皆さん驚く。外国はヨーロッパだ、フランスだという頭になっているときに、日本に来ると、全く違う文明圏がそこにあつて、町がとにかくきれいだし、すごくきちんと色々なことがなっている。セネガル人としては、先進国はヨーロッパだけではないのだという意味で、日本を非常に印象深く思ってくれるところがある。それと今は、アメリカ、ルクセンブルグ、ベルギー、スペイン等が、それぞれ地域を分けたり分野を変えたりして支援しているので、それについて支援の仕方が違うからどこかの国に文句を言う等ということはありません。セネガル人はどこの国はどういうやり方でやるというのをきちんとわかっていて、それでできる範囲でやろうとしているというのがある。

Q5：①日本の援助は一度批判されたこともあり、今はハードではなくてソフトに集中的に援助をしている。しかし、ジェフリー・サックス教授は、中国の援助の仕方については資源が目当てだと色々批判もあるけれども、今アフリカで一番必要な支援はインフラであるから、中国はそれをやっているの私は反対しないということをおっしゃっていた。それに関してはどうにお考えになっているか。

②日本は、今は紐付きの援助はしないようにしているので、日本のお金なのが入札できるのは中国の会社で、そうすると中国の看板等を出して、皆が、中国のお金でそこを工事してもらっているというような誤解も生じているという話も聞く。日本が今ソフトに集中的な援助を始めていくことに対して、BOP ビジネスを JICA が今支援しているのも、実は日本企業に ODA をもう少しメリットがあるようにしていかなければいけないという方向転換だという方もいらっしゃる。その辺をどのようにお考えなのか。

③グローバルヘルスの話について、スイスに世界基金の本部があつて非常にお給料が良いので皆が行きたがり、その水準で来られてしまうと他の組織は困ってしまうというような話を聞いた。

④私も 2005 年に初めてアフリカに行ったのだが、そのときにあまりにも発展していなくて、こ

Millennium Promise Japan

ミレニアム・プロミス・ジャパン

こに支援するといっても難しいのではないかと思った。その時は、セネガルの首都でも6階建のビルしかなかったような気がした。でも昨年と今年、2回続けて行ったところ、非常に発展していた。ただ、それでも世界基金が多額のお金を入れると、お金の使い方が分からなくて、現地の人々が悩んでいるというか困っているという話も聞くが、それは本当なのか。

林氏：①最近ダカールで、国立劇場を中国が作って盛大な開会式をやったのだが、そういったものがハード中心の中国の援助ということになる。日本も一時、そういう援助を行っており、たとえばエジプトのオペラ劇場等がその例である。ただ、今後、大きな建物がそんなに必要かという、段々そういうニーズも無くなっていくのではないか。日本の援助でもやはりある程度の大規模なものを作る案件自体が、段々少なくなってきている状態がある中で、中国も日本も今後考えていかなければいけない。

②紐付きでないために中国の企業がとってしまうというのは、主にコミュニティ開発無償とかそういった、今までの無償援助ではない、小さい学校を沢山作ろうとか、保健ポストを作ろうとか、そういう援助のときに、そういうことが起こるという話を聞く。今までの無償援助というのは10億円とかかなり大きな建物をごっそりということになっていたもので、そういったものの自体の需要が今後あるのかどうかという中で、無償資金援助の制度自体も今後考えていかなければならないのではないかと。また、それを考えて行く中で、コミュニティ開発無償で紐付きではないものを行ったが、たとえば規模を小さくして紐付きにすることもやってよいのではないかと。今はDACの縛りがあるのだが、もう少し方針があればそれでいい話だと思うし、紐を付けていても、現地の建設会社に下請けに入ってもらってやるわけなので、かなり現地に落ちることになる。だから逆に、現地に落ちるのは紐付きの方が高いのではないかという意見もあったりする。よって、これについてはもっと考えていったらよいのではないかと。ソフトを多くするというのも、もちろんそうだと思うし、そうしたところで世界基金に大きくお金をつけているということがまずそのソフト転換の一つなのだろうと思う。プロジェクトという形で人を送って技術移転をする形から、ある程度のファンドのような形を入れて、これをセネガルの保健省の予算として使っていくとか、そうした形の支援は今後どんどん増えてくると思う。ただ、そういった形でお金をやると、きちんと見ていないと必ず無くなってしまふ。だから、それをきちんと、現地でコミュニケーションを取りながら管理をできる人材というのが、これから日本人に対して非常に求められているところだと思う。

③アフリカの国内で世界基金のプロジェクトがお金を多額に払うという話で、ジュネーブの本部でもやはり給料が他に比べて一番高いという点については、50年後を見据えてジュネーブレベルでどのように今後WHOとの関係をやっていくのかというのは非常にチャレンジングな課題だと思う。各国のレベルで汚職というのもあるし、ジュネーブレベルでも少しそのような話を聞かないわけでもない。しかも2007年の金融危機により財政難もあると思う。ただ、2003年から世界基金を初めて、段々やっていくといろんな問題が出てくる。援助にしても政策にしても問題ゼロの活動というのはありえないので、そういった問題が出てきて、それに対して皆が納得する形で修正していくというのをやっていかなければならない。給料が高いという話も最近になって出

てきた話なので、それを皆が言い始めるとまたそれに対して対応して、もしかして、給料を一律にしようという話になるかもしれない。そういったところを、NPOが見ながら物申していくことは非常に重要だと思う。

④多額のお金の使い方が分からないのではないかとことでは、世界基金の場合は、非常に細かく内容を詰めて出すので、一度通るとそれをこなしていだけなのだが、要請書を出すのが非常に難しいので、その部分を日本の人も手伝うことになっている。それ以外に、一般財政支援等でドナーのお金がセネガル政府の予算としてきたものがどこかで消えてなくなってしまったとか、それを計画して上手く使えないので、消化能力が悪いというのは、既に言われている話であり本当にそういう状態だ。今、セネガルでマネジメントのプロジェクトというのが始まっている。これは、予算計画を事前にきちんと立てるところと一緒にやっというプロジェクトである。一時は、医療技術を教えるため等で技術協力が始まっていたのだが、そういった専門的なことよりは、マネジメントをいかに強化するかということに今、技術協力がシフトしてきているところだ。そういうものは皆やっというところをいけばどんどん進んでいくので、長い目でみて、5年10年すれば、もっと皆さん上手くできるだろうと思う。たとえばパソコンも、2000年に行ったときは皆がポータブルのパソコンを持っているなんて全然考えられなかった。しかし今は特にドクターレベルだが、皆そういうものを持って、ワード、エクセルを使っている。オフィスにインターネット接続があったらそれでメールのアカウントを無料でとって、それでやりとりするので、10年前と比べると隔世の感がある。そういう意味では、マネジメントも、そこにマネージしなければいけないお金が来て、特に若い人を中心に研修していけば、これから本当に能力開発が進んでいくだろうと思う。

Q5: 妊産婦死亡率について、国連が計算したものと国が計算したもので何故値が違うのか。また、そもそも死亡登記がそんなにとれていないのに、出てきた妊産婦死亡率はどの程度信用できるのか。

林氏: 国連は、この国はこの位年齢別に死亡しているだろうというモデル生命表というものを持っていて、妊産婦死亡率もそのモデル生命表で妊産婦の女性の死亡率に、そのうち何パーセント位かは出産によるものであるということで、そこから980という数字を出している。よって、モデル生命表をセネガル用に作る時には、最初に乳児死亡率などを入れるが、それから後は、そういった数理計算によって求められている。国連の統計ではシエラレオネは2100と初めは出たが、歴史人口を見ると、たとえばスウェーデンの17世紀18世紀でも妊産婦死亡率はどんなに高くなっても1%程度であり、10万対1000位になる。出産は病気ではないので、それで2%も死んでしまうような社会があったらそれは人類として成り立っていかない。だからシエラレオネで2000とはじき出してしまったということは、コンピュータの中だけでやっていたというところが見え隠れすると私は思っている。それに対して、各国では標本調査を行っている。保健人口調査というのを各国で行っており、セネガルの場合には約6000世帯を選んで、8000人程の女性に対して、聞いていく。妊産婦死亡のところでは、あなたの姉妹で過去に亡くなった人は何人い

Millennium Promise Japan

ミレニアム・プロミス・ジャパン

るか、それは何歳位か、出産に関係しているか、というのを聞いていって推計するというやり方だ。最初は WHO も、その標本調査のデータは過小評価すぎるといって、DHS の人口調査の結果を取り入れなかったが、最終的には少し政治的かもしれないが、各国の過小評価かもしれない妊産婦死亡率を取ったということになる。それがどのくらい信頼できるかというのは、標本調査なので、誤差は計算しており、401 のところ 300 から 600 とか、そういう幅で 95% の信頼率でその位の幅になるだろうという話はしている。とにかくやはり非常に誤差のある数字なので、これをミレニアム開発目標に入れるのがそもそもの間違いだったという議論もある。だが、やはり何かを出さないと、目標には掲げにくいので、それは妥協の産物だったのだろうと言われている。だから、あまり数に右往左往させられないように、こちらも見目を持っておくことが大切だと思う。

以上