

子どもの生存とマラリア対策のための 国際保健への取組み

勝間 靖[†]

Global Health Initiatives for Child Survival and Malaria Control

Yasushi Katsuma

The annual number of child deaths dropped from 20 million in 1960 to 10 million in 2006. The most recent available data show that 9.21 million children under five died in 2007. In spite of this remarkable advance in child survival at the global level, children in developing countries still struggle to survive the first 5 years. Out of the 9.21 million children died in 2007, 9.11 million deaths occurred in developing countries. Almost half of them, or 4.48 million, were in sub-Saharan Africa. Pneumonia, diarrhoeal diseases, malaria, AIDS and measles are leading causes of under-five mortality, after the neonatal period. About 90% of deaths caused by malaria and AIDS are found in sub-Saharan Africa.

More than 2,000 children under-five die from malaria daily in sub-Saharan Africa. One of the basic interventions to prevent malaria is to encourage children to sleep under an insecticide-treated net (ITN). However, it is reported that only less than 10% of children sleep under an ITN in the region. In addition, the conventional ITNs are not re-treated periodically to be effective.

In this context, the Roll Back Malaria partnership has developed a global health policy framework to scale up the coverage of Long-Lasting Insecticidal Nets (LLINs) that require no further treatment during its expected life span (average 5 years). The global production of LLINs more than tripled from 30 million nets in 2004 to over 100 million nets in 2008, through various public-private partnerships. Such a global health initiative for child survival contributes to the Millennium Development Goals, by developing a global partnership for development, combating malaria and reducing child mortality.

はじめに

途上国において1日あたり1ドル(正確には2005年における1.25米ドル相当)未満で生活を強いられる人の数は、1990年に約18億人だったのが、2005年には約14億人へと減った(United Nations 2009)。とくに東アジアにおいては、中国の急速な経済成長のおかげもあり、約4億7500万人の人びとが極度の貧困から抜け出したと報告されている。

ところが、サハラ砂漠以南のアフリカ(サブサハラ・アフリカ)をみると、極度の貧困におかれた人の数は、むしろ1億人増えている。もっとも、人口比については多少の改善がみられ、1990年の約

[†] 早稲田大学大学院アジア太平洋研究科(国際関係学専攻)教授
Professor, International Studies Program, Graduate School of Asia-Pacific Studies, Waseda University

57% から、2005 年の 51% へと貧困者の割合は減っている。しかし、それでも、いまだに半分以上のアフリカの人びとが貧困にあえいでいるのが現状である。

ところで、所得が 1 日あたり 1 ドル未満しかないというのは、「貧困」という概念の一側面に過ぎない。貧困の別の側面として、飢餓に苦しまされ、栄養状態が悪い、ということもある。また、生まれてきた子どもが、紛争や病気などに脅かされ、生き延びることが難しい、という状態も貧しさである。さらに、質の良い教育を受ける機会がない、ということも貧困の一形態であろう。このように、「貧困」という概念は多面的である。前者の所得貧困を「絶対的貧困」、後者の生存・発達・参加・保護といった人間開発の機会が剥奪された状況については「相対的貧困」として区別することもある。

本稿では、「相対的貧困」の問題の 1 つである、子どもの生存と健康に焦点を絞って、議論を進める。そのなかで、とくにマラリアの問題を取り上げ、その解決へ向けたパートナーシップについて詳しく見ていくことにする。

まず確認しておきたいのだが、なぜ子どもの生存と健康が重要なのだろうか。ここでは、人権・経済・社会の 3 つの側面から簡単に整理しておきたい。まず第 1 に、「健康への権利」という人権の視点である。『世界人権宣言』（1948 年）には、「すべての人は、……医療により、自己及び家族の健康及び福祉に十分な生活水準を保持する権利を有する」と書かれている。そして、その 20 数年後、『経済的、社会的及び文化的権利に関する国際規約（略称：社会権規約）』（1966 年）は、「到達可能な最高水準の身体的及び精神的健康を享受する権利」を認めたのである。これが、国際的な規範としての「健康への権利」である。

この「健康への権利」という人権概念は、ほとんどすべての国が締約国となっている『子どもの権利条約』（1989 年）においても、その第 24 条のなかで反映されている。そして、締約国は、「幼児及び児童の死亡率を低下させること」や「基礎的な保健の発展に重点を置いて必要な医療及び保健をすべての児童に提供すること……」が国際的に義務づけられているのである。

第 2 に、子どもの生存や健康に「投資」することは、経済的な観点からみても効率的だと指摘されている。たとえば、世界銀行によると、公衆衛生を改善するうえで、子どもへの予防接種とビタミン A 補給は、最も費用対効果が高いという。つまり、ビタミン A 不足を改善することは、ジフテリア、百日咳、破傷風、ポリオ、はしか、結核、B 型肝炎、ヘモフィルス・インフルエンザ b 型菌（略称は Hib）に対する子どもの抵抗力を高め、5 歳未満児死亡率を低下させることができるのである（ユニセフ 2009）。こうした、子どもを対象とした予防のための保健ケアにかかる費用は、病気が広がってからの治療などの費用よりも低いと言われており、その社会の人びとの健康を改善するうえで高い効果を期待することができるのである。

第 3 は、社会における人口問題との関係である。子どもの生存と健康を改善することにより、よりバランスのとれた人口動態を促進することができると言われており、つまり、子どもが生存する可能性が高まると、親たちは、産む子どもの数を減らしていく。そして、今いる子どもたちに対して、より良いケアを与えるようになる。また、限られた予算をもつ政府としても、子ども 1 人あたりに投資できる金額も増えるのである。

1. アフリカにおける子どもの生存

5歳の誕生日を迎えることなく命を失う子どもの数は、1960年には約2000万人だったと推定されるが、2006年にはじめて1000万人を割った。さらに、2007年のデータによると、5歳未満児の年間死亡数は、世界全体において1年で921万人だったとされており、子どもの生存について顕著な前進がみられる。しかし、その反面、途上国の子どもにとって、最初の5年間を生き延びることはいまだに簡単でない。なぜなら、その921万人のうち、約911万人は途上国で発生したと推定されるからである。そして、さらに、その半数近い約448万人はサブサハラ・アフリカであったことは注目される (UNICEF 2009)。

出生時から満5歳に達するまでに死亡する確率を、5歳未満児死亡率と呼んでいる。先進工業国では出生1000人あたり6人だけなのに、途上国では74人である。さらに、途上国のなかでも、サブサハラ・アフリカをみると、145人と突出している (United Nations 2009)。

それでは、どのような理由で5歳の誕生日を迎えることが難しいのだろうか。5歳未満児の死亡の約40%は、合併症を起因として、生後1カ月以内の新生児期に発生している。次に、新生児期以降においては、肺炎(19%)、下痢性疾患(17%)、マラリア(8%)、はしか(4%)、エイズ(3%)が主たる死因となっている (国連児童基金 2008)。予防可能な病気によって、命を奪われている子どもが多いことが分かる。

なかでも、肺炎は、世界のどの地域においても、最も多くの子どもの命を奪う病気となっている。肺炎に共通してみられる症状は速い呼吸・咳・熱・悪寒・頭痛などであるが、乳幼児が重篤な肺炎にかかったときには、けいれん・体温低下・倦怠感・摂取困難なども起こりうる。子どもの肺炎を予防するためには、適切な栄養の摂取や屋内の空気の浄化といった生活環境面での改善に加えて、肺炎を直接に引き起こす感染症（たとえば、Hib）を予防するワクチン接種、合併症として肺炎を引き起こす可能性のある感染症（はしかや百日咳など）を予防するワクチン接種などが進められなければならない。肺炎にかかった子どもへの処置については、細菌（肺炎連鎖球菌や Hib）が原因である場合が多いことから、比較的安価な抗生物質を使った治療も可能である。しかし、肺炎にかかったと思われるにも関わらず、その子どもに適切な保健ケアを受けさせようとしない家族も多く、治療へのアクセスがこれからの課題となっている。

次に、下痢性疾患であるが、肺炎に次ぐ高い割合で、5歳未満の子どもの死亡原因となっている。下痢性疾患が効果的に予防されていない1つの理由は、安全な飲み水を利用できない人が多く存在することである。途上国では、5人に1人が安全でない水を飲んでいる。もう1つの理由は、適切な衛生設備（トイレ）が使われていないことである。トイレについては、途上国の約半数の人びとが適切に使っていないと報告されている。そして最後に、衛生習慣の欠如があげられる。例えば、手洗いの習慣などが十分に根づいていないことが例として考えられる。このことから、健康教育を進めていくことの重要性が指摘される (勝間 2008)。

アフリカにおける5歳未満の子どもの死因は、途上国全体の平均と比べると、マラリアとエイズが多くなっている。肺炎(21%)と下痢性疾患(16%)が上位なのは変わらないが、アフリカにおけるマラリア(16%)の割合は途上国全体の2倍となっている。エイズについては5%となっており、途上国全体の平

均よりも比率が高くなっている (WHO 2009)。実際、途上国でのマラリアとエイズによる子どもの死のうち 90% は、サブサハラ・アフリカで発生しているのである (UNICEF 2008)。

世界において、HIV (ヒト免疫不全ウイルス) とともに生きる 15 歳未満の子どもは 230 万人いると報告されているが、そのほとんどは母子感染によるものである。HIV に感染している妊産婦が何の対策もとらない場合、35% の確率で、妊娠中・出産時・母乳育児中のいずれかにおいて、HIV を子どもに感染させてしまう可能性がある。そして、230 万人の HIV とともに生きる子どものうち、200 万人はサブサハラ・アフリカに集中している (国連児童基金 2008)。

こうした HIV の母子感染を予防するうえで、抗レトロウィルス薬による治療はかなり効果的である。しかし、HIV 陽性の妊婦のうち、生まれてくる子どもに HIV を感染させないための治療サービスを受けている女性は、低所得および中所得の国全体で、2005 年には 11% に過ぎなかった。それが、2006 年には 20% を超えるようになり、改善がみられている。

サブサハラ・アフリカをみると、地域内における格差が顕著である。東部および南部のアフリカにおいて、HIV 陽性の妊婦のうち抗レトロウィルス薬による治療を受ける女性の割合は、2006 年に 30% を超えるようになり、大幅な進展がみられる。それに対して、西・中央アフリカにおいては、ようやく 5% を超えるようになったばかりである (UNICEF 2009)。同じアフリカといっても、地域内におけるサブ地域間の格差や、国による状況の違いにも注目していく必要があることを示している。

マラリアは、1 年あたり 100 万人以上の命を奪っているが、その 8 割が 5 歳未満の子どもが占めている。また、妊産婦と胎児はマラリアの影響を受けやすいため、生まれてくる新生児の低体重・貧血・死亡の主要な原因ともなっている。

マラリアによる子どもの死の 90% がサブサハラ・アフリカで発生しているのにも関わらず、これまで十分な対策がとられてこなかった。その結果、サブサハラ・アフリカだけで、毎日 2000 人以上の 5 歳未満児がマラリアで命を落としているような事態が発生している。また、死に至らなくても、精神的・身体的な発達が遅れる場合もある。

以下では、これまで国際社会において忘れられてきたマラリアの問題を事例として、アフリカの子どもの生存と健康をめぐる課題をみていきたい。まずは、これまで国際社会が、子どもの生存と健康について、どのように取り組んできたか、とくに 2000 年以降の 10 年間を中心としながら、ここで振り返っておきたい。

2. ミレニアム開発目標と子どもの健康

(1) 国際的に合意された開発目標

子どもの生存と健康を改善するために、人間開発のための目標と、それを実現するための具体的な活動が必要となってくる。国際保健の分野で、まず重要なのは『アルマ・アタ宣言』である。1978 年に、当時のソビエト連邦のアルマ・アタ (現在はカザフスタン共和国のアルマティ) において、「プライマリ・ヘルス・ケアに関する国際会議」が世界保健機関 (World Health Organization; WHO) と国連児童基金 (United Nations Children's Fund; ユニセフ) の共催で開かれた。この会議において、「すべての

人びとに健康を」という国際目標が掲げられ、それを2000年までに達成するという野心的な宣言が採択された。プライマリ・ヘルス・ケアの基本的な活動領域として、健康教育、環境衛生、コミュニティに住む保健普及員の採用、母子保健、風土病対策、一般の疾患への対策、必須医薬品、栄養改善の8項目があげられた(梅内2005)。

その後、1990年以降の国連開発の潮流をみると、国際開発目標とも呼ばれる合意が形成されてきた。たとえば、1990年の「子どものための世界サミット」における採択文書は、『子どもの権利条約』の実現へ向けて、2000年を年限として達成しようとした開発目標であった(勝間2007)。また、1995年にコペンハーゲンで開催された「世界社会開発サミット」においては、保健や教育といった基礎的な社会サービスを重視することが提案されており、人間開発へ向けた予算を増やすべきと論じられた。

さらに、援助を供与する側にある先進国の間では、とくに経済協力開発機構(Organization for Economic Co-operation and Development; OECD)の開発援助委員会(Development Assistance Committee; DAC)を舞台として、新たな開発援助のあり方が議論されてきた。その結果として発表された『DAC新開発戦略』(1996年)は、1990年の「子どものための世界サミット」目標を含めて、すでに国際的に合意のみられた開発目標を統合させながら、開発援助の新たな方向性を打ち出したものであった。

こうした潮流のなかで、2000年9月の国連ミレニアム総会において『国連ミレニアム宣言』が採択されたのである。この宣言は、21世紀を迎えようとするなか、国連加盟国の国家元首および政府首脳が「平和、安全保障、軍縮」「開発と貧困」「環境の保護」「人権、民主主義、よい統治」「弱者の保護」「アフリカのニーズへの対応」「国連の強化」などについて新たな決意を表明したものである。

なかでも、「開発と貧困」「アフリカのニーズへの対応」「環境の保護」などとの関連において、「ミレニアム開発目標(Millennium Development Goals; MDGs)」が設定され、2015年までに国際社会が達成すべき目標となっている。具体的には、「極度の貧困と飢餓の軽減」「初等教育の完全普及」「ジェンダー平等と女性の地位向上」「乳幼児死亡の削減」「妊産婦の健康の改善」「HIV/エイズ、マラリアなどの疾病の蔓延防止」「環境の持続可能性の確保」「開発のためのグローバル・パートナーシップの推進」が開発目標として含まれている。

多くの開発目標において、『DAC新開発戦略』は「ミレニアム開発目標」をすでに先取りしていたことが見て取れる。それでもなお、フランスのパリにおいて援助国のみをあいで合意されたOECDの援助政策としての『DAC新開発戦略』が、ニューヨークの国連総会という舞台に持ち込まれ、そこで援助国だけでなく被援助国を含む国連加盟国すべてにとって共通した途上国開発のための政策として、「ミレニアム開発目標」へと発展したことの意義は大きいといえる。

(2) 人間開発としての子どもの健康

「ミレニアム開発目標」のうち、目標4「乳幼児死亡の削減」と目標6「HIV/エイズ、マラリアなどの疾病の蔓延防止」は、直接的に子どもの健康と関連した目標である。しかし、目標の下位にある、より具体的に達成すべき「ターゲット」や、その進捗を測る「指標」をみていくと、他の目標のなかにも保健に関連した内容が含まれることが分かる。

ミレニアム開発目標における子どもの健康

目 標	保健に関連したターゲット	保健に関連した指標
目標 1: 極度の貧困と飢餓 の軽減	1990 年と比較して、飢餓に苦しむ人口の割合を、2015 年までに半減させる。	低体重の 5 歳未満児の割合
目標 4: 乳幼児死亡の削減	1990 年と比較して、5 歳未満児の死亡率を、2015 年までに 3 分の 1 に削減させる。	5 歳未満児の死亡率 乳児の死亡率 はしかの予防接種を受けた 1 歳児の割合
目標 6: HIV/エイズ、マ ラリアなどの疾病 の蔓延防止	HIV/エイズの蔓延を、2015 年までに阻止し、その後減少させる。 マラリアおよびその他の主要な疾病の蔓延を、2015 年までに阻止し、その後減少させる。	15~24 歳の妊婦の HIV 感染率 10~14 歳のうち、エイズ孤児でない子どもの出席率に対する、エイズ孤児の出席率の比率 マラリアの罹患率と死亡率 マラリア汚染地域において、5 歳未満児のうち、殺虫加工された蚊帳の下で寝ている割合 マラリア汚染地域において、発熱した 5 歳未満児のうち、適切な抗マラリア薬で治療を受けた割合 結核の罹患率と死亡率 直接監視下短期化学療法 (DOTS) のもとで発見・治療された結核患者の割合
目標 7: 環境の持続可能性 の確保	2015 年までに、安全な飲料水と基礎的な衛生設備を継続的に利用できない人びとの割合を半減させる。	改善された水源を継続して利用できる人口の割合 改善された衛生設備 (トイレ) 利用できる人口の割合
目標 8: 開発のためのグ ローバル・パート ナーシップの推進	製薬会社と協力し、開発途上国において、人びとが必須の医薬品を安価に入手・利用できるようにする。	安価な必須医薬品を継続的に入手できる人口の割合

出典：WHO (2005), p. 11 の表をもとに筆者が加工して作成

たとえば、目標 1 においては、5 歳未満の子どもの栄養状態が指標として含められている。そして、目標 7 では、安全な飲料水と基礎的な衛生設備がターゲットとされている。また、目標 8 のなかでは、安価な必須医薬品について、ターゲットが設定されているのである。

サブサハラ・アフリカにおいて、5 歳未満児の死亡率をいずれ引き下げられると思われる活動については、一定の進展がみられている。特筆すべきこととして、はしかの予防接種を少なくとも 1 回は受けた 1 歳児の割合は、アフリカにおいて、1990 年に 55% だったのが、2007 年には 73% へと大幅に増えた (United Nations 2009)。また、のちに詳しく述べるように、マラリア予防のための蚊帳の普及についても、着実に進んでいる。

しかし、サブサハラ・アフリカにおける 5 歳未満児の死亡率そのものをみると、1990 年に 183 だったのが、2006 年には 145 へと減っているだけである。183 の 3 分の 1 に相当する 61 にまで到達する道はまだ遠い。そして、「ミレニアム開発目標」で設定されている 2015 年の期限までに達成することは困難だという見方が有力である。

(3) アフリカへ開発資金を調達する仕組み

サブサハラ・アフリカが直面する困難の大きさから、2007年、潘基文国連事務総長は、「ミレニアム開発目標」アフリカ運営グループを設置した。そのメンバーは、イスラム開発銀行総裁、欧州委員会委員長、国連開発グループ議長、国際通貨基金専務理事、アフリカ開発銀行総裁、アフリカ連合委員会議長、世界銀行総裁である。

このアフリカ運営グループの活動内容としては、まず第1に、保健、教育、農業と食料安全保障、インフラ、統計システムに関するコミットメントの効果的な実施メカニズムがあげられている。さらに、『援助効果向上に関するパリ宣言』に沿った、援助の予測可能性の改善がある。そして、「ミレニアム開発目標」達成を目指す国家戦略を実施するための、途上国政府の能力を強化することが強調されている。

もちろん、途上国の自助努力は大切であるが、それには限界があるため、いわゆる先進国による開発援助が不可欠とされる。「ミレニアム開発目標」の達成へ向けた活動を、とくにサブサハラ・アフリカにおいて加速化していくためには、さらなる追加的な開発資金が必要とされる。メキシコのモントレーで開催された「国連開発資金会議」とそこで採択された『モントレー合意』(2002年)を経て、2005年の世界サミットにおいては、「2015年までに政府開発援助(Official Development Assistance; ODA)の対国民総所得(Gross National Income; GNI)比0.7%目標の達成、そして2010年まで少なくとも対GNI比0.5%目標の達成」という合意が確認されている。また、2005年の主要8カ国首脳会議(G8サミット)において、アフリカへのODAを2010年までに倍増することも公約されている。

日本についても、2005年4月にアジア・アフリカ(A・A)首脳会議およびバンドン会議50周年記念行事に参加した小泉純一郎首相(当時)がアフリカへのODA倍増を表明し、注目を浴びた。さらに、2008年、日本において、アフリカ開発会議(Tokyo International Conference on African Development; TICAD)とG8サミットが開かれ、「ミレニアム開発目標」に関連した議論が盛り上がった。

TICADは、日本政府の主導のもと、国連と世界銀行との共催で、アフリカ首脳を東京に招き、1993年に初めて開催された。当初は5年ごとに日本で開催する首脳会議そのものが重視されたが、その後、アフリカ開発について継続的に議論する過程としてTICADプロセスと呼ばれるようになっていく。1998年に第2回アフリカ開発会議(TICAD II)、2001年にTICAD閣僚レベル会合、2003年に第3回アフリカ開発会議(TICAD III)、2004年にTICAD「アジア・アフリカ貿易投資」会議、2006年にTICAD「平和の定着」会議(エチオピア)、2007年にTICAD「持続可能な開発のための環境とエネルギー」閣僚会議(ケニア)が開催されている。

2008年5月に横浜で開催された第4回アフリカ開発会議(TICAD IV)は、第1回会議から15年目にあたるが、重点項目として、成長の加速化、「人間の安全保障」の確立、環境・気候変動問題への対処の3点が取り上げられた。このうち、2点目の「人間の安全保障」の確立と関連して、「ミレニアム開発目標」の達成をいかに支援できるかが議論された。

また、TICAD IVの会場では、アフリカでの医学研究・医療活動に顕著な功績をあげた人びとを顕彰する、野口英世アフリカ賞の第1回授賞式も行われた。受賞者の1人は、ロンドン衛生熱帯医学校のブライアン・グリーンウッド教授で、アフリカの現場に密着しながら、アフリカ人研究者とともに、先駆

的なマラリア研究を30年以上にわたって行ってきたことが高く評価された。もう1人の受賞者は、ケニア国家エイズ対策委員会のミリアム・ウェレ委員長で、コミュニティをベースとした保健ケア・サービスを40年にわたって実践してきた。こうしたアフリカに根差した保健活動に光が当てられ、「ミレニアム開発目標」のなかでも国際保健分野に注目が集まった。

そして、TICAD IVの5週間後の7月には、北海道の洞爺湖においてG8サミットが開催された。ここでは、環境・気候変動、開発・アフリカ、世界経済、核不拡散などの課題が議論された。日本としては、8年ぶりにG8サミットの議長国となった訳だが、前回の2000年九州・沖縄G8サミットでは「沖縄感染症対策イニシアティブ」が提唱されたことを思い起こされる(兵藤・勝間2009)。「沖縄から洞爺湖へ」という流れのなかで、北海道洞爺湖G8サミットは、「ミレニアム開発目標」への貢献をアピールするために、改めて国際保健を強調する好機であった(Katsuma 2008; Takemi, *et al.* 2008)。とくに、開発とアフリカに関しては、TICAD IVでの成果を踏まえながら、「ミレニアム開発目標」へ向けて、「国際保健に関する洞爺湖行動指針」が採択されたことは注目された。そのなかで、具体的には、1億張りの長期残効型の殺虫蚊帳をアフリカへの供与することについても国際公約された。

3. マラリア対策のための国際的な取組み

マラリアとは、ハマダラカ属の蚊によって媒介される寄生虫疾患である。2006年には1.9億~3.3億人の人びとがマラリアに罹ったと推定されている。マラリア患者のうち1億人が命を失っているが、その90%はサブサハラ・アフリカで起こっている。そして、そのほとんどが5歳未満の子どもである。

マラリアは、貧しい人びとが患者となることが多いので、貧困の結果として捉えられることが多いが、それと同時に、貧困の原因でもある。マクロ的な視点から見れば、アフリカはマラリアによって毎年120億米ドル相当の国内総生産を損失しているという推定もある。

また、ミクロの視点から見ても、マラリア患者をもつ世帯は、限られた所得から治療費を捻出さなくてはならず、貧しさから抜け出すことが難しい。さらに、マラリアで苦しむ子どもは、学習に集中できない状態に置かれ、教育を受ける機会を失う傾向にある。その結果、次世代へと貧困が引き継がれる悪循環が起こる。したがって、人権の保障という観点から子どもや妊産婦の健康を改善するというだけでなく、アフリカにおける貧困問題へ取り組むという視点からも、マラリアへの対策が不可欠なのである。

こうした観点から、従来まで十分な対策がとられてこなかったマラリアについての国際協力を強化するイニシアティブがとられた。1998年に、WHO、ユニセフ、国連開発計画、世界銀行といった国際機関が中心となって、「ロールバック・マラリア(Roll Back Malaria; RBM)」パートナーシップという、マラリア対策を協調して実施するための国際的な枠組みが形成された。マラリアに悩まされる国だけでなく、先進工業国の援助実施機関、国際機関、民間企業、NGOやコミュニティ組織、財団、調査・研究機関など500以上のパートナーによって構成されている。そして、マラリア対策についてパートナーの合意を形成したうえで、行動を呼びかけ、資金を動員しようとするのである。

アフリカの政府首脳によるイニシアティブとして、2000年4月にナイジェリアのアブジャで開催された「ロールバック・マラリアに関するアフリカ首脳会議」がある。そこでは、アフリカでのマラリア

による死亡率を2010年までに半減させようという、『アブジャ宣言』が採択された。アフリカのリーダーによる『アブジャ宣言』の精神は、その数カ月後にニューヨークで開催された国連ミレニアム総会に引き継がれ、「ミレニアム開発目標」の目標6へと繋がっていったことになる。

『アブジャ宣言』の達成へ向けては、たとえば、妊産婦と5歳未満児を対象とした殺虫加工された蚊帳の普及率を、2005年までに60%へ引き上げることがターゲットとされた。しかし、達成した国はわずか（マラウィ、ザンビアなど）であった。サブサハラ・アフリカ全体において、殺虫加工された蚊帳の下で寝ている5歳未満児の比率は依然として10%以下と低かったため、蚊帳の普及のためのパートナーシップをより強化する必要性があったのである。

こうしたなか、近年のマラリアへの関心の高まりを背景として、アフリカ連合や国連事務総長などの呼びかけによって、より野心的な「グローバル・マラリア行動計画」が2008年に策定された。そこでは、2000年から2010年までにマラリアによる死を半減させることに加え、2015年までにマラリア患者を4分の3減らすことと、予防可能な死を限りなくゼロにすることがターゲットとして掲げられた。

さらに、こうした目標を達成するための保健戦略については、より根拠に基づく戦略づくりが求められており、マラリアに関する調査・研究についても国際協力が必要とされている。1997年に設立された「マラリアに関する多国間イニシアティブ」は、そうしたマラリア研究の国際的なネットワークである。2009年11月には、ケニアのナイロビにおいて、第5回「マラリアに関する多国間イニシアティブ」アフリカ会議が開催された。

HIV／エイズがアフリカだけでなく先進工業国にも直接的に影響を及ぼしていることもあってか、先進工業国の政府や民間企業はHIV／エイズ分野に対して多大な投資を行ってきた。それに対して、マラリアについては十分な資金が調達されてこなかった。

こうしたなか、2000年九州・沖縄G8サミットでの議論を踏まえて、2002年に新たに設立されたのが、「世界エイズ・結核・マラリア対策基金（通称は世界基金）」である。エイズ、結核、マラリアという三大感染症の対策のための資金調達を行う基金であるが、政府だけでなく、民間企業、NGO、財団、感染者団体などの協議に基づいて意思決定される点で、新しいタイプの国際機関だと言える。

この世界基金の誕生によって、マラリア対策のための資金調達額が大幅に増えることになった。RBMパートナーシップの推定によると、マラリア対策のための資金は、2004年の約250億円から、2007年には700億円と3倍以上になったが、さらに2008年には1100億円まで達したとされる。もちろん世界基金だけでなく、世界銀行のほか、米国や日本などがマラリア対策への資金協力を大幅に増やした結果である。

こうした、マラリア対策のための資金の増加に伴い、これまで十分にアフリカで使われてこなかった蚊帳を普及するためのパートナーシップが強化されていった。

4. 蚊帳の普及のためのパートナーシップ

RBMパートナーシップでは、殺虫加工された蚊帳 (Insecticide-Treated Nets; ITNs) の普及を奨励している。なぜなら、ITNsの使用は、従来の蚊帳と比較して、マラリアによる子どもの死亡率を20%下

げると推定されているからである。しかし、2000年前後のサブサハラ・アフリカでは、ITNsの普及率は非常に低かった。「ミレニアム開発目標」の目標6の指標の1つが、「マラリア汚染地域において、5歳未満児のうち、殺虫加工された蚊帳の下で寝ている割合」となっているが、2000年頃は10%未満の国がほとんどであった。例外は、サントメ・プリンシペ(23%)とガンビア(15%)くらいであった。したがって、ITNsの普及が重要な課題であった(WHO 2008)。

もう1つの課題は、ITNsの定期的な再処理であった。マラリア予防については、ロールバック・マラリアの政策に沿って、殺虫加工された蚊帳であるITNsが普及されてきたのだが、定期的に殺虫剤で再処理しなければ殺虫効果が薄れてしまう。したがって、水の入ったバケツのなかで、あらかじめ配布された殺虫成分の錠剤を溶かして、そこにITNsを浸けたのち乾かす、という再処理を6カ月おきくらいにする作業が求められる。しかし、その情報が十分に伝わっていないのか、伝わっていてもその必要性を感じていないのか、実際に再処理する家族は少ないという残念な現状である。

そうしたなか、定期的な再処理を必要としない殺虫蚊帳が登場したのである。つまり、民間企業による技術革新によって、長期残効型の殺虫蚊帳(Long-Lasting Insecticidal Nets; LLINs)と呼ばれる新しいタイプの蚊帳が誕生した。LLINsは、定期的に殺虫剤で再処理しなくても、5年ほどにわたって高い殺虫効果が持続する蚊帳である。WHOによって最初に承認されたLLINsは、(株)住友化学が開発した「オリセット(Olyset)」蚊帳であった。その3年後の2003年末には、デンマークのVestergaard Frandsenという企業の「PermaNet 2.0」がWHOの承認を受けた(Katsuma 2006)。

再処理の手間や費用がかからないため、ロールバック・マラリアはLLINsを奨励するようになった。LLINsの単価はITNsのそれよりも高いが、再処理にかかる費用も加味すると、5年間使用した場合の年平均費用はLLINsの方が安価となる。生産の拡大が進むにつれて、LLINsの単価も下がっており、徐々に再処理を必要とするITNsにとって代わることが期待されている(Millennium Project 2005)。

LLINsの生産拡大において、コペンハーゲンにあるユニセフ物資調達部は大きな役割を果たしてきた。ユニセフが大量に一括購入することを見込んで、途上国の民間繊維工場はLLINsの製造に関心を持つ。そして、そこへ原料を提供する住友化学は、その工場への技術移転に協力することが期待できるからである。近年には、世界基金も加わり、LLINsの需要が大幅に伸び、生産が飛躍的に拡大してきた。2004年に3000万張りだったのが、2006年には6300万張りとは倍増したのち、2008年には1億張りを超えたと推定されている(UNICEF, Roll Back Malaria Partnership, Global Fund 2009)。

LLINsの市場が発展し、生産数が増えることによって、単価が下がり、その結果として、アフリカの一般の人びとが入手可能になることが将来的には望ましいであろう。しかし現時点では、潜在的な需要と供給を媒介する市場が十分に形成されておらず、途上国による努力に加えて、国際機関による調達のための協力が重要だと考えられる。そして、そのためには先進工業国からの資金協力も不可欠であろう。

「ミレニアム開発目標」の目標8は、「開発のためのグローバル・パートナーシップの推進」であるが、この事例は、公的部門と企業とのパートナーシップ(public-private partnerships)の成功例だと言える。子どもの生存や健康といった地球規模の課題に国際社会が取り組もうとするなか、国際公共財を提供する可能性をもった民間企業の役割の重要性について、これまで以上に注目する必要があるだろう。

引用文献

- 梅内拓生 (2005) 「プライマリ・ヘルスケア」日本国際保健医療学会編『国際保健医療学～第2版』杏林書院, pp. 104-110.
- 勝間靖 (2008) 「EFAにおけるライフスキルの意義」小川啓一・西村幹子・北村友人編著『国際教育開発の再検討～途上国の基礎教育普及に向けて』東信堂, pp. 231-248.
- 勝間靖 (2007) 「社会開発と人権」佐藤寛・アジア経済研究所開発スクール編『テキスト社会開発～貧困削減への新たな道筋』日本評論社, pp. 227-244.
- 勝間靖 (2006) 「マラリア予防を目指した国連・日本・企業のパートナーシップ」功刀達朗・内田孟男編著『国連と地球市民社会の新しい地平』東信堂, pp. 131-142.
- 国連児童基金 (2008) 『世界子供白書 2008～子どもの生存』日本ユニセフ協会.
- 国連児童基金 (2000) 『世界子供白書 2001～幼い子どものケア』ユニセフ駐日事務所.
- 兵藤智佳・勝間靖 (2009) 『国際保健をめぐる政策決定プロセスにおける日本のNGOの役割と課題』日本国際交流センター.
- Katsuma, Yasushi (2008). "Global health governance and Japan's contributions: Infectious diseases as a threat to human security," *Korean Journal of International Organizations* (국제기구저널), Vol. 3, No. 1, December, pp. 5-20.
- Katsuma, Yasushi (2006). "Public-private partnerships to fight malaria" in Tetsuro Kunugi (Ed.) *Towards a New Partnership of the United Nations System and Global Civil Society*, International Christian University Center of Excellence & International Cooperation Research Association, May, pp. 80-81.
- Millennium Project (2005). *Coming to Grips with Malaria in the New Millennium*. Earthscan.
- Takemi, Keizo; Masamine Jimba; Sumie Ishii; Yasushi Katsuma; Hidetoshi Nakamura (2008). "Human security approach for global health," *The Lancet*, Vol. 371, July 5, pp. 13-14.
- UNICEF (2009). *The State of the World's Children 2009: Maternal and Newborn Health*. UNICEF.
- UNICEF (2008). *The State of Africa's Children 2008: Child Survival*. UNICEF.
- UNICEF, Roll Back Malaria Partnership, Global Fund (2009). *Malaria & Children: Progress in Intervention Coverage*. UNICEF.
- United Nations (2009). *The Millennium Development Goals Report 2009*. United Nations.
- WHO (2009). *World Health Statistics 2009*. WHO.
- WHO (2008). *World Malaria Report 2008*. WHO.
- WHO (2005). *Health and the Millennium Development Goals*. WHO.