

開発援助における「パートナーシップ」とガバナンス

——国際保健を事例に——

小 池 治

1. 開発援助とPPP（公民パートナーシップ）

冷戦構造の終焉を境に開発援助のランドスケープは大きく変容した。冷戦時代に西側先進国は政府開発援助（Official Development Assistance: ODA）を戦略的外交手段として活用した。だが、冷戦の終焉によって自由経済が世界の隅々に浸透していくと、開発援助の主流はODAから民間資金へと移行した。開発援助の方針も、1980年代の構造調整から1990年代には「グッドガバナンス」に移行し、途上国をグローバル経済に組み込むための制度整備が進められた。こうした結果、開発援助におけるODAと民間資金の割合は逆転し、その差はさらに拡大している。

池島（2013）は、この過程で開発援助の「民営化」だけでなく「国連の民営化」も進行したと指摘する。これは国連機関が営利組織になったというわけではない。国連機関は規制よりも多国籍企業との「パートナーシップ」を選択し、多国籍企業を積極的に活用する方向性へと活動を変容させていったと池島は指摘する（池島、2013）。マクロ的にみれば、国連機関と民間部門の連携が拡大していることは間違いない。ただし、この「パートナーシップ」は相当に“まだら模様”である。国連機関と民間部門の連携関係は政策領域によって多様であるし、両者の関係性も複雑である。

こうした国連機関と民間部門の連携を推し

進めている背景には、「公民パートナーシップ（Public-Private Partnerships: PPPs）」に対する強い政治的な支持がある。PPPは、公共部門と民間部門がリスクを共有することで、公共サービスの提供に民間の資金や技術を活用する公共調達的手法をいう¹⁾。PPPは1990年代に英国のブレア政権によって提唱されると、財政難に直面する行政の新たな資金調達手段として歓迎され、瞬く間に世界に伝播した²⁾。開発援助の分野では、当初PPPは途上国におけるインフラ整備に導入されたが³⁾、いまでは

1) PPPについては、「パートナーシップ」の内容が多様であることから、英語ではPublic-Private Partnerships (PPPs)と複数形で表記するのが一般的だが、ここでは日本の文献で一般に用いられるPPPを用いる。なお、日本ではPPPを「官民連携」と訳す場合が多いが、ここでは公共部門と民間部門のパートナーシップという意味で「公民パートナーシップ」と表記する。

2) PPPのグローバルな展開とともに、PPPに関する研究も急増している。ここでは立ち入らないが、PPP研究の動向については、Roehrich, et al. (2014)が参考になる。

3) インフラ事業におけるPPPの代表的な手法は、PFI (Private Finance Initiative)である。これは、公共工事の設計、建設、維持管理及び運営に民間部門の資金とノウハウを活用するもので、BOT (Build, Operate, and Transfer), BTO (Build, Transfer, and Operate), BOO (Build, Own, and Operate)などの方式がある。初期のPPPの代表例は、BOTのスキームによる途上国の高速道路の建設である。広義には、アウトソーシングやコンセッションもPPPに含まれる (JICA, 2005)。

教育、保健医療、エネルギー、熱帯雨林の保護などにも拡大しており、参画するアクターも多様化している (JICA, 2005)。例えば、国連開発計画 (UNDP) は、1995年から5年間にわたって「都市環境 PPP」をコロンビア、コスタリカ、ナミビアなどで実施した。これは、政府と民間でジョイントベンチャーを設立し、都市の貧困層に水やトイレ、ごみ処理、エネルギーを提供するもので、9のプロジェクトが設立された。この他にも、UNEP (国連環境計画) や世界保健機構 (WHO) など多くの国連機関が PPP に取り組んでおり、すでに PPP は国連機関のあいだに定着した感すらある⁴⁾。

そのなかで、近年の顕著な動きといえるのが、国連機関、多国籍企業、援助国、被援助国、民間財団、市民社会組織などで構成するグローバルなパートナーシップの相次ぐ設立である。グローバル・パートナーシップは、関係機関の代表で構成される理事会をつうじて運営される、国連機関からも主権国家からも自律した、新しいグローバル組織である (Stone, 2008)⁵⁾。パートナーシップは独自の資金調達メカニズムをつうじて民間資金を調達し、パートナー組織のネットワークをつうじて事業を

展開する。この新しいグローバル組織は、感染症対策など国際保健 (グローバルヘルス) の分野のほか、教育や地球環境問題の分野でも設立されている⁶⁾。

しかしながら、グローバルなパートナーシップに対しては、疑念や警戒の声もあがっている。そもそも PPP は、公共部門が需要変動などのリスクをとることで、公共サービスへの民間投資を引き出し、公共部門と民間部門の双方にとってメリットのある win-win 関係を作り出す経済的手法である。国連機関にとってはグローバルな事業展開に必要な資金を民間から調達でき、民間部門にとっては国連機関をつうじて世界に市場を拡大することができるというメリットがある。しかしながら、開発援助においては、民間資本にとってはリスクが過大で採算性や投資効果がほとんど期待できない分野も少なくない。こうした分野に PPP を導入すると、援助を最も必要とする人々や地域が対象から排除されるおそれがある。

本論文は、こうした視点に立ち、国際保健を事例にグローバルなパートナーシップの課題を論じるものである。具体的な事例としては、「GAVI アライアンス」と「グローバルファンド」を取り上げる。GAVI アライアンス (ワクチンと予防接種のためのグローバル・アライアンス) は、ビル&メリнда・ゲイツ財団の主導で設立されたグローバルなパートナーシップであり、ワクチンの普及を目的としている。一方のグローバルファンド (世界エイズ・結核・マラリア対策基金) は、G8 と国連が主導して設立したグローバル・パートナーシップであり、

4) なお、2015年に策定された「持続可能な開発目標 (Sustainable Development Goals: SDGs)」では、17番目の目標に「持続可能な開発のためのグローバル・パートナーシップの再生」が掲げられている。SDGsは、持続可能な開発アジェンダを成功させるためには、諸政府、民間部門、市民社会のパートナーシップが必要であるとし、エネルギーやインフラストラクチャー、交通、情報コミュニケーション技術などの分野における海外直接投資などの長期的な投資は、とくに途上国などの重要なセクターにとって必要であるとしている。その際には、モニタリングや審査体制などの規制とともに、投資を呼び込むためのインセンティブ構造が必要になるが、各国においても会計監査院や議会による監視機能を強化すべきであるとしている。

5) Kickbusch と Szabo は、多様な参加団体によって設立されるグローバルなパートナーシップ組織を constituency model と呼んでいる (Kickbusch and Szabo, 2014)。

6) 教育分野では2002年に「教育のためのグローバルパートナーシップ (GPE)」が設立されている。GPEは最貧困の教育支援を目的に掲げ、ユネスコや世界銀行、ヒューレット財団、マイクロソフトやピアソンが構成員となっている。地球環境分野におけるグローバルなパートナーシップとしては、GEF (地球環境ファンド) が2008年に国際金融公社 (IFC) と協力して設立した「アースファンド」がある。

開発途上国における予防接種率の向上や保健制度の改善を目的に活動を行っている。

2. 国際保健ガバナンスの変容

はじめに国際保健の歴史を振り返っておきたい。保健 (health) は、公共部門と民間部門が比較的明確に役割を分担してきた分野である。公共部門はもっぱら低所得層向けの公共保健医療サービスを提供し、民間部門が富裕層を対象に高額だが質の高いサービスを提供してきた。もっとも、近代的な保健制度が構築されていない国や地域では、伝統医療 (traditional medicine) や慈善団体による保健サービスに依存してきたという部分もある (Mitchell, 2008; Unnikrishnan, 2010)。

ただし、途上国における保健医療の支援に最初に取り組んだのは、アメリカの民間財団である。石油王のジョン・ロックフェラーは、世界の保健医療の発展に貢献するため、1901年にニューヨークにロックフェラー医学研究所を設立した。ロックフェラー医学研究所は、野口英世が研究員として研究を行ったところでも知られる。ロックフェラー財団の創設は1913年であり、財団は国際保健委員会を設置して公衆衛生 (public health) の世界的普及に乗り出した。1916年にはジョーンズホプキンス大学に世界で最初の公衆衛生の専門大学院を設立するとともに、1917年には中国に北京協和医学院 (Peking Medical Union College) を建設した。ロックフェラー財団の足跡は日本にも残されている⁷⁾。関東大震災後にロックフェラー財団の寄付で建設された公衆衛生院は、その実習施設としてつくられた保健所とともに、戦後日本の公衆衛生の発達に大きく貢献した (Noguchi, 2013; 小池, 2015)。さらにロックフェラー財団の活動は、

メキシコやラテンアメリカ諸国、インドやフィリピンなどのアジア諸国、さらには東ヨーロッパ諸国にも及び、世界の公衆衛生の発達に大きな足跡を残した。

しかし、第二次大戦後になると、公衆衛生分野におけるロックフェラー財団の活動は縮小していった。ここには、1948年に設立されたWHO (世界保健機関) の存在が大きく影響している (William and Rushton, 2011)。WHOの憲章は「すべての人民が可能な最高の健康水準に到達すること」をうたい、WHOの役割を、国際保健事業の指導的かつ調整的機関として行動すること、要請に応じて保健事業の強化について各国政府を援助すること、そして伝染病、風土病及び他の疾病の撲滅事業を奨励促進することと定めた。これはWHOが保健という“グローバル公共財”に責任を負う国際機関であることを宣言したものである。WHOの設立によって途上国への保健支援は、民間財団の慈善事業から国際機関や援助国の公的プログラムへと移行した⁸⁾。

その後しばらくWHOはマラリアや天然痘対策に力を注いだ。1970年代にWHOは予防や保健に重点を置く「プライマリ・ヘルスケア」へと方針を転換する。これを世界に発信したのが、“Health for All” (すべて人に健康を) を採択した1978年のアルマアタ宣言である。1970年代は、世界銀行もマクナマラ総裁のもとでリベラル色を強め、ベーシック・ヒューマンニーズを掲げるなど、国際開発において理想主義が大きな支持を得た時期であった (小池, 2004)。

しかし、1980年代にネオリベリズム (新自由主義) が台頭し、規制緩和や国営企業の民営化、公務員削減などの「小さな政府」が行政改革の主流になると、国際開発の流れも市場重

7) ロックフェラー財団は、日本でドイツ医学に対する人気が復活していることを憂慮し、英米型の公衆衛生教育機関の設置を考えたといわれている (Farley, 2004; 小池, 2015)。

8) 日本はWHOの上位拠出国である。ただし、日本の二国間ODAにおける保健分野の配分割合は2.9%にすぎない (2014年実績)。

視へと変化した。世界銀行が進めた構造調整融資はその象徴的なプログラムである。ネオリベラリズムの矛先はWHOにも向けられ、世界銀行もWHOの非効率性を批判するようになった(Brown, et al., 2004)。そして1990年代にPPPが世界各地で推進されるようになると、WHOも民間部門との連携に踏み切り、1998年に事務局長に就任した元ノルウェー首相のブルントラント氏のもとで積極的に公民パートナーシップに取り組むようになった(Buse and Walt, 2000; William and Rushton, 2011)。

1990年代には多様なパートナーシップ事業がつけられたが、そのなかで草分け的な事業となったのが、1991年のCVI(子どもワクチンイニシアチブ)と、1996年に設立されたIAVI(国際エイズワクチン・イニシアチブ)である。CVIは、1990年の世界子どもサミットを受けて、ユニセフ(国連児童基金)、UNDP、WHO、世界銀行、ロックフェラー財団によって設立されたイニシアチブであり、参加機関が資金を出し合い、子どもへの予防接種、多価ワクチンの開発、感染症予防の新型ワクチンの開発を製薬企業に働きかけた。一方、IAVIは、ロックフェラー財団の衛生科学副部長であったセス・パークリー氏の主導で設立されたグローバル・パートナーシップであり、ブルントラントWHO事務局長が初代議長を務めた。IAVIは援助国、ファイザーなどの製薬企業、ロックフェラー財団やゲイツ財団などの民間財団が資金を拠出してエイズワクチンの開発を支援するもので、後のGAVIアライアンスのモデルとなったものである⁹⁾。

しかしながら、民間部門との連携促進は、同時に国際保健におけるWHOの規制力や調整

力を弱体化させることにもなった。パートナーシップにおいては、公共部門は資金の調達を民間部門に依存するため、民間部門に対する規制は弱くならざるを得ない。連携事業の策定過程では、事業の採算性が重視されるため、WHOの主張する公共性は商業利益に対して妥協を強いられることになる。その意味では、1990年代はWHOと民間部門とのパワーバランスが大きく変わる分水嶺であったといえることができる。

そして2000年代に入ると、WHOからも自律したグローバルなパートナーシップ組織が次々と設立されていった¹⁰⁾。その代表的なものが、以下で取り上げるGAVIアライアンスとグローバルファンド(世界エイズ・結核・マラリア対策基金)である。

(1) GAVI アライアンス

GAVIアライアンスを立ち上げたのは、マイクロソフトの創業者ビル・ゲイツ氏である。2000年の世界経済フォーラム(ダボス会議)において、ゲイツ氏は、世界銀行、WHO、援助国の代表らとともに、「ワクチンと予防接種のためのグローバルな連携(GAVI)」の設立を発表した。GAVIアライアンスは、貧困国の子どものワクチン接種率を高め、マラリアなどの感染症を予防する世界的なプログラムである。貧困国ではワクチンの価格が高いため、子どもたちが予防接種を受けられず、毎年多くの子どもが感染症で死亡している。そこでGAVIが資金を調達し、ワクチン製造業界に資金援助を行うことでワクチンの価格を引き下げ、予防接種の普及率を高めていくというのがGAVIアライアンスの目標である。なお、事業成果をさらに高めるため、GAVIアライアンスでは2005年から「予防接種普及のための

9) 1990年代には、CVIやIAVI以外にも多くの連携事業が展開された。なかでも、開発途上国のHIV/AIDS患者が治療薬を購入できるように、国連の9機関が連携して製薬会社に価格の引き下げを求めたUNAIDS(1998年)は世界の注目を集めた。

10) 2000年代初めには、70以上のグローバル・パートナーシップが国際保健分野で設立されていた(Lorenz, 2007)。

保健制度強化（Health System Strengthening: HSS）」プログラムを追加している。

GAVI アライアンスの意思決定は、理事会（Board）によって行われる。理事会は、途上国やドナー国の政府、WHO、ユニセフ、世界銀行、市民社会組織、先進工業国及び途上国のワクチン業界、研究機関、ゲイツ財団などで構成される。理事会の下には8名の運営委員で構成される運営委員会（Executive Board）が置かれ、国際機関（WHO、ユニセフ、世界銀行）から2名、ゲイツ財団、途上国政府、ドナー国政府から各1名、外部運営委員3名の合計8名で構成されている（現在のところ WHO は運営委員に名を連ねていない）。また、アライアンスには、ガバナンス委員会、監査財務委員会、プログラム政策委員会、投資委員会、資金委員会が設置されているほか、申請を審査する独立審査委員会（IRC）が置かれている。アライアンスの戦略計画の立案や予算の執行に責任をもつのは事務局の CEO であり、現在は IAVI の創設者であるセス・パークリー氏が CEO を務めている。

GAVI アライアンスの国際的な資金調達の仕事は、IFFIm（予防接種のための国際金融ファシリティ）と呼ばれる。IFFIm は、ドナー国からの長期の寄付金を担保に資本市場で「ワクチン債」を発行し、ワクチン債を通じて投資家から借入れた資金をワクチン事業に活用する仕組みである。IFFIm の財務管理は世界銀行が行い、2006年から2012年にかけて、IFFIm は世界各国の機関投資家及び個人投資家から平均金利0.83%で37億米ドルを借入れることができたとしている。ちなみに、ドナーが誓約した IFFIm への寄付金の内訳は、英国が約30億ドル（23年間）、フランスが約17億ドル（20年間）、イタリアが6.35億ドル（20年間）などとなっている（IFFIm, 2012）。

その一方で、被援助国の予防接種率を向上させる仕組みとして、GAVI アライアンスは「成果にもとづくファンディング（Performance-

Based Funding: PBF）」を取り入れている。PBF は、被援助国に提供する資金を、事業の執行状況と目標達成状況に基づいて支払う「プログラム支払」と、予防接種の成果の改善に応じて支払う「パフォーマンス支払」に分け、初年度は「プログラム支払」の最高限度額の100%までが支払われるが、2年目以降は最高でも80%に減額される。ただし、予防接種の成績が良ければ、毎年最大40%が「パフォーマンス支払」として追加配分されるという仕組みである。「パフォーマンス支払」の資金は、受取国の保健部門の活動のみに支出でき、GAVI アライアンスのマッチング事業への充当は禁じられている（IFFIm, 2012）¹¹⁾。

GAVI アライアンスによれば、2000年の発足以来、世界で5億人以上の子供が予防接種を受け、700万人の命が救われたとしている。また、50か国以上で保健制度が強化され、予防接種の安全性が向上したとしている。

だが、GAVI アライアンスの活動に対しては多くの課題も指摘されている。例えば、保健制度強化事業（HSS）の評価を請け負ったフィンランドの HLSP は、HSS の交付を受けた21か国を対象に調査を行い¹²⁾、各国に対する技術的助言が不十分であること、将来生じる問題が申

11) なお、GAVI アライアンスは、2009年に「ワクチン事前買取制度（Advance Market Commitment: AMC）」を開始した。AMC は、製薬会社にワクチンの買取を約束することでワクチンの価格を引き下げるもので、援助国、ゲイツ財団、世界銀行、GAVI アライアンスが資金を提供し、WHO、IAC（独立評価委員会）がワクチンを許可、ユニセフがワクチンの調達業務を行い、WHO とユニセフが GAVI アライアンスのルートでワクチンを配布する。AMC の資金は IFFIm と同様に世界銀行が管理している。

12) HLSP の評価報告書は、10か国に対する現地調査と11か国についての文献調査を踏まえて作成されたものである。なお、HLSP の評価報告に対して、世界銀行は基本的には有用な情報としながらも、データに基づいていない部分があるとコメントしている（World Bank, 2009）。

請審査で確認されていないこと、年次評価や年次報告が脆弱であるため成果にもとづく改善が図られていないこと等を指摘している (HLSP, 2009)。技術的助言は、パートナーシップの枠組では WHO やユニセフ、世界銀行の役割とされるが、助言は申請段階が中心であり、実施段階では不足しているとして、HLSP は国別にきめ細かな助言を行うことや事務局の助言機能の強化を求めている。また、HLSP は、申請審査についても、独立審査委員会 (IRC) の様式は各国の現状を反映していないとして、見直しを求めている。実績評価についても、ジュネーブの本部における年1回の審査では不十分であるとして、国別にきめ細かな評価を行うとともに、評価指標についても予防接種率だけでなく、保健制度へのアウトカムやインパクトに関する指標を導入するように求めている (HLSP, 2009)。

同様の課題は、CEPA のメタレビュー報告書 (CEPA, 2016)¹³⁾ でも指摘されている。CEPA では、ネパールやアフガニスタンなど14か国の HSS 評価報告書を分析し、各国の保健行政が弱体であるため、HSS の管理がずさんであること、GAVI 事務局の指導や助言が有効ではないこと、補助金の執行が遅延し計画にずれが生じていること、評価指標が曖昧なため、モニタリングや評価が有効に行われていないこと等を指摘し、GAVI に改善を求めている (CEPA, 2016)。

これらの指摘は、GAVI アライアンスの「成果に基づくファンディング」と被援助国の実施環境のあいだに大きな乖離があり、それが効果的な事業実施を妨げていることを示している。例えば、ワクチン接種の場合、ワクチンを冷蔵保存する必要があるが、途上国では、冷蔵

施設のある保健センターは限られた地域にしか置かれていない¹⁴⁾。途上国には電気や水道がない地域も多く、医師やヘルスワーカーもまったく足りていないのが現状である。HLSP では、GAVI アライアンスの HSS は事業を執行する下流部のマネジメントに重点を置いているが、大きな観点に立った結果や持続可能性の観点に立てば、投資額を増やすことだけではなく、むしろ途上国の財政や人材管理、インセンティブなど公共部門の改革こそが重要であると指摘している (HLSP, 2009:13)。

(2) グローバルファンド (世界エイズ・結核・マラリア対策基金)

グローバルファンドは、日本が議長国を務めた2000年のG8九州沖縄サミットにおいて感染症対策が主要議題となり、G8首脳が追加的資金調達必要性を確認したことが発端となって2002年1月にスイスに設立された。グローバルファンドは、各国政府や民間財団、民間企業などから大規模に資金を調達し、中低所得国が取り組む HIV、結核、マラリアの予防、治療、感染者支援、保健制度強化に資金を提供する金融ファシリティである。

グローバルファンドが2014年末までに国際社会から集めた資金は、約315億ドルに上っている。表1は、拠出された資金の内訳である。最大の拠出国はアメリカ(約91億ドル)であり、G8からの拠出で大半が占められている。際立つのはゲイツ財団である。ゲイツ財団は、政府以外のドナーの総額19億ドルのうち、14億ドルを提供している。これは、日本を下回るものの、カナダやイタリアよりも多い拠出額である。

グローバルファンドの運営方針は理事会で決定される。理事会の議席は、援助国政府が10

13) これは CEPA (Cambridge Economic Policy Associates) が GAVI アライアンス事務局の依頼を受けて、14か国の評価報告書を総合的に分析したものである。

14) このコールドチェーンの問題について、国境なき医師団 (MSF) は、常時低温保存を要しないワクチン開発の促進を GAVI アライアンスに求めている (国境なき医師団, 2013)。

表1 グローバルファンドへの拠出国・団体と金額

2014年の総額	315億4848万ドル
主要拠出国・団体（累計で10億ドル以上）	
アメリカ	91億3547万ドル
フランス	39億1718万ドル
イギリス	32億2503万ドル
ドイツ	22億7945万ドル
日本	21億5622万ドル
欧州委員会	16億2264万ドル
ゲイツ財団	14億ドル
カナダ	13億7796万ドル
イタリア	10億4914万ドル

資料出所：グローバルファンド日本委員会「グローバルファンド ファクトシート」2014年10月。http://fgfj.jcie.or.jp/en/wp-content/uploads/2014/10/factsheet201410.pdf

議席，途上国政府やNGOなど事業実施側が10議席と，公平に議決権が割り当てられている。また，先進国NGO，途上国NGO，感染当事者団体，民間財団，民間企業もそれぞれ1の議決権を有している。WHOは選挙権を持たない理事として参加している¹⁵⁾。

理事会の下には，事務局，技術審査会議（TRP），国別調整メカニズム（CCM），資金受入責任機関（PR），現地ファンド機関（LFA），技術評価委員会（TERG）が置かれ，図1のように連携してプログラムの遂行にあたっている¹⁶⁾。事務局はスイスのジュネーブに置かれ，現地組織は持っていない。ジュネーブの事務局では約630人のスタッフが勤務している。

グローバルファンドは，受益国の主体性の

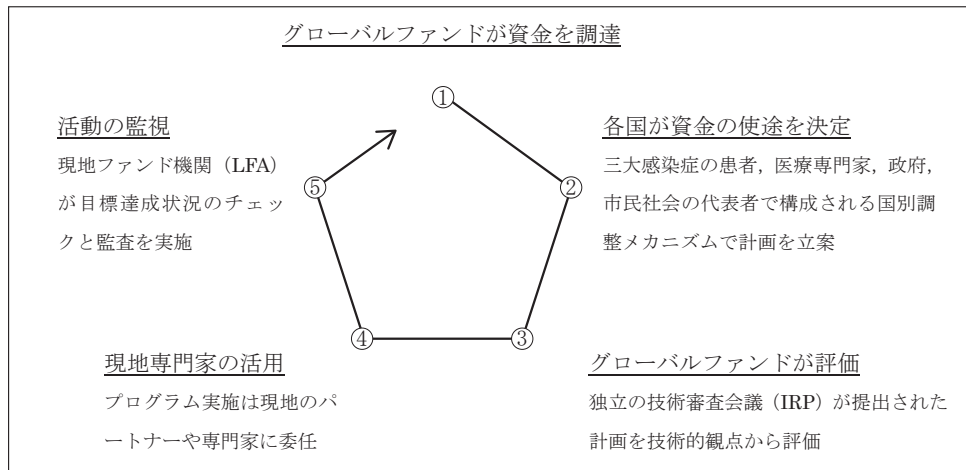
尊重，パフォーマンスに基づく資金供与，パートナーシップを基本原則に置いている。「受益国の主体性」については，受益国自らが三大感染症の解決策を決定し，解決策の実施に対して主体的に責任を負うとし，受益国が主体になることで，各国の政策，文化，疫学的な背景に合致した対策が実施され，将来の自立・継続につながるとしている。「パフォーマンス（実績）に基づく資金供与」は，各国のプロジェクトの過去の実績と毎年の成果を資金拠出に反映させるもので，継続して支援を受けるためには受益国は資金の成果をグローバルファンドに提示しなければならない。グローバルファンドは，それによって受益国の説明責任に基づく透明性と効率性のバランスが取れた助成が可能になると説明する。そして「パートナーシップ」については，エイズ・結核・マラリアの克服には世界中のアクターが連帯する必要があるため，さまざまな関係機関がグローバルファンドの意思決定に参画すべきであるとしている。

グローバルファンドにおける資金供与のプロセスは，図1のとおりである。資金提供を希望する国は，政府機関（保健省等），医療専門家，患者団体，市民社会組織等で構成する国別調整メカニズム（CCM）を設置し，計画案を作成してグローバルファンド事務局に送付する。提出された計画案は，独立の技術審査会議（TRP）で審査され，理事会によって承認されると，各国に資金が交付される。資金の支出方法は各国に委ねられているが，グローバルファンドが選定した現地ファンド機関（LFA）が各国の事業の成果をチェックし，監査報告書を作成してグローバルファンド事務局に提出する。そして目標通りの成果が達成されれば，次のフェーズの計画案の作成にかかるというのが全体のプロセスである。

グローバルファンドの2015年成果報告書によれば，これまでの活動によって1,700万人の生命が救われ，2016年末には2,200万人に到達

15) WHOが投票権をもたない理事となった背景には，参加機関のあいだに，国連機関であるWHOの政治性や非効率性に対する強い不信があったとされる（Barnes and Brown, 2011）。

16) 2015年7月現在，理事会議長はドイツ最高会計検査機関の副会長を務めていたノーベルト・ハウザ氏，副議長はボスニア・ヘルツェゴビナのパートナーシップ・イン・ヘルス事務局長のアイダ・クルトヴィク氏が務めている。日本は単独議席をもつ理事国で，外務省の国際協力局参事官が理事を務めている。



資料出所：グローバルファンドパンフレットより作成。 http://www.theglobalfund.org/documents/publications/brochures/Corporate_TheGlobalFund_Brochure_jp/

図1 グローバルファンドのプロセス

するとしている。グローバルファンドが支援する国では、HIV・結核・マラリアによる死者数は3分の1に減少し、810万人のHIV感染者が抗レトロウイルス療法 (ART) を受けた。また、1,320万人が結核治療を受け、5億4,800万張の殺虫効果のある蚊帳がマラリア対策プログラムによって配布されたとしている (グローバルファンド, 2015)。

さて、グローバルファンドは、数字の上では途上国の三大感染症対策にすぐれた成果を上げていると評価できるが、同時に多くの課題も指摘されている。グローバルファンドの5年間の事業成果を査定した外部評価グループは、パフォーマンス評価の指標には短期的なものが多く、評価を行う被援助国側の負担が大きいと述べ、保健制度が弱体な国に対しては、まずは能力構築のための長期的な取組に投資する必要があると指摘する (Global Fund, 2009)。これは、GAVI アライアンスと同様の問題がグローバルファンドにも存在することを示している。ただし、グローバルファンドは、GAVI アライアンスと異なり、被援助国の「実績」評価に基

づいて資金を配分する金融ファシリティにすぎず、受益国に対する技術的助言などの政策実施活動は一切行わない。それは受益国のオーナーシップを尊重するためと説明されるが、事前事後の審査では“one-size fits all”の指標で評価が行われている。グローバルファンドは、厳格に技術的観点から計画を審査することで「非政治性」を確保し、ドナーに対するアカウンタビリティを果たしているというが、その仕組み自体がもつ政治性は自覚されていない (Barnes and Brown, 2011)。

3. 国際保健におけるガバナンスの危機

国際保健分野におけるグローバル・パートナーシップの増加は、国際関係やグローバルガバナンスに大きな変化をもたらしている。なによりも、民間財団や多国籍企業の影響力が強くなるパートナーシップの枠組では、主権国家や国連機関は民間財団や多国籍企業の戦略に組み込まれ、保健医療のグローバルな市場化を後押しする役割を担わされるおそれがある。

しかしながら、主権国家や国連機関から自

律したパートナーシップ組織に民主的なアカウントビリティを求めることは簡単ではない (Barnes and Brown, 2011; Bruen, et al., 2014). ドナーの代表らで構成される理事会は事業成果についてドナーに説明する責任はあるが、国際機関ではないため国連や主権国家に対するアカウントビリティは不明瞭である。また、パートナーシップの目的が特定の数値目標の達成であれば、事業の長期的なアウトカムや他のセクターへの影響は説明責任には必ずしも含まれない。グローバル・パートナーシップは、「成果に基づくマネジメント」によって政治的圧力から自律していると主張するが、公共性の代わりに経済の論理 (Value For Money) を置くことで、「保健」という公共財を商品化することの政治性については沈黙したままである¹⁷⁾。

このグローバルなパートナーシップを国際的な公共利益の提供につなぎとめるためには、パートナーシップのガバナンスにおいて国際機関や主権国家の発言権を高める必要がある。その際には、時計の針を1990年代以前に巻き戻し、国際保健におけるWHOの役割を見直すことも必要であろう。これまであまり議論されていないが、そもそもWHOがPPPに対等のパートナーとして参画することは、利益相反 (conflict of interest) の問題にかかわるもので

ある (Richter, 2004)。例えば、ワクチン製造において巨大製薬企業と連携を組むことは、新薬の特許 (知的財産権) について製薬企業の利益を守ることになりかねない¹⁸⁾。また、多国籍企業にとってグローバルなパートナーシップへの参画は、自社のCSRや社会貢献を国際社会に宣伝する格好の機会になる。これはWHOが多国籍企業のビジネス戦略に加担しているともみれる。さらに、多国籍企業と組むことは、途上国の中小企業の事業参加の機会を奪うことになるという批判もある¹⁹⁾。国際保健の専門家のKickbuschらは、「保健」というグローバル公共財を提供するためには、商業利益から自律して国際的なルールを定めることができるWHOの役割が重要になると指摘する (Kickbusch and Szabo, 2014)。例えば、非感染性疾患 (NCD) と呼ばれる生活習慣病は、先進国のみならず途上国でも深刻だが、その予防のためには炭酸飲料水やファストフード、アルコールを製造販売する巨大企業に対して強い姿勢で臨む必要がある²⁰⁾。

一方で、グローバルなパートナーシップにおけるアメリカの民間財団の影響力に対しても批判的な意見がある。表2にあるように、すでにアメリカの途上国援助においては、フィランソロピーはODAを凌駕している。アメリカ

17) PPPの根底には、1980年代に英国やニュージーランドで生まれたNPM (New Public Management) の理論がある (Kettl, 2000)。NPMの出発点は、政府に税金の有効活用を求めるVFM (Value for Money) である。それが、公共選挙論、プリンシパル=エージェント論、制度派経済学と結びつき、民営化やアウトソーシング、エンジェンシー化、PFI (Private Finance Initiative)、結果による管理 (result-based management) 等の行政改革手法が生み出された。その根底にあるのは、経済的インセンティブや競争原理に対する一方的な信奉である。「援助の有効性 (aid effectiveness)」の議論もその延長線上に位置する。KPI (Key Performance Indicator) はいまや開発援助の基本ツールであるが、これもVFMの発想に基づいている。

18) NGOのオックスファム (Oxfam International) は、新薬の研究開発における知的財産権が製薬企業に有利であるとして、WHOやドナーに知的財産権の枠組の見直しを求めている (Oxfam, 2008)。

19) こうした批判に対して、GAVIアライアンスは、GAVIの資金支援を受けてワクチンを製造する企業は2001年に5社 (工業国に拠点を置く企業が4社、新興経済に拠点を置く企業が1社) であったが、2011年には10社 (工業国が5社、新興経済が5社) に倍増し、ワクチン市場は途上国にも拡大していると反論している (GAVI Alliance, 2012)。

20) Kickbuschらは、WHO加盟国の総会である世界保健会議 (World Health Assembly) の役割の重要性を強調している (Kickbusch and Szabo, 2014)。

表2 アメリカの途上国に対する資金援助の割合
2010-2011年

	金額 (単位10億ドル)	割合 (%)
政府開発援助	30.9	11
フィランソロピー	39.0	14
財団	4.6	12
法人	7.6	19
慈善団体	14.0	36
ボランティアズム	3.7	9
大学	1.9	5
宗教組織	7.2	18
海外送金	100.2	36
民間資本フロー	108.4	39
援助総額	278.5	100

資料出所: Hudson Institute (2013), p.9.

カの民間財団は46億ドルを途上国に支援しているが、そのうち39億ドルはゲイツ財団によるものである。ゲイツ財団の助成金の支出先では、国際開発(17.79億ドル)と国際保健(10.88億ドル)が全体の4分の3以上を占めており、ゲイツ財団が国際保健に高い優先順位を置いていることがわかる。

だが、目立つのは資金面だけではない。アメリカの民間財団は、国際機関、援助国政府、被援助国政府、多国籍企業などにグローバルなパートナーシップへの参画を呼びかけ、国際社会における存在感を強めている²¹⁾。開発援助に

21) アメリカの民間財団が国際開発を主導しつつあることを、DesaiとKharasは、“カリフォルニア・コンセンサス”と呼んでいる(Desai and Kharas, 2008)。

における民間財団の支援は途上国からも高い支持を受けており、その評価は国際機関やドナー国を上回るまでになっている²²⁾。

国際保健におけるアメリカの民間財団の“復活”の背景には、財団内部における新世代の台頭が大きく影響している。いまアメリカの財団を率いるのは、援助を「慈善(charity)」ではなく、「投資(investment)」と考える新世代である(Moran, 2014)。彼らは、民間企業から集めた資金を援助効果が期待できる分野に投資し、成功をおさめることで人類の福祉に貢献するという「ビジネスモデル」に基づいて行動する。そのベースラインは「結果に基づくマネジメント」である。すなわち、パフォーマンス評価をつうじて援助効果を測定し、投資効果が期待できるところにのみ資金を投入する。こうした新世代の民間財団の経営戦略は、“フィランソロキャピタリズム”あるいは“ベンチャー・フィランソロピー”とも呼ばれる(Bishop and Green, 2008; Moran, 2014)。

この新世代の民間財団が提供する資金は、資金不足に悩む国際機関だけでなく、援助国や被援助国の政府にとっては魅力的なものに違いない。民間財団から提供される資金は、ODAと違い、国連や主権国家の政治と結びつかない

22) ウィリアム・アンド・メアリー大学に拠点を置く開発系シンクタンクのAidDataでは、126の低所得国の政府高官6,750名に国際援助機関の評価を尋ねている。それによれば「連絡の頻度」「助言の有用性」「アジェンダ設定への影響力」「改革実施上の有益性」の5項目について、GAVIアライアンスとグローバルファンドは非常に高い評価を得ている

被援助国による国際援助機関の評価 (AidData, 2015)

	連絡の頻度	助言の有用性	アジェンダ設定への影響力	改革実施上の有益性
1	Global Fund	GAVI Alliance	World Bank	Ireland
2	Ireland	CDB (カリブ開発銀行)	IADB (米州開発銀行)	GAVI Alliance
3	UNDP	Global Fund	IMF	IMF
4	GAVI Alliance	Finland	EU	Global Fund
5	UN	World Bank	GAVI Alliance	World Bank

出所: Custer, et al. (2015), Appendix E より作成

“フィランソロピー”であるため、どの政府もためらいなく受け入れられるからである。

その一方で、アメリカの民間財団は世界中の大学や研究機関に資金を提供し、先端医療研究に大きな影響力を及ぼしている。なかでも特に力を入れているのがバイオケミカルである。民間財団は医療の発展をつうじて国際社会に貢献するとしているが、ここには将来の市場開拓の思惑も見え隠れしている。翻ってみれば、科学 (science) や技術 (technology) をつうじての人類福祉への貢献は、旧世代の民間財団の信条そのものであった (Moran, 2014)。その点では、ウィルソン主義の時代にアメリカの外交を側面から担った旧世代の民間財団による“パブリックディプロマシー”と新世代のグローバル戦略は、本質的にそれほど変わらないといえるかもしれない。

しかしながら、民間財団がグローバルなパートナーシップを主導することにはやはり大きな問題がある。民間財団は主権国家の統制から遠い存在であり、拠出する資金も寄付が原資であるため、開発援助のアカウンタビリティを求めることは本来的に難しいからである。これは GAVI アライアンスやグローバルファンドのようなグローバル・パートナーシップのガバナンス問題に直結する問題である。

4. グローバル・パートナーシップにおける民 主的ガバナンスの構築に向けて

本稿では、開発援助において主流化しつつある PPP (公民パートナーシップ) を取り上げ、国際保健を事例にガバナンス論の観点から問題状況を考察した。国際保健の分野では、民間財団、WHO、ユニセフ、援助国政府、被援助国政府、多国籍企業などがパートナーシップを組み、低価格のワクチンの提供や途上国の保健制度改革に取り組んでいる。しかしながら、事例に示されていたように、援助の現場では短期的な成果が強調され、長期的な視点に立った公共部門改革は後回しにされる傾向がある。

断わっておくが、ここで GAVI アライア

スやグローバルファンドの努力や成果を頭ごなしに批判する意図は毛頭ない。貧しい家庭の子どもがワクチン接種を受けられれば、感染症による死のリスクから解放され、豊かな人生を歩む可能性が高まるかもしれない。これは喜ばしいことである。しかし、ワクチン接種が貧困削減に直接結び付くものではないことも自明である。都市のスラムや貧しい農村で暮らす子どもは、運よく予防接種を受けられたとしても、栄養失調や不衛生な環境が原因の下痢で死んでしまうかもしれない。ましてワクチン接種を受けたからといって、貧困から抜け出せるわけではないからである。

国際保健がますます民間資金に依存するようになれば、国際保健の「市場化」はさらに進行するであろう。「健康」は人間の基本的権利であるにもかかわらず、それがお金でしか買えないとなると、貧困層は健康に暮らす権利を奪われることになる。だからこそ公共サービスが必要になるのである。グローバル・パートナーシップを牽引する民間財団は“フィランソロピー”を掲げているが、投資効果を緻密に計算するビジネスモデルで動いており、寄付が最貧層の人々のために使われるとはかぎらない (Bishop and Green, 2008)。

グローバルなパートナーシップを国際的な公共利益につなぎとめるためには、パートナーシップ組織の民主的ガバナンスを強化する必要がある。しかしながら、パートナーシップは多数のアクターで構成される自律的な制度であるがゆえに、民主的なガバナンスの構築はきわめて難しい課題である。パートナーシップの事務局は、第三者機関によるモニタリングや評価、監査をつうじてアカウンタビリティを確保していると主張するが、評価報告書の公開だけでアカウンタビリティが果たされるわけではない。援助に即していえば、被援助国の現場の声を事業計画に反映させるとともに、被援助国のコンテクストに即したきめ細な事業実施が重要になる。しかしながら、パートナーシップにおけるアカウ

ンタビリティは、設定した期間にどれだけの投資効果(援助効果)が得られたかという説明に限定されがちである²³⁾。したがって、民主的なアカウントビリティを確保するためには、民主的な手続きをグローバル・パートナーシップの規約に埋め込むなどの措置が必要になる。

ここでは国際保健政策を例に取り上げたが、グローバルなパートナーシップは地球温暖化対策など他の分野でも次々に設立されている。パートナーシップへの企業の参画は、CSRの観点からも歓迎されて然るべきであるし、社会的投資(social investment)という新しい経済モデルの普及にも貢献するかもしれない。だが、民主的なガバナンスが欠落すると、グローバルなパートナーシップは新種の“コーポラティズム”に変質するおそれがある(Williams and Rushton, 2011)。それを防ぐためには、国際社会に対するアカウントビリティを強化する

23) これは、プリンシパル＝エージェント論のロジックでいえば、プリンシパルが援助の投資効果を目標に設定すれば、エージェントはその目標をどれだけ達成したかについての評価を行えばアカウントビリティを果たしたことになる。したがって、プリンシパルが長期的なアウトカムを掲げれば、エージェントはその使命に従って事業を実施し、その効率的な達成について説明責任を果たさなければならない。だが、民間がパートナーとなる組織体において長期的なアウトカムを設定することは難しいといわねばならない。さらに言えば、パートナーシップの理事会及び事務局と被援助国政府の関係をプリンシパル＝エージェントの関係に置き換えたとしても、今度は被援助国政府内部において保健当局と地方実施機関の間にプリンシパル＝エージェント関係が存在することになる。グローバル・パートナーシップは、事業実施については被援助国の政治環境に依存せざるを得ないが、被援助国の政府もまたローカルな政治環境に依存せざるを得ず、そこではフォーマルなガバナンスだけでなく、インフォーマルなガバナンスとも向き合うことになる(Brinkerhoff and Bossert, 2014)。ここではこれ以上は論じないが、国際保健のパートナーシップとアカウントビリティについては、Bruen, et al. (2014) が詳しく論じている。また、PPPとアカウントビリティの全般的な問題を論じたものにSteets (2010) がある。

必要があるが、多様なプリンシパルがパートナー関係にあるグローバル・パートナーシップ組織では、国際機関や主権国家による統制はどうしても弱くならざるを得ない(Martin and Halachmi, 2012)。このガバナンスのディレンマを解決するためには、先に述べた国連機関や主権国家の発言権やアカウントビリティの強化に加えて、パートナーシップの透明性を高めるための規制強化や、国連総会やEUのようなリージョナルな国際組織による外部統制の強化を考える必要がある。ただし、こうした制度改革も、開発援助における国際規範を、Value for Money (VFM) のような経済的合理性から、人間の基本的権利の保障へと転換させていかなければ、ほとんど意味がない。開発援助のディシプリンを変えるには、国際開発の認識コミュニティ(Haas, 1992)の内部に対抗的な文化を形成し、上流部の「グローバル・パートナーシップ」の矛盾や問題点を、開発現場という下流部から問い詰めていく作業が必要になる。これは、グローバルガバナンスにおける主権国家の「復活(resurgence)」の議論につながるものである。

5. おわりに

本論文では、国際保健の分野で顕著になっているグローバル・パートナーシップの問題をガバナンスの観点から論じてきた。そして、グローバル・パートナーシップを国際的な公共利益に結びつけていくためには、民主的なアカウントビリティを強化するとともに、国際機関や主権国家による外部統制を強化して、民主的なガバナンスを構築する必要があることを指摘した。また、その際には、開発援助のディシプリンを経済的合理性から人間性重視へと転換させることの重要性についても指摘した。

一方、日本に目を向けると、政府がグローバルなパートナーシップに向けて大きく旗を振っている様子が見取れる。その象徴的な取組が、外務省、厚生労働省、UNDP、ゲイツ

財団、ウェルカムトラスト、民間企業（エーザイなど7社）のパートナーシップによって2012年に設立された「グローバルヘルス技術振興基金（GHIT ファンド）」である²⁴⁾。GHIT ファンドはHIV/AIDS、結核、マラリア、「顧みられない熱帯病」²⁵⁾の新薬開発を目的とした日本初のグローバル・パートナーシップである。GHIT ファンドは、日本の製薬企業、大学、研究機関と海外の機関の橋渡しを行い、両者に相乗効果をもたらすパートナーシップの構築を目的としており、安倍首相は2016年5月にグローバルファンドの第5次融資への8億ドルの拠出を発表している²⁶⁾。

こうした動きを支援するため、政府は2016年2月に「国際的に脅威となる感染症対策の強化に関する基本計画」を策定し、4月に「開発途上国の感染症対策に係る官民連携会議」（事務局は内閣官房国際感染症対策調整室）の第1回会合を開催している。同会議は、「高度な医療技術を有する日本の医療業界等と我が国政府が官民一体となって、様々な国際的な団体とともに、国際的な感染症対策により一層貢献し、併せて我が国の医療業界等の新たな市場開拓に資する」としており、国際保健分野への貢献だ

24) 日本の開発援助においても、ゲイツ財団のプレゼンスは次第に大きくなっている。例えば、JICA（国際協力機構）は、ゲイツ財団と連携してパキスタンでポリオ撲滅の取組を始めている。これはJICAがパキスタン政府にポリオワクチンの費用を円借款で提供し、ゲイツ財団がパキスタン政府に代わって弁済を行うもので、「ローン・コンバージョン」方式と呼ばれている。

25) 「顧みられない熱帯症（Neglected Tropical Diseases：NTDs）」は、デング熱など、世界からあまり関心が寄せられていないが、貧困国で蔓延している感染症を指す。

26) GHIT ファンドでは、製薬企業とGHIT ファンドの間に利益相反が生じないように、GHIT ファンドに対する資金拠出のパートナーである製薬企業に対して投資案件の評価や選定、ポートフォリオマネジメントから製薬企業を関わる権利を一切放棄させるとともに、その権利を理事会やマネジメントチームに委ねている。

けでなく産業政策としての側面も強調されている²⁷⁾。GHITがこの官民連携会議に名を連ねていることはいうまでもない。

グローバルイゼーションが進展するなかで、グローバル・パートナーシップは今後も増えていくであろう。だが、それは公共領域の縮小とトレードオフにされるべきものではない。むしろ、「保健」というグローバル公共財の供給という観点に立つならば、WHOなどの国連機関の責任はもっと重く受け止められる必要があるし、国連機関と主権国家との連携や、グローバル・パートナーシップの監視役としての非政府組織（NGO）と国連機関との連携も重要になる（Richter, 2004）。

経済がますますグローバル化するなかで、多国籍企業はアメリカの民間財団と“パートナーシップ”を組み、“フィランソロピー”のレトリックを利用して、開発援助の「民営化」と「市場化」を推し進めている。この強い流れに歯止めをかけるためには、開発援助の「公共化」についての議論を再活性化させる必要がある。グローバルな政策領域における「公共ガバナンス（public governance）」の議論はまだ緒に就いたばかりである。ここでは行政学の視点からグローバル・パートナーシップのガバナンスにアプローチしたが、ガバナンスは広く学際的に検討される必要がある。今後の研究の発展を期待したい。

参考文献

Barnes, Amy and Garrett Wallace Brown.
2011. “The Global Fund to Fight AIDS,

27) 開発途上国の感染症対策に係る官民連携会議では、具体的な取組として、1. 我が国の製薬企業等が開発する医薬品等の開発途上国への提供可能性・提供方法の検討・実施、2. 開発途上国に対する医薬品等の導入促進策等の検討・実施、3. 開発途上国に迅速に提供するための制度の整備、を掲げている（第1回 開発途上国の感染症対策に係る官民連携会議（2016年4月21日）資料）。

- Tuberculosis, and Malaria: Expertise, Accountability, and the Depoliticisation of Global Health Governance,” in Simon Rushton and Owain David Williams, eds. *Partnerships and Foundations in Global Health Governance*. New York: Palgrave MacMillan
- Bishop, Matthew and Michael Green. 2008. *Philanthrocapitalism: How the Rich Can Save the World*. New York: Bloomsbury Press.
- Brinkerhoff, Derek W. and Thomas J. Bossert. 2014. “Health Governance: Principal-Agent Linkages and Health System Strengthening.” *Health Policy and Planning* 29 : 685-693.
- Brown, Theodore M., Marcos Cueto, and Elizabeth Fee. 2004. “The World Health Organization and the Transition from “International” to “Global” Public Health.” *American Journal of Public Health* 96(1) : 62-72.
- Bruen, Carlos, Ruairi Brugha, Angela Kanegi, and Francis Wafula. 2014. “A Concept in Flux: Questioning Accountability in the Context of Global Health Cooperation.” *Global Health* 10 : 73 (online).
- Buse, Kent and Gill Walt. 2000. “Global Public-Private Partnerships: Part I-A New Development in Health?” *Bulletin of the World Health Organization* 78(4) : 549-561.
- CEPA. 2016. GAVI, the Vaccine Alliance: Meta-Review of Country Evaluations of GAVI's Health System Strengthening Support, Final Report. <<http://www.gavi.org/library/gavi-documents/evaluations/gavi-hss-meta-review-report/>>
- Chorev, Nitsan. 2012. *The World Health Organization between North and South*. Ithaca: Cornell University Press.
- Custer, Samantha, Zachary Rice, Takaaki Masaki, Rebecca Latourell, and Bradley Parks. 2015. *Listening to Leaders: Which Development Partners Do They Prefer and Why?* Williamsburg, VA: AidData. <http://aiddata.org/listening-to-leaders>.
- Desai, Raj M. and Homi Kharas. 2008. “The California Consensus: Can Private Aid End Global Poverty?” *Survival* 50(4) : 155-168.
- Farley, John. 2004. *To Cast out Disease: A History of the International Health Division of the Rockefeller Foundation (1913-1951)*. Oxford: Oxford University Press.
- GAVI Alliance. 2012. Investing in Immunization through the GAVI Alliance: The Evident Base. <<http://www.gavi.org/results/evaluations/hss-review/>>
- Global Fund. 2009. The Five-Year Evaluation of the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis, and Malaria: Synthesis of Study Areas 1, 2 and 3. <<http://www.theglobalfund.org/en/terg/evaluations/5year/>>
- グローバルファンド「2015年成果報告書」(日本語版) <http://www.theglobalfund.org/documents/publications/annual_reports/Corporate_2015ResultsReport_Report.jp>
- Haas, Peter M. 1992. “Introduction: Epistemic Communities and International Policy Coordination.” *International Organization* 46(1) : 1-35.
- HLSP. 2009. GAVI Health Systems Strengthening Support Evaluation 2009. Vol. 2. Full Report. <<http://www.gavi.org/results/evaluations/hss-review>>
- Hudson Institute. The Index of Global Philanthropy and Remittances 2013. <http://www.hudson.org/content/researchattachments/attachment/1229/2013_indexof_global_philanthropyand_remittances.pdf>
- IFFIm. 2012. 「予防接種のための国際金融ファシリテイ」 <<http://www.iffim.org/jp>>
- 池島祥文. 2013. 「『開発の民営化』と国連機関による多国籍企業規制の転回」『横浜国際社会科学研究所』18 (1・2): 1-26.
- JICA (国際協力機構). 2005. 「途上国の開発事業における官民パートナーシップ (Public-Private Partnership) 導入支援に関する基礎研究」国際協力総合研修所.
- Kettl, Donald F. 2000. *The Global Public Management Revolution: A Report on the Transformation of Governance*. Washington, D.C.: Brookings Institution.
- Kickbusch, Ilona and Martina Marianna Cassar Szabo. 2014. “A New Governance Space for Health.” *Global Health Action* 7: 23507 <<http://dx.doi.org/10.3402/gha.v7.23507>>
- 小池治. 2004. 「開発援助の新潮流～『貧困削減』とガバナンス改革」森川俊孝, 池田達彦, 小池治編『開発協力の法と政治』国際協力出版会, pp. 82-101.
- 小池治. 2015. 「制度変化と“ディシプリン”～公衆衛生行政を事例に～」『横浜法学』24(1) : 21-86.
- 国境なき医師団. 2013. 「GAVI アライアンス会合: より多くの子どもたちにワクチンを届けるための政策変更を」『プレスリリース』2013年10月29日. <http://www.msfor.jp/news/detail/pressrelease_761.html>

- Lorenz, Nicolaus. 2007. "Effectiveness of Global Health Partnerships: Will the Past Repeat Itself?" *Bulletin of the World Health Organization* 85 (7): 501–568.
- Martin, Marie E. and Arie Halachmi. 2012. "Public-Private Partnerships in Global Health: Addressing Issues of Public Accountability, Risk Management, and Governance." *Public Administration Quarterly* 36 (2): 189–218.
- Mitchell, Marc. 2008. "An Overview of Public Private Partnerships in Health." International Health System Program, Harvard University. <<https://www.hsph.harvard.edu/ihsq/publications/pdf/PPP-final-MDM.pdf>>
- Moran, Michael. 2014. *Private Foundations and Development Partnerships: American Philanthropy and Global Development Agendas*. New York: Routledge.
- Noguchi, Kazumi. 2014. "Impact of Government-Foundation Cooperation: Health Care System Development in Post-war Japan," in Liping Bu and Ka-che Yip, eds. *Public Health and National Reconstruction in Post-War Asia: International Influences, Local Transformations*, New York: Routledge.
- Oxfam International. 2008. "Ending the R&D Crisis in Public Health," *Oxfam Briefing Paper* 122. <<https://www.oxfam.org/sites/www.oxfam.org/files/bp122-randd-crisis-public-health.pdf>>
- Richter, Judith. 2004. *Public-Private Partnerships and International Health Policy-Making: How Can Public Interests Be Safeguarded?* Ministry for Foreign Affairs of Finland, Development Policy Information Unit.
- Roehrich, Jens, Michael A. Lewis, and Gerald George. 2014. "Are Public-Private Partnerships a Healthy Option? A Systematic Literature Review." *Social Science and Medicine* 113: 110–119.
- Smith, Richard D. 2003. "Global Public Goods and Health." *Bulletin of the World Health Organization* 81 (7): 475.
- Stone, Diane. 2008. "Global Public Policy, Transnational Policy Communities, and Their Networks." *Policy Studies Journal* 36 (1): 19–38.
- Steets, Julia. 2010. *Accountability in Public Policy Partnerships*. New York: Palgrave MacMillan.
- UN Millennium Project. 2005. *Investing in Development: A Practical Plan to Achieve the Millennium Development Goals*. New York.
- Unnikrishnan Payyappallimana. 2010. "Role of Traditional Medicine in Primary Health Care: An Overview of Perspectives and Challenges." *Yokohama Journal of Social Sciences* 14 (6): 57–77.
- Williams, Owain David, and Simon Rushton. 2011. "Private Actors in Global Health Governance," in Simon Rushton and Owain David Williams, eds. 2011. *Partnerships and Foundations in Global Health Governance*. New York: Palgrave MacMillan.
- World Bank. 2009. "World Bank Response to the GAVI Evaluation: 10 November 2009." <<http://www.gavi.org/results/evaluations/hss-review>>

[こいけ おさむ 横浜国立大学大学院国際社会科学研究院教授]