

保健分野における公私パートナーシップの形成

西 平 等

目次

はじめに

- 1 1990年代の WHO 危機
- 2 公私パートナーシップ (PPP) の発展

おわりに

はじめに

1990年代より、国境を越えた保健協力を指す言葉として、「インターナショナル・ヘルス」に代わって、「グローバル・ヘルス」という用語が一般的に用いられるようになってきている。これは、保健協力の担い手の変化を反映するものといえる。政府間組織である世界保健機関（WHO）と諸国家の公的セクターによって実施されてきた従来の国際保健協力が、グローバル化の進展の中で行き詰まりをみせ、それに代わって、民間財団や NGO、営利企業などの私的セクターの存在感が強まった。それにつれて、国境を越えた保健事業の担い手も、国際組織を介する国家間協力から、私的セクターと公的セクターの協働としてのパートナーシップに、その中心が移ってきた。

このことは、保健協力に関する国際法を理解するうえでも重要な意味を持つ。国際法における主体は、必ずしも国家と国際組織に限られているわけではなく、個人や非国家的な団体が、国際法の規制に服し、その権利と義務の担い手となりうることは従来から認められてきた。しかし、保健分野における公私パートナーシップにおいては、私的アクターが、単に国際法規範上の権利・義務の担い手と

なるばかりではなく、公的アクターと対等な資格で、意思決定や規範設定に参加し、その決定の実現について重要な役割を担っている。このような現象を国際法学がどのように受け止めるべきなのかは、引き続き検討が必要である。

ここでは、その準備作業として、保健分野における公私パートナーシップがいかに形成されてきたのかを概観する。そうすることで、世界の人々の間に健康を実現することを目指すグローバル・ヘルスのプロジェクトにおいて、公私パートナーシップが、いかなる役割を期待され、いかなる長所を持ち、またいかなる欠点を持つかが明らかになるであろう。

1 1990年代のWHO危機

(1) 新自由主義の時代

1980年代から90年代にかけて、WHOは、その存在そのものを揺るがすような危機に陥り、国際保健協力における指導的な地位を失ってゆく。その危機の背景には、「新自由主義 (neoliberalism)」と呼ばれる秩序思想が世界的に大きな影響力を持つようになったことがある。1979年にイギリス首相となったサッチャー (Margaret Thatcher) や、1981年にアメリカ合衆国大統領となったレーガン (Ronald W. Reagan) によって強力に推進されたこの思想は、政府や公的機関の活動が、市場において利潤の最大化を目指す私的セクターの活動よりも格段に非効率的である、という信念をその特徴とする。この思想の信奉者たちは、限られた資源を最適に利用して経済の発展を導くためには市場原理を導入することが何よりも重要だと考え、したがって、「非効率的」な公的事業を民営化することや、私的企業に開放することを、政策の中心的な課題に据えた。公的セクターによって担われてきた保健事業や、それら公的セクターとの協力によって国際保健協力を実施してきた多国間組織であるWHOは、新自由主義的思潮の下で強い批判に

さらされることになった¹⁾。

1980年代の発展途上国の累積債務問題も、新自由主義的政策の国際的な波及に大きな役割を果たした。1960年代から1970年代にかけて、輸入代替政策による工業化を進めるラテンアメリカ諸国は、そのために必要な機械と原料を外国から輸入していた。その支払いのための外貨は、おもに第1次産品の輸出によって賄われたが、十分ではなかった。とりわけ、1970年代に入り、インフレーションによる輸入品価格の上昇や第1次産品需要の低迷による輸出の減少などによって輸入額と輸出額のギャップが拡大すると、それらの国々は、先進国の民間銀行からの多額の借り入れによって資金需要を満たした。おりしも、石油の値上げによって多額の収入を得た産油国の「オイル・マネー」が先進国の銀行に流入しており、それが（リスクの少ない借り手とみなされた）途上国に貸し込まれたのである。その結果、莫大な借金への利子の支払いが債務国に重くのしかかった。金利の上昇をきっかけとして、1982年にメキシコが債務の返済不能に陥ると、各銀行は、もはや信用を失った途上国への貸し付けを停止し、資金の流入が止まった途上国は危機に陥った。アメリカ政府は、（各銀行が個別に交渉するのではなく）IMFを中心として債務国との交渉を行う方針をとった。そして、IMFは追加融資や返済繰り延べなどの救済を行う条件として、経済を安定化し、債務の返済能力を確保するための国内政策（構造調整）を実施することを債務国に要求した。すなわち、緊縮財政や公共支出の見直し、貿易自由化、外国からの直接投資の自由化、公企業の売却、規制緩和などの、一連の新自由主義的な政策である²⁾。

IMF や世界銀行の融資条件として発展途上国に課された構造調整は、医療・保

1) Randall M. Packard, *A History of Global Health: Interventions into the Lives of Other Peoples*, Johns Hopkins University Press, 2016, pp. 259-264; Marcos Cueto, Theodore M. Brown, Elizabeth Fee, *The World Health Organization: A History*, Cambridge University Press, 2019, pp. 239-240.

2) デヴィッド・ハーヴェイ [渡辺治・森田成也・木下ちがや・大屋定晴・中村好孝訳] 『新自由主義——その歴史的展開と現在』（作品社、2007年）139-146頁。Nitsan Chorev, *The World Health Organization between North and South*, Cornell University Press, 2012, pp. 128-132; Packard, *op.cit.*, n.l, pp. 259-261.

健分野にも大きな影響を及ぼした。企業の投資と経済の活性化の制約とならないために税負担は軽減されなければならない、そのためには、公共サービスは削減されなければならない。とりわけ、医療と保健は、優先的な削減の対象となる。新自由主義的な思想において、健康は、国家の責任において保障されるべき人々の権利ではなく、各人が自己の責任と決定において調達すべき財である。財を効率的に配分するためには、市場が機能しなくてはならない。したがって、医療・保健事業を公的セクターから民間セクターへと移転することは望ましい政策ということになる。構造調整を受け入れた発展途上国において、予算の大幅な削減によって公的な保健サービスは衰退し、多くの人材が職を求めて外国に流出した。また、採算の取れない保健・医療施設が閉鎖され、患者の自己負担が求められることで、地方在住者や貧困層が治療を受けることが難しくなった³⁾。

レーガン政権の下で、アメリカ合衆国が国連専門機関に対して敵対的な姿勢をとったことも、WHOに不利に働いた。数において優位に立つ発展途上国グループが、一国一票の多数決制度をとる国連専門機関において、政策形成を主導することに対して、アメリカ合衆国をはじめとする先進国は不満を感じていた。とりわけ、パレスティナ紛争や軍縮などの政治的問題を専門機関が取り上げることを、先進国は、技術的であるべき機関の「政治化 (politicisation)」として強く批判した。国際連合が構想され、創設された1940年代には、政治的問題と非政治的問題を区別し、後者における国際協力を政治的協力に先行して緊密化することを目指す機能主義が大きな影響力を持っていた。そのような考え方によれば、技術的な国際協力を扱う専門機関は、非政治的領域における任務に専念すべきだということになる。ところが、1970年代には、多様な問題の相互関連を把握して、その包括的な解決を目指すアプローチが主流となり、それぞれの国連専門機関が、その所掌する任務に関連づけて政治的問題を積極的に取り上げる姿勢を強めていった⁴⁾。

3) Packard, *op.cit.*, n.1, pp. 260-264.

4) Chovre, *op.cit.*, n.2, pp. 126-127; Victor-Yves Ghebali, "The politicisation of UN specialised agencies: A preliminary analysis", *Millennium: Journal of International Studies*, Vol. 14, 7

また、新国際経済秩序宣言に典型的にみられるように、発展途上国が、天然資源や経済秩序に対する主権の確立を目指し、多国籍企業の国際的な活動に対する領域国の規制権限の強化を主張するなど、国家主権を強調する傾向を示したことも、先進資本主義国にとっては望ましいことではなかった。私人と私企業による自由な営利活動を保障するという自由主義の基本的な価値に反するものとみなされたからである。アメリカ合衆国は、国連専門機関を、しばしば「国家主義的 (statist)」であると批判した⁵⁾。

さらに、運営の「非効率性」に対する批判も強まっていた。先進国の立場からすれば、本来の目的の外にある問題へと権限を拡張し、不当に予算を肥大化させる専門機関の運営は、政治的にゆがめられた非効率なものであった。とりわけ、資金の大部分を負担している先進国の利益に合致しない政策が、発展途上国の主導によって決定されることに対して、反感が募っていた。1985年台半ば以降、アメリカ合衆国は、国連および国連専門機関への拠出金の一部の支払いを拒否して、その改革を強く要求するようになる⁶⁾。

国連専門機関を批判する強い姿勢の例として、アメリカ合衆国が1984年末に UNESCO を脱退したことはよく知られている⁷⁾。WHO についても、脱退にまでは至らなかったとはいえ、やはり、発展途上国に主導されるその政治的姿勢が、アメリカ合衆国をはじめとする先進国との摩擦を引き起こした。その代表的な例が、核兵器問題である。1970年代より、WHO は、核兵器の引き起こす健康被害について大きな関心を示してきた。1981年の保健総会決議は、平和と安全が人々の健康の維持と向上にとって最高度の重要性を持つことを強調しつつ、核兵器問題に関する専門家委員会を設立することを事務局長に求めた (WHA34.38)。決議を

↘ No. 3 (1985), pp. 321-322.

5) Ghebali, *op.cit.*, n.4, p. 323.

6) Javed Siddiqi, *World Health and World Politics: The World Health Organization and the UN System*, Hurst and Company, 1995, pp. 2-3; Chorev, *op.cit.*, n.2, pp. 133-135; Ghebali, *op.cit.*, n.4, pp. 324-325.

7) Ghebali, *op.cit.*, n.4, pp. 327-328.

受けて設置された専門家委員会は、1983年に「保健および保健サービスに対する核戦争の影響」という報告書を提出した。保健総会はこの報告書を公刊して広く公衆に普及することを促すとともに、核戦争の保健への影響についての研究を継続することを勧告した（WHA36.28）。そして、その勧告を受けて内容を拡充・更新した第2版が1987年に出版された⁸⁾。そこでは、核兵器の爆発や放射線による殺傷、放射性降下物が引き起こす身体への悪影響、「核の冬」が引き起こす飢饉など、核戦争によって生じる死と健康被害が推定され、医療と保健によってはその甚大な被害に有効に対処できないことが確認されている。すなわち、医学・保健学的な観点からみて、治療ではなく予防が唯一の解決策ということになる。

「治療が有効でない場合には、保健専門家にとって利用可能な唯一の解決策は、予防である。核戦争に関しては、明白に、予防が唯一の可能性なのである」⁹⁾。

WHOが、保健という関心から出発して、核戦争の予防という高度に政治的な問題にまで踏み込んでゆくことについて、アメリカ合衆国をはじめとする西側先進国の代表は、行き過ぎた「政治化」という批判を投げかけた。他方で、WHOの任務を広くとらえる立場からすれば、核兵器の使用が人間の生命と健康に対してもたらす被害について、信頼しうる知見を有するのは医学・保健学の専門家なのであるから、WHOが核問題を取り上げることが不適切とは考えられなかった¹⁰⁾。

この問題について、引き続きWHOは強い関心を持ち、1993年の保健総会において、核兵器使用の合法性について、国際司法裁判所に勧告的意見を求める決議が採択される（WHA46.40）。この決議は、まず、いまの世界にある保健サーヴ

8) World Health Organization, *Effects of Nuclear War on Health and Health Services*, second edition, 1987, p. 1.

9) *Ibid.*, p. 33.

10) Siddiqi, *op.cit.*, n.6, pp. 10-12.

イスによっては、核兵器の使用によって生じる被害に有効に対応できないこと、したがって、核兵器の使用の予防だけが、保健という観点からみて、唯一の有効な対応策であること、という専門委員会の結論を確認する。そして、「核兵器による健康被害の第1次予防のためには、その使用に関する国際法上の位置づけを明確にすることが必要である」ことから、その合法性についての勧告的意見を求めている。裁判所に投げかけられた問いは、「健康と環境への影響という観点から、戦争その他の武力紛争において国家が核兵器を使用することは、WHO憲章を含む国際法の下での国家の義務に違反することとなるか」というものであった。

この問いに対し、裁判所は、核兵器使用の合法性という問題が、WHOの権限に含まれないことを理由として、意見を与えることを拒絶した。たしかに、国連専門機関であるWHOは、その権限内において生じる法律問題について、ICJに勧告的意見を要請することができる。また、核兵器の健康への影響について取り組むことはWHOの権限の範囲内にあるといってもよい。しかし、核兵器の健康への影響がいかなるものであるかは、その使用が合法であるか否かによっては左右されないゆえに、核兵器使用の合法性という問題はWHOの権限内にはない、という¹¹⁾。ICJが勧告的意見を出すことを拒絶したのは（戦間期の常設国際司法裁判所時代には東部カレリア事件という前例があるが）これが初めてのことであった¹²⁾。

このほかに「政治化」とみなされる事例として、保健総会は、1985年に、「パレスティナを含む占領下のアラブ領域におけるアラブ住民の健康状態」と題する決議（WHA38.15）を採択した。この決議は、保健の問題と関連づけられているとはいえ、実質的には、イスラエルの占領と入植を非難し、その即時の停止を求めている。これについても、WHOの「政治化」を批判する立場と、WHOの任務を

11) Legality of the use by a state of nuclear weapons in armed conflict, ICJ Advisory opinion, 8 July 1996.

12) 波多野里望・広部和也編著『国際司法裁判所：判決と意見』第3巻（国際書院、2007年）562頁〔横田洋三執筆〕。

広くとらえる立場が対立した¹³⁾。これと同じ日に採択された「国家間の経済的・政治的制裁による健康への悪影響」に関する保健総会決議（WHA38.17）は、先進国が発展途上国に対して政治的な目的で発動する経済制裁手段が住民の健康に深刻な影響を及ぼすことを問題としており、直接に名指してはいないものの、アメリカ合衆国による対ニカラグア制裁を非難するものであった¹⁴⁾。

(2) 保健政策をめぐる対立

保健の問題に関連して政治的領域に踏み込んでゆく場合だけではなく、保健政策そのものが政治的・経済的な利益に直接に関わる場合にも、WHOは、利害対立の間に立たされることになる。その代表的事例のひとつは、母乳代用品のマーケティングに関する取り組みである。発展途上国における母乳代用品の不適切な販売と使用によって生じる健康被害について国際的に批判が高まっていたことから、WHOがこの問題を取り上げることは不自然ではない。また、WHO自身が積極的に介入したというより、むしろ、NGOが主導する不買運動等に手を焼いた食品産業の側が、WHOの下での解決を望んだという側面もある¹⁵⁾。しかし、そのマーケティングに関する国際規準をWHOが作成するということになったとき、（WHO憲章21条に基づく）法的な拘束力を持つ規則という形式をとるべきことを主張する発展途上国と、勧告的な保健総会決議にとどめることを主張する先進国（とりわけアメリカ合衆国）が対立した。加盟国間の対立が激化することを恐れたWHO事務局は、満場一致による決定が重要であることを説いて、勧告的決議による規準設定という形で加盟国の意見をまとめることに成功する。しかし、食品産業の国際的な経済活動を規制する行動規準をWHOが設定することに強く反発するアメリカ合衆国だけは、結局、反対票を投じた¹⁶⁾。

13) Siddiqi, *op.cit.*, pp. 7-8.

14) *Ibid.*, pp. 8-9.

15) Chorem, *op.cit.*, n.2, pp. 106-107.

16) *Ibid.*, pp. 107-109.

医薬品の流通に関する国際的な規準設定をめぐるても、発展途上国と先進国との間に対立が生じた。その背景には、発展途上国において製薬企業が行った倫理的に問題の多い販売活動に対して批判が高まったことがある。製薬企業は、安全性や効果の点において先進国の基準を満たさない医薬品を規制の緩い発展途上国に輸出していた。また、途上国で販売される医薬品には、しばしば、副作用や禁忌についての警告が記載されていなかった。さらに、活発なマーケティングによって不必要な医薬品が売り込まれ、限られた医療・保健予算を食いつぶす一方で、住民の治療のために真に必要とされる医薬品が不足していた。新国際経済秩序を掲げて多国籍企業に対する規制を厳格化しようとする1970年代の発展途上国政府は、このような製薬企業の販売活動を強く批判した¹⁷⁾。

1975年の保健総会において、マラー事務局長は、「予防および治療のための薬品」についての報告を行い、発展途上国における医薬品の流通と使用に問題が多いことを確認したうえで、本当に必要な医薬品を廉価で調達しうるように、各国の医薬品政策を国際的に支援する必要を訴えた¹⁸⁾。この報告を受けて、保健総会は、「予防および治療のための薬品」に関する決議（WHA28.66）を採択した。ここでは、各加盟国が、「それぞれの保健上の必要に応じて、確かな品質を持つ必須医薬品を選定し、適正な価格でそれを調達する」ことができるよう、支援する方法を開発することが、事務局長に要請された。この決議に基づいて、事務局長は、必須医薬品（essential drugs）の選定に関する専門家委員会を設置する¹⁹⁾。

1977年、専門家委員会は、必須医薬品の選定に関する報告書を提出した。その主要な目的は、限られた保健予算を効果的に用いるために、住民にとって必要性が高く、その有効性が確認され、しかも廉価な医薬品を選定することであった。

17) *Ibid.*, pp. 93-95.

18) Twenty-Eighth World Health Assembly (1975), "Prophylactic and therapeutic substances: report by the Director-General. World Health Organization", A28/11.

19) Chorev, *op.cit.*, n.2, pp. 95-96.

限られた財政的な資源を最適に利用するためには、使用される医薬品が、治療において有効であり、かなりの程度の安全性を持ち、住民の健康上の必要を満足することが証明されたものに制限されなければならないことは明らかである。選定された医薬品は、ここで「必須 (essential)」と呼ばれる。この語は、それらの医薬品が、最高度に重要で、住民の保健上の必要にとって最低限かつ必要不可欠なものであることを指し示す²⁰⁾。

その選定に際して考慮されるべき点としては、①臨床的治験や疫学的研究によって、その効果と安全性についての評価が確立していること、②可能な場合にはジェネリック薬が採用されること、③当該医薬品の品質を維持・管理するための規制や設備が利用可能であること、④当該薬品を使用した治療にかかる費用が比較的に低いこと、⑤同等の医薬品であれば、現地に信頼のおける製造設備があるものを優先することが、挙げられている²¹⁾。

報告書には、このような基準で選ばれた必須医薬品のモデル・リストが掲げられているが、これには、法的な拘束力は何ら存在しない。そもそも WHO の一委員会の勧告である報告書に法的拘束力はない。さらに、「モデル・リスト」という名称から明らかなおり、これは、各加盟国によって自発的に採用され、それぞれの事情に合わせて修正されることを予定した必須医薬品リストの提案にすぎない。報告書自体が、その点を強調しており、それぞれの国において実際に用いられる必須医薬品リストを作成することを、各国の保健当局に委ねている²²⁾。

国々の間には大きな違いがあることから、一般的に適用され、受け入れら

20) World Health Organization, *The Selection of Essential Drugs: Report of A WHO Expert Committee*, World Health Organization Technical Report Series, No. 615, p. 9.

21) Thirty-First World Health Assembly (1978), "Background document for reference and use at the technical discussions on 'National policies and practices in regard to medicinal products; and related international problems'", p. 18; Chorev, *op.cit.*, n.2, p. 96.

22) *The Selection of Essential Drugs*, *op.cit.* n.20, p. 8.

れるような統一的な医薬品リストを準備することは、適当でもなければ、可能でもない。したがって、それぞれの国が、保健の分野における自国の政策にしたがって、必須医薬品リストを評価し、採用する直接的な責任を持つ。

この報告書に提示されたガイドラインに基づく必須医薬品リストは、ひとつのモデルであって、国々がそれぞれの優先事項を同定し、みずから選定を行うための基礎を提供しうる²³⁾。

このように規範的な硬度の極めて低い提案であったにもかかわらず、このリストは、先進国の製薬業界に強い反発を呼び起こした。製薬企業からすれば、国際組織によるこのようなリストの作成そのものが、医薬品の生産と販売における自由を制約する試みであって、業界の利益を損なうものと考えられたのである。効果の実証された廉価な必須医薬品の推奨は、最高度の医療の実施を妨げることになり、また、医薬品開発への投資を抑制することになって、その進歩を遅らせるという、医薬品への統制に対して常套的に向けられる批判が、ここでも繰り返された。さらには、「必須医薬品」のリストを作成することで、リストにない医薬品が不必要なものであるという印象を与えかねない、という懸念も表明された。製薬業界としては、必須医薬品リストが推奨される対象を発展途上国の貧しい人々向けの医療に限定することで、その影響を最小限にとどめようとした。WHOは、必須医薬品リストが、医薬品にかかる費用の膨張に悩まされる先進国も含めて普遍的な意義を持つという見解を公式に否定することはなかったが、その対象を限定して理解しようとする製薬業界にあえて反論することを控えた²⁴⁾。

WHOと製薬業界の対立は、必須医薬品リストにとどまらない。WHOは、さらに、医薬品のマーケティング規準を作成することを目指して動き始める。製薬企業にとって利益の大きい薬品ではなく、人々が必要とする医薬品を供給するためには、マーケティングの規制が必要だと考えたのである。1978年の保健総会は、

23) *Ibid.*, p. 10.

24) Chorev, *op.cit.*, n.2, pp. 97-100.

「医薬品の客観的な情報の重要性」や「製薬企業の無制約な販売促進活動の危険」に言及しつつ、医薬品のマーケティング規準について検討することを事務局長に要請する決議（WHA31.32）を採択した。母乳代用品についてマーケティング規準の作成を後押しした多くのNGOが、ここでも、WHOによる規制を強く支持した²⁵⁾。

危機感を抱いた製薬業界は、最貧国に対して医薬品を優遇価格で供給することを申し出た。WHOは、低価格供給の具体化について製薬業界と交渉を行ったが、その実現には至らなかった。また、製薬業界は自主的規制として「医薬品マーケティング実践規準」を発表したけれども、業界に批判的なNGOや発展途上国の立場からは、内容的に不十分であって、WHOのマーケティング規準に代わりうるものではないと考えられた²⁶⁾。1984年の保健総会は、マーケティングを含め、医薬品の適切な使用を確保するための方法を論じるための国際会議を開催することを事務局長に要請した（WHA37.33）。この会議は、翌年、ナイロビにおいて開催され、各国政府や医薬品規制当局、医薬品産業、消費者・患者団体、国連専門機関、NGOに属する専門家が多数参加した。

この会議において、製薬業界は、WHOによるマーケティング規準制定に強く反対した。再選されたレーガン大統領の率いるアメリカ合衆国政府もまた、企業の国際的な営利活動の規制に反対する姿勢を明確にしており、規準が制定された場合には拠出金の支払いを停止するという警告を発していた。対立の激化を恐れるマラー WHO事務局長は、「WHOは超国家的な規制を行う組織ではない」ということを強調し、マーケティング規準の制定を回避する方向に議論を導いた。その結果、母乳代用品の場合と異なり、医薬品に関しては、マーケティング規準が制定されることはなかった²⁷⁾。

25) *Ibid.*, pp. 109-110.

26) *Ibid.*, pp. 112-116; Anita Hardon, "Consumers versus Producers: Power play behind the scenes", Najmi Kanji, Anita Hardon, Jan Willem Harnmeijer, Masuma Mamdani, Gill Walt, *Drugs Policy in Developing Countries*, Zed Books, 1992, pp. 50-55.

27) Chorem, *op.cit.*, n.2, pp. 116-121; Anita Hardon, *op.cit.*, n.26, pp. 55-60.

母乳代用品の不適切なマーケティングを規制し、住民の健康にとって必要な医薬品が流通する仕組みを作ろうとしたWHOの取り組みは、プライマリ・ヘルス・ケアの理念を掲げて、健康の社会的・経済的要因への関心を強めていたWHOの政策姿勢を示すものであった。しかし、社会的・経済的な要因への関与は、発展途上国を重要な市場としていた食品産業・製薬産業の反発を招き、また、その利害を国益とみなす先進国政府の批判を受けることにつながった²⁸⁾。

(3) 三つの危機

1980年代を通じて、市場による効率的な財の配分を重視する新自由主義的な政策が主流化する中で、公的セクターによって担われる保健事業の地位が低下したことや、加盟国の多数を占める発展途上国が主導する政策決定に対して先進国が反発を強めたことを背景として、1990年代には、WHOは未曾有の危機に陥る。第一に、WHOへの拠出金の大部分を負担する先進国が、予算の抑制を求めることによって、財政的な危機が生じた。第二に、世界銀行など、市場や投資の論理に基づく活動に適したアクターが保健分野において大きな役割を果たすようになったことで、WHOは、国際保健協力を担う主要機関としての正統性を失う危機に直面した。第三に、「非効率の」で「腐敗した」官僚組織という批判を受け、その改革が要求される中で、ときの事務局長がそのリーダーシップを発揮できず、加盟国から信頼を失う、という危機が生じた。

(i) 財政的危機

国連専門機関の予算の増加を抑制するということは先進国の共通の関心であり、WHOについてもその例外ではない。ただし、伝統的にWHOは技術的な保健協力を効率的に進める国際組織とみなされてきたことから、予算抑制の圧力を受けることが少なかった。しかし、社会的な問題への取り組みを強める中で、次第に

28) Gill Walt, "WHO under stress: Implications for health policy", *Health Policy*, Vol. 24, Issue 2 (1993), pp. 133.

先進国との間の緊張関係が生じ、その予算についても厳しい目が向けられるようになった。1980年代になると、実質的な予算の増加が認められなくなり、1990年代には、名目的な予算額の増加も凍結される（インフレーションを加味すれば実質的な減額となる）²⁹⁾。

予算増額の凍結に加え、拠出金の支払いの延滞もまた、WHOの財政基盤を弱めた。象徴的な出来事として、1985年に、アメリカ合衆国が、拠出金の一部分の支払いを停止した。アメリカ合衆国は全体予算の25%を負担していたが、予算の20%にあたる額しか支払わなかったのである。その理由は明示されなかったが、医薬品をめぐるWHOの政策に対する報復的な措置と一般に理解されている。その他にもさまざまな理由で拠出金の支払いを滞らせている国々が多くあり、1996年末の段階で、同年の拠出金予定額のうち実際に支払われていたのはその77.72%にとどまっていた³⁰⁾。

拠出金が7割から8割程度しか集まらない状態が続く中で、WHOが深刻な資金不足に陥らなかったのは、予算外資金（extrabudgetary funds）と呼ばれる資金提供が国際組織や加盟国から行われたからである。WHOの正規予算は、人口や国民所得などの要素を考慮して各国に賦課される拠出金によって賄われる。予算案は事務局長によって作成され、執行理事会における審議を経て、保健総会の承認を受ける（WHO憲章18条（f）、34条、55条参照）。それに対し、予算外資金は、自発的に提供される資金であり、予算の審議・承認に関する手続に付されず、提供者がその用途を指定することができる。例えば、1980年代のWHOエイズ・グローバル・プログラムには、エイズ対策に苦しむ加盟国から、多くの予算外資金が集まった。1970年代初頭には、WHOの支出全体における予算外資金の割合は25%程度であったが、1990年代初めには50%以上を占めるようになる。資金提

29) Chorev, *op.cit.*, n.2, p. 144; Fiona Godlee, "WHO in crisis", *British Medical Journal*, Vol. 309 (1994), pp. 1424-1425.

30) Yves Beigbeder, Mahyar Nashat, Marie-Antoinette Orsini, J. F. Tiercy, *The World Health Organization*, Martinus Nijhoff Publishers, pp. 161-164; Chorev, *op.cit.*, n.2, pp. 144-145; Cueto *et al.*, *op.cit.*, n.1, pp. 240-241; Walt, *op.cit.*, n.28, pp. 136-137.

供者も、当初は、他の国連機関が中心であったが、次第に国家の援助機関の割合が増加した³¹⁾。

資金を出す先進国からすれば、発展途上国が多数を占める保健総会での承認手続を回避して、自国の利益と方針に適合するプログラムに柔軟に資金を提供することができる点で、予算外資金は都合がよいものであった。しかし、これに対する批判も多い。第一に、WHOの活動が少数の有力な資金提供国の意向に大きく左右されることは、その国際組織としての自律性を損なう。第二に、自発的に提供される資金の額や継続性が保証されていないため、それに依拠しては、長期にわたる一貫した事業を行うことが難しい。第三に、資金提供国は、しばしば、短期間で明確な成果が上がることを求めるため、ワクチン接種のような効果を数値化しやすいプログラムが選好され、生活の質の向上など、計測の難しい目標が回避される傾向を産む。第四に、予算外資金の獲得を巡って、WHOの各プログラムが不毛に競争することとなり、本来、プログラムの中の調整を行い、その優先順位を決めるはずの保健総会などの手続が、そこに関与できない。第五に、資金提供国が、資金の用途について高い水準での説明責任を課し、財政規律の厳格化を求めるため、WHOの側では、その対応に追われてプログラムの実質を充実させることがおろそかになってしまう³²⁾。

長期的にみれば、国際協力の場面において多国間組織の役割が低下してきたということも、その財政悪化の要因のひとつである。各国の援助機関が国際保健協力についての経験を積むことで、先進国政府は、WHOに頼らずともプログラムを実施することができるようになっていた。自国の政策目標を柔軟に実現するためには、制約の大きい多国間組織を利用するよりも、学術団体や民間財団、NGOと連携しつつ、二国間の枠組みにおいて保健協力プログラムを実施すること（あ

31) Yves Beigbeder *et al.*, *op.cit.*, n.30, pp. 165-166; Chorev, *op.cit.*, n.2, p. 145; Cueto *et al.*, *op.cit.*, n.1, pp. 245-246; Walt, *op.cit.*, n.28, pp. 128-129.

32) Chorev, *op.cit.*, n.2, pp. 146-147; Cueto *et al.*, *op.cit.*, n.1, p. 246; Fiona Godlee, "WHO's special programmes: undermining from above", *British Medical Journal*, Vol. 310 (1995), p. 179; Walt, *op.cit.*, n.28, pp. 129-130.

るいは相手国の政府さえ介さずに、現地のNGOに直接に資金を提供すること)の
ほうが好ましかった³³⁾。

(ii) 正統性の危機

市場を通じた民間セクターの活用や、事業計画における費用対効果の検証、事業実施の際の説明責任と透明性の要求という新自由主義的な政策志向が強まる中で、そのような政策を担うに適した組織である世界銀行の存在感が高まる。世銀は、マクナマラ総裁の時代から貧困対策に重点を置き、保健分野もその要素の一つとしてきたが、1980年代以降、保健・栄養・人口(Health, Nutrition, and Population: HNP)部門において企画される保健分野の貸し出しを急激に増加させ、1990年代には、WHOをはるかにしのぐ規模の資金を保健プログラムに提供するようになっていった。また、WHOが、政府内において比較的力の弱い保健担当省庁を通じて各国と関係を持つのに対し、世銀は、政府の中心にある財務担当省庁に働きかけることができる点も、その影響力を強めたといわれる³⁴⁾。

世界銀行は、ダムや発電所などの大規模インフラのための投資を目的とする融資から、構造改革による政策パフォーマンスの向上を目的とする融資(policy lending)に重点を移しており、それにしたがって、世銀の方針に準拠した保健改革を、融資を受けた国々に求めてゆくこととなる³⁵⁾。保健分野における世銀の政策を体系的に示す点において画期となる文書が、1993年に公表された『世界開発報告：保健への投資』³⁶⁾である。そこでは、国際保健協力の問題点として、①費用対効果の低い措置に資金が割り当てられていること、②政府支出が高度医療に向けられることによって富裕層が支援を受ける一方、貧困層が基礎的な保健サーヴィ

33) Walt, *op.cit.*, n.28, p. 131.

34) Chorev, *op.cit.*, n.2, pp. 147-148; Packard, *op.cit.*, n.1, pp. 284-286; Cueto *et al.*, *op.cit.*, n.1, p. 250; Kamran Abbasi, "The World Bank and world health: Changing sides", *British Medical Journal*, Vol. 318 (1999), pp. 868-869.

35) Chorev, *op.cit.*, n.2, p. 148.

36) *World Development Report 1993: Investment in Health*, Oxford University Press.

スさえ受けられない、という不均衡が存在すること、③保健のための資金が³⁷⁾(例えば、ジェネリック薬ではなくブランド薬の購入に充てられることで)浪費され、医療・保健のための設備や人員が適切に配置・利用されていないなど、資源の利用が非効率であること、④所得上昇の水準を超えて、医療費が高騰していることを挙げる³⁷⁾。このような問題関心には、真に保健サービスを必要とする人々に限られた資源を向ける、というプライマリ・ヘルス・ケアの思想と共鳴するところもあるとはいえ、費用対効果や効率性を前面に押し出している点において、WHOの方針とは整合しない。

その点は、『世界開発報告：保健への投資』が提案する具体的な方策においてより明確に表れる。一方で、報告書は、健康の社会的な要因の意義を認め、貧困への対策や教育の増進を、保健政策のための重要な戦略として位置づけている。また、予防接種プログラムなどの限られた事業については、公的部門への投資を増やすことを支持する。さらに、高度医療の充てられている資源をプライマリ・ケアに差し向けるべきことも求める。これらの点は、WHOの採るプライマリ・ヘルス・ケアと整合する³⁸⁾。しかし、他方で、報告書は、公的な保健システムを、浪費が多く、効率と効果の低いものとみなし、その役割を縮減することを求める。政府の支出は、費用対効果の高い限られた措置にのみ差し向けられるべきであり、そうすることで、保健予算を増やさずとも、疾病による人々の負担を減らすことができる、というのである。そのような措置として、妊娠・出産に関わるケアや、家族計画、結核対策、性病対策、小児に頻発する病気(下痢・急性呼吸器感染症・はしか・マラリア・低栄養)の対策などを挙げている。費用対効果の高い、少数の措置に公的な保健政策の対象を限定してゆくという考え方は、包括的プライマリ・ヘルス・ケアを志向してきたWHOの方針には適合しない³⁹⁾。また、発展途上国が実施すべき保健改革として、世銀は、民営化と個人責任の導入を推奨する。

37) *Ibid.*, pp. 3-4.

38) Packard, *op.cit.*, n.1, pp. 283-284.

39) *World Development Report 1993*, *op.cit.*, n.36, pp. 8-10; Packard, *op.cit.*, n.1, p. 284.

限られた資源によって効果的な保健事業を行うためには、より効率的な資源の配分を行うことのできる市場に保健サービスを委ねることが望ましい。無駄のない保健サービスの利用を促し、かつ、サービスにかかる費用を捻出するためには、利用者自身が費用を負担する仕組みを導入すべきである、という。このような考え方が、健康への権利を保障することを国家の義務とみなす保健思想と相性が悪いことは言うまでもない⁴⁰⁾。

保健措置の効果や効率性を数値的に測るために、世界銀行が「障害調整人生年数 (Disability-Adjusted Life Year: DALY)」という指標を導入したことは、その後の保健協力にも大きな影響を与えた。これは、死亡によって失われたと考えられる人生年数を足し合わせるだけではなく、病気のために生じた障害を人生年数の損失として数値化する（例えば、重度障害を負って過ごす1年は0.6年分の損失と数える）ことによって、死亡以外の障害も含めて、病気の人々もたらす負担を包括的に計量化することを目指すものである。また、この指標においては、生産性の高い青年期・壮年期の人生年数は高く評価され、幼少期と高齢期の人生年数は低く評価される。さらに、将来の人生年数は、一定の率で割引かれ、現在価値に置き換えられる。こうして、それぞれの病気が人々に対して引き起こす負担（の割引現在価値）を、DALYの損失という数値によって示すことができ、それにしたがって、それぞれの保健措置がその損失をどの程度において回避することができるのかを計量的に比較することができるようになる。もちろん、少ない費用で多くのDALYの損失を回避しうる措置が、より効率的だということである⁴¹⁾。

世界銀行が、資金の規模においても政策の定立においても、国際保健協力の分野で大きな存在感を持つようになったことは、否応なく、主要な国際保健協力機

40) Chorev, *op.cit.*, n.2, p. 149; Packard, *op.cit.*, n.1, pp. 284-285; Kamran Abbasi, "The World Bank and world health: Healthcare strategy", *British Medical Journal*, Vol. 318 (1999), p. 934.

41) *World Development Report 1993*, *op.cit.*, n.36, pp. 26-27; Chorev, *op.cit.*, n.2, p. 149; Packard, *op.cit.*, n.1, p. 283; Cueto *et al.*, *op.cit.*, n.1, p. 249.

関としての WHO の正統性を危機に陥らせた。世銀だけではなく、1990年代の国際保健協力における最重要課題であった HIV／エイズ対策においては、独立の組織である国連エイズ合同計画（UNAIDS）が主導するようになっており、その点でも、WHO の地位は低下せざるを得なかった⁴²⁾。

(iii) リーダーシップの危機

アメリカ合衆国をはじめとする先進諸国との対立する局面が増える中で、1988年にマーラーの後を継いだ中嶋宏事務局長が、それらの国々から信頼を得ることに失敗したことも、WHO の置かれる立場をより苦しいものとした。説得的な言葉で高邁な理想を語りうる指導者として、WHO 組織の内部でも、諸外国政府にも高い尊敬を受けていたマーラー事務局長は、必須医薬品リストをめぐる批判や、拠出金延滞というような問題に直面しつつも、優れた外交手腕を発揮して、対立の激化を防ぐことにある程度は成功していた⁴³⁾。しかし、日本人として初めて国連専門機関の事務局長に就任した中嶋は、むしろ、利害関係者間の調整を重んじる実務的な性格であり、前任者のような華々しい指導的・外交的な役割を果たすことができなかった⁴⁴⁾。

1988年の事務局長選挙において、アメリカ合衆国やヨーロッパ諸国は、中嶋と決選投票を争ったブラジルの候補を支持した。しかし、国際組織の要職に国民を送り込むことを重視していた日本政府の強力な支持を得て、僅差で中嶋が選ばれた。中嶋は、1955年に東京医科大学を卒業し、神経精神医学と薬理学をパリ大学などで研究した。その後、製薬企業の研究所での勤務を経て、1973年に WHO に入り、西太平洋地域機関（マニラ）の事務局長を務めたほか、ジュネーヴの本部で医薬品政策に携わった。外国での研究や国際機関での行政の経験を持ち、医薬

42) Chorev, *op.cit.*, n.2, pp. 155-156; Fiona Godlee, "WHO in retreat: Is it losing its influence?", *British Medical Journal*, Vol. 309 (1994), p. 1494.

43) Cueto *et al.*, *op.cit.*, n.1, p. 241.

44) Walt, *op.cit.*, n.28, pp. 138-139; Godlee, *op.cit.*, n.42, pp. 1492-1494.

品にも造詣の深い医師という経歴には申し分はなかったが、中嶋は、WHO 事務局長として高い評価を受けることができなかった。十分なコミュニケーションを行う能力に欠けることが問題とされただけではなく、不透明な資金の使用や、関係者への利益誘導など、汚職の疑いも持ち上がった。また、事務局長に与えられた強い人事権限を利用して、給与の高い上級ポストの数を（資金難にもかかわらず）倍増させたこと、恣意的な降格などの「独裁的」な人事を行ったことなどが、WHO スタッフの士気を低下させたとも言われる⁴⁵⁾。

中嶋の5年の任期が終了に近づいた1992年、アメリカ合衆国やヨーロッパ諸国は、その再選を阻むためにアルジェリア出身の候補を支持した。しかし、このときも、日本政府が豊富な資金力を背景に発展途上国の支持を取り付け、中嶋を再選に導く⁴⁶⁾。このことを、中嶋に批判的な医学専門誌の編集者は次のように評した。

日本を除くすべての主要な資金提供国による前例のない反対を押し切って行われた……執行理事会による中嶋博士の再選は、国際的な利益よりも国益が上位に置かれるということの際立った事例である⁴⁷⁾。

別の権威ある医学専門誌には次のようなコメントが記されている。

賭けられていたのは、国連専門機関の指導者を選ぶということだけではなく、日本人のメンツを立てるという問題（a matter of face to be saved）でもあった⁴⁸⁾。

45) Cueto *et al.*, *op.cit.*, n.1, pp. 241-244; Godlee, *op.cit.*, n.29, pp. 1426-1427.

46) Cueto *et al.*, *op.cit.*, n.1, pp. 274-275.

47) Fiona Godlee, "WHO at the crossroads: Will it embrace the necessary reforms?", *British Medical Journal*, Vol. 306 (1993), p. 1143.

48) "WHO: Power and inglorious", *Lancet*, Vol. 341 (1993), p. 277.

不評の事務局長が強引に再選されたことで、WHO と欧米諸国との関係はますます悪化した。それまで多大な財政的な寄与を行ってきたスウェーデンやデンマークが WHO に対する資金の提供を減らした。「グローバル化」と呼ばれる現象が進展し、先進国からの批判や世界銀行からの圧力を受けるなかで、WHO にも改革が迫られたが、中嶋は、そのためのリーダーシップを発揮することができなかった。1998年に次の事務局長が着任して改革を推し進めるまでの間、WHO は暗い停滞の時期を過ごすことになる⁴⁹⁾。

2 公私パートナーシップ (PPP) の発展

(1) 改革の始動

WHO の立て直しのための指導者が求められた1998年の選挙において、事務局長に選出されたのは、ノルウェーの政治家であるブルントラント (Gro Harlem Brundtland) であった。外部の人材が WHO 事務局長となることは初めてであり、かつ、このポストに就いた最初の女性でもあった。ブルントラントは、オスロ大学出身の医師であり、ハーヴァード大学で公衆衛生学 (public health) の修士号を取得している。政治家としての経歴は目覚ましく、ノルウェーの環境大臣を経て、41歳で首相となり、3期を務めた。国連においても活躍しており、環境と開発に関する世界委員会 (World Commission on the Environment and Development) の委員長として、一般に「ブルントラント報告」として知られる報告書『我らの共通の未来 (Our Common Future)』(1987年)を公表した。「持続可能な開発 (sustainable development)」という概念を中核とするこの報告書の提言は広く受け入れられ、1992年の国連環境開発会議 (地球サミット) の開催へと発展してゆく⁵⁰⁾。

とりわけ環境分野において際立った実績を持つ政治家であるブルントラントに

49) Cueto *et al.*, *op.cit.*, n.1, pp. 275-278.

50) Chorev, *op.cit.*, n.2, pp. 163-165; Cueto *et al.*, *op.cit.*, n.1, pp. 280-281.

期待されたのは、グローバル化という現実に対応しうる組織へと WHO を改革するためにリーダーシップを発揮することであり、より具体的には、資金を獲得してその財政的な危機を克服し、国際保健協力における役割を向上させてその正統性の危機を乗り越えることであった。1980年代から1990年代にかけて環境問題を「主流化」させることに成功したブルントラントは、その経験をもとに、グローバル化を支える新自由主義的な論理に抵抗するのではなく、むしろ、それを利用して国際保健協力の意義を示し、そこに WHO を適応させてゆくという戦略をとった。WHO の政策を研究する社会学者チョレフの言葉を借りるなら、「WHO の事務組織は（例えば、保健政策に関する知識に依拠するような代替的なヴィジョンを提示することによって）WHO のリーダーシップを主張するのではなく、新自由主義自体の道具を使って、新自由主義の挑戦を迂回した」⁵¹⁾。すなわち、市場経済の論理を用いて保健政策を正当化することによって、市場至上主義者たちの攻撃をかわすということである。このことの重要性を、事務局長自らがはっきりと自覚していた。

『我らの共通の未来』と1992年のリオ環境会議のカギとなるメッセージは、経済的な政策と実践という文脈において、健康と環境の諸問題に取り組む必要があるということです。科学的な証拠が明らかになり、環境の悪化が経済に影響することが適切に理解されるようになって、環境は、周辺的な少数の人々の主義という位置づけを脱して、中心的な課題とみなされるようになりました。いま、同じアプローチが、健全な保健政策と保健措置を検討するために適用されなければなりません⁵²⁾。

現実的な政治家であるブルントラントは、従来のように保健を担当する省庁や

51) Chorev, *op.cit.*, n.2, p. 174.

52) Gro Harlem Brundtland, "Environment and health", *British Medical Journal*, Vol. 318 (1999), p. 1635.

大臣を交渉相手とするのではなく、むしろ、財務担当大臣や首相、大統領など、政府内で強い権限を持つ政治家を説得することを重視した。保健担当大臣は一般に保健プロジェクトに対する理解があるゆえ、重ねて彼（女）らを説得しなくともよい。むしろ、予算編成において強い影響力を持つ政治家が保健協力の意義を理解することが重要である。首相や財務大臣を説得するためには、人々の健康そのものの価値を自明とするのではなく、経済的な言葉で、人々の健康の価値を明らかにしなければならない。すなわち、人々が健康を損なうことが経済上の損失であり、保健上の措置が経済的な価値を持つことが説得的に示されなければならない⁵³⁾。ブルントラントは、1999年のWHO執行理事会における演説で次のように述べる。

…私たちは、健全な保健への投資が、発展と進歩を促進するために最も費用対効果の高い方法のひとつでありうることを知っています。貧しい国々の健康状態を向上することは、一人当たりGDPを増加させることにつながりません。豊かな国々では、それは社会の全体的な費用を引き下げます。

私の信じるところでは、WHOを含む国際共同体は、この事実をきちんと売り込んできませんでした。グローバルな貿易と投資の時代にあって、なんとか収支を合わせる方法を諸国が探し回っているというのに、私たちは、この秘密の上にあぐらをかいてきたのです。

これが力強いメッセージであり、私たちがそれを政策決定者や私的セクターに伝えるべきなのだとすることを、私たちは十分に分かっていませんでした。各国の首相や財務大臣に、自分たちが保健大臣でもあることを思い起こさせることは、まぎれもなくWHOの任務のなかに含まれています⁵⁴⁾。

53) Chorev, *op.cit.*, n.2, pp. 166-167; Cueto *et al.*, *op.cit.*, n.1, p. 285.

54) “WHO – the way ahead: statement by the Director-General to the Executive Board at its 103rd session, Geneva, Monday, 25 January 1999”, EB103/2, p. 5.

経済政策に責任を持つ閣僚や政治家を説得するためには、国際保健協力が経済的な効果を持つということを証拠立てなければならない。そのために、ブルントラントは、ハーヴァード大学の高名な経済学者サックス（Jeffrey Sachs）を委員長として、マクロ経済と保健に関する委員会（Commission on Macroeconomics and Health: CMH）を設立した。この委員会の任務は、健康状態の悪化が経済発展にもたらす悪影響を示し、保健プログラムへの投資が、貧困を克服し、経済を発展させるための有効な方法であることを証明することであった⁵⁵⁾。

2001年にマクロ経済と保健に関する委員会（CMH）が提出した報告書『マクロ経済と保健：経済発展のための保健投資』（以下、CMH報告書）では、さまざま観点から、健康状態の悪化が経済にもたらす影響を分析している⁵⁶⁾。健康は、個人が高い生産性を保つための条件である。それが失われれば、大人は、治療費を負担し、労働による収入を減らすことになる。そのことによって、家族が貧困に直面することもある。病気にかかった子どもたちは、十分な教育を受けて能力を高める機会を逃し、将来にわたって十分な収入を得る可能性を失う。また、子どもの死亡率が高いために、それを補うために出生率が高止まりし、そのことがさらに人々の生活状態を押し下げる。人々の生産性が低く、貧困状態にとどまることは、社会全体の経済の発展を大きく阻害する。逆に、健康状態を改善するための有効なプログラムを実施すれば、人々の収入は増加し、国の経済は成長し、人口増加は抑制される。すなわち、保健への投資は、経済的な観点からみても、きわめて有望だということになる。

国際保健協力プログラムの内容として、CMH報告書は、多くの人々に被害をもたらしている特定の病気を、技術的手段によって克服するという方法を推奨し、それが、低い費用で大きな効果をもたらすことを強調する。これは、世銀報告書とも共通する立場である。アルマ・アタ宣言以来、包括的なプライマリ・ヘルス・

55) Chorev, *op.cit.*, n.2, pp. 169-170; Cueto *et al.*, *op.cit.*, n.1, pp. 291-292.

56) *Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development, Report of the Commission on Macroeconomics and Health*, World Health Organization, 2001.

ケアを重視してきた WHO にとってみれば、これは大きな方針の転換といえる。貧困を含むさまざまな社会的要因によって健康が蝕まれることを強調し、したがって、社会的環境整備も含めた包括的な保健政策を志向していたはずの WHO は、いまや、劣悪な健康状態が貧困を含む経済停滞の要因であることを強調し、したがって、健康の悪化をもたらす病気を効率の良い技術的手段によって克服することに重点を移したのである。これに批判的な同時代の研究者は、CMH 報告書を「ロックフェラー主義 (Rockefellerism)」の再来とみなした⁵⁷⁾。20世紀の前半に国際保健協力に取り組んだロックフェラー財団・国際保健部門は、不健康こそが貧困の原因であるとみなし、人々の健康を損なう鉤虫や黄熱病、マラリアを技術的手段に依拠して根絶することを試みた。CMH 報告書は、WHO の方針が、このような技術志向的な保健思想へと大きく振れたことを示しているともいえる。

ブルントラントの指導の下で、WHO は、費用対効果の高い限られた手段を優先的に実施するという姿勢を強めていた。2000年に公表された『世界保健報告書 (保健システム：パフォーマンスの向上)』⁵⁸⁾には、その方針が明確に示されている。

それに割り当てられた資源によって、可能な限り最高の水準の健康を獲得することを保健システムに要求するということは、すなわち、それができる限り費用対効果の高いものであることを求めるということの意味する。それゆえに、費用に対して最も大きな価値をもたらす措置を強調し、人々の健康を向上させることについて、1ドルあたりでみればわずかしか貢献しないような措置を（それが個人には大いに助けになるとしても）優先しない、ということになる。…健康の水準に関する限り、費用対効果の低い措置から高い措

57) Howard Waitzkin, "Report of the WHO Commission on Macroeconomics and Health: A summary and critique", *Lancet*, Vol. 361 (2003), p. 526.

58) *The World Health Report 2000, Health Systems: Improving Performance*, World Health Organization, 2000.

置に資源を移すことによって、保健システムにおける資源配置の効率性を高めることができる⁵⁹⁾。

それぞれの保健上の措置の費用対効果を測るためは、世銀報告書でも採用された障害調整人生年数（DALY）がここでも用いられる。つまり、少ない資金で、多くのDALYの損失を防ぐ措置が、費用対効果の高い措置である。このような観点から選択された少数の措置をすべての人々に届ける、という立場を世界保健報告書はとる。人々の保健上の必要をすべて満たすような包括的な措置をすべての人に提供することを目指す「古典的普遍主義」は、資源が限られている以上、実現不可能である。それゆえ、費用対効果の観点から優先性の高い措置を絞り込み、それを普遍的に実施することを目指す「新普遍主義」をその基本方針とする、という⁶⁰⁾。

このような方針の下で、大きな損失をもたらす特定の病気を、費用の割に有効性の高い特定の技術的手段によって克服するというプログラムがWHOの中心を占めるようになる。このことは、WHOの活動が予算外資金に依拠していることとも関連する。先進国、とりわけアメリカ合衆国は、特定の病気を技術的に解決するプログラムを好み、そこに多くの資金を提供したからである。20世紀末以降、WHOは、包括的なプライマリ・ヘルス・ケアの実現ではなく、マラリアや、結核、HIV／エイズなど、大きな負担をもたらす感染症に対する技術的手段による取り組みに重点を置く⁶¹⁾。そして、その取り組みのために用いられた枠組みもまた、市場の役割を重視し、民間セクターの参加を促す点で、新自由主義とグローバル化に対応するものとなってゆく（後述）。

59) *Ibid.*, p. 52.

60) *Ibid.*, p. 15; Chorem, *op.cit.*, n.2, pp. 174-179.

61) Chorem, *op.cit.*, n.2, pp. 179-182.

(2) 治療薬へのアクセスと知的所有権

(i) TRIPS 協定の下での医薬品へのアクセス

アメリカ合衆国のレーガン政権をはじめとして、市場の効率性に依拠して公共政策を刷新することを目指す勢力は、多国間組織の非効率性を改善するための方策として、私的セクターをその活動に参加させることを求めていた。また、豊富な資金力によって国際保健協力において大きな存在感を示すようになっていた（ビル&メリнда・ゲイツ財団など）民間財団も、資金提供の条件として、ビジネスとの協働を求める傾向にあった。ブルントラントは、ここでも、基本的には新自由主義的な時代の流れに逆らうことなく、むしろ、それに乗って WHO の活動を活性化するという戦略をとる。彼女は、そもそも、公的セクターと私的セクターの協力を好意的にとらえており、WHO と多国籍企業とのあいだに友好関係を築いて、ビジネスを保健協力事業に巻き込んでゆく政策を積極的に推進する⁶²⁾。

とはいえ、前節(2)でみたように、WHO は、従来から、食品産業や製薬産業が発展途上国で行うマーケティングに対して批判的な立場をとり、食品・製薬ビジネスとの関係を悪化させていた。この緊張関係は、ブルントラント事務局長の時代になって早々に解消されたわけではない。とりわけ、世界貿易機関（WTO）のすべての加盟国を拘束する TRIPS 協定（知的所有権の貿易関連の側面に関する協定）が、製薬企業の持つ特許の国際的な保護を強化したことは、発展途上国への廉価な医薬品の供給を目指す WHO に強い警戒心を呼び起こした。

WTO 設立より前には、多くの発展途上国が、医薬品に対して特許を認めてこなかった。特許を認める場合でも、その製造方法に対する特許のみを認め、医薬品の有効成分である物質に対する特許を認めない（つまり、製造方法について特許が与えられた物質を、別の方法で製造することについては、特許権者の許諾が不要である）ことも多かった。国民の健康にとって不可欠な医薬品については安価に製造して普及させる必要があるという政策的な理由から、特許の対象外とさ

62) Chorev, *op.cit.*, n.2, pp. 190-193.

れたのである。先進諸国も、ある時期までは、医薬品の特許による保護の対象外とする政策を維持しており、日本でも、1975年の特許法改正まで、医薬品の物質特許が認められていなかった⁶³⁾。

製薬企業（およびそれを支持する先進国政府）の立場からすれば、このような医薬品に対する権利保護の制限は、容認しがたいことであった。医薬品を開発し、販売の承認を得るためには、無数の化学化合物のなかから特定の病気に有効な物質を選び出し、大規模な臨床試験を通じてその効力と安全性を証明しなければならない。その費用は膨大である。有効性と安全性が確認された物質を製造して販売する後発企業は、先行企業が投下した膨大な費用をかけずにその成果を利用して利益を得ることになる。このようなただ乗りを許せば、結局は、新薬への投資意欲が失われ、医療の発展が阻害されることとなり、ひいては、人々の福祉が損なわれる、というのである⁶⁴⁾。

TRIPS協定は、このような製薬企業の要請に応えるものとなっており、その27条1項において、特許の対象を広く「すべての技術分野」とすることにより、医薬品について物質特許を認めることを義務づける。

…特許は、新規性、進歩性及び産業上の利用可能性のあるすべての技術分野の発明（物であるか方法であるかを問わない。）について与えられる。

また、特許の保護期間についても、「出願日から計算して20年の期間が経過する前に終了してはならない」（33条）と定めている。ただし、65条に定められた経過措置として、発展途上国には協定を適用するまでに5年間の猶予が与えられ、さらに、従来、医薬品に特許を認めてこなかった発展途上国については、さらに5年間（合計10年間）の猶予が認められる。あわせて、66条では、後発開発途上国に

63) 山根裕子『知的財産権のグローバル化：医薬品アクセスとTRIPS協定』（岩波書店、2008年）16-19頁；中山信弘『特許法』第3版（弘文堂、2016年）143-144頁。

64) 山根・前掲注63、19頁、25-27頁。

についての10年間の猶予も規定される（これはのちに大幅に延長される）。

医薬品について20年の物質特許を認めることがすべてのWTO加盟国に義務づけられることにより、製薬企業への保護は格段に厚くなった。しかし、このことは、新薬を開発した製薬企業の独占的地位を長期にわたって国際的に保護することでもあり、医薬品価格の高騰にもつながる。とりわけ、経過措置期間が満了したのちには、特許によって保護された医薬品について、そのジェネリック薬を発展途上国の企業が製造することが困難になる。それは、安価なジェネリック薬に頼っている途上国の医療にとって大きな打撃となるだろう。

特許権の国際的な保護の強化により、発展途上国の人々に必要な医薬品を入手可能な価格で提供することがますます難しくなる、という懸念から、1996年のWHO総会は、「各国の医薬品政策および必須医薬品に関して、世界貿易機関の作業がもたらす影響」について報告することを事務局長に求める決議を採択した（WHA49.14）。この決議を受けて、WHO必須医薬品行動計画は、『グローバル化と医薬品へのアクセス：WTO/TRIPS協定の実施』と題する報告書を1997年に（1999年に改訂）公表する⁶⁵⁾。特許の強制実施や並行輸入など、TRIPS協定に含まれる柔軟性を最大限に生かして、途上国の人々の医薬品へのアクセスを確保することを提唱するこの報告書の条約解釈は、その後の医薬品への特許をめぐる国際的な論争において大きな影響力を持った⁶⁶⁾。

この報告書は、特許への保護を拡張するTRIPS協定そのものを非難するのではなく、製薬企業の特許の保護と医薬品へのアクセスとのバランスをとりうるような適切な解釈を示す、という立場を基調としている。そもそも、すべての人に必要な医薬品へのアクセスを保障するWHOの立場は、貿易に対する制限を撤廃して商品へのアクセスの拡大を目指すGATTやWTO協定の趣旨と調和的である、という。

65) WHO Action Programme on Essential Drugs, *Globalization and Access to Drugs: Implications of the WTO/TRIPS Agreement*, second edition, World Health Organization, 1999.

66) Chorev, *op.cit.*, n.2, p. 211.

アクセス可能性という概念は非常に重要である。これは、追求される政策が、望む者すべてに、その手の届く価格で、医薬品を利用可能にすることを目指さなければならない、ということの意味している。アクセス可能性を目標とするのであれば、可能な限り最大の供給が確保されなければならない。この目標は、これまで40年間のGATTの一般的な目標と合致する。すなわち、[GATTは] 貿易障壁を撤廃することで、消費者が、世界で利用可能なすべての商品に対し、可能な最大限のアクセスができるようにすることを追求してきたのである⁶⁷⁾。

TRIPS協定について、WHO報告書は、まず、「知的所有権の保護は絶対的で排他的な義務ではない」ということを強調する。知的所有権の保護それ自体が、TRIPS協定の目的なのではない。知的所有権の保護は、それによって達成されるべき公共目的との関連において、「機能的な (functional) 役割」(特定の目的の実現に向けられた役割) を果たすものと理解されるべきである。この点、TRIPS協定の目的に関する第7条は、知的所有権の保護が、「社会のおよび経済的な福祉の向上に役立つ方法」による技術革新の促進や技術の移転に貢献すべきことや、「権利と義務との間の均衡」に資するべきことを定めている。また、原則について定める第8条は、加盟国が、同協定の諸規定に合致する範囲内で、「公衆の健康と栄養 (public health and nutrition) を保護するために必要な措置」をとることを認める。つまり、TRIPS協定の諸規定に違反しない限り、発展途上国が、人々に医薬品へのアクセスを保障するための措置をとることは、同協定の目的や原則に合うものと考えられる⁶⁸⁾。

そのうえで、WHO報告書は、TRIPS協定の柔軟な運用を可能とする条文への注意を喚起する。30条は、「特許により与えられる排他的権利について限定的な例外を定めること」を加盟国に認めている。また、31条は、特許権者の許諾を得ず

67) *Globalization and Access to Drugs, op.cit.*, n.65, p. 18.

68) *Ibid.*, p. 18, pp. 32-33.

に特許の対象を利用すること（「他の使用」と呼ばれる）を、一定の条件の下に、加盟国に許している。この31条は、特許の強制実施に関する規定と理解されており、医薬品へのアクセスとの関係で非常に重要な意味を持つ。

医薬品が特許によって保護されている場合、特許権者の許諾を得なければ、他の企業はそれを製造することができない。しかし、強制実施という制度を用いれば、国は、特許権者の許諾なしに、その医薬品を製造すること、あるいは、他の企業に製造を認めることができる。もちろん、これは例外的な特許の実施方法であるから、さまざまな条件が課せられている。例えば、特許権者からの許諾を得る努力をまず行うこと（ただし、緊急事態の場合には必要でない）、範囲や期間が限定的であること、特許権者に適当な報酬を支払うこと、主として国内市場向けの供給のためであること、などである（31条）。WHO 報告書は、TRIPS 協定 8 条が定める「公衆の健康と栄養を保護するために必要な措置」として、医薬品に対する特許の強制実施を加盟国が行ってよい、という解釈を示す。このような解釈によれば、発展途上国は、特許で保護された医薬品についても、自国の企業がジェネリック薬を製造することを許可してよいこととなる⁶⁹⁾。

もっとも、多くの発展途上国は、そもそも国内に医薬品の生産技術を有していない。その場合、法的に医薬品特許の強制実施が認められたとしても、それを生産することが技術的にできない。そこで、WHO 報告書は、並行輸入の可能性について言及している。並行輸入とは、外国において特許権者によって適法に流通に置かれた商品を、特許権者の許諾を得ずに輸入することである。例えば、ある国で、適法な特許権の実施によって製造された医薬品を他の国が輸入することがこれにあたる。並行輸入が適法であるかどうかは、特許権の消尽という問題に関わる。医薬品が製造・販売された国において当該医薬品に関する特許権が使い尽くされており（消尽）、それが市場に出回った後の国際的な取引についてまで特許権者が支配することは認められないと理解するならば、並行輸入が認められるこ

69) *Ibid.*, p. 18, pp. 33-36.

ととなる。この点、TRIPS 協定 6 条は、次のように規定している。

この協定に係る紛争解決においては、[内国民待遇に関する] 第 3 条および [最恵国待遇に関する] 第 4 条の規定を除くほか、この協定のいかなる規定も、知的所有権の消尽に関する問題を取り扱うために用いてはならない。

つまり、原則として、TRIPS 協定は、消尽のあり方を各国法制度に委ねており、他国の消尽の制度について協定適合性を争うことを認めていない。それゆえ、各国は、並行輸入を広く認める形で、消尽についての国内法を整備することができる。この協定運用面での柔軟性を利用して、特許の国際的保護を縮減する可能性を考慮することを、WHO 報告書は加盟国に促している⁷⁰⁾。

とはいえ、一般的に並行輸入の適法性を認めるとしても、特許の強制実施によって製造された商品の並行輸入までも適法とすることは難しい。中山信弘の言葉を借りれば、「並行輸入を認める最大の根拠は、権利者が任意に自ら設定した価格で、自ら選んだ国で流布したということにある」以上、権利者の任意によらない特許権の実施によって製造された商品については、その並行輸入を適法とする根拠が乏しい⁷¹⁾。

そうだとすれば、製薬技術を持つ発展途上国が特許権の強制実施によって製造した廉価なジェネリック薬を、その技術を持たない他の途上国が輸入するということは認められない、ということになる。この点、強制実施に関する TRIPS 協定 31 条 (f) は、主として国内市場への供給を目的とすることをその条件の一つとしており、原則として、他の国による並行輸入を認めていない。しかし、技術に乏しい低開発諸国こそ、廉価な医薬品を必要としているという事情もあり、この問題は、その後、TRIPS 協定と医薬品アクセスをめぐる論争の中心となってゆく。

70) *Ibid.*, pp. 22-24.

71) 中山・前掲注63、429-430頁。

(ii) HIV／エイズ治療薬をめぐる攻防

TRIPS協定と医薬品アクセスの緊張関係が世界の耳目を集めたのは、HIV／エイズ治療薬をめぐるものである。1995年にプロアテーゼ阻害剤が開発され、すみやかに、他の薬剤との併用によってウィルスの増殖を抑える治療法が確立される。それにより、少なくとも先進諸国では、エイズは、死の病から、服薬によって症状を抑えることのできる慢性病の一つへと変わっていった。ところが、この抗HIV治療には、当初、患者一人につき年間10,000から15,000ドルもの費用がかかり、中・低所得国に住む多くの人々には、手の届かないものであった。また、世銀や先進国の援助機関は、それらの人々に対して、高価な抗HIV治療を普及させようとしなかった。その理由には、費用の問題とともに、発展途上国の貧しい人々に対する偏見（定められた治療の手順をきちんと守ることができないために、薬剤耐性ウィルスを生じさせてしまう、など）もあった⁷²⁾。

このような状況の中で、HIV／エイズの被害に苦しむ発展途上国は、安価な抗HIV薬を調達して国内に普及させるための政策を打ち出してゆく。ブラジルは、(従属理論の論者としても名高い) カルドーゾ大統領の下で、1990年代半ばより、すべての人々が抗HIV薬にアクセスすることを可能とする政策をとり、大きな成果を上げた。多くの人々が治療を受け、エイズによる死者の数が劇的に減少したのである。ジェネリック薬を国内で生産することによって抗HIV薬の価格が大幅に下がったこと、強制実施の可能性を切り札として、特許を持つ医薬品の値下げ交渉をおこなったこと（ブラジルの知的財産権法は特許の強制実施を広く認めていた）などが、その成功の要因であった⁷³⁾。また、南アフリカ共和国も、1997年に、抗HIV薬を普及させるための立法を行った。そこには、特許によって保護されていない医薬品についてのジェネリック薬の利用、すべての医薬品についての

72) Cueto *et al.*, *op.cit.*, n.1, pp. 224-225.

73) Cueto *et al.*, *op.cit.*, n.1, p. 225; Ellen't Hoen, "TRIPS, pharmaceutical patents, and access to essential medicines: A long way from Seattle to Doha", *Chicago Journal of International Law*, Vol. 3, No. 1 (2002), p. 32.

価格の透明化、特許によって保護された医薬品の並行輸入などが含まれていた⁷⁴⁾。

このような途上国の政策に対し、製薬企業やそれを支持する先進国政府は、TRIPS協定によって国際的に保護された特許権を侵害するものとして激しく反発し、訴訟や紛争解決手続によってそれを阻止しようとした。1998年に、南アフリカ製薬協会 (South African Pharmaceutical Manufacturers Association) および製薬多国籍企業が、南ア政府を相手取って訴訟を提起し、2001年に、アメリカ合衆国が、ブラジルに対して WTO 紛争解決手続を開始した。しかし、ジェネリック薬を用いて発展途上国でエイズ対策を進める NGO などから激しい批判を受けて、それらの手続は、すぐに取り下げられることとなった⁷⁵⁾。

医薬品のアクセスを保障するという発展途上国の大義は、世論の支持を受け、むしろ、製薬企業や先進国が譲歩せざるを得ない状況に追い込まれる。製薬企業は、途上国に対して抗 HIV 薬の大幅な値下げに応じるようになった⁷⁶⁾。また、WTO においても、医薬品アクセスの保障を正当な要請として容認する動きが現れる。2001年11月の閣僚会議では、途上国グループの提案が受け入れられ、TRIPS協定と保健政策に関する宣言 (Declaration on the TRIPS Agreement and Public Health: 2001年11月14日採択) が採択された。

この宣言は、医薬品のアクセスをはじめとする、公衆の健康を保護するための措置の正当性を認め、そのために、TRIPS協定が柔軟に解釈されるべきことを確認している。

われわれは、加盟国が公衆の健康 (public health) を保護するために措置をとることを、TRIPS協定が妨げず、また妨げるべきではない、ということに同意する。したがって、…公衆の保健を保護する (とりわけ、すべての人々に医薬品へのアクセスを促進する) WTO加盟国の権利を支持するような方法

74) Ellen't Hoen, *op.cit.*, n.73, p. 30.

75) *Ibid.*, n.73, pp. 30-33.

76) Cueto *et al.*, *op.cit.*, n.1, pp. 228-229.

で、この協定が解釈・実施されうること、そして、そうすべきであることを、われわれは確認する。[以下略] (第4パラグラフ)

また、加盟国が特許の強制実施の権利を持ち、また、そのための根拠を決定する自由を持つこと (第5パラグラフ (b))、並行輸入に関わる消尽制度を自由に設定できること (同 (d)) も明記する。さらに、特許権の強制実施が認められたとしても、十分な技術を持たないゆえに自国内では製造できない国が直面する問題について、TRIPS 理事会が、効果的な解決策を検討すべきこと (つまり、製薬技術を持つ国が特許権の強制実施を用いて製造した廉価なジェネリック薬を、その技術を持たない途上国が輸入する可能性について検討すべきこと) も指示している (第6パラグラフ)。この第6パラグラフの問題については、長い交渉の末にその手続きの整備が行われ、その結果を受けて、強制実施の条件として「国内市場への供給のため」であることを定めた TRIPS 協定31条 (f) や、特許権者に「適当な報酬」を支払うべきことを定めた同 (h) を、一定の要件を満たす開発途上国に適用しない趣旨の改正が行われた (TRIPS 協定31条の2)⁷⁷⁾。

しかし、強制実施によって製造された医薬品を製造能力のない発展途上国に輸出するという制度 (「パラ6制度」と呼ばれる) は、実際にはほとんど用いられなかった。手続きが煩雑で使い勝手が悪いうえに、輸出先市場の規模が小さく利益が見込めないわりには、先進国の制裁や巨大企業による訴訟などの大きなリスクを伴うため、ジェネリック薬製造企業にとっても魅力に乏しかったからである⁷⁸⁾。他方、宣言において加盟国の権利としての地位が確認された医薬品特許の強制実施については、単にジェネリック薬の生産のためだけではなく、特許で保護された医薬品の値下げ交渉にも使われるなど、それなりの意義があったようである⁷⁹⁾。と

77) 山根・前掲注63、152-159頁。

78) 山根・前掲注63、159-160頁。Lisa Forman and Gillian MacNaughton, "Moving theory into practice: Human rights impact assessment of intellectual property rights in trade agreements", *Journal of Human Rights Practice*, Vol. 7, Issue 1 (2015), p. 113.

79) 山根・前掲注63、180-181頁。Suerie Moon and Thirukumaran Balasubramaniam, "The ↗

ころが、先進国政府は、特許の強制実施に踏み切った途上国に対して厳しく政治的な圧力をかけるだけでなく、各国が締結する自由貿易協定（FTA）において、「TRIPS プラス」と呼ばれる高度の知的所有権保護を途上国に義務づけることにより、強制実施に対する法的な制約を強めていった。

TRIPS 協定は、各加盟国が与えるべき知的所有権の保護の最小限度を定めているのみであって、その水準を超える保護を国内法において規定することを認めている（同協定 1 条 1 項）。したがって、二国間や地域的な自由貿易協定（Free Trade Agreements: FTA）を締結する際に、先進国が、締結相手となる途上国に対して、特許の強制実施の根拠となる事由を制限することや、並行輸入を禁止することなど、より高い水準での知的所有権を保護する国内法整備を求めても違法ではない。事実、多数の FTA が、さまざまな形で、医薬品へのアクセスの保障のためにドーハ宣言で認められた TRIPS 協定の柔軟な解釈を制約する規定を置いている⁸⁰⁾。さらには、ある途上国が、いったん FTA によって、特許の強制実施の制限や並行輸入の禁止など、TRIPS 協定の水準を上回る知的所有権の保護を認めた場合には、TRIPS 協定 4 条の定める最恵国待遇原則により、その FTA の締約国以外のすべての WTO 加盟国の国民にも、その高い水準の保護を拡張する義務を負うとも考えられる（TRIPS 協定の最恵国待遇原則の適用について、WTO 協定発効後に締結された FTA を明示的に除外する規定はない⁸¹⁾）。

WHO もまた、必ずしも、知的所有権の強化に抵抗する発展途上国の立場を支持したわけではない。私的セクターとの協力関係の構築に気を配るブルントラント事務局長は、製薬企業の反発をさけるために、むしろ、折に触れて、知的所有

World Trade Organization: Carving out the right to health to promote access to medicines and tobacco control in the trade arena”, Benjamin Mason Meier and Lawrence O. Gostin eds., *Human Rights in Global Health: Rights-Based Governance for a Globalizing World*, Oxford University Press, 2018, p. 385.

80) 山根・前掲注63、237-255頁。Forman/MacNaughton, *op.cit.*, n.78, pp. 113-115.

81) Christine Haight Farley, “Trips-plus trade and investment agreements: Why more may be less for economic development”, *University of Pennsylvania Journal of International Law*, Vol. 35, No. 4 (2014), p. 1064.

権の保護の重要性を訴えていた。医薬品へのアクセスは保障されるべきだとしても、新薬開発のインセンティブを与えるために、製薬企業の特許は尊重されなければならない。そのために、両者のバランスをとる必要がある。それが彼女の立場であった⁸²⁾。豊富な資金を持つ先進国の援助機関や民間財団からの信頼と協力を得て事業を進めることを目指す以上、知的所有権を攻撃してビジネスを敵に回すことは得策ではなかった。したがって、ブルントラントの下での WHO は、むしろ、製薬企業の利害と衝突しない形で、HIV／エイズをはじめとする重大な感染症の医薬品を中・低所得国の人々に供給することを目指す方針をとる。その際、重要な方策となったのは、公私パートナーシップと呼ばれる、私的セクターとの協力事業である。

(3) 公私パートナーシップ

保健協力の分野では、古くから、ロックフェラー財団などの民間財団が重要な役割を果たしており、それらの財団が各国の政府と協力して事業を行うことも珍しくない。したがって、私的セクターと公的セクターの連携そのものがとくに新しい現象というわけではない。しかし、1990年代末以降に急速に発展する「公私パートナーシップ (public-private partnerships: PPPs)」と呼ばれる組織は、国際組織、各国援助機関、民間財団、営利企業、NGO、研究機関、(対象となる病気の) 当事者団体、発展途上国政府など、公私にまたがる多種多様な組織が参加している点で従来と異なっている。公私パートナーシップは、明確な定義を持つ法的概念ではないものの、グローバル・ヘルスの領域では、〈特定の保健に関する目標を実現するために、公的性格を持つアクターと私的性格を持つアクターを含む多様なステークホルダーの間で、自発的に設定された持続的な連携〉と理解される⁸³⁾。そのような連携にはもちろん様々なものが含まれるが、以下でみるように、

82) Chorev, *op.cit.*, n.2, pp. 212-214.

83) Lisa Clarke, *Public-Private Partnerships and Responsibility under International Law: A Global Health Perspective*, Routledge, 2014, pp. 4-6; K. Buse and G. Walt, "Global public-"

グローバル基金や GAVI など、この分野で重要な役割を果たす公私パートナーシップについては、民間財団や NGO などの民間アクターの代表が、政府代表や国際組織代表と対等な資格で意思決定に参加するという点でも顕著な特徴を持つ。

公私パートナーシップが、1990年代末以降、保健協力の分野で急速に発展してゆく理由としては、次のようなものが考えられる⁸⁴⁾。第1に、グローバル化のなかで、公的セクターと私的セクターの役割の見直しが行われたことである。WHO を中心とする国際機関が各国の保健当局と連携する公的セクター中心の事業は、新自由主義的な政策傾向のなかで、高度に発展してゆく見通しが立たなかった。公的セクターが縮小する一方で、実地の活動において NGO が大きな役割を果たし、資金の提供において民間財団の影響が大きくなっていった。また、市場の役割が重視されるなかで、製薬企業などの営利企業との協力関係を築いてゆく必要があった。とはいえ、完全に市場に委ねられていると、利益が見込めない発展途上国向けの医薬品の開発等に投資が向けられないことは明らかであり、それを修正するための社会的なインセンティブが与えられなければならないとも考えられていた。

第2に、資金調達の実効性がある。すでにみたように、WHO は長く予算の不足に悩まされており、自発的な資金提供に依存して事業を進めていた。「政治化」「官僚的」「汚職」という悪い印象がつきまとう国際機関を回避する傾向にあった先進国援助機関や民間財団から資金を集めるためには、そのような印象を刷新する魅力的な枠組みを提示することが望ましかった。

第3の理由は、私的セクターとの協力による効率性の向上が期待されたことである。ブルントラント事務局長の下での WHO は、資金提供者の支持を確保する

private partnerships: part.1: A new development in health?", *Bulletin of the World Health Organization*, Vol. 78, No. 4 (2000), pp. 549-550; Gian Luca Burci, "Public/private partnerships in the public health sector", *International Organizations Law Review*, Vol. 6, No. 2 (2009), pp. 360-361.

84) Clarke, *op.cit.*, n.83, pp. 18-20; Buse/Walt, *op.cit.*, n.83, pp. 550-553; Burci, *op.cit.*, n.83, p. 362.

ためにも、費用対効果の高い効率的な事業の運営を目指した。すべての加盟国の代表が投票権を持つ総会という伝統的な国際機関の意思決定手続は、かつては民主的要請に応えるものと考えられたが、いまや、迅速で効率的な意思決定に対する「政治的」な障害物とみなされるようになった。ビジネスの世界における効率的な経営手法を取り入れて、停滞する保健協力事業を刷新することが目指された。

効率的な経営による保健協力を目指すという志向は、「非効率的」な多国間組織である WHO を回避するという方向にも働く。事実、1996年に設立された最初期の公私パートナーシップである国際エイズワクチン・イニシアティブ (International AIDS Vaccine Initiative: IAVI) は、WHO を参加させないという方針を取った。IAVI は、ロックフェラー財団の主導の下で、公的アクターと私的アクターの連携によってエイズワクチンの開発を支援する目的で設置されたものである。このパートナーシップの設立者たちは、産業との柔軟な協力や迅速な運営を重視するゆえに、WHO との連携には消極的であった⁸⁵⁾。

しかし、ブルントラント事務局長の強い支持を受けて、WHO 自体が、公私パートナーシップを積極的に活用する方向へ舵を切る。1998年、WHO は、世銀や UNICEF、UNDP とともに、中・低所得国におけるマラリア対策を目的とする RBM (Roll Back Malaria) を設置した。マラリアは、1950年代から1960年代にかけての根絶プログラムが失敗に終わったのち、再びその感染地域と感染者を増加させる傾向にあり、とくにアフリカ諸国において、深刻な保健上の問題となっていた。この状況の悪化を「巻き返す」ために、先進国の援助機関や製薬企業、民間財団などの多数の公私のアクターと連携して、マラリア制御のための支援を行うことが、RBM の任務であった。

RBM は、独立の法人格を持った組織ではなく、WHO の事務局が RBM の事務を担当し、WHO が RBM のために取引を行っている。したがって、RBM の事務局スタッフは、国連専門機関である WHO の職員という資格で、滞在国において

85) Clarke, *op.cit.*, n.83, pp. 215-216.

免除などの特権を享受する。とはいえ、RBMは、WHOの一部局ではない。RBMの意思決定を担うのは他の組織から独立している理事会（Board）であり、理事会の構成員は、政府機関や国際組織の代表だけではなく、NGOや民間財団など私的セクターの代表者からなる⁸⁶⁾。

RBMは、マラリア根絶プログラムの失敗によって失われていた国際社会の関心を再びマラリアに引き付け、多くの資金の調達に成功した。他方で、限られた技術的手段に頼り、人々の健康状態全体の向上につながる施策を軽視することがしばしば批判されてきた。RBMが設置された当初の理念では、マラリア蔓延の社会的・環境的な要因への取り組みが重視され、水の供給や教育、衛生、地域共同体の発展など多方面におよぶ措置に支援が向けられることになっていた。しかし、現実には、殺虫剤で処理した蚊帳を供給することで感染を減少させるという、技術的な手段が中心を占めるようになった。マラリアが貧困を引き起こす（したがって、効果の高い技術的手段によってマラリアを制御する）という論理のみが重視され、貧困がマラリアを引き起こす（したがって、社会的条件の改善を目指す）という側面が置き去りにされたのである。批判者からみれば、それは、屋内殺虫剤散布に頼ったために行き詰まったマラリア根絶プログラムの二の舞といえる⁸⁷⁾。

RBMとよく似た構造をとるものとして、STOP TBがある。この公私パートナーシップも、RBMと同様に、独立の法人格を持たず、その業務はWHO事務局によって担われる。政策的決定は、国際組織や国家、民間財団、NGOなどさまざまなステークホルダーの代表からなる理事会が行う。STOP TBは、RBMと同じ1998年に、結核への対策を活性する目的で、WHOの主導の下で設置された。1970年代から1980年代にかけて、少なくとも先進国において、結核はもはや深刻な保健上の問題ではないと考えられたが、1990年代後半から、高齢化した潜在的な感染者の発症や、国際移動の活発化による結核の移入、従来の治療薬に対して耐性を

86) Clarke, *op.cit.*, n.83, pp. 20-22; Cueto *et al.*, *op.cit.*, n.1, pp. 287-288.

87) Randall M. Packard, *The Making of a Tropical Disease: A Short History of Malaria*, The Johns Hopkins University Press, 2007, pp. 217-228; Cueto *et al.*, *op.cit.*, n.1, pp. 288-289.

持つ結核の出現により、先進国においても対応が迫られていた。また、アジア・アフリカの発展途上国や、体制転換の混乱によって医療・保健体制が機能不全に陥った旧社会主義国では、結核の蔓延が深刻な問題となっていた⁸⁸⁾。

結核対策としてSTOP TBが推進したのは、直接服薬確認療法 (Direct Observed Treatment, Short-course: DOTS) と呼ばれる方法である。治療の不十分な潜在的感染者が残ってしまうことや、薬剤に耐性を持つ結核が現れることを防ぐには、6か月から8か月にわたって確実に服薬を続ける必要がある。DOTSは、入院治療であれ、在宅治療であれ、医療従事者の面前で患者が服薬することで、確実な治療を実現することを目的としている⁸⁹⁾。

21世紀に入ると、独立の法人格を備えた大規模な公私パートナーシップが設置され、ますます重要な保健協力上の役割を果たすようになる。1990年代後半以降、エイズの発症を抑える治療法が確立する一方で、低所得国ではHIV／エイズが蔓延しつづけており、その対策のために国際的な協力が必要とされていることは明らかであった。2000年の九州・沖縄サミットでは、HIV／エイズを含む感染症への国際的な取り組みの必要が強く訴えられた。2001年、国連事務総長コフィ・アナン (Kofi Annan) はHIV／エイズなどの感染症対策のためのグローバル基金の設立を提案し、国連総会もそれを支持した。それらの動きを受けて、同じ年のジェノヴァ・サミットは、HIV／エイズ・マラリア・結核と戦うグローバル基金を公私パートナーシップという形態で設置することを宣言し、13億ドルの資金提供を約束するとともに、私的セクター、民間財団、学術機関の参加を呼び掛けた⁹⁰⁾。

グローバル基金は、スイス法に基づいて設置された法人である。したがって、独立の法人格の下で法的な取引を行うことができる。とはいえ、国家間条約によって設立された国際組織ではないため、(例えば国際連合に認められているよう

88) Clarke, *op.cit.*, n.83, pp. 23-25; Cueto *et al.*, *op.cit.*, n.1, pp. 289-290.

89) Cueto *et al.*, *op.cit.*, n.1, pp. 290-291.

90) Lawrence O. Gostin, *Global Health Law*, Harvard University Press, 2014, p. 155; Cueto *et al.*, *op.cit.*, n.1, pp. 294-295.

な) 国際法上の法人格を有するわけではなく、条約締結権をはじめとする国際法上の権限は有していない。一般に、国際組織の国際法上の権能は、その設立条約を基準として判断されるが、そもそも、グローバル基金には設立条約が存在しない。また、公私のさまざまなアクターのパートナーシップに対して、国際法上の法人格を客観的に(設立条約とは無関係に)与える国際慣習法が存在するとも言い難い⁹¹⁾。ただし、スイスは、グローバル基金との合意によって、基金に国際法上の法人格を認め、国際組織に準じた(国家管轄権行使からの)免除などの特権を付与している。また、アメリカ合衆国も、国内法において、グローバル基金に国際組織としての特権を認める。さらに、モルドヴァやモンテネグロ、ルワンダ、スワジランド、ガーナ、エチオピア、ジョージア(グルジア)などの諸国は、グローバル基金に国際法人格を認め、その職員に免除を付与する協定⁹²⁾を締結している(この協定は当該国家間の条約のようにもみえるが、実質的には各国とグローバル基金との合意として締結されたようである)。その限りにおいて、グローバル基金は、国際組織(政府間組織)に準じた法的地位を持つ⁹³⁾。

構想段階では、グローバル基金を WHO や国連の下に置くという案もあったのだが、国連とその専門機関の「政治性」と「非効率性」に対して強い不信感を持つ先進諸国の強い反対によって退けられ、基金は独立の組織をとることとなった。HIV/エイズとマラリア、結核という三つの深刻な感染症に対して、実情に応じた効果的な措置を迅速に展開するためには、国連をはじめとする多国間組織の「官僚的」統制を免れる必要があると考えられたのである。したがって、グローバル基金を統括する理事会は、資金を提供する国家、支援を受ける国家、対象とな

91) グローバル・ヘルスにおける公私パートナーシップの法的地位については、Clarke, *op.cit.*, n.83, pp. 34-62が詳細な検討を行っている。また、国際組織の国際法上の法人格については、佐藤哲夫『国際組織法』(有斐閣、2005年)96-98頁を参照。

92) エイズ・結核・マラリアと戦うグローバル基金の特権免除に関する協定(Agreement on privileges and immunities of the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria)。この協定は、2019年4月17日に発効した(United Nations Treaty Collection, No. 55785)。

93) Clarke, *op.cit.*, n.83, pp. 53-54, pp. 70-76。濱本正太郎「国際法から見た公私パートナーシップ」『法律時報』2021年1月号60-65頁。

る感染症とともに生きる共同体、先進国の NGO、発展途上国の NGO、資金を提供する民間財団など、三つの感染症対策について強い利害を持つステークホルダーの代表からなる。ここでは、世界銀行や WHO などの国際組織は、投票権のない構成員としての地位を与えられているに過ぎない。当初は、WHO が、グローバル基金との合意により、基金の事務を担当していたが、2009年にその合意が終了し、基金は事務組織の点でも独立性を強めた⁹⁴⁾。

グローバル基金の主要な任務は、提供者から集めた資金をもとに、各国から申請を受けて、個別の感染症対策プログラムに対して補助金を交付することである。つまり、基金自体が独自の保健政策を立て、実地で保健事業を行うことはない。このように任務が限定された理由は、ひとつには、各国の保健政策を尊重し、各国それぞれが自国の政策と調和する感染症対策を主体的に提案することを促すためである。(カントリー・オーナーシップ原則)。それに加えて、保健政策に関わらないことによって、基金の「政治化」を抑制できるという期待もあった。各国において補助金の申請を担うのは、国別調整メカニズム (Country Coordinating Mechanism: CCM) と呼ばれる組織である。CCM についてもまた、多様なステークホルダーからなる公私の連携という構成をとることが求められており、政府機関のみならず、感染症とともに生きる人々や NGO がそこに参加する。つまり、補助金の申請者についても、公的セクターに対する不信が貫かれ、私的セクターとの連携によってそれを克服しようとする方針が採用されている⁹⁵⁾。

非政治性を原則として構成されたグローバル基金は、その正統性を (国家代表による合意などの) 公的・政治的な権威に求めることができない。むしろ、政治的考慮を排した専門的な判断に基づいて効率的に運営を行うことができるという、

94) Chorev, *op.cit.*, n.2, pp. 219-221; Clarke, *op.cit.*, n.83, pp. 29-31; Gostin, *op.cit.*, n.90, p. 148; Amy Barnes, Garret Wallace Brown, "The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis, and Malaria: Expertise, accountability, and the depoliticisation of global health governance", Simon Rushton, Owain David Williams eds., *Partnerships and Foundations in Global Health Governance*, Palgrave Macmillan, 2011, pp. 55-59.

95) Gostin, *op.cit.*, n.90, p. 149; Packard, *op.cit.*, n.1, p. 293; Barnes/ Brown, *op.cit.*, n.94, p. 60.

技術的・経営的な優位性が、その正統性の根拠となる。したがって、その運営においては、専門的知見に基づく客観性の高い審査が行われるようになっている。各国から提出された補助金申請については、まず専門家からなる独立の技術審査パネル（Technical Review Panel）が技術的な基準に基づいて審査を行う。最終的な採否については、技術審査パネルの推薦に基づいて理事会が決定するものの、パネルの審査が実質的な判断に大きな影響力を持つ⁹⁶⁾。また、補助金の継続は、その実績に基づいて判断されることになっている。補助金を受けた者は、限られた期間のうちに具体的な成果を実現することが求められる。十分な実績を上げていない場合には、補助金が打ち切られることもある。補助金が有効に実績に結びついたかどうかの評価のために、事業を監査する担当（Local Fund Agent：LFA）が置かれる。LFAには、民間の会計事務所が雇われることが通例である。評価に際して、LFAが、客観性を重視し、しばしば数値化された統計的・会計的データに依拠して、そこに反映されにくい地域の諸事情を度外視してしまうことが、現地で事業に重視する人々の不満を招いてきた⁹⁷⁾。

グローバル基金は、先進国や民間財団から多額の資金を集め、マラリアや結核、HIV／エイズの対策に関する国際協力において中心的な役割を果たすようになった。グローバルな保健協力を活性化する原動力となった点では、大きな成功を収めたといえる。しかし、費用対効果の高い技術的手段を用いて、三つの感染症の対策を効率的に実施するというその方向そのものが、包括的な保健政策を重視する立場からは批判されてきた。第1に、特定の感染症のみを対象とする技術的措置に資金を集中することにより、健康状態の悪化を招いている生活条件を改善するための包括的な措置（衛生的な水の供給、栄養状態の改善、保健体制の整備など）がおろそかになる、という問題がある。また、世界的に関心の高い感染症対策に多くの資金が提供される一方で、関心の低い感染症や慢性病、精神病などに関する保健協力は資金の調達に苦しむという不均衡も生じている。第2に、補助

96) Barnes/Brown, *op.cit.*, n.94, pp. 61-64.

97) *Ibid.*, pp. 64-66.

金を交付されたプログラムの多くは、すでに確立された効果の高い技術的手段（HIV／エイズに対する抗ウイルス治療、マラリアに対する殺虫剤処理した蚊帳の供給、結核に対する直接服薬確認療法など）を実施するものである。つまり、あらかじめ中央で定められた効果の高い手段を世界中で実施するという「垂直的」な保健協力を基金は推進している。これは、地域の人々の理解と参加を得つつ、その健康状態を全体的に改善してゆくという「水平的」保健協力の理想からは遠いものとなっている。第3に、客観的に把握可能な成果を重視する姿勢は、定量的なデータによって効果を証明することが難しい包括的な保健事業に対して不利に働く。第4に、各国の保健政策や、他の目的を推進する保健協力事業との調整がうまくいかない場合があり、活動の無駄な重複が生じている。第5に、基金からの補助金の交付が終了したのちに、その保健事業が継続できる見通しが立たない、という問題もある。理想的には、各国の政府がそれを独力で引き継ぐこととされているが、実際には、多くの場合、それは困難である。これらの批判に通底する問題関心を一言でいえば、技術的手段によって感染症を抑え込むことで問題を速やかに解決できるという基金の基本的な姿勢が、不健康な生活条件や貧困が、感染症を含む様々な病気の原因となっている点を重視する立場からは、不適切と考えられる、ということである⁹⁸⁾。

例えば結核の対策において、直接服薬確認療法を行うことは個別の患者に対しては確かに効果的である。しかし、結核が蔓延する背景には、栄養不足や劣悪な住宅や生活条件がある。そのような社会的要因を度外視して、蔓延の理由を、単に患者がきちんと定められた服薬を行わないことにのみ求める態度は、どこか歪んでいる⁹⁹⁾。

もちろん、グローバル基金の側も、技術的手段の普及のみで足ると考えてきたわけではない。1950年から1960年代にかけて莫大な費用をかけて実施されたマラリア根絶事業が失敗したのは、ひとつには、殺虫剤散布という技術的手段に頼り

98) Packard, *op.cit.*, n.1, p. 296; Cueto *et al.*, *op.cit.*, n.1, pp. 296-298.

99) Cueto *et al.*, *op.cit.*, n.1, pp. 298-299.

すぎ、地域の保健体制の整備に関心を払わなかったためであった。能力のある保健従事者や行政担当者がおらず、地域の保健インフラが整っていないところでは、技術的手段もまたその効果を発揮することができない（いかに効果的なワクチンも、人々に広く接種する社会的な仕組みがなければ意味がない）。それゆえ、グローバル基金は、保健システム強化のための補助金を作っている。しかし、この補助金は全体からすればわずかな部分にとどまっており、必ずしも十分な成果を上げてこなかった¹⁰⁰⁾。

専門技術性而非政治性を重視して構築されたグローバル基金ではあるが、実際には、資金提供者に対する説明責任（accountability）のみを重視する政治的傾向が組み込まれている、という指摘もある。基金は、その理事会の構成に表れているように、プログラムに資金を提供する国家や財団から、実施に携わる国家やNGO、そして感染症の患者に至るまで、関係する多様なステークホルダーとの意思疎通を重視するという建前をとっているものの、それが求める説明責任には独特の歪みがある。本来、基金が果たすべき説明責任としては、①財産や国家予算を基金に信託し、保健事業の遂行を委任した資金提供者（資金提供国や民間財団）に対する責任、および、②基金が支援する保健事業によって影響を受ける人々（現地の政府やNGO、保健措置の対象となる人々）への責任がある。基金においては、前者が明白に優先されている。成果に基づく補助金（performance-based）という原則により、支援を受けるプログラムには、数値的な目標の設定や、定量化された成果の提示が求められる。このような数量的なデータに基づいて、提供された資金が効率的・効果的に使用されたことを資金提供者に対して証し立てるのである。それに対して、事業によって影響を受ける人々に対して説明責任を果たすような仕組みは乏しい。その点で、基金は、「ドナー・フレンドリー」（資金提供者にやさしい）と揶揄されることもある。少なくとも、効率性を重視する投資と経営のモデルを採用すれば、政治性が回避されると思い込むのは、素朴に過ぎ

100) Packard, *op.cit.*, n.l, pp. 295-296.

るだろう¹⁰¹⁾。

グローバル基金に類似する大規模な公私パートナーシップとして、GAVI (Global Alliance for Vaccines and Immunization) がある。このパートナーシップは、ビル&メリンダ・ゲイツ財団が、WHO や世界銀行、UNICEF と協力して2000年に設置したものである。当初は、UNICEF の下に置かれていたが、2009年にスイス法上の法人格を取得し、独立の人格として活動している。多様なステークホルダーを含みこむことを原則としており、その理事会では、発展途上国政府、先進国政府、研究機関、先進国と途上国のワクチン産業、NGO、ゲイツ財団、WHO、世界銀行、UNICEF の各代表が、投票権を持つ構成員となっている。

ゲイツ財団は、生物医学的技術によってグローバルな保健上の問題を解決することを強く志向しており、その影響の下で、GAVI もまた、費用対効果の高いワクチン接種という手段に特化している。従来から、低所得国を苦しめる感染症に関しては、その市場規模が小さいことから、ワクチン開発の投資が十分に行われてこなかったことが問題とされていた。この状況を打開するために、研究機関への助成金や、製薬企業への補助、大規模なワクチンの使用の促進などを通じて、市場にインセンティブを与え、ワクチンをグローバルに供給する仕組みを作り出した。低所得国の子どもたちへのワクチン接種プロジェクトを再活性化し、多くの感染症を予防した点において、GAVI はめざましい成功を収めている。ただし、その技術的措置への強い志向は、包括的な保健政策を重視する立場からは批判される。ワクチン接種のみでは、低所得国の子どもたちの健康状態を全般的に悪化させている本当の原因を取り除くことはできないからである¹⁰²⁾。

101) Barnes/Brown, *op.cit.*, n.94, pp. 68-73.

102) Clarke, *op.cit.*, n.83, pp. 25-29; Gostin, *op.cit.*, n.90, pp. 154-161; Packard, *op.cit.*, n.1, pp. 311-314.

おわりに

新自由主義的な思想の下で展開するグローバル化の中で、公的セクターによって担われてきた保健サービスは縮減し、政府と国際組織の協力による保健事業の役割も低下せざるを得なかった。また、1980年代以降、国連をはじめとする国際組織は、その過剰な政治性、非効率性、腐敗が批判され、多くの資金を負担する先進国の信頼を失っていった。他方で、投資のパスpekティブで活動する世界銀行の存在感が増し、保健協力における WHO の中心的な役割は自明ではなくなっていた。

このような危機を乗り越えようとする試みの中で、公私パートナーシップが重用される。保健事業の財源として、豊富な民間の資金を集め、その経営的合理性・効率性を保健事業の運営にも導入し、限られた資源で効果的な事業を展開することで、資金提供者の信頼を回復することが期待されたのである。公私パートナーシップは、費用対効果を重視するゆえに、特定の病気に対して技術的な措置をとることを重視する傾向がある。ワクチン接種のように、費用に対して高い効果を上げたことを数値的に示すことのできる措置が特に好まれる。そのような技術的措置を世界的に展開し、普及させる点において、パートナーシップの枠組みは大きな成果を上げてきたといえる。

しかし、パートナーシップが措置の対象として取り上げる病気だけが、人々を苦しめているわけではない。ワクチンによって、いくつかの病気を予防することに成功したとしても、栄養状態や衛生状態、住宅環境などが劣悪であれば、別の病気に子どもたちは苦しむだろう。それを防ぐためには、生活環境の向上や保健・医療インフラの構築など、包括的な保健政策を実施するほかない。ところが、このような包括的な保健政策の費用対効果を測ることは難しく、それゆえに、公私パートナーシップの活動の中に取り込まれにくい。それが、この仕組みの限界となっていることは、認識しておくべきだろう。