

# 薬回転資金 (Drug Revolving Funds) の 持続発展性の検証研究

薬回転資金 (Drug Revolving Funds) の持続発展性の検証研究

平成19年10月

独立行政法人 国際協力機構 国際協力総合研修所



平成19年10月

独立行政法人国際協力機構  
国際協力総合研修所

総研
JR
06-35

# 薬回転資金（Drug Revolving Funds）の 持続発展性の検証研究

小川 寿美子

名桜大学人間健康学部准教授

平成19年10月

独立行政法人国際協力機構  
国際協力総合研修所

本報告書の内容は、平成18年度独立行政法人国際協力機構客員研究員に委嘱した研究結果をとりまとめたものです。本報告書に示されている様々な見解・提言などは必ずしも国際協力機構の統一的な公式見解ではありません。

なお、本報告書に記載されている内容は、国際協力機構の許可無く転載できません。

---

発行：独立行政法人国際協力機構 国際協力総合研修所 調査研究グループ

〒162 8433 東京都新宿区市谷本村町10 5

FAX : 03 3269 2185

E-mail: [iictae@jica.go.jp](mailto:iictae@jica.go.jp)

---

# 目 次

略語表 .....	i
要約 .....	iii
英文要約 .....	vii
1 . 薬回転資金 (DRF) をめぐる世界的な潮流	
1 - 1  援助の潮流 .....	1
1 - 1 - 1  1970年代：プライマリ・ヘルスケア .....	1
1 - 1 - 2  1980年代：「包括」か「選択」か？　そしてバマコ・イニシアチブ .....	1
1 - 1 - 3  1990年代：ヘルス・セクター・リフォーム、SWAPs .....	2
1 - 1 - 4  2000年代：世界基金、MDGs、縦割り援助の再興 .....	3
1 - 1 - 5  今日、DRFを推奨する意義 .....	4
1 - 2  DRFとは.....	4
1 - 3  DRFをめぐる主な議論.....	5
2 . 途上国の事例分析	
2 - 1  ナイジェリア .....	8
2 - 2  ベトナム .....	9
2 - 3  ラオス .....	10
2 - 4  まとめ .....	13
3 . DRFのネットワーク構造分析	
3 - 1  社会的ネットワーク分析について .....	15
3 - 2  ネットワーク構造分析から見たDRF .....	17
3 - 3  ネットワーク構造分析による事例分析 .....	18
3 - 4  まとめ .....	20
4 . JICA事業におけるDRFの展望	
4 - 1  DRFの導入に適した途上国の条件 .....	21
4 - 2  技術協力プロジェクトにおけるDRF .....	21
4 - 2 - 1  技術協力プロジェクト - 「回転資金」から「現地適用化」へ .....	21
4 - 2 - 2  地域保健（プライマリ・ヘルスケア）事業の一環として .....	22
4 - 3  JICAのほかのスキームとDRF .....	22
4 - 4  まとめ .....	23
参考文献 .....	25
謝辞 .....	27
著者略歴 .....	28

## 図表目次

図 1 - 1	DRFが稼働しなくなる諸要因 .....	7
図 2 - 1	ナイジェリア .....	8
図 2 - 2	ベトナム .....	9
図 2 - 3	ラオス .....	10
図 2 - 4	カムワン県内の村落DRF稼働状況（ラオス）.....	12
図 3 - 1	Social Network Analysis（SNA）による図（例）.....	16
図 3 - 2	社会システムの基本 2 型 .....	17
図 3 - 3	全近代の社会的ネットワーク：同心円型 .....	17
図 3 - 4	近代の社会的ネットワーク：交差型 .....	17
図 3 - 5	脱近代の社会的ネットワーク：スポーク型 .....	18
図 3 - 6	DRF構造の基本型 .....	19
図 3 - 7	コミュニティレベルDRF構造の 3 国比較 .....	20
表 2 - 1	DRF事例（ナイジェリア、ベトナム、ラオス）の基本情報の比較 .....	13
表 2 - 2	DRF事例 3 国の 4 A（Availability, Accecibility, Affordability, Accountability） の比較 .....	13
表 3 - 1	DRF事例（3 国）のSNA項目（Nodes, Ties） .....	19

## 略語表

略 語	正式名称	日本語訳
ADB	Asian Development Bank	アジア開発銀行
ARV	Anti-Retroviral	抗レトロウイルス薬
DfID	The Department for International Development (in England)	英国国際開発庁
DOTS	Directly Observed Treatment Short Course	直視監視下短期化学療法
DRF	Drug Revolving Funds	薬回転資金
EPI	Expanded Program on Immunization	予防接種拡大計画
HS	Health Station	コミュニティ・レベルにある一次医療を提供する場所（ベトナム）
HW	Health Worker	保健医療職員
JBIC	Japan Bank for International Cooperation	国際協力銀行（日本）
JICA	Japan International Cooperation Agency	国際協力機構
MDGs	Millenium Development Goals	ミレニアム開発目標
NGPES	The National Growth and Poverty Eradication Strategy	国家の成長と貧困撲滅戦略（ラオス）
PHC	Primary Health Care	プライマリ・ヘルスケア
PHCC	Primary Health Care Center	一次医療を提供するプライマリ・ヘルスケア・センター（ナイジェリア）
SIPs	Sector Investment Programs	セクター投資計画
SNA	Social Network Analysis	社会的ネットワーク分析
SWAPs	Sector Wide Approaches	セクター包括支援
VHV	Village Health Volunteers	村落保健ボランティア
WHO	World Health Organization	世界保健機関

# 要 約

## 本研究の背景と目的

開発途上国における住民の健康向上には、官・民双方の保健医療サービスの拡充とともに、住民自身による持続的な自発的保健活動が不可欠である。本研究は、過去に実施された住民参加型保健活動のうち、村落レベルの薬回転資金事業に焦点を当てて、協力実施後の現地での活動現況を調査して、その実効性を検証することを目的とする。

途上国における薬回転資金 (Drug Revolving Funds: DRF) 事業の普及は、1987年のバマコ・イニシアチブに始まり、アフリカ諸国を皮切りに、様々な国・地域で試みられてきた。しかし、薬のロジスティックシステムから財政管理まで、その仕組みは千差万別であり、その評価法・指標もまちまちであり、他国・他地域・他団体への汎用性に限度があるのが現状である。

本研究ではまずDRFに関する文献資料を基に、同関連事業の世界的な潮流を追うとともに、概念整理を行う。次にいくつかの途上国のDRF事例の分析を行い、DRF事業の有効性と限界、留意点について検討を行う。

最後に独立行政法人国際協力機構 (Japan International Cooperation Agency: JICA) 事業への提言を行い、まとめとする。

## DRFをめぐる世界的な潮流

1980年代の世界的経済不況の中で、多くの途上国で公的保健予算の削減から、基本的保健サービス提供の後退が各地で起こった。それは特に、医薬品の住民の供給体制に顕著に現れた。

それまで政府予算の補助を受け、無給に近い安価な値段で供給されていた医薬品が手に入らなくなると、住民は高額でしかも品質に問題のある医薬品を買わざるを得なくなり、また貧しい住民はそれすらも買うことができないという事態に直面することになった。また、ヘルスセンターの医薬品棚から薬が消えて、ヘルスセンターへの住民の信頼は下がり、利用率が低下するという事態が各所で出現した。

こうした事態の改善のためにとられた医薬品供給のための戦略が、1987年アフリカのバマコにおいて国連児童基金 (United Nations Children's Fund: UNICEF) (ユニセフ) / 世界保健機関 (World Health Organization: WHO) によって提唱されたDRFである。

DRFは第一義的には、不足しがちな政府の医薬品の予算を補填するうえで住民の自己負担により費用回収を図るプログラムである。

1980年代には効率よく効果を導くための「選択的」保健プログラム、1990年代の制度改革重視のヘルス・セクター・リフォーム、セクター包括支援 (Sector Wide Approaches: SWAPs) へと援助傾向が変遷してきた。そして2000年代には再び世界基金のようにターゲットを絞り、特定疾患を短期的に軽減することを第一目的とする援助形態に戻っている。現在の世界基金主体の援助では、住民の通常健康維持や促進に対する持続可能な保健システムを構築することは難しいであろう。疾患のターゲットを絞り莫大なる短期資金の投入を行う近年の援助は、逆に通常の保健業務システムを阻害しているといっても過言ではない。

そのようななか、DRFは直接的には必須医薬品をコスト回収システムという手段によって広く住民に供給する手段であるのみならず、間接的にはその運営をする保健人材のキャパシティ・ディベロップメントも可能である。また、DRF導入によりプライマリ・ヘルスケア活動全体を活性化し、コミュニティの末端やへき地など、いままで途絶えがちであった医療サービスをあまねく住民に行き渡らせるため、継続的で公平なる保健サービスシステムの構築に貢献することも可能である。

DRFは近年の華やかな援助に比べ、地味なアプローチではあるが、現在でもなお、国際保健援助の一環として持続可能なシステム構築と、直接・間接的相乗効果が見込まれるため今後も地域保健、特に公的保健サービスの手の届かないへき地などへの導入を推奨する意義があるといえる。

## 途上国の事例

WHOとユニセフは、1987年以前、試験的に実施したDRFの例をいくつか分析し、その成功の特徴を以下のようにまとめている。第一に、不安定な政府の医療システムに頼らずに村落レベルで住民が医療費の自己負担をしており、第二に、これを支援する援助団体は、回転資金となる医薬品の提供を行うだけで、住民自身が医療費の管理をできるように管理運営能力を強化するような訓練に力を割いていたこと、第三に、自己負担のできない貧しい住民への特別配慮があること、などであった。つまり地域住民による「自己負担と自己管理」が可能であることが最も重要な点であった。この章では、アフリカからナイジェリアの例を、アジアからベトナムの例を、そして海外調査を行ったラオスの例を検討した。

## DRFネットワーク構造分析

社会的ネットワークとは、ちょっとした知人関係から強い家族のつながりまで、様々な社会的文脈（隣接性）でつながる個人間の関係を表した概念地図である。社会的ネットワーク分析（ネットワーク理論）は、近年の社会学や人類学、組織論といった学問分野において、ポピュラーな推論・研究であると同時に、有用な方法として台頭した。この分析によって、それが家族から国家まで様々なレベルの問題に適用でき、問題解決への道を示す重要な役割を果たし、組織が運営され、どの程度個人の追求する目的が果たされるのか、多くの研究者によって論証されてきた。

この社会的ネットワークから派生した分析概念として、都市社会学には、個人を中心として他者とのネットワークを考える「パーソナルネットワーク」という理論も存在する。また、最近の社会学や政治学においてはソーシャル・キャピタル（社会関係資本）と関連する概念として捉えられることが多い。

DRFは、経済的・財政的側面も重要であるが、それを運営する村落保健ボランティア（Village Health Volunteers: VHV）、村長、村落DRF委員会、公的保健職員、村民などDRFにより恩恵を受ける、もしくは与える人間によって支えられている。

この章では、DRFをほかの事例に適用可能な開発モデルとして一般化するために、特にDRFを取り巻く人材のネットワーク構造に注目し、前章の事例を基に諸要素をマトリックスにまとめることを目的とした。



## JICA事業におけるDRFの展望

DRF事業の計画には唯一絶対の方法は存在しない。各国の政治文化、経済、マネジメントなどの状況に対応したものでなければならない。無論、個々人のインセンティブ・システムを考慮することは、ネットワーク構造を活性化させるために重要である。例えば、DRFを直接運営する人材のインセンティブを向上させるには、財政&パフォーマンスによる評価、また横のネットワーク強化やスーパーバイズによる激励という縦のネットワーク強化もインセンティブとして有用である。しかし、DRFを直接運営する人だけがいくらインセンティブが高く活動的であっても、DRFシステムは継続的に稼働し続けない。個々のタスクもさることながら、それぞれの結びつきが大切である。さらにDRFの支援組織である国際援助機関、保健省、政府などのDRFネットワークへの参加度、DRFそのものが誰もが納得するシステムか否かも継続的にDRFを稼働する成功要因として欠かせない。

DRFの先駆けとなったバマコ・イニシアチブは、住民に権限を与えることへの一部政府の警戒感や資金難、国別の特殊事情などによって幾分の遅れはあったものの、アフリカ諸国の民主化への動きや理解ある国々の支援、そして過去の経験から学ぶことなどによって現在では100カ国余りの途上国で実施されている。そしてDRFは多くの問題があるものの、地域住民が保健資金を管理し、必須医薬品を流通させる能力を持っていることが確認され、またこの制度が引き続きプライマリ・ヘルスケアを発展させるための有効な戦略であると報告されている。しかし、一方では今のペースではサハラ以南のアフリカの保健システムの再活性化には40年かかるといわれている。

すべての人に健康を、途上国のへき地に住む住民に公平なる保健サービスを提供するためにも、いまだDRFがその一手段として有用であるといえよう。

# **EXECUTIVE SUMMARY**

## **Drug Revolving Funds for Sustainable Health Development**

Sumiko Ogawa, Meio University

This paper considers the sustainable development of village/community level Drug Revolving Funds (DRFs) in low/lowest income countries, on the basis of a literature review, a field survey and a three-country comparative case study. The paper's aims are (1) to present world trends as to DRF systems in low/lowest income countries, (2) to consider, through a field survey in Laos, some crucial issues regarding the functioning and continuation of DRF systems, (3) to compare networks of DRF systems in three countries in terms of their accessibility, accountability, affordability, and availability, and (4) to suggest desirable conditions and contexts for implementation of DRFs within the technical cooperation/loan program of the Japan International Cooperation Agency (JICA).

DRFs have been used in low/lowest income countries, especially since 1987 when the Bamako Initiative was launched as an international effort. The Bamako Initiative attempted to expand access to health services in remote communities and to sustainably provide essential drugs via financially autonomous systems through which drug supplies were replenished using fees collected from users of the services. DRF system experiences in several regions and now in more than 100 countries have varied in terms of the levels at which they exist (villages, health centers, districts, etc.), drugs provided, staff managing the systems, user fees, degree of administrative and financial autonomy, community participation, etc.

The field survey of village/community DRFs in one rural province of Laos found that their sustainability depended on the capacities, support and continuity of district health staff and on certain donor-related characteristics. It also showed that DRF systems tended to cease to function when community members' access to drugs from other sources increased through improvements in roads or through shops' selling drugs in the community.

The review of the literature regarding DRF experiences in Laos, Viet Nam and Nigeria focused on the DRFs' organizational networks. Although many individuals considered to be important "nodes" in those networks were responsible, competent and strongly motivated to manage DRFs, the DRFs' sustainability still depended on the strengths of "ties" (network relationships) among them.

Several conditions favor successful and sustainable DRFs:

- (1) It is possible to establish a system for the regular delivery of drugs to each community's DRF.
- (2) The community does not have easy access to other sources of drugs.
- (3) The community members can afford to pay, and are willing to pay, for the drugs offered (cash economy).
- (4) The local person (e.g., Village Health Volunteer) in charge of the local DRF has the necessary basic management skill.
- (5) Mechanisms function to assure continuous availability, to and within the DRFs, of drugs of assured quality and effectiveness at reasonable and affordable prices.

DRF systems and their operations could be supported through several different JICA mechanisms, such as: (1) as an add-on activity within an existing JICA project (*GENCHI TEKIYOKA JIGYO*, e.g. in a

Micro-Finance Program), (2) as part of a Primary Health Care project or program, (3) as part of a Grassroots-Support Program or Follow-Up Program, or (4) within approaches that are expected to combine drug investment and technical cooperation after the integration of JBIC (Japan Bank for International Cooperation) and JICA in October 2008.

The Primary Health Care goal of “Health for All” was not attained “by the Year 2000,” and the gaps between rich and poor have increased greatly in recent decades. DRF systems can provide a practical and useful strategy to provide health services with greater autonomy and more equal opportunities in terms of access to basic medical care, well-suited to the needs of people who live in remote areas that are a few steps behind in their development.

## 1 . 薬回転資金 ( DRF ) をめぐる世界的な潮流

薬回転資金 ( DRF ) は、1987年アフリカのマリで採択された必須医薬品の資金回転事業 ( バマコ・イニシアチブ ) に端を発し、その後、途上国の様々な地域で試みられてきた。その主意は、国家の保健医療財源が届きにくい末端組織 ( コミュニティ ) にて、現地スタッフや住民が主体となって経済的に自律した薬品供給体制を継続・維持できる点にある。

DRFはその後、ナイジェリア、ニジェール、ケニア、セネガル、マラウイなどアフリカ諸国をはじめ、ペルー、グアテマラ、ボリビアなどの南米や、インド、インドネシア、タイ、ミャンマー、ベトナム、ラオスなどアジア諸国で、計100カ国以上の途上国にて様々な形態で導入されている。

### 1 - 1 援助の潮流

#### 1 - 1 - 1 1970年代：プライマリ・ヘルスケア

1978年にWHOとユニセフが共同で保健分野において基本サービス戦略 ( Basic Services Strategy : コミュニティの組織化、基本的な訓練を受けた様々な分野でのコミュニティ・ヘルスワーカーの医療、様々な分野での開発活動をコミュニティ・レベルで統合してその相補的効果を高めること、コミュニティの活動を側面から支援するという政府や援助団体の役割、適正技術の使用、パイロット・プロジェクトから少しずつ学び、最終的には全国に活動を広げること、などを特徴とするアプローチ ) をさらに具体化した「プライマリ・ヘルスケア」を採択した。これによって理論的には申し分ない枠組みができた。しかしいずれもプロセスを大事にする「参加型」の開発手法で、一般に理解され実施されるには早すぎた。また、活動を軌道に乗せるまでに多くの訓練と指導そして時間を要するために、それまでの援助側のペースで進む物的支援を中心としたプロジェクトとの違いに戸惑う援助機関も多く、実施が遅れる地域も多かった。

1980年に入って、これを補い活性化するために、もっと「短期に実現可能で、インパクトの高い、低コストな活動」に支援を集中する戦略がとられた。そして1970年代に基本戦略を選じた時のように、今度は最も有効な開発の技術に関する知識を集大成して、その中から「パッケージ」として広範に実施可能なものを選んだ。具体的には、母乳育児、経口補水療法、家族計画、女性の教育などであった。

#### 1 - 1 - 2 1980年代：「包括」か「選択」か？ そしてバマコ・イニシアチブ

1980年代は、プライマリ・ヘルスケア活動戦略に関して白熱した議論が繰り広げられている。いわゆる「Comprehensive ( 包括 )」か「Selective ( 選択 )」かの論争である。プライマリ・ヘルスケアを支える8つの基本的活動をあまねく網羅するプログラムが「Comprehensive」であり、一方、一つの疾患などにターゲットを絞ったプログラムを「Selective」と称した。「援助される側」である住民の立場に立てば様々な健康改善関連活動を展開する「Comprehensive」がありがたいが ( 例えば、井戸掘り + 環境衛生整備 + 医薬品供給、など ) 「援助する側」であるドナーとしては、短期間で指標を絞って効果を上げる方が対外的にインパクトは強い。そのためプライマリ・ヘルスケアの「Comprehensive」アプローチは、多岐にわたる健康活動を“包括的に”手広

く実施せねばならないという理由から非実現的と非難され始め、次第に「Selective」アプローチが主流を占めるようになってきた。1990年代の代表的な「Selective」アプローチの一つが予防接種拡大計画（Expanded Program on Immunization: EPI）の推進であった。

1980年代は、また経済不況により途上国、特にサハラ以南のアフリカ諸国が大きな打撃を受けた時期でもあり、途上国の経済的依存性を高める国際的なシステムの中で、構造調整のために社会サービス部門が国家予算削減の大きなしわ寄せを受けようになり、コミュニティ・レベルでは医薬品が足りない、保健従事者の手当てが支払われないなどの状況が生じ、政府の保健サービスはほとんど麻痺してしまっていた。多くの低コストで効果的な技術が開発されたにもかかわらず、このようなシステムの麻痺のために多くの子どもが死んでゆくのを食い止めることが困難になっていた。その結果、アジアでは改善のあった乳児死亡率も、サハラ以南のアフリカでは悪化するところもでてきた。このことは、パッケージというモノはあっても、入れる器であるコミュニティの組織化やそれをバックアップする政府の体制が遅れていたことを意味している。

このような事態を改善するためにとられた戦略が、バマコ・イニシアチブ（必須医薬品の資金回転事業）である。バマコ・イニシアチブは、1987年9月にマリのバマコで開かれたアフリカ各国の保健大臣会議で、WHOやユニセフとともに母子の基礎保健を推進するために提唱された新たな活動である。この活動の目標は、コスト回収システムという手段によってプライマリ・ヘルスケア活動全体を活性化し、いままで途絶えがちであった医療サービスをコミュニティの末端まで行き渡らせようとする点であった。

なぜならば、1980年代末にはすでに個々の縦割りプログラムの有効性には限界があり、さらに構造調整政策などの影響もあり、保健医療分野においては、財源の逼迫は短期的に解消される問題ではないという認識が広がっていた。そのため、財源、人材、技術、施設の有限性、さらには地理上の制約などの経済インフラの不足に鑑みて、その国や地域の優先順位に従った中長期開発戦略策定を重要視しつつ、かつ縦割りに断片化した非効率的プログラムでなく、効率性の点から包括的な保健医療計画を策定することが急務となっていた。

### 1 - 1 - 3 1990年代：ヘルス・セクター・リフォーム、SWAPs

1990年初頭には多くのドナー、国際機関が途上国の保健医療分野の包括的長期開発戦略の策定を援助の対象とした。またそれはhealth sector reformという財源の有効活用、すなわち、財源確保の方法、人材の適正配置などを含む破綻した途上国政府の保健医療分野の起死回生への処方箋という形をとった。それまでは内政不干涉の領域であった政策形成支援が援助の潮流となり、政策対話が日常的なドナーと途上国の調整の場となった。これらの要素を含む開発戦略をドナー間協調（ドナー・コーディネーション）によって効率的に行うのがsector program approach（セクター・プログラム・アプローチ）、英国国際開発庁（Department for International Development: DfID）および北欧ドナーなどが好んで用いたSector Wide Approaches（SWAPs）あるいは世界銀行の枠組みでいうならSector Investment Programs（SIPs）と呼ばれるものである。

1990年代半ばに至るまで多くの援助機関による援助形態はプロジェクト型援助が大多数を占めていた。しかしながら、保健医療分野においては比較的早くからプロジェクト型援助の非効率性、特に保健資源の重複、援助を受け入れる途上国側の受け入れ能力を超える投入などについて国際機関などの調査により議論されてきていた。特に一国における多数の縦割り型案件vertical

program の実施は保健医療分野の全体の制度組織（システム）づくり、あるいはsector reform 促進の潮流の中で、いかに保健医療セクター内の資源バランスを保つのが難しいかが指摘されてきた。

#### 1 - 1 - 4 2000年代：世界基金、MDGs、縦割り援助の再興

2000年には、日本は九州・沖縄G8サミットで感染症問題をサミットの主要テーマとして初めて取り上げ、国際社会への取り組みを呼びかけた。その影響を受けて感染症対策への世論は世界的に高まり、2001年のジェノバ・サミットで世界基金（グローバルファンド）の立ち上げが発表され、翌年、スイスの民間財団として正式に設立された。世界基金の目的は、「新しい官民パートナーシップを通じて追加的な資金を集め、運用し、支出」を行い、「三大感染症の感染者と死亡者の削減に持続的で重要な貢献」をし、「三大感染症の被害を緩和して、ミレニアム開発目標（Millennium Development Goals: MDGs）達成に寄与」することにあつた<sup>1</sup>。

2002年からの5年間で、ドナーから世界基金に対し98億米ドルの拠出誓約がなされ、また、136カ国で69億米ドルを上限とする資金支援が世界基金理事会で承認されている。国際的な援助資金に占める世界基金の資金の割合は、結核で67%、マラリアで64%、HIV/AIDSで21%となっている。具体的な活動としては、HIV/AIDS患者への抗レトロウイルス薬（Anti-Retroviral: ARV）治療、結核患者への直視監視下短期化学療法（Directly Observed Treatment Short course: DOTS）治療、殺虫剤浸潤蚊帳の配布によるマラリア対策などにおける資金的貢献が挙げられる。

世界基金における日本の状況を見ると、日本は米国、イタリアとともに単独議席理事であるほか、政策戦略委員会、財政監査委員会など、主要な委員会のメンバーとしてガバナンス部分に参画している。また、日本政府は世界基金の第4のドナーであり、すでに4.8億米ドルを拠出済みであるほか、2006年以降に5億米ドルの拠出を誓約している。

だが、世界基金には事業実施上の課題がいくつか認識された。第一に、疾病ごとにプログラムが動いているため、1990年代のEPI活動以上に「縦割りの保健サービス」を助長している。第二に、「保健人材の取り合い」により途上国の保健開発のバランスを崩している。第三に、複数のプログラムが同時に実施されており、「援助受け入れ能力を超えた資金が流入」している。第四に、世界基金には既存の援助協調メカニズムと重複している部分もあり、双方の連携強化が必要である。

2000年には、世界基金のほか、21世紀の国際社会の目標として国連ミレニアム宣言が採択された。これは、平和と安全、開発と貧困、環境、人権とグッドガバナンス（良い統治）、アフリカの特別なニーズなどを課題として掲げ、21世紀の国連の役割に関する明確な方向性を提示したものであり、同宣言と1990年代に開催された主要な国際会議やサミットで採択された国連開発目標を統合し、一つの共通の枠組みとしてまとめられたものがMDGsである。

JICAの行う全技術協力プロジェクト中、半数以上がMDGs目標関連のものであるが、国別MDGs諸指標の改善は、その経済的な発展に関連していることが推定されている。しかしながら、2005年に仲佐らが行ったMDGs中間評価<sup>2</sup>では、多くの開発途上国にて保健関連MDGsの目標への

<sup>1</sup> エイズ&ソサエティ研究会議・HATプロジェクトブログ「将来計画の形成に前進（世界基金理事会報告）」  
[http://asajp.at.webry.info/200705/article\\_1.html](http://asajp.at.webry.info/200705/article_1.html) [2007年11月1日閲覧]

<sup>2</sup> 国立国際医療センター「国際医療協力研究委託費」  
<http://www.imcj.go.jp/kyokuhp/newitakuhihp/h17/16si1/16si1.htm> [2007年10月1日閲覧]

達成が今のままでは困難と予測されている。

また、少ない資源（人、予算、情報、技術など）で最大限の効果を示すための連携・協力が不十分との認識があり、今後のわが国の基本戦略は、日本の得意とする人材育成を中心とした協力を継続しつつ、オーナーシップを尊重したドナー間の協調、協働に基づいたパートナーシップを基本として策定していくべきことが同研究者らにより示唆されている。

#### 1 - 1 - 5 今日、DRFを推奨する意義

以上のような目まぐるしい世界の援助の潮流のなか、枯渇する地域保健財源を自律的に持続運営する手法として、考案された／注目されたのがDRFである。

1990年代に始まるSelectiveな保健プログラム、また2000年代の流行である世界基金のターゲットを絞った援助は、特定疾患を短期的に軽減することを第一目的とするため、住民の通常の健康維持や促進に対する持続可能な保健システムを構築する類の援助ではない。疾患のターゲットを絞り莫大な短期資金投入を行う近年の援助は、逆に通常の保健業務システムを阻害しているといっても過言ではなからう。

そのようななか、DRFは直接的には必須医薬品をコスト回収システムという手段によって広く住民に供給する手段であるのみならず、間接的にはその運営をする保健人材のキャパシティ・ディベロップメント（薬のロジスティックスや会計のやりくりなどを、DRFシステム稼働を通じて学ぶ）が可能である。また、DRF導入によりプライマリ・ヘルスケア活動全体を活性化し、コミュニティの末端やへき地などへ、いままで途絶えがちであった医療サービスをあまねく行き渡らせるため、継続的で公平な保健サービスシステムの構築に貢献することも可能である。

DRFは近年の華やかな援助に比べ、地味なアプローチではあるが、現在でもなお、国際保健援助の一環として持続可能なシステム構築と、直接・間接的相乗効果が見込まれるため今後も地域保健、特に公的保健サービスの手の届かないへき地などへの導入を推奨する意義があるといえる。

### 1 - 2 DRFとは

DRFとは、特定の目的（支出）のために、同種の通常の活動から得られた継続的な歳入と基本財産（基金）とによって、必要な支出の一定量を常時賄っていくシステムのことを指す。また、DRFとは広く薬（特に必須医薬品）の供給を特にその支払い能力が限られている人々にとって、薬を購入しやすくするための財政メカニズムでもある。そのメカニズムを稼働させるためには、歳入獲得措置、アカウントビリティ（責任能力）、財政管理、薬の入手可能性、利用度を高める、ことが求められる。さらにDRFの特質とその難しさは、法人のような事業体で管理運営されるのとは異なり、コミュニティのようなソフトな組織形態（法人のように機能化された組織ではない）で運営管理を行わなければならないという点である。

DRFを運営管理する上で重要な点は、財務管理、薬剤の供給体制、サービスの価値を理解した地域住民の参加、である。DRFの最大の特徴は、理論的には一度の資本投資の後には自己金融（資金を外部から調達するのではなく、売り上げを上げたり、経費を節減するなど、内部の努力で調達する方法のこと）が成立することであり、初回の資本投資はコミュニティ、政府、外部のドナーなどによってなされ、その形態は医薬品の支給、資金提供などである。「販売」によ

る売り上げから更新のための費用が調達されれば、理論上はコミュニティ、政府、外部のドナーなどからその後の資本供給は必要なくなる。一般に医薬品供給の財政的困難からDRFの導入が検討される。

DRF導入の利点は以下のとおりである。初期においては医薬品に対する歳入は大きいものの、基本的に自律財政のため、一度稼働すれば保健予算から分離することが可能なこと、多くの国々で患者は医薬品に対する支払いの意思があるため、医薬品購入の財源となり得ること、患者は無償の医薬品よりも有償の医薬品に信頼をおく傾向があるため、有償の医薬品の方がコンプライアンスが高くなる（医薬品の服用を規則正しく守る）こと、DRFは必須医薬品プログラムと組み合わせることにより、財源確保のみではなく医薬品の有効利用の実現にも役立つこと、民間の医薬品流通と比較して安価に医薬品を供給できること、などがある。

公的な医薬品の無償供給と比較して、DRFは患者の医薬品に対する支払いという未開拓の財源を利用する。この結果、一般市民の保健サービスへの参加意識も高まれば、医薬品の利用度も上がり、さらに、医薬品の費用対効果の高いインセンティブも期待できる。また、情報システム、会計システム、在庫管理などのマネジメント能力の向上も促される。DRFでは費用回収の目標や価格設定により、売り上げは供給された医薬品の費用を上回る場合も下回る場合もある。しかしDRFの根幹は資本投資から得られた収入を医薬品の購入費用のみに支出する点である。

医薬品の公的な販売による供給は、DRFと同義のように解釈されている場合もあるが、はっきりと区別して理解されるべきである。医薬品の公的販売も患者に医薬品に対する支払いを課すことによって保健システムへの新たな財源を確保する。しかしこの場合、売り上げのすべてを医薬品の購入のために支出するとは限らない。つまり、歳入はほかの目的に支出され得る。医薬品の公的販売では、売り上げは国庫に組み入れられ一般財源として利用され、医薬品の予算となるとは限らないのである。逆に、DRFは財政的に独立している。つまり、売り上げはすべて医薬品の購入のために支出されることが保障されている。

### 1 - 3 DRFをめぐる主な議論

DRFのメカニズムに関して、導入当初から様々な議論があった。第一に、住民に対する公平性とアクセスに関する懸念である。保健サービスに対して進んで支払おうとする意欲（Willingness to pay）が高まるといった受益者の積極的参画はいいが、その一方で、貧困層などの支払い能力（Ability to pay）の問題も生じてくる。一般的に、DRFの対象者には必ず貧困層が存在する。その貧困層に対してDRFに関し、支払い免除とするか、しないか。また免除とした場合、その財政的補充システムをどうするかが問題の焦点になる。第二に、DRFのマネジメントとロジスティクスへの不安である。例えば、援助組織のパイロット・プロジェクトは集中的に援助を受けているうちはいいが、援助が終了した際に自律できるかが問題である。第三に、費用回収をDRFの活動の中心的要素とすることへの懸念である。すなわち、そもそも村落レベルのDRFはより身近でかつ持続的に医薬品サービスを提供することを目的としているにもかかわらず、一方で費用回収を第一主義にすると、支払い能力のない貧困層が同サービスから除外される事態も起こり得る。第四に、自律発展性が強調されるが、援助による無料あるいは極めて安い医薬品がなくなった後の、自律発展性への見通しが危うい点である。内貨の回転資金で医薬品を買い続けることが可能



かどうか、という点が課題となる。

通常、DRFのメカニズムは一般市民の保健サービスの対する支払い意思に基づいて財源の確保を図っている。そのモデルは単純であるが長期的に機能を確立するには困難が伴う。典型的には回収される金額が当初のストックを更新するには不十分なために資金が減少し「非資本化」されてしまう。資金が回転するうちに損失を含む費用が生じ、収入を容易に超えてしまうのである。

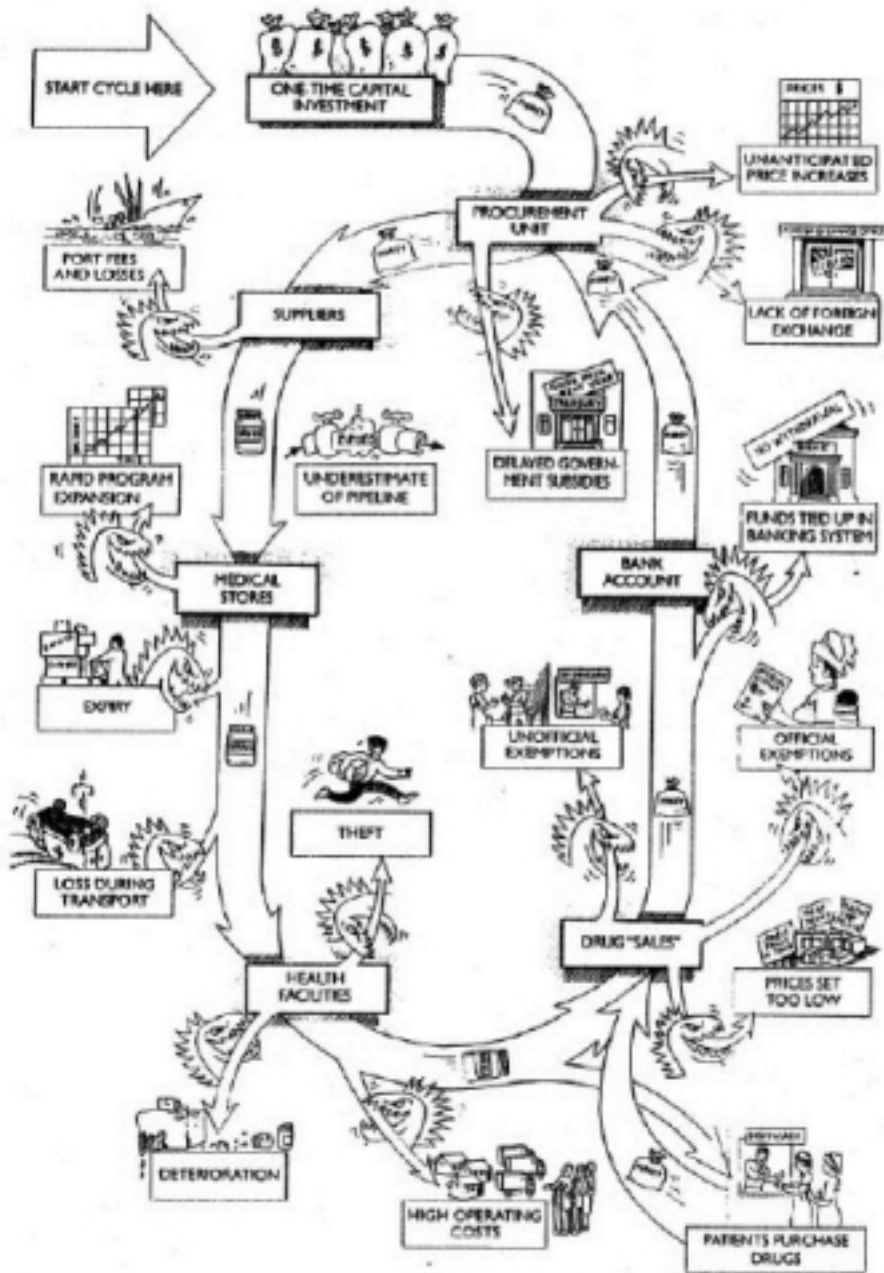
DRFがうまく機能しない原因の一つには、事前の十分な経済的、財務的分析の不足などの「ビジネス」としての取り組みの不足が挙げられる。具体的には以下のような点がDRFを経済的、財政的に圧迫する要素となる。

- インフレーションおよび為替レートの変動による予期せぬ医薬品価格の上昇
- 医薬品の輸入のための外貨の制限
- 窃盗、劣化、期限切れなどによる予期せぬ医薬品の損失
- 予算額を超える運営費用
- 予定した費用回収が不可能なような低い医薬品の価格設定
- 補助金制度などの補填手段を欠く免除
- 政府機関からの補助金などの支払いの遅延
- 投資可能資金量を超えた制度の急速な拡大
- 供給システムの資本国との過小評価
- 金融制度および財政制度との資金の連動

DRFは必須医薬品供給のファイナンス・システムであり、そのモデルは単純であるが、その実施と運営は非常に複雑である。DRFの最大の課題は長期にわたって持続的に運営することであり、綿密な計画とその実施が必要不可欠である。

昨今のDRFをめぐる議論には、以上のように経済的・財政的側面からの議論がほとんどである。本研究では、第3章にて、経済的・財政的側面のみならず、社会的文脈からDRFを検討し、諸事例を比較分析したい。

図1-1 DRFが稼働しなくなる諸要因



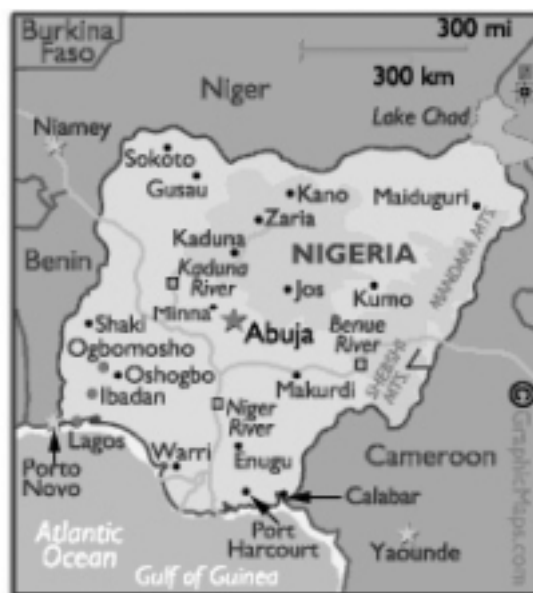
大きなサイクルが稼働している間はDRFは回転するが、途中、いくつか枝分かれになっている矢印（怪獣描写の箇所）に資源が流れると大きなサイクル稼働が弱まり、DRFが低稼働あるいは停滞する。  
 出所：Management Sciences for Health (1997)

## 2. 途上国の事例分析

第2章では、途上国のDRFの事例分析として、アフリカからナイジェリアの例を、アジアからベトナムの例を、そして海外調査を行ったラオスの例を順に紹介する。

### 2 - 1 ナイジェリア

図2-1 ナイジェリア



出所：Nigeria Map, World Atlas (2007)

開発途上国の中で、一番多くのDRFに関する学术论文のフィールドとなっているのがナイジェリアである。2006年10月時点で計11本の学术论文がPubMedにて検索可能であった。

ナイジェリア連邦政府保健省の予算は1980年代の初めには国家予算の2.9%であったが、1980年代末には1.7%に減少した。その結果、医薬品の購入代金や人件費などが不足し始め、サービスが村の人々まで届かなくなっていた。バマコ・イニシアチブの導入を決めた1988年当時、政府は既に実験的にこのコスト回収システムを各地方自治体の従来の基礎保健システムに導入しており、政策面ではバマコ・イニシアチブの導入によって国際的な“お墨付き”をもらった形になった。それだけに政府は積極的に政策的な対応をし、各地方自治体の予算からDRFをつくること、コミュニティ・レベルでの資金の管理運営の原則を尊重すること、特に医薬品の売買によって得られた財源についてはコミュニティの管理下におくことなどを支援した。

全般的には、DRFを導入した各地方自治体では、安い医薬品が定期的に手に入り、VHVの給与がちゃんと支払われるようになり、保健医療へのコミュニティの信頼と参加も高まることで、医薬品を使った治療だけでなく、予防接種などの予防活動にも良い影響が出るのが分かった。ナイジェリア政府は、すべての地域にこのシステムを導入するよう計画している。このシステムが順調に運営されれば、数年後には医薬品の購入代金などは外国からの援助に依存することなく確保できることになり、債務の泥沼から抜け出す一助にもなり得る。

DRFの支払い免除に関しては、国家政策として明確化されていない。実際、地域レベルでも支払い免除を支えるための公文書は存在していないため、貧困層へのDRF支払い免除は現場であるコミュニティ・レベルで非公式に実施されている。これは「免除」を公式に施行することによる公的資金の漏洩を危惧しての対策ともいえる。

ナイジェリアをフィールドとした最近の学術論文の中では、DRFと公平性の問題（貧困層にはマラリア薬などは無料配布すべき）やDRFを運営するVHVの運営態度（過度の薬品販売、住民との健康に関する意識のズレ）など“DRFサービスの質”に関するテーマを扱っているものが多い。

## 2 - 2 ベトナム

図2-2 ベトナム



出所：Viet Nam Map, World Atlas (2007)

ベトナムでは2002年現在、230地区の、合計4,600のコミュニティにてDRFが導入されている。そのカバー率は、全コミュニティの42%にあたる。その42%のDRFを導入したコミュニティのうち、ほぼ90%はDRFの利用者負担金を通して資金回転システムが機能している。DRFが導入されることによって、その地域の医薬品の供給状況は改善された。常時利用可能なDRFは112のコミュニティを調査した結果97%であった<sup>3</sup>。

ただし、コミュニティ・レベルでDRFを運営するVHVのうち薬剤管理の訓練を受け、薬局開業の資格を取得しているものは1.2%しかない。8割以上の薬局開業資格保持者は中央および省都レベルに勤務している。

1986年の社会主義国の官から民への経済思考のシフトである“ドイモイ”によって、民間薬局が急増したため、政府はその規制にも着手している。

<sup>3</sup> Tran, et al. (1998)

ベトナムの自己薬剤投与率は40～60%といわれている。薬剤の最終的な利用者である消費者（住民）が正確な情報にアクセスし、的確な医薬品を入手できるようなシステムの構築のために、ベトナム政府も、特に医薬品へのアクセスが困難なコミュン・レベルに設置されたDRFとそれを運営するVHVへの期待が大きい。Tranら<sup>4</sup>は、VHVがDRFを運営するHealth Station（HS）を10カ所調査した結果、資金が完全に回転し、利潤もあったHSは100%、うち7カ所では毎月60%以上の薬品が売れ、売り上げによる利潤は元値の18%（平均）で、その利益はVHVのインセンティブ（給与）と貧困層への「免除」、HS施設のために使用されていた。DRF導入によるHSの活発化で郡レベルとHSが密接となった。以上の結果から、ベトナムではプライマリ・ヘルスケアを強化するため、へき地住民の住むコミュンに配備されたHSにDRFを導入することは妥当な戦略といえる。今後の持続的発展のためには、VHVなどDRF運営に関わるスタッフの訓練、モニタリング、監督、他の保健サービスとの統合などが課題である。

## 2 - 3 ラオス

ラオス政府は2003年に「国家の成長と貧困撲滅戦略（The National Growth and Poverty Eradication Strategy: NGPES）」という国家の第三優先政策に関する報告書を公表した。そこでは国内の72の貧困郡と47の最貧困郡に対して10項目の保健医療優先課題を定め、その推進を提唱している。「村落レベルのDRFの普及」はその優先課題の1項目である。

図2 - 3 ラオス



出所：Laos Map, World Atlas (2007)

ラオスでのDRFが導入されたのは、1990年にWorld Visionがルアンプラバン県の一郡病院で開始したのが最初とされている。次いで国境なき医師団（ベルギー）がチャンパサック県で、3郡病院、7診療所にDRFを導入した。同DRFの特徴は、利潤を高め（平均45%）に設定し、医薬品の

<sup>4</sup> Tran, et al, (1998)

みの費用回収ではなくほかの医療サービス（検査、小規模の外科手術、家族計画）からも料金を徴収していた。また開始当初はタイから医薬品を補填していたが、その後社会基盤の整備に伴い、国内製薬工場から購入するようになった。

ラオスの村落レベルDRFに関しては、JICAによる技術協力プロジェクト「公衆衛生プロジェクト（1992～1998）」の活動の一環としてカムワン県にて導入されたのが最初の村落DRFである。

村落でのDRFは県の保健局職員による訓練を受けた後、住民にプリペイドカードを購入してもらい、初期投資を確保、かつ“住民参加”（支払い意思）度を確認した後、薬棚と薬品が配置されVHVが運営する形態をとった。

DRFはプロジェクト終了後も引き続き、ユニセフをはじめとしたほかの国際協力団体などにノウハウを引き継がれて全国7県で約900村落に普及していった。

2006年には、カムワン県にて本研究の海外調査を実施した。DRFを導入した村（317村落）のうち回答を得た278村落の情報をまとめると、活動を継続している村が177村落、活動を停止した村が101村落（36%）であった。ラオスでは村落の8割が位置するへき地に位置し、そこに在住する住民は、EPI（予防接種拡大計画）など特化したプログラム以外、依然として公的保健医療サービスの恩恵を受ける機会が極めて少ない。同国の公的保健医療施設は、国 - 県（病院） - 郡（病院） - 亜郡（診療所）の4レベルであり、住民が一番近い末端の保健施設のヘルスポストでさえ、僻地では各村落から十数キロ離れていることが多く、へき地住民が手軽に利用できる状況ではない。ラオスにおける公的保健医療ネットワークの強化が、同国の保健医療システムの最大の問題点であるが、ラオス政府はDRFを、VHVを要に末端の村落レベルまで拡大することで、村民が少しでも公的保健医療機関との距離感を縮め、必要に応じて利用するように方向付ける意図を持っている。

同国で実施した調査の分析結果は以下のとおりである。

保健省が発行する「村落DRFモニタリング票」などのスコアを基にした定量的分析の結果：DRFの運営が継続するか否かは、DRF導入時のドナーと担当する郡保健局に関連があった。例えば、JICAに支援された村落DRFがより継続性がみられ、郡の村落DRF担当者の継続勤務期間が長ければ長いほど、その郡の村落DRFシステムは長期にわたり継続していた。JICA支援村落とほかのドナー支援村落とのDRFシステム上の違いは、VHVがDRFの研修を受講後、前者は村長ならびにVHVからのDRF導入要望の依頼があるまで、薬箱を配置しなかったが、後者は村長やVHVの希望がなくとも薬箱を配置した、という点と、前者は、村民のDRF導入の意思をプリペイドチケットを事前に購入してもらい確認したが、後者は、村民の意思を確認せず、DRFを村内に導入という点である。

自己記入式回答など定性的分析の結果：村落DRFの運営が困難になった理由は、多い順にi) VHVの問題（病気や死亡によるVHV活動の停止、DRF資金の私的利用など）、ii) 回転資金の枯渇、iii) 不定期補填による医薬品の枯渇、iv) 郡病院、ヘルスポストが新規に近隣に設置されたために村落DRFが不必要となったこと、v) プロジェクトによる不十分な支援（VHVに対する定期的な訓練の実施が村落DRFの継続を促進する一要素だが、一度限りの支援のため先細りになっている点）、vi) 医薬品が期限切れ（特に村落住民がDRF以外の場所で医薬品を入手する手段ができると、DRFの医薬品の回転が停滞し、期限切れになることが多い）であった。



## 2 - 4 まとめ

以上、ナイジェリア、ベトナム、ラオスのそれぞれのDRF事例分析をまとめ、3国で比較したものが表2 - 1および表2 - 2である。

表2 - 1 DRF事例（ナイジェリア、ベトナム、ラオス）の基本情報の比較

	ナイジェリア	ベトナム	ラオス
背景	<ul style="list-style-type: none"> <li>国家予算の激減（1980年代）、政府がバマコ・イニシアチブ導入</li> <li>各地方自治体の予算からDRF予算を確保</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ドイモイ（1986年）による民間薬局の急増</li> <li>薬剤師の81%は都会在住、へき地は人材・薬剤不足</li> <li>DRFを国家が奨励 42%のへき地でDRF稼働（4,600コミュニティ、2002年）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>診療費・医薬品とも無料（1990年代初め）</li> <li>医療・薬品の利用者負担認可（1995年）</li> <li>貧困・アクセス難地域への保健医療システム拡大を目的とした村落DRFの推奨（2001年）（1,320村落：11%、2002年5,400村落：45%、2005年）</li> </ul>
特徴	<ul style="list-style-type: none"> <li>トップダウン導入、ボトムで自律運営</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>DRFの利用者負担金による費用回収システムが機能（上記90%）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>現場主義（ボトムアップ）</li> </ul>
経過	<ul style="list-style-type: none"> <li>VHV給与（+）</li> <li>保健医療への信頼感（+）</li> <li>ほかの保健事業拡大（+）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>DRF導入によるHSの活発化（+）</li> <li>郡とHSが密接化（+）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>北部ADB、南部WBによる貧困村落DRF支援（+）</li> <li>DRFシステムの多様化（-）</li> <li>国家の責任感欠如（-）</li> </ul>
期待	<ul style="list-style-type: none"> <li>債務の泥沼から抜け出す一助</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>自己薬剤投与率（40～60%）を下げ、住民が正確な情報にアクセスし、的確な医薬品を入手できるようなシステム構築</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>村落DRF普及によって貧困地域への保健医療サービスを拡大することが可能となる</li> </ul>
課題	<ul style="list-style-type: none"> <li>貧困層への支払い免除の公文書なし 貧困層へのDRF支払い</li> <li>免除は非公式に実施</li> <li>VHVによるDRFサービスの質向上</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>VHVなどのDRF運営者の持続的訓練</li> <li>モニタリング、ほかのサービスとの統合</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>国家レベルの持続的支援（例：タイ）</li> </ul>

出所：筆者作成。

表2 - 2 DRF事例3国の4A（Availability, Accessibility, Affordability, Accountability）の比較

	ナイジェリア	ベトナム	ラオス
Availability DRFが利用可能（システム有）			
Accessibility DRFにアクセス可能（地理的）	-		
Affordability DRFを入手可能（経済的）		-	
Accountability DRF運営の責任能力（VHV）			

注： =あり、 =ややあり、 - =データなし

出所：筆者作成。



WHOとユニセフは、1987年以前、試験的に実施したDRFの例をいくつか分析し、その成功の特徴を以下のようにまとめている。第一に、不安定な政府の医療システムに頼らずに村落レベルで住民が医療費の自己負担をしており、第二に、これを支援する援助団体は、回転資金となる医薬品の提供を行うだけで、住民自身が医療費の管理をできるように管理運営能力を強化するような訓練に力を割いていたこと、第三に、自己負担のできない貧しい住民への特別配慮があること、などであった。つまり地域住民による「自己負担と自己管理」が可能であることが最も重要な点であった。

これらの知見は、1987年WHOのアフリカ地域事務所の主催でマリのバマコで開かれたアフリカ保健大臣会議で検討され、多くの支持を得て、アフリカにおけるプライマリ・ヘルスケアの再活性化の基本戦略として採択された。

途上国では最貧国においてさえ、各世帯の収入の5～10%が医師の診察や診療所、伝道病院、伝統的な治療師、民間の薬局に定期的に支払われている。言い換えればコミュニティには医療のための一定の財源が存在していることになる。DRFは、村落レベルに設けられたVHV、政府、援助機関を通じて安い価格で必須医薬品を購入し、その価格に、輸送費・運営費・村のVHVの給与、また貧しくて代金が払えない人の控除分などを上乗せして価格を決定し、保健センターやVHVの薬棚に治療を受けに来る住民に売るシステムが多く採用されている。

村落レベルでのDRFが注目を浴びている点のひとつはへき地住民でも保健サービスが入手可能となる点（Affordability）であろう。本章で取り上げた3国の事例は、近年ナイジェリアでは「免除」への再考が課題ではあるものの、いずれも概してDRFのAffordabilityが高く評価されている。ほかにもケニアでは、コミュニティを通じての必須医薬品の販売は、医療への財政的、地理的障害を軽減するものとして国際援助機関による外部評価がよい。またギニア、ナイジェリアでは、DRF導入以前の民間薬価よりDRF導入後のヘルスセンターでの薬価が安価である。ブルンジでは、DRFが薬価を引き下げたとはいえないが、いままでの薬価が費用回収水準ぎりぎり設定されていたわけではなく、Affordabilityにも目立った障害になる価格ではないと評価されている。一方、ウガンダでは、DRFは原価に管理費等の若干の料金の加算をするため、住民の利用を妨げているとの報告がある。

一方、社会経済基盤（特に交通網）の発達により、村落DRFのアクセシビリティに関する優位性が低下し、郡病院、県病院の利用にシフトした国がタイである。タイでは1979年頃から村レベルにおけるDRFの設立が開始され、1986年には全国で約26,000村落がDRFを導入していた。1987年時点では、全国45%の村にDRFがあり、1992年には、42,119村落でDRFが登録されており、そのうち32,463（77%）が活動を実施中であった。しかし現在では医療の質を求め、品数の多い大きな民間薬局や郡病院で医師に処方してもらう住民が増え、村落DRFは衰退している。ラオスの事例しかり、社会経済基盤の発達や、より質の高い保健医療サービスが隣接すると、当然のことながら、住民は質の良さを求めるためDRFの利用率は低下するのが現状である。

### 3 . DRFのネットワーク構造分析

DRFは、経済的・財政的側面も重要であるが、それを運営するVHV、村長、村落DRF委員会、公的保健職員、村民などDRFにより恩恵を受ける、もしくは与える人間によって支えられている。

この章では、DRFをReplicableな開発モデルとして一般化するために、特にDRFを取り巻く人間の社会的ネットワークに注目し、前章の事例を基に諸要素をマトリックスにまとめることを目的とする。

#### 3 - 1 社会的ネットワーク分析について

社会的ネットワーク分析 (Social Network Analysis: SNA) とは、知人関係から強い家族のつながりまで、様々な社会的文脈 (隣接性) でつながる個人間の関係を表した概念地図である。社会的ネットワーク分析 (ネットワーク理論) は、近年の社会学や人類学、組織論といった学問分野において、ポピュラーかつ有用な分析手法として台頭した。この分析は、家族から国家まで様々なレベルの問題に適用でき、また問題解決への道を示す重要な役割を果たす。多くの研究者が、社会的ネットワーク分析の手法を用い、組織が運営され、どの程度個人の追求する目的が果たされるのか、論証を行ってきた。

このSNAから派生した分析概念として、都市社会学には、個人を中心として他者とのネットワークを考える「パーソナルネットワーク」という理論も存在する。また、最近の社会学や政治学においてはソーシャル・キャピタル (社会関係資本) と関連する概念として捉えられることが多い。

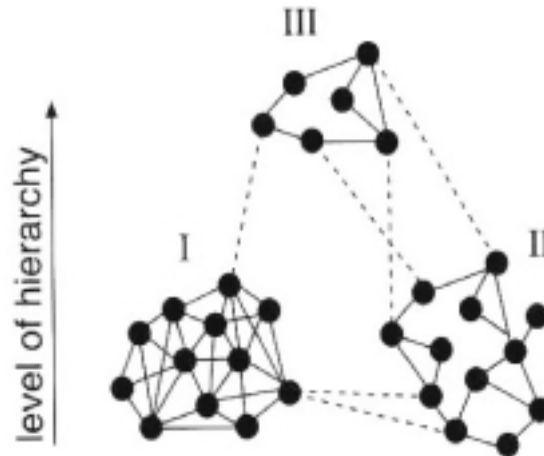
社会的ネットワーク論では、「ノード (nodes)」と「つながり (ties)」という観点から社会的隣接性を考察する。ノードとは、ネットワークに関わりを持つ個人を指し、つながりとは、関係者間の結びつきを表すものである。ノード間には考え得る限りの関連性を、様々な種類のつながりで表すことができる。この簡単な定義のもと、社会的ネットワークは可能な限りのノードを適切なつながりですべて結んだ地図であると解釈することができる。またこのネットワークは、関係する個人個人の持つ社会的資本 (ソーシャルキャピタル) を決定付けるときにも用いられる。これらの概念はしばしば、ノードを「点」、つながりを「線」とした「社会的ネットワークダイアグラム」として表される。

社会的ネットワークの在り様は、それを形成する主体者としての個人にとって、そのネットワークの有益性を示す鍵になると考えられている。例えば「緊密型ネットワーク」は、ネットワーク上に多くの空白を含むもの (social holes : 社会的空隙) や、主たるネットワークの外側でほかの主体者と緩やかにつながっているもの (weak ties : 弱いつながり) に比べ、メンバーにとって実際にはあまり有益ではない。より開かれたネットワークには、社会的空隙や弱いつながりが多く含まれており、冗長なつながりに満ちた閉鎖的なネットワークよりも、より多くの新しいアイデアや機会に恵まれる可能性がある。言い換えればこうなる。ただ一緒に何かをするだけの友人集団というのは、同じ知識や機会をすでに共有してしまっている。一方、ほかの社会的世界へ関わりを持つ個人の集団というのは、より広い範囲の情報へとアクセスすることができる。ひとつのネットワーク上で多くのつながりを持つよりも、様々なネットワークへのつながりを持つ方

が、個人が何かを成し遂げるときにより有益であると解釈することができる。

社会的ネットワーク論の意義は、主体者たる個人の性質（好意的か否か、気が利くか否かなど）を取り扱う伝統的な社会学による研究との差異にある。つまり社会的ネットワーク論では個人の性質をあまり重要視せず、ネットワーク上におけるほかの主体者との関係や結びつきに着目する。このアプローチは、多くの現実世界における現象を説明するのに有益であるということが明らかになっている。

図3 - 1 Social Network Analysis (SNA) による図(例)



出所：筆者作成。

SNAは、人間関係の地図を描き、組織や個人を特定し、それぞれの利害関係を分析する。次に、個々のステークホルダーが、どのようなネットワークを持ち、組織を運営しているかを分析する。一般に、階層が低い（地域レベル）では多くのステークホルダーとのネットワークが密であるが、階層が高くなるに従って（国レベルなど）組織間のネットワークが疎になる（図3 - 1：点は各ステークホルダー、線はネットワーク、図の上部に描かれるに従って、階層が高くなる）。

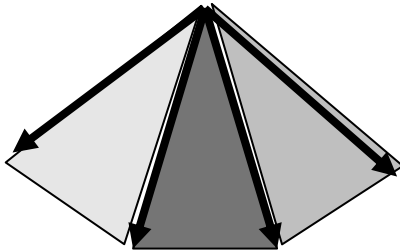
この“ネットワーク上の各ステークホルダーの位置関係”を評価、測定することはノードの“中心性”を見つけることである。この地図を描くことによりネットワークの様々な役割、そしてグループの位置関係からおのおのの人間関係の強弱（例えば、コーディネーター、専門家、リーダー、グループ間のつながり、隔離集団、対立集団）を比較検討することが可能である。

人間と人間とを結びつけるリンクとなるものはコミュニケーションであり、社会システムはコミュニケーションを構成要素とする。ネットワーク型社会システムでは、社会システムの成員がほかの成員や社会システム全体に対して意思決定における自律性を持つ。一方、ヒエラルキー型社会システムとは、成員の意思決定における自律性が欠如している社会システムのことである。そして、ネットワーキングとは、主体的には説得と納得のつながりによる結びつきをつくっていくコミュニケーションによって、社会的ネットワークを形成していくこと、客体的には社会的ネットワークが形成されていく過程のことである。またネットワーク型社会システムの特徴として、参加における自発性、意思決定の自律性、普遍的な紐帯（普遍的な意識を共有する関係）伸縮的分業（役割に対する柔軟な対応）、プログラム（規則）の柔軟性、目標の柔軟性、境界の柔軟性、情報の共有、互酬的報酬の9つが挙げられる。

図3 - 2 社会システムの基本2型

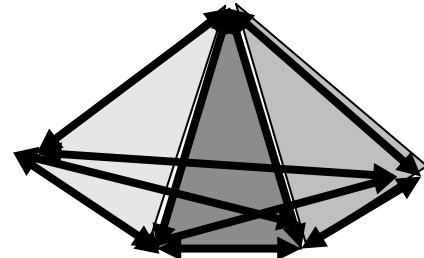
**ヒエラルキー形社会システム**

上から下への強制：  
服従というコミュニケーションによって  
構成される。



**ネットワーク型社会システム**

双方向的な説得：  
納得というコミュニケーションから  
構成される。



出所：筆者作成。

**3 - 2 ネットワーク構造分析から見たDRF**

社会関係のネットワークは、時代やその地域の開発の度合いに従い変容する。第一期は前近代の社会的ネットワーク型（同心円型）、第二期は近代の社会的ネットワーク型（交差型）、第三期は脱近代の社会的ネットワーク型（スポーク型）である。第一期型（同心円型）は、集団の最も小さいものへの参加が、より大きな集団への参加をすでに含意しており、特定の家族に生まれたことで、住居、職業、宗教、文化が決まる社会である。そのなかで社会的なサポートは、内部の者が、外部の者かで大きく異なり、社会構造は個人に関心をほとんど払っていない状態である。

図3 - 3 前近代の社会的ネットワーク  
：同心円型

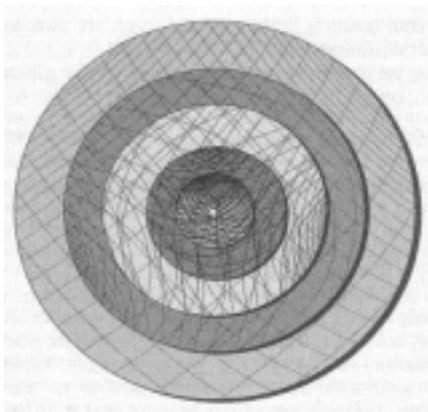
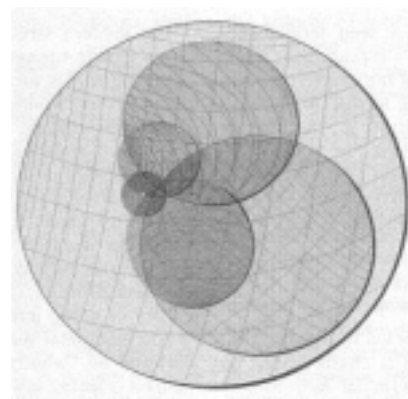


図3 - 4 近代の社会的ネットワーク  
：交差型

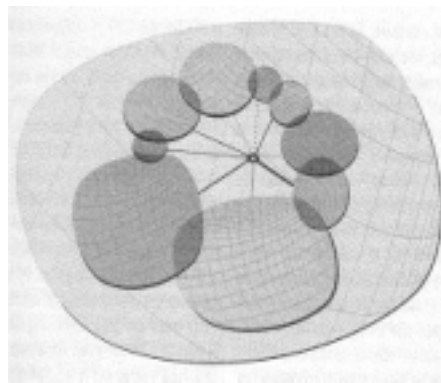


注：円 = 社会圏、線 = 社会関係、個人は中心円にある。  
出所：筆者作成。

第二期型（交差型）では、産業化などにより社会が分化する状態であるが、家族と職業、職業と文化、性別・人種と社会的経済的地位といったように、各社会圏の間になんらかの関連がまだ維持されている。また個人は“社会圏を選択して所属”することになり、多くの自律性と個人主義が許容される。自己のアイデンティティは、各社会圏との相互作用として形成されるので、その統合が重要な課題となる。

第三期型（スポーク型）では、各社会圏が相互に異なった価値によって多元的に構成され、個人の周辺に空白部分が登場する。選択と自由は、柔軟性ととも孤立化や断片化の可能性を増大させ、競争での勝者と敗者を生み出す。

図3 - 5 脱近代の社会的ネットワーク：スポーク型



出所：筆者作成。

DRFは一村落という内部要因から、ほかの社会とのつながりにより発生する外部要因（社会基盤、経済環境、ロジスティックシステム、保健サービスの支援システム）により大きな影響を受ける。前章の事例から、DRFの必要とされる社会は、社会的に閉ざされており、近隣の村落とのコミュニケーションはあるものの、都市部（質の高い保健サービス）への交通・通信手段が脆弱なコミュニティであるといえる。つまり第一期から第二期前半の社会形態であるといえよう。

### 3 - 3 ネットワーク構造分析による事例分析

前章でまとめた3つの途上国の事例をネットワーク構造分析に必要な項目ごとに表にまとめたものが表3 - 1である。

今回の事例研究では、Nodes間のネットワークの強弱（Ties）を決定する情報が少ないため、SNAのデータベースを用いた構造分析をせず、表3 - 1でまとめた内容に基づき、コミュニティ・レベルで稼働するDRFにおいてNodes（個々の）システムに対する貢献度と主な支援元に焦点を絞り、図3 - 6のDRF構造の基本型に基づいて、それぞれナイジェリア、ベトナム、ラオスにおけるDRF構造の図式化をし、共通点、相違点を比較した。

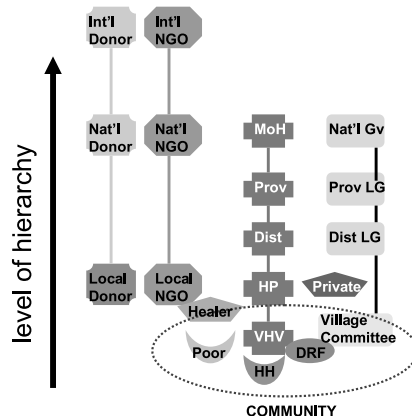
個々のステークホルダーの結びつきに注目したコミュニティ・レベルのDRFは、それぞれネットワーク構造に特徴がある。例えばナイジェリアでは保健省が主導というより政府および地方政

表 3 - 1 DRF事例 ( 3 国 ) のSNA項目 ( Nodes, Ties )

DRFネットワーク構造分析 項目		ナイジェリア	ベトナム	ラオス
Nodes (個々)	DRFを直接運営する人材 (VHV、ヘルスワーカー:HW)	HW/PHCC	HW/Commune	VHV
	DRFの身近にいる人材 (1) 村長 (2) 住民 (3) 呪術者 (4) 民間薬 (5) 貧困者	-	-	-
		-	-	-
		-	-	-
		-	?	-
		-	?	-
DRFを間接運営する人材 (1) 保健省関係職員				
DRFを間接支援する人材 (1) 政府職員(国、地方) (2) 国内外援助機関				
Ties (関係)	DRFの身近にいる人材 (上記参照)との関係	?		
	DRFの支援組織 (1) 政府(国、地域) (2) 援助機関(内外)		-	
その他	貧困者の扱いが課題	継続性のため他事業と連携	国家レベルの支援脆弱	

出所：筆者作成。

図 3 - 6 DRF構造の基本型

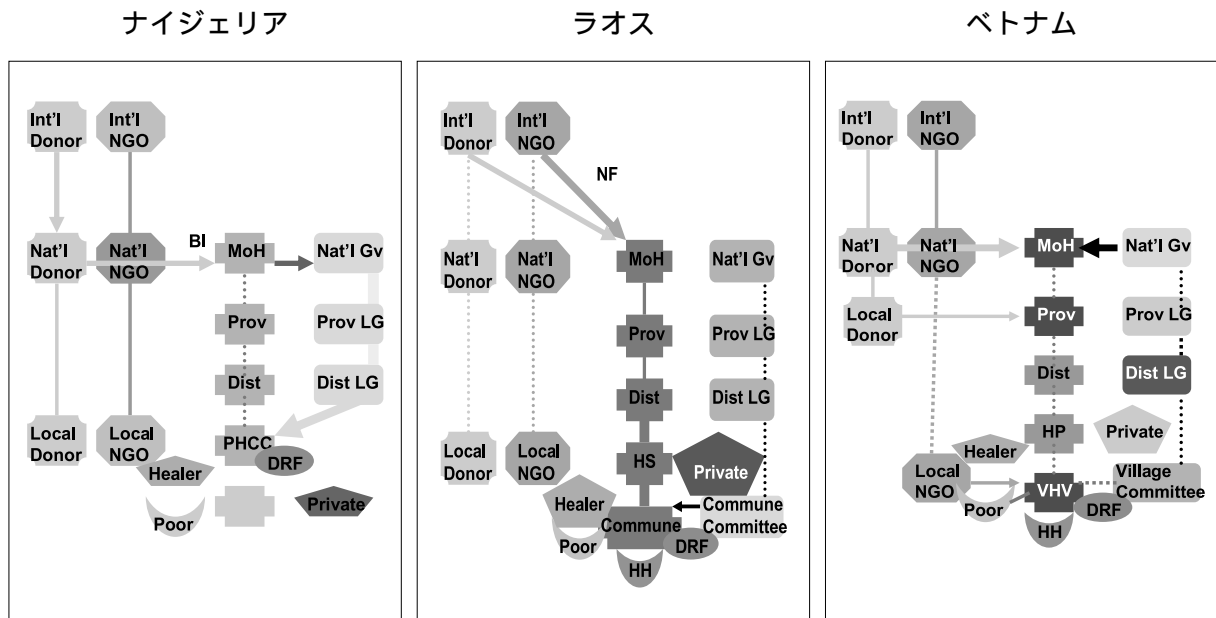


出所：筆者作成。

府が主導しており、PHCC (Primary Health Care Center) という保健省の末端組織がDRFを運営している。そこには村落レベルの保健ボランティアなどとの関わりがない。また、保健省の縦のラインでの支援も、ほかの2国に比して弱く、各地域に点在するPHCCにそれぞれ郡政府がてこ入れしている状況である。

一方、ベトナムでは、コミュニティでDRFを運営するCommuneまで保健省の支援が比較的強い。この理由には、ユニセフをはじめとする国際援助機関がDRF事業を保健省に一元化しており、また保健省もそれを地域に配分する運営管理能力があるためであると推測される。民間薬局は流行っているがへき地では市場に制限があるためCommuneにおけるコミュニティ・レベルのDRFはへき地住民にとってはありがたいシステムといえよう。ラオスでは、現在国家貧困政策の一環としてコミュニティDRFが奨励されているが、そもそもボトムアップから始まったコミュニティDRFが、保健省主導で導入される前に各地域で様々な援助機関の支援により広がっておりシステムの統一性に欠けるのが特徴的である。

図3-7 コミュニティレベルDRF構造の3国比較



出所：筆者作成。

### 3 - 4 まとめ

個々人のインセンティブ・システムを考慮することは、ネットワーク構造を活性化させるために重要である。例えば、DRFを直接運営する人材（PPHCやCommuneスタッフ、VHVなど）のインセンティブを向上させるには、財政とパフォーマンスによる評価がひとつの手段となる。また現職研修による横のネットワーク強化や上司などの監督者による激励もインセンティブとして有用である。一方、インセンティブの減退要因としては、薬の補填の遅延、給与・賞与（もしあれば）の遅延などが挙げられる。

上記の3事例すべてに当てはまるのは、DRFを直接運営する人だけがいくらインセンティブが高く活動的であっても、DRFシステムは継続的に稼働し続けないということである。個々のタスクもさることながら、それぞれの結びつきが大切である。さらにDRFの支援組織である国際援助機関、保健省、政府（地方自治体含む）、村落委員会などの支援内容（規則、財政）の参加度、DRFシステムのTransparency（誰もが納得するシステムか否か）度も継続的にDRFを稼働するためには欠かせない。

## 4 . JICA事業におけるDRFの展望

### 4 - 1 DRFの導入に適した途上国の条件

途上国で、DRFのような財源確保のプロジェクトを計画する場合、「その国の伝統」「健康転換の進行度」「サービスの種類」「社会の成熟度」を勘案し、これら4つの財源の形態の中で最適の財源を選定・確保する。実際の財源確保法には、特にコミュニティレベルでは、コミュニティ・ファイナンスという方法がある。例えば、現金経済が発展していない地域では「労働」による支払い、祭事を利用した「寄付」もあり得る。事前に定額を払う「健康カード」の方式もあり得る。その共同体の実績や工夫を踏まえて選択すべきである。

DRFは、ロジスティクスが重要であり、末端まで確実に薬が届かなければならない。一方で、商業ルートによって地方に薬が普及していれば不必要となる。

従ってDRFの導入に適した途上国の条件として以下の5点が挙げられよう。

薬品を末端まで届けるロジスティクス網の整備が可能であること。

商業ルートを通して薬品が地方の末端まで普及していないこと。

薬を買えるだけの現金収入がその地域にあること。

VHVなどコミュニティのキーパーソンとなる者が計算能力などマネジメントの基本能力を備えていること。

適切な薬価で購入可能な価格でありながらも、その質が保証されている必須医薬品をDRFに導入することが持続的可能であるメカニズムが認定できること。

タイの場合は、もう民間薬局が普及し、 の条件が存在しないので、DRFの導入には適さない。逆にサハラ以南アフリカの場合は、 の条件は満たすが、 、 の条件を満たす国が少なく、成功しにくい原因と考えられる。

これを社会関係のネットワーク型から捉えると、DRFの適応は、第一期型（同心円）が閉鎖している状態ではまだ条件を満たさず、逆に第二期型でも進みすぎると条件を満たさず、転換の極めて狭い時期のみに成功の条件が存在することになる。またDRFを導入している地域の社会関係のネットワークは転換・進行するのでいずれDRFが適さなくなる可能性があり、現在DRFが適している場合も5年から20年の範囲で次の資源確保策、例えば利益者負担や保険を用意していく必要がある。

### 4 - 2 技術協力プロジェクトにおけるDRF

#### 4 - 2 - 1 技術協力プロジェクト - 「回転資金」から「現地適用化」へ

JICA事業のなかで、受益者からの返済を前提とする「貸付」を可能にしたのは、1998年度に正規に予算化された「回転資金」である。今日、JICAの技術協力プロジェクトで実施している貸付事業（マイクロファイナンス的な事業）は、このスキームを活用している。

当初は、地域保健活動の向上を目的とするプロジェクトの「住民活動基盤強化費」という予算項目であり、保健活動を行う地域住民組織に対して基礎的医薬品を供与し、同組織が医薬品を必



要とする住民に対して販売、売上金を新たな医薬品購入にあてることで、プロジェクト終了後も、外部資金に頼らずに持続的に医薬品を供給することができるという内容であった。

その後、2000年度に「現地適用化事業費」と名称が変更され、医薬品以外の回転資金にも利用が可能となった。同年12月には「現地適用化事業費実施要綱」が施行され、2001年3月には現地適用化事業の実施ガイドラインも整備された。

なお、「現地適用化事業」の対象には、「技術の移転、開発、実証、普及および定着に必要な施設の整備や活動」も含まれ、医薬品の回転資金と併せて、ヘルスポストの整備や普及活動も行うことができる。

#### 4 - 2 - 2 地域保健（プライマリ・ヘルスケア）事業の一環として

まず、DRFがPHCのエントリーポイントとなる事情にもいくつかの条件がある。まず医薬品供給体制がシステム化されていないこと、対象地域のインフラ事情が劣悪であること、村落が小規模に分散（ターゲット人口がつかみがない）していることである。対象国内に自国の製薬工場があると薬価が安定し、より好ましい。

一般にDRFの導入に際し、当該政府は人材、資金、運営の困難度などから実施可能性を検討しなければならない。DRFの実施および持続可能性を考える場合には、政治文化的実施可能性、経済的实施可能性および持続可能性、マネジメント実施可能性、の3つの側面を検討しなければならない。

政治文化的実施可能性を検討する場合は、支持グループおよび反対グループ、費用回収の可能性、衣料品供給無料サービスの公約、保健分野におけるDRFの優先度、地域社会の特性などの因子、を考慮する必要がある。経済的实施可能性および持続可能性を検討する場合は、マクロ経済、住民による支払いの意思と能力、保健と経済の目標、競争原理（民間薬局などとの競合）、資本供給（医薬品を初期投資のみとするか、もしくは多くのアフリカ諸国がそうであるように、定期的に投資し医薬品を補充するか）、貧困者に対する免除措置をとるか、などの因子が重要な鍵を握る。

マネジメント実施可能性を検討する場合は、財務会計能力、利益をDRF運営者に分配するなどのビジネス志向、在庫管理能力、DRF運営者のマネジメント力養成などの因子が決め手となる。

#### 4 - 3 JICAのほかのスキームとDRF

既存のDRF稼働システムがない場合、技術協力プロジェクトのように、長期間にわたり中央政府と地方政府とで協働する機会がない場合には、DRF事業を一から始めることは困難である。しかし、もしシステムがあれば「草の根支援事業」「フォローアップ事業」を通じてのDRF普及、拡大、強化は妥当と考えられる。

またDRF導入時は、必須医薬品を通常「初期“投資”」する。“投資”という行為を考えた場合、円借款がスキームとして妥当である。国際協力銀行（Japan Bank for International Cooperation: JBIC）による円借款は、マイクロファイナンス、補償制度、またツーステップローン（官から民への間接貸与）という貸与枠があるためである。ただし、円借款の予算の中にはJICA専門家など、人材雇用費が考慮されていないため、DRFの導入に指導者が必要な場合は、ほかのスキーム

と併用する必要がある点、また円借款はもともと貸与額が多額（保健医療分野の実績では最低でも15億円）のためDRFの単独申請では少額すぎる点が難点である（ラオスの場合は、村落DRF初期投資額は1村落あたり120米ドルである）。ただし、「財政支援借款」というスキームを用いれば、これはマルチセクターを対象としており、かつ最近では「ヘルスシステム強化（特にDistrictレベル）」のために活用されることが多いため、第三国がDRFに対して一部借款を利用したいという意向があれば、使えない枠ではない。

一方、2008年10月にはJBICとJICAが統合を予定している。この「JJ統合」後にはJBICの「初期投資」を前面支援できる強みと、人づくりのための人材派遣（JICA専門家派遣）の強みとが一体化されることも期待される。

#### 4 - 4 まとめ

DRFの計画には唯一絶対の方法は存在しない。各国の政治文化、経済、保健医療セクターの行政能力などの状況に対応したものでなければならない。

第3章でも述べたように、個々人のインセンティブ・システムを考慮することは、ネットワーク構造を活性化させるために重要である。例えば、DRFを直接運営する人材のインセンティブを向上させるには、財政とパフォーマンスによる評価、また横のネットワーク強化やスーパーバイズによる激励という縦のネットワーク強化もインセンティブとして有用である。しかし、DRFを直接運営する人だけがいくらインセンティブが高く活動的であっても、DRFシステムは継続的に稼働し続けない。個々のタスクもさることながら、それぞれの結びつきが大切である。更にDRFの支援組織である国際援助機関、保健省、政府などのDRFネットワークへの参加度、DRFそのものが誰もが納得するシステムになっているか否かも継続的にDRFを稼働する成功要因として欠かせない。

DRFを通しての協力には大きく2つの方法がある。

その第一は、コスト回収システムの導入のために、地方の行政官、コミュニティの保健委員会、VHVなどの訓練のための支援を行うことである。

第二は、コスト回収システムの回転資本となる医薬品を購入し援助することである。国によって異なるが、自立までの約5年から10年の間、ユニセフやWHOなどの国際機関や各国政府・NGOなどの協力が必要である。DRFシステムで大事なものは、今まで中央政府に依存していた保健サービスをコミュニティ自らが管理運営し、さらにその費用も負担するということである。住民参加による保健サービスの管理運営はプライマリ・ヘルスケアの中の重要なコンセプトである、そのための権限の地域分散化は多くの政府で試されてきた。しかし実際には多くのコミュニティで基礎保健はうまく実施されなかった。なぜなら、慢性的に資金不足の政府が費用を負担し、多くの管理業務を政府の中央組織が中央集権的に行ってきたからであり、コミュニティの人々への管理運営の訓練も十分に行われてなかったからである。そのため、地域のニーズに柔軟に応えることもできなかったのである。

DRF導入の目標は、コスト回収システムという手段によってプライマリ・ヘルスケア活動全体を活性化し、いままで途絶えがちであった医療サービスをコミュニティの末端まで行き渡らせようとすることである。しかしその過程では多くの訓練や試行錯誤による問題の解決が必要であり、

その多くはコミュニティの人々自らの手でなされなければならない。そのためDRFへの協力には医薬品購入の資金だけでなく、プライマリ・ヘルスケアのための資金運用に関するコミュニティの人々の訓練についての技術協力が必須である。さらにDRFを支援・実施する各国政府自体も今までの政策を改め、プライマリ・ヘルスケアへの国家予算からの支出を確保すると同時に、地方分権への選択をしなければならない。

DRFの先駆けとなったバマコ・イニシアチブは、住民に権限を与えることへの一部政府の警戒感や資金難、国別の特殊事情などによって幾分の遅れはあったものの、アフリカ諸国の民主化への動きや理解ある国々の支援、そして過去の経験から学ぶことなどによって現在では100カ国余りの途上国で実施されている。そしてDRFは多くの問題があるものの、地域住民が保健資金を管理し、必須医薬品を流通させる能力を持っていることが確認され、またこの制度が引き続きプライマリ・ヘルスケアを発展させるための有効な戦略であると報告されている。しかし、一方では今のペースではサハラ以南のアフリカの保健システムの再活性化には40年かかるといわれている。

すべての人に健康を、途上国のへき地に住む住民に公平なる保健サービスを提供するためにも、いまだDRFがその一手段とし有用であるといえよう。

## 参考文献

- Chukwuani, C. M.; Olugboji, A. and Ugbene, E. (2006) "Improving access to essential drugs for rural communities in Nigeria: the Bamako initiative re-visited." *Pharm World Sci*. Apr. 28 (2) 91-95.
- Health Sector Financing and Management Group (1995) *Drug Revolving Fund Manual* (Japanese).
- Hong-Son, N.; Thanh, N. D. and Sam, L. T. (2000) "Early Childhood Care Project Assessment Report: i) Phieng Luong Commune, Moc Chau District, Son La Province; ii) Suoi Giang Commune, Van Chan District, Yen Bai Province." *UNICEF Evaluation report VTN*.
- Management Sciences for Health (1997) *Managing Drug Supply*. Kumarian Press.
- Okumura, J.; Wakai, S. and Umenai, T. (2002) "Drug utilisation and self-medication in rural communities in Vietnam." *Social Science and Medicine*. Jun. 54 (12) : 1875-1886
- Tran, T. T.; Nguyen, T. N.; Le, T.; Truong, C. H.; Mogensen, K. and Andersen, E. (1998) "Establishment of drug chests in commune health stations in Vietnam, Bamako Initiative." *Southeast Asian J Trop Med Public Health*. Sep. 29 (3) : 628-635.
- Uzochukwu, B. S. and Onwujekwe, O. E. (2005) "Healthcare reform involving the introduction of user fees and drug revolving funds: influence on health workers' behavior in southeast Nigeria." *Health Policy*. Dec. 75 (1) 1-8.
- (2006) "Exemption policies and community preferences for tropical endemic diseases in the Bamako initiative programme in Nigeria." *Trop Doct*. Jul. 36 (3) 132-136.
- Uzochukwu, B. S.; Onwujekwe, O. E. and Akpala, C. O. (2004) "Community satisfaction with the quality of maternal and child health services in southeast Nigeria." *East Afr Med J*. Jun. 81 (6) : 293-299.
- Uzochukwu, B. S.; Akpala, C. O. and Onwujekwe, O. E. (2004) "How do health workers and community members perceive and practice community participation in the Bamako Initiative programme in Nigeria? A case study of Oji River local government area." *Social Science and Medicine*. Jul. 59 (1) : 157-162.
- Umenai, T.; Hamada, A. and Takeuchi, M. (2000) "A new light on the community health fund--effective political support for a community essential drug project in Vietnam." *Asia Pac J Public Health*. 12 (1) : 50-52.

## 参考ウェブサイト

エイズ&ソサエティ研究会議・HATプロジェクトブログ「将来計画の形成に前進（世界基金理事會報告）」

[http://asajp.at.webry.info/200705/article\\_1.html](http://asajp.at.webry.info/200705/article_1.html) [2007年11月1日閲覧]

現代社会学科の模擬授業「ネットワークの観点からみた人間関係の変容（門口充徳）」

<http://www.fh.seikei.ac.jp/gendai/mogi/p07kadoguchi.html> [2007年3月1日閲覧]

国立国際医療センター「国際医療協力研究委託費」

<http://www.imcj.go.jp/kyokuhp/newitakuhihp/h17/16si1/16si1.htm> [ 2007年10月 1 日閲覧 ]  
国立国際医療センター「国際医療協力研究委託費」「ミレニアム開発目標達成に資するわが国の  
基本戦略策定に関する研究（仲佐保、他）」

<http://www.imcj.go.jp/kyokuhp/newitakuhihp/h17/16si1/16si1.htm> [ 2007年10月 1 日閲覧 ]  
世界基金支援日本委員会「世界エイズ・結核・マラリア対策基金 成果レポート」

<http://www.jcie.or.jp/fgfj/06/resultreport2006.pdf> [ 2007年10月31日閲覧 ]

National Health Plan and Priorities: Lao People's Democratic Republic (2005) Regional Office  
for the Western Pacific/WHO.

[http://www.wpro.who.int/countries/lao/national\\_health\\_priorities.htm](http://www.wpro.who.int/countries/lao/national_health_priorities.htm) [accessed 22 March  
2007]

Viet Nam: Children and Women Situation Analysis ( 1999 ) Viet Nam, UNICEF. Available from:  
<http://www.unicef.org/vietnam/vi/chapter3.pdf> [accessed 14 September 2007]

World Atlas (2007a) Nigeria Map. Available from:

<http://worldatlas.com/webimage/countrys/africa/ng.htm> [accessed 20 March 2007]

World Atlas (2007b) Viet Nam Map. Available from:

<http://worldatlas.com/webimage/countrys/asia/vn.htm> [accessed 25 March 2007]

World Atlas (2007c) Lao Map. Available from:

<http://worldatlas.com/webimage/countrys/asia/la.htm> [accessed 30 March 2007]

## 謝 辞

この度、薬回転資金（Drug Revolving Funds）の持続発展性の検証研究というテーマで、平成18年度のJICA客員研究員として調査させていただいたことに感謝いたします。

またラオスでの海外調査にあたり、Dr. Lamphone Syhakhaneら同国保健省食品・医薬品局職員の温かい支援を、そしてカムワン県県庁や県・郡保健衛生局職員からは、多大なる調査協力をしていただきました。ここに深くお礼申し上げます。

調査のため訪れた村落では、16年前に関わったプロジェクト発足時に知り合ったVHVがいまでも村民の信頼を受け村落DRFを運営しつつ村人たちの健康を見守りつつある姿を見たときは、とても感慨深いものがありました。

特に、第4章をまとめるにあたり、快くインタビューに応じてくださった、元JBIC職員の稲岡恵美様、学術的な面で本研究をラオスで支えてくれた、在ラオス・ユニセフ事務所のDr. Intong Keomoungkhoun、同様にスウェーデンからの学術的助言のあったカロリンスカ研究所のProfessor Göran Tomson および Dr. Rolf Wahlström、そして沖縄にて、学術的な指導や助言のみならず、本研究の調査や執筆時に辛抱強くそして満ち足りた愛で娘・笑美理と息子・賢、そして私の日常を支えてくれた主人のDr. Eugene Boostromに心より厚くお礼申し上げます。

2007年10月  
小川 寿美子

## 著者略歴

### 小川 寿美子（おがわ すみこ）

名桜大学人間健康学部・准教授。衛生学・公衆衛生学および疫学の教鞭をとる。専門は、国際保健学、保健医療システム・政策学、地域保健学、など。2006年に大阪大学大学院にて博士号（人間科学）、1997年にベルギー・アントワープ熱帯医学研究所にて公衆衛生学修士、1991年に大阪大学大学院にて医科学修士号を取得。1992年より3年半、長期専門家としてラオス公衆衛生プロジェクト（英名：Lao JICA/WHO Joint Project for Primary Health Care）に携わり、モデル地域のカムワン県にてプライマリ・ヘルスケア推進に努める。その活動の一環として村落レベルにて薬回転資金のシステムの基盤づくりをし、それが国家政策の源となり全国に普及した。地域住民の健康改善が評価され、1996年にラオス政府より功労勲三等を授与される。