

# 模索するWHO

## — 予算の動向を中心に —

厚生省大臣官房企画室 水田邦雄

1975年3月末から2年間、Associate（「準専門職員」と訳すべきか）としてWHOに派遣され、在ジュネーブの本部、予算・財政部に勤務して見聞したものは、いわば彼岸に立つ「超国家的」（Super-national）機関としてのWHOではなく、あるいは南北問題の現れの場の一つとなり、あるいは国連システム、二国間・多国間協力の長足の発展の中で、自らの役割を問い直し続ける、正しい意味での「国際」（Inter-national）機関としてのWHOだった。本稿においては、このようなWHOのプロフィールを、そのプログラム・ポリシーの動的な側面に焦点をあわせつつ、描いてみることにしたい。

### 1. 1978年予算の歴史的意味

去る5月にジュネーブで開かれた第30回世界保健総会においては、別表1のとおり1978年予算が承認されたが（総会決議30,31）、この予算の内容は、WHOの直面する問題を明瞭に反映している点で興味深いものである。その特徴を要約すれば次の3点となる。

- (1) 予算総額が、1億6500万ドル（450億円）と対77年予算比で、12.1パーセント増と異例の伸びを見せていること（例年は6～8パーセント増）

別表1

Regular budget for the financial year 1978

Appropriation section	Purpose of appropriation	Amount 'US\$
1.	Policy organs .....	3,056,900
2.	General management, coordination and development .....	17,118,285
3.	Development of comprehensive health services .....	24,527,839
4.	Health manpower development.....	20,873,990
5.	Disease prevention and control .....	36,235,524
6.	Promotion of environmental health .....	8,165,580
7.	Health information and literature .....	15,987,400
8.	General service and support programmes...	20,800,800
9.	Support to regional programmes .....	18,233,682
	Effective working budget	165,000,000

(2) 本部予算を大幅に削減し、そのうち460万ドルを地域事務局に移管することとしていること。

(3) 削減による予算上の余裕が、技術協力予算に充当すること以外に用途が限定されていない事務局長又は地域事務局長の「開発プログラム」(Development programme)として計上されていること。

第一点の予算規模の異例の伸びについてはここで詳しく立ち入る余裕はない。しかし、プログラムの拡大による伸びが、わずかに1.61パーセントであるのに対し、プログラムの拡大を伴わない単なるコスト増が7.76パーセントに昇っていることは注目に値いしょう。このコスト増には、一般的な物価の上昇のほか、予算が「弱い通貨」である米ドル建てであり、しかも本部が最も「強い通貨」を持つスイスにあることもあざかっている。伸び率の残余は、ジュネーブ採用職員の給与引上げ及びソ連で開催が予定されているプライマリー・ヘルス・ケア会議(Primary Health Care、「第一線医療」と訳すべきか)の経費にあてられるものである。

78年予算を際立たせるものは、しかし、第二の特徴だろう。すなわち、前回の第29回総会においては、いわゆる第三世界グループのイニシアチブにより、WHOの通常予算の、少なくとも60パーセントを、1980年までに開発途上国に対する技術協力(technical Cooperation)にあてるものとするとの決議(総会決議29.48)が採択されており、1978年は、その決議を履行するにあたっての初年度となっているからである。計算の基礎とされた1977年予算ベースでいえば、技術協力予算は全体の51.2パーセント、7500万ドルであり、これを60パーセントとするためには、1300万ドルの追加が必要となる。この差額(約37億円)は、額としては小さく響くかもしれない。しかし、人件費が1億ドルを越すWHOの予算において、このような財源を捻出するためには、定員の大幅な削減以外にとるべき方途はなく、具体的には5年間で通常予算負担の定員3288名の内363名の削減が提案されるに至っている。とりわけ、技術協力に直接には従事しない職員の多い本部においては、1350名のうち313名が削減されるこ

ととされている。定員4.5名の内1名が削減の対象とされた。本部に与える影響はきわめて深刻なものといえよう。

このような動きの背景に南北問題があることは前述した。しかし、それがWHOにおいて現実化したということは、同時にWHO自体の開発途上国に対する協力のあり方が問われたものといえることができよう。この問題について考えるためには、まずWHOの事業において技術協力がどのような位置にあるのかを見る必要がある。

## 2. WHOの事業

WHOの目的が「すべての人々が可能な限りの最高の健康水準に到達すること」(憲章第1条)であることは、よく知られている。またWHOの予算はプログラム別になっているため、そのプログラム体系は予算の構成から、そのおおよそを伺うことができる。したがって、ここでは、WHOの事業をその内容から分類し、考案してみたい。

WHOの事業で、今日特に強調されているものを大別すると、次の三つに区分できよう。

- 1) 保健関連情報の収集、規格化、整備及び提供
- 2) 特定の伝染病に対する世界戦略の立案及び実施
- 3) 開発途上国に対する技術協力

第一の分野では、国際伝染病情報、衛生関係諸統計の収集及び提供、国際疾病分類の編集、食薬品の国際規格の設定、国際衛生規則の施行がその典型例といえようが、このほか専門家委員会(Expert Committee)などの開催による専門家間の情報交換の場を設定することも、このカテゴリーに含めることができよう。これらはいずれも、「国際保健事業において指導・調整の権威として機能する」(憲章第2条a)というWHOの第一の役割に合致するものであり、また、国際機関でなければ行うことができないか又は困難なものであり、かつ、行うことにより全世界が利益を受けるという意味で、WHOの固有の事業とい

別表2 チュニジアにおける技術協力プロジェクト

TUNISIA	Project No.	Man-years/months				Estimated obligations			
		1976	1977	1978	1979	1976	1977	1978	1979
						US\$	US\$	US\$	US\$
GENERAL HEALTH SERVICES									
<u>Health services development</u>									
Advisory service.....	HSD 001	0/1	0/1	0/2	0/2	3 000	3 500	8 000	9 000
<u>HEALTH MANPOWER DEVELOPMENT</u>									
Medical education.....	HMD 002	5/0	5/0	3/9	3/9	301 900	306 900	322 400	347 500
Auxiliary training(training of instructors)	HMD 003		0/1	0/1	0/1		11 500	35 000	37 000
Fellowships.....	HMD 099					60 000	65 000	75 000	85 000
<u>COMMUNICABLE DISEASE PREVENTION AND CONTROL</u>									
<u>Malaria and other parasitic diseases</u>									
Malaria eradication programme.....	MPD 001	1/0	0/2	0/4	0/4	71 700	43 000	65 000	72 000
Schistosomiasis control.....	MPD 002		0/2				7 000		
<u>NONCOMMUNICABLE DISEASE PREVENTION AND CONTROL</u>									
<u>Cancer</u>									
Cancer control.....	CAN 001	1/0	0/3	0/1	0/1	28 700	19 500	16 000	16 500
<u>Biomedical aspects of radiation</u>									
Radiation protection.....	RAD 001			0/1				8 000	7 000
<u>PROMOTION OF ENVIRONMENTAL HEALTH</u>									
<u>Provision of basic sanitary measures</u>									
Environmental health servis and training.....	BSM 001		0/4				31 000		
<u>HEALTH STATISTICS</u>									
<u>Development of health statistical services</u>									
Advisory services on vital and health statics.....	DHS 001		0/3				14 300		
<u>ASSISTANCE TO COUNTRY PROGRAMMES</u>									
WHO representative's office.....	AEM 200	3/0	3/0	3/0	3/0	65 900	70 000	77 800	95 300
		10/1	9/4	7/6	7/5	531 200	571 700	607 200	669 300
Total - TUNISIA									

(原文のまま)

えよう。

第二は、全世界の資源を集中的に動員して、世界の広い地域において人々の健康に深刻な被害を与えている特定の伝染病の根絶又は抑止を図ろうとするものである。成功裏に終ろうとしている「天然痘根絶計画」(Smallpox eradication programme)の企画と実施が、その好例であるが、結核、マラリアについても同様の計画があるほか、これらを発展させるかたちで「予防接種拡大計画」(Expanded programme on immunization)も現在準備段階に入っている。この領域の事業は、WHOが国際的協調のフォーカルポイントとなり、同時に、人々の健康水準の向上に直接寄与するものであるだけに、WHOになじみやすいものといえよう。

第三の技術協力をWHOの事業の中に、どのように位置づけるかは難しい問題である。たしかに、憲章上も「加盟国政府の要請に基づき、保健サービス強化のため、加盟国政府を援助すること」(憲章第1条C)との規定はあるが、開発途上国の社会・経済開発については二国間・多国間援助が先行しており、さらに、国連システムにおいても、開発そのものを目的とし、資金量も大きい、世界銀行グループ、国連開発プログラム(UNDP)が存在するからである。しかし、国際社会の大きな流れの中で、WHOにおいても、この技術協力を中心に据えようとする動きがあることは初めに述べたとおりであり、この問題を抜きにしてWHOの今後を考えることはできない。

### 3. 開発プログラムの展開

WHOの技術協力について考える場合の与件の一つは、WHOの予算レベルの低さである。すなわち、いわゆる開発途上国の数は優に100を越しており、前に記した1977年予算の60パーセントを技術協力を配分するとしても一国当たり単純平均で80万ドル(2億2000万円)となり、さらにここから本部及び地域事務局の国際プログラム分を除くと、一国当たり55万5000ドル(1億5000万円)にしかならないことである。(この額に最も近い技術協力の配分を受けているチ

ュニアの例を参考として別表2に掲げることにする。)したがって、このように極めて限られた資源から、最大限の効果を引き出す方途が探られねばならない。

これまでのWHOの技術協力において、プロジェクト自体の効率性が強調されてきたことは、上の課題に対する一つの回答であったが、この結果として、援助対象が明確で、成果も比較的容易に出る自己完結的な小規模プロジェクトが採用されるという傾向が生じていた。このようなプロジェクトでは、しかし、その自己完結性の故に、相互の関連性が見失われて断片的なものとなる傾向があり、WHOの技術協力が、各国の抱える問題のうち周辺的なものの解決にしか役立たないという指摘がなされるに至っている。

このような事態に対する反省のうえにWHOが技術協力の新たな方法として打ち出しているものが、総合的なカントリー・プログラミング(Country programming)である。このカントリー・プログラミングとは、国ごとにそれぞれの保健問題を、社会経済上のコンテクストとの関連で評価し、解決の優先度の高い領域を把握し、優先的なプログラムを形成するためのシステムティックな過程と理解されており、このようにして設定されたプログラムに沿って技術協力を展開しようとするものである。この新たな技術協力へのアプローチを支えるものは、次の諸点である。

- (1) 予算編成の柔軟化
- (2) 開発途上国に駐在するWHO代表(WHO Representative, 通常WRと略称される)の機能強化
- (3) 通常予算外の資金(Extra budgetary fund)の位置付けの明確化とその積極的導入

第一の点は、予算編成のやり方を従来のプロジェクトの積み上げから、予算段階ではプロジェクトを特定化せずプログラムを基本単位とするように改めようとするものである。この改正の背景には次のような事情があった。すなわち、従来の予算編成作業においては、例えば1978年に執行されるプロジェクトの予

算が理事会、総会で承認されるのが77年、地域委員会 (Regional committee) で承認されるのが76年秋であるため、相手国政府と具体的なプロジェクト設定の協議に入るのは75年から76年と、決定から履行までの期間が3～4年 (WHOでは予算の複年制 (biennial budgeting) がとられているため後年次においては4～5年) と開き、実情にそぐわなくなったために他のプロジェクトに切り換えられるものが多数にのぼるといふ非現実性があり、また、このような長期のタイム・ラグにも耐えるプロジェクトを選ぶとすれば、対象がきわめて限定的なものになりやすく、その結果として、前に述べた協力の断片化をもたらす一因ともなっていたものである。(初めに述べた多額の用途不特定の開発プログラムが予算に組まれたこと背景には、このような予算の編成方法にもよると思われる。) 今回の改正により、1980年予算を例にとると、1979年春の総会でプログラム別の予算配分が行われ、同年秋の地域委員会でプロジェクトが決定され、翌年には執行されることとなり、予算の現実性プロジェクト間の整合性の高まりが期待されている。

第二点は、WRの本来の機能の再確認とも言えるものであり、駐在国の保健担当部局に対するアドバイザーとしての職務を、カントリー・プログラミングの積極的参画という方法をもって実現しようとするものである。(カントリー・プログラミングの主体はあくまでも各国政府にあり、方法論上のアドバイスそれ自体技術協力の一つととらえられている。そして、この協力事業を荷う者がWRであるとされる。) プロジェクトの決定と実施の間の時間のズレの解消は、WRの機動的な活動の幅を拡げ、その機能の強化に寄与するものと考えられる。

WHOの国際保健事業における調整機能は、世界のレベルのみならず、各国に対する技術協力においてもはたされるべきだとする理念に基づいて上記の第三点は主張されている。すなわち、カントリー・プログラミングによって、各国が強化すべき保健サービス全般が明らかとなれば、WHOの技術協力のみならず二国間、多国間援助、UNDPなどの国際機関による協力に一定の方向性を与え、さらには、相互の調整を図ることが期待できるからである。資金調達

能力の低いWHOにおいては、このような外部資金との間の調整がきわめて重要なものであることは論をまたないが、とりわけ、WHOのプログラムの範囲を超える資本投資との間に有機的な関係を設定することが、WHOの技術協力に対する開発途上国の評価を決定する鍵であるように思われる。

以上、私見も含めながら、WHOの動向について述べてきたが、紙数の関係から、WHOの財政に大きな比重を持つに至っている外部資金の分析に深く立ち入れず、またWHOの抱えるもう一つの大きな問題である専門職員の国籍配分の問題に触れ得なかったことを記しておきたい。なお、本稿をまとめるにあたって参考とした文献を以下に記しておく。

- WHO憲章, “BASIC DOCUMENTS” (26th edition, 1976年刊)
- 1978年予算 “PROPOSED PROGRAMME BUDGET FOR THE FINANCIAL YEARS 1978 and 1979” Official Records No236, 1976年刊
- WHOのプログラム “SIXTH GENERAL PROGRAMME OF WORK COVERING A SPECIFIC PERIOD (1978 - 1983)” Official Records No233 Annex 7 (別刷り有り), 1976年刊
- 総会決議 29.48 の履行 理事会文書 EB59/6
- 一般的なWHOの紹介 “INTRODUCING WHO”, 1976年刊