



经济及社会理事会

Distr.: General
28 May 2009
Chinese
Original: English

2009 年实质性会议

2009 年 7 月 6 日至 31 日，日内瓦

临时议程* 项目 2(b)

高级别部分：年度部长级审查

2009 年 5 月 19 日日本常驻联合国代表给经济及社会理事会主席的信

我谨转递日本题为“落实全球公共卫生方面的国际商定目标和承诺”的国家报告，以供拟于 2009 年经济及社会理事会实质性会议高级别部分期间举行的年度部长级审查之用（见附件）。

请将本函及其附件作为经济及社会理事会临时议程项目 2(b) 的文件分发为荷。

常驻代表

大使

高须幸雄（签名）

* E/2009/100。



2009 年 5 月 19 日日本常驻联合国代表给经社理事会主席的信的附件

日本的国别报告

落实全球公共卫生方面的国际商定目标和承诺

A. 日本政府落实国家发展战略和政策的努力

1. 政策框架

(a) 官方发展援助宪章

1. 官方发展援助（ODA）是日本外交政策的内在组成部分。这项援助支持发展中国家发展能力和建设国家，并为迎接全球挑战做出了贡献。《官方发展援助宪章》最初于 1992 年制定，并于 2003 年修正，其中规定日本的官方发展援助目标是“促进和平和国际社会的发展，从而帮助确保日本自身的安全和繁荣”。

2. 《官方发展援助宪章》奉行的基本政策是：(a) 为发展中国家的自助努力提供支持；(b) 从“人的安全”的角度考虑问题；(c) 确保公平；(d) 利用日本的经验和专门知识；以及 (e) 寻求与国际社会及其他利益攸关方的协作，包括国际组织、其他捐助国、非政府组织和私营部门在内。《宪章》将以下事项确立为优先事项：(a) 减贫；(b) 可持续增长；(c) 处理全球性问题；以及 (d) 建设和平。《官方发展援助宪章》的执行原则规定，绝不为军事用途提供援助，必须促进发展中国家的民主化。

(b) 中期官方发展援助政策、国家援助计划和年度国际合作优先政策

3. 根据《官方发展援助宪章》，制定中期官方发展援助政策（2005 年获得通过）的目的在于界定并阐明日本的中期援助基本政策，包括日本为推进千年发展目标而提供的援助。国家援助计划为这一中期政策提供补充，它是中期政策为各国和具体的部门倡议提供援助的基础，也是切实的指导方针。国家援助计划与各项倡议一起，对日本的援助框架形成了补充，迄今为止，包括卫生部门在内，日本已通过了 28 项国家援助计划和 8 项倡议。为了更为一致、高效率和有效地落实官方发展援助，依据目标国的发展需求和现行发展计划，所有国家援助计划均为下一个约五年的期间列出了提供援助时间表。中期官方发展援助政策还概述了日本的援助对受援国的重要意义、今后应开展的监督合作、优先领域、主要挑战以及在落实援助时应当考虑的问题。

4. 此外，自 2007 年起，每个财政年度均编写了一份题为“国际合作优先政策”的文件。这份文件是对国家援助计划的补充，其中确定了日本应当重视的问题，因而可以迅速应对日本在外交方面的最新进展和问题。以下是 2009 财政年度确定的各个优先事项：(a) 为亚洲各国加强其增长潜力并扩大内需应对当前金融和经济危机的努力提供支持；(b) 为阿富汗的重建和巴基斯坦的经济稳定提供支持，以便根除恐怖主义；(c) 为解决气候变化问题的各项措施提供支持（促进“冷地

球伙伴关系”); (d) 稳步落实各项承诺, 例如把日本提供给非洲的官方发展援助 (第四次非洲发展问题东京国际会议) 增加一倍, 并促进实现千年发展目标 (8 国集团北海道洞爷湖首脑会议); (e) 促进对发展中国家的贸易和投资; 以及 (f) 进一步促进与非政府组织的合作。

2. 基本结构和落实情况

(a) 战略职能

5. 自 2006 年以来, 日本的国际合作方案经历了重大改革和重大的结构调整。具体而言, 其战略和政策规划职能得到加强, 并成立了新的日本国际协力事业团。

6. 在加强战略职能方面, 2006 年 4 月成立的海外经济合作理事会是最髙战略决策机构。理事会的主席由日本总理担任, 其成员包括内阁官房长官、外务省长、财政部长以及经济、贸易和工业部长。理事会负责灵活、切实地审议与海外经济合作有关的重要事项。理事会关注的问题包括: 官方发展援助政策; 涉及亚洲、非洲、中国、伊朗、印度和阿富汗的官方发展援助的范围和质量; 资源、能源、环境以及为法律制度与和平建设提供的支持。

(b) 政策规划/拟订职能

7. 在政策规划/拟订职能方面, 外务省在政府中发挥了主要作用, 负责协调政策领域的各项活动。在外务省, 2006 年 8 月成立的国际合作局负责全面规划和起草与双边和多边发展援助有关的政策。在政府中, 该局在协调政府各机构的工作方面发挥了核心作用, 以确保各机构按照最大成果的战略价值和产出协调一致地设计和发放官方发展援助。外务省下属的国际合作规划总部负责设计和拟订各项政策, 例如“国际合作优先政策”, 并审议与国际合作有关的重要事项。

3. 成立新的日本国际协力事业团

8. 2008 年 10 月, 原日本国际协力事业团 (负责开展技术合作和促进发放捐赠援助) 与原日本国际合作银行的海外经济合作基金 (主管官方发展援助的发放) 合并, 创建了新的日本国际协力事业团。此外, 很大一部分以往由外务省承担的捐赠援助发放责任转由新的日本国际协力事业团承担, 使其成为世界最大的双边发展组织, 控制了约 103 亿美元的财政资源。新的日本国际协力事业团因而综合掌握了三种援助工具: 技术合作、捐赠援助和官方发展援助贷款, 具备了最大程度发挥协同增效作用的能力。例如, 以往的做法是, 当拟订某个项目时, 要为不同的援助工具开展单独的发展研究。而最新采用的“筹备调查”可统一应用于上述三种援助计划, 这种调查研究不受其中任何一种援助计划的约束, 能够加速项目拟订进程。新的日本国际协力事业团将国际合作调查与研究视为其关键职能, 并因而成立了日本国际协力事业团研究所。新的日本国际协力事业团继续开展其长期既定的业务, 例如派遣日本海外合作自愿者和高级海外自愿者协助发展中国

家增强社会和经济，在发生重大灾害之后派出日本救灾小组提供紧急救济物资。新的日本国际协力事业团成立后，通过促进落实工作更加有效、高效和迅速，日本官方发展援助的质量得到提高。

4. 援助量

9. 日本在 1990 年代成为世界最大捐助国。日本官方发展援助预算在 1997 财政年度达到最高值，其后的援助规模稳步下降。在经济合作与发展组织(经合组织)-发展援助委员会国家中，日本 2002 年的官方发展援助付款净额排在第二位，仅次于美国；2008 年，这一付款净额排在第五位。日本 2008 年的官方发展援助付款额共计 93.62 亿美元，而 2007 年为 76.78 亿美元，按实际价值计算比 2007 年增加了 8.2%。日本 2008 年的官方发展援助付款毛额共计 174.1 亿美元，2007 年则为 135.66 亿美元，按实际价值计算比 2007 年增加了 13.8%。这一次日本的官方发展援助/国民总收入比率从 0.17% 上升到 0.18%。

10. 对 2007 年官方发展援助付款净额的细分显示，双边官方发展援助约占总额的 75.2%；其余资金分配给了各个国际组织负责发放的官方发展援助。

(a) 按区域分配

11. 在按区域分配双边官方发展援助方面，日本历来将重点放在亚洲。近年来，日本逐渐将分配重心从亚洲转移到非洲和中东。部分原因在于许多亚洲国家已经发展到不再需要日本官方发展援助的程度。此外，日本也在非洲发展问题东京国际会议等论坛上向非洲做出承诺，并参与了包括伊拉克和阿富汗重建项目在内的中东建设和平努力以及中东和平进程。2000 年，日本官方发展援助付款净额的 54.8% 用于亚洲，10.1% 用于非洲，7.5% 用于中东。2007 年，亚洲在总额中的占比为 28.3%，达到 16.34 亿美元；非洲占比 29.4%，达到 17.01 亿美元；中东占比 16.4%，为 9.48 亿美元；拉丁美洲占比 3.9%，为 2.26 亿美元；大洋洲占比 1.2%，为 7 000 万美元；欧洲占比 0.8%，为 4 800 万美元。其余用于覆盖多区域援助，约为 11.52 亿美元。

(b) 按方式分配

12. 对双边官方发展援助的细分显示，按捐赠援助计算的付款共计 34.14 亿美元，占官方发展援助总付款净额的 44.5%。其中债务减免占 25.3%，为 19.41 亿美元，通过各个国际组织发放的捐款援助占 5.1%，为 3.95 亿美元，日本提供的不包括前述其他类别援助在内的捐款援助资金占 14%，为 10.78 亿美元。此外，技术合作占 33.5%，为 25.69 亿美元，贷款援助为 2.05 亿美元，不包括债务减免在内的贷款援助为 1.61 亿美元。

(c) 援助有效性

13. 日本坚定承诺遵守《巴黎宣言》各项原则和《阿克拉行动议程》。日本拟订了自己的《执行〈巴黎宣言〉行动计划》，并在年度报告中介绍了执行情况。此外，由于出现新捐助方，为了最大限度地对发展中国家发挥实效和集体影响，捐助界比以往更需要协调自身的活动。为实现这一目标，日本与其他捐助方一起在亚洲举行了多个讲习班，以便就这一主题与发展中国家及发展援助提供方交流经验。

B. 日本政府落实全球公共卫生方面的国际商定目标和承诺的努力

1. 日本全球公共卫生政策的基本原则

(a) 基本原则

14. 发展中国家的卫生问题不仅威胁着个人的生命或人类安全，而且对社会经济有负面影响，严重阻碍了发展。例如，脆弱的卫生系统、缺乏获取卫生服务和卫生教育的途径、营养不良、缺乏安全饮用水以及卫生设施不足都会加剧卫生条件的恶化。在国家层面，造成的结果是劳动力短缺、医疗成本上升、教育程度下降，所有这些因素转而将造成贫困率上升。为减少贫困，必须改善卫生状况。

15. 此外，在全球化进程中，我们必须解决能轻易跨境传播的传染性疾病造成的威胁，例如艾滋病毒/艾滋病，禽流感和新型流感、严重急性呼吸系统综合征（萨斯）。这些全球性问题是人类的共同威胁。因此，为了保护全世界人民，日本有责任采取措施应对传染性疾病。

16. 2000 年，《联合国千年宣言》出台，其中结合了以减贫为重点的国际商定目标。在日本根据《宣言》拟订的八个千年发展目标（MDGs）中，有三个目标与卫生有关，除了开展多个独立的卫生倡议之外，日本还致力于实现这些千年发展目标，将其作为日本应加以促进的重要目标。

17. 从这一基本观点出发，日本坚持采取“综合式办法”开展各项抵抗传染性疾病的措施，并均衡地加强卫生系统，同时运用了“参与式办法”，该办法要求所有利益攸关方，包括捐助国、国际组织、私营部门、学术界和民间社会的参与和合作。在其题为“全球卫生和日本的外交政策——从冲绳到洞爷湖”¹的政治演说中，外务省长高村正彦强调了这两项办法的重要意义，第四次非洲发展问题东京国际会议和 8 国集团北海道洞爷湖首脑会议提出的办法中也包括这两项办法。

(b) 人的安全

18. 在全球化进程方面，危及人类的威胁，例如地方或区域冲突的国际化、传染性疾病的传播等，增加了贫困、外流的难民以及突然出现的经济危机。有更多威胁是单凭一国之力无法完全解决的。正是为了应对这种局面，才形成了“人的安

全”这一概念。“人的安全”是对国家安全的补充，其重点在于个人的安全，旨在通过提供保护和赋予权力，全面实现人们的丰富潜能，并力图实现建国。

19. 日本外交的支柱之一就是“人的安全”，日本在双边和多边外交场合积极推广这一概念。通过这些努力，“人的安全”这一概念正日益成为全球议程的主导。例如，2005 年世界首脑会议成果提出了“人的安全”概念，2008 年 5 月的联合国大会举行了关于这一主题的专题辩论。此外，目前正在八国首脑会议、经济合作行动纲领（经合行动纲领）、经济合作与发展组织（经合组织）以及欧洲安全与合作组织（欧安组织）的框架下讨论“人的安全”问题。另外，为了传播这一概念，日本与欧洲联盟（欧盟）和非洲联盟（非盟）等区域组织举办了讲习班。

20. 为了在该领域实现“人的安全”概念，日本一直把提供关于这一概念的援助作为官方发展援助的基本原则。此外，日本在联合国成立了人的安全信托基金，截至 2009 年 3 月，该基金总计捐款 373 亿日元。

21. 因此，“人的安全”旨在保护并把权力赋予个人和共同体，它不仅是世界实现更大的和平和发展的不可或缺的概念基础，也是推进卫生领域进一步努力的概念基础。在寻找实现千年发展目标 4、5 和 6 的途径时，“人的安全”办法至关重要，尤其是在撒哈拉以南非洲，人们担心在那里实际上无法实现这些千年发展目标。

2. 日本政府的倡议

（a）冲绳传染病倡议

22. 在 1970 年代，绝大多数人认为发展中国家的传染病几近根除。但是，在最近二十年间，被称为新型和复发型传染病的新的传染性疾病蔓延，例如艾滋病毒/艾滋病、埃博拉出血热、萨斯、禽流感、耐多药结核病（MDR-TB）、极耐药结核病（XDR-TB），以及最近出现的 A 流感（H1N1）。对于卫生状况糟糕、营养不良的发展中国家人民而言，传染病肆虐直接威胁到他们的生命。采取的应对措施必须符合“人的安全”概念，应以这一概念为基础保护人民的生存、生活和尊严免受大规模重大威胁，增强人民自行处理这些问题的能力。

23. 在这一背景下，日本政府决定恢复并加强抗传染病措施。在 2000 年 7 月由日本担任主席的 8 国集团九州—冲绳首脑会议上，发展中国家的传染病问题首次成为主要议程项目之一。日本利用这次机会宣布了关于落实传染病领域综合措施的《冲绳传染病倡议》（IDI），日本表示将在 2000 财政年度至 2004 财政年度的五年期间为此分配 30 亿美元。

24. 《冲绳传染病倡议》是在外务省（MOFA）的领导下制定的，外务省为此与相关部委和机构、非政府组织、联合国各组织和专家开展了广泛的讨论。该倡议主要解决传染性疾病的问题，采取具体措施防止艾滋病毒/艾滋病、结核病、疟疾、

寄生虫感染和小儿麻痹症。但是，除了这些措施之外，《冲绳传染病倡议》中还包括加强卫生系统的措施，例如提供安全饮用水、加强初级卫生保健、加强实验室职能以及开发社区卫生工作者的人力资源。这就是《冲绳传染病倡议》不同于发展援助之处，它特别侧重于采取措施打击某些传染病和其他疾病。根据《冲绳传染病倡议》，日本提供了约 58 亿美元的援助，这一数额大大超过了其最初承诺的 30 亿美元。

25. 这些政策发展有助于提高国际社会对采取措施防止传染病的兴趣，促使全球抗击艾滋病、结核病和疟疾基金（抗艾结疟基金）在 2002 年成立。为此，日本被称为“抗艾结疟基金之父”。迄今为止，日本已向抗艾结疟基金捐助了约 10.4 亿美元。

(b) 保健与发展倡议

26. 2002 年，联合国提出千年发展目标作为国际社会共同的发展目标。千年发展目标突出强调了需要解决的挑战，并明确指出这些挑战是相互联系的。为此，日本开始高度重视从具体疾病治疗办法向综合办法转变的需求，其中包括加强孕产妇、新生儿和儿童保健以及加强为其服务的卫生系统以应对越来越多的卫生挑战。同时也认识到克服这些挑战不能仅靠解决保健问题。

27. 2005 年，在亚太卫生千年发展目标问题高级别论坛上，日本宣布了一项倡议，名为《保健与发展倡议》，该倡议将成为综合性办法，日本承诺在 5 年期间（从 2005 财政年度到 2009 财政年度）提供 50 亿美元的援助。在制定过程中，外务省广泛收集了主要利益攸关方，包括有关政府部委和机构、日本国际协力事业团和非政府组织的意见。

28. 《保健与发展倡议》承认，“实现卫生千年发展目标对于所有千年发展目标以及八个千年发展目标中三个与卫生直接相关的目标都非常重要”，并建议日本开展下列活动，以帮助发展中国家实现与卫生有关的千年发展目标。

(一) 强调人的安全的角度

29. 把重点放在个人，通过提供高质量的保健服务，日本将把支持个人和地方社区的可持续发展能力作为解决其保健问题的一种手段。

(二) 跨部门办法

30. 除了直接支持努力解决与保健有关的问题之外，日本还将寻求综合性办法，例如努力改善卫生系统。此外，由于非卫生部门的进展往往有助于在整个卫生部门取得进步，因此日本提供了跨部门的支持。

(三) 与国际发展伙伴的协调与合作

31. 日本将提供支持，以加强南南合作，发展中国家在南南合作过程中相互分享良好做法——在这种情况下意味着发展中国家将分享各自解决卫生部门问题的做法。日本将与其他捐助机构一起共享战略和目标，继续以统一一致的方式提供发展援助。

（四） 制定符合发展中国家当地需求的援助战略

32. 确保首先了解每一个发展中国家的优先需求，随后日本将制定适当的战略并高效、有效地提供援助。如果发展中国家制定了自己的与保健有关的发展方案，日本在实施援助时将充分将其考虑在内。

（五） 加强实地研究能力并基于对当地情况的了解落实各项倡议

33. 关键是在提供援助时充分了解每个国家的文化和传统以及各国在卫生保健方面的社会习俗和做法。日本将以适当地尊重每个国家的习俗和传统的方式提供援助。

34. 《保健与发展倡议》的目标是促进实现与卫生有关的千年发展目标，特别是，结合“人的安全”的观点，侧重于保护和增强儿童、妇女及其他社会弱势群体的能力，并把加强卫生系统作为降低婴儿和产妇死亡率的一种有效手段，为实现千年发展目标提供强有力的支持。此外，传染病特别是 A（H1N1）流感的影响在很大程度上取决于各国的保健服务能力。在应对新出现和重新出现的传染病时，加强卫生系统是必不可少的，它也是加强防范未来可能发生的流感大流行的一部分。此外，必须制定一个跨部门办法，其中包括在两性平等、教育、饮用水和卫生等领域提供援助，这一点已获得广泛的国际支持。去年，8 国集团领导人在北海道洞爷湖首脑会议上确认了《保健与发展倡议》。

35. 根据《保健与发展倡议》，日本利用不同的援助计划，包括双边援助和向国际组织提供捐助（将在下文中介紹），在世界各地特别是在亚洲和非洲国家提供与保健有关的援助。2005 财政年度，日本捐助了约 12 亿美元，2006 财政年度捐助了 19 亿美元，2007 财政年度为 14 亿美元。截至 2009 年 4 月，日本的捐款总额已大大超过了其最初承诺的 50 亿美元。

（c） 第四次非洲发展问题东京国际会议（第四次东京会议）

36. 非洲大陆是一个贫困、饥饿、冲突和传染病出现最频繁，各种问题最复杂的地区，尤其是在撒哈拉以南非洲，如果当前的趋势持续下去，预计到 2015 年之前无法实现任何千年发展目标，或者不会取得任何进展。²

37. 日本的基本观点是，“除非非洲的问题得到解决，否则 21 世纪的世界就不会有稳定和繁荣”，日本认识到国际社会的成员有必要做出适当贡献，并已采取了相应的行动。冷战结束之后，日本在努力重建其经济的同时，实施了经济和技术

合作，并提供了投资以支持亚洲国家的经济增长。为了与非洲国家分享这一经验，日本提议举行非洲发展问题东京国际会议（东京会议）。

38. 东京会议是日本政府、联合国和世界银行（世行）共同主办的世界最大规模的非洲发展政策论坛。自第一次东京会议 1993 年在东京举行以来，每五年举行一次东京会议，并定期举行部长级会议。

39. 第四次东京会议于 2008 年 5 月 28 日至 30 日在日本横滨举行，与会者超过 3 000 人，其中包括来自非洲国家、发展伙伴国家、亚洲国家、国际组织和区域组织、私营部门和非政府组织的代表。在会议筹备过程中，采取了以部门为基础的“集群办法”，也就是联合国有关组织和私营基金会组成小组，共同为日本政府提供投入。³ 此外还积极与非政府组织开展了对话。作为讨论成果之一，第四次东京会议在生殖健康领域的重要投入已反映在成果文件中。⁴

40. 第四次东京会议的基本主题是“建设充满活力的非洲：一个充满希望和机遇的大陆”，除其他主题之外，会议还对非洲的发展方向以及卫生问题开展了积极的讨论。日本首相福田康夫先生在开幕式上发表主题演讲，以会议主席的身份承诺“在未来五年内培训 100 000 名非洲卫生工作者”，并“自 2009 年开始，在未来几年内向全球抗击艾滋病、结核病和疟疾基金捐赠 560 000 万美元，5.6 亿以支持抗击这三大传染病”。⁵

41. 在会议的最后一天，通过了关于未来各项倡议的《横滨宣言》以及《非洲发展方向》。会议指出，“除了解决艾滋病毒/艾滋病、结核病、疟疾、脊灰炎和其他传染性疾​​病之外，与会者还承认加强卫生系统对于有效处理包括孕产妇、新生儿和儿童保健在内的主要保健挑战具有重大意义”，从而再次确认了卫生综合办法的重要性。⁶

42. 以《横滨宣言》为基础，会议提出了《横滨行动计划》作为路线图，以支持非洲的增长。在保健方面，该行动计划确定了三个重点问题，即加强卫生系统、改善孕产妇、新生儿和儿童保健和处理传染病，并介绍了国际社会将采取的具体行动，作为东京会议进程的一部分。⁷ 附录中列出了日本政府和其他执行伙伴建议采取的措施。除了已经提到的措施之外，还包括拯救 400 000 万儿童的生命和改善生殖健康的措施。⁸

43. 在实现与卫生有关的千年发展目标方面，例如“在 1990 年至 2015 年之间将孕产妇死亡率减少四分之三”和“制止和扭转结核病的蔓延”，第四次东京会议提出的综合办法直接促成了这方面的进展，并实现了其他与卫生有关的千年发展目标，尤其是在撒哈拉以南非洲，该地区“没有看到任何改进或恶化”，而且“预计不会在 2015 年之前实现目标”。⁹

44. 为改进关于东京会议活动的透明度和问责，第四次东京会议正式启动了东京会议后续行动机制，该机制包括三个层面：秘书处、东京会议进程联合监测委员会和东京会议后续会议。¹⁰

45. 2009 年 3 月，第一次东京会议部长级后续会议在博茨瓦纳举行，与会者确认，金融和经济危机给非洲带来了严重后果，因此作为对非洲承担的一种责任，它们将稳步实施在第四次东京会议上做出的承诺。此外，作为直接解决这一危机的一项措施，与会者宣布了各项承诺，例如迅速落实 20 亿美元的赠款和技术援助、提供大约 3 亿美元的食品和人道主义援助以减轻社会弱势群体受到的影响、以及向“抗艾结症基金”支付约 2 亿美元。¹¹

(d) 北海道洞爷湖首脑会议

46. 2008 年 7 月举行的 8 国集团北海道洞爷湖首脑会议继承了第四次东京会议在卫生领域的讨论和成果，日本政府再次把保健问题作为非洲发展背景下的主要议程项目。在 2007 年 11 月的首脑会议举行之前，当时的外交大臣高村正彦先生发表了题为“全球卫生问题与日本的外交政策”的政策演说，表示日本打算“制订一套国际社会共享的共同行动框架”，并邀请“所有关键利益攸关方，包括各国政府、国际组织、商业界、学术界和民间社会”参与和合作。¹² 导致首脑会议举行的各次讨论就是以这次演说为基础的。

47. 日本在 2008 年成功发挥了主席作用，举行了 8 国集团卫生专家会议，以阐述以往对保健问题的讨论，目的是为 8 国集团领导人即将在首脑会议上开展的讨论做出贡献。在 2 月、4 月和 6 月分别举行了三次会议，在首脑会议的历史上这是第一次举办此类会议。首先举行了一次外联会议，“卫生八组织集团（H8）”¹³（与卫生问题有关的主要国际组织组成的集团）以及挪威和非盟的代表参加了会议。经过热烈的讨论，8 国集团和外联成员就全球卫生现状和未来的挑战达成了共识。例如，非盟指出，考虑到非洲严重缺乏卫生资源，因此有必要制定一项战略，以保持和增加卫生工作者的人数。

48. 此外，卫生专家会议的主席，日本政府在五个不同的场合与日本和海外的与卫生有关的主要非政府组织交换了意见，这些组织基于各自在该领域的经验提出了自己的意见。

49. 8 国集团卫生专家向 8 国集团领导人提出了一项建议，题为“洞爷湖全球卫生行动框架”，¹⁴ 其中结合了有 8 国集团之外的利益攸关方参与的讨论，这些讨论为 8 国集团领导人在首脑会议上的讨论做出了贡献。

50. 除上述进展之外，2007 年 9 月，在哈佛公共卫生学院的研究员 Keizo Takemi 教授的领导下，启动了“全球卫生挑战与日本的贡献：研究和对话项目”。¹⁵ 其目的是通过政策对话和研究活动推动即将在首脑会议上开展的讨论。这一项目是作为公私伙伴关系的一部分而开展的，日本著名研究人员、非政府组织代表、来自

外务省、卫生、劳动和福利部（MHLW）以及财政部的参与者采取参与式办法参加了该项目。因此，有人向 8 国集团卫生专家提出，8 国集团应更多地注意关于加强卫生系统的讨论。

51. 在 7 月 7 日至 9 日举行的首脑会议上，在“发展与非洲”这一议程项目项下讨论了卫生问题。在《领袖宣言》中，8 国集团一致同意推广综合性办法，使针对疾病的具体办法与加强卫生系统的工作相得益彰；从与非洲国家结成伙伴关系着手，努力增加卫生人力，以便实现为每 1 000 人配备 2.3 名卫生工作者的世界卫生组织（卫生组织）最低标准；改善产妇、新生儿和儿童保健以及生殖健康，重点是营养问题；以及在 2010 年之前提供 1 亿美元的经杀虫剂处理过的长效驱蚊蚊帐作为一项防疟措施。一致同意努力实现前一年的 8 国集团海利根达姆首脑会议商定的目标，也即在五年期间预计至少提供 600 亿美元用于防治各种传染病和加强卫生，并建立一个后续机制，以监测在实现 8 国集团承诺方面所取得的进展。¹⁶8 国集团卫生专家会议目前由意大利担任主持，正在开展关于这些协议的后续行动。

3. 日本政府为落实全球公共卫生方面的国际商定目标和承诺而做出的努力

（a）建立共识的机制

52. 本节将审查如何在实现千年发展目标以及第四次东京会议和 8 国集团北海道洞爷湖首脑会议宣布的卫生承诺方面建立共识。

（一）国家建立共识机制

53. 外务省在 2006 年 8 月进行了结构改革，创建了国际合作局，以加强其官方发展援助规划/制定职能。经济合作局是负责处理官方发展援助的部门，其主要责任是开展双边援助，并作为外务省秘书处全球事务部的一部分负责开展合并了的多边援助，以创建国际合作局，提高双边和多边经济合作活动的效率。

54. 在接下来的一年里，在外务省内部设立了卫生工作队，以进一步加强上述合作框架。工作队将在必要时按照讨论的主题举行会议，来自外务省相关部门、卫生、劳动和福利部以及日本国际协力事业团（日本的官方发展援助执行机构）的各方将参加会议。

55. 迄今为止，工作队已经采取行动，并讨论了各个议程项目，例如实现第四次东京会议和 8 国集团北海道洞爷湖首脑会议的战略、与国际组织的合作以及援助战略（例如采取措施抗击结核病和脊灰炎）。事实上，已经起草了一份报告，介绍在联合国经济及社会理事会年度部长级审查上做出的国家自愿发言，以此作为结合工作队会议提出的各种意见的成果。作为实现合理化和提高官方发展援助效

率的趋势的一部分，外务省实施了结构改革并设立了工作队，建立了一个更强大的多边和双边合作框架。

（二）建立共识以及与国家利益攸关方的磋商机制

56. 外务省一贯重视与非政府组织的对话。1994 年确立了“外务省/非政府组织之间关于全球人口和艾滋病问题倡议/《冲绳传染病倡议》的对话”，并从那一年开始进行定期磋商。¹⁷截至 2009 年 4 月，已经开展了 85 次对话，有 42 个与卫生有关的非政府组织参加。对话的议题范围广泛，例如日本的保健援助政策、在 8 国集团首脑会议和东京会议框架下与非政府组织的合作、非政府组织与国际组织之间的合作。非政府组织也参与了对话。

57. 此外，如前所述，外务省是以公私参与式办法为基础的“全球卫生与日本的贡献：研究和对话”项目的成员之一，外务省与不同的国家利益攸关方开展合作并提供信息，以形成关于卫生问题的国际舆论。

（三）以国家为基础的官方发展援助工作队

58. 最后一节概述了日本在卫生部门建立的共识机制。本节讨论了以国家为基础的官方发展援助工作队的活动以及该工作队与总部的关系。

59. 以国家为基础的官方发展援助工作队成立于 2003 年，以加强日本制定、选择和实施具体项目的框架，同时加强日本与当地捐助国/组织合作制定官方发展援助政策的能力。截止编写本文件之际（2009 年 4 月），已在 78 个受援国建立了这种工作队，各工作队的成员主要是日本大使馆和日本国际协力事业团等援助执行机构当地办事处的工作人员。工作队的职能是：（a）调查和分析发展需求；（b）制定和分析援助政策；（c）制定和选择潜在的援助项目；（d）加强与当地援助界的合作；（e）加强与日本援助执行者在受援国的合作；（f）对日本的官方发展援助进行审查。在一些国家，专门举行了卫生会议开展实际工作层面的讨论，日本大使馆和日本国际协力事业团主管卫生事务的人员参加了会议。¹⁸

60. 以国家为基础的官方发展援助工作队始终如一地提交报告和提案，向外务省各司和日本国际协力事业团介绍当地援助社区的趋势和日本官方发展援助的适宜性和有效性。这些来自实地的反馈在日本卫生工作队成员之间广泛共享，并被用于建立共识。

61. 日本的卫生政策借鉴了官方发展援助领域提供的反馈，在外务省的领导下实施了多层次的“全日本”办法，与包括外务省相关各司、卫生、劳动和福利部、日本国际协力事业团、私营部门、学术专家、非政府组织和当地援助实施者在内的所有主要利益攸关方开展了合作。

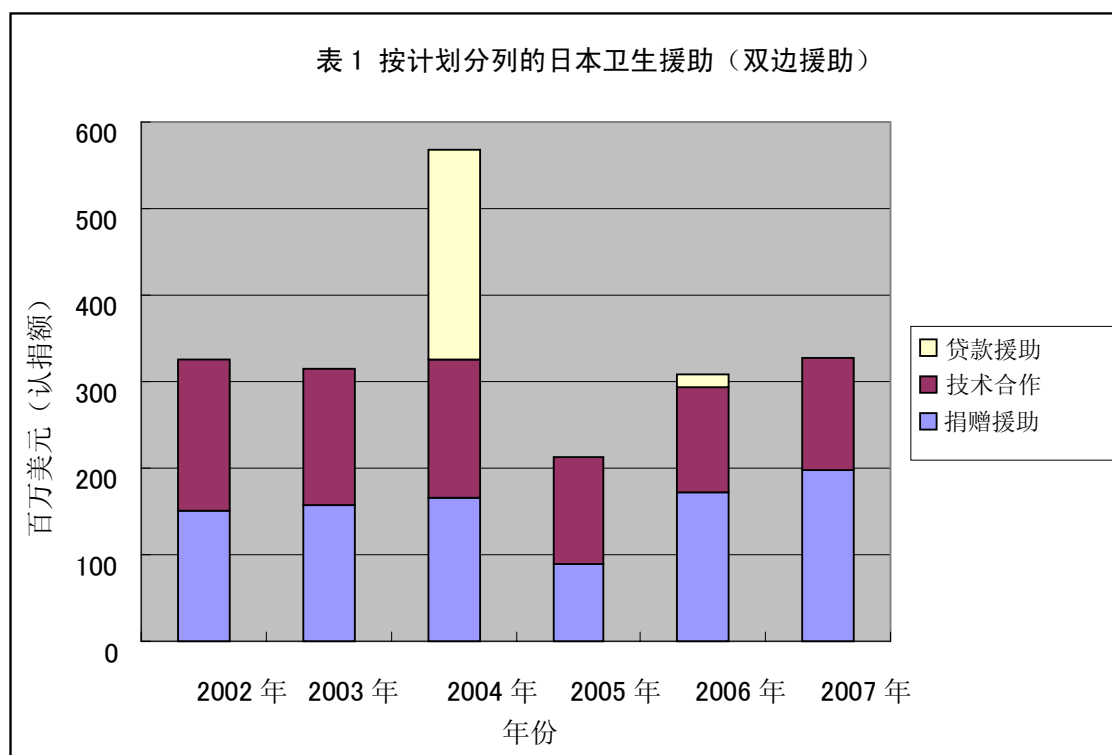
(b) 卫生援助计划

62. 包括卫生部门在内，日本对所有部门的官方发展援助计划大致分为四类。按照目标、受援国和数额的不同，可采取捐赠援助、贷款援助或技术合作的形式，属于双边援助；还有为国际组织捐款的形式，属于多边援助。

63. 捐赠援助是一种经济合作，系指提供给发展中国家采购必要设备和服务但不强加偿还义务的一种援助，它有助于发展中国家的经济和社会发展。捐赠援助并非仅提供给卫生部门，它用于其他方面，包括打击恐怖主义、防灾/康复措施，并能迅速做出反应，快速满足发展中国家和国际社会的需求。对卫生部门的赠款援助有几种不同类型：一般项目捐赠援助用于医院的建筑/维修项目以及通过儿童基金会提供小儿麻痹症疫苗。“紧急捐赠援助”是从人道主义角度出发为自然灾害和冲突的受害者、难民和流离失所者提供的救济援助。“基层人的安全项目捐赠援助”基于人的安全原则为小规模基层项目提供资金，例如建立医院/诊所的项目。“日本非政府组织项目捐赠援助”由日本非政府组织实施，以便为发展中国家提供医院设备或者开发供水系统。

64. 合作可采取向发展中国家提供低利率长期贷款的形式。通过增加用于捐赠援助的贷款援助，并强制实行还款义务，可以促进国家的自助努力。尽管只有少数贷款援助项目属于卫生部门，但供水和卫生领域中的项目为卫生部门提供了补充援助，这些项目开发了供水和污水处理系统，保证了安全的饮用水，是人民过上健康和卫生的生活所不可或缺的。

65. 利用日本的技术和知识开展技术合作，或者协助开发和改进符合各国国情的技术，都有助于培养发展中国家所需的承担社会和经济发展责任的人才，通过这种方式帮助提高了技术标准或者建立/保持了系统和机构。从卫生和医药到工业技术，在涉及人类基本需求的各个领域开展了广泛的技术合作。卫生部门的技术合作可采取多种形式：在日本、受援国或第三国为发展中国家的卫生行政人员和卫生保健专业人员提供培训；向受援国派遣日本专家，包括政策顾问和医生；提供项目发展所需的医疗设备；实施结合了这些要素的项目型技术合作；开展关于发展规划研究的技术合作，以制定发展中国家的卫生部门发展计划，派遣日本海外合作志愿者和资深志愿者支持基层卫生活动。



资料来源：外务省依据经合组织发援会的统计数字（2007 年）编写的数字。

66. 除上述双边援助之外，日本还通过为国际组织捐款开展了多边援助。近年来，贫困、冲突、难民、传染性疾病和环境等全球性问题的形式日益多变，再也不能仅靠一个国家的努力得到解决。日本的多边援助拥有处理全球性问题的经验和知识，为国际组织的活动提供了支持，是对日本双边援助的补充，也是促进国际合作的有效工具。从这个角度出发，日本积极为国际援助组织贡献智力、人力和财力。在卫生部门，日本为以下组织提供了捐款：世卫组织、抗艾结症基金、儿童基金会、联合国人口基金（人口基金）、联合国人的安全信托基金、国际计划生育联合会（计生联）、世界银行、联合国开发计划署（开发署）、亚洲开发银行（亚行）、世界动物卫生组织（动卫组织）、联合国艾滋病病毒/艾滋病联合规划署（艾滋病规划署）、非洲开发银行（非行）、联合国教育、科学及文化组织（教科文组织）、美洲开发银行（美开行）、联合国粮食及农业组织（粮农组织）、联合国世界粮食计划署（粮食计划署）和联合国志愿人员组织（志愿人员组织）。

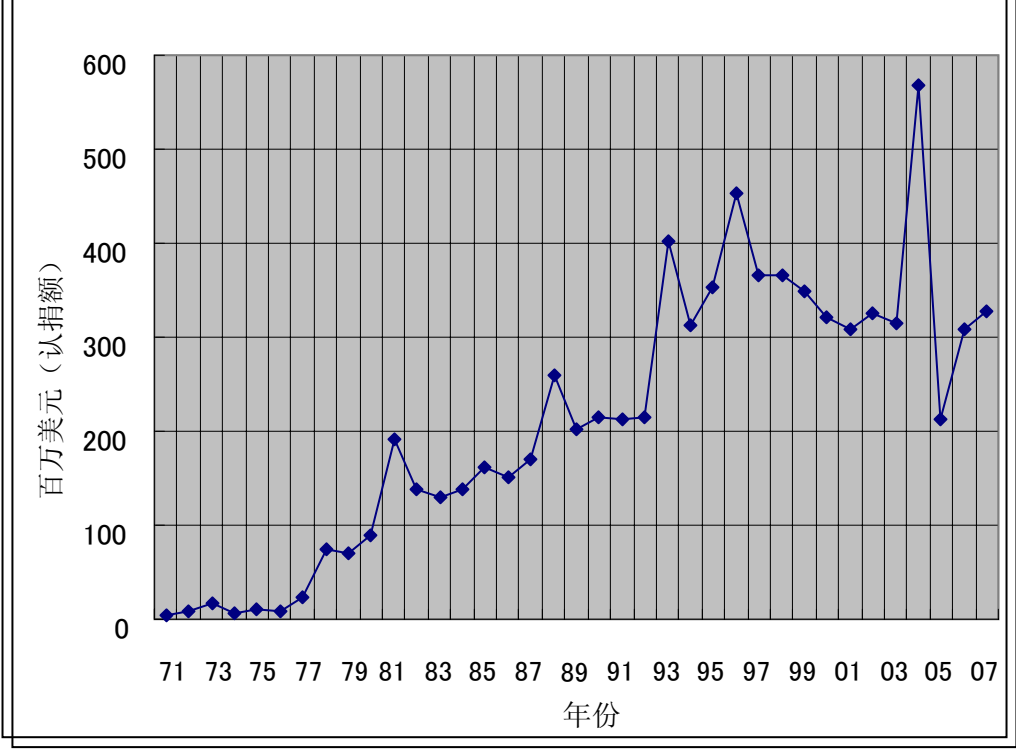
67. 日本根据各个发展中国家的需求、发展水平和财政状况，采用与自身条件相符的方式，通过各种计划提供卫生援助。

(c) 日本在卫生援助领域的成就

(一) 日本在卫生领域的援助趋势

68. 如表 2 所示，日本在卫生领域的双边援助稳步增长。¹⁹ 日本的援助额从 1971 年的 333 万美元逐步增加，1977 年出现破纪录的增长，1977 年（2 235 万美元）至 1981 年（1.9235 亿美元）期间，日本的援助增加了大约八倍。1988 年的援助额突增，但随后恢复逐步增长，直到 1993 年，那一年的援助额比前一年增加了两倍。此后的援助额起伏不定，在 1996 年达到顶峰，随后于 2004 年增加至 5.6823 亿美元。虽然后来出现过暂时的下降，但又逐步恢复到目前的水平。为方便起见，²⁰ 上述数字是根据发展援助委员会的统计数据得出的，但除了上述双边援助之外，日本还以向抗艾结疟基金等国际组织捐款的形式提供了卫生援助。²¹

表 2 日本卫生援助额的变化趋势（双边援助）



资料来源：外务省依据经合组织发援会的统计数字（2007 年）编写的数据库。

(二) 与其他捐助方对比

69. 如表 3 所示，通过比对主要捐助方对卫生领域的援助（双边援助），显示从 2001 年开始，日本的援助始终跻身前十名。²² 美利坚合众国一直是位居第一的捐

助方，自布什总统 2003 年宣布“总统艾滋病紧急救援计划”（PEPFAR）以来，美国承诺未来 5 年投入 150 亿美元用于紧急救济，在提供的援助总额方面，美国远远超出其他国家（2008 年，PEPFAR 受权在五年期间分配 480 亿美元）。联合王国的援助额低于美国，但一直保持稳定，始终排名第四位。在 2004 年的顶峰时期，日本成为第二大援助捐助方，但在 2005 年下降至第七位，2005 年及之后则降至第六位。尽管如此，日本仍将继续尽最大努力提供卫生援助。

表 3 按主要捐助方列示的卫生援助（双边援助）

次序/年份	2001 年	2002 年	2003 年	2004 年	2005 年	2006 年	2007 年
1	美国 1 234.06	美国 1 964.17	美国 2 182.63	美国 2 569.83	美国 3 448.3	美国 4 189.59	美国 5 612.95
2	欧洲委员会 349.31	联合王国 415.35	欧洲委员会 490.47	日本 568.23	欧洲委员会 669.42	荷兰 756.7	联合王国 1 014.7
3	日本 308.53	欧洲委员会 345.39	联合王国 459.81	欧洲委员会 523.08	联合王国 587.84	联合王国 678.59	加拿大 626.34
4	联合王国 190.7	日本 326.38	日本 314.35	联合王国 438.53	加拿大 334.82	欧洲委员会 580.17	欧洲委员会 488.84
5	法国 160.45	荷兰 219.85	德国 230.59	法国 312.4	法国 286.41	德国 474.15	德国 380.07
6	挪威 147.19	德国 204.09	法国 192.2	加拿大 265.27	荷兰 238.03	日本 308.8	日本 327.08
7	荷兰 136.85	法国 199.58	加拿大 187.43	荷兰 259.28	日本 212.72	法国 272.65	瑞典 275.41
8	德国 122.47	挪威 123.4	荷兰 157.92	德国 244.63	挪威 199.56	加拿大 250.18	西班牙 250.57
9	西班牙 90.96	瑞典 101.81	挪威 134.98	瑞典 166.41	德国 198.08	瑞典 247.53	挪威 211.94
10	加拿大 90.27	加拿大 93.54	瑞典 116.2	丹麦 144.49	西班牙 145.58	挪威 239.28	澳大利亚 181.94

* 单位：百万美元（认捐额）。

资料来源：外务省依据经合组织发援会的统计数字编写的数据库。

（d）日本卫生援助的特征和实力

（一）支持发展中国家的自助努力

70. 自助努力系指发展中国家对国家的未来所承担责任以及这些国家的人民促进发展的努力。日本的官方发展援助，包括与卫生有关的援助在内，都建立在一个思想基础上，那就是为发展中国家的自助努力提供支持是实现可持续经济增长所

必不可少的。此外，日本为实施具体项目提供合作，目标是确保在结束援助方案之后，发展中国家的人民仍然可以可持续发展。这项坚定的政策根源于日本的战后重建经验以及后来为亚洲其他国家提供支持的经验。自 1993 年召开第一次非洲发展问题东京国际会议（第一次东京会议）以来，日本一直尊重非洲国家的自助努力，并与其他国际伙伴合作，为最大限度地发挥这些自助努力的作用给予了支持。

71. 日本强调，开发人力资源、建立法律体制以及发展经济和社会基础（基础设施）是支持发展中国家自助努力的重要因素。建立法律制度以及发展良好的经济和社会基础，尤其是开发人力资源，对发展中国家的国家建设和经济发展至关重要。

（二）扎根地方社区的“看得见的援助”

72. 正如刚才讨论的那样，在提供包括卫生援助在内的官方发展援助方面，日本认为合作开发人力资源、建立法律体制以及发展经济和社会基础对发展中国家的自助努力至关重要，因为这些都是国家建设的基础。考虑到这一点，日本提供合作，通过在受援国或日本转让适当的知识、技术和专业知识，帮助受援国拟订和加强全面的应对战略，同时尊重其自主权。

73. 例如，根据技术合作计划，日本向发展中国家的各个领域派遣了专家，以提供援助，实施与卫生有关的技术合作项目（2007 财政年度向卫生领域派遣了 757 名专家）。²³ 日本卫生、劳动和福利部管辖的各个机构，例如国家公共卫生研究所、传染病监测中心和日本国际医疗中心都派出了专家，公务员、医院、大学和研究机构、咨询公司以及非政府组织也夜以继日地与对应方开展工作，以强烈的使命感坚定地致力于处理与卫生有关的各种问题。在某些情况下，日本向发展中国家的卫生部派遣顾问，顾问们提出改善卫生系统的建议，或者规划/拟订新项目，促进了受援组织和卫生部各机构的自助努力。

74. 日本青年，例如日本海外合作志愿者，以及老年人，例如资深志愿者，都参加了发展中国家当地的合作活动（2007 财政年度共有 316 名志愿人员）。²⁴ 志愿人员不时前往其他援助组织没有去过的偏远地区，与当地的卫生主管部门和社区合作，改善公众卫生状况。

75. 除了向发展中国家派遣人员之外，日本还邀请发展中国家的个人来日本参加培训方案。在 2007 财政年度，日本共接收 4 619 名来自发展中国家卫生部门的学员。²⁵ 作为站在卫生行政和医疗实践前沿的医疗保健人员，学员们从日本卫生系统提供的经验和知识中获益，这些经验和知识后来帮助他们扩大了各自的卫生服务。

76. 在卫生领域开展工作的日本非政府组织也是日本卫生援助领域的重要伙伴。截至 2007 年，已有 28 个组织利用政府供资开展了彻底的基层援助。

77. 在这些方面，日本卫生援助的一个突出特征就是提供“看得见的援助”，也就是日本专家、志愿人员和非政府组织前往受援国的偏远地区，致力于与当地的对应方和居民密切合作，解决问题。

（三）对援助协调的贡献

78. 日本正致力于进行援助协调，以支持有效实现共同的发展目标，例如千年发展目标或国家卫生战略，并减少发展中国家的负担。

79. 随着《援助有效性巴黎宣言》（《巴黎宣言》）2005 年获得通过，近年来世界逐步认识到必须提高援助的效率。《巴黎宣言》规定了提高援助质量的五个关键原则，日本是《巴黎宣言》的签署国。²⁶2008 年 9 月，第三次援助实效问题高级别论坛在加纳举行，目的是对《巴黎宣言》的执行进展进行中期审查，并拟订了《阿克拉行动议程》（AAA），其中规定了到 2010 年要实现的目标。

80. 在实地层面，已经设立了专门小组，例如卫生小组和教育小组，以便按照相关部门的发展战略以方案的形式开展援助，许多捐助国也参加了这些专门小组。例如，日本参与了肯尼亚和赞比亚卫生部门、孟加拉国教育部门和坦桑尼亚农业部门的方案办法。

81. 此外，自 2006 年以来，日本一直指派协调员参与非洲国家的经济合作，这些非洲国家的援助协调特别活跃。²⁷协调员收集相关信息、交换意见并对日本的发展援助提出意见，以加强外国政府、援助执行机构和非政府组织之间的合作。为此，日本正积极致力于援助协调工作，这项工作正日益成为主流。²⁸

（四）利用日本的经验和知识

82. 日本提供援助的目的是，采取顺应发展中国家的政策及援助需求的方式，把日本在经济/社会发展和经济合作方面的经验用于造福发展中国家，并与这些国家分享日本的创新性技术、知识、人力资源和制度。

83. 日本在 200 多年的时间里一直闭关锁国，但 1868 年成立明治政府之后，国家在社会所有领域，包括工业、行政和教育部门，推动了迅速的现代化和西化。卫生领域也是如此，在该领域开展了调查、收集了统计数字、制定了与医务人员有关的法律法规。与此同时，由于长期闭关锁国之后实行开放造成霍乱、痢疾和伤寒等急性传染病在全国各地蔓延，为遏制疾病传播，还建立了集中防疫体系。

84. 随着日本在 1920 年代和 1930 年代为战争做准备，人们日益重视制定结核病抑制措施（结核病当时在全国蔓延）和解决婴儿死亡率高的问题。当时整个国家都陷入贫困。许多村庄没有医生，即使有，许多家庭也无法付诊费。卫生和福利部应运而生，负责监督从中央到地方的医疗服务，包括全国各地的地方卫生中心，从而加强了从中央到地方的医疗服务。在各个村庄，公共保健护士开始在抑制结

核病方面发挥积极作用，改善了孕产妇和儿童的健康，并制订了“社区卫生服务办法”。

85. 战争结束，一片荒芜。日本重振旗鼓，除其他组织之外，利用美国和儿童基金会的支助以及世界银行的贷款援助，开展重建工作。在总司令部（GHQ）的领导下，重新建立了医疗保健服务，主要为地方保健中心配备公共卫生护士、助产士和其他女性保健专业人员。与此同时，居民协会和私营组织努力解决人民群众的卫生需求，使当时最为人们关切的结核病问题以及孕产妇和儿童健康问题得到极大改善。

86. 自 1960 年代开始，社会变革带来了新的卫生问题。例如，工业发展带来污染和环境问题，并增加了工伤事故的发生。人们改变了生活方式，心脏病、癌症以及其他与生活方式有关的疾病风险随之增加；社会老龄化问题引起了对医疗费用负担的关注。1961 年，实现了一般健康保险的普及。

87. 自明治政府成立以来的 150 年里，日本在其他国家不时施予的影响和支持之下，在处理与卫生有关的挑战方面已稳步积累了丰富的经验，而目前许多发展中国家正面临这些挑战。这些经验包括：设法阻止结核病和其他传染性疾病的蔓延，降低婴儿和孕产妇死亡率，并建立强有力的卫生系统。日本经验的具体表现是社区卫生服务做法，也即在医疗设施和人员匮乏的地方一级，通过地方保健中心、助产士和居民的协同努力来保护当地居民的健康。日本还为此发布了《妇幼健康手册》（MCH 手册），并依据《手册》执行各项措施，《手册》为日本在援助发展中国家卫生部门方面的许多努力提供了基础。显然，日本提供援助时依据的是自身的经验、知识和制度。日本发布的一份报告和视听资料²⁹对这种经验进行了系统描述，发展中国家可根据自身的经济和社会状况以及面对的卫生问题，按照需求利用这份报告和视听资料。

（五）稳步实施各项倡议

88. 日本卫生援助的另一部分是稳步实施了一系列倡议。2000 年，日本在 8 国集团九州冲绳首脑会议上宣布了《冲绳传染病倡议》（《传染病倡议》），并表示要从 2000 财政年度至 2004 财政年度实施 30 亿美元的防止传染病综合措施。最终，日本为该倡议提供了大约 58 亿美元的援助，大大超过了其最初承诺的 30 亿美元。

89. 如前所述，日本首次将传染病列为首脑会议的重要议程项目，后来又宣布了防止传染病倡议，从而促使“抗艾结疟基金”于 2002 年成立，日本一直坚定地履行其对该基金的承诺。2005 年 6 月，当时的日本首相小泉纯一郎向抗艾结疟基金认捐 5 亿美元，并在 2006 至 2008 年期间支付了认捐款。在 2008 年 5 月举行的第四次东京会议期间，当时的日本首相福田康夫强调，日本自 2009 年开始向抗艾结疟基金认捐了 5.6 亿美元，2009 年 3 月，日本政府支付了约 1.94 亿美元作

为多年期承诺的第一步。因此截至 2009 年 4 月，日本共向抗艾结症基金提供 10.4 亿美元。

90. 继《传染病倡议》之后，日本在 2005 年的亚洲和太平洋地区卫生千年发展目标高级别论坛上宣布了《保健与发展倡议》，并承诺为 2005 财政年度至 2009 财政年度的五年期间提供 50 亿美元的援助。为促进实现这项倡议下的千年发展目标，除了帮助加强卫生系统、降低婴儿死亡率、改善产妇保健和建立传染病防治措施之外，日本还向基础教育和用水/卫生部门提供了支持。日本在 2005 财政年度支付了约 12 亿美元，2006 财政年度支付了 19 亿美元，2007 财政年度支付了 14 亿美元（共计约 45 亿美元）。最初承诺在五年内支付的 50 亿美元有望在三年内支付完毕。

91. 日本稳步实施了一系列倡议，以履行其对国际社会的责任，这可以说是日本所提供援助的另一个突出特点。

（a）实例研究：日本卫生援助的最佳做法

（一）产妇、新生儿和儿童卫生保健（为千年发展目标 4 和 5 做出的贡献）

开展合作，运用综合办法持续照顾产妇、新生儿和儿童的健康

92. 从人的安全角度出发，日本一直在扩大合作，运用综合办法持续照顾产妇、新生儿和儿童的健康，通常以《妇幼保健手册》为基础。《妇幼保健手册》是一个利用日本的经验提供援助的良好实例，已经引起了广泛关注。目前，由于印度尼西亚等亚洲国家成功引进并推广该《手册》，巴勒斯坦这样远离日本的国家也引进了该《手册》。³⁰除了大量分发该《手册》之外，实现千年发展目标还需要进一步提高产妇、新生儿和儿童保健的质量。

93. 基于这一认识，日本在 2004 年启动了一项为期三年的技术合作项目，以改善摩洛哥³¹农村地区（当地观察到的孕产妇死亡率存在显著的地区差异）的产妇保健。制定了研究生培训方案，以提高保健工作人员的实际技能、知识和保健意识；为卫生行政人员提供了能力建设方案，使其有能力管理孕产妇和儿童保健项目；加强了利用信息、教育和通信（IEC）的方案以及孕妇流动诊所服务。另外，开设了分娩课程（日语名称为“Tamago”，意指“蛋”），同时引进了与《妇幼保健手册》类似的妇女保健手册，³²以便从综合保健角度出发，促进孕产妇、新生儿和儿童的健康。

94. 该项目的实施已经带来了一些变化，包括：为参与照顾孕妇的卫生工作者建立了连续的教育模式；由于在连续教育模式的基础上开展了培训，增加了护士和助产士的动力；实现了适当转诊。所有这一切最终提高了产妇保健的整体质量。

95. 日本实施了许多其他援助方案，特别是，通过能力建设和在卫生行政人员、地方卫生服务设施、卫生工作者和地方组织之间建立合作框架，实现了相同的目

标。其中包括“改善柬埔寨农村孕产妇和儿童保健服务项目”和“改善马达加斯加共和国孕产妇、新生儿和儿童保健服务项目”。

96. 疫苗接种扩大方案等区域性孕产妇保健服务体系最终促进了一般儿童保健，上述项目是日本在孕产妇、新生儿和儿童保健领域提供的一些最佳做法。

（二）传染病控制（对千年发展目标 6 的贡献）：运用短期直接观察治疗控制柬埔寨的结核病

97. 结核病是柬埔寨的主要致死原因，柬埔寨是 22 个结核病高负担国家之一。1994 年，柬埔寨政府与世卫组织合作，强化了“全国结核病防治方案”（NTP），结核病治愈率因而提高到一定水平。然而，由于短期直接观察治疗服务迅速扩大，导致缺乏技术熟练的从事结核病控制的卫生工作者，对人力资源培训的需求变得明显。结核病患者罹患艾滋病毒/艾滋病的人数增加，这个问题也引起了关注。

98. 作为回应，日本实施了一项为期 5 年的技术合作项目，以加强“全国结核病防治方案”的能力，并根据 1999 年开始的“结核病控制项目第一阶段”对卫生工作人员进行培训。全国 750 个保健中心几乎全部提供短期直接观察治疗服务。建立了处理结核病/艾滋病毒共同感染、早期诊断、治疗和预防的框架，或者扩大了现有的框架。其中包括提供名为“下午诊所”的服务，负责对艾滋病毒/艾滋病携带者进行结核病诊断；或者建立国家外部质量保证实验室网络，通过痰涂片检查的方式检测结核病。此外，该项目还在以下方面做出了贡献：制订了国家结核病方案五年准则；创造了可持续的药品物流体系；加强了“全国结核病防治方案”工作人员开展全国流行病普查和扩大短期直接观察治疗的技术和管理能力；通过结核病研究所/日本防痨协会的培训加强了卫生行政人员和实验室技术人员的能力。此外，作为协调援助的一部分，日本政府支持世界粮食计划署每年为约 33,000 名接受短期直接观察治疗的结核病患者提供的食品，这是刺激这些患者接受全面的结核病治疗制度的一个强烈动机。在扩大短期直接观察治疗方面取得重大进展之后，结核病控制工作的主要注意力转移到加强全国结核病防治方案的医疗卫生服务方面，³³ 例如，通过更好的质量管理和更加重视难以到达的地区和群体来加强医疗卫生服务。因此，在 2004 年启动了结核病控制项目第二阶段，同样为期 5 年。第二阶段采用了公私结合的短期直接观察治疗办法（PPM-DOTS）和社区短期直接观察治疗办法（C-DOTS），以便为难以达到的地区和群体提供治疗服务。还制定了关于结核病/艾滋病毒共同感染和小儿结核病的超常规短期直接观察治疗准则，并提供了相应的服务。此外，实施了有效的利用信息、教育和通信的方案/宣传活动，以支持结核病控制方案，目的是推动结核病患者、其家人和其社区的成员改变态度和行为。

99. 第二阶段取得了重大成果，对柬埔寨结核病控制方案产生了影响。换言之，它成功实现了在结核病方面的目标，也即在 2006 财政年度之前实现 85% 的治愈

率和 70% 的检出率。取得这一成果应归功于多种因素，其中包括：通过落实公私结合的短期直接观察治疗办法促进与私营卫生工作者和非政府组织的合作计划；通过社区短期直接观察治疗办法增强社区民众的能量；以及在结核病/艾滋病毒活动和全国结核病防治方案之间建立协调制度。

100. 在柬埔寨开展的上述项目从人的安全³⁴ 的角度出发，利用综合办法处理了结核病问题，是日本最佳传染病控制做法之一。

（三）私营部门倡议：住友化学有限公司在坦桑尼亚生产防蚊蚊帐

101. 疟疾仍然是最具破坏性的疾病，给全世界造成了巨大痛苦。估计每年有 3.3 亿至 5 亿人感染疟疾，其中 90% 在非洲。此外，估计疟疾导致非洲的国内生产总值损失了 120 亿美元（GDP）。正如欧洲抗疟联盟所指出的那样，“疟疾的影响不仅是造成人类的痛苦和死亡，而且也带来了巨大的经济成本和负担。”

102. 因此，住友化学公司开发了 OLYSET® 蚊帐，使用特殊技术在这种蚊帐的纤维中注入杀虫剂，从而帮助控制蚊虫和预防感染。蚊帐纤维能够逐步释放有效成份，即使经过反复洗涤，也可以保留至少 5 年的杀虫效果。OLYSET® 蚊帐是唯一获得世卫组织完全批准的长效驱虫蚊帐（LLINs）。通过世界卫生组织、儿童基金会和非政府组织在约 40 个非洲国家（尤其是在撒哈拉以南非洲）和 20 个东南亚国家广泛分配了这种蚊帐。此外，住友化学公司与“千年承诺”组织³⁵ 及儿童基金会等其他组织合作，捐赠了 OLYSET® 蚊帐，促进了千年发展目标的合作。

103. 2003 年 9 月，向坦桑尼亚蚊帐制造商 A-Z 纺织有限公司免费提供了 OLYSET® 蚊帐生产技术，该公司目前正经营一家 OLYSET® 蚊帐生产厂。2007 年 2 月，住友化学公司与制造商合作扩大了生产，并与当地另一家公司成立了一家合资企业，命名“维克特国际卫生有限公司”，从事 OLYSET® 蚊帐的生产。通过提高供应能力和降低成本，这些举措有助于在当地社区制定一个可持续的自助计划。截至 2008 年底，坦桑尼亚的蚊帐年生产能力增加至 3 800 万顶，扩大的生产有助于在当地社区创造超过 4 000 个职位，而这反过来增强了该地区的经济。

104. 住友化学公司决定在尼日利亚也设立一个生产基地，以应对非洲日益增加的对长效驱虫蚊帐的需求。尽管计划尚未最后确定，但该公司预计蚊帐年生产能力将达到 20 000 万顶，创造 5 000 多个地方就业机会。

105. 这一项目与发展援助核心业务直接相关，不仅是日本私营公司做出的开创性努力，也是其开发的一项最佳做法。

（四）亚非知识共创方案：全面质量管理促进更好的医疗服务：综合运用现有资源办法

106. 第三次东京会议重申必须开展亚非合作，有鉴于此，日本国际协力事业团开展了“亚非知识共创方案”，以促进南南合作。“全面质量管理促进更好的医疗服务”是亚非知识共创方案开展的第二个方案，目前正在 15 个非洲国家实施。³⁶

107. 在非洲，医疗服务供应系统存在的一些管理问题往往为人所诟病。由于长期缺乏医疗资源，该系统必须解决的挑战是找到一个解决办法，改善医疗系统的管理，以便提供尽可能最佳的医疗服务。由于制度上存在缺点和限制，唯一实现突破的办法是改善医院的管理和日常工作中的卫生政策规划。虽然斯里兰卡等亚洲国家长期以来一直面临同样的挑战，但通过运用日本制造业开发的质量控制管理方法，例如 5S，持续质量改进和全面质量管理，亚洲国家已经成功克服这些挑战。³⁷

108. 因此，根据亚非知识共创方案，在日本和斯里兰卡与亚洲的专家一起举办了三个研讨会/讲习班和一个试点项目。预计参加活动的非洲卫生行政人员和医院管理人员将制定切实可行的计划，以确保通过每个国家在现有条件下开展的内在努力，提供尽可能最佳的医疗服务（图 1）。包括丰田汽车公司等来访的制造商在内的参与者均普遍高度赞赏所提供的实践培训，预计该方案将促进人力资源大幅增加。

109. 南南合作是日本官方发展援助中期政策确定的优先事项之一，由于亚非知识共创方案的重点是改善日常管理做法而不是要求提供大量财政投资，因此该方案成为日本的另一个最佳做法，适合那些经济和金融情况严峻（其严重程度甚至超过当前的经济危机）的非洲国家。

图 1 亚非知识共创方案实施前后的情况



资料来源：日本国际协力事业团。

（五）保健资本投资计划为赞比亚的项目提供支持

110. 根据 1992 年开始的卫生改革，赞比亚政府试图把整个卫生部门重新建设成为一个切实有效的系统。除了这项战略计划之外，从 2006 年开始，日本国际协力事业团还实施了一项为期两年的技术合作项目，旨在扩大依据“卫生设施普查”（日本国际协力事业团 2004 财政年度开展的海外基础研究）创建的信息系统，并帮助制定一个保健资本投资计划，使赞比亚有能力按照其国家保健战略计划（NHSP）（图 2）³⁸ 提供有效的保健和医疗服务。

111. 已经为此开发了卫生设施数据库，范围涵盖全国各地 1 395 所基层保健设施（特别是区级医院、卫生中心和卫生站），该数据库已被纳入国家保健信息管理系统（图 3）。此外，卫生设施图集（图 4）已出版并分发给各省和各地区的卫生部门及其他捐助方。此外，还开设了关于国家、省和地区卫生设施情况的卫生设施普查反馈讲习班。

112. 因此，在共同分析了卫生设施数据和其他相关数据之后，所有的地区卫生部门和医院都成功制定了资本投资计划，并通过省卫生厅向卫生部提交了这些计划。此外，由于卫生设施数据库中不仅有卫生设施和设备信息，还有人力资源分配和保健服务分配信息，因此它也应用于以下方面：一项用于解决卫生工作者人才外流问题的国家战略计划；全球疫苗和免疫联盟（免疫联盟）为加强卫生系统而开展的一个项目；欧洲委员会支持的一个保健信息管理系统；一个绩效评估框架；以及赞比亚国家发展计划的一项指标。

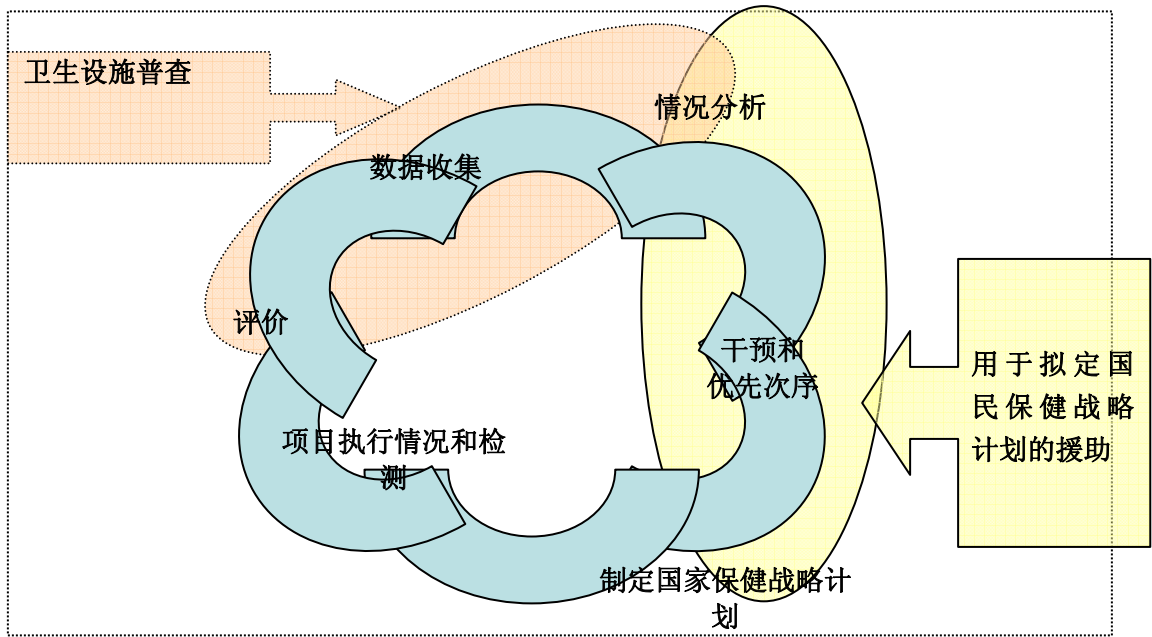
113. 基于上述情况，该项目的产出可归纳如下：能够更多地提供关于赞比亚保健设施状况的信息；改善了各级公共保健系统利用卫生设施数据编写保健资本投资计划的能力；提高了卫生部门投资与其他国家发展计划在各个层面的一体化程度；提高了保健资本投资计划与其他部门发展计划的一体化程度。

114. 根据卫生部 2008 年 12 月拟定的保健资本投资计划，预计用于改善卫生设施 and 设备的资本投资将通过赞比亚政府的预算、全系统办法项下的篮子基金和/或捐助方的直接供资获得资金支持。虽然日本没有提供直接资本投资援助，但预计将在 2009 财政年度推出后续项目，以便在保健资本投资计划的框架内提高医疗资产投资管理系统³⁹的效率。

115. 卫生部估计，2008 年用于改善卫生设施 and 设备的预算约为 7.5 亿日元，用于卫生部门的投资总额约为 56 亿日元，不过，由于提高了保健资本投资计划与其他部门发展计划的一体化程度，预计卫生部门的预算将增加。

116. 上述项目是日本的又一个最佳做法，它表明，通过为国家保健战略计划提供支持，项目型技术合作办法能够在国家一级促进卫生部门的发展，这反过来又使得利用赞比亚政府预算、全系统办法项下的篮子基金和/或各捐助方的直接供资成为可能。

图 2 卫生设施普查框架和保健资本投资计划支助项目



资料来源：日本国际协力事业团。

图 3 卫生设施数据库的首页

卫生部
卫生设施数据库

[确定设施](#)
[设施清单](#)
[摘要](#)
[统计数字](#)
[医疗设施](#)
[基础设施](#)
[用户管理](#)

选项
地理位置
全部
选择省份
类型
全部
所有权
全部

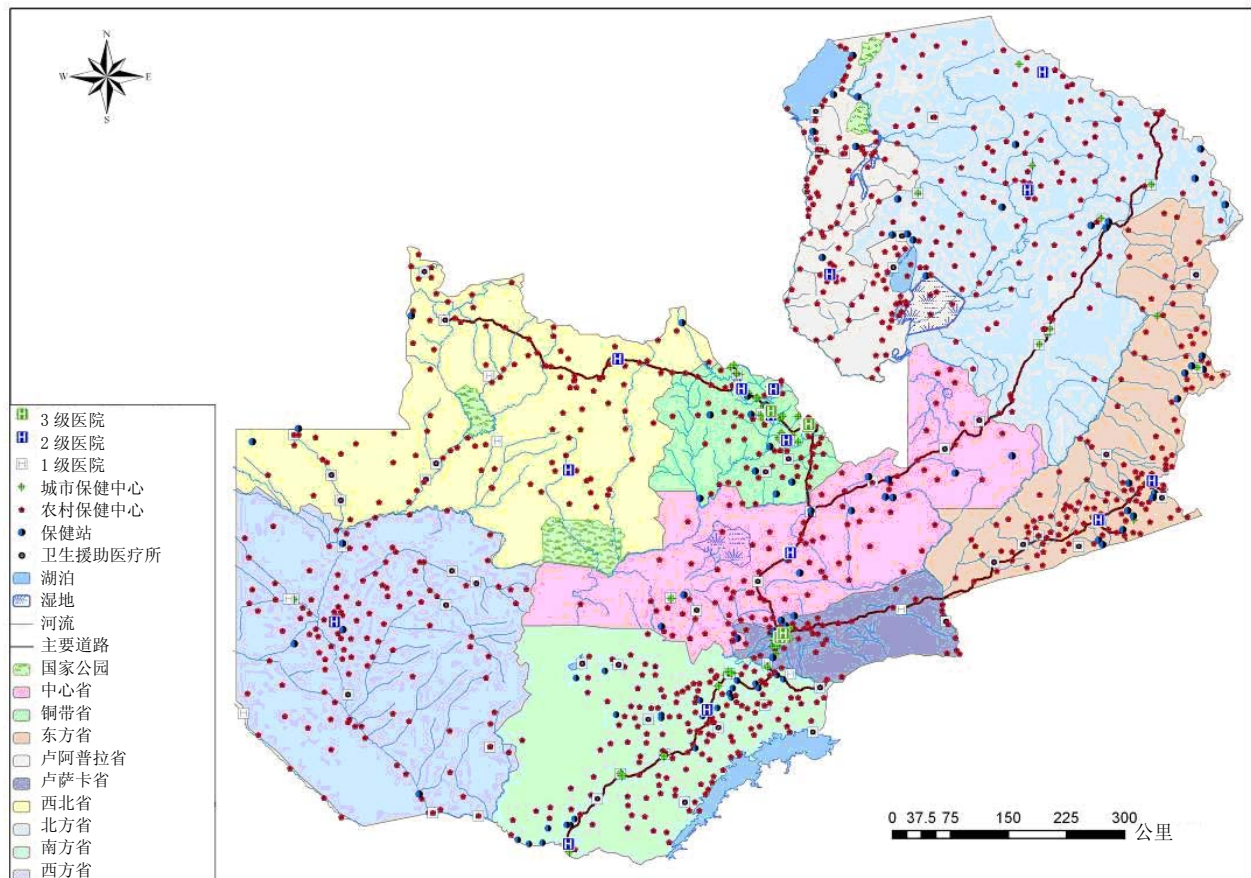
分配数量
☐ 设施代码
☒ 设施名称
☐ 设施标识符
☐ 省份
☐ 特征
☐ 设施类型
☐ 设施所有人
全部核实
全部未核实

次序
☐ 设施代码
☐ 设施名称
☐ 设施标识符
☐ 省份
☐ 特征
☐ 设施类型
☐ 设施所有人

刷新列表

资料来源：日本国际协力事业团。

图 4 卫生设施图集（全国卫生设施分布图）



资料来源：日本国际协力事业团。

（四）通过人的安全基金提供的援助（通过联合国向青少年提供的综合援助）

117. 在玻利维亚，高孕产妇死亡率、家庭暴力和性暴力已成为严重的社会问题。此外，少女怀孕高发导致艾滋病毒/艾滋病的风险增加。过去，青少年政策以职业培训为基础。由于被视为是最健康的人口群体，因此国家不认为青少年非常需要医疗。此外，虽然玻利维亚的国家发展计划高度重视生殖健康，但并不重视提供针对青少年的避孕教育/信息或者青少年的独立、社会包容等因素。

118. 为解决这一问题，儿童基金会、人口基金和世界卫生组织/泛美卫生组织共同实施了一个项目，名为“为了青少年的人的安全：赋予权力以及防止暴力、早孕、产妇死亡率和艾滋病毒/艾滋病”，人的安全基金为该项目提供了赞助。

119. 该项目的三大支柱是：（a）健康；（b）教育；及（c）社会包容。为实现这些目标，该项目中包括涉及以下方面的活动：加强社会和医疗服务，增加与艾滋

病毒/艾滋病有关的医疗设施；少女怀孕问题；产妇死亡率问题；性暴力和家庭暴力问题，并建立网络防止发生这些暴力；培训卫生工作人员。此外，考虑到学校事实上正成为性暴力的温床，该项目提供了保健教育和性教育，包括提供关于艾滋病毒/艾滋病的信息；开设了防暴课程；改进了教材；并开展了针对家长和社区的宣传培训。此外，该项目支持建立同龄群体，并为其活动提供支助，这样青少年自己就可以解决这些问题，并形成自己的观点。目前正在建立支持这些同龄群体的地方性制度，以确保其活动的连续性。

120. 该项目涉及卫生部门和其他部门，例如以可持续发展和长期愿景为基础，从“保护”和“赋权”这两个角度出发，采取综合方式开展针对青少年的教育和社会包容。

121. 联合国各组织正与当地社区（包括家长在内）、非政府组织和地方当局（例如市政府）合作实施这些活动，体现了参与式办法是人的安全的一个重要因素。此外，在实施该项目时，早在规划阶段就与当地的日本国际协力事业团办事处进行了协商，并计划进行联合监测，同时考虑到需要进行有效合作，保证每一个执行机构都将发挥自己的独特作用。

4. 未来展望

（a）8 国集团首脑会议后续行动

（一）全球行动加强卫生系统

122. 日本政府做出了后续努力，以保持全球势头，朝着 8 国集团北海道洞爷湖首脑会议提出的改善保健的目标前进。2008 年 11 月召开了第四次 8 国集团卫生专家会议，意大利是会议主席国，各成员同意继续致力于建立一个后续机制，并对 8 国集团的承诺实施定期审查。

123. 私营部门也在开展后续活动。由于意识到必须在国际舞台和实地施加影响，加强日本在 8 国集团北海道洞爷湖首脑会议上重点关注的保健系统，因此在 Keizo Takemi 教授⁴⁰的领导下，成立了一个国际咨询委员会和全球行动加强卫生系统⁴⁰工作队。委员会和工作队均由卫生领域的国际舆论领袖人物组成，目的是在卫生人力、卫生筹资和卫生信息这三个与强化卫生系统有关的主要领域为 8 国集团献言献策。

124. 2008 年 11 月，作为 8 国集团首脑会议的后续行动，“全球卫生挑战和日本的贡献工作队”、日本国际交流中心（JCIE）、外务省、世界银行、世卫组织、比尔和梅林达盖茨基金会在东京共同主办了全球行动加强卫生系统国际会议。⁴¹除上文所述国际咨询委员会和工作队的成员之外，还有 150 多名学者以及来自发展援助组织（例如联合国）、非政府组织和政府的官员参加、从事了发人深省的讨论，讨论涉及卫生人力、卫生筹资和卫生信息等问题。一份题为“全球行动加强

卫生系统：对 8 国集团的政策建议”的报告⁴²介绍了与会者的投入，并于 2009 年 1 月送交日本和意大利两国政府，此后该报告的编写者举行了国际会议和研讨会，以便更广泛地传播该报告。所有的利益攸关方，包括工作队成员和政府官员在内，正做出具体努力，以期遵守这些政策建议。

（二）目前在强化卫生系统方面的现状

125. 尽管国际社会越来越认识到强化卫生系统的重要意义，但强化卫生系统的定义、模式、战略和方法随着机构的不同而变化，发展中国家和国际社会仍在讨论哪些才是高效率 and 有效的卫生系统。

126. 即将于 2009 年 5 月举行的第六十二届世界卫生大会（截至 2009 年 5 月 15 号）拟通过一项题为“包括强化卫生系统在内的初级保健”。这项决议以包括日本在内的 39 个国家在 2009 年 1 月的世卫组织执行委员会第 124 届会议上提出的决议草案为基础，旨在进一步明确和推动世卫组织和会员国的努力，解决强化卫生系统的问题，特别是，卫生筹资、卫生人力和卫生信息/监视系统等问题。

127. 不过，不能仅依靠世卫组织及其会员国的努力来强化卫生系统。令人鼓舞的是，世界银行、抗艾结疟基金和免疫联盟等卫生八组织集团都做出了承诺。自最大限度地实现目标，必须与所有利益攸关方开展合作。

128. 强化卫生系统与初级卫生保健概念是相辅相成的，后者重视社区的观点，旨在普及基本卫生保健服务。应当通过国家保健计划落实卫生系统的强化，最优先考虑社区/地区的需求。

方框：促进加强卫生系统的全球行动-对 8 国集团的政策建议

对 8 国集团的政策建议第一部分：“克服卫生人力危机的机遇”⁴³

卫生人力资源是卫生规划和管理长期关注的一个问题，目前世界各地大量短缺卫生工作者。不过，卫生人力研究小组的主任 Masamine Jimba 教授还确定了其他比卫生工作者人数短缺更为重大的挑战，包括付款不足、缺乏积极性、缺少培训和监督以及恶劣的工作环境。Jimba 教授还查明，在国家内部和国家之间，跨专业和技术熟练的卫生工作者的分配极不均衡。对此，他的论文建议 8 国集团采取四个重大行动解决这些问题：

- 1 加强各国规划、实施和评价卫生人力方案的能力，使各国能够更有效地利用现有的卫生人力和执行 8 国集团的承诺。
 - 1.1 开发各项机制，以便评价国家一级的卫生人力进程。
 - 1.2 确定宏观经济政策的途径，以减少对扩大卫生人力的限制，
 - 1.3 加强国际高等教育机构网络，以提供在资源有限地区获得卫生和医

学教育的机会。

2 处理造成国际卫生工作者迁移的需方原因。

2.1 各国运用自身资源增加卫生工作者的人数，解决自身的问题。

2.2 支持卫生组织的业务守则，以解决移民问题。

2.3 寻求实际的解决方案，同时保护个人通过移徙寻求就业机会的权利和所有人的健康权。

3 对8国集团国家的行动开展年度审查，以改善卫生人力情况。

3.1 运用一套标准化共同措施评估8国集团国家正在开展的工作、已经开展的工作，以及相关的支持证据。

3.2 运用这种审查来评价卫生系统的绩效，找出在筹措资金和宣传方面的差距，开发基于证据的最佳做法，增加关于通过加强人力资源来提高卫生系统绩效的知识，并观察8国集团国家如何贯彻其承诺。

对 8 国集团的政策建议第二部分：“加强发展中国家伙伴的卫生筹资”⁴⁴

对发展中国家的卫生筹资缺乏完全准确的估计，但最近的趋势表明，外部和国内的卫生供资来源一直在增加。然而，Ravindra P. Rannan-Eliya 博士在其论文中强调，“更多的钱不一定意味着更好的结果”。一些国家能够用有限的财政资源实现更好的卫生系统绩效，而另一些国家的卫生投资虽然不少但却收效甚微。这种在国家绩效方面出现的巨大差异为我们提供了机会，使我们能够了解为什么在有些条件下一些卫生系统能利用有限的资金取得更好的工作成效。公共筹资是一个重要的必要条件，这一点已日益成为全球共识，尽管公共筹资的形式（也即税收融资与社会医疗保险）仍然是争论的焦点。更好的绩效还取决于使用可用资金的方式以及把卫生系统的覆盖范围向难以接触的人群扩展的方式。Rannan-Eliya 博士建议 8 国集团采取三个重大行动应对发展中世界的卫生系统面临的筹资挑战：

- 1 补充关于增加卫生资金的努力，同时通过更好地支持国家主导的卫生筹资和制度政策，努力改善保健支出的价值。
- 2 基于技术专家之间的现有共识，由8国集团做出明确承诺，优先支持国家卫生筹资政策（该政策把税收融资和/或社会医疗保险形式的公共卫生筹资作为扩大对穷人和社会弱势群体的覆盖范围的工作核心）。
- 3 向发展中国家伙伴投资，使其有能力制定更好的筹资政策。这需要增加对建设国家能力开展卫生系统政策评估的投资和对各项机制的投资，以了解和分享最佳做法国家的经验。

对 8 国集团的政策建议第三部分：“努力开展卫生宣传集体行动”⁴⁵

Kenji Shibuya 教授编写的卫生宣传政策文件确定该领域的两种主要挑战分别是：技术效率低下和资源配置效率低下。对于前者，他解释说，确实存在适当的数据，但没有被决策者或政策分析者采用，可能是因为他们没有获得信息的途径，或者是他们没有能力通过分析和利用这些数据来回答有关卫生系统绩效的问题。Shibuya 教授把资源配置效率低下的问题描述为数据收集工作杂乱无章和数据汇编工作缺乏明确的衡量战略。为纠正这些低效率问题，他建议 8 国集团采取三项重大行动：

- 1 开展 8 国集团年度审查，以评估 8 国集团对卫生系统和方案的承诺。
 - 1.1 定义一套标准化的计量和衡量战略，以便对援助的有效性、各个卫生系统和方案进行监测和评估。
 - 1.2 规划和评估今后 8 国集团及其合作伙伴运用共同框架和计量标准开展的与卫生有关的活动。
- 2 确立数字化共同框架，利用全球和区域英才中心网络增加获取数据的途径，并提高数据的质量，在国家 and 全球各级开展分析工作。
 - 2.1 促进公共领域的开放访问和数据共享原则。
 - 2.2 建立全球共同指标数据库（从千年发展目标、人力资源和资源跟踪着手）和数据交换与质量保证机制。
 - 2.3 建立 Cochrane 式的全球卫生监测，以产生用于制定卫生政策的经验证据。
- 3 集中全球和国家一级的卫生计量资源，创建全球卫生计量挑战网络。
 - 3.1 发展能力并创造一种激励结构，以便各国和数据生产者收集、交流、分析和解释质量更好的数据。
 - 3.2 依据符合商定原则的第三方评价提供保健资金，包括制定一项标准衡量战略、提交公共领域的的数据、加强地方能力以及适当使用信息技术。
 - 3.3 在民事登记不完整或不存在的国家，优先发展民事登记制度。
 - 3.4 投资于一系列具有全国代表性的多种疾病和危险因素家庭调查。

. 5. 努力实现政策建议

129. 过去和最近的进程促成了 8 国集团九州冲绳首脑会议、第四次东京会议和 8 国集团北海道洞爷湖首脑会议的卫生成果，如这些进程所示，日本政府在创造

意识、发挥领导作用、指挥包括捐助国、发展中国家、国际组织、私营部门、学术界和民间社会在内的所有有关利益攸关方提供的资源方面，均处于独特和特殊的地位。日本将继续采取这一卓越的参与性办法，促进形成关于加强卫生系统的国际讨论，并促使这一讨论在日本提供卫生援助的背景下成为现实。通过这样做，日本将促进实现与卫生有关的千年发展目标。与此同时，日本将确保证明在履行其承诺方面实行了问责。

注：

¹ http://www.mofa.go.jp/policy/health_c/address0711.html。

² 联合国经济和社会事务部统计司(2008年6月),《2008年千年发展目标进度表》。

³ 卫生小组向《横滨行动计划》提供了以下投入：(a) 从怀孕前、怀孕、生育到育儿这整个期间，利用高影响力的干预措施例如为儿童提供免疫接种和微营养素，促进对妇女和儿童的持续护理，以此作为未来5年内在东京会议进程项下将要开展的活动；(b) 为实现普及生殖保健服务的国际努力提供支持；(c) 按照世卫组织设定的目标，支持在5年内把非洲有熟练接生员接生的比例提高到75%的国际努力。

⁴ <http://www.mofa.go.jp/region/Africa/ticad/ticad4/doc/action.pdf>。

⁵ <http://www.mofa.go.jp/region/africa/ticad/ticad4/pm/address.html>。

⁶ <http://www.ticad.net/presskit-2008/YokohamaDeclaration-30May2008.pdf>。

⁷ <http://www.mofa.go.jp/region/Africa/ticad/ticad4/doc/action.pdf>。

⁸ <http://www.mofa.go.jp/region/africa/ticad/ticad4/doc/appendix.pdf>。

⁹ 联合国经济和社会事务部统计司(2008年6月),《2008年千年发展目标进度表》，2008年6月。

¹⁰ <http://www.mofa.go.jp/region/Africa/ticad/ticad4/mechanism.html>。

¹¹ <http://www.mofa.go.jp/region/Africa/ticad/ticad4/speech0903.html>。

¹² http://www.mofa.go.jp/policy/health_c/address0711.html。

¹³ 卫生八组织集团(H8)已经非正式成立，以通过有效的支持来改善与卫生有关的千年发展目标。“卫生八组织集团”系指八个全球国际卫生组织组成的非正式集团：比尔和梅林达盖茨基金会；全球疫苗和免疫联盟(免疫联盟)；全球抗击艾滋病、结核病和疟疾基金(抗艾结疟基金)；联合国艾滋病毒/艾滋病联合规划署(艾滋病规划署)；联合国人口基金；联合国儿童基金会；世界银行和世界卫生组织。

¹⁴ http://www.mofa.go.jp/policy/economy/summit/2008/doc/pdf/0708_09_en.pdf。

¹⁵ http://www.jcie.or.jp/thinknet/takemi_project/index.html#members。Keizo Takemi教授曾任众议院议员，卫生、劳动和福利部副部长，外交国务秘书。

¹⁶ http://www.mofa.go.jp/economy/summit/2008/doc/doc080714_en.html。

¹⁷ 自 1994 年以来，外务省一直在与非政府组织开展对话，这一对话成为双方积极促进日本 1994 年宣布的“全球人口和艾滋病问题倡议（GII）”的一个开放论坛。

¹⁸ 2008 年第三方评价，日本外务省《日本卫生部门官方发展援助评价》，2009 年。

¹⁹ 这些数据来自 1971 年以来经合组织和发援会的统计数据，与卫生有关的数据就是在那一年开始收集的。这些统计数据中包括人口和生殖健康数据。

²⁰ 2004 年和 2005 年援助金额的差异是由于在 2004 年对一些捐赠援助项目实行换文（E/N）造成的，不是因为修正了援助政策。

²¹ 日本为下列国际组织提供了核心支持和/或资金：世卫组织；抗艾结症基金；儿童基金会；人口基金；联合国人的安全信托基金；计生联；世界银行；开发署；亚行；动卫组织；艾滋病规划署；非行；教科文组织；美开行；粮农组织；粮食计划署和志愿人员组织。

²² 数据来自经合组织和发援会的统计数据，其中包括人口和生殖健康数据。除双边援助之外，日本为包括抗艾结症基金在内的国际组织提供了捐助。

²³ 日本外务省《2008 年日本官方发展援助白皮书——日本的国际合作》，2009 年。

²⁴ 同上。

²⁵ 同上。

²⁶ 援助实效五项原则如下：（a）所有权；（b）符合合作伙伴的战略；（c）协调统一；（d）注重成果的管理；和（e）相互问责。

²⁷ 经济合作协调员由下列非洲国家的人员担任：埃塞俄比亚、加纳、肯尼亚、马达加斯加、莫桑比克、塞内加尔、苏丹、乌干达和赞比亚。

²⁸ 日本官方发展援助的一项重要原则就是支持发展中国家的自助努力，办法是扩大人力资源开发方面的合作、开展包括制定法律制度在内的体制建设以及建设经济和社会基础设施，这些都是发展中国家的发展基础。在执行这一政策时，日本已经并将继续把项目支助作为优先事项。这一把项目支助作为日本官方发展援助基础的原则不会发生巨大变化，因为它从对公众负责的角度出发，在捐助者和

受援国之间建立了丰富的联系。尽管如此，虽然有许多国家争取预算支持，但如果这是发展中国家按照其国情落实有效援助所必需的，日本将为其提供预算支持。迄今为止，日本已经向柬埔寨、印度尼西亚、老挝人民民主共和国、越南、坦桑尼亚联合共和国提供了预算支持。

²⁹ 国际合作研究所、日本国际协力事业团，《日本在公共卫生和医疗系统方面的经验——努力改善发展中国家的公共卫生和医疗系统》，2004 年，网址：<http://www.jica.go.jp/english/publications/reports/study/topical/health/index.html>。

³⁰ 今天，不仅是日本，而且各个捐助国和发展中国家也在使用《妇幼保健手册》。

³¹ 2005 年摩洛哥农村地区的孕产妇死亡率为 227 例死亡/每 100,000 例活产。这一数字比城市地区高出 2-3 倍。

³² 向 15 岁以上的女性或待产妇女分发了妇女保健手册，该手册被用于摩洛哥的医疗保健和自我护理。

³³ 国家结核病和麻风病中心控制（CENAT）、省卫生区（PHD）、业务区（OD）、保健中心等。

³⁴ 用于评价结核病控制项目的九个“人的安全”概念：（a）坚定不移地接触有需求者；（b）把重点放在最易受伤害者身上；（c）早期诊断、治疗疾病以及预防传染病以产生更大影响；（d）促进管理项目的可持续性；（e）处理社会经济条件造成的卫生系统脆弱性的应对措施；（f）建设各级保健服务提供者的能力；（g）促进并授权开展业务研究和调查；（h）增强当地社区的人民和服务对象的能力；（i）加强与各行为者的伙伴关系和合作以产生更大影响。

³⁵ 千年承诺组织（MP）是美国的一个非营利组织，它致力于实现千年发展目标 1。“千年村项目”是该组织最重要的倡议，根据该倡议，该组织目前在非洲农村的 112 个村庄社区开展工作，通过增加获得清洁饮用水、卫生设施和其他重要基础设施、教育、粮食生产、基本医疗保健以及环境可持续性的机会，促进综合性农村发展办法。千年承诺组织还支持独立的项目，以解决造成极端贫困的原因，其重点之一是控制疟疾。该项目向各个“千年村”分发了 OLYSET®蚊帐，并提供了医疗用品。

³⁶ 第 1 组（2007 年 3 月-2008 年 11 月）：肯尼亚、乌干达、坦桑尼亚、马拉维、尼日利亚、塞内加尔、马达加斯加、厄立特里亚；第 2 组（2009 年 3 月-2010 年 11 月）：摩洛哥、马里、布基纳法索、贝宁、布隆迪、刚果、尼日尔。

³⁷ 5S 活动（分类、设置、服务、规范、维持）、持续质量改进（CQI）、全面质量管理（TQM）。

³⁸ 这是一项落实保健资本投资的国家计划：投资于保健基础设施，例如建造和恢复保健设施、供应和更换医疗设备、以及改善基础设施，也即发展水、电和通讯等。

³⁹ “医疗资产”系指投资选择，其中包括总体健康投资之外的医疗设备和卫生基础设施。

⁴⁰ http://www.jcie.or.jp/thinknet/takemi_project/index.html#members。

⁴¹ http://www.jcie.or.jp/thinknet/takemi_project/081104symposium.html。

⁴² 全球行动加强卫生系统工作队的《促进加强卫生系统的全球行动——对 8 国集团的政策建议》，日本国际交流中心，2009 年。

⁴³ Masamine JIMBA，“克服卫生人力危机的机遇”，《促进加强卫生系统的全球行动——对 8 国集团的政策建议》，日本国际交流中心，2009 年。

⁴⁴ Ravindra P RANNAN-ELIYA “加强发展中国家伙伴的卫生筹资”、《促进加强卫生系统的全球行动——对 8 国集团的政策建议》，日本国际交流中心，2009 年。

⁴⁵ Kenji SHIBUYA，“努力开展卫生宣传集体行动”、《促进加强卫生系统的全球行动——对 8 国集团的政策建议》，日本国际交流中心，2009 年。