

平成 21 年度
日本の国際保健政策に関する調査
—新保健政策策定に向けて—

平成 22 年 3 月
(2010 年)

(財) 家族計画国際協力財団
(ジョイセフ・JOICFP)

(特活) HANDS
(Health and Development Service)

はしがき

本報告書は、新保健政策策定へむけての取組の一環として、2009年度に外務省より委託を受け、財団法人ジョイセフ（家族計画国際協力財団）および特定非営利活動法人 HANDS による調査チームによって実施した「新保健政策策定に係わる調査業務」に基づく調査結果を取りまとめたものである。

日本政府は、その開発政策において保健分野への支援を重要課題と位置付けている。2005年には、「保健と開発に関するイニシアティブ（HDI）」を発表し、保健関連のミレニアム開発目標（MDGs 4、5、6）の達成にむけて、保健分野における個別の課題への直接支援のみならず、保健システム強化を含む包括的アプローチを基軸として支援を推進してきている。

この HDI が 2010 年 3 月をもって期限を迎える今、日本政府がこれまでの成果をレビューし今後の方向性を検討する重要な時期にあたる。本報告書は、今後の方向性を検討するに当たり、主要援助国・国際機関の動向を踏まえ、日本のこれまでの保健援助政策の取組と課題を分析し、今後日本政府が取るべき政策・戦略を検討する目的で作成した。

本調査においては、日本政府や有識者、NGO などから広く意見・助言を得た上で、情報・意見の収集・分析を行った。本報告書が、国際社会の潮流を踏まえ、グローバル・ヘルス（地球規模課題としての保健）分野の課題に対し、日本政府の政府開発援助（ODA）がより効果的に貢献すべく、今後の保健援助政策および戦略の策定に資する基礎資料として寄与することを願っている。

また、本調査の実施にあたっては、国内外の多くの援助関係者、およびグローバル・ヘルスに関わる関係者の皆様より多大なご協力・ご助言をいただいた。ここに、深く御礼申し上げる次第である。

最後に、本報告書は当調査チームの責任において取りまとめたものであり、日本政府あるいは外務省の考え方を必ずしも反映するものではないことを付記する。

2010年3月

財団法人 家族計画国際協力財団
理事長 近 泰男

特定非営利活動法人 HANDS
代表理事 中村 安秀

要 約

1. 調査の概要

21世紀の国際開発目標となったミレニアム開発目標（MDGs）の達成期限まで5年を残すのみとなり、2010年9月には、国連においてハイレベルのレビュー会議（MDGs+10サミット）の開催が予定されている。2005年に日本政府が発表した「保健と開発に関するイニシアティブ（HDI）」（5年間で50億ドルの支援）は、2010年3月で期限を迎える。

この機会に、本調査では、日本政府関係者や有識者、NGOなどに広く意見・助言を得た上で情報・意見の収集・分析を行い、日本が国際社会の課題に対しグローバル・ヘルス（地球規模課題としての保健）¹分野においてより指導的役割を果たすとともに効果的な貢献をすべく、今後の援助政策・戦略、取組の策定に資する教訓および提言を提供することを目指した。

2. 調査結果

1) 主要国・国際機関等の保健分野援助政策の動向

「ミレニアム開発目標（MDGs）」は、国際社会が取り組むべき共通の課題として各国政府、援助機関、市民社会が目標達成へむけてのコミットメントを高めることにつながってきている。また、従来の援助国や国際機関中心の援助から、民間の財団の存在感が増すとともに多くのステークホルダーが参入し、グローバル・ヘルスを取り巻く国際社会のガバナンス（統治体制）は大きく変化している。パリ宣言やアクラ行動計画、国連システムの活動の一貫性強化のための方策として「ONE UN」をはじめとする援助協調の流れも進んでいる。グローバル・ヘルスの分野は今、新しい国際的な総合調整の仕組みづくりに向ける過渡期をむかえていると言える。MDGs以来、過去10年間で保健分野への資金は倍増したが、多くは特定の疾病対策に対して向けられてきており、達成が危ぶまれているMDGs 4および5の母子保健分野への投資は限られてきたことからその重要性が高いことが共通の認識になっている。さらに「保健システム強化」の重要性が認識され、世界エイズ・結核・マラリア対策基金（世界基金）、ワクチンと予防接種のための世界同盟（GAVI）、世界銀行による新しい「合同プラットフォーム」への動きも見られる。

こうした国際機関の動きに加えて、G8諸国をはじめとした主要ドナー国ではグローバル・ヘルスを外交政策の一環として取り上げ、国際社会の利益とともに自国民の利益にも資するとして外交政策の柱として位置付けてきている。2010年6月はカナダでG8/G20サミットが開催され、G8については、議長国のカナダより議題として、開発課題、特に母子保健を中心としたグローバル・ヘルスが提案されている。

主要援助国を見ると、グローバル・ヘルス分野への支援に対してイニシアティブの形で打ち出すことで国内外に自国の政策を効果的に発信するとともに、政治的リーダーシップとコミットメントを示す上での「顔」となるリーダーの存在が大きな役割を果たしている。また、グローバル・ヘルス分野の政策提言を推進する、幅広いマルチ・セクター（援助実務者、研究者、NGO、民間セクター等）の参加による「セカンド・トラック」の存在も大きい。

主要援助国・国際機関による保健分野の援助政策の策定では、2015年の達成期限や優先課題としてのMDGsが重視されていることが明確である。また、そのアプローチをみると、主たるドナーの多くは、開発支援の対象国の現状やMDGs達成にむけての被援助国のニーズに基づき、「重点国」アプローチをとっている。さらに、援助手法や形態についても、二国間援助と多国間援助との連携や財政支援、セクター支援など戦略的に活用している。被

¹ 本書では、「グローバル・ヘルス」を、従来の「国際保健」ではなく、「国境を超えた地球規模課題としての保健」として使用する。

援助国レベルでは、パリ宣言、アクラ行動計画に基づき、主要ドナー国も援助協調を重視してきており、被援助国のオーナーシップ重視とともに、様々な戦略的な連携強化がなされている。

英米では、大学、研究機関、独立した民間のシンク・タンクなどが政策研究や課題に関する調査実績があり、実際にグローバル・ヘルス分野での政策策定や実施に活かされており、援助政策策定に必要な調査研究やそのためのモニタリング・評価の重視と予算の確保が進められている。また、主要援助国では、市民社会（NGO、民間セクター）との連携を重視してきており、多様なセクターの知見やリソースを活かし、援助の実施、新たな資金ソース創出、あるいは政策提言などの場で、市民社会が重要な存在となってきている。他の主要国と比べると、日本ではまだ NGO を通じた援助の割合は低いレベルにとどまっている。

2) 日本の保健政策の取組と課題

日本は 2000 年に G8 九州・沖縄サミットの開催に際し「沖縄感染症対策イニシアティブ（IDI）」を発表し、感染症問題への取組の重要性を国際社会に訴えるとともに、世界エイズ・結核・マラリア対策基金創設への礎を作った。2008 年には TICAD IV と G8 北海道洞爺湖サミット両方のホスト国として、それぞれ「横浜行動計画」、「国際保健に関する洞爺湖行動指針」策定を通じてグローバル・ヘルス分野において指導的役割を果たしてきた。このモメンタムを引き続き継続していくことが重要である。

グローバル・ヘルスの課題に関しては、2015 年までの MDGs 達成期限を前に多くの国々において保健 MDGs の目標達成が危ぶまれている。特に、地域によって格差が大きくサブ・サハラ・アフリカ地域や南アジア地域の国々での進捗の遅れが目立っている。日本は、保健システム強化、母子保健向上、感染症対策を柱とし、人材育成、保健行政や地域のキャパシティ強化を図るアプローチを進めている。一方、中・長期的視点から、今後、グローバル・ヘルスに影響を及ぼす開発課題へのより広い視点での政策や取組の検討が必要であり、すでにアジアなど途上国でも起こりつつある疾病構造の変化に伴う将来的保健ニーズへむけての対応も重要となっている。日本が自国の経験から得た知見（国民皆保険制度、母子保健制度、保健医療組織のマネジメント、高齢化対策、生涯にわたる健康増進等）は日本の比較優位性を示していくために活用していくことが可能である。

今後の政策の策定、実施にむけては、官民の枠を超えた、マルチ・ステークホルダーによる体制づくりが課題である。また、日本の保健援助政策に関する対外発信力は十分とはいえない。対外的にインパクトのある情報発信のためには、国際的に認知された媒体を通じた情報発信および日本の比較優位性の発信が不可欠である。こうした媒体での情報発信はグローバル・ヘルスに対する日本の貢献に関して日本国内の関心を高める機会ともなり得る。

また、効果的・効率的な援助の実施にむけて、既存の援助手法・形態の在り方についての見直し、柔軟な活用・新しい取組を検討していくことが求められている。さらに、取り組むべき課題や状況によっては、より効率的に効果を高めることができる一つの手法として、他の援助機関との協調について、日本としての活用可能性と活用方法を再考する時期である。

日本政府関連省庁および実施機関である JICA や日本の NGO では、グローバル・ヘルス分野の政策策定に関わる人材が限られている。日本の NGO の多くはプロジェクト実施型であり、政策提言ができる NGO はまだ少なく、日本の NGO の財政基盤や組織体制、人材育成は脆弱であり、政策提言活動を行うための活動資金や専門的な人材の配置が難しいという現状がある。優秀な人材がキャリアパスの一環として NGO、省庁、国際機関などを流動的に移動しながら経験を積み重ねていき、政策人材として育ていけるようなメカニズム

が必要である。

エビデンスに基づくグローバル・ヘルスの推進には、調査研究機関（保健医療を超えた国際関係、関連分野）との連携強化を考えていくことが必要である。調査研究を一つの主要な事業と位置付け、JICA 研究所を含め、研究実施体制（人材、人員、予算）の再検討が必要である。

3) 保健分野モニタリング・評価の課題

MDGs 進捗のレビュー過程において、その達成にむけての各国の取組実績および成果を国際社会に明確に提示していく上で必要なデータを提供するためのモニタリング・評価体制の整備がドナー国に対し強く求められている。グローバル・ヘルスに対する日本の貢献を明確に打ち出すためにも、現行のモニタリング・評価に関わる課題を明らかにし、早急な取組がなされる必要がある。日本が抱えるモニタリング・評価に関わる課題には以下の点を指摘できる。

第 1 は、日本の保健分野を含む開発分野のモニタリング・評価は、上位のレベルの目標や指標が曖昧であったり、政策策定時に示されないという課題を抱える点である。政策として明確に位置付け、日本のコミットメントを示す上でも、目標体系図のような枠組みを用いて、期待される成果を測定可能なものとして政策策定時に提示しておくことが重要である。

第 2 は、日本ではモニタリング・評価結果が十分活用されているとは言い難い状況にあることである。対外的にインパクトのある情報発信をし、国際的な議論をリードするため、今後、国際的に認知された媒体などを通じ、日本の比較優位性が認められるモニタリング・評価結果を積極的に発信するとともに、国内にもわかりやすく発信・提示することが重要である。

第 3 は、「結果重視」と「援助協調」という 2 つの大きな国際潮流の中で、共通のフレームワークに基づくエビデンスの提示を求める要請に応え得るモニタリング・評価体制の整備の遅れである。国際的には、保健分野を含む開発援助分野全般においてモニタリング・評価の重視傾向は強まり、モニタリング・評価そのものの客観性も強く求められている。しかしながら、日本の国際保健分野モニタリング・評価は、現状としてこうした変化への対応がまだ不十分である。日本の強みと経験を生かしつつ、国際潮流に即したモニタリング・評価体制が確立されることは喫緊の課題である。同時に、量的・質的データの両方を確保し、定性的分析やプロセス評価を可能にするモニタリング体制の構築、国際的指標や被援助国の国家指標の活用、国際機関や研究機関等との連携・協働についても、モニタリング・評価の効果的実施を進める上で重要である。

第 4 は、被援助国のモニタリング・評価能力向上への協力に対する日本への期待である。被援助国のモニタリング・評価体制の強化や、合同評価実施のための技術支援などに積極的に関わることで貢献することが可能である。

3. 提言

2005 年に発表された「保健と開発に関するイニシアティブ (HDI)」が 2010 年 3 月で終了することを踏まえ、今後 5 年間 (2010 年～2015 年) を想定し、中・長期的な視点も入れて、日本政府に対して、以下の 5 つの提言を行う。

提言 1：グローバル・ヘルスを日本の外交政策の柱として位置付ける

1-1 日本がグローバル・ヘルスを開発課題の中心に位置付け、外交政策の重要な柱として表明する。「世界のいのちを守る日本」のイメージを世界に発信する。

1-2 2015 年およびそれ以降の課題を中長期的に見て、向こう 5 年間は、二つの視点を持

って、グローバル・ヘルス分野へ支援を行う。

第1：2015年の保健MDGs達成のためのリーダーとして国際社会との協働。

第2：2015年以降の開発課題としてのグローバル・ヘルスに関する政策や取組。

- 1-3 新保健政策の策定では、グローバル・ヘルスへの日本の貢献について政策枠組みを明確に提示し、前回のイニシアティブを超える資金総額のコミットメントを行う。
＜政策枠組み＞

「目標」：「世界のいのちを守る」ことを中心に、人間の安全保障の観点より、人間への脅威である「健康への脅威」からコミュニティおよび人々を守り、全ての人々が平等に健康を維持することを可能とする、世界の実現を目指す。

「戦略」：より良い保健サービスへの平等なアクセスを保障する保健システムの改善・強化を図ることに重点を置き、二つの取組を進める：1) 保健MDGsの達成にむけて、「母子の死亡低減・健康の改善」と「感染症による死亡・疾病の低減」を目指す、2) ポスト2015年に向けて開発課題としてのグローバル・ヘルスに関する政策対話を推進する。

提言2：グローバル・ヘルス推進に向けた体制を強化し、国際潮流をリードする。

- 2-1 グローバル・ヘルス推進に向けた体制を整備する（マルチ・ステークホルダーの代表による独立したハイレベルの「グローバル・ヘルス政策委員会（仮称）」を設置）。
- 2-2 グローバル・ヘルスを推進する「顔」となる人材を登用する（国内外への発信、日本のプレゼンスの確保）。
- 2-3 国際的に認知された媒体を通じて、エビデンスに基づく情報発信を行う。
- 2-4 国際機関との連携強化を通じて日本のプレゼンスを確保する。
- 2-5 革新的な資金調達メカニズムへの国際的な議論をリードする。

提言3：援助効果向上にむけてグローバル・ヘルスの援助方法・形態を見直し強化する

- 3-1 戦略目標や対象地域を絞った選択と集中によりインパクトを図る（優先プログラム、優先国を選定し重点的に投入）。
- 3-2 援助手法・援助形態を見直し、効果的かつ柔軟な活用への仕組みを作る（プログラム・アプローチの推進、多国間援助と二国間援助の連携、援助手法・形態の効果的活用）。
- 3-3 被援助国における国際的な潮流をリードする（国レベルの現場での意思決定プロセスや能力強化、ドナー間の調整へ専門的な調整人材の配置）。
- 3-4 グローバル・ヘルス分野のキャリアパスを確保し、人材およびNGOを育成し、政策策定・提言能力を強化する。

提言4：エビデンスに基づくグローバル・ヘルスを推進する

- 4-1 モニタリング・評価のためのメカニズムを政策枠組みに政策策定時から組み込んでおくとともに、政策策定時より、独立した一定割合の予算を確保する。被援助国のモニタリング・評価体制の強化、合同評価実施のための技術支援を行う。モニタリング・評価の結果を積極的に活用し、国際的に認知された媒体などを通じ対外的にインパクトのある発信をするとともに、国民に分かりやすく提示する。
- 4-2 研究機関・大学等とのネットワークを図り、調査研究を強化する。JICA研究所の役割を見直し・強化を図り、グローバル・ヘルス分野を一つの重要な研究の柱とする。

提言 5：市民社会との協働によるグローバル・ヘルスを推進する

5-1 市民社会（NGO および民間セクター）とのパートナーシップを強化する。NGO の比較優位性を活かし、「政府がカバーできない地域や領域」「政府の不得意な分野」に NGO との協力による ODA 実施を増大させる。政策提言型 NGO の育成、ODA/企業/NGO の連携への仕組み作りを推進する。

5-2 国民への情報発信方法を強化する

「健康課題」の改善は、国際社会の利益のみならず、国民の身近な問題として広く関心を喚起することが重要である。NGO のネットワークの活用、「顔」となる人材の活用による国内への発信、より多くの人々がグローバル・ヘルス分野に関心を持てるような時代に沿った情報発信方法や手段を工夫するとともに、学校の現場での「開発教育カリキュラム」を組み込み、理解促進を図る。

目 次

はしがき
要約
図表目次
略語表

第1章 調査の概要	1
1-1. はじめに	1
1-2. 調査の目的	1
1-3. 調査の背景	1
1-4. 調査の方法	2
1-5. 報告書の構成	4
1-6. 調査の制約	4
第2章 主要国・国際機関等の保健分野の援助政策動向	6
2-1. 保健分野援助政策の国際的動向	6
2-2. 保健分野援助政策・方針	7
2-3. 保健分野援助の取組	11
2-4. 援助協調およびパートナーシップ	15
2-5. 資金	17
2-6. 新保健政策策定にむけての課題	20
第3章 日本の保健援助政策の取組と課題	23
3-1. 日本の保健援助政策の推移と国際的動向・日本の援助の特徴	23
3-2. 2015年 MDGs 達成への政策課題および MDGs の枠を超えて取り組むべき課題	30
3-3. 保健分野と密接に関係する他分野との連携	31
3-4. 新保健政策策定にむけての課題	31
第4章 保健分野モニタリング・評価の課題	35
4-1. 日本の開発援助におけるモニタリング・評価の動向	35
4-2. 主要国・国際機関によるモニタリング・評価	39
4-3. 新保健政策策定にむけての課題	45
第5章 提言	47

巻末添付資料

- 添付資料1： 引用・参考文献リスト
- 添付資料2： 関連 Web サイト URL リスト
- 添付資料3： インタビュー・ガイド
- 添付資料4： 面談調査対象機関リスト

図表リスト

表目次

表 2-1	主要援助国および GHP の地域別重点国一覧	11
表 2-2	保健／人口分野の ODA における NGO・Civil Society への支援割合（2008 年）	14
表 3-1	保健医療分野にかかる日本のイニシアティブ、国際的合意行動計画および行動指針一覧	23
表 3-2	「国際保健の課題と日本の貢献」研究・対話プロジェクトが果たした主要な役割	24
表 3-3	意思決定プロセスにおける日本の特徴	26
表 3-4	JICA のビジョンと保健医療課題の関連性	26
表 3-5	日本の援助手法の特徴	27
表 3-6	保健医療分野における援助形態別実績	28
表 3-7	日本の NGO と欧米の NGO の比較	34
表 4-1	日本の ODA モニタリング・評価の課題	36
表 4-2	2000 年以降の政策・プログラムレベル評価（保健分野）	38
表 4-3	保健分野モニタリング・評価の特徴	39

図目次

図 2-1	援助国の保健および人口／RH 分野の援助手法（2008 年）	11
図 2-2	保健および人口 RH 分野の ODA 実績額および ODA に占める割合（2008 年）	18
図 4-1	日本の ODA 評価実施体制・評価対象	35
図 4-2	モニタリング・評価手法による分類	41
図 5-1	政策枠組み（試案）	58

*本調査を通じて収集した情報・参考資料については「別冊資料編」として作成。

略語表

ACSD	Accelerated Child Survival and Development	子どもの生存・成長促進プログラム
ADB	Asian Development Bank	アジア開発銀行
AMC	advanced market commitment	ワクチンのための事前買取制度
ARDE	Annual Review of Development Effectiveness	援助効果に関する年次レビュー
AU	African Union	アフリカ連合
AusAID	Australian Agency for International Development	オーストラリア国際開発庁
CAS	Country Assistance Strategy	国別援助戦略
CAE	Country Assistance Evaluation	国別援助評価
CDF	Comprehensive Development Framework	包括的開発フレームワーク
CIDA	Canadian International Development Agency	カナダ国際開発庁
COP15	the 15th Conference of the Parties under the United Nations' Climate Change Convention	気候変動枠組み条約第 15 回締約国会議
CSO	Civil Society Organization	市民団体
CSR	Corporate Social Responsibility	企業の社会的責任
DALYs	Disability Adjusted Life Years	障害を調整した生存年数
DFID	Department for International Developments	英国国際開発省
DHS	Demographic and Health Survey	人口保健調査
ECD	Evaluation Capacity Development	評価能力構築
EU	European Union	欧州連合
GAVI	Global Alliance for Vaccines and Immunisation (GAVI Alliance)	ワクチンと予防接種のための世界同盟
GHI	Global Health Initiative	グローバル・ヘルス・イニシアティブ (米国)
GHP	Global Health Partnership	グローバル・ヘルス・パートナーシップ
GII	Global Issues Initiative on Population and AIDS	人口・エイズに関する地球規模問題イニシアティブ
GTZ	Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit	ドイツ技術協力公社
G8	Group of Eight	主要国首脳会議
HIV/AIDS	Human Immunodeficiency Virus / Acquired Immunodeficiency Syndrome	ヒト免疫不全ウイルス/後天性免疫不全症候群 (HIV/AIDS)

HDI	Health and Development Initiative	保健と開発に関するイニシアティブ
HSS	Health System Strengthening	保健システム強化
ICPD	United Nations International Conference on Population and Development	国際人口開発会議
IDI	Okinawa Infectious Disease Initiative	沖縄感染症対策イニシアティブ
IEG	Independent Evaluation Group	独立評価グループ
IFFIm	International Finance Facility for Immunisation	予防接種のための国際金融ファシリティ
IHP	International Health Partnership	国際保健パートナーシップ
IMF	International Monetary Fund	国際通貨基金
JBIC	Japan Bank for International Cooperation	国際協力銀行
JICA	Japan International Cooperation Agency	国際協力機構
JOCV	Japan Overseas Cooperation Volunteers	青年海外協力隊
J-PAL	Jameel Poverty Action Lab	ジャミール貧困アクションラボ
KfW	Kreditanstalt für Wiederaufbau	復興金融公庫
MAP	Multi-Country HIV-AIDS Program	アフリカ多国間 HIV/AIDS プログラム
MBB	Marginal Budgeting for Bottlenecks	ユニセフによる保健システム強化に向けた障害・インパクト分析・予算推計ツール
MCH	Maternal and Child Health	母子保健
MDGs	Millennium Development Goals	ミレニアム開発目標
NGO	Non-governmental Organization	非政府組織
NONIE	Network of Networks of Impact Evaluation	インパクト評価ネットワーク
NTDs	Neglected Tropical Diseases	顧みられない熱帯病
ODA	Official Development Assistance	政府開発援助
OECD	Organization for Economic Co-operation and Development	経済協力機構
OECD/DAC	Development Assistance Committee, Organization for Economic Co-operation and Development	OECD 開発委員会
PCM	Project Cycle Management	プロジェクト・サイクル・マネジメント
PDCA	Plan-Do-Check-Act	計画・実行・評価・改善

PDM	Project Design Matrix	プロジェクト・デザイン・マトリックス
PEPFAR	The U.S. President's Emergency Plan for AIDS Relief	米国大統領緊急エイズ救済計画
PMNCH	Partnership for Maternal, Newborn and Child Health	妊産婦と乳幼児のためのパートナーシップ
PMP	Performance Management Plan	パフォーマンス管理計画
PRSP	Poverty Reduction Strategy Paper	貧困削減戦略文書
RBM	Result-based Management	結果重視マネジメント
RCT	Randomized Controlled Trial	ランダム化比較試験
RF	Results Framework	結果のフレームワーク
SARS	Severe Acute Respiratory Syndrome	重症急性呼吸器症候群
SRHR	Sexual and Reproductive Health and Rights	性と生殖に関する健康/権利
TB	Tuberculosis	結核
TICAD	Tokyo International Conference on African Development	アフリカ開発東京会議
TIIFHS	Taskforce for Innovative International Financing for Health Systems	保健システム強化に向けた革新的資金調達タスクフォース
UNAIDS	Joint United Nations Programme on HIV/AIDS	国連合同エイズ計画
UNDP	United Nations Development Programme	国際連合開発計画
UNEG	United Nations Evaluation Group	国連評価グループ
UNFPA	United Nations Population Fund	国連人口基金
UNICEF	United Nations Children's Fund	国連児童基金
UNITAID	International Drug Purchase Facility	国際医薬品購入ファシリティ
USAID	United States Agency for International Development	米国国際開発庁
WHO	World Health Organization	世界保健機関

第1章 調査の概要

1-1. はじめに

本報告書は、外務省の委託により財団法人ジョイセフ（家族計画国際協力財団）および特定非営利活動法人 HANDS による共同調査チームで実施した「平成 21 年度新保健政策策定に係わる調査業務」による調査結果を示すものである。

1-2. 調査の目的

本調査は、日本が国際社会の課題に対しグローバル・ヘルス（地球規模課題としての保健）²分野においてより指導的役割を果たすとともに効果的な貢献をすべく、今後の援助政策・戦略、取るべき取組の策定に資する教訓および提言を提供することを目的とする。

1-3. 調査の背景

日本政府は、従来人間の安全保障を外交政策の柱として位置づけており、それに直結する地球規模の課題として、保健分野での支援を重視してきた。また、日本政府は、その開発政策において、ミレニアム開発目標（MDGs）の達成、殊に3つの保健関連目標、MDGs 4、5、6の達成にむけて貢献していくことを重要課題として位置づけている。グローバル・ヘルスに関する日本政府の取組は、MDGs 4、5、6の達成のために、保健分野における個別の課題に対する直接的な支援のみならず、保健システム強化を含む保健分野全体に関わる支援を目指す包括的アプローチを基軸としている。これは、2005年に日本政府が発表した「保健と開発に関するイニシアティブ（HDI）」（5年間で50億ドルの支援）の中で明確に示されている。これに加え、日本政府は、世界エイズ・結核・マラリア対策基金（世界基金）の創設の礎をつくっており、累計10.4億ドルの拠出を行う主要ドナーとして感染症対策に貢献している。また、日本政府が2008年に主催した第4回アフリカ開発会議（TICAD IV）およびG8北海道洞爺湖サミットにおいて主導的役割を果たし、感染症や母子保健の目標達成のためには、人材育成を含む保健システム強化が不可欠であることが強調され、保健システム強化はグローバル・ヘルスの主流課題の一つとなった。

上述のHDIが本年度末で期限を迎えること、およびMDGs達成期限の2015年が目前に迫っている状況に鑑み、日本政府が、これまでの政策をレビューし、今後の方向性について検討する好機である。国際的にみると、多様な枠組みやイニシアティブ³が打ち出される一方で、ステークホルダーの拡大などグローバル・ヘルスを取り巻く環境は急激に変化しつつあり、国内外のステークホルダーとの連携と協調もますます重要となってきた。

今後の方向性の検討にあたり、日本政府は、国内外の有識者やNGOから広く意見・助言を求めながら、全員参加型で実施する姿勢を進めており、本調査は、その方針をもとに、これまでのHDIを踏まえ、今後取るべき取組について具体的提言を含む基礎資料の作成を目指して実施した。

² 本書では、「グローバル・ヘルス（Global Health）」という用語を、従来の「国際保健（International Health）」と区別し、「国境を越えた地球規模課題としての保健」を示す言葉として使用する。個々の国々では対応することができない地球規模の保健課題に関して、従来の政府間の取組や国際機関による取組を超えた多くのアクター（NGO、民間財団、企業等）の存在の重要性とも関係している。（Brown et al. 2006.）

³ イニシアティブの捉え方については、第2章2-1を参照。

1-4. 調査の方法

1-4-1. 調査実施の枠組み

本調査では、グローバル・ヘルスに関する日本政府の取組に関して、下記の基本的な問題意識を踏まえ、具体的な調査活動を実施した。

- (1) 日本の地球規模課題政策および開発政策におけるグローバル・ヘルスの位置づけは適切か？（外交政策としての保健）
- (2) 日本政府のグローバル・ヘルスに関する政策は、国際的潮流を踏まえ、アジアからの G8 国としての立場を活かした、対外発信力のある内容であるか？（グローバル・ヘルス政策の適切性）
- (3) 日本政府の政府開発援助（ODA）における保健分野の援助は、効果的なインパクトを生み出し、国際社会の中での日本のプレゼンスを高めることにつながっているか？（援助効果、援助協調）
 - ・策定プロセス/援助手法/支援内容/予算配分等の視点から見てどのような状況にあるか？
- (4) 日本政府のグローバル・ヘルス分野における支援の比較優位性は何か？（援助ツールの比較優位性）
- (5) 日本政府は、国際社会および国民に対して自らの政策の説明責任（アカウンタビリティ）を果たしているか？（アカウンタビリティ、モニタリング・評価）
 - ・各国と比較して、日本政府の政策のモニタリング・評価の実施手法やプロセスは適切か？
- (6) 政府以外のステークホルダー（民間、NGO 等の市民社会）が果たすべき役割は何か？（市民社会の役割）
 - ・各国と比較して、日本の保健分野への支援において民間・NGO の位置付け、取組への参加の在り方はどのような状況にあるか？
- (7) 2015 年の MDGs 達成期限を目前にして、国際社会がとるべき政策課題は何か？
 - ・2015 年以降も見据えた中・長期的視点で、日本として優先的に取り組むべき政策課題は何か？（MDGs を超えて）

1-4-2. 調査の対象

調査分析の対象は、援助国については、ODA 予算の中での保健分野の割合の高さと実際の予算金額⁴を踏まえて、米国、英国、カナダ、ノルウェー、オランダに、また地域戦略の観点からオーストラリアを加えた 6 カ国とした。国際機関に関しては、WHO、世界銀行、UNFPA、UNICEF、UNAIDS に加えて、世界基金、GAVI の二つのイニシアティブを加えて分析を行った。また、保健分野の援助に関する重要なアクターとして、ゲイツ財団、EU と AU の政策についても情報収集・分析の対象に加えた。

さらに、国内の保健分野援助に係わる機関をはじめ、国内外の有識者、国内および国際的 NGO の関係者も調査対象とした。

⁴ OECD-DAC, www.oecd.org/dac/stats/health. (2010 年 1 月 15 日アクセス)

1-4-3. 調査手法および分析方法

<調査手法>

本調査で用いられた調査手法は以下のとおりである。

■ 文献調査

既存の研究文献、日本の援助政策や事業に係る報告書、関連国際会議等の報告書および関連資料、統計資料、インターネット上で公開されている情報などの収集・分析を行った。また主要な参考文献リストを作成し、読者の参考資料とした。

■ 国内インタビュー調査（個人・グループ対象）

日本の保健分野の援助政策・実施に係る関係者および有識者に対してインタビュー・ガイドをもとにインタビューを行った。具体的には、政府関係者、JICA 関係者、NGO 関係者、研究者、実務者を対象に実施した（添付資料 4：面談調査対象機関リスト参照）。

■ 現地調査によるインタビュー調査

文献調査および国内でのインタビュー調査に加えて、追加情報収集のため、2009年11月後半～12月上旬、調査員1名が、米国（ニューヨーク、ワシントン等）、英国（ロンドン）、ジュネーブを訪問し、保健分野における主要国・国際機関の本部関係者、さらにグローバル・ヘルス分野の専門家や NGO へのインタビュー調査および情報収集を行った。（添付資料 4：面談調査対象機関リスト参照）。

■ 有識者・NGO 関係者との懇談会およびメールを通しての意見交換

本調査の実施のプロセスにおいて、グローバル・ヘルス分野に係わる有識者および NGO 関係者をアドバイザーとしてメール・面談および NGO との懇談会を通して意見交換を行った。これは、調査開始直後には、調査の基本的デザインやインタビュー・ガイドおよびインタビュー対象候補者選定への助言、報告書作成の過程では、最終的な教訓や提言の取りまとめへの助言をいただいた。

<分析手法>

日本および海外のインタビューは全て、自由な意見を得るために匿名の原則に基づいてインタビュー・ガイドをもとに半構造的な面談法を用いて実施した。本調査結果は、上記 1-4-1 で述べた調査実施の枠組みを踏まえて、文献調査、インタビュー結果、および有識者・NGO との懇談・意見交換を合わせて情報の整理および分析を行い、取りまとめを実施した。

1-4-4. 調査の実施体制

本調査は、以下のメンバーで編成された調査チームにより実施された。

主任研究員	西田良子	(財) ジョイセフ事務局長補
副主任研究員	和田知代	(特活) HANDS プログラム・アドバイザー
研究員	宮家佐知子	(特活) HANDS プログラム・オフィサー
研究員	溝上芳恵	(特活) HANDS プログラム・オフィサー
研究員	矢口真琴	(財) ジョイセフアドボカシー・グループ・チーフ

本調査チームは、上記の調査手法に基づき、国内関係機関、グローバル・ヘルス分野の有識者および「GII/IDI に関する外務省／NGO 懇談会」における NGO 代表とのインタビューおよび協議を通じた意見・助言を検討・反映しつつ調査・分析業務を実施した。

1-5. 報告書の構成

本報告書は、全 5 章からなる。

第 1 章では、調査の目的、背景、方法等について説明する。

第 2 章では、主要国・国際機関の保健分野援助政策の動向に対する分析を行い、日本の援助政策を取り巻く環境、今後の潮流について考察する。

第 3 章では、日本の保健援助政策について、これまでの推移と日本の援助の特徴、今後の政策課題、援助手法や実施体制の分析を行い、今後の課題について考察する。

第 4 章では、特に説明責任を担保することの重要性という視点より、保健分野の援助におけるモニタリング・評価の日本の動向をレビューするとともに、主要国・国際機関の動向および手法について概観し、今後の保健分野援助の効果的なモニタリング・評価の在り方について考察する。

第 5 章では、第 2 章から第 4 章までの分析・考察に基づき、インタビュー調査や関係者・有識者・NGO との協議から得た助言を踏まえて、今後の新保健政策策定へむけての提言を試みる。

また、本調査を通じて収集した情報・参考資料については、「別冊資料編」として作成した。

1-6. 調査の制約

本調査実施については、外務省規定の企画競争手続きに基づき、(財) ジョイセフおよび(特活) HANDS で共同体を結成し、プロポーザルの提案・審査を通して委託を受けて実施した。

本調査実施団体は、共に、保健分野（特に、リプロダクティブヘルス、母子保健）において、外務省、JICA、国際機関等との協力による実際の途上国の現場での技術協力活動とともに、各種の保健セクター調査、さらに「GII/IDI に関する外務省／NGO 懇談会」のメンバーとしての政策研究・提言を行ってきている。こうした経験とネットワークを活かして本調査を行った。

本調査の実施においては、文献調査および公開情報に基づく情報収集・調査のほか、国内外の援助関係者、有識者、NGO へのインタビュー調査・協議を通して意見・助言を得る

努力を行った。しかし、時間的な制約のため、国内の保健援助分野に係わる様々な関係機関の代表を網羅することはできなかった。日本の NGO 代表に関しては、これまでの外務省と NGO との協議の実績をもとに、ジョイセフ、HANDS が所属する「GII/IDI に関する外務省／NGO 懇談会」を活用し、そのメンバーの代表との意見・助言をもとに実施した。そのため、その他の NGO（大学機関も含む）の代表までは含まれていない。また、日本の政府開発援助において大きな役割を果たしている開発援助コンサルタントに関しては、今回は調査の対象に含めていない。関係者の利益相反（Conflict of Interest）については、両団体は「GII/IDI に関する外務省／NGO 懇談会」に所属しており完全に独立した立場ではないが、調査チームとしては客観的な立場での調査結果のとりまとめに努力した。

第2章 主要国・国際機関等の保健分野の援助政策動向

2-1. 保健分野援助政策の国際的動向

2000年に発表された「ミレニアム開発目標（MDGs）」は、国際社会が取り組むべき共通の課題として各国政府、援助機関、市民社会が目標達成へむけてのコミットメントを高めることにつながってきている。グローバル・ヘルス分野においても、国際社会が重点的に取り組むことにつながり、過去10年間にその資金量は倍増した⁵。しかしながら、2-5 資金の項で詳述するように、MDGs 達成への資金需要は依然として高く、その課題は大きい。さらに、資金提供のメカニズムや政策の面においても、国際機関と援助国政府が大きな役割を果たしていた従来の構造からの変化がみられる。イニシアティブやパートナーシップ⁶による取組が増え、ドナー間の連携が進むとともに、その一方でゲイツ財団など資金力を持った民間の財団の存在感も増している。様々なステークホルダーが増え、資金ソースも多様化したことから、グローバル・ヘルスを取り巻く国際社会でのガバナンス（統治体制）は変容を迫られている。新たな資金調達の様相を含み新しい国際的な総合調整に基づく統治体制の確立へむけて、グローバル・ヘルスを取り巻く援助の様相は、過渡期を迎え、極めて流動的であると言える。

こうした背景のもと、SARS や H5N1 型インフルエンザの世界的流行をきっかけに「グローバル・ヘルス（Global Health）」を被援助国の視点からの援助政策だけの問題ではなく、自国民の健康との関係で国内の保健問題と直結していると認識されるようになり、加えて、ワクチンなど医薬品の製造・配布に関する知的財産権の問題、さらに途上国からの医療従事者の頭脳流出の問題など、国際社会の共通課題として幅広い外交問題としての協議・調整が不可欠となっている。このような流れを受け、外交政策としてグローバル・ヘルスを取り上げ、国内の保健政策と外交政策との一貫性を図る援助国も増加している⁷。

こうした中で、保健分野へのアプローチについて、疾患別の垂直（vertical）アプローチと、それに対する保健システム強化を目指した水平（horizontal）アプローチ、また、特定の疾病対策の中で保健システム強化を打ち出す対角線（diagonal）アプローチについての議論⁸が成されてきたが、2008年 G8 北海道洞爺湖サミットを契機に、MDGs 達成へむけて人材育成を含む保健システム強化が不可欠であるとの合意がなされ、近年では、保健分野の援助政策は、HIV/AIDS を中心とした疾病を中心として掲げる政策から、MDGs 4、5、6 を重要な課題として捉えながら保健システム強化を打ち出す政策にシフトしている国や機関が増えている。

⁵ 正確には、2001年の109億ドルから2007年の218億ドルへと6年間で倍増している。Institute for Health Metrics and Evaluation, 2009.

⁶ 2000年以降、グローバル・ヘルスの分野において「イニシアティブ」および「パートナーシップ」と呼ばれる取組が数多く打ち出されている。この二つは明確に定義されてはならず、同じ取組に対して両方が使用されている場合もあり区別は難しい。「イニシアティブ」、「パートナーシップ」は、共に、国際的な合意による目標に基づき、特定の疾病、あるいは特定の保健課題への介入に対して支援投入を行うことを通じてインパクトをもたらすことを目指すものであり、それに向けて資金の確保やステークホルダー間（例えば、ドナー間、官民）の連携協力をめざす取組、と言える。その中で、「イニシアティブ」は、特に、特定の疾病や保健課題へ介入への政策・合意・取組を示し、「パートナーシップ」は、特に、官民をふくむ連携や同盟への枠組み、を強調していることが多い。UN Committee for Development Policy, 2009; WHO Maximizing Positive Synergies Collaborative Group, 2009.

⁷ 武井貞治、他、2009。

⁸ Garrett, L., 2007; Jack, A. 2007; Ooms, G. et al., 2008; 武見敬三、他、2008。

2-2. 保健分野援助政策・方針

2-2-1. 保健分野援助政策・方針

保健分野の援助政策の取りまとめ方は、主要国の間でも様々である⁹が、G8 諸国をはじめとするドナー国は、近來保健分野の援助をグローバル・ヘルスの観点より、国際的な利益とともに自国民の利益に資するものとして、外交政策の一環として位置付けてきている。

英国は、英国国際開発省（DFID）による保健分野の援助政策「Working together for better health」（2008～2013年）に加えて、政府全体の保健分野の外交政策として、「Health is Global（2008～2013年）」を発表した。開発援助分野だけではなく、外交政策や国内での保健の問題も踏まえた、英国政府全体としての保健政策を打ち出し、国内外の政策の一貫性を持たせている¹⁰。本海外調査によれば、この政策の策定は、保健省、外務省、DFID が中心となり、大学、研究機関、保健関連団体や NGO を交えた長い期間にわたる検討・協議を踏まえて進められた。さらに大規模なオンライン協議も 2 回実施されたとのことであった。

米国については、2009 年 5 月にオバマ大統領が、630 億米ドルの「米国 Global Health Initiative：米国 GHI（2009～2014）」を発表し、グローバル・ヘルスへの支援を米国の外交政策の中心的課題として位置付け、政府全体の政策として打ち出している。米国 GHI において、「スマート・パワー戦略」を強調し、これまでの軍事的支援から人権や人道的支援を重視した支援へと米国の対外的なイメージの転換を図っている¹¹。

米国では、グローバル・ヘルス分野には、7つの行政機関、独立の連邦機関、多くの関連部局、「米国大統領緊急エイズ救済計画（PEPFAR）」に代表されるイニシアティブなど数多くのステークホルダーが関わっている¹²。米国 GHI の具体的な実施計画・予算の策定については、統合と調整、母子保健・家族計画・栄養、保健システム強化、感染症および評価指標・研究の 5 つの当初方針案に基づいて、国務省、USAID に加えて、保健福祉省などグローバル・ヘルスに係わる機関の代表による政府間作業部会を通じて協議・検討が進められてきている。2010 年 2 月の時点で、2011 年度の予算案が発表されるとともに、米国 GHI の実施に関する諮問文書（Implementation of the Global Health Initiative, Consultation Document）¹³が USAID の WEB 上で公開され、広く意見が求められている。

2010 年 1 月の年頭には、クリントン国務長官の「21 世紀の開発に関する所見」¹⁴において、女性と女兒への投資の重視、被援助国政府や他機関との協調、保健福祉省や疾病予防センターなど国内機関間の連携強化が明確に打ち出され、米国の援助の選択・集中をはかる必要があるとして、その重点対象の一つに保健セクターが挙げられている。また、現在公表されている諮問文書や予算案でみると¹⁵、HIV/AIDS、結核、マラリアに加えて、母子保健と保健システム強化が重点目標として取り上げられており、疾病別のアプローチをとってきたこれまでの方針から変化が見られる。

⁹ 主要ドナーとして、米国、英国、カナダ、ノルウェー、オランダ、EU およびアジア地域との関連からオーストラリア、また国際機関等 9 機関について WEB を中心に調査した。入手先は添付資料の WEB 一覧を参照、「別冊資料編 2-1 および 2-4」に保健援助政策を取りまとめている。

¹⁰ Department of Health, U.K., 2008; DFID, 2007.

¹¹ The White House, Office of the Press Secretary, 2009; Kates, J., 2009.

¹² Kates, J. et al., 2009.

¹³ USAID, 2010.

¹⁴ Clinton, H., 2010.

¹⁵ 諮問文書, USAID, 2010; 2011 年米国 GHI 予算案, Kaiser Foundation, <http://globalhealth.kff.org/> (2010 年 3 月 5 日アクセス)。

欧州連合（EU）を含む他の地域では、英国や米国のように、保健分野の援助政策を独立した形で打ち出している国々は少ない。ただし、カナダやEUのように優先課題の一部として保健政策を組み込んでいる国やドナーもある。カナダは優先課題の一つ「子どもと若者への戦略（Children and Youth Strategy）」の一部として、EUは「人的・社会的開発（human and social development）」の一部として保健分野を挙げている。また、アフリカ連合（AU）も被援助国という立場ではあるが、AUとしての保健政策を打ち立てている。ノルウェーは、2009年に発表した援助政策の中で、保健、教育など他国との比較優位性のない分野については、基本的に多国間援助機関（マルチ）¹⁶を経由すると表明しており、実質的に保健政策を独自に策定することをしていない。

国際機関は、それぞれの使命が明確であり、保健分野をその中心的な使命としているWHO、UNFPA、UNAIDS などについては、全体的な長期計画（Strategic Plan）をそれぞれ策定しており、一方、UNICEFは中期戦略計画とは別に、「保健・栄養戦略2006～2015年」を持ち、世界銀行は、独立した保健政策（「保健・栄養・人口結果への戦略2007年」）を打ち出している。

2-2-2. 国際的な合意との関連・整合性

保健分野の援助政策に関しては、いくつか重要な国際的な合意が影響を与えているが、まず、2001年に合意されたMDGsが挙げられる。MDGsは、次の二つの点でグローバル・ヘルスの分野で大きな影響を与えている。一つは政策の実施期間であり、もう一つは、政策の優先課題である。主要国の政策は、MDGsの達成期限にむけて、5カ年きざみあるいは10年で策定されているものが多く、現時点で発表されている政策はMDGsの達成期限の2015年以前までの期間を対象としているものがほとんどである。

政策の優先課題に関しては、直接的に保健に係わっているMDG4「幼児死亡率の削減」、MDG5「妊産婦の健康の改善」、MDG6「HIV/AIDS、マラリア、その他の疾病の蔓延防止」のうち、HIV/AIDS、マラリア、結核などの感染症を挙げる国が多い。また、2008年から2009年に打ち出された政策では、英国をはじめとして保健分野MDGsでも達成の遅れている母子保健（特にMDG5）を優先課題として挙げているものが多くみられる。

MDGsに加えて、大きな役割を果たしているのが、援助効果向上に関するパリ宣言（2005年）とアクラ行動計画（2008年）である。パリ宣言の5原則（オーナーシップ、被援助国の制度・政策への協調、調和化、開発成果管理、相互説明責任）¹⁷のうち、特にオーナーシップや被援助国の制度・政策への協調については、EUや英国は、保健分野への支援の手法として、セクター財政支援、一般財政支援を取り入れ、被援助国の主体的な資金運用を進める支援方法で対応している。カナダは、援助機関の在外事務所の能力・権限強化を進めることで援助効果を高めようとしており、多くのドナー国においてパリ宣言・アクラ行動計画は重視されている。また、開発成果管理や相互説明責任については、国際機関だけで

¹⁶ 「二国間援助」(bilateral assistance バイ) に対して、「多国間援助」は従来、伝統的な国際機関を軸とした multilateral assistance マルチを示してきている。本書では、「多国間援助」(マルチ) として、近年の伝統的な国際機関の枠を超えたグローバル・ヘルスに係わるマルチ・ステークホルダーによる国際的な枠組みやパートナーシップ (multi-stakeholder partnership) による援助も含む広義の援助形態を示す。

¹⁷ 外務省国際協力局、2008b。

なく各国援助機関も、政策レベルでの指標を設定し¹⁸、毎年（米国）あるいは1年おき（英国）にその成果を発表している国もある。パリ宣言の援助国の援助協調と説明責任の確保を目指して、被援助国の保健戦略強化を打ち出したのが、後述する IHP+である。

国際機関についても、MDGs およびパリ宣言は同様に大きな影響を及ぼしており、MDGs を直接の目標値としては掲げていない場合においても、「MDGs 達成にむけて」としている長期計画が多い。

2-2-3. 優先課題

優先課題は、前述したように、保健分野の MDGs の達成が大きな目標となっており、HIV/AIDS などの感染症や母子保健など MDGs 中の重要課題を打ち出している国が多い。HIV/AIDS については、保健全体の枠組みの中で捉えているところ（ノルウェー）と、保健全体の政策とは別にイニシアティブや政策を立てているところ（米国、英国、EU）があり、より HIV/AIDS を重要課題として重視していることの表れと考えられる。

MDGs との関連では、他に、性と生殖に関する健康/権利 (Sexual and Reproductive Health and Rights: SRHR)¹⁹ や栄養²⁰ について、多くの国が政策の中で触れている。英米の援助関係者、国際機関、NGO 関係者からは、家族計画を含む SRHR 分野への支援が顧みられてこなかったことを指摘する意見が多く、SRHR への包括的なアプローチの重要性が指摘されている。特に、MDG4 および MDG5 に係わる妊産婦および新生児・小児の保健の取組が遅れているため、その強化が必要であることが G8 北海道洞爺湖サミットの洞爺湖行動指針でも合意された。母子保健は、特に近年優先課題に挙げる国が多く、2010 年にカナダで開催される G8 サミットの議題²¹ に取り上げられことが表明されている。他には、顧みられない熱帯病 (NTDs)、タバコ、(交通) 事故などが挙げられている。

こうした疾病を中心にした課題と同時に、近年、横断的に「保健システム強化」を課題として挙げている政策が多く見られる。米国の新しい保健政策の中でも目標の一つとして取り上げられており、英国は、保健システム強化に 60 億英ポンド拠出することを誓約している²²。EU は、政策の中で保健システムを保健分野の中心的な課題としている。被援助国の AU も保健政策に保健システム強化を同様に提示しており、カナダは母子保健を中心とした保健システム強化を強調している。被援助国各国政府の国家保健計画への支援やセクターワイド・アプローチなども、保健システム強化の一環として捉えられる。世界基金、GAVI や PEPFAR など特定の疾病対策を目的に立ち上げられたイニシアティブの中でも、2007 年ごろから保健システムの強化が重要視されるようになってきている²³。

WHO²⁴ では、保健システムの 6 つの構成要素として、「サービス提供」「保健人材」「情報」「医薬品・ワクチン・技術」「財政」「リーダーシップとガバナンス」が挙げられている。

¹⁸ 詳細は第 4 章。

¹⁹ 2007 年の Revision で追加された、MDG 5 の Target の一つが「universal Access to reproductive health」で、今回調査した国の中では、オーストラリアとイギリスは Sexual and Reproductive Health (SRH)、EU とオランダは、Sexual and Reproductive Health and Rights (SRHR) という言葉を使っており、より広範な範囲が課題となっている。

²⁰ Nutrition は、MDG1 の Target に含まれているが、保健との関係も深い分野であり、保健政策の課題の一つとして挙げている国が多い。

²¹ <http://www.pm.gc.ca/eng/media.asp?id=3093> (2010 年 3 月 5 日アクセス)。

²² DFID, 2009a.

²³ Ooms, G. *et al.*, 2008.

²⁴ WHO, 2007.

その中で、特に「財政」については、援助国側の保健財政や制度（税負担、社会保険、私的保険、自己負担など）が援助内容と深く関係することも多く、援助国によって推進する財政基盤に関する方針が異なることで、被援助国側に混乱を生じているとの指摘がある。例えば、税負担で公的保健サービスを支え、利用者負担を基本的に排除している英国は、保健分野援助においても利用者負担の廃止を打ち出している。一方、2006年に一部の医療サービスを強制加入の民間保険でカバーすることとしたオランダ²⁵の場合、サハラ以南アフリカの低所得国での民間保険スキームの開発と実施を行っている「健康保険基金（Health Insurance Fund）」に資金提供するなど、民営化（privatization）²⁶にも積極的である。

今後2015年まで、また2015年以降も見据えた中・長期的な優先課題について海外での調査では、国際社会が取り組むべき共通課題としては、まず2015年のMDGs達成が挙げられた。2015年までの達成期限を前に、多くの国々において保健MDGsの目標達成が危ぶまれている。こうした目標達成への遅れの背景として、脆弱な保健システム（特に最貧国において）が指摘されている²⁷。さらに、政治的コミットメントの重要性、社会の阻害要因（貧困、ジェンダー、教育、人々の健康にかかわる行動変容）への対応、国内の格差の是正、などが合わせて取り組むべき課題として援助国・国際機関で指摘された。

保健MDGsに係わる優先課題に対して、MDGsを超えた今後のグローバル・ヘルス分野に影響を及ぼす課題も今回の調査で挙がっている。例えば、2009年は気候変動に関するCOP15が開催された年であり、UNFPAの世界人口白書のテーマや医学雑誌「ランセット（Lancet）」²⁸で取り上げられるなど、気候変動と健康に関する議論は高まってきている。また、MDGsを超えて検討すべき優先課題として、世界疾病負担の大きな要因でもある非感染症（慢性疾患、糖尿病、循環器疾患など）²⁹や精神衛生が挙げられている。

2-2-4. 地域戦略

保健分野のみの援助政策がある国に限られているため、ここでは、全般的な開発援助政策における地域戦略も含めて分析する。地域戦略として、援助国の政策で多く取り入れられているのは「重点国を絞る」ことである。対象とする保健課題の中でニーズの高い国を重点国として選択するケースが多く、表2-1にあるように、重点国の中にアフリカの国の占める割合は全体的に高いが、対象を特定の地域のみ限定することはなされていない。主要援助国およびGHPの重点国一覧（詳細）を「別冊資料編2-3」にまとめた。

英国は、保健ニーズの高い国に焦点をおいて、結果的にはアフリカ地域への投入が多く、米国は、保健課題ごとのニーズに加えて国家戦略上の重要国を選択している。オランダは選択基準を複数設定し、「MDG達成推進」ではバングラデシュ、イエメンなど、「治安と開発」ではアフガニスタン、パレスチナなど、「広域的關係」からエジプト、南アフリカなどのように重点国を定めている。また、より柔軟に援助対象を決めるために、ノルウェーのように重点国を定めない国もある。オーストラリアは重点国を定めるとはしていないが、大洋州とアジアの一部に援助が集中しており、実績ベースでは重点国を持つと言える。

²⁵ 佐藤主光、2007。

²⁶ Privatizationについては、NGOから批判もある。（Oxfam International, 2009）

²⁷ 保健システム強化に向けたグローバル・アクション・タスクフォース、2009。

²⁸ Costello, A. et al., 2009。

²⁹ WHO, 2009; WHO, 2005。

表 2-1 主要援助国および GHP の地域別重点国一覧

	米国 MCH	PEPFAR	英国	カナダ	オランダ	IHP+	PMNCH
アジア	9	6	7	5	6	2	6
中南米	3	3	0	6	5	0	2
欧州	1	2	0	1	3	0	0
中近東	0	0	1	1	2	0	0
アフリカ	17	20	14	7	17	18	8
合計	30	31	22	20	33	20	16

注： 各国の援助政策「別冊資料編 2-4」より調査チームで取りまとめた。アフガニスタンはアジアに含む。米国 MCH 分野の重点国 30 カ国は 2008 年年次報告に基づく。米国の新しい GHI の実施計画諮問文書では、今後 GHI+として重点国を最大 20 カ国まで絞って選択することを計画している。PEPFAR: 2009 年 12 月現在。

2-3. 保健分野援助の取組

2-3-1. 援助手法・形態

パリ宣言と保健分野 ODA との関連を分析した報告書³⁰では、2002～2006 年の期間で、保健分野 ODA の 41.7%が技術協力に拠出されており、特に HIV/AIDS 分野では 53%が技術協力に拠出されている。また、小規模案件が多いことも指摘されている³¹。セクタープログラムへの支援は、保健分野 ODA の 7.7%であるが、実際にはもっと少ない割合ではないかと指摘されている。

援助国の保健および人口 RH 分野の援助手法を比較した図 2-1 からは、ノルウェーや日本が援助手法として国際機関に対する拠出の割合が大ききことや、日本、英国、EU などは、公的セクターへの拠出が大ききことが読み取れる。

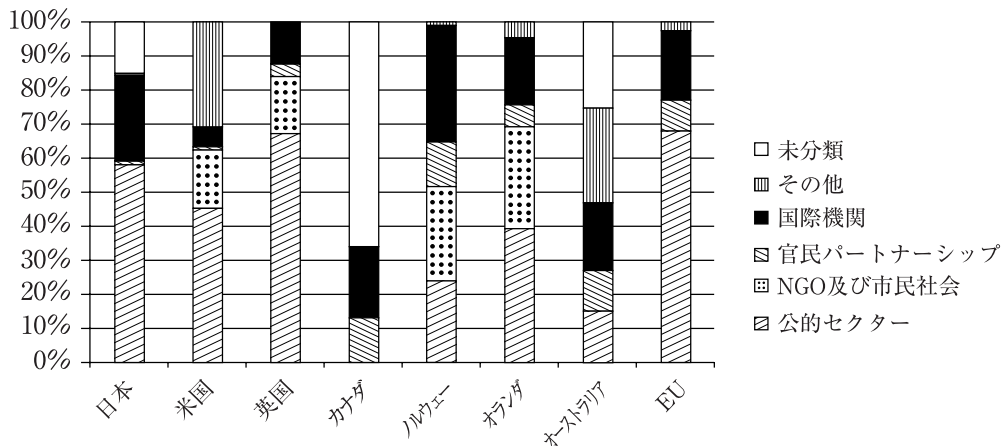


図 2-1 援助国の保健および人口/RH 分野の援助手法 (2008 年)

出所：OECD/DAC 統計

³⁰ OECD/DAC の分類による。WHO/WB and OECD, 2008.

³¹ 小規模案件は、政府にとって業務量の増加、国家戦略からの逸脱、ドナー間協調の困難さに繋がるとしている。

米国は、2008年のグローバル・ヘルス分野への援助実績で、87%が二国間援助である³²。これに対して、ノルウェーは、前述したように、保健など自国が高い専門性を持たない分野については、二国間援助は実施せず、多国間援助のみ実施するとしている。EUや英国は、他の援助国と比較すると、財政支援の割合が高く、英国は2006/07年には保健分野援助の10%であったセクター財政支援が、2007/08年には20%になり、現在もその傾向を維持している³³。EUは、「MDG締約 (MDG contracting)」というMDGsの進捗と長期的な一般財政拠出を関連づけた新しいタイプの一般財政支援を開始した³⁴。

また、近年、グローバル・ヘルスの分野では、国際的な取組や枠組みとして様々なイニシアティブ³⁵が打ち出されてきており、その代表的なグローバル・ヘルス・イニシアティブと呼ばれているものとして、米国のPEPFAR、世界基金やGAVIなどが挙げられている³⁶。主たる援助国による保健関連の援助の中で、こうしたイニシアティブは高く位置づけられており、全体予算に占める資金的投入額の割合も大きくなっている。2009年に発表された米国GHI予算ではPEPFARは6年間総予算(2009~2014年)の70%を占めている³⁷。

近年、G8諸国を中心に成果の達成状況を示すデータや、実証的なデータに基づく政策立案にむけての動きが活発で、英米の援助政策では調査研究、モニタリング・評価の比重が増大している。英国は、5年間(2008~2013年)に10億英ポンド(年間2億英ポンド)の調査予算を投入予定であり、その40%はグローバル・ヘルス分野に振り分けられる計画となっている³⁸。一方米国では、2011年以降、米国GHI資金の約10%をモニタリング・評価や成果の共有のために活用していくとしている³⁹。

2-3-2. 他分野との連携

保健分野は栄養や環境、教育といった他の分野と密接な関連があり、援助においても、こうした分野との連携が重視されている。ここでは、各国政府・各機関が保健援助政策の中で挙げている保健以外の関連分野との連携について概観する。

英国は、「栄養」を重要な連携分野と考えており、現在栄養に関する戦略を策定中で、2010年3月に発表予定である。栄養以外にも、食料の確保(food security)や生計手段確保も保健とリンクし重要であるとしている。米国でも、栄養との関連での「食料安全保障イニシアティブ(Food Security Initiative)」や「気候変動」、あるいは「女子に対する基礎教育」、「水」や「衛生」などを保健との連携分野として重視している。

他分野との政策上の連携に関しては、各国が掲げる優先課題が大きな影響を及ぼしている。カナダは、「子どもと若者への戦略(Children and Youth Strategy)」をその中心に掲げており、子どもの健康に大きな影響を及ぼす「水と衛生」、あるいは「栄養」が保健と同じ枠組みの中で捉えられている。UNICEFも同様であり、例えば、ポリオのキャンペーンは水と衛生、学校保健(健康教育)とリンクして実施するなど、セクター間の連携を図っている。

³² Kates, J. *et al.*, 2009.

³³ DFID, 2009b.

³⁴ Oxfam International, 2008.

³⁵ 「イニシアティブ」の定義については、脚注7参照。

³⁶ WHO Maximizing Positive Synergies Collaborative Group, 2009.

³⁷ Kates, J., 2009.

³⁸ DFID, 2008.

³⁹ USAID, 2010.

世界銀行の保健戦略でも、「水と衛生」や「栄養」は、同じ枠組みの中で取り上げられている。

優先課題として SRHR を掲げているオランダや UNFPA などは、ジェンダーを重要な関連分野として挙げている。保健分野に特化した援助政策を打ち出していない場合、ジェンダーは、すべてに関わる共通の課題として開発援助全体の中で配慮され、関連付けられていることが多い。

2-3-3. 対外発信方法

対外発信の戦略に関しては、本調査の対象とした英米両国は共に、効果的に保健分野支援へのイニシアティブの形で政策を打ち出すことで国内外に自国のグローバル・ヘルスの援助政策をアピールすることに成功したといえよう。両者に共通する特徴として顕著なことは、政治的リーダーシップとコミットメントを発信する上で「顔」となるリーダーの存在である。グローバル・ヘルス分野の重要性を訴える上で、政府のトップ（首相・大臣）や「有名人」（オピニオンリーダー）による重要なイベントや会議の際のメッセージが、IT を駆使した様々なメディアを通じて、効果的に配信されている例が多くみられる。また、世界エイズデー（12月1日）などの記念日には、各国の外務大臣や国際開発省の大臣が様々なメディアを通じて声明を発表し、重要性を訴える機会として活かしている。

グローバル・ヘルスに関する各種イニシアティブも対外発信方法として大きな役割を果たしている。米国の PEPFAR は、予算規模も大きく、HIV/AIDS へのコミットメントを表すうえで、大きな役割を果たしている。また、新しく打ち出された米国 GHI は、グローバル・ヘルス分野への投入確保とともに感染症以外の分野への投入拡大も視野においたものと言われている。英国は、国際保健パートナーシップ（International Health Partnership: IHP）や革新的資金調達メカニズムである IFFIm など新しい枠組みを示すことで、グローバル・ヘルスにおける存在感を増している。カナダやノルウェーは、IHP の枠組みの中で、よりテーマを絞り込んだイニシアティブを発表し、予算金額はそれほど大きくなくとも、存在感を示している。

自国民に対する発信について、米国では、外交戦略の成果報告書を専門家向けの詳細なものとは別途市民向けの簡易なものを作成し⁴⁰、分かりやすく情報を提示する努力がなされている。英国では、国民へのコミュニケーションは国民の支持を得るために重要とされており、DFID には強力なコミュニケーション担当部署が設置されている。ツイッターやユーチューブなどの新しいメディアを使った発信方法も積極的に取り入れ、国民との間のコミュニケーションが図られている。

2-3-4. 市民社会、NGO、民間企業の位置づけ

NGO/Civil Society Organizations (CSO)

途上国での援助活動の実施において、草の根の活動など NGO の強みを活かして協調するという政策は現在では一般的となっており、表 2-2 にあるように、日本と EU を除く各国は保健・人口分野の ODA のうち、1割から3割を NGO/CSO を通じた援助に割り当てている。英国では、思春期保健や安全な中絶など、センシティブな分野で政府が直接取り上げにく

⁴⁰ USAID, 2009

いものは、この分野の経験の豊富な NGO との協力を重視し、よりスムーズな支援実施を実現している。

表 2-2 保健／人口分野の ODA における NGO・Civil Society への支援割合（2008 年）

(単位%)

援助国	DAC 全体	日本	米国	英国	カナダ	ノルウェー	オランダ	オーストラリア	EU
割合	17.86	0.86	16.95	16.34	12.47	27.84	29.89	11.83	8.68

出所：OECD/DAC 統計

これに加えて、NGO のアドボカシー（政策提言）推進者としての役割（ノルウェー）や政策策定に際しての役割（英国）について、政策の中で明記している国もある。また、英国などでは、政策策定の過程に、NGO をはじめとする民間団体、大学・研究機関等との協議の場が公式に設けられている。欧米では、国内にアドボカシーや政策提言を展開する実績を有するネットワーク団体（米では、Global Health Council や InterAction など）や NGO が存在し、国際的ネットワークを持って対外的にも活動しており、自国の保健分野支援への政策提言や政策策定のプロセスへの参加をはじめ国際的な協議の場でグローバル・ヘルスのアジェンダの推進役としての役割を担っている。

グローバル・ヘルス分野の国際的な取組における NGO の参加では、例えば、世界基金の意思決定機関である理事会には 3 議席（先進国 NGO、途上国 NGO、感染者コミュニティ代表）が確保されている。また国レベルの国別調整委員会（Country Coordinating Mechanism: CCM）においても、国によってメンバー構成は異なるが、受益国 NGO や感染者組織の参加が強く求められており、NGO の参加は進んできている。UNAIDS や GAVI でも同様に、理事会など組織全体の意思決定機関だけでなく、各被援助国に設置された委員会にも NGO が含まれることとなっている。しかし実際には、途上国において、当該国の NGO が十分な役割を果たしていないことから、現地 NGO の意見が十分反映されていないという意見もみられる⁴¹。

さらに、欧米の主要援助国では、グローバル・ヘルス分野の政策提言を推進する、幅広いマルチ・セクター（援助実務者、研究者、NGO、民間セクター等）の参加による「セカンド・トラック」の存在、加えて、グローバル・ヘルス分野の調査・研究を通じて政策策定に関わる大学・研究機関や独立したシンク・タンクが存在が大きい。英米のシンク・タンクは長い歴史と実績をもち、米国の外交問題評議会（Council on Foreign Relations: CFR）、国際戦略センター（Center for Strategies and International Studies: CSIS、「グローバル・ヘルス・センター」を設置）、英国チャタム・ハウス（「グローバル・ヘルスと外交政策センター」を設置）など、民間の独立したシンク・タンクがグローバル・ヘルス分野の政策提言で大きな役割を果たしている⁴²。

⁴¹ UNAIDS, 2009; GAVI, 2007.

⁴² 横江公美、2004。欧米のシンク・タンクの存在は、日本とは異なり、民間・政府・大学等の人材の流動性が高く、キャリアパスが確立していることも背景にあると指摘している。

民間企業

開発における民間セクターの役割の拡大⁴³や MDGs 達成における民間企業の役割に対する期待⁴⁴など、開発援助の分野への民間企業の参入は進んでいる。保健援助の分野においても、ワクチン製造など医療関係の企業による本来業務の活動だけでなく、途上国でビジネスをする企業を中心に企業の社会貢献（CSR）の一環としての援助活動が行われている例が増えている⁴⁵。

世界基金や GAVI では、これまで保健分野の援助の意思決定に係わることはほとんどなかった民間企業である製薬会社代表が理事会の一員となって重要な役割を果たしている。また、GAVI の AMC（Advance Market Commitment）⁴⁶ではより積極的に民間企業が大きな役割を果たすようになってきている。住友化学株式会社による防虫剤練り込み蚊帳に関わる活動などは、より本来業務の活動として挙げられるであろう⁴⁷。

CSR の一環としては、「プロダクト RED」⁴⁸で知られている、「企業寄付プログラム」が事例としてあげられる。グローバルな企業の参加によるプロダクト RED という共通ブランド商品を開発・販売し、その収益の一部を世界基金に寄付する言う仕組みである。その他、従業員や地域社会への健康教育などを含めた保健サービスの提供（「労働・雇用環境の整備」、「地域社会やサプライヤーへの支援拡大」）や、銀行による感染症プログラムへの経営スキルの提供（「他の経営資源の活用」）などの活動が挙げられる⁴⁹。USAID の支援によるフィリピンの製糖企業の結核への取組など、二国間援助機関が関わっている例もある⁵⁰。

グローバル・ヘルス分野に関心を持つ企業は多く、これまでは医薬品関連企業が多くみられたが、近年では、様々な企業が CSR の枠を超えてより積極的に自らの利益としてグローバル・ヘルス分野の協力に参加するようになってきており、官民連携（Public-Private Partnership）が進展している。USAID が 2001 年に開始した、「Global Development Alliance」の官民連携のデータベースでは、グローバル・ヘルス分野の連携事例が全世界で 214 件登録されている（保健全般 143 件、HIV/AIDS 56 件、家族計画 15 件）⁵¹。

2-4. 援助協調およびパートナーシップ

2-4-1. グローバル・ヘルス・パートナーシップおよびイニシアティブ

グローバル・ヘルスの分野において、近年、グローバル・ヘルス・パートナーシップ（GHPs）や各種のイニシアティブが打ち出されている⁵²。援助協調の動きの中で、この GHPs や様々なイニシアティブが大きな役割を果たしている。この GHPs とグローバル・ヘルス分野で打ち出されている各種のイニシアティブは、共に、保健分野の課題への取組の強化を目指す

⁴³ 国際協力機構国際協力総合研修所、2005；野村総合研究所、2009。

⁴⁴ ビジネス行動要請（<http://bcta-initiative.org/>）。

⁴⁵ 日本国際交流センター、2009；世界基金支援日本委員会、2009。

⁴⁶ 別冊資料編 2-5 に掲載

⁴⁷ 日本国際交流センター、2009；世界基金支援日本委員会、2009。

⁴⁸ 日本国際交流センター、2009；世界基金支援日本委員会、<http://www.jcie.or.jp/fgfj/top.html>（2010年3月5日アクセス）

⁴⁹ 日本国際交流センター、2009；世界基金支援日本委員会、2009。この調査報告書では、企業の感染症への取り組みを(1)「労働・雇用環境の整備」、(2)「地域社会やサプライヤーへの支援拡大」、(3)「コア・コンピタンスを活用した貢献」、(4)「他の経営資源の活用」、(5)「企業寄付プログラム」の5つに分類している。本報告書では、大きく(3)に含まれる本来業務の活動とその他と分けた。

⁵⁰ 日本国際交流センター、2009；世界基金支援日本委員会、2009。

⁵¹ USAID Global Development Alliance Database（2010年2月アクセス）。

⁵² 脚注 7 参照。

ものであり、明確な区別がつけがたい。GHPs は、特定の疾病対策や保健課題へむけての「公的および民間機関による同盟 (alliance among public and private entities)」とされ、80 から 100 あると言われているが、その 6 割が HIV/AIDS、結核、マラリアの三大感染症を対象としており、特に保健システム強化のための GHPs は数少ない⁵³。一方、PEPFAR や世界銀行のアフリカ多国間 HIV/AIDS プログラム (MAP) のような一つの国や一組織が生み出した取組としてのイニシアティブも国際的な枠組みとしての GHPs としても扱われている⁵⁴。

こうしたイニシアティブとして打ち出され、国際的なパートナーシップの枠組みとなっているものには、保健システム強化のための GHP である国際保健パートナーシップ (IHP+)、PEPFAR、MAP、ストップ結核パートナーシップ (Stop TB Partnership)、ロールバック・マラリア・パートナーシップ (Roll Back Malaria Partnership)、リンパ管フィラリア症撲滅のための世界同盟 (Global Alliance to Eliminate Lymphatic Filariasis)、世界ポリオ撲滅イニシアティブ (Global Polio Eradication Initiative) などがある (各種イニシアティブの目的や参加国/機関などについては「別冊資料編 2-2」に簡単にまとめた)。

国際機関は、GHPs の主要な構成員であり、特に WHO は多くのパートナーシップの事務局を務めるなど、大きな役割を果たしている。GHPs 以外でも、国際機関間の援助協調の動きは近年活発で、「ONE UN」の流れの一環として、保健も含めた国連機関全体として一つのプログラム、一人のリーダーと一つのチーム、一つの予算枠組み、一つの事務所を目指す「Delivering as One」⁵⁵が進んでいる。保健分野では、2008 年以来、UNICEF、WHO、UNFPA、世界銀行の 4 機関による、妊産婦と新生児保健向上を目指す調整メカニズムである H4⁵⁶のような動きもある。

2-4-2. 各種イニシアティブと保健システム

前述したように、グローバル・ヘルス分野での各種のイニシアティブは特定の感染症を対象としたものが多く、特定疾病対策に従ったプログラムの推進が中心となり、被援助国の保健システムとの関係についてあまり論じられることはなかった。しかし、2009 年に出された WHO の報告⁵⁷では、両者の関係に触れられており、特定の疾病対策を主要な目的としている各種イニシアティブと保健システムは相互に関連し、お互いにプラスとマイナスの影響を与えあっている、と指摘された。例えば、保健サービス提供に関して言えば、イニシアティブの対象となっている感染症に関するサービスは大きく向上するのは勿論のこと、その影響で他のサービスも向上したという結果を示す調査がある一方、保健スタッフが特定の感染症プログラムに時間を取られて他のサービスの提供にマイナスの影響が出ている、という調査結果も出されている。その関係は複雑で流動的であるので、報告の中で挙げられた例が全てのイニシアティブと保健システムの関係に当てはまるとは言えないが、特定の疾病に関するイニシアティブと保健システムの関係は密接であると結論している。

近年、保健システム強化がより重視されてきている中で、2007 年に国際保健パートナーシップ (IHP) が生まれ、保健システム強化のための国際的な取組として注目されている。

⁵³ UN Committee for Development Policy, 2009.

⁵⁴ WHO Maximizing Positive Synergies Collaborative Group, 2009.

⁵⁵ UN Development Group, 2009.

⁵⁶ WHO/UNFPA/UNICEF and The World Bank, 2009.

⁵⁷ WHO Maximizing Positive Synergies Collaborative Group, 2009.

2008年には協調をより進めるために、関連するいくつかのイニシアティブと合体し、IHP+となった。IHP+では、被援助国の保健計画の策定にむけて、「計画策定への支援」、「カントリーコンパクト」を通じたドナーの協調、「一つのモニタリング枠組み」などを重要視し足並みを揃えている。NGOの中には、IHP+の中の多くのイニシアティブの間で、実際に効果的な援助協調が行われるかどうか、懸念する意見⁵⁸もある。

IHP+の枠組みの中に、「保健システム強化のための革新的資金調達タスクフォース」があり、革新的資金調達メカニズム⁵⁹について提言を出している。その一つが世界基金、GAVI、世界銀行による、保健分野の既存および新規の援助資金ソースに関する調整・合理化・活用のための、「保健システム強化のための合同プラットフォーム」の確立である⁶⁰。このプラットフォームでは、一つのプール・ファンド、一つの申請、一つの資金供与タイミング、一つのモニタリングを目指しているが、3つの機関それぞれの支援対象分野、援助手段等のビジネス・モデルが異なること、保健システムの成果測定の難しさなど困難な課題も多い。

こうした国際的な流れにより、被援助国では、開発パートナー参加のもとに国家保健計画策定を進め、それに基づきドナー間協調を推進する流れがみられる。最近では、従来独立した動きをしていた米国も、米国 GHI の中で、国際機関、他ドナーとの協調をうたっている。今後は日本も、他ドナーとの戦略的な連携強化を推進していくことが必要不可欠となってくると考えられる。

2-5. 資金

2-5-1. 保健分野の援助総額

20年近くに亘る保健分野の援助に関する調査⁶¹によると、ゲイツ財団その他の米国の財団、NGOによる援助も含めて、1990年には56億米ドルであった保健分野への援助は徐々に増加し、2001年までの11年間でおおよそ2倍の109億米ドルになり、さらに、2001年から2007年の6年間でその2倍の218億米ドルにまで伸びている。同時期、国連機関による援助の割合は、32.3%（1990年）から14%（2007年）に減少し、代わりに伸びているのが、グローバル・ヘルス分野の各種イニシアティブの関連である。世界基金、GAVIは、2002年にはそれぞれ1%に満たなかった割合が、2007年にはそれぞれ8.3%と4.2%に伸びている。NGO（米国のみ）も、1990年の13.1%から2006年には24.9%と大きく増加した。この期間の二国間援助の割合は、1990年の46.8%から27.1%（2001年）まで落ち込んだが、2007年には34%まで戻している。

⁵⁸ Action for Global Health, 2009.

⁵⁹ 詳細は、2-5-3に後述。

⁶⁰ THFHS, 2009a.

⁶¹ Institute for Health Metrics and Evaluation, 2009.

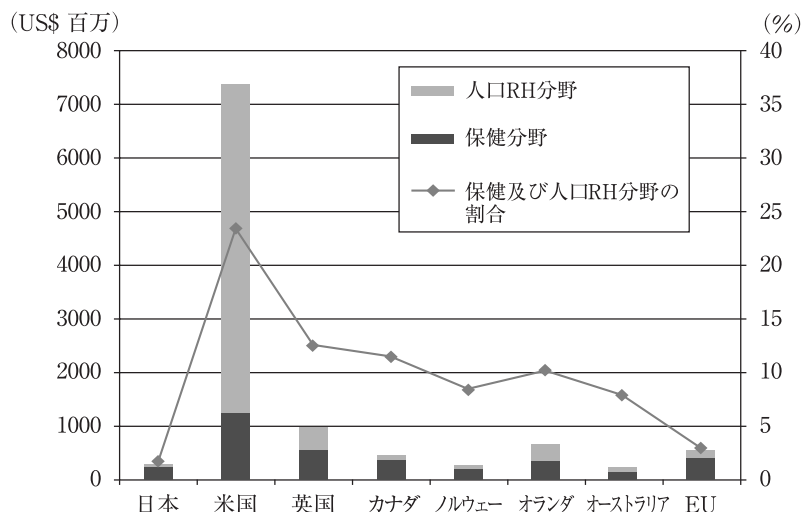


図 2-2 保健および人口 RH 分野の ODA 実績額および ODA に占める割合 (2008 年)

出所：OECD/DAC 統計

本調査対象の各国の保健および人口 RH 分野の ODA 実績額および ODA 全体に占める割合を図 2-3 で比較した。米国が金額、割合とも突出しているが、EU (2.8%) と日本 (1.5%) を除くと、各国の ODA の 10%前後が保健および人口 RH 分野に拠出されている。

保健分野 MDGs 達成のために必要な資金は、サハラ以南のアフリカの国々を除けば、そして、援助国と被援助国が誓約している保健分野のための拠出⁶²が達成されれば、計算上は確保されるという見方もあるが、実際には各国政府の保健への拠出額は目標額にはほど遠い状況である⁶³。また、サハラ以南のアフリカの国々については、誓約が達成されたとしても、30 億ドルから 50 億ドルの資金不足になる。2000 年前半に世界銀行、WHO や国連が実施した分析では、2015 年の MDGs 達成に向けた資金の不足額は年間 200~700 億米ドル⁶⁴となり、TIIFHS のワーキンググループによる分析⁶⁵でも、現在、低所得国 (最貧国 49 カ国) で保健に使われている実質経費は推計 310 億ドル (一人当たり 25 米ドル) とされ、保健 MDGs を達成するには、それに加えて、2015 年には 360 億から 450 億米ドルの追加資金 (一人当たり 24~29 米ドル) が必要になるとしている。

何らかのかたちでこうした追加資金を創出できない場合、資金があれば救われる 400 万人の子供たちが毎年死亡し、78 万人の成人が死亡 (出産後に亡くなる 32 万 2000 人の女性を含む) する、と指摘されている⁶⁶。

⁶² 英国、米国 (2014 年まで) などは、2015 年までの期間内での目標額を発表している。これは、MDGs の達成を念頭においてのものと考えられる。ノルウェーは、2015 年までの年間拠出予定額を MDGs 後の 2020 年まで続けて拠出することを発表した。また、サハラ以南のアフリカ諸国は政府支出の 15%を保健分野に振り分けることを目標としている。

⁶³ TIIFHS, 2009a. 必要推計額について、WHO による分析と世界銀行と UNICEF による分析が出されている。それによると、目標額が拠出されたとしても MDGs の達成には不足しており、また、ドナーと被援助国政府は目標額を拠出できず、経済危機により、目標額の拠出はより困難となるだろうとしている。

⁶⁴ De Ferranti, D. *et al.*, 2008.

⁶⁵ TIIFHS, 2009a.

⁶⁶ 同上書。

2-5-2. 分野別援助

保健・人口 RH セクターの中での分野別（HIV/AIDS、感染症対策、保健セクター開発、人口の4分野）の援助割合と援助額⁶⁷をみると、HIV/AIDSについては、1992年の7.7%（2.13億米ドル）から2003年には35.1%（31.16億米ドル）と割合では4倍強、金額では14倍と大きく伸びている。これに対して、人口RH分野は、1992年の32.1%（8.9億ドル）から2005年には8.0%（8.87億米ドル）と割合だけではなく、金額的にも減少している。保健セクター開発は、1992年の55.2%（15.31億米ドル）から2005年の42.9%（47.61億ドル）と割合は減少しているものの金額的には3倍強の伸びとなっている。

資金が拠出されている分野（疾病）については、HIV/AIDSに集中しているとの批判もあるが、HIV/AIDS関係者の一部からは、目標達成のためには依然として資金が不足しているという指摘がなされている。世界銀行、米国の二国間援助、ゲイツ財団、世界基金の四者の実績について分析した調査⁶⁸では、死亡数とDALYs（障害を調整した生存年数）に対して、HIV/AIDSについてはより多くの資金が投入されており、予防接種を除く子どもの健康、非感染症は他の疾病と比較してより少ない資金しか投入されていない、と結論づけている。これに対して、このHIV/AIDSへの資金の集中については、HIV/AIDSへの資金の集中的な投入が保健システムの強化にも貢献しており⁶⁹、間接的に他の疾病の改善にも寄与するもので、保健分野の援助全体への投入を増加させるものであったとする見方⁷⁰もある。こうした間接的な効果に関しては明確な結論は出ていない。

MDGsの中でも達成が遅れている母子保健分野については、これまでこの分野へのコミットメントと資金の投入が十分ではなかったとの指摘があり、WHOは2015年には61億ドルの資金が必要となるという試算を行っている⁷¹。また、Gutmacher InstituteとUNFPAは、家族計画と母子保健の包括的なサービスを提供するためのコストとして、246億米ドル必要という試算を行っている。これは、現在拠出されている金額と比較すると、128億米ドルが不足していることになる⁷²。

2-5-3. 資金に関する最近の動き

開発援助分野においては、中国で2009年12月に中国・アフリカ保健協力についての国際円卓会議が開催されるなど、OECD加盟国ではない中国やインドなど従来の援助国ではない国が援助国として台頭してきている。世界基金やGAVIなども、拠出額・誓約額は2010年までは増加してきているものの、経済危機の影響も踏まえ、MDGs達成へむけて増大するニーズにこたえるためには資金の不足が予想されるため、これまでのG8中心からG20も含めて新たなドナーの開拓を目指している。

さらに、既存のドナーの中でも、従来のODAとは異なる資金ソースを開拓する動きも出てきている。前述の、世界基金、GAVI、世界銀行による「保健システム強化のための合同

⁶⁷ Shiffman, J., 2007.

⁶⁸ Sridhar and Batniji, 2008. この調査では、Disease Burdenと援助実績について、(1) Global burden of diseaseの統計が不完全で不十分であること、(2) 特定の疾病以外の死亡の原因についての統計がないこと（例えば、保健システムへのアクセスの欠如など）、(3) 援助実績について公表されているデータが様々であること、の3つの問題があるとしている。

⁶⁹ Yu, D. *et al.*, 2008.

⁷⁰ Shiffman, J., 2007.

⁷¹ WHO, 2005.

⁷² Gutmacher Institute and UNFPA, 2009.

プラットフォーム」設立へむけての協議が進められていることも一つである。また、保健分野の資金が不足していると言われる中、前述の保健システム強化のための革新的資金調達タスクフォースでは、年間 100 億ドルの追加拠出を目標⁷³として、10 以上の革新的な資金メカニズムを提言しているが、そのうち実施されている主なものには、国際連帯税、IFFIm（予防接種のための国際金融ファシリティ）、Debt2Health（債務を保健へ）イニシアティブ、ワクチンのための事前買い取り制度（AMC）、などがある。また、他にも、イタリアが提案している De-Tax（政府が拠出する付加価値税の一部と企業の寄付による）および通貨取引税、金融取引税などが議論されている（革新的資金調達メカニズムの追加説明は「別冊資料編 2-5」に掲載）。

2-6. 新保健政策策定にむけての課題

前項までの議論を受け、日本の保健分野 ODA の策定・実施に関する課題について、以下にまとめる。

① グローバル・ヘルスを日本の外交政策の柱として位置付ける

G8 諸国をはじめとした主要援助国ではグローバル・ヘルスを外交政策の一環として取り上げ、国際的な利益とともに自国民の利益にも資するとして外交政策の柱として位置付けている。日本はこれまで国際社会においてグローバル・ヘルスを開発の重要課題とする流れを作ってきており、さらなるリーダーシップを期待する声も強い。2010年のカナダ G8/G20 サミットでは、母子保健に焦点が置かれることが表明されている。このモメンタムを引き継ぎ、グローバル・ヘルスを日本の外交政策の柱として位置付けていく好機である。

我が国の今後 5 年間の政策枠組みの策定では、中・長期的にみて 2 つの視点が重要である。まず、国際社会が取り組むべき共通課題として 2015 年の MDGs 達成がある。保健 MDGs 達成への最大の障壁は、前述の通り、ニーズの高い、貧困国を支援するための資金が圧倒的に不足していることである。日本も国際社会と協働し保健 MDGs 達成へむけてこれまでのモメンタムを引き続き維持していくことが重要である。第 2 点は、中・長期的視点から、ポスト 2015 を見据えた、将来的なグローバル・ヘルスに影響を及ぼす開発課題への取組の開始である。より広い視点での政策や取組の検討が必要であり、将来的に起こってくる疾病構造の変化に伴う政策課題等へむけての対応が重要である。

② グローバル・ヘルス推進に向けた体制を強化し、国際潮流をリードする

主要援助国を見ると、効果的にイニシアティブを打ち出すことで国内外に政策を発信するとともに、政治的リーダーシップとコミットメントを示す上での「顔」となるリーダーの存在が大きい。さらに、英米など主要援助国では、政策策定や協議のプロセスや国内外への発信において、グローバル・ヘルス分野の政策提言を推進する、幅広いマルチ・セクター（援助実務者、研究者、NGO、民間セクター等）の参加による「セカンド・トラック」の果たす役割も大きい。今後、政策の策定、対外的な発信の強化にむけて官民の枠を超えた、マルチ・ステークホルダーによる体制づくりが課題である。

⁷³ TIIHFS, 2009a.

③ 援助効果向上にむけてグローバル・ヘルスの援助方法・形態を見直し強化する

主たるドナーの多くは、開発支援対象国の現状や MDGs 達成へのニーズに基づき、「重点国」アプローチをとっている。また、援助形態についても、技術協力、多国間援助機関（マルチ）との連携や財政支援、セクター支援など戦略的に組み合わせ活用している。今後、援助効果の向上と質の高い支援を効率的に推進するためには、戦略を明確にし、選択と集中による重点的なアプローチが必要であり、そのための援助方法や形態の再検討が求められる。また、他の主要ドナーも重視している保健分野に影響のある他のセクター、たとえば、「水と衛生」、「教育」、「栄養」との連携によるマルチ・セクトラルなアプローチも重要となっている。

被援助国レベルでは、パリ宣言、アクラ行動計画に基づき、主要ドナー国も援助協調を重視し、最近では、これまで二国間援助重視であった米国も、米国 GHI の中で、国際機関、他ドナーとの協調をうたっている。国際機関においても、4つの機関(WHO、UNFPA、UNICEF、世界銀行)が戦略的に H4 として連携を図っており、また世界基金、GAVI、世界銀行による保健システム強化のための合同プラットフォームに関する協議も進められている。こうした流れの中で、援助手法・形態に関連して、日本が今後検討を要する課題として3点挙げることができる。

- 1) IHP+や他のドナーの支援重点国は、日本がこれまで支援実績のある国と重なる場合が多く、援助の重複を回避し、援助効果を高めるためには、ドナー間の調整は必須である。一つの計画、一つの調整メカニズム、一つのモニタリング・ツール（指標）、一つの資金の視点が重要となっている。
- 2) 主たるドナー（欧米や国際機関等）は現場決定主義をとり、被援助国における国レベルでの国家計画に基づく支援内容の決定を支援国の現場で行っている。援助の協調、連携に日本が参加するには、現場の援助実施体制の強化が重要となる。
- 3) 「保健システム強化」を日本として重視していく場合、日本の強みを明確にしたうえで、他ドナーとの戦略的な連携強化が重要である。WHO が定義している「保健システム」強化の主たる要素である、保健人材、保健情報、保健財政など6つの構成要素をみても、単独で取り組むには大きすぎる課題である。しかしながら、要素の連携と統合を進めない限り効果的な成果は望めない「保健システム強化」においては、他ドナーとの戦略的な連携強化が一層必要不可欠となってくると考えられる。

④ エビデンスに基づくグローバル・ヘルスを推進する

英米では、大学、研究機関、独立した民間のシンク・タンクなどが政策研究や課題に関する調査実績があり、調査結果は、実際にグローバル・ヘルス分野での政策策定や実施に活かされている。また、調査研究やモニタリング・評価の重視と予算の確保が進められている。日本では、この分野の資金確保、体制整備が遅れており、エビデンスに基づく成果の提示、政策策定ができるような独立した民間の研究機関等の育成が急務である。

⑤ 市民社会との協働によるグローバル・ヘルスを推進する

主要援助国では、市民社会（NGO、民間セクター）との連携が進んでおり、特に NGO の役割を重視している。しかし他の主要国と比べると、日本ではまだ NGO を通じた援助の割

合は低いレベルにとどまっている。また、他の援助国では、国民へのコミュニケーション、広報活動を重視しそのための人員配置・予算配分もなされ、新しいメディアを使った発信方法も積極的に実施されている。日本でも、国内へのわかりやすい情報発信や市民社会・NGO・民間セクターとの協働は、今後さらに強化されるべき課題である。

第3章 日本の保健援助政策の取組と課題

3-1. 日本の保健援助政策の推移と国際的動向・日本の援助の特徴

3-1-1. 日本の保健援助政策の推移と国際的動向

日本政府は日本の ODA の目的を「国際社会の平和と発展に貢献し、これを通じて我が国の安定と繁栄の確保に資すること」としている。現行の ODA 大綱（2003 年閣議決定）では、開発途上国の自助努力支援、人間の安全保障の視点、公平性の確保、我が国の経験と知見の活用、国際社会における協調と連携という 5 つの基本方針を示している。また、ODA を一層戦略的に実施するために、具体的な取組について記述した ODA 中期政策（2005 年）では、重点課題として、貧困削減、持続的成長、地球的な規模の問題への取組、平和の構築が示され、また、効率的・効果的な援助の実施に向けた方策が挙げられている⁷⁴。

保健医療分野においては、1994 年の「人口・エイズに関する地球規模問題イニシアティブ（GII）」を始めとして、1998 年「国際寄生虫対策（橋本イニシアティブ）」、2000 年「沖縄感染症対策イニシアティブ（IDI）」、2005 年「保健と開発に関するイニシアティブ（HDI）」を発表した。特に、2000 年の G8 九州・沖縄サミットでは、日本は感染症問題への取組の重要性を国際社会に訴え、世界基金が設立されるきっかけを作った。また、TICAD IV と G8 北海道洞爺湖サミット両方のホスト国となった 2008 年には、それぞれ「横浜行動計画」、「国際保健に関する洞爺湖行動指針」が発表され、これらの計画および指針策定に日本は大きく貢献し、国際保健に関する大きな流れをリードした。

表 3-1 保健医療分野にかかる日本のイニシアティブ、国際的合意行動計画および行動指針一覧

期間	イニシアティブおよび行動計画
1994 年～2000 年	人口・エイズに関する地球規模問題イニシアティブ（GII）
1998 年～	国際寄生虫対策（橋本イニシアティブ）
2000 年～2004 年	沖縄感染症対策イニシアティブ（IDI）
2005 年～2009 年	保健と開発に関するイニシアティブ（HDI） （2005 年 アフリカ感染症行動計画）
2008 年 5 月	TICAD IV 横浜行動計画
2008 年 7 月	国際保健に関する洞爺湖行動指針

また、保健医療分野を所管する厚生労働省内においても、グローバル・ヘルスへの関心の高まりがある。2006 年 11 月に実施された WHO 事務局長選での日本への支持を得られなかった経験から、継続的かつ、効果的な国際協力・協調の重要性とそれにより日本の国際的地位を確立することにより国益を確保することの重要性が痛感されたため、省内に「国際協力・協調の在り方検討プロジェクトチーム」が設置し、厚生労働行政分野における国際協力の在り方について検討を行った⁷⁵。

⁷⁴ 日本の援助政策は外務省が作成する ODA 大綱、ODA 中期政策、国別援助計画、事業展開計画がある。

<http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/seisaku/wakugumi.html>（2010 年 1 月 15 日アクセス）

⁷⁵ 柳沢厚生労働大臣（当時）の了解のもと、武見副大臣（当時）がチームリーダーとなり、「国際協力・協調の在り方検討プロジェクトチーム」が発足し、2006 年 12 月 14 日以降 11 回にわたり討議を重ねた。最終的な検討結果は「国際協力・協調の在り方検討プロジェクト検討結果報告書」（厚生労働省）として柳沢大臣に提出された。

TICAD IV および G8 北海道洞爺湖サミットに先立ち、日本政府は未来にむけてグローバル・ヘルスは避けて通れない課題とし、高村外務大臣（当時）が政策演説「国際保健協力と日本の外交—沖縄から洞爺湖へ」⁷⁶において感染症対策、母子保健、人材育成を含む保健システム強化への包括的な重要性を訴えた。また、高村大臣の政策演説に基づき、日本政府は議長国として、G8 北海道洞爺湖サミットにむけて、G8 間で保健課題について具体的な協議を行うため、G8 保健専門家会合を立ち上げ、計 3 回の会議を通じて国内外の官民の関係者と議論を重ねてきた⁷⁷。最終的に G8 北海道洞爺湖サミットにおいて「国際保健に関する洞爺湖行動指針」が取りまとめられ、グローバル・ヘルスの課題に対する G8 諸国での合意がなされた。サミット後の 11 月には、G8 北海道洞爺湖サミットのリレーアップの一環として、「保健システム強化に関するグローバル・アクションに関する国際会議」⁷⁸を開催した。

TICAD IV および G8 北海道洞爺湖サミットに向けたこの一連の過程において、日本がグローバル・ヘルスの取組の重要性を世界へアピールするため、関連省庁だけでなく、民間や NGO、研究者など立場の異なるステークホルダーが参加し、サミットにむけての提言が取りまとめられた。この提言を取りまとめるプロセスにおいて、特に注目すべき点は民間団体である財団法人日米国際交流センター（JCIE）が果たした役割である。同団体は「グローバル・ヘルスと人間の安全保障プログラム」⁷⁹を立ち上げ、「国際保健の課題と日本の貢献」研究・対話プロジェクト（2007 年 9 月～2009 年 7 月）（以下、「研究・対話プロジェクト」）を開始した。「研究・対話プロジェクト」は元厚生労働副大臣である武見敬三氏を主査とし、官・民・大学等から様々な専門家が参加し、全員参加型の体制を作り、専門的な知見をもつ国内外の専門家や実務者との議論を通じて政策提言⁸⁰を行うという一連の流れを通じて、グローバル・ヘルスへの取組を強化することを目指した。この研究会が果たした主要な役割については、関係者へのインタビューから、以下のようにまとめることができる。

表 3-2 「国際保健の課題と日本の貢献」研究・対話プロジェクトが果たした主要な役割

国内省庁間調整	国内省庁間調整や有識者、民間など異なるステークホルダーが「参加」できる場を提供し、オール・ジャパン体制を構築した。
国際的ネットワーク	国内外の財団、研究所、企業や市民社会を含む国際的ネットワークを構築し、グローバルな視点に立った専門的知見の活用を図った。
国際発信力	世界的に権威のある医学雑誌「ランセット」への論文掲載および国際的な会合への参加による国際社会への情報発信を行った。

出所：本調査結果をもとに調査チーム作成

⁷⁶ 「国際シンポジウム ‘People at the Centre’ 21 世紀の医療と医療システムを求めて」（2007 年 11 月 25 日開催）での政策演説。また、グローバル・ヘルスと日本の外交政策について、医学雑誌「ランセット」にも掲載された。Koumura, M., 2007.

⁷⁷ 2008 年 2 月、4 月、6 月に開催。また、第 4 回 G8 保健専門家会合が同年 11 月に開催された。

⁷⁸ 「国際保健の課題と日本の貢献」研究会、JCIE、世界銀行、WHO、ビル&メリンダ・ゲイツ財団と共催した。

⁷⁹ 本プログラムでは、「国際保健の課題と日本の貢献」研究・対話プロジェクト（2007 年 9 月～2009 年 7 月）の成果を踏まえ、多様なセクターの参加を得て、人間の安全保障の視点に立ったグローバル・ヘルスへの対応を一層推進することを目指す。

⁸⁰ Reich, M.R., *et al.*, 2008.

「研究・対話プロジェクト」はサミット終了後も引き続き、国際社会がグローバル・ヘルスに対する関心と取組を維持するための働きかけとして、洞爺湖行動指針で示された感染症対策、母子保健、保健システム強化、中でも特に強調された保健システム強化（特に保健人材、保健財政、保健情報）について議論を重ね、最終提言書⁸¹を日本政府に提出した。本提言書は日本政府からイタリア政府へ手交され、2009年ラクイラサミットのアジェンダとして引き継がれることに貢献した。また、アジア、アフリカ、欧州、米国などでフォローアップセミナーを開催し、引き続き国際的な議論を喚起している⁸²。

3-1-2. 日本の援助の特徴

ODA 評価有識者会議が 2008 年度に実施した「保健・医療分野支援の評価」によると、被援助国政府から見て、日本の保健・医療分野支援のプロセスについて他ドナーと比較して優れていると評価された点は、「Elaborateness in follow-up activities（フォローアップ活動の綿密性）」、「Consistency（支援の一貫性）」、「Elaborateness in planning（計画の綿密性）」、「Speed of planning（計画策定の迅速性）」であった。この 4 点からみると、日本の保健・医療分野支援は長期的な展望に基づいた計画性とサポートにおいて、他ドナーより優れていると受け止められており、これは、被援助国の自立発展性を重んじる日本の保健・医療分野支援の特徴が評価されていることの表れであると結論づけている⁸³。一方、日本の支援の「計画の綿密性」は実施の際の柔軟性に欠ける可能性や、手続きに時間がかかると感じられる可能性があることを示唆している。また日本は契約が単年度制であることや、被援助国と異なる予算年度となる場合があるなど、日本固有の事情による実施上の難しさも指摘されている。各案件の実施に際して現場裁量部分を増やす等、改善可能な事柄については、援助の実施プロセスの改善を図るべきであると提言している⁸⁴。

このような評価結果を参照しながら、本調査では、実際に日本の保健援助政策に関わる有識者や実務者への国内外のインタビュー調査や文献調査を通じて、より具体的に日本の特徴を整理した。

政策策定のための意思決定のプロセス

欧米と比較して、日本の政策策定プロセスは非常に時間がかかると言われている。政策策定者である外務省、厚生労働省などの官僚機構では約 3 年ごとにポジションが変わるといふ流動的な人事異動が行われる。これは言いかえると、短期間に担当者が変わるということ的前提として官僚機構がなりたっており、担当が途中で変わっても、業務を遂行し、一度決められたことを進めていくことができる仕組みがあると言える。その一つが意思決定プロセスでの関係者の巻き込みと関係者間でのコンセンサスづくりである⁸⁵。しかし、表 3-3 にあるように、こうした関係者間でのコンセンサス作りを通じた意思決定の仕組みは、強みであると同時に、プロセスに時間がかかるという弱点にもつながる。

⁸¹ タスクフォース最終提言書「保健システム強化に向けたグローバル・アクション：G8 への提言」（和文、英文、伊文、仏文）は 2009 年 1 月 16 日日本政府に提出された。

⁸² Reich, M.R. and Takemi, K., 2009.

⁸³ ODA 評価有識者会議、2009。

⁸⁴ 同上書。

⁸⁵ 兵藤智佳/勝間靖、2009。

表 3-3 意思決定プロセスにおける日本の特徴

日本の特徴	
強み	関係者を巻き込むコンセンサス方式でのプロセスを重視し、コンセンサスを得て一度決定したことを効率的にオペレーションする。
弱み	関係者を巻き込んだコンセンサス方式は、意思決定までに時間がかかる。

出所：本調査結果をもとに調査チーム作成

一方で、担当者が短期間で入れ替わるため、継続性に関して問題を生ずる可能性は否めない。欧米の援助国では、援助機関において、専門分野の政策アドバイザーや専門職の人材を配置しており、政策策定プロセスで重要な役割を果たしている。我が国においても、国際社会での日本の立場を強固に、かつ、継続的に一貫性をもって示していくためには、専門的な人材が、国際潮流に対応しながら、長期間、保健援助政策に係わることができる体制が今後は必要とされる。

支援内容

HDI では、保健医療体制の基盤整備に関する支援、保健医療分野の支援を補完する関連分野の支援および分野横断的取組、MDGs の保健関連目標である乳幼児死亡率の低下、妊産婦の健康の改善、HIV/AIDS、マラリア、その他の疾病の蔓延の防止を主要保健医療課題として挙げている。二国間援助の実施機関である JICA は、上記イニシアティブの枠組みに沿いつつ、「人間の安全保障」の理念に基づき、保健医療システムの構築・強化と効果的な保健医療サービスの提供のため、感染症対策、母子保健・リプロダクティブヘルス、保健システム開発・復興、保健人材育成の 4 分野を保健医療分野で支援している。

表 3-4 JICA のビジョンと保健医療課題の関連性

JICA のビジョン	保健医療課題への取組
グローバル化に伴う課題への対応	感染症対策など
公正な成長と貧困削減	母子、貧困層の健康の改善など
ガバナンスの改善	保健システム、行政の強化など
人間の安全保障の実現	コミュニティと住民への支援、健康と生活向上のためのマルチ・セクターによる取組

出所：国際協力機構、2009b に基づき調査チーム作成

ただし、現時点で、JICA 全体としての具体的な保健戦略は確立していない。その理由は、案件形成方式が各国のニーズに沿って形成していく要請ベース型であるためである。強固な戦略を押し付けるのではなく、相手国政府のニーズを踏まえた案件形成方式は、相手国政府との対話を通じて柔軟な対応を可能にしている。また、日本の支援として長年力を入れてきた途上国からの研修員受け入れ事業は将来の協力関係構築のための先行投資であり、長期的には人材育成・人的ネットワーク構築の面で日本の開発援助の効果発現に大きな影

響を与えるということで、援助の中心的柱の一つとなっている。

しかし、人づくりに貢献している一方、客観的にその成果を証明するための十分なエビデンスは示されていない。これまでの支援内容でどのような効果が出てきたのか、客観的な検証を行うことにより、その次の支援内容を戦略化および具体化できるようになり、今後の検討課題と言える。

援助手法

日本の援助手法は、技術協力、有償資金協力、無償資金協力、国際機関等への拠出金の4種類である。特に、2008年10月のJICAとJBICの円借款部門との統合以降、JICAが技術協力、有償資金協力、無償資金協力の3つの援助手法を一元的に実施する総合的な援助実施機関となり、JICAが果たす役割は重要性を増している⁸⁶。

日本の支援の大きな特徴の一つは、プロジェクト型の支援である。特に技術協力において、被援助国関係者との共同案件形成、合意形成を重視した意思決定、プロジェクト関係者と日本人専門家との信頼関係の構築など、相手国側を支配しない発想により、協力実施を通じたオーナーシップの醸成が可能である。また、日本人専門家が長期に滞在することで、現場での実務経験を生かし、被援助国自身が問題解決に必要な知識や技術を習得し、既存の知識と融合させていくプロセスを促進するための潤滑油的な役割を果たしている⁸⁷。JICAの技術協力の目的は「途上国の課題対処能力が個人、組織、社会などの複数のレベルの総体として向上していくプロセスを支援すること」にあり、JICAの役割は、途上国のキャパシティ・ディベロップメント（CD）を側面支援するファシリテーターとなることであるとしている⁸⁸。

表 3-5 日本の援助手法の特徴

日本の強み	日本の弱み
<ul style="list-style-type: none"> ➤ 現地に根差して、人材育成や教育など地道なプロジェクト方式が多い。 ➤ 相手方の実態に合わせて、協力事業の方向性を柔軟に対応。 ➤ 相手側の能力（Capacity）を実際に直接変化させていく手法。 ➤ 持続性を重視。 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ スケール・アップに対応できていない。 ➤ 現場の情報を、国家戦略や国家政策、地域レベルの政策、グローバルレベルの政策へとつなげていくためのグローバルな情報発信や政策策定は弱い。 ➤ 事業を客観的に検証し、エビデンスにもとづく情報発信力が弱い。

出所：本調査結果をもとに調査チーム作成

しかし、保健医療を専門とする機関、二国間援助機関、国際機関といったグローバル・ヘルスにおける従来のプレーヤー以外に、民間やNGO、財団やシンク・タンクなど新たなプレーヤーが参入してきた現状を鑑みると、現在の援助手法のみでグローバル・ヘルス外交における日本の存在感を示すことができるのか、むしろ積極的に多国間援助機関との関わりを踏まえた新たな手法で対応していくことが必要かといった判断が迫られている時期

⁸⁶ 外交政策遂行上の必要から実施する無償資金協力は、引き続き外務省が管轄する。

⁸⁷ 国際開発センター/アイ・シーネット、2003。

⁸⁸ 国際協力機構国際協力総合研修所、2006。

ともいえる。加えて、日本政府としての保健援助政策全体を考えた場合、JICA の保健戦略のみでなく、外務省、厚生労働省、文部科学省、財務省等といった関係省庁のそれぞれの戦略の連携・協調を図り、日本としての戦略的かつ効率的な支援内容および援助手法が必要とされている。

地域戦略・重点国（支援対象地域）

日本と緊密な関係を有し、日本の安全と繁栄に大きな影響を及ぼし得るアジア地域は、日本支援対象の重点地域であると ODA 大綱で明言されている。しかし、日本の援助はアジアを中心としつつ、南アジア・中央アジア・アフリカ・中東・中南米・太平洋州と全世界を対象としてきた。特に、1993 年以降、日本政府は国連、UNDP および世界銀行等と共同で、TICAD を主導してきており、アフリカに対する支援を強化してきている。留意すべきは、経済発展が進展しつつある国が多いアジア地域に対する支援内容と後発開発途上国が多く存在している地域では保健開発課題が異なるため、それぞれのニーズに合った支援が必要とされている点である。

予算配分

第 2 章にあるように、グローバル・ヘルスの分野では国際的に大きな資金が動いている中で、日本政府は HDI で 2005 年から 5 年間で総額 50 億ドルの投入を誓約している。しかし、2003 年から 2007 年の保健医療分野における援助形態実績によると、ODA 総額に占める保健医療分野の割合は、減少している⁸⁹。保健医療分野の技術協力プロジェクト（継続および新規含む）実施実績（2008 年現在）は JICA 事業全体の 16%を占める⁹⁰。予算配分は、無償資金協力や技術協力（研修を含む）に大部分の予算が配分されている。他の援助国で見られるような国際会議や調査研究にかかる予算配分は少額のため、こうした分野への予算配分の詳細をつかむことは難しい。

表 3-6 保健医療分野における援助形態別実績

（単位：億円）

年度	無償資金協力 (a)	有償資金協力 (b)	技術協力 (c)	合計 (d)
2003	214.06 (25.94)	262.18 (4.7)	111.67 (7.9)	587.91 (7.5)
2004	243.34 (30.21)	92.09 (1.4)	105.68 (7.0)	441.11 (5.0)
2005	213.03 (25.5)	18.05 (0.3)	92.47 (6.0)	323.55 (4.0)
2006	180.83 (22.4)	- (-)	76.91 (5.1)	257.74 (2.2)
2007	133.31 (15.3)	- (-)	63.19 (4.3)	196.50 (1.4)

出所：外務省、2009a

*1 無償資金協力、有償資金協力は交換公文ベース。技術協力は、研修員受入、専門家派遣および機材供与を対象。JICA 経費実績ベース。

*2 (a)(b)(c)欄の（ ）内は、各援助形態ごとの政府援助合計に占める割合(%)。

*3 (d)欄の（ ）は、保健医療分野における全援助形態総額の政府開発援助全体に占める割合(%)。

⁸⁹ ODA 予算総額自体も減少している。http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/shiryoyosan.html （2010 年 1 月 15 日アクセス）

⁹⁰ 国際協力機構、2009a。

また、外務省は日本の NGO に対して、「日本 NGO 連携無償資金協力」を通じ、34 カ国 77 件の案件に総額、約 19.5 億円（2009 年度）を供与している⁹¹。事業は学校建設、教育支援、農村開発、平和構築、保健医療分野と多岐にわたる。また、JICA は「草の根技術協力事業」を通じて、NGO や大学、地方自治体による様々な事業に対して資金供与を行っており、「草の根協力支援型（総額 1000 万円/3 年間）」（2009 年度採択実績 4 件）、「草の根パートナー型（総額 5000 万円/3 年間）」（2009 年度採択実績 7 件）、「地域提案型（総額 450 万円/3 年間）」（2009～2011 年度採択実績 18 件）がある⁹²。

ODA 予算が削減傾向の現状では、今後はより限られた資源の有効な活用のため、戦略を明確にし、選択と集中を図ることが求められる。また、開発パートナーとして NGO の役割が増加していることから、NGO がより積極的にグローバル・ヘルス分野へ参画できる仕組み作りが必要である。

3-1-3. 保健援助政策実施体制の現状

援助の効率化が求められている昨今、日本として一貫した支援を行うことが求められている。被援助国と日本の二国間関係、被援助国の政治・経済・社会情勢を踏まえた開発ニーズや援助の実態を最も直接的に把握するため、現地 ODA タスクフォース⁹³の機能強化をはじめとして、効率的・効果的な援助の実施に向けた取組が進められてきている。

NGO との連携に関しては、外務省および JICA とともに資金供与を行っているが、政策提言への NGO の参加機会として、1994 年に開始された外務省/NGO 懇談会（現在の正式名称「GII/IDI に関する外務省/NGO 懇談会」）がある。これは保健 NGO ネットワークと外務省の定期懇談会であり、これまでに国連会議等での NGO 連合体による提言書提出や政府代表団への参加、G8 九州・沖縄サミット、G8 北海道洞爺湖サミットでの保健ワーキンググループの形成が実績として挙げられる⁹⁴。また、次の新保健政策策定にあたり、新保健政策分科会を立ち上げ、HIV/AIDS、結核等を含む感染症対策、母子保健、保健システム、アカウントビリティ、援助効率・援助協調に関して、外務省と意見交換を行っている。

他方、民間の立場からの政策提言研究会としての「国際保健の課題と日本の貢献」研究・対話プロジェクトの継続がある。同プロジェクトの基幹をなす研究会は、G8 北海道洞爺湖サミットにむけて、グローバル・ヘルス分野における日本の貢献の在り方を検討するために立ち上げられた。これまでの成果を踏まえて、本研究・対話プロジェクトは、多様なセクターの代表の参加を得て、人間の安全保障の視点に立ったグローバル・ヘルスへの更なる対応強化を目指すワーキンググループとして活動している⁹⁵。

民間企業との連携による官民連携については、まだ試行段階であると言える。JICA 内に民間連携室が設置され、連携を強化しようとする体制が構築されているが、まだ制度整備の過程である。

⁹¹ http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/shimin/oda_ngo/shien/j_ngo_musho.html（2010 年 1 月 15 日アクセス）

⁹² <http://www.jica.go.jp/partner/kusanone/index.html>（2010 年 1 月 15 日アクセス）

⁹³ 2003 年 3 月以降、2009 年 11 月現在、79 カ国で設置されている。現地 ODA タスクフォースでは、現地ベース政策協議の実施、国別援助計画の策定・見直しのプロセスへの関与のほか、現地援助コミュニティや被援助国との連携および情報共有などを実施している。http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/seisaku/taskforce/genchi_ta.html（2010 年 1 月 15 日アクセス）

⁹⁴ 兵藤智佳/勝間靖、2009。

⁹⁵ <http://www.jcie.or.jp/japan/csc/ghhs/>（2010 年 1 月 15 日アクセス）

3-2. 2015 年 MDGs 達成への政策課題および MDGs の枠を超えて取り組むべき課題

3-2-1. 保健 MDGs の達成状況と取り組むべき課題

2015 年までの達成を目指して設定された MDGs の中に、保健と直接的に関連する目標は MDG4 乳幼児死亡率の削減、MDG5 妊産婦の健康の改善、MDG6 HIV/AIDS、マラリア、その他の疾病の蔓延の防止である。これら保健 MDGs のうち、母子保健分野での取組が特に遅れているため、さらなる強化が必要であることが G8 北海道洞爺湖サミットの洞爺湖行動指針において合意され、母子保健分野の中でも特に妊産婦・新生児・小児の保健を今後重要課題として取り組むべき行動としている。目標 6 に関しても、エイズ治療薬へのアクセス拡大や結核発生件数の低下等一定の成果を上げているものの、感染症による死亡者数は依然膨大であり、感染症への取組の強化も優先順位の高い分野である。一方、こうした取組に関する資金源であるが、感染症については、世界基金、PEPFAR、ゲイツ財団など多様な機関によるエイズ対策の強化を反映し、エイズ対策資金が急増しており、資金規模が急激に増加している。それに比して、母子保健分野は国際的に重要であると認識されているにも関わらず、第 2 章で述べた通り国際的な資金配分は十分でなく、実質的な対策がなかなか進まないという現状がある。

3-2-2. 保健 MDGs に対する日本の保健援助政策の貢献および今後の取組

日本は MDGs の保健関連目標である乳幼児死亡率の低下、妊産婦の健康の改善、HIV/AIDS、マラリア、その他の疾病の蔓延の防止に関する支援を行っている。日本の二国間援助の実施機関である JICA は、母子保健向上、感染症対策を柱とし、これに分野横断的に保健システム強化と保健人材育成を組み合わせ、開発途上国の保健医療の充実に取り組んでいる。JICA 事業の特徴であるキャパシティ・ディベロップメント型の支援は中・短期の成果よりはむしろ、2015 年の MDGs 終了後も引き続き継続してその成果を維持できる体制づくりであるといえる。

洞爺湖行動指針において保健分野において今後取るべき行動について合意されたことは重要な点である。また、保健分野 MDGs が十分に進捗していないという点が保健システムの脆弱さに起因しているという認識について合意された意義も大きい。すなわち、保健システムの強化が、MDGs の進捗と非常に密接な関係を持っており、MDGs 目標を達成するために取り組むべき重要な分野であるという認識である⁹⁶。2009 年の G8 ラクイラサミットでも引き続き保健システム強化の必要性が強調され、この流れを受けて、2010 年のカナダにおける G8 サミットでも取り上げられることになっている。保健システム強化の必要性を国際社会に提言した日本にとって、こうしたグローバル・ヘルスの流れをさらに推し進めるためには、保健システム強化を今後も日本のグローバル・ヘルス政策支援の大きな柱とすることが重要である。

さらに、経済的な発展が著しいアジアの国々に対する支援と、また開発途上である国々に対する支援とでは、必要とされる支援内容が異なる。アフリカ、南アジア、中南米の開発途上国に対しては、引き続き MDGs 達成のための支援が必要であるが、健康転換が進ん

⁹⁶ 武見敬三/マイケル・ライシュ、2008。

でいるアジアの国々では、生活習慣病や社会保障制度整備といった支援が必要となってきた。その意味で、国民皆保険制度、慢性疾患対策、高齢化対策、母子保健制度、保健医療組織のマネジメントなど、日本が自国の経験から得た知見は大いに活用できる⁹⁷。また、日本の比較優位性を示していくことのできる分野であると言えよう。

3-3. 保健分野と密接に関係する他分野との連携

人々の健康を向上させるためには、保健分野への取組のみでは十分ではなく、包括的な取組の重要性が国際的に唱えられている。MDGsからもわかるように、これらの目標はそれぞれ独立した問題ではなく、相互に関連しており、保健分野 MDGs は、単に医療分野の取組だけでは達成できない。相互に関連し合う諸問題の中で保健問題を捉え、包括的なアプローチを取ることが求められている⁹⁸。一方、人間の安全保障委員会の報告書では、健康であることは「人間の安全保障」の実現に不可欠であり、その手段とも位置付けられ、健康は人々が自由な選択を行い、社会的な機会を追求し、将来を計画することを可能にすると述べられている⁹⁹。つまり、保健はその他の人間の安全保障上の課題達成のための基本となる重要な分野として定義されている。

しかし、分野横断的な取組の必要性は 1990 年代から認識されてきているにもかかわらず、実際に取組が活発に行われているとは言い難い。分野横断的なアプローチを取るためには、様々なセクターを取りまとめていくコーディネーション力、コーディネーションを行っていく上で必要不可欠な確固としたツール、そして関係者を束ねていく強いリーダーシップの存在が不可欠であり、きわめて困難な現状がある。

JICA 自体は分野横断的に取組やすい組織体制となっているが、分野横断的な案件を形成するためには被援助国政府内部の調整が合わせて必要とされる。しかし、被援助国政府の所轄省庁がそれぞれ異なり、一つの案件としてうまくパッケージ化された要請が必ずしも常に挙がってくるわけではない。また、分野横断的な取組を実施するためのメカニズムが確立しているわけではなく、相手国および日本の関係者の個人の調整能力によるところが大きいのが現状である¹⁰⁰。

3-4. 新保健政策策定にむけての課題

前項までの議論を受け、日本の保健分野 ODA の策定・実施に関する課題について、以下にまとめる。

① グローバル・ヘルスを日本の外交政策の柱として位置付ける

日本は 2000 年に IDI を発表し、感染症問題への取組の重要性を国際社会に訴え、グローバル・ヘルスに関する代表的なイニシアティブである世界基金設立へのきっかけを作った。2008 年には TICAD IV と G8 北海道洞爺湖サミット両方のホスト国として、それぞれ「横浜

⁹⁷ 国際協力機構国際協力総合研修所、2004。

⁹⁸ 武見敬三、他、2008。

⁹⁹ 人間の安全保障委員会、2003。

¹⁰⁰ JICA プログラムの優良事例の一つとして、セネガル国タンバクンダ州保健システム強化プログラムがある。無償資金協力、技術協力プロジェクト、青年海外協力隊といったスキームの連携だけでなく、他分野（水、インフラ）との連携も行っている。

行動計画」、「国際保健に関する洞爺湖行動指針」策定に大きく貢献してきておりグローバル・ヘルスにおける国際社会での存在感を示した。今後も、このモメンタムを引き続き継続していくことが重要である。

グローバル・ヘルスの課題に関しては、経済的な発展が著しく、健康転換が進んでいるアジアと、引き続き MDGs 目標達成が最優先課題であるアフリカ、南アジア、中南米の途上国とでは、異なった支援が必要である。特に、国民皆保険制度、慢性疾患対策、高齢化対策、母子保健制度、保健医療組織のマネジメントなど、日本が自国の経験から得た知見のある分野では日本の比較優位性が高く、2015 年以降を見据えたグローバル・ヘルスを牽引していく上で、大いに活用できる。

② グローバル・ヘルス推進に向けた体制を強化し、国際潮流をリードする

「研究・対話プロジェクト」が民間の立場という利点を生かして様々なステークホルダーを巻き込んできたことは 3-1 にて説明した通りだが、この流れを一過性のものにするのではなく、全員参加型であるオール・ジャパン体制が持続し、グローバル・ヘルスという課題に対して、官民間問わず、異なる立場の人間が参加できる体制を維持することが必要である。

日本の保健援助政策に関する対外発信力は十分ではなく、対外的にインパクトのある情報発信をするためには、国際的に認知された媒体を通じた情報発信および日本の比較優位がある内容の発信が不可欠である。グローバル・ヘルスに対する日本の考え方が、G8 北海道洞爺湖サミットに先立ち、医学雑誌「ランセット」に掲載されたことは、その成功例として記憶に新しい¹⁰¹。そのインパクトは大きく、日本がサミットで国際的な議論をリードするに至った。また、国際的に認知されている媒体での情報発信は対外的なインパクトのみならず、グローバル・ヘルスに対する日本の貢献に関して日本国内の関心を高める機会ともなり得る。

その他の情報発信方法として、IT やテクノロジーの変化に伴い、時代に沿った、気軽に使いやすい手段の活用が必要である。

③ 援助効果向上にむけてグローバル・ヘルスの援助方法・形態を見直し強化する

日本はアジア唯一の G8 国であり、引き続き、アジア地域における地球規模課題に対してリーダーシップを取っていくことは重要であり、アジア地域における連携強化のための努力をしていくことが必要であることは変わりがない。しかし、アジアの国々の状況は多様化しており、画一的には対応できなくなっている。急速な経済発展を遂げつつある東アジアの国々、国際社会の中で存在感を増している中国やインド、あるいは、日本と援助組織体制が類似している韓国というように、状況によってそれぞれ異なった係わり方が必要となってくる。

援助協調に関しては、日本の援助哲学やアプローチを堅持し、欧州諸国が主導する財政支援とはある程度距離をおく、ややもすると援助コミュニティから孤立しがちな姿勢は、他の援助機関との協調体制の構築を困難にする。完全に同調すべきという論点ではなく、

¹⁰¹ Koumura, M., 2007.

取り組むべき課題や状況によっては、より効率的に効果を高めることができる一つの手法として、議論を深め、日本としての活用可能性と活用方法を再考する時期であると言える。

現在、外務省、JICA は、選択と集中により、また、限られた投入でのインパクトを大きくするため、共通の目的や対象のもとに相互密接に関連付けられた事業のプログラム化を推進している¹⁰²。援助手法の有機的な組み合わせにより、より大きな効果を得るという点では効率的な考え方であるが、日本全体としてグローバル・ヘルスへの取組を考える場合には、外務省、JICA が持つスキームの枠組のなかで考えるだけでは不十分であると言える。各省庁、民間、NGO、大学等の研究機関等が持つ知見やスキームをオール・ジャパン体制として活用し、日本の経験を活かした協力について、議論し、実施していくことが求められている。

また、JICA や日本の NGO の多くはプロジェクト実施型の事業を行っており、ミクロ的視点で事業を考えることができる人材はいるが、幅広いマクロ的視点で政策を考えることができる人材が圧倒的に不足している。厚生労働省や国立国際医療センターにおいても、政策人材は十分ではない。2006 年に厚生労働省は国際協力・協調の在り方の検討を行い、キャリアパスの一環として優秀な人材が NGO、省庁、国際機関などを流動的に働く場を移動しながら経験を積み重ねていき、政策人材となりうるようなメカニズムが必要であると指摘している¹⁰³。政策人材の育成が急務であることは明白であるが、経験を積んで学んでいく過程が必要であり、実際に政策レベルでの援助協調への参加の機会を得ることも重要である。

④ エビデンスに基づくグローバル・ヘルスを推進する

グローバル・ヘルスの全体構造の巨大化と関連して、国際関係研究機関などにおいても、地球規模課題であるグローバル・ヘルスを外交的な課題として取り上げ始めている。このような背景を受け、保健医療研究機関との連携が必要なのは言うまでもなく、国際関係研究機関等との連携強化を考えていく必要性が出てきた。もはや、保健医療機関との連携のみで、現在のグローバル・ヘルス外交の中で存在感を示していくには十分ではない時代に突入している。

JICA はタイ、ケニア、ガーナの保健医療研究機関への支援を長年続けてきた。しかし、世界的な潮流がグローバル・ヘルスを保健医療だけでなく、外交や政治、社会的な問題としてとらえ、ダイナミックな動きをしている中で、依然として、JICA はプロジェクト管理の体制にとどまり、外交や政治、社会的な視点をもった研究機能において脆弱といわざるを得ない。2008 年 10 月には JICA 研究所が発足したが、国際的な学術雑誌への投稿など、国際的な発信力や具体的な成果の有無も含めて、十二分に機能しているとは言い難い。研究と事業運営とは必要とされる能力が異なり、事業運営を行いつつ、国際的に対外発信力のある研究を行っていくことは容易ではない。そのためには、研究をひとつの主要な事業と位置付け、そのための研究実施体制（人材、人員、予算）整備が必要となってくる。

¹⁰² JICA 事業のプログラム化パターンは、スキームのプログラム化、対象を同じくする分野横断的な取組のプログラム化、広域のプログラム化が挙げられる。

¹⁰³ 国際業務を遂行できる人材に必要な能力を 5 つ挙げている。(1)事案の国内的コンテキストをまず理解したうえで、国際的コンテキストで対応できる能力、(2)国際的な意思決定プロセスの理解と参加能力、(3)カウンターパートとの信頼関係成熟能力、(4)語学力、(5)交渉能力。

その裏付けのためには、JICA 研究所の具体的な成果設定が必要不可欠である。

⑤ 市民社会との協働によるグローバル・ヘルスを推進する

日本の NGO の多くはプロジェクト実施型であり、政策提言ができる NGO はまだ少ない。日本の NGO の財政基盤や組織体制、人材育成が脆弱であり、政策提言活動を行うための活動資金や専門的な人材の配置が難しいという現状がある。他方、政策提言活動に積極的に参加している欧米の NGO はグローバルなネットワークを有し、豊富な資金力とマネジメント体制が確立しており、組織の戦略が明確である。また、情報発信が充実しており、政策策定に参画できるプロフェッショナルな人材の層が厚い¹⁰⁴。

表 3-7 日本の NGO と欧米の NGO の比較

	日本の NGO	欧米の NGO*
財政基盤	脆弱	安定
政策人材	高い専門性を持つ人材が少ない	高い専門性を持つ人材が多い
活動内容	フィールド活動重視 プロジェクト実施	グローバルなネットワーク形成 政策形成、情報発信

*欧米の NGO は政策提言およびフィールド活動の両方を展開する団体が多い。

出所：本調査結果をもとに調査チーム作成

1994 年、GII/IDI 懇談会が設置され、NGO が政策提言に参画する協力体制がすでにあるが、G8 北海道洞爺湖サミットで日本がグローバル・ヘルスの重要性を訴えた際の経験や、グローバル・ヘルスに参加しているプレイヤーの多様化に伴い、民間企業、研究機関やシンク・タンク、NGO との連携は今後更に重要性が増してくる。そのため、政策提言ができる NGO の育成が急務である。また、日本国民への説明責任として、より多くの人々がグローバル・ヘルスに関心を持てるような情報発信方法や手段を工夫していく必要がある。

¹⁰⁴ 兵藤智佳/勝間靖、2009。

第4章 保健分野モニタリング・評価の課題

4-1. 日本の開発援助におけるモニタリング・評価の動向

4-1-1. モニタリング・評価体制

背景

日本の ODA 評価については、1975 年に JBIC が事後評価を開始したのを皮切りに、1981 年に外務省、1982 年に JICA が事後評価を開始し、その後実施体制の整備が図られてきた。当初は事後評価が中心であったが、プロジェクトの計画立案・実施・評価を一貫して行う PCM 手法が 1994 年より JICA 事業に本格導入されたこともあり、PDCA サイクルの中にモニタリングが組み入れられ、評価も事前評価、中間評価、終了時評価が実施されるようになった。

21 世紀に入り、2001 年の「行政機関が行う政策の評価に関する法律」（政策評価法）の制定による全ての行政機関での事後評価の義務付け、さらには行政改革や経済情勢の悪化などを反映し、モニタリング・評価はさらに重要視されるようになった。2003 年の ODA 大綱では、ODA の効果的実施のために第一に「評価の充実」が掲げられ、「事前から事後までの一貫した評価体制」の重要性を明確に打ち出している。

加えて、世界銀行の包括的開発フレームワーク（CDF）を受けた貧困削減戦略文書（PRSP）や、MDGs などの新たな国際動向に応じた包括的支援の増加に伴い、モニタリング・評価の対象も、プログラムレベル、政策レベルへと広がっている。

実施・活用方法

日本の ODA 評価は、主務官庁である外務省と実施機関である JICA が中心となって実施しており、外務省が政策レベルと一部プログラムレベルの評価を、JICA がプロジェクトレベルとプログラムレベルの評価を担当している。

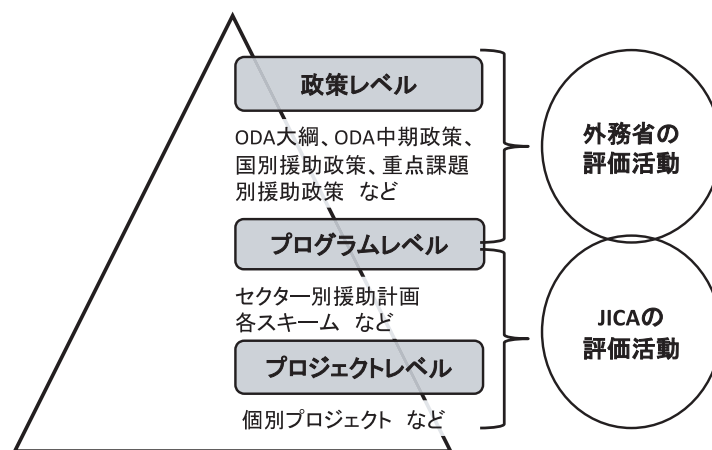


図 4-1 日本の ODA 評価実施体制・評価対象

出所：外務省国際協力局評価室、2009

外務省では、2006 年に経済協力局開発計画課内の評価班が国際協力局評価室として独立

し（現評価・広報室）、ODA 評価業務を総合的に実施するようになった。JICA も 2008 年の JICA・JBIC の海外経済協力部門の統合を契機に、企画・評価部内の評価管理室が評価部に格上げされた。

評価の視点は、レベル、援助手法・形態、実施時期により異なるが、基本的には 1991 年に OECD-DAC が提唱した評価 5 項目¹⁰⁵に準拠している。JICA の技術協力プロジェクトでは、PDM を用いて事業効果の発現・達成状況などを評価 5 項目に基づき評価し、モニタリングは個別のプロジェクトで定期的に行われている。外務省では、「政策の妥当性」「結果の有効性」「プロセスの適切性」を評価の基本的な共通基準としている¹⁰⁶。

評価結果は、納税者である国民に対する説明責任（アカウンタビリティ）を果たすとともに、導かれた教訓と提言に基づき ODA の質を向上するというフィードバックの目的で活用されている。

課題

モニタリング・評価の実施体制や活用方法はこれまで改善が加えられてきた。しかしながら、モニタリング・評価そのものを戦略的に捉え、国内外で積極的に活用しようとする姿勢には乏しく、ODA を巡る国内外の急激な環境の変化に十分対応しているとは言い難い。国際的には、援助協調に伴うモニタリング・評価対象の拡大や、プロセスやアウトプットでなくアウトカムやインパクトを評価しようとする動きがあるが、これに対応するためにはモニタリング・評価体制の大幅な見直しが求められる。国内においても、2009 年の民主党政権の発足などにより、低迷する経済状況の中でモニタリング・評価の結果が国民に分かりやすく示されているか、また ODA の向上に貢献しているかがより厳しく判断されることは想像に難くない。日本の ODA モニタリング・評価の課題は、以下のように整理できよう。

表 4-1 日本の ODA モニタリング・評価の課題

課題 1 目標・指標の設定	<ul style="list-style-type: none"> インパクトレベルの目標・指標が曖昧 政策、プログラム策定時に具体的な目標・指標が示されない
課題 2 結果の公表	<ul style="list-style-type: none"> 結果は公表されているものの広報が不十分 端的に結果を理解しにくい
課題 3 結果の活用	<ul style="list-style-type: none"> 評価部門と事業部門の連携が不十分 要請主義によるフィードバックの限界
課題 4 人材・予算	<ul style="list-style-type: none"> 専門性の高い人材が体系的に育成されていない 十分な予算措置が取られていない

出所：本調査結果をもとに調査チーム作成

第一に、有効なモニタリング・評価の実施のためには、計画立案時に目標と評価指標をできるだけ具体的に設定する必要がある。しかし、PDM を用いた一元的な事業管理体制が確立しているプロジェクトレベルでもそうではない例が散見される。特に、インパクトを

¹⁰⁵ 妥当性 (relevance)、有効性 (effectiveness)、効率性 (efficiency)、インパクト (impact)、自立発展性 (sustainability)

¹⁰⁶ 政策評価法に基づく評価では、「必要性」「有効性」「効率性」も含めた基準を使用。

測るための上位目標が漠然としており、指標の適切性が十分検討されていないと思われるケースは少なくない。また、指標が細分化されていたり、入手困難なため、上位目標の検証可能性を下げているケースも多い¹⁰⁷。

政策レベル、プログラムレベルの問題はさらに大きい。事前に目標や評価指標が具体的に設定されておらず、評価時にはじめて指標が決められる例は珍しくない。比較対象となるベースラインデータや定期的モニタリングによるデータがなく、成果について客観的なエビデンスを提示できていない例も見られる。政策・プログラムレベルの評価について、国際的に確立した共通の手法はないが、有力なツールの一つとしては、目標と指標がツリー状に階層化される「目標体系図 (Objective Tree)」¹⁰⁸がある。2001年のODA 評価研究会報告書「我が国のODA 評価体制の拡充に向けて」の中でも目標体系図の必要性は指摘されており、その後も繰り返し提言が行われているが、具体的な目標、指標が示された目標体系図は依然少ない¹⁰⁹。

第二に、評価結果の公開に関しては、JICA 図書館のような民間アクセスが可能な施設やホームページで報告書が配布・公表され、また、一般向けのセミナーや報告会で国民への説明責任を果たそうとの姿勢は見られるが、広く広報は行われておらず、アクセスは必ずしも容易ではない。また、評価結果が端的に理解できないとの声もある。そんな中、2004年にJBICが導入した事後評価での4段階のレーティングを、新JICA発足に伴い技術協力、無償資金協力、有償資金協力の3つの援助手法・形態全ての事後評価に適用する方針が打ち出された。評価結果の可視性を高めるための試みとして、今後注視していく必要がある。

第三に、モニタリング・評価結果の活用についても課題がある。結果は、当該事業の改善や次なる事業の策定に適切に反映され、ODAの質向上に寄与しなければ意味がないが、現状は報告書を作成し、関係者や相手国に情報を周知させるだけとなっていることが多い。また、事業の延長や新規案件の形成は評価結果よりも相手国の要請による部分が大きく、教訓や提言が十分に活用されたと言えるケースは少ない。現在、外務省とJICAでは、セクター別の教訓・提言のデータベース化、事後モニタリング制度、相手国との合同評価の実施などのフィードバック体制強化に取り組んでいるが、評価部門と事業部門の連携、これまでの評価報告書で出された共通する提言を抽出した統一方針の決定、分野別イニシアティブの位置づけの明確化、便宜性を高めた報告書ガイドラインの策定、外務省とJICAの役割分担の再確認と評価結果の相互活用などのセクターや部署、機関の垣根を超えた対策は、依然不十分である。

しかし、根本的な問題は、結果が十分に活用されていないことではなく、モニタリング・評価に関わる専門の人材や予算の欠如であり、活用できる結果を出すための体制が整っていない点であるとの指摘もある¹¹⁰。情報収集や現状分析の偏り、そして書き方に問題のある報告書の存在はJICAの2次評価においても指摘されている¹¹¹。現場におけるモニタリング体制も不完全で、信頼性の高い必要なデータが収集されない問題も大きい。モニタリン

¹⁰⁷ 国際協力機構企画・調整部事業評価グループ、2007。

¹⁰⁸ 目標体系図の具体例は「別冊資料編3-1」参照。

¹⁰⁹ 2000年から2007年までの国別援助計画、重点課題別援助計画で、政策策定時に目標体系図が設定されたのは2件であった。

¹¹⁰ 国際開発高等教育機構国際開発研究センター、2008。

¹¹¹ 国際協力機構企画・調整部事業評価グループ、2007。

グ・評価に関わる専門的人材の育成は、予算措置と合わせ急務となっている。

4-1-2. 保健分野の動向

保健分野のモニタリング・評価体制と課題は、モニタリング・評価の分野横断的な性質上、ODA 全般の体制や課題と異なるものではない。しかしながら、保健分野における特徴をいくつか指摘することができる。

保健分野のモニタリング・評価状況として、2000 年以降に政策・プログラムレベルで外務省と JICA が実施した保健分野評価を表 4-2 に示す。

表 4-2 2000 年以降の政策・プログラムレベル評価（保健分野）

分類	実施年度	案件名
外務省 ODA 評価	2001 年度	GII（人口・エイズに関する地球規模問題イニシアティブ）評価
	2003 年度	沖縄感染症対策イニシアティブ（IDI）中間評価
	2004 年度	保健関連 MDGs 達成に向けた日本の取組評価
	2006 年度	タイ保健分野評価
	2007 年度	「保健分野における日米パートナーシップ」に関する USAID との合同評価
	2008 年度	「保健・医療分野支援」の評価
JICA 事業評価	2000・2001 年度	特定テーマ評価「フィリピン人口・健康セクター／USAID 連携」
	2001 年度	評価結果の総合分析（人口・保健医療分野）
	2004 年度	テーマ別評価「アフリカ感染症対策研究」
	2006・2007 年度	テーマ別評価「保健リファラル・システム」
	2006 年度	ガーナ国アッパーウエスト州住民の健康改善プログラム評価
	2006 年度	アフガニスタン国保健医療セクタープログラム評価
	2007・2008 年度	ケニア国エイズ予防プログラム評価

これらの評価の多くでは、他分野と同様、ODA 評価ガイドライン、JICA 事業評価ガイドラインに基づく評価基準が用いられている。一方、JICA が実施した「ガーナ国アッパーウエスト州住民の健康改善プログラム評価」「アフガニスタン国保健医療セクタープログラム評価」「ケニア国エイズ予防プログラム評価」では、協力プログラム評価手法を用い、相手国の開発政策・戦略への「貢献」を評価項目に設定し、プログラムの位置づけと戦略性を評価している。また、外務省による 2004 年の「保健関連 MDGs 達成に向けた日本の取組評価」では、日本の保健分野は MDGs の達成にどのように貢献しているか（貢献度）、MDGs 達成にむけて政策・戦略が明確にされ周知されているか（政策的コミットメント）、MDGs 達成にむけて戦略的なアプローチがとられているか（戦略性）、効果を確実にし、効率を向上させるために、援助事業の質の確保と改善が適切に行われているか（質の確保）の 4 項目から包括的な評価が行われた。

保健分野のモニタリング・評価の特徴としては、第 3 章に示された保健分野事業の特徴とオーバーラップするが、以下の 2 つが指摘できよう。

表 4-3 保健分野モニタリング・評価の特徴

特徴 1	「人づくり」を重視し、個人の健康行動改善や保健人材の能力向上に対する分析が中心的
特徴 2	保健状況の改善などのインパクトレベルの目標とアウトプットレベルの目標の間の論理性がしばしば議論の対象となる

第一に、保健分野でのソフト面の支援事業拡充に伴い、モニタリング・評価では、草の根での「人づくり」に焦点を当て、個人の健康行動改善や保健人材の能力向上をいかに測るかに力点が置かれることが多くなっている。地域保健事業などを中心に、個人の健康増進や疾病予防に関し、知識（Knowledge）、態度（Attitude）、行動（Practice）の3段階について定性的・定量的に調査する KAP 調査はその好例であろう。

一方で、例えば保健人材の育成というプロジェクト目標と、妊産婦死亡率の低減などの上位目標の間の論理性が曖昧と指摘されることが多く、保健分野は特に事後評価が難しいとされる分野のひとつとされている。しかし、後述するように、結果重視マネジメント（Result-based management: RBM）や、コクラン共同計画（Cochrane Collaboration）などの影響を受け厳密にインパクトを評価しようとする試みが主流化しており、適切な上位レベルの目標を設定する必要性が高まっている。

我が国の保健分野におけるモニタリング・評価の特徴が、国際的な開発援助潮流の影響や、保健分野の枠組みの再編に直面し、今、大きな変革を迫られている。

4-2. 主要国・国際機関によるモニタリング・評価

4-2-1. 開発援助潮流の影響

国際的な開発援助分野において、モニタリング・評価重視姿勢は今日、当然のものとなっているが、これには RBM の影響が大きい。1980 年代にイギリスなどで導入されたニュー・パブリック・マネジメント（NPM）は、1990 年代になって、計画時より評価の視点を組み込み、プロセスではなく結果に重点を置く RBM に発展し、投資の効率性を重視し始めていた開発援助分野でも導入が進んだ。それに伴い、モニタリング・評価の有効性が注目を集め、2000 年前後に次々と策定された開発援助分野施策では、当初より目標、指標が設定されるようになった。こうして、業績を測定、評価しながら施策を管理する方法が定着したのである。

また、援助協調の流れが RBM 導入を加速化させた。世界銀行が 1999 年に発表した CDF では、途上国が主体となり、他の国家・国際機関、市民社会などとの強固なパートナーシップのもと、結果を重視した包括的な開発戦略策定を目指すという基本概念が提唱された。CDF に基づいて作成される PRSP は、参加型で、貧困とその原因への理解を深め、貧困削減に効果的な公的措置を選択し、効果を評価するための貧困削減目標を設定して達成度合いをモニタリングすることを基本プロセスとしており、計画段階からモニタリング・評価について考慮することを求めている。

同様に RBM を反映しているのが MDGs である。MDGs では 8 つの目標と 18 のターゲット

トの達成度を測るための指標が設定されており¹¹²、国連、OECD、IMF、世界銀行が定期的に達成度をモニタリングしている。また、各国政府と国際機関は MDGs に基づく援助施策を策定し、そのモニタリングを行ってきた。MDGs の普遍的、包括的な目標に対応してモニタリング・評価の対象はプログラム、そして政策レベルへと拡大し、これに対応するモニタリング・評価手法が求められるようになった。

PRSP や MDGs 同様、結果重視に加えて援助協調の概念も定着させる大きな役割を果たしたのが、2005 年の「援助効果向上に関するパリ宣言」（パリ宣言）である。宣言には、援助効果向上の 5 原則（「オーナーシップ」「制度、政策への協調」「調和化」「開発成果管理」「相互説明責任」）、5 原則を実現するための援助国・被援助国の具体的な行動を示した 56 の取組事項、12 のモニタリング指標¹¹³が盛り込まれた。そして、2006 年および 2008 年のパリ宣言モニタリング、DAC 開発評価ネットワーク（EVALUNET）が行っている「パリ宣言実施状況の評価」など、実施状況のモニタリング・評価が進められている。2008 年には「アクラ行動計画」においてパリ宣言の取組を加速化させることが宣言された。被援助国のオーナーシップは、「パリ宣言実施状況の評価」での被援助国主導の評価や、被援助国の評価能力構築（ECD）のための取組など、評価分野にも着実に及んでいる。

結果重視、援助協調という 2 つの大きな動きが開発援助分野のモニタリング・評価に与えた具体的な影響としては、被援助国・援助国・国際機関間での評価方法の標準化、評価結果の共有、合同評価の実施がある。EVALUNET による、評価の質を一定レベルに保ち、アクター間の協力を促進し、評価の比較やメタ評価を容易にするために押さえるべき 10 の基本項目¹¹⁴から成る「評価品質基準」（Evaluation Quality Standards）の策定など、今後、モニタリング・評価の標準化への動きはより活発になっていくものと思われる。保健分野では、世界基金や GAVI など、世界規模のパートナーシップが影響力を増しており、保健分野の国際機関とこれらのパートナーシップから構成される「ヘルス・エイト」（H8）¹¹⁵の 2007 年の初回会合では、MDGs 達成に向けた動きを加速化させていくための、共同かつ確固たるモニタリング・評価システムの重要性が指摘されている。さらには、G8 アカウンタビリティレポートでも、MDGs の達成を目指し、保健分野援助の効率性と有効性を高めるための共同でのモニタリング枠組みの必要性が強調されている。

4-2-2. 主要国・国際機関のモニタリング・評価体制・手法

以下では、各国および国際機関のモニタリング・評価体制・手法のうち、特徴的な手法について取り上げる。主要国・国際機関ごとの評価体制・手法一覧は「別冊資料編 3-6」に示す。

¹¹² 詳細は、<http://www.mofa.go.jp/Mofaj/gaiko/oda/doukou/mdgs.html>（2010 年 1 月 15 日アクセス）参照。

¹¹³ 例としては、被援助国の国家計画に沿ってプログラム化された援助の割合、被援助国の公共財政管理・調達システムを利用した援助の割合、アンタイド率、複数の援助国・機関などが共同実施する調査・分析の割合等がある。

¹¹⁴ 「評価の根拠・目的（Rationale, purpose and objectives of an evaluation）」「評価の範囲（Evaluation Scope）」「コンテキスト（Context）」「評価手法（Evaluation methodology）」「情報源（Information sources）」「独立性（Independence）」「評価倫理（Evaluation ethics）」「品質確保（Quality assurance）」「評価結果の妥当性（Relevance of the evaluation results）」「完成度（Completeness）」。詳細は、DAC Evaluation Quality Standards（<http://www.oecd.org/dataoecd/30/62/36596604.pdf>（2010 年 1 月 15 日アクセス））参照。

¹¹⁵ H8 は、WHO、UNICEF、UNFPA、UNAIDS、世界銀行、世界基金、GAVI、ゲイツ財団で構成されている。

結果のフレームワーク (RF)

モニタリング・評価手法は、大きく、DAC 評価 5 項目に基づくロジカル・フレームワークを用いた手法と、RBM に基づく結果のフレームワーク (RF) を用いた手法に分類される。その他、両者の中間的手法や、独自の手法も存在する。外務省・JICA は、4-1 で述べたように DAC 評価 5 項目に準拠した手法を用いている。

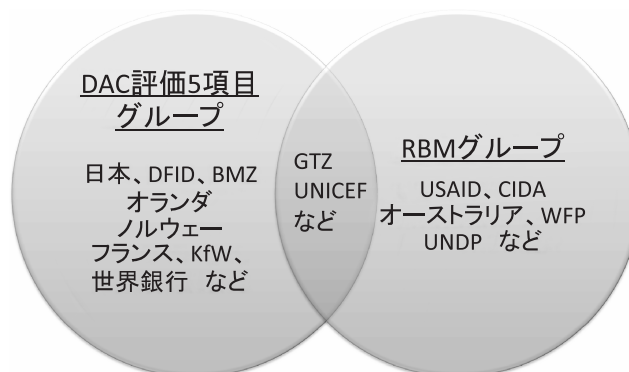


図 4-2 モニタリング・評価手法による分類

BMZ: ドイツ連邦経済協力省

WFP: 国連世界食糧計画

出所: 佐々木亮, 2006 年に基づき調査チーム作成

RBM グループには、USAID、CIDA、AusAID、UNDP などが含まれる。USAID は、かつて PDM の原型であるログフレームを開発したが、包括的援助の増加に対応するため、1990 年代半ばに新たに RF を開発し、導入している¹¹⁶。RF の構成や論理はログフレームに類似するが、政策・プログラムレベルで作成され、上位の戦略ゴールを除き在外事務所が中心となって戦略目的の選択と計画策定を行う。そのため、MDGs のような包括的な目標を戦略ゴールに据えた政策、プログラム形成が容易であり、かつ下位レベルの枠組みが柔軟という特徴がある。評価に関しては、政策・プログラム・プロジェクトレベルで内部評価、第三者評価が行われている。指標は、パフォーマンス指標として 7 つの基準¹¹⁷を満たす定量指標、定性指標が用いられるが、基本的には計画時に DHS 等の二次データに基づいて設定され、モニタリングでの見直しを通じて事後評価で評価指標として使用されている。モニタリングは重視されており、実施機関、本部、在外事務所の戦略チームが作成する「パフォーマンス管理計画」(PMP) を基本とし、実施機関からの定期報告をもとに戦略チームが活動をモニタリングしている。結果は、毎年発行されるパフォーマンス報告書 (Annual Performance Report) で発表され、インターネット上やセミナー、ワークショップなどを通じ広く公開されている。研究機関によるインパクト評価も推進しており、学術雑誌での発表に至るものもある。

CIDA や AusAID も、USAID の RF に類似するフレームワークを用い、パフォーマンスの定期的モニタリング、ベースラインとエンドラインの事前事後比較による評価に力を入れている。

¹¹⁶ RF の具体例は「別冊資料編 3-2」参照。

¹¹⁷ 「直接的 (direct)」「客観的 (objective)」「十分 (adequate)」「可能な範囲で量的 (quantitative, where possible)」「適切な範囲で構成要素に分けられる (disaggregated, where appropriated)」「実践的 (practical)」「信頼できる (reliable)」。USAID Center for Development Information and Evaluation, 1996.

レーティングによる総合評価

前項で述べたように、JICA の事後評価ではレーティングが行われているが、その活用という面では、レーティングによる総合評価 (overall rating) を行う世界銀行独立評価グループ (IEG)、ドイツ復興金融公庫 (KfW)、アジア開発銀行 (ADB) が先行している。

世界銀行 IEG は、評価の質と独立性を通じて援助の質を向上させることを目的とした独立評価を実施している。1995 年には、国別援助戦略 (CAS) を評価する国別援助評価 (CAEs) が IEG の前身である業務評価局 (OED) で開始された。現在では年間 10 件程度行われ、これまでに 70 以上の評価報告書が公表されている。CAEs では、6 段階のレーティングが行われ¹¹⁸、また、被援助国の開発全体に対する国別援助戦略の貢献を部分的なものとして捉えた評価が行われている。その他、IEG はプロジェクトレビュー、セクター・テーマ別レビュー、プロセスレビューを行っており、結果は「援助効果に関する年次レビュー」(ARDE) にまとめられている。2008 年度の ARDE では、パフォーマンスが弱く優先的に取り組むべき地域・セクターとして、アフリカ地域と保健分野が挙げられた。

ドイツ KfW では、全プロジェクトに対する事後評価を行っており、「有効性」「妥当性と重要性」「効率性」の 3 つの基準それぞれについて、6 段階で評価している。そして、プロジェクトごとに 3 つの基準に対する重みづけ (weighting) を、その理由と共に示し、3 つの基準を総合した全体としての 6 段階のレーティングを行っている¹¹⁹。

なお、重みづけは、その根拠を示し、レーティングが独り歩きしないための配慮が必要で厳格な方法が求められるが、JICA の事後評価でのレーティングでは、重みづけは行われていない。

インパクト評価

前項で述べたように、モニタリング・評価対象のプログラム・政策レベルへの拡大、また、アウトカムやインパクトの評価に対する要請が高まる一方で、これらを測るための確立した共通の手法は未だ存在しない。しかし、医療分野のコクラン共同計画などの影響を受け、実験的、準実験的な手法でインパクトを厳密に測ろうとする動きが存在する。これは、1992 年に英国国民保健サービスの一環として始まったプロジェクトで、疾患への介入効果について「ランダム化比較試験」(RCT) を中心とする科学的・体系的な精査を行い、データベース化した結果を公開・共有して合理的な意思決定に活用することを目指している。

この試みを ODA 分野に応用する動きとして、2003 年にマサチューセッツ工科大学経済学部内に設立された J-PAL がある。J-PAL は、世界銀行などの支援を受け、RCT による評価を通じて貧困削減政策の有効性を高めることを目的に活動しており、2010 年 1 月までに 63 件のインパクト評価プロジェクトを完了し、報告書をホームページに公開している¹²⁰。ホームページでは、評価結果に加え、一部のプロジェクトの調査データも公開しており¹²¹、利用者によるデータ活用を可能にしている。

¹¹⁸ レーティング基準は「別冊資料編 3-3」参照。

¹¹⁹ 詳細は「別冊資料編 3-3」参照。

¹²⁰ 保健分野についても 37 件の評価を実施。

¹²¹ <http://www.povertyactionlab.org/JPALdata/> (2010 年 1 月 15 日アクセス)

また、UNICEFは、2002年より西アフリカ11カ国で「子どもの生存・成長促進プログラム」(ACSD)¹²²を実施しているが、5歳未満児死亡率に対する介入のインパクトを、MBBツール¹²³と、子どもの生存と新生児の生存に関する医学雑誌「ランセット」シリーズの「エビデンスに基づく介入効果」を用いて推計し、当初予測を上回る成果を出したと報告している¹²⁴。

インパクト評価は、「あるプロジェクトに参加した特定の個人（或いは組織）について、同一の個人がそのプロジェクトに参加しなかった場合にはどうなっていたかという反事実（counterfactual）を想定し、その両者の事後的な指標変化（例えば所得水準）を比較した時の差」¹²⁵であるインパクトを測定するものであるが、社会分野ではこれを実際に測ることは不可能である。プロジェクト前後での同一集団比較（Before-After比較）や、プロジェクトの介入地域と非介入地域の比較（With-Without比較）がよく行われるが、集団の選択にバイアスがかかり、また、プロジェクトがもたらした変化以外の通時的な変化などを除去できないためインパクトの精度は低い。厳密なインパクト評価では選択バイアスをできるだけ除去して比較が行われる。

厳密なインパクト評価の拡充には世界銀行が積極的に関わっており、データベースの作成や、EVALUNET、国連評価グループ（UNEG）、Evaluation Cooperation Group（ECG）のネットワークとしてインパクト評価を推進する Network of Networks of Impact Evaluation（NONIE）のためのタスクフォースの立ち上げに関わっている。また、国際開発評価学会（IDEAS）、Center for Global Development（CGD）、MEASURE Evaluation、カリフォルニア大学バークレー校の Center of Evaluation for Global Action（CEGA）、Global Development Network（GDN）など、研究機関やシンク・タンクがインパクト評価の実施やツール整備に貢献している。GDNは、2006年よりゲイツ財団の支援を受け、アフリカ・アジア地域の保健MDGs達成に貢献するため、19カ国の20の保健衛生分野プログラムのインパクト評価を行った。また、CGDのEvaluation Gapワーキンググループは、2006年に質の高いインパクト評価を実施するための提言報告書¹²⁶を発表している。

しかしながら、厳密なインパクト評価は、対象地域に限られた保健や教育のプロジェクトには適しているが、実際には、予算や時間、技術的、倫理的な問題から、全てのレベルの評価に厳密なインパクト評価を適用するのは困難とされる。GTZでは、投入志向型から結果志向型への「パラダイムシフト」に直面し、インパクトの評価方法について現在議論を重ねている。GTZは、個々のプロジェクトの貢献と、貧困削減などのより上位のレベルのインパクトの間の因果関係は明確でなく、成果の帰属ギャップ（attribution gap）が存在すると考えている。帰属ギャップを超えて開発に進歩をもたらすことこそ真のプロジェクトの目的であると考えているもの¹²⁷、この問題を乗り越える効果的な評価手法は確立して

¹²² 予防接種、微量栄養素の配布、産前検診、母乳栄養の推進、経口補水塩（ORS）や蚊帳の支給などの総合的保健サービスをパッケージとして展開するプログラムで、低コストで高い効果を上げるとされる。

¹²³ UNICEF、WHO、世界銀行が共同で開発した、保健システムに内在するボトルネックを明らかにし、期待される成果を得るための必要資金を計算し、ボトルネック除去による成果を予測する計画・予算策定のためのツール。現在、各国のUNICEF事務所での計画策定で使用が進められており、将来的にはモニタリング・評価にも活用されると考えられている。

¹²⁴ UNICEF, 2005.

¹²⁵ 青柳恵太郎, 2007.

¹²⁶ Evaluation Gap Working Group, 2006.

¹²⁷ Reuber and Haas, 2009.

いないとする。また、DFID は、DAC 評価 5 項目を基本とする評価基準を用いて、投入、アウトプット、アウトカム、インパクトを評価するが、アウトカムやインパクトを評価することが困難と認識し、個々のプロジェクトから政策までを一貫して評価することはせず、レベルを分けた評価を行っている。インパクトの評価に対するニーズは高く、厳密なインパクト評価の蓄積や議論の進展により、ODA 分野でも今後十分実践可能な手法となっていくものと思われるが、現時点での課題は多く、実践に際しては模索が続いている。

保健システムのモニタリング・評価

保健分野での新しい動きに、保健システムに対するモニタリング・評価がある。保健システム評価は、WHO の World Health Report 2000 で初めて行われ、その後、国連機関を中心に進められてきたが¹²⁸、枠組みの重複や混乱も指摘されている。そこで現在、WHO、世界銀行、GAVI、世界基金が共同で、IHP+の評価枠組み検討の一環として保健システム強化（HSS）のモニタリング・評価に関する枠組みを開発している¹²⁹。

評価指標は、保健システム能力を測るための「投入・プロセス」と「アウトプット」、保健システムパフォーマンスを測るための「アウトカム」「インパクト」の各段階で設定され、それぞれについて好ましいデータ源、あるいは代替的なデータ源が細かく例示されている¹³⁰。HSS 評価には、時間の経過に伴うスケール・アップによる変化や、疫病の流行、経済的変化、政治的安定性などの環境変化を考慮する段階的アプローチ（stepwise approach）が適する。また、スケール・アップの評価のためには、ベースラインデータに基づく確立したモニタリングシステムが必要とされる。なお、HSS モニタリング・評価は基本的には国レベルでのアプローチだが、グローバルレベルの合同プログラムも対象とすることが可能と考えられている。

なお、世界基金は 2006 年にモニタリング・評価のためのツールキットを開発し、HIV/AIDS、結核、マラリア、HSS の 4 つの分野におけるモニタリング・評価方法と指標を提示している。HSS の指標は、「サービス供給」「保健人材」「保健情報」「保健製品・ワクチン・技術」「インパクト」それぞれについて、データ源とデータ収集の頻度と共に細かく示されている¹³¹。

援助協調におけるモニタリング・評価

世界基金などのパートナーシップへの参加や、コモン・バスケットへ拠出する援助国の増加に伴い、全体の成果とそれぞれの援助国の貢献の関係をどのように捉えるかが議論の対象となっている。個別の援助国による貢献を具体的に評価する体系的な手法はなく、代わりに、全体の成果と個別の援助国の貢献を 2 段階で論じる方法や、コモン・バスケットへの拠出割合とコモン・バスケット全体の成果から個別の援助国の貢献度を算出する方法¹³²が講じられている。全体の成果を人類益として適切に評価することで良しとする意見もあるが、グローバル・ヘルス分野への貢献と国益との関係を重視する傾向においては個別

¹²⁸ Murray and Evans, 2003.

¹²⁹ IHP+ Working Group on Monitoring and Evaluation, 2010. HSS モニタリング・評価のための RF も提案されている。

¹³⁰ 指標・データ源の例は、「別冊資料編 3-4」参照。

¹³¹ The Global Fund, 2009.

¹³² 例えば、10%を拠出したプログラムで、結果として 10%死亡率が低減した場合、1%を拠出国の貢献と捉える。

の援助国の貢献度を評価するための手法の必要性は増すものと思われる。

一方、国際的な援助協調枠組みやパートナーシップによる事業に対するモニタリング・評価は、これらに参加する多様なステークホルダーに配慮したものとなっている。GAVI が 2008 年に発表した評価方針では、GAVI 自体を定期的な評価対象とし、また、評価にステークホルダーを巻き込むことが重要とされている¹³³。そして、IHP+では、2009 年 9 月に「Joint Assessment Tool」、「Joint Assessment Guideline」のドラフトを発表し、様々なステークホルダーが国家保健戦略、保健計画を測るためのツールを開発中である。ツールは数カ国で試行され、改訂される予定だが、「良い」国家戦略の基盤となる 5 つの要素¹³⁴の強みと弱みを測るものとなっている。また、複数の国連機関を共同出資者とする UNAIDS も、参加機関間の共同と調和や、共同のアカウンタビリティなどを加味した基準¹³⁵を使用している。

4-3. 新保健政策策定にむけての課題

前項までの議論を受け、日本の保健分野 ODA のモニタリング・評価に関する課題についてまとめる。

① グローバル・ヘルスを日本の外交政策の柱として位置付ける

グローバル・ヘルスに対する日本の貢献を明確に打ち出すためには、期待される成果を測定可能なものとして政策策定時に提示しておくことが重要である。日本の保健分野を含む開発分野のモニタリング・評価は、上位のレベルの目標や指標が曖昧であったり、政策策定時に示されないという課題を抱える。目標体系図のような枠組みを用いてこれらを明示化し、日本のコミットメントを示す必要性は高い。

② グローバル・ヘルス推進に向けた体制を強化し、国際潮流をリードする

日本の対外発信力を強化し、国際的なプレゼンスを向上させるためには、モニタリング・評価結果を積極的に活用すべきである。USAID では、研究機関による評価結果が権威ある学術雑誌での発表に至ることも珍しくなく、結果として USAID の対外的評価を高める一助となっている。日本ではモニタリング・評価結果が同様の形で活用されているとは言い難い状況にある。対外的にインパクトのある情報発信をし、国際的な議論をリードするため、今後、国際的に認知された媒体などを通じ、日本の比較優位性が認められるモニタリング・評価結果を積極的に発信することは検討されるべきである。

③ エビデンスに基づくグローバル・ヘルスを推進する

「結果重視」と「援助協調」という 2 つの大きな国際潮流は、共通のフレームワークに基づくエビデンス提示への要請を高めており、保健分野を含む開発援助分野全般においてモニタリング・評価の重視傾向は強まり、モニタリング・評価そのものの客観性も強く求められている。しかしながら、日本の保健分野モニタリング・評価は、現状としてこうした変化への対応が不十分であると言わざるを得ない。日本の強みと経験を生かしつつ、国

¹³³ GAVI, 2008.

¹³⁴ ①状況分析と、分析と戦略・計画の一貫性、②国家計画・戦略策定のプロセス、③財政・監査、④実施・管理、⑤結果、モニタリング、再検討のメカニズム。詳細は、IHP+, 2009 参照。

¹³⁵ UNAIDS, 2009.

際潮流に即したモニタリング・評価体制が確立されることは喫緊の課題である。

結果重視への対応としては、量的・質的データの両方の確保を可能にするモニタリング体制の構築、および評価の透明性・客観性の確保は不可欠である。また、援助協調の文脈において、上位レベルの目標で、国際的指標や被援助国の国家指標に依拠することで協調を図る必要性も高い。具体的な手法として、4-2-2 で述べたレーティングによる総合評価やインパクト評価の導入も考えられる。ただし、留意点として、援助の現場では、モニタリングメカニズムの確立や指標の策定において、ドナー間や被援助国と合意し、透明性の高いシステムを構築することに莫大な労力がかかり、人材や資金不足によりうまく行かないケースが多いのが現状である。厳密なインパクト評価についても、プロジェクト以上のレベルにおける実施可能性には、依然不確定要素が多い。グローバル・ヘルスの趨勢として、日本が全てを独自に行うことは難しく、国際機関や研究機関との協働を通じて相互に補完する必要性は今後増す一方だと思われるが、草の根的活動に強みを持つ日本が定性的分析やプロセス評価を定量的分析と共に活用し¹³⁶、モニタリング・評価の実効性を高めることに貢献することは可能である。新しい動きである保健システムのモニタリング・評価に対しても同様であり、現場の実情に即した指標の検討などで貢献できる余地はあろう。

また、被援助国のモニタリング・評価能力向上への寄与については日本に対する非援助国からの期待は大きい。外務省は、アジア大洋州地域を対象に、評価能力向上と開発援助の効率化を目指す「ODA 評価ワークショップ」を、2001年の第1回より主催・共催しており、この分野へに積極的に貢献していく姿勢を明確に打ち出している。被援助国のモニタリング・評価体制の強化や、合同評価実施のための技術支援などに積極的に関わることで保健分野として貢献することも十分可能である。しかし、予算不足や人員不足への対応策が検討されることなしにはこれらの貢献を果たすことは難しいことは指摘しておかなければならない。

④ 市民社会との協働によるグローバル・ヘルスを推進する

グローバル・ヘルスの推進に対する市民社会からの協力と参加を得るために、モニタリング・評価結果を分かりやすく提示し、広く市民社会に対して発信することで寄与できる。しかし、現状として、情報不足から一般市民が結果へアクセスすることが困難であり、また、評価報告書から結果を端的に把握することが難しいとの指摘は多い。単にエビデンスを提示するだけでなく、多くの市民にとって分かりやすい形でこれを提示するための方策が必要である。

前提として、これらの課題は、必ずしも保健分野のみで解決できるものではなく、他のセクターや関係機関との連携の視点で検討される必要がある。従来の保健分野援助政策がイニシアティブの形で明示され、それが分野を超えて認知されてきたのか、また評価との連携は十分だったかという点を再考することが求められる。グローバル・ヘルスの課題を包括的に示し、取るべき方策を列挙した「心構え」ではなく、戦略的に優先課題を設定し、モニタリング・評価のための枠組みを示し、国内外でプレゼンスを向上させるイニシアティブ策定の必要性が求められている。

¹³⁶ 例えば、欧米の NGO などが開発に携わった MSC (Most Significant Change) 手法では、変化に関する個々人のストーリーの積み上げてモニタリング・評価を行う。Davies and Dart, 2005.

第5章 提言

本章では、第2章から第4章で行った国際的動向および日本の保健援助政策における取組と課題についての現状分析・教訓を踏まえ、今後の新保健政策策定へむけての提言を試みる。

21世紀の国際開発目標となったミレニアム開発目標(MDGs)の達成期限まで5年を残すのみとなり、2010年9月には、国連においてハイレベルのレビュー会議(MDGs+10サミット)の開催が予定されている。また、2010年6月はカナダでG8/G20サミットが開催され、G8については、開発課題、特に母子保健を中心としたグローバル・ヘルスが議題として議長国のカナダより提案されている。11月には日本がホスト国となりAPEC会議が開催される。こうした機会に日本のグローバル・ヘルスに向けたビジョン・取組を発信することで、ODA大綱の目指す「国際社会の平和と発展に貢献する日本」のイメージを保ちつつ、日本が国際社会における指導力を発揮することが期待される。

2005年に発表されたHDIが2010年3月で終了することを踏まえ、今後5年間(2010年～2015年)を想定し、中・長期的な視点も入れて、日本政府に対して、以下の5つの提言を行う。

提言1：グローバル・ヘルスを日本の外交政策の柱として位置付ける
提言2：グローバル・ヘルス推進に向けた体制を強化し、国際潮流をリードする
提言3：援助効果向上にむけてグローバル・ヘルスの援助方法・形態を見直し強化する
提言4：エビデンスに基づくグローバル・ヘルスを推進する
提言5：市民社会との協働によるグローバル・ヘルスを推進する

提言1： グローバル・ヘルスを日本の外交政策の柱として位置付ける

1-1. 日本がグローバル・ヘルスを開発課題の中心に位置付け、外交政策の重要な柱として表明する。「世界のいのちを守る日本」のイメージを世界に発信する

2010年初めの施政方針演説において、鳩山首相は、「世界のいのちを守りたい」とのメッセージを強く打ち出し、いのちを守るためのネットワークを、アジア、そして世界全体に張り巡らせていきたいと明示した。この「いのちを守る」という政府の強いメッセージは、日本政府が外交政策の柱として位置付けている「人間の安全保障」の理念と合致するものである。

日本は、2000年にIDIを発表し、現在の世界基金創設の基礎を作った。さらに、2008年には、日本政府がホスト国として主催したTICAD IVおよびG8北海道洞爺湖サミットでは、グローバル・ヘルスを議題として取り上げるよう合意形成を行い、グローバル・ヘルスを開発の重要課題とする流れを作ってきた。この流れは2009年G8イタリア・ラクイラサミットに引き継がれ、2010年にカナダで開催されるG8/G20サミットでは、母子保健に焦点が

置かれることが表明されるに至っている。

第 2 章で述べた通り、英米をはじめ多くの主要ドナー国もまたグローバル・ヘルスを外交政策の柱として位置付けている。こうしたモメンタムを作った日本は、グローバル・ヘルスを日本の外交政策の柱として明確に位置付け、グローバル・ヘルスに関して国際社会をリードしていくことが求められている。

1-2. 2015 年およびそれ以降の課題を中・長期的に見て、今後 5 年間は、二つの視点を持って、グローバル・ヘルス分野へ支援を行う

一つ目は、保健 MDGs 達成のためのリーダーとして国際社会との協働である。「ミレニアム開発目標 (MDGs)」は、国際社会が取り組むべき目標として各国政府、援助機関、市民社会が協力することを求め、世界規模で目標達成に向けた努力がなされている。しかし、2008 年の国連 MDGs 報告書によれば、2015 年までの達成期限を前に、多くの国々において保健 MDGs の目標達成が危ぶまれている。こうした課題を克服していくための最大の障壁は、ニーズの高い、貧しい国々の支援を進めるための資金が圧倒的に不足していることである¹³⁷。日本にとっては、国際社会と協働し、保健分野 MDGs の達成にむけて、これまでのモメンタムを引き続き維持し、さらに強化していくことは、2015 年までの向こう 5 年間の課題である。

二つ目は、ポスト 2015 年を見据えた中・長期的政策・取組である。日本として、「ポスト 2015 年」を見据え、中長期的な視点からグローバル・ヘルスに影響を及ぼす将来的な開発課題に取り組むための政策の検討も同時に進めていくことが必要な時期となっている。非感染症 (生活習慣病) は、途上国においても健康課題となっており¹³⁸、疾病構造の変化に伴う政策課題への対応の重要性を指摘する声は多い。また、気候変動と健康被害の議論も高まってきており、今後の課題としての検討が必要と考えられる。

1-3. 新保健政策の策定では、グローバル・ヘルスへの日本の貢献について政策枠組みを明確に提示するとともに、資金総額のコミットメントは前回イニシアティブの総額を超えるものとする

政策枠組みとして下記を提案する。(図 5-1：政策枠組み試案参照)。

<戦略目標>

戦略 1：国際社会との協働による重要課題：2015 年までの MDGs 達成の重視 (MDGs 4、5、6)

政策の「戦略的な目標」は、「世界のいのちを守る」ことを中心に、人間の安全保障の観点から、人間への脅威である「健康への脅威」からコミュニティおよび人々を守り、全ての人々が平等に健康を維持することを可能とする、世界の実現を目指す。

そのためのアプローチとしてより良い保健サービスへの平等なアクセスを保障する保健システムの改善・強化を図ることに重点をおき、保健 MDGs の達成にむけて、「母子の死亡

¹³⁷ 第 2 章 2-5 参照。

¹³⁸ WHO, 2005.

低減・健康の改善」と「感染症による死亡・疾病の低減」を目指す。

戦略2：2015年以降の「開発課題としてのグローバル・ヘルス」に関する政策対話の推進

非感染症/生活習慣病、高齢者対策、若者の保健ニーズ、生涯にわたる健康増進への保健システム等へ対応する政策・戦略策定へむけて政策対話・人材育成・ネットワークの推進を開発の観点から実施する。

提言2： グローバル・ヘルス推進に向けた体制を強化し、国際潮流をリードする

2-1. グローバル・ヘルス推進に向けた体制を整備する

多様なステークホルダーが存在し、また主要ドナー国が外交政策の重要な柱として位置付けるグローバル・ヘルスの国際潮流を日本がリードしていくためには、マルチ・ステークホルダーの代表による独立したハイレベルの「グローバル・ヘルス政策委員会（仮称）」を設置し、中・長期展望（5～10年の期間）に立って実質的に機能する官民連携の体制を整備する必要がある。

この「グローバル・ヘルス政策委員会」を以下の通り設置する。

「グローバル・ヘルス政策委員会（仮称）」

- | | |
|------------|--|
| 1) 目的： | グローバル・ヘルスに関する国際潮流をリードするための政策対話、策定、および対外発信強化にむけて独立した視点で政府に対する提言・助言を行う。 |
| 2) 構成メンバー： | 関連省庁（外務省、財務省、厚生労働省、文部科学省等）、大学・研究機関、JICAを含むODA実務者、NGO等の代表（20～30名） |
| 3) 役割： | ①保健政策策定プロセスにおけるコンサルテーションと政策提言。
②国内外の政策対話への参加・助言。
③グローバル・ヘルスに係わる情報交換、情報発信。
④グローバル・ヘルス戦略の策定、プログラム形成、モニタリング・評価に関する助言。
⑤国際的な会議や重要なイベントへの参加。
*技術的な議論については分科会等を設け、少人数での実質的な活動を行う。 |
| 4) 時期： | 2010年3月にHDIが終了する時期にあたり、外務省が中心となり速やかに次期政策検討にむけて早々に本委員会を立ち上げ検討を開始し、具体的な政策・戦略・計画の策定をすすめる体制を整備。 |

2-2. グローバル・ヘルスを推進する「顔」となる人材を登用する

国内外にグローバル・ヘルス政策を発信していくためには、グローバル・ヘルス政策の推進者としての「顔」となる人材の存在が不可欠である。国際社会や国際会議で日本を代表してプレゼンスを示せるような専門性をもった人材の確保・配置がなされなければならない。また国内では日本のグローバル・ヘルス政策の意義を国民に明確に分かりやすく発

信することができる人材が求められる。例えば、関係省庁の外部の人材の登用による「グローバル・ヘルス大使」や、国際機関や国際的な会議・理事会へ「顔」となって長期的に参画できるような保健分野の専門性を持つ人材を広く NGO や外部から任用・配置する等、柔軟な人事登用システムを確立する。

2-3. 国際的に認知された媒体を通じて、エビデンスに基づく情報発信を行う

対外的にインパクトのある情報発信のためには、国際的に認知された媒体を通じての情報発信が効果的である。その成功例としては、G8 北海道洞爺湖サミットに先立ち、グローバル・ヘルスに対する日本の考え方が医学雑誌「ランセット」に掲載され、国際社会から評価された事例がある。そのインパクトは大きく、日本がサミットで国際的に議論をリードする道筋を作った。こうした媒体での情報発信は対外的なインパクトのみならず、グローバル・ヘルスに対する日本の貢献に関して日本国内の関心を高める機会ともなり得る。新保健政策においても、発表のタイミング・場の設定、効果的な媒体の活用を図る。

(財) 日本国際交流センターが主催する「国際保健の課題と日本の貢献」研究会（現「グローバル・ヘルスと人間の安全保障プログラム」）では、医学雑誌「ランセット」において「ジャパン・シリーズ」として、戦後復興を果たした日本が成長する過程において得た知見や教訓を整理し、その研究成果を発信していく事業を実施している。こうした様々な試みが成されていくことで、国際社会の中での日本の存在感が高まると期待される。

2-4. 国際機関との連携強化を通じて日本のプレゼンスを確保する

日本による、主たる保健関連専門国際機関への拠出は、ODA 全体の減少に伴い、低下してきているが、今後の二国間援助と多国間援助の具体的な連携を図りながら、日本のプレゼンスを確保していくことも可能である。

例えば、政府関係者のみならず、専門家、研究者そして NGO の代表も含め、母子保健分野における H4 と、感染症分野では世界基金や GAVI との定期協議を開催し、情報収集、協働の可能性の検討および国内外に情報発信を行う。

2-5. 革新的な資金調達メカニズムへの国際的な議論をリードする

開発問題・環境問題における資金需要を賄うための追加枠組みとして、多様な革新的な資金調達メカニズムへ議論が進展している。世界の潮流を捉え、日本が積極的に国際的政策決定への議論をリードすることで、グローバル・ヘルス推進のための資金確保への流れをつけ、日本のプレゼンスを提示する。

提言 3： 援助効果向上にむけてグローバル・ヘルスの援助方法・形態を見直し強化する

3-1. 戦略目標や対象地域を絞った選択と集中によりインパクトを図る

日本の存在感をいかに効果的に出していくかという点では、現在の援助手法の在り方や、積極的な多国間援助機関（マルチ）とのかかわりを踏まえた新たな手法の可能性など判断

が迫られている時期ともいえる。加えて、今後は限られた資源の有効な活用のため、日本の比較優位性およびこれまで築き上げた経験、キャパシティを考慮に入れながら、戦略を明確にし、選択と集中を進め、インパクトのある実施を進める。

そのためのアプローチとしては以下が挙げられる。

<保健システムの強化へむけて>

日本によるこれまでの保健分野支援の特徴として、「人間の安全保障のアプローチ」により、コミュニティを起点としたマルチ・セクショナルなアプローチで健康課題とコミュニティ開発とを統合させ、包括的に取り組み、コミュニティのキャパシティ強化を図るアプローチを得意としてきている。

こうした実績を蓄積し、日本の特徴を活かし、「選択と集中」「援助手法の効果的活用」「援助協調、二国間援助と多国間援助の援助手法の組み合わせ」の戦略を通して、コミュニティレベルのアプローチと各被援助国政府レベルの政策と連動を図り、スケール・アップ、自立発展を図っていくことが望まれる。

<「選択と集中」による支援の効果、スケール・アップ、日本のプレゼンスの明確化>

新保健政策策定にあたっては、援助の効果を最大限に高め、効率的に質の高い支援を進めていくために、地域・国の状況やニーズに基づいたプライオリティ付けを行う。それに基づき、選択と集中をはかり、支援の効果、スケール・アップを実現することで、同時に日本のプレゼンスの明確化を図る。

「選択と集中」にあたっては、下記の基準を考慮し、重点国を絞る。

- ① 分野： 政策枠組みの戦略目標に基づき、対象国の<保健ニーズ>および<日本のキャパシティ/人材・経験>の二つのバランスを十分考慮したうえで優先プログラムを選択。
- ② 地域・国： <保健ニーズ>、MDGs 達成の状況、UNDP の人間開発指数（HDI）に基づき保健ニーズの高い「優先国」を選択。外交上の戦略とはバランスを取って検討を行う。

戦略的には、優先プログラム、優先国の数を絞って選定し、重点的に投入をはかる。また、他のセクターとの連携、他ドナーの支援の有無、多国間援助と二国間援助の連携・協働の可能性も検討の対象となる。重点国の選択は、広く官民のステークホルダー代表の参加による「グローバル・ヘルス政策委員会」の助言を得て実施する。

MDGs 達成への取組に関する優先地域としては、サブ・サハラ・アフリカ、南アジア、東南アジアの一部の国々などが挙げられる。一方、地域戦略として、アジア唯一の G8 国である日本が、引き続きアジア地域における地球規模課題に対するリーダーシップを示し、アジア地域への支援と連携強化を図ることも重要である。加えて、従来アジアに対して行ってきた国際協力の成果を踏まえ、アジア諸国がアフリカに対して行う南々協力も積極的に支援していく必要がある。

重点地域・国を選定するにあたり、保健分野に影響のある他のセクターとのマルチ・セクショナルな視点が欠かせない。特に、インフラ開発とあわせて、日本の支援でも重視されている「水と衛生」「教育」「栄養」の分野は、保健との関連で不可欠な分野とされており、これらセクター間の連携を推進するため、既存の援助手法・形態の効果的な活用も検討する。

3-2 援助手法・援助形態を見直し、効果的かつ柔軟な活用への仕組みを作る

開発支援の重点国における保健分野支援計画策定に際しては、国レベルの支援プログラム（国別援助計画）に沿って、包括的な計画を立てていくことが援助の効果的な実施という面で重要である。その中で、インフラ整備をはじめとする保健分野に関連の深い他セクターとの連携も図っていく。これにより、日本の援助手法を効果的に組み合わせ、日本の協力分野の優位性や実績を活かしつつ、他の国際機関やドナーとの効果的な連携や協働を推進することが可能となり、日本のプレゼンスを高めることにつながる。

<効果的な仕組みづくりへの提言>

- ① プログラム・アプローチの推進
これまでの「要請主義」を見直し、日本の保健援助政策枠組みに基づき、重点分野・重点国を策定する。それぞれの国毎に、政策実施期間中の5年間を想定し、その国のニーズや開発計画に基づいて、プログラムを策定する。それに伴って、予算案の策定や配分のプロセスも再検討する。
- ② 日本の援助スキーム（技術協力・無償資金協力・有償資金協力、NGOに対する支援スキーム、JOCVなど）の効果的な活用を図る。
- ③ 二国間援助と多国間援助の援助手法の組み合わせ・相互補完的な協力を推進する。多国間協力機関の持つ専門的分野での情報共有、技術協力による人材の育成やモデル事業のスケール・アップ、評価や調査研究面での連携・協働を推進する。
- ④ 「有償スキーム」の保健事業への活用を強化する。
- ⑤ 被援助国のオーナーシップによる国家計画への財政支援、セクター支援の援助手法（貧困削減無償、債務救済支援等）を検討・開発する。
- ⑥ 援助手続きの調和化・簡素化を図る。

<協力モデル事例：効果的な援助手法の活用と他のパートナーとの連携>

コミュニティや郡・県レベルでの保健システムの強化と「包括的な母子の継続ケアの拡充」「感染症予防」への取組強化を一体化した協力モデルの推進

<郡・県レベルでのモデル展開> ⇒技術協力と他の援助手法との連携

- ① ヘルスセンター・2次医療施設の充実（インフラの整備）⇒有償・無償
- ② サービスの質の向上のための人材の育成（保健医療従事者、例、助産師の養成）⇒JICA 技術協力、多国間援助機関との連携・協働
- ③ コミュニティでの住民の組織化・住民レベルの活動⇒地域で密接な活動をする NGO と協働
- ④ 地方行政組織の能力強化事業 ⇒JICA 技術協力
- ⑤ 調査研究および評価による経験の蓄積とエビデンスの提示⇒国際機関・他ドナーや研究機関・NGO との連携・協働



政策と地域の実践との連動

<中央政府レベル> ⇒政策レベル・援助協調に係わる人材配置

政府の政策・プログラムへの導入、自立発展性の確保とスケール・アップ
⇒援助協調、多国間援助機関および他ドナーとの連携・協働による実施

<有償資金協力の活用>

国レベルでの総合計画（道路・交通、通信、電気、水、太陽電池など）のインフラ整備計画の中での社会セクター（保健・教育など）、特にソフト支援である技術協力との連携は今後積極的に検討すべき分野である。保健分野への投資は公共財への投資であり、公衆衛生の向上は「健康」の観点から労働生産性向上の面でも重要である。すでに、大型インフラ開発支援事業において、開発事業の一環としてエイズ予防事業を現地 NGO に委託した事例はある。大型インフラ事業に環境社会配慮の観点から健康問題に配慮した事業や技術協力をソフト・コンポーネントとして組み合わせることも可能となっており、有償資金協力との協力は今後相乗効果の期待できる分野である。

3-3. 被援助国における国際的な潮流をリードする

第 2 章でも述べた国際的な潮流の中で、日本が、被援助国の現場レベルでの援助協調や国家計画策定へのプロセスに参加するとともに、他ドナーとの連携強化や国際的な合意や枠組みへも参加しながら、協働していく必要性が増加している。具体的なアプローチとして、以下の点が挙げられる。

<被援助国における国際的な潮流の中で指導的な役割を>

- ① 大使館・JICA の役割・責任を明確化したうえで、ODA タスクフォースを強化し、現場レベルでの決定権限・能力を強化する。また、研究機関や NGO を含めた現場レベルでマルチ・ステークホルダーによる官民連携を通じた全員参加型の体制を構築し、各国の状況に応じて定期的な調整会議を設置する。国レベルのドナー調整会議へ日本側代表が参加する（官民双方の代表の参加）。
- ② 重点国については、国別プログラム・アプローチにより、5 年間の国別援助計画および 1 年毎の事業展開計画に基づき現場において他のドナーとの調整を実施し、国家計画・戦略作りに参画し、日本の投入を反映する。
- ③ 現地のドナー・コミュニティーの中で調整能力のある人材の配置を行う。「重点国」とも関連させて、保健に関して専門的な人材の配置を行う。重点国では、JICA 事務所に調整・指導力を備えた人材を配置するとともに、大使館の経済協力班に開発専門家を配置する（必要であれば新たなポストの設置）。また、広域企画調査員を配置し、地域・サブ地域レベルでの調整を推進する仕組みも活用する。加えて、国際機関職員との情報交換・連携を促進する。JICA 専門家や JOCV 隊員の国籍条項の撤廃など、日本人以外の人材の活用を図る。

3-4. グローバル・ヘルス分野のキャリアパスを確保し、人材および NGO を育成する

日本においてグローバル・ヘルス政策策定に関する豊富な知識や経験を有する人材、さらに政策策定に係わる人材が限られている点が指摘されている。まず、日本政府関連省庁および実施機関である JICA の中で政策策定が可能なグローバル・ヘルス分野の専門的人材を育成するとともに、外部から登用・配置することが必要である。

日本国内の NGO を含む、民間レベルでの政策提言能力を強化していくことが急務である。欧米のように、省庁、NGO、研究機関、国際機関間の人材の流動性を高めることにより、キャリアパスが確保され、人材が育成されるメカニズムを作っていく必要がある。

<グローバル・ヘルス分野の人材育成へ>

既存のプログラムや取組をさらに強化・発展させるために、以下を推進する。

- ① 保健専門家の研修・育成等に関して、日本の大学機関と海外の大学機関の連携強化により、保健専門家の育成、キャリア形成から業務定着への流れの整備、保健関係の協力隊（エイズ対策隊員など）OBのキャリア形成の整備などを進める。また、こうした人材が、将来的に JICA や外務省などで政策の中核に携われるような人事システムを構築する。さらに、国際機関・他の援助機関への人材の派遣、交流を促進する。
- ② グローバル・ヘルスの人材育成のためのオール・ジャパンで取り組む組織や団体の強化を図る。

提言 4： エビデンスに基づくグローバル・ヘルスを推進する

国際社会では、「結果重視」、「援助協調の重視」という大きな流れの中、エビデンスに基づく政策策定、成果の提示が求められている。

4-1. モニタリング・評価体制を強化する

新保健政策の策定に当たっては、以下を考慮する。

- ① 政策の実施プロセスの分析・文書化、およびエビデンスに基づくモニタリング・評価のためのメカニズムを政策枠組みに政策策定時から組み込んでおく。
- ② 政策策定時より、独立した一定割合の予算を、モニタリング・評価のために確保する。
- ③ 量的・質的データの両方の確保を可能とするモニタリング・評価体制を確立するとともに、評価の透明性・客観性の確保を図る。
- ④ 被援助国のモニタリング・評価体制の強化、合同評価実施のための技術支援を行う。
- ⑤ モニタリング・評価の結果を積極的に活用し、国際的に認知された媒体などを通じ、対外的にインパクトのある発信をするとともに、国民に分かりやすく提示する。

<モニタリング・評価の実施での検討事項>

- ① エビデンス・ベース/アウトカム・ベースに対応し、目標・指標設定を行うことが重要であるが、その際には、質的・量的データの両方の確保を可能にするモニタリング・評価方法を推進する。さらに、指標の設定では、大きな「アウトカム」（例：MDGs、保健システム強化）への到達度を示す観点からのプロセス指標も重要となる。
- ② インパクト評価の試みや第三者機関・専門家による評価を実施するとともに、レーティングなどの分かりやすい結果の提示によるアカウンタビリティを強化する。
- ③ 国際機関や他ドナー・研究機関・NGO との連携・協働により、モニタリング・評価実施の強化を図る。

<「保健システム」の評価>

- ① 国際機関や他ドナーの持つツール（例：UNICEF による MBB や WHO 等によるアセスメント・ツール等）などの既存の枠組み・指標を活用するとともに、被援助国の国家指標に基づく各国の現実に即した保健システムのモニタリング・評価体制を、他のドナーと協調しつつ検討する。
- ② アウトカム目標への共通指標（Core Indicators）、それぞれの優先分野や重点国に特有の指標（Additional Indicators）を検討する。

4-2. 研究機関・大学等とのネットワークを図り、調査研究を強化する

上記のような調査研究・評価を実施していくためには、評価や調査研究の強化と研究機関・大学等とのネットワークの強化が図られなければならない。

エビデンスに基づく政策提言、科学的根拠に基づく介入効果の提示の重要性が、グローバル・ヘルスに関する国際的な場で議論されており、調査研究の強化が今後さらに重要となっていく。これにむけて、中長期にわたって、大学・研究機関との連携を強化していくことが不可欠である。また、JICA 研究所の役割を見直し、強化していくとともに、グローバル・ヘルス分野を一つの重要な研究の柱として含める。

<調査研究の強化>

- ① グローバル・ヘルスに関する政策課題の調査研究への予算を拡大し、ODA 予算の一定割合を投資する。
- ② 分野ごとの独自の調査研究（例：母子保健、エイズ、マラリア等）を推進し、予算の確保を図るとともに、他の予算財源（厚生労働省、文部科学省）における研究関連予算を、グローバル・ヘルス分野の研究へ配分する（国レベルの支援事業との連携による大学や研究機関等を通じたオペレーションズ・リサーチ等の実施）。
- ③ マルチセクショナルな視点からのグローバル・ヘルス研究推進のために、保健以外の専門家（人類学、経済学、政治学、社会科学等の研究者）の研究参加を可能とするような制度・仕組みを改善する。
- ④ 大学および研究機関等が、開発、グローバル・ヘルスに関して、政府からの委託調査のみならず、政府から独立した立場で調査研究を実施し、かつ、人材育成・開発援助に参画できる仕組みを作る。

提言 5： 市民社会との協働によるグローバル・ヘルスを推進する

5-1. 市民社会（NGO および民間セクター）とのパートナーシップを強化する

NGO は ODA の政策立案および ODA 事業への国民参加促進への担い手としての役割を持ち、現場のプロジェクトの実施においても ODA のパートナーとして貢献している。NGO の比較優位性を活かし、「政府がカバーできない地域や領域」「政府の不得意な分野」において、政府と NGO とのパートナーシップを推進し、官・民の相互補完により支援が真に必要なとする場所・人に届くよう配慮する。

<市民社会とのパートナーシップの強化>

- ① 現行の NGO による ODA 実施率の 0.86%は、諸外国と比較しても低いレベルであるため¹³⁹、NGO・CSO への支援を強化し、一定割合を最低限度確保し、その割合を増大させる。NGO には、日本のみならず、現地および国際 NGO も含む。
- ② 政策提言型 NGO やシンク・タンクの育成が急務である。現状では民間の投資・寄付インセンティブがないため、これらの育成については政府との連携を行うことが必要となる。中・長期的に民間のインセンティブを呼び込むことを目指して、官民連携の育成支援プラットフォームを形成するなど、民間資金を含めて長期的かつ持続的に運営できる展望を含めた制度設計をする。
- ③ 官民連携を目指し、JICA/企業/NGO との連携を促進する新たな仕組み・ネットワークを整備し、CSR をさらに積極的に展開し、グローバル・ヘルスへの参加が企業の存在意義につながるような、企業、NGO、JICA の連携を促進する。こうした仕組みを通して、具体的な官民連携事例のデータベース構築を図る。また、今後、ODA、民間企業、NGO との協働による、国民への情報発信、国際協力（技術協力、インフラ等の整備、等）、人材交流の促進を図る。

5-2. 国民への情報発信方法を強化する

「健康課題」の改善は、国際社会の利益としてのみならず、国民の身近な問題としても広く関心を喚起することが重要である。本調査における有識者、実務者、NGO との懇談を通じて、これまでの日本の ODA 広報のイメージは、「援助を実施する日本」「援助の現場で活躍する日本人」が中心であり、途上国の問題の背景や ODA の意義の理解へ十分つながっていないという指摘が出された。保健分野の支援は国民に分かりやすく、支持も受けやすい分野である。今後は、広報の内容を見直すとともに、情報発信方法として、IT やテクノロジーの変化に伴い、時代に沿った、気軽に使いやすい手段を活用していく必要もある。加えて、マーケティング能力や、アドボカシーや広報の専門性を持つ人材の配置、対外発信活動に係る予算づけも検討すべき課題である。日本国民への説明責任として、より多くの人がグローバル・ヘルス分野に関心を持てるような情報発信方法や手段を工夫する必要もある。

<国民への情報発信の強化>

- ① NGO の内外のネットワークを使った、NGO との連携による広報・アドボカシー活動を推進する。
- ② 2-2 で提言した、グローバル・ヘルスの「顔」となる人材の登用により、対外発信に加えて国内に対しても国際的に重要なイベントや機会を活用し、グローバル・ヘルスに関する情報をわかりやすく発信する。
- ③ 文部科学省と連携して、学校の現場での「開発教育カリキュラム」へグローバル・ヘルスに関する課題を組み込み、日本の役割を発信する。

¹³⁹ OECD-DAC, 2008.

これまでに述べてきた提言 1 から提言 5 が、今後の、新保健政策の策定と実施に活かされ、日本が今後ともグローバル・ヘルスにおける国際援助の潮流をリードしていくことを強く期待する。

図 5-1 政策枠組み (試案)

ODA 大目標 (最終目標)
 国際社会の平和と発展に貢献し、これを通じて我が国の安定と繁栄の確保に資する
 (ODA 大綱)



保健分野 中目標
 世界の「いのち」をまもる — 人間への脅威である「健康への脅威」からコミュニティ
 および人々を守り、全ての人々が平等に健康を維持することを可能とする
 (「人間の安全保障」)



*(指標と達成目標)

保健分野 戦略目標
 保健分野への国際協力を通じて、より良い保健サービスへの平等なアクセスを保障する保
 健システムの改善・強化を図る



*(指標と達成目標)



戦略 1 :
 2015 年の保健分野 MDGs の達成にむけて重点的に支
 援する
 1. 母子の死亡低減・健康を改善する
 2. 感染症による死亡・疾病を低減する

*(指標と達成目標)

戦略 2 :
 2015 年以降の開発課題とし
 てのグローバル・ヘルス分
 野に関する政策対話の推進

*(指標と達成目標)

<日本の協力可能分野> *日本の比較優位性を保ち、協力の実施が可能な分野
 ○保健システムの強化へむけて
 ・インフラ整備 (保健施設の改善、特に 1 次、2 次医療施設レベル)
 ・保健行政・組織運営・強化
 ・人材の育成 (保健医療従事者のサービスに質の向上)
 ・保健情報の整備、モニタリング・評価に係わる人材育成
 ・技術・ロジスティック面でのマネジメント向上
 ○母子の死亡低減・健康改善にむけて ⇒ マルチとの連携・協働
 ・包括的な母子の継続ケアの拡充・体制づくり (予防接種、産前・周産期 (母・新生児)・
 乳幼児ケア、安全な出産の確保、栄養、家族計画含む)
 ○感染症による死亡・疾病の低減にむけて ⇒ マルチとの連携・協働
 ・HIV/AIDS、結核治療 (耐性 HIV 検査、母子感染予防、エイズ・結核の複合感染対策等)、
 マラリア対策 (蚊帳配付と他のニーズとの連動)
 ○2015 年以降の開発課題としてのグローバル・ヘルス分野に関する政策対話の推進および調
 査研究
 ○アジアにおけるこれまでの日本の国際協力の成果を踏まえた南々協力の推進



他セクターとの連携

実施にむけての基本的アプローチ

- 国際潮流をリードするグローバル・ヘルス推進へ向けたマルチ・ステークホルダー体制
 強化—「グローバル・ヘルス政策委員会 (仮称)」設置
- 援助効果向上にむけてグローバル・ヘルスの援助方法・形態の見直し・強化
- エビデンスに基づくグローバル・ヘルスの推進
- 市民社会との協働によるグローバル・ヘルスの推進

卷末添付資料

引用・参考文献

- Action for Global Health, *Health in Crisis*, 2009.
http://www.actionforglobalhealth.eu/media_publications/afgh_policy_reports/policy_report_health_in_crisis/policy_report_health_in_crisis
- Asian Development Bank, *Guidelines for the Preparation of Project Performance Audit Reports*, 2000.
- Clinton, H., *Remarks on Development in the 21st Century*, 2010.
<http://www.state.gov/secretary/rm/2010/01/134838.htm> (accessed in February 2010)
- Costello, A. *et al.*, “Managing the health effects of climate change, Lancet and University College of London Institute for Global Health Commission”, *The Lancet*, 2009; 373: 1693-733, 2009.
[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(09\)60935-1/fulltext?_eventId=login](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(09)60935-1/fulltext?_eventId=login)
- DAC Evaluation Network, *DAC Evaluation Quality Standards (for test phase application)*, 2006.
- DAC Network on Development Evaluation, *Outline of Principles of Impact Evaluation : Part 1: Key Concepts*, 2006.
- Davies, R. and J. Dart, *The 'Most Significant Change' (MSC) Technique: A Guide to Its Use*, 2005.
- De Ferranti, D., *et al.*, *Innovative financing for global health: Tools for analyzing the options*, 2008.
http://www.brookings.edu/~media/Files/rc/papers/2008/08_global_health_de_ferranti/08_global_health_de_ferranti.pdf
- Department of Health, U.K. *Health is Global, A UK Government Strategy 2008-2013*, London, Department of Health, U.K., 2008.
- DFID, *Working together for better health: DFID strategy on health*, DFID, London, 2007.
<http://www.dfid.gov.uk/Documents/publications/health-strategy07.pdf>
- DFID, “Achieving Universal Access - the UK's strategy for halting and reversing the spread of HIV in the developing world: Monitoring performance and evaluating impact”, 2008
<http://www.dfid.gov.uk/Documents/publications/achving-uni-access-mon-eval.pdf>
- DFID, *White Paper 2009: Building our common future*, DFID, London, 2009a.
<http://www.dfid.gov.uk/Documents/whitepaper/building-our-common-future.pdf>
- DFID, *Statistics on International Development*, DFID, London, 2009b.
<http://www.dfid.gov.uk/About-DFID/Finance-and-performance/Aid-Statistics/Statistics-on-International-Development-2009/>
- Evaluation Gap Working Group, *When Will We Ever Learn? Improving Lives through Impact Evaluation*, 2006. (obtained from the Center for Global Development based in Washington D.C.)
- Garrett, L., “The Challenge of Global Health”, *Foreign Affairs*, Volume 86, No. 1, 2007.
- GAVI, *Enhancing civil society participation in GAVI Alliance governance and programme implementation 2007-2008: Background Paper*, 2007.
http://www.gavialliance.org/resources/CSO_Background_Feb07.doc
- GAVI, *GAVI Evaluation Policy (GAVI Alliance and Fund Board Meeting 25-26 June, 2008, Doc # AF.17)*, 2008.
- Global Health Workforce Alliance, *HRH Funding: A "Checklist" for Global Health Initiatives*, 2009.
http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/e_solutions/CoP_Funding_briefingnote.pdf
- Guttmacher Institute and UNFPA, *Adding It Up: The Costs and Benefits of Investing in Family Planning and Maternal and Newborn Health*, 2009.

- http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2009/adding_it_up_report.pdf
- IHP+, *Joint Assessment of National Health Strategies and Plans: Joint Assessment Tool - the Attributes of a Sound National Strategy (Draft July 2009)*, 2009.
- IHP+ Working Group on Monitoring and Evaluation, *Monitoring and Evaluation of Health Systems Strengthening: An Operational Framework*, 2010.
- Independent Evaluation Group (The World Bank Group), *Country Assistance Evaluations (CAEs)*
<http://www.worldbank.org/oed/countries/cae/index.html>
- Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), *Financing Global Health 2009: Tracking Development Assistance for Health*, IHME (University of Washington), 2009.
http://www.healthmetricsandevaluation.org/print/reports/2009/financing/financing_global_health_report_full_IHME_0709.pdf
- Jack, A., *From symptom to system*, 2007.
http://www.ft.com/cms/s/0/67c56088-6d26-11dc-ab19-0000779fd2ac.html?nclick_check=1
- Kates, J., *Policy Brief: The U.S. Global Health Initiative - Overview & Budget Analysis*, Kaiser Family Foundation, 2009.
<http://www.kff.org/globalhealth/upload/8009.pdf>
- Kates, J. et al., *The U.S. Government's Global Health Policy Architecture: Structure, Programs and Funding*, Kaiser Family Foundation, 2009.
<http://www.kff.org/globalhealth/7881.cfm>
- Koumura, M., Global health and Japan's foreign policy. *The Lancet Online*, November 26, 2007.
DOI:10.1016/S0140-6736(07)61726-7, 2007.
http://www.mofa.go.jp/policy/health_c/address0711_r.pdf
- L'Aquila G8 Health Experts, *Promoting Global Health - L'Aquila G8 Health Experts' Report*, 2009.
- Murray, C.J.L. and D. B. Evans, ed., *Health Systems Performance Assessment: Debates Methods and Empiricism*, 2003.
- OECD-DAC. *International Development Statistics Online*
http://www.oecd.org/document/33/0,2340,en_2649_34447_36661793_1_1_1_1,00.html
(Accessed in February 2010)
- Ooms, G. et al., "The 'diagonal' approach to Global Fund financing: a cure for the broader malaise of health systems?", *Globalization and Health* 2008, 4:6, 2008.
<http://www.globalizationandhealth.com/content/4/1/6>
- Oxfam International, *Fast Forward: How the European Commission can take the lead in providing high-quality budget support for education and health*, 2008.
http://www.oxfam.org/sites/www.oxfam.org/files/bp111_ec_aid_fast_forward_0805.pdf
- Oxfam International, *Blind Optimism: Challenging the myths about private health care in poor countries*, 2009.
<http://www.oxfam.org/sites/www.oxfam.org/files/bp125-blind-optimism-0902.pdf>
- Poverty Action Lab, "Scientific evidence to guide policy on MDGs", 2010.
<http://www.povertyactionlab.org/>
- Reich, M. R. and K. Takemi, "G8 and strengthening of health systems: follow-up to the Toyako summit", *The Lancet*, Jan. 15, 2009. DOI:10.1016/S0140-6736(08)61899-1 (published online), 2009.
<http://www.jcie.org/japan/j/pdf/gt/cgh-jc/lancetarticle090115.pdf>
- Reich, M. R. et al., "Global action on health systems: a proposal for the Toyako G8 summit," *The Lancet* 2008;371:865-869, 2008.

- <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140673608603840/fulltext>
- Reuber, M. and O. Haas, *Evaluations at the Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ GmbH) German Technical Cooperation*, 2009.
- Shiffman, J., “Has donor prioritization of HIV/AIDS displaced aid for other health issues?”, *Health Policy and Planning* 2008; 23, pp.95–100, 2007.
<http://heapol.oxfordjournals.org/cgi/reprint/23/2/95>
- Sridhar, D. and R. Batniji, Misfinancing global health: a case for transparency in disbursements and decision making, *The Lancet*, Vol 372, pp.1185-1191, 2008.
[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(08\)61485-3/fulltext?_eventId=login](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(08)61485-3/fulltext?_eventId=login)
- TIIFHS, *More money for health, and more health for the money*, 2009a
<http://www.internationalhealthpartnership.net/pdf/IHP%20Update%2013/Taskforce/Johansbourg/Final%20Taskforce%20Report.pdf>
- TIIFHS, *Constraints to Scaling Up and Costs: Working Group 1 Report*, 2009b
http://www.internationalhealthpartnership.net/CMS_files/documents/working_group_1_report_EN.pdf
- Teller, C. H., *Are We learning About What Really Works?: Lost Opportunities and Constraints to Producing Rigorous Evaluation Designs of Health Project Impact*, Nonie Working Paper No.9, 2008.
http://www.worldbank.org/ieg/nonie/docs/WP9_Teller.pdf#search='Are We learning About What Really Works? Lost Opportunities and Constraints to Producing Rigorous evaluation Designs of Health Project Impact'
- The Global Fund, *Monitoring and Evaluation Toolkit: HIV Tuberculosis and Malaria and Health Systems Strengthening (3rd ed.)*, 2009.
- The White House, Office of the Press Secretary, “Statement by the President on Global Health Initiative”, May 5, 2009. http://www.whitehouse.gov/the_press_office (accessed in February 2010)
- The World Bank Operation Evaluation Department, *Country Assistance Evaluation Retrospective - An OED Self-Evaluation*, 2005.
- UN Committee for Development Policy, *Policy Note: Implementing the Millennium Development Goals: Health Inequality and the Role of Global Health Partnerships*, 2009.
http://www.unicef.org/health/files/MDG_and_Health_Inequalities_UN_2009.pdf
- UN Development Group, *Delivering as One: How the eight pilots are bringing UN agencies together to provide better support to countries*, 2009.
<http://www.undg.org/docs/9985/Delivering-as-One-Sept2009-final.ppt>
- UNAIDS, *2010-2011 Performance Monitoring Framework*, 2009.
- UNICEF, *Integrated Approach to Child Survival Achieving: Important Results UNICEF Finds* (CF/DOC/PR/2005-034), 2005.
- UNITAID, *UNITAID Annual Report 2008*, 2008
http://www.unitaid.eu/images/news/annual_report_2008_en.pdf
- USAID, *Citizens' Report: The Fiscal Year 2008 Summary of Performance and Financial Results*, 2009
http://www.usaid.gov/policy/budget/citrep08/usaid_citizensreport_fy2008_012909.pdf
- USAID, *Implementation of the Global Health Initiative: Consultation Document*, 2010.
http://www.usaid.gov/our_work/global_health/home/Publications/docs/ghi_consultation_document.pdf

- USAID, *Global Development Alliance Database*
[http://gda.usaidallnet.gov/alliances/index.asp?s=SVHTWWJYBVBXBPDSHGDMHRBQYL
YTQYNT](http://gda.usaidallnet.gov/alliances/index.asp?s=SVHTWWJYBVBXBPDSHGDMHRBQYL
YTQYNT) (Accessed in February 2010)
- USAID Center for Development Information and Evaluation, *Selecting Performance Indicators
Performance Monitoring and Evaluation TIPS Number 6*, 1996.
- WHO, *The World Health Report 2000 - Health Systems: Improving Performance*, 2000.
- WHO, *World Health Report 2005: Make every mother and child count*, 2005
<http://www.who.int/whr/2005/en/>
- WHO, *Everybody's Business –Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes: Who's
Framework for Action*, 2007.
http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf
- WHO, *Global Health Risks: Mortality and burden of disease attributable to selected major risks*,
2009.
http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563871_eng.pdf
- WHO Expert Working Group on Research and Development Financing, *Research and
Development-Coordination and Financing: Report of the WHO Expert Working Group on
Research and Development Financing*, 2010.
<http://www.who.int/phi/documents/RDFinancingwithISBN.pdf>
- WHO Maximizing Positive Synergies Collaborative Group, “An assessment of interactions between
global health initiatives and country health systems”, *The Lancet, Volume 373, Issue 9681*,
pp. 2137 - 2169, 20 June 2009, 2009.
[http://download.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140673609609193.pdf?id=40bade
4753939e7f:60737958:124dc715e3f:-2a4b1257830593241](http://download.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140673609609193.pdf?id=40bade
4753939e7f:60737958:124dc715e3f:-2a4b1257830593241)
- WHO/UNFPA/UNICEF and WB (H4), *Working Together to Provide Country Support for
Accelerated Implementation of Reproductive, Maternal and Newborn Care*, 2009.
http://www.who.int/pmnch/about/steering_committee/091207_item1c_h4workplan_rev.pdf
- WHO/WB and OECD, *Effective Aid Better Health: 3rd High Level Forum on Aid Effectiveness*,
September 2-4, 2008, Accra Ghana, 2008.
http://www.gavialliance.org/resources/effectiveaid_betterhealth_en.pdf
- Yu, D. *et al.*, “Investment in HIV/AIDS programs: Does it help strengthen health systems in
developing countries?”, *Globalization and Health Vol. 4*, 2008.
<http://www.globalizationandhealth.com/content/4/1/8>
- 青柳恵太郎「インパクト評価を巡る国際的動向」、in 『国際開発における評価の課題と展望』、
pp.87-153、2007。
- ODA 評価有識者会議 「保健関連 MDGs 達成に向けた日本の取り組みの評価最終報告書」、
2005。
[http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/shiryu/hyouka/kunibetu/gai/mdgs_hoken/jk04_01_i
ndex.html](http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/shiryu/hyouka/kunibetu/gai/mdgs_hoken/jk04_01_i
ndex.html)
- ODA 評価有識者会議 「保健・医療分野支援の評価報告書」、2009。
[http://www.mofa.go.jp/MOFAJ/gaiko/oda/shiryu/hyouka/kunibetu/gai/hoken/jk08_01_index
.html](http://www.mofa.go.jp/MOFAJ/gaiko/oda/shiryu/hyouka/kunibetu/gai/hoken/jk08_01_index
.html)
- 外務省 「政府開発援助に関する中期政策」、2005。
http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/seisaku/chuuki/pdfs/seisaku_050204.pdf
- 外務省 「TICAD IV 横浜行動計画」、2008。
http://www.mofa.go.jp/mofaj/area/ticad/tc4_sb/pdfs/yokohama_kk.pdf
- 外務省 「高村外務大臣政策演説：国際保健協力と日本外交—沖縄から洞爺湖へ」、2007。

- http://www.mofa.go.jp/mofaj/press/enzetsu/19/ekmr_1125.html
外務省「2008年版政府開発援助(ODA 白書)：日本の国際協力」、2009a。
- http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/shiryo/hakusyo/08_hakusho_pdf/pdfs/08_all.pdf
外務省「国際保健に関する洞爺湖行動指針～G8 保健専門家会合報告書～」、2009b。
- http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/bunya/health/pdfs/g8_gai.pdf
外務省経済協力局「政府開発援助大綱」、2003。
- <http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/seisaku/taikou/pdfs/taiko.pdf>
外務省国際協力局「ODA の点検と改善 2008 ～改善に取り組む戦略的な ODA/国民の理解・支持を得て～、2008a。
- http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/kaikaku/ugoki/tenken_kaizen/pdfs/2008.pdf
外務省国際協力局「効果向上に係るパリ宣言（パリ宣言）及び第 3 回援助効果向上に関するハイレベル・フォーラム（アクラ HLF）2008 年 9 月 11 日」、2008b。
- http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/shimin/oda_ngo/taiwa/pdfs/seikyo_08_0102.pdf
外務省国際協力局評価室「ODA 評価ガイドライン第 5 版」、2009。
- http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/kaikaku/hyoka/pdfs/guideline_5.pdf
国際開発高等教育機構「政策・プログラム評価ハンドブック—新しい評価手法を目指して—」、2003。
- <http://www.fasid.or.jp/chosa/kenkyu/gyousei/pdf/handbook.pdf>
国際開発高等教育機構国際開発研究センター「国際開発における評価の課題と展望 II」、2008
- http://www.fasid.or.jp/chosa/oda/report_pdf/report19_main.pdf
国際協力・協調の在り方検討プロジェクトチーム「国際協力・協調の在り方 検討プロジェクトチーム検討結果報告、2006。
- <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/08/dl/s0809-4e.pdf>
国際協力機構「国際協力機構年報 2009」、2009a。
- <http://www.jica.go.jp/about/report/2009/index.html>
国際協力機構「JICA 人間開発部保健行政・母子保健グループ石井羊次郎平成 21 年度能力強化研修 HIV 対策から見る保健システム強化コース発表プレゼンテーション：保健セクターにおける日本の開発援助—グローバルヘルスの国際潮流と日本・JICA の対応—」、2009b。
- 国際協力機構企画・調整部事業評価グループ「事業評価年次報告書 2007」、2007。
- 国際協力機構国際協力総合研修所「調査研究報告書：日本の保健医療の経験-途上国の保健医療改善を考える」、2004。
- 国際協力機構国際協力総合研修所「途上国の開発事業における官民パートナーシップ導入支援に関する基礎研究」、2005。
- 国際協力機構国際総合研修所「調査研究報告書：途上国の主体性に基づく総合的課題対処脳裏力の向上を目指して ～キャパシティ・ディベロップメント（CD）—CD とは何か、JICA で CD をどう捉え、JICA 事業の改善にどう活かすか～」、2006。
- http://www.jica.go.jp/jica-ri/publication/archives/jica/cd/200603_aid.html
国際開発センター/アイ・シーネット株式会社「プロジェクト研究：日本型国際協力の有効性と課題」、2003。
- <http://www.jica.or.jp/jica-ri/publication/archives/jica/etc/pdf/200302.pdf>
佐々木亮「ODA 分野におけるエビデンスに基づく評価の試み：貧困アクションラボの動向、in 『日本評価学会』第 6 巻第 1 号、2006a。
- <http://www2.giganet.net/~sasa01/EvidenceBasedODA4.pdf>
佐々木亮「ODA 評価の歴史、実践、50 援助機関のメタ評価（FASID、ODA 評価研究会配布資料）」、2006b。

- http://www.fasid.or.jp/chosa/oda/pdf/paper_main.pdf
佐藤主光「医療保険制度改革と管理競争：オランダの経験に学ぶ」、in『会計検査研究』 No.36、2007。
- <http://www.jbaudit.go.jp/effort/study/mag/pdf/j36d04.pdf>
世界基金日本支援委員会『プロダクト（RED）とは』
- <http://www.jcie.or.jp/fgfj/productred/>（アクセス 2010 年 1 月 15 日）
世界基金日本支援委員会「Debt2Health（債務を保健へ）イニシアティブ」
- <http://www.jcie.or.jp/fgfj/06/06news070926.html>（アクセス 2010 年 1 月 15 日）
武井貞治、他「複雑化・大型化する国際保健問題—ヘルスディプロマシーとは」、in『公衆衛生』 Vol.73 No.1 2009 年 1 月、2009a。
- 武井貞治、他「新たな国際協力メカニズムの出現：世界エイズ・結核・マラリア対策基金などの活躍」、in『公衆衛生』 Vol.73 No.3 2009 年 3 月、2009b。
- 武見敬三、他「国際シンポジウム：沖縄から洞爺湖へ—人間の安全保障」から見た三大感染症へ新たなビジョン、国際保健、人間の安全保障、そして日本の貢献」、2008。
- http://www.jcie.org/japan/j/pdf/gt/cgh-jc/200805takemi_j_nocover.pdf
武見敬三/マイケル・ライシュ「国際保健の課題と日本の貢献（2008 年 10 月 6 日日本記者クラブでの会見）」、2008。
- <http://www.jnpc.or.jp/cgi-bin/pb/pdf.php?id=358>
人間の安全保障委員会「安全保障の今日的課題：人間の安全保障委員会報告書」、2003。
日本国際交流センター世界基金支援日本委員会「地球規模感染症（パンデミック）と企業の社会的責任：三大感染症—エイズ・結核・マラリアに立ち向かう企業」、2009。
- <http://www.jcie.or.jp/japan/pub/publst/1436.htm>
野村総合研究所「平成 20 年度アジア産業基盤強化等事業（海外経済協力政策をめぐる国際動向調査）報告書」、2009。
- 兵藤智佳、勝間靖「国際保健をめぐる政策決定のプロセスにおける日本の NGO の役割と課題」、(財)日本国際交流センター、2009。
- <http://www.jcie.org/japan/j/pdf/pub/publst/1437.pdf>
保健システム強化に向けたグローバル・アクション・タスクフォース「G8 北海道洞爺湖サミット・フォローアップ-保健システム強化に向けたグローバル・アクション：G8 への提言」、日本国際交流センター、2009。
- http://www.jcie.org/japan/j/pdf/gt/cgh-jc/20090116teigen_j.pdf
保健システムに向けた革新的資金調達タスクフォース「資金の創出と運用：ワーキンググループ 2 報告書—サマリーと主な推奨事項」、2009。
- http://www.internationalhealthpartnership.net/CMS_files/documents/wg2_summary_JAPAN_NESE.pdf
湊直信/藤田伸子（編著）『開発援助動向シリーズ 5：開発援助の評価とその課題』、国際開発高等教育機構、2008 <http://www.fasid.or.jp/shuppan/hokokusho/enjo/pdf/05.pdf>
- 三好皓一（編）『評価論を学ぶ人のために』、東京、世界思想社、2007。
- 横江公美『第 5 の権力 アメリカのシンクタンク』、東京、文芸春秋、2004。
- GAVI Alliance「新しいワクチンで命を救う：ワクチンのための事前買取制度 (*Advance Market Commitments, AMC*)」(in Japanese/日本語)。
http://www.gavialliance.org/resources/AMC_FactSheet_JP_FINAL.pdf
(アクセス 2010 年 1 月 15 日)
- IFFIm「IFFIm update (in Japanese/日本語)」、2009。
http://www.iff-immunisation.org/pdfs/update4_jpn.pdf（アクセス 2009 年 11 月 2 日）

関連Webサイト一覧

機関名	URL
援助国・地域機関	
United States Agency for International Development (USAID)	http://www.usaid.gov/
The United States President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR)	http://www.pepfar.gov/
Department for International Development (DFID), UK	http://www.dfid.gov.uk/
Department of Health (DOH), UK	http://www.dh.gov.uk/en/index.htm
Canadian International Development Agency (CIDA)	http://www.acdi-cida.gc.ca/INDEX-E.HTM
Ministry of Foreign Affairs, Norway	http://www.regjeringen.no/en/dep/ud.html?id=833
Norwegian Agency for Development Cooperation (NORAD)	http://www.norad.no/en/
Ministry of Foreign Affairs, Netherlands	http://www.minbuza.nl/en/home
Australian Agency for International Development (AusAID)	http://www.ausaid.gov.au/
European Union (EU): DG Development	http://europa.eu/pol/dev/index_en.htm
African Union (AU)	http://www.africa-union.org/
国際機関	
Joint United Nations Programme for HIV/AIDS (UNAIDS)	http://www.unaids.org/en/
UNICEF	http://www.unicef.org/
United Nations Population Fund (UNFPA)	http://www.unfpa.org/public/
World Bank	http://www.worldbank.org/
World Health Organization (WHO)	http://www.who.int/en/
グローバル・ヘルス分野のイニシアティブ（本文中に取り上げた主要なもの）	
Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria	http://www.theglobalfund.org/en/
Global Alliance for Vaccines and Immunisation	http://www.gavialliance.org/
International Health Partnership and related initiatives (IHP+) Partnership for Maternal, Newborn and Child Health (PMNCH)	http://www.internationalhealthpartnership.net/en/home http://www.who.int/pmnch/en/
財団・研究機関	
Bill & Melinda Gates Foundation	http://www.gatesfoundation.org/Pages/home.aspx
Center for Strategic and International Studies (CSIS)	http://csis.org/
Guttmacher Institute	http://www.guttmacher.org/index.html
Institute of Medicine (IOM)	http://www.iom.edu/
Kaiser Family Foundation	http://www.kff.org/
NGO	
Action for Global Health	http://www.actionforglobalhealth.eu/
Family Health International	http://www.fhi.org/en/index.htm
Global Health Council	http://www.globalhealth.org/
InterAction	http://www.interaction.org/
International Planned Parenthood Federation	http://www.ippf.org/en
International Women's Health Coalition	http://www.iwhc.org/
Oxfam International	http://www.oxfam.org/
Pathfinder International	http://www.pathfind.org/site/PageServer
Population Action International	http://www.populationaction.org/
Save the Children	http://www.savethechildren.org/
Women's Refugee Commission	http://www.womensrefugeecommission.org/
World Vision	http://www.wvi.org/wvi/wviweb.nsf
その他	
The Lancet	http://www.thelancet.com/journals/lancet/issue/current
Organisation for Economic Cooperation and Development Statistics	http://stats.oecd.org/index.aspx

＜国内調査＞ インタビュー・ガイド

*以下に挙げた質問を、インタビュー対象者の立場に応じて取捨選択し、インタビューを実施した。

1. 国際保健の潮流の中での、日本の保健援助政策の現状と課題に関する質問
 - ① 他国の保健援助政策と比較して、以下の視点から見た日本の支援の特徴と比較優位性、及び課題とは？
 - ・ 援助手法／支援内容／予算配分等
 - ・ 保健 MDGs 目標課題（MDGs4・5・6）への取り組みの現状と課題
 - ・ セクター横断アプローチ（保健以外のセクターとの連携）
 - ・ 保健医療体制の基盤整備
 - ・ 円借・技術協力・無償資金の三位一体（JICA）
 - ・ 民間・NGO 等の市民社会、研究機関等との連携
 - ② 日本と他のステークホルダーとの連携の現状と課題とは？
 - ③ 日本の保健援助政策の対外発信の現状と課題とは？
 - ④ 日本の保健援助政策のモニタリング・評価の現状と課題とは？

2. 日本による国際保健援助政策の、今後の可能性に関する質問
 - ① 今後の日本の外交政策において、国際保健の位置づけはどうあるべきか？
 - ② 日本の外交政策としての国際保健の位置づけを強化していく上で、「『国際保健の課題と日本の貢献』研究・対話プロジェクト」が果たした役割は何か？
 - ③ TICAD IV や G8 サミットでの議論を受けて、日本の今後の役割や可能性とは？
 - ④ 日本の経験を生かした「母子保健」「感染症対策」「保健システム」分野支援の可能性とは？
 - ⑤ アジアの G8 として、日本の今後の役割や可能性とは？
 - ⑥ 外務省・厚生労働省・文部科学省・財務省等の省庁による今後の役割と可能性とは？
 - ⑦ NGO 等の市民社会、研究機関、及び企業等の役割と可能性

＜海外調査＞
インタビュー・ガイド

*以下に挙げた質問を、インタビュー対象者の立場に応じて取捨選択し、インタビューを実施した。

1. Global health aid policy (by the government)
 - 1-1 How does the government prioritize global health in its development and foreign policy?
 - Visions and concrete steps taken, budget allocation in relation to its prioritization
 - 1-2 Regional and country level strategies in its global health policy? Relations behind?
 - 1-3 Comparative advantages in your country in global health arena?
 - 1-4 How did the government develop the initiative (GHI, IHP+)?
 - Process, stakeholders, etc.; allocation of budget; expectations and challenges
 - Public relation strategy?
2. Achievement of health-related MDGs
 - 2.1 Key challenges and constraints facing global health, particularly in meeting the targets of health-related MDGs?
 - 2-2 What needs to be done the most to achieve these MDGs by 2015? Strategies and roles of your organization to play towards this goal?
3. Health Systems Strengthening (HSS)
 - 3-1 Challenges and constraints to promote HSS and its relation to the health-related MDGs?
 - 3-2 What is your view on donors' fragmented aid policies on HSS?
 - 3-3 What is your view on challenges and expectations towards new innovative financing mechanism for promoting HSS?
 - 3-4 What kind of measures do you think should be used to evaluate HSS?
4. Global health aid governance, aid coordination
 - 4-1 Views on how your organization/agency is promoting aid coordination under the current global health aid structure with many stakeholders;
 - In relation to the Paris Declaration and Accra Agenda for Action reflected in the government health aid policy?
 - Who should take a leadership role under the current global health governance?
 - Collaboration with civil society and private sector?
 - 4-2 Roles of H4: i.e. how it was developed, challenges and expectations, regional/country strategies, relations with HSS
5. Monitoring and Evaluation: What procedure is taken in monitoring and evaluation to ensure accountability? Resources allocated on monitoring and evaluation? Metrics used?
6. Cross-sectoral collaboration: What are the cross-sectoral strategies on global health agenda? What kind of methods do you use to evaluate them?
7. Role of NGOs/civil society/private sector/academic institutions
 - 1-1 Roles of the civil society (incl. NGOs, private sector, academic institutions)
 - In the process of the global health aid policy development process,
 - In mainstreaming global health in foreign policy
 - 1-2 What are the challenges and expectations faced in this process?
 - 1-3 Strategies taken by NGOs in communicating and publicizing the global health agenda to the general public?
8. Non-MDGs and beyond MDGs: What are priority policy issues in global health to be addressed by the international community towards 2015 and beyond?
9. Expectations for Japan

Japan's comparative advantages in the field of global health, the roles Japan should play.

<面談対象機関リスト>

<日本国内対象機関>

(五十音順)

厚生労働省
財団法人 国際開発センター
独立行政法人 国際協力機構
「グローバル・ヘルスと人間の安全保障」プログラムメンバー
国立国際医療センター
GII/IDI に関する外務省/NGO 懇談会メンバー

<海外対象機関>

(アルファベット順)

Bill and Melinda Gates Foundation
Council on Foreign Relations, U.S.A.
Department for International Development (DFID), UK
Global Alliance for Vaccines and Immunisation (GAVI)
Harvard School of Public Health, Boston, U.S.A.
Institute of Medicine, U.S.A.
International Planned Parenthood Federation (IPPF)
Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS)
London School of Hygiene and Tropical Medicine, UK
Oxfam UK
Population Action International (PAI)
The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria
The World Bank
United Nations Children's Fund (UNICEF)
United Nations Population Fund (UNFPA)
United States Agency for International Development (USAID)
World Health Organization (WHO)
World Vision UK

<その他コンタクトのあった NGO>

Abt Associates, Inc.
Guttmacher Institute
International Women's Health Coalition
Pathfinder International
Women's Refugee Commission