平成２６年度外務省ＯＤＡ評価

保健関連ミレニアム開発目標（MDGs）達成に向けた日本の取組の評価

（第三者評価）

報告書

平成 27 年 2 月

みずほ情報総研株式会社

はしがき

本報告書は，みずほ情報総研株式会社が，平成 26 年度に外務省から実施を委託された「保健関連ミレニアム開発目標（MDGs）達成に向けた日本の取組の評価」について，その結果をとりまとめたものです。

日本の政府開発援助（ODA）は，1954 年の開始以来，途上国の開発及び時代とともに変化する国際社会の課題を解決することに寄与しており，今日，国内的にも国際的にも，より質の高い，効果的かつ効率的な援助の実施が求められています。外務省は，ODA の管理改善と国民への説明責任の確保という二つの目的から，主に政策レベルを中心としたODA 評価を毎年実施しており，その透明性と客観性を図るとの観点から，外部に委託した第三者評価を実施しています。

本件評価調査は，保健関連 MDGs 達成に向けて日本が行ってきた分野別援助及び疾病横断型援助について，対象国や国際社会での援助動向や支援地域における関係機関の活動等を踏まえ，総合的評価を行うことを目的として実施しました。また，開発の視点だけでなく，日本の貢献が国際社会や現地に与えた影響など，外交の視点からみた評価も勘案して評価を行い，今後の支援の政策立案や実施のための教訓や提言を得ることなどを目的としました。

本件評価実施にあたっては，日本貿易振興機構アジア経済研究所の山形辰史国際交流・研修室長に評価主任をお願いして評価作業全体を監督していただき，また，笹川記念保健協力財団の喜多悦子理事長にアドバイザーとして保健協力分野についての専門的な立場から助言を頂くなど，調査開始から報告書作成に至るまで，多大な協力を賜りました。また，国内調査の際には，外務省，独立行政法人国際協力機構（JICA），現地 ODA タスクフォース関係者，NGO 関係者など，多くの関係者からもご協力をいただきました。ここに心から謝意を表します。

最後に，本報告書に記載した見解は，本件評価チームによるものであり，日本政府の見解や立場を反映したものではないことを付記します。

2015 年 2 月

みずほ情報総研株式会社

本報告書の概要

評価者（評価チーム）:
・評価主任　　山形辰史　日本貿易振興機構アジア経済研究所
　　国際交流・研修室長
・アドバイザー　喜多悦子　笹川記念保健協力財団理事長
・コンサルタント　みずほ情報総研株式会社
評価実施期間:　2014 年 7 月～2015 年 3 月

評価の背景・目的・対象

2000 年に採択されたミレニアム開発目標（MDGs）の達成に向けて，日本は一連の保健分野開発政策を策定し，二国間・多国間援助による支援を行ってきた。しかし，2015 年の達成期限を控え，保健関連目標の達成状況は十分とは言えず，国際社会では疾病等を対象とした分野別援助に加え，保健システム強化といった疾病横断型の援助やユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）に注目が集まっている。これらの背景を踏まえ，本評価では，MDGs 採択から 2013 年までに日本が行ってきた保健関連 MDGs 達成に向けた取組の総体について，総合的な評価を行った。

評価結果のまとめ （総括）

●開発の視点

（1）政策の妥当性

日本の保健分野 ODA 政策（イニシアティブ等）は，MDGs や G8 サミット等にみられる国際社会の取組・援助潮流と，おおむね一致している。両者の差異は，日本の援助実績が近隣アジア諸国に手厚いのに対し，保健分野でより深刻な問題を抱えている国々はサブサハラ・アフリカに多いという点にある。これは，ODA を通じて近隣諸国との友好関係構築も図るという日本の「国益」に因るものだが，地域的・歴史的近隣関係に発する「国益」に応じた ODA の地域的配分の偏りは他国でも見られる傾向であり，諸点を考慮すれば，政策の妥当性は高いと言える。

（2）結果の有効性

本評価では経済協力開発機構（OECD）の ODA データや保健関連ミクロ・データ・セットによる分析結果を用いて評価を試みた。その結果，日本の保健関連 ODA 供与と MDG 4（乳幼児死亡率の削減）及び MDG 5（妊産婦の健康の改善）に関する指標の改善度は統計的に有意な相関関係を示したが，その度合いは日本よりも日本以外のドナーの方が強かった。この点は，日本の保健関連 ODA が MDG 関連指標の改善潜在性の高いアフリカ諸国よりも既に改善が比較的進んでいる東アジアの国々に厚く配分されているため， ODA 投入のアウトカムないしインパクトが，アフリカ諸国への配分の厚い他ドナーと比べて小さく出たものと解釈できる。

次に，ミクロ的なデータ分析や事実調査からケーススタディ 2 か国（セネガル，ガーナ）における日本の保健関連 ODA 供与の効果を見ると，MDG 4 の主要指標である乳幼児死亡率や MDG 5 や MDG 6 に関する指標の一部において，両国での日本

の支援の重点地域では近隣の比較対象地域の値や国平均値に比べて改善度が高かった。このような観察事実から，日本が包括的に保健サービス支援に取り組んだ地域においては，他地域に比して保健アウトカム指標の改善度が高かったという意味で，日本の保健 ODA 支援の効果が上がったものと考えられる。

（3）プロセスの適切性

ケーススタディ国における援助プロセスを見ると，両国ともに，相手国政府からの要請や他ドナーの既存の保健援助の動向を勘案した支援対象地域の選定を行い，行政能力向上，保健システム改善，基礎的インフラ整備といった，当該地域の保健サービス向上の底上げに役立つ支援が行れた結果，徐々に両地域の保健指標が改善され始めていることがうかがえた。グローバル分析においても，特に大きな問題は見いだされなかった。

●外交の視点

日本の保健 ODA 支援により，日本と相手国の二国間関係において，現地での日本の認知度の向上や親日感情の滋養などの形で一定の効果が挙がっていることがうかがえた。また，国際社会レベルでは，グローバルファンド創設への貢献や保健システム強化の重要性の訴求等，保健分野の取組課題について国際社会への問題提起に取り組んだ具体例が認められた。

主な提言

（1）地域的「選択と集中」

本評価のケーススタディ 2 か国では，（1）保健課題の深刻さ，（2）他ドナーの不在，という需要面及び供給面の要因を鑑みて，日本の保健関連 ODA が特定地域に集中的に供与され，分野横断的で包括的な（holistic）介入が試みられていた。このような地域的「選択と集中」は，他国にも応用し得る一つのモデル事例を提供していると言える。ODA 財源の制約が強まる中，このようなモデルは，優位性に象徴される論理で支持される分野的「選択と集中」とともに，念頭に置かれるべき観点である。

（2）地域アプローチによるユニバーサル・ヘルス・カバレッジへの寄与

ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）という課題をどのようにして達成するかについては今も議論の残るところだが，本評価では，各ドナーが注力する地域を分担し，担当地域の保健サービス向上を目指すことにより，結果として，全国の保健サービス普及（すなわち UHC）が達成される可能性がある，という教訓が得られた。ドナー間コーディネーションを行い，保健支援のニーズの高い地域への支援を分担することによって，より効率的な保健サービス支援拡大が可能になると考えられる。

（3）サブサハラ・アフリカでのプレゼンスの向上

MDGs は 2015 年 9 月に「持続可能な開発目標」（SDGs）へと継承予定だが，この保健関連目標とターゲットに関し，特に保健水準の低いサブサハラ・アフリカや紛争国の改善が求められている。日本は先進国の一員として，アジア諸国と協力の下，より保健支援ニーズの高いこれらの地域において，大きな役割を果たすべきである。これまで日本が実績を積み上げてきた人材育成や保健システム強化等の支援経験は，こうした国・地域の保健水準向上のためにも有効と考えられる。

目　次

本報告書の概要 ..... **ii**
地図 ..... **vi**
略語表 ..... **vii**
第1章　評価の実施方針 **1**
１－１　評価の背景と目的 3
１－２　評価の対象と期間 3
１－３　評価の実施方針 4
１－３－１「政策の妥当性」の観点から 4
１－３－２「結果の有効性」の観点から 5
１－３－３「プロセスの適切性」の観点から 6
１－３－４「外交の視点」から 6
１－４　評価調査の実施方法 8
１－４－１　評価デザインの確定 8
１－４－２　国内調査 8
１－４－３　アンケート調査 9
１－４－４　電話ヒアリング 10
１－４－５　報告書の作成 10
１－５　実施体制 11
第2章　保健関連 MDGs と それに対する日本の取組 **13**
２－１　保健関連 MDGs の概要 15
２－１－１　MDGs の概要 15
２－１－２　保健関連 MDGs の詳細 16
２－２　保健関連 MDGs 達成に向けた国際的取組 18
２－２－１　保健分野全体に係る国際的取組・援助潮流 18
２－２－２　保健分野内のサブセクターに係る国際的取組・援助潮流 26
２－３　日本の保健分野支援 29
２－３－１　沖縄感染症対策イニシアティブ（IDI） 30
２－３－２「保健と開発」に関するイニシアティブ（HDI） 31
２－３－３　国際保健政策 2011-2015 33
２－３－４　国際保健外交戦略 35
第3章　保健関連 MDGs 達成に向けた　日本の取組の評価（グローバル分析） **39**
３－１「政策の妥当性」に関する評価 41
３－１－１　国際社会の取組・援助潮流等との整合性 41
３－１－２　日本の上位政策との整合性 46
３－１－３　他ドナーの取組，日本の優位性との関係性 48

３－１－４ 「政策の妥当性」に関する評価のまとめ 50
３－２ 「結果の有効性」に関する評価 51
３－２－１ 二国間援助に対する評価 51
３－２－２ 多国間援助への貢献に対する評価 67
３－２－３ 「結果の有効性」に関する評価のまとめ 69
３－３ 「プロセスの適切性」に関する評価 71
３－３－１ 上位政策を踏まえたアプローチの適切性 72
３－３－２ MDGs の進捗状況・援助ニーズを踏まえた援助の適切性 75
３－３－３ 受入国政府や他の開発パートナー等との連携・調整の適切性 81
３－３－４ 「プロセスの適切性」に関する評価のまとめ 87
３－４ 外交の視点からの評価 88
３－４－１ 被援助国への外交的効果 88
３－４－２ 国際社会への外交的効果 89
第4章 保健関連 MDGs 達成に向けた 日本の取組の評価（ケーススタディ） 93
４－１ ケーススタディ 1：セネガル 95
４－１－１ セネガルにおける保健関連 MDGs 達成の状況 95
４－１－２ ドナーの活動状況 107
４－１－３ 援助の成果 120
４－１－４ まとめと考察 126
４－２ ケーススタディ 2：ガーナ 129
４－２－１ ガーナにおける保健関連 MDGs 達成の状況 129
４－２－２ ドナーの活動状況 136
４－２－３ 援助の成果 150
４－２－４ まとめと考察 153
第5章 提言 155
評価のまとめ 157
５－１ 地域的「選択と集中」 158
５－２ 地域アプローチによるユニバーサル・ヘルス・カバレッジへの寄与 159
５－３ サブサハラ・アフリカでのプレゼンスの向上 159
参考文献 161
巻末資料 173

地図

ケーススタディ1:セネガル

ケーススタディ2:ガーナ

出典:外務省ウェブサイト

略語表

AFD	Agence française de développement	フランス開発庁
AfDF	African Development Fund	アフリカ開発基金
AIDS	acquired immune deficiency syndrome	後天性免疫不全症候群
ANDS	Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie	セネガル国立人口統計局
AU	African Union	アフリカ連合
BHN	basic human needs	基礎的生活分野
BOP	base of the (economic) pyramid	低所得層
CAPSU	Caisse Autonome de Protection Sociale Universelle	（セネガル）独立社会保障公庫
CCM	Country Coordinating Mechanism	（グローバルファンド）国別調整メカニズム
CDSMT	Cadre de Dépenses à Moyen Terme	（セネガル）セクター中期支出枠組み
CFA	Communauté financière africaine	（セネガル）セーファー（アフリカ金融共同体）フラン
CHAG	Christian Health Association of Ghana	ガーナ基督教保健協会
CHO	Community Health Officer	（ガーナ）地域保健師
CHPS	Community-based Health Planning and Service	（ガーナ）コミュニティ・ベース保健サービス
CMU	Couverture Maladie Universelle	（セネガル）国民皆保険
CONGAD	Conseil des Organisations Non Gouvernementales d'Appui au Développement	（セネガル）非政府開発支援協議会
CONSAS	Concertations nationales sur la santé et l’action sociale	（セネガル）保健と社会福祉に関する全国協議会
CRS	Creditor Reporting System	（OECD）援助額報告システム
CSR	corporate social responsibility	企業の社会的責任
DAC	Development Assistance Committee	（OECD）開発援助委員会
DANIDA	Danish International Development Agency	デンマーク国際開発庁
DFID	Department for International Development	（英国）国際開発省

DHS	Demograhic and Health Survey	人口保健調査
DOTS	directly observed treatment, short-course	直接監視下短期化学療法
DPES	Document de Politique Economique et Social	（セネガル）経済社会政策文書
DRH	Direction des Ressources Humaines	（セネガル保健省）人材局
DSPR	Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté	（セネガル）貧困削減戦略文書
ECOWAS	Economic Community of West African States	西アフリカ諸国経済共同体
EMBRACE	Ensure Mothers and Babies' Regular Access to Care	産前から産後までの切れ目のない手当てを確保する
ENDSS	Ecole de National Development Sanitare et Social	（セネガル）国立保健医療・社会開発学校
EPI	Expanded Programme on Immunization	予防接種拡大プログラム
EU	European Union	欧州連合
GAVI/Gavi[1]	Global Alliance for Vaccine and Immunization	ワクチンと予防接種のための世界同盟
GBS	general budget support	一般財政支援
GCA	Global Coalition for Africa	アフリカのためのグローバル連合
GDP	gross domestic product	国内総生産
GHS	Ghana Health Service	ガーナ保健サービス
GII	Global Issues Inisiative on Population and AIDS	人口・エイズに関する地球的規模問題イニシアティブ
GIPA	Greater Involvement of People Living with HIV/AIDS	HIV 感染者／AIDS 患者の社会参加の拡大
GNI	gross national income	国民総所得
G8	Group of Eight	主要国首脳会議
HDI	Human Development Index	（UNDP）人間開発指標
HDI	Health and Development Initiative	（日本）「保健と開発」に関するイニシアティブ
HIPC	heavily indebted poor country	重債務貧困国

[1] "GAVI/Gavi" の語はこのような由来を持つが，既に正式名称を「Gavi, the Vaccine Alliance」に改めたこの国際機関は現在，"Gavi" を略語とは位置づけておらず，表記も "GAVI" ではなく "Gavi" としている。本文図表 2-9 参照。

HIV	human immunodeficiency virus	ヒト免疫不全ウイルス
HSMTDP	Health Sector Medium-Term Development Plan	（ガーナ）国家保健セクター中期開発計画
HSPS	Ghana Health Sector Programme Support	（デンマーク）ガーナ保健セクター・プログラム支援
ICT	information and communication technology	情報通信技術
IDA	International Development Association	国際開発協会
IDI	Okinawa Infectious Diseases Initiative	沖縄感染症対策イニシアティブ
ILO	International Labour Organization	国際労働機関
IMF	International Monetary Fund	国際通貨基金
IMMR	institutional maternal mortality ratio	保健施設における妊産婦死亡率
INGO	international non-governmental organization	非政府国際組織
IUD	intrauterine device	子宮内避妊器具
JCC	Joint Coordination Committee	（JICA）合同調整委員会
JICA	Japan International Cooperation Agency	（日本）独立行政法人国際協力機構
JOCV	Japan Overseas Cooperation Volunteers	（日本）青年海外協力隊
KOFIH	Korea Foundation for International Healthcare	韓国国際保健医療基金
LDC	least developed country	後発開発途上国
MDBS	Multi-Donor Budget Support	（ガーナ）マルチドナー財政支援
MDGs	Millennium Development Goals	国際連合ミレニアム開発目標
MEF	Ministère de l’Economie et des Finances	（セネガル）経済財務省
MICS	Multiple Indicator Cluster Survey	複数指標クラスター調査
MNCH	maternal, newborn and child health	母子・新生児保健
NCDs	non-communicable diseases	非感染症，非伝染性疾患
NGO	non-governmental organization	非政府組織
NHIS	National Health Insurance Scheme	（ガーナ）国民健康保険
NHS	National Health Service	（英国）国民保健サービス
NPO	non-profit organization	非営利組織
NTDs	neglected tropical diseases	顧みられない熱帯病
ODA	Official Development Assistance	政府開発援助

OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development	経済協力開発機構
OMS	Organisation mondiale de la Santé	世界保健機関（WHO）
OWG	Open Working Group of the General Assembly on Sustainable Development Goals	持続可能な開発目標に関する国際連合総会オープン・ワーキング・グループ
PARSS	Projet d'Appui au Renforcement du Système de Santé	（JICA）保健システムマネジメント強化プロジェクト
PDIS	Programme de Développement Intégré de la Santé	（セネガル）総合保健開発プログラム
PDS	Parti Démocratique Sénégalais	セネガル民主党
PEPFAR	President' s Emergency Plan for AIDS Relief	（米国）大統領エイズ救済緊急計画
PIS	Paquet Integré des Services	（セネガル）保健サービス統合パッケージ
PISS	Plan d'Investissement Sectoriel Santé	（セネガル）保健セクター投資計画
PMI	President's Malaria Initiative	（米国）大統領マラリア・イニシアティブ
PMNCH	Partnership for Maternal, Newborn and Child Health	妊産婦・新生児・子どもの健康パートナーシップ
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire	（セネガル）国家保健開発計画
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement	国際連合開発計画（UNDP）
POCL	Plans opérationnels des Collectivités Locales	（セネガル）地方自治体活動計画
PPP	public-private partnership	官民連携
PRESSMN	Projet de Renforcement des Soins de Santé Maternelle et Néonatale	（JICA）母子保健サービス改善プロジェクト（安全なお産プロジェクト）
PSE	Plan Sénégal Emergent	セネガル振興計画
PTA	Plan de Travail Annuel	（セネガル）年間事業計画
PTIP	Programme Triennal d'Investissements Publics	（セネガル）公共投資 3 か年プログラム
RAC	Revue Annuelle Conjointe	（セネガル）年次共同レビュー
SBS	sector budget support	セクター財政支援
SDGs	Sustainable Development Goals	持続可能な開発目標

SNDES	Stratégie Nationale de Développement Economique et Social	（セネガル）国家経済社会開発戦略
SONUC	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence Complets	産科新生児科完全救急医療
STD	sexually transmitted disease	性感染症
SUN	Scaling Up Nutrition	スケーリング･アップ・ニュートリション
SV	Senior Volunteers	（JICA）シニア海外ボランティア
SWAp	sector-wide approach	セクターワイド・アプローチ
TB	tuberculosis	結核
TICAD	Tokyo International Conference on African Development	アフリカ開発会議
TQM	total quality management	総合的品質管理
UHC	universal health coverage	ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ
UNAIDS	Joint United Nations Programme on HIV/AIDS	国際連合合同エイズ計画
UNDAF	United Nations Development Assistance Framework	国際連合開発援助枠組み
UNDP	United Nations Development Programme	国際連合開発計画
UNESCO	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization	国際連合教育科学文化機関
UNFPA	United Nations Population Fund	国際連合人口基金
UNICEF	United Nations Children's Fund	国際連合児童基金
UNOPS	United Nations Office for Project Services	国際連合プロジェクト・サービス機関
USAID	United States Agency for International Development	米国国際開発庁
VCT	(HIV/AIDS) Voluntary Counseling and Testing	自発的 HIV/AIDS カウンセリング及び検査
WDI	World Development Indicators	（世界銀行）世界開発指標
WHO	World Health Organization	世界保健機関
WHR	World Heath Report	（WHO）世界保健報告

第１章
評価の実施方針

１－１ 評価の背景と目的

2000 年に採択されたミレニアム開発目標（MDGs）の達成に向けて，日本は沖縄感染症対策イニシアティブを始めとする一連の保健分野開発政策を策定し，二国間・多国間援助を通じた支援を行ってきた。しかし，達成期限を翌 2015 年に控えた現在においても保健関連の 3 つの MDGs（ゴール 4，5，6）の達成状況は十分とは言えず，国際社会では，特定の疾病等を対象とした分野別（vertical）援助に加え，保健システムの強化といった疾病横断型（horizontal）援助に注目が集まっている。特に，ポスト MDGs に向けた国際的議論ではユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）[2]の重要性が指摘されているところである。

日本はこれまでも分野別の援助と疾病横断型の援助の双方を踏まえた施策を推進してきたが，疾病横断型援助がMDGsその他の保健課題の解決促進に及ぼす効果，或いは，分野別援助が，当該分野を超え，他の疾病課題の緩和や保健システムの強化等に及ぼす波及効果については，まだ十分な評価と知見の蓄積がなされていない。日本は，2013 年に国際保健外交戦略を策定するなど，保健分野を外交の重要課題と位置付け，世界の保健課題の解決に貢献する立場を明らかにしており，日本の支援が保健関連 MDGs 指標の改善にどれだけ貢献したか，だけでなく，援助対象国におけるUHCの促進，及びその基礎となる保健システムの強化等にどのような貢献を行ったかという観点からも，総合的な評価が求められている。

以上の背景を踏まえ，本評価は，保健関連 MDGs 達成に向けて日本が行ってきた分野別援助及び疾病横断型援助について開発及び外交の視点から評価を行い，これまでの貢献や課題点等を明らかにすることで，今後の援助政策の立案・実施のための教訓や提言を得ることを目的とする。また，評価結果を公表し，国民等への説明責任を果たすとともに，援助関係国へのフィードバックを行う。

１－２ 評価の対象と期間

（１） 評価の対象

本評価の評価対象は，MDGs設定以降に実施された，保健分野における日本の援助政策・具体的取組の総体とする。なお，多国間援助については，個別にイヤーマークされたプロジェクトの他，保健分野支援の実施機関への拠出金も考慮して国際機関経由の援助も評価対象に含め，総合的な評価を行う。

[2] 全ての人々が基礎的な保健医療サービスを必要な時に負担可能な費用で享受できる状態を指す。

【評価対象の整理】

- 二国間援助： 保健分野支援におけるプロジェクト型及び非プロジェクト型援助
- 多国間援助： 保健分野支援にイヤーマークされたプロジェクト，保健分野支援の実施機関へ拠出金

（２） 対象期間

本評価が対象とする期間は，MDGs 設定から 2013 年までとする。

ただし，「結果の有効性」の分析については，経済協力開発機構（OECD）の援助額報告システム（CRS）において実績額データの取得が可能な 2002 年以降とする。

１－３ 評価の実施方針

本評価は，外務省『ODA 評価ガイドライン第 8 版』に準拠し，「開発の視点」から政策の妥当性，結果の有効性，プロセスの適切性の 3 つの視点から総合的に検証し，評価を行う。さらに，「開発の視点」に加えて，「外交の視点」からも評価を試みる。

１－３－１ 「政策の妥当性」の観点から

保健分野支援における，支援先の開発ニーズ，日本の上位政策との整合性，国際的な優先課題や援助潮流との関連性，他ドナー・国際機関の保健政策との整合性を検証することによって，政策の妥当性の評価を行う。

主な評価項目とその内容は図表 1-1 のとおり。

図表 1-1 「政策の妥当性」評価の枠組み

評価項目	評価の内容
(1)支援先の開発ニーズとの整合性	・支援対象国の開発ニーズと整合的か ・支援対象地域の開発ニーズと整合的か（ケーススタディ）
(2)日本の上位政策との整合性	・政府開発援助（ODA）大綱／中期政策等と整合的か ・「人間の安全保障」の理念と整合的か ・保健分野イニシアティブ・関連援助政策と整合的か ・国別援助方針と整合的であるか（ケーススタディ）

評価項目	評価の内容
(3)国際社会の取組・援助潮流との関連性	・国際的な優先課題や上位枠組みを踏まえているか ・国際保健に関する援助潮流の動向を踏まえているか ・特定課題に関する国際的な優先課題や上位枠組みを踏まえているか ・援助手法に関する国際的な上位枠組みを踏まえているか
(4)他ドナー・国際機関の保健政策との関連性	・他ドナー・国際機関の援助方針・戦略と整合的か ・他ドナーの援助動向と整合的か ・日本の支援の優位性はどこにあるか

注:評価内容の詳細及び情報源については，別添資料「評価の枠組み」を参照。

1－3－2 「結果の有効性」の観点から

保健分野支援による，支援対象国や国際社会の援助潮流への影響の有無等を検証することによって，「結果の有効性」の評価を行う。

主な評価項目とその内容は図表 1-2 のとおり。

図表 1-2 「結果の有効性」評価の枠組み

評価項目	評価の内容
(1)二国間援助に対する評価	・日本の保健分野の二国間 ODA は，どのような援助国，援助案件に対して主に支出されてきたか。他のドナーと比較してどのような特徴を持つか ・日本の保健分野 ODA の被援助国において，保健 MDGs に関連する指標は改善しているか ・日本の保健分野 ODA の被援助国において，UHC に係る指標は改善しているか ・各分野のインプット量とアウトプット／アウトカム／インパクト指標との相関を考えた際に，日本の援助による寄与は他のドナーと比較してどのような大きさであるか
(2)多国間援助に対する評価	・多国間援助の枠組みを通じた保健分野の ODA は，どのような国，案件に対して主に支出されてきたか ・多国間援助の枠組みを通じた保健分野の ODA について，日本はどのような貢献を行ってきたか

注:評価内容の詳細及び情報源については，別添資料「評価の枠組み」を参照。

１－３－３　「プロセスの適切性」の観点から

保健分野支援の実施プロセスにおける，支援先のニーズの把握，支援の実施状況の定期的な把握，他ドナー・国際機関及び民間セクター・NPO 等との連携状況などを検証することによって，「プロセスの適切性」の評価を行う。本項では，主にアンケート調査結果とヒアリング情報に依拠して定性的評価を行う。

主な評価項目とその内容は図表 1-3 のとおり。

図表 1-3 「プロセスの適切性」評価の枠組み

評価項目	評価の内容
(1)上位政策を踏まえたアプローチの適切性	・保健 MDGs を ODA 政策の優先分野と位置づけた中期政策や分野別課題政策の役割・機能が実効的か ・過去に実施された ODA 評価による提言の内容を踏まえた取組が行われているか
(2)MDGs の進捗状況・援助ニーズを踏まえた支援の適切性	・保健分野の援助ニーズの動向と日本の ODA 供与動向が整合的か ・MDGs 採択以降に顕在化・顕著化した新たな保健課題に対する適切な対応が行われたか
(3)受入国政府や他の開発パートナー等との連携・調整の適切性	・受入国政府，他ドナー，民間セクター及びNPO等との政策協議・調整が適切に行われたか ・受入国の「援助現場」におけるポスト MDGs に向けた議論形成・取組が適切に行われたか

注：評価内容の詳細及び情報源については，別添資料「評価の枠組み」を参照。

１－３－４　「外交の視点」から

保健分野支援の外交的な重要性や波及効果を検証することによって，「外交の視点からの評価」を行う。本項では，主にヒアリング情報に依拠して定性的評価を行う。

主な評価項目とその内容は図表 1-4 のとおり。

図表 1-4「外交の視点からの評価」の枠組み

評価項目	評価の内容
(1)被援助国への外交的効果	・保健分野支援を通じて，ODA 供与国と日本の間で外交上の友好関係の構築や市民レベルでの親日感情の醸成といった，二国間関係の強化につながる波及効果が発現しているか
(2)国際社会への外交的効果	・日本の保健分野支援（援助政策や援助実績）は，保健関連 MDGs 達成に向けた国際社会の取組の中で，特筆すべき役割・プレゼンスを示したか ・ポスト MDGs の国際開発目標（SDGs）の形成に向けた議論でリーダーシップが発揮されたか

注：評価内容の詳細及び情報源については，別添資料「評価の枠組み」を参照。

１－４ 評価調査の実施方法

本評価の実施に当たり，文献調査，国内ヒアリング調査，在外公館に対するアンケート調査，及びケーススタディ国 ODA タスクフォースへの電話ヒアリングを行った。

１－４－１ 評価デザインの確定

評価チームは，評価主任の指揮の下，第 1 回及び第 2 回検討会において外務省及び国際協力機構（JICA）関係部署等との協議を行い，評価の目的，対象，評価方法，作業スケジュール等の評価デザインを確認し，実施計画の策定を行った。

なお，本評価では当初，ケーススタディ国であるセネガル及びガーナへの現地調査を予定していたが，西アフリカ地域におけるエボラ出血熱流行の影響により，上記の現地調査は中止となった。このため，本評価においては，国内調査（文献調査，ヒアリング調査）及び在外公館を対象として実施したアンケート調査の結果を基に評価を行った。

１－４－２ 国内調査

上記の評価の枠組みに従い，当該事業に関連する資料（政策文書，事業報告書，基礎統計，学術論文，関係者資料など）に基づいて文献調査を行い，評価対象事業の目的，活動実績や成果，実施プロセス等について情報を収集・整理した。なお，援助実績や保健関連指標等に関するデータ分析に当たっては，国際機関及び国内関係機関が保有する統計資料等を使用した。

また，評価の枠組みから導き出される調査項目について，国内の関係機関及び有識者等へのヒアリング調査を実施した。ヒアリング先の一覧は図表 1-5 のとおり。

図表 1-5 国内調査におけるヒアリング先

日付	ヒアリング先
2014 年 8 月 12 日	国際協力機構（JICA）人間開発部 専任参事 保健第一グループ保健第二課長
2014 年 8 月 22 日	外務省国際協力局　国際保健政策室 外務事務官 外務事務官
2014 年 9 月 3 日	外務省国際協力局　国別開発協力第三課 課長補佐 技官

日付	ヒアリング先
2015 年 1 月 14 日	特定非営利活動法人　アフリカ日本協議会 国際保健部門プログラム・ディレクター
2015 年 1 月 19 日	国立国際医療研究センター 国際医療協力局派遣協力第一課 （前セネガル保健省行政アドバイザー，JICA 専門家）

１－４－３ アンケート調査

上記の評価の枠組みに従い，文献情報や数量的データでは実証的に把握することが難しい日本の貢献度や，現地での援助プロセス等に関する定性的な情報などを把握するため，日本のODA供与対象国にある在外公館を対象としたアンケート調査を実施した。調査の実施期間は 2014 年 10 月～11 月の 1 か月間とした。

本調査では，保健分野において 2000 年以降に 1 千万ドル以上の援助実績がある被援助国（85 か国）の在外公館全数に質問票を配布し，58 か国から回答を得た。なお，集計時には回収された全票の回答状況についてデータチェックを行い，無効値等は設問単位で除外して集計を行った。

図表 1-6　アンケート調査における調査項目

設問	主な調査項目
回答者属性	・国名　　・記入者連絡先
1. 保健分野の状況	・保健分野セクター戦略の策定状況 ・保健分野ドナー会合の開催状況 ・コモン・バスケットによる支援の実施状況
2. 保健分野支援のプロセス	・相手国政府との協議・調整状況 ・他ドナーとの協議・調整状況 ・事業終了後のフォローの事例
3. 保健分野支援の実施体制	・保健分野の担当者
4. 保健分野支援の外交的成果	・外交の視点からみた成果
5. ユニバーサル・ヘルス・カバレッジの推進	・UHC に関する政策的議論の実施状況 ・UHC に関するパートナーシップにおけるリードドナー

図表 1-7　アンケート調査の回収状況

質問票配布数（合計）	85 件
有効回収数	58 件
有効回収率	68.2%

１－４－４ 電話ヒアリング

ケーススタディ国への現地調査の中止を受け，現地の保健状況や日本の援助政策等について補完的な情報収集を行うため，セネガル及びガーナの現地 ODA タスクフォースへの電話ヒアリングを行った。ヒアリングの概要は図表 1-8 のとおり。

図表 1-8 ODA タスクフォース電話ヒアリングの概要

日付	ヒアリング先
2014 年 11 月 20 日	在セネガル ODA タスクフォース 書記官（大使館 経済協力班保健担当） 経協調整員（大使館 援助協調保健担当） JICA 専門家（セネガル保健・社会活動省 官房顧問） JICA 企画調査員（JICA 事務所 保健分野企画・広域担当）
2014 年 11 月 26 日	在ガーナ ODA タスクフォース 書記官（大使館 経済協力担当） 経済協力調整員（大使館 保健・援助協調担当） JICA 職員（JICA 事務所 保健事業統括） JICA 企画調査員（JICA 事務所 保健担当）

１－４－５ 報告書の作成

国内調査，アンケート調査及び電話ヒアリングにより収集した情報に基づき，評価の枠組みに沿って分析・検証を行い，報告書の作成を行った。ドラフトの作成後，検討会において外務省及び JICA 関係部署等の意見を聴取し，これらの意見を踏まえて最終報告書の確定を行った。

１－５ 実施体制

本評価は図表 1-9 に示す体制にて実施した。

図表 1-9 実施体制

氏名	担当	所属・役職
山形　辰史	評価主任	アジア経済研究所　国際交流・研修室長 開発スクール教授・事務局長
喜多　悦子	アドバイザー	笹川記念保健協力財団　理事長
佐藤　渓	コンサルタント	みずほ情報総研（株）　コンサルタント
村井　昂志	コンサルタント	みずほ情報総研（株）　コンサルタント
高沢　晶子	コンサルタント	契約コンサルタント

また，本評価の実施には図表 1-10 に示す関係機関・関係部局から協力を得た。

図表 1-10 協力を受けた関係機関・部局

機関	部局
外務省	国際協力局　国際保健政策室
	国際協力局　国別開発協力第三課
JICA	人間開発部

本評価の実施に当たり，図表 1-11 に示す日程で評価検討会を開催した。

図表 1-11 評価検討会の開催実績

検討会	日時
第 1 回検討会	2014 年 7 月 31 日
第 2 回検討会	2014 年 10 月 1 日
第 3 回検討会	2014 年 11 月 19 日
第 4 回検討会	2015 年 2 月 3 日

第２章

保健関連 MDGs と
それに対する日本の取組

２－１　保健関連 MDGs の概要

２－１－１　MDGs の概要

ミレニアム開発目標（MDGs）は，史上最大の首脳会議とされた国際連合ミレニアム・サミット（2000 年 9 月）で採択された「国連ミレニアム宣言」が掲げた 7 つのテーマ[3]のうち，人間開発を推進するために最も緊急に取り組まなければならない課題である「開発及び貧困撲滅」について，同宣言及び 1990 年代に開催された主要な国際会議や主要国首脳会議（G8 サミット）等で採択された国際開発目標を統合して取りまとめられたものである。それは，21 世紀において国際社会全体が共有すべき目標であり，世界のあらゆる開発政策の指針となっている。

MDGs は 8 つのアウトカム目標（ゴール）群であり，一つのゴールにつき 1～6 個のターゲット，さらに一つあるいは複数のターゲットにつき 1～12 個の指標が定められている（図表 2-1）。

図表 2-1　MDGsの「ゴール」と「ターゲット」（抜粋）

ゴール	ターゲット
ゴール 1：極度の貧困と飢餓の撲滅	**ターゲット 1.A**：2015 年までに 1 日 1 ドル未満で生活する人口の割合を 1990 年の水準の半数に減少させる。
	ターゲット 1.B：女性，若者を含むすべての人々に，完全かつ生産的な雇用，そしてディーセント・ワーク[4]の提供を実現する。
	ターゲット 1.C：2015 年までに飢餓に苦しむ人口の割合を 1990 年の水準の半数に減少させる。
ゴール 2：初等教育の完全普及の達成	**ターゲット 2.A**：2015 年までに，全ての子どもが男女の区別なく初等教育の全課程を修了できるようにする。
ゴール 3：ジェンダー平等推進と女性の地位向上	**ターゲット 3.A**：可能な限り 2005 年までに，初等・中等教育における男女格差を解消し，2015 年までに全ての教育レベルにおける男女格差を解消する。
ゴール 4：乳幼児死亡率の削減	**ターゲット 4.A**：2015 年までに 5 歳未満児の死亡率を 1990 年の水準の 3 分の 1 に削減する。

[3] 公正で持続的な世界平和を構築するために国際社会が連携・協調していくと合意した 7 つのテーマは，次のとおり。（1）平和，安全及び軍縮，（2）開発及び貧困撲滅，（3）共有する環境の保護，（4）人権，民主主義及びグッド・ガバナンス，（5）弱者の保護，（6）アフリカの特別なニーズへの対応，（7）国連の強化。

[4] 「ディーセント・ワーク（働きがいのある人間らしい仕事）」は 1999 年の第 87 回国際労働機関（ILO）総会の事務局長報告で発表された概念。

ゴール	ターゲット
ゴール 5：妊産婦の健康の改善	**ターゲット 5.A**： 2015 年までに妊産婦の死亡率を 1990 年の水準の 4 分の 1 に削減する。
	ターゲット 5.B： 2015 年までにリプロダクティブ・ヘルスへの普遍的アクセスを実現する。
ゴール 6：HIV/AIDS，マラリア，その他の疾病の蔓延の防止	**ターゲット 6.A**： HIV/AIDS の蔓延を 2015 年までに食い止め，その後減少させる。
	ターゲット 6.B： 2010 年までに HIV/AIDS の治療への普遍的アクセスを実現する。
	ターゲット 6.C： マラリア及びその他の主要な疾病の発生を 2015 年までに食い止め，その後発生率を減少させる。
ゴール 7：環境の持続可能性確保	**ターゲット 7.A**： 持続可能な開発の原則を国家政策及びプログラムに反映させ，環境資源の損失を減少させる。
	ターゲット 7.B： 生物多様性の損失を 2010 年までに確実に減少させ，その後も継続的に減少させ続ける。
	ターゲット 7.C： 2015 年までに，安全な飲料水及び衛生施設を継続的に利用できない人々の割合を半減する。
	ターゲット 7.D： 2020 年までに，少なくとも 1 億人のスラム居住者の生活を改善する。
ゴール 8：開発のためのグローバルなパートナーシップの推進	**ターゲット 8.A**： さらに開放的で，ルールに基づく，予測可能でかつ差別的でない貿易及び金融システムを構築する（良い統治，開発及び貧困削減を国内的及び国際的に公約することを含む。） **ターゲット 8.B**： 後発開発途上国の特別なニーズに取り組む（後発開発途上国からの輸入品に対する無税・無枠，重債務貧困国（HIPC）に対する債務救済及び二国間債務の帳消しのための拡大プログラム，貧困削減にコミットしている国に対するより寛大な政府開発援助〔ODA〕の供与を含む。） **ターゲット 8.C**： 内陸開発途上国及び小島嶼開発途上国の特別なニーズに取り組む（小島嶼開発途上国のための持続可能な開発プログラム及び第 22 回国連総会特別会合の規定に基づく。） **ターゲット 8.D**： :債務を長期的に持続可能なものとするために，国内及び国際的措置を通じて開発途上国の債務問題に包括的に取り組む。

出典：United Nations, *Official List of MDG Inidicators* より評価チーム作成。

２－１－２ 保健関連 MDGs の詳細

これら MDGs の 8 つのゴールのうち，ゴール 4，5，6 が「保健関連 MDGs」である。それ

らの下にある合計 6 つのターゲットと，ターゲット達成の進捗度を測る合計 19 の指標は，図表 2-2 のとおりである。

図表 2-2　保健関連 MDGs とそのターゲット及び指標

ゴール 4：乳幼児死亡率の削減	
＜ターゲット 4.A＞ 2015 年までに 5 歳未満児の死亡率を 1990 年の水準の 3 分の 1 に削減する。	指標 4.1　5 歳未満児の死亡率
	指標 4.2　乳児（1 歳未満児）死亡率
	指標 4.3　はしかの予防接種を受けた 1 歳児の割合
ゴール 5：妊産婦の健康の改善	
＜ターゲット 5.A＞ 2015 年までに妊産婦の死亡率を 1990 年の水準の 4 分の 1 に削減する。	指標 5.1　妊産婦死亡率
	指標 5.2　医師・助産師の立ち会いによる出産の割合
＜ターゲット 5.B＞ 2015 年までにリプロダクティブ・ヘルス（性と生殖に関する健康）への普遍的アクセス（必要とする人が利用できる機会を有する状態）を実現する。	指標 5.3　避妊具普及率
	指標 5.4　青年期（15～19 歳）女子による出産率
	指標 5.5　産前ケア（健診）の機会（最低 1 回・4 回）
	指標 5.6　家族計画の必要性が満たされていない割合
ゴール 6：HIV/AIDS，マラリア，その他の疾病の蔓延の防止	
＜ターゲット 6.A＞ HIV/AIDS の蔓延を 2015 年までに食い止め，その後減少させる。	指標 6.1　15～24 歳の HIV 感染率
	指標 6.2　最後のハイリスクな性交渉におけるコンドーム使用率
	指標 6.3　HIV/AIDS に関する包括的かつ正確な情報を有する 15～24 歳の割合
	指標 6.4　10～14 歳の，AIDS 孤児ではない子どもの就学率に対する AIDS 孤児の就学率
＜ターゲット 6.B＞ 2010 年までに HIV/AIDS の治療への普遍的アクセスを実現する。	指標 6.5　治療を必要とする HIV 感染者のうち，抗レトロウイルス治療へのアクセスを有する者の割合
＜ターゲット 6.C＞ マラリアおよびその他の主要な疾病の蔓延を 2015 年までに食い止め，その後発生率を減少させる。	指標 6.6　マラリア罹患率およびマラリアによる死亡率
	指標 6.7　殺虫剤処理済みの蚊帳を使用する 5 歳未満児の割合
	指標 6.8　適切な抗マラリア薬により治療を受ける 5 歳未満児の割合
	指標 6.9　結核の罹患率・有病率および結核による死亡率
	指標 6.10　直接監視下短期化学療法（DOTS）の下で発見され治療されたの結核患者の割合

出典：United Nations, *Official List of MDG Inidicators* より評価チーム作成。

２－２ 保健関連 MDGs 達成に向けた国際的取組

２－２－１ 保健分野全体に係る国際的取組・援助潮流

（１） 主要国首脳会議（G8 サミット）

2000 年に日本が議長国を務めた G8 九州・沖縄サミットは，サミット史上初めて感染症を主要議題として取り上げ，「感染症及び寄生虫症，とりわけ，HIV/AIDS，結核，マラリア，小児期の疾病及び一般の感染症は，数十年にわたる開発を逆転させ，同一世代のすべての人々からより良い未来への希望を奪うおそれがある」として，感染症対策に各国政府，国際機関，産業界，学術機関，市民社会が連携して取り組むことをコミットした。ここで示された感染症対策へのコミットメントは高く評価され，暫く後に設定されることとなる MDGs のゴール 6 においておおむね踏襲される形となった。

図表 2-3 G8 サミットにおける保健関連のコミットメント等

年/開催地	文書名等	概要
2000 年 九州・ 沖縄	G8 コミュニケ・ 沖縄 2000	保健は繁栄の鍵であり，特に感染症は開発に対する重大な障害であることを認識。HIV/AIDS，結核，マラリアについて国連が設定した目標を達成するため，G8 が各国政府，WHO など国際機関，産業界（特に製薬会社），学術機関，非政府組織（NGO）・市民社会と連携を強化して取り組むことをコミット。
2004 年 シーアイランド（米）	世界 HIV ワクチン事業を承認し設立する G8 の行動	世界 HIV ワクチン事業（世界的に調整，情報共有及び協力を強化することにより HIV ワクチンの開発を加速化させる事実上の提携）の設立を呼びかけ。
2005 年 グレンイーグルス（英）	アフリカ	医師や看護師などの訓練及び国外流出防止の支援を通じた保健システム改善，HIV 感染者の大幅減目標，HIV ワクチン開発の促進，マラリア対策の拡充，結核に係るニーズ充足支援等をコミット。
2006 年 サンクトペテルブルク（露）	感染症との闘い	感染症対策には保健情報へのアクセス，保健システム能力，保健関係者の育成，衛生・水の改善等の包括的なアプローチが必要と認識。感染症のモニタリングの強化，科学的研究の強化，鳥インフルエンザへの効率的な対応，三大感染症対策の履行，予防・治療へのアクセス改善等の分野で具体的進展を遂げるべく決意を表明。
2007 年 ハイリゲンダム（独）	アフリカにおける成長と責任	適切な保健サービスに向けた保健システムの発展と強化の支援を合意。世界エイズ・結核・マラリア対策基金への拠出促進，マラリア対策，AIDS 対策へのユニバーサル・アクセスに向けた努力を強化。

年/開催地	文書名等	概要
2008 年 北海道・洞爺湖	国際保健に関する洞爺湖行動指針	HIV/AIDS，結核，マラリア，ポリオに係る目標に向けては実質的な進展がある一方，特にサブサハラ（サハラ砂漠以南の）・アフリカでは妊産婦や乳幼児について進展は遅れているとの認識を示し，保健システム強化，母子保健など 5 分野での「取るべき行動」を提示（図表 2-4）。
2009 年 ラクイラ（伊）	開発・アフリカ	人材育成を含む保健システム強化の包括的アプローチの重要性を確認。母子保健に関するグローバル・コンセンサスの構築を支持。保健システム強化のための資源を動員するための自主的オプションを提示する革新的資金調達に関するタスクフォースの報告を認識。
2010 年 ムスコカ（加）	妊産婦，新生児及び乳幼児の健康	妊産婦・乳幼児の死亡が重大な問題である途上国において，保健システム強化を大幅に進めることに焦点。妊産婦・乳幼児に対する継続ケアの必要性を強調。保健システム強化のための情報システム改善，イノベーションの統合・共有の意義を指摘。

出典：外務省（日本）ウェブサイトより評価チーム作成。

図表 2-4 「国際保健に関する洞爺湖行動指針」に定められた「取るべき行動」

項目	主な内容
保健システム強化	・保健従事者の不足への対処 ・保健システムに関する適切なモニタリング・評価 ・保健データの指標標準化のためのステークホルダー間の連携
母子保健 （妊産婦，新生児，小児の保健）	・妊産婦および新生児の死亡削減のための取組強化 ・栄養プログラムの実施強化
感染症	・AIDS の予防・治療・ケアとサポートへのユニバーサル・アクセス ・結核による死亡者数半減に向けたストップ結核戦略の拡大 ・アフリカのマラリア高負担国における予防対策等の強化 ・ポリオ根絶に向けた取組の強化 ・顧みられない熱帯病（NTDs）の主要流行国における支援の強化
他分野との連携促進	・保健，貧困，教育，ジェンダー，水・衛生の分野間連携の拡大 ・気候変動が保健に与える潜在的な影響の分析支援
資金	・感染症対策と保健システム強化のためのコミットメント ・母子保健や新たな課題のための追加的資金の必要性

出典：G8 Health Experts Group, “Toyako Framework for Action on Global Health” より評価チーム作成。

この後，2004 年のシーアイランド・サミット（米国）で「世界 HIV ワクチン事業」の設立が呼びかけられ，2006 年のサンクトペテルブルク・サミット（ロシア）で「感染症との闘い」につ

いて新たなコミットメントが示されたのを経て，再び日本が議長国を務めた 2008 年の北海道・洞爺湖サミットでは，G8 保健専門家会合報告書として「国際保健に関する洞爺湖行動指針」が提出された。同報告書は，MDGs の保健関連目標に焦点をあて，2015 年の目標達成に向けた「行動原則」と「取るべき行動」を明示，後者では第一に保健システム強化，第二に母子保健を挙げた（図表 2-4）。

このように，疾病別（vertical）保健課題としての感染症対策から，疾病横断型（horizontal）保健課題としての保健システム強化や母子保健対策へ，重点が相対的にシフトするという流れは，「人材育成を含む保健システム強化の包括的アプローチの重要性」を確認した 2009 年のライクラ・サミット（イタリア），「妊産婦，新生児及び乳幼児の健康」に係るイニシアティブを立ち上げた 2010 年のムスコカ・サミット（カナダ）でも受け継がれた。2011 年以降のサミットでは，保健関連テーマが，それに特化した文書や項目を通じて大きく取り上げられたことはない[5]。

（２） 世界保健機関（WHO）

世界保健機関（WHO）は国際連合の専門機関であり，1946 年に国際保健会議が採択した世界保健憲章（1948 年 4 月 7 日発効）によって設立され，「すべての人々が可能な最高の健康水準に到達すること」（憲章第 1 条）を目的としている。その主要刊行物として 1995 年からほぼ毎年発行されている『世界保健報告』（WHR）は，各国政府や開発援助機関，国際機関等が政策決定の際に必要とする情報を提供することを主目的としており，毎号，世界の保健問題に係る重要テーマを掲げている。それらのテーマは開発途上国の保健問題に関するものとは限らないが，それらの変遷を見ることは保健開発に係る議論の世界的な潮流を追う上でも一定の有用性があると考えられる。

2000 年以降のテーマは図表 2-5 のとおりであり，開発途上国の保健開発に関係が深いと考えられるものを拾うと，感染症関係が 2004 年の「歴史を変える」（具体的には包括的な HIV/AIDS 戦略がテーマ），母子保健関係が 2005 年の「母と子ひとりひとりを重視せよ」，プライマリー・ヘルスケア関係が 2008 年の「プライマリー・ヘルスケア」（その再興に関する議論），そして保健システムないしユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）関係が 2000 年の「保健システム」，2006 年の「保健のための協働」（医療従事者問題），2010 年の「保健システム資金供給：UHC 実現への道」，2013 年の「UHC に向けた調査研究」と整理できよう。母子保健とプライマリー・ヘルスケアは特に密接に関連していると考えると，感染症対策から母子保健へという重点シフトが，それほど明確ではないにせよここでも見られる。そして，より顕著なのは 2000 年代後半以降における保健システムと UHC の重視であり，特に UHC は直近の 2 つの号（2011 年・12 年・14 年は発行されていないので 2010 年版と 2013 年版）で続けてテーマに挙げられている[6]。

---

[5] G8 サミットの成果文書等は外務省（日本）ウェブサイトの「G7/G8」頁に拠る。
[6] World Health Organization, *World Health Report*, various issues.

図表 2-5　WHR における毎号のテーマ（2000 年以降）

年	テーマ〔図表作成者による注記〕
2000	保健システム
2001	メンタル・ヘルス
2002	リスクの減少と健康的生活の促進（Reducing risks, promoting healthy life）
2003	未来を形作る（Shaping the future）〔現代世界における健康への脅威〕
2004	歴史を変える（Changing history）〔包括的な HIV/AIDS 戦略の提唱〕
2005	母と子ひとりひとりを重視せよ（Make every mother and child count）
2006	保健のための協働（Working together for health）〔医療従事者問題〕
2007	21 世紀における世界の公衆健康安全保障（Global public health security）
2008	プライマリー・ヘルスケア
2010	保健システム資金供給（Health system financing）：UHC 実現への道
2013	UHC に向けた調査研究（Research for universal health coverage）

出典：World Health Organization (WHO), *World Health Report*, various issues より評価チーム作成。

図表 2-6　WHO による 2010 年時点での MDG 達成進捗状況の評価

	全世界	アフリカ	米州	中東	欧州	南東アジア	西太平洋
5 歳未満児死亡率	不十分	達成困難	順調	不十分	順調	不十分	順調
はしか予防接種率	不十分	不十分	順調	不十分	順調	不十分	順調
妊産婦死亡率	達成困難	達成困難	不十分	達成困難	順調	達成困難	不十分
医師・助産師の立ち会い出産	不十分	達成困難	順調	不十分	順調	不十分	順調
避妊具普及率	順調	達成困難	順調	不十分	順調	不十分	順調
HIV/AIDS 有病率	不十分	達成困難	不十分	順調	不十分	順調	順調
マラリアによる死亡率	不十分	不十分	順調	不十分	－	不十分	順調
結核対策	順調	不十分	不十分	順調	達成困難	順調	順調
安全な飲料水へのアクセス	順調	不十分	順調	不十分	順調	順調	順調
衛生施設へのアクセス	不十分	達成困難	順調	不十分	順調	不十分	不十分

出典：WHO, “Accelerating progress towards the health-related Millennium Development Goals” より評価チーム作成。

WHO が保健関連 MDGs に特化して作成した政策文書としては，2010 年の「保健関連 MDGs に向けた進展の加速」がある。同文書は，MDGs 達成期間が残り 3 分の 1（5 年間）となった時点での進捗評価を，10 分野，全世界及び 6 地域について行い，全世界で見ると 10 分野のうち「妊産婦死亡率」は MDG 達成が困難（off track），残る 9 分野のうち 3 分の 2 も進展は不十分（insufficient progress）であり，MDG 達成に向け順調（on track）なのは 3 分野しかないことを示している。さらにアフリカでは特に状況が悪く，10 分野中 6 分野で MDG 達成は困難であり，順調な分野は一つも無い（図表 2-6）。

こうした評価を踏まえ，同文書は，今後の優先課題は母子保健であり，その改善のためには保健システムの強化と総合的・包括的な介入が必要と説く。そして，それらの基礎を成すのが整然・一貫として（coherent）包括的な（comprehensive）保健政策・戦略であり，そうした政策の下で保健システムがプログラム間の相乗効果を生み出せば，MDGs 達成に向けた進展は加速すると訴えた[7]。

（３） アフリカ開発会議（TICAD）プロセス

アフリカ開発会議（TICAD）は，日本，国連，アフリカのためのグローバル連合（GCA）等との共催の下，ほとんど全てのアフリカ諸国と多くのドナー諸国等を集めて，1993 年から 5 年ごとに日本で開催されている，アフリカの開発をテーマとする国際会議である。対象地域は限定されるが，世界の開発課題におけるアフリカのウェイトの大きさに鑑みれば，20 年を超える歴史を持つ TICAD プロセスは，分野横断的な国際開発援助の取組として重要な地位を占めているといえる。

本評価の対象期間において開催されたのは，TICAD III（2003 年），IV（2008 年），V（2013 年）である。TICAD III の「TICAD 10 周年宣言」は，TICAD プロセスの以後の方向性の一つとして「人間の安全保障」の重視を挙げ，アフリカの人々が貧困，飢餓，感染症，教育の不足等の深刻な問題から解放されるべきことを謳った。また「議長サマリー」は，「人間中心の開発」に関係する課題として，「AIDS，結核，マラリア，ポリオ対策に向けた様々なアプローチ，特にプライマリー・ヘルスケアへの支援，地域保健システムの構築，保健教育」を挙げた。

TICAD IV で取りまとめられた「横浜宣言」は，その第 4 パート「MDGs 達成」の中の 4.5「保健：信頼できる保健及び衛生の確立」において，次のように述べた。

> HIV/AIDS，結核，マラリア，ポリオ及び他の感染症への取組に加え，参加者は，とりわけ母子保健を含む主要な保健上の課題に効果的に対処するための保健システム強化の意義を確認した。参加者は，保健従事者の人材育成に焦点を当て，熟練した技術を持つ医療従事者の頭脳流出に関する懸念を表明した。

[7] World Health Organization, “Acclelerating progress towards the health-related Millenium Development Goals”, 2010.

また，「横浜宣言」を踏まえ，「TICAD プロセスの下でアフリカの成長と発展を支援するロードマップを提供する」ものと位置づけられる「横浜行動計画」は，保健分野について，次の3 項目で具体的取組を挙げた。

（1） 保健システムの強化
（2） 母子保健の向上
（3） 感染症対策

TICAD V の「横浜宣言 2013」は，「戦略的方向性」の一つである「万人が成長の恩恵を受ける社会の構築」に関して，「MDGs 達成」の中の 4.5「保健：信頼できる保健及び衛生の確立」において，次のように述べた。

> 我々は，アフリカ大陸において保健システムを強化し，ユニバーサル・ヘルス・カバレッジを推進する。また，我々は，母子保健を促進し，アフリカ連合の「アフリカ妊産婦死亡削減加速化キャンペーン」，感染症及び非感染症対策を支援する。

また，「横浜行動計画 2013-2017」の「保健」項目も，まず「ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）の実現に向けた保健システムの強化が必要」と述べ，次いで「母子・新生児保健（MNCH）及びリプロダクティブヘルスを含めた効果的な基礎的保健サービスの利用及び普及の促進」を謳い，その後に「HIV/AIDS 等の感染症及び非伝染性疾患（NCDs）の予防及び治療」に言及している[8]。

以上のように，TICAD プロセスにおいても，保健分野での重点は，AIDS，結核，マラリア，ポリオ等の感染症から，母子保健，そして UHC 実現のための保健システム強化へと，相対的にシフトしてきているように見受けられる。

（４） ポスト 2015 年開発アジェンダ／SDGs に向けた議論

MDGs の達成期限である 2015 年が近づき，ポスト 2015 年の開発アジェンダに関する議論が，2011 年頃から活発化した。2011 年 9 月に設置された国連タスクチームが翌 2012 年に事務総長へ報告を上げると，それを受けて事務総長が設置した有識者ハイレベルパネル（日本からは菅直人元首相が参加）は 2013 年 5 月に報告書を発表した。一方，1992 年にリオデジャネイロで開催された国連環境開発会議（地球サミット）の 20 周年を機に行われた国連持続可能な開発会議（Rio+20: United Nations Conference on Sustainable Development）は，MDGs を補完するものとして「持続可能な開発目標」（SDGs）の策定について議論し，SDGs はポスト 2015 年開発アジェンダと整合的であるべきこと，SDGs を検

[8] TICAD の成果文書等は外務省（日本）ウェブサイトの「アフリカ開発会議（TICAD）」頁に拠る。

討するオープン・ワーキング・グループ（OWG）を設置することを決定した。その後，ポスト2015 年開発アジェンダとSDGs は後者の名称の下に統合された形となり，2014 年 7 月にOWG は SDGs の最終提案をまとめ（図表 2-7），同 12 月には国連事務総長が統合報告書「2030 年までの尊厳への道」[9]を発出した。これらを受けて 2015 年 9 月の国連サミットでポスト 2015 年開発目標／SDGs が決定される予定である。

図表 2-7 ポスト 2015 年開発アジェンダ／SDGs に関する議論の経緯

主な検討組織／設置（開催）年月	成果文書／発表年月
ポスト 2015 年開発アジェンダに関する国際連合タスクチーム（UN System Task Team on the Post-2015 UN Development Agenda）／2011 年 9 月	我々が皆のために望む未来の実現：事務総長への報告（Realizing the Future We Want for All: Report to the Secretary-General）／2012 年 6 月
国際連合持続可能な開発会議（Rio+20: United Nations Conference on Sustainable Development）／2012 年 6 月	我々の望む未来（The Future We Want）／2012 年 6 月
ポスト 2015 年開発アジェンダに関する事務総長有識者ハイレベルパネル（High-Level Panel of Eminent Persons on the Post-2015 Development Agenda）／2012 年 7 月	新たなグローバル・パートナーシップ：持続可能な開発を通じた貧困撲滅と経済変革（A New Global Partnership: Eradicate Poverty and Transform Economies through Sustainable Development）／2013 年 5 月
持続可能な開発目標に関する国際連合総会オープン・ワーキング・グループ（Open Working Group of the General Assembly on Sustainable Development Goals）／2013 年 3 月	焦点分野文書（Focus Area Document）／2014 年 2 月
	第 10 回 OWG による目標・ターゲット提案集（Encyclopedia Groupinica: A Compilation of Goals and Targets Suggestions from OWG-10）／2014 年 4 月
	SGDs に向けた OWG 提案（Open Working Group proposal for Sustainable Development Goals）／2014 年 7 月

出典：各種資料より評価チーム作成。

こうした中で，MDGs では全 8 ゴールのうち 3 つ（MDG 4～6）を占めていた保健関連目標は，目標分野がより多岐にわたる SDGs においては一つの目標に統合される方向で議論が進んできた。また，MDGs では，先進国による開発援助という視点から途上国に典型的な保健開発目標が挙げられていたのに対し，SDGs では，途上国の疾病構造の変化を見通して新興国や先進国にも共通する保健課題（例えば非感染症・生活習慣病や高齢化に関係する課題）も視野に入れられるようになり，それが OWG 最終提案の「あらゆる年齢の全ての人の健康な生活の保障とウェルビーイングの促進」という包括的な表現による目標設定に繋がっていると考えられる。

[9] “The road to dignity by 2030: ending poverty, transforming all lives and protecting the planet”, Synthesis report of the Secretary-General on the post-2015 sustainable development agenda.

図表 2-8 MDGs から SGDs 案への保健関連目標の変化

文書	ゴール	ターゲット
MDGs （2000 年）	4 乳幼児死亡率の削減	（略：図表 2-1 参照）
	5 妊産婦の健康の改善	
	6 HIV/AIDS，マラリア，その他の疾病の蔓延の防止	
ハイレベルパネル報告 （2013 年）	4 健康な生活の保証（Ensure healthy lives）	4a 防ぎ得る乳幼児死亡の撲滅 4b 子ども，青年，高リスクな成年，高齢者の完全予防接種率の向上 4c 妊産婦死亡率の削減 4d 性と生殖に関する健康と権利の普遍的な保証 4e HIV/AIDS，結核，マラリア，NTDs，優先対処されるべき NCDs による負担の削減
OWG 最終提案 （2014 年）	3 あらゆる年齢の全ての人の健康な生活の保障とウェルビーイングの促進（Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages）	3.1 2030 年までに妊産婦死亡率を出生 10 万対 70 未満に削減する 3.2 2030 年までに 5 歳以下の子どもの防ぎ得る死亡を撲滅する 3.3 2030 年までに AIDS，結核，マラリア，NTDs の流行を撲滅し，肝炎，水系感染症その他の感染症と闘う 3.4 2030 年までに予防と治療を通じて非感染症による若年死を 3 分の 1 に減らし，心の健康とウェルビーイングを促進する 3.5 麻薬の乱用とアルコールの有害摂取を含む薬物乱用の予防と治療を強化する 3.6 2020 年までに道路交通事故による死亡・負傷を半減する 3.7 2030 年までに性と生殖に関する医療への普遍的アクセスを保証する（一部略） 3.8 全ての人にとっての経済的リスクからの保護，高質な必須医療サービスへのアクセス，安全・有効・高質・安価な必須医薬品・ワクチンへのアクセスを含む UHC を実現する 3.9 2030 年までに有害化学物質と大気・水質・土壌汚染による死亡と疾病を大幅に削減する （以下略）

出典：各種資料より評価チーム作成。

こうした保健目標の包括化に関し，WHO は 2012 年 10 月に発表したディスカッション・ペーパー「ポスト 2015 年開発アジェンダにおける保健の位置づけ」において，UHC を「保健に係る幅広い懸案事項に対応する」「唯一の包括的な保健目標（a single overarching health goal）」として強力に推奨している[10]。OWG でも，「第 10 回 OWG による目標・ターゲット提案集」を見ると，複数の参加者が再三にわたって UHC を保健分野の目標・ターゲットとして挙げていたことが分かる。ポスト MDGs の保健関連目標として UHC が重視されるのは，（1）保健関連 MDGs が死亡や罹患の低減という「結果」（インパクト）を専ら目標としていた[11]のに対し，そうした結果を得るための「条件整備」にも注目する概念であること，（2）国単位の指標で達成度を測る MDGs が看過しがちな国内の保健・医療格差も問題化する概念であること，（3）従来中心であった施設整備や人材育成といった医療の「供給者」への視線だけでなく，医療を必要とする「需要者」のアクセス可能性（特に物理的アクセスのみならず経済的・社会的アクセスの可能性）への視線も持つ概念であること――に因ると考えられる。

上述した OWG 最終提案における保健分野目標のターゲットは，最初の 3 つが MDGs と同じ妊産婦死亡率，乳幼児死亡率，感染症対策であり（ただし順序は，MDGs 下で改善度の最も悪かった妊産婦死亡率が最初に来る形に変わっている），その後に非感染症，薬物乱用，交通事故，リプロダクティブ・ヘルスという先進国・新興国にも共通する課題分野が続いている。UHC は，その後の 8 番目に掲げられているが（図表 2-8），そこまでの 7 つのインパクト／アウトカム目標を達成するための基礎として位置づけられていると考えられ，いずれにせよ SDGs において UHC が新たなターゲットとして追加される方向にあることは間違いない。

また，保健分野の一環をなす栄養分野は，MDGs ではゴール 1「極度の貧困と飢餓の撲滅」のターゲット 1.C（前掲図表 2-1 参照）で扱われていたが，近年の G8 サミット（2012 年キャンプ・デービッド，2013 年ロック・アーン）等でも注目が高まっていることを受けて，OWG 最終提案では SDG 2「飢餓の終結，食料安全保障と栄養改善の達成，持続可能な農業の促進」[12]のターゲット 2.2「2030 年までにあらゆる形態の栄養不良を終結させる（後略）」に盛り込まれ，MDGs から格上げされた形となっている。

２－２－２ 保健分野内のサブセクターに係る国際的取組・援助潮流

G8 サミットや WHO が保健分野全体を展望する立場から取組を行うのに対し，保健分野内の各サブセクターに特化した国際的な取組や機関も種々存在する。それらの主なものは図表 2-9 のとおりである（近年議論が高まっている栄養分野についても含めた。）。

[10] World Health Organization, “Positioning Health in the Post-2015 Development Agenda”, WHO discussion paper, October 2012.
[11] 例外は，ターゲット 5.B「2015 年までにリプロダクティブ・ヘルスへの普遍的アクセスを実現する」である。
[12] “End huger, achieve food security and improved nutrition and promote sustainable agriculture”.

図表 2-9 保健分野内の各サブセクターに特化した主な国際的取組

ｻﾌﾞｾｸﾀｰ	名称／発足年	概要
HIV/AIDS 対策	国連合同エイズ計画（UNAIDS）／1996 年	諸国際機関の AIDS 対策を調整し，途上国や国際社会の AIDS 対策・研究の強化を目的とする機関として，WHO，国連児童基金（UNICEF），UNESCO，国連人口基金（UNFPA），世界銀行が共同スポンサーとなって設置。ジュネーブに事務局を置く[13]。
マラリア対策	ロール・バック・マラリア・パートナーシップ（Roll Back Malaria Partnership: Global Partnership for a Malaria-Free World）／1998 年	保健システム強化により，治療や対策を必要とするあらゆる人がサービスにアクセスできることを戦略とし，「世界マラリア行動計画」を策定（2008 年）。WHO に事務局を置く[14]。
感染症対策	Gavi ワクチンアライアンス（Gavi, the Vaccine Allianece　旧ワクチンと予防接種のための世界同盟 Global Alliance for Vaccines and Immunization）[15]／2000 年	予防接種の普及により子どもたちの命と人々の健康を守ることを目標に掲げる官民合同の国際機関。ジュネーブとワシントン DC に事務局を持つ[16]。
結核対策	ストップ結核パートナーシップ（Stop TB Partnership）／2001 年	DOTS（直接監視下短期化学療法）戦略の向上を核に，多剤耐性結核やエイズ合併結核対策の推進などを掲げた第 1 期「ストップ結核世界計画」（2001～2005 年）以来，5 年ごとに計画更新。事務局は WHO から 2015 年に国連プロジェクト・サービス機関（UNOPS）へ移動[17]。
HIV/AIDS 対策	国連エイズ特別総会「HIV/エイズに関する誓約宣言」／2001 年	初の国連エイズ特別総会で採択。HIV/ AIDS 問題の全側面の再検討と対策実施，各レベルでの取組の調整と強化拡充をコミット[18]。
HIV/AIDS 結核 マラリア対策	世界エイズ・結核・マラリア対策基金（グローバルファンド Global Fund to Fight Aids, Tuberculosis and Malaria）／2002 年	AIDS，結核，マラリア対策の資金を，各国の政府，民間財団，企業等から調達し，予防，治療，感染者支援，保健システム強化のために提供する機関。ジュネーブに本部を置く[19]。

[13] UNAIDS website. 外務省（日本）ウェブサイト。
[14] Roll Back Malaria website.
[15] 以下，同機関に言及する際は，改称前の事象に関する場合も含め，「Gavi ワクチンアライアンス」に表記を統一した。
[16] Gavi, the Vaccine Alliance website. ３－２－２も参照のこと。
[17] Stop TB Partnership website. World Health Organization, *The Stop TB Strategy,* 2006, p. 6.
[18] 厚生労働省（日本）「国連等におけるエイズ対策の主な流れ」。
[19] Global Fund website. グローバルファンド日本委員会ウェブサイト。３－２－２も参照のこと。

ｻﾌﾞｾｸﾀｰ	名称／発足年	概要
母子保健	妊産婦・新生児・子どもの健康パートナーシップ（PMNCH）／2005 年	MDGs4･5 の達成を目的に発足。主要活動分野はアドボカシー，科学的根拠（エビデンス）に基づいた支援，国別の支援，モニタリングと評価。WHO に事務局を置く[20]。
HIV/AIDS 対策	国連エイズ特別総会ハイレベル・レビュー会議「政治宣言」／2006 年	2001 年の「HIV/エイズに関する誓約宣言」採択から 5 年間における世界各地の HIV/AIDS 対策の障害を総括しそれらを克服する具体的対策をも盛り込んだ新たな政治的決意を表明[21]。
HIV/AIDS 対策	ユニバーサル・アクセス（Universal Access by 2010）／2006 年	2010 年までの HIV/AIDS 予防，治療及びケアへの普遍的なアクセスの達成に向けて進捗状況をはかり，取組を推進。WHO が UNICEF 及び UNIAIDS と共同で立ち上げ[22]。
母子保健	女性と子どもの健康のための世界戦略（Global Starategy for Women's and Children's Health）／2010 年	国連 MDG サミットに提示された潘国連事務総長のイニシアティブ。1600 万人超の母子の命を救い，2015 年までに MDGs を達成することを訴え，400 億ドルの拠出表明を集める[23]。
栄養	スケーリング･アップ・ニュートリション（SUN: Scaling Up Nutrition）／2010 年	全ての人が食料と良い栄養への権利を有するという原則の下，女性のエンパワメントに焦点をあてながら栄養不良の問題に取り組む運動。事務局はカナダ，フランス，ドイツ，アイルランド，オランダ，英国，欧州連合（EU）の支援を受けている[24]。
HIV/AIDS 対策	国際連合 HIV/AIDS ハイレベル会合「HIV 及びエイズに関する政治宣言」（Political Declaration on HIV and AIDS）／2011 年	HIV/AIDS の包括的な予防対策，治療，ケア・サポートへの普遍的アクセスの達成に向けた努力強化を宣言[25]。

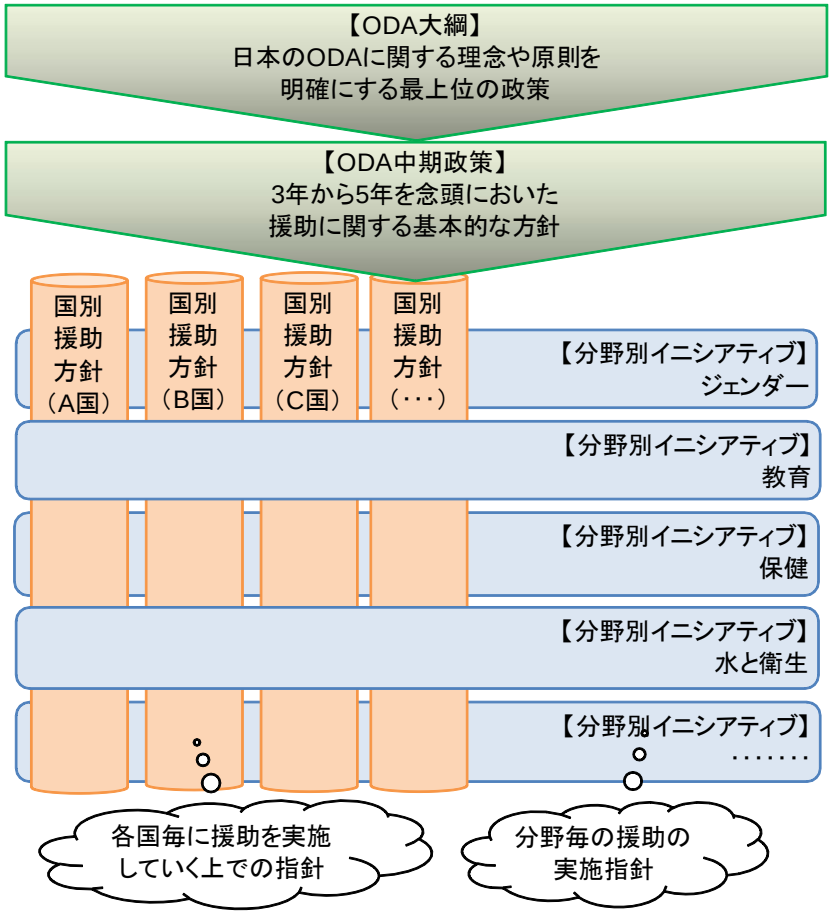
出典：各機関のウェブサイト等より評価チーム作成。

[20] 国際連合児童基金（UNICEF）『世界子ども白書 2008』43 頁。
[21] 外務省（日本）ウェブサイト。
[22] World Health Organization website.
（http://www.who.int/hiv/topics/universalaccess/en/index.html）
[23] Gavi, the Vaccine Alliance website.
[24] Scaling Up Nutrition website.
[25] 外務省（日本）ウェブサイト。

２－３ 日本の保健分野支援

日本の ODA 政策の体系は，図表 2-10 のように示される。包括的な上位政策として「ODA 大綱」と「ODA 中期政策」があり，その下に，援助対象国ごとに分野横断的な援助実施指針を示す「国別援助計画」ないし「国別援助方針」と，国を超えて分野ごとに援助実施方針を掲げる「分野別イニシアティブ（開発政策）」が，縦糸と横糸のように位置している。

図表 2-10 日本の ODA 政策の体系



注：「国別援助方針」は，2010 年 6 月の「ODA のあり方に関する検討 最終とりまとめ」の提言を受け，従前の「国別援助計画」から改称され，原則として全 ODA 対象国について策定されるようになった。
出典：外務省（日本）『ODA 白書』2005 年版等より評価チーム作成。

「分野別イニシアティブ」は，1994 年 2 月発表の「人口・エイズに関する地球的規模問題イニシアティブ」（GII）がその嚆矢であり，保健（及び人口）分野のものが最も歴史が長く，また策定された数も多い。以下，2000 年以降の保健分野のイニシアティブを概観することで，日本の保健分野支援を振り返る。

２－３－１ 沖縄感染症対策イニシアティブ（IDI）

最初の分野別イニシアティブであったGIIが期限を迎えた2000年，それを後継するイニシアティブとして発表されたのが「沖縄感染症対策イニシアティブ」（IDI）である。

IDIは，日本が議長国を務めたG8九州・沖縄サミット（2000年7月）において発表された。また，同サミットは，開発途上国の感染症問題を主要議題の一つとして取り上げており，日本はODAで2000年度から2004年度までの5年間に総額30億ドルを目途とする包括的な感染症対策支援を行うことを表明した。

図表 2-11 沖縄感染症対策イニシアティブ（IDI）の概要

名称	沖縄感染症対策イニシアティブ（IDI: Okinawa Infectious Diseases Initiative）
対象年	2000～2004年
基本方針及び重点分野	【基本理念】 （1）開発の中心課題としての感染症への対策 （2）地球規模の連携と地域的対応 （3）公衆衛生活動と連携させた日本の経験の活用 【感染症対策の方針】 （1）途上国の主体的取組（オーナーシップ）強化 （2）人材育成 （3）市民社会組織，援助国，国際機関との連携 （4）南南協力 （5）研究活動の促進 （6）コミュニティ・レベルでの公衆衛生の推進 【主な支援内容】 （1）HIV/AIDS（若年層やハイリスク・グループへの予防啓発活動，自発的検査とカウンセリングの普及，検査・診断技術の強化，エイズ遺児のケア） （2）結核（人材育成，DOTS治療の推進） （3）マラリア・寄生虫（薬剤含浸蚊帳の使用促進，ギニア・ワーム根絶支援，国際寄生虫対策（橋本イニシアティブ）センター（タイ，ガーナ，ケニア）での人材育成） （4）ポリオ（ワクチン接種などによるポリオ根絶支援）， （5）疾病を超えた保健医療体制の整備（安全な水の供給，プライマリー・ヘルスケアの充実など） ※橋本イニシアティブも同イニシアティブ下の取組として包括された
拠出目標	5年間で総額30億ドル
拠出実績	総額約58億ドル（グローバルファンドへの拠出を除く）

出典：外務省（日本）「沖縄感染症対策イニシアティブ」パンフレット，同『沖縄感染症対策イニシアティブ（IDI）中間評価報告書』ODA 第三者評価報告書，同「保健と開発に関するイニシアティブ」より評価チーム作成。

IDIについて特筆すべきは，日本がこのG8サミットにおいて感染症問題への取組の重

要性を国際社会に訴えたことがきっかけとなって，広く国際社会一般の関心が喚起され，感染症対策への国際的なアプローチが議論されるようになったことである。また，日本は翌年 2001 年 6 月の国連エイズ特別総会において議論された世界 AIDS 保健基金の迅速な設立を支持し，同月の日米首脳会談において世界保健基金へ 2 億ドルを拠出する意図を表明している。そして同年 7 月の G8 ジェノヴァ・サミットにおける合意などを経て，三大感染症（HIV/AIDS，結核，マラリア）に対処するために資金を集め，その資金をもっとも必要とする地域へ振り向けるための新組織「世界エイズ・結核・マラリア対策基金」（グローバルファンド）が 2002 年に設立された。グローバルファンドの誕生は，それまで個々のドナーや国際機関が取り組んでいた感染症対策においてパラダイム・シフトを起こしたものと銘記される。

２－３－２　「保健と開発」に関するイニシアティブ（HDI）

IDI 終了後の 2005 年には，保健分野で 3 つ目のイニシアティブとなる「『保健と開発』に関するイニシアティブ」（HDI）が策定された。MDGs が設定されてから初めての保健分野イニシアティブとして，「保健関連 MDGs に関するアジア太平洋ハイレベル・フォーラム」（2005 年 6 月）において発表された HDI は，その冒頭において，（1）保健関連 MDGs の達成は極めて重要だが多くの開発途上国で目標達成に向けた進捗状況は必ずしも充分でない，（2）貧困削減に取り組むに当たって保健関連 MDGs の達成は極めて重要な意義を持つ，（3）2015 年を期限とする MDGs 達成に対する貢献に重点を置きつつ ODA を通じた保健医療分野への貢献を維持・拡充する――といった「基本的な考え方」を示し，保健関連 MDGs 達成を重視する姿勢を明確に打ち出した。

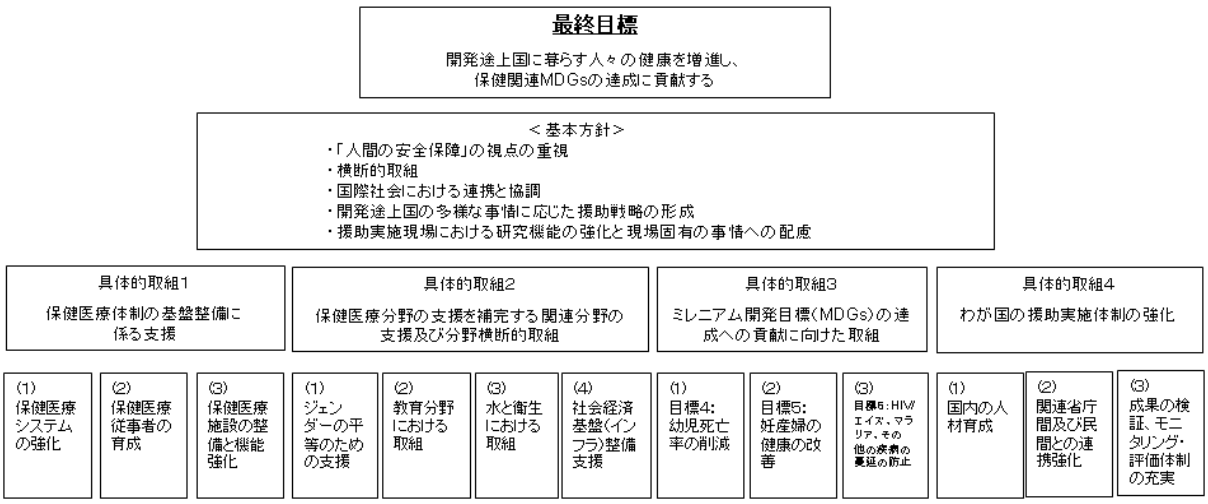
HDI は，保健関連 MDGs の達成を政策体系の最上位に掲げたことに加え，「『人間の安全保障』の視点の重視」や「横断的取組」を基本方針として挙げ，IDI 等これまでのイニシアティブに比べ網羅的である点が特徴である。「具体的取組（1）」には，これまでも日本が得意としてきた保健・医療分野の人材育成や保健・医療システムの強化に関する「保健医療体制の基盤整備に係る支援」を掲げている。また，保健・医療分野の支援効果は必ずしも保健・医療分野における取組だけでは達成されないことを踏まえ，「具体的取組（2）」には関連する社会経済分野への支援強化・連携強化に向けて「保健医療分野の支援を補完する関連分野の支援及び分野横断的取組」を掲げている。

そして「具体的取組（3）」には，「MDGs の達成への貢献に向けた取組」を掲げ，保健関連 MDGs のゴール 4・5・6 と同じ「乳幼児死亡率の削減」「妊産婦の健康の改善」「HIV/AIDS，マラリア，その他の疾病の蔓延防止」の 3 分野について，日本の取組を表明している。なお，「具体的取組（4）」は日本の保健・医療分野援助関係者の連携強化を目指し「わが国の援助実施体制の強化」を掲げている。

HDI では各支援テーマに関しても，専門的な見地からの記述が多くみられる。例えば HIV/AIDS 対策においては，MDGs の指標改善を全面に掲げているが，HIV/AIDS 遺児などに対するケアの重点化や，感染者の社会参加の拡大（GIPA）の支援も明記されている。

図表 2-12 「保健と開発」に関するイニシアティブ（HDI）の概要と体系図

名称	「保健と開発」に関するイニシアティブ （HDI: Helath and Development Initiative）
対象年	2005～2010 年
基本方針及び重点分野	【基本的な考え方】 MDGs 達成に向けた取組が更に重要さを増していることを念頭に，特に 2015 年を期限とする MDGs 達成に対する貢献に重点を置きつつ，ODA を通じた保健医療分野への貢献を継続・拡充する。 【基本方針】 （1）「人間の安全保障」の視点の重視 （2）横断的取組 （3）国際社会における連携と協調 （4）開発途上国における多様な事情に応じた援助戦略の形成 （5）援助実施現場における研究機能の強化と現場固有の事情への配慮 【具体的取組】 （1）保健医療体制の基盤整備に関する支援 （2）保健医療分野の支援を補完する関連分野の支援及び分野横断的取組 （3）MDGs の達成への貢献に向けた取組 （4）我が国の援助実施体制の強化
拠出目標	5 年間で総額 50 億ドル
拠出実績	2009 年 8 月までに総額 50 億ドル超（2005 年度 12 億ドル，2006 年度 19 億ドル，2007 年度 15 億ドル等）[26]



出典：外務省（日本）「『保健と開発』に関するイニシアティブ～保健関連ミレニアム開発目標達成への日本の貢献～」，同「日本のマラリア対策支援」等より評価チーム作成。

[26] ただし，日本医療政策機構『日本の国際保健政策』（2013 年）は，「OECD/DAC 統計を用いて確認したところ，OECD/DAC 統計上はその金額を達成していない可能性があることが分かった。日本として，ODA 実績についての評価は曖昧なままになっている」と述べている（6 頁，脚注 16）。

また，ゴール 6「HIV/AIDS，マラリア，その他の疾病の蔓延防止」の達成への貢献に関する記述には，「国際寄生虫対策」（橋本イニシアティブ，1997 年）及び IDI により築かれた寄生虫対策構想や，IDI 及び TICAD III で提唱された「南南協力」についても盛り込まれている。その意味で HDI はこれまでの日本の取組を総括し，また MDGs という国際社会の共通目標を見据えてその取組を強化するようなイニシアティブであるといえる。また，日本政府は HDI 発表に伴い「対アフリカ感染症行動計画」を策定し，HDI のアフリカにおける具体化にも取り組んだ。

２－３－３ 国際保健政策 2011-2015

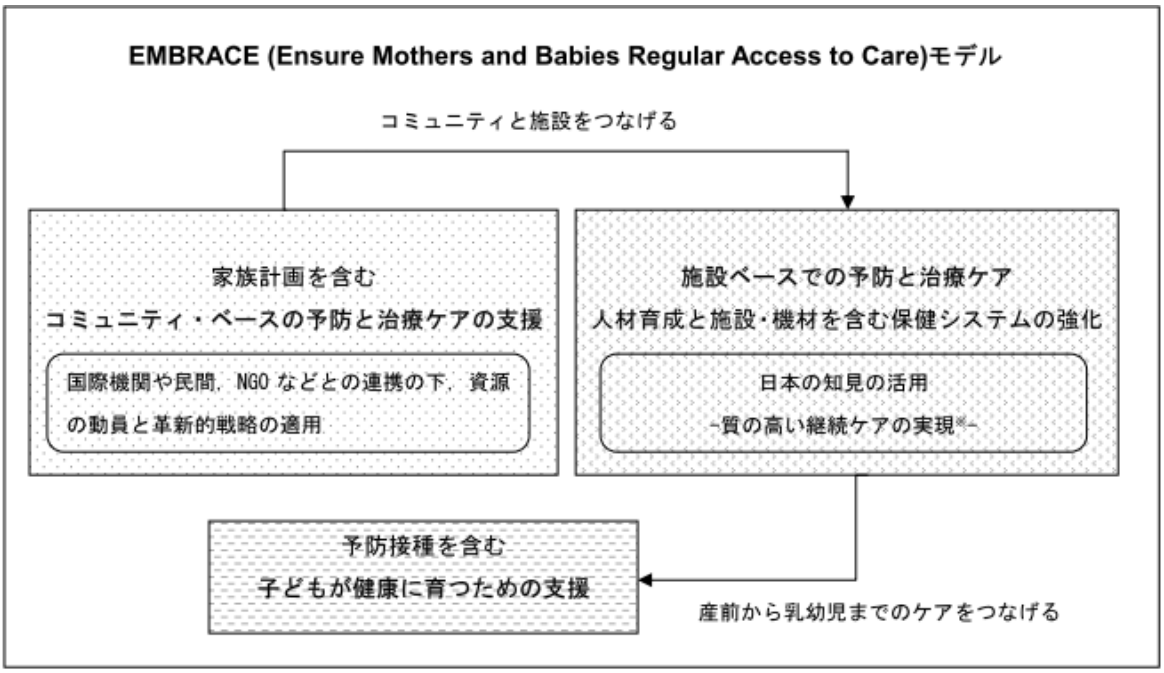
HDI を後継し，MDGs 達成期限に向けた最後の 5 年間をカバーする現行イニシアティブである「国際保健政策 2011-2015」は，HDI 以上に保健関連 MDGs 達成に焦点を絞った政策といえる。最上位目標である「ビジョン」では，「『人間の安全保障』の実現を通じた MDGs 達成のため，その課題（ボトルネック）解決に焦点を当てた効果的・効率的な支援を実践する」と謳い，その下の「目標」はシンプルに「MDGs 4 および 5」と「MDG 6」の 2 本に集約，HDI では柱の一つとされていた保健システム強化は，保健関連 MDGs を達成するための道筋として位置づけられた。このことは無論，保健システム強化が軽視されているということでは決してなく，目指すのはあくまで MDGs というアウトカム目標の達成であり，そのための道筋ないしアプローチとして保健システム強化や二国間支援・多国間支援の組み合わせ，科学的根拠（エビデンス）に基づく施策，モニタリング・評価メカニズムの確立が重要である，と体系立てられたのだといえる。

国際保健政策 2011-2015 は特に，一体的な目標と捉えている MDG 4「乳幼児死亡率の削減」と MDG 5「妊産婦の健康の改善」に力点を置いており，中核的な取組として新たな母子保健政策パッケージ「EMBRACE」（Ensure Mothers and Babies' Regular Access to Care＝産前から産後までの切れ目のない手当てを確保する）を打ち出している。これは，妊産婦及び新生児の死亡率低下の鍵が，産前から産後までのケア――十分な妊産婦健診，病院へのアクセス，質の確保された医療施設や機材，人材の確保，ワクチン接種を始めとする産後のケア――を継続的に提供し得る政策パッケージであるという知見に立脚したものであり，こうした知見を，途上国政府，国際機関を含むドナー，市民社会に対し模倣可能な形で提供することを目指している。

もう 1 点，国際保健政策 2011-2015 の特徴として指摘できるのは，「国際保健における我が国の貢献を外交戦略の一部として位置づけ」るというビジョンを掲げたことである。このビジョンないし位置づけに関する更なる記述は無いが，IDI や HDI では「外交」という言葉自体が使われていない。こうした変化は，2010 年 6 月に外務省が公表した「ODA のあり方に関する検討　最終とりまとめ」において，「外交政策と合致した開発協力を実施」，「現場のニーズに応えるとともに，より効果的な外交政策の遂行に資するよう，援助手法を改善」，（中進国向け円借款の対象分野の拡大については）「外交政策やニーズに応じて検討」と

いった方針が打ち出されたこと[27]と軌を一にするものと考えられる。

図表 2-13 EMBRACE（母子継続ケア）モデル



図：**EMBRACE (Ensure Mothers and Babies Regular Access to Care)モデル**
EMBRACE モデルは，他の官民のパートナーと共に目指す，インフラ，安全な水・衛生やその他社会開発を含む幅広いアプローチを用いた，お母さんと子どもの命を救う効果的な支援パッケージ。※産前から産後まで切れ目のない保健サービスパッケージを提供するのみでなく、成果を出すために質の高いサービス（明確で科学的根拠（エビデンス）に基づいた、費用対効果の高い施策）を提供することも重視する。

出典：岡田克哉外務大臣「ランセット誌への投稿記事『我が国の新国際保健政策（2011-2015 年）』」

図表 2-14 国際保健政策 2011-2015 の概要

名称	国際保健政策 2011-2015
対象年	2011～2015 年
基本方針及び重点分野	【ビジョン】 国際保健（グローバルヘルス）における我が国の貢献を外交戦略の一部として位置づけ，「人間の安全保障」の実現を通じた MDGs 達成のため，その課題（ボトルネック）解決に焦点を当てた効果的・効率的な支援を実践する。 【目標】 5 年で 50 億ドルの保健資金をもとに，持続的な保健システム強化を通じて，（1）MDGs 4 及び 5 （2）MDG 6 を，他の開発パートナーと共に達成することを目指す。

[27] 外務省（日本）「開かれた国益の増進 ODA のあり方に関する検討 最終とりまとめ」，2010 年 6 月。

	【具体的支援策】 ＜MDGs 4 及び 5＞ （1）妊産婦と新生児の死亡率削減のための保健システム強化を中心としたプログラムアプローチの実施 （2）乳幼児死亡率の削減のための効果の高い保健施策の拡大 ＜MDG 6＞ （3）三大感染症の蔓延と更なる命が失われることを防ぐため，世界基金を通じた効果的な保健施策を拡大 ＜その他の重要課題に対する支援＞ ＜政策実施のためのアプローチ＞
拠出目標	5 年間で総額 50 億ドル
拠出実績	2011～2013 年で約 30 億ドル（途中経過につき参考情報）

出典：日本政府「国際保健政策 2011-2015」，同「国際保健政策 2011-2015 の概要とポイント」等より評価チーム作成。

２－３－４ 国際保健外交戦略

2013 年 5 月に決定された「国際保健外交戦略」は，保健分野の開発政策にも関連してはいるが，（1）国際保健政策 2011-2015 の期間中に策定されたこと，（2）内閣官房が所管する経協インフラ戦略会議で決定されたこと[28]，（3）拠出目標が特に無いこと――等から，従来の保健分野イニシアティブ・開発政策とは異なる系統の新たな政策文書と位置づけられる。このことは同戦略の「位置づけ」からも明らかで，それは「成長戦略」と両輪を成し，それが UHC 実現を図る上で「ODA の活用」は手段の一つであり，その究極的な目標は「日本のプレゼンス・信頼の向上」ないし「日本経済の成長」となっている（図表 2-15）。一方で国際保健外交戦略は，国際保健政策 2011-2015 においてビジョンだけ示された「国際保健における我が国の貢献を外交戦略の一部として位置づけ」るという前述の方向性を，より具体化したものとも言える[29]。

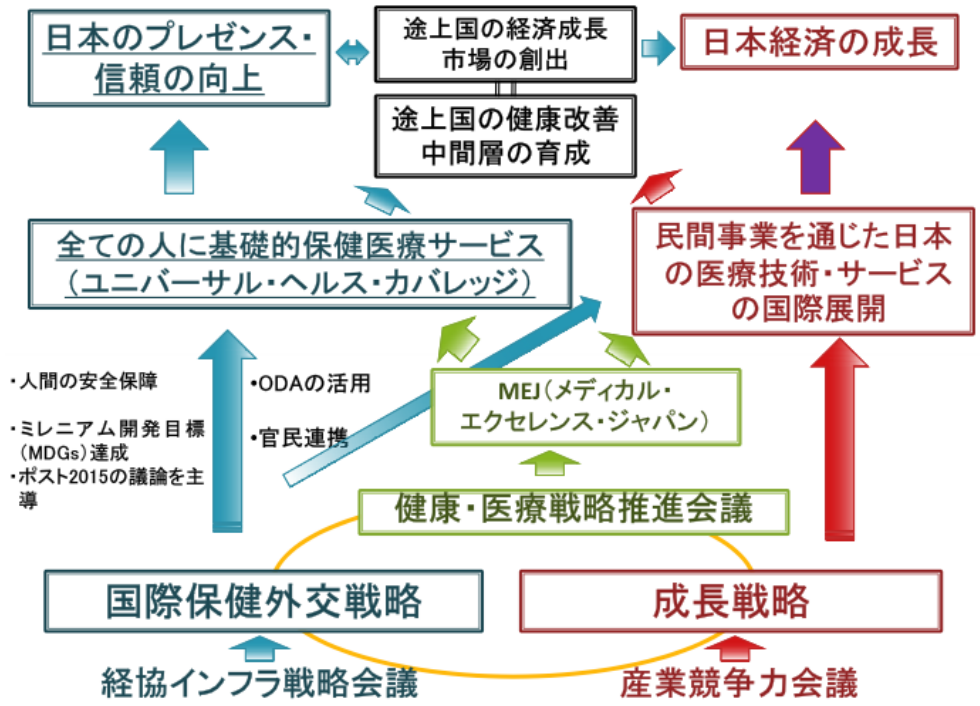
国際保健外交戦略は，特にサブサハラ（サハラ砂漠以南の）・アフリカで母子保健関連 MDGs の達成に遅れがある一方，MDGs ではカバーされていない新たな課題（非感染症疾患や高齢化）への対処の必要性も高まっているという現状認識に立ち，2015 年に達成期限を迎える MDGs を後継する保健分野の包括的目標としてのアジェンダとして UHC を

[28] 経協インフラ戦略会議は，「世界各地の現場で働く邦人の安全を最優先で確保しつつ，我が国企業によるインフラ・システムの海外展開や，エネルギー・鉱物資源の海外権益確保を支援するとともに，我が国の海外経済協力（経協）に関する重要事項を議論し，戦略的かつ効率的な実施を図る」ことを目的として 2013 年 3 月に設置された，内閣官房長官を議長とする閣僚級会議。従前の保健分野イニシアティブ・開発政策は，外務省の所管で策定されている。

[29] このような流れは，「政府開発援助（ODA）大綱」（３－１－２参照）を後継する「開発協力大綱」（2015 年 2 月 10 日閣議決定）において，「開発協力が刻々と変化する国際情勢を踏まえた戦略的かつ機動的対応が要求される外交政策の最も重要な手段の一つであることを十分認識する必要」があり，「我が国の外交政策に基づいた戦略的かつ効果的な開発協力方針の策定・目標設定を行う」とされたことにもつながる。

前面に掲げていることが最大の特徴である。そして，日本が国民皆保険制度の下に「世界で最も優れた健康長寿社会を達成」しているとして，UHC を「『ジャパン・ブランド』にしてしまう」[30]ことを目指している。こうした中で，保健関連 MDGs 達成に向けた取組は，特にアフリカにおいて，UHC に向けた取組と表裏一体のものとして位置付けられていると言える。

図表 2-15　国際保健外交戦略の位置づけ



出典：日本政府「国際保健外交戦略の位置づけ」

[30] TICAD V 開会式における安倍首相のオープニング・スピーチ（2013 年 6 月 1 日）。

図表 2-16 国際保健外交戦略の概要

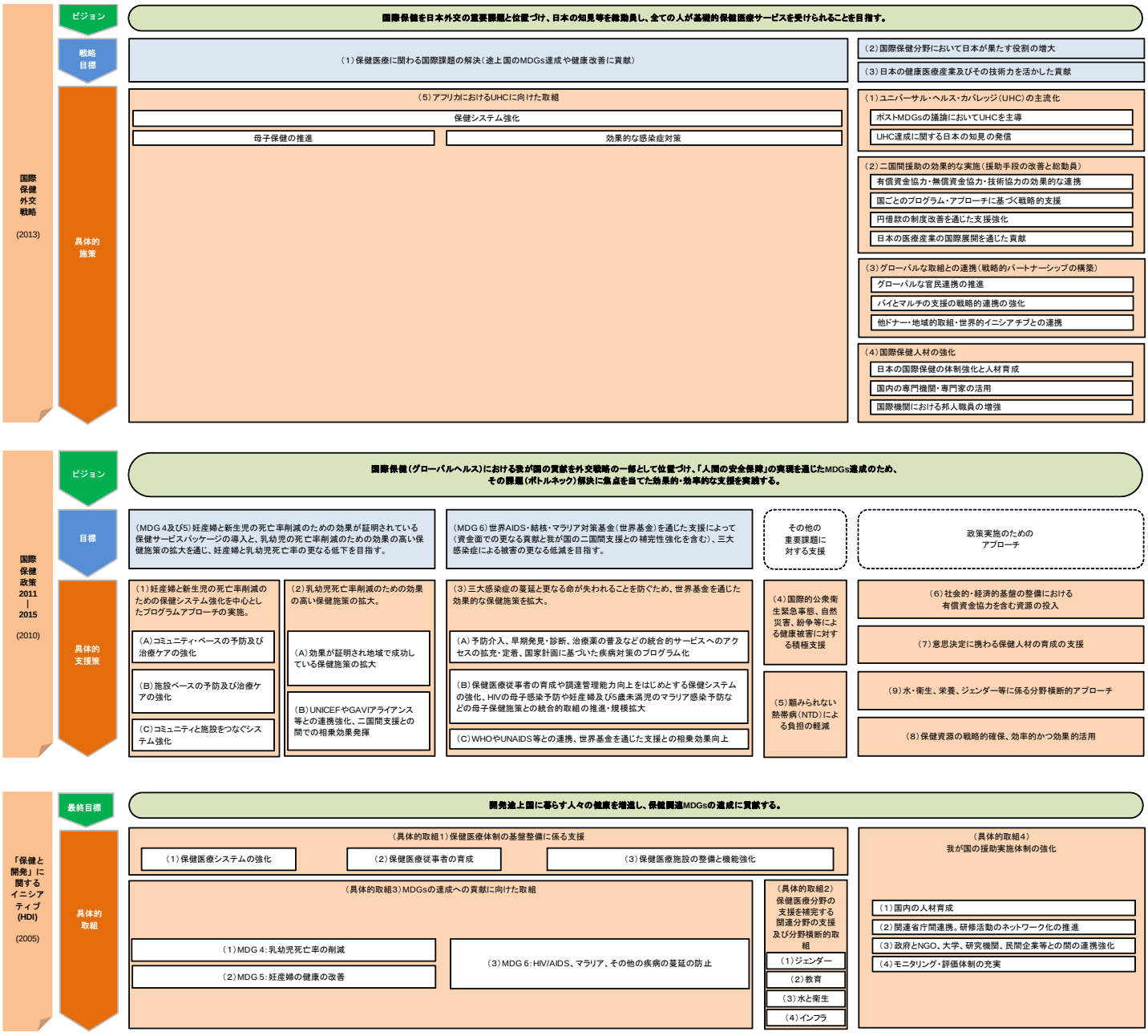
名称	国際保健外交戦略
対象年	（特に定めなし）
基本方針及び重点分野	【基本認識】 （1）保健は，国際社会の共通課題であり日本の経験を踏まえた貢献が期待される分野。 （2）国際保健を日本外交の重要な課題として位置付け，オールジャパンで推進。 【戦略目標】 （1）保健戦略に関わる国際課題の解決（途上国の MDGs 達成や健康改善に貢献） （2）国際保健分野において日本が果たす役割の増大 （3）日本の健康医療産業及びその技術力を活かした貢献 【戦略】 「日本ブランド」として UHC の主流化を図る。グローバルな取組や二国間援助などを通じ，アフリカを含め，MDGs 達成への取組を強化しつつ，UHC 促進に貢献。 【具体的施策】 （1）UHC の主流化 （2）二国間援助の効果的な実施（援助手段の改善と総動員） （3）グローバルな取組との連携（戦略的パートナーシップの構築） （4）国際保健人材の強化 （5）アフリカにおける UHC に向けた取組（MDGs 達成に向けた貢献の継続）
拠出目標	（特になし）

出典：日本政府「国際保健外交戦略」より評価チーム作成。

＊　　＊　　＊

国際保健外交戦略，国際保健政策 2011-2015，HDI の政策体系を比較すると，図表 2-17 のとおり。

図表 2-17　国際保健外交戦略，国際保健政策 2011-2015，HDI の政策体系の比較



出典:各種資料より評価チーム作成。

第3章

保健関連 MDGs 達成に向けた日本の取組の評価（グローバル分析）

３－１　「政策の妥当性」に関する評価

本節では，保健関連のミレニアム開発目標（MDGs）の達成に向けた日本の取組に係る「政策の妥当性」を，（1）保健関連 MDGs 達成に向けた国際社会の取組・援助潮流（国際機関の援助方針・戦略を含む）等との整合性，（2）日本国内の上位政策との整合性，及び（3）他ドナーの取組や日本の優位性との関係性をみることによって評価する。

評価対象となる「保健関連 MDGs 達成に向けた日本の取組に係る政策」は，**２－３**で整理した，2000 年以降における保健分野の政府開発援助（ODA）に関する諸イニシアティブ（開発政策）及び 2013 年策定の「国際保健外交戦略」とする。

３－１－１　国際社会の取組・援助潮流等との整合性

（１）　保健関連 MDGs との整合性

本評価の対象は「保健関連 MDGs 達成に向けた日本の取組」であり，それに係る政策の妥当性の評価対象を「保健分野 ODA に関する諸イニシアティブ等」とするためには，そもそも，これらのイニシアティブ等が「保健関連 MDGs 達成に向けた」ものでなくてはならない。

2000 年に策定された「沖縄感染症対策イニシアティブ」（IDI）は，MDGs の設定に先んじたものであるが，その打ち出した政策は，MDGs のゴール 6「HIV/AIDS，マラリア，その他の疾病の蔓延の防止」と単に整合的というより，それを先取りするものであったといえる。IDI は，日本が議長を務めた G8 九州・沖縄サミットで発表されたものであるが，**２－２－１**で前述のとおり，同サミットのコミュニケにおける保健関連の記述も，暫く後にゴール 6 によって踏襲される形となったのである。IDI の下で日本は，5 年間で 30 億ドルの拠出表明に対して総額約 58 億ドルの拠出実績があり（**２－３－１**参照），実際にゴール 6 の達成に向けて積極的に取り組んだと評価できる。

2005 年から IDI を後継した「『保健と開発』に関するイニシアティブ」（HDI）は，MDGs の設定以降初めての保健分野イニシアティブとして，冒頭の「基本的考え方」で，保健 MDGs 達成の重要性や MDGs 達成に対する貢献の重点化を強調している。そして，4 つの「具体的取組」の一つを「MDGs 達成への貢献に向けた取組」とし，そこでは IDI から発展して，ゴール 6（感染症対策）だけでなくゴール 4（乳幼児死亡率）及びゴール 5（妊産婦死亡率）も併せて取り上げている。また，他の「具体的取組」に関しても，「保健医療体制の基盤整備に関する支援」は「全ての保健関連 MDGs に係る土台を強化するための保健分野の支援」であるとし，「保健医療分野の支援を補完する関連分野の支援及び分野横断的取組」については「保健 MDGs 達成のためには，保健分野の取組のみでは不十分であり，他分野における支援を有機的に組み合わせて，問題の解決の努力することが重要」と指摘するなど，

MDGs 達成を究極の目標とする姿勢が打ち出されている。そして HDI の下でも，表明した 50 億ドルを超える額が実際に拠出されたとみられる（２－３－２参照）。

2010 年策定の「国際保健政策 2011-2015」は，MDGs 達成期限に向けた最後の５年間をカバーするイニシアティブとして，HDI 以上に保健 MDGs 達成に焦点を絞った政策となっている。HDI では，4 つの具体的取組のうち一つが直接に MDGs 関連で，他の 2 つも MDGs 達成を指向しているという作りであったが，国際保健政策 2011-2015 は 2 つの「目標」に MDGs のゴール４・５とゴール６をそのまま充て，「具体的支援策」も両目標について具体的に詳述している（２－３－３参照）。

2013 年策定の「国際保健外交戦略」は，策定時期からしてポスト MDGs を見据えたものであること，必ずしも開発援助という政策文脈で作られたものではないこと，包括的概念としてのユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）を前面化していることから，HDI や国際保健政策 2011-2015 のように個々の保健関連 MDGs を具体的施策の中で大きく取り上げてはいない。ただ，アフリカについては多くの MDGs が達成困難と見込まれることから，「アフリカにおける UHC に向けた取組」として「MDGs 達成に向けた貢献の継続」を謳っている（２－３－４参照）。

以上のように，日本の保健分野 ODA イニシアティブ（開発政策）は，保健関連 MDGs と非常に整合的であったといえる。国際保健外交戦略については「MDGs 色」が比較的薄いといえるが，上述のような同戦略の位置づけや特色を踏まえれば，特に問題ではないと考えられる。

（２） 保健分野全体に係る国際的取組・援助潮流との整合性

次に，評価基準を，G8 サミット，世界保健機関（WHO），アフリカ開発会議（TICAD），及びポスト 2015 年開発アジェンダ／持続可能な開発目標（SDGs）（以下 SDGs とだけ表記）に向けた議論における保健分野全体に係る国際的取組・援助潮流に置き，それらと日本のイニシアティブ等との整合性を検討する。ただ，G8 サミット，WHO，TICAD，SDGs に関連する個々の文書と，4 本の日本のイニシアティブ等（IDI，HDI，国際保健政策 2011-2015，国際保健外交戦略）とを比較検討しても，組み合わせが錯綜するだけでなく，両者ともおおむね包括的な内容なので項目・記述の一致は多かれ少なかれ見られるのが常であり，意味のある評価は導きにくい。そこで，ここでは“静態的”ではなく“動態的”に，G8 サミット，WHO，TICAD における重点テーマの時系列的変遷，また検討中の SDGs における方向性に対して，日本のイニシアティブ等の更新を通じた重点シフトが呼応していたかに注目する。

２－２－１で前述のとおり，G8 サミットにおける保健関連の重要テーマは，大きくは感染症から母子保健へ相対的にシフトしてきている。2000 年の九州・沖縄サミットから 2007 年のハイリゲンダム・サミットにかけては，感染症全般ないし HIV/AIDS の問題に焦点が当てられることが多かったが，2008 年の北海道・洞爺湖サミットに提出された G8 保健専門家会合報告書が「HIV/AIDS，結核，マラリア，ポリオに係る目標に向けては実質的な進展

がある一方，特にサブサハラ・アフリカでは妊産婦や乳幼児について進展は遅れている」という認識を示したのを機とするように，それ以降は母子保健ないし妊産婦・乳幼児の問題が取り上げられることが多くなった。また，保健システム強化というテーマは，2005 年のグレンイーグルス・サミットの頃から見られるようになり，2008 年以降は保健関連テーマの中でも特に強調されるようになった。

WHO においては，『世界保健報告』（WHR）のテーマにおける感染症から母子保健への相対的重点シフトは大まかに見られる程度であるが，2010 年の報告書「保健関連 MDGs に向けた進展の加速」は明確に母子保健課題の優先と保健システム強化の必要性を謳っている。そして UHC については，2010 年代に入ってから出された 2 本の WHR で，連続してテーマとなっている。

TICAD プロセスでの保健関連アジェンダでも，2003 年の TICAD III では「AIDS，結核，マラリア，ポリオ」等の感染症が最優先課題であったところに，2008 年の TICAD IV では「母子保健を含む主要な保健上の課題に効果的に対処するための保健システム強化」がより優先的な課題として追加され，2013 年の TICAD V では「ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）の実現に向けた保健システムの強化」「母子・新生児保健（MNCH）及びリプロダクティブヘルスを含めた効果的な基礎的保健サービス」という記述順に変わっている。

そして SDGs に向けた最終提案では UHC が，新しい，包括的な（overarching）保健関連ターゲットとして追加されており，それを WHO や多くの国が支持している。

図表 3-1　G8 サミット，WHO，TICAD，日本の政策文書等の時系列比較

年	G8 サミット （より前面化された論点）	WHO （より前面化された論点）	TICAD （より前面化された論点）	日本 （より前面化された論点）
2000	九州・沖縄サミット（感染症）	WHR テーマ「保健システム」		沖縄感染症対策イニシアティブ（IDI）（感染症） 九州・沖縄サミット議長国
…				
2003			TICAD III（感染症）	
2004	シーアイランド・サミット（世界 HIV ワクチン事業）			
2005	グレンイーグルス・サミット（保健システム改善，感染症）	WHR テーマ「母と子ひとりひとりを重視せよ」		「保健と開発」イニシアティブ（HDI）（保健関連 MDGs 全般，保健医療システム強化）

年	G8 サミット （より前面化された論点）	WHO （より前面化された論点）	TICAD （より前面化された論点）	日本 （より前面化された論点）
2006	サンクトペテルブルク・サミット（感染症との闘い，保健システム能力等）	WHR テーマ「保健のための協働」（医療従事者問題）		
2007	ハイリゲンダム・サミット（保健システム強化，感染症）			
2008	北海道・洞爺湖サミット（保健システム強化，母子保健，感染症）	WHR テーマ「プライマリー・ヘルスケア」	TICAD IV（保健システム強化，母子保健，感染症）	北海道・洞爺湖サミット議長国
2009	ラクイラ・サミット（保健システム強化，母子保健）			
2010	ムスコカ・サミット（妊産婦・乳幼児，保健システム強化）	WHR テーマ「保健システム資金供給：UHC 実現への道」報告書「保健関連 MDGs に向けた進展の加速」（母子保健，保健システム強化）		
2011				国際保健政策 2011-2015（保健関連 MDGs の中でも母子保健，保健システム強化）
2012				
2013		WHR テーマ「UHC に向けた調査研究」	TICAD V（UHC，保健システム強化，母子保健）	国際保健外交戦略（UHC）

注：赤字は感染症関連，緑字は母子保健関連，青字は保健システム／UHC 関連であることを示す。
出典：各種資料より評価チーム作成。

以上のような変遷・方向性と，日本のイニシアティブ等における相対的な重点シフトは，相当に呼応している（図表 3-1）。IDI（2000～2004 年）はその名のとおり感染症対策に焦点を絞ったものであったが，HDI（2005～2010 年）からは保健関連 MDGs 全般（すなわち乳幼児，妊産婦，感染症）が扱われるようになり，国際保健政策 2011-2015 では疾病横断型（horizontal）保健課題たる乳幼児と妊産婦（MDGs 4 及び 5）に比較的力点が置かれる

ようなった（母子保健政策パッケージ「EMBRACE」の提示は国際保健政策 2011-2015 の目玉である。）。これに対し，G8 サミットで母子保健に重点が置かれるようになったのは 2008 年頃から，WHO が母子保健課題の優先を訴えた報告書「保健関連 MDGs に向けた進展の加速」を発表したのは 2010 年，TICAD で母子保健が初めて強調されたのが 2008 年であった。

また，同じく疾病横断型の保健課題である保健システムについては，IDI（2000～2004 年）ではその言葉自体ほとんど使われなかった[31]のに対し，HDI（2005～2010 年）では「具体的取組」の小項目の 1 番目に「保健医療システムの強化」が登場，国際保健政策 2011-2015 でも MDGs 4・5 及び 6 の目標達成は「持続的な保健システム強化を通じて」目指すとされている。さらに，疾病横断型課題の極致ともいうべき UHC は，国際保健外交戦略（2013 年）の最重要テーマとして前面化されている。これに対し，G8 サミットで保健システム強化への言及が見られるようになるのは 2005 年頃から，WHO の WHR が 2 号連続で UHC をテーマに挙げるのは 2010 年代に入ってから，TICAD で保健システム強化と UHC が取り上げらるようになったのはそれぞれ 2008 年と 2013 年であった。そして，2015 年に策定される SGDs には，UHC が新たな保健関連ターゲットとして盛り込まれようとしている。

このように，日本のイニシアティブ等の更新を通じた重点シフトは，G8 サミット，WHO，TICAD プロセスにおける重点テーマの時系列的変遷や，SDGs に向けた議論の方向性と，かなり整合的であったといえる。

（３） 保健分野内のサブセクターに係る国際的取組・援助潮流との整合性

日本のイニシアティブ等との整合性を評価する基準を，保健分野全体に係る国際的取組・援助潮流ではなく，保健分野内サブセクターに係る取組等に置く場合，前項のように“サブセクター間での重点シフト”に着目することができない。例えば，マラリア対策に関するイニシアティブは当然に，専らマラリア対策について語っており，一方で日本の政策も，マラリア問題が解消されない限り，重視度が変わりこそすれマラリア対策にも言及を続けるので，両者の項目・記述は当然重なり合うのである。

HIV/AIDS，マラリア，結核といった感染症の問題は依然として重大であり，２－２－２の図表 2-9 で列挙したサブセクター別の国際的取組は現在も有効である。一方，日本の保健分野イニシアティブ等も，IDI から国際保健政策 2011-2015，さらに国際保健外交戦略に至るまで，感染症対策ないし MDG 6 をテーマの一つに挙げ続けている。この点で，サブセクター別の国際的取組・援助潮流と日本のイニシアティブ等とは整合的であり，それ自体も評価できる。

一方，図表 2-9 で挙げられた国際的取組のうち感染症関連のものの多くが 2000 年代中

[31] 本文では，感染症が途上国において重大な問題となっている一因として「脆弱な保健医療システム」に言及があるのみ。この他に注で，「ロール・バック・マラリア」の説明の中で言及がある。

盤以前に立ち上げられたものであるのに対し，母子保健関連では「妊産婦・新生児・子どもの健康パートナーシップ」が 2005 年，「女性と子どもの健康のための世界戦略」は 2010 年に策定されたものである。このことは，サブセクター別国際的取組・援助潮流の中でも母子保健に関するものが近年は前面化されていることを示唆するとも考えられ，そうであるなら，日本のイニシアティブにおける母子保健重視の傾向は，それに整合的であるといえる。

３－１－２ 日本の上位政策との整合性

以下では，日本のイニシアティブ等との整合性を，日本国内の上位政策を基準に評価する。そのような上位政策に該当するのは，「政府開発援助（ODA）大綱」と「政府開発援助（ODA）に関する中期政策」である。ODA 大綱は，日本の援助の理念，援助実施の原則，援助政策の立案及び実施等についての閣議決定であり，日本の援助政策の根幹をなすものである。そして ODA 中期政策は，ODA 大綱の下，一体性と一貫性をもって ODA を効率的・効果的に実施するための基本方針である。よって，保健分野の ODA 政策である IDI，HDI 及び国際保健政策 2011-2015 は，これらと整合的であることが求められる。一方，国際保健外交戦略は ODA 政策ではないので，ODA 大綱・中期政策への整合は必ずしも求められない。

なお，ODA 大綱は 2014 年に見直し作業が進められたが，本評価の対象期間の殆どにおいて有効であったのは，2003 年 8 月に改定された ODA 大綱であるので，評価基準としてはこれを用いる。ODA 中期政策については，2003 年版 ODA 大綱と連携している，2005 年 2 月に改定された版を基本的に用いる。

（１） ODA 大綱との整合性

ODA 大綱の第Ⅰ部は，「理念――目的，方針，重点」と題して，（1）目的，（2）基本方針，（3）重点課題，（4）重点地域――について述べている。そのうちの基本方針と重点課題は図表 3-2 のとおりである。

基本方針の第 2 点「『人間の安全保障』の視点」は，改定版 ODA 大綱において付け加えられたものであり，特に重要な方針のひとつといえる。これに対し，ODA 大綱改定の後に策定された HDI は，「基本方針」の第一に「『人間の安全保障』の視点の重視」を掲げ，国際保健政策 2011-2015 も，冒頭の「ビジョン」の中で「『人間の安全保障』の実現を通じた MDGs の達成」を謳っている。この点において，ODA 大綱と HDI 及び国際保健政策 2011-2015 は整合的である。

また，重点課題の第一に挙げている「貧困削減」について，ODA 大綱は次のように述べている（下線引用者）。

> 貧困削減は，国際社会が共有する重要な開発目標であり，また，国際社会におけるテロなどの不安定要因を取り除くためにも必要である。そのため，教育や保健医療・

福祉，水と衛生，農業などの分野における協力を重視し，開発途上国の人間開発，社会開発を支援する。（後略）

「貧困削減」という課題は，旧大綱では基礎的生活分野（BHN）として重点課題の 2 番目に挙げられていたものであり，それが現大綱では 1 番目に繰り上げられたということは，貧困削減に一層注力する姿勢を示唆していよう。その貧困削減において重視すべき協力分野として 2 番目に「保健医療」が挙げられているのであるから，保健分野イニシアティブの存在自体が ODA 大綱の重点課題を踏まえたものであるといえる。

図表 3-2 ODA 大綱の基本方針及び重点課題

	改定版 ODA 大綱	（参考：旧 ODA 大綱）
基本方針 （基本理念）	● 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	● 開発途上国の自助努力支援 ● 広範な人づくり ● インフラストラクチャー整備 ● 基礎生活分野の整備 ● 資源配分の効率と公正やグッド・ガバナンスの確保 ● 環境保全と持続可能な開発
重点課題	● 貧困削減 ● 持続的成長 ● 地球的規模の問題への取組 ● 平和の構築	● 地球的規模の問題への取組 ● 基礎生活分野（BHN）等 ● 人づくり及び研究協力等技術の向上・普及をもたらす努力 ● インフラストラクチャー整備 ● 構造調整等

出典：外務省（日本）「政府開発援助大綱」より評価チーム作成。

（２） ODA 中期政策との整合性

ODA 中期政策は，ODA 大綱が改定されて１年半後に同様に改定されており，その挙げている重点課題は大綱と同じである。第一の重点課題である「貧困削減」については，「貧困削減のためのアプローチ及び具体的取組」の中の「貧困層を対象とした特別な支援」の項で，「基礎社会サービスの拡充」の一環として「女性と子供の健康，リプロダクティブヘルス，感染症対策（中略）に資する支援を行う」と述べている。これらは MDGs 4～6 に関わるものであるが，HDI や国際保健政策 2011-2015 は**２－３**で見たように保健関連 MDGs の達成に向けて設計されているので，これらの支援取組と両イニシアティブとは整合的であるといえる。

また，ODA 中期政策について特筆すべきは，「ODA 大綱のうち，考え方や取組等を内外に対してより具体的に示すべき事項」として，大綱の基本方針から「人間の安全保障」を特に取り上げ，詳細な記述を行っていることである。このように「人間の安全保障」を重視する ODA 中期政策の姿勢は，基本方針やビジョンにおいて「人間の安全保障」の視点を掲げている HDI や国際保健政策 2011-2015 にも受け継がれているといえる。

図表 3-3 ODA 中期政策の構成

1. 中期政策の位置付け

2.「人間の安全保障」の視点について
　（1）「人間の安全保障」の考え方
　（2）「人間の安全保障」の実現に向けた援助のアプローチ

3. 重点課題について
　（1）貧困削減
　（2）持続的成長
　（3）地球的規模の問題への取組
　（4）平和の構築

4. 効率的な援助の実施に向けた方策について
　（1）援助政策の立案及び実施体制の強化の考え方
　（2）現地機能強化の具体的取組
　（3）現地機能強化のための体制整備

出典：外務省（日本）「政府開発援助（ODA）に関する中期政策」より評価チーム作成。

３－１－３ 他ドナーの取組，日本の優位性との関係性

以下では，日本のイニシアティブ等と，他ドナーの取組や日本の優位性との関係性を検討・評価する。

（１） 母子保健や保健システム強化への重点シフト

上述のように日本の保健分野援助の重点は，疾病別保健課題としての感染症対策から，疾病横断型保健課題としての母子保健や保健システム強化へと，相対的にシフトしてきている。このことの日本側に内在する要因としては，そもそも日本には HIV/AIDS やマラリアの感染・罹患が相対的に少なく，経験の蓄積が多くはないという事情もあろう。

それにも関わらず 2000 年策定の IDI が感染症対策を主眼としていたのは，それが 1994

年策定の「人口・エイズに関する地球規模問題イニシアティブ」（GII）を継承する性格を持ち，その GII は，当時の世界二大ドナーであった日米が連携して地球規模の課題に取り組むということで，世界でも米国でも大きな問題となっていた AIDS（日本でも薬害 AIDS の問題が関心を喚んでいたが）を人口抑制・家族計画とともに取り上げた，という多分に外在的な理由に因る部分があったろう。IDI を発出した九州・沖縄サミットが発端となって世界エイズ・結核・マラリア対策基金（グローバルファンド）が 2002 年に設立されると，特に HIV/AIDS 対策について日本はグローバルファンドへの拠出に注力し（2014 年 9 月 25 日現在の累計拠出割合は 6.8%で米仏英独に次ぐ 5 番目のドナー。**３－２－２**参照），また大統領エイズ救済緊急計画（PEPFAR）を実施する米国のような大ドナーとの棲み分けを図るようなったと考えられる。

そうして日本が重点を移した母子保健と保健システム強化は，日本に優位性があるとされる分野である。日本の母子手帳は世界に類例のない優れた制度として知られ，国際保健政策 2011-2015 で母子保健政策パッケージ「EMBRACE」を目玉として打ち出したのは前述のとおりである。保健システム／UHC に関しても，経済協力開発機構（OECD）の『医療の質レビュー：日本』は，「日本は洗練された医療制度を有しており，（中略）コストの抑制とアクセスの良さは，注目すべき成功である」と評価している[32]（一方で，財政難や医師不足，不十分な質の管理も指摘している）。また，保健システム強化の主たる要素の一つである保健人材育成は，日本の援助に対する評価が特に高い領域とされる[33]。

このように，日本の保健援助の重点シフトは，他の二国間ドナーや国際機関との役割分担と，自らの分野的優位性の発揮を図ったものと評価できる。

（２） G8 メンバーとしてのサミットの活用

日本の保健分野援助政策を回顧した時に顕著なのは，G8 サミットの議長国を務める際に積極的な取組を行っていることである。繰り返し述べているように，2000 年の九州・沖縄サミットでは，感染症対策へのコミットメントを主導し，MDG 6 につながるアジェンダを設定し，グローバルファンド設立の端緒を開いた。2008 年の北海道・洞爺湖サミットでは「国際保健に関する洞爺湖行動指針」を取り上げ，同年に同じく主催した TICAD IV の機会と併

[32] Organisation for Economic Co-operation and Development, “OECD Review of Health Care Quality: Japan”, November 2014, pp. 28 and 59.

[33] 例えば，日本が陸上自衛隊の人道復興支援活動と ODA により支援したイラク南部・サマワでの成果について，次のような報告がある。「（前略）自衛隊が撤退して 6 年以上を経た後も，サマワの人々が感謝していることがあった。それはサマワ病院に対する支援である。自衛隊の医務官が指導したり，外務省が行った研修に参加したりしたイラク人医師たちが，殺菌や滅菌などの衛生管理を身に付け，それは自衛隊が撤退した後も，サマワ病院に受け継がれ，手術後の院内感染の予防や，新生児の死亡率を減らすなどの成果を上げていた。サマワ病院には，イラクの他の州の病院から，『秘密』を知ろうと視察者が来るようになったという。外務省がサマワ病院に供与した最新の医療機器はすでに壊れても，技術を伝え，人を育てる援助が，人々の間に『日本の貢献』として残っていることが分かった。」川上泰徳「『闘う』決意より，命と生活のための支援を」，2015 年 2 月 4 日。

せ，保健システム強化という方向性を打ち出した。

このように G8 サミット議長国の機会を捉えて国際的議論をリードすることは，例えば英国が 2005 年のグレンイーグルス・サミットで「アフリカ」というテーマを強力に掲げたように他国も行っているが，このような機会は世界で 8 か国しか持ち得ないのであり，日本は G8 メンバーであるという立場（加えて TICAD の主催国であるという立場）を保健分野において積極的に活用してきたと評価できよう。

（３） 近隣諸国への支援の重視

日本の ODA は，地域配分としてアジアに重点の置かれていることが知られており，**３－２－１**で後述するように保健分野も例外ではない。これは，欧州諸国の ODA がアフリカに比較的多く，米国の ODA が中南米諸国に多く向けられていることと類似の傾向である。

しかしながら，この地域別配分のバランスは，MDGs の保健関連指標の達成度を上げるという意味では，最適とは言えない。なぜなら，保健分野でより問題性が高い国々はサブサハラ（サハラ砂漠以南の）・アフリカに位置する傾向が高く，アジアへの支援に蓄積の大きい日本の地域的優位性とはかみ合わないからである。

３－１－４ 「政策の妥当性」に関する評価のまとめ

以上のように，2000 年以降における保健分野 ODA に関する諸イニシアティブ（開発政策）及び 2013 年策定の「国際保健外交戦略」の内容，特にそれらにおける重点の変遷は，(1)国際社会の取組・援助潮流等，及び(2)日本国内の上位政策，相当程度に整合しており，また(3)他の二国間ドナーや国際機関との役割分担や自らの分野的優位性の発揮を踏まえたものとなっていた。

一方，日本の ODA の地域的優位性はアジアへの支援に存し，それは MDGs の保健関連指標の改善度の世界的最大化（そのためにはサブサハラ・アフリカにより多く支援することが望ましい）という観点で言えば，食い違いが生じている。

これらの諸点を総合すれば，保健関連 MDGs 達成に向けた日本の取組に係る政策の妥当性は高いと評価できる。

３－２　「結果の有効性」に関する評価

本節では，OECD の援助額報告システム（CRS）から収集した「保健」（Health）と「人口政策／プログラム及びリプロダクティブヘルス」（Population Policies/Programmes and Reproductive Health，以下「人口・リプロ」と表記）両セクターにおける ODA 支出額（gross disbursement）を中心に，支出状況と効果の整理・評価を行う。

３－２－１　二国間援助に対する評価

（１）　インプットに対する評価

（ア）日本の ODA 支出（インプット）の規模

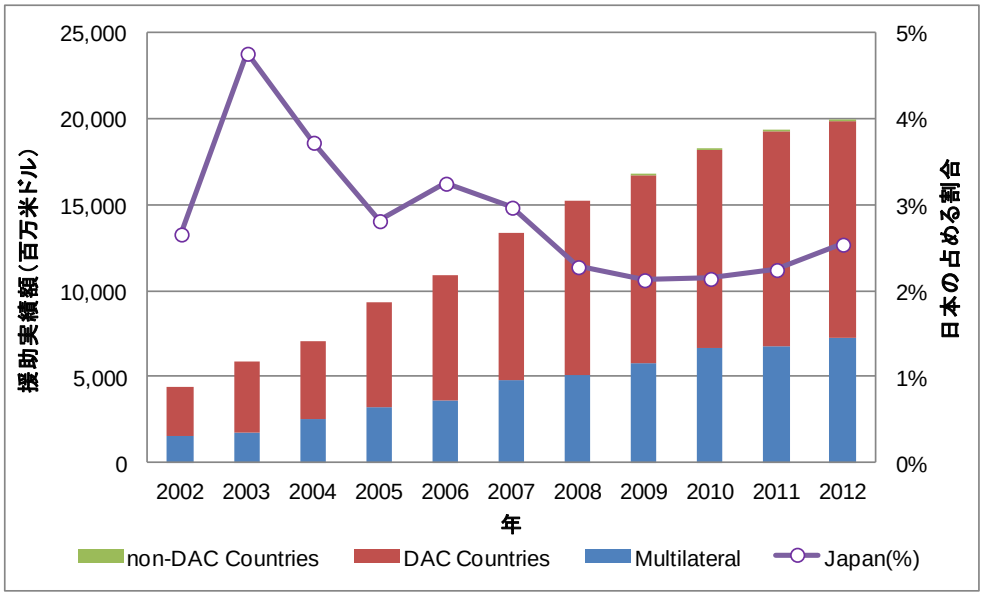
開発途上国に対する全世界の「保健」及び「人口・リプロ」セクターの ODA 支出額は，多国間援助，二国間援助とも増加しつつある。この中で，日本は両セクターの二国間援助において，米国，英国，カナダに次ぐ第 4 位のドナーとなっており（2002～2012 年の合計），全ドナーに占める日本の支出割合は 3%前後，二国間援助に占める日本の割合は 4%前後である。これらの割合は，支出額自体は増加傾向にある一方で，近年減少又は横ばいの状態にある。また，「人口・リプロ」セクターに比べて「保健」セクターの割合が大きいことが，日本の ODA の特徴の一つといえる。

図表 3-4　先進国の「保健」及び「人口・リプロ」セクターの ODA 支出額

順位	ドナー	2002~12年拠出額（百万米ドル）	二国間	多国間
1	米国	48,230	○	
2	グローバルファンド	18,233		○
3	IDA	10,700		○
4	英国	10,413	○	
5	EU機関	5,040		○
6	GAVI	4,415		○
7	カナダ	3,915	○	
8	**日本**	**3,716**	○	
9	ドイツ	3,458	○	
10	UNFPA	3,056		○
11	オランダ	2,991	○	
12	フランス	2,706	○	
13	オーストラリア	2,539	○	
14	スウェーデン	2,167	○	
15	ノルウェー	2,073	○	
16	スペイン	2,021	○	
17	UNICEF	1,745		○
18	UNAIDS	1,602		○
19	WHO	1,595		○
20	ベルギー	1,387	○	
21	アイルランド	1,249	○	

出典：Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD), *Creditor Reporting System (CRS)*より評価チーム作成。

図表 3-5　ODA ドナーの援助実績額と援助全体に占める日本の割合の推移



出典：OECD, *CRS* より評価チーム作成。

図表 3-6 ODAドナーの援助実績額と援助全体に占める日本の割合の推移

（単位：百万米ドル）

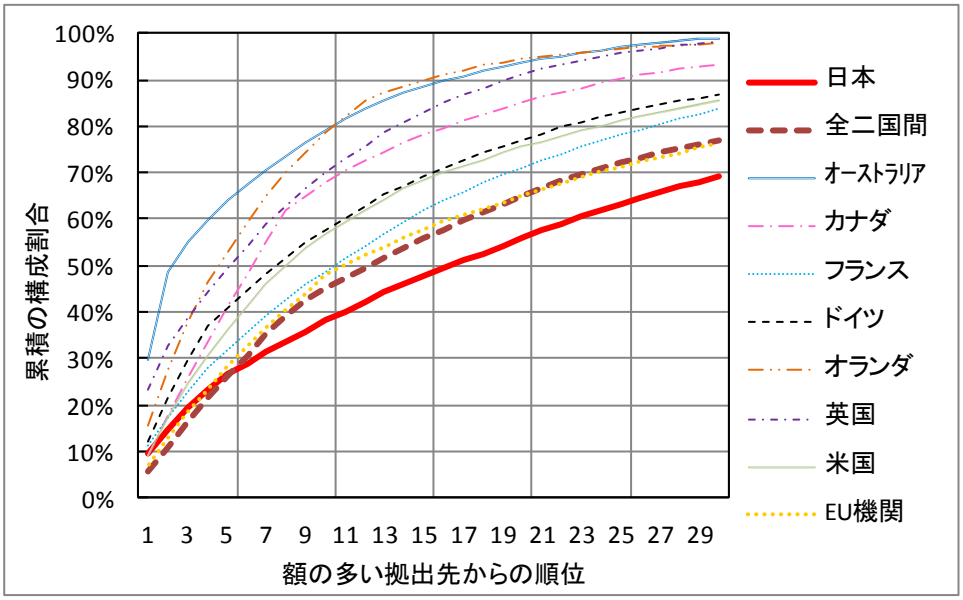
Sector	Donor	2002年	2003年	2004年	2005年	2006年	2007年	2008年	2009年	2010年	2011年	2012年
全セクター	All Donors	54,808	68,324	78,624	111,201	154,131	113,674	132,676	136,574	148,046	155,699	151,597
	Multilateral	13,070	12,854	16,845	23,131	68,203	29,459	32,394	41,276	43,359	46,585	48,656
	DAC + non-DAC	41,738	55,470	61,779	88,071	85,928	84,215	100,283	95,299	104,686	109,114	102,941
	Japan	6,872	9,712	12,510	15,067	12,888	11,464	14,697	12,996	15,144	15,639	14,460
	Japan / All Donors	12.5%	14.2%	15.9%	13.5%	8.4%	10.1%	11.1%	9.5%	10.2%	10.0%	9.5%
	Japan / DAC&non-DAC	16.5%	17.5%	20.2%	17.1%	15.0%	13.6%	14.7%	13.6%	14.5%	14.3%	14.0%
Health	All Donors	2,719	3,175	4,010	5,223	5,952	7,116	7,354	8,259	8,983	9,213	9,654
	Multilateral	1,014	937	1,504	1,781	2,094	2,875	2,897	3,751	4,226	4,158	4,480
	DAC + non-DAC	1,705	2,238	2,506	3,442	3,858	4,241	4,457	4,508	4,757	5,056	5,174
	Japan	116	272	251	257	345	368	312	303	337	372	419
	Japan / All Donors	4.3%	8.6%	6.3%	4.9%	5.8%	5.2%	4.2%	3.7%	3.7%	4.0%	4.3%
	Japan / DAC&non-DAC	6.8%	12.1%	10.0%	7.5%	9.0%	8.7%	7.0%	6.7%	7.1%	7.4%	8.1%
Population & Reproductive	All Donors	1,699	2,645	3,082	4,138	4,917	6,198	7,855	8,544	9,234	10,163	10,313
	Multilateral	502	832	1,036	1,464	1,503	1,869	2,208	1,999	2,440	2,549	2,734
	DAC + non-DAC	1,197	1,813	2,046	2,674	3,413	4,329	5,647	6,545	6,794	7,614	7,579
	Japan	2	6	13	7	9	28	35	55	54	64	89
	Japan / All Donors	0.1%	0.2%	0.4%	0.2%	0.2%	0.5%	0.4%	0.6%	0.6%	0.6%	0.9%
	Japan / DAC&non-DAC	0.1%	0.3%	0.6%	0.3%	0.3%	0.6%	0.6%	0.8%	0.8%	0.8%	1.2%
Health + Population& Reproductive	All Donors	4,418	5,820	7,092	9,361	10,869	13,313	15,209	16,803	18,217	19,376	19,967
	Multilateral	1,516	1,769	2,540	3,245	3,597	4,744	5,105	5,750	6,666	6,707	7,214
	DAC + non-DAC	2,902	4,051	4,552	6,116	7,271	8,570	10,104	11,053	11,551	12,669	12,753
	Japan	118	278	265	264	354	396	347	358	391	436	508
	Japan / All Donors	2.7%	4.8%	3.7%	2.8%	3.3%	3.0%	2.3%	2.1%	2.1%	2.3%	2.5%
	Japan / DAC&non-DAC	4.1%	6.9%	5.8%	4.3%	4.9%	4.6%	3.4%	3.2%	3.4%	3.4%	4.0%

出典：OECD, *CRS* より評価チーム作成。

（イ） 日本の ODA 支出先の特徴

「保健」及び「人口・リプロ」セクターにおけるODA支出先の構成として，日本の二国間援助は他の大規模な二国間ドナーと比べて，多数の国に分散支出する傾向が強い。一方，その中で支出額が多い先は，中国，アフガニスタン，ベトナム，パキスタンなどのアジア諸国である。被援助国人口当たり金額でみると，パレスチナやラオスに加え，ニカラグア・ホンジュラス・リベリアといった中南米諸国への支出も多い。

図表 3-7　主要な二国間ドナーの支出先上位 30 か国が全体の支出に占める割合



出典：OECD, *CRS* より評価チーム作成。

図表 3-8 「保健」及び「人口・リプロ」セクターにおける日本の主な支出先
（2002～2012 年）

総額		人口当たり	
日本のODA支出額（百万米ドル）		被援助国の人口1000人あたり日本のODA支出額（米ドル）	
中国	350.7	パレスチナ	12,828.7
アフガニスタン	180.3	ラオス	10,863.2
ベトナム	172.4	ニカラグア	9,744.0
パキスタン	141.1	リベリア	7,621.2
ケニア	112.5	ホンジュラス	7,502.1
フィリピン	86.6	アフガニスタン	7,311.4
イラク	83.1	ボリビア	6,397.6
カンボジア	83.0	ザンビア	6,359.2
スーダン	81.7	カンボジア	6,226.5
スリランカ	81.0	パラグアイ	6,064.0
ガーナ	73.9	セネガル	5,295.3
ザンビア	73.4	ヨルダン	4,187.5

注：ODA 総額（左側欄），及び人口当たり ODA 額（右側欄）の上位 12 か国を示す。人口当たり ODA 額（右側欄）については，人口が 100 万人に満たない国・地域を除外している。人口は 2000～2010 年の平均値を使用。

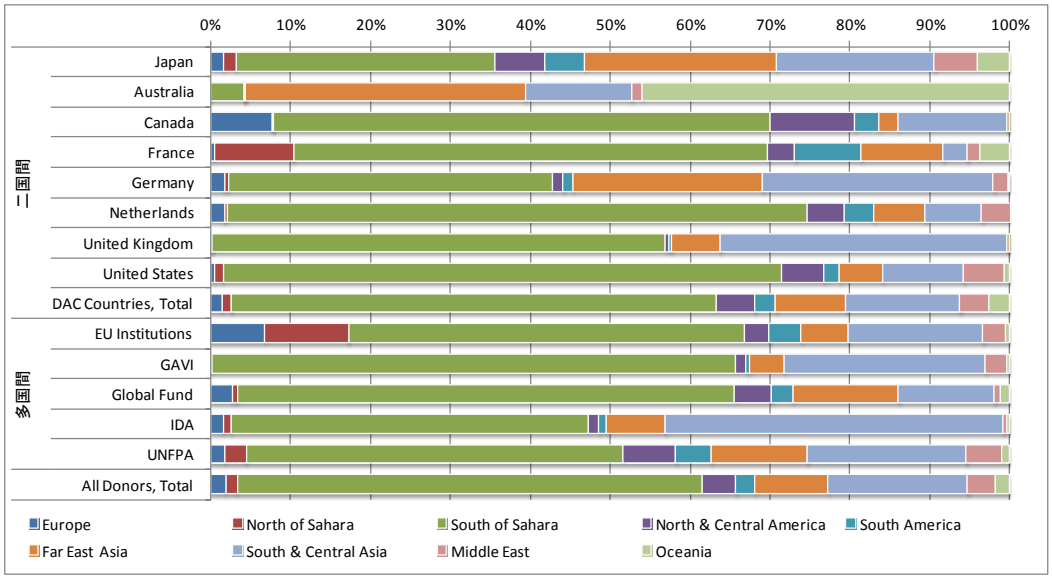
出典：ODA 支出額については OECD, *CRS*，人口については United Nations, Department of Economic and Social Affairs, “World Population Prospects: The 2012 Revision” より評価チーム作成。

大陸・地域別の拠出先を他の大規模ドナーと比べると，日本は東・東南アジア（Far East

Asia）の構成割合が大きく，サブサハラ・アフリカ（South of Sahara）の構成割合が小さい傾向にある。

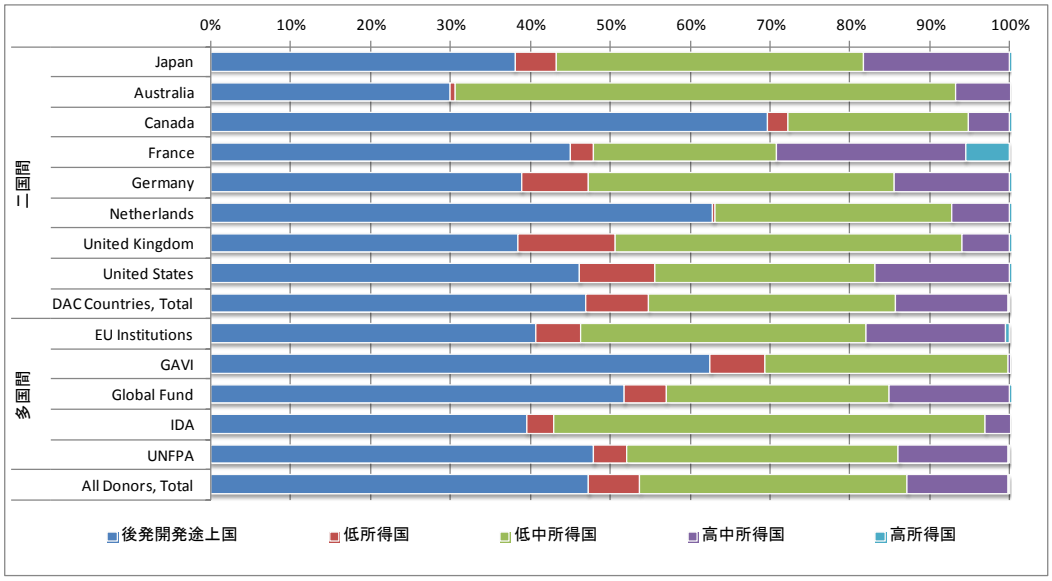
また，対象国の所得水準別には，低中所得国以上の所得水準の国が占める割合がやや大きく，後発開発途上国が占める割合がやや小さい傾向にある。

図表 3-9 「保健」及び「人口・リプロ」セクターにおける ODA 支出先地域の構成（2002～2012 年）



出典：OECD, *CRS* より評価チーム作成。

図表 3-10 「保健」及び「人口・リプロ」セクターにおける ODA 支出先（所得水準別）の構成（2002～2012 年）



出典：OECD, *CRS* より評価チーム作成。

他の大規模な二国間ドナーにも，オーストラリアは近隣諸国に集中的に支出し，カナダは後発発展途上国向けが多く，ドイツは人口大国向けが多く，フランス，オランダ，米国，サブサハラ・アフリカ諸国向けが多いといった特徴がみられる。

図表 3-11　主要な二国間ドナーの ODA 支出先の特徴

二国間ドナー	拠出先別拠出額のジニ係数（2002-12）	対象国の特徴
日本	**0.730**	**多数の開発途上国に分散拠出する傾向が顕著，アジア諸国への拠出がやや多い**
全二国間	0.769	—
フランス	0.826	旧仏領を中心としたアフリカ諸国への拠出が多い
米国	0.841	サブサハラ・アフリカ諸国への拠出が多い
ドイツ	0.850	人口規模の大きい開発途上国への拠出が多い
カナダ	0.884	後発開発途上国への拠出が多い
英国	0.913	旧英領への拠出が多い
オランダ	0.924	サブサハラ・アフリカ諸国への拠出が多い
オーストラリア	0.935	オセアニア・東南アジア等の近隣諸国への拠出が圧倒的に多い

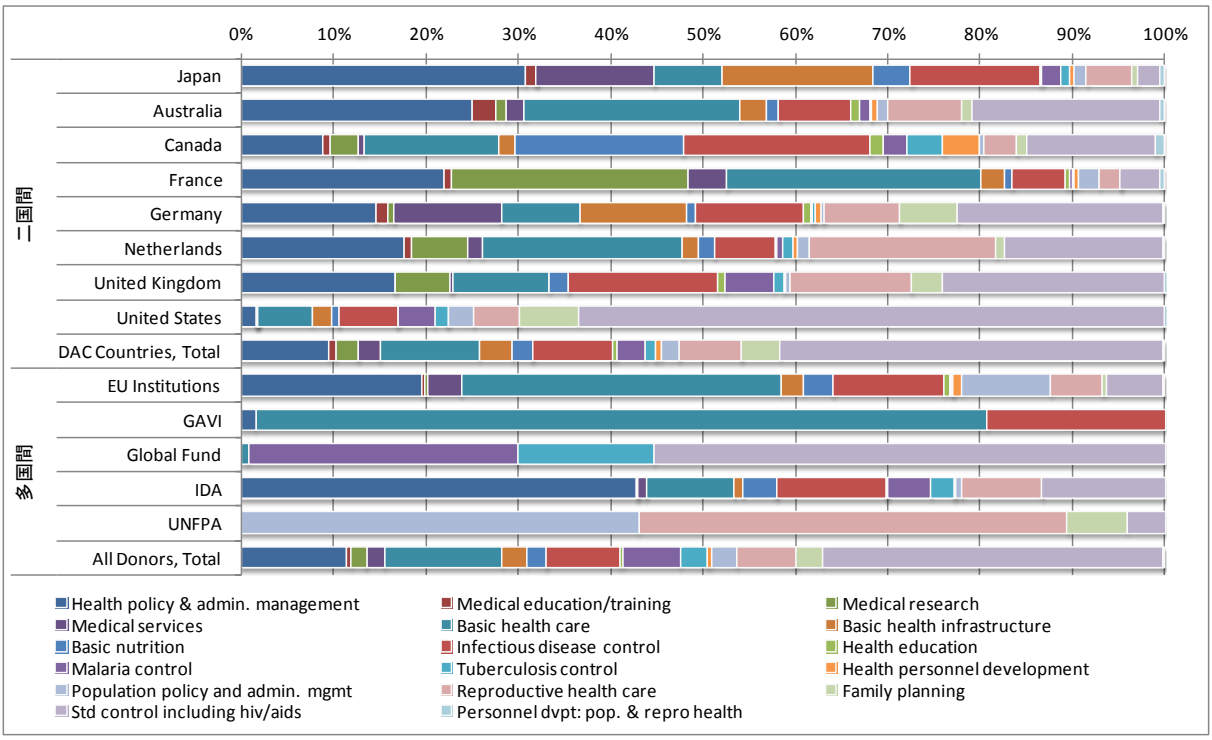
出典：OECD, *CRS* より評価チーム作成。

（ウ）日本の ODA 支出のサブセクター別構成の特徴

「保健」及び「人口・リプロ」セクターにおける ODA のサブセクター別の支出額として，日本の二国間援助は他の大規模ドナーに比べ，「保健政策・行政管理」（Health policy and administrative management）や「医療サービス」（Medical services），「感染症対策」（Infectious disease control）などの構成が大きい。「保健政策・行政管理」の構成割合が大きいドナーとしては，他にオーストラリア，フランスなどがある。

その一方，「HIV/AIDS を含む性感染症対策」（STD control including HIV/AIDS）の構成割合がきわめて小さいが，HIV/AIDS を含む三大感染症に係る支出は，特にグローバルファンドによるところが大きい。日本は，国際保健政策 2011-2015 において，三大感染症対策についてはグローバルファンドを通じた効果的な保健施策を拡大することを謳っており，また後述のとおり，実際にグローバルファンドに積極的な拠出・関与を行っている。すなわち，感染症対策に係るサブセクターに対しては，主として多国間援助の枠組みを通じた援助を行っているとみることができる。

図表 3-12 「保健」及び「人口・リプロ」セクターにおける主要ドナーの ODA 支出構成
（2002～2012 年）



	Health + Poplation & Reproductive の中での構成比			全ドナーに占める多国間の割合	全ドナーに占める日本の割合	二国間に占める日本の割合
	全ドナー	二国間	日本			
1000: Total All Sectors				28.8%	10.8%	15.2%
Health + Poplation & Reproductive	100.0%	100.0%	100.0%	34.8%	2.6%	4.1%
120: I.2. Health, Total	51.0%	60.8%	90.2%	41.5%	4.7%	8.0%
121: I.2.a. Health, General, Total	15.6%	16.3%	44.8%	36.2%	7.6%	11.9%
12110: Health policy & admin. management	11.4%	15.0%	30.8%	45.6%	7.1%	13.1%
12181: Medical education/training	0.5%	0.2%	1.2%	12.4%	5.9%	6.8%
12182: Medical research	1.7%	0.1%	0.0%	1.3%	0.0%	0.0%
12191: Medical services	2.0%	1.0%	12.8%	17.8%	16.9%	20.5%
122: I.2.b. Basic Health, Total	35.4%	44.6%	45.5%	43.8%	3.4%	6.0%
12220: Basic health care	12.7%	16.5%	7.3%	45.2%	1.5%	2.8%
12230: Basic health infrastructure	2.7%	0.7%	16.4%	8.7%	16.2%	17.8%
12240: Basic nutrition	2.1%	2.0%	4.1%	32.8%	5.1%	7.6%
12250: Infectious disease control	7.9%	6.7%	14.0%	29.3%	4.7%	6.6%
12261: Health education	0.4%	0.3%	0.2%	23.7%	1.3%	1.7%
12262: Malaria control	6.1%	12.0%	2.0%	68.0%	0.9%	2.7%
12263: Tuberculosis control	2.9%	6.1%	1.1%	72.5%	1.0%	3.5%
12281: Health personnel development	0.5%	0.3%	0.4%	22.2%	2.2%	2.9%
130: I.3. Population Pol./Progr. & Reproductive Health, Total	49.0%	39.2%	9.8%	27.8%	0.5%	0.7%
13010: Population policy and admin. mgmt	2.7%	4.1%	1.3%	53.1%	1.3%	2.8%
13020: Reproductive health care	6.4%	5.8%	5.0%	31.7%	2.1%	3.0%
13030: Family planning	2.9%	0.5%	0.5%	6.3%	0.5%	0.5%
13040: Std control including hiv/aids	36.9%	28.7%	2.5%	27.1%	0.2%	0.2%
13081: Personnel dvpt: pop. & repro health	0.1%	0.0%	0.4%	2.3%	11.9%	12.2%

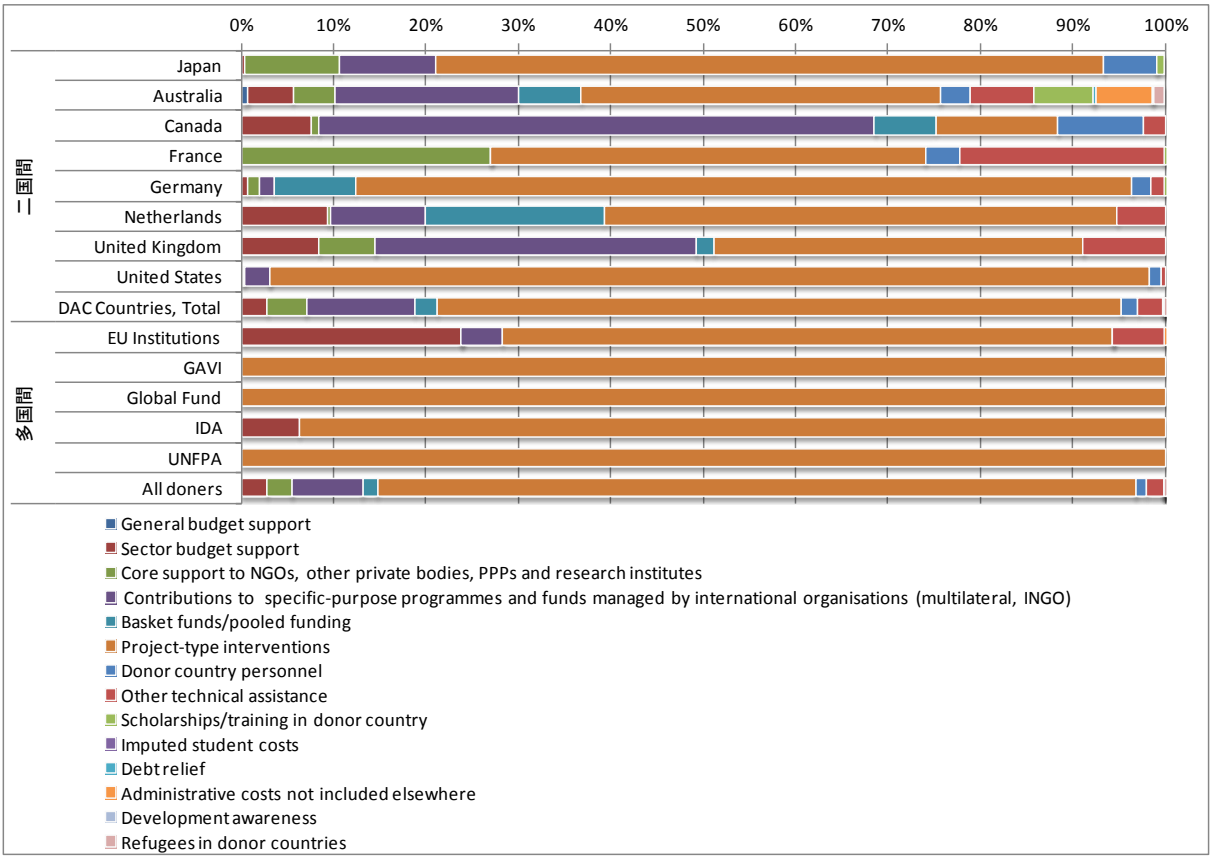
出典：OECD, *CRS* より評価チーム作成。

（エ） 日本の ODA 支出の援助タイプ別構成の特徴

OECD-CRS データのうち，援助タイプ別（Type of Aid）の支出額データがほぼそろっている 2010～2012 年について，大規模ドナーの ODA 支出構成を比べると，ほとんどのドナーにおいて「プロジェクト型介入」（Project-type interventions）が大半を占めている。実際の援助タイプ（モダリティ）は，この「プロジェクト型介入」がいかなるタイプの援助を行うプロジェクトであるかに左右されるが，その定量的な把握は難しい。

「プロジェクト型介入」以外について，フランスでは「非政府組織（NGO）・民間組織，官民連携，研究機関への支援」（Core support to NGOs, other private bodies, PPPs and research institutes）の構成割合が，カナダでは「国際機関・非政府国際組織（INGO）が管理する特定目的のプログラム・基金への拠出」（Contributions to specific-purpose programmes and funds managed by international organisations (multilateral, INGO)）や「債務救済」（Debt relief）の構成割合が大きい。

図表 3-13 「保健」及び「人口・リプロ」セクターにおける主要ドナーの ODA 支出の援助タイプ別構成（2002～2012 年）



出典：OECD, *CRS* より評価チーム作成。

（２） アウトプット／アウトカムに対する評価

ここでは，2002～2012 年において「保健」及び「人口・リプロ」セクターにおける日本の援助額が大きい上位 12 か国，または同セクターに関する人口当たり日本の援助額が大きい上位 12 か国のいずれかに該当する 21 か国のうち，データの少ないパレスチナを除く 20 か国を，日本にとっての「主要援助対象国」とみなし，これらの国の MDGs や UHC 関連指標の改善状況をみる。

これらの主要援助対象国に対する日本の ODA の多くは，「保健政策・行政管理」サブセクターの ODA である。

図表 3-14 「保健」及び「人口・リプロ」セクターにおける
ODA 主要相手国への拠出内容（2002～2012 年）

国名		日本			全ドナー		
		ODA支出額（百万米ドル）	人口千人あたりODA支出額（米ドル）	サブセクターの構成（20%以上）	ODA支出額（百万米ドル）	人口千人あたりODA支出額（米ドル）	サブセクターの構成（20%以上）
中国	◇	350.7	266	政策マネ：76%	1,392.5	1,056	性感染症：31%，政策マネ：20%
アフガニスタン	◇◎	180.3	7,311	医療サビ：38%，他感染症：21%	898.3	36,427	基礎ケア：36%
ベトナム	◇	172.4	2,029	政策マネ：26%，医療サビ：25%，他感染症：22%	1,335.6	15,721	性感染症：31%
パキスタン	◇	141.1	892	他感染症：64%	1,193.6	7,541	基礎ケア：28%
ケニア	◇	112.5	3,134	政策マネ：34%	3,392.2	94,476	他感染症：62%
フィリピン	◇	86.6	1,011	政策マネ：31%	500.4	5,840	家族計画：21%
イラク	◇	83.1	3,038	社会資本：73%	114.9	4,200	社会資本：61%，基礎ケア：28%
カンボジア	◇◎	83.0	6,226	政策マネ：34%，社会資本：21%	833.5	62,545	性感染症：34%
スーダン	◇	81.7	2,584	基礎栄養：40%，他感染症：25%	335.4	10,606	基礎ケア：25%
スリランカ	◇	81.0	4,075	社会資本：64%，政策マネ：34%	188.4	9,482	社会資本：21%
ガーナ	◇	73.9	3,445	政策マネ：29%	1,243.2	57,955	政策マネ：31%
ザンビア	◇◎	73.4	6,359	政策マネ：36%	2,194.8	190,077	性感染症：61%
ラオス	◎	63.4	10,863	政策マネ：44%	194.2	33,259	政策マネ：21%
セネガル	◎	60.0	5,295	政策マネ：60%	705.7	62,324	政策マネ：24%
ボリビア	◎	59.8	6,398	医療サビ：28%，社会資本：27%，政策マネ：27%	356.9	38,211	基礎ケア：22%
ニカラグア	◎	53.2	9,744	社会資本：39%	478.7	87,698	政策マネ：30%
ホンジュラス	◎	51.8	7,502	政策マネ：31%，社会資本：20%	323.6	46,821	性感染症：27%
パレスチナ	◎	46.0	12,829	政策マネ：29%，社会資本：29%	360.5	100,524	基礎ケア：54%
パラグアイ	◎	35.8	6,064	政策マネ：35%，社会資本：31%	95.0	16,088	―
リベリア	◎	25.6	7,621	他感染症：57%	231.9	69,129	マラリア：20%，基礎ケア：20%
ヨルダン	◎	22.6	4,188	医療サビ：52%	286.2	52,960	社会資本：35%，リプロヘ：28%

【凡例】 ◇…日本によるODA支出額上位12か国　◎…人口当たり日本のODA支出額上位12か国

政策マネ…Health policy & admin. Management
医療サビ…Medial sevices
基礎ケア…Basic health care
社会資本…Basic health inflastructure
基礎栄養…Basic nutrition
他感染症…Infectious disease control
マラリア…Malaria control
リプロヘ…Reproductive health care
家族計画…Family Planning
性感染症…Std control including hiv/aids

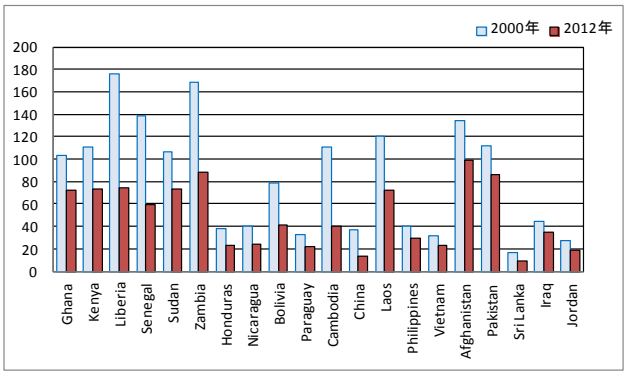
出典：OECD, *CRS* より評価チーム作成。

（ア）妊産婦・乳幼児に係る死亡率の改善状況

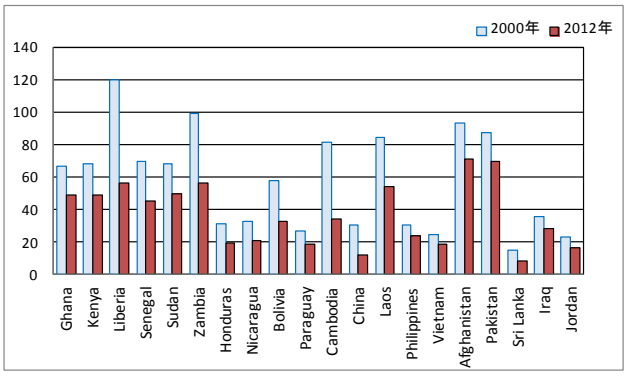
5 歳未満幼児死亡率，乳児死亡率，妊産婦死亡率は，いずれの主要援助対象国においても低下しており，改善の方向にある。ただし，これらの指標は主要援助対象国以外の開発途上国においても，大半の国で改善している指標であり，妊産婦や乳幼児に係る死亡率の低下は，開発途上国一般にみられる動きといえる。

図表 3-15　妊産婦・乳幼児に係る死亡率の変化状況

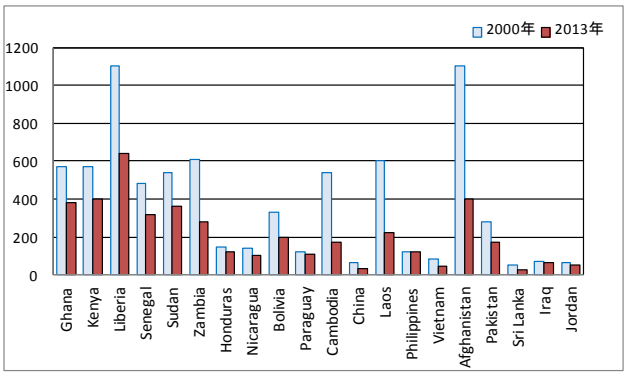
出生 1000 人当たり 5 歳未満幼児死亡率



出生 1000 人当たり乳児死亡率



出生 10 万人当たり妊産婦死亡率



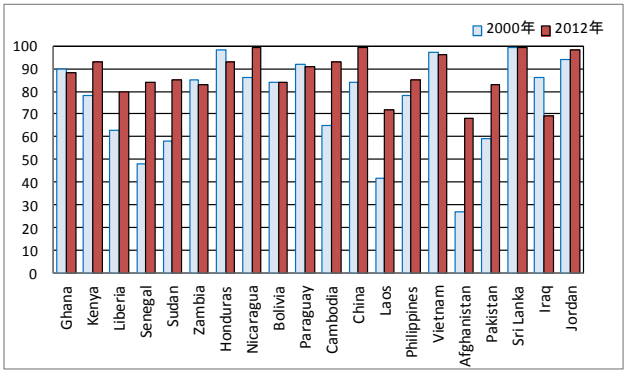
出典：United Nations Statistics Division, *Millennium Development Goals Indicators* database より評価チーム作成。

（イ）妊産婦・乳幼児に係る保健・医療の提供状況

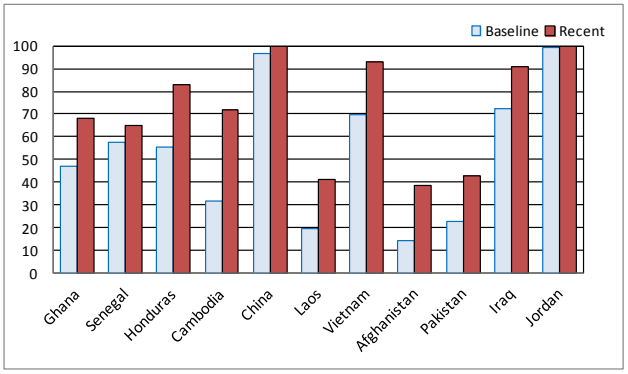
はしかの予防接種の実施割合，医師･助産師の立ち会いによる出産割合は，いずれの主要援助対象国においても上昇，あるいはほぼ 100%に到達している。特に，前者については 2000 年時点で割合の小さかった国の上昇幅が大きい。

図表 3-16　妊産婦・乳幼児に係る保健・医療提供状況の変化状況

はしかの予防接種を受けた 1 歳児の割合（%）



医師･助産師の立ち会いによる出産の割合（%）



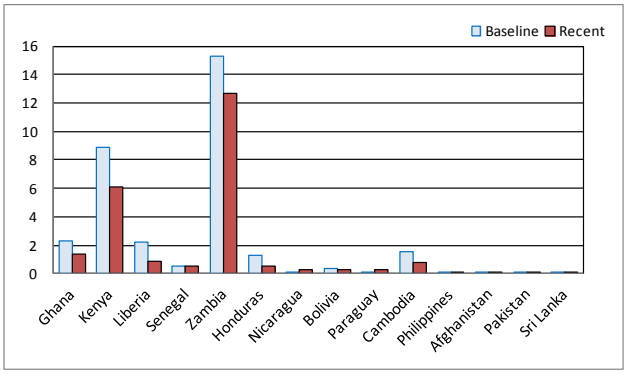
出典：United Nations Statistics Division, *Millennium Development Goals Indicators* database より評価チーム作成。

（ウ）感染症対策の変化状況

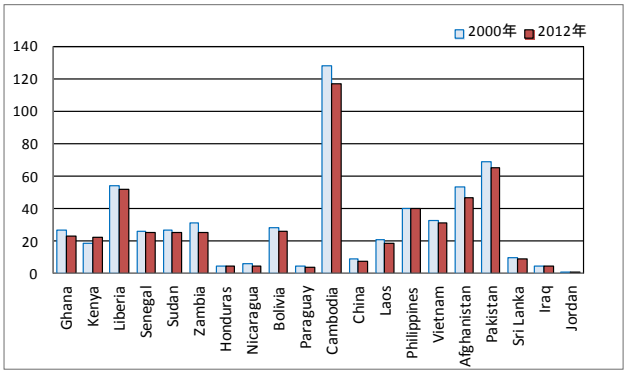
15～49 歳の HIV 感染者割合，人口 10 万人当たり結核死亡者数は，多くの国で若干低下している。

図表 3-17　感染症に係る変化状況

15～49 歳の HIV 感染者の割合（%）



人口 10 万人当たり結核死亡者数（人）



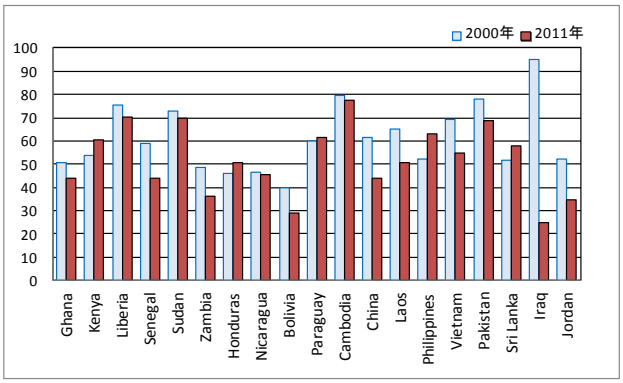
出典：United Nations Statistics Division, *Millennium Development Goals Indicators* database より評価チーム作成。

（エ）UHC に係る指標の変化状況

UHC に係る指標は，人口当たり医療従事者数などの人材に係る指標，人口当たり医療機関数などの設備に係る指標など，様々なものが想定されるが，WHO『世界保健統計』2014 年版にて 2 時点間のデータが整理されている医療費負担に関する事項に着目し，全医療費に占める私費部分の構成割合をみると，大半の主要援助対象国において低下しており，多くの国において，公的部門による医療費負担が広がっていることが分かる。

図表 3-18　医療費負担に係る変化状況

医療費に占める私費部分の割合（%）



出典：World Health Organization (WHO), *World Health Statistics 2014* より評価チーム作成。

これらの MDGs や UHC 関連の指標の多くについて，主要援助対象国は改善傾向を見せているものの，それ以外の開発途上国においても全般に改善傾向にある。ここからは，日本による ODA の多さが MDG 指標の改善につながっていることを論証するのは難しい。

（３） インプットとアウトプット／アウトカム／インパクトとの相関

（ア）分析方法

ここでは，期初（主に2000年）から期末（主に2012・13年）にかけてのMDGs及びUHC関連指標の改善幅を説明変数，日本及び他ドナーの「保健」及び「人口・リプロ」セクターのODA累積支出額をそれぞれ説明変数とする回帰式[34]を立てて重回帰分析を行い，各国のODA支出額の大きさがMDGs及びUHC関連指標の改善にどれだけ寄与したかを分析した。また，日本と日本以外のドナーの ODA 支出額の保健指標改善への寄与度の差が有意に大きいかどうかを検定した[35]。

---

[34] 回帰式は，次のとおり。

保健指標：$\hbar_{before}$，$\hbar_{after}$ → 保健指標の改善度：$\hbar_{after} - \hbar_{before}$.

累積 ODA：$ODA_{2002-12}^{Japan}$，$ODA_{2002-12}^{Other\ donors}$，$ODA_{2002-12}^{All\ donors}$

$$ODA_{2002-12}^{All\ donors} = ODA_{2002-12}^{Japan} + ODA_{2002-12}^{Other\ donors}$$

推計式：

$$\hbar_{after} - \hbar_{before} = \beta_0 + \beta_{All\ donors} \ln ODA_{2000-15}^{All\ donors} + u, \quad (1)$$

$$\hbar_{after} - \hbar_{before} = \beta_0 + \beta_{Japan} \ln ODA_{2002-12}^{Japan} + u, \quad (2)$$

$$\hbar_{after} - \hbar_{before} = \beta_0 + \beta_{Japan} \ln ODA_{2002-12}^{Japan} + \beta_{Other\ donors} \ln ODA_{2002-12}^{Other\ donors} + u, \quad (3)$$

$$\hbar_{after} - \hbar_{before} = \beta_0 + \beta_{Japan} \ln ODA_{2002-12}^{Japan} + \beta_{Canada} \ln ODA_{2002-12}^{Canada} + \beta_{France} \ln ODA_{2002-12}^{France} + \cdots + \beta_{Other\ donors} \ln ODA_{2002-12}^{Other\ donors} + u. \quad (4)$$

$\beta_{All\ donors}$，β_{Japan}，$\beta_{Other\ donors}$等は，それぞれのドナーの ODA を 1%増やしたとき，保健指標が何%ポイント改善するかを示している（弾力性に類似）。

[35] 検定の方法は，次のとおり。

1. 世界の保健関連 ODA が世界の保健関連 MDGs 指標の改善につながっているかどうか。推計式(1)で，$\beta_{All\ donors} < 0$（ただし，$\hbar_{after} - \hbar_{before} < 0$ が改善を意味する場合。以下同じ）。
2. 日本の保健関連 ODA が世界の保健関連 MDGs 指標の改善につながっているかどうか。推計式(2)で，$\beta_{Japan} < 0$。
3. 日本の保健関連 ODA の保健関連 MDGs 指標改善効果は，他のドナー全体のそれを上回っているかどうか。推計式(3)で，$\beta_{Japan} - \beta_{Other\ donors} < 0$。
4. 日本の保健関連 ODA の保健関連 MDGs 指標改善効果は，他の二国間大規模ドナーのそれを上回っているかどうか。推計式(4)で，$\beta_{Japan} - \beta_{Other\ Country} < 0$。

分析の対象とする発展途上国は，以下の条件を満たす 108 の国・地域のうち，説明変数・被説明変数にデータ欠落のないものとした。

①人口が 100 万人以上であること
②世界銀行による所得階層分類（Income Group）において，低所得（Low income），低中所得（Lower middle income）または高中所得（Upper middle income）に分類されていること

（イ） 分析結果

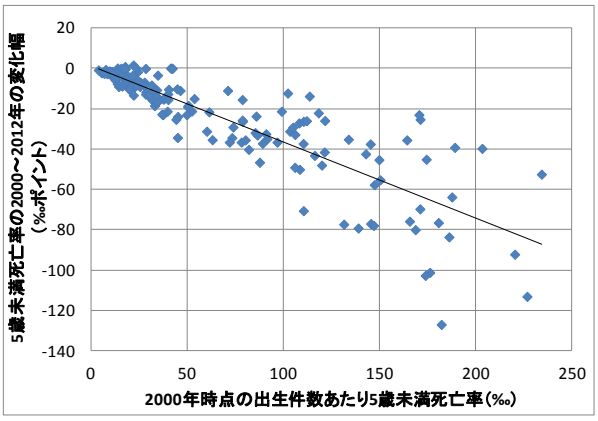
「保健」及び「人口・リプロ」セクターにおける全ドナーの ODA 支出は，おおむね MDG 指標を改善する方向に寄与しており，有意な指標も多い。一方，日本の ODA 支出は，日本以外のドナーによる ODA 支出額を説明変数に取り込んだ重回帰分析では，有意な寄与が認められず，他ドナーと比較した際の寄与も小さい。

下記の図表 3-19 は，2000 年を期初として，期初における 5 歳未満死亡率と，1 歳児のはしかワクチン接種率を横軸にとり，縦軸にその後の指標の変化幅をとったグラフである。左のグラフは期初において 5 歳未満死亡率が高かった国ほどその後の低下幅が大きく，右のグラフは期初において接種率の低かった国ほどその後の接種率の上昇幅が大きかったことを示しており，いずれもこれは指標の悪かった他国との差を縮める形で改善を見せたことが明確に分かる。

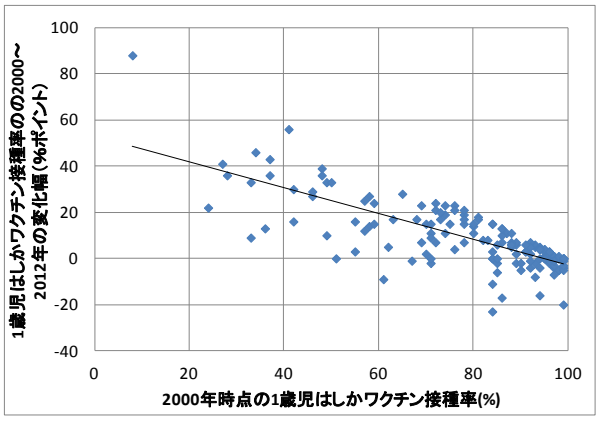
日本による保健 ODA 支出は，期初における指標が悪い≒改善の余地の大きい国に対する援助の割合が小さく，このことが寄与が小さいという分析結果となった要因の一つと考えられる。

図表 3-19 期初段階の MDG 指標とその後の変化との関係

出生 1000 人当たりの 5 歳未満死亡率



1 歳児のはしかワクチン接種率



出典：United Nations Statistics Division, *Millennium Development Goals Indicators* database より評価チーム作成。

図表 3-20 「保健」及び「人口・リプロ」セクター全体の投入を
説明変数としたときの結果（その 1）

MDG	保健指標	改善の方向	推計式(1)	推計式(2)	推計式(3)		
			全ドナー $\beta_{All\ donors}$	日本 β_{Japan}	日本以外のドナー $\beta_{Other\ donors}$	日本 β_{Japan}	効果の差 $\beta_{Japan} - \beta_{Other\ donors}$
MDG 4	5 歳以下の子どもの死亡率	－	－ 強く有意	－ 有意	－ 強く有意	＋	日本の寄与が小さい 強く有意
	乳児死亡率	－	－ 強く有意	－ 弱く有意	－ 強く有意	＋	日本の寄与が小さい 強く有意
MDG 5	妊産婦死亡率	－	－ 強く有意	－ 有意	－ 強く有意	＋	日本の寄与が小さい 強く有意
MDG 6	HIV 感染者比率	－	－ 有意	－	－	－	日本の寄与が小さい
	殺虫剤を加えた蚊帳を使って寝ている 5 歳以下の子どもの比率	＋	＋ 強く有意	＋	＋ 強く有意	－	日本の寄与が小さい 強く有意
	発熱した5歳以下の子どものうちマラリア治療薬を処方された比率	＋	－	－	＋	－	日本の寄与が小さい
	結核による死亡者の比率	－	－	－	－	－	日本の寄与が小さい
UHC	医療費に占める私費負担の比率	－	－	－	－	＋	日本の寄与が小さい

注：有意水準 90%～95%：「弱く有意」，95%～99%：「有意」，99%～：「強く有意」としている。
「改善の方向」が＋の指標は数値が大きい方が望ましい指標，－の指標は数値が小さい方が望ましい指標である。この「改善の方向」と分析結果の符合が同じであれば，それはその ODA インプットが指標の改善に寄与したことを意味する。

図表 3-21 「保健」及び「人口・リプロ」セクター全体の投入を
説明変数としたときの結果（その 2）

MDG	保健指標	改善の方向	推計式(4)							
			日本	カナダ	フランス	ドイツ	オーストラリア	英国	米国	オランダ
MDG 4	5 歳以下の子どもの死亡率	－	＋＋	－－ AA	－ AA	－－ AAA	－ AA	－ AAA	－ AA	＋ AA
	乳児死亡率	－	＋＋	－ AA	＋ AA	－－ AAAA	－ AAA	－ AAA	－－ AAA	＋ AA
MDG 5	妊産婦死亡率	－	＋	－ A	＋ B	－ A	－ A	－－ A	＋ A	－ A
MDG 6	HIV 感染者比率	－	－	－ B	－ B	－ B	－ B	＋ B	－ B	－ B
	殺虫剤を加えた蚊帳を使って寝ている 5 歳以下の子どもの比率	＋	＋	－ B	－ B	＋ A	－－－ B	＋ B	＋＋＋ A	－ B
	発熱した 5 歳以下の子どものうちマラリア治療薬を処方された比率	＋	－	＋＋ AAA	－ A	＋ A	＋＋＋ AA	－ A	－－－ BB	＋＋ AA
	結核による死亡者の比率	－	＋	＋＋ B	－－ A	－ A	－－－ A	＋ A	－ A	＋ A
UHC	医療費に占める私費負担の比率	－	＋	＋ A	－ A	＋ A	－ A	＋ A	－ A	＋ A

注：有意水準 90%未満で正：「＋」，90%～95%で正：「＋＋」，95%～99%で正：「＋＋＋」，99%～で正：「＋＋＋＋」，
有意水準 90%未満で負：「－」，90%～95%で負：「－－」，95%～99%で負：「－－－」，99%～で負：「－－－－」，
日本よりも有意水準 90%未満で寄与が大：「A」，90%～95%で大：「AA」，95%～99%で大：「AAA」，99%～で大：
「AAAA」，日本よりも有意水準 90%未満で寄与が小：「B」，90%～95%で小：「BB」，95%～99%で大：「BBB」，99%
～で大：「BBBB」としている。

３－２－２ 多国間援助への貢献に対する評価

（１） グローバルファンド

グローバルファンド（世界エイズ・結核・マラリア対策基金）は，三大感染症（AIDS，結核，マラリア）の予防・治療・ケア・サポートに必要な資金支援を行うことを目的として，2002 年 1 月に設立された。設立のきっかけとなったのは，2000 年 7 月に開催された G8 九州・沖縄サミットである。G8 九州・沖縄サミットにおいて，日本は議長国として開発途上国における感染症対策を重要議題の一つとして取り上げ，日本の ODA で包括的な感染症対策を行う「沖縄感染症対策イニシアティブ」を発表した。その後，2001 年 7 月にはジェノヴァ・サミットにおいてグローバルファンド立ち上げに向けた暫定作業部会の設立が合意され，2002 年の設立に至った。

日本は，グローバルファンド設立に先立って，2001 年 6 月に小泉総理大臣（当時）が 2 億ドルの拠出表明を行い，設立後も 2002～2014 年の間に総額 21.6 億米ドルを拠出するなど，主要ドナー国となってきた。また，一貫して理事会のメンバーであり，事業体制の改善，運営に積極的に関与してきた。

OECD-CRS データからは，グローバルファンドによる ODA のほとんどが三大感染症に係る「HIV/AIDS を含む性感染症対策」，「マラリア対策」（Malaria control）及び「結核対策」（Tuberculosis control）のサブセクターにおいて支出されていることが読み取れる（図表 3-12）。また，地域別には HIV/AIDS の感染率の高いサブサハラ・アフリカ向けの支出が半分を超え，全ドナー平均よりも割合が大きくなっている（図表 3-9）。

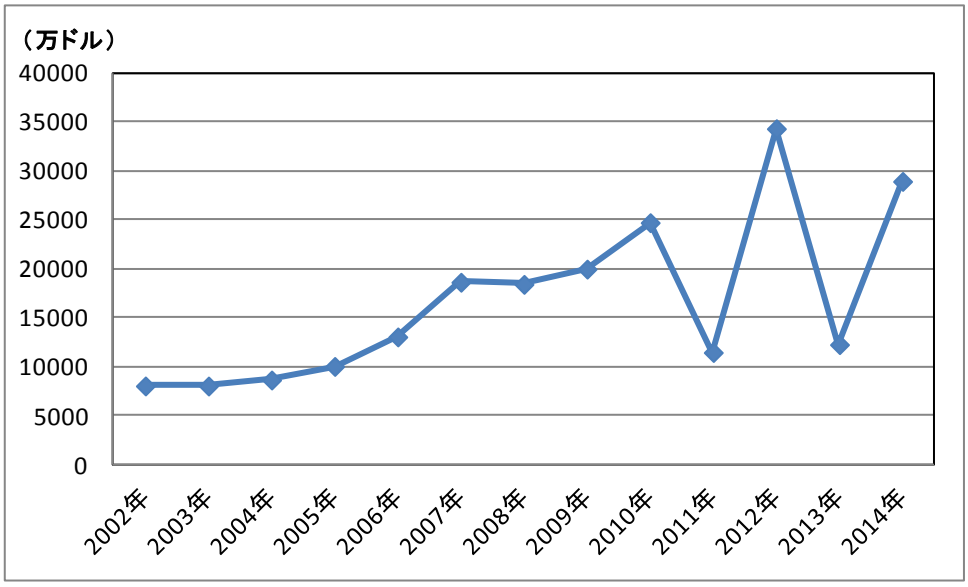
日本は，MDGs の改善に直結する三大感染症対策や，保健関連指標の改善の余地の大きい国が多いサブサハラ・アフリカ諸国への支援に当たり，二国間援助においては他のドナーと比較して多くの ODA 供出を行っているわけではないが，グローバルファンドへの積極的な供出，関与という多国間援助の枠組みを通じて，大きな貢献を行っているといえる。

図表 3-22 グローバルファンドの累計拠出額

順位	ドナー	累計拠出額（米ドル） (2014 年 9 月現在)
1	米国	91 億 3547 万
2	フランス	39 億 1718 万
3	英国	32 億 2503 万
4	ドイツ	22 億 7945 万
5	**日本**	**21 億 5622 万**
6	欧州委員会	16 億 2264 万
7	ビル&メリンダ・ゲイツ財団	14 億 0000 万

出典：グローバルファンド日本委員会「グローバルファンド ファクトシート」（2014 年 10 月）より評価チーム作成。

図表 3-23　日本のグローバルファンド拠出実績額の推移



出典：外務省ウェブサイト「ODA と地球規模の課題」より評価チーム作成。

（２） 国際開発協会（IDA）

国際開発協会（IDA）は，世界銀行のグループ機関として，最貧国支援や貧困の削減を目的に設立され，1960 年に活動を開始した。支援分野は保健のみにとどまらず，教育，インフラ，農業，経済，制度構築支援など多岐にわたるが，「保健」及び「人口・リプロ」セクターにおけるODA のドナーとしては，米国，グローバルファンドに次ぐ第 3 位の支出額であり（2002～2012 年累計），大規模なドナーとなっている。

OECD-CRS データによれば，「保健」及び「人口・リプロ」セクターにおいては，「保健政策・行政管理」サブセクターの占める割合の大きさが最も顕著であり，ついで「HIV/AIDS を含む性感染症対策」や「感染症対策」での支出が大きい（図表 3-12）。

地域別には，2002～2012 年の IDA の保健分野 ODA 支出は，サブサハラ・アフリカ向けが約 50%と多くなっているが，全ドナー平均と比較すると，南・中央アジア向けの支援の多さが特徴的である（図表 3-9）。他の主要な多国間ドナーと比べると，後発開発途上国向けの支出は比較的少なく，低中所得国以上の所得水準の国向けの支出割合が大きい（図表 3-10）。

IDA の資金は，その大半を加盟する先進国からの拠出によっている。資金供与国は 3 年ごとに会合を開き，IDA の増資や政策見直し等を行う。第 16 期増資における日本の出資・拠出額は 36,082 百万米ドルであり，全体の 16.12%にあたる。これは米国に次ぐ第 2 位である。

（３） Gavi ワクチンアライアンス

Gavi ワクチンアライアンスは，開発途上国において予防接種を受けられる可能性を高め，幼児の命を救うことを使命とした盟約であり，2000 年に設立された。参加する機関は先進ドナー国や開発途上国の政府，WHO，国際連合児童基金（UNICEF），世界銀行，ワクチン産業界，民間財団など，公共セクター，民間セクターに広くまたがり，開発途上国における予防接種プログラムの財政支援等を実施している。

日本は，2011 年 6 月に初めて Gavi ワクチンアライアンスに対する拠出の誓約（同年において約 930 万ドル）を行っており，Gavi ワクチンアライアンスにおけるドナーとしては後発組といえる。

３－２－３ 「結果の有効性」に関する評価のまとめ

2000 年以降，MDGs 関連指標は，多くの開発途上国において，改善する傾向にある。日本の「保健」及び「人口・リプロ」セクターの ODA の主な対象国においても同様に，MDGs 保健関連指標の改善をみてきた。

一方で，「保健」及び「人口・リプロ」セクターにおける日本の二国間援助の ODA 投入額，及び他の二国間ドナーの ODA 投入額が，それぞれの開発途上国の MDGs 保健関連指標の改善に与えた寄与を重回帰分析によって分析すると，日本の ODA 投入は，援助受入国の MDGs 保健関連指標の改善と高い相関を示したものの，その程度は，他のドナーの保健関連 ODA 投入と援助受入国の MDGs 保健関連指標の改善の結びつきの度合いに比べて低い，との傾向があらわれた。

これには以下のような背景があると考えられる。まず，「保健」及び「人口・リプロ」セクターの ODA について，日本の二国間援助は，他の大規模な二国間ドナーと比べて，多数の国に分散支出する傾向が強い。また，低中所得国以上の所得水準の国が占める割合がやや大きく，後発開発途上国が占める割合がやや小さい。2000 年以降における MDGs 関連指標は，後発開発途上国をはじめ，従来において MDGs 関連指標が悪く，改善の余地が大きい国ほど，その後の改善幅が大きい傾向は明確である。

また，「保健」及び「人口・リプロ」セクターの ODA について，日本の二国間援助のサブセクター別の構成は，他の大規模ドナーに比べ，「保健政策・行政管理」や「医療サービス」などの構成が大きく，「HIV/AIDS を含む性感染症対策」の構成割合が極めて小さいという特徴をもつ。MDGs 関連指標の改善という点から見れば，感染症対策等の援助は，即効性のある援助セクターであると考えられるのに対して，日本が二国間援助において重視している「保健政策・行政管理」等のセクターの援助は，当該国の保健事情の広範な体質改善を目的とするもので，MDGs 関連指標や UHC に対する改善効果は，長期的に見込まれるものといえる。

また日本は，国際保健政策 2011-2015 において，三大感染症対策について「世界エイ

ズ・結核・マラリア対策基金を通じた支援によって（資金面での更なる貢献と日本の二国間支援との補完性強化を含む），三大感染症による被害の更なる低減を目指す」としており，実際にグローバルファンドに対しては，積極的な拠出・関与を行っている。三大感染症対策に対する日本の貢献を評価するにあたっては，このような多国間援助の枠組みを通じた支援についても考慮に入れる必要がある。

日本の ODA を通じた効果を，二国間援助・多国間援助の両方を含む総体として評価対象とするならば，開発途上国における MDGs 関連指標や UHC に対して一定の改善をもたらしてきたものと考えられる。したがって，日本の保健関連 ODA の「結果の有効性」は，比較的高いと認められる。

３－３　「プロセスの適切性」に関する評価

本節では，保健関連 MDGs の達成に向けた日本の支援について，(1)上位政策を踏まえた適切なアプローチが行われたか，(2)MDGs の進捗状況や援助ニーズの動向を踏まえた支援が行われたか，(3)援助プロセスにおいて関係機関の間で適切な連携・調整が行われたか，(4)被援助国の政府機関や他の開発パートナー(国際機関，二国間パートナー，内外の民間企業，NGO 等)との間で適切な連携・調整が実施されたか――という４つの観点から，プロセスの適切性の評価を行った。ただし，現地での支援プロセスに関連する具体的な内容については，本評価では現地関係機関への聞き取り調査等を実施していないため，本評価での検証を差し控えた。

なお，評価においては，2008 年度に実施された外務省第三者評価「『保健・医療分野支援』の評価」(以下，2008 年評価報告書とする)が示した提言の内容を考慮し，これらへの点への対応関係も含めて検証を行った。

2008 年評価報告書において提示された提案の具体的な内容は下記のとおり。

図表 3-24 「『保健・医療分野支援』の評価」(2008 年度)による提言

提言			主な内容
保健・医療イニシアティブ策定に関して			
	提言 1	ミレニアム開発目標(MDGs)の達成への貢献に向けた取組の強化	・2010 年を目処とする次期イニシアティブ策定に合わせた保健・医療分野の二国間援助の投入強化 ・対アフリカ保健・医療分野支援の強化
	提言 2	政策の実効性を担保する行動計画と財政的コミットメント	・HDI の理念や基本方針を踏まえつつ，重点分野を打ち出した行動計画の策定 ・財政的コミットメントの表明等による実効性の担保
	提言 3	保健・医療分野 ODA 政策の策定プロセスの強化	・保健・医療分野の有識者や市民団体などの多様なアクターを交えたイニシアティブの策定
	提言 4	保健・医療分野 ODA 政策に関する広報及びコミュニケーションの強化	・政策と実際の援助活動の結びつきの強化 ・ローカルレベルのコミュニケーションを通じた，日本及び国際的な援助方針への理解促進

提言			主な内容
保健・医療分野支援の実施に関して			
	提言 5	被援助国の保健・医療体制の基盤整備に関する支援プロセスの強化	・医療機材供与や医療施設改修による施設の整備機能の強化
	提言 6	支援プログラムの推進によるプレゼンス向上	・スキーム連携による特定地域や特定分野への戦略的な支援の実施
	提言 7	日本の保健・医療分野援助体制の強化	・官房や保健省関係部局へのアドバイザー派遣の積極的な実施
	提言 8	世界基金との協調と連携	・ローカルレベルでの世界基金の資金と日本の援助を絡めた積極的な活用 ・専門的知見をもった人員配置の検討

出典：外務省（日本）『「保健・医療分野支援」の評価　報告書』より評価チーム作成。

３－３－１　上位政策を踏まえたアプローチの適切性

保健分野は，３－１（「政策の妥当性」に関する評価）で述べたように，「貧困削減」という大きな開発目標を掲げるODA大綱及びODA中期政策の中で，重点分野の一つに位置づけられている。以下では，この保健分野支援の推進に当たり，援助政策の立案及び援助の実施の観点から，どのようなアプローチが取られてきたかを検証する。

（１）　分野別イニシアティブ・政策等の改定

保健分野における日本の援助政策は，３－１で述べたように，IDI（沖縄感染症対策イニシアティブ），HDI（「保健と開発」に関するイニシアティブ），国際保健政策 2011-2015 の3つの分野別開発政策，及び国際保健外交戦略の下に展開されてきた。

これらの分野別イニシアティブ・政策等の策定プロセスに関し，2008 年評価報告書では，「MDGs達成への貢献に向けた取組の強化」（提言1）や「政策の実効性を担保する行動計画と財政コミットメント」（提言2）などの提案がなされた。これらの指摘に対し，HDI の理念・基本方針を受け継ぐ新イニシアティブとして 2011 年に策定された「国際保健政策 2011-2015」は，保健関連 MDGs との関連性を明示した目標体系の下で具体的な支援策を示し，5 年間で 50 億ドルの資金拠出を約束するなど，MDGs 達成に向けた日本が取り組む方向性を明示するものであった。また，2013 年の TICAD Ⅴ で発信された「国際保健外交戦略」では，特にMDGsの母子保健関連目標の達成が遅れているサブサハラ・アフリカへの支援の強化が打ち出された。これらの点から，分野別イニシアティブ・政策等の策定に関する 2008 年度評価報告書の提言は，以降の援助政策において一定の反映がなされ

ていることが確認できる。

（２） 本邦レベルにおける保健分野支援の実施体制

保健分野支援の実施体制に関し，外務省及び国際協力機構（JICA）では，より効果的な援助の実施を目指して，MDGs 設定から 2014 年までの間に幾度かの組織変更が行われてきた。

まず，援助政策を所管する外務省では，HDI 発表の翌年 2006 年に主に二国間援助を扱う外務省経済協力局と国際機関を通じた援助を扱う外務省国際社会協力部の一部を統合した国際協力局が新設され，すべての ODA を国際協力局が一括して運用することで，国別，地域別，分野別，形態別の政策立案を行うとともに，外交政策に即した一体的政策の企画立案を行うことが目指された。また，保健分野における取組としては，2007 年に発足した「保健・医療分野タスクフォース」では，外務省国際協力局を中核として，保健・医療分野の援助政策全般を担当する多国間協力課，WHO やグローバルファンド等を担当する専門機関課，保健・医療分野の二国間援助を担当する無償資金・技術協力課，有償資金協力課の他，総合計画課，国別開発協力第一課，国別開発協力第二課，人道支援室等，JICA ，厚生労働省等が参加し，援助政策の立案やフォローアップに向けての体制強化が図られた[36]。

その後，2011 年には，WHO やグローバルファンドなどの国際機関を所管してきた専門機関室と，地球規模課題総括課ないし国際協力企画室の中に存在してきた保健班を統合し，新たに国際保健政策室が設置された。この背景には，それまで WHO や国際連合合同エイズ計画（UNAIDS）などの保健分野の国際機関を所管してきたのは厚生労働省だったが，国際社会で保健に関わるアクターが増加する中，外務省においても国際保健への組織的な対応が必要との判断があった[37]。設置から 3 年が経過した調査時点（2014 年）までの間，同室には医師資格を有する専門官や公衆衛生学博士課程修了者，保健分野支援の実務経験者などが配置され，専門性や国際機関等とのネットワークを活かし，保健分野支援に関わる各部局との間で調整などが行われている。

他方，援助の実施を担う JICA においても，2003 年の独立行政法人化，2008 年の旧国際協力銀行からの経済協力業務の承継などに伴い，幾度かの組織再編が行われている。この中で，保健，教育及び社会保障分野を所管する人間開発部では，「課題別」と「地域別」という２つのアプローチをともに重視し，効果的な援助を行うための実施体制が模索されてきた[38]。この結果，現在では，各担当者が地域と課題別の 2 つの担当を受け持つダブルタスク制がひかれ，地域レベルと国際保健レベルの双方の視点を持ちながら，援助業務を遂行することが可能になった。

---

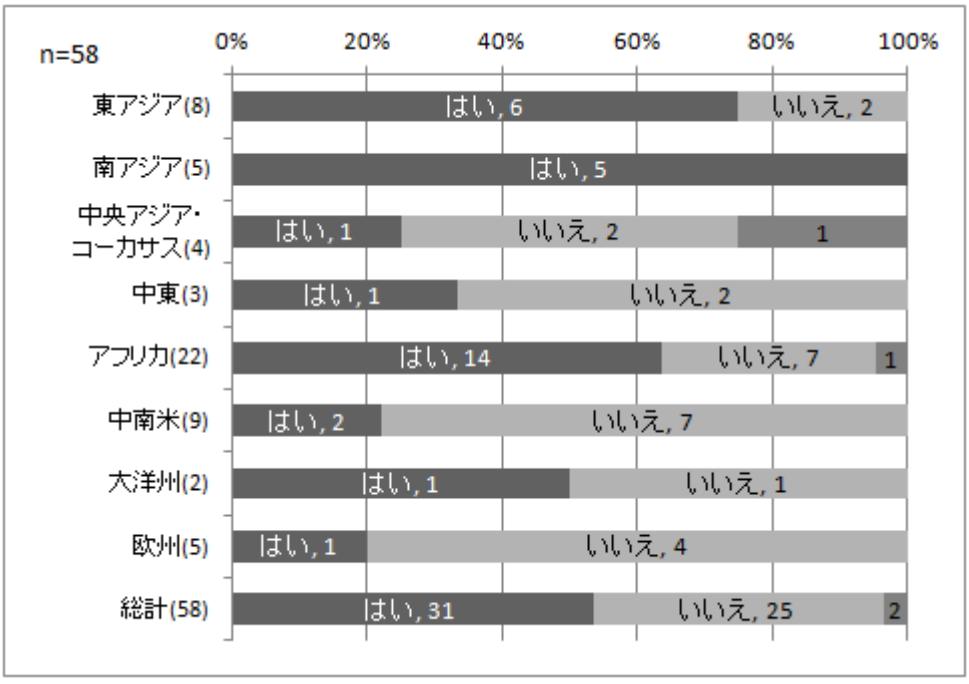
[36] 外務省（日本）『「保健・医療分野支援」の評価　報告書』，2009 年，37 頁。
[37] 外務省国際協力局国際保健政策室へのヒアリング（2014 年 8 月 22 日）。
[38] JICA 人間開発部へのヒアリング（2014 年 8 月 12 日）。

このように，保健分野では，多様なアクターが活動するようになった国際保健コミュニティへの対応や，地域と課題別の特性を踏まえた効果的な支援を行うために，援助実施体制の強化が図られてきたと言える。

（３） 現場レベルにおける保健分野支援の実施体制

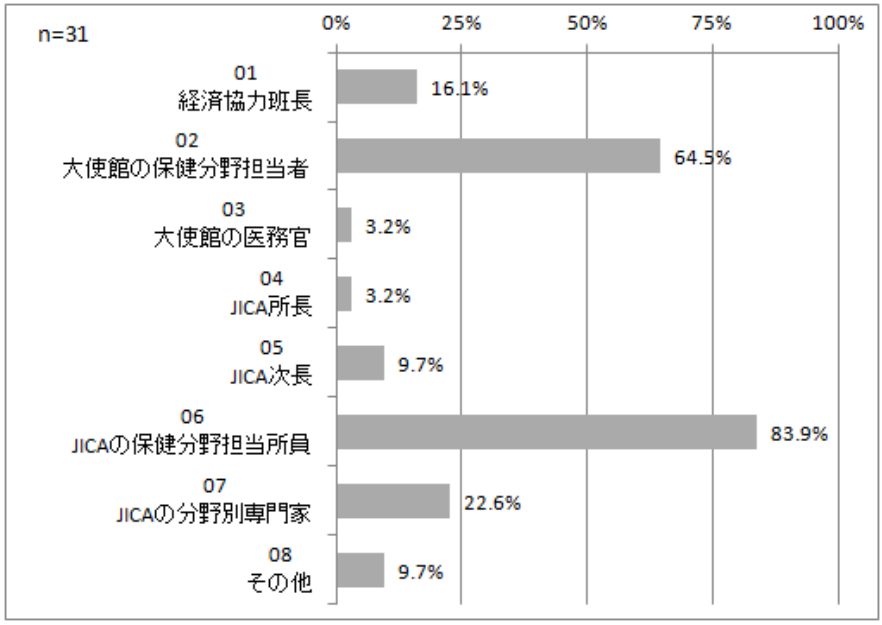
被援助国の現場レベルの保健分野支援の実施体制について見ると，在外公館アンケート調査の結果によれば，現地 ODA タスクフォースの中で保健分野担当者を明示的に決めていると回答した国は全体の 53.4%と半数程度で，同担当者の所属先・役職としてもっとも多かった回答は「JICA の保健分野担当所員」で 26 か国（83.9%），次いで「大使館の保健分野担当者」で 20 か国（64.5%）であった。なお，2008 年に行われた調査では，アンケート調査回答国のうち JICA 事務所が設置されている国の約 9 割で保健・医療分野専任あるいは兼任の担当職員（ないし企画調整員）が配置されていたとの結果が出ており，この結果と比較すると，今回調査の結果が相対的に低い結果となっている。この点については分野別専門家との連携等によりカバーされている可能性も考えられるが，これらを含めて ODA タスクフォースとして保健分野支援の実施体制を確立することは，プログラム支援の視点に立った援助案件の実施管理及び相手国・ドナー間調整などへの迅速・的確な対応を行う上でも重要と思われる。

図表 3-25 保健分野担当者を明示的に決めているか
（在外公館アンケート調査結果より）



出典：アンケート調査結果より評価チーム作成。

図表 3-26　保健分野担当者の所属先・役職は何か（複数回答）
（在外公館アンケート調査結果より）



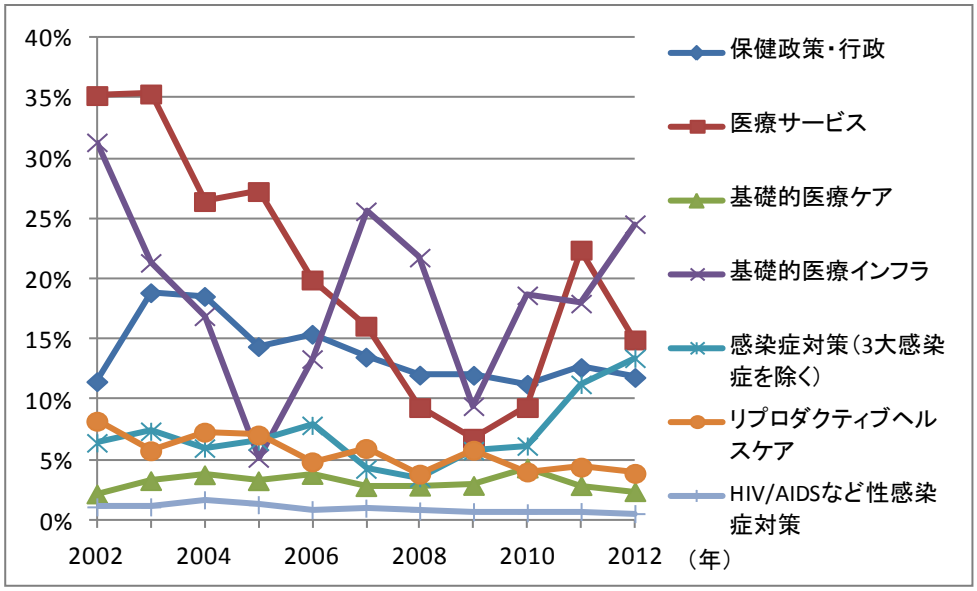
出典：アンケート調査結果より評価チーム作成。

３－３－２　MDGs の進捗状況・援助ニーズを踏まえた援助の適切性

（１）　課題別の取組と保健システム強化

日本は，MDGs 採択以降，二国間支援と国際機関等を通じた支援の双方を組み合わせて様々な取組を行ってきたが，３－２（「結果の有効性」に関する評価）で述べたように，MDGs 指標改善への貢献度は他の開発パートナーに比べて弱い。ただし，日本の援助政策では「保健医療体制の基盤整備」（HDI 等）や「保健システム強化」（国際保健政策，JICA ポジションペーパー等）などの分野横断的な支援も重視されており，実際に全ドナーの投入実績額に占める構成比を見ても，「基礎的医療インフラ」「保健政策・行政」「医療サービス」などのサブセクターの構成比が比較的高い。これらのインプットは，保健関連 MDGs の進捗状況を測る個別指標には直接的に反映されづらいが，現地のサービス提供体制の整備や人材の能力強化等によって被援助国における保健システム全体の「底上げ」を目指すものであり，課題別に設けられた MDGs 達成にも貢献し得るアプローチである。また，保健システムの「底上げ」は，支援の成果を一過性のものとせず，持続性を担保する上でも不可欠な要素であり，長期的な視点から見て，被援助国の保健状況の改善に貢献するものと考えられる。

図表 3-27　サブセクター別にみた全ドナーの保健分野支援の投入実績額に占める日本のシェアの推移（国際機関経由を含む）



注：国際機関を含む全ドナーの援助額に占めるシェア。
出典：OECD, *CRS* より評価チーム作成。

これらの点は，国内の関係機関や被援助国の現場担当者レベルでも明確に認識されており，例えばケーススタディ国セネガルの現地 ODA タスクフォースへの電話ヒアリングにおいても，JICA は包括的な支援を行っているため指標の改善という明確なアウトカムとしては成果を測りにくいが，現地人材のマネジメント能力向上等により，相手国政府及び他ドナーから高い評価を受けているとの回答が得られた[39]。

また，人材育成の観点では，技術協力スキームの一つとして日本が実施している「研修員受入事業」（本邦研修，現地国内研修，第三国研修）は，援助プロセスにおいて現地人材の能力強化を重視する日本の援助政策を象徴する取組であり，特筆すべき点の一つである。同事業の成果について，被援助国の在外公館を対象に実施したアンケート調査では，「保健分野の研修員受入事業をきっかけとして貴任国政府等との間で長期的な関係性が築かれ，保健分野協力の発展に結びついた事例」として，次のような回答が得られた。

[39] 現地 ODA タスクフォースへのヒアリング（2014 年 11 月 20 日）。

図表 3-28 「研修員受入事業をきっかけとして
保健分野協力の発展に結びついたた事例」に挙げられた回答例

・【ザンビア】ザンビア大学獣医学部を対象とした第三国研修（1999～2003 年）を実施し，家畜疾病の診断能力向上に貢献した。同研修等を通じて，同学部との関係性が構築され，その後同学部を相手国側実施機関としたプロジェクト「家畜衛生・生産技術普及向上計画プロジェクト」（2006～2009 年），「結核及びトリパノソーマ症の診断法と治療薬開発プロジェクト」（2009～2013 年）が実施され，現在「アフリカにおけるウィルス性人獣共通感染症の調査研究プロジェクト」（2013～2018 年）が実施されている。

・【アンゴラ】アンゴラ医療保健プロジェクト ProFORSA―ジョシナ・マシェル病院及びその他保健機関の人材育成と一次医療の再活性化を通じた保健システム強化プロジェクト(2012 年 10 月～2014 年 10 月)において，カウンターパートである保健省人材局長が本邦研修に参加した際に母子健康手帳の機能に感銘を受け，帰国後大臣に報告したことから，プロジェクト内にて日本のノウハウを活かしたアンゴラ版母子健康手帳を導入することが決定した。現在国家政策の計画の中にも組み込まれ，今後全国展開していく予定。

・【セネガル】JICA は，本邦研修「仏語圏保健人材管理」の帰国研修員が立ち上げた仏語圏保健人材管理ネットワーク（現在 11 か国加盟）が策定した活動計画を，フォローアップ協力にて 2 年間（2012，2013 年）支援してきた。2014 年度にはこのネットワークを実施機関とする技プロ「保健人材広域ネットワーク強化プロジェクト」が採択され，加盟国に共通する保健人材管理課題に中期的に取り組むこととなった。

・【マラウイ】本邦研修に参加した研修員が，同研修の実施に関与していた日本の非営利組織（NPO）ISAPH（International Support and Partnership for Health）に働きかけた結果，同 NPO が草の根技術協力スキーム（パートナー型）を活用して現地での協力「子どもにやさしい地域保健プロジェクト」を実施中。その他，「医療機材維持管理（個別専門家派遣）」や「病院運営改善に向けた 5S-KAIZEN-TQM 普及（個別専門家派遣）」で，カウンターパートや関係者を積極的に本邦研修や第三国研修に派遣し，スキーム間の相乗効果が発現されている。

・【パキスタン】連邦・州保健局に多数の帰国本邦研修生がいることで，協力関係を得られやすい。

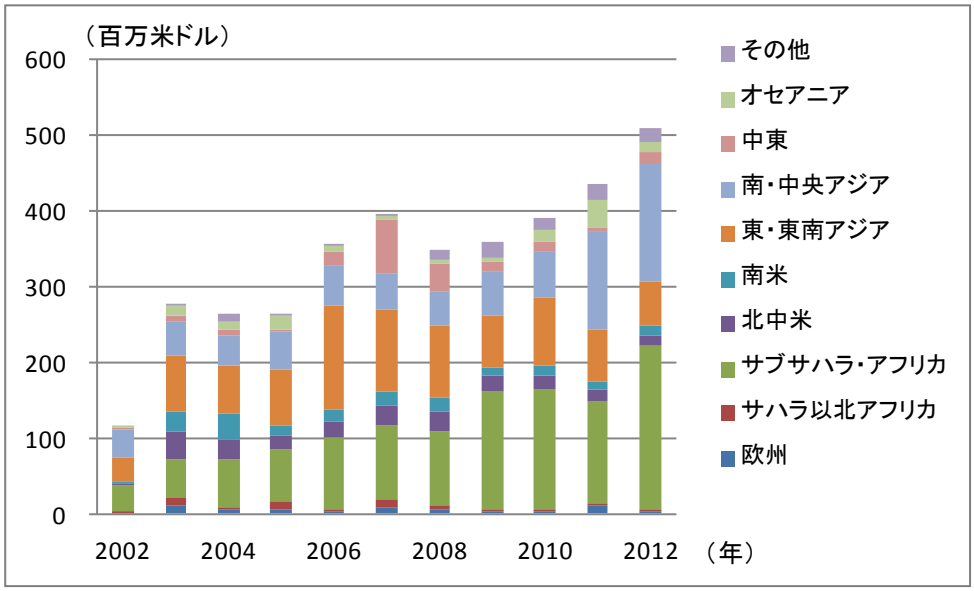
出典：アンケート調査結果より評価チーム抜粋。

（２） MDGs の進捗状況への対応

日本の被援助国における保健関連 MDGs の進捗状況を見ると，３－２で述べたように，MDG 6 についてはおおむね三大感染症の感染者数が減少に向かい，一定の成果が見込まれる一方，MDG 4 及び 5 においてはまだ達成への道のりが長く残されている。特に，サブサハラ・アフリカや南アジア地域で乳幼児死亡率や妊産婦死亡率の低減が遅れている。これらの MDGs の進捗状況は，国際連合開発計画（UNDP）や WHO などの国際機関，各国政府，民間セクター等によってモニタリングされ，達成の見込みに対する評価等が行われてきた。

これに対し，日本の保健分野支援の地域別投入実績額を見ると，MDGs 指標の改善の遅れが目立つ地域への投入額が年々増加しており，MDGs の進捗状況を踏まえて，支援の強化が図れてきたものと考えられる。ただし，３－２で述べたように，大陸・地域別の拠出先を他の大規模ドナーと比較すると，日本は相対的に東・東南アジアの構成割合が大きく，サブサハラ・アフリカの構成割合が小さい傾向にある。このことから，保健関連 MDGs の達成という目標の下では，より指標の改善が遅れている地域への投入に注力することを検討する余地があったと思われる。

図表 3-29 日本の保健分野支援の地域別投入実績額の推移（二国間支援）



出典：OECD, *CRS* より評価チーム作成。

（３） 被援助国のニーズへの対応

日本のODAは，被援助国等の支援先のニーズに基づいて具体的な案件形成が行われる要請主義を基本としており，保健分野支援においても相手国のニーズに応えた支援が行われている。この点では，後のケーススタディで扱うセネガル及びガーナの事例における，援助対象地域の選定プロセスでも明確である。両国における日本の重点支援地域（セネガル国タンバクンダ州，ガーナ国アッパーウエスト州）は，いずれも首都から離れたアクセスの悪い位置にあり，国内でも保健課題が深刻な地域でありながらドナーによる支援が入っていない地域だったが，日本は相手国政府からの要請を受けてこれらの地域に対する支援を開始し，相手国政府や他の開発パートナーから高い評価を受けている[40]。

サブサハラ・アフリカについて言えば，日本は総じて後発ドナーであり，一般的にドナー・コミュニティでは欧米ドナーの存在感が大きいことから，セネガルやガーナへの支援に当たり，国内でも開発段階も保健状況も遅れた地域の援助を「引き受けた」と見ることもできる。しかし，そのような国内後発地域にあって，日本の支援が保健状況の大幅な改善（絶対的水準はまだ不十分だとしても）に少なからず貢献していることは保健関連 MDGs 達成に向けた支援の観点から評価されよう。

また，個別のプロジェクトを完遂するだけでなく，終了後の評価等の検討を通じて，保健分野の協力が発展したケースも多く見られる。被援助国の在外公館を対象に実施したアンケート調査では，回答者全体の 40%の在外公館が「プロジェクト終了後の評価等を検討することから，他の保健関連の案件形成に結びついた事例がある」と回答した。具体的な内容としては，次のような事例がある。

[40] 現地 ODA タスクフォース（セネガル及びガーナ）へのヒアリング（2014 年 11 月 20 日及び同 26 日）。

図表 3-30 「プロジェクト終了後の評価等の検討から
他の案件形成に結びついた事例」に挙げられた回答例

・【インドネシア】インドネシアにおいては，母子健康保健手帳の普及に関するプロジェクトが実施され，国民の 6 割以上に普及した。このプロジェクトでの経験を基に，周辺国で同様な普及プロジェクトが実施される際，効果的に普及を促すための第三国研修においてインドネシアをドナー国とし，普及に成功した経験やノウハウ等を教示するなどの取組を行った（結果，インドネシアが東南アジア地域での母子手帳の普及に関しリーダー的な役割を果たすことにも繋がった。）。

・【スリランカ】保健分野の開発調査を実施し，同調査を踏まえて策定した保健分野の戦略に基づき，JICA が傾注すべき分野を設定し事業を実施した。開発調査後に実施した技プロの一つである5S 改善プロジェクトは，事業終了後にカウンターパートが他国へリソースパーソンとして派遣されたり，今年度からは第三国研修を実施したりするまで発展している。

・【セネガル】技プロ「保健人材開発促進プロジェクト」（2001 年 11 月～2006 年 10 月）では，主に一次保健医療システムで働く保健人材の養成システムを強化する協力を行った。同協力終了前に他の仏語圏人材を集めて実施された経験共有セミナーにおいて，同成果を共有することの重要性が認識され，現在実施中の「仏語圏西アフリカ看護師・助産師養成校教員能力強化研修（フェーズ 2）」（2013 年 4 月～2018 年 3 月）につながっている（フェーズ 1 は，2008 年 10 月～2013 年 3 月）。

・【ベトナム】越における保健医療分野のODAは，一の個別案件では不十分なところがあれば，他の案件形成に結びついており，全体として関連付けられ，相乗効果を生み出している。最近の案件の例では，越の保健医療分野の水準向上のため，保健省への個別専門家派遣による制度構築等支援，拠点病院自体の強化と拠点病院による周辺病院への指導・研修活動の強化，地方病院によるリファラルシステム体制の構築と，地方病院への機材供与といったソフト・ハード両面から支援を行っている。

出典：アンケート調査結果より評価チーム抜粋。

以上のように，日本の保健分野支援は，被援助国からのニーズに基づいて具体的な案件形成が行われ，また，プロジェクト終了後に新たに保健分野協力への展開が生まれたケースも一定程度見られることから，現地のニーズに対応し，適切な支援が行われているものと推察できる。

３－３－３ 受入国政府や他の開発パートナー等との連携・調整の適切性

本項目では，(1)被援助国における相手国政府や同国内で活動する他の開発パートナー等との協議・調整，(2)援助協調の取組，(3)他の開発パートナーとの連携――について検証を行う。なお，援助協調の取組は，(1)援助の実施に当たりドナー間で協議・調整を行うこと，(2)被援助国の開発政策に沿ってドナーが共通の戦略や手続等により支援を行うこと――の 2 つのレベルに整理できる。本稿では，(1)を他の開発パートナーとの協議・調整（広義の援助協調），(2)を援助協調と区別して記述した。

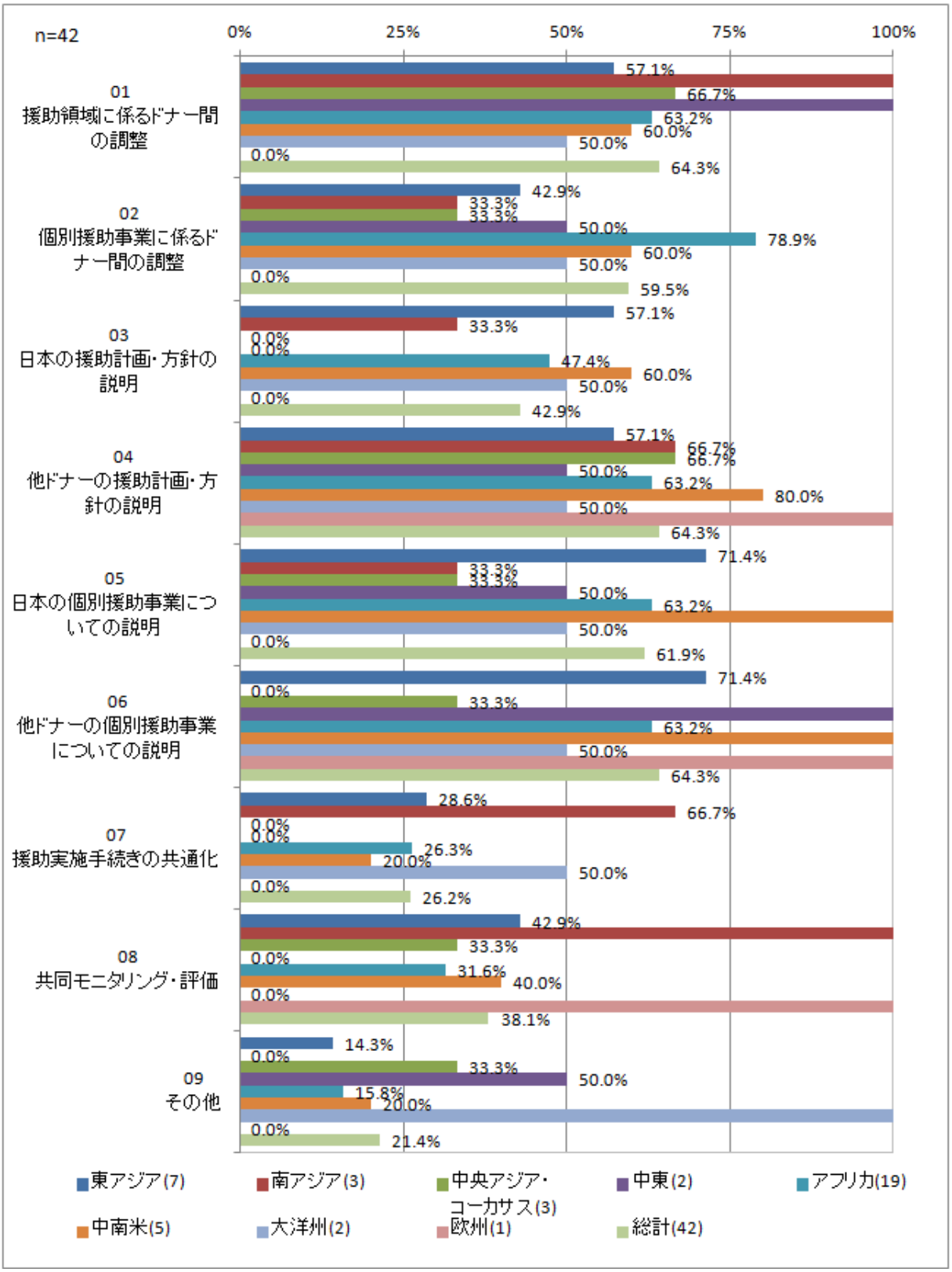
（１） 相手国政府や他の開発パートナーとの協議・調整

援助の実施プロセスにおいては，上述のように被援助国のニーズに対応した効果的支援を行うために，相手国政府との協議・調整が必要となる。アンケート調査の結果によれば，保健分野支援の供与に際し，相手国政府（保健行政を主管する省庁）の代表者との間で二国間の保健政策に関する意見交換の機会が設けられている国は全体の 57.8%であった。ただし，被援助国の 94.7%では保健分野のセクター戦略が策定されており，73.9%の国では保健分野に限定したドナー会合（Consultative Group Meeting 等）が定期的に開催されている。このうち，73.8%ではセクター戦略の策定に係る議論も行われていることから，これらの機会を通じて，相手国政府との協議・調整が図られているものと考えられる。なお，2008 年度評価時に行われた在外公館アンケート調査の結果では，「ドナー会合等の保健・医療分野の他ドナーとの協議・調整の機会」があると回答した国は 66.0%であり，被援助国におけるドナー会合の開催割合は増加傾向にあることが確認された。

定期的に開催されているこれらの会合において，具体的に議論されている内容を見ると，半数以上の国で「援助領域に関するドナー間の調整」「個別事業に係るドナー間の調整」「日本の個別援助事業についての説明」「他ドナーの個別援助事業についての説明」などが行われており，ドナー会合は他の開発パートナーとの協議・調整を行うための援助協調の枠組みとしても機能していることがうかがえる。

一方，「援助計画・方針の説明」の実施状況を見ると，「日本の援助計画・方針の説明」が 42.9%であるのに対し，「他ドナーの援助計画・方針の説明」は 64.3%と 20%強のポイントが見られた。このことから，日本は，他ドナーに比べて，ドナー会合の場における援助計画・方針の発信がやや弱いことがうかがえる。ドナー会合における実際の協議内容は，参加国（機関）や議長国，ならびに開催目的によっても大きく異なることが予想されるため，必ずしも日本の実施している日本の援助計画・方針について伝える機会があるとは限らないが，この点は 2008 年度評価においても「実施している ODA 案件との関連性において，より積極的に日本の支援方針について発信していくべき」と指摘された点であり，今後の課題であると思われる。

図表 3-31　定期的会合で具体的にどのようなことが行われているか（複数回答）
（在外公館アンケート調査結果より）



出典：アンケート調査結果より評価チーム作成。

（２） 援助協調の取組

（1）で述べたように，日本は被援助国のドナー・コミュニティにおける援助の領域や個別事業に関する協議・調整においては適切に対応していることがうかがえるが，相手国の開発政策に沿った共通の戦略・手続等を通じた支援という意味での援助協調に対しては，あまり積極的な対応を行っていない。例えば，ケーススタディ国のセネガルでは，日本は二国間ドナーの中でも 2002～12 年の累計支出額（保健及び人口・リプロダクティブヘルス分野）が 4 番目の地位にあり，主要ドナーの一つだが，2013 年 4 月に保健分野ドナーとセネガル政府との間で結ばれた協調協定「COMPACT」には，保健セクター投資計画（PISS）への資金貢献や援助のアンタイド化などの要件がハードルとなり，同枠組みには参加していない。保健分野の被援助国の中で唯一のセクター財政支援（SBS）の実施国[41]であるガーナでは，国際保健政策 2011-2015 の下，2011 年から貧困削減戦略無償による財政支援が行われているが，同国では 1990 年代後半から保健分野のコモン・バスケット「保健ファンド」が置かれていたことを考慮すると，援助協調に対して積極的に参画した例とは言いがたい。

ただし，援助協調による支援は，被援助国のオーナーシップに基づいた支援を可能にする一方，適切な運営を行うための相手国政府のマネジメント力，共通の手続等を踏まえるための調整コスト，アカウンタビリティを確保するための成果モニタリング等の仕組みなどが必要となることから，援助協調枠組みへの参加によってもたらされる効果やメリットと，リスクやデメリットの双方を考慮する必要がある。外務省及び JICA においても，こうした財政支援として拠出した資金を追跡することの難しさが認識されている[42]。ガーナの SBS においても，**４－２**（ケーススタディ2：ガーナ）で後述するように，SBS 特有の課題も見え始めていることから，実施にあたっては被援助国における個別の状況を勘案した判断が求められよう。

（３） 多様な開発パートナーとの連携

２－２（保健関連 MDGs 達成に向けた国際的取組）で整理したように，MDGs 設定から現在に至るまでの国際保健コミュニティにおける大きな変化の一つは，開発パートナーの多様化である。従来の先進国ドナーによる二国間支援に加え，国際機関を通じた支援，グローバルファンドや Gavi ワクチンアライアンスなどの官民パートナーシップによる支援，ビル＆メリンダ・ゲイツ財団などの民間ドナーによる支援等，被援助国に対し，多様なルートから支援が行われるようになった。

[41] なお，バングラデシュでは円借款のスキームを利用したセクタープログラムへの支援が行われている。

[42] JICA 人間開発部へのヒアリング（2014 年 8 月 12 日）。

（ア）国際機関等との連携

これらの変化を受けて，上述の国際保健政策 2011-2015 でも，MDGs 達成に向けて，国際機関等を始めとする他の開発パートナーとの連携を重視し，二国間支援との相乗効果の発現を図る方向性が示された。この点は，2008 年度評価においても「世界基金との協調と連携」（提言 8）として積極的な活用が提言された点であり，二国間支援と国際機関等を通じた支援の効果的活用を政策レベルで明示したことの意義は大きい。

他の開発パートナーとの連携強化の方向性は，実際の援助実績にも表れている。例えば，**３－２**（「結果の有効性」に関する評価）で述べたように，MDG 6 に貢献する三大感染症対策への日本のインプットは，国際機関を通じた支援が中心である。中でも，同分野に大規模な資金を投入している世界エイズ・結核・マラリア対策基金（グローバルファンド）に対して，日本は 2002 年の基金設立以降，2014 年末までの間に累計 21.6 億ドルを拠出しており[43]，同基金を支える主要ドナー国として大きな存在感を示している。

また，被援助国レベルで見れば，日本の保健分野支援として，二国間支援と国際機関を通じた支援を効果的に活用することが求められる。この点については，ケーススタディ国のガーナでも具体的事例を確認することができた。同国で日本が重点的に支援を行っているアッパーウエスト地域では，日本は二国間支援により地域レベルで母子保健状況の改善を目指す「コミュニティ・ベース保健計画サービス」（CHPS）の運営能力強化を支援している。これに加え，病院レベルでは，日本の拠出（イヤーマーク）により，新生児の集中治療ユニットの活動を支援する UNICEF プロジェクトが展開されている[44]。このように，地域レベルと医療機関レベルの介入を組み合わせた取組は，同地域の乳幼児死亡率の低減という大目標に役立つアプローチと考えられる。

（イ）民間セクターとの連携

NGO との連携

ODA 事業における NGO 連携の主なスキームである，日本 NGO 連携無償資金協力（2002 年に日本 NGO 支援無償として設立），草の根技術協力事業（2002 年創設）では，日本の NGO が被援助国で行う活動への支援が行われている。日本 NGO 連携無償では，保健分野において年間 20～30 件程度のプロジェクトが採択されており，その全分野に対する構成比は 30%前後となっている。なお，分野別集計は公表されていないが，JICA が行う技術協力の一環として 2002 年に創設された草の根技術協力事業では，NGO や地方公共団体などの提案による技術協力事業が行われている。

また，被援助国の現地 NGO や医療機関等が実施するプロジェクトに対して在外公館が中心となって資金協力を行う草の根・人間の安全保障無償（小規模無償資金協力として

[43] グローバルファンド日本委員会「グローバルファンド ファクトシート」，2014 年 10 月。
[44] United Nations Children's Fund (UNICEF), "Newborn Intensive Care Units launched in Northern Ghana", 28 August 2013.

1989 年に創設）では，保健分野において年間 200～300 件程度のプロジェクトが採択されている。

図表 3-32　保健分野における NGO 関連事業の採択実績

事業スキーム	年度	採択数（構成比）	金額（百万円）（構成比）
日本NGO連携無償	2010	24 件（31%）	1,758（30%）
	2011	22 件（27%）	653（22%）
	2012	31 件（34%）	1,121（32%）
草の根・人間の安全保障無償	2010	272 件（23.13%）	2,129（20.28%）
	2011	250 件（23.72%）	2,129（22.54%）
	2012	（集計なし）	（集計なし）

出典：外務省（日本）『政府開発援助（ODA）参考資料集』各年版及び外務省提供資料より評価チーム作成。

また，ODA 事業に関する外務省と NGO の対話の場として 1994 年から継続されている「GII/IDI に関する外務省/NGO 定期懇談会」では，2 か月に一度のペースで保健 NGO と国際保健政策室の懇談が行われている[45]。

民間企業との連携

ODA 事業における民間企業との連携は，ODA 中期政策（2005 年）に掲げられた民間企業活動との連携強化の方針，2008 年に発表された「成長加速化のための官民パートナーシップ」などに見られるように，主に経済産業分野を対象として発展してきた。しかし，近年では，保健分野においても BOP（低所得層）ビジネスなどの形態をとり，民間主導や官民連携によって被援助国の保健サービス提供や健康・栄養状態の改善等に貢献する取組が始まっている。

これらの取組には，企業の CSR（企業の社会的責任）活動の一環として行われる活動だけでなく，被援助国の開発課題の改善に貢献しつつ継続可能な事業として運営することを目指す BOP ビジネスなど，様々なビジネスモデルが考案されつつある。JICA では，民間連携事業として協力準備調査（BOP ビジネス連携促進），中小企業海外展開支援事業（案件化調査）などのスキームが作られ，保健分野でも毎年数件程度の採択実績がある。

また，2011 年には，官民連携促進策「成長加速のための官民パートナーシップ」で新設された民間提案受付制度の下，医療機器メーカーの提案を受けて，JICA と同企業の共催によりメキシコから医師を招いた研修が行われた[46]。

[45] アフリカ日本協議会へのヒアリング（2015 年 1 月 14 日）。
[46] 外務省（日本）「メキシコにおける医療分野の官民連携案件」，同省ウェブサイト，2011 年 9 月 2 日。

図表 3-33 JICA における民間連携事業の採択実績

事業スキーム	年度	採択数	採択案件の案件テーマ
協力準備調査（BOP ビジネス連携促進）	2010	1 件	・離乳期栄養強化食品
	2011	4 件	・栄養食品開発 ・新式アルコール消毒剤による感染症予防 ・殺菌ジェルの使用習慣化 ・ローカル開発食品による栄養改善
	2012	3 件	・殺菌剤入石けん液等の普及 ・BOP 層のビタミン A 摂取状況改善 ・防虫関連製品の貧困層向けビジネスモデル構築
	2013	4 件	・日本の伝統的発酵技術を活用した栄養食品 ・アフリカ原産食用藻を用いた栄養改善 ・日本の伝統漢方薬普及 ・日本式移動健診車を用いた検診・予防医療
開発途上国の社会・経済開発のための民間技術普及促進事業	2013	6 件	・効率的な透析施設運営の導入 ・栄養士教育・資格法制度等のシステム創設 ・日本式白内障診療普及 ・歯科技工/歯科医療サービス普及 ・安価な健康診断事業等の現地展開 ・生活習慣病対策
中小企業海外展開支援事業（中小企業連携促進基礎調査）	2013	4 件	・ポータブル X 線装置現地生産化 ・医療廃棄物適正処理 ・セルフ健康チェックサービス ・医療系廃棄物適正処理
中小企業海外展開支援事業（案件化調査）	2012	5 件	・アイスバッテリー・システム導入に関する調査 ・ユーグレナ（ミドリムシ）の活用方法 ・ワクチン及び臨床検体，治験検体の輸送品質改善 ・遠隔診断，遠隔研修医療連携 ・低所得者向けの移動型医療サービス
	2013	3 件	・調乳設備システムの導入 ・新生児の黄疸診断機器導入 ・地域医療への情報ネットワーク導入
中小企業海外展開支援事業（普及・実証事業）	2012	3 件	・医療廃棄物処理システムの普及 ・ICT を駆使した医療連携 ・ドクターカー（移動型診療所）展開

出典：JICA ウェブサイトより評価チーム作成。

なお，2013 年 5 月の TICAD V で発信された国際保健外交戦略，2013 年 6 月に発表された健康・医療戦略などの直近の政策文書では，関連省庁・機関が一体となって日本の健康医療産業の海外展開支援に力を入れて取り組んでいく方向性が示されており，これらの政策展開における ODA の活用が打ち出されている。

３－３－４　「プロセスの適切性」に関する評価のまとめ

以上のように，日本の保健分野支援は，上位政策を踏まえ援助政策において MDGs 達成へのコミットメントを示し，関係機関本部の体制強化を図るなど，保健分野支援の充実のための取組が行われてきた。また，被援助国における MDGs 達成に向けて，長期的な視点から，行政能力向上や基礎インフラ整備などの保健システムの「底上げ」に寄与する分野横断的なアプローチを含む支援を行ってきた。この点は，研修員受入事業などの技術協力の活用状況からも，被援助国において一定の評価を得ていることがうかがえる。

現地レベルでの援助プロセスについては，情報収集の制約から本評価においては詳細な検証を行っていないが，アンケート調査結果及びケーススタディから，おおむね適切に相手国政府や他の開発パートナーとの協議・調整が行われていることがうかがえた。ただし，ドナー・コミュニティにおける日本の援助計画・方針等の発信がやや弱く見受けられる点は，2008 年調査でも指摘された点であり，引き続き改善が求められる。

また，他の開発パートナーとの連携については，特に近年，ODA 事業における企業などの民間セクターとの連携のチャネルが拡充されている。これらの事業の中には JICA と企業が協力して取組を行った事例もあり，官民のパートナーシップが発現しつつあると言える。こうした多様な開発パートナーとの連携は，UHC 実現に向けた今後の保健分野支援においても，公的制度やマクロの取組がカバーすることができない層へアプローチするための一つの方策になり得るだろう。

３－４ 外交の視点からの評価

本節では，2011 年の「ODA 評価ガイドライン」改定を受けて，新たに評価項目として加わった外交の視点から，日本の保健関連 MDGs 達成に向けた支援の外交的な効果について検証した。ここでの評価は，（1）文献調査，（2）ヒアリング（国内関係機関における訪問先）の結果を基に行った。

３－４－１ 被援助国への外交的効果

日本は，ODA 大綱を始めとする上位政策において，経済社会活動にも影響を与える重要なファクターである貧困削減への取組として，保健分野の支援を重視してきた。これらの援助政策の下で展開されてきた各被援助国への保健分野支援は，日本と相手国の二国間関係においても，現地での日本の認知度の向上や親日感情の滋養などの形で一定の効果を挙げてきたものと考えられる。被援助国の在外公館を対象として行ったアンケート調査では，保健分野支援が「外交的な視点から見て効果をもたらした事例」として，次のような具体例が挙げられた。

図表 3-34 外交的な視点から見て効果をもたらした事例」に挙げられた回答例

・【カンボジア】当地への母子保健分野の支援として，1995 年度に無償案件で国立母子保健センターを建設するとともに，同センターに対して技術協力も実施（技術協力については 2014 年 10 月現在に至るまで，ほぼ一貫して実施している。）。これらの取り組みにより，同センターは別名「ジャパン・ホスピタル」の愛称で親しまれており，当地の日本の評判を上げる効果を果たしてきたと理解している。

・【ソマリア】2013 年 5 月にソマリアのポリオが発見されて以降，2013 年 8 月には我が国は，緊急無償資金協力にてポリオ対策支援を決定した。その後，各ドナーも本分野での支援を決定したが，各ドナーに先駆けて我が国が支援を決定し，ソマリア政府からも大使のソマリア出張の折に感謝の意が述べられている。

・【バングラデシュ】JICA 技術協力プロジェクト「母性保護サービス強化プロジェクト」（2006～2011 年）での取り組みにより，妊産婦の健康改善のために必要なサービスの利用が大幅に増えたこと，さらにその方法が外部的投入の比較的少ないアプローチである点が，バングラデシュ保健家族福祉省から高く評価され，以降プロジェクト対象県であるノルシンディ県の名前を冠した「ノルシンディ・モデル」と呼ばれるようになった。「ノルシンディ・モデル」は，バングラデシュ開発フォーラム，G8 ムコスカ・サミット等にて，その有効性が言及されている。

・【ウクライナ】日本製の高機能かつ耐久性の高い医療機材に対する評価・信頼が極めて高い。当国で取り扱いのない（代理店がない，もしくは認可されていない）日本製の医療機材の供与を求められることも多い。

出典：アンケート調査結果より評価チーム抜粋。

３－４－２ 国際社会への外交的効果

（１） 保健課題に関する国際社会への発信

保健分野における日本の取組は，被援助国のみならず，国際社会に対する保健課題の発信という形でも一定の足跡を残してきた。例えば，九州・沖縄サミットでは，日本が感染症問題を主要議題の一つとして取り上げ，5 年間に総額 30 億ドルをめどとする包括的な感染症対策支援の実施を行うことを表明し，感染症対策への国際社会の関心を喚起したことが，現在のグローバルファンドの創設に貢献した。また，2008 年の G8 北海道洞爺湖サミットの保健専門家会合で提出された「国際保健に関する洞爺湖行動指針」においては，G8 が採るべき行動として，日本が発信してきた「保健システム強化」が冒頭に掲げられた。これらの事例は，日本が国際会議等を通じて行ってきた保健分野の取組課題に関する問題提起が，国際社会における開発課題として認知された点で，外交的効果をもたらしたと言えよう。

また，2011 年 8 月には，国際的な権威がある英国の医学論文誌『ランセット』に日本の国民皆保険 50 周年を記念した日本特集が掲載された[47]。同誌で先進国の単独の特集が組まれたのは初めてであり，日本がこれまで取り組んできた保健援助施策の発信においても，大きな意義があったと考えられる。

（２） ポスト MDGs の開発目標への対応

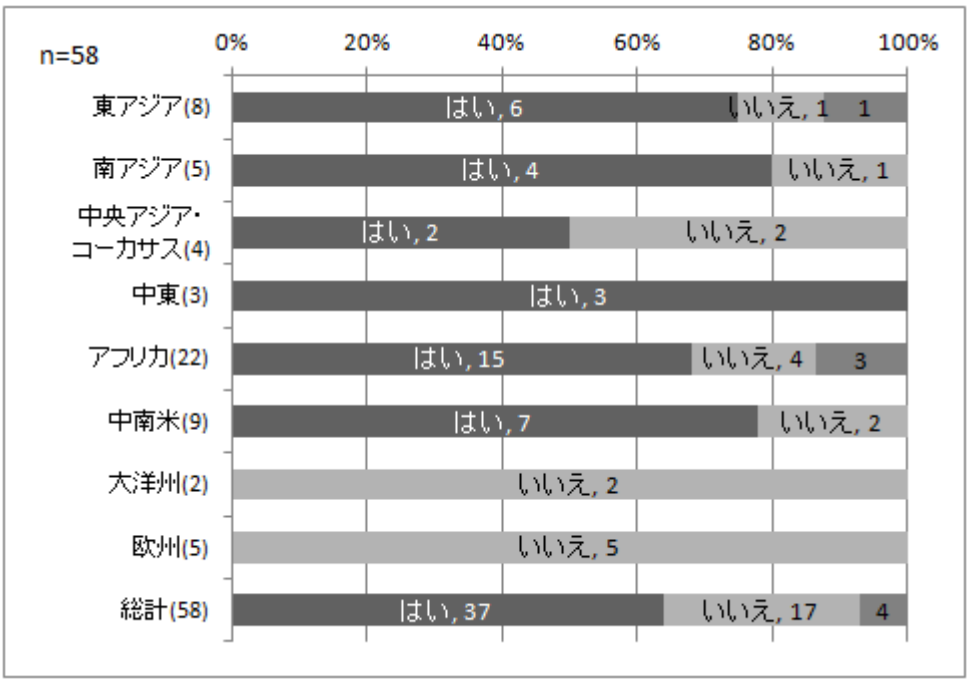
MDGs の期限である 2015 年を目前に控え，国際社会では近年，２－２－１で述べたように，ポスト MDGs の開発アジェンダについての議論が行われている。保健分野については，WHO が 2012 年にまとめた報告書「ポスト 2015 年開発アジェンダにおける保健の位置づけ」や国連事務総長の諮問グループ（ハイレベル・パネル）が 2013 年に提出したポスト MDGs の開発ビジョンに関する報告書などの中で，先進国や新興国にも共通する包括的な保健概念ないし保健目標として，新たに UHC の概念が掲げられている。

在外公館アンケート調査の結果によれば，日本の保健分野の被援助国においても，約 64%の国々で UHC の実現に向けた国内格差の是正に関する政策的議論が行われている。これらの国で UHC を実現する上での課題として指摘されている内容としては，「保健財

[47] “Japan: Universal Health Care at 50 Years”, *The Lancet,* Published Online, 30 August 2011.

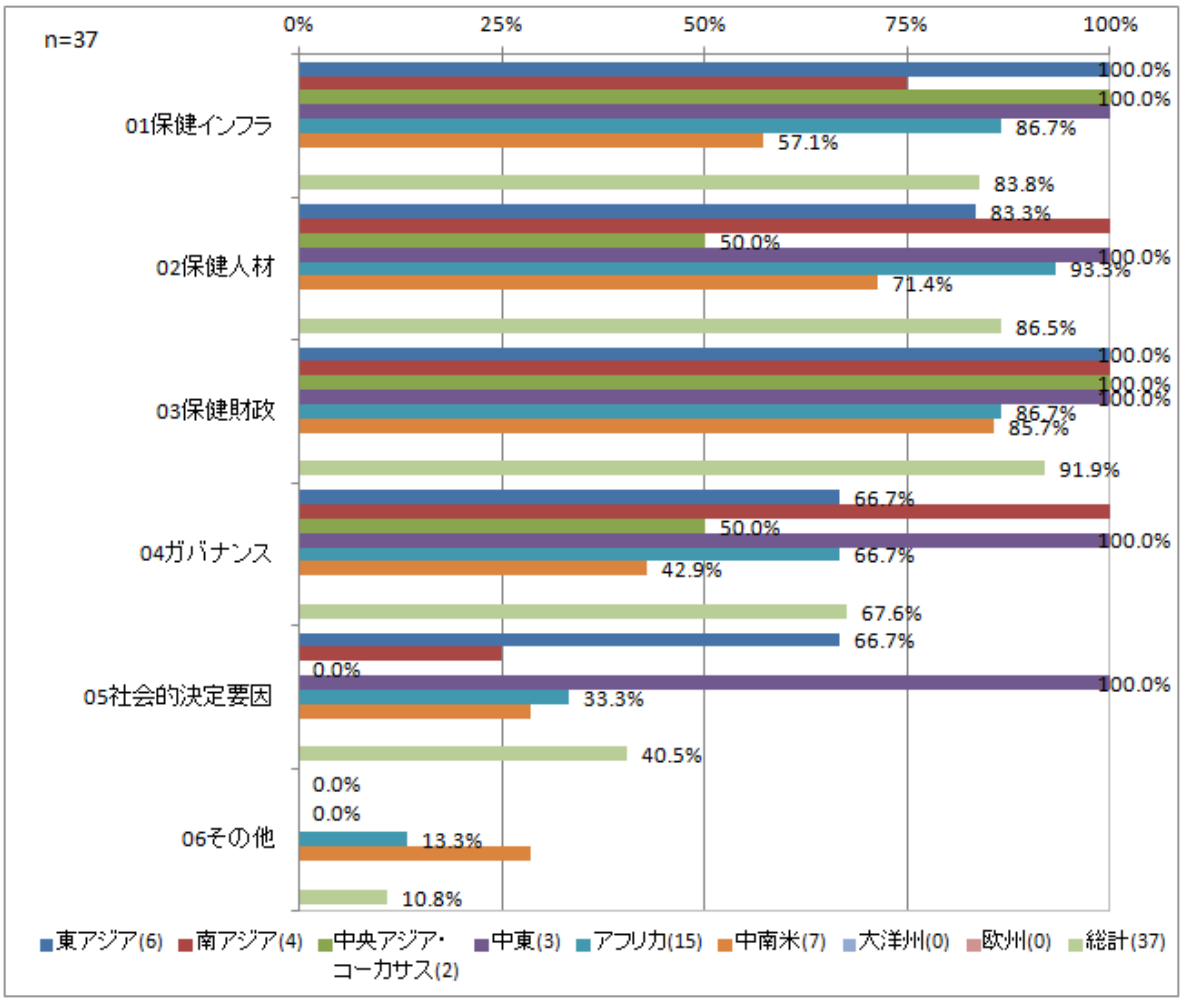
政」,「保健インフラ」,「保健人材」との回答が多く挙げられた。なお，地域別にみると，アジアでは「保健財政」，アフリカでは「保健人材」の回答が相対的に多く寄せられるなど，地域によって UHC に向けた課題に特色があることもうかがえた。

図表 3-35　ユニバーサル・ヘルス・カバレッジの実現に向けた
国内格差の是正に関する政策的議論が行われているか
（在外公館アンケート調査結果より）



出典：アンケート調査結果より評価チーム作成。

図表 3-36　ユニバーサル・ヘルス・カバレッジを実現する上での課題として指摘されている課題は何か（複数回答）（在外公館アンケート調査結果より）



出典：アンケート調査結果より評価チーム作成。

これらの国際社会の動向に対し，日本は MDGs フォローアップ会合分科会（2011 年 6 月），TICAD V（2013 年 6 月），国連総会サイドイベント「ポスト 2015：保健と開発」（2013 年 9 月）などの国際会議の開催を通じて，開発アジェンダの発信を行ってきた。また，特に次期開発課題の中心となっている UHC については，G8 諸国の首脳として初めて医学専門誌への寄稿[48]を行ったり，UHC に関する日本・世界銀行共同研究プログラムの成果を発表するなど，国際社会をターゲットとした積極的な働きかけを行っている。

ただし，MDGs フォローアップ会合分科会では「保健及び関連 MDGs の成果の加速化」の鍵として母子保健支援モデル「EMBRACE」が提案されたが，以降の主要テーマは

[48] Abe, Shinzo, “Japan’s strategy for global health diplomacy: why it matters”, *The Lancet*, Vol. 382, 14 September 2013.（外務省仮訳「我が国の国際保健外交戦略－なぜ今重要か－」）

UHC へと移っており，その連続性について明確な説明は行われていない点には留意が必要である。国際社会に対して一貫したメッセージを発信するという観点から，政策の連続性に配慮し，丁寧な説明を行うことが求められよう。

第４章

保健関連 MDGs 達成に向けた

日本の取組の評価

（ケーススタディ）

４－１ ケーススタディ１：セネガル

４－１－１ セネガルにおける保健関連 MDGs 達成の状況

（１） 国の概要

セネガル共和国はアフリカ大陸最西端に位置し（図表 4-1），196,712 平方 km（日本の約半分）の国土面積と，13,508,715 人（2013 年）の人口を擁する[49]。人口の 45%が，首都ダカールを始めとする都市部に居住している。セネガルには 14 の州 (Région) があり，さらに合計 45 の県(Département)に分かれている（図表 4-1）。国民の 95%がイスラム教，5%がキリスト教，その他 1%未満が伝統的な宗教を信仰しており，公用語はフランス語である[50]。

図表 4-1 セネガルの位置

出典：外務省（日本）ウェブサイト

1960 年にフランスから独立して以来，安定した民主主義政治下にある。独立後，長期にわたって社会党が政権の座にあったが，2000 年にワッド・セネガル民主党（PDS）党首が大統領に当選し，初めての政権交代が平和裡に行われた。ワッド氏は大統領を二期務めたが，2012 年の選挙で，マッキー・サル元首相に敗れ，二度目の政権交代が実現し，民主主義の定着を示した。

経済は，1994 年の通貨切り下げをきっかけとして成長軌道に乗り，2005 年までは平均 5%の実質成長を続けてきた。しかし，その後は世界的な経済不況，農産物の不作などの影響で，平均 2.5%程度の成長率に鈍化している[51]。経済のけん引役は第三次産業で，国内総生産（GDP）の 54%を占め，特に，運輸・通信分野が伸びている[52]。

一人当たり国民総所得（GNI）は 1,050 米ドル（2013 年，アトラスメソッド換算，世界銀行調べ。）で，世界 213 か国中 180 位である。世界銀行では低中所得（lower middle income）国に分類され，国際連合により後発開発途上国（LDC）に認定されている。国連開発計画（UNDP）の人間開発指数ランキングでは世界 187 か国中 163 位である（2013 年）。貧困率は過去 20 年間で順調に

[49] Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD), *Recensement Général de la Population et de l'Habitat, de l'Agriculture et de l'Elevage 2013 (RGPHAE 2013)*, 2014.
[50] 外務省（日本）「セネガル共和国基礎データ」。
[51] Ministère de l'Economie et des Finances (MEF), Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD), *Rapport de suivi des OMD 2000-12*, p.12.
[52] *Ibid*.

低下しているものの，その水準は依然として高く（46.7%[53]，2011 年），都市部（ダカール 26%，その他都市部 41.3%，同）と農村部（57%，同）の間で格差が見られる。

セネガルはアフリカの中でも，政情が安定しており，アフリカ連合（AU）及び西アフリカ諸国経済共同体（ECOWAS）に積極的に関与するなど，地域の重要国として，日本のアフリカ外交にとって重要な地位を占めている[54]。日本は，1976 年に対セネガル経済協力を開始して以来，保健・教育・水・植林・農業・水産・インフラの分野を中心に，援助を継続してきた。また，1979 年 4 月には，青年海外協力隊（JOCV）派遣取極を締結しており，現在セネガルは，西アフリカ最大規模の JOCV 派遣国となっている[55]。

（２） MDGs 達成に向けた進捗状況

図表 4-2 は 2013 年 12 月時点のセネガルのミレニアム開発目標（MDGs）達成に向けた進捗度を示している。セネガル経済財政省とUNDP が共同でまとめた「MDGs 評価報告書 2000-12」[56]によると，達成の見込みがあるのは，ゴール 3（ジェンダー平等推進と女性の地位向上）のターゲット 3.A（2015 年までに全ての教育レベルにおける男女格差を解消する），及びゴール 6（HIV/AIDS，マラリア，その他の疾病の蔓延の防止）だけである。

[53] セネガルが定めた貧困ライン未満の生活をおくる人口の割合（ANSD, Op. cit.）。国際貧困ライン（1 日 1.25 ドル未満）に基づく貧困率は 29.6%（2011 年）。
[54] 外務省（日本）『政府開発援助（ODA）国別データブック』2013 年版，490 頁。
[55] 同上書。
[56] MEF, PNUD, *Op. cit*.

図表 4-2 セネガル保健関連以外 MDG 指標一覧

ﾀｰｹﾞｯﾄ	指標	指標名（単位）	2000年頃	2000年代中頃	直近(年)	目標値
1A	1.1	1日1.25ドル（購買力平価）未満で生活する人口の割合（%）	44.2(2001)	33.5(2005)	29.6(2011)	n/a
	1.2	貧困ギャップ比率（%）	14.3(2000)	10.8(2005)	9.1(2011)	n/a
	1.3	国内消費全体のうち、最も貧しい5分の1の人口が占める割合（%）	6.6(2001)	6.2(2005)	6.1(2011)	n/a
1B	1.4	就業者1人あたりのGDP成長率（%）	n/a	n/a	n/a	n/a
	1.5	労働年齢人口に占める就業者の割合（%）	n/a	n/a	n/a	n/a
	1.6	1日1ドル（購買力平価）未満で生活する就業者の割合（%）	45.8(2001)	34.4(2005)	n/a	n/a
	1.7	総就業者に占める自営業者と家族労働者の割合（%）	77.7(2001)	n/a	n/a	n/a
1C	1.8	低体重の5歳未満児の割合（%）	20.3(2000)	14.5(2005)	14.4(2012)	10
	1.9	カロリー消費が必要最低限のレベル未満の人口の割合（%）	28.2(2001)	22.9(2005)	16.7(2013)	n/a
2A	2.1	初等教育における純就学率（%）	57.8(2000)	73.8(2005)	79.4(2012)	90
	2.2	第1学年に就学した生徒のうち初等教育の最終学年まで到達する生徒の割合（%）	59.2(2001)	53.5(2005)	61.4(2011)	90
	2.3	15～24歳の識字率（%）	49.1(2002)	50.9(2006)	66(2011)	n/a
3A	3.1	初等教育における男子生徒に対する女子生徒の比率（比）	0.89(2001)	0.96(2005)	1.08(2012)	1.00
		中等教育における男子生徒に対する女子生徒の比率（比）	0.66(2001)	0.75(2005)	0.91(2011)	n/a
		高等教育における男子生徒に対する女子生徒の比率（比）	n/a	0.46(2006)	0.59(2010)	n/a
	3.2	非農業部門における女性賃金労働者の割合（%）	10.6(2001)	n/a	n/a	n/a
	3.3	国会における女性議員の割合（%）	12.1(2001)	19.2(2005)	43.3(2014)	n/a
7A	7.1	森林面積の割合（%）	46.2(2000)	45(2005)	44(2010)	n/a
	7.2	二酸化炭素の総排出量（千t）	4331(2001)	5860(2005)	7059(2010)	n/a
		二酸化炭素の一人当たり排出量（t）	0.4438(2001)	0.539(2005)	0.5677(2010)	n/a
		二酸化炭素のGDP1ドル（購買力平価）当たり排出量（kg）	0.2853(2001)	0.3214(2005)	0.3267(2010)	n/a
7B	7.3	オゾン層破壊物質の消費量（t）	120(2001)	57.6(2005)	36.1(2012)	n/a
	7.4	安全な生態系限界内での漁獲資源の割合	n/a	n/a	n/a	n/a
	7.5	再生可能水資源総量の割合（%）	5.7(2000)	n/a	n/a	n/a
	7.6	保護対象となっている陸域と海域の割合（%）	24.27(2000)	n/a	24.2(2012)	n/a
	7.7	絶滅危機に瀕する生物の割合	n/a	n/a	n/a	n/a
7C	7.8	改良飲料水源を継続して利用できる人口の割合（%）	67(2001)	70(2005)	74(2012)	100/82*
	7.9	改良衛生施設を利用できる人口の割合（%）	43(2001)	47(2005)	52(2012)	78/63
7D	7.10	スラムに居住する都市人口の割合（%）	48.9(2000)	43.3(2005)	38.8(2009)	n/a
8A～D	8.11	HIPCイニシアティブ及びMDRIイニシアティブの下でコミットされた債務救済額（百万米ドル）	n/a	n/a	679(2012)	n/a
	8.12	商品及びサービスの輸出額に対する債務返済額の割合（%）	9.3(2001)	7.2(2005)	7.2(2012)	n/a
8F	8.14	人口100人当たりの固定電話回線加入者数（人）	2.34(2001)	2.37(2005)	2.43(2013)	n/a
	8.15	人口100人当たりの携帯電話回線加入者数（人）	2.98(2001)	15.35(2005)	92.93(2013)	n/a
	8.16	人口100人当たりのインターネット利用者数（人）	0.98(2001)	4.79(2005)	20.9(2013)	n/a

出典：United Nations Statistics Division, *Millennium Development Goals Indicators* database（2015 年 2 月 9 日ダウンロード），目標については Ministère de l'Economie et des Finances, *Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD),Progrès réalisés et perspectives* より評価チーム作成。

（３） 保健関連 MDGs 達成状況と課題

セネガルの保健関連 MDGs 達成に向けた進捗状況は，図表 4-3 のとおりである。

図表 4-3 セネガル保健関連 MDG 指標一覧

ゴール	指標	指標名 （単位）	2000年頃（年）	2000年中頃（年）	直近 （年）	目標値
4A	4.1	5歳未満児死亡率（出生千対）	137(2000)	98.1(2005)	55.3(2013)	44
	4.2	乳児死亡率（出生千対）	69.2(2000)	56.9(2005)	43.9(2013)	
	4.3	はしかの予防接種を受けた1歳児の割合（%）	48(2000)	74(2005)	84(2012)	
5A	5.1	妊産婦死亡率（出生10万対）	480(2000)	420(2005)	320(2013)	127
	5.2	医療従事者の立ち会いによる出産の割合（%）	57.8(2000)	51.9(2005)	65.1(2011)	100
	5.3	避妊具普及率 （%）	10.5(1999)	11.8(2005)	17.8(2013)	27
5B	5.4	青年期女子による出産率（女性人口千対）	96.2(2000)	96(2006)	80(2011)	
	5.5	産前ケアの機会（最低1回，%）	79.0(2000)	87.4(2005)	93.5(2011)	
		産前ケアの機会（最低4回，%）	n/a	39.8(2005)	50(2011)	
	5.6	家族計画の必要性が満たされていない割合（%）	28.8(1993)	32(2005)	29.3(2013)	
6A	6.1	15～24歳のHIV感染率（%）	0.5(2000)	0.6(2005)	0.5(2013)	
	6.2	最後のハイリスクな性交渉におけるコンドーム使用率（%）	n/a	n/a	n/a	
	6.3	HIV/AIDSに関する包括的かつ正確な情報を有する15～24歳の割合（%）	n/a	n/a	n/a	
	6.4	10～14歳の、AIDS孤児ではない子どもの就学率に対するAIDS孤児の就学率（比）	0.74(2000)	0.83(2005)	0.97(2011)	
6B	6.5	治療を必要とするHIV感染者のうち、抗レトロウィルス薬へのアクセスを有する者の割合（%）	n/a	n/a	56.5(2011)	
6C	6.6	マラリア有病率（人口10万対）	n/a	n/a	n/a	
		マラリアによる死亡率（人口10万対）	n/a	n/a	n/a	
	6.7	殺虫剤処理済みの蚊帳を使用する5歳未満児の割合（%）	2.0(2000)	7(2005)	34.5(2011)	
	6.8	適切な抗マラリア薬により治療を受ける5歳未満児の割合（%）	36.0(2000)	27(2005)	8.2(2011)	
	6.9	結核の有病率（人口10万対）	273(2000)	234(2005)	219(2012)	
		結核による死亡率 （人口10万対）	26.0(2000)	22.0(2005)	20(2012)	
	6.10	直接監視下短期化学療法（DOTS）の下で発見された結核患者の割合（%）	56(2000)	61(2005)	61(2011)	
		DOTSの下で治療された結核患者の割合（%）	52(2000)	76(2005)	85(2011)	

出典：United Nations Statistics Division, *Millennium Development Goals Indicators* database（2015 年 2 月 9 日ダウンロード），目標については Ministère de l'Economie et des Finances, Programme des Nations Unies pour le Développement, *Rapport de suivi des OMD 2000-12* より評価チーム作成。

前掲の「MDGs 評価報告書 2000-12」は，各ゴールの達成状況を次のとおり報告・分析している。

＜ゴール 4：乳幼児死亡率の低減＞

図表 4-3 に見られるように，評価対象期間中，乳幼児死亡率は順調に低下している。同指標を左右する予防接種率についても，はしかの予防接種率は全国的に見ると改善している。しかしながら，これらの指標の改善度は，ゴール 4 の目標値（ターゲット 4.A：2015 年までに 5 歳未満児の死亡率を 1990 年の水準の 3 分の 1 に削減する）を達成するには十分でないと見られる。その要因として，①5 歳児未満死亡の 30%，乳児死亡の 57%を占める新生児死亡の水準が依然高止まりしていること，②母親の教育水準が低いほど，乳幼児死亡率が高くなる相関関係の存在，③子供の栄養状態が悪い南部三州（セディウ，コルダ，ケドゥグ州）の乳幼児死亡率がとりわけ高いことが指摘される。また，都市部と農村部，州ごとの格差が大きいことにも留意する必要がある。

＜ゴール 5：妊産婦の健康の改善＞

妊産婦死亡率は低下傾向にあるものの，ゴール 5 の目標値（ターゲット 5.A：2015 年までに妊

産婦の死亡率を 1990 年の水準の 4 分の 1 に削減する）達成には程遠い状況である。政府は出産や帝王切開など一部の医療処置費用や医薬品の無料化措置，地方への人材配置，妊産婦ケアサービスの質向上などを通じて，妊産婦の健康の改善を図ってきたものの，その努力は妊産婦死亡率の目標値達成に必要なレベルまで達していなかった。また，医療従事者の立ち会いによる出産比率も上昇傾向にあるが，所得水準別の格差，地方格差が顕著に見られる問題がある。なお，目標値を達成するために，①貧困層に向けて，産科新生児科救急医療・質の高い保健サービス・基本的医薬品の更なる充実化とアクセスの改善，②地方への更なる人材配置と保健施設の充実を図る必要がある。

ターゲット 5.B（2015 年までにリプロダクティブヘルスへの普遍的アクセスを実現する）について，政府は家族計画の重要性を見直し，避妊具普及率を 2010 年に 12%，2015 年に 27%までに高める目標を設定した。国連の MDG 指標データベースによると，2013 年時点での避妊具普及率は 17.3%で，更なる努力が求められる。

＜ゴール 6：HIV/AIDS，マラリア，その他の疾病の蔓延の防止＞

15～24 歳の HIV 感染率は 2000 年代を通じて，約 0.5%と比較的低い水準で維持されている。15~24 歳の妊婦の感染率は 2000 年の 0.5%から 2005 年に 0.7%へ上昇したものの，2010-11 年は 0.7%を維持している。新規感染者数は 2008 年に約 7000 人だったのが，2011 年には約 5800 人に減少した。母子感染については，2008 年の 7.2%から，2009 年には 4.9%，2010 年には 4.3%と順調に低下している。以上から，セネガルはターゲット 6.A（HIV/AIDS の蔓延を 2015 年までに食い止め，その後減少させる）を達成できる見込みである。

マラリアはセネガルにおいて，最も有病率の高い疾病である。しかし，その有病率は 2000 年代に劇的に低下した（2000 年 39.7%→2009 年 3%）。また，結核の有病率も，順調に低下している。直接監視下短期化学療法（DOTS）の下で治療された結核患者の割合も順調に増えている。

上記の疾病対策が成功した要因として，政府のコミットメントと開発パートナーが疾病対策に高い優先度を付けて支援したことが挙げられる。また，グローバルファンドを通じた資金支援の貢献度も大きい。このまま，現在の傾向が維持されれば，ターゲット 6.C（マラリア及びその他の主要な疾病の発生を 2015 年までに食い止め，その後発生率を減少させる）の達成は実現できると見られる。

（４） 保健分野の開発計画と MDGs

評価期間中のセネガルの国家開発計画の変遷を図表 4-4 にまとめる。MDGs の達成が明示的に開発計画に盛り込まれたのは貧困削減戦略文書（DSRP）II からである。計画の第二の柱である「基礎的社会サービスへのアクセス強化の促進」に，8 つのゴール達成に向けた戦略意識が明確に提示された。その後の開発計画でも，いずれも第二の柱の目標に MDGs の達成が掲げられている。保健セクターの開発は，これらの開発計画の第二の柱の下で，教育セクターと並んで重要な地位を与えられている。

図表 4-4 セネガルの国家開発計画の変遷

名称	期間（年）	特徴
DSRP I	2003-2005	(1)富の創出，(2)能力強化及び基礎的社会サービスの強化，(3)脆弱なグループへの支援，(4)実施及びモニタリング・評価――の 4 つの戦略の柱を掲げた。
DSRP II	2006-2010	第 1 次計画の構成や枠組みを踏襲しつつ，経済成長へのより強い志向とリスク管理強化を盛り込んだ。年 7～8%の成長を目指す「経済成長戦略」が導入された。
経済社会政策文書（DPES）	2011-2015	第 3 次貧困削減戦略文書に相当。(1)生産性向上につながる雇用の促進及び経済構造転換のための経済機会と富の創出，(2)基礎社会サービスへのアクセス向上・社会保障・持続可能な開発，(3)ガバナンスの根本原理の強化・人権促進――を 3 つの柱に設定し，包括的で持続的に成長する経済の実現を目ざした。
国家経済社会開発戦略（SNDES）	2013-2017	2012 年の政権交代に伴い策定された。(1)成長・生産性・富の創出，(2)人的資本・社会保障・持続的成長，(3)ガバナンス・制度・平和安全――を 3 本柱に掲げている。
セネガル振興計画（PSE）	2014-2035	2035 年に新興国入りすることを目指した中長期計画。2014～2023 年までの 10 年間の開発戦略として，(1)経済構造の変革・成長，(2)人的資本・社会保障・持続的成長，(3)ガバナンス，制度・平和安全――を 3 本柱に掲げている。

資料：各開発計画文書，外務省「国別援助方針」等より評価チーム作成。

上記を開発戦略の基本枠組みとして，これに整合する公共投資 3 か年プログラム（PTIP），環境，司法，教育，保健の 4 セクターにおける中期支出枠組み（CDSMT），セクター別開発計画が策定されている。例えば保健セクターの場合，国家開発計画（例えばセネガル振興計画〔PSE〕）で示された同セクターの開発方針は，保健セクター開発計画（例えば保健・社会国家計画〔PNDS〕）と保健 CDSMT に基づいて実施される[57]。

セネガルで初めて保健セクター開発計画が策定されたのは 1998 年のことである[58]。当時の国家開発計画であった「第 9 次経済社会開発計画（1996-2001）」で示された方向性に応える形で作られた。この PNDS 1998-2007 は，第 1 フェーズ（1998～2002 年）と第 2 フェーズ（2004～2008 年）に区分される[59]。同計画の第 1 フェーズは「総合保健開発プログラム」（PDIS）に，そして第 2 フェーズは PNDS の改定版である「PNDS フェーズ II」に従って実施された。

PNDS 実施期間の前半(1998～2002 年)は PDIS として，合計 4.1 億米ドルのプログラム予算に対して，5,000 万米ドルを世界銀行が拠出した[60]。策定年度が 1997 年ということもあり，MDGs に関する記述はないが，MDGs につながる内容は優先課題でカバーされており，特に MDG 4，5 の乳幼児死亡率と妊産婦死亡率には高い優先順位が与えられている。この世界銀行がリードしたプログラムの評価は高くなく，PDIS 終了後，PNDS の残りの期間は，フェーズ II（2004～2008

57 République du Sénégal, *Plan Sénégal Emergent (PSE)*, 2014, p.79.
58 Ministère de la santé et de la prévention, *Plan national de développement sanitaire et social PNDS 2009-2018*, 2009, p.11.
59 2003～2004 年はフェーズ II の準備期間として，間があいた。
60 林玲子「セネガル保健分野概況」（Ⅱ.保健行政 4.国家保健政策の枠組）。2014 年 9 月 8 日アクセス。

年）として，特定のドナーがつくことなく計画された[61]。

PNDS（1998～2007 年）の優先課題と戦略

優先課題：

①乳幼児の高い死亡率，②妊産婦の高い死亡率，③高い妊娠率，④若年性行為による不健康，⑤HIV/AIDS や風土病の蔓延とその経済的打撃，⑥長期にわたる病気の再発，⑦貧困問題

戦略：

1. 保健に関わる法整備
2. 保健サービスへのアクセス改善
3. 治療の質の向上
4. 人材の育成
5. リプロダクティブヘルスプログラムの成果の享受
6. 感染症対策の強化
7. 衛生状態の改善及び予防策の推進
8. 民間医療サービス及び伝統的治療の支援
9. 実用的な研究開発
10. 貧困層及び社会的弱者層の生活環境の改善
11. 中央，地方，地域レベルでの制度支援

PNDS フェーズ II（2004～2008 年）の優先課題と戦略

優先課題：

①人材育成，②システム強化，③予防推進，④貧困層に対するケアへのアクセス改善，⑤優先保健プログラム（リプロダクティブヘルス，マラリア対策，AIDS 対策等）の統合と強化

戦略：

1. 脆弱なグループの質の高い保健サービスへのアクセス改善
2. 予防推進を強化し，行動変容のためのコミュニケーションを開発する
3. 保健人材の質と数の改善
4. 保健制度改革・能力強化
5. 協力体制の推進
6. 成果のモニタリング・評価の強化
7. 保健財政メカニズムの改善

なお，PNDS フェーズ II では，PDIS の経験から学んだ点として，（1）初めてプログラムアプローチを採用したことでパートナー間の調整が容易でなかったこと，（2）優先課題は（乳幼児死亡率の減少など）状況は改善したものの 5 年間で達成すべき目標には届かなかったこと，（3）マラリアや AIDS などの感染症対策や栄養問題・保健サービスの充実など MDGs への対応を盛り込むこと，

[61] 同上稿。

(4)貧困削減を目指した地方分権化への対応を強化すること――が挙げられている[62]。以上の点を踏まえて，以下の課題と戦略が策定された。そして，本セクター開発計画から，保健関連 MDGs 達成を目標に据えることが示された[63]。PNDS フェーズ II の後は，2010 年 3 月から PNDS 2009-2018 が引き継いだ。PNDS フェーズ II の成果について，新計画文書は次のように評価している[64]。

【援助手法・開発パートナーについて】

- セクターアプローチはセクターに資金を集める上でプラスに働き，ドナーの協力を見えやすくする効果をもたらした。関係者やドナー側が協調をより強化すると約束することで，更なる援助の効率化が期待できる。
- 非政府組織（NGO）との連携は保健省側にとってもNGO側にとっても有意義であった。ただし，NGO の能力強化が必要。
- 民間セクターをもっと積極的に取り込むこと。

【マネジメントについて】

- PNDS のモニタリングと評価に関する計画が不在だった。インパクト指標や成果指標，実施計画のプロセス指標との関連付けが必要。
- PNDS の実施に際して，アクターごとの役割分担に一貫性がなく，明確さにも欠けたために，年間事業計画の提出の遅れや同計画の承認プロセスの説明不足，実行の資金不足など様々な機能不全に陥った。
- 様々な工事や修復の期限が守られなかったのはインフラや機材整備の実行計画が不在だったからである。こうした計画策定に加え，機材やインフラの保守・更新計画を，近々策定予定の保健施設配置計画に照らして作成することが求められる。
- 保健人材の配置カバー率を改善するために，保健省人材局（DRH）の開設だけでは足りなかった。保健人材の管理を改善し，組織に残ってくれるスタッフを増やす策を講じた人材開発計画を策定する必要がある。
- 資金配分の条件を定めなかったために，プログラムや組織階層間の資金配分に偏りが生じた。本来は罹患率や死亡率の改善に大きく貢献する，基本保健サービス施設を優先すべきところ，中央組織に資金が行ってしまった。
- 保健省の担当者の間で「報告をする」文化がなかなか浸透しない。あらゆるレベルで成果主義が徹底されるべき。そして，住民による管理を実現させるために，地方の能力強化を図ることが必要である。保健分野におけるガバナンスを，特に地方レベルで改善することが求められる。

【優先保健課題について】

- 貧困削減戦略と連携した脆弱なグループのケアに対する配慮が足りなかった。特に貧困層への医療費補助に関して十分な策が取られなかった。治療費の高額な慢性疾患が世帯の家計

[62] Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale, *Plan national de développement sanitaire Phase II*, 2004.
[63] *Ibid*., p.2
[64] Ministère de la santé et de la prévention, *Op. cit*., pp.28-30.

を大きく圧迫している。

- 保健センターに手術棟を設けたことによって，産科新生児科完全救急医療（SONUC）が可能になり，妊産婦・新生児死亡率の低下につながった。手術棟の設置を全国のモデルセンターに拡大すべきである。
- 新生児ケアが十分に検討されなかった。これと地域医療のイニシアティブ実行が不十分であったために，乳幼児死亡率の改善に障壁が生じた。

以上を反省点として，PNDS 2009-2018 が策定された。同計画は序文にもあるとおり，保健関連 MDGs の達成を第一の目標として策定されたことがその特徴である[65]。そして，MDGs 達成に向けた優先課題として妊産婦及び乳幼児の健康を設定している。

PNDS 2009-2018 の目標と戦略方針

目標：

① 妊産婦，乳幼児死亡率，疾病率の減少
② 予防と疾病対策
③ 保健システムの持続的な強化
④ ガバナンス改善

戦略方針：

1. 妊産婦，新生児，乳幼児，青少年死亡率・疾病率減少（上記目標①達成に向けて）
2. 健康促進（同②）
3. （医療費補助を含む）各疾病のケア強化（同②）
4. 疾病発生動向調査・監視強化（同②）
5. 保健人材開発（同③）
6. 保健インフラ・機材・維持管理強化（同③）
7. 薬剤普及改善（同③）
8. 保健情報システムと研究の強化（同③）
9. 成果主義の推進（同④）
10. 計画・管理・財務能力改善（同④）
11. 特に脆弱なグループを対象とする医療保険の強化（同⑤）

さらに，同計画の第二の特徴として，保健サービスの提供と保健・医療費に関する「公平性」に特に重きを置いている点が挙げられる。同計画は，「セネガルのすべての個人・世帯・自治体が，例外なく，普遍的に，質の高い保健サービスにアクセスできるようにすること[66]」というUHC の理念をビジョンとして掲げている。その目玉が次節で述べる国民皆保険（CMU）である。

PNDS は，3 年間のローリングプランである CDSMT（セクター中期支出枠組み）に沿って実行される。そして，CDSMT に基づき，年間事業計画（PTA）が策定される。PTA は，保健省組織ピラミ

[65] *Ibid*., pp.5 and 30.
[66] *Ibid*., p.31.

ッドの全てのレベル[67]の行動計画を詳しく定めたものである[68]。なお，保健省の予算はこの PTA に基づいて準備される。保健行政区レベルでは，各地方自治体によって地方自治体活動計画（POCL-Santé）がまず作成される。それらが骨格となって保健行政区の PTA が作成され，その後，州ごとに PTA がまとめられる方式で管理されている[69]。

（５） 近年の UHC 推進への取り組み

2012 年 4 月に発足した新政権は，CMU（国民皆保険）を通じた UHC の達成を国家の優先事項に位置づけ，マッキー・サル大統領自ら熱心に取り組んでいる。2013 年 3 月に CMU 戦略計画 2013-17[70]が策定され，同年 9 月には大統領が CMU の正式な開始を宣言した。なお，CMU 戦略計画は，2017 年までにセネガル国民の 75%が医療保険に加入することを目標としている。

CMU 戦略計画 2013-17 の序文（要約）[71]

1960 年の独立以来，歴代のセネガル政府は，国民全員に対して保健サービス及び治療へのアクセスを確立することを優先課題に据えてきた。60 年代から 70 年代にかけて医療保険制度が導入されたが，対象は家長が正規の雇用についている世帯に限られていた。取り残されたのは全人口の約 80%を占める，農村部人口とインフォーマルセクターに従事する人々である。その後も，セネガルのフォーマルセクターは予想したよりも拡大せず，保健分野における諸改革も，医療保険の恩恵を受けられない貧困層の人々が保健サービスを享受できるような成果を与えるまでにはいかなかった。こうした状況を受け，保健省は 2007 年から，関係者と意見交換を行いながら，国民皆保険制度に関する政治討論を進めてきた。討論の成果は PNDS 2009-2018（セネガル保健セクター開発計画）及び SNDES 2013 – 2017（セネガル第三次 PRSP）に組み込まれた。

2012 年に新大統領が選出されたことを受け，CMU は国家の優先事項に据えられた。そして，引き続き広く関係者との協議が重ねられ，大統領自身が開会した，2013 年 1 月の「保健と社会福祉に関する全国協議会」（CONSAS）にて，任意の保険制度である医療相互保険への加入者を拡大することを通じて CMU を確立し，UHC を達成する方針が合意された。さらに，同年 3 月には，2022 年までに UHC を達成することを目指した行動計画「セネガルにおける CMU 戦略計画 2013-2017」（Plan stratégique de développement de la Couverture Maladie Universelle au Sénégal 2013-2017）が策定された。

同計画は 7 つの以下の基軸から構成される[72]。

---

[67] セネガルにおける保健行政区分では，国家レベルに保健省，州レベルに州医務局，その下に保健行政区が設けられている。保健行政区は県全体，あるいは県の一部に相当する。現在，県の数 45 に対して 50 の保健行政区が設定されている（セネガル保健省ウェブサイト）。

[68] Ministère de la santé et de la prévention, *Op. cit*., pp.11 and 52.

[69] *Ibid*.

[70] Ministère de la santé et de l’action sociale, *Plan stratégique de développement de la Couverture Maladie Universelle au Sénégal 2013-2017*.

[71] *Ibid*., p.7

1. 医療相互保険を通じた CMU の確立
2. （フォーマルセクター企業雇用者用）強制加入保険の改革
3. 公的保健施設におけるサービス無料化制度の強化（ワクチン，透析，抗レトロウイルス薬，抗結核薬，抗マラリア薬，高齢者医療費無料化計画「セザムプラン」，抗がん剤やインシュリンに対する補助金など）
4. 0～5 歳児の医療費無料化イニシアティブの実施
5. 妊婦健診，出産費用，帝王切開費用，産後ケアの見積金額での補助金
6. 遠隔医療の開発
7. PPP の推進

2013 年 9 月の CMU 開始式典にて，大統領は全人口の 80%を占めると推定される，強制加入医療保険に入っていない農村部人口とインフォーマルセクター従事者に向けて，任意の医療相互保険に加入するように呼びかけた。そして，保健省の 2013 年度予算として CMU に割り当てられている 50 億 CFA（約 11 億 2 千 500 万円[73]）のうち，17 億 CFA（約 3 億 8 千 200 万円）を医療相互保険加入促進のために拠出することを発表した。これにより，保険料が払える人々は，加入料の半額補助，困窮していて払えない人々は全額補助及び自己負担が無料になる措置を受けられることになる[74]。

2013 年 10 月 1 日には，0～5 歳児を対象とする医療サービス券（全国の保健センター・保健ポスト[75]における診療，ワクチン接種，入院）の無料化が保健大臣によって宣言された。加えて，病院での救急診療券も無料化される。また，2014 年からはこれらの子供達は無料で全国の保健センター・保健ポストを受診することができるようになる。また，病院の救急科も同様である[76]。

この他，CMU の開始式典の際に大統領は，強制加入保険の改革は 2014 年度中に行われること，また 2014 年度予算から CMU プログラムのための予算拡充を財務大臣に要請したこと，そして追加配分された資金を管理するために独立社会保障公庫（CAPSU）を 2014 年第一四半期に創設することを発表している[77]。

2014 年 5 月 5，6 日に開催された PNDS 年次レビュー会合（RAC）において，脆弱なグループ（5 歳以下の子供，妊婦，高齢者，腎不全患者等）に対する診療無料化イニシアティブのおかげで，保健施設利用率が上昇していることが確認された。また，近々CMU 実施モニタリングのための技術委員会が設置されることが話し合われた[78]。

---

[72] CMU 開始式典（2013 年 9 月 20 日）における大統領のスピーチ“Discours du président Macky Sall à la cérémonie officielle de lancement du programme de couverture maladie universelle”より。 http://www.dakaractu.com/Discours-du-president-Macky-Sall-a-la-ceremonie-officielle-de-lancement-du-programme-de-couverture-maladie-universelle_a52263.html （アクセス日 2014 年 9 月 9 日）

[73] 2014 年 12 月時点，以下同じ。

[74] CMU 開始式典大統領スピーチより。

[75] セネガルの公的な保健施設は，大別すると第三次医療施設（国立病院），第二次医療施設（州立病院，地区病院，保健センター），第一次医療施設（保健ポスト）である。

[76] Organisation mondiale de la Santé, *Bulletin d'information du Bureau de l'OMS au Sénégal*, 2013.

[77] CMU 開始式典大統領スピーチより。

[78] Organisation mondiale de la Santé, “Plan national de développement sanitaire 2009-2018”.

こうした政府の CMU 計画に対し，以下のような批判的見方も存在する。

- 現在，セネガルにおける相互保険加入率は人口の 6%ほどと見られるが，それには相当の理由がある。保険に加入して得をしなければ，加入者の増加は見込めないが，現状では対価相当のサービスが受けられない場合も多い。例えば，相互保険に加入して，地域の診療施設である保健ポストで診療が受けられるとは限らない。保健ポストの多くは限定された給付金でやりくりしており，処置に必要な道具や医薬品が不足している。保険加入の有無に関わらず，処置を受けるために，結局薬局へ自ら出向いて，自費で必要な医薬品を購入する羽目になる場合も多い[79]。
- 保険情報の処理能力が未熟で 1 か月ごとの払い戻しどころか，3 か月，場合によっては 1 年以上待たされることもある。保険制度を動かす人材が必要である[80]。
- 経営が成功している相互保険は少ない。また，成功している保険があっても，宣伝等行っておらず，どの保険が成功しているのかという情報が取れない[81]。
- 政府（CMU 実現支援課）は，相互保険のカバー率を上げるために，「地方自治体ごとに一つの相互保険」を合言葉に，設定したパイロット県で啓発ミーティングを次々に開催し，相互保険の設立と，相互保険団体に医療サービスの拡大を呼び掛けている。この地方分権型の制度は，市民社会の力に頼り過ぎで，専門家でない素人に経営を任せようとしている[82]。
- CMU 実現支援課は，現在保健省の下部組織で，室長は専任でなく脳外科医が兼任している。またその下に配置されているエコノミストも保健分野の専門家ではない上に人数も少ない。体制強化が必要と見られる[83]。
- 政府は国民皆保険制度の枠組みの中で，5 歳児未満・妊産婦・高齢者の医療費の無料化を打ち出しているが，予算不足で実現困難という声も出ている。また，実際にこれらの人々に医療サービスを提供する保健施設では，今でも深刻な人材不足，予算不足に見舞われている。例えば約束された政府からの補助金が過去 19 年間に渡って支給されていない保健ポストもある。医療費の無料化政策の影響でこれ以上患者数が増えると，今まで患者から診療費を取ってかろうじて運営されてきた施設も破綻してしまう恐れがあると危惧されている[84]。

セネガルの保健分野ドナー・コミュニティも，現在の CMU 推進体制は非常に弱く，計画も不備が多い上，1980 年代以降，サブサハラ（サハラ砂漠以南の）・アフリカ地域で同タイプの保険制度がことごとく失敗に終わってきたのに，なぜ今さらとの感がある等，政府の計画について総じて批判的な見方をしている[85]。

---

79 Frintz, “Au Sénégal, les femmes en première ligne”, 2014.
80 現地 ODA タスクフォースへのヒアリング（2014 年 11 月 20 日）。
81 Frintz, Op. cit.
82 Ibid.
83 現地 ODA タスクフォースへのヒアリング（2014 年 11 月 20 日）。
84 Frintz, Op. cit.
85 以下，現地 ODA タスクフォースへのヒアリング（2014 年 11 月 20 日）。

４－１－２　ドナーの活動状況

（１）　主要ドナーの援助動向

2002～2012 年において，「保健」及び「人口・リプロ」セクターの対セネガル ODA の支出額が 2 千万ドル以上であるドナーを図表 4-5 に示す。対セネガルの保健・人口分野の ODA のサブセクター別構成としては，「保健政策・行政管理」が 24%で最多である。

また，2010～2012 年における援助タイプ別の構成を図表 4-6 に示す。ODA の 80%以上が，「プロジェクト型介入」として支出されている。

図表 4-5　対セネガル保健・人口分野の主要ドナー（2002～2012 年）

		拠出額 2002～2012年 百万米ドル	構成割合の大きなサブセクター
全ドナー		1155.6	Health policy & admin. Management : 24%、Std control including hiv/aids : 15%
二国間	米国	283.2	Malaria control : 33%、Std control including hiv/aids : 21%
	フランス	175.1	Medical research : 54%、Health policy & admin. Management : 29%
	日本	**60.0**	**Health policy & admin. Management : 60%**
	スペイン	35.0	Health policy & admin. Management : 18%、 Std control including hiv/aids : 16%
	ベルギー	32.9	Basic health care : 69%
	ルクセンブルク	29.6	Basic health care : 42%、Basic health infrastructure : 18%
多国間	IDA	187.0	Health policy & admin. Management : 57%
	ｸﾞﾛｰﾊﾞﾙﾌｧﾝﾄﾞ	155.3	Std control including hiv/aids : 50%、Malaria control : 45%
	GAVI	37.2	Basic health care : 100%
	AfDF	28.7	Health policy & admin. Management : 100%

出典：Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD), *Creditor Reporting System (CRS)* より評価チーム作成。

図表 4-6　主要ドナーの援助タイプ別構成（2010～2012 年）

		All Types of aid 全体（百万米ドル）	構成割合														
			General budget support	Sector budget support	Core support to NGOs, other private bodies, PPPs and research institutes	Contributions to specific-purpose programmes and funds managed by international organisations (multilateral, INGO)	Basket funds/pooled funding	Project-type interventions	Donor country personnel	Other technical assistance	Scholarships/training in donor country	Imputed student costs	Debt relief	Administrative costs not included elsewhere	Development awareness	Refugees in donor countries	Not applicable
全ドナー		402.1	0.0%	5.6%	0.5%	5.3%	0.0%	81.6%	3.1%	3.9%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
二国間	米国	118.4	0.0%	0.0%	0.0%	4.1%	0.0%	94.6%	1.0%	0.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	フランス	26.9	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	19.5%	25.8%	54.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	日本	**32.7**	**0.0%**	**0.0%**	**2.1%**	**4.4%**	**0.0%**	**84.5%**	**9.0%**	**0.0%**	**0.0%**	**0.0%**	**0.0%**	**0.0%**	**0.0%**	**0.0%**	**0.0%**
	スペイン	7.3	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	97.6%	0.8%	1.6%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	ベルギー	9.5	0.0%	0.0%	11.1%	0.0%	0.0%	85.7%	3.2%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	ルクセンブルク	8.0	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
多国間	IDA	43.2	0.0%	51.8%	0.0%	0.0%	0.0%	48.2%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	ｸﾞﾛｰﾊﾞﾙﾌｧﾝﾄﾞ	81.3	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	GAVI	20.0	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	AfDF	6.7	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

出典：OECD, *CRS* より評価チーム作成。

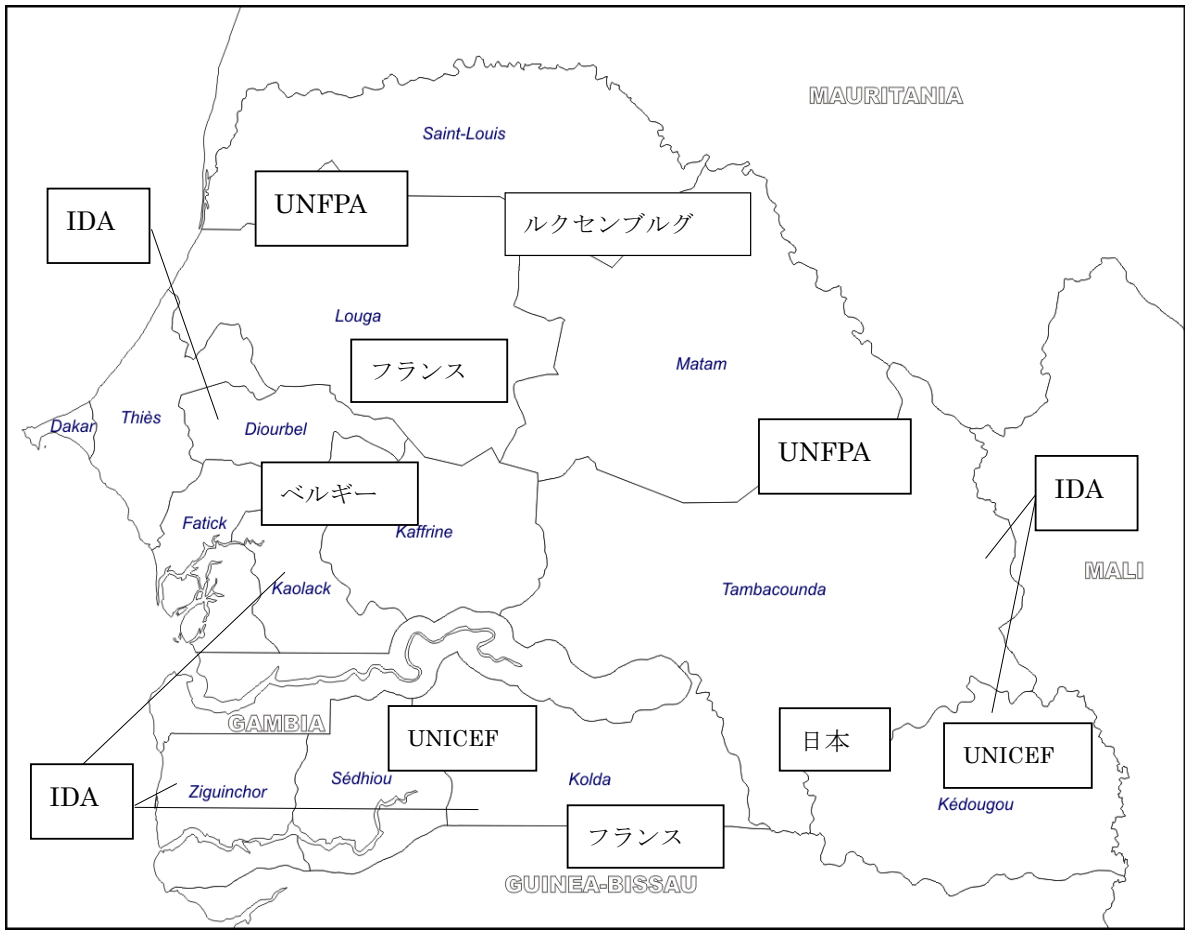
この他，世界保健機関（WHO）資料や主要ドナーのウェブサイト等からの入手資料に記載された主要ドナーの活動領域と地域を，以下に整理する。

図表 4-7　対セネガル保健，人口・リプロダクティブヘルス分野におけるドナーの活動領域

ドナー	近年の活動内容
米国	母子保健・三大感染症・家族計画。保健サービス統合パッケージの導入を通じた保健サービスの質改善。
国際開発協会（IDA）	保健・栄養分野資金供給プロジェクト（2013～2018）：主に母子保健サービスのアクセス・質改善及び栄養改善，国民皆保険実現。6 つのパイロット州（ジュルベル・カオラック・ジガンショール・コルダ・タンバクンダ・ケドゥグ各州）で実施。
フランス	MUSKOKA（2012～）：ルーガ州母子保健（病院，保健センターの建設・改修），コルダ州
ｸﾞﾛｰﾊﾞﾙﾌｧﾝﾄﾞ	三大感染症
日本	**タンバクンダ州及びケドゥグ州保健システム強化プログラム（2007～）**
Gavi ワクチンアライアンス	予防接種
スペイン	国別戦略（2005～2008）：リプロダクティブヘルス，三大感染症対策，公衆衛生システムの組織強化，子供の健康改善。特化地域；サンルイ，ジガンショール
ベルギー	カオラック・ジュルベル・ファティック・カフリン州における保健システム強化（PAODES 2011-15）・保健ガバナンス強化（PAGOSAN 2011～2015）
ルクセンブルグ	SEN/027（2012～2016）：ルーガ，サンルイ，マタム州保健サービス改善及び医療相互保険制度強化
ｱﾌﾘｶ開発基金（AfDF）	国別戦略（2010～2015）には保健分野の支援に関する記述は特になし。ただし，OECD の CRS 統計によると拠出額の 100%を保健政策・行政，マネジメント分野に拠出。
国連人口計画（UNFPA）	国別プログラム（2012～2016）：リプロダクティブヘルス，統計情報システム強化。特化する地域は，ルーガ，サンルイ，マタム，タンバクンダの四州。
国連児童基金（UNICEF）	国別プログラム（2012～2016）：母子保健，保健行政強化，予防接種，子供の感染症対策，子供の栄養改善。特化する地域は 妊産婦・乳幼児死亡率の高いコルダ，セディウー，ケドゥグの三州。
世界保健機関（WHO）	WHO 戦略プログラム 2009～2013：保健システム強化，疾病対策，リプロダクティブヘルス，環境と保健
中国	こども病院建設，マラリア対策

出典：各機関ウェブサイト，セネガル新聞報道等より評価チーム作成。

図表 4-8　対セネガル保健，人口・リプロダクティブヘルス分野におけるドナーの活動地域



出典：各機関ウェブサイト等より評価チーム作成。

（２）　日本の対セネガル援助方針

日本の対セネガル援助は，評価対象期間の前半は，(1)水供給，(2)教育，(3)人的資源開発，(4)保健医療，(5)環境，(6)農業，(7)水産業，(8)インフラ――の 8 分野に重点を置き協力が展開されていた。しかし，2007 年に策定された国別援助計画（一次案）で，多分野で個別のプロジェクト中心に行われてきた援助を見直し，援助効果と効率の向上を目指して，分野横断的な重要開発課題を設定し，限られた援助資源を特定の地域に集約させる方針が示された。同計画は 2012 年に，さらに簡潔で戦略性の高い「国別援助方針」に改定された。保健分野への援助は一貫して重点分野に位置づけられてきたが，MDGs 達成が目標として明示されたのは 2012 年の国別援助方針からである。

図表 4-9 国別援助計画策定までの対セネガル援助の重点分野

大分類	中分類(重点分野)	小分類(重点サブセクター)
基礎的生活基盤の改善	生活用水(水)	地下水開発
	教育	基礎教育
	基礎的保健・医療	プライマリー・ヘルスケア，公衆衛生，AIDS
環境 (砂漠化防止)	環境 (砂漠化防止)	苗木供給，植林運動
農水産業	農業	食糧増産援助，灌漑施設整備
	水産業	零細漁業の振興
	(経済)インフラ	左記二項目は 2004 年の国別データブックにて追加されたが，重要サブセクターは明示されていない。
	人的資源開発	

出典:外務省(日本)，『セネガル国別評価報告書』，3-3～3-8 頁より評価チーム作成。

図表 4-10 対セネガル国別援助計画(2007 年)で定められた援助重点分野

大目標:社会開発と経済開発のバランスのとれた国造り *～社会開発を重視しつつ，持続的な経済成長を展望した支援～*	**中目標I:**地方村落における貧困層の生活改善。「人間の安全保障の視点」や MDGs 達成も視野に入れる。	小目標Ⅰ:地方村落開発	
		小目標Ⅱ:基礎社会サービスの向上	(a)「水供給」
			(b)「教育」
			(c)「保健医療」今後は，タンバクンダ州に協力を集中し，保健医療サービスへのアクセス改善，州の保健システムの強化を通じて，保健指標の改善に取り組む。人間の安全保障に基づいて住民レベルから州のレベルまで総合的に協力するとともに，中央政府と共に進めていく
	中目標 II:持続的な経済成長のための基盤造り	小目標Ⅲ:地場産業の振興とその基盤整備	
		小目標Ⅳ:産業人材育成	

出典:外務省(日本)，「対セネガル国別援助計画(第一次案)」より評価チーム作成。

図表 4-11 対セネガル国別援助方針(2012 年)で定められた援助重点分野

大目標:西アフリカ地域の安定と発展を支える経済開発と社 会開発の支援。経済開発支援を重視しつつ，持続的成長及び MDGs への貢献を目指した支援を行う。	**中目標I:**持続的経済成長の後押し	経済発展のための基盤整備
		第一次産業の振興
	中目標 II:基礎的社会サービスの向上	保健・衛生分野及び教育分野における MDGs 達成の支援。特に保健・衛生分野では，我が国が優先的に実施してきた母子保健分野の支援を中心に国際機関や他ドナーとの連携を進める。また，西アフリカ広域協力の拠点となっている保健人材養成機関への技術協力を通じて，更なる成果波及を図る。

出典:外務省(日本)，「対セネガル共和国　国別援助方針」(2012 年)より評価チーム作成。

セネガルにおける保健分野への援助は，1990 年代に行われた国・州立病院への医療機材供与から，2000 年に入ると一次保健・医療サービスの改善を目指す方針に転換した。2007 年以降

は国別援助計画で示されたとおり，援助効果を高めるために，タンバクンダ州とケドゥグ州に協力リソースを集中し，保健システムの強化を通じた保健指標の改善を目指している[86]。2012 年の国別援助方針では，日本が優先的に実施してきた母子保健，及び保健人材育成分野の支援の更なる成果波及を図る方向性が示されている。

セネガル ODA 保健タスクフォースからは，以前は要請に基づき，機材供与など単発的な援助を行っていたのが，2007 年の国別援助計画で進めたプログラム化で，政策的に基準を持って援助を行うようになり，保健人材育成・システム強化という一貫性を持って援助ができるようになったとの評価があった[87]。

支援領域の選定には，日本が他ドナーと比較して，後発組であったことも関係している[88]。セネガルにおいて日本が保健分野の技術協力を本格的に開始したのは 2000 年代に入ってからのことである。その頃，フランス，ドイツ，ルクセンブルグなどが，既に母子保健を含む疾病別対策支援を行っていた。ところが，重要領域であるにも関わらず[89]，保健人材育成はまだどのドナーも手掛けていなかったため，日本が人材育成を中心に保健システムの改善に取り組むことに競合や重複が生じなかった利点が挙げられる。なお，日本の後で，カナダなど人材育成に取り組むドナーが出ている。

地域の選定に関しては，タンバクンダ・ケドゥグ両州は，首都ダカールから一番離れており，南東部に 460 キロメートル～840 キロメートル離れた内陸に位置する，交通・通信事情が未発達な地域である（図表 4-8）。セネガルの約 3 分の 1 を占める広大な土地[90]に，少ない人口[91]が分散しており，水や保健資源へのアクセスが悪い。貧困人口の割合も高く，各種保健指標もセネガルの他州の平均と比較して劣悪な状態であった（図表 4-16，4-17）にも関わらず，2005 年当時，他ドナーは重視していなかった。そこで，日本が様々な援助形態を組み合わせ連携させ，支援を集中的に展開することを決めた[92]。日本がタンバクンダ州（当時[93]）に支援を集中する方針は，2005 年頃から，当時の保健大臣官房に派遣されていた国際協力機構（JICA）専門家を通じて，保健省に打診され，その後，年 1 回のドナー会合の場で他ドナーに対して表明し，重複がないことが確認された。それから 2 年ほどの間に，日本はタンバクンダ州を重視していくという姿勢が浸透したとのことである[94]。日本のタンバクンダ支援プログラムの策定プロセスについては，2008 年度の ODA 評価「『保健・医療分野支援』の評価」における現地調査で，セネガル政府や他の開発パートナーからよく認知され，評価されていた。例えばセネガル保健省人材局からは，官房付の JICA 専門家であるアドバイザーから重々説明があったので，日本や JICA のやり方をよく理解できたとのコメントが

86 外務省（日本），「対セネガル国別援助計画（第一次案）」，7 頁。
87 現地 ODA タスクフォースへのヒアリング（2014 年 11 月 20 日）。
88 同上。
89 2000 年頃は，セネガルにおいて保健人材養成校が少なく，養成数が少ないことが深刻な問題であった。現地 ODA タスクフォースへのヒアリング（2014 年 11 月 20 日）。
90 タンバクンダ州の面積は 42,364 平方 km，ケドゥグ州の面積は 16,800 平方 km，合計 59,164 平方 km である。
91 タンバクンダ州の人口は 681,310 人（2013 年），ケドゥグ州の人口 151,357 人（同），合計 832,667 人である。
92 平成 20 年度第三者 ODA 評価「『保健・医療分野支援』の評価」のセネガル現地調査ヒアリング記録より（2008 年 10 月 27 日，JICA セネガル事務所）。
93 2008 年に州の改変があり，当時のタンバクンダ州はタンバクンダ州とケドゥグ州の 2 つに分割された。
94 平成 20 年度第三者 ODA 評価の現地調査ヒアリング記録より（2008 年 10 月 27 日，JICA セネガル事務所）。

あった。また，保健分野開発パートナーのまとめ役である WHO は，日本のタンバクンダ支援プログラムの策定プロセスをグッドプラクティスに挙げ，国際連合児童基金（UNICEF）は妥当性が高いと評価していた[95]。

同地域における他ドナーの保健分野での活動であるが，国際連合人口計画（UNFPA）と UNICEF は，国連開発援助枠組み（UNDAF）により 2007～2011 年にかけてタンバクンダ州を支援していた[96]。また近年，UNICEF が新生児ケアの研修を手掛けている[97]。その他，2007 年頃にはイスラム開発銀行がタンバクンダ州において保健センターや保健ポストの建設を支援していた[98]。さらに，米国がセネガル全土で，母子保健，マラリア対策，結核対策，HIV/AIDS 対策，栄養改善の 5 つの活動を含む保健サービス統合パッケージ（PIS）の導入を通じた保健サービスの質改善を実施しており，2012 年はタンバクンダ・ケドゥグ両州の保健区の一部も対象となっていた[99]。また，図表 4-7 にあるとおり，2013 年より世界銀行グループの一機関である国際開発協会（IDA）が，母子保健サービスのアクセス・質改善や栄養改善の活動から構成されるプロジェクトに出資しており，タンバクンダ・ケドゥグ州はパイロット州の一つに選定されている。

日本の保健分野イニシアティブとの関連では，セネガルは 2011 年発表の「国際保健政策」重点 3 か国の内の一つに選定され，UNICEF イヤーマーク基金による EMBRACE 協力事業が実施されている。

（３） 日本の対セネガル援助実績

2002～2012 年における対セネガルの「保健」及び「人口・リプロ」セクターの ODA 支出額を見ると，二国間援助では米国，フランス，日本の順に拠出額が多い（図表 4-12）。日本の ODA 累積支出額は，約 60 百万米ドルであり，全ドナーの 5%強を占めている。また，日本はグローバルファンドの主要ドナーの一員であり，Gavi ワクチンアライアンスに対しても，財政支援とワクチン債の双方で貢献をしている。

サブセクター別には，全ドナーでは「保健政策・行政管理」の他に，「マラリア対策」や「HIV/AIDS を含む性感染症対策」といった特定の感染症対策に関する ODA 支出が多いが，日本は「保健政策・行政管理」の多さが顕著であり，また「医学教育・研修」での支出の割合が大きい（図表 4-13）。

---

[95] 平成 20 年度第三者 ODA 評価の現地調査ヒアリング記録より（2008 年 10 月，セネガル保健省人材局，WHO，UNICEF，UNFPA，ベルギー大使館）。

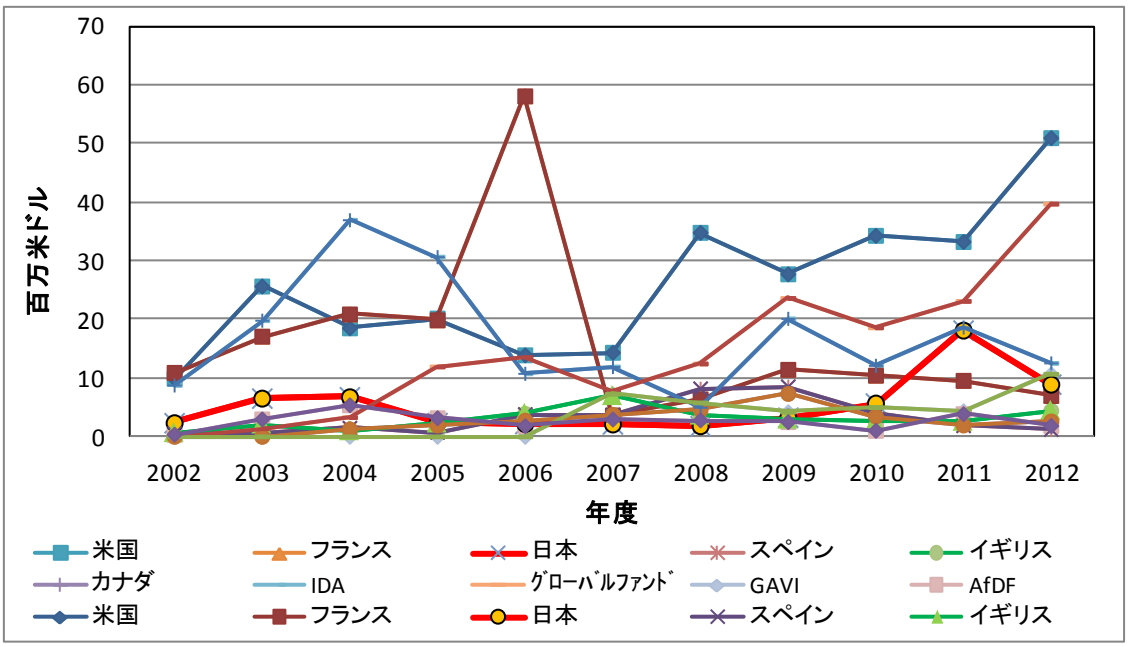
[96] 外務省（日本）『「保健・医療分野支援」の評価　報告書』，2009 年，195 頁。

[97] 現地 ODA タスクフォースへのヒアリング（2014 年 11 月 20 日）。

[98] 国際協力機構『セネガル共和国タンバクンダ州保健施設整備計画予備調査報告書』，2008 年 1 月，42 頁。

[99] 国際協力機構「事業事前評価表：セネガル共和国母子保健サービス改善プロジェクトフェーズ 2」，2012 年。

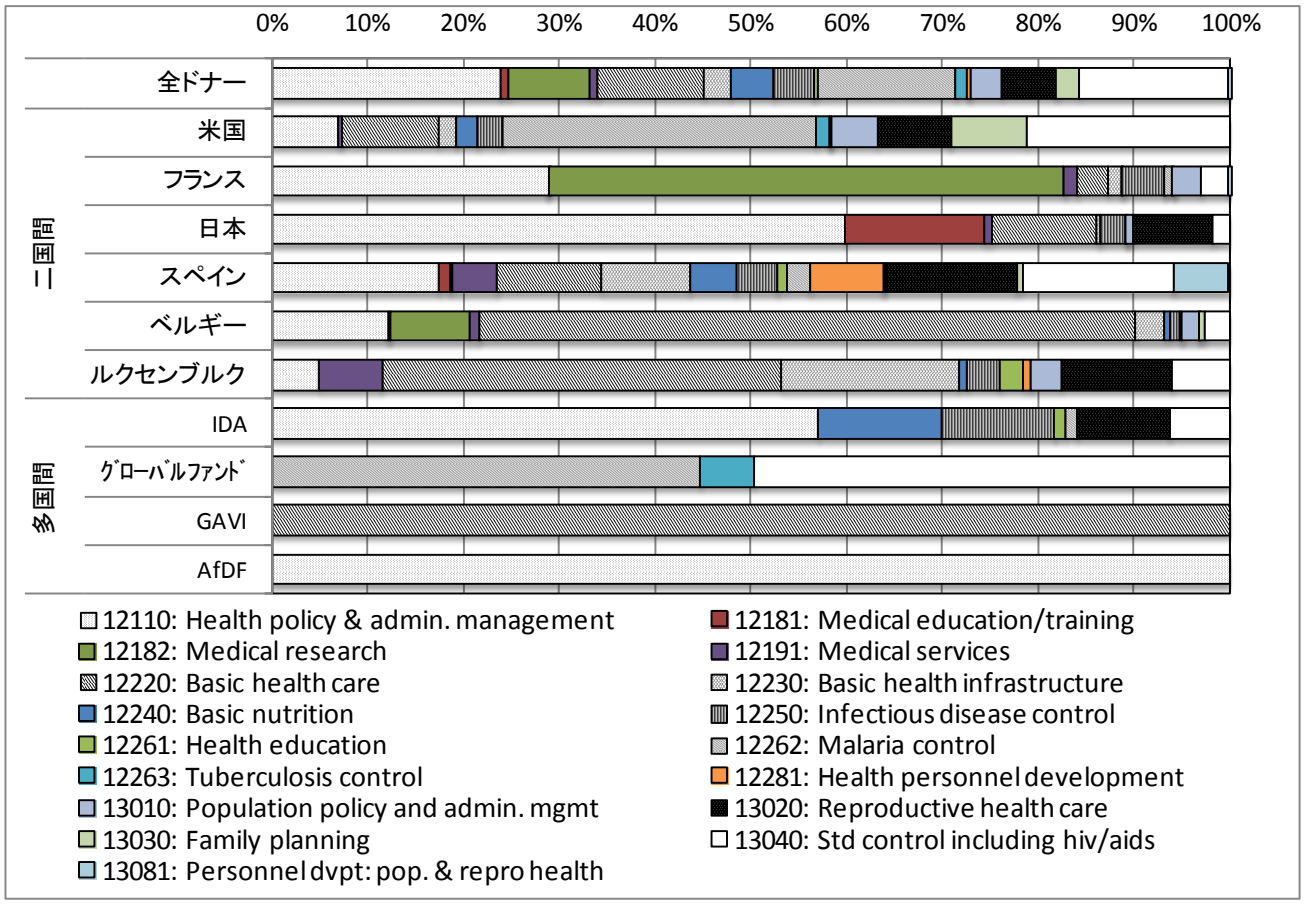
図表 4-12　大規模ドナーによる対セネガルの「保健」及び「人口・リプロ」セクターの ODA 支出額の推移



出典：OECD, *CRS* より評価チーム作成。

図表 4-13　対セネガルの「保健」及び「人口・リプロ」セクターの ODA の内訳

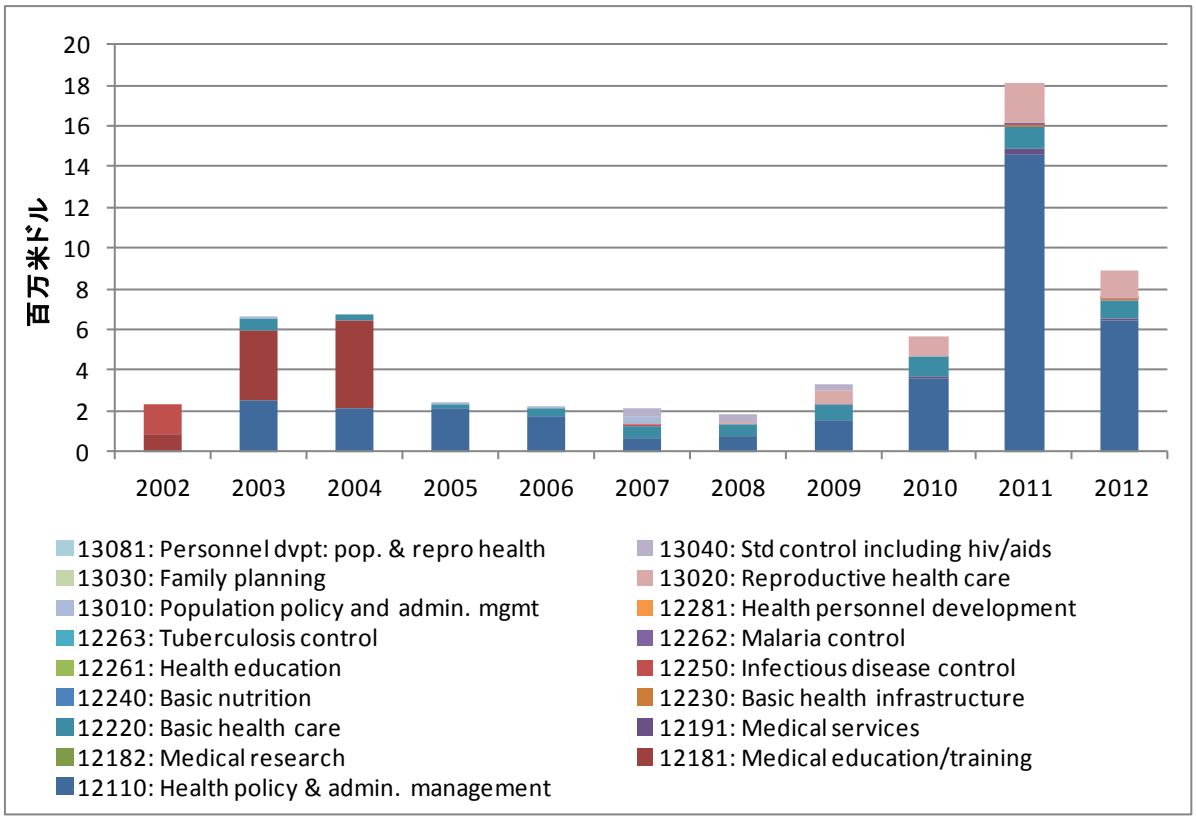
		拠出額 2002～2012年 百万米ドル	構成割合																
			12110: Health policy & admin. management	12181: Medical education/training	12182: Medical research	12191: Medical services	12220: Basic health care	12230: Basic health infrastructure	12240: Basic nutrition	12250: Infectious disease control	12261: Health education	12262: Malaria control	12263: Tuberculosis control	12281: Health personnel development	13010: Population policy and admin. mgmt	13020: Reproductive health care	13030: Family planning	13040: Std control including hiv/aids	13081: Personnel dvpt: pop. & repro health
全ドナー		1155.6	24.0%	0.8%	8.4%	0.8%	11.1%	2.8%	4.6%	4.1%	0.4%	14.5%	1.2%	0.3%	3.3%	5.7%	2.4%	15.5%	0.2%
二国間	米国	283.2	7.1%	0.0%	0.0%	0.3%	10.0%	2.0%	2.2%	2.5%	0.0%	32.8%	1.5%	0.1%	4.9%	7.7%	8.0%	21.1%	0.0%
	フランス	175.1	28.9%	0.0%	53.8%	1.5%	3.1%	1.5%	0.1%	4.4%	0.1%	0.8%	0.0%	0.0%	3.0%	0.0%	0.0%	2.9%	0.0%
	日本	**60.0**	**60.0%**	**14.5%**	**0.0%**	**0.8%**	**11.0%**	**0.4%**	**0.0%**	**2.6%**	**0.0%**	**0.0%**	**0.0%**	**0.0%**	**0.7%**	**8.3%**	**0.0%**	**1.8%**	**0.0%**
	スペイン	35.0	17.6%	1.1%	0.2%	4.8%	10.9%	9.2%	4.8%	4.4%	1.0%	2.4%	0.0%	7.7%	0.1%	13.8%	0.6%	15.7%	5.8%
	ベルギー	32.9	12.2%	0.2%	8.3%	1.0%	68.5%	3.1%	0.6%	0.9%	0.0%	0.0%	0.0%	0.3%	1.7%	0.1%	0.5%	2.5%	0.0%
	ルクセンブルク	29.6	5.0%	0.0%	0.0%	6.5%	41.8%	18.5%	0.9%	3.3%	2.5%	0.0%	0.0%	0.8%	3.2%	11.5%	0.0%	6.0%	0.0%
多国間	IDA	187.0	57.2%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	12.9%	11.7%	1.1%	1.1%	0.0%	0.0%	0.0%	9.7%	0.0%	6.2%	0.0%
	ｸﾞﾛｰﾊﾞﾙﾌｧﾝﾄﾞ	155.3	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	44.8%	5.6%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	49.6%	0.0%
	GAVI	37.2	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	AfDF	28.7	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%



出典：OECD, *CRS* より評価チーム作成。

日本の対セネガルのサブセクター別 ODA 支出額の経年変化を見ると，2004 年頃までは「医学教育・研修」の占める割合が多かったが，近年では「保健政策・行政管理」が大半を占めている（図表 4-14）。

図表 4-14　日本による対セネガルのサブセクター別の ODA の推移



出典：OECD, *CRS* より評価チーム作成。

図表 4-15　日本の対セネガル保健分野 ODA 主要案件一覧（2000 年以降）

ﾌﾟﾛｸﾞﾗﾑ	案件名	実施年度	分野	援助形態	プロジェクト／プログラム目標	関連 MDG
	母子保健強化・マラリア対策計画	2000	母子保健・マラリア	一般無償	予防接種体制の整備・強化，及び，約 20 万世帯に対するマラリア対策（蚊帳の配布）	MDG4,6
	国立保健医療・社会開発学校整備計画	2001~02	保健システム	一般無償	適正な技術を持ったパラメディカル人材育成を通じた，セネガルの保健医療サービスの向上	
	保健人材開発促進プロジェクト	2001~06	保健システム	技術協力	一次保健医療システムで働く能力のある保健人材育成システムの確立	
タンバクンダ州保健システム強化プログラム（2007~11）	保健行政アドバイザー派遣	2003~	保健システム	個別専門家	タンバクンダ州住民，特に母と子の健康状態の改善 1．母子保健サービスのアクセス改善 2．母子保健サービスの質改善 3．保健医療サービス全体の改善 4．住民の能力強化 5．中央の政策整備・成果の普及 （その他の日本の協力や他パートナーとの連携・協調推進）	MDG4,5,6
	青少年 STI/HIV 予防啓発活動	2005~07	HIV/AIDS	技術協力		
	人口・家族計画特別機材供与（避妊具配布）	2005~07	HIV/AIDS	技術協力		
	タンバクンダ州及びケドゥグ州保健施設整備計画	2008~11	保健システム	一般無償		
	タンバクンダ州及びケ州母子保健サービス改善プロジェクト	2009~11	母子保健	技術協力		
	タンバクンダ州及びケドゥグ州保健システムマネジメント強化プロジェクト	2011~14	保健システム	技術協力		
保健システム強化プログラム（2012~16）	母子保健サービス改善プロジェクト（フェーズ 2）	2012~17	母子保健	技術協力	セネガルの母子保健ケアが保健システム強化によって改善される。（2010 年）→（2016 年） ○医療従事者による介助出産の割合（MDG5）65.1%→81.6% ○産前健診受診率（MDG5）88%→62.8% ○地方部での産前検診受診率 41.5%→52.2%	MDG4,5,6
	仏語圏アフリカ看護師・助産師養成校教員能力強化研修	2008~	保健システム	研修		
	医療機材管理・保守	2010~	保健システム	研修		
	タンバクンダ州及びケドゥグ州における子供の死亡率低下/母子保健改善のためのパッケージ支援	2012,13	母子保健	UNICEF 拠出金		
	タンバクンダ州及びケドゥグ州におけるマラリア対策を通じた子供の死亡率低下のための支援	2012	マラリア	UNICEF 拠出金		
	助産師，看護師，機材管理，行政サービス分野の青年海外協力隊，シニア海外ボランティア	2000~	母子保健，保健システム他	JOCV/SV		
	保健人材広域ネットワーク強化プロジェクト	2014-~	その他	技術協力		

注 1：「タンバクンダ州保健システム強化プログラム」と「保健システム強化プログラム」は，保健行政アドバイザーや研修，青年協力隊やシニアボランティアなどが重複している。

注 2：事前調査，開発調査や技術協力のフォローアップ協力は除いている。

出典：外務省（日本）『ODA 国別データブック』，同『対セネガル共和国　国別援助方針』（2014 年改訂版），国際協力機構ナレッジサイトより評価チーム作成。

具体的な ODA 案件としては，図表 4-15 のとおり，保健人材育成・マネジメント強化を通じた保健システムの強化，ならびに母子保健サービス改善を中心に実施されている。また，機材供与や他の開発パートナーとの連携を通じて，AIDS 対策やマラリア対策も行われている。MDGs との関連では，母子保健を重点分野に設定しているところから，ゴール 4 及び 5，一部マラリア・AIDS 対策案件でゴール 6 がカバーされている。

援助形態別に見ると，青年海外協力隊（JOCV） 派遣（1980 年～）に始まり，その後，一般プロジェクト無償，保健分野のセクタープログラム無償（ノン・プロジェクト無償），技術協力プロジェクト，草の根資金協力，国際機関（UNICEF，WHO，UNFPA）を通じた支援等に拡大しており，複数のチャンネルにまたがって行われている。この他にも，グローバルファンド，Gavi ワクチンアライアンス経由での貢献もある。なお，現在のところ，セネガル側から保健分野で円借款の要請は出ていないが，ODA タスクフォースとして，UHC に関連してセネガル政府が進めている，結果に基づく財務マネジメント支援に使えないか検討中とのことである[100]。

セネガルにおける日本の保健分野への援助は，図表 4-15 に見られるように，全体的な保健システムの底上げを通じた，保健（特に母子保健）サービスの改善を図るアプローチが採られている。また，前節の方針のところで述べたとおり，協力リソースをタンバクンダ・ケドゥグ両州に集中させ，複数の援助形態を組み合わせ連携させた，包括的な取り組みを行ってきた。例えば，「タンバクンダ州及びケドゥグ州保健システム強化プログラム（2007-11）」は，（1）母子保健サービスのアクセス改善，（2）母子保健サービスの質の改善，（3）保健医療サービス全体のマネジメントの改善，（4）住民やコミュニティの能力強化，（5）保健省や州保健局における政策支援・成果普及――といった，保健システムを構成する要素に対して横断的なアプローチを採ることで保健システムを強化し，それによって 2 州の住民約 70 万人（2007 年当時）の，特に母と子の健康状態の改善を目標としていた。こうした目標と戦略に基づき，日本は，無償資金協力「タンバクンダ州及びケドゥグ州保健施設整備計画」で保健センターや看護師・助産師等の人材育成センターを建設・増築し，母子保健サービスのアクセス改善に取り組んだ。加えて，技術協力「タンバクンダ州及びケドゥグ州保健システムマネジメント強化プロジェクト（PARSS）」で医療施設における 5S 活動[101]による参加型マネジメントに関する能力強化や医療施設の年間事業計画（PTA）の策定に関する能力強化を通じ，組織マネジメント能力の向上を図った。さらに技術協力による「タンバクンダ州及びケドゥグ州母子保健サービス改善プロジェクト（PRESSMN／安全なお産プロジェクト）」で，「人間的お産」「継続ケア」「根拠に基づく妊産婦・新生児ケア」のコンセプトに基づいた包括的な母子保健ケアの仕組みをモデルとして確立させた。これらの他にも，保健省への行政アドバイザーの派遣，看護師・助産師・保健師等の JOCV（青年海外協力隊）の派遣[102]，また日本での研修を通じてセネガルの保健省職員や医師・看護師・助産師の能力強化も行っている。このように，施設の整備から人材育

[100] 現地 ODA タスクフォースへのヒアリング（2014 年 11 月 20 日）。

[101] 5S（整理・整頓・清掃・清潔・しつけ）。JICA は，日本の製造業で発展した総合的品質管理（TQM）の手法の一つである「5S」（整理・整頓・清掃・清潔・しつけ）やカイゼン（従業員参加型による問題解決）を医療現場に取り入れ，サービスの質と安全性を向上する「きれいな病院プログラム」を，アフリカ 15 か国を対象に実施している。

[102] プロジェクトの協力先に JOCV を配置する試みが行われている。これにより例えば，プロジェクトで医療施設に 5S 研修を実施した後のフォローや継続活動を協力隊員が担当するなどの協力が可能となる。前セネガル保健省行政アドバイザー（JICA 専門家）へのヒアリング（2015 年 1 月 19 日）。

成，組織強化，住民の啓発活動，中央，そして地方での政策支援までを一つのプログラムに包括的にまとめた協力が行なわれた[103]。また，セネガル ODA 保健タスクフォースへのヒアリングでは，中央レベルで活動している保健行政アドバイザーと現場で活動している協力隊員が情報交換のために，密に連絡を取る重要性が強調されるなど，投入要素間での連携も図られている。さらに，日本は水分野で，タンバクンダ，ケドゥグ，マタム三州において村落部の住民の衛生習慣と基礎的な衛生施設へのアクセス改善を目指した，村落衛生改善プロジェクト（2012～2016 年）に取り組んでおり，同プロジェクトと保健省との合同調整委員会（JCC）に保健行政アドバイザーが出席するなど，関連分野との連携も進められている。なお，現在同プログラムは「保健システム強化プログラムフェーズ II」に引き継がれ，日本がタンバクンダ・ケドゥグ両州で行ってきた取組を全国に広げる方向性に基づき，既に開始している母子保健サービス改善プロジェクトのフェーズ II では，PRESSMN モデルの全国普及に取り組んでいる。

（４） 援助プロセス

保健分野の協力に関する調整の場としては，保健省が年に 1 度，セクター開発計画の年次共同レビュー（RAC）を開催しており，ドナーも参加して，セクター計画のモニタリングが行われている。RAC では前年度の年間事業計画（PTA）の評価が行われ，本年度の実行プログラムの採択を行う。また CDSMT（セクター中期支出枠組み）の成果報告も行われる[104]。

この他，保健分野に限定したドナー会合が，2 か月に 1 度開催されている。参加ドナーは議長を務める WHO，世界銀行，UNICEF，UNFPA，国際連合合同エイズ計画（UNAIDS），UNDP，アフリカ開発銀行，米国国際開発庁（USAID），フランス，ベルギー，ルクセンブルグ，日本，非政府開発支援協議会（CONGAD：開発支援 NGO の連合）等である。日本からは JICA 事務所の保健分野担当職員と専門家がドナー会合に参加している。ただし，同会合では，各自の活動に関する情報共有が行われるが，ドナー間の住み分けや調整が図られているわけではない。以前はフランスや USAID など主要ドナーでも個々に活動し，会合に出ていなかったが，最近は皆参加しているとのことである[105]。

また公式なものではないが，ドナー会合の分科会（サブセクター会合）も存在する。例えば母子保健会合の場合は，MDGs 到達への取組を協議する際に，保健省の母子保健局がコーディネートを担当することが困難だったために，UNICEF などのドナーが中心となって分科会を立ち上げた。そこでは，ドナー間の調整が行われている。UNICEF，UNFPA が窓口になり，セネガル政府も参加している[106]。

この他，グローバルファンドの国別調整メカニズム（CCM）が随時開催されており，日本からは主に大使館の保健担当者が出席しているが，JICA 事務所の保健分野担当職員や専門家が出席

[103] 国際協力機構『ミレニアム開発目標への取り組み』，2012 年，17 頁。
[104] Ministère de la santé et de la prévention, *Op. cit.*, p.56.
[105] 現地 ODA タスクフォースへのヒアリング（2014 年 11 月 20 日）。
[106] 同上。

することもある[107]。

セネガルでは保健分野においてバスケット・ファンドを通じた援助は行われていない。セクター開発計画が策定された 1998 年以降，各ドナーはセクタープログラムに沿った形で援助を行うようになっており，特に協調を意識せずとも，実際にセネガル政府の方針から外れないようになっているとのことである[108]。

2013 年4月 12 日に保健分野の開発パートナーとセネガル政府間でセネガル国別コンパクト（Accord de partenariat entre le gouvernement et les partenaires techniques et financiers: 政府と技術・資金パートナー間協調協定）が署名された[109]。同文書は支援の効率化，及び MDGs 達成に向けた取組の強化を目的に，2011 年 2 月から作成が進められてきたもので，WHO がコーディネーター役を務めている。WHO，UNICEF，世界銀行，フランス，ベルギー等，12 の開発パートナーが署名している。日本は，パートナーに求められる約束の中で，（1）政府の予算編成プロセスとの整合性（アライメント）確保，（2）PISS（保健セクター投資計画）への資金貢献，（3）保健セクターにおける援助のアンタイド化――の条項を受け入れることが出来ないため，2014 年 11 月時点で署名していない[110]。主要ドナーの中で署名していないのは日本だけであるが，会合に呼ばれないなどの不利益は，2014 年時点では生じていないようである[111]。

2008 年度の ODA 評価調査では，他ドナー・国際機関との政策協議・援助調整は比較的密接に行われており，そのプロセスはおおむね適切と評価された[112]が，その後も引き続き他ドナーとは良好な協力関係が維持されているようである。2011 年には，セネガルにおいて日本とUSAIDとの間でパートナーシップ協定が締結され，年に一度，情報交換の会合を開催する，タンバクンダ州やケドゥグ州のプロジェクト視察を共同で行う，などの協力関係にある[113]。また，ドナー協調の好例として，2014 年に終了したタンバクンダ州及びケドゥグ州保健システムマネジメント強化プロジェクトでの USAID，UNICEF，ベルギー政府開発庁，ルクセンブルグ開発庁，フランス開発庁（AFD），世界銀行との協力が挙げられる。同プロジェクトでは，タンバクンダ・ケドゥグ州での活動を UNICEF と協力して行う上に，各ドナーがそれぞれの活動する州で，プロジェクトが作成した各種文書や研修パッケージを活用する協力が実現ないし予定され[114]，プロジェクトの全国展開への布石となった。

日本の協力に関するセネガル保健省との調整・協議に関し，2008 年頃は，年に 1 度程度，保健政策協議会（Comité de pilotage，通称「コミッティー」）が開催され，保健・医療分野の ODA 案件の進捗状況の確認等が行われていたが，現在は中断されている[115]。ただし，セネガル保健省に

---

[107] 前セネガル保健省行政アドバイザー（JICA 専門家）へのヒアリング（2015 年 1 月 19 日）。前アドバイザー自身はグローバルファンドのプロポーザルの審査員を務めており，利益相反の観点から出席がかなわなかった。
[108] 同上。
[109] Organisation mondiale de la Santé, *Rapport d'activités 2013*, 2014, p.23.
[110] 現地 ODA タスクフォースへのヒアリング（2014 年 11 月 20 日）。
[111] 前セネガル保健省行政アドバイザー（JICA 専門家）へのヒアリング（2015 年 1 月 19 日）。
[112] 外務省（日本）『「保健・医療分野支援」の評価 報告書』，2009 年，195 頁。
[113] 前セネガル保健省行政アドバイザー（JICA 専門家）へのヒアリング（2015 年 1 月 19 日）。
[114] 国際協力機構『セネガル国タンバクンダ州及びケドゥグ州保健システムマネジメント強化プロジェクト業務完了報告書』，2014 年 3 月，142-143 頁。
[115] アンケート調査結果より。なお，同協議会は 2015 年より再開予定である（JICA セネガル事務所）。

は，2003 年から継続して，官房技術顧問として JICA から保健行政アドバイザーが派遣されており，同専門家を通じて頻繁に情報共有が行われている。2008 年度の ODA 評価調査では，日本の支援の成功要因として，政府と密接なコミュニケーション関係を築いているアドバイザーの存在の有効性を指摘する声がセネガル政府や WHO から上がっていた[116]。アドバイザーは週に 1 度，大臣，次官，官房長，局長，官房顧問が出席する保健省官房会議に参加する。同会合では，その時々の保健分野の課題やドナーの活動も取り上げられ，他ドナーのプロジェクトの情報も充実していたとのことである[117]。このような機会やドナー会合を通じて，アドバイザーには，セネガル保健セクターの現状と課題，及び他ドナーの支援動向を把握・分析し，助言を行うとともに，日本の支援の円滑な実施のために，中央レベルでの調整やプロジェクト間の調整，ドナーとの連携促進を行う役割が期待されている。特に日本は首都から遠く離れたタンバクンダ・ケドゥグ州で集中的にプロジェクトを展開していたため，活動進捗状況や成果を中央レベルで周知させることは重要であった。タンバクンダ・ケドゥグ州保健システムマネジメント強化プロジェクトとの関連では，ドナーの動向をプロジェクト側に伝えるとともに，プロジェクトの成果を開発パートナーに宣伝し，同プロジェクトが技術支援する活動を，他ドナーの協力で全国展開させる戦略に貢献した[118]。

なお，保健分野の ODA タスクフォースは大使館の保健分野担当者，同経済協力調整員，JICA 事務所の保健分野担当職員，同保健分野広域企画調査員，同保健分野専門家で構成され，情報共有が図られている。

４－１－３ 援助の成果

日本の援助実績については既に前項で述べたが，本項では，『人口保健調査』（DHS）[119]のデータを基に，日本が評価対象期間後半に集中的に支援を行ったタンバクンダ州（2008 年以降はケドゥグ州も含む）と同州と比較的諸条件が類似していたカフリン州及びコルダ州の間で保健関連 MDGs 指標を比較し，日本の保健援助の効果を把握することを試みる[120]。タンバクンダ州及びケドゥグ州保健システム強化プログラム開始が 2007 年であることから，効果を測るに当たって，日本の支援が入る前の状態である 2005 年の数値と，支援後の状況として，現時点で入手可能な最新データである 2010-11 年の数値とを比較した。改善度を見た 2005 年から 2010-11 年の間に開始された日本の主要援助案件は，タンバクンダ・ケドゥグ州保健施設整備計画，タンバクンダ・ケドゥグ州母子保健サービスプロジェクト，タンバクンダ・ケドゥグ州保健システムマネジメント強化プロジェクトである（図表 4-15）。

なお，比較対象州の選定にあたっては，人口密度・貧困度・識字率・粗就学率を参考にした（図表 4-16）。

---

116 外務省（日本）『「保健・医療分野支援」の評価 報告書』，2009 年，192 頁。
117 前セネガル保健省行政アドバイザー（JICA 専門家）へのヒアリング（2015 年 1 月 19 日）。
118 国際協力機構「セネガル国保健行政アドバイザー活動報告書」，2014 年，1-3 頁。
119 USAID の資金援助により行われている世界 90 か国以上の人口・保健・HIV・栄養に関する調査。DHS website.
120 ただし，タンバクンダ州は 2008 年にタンバクンダ州とケドゥグ州に分割され，カフリン州は 2008 年にカオラック州から分割されて誕生していることから，2005 年の数値に関してはタンバクンダ州とカオラック州，2010-11 年の数値に関してはタンバクンダ・ケドゥグ両州の平均値とカオラック州とカフリン州の平均値を比較している。

図表 4-16 州ごとの参考指標一覧

	人口密度（人/km²）	貧困人口（%）	識字率（%）	粗就学率（%）
Dakar	5735	26.1	68.6	64.3
Diourbel	310	47.8	35.1	28.9
Tambacounda	**16**	**62.5**	**35**	**44.6**
Saint-Louis	47	39.7	53.2	57.4
Thies	268	41.3	53.8	53.4
Fatick	104	67.8	45.8	61.1
Kaffrine	50	63.8	42	26.7
Kaolack	179	61.7	50.2	46.4
Kedougou	**9**	**71.3**	**35**	**63.2**
Kolda	48	76.6	43.7	51.9
Louga	35	26.8	36.4	30.3
Matam	19	45.2	28.4	42.1
Sedhiou	61	68.3	47.3	62.7
Ziguinchor	74	66.8	65	87.3
全国	68	46.7	52.1	52.9

出典：Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie（ANDS）, *Enquête de Suivi de la Pauvreté au Sénégal II (ESPS-II)*）（人口密度のみ *Recensement Général de la Population et de l'Habitat, de l'Agriculture et de l'Elevage 2013 (RGPHAE 2013)*）より評価チーム作成。

図表 4-17　セネガル MDG 保健関連指標の改善幅比較

MDGs		州名	Tambacounda/Kédougou			（参考）Kaolack/Kaffrine			（参考）Kolda/Sédhiou			（参考）Sénégal全体		
ゴール	指標	指標名（単位）	2005年	2010-11年	改善幅	2005年	2010-11年	改善幅	2005年	2010-11年	改善幅	2005年	2010-11年	改善幅
4	4.1	**5歳未満児死亡率**（出生千人当たり）[a]	111.0	73.0	▲ 38.0	84.0	48.0	▲ 36.0	116.0	79.0	▲ 37.0	74.0	48.0	▲ 26.0
	4.2	乳児死亡率（同）[a]	100.0	58.5	▲ 41.5	79.0	49.5	▲ 29.5	100.0	70.5	▲ 29.5	82.0	60.0	▲ 22.0
	（参考）	新生児死亡率（同）[a]	56.0	29.5	▲ 26.5	44.0	33.0	▲ 11.0	53.0	38.0	▲ 15.0	47.0	36.0	▲ 11.0
	4.3	はしかの予防接種を受けた生後 12～23 か月児の割合	64.5	75.7	11.2	69.1	80.6	11.5	75.5	79.5	4.0	73.5	82.1	8.6
	（参考）	完全に予防接種を受けた生後 12～23 か月児の割合（%）[b]	54.7	43.8	▲ 10.9	56.2	62.5	6.3	59.9	64.2	4.3	58.7	62.8	4.1
5	5.2	**医療従事者の立ち会いによる出産の割合**（調査前5年間）	27.2	28.9	1.7	34.5	46.7	12.2	25.8	34.1	8.3	51.9	65.1	13.2
	5.3	婚姻関係にある女性の近代的避妊法[c]実行率（%）	5.6	5.2	▲ 0.4	5.4	7.8	2.4	8.0	8.5	0.5	10.3	12.1	1.8
	5.4	若年妊娠経験率（15～19歳女性、%）	35.9	38.4	2.5	25.5	24.7	▲ 0.8	37.6	34.1	▲ 3.5	18.9	18.7	▲ 0.2
6	6.1	**15～24歳のHIV感染率**（女性、%）	0.0	0.5	0.5	0.4	0.3	▲ 0.1	2.3	2.1	▲ 0.2	0.4	0.3	▲ 0.1
	6.1	**15～24歳のHIV感染率**（男性、%）	1.2	0.3	▲ 0.9	0.0	0.0	0.0	0.0	0.3	0.3	0.1	0.1	0.0
	6.7	調査前夜に殺虫剤処理済みの蚊帳を使用した5歳未満児の割合（%）	6.3	45.3	39.0	5.4	41.5	36.1	8.7	62.0	53.3	7.1	34.6	27.5

注 1：太字はタンバクンダ州保健システム強化プログラムのプロジェクト目標と関連している指標。

注 2：2005 年の州別データはタンバクンダ州とカオラック州とコルダ州，2010-11 年はタンバクンダ州とケドゥグ州の平均値とカオラック州とカフリン州の平均値とコルダ州とセディウ州の平均値。

a: 2005 年の州別データは調査前 10 年間，2005 年の全国データ及び 2010～11 年のデータは調査前 5～9 年間。

b: BCG，はしか，ジフテリア・百日咳・破傷風 3 種混合ワクチン 3 回，ポリオワクチン 3 回。

c: ピル，子宮内避妊器具（IUD），女性用コンドーム，男性用コンドーム，ペッサリー，ゼリー/ムース，注射法，女性の不妊手術，インプラント，授乳性無月経症。

出典：République du Sénégal, *Enquête Démographique et de Santé 2005*, *Enquête Démographique et de Santé à Indicateurs les Sénégal (EDS-MICS) 2010-2011* より評価チーム作成

その結果，日本が集中的に支援しているタンバクンダ・ケドゥグ両州ではゴール 4（乳幼児死亡率の低減，はしかの予防接種率の向上）の指標 4.1，4.2，4.3 やゴール 6 の蚊帳普及率（指標 6.7）で比較対象州や国全体と比べて大きな改善が見られた一方，ゴール 5（妊産婦の健康の改善）関連指標 5.2，5.3, 5.4，では相対的に低い改善にとどまるか悪化した。AIDS 関連指標（6.1）に関しては，女性は相対的に悪化し，男性は相対的に改善した。

前述のとおり，両州で他ドナーの活動も行われているとはいえ，効果計測期間中（2005～2010,11 年）に両州に集中して，保健分野における包括的な支援を継続して実施したのは日本である。このような状況で，ゴール 4 関連指標に関して，比較対象州よりも高い改善度が確認されたのは，日本の支援の効果が寄与したと解釈することができる。他にも改善が見られた蚊帳普及率の向上に関しては，日本は効果計測期間中に二国間協力の枠組みでは両州で蚊帳普及活動を行っていないが，グローバルファンドへの拠出を通じて間接的な貢献を果たしていると評価できるだろう。

ただし，表中で見られた保健関連 MDGs 指標の変化に，日本の支援がどれだけ寄与したのかを測ることは困難である。これらの指標の変化には，セネガルの自助努力や他の開発パートナーの支援等，多様な要素が関与していると考えられるからである。また日本は，二国間援助の枠組みの外で，世界銀行，UNICEF や UNFPA，WHO などの国際機関への拠出金を通じた支援や，グローバルファンド，Gavi ワクチンアライアンス経由での支援も行っており，これらの組織の貢献分の中から日本の支援分の効果だけを抽出することは不可能である。例えば，タンバクンダ・ケドゥグ両州の新生児死亡率は大きく改善しているが，この分野では，UNICEF が同地域で新生児ケアの研修を手掛けており，同活動が指標改善に貢献している可能性がある[121]。また，前述のとおり，2007～11 年にかけてタンバクンダ州には UNICEF と UNFPA の支援が入っており，2007 年頃にもイスラム開発銀行が保健センターや保健ポストの建設を支援していた。

さらに，日本の支援のアウトカム効果が MDGs 指標の改善として反映されるまでにはある程度時間が必要であると推察される。前項の「日本の対セネガル援助実績」で見たとおり，日本の支援は MDGs 達成を直接の目標には掲げず，主に母子保健の質の改善，ならびに保健システムのマネジメント強化に重点を置いている。そして，包括的なアプローチで保健システム全体の改善を図ることを通じて，MDGs 指標の改善に貢献することを目指している。母子保健サービス改善プロジェクトを例にとると，前セネガル保健省行政アドバイザー（JICA 専門家）によれば，プロジェクト活動地域では，助産師の数が足りておらず，自宅分娩に医療従事者を派遣するといった方法をとることが困難であった。したがって，医療従事者が立ち会う分娩の割合を高めるには，保健施設での分娩を増やす必要があるが，保健施設では医療従事者の数が不足しているがために，業務多忙なことから妊産婦への態度が乱暴となるきらいがあり，妊婦が保健施設に行きたがらない状況があった。そこで，

[121] ODA タスクフォースへのヒアリング（2014 年 11 月 20 日）。なお，日本は 2012 年と 2013 年に UNICEF の同研修プロジェクトへの資金をイヤーマークして拠出している。

パイロット施設で妊婦に親切に接し質の高いケアを提供する活動を行うことを通じて，妊産婦の保健施設の利用意欲を高めることを狙いとした。その結果，施設を利用する人が増え，施設での出産数は増えた[122]。その後，同プロジェクトフェーズ 2 で同じ州の他の施設へ活動を広げ，更には他の 5 州にも活動を広げていくことを行っている。さらにコミュニティ・ヘルスワーカーによる施設分娩の広報活動も合わせて行うようになった。しかし，こうした活動の成果が実際に妊産婦死亡率の低下という形で反映されるには時間がかかる。妊産婦死亡率は過去に遡って計算される。セネガル DHS 2010-11 の場合は調査前 10 年間の推計値である。このように，活動の成果が指標に反映されるのはまだ先のことになる[123]。

参考までに，日本が実施した案件の成果一覧を図表 4-18 にまとめた。表中でリスト化された項目の他にも，（1）現地の住民による助産師への評価や信頼度の向上[124]，（2）日本のプロジェクトで作成した保健行政官向けのマネジメントマニュアルが他ドナーのプロジェクトでも採用される[125]など，既に一定の成果が確認されているものの，日本がタンバクンダ州及びケドゥグ州に集中して支援を開始したのが 2007 年頃からであり，現時点で入手できる最新のデータとはいえ，2010-11 年の指標でインパクトを測るには，時期尚早であるといえよう。2012 年以降に開始された案件も含め，今後，疾病横断型支援が順調に効果をあげ，保健システム全体の改善が進めば，保健関連 MDGs だけでなく，広くその他の関連指標の改善も期待できるかもしれない。

---

122 前セネガル保健省行政アドバイザー（JICA 専門家）へのヒアリング（2015 年 1 月 19 日）。

123 同上。

124 日本は母子保健サービス改善プロジェクトで母子保健の質の改善を目的に，助産師への研修を実施しており，「人間的なお産」を広める活動をしている。プロジェクトを始める以前，現地の助産師は，旧態依然として，患者に対して命令するなど威圧的な態度を取ることが一般的で「怖く，かかりたくない」存在であった。このことは，現地の新聞や UNICEF，UNFPA が行ったアンケートなどでも指摘されている。しかし，プロジェクト以降，こうした助産師に対するイメージが変化し，よくなったという感想が得られている。現地 ODA タスクフォースへのヒアリング（2014 年 11 月 20 日）。

125 タンバクンダ及びケドゥグ州保健システムマネジメント強化技術協力プロジェクトでは，保健行政区の行政官を対象にマネジメント向上，年間活動計画の策定支援，5S トレーニング等を行い，人材・物品・資金を管理するマニュアルを開発した。同マニュアルには研修プログラムや教材，必要費用，職場での 5S 改善活動などがパッケージ化されてまとめられている。同マニュアルは全てのドナーに配布され，USAID やベルギーなど，他州でプロジェクトを展開しているドナーが使用している例がある。また，セネガル政府は同マニュアルを年間活動計画策定の際に使用することを推奨し，省の公式文書として認定，全国の州の保健行政区に配布した。サイトにもアップロードされている。そして，プロジェクトをフェーズ II として，早く全国展開したいという要請が上がっている。現地 ODA タスクフォースへのヒアリング（2014 年 11 月 20 日）。

図表 4-18 対セネガル保健分野 ODA 主要案件成果一覧（2000 年以降）

	案件名	実施年度	成果	関連 MDG
1	母子保健強化・マラリア対策計画	2000	(1)薬剤浸漬した蚊帳（200,000 張），(2)保健ポストへの冷凍冷蔵庫（300 台）・母子保健キット（300 セット）・オートバイ（52 台）の供与，(3)州・県保健局への車両（16 台）供与，を通じたマラリア予防・罹患率・死亡率の低下，予防接種率の向上，保健ポストを中心とした地域医療の質改善	MDG4,6
2	国立保健医療・社会開発学校整備計画	2001~02	セネガルのパラメディカル要員養成校である国立保健医療・社会開発学校(ENDSS)実習施設の建設と機材の調達を通じた，ENDSS の養成可能数の増加（約 500 名から計画実施後 3 年目に約 300 名増の 800 名体制）及び，実習・講義の増加。	
3	保健人材開発促進プロジェクト	2001~06	(1)国立看護師・助産師養成校の教員能力の強化，学内技術演習及び臨地実習を中心とした教育内容の向上， (2)国家標準保健ポスト長ガイドの策定，同ガイドを使用した研修の実施， (3)国家標準地域保健員養成マニュアルの策定等，地域保健員養成システムモデルの提示	
4	青少年 STI/HIV 予防啓発活動	2005~07	自発的匿名 AIDS 検査（VCT）センターサービス必要機材・簡易検査キットの供与，検査の実施，維持管理システムの確立，研修実施 青少年カウンセリングセンター必要機材供与，同センター改築，カウンセリング研修の実施等	MDG6
5	タンバクンダ州及びケドゥグ州保健施設整備計画	2008~11[126]	タンバクンダ州及びケドゥグ州における 3 保健センターの新規建設，州人材育成センターの増築及びそれら施設への必要医療機材の調達を通じた，(1)保健センターの外来患者数，入院患者数，分娩数の増加，(2)保健センターでの妊産婦死亡率の低減につながる超音波検査，帝王切開手術の実施，(3)州人材育成センターの受入学生数の増加（看護師，助産師 90 名→180 名，現任教育 30 名）	MDG4,5
6	タンバクンダ州及びケドゥグ州母子保健サービス改善プロジェクト	2009~11	「人間的なお産」，「継続ケア」，「根拠に基づく妊産婦・新生児ケア」をコンセプトに掲げる「PRESSMN モデル」の確立とその実践に必要な詳細を定めた活動表及びマニュアル，コミュニケーションツールの保健省による承認。	MDG4,5
7	タンバクンダ州及びケドゥグ州保健システムマネジメント強化プロジェクト	2011~14	保健情報システム研修の講師養成研修実施，PTA（年間活動計画）運用ガイドライン・PTA 策定研修の講師用ガイドラインの作成，計画立案・モニタリング評価能力強化研修プログラムの構築，州医務局及び保健区のリソース（人材，会計・財務，医薬品・医療資機材，施設・設備）管理能力研修プログラムの構築，5S KAIZEN-TQM 研修の実施，等	
8	タンバクンダ州及びケドゥグ州における子供の死亡率低下/母子保健改善のためのパッケージ支援	2012,13	新生児ケア研修の実施	MDG4
9	タンバクンダ州及びケドゥグ州におけるマラリア対策を通じた子供の死亡率低下のための支援	2012	タンバクンダ州の 5 歳以下の子供を持つ家庭向けに蚊帳 9 万枚の供与	MDG6

出典：JICA ナレッジサイト，在セネガル日本国大使館ウェブサイト，ODA タスクフォースへのヒアリング等より評価チーム作成。

[126] ただし，日本の援助による 3 保健センターの建設完了後，セネガル側の問題で，建物に電気・水を引く数百メートル分の工事が進まず，最終的に使用可能になったのは 2013 年からである。前セネガル保健省行政アドバイザー（JICA 専門家）へのヒアリング（2015 年 1 月 19 日）。

４－１－４ まとめと考察

日本のセネガルに対する保健分野支援政策は，**４－１－２ の（３）**（日本の対セネガル援助実績）で確認したとおり，MDGs の達成を視野に入れて策定されており，MDGsと整合していると評価できる。ここで評価対象とした政策は，2007 年の対セネガル国別援助計画，ならびに 2012 年の対セネガル国別援助方針，そしてそれぞれに対応する保健システム強化プログラムである。

国別援助計画（図表 4-10）では，保健・医療分野を含む小目標 II「基礎社会サービスの向上」の上位目標である中目標 I「地方村落における貧困層の生活改善」において，「人間の安全保障の視点」やMDGs 達成も視野に入れ，地方村落における貧困削減に取り組むとしている。そして，保健・医療分野の協力について，より高次な保健・医療から一次保健・医療へシフトするという方向性を示し，その延長として貧困州タンバクンダへの協力集中を掲げている。こうした方向性は，人間の安全保障の視点に基づくとともに，MDGs における健康弱者重視の姿勢とも合致する。

国別援助計画に対応している保健セクタープログラム（タンバクンダ州保健システム強化プログラム）では，「タンバクンダ州の住民，特に母と子の健康状態が改善される」ことを目標として掲げており，指標として（1）5 歳未満児死亡率，（2）妊産婦死亡率，（3）医療従事者介助出産率，（4）HIV 感染率，が選定されている。この 4 指標は，保健関連 MDGs の 4.1，5.1，5.2，6.1 に相当する。

そして，国別援助方針（図表 4-11）では，MDGs 達成への貢献がより明確に謳われており，援助の基本方針（大目標）で MDGs への貢献を目指した支援を行う方向性が掲げられ，重点分野（中目標）（2）の「基礎的社会サービスの向上」で「保健・衛生分野における MDGs 達成を支援する」とはっきり言及されている。

国別援助方針に対応している保健セクタープログラム（保健システム強化プログラム フェーズII）では，「国際保健政策を念頭に，セネガルにおける保健・衛生分野に係る MDGs 達成を支援する。特に保健・衛生分野では，我が国が実施してきた母子保健分野における支援を国際機関や他ドナー支援と連携させ，現場レベルからより高次の政策レベルまでの支援を行うことで，妊産婦死亡率及び乳幼児死亡率の低下を目指す[127]」とあり，MDGs の中でもゴール 4 とゴール 5 に注力する方針が示されている。

さらに，日本の対セネガル保健分野支援政策は，**４－１－１の（４）**（保健分野の開発計画とMDGs）で見た，支援対象国であるセネガル政府の MDGs に関連した開発計画とも整合していると評価できる。前述のとおり，セネガルの国家開発計画の中で MDGs 達成に向けた戦略意識が明確に提示されたのが DSRP（貧困削減戦略文書）II からである。その中で，保健セクターの開発は同計画の第二の柱である「基礎的社会サービスへのアクセス促進」の「人的資本と能力強化」に位置づけられている。そこには，「（保健）セクター開発計画である PNDS（国家保健開発計画）の目標は MDGs と完全に合致している。その目標とは，すなわち妊産婦死亡率の低減，乳幼児

[127] 外務省（日本）「対セネガル共和国 国別援助方針」，別紙「対セネガル共和国 事業展開計画」。

死亡率の低減，出生率のコントロールである[128]」とあり，保健関連 MDGs の中でもゴール 4 とゴール 5 に主眼が置かれている。日本のタンバクンダ州保健システム強化プログラムの目標は「母と子の健康状態の改善」であり，セネガル政府のこうした方針と合致している。さらに，DSRP II に対応した保健セクター開発計画である PNDS フェーズ II で，セクター計画として初めて保健関連 MDGs の達成を目標に据えることが示されたが，そこで設定された 5 つの優先課題の内の 3 つ（(1)人材育成，(2)システム強化，(4)貧困層に対するケアへのアクセス改善）は，当時の日本の対セネガル国別援助計画ならびに保健プログラムで示された保健分野の重点支援分野と合致している。

その後のセネガル国家開発計画でも MDGs 達成目標は引き継がれており，その中の保健セクターの位置づけは変わっていない（図表 4-4）。PNDS フェーズ II の後継セクター計画である PNDS 2009-2018 では，保健関連 MDGs の達成が第一の目標に設定され，そのための優先課題として，妊産婦及び乳幼児の健康が掲げられた。日本の国別援助方針でも，対応する「保健システム強化プログラムフェーズ II」でも母子保健サービスの改善が重点支援分野に掲げられており，妊産婦死亡率及び乳幼児死亡率の低下が目標に設定されていることから，前述のセネガル政府の方針と整合性がとれている。

以上から，日本の対セネガル保健分野支援政策は，MDGs とも，セネガル政府の MDGs 達成に係るニーズとも合致しており，妥当であったと評価できる。

次に，日本の対セネガル保健分野支援の MDGs 達成への効果については，**４－１－３**（援助の成果）で確認したとおり，タンバクンダ・ケドゥグ両州でのゴール 4 関連指標の改善，ならびにゴール 6 関連指標である蚊帳の普及率の向上が認められたが，両州での日本の支援のアウトカム効果を測るにはもう少し時間が必要だと思われる。

援助プロセスに関しては，今回現地調査が中止になったため ODA タスクフォースへのアンケートやヒアリング等の限定的な情報によるが，**４－１－２の（４）**（援助プロセス）で見たとおり，セネガル政府との政策協議・調整及び他ドナーとの政策協議・援助調整の機会は定期的に設けられ，関係もおおむね良好と見られ，特に問題点は見いだされなかった。日本とセネガル保健省との間の政策協議会（Comité de pilotage，通称「コミッティー」）は中断されているが，官房付アドバイザーを通じて密な情報共有が行われており，実務上支障は生じていないようである。また，セネガル国別コンパクトに署名していない点についても，セネガルは元来「ドナー側に対するアラインメント要求は強くない[129]」ことから，現時点で日本の援助プロセスに特段影響はないと推察されるが，今後の進展を見守る必要があるだろう。なお，支援政策の策定プロセスや案件実施プロセスも含めた総合的な評価を行うためは，現地調査でセネガル政府や他の開発パートナーにも合わせて話を聞く必要があるだろう。

最後に，セネガルは**４－１－１の（５）**（近年の UHC 推進への取り組み）で見たように，UHC

[128] République du Sénégal, *Document de Stratégie pour la croissance et la Réduction de la Pauvreté 2006-2010 (DSRP II)*, 2006, p.45.
[129] 外務省（日本）「対セネガル国別援助計画（第一次案）」，2007 年。

の達成を国家の優先課題に位置づけ，2017 年までの国民皆保険実現に取り組んでいることから，国内における UHC 推進の機運は十分に高まっているといえよう。しかし，政府の UHC 推進体制の弱さ，国民皆保険実現計画の不備が問題となっており，実現までには相当な困難が予想される。現在 JICA により，UHC 推進への協力に向けた調査が行われているところであり[130]，今後，日本を含めた開発パートナーの支援が待たれる。

[130] 現地 ODA タスクフォースへのヒアリング（2014 年 11 月 20 日）。

４－２ ケーススタディ２：ガーナ

４－２－１ ガーナにおける保健関連 MDGs 達成の状況

（１） 国の概要

図表 4-19 ガーナの位置

出典： BBC News website.

ガーナ共和国は，アフリカ大陸の西部に位置し，国土の南縁が大西洋（ギニア湾），西縁がコートジボワール，東縁がトーゴ，北縁がブルキナファソにそれぞれ接している（図表 4-19）。国土の東部をグリニッジ子午線が通っており経度は英国とほぼ同じ，緯度はアジアでいえばフィリピン南部（ミンダナオ島等）やタイ南部（マレー半島部分）とほぼ同じである。

面積は約 24 万平方 km（日本の 63%），人口は約 2590 万人（2013 年[131]，日本の 20%）である。国土は 10 の州に分かれ，うち 6 州が人口 200 万人台，首都アクラ（人口 185 万人）を州都とする大西洋岸のグレイター・アクラ州と首位都市クマシ（人口 204 万人）を州都とする中南部のアシャンティ州が 400 万人台，北端のアッパーイースト州とアッパーウエスト州がそれぞれ約 100 万人と約 70 万人である（2010 年[132]）。アカン族を最多数派とする多民族国家で，キリスト教徒が人口の過半数を占め，英語が公用語として用いられている。

1957 年に英国から独立してから 1980 年代までは，軍事クーデターが 4 度起こり軍政の期間も長かったが，1992 年に複数政党制の選挙が行われて以降は民主政が定着，過去 2 度にわたってクーデターを起こした元軍人のローリングス大統領（1993 年就任）も憲法の三選禁止規定を遵守して 2000 年には退陣し，平和裏に政権交代が実現した。直近 2012 年の大統領選では現職マハマ大統領の僅差での再選に対し野党が異議を申し立てたが，最高裁判所が 8 か月間の審理を経て選挙結果を支持する判断を下すと野党も従い，ガーナにおける民主主義の成熟を印象づけた。図表 4-20 のとおり，政体の民主化度に関する各種国際指標も，ガーナに対して比較的高い評価を与えている。

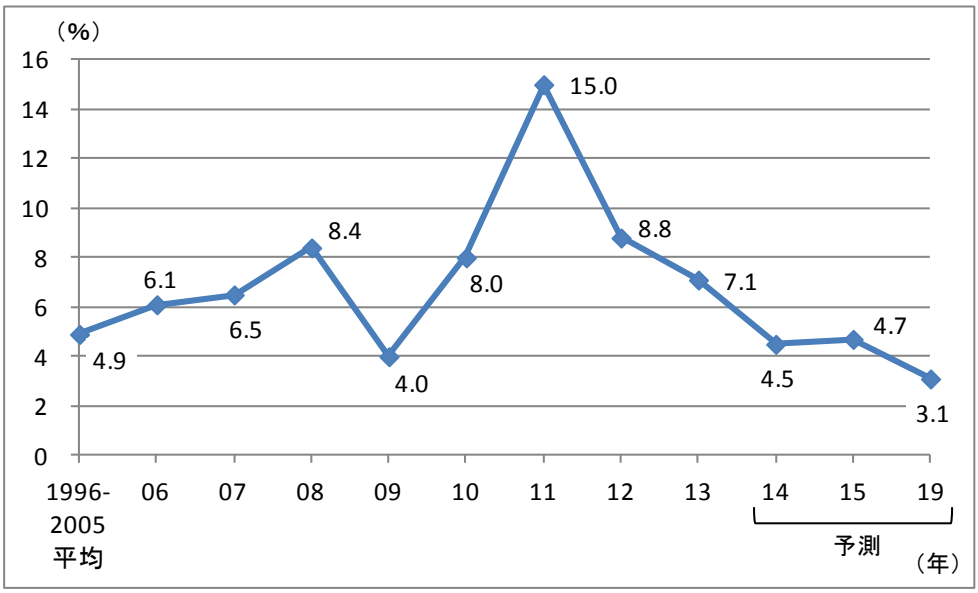
[131] World Bank, “World Development Indicators”.
[132] Ghana Statistical Service, “Population by region, district, age groups and sex, 2010”.

図表 4-20　ガーナの民主化度に対する各種指標の評価

指標（作成機関）	ガーナの評価
ポリティⅣプロジェクト（体系的平和センター）	政体の民主化度を評価するプラス 10～マイナス 10 の評点でプラス 8（2014 年）。アフリカでは南アフリカ，ケニアのプラス 9 に次ぐ（他にプラス 8 はボツワナのみ。セネガルはプラス 7）。（日本はプラス 10）
世界ガバナンス指標（世界銀行）	下記のガバナンス指標の殆どで世界の上位 50%以内の順位に位置（2013 年）。 ・意見表明とアカウンタビリティ：上位 39.3% （日本 14.7%） ・政治的安定性と暴力の不在：同 52.6% （同 18.5%） ・統治の有効性：同 49.7% （同 6.2%） ・規制の質：同 44.5% （同 16.7%） ・法の支配：同 43.1% （同 10.4%） ・腐敗の抑制：同 43.5% （同 7.2%）
世界報道自由度指数（国境なき記者団）	報道自由度の順位は世界 22 位，アフリカではナミビア（世界 17 位）に次いで 2 番目の高順位（2015 年）。（日本は世界 61 位）

出典：Center for Systemic Peace, *Polity IV Project* website; World Bank, *Worldwide Governance Indicators* website; and Reporters Sans Frontières, *World Press Freedom Index 2015* website.

図表 4-21　ガーナの実質 GDP 成長率の推移（実績と予測）



出典：International Monetary Fund, *World Economic Outlook*, October 2014.

経済は，ともに世界 10 傑に入るカカオ豆（2012 年 3 位[133]）と金（2013 年 10 位[134]）の生産に支えられた典型的な一次産品依存型であり，農業と鉱工業が合わせて GDP の約半分を占めている。上記 2 品目の国際価格が高止まりしていたため 2008～2009 年の世界的不況の影響も比較的少なく，実質 GDP 成長率は 2006 年から 2013 年まで 2009 年を除いて年率 6～15%という，アフリカでも最高水準の経済成長を続けてきた。国際通貨基金（IMF）は，2014～2015 年に 4%台，2019 年に 3%台への減速を予測しているが（図表 4-21），世界銀行は天然ガスの生産や新たな油田開発（2007 年に海底油田が発見された）により 2010 年代後半には高成長を回復すると見込んでいる[135]。

一人当たり国民総所得（GNI）は 1,760 米ドル（2013 年，アトラスメソッド換算。購買力平価で算出すると 3,880 国際ドル）であり，世界 213 か国・地域の中で 164 位である[136]。世界銀行では低中所得（lower middle income）国に分類され，国連による後発開発途上国（LDC）の認定からは外れている。UNDP の人間開発指数ランキングでは世界 187 か国中 138 位である（2013 年）[137]。

（２） MDGs 達成に向けた進捗状況

図表 4-22 はガーナにおける MDG 指標の実績値（3 時点）と 2015 年目標値を示している（保健関連の指標 4.1～6.10 は後述するので除いている。）。

MDGs が第一に掲げるゴール 1「極度の貧困と飢餓の撲滅」は 2015 年目標の達成が見込まれている。指標 1.1「1 日 1.25 ドル（購買力平価）未満で生活する人口の割合」は 1998 年の 39.1%から 2006 年には 28.6%へ 10.5%ポイント減少して目標 25.8%に向け順調に低下，指標 1.8「低体重の 5 歳未満児の割合」は 2006 年に 13.9%まで下がり，目標 15.5%を達成済みである。

ゴール 2「初等教育の完全普及の達成」については，指標 2.1「初等教育における純就学率」が 2013 年に 87.6%，指標 2.2「第 1 学年に就学した生徒のうち初等教育の最終学年まで到達する生徒の割合」が 2008 年に 72.2%まで伸びているが，どちらも 2015 年に 100%を達成することは難しいと見られる。

ゴール 3「ジェンダー平等推進と女性の地位向上」については，指標 3.1「初等・中等・高等教育における男子生徒に対する女子生徒の比率」のうち初等教育での比率が 2013 年に 1 に到達し，初等教育ではジェンダー平等が達成された。指標 3.3「国会における女性議員の割合」は 10.9%にとどまっており，日本とほぼ同水準（衆議院 9.5%，参議院 18.2%，両院合計 11.2%）である。

ゴール 7「環境の持続可能性確保」については，指標 7.8「改良飲料水源を継続して利用できる人口の割合」は 2012 年に 87%となり 2015 年目標 78%を既に達成している一方，指標 7.9「改良衛生施設を利用できる人口の割合」は目標 52%に対して 2012 年値 14%，指標 7.10「スラムに居住する都市人口の割合」は目標 13%に対して 2009 年値 40%にとどまっており，目標達成は困難

[133] Food and Agriculture Organization of the United Nations, *FAOSTAT* database.
[134] U.S. Geological Survey, *Mineral commodity summaries 2014*.
[135] World Bank “Countries and Economies”; BBC News website; International Monetary Fund, *World Economic Outlook*; 外務省（日本）ウェブサイト。
[136] World Bank, “GNI per capita ranking, Atlas method and PPP based”. 原典では順位番号が跳んでいるところがあり総国・地域数もガーナの順位も違っている可能性があるが，ここでは原典とおりに記述した。
[137] United Nations Development Programme, *2014 Human Development Statistical Tables*.

である。

図表 4-22 ガーナの MDG 指標（保健関連以外）一覧

ターゲット	指標	指標名（単位）	2000年頃	2000年代中頃	直近	2015年目標
1A	1.1	1日1.25ドル（購買力平価）未満で生活する人口の割合（%）	39.1(1998)	28.6(2006)	n/a	25.8
	1.2	貧困ギャップ比率（%）	14.4(1998)	9.9(2006)	n/a	n/a
	1.3	国内消費全体のうち、最も貧しい5分の1の人口が占める割合（%）	5.6(1998)	5.2(2006)	n/a	n/a
1B	1.4	就業者1人あたりのGDP成長率（%）	▲20.7(1999)	n/a	n/a	n/a
	1.5	労働年齢人口に占める就業者の割合（%）	80.8(1999)	68.8(2006)	52.4(2010)	n/a
	1.6	1日1ドル（購買力平価）未満で生活する就業者の割合（%）	34.6(1998)	24.8(2005)	n/a	n/a
	1.7	総就業者に占める自営業者と家族労働者の割合（%）	n/a	75.4(2006)	76.8(2010)	n/a
1C	1.8	低体重の5歳未満児の割合（%）	20.3(1999)	13.9(2006)	13.4(2011)	15.5
	1.9	カロリー消費が必要最低限のレベル未満の人口の割合（%）	17.5(2000)	10.5(2006)	5.0(2013)	n/a
2A	2.1	初等教育における純就学率（%）	65.6(2000)	67.4(2005)	87.6(2013)	100.0
	2.2	第1学年に就学した生徒のうち初等教育の最終学年まで到達する生徒の割合（%）	59.4(2000)	72.2(2008)	n/a	100.0
	2.3	15～24歳の識字率（%）	70.7(2000)	n/a	85.7(2010)	n/a
3A	3.1	初等教育における男子生徒に対する女子生徒の比率（比）	0.93(2000)	0.98(2006)	1.00(2013)	1.00
		中等教育における男子生徒に対する女子生徒の比率（比）	0.82(2000)	0.84(2006)	0.91(2013)	n/a
		高等教育における男子生徒に対する女子生徒の比率（比）	n/a	0.51(2006)	0.61(2012)	n/a
	3.2	非農業部門における女性賃金労働者の割合（%）	31.7(2000)	n/a	n/a	n/a
	3.3	国会における女性議員の割合（%）	9.0(2006)	10.9(2006)	10.9(2014)	n/a
7A 7B	7.1	森林面積の割合（%）	26.8(2000)	24.2(2005)	21.7(2010)	32.8
	7.2	二酸化炭素の総排出量（千t）	6,289(2000)	6,956(2005)	8,999(2010)	n/a
		二酸化炭素の一人当たり排出量（t）	0.328(2000)	0.321(2005)	0.369(2010)	n/a
		二酸化炭素のGDP1ドル（購買力平価）当たり排出量（kg）	0.308(2000)	0.266(2005)	0.250(2010)	n/a
	7.3	オゾン層破壊物質の消費量（t）	56.7(2000)	25.2(2005)	27.2(2012)	n/a
	7.4	安全な生態系限界内での漁獲資源の割合	n/a	n/a	n/a	n/a
	7.5	再生可能水資源総量の割合	n/a	n/a	n/a	n/a
	7.6	保護対象となっている陸域と海域の割合（%）	14.41(2000)	n/a	14.41(2012)	n/a
	7.7	絶滅危機に瀕する生物の割合	n/a	n/a	n/a	n/a
7C	7.8	改良飲料水源を継続して利用できる人口の割合（%）	71(2000)	78(2005)	87(2012)	78
	7.9	改良衛生施設を利用できる人口の割合（%）	10(2000)	12(2005)	14(2012)	52
7D	7.10	スラムに居住する都市人口の割合（%）	52.1(2000)	45.4(2005)	40.1(2009)	13.0
8A～D	8.6	先進国における、開発途上国及び後発開発途上国からの輸入品の無税での輸入割合（価格ベース、%）	94.9(2000)	98.7(2006)	99.6(2012)	n/a
	8.11	HIPCイニシアティブ及びMDRIイニシアティブの下でコミットされた債務救済額（百万米ドル）	n/a	n/a	2,959(2012)	n/a
	8.12	商品及びサービスの輸出額に対する債務返済額の割合（%）	23.8(2000)	11.8(2006)	3.3(2012)	n/a
8F	8.14	人口100人当たりの固定電話回線加入者数（人）	1.13(2000)	1.62(2006)	1.04(2013)	n/a
	8.15	人口100人当たりの携帯電話回線加入者数（人）	0.69(2000)	23.73(2006)	108.19(2013)	n/a
	8.16	人口100人当たりのインターネット利用者数（人）	0.15(2000)	2.72(2006)	12.3(2013)	n/a

注：ゴール 4～6（保健関連）の指標は除く。ゴール 8 の指標は入手可能なもののみ記載。カッコ内はデータの年次。目標欄の緑色は達成済み，青色は達成見込み，橙色は達成困難（図表作成者の判断）。

出典：United Nations Statistics Division, *Millennium Development Goals Indicators* database（2014 年 12 月 18 日ダウンロード）．目標は Government of Ghana and United Nations Development Programme, *2010 Ghana Millennium Development Goals Report*.

（３） 保健関連 MDGs 達成状況と課題

ガーナにおける保健関連 MDGs 達成の状況は，図表 4-23 のとおりとなっている。

図表 4-23 ガーナの保健関連 MDG 指標（ゴール 4・5・6 関連）一覧

ゴール	指標	指標名（単位）	2000年頃	2000年中頃（年）	直近（年）	2015年目標
4A	4.1	5歳未満児死亡率（出生千対）	101.3(2000)	88.3(2005)	78.4(2013)	39.88
	4.2	乳児死亡率（出生千対）	65.2(2000)	57.9(2005)	52.3(2013)	21.5
	4.3	はしかの予防接種を受けた1歳児の割合（%）	90(2000)	83(2005)	88(2012)	83.3
5A	5.1	妊産婦死亡率（出生10万対）	570(2000)	470(2005)	380(2013)	185
	5.2	医療従事者の立ち会いによる出産の割合（%）	44.3(1998)	49.7(2006)	68.4(2011)	100
5B	5.3	避妊具普及率（%）	22(1999)	24.2(2006)	19.5(2013)	
	5.4	青年期女子による出産率（女性人口千対）	56.1(2000)	70(2006)	n/a	
	5.5	産前ケアの機会（最低1回，%）	87.5(1998)	92.1(2006)	96.4(2011)	
		産前ケアの機会（最低4回，%）	62.3(1998)	76.7(2007)	86.6(2011)	
	5.6	家族計画の必要性が満たされていない割合（%）	34.7(1999)	34.5(2003)	37.2(2013)	
6A	6.1	15～24歳のHIV感染率（%）	2.3(2000)	1.9(2006)	1.4(2012)	<1.5
	6.2	最後のハイリスクな性交渉におけるコンドーム使用率（15～24歳女性、%）	32.7(2003)	41.6(2006)	40.9(2011)	
		最後のハイリスクな性交渉におけるコンドーム使用率（15～24歳男性、%）	51.7(2003)	55.7(2006)	52.8(2011)	
	6.3	HIV/AIDSに関する包括的かつ正確な情報を有する15～24歳女性の割合（%）	44.5(2003)	33(2006)	38.6(2011)	
		HIV/AIDSに関する包括的かつ正確な情報を有する15～24歳男性の割合（%）	38.1(2003)	25.1(2006)	36.8(2011)	
	6.4	10～14歳の、AIDS孤児ではない子どもの就学率に対するAIDS孤児の就学率（比）	0.93(1998)	1.04(2006)	n/a	
6B	6.5	治療を必要とするHIV感染者のうち、抗レトロウィルス薬へのアクセスを有する者の割合（%）	n/a	n/a	47.4(2011)	
6C	6.6	マラリア有病率（人口10万対）	n/a	n/a	27,201(2012)	
		マラリアによる死亡率（人口10万対）	n/a	n/a	67(2012)	
	6.7	殺虫剤処理済みの蚊帳を使用する5歳未満児の割合（%）	4(2003)	22(2006)	39(2011)	
	6.8	適切な抗マラリア薬により治療を受ける5歳未満児の割合（%）	61(1998)	61(2006)	52.6(2011)	
	6.9	結核の有病率（人口10万対）	257(2000)	188(2005)	92(2012)	
		結核の罹患率（人口10万対）	152(2000)	119(2005)	72(2012)	
		結核による死亡率（人口10万対）	27(2000)	19(2005)	6.9(2012)	
	6.10	直接監視下短期化学療法（DOTS）の下で発見された結核患者の割合（%）	38(2000)	48(2005)	81(2012)	
		DOTSの下で治療された結核患者の割合（%）	50(2000)	73(2005)	86(2011)	

出典：United Nations Statistics Division, *Millennium Development Goals Indicators* database（2014 年 12 月 18 日ダウンロード）．目標は Government of Ghana, et. al., *MDG Acceleration Framework and Country Action Plan: Maternal Health*.

＜ゴール 4：乳幼児死亡率の低減＞

表に見られるように，2000 年以降，5 歳未満児死亡率及び乳幼児死亡率は一定の改善を続けているものの，2012～2013 年時点までの達成状況を見ると，ガーナ政府が掲げている 2015 年のゴール 4 の目標値（ターゲット 4.A：2015 年までに 5 歳未満児の死亡率を 1990 年の水準の 3 分の 1 に削減する）の達成には十分でない。ガーナ保健サービス（GHS）[138]が 2010 年に発表した報告によると，肺炎による死亡が死亡要因の 20%（年間死亡者数 16,200 人）を占めており，5 歳未満児死亡率の低減を阻む大きな要因と指摘されている[139]。一方，はしかの予防接種を受けた 1 歳児の割合については 2012 年時点で目標値を達成しているものの，定期的な予防摂取率の揺り戻しが指摘されており，予防接種拡大プログラム（EPI）の促進が課題となっている。

[138] ガーナ保健省傘下にある保健サービス供給の執行機関。

[139] Government of Ghana and United Nations Development Programme, *2010 Ghana Millennium Development Goals Report*., p.32.

＜ゴール 5：妊産婦の健康の改善＞

妊産婦死亡率は低下傾向にあるが，2013 年時点で 380 と依然として高い水準にあり[140]，ゴール 5 の目標値（ターゲット 5.A：2015 年までに妊産婦の死亡率を 1990 年の水準の 4 分の 1 に削減する）達成には程遠い状況である。GHS の報告によれば，特に保健施設における妊産婦死亡率（IMMR）の改善が停滞（1990～2010 年の 20 年間で 24.1%の改善率）しており，目標値達成への課題と指摘されている[141]。また，医療従事者の立会いによる出産の割合についても，改善が続いているものの，2011 年時点で 68.4%に留まっており，目標値の達成は難しいものと見込まれる。

ターゲット 5.B（2015 年までにリプロダクティブヘルスへの普遍的アクセスを実現する）について，避妊具普及率は年によって変動幅が大きいものの，2000 年から 2011 年にかけておおむね 10%前後の改善が見られる。また，産前ケアの機会は 2011 年時点で 96.4%を達成した。一方，家族計画の必要性が満たされていない割合は 35%前後で停滞状況にある。

＜ゴール 6：HIV/AIDS，マラリア，その他の疾病の蔓延の防止＞

15～24 歳の HIV 感染率は 2000 年の 2.3%から 2012 年には 1.4%に改善し，ターゲット 6.A（HIV/AIDS の蔓延を 2015 年までに食い止め，その後減少させる）に向けて，順調に低水準が維持されている。また，感染症の中でも罹患率・死亡率ともに高いマラリアは，依然としてガーナ保健分野における重要な取組課題となっている。5 歳未満児の蚊帳使用率などの関連指標の改善が見られるものの，罹患率の高さ，及び適切な抗マラリア薬による治療の不足等により，ターゲット 6.C（マラリア及びその他の主要な疾病の発生を 2015 年までに食い止め，その後発生率を減少させる）達成への課題となっている。

（４） 保健分野の開発計画と MDGs

ガーナ政府は「国家中期開発計画（Ghana Shared Growth and Development Agenda）（2010-2013）」において保健分野を重点分野の一つとして位置付けており，貧困削減と経済成長には質の高い保健サービスへのアクセス改善が必須であるとしている。ガーナ政府は同セクターにおいて 1997 年から 5 か年計画（Five-Year Programme of Work）Ⅰ（1997-2001），Ⅱ（2002-2006），Ⅲ（2007-2011）を実施するなど，保健アクセス，サービスの改善及び保健システムの強化に取り組んできた。国家中期開発計画のサイクル変更に伴い，2010 年からは新たに「国家保健セクター中期開発計画（HSMTDP）（2010- 2013）」が策定された。

HSMTDP では，5 か年計画 Ⅲで改善が不十分であった課題への対応に引き続き取り組むとしつつ，（1）保健サービスへのアクセスの格差軽減を通じた貧困層を保護するための持続的な財務体制の確保，（2）ガバナンス強化による保健システムの効率，効果向上，（3）妊産婦，新生児，子ども，思春期保健サービスへのアクセスを改善，（4）感染症及び生活習慣病の予防及びコントロール強化を通じた，健康的な生活習慣の促進，（5）精神科を含む，施設におけるサービス提供の

[140] 世界銀行 MDGs データベースに拠る。
[141] Government of Ghana and United Nations Development Programme, *Op. cit*., p.36.

改善――の５つの目標が挙げられている[142]。

（５） 近年の UHC 推進への取り組み

ガーナ政府では，UHC 推進が謳われるようになる以前から「保健インフラ」「保健人材」「保健財政」「ガバナンス」などの重要性が認識されており，ガーナの保健全般の底上げに不可欠なものとして，ワーキンググループでも議論されていた。このため，ガーナ政府は UHC をとりたてて新しいアジェンダとして受けとめているというよりも，UHC 実現のツールは従来取り組んできたコミュニティ・ベース保健サービス（CHPS）や国民健康保険（NHIS）に他ならず，これらを粛々と進めていくことが重要であると捉えている[143]。CHPS は 1999 年に導入された一次医療システムで，施設を基礎とした現場出張（outreach）サービスから，コミュニティに駐在する地域保健師（CHO）による機動的なケアへシフトすることで，保健・医療サービスへの地理的アクセスを改善しようという取組であり[144]，元より UHC と軌を一にするものといえる。

一方，NHIS は大きな赤字を抱えており，プライマリー・ヘルスケアにおける「人頭払い」（capitation）[145]の導入が検討されているなどの課題もある。それを支援しているのは，USAID，英国，韓国国際保健医療基金（KOFIH），世界銀行で，デンマークもこれから支援するとのことである。このように諸ドナーは NHIS を重視している。また，日本が支援している CHPS 政策上でも，必要な保健サービスの供給基盤を整備し，また保健サービスを受ける需要者の支払能力を担保するものとして NHIS は重要であり，保健財政の改善は重要な課題となっている。

なお，ガーナのドナー・コミュニティにおいて UHC を主唱する中心となっているのは，世界銀行，JICA，WHO である。日本の主唱（アドボカシー）活動は，セクター・ワーキンググループや二国間対話の場で地道に行われてきている[146]。こうした取組は，ガーナ政府が策定した保健セクター中期開発計画（2014-2017）において，「UHC の達成を目指す」という目標が掲げられたことに貢献した可能性がある。

---

[142] なお，2014 年に策定された HSMTDP 2014-2017 では，以下の 6 目標が挙げられている。（1）保健サービスへのアクセスの格差軽減（2）貧困層を保護するための持続的な財務体制の確保（3）ガバナンスを強化による保健システムの効率，効果向上（4）精神科を含む，施設におけるサービス提供の改善（5）保健分野のミレニアム開発目標を達成し，成果を維持するための政府のキャパシティーの向上（6）非感染症及び感染症を予防及びコントロール強化

[143] 現地 ODA タスクフォースへのヒアリング（2014 年 11 月 26 日）。

[144] Nyonator, et al. “The Ghana Community-based Health Planning and Services Initiative for scaling up service delivery innovation”, p. 26. より具体的には，郡保健局が主体となり，各郡を 3,000～5,000 人ごとに CHPS ゾーンに分け，それぞれのゾーンごとにコミュニティ保健委員会を設置し，CHPS コンパウンドを建設，訓練を受けた CHO を配置する。JICA「案件別事後評価（内部評価）評価結果票：アッパーウェスト州地域保健強化プロジェクト」。

[145] 住民ごとに予めかかりつけ医療機関を決めておき，診療報酬を，その医療機関に登録された住民の数に応じて支払う方式。登録住民 1 人につき平均的な診療コスト（単価）が前払いされる。英国の国民保健サービス（NHS）において「基本サービス」に対する支払いで用いられている。対照的な支払方式が，日本等で行われている「出来高払い」である。一般的に，「人頭払い」は医療費を抑制するが医療サービスを悪化させ，「出来高払い」は医療サービスを充実させるが医療費を増大させる傾向があるとされる。

[146] 現地 ODA タスクフォースへのヒアリング（2014 年 11 月 26 日）。

４－２－２　ドナーの活動状況

（１）　主要ドナーの援助動向

2002～2012 年において，「保健」及び「人口・リプロ」セクターの対ガーナ ODA の支出額が 4 千万ドル以上であるドナーは，図表 4-24 のとおりである。対ガーナの保健・人口分野の ODA のサブセクター別構成としては，「保健政策及び行政管理」が 31%で最多である。

また，2010～2012 年における援助タイプ（モダリティ）別の構成は図表 4-25 のとおりである。ODA の 70%以上が，プロジェクト型介入として支出されている。

図表 4-24　対ガーナ保健・人口分野の主要ドナー（2002～2012 年）

		拠出額 2002～2012年 百万米ドル	構成割合の大きなサブセクター
全ドナー		2046.0	Health policy & admin. Management : 31%、Std control including hiv/aids : 19%
二国間	米国	319.5	Malaria control : 30%、Std control including hiv/aids : 27%
	英国	269.5	Health policy & admin. Management : 55%、Std control including hiv/aids : 17%
	オランダ	254.8	Basic health care : 48%、Health policy & admin. Management : 44%
	デンマーク	103.2	Health policy & admin. Management : 84%
	日本	**73.9**	**Health policy & admin. Management : 29%、Basic health infrastructure : 20%**
	カナダ	43.8	Basic nutrition : 55%
多国間	ｸﾞﾛｰﾊﾞﾙﾌｧﾝﾄﾞ	367.5	Std control including hiv/aids : 50%、Malaria control : 35%
	IDA	315.1	Health policy & admin. Management : 66%
	GAVI	100.2	Basic health care : 100%
	EU機関	42.4	Infectious disease control : 45%、Reproductive health care : 30%、Health policy & admin. Management : 19%

出典：OECD, *CRS* より評価チーム作成。

図表 4-25　ガーナに対する「保健」及び「人口・リプロ」セクターの主要ドナーにおける援助タイプ（モダリティ）別構成比（2002～12 年）

		All Types of aid 全体（百万米ドル）	構成割合 General budget support	Sector budget support	Core support to NGOs, other private bodies, PPPs and research institutes	Contributions to specific-purpose programmes and funds managed by international organisations (multilateral, INGO)	Basket funds/pooled funding	Project-type interventions	Donor country personnel	Other technical assistance	Scholarships/training in donor country	Imputed student costs	Debt relief	Administrative costs not included elsewhere	Development awareness	Refugees in donor countries	Not applicable
全ドナー		773.2	0.0%	21.3%	0.3%	2.9%	0.0%	72.6%	1.0%	1.9%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
二国間	米国	165.9	0.0%	0.0%	0.0%	1.5%	0.0%	97.2%	1.1%	0.2%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	英国	86.7	0.0%	43.7%	0.0%	2.5%	0.0%	39.7%	0.0%	14.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	オランダ	76.8	0.0%	93.7%	0.0%	0.0%	0.0%	4.6%	0.0%	1.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	デンマーク	61.3	0.0%	55.2%	0.0%	0.0%	0.0%	42.1%	2.6%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	日本	**39.1**	**0.0%**	**12.8%**	**4.7%**	**5.0%**	**0.0%**	**70.7%**	**6.8%**	**0.0%**	**0.0%**	**0.0%**	**0.0%**	**0.0%**	**0.0%**	**0.0%**	**0.0%**
	カナダ	24.1	0.0%	12.9%	0.0%	66.1%	0.0%	13.4%	4.6%	3.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
多国間	ｸﾞﾛｰﾊﾞﾙﾌｧﾝﾄﾞ	156.0	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	IDA	25.0	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	GAVI	70.5	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	EU Institutions	18.0	0.0%	71.3%	0.0%	0.0%	0.0%	28.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

出典：OECD, *CRS* より評価チーム作成。

加えて，WHO が 2000 年代終盤における主要ドナーの援助分野やモダリティ，セクターワイド・アプローチ（SWAp）への参加度合い等を整理した結果を，図表 4-26 に示す。ガーナの保健分野における SWAp は 1996 年のセクター改革の時に原則が採用されて始められたものであり，その下にバスケット・ファンド「保健ファンド」（Health Fund）が設置され，その後 2008 年にセクター財政支援（SBS）が開始された。

図表 4-26 ガーナ保健分野の主要ドナー（2007～2010 年）の
援助分野，援助タイプ（モダリティ），SWAp への参加度合い等の整理

ドナー	分野				モダリティ	無償援助	2007-10年の援助額（百万米ﾄﾞﾙ）	SWApへの参加度
	保健システム強化	保健管理情報ｼｽﾃﾑ/監視ｼｽﾃﾑ	優先的保健介入のｽｹｰﾙｱｯﾌﾟ	ヘルスﾌﾟﾛﾓｰｼｮﾝ				
アフリカ開銀	○				PA	無	106	限定的
EU	○					有		積極的
デンマーク	○	○	○	○	BF	有	327 .16	積極的
GAVI	○	○	○		PA	有	9 .85	積極的
ｸﾞﾛｰﾊﾞﾙﾌｧﾝﾄﾞ	○	○	○		PA	有	106 .33	積極的
イタリア	○	○	○			有		限定的
日本	○	○	○	○	PA	有	21 .19	積極的
オランダ	○	○	○	○	BF/SBS	有	104 .24	積極的
北欧開発基金	○				PA	無	13 .09	限定的
スペイン	○				PA	有	16 .18	積極的
英国	○	○	○	○	SBS	有	81 .72	積極的
米国	○	○	○	○	PA	有	51 .79	積極的
UNAIDS	○	○	○	○	PA	有	1 .31	積極的
UNFPA	○	○	○	○	BF/PA	有	13 .46	積極的
UNICEF	○	○	○	○	PA	有	25 .76	積極的
UNDP	○				PA	有	0 .32	限定的
世界銀行	○	○	○	○	PA/BF	無、有	55 .56	積極的
WFP	○	○	○	○	PA	有	3 .68	積極的
WHO	○	○	○	○	PA	有	22 .72	積極的

注：モダリティの PA はプログラム／プロジェクト・アプローチ，BF はバスケット・ファンド，SBS はセクター財政支援。

出典：WHO Regional Office for Africa, *WHO Country Cooperation Strategy 2008-2011 Ghana*, p.11.

以下，ガーナにおける保健分野の主要ドナーの活動領域と地域を，WHO 資料，その他主要ドナーのウェブサイト等からの入手資料を基に整理する。

図表 4-27 ガーナ保健分野における二国間ドナーの活動領域

ドナー	近年の活動内容
米国	大統領 AIDS 救済緊急計画（PEPFAR），大統領マラリア・イニシアティブ（PMI）による感染症対策，母子保健，保健システム支援等。グレイター・アクラ州，セントラル州，ウエスタン州の 3 州を中心に支援を実施。
英国	主に援助協調枠組みを通じた財政支援，基礎的生活分野（BHN）や保健人材への支援等。
オランダ	援助協調枠組みを通じた財政支援，リプロダクティブヘルス，NHIS への支援等。
デンマーク	90 年代半ばより貧困層のプライマリー・ヘルスケアに重点を置いた支援を実施。また，セクター開発計画への財政支援にも参加。

資料：各機関ウェブサイト等より作成。

＜米国＞[147]

米国国際開発庁（USAID）の保健分野援助は，ガーナの総人口の 3 分の 1 が集中する南部沿岸 3 州――グレイター・アクラ州，セントラル州，ウエスタン州に焦点を絞っている。

HIV/AIDS 分野では，大統領 AIDS 救済緊急計画（PEPFAR）を通じてサービス提供強化，政策改善，財政支援調整を行っている。

マラリア分野では，大統領マラリア・イニシアティブ（PMI）の下，子どもと妊婦をターゲットとした予防策を講じている。具体的には，ノーザン州での広範な薬剤散布，マラリア症例管理に関する人材訓練，妊婦の感染予防，蚊帳の配布などを行っている。

母子保健分野では，周産期の母体と子どもに対するサービス改善，子どもの栄養対策，家族計画支援などを行っている。

保健システム分野では，ウエスタン州やグレイター・アクラ州において，28,000 人以上の保健・医療従事者に対し，診療，質の確保，データ管理，レポーティングに関する訓練を支援してきた。

＜英国＞[148]

英国国際開発省（DFID）は，保健セクター財政支援を続けている 4 ドナーの一つであり，それを主な援助モダリティとしている。プログラム援助においてはリプロダクティブヘルス等とマラリア対策が中心で，家族計画の蚊帳の普及に注力している。

＜デンマーク＞[149]

デンマーク国際開発庁（DANIDA）は，1994 年からガーナの保健セクターを援助しており，プロジェクト・アプローチから財政支援へと軸足を徐々に移してきている。SWAp の推進に積極的で，DANIDA の「ガーナ保健セクター・プログラム支援」（HSPS）の第 2 期（1999～2002 年）において

147 http://www.usaid.gov/ghana/global-health など。
148 https://www.gov.uk/government/world/organisations/dfid-ghana など。
149 http://ghana.um.dk/en/danida-en/health-sector/; DANIDA, “Ghana Health Sector Programme Support”, Phase IV (2008-2012) and Phase V (2012-2016).

は援助額の約 65%を保健ファンド（コモン・バスケット）に投入，2008 年に HSPS 第 4 期が始まる時にはガーナ政府の保健省及び財政・経済計画省，オランダ，英国とともに構築した SBS に援助額の 90%を投じるようになった。

しかしセクター財政支援の効率性は期待ほどではなく，保健省への技術支援，それを通じたキャパシティ・ビルディングの効果が高く評価されるようになり，技術支援におけるオーナーシップの確立，キャパシティ・ビルディングへの計画的なアプローチの重要性が認識されるようになった。

近年は，死亡率の高い最貧層への支援，そこでのサービス提供における NGO の重要性を重視している。HSPS 第 4 期（2008～2012 年）にはガーナ基督教保健協会（CHAG）への資金提供や長期技術支援を増強した。

図表 4-28 DFID のガーナにおける作業計画（2011～2015 年）における保健分野の援助額

分野＼年度	2011/12	2012/13	2013/14	2014/15	合計	保健分野内比
リプロダクティブヘルス、妊産婦、新生児	4,750	1,122	4,000	6,000	15,872	18.7%
マラリア	4,800		4,000	5,000	13,800	16.3%
HIV/AIDS	100	78			178	0.2%
その他保健	18,250	2,576	18,000	16,000	54,826	64.7%
保健分野小計	27,900	3,776	26,000	27,000	84,676	100.0%
（対総計比）	35.6%	7.8%	27.4%	30.0%	27.2%	
総計	78,400	48,253	95,000	90,000	311,653	

注：2011/12 年度は実績，2012/13 年度は速報，2013/14 年度以降は計画ベース。空欄は援助なし。
出典：Department for International Development (DFID) Ghana, “Operational Plan 2011-2015”.

図表 4-29 DANIDA の HSPS 第 4 期（2008～2012 年）の予算額

分野	予算額（百万ﾃﾞﾝﾏｰｸ･ｸﾛｰﾈ）	構成比
コンポーネント1：第3期作業プログラム（POW Ⅲ）への財政支援	300.0	70.6%
コンポーネント2：民間保健セクター（NGO）支援	25.0	5.9%
コンポーネント3：HIV/AIDS対策支援	50.0	11.8%
長期技術支援	20.0	4.7%
レビュー、研究、短期技術支援、奨学金	20.0	4.7%
保健セクター・アドバイザリー事務所	6.7	1.6%
予備費	3.3	0.8%
合計	425.0	100.0%

注：2011/12 年度は実績，2012/13 年度は速報，2013/14 年度以降は計画ベース。
出典：Danish International Development Agency (DANIDA), *Ghana Health Sector Progoramme Support Phase IV (2008-2012)*

（２） 日本の対ガーナ援助方針

評価対象期間における日本の対ガーナ援助は，「ガーナ国別援助計画」（2000 年版），「対ガーナ国別援助計画」（2006 年版），「対ガーナ共和国国別援助方針」（2012 年策定）の３つの援助政策の下で実施されてきた。2000 年に策定された国別援助計画では，従来以上に貧困対策や社

会開発側面が重視され，バランスよく経済社会開発の支援を進めていくことが重要という認識の下，重点分野や課題別援助方針が示された。続く国別援助計画（2006 年版）は，援助環境の変化や日本の支援方針をより明確に示す必要性を認識した現地日本側援助関係者のイニシアティブにより，既存の国別援助計画が改定された[150]。

図表 4-30 ガーナ国別援助計画（2000 年版）の重点分野

重点分野	課題別援助方針	
農村開発	農業生産性向上への支援	
	地方農民の収入向上による地域格差の是正	
基礎的生活分野	基礎教育	教育の量と質の向上への支援（就学率向上，カリキュラムの充実，教員の質の向上）
		男女間格差改善への支援
	保健・医療	野口研をガーナ及びアフリカ地域全体の拠点とした感染症及び寄生虫対策への支援の検討
		人口問題対策への支援の検討（家族計画の教育啓蒙活動への支援）
		乳幼児及び妊産婦死亡率低下への支援の検討（予防接種の実施，医療従事者の再訓練，啓蒙活動，保健所などのインフラ整備）
	安全な水の供給	給水分野の支援の継続（施設建設，衛生の教育・啓蒙，施設の運営・維持管理体制）。
経済構造改革	マクロ経済バランスの安定化のための支援の検討	
産業育成	産業振興に資する環境づくり	
経済インフラ整備	運輸	
	その他（電力・通信）	

注：課題別援助方針の詳細は基礎的生活分野のみ記載している。
出典：外務省（日本）「ガーナ国別援助計画」，同『ガーナ国別評価報告書』4-1~4-5 頁より評価チーム作成。

これらの対ガーナ援助政策文書において，保健分野は，国別援助計画（2000 年版）から現行の対ガーナ国別援助方針まで，一貫して重点分野として取り上げられている。2000 年に策定された国別援助計画では，（1）感染症・寄生虫対策，（2）人口問題対策，（3）乳幼児及び妊産婦死亡率の低下に向けた支援と協力――が展開されていた。続く 2006 年の改定版国別援助計画では，（1）地域住民の主体的な参加による地域保健改善，HIV/AIDS やマラリア及び寄生虫対策を含む感染症対策，（2）ガーナ政府による保健セクター活動計画・実施のための行政能力向上――が中心に置かれ，母子保健分野については特段の記述が行われなかった。しかし，2012 年に策定された国別援助方針では，戦略プログラムとして乳幼児及び妊産婦死亡率の低減を目指した支援

[150] 外務省（日本）『ガーナ国別評価報告書』，4-1 頁。

が再び取り上げられ，これを実現するためのサービス改善の具体策として，医療施設整備，啓発活動強化，医療従事者の能力向上などが位置づけられている。このように，対ガーナ援助政策では，乳幼児及び妊産婦死亡率低下への支援については第一期及び第三期，感染症対策については第一期及び第二期で MDGs 関連の目標が掲げられ，おおむね継続的に協力が展開されてきた。

また，援助モダリティの面では，国別援助計画（2000 年版）の「援助実施上の留意点」において，ガーナを開発パートナーシップ推進のモデル的な拠点として位置づけ，セクター・プログラム・アプローチの推進を重点的に支援することが掲げられた。この点について，続く2006 年の国別援助計画では「財政支援型の支援の可能性」を検討すること，2012 年の国別援助方針では「開発効果の最大化に留意しつつ，財政支援を効果的に実施する」ことが言及された。

図表 4-31　対ガーナ国別援助計画（2006 年版）の重点開発課題と戦略プログラム

<table>
<tr><td rowspan="7">基本的開発目標:
貧困削減を伴った経済成長</td><td rowspan="5">重点開発課題:
地方・農村部の活性化</td><td colspan="2">戦略プログラム 1：農業振興</td></tr>
<tr><td rowspan="4">戦略プログラム 2：貧困地域における基礎生活環境の改善</td><td>SO2-1 地域保健改善，感染症対策</td></tr>
<tr><td>SO2-2 （保健セクターの）計画策定・実施・モニタリングの強化</td></tr>
<tr><td>SO2-3 基礎教育へのアクセス及び質の改善</td></tr>
<tr><td>SO2-4 安全な水の供給</td></tr>
<tr><td rowspan="2">重点開発課題:
産業育成</td><td colspan="2">戦略プログラム3：民間セクターの開発</td></tr>
<tr><td colspan="2">戦略プログラム4：産業人材育成</td></tr>
<tr><td>重点開発課題：行政能力の向上・制度改善</td><td colspan="2">行政能力向上と制度整備</td></tr>
</table>

注：戦略プログラムの詳細は戦略プログラム 2 のみ記載している。
出典：外務省（日本）「ガーナ国別援助計画」，同『ガーナ国別評価報告書』4-1~4-5 頁より評価チーム作成。

図表 4-32　対ガーナ共和国国別援助方針（2012 年版）の重点分野

<table>
<tr><td rowspan="5">援助の基本方針（大目標）:
広く国民が受益する力強い経済成長の促進</td><td colspan="3">重点分野（中目標）：農業（稲作）</td></tr>
<tr><td colspan="3">重点分野（中目標）：経済インフラ（電力，運輸交通）</td></tr>
<tr><td rowspan="3">重点分野（中目標）:
保健・理数科教育</td><td rowspan="2">妊産婦及び乳幼児の死亡率低下に向けた支援</td><td>地方・農村部の医療施設建設，</td></tr>
<tr><td>保健関連の啓発活動強化</td></tr>
<tr><td>医療従事者の能力向上</td></tr>
<tr><td colspan="2">理数科教育を中心とした包括的な学習環境の改善</td></tr>
<tr><td colspan="3">重点分野（中目標）：行財政運営能力の強化</td></tr>
</table>

注：重点分野（中目標）の詳細は保健分野関連のみ記載している。
出典：外務省（日本）「対ガーナ共和国国別援助方針」より評価チーム作成。

（３） 日本の対ガーナ援助実績

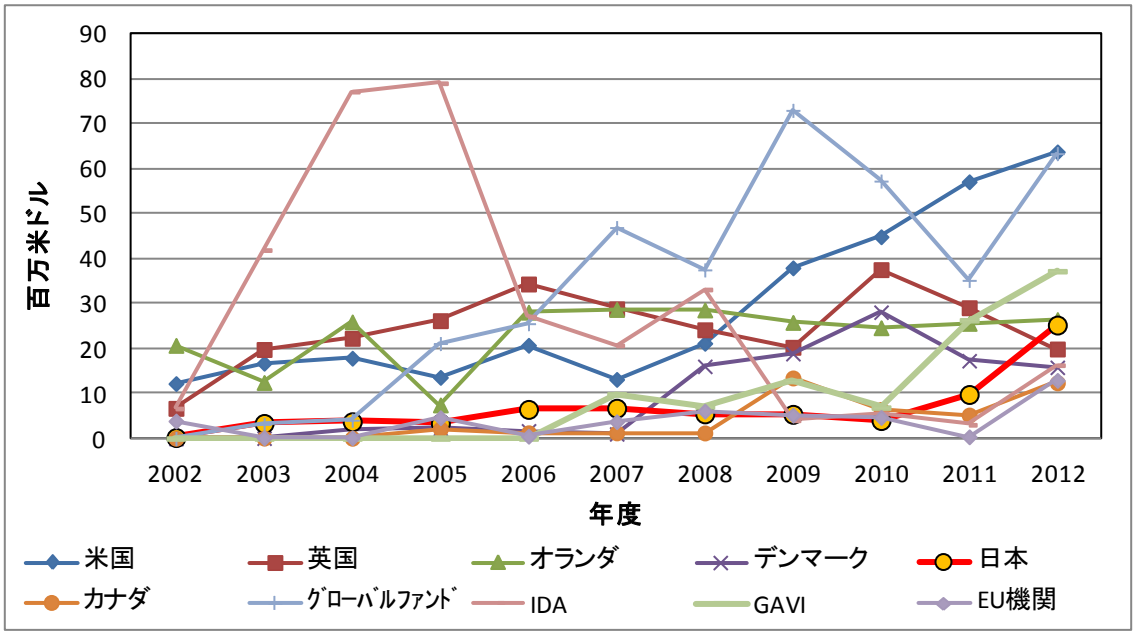
2002～2012 年における対ガーナの「保健」及び「人口・リプロダクティブヘルス」セクターのODA 支出額を見ると，二国間援助では米国，英国，オランダ，デンマーク，日本の順に拠出額が多い。

日本の ODA 累積支出額は，11 か年計で約 74 百万米ドルであり，全ドナーの 3.6%を占めている。また，2011 年頃から急激に増加している。

サブセクター別には，全ドナー及び日本のいずれについても，「保健政策・行政管理」の援助が多い。一方，「マラリア対策」や「HIV/AIDS を含む性感染症対策」といった特定の感染症対策に関する ODA 支出における割合は比較的多いが日本は少ない。逆に日本で特徴的に割合が大きいのは「基礎的保健インフラ」（Basic health infrastructure）や「その他感染症対策」（Infectious disease control）である。

日本の対ガーナのサブセクター別 ODA 支出額は，2006 年頃までは「保健政策・行政管理」の占める割合が多かったが，2006 年以降は「その他感染症対策」をはじめ，様々なサブセクターでの支出が見られるようになった。2012 年における急増は，「基礎的保健インフラ」と「リプロダクティブヘルスケア」（Reproductive health care）によるところが大きい。

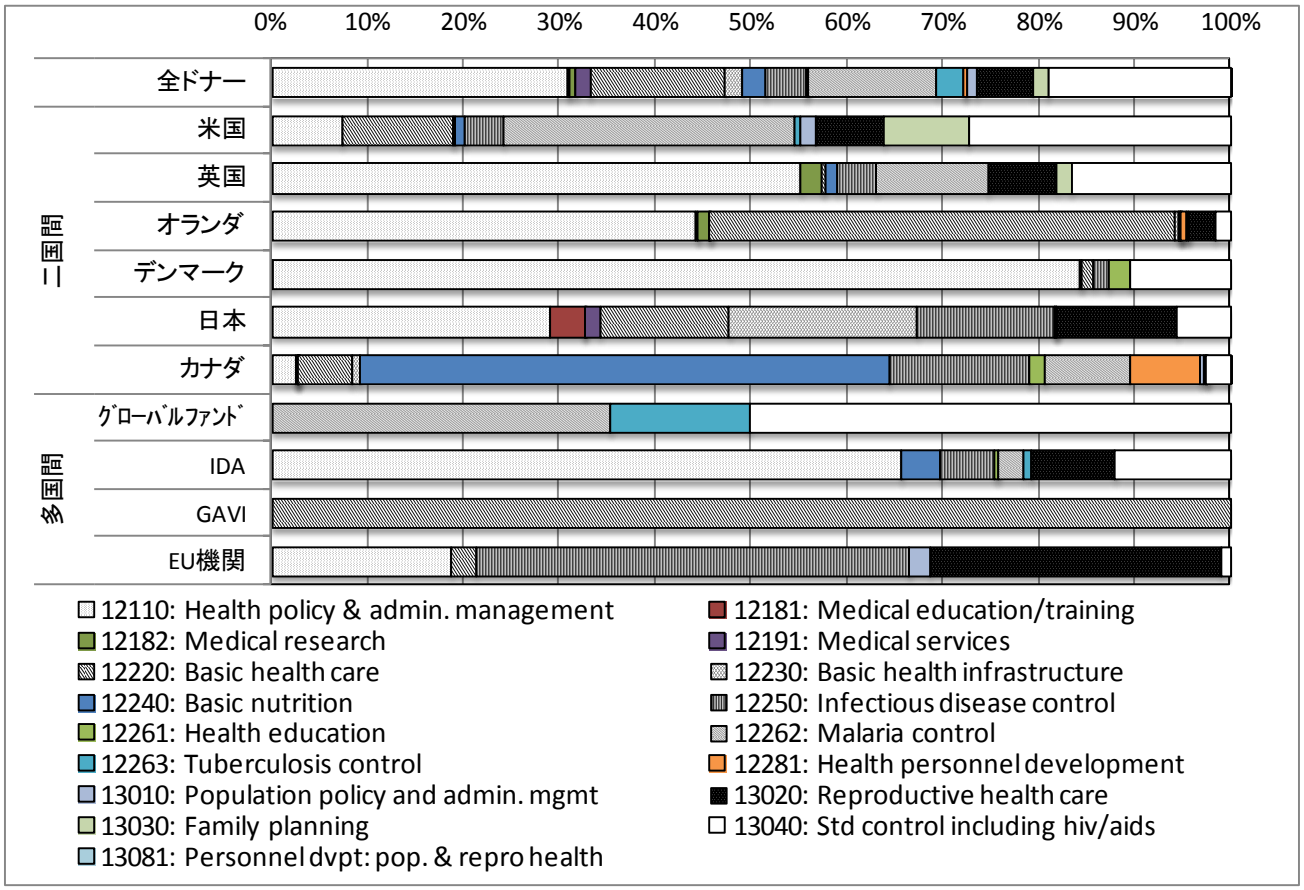
図表 4-33 大規模ドナーによるガーナに対する「保健」及び「人口・リプロ」セクターの ODA 支出額の推移



出典：OECD, *CRS* より評価チーム作成。

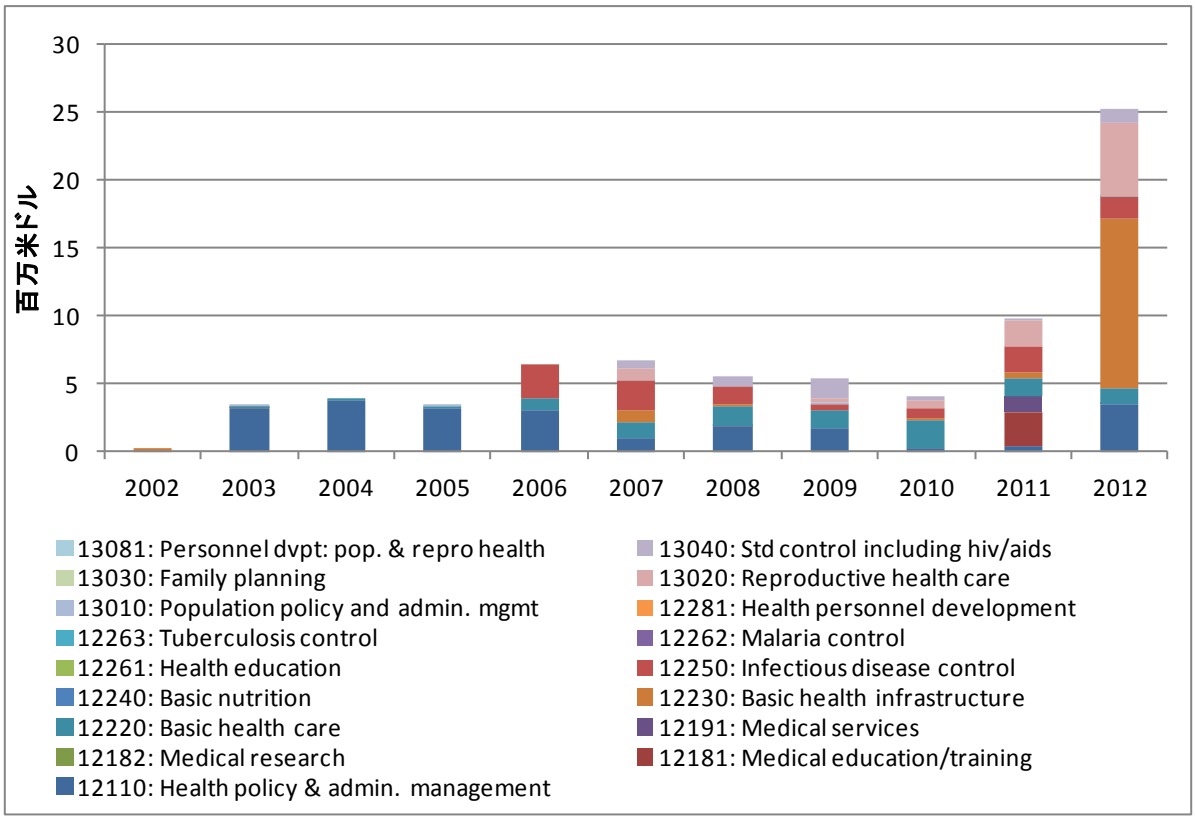
図表 4-34　対ガーナの「保健」及び「人口・リプロダクティブヘルス」セクターの ODA の内訳

		拠出額 2002～2012年 百万米ドル	構成割合																
			12110: Health policy & admin. management	12181: Medical education/training	12182: Medical research	12191: Medical services	12220: Basic health care	12230: Basic health infrastructure	12240: Basic nutrition	12250: Infectious disease control	12261: Health education	12262: Malaria control	12263: Tuberculosis control	12281: Health personnel development	13010: Population policy and admin. mgmt	13020: Reproductive health care	13030: Family planning	13040: Std control including hiv/aids	13081: Personnel dvpt: pop. & repro health
全ドナー		2046.0	30.9%	0.2%	0.7%	1.5%	14.1%	1.9%	2.3%	4.3%	0.3%	13.3%	2.8%	0.3%	1.1%	5.8%	1.6%	19.0%	0.0%
二国間	米国	319.5	7.3%	0.0%	0.0%	0.0%	11.5%	0.3%	1.1%	4.0%	0.0%	30.4%	0.7%	0.0%	1.5%	7.2%	8.8%	27.3%	0.0%
	英国	269.5	55.2%	0.0%	2.3%	0.0%	0.3%	0.0%	1.3%	4.1%	0.0%	11.7%	0.0%	0.0%	0.0%	7.1%	1.5%	16.6%	0.0%
	オランダ	254.8	44.3%	0.2%	1.2%	0.0%	48.5%	0.5%	0.0%	0.1%	0.1%	0.0%	0.0%	0.7%	0.1%	2.8%	0.0%	1.6%	0.0%
	デンマーク	103.2	84.2%	0.0%	0.3%	0.0%	1.2%	0.0%	0.0%	1.6%	2.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	10.4%	0.0%
	日本	**73.9**	**29.1%**	**3.5%**	**0.0%**	**1.6%**	**13.5%**	**19.6%**	**0.0%**	**14.4%**	**0.0%**	**0.0%**	**0.0%**	**0.0%**	**0.2%**	**12.6%**	**0.0%**	**5.5%**	**0.0%**
	カナダ	43.8	2.6%	0.1%	0.0%	0.0%	5.6%	0.9%	55.1%	14.7%	1.6%	8.9%	0.0%	7.4%	0.3%	0.4%	0.0%	2.5%	0.0%
多国間	ｸﾞﾛｰﾊﾞﾙﾌｧﾝﾄﾞ	367.5	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	35.4%	14.5%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	50.1%	0.0%
	IDA	315.1	65.6%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	4.2%	5.6%	0.4%	2.5%	0.8%	0.0%	0.0%	8.7%	0.0%	12.0%	0.0%
	GAVI	100.2	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	EU機関	42.4	18.7%	0.0%	0.0%	0.0%	2.6%	0.0%	0.0%	45.2%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	2.2%	30.3%	0.0%	1.0%	0.0%



出典：OECD, *CRS* より評価チーム作成。

図表 4-35　日本による対ガーナのサブセクター別の ODA の推移



出典：OECD, *CRS* より評価チーム作成。

日本の対ガーナ援助実績について具体的な案件を見ると，図表 4-2-19 のとおり，2000 年台前半では寄生虫対策を含む感染症全般への対策，及び行政能力向上への支援を中心に支援が展開されており，母子保健分野の支援は UNICEF への拠出を通じたポリオワクチンや蚊帳の調達支援が中心であった。しかし，2006 年以降，北部の貧困地域であるアッパーウエスト州を対象としたプログラム「アッパーウエスト州住民の健康改善プログラム」（2006~2010），「アッパーウエスト州母子保健システム強化プログラム」（2011～2016）が開始され，同州を中心とする母子保健サービスの改善を通じて，乳幼児及び妊産婦死亡率の低下（MDG 4, 5）に向けた支援が展開されるようになった。また，感染症対策（MDG 6）に関連する支援としては，HIV/AIDS や性感染症の啓発やサービス提供体制強化への支援（2005～2009，2012～2015）などが実施されている。

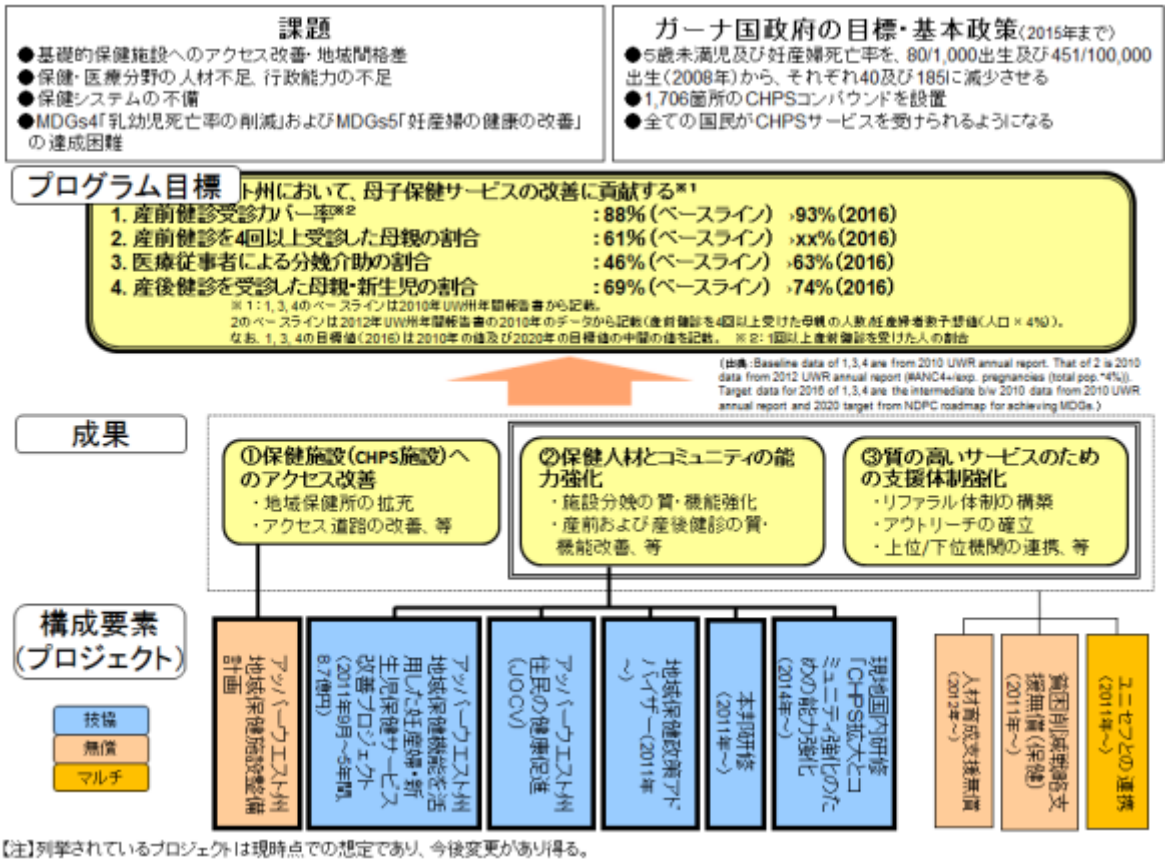
日本がアッパーウエスト州において取り組んできた上記の母子保健プログラムの技術協力は，CHPS プログラムの強化・仕組み作りが中心となっている。前述のとおり CHPS は，地域に根ざしたプライマリー・ヘルスケア，予防的サービスを提供するプログラムであり，CHPS が行われている地域では母子保健状況に顕著な改善が見られるという無作為化比較試験（randomized-controlled trial）の結果に基づいて推進されている。なお，この無作為化比較試験は USAID の支援で行われたもので[151]，（1）地域リーダーの権威（chieftaincy），社会的ネットワーク，村の集会，住民ボランティア活動といったコミュニティ資源（*zurugelu*）のみによる介入を行った群，（2）CHO

[151] 現地 ODA タスクフォースへのヒアリング（2014 年 11 月 26 日）。

（地域保健師）のみによる介入を行った群，（3）これらの両者による共同介入を行った群，（4）介入を行っていない比較対象群――の 4 グループを比較したところ，共同介入群において 5 歳未満児死亡率と出生率（家族計画）の改善に最も効果が見られるという結果を導いた。無介入の比較対照群では 1995 年から 2000 年にかけて 5 歳未満児死亡率（人口千対）は 212 から 145 への減少であったが，対して共同介入群では 224 が 100 まで減少したという。一方，コミュニティ資源のみの介入には有意な効果が無く，その理由は，伝統医療（traditional healer）に対する貧しい住民の選好を，訓練された CHO がいなければ変えられないからだと分析されている[152]。

上記のとおり，CHPS プログラムは USAID がアッパーイースト州をフィールドとしてパイロット・プロジェクトを行い開発された手法だが，USAID はその後のスケールアップには注力しておらず，ガーナ国内での本格的な実施は，日本の支援として，アッパーウエスト州で行われた。しかし，JICA の取組開始後に改めて CHPS プログラムの有効性が評価され，USAID が南部沿岸地域の 3 州で CHPS 強化を本務とする事業の取組を開始した。遅れて CHPS 強化を手掛ける USAID や世界銀行から日本の経験を学びたいと望まれるなどの展開も見られている[153]。

図表 4-36　JICA による「アッパーウエスト州母子保健サービス強化プログラム」概念図
（2014 年 7 月現在）



出典：JICA

[152] 現地 ODA タスクフォースへのヒアリング（2014 年 11 月 26 日）
[153] Phillips, et al. “Accelrating reproductive and child health progoramme impact with community-based services: the Navrongo experiment in Ghana”, 2006.

図表 4-37　対ガーナ保健分野 ODA 主要案件一覧（2000 年以降）

ﾌﾟﾛｸﾞﾗﾑ	案件名	実施年度	分野	援助形態	プロジェクト／プログラム目標	関連MDG
その他	母子保健医療サービス向上プロジェクト	1997 ~2002	その他保健・医療（旧）	技術協力	保健省職員の能力向上のため，ボルタ州，ブロングアハフォ州，ウェスタン州において現職研修の中核システムの構築を支援（情報システム，研修手帳，研修コース分類，州研修センター整備等）	
その他	野口記念医学研究所感染症対策プロジェクト	1999 ~2003	その他保健・医療（旧）	技術協力	HIV/AIDS，性感染症，結核，麻疹，住血吸虫症等，感染症各分野における研究・対策強化とともに，寄生虫診断，結核等のトレーニングを実施	MDG6
その他	ポリオ撲滅計画	2001	母子保健	UNICEF拠出金	ポリオ・ワクチン全国一斉投与（NID）実施のためのポリオ・ワクチン及びコールド・チェーン機材の調達等に必要な資金の供与	MDG4
その他	小児感染症予防計画	2003,2004,2005,2006,2007	母子保健	UNICEF拠出金	ポリオ・ワクチン及び蚊帳の調達等に必要な資金の供与	MDG4
その他	地域保健総合改善プログラムプロジェクト	2003 ~2006	母子保健・リプロダクティブヘルス	技術協力	総合的な性と生殖に関する健康改善を目指したパイロット事業を実現するため，地方自治体の技術・財政・運営面の能力の向上，サービスを提供する仕組みの構築等に関する支援を実施	
その他	国際寄生虫対策西アフリカセンタープロジェクト	2004 ~2008	その他感染症	技術協力	国際寄生虫対策西アフリカセンター（野口記念医学研究所内）に対し，寄生虫対策モデルの開発，メンバー10 か国を対象とした国際研修，フォローアップ指導等を実施し，ネットワーク強化を支援	
その他	ギニアウォーム撲滅計画支援プロジェクト	2004 ~2008	その他感染症	技術協力	ギニアウォーム罹患者のサーベイランス強化，安全な水へのアクセス向上のためのパイロット活動の実施	
その他	保健セクター戦略情報システム構築支援プロジェクト	2005 ~2006	その他保健・医療（旧）	技術協力	保健セクターにおける政策・施策の改善に必要な情報システムの全体構想の支援	
その他	マスメディアを通じたエイズ教育プロジェクト	2005 ~2009	HIV/AIDS	技術協力	アクラ，イースタン州，アシャンティ州の対象コミュニティの若者の HIV 感染と STIs のリスクについての意識変容と若者のリスク行動を軽減することを目的とした支援を実施	MDG6
アッパーウエスト州住民の健康改善プログラム（2006-10）	アッパーウエスト州地域保健強化プロジェクト	2006 ~2010	保健医療システム	技術協力	アッパーウエスト州の住民の健康状態が改善する。 1　保健医療サービスへのアクセスと質の向上 2　住民参加による健康改善活動の促進 3　中央レベルでのプログラム成果の普及 【技協】CHPS（Community Based Health Planning and Services）拡充に必要な実施機関であるガーナ保健サービス Ghana Health Service（GHS）の行政能力強化支援 ・適切に機能する CHPS ゾーンの増加 ・予防接種率，妊産婦死亡率，専門技能者立ち合い出産数，避妊実行率の改善 ・リファラルシステムやガイドラインの他群への展開，監督システムの導入，改善された住民参加システムの他群への展開 【無償】 全州対象に州・郡病院の医療器材整備，保健所の医療器材整備，保	MDG4,5
	アッパーウエスト州基礎的医療機材整備計画	2006	保健医療システム	一般無償		
	保健師，視聴覚教育，栄養士のボランティア派遣	2007 ~2008	保健医療システム	JOCV/SV		

					健医療養成校の教育機材整備，無線，救急車の整備 ・外来受診者数，周産期健診件数，分娩件数，帝王切開件数，手術件数，血液検査件数，献血件数，教育機材を利用する授業数 ・受入れ紹介患者数，送り出し紹介患者数	
アッパーウエスト州母子保健サービス強化プログラム (2011-16)	アッパーウエスト州地域保健機能を活用した妊産婦・新生児保健サービス改善プロジェクト	2011~2016	母子保健	技術協力	アッパーウエスト州において，母子保健サービスの改善に貢献する。 （2010 年）→（2016 年） ○産前健診受診カバー率（MDG5）88%→93% ○産前健診を 4 回以上受診した母親の割合（MDG5）61%→XX% ○医療従事者による分娩介助の割合（MDG5）46%→63% ○産後健診を受診した母親・新生児の割合（MDG4）69%→74% 【技協】CHPS を活用した妊産婦及び新生児向け保健サービスを改善するために，駐在地域保健師への研修，リファラルシステム強化のための能力強化等を支援。 【無償】CHPS コンパウンドの建設並びにそれに付帯する機材の供与	MDG4,5,
	地域保健政策アドバイザー	2011~2014, 2014~2016	保健医療システム	個別専門家		
	アッパーウエスト州地域保健施設整備計画	2012	保健医療システム	一般無償		
	保健師，助産師のボランティア派遣	2011~	母子保健	JOCV/SV		
	国別研修　地域保健	2012	保健医療システム	国別研修		
その他	ガーナ　ノーザン州及びアッパーイースト州における母子及び新生児死亡率削減促進のための取組	2011~2012, 2012~2014	母子保健	UNICEF 拠出金	ガーナ北部・北東部における妊産婦，新生児及び子どもの死亡率削減への取り組みのため，総額約 200 万米ドルを拠出	MDG4,5,
その他	貧困削減戦略支援無償資金協力（セクター財政支援（保健））	2011, 2012, 2013, 2014	保健医療システム	貧困削減戦略無償	ガーナ貧困削減戦略文書に沿って同国政府が施策を実施するための財政支援を実施	
その他	ガーナ由来薬用植物による抗ウイルス及び抗寄生虫活性候補物質の研究プロジェクト	2010~2015	その他感染症	技術協力	共同研究を通じてガーナ研究機関のガーナ原産生薬由来抗ウイルス及び抗寄生虫活性物質に関する研究開発能力の向上を支援	
その他	HIV 母子感染予防にかかる運営能力強化プロジェクト	2012~2015	HIV/AIDS	技術協力	グレーター・アクラ州において，「母親から子どもへの HIV 感染を予防する対策（PMTCT-IEC）」サービスの提供体制強化を支援	MDG6

注：事前調査，開発調査や技術協力のフォローアップ協力は除いている。

資料：外務省『ODA 国別データブック』，『国別援助方針』，外務省ウェブサイト「国別地域別政策・情報」，JICA ナレッジサイト，JICA 研究所『事業マネジメントハンドブック』より評価チーム作成。

図表 4-38 対ガーナ保健分野研修事業の実施状況（2000 年以降）

分野	形態	コース例	件数（2002~2014）
母子保健・リプロダクティブヘルス	課題別研修（集団）	母子保健，子どもの死亡削減と国際協力セミナー ～ミレニアム開発目標の達成をめざして～	8 件
	課題別研修（地域別）	公衆衛生活動による母子保健強化（アフリカ地域），すこやかな妊娠と出産 アフリカ地域ワークショップ(MDG5)	10 件
	青年研修	青年研修アフリカ（英語）／母子保健実施管理コース	2 件
	第三国研修	看護管理	1 件
HIV/AIDS	課題別研修（集団）	HIV/AIDS の診断・予防・対策モデル，次の 10 年に向けての AIDS の予防及び対策	7 件
その他感染症	課題別研修（集団）	地域保健システム強化による感染症対策	3 件
	青年研修	青年研修アフリカ（英語）保健医療（感染症対策 1）	4 件
保健医療システム	課題別研修（集団）	保健人材開発―地方村落における地域保健―，健康と栄養改善のための女性栄養指導者研修	10 件
	課題別研修（地域別）	アフリカ地域 地域保健担当官のための保健行政	7 件
その他保健医療	課題別研修（集団）	学校保健	3 件
	課題別研修（地域別）	アフリカ地域 女性指導者のための健康と栄養改善，アフリカ看護教育	4 件
その他保健・医療（旧）	第三国研修	感染症対策	2 件

出典：外務省『ODA 国別データブック』，『国別援助方針』，外務省ウェブサイト「国別地域別政策・情報」，JICA ナレッジサイト，JICA 研究所『事業マネジメントハンドブック』より評価チーム作成。

（４） 援助プロセス

＜アッパーウエスト州への支援の経緯＞

2006 年から日本が支援を行っているアッパーウエスト州は，ガーナ国内でも所得が低く，保健指標も悪い北部 3 州（アッパーウエスト，アッパーイースト，ノーザン）の一つである。北部は首都アクラから遠く，ドナーから看過されてきた地域であった[154]。日本は 1990 年代より特段の集中地域を設けずに感染症対策等を中心とした支援を行っていたが，ガーナ政府の強い要望もあり，3 州の中でも特に支援が届いていなかったアッパーウエスト州への支援集中にシフトするようになった。ただし，保健行政能力強化は，アッパーウエスト州へ支援を集中するようになっても，CHPS を運営するための州保健局ないし郡保健局の能力強化（CHPS を運営する人材の能力を強化）として行われており，基本的な流れは変わっ

[154] 現地 ODA タスクフォースへのヒアリング（2014 年 11 月 26 日）。

ていない。

なお，最近では，北部 3 州，特に最も広大なノーザン州が取り残されているということがドナー・コミュニティの中でも問題視されるようになり，沿岸 3 州での取組を終えた米国を含む他ドナーも，北部での支援を始めている[155]。ただし，アッパーウエスト州で活動しているドナーは，2014 年時点では，小規模 NGO を除き日本のみである。

＜相手国政府・ドナー間調整の枠組み＞

保健分野における相手国政府・ドナー間調整の枠組みとして，毎年 4 月に保健サミットが開催されている。同サミットでは保健大臣以下のガーナ政府，二国間・多国間ドナー，NGO が集まり，保健政策に関して前年度の評価や今後の課題が議論される。また，ガーナでは全般的にセクターアプローチの取組が活発に行われており，全分野で 16 のセクター・ワーキンググループが形成されている。保健セクター・ワーキンググループは月 1 回の頻度で開催され，ガーナ政府やドナーなどステークホルダーの間で調整が行われている。また年 3 回のビジネス会議を通じて，ガーナ政府の重点分野とドナーの支援戦略との摺り合わせも行われる。なお，特にセクター財政支援に特化した会合等は行われていない。

＜セクター財政支援（SBS）について＞

保健分野では 1990 年代後半に 5 ドナーの参加による「保健ファンド」が設置され，同国における SWAp の先がけとなった（その後，1990 年代末から 2000 年にかけて，それ以外のセクターでも世界銀行による「包括的開発枠組み」に呼応する形でガーナ政府のリードを前提とした援助協調会合が設定され，SWAp の導入・実施に発展。）。日本は 2011 年に SBS を開始した。

しかし，ガーナ側は財政支援が最も望ましいモダリティとしている一方，保健セクター支援における SBS のウェイトは縮小傾向にある。その主因は，世界的な疾病別イニシアティブの興隆，米国等によるイヤーマーク資金拠出の拡大，及び新興ドナー（非 OECD-DAC ドナー）の登場であるとされる。2008 年の SBS 開始に参加したオランダは撤退，同じく初めから参加していたデンマークは SBS が期待したほど効率的ではないとして 2015 年からイヤーマーク化を行う方針であり，英国も同様にイヤーマーク化も視野に入れた財政支援のあり方について検討している。EU は元より MDG 5（妊産婦の健康の改善）へのイヤーマークを行っており，厳密な意味で SBS を行うのは日本だけになる可能性もある[156]。

ドナーがプロジェクト援助に回帰しているのは，デンマーク（DANIDA）がガーナ保健省への技術支援によるキャパシティ・ビルディングの効果を再評価しているように[157]，自らの援助効果が把握しやすくアカウンタビリティを担保できることが大きな理由であろう。11 のドナ

[155] 現地 ODA タスクフォースへのヒアリング（2014 年 11 月 26 日）。

[156] Danish International Development Agency, “Ghana Health Sector Programme Support: HSPS Phase V (2012-2016)”, 2012, pp. 7-8. 現地 ODA タスクフォースへのヒアリング（2014 年 11 月 26 日）。

[157] Danish International Development Agency, op. cit., p. 2.

ー[158]が参加するガーナの一般財政支援（GBS）スキーム「マルチドナー財政支援」（MDBS）には，「パフォーマンス評価枠組み」（PAF: Performance Assessment Framework）という表（matrix）形式による評価の仕組みが確立されている[159]。保健 SBS においては，8 月の上半期進捗報告・確認，3 月の通年進捗報告・確認，4 月の保健サミットにおける包括的査定（holistic assessment）が評価枠組みとなっている。保健 SBS ドナーの中でも支援額がとりわけ少ない日本[160]は，当面この評価枠組みで妥当として 2015 年までの SBS 継続を予定している（予算承認は毎年行われ，決定事項ではない。）。

MDBS は，ガーナ政府が策定している開発戦略（GPRS II）の実現のために開発パートナーが共同で資金援助を行う支援体系であり，ガーナ政府が主に公共財政管理能力の強化による政策改革を通じて開発アジェンダを達成できるよう，より調和的な支援を実施することを目的としている。2003 年 6 月にガーナ政府と 9 ドナーとの間で「枠組み文書（Framework Memorandum）」が署名され，その後も多くのドナーが参加している（アフリカ開発銀行，世界銀行，EU，カナダ，デンマーク，ドイツ，オランダ，スイス，イギリス，フランス等）。日本は 2008 年に同枠組みに参加したが，2012 年に拠出を停止し，2014 年の調査時点では支援を行っていない[161]。

４－２－３ 援助の成果

ここでは，『複数指標クラスター調査』（MICS）データを基に[162]，日本が評価対象期間後半に重点的に支援を行ったアッパーウエスト州と，同州と併せて「北部 3 州」「貧困 3 州」と呼ばれるアッパーイースト州及びノーザン州との間で保健指標を比較し，日本の保健援助の効果を把握することを試みた。北部 3 州は，首都アクラ及び沿岸部から遠く離れていることもあって長きにわたり外国援助があまり入らなかった「看過された地域」であり，2006 年からの「アッパーウエスト州地域保健強化プロジェクト」に端を発した日本の援助は，同州での二国間ドナーによる大々的な保健分野援助としては初めての（かつ現在に至るまでほぼ唯一の）事例と言われる。

なお，比較対象州の選定にあたっては人口密度，所得，識字率，就学率も参考にした（図表 4-39）。

---

[158] カナダ，デンマーク，フランス，ドイツ，日本，オランダ，スイス，英国，EU，アフリカ開発銀行，世界銀行。http://www.mofep.gov.gh/?q=divisions/mdbs

[159] Gerster, “Developing a Performance Assessment Framework of Development Partners (“DP’s PAF”) in Ghana”.

[160] 2012 年度のコミット額は，オランダ 2350 万米ドル，EU 1310 万米ドル，デンマーク 1210 万米ドル，英国 1160 万米ドル，日本 230 万米ドルである。「事業事前評価表：ガーナ共和国貧困削減戦略支援無償（保健）」，2012 年。

[161] 現地 ODA タスクフォースへのヒアリング（2014 年 11 月 26 日）。

[162] セネガルのケーススタディで使用している DHS（人口保健調査）は，ガーナについて結果が公表されている最新のものは 2008 年版であり，日本がアッパーウエスト州に対して重点的に援助を行い始めたのが 2006 年からの「アッパーウエスト州地域保健強化プロジェクト」以降であることに鑑み，DHS ではなく，2011 年版が最新の MICS を資料とした。

図表 4-39　州ごとの参考指標一覧

	人口（人）	面積（平方km）	人口密度（人／平方km）	1人あたり年間所得（ガーナ・セディ）	11歳以上識字率（%）	就学率（%）			
						6-11歳男子	6-11歳女子	12-15歳男子	12-15歳女子
Westren	2,376,021	23,941	99	393	76.4	94.0	93.7	98.9	94.5
Central	2,201,863	9,826	224	464	78.2	97.3	96.5	99.6	97.7
Greater Accra	4,010,054	3,245	1,236	544	89.3	92.5	93.4	98.1	97.4
Volta	2,118,252	20,570	103	272	73.5	80.0	82.0	97.6	85.5
Eastern	2,633,154	19,323	136	379	81.0	93.3	92.7	98.6	96.8
Ashanti	4,780,380	24,389	196	410	82.6	97.7	95.6	98.0	94.1
Brong Ahafo	2,310,983	39,557	58	443	69.8	89.8	91.4	95.3	91.8
Northern	2,479,461	70,384	35	296	37.2	61.1	57.4	63.7	57.9
Upper East	1,046,545	8,842	118	124	47.5	66.4	63.9	58.3	67.7
Upper West	702,110	18,476	38	106	46.2	65.5	69.2	68.9	69.3

注：人口・人口密度と識字率は 2010 年，平均所得と就学率は 2008 年のデータ。
出典：Ghana Statistical Service ウェブサイト等より評価チーム作成。

図表 4-40　アッパーウエスト州，比較対象州等における保健関連 MDG 指標の改善幅比較

MDGs		州名	Upper West			（参考）Upper Eest		
ゴール	指標	指標名（単位）	2006年	2011年	改善幅	2006年	2011年	改善幅
4	4.1	5歳未満児の死亡率（出生千対）	191	108	▲ 83	106	98	▲ 8
	4.2	乳児（0歳児）死亡率（出生千対）	114	67	▲ 47	68	58	▲ 10
	4.3	はしかの予防接種を受けた1歳児の割合（%）[a]	91.5	97.2	5.7	88.2	97.8	9.6
5	5.2	医師・助産婦の立ち会いによる出産の割合（%）	29.1	60.4	31.3	44.1	67.0	22.9
	5.3	避妊具（法）普及率（%）[b]	9.3	27.2	17.9	15.0	21.6	6.6
	5.5	産前ケアの機会（最低1回の機会があった割合）（%）	96.0	92.9	▲ 3.1	90.9	98.9	8.0
6	6.2	最後のハイリスクな性交渉におけるコンドーム使用率：女性（%）	na	55.6	―	na	55.4	―
		最後のハイリスクな性交渉におけるコンドーム使用率：男性（%）	na	54.6	―	na	69.1	―
	6.3	HIV/AIDSに関する包括的かつ正確な情報を有する15～24歳の割合：女性（%）	8.7	30.3	21.6	20.3	36.7	16.4
		HIV/AIDSに関する包括的かつ正確な情報を有する15～25歳の割合：男性（%）	19.3	35.2	15.9	25.8	29.3	3.5
	6.7	殺虫剤処理済みの蚊帳を使用する5歳未満児の割合（%）	37.1	46.9	9.8	39.3	45.0	5.7
	6.8	適切な抗マラリア薬により治療を受ける5歳未満児の割合（%）	34.4	51.2	16.8	52.9	72.7	19.8
1	1.8	低体重の5歳未満児の割合（%）[c]	19.1	15.0	▲ 4.1	29.1	20.0	▲ 9.1
7	7.8	改良飲料水源を継続して利用できる人口の割合（%）	94.8	88.6	▲ 6.2	83.1	78.3	▲ 4.8
	7.9	改良衛生施設を利用できる人口の割合（%）	17.2	24.3	7.1	17.5	10.1	▲ 7.4
MDGs		州名	（参考）Notrthern			（参考）Ghana 全体		
ゴール	指標	指標名（単位）	2006年	2011年	改善幅	2006年	2011年	改善幅
4	4.1	5歳未満児の死亡率（出生千対）	133	124	▲ 9	111	82	▲ 29
	4.2	乳児（0歳児）死亡率（出生千対）	83	66	▲ 17	71	53	▲ 18
	4.3	はしかの予防接種を受けた1歳児の割合（%）[a]	83.2	89.8	6.6	85.4	93.7	8.3
5	5.2	医師・助産婦の立ち会いによる出産の割合（%）	38.0	37.3	▲ 0.7	49.7	68.4	18.7
	5.3	避妊具（法）普及率（%）[b]	8.3	20.1	11.8	16.6	34.7	18.1
	5.5	産前ケアの機会（最低1回の機会があった割合）（%）	89.7	90.4	0.7	92.1	96.4	4.3
6	6.2	最後のハイリスクな性交渉におけるコンドーム使用率：女性（%）	50.7	40.2	▲ 10.5	41.6	40.9	▲ 0.7
		最後のハイリスクな性交渉におけるコンドーム使用率：男性（%）	na	44.4	―	na	52.8	―
	6.3	HIV/AIDSに関する包括的かつ正確な情報を有する15～24歳の割合：女性（%）	14.2	22.5	8.3	21.2	36.8	15.6
		HIV/AIDSに関する包括的かつ正確な情報を有する15～25歳の割合：男性（%）	29.2	29.9	0.7	31.7	38.6	6.9
	6.7	殺虫剤処理済みの蚊帳を使用する5歳未満児の割合（%）	21.9	41.8	19.9	21.8	39.0	17.2
	6.8	適切な抗マラリア薬により治療を受ける5歳未満児の割合（%）	56.6	44.4	▲ 12.2	48.3	52.6	4.3
1	1.8	低体重の5歳未満児の割合（%）[c]	26.8	24.2	▲ 2.6	17.8	13.4	▲ 4.4
7	7.8	改良飲料水源を継続して利用できる人口の割合（%）	73.0	68.4	▲ 4.6	78.1	79.3	1.2
	7.9	改良衛生施設を利用できる人口の割合（%）	25.1	26.4	1.3	60.7	60.9	0.2

注：a）2006 年値は MMR（はしか、おたふく風邪、風疹）の予防接種率。
b）伝統的避妊法を含むあらゆる避妊具（法）。
c）Weight for age: Percent below -2 SD.
出典：Ghana Statistical Service, et al., Ghana Multiple Indicator Cluster Survey 2006, and 2011 により評価チーム作成。

比較の結果（図表 4-40），特に乳幼児死亡率（MDG 指標 4.1 及び 4.2）についてアッパーウエスト州の改善幅が大きいことが目立つ。改善幅は 5 歳未満児死亡率が 83 ポイント減（改善），乳児死亡率が47ポイント減（同）で，これらはアッパーイースト州，ノーザン州及び全国における改善幅を大きく上回る。乳幼児死亡率の絶対水準で見ると，2006 年時点でアッパーウエスト州はガーナ国内でも突出して悪かったが（州別の値について偏差値を計算すると[163]，2006 年のアッパーウエスト州は 5 歳未満児死亡率が 26.7，乳児死亡率が 27.0），2011 年にはノーザン州に追いつく，ないしそれを逆転する水準にまで改善している（それでも全国水準に対しては引き続き下回っており，偏差値は 5 歳未満児死亡率が 40.3，乳児死亡率が 39.5）。

乳幼児死亡率に関連する指標では，医師・助産師の立ち会いによる出産の割合（MDG 指標 5.2）や，適切な抗マラリア薬により治療を受ける 5 歳未満児の割合（同 6.8）で，アッパーウエスト州の改善幅が比較対象州や全国の改善幅をおおむね上回る（抗マラリア薬治療率の改善幅はアッパーイースト州には若干及ばない。）。絶対水準では，医師・助産師立ち会い出産率については 2006 年に全国ワースト（偏差値 29.1）だったものが 2011 年にはノーザン州を逆転（それでも偏差値は 45.5 で全国水準は下回る），抗マラリア薬治療率についても 2006 年に全国ワースト 2 位（偏差値 37.5）だったものが 2011 年にはノーザン州を逆転し全国水準に近付いている。

一方，同じく乳幼児死亡率に関連する指標でも，はしかの予防接種を受けた 1 歳児の割合（MDG 指標 4.3），低体重の 5 歳未満児の割合（同 1.8），改良飲料水源を継続して利用できる人口の割合（同 7.8）については，アッパーウエスト州の改善幅は，比較対象州や全国の改善幅を下回る（あるいは悪化幅が上回る。）。ただ，これらの 3 指標は，その絶対的水準がいずれも全国値を上回るか同程度であり，また，はしか予防接種率と改良飲料水源利用率はほぼ 90%以上（改良飲料水源利用率の 2011 年値は 88.6%）という高水準に元よりあったことは，留意する必要があろう。

以上の指標変化と，前述した北部 3 州における保健分野の外国援助状況（アッパーウエスト州における日本が，北部 3 州では希な大規模援助提供者である）を踏まえれば，アッパーウエスト州に対する日本の援助は，少なくとも，ガーナ国内でも大きく立ち後れていた同州の保健状況を，近隣州や全国の水準に追いつく程度にまで改善することに，一定の貢献を成したと推察される。日本の援助は，従来ガーナで開発・推進されていた CHPS プログラムの強化・仕組みづくりを支援するものであったが，CHPS は元より母子保健状況の改善に役立つという客観的根拠に基づいて進められていたプログラムであるので（前述），特に乳幼児死亡率がアッパーウエスト州において大幅に改善しているということは，とりわ

[163] 乳幼児死亡率は値が下がるほど好ましいが，以下に示す偏差値は値が大きいほど好ましい状況を示すように変換してある。偏差値は，平均が 50，標準偏差が 10 となるように基準化した値であるが，ここで使用した平均値は各州の値の単純平均であり，ガーナ全国値（州による人口の多寡が加味されている）とは異なる。

け日本の援助効果の証左になる可能性があろう[164]。

ただし，北部 3 州において日本以外に大規模な保健分野ドナーはほぼ存在しなかったのであるなら，アッパーウエスト州における保健状況改善が，日本の援助が他ドナーより効果があるという相対的有効性を示すわけではない。また，アッパーウエスト州において相対的に大きな改善が見られた指標は，何れも元々の絶対水準が低かったのであり，すなわち改善の余地が大きかったとも言える。もっとも，これらのことは日本の援助の有効性（の可能性）そのものを否定するものではなく，むしろ国内後発地域を援助して底上げに貢献した（可能性がある）ことの意義は高いとも言える。

４－２－４ まとめと考察

日本のガーナに対する保健分野支援政策を，（1）国別援助計画（2000 年），（2）同改定版（2006 年），（3）国別援助方針（2012 年）を通してみると，乳幼児及び妊産婦死亡率低下への支援については（1）と（3）で，感染症対策については（1）と（2）で，それぞれ MDG 関連の目標が掲げられてきた。したがって日本の対ガーナ保健分野支援政策は，MDGs に沿っており，また国際場裏における感染症から母子保健へという重点シフト（３－１－１参照）にも呼応していると言える。

また日本が近年，辺境・貧困地域であるアッパーウエスト州において CHPS の運営強化に注力していること，また SBS に参加したことは，ガーナの「国家中期開発計画」において「保健サービスへのアクセス改善」が重視され，また保健セクター中期開発計画において，「貧困層を保護するための持続的な財務体制の確保」や「ガバナンス強化による保健システムの効率・効果向上」が高順位の目標として掲げられていることと，整合的である。

よって，日本のガーナに対する保健分野支援政策は妥当であると評価できる。

日本のガーナに対する保健関連 MDG に係る支援は，少なくとも MDG 4 の乳幼児死亡率に関しては，結果についても有効ではないかと推察される。日本の支援が近年集中しているアッパーウエスト州において，以前はガーナ国内において低水準にあった乳幼児死亡率，5 歳未満児の抗マラリア薬治療受療率，医師・助産師立ち会いの出産率が，近隣州や全国の水準に追いつく程度にまで改善しているからである。これらの指標は元々の絶対水準が低く，改善の余地が大きかったとも言えるが，そのような指標が示していた劣悪な保健状況の改善に貢献したことの意義は，強調されこそすれ否定されるものではない。

一方，MDG 5 及び 6 のアウトカム指標である妊産婦死亡率やマラリア罹患率・死亡率などは，データ不詳により比較分析がでてきおらず，結果の有効性の評価は保留される。

[164] MDG 5 の妊産婦死亡率の州別データは，MICS でも，その他のガーナ統計局（Ghana Statistical Service）の資料（Ghana Living Standard Survey 等）でも得ることができない。

援助プロセスについては，主要ドナーの一つとして日本は，ガーナ政府や他ドナーと必要十分な情報交換・連絡調整を行っているものと考えられ，妥当と評価できる。SBS については，他のドナーが姿勢を消極化させている様子も見られるが，日本は拠出額が小さいこともあり，ガーナ政府が保健セクターについて行っている（GBS について表形式で項目ごとに行っているパフォーマンス評価に対して）総体的な（holistic）政策評価の結果を見ながら 2015 年までは支援を継続する予定であることも，おおむね妥当といえよう。今後の SBS については，ガーナ政府や他ドナーとの協議を深めながら，プロジェクト／プログラム援助の効果や GBS 参加の可能性なども踏まえつつ，支援継続いかんにつき検討することが期待される。

UHC については，ガーナは既に CHPS や NHIS という「実現ツール」を有してはおり，国家計画がアクセス改善や貧困層保護を重視していることにも鑑み，相対的に着実な進展が期待される状況にあるといえる。しかし，CHPS に係るガバナンス能力の向上や，NHIS の財政基盤の強化は引き続き求められており，日本も積極的な支援を検討・実施することが望まれる。

第５章　提言

評価のまとめ

本評価の結果は以下のようにまとめることができる。

「政策の妥当性」については，高い評価を与えられる。日本の保健分野 ODA 政策（イニシアティブ等）は，ミレニアム開発目標（MDGs）や G8 サミット等にみられる国際社会の取組・援助潮流と，おおむね一致している。両者の差異は，日本の援助実績が近隣アジア諸国に手厚いのに対し，保健分野でより深刻な問題を抱えている国々はサブサハラ・アフリカに多いという点にある。これは，ODA を通じて近隣諸国との友好関係構築も図るという日本の「国益」に因るものだが，同様の，地域的・歴史的近隣関係に発する「国益」に応じた ODA の地域的配分の片寄りは，例えば欧州諸国もアフリカ諸国に対して，米国も中南米諸国に対して有している。（評価結果：妥当性は高い）

「結果の有効性」は，本評価の中でも最も力を入れた評価項目である。現地調査ができないという制約の中，経済協力開発機構（OECD）がまとめて公表しているODAデータや，多くの開発途上国で収集されている保健関連ミクロ・データ・セット（具体的には『人口保健調査』〔DHS〕や『複数指標クラスター調査』〔MICS〕）の分析結果を用いて，評価を試みた。

まず OECD クロス・カントリーODA データと被援助国の MDGs の関連について言えば，日本の保健関連 ODA の供与と，MDG 4（乳幼児死亡率の削減）及び MDG 5（妊産婦の健康の改善）に関する指標の改善度は，統計的に有意な相関関係を示した。これは，日本の保健関連 ODA が保健関連 MDGs に貢献したとする仮説とは整合的な結果である。一方，同じ推計を日本以外のドナーの保健 ODA 全体に対して適用したところ，日本よりさらに強い有意性を示し，日本の効果を凌駕するほどであった。その理由としては，日本の保健関連 ODA が，どちらかと言えば，MDG 関連指標の改善が既に比較的進んでいる東アジアの国々に厚く配分され，同指標の改善潜在性の高いアフリカ諸国への配分が相対的に小さい傾向にあるため，ODA 投入のアウトカムないしインパクトが，アフリカ諸国への配分の厚い他ドナーと比べて小さく出たものと解釈できる。上述のとおり，日本の ODA の目的に近隣諸国との友好的な関係を構築するという「国益」が含まれているため，このような結果となることは，十分理解できる。

その一方で当評価チームは，日本の保健関連 ODA 供与の効果を現場レベルで検出・評価するために，よりミクロ的なデータ分析や事実調査を行うことを試みた。そのため，日本の保健 ODA の重点国とされており，本評価の対象国としても指定されていたセネガルとガーナを選び，ケーススタディを行った。その結果として明らかになったのは，両国とも，MDG 4 の主要指標である乳幼児死亡率の改善については，それぞれの国で日本が保健 ODA 重点地域としているタンバクンダ州・ケドゥグ州（セネガル），アッパーウエスト州（ガーナ）において，近隣の比較対象地域の値や国平均値に比べて改善度が高いということであった。また，ガーナにおいては，MDG 5 や MDG 6 に関する指標の一部も，アッパーウエスト州での改善度が，近隣比較対象州と比べて高いという結果が得られた（ただし，MDG 5

及び 6 の主要指標である妊産婦死亡率，マラリア罹患率・死亡率，結核罹患率・有病率・死亡率はデータが採れていない）。このような観察事実から，日本が包括的に保健サービス支援に取り組んだ地域においては，他地域に比して保健アウトカム指標の改善度が高かったという意味で，日本の保健 ODA 支援の効果が上がったものと考えられる。（評価結果：一定の効果があったと推定される）

最後に「プロセスの適切性」については，特に大きな問題が見いだされなかったことから，適切であったものと判断される。プロセスの適切性は，OECD の ODA データや上述のミクロ・データを用いて評価することが困難である。したがって，セネガルやガーナのケーススタディを中心に評価し，教訓を引き出さざるを得ない。両国ともに，セネガル・ガーナ両政府からの要請や，他ドナーの既存の保健援助の動向を勘案した上でタンバクンダ・ケドゥグ両州やアッパーウエスト州にターゲット地域を選定し，まさに「選択と集中」を体現するように両地域に保健支援を集中的に振り分けた。またその支援は，疾病別の縦割りのものよりも，行政能力向上，保健システム改善，基礎インフラ整備といった，当該地域の保健サービス向上の底上げに役立つものが中心であった。それにより，徐々に両地域の保健指標が改善され始めていることから，セネガルとガーナで採用されたような「地域集中アプローチ」は，現段階では，援助プロセスとして適切であったと考えられる。（評価結果：適切に実施された）

3つの評価項目の評価を総合すると，「保健関連 MDGs 達成に向けた日本の取組」には，「満足な結果」という評価が与えられる。

5－1 地域的「選択と集中」

セネガルとガーナにおいて，それぞれタンバクンダ州・ケドゥグ州とアッパーウエスト州に日本の保健関連 ODA が集中的に供与されていた。これらの地域は，（1）当該地域の保健課題の深刻さ，（2）他ドナーの不在，というそれぞれ需要面，供給面の要因を鑑みて，選定されたものである。さらに選定された地域に対しては，疾病別の介入ではなく，分野横断的で包括的な（holistic）介入が試みられていた。

かねてより，日本の ODA の財源が限られている状況下で，より有効な分野への「選択と集中」の必要性が唱えられてきた。どのような分野に選択・集中すべきか，について様々な議論があったが，今回の評価で浮かび上がったのは，分野横断的な介入を，その必要度が高く，かつ，他ドナーや自国政府も十分な資源を投入していない地域に対して行うこと（地域的「選択と集中」）の有効性である。保健関連 ODA の「選択と集中」のあり方として，セネガルとガーナのケースは，他国にも応用し得る一つのモデル事例を提供していると言える。日本の ODA 財源の制約が強まっている中，このような地域的「選択と集中」は，優位性に象徴される論理で支持される分野的「選択と集中」とともに，念頭に置かれるべき観点

である。

５－２ 地域アプローチによるユニバーサル・ヘルス・カバレッジへの寄与

ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）の達成を日本は後押ししているが，この広範な保健サービスの普及という課題を，どのようにして達成するかについては，今も議論の残るところである。

セネガルとガーナの事例から得られた教訓は，各ドナーが注力する地域を分担して，担当地域の保健サービス向上を目指すことにより，結果として，全国の保健サービス普及（すなわち UHC）が達成される可能性がある，ということである。このようなドナーと被援助国内の地域とを結び付けて支援を行うことは，2008 年の四川大地震の際に，中国国内で非被災都市と被災地域とをペアにして，被災しなかった都市から被災地域への支援を促した自治体間の水平連携[165]に類似している。ドナー間コーディネーションを行い，保健支援のニーズの高い地域の保健サービス支援を，ドナーが分担することによって，より効率的な保健サービス支援拡大が可能になると考えられる。

５－３ サブサハラ・アフリカでのプレゼンスの向上

2015 年 9 月に，ミレニアム開発目標は「持続可能な開発目標」（SDGs）に継承される予定である[166]。現在提案されている保健に関する目標（ゴール 3）とその 9 つのターゲットに関し，最も大きな改善が必要とされているのは，現在保健水準の低いサブサハラ・アフリカや紛争国である。本評価において日本の保健関連 ODA の配分が近隣のアジア諸国に手厚いことが明らかになったが，今後は，そのアジア諸国と協力して，より保健水準の低いアフリカ等の国々へと，これまで実施してきた支援を広げるべきである。

折しも 2014 年は，特に西アフリカでのエボラ出血熱の拡大により，同地域の保健衛生は深刻な危機にさらされた。日本は先進国の一員として，アフリカや紛争国といった，より保健支援ニーズの高い地域において，大きな役割を果たすべきである。日本は，保健関連

[165] このような自治体間の水平連携は「ペアリング支援」とも呼ばれる（中国語では「对口援助」）。对口援助については，豊田利久「災害対応における国際協力の新展開」『アジ研ワールド・トレンド』（特集：東日本大震災と国際協力）第 192 号 2011 年 9 月 10-14 ページ，等を参照のこと。

[166] 2014 年 9 月時点での，SDGs 案については，Open Working Group of the General Assembly on Sustainable Development Goals, “Open Working Group proposal for Sustainable Developmemt Goals”を参照のこと。

ODA についてこれまで，人材育成や保健システム強化に関して実績を積み上げてきた。これら分野の支援で蓄積された経験は，より保健改善ニーズの高い国・地域の保健水準向上のためにも，有効と考えられる。

図表 5　提言の領域

	提言	対応機関	
		本部レベル	現場レベル
政策・戦略の方向性レベル	地域的「選択と集中」	○	
	サブサハラ・アフリカでのプレゼンスの向上	○	
援助手法・援助手続レベル	地域アプローチによるユニバーサル・ヘルス・カバレッジへの寄与（ドナー間コーディネーション）		○

参考文献

＜国際連合関連資料（世界保健機関関連を除く）＞

- High-Level Panel of Eminent Persons on the Post-2015 Development Agenda, “A New Global Partnership: Eradicate Poverty and Transform Economies through Sustainable Development”, United Nations, May 2013. http://www.un.org/sg/management/pdf/HLP_P2015_Report.pdf
- Open Working Group of the General Assembly on Sustainable Development Goals, “Focus Area Document”, United Nations, February 2014. http://www.beyond2015.org/sites/default/files/Focus%20areas%20document_OWG%20SDGs_21%20February%202014-1.pdf
- ----------, “Encyclopedia Groupinica: A Compilation of Goals and Targets Suggestions from OWG-10”, United Nations, April 2014. https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/3698EncyclopediaGroupinica.pdf
- ----------, “Open Working Group proposal for Sustainable Developmemt Goals”, United Nations, July 2014. https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/1579SDGs%20Proposal.pdf
- United Nations, *Official List of MDG Indicators*. http://mdgs.un.org/unsd/mdg/host.aspx?Content=indicators/officiallist.htm
- ----------, “The road to dignity by 2030: ending poverty, transforming all lives and protecting the planet”, Synthesis report of the Secretary-General on the post-2015 sustainable development agenda, December 2014. http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/69/700&Lang=E
- United Nations Children’s Fund (UNICEF), *Sénégal : Projet descriptif de programme pays 2012-2016*, 15 juin 2011. http://www.unicef.org/spanish/about/execboard/files/Senegal_final_approved_2012-2016_French_20_Oct_2011.pdf
- ----------, “Newborn Intensive Care Units launced in Notrthern Ghana”, 28 August 2013. http://www.unicef.org/ghana/media_7590.html
- United Nations Development Programme (UNDP), *2014 Human Development Statistical Tables*. http://hdr.undp.org/en/data
- United Nations Population Fund (UNFPA), *Final country programme document for Senegal 2012-2016*, 21 July 2011 https://data.unfpa.org/downloadDoc.unfpa?docId=187
- United Nations Secretary-General Ban Ki-moon, *Global Strategy for Women’s and*

Children's Health, 2010.
http://www.who.int/pmnch/activities/advocacy/fulldocument_globalstrategy/en/
- UN System Task Team on the Post-2015 UN Development Agenda, "Realizing the Future We Want for All: Report to the Secretary-General", United Nations, June 2012. http://www.un.org/millenniumgoals/pdf/Post_2015_UNTTreport.pdf

＜世界保健機関（WHO/OMS）関連資料＞
- Organisation mondiale de la Santé (OMS), *Stratégie de Coopération de l'OMS avec les pays, 2009–2013 Sénégal*, 2009.
http://www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/ccs_sen_fr.pdf?ua=1
- ----------, *Bulletin d'information du Bureau de l'OMS au Sénégal*, N° 112, 01 Octobre 2013.
- ----------, *Rapport d'activités 2013*, mars 2014.
http://www.afro.who.int/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=8831&Itemid=2593World Bank, 2014 World Development Indicators, 2014.
http://data.worldbank.org/sites/default/files/wdi-2014-book.pdf
- ----------, *Plan national de développement sanitaire 2009-2018*.
http://www.afro.who.int/fr/senegal/press-materials/item/6581-plan-national-de-développement-sanitaire-2009-2018.html
- World Health Organization (WHO), *World Health Report*, various issues.
http://www.who.int/whr/previous/en/
- ----------, *World Health Statistics*, various issues.
http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/en/
- ----------, *The Stop TB Strategy*, 2006.
http://whqlibdoc.who.int/hq/2006/WHO_HTM_STB_2006.368_eng.pdf?ua=1
- ----------, "Acclelerating progress towards the health-related Millenium Development Goals", 2010.
http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/MDG-NHPS_brochure_2010.pdf
- ----------, "Positioning Health in the Post-2015 Development Agenda", WHO discussion paper, October 2012.
http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/post2015/WHOdiscussionpaper_October2012.pdf
- ----------, *WHO Country Cooperation Strategy 2008-2011 Ghana*,
http://www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/ccs_gha_en.pdf

＜その他国際機関及び他ドナー関連資料＞
- Agence Française de Développement (AFD), Fonds français Muskoka, juillet

2014.
http://www.afd.fr/webdav/site/afd/shared/PUBLICATIONS/THEMATIQUES/AFD-initiative-muskoka.pdf

- Banque africaine de développement, République du Sénégal: Document de stratégie par pays 2010-2015, Septembre 2010.
  http://www.afdb.org/fileadmin/uploads/afdb/Documents/Project-and-Operations/SENEGAL_-_DSP_2010-2015.pdf
- Coopération luxembourgeoise, SEN/027 Programme Santé de Base des Trois Régions du Nord du Sénégal. http://dak.luxdev.lu/fr/activities/project/SEN/027
- CTB (Agence belge de développement) Sénégal.
  http://www.btcctb.org/fr/country/11/projects-list
- Danish International Development Agency (DANIDA), "Ghana Health Sector Programme Support: HSPS Phase IV (2008-2012)", October 2007.
  http://ghana.um.dk/en/~/media/Ghana/Documents/HSPS%20IV%202008-2012.jpg
- ----------, "Ghana Health Sector Programme Support: HSPS Phase V (2012-2016)", January 2012.
  http://ghana.um.dk/en/~/media/Ghana/Documents/120123%20HSPS%20V%20FINAL%20miadra.jpg
- Department for International Development (DFID) Ghana, "Operational Plan 2011-2015", April 2011.
  https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/67562/ghana-1.pdf
- G8 Health Experts Group, "Toyako Framework for Action on Global Health", 8 July 2008.
  http://www.mofa.go.jp/policy/economy/summit/2008/doc/pdf/0708_09_en.pdf
- International Health Partnership, *Joint Assessment (JANS) of Ghana's Health Sector Medium Term Health Development Plan 2010-2013*, JANS mission report, November 2010.
- International Monetary Fund (IMF), *World Economic Outlook*, October 2014.
  http://www.imf.org/external/pubs/ft/weo/2014/02/pdf/text.pdf
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD), "OECD Review of Health Care Quality: Japan – Assessment and recommendations", November 2014.
  http://www.oecd.org/els/health-systems/ReviewofHealthCareQualityJAPAN_ExecutiveSummary.pdf
- United States Agency for International Development (USAID), Senegal, *Senegal Country Development Cooperation Strategy 2012-2016*, February 2012.
  http://www.usaid.gov/sites/default/files/documents/1860/SenegalCDCS.pdf

・ United States Agency for International Development (USAID), Ghana, *Ghana Country Development Cooperation Strategy 2013-2017*, December 2012. http://www.usaid.gov/sites/default/files/documents/1860/Ghana_CDCS_fy2013-17.pdf
・ World Bank, *Republic of Senegal Health and Nutrition Financing Project: Project Appraisal Document*, November 2013. http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2013/11/21/000442464_20131121103508/Rendered/PDF/792900PAD0P129010Box379866B00OUO090.pdf
・ グローバルファンド日本委員会「グローバルファンド ファクトシート」, 2014 年 10 月 http://fgfj.jcie.or.jp/en/wp-content/uploads/2014/10/factsheet201410.pdf
・ 国際連合児童基金（UNICEF）『世界子ども白書 2008』 http://www.unicef.or.jp/library/library_wdb08.html#pdf

＜日本政府・国際協力機構（JICA）関連資料＞
・ Abe, Shinzo, “Japan’s strategy for global health diplomacy: why it matters”, *The Lancet*, Vol. 382, 14 September 2013.（外務省仮訳「我が国の国際保健外交戦略－なぜ今重要か－」http://www.mofa.go.jp/files/000014294.pdf）
・ 外務省（日本）『ODA 白書』, 各年版
・ ----------『政府開発援助（ODA）国別データブック』, 各年版
・ ----------『政府開発援助（ODA）参考資料集』, 各年版
・ ----------「政府開発援助大綱」, 1992 年 http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/seisaku/taikou/taiko_030829.html
・ ----------「沖縄感染症対策イニシアティブ」, 2000 年 7 月 http://www.mofa.go.jp/mofaj/press/pr/pub/pamph/pdfs/okinawa.pdf
・ ----------「ガーナ国別援助計画」, 2000 年 http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/seisaku/enjyo/ghana._h.html
・ ----------『人口・エイズに関する地球的規模問題イニシアティブ（GII）評価調査 報告書』, 外務省委託調査報告書, 2002 年 http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/shiryo/hyouka/kunibetu/gai/gii/index.html
・ ----------「政府開発援助に関する中期政策」2005 年 http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/seisaku/chuuki/pdfs/seisaku_050204.pdf
・ ----------「開発途上国の感染症対策への日本の取組み」, 2005 年 6 月 http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/hoken/mdgs/pdfs/mdgs_0506.pdf
・ ----------『セネガル国別評価報告書』, 2006 年 http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/shiryo/hyouka/kunibetu/gai/senegal/kn05_01_index.html
・ ----------「対ガーナ国別援助計画」, 2006 年

http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/seisaku/enjyo/pdfs/ghana0609.pdf
- ----------「対セネガル国別援助計画（第一次案）」, 2007 年 http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/seisaku/enjyo/pdfs/senegal_01an.pdf
- ----------「保健と開発に関するイニシアティブ～保健関連ミレニアム開発目標達成への日本の貢献～」, 2007 年 3 月 http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/bunya/health/pdf/HDI-policy.pdf
- ----------『「保健・医療分野支援」の評価　報告書』, 平成 20 年度外務省第三者 ODA 評価報告書, 2009 年 http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/shiryo/hyouka/kunibetu/gai/hoken/jk08_01_index.html
- ----------「日本のマラリア対策支援」, 2009 年 8 月 10 日 http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/bunya/health/pdfs/malaria.pdf
- ----------「対セネガル国別援助計画」2009 年 http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/seisaku/enjyo/pdfs/senegal_0904.pdf
- ----------「開かれた国益の増進　ODA のあり方に関する検討　最終とりまとめ」, 2010 年 6 月 http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/kaikaku/arikata/pdfs/saisyu_honbun.pdf
- ----------『ガーナ国別評価報告書』, 平成 21 年度外務省第三者 ODA 評価報告書, 2010 年 http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/shiryo/hyouka/kunibetu/gaana.html
- ----------「対セネガル共和国　国別援助方針」, 2012 年 5 月
- ----------「対ガーナ共和国 国別援助方針」, 2012 年 http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/seisaku/houshin/pdfs/ghana-1.pdf
- ----------「対セネガル共和国　国別援助方針」, 2014 年 4 月改訂 http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/seisaku/houshin/pdfs/senegal-1.pdf
- ----------「セネガル共和国基礎データ」, 2014 年 12 月 15 日 http://www.mofa.go.jp/mofaj/area/senegal/data.html
- JICA 研究所『事業マネジメントハンドブック』, 2007 年 12 月 http://jica-ri.jica.go.jp/IFIC_and_JBICI-Studies/jica-ri/publication/archives/jica/field/200712_aid.html
- 国際協力機構（JICA）『セネガル共和国タンバクンダ州保健施設整備計画予備調査報告書』, 2008 年 1 月
- ----------『ガーナ共和国アッパーウエスト州地域保健強化プロジェクト　プロジェクト事業官僚報告書』, 2010 年 2 月
- ----------『ミレニアム開発目標への取り組み』, 2012 年 http://www.jica.go.jp/publication/pamph/ku57pq00000najg5-att/MDGs.pdf
- ----------「事業事前評価表：セネガル共和国母子保健サービス改善プロジェクトフェーズ 2」, 2012 年 http://www2.jica.go.jp/ja/evaluation/pdf/2012_1200388_1_s.pdf

- ----------「事業事前評価表:ガーナ共和国アッパーウエスト州地域保健施設整備計画」, 2012 年 http://www2.jica.go.jp/ja/evaluation/pdf/2012_1161330_1_s.pdf
- ----------「事業事前評価表:ガーナ共和国貧困削減戦略支援無償(保健)」, 2012 年 http://www2.jica.go.jp/ja/evaluation/pdf/2012_1261020_1_s.pdf
- ----------「事業事前評価表:ガーナ共和国貧困削減戦略支援無償(保健)」, 2013 年 http://www2.jica.go.jp/ja/evaluation/pdf/2013_1360910_1_s.pdf
- ----------「セネガル国保健行政アドバイザー活動報告書」, 2014 年
- ----------『セネガル国タンバクンダ州及びケドゥグ州保健システムマネジメント強化プロジェクト業務完了報告書』, 2014 年 3 月 http://libopac.jica.go.jp/images/report/P1000014969.html
- ----------「案件別事後評価(内部評価)評価結果票:アッパーウエスト州地域保健強化プロジェクト」, 2014 年 3 月 http://www2.jica.go.jp/ja/evaluation/pdf/2012_0604668_4_f.pdf
- 厚生労働省(日本)「国連等におけるエイズ対策の主な流れ」, 2006 年 http://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/09/dl/s0915-5d_0002.pdf
- 日本政府「我が国によるサマーワ支援　総括と今後の展望」, 2007 年 5 月 http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/data/chiiki/iraq/pdfs/tenbo.pdf
- ----------「国際保健政策 2011-2015」, 2010 年 9 月 http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/doukou/mdgs/pdfs/hea_pol_ful_jp.pdf
- ----------「国際保健外交戦略」, 2013 年 6 月 http://www.mofa.go.jp/mofaj/files/000005947.pdf
- ----------「国際保健外交戦略　具体的施策(詳細版)」, 2013 年 6 月 http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/bunya/health/pdfs/ghd_02.pdf
- ----------「開発協力大綱」, 2015 年 2 月 10 日閣議決定 http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/about/kaikaku/taikou_minaoshi/files/h_shiryo_2.pdf
- 岡田克哉(外務大臣)「ランセット誌への投稿記事『我が国の新国際保健政策(2011-2015 年)』」 http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/bunya/health/pdfs/lancet_1009_j.pdf

＜セネガル政府関連資料＞

- Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie(ANDS), *Enquête de Suivi de la Pauvreté au Sénégal II (ESPS-II)*, Mai 2013. http://www.ansd.sn/ressources/rapports/Rapport_ESPS-2011.pdf
- ----------, *Recensement Général de la Population et de l'Habitat, de l'Agriculture et de l'Elevage 2013 (RGPHAE 2013)*, Septembre 2014. http://www.ansd.sn/ressources/RGPHAE-2013/ressources/doc/pdf/Rapport-definitif-RGPHAE2013.pdf

- Ministère de l'Economie et des Finances (MEF), *Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) : Progrès réalisés et perspectives*, Septembre 2010. http://www.sn.undp.org/content/dam/senegal/docs/OMD/Resume%20Rapport%20OMD-%20Senegal%20%202010.pdf
- Ministère de l'Economie et des Finances (MEF), Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD), *Rapport de suivi des OMD 2000-12*. http://www.sn.undp.org/content/dam/senegal/docs/OMD/undp-sn-Rapport%20de%20Suivi%20des%20OMD%20SEN%20%202000-2012.pdf
- Ministère de la Santé et de l'Action sociale, *Plan stratégique de développement de la Couverture Maladie Universelle au Sénégal 2013-2017*. http://p4h-network.net/wp-content/uploads/2013/03/2013_03_Ministere_Sante_Senegal-Plan_strategique_dvpt_CMU_2013-2017.pdf
- Ministère de la Santé et de la Prévention, *Plan national de développement sanitaire PNDS 2009-2018*, janvier 2009. http://www.sante.gouv.sn/images/stories/pdf/pndsdixhuit.pdf
- Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale, *Plan national de développement sanitaire Phase II*, 2004.
- Ministère de la Santé Publique et de l'Action Sociale, *Plan national de développement sanitaire et social du Sénégal (PNDS) 1998 – 2007*, 1997.
- République du Sénégal, *Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté*, 2002.
- ----------, *Enquête Démographique et de Santé Sénégal 2005*, avril 2006. http://www.dhsprogram.com/publications/publication-FR177-DHS-Final-Reports.cfm
- ----------, *Document de Stratégie pour la croissance et la Réduction de la Pauvreté 2006-2010 (DSRP II)*, octobre 2006. http://www.gouv.sn/IMG/pdf/DSRP_II.pdf
- ----------, *Document de Politique Economique et Sociale 2011-2015 (DPES)*, novembre 2011. http://www.pacc-pme-pmf.sn/sites/default/files/documentation/dpes-version-finale.pdf
- ----------, *Enquête Démographique et de Santé à Indicateurs Multiples Sénégal (EDS-MICS) 2010-2011*, février 2012. http://www.dhsprogram.com/publications/publication-FR258-DHS-Final-Reports.cfm
- ----------, *Stratégie Nationale de Développement Economique et Social 2013-2017 (SNDES)*, novembre 2012. http://www.gouv.sn/IMG/pdf/SNDES_2013-2017_-_version_finale_-_08_novembr

e_2012.pdf
- ----------, *Plan Sénégal Emergent (PSE)*, février 2014. http://www.gouv.sn/IMG/pdf/PSE.pdf

- “Discours du président Macky Sall à la cérémonie officielle de lancement du programme de couverture maladie universelle”. http://www.dakaractu.com/Discours-du-president-Macky-Sall-a-la-ceremonie-officielle-de-lancement-du-programme-de-couverture-maladie-universelle_a52263.html

＜ガーナ政府関連資料＞
- Ghana Statistical Service, *Ghana Living Standars Survey: Report of the Fifth Round (GLSS 5)*, September 2008. http://www.statsghana.gov.gh/docfiles/glss5_report.pdf
- ----------, “Population by region, district, age groups and sex, 2010”. http://www.statsghana.gov.gh/docfiles/pop_by_region_district_age_groups_and_sex_2010.pdf
- Ghana Statistical Service, et al., *Mutiple Indicator Cluster Survey 2006*. http://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR226/FR226[MICS].pdf
- ----------, *Mutiple Indicator Cluster Survey 2011*. http://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR262/FR262.pdf
- Government of Ghana, *Ghana Shared Growth and Development Agenda (GSGDA), 2010-2013*. http://eeas.europa.eu/delegations/ghana/documents/eu_ghana/ghana_shared_growth_and_development_agenda_en.pdf
- ----------, *Health Sector Medium-Term Development Plan 2010-2013*, 2010.
- Government of Ghana and United Nations Country Team in the Republic of Ghana, *MDG Acceleration Framework and Country Action Plan: Maternal Health*. http://www.undp.org/content/dam/undp/library/MDG/MDG%20Acceleration%20Framework/MAF%20Reports/RBA/MAF%20Ghana_MDG5_Low_Web%20%282%29.pdf
- Government of Ghana and United Nations Development Programme (UNDP), *2010 Ghana Millennium Development Goals Report*. November 2012. http://planipolis.iiep.unesco.org/upload/Ghana/Ghana_MDG_Report_2010.pdf

＜その他文献資料（論文等）＞
- Frintz, Anne “Au Sénégal, les femmes en première ligne”, *Le Monde diplomatique*, janvier 2014. http://www.monde-diplomatique.fr/2014/01/A/50023
- Gerster, Richard, “Developing a Performance Assessment Framework of

Development Partners (“DP’s PAF”) in Ghana”, 2010”.
http://www.gersterconsulting.ch/docs/introductory_paper_10.01.15.pdf

- Iguchi, Masahiko, Tomoki Ehara, Eri Yamazaki, Tomohiro Tasaki, Naoya Abe, Seiji Hashimoto, and Taro Yamamoto, “Ending the Double Burden of Malnutrition: Addressing the Food and Health Nexus in the Sustainable Development Goals”, *POST2015/UNU-IAS Policy Brief*, #6, 2014.
http://collections.unu.edu/eserv/UNU:2569/Post2015_UNU-IAS_PolicyBrief6.pdf
- Nyonator, Frank K., J. Koku Awoonor-Williams, James F. Phillips, Tanya Jones, and Robert A. Miller, “The Ghana Community-based Health Planning and Services Initiative for scaling up service delivery innovation”, *Health Policy and Planning*, 20 (1), 2005, pp. 25-34. http://www.expandnet.net/PDFs/HP25.pdf
- Phillips, James F., Ayaga A. Bawah, and Fred N. Binka, “Accelrating reproductive and child health progoramme impact with community-based services: the Navrongo experiment in Ghana”, *Bulletin of the World Health Organization*, December 2006, Vol. 84, No. 12.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2627578/
- Suzuki, Rieko, “The Ghana Nutrition Improvement Project”, *Highliting Japan*, August 2014.
http://dwl.gov-online.go.jp/video/cao/dl/public_html/gov/pdf/hlj/20140801/18-19.pdf
- U.S. Geological Survey, *Mineral Commodity Summaries 2014*.
http://minerals.usgs.gov/minerals/pubs/mcs/2014/mcs2014.pdf
- Wagstaff, Adam, “On the Road to Universal Health Coverage: Lessons from a Multi-country Study in East Asia”, Presentation document on the World Bank Seminar on 16 October 2014 in Tokyo.
http://www.worldbank.org/content/dam/Worldbank/Feature%20Story/japan/pdf/event/2014/adam_wagstaff_tokyo_seminars_101614.pdf
- Yamamoto, Taro, “Post-2015 Contemporary Issues: The example of obesity”, *Japan Medical Association Journal*, Vol. 57, No. 1, January/February 2014.
https://www.med.or.jp/english/journal/pdf/2014_01/028_031.pdf
- 地球環境戦略研究機関「持続可能な開発目標（SDGs）に関する国際動向：オープン・ワーキング・グループ（OWG）における各国ポジションの整理」, *IGES Discussion Paper*, No. 2014-01
http://pub.iges.or.jp/modules/envirolib/upload/5354/attach/SDGs_Discussion_Paper1_jp_201405_final_rev.pdf
- 榎原友樹・井口正彦・田崎智宏・橋本征二・山本太郎「ポスト 2015 年開発アジェンダにおける食料関連目標に関する一考察」
http://www.post2015.jp/wp-content/uploads/2014/10/2030_w2zTXpkK.pdf
- 藤生将治「ポスト 2015 年開発目標策定の背景とその主な動向」,『立法と調査』No.

353, 2014 年 6 月
http://www.sangiin.go.jp/japanese/annai/chousa/rippou_chousa/backnumber/2014pdf/20140602077.pdf
- グリーンエコノミーフォーラム（編）『SDGs の最新動向と展望』, 調査提言レポート, 2014 年 3 月 http://geforum.net/archives/581
- 林玲子「セネガル保健分野概況」 http://www.linz.jp/msp/gaikyo/
- 池上清子「2015 年以降の開発枠組み（ポスト MDGs）の現況」,『国際保健医療』Vol. 28, No.4, 2013. https://www.jstage.jst.go.jp/article/jaih/28/3/28_253/_pdf
- イースタリー, ウィリアム（小浜裕久・織井啓介・冨田陽子訳）『傲慢な援助』東洋経済新報社, 2009 年
- 川上泰徳「『闘う』決意より, 命と生活のための支援を」,『WEBRONZA』2015 年 2 月 4 日 http://webronza.asahi.com/politics/articles/2015020300007.html
- 松田徳子「ガーナ・北部 3 州素描」 http://www.jprdi.com/sights/coope_pdf/02.pdf
- 日本医療政策機構『日本の国際保健政策：課題と挑戦』, 2013 年 3 月 http://www.hgpi.org/handout/report_130405.pdf
- 作元理江「モザンビークにおける援助協調ーより包括的な枠組み構築に向けた取り組みー」, 2009 年 3 月 http://www.grips.ac.jp/forum/pdf09/sakumoto_report.pdf
- 高根務「ガーナの農村の現状と課題」, JICA 研究所『ガーナ国別援助検討会報告書』, 2002 年 8 月, 第 3 章 http://jica-ri.jica.go.jp/IFIC_and_JBICI-Studies/jica-ri/publication/archives/jica/country/pdf/02_08_4.pdf
- 豊田利久「災害対応における国際協力の新展開」,『アジ研ワールド・トレンド』（特集：東日本大震災と国際協力）, 第 192 号, 2011 年 9 月, 10-14 頁

- 「ポスト MDGs：2016 年以降の開発戦略 会議概要」, 第 27 回国際保健医療学会 シンポジウムⅢ http://beyond-mdgs-japan.org/docs/event20121104-2.pdf
- “Japan: Universal Health Care at 50 Years”, *The Lancet*, Published Online, 30 August 2011. http://www.thelancet.com/series/japan

＜データベース／ウェブサイト＞
- BBC News: Africa. http://www.bbc.com/news/world/africa/
- Center for Systemic Peace, *Polity IV Project*. http://www.systemicpeace.org/polity/polity4.htm
- Demographic and Health Surveys (DHS) Program. http://www.dhsprogram.com/Data/
- Food and Agriculture Organization of the United Nations, *FAOSTAT*. http://faostat.fao.org/
- Gavi, the Vaccine Alliance. http://www.gavi.org/pledging2015/

- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. http://www.unaids.org/
- Ministère de la Santé et de l'Action sociale, Sénégal. http://www.sante.gouv.sn/
- Ministry of Finance, Republiic of Ghana. http://www.mofep.gov.gh/
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD), *Development Database on Aid Activities: Creditor Reporting System Online*. http://stats.oecd.org/Index.aspx?datasetcode=CRS1
- Reporters Sans Frontières, *World Press Freedom Index 2015*. http://index.rsf.org/#!/
- Roll Back Malaria Partnership (Global Partnership for a Malaria-Free World). http://www.rollbackmalaria.org/index.html
- Stop TB Partnership. http://www.stoptb.org/
- United Nations Children's Fund (UNICEF). http://www.unicef.org/
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, "World Population Prospects: The 2012 Revision". http://esa.un.org/wpp/
- United Nations Statistics Division, *Millennium Development Goals Indicators*. http://mdgs.un.org/unsd/mdg/
- World Bank, "Countries and Economies". http://data.worldbank.org/country
- ----------, "GNI per capita ranking, Atlas method and PPP based". http://data.worldbank.org/data-catalog/GNI-per-capita-Atlas-and-PPP-table
- ----------, "World Development Indicators". http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators
- ----------, "Worldwide Governance Indicators". http://info.worldbank.org/governance/wgi/index.aspx#countryReports
- World Health Organization (WHO), "Countries". http://www.who.int/countries/en/
- 外務省(日本)「国際協力」 http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/
- ----------「国・地域」 http://www.mofa.go.jp/mofaj/area/index.html
- ----------「G7/G8」http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/g7g8.html
- ----------「アフリカ開発会議(TICAD)」http://www.mofa.go.jp/mofaj/area/ticad/
- ----------「ポスト 2015 年開発アジェンダ」 http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/doukou/mdgs/p_mdgs/index.html
- 国際協力機構(JICA)『JICA ナレッジサイト』http://gwweb.jica.go.jp/
- 在セネガル日本国大使館 http://www.sn.emb-japan.go.jp/jp/senegal/index.html

巻末資料

アンケート調査結果

1. 実施概要

（１） 調査の概要

「保健関連ミレニアム開発目標達成に向けた日本の取組の評価」の一環として，文献情報や数量的データでは実証的に把握することが難しい援助プロセス等に関する情報収集を行うため，日本のODA 供与対象国にある在外公館を対象としたアンケート調査を実施した。

（２） 調査内容

図表 1-1 調査項目

設問	主な調査項目
回答者属性	・国名　　・記入者連絡先
1. 保健分野の状況	・保健分野セクター戦略の策定状況 ・保健分野ドナー会合の開催状況 ・コモン・バスケットによる支援の実施状況
2. 保健分野支援のプロセス	・相手国政府との協議・調整状況 ・他ドナーとの協議・調整状況 ・事業終了後のフォローの事例
3. 保健分野支援の実施体制	・保健分野の担当者
4. 保健分野支援の外交的成果	・外交の視点からみた成果
5. ユニバーサル・ヘルス・カバレッジの推進	・UHC に関する政策的議論の実施状況 ・UHC に関するパートナーシップにおけるリードドナー

（３） 配布・回収状況

- 実施期間

  平成 26 年 10 月～11 月

- 回収状況

本調査では，保健分野において 2000 年以降に 1 千万ドル以上の援助実績がある援助供与国（85 か国）の在外公館全数に質問票を配布し，57 か国（2014 年 12 月 2 日時点）から回答票の提出を得た。なお，集計時には回収された全票の回答状況についてデータチェックを行い，無効値等は設問単位で除外して集計を行った。

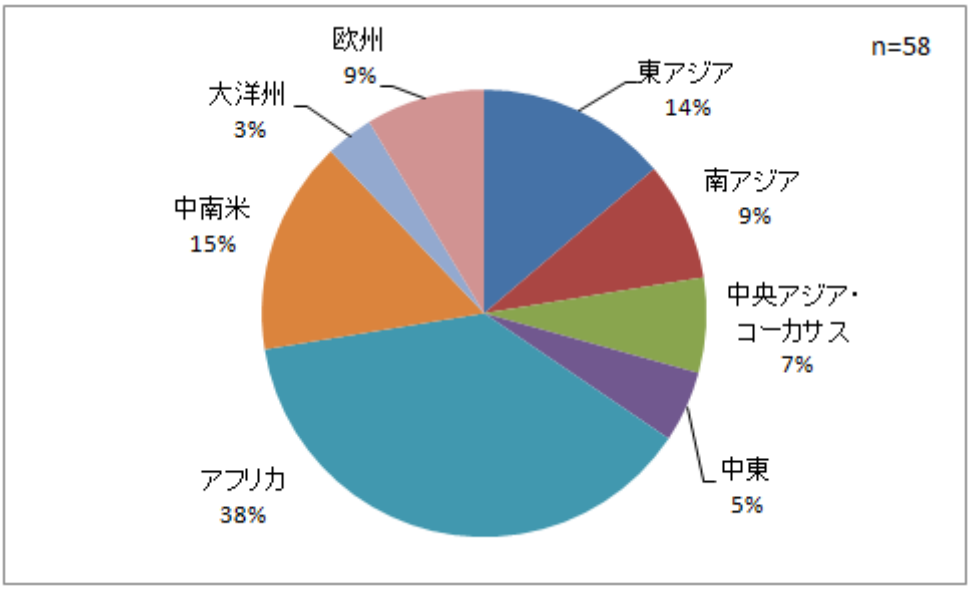
図表 1-2 回収状況

質問票配布数（合計）	85 件	※抽出条件は上記参照
有効回収数	58 件	※平成 26 年 12 月時点
有効回収率	68.2%	※同上

2. 回答者の基本属性

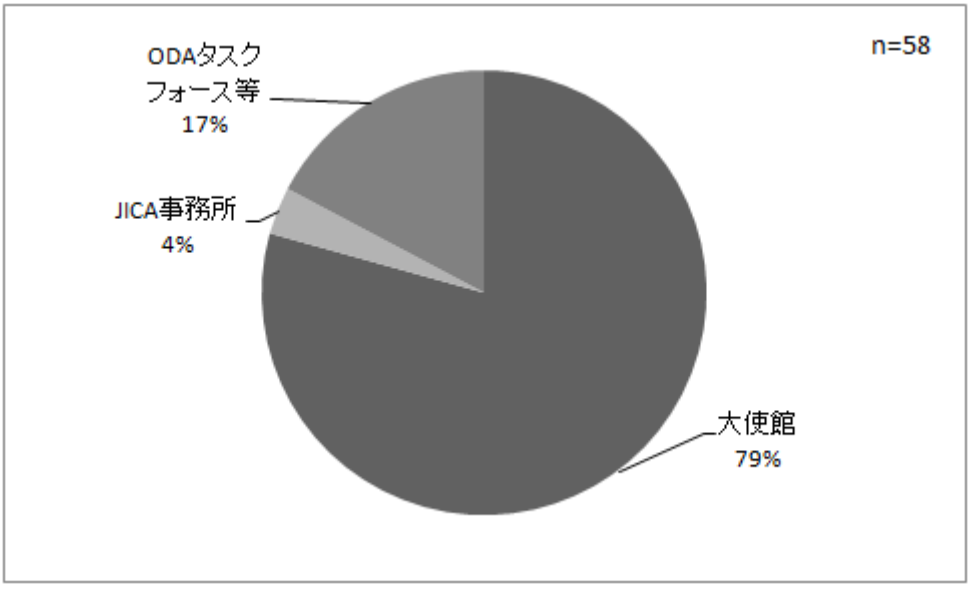
（１）地域

図表 2-1 回答者の所属先地域



（２）記入者の属性

図表 2-2 記入者の属性

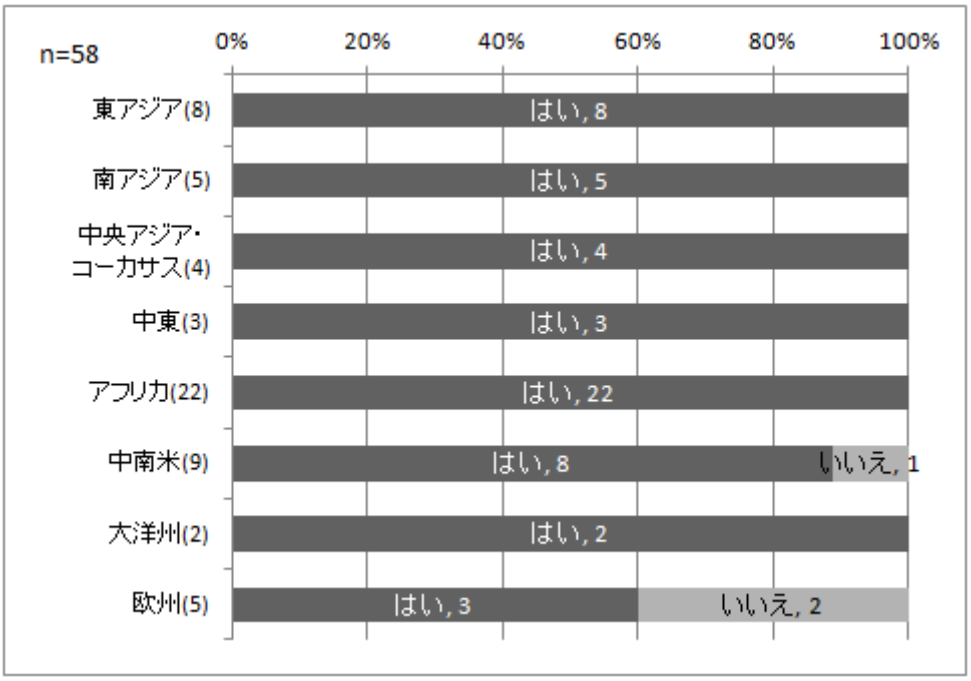


3. 保健分野の状況

（１） 保健分野のセクター戦略の策定状況

貴任国では，2000 年以降，相手国政府が保健分野のセクター戦略を策定していますか。

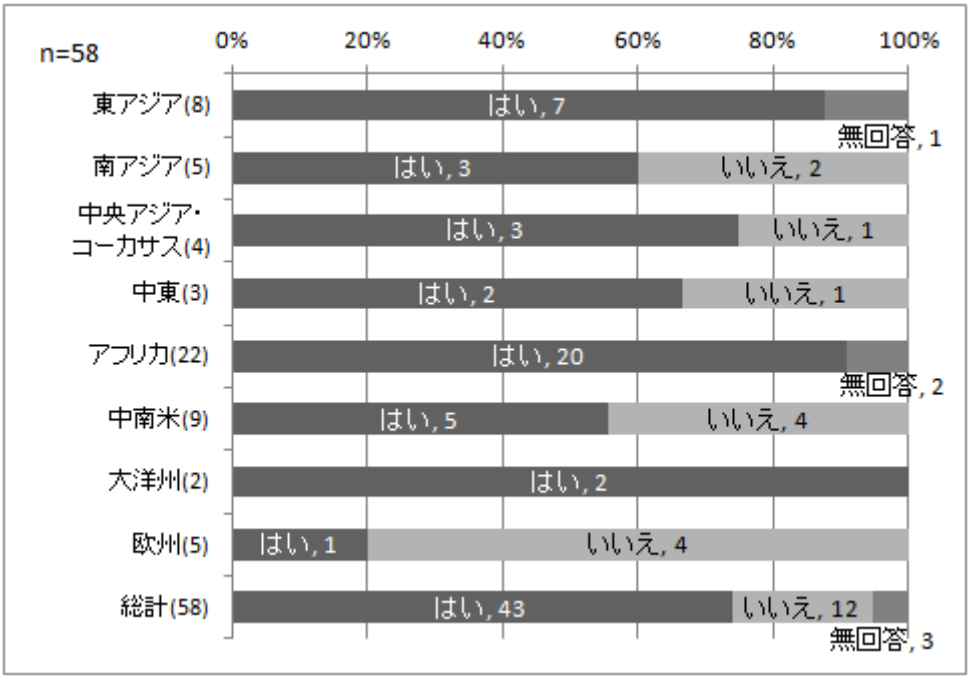
図表 3-1 保健分野セクター戦略が策定されているか



（２） 保健分野のドナー会合の開催状況

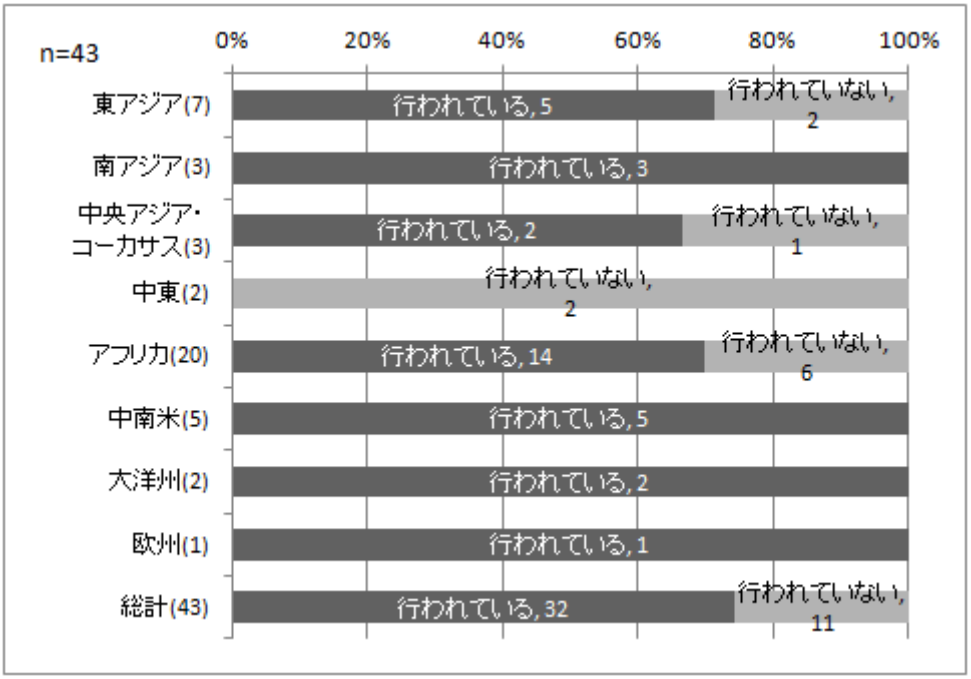
貴任国では，保健分野のみに限定したドナー会合(Consultative Group Meeting 等）が定期的に開催されていますか。

図表 3-2 保健分野のドナー会合が開催されているか



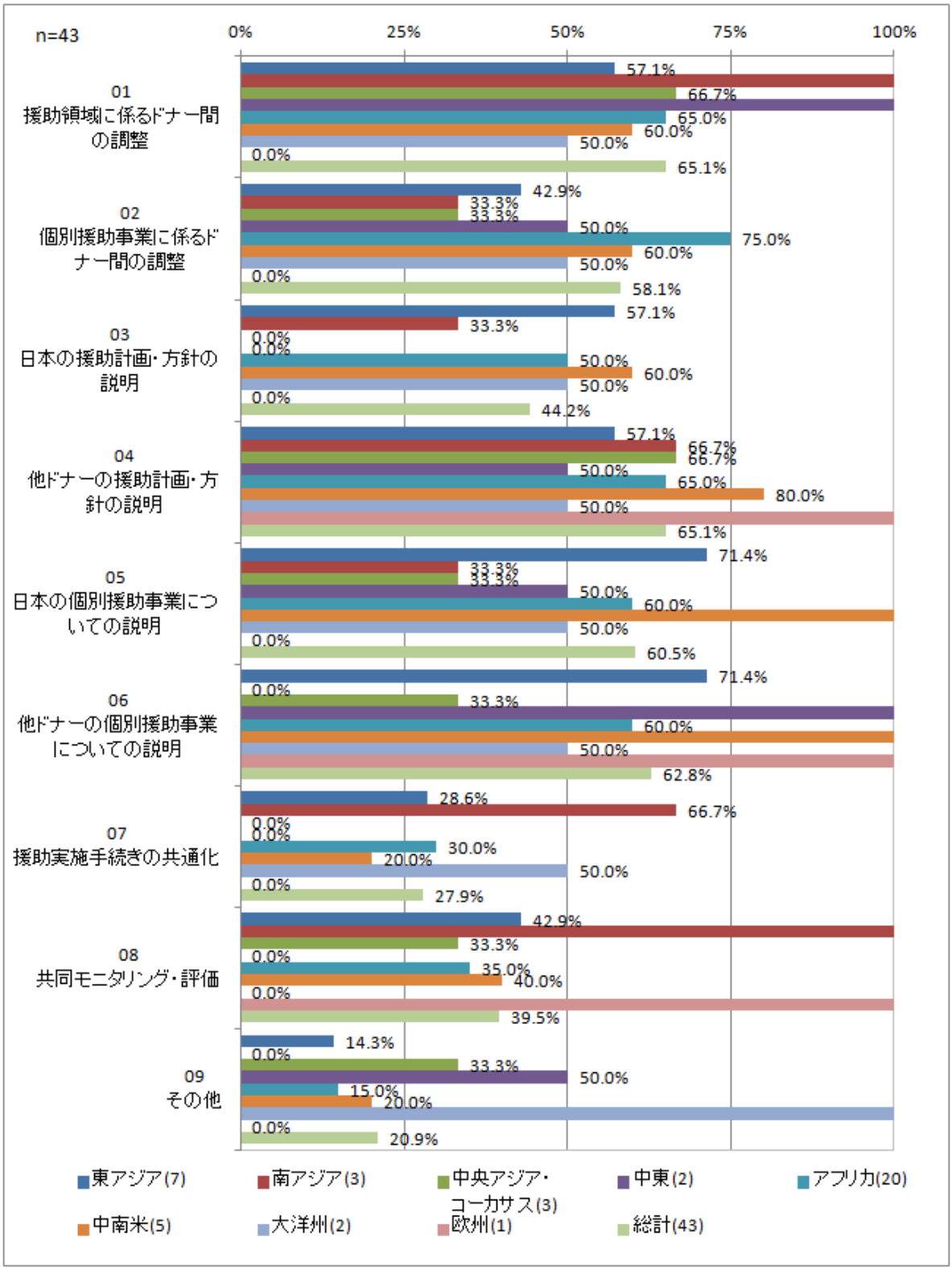
上記の定期的会合が開催されている場合，そこで，貴任国の保健分野セクター戦略の策定に係る議論は行われていますか。

図表 3-3 ドナー会合においてセクター戦略策定に係る議論が行われているか



上記の定期的会合が開催されている場合，そこでは具体的にどのようなことが行われていますか。下記の選択肢の中から当てはまるもの全てをお選び下さい。

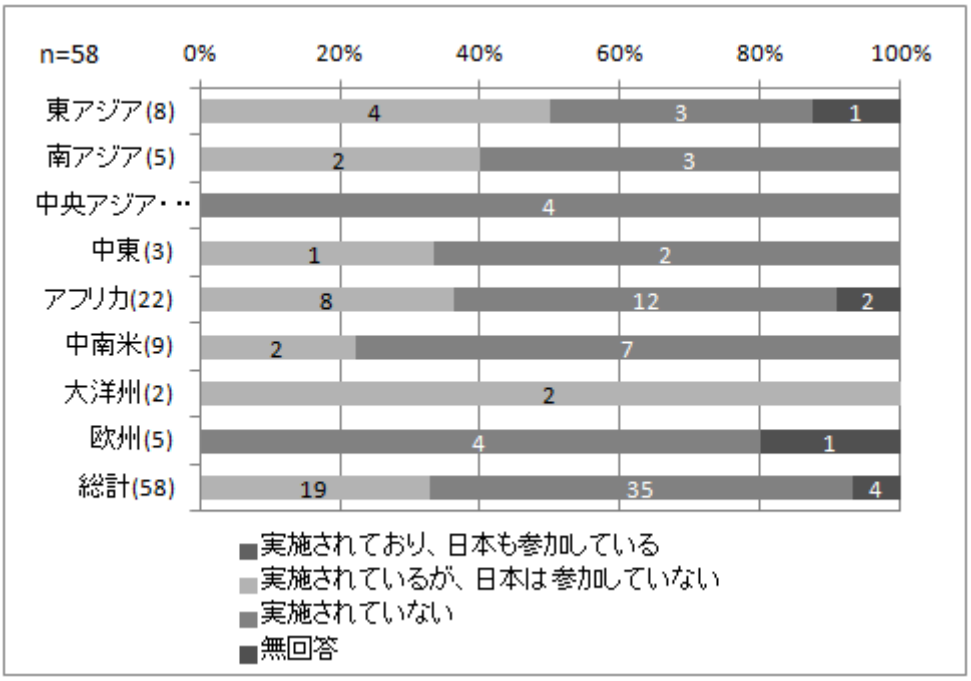
図表 3-4 定期的会合で具体的にどのようなことが行われているか（複数回答）



（３） コモン・バスケットによる支援の実施状況

貴任国では，保健分野において「コモン・バスケット」による支援が実施されていますか。実施されている場合，日本はそれに参加していますか。

図表 3-5 保健分野でコモン・バスケットによる支援が実施されているか



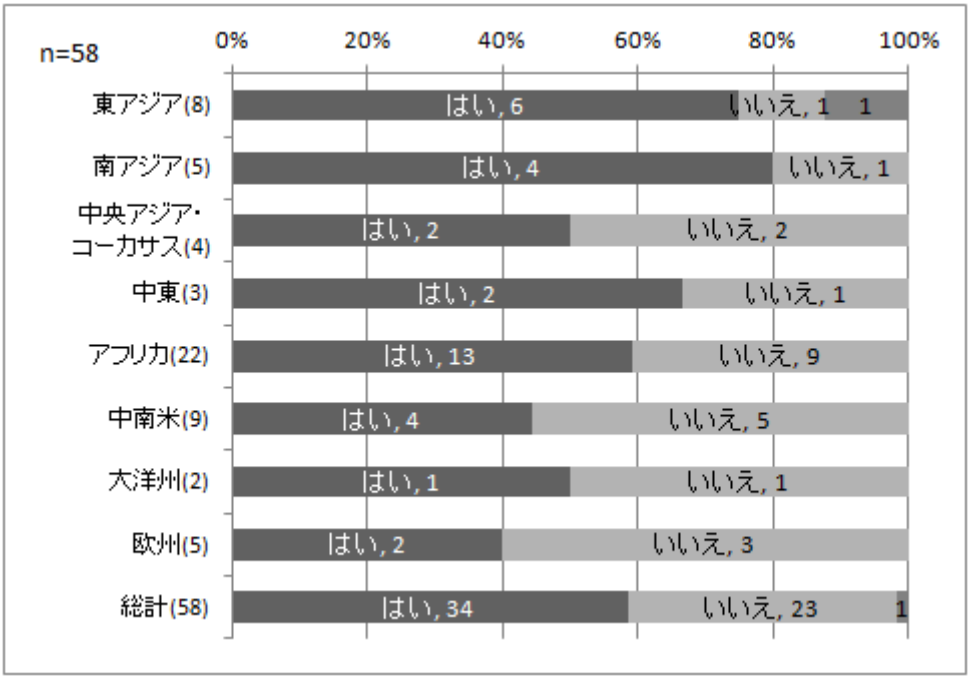
なお，ガーナ大使館の回答票では「実施されていない」との回答だったため，その理由について問い合わせたところ，外務省『2012 年版 政府開発援助（ODA）参考資料集』の支援形態に関する説明上は「一般財政支援」「セクター財政支援」「コモンファンド型財政支援」の分類がなされており，この定義に従うと，ガーナで実施されている支援は「コモンファンド型財政支援」ではなく「セクター財政支援」にあたるとのことだった。なお，現在のセクター財政支援が行われる以前は，ガーナで「コモンファンド型財政支援」が実施されていたが，それを廃止し，「セクター財政支援」へ移行したとの説明があった。

4. 保健分野の実施プロセス

（１） 相手国政府との協議・調整

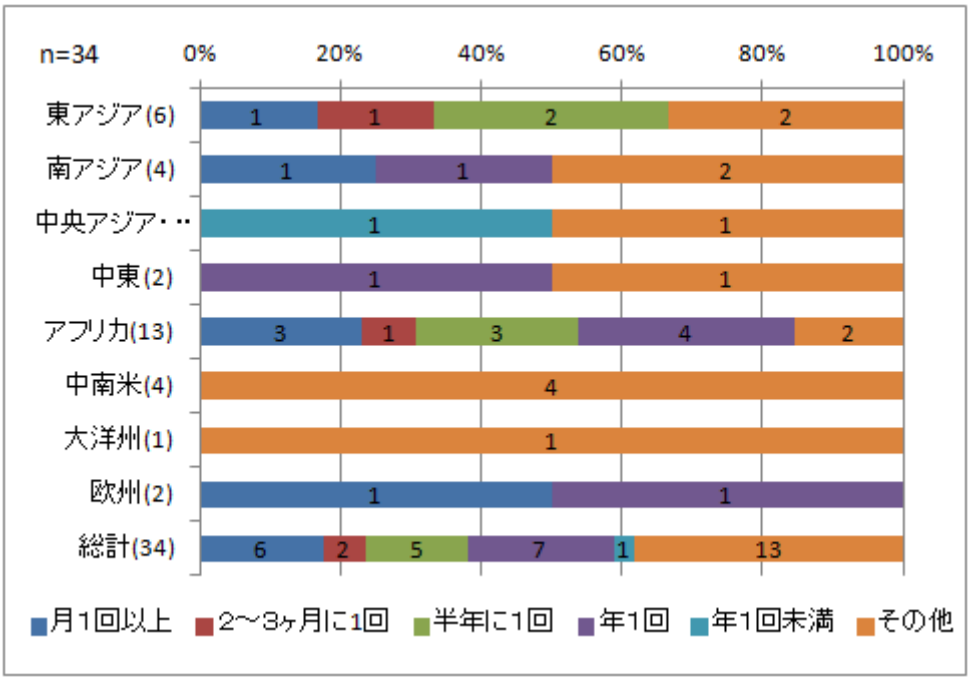
貴任国では，保健分野支援の供与に際し，貴任国政府（保健行政を主管する省庁）の代表者との間で，二国間の保健政策に関する意見交換の機会はありますか。

図表 4-1 相手国政府の代表者との間で
二国間の保健政策に関する意見交換の機会があるか



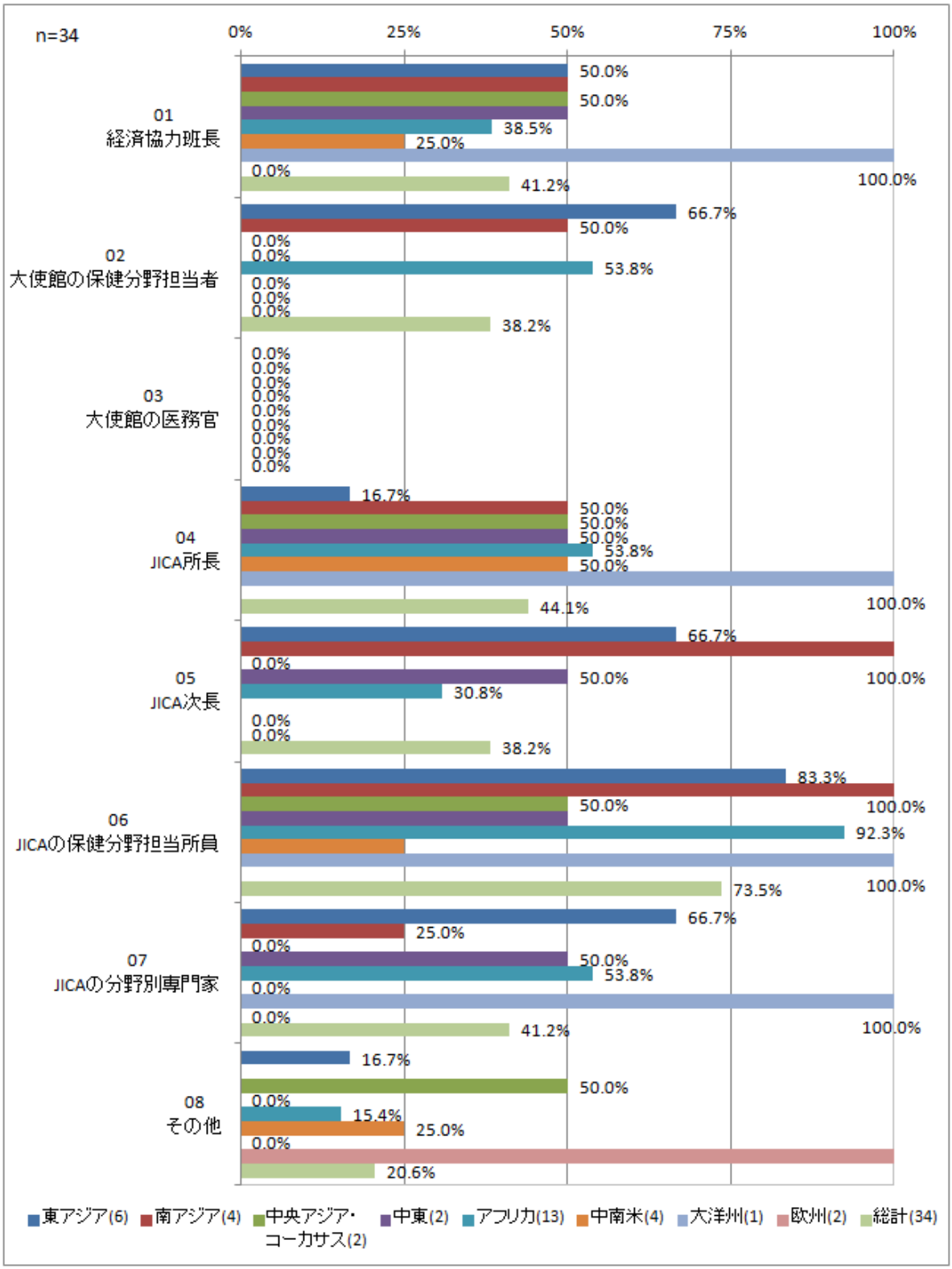
上記の協議・調整の会合は，どのような頻度で開催されていますか。

図表 4-2 協議・調整の会合がどのような頻度で開催されているか



上記の保健分野の二国間の政策協議への日本側の主たる参加者をお答え下さい。

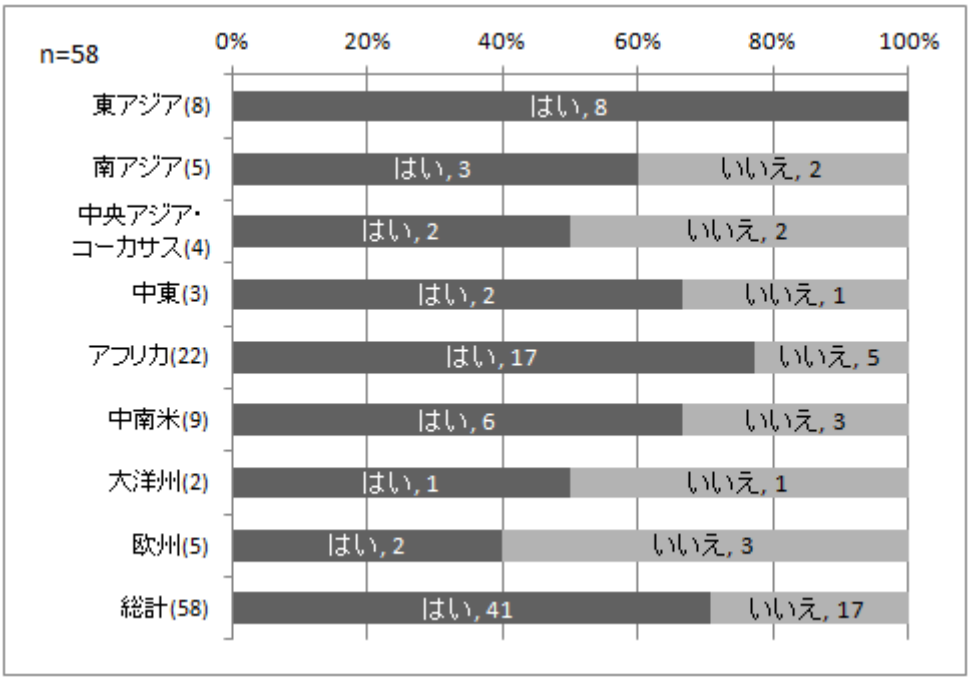
図表 4-3 保健分野の二国間の政策協議への日本側の主たる参加者は誰か（複数回答）



（２） 他ドナーとの協議・調整

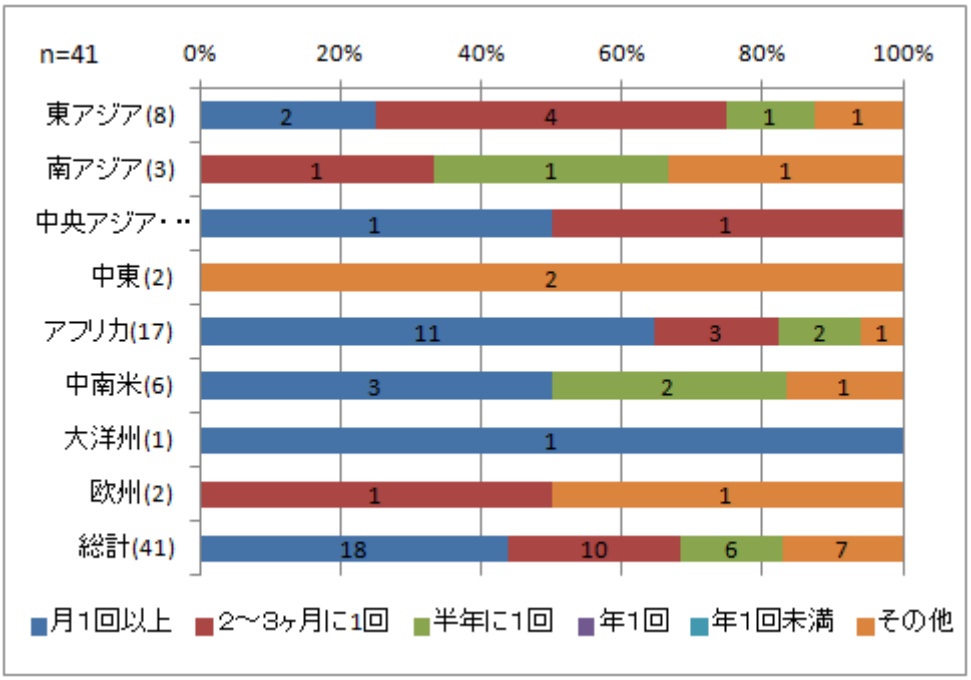
貴任国では，保健分野支援の供与に際し，他のドナー国・機関等との協議・調整を行う機会（援助協調の枠組み）がありますか。

図表 4-4 他ドナー国・機関等との協議・調整を行う機会があるか



上記の協議・調整の会合は，どのような頻度で開催されていますか。

図表 4-5 協議・調整の会合がどのような頻度で開催されているか



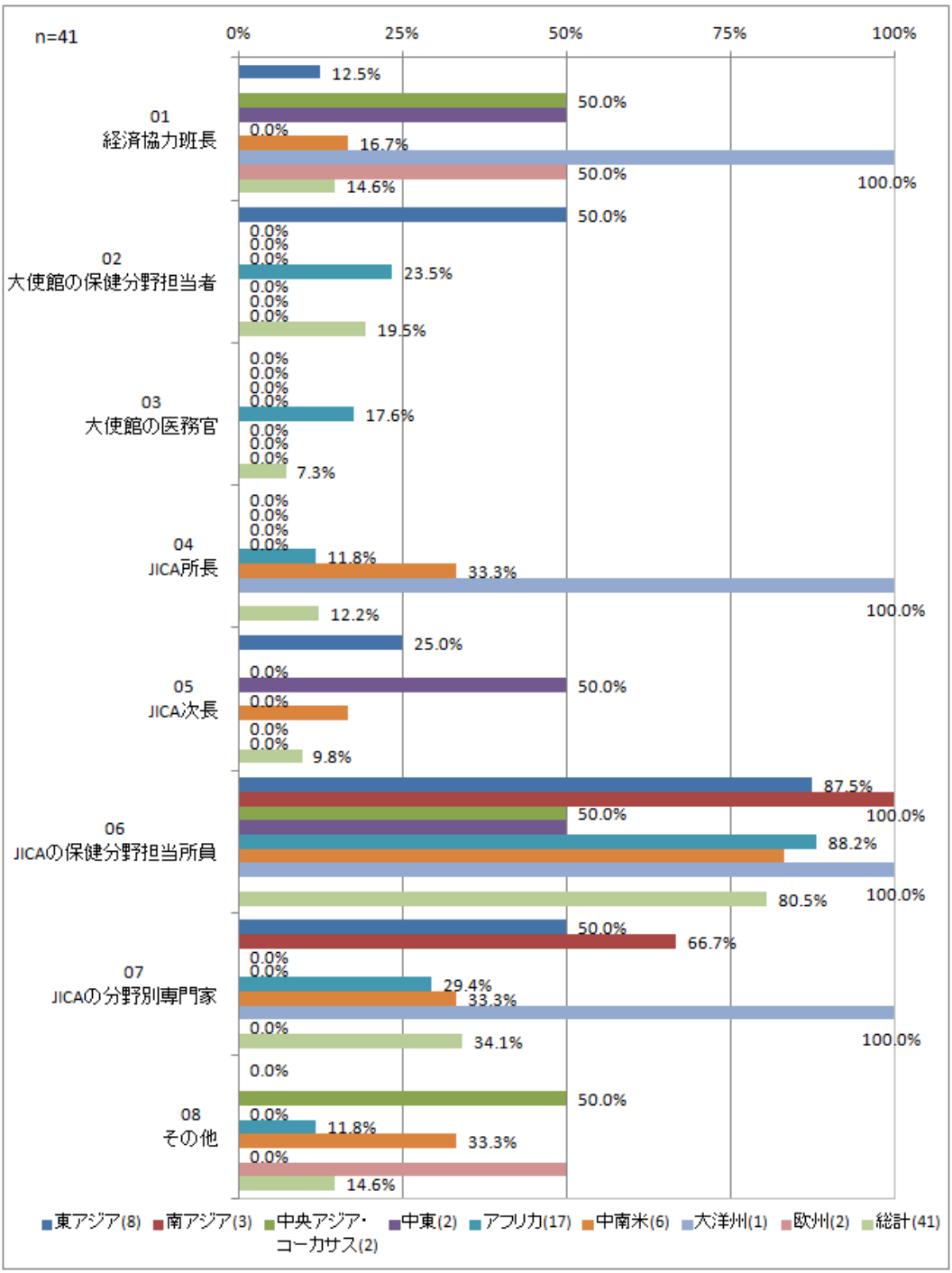
上記の保健分野の援助協調の枠組みにおいて，保健分野のリードドナーはどのドナーですか。

図表 4-6 「保健分野のリード･ドナー」に挙げられた回答例

- ･二国間ドナー：USAID，DFID，JICA，ベルギー，オーストラリア，アイルランド　等
- ･国際機関等：WHO，世界銀行，UNICEF，EU　等
- ･その他：
  - -リードドナーはなく，状況に応じて各ドナーのイニシアティブで開催
  - -各ドナーが持ち回りで議長を担当
  - -分野によって異なる（人口問題は UNFPA，ポリオやドナー連携は世界銀行や USAID 等）
  - -特に決まっていない

上記の保健分野の援助協調の枠組みへの日本側の主たる参加者をお答え下さい。

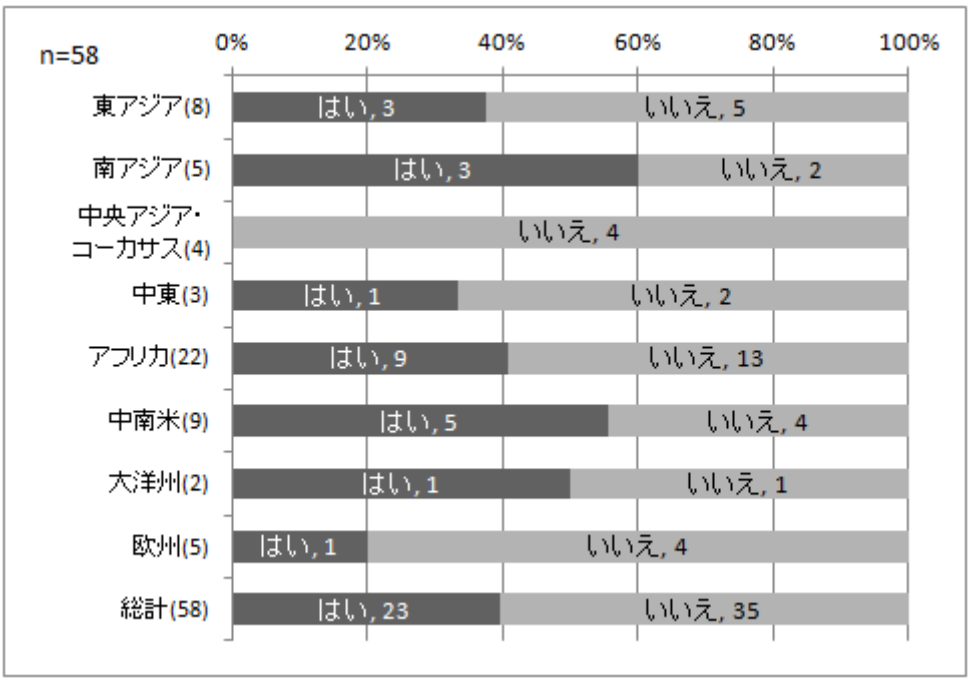
図表 4-7 保健分野の援助協調の枠組みへの日本側の主たる参加者は誰か（複数回答）



（３）事業実施後のフォロー

貴任国では，保健関連支援の案件に関し，プロジェクトの終了後の評価等を検討することから，（同様の案件の継続ではなく）他の保健関連の案件形成に結びついた事例がありますか。もしあるようでしたら，事例の概要をお答え下さい。

図表 4-8 プロジェクト終了後の評価等の検討から
他の案件形成に結びついた事例があるか



図表 4-9 「プロジェクト終了後の評価等の検討から
他の案件形成に結びついた事例」に挙げられた回答例

・【インドネシア】インドネシアにおいては，母子健康保健手帳の普及に関するプロジェクトが実施され，国民の 6 割以上に普及した。このプロジェクトでの経験を基に，周辺国で同様な普及プロジェクトが実施される際，効果的に普及を促すための第三国研修においてインドネシアをドナー国とし，普及に成功した経験やノウハウ等を教示するなどの取組を行った（結果，インドネシアが東南アジア地域での母子手帳の普及に関しリーダー的な役割を果たすことにも繋がった。）。

・【スリランカ】保健分野の開発調査を実施し，同調査を踏まえて策定した保健分野の戦略に基づき，JICA が傾注すべき分野を設定し事業を実施した。開発調査後に実施した技プロの一つである 5S カイゼンプロジェクトは，事業終了後にカウンターパートが他国へリソースパーソンとして派遣されたり，今年度からは第三国研修を実施したりするまで発展している。

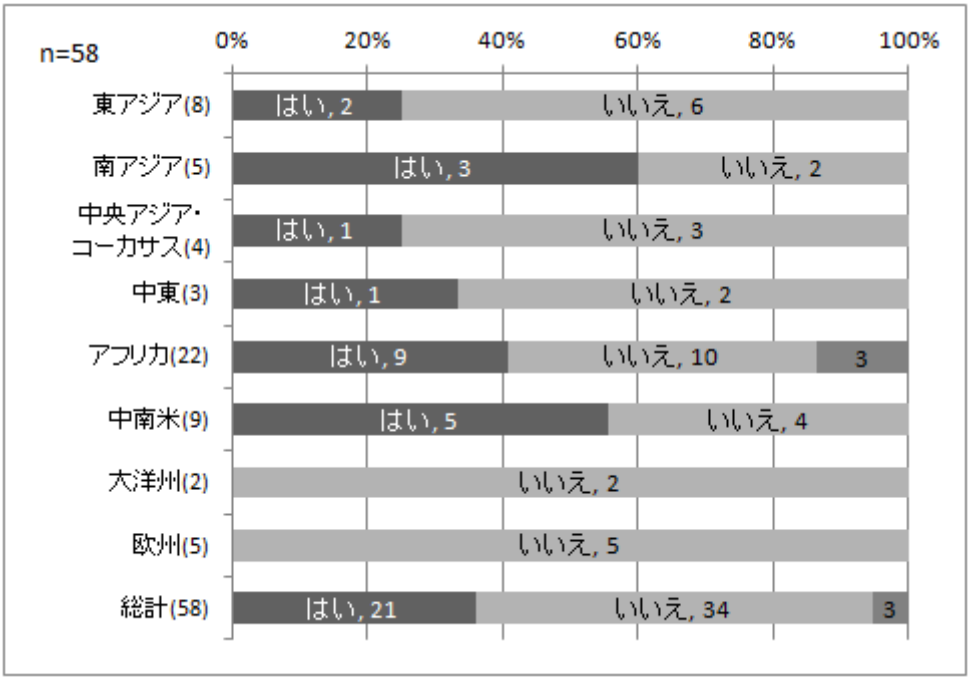
・【セネガル】技プロ「保健人材開発促進プロジェクト」（2001 年 11 月～2006 年 10 月）では，主に一次保健医療システムで働く保健人材の養成システムを強化する協力を行った。同協力終了前に他の仏語圏人材を集めて実施された経験共有セミナーにおいて，同成果を共有することの重要性が認識され，現在実施中の「仏語圏西アフリカ看護師・助産師養成校教員能力強化研修（フェーズ 2）」（2013 年 4 月～2018 年 3 月）につながっている（フェーズ 1 は，2008 年 10 月～2013 年 3 月）

・【ベトナム】越における保健医療分野のODAは，一の個別案件では不十分なところがあれば，他の案件形成に結びついており，全体として関連付けられ，相乗効果を生み出している。最近の案件の例では，越の保健医療分野の水準向上のため，保健省への個別専門家派遣による制度構築等支援，拠

点病院自体の強化と拠点病院による周辺病院への指導・研修活動の強化，地方病院によるリファラルシステム体制の構築と，地方病院への機材供与といったソフト・ハード両面から支援を行っている。

貴任国では，2000 年以降に，保健分野の研修員受入事業（本邦研修，現地国内研修，第三国研修）をきっかけとして貴任国政府等との間で長期的な関係性が築かれ，保健分野協力の発展に結びついた事例がありますか。もしあるようでしたら，事例の概要をお答え下さい。

図表 4-10 研修員受入事業をきっかけとして
保健分野協力の発展に結びついた事例があるか



図表 4-11 「研修員受入事業をきっかけとして
保健分野協力の発展に結びついたた事例」に挙げられた回答例

・【ザンビア】ザンビア大学獣医学部を対象とした第三国研修（1999～2003 年）を実施し，家畜疾病の診断能力向上に貢献した。同研修等を通じて，同学部との関係性が構築され，その後同学部を相手国側実施機関としたプロジェクト「家畜衛生・生産技術普及向上計画プロジェクト」（2006～2009 年），「結核及びトリパノソーマ症の診断法と治療薬開発プロジェクト」（2009～2013 年）が実施され，現在「アフリカにおけるウィルス性人獣共通感染症の調査研究プロジェクト」（2013～2018 年）が実施されている。

・【アンゴラ】アンゴラ医療保健プロジェクト ProFORSA―ジョシナ・マシェル病院及びその他保健機関の人材育成と一次医療の再活性化を通じた保健システム強化プロジェクト(2012 年 10 月～2014 年 10 月)において，カウンターパートである保健省人材局長が本邦研修に参加した際に母子健康手帳の機能に感銘を受け，帰国後大臣に報告したことから，プロジェクト内にて日本のノウハウを活かしたアンゴラ版母子健康手帳を導入することが決定した。現在国家政策の計画の中にも組み込まれ，今後全国展開していく予定。

・【セネガル】JICA は，本邦研修「仏語圏保健人材管理」の帰国研修員が立ち上げた仏語圏保健人材管理ネットワーク（現在 11 か国加盟）が策定した活動計画を，フォローアップ協力にて 2 年間（2012，2013 年）支援してきた。2014 年度にはこのネットワークを実施機関とする技プロ「保健人材広域ネットワーク強化プロジェクト」が採択され，加盟国に共通する保健人材管理課題に中期的に取り組むこととなった。

・【マラウイ】本邦研修に参加した研修員が，同研修の実施に関与していた日本の NPO（International Support and Partnership for Health: ISAPH）に働きかけた結果，同 NPO が草の根技術協力スキーム（パートナー型）を活用して現地での協力「子どもにやさしい地域保健プロジェクト」を実施中。その他，「医療機材維持管理（個別専門家派遣）」や「病院運営改善に向けた 5S-KAIZEN-TQM 普及（個別専門家派遣）」で，カウンターパートや関係者を積極的に本邦研修や第三国研修に派遣し，スキーム間の相乗効果が発現されている。

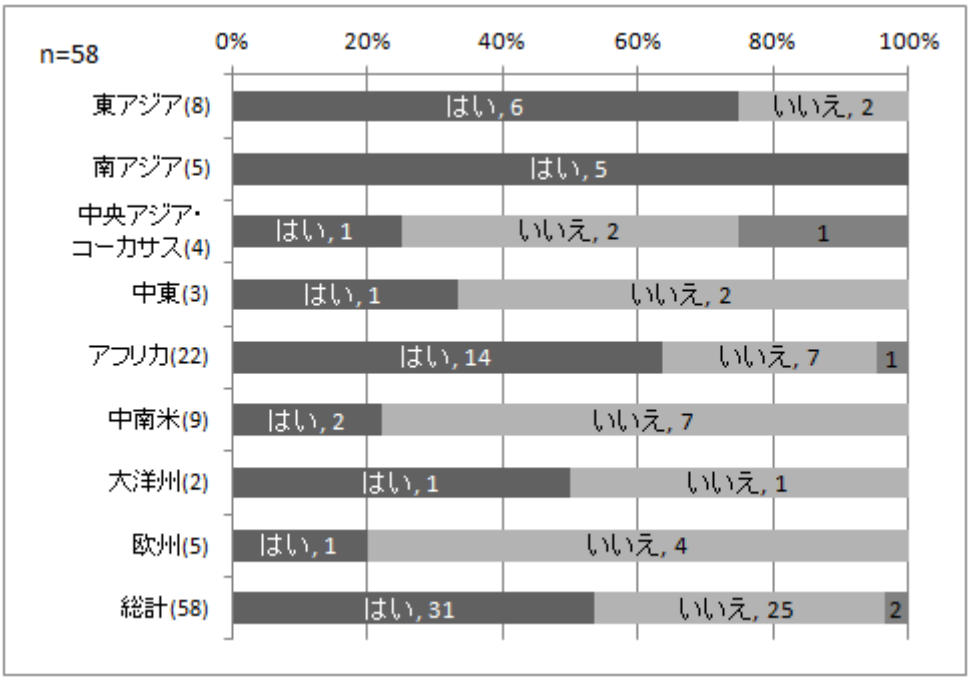
・【パキスタン】連邦・州保健局に多数の帰国本邦研修生がいることで，協力関係を得られやすい。

5. 保健分野支援の実施体制

（１） 保健分野の担当者

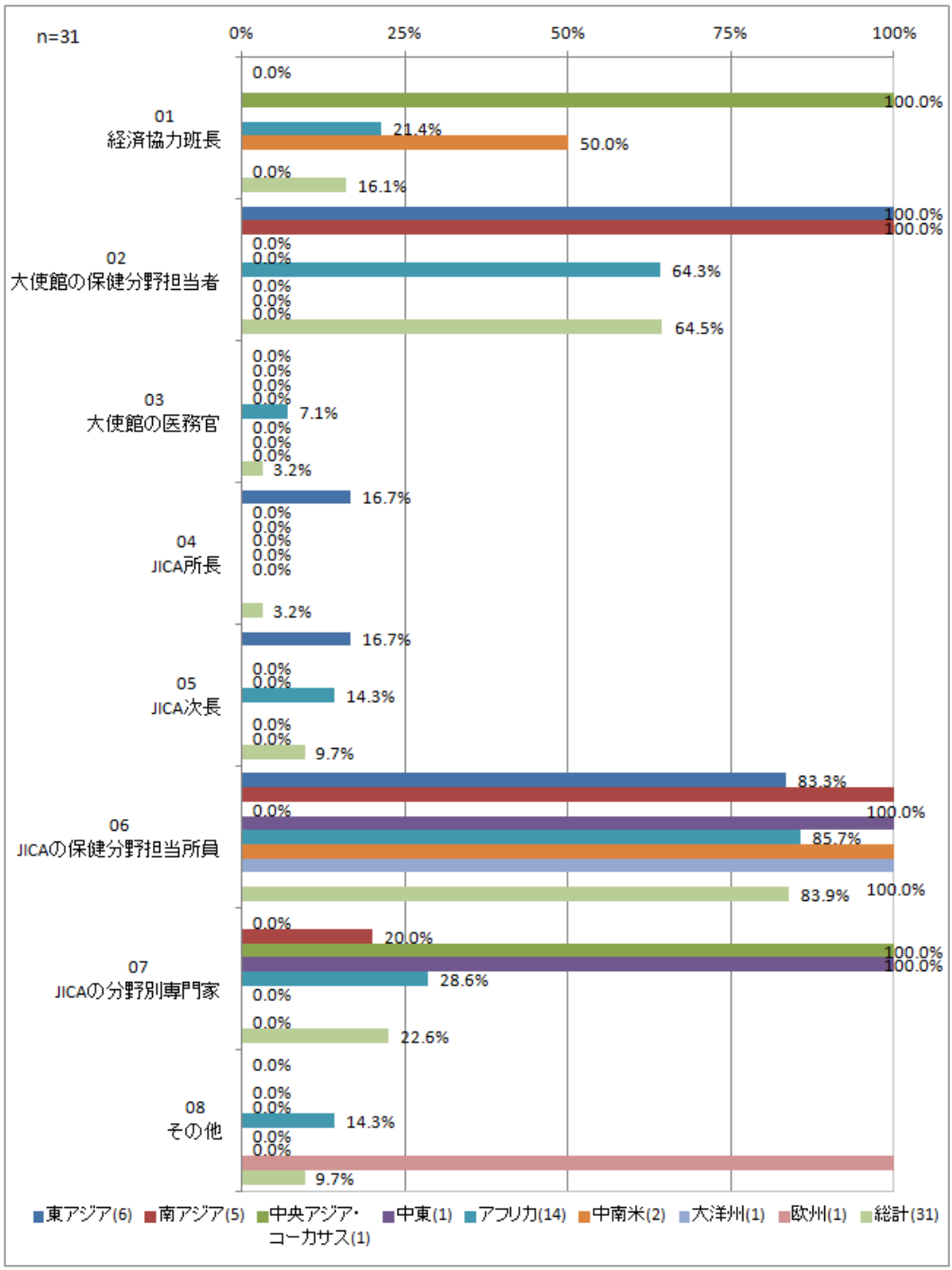
貴任国では，現地 ODA タスクフォースの中で，保健分野担当者を明示的に決めていますか。

図表 5-1 保健分野担当者を明示的に決めているか



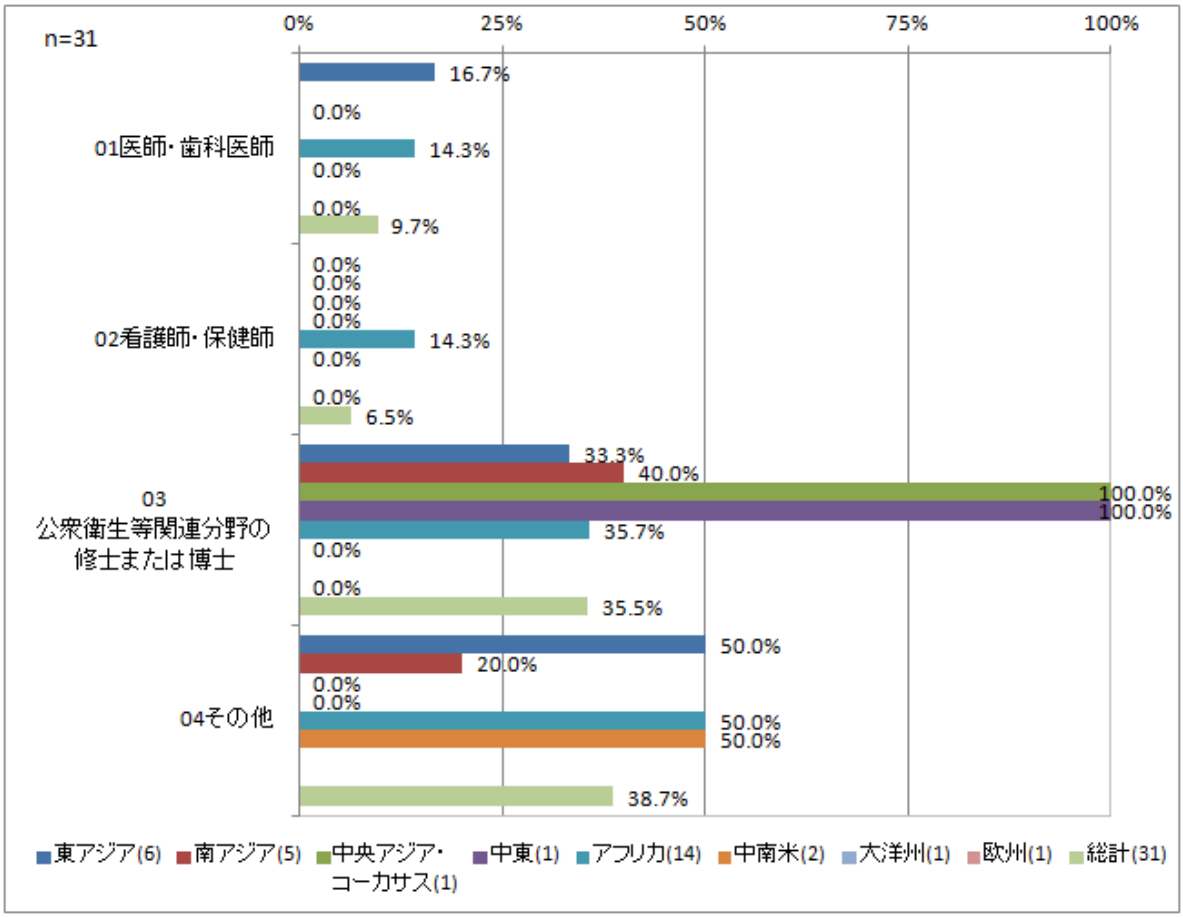
上記でお答えいただいた担当者の所属先・役職に当てはまるものを選択して下さい。

図表 5-2 保健分野担当者の所属先・役職は何か（複数回答）



上記でお答えいただいた担当者の保有資格として当てはまるものをすべて選択して下さい。

図表 5-3 保健分野担当者の保有資格は何か（複数回答）



6. 保健分野支援の外交的成果

（１） 外交的な視点から見て効果をもたらした事例

貴任国において，日本の保健分野支援が，外交の視点から見た効果（日本の評価・評判を上げるという意味で）をもたらした特筆すべき事例があれば，その概要をお答え下さい。

図表 6-1 「外交的な視点から見て効果をもたらした事例」に挙げられた回答例

・【カンボジア】当地への母子保健分野の支援として，1995 年度に無償案件で国立母子保健センターを建設するとともに，同センターに対して技術協力も実施（技術協力については 2014 年 10 月現在に至るまで，ほぼ一貫して実施している。）。これらの取り組みにより。同センターは別名「ジャパン・ホスピタル」の愛称で親しまれており，当地の日本の評判を上げる効果を果たしてきたと理解している。

・【ソマリア】2013 年 5 月にソマリアのポリオが発見されて以降，2013 年 8 月には我が国は，緊急無償資金協力にてポリオ対策支援を決定した。その後，各ドナーも本分野での支援を決定したが，各ドナーに先駆けて我が国が支援を決定し，ソマリア政府からも大使のソマリア出張の折に感謝の意が述べられている。

・【バングラデシュ】JICA 技術協力プロジェクト「母性保護サービス強化プロジェクト」（2006～2011 年）での取り組みにより，妊産婦の健康改善のために必要なサービスの利用が大幅に増えたこと，さらにその方法が外部的投入の比較的少ないアプローチである点が，バングラデシュ保健家族福祉省から高く評価され，以降プロジェクト対象県であるノルシンディ県の名前を冠した「ノルシンディ・モデル」と呼ばれるようになった。「ノルシンディ・モデル」は，バングラデシュ開発フォーラム，G8 ムコスカ・サミット等にて，その有効性が言及されている。

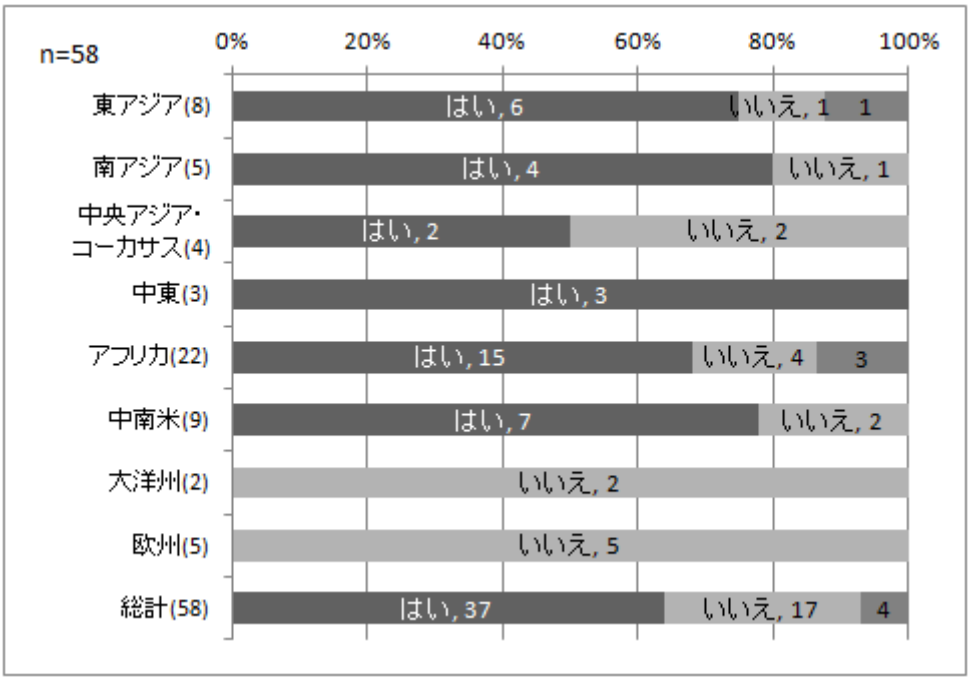
・【ウクライナ】日本製の高機能かつ耐久性の高い医療機材に対する評価・信頼が極めて高い。当国で取り扱いのない（代理店がない，もしくは認可されていない）日本製の医療機材の供与を求められることも多い。

7. ユニバーサル・ヘルス・カバレッジの推進

（１） ユニバーサル・ヘルス・バレッジの推進に向けた各国の状況

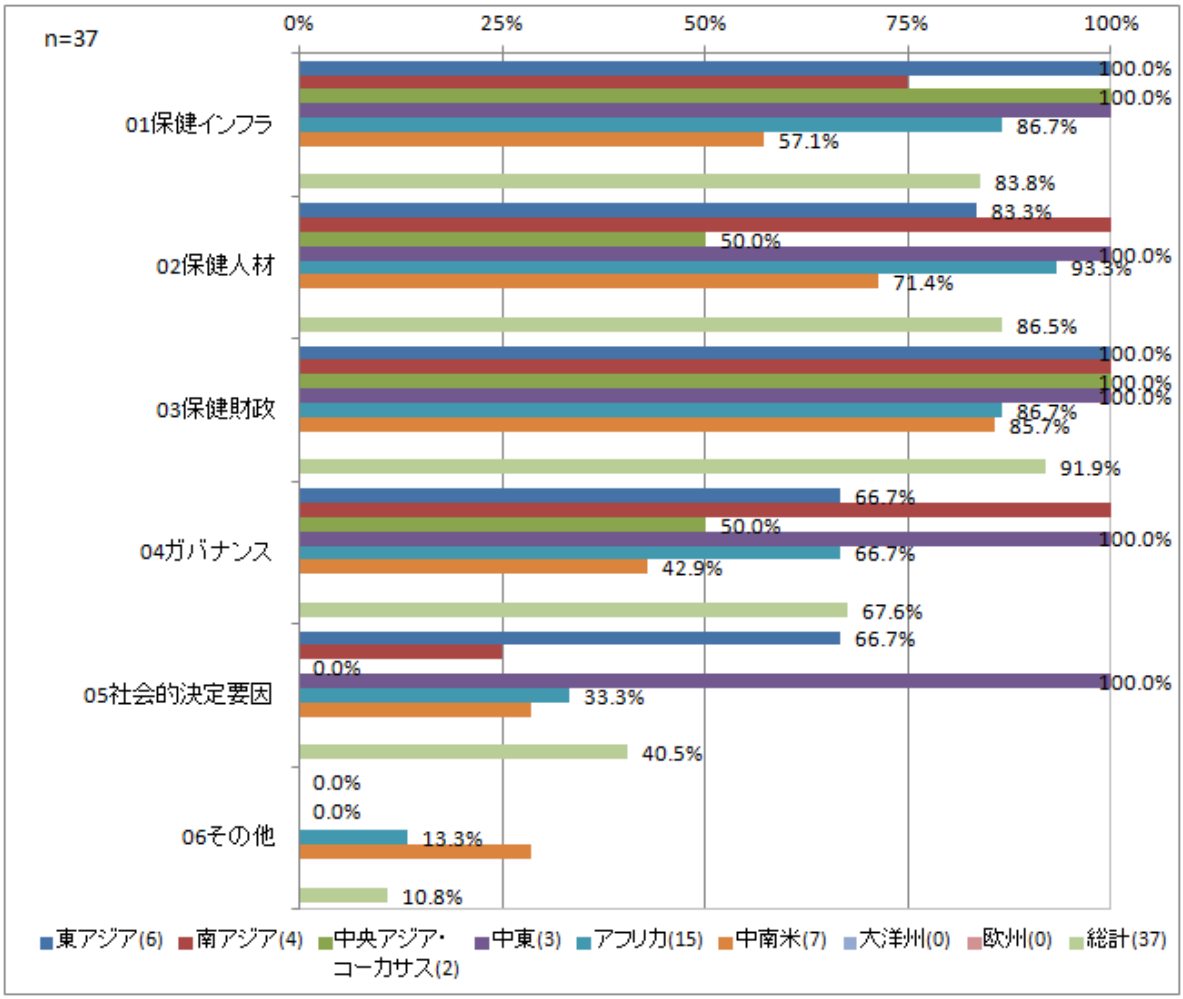
貴任国の政府およびドナーコミュニティでは，保健分野におけるポスト2015年の開発課題として，ユニバーサル・ヘルス・カバレッジの実現に向けた国内格差（物理的アクセス，財政的アクセス，社会的アクセス）の是正に関する政策的議論が行われていますか。

図表 7-1 ユニバーサル・ヘルス・カバレッジの実現に向けた国内格差の是正に関する政策的議論が行われているか



上記の政策的議論では，貴任国でユニバーサル・ヘルス・カバレッジを実現する上での阻害要因として，どのような課題が指摘されていますか。

図表 7-2 ユニバーサル・ヘルス・カバレッジを実現する上での課題として指摘されている課題は何か（複数回答）



貴任国で，ユニバーサル・ヘルス・カバレッジの政策的議論や実施のためのパートナーシップをリードするドナーはありますか。（ドナー名及びパートナーシップ名を列挙。例：IHP＋，P4H，JLN，世界銀行など。）

図表 7-3 「ユニバーサル・ヘルス・カバレッジの政策的議論や実施のためのパートナーシップをリードするドナー」に挙げられた回答例

・二国間ドナー：英国，米国，日本，オーストラリア　等
・国際機関等：WHO，世界銀行，EU，UNICEF，UNDP　等
・その他：
　-IHP+
　-保健財政については WHO がリード
　-特に UHC ということで際立ってリードしているドナーはない　等

（了）