

第3章 保健・医療分野支援の背景

3-1 日本の保健・医療分野ODA政策

本章では、保健・医療分野支援の評価に先立ち、これまでの日本の保健・医療分野 ODA 政策を振り返り、そして現行の保健・医療分野 ODA 政策である「『保健と開発』に関するイニシアティブ(HDI: Health and Development Initiative)」の内容、そしてその後の当該イニシアティブに掲げられた具体的取組の動向をまとめた。

3-1-1 これまでの日本の保健・医療分野ODA政策

図表3-1 日本の保健・医療分野 ODA 政策等の策定経緯

年	日本の保健・医療分野主要 ODA 政策
1994	・人口・エイズに関する地球規模問題イニシアティブ (GII)
1997	・国際寄生虫対策 (橋本イニシアティブ)
2000	・沖縄感染症対策イニシアティブ (IDI)
2005	・「保健と開発」に関するイニシアティブ (HDI) ・対アフリカ感染症行動計画

出所: みずほ情報総研作成。

図表3-1に示すように、日本初の保健・医療分野 ODA 政策としてのイニシアティブは、1994 年に策定された「人口・エイズに関する地球規模問題イニシアティブ (GII: Global Issues Initiative on Population and AIDS)」である。同イニシアティブは、地球環境の保全をはじめ、人口問題、HIV/AIDS、食料問題、地域紛争、子供の健康、薬物の蔓延等、国境を超えて地球規模で対応すべき問題が増えていく中で、国際社会においてこれらの問題に対する早急な対策が必要とされた1990年代に、1993年に日米両首脳間で「地球的展望に立った協力のための共通課題」(日米コモン・アジェンダ)が合意された翌年に策定されたものである。その意味ではGIIは日本政府の保健・医療分野 ODA 政策ではあるが、あくまで日米コモン・アジェンダを基本とした保健・医療分野 ODA における日米連携に係る政策であった。

GII は日米のドナー連携を積極的に推進する柱となり、この期間に日本の保健・医療分野支援におけるドナー連携の強化が進んだ。また、このGIIの策定を受けて、GIIの効果的な実施に向けて外務省とNGOが定期的に情報・意見交換を行い、NGOが外務省に対して政策提言を行う機会ともなっている外務省/NGO懇談会¹が発足した。このような外務省とNGOの

¹ その後、継続イニシアティブである「沖縄感染症対策イニシアティブ (IDI: Okinawa Infectious Disease Initiative)」が策定されたことを受け、現在ではGII/IDIに関する外務省/NGO懇談会という呼び名になっている。

対話機会を設けたのは保健・医療分野が初めてであり、これにより、保健・医療分野 ODA は NGO との連携が最も進んでいる分野となった。また、保健・医療分野における外務省と NGO の連携強化は、その後他分野における外務省と NGO の連携の在り方にも影響を及ぼした。

図表3-2 人口・エイズに関する地球規模問題イニシアティブの概要

名称	人口・エイズに関する地球規模問題イニシアティブ (GII)
対象年	1994～2000 年
基本方針および重点分野	【1. 人口分野】 (1)人口抑制・家族計画推進のための直接的協力 ・母子・家族計画／家族計画教育・広報／人口統計 (2)保健・教育分野を通じ間接的に人口抑制につながる協力 ・基礎的な保健医療分野／初等教育／女性を対象とした職業教育・女子教育 【2. エイズ分野】 (1)エイズ分野への協力／予防に関する啓発・教育／検査技術の移転／エイズに関する調査・研究への協力 【GII 重点対象国】 フィリピン*、インドネシア*、インド*、パキスタン、バングラデシュ*、タイ、ケニア*、ガーナ*、タンザニア*、セネガル、エジプト*、メキシコ (*印は日米共通国) 【その他の対象国】 ベトナム、ジンバブエ、ザンビア、カンボジア
拠出目標	7 年間で総額 30 億ドル
拠出実績	GII 分野での協力実績：7 年間で 50 億ドル

出所：外務省(2002)『人口・エイズに関する地球規模問題イニシアティブ(GII)評価報告書』
[\(http://www.mofa.go.jp/MOFAJ/gaiko/oda/shiryo/hyouka/kunibetu/gai/gii/\)](http://www.mofa.go.jp/MOFAJ/gaiko/oda/shiryo/hyouka/kunibetu/gai/gii/) より抜粋。

次に 1997 年の G8 デンバー・サミットで当時の首相である橋本総理が G8 に提唱した「国際寄生虫対策構想(橋本イニシアティブ)」がある。

同イニシアティブは、感染症の一部である寄生虫対策への国際的な取組について、日本の寄生虫対策の成果を発展途上国の予防対策に役立てるべく、日本が寄生虫対策の分野においてリードすることを提唱したものである。同イニシアティブの内容は、1998 年の G8 バーミンガム・サミットにおいて、国際寄生虫対策を効果的に進めるために世界保健機構(WHO: World Health Organization)及び G8 諸国とも協力してアジアとアフリカにおける拠点を中心とした国際的ネットワークを構築し、寄生虫対策の人材育成と情報交換を推進していくべきことが橋本総理より再度提唱されている。橋本イニシアティブの拠点となる寄生虫対策センターは、タイ・マヒドン大学、ケニア・中央医学研究所、ガーナ・野口記念医学研究所に設置され、日本政府は 1998 年 10 月の第二回アフリカ開発会議(TICAD II: The Second International Conference on African Development)において、これら拠点を人材育成などの南南協力の推進拠点とする旨を表明している。

各寄生虫対策センターでは、JICA によるプロジェクトや人材交流が行われ、それぞれ 1 期

5年間の活動により、日本の学校保健のコンセプトを基にした寄生虫対策、あるいは寄生虫対策をエントリーポイントとした公衆衛生改善事業を立案／マネージする人材育成とモデルプロジェクト等が行われてきた。なお、2005 年 3 月には「国際寄生虫ワークショップ 2005」にて橋本イニシアティブの過去の5年間のレビューなどが行われ、日本の公衆衛生の仕組みを生かした学校保健の推進を通じた寄生虫対策の有効性が確認されている²。

図表3-3 橋本イニシアティブの概要

名称	国際寄生虫対策構想(橋本イニシアティブ)
対象年	1997 年～
基本方針および重点分野	1. 寄生虫対策を効率的に進めるための国際協力の効果的推進 2. 寄生虫対策の科学的根拠となる研究の推進 3. 効果的な寄生虫対策プロジェクトの積極的展開 4. 寄生虫対策を適切に推進するための G8 各国の体制の強化 ＜国際寄生虫対策拠点3か国＞ タイ、ケニア、ガーナ
拠出目標	—
拠出実績	—

出所: JICA(2001)『寄生虫症対策指針』(平成 13 年 6 月)、及び JICA(2006)「基礎知識 国際寄生虫対策イニシアティブ(橋本イニシアティブ)」(<http://gwweb.jica.go.jp/km/FSubject0201.nsf>)より抜粋。

続いて GII が終了する 2000 年に、日本は GII の後継イニシアティブとして、「沖縄感染症対策イニシアティブ(IDI: Okinawa Infectious Diseases Initiative)」を発表した。

同イニシアティブは、日本が議長国を務めた G8 九州・沖縄サミット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。

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契機となって、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エイズ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エイズ保健基金への 2 億ドル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(世界基金)が 2002 年に設立された。

世界基金の誕生は、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、誕生してから 6 年経過した今も組織を進化させつつ資金拡大を続け発展している(世界基金に関する詳細は、3-2-2に記載)。

² 外務省『2005 年版 ODA 白書』より。

図表3-4 沖縄感染症対策イニシアティブの概要

名称	沖縄感染症対策イニシアティブ (IDI)
対象年	2000～2004 年
基本方針および重点分野	【策定の基本理念】 (1) 感染症対策は開発の中心課題 (2) 地球規模の連携と地域の特性に沿った対応の必要性 (3) 公衆衛生活動と連携させた日本の経験の活用 【感染症対策の基本方針】 (1) 途上国の主体的取組(オーナーシップ)の強化 (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) 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(橋本イニシアチブ)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	2000～2003 年度までの総額 41 億ドル

出所: 外務省(2000) パンフレット「沖縄感染症対策イニシアティブ」、及び 外務省(2004) ODA 第三者評価報告書『沖縄感染症対策イニシアティブ(IDI) 中間評価報告書』より抜粋。

3-1-2 「保健と開発」に関するイニシアティブ (HDI)

2005 年の IDI の終了に伴い、日本政府は開発途上国における保健・医療分野の「国連ミレニウム開発目標(MDGs: Millennium Development Goals)」の達成に向けた努力に対する支援を着実に進めることを掲げ、「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、HDI を発表した。

同イニシアティブは、「『人間の安全保障』の視点の重視」を中心に、5つの柱によって構成されており、IDI 等の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・医療分野の MDGs である目標 4「乳幼児死亡率の削減」、目標 5「妊産婦の健康の改善」、目標 6「HIV/AIDS、マラリア、その他の疾病の蔓延防止」に向けた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も多くみられる。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: Greater Involvement of PLWHA)の支援も明記されている。

また、MDGs 目標 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、橋本イニシアティブ及び IDI により築かれた寄生虫対策構想や、IDI 及び第三回アフリカ開発会議(TICAD III: The Third International Conference on African Development)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 をアフリカで具体化する構えをみせている。

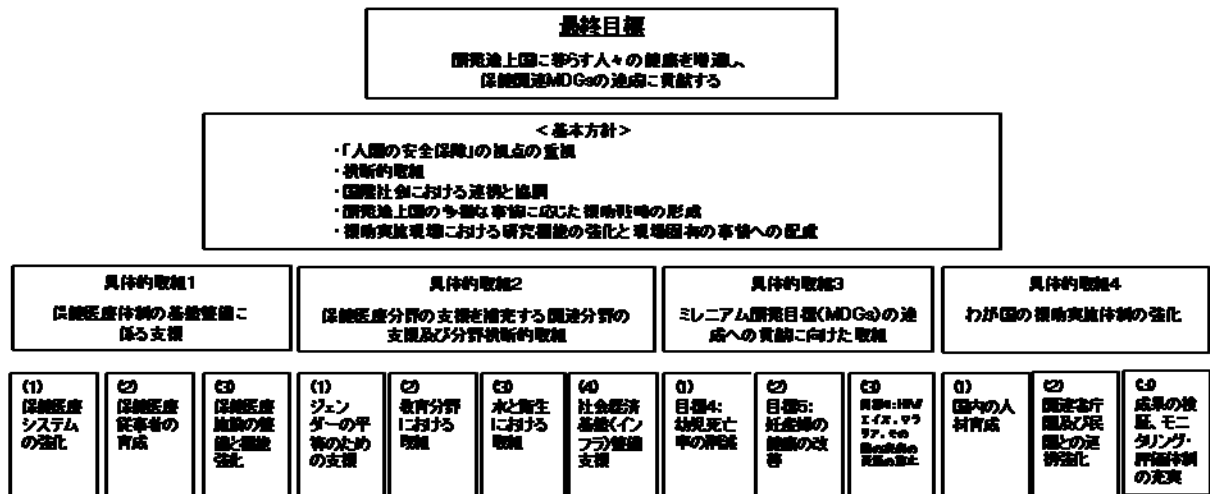
図表3-5 「保健と開発」に関するイニシアティブの概要

名称	「保健と開発」に関するイニシアティブ(HDI)
対象年	2005～2010 年
基本方針および重点分野	【策定の基本理念】 (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(保健分野の国際的パートナーシップ(GHPs: Global Health Partnerships)) (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)ミレニアム開発目標(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	(第 5 章を参照)

出所: 外務省(2005)「『保健と開発』に関するイニシアティブ(概要)」

(http://www.mofa.go.jp/Mofaj/Gaiko/hoken/mdgs/initiative_g.html)より抜粋。

図表3－6 「保健と開発」に関するイニシアティブ体系図(再掲)



出所: 外務省(2005)『「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～』より作成。

3－1－3 イニシアティブ策定後の具体的取組の動向

ここでは、2005年のHDI策定後の具体的取組の動向について、事例を交えながら紹介する。

1. 保健医療体制の基盤整備に係る支援

HDIで改めて日本の重点支援テーマとして強調された「保健医療体制の基盤整備に係る支援」は、2008年に日本が主催した2つの国際会議、第四回アフリカ開発会議(TICAD IV: The Fourth International Conference on African Development)とG8北海道洞爺湖サミットでも成果文書等に重点テーマとして盛り込まれている。

まず、TICAD IVでは、福田総理が開会式演説において、アフリカでは医療に携わるべき人材が150万人も不足していることに触れ、日本は「今後5年で、アフリカにおいて10万人にのぼる保健医療の人材を育成する」ことを表明している。また、「横浜行動計画」においては、「MDGs達成」の項の下で保健・医療分野については「保健システムの強化」並びに「母子保健の向上」、「感染症対策」を掲げている。

さらに、G8北海道洞爺湖サミットでは、G8保健専門家会合が開かれており、その報告書として出された「国際保健に関する洞爺湖行動指針」においては、「行動指針の骨子」の部分でG8が取るべき行動として最初に「保健システム強化」が掲げられている。その他には、「母子保健(妊産婦・新生児・小児の保健)」、「感染症」、「他分野との連携促進」、「資金」と続いている。

「横浜行動計画」及び「国際保健に関する洞爺湖行動指針」における「保健システムの強化」の内容は、HDIの内容を色濃く反映しており、特に「保健・医療従事者の育成」と保健システムに関する「モニタリング・評価能力の強化」に関して類似した記述がみられる。両国際会議とも日本で開催されたことも要因の1つではあるが、以上のことから、2005年に日

本が保健・医療分野ODA政策として打ち出した「保健医療体制の基盤整備に係る支援」の内容は、国際的な保健・医療分野の支援潮流にも組み込まれていることが分かる。

さらに G8 北海道洞爺湖サミットのフォローアップとして、2008 年 11 月に「保健システム強化に向けたグローバル・アクションプランに関する国際会議」が東京で開催された。同国際会議は、「国際保健の課題と日本の貢献」研究会、日本国際交流センター、外務省、ビル&メリンダ・ゲイツ財団、世界銀行、WHO の共催、厚生労働省、ロックフェラー財団、世界基金の後援で開催され、海外 27 か国より約 65 名、国内約 85 名、計 150 名の国際保健分野の研究者・実務家が参加した³。同国際会議で発表された総括論文草稿と保健医療人材、保健情報、保健財政に関する 3 本の政策論文草稿は、2009 年 1 月 G8 サミット議長国であるイタリア政府に手渡された⁴。

このような活発なフォローアップ活動を通じて、日本が HDI で打ち出し、そして TICAD IV ならびに G8 北海道洞爺湖サミットで国際社会における注目を集めたテーマである「保健システム強化」は、来年以降も国際社会におけるモメンタムを維持していくことが予想される。

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

ここでは、保健・医療分野の支援を補完する関連分野の支援の1つとして、保健・医療分野と同様に基礎生活(BHN: Basic Human Needs)の充足に欠かせない「水と衛生」分野における取組状況をみてみることにする。

水と衛生分野において特に保健・医療分野との関わりの深い「飲料水・衛生」に対する ODA 投入実績(金額)は、年度ごとに異なる状況ではあるが、最大で水と衛生分野全体の 7 割近くを占めている。特に 2006 年には水と衛生分野自体への ODA 実績もそれまでの水準より 1,000 億円近くの増額がみられるが、その中でも約 6 割を「飲料水・衛生」に対する支援が占めている。

また、地域別⁵に水と衛生分野の ODA 案件数をみると、アジアにおいては 2000 年以降水と衛生分野に占める「飲料水・衛生」の支援割合が高まってきていることが分かる。アフリカにおいては、そもそも水と衛生分野の支援の大半を「飲料水・衛生」が占めており、水と衛生分野の支援案件が増えるに連れてその割合は下がっているものの、案件数自体の伸びが著しいところに着目したい。ODA の金額も考慮すべきであるが、案件数でみた場合には 2007 年のアフリカにおける「飲料水・衛生」関連の支援案件数は、アジアの案件数を抜いており、また水と衛生分野全体での支援案件数もアジアと同等レベルにまで追いついている(図表3-7参照)。

³ 外務省(2008)「保健システム強化に向けたグローバル・アクションに関する国際会議討議要旨」(G8 北海道洞爺湖サミット・フォローアップ)p.1 より。

⁴ Ibid., p.1 より。

⁵ 地域別サブテーマ別の ODA 実績(金額)はデータが無いため、ここでは外務省 ODA ホームページ「国別・地域別データ」、「ODA 案件検索」において「無償資金協力(一般プロジェクト無償その他)」又は「有償資金協力」となっているものから「水と衛生」関連の案件を抽出し、評価チームにてサブテーマ別に分けて集計したデータを使用している。

以上のことから、保健・医療分野支援を補完する重要な分野の1つである「飲料水・衛生」に関する支援は、水と衛生分野全体における支援の中でも重視されており、また 2000 年以降ますますアフリカ支援に重点が置かれる中で、特にアフリカに対する支援が強化されてきたことがみてとれる。

図表3-7 水と衛生分野の ODA 実績(金額)及び地域別 ODA 実績(案件数)

(単位:億円)

無償・有償	2001	2002	2003	2004	2005	2006
飲料水・衛生	616	1,639	913	1,348	804	2,212
かんがい	489	68	137	264	195	499
水力発電	732	17	764	11	671	326
防災	138	105	17	267	174	86
その他	89	441	314	351	174	478
総計	2,269	2,269	2,144	2,241	2,019	3,601
「水と衛生」に占める 飲料水・衛生支援の割合	27.1%	72.2%	42.6%	60.1%	39.8%	61.4%

(単位:案件数)

アジア(無償・有償)	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
インフラ整備	2	5	5		1	4	4	4
飲料水・衛生	11	7	12	11	14	14	17	11
植林／保全	4	4	7	5	7	6	5	3
水力発電	5	2	1	5	1	3	2	
かんがい／農地開発	7	3	1	3	3	4	1	3
総計	29	21	26	24	26	31	29	21
「水と衛生」に占める 飲料水・衛生支援の割合	37.9%	33.3%	46.2%	45.8%	53.8%	45.2%	58.6%	52.4%
アフリカ(無償・有償)	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
インフラ整備				1	1	2		2
飲料水・衛生	1	7	13	8	14	13	14	14
植林／保全		1			1			1
水力発電				1			1	
かんがい／農地開発		1		2	2	1	4	2
啓蒙・教育							1	3
総計	1	9	13	12	18	16	20	22
「水と衛生」に占める 飲料水・衛生支援の割合	100.0%	77.8%	100.0%	66.7%	77.8%	81.3%	70.0%	63.6%

出所:【金額】外務省『2006 年版 ODA 白書』および『2007 年度版 ODA 白書』

【案件数】外務省 ODA ホームページの「国別・地域別データ」、「ODA 案件検索」より作成。

注:2000 年度のデータに関しては ODA 白書に上記のような分類のデータが無いため、ODA 実績(金額)については 2001 年度のデータから記載。

さらに、分野横断的取組の事例の1つとしては、社会経済基盤（インフラ）整備支援における保健・医療分野支援との連携が挙げられる。

旧 JBIC は、2006 年の第 16 回国際エイズ会議において「インフラ事業を通じた HIV/AIDS 拡大予防共同イニシアティブ（英語名：Joint Initiative by Development Agencies for Infrastructure Sectors to Mitigate the Spread of HIV/AIDS）」を提唱し、世界銀行、アジア開発銀行（ADB: Asian Development Bank）、アフリカ開発銀行（AfDB: African Development Bank）、英国国際開発省（DFID: Department for International Development）、ドイツ復興開発公庫（KfW: Kreditanstalt für Wiederaufbau）との間で合意を得て、この共同イニシアティブを締結している。

エイズ対策には大きく分けて、予防と治療・生活支援があるが、予防については出稼ぎ労働者や長距離トラック運転手などを中心とした感染リスクの高い集団への対策が重要とされている。近年では、援助機関が支援を行う大規模なインフラ事業では、建設工事に従事する労働者向けのエイズ予防対策等が取り入れられているが、より効果的かつ持続的なエイズ対策実施のためには、各援助機関の間での情報及び好事例の共有や、被援助国政府へのエイズ対策の国内制度化など協調した働きかけが必要とされている。これらの状況に鑑みて、旧 JBIC 主導で策定された共同イニシアティブでは、具体的には下記の点を 6 機関共同で取り組んでいくことを表明している。

図表3－8 インフラ事業を通じた HIV/AIDS 拡大予防共同イニシアティブの内容

- インフラ事業におけるエイズ対策の計画、実施、及び普及における好事例を共有する枠組を強化
- 各機関のエイズ対策支援と被援助国政府のエイズ戦略との整合性を確保
- 地元のコミュニティ、地方自治体、関連省庁、援助機関、NGO、及び民間企業とその被雇用者とのパートナーシップ・協力を強化
- インフラ事業におけるエイズ対策のインパクト等の共同評価を実施
- 被援助国自身によるインフラ事業におけるエイズ対策を普及・展開への働きかけを検討

出所：JICA プレスリリース「インフラ事業を通じたエイズ対策への取組み～第 16 回国際エイズ会議に向け、他援助機関と共同覚書を締結～新聞発表/2006-38」（2006 年 8 月 15 日）
（<http://www.jica.go.jp/press/archives/jbic/autocontents/japanese/news/2006/000114/>）より抜粋。

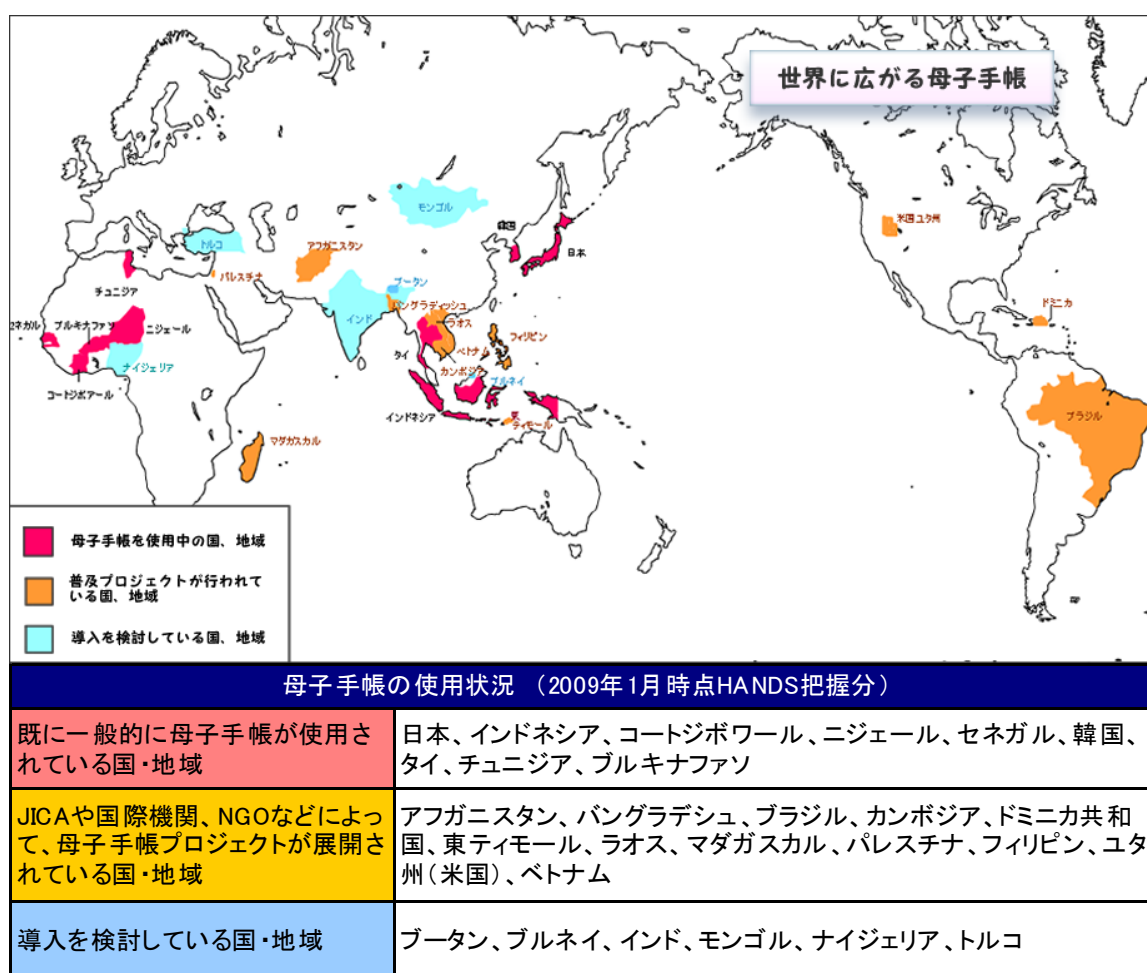
旧 JBIC ではこれまでも、タイ、ラオス、カンボジア等のアジア諸国において、有償資金協力によるインフラ整備事業でのエイズ対策プロジェクトを実施してきたが、この共同イニシアティブの下、被援助国政府関係機関、他ドナーの援助機関、NGO、民間企業と協力してエイズ対策の強化に取り組むことを表明している。これは日本が早くから取り組んでいた横断的取組のグッド・プラクティスを、日本がリーダーシップを発揮して国際社会へ広めた事例であり、HDI に沿った取組の1つであると考えられるだろう。

3. MDGs達成への貢献に向けた取組

ここでは、MDGs 達成への貢献に向けた取組の1つとして、日本の経験を生かすことで目標 5「妊産婦の健康の改善」に貢献できる事例である母子健康手帳の普及を通じた支援について、HDI 策定後の動向を中心にまとめた。

母子健康手帳はもともと日本独自のシステムであり、妊娠・出産・子どもの健康の記録を1冊にまとめた手帳は欧米等の先進国でもほとんど見られないという。この母子健康手帳による妊産婦・乳幼児の健康管理手法は、今では世界の国々でも取り入れられており、各国の文化や女性の識字率等の社会経済状況を反映しつつ普及が進んでいる。現在は、日本を含む9か国において母子健康手帳は一般的に使用されている。また、JICA や国際機関、NGO などの支援によって12の国及び地域において現在導入が進められており、他6か国でも導入が検討されているところである⁶(図表3-9参照)。

図表3-9 世界における母子健康手帳の導入状況



出所: 特定非営利活動法人 HANDS 「第6回母子健康手帳国際会議『世界の母子健康手帳』」

(http://www.hands.or.jp/mchtokyo08/mch_list.html)

注: 母子健康手帳は今では母子保健の支援において、日本(JICA)のみならず幅広いアクターが有効活用しており、上記の国(「導入を検討している国・地域」を除く)全てが日本の支援により母子健康手帳を導入したわけではない。

⁶特定非営利活動法人 HANDS 「第6回母子健康手帳国際会議『世界の母子健康手帳』」(http://www.hands.or.jp/mchtokyo08/mch_list.html)より抜粋。

JICA の技術協力プロジェクトとしては、インドネシアとパレスチナにおいて支援が行われてきた。インドネシアの母子健康手帳は、日本政府の協力により 1993 年に開発され、1994 年から試行された。その後 5 年間の JICA 技術協力プロジェクトを経て、2003 年には母子健康手帳の保有率が全国で 48%に達し、さらに 2004 年には保健大臣令が発令された。母子健康手帳システムの構築は全国的な取組として進められ、現在は全ての州で使用されるまでに至っている⁷。

2006 年からは JICA の技術協力により、インドネシアにおいて母子健康手帳を母子保健サービス統合の手段として機能させることを目的として、「母子健康手帳による母子保健サービス向上プロジェクト(すこやか親子インドネシア)」が実施されている。

また、パレスチナにおいては「パレスチナ母子保健に焦点を当てたリプロダクティブヘルス向上プロジェクト」が 2005～2008 年にかけて実施された。パレスチナ保健省との協力により 2008 年に初のアラビア語版母子健康手帳も完成し、その後 JICA の技術協力プロジェクトで導入された母子健康手帳を定着・自主財源化し、パイロット地区で改善された母子保健・リプロダクティブヘルス・サービスを質的・面的に拡大するためのフェーズ 2 プロジェクトが既に実施されている。

2008 年の G8 北海道洞爺湖サミットでは、G8 サミットとして初めて、母子保健に焦点があてられ、安全な出産のための支援の必要性が議題に挙げられた。また、「国際保健に関する洞爺湖行動指針」の中で、母子保健推進のために日本の母子健康手帳を活用することが提唱されていることもあり、日本が長く支援してきた母子保健分野ならびに母子健康手帳をツールにした妊産婦及び乳幼児の健康改善の取組に、昨今国際的な注目が集まっている。実際に、JICA への母子健康手帳に関する問い合わせも G8 北海道洞爺湖サミット以降、増加しているという⁸。

同年 11 月には、JICA 後援、NGO「特定非営利活動法人 HANDS」主催で「第 6 回母子健康手帳に関する国際会議」が東京で開催されており、日本を含め 16 か国が参加している⁹。このように 2008 年は、MDGs 達成に資する母子健康手帳の普及を中心とした母子保健に関するモメンタムが非常に強化された年であったといえる。母子健康手帳は、それだけでは母子の保健の推進には繋がらず、それを活用するシステムを整え、人材を育成しなければならず、真の普及と定着には時間と労力が必要とされる。しかし、日本としてはこの機会に、日本独自のシステムを生かした MDGs 目標 5「妊産婦の健康の改善」への貢献策として、母子健康手帳の普及を通じた支援について引き続き広報を行い、普及を進める必要があるだろう。

⁷ 篠原都・中村安秀(特定非営利活動法人 HANDS)(2008)「第 6 回母子健康手帳国際会議レポート ―母子健康手帳を通じた国際協力―」(<http://www2.cnm.or.jp/blog/report/01/35.html>)より抜粋。

⁸ 国内調査・JICA でのヒアリング(2008 年 10 月 9 日)による。

⁹ バングラデシュ、ブルネイ、カンボジア、ドミニカ共和国、インドネシア、ラオス、マダガスカル、モンゴル、パレスチナ、ペルー、フィリピン、タイ、トルコ、アメリカ(ユタ州)、ベトナム。

4. 日本の援助実施体制の強化

MDGs 達成のための援助方針を含め保健・医療分野支援の包括的戦略を掲げている HDI に関して特筆すべきは、「具体的取組 4」で「我が国の援助実施体制の強化」を挙げている点である。HDI 策定前後の時期は、このような日本の ODA の抜本的改革が進められていた折であり、大きな組織改編の流れの中で、改めて保健・医療分野における国内外の日本の援助関係者の連携強化を打ち出したといえる。

まず、HDI 発表の翌年 2006 年には、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て国際協力局が新設されている。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共に、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。

外務省は、同イニシアティブの実施に向けた戦略として、1) 現地 ODA タスクフォース、スキーム課、国別課へのイニシアティブ浸透(イニシアティブ概要の関係者への周知、イニシアティブ実施に向けた戦略ペーパーの作成)、2) 案件形成プロセスにおける反映(要望調査、援助計画等への反映)、3) 実施機関との連携(JICA、JBIC の援助方針へのイニシアティブ反映、保健分野援助戦略の関係機関との共有)を掲げている¹⁰。ODA を扱う部署が国際協力局内にまとまったことで、HDI のようなイニシアティブの浸透は、このような戦略の下、従来よりも進めやすくなったと考えられる。

保健・医療分野支援における連携体制の一環としては、2007 年に発足した外務省国際協力局を中核とする保健・医療分野タスクフォースがある。常任メンバーには保健・医療分野の援助政策全般を担当する多国間協力課、WHO や世界基金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、そして非常任メンバーには JICA¹¹、厚生労働省等も挙げられている。なお、国際協力局多国間協力課には、2001 年より 3 代に渡って国際保健学や公衆衛生学の専門家が配置されており¹²、イニシアティブの策定やフォローアップに向けての体制強化が行われている。

このタスクフォースは、日本の保健・医療分野 ODA に対してより一層効率的・効果的に、また戦略的に取り組むため、保健・医療分野における二国間及び多国間の国際協力業務を一貫性・整合性をもって実施することを目的として設けられたものである。同タスクフォースは、サミット等の国際会議の開催準備やフォローアップ、及び民間団体との連等についての協議や対応も行っている。被援助国において ODA タスクフォースの設置が進む中で、日本国内においても関係者の連携強化を進めるためこのようなタスクフォースは不可欠で

¹⁰ 外務省経済協力局開発計画課(2005)『『保健と開発』に関するイニシアティブ～我が国の保健分野援助の方針～』より抜粋。

¹¹ 統合前には JBIC も掲げられていたが、ここでは JICA としてまとめて記載する。

¹² 専門家 1 代目: 2001 年 10 月～2004 年 9 月(公衆衛生学)

専門家 2 代目: 2004 年 10 月～2007 年 9 月(国際保健学、熱帯感染症学)

専門家 3 代目: 2009 年 2 月～(国際保健学)

あり、今後外務省内関係各課、JICA 及び関係省庁間での連携を進める他、現地 ODA タスクフォースとの連携も進め、保健・医療分野 ODA に関する政策立案と ODA の供与を行う現場の意識が乖離しないよう努めることが期待される。

また、外務省は保健・医療分野支援について関係機関(NGO、国連機関、有識者)等と定期的に打合せを持っている他、厚生労働省国際課と JICA 人間開発部は密接な協力関係を保っている。先般の G8 北海道洞爺湖サミットにおいても、厚生労働省及び JICA は準備段階から参画しており、外務大臣の保健政策演説や「国際保健に関する洞爺湖行動指針」等の主要文書の策定にあたって常に意見交換を行ってきた¹³。

¹³ 外務省国際協力局多国間協力課提供情報より。

3-2 保健・医療分野支援の国際的動向と日本の取組

本節では、TICAD や G8 サミット等の国際会議における保健・医療分野支援に関する議題や支援方針を基に、同分野における近年の国際的な支援潮流と日本の取組の関連性について述べる。

3-2-1 国際会議における保健・医療分野支援に関する議題と日本の取組

図表3-9でまとめたように、2000年のG8九州・沖縄サミットから2002年頃までの保健・医療分野支援の国際動向としては、世界基金の設立を含め、感染症対策が非常に注目されていた。HIV/AIDS、結核、マラリアをはじめ、感染症対策は主要テーマとして議論され続けているが、2003年のG8エビアン／パリサミットの「保健に関するG8行動計画」において「保健システム強化」が打ち出されているように、その後は保健・医療人材の確保を含め、「保健システム強化」に注目が集まり始めたといえる。そして、2005年に発表された日本の保健・医療分野ODA政策であるHDIでも、「保健システム強化」は具体的取組の中で強調されている。HDIの「保健システム強化」に関しては、「保健に関するG8行動計画」と類似した内容であるものの、TICAD IIIの時と同様、同テーマを「地域保健・医療システム」と捉え、単純な国としての保健医療政策立案、保健・医療人材確保、医薬品配給システムから一歩踏み込んで、アフリカを中心とした地方分権化の動きや都市と地方の地域格差問題等も考慮した「地域」という視点を入れている点が、日本らしいアプローチでありまた特徴的と考えられる。

「保健システム強化」は、2008年のTICAD IVで取りまとめられた「横浜行動計画」及びG8北海道洞爺湖サミットにおいて出された「国際保健に関する洞爺湖行動指針-G8保健専門家会合報告書-」でも最初にテーマとして挙げられており、依然として保健 MDGs 全般に関わる国際保健における重点支援テーマである。しかし、特筆すべきは、2008年のTICAD IV及びG8北海道洞爺湖サミットで、少なくとも近年初めて「母子保健」が一つのテーマとしてサミットで取り上げられたことである。保健関連のMDGsは3つのうち2つ（目標4「乳幼児死亡率の削減」と目標5「妊産婦の健康改善」）が母子保健に関連するものであり、またこの2つは目標6「HIV/AIDS、マラリア、その他の疾病の蔓延防止」よりも改善に向けた進捗が悪いといわれている。母子保健は、MDGsの達成に向けて支援すべき極めて重要なテーマであることから、このテーマを日本が主催、そして議論を主導した2008年の国際会議の場で採り上げたことの意義は大きいと考えられるだろう。

図表3-10 主要国際会議における保健・医療分野支援に関する議題と方針

年	国際会議名称と国際社会と 共同で策定された関連政策等	骨子又は議題等における 保健・医療分野関連の内容概略
2000	G8 九州・沖縄サミット	《21 世紀に向けての一層の繁栄》(2)開発 (イ)感染症 ・HIV・エイズ、結核及びマラリア等の感染症の問題につ いて、具体的目標値を掲げ取組を強化。 ・日本の支援策は高く評価され、各国も支援を強化に合意。
2001	G8 ジェノヴァサミット	世界基金設立の発表が行われ、G8 諸国としては約 13 億ド ル以上のコミットがなされた(日本の貢献は約 2 億ドル)。
2002	G8 カナナキス／ウィスラーサミット ・G8 アフリカ行動計画	具体的施策(6)保健の改善及び HIV/AIDS との闘い 6.1 HIV/AIDS との闘いを支援 6.2 効果的な病気治療を行うための保健制度の構築努力 への支援 6.3 2005 年までのポリオ撲滅のために十分な資金を投入 等
2003	G8 エビアン／パリサミット ・保健に関する G8 行動計画	1. 世界エイズ・結核・マラリア対策基金 2. 保健システムの強化 3. 医薬品の入手可能性の向上 4. 主に途上国に発生する疾病(「顧みられない疾病」との 闘い 5. ポリオ撲滅 6. SARS
	TICAD III ・TICAD III 議長サマリー	(3)人間中心の開発 エイズ、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
2004	G8 シーアイランドサミット ・世界 HIV ワクチン事業を承認し設 立する G8 の行動	・多くの連携する世界的な HIV ワクチン開発センターの展開 を奨励する ・HIV/ワクチンに特化したワクチン製造力の向上を刺激する ・規格化された臨床前及び臨床における研究の評価を確立 する ・統合された国際的な臨床試験制度を拡大する ・規制当局間の交流を最適化する ・途上国の科学者の関与の増大を奨励する
2005	G8 グレンイーグルスサミット ・アフリカ	《人々への投資》 ・初等教育、基礎保健医療に係るミレニアム宣言の目標の実 現。 ・医師や看護師などの訓練及び国外流出防止を助ける等し て、アフリカの政府と共に保健システムの改善に投資。 ・HIV 感染の大幅減を目標。エイズ孤児への適切な支援を確 保。全ての国での「スリー・ワンズ」実施に向け地域の関係 者と協力。 ・G8 世界 HIV ワクチン事業に基づき、直接投資の増加。ワク チン開発等を促進するため、市場インセンティブに関する取 組を推進。 ・2006-8 年のポリオ撲滅期間後もポリオ撲滅イニシアティブ を支援。蚊帳等の入手を支援するなどしてマラリア対策の拡 充に協力。結核に係るニーズ充足を支援。

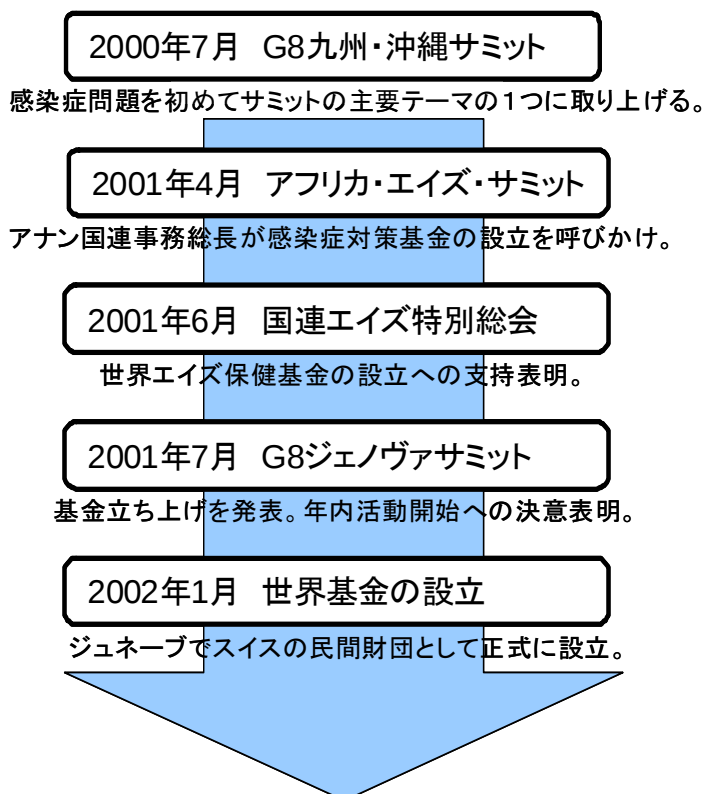
年	国際会議名称と国際社会と 共同で策定された関連政策等	骨子又は議題等における 保健・医療分野関連の内容概略
2006	G8 サンクトペテルブルクサミット ・アフリカに関する進捗	1) エイズに対する 2010 年までの包括的予防プログラム・治療・ケア・サポートへの普遍的アクセス実現に向けた取組み強化 2) ストップ結核世界計画及び ロールバック・マラリア世界戦略の実施 3) 2015 年までのアフリカの全ての子供に対する無償の初等教育の達成
2006 (つづき)	G8 サンクトペテルブルクサミット ・感染症との闘い	・感染症サーベイランス及びモニタリングの世界ネットワーク強化 ・高病原性鳥インフルエンザとの闘い及びヒトへの大流行への世界的準備体制の強化 ・HIV／エイズ、結核、マラリア対策 ・ポリオ撲滅 ・麻疹、その他の予防可能な感染症 ・予防・治療・ケアへのアクセス ・自然・人的災害の保健への影響
2007	G8 ハイリゲンダムサミット ・アフリカにおける成長と責任	保健の向上とエイズ、結核、マラリア対策 1) 世界基金への拠出促進、蚊帳供与を含むマラリア対策、エイズ対策へのユニバーサル・アクセスに向けた努力の強化。 2) 目標の達成に向けて少なくとも 600 億米ドルの資金提供に向けた努力の強化。 3) アフリカ保健システムの向上。
2008	TICAD IV ・横浜行動計画	1) 保健システムの強化 2) 母子保健の向上 3) 感染症対策
	G8 北海道洞爺湖サミット ・国際保健に関する洞爺湖行動指針-G8保健専門家会合報告書-	1) 保健システム強化 2) 母子保健(妊産婦・新生児・小児の保健) 3) 感染症 4) 他分野との連携促進 5) 資金

出所: 外務省「G7/G8 首脳会議・外相会議」(<http://www.mofa.go.jp/Mofaj/gaiko/summit/>) より抜粋。

3-2-2 世界基金の設立と日本の取組

日本は、世界基金の「生みの親」と称される。その理由は、日本が主催した G8 九州・沖縄サミットで感染症問題を主要テーマの1つに掲げたことで、それを契機として感染症対策への世界的関心が高まり、世界基金が現に設立されるに至った経緯からである。ここでは、設立から6年経ち巨大な基金に成長した世界基金の組織とその事業について概要を述べる。

図表3-11 世界基金設立の経緯



出所：外務省国際協力局専門機関課(2007)『世界エイズ・結核・マラリア対策基金に対する日本の取組～世界基金の活用を目指して～』より作成。

世界基金は3つの目的を掲げて設立されている。1つ目は「新しい官民パートナーシップを通じて追加的な資金を集め、運用し、必要な地域への配分」であり、このことから単なる多国籍協力の枠組みとしての基金ではなく、官民パートナーシップの下、民間を含め幅広い資金提供を募り、また民間による資金の利用にも重点を置いているところが特徴である。2つ目は「三大感染症の感染者と死亡者の削減に持続的で重要な貢献」であり、各国固有の政策や援助のトレンドに左右されずに、三大感染症対策に大規模な資金を供給できる仕組みを目指している。3つ目は「途上国等での三大感染症による被害を緩和し、MDGs 達成に寄与」であり、MDGs の達成に向けた途上国等への支援強化を目的としている点が特徴である。また、世界基金はあくまでも資金供与機関であることに徹するなど、その活動原則にも特色がある。

図表3-12 世界基金の目的と活動の基本原則

【目的】

- 1：新しい官民パートナーシップを通じて追加的な資金を集め、運用し、支出
- 2：三大感染症の感染者と死亡者の削減に持続的で重要な貢献
- 3：途上国等での三大感染症による被害を緩和し、MDGs 達成に寄与

【活動の基本原則】

- 資金供与機関であることに徹する：事業の実施は現地の専門家の知見に委ねる
- 資金の提供と新たな資金調達：感染症対策の拡充に必要な追加的な大規模資金を確保する
- 受益国の主体性の尊重：資金受入国が自らのニーズに基づき決定した事業方針を尊重する
- 地域・疾病ごとのバランス重視：必要性の高さに応じて優先順位を定め、幅広く資金供与する
- 予防・治療のバランスのとれた統合的アプローチ：予防と治療の両面から包括的に支援する
- 独立機関による申請案件の評価：専門家による技術審査パネル（TRP）が案件を審査する
- 説明責任と効率性の確保：透明性と迅速さを確保して「実績に基づく資金供与（performance based funding）」を行う

出所：外務省国際協力局専門機関課（2007）『世界エイズ・結核・マラリア対策基金に対する日本の取組～世界基金の活用を目指して～』、及び 外務省（2008）『NGO の保健分野における国際機関との連携に関する NGO 研究会（2008）保健分野 NGO の国際的パートナーシップ＝新たな連携のためのリソースブック＝』より抜粋。

世界基金は、理事会、事務局を含む本部組織と、各国の国別調整メカニズム（CCM: Country Coordinating Mechanism）を中心とした組織構造になっている。日本は理事会において単独議席を維持しており（他には米国とイタリアのみ）、政策戦略委員会や財政監査委員会で世界基金の運営や今後の在り方、財政等にかかる議論に参画している状況である。また、これまでの世界基金の組織や事業に関する 5 年評価も 2007 年に日本の有識者を含む専門家により行なわれており、事務局改編等も行われ、効率的な組織運営を目指している。

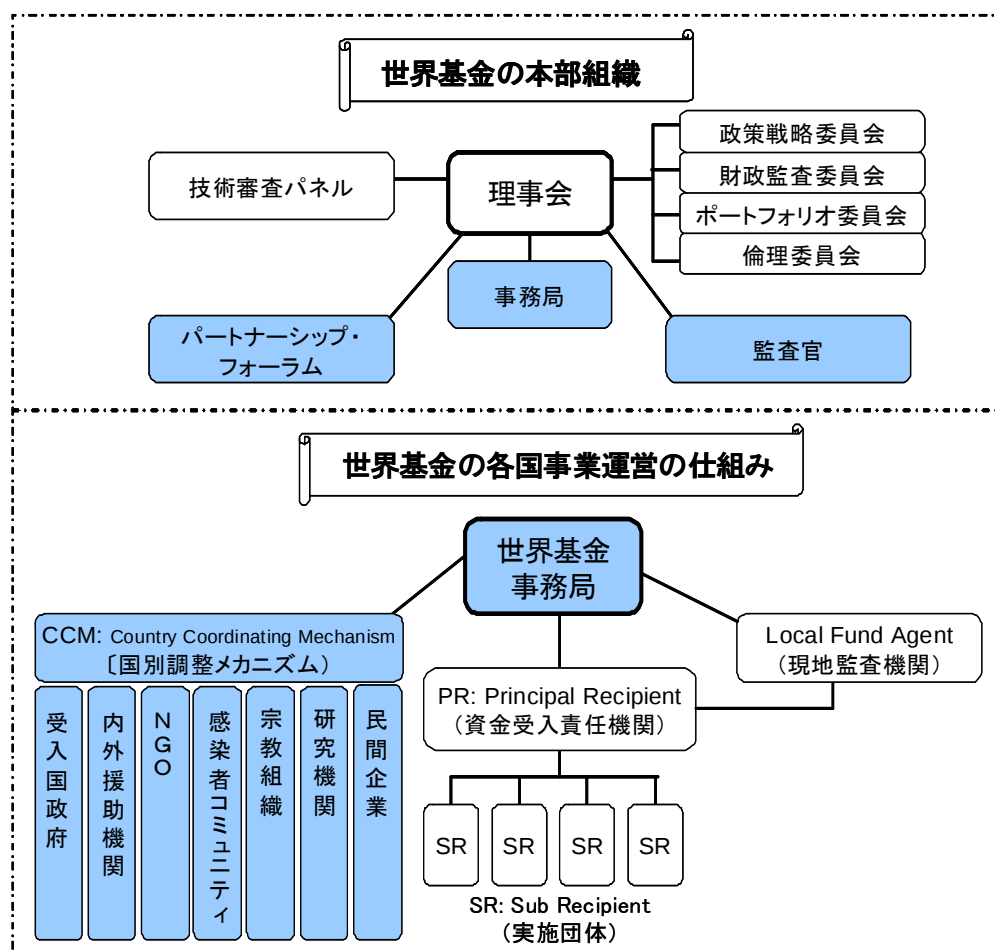
世界基金には、2007 年 2 月時点でドナー側から 98 億ドルの拠出誓約がなされており、136 か国に対して約 500 件、69 億ドルの提供を承認している。HIV/AIDS においては全体の 21%、結核においては 67%、マラリアにおいては 64%の支援資金を世界基金が供給しており、既に三大感染症対策を支える上での中心的存在になっている¹⁴。

世界基金の資金は、各国の CCM にてプロポーザルを作成し、事務局に提出、その後本部の技術審査パネル（TPR: Technical Review Panel）で承認されることで資金提供される仕組みである。各国の資金受入責任機関（PR: Principal Recipient）は、さらに NGO や現地コミ

¹⁴ 外務省国際協力局専門機関課（2007）『世界エイズ・結核・マラリア対策基金に対する日本の取組～世界基金の活用を目指して～』より抜粋。

ユニティ組織などの実施団体(SR: Sub Recipient)に事業委託を行い全体の事業を進める。PRは成果目標を設定する他、CCMへの事業の進捗状況報告やSRの監督責任を負う。なお、以前は、PRは殆どが官(省庁)であったが、2007年より原則として民間もPRとすることとされ、事情実施の効率化が図られるとともに、官民パートナーシップが強化されている¹⁵。また、SRとしてNGOも多数の事業を受託しており、日本のNGOが受託した実績もアジア、アフリカ、中米含めて5件ある。

図表3-13 世界基金の組織体系の模式図



出所: 外務省国際協力局専門機関課(2007)『世界エイズ・結核・マラリア対策基金に対する日本の取組～世界基金の活用を目指して～』より抜粋。

世界基金の特徴の1つとして、意思決定プロセス機能を果たすCCMに現地政府や援助機関のほか、NGOや感染者コミュニティ等の当事者の代表が参加しており、幅広いステークホルダーの意見が反映可能であることが挙げられる。このような組織構造により、現地のニーズを最も反映した事業を展開することが可能であり、またその事業実施はSRやさらにSRのサブ・コントラクトを受ける現地の団体等に委託することが可能であり、各国の状況に応じて非常に柔軟に資金活用できるということは特筆すべき点であろう。

¹⁵ 国内調査・外務省国際協力局専門機関課ヒアリング(2008年12月19日)による。

実際にタイにおいて世界基金の SR となり資金活用を行った経験をもつ NGO (特定非営利活動法人 SHARE＝国際保健協力市民の会)によると、大きな NGO 等が世界基金の PR または SR となって、特定の地域に対して小規模な NGO を通じて資金を流して支援するというこのシステムはとても有効に機能しているという¹⁶。しかしながら、世界基金の事業を受託するには、それ以前に現地における相応の事業基盤整備と実績が必要であるため、どの NGO でも容易に参入し資金を活用できるわけではない。

図表3－14 世界基金の資金を活用した国家レベルにおける HIV/AIDS 予防・ケア強化(タイ)

主要アクター	【資金供与機関】 世界基金 【資金受入責任機関(PR)】 タイ公衆衛生省 疾病対策局 【資金受領機関(SR)】 ケア・タイランド(RTF: Raks Thai Foundation), NORTHNET, YMAT, DPF, Aids Cluster, ACCESS, TBCA, PATH, PHPT, MAE RIM 【RTF 協力 NGO】 ウボン・ラーチャターニー県: SHARE, PSFB, LDP, RTF ※その他 4 県で 6 つの NGO が草の根でのプロジェクト実施主体となった。
連携機関	2003 年 10 月～2008 年 9 月(5 年間)
事業予算	【要求額】約1億9百万ドル(5年間:CCM 作成のプロポーザルにおける要求額) 【Phase1】約3千1百万ドル 【Phase2】約7千8百万ドル 【拠出額】約9千8百万ドル(合計5年間:2008 年 3 月までの間に供与された額)
実施地域	北部・東北部を中心としたタイ全域
対象者	12～18 歳の学生、15～24 歳の若者、HIV 陽性者、家族、教師、政策決定者など

出所:NGO 研究会(2008)『保健分野 NGO の国際的パートナーシップ＝新たな連携のためのリソースブック＝』p.20 より抜粋。

また、その資金規模の大きさから、国家エイズ対策計画レベルの規模の事業を担うこともある世界基金の事業は、日本が保健・医療分野において二国間援助(ODA)を実施する上でも大きな影響力をもつ存在となっている。JICA の世界基金、特に現地における CCM との関わり状況については、第 6 章「プロセスの適切性」の「6－4 国際機関を含む他ドナーとの政策協議・調整プロセスの適切性」の中で取得可能な情報に基づいて評価しているため、そちらを参照されたい。

¹⁶ 国内調査・特定非営利活動法人 シェア＝国際保健協力市民の会(2008 年 11 月 18 日)のフォローアップにて聴取。

3-3 日本の保健・医療分野支援体制の現状

ここでは、在外公館アンケート及び JICA アンケートの結果から、日本の主要な保健・医療分野 ODA 供与国における日本の支援体制の状況について概要をまとめた。

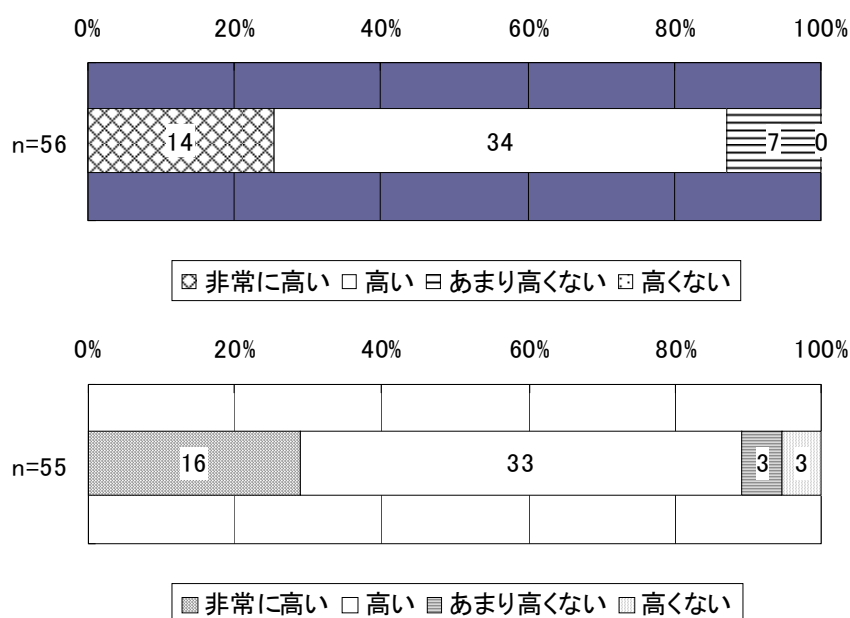
3-3-1 日本の保健・医療分野重点支援国

各アンケート回答国における日本の国別援助計画や重点支援分野における保健・医療分野の優先度が、「非常に高い」とあったのは全体の 3 割弱であった(図表3-15参照)。また、保健・医療分野の優先度が「高い」としたのは 6 割程度であり、「非常に高い」と合わせると、およそ 9 割の回答国で保健・医療分野は支援の優先度は高いとされた(図表3-16参照)。

なお、本評価においては、本設問において「非常に高い」と評価した国を、日本の保健・医療分野重点支援国と捉えていくつかの分析を行っている。

日本が保健・医療分野の重点支援国としている国において、被援助国政府の貧困削減戦略文書(PRSP:Poverty Strategy Policy Papers)などの国家開発計画における保健・医療分野優先度をみると、8 割以上が「非常に高い」となっている¹⁷。このことから、日本は被援助国政府の開発計画を重視して保健・医療分野 ODA 政策を決定している傾向が確認できる。

図表3-15 回答国における日本の援助計画における保健・医療分野支援の優先度
(上: 在外公館、下: JICA)



出所: 在外公館アンケート調査、JICA アンケート調査。

¹⁷ ただし、在外公館アンケート調査に基づく情報であるため、これは日本側の認識に頼った解釈である。

Response Category	Count	Percentage
非常に高い (Very High)	12	85.7%
高い (High)	2	14.3%
あまり高くない (Not very high)	0	0%
高くない (Not high)	0	0%

回答国全体において、保健・医療分野における日本の重点支援テーマとして最も多く挙げられたのは、「人材育成(研修プログラムの実施等)」であり、次いで「母子保健・リプロダクティブヘルス」、「医療施設の整備支援」が多く挙げられている(図表3-17参照)。

Category	Count
保健・医療システムの整備支援	24
HIV/AIDS対策	13
結核対策	7
マラリア対策	12
予防接種の実施	20
その他感染症対策	23
乳幼児の保健	21
母子保健・リプロダクティブヘルス	34
医療施設の整備支援	29
医薬品・医療機材の供与	21
人材育成(研修プログラムの実施等)	41
その他	7
Total	n=56

47

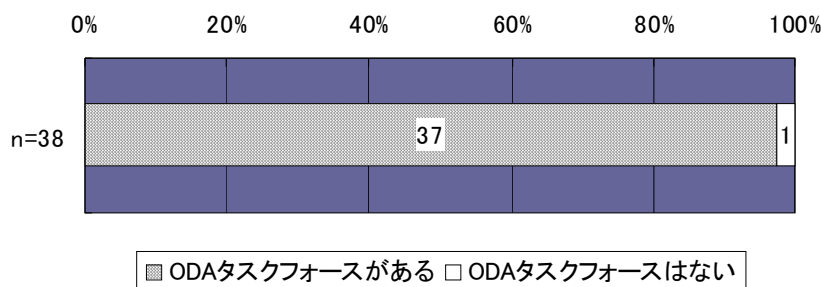
3-3-2 ODAタスクフォース

1. ODAタスクフォースの設置状況

在外公館アンケートの回答国全体では、JICA 事務所のあるほぼ全ての国で「ODA タスクフォース(ODA-TF)がある」という結果であった(図表3-18参照)。ODA-TF の通常参加メンバーをみると、経済協力班長、JICA 所長、JICA 次長、JICA の分野別担当所員はほぼ全ての国で参加しており、在外公館の分野別担当者や公使が参加している国も多くみられた(図表3-19参照)。ODA-TF の開催頻度は、「月一回以上」が最も多く 6 割弱となっており、次いで「二～三か月に一回以上」が多く、3 割程度であり、全体に高頻度で開催されていることが窺えた(図表3-20参照)。

図表3-18 ODA-TF の設置有無(在外公館)

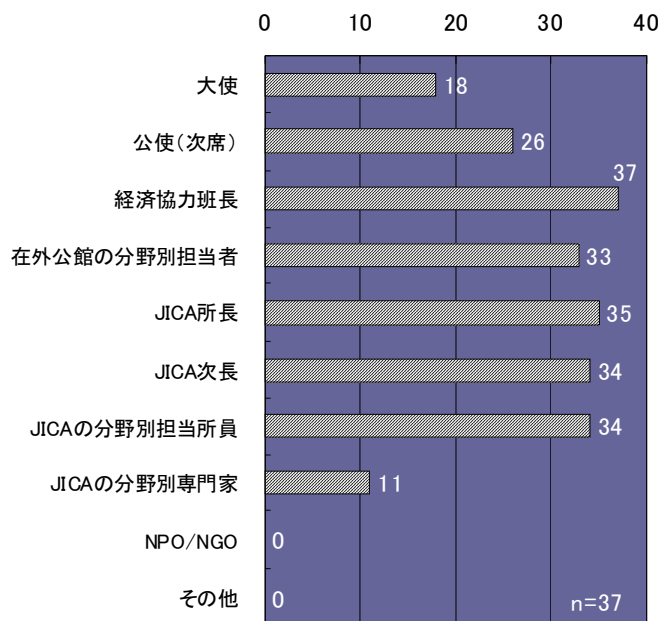
※JICA 事務所のある国限定集計



出所: 在外公館アンケート調査。

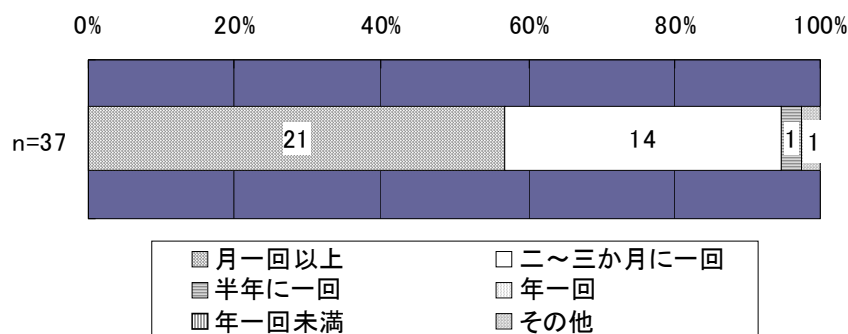
図表3-19 ODA-TF への通常参加メンバー(在外公館・複数選択)

※JICA 事務所のある国限定集計



出所: 在外公館アンケート調査。

図表3-20 ODA-TF の開催頻度(在外公館)※JICA 事務所のある国限定集計



出所: 在外公館アンケート調査。

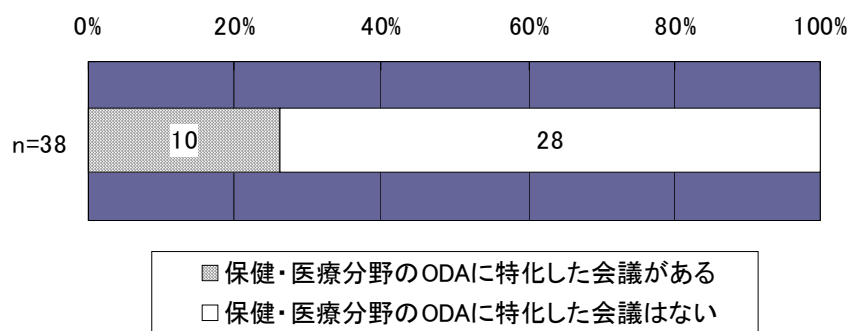
2. 保健・医療分野に特化した ODA タスクフォースの設置状況

在外公館アンケートの回答国全体では、保健・医療分野に特化した ODA-TF(保健・医療 ODA-TF)を設置しているのは、2 割強であった(図表3-21参照)。日本の保健・医療分野重点支援国のみでみた場合でも、同程度の割合であった(図表3-22参照)。

保健・医療 ODA-TF の通常参加メンバーをみると、JICA の保健・医療分野担当者、JICA の保健・医療分野専門家は全ての国で、在外公館の保健・医療分野担当者もほぼすべての国において参加しており、現地で保健・医療分野 ODA に関わっている担当者レベルでの実質的な協議の場となっていることが推察された。また、「その他」として JICA の青年海外協力隊(JOCV: Japan Overseas Cooperation Volunteers)調整員が参加している国もみられた(図表3-23参照)。

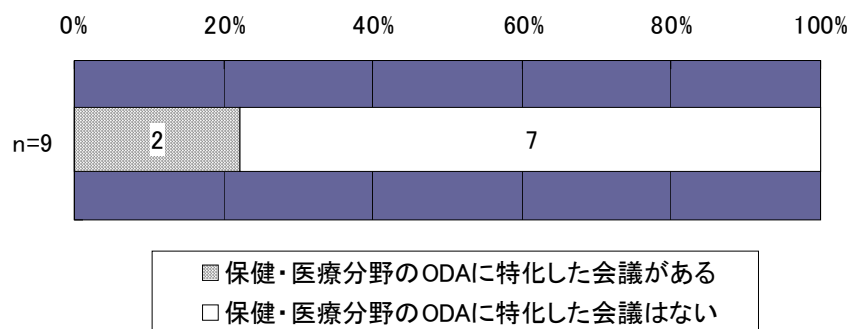
保健・医療 ODA-TF の開催頻度は、ODA-TF よりはやや頻度が低い国も多いが、それでもほぼ全ての国で最低でも半年に一度は保健・医療分野 ODA-TF が開催されている(図表3-24参照)。

図表3-21 保健・医療 ODA-TF の設置有無(在外公館)
※JICA 事務所のある国限定集計



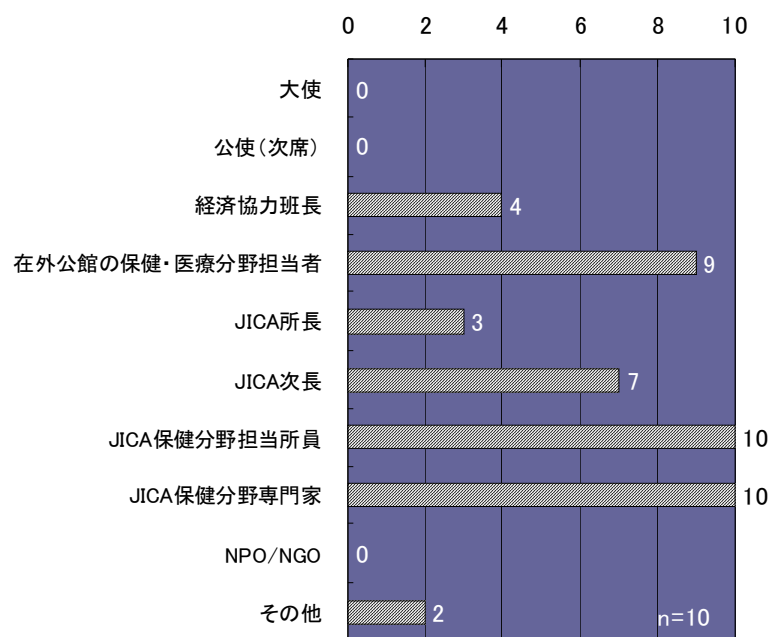
出所: 在外公館アンケート調査。

図表3－22 日本の保健・医療分野重点支援国における保健・医療 ODA-TF の設置有無
(在外公館)※JICA 事務所のある国限定集計



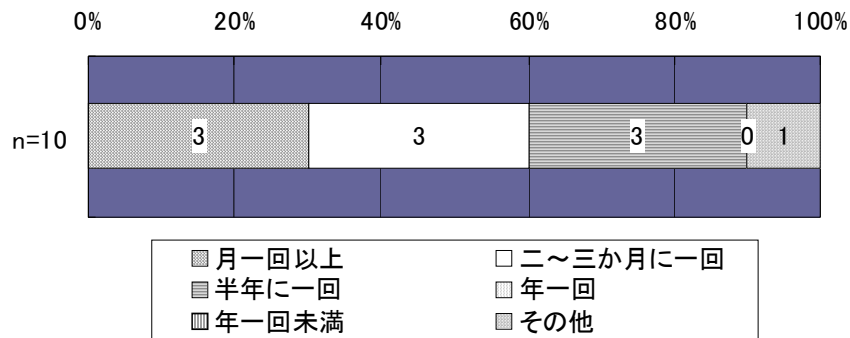
出所: 在外公館アンケート調査。

図表3－23 保健・医療 ODA-TF への通常参加メンバー(在外公館・複数選択)
※JICA 事務所のある国限定集計



出所: 在外公館アンケート調査。

図表3－24 保健・医療 ODA-TF の開催頻度(在外公館)
※JICA 事務所のある国限定集計



出所:在外公館アンケート調査。

3－3－3 援助協調の現状

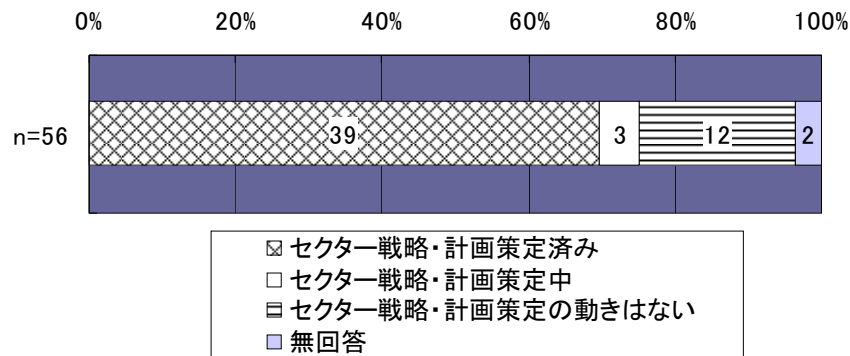
回答国全体において、被援助国政府による保健・医療分野のセクター戦略・計画の策定状況は、7 割程度が「策定済み」であり、「策定中」と合わせると 7 割強みられた(図表3－25参照)。

セクター戦略・計画が策定済み又は策定中の国において、「セクター・プログラムの援助協調に関する取り決め文書の策定の状況」をみると、4 割以上の国において取り決め文書は策定済みであったが、日本も署名している国は全体の 2 割程度であった(図表3－26参照)。

セクター・プログラムの援助協調に関する取り決め文書が「策定済み」又は「策定準備中」の国における、「セクター・プログラム」の策定プロセスにおける日本の関与度合については、「非常に高い」及び「高い」とした国が 5 割弱であった(図表3－27参照)。

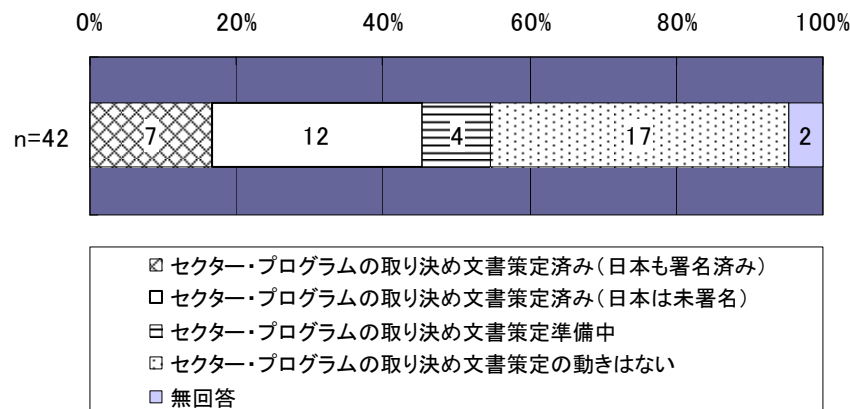
また、セクター・ノンプロジェクト無償資金協力等を利用した保健・医療分野のコモン・バスケットへの参加状況については、セクター・プログラムの援助協調に関する取り決め文書が策定済み又は策定準備中の全 42 か国において「これまでの実績無し」との回答であり、計画中の国もみられなかった(図表3－28参照)。日本固有の事情もありコモン・バスケットへの参加は保健・医療分野に限らず進んでいないが、保健省アンケートに回答した被援助国政府の 8 割は日本の参加を強く希望している状況である(図表3－29参照)。

図表3-25 被援助国政府による保健・医療分野の
セクター戦略・計画の策定状況(在外公館)



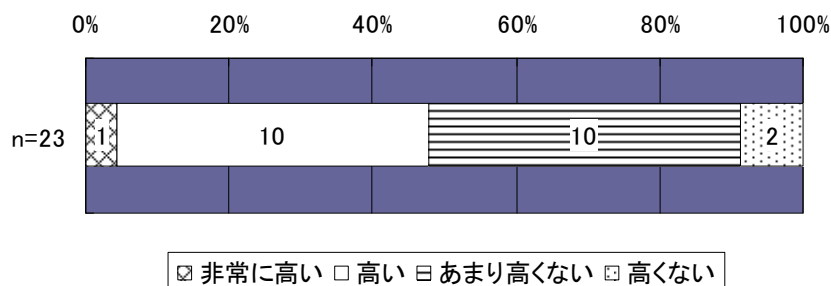
出所: 在外公館アンケート調査。

図表3-26 セクター・プログラムの援助協調に関する取り決め文書の策定状況(在外公館)



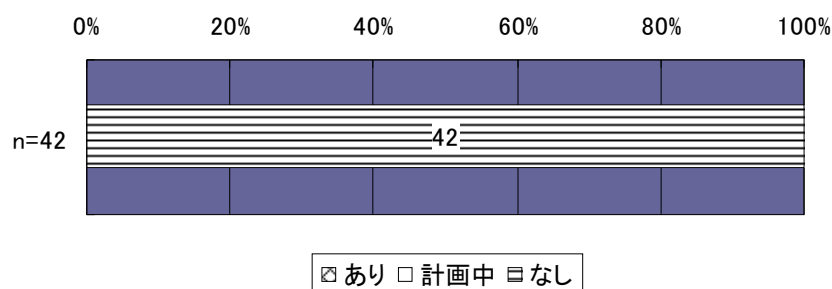
出所: 在外公館アンケート調査。

図表3-27 セクター・プログラム策定プロセスにおける日本の関与(セクター・プログラムの
取り決め文書策定済み又は準備中の国のみ)(在外公館)

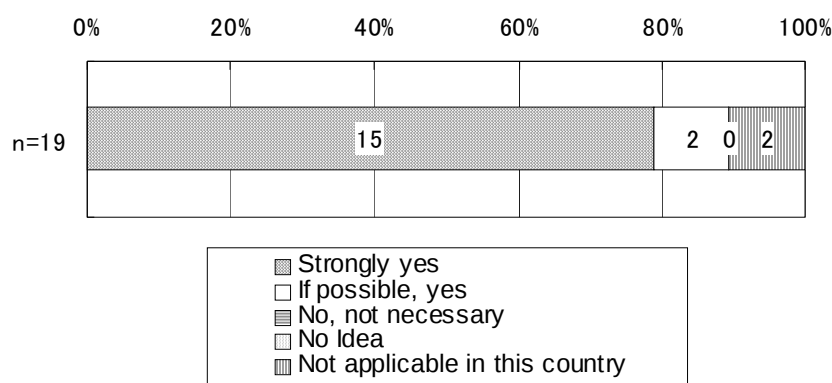


出所: 在外公館アンケート調査。

図表3－28 無償資金協力等を利用した保健・医療分野のコモン・バスケットへの参加有無
(在外公館)



図表3－29 各国保健省の日本に対するコモン・バスケットへの参加要望(保健省)

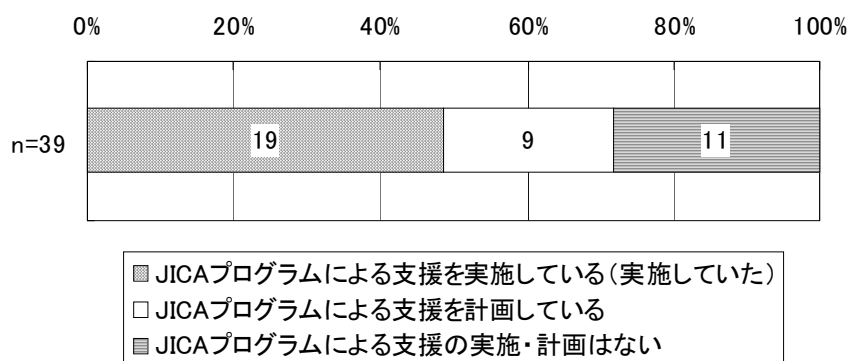


3－3－4 プログラム支援の実施状況

JICA アンケートの回答国のうち、JICA 事務所のある 39 か国において、JICA プログラムによる支援の実施状況をみると、実施中であるのは 5 割程度であり、計画中の国を合わせると全体の 7 割強となっていた(図表3－30参照)。

JICA プログラムの内容をみると、無償資金協力による施設整備・技術協力プロジェクト・JOCV の組み合わせや、異なるテーマの技術協力プロジェクト同士の組み合わせ、技術協力プロジェクト・本邦研修・JOCV の組み合わせ等、様々な組み合わせでのスキーム連携がみられたが、特に JOCV を含めたプログラムが多くみられた。

図表3－30 JICAプログラムによる支援の実施状況(JICA)※JICA 事務所のある国限定集計



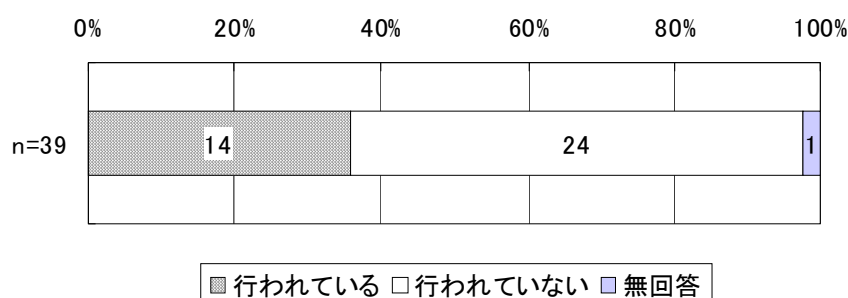
出所: JICA アンケート調査。

3－3－5 広域協力の実施状況

JICA アンケートの回答国のうち JICA 事務所のある 39 か国において、広域協力(複数国にまたがる広域的な協力)による保健・医療分野支援を実施しているのは4割弱であった(図表3－31参照)。

広域協力を行う際の各主体間の協議・調整方法は、拠点となる国がある場合にはその国に専門家を配置する等して他の協力国との調整を図っており、それ以外でも JICA 専門家が中心となり協議・調整を図っている国が多くみられた。協議・調整の機会として、中には広域会合や TV 会合等を開催している国もみられた。ステークホルダーには、各国保健省のみならず、複数国が加盟する地域機構や各国の外務省等も含まれているケースもある。

図表3－31 広域協力による支援の実施状況(JICA)※JICA 事務所のある国限定集計



出所: JICA アンケート調査。