

第5章 保健・医療分野支援の評価Ⅱ：結果の有効性

5-1 インプットからみた有効性

5-1-1 インプットからみた有効性の評価の概要

2005年に発表された「『保健と開発』に関するイニシアティブ」(HDI: Health and Development Initiative)が日本のODAのインプット与えた影響を評価するにあたり、2000年～2007年の間における日本の保健・医療関連ODAへの投入について二次データを基に検証を行う。

なお本章では、保健・医療分野の各種援助金額の二次データとして、OECD-DACによる集計値をしばしば用いているが、OECD-DACのデータは、「保健」と「人口」分野¹の合計値を「保健・医療分野」として用いている。

1. 評価対象

インプットの有効性の評価対象として、図表5-1の分類に該当する案件を選定した。

二国間援助(ODA)については、無償資金協力・有償資金協力・技術協力の3スキームにわたり、保健・医療分野に該当するものを調査対象とした。

多国間援助(ODA)については、まず保健・医療分野の支援を担う主たる国際機関として、世界エイズ・結核・マラリア対策基金(世界基金)、世界保健機関(WHO: World Health Organization)、国連人口基金(UNFPA: United Nations Population Fund)、及び国連児童基金(UNICEF: United Nations Children's Fund)の4機関を通じた日本の支援を対象とした。加えて、国際機関の基金等への拠出のうち使途を特定しうるものとして、日本が2000年に世界銀行及びアジア開発銀行(ADB: Asian Development Bank)それぞれに新たに設置した基金「日本社会開発基金(JSDF: Japan Social Development Fund)」、「貧困削減日本基金(JFPR: Japan Fund for Poverty Reduction)」についても評価対象に含めた。両基金の設置の目的は、アジア通貨危機が経済活動に限らず、広く社会的な側面(保健、衛生、教育、雇用等)にわたって与えた深刻な影響を緩和することであった。したがって、本評価調査において、HDIが定める具体的取組の1つ「(2) 保健医療分野の支援を補完する関連分野の支援及び横断的取組」及び国際機関との連携の視点からの評価を行うに当たり、適切な評価対象であると考えられた。

なお、多国間援助(ODA)のうち、各国際機関への分担金・通常予算に対する拠出金については、外務省国際協力局「ODA評価ガイドライン(第4版)」に従い、評価対象から除外した。ただし、世界基金に限っては、日本が資金の使途を明確に特定し得る拠出金がないため、日本の世界基金への拠出金総額を中心に評価を行うものとする。

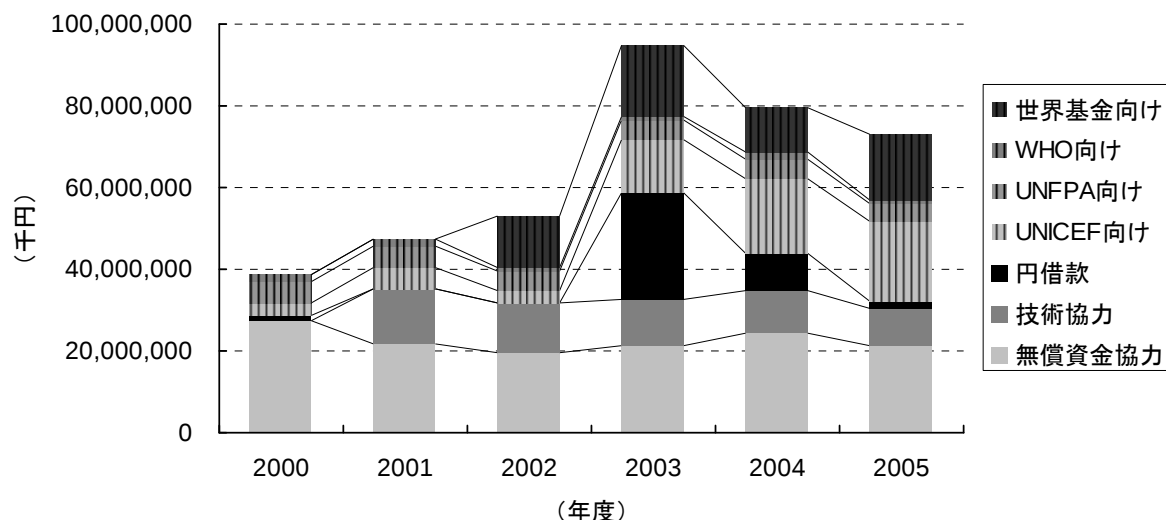
¹ 「I.2. Health(I.2.a. Health, General 及び I.2.b. Basic Health を含む)」と「I.3. Population Pol./Progr. & Reproductive Health」

図表5－1 インプットからみた有効性の評価対象

日本の保健・医療関連 ODA 分類			評価対象
二国間	無償資金協力(保健・医療分野)		○
	有償資金協力(保健・医療分野)		○
	技術協力(保健・医療分野)		○
多国間	世界基金向け	拠出金	○
	世界銀行向け	出資金	-
		指定拠出	開発政策・人材育成基金
			日本社会開発基金(JSDF)
	ADB 向け	出資金	-
		指定拠出	日本特別基金
			貧困削減日本基金(JFPR)
	WHO 向け	分担金(ODA 該当分)	-
		指定拠出	○
		無償資金協力(WHO 経由)	○
	UNFPA 向け	一般拠出	-
		指定拠出	○
		無償資金協力(UNFPA 経由)	○
	UNICEF 向け	通常財源拠出	-
		指定拠出	○
		無償資金協力(UNICEF 経由)	○

出所:みずほ情報総研作成。

図表5-2 日本の保健・医療及び関連分野における援助実績(2000～2005 年度)



出所: 外務省『ODA 白書』(2005～2006 年度版)、及び 外務省「国際機関等への拠出金・出資金等に関する報告書」(2003～2007 年度版)

注: (1) 無償資金協力(一般プロジェクト無償のみを対象)、有償資金協力は交換公文ベース。技術協力は、研修員受入、専門家派遣および機材供与を対象。JICA 経費実績ベース。
 (2) 2006 年度版実績については、2 国間援助金額(無償資金協力・有償資金協力・技術協力)が『2007 年度版 ODA 白書』に掲載されていないため、掲載していない。
 (3) 多国間援助(ODA)金額は、原則として「一般拠出」、「指定拠出」及び「国際機関を通じた無償資金協力」の合計。なお、WHO の分担金には ODA 非該当部分があるため除外している。

2. 評価の内容と方法

インプットの評価に当たっては、原則として外務省ホームページ(『ODA 白書』を含む)や各国際機関ホームページ等に掲載されている二次データを収集し、拠出額の推移や各資金の用途についても二次データを基に検証を行う。他ドナーの供与実績とも適宜比較を行うものとする。評価対象期間は、原則として 2000～2007 年(度)とした。

5-1-2 二国間援助へのインプットの有効性

1. 保健・医療分野の二国間援助への投入実績

(1) 日本の保健・医療分野の二国間援助金額及び全体占めるシェアの推移

日本の保健・医療分野における二国間援助(ODA)実績(DAC 集計ベース)をみると、総額・シェアともに 2004 年に著しく上昇したが²、翌 2005 年には急激に低下している。2006 年からは、再び上昇に転じ、2003 年以前の水準を回復しつつある。

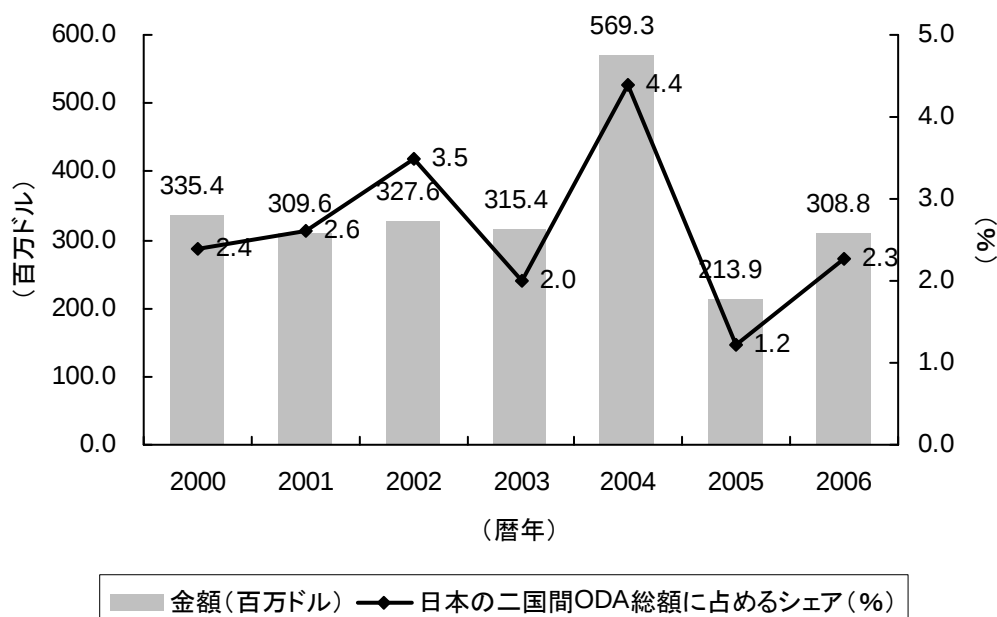
次に、各年の金額をスキーム別にみると、贈与(無償資金協力及び技術協力の合計)については、2000～2004 年まではほぼ横ばいで推移し、300 億円前後の水準を保ってきていたことがわかる。有償資金協力については変動が激しく、保健・医療分野の援助

² 図表5-2と金額急増のタイミングが異なっているのは、時系列の区切りの違いが原因である。

総額の2004年における急増や、2005年における急落の大きな要因となっていることがわかる。ただし、2005年には贈与額も減少している。

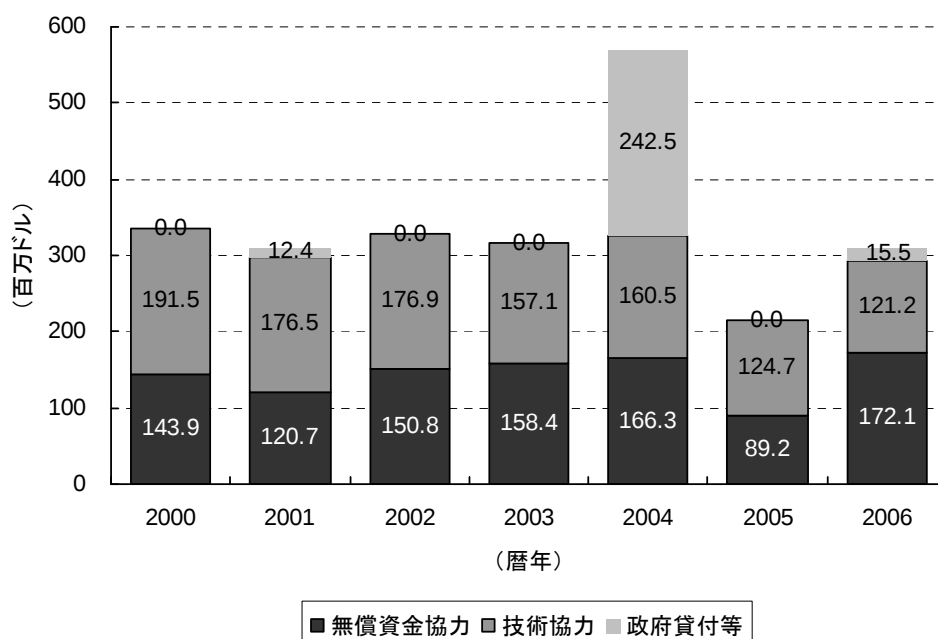
他方、2005年6月には、HDIが発表されている。2006年以降は投入金額が増加に転じていることから、同イニシアティブが日本の保健・医療分野の二国間援助（ODA）への投入促進に一定の貢献を果たした可能性がうかがえる。

図表5-3 日本の保健・医療分野における二国間援助実績（約束額ベース）



出所：外務省『ODA 白書』（各年版）の図表「二国間 ODA 分野別配分」より作成。

図表5-4 日本の保健・医療分野における二国間援助実績（スキーム別）



出所：外務省『ODA 白書』（各年版）の図表「二国間 ODA 分野別配分」より作成。

(2) 他ドナーとの比較

保健・医療分野における主要ドナーの援助実績を時系列にみると、米国が 2000 年以降一貫して首位を占めており、特に「5 年間で 150 億米ドルを投入する」という大統領緊急エイズ救済計画 (PEPFAR: President's Emergency Plan for AIDS Relief) を発表した 2003 年以降は 2 位以下を大きく引き離している。2 位以下については、英国や EC が常連となっている。

日本は、2001～2003 年にかけては 3～4 位に位置し、2004 年には 2 位に上昇した。しかしながら、2005～2007 年にかけては 6～7 位に後退し、存在感がやや薄くなっている。その間の拠出金額をみれば 2 年連続で増加してはいるものの、他ドナーと比べた順位については 2004 年以前の水準を回復できるにはまだ至っていない。

図表5-5 主要国・国際機関の保健・医療分野の支援額(誓約額ベース・2000～2007 年)

単位: 百万 USD

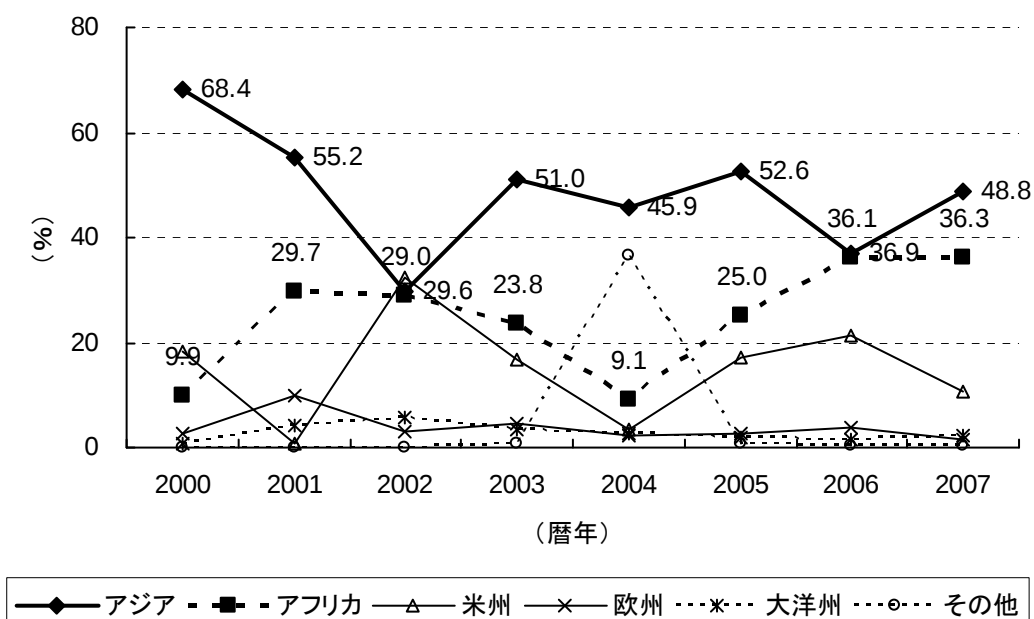
暦年	1 位	2 位	3 位	4 位	5 位	6 位以下	日本	合計
2000 (%)	米国 1,060.4 35.0	EC 335.5 11.1	日本 321.9 10.6	英国 310.6 10.2	フランス 123.9 4.1	881.2 29.0	321.9 10.6	3,033.4 100.0
2001 (%)	米国 1,234.1 38.5	EC 349.3 10.9	日本 308.5 9.6	英国 190.7 5.9	フランス 160.5 5.0	964.1 30.1	308.5 9.6	3,207.2 100.0
2002 (%)	米国 1,964.2 43.2	英国 415.4 9.1	EC 345.4 7.6	日本 326.4 7.2	オランダ 219.9 4.8	1,276.0 28.1	326.4 7.2	4,547.1 100.0
2003 (%)	米国 2,182.6 42.2	EC 490.5 9.5	英国 459.8 8.9	日本 314.4 6.1	ドイツ 230.6 4.5	1,491.4 28.9	314.4 6.1	5,169.3 100.0
2004 (%)	米国 2,569.8 40.8	日本 568.2 9.0	EC 523.1 8.3	英国 438.5 7.0	フランス 312.4 5.0	1,889.9 30.0	568.2 9.0	6,302.0 100.0
2005 (%)	米国 3,448.3 46.7	EC 669.4 9.1	英国 587.8 8.0	カナダ 334.8 4.5	フランス 286.4 3.9	2,060.7 27.9	212.7 2.9	7,387.4 100.0
2006 (%)	米国 4,189.6 45.9	オランダ 756.7 8.3	英国 678.1 7.4	EC 580.2 6.4	ドイツ 474.2 5.2	2,439.8 26.8	308.8 3.4	9,118.5 100.0
2007 (%)	米国 5,613.0 52.9	英国 1,014.7 9.6	カナダ 626.3 5.9	EC 488.8 4.6	ドイツ 380.1 3.6	2,482.0 23.4	327.1 3.1	10,604.9 100.0

出所: OECD-DAC, Development Database on Aid Activities: Creditor Reporting System Online より作成。

(3) 地域別の配分状況

日本の保健・医療分野の二国間援助(ODA)の投入金額を地域別にみると、評価対象期間のほぼ全体を通じて、アジアへの割り当てが最も多くなっている。アジアは日本から地理的にも近く、効率的になされていると考えられる。他方、2005 年以降はアフリカ向けの援助の割合が上昇している。日本は 2005 年に「対アフリカ感染症行動計画」を発表していることから、同計画と整合性の高いインプットがなされているといえる。

図表5－6 日本の保健・医療分野二国間援助(ODA)の地域別割合(2000-2007 年)



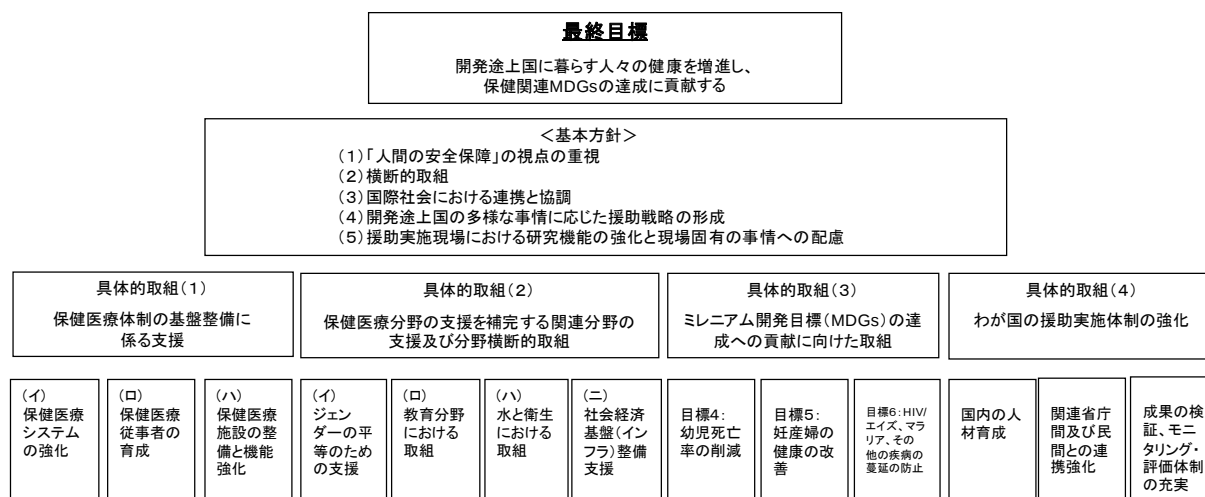
出所:OECD-DAC, Development Database on Aid Activities: Creditor Reporting System Online より作成。

2. 保健・医療分野 ODA 案件の内容と HDI との整合性（スキーム別）

本項では、保健・医療分野 ODA 案件と、保健・医療分野の分野別開発政策である HDI との整合性を評価した。評価方法としては、原則として HDI が定める 4 つの具体的取組のうち、「(1) 保健医療体制の基盤整備に係る支援」及び「(3) 国連ミレニアム開発目標 (MDGs: Millennium Development Goals) の達成への貢献に向けた取組」の 2 つの視点と、実際の ODA 案件の内容との整合性を確認した。

ただし、評価の限界として、案件の集計に際しては一部例外を除き金額ではなく案件数ベースで行っていること、また、対象地域については考慮していない点に留意する必要がある。

図表5-7 「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。

第 1 の「(1) 保健医療体制の基盤整備に係る支援」の視点からの評価に際しては、「みずほ情報総研作成保健・医療分野 ODA 案件リスト」を用い、案件の内容を集計した。同リストの作成は、次の 3 段階の作業により行った。

- 外務省 ODA 案件検索の無償(一般プロジェクト無償その他)及び有償資金協力下で保健・医療分野に該当すると評価チームが判断した 2000 年度以降開始案件
- JICA Knowledge Site のプロジェクト情報＞分野課題別で「保健医療」カテゴリにある案件(主に 2002 年以降開始案件)
- 各国 JICA 事務所ホームページ等から捕捉した 2000 年～2001 年開始案件(上のリストとの重複排除実施)

第 2 の「(3) MDGs の達成への貢献に向けた取組」の視点による評価に際しては、本評価調査にて行ったアンケート調査結果を用い、各国において保健関連 MDGs 指標の改善

を目標に掲げている日本の援助案件の数を、「2000～2004 年」と「2005 年～現在」との間で比較した。比較は、スキーム別に行った。無償資金協力案件については在外公館アンケート調査、技術協力案件については JICA アンケート調査の結果から分析する。なお、案件規模や対象地域を考慮していない。

以下に、本評価のために使用した設問を掲載する。

1-3 責任国に対する日本の保健・医療分野ODAの中で、MDGsのターゲット 4A～6Cの指標改善を目標に掲げているものはありますか（ターゲットおよび指標については添付資料を参照ください）。スキーム、期間（案件の開始時点）別に、該当ターゲット全てにチェックしてください。

主なスキーム	2000 年～2004 年		2005 年～現在まで	
※注	☐ 4-A	☐ 6-B	☐ 4-A	☐ 6-B
	☐ 5-A	☐ 6-C	☐ 5-A	☐ 6-C
	☐ 5-B	☐ 該当なし	☐ 5-B	☐ 該当なし
	☐ 6-A		☐ 6-A	

注 「主なスキーム」については、在外公館に対しては「無償資金協力（一般プロジェクト無償）」「無償資金協力（草の根無償資金協力）」「その他」、JICA 事務所に対しては「技術協力」「有償資金協力」「その他」のそれぞれ3スキームにわたり質問した。

（1）無償資金協力

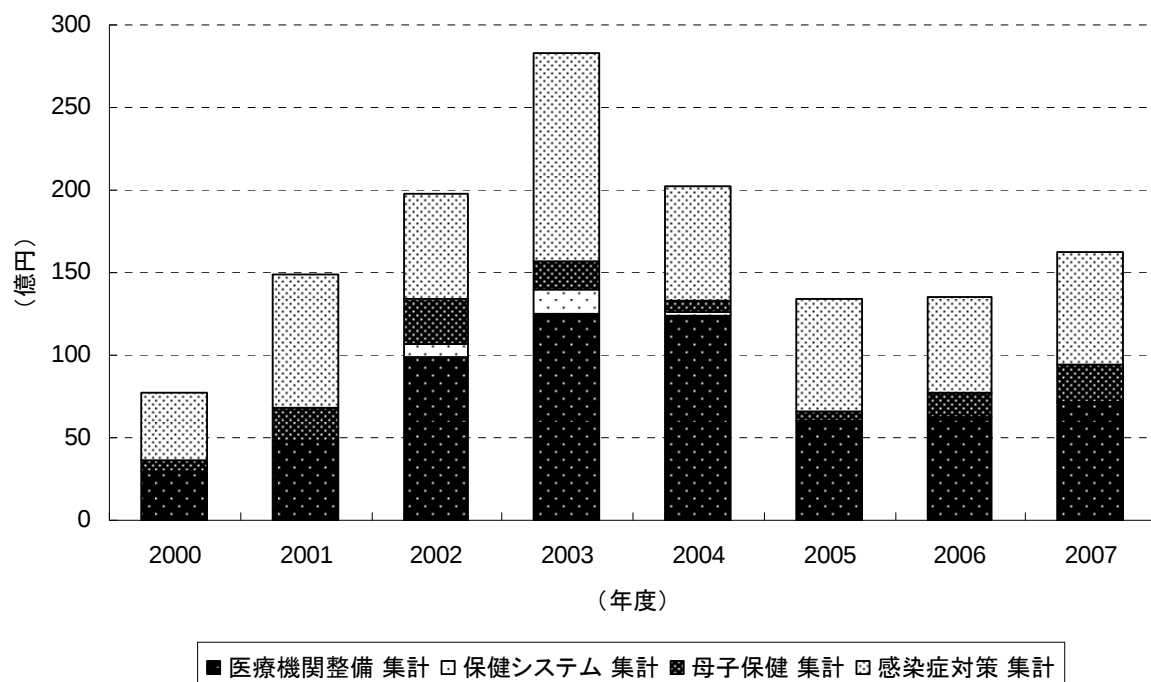
日本の保健・医療分野の一般無償資金協力への投入金額を援助内容別・時系列で見ると、「医療機関整備」については、2004 年度まで増額基調にあったものの、2005 年には大きく減少し、2006 年度までほぼ横ばいとなっていた。しかしながら、2007 年度には再び上昇に転じた（図表5－8参照）。このことは、2005 年の HDI において、具体的な取組の一つとして「保健医療施設の整備と機能強化」が挙げられていることとも整合していると言え、「(1) 保健医療体制の基盤整備に係る支援」の視点から妥当であると考えられる。

なお、2001 年度と 2003 年度には「感染症」分野の金額の拡大が見られる。これは、2000 年に発表された「沖縄感染症対策イニシアティブ（IDI: Okinawa Infectious Disease Initiative）」にも沿った推移であると考えられる。

次に、MDGs のターゲット 4A～6C の指標改善を目標に掲げている案件数の推移（「2000～2004 年」と「2005 年～現在」の比較）をみると、一般無償資金協力では4つのターゲット（5-A、5-B、6-A、5-B）で増加している。他方、草の根無償資金協力についてはほぼ全て（6-C 以外）のターゲットで増加している（図表5－9参照）。したがって、日本の保健・医療分野の ODA へのインプットは、「(3) MDGs の達成への貢献に向けた取組」の視点からも妥当であると考えられる。

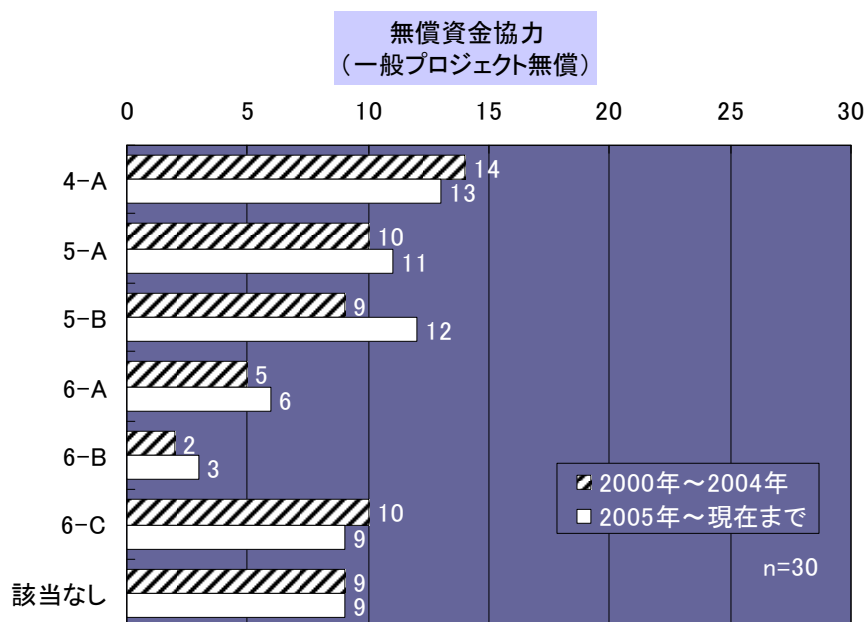
以上より、HDI と、日本の保健・医療分野の無償資金協力案件との整合性は高いといえる。

図表5－8 日本の保健・医療分野の一般無償資金協力の分類別金額(2000～2007 年度)

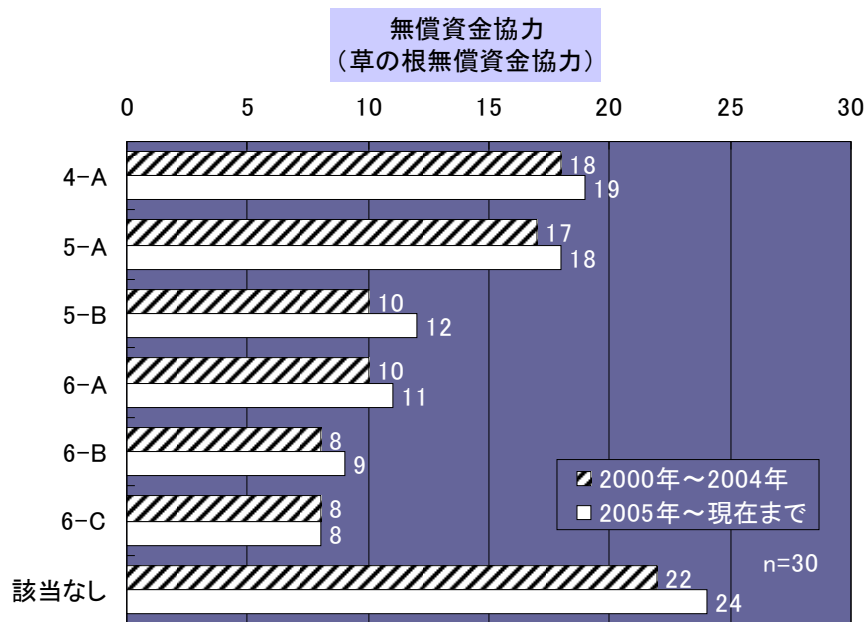


出所: みずほ情報総研「保健・医療分野 ODA 案件リスト」より一般無償資金協力案件を抽出し作成。

図表5－9 MDGs の指標改善を目標に掲げた案件の実施状況(案件の開始時点別)



出所: 在外公館アンケート調査。



出所: 在外公館アンケート調査。

(2) 有償資金協力

有償資金協力については、原則として対象国が返済能力を持つ国に限られるという点に留意する必要がある。

上記を踏まえ、評価対象期間中の有償資金協力案件を見てみると、その件数は4件を数える。分野はいずれも「医療機関整備」に該当するものである(図表5-10参照)。

なお、タイ・ラオスでの「第二メコン国際架橋計画」(2001年度)では、インフラ整備に伴う人口移動・経済活動活性化等によるHIVリスクに対応するため、労働者へのHIV/AIDS教育・コンドーム配布・周辺地域住民に対する予防キャンペーンなど、経済インフラ整備を保健・医療支援と組み合わせて分野横断的な取組を展開している事例もみられる³。

このように、有償資金協力については、日本は評価期間中において必要に応じた活用ができていると言える。

³ 稲岡恵美(JBIC 開発セクター部社会開発班)「JBICの保健医療における取組み」(2005年12月)より。

図表5－10 日本の保健・医療分野有償資金協力一覧(2000～2007 年度)

開始年度	国名	案件名	分類	総額(億円)	概要
2000	スリランカ	血液供給システム改善計画	医療機関整備	15.08	より効率的で安全性の高い血液供給システムを構築し、かつ増加する輸血血液需要に対応するため、老朽化・作業スペース不足が生じている中央血液センターの整備、地域血液銀行の供給システム改善のための機材供給、事業実施監理及び人材育成のための支援を行うもの。
2003	中国	公衆衛生基礎施設整備計画	医療機関整備	262.18	対象 10 省(河南省、湖北省、湖南省、江西省、安徽省、山西省、吉林省、黒龍江省、河北省、遼寧省)における公衆衛生に係る基礎的施設・機器の整備、及びわが国での研修生受け入れ等を行うもの。
2004	インドネシア	国立イスラム大学保健・医学部整備計画	医療機関整備	29.83	バンテン州にある国立イスラム大学において、保健・医学部の校舎等の建設や本邦大学への留学の支援等を行い、地方への医師派遣を通じた貧困層の医療に接する機会の拡大等を図るもの。
2005	ベトナム	地方病院医療開発計画	医療機関整備	18.05	ベトナム北部に位置するハティン省、タイグエン省およびランソン省の3地域において、中核病院への機材供与および関連のトレーニングを提供するもの。

出所:みずほ情報総研「保健・医療分野 ODA 案件リスト」より作成。

(3) 技術協力プロジェクト

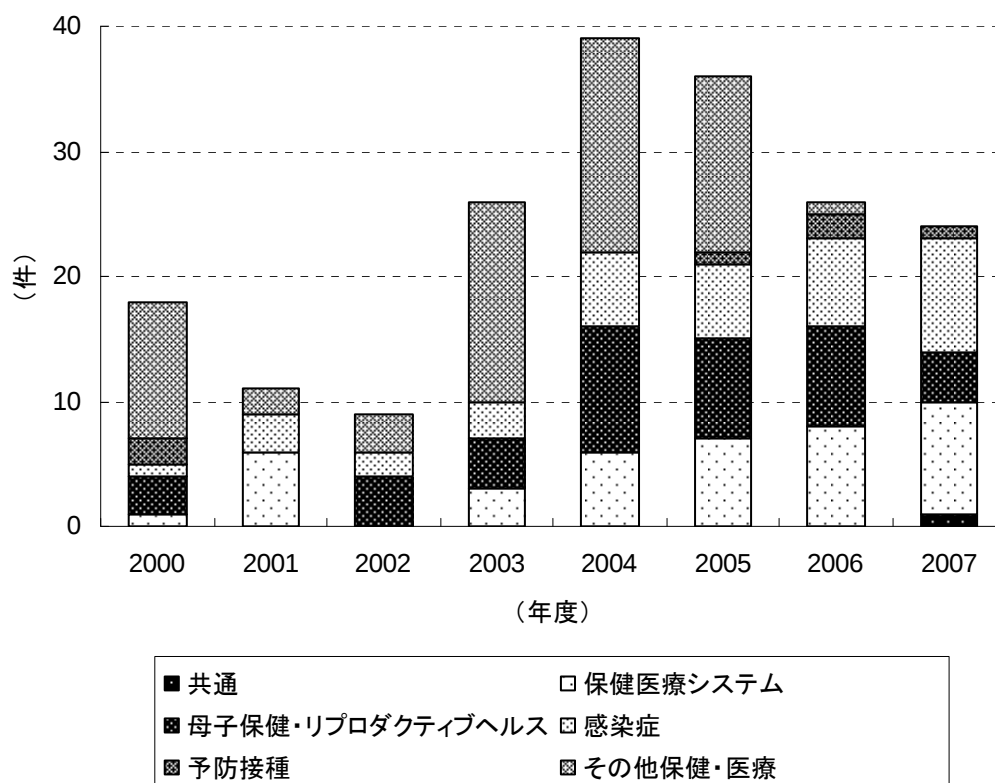
日本の保健・医療分野の技術協力プロジェクトの案件数を援助内容別・時系列でみると、「保健・医療システム」の件数が 2006～2007 年に増加している(図表5－11、12参照)。このことは、2005 年の HDI において、具体的な取組の一つとして「保健医療施設の整備と機能強化」が挙げられていることとも整合していると言え、「(1) 保健医療体制の基盤整備に係る支援」の視点から妥当であると考えられる。

なお、「感染症」分野の件数が 2003～2004 年にかけ大きく増加している。これは、2000 年に発表された IDI にも沿ったものといえる。

次に、MDGs のターゲット 4A～6C の指標改善を目標に掲げている案件数の推移(「2000～2004 年」と「2005 年～現在」の比較)をみると、ほぼ全てのターゲットで増加しており、残る 1 ターゲット(6-8)も同水準を維持している(図表5－12参照)。したがって、日本の保健・医療分野 ODA へのインプットは、「(3)MDGs の達成への貢献に向けた取組」の視点からも妥当であると考えられる。

以上より、HDI と、日本の保健・医療分野の技術協力プロジェクトとの整合性は高いといえる。

図表5-11 日本の保健・医療分野技術協力プロジェクトの分類別件数(2000～2007 年)



出所: みずほ情報総研「保健・医療分野 ODA 案件リスト」より作成。

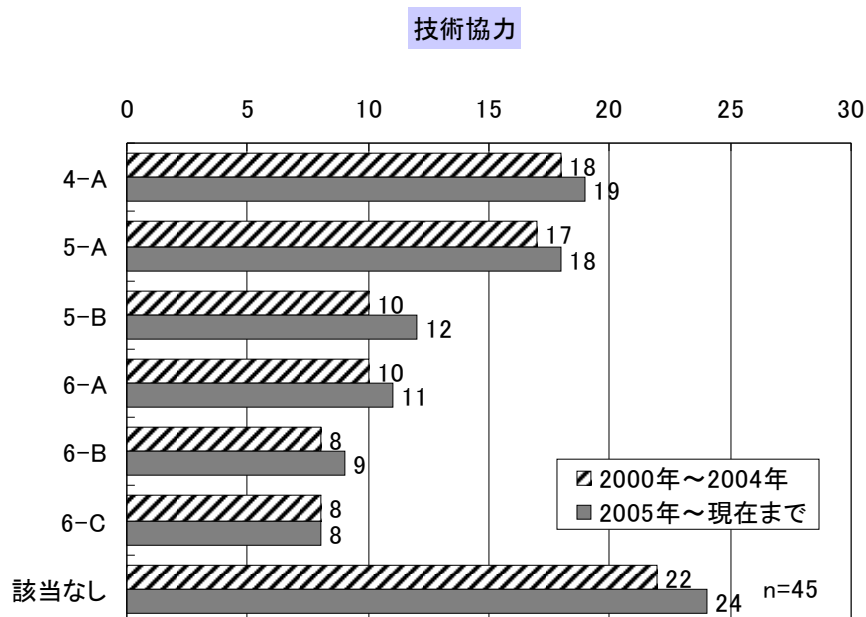
注: 「感染症」は、JICA 区分による「HIV/AIDS」「マラリア」「結核」及び「その他感染症」の合計。

図表5-12 日本の保健・医療分野技術協力の分類別件数(2000～2007 年度)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	総計
共通								3	3
保健医療システム		3		3	5	6	6	4	27
母子保健・リプロダクティブヘルス	3		1	5	10	7	9	2	37
HIV/AIDS	1			1	1	4	6	3	16
マラリア							1	1	2
結核	1		1		2		1		5
その他感染症	1	2	2	5	3	3	1	2	19
予防接種	1				1		3		5
その他保健・医療	6	2	2	16	19	8	1		54
総計	13	7	6	30	41	28	28	15	168

出所: みずほ情報総研「保健・医療分野 ODA 案件リスト」より作成。

図表5-13 MDGsの指標改善を目標に掲げた案件の実施状況(案件の開始時点別)



出所: JICA アンケート調査。

3. 各任国における保健・医療分野 ODA 案件の質的な変化についての認識

HDI の策定が二国間援助(ODA)インプットに与えた質的な変化を評価するため、在外公館アンケート及び JICA アンケートにて、各任国における日本の保健・医療分野 ODA のインプットの質的な変化に対する現場の認識を調査した。

まず、HDI 等のイニシアティブがインプットにもたらした影響については、「HDI 等のイニシアティブの存在によって、貴任国における保健・医療分野への ODA の投入は促進されていると思いますか」との問いに対し、「十分に促進されている」または「ある程度促進されている」⁴との回答は在外公館・JICA ともに 40% 台に留まっていることから、少なくとも現場での「イニシアティブのインパクト」の実感という意味では限定的であることがうかがえた(図表5-15参照)。

次に、2000 年以降の日本の各任国における保健・医療分野 ODA の変化について、HDI の具体的方針として記載されている項目(「人間の安全保障」及び「横断的取組」)に関する調査結果をみると、「『人間の安全保障』の視点を重視した取組の促進」については在外公館・JICA とも 8 割以上、「保健・医療分野の支援を補完する、分野横断的な日本の支援の促進」については在外公館・JICA とも 60% 強が「十分に促進されている」または「ある程度促進されている」と回答としている(図表5-16、17参照)。したがって、HDI が投入促進につながっているという直接的な実感が得られているかどうかは措くとしても、HDI がこれらの分野の案件採択において肯定的な役割を果たし、現場での実感につながってい

⁴ 任国において目標をすでに達成できている場合には、「促進」を「達成」を読み替えて回答いただいた。

る可能性は否定できない。

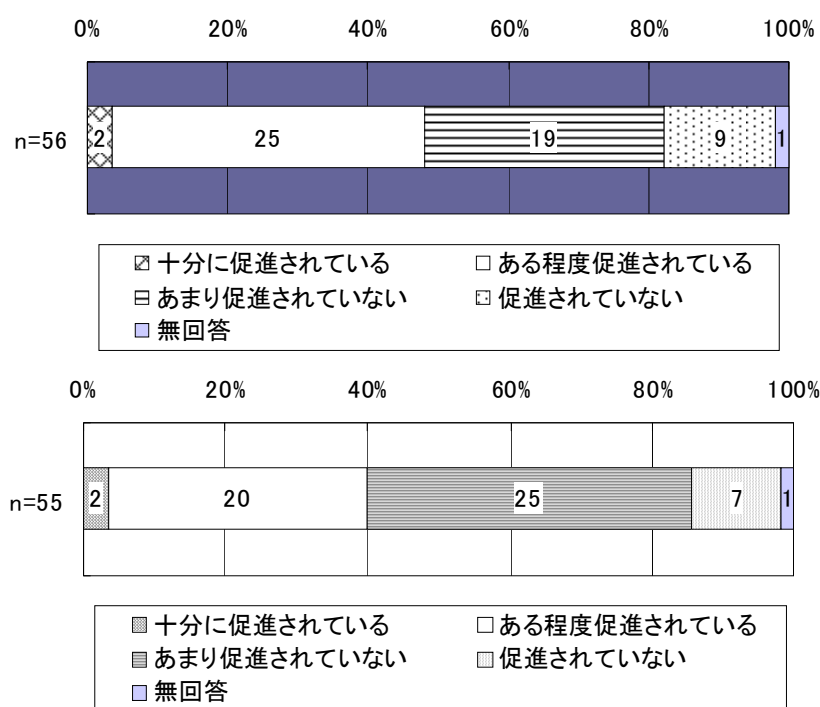
なお、「保健・医療分野の重点取組課題に向けた日本のODAの『選択と集中』の促進」、「被援助国の保健・医療分野の開発計画や戦略に沿った日本の支援の促進」の2点についても、在外公館・JICAともに「十分に促進されている」または「ある程度促進されている」との回答が8割以上を占めている(図表5-18、19参照)。

図表5-14 アンケート項目「日本の保健・医療分野 ODA の変化」における
インプットに関する設問及び選択肢

(1) 「保健と開発」に関するイニシアティブ等のイニシアティブの存在によって、貴任国における保健・医療分野へのODAの投入は促進されていると思いますか。	
(2) 2000年以降、貴任国において保健・医療分野の重点取組課題に向けた日本のODAの「選択と集中」は促進されていると思いますか。	
(3) 2000年以降、貴任国において保健サービスへのアクセスが十分でない地域等へ配慮した、「人間の安全保障」の視点を重視した取組は促進されていると思いますか。	
(4) 2000年以降、貴任国において保健・医療分野の支援を補完する、分野横断的な日本の支援は促進されていると思いますか。	
(5) 2000年以降、貴任国の保健・医療分野の開発計画や戦略に沿った日本の支援は促進されていると思いますか。	
(6) 2000年以降、貴任国において、現地固有の文化や伝統、生活習慣等へ配慮した日本の支援は促進されていると思いますか。	
☐ 1=十分に促進されている	☐ 2=ある程度促進されている
☐ 3=あまり促進されていない	☐ 4=促進されていない

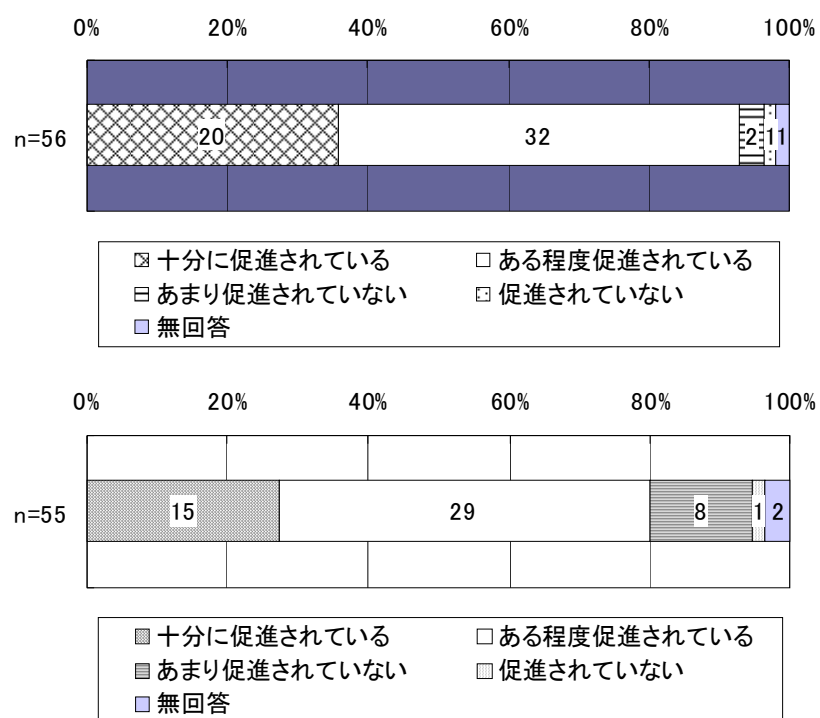
(注) 回答方法は四択一。

図表5－15 HDI 等のイニシアティブによる保健・医療分野への ODA の投入の促進
(上:在外公館、下:JICA)



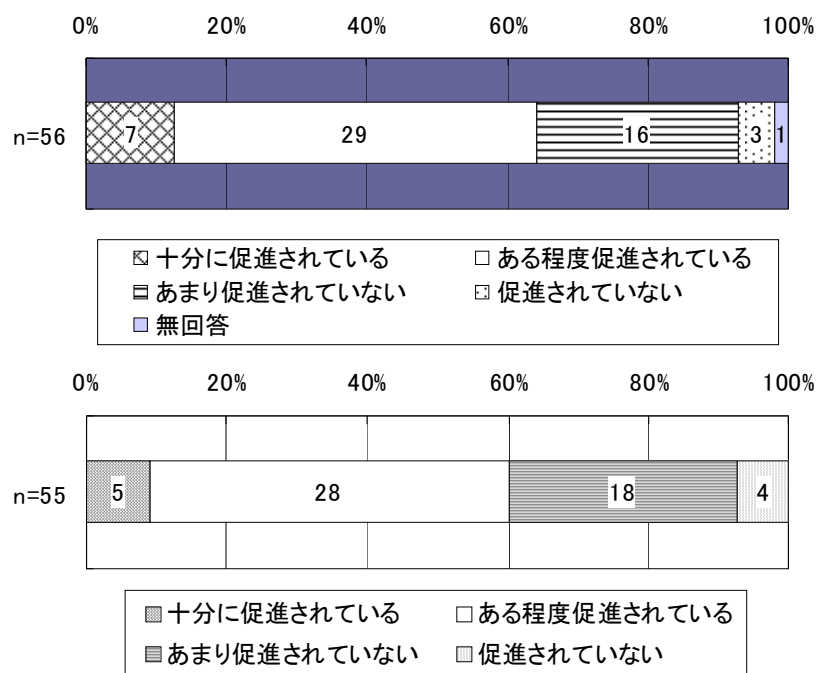
出所: 在外公館アンケート調査、JICA アンケート調査。

図表5－16 「人間の安全保障」の視点を重視した取組の促進(上:在外公館、下:JICA)



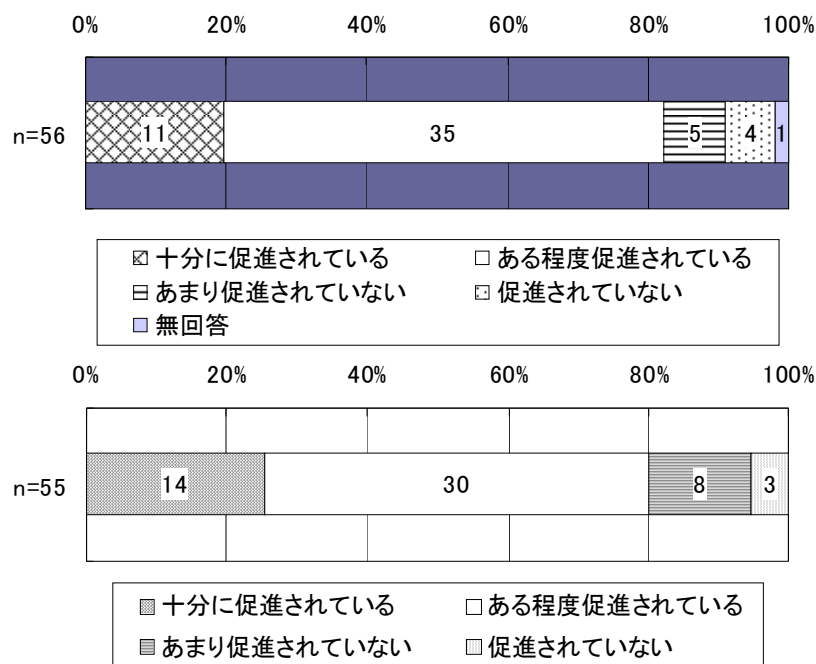
出所: 在外公館アンケート調査、JICA アンケート調査。

図表5－17 保健・医療分野の支援を補完する、分野横断的な日本の支援の促進
(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。

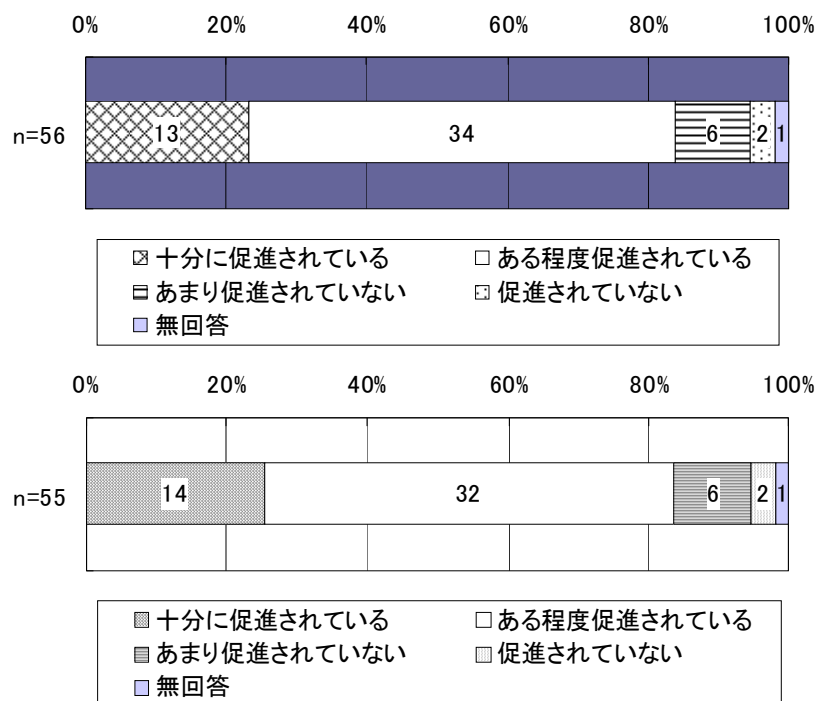
図表5－18 保健・医療分野の重点取組課題に向けた日本の ODA の「選択と集中」の促進
(上:在外公館、下:JICA)



出所:在外公館アンケート調査、JICA アンケート調査。

図表5－19 被援助国の保健・医療分野の開発計画や戦略に沿った日本の支援の促進

(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。

4. 二国間援助へのインプットの評価のまとめ

日本の保健・医療分野の二国間援助(ODA)金額を他ドナーと比較すると、2005～2006年にかけて順位を落とし、存在感がやや薄くなっている。減少幅をスキーム別にみると、大部分は有償資金協力の減少によるものではあるが、贈与(無償資金協力と技術協力の合計)も減少している。2006～2007年にかけては、保健・医療分野への投入金額・全ODAに占めるシェアともに増加に転じてはいるものの、他ドナーの金額と比較すると、2004年以前の地位を回復できるにはまだ至っていない。HDIで掲げた2010年までの残りの期間における保健・医療分野支援の強化に向け、今後も引き続き金額を増加させることが望ましい。その前提として、ODA予算の総額を増加させる必要があるといえよう。

地域別にみた投入金額の推移や、実施案件の内容については、保健・医療分野の各種イニシアティブとの整合性は高い。特にHDIの基本理念に掲げられている「人間の安全保障」の視点を重視した取組については、現場の実感としても、2000年以降「促進されている」との評価が高かった。

スキーム別にみると、日本は保健・医療分野においても、限定的ではあるが必要に応じた有償資金協力を活用することができていると考えられる。

5-1-3 多国間援助へのインプットの有効性

1. 世界基金を通じた支援

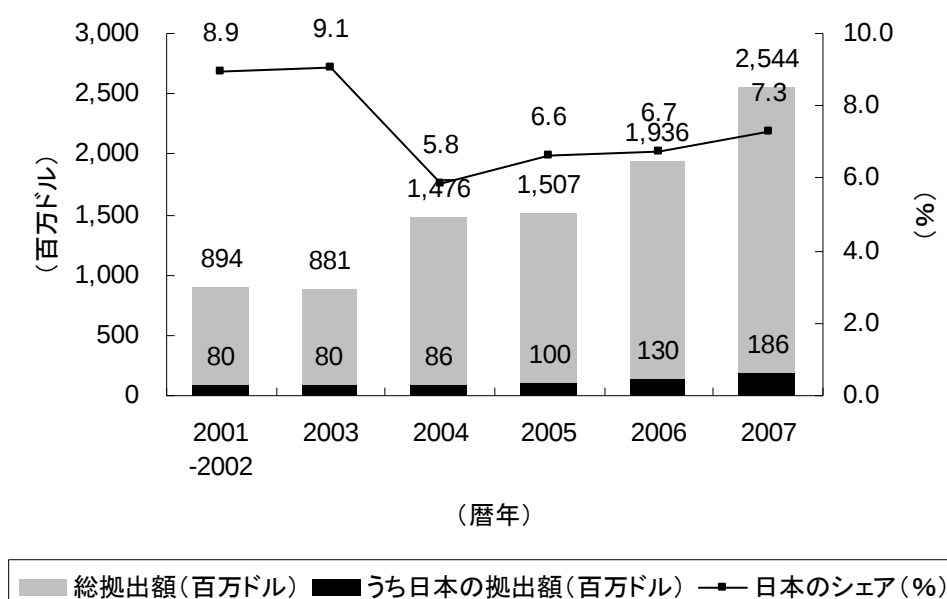
(1) 世界基金への拠出

日本が「生みの親」とされる世界基金への拠出金総額(全ドナーの拠出金額の合計)の推移をみると、誓約額・拠出額ともに、2004～2007 年にかけて一貫して増加している(図表5-20～23参照)。日本が設立を主導した基金が、全世界からますますの資金を引き付けることに成功している点は、評価に値すると考えられる。

次に、日本による拠出額の推移についても、一貫して増加している。また、総額に占めるシェアは、2004 年には一度低下したものの、2005～2007 年には3年連続で上昇している。

なお、日本の保健・医療分野への二国間援助(ODA)の贈与額と、世界基金への拠出額との関係をみると、2006 年には贈与額・世界基金への拠出の双方が拡大するなど、両者の間に明確な相殺関係は見出されない(図表5-24参照)。

図表5-20 日本の世界基金への拠出額(誓約額ベース)



出所: The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria (GFATM), *Pledges and Contributions* (<http://www.theglobalfund.org/documents/pledges&contributions.xls>) より作成。

図表5-21 諸外国の対世界基金拠出実績(誓約額ベース・2001～2007 年)

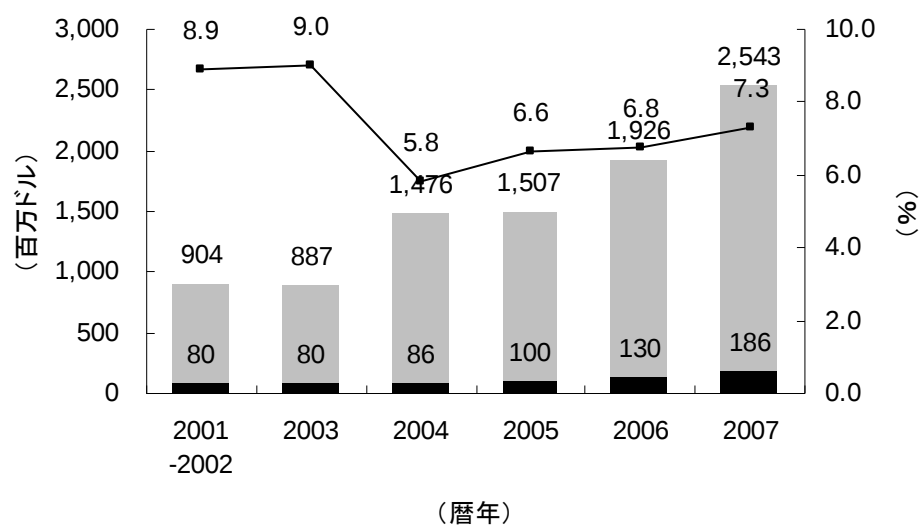
単位: 百万 USD

暦年	1 位	2 位	3 位	4 位	5 位	6 位～	日本	合計
01-02 (%)	米国 300.0 33.5	EC 137.1 15.3	イタリア 100.0 11.2	日本 80.0 8.9	英国 78.0 8.7	199.2 22.3	80.0 8.9	894.3 100.0
2003 (%)	米国 322.7 36.6	イタリア 100.0 11.3	日本 80.0 9.1	フランス 63.8 7.2	EC 50.4 5.7	264.3 30.0	80.0 9.1	881.2 100.0
2004 (%)	米国 458.9 31.1	EC 264.4 17.9	フランス 182.1 12.3	イタリア 121.0 8.2	日本 86.1 5.8	363.8 24.6	86.1 5.8	1476.3 100.0
2005 (%)	米国 414.0 27.5	フランス 181.0 12.0	英国 168.8 11.2	イタリア 124.4 8.3	カナダ 110.3 7.3	508.2 33.7	100.0 6.6	1,506.7 100.0
2006 (%)	米国 513.0 26.5	フランス 292.7 15.1	イタリア 180.4 9.3	日本 130.1 6.7	英国 125.6 6.5	693.8 35.8	130.1 6.7	1,935.6 100.0
2007 (%)	米国 679.4 26.7	フランス 424.9 16.7	英国 201.7 7.9	日本 186.0 7.3	イタリア 180.4 7.1	871.8 34.3	186.0 7.3	2,544.3 100.0

出所: GFATM, *Pledges and Contributions*

(<http://www.theglobalfund.org/documents/pledges&contributions.xls>) より作成。

図表5-22 世界基金への拠出額(拠出額ベース・2001～2007 年)



■ 総拠出額(百万ドル) ■ うち日本の拠出額(百万ドル) —■— 日本のシェア(%)

出所: GFATM, *Pledges and Contributions*

(<http://www.theglobalfund.org/documents/pledges&contributions.xls>) より作成。

図表5-23 諸外国の対世界基金拠出実績(拠出額ベース・2001～2007 年)

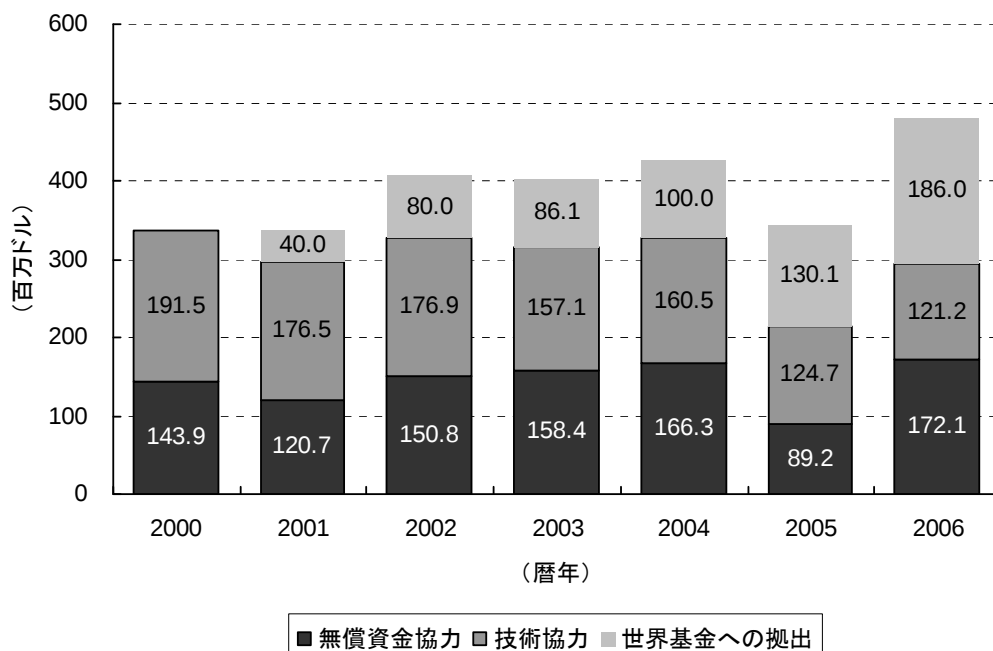
単位: 百万 USD

暦年	1 位	2 位	3 位	4 位	5 位	6 位～	日本	合計
01-02 (%)	米国 300.0 33.2	EC 137.1 15.2	イタリア 108.6 12.0	日本 80.4 8.9	英国 78.2 8.7	199.4 22.1	80.4 8.9	903.7 100.0
2003 (%)	米国 322.7 36.4	イタリア 106.5 12.0	日本 80.0 9.0	フランス 63.8 7.2	EC 50.4 5.7	263.2 29.7	80.0 9.0	886.6 100.0
2004 (%)	米国 458.9 31.1	EC 264.4 17.9	フランス 182.1 12.3	イタリア 121.0 8.2	日本 86.1 5.8	363.8 24.6	86.1 5.8	1476.3 100.0
2005 (%)	米国 414.0 27.5	フランス 181.0 12.0	英国 168.8 11.2	イタリア 124.4 8.3	カナダ 110.3 7.3	508.2 33.7	100.0 6.6	1,506.7 100.0
2006 (%)	米国 513.0 26.6	フランス 292.7 15.2	イタリア 180.4 9.4	日本 130.1 6.8	英国 125.6 6.5	683.8 35.5	130.1 6.8	1,925.6 100.0
2007 (%)	米国 679.4 26.7	フランス 424.9 16.7	英国 201.7 7.9	日本 186.0 7.3	イタリア 180.4 7.1	871.0 34.2	186.0 7.3	2,543.5 100.0

出所: GFATM, *Pledges and Contributions*

(<http://www.theglobalfund.org/documents/pledges&contributions.xls>) より作成。

図表5-24 日本の保健・医療分野における二国間 ODA(贈与) 及び
世界基金への拠出額の推移(誓約額ベース・2000～2006 年)



出所: 外務省『ODA 白書』(各年版)の図表「二国間 ODA 分野別配分」、及び GFATM, *Pledges and Contributions* (<http://www.theglobalfund.org/documents/pledges&contributions.xls>) より作成。

(2) 世界基金の活動の成果

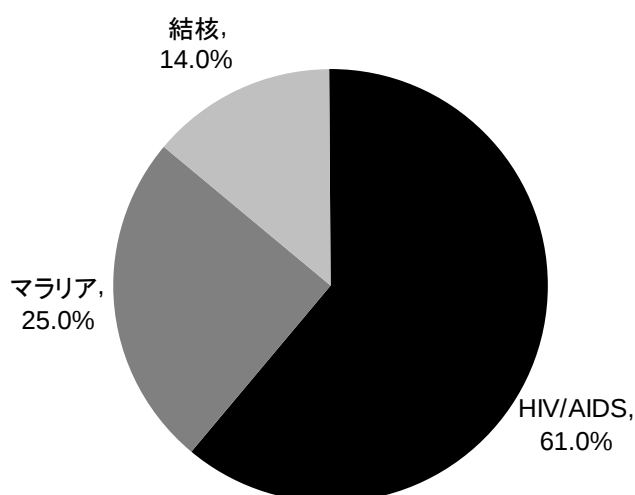
世界基金が行っている事業の内容を感染症別にみると、「HIV/AIDS」が約6割を占め、次いで「マラリア」(25%)、「結核」(14%)となっており、まさに日本の IDI を踏まえた内容といえる(図表5-25参照)。

世界基金による三大感染症への援助が全世界による援助総額に占める割合をみると、HIV/AIDS では 21%、マラリアと結核では 60%超となっており、その存在は世界的にみて大きい(図表5-26参照)。

なお、世界基金の支援の地域別の配分状況を見ると、サブサハラ・アフリカ諸国への援助が約60%を占めている(図表5-27参照)。

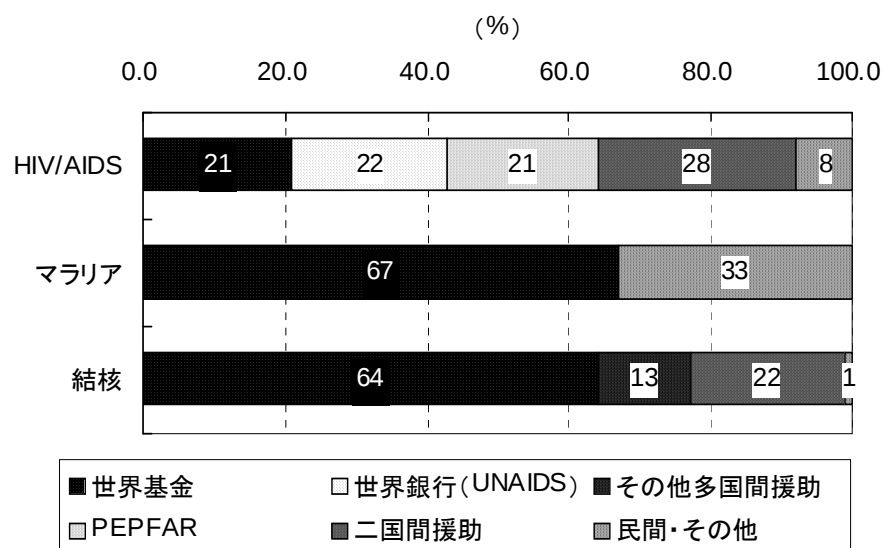
次に、世界基金の事業の成果(アウトプット)をみると、HIV/AIDS、マラリア、結核という3つの感染症に対し、2004～2007年にわたって目標を上回る成果をあげている(図表5-29、30参照)。

図表5-25 世界基金の資金の使途(感染症別、2008年4月現在)



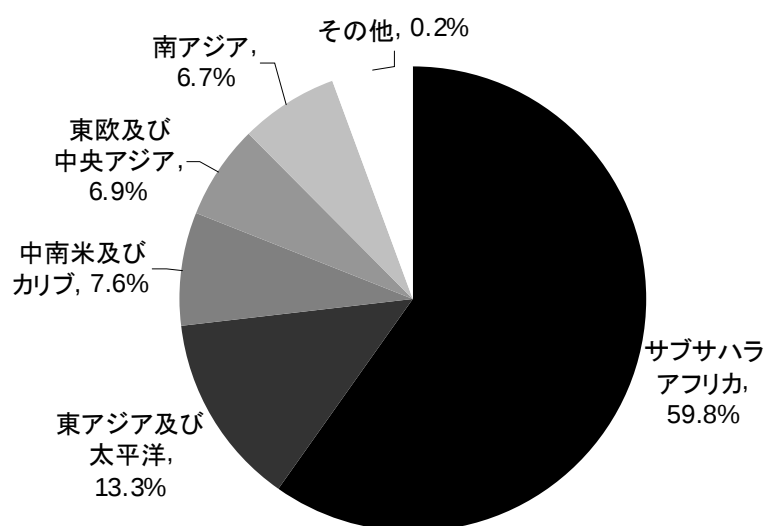
出所: GFATM, *Grant Portfolio* (<http://www.theglobalfund.org/en/portfolio/?lang=en>)より作成。

図表5－26 全世界の三大感染症への援助総額に占める世界基金の割合(感染症別)



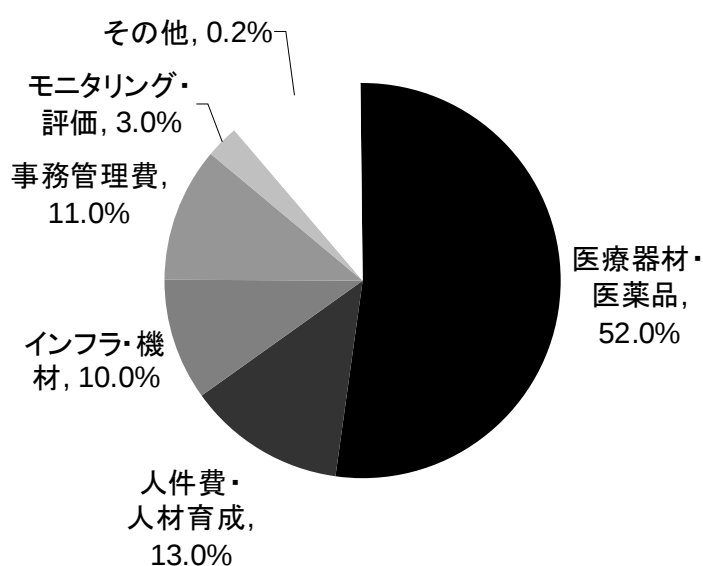
出所: 外務省国際協力局専門機関課 (2007)『世界エイズ・結核・マラリア対策基金に対する日本の取組～世界基金の活用を目指して～』より作成。

図表5－27 世界基金の資金(案件採択ベース・地域別・2009年2月現在)



出所: GFATM, *Grant Portfolio* (<http://www.theglobalfund.org/en/portfolio/?lang=en>)より作成。

図表5-28 世界基金の資金の使途(形態別、2008 年 4 月現在)



出所: GFATM, *Grant Portfolio* (<http://www.theglobalfund.org/en/portfolio/?lang=en>)より作

成。

図表5-29 世界基金の事業

感染症	事業の内容
HIV/AIDS	200 万人に対する抗レトロウイルス薬治療の実施(2008 年末) 6,200 万人に対する HIV 予防のための自発的カウンセリング・検査(VCT)サービス提供(2008 年末) 4 億 2,000 万個のコンドーム配布(2006 年央)
マラリア	7,000 万張りの殺虫剤浸漬蚊帳(ITNs: Insecticide Treated Nets)配布(2008 年末) 7,400 万人に対する多剤耐性マラリアのためのアルテシニン薬をベースとした併用療法(ACT)(2008 年末)
結核	460 万人への直接監視下短期化学療法(DOTS: Directly Observed Treatment, Short-course)治療の実施(2008 年末) 8,600 人に対する多剤耐性結核(MDR-TB)の治療
その他	250 万人以上を救命(2008 年末) 320 万人以上の孤児に対する医療サービス・教育・ケアの提供(2008 年末) 9,100 万人に対する地域社会の教育活動(2008 年末) 860 万人の三大感染症対策の人材育成(2008 年末)

出所: GFATM, *Grant Portfolio* (<http://www.theglobalfund.org/en/portfolio/?lang=en>)、及び 外務省国際協力局専門機関課 (2009)「世界エイズ・結核・マラリア対策基金」より作成。

図表5－30 世界基金の主な目標と実績(2004-2007 年)

感染症	対策		2004	2005	2006	2007	2008
HIV/AIDS	ARV 薬による治療(人)	目標	125,000	350,000	600,000	875,000	1,200,000
		達成	130,000	384,000	770,000	1,400,000	2,000,000
結核	DOTS 治療(人)	目標	300,000	700,000	1,200,000	1,800,000	2,600,000
		達成	385,000	1,000,000	2,000,000	3,300,000	4,600,000
マラリア	蚊帳配布(張)	目標	2,000,000	5,000,000	15,000,000	30,000,000	60,000,000
		達成	1,350,000	7,700,000	18,000,000	46,000,000	70,000,000

出所: GFATM, *Grant Portfolio* (<http://www.theglobalfund.org/en/portfolio/?lang=en>)、及び 外務省国際協力局専門機関課 (2009)「世界エイズ・結核・マラリア対策基金」より作成。

(3) まとめ

日本は近年、世界基金への拠出額及び全体に占めるシェアを順調に伸ばしてきており、世界基金を通じた支援に対し積極的に取り組んでいると評価できる。また、世界基金は毎年、全世界からますます多くの拠出金を収集し、目標以上の成果を挙げ続けている。このような世界基金の設立を日本が主導したという点は、評価に値すると考えられる。

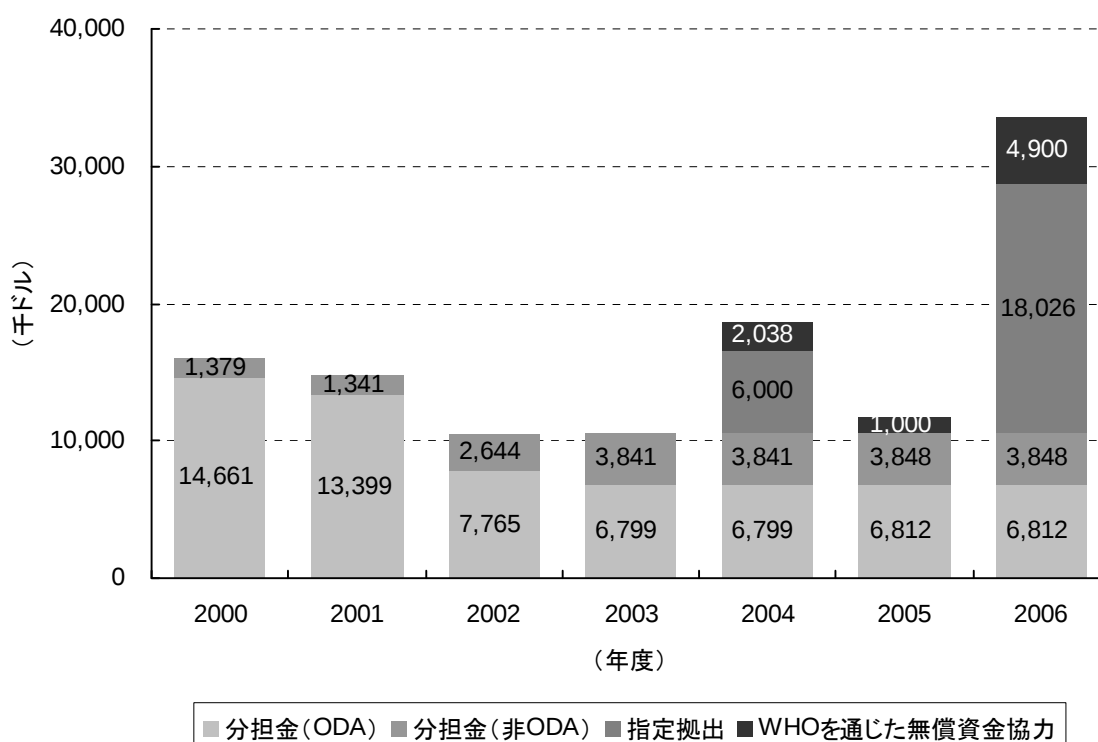
なお、日本の二国間援助(ODA)における贈与金額と、世界基金への拠出金額の間には、明確な相殺関係は見出されておらず、一方から他方への置き換えが起こっているとは必ずしも言えない。

2. WHO を通じた支援

WHO を通じた日本の支援については、「指定拠出」及び「WHO を通じた無償資金協力」を評価対象とした。

日本は WHO を通じて、紛争や自然災害に起因する緊急支援を実施しており、その中には保健・医療分野の案件も含まれる（図表5－32、33）。緊急支援の必要性が生じた場合に、日本は積極的に取り組んできたと評価できる。なお、緊急支援のニーズは突発的に生じるものであるため、日本による貢献額の経年推移のパターンについては本稿では言及しない。

図表5－31 日本の WHO 向け拠出実績



出所：外務省『国際機関等への拠出金・出資金等に関する報告書』（各年度版）より作成。

注：分担金は本評価の対象ではないが、参考値として掲載。

図表5－32 日本による WHO への指定拠出一覧

年度	概要	拠出額 (千ドル)
2004	スマトラ沖大地震およびインド洋津波被害に関する WHO を経由した緊急人道支援	6,000
2006	鳥及び新型インフルエンザ対策のための WHO への拠出金	18,026

出所：外務省『国際機関等への拠出金・出資金等に関する報告書』（各年度版）。

図表5－33 日本による WHO を通じた無償資金協力一覧

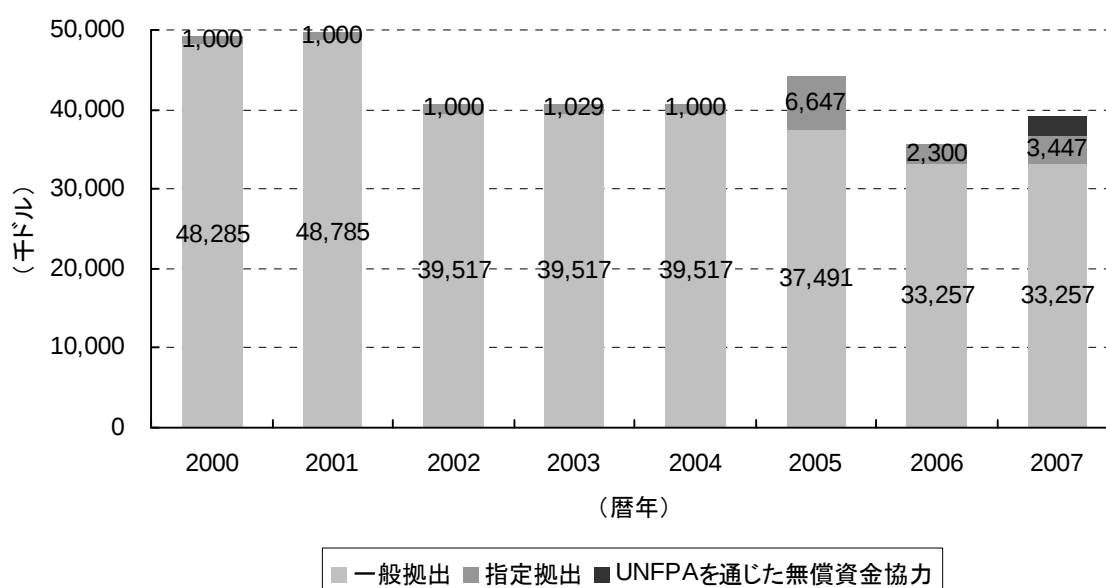
年度	概要	拠出額 (千ドル)
2004	緊急災害(WHO の「北朝鮮における郡レベルでの良質な基本的医療サービスへのアクセスの改善に係るプロジェクト」)に対する拠出	2,038
2005	パキスタンにおける大規模地震被害に対する WHO 経由の緊急無償資金協力(パキスタン等大地震被害に対する緊急支援)	1,000
2006	イラクに対する人道復興支援のための緊急無償資金協力	3,900
2006	レバノンに対する基礎的医薬品、医療関連機材支援	1,000

出所:外務省『国際機関等への拠出金・出資金等に関する報告書』(各年度版)。

3. UNFPA を通じた支援

UNFPA を通じた支援については、「指定拠出」、「UNFPA を通じた無償資金協力」、及び「マルチ・バイ協力」⁵を評価対象とした。

図表5－34 日本の UNFPA 向け拠出実績



出所:UNFPA(2001-2007) *Annual Report*

外務省『国際機関等への拠出金・出資金等に関する報告書』(各年度版)より作成。

注:「一般拠出」は本評価の対象ではないが、参考値として掲載。

⁵ 「マルチ・バイ協力」(マルチ・バイ方式による技術協力)とは、援助国が施策レベルのプログラムを定めた上で、プログラムを構成する開発途上国向け、技術協力事業の企画及び実施を国連機関に行わせることとし、そのための資金を任意に拠出するものであり、国際機関(マルチ)が援助国と受益国の二国間(バイ)に介在する協力形態をいう。日本は「技術協力事業におけるマルチ・バイ協力」として、UNFPA及びUNICEFと連携・協力の上、開発途上国の保健医療および人口・家族計画の状況改善と向上、並びにこれらの分野における自立を目的として、感染症予防ワクチン、コールド・チェーン機材、避妊具・避妊薬、簡易医療機材等の供与を通じ、開発途上国に対する支援を実施してきている。また、同スキームは、消耗品の供与が可能であり、複数年の供与をコミットできる点でも、それまでの二国間の無償資金協力と異なる良い点があるとされている。

(1) 指定拠出

日本は、UNFPA における用途を明示した信託基金への拠出として、2000 年に「インターカントリーな NGO 支援信託基金」を設置し、毎年 100 万ドルを拠出してきた。2005～2007 年には、その他の指定拠出も実施され、毎年の総額は 2 百万～6 百万ドル台に達している(図表5-34参照)。

指定拠出の主な用途については、2005 年にインド洋大津波の被災者支援を指定したもの、2006 年にパキスタン大地震の被災者支援を指定したものなどがある(図表5-35参照)。

2005 年には、日本政府は 2004 年末に起きたインド洋大津波被災地域支援のために 550 万ドルを拠出した。UNFPA は各国からの津波対策用の拠出金を「コモン・プールファンド」という基金にまとめており、日本からの 550 万ドルもこの基金に組み入れられた。日本政府による活動内容の指定は、「緊急産科ケアを含むリプロダクティブヘルスケア」と「被災者の心のケア」である。

2005 年 10 月、パキスタン側のカシミール地域で起きた地震被災地域支援のために、日本政府は 130 万ドルを拠出した。活動内容は、地震によって深刻な被害を受けたムザファラドとマンセラ地域において、「女性に対する心理社会的サービスの提供と衛生キットの配布」である。

なお、2004 年には、日本政府が「国連イラク信託基金」に拠出する資金の一部である 700 万ドルを、国連人口基金を実施機関と指定することによって、国連人口基金の緊急支援事業に拠出した。日本政府による活動支援の内容は、「イラクの女性たちの安全な出産・緊急産科ケアを支援するプロジェクト」である。

このように、日本は、特に母子保健・リプロダクティブヘルス分野において、二国間支援の形では実施が困難な支援や、緊急対応など迅速性を要する支援については、UNFPA を通じて積極的に展開してきているといえる。

図表5-35 日本による UNFPA への最近の指定拠出内訳一覧

年度	概要	拠出額 (千ドル)
2004	2004 スマトラ沖大地震およびインド洋津波被害に関する UNFPA を経由した支援	5,500
2005	パキスタンにおける大規模地震被害に対する UNFPA を経由した緊急人道支援 (補正予算)	1,300

出所:外務省『国際機関等への拠出金・出資金等に関する報告書』(各年度版)。

(2) 無償資金協力

日本は、2007 年に UNFPA 経由の無償資金協力を実施した。UNFPA の強みを生かしてリプロダクティブヘルスへの取組を強化するスキームであると考えられ、日本の新しい取組といえる(図表5-36参照)。

図表5-36 日本による UNFPA を通じた無償資金協力一覧

年度	概要	拠出額 (千ドル)
2007	パレスチナにおける母子保健医療を中心とする緊急医療計画	1,800
2007	ネパールにおける紛争後の女性への移動式保健キャンプによる緊急リプロダクティブヘルスケアの提供	400
2007	ブルンジ共和国における妊産婦支援	210

出所: 外務省『国際機関等への拠出金・出資金等に関する報告書』(各年度版)。

(3) マルチ・バイ協力

日本は、1994 年に UNFPA との間でマルチ・バイ協力を結び、1995 年以来同協力を実施している。「UNFPA と連携するマルチ・バイ協力は、避妊具(薬)などを含むリプロダクティブヘルス分野の現場ニーズの把握などで協調することを通じ、これまで比較的技術協力実績が少なかった、リプロダクティブヘルス分野における援助の質の向上と量の拡大に貢献が可能となる」点⁶において強みがあるとされている。

具体的には、二国間技術協力の一環として、UNFPA と協力しつつ、開発途上国の家族計画の向上と妊産婦・新生児の死亡率・疾病率の改善を目的として、「人口・家族計画特別機材供与」⁷を行っている。

これまでにアジア(インド、パキスタン、インドネシア、フィリピン、スリランカ、ベトナム、カンボジア、ラオス、ミャンマー、バングラデシュ)、アフリカ(モロッコ、セネガル、タンザニア、エチオピア、ガーナ、ザンビア)、中東(エジプト、トルコ)、中南米(ペルー、メキシコ、ボリビア)の 21 か国(2005 年度まで、総額約 17 億 713 万円相当)において協力を実施してきている。

(4) まとめ

日本は、2005 年に UNFPA への指定拠出金額を拡大し、2007 年には新たに UNFPA 経由の無償資金協力を実施した。さらに、UNFPA を通じたマルチ・バイ協力にも継続して取り組んでいる。以上のことから、日本は保健・医療分野支援における国際機関との

⁶ 外務省(2003)『技術協力事業におけるマルチ・バイ協力評価報告書』第4章より抜粋。

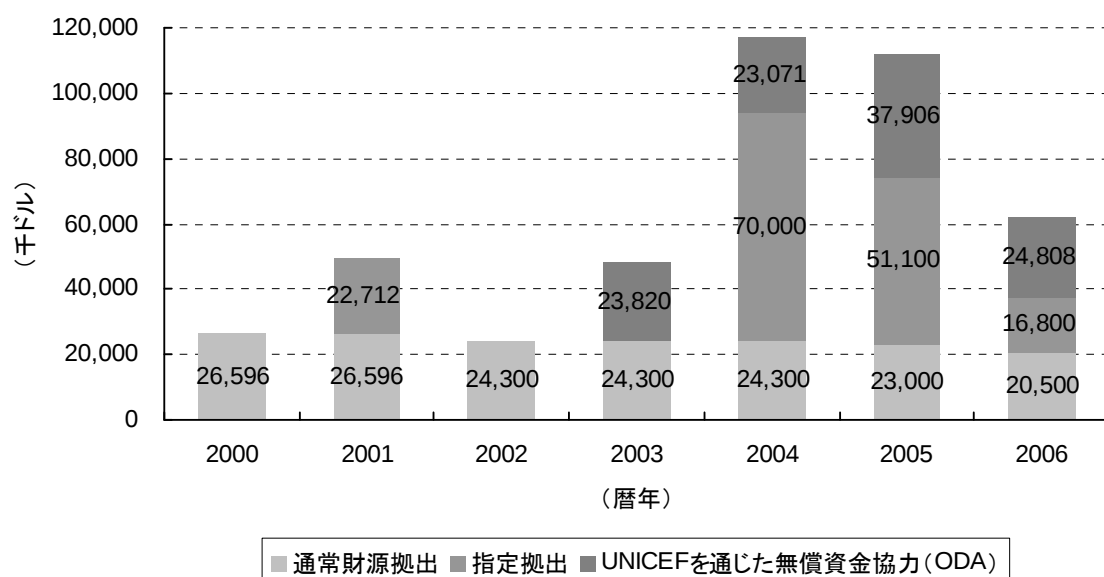
⁷ 日本は、1 か国 2,000 万円／年を目安に原則 4 年間、避妊具・避妊薬、母子保健推進のための簡易医療機材・必須医薬品、教育・啓蒙活動に必要な機材等の物資・機材供与を行う。UNFPA は、被援助国に対し、家族計画の定着、妊産婦・乳幼児死亡率の低下、人口増加率抑制のための助言や指導を行うとともに、日本が供与した資機材が有効活用されるように要請書作成から機材の引き取り、配布計画、維持管理にいたるまでの技術支援を行う。

連携の一環として、UNFPA を通じた支援に積極的に取り組んでいると評価できる。

4. UNICEF を通じた支援

UNICEF を通じた支援については、「指定拠出」、「UNICEF を通じた無償資金協力」及び「マルチ・バイ協力」を評価対象とした。

図表5-37 日本の UNICEF 向け拠出実績



出所: 外務省『国際機関等への拠出金・出資金等に関する報告書』(各年度版)より作成。
注: 「通常財源拠出」は本評価の対象ではないが、参考値として掲載。

(1) 指定拠出

日本は UNICEF への指定拠出を通じて、紛争や自然災害に起因する緊急支援を実施しており、その中には保健・医療分野の案件も含まれる(図表5-38、39参照)。緊急支援の必要性が生じた場合に依り、日本は積極的に取り組んできたと評価できる。なお、緊急支援のニーズは突発的に生じるものであるため、日本による貢献額の経年推移のパターンについては、本稿では論じない。

図表5-38 日本の UNICEF への指定拠出

年度	概要	拠出額 (千ドル)
2001	アフガニスタン難民避難民支援	22,712
2004	スマトラ沖大地震・インド洋津波被害に関する UNICEF を経由した緊急人道支援	70,000
2005	パキスタンにおける大規模地震被害に対する UNICEF を通じた緊急人道支援	2,000
2005	鳥及び新型インフルエンザに関する UNICEF を経由した支援	約 49,100
2006	鳥及び新型インフルエンザに関する UNICEF を経由した支援	13,000

出所: 外務省『国際機関等への拠出金・出資金等に関する報告書』(各年度版)。

(2) 無償資金協力

また、日本は UNICEF と協力して、感染症対策無償や子どもの福祉無償として小児感染症予防計画等の無償資金協力を実施している。近年の UNICEF を通じた無償資金協力は、一般プロジェクト無償だけでも年間約 50 億円～75 億円となっている。

図表5－39 日本による UNICEF を通じた無償資金協力一覧

年度	主な内訳	拠出額 (億円)
2003		98.85
	一般プロジェクト無償	69.81
	国連緊急統一アピール等を受けた緊急無償資金協力(イラク)	5.00
	初等教育再生計画に対する緊急無償資金協力(イラク)	12.54
	紛争被災地域の母子保健改善計画(スリランカ)	3.17
	児童兵の DDRR プロジェクト(リベリア)	4.44
	緒方イニシアティブ phase4(アフガニスタン)	3.89
2004		80.84
	一般プロジェクト無償計	53.57
	食糧・医薬品の供与(北朝鮮)	5.50
	洪水災害に対する支援(バングラデシュ)	1.02
	人道状況改善に係る支援(スーダン及びチャド)	3.85
	水と衛生・教育・保健サービス復旧支援(シエラレオネ)	16.90
	北部地域における水衛生・保健分野緊急支援(ルワンダ)	
	北部国内避難民支援計画(ウガンダ)	
2005		115.06
	一般プロジェクト無償	74.53
	ポリオ感染拡大防止のための支援(インドネシア)	1.93
	初等教育拡大計画(南部スーダン)	9.20
	パキスタン等大地震被害に対する緊急支援(パキスタン)	2.67
	平和構築のための教育、児童保護支援(コンゴ民)	11.71
	紛争後の初等教育支援(ブルンジ)	7.77
	元児童兵社会復帰・紛争後のコミュニティ支援(リベリア)	7.25
2006		84.34
	一般プロジェクト無償	55.66
	ダルフル地域における人道支援に対する緊急無償資金協力(スーダン)	5.48
	国内避難民に対する緊急無償資金協力(東ティモール)	1.66
	ポリオ予防接種実施に対する緊急無償資金協力(ミャンマー)	0.28
	人道支援に対する緊急無償資金協力(レバノン)	1.11
	紛争後の児童保護と教育(リベリア)	2.50
	帰還民児童のための緊急人道支援(ウガンダ北部)	2.22
	保健・水・衛生事業(ブルンジ北東部)	2.74
	人道復興支援のための緊急無償資金協力(イラク)	7.77
	元児童兵の社会復帰支援(ネパール)	3.30
	児童及び女性に対する緊急保健事業(ネパール)	1.62

出所：外務省国際協力局無償資金・技術協力課提供資料。

(3) マルチ・バイ協力

日本は1989年以来、UNICEFとのマルチ・バイ協力を実施してきている。同スキームには、「UNICEF・・・(中略)・・・と連携することによって、UNICEF・・・(中略)・・・の長年の活動によって確立された予防接種の総合的なシステム(計画策定、調達、ワクチン配布、予防接種・投与の実施、監理体制)を活用し、かつ実質的には UNICEF・・・(中略)・・・との連携による現地での支援体制が可能となる」点⁸において強みがあるとされている。

同スキームによる協力においては、日本は主に開発途上国における予防接種拡大計画(EPI: Expanded Program on Immunization)、とりわけポリオ根絶に対して、ワクチンやコールド・チェーン機材等の支援を行ってきた。この結果、2000年10月には西太平洋地域におけるポリオ根絶宣言がなされた。しかしながら、南西アジア、アフリカを中心に未だ多数の患者が発見されている⁹。

日本としては全世界からのポリオ撲滅まで、援助を続けていく所存であり、UNICEFとの間に1988年から東京(外務省)とニューヨーク(UNICEF)と交互に定期協議を開催し、供与対処国の選定等について意見交換を行っている¹⁰。

2006年度におけるUNICEFとのマルチ・バイ協力の実績は約6億3,950万円となっている¹¹。

- 予防接種拡大計画(EPI): 約3億600万円
- ポリオ根絶: 約8,490万円
- 母と子どもの健康対策特別機材: 約2億4,860万円

ポリオについては、中国、ベトナム、ミャンマー、ネパール、イエメン、タンザニア、ケニア、中央アフリカ、カメルーン、セネガル、ニジェール、ウズベキスタンなどに対し援助を行っている。

(4) まとめ

日本は、UNICEFを経由した無償資金協力等にも積極的に取り組んでおり、必要性が生じた場合には指定拠出からの人道支援や緊急無償資金協力によって支援を行っている。また、UNICEFを通じたマルチ・バイ協力にも長年継続的に取り組んでいる。以上のことから、日本は保健・医療分野支援における国際機関との連携の一環として、UNICEFを通じた支援に積極的に取り組んでいると評価できる。

⁸ 外務省(2003)『技術協力事業におけるマルチ・バイ協力評価』第4章より抜粋。

⁹ 外務省『2007年度版 ODA 白書』より。

¹⁰ Ibid.

¹¹ 外務省国際協力局無償資金・技術協力課提供資料。

5. 世界銀行を通じた支援

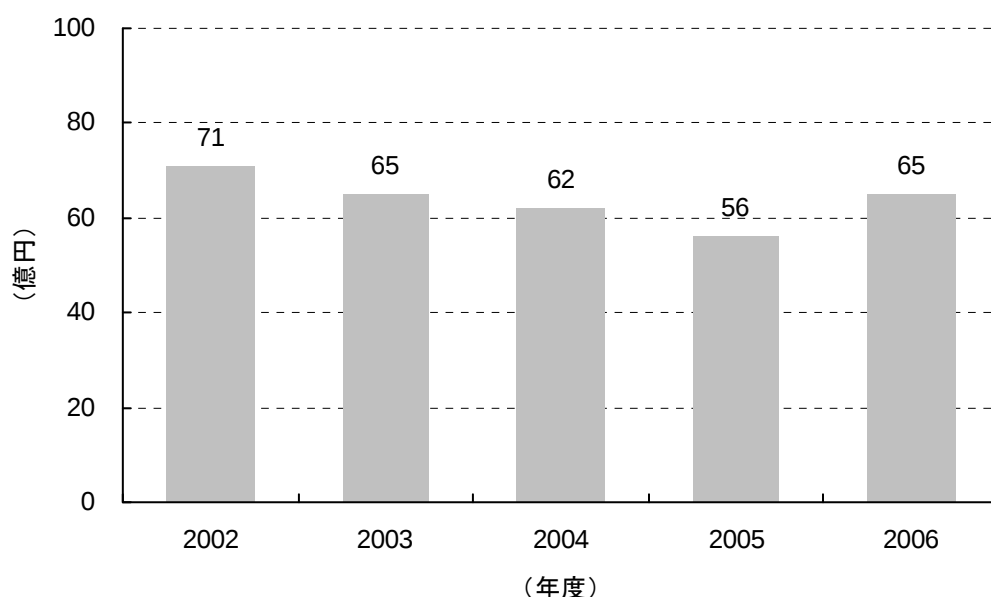
(1) 日本社会開発基金の設置

JSDF は、世界的な金融・経済危機の影響を受けた世界銀行グループに加盟している開発途上国の貧困対策を支援することを目的として、日本からの資金拠出により、2000 年 6 月に世界銀行に創設されたものである。本基金は、貧困層に対する基本的社会サービスの提供、貧困削減のための革新的なアプローチをとりいれたパイロットプロジェクト、地域コミュニティ及び NGO の能力強化をグラントベースで支援するものであり、世界銀行によって運営・管理される。

(2) 日本の JSDF への拠出実績

日本の JSDF への拠出金額は、2002～2006 年にかけて 56～71 億円の範囲で安定した拠出がなされている(図表5-40参照)。

図表5-40 日本の JSDF への拠出実績(2001～2006 年度)



出所:外務省『ODA 白書』(各年版)より作成。

(3) 実施案件の適切性

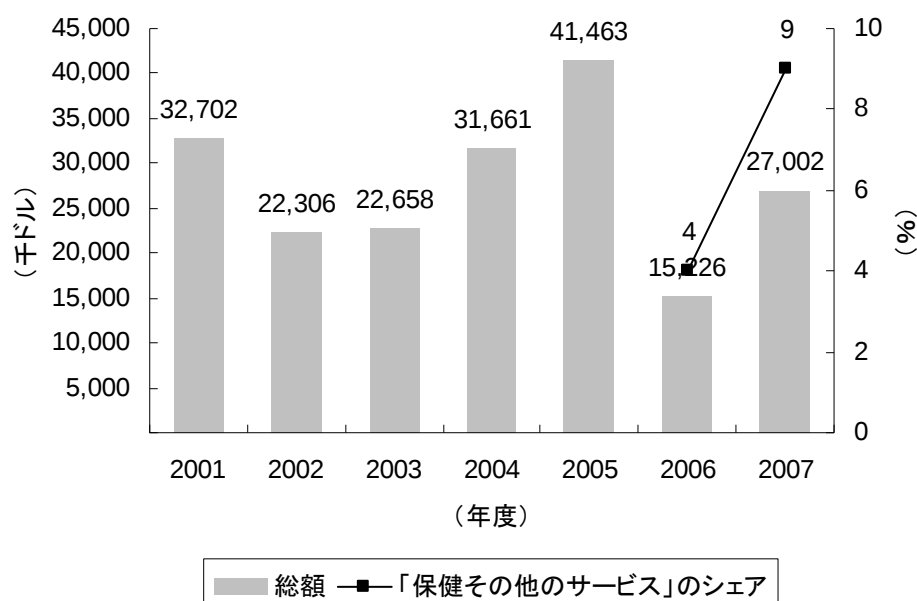
JSDF は、アジアを中心に、世界各地の低中所得国を対象としている。JSDF が拠出する案件は、途上国政府の貧困削減戦略文書(PRSP: Poverty Reduction Strategy Paper)および世界銀行の国別援助戦略(CAS: Country Assistance Strategy)との整合性があること、準備中の世界銀行の案件のパイロット事業または、進行中の世界銀行の案件の補足事業としての性格を持つことが求められる。また、社会開発という課題にこれまでにない革新的なアプローチを採用したもの、地域団体との協議の後進められる「需要牽引型(demand driven)」のプロポーザル、さらには、社会開発活動を効果的に

実施できる現地 NGO や国際 NGO などの市民社会と多くの面で協力することを意図したものを優先的に検討している¹²。

通常プログラム・グラントのセクター別配分では、「保健その他のサービス」が2006年度は4%、2007年度は9%となっている（図表5－41参照）。また、各種「マルチ・セクター」分野が占める割合も多く、分野横断的取組として有効に機能していると考えられる（図表5－43参照）。

実際、案件の内容に鑑み保健・医療分野での取組を含んでいる案件を抽出したところ、「貧困削減」「ジェンダー」等と組合されたものも少なくない（図表5－44参照）。したがって、HDI が定める具体的取組の1つ「(2)保健医療分野の支援を補完する関連分野の支援及び横断的取組」及び国際機関との連携の視点から、妥当性が高い取組が実施されていると考えられる。

図表5－41 JSDF の通常プログラム・グラントの金額と保健関連分野のシェア
(2001～2007 年度)

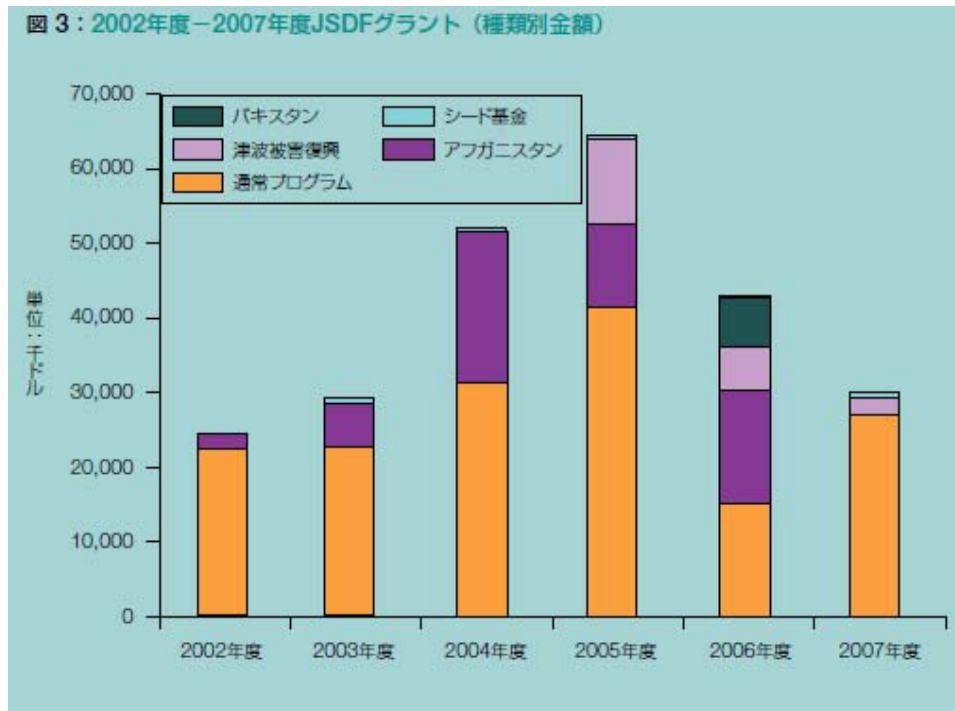


出所:世界銀行『日本社会開発基金(JSDF)年次報告書』(各年度版)より作成。

注:2005年以前の「保健その他のサービス」のシェアは、セクターのカテゴリ区分が異なっているため不明である。

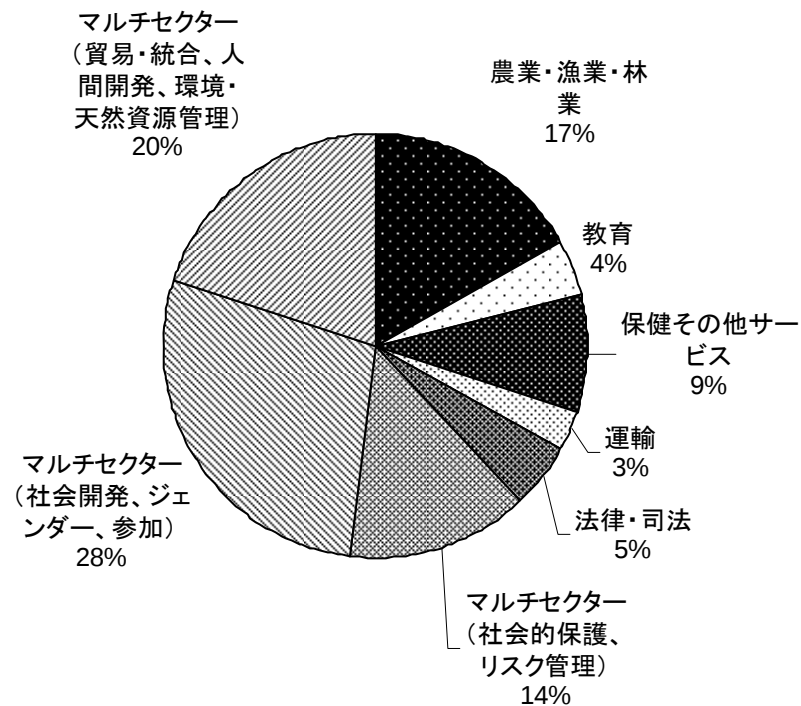
¹²世界銀行『日本社会開発基金(JSDF)年次報告書』(各年度版)。

図表5-42 JSDF の種類別グラント金額(2002-2007 年度)



出所:世界銀行『日本社会開発基金(JSDF)年次報告書』(2007 年度版)より抜粋。

図表5-43 JSDF の通常プログラム・グラントのセクター別金額(2007 年度)



出所:世界銀行『日本社会開発基金(JSDF)年次報告書』(2007 年度版)より作成。

図表5－44 JSDF における保健・医療分野案件(2001-2007 年度)

年度	国	件名	金額 (千ドル)
2001	中国	農村の貧困者によるヘルスケアへのアクセス向上	400
	ベトナム	北部山岳地帯の貧困削減プロジェクトの共同体パイロット・プログラム	1,395
	カンボジア	HIV / エイズ予防・介護における NGO 参加強化	412
	サモア	保健改革中の貧困者および弱者グループの保護	338
	中央アフリカ共和国	コミュニティの HIV/エイズ戦略の強化	630
2002	ラオス	辺境高地分水界の地域社会のエンパワーメント	737
2003	ベトナム	幼児期発育プロジェクト	1,911
	インドネシア	貧しいコミュニティにおける HIV / エイズとの闘い	44
	アフガニスタン	NGO 保健セクター緊急復興・開発プロジェクト	500
2004	東アジア地域	SARS の予防と抑制	3,000
	中国	HIV/エイズ/性感染症(STD) 予防のための NGO のキャパシティ・ビルディング	721
	ナイジェリア	性教育および経済的エンパワーメントのための女性のイニシアティブ	1,500
	ギニア	過去の成功に基づいて: オンコセルカ(回旋糸状虫症)と性と生殖に関する健康を関連づける。	49
	エチオピア	IMT(内膜中膜複合体厚)の瘻孔予防と農村コミュニティ参加: エチオピアにおける健康増進のためにコミュニティをエンパワーメントする上での交通の役割	50
2005	エチオピア	エネルギー・ジェンダー・貧困緩和: 薪運びの女性のために	1,957
	セネガル	石鹼での手洗い促進のための官民パートナーシップ(PPPHW)	726
	アフリカ	若者の HIV 予防のための国際的 HIV/エイズ・プログラム(MAP)資金を効果的に使うための CSO の能力強化 HIV	50
	ケニア	伝統的医療と近代的医療統合のための農村消費者の能力育成	47
2006	エチオピア	保健サービスへの緊急アクセスの促進	1,542
	ギニア	性と生殖に関する健康とオンコセルカ症プログラムの統合	547
	ホンジュラス	子供と若者のイノベーション基金	2,000
	マラウイ	保健セクターにおける説明責任奨励の手段としての語り聞かせ	46
	パキスタン	障害がある人々のコミュニティ・ベースのリハビリテーション	1,684
	パキスタン	一次医療の再活性化と改善	3,000
	ソマリア	プントランドの一次医療サービス	525
2007	モザンビーク	貧困層への保健サービス提供における革新的アプローチの試行	1,150

出所: 世界銀行『日本社会開発基金(JSDF) 年次報告書』(各年度版)。

6. ADB を通じた支援

(1) 貧困削減日本基金（JFPR）の設置

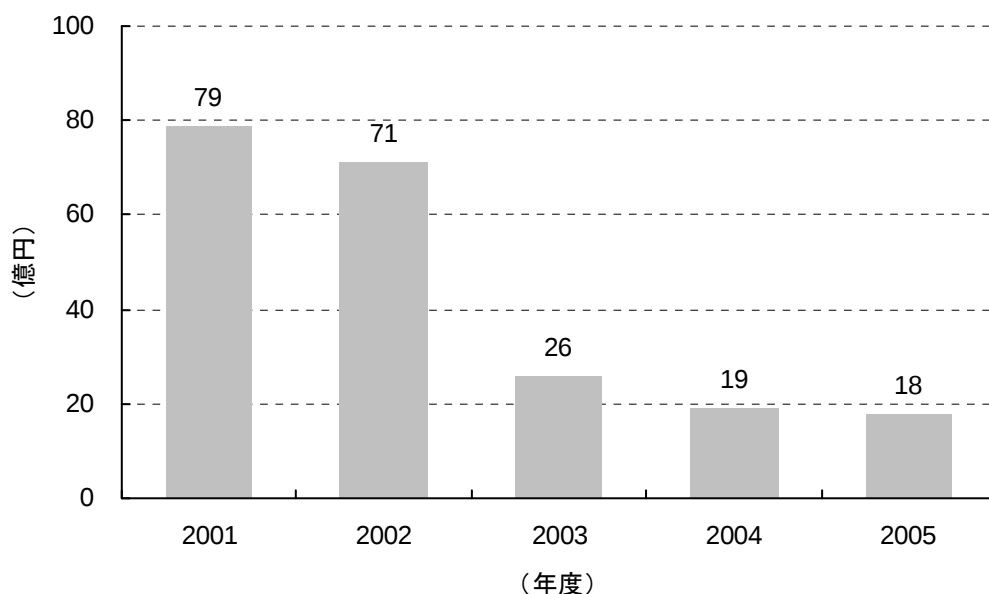
JFPR は、ADB 開発途上加盟国（DMCs: developing member countries）における貧困対策を支援することを目的として、日本からの資金拠出により、2000 年 5 月に ADB に創設されたものである。本基金は、ADB の貧困削減への取組を側面から支援するものであり、同資金は ADB により運営・管理される。JFPR には、次の 4 つの目的がある。

- 貧困層および社会的弱者に直接的な効果をもたらす貧困削減・社会開発活動の支援
- 貧困層の自助能力の促進セクター金額
- 地域社会レベルにおける利害関係者の広範な参加の促進
- 持続的貧困削減に向けた DMCs の活動や取り組みへの機能的な支援

(2) 日本の JFPR への拠出金額

日本の JFPR への拠出金額は、2002～2003 年にかけて大きく減少し、2004～2005 年は横ばいとなっている（図表5－45参照）。

図表5－45 日本の JFPR への拠出実績（2001～2005 年度）



出所：外務省『ODA 白書』（各年版）より作成。

(3) 実施案件の適切性

2007 年末時点で、日本政府は合計 103 件の JFPR 無償供与(274.5 百万ドル相当)の申請を承認し、うち 103 件(266.3 百万ドル)が ADB により承認されている。

事務局にて分野別の集計を実施したところ、保健・医療関連分野の案件がうち 11 件を数えており、うち 7 件は貧困層や不利な境遇下にある人々を明確な対象としている(図表5-46参照)。したがって、HDI が定める具体的取組の 1 つ「(2)保健医療分野の支援を補完する関連分野の支援及び横断的取組」及び国際機関との連携の視点から、妥当性が高い取組が実施されていると考えられる。

図表5-46 承認済み JFPR の保健・医療分野申請案件(2001-2007 年)

対象国・地域	承認済み JFPR の申請案件	金額 (百万ドル)
アフガニスタン	貧困層のための初期医療パートナーシップ	3.00
カンボジア	貧困者に対する医療費融資	1.85
インドネシア	ナングロ・アチェ・ダルサラーム州における地域医療保健イニシアティブの支援	2.00
キルギス	新生児死亡率の引下げ	1.00
モンゴル	妊産婦死亡率の削減	1.00
モンゴル	ウランバートルにおいて不利な境遇下にある人々のための保健サービスへのアクセス改善	2.00
ネパール	貧困層のための医療へのアクセス改善	3.40
ベトナム	貧困地域において栄養失調になりやすい生後 6 カ月から 24 カ月の乳幼児に対する栄養食品の供給	1.99
ベトナム	貧困層と脆弱な子どもに対するビタミン A 摂取の改善および寄生虫駆除	1.00
地域(注 1)	HIV/AIDS 予防のためのコミュニティ活動	8.00
地域(注 2)	貧困母子家庭のための栄養改善	6.85
保健・医療関連分野合計	11 件	32.9
全体合計	103 件	266.3

出所: ADB(2007), *Asian Development Bank & Japan: A Fact Sheet*.

注 1: カンボジア、ラオス、ベトナム。

注 2: アゼルバイジャン、カザフスタン、キルギス、モンゴル、タジキスタン、ウズベキスタン。

7. 多国間援助のインプットへの評価のまとめ

世界基金は年を追うごとに各ドナーからますますの資金を集めることに成功しており、目標の達成状況も順調である。その設立を日本が主導した意義は大きい。また、世界基金への拠出に対しても、日本はますます積極的に取り組んでいる。

WHO、UNFPA、UNICEF等の国際機関を通じた支援については、緊急支援や、日本が直接支援の対象としづらい地域への支援の必要が生じた場合には、国際機関との連携により支援の展開を図ることができている。また、マルチ・バイ協力を通じて、国際機関の強みを活用しつつ日本の重点支援分野や重点支援国に対して効率的に支援を行っている点も評価できる。

さらに、世界銀行・ADBに2000年に設置した基金を通じて日本が実施している案件については、HDIが定める具体的取組の1つ「(2)保健医療分野の支援を補完する関連分野の支援及び横断的取組」及び国際機関との連携の視点から、妥当性が高いと考えられる。

5-1-4 インプットからみた有効性のまとめ

日本の保健・医療分野の二国間援助(ODA)については、投入金額の推移を他ドナーと比較すると、2005～2006年にかけて順位を落としている。2006～2007年は、金額・全ODAに占めるシェアともに増加に転じてはいるものの、他ドナーの金額と比較すると、2004年以前の地位を回復できるにはまだ至っていない。今後とも引き続き金額を増加させることが望ましい。その前提として、ODA予算の総額を増加させる必要があるといえよう。

日本の保健・医療分野の多国間援助(ODA)については、とりわけ世界基金を通じた支援がインプットのみならずアウトプットの観点からも成功している。世界基金は年を追うごとに各ドナーからますますの資金を集めることに成功しており、目標の達成状況も順調である。その設立を日本が主導した意義は大きい。また、世界基金への拠出に対しても、日本はますます積極的に取り組んでいる。

また日本は、緊急支援の必要性等が生じた際には、WHO、UNICEF、UNFPA等の国際機関を通じた援助という形で積極的な取組展開している。

加えて、日本は世界銀行・ADBに設置している基金を通じ、貧困削減など社会開発における分野横断的な支援も積極的に行っており、これら基金を設置したことは評価に値する。また、HDIが定める具体的取組の1つである「(2)保健・医療分野の支援を補完する関連分野の支援及び横断的取組」及び国際機関との連携の視点からも、妥当性が高いと考えられる。

5-2 アウトカムからみた有効性

5-2-1 評価の概要

以下では、2005年に発表されたHDIならびにその下で行われた日本の保健・医療分野ODA活動がアウトカムに与えた影響を評価する。

アウトカムの評価に際しては、本来であれば、保健・医療分野におけるアウトカムのうち厳密に日本の支援成果に関する部分を評価対象とすることが望ましい。しかし、保健・医療分野のアウトカムに対しては、日本のODA投入以外にも、受入国政府、他ドナー、民間部門、NGOが行った投入、さらにはその他のさまざまな外生的な要因も影響を及ぼしていることから、日本の支援成果のみを評価することは困難である。

以上に留意した上で、本評価調査では、開発援助の国際的な共通目標である保健関連MDGsの改善状況をアウトカムに対する評価基準とする。

MDGs指標の改善状況をみることは、2015年のMDGs達成期限に向け今後日本が保健・医療分野支援の中で重点を置くべきサブテーマ・地域に関する示唆を得る上でも、有益であると考えられる。

1. 評価基準

評価基準となる指標として、図表5-47の分類に当てはまるMDGs指標を選定した。

指標の選定に当たっては、保健関連MDGsの目標(目標4~6)の下に定められた各目標(合計3件)から、データの整備状況が比較的良好なものを1指標ずつ抽出した。

ただし、HIV/AIDSに関する指標(「ターゲット6-A」および「ターゲット6-B」と、マラリアに関する指標(「ターゲット6-C」の一部)については、各国のデータが著しく不足しているため、MDGs以外の指標の類似指標を分析に用いた。具体的には、HIV/AIDSについては、国連合同エイズ計画(UNAIDS: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS)による「成人のHIV感染率(Adult (15-49) HIV prevalence percent by country, 1990-2007)」、またマラリアについてはWHOの「マラリア発症報告件数(Reported malaria cases, 1990-2007)」を用いた。

2. 評価の内容と方法

集計対象国は、外務省『2007年度版ODA国別データブック』掲載国とした。評価に当たっては、各国の各指標について、2000年までの最新の値と、2005~2007年における最新の値とを二次データを基に比較し、各指標の変化について「改善」「横ばい」「悪化」の3カテゴリに分類した。また、各MDGs指標の2000年当時の値や、その後の改善状況は、地域によって差があるため、集計は地域別に行った。

図表5-47 保健関連 MDGs の目標、ターゲットおよび指標一覧

目標	ターゲット	指標	評価対象 該当
Goal4 乳幼児死亡率の削減 Reduce child mortality	ターゲット 4-A 1990 年と比較して 5 歳未満児の死亡率を 2015 年までに 3 分の 1 に削減させる。	1) 5 歳未満の幼児の死亡率	○
		2) 1 歳未満の乳児の死亡率	
		3) 1 歳児のはしかの予防接種率	
Goal5 妊産婦の健康の改善 Improve maternal health	ターゲット 5-A 1990 年と比較して妊産婦の死亡率を 2015 年までに 4 分の 1 に削減させる。	1) 妊産婦死亡率	
		2) 医療従事者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。	1) 15-49 歳の既婚女性の避妊実行率	
		2) 15-19 歳の女性による出産数	○
Goal6 HIV/エイズ、マラリア、 その他の疾病の 蔓延防止 Combat HIV/AIDS, malaria and other diseases	ターゲット 6-A HIV/エイズのまん延を 2015 年までに阻止し、その後減少させる。	3) 産前健診回数(最低 1 回・4 回)	
		4) 15-49 歳の既婚女性のうち、家族計画の必要性が満たされていない者の割合	
		1) 15-24 歳の HIV 比率	(注 1)
		2) コンドームの使用率	
		3) 直近のハイリスク・セックスにおけるコンドーム使用率	
		4) 15-24 歳の人口のうち HIV/AIDS について包括的な知識のある人の割合	
	ターゲット 6-B 2010 年までに HIV/エイズの治療への普遍的アクセスを実現する。	5) 15-49 歳の既婚などで避妊している女性のうち男性用または女性用のコンドームを使っている率	
		6) 10-14 歳の登校児童のうち、孤児対非孤児の割合	
	ターゲット 6-C マラリアおよびその他の主要な疾病のまん延を 2015 年までに阻止し、その後減少させる。	1) 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を受けている者の割合	(注 2)
		1) 人口 10 万人当たりマラリア感染者数	
		2) 人口 10 万人当たりマラリアによる死亡者数(全年齢)	
		3) 人口 10 万人当たりマラリアによる死亡者数(0-4 歳)	
		4) 殺虫剤処理済みの蚊帳を使用する 5 歳未満の幼児の割合	
		5) 発熱に対して抗マラリア薬で治療されている 5 歳未満の幼児の割合	
		6) 人口 10 万人当たり新規結核患者数	
		7) 人口 10 万人当たり結核患者数	
		8) 人口 10 万人当たり結核による死亡者数	○
		9) DOTS の下で発見された結核患者数	
		10) DOTS の下で完治した結核患者数	

出所: United Nations (UN) Statistics Division, Millennium Development Goals Indicators より作成。

注: (1) UNAIDS「成人の HIV 感染率」にて代用。

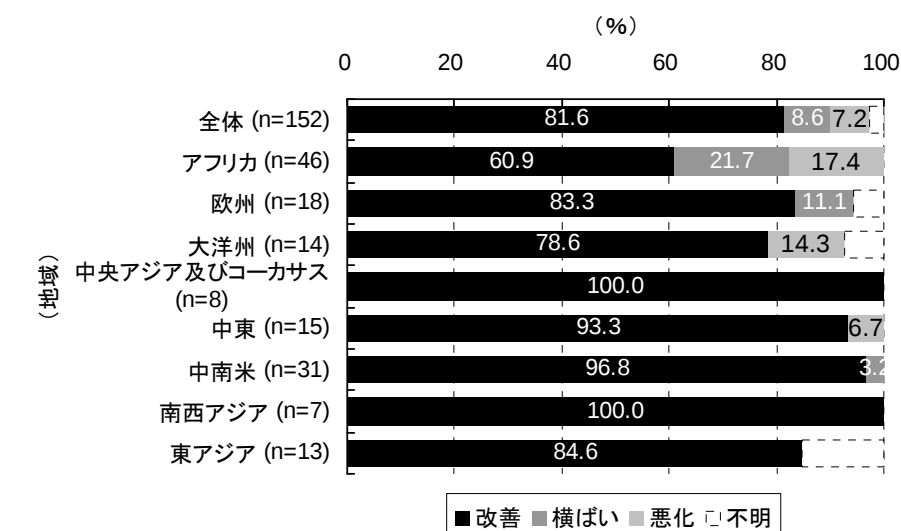
(2) WHO「マラリア発症報告件数」にて代用。

5-2-2 目標4「乳幼児の死亡率の削減」

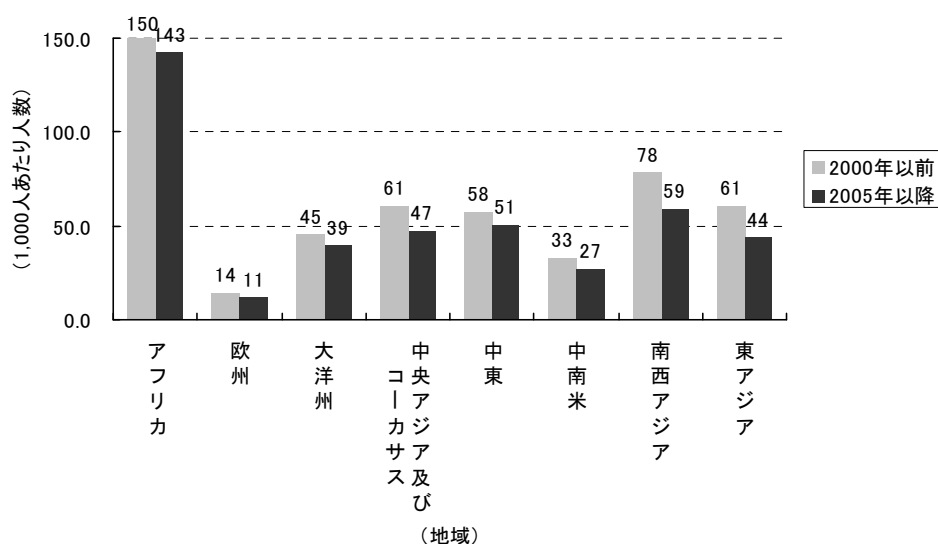
1. 5歳未満の幼児の死亡率

5歳未満の幼児の死亡率(人口千人当たり)については、全体として改善傾向にある。しかし、地域別にみると、アフリカでは特に改善の遅れが目立っている。また、アフリカでは状況が悪化している国も17.4%と他の地域より多くみられ、2005年以降も平均値は他の地域と比較して著しく高い(図表5-48参照)。

図表5-48 5歳未満の乳児の死亡率(人口千人当たり)
(2000年以前と2005年以降の間における変化)



(2000年以前及び2005年以降の平均値)



出所: UN Statistics Division, *Millennium Development Goals Indicators* より作成。

注: (1) 上記サイトにて「発展途上地域」に分類されている国につき集計。

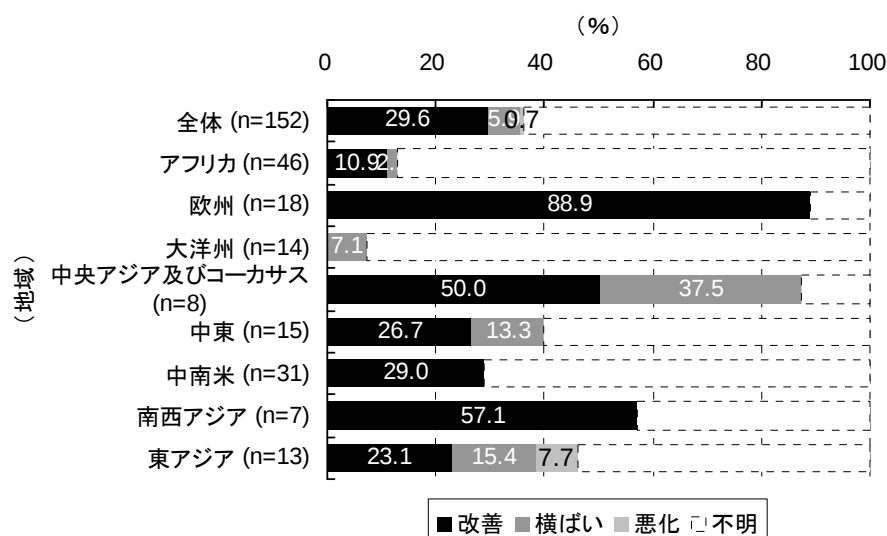
(2) 平均値は、各時期において取得可能なデータに基づき算出している。したがって、各時期における集計対象の国の内訳は、必ずしも一致しない。

5-2-3 目標5「妊産婦の健康の改善」

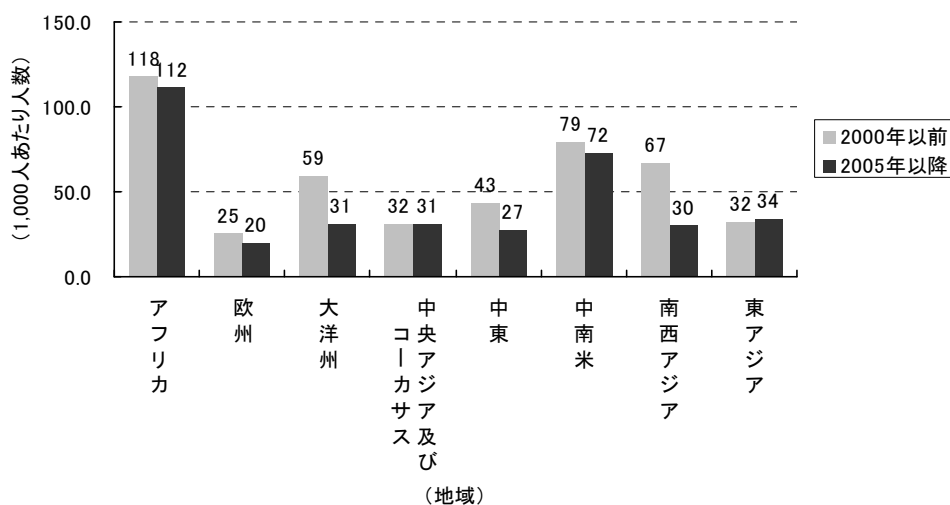
1. 15～19 歳の女性による出産数

15～19 歳の女性による出産数(人口千人当たり)については、指標の整備状況が悪く全体での評価は難しいが、欧州や南西アジアにおいては改善傾向にある国も多い。しかし、地域別にみると、目標4につづき、ここでもアフリカでの改善の遅れが目立っている。また、アフリカと大洋州は MDGs の指標の整備状況も他の地域より良くない(図表5-49参照)。

図表5-49 15～19 歳の女性による出産数(人口千人当たり)
(2000 年以前と 2005 年以降の間における変化)



(2000 年以前及び 2005 年以降の平均値)



出所: UN Statistics Division, *Millennium Development Goals Indicators* より作成。

注: (1) 上記サイトにて「発展途上地域」に分類されている国につき集計。

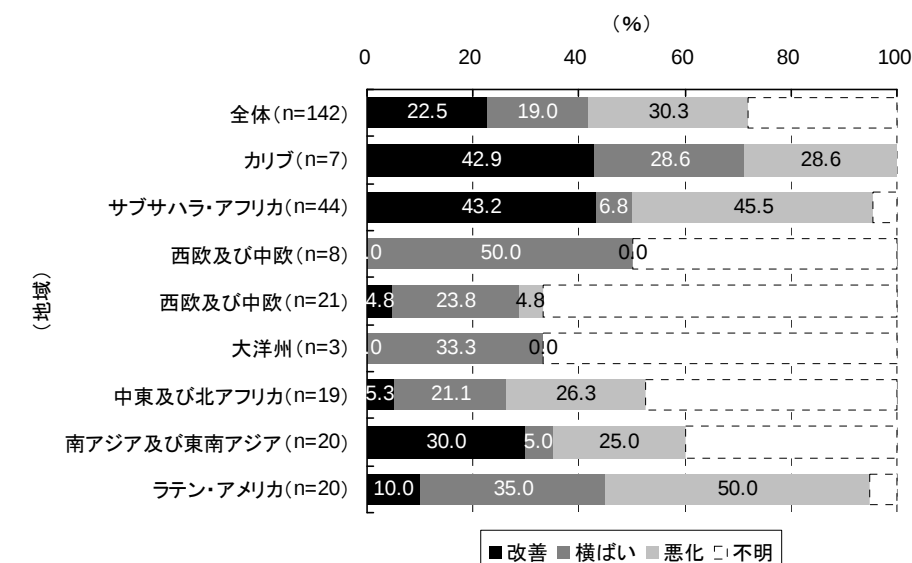
(2) 平均値は、各時期において取得可能なデータに基づき算出している。したがって、各時期における集計対象の国の内訳は、必ずしも一致しない。

5-2-4 目標6「HIV/エイズ、マラリア、その他の疾病の蔓延防止」

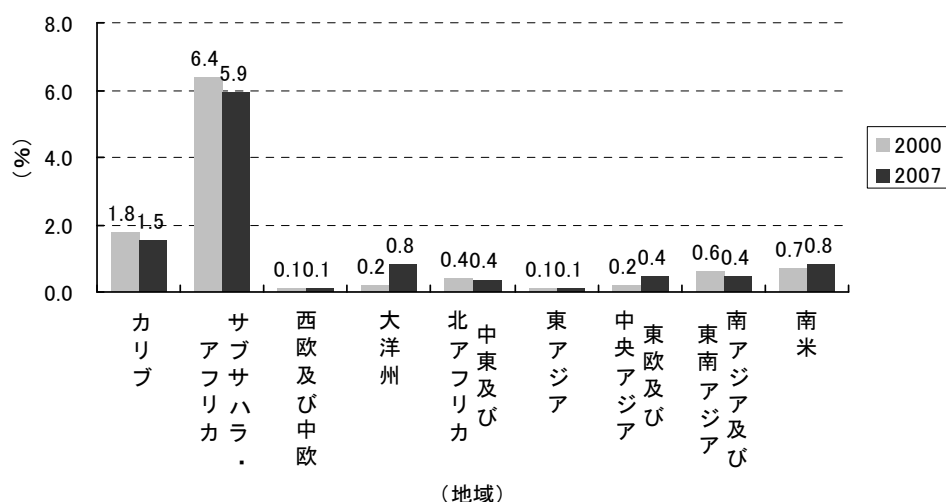
1. HIV/AIDS（成人人口に占める感染者の割合）

成人(15～49 歳)人口に占める HIV/AIDS 感染者の割合は、指標の整備状況が悪く全体での評価は難しいが、全体(ODA 受取国)としては「悪化」が「改善」を上回っている。他方、平均値をみると、依然として地域別にみると、「サブサハラ・アフリカ」及び「南米」で「悪化」が4～5割と、相対的に高い水準を占めている。また、平均値をみても、依然としてサブサハラ・アフリカが突出して高い(図表5-50参照)。

図表5-50 成人(15～49 歳)人口に占める HIV/AIDS 感染者の割合
(2000 年と 2007 年の間における変化)



(2000 年及び 2007 年の平均値)



出所: UNAIDS/WHO (2008), *Adult (15-49) HIV prevalence percent by country, 1990-2007* より作成。

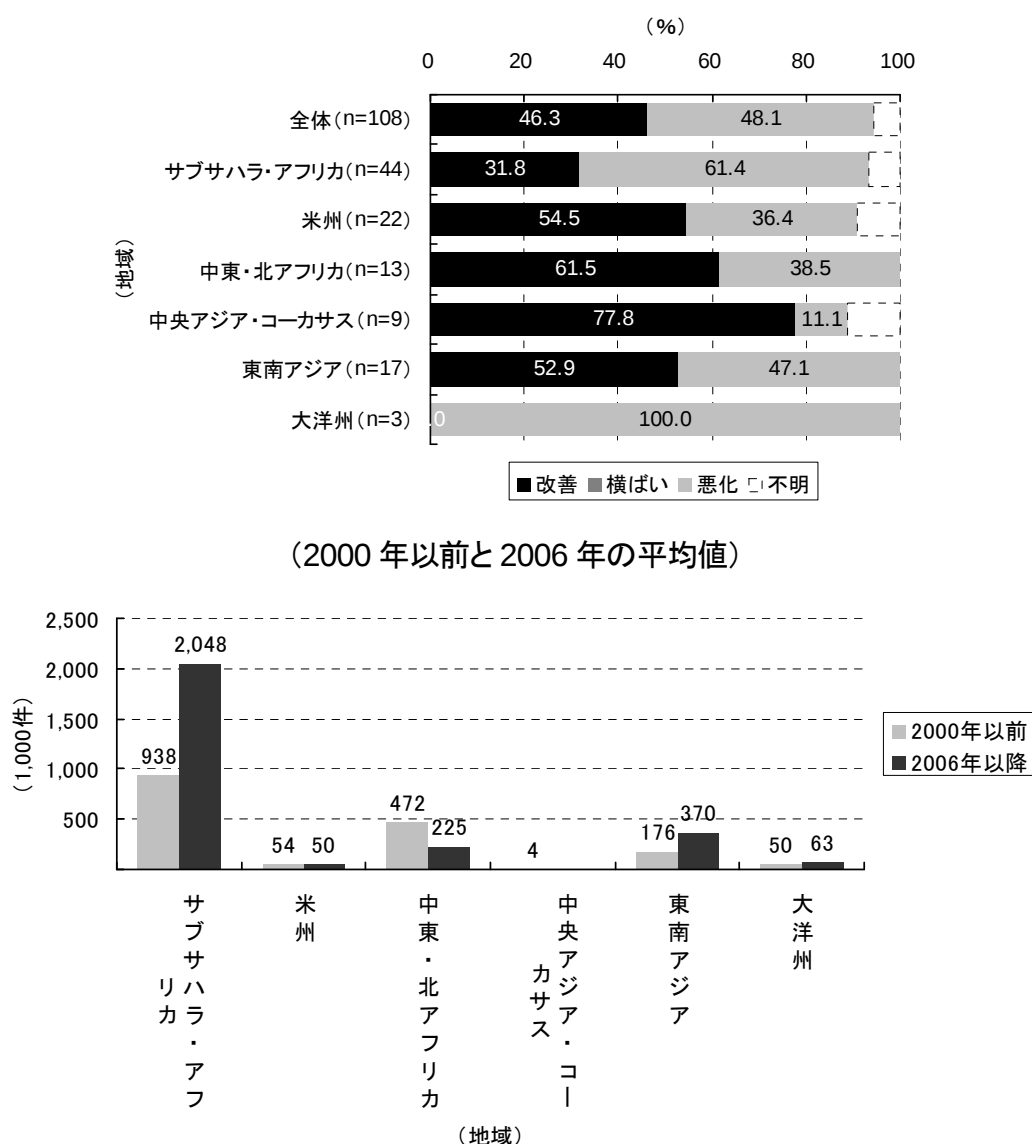
注: (1) DAC 援助受取国(2001 年)につき集計。

(2) 平均値は、各時期において取得可能なデータに基づき算出している。したがって、各時期における集計対象の国の内訳は、必ずしも一致しない。

2. マラリア（マラリア感染報告件数）

マラリア感染件数は、全体として「悪化」が「改善」をわずかに上回っている。地域別にみると、アフリカでは「悪化」が6割を超えていることがわかる。地域間の比較には人口規模を勘案する必要があるが、同地域内での平均値の変化をみても、サブサハラ・アフリカにおける悪化の著しさが際立っている（図表5－51参照）。

図表5－51 マラリア感染件数
（2000年以前と2006年以降の間における変化）



出所: WHO (2008), *World Malaria Report 2008* より作成。

注: (1) 地域は WHO による区分。ただし「中欧アジア・コーカサス」は、データでは「Europe」となっている。

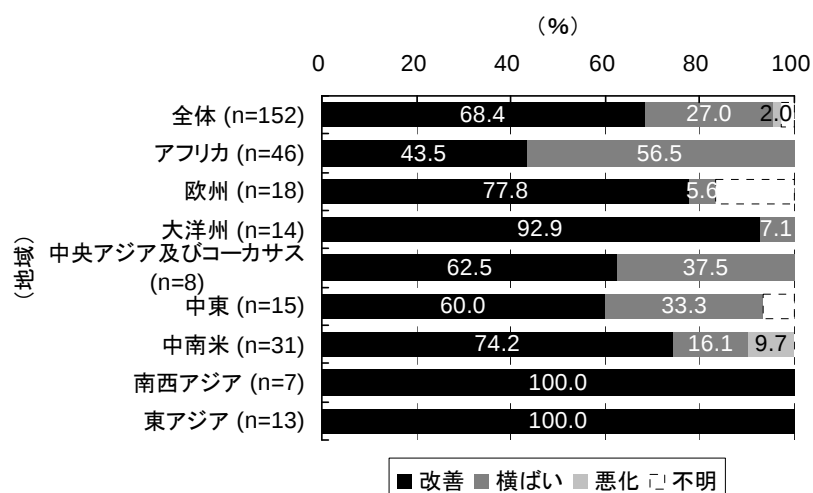
(2) 「東南アジア」には、韓国が含まれる。

(3) 平均値は、各時期において取得可能なデータに基づき算出している。したがって、各時期における集計対象の国の内訳は、必ずしも一致しない。

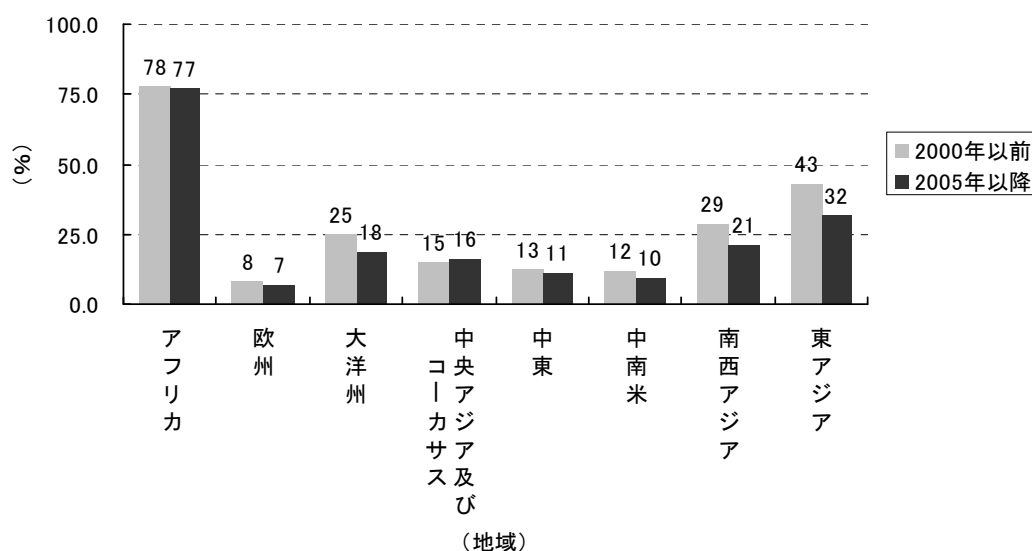
3. 結核（人口 10 万人当たり結核による死亡者数）

人口 10 万人当たり結核による死亡者数については、全体としては改善傾向にある。しかし、地域別にみると、アフリカでは「改善」が半数以下であり、2005 年における人口 10 万人当たり結核による死亡者数の平均値も他の地域と比較して高いことが分かる。このことからアフリカでは特に MDGs 指標の改善が遅れており、状況は依然として深刻であるといえる。

図表5－52 人口 10 万人当たり結核による死亡者数
(2000 年以前と 2005 年以降の間における変化)



(2000 年以前と 2005 年以降の平均値)



出所: UN Statistics Division, *Millennium Development Goals Indicators* より作成。

注: (1) 上記サイトにて「発展途上地域」に分類されている国につき集計。

(2) 平均値は、各時期において取得可能なデータに基づき算出している。

したがって、各時期における集計対象の国の内訳は、必ずしも一致しない。

5－2－5 アウトカムからみた有効性のまとめ

MDGs 指標の改善状況を直接的に日本の支援成果と結び付けることはできないが、全体としては、保健関連 MDGs 指標は改善傾向にあるといえる。しかしながら、地域別にみると、とりわけサブサハラ・アフリカでは他の地域に比べて保健関連 MDGs 指標の多くで改善の遅れが際立っている。この状況を踏まえ、日本は 2005 年以降保健・医療分野の支援において、アフリカ向け支援が占める割合を増やしてきているが、今後も引き続きアフリカ向け支援を強化していくことが望ましい。

なお、保健関連 MDGs の中で HIV/AIDS 及びマラリアについては、MDGs レポートや国連 MDGs データベースにおける MDGs 指標の整備状況が依然として悪いため、MDGs の達成に向けては指標データの整備も課題として残される。

5－3 結果の有効性の評価のまとめ

ODA 全体予算の削減に伴い、日本の保健・医療分野の二国間援助(ODA)については、投入金額の推移を他ドナーと比較すると、2005～2006 年にかけて順位を落としている。そして 2007 年時点では、2004 年以前の地位の回復にはまだ至っていない、今後ともアフリカ向け支援を中心に金額を増額させることが望ましい。地域別にみた投入金額の推移や、実施案件の内容については、HDI などのイニシアティブとの整合性は高いと考えられた。

多国間援助(ODA)については、とりわけ世界基金を通じた支援が増えており、日本が「生みの親」とされる世界基金に対してのコミットメントの高さが表れている。また日本は、WHO、UNFPA、UNICEF 等を通じた緊急支援、一般プロジェクト無償資金協力及びマルチ・バイ協力も展開しており、二国間援助(ODA)だけでは供与が難しい地域やタイミングに対応して、国際機関の強みを活用した上で適切かつ効率的な支援を実施していると考えられた。

なお、日本は世界銀行・ADB 等に設置している基金を通じ、貧困削減など社会開発における分野横断的な支援も積極的に行っている。このような支援は、HDI が定める具体的取組の 1 つ「(2)保健医療分野の支援を補完する関連分野の支援及び横断的取組」及び国際機関との連携の視点からも、妥当性が高いと考えられる。

地域別に MDGs 指標の改善状況みると、サブサハラ・アフリカでは他の地域に比べて保健関連 MDGs 指標の多くで改善の遅れが際立っている。日本は 2005 年以降アフリカ向け支援の割合を増やしてきているが、この状況を踏まえ、今後も引き続きアフリカ向け支援を強化すべきである。