

日本の国際保健政策と国内プロセス

2025 年 1 月

日本医療政策機構
村上博美 黒川清

無断転載禁止

日本の国際保健政策と国内プロセス

パンデミック、ロシアによるウクライナ侵攻、各地で起こる紛争をきっかけに、国境を越える感染症等の新たな脅威に立ち向かうにはこれまで以上に国際社会での助け合いが必要不可欠となっている。日本が未曾有の危機に直面した時、手を差し伸べてくれる友好国はあるのか。円の価値が大きく下がり経済的に立ち行かなくなる前に、日本は自分たちが国際社会において存在価値を示すこと、日本が貢献できることを最大限示すことが重要だ。ただ、外交には国内制度が反映されることから、国内制度の非効率をへらし強化することを重視する。海外にて独立の視点を持ちながら働いた経験を持つ著者らは、このままでは、国際社会の中で存在感を示すことができず、国際政治で意思決定にも加われない日本に危機感を持つ。

新型コロナウイルス感染症の世界的拡大という脅威に直面し、国際保健分野の重要性が再認識された一方、自国でのワクチン開発は不発に終わり。国内の感染症専門家の不在に加え、国際保健分野においても日本は、他国に追随する形での対応にとどまり、地球規模課題解決に際してプレゼンスを示すことができなかった。なぜだろうか。理由の一つは、パンデミック危機を経ても国内政策の枠組みが大きく変わらなかったことだ、変わらなければいけないという意識が欠如していることである。内向きの論理ばかりで議論がされ、国際社会に映る日本の姿が一体どういうものか、考える余裕がないのだ。

安全保障などの分野とは違い軍事力を伴わない公衆衛生や医療といった分野にて、日本が力を発揮することができれば、国際社会で日本の存在を高める有用な機会となる。国民皆保険制度を1960年に実現し保健の分野で大きな発展をとげた日本は、その経験や教訓を国際保健の場で活かしたいと常々言明し、国際保健分野に取り組む意思を継続的に示してきた。この分野は日本が世界でプレゼンスを示すことができる可能性を秘めているが、外交は外務省、国内の保健は厚生労働省という‘縦割り’行政の構造から未だ脱却できず、国際保健を戦略外交として活用できていない。2013年より官邸・内閣府下の健康・医療戦略推進本部に集約する体制へとシフトしてきたが、省庁からの出向者で占められ国際保健の問題について、組織的立場を超える意識の改革までは達していない。2019年末から拡大した新型コロナウイルスの感染拡大時に、各国が試行錯誤の中新たな体制を再構築している中で、日本の‘縦割り’行政は温存されたままであり、日本の「経験や知見」を総動員できていない。また、これまで日本政府として国際保健に対するコミットメントが何度も示しているが、ODAにおける国際保健分野への配分を見る限り、国際保健分野に関連する案件がどのような根拠に基づき優先順位付けされているのか見えにくい。新型コロナ前までは、諸外国に比べても資金配分の割合は格段に低く、多国間の枠組みへの出資が主流だ。このように根本的な資源や人材の配分増加につながっていないのは、政府の方針については内閣府に推進本部を設置し一本化したものの、省庁間の予算獲得プロセスの中で省庁横断的に協働していないこと、国際保健に対する国の一貫した基本方針の具体策見えず、国として国際保健をどうとらえ、国際社会にて何を問うといったプレゼンスを示すのか、国内政策プロセスと国際保健へのスタンスの間に大きな乖離があるからではないだろうか。

日本がもっと存在感のある国として、国際保健分野の課題を提示し、解決策への議論を促進するためにすべきことがあるのではないかという危機感より本書を執筆した。

謝辞

本書をまとめるにあたり、多くの方々から多大なるご支援・協力をいただいた。本書は、2013年に日本医療政策機構から発表した「日本の国際保健政策：課題と挑戦」を基に、改めて加筆編集したものである。2013年以降、内閣府に新たに国際保健に関する部署が増えるなど、国際保健をめぐる各国の動きや、日本を取り巻く環境は新型コロナウイルス感染症の世界的拡大を機に変化した。国内の意思決定プロセスについてはそれほど変化はみられない一方、民間の視点からそのプロセスについて記すことが重要であると考えた。特に、貴重な時間をさいてインタビューを快く引き受けてくださった関係者の皆さま、そして杉山 晴子氏、山口 綾香氏、浅井なほ子氏の誠意あるご協力に、心からの感謝を申し上げる。

本書の目的は、日本の国際保健分野の取り組みに関する政策についてどのようなプロセスで決められてきたのか、少しでも明らかにすることであり、また国際保健分野の課題を提示し、解決策への議論を促進するためのものである。

本書が、広く日本の国際保健政策への理解を深め、問題提起のための一助となることを願っている。

2025年1月

HGPI アカデミック・フェロー 村上 博美

HGPI 理事・終身名誉チェアマン 黒川 清

日本の国際保健政策と国内プロセス

目次

1. はじめに	6
2. 国際保健を取り巻く概念と日本の政策	10
2.1 日本の国際保健政策の枠組み	10
2.2 日本政府の力点1：「人間の安全保障」という概念	13
2.3 日本政府の力点2：ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）	14
2.4 T I C A Dと野口英世賞	15
2.5 ODA と日本の保健分野への貢献	17
2.6 日本を取り巻く国際情勢と最近の動向	20
2.6.1 コロナ禍の ACT-A とは	21
3. 国際保健に関する日本国内のプロセスと役割	23
3.1 政府・関係機関：日本政府の国際保健分野への公的支援	23
3.1.1. 二国間援助の内容とプロセス	28
3.1.2. 多国間援助の内容とプロセス	34
3.2. 政府・省庁プレーヤーの役割	36
3.2.1 調整機能	39
3.2.2 ODA 評価	40
3.3 官民連携プロセスの具体的事例	41
3.3.1 事例1：G8 北海道洞爺湖サミットに向けた政策決定プロセス（2008）	41
3.3.2 事例2：パキスタンへの円借款（ポリオ・ローン）の実施（2011）	51
3.3.3 事例3：グローバルヘルス技術振興基金（GHIT）	54
3.4. NGO/NPO：国際保健政策への非営利組織の参画	59
3.4.1 アドボカシー型 NGO と実施型 NGO	60
3.4.2 シンクタンク	60
3.4.3 活動資金源：政府からの公的資金型と寄付・会費型	61
3.4.4. 寄付：制度の変化、個人の意識の変化	64
3.5. 国際保健分野の人材育成	69
4. 企業：国際保健分野への企業独自の取り組み	72
4.1. アルコール手指消毒剤と手洗いプロジェクト	72
4.2. トイレ事業を通じた衛生環境の改善	73
4.3 長期事業展開を見据えたグローバル・マルチ・パートナー連携	75
4.3. 世界基金への企業によるコミットメント	76
4.4. 開発途上国におけるオリセット・ネットの独立採算事業	78
4.5. ガーナにおける栄養改善ビジネス	80
4.6. 個人投資家を国際保健のプレーヤーへ（ワクチン債）	82
6. 付録	91

1. はじめに

新型コロナウイルス感染症を機に、先進国が途上国へ支援する枠組みがもはや崩れつつあり、世界の健康格差という国際保健の課題がより明確化した。医療インフラや経済的な課題を抱える国は、ワクチンを確保することや住民のワクチンへのアクセスが限られる一方、先進国はワクチンを優先的に確保し感染率や死亡率を改善しようとした。ただし、ワクチン接種が進まない他の地域において変異が進めば、結果的には根本的解決にはつながらないという共通の認識を得た。本書の目的は、取り巻く条項の変化と日本の国際保健分野の支援に関する政策について、主体的に何を達成し、そのためにどうするのかという問いに対し、国内制度を強化することで国際社会へ貢献できる体制づくりが重要であり、そのための日本国内の「意思決定プロセス」に焦点をあてる。国際保健分野における日本の真の課題を明らかにし、長期的な視野から全体像への理解を深めることが重要である。

国際社会では、国連ミレニアム開発目標（MDGs）や国連持続可能な開発目標（SDGs）を通して、保健に関連する開発目標が掲げられてきた。SDG 開発目標 3 では「すべての人に健康と福祉を」、として具体的には、乳幼児死亡率の削減、妊産婦の健康の改善、HIV/AIDS・マラリア・その他疾病の蔓延の防止、について長年取り組みが奨励されてきた。しかし、これらの分野では目標達成が遅れ、新型コロナウイルス感染症のケースで明らかになったように、医療・保健インフラの脆弱性がワクチン接種率を左右し先進国と途上国の間で危機的な健康格差が生じていることである。トランプ政権の誕生を機に明確になったことは、米国がそれまでのリーダーシップを行使しなくなったことであり、混沌とする世界状況中で日本は何のために、何を実施したいのか明確にすべきではないだろうか。

近年、国際保健分野において顕著なシフトの一つは、国を単位とする経済的支援から民間資金へのシフトとともに、WHO の相対的役割が大きく低下したことである。特に 20 世紀後半は、植民地支配への贖罪という意味も含め欧米の国々による援助という性質の資金提供が主流であり、それには投入した資源に対する効果については重要視されていなかった。従来の先進国ドナーに加え、世界エイズ・結核・マラリア対策基金（世界基金）や GAVI アライアンス、ビル&メリンダ・ゲイツ財団（以下、ゲイツ財団）など民間団体が次々と生まれ、民間資金が大きな位置を占めるようになった。ゲイツ財団がヘルスの分野に参入したのを境に、費用対効果を重視し実利的なアウトカムを求める風潮が現れ、それまでの途上国支援や開発分野の箱モノや物資偏重からシフトが見られた。死亡率がどれだけ減少したかといった明確な成果をアウトカムとして示すことが求められるようになった。その一方で国際保健機構（WHO）の資金難による弱体化が顕著になり、それまでの欧米諸国が中心となったドナー構成から、ロシアや中国をはじめとする新興国（BRICs）もドナーとして加わり、特に国際社会で影響力を駆使したい中国の存在感が上昇し、国際保健における勢力図が変化してきた。また、資金提供するドナーの変化だけではなく、「国際保健」自体の捉え方にも変化が起きている。SARS や H5N1 インフルエンザの世界的流行をきっかけに、国際保健を先進国から途上国への援助政策としてとらえるだけではなく、ヘルスセキュリティという自国民の健康を守る国内の保健問題と直結しているとの認識が広がった¹。特に米国は『自国の安全保障のために国際保健に投資する』²と明確に述べており、オバマ政権時には国際保健を重視した外交政策を掲げ、2014 年

¹ （財）家族計画国際協力財団/（特活）HANDS, 2010。

² クリントン国務長官の 2010 年 8 月 16 日のスピーチ参照。 <http://www.state.gov/secretary/rm/2010/08/146002.htm>（2012 年 8 月アクセス）

のエボラ熱の感染拡大を軍隊の派遣も含め、国の安全保障政策の一部と捉えるヘルスセキュリティの概念を掲げていた。米国のように安全保障政策の一部というとらえ方が広がる一方、日本は諸外国のように国際保健に関する問題を安全保障という枠組みでとらえる動きは少なく、これまで紛争や貧困といった従来からの「人間の安全保障」の枠組みを保持しつつ、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジを重視する戦略をとっている。この分野は日本が世界でプレゼンスを示すことができる可能性を秘めているが、外交は外務省、国内の保健は厚生労働省という「縦割り」行政の構造から未だ脱却できず、国際保健を戦略外交として活用できていない。2013年に外務省から国際保健外交戦略が発表され、2015年9月「平和と健康のための基本方針」より、保健ODAを含むグローバルヘルス戦略策定機能が官邸・内閣府下の健康・医療戦略推進本部に集約した。ただ、主要な政策は日本企業や主要医療機関の国際展開を主眼としており、ODAに関する施策の調整業務は担っていないことから、保健ODAに関する意思決定や戦略策定をどこが行っているのかより不明瞭となった。³

それまでも日本は、国際保健分野に取り組む意思を継続的に示してきた。日本の国際保健政策は、外務省が策定した「新国際保健政策」であるが、国際保健分野の支援を含むODA政策全般のベースとなるのは、日本の援助政策の基本原則である「開発協力大綱」をはじめとする政策群である。ただ、支援の実施機関である国際協力機構（JICA）が案件形成の際に参考にするいわゆる「JICA指針」も存在し、支援についての複数の政策が存在することで、国際保健分野に関連するODA案件がどのような根拠に基づき優先順位付けされているのか見えにくい。また、国際保健に関する政策は1994年以降、およそ5年ごとに策定されている。いずれも政策が実際のODA案件にどのように関連し、政策に掲げられた目的がどのように達成されているのか明確になっておらず、国民の目から評価がしにくい。国際保健分野に関連する日本政府の公的な支援（政府開発援助：ODA）政策には、主に、外務省、厚生労働省、財務省の3つの省と関係機関が関わっている。支援のスキームや資金を出資・拠出する国際機関により担当省庁や担当部署が複数にわたる。確かに、国際保健分野を含む日本のODAについては、PDCA（Plan, Do, Check, Act）サイクルを考慮した評価の仕組みが存在している。しかし、第三者から見ても信頼性の高い独立した評価になっているのかという点や、評価結果や結果の政策へのフィードバックが国民からも容易に見える形で分かりやすく公表されているのかといった点に課題が残されていた。

2019年末から拡大した新型コロナウイルスの感染危機においても、各国が試行錯誤の中新たな体制を再構築している中で、日本の「縦割り」行政は温存され、日本の「経験や知見を総動員」できなかった。また、これまで日本政府として国際保健に対するコミットメントがサミットなどの会合にて発表され、ODAにおける国際保健分野への配分は、新型コロナ感染症危機前には、諸外国に比べてもその割合は圧倒的に低かった⁴。新型コロナを機に途上国向けワクチン接種関連で配分は増加し、2023年には国際保健分野が32億ドル（日本のODA総額の12%）を占めるようになった。そのうち、国際機関及び国際機関を介しての配分は53%、二国間拠出へは47%となっている。ただ、政府の方針については内閣府に推進本部を設置し一本化したものの、省庁間の予算獲得プロセスの中で省庁横断的に協働していないようである。新型コロナ後に急激に拠出が増えたのが、ワクチン供与を行う新興機関などであるが、国際保健に対する国の一貫した基本方針の具体策が見えてこず、開発目標の中でどのように国際保健をどうとらえ、何

³ 自由民主党政務調査会「ポスト・コロナのわが国の国際保健外交に向けた提言」2020年12月18日、p3-4

⁴ OECD開発援助委員会（DAC）による、援助国と被援助国間で協力の内容を取り決めた交換公文に基づく額（約束額、2005年から2009年の二国間援助の合計）をベースとして計算すると、日本のODAにおいて保健分野への配分が占める割合は、OECD諸国の平均である10%に比べて日本は2%と低い。

を解決し国際社会の中でどういうプレゼンスを示すのか、何をやりたいのか見えてこない。目標を設定し、その方針に伴った長期的な人材育成や資源配分の方角性が明確にならなければ、いつまでたっても同じ状況となる。

グローバルヘルス戦略を策定・推進するために、グローバルヘルス戦略推進協議会が組織され多省庁の統合体制へとシフトしてきたが、各省庁などからの報告や情報共有の場にとどまっている。もし国の戦略について議論するのであれば、例えば新型コロナ感染のクルーズ船に関わった防衛省はメンバーに入っておらず、省庁からの出向者で占められ国際保健の問題について、組織的立場を超える意識の改革や戦略策定の司令塔を担うところまでは達していない。実際、2024 年には、国内戦略と国際戦略を連動させる必要があると外務省とは別に、厚生労働省が独自に「厚生労働省国際保健ビジョン」⁵を掲げるなど、足並みがそろっていないとは言えない。

また、国際保健政策への NGO の参画については、アドボカシーを行う体力を十分に兼ね備えた NGO が少なく政策への関与が弱い現状がある。日本において個人や企業からの寄付の割合が絶対的に少なく、NGO の活動資金の収入源となるのは政府の事業に関する公的資金にほぼ限られている。NGO には外部資金が構造的には流れないため、NGO が官と従属関係となっていることが課題である。1994 年、クリントン政権が「日米コモンアジェンダ」のなかで「人口・エイズ分野に関する地球規模問題イニシアティブ」を開始する際、日本側の NGO の参画を求めるまで、日本政府は NGO が参画することの重要性をそれほど認識していなかった。米国側の求めに応じ、国際保健 NGO との対話の場である GII (Global Issues Initiative on HIV/AIDS and population) 懇談会を開始し、2000 年の沖縄感染症対策いにもあていぶ (IDI: Okinawa Infectious Disease Initiative) が加わり GII/IDI 懇談会 (GII/IDI に関する外務省・NGO 定期懇談会) を設立したのが政府と NGO の対話の始まりであった。外務省はサミット前にはアジェンダ設定など、こういった NGO や市民社会からの提案を受け入れるが、通常は情報交換にとどまり、日本のグローバルヘルス戦略策定といった継続的な政策関与への環境や仕組みが整備されているとは言えない。

一方、日本の民間企業が独自で行う国際保健に関連する取り組みもある。近年は日本においてもグローバル企業としての経営戦略を掲げる企業が増えており、従来の CSR という概念を超えて企業の成長戦略の一環としてグローバルな課題に責任を持つ重要性を認識し、アフリカなど潜在成長性のある市場での認知度を高めるために積極的に取り組みを行っている企業もある。民間企業が CSR 活動や商品開発を通して国際機関や NGO が援助活動に組み込むことによって、民間企業の果たす役割が大きくなってきている。官民連携による GHIT の創薬の試みや、民間企業の取り組みとして、エーザイ株式会社のグローバルなマルチパートナーと連携した新薬開発、この分野ではパイオニア的存在の住友化学株式会社のオリセット・ネット事業、味の素株式会社のガーナにおける離乳期の子どもの栄養改善事業、Lixil の衛生トイレ事業といった例を紹介する。現地での国際 NGO などの役割も重要であり、その資金規模と活動についてや、日本社会の寄付に関する制度や意識の変化や、クラウドファンディングなどの枠組みを通して個人の寄付の動向の変化などについても言及する。政府機関や省庁は時の政権によって部署などが増減し組織的持続性が期待できず、民間団体の立場から長期的な定点観測が適しており、国際保健政策に与えた影響を考慮すると、その重要度は増している。

⁵ 厚生労働省国際戦略推進本部「厚生労働省国際保健ビジョン」2024 年 8 月 26 日

外務省の世論調査によると、日本国民の多くは、国際協力において「新型コロナを含む国際的な保健医療の課題に関し、国際的支援を行うことについて必要性を認識している⁶。そのような状況に加えて、日本は戦後国民皆保険制度の実施による医療サービスへのアクセス改善や、ワクチン接種向上の仕組みを実現し、感染症対策や乳児死亡率の劇的な改善を達成した経験を持つことから、これまでの経験や知見を生かし開発途上国の保健課題に貢献できるという考えがある。財務省は2011年、パキスタンにおけるポリオ撲滅という国際保健の課題に対し革新的スキームによる円借款の新しい取り組みに合意し、新たな可能性について示した。また、2011年の東日本大震災をきっかけとして日本人は世界から支援を受けることで、持続的な支援の重要性についてますます理解し、国際社会において更なるインパクトのある貢献を行うことが重要であるとの認識を強くしたはずだ。

2019年末から始まった新型コロナ感染症の世界的な感染拡大に際し、先進国が自国対応に迫られ国際保健分野での世界的規模のリーダーシップが不在となった。米国はトランプ政権下で一時WHOから脱退を決めるなど先進国を始め多くが自国対応に奔走した。一方、国を超えたCOVAXファシリティといった途上国向けのワクチン提供の枠組みも作られたが、資金集めが思うようにいかず途上国のワクチン接種は限定的であった。米国の国際保健への取り組みの後退により、国際保健課題に対処するリーダーシップ不在の中で、日本もそのプレゼンスを示すことができなかった。そのような教訓からも、国際保健分野における内外の情勢を踏まえ、国内の意思決定プロセスを理解し透明性を高め、日本の真に効果的な取り組みを再構築することが長期的に日本のプレゼンスを示す有効な機会となるであろう。

⁶ 外務省大臣官房広報文化外交戦略課、2022

2. 国際保健を取り巻く概念と日本の政策

現在日本が掲げている国際保健の政策の柱は、「人間の安全保障」の概念を基本として保健サービスへのアクセスを基本的人権の一部と位置付けた、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）である。2008年洞爺湖サミットの「国際保健に関する洞爺湖行動指針」に目標として明示してから、折に触れハイレベルの国際会合で提示してきた「人間の安全保障の理念に立脚し、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジの達成」である。2022年に発表された戦略でも、これまで日本政府が発信してきた国際保健政策を踏襲している。具体的には、2013年の「国際保健外交戦略」、2015年の「平和と健康のための基本方針」、2016年の伊勢志摩 G7 サミットと TIADVI、2017年の UHC フォーラム等で強調されてきた政策課題を引きつぎ、持続可能で強靱な UHC システムの構築とそのファイナンス、国際連携枠組みの強化と制度化、民間企業や研究機関との連携、保健に関する新たな国際規範策定への貢献等が列挙されている。ただ、具体的な取り組みが明確にはされておらず、国際会合など政治的リーダーシップが求められる中で日本の存在感はそれほど大きいとはいえない。

2.1 日本の国際保健政策の枠組み

2000年の沖縄 G8 サミットで感染症対策、2008年の洞爺湖 G7 サミットで保健システム強化を打ち出し、2016年の伊勢志摩 G7 サミットでは UHC を G7 諸国の重点課題とするなど、日本は 2000 年以降、国際的な政策協議の場で国際保健政策を重点のひとつとする姿勢を示している。一方で、それまで政府のコミットメントについて省庁間でプライオリティが共有されておらず、国際保健に対して省庁・関係機関や国内のステークホルダーがそれぞれ独自の方針を掲げていたため、国として国際保健をどうとらえ、何を目指すのか方向性が明確でないと指摘されていた。事実、2013 年までの日本の国際保健に関する政策は、国際保健分野の支援を含む ODA 全般に関する基本原則である「開発協力大綱」⁷を大枠としつつ、国際保健に特化した政策ペーパーとして、2010 年の「新国際保健政策 2011－2015」を皮切りに、2013 年の「国際保健外交戦略」、その他に関連する政策文書としては、援助先となる国ごとに開発計画や開発上の課題などを総合的に勘案して作成した「国別開発協力方針」⁸が存在していた。「国際保健外交戦略」では「国際的な保健分野の取組を(...)外交の重要課題と位置づけ(...)関係省庁及び官民が一体となって取り組むこと」が決定され⁹、「平和と健康のための基本方針」では、「人間の安全保障」を基本理念とし、公衆衛生危機・災害などに強い社会の実現、生涯を通じた基本的保健サービスの切れ目のない利用の確立（UHC の達成）及び日本の知見・技術・医療機器・サービスの活用等を政策目標として掲げた¹⁰。

2010 年に、国としての国際保健分野の支援の方向性を示す政策として「新国際保健政策」が策定されたが、策定部署（外務省国際保健政策室¹¹）と、実際に予算（二国間援助、多国間援助）の権限を持ち ODA の案件を策定する部署（外務省国際協力局国別開発協力課、財務省国際局、厚生労働省国際課）、さ

⁷ 外務省が 2015 年に改定。重点課題として、（1）社会全体に行き渡る、持続可能で、経済危機や自然災害等への耐性・回復力を備えた「質の高い成長」と、それを通じた貧困の削減、（2）自由・民主主義・基本的人権の尊重・法の支配といった普遍的価値の共有と、平和で安全な社会の実現、（3）環境・気候変動・自然災害・感染症・食料など地球規模の課題への取り組みを通じた、持続可能で強靱きょうじんな国際社会の構築、の 3 項目を掲げている。

⁸ 外務省 国際協力 政府開発援助 ODA ホームページ ODA の政策を知りたい 開発協力政策の枠組み参照。

<https://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/about/seisaku/wakugumi.html>（2021 年 11 月アクセス）；国別開発協力方針については 2019 年までしか作成されていない。[\(ODA\) 各国の国別開発協力方針・事業展開計画 | 外務省 \(mofa.go.jp\)](#)

⁹ 外務省報道発表 「国際保健外交戦略の策定について」平成 25 年 5 月 17 日

¹⁰ 平和と健康のための基本方針、健康・医療戦略推進本部 平成 27 年 9 月 11 日

¹¹ 2022 年に「国際保健戦略勘室」に改組された

らには二国間援助の実施主体（JICA）が異なるため、ODA 案件全てについて、「新国際保健政策」を色濃く反映している訳ではないという構造上のギャップが存在した。

「新国際保健政策」については、外務省 国際協力局 国別開発協力課において ODA（のうち、二国間援助の無償資金協力と技術協力）の案件を策定する際に参考にされているが、ODA の案件は保健などといった課題別にも検討しつつも、最終的には、国別に形成されていることから「新国際保健政策」よりも「国別援助方針」が優先される状況にある。一方で、国際的な公約であるコミットメントが出されることにより、約束された額を達成するために粛々と予算取りがなされており、世界基金への拠出については、その後 5 年間で約束額を達成するために計算して計画的に毎年の拠出が行われた。ODA における国際保健分野の支援についても、外務省内で ODA の案件（二国間援助）を形成する際に、約束額を達成することを意識して予算取りが行われている。さらに、ODA の案件策定は外務省が中心となり行うが、案件の実施とその後の評価については実質的に JICA が中心となっていて行っている。外務省と JICA の情報交換は活発に行われているが、政策策定プロセスを見る限りでは、実際に案件が実施された後の評価を上流の政策に反映させる仕組みが見えてこない。

関連各省庁にも国際保健担当の部署・役職を設置してきた。外務省では、2011 年に国際協力局地球規模課題審議官組織内に国際保健政策室が、厚労省では 2001 年に大臣官房国際課に国際協力室（2016 年に国際保健・協力室に改称）が設置され、また、財務省には 2018 年に国際局開発政策課国際専門官が設置された。その中で、2013 年に官邸、内閣官房健康・医療戦略推進本部が設置され、文部科学省、厚生労働省及び経済産業省協働による国内外の健康・医療に関する政策の一本化が進められてきた。その体制下にて 2015 年 9 月には「平和と健康のための基本方針」が策定されている。

この「平和と健康のための基本方針」は、内閣官房に設置された「健康・医療戦略推進本部」が決定したもので、この決定をもって、保健 ODA 政策策定の中心は外務省から内閣官房に形式上移動した。「健康・医療戦略推進本部」は、その設置根拠法「健康・医療戦略推進法¹²⁾」に示されるように、健康・医療に関する先端的研究開発及び新産業創出を図り、それを通じた日本経済の成長を図ることを目的としており、国際保健政策に関する議論も専ら日本企業等の研究開発・産業展開支援の観点にとどまる傾向があった。

「推進本部」の下には、「健康・医療戦略推進会議」（2013 年）さらにその下に「医療国際展開タスクフォース」が設置され（2013 年）、タスクフォースでは内閣官房健康・医療戦略室長を議長に、外務省経済局、外務省国際協力局、文部科学省研究振興局、厚生労働省医政局、経済産業省大臣官房商務・サービス審議官、総務省大臣官房総括審議官（情報通信担当）等、省庁横断的な議論のための体制が敷かれているが、その構成からも明らかなように、医療・保健分野で事業を展開する日本企業や医療機関の支援が焦点となっており、ODA についても企業・医療機関の海外展開支援のツールとして議論されることが多かった。ただ、こういった組織編制では厳密には、国際保健分野の外交戦略の議論が行われたり、ODA 政策調整機能を担っているとは言い難いといえよう。このように、国際保健分野の取り組みが、「国際保健外交戦略（2013 年）」によって関係省庁及び官民が一体となって取り組むべき外交重要課題と位置付けられた後も、ODA を含む外交課題としての国際保健の統率・調整機能の所在は明らかでない状態が続いてきた。

¹²⁾ 健康・医療戦略推進法（平成 26 年法律第 48 号）

この状況を改善すべきであるという提言が2020年に政権与党である自由民主党の政務調査会から行われ¹³、2021年6月に内閣官房「健康・医療戦略推進本部」下に、「グローバルヘルス戦略推進協議会」、さらにその下に「グローバルヘルス戦略有識者タスクフォース」が新たに設置された。両者はそれぞれ国際社会が目指すUHCの達成へ貢献するために、関係府省や、NGO、有識者等の関係者を集め意見交換しながら連携して進めることをうたっていることを目的としている¹⁴。「グローバルヘルス戦略推進協議会」は議長である内閣総理大臣補佐官以下、内閣官房内閣審議官、外務省国際協力局長、外務省大臣官房地球規模課題審議官、財務省国際局長、厚生労働省大臣官房総括審議官（国際担当）と、国際保健政策を所掌する各省担当部局で構成されており、外交課題としての国際保健政策を実質的に調整する場となることが期待されていたが、現状維持以外の方向性は示されていない。他方、本協議会は健康・医療に関する研究開発や新産業創出を通じた日本経済の成長を目的とする「健康・医療戦略推進本部」内に設置されていることから、国際保健ODA政策の日本企業支援のツールとしての色彩がさらに強まる可能性や、「健康・医療戦略推進協議会」が取り扱う取り組み分野との線引きが未だ明確でないこと等、懸念されていた。

2020年から倍増した国際保健分野へのODAは、新型コロナウイルス感染症をきっかけにアジアを中心に、医療ひっ迫や社会・経済的安定を模索しながら、緊急援助物資として酸素濃縮器や人工呼吸器などをインド、ネパール他アジア諸国へ供与した。また、国際機関への拠出金を用いて、防護ガウン、ゴーグル、検査手袋等62万点をカンボジア、ラオス、バングラデッシュ、ブルネイ、ベトナムへ供与¹⁵。その他、ASEAN感染症対策センターを地域の感染症対策の中核拠点となるよう支援をはじめ、ブータンへの日本製モバイル胎児心音計測装置の導入による母子保健の向上、ガボンにおいて公衆衛生上問題となっているウイルス感染症の把握と実験室診断法の確立プロジェクト、ベトナムのチョーライ病院向け病院運営・管理能力向上支援プロジェクト等、積極的に進めた。

新型コロナを経て内閣府推進本部の下に、2021年よりグローバルヘルス戦略推進協議会が発足し、財務省、厚労省、外務省、そして民間委員が参加しUHC達成への貢献を目的とした。2022年5月グローバルヘルス戦略推進協議会で取りまとめられた「グローバルヘルス戦略～2030年SDGs目標年に向けて～」が内閣官房「健康・医療戦略推進本部」で最終決定した。そこでは、コロナ危機で露呈された世界規模での保健システムの脆弱性に関する危機感を背景に、グローバルヘルス・アーキテクチャーを構築し、公衆衛生危機に対するPPR（予防・備え・対応）を強化すること、また、より強靱・公平・持続可能なUHCの達成を政策目標に掲げている。特に、①グローバルヘルス・アーキテクチャー構築への貢献、②国際機関等を通じた取り組み、③二国間協力の推進、④グローバルヘルスに関する資金。⑤民間企業との連携・支援、⑥市民社会との連携、⑦大学・研究機関との連携、⑧人材強化⑨感染症・母子保健・NCDs等重要な保健課題に関する取り組み、⑩気候変動と保護、⑪AMR、⑫イノベーション、⑬情報発信、⑭WHOと連携した国内UHCセンターの設置が挙げられている。2024年4月には、2025年度に途上国の保健医療の政策担当者を育成する国際機関UHCナレッジハブを国内で設立し、日本の医療保険や介護保険といった制度のノウハウなどを共有すると発表している¹⁶。拠点の設置場所や具体的な研修内容、事務局の体制などは今後調整する。25年度当初予算案の概算要求に盛り込む見通し

¹³ 自由民主党政務調査会「ポスト・コロナの我が国の国際保健外交に向けた提言」令和2年12月18日 [200984_1.pdf](https://www.jimin.jp/secure/2021/12/18/200984_1.pdf) (保護) (jimin.jp)

¹⁴ グローバルヘルス戦略推進協議会「グローバルヘルス戦略有識者タスクフォースの開催について」令和3年7月9日 www.kantei.go.jp/jp/singi/kenkouiryoku/global_health/pdf/tf_konkyo20210728.pdf

¹⁵ 外務省 2021年度版 開発国際協力白書

¹⁶ 当時の武見敬三厚生労働相が2024年4月19日に発表。

2.2 日本政府の力点1：「人間の安全保障」という概念

日本政府は、この「人間の安全保障」という概念を国際開発協力に関する議論の場で主流化するべく、2003年のUNDP「人間の安全保障に関する報告書」の公表や、2012年9月人間の安全保障についての「共通理解」を明記した国連総会決議（66/290）、2022年にUNDPから発表された、人間の安全保障に関する特別報告書等様々な取り組みを実施してきた。1994年のUNDP「人間開発報告書」に初めて記載された「人間の安全保障」とは、安全保障の対象を国民国家の領土的な保護にとどまらず人間一人ひとりの基本的なニーズや尊厳、身体完全性などにまで広げる考え方である。人間の安全保障の枠組みでは従来「恐怖からの自由、欠乏からの自由、尊厳をもって生きる自由」が強調され、また、個人やコミュニティのエンパワーメント、社会開発が「人間の安全保障」の拡大に果たす役割が中心的に議論されてきた。

2010年9月に日本政府として発表した「新国際保健政策」は外務省国際協力局地球規模課題総括課が主導し、関係省庁や関係期間、国際機関、NGOとの対話を行うなどして策定された国際保健に関する政策である。主に国際保健分野の支援について方向性を示すものであり、「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」の実現を通じたミレニアム開発目標（MDGs）達成のため、その課題解決に焦点を当てた効果的・効率的な支援を実践する」というビジョンが掲げられた。「新国際保健政策」においては国際保健分野に5年で50億ドルの資金を拠出することが明記され、発表と同じタイミングで当時の菅直人総理大臣が「管コミットメント」を発表したことで、実際に世界基金への日本政府からの拠出額の予算獲得がなされている。また、ODAの重点分野を年度毎に明記する「国際協力重点方針」においても国際保健分野は支援の重点分野として位置付けられた一方で、例えば、厚生労働省が予算を所管しているWHOへの拠出については、「新国際保健政策」の策定と方向が大きくずれることはないが強い相互関係は見られず、厚生労働省独自の戦略に基づき拠出額が決定されている。

第75回国連総会（2020年）にて、当時の菅義偉総理大臣から「いま、新たな時代の人間の安全保障の考え方に立って（略）SDGs達成をはじめとした地球規模の課題への取組を加速（...）世界の英知を集め、議論を深めていくことを提案」し、日本政府はUNDPと協力し、2021年特別報告書ハイレベル諮問パネルを設置¹⁷、「人間の安全保障特別報告書」（2022年2月）がUNDPから公表された。ただ、留意すべき点は、日本政府が100%拠出した資金にて、本特別報告書の発表ならびに特別報告書ハイレベル諮問パネルが運営されており、UNDP対外アドボカシー局内に設置している「日・UNDP パートナリシップ基金」¹⁸を利用して行われたことである。163のパートナー国の中でも拠出が最大と言われ、2022年には総額3億8800万ドルを日本政府から受けており、そういった背景からも日本政府の主張がそのまま反映された報告書であり、他の国々との議論の結果作成されたものではないことを念頭におく必要がある。「人新世の時代における人間の安全保障への新たな脅威：より大きな連帯を求めて」と題された本報告書の中では、これからの時代は「人類が地球の生態系や気候に大きな影響を及ぼすようになった『人類

¹⁷ ハイレベルパネルには武見敬三参議院議員が共同議長として参加した。

¹⁸ 「日・UNDP パートナリシップ基金」は「日本と UNDP との効果的かつ効率的なパートナーシップの強化を目的として、2003年に設立された基金である。拠出額は令和元年度（2019-2020）6,792百万円、令和2年度（2020-2021）は行政事業レビュー施策名：VII-3 国際機関を通じた地球規模の諸問題に係る国際貢献として14,965百万円。また、2022年には総額3億8800万ドルを拠出（UNDP Press release: www.undp.org/ja/japan/press-releases/jsb2022-japan-undp-partnerships）

の時代（人新世）』であり、そこでは技術の負の側面、暴力的紛争、水平的な不平等、保健システムの新たな課題の4つが人間の安全保障への新たな脅威となりうるとしたうえで、これらの脅威に対処するために、保護と能力強化（エンパワメント）という伝統的な人間の安全保障の二つの柱に加えて、連帯という第3の柱の必要性を提唱している。保健分野は人間の安全保障の中核であり、健康への脅威が人間の安全保障への最も重大な課題と位置付けたうえで、医療制度は保護・エンパワメント・連帯を結びつける新たな時代の人間の安全保障を前進させる上で最も有望な要素であり、国民皆保険（Universal healthcare）と医療の質と公平性の向上は、保護・エンパワメント・連帯を通じて人間の安全保障を前進させる戦略である、として、UHCを人間の安全保障の重要な一部であると明記している。

2.3 日本政府の力点2：ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）

日本は、保健システム強化ならびに UHC 達成を、人間の安全保障に不可欠な要素であり平和構築への積極的な貢献の一部と位置付けている。その方針のもと、2000 年の九州・沖縄 G8 サミットで国際保健を外交政策の重点分野とすることを明らかにし、さらに 2008 年の洞爺湖 G8 サミットでは国際保健分野における保健システム強化の主流化を提唱した。特に、2011 年（日本の国民皆保険制度 50 周年）前後からは中でも UHC を重点目標と位置付ける戦略のもと、WHO、World Bank 等国際機関との連携も通じつつ、UHC を主流化する様々な取り組みを行っている。

UHC は、開発途上国を中心に広がる保健医療サービスへのアクセス不平等を背景に、保健医療サービスへの経済社会的な障壁を取り除いて社会構成員に健康的・生産的な生活を保障することが、持続的な経済・社会発展と貧困削減につながるという考え方から生まれた保健医療政策の考え方である。

世界銀行の定義によると、UHC とは、全ての人が適切な予防、治療、リハビリ等の保健医療サービスを必要な時に支払い可能な費用で受けられる状態である。持続可能な UHC 実現に必要な要素には、アクセスと低廉な価格の保障に加え、医療保健人材を含む保健医療システムの強化・維持、医療技術、医薬品、機器の利用可能性などが含まれている。

UHC は、2010 年保健制度の財源確保を論じた World Health Report の中心課題として UHC が取り上げられたことで国際保健分野課題として認識され¹⁹、その 2012 年に国際保健に関する複数の国際会議での議論を経たのち²⁰、2012 年 12 月 12 日、国連総会で Global health and foreign policy²¹に関する決議が採択されたことで外交政策課題として注目を集めた。各国に universal health coverage に向けた進捗を加速するよう求めたこの決議が採択されるまで、UHC は先進国を中心とした各国の国内保健制度の一部であり、外交政策として UHC を積極的に追求しているのは、ごく一部の国に限られていた²²。本決議を受けて、G7 と G20 のメンバー国をはじめとした各国は、国際保健外交政策の一環として UHC に取り組む姿勢を強めた。

¹⁹ World Health Organization. (2010). The world health report: health systems financing: the path to universal coverage. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44371>

²⁰ The Bangkok Statement on Universal Health Coverage, 2012 年 1 月. Mexico City Political Declaration on Universal Health Coverage, 2012 年 4 月. Tunis Declaration on Value for Money, Sustainability and Accountability in the Health Sector, 2012 年 7 月.

²¹ A/RES/67/81

²² 日本は 2008 年の洞爺湖 G8 サミット以来、保健システム強化を国際保健分野で主流化するための主導的役割を目指す姿勢を示してきたが、2011 年（日本の国民皆保険制度 50 周年）前後からは中でも UHC を重点目標と位置付ける戦略のもと、WHO、World Bank 等国際機関との連携も通じつつ、UHC を主流化する様々な取り組みを行い、本国連総会決議の採択にも役割を果たした。

2015年にUHCの達成がSDGs (Goal 3「あらゆる年齢のすべての人々の健康的な生活を確保し、福祉を推進する」)に組み込まれたことにより、先進国と途上国双方でUHC実現へのコミットメントが高まった。一方、UHC実現への取り組み自体は2015年以前にすでにさまざまな国で始まっており、コロンビア、ベトナム、フィリピンでは1990年代、ガーナでは2005年からUHC達成を政策目標のひとつに掲げている。世界銀行グループが2015年に実施した途上国でのUHC移行の進捗調査は、対象の24カ国すべてで、ボトムアップアプローチに基づいたUHCへの進捗が大きく進んでいると報告している²³

特に日本がG7の議長国を務めた2016年の伊勢志摩サミットでは、略称である「UHC」が初めて国際会議の成果文書に現れ、UHCに関する複数のコミットメントがなされた²⁴。その後のG7サミット成果文書（2017年タオルミナサミット、2018年のシャルルボワサミット）ではUHCへの言及はみられないが、2019年のG7保健大臣会合やそれ以降のサミット会合ではUHCの重要性が強調されている。

日本が提唱する国内外でのUHC達成に関する取り組みとして、優先課題は1) 公衆衛生上の緊急事態や危機への備えとしての医療システムの強化、2) 拡大する保健医療アクセスの格差を念頭に女性に焦点を当てた公平性を確保するUHCモデルの構築、3) 疾患中心から人間中心のアプローチへ移行し、すべての人に健康を提供、4) 個人やコミュニティを巻き込み、保健機能とエンパワーメント機能の相乗効果を高める、5) 資金調達のみではなく保険システムの供給側も含め、6) 各国の状況を考慮し限られた予算でニーズを満たす、6) 官民連携による抗菌剤耐性(AMR)や顧みられない熱帯病(NTD)の治療薬を含む医薬品の研究開発、とある。ただ、重点は「我が国企業の発展と海外における自律的な産業振興の両立を視野に入れた裾野の広い健康・医療分野への貢献を目指し、我が国の健康・医療関連産業の国際展開を推進する」²⁵と多くの関係資料に記載されるように、日本企業のグローバルヘルスを通しての海外展開の強化に置かれていることは否めない。

2.4 TICADと野口英世賞

日本の国際保健政策を語る上で、外せないのはTICAD(アフリカ開発会議)である。これは1993年に日本政府が主導し、国連、国連開発計画(UNDP)、世界銀行及びアフリカ連合委員会(AUC)と共同で開催している国際会議である。当初は5年毎に日本で開催されていたが、TICAD VI(2016年)以降は3年毎に日本とアフリカで開催されている。

TICADができた背景には、1989年の冷戦終結と共に、アフリカ諸国への東西援助競争も終了し、先進ドナー諸国にとってアフリカ諸国への援助の戦略的意義は劇的に低下した。援助に際して構造調整・民主化・人権尊重等の政治的条件が求められることが一般的となり、その条件を受け入れない国に対しては援助が差し控えられた。一方、好調な経済を反映して1990年代には世界最大の援助供与国であった日本では、冷戦終焉後、アメリカの援助の政治・戦略的利用への関心が低下した状況の下、最大ドナーとしてどのような開発援助を行っていくべきかについて政策担当者の関心が高まり²⁶、1992年にはODA

²³ Cotlear, Daniel; Nagpal, Somil; Smith, Owen K.; Tandon, Ajay; Cortez, Rafael A.. *Going universal : how 24 developing countries are implementing universal health coverage reforms from the bottom up*. Washington, D.C. : World Bank Group. <http://documents.worldbank.org/curated/en/936881467992465464/Going-universal-how-24-developing-countries-are-implementing-universal-health-coverage-reforms-from-the-bottom-up>

²⁴ G7 Ise-Shima Vision for Global Health <https://www.mofa.go.jp/files/000160273.pdf>

²⁵ 健康・医療戦略推進本部、第10回グローバルヘルス戦略推進協議会 2024年11月14日資料

²⁶ 高橋 基樹「TICAD の変遷と世界」『アフリカレポート No.55』IDE.JETRO, 2017年

大綱が策定されている。1992 年には TICAD はこのような背景のもと、国際的関心が薄れていたもののいまだ深刻なアフリカの開発課題とそれに対する支援政策を、日本主導で見直し、議論する場として構想されたという一面がある。

日本は 1991 年 9 月中山外務大臣の国連総会一般演説で TICAD の開催を正式に表明したが²⁷、当時の外務省関係者のインタビューを通じ、この構想は、当時日本のアフリカ外交における最大の課題であった、南アフリカ共和国のアパルトヘイト撤廃に伴う経済制裁解除に対するアフリカ諸国からの反発を低減する方法の一環として生まれたことが明らかになっており²⁸、アフリカ諸国に対し日本がアフリカ開発援助に真剣であるという姿勢を示す機会としての役割も期待された。

2006 年に創設された野口英世アフリカ賞は、当時の首相の政治的判断による数少ない日本主導のイニシアティブである。これは、日本政府がアフリカに関する医学研究及び医療活動を顕彰するものとして創設し賞である。2006 年に当時の内閣総理大臣であった小泉純一郎氏がアフリカ訪問の際に着想し、同年 7 月に閣議決定によって創設された²⁹。本賞は「感染症の蔓延が人類共通の危険であるとの認識に立ちつつ、特に問題の解決が求められている地域であるアフリカでの感染症等の疾病対策及び公衆衛生推進のため、医学研究又は医療活動分野において顕著な功績を挙げた者を顕彰し、もってアフリカに住む人々、ひいては人類全体の保健と福祉の向上を図ること」という目的のもと、「医学研究分野」と「医療活動分野」の 2 分野において上記「目的」にある功績を挙げた個人（医療活動分野では個人または団体）をそれぞれ顕彰している。

授賞は日本政府が 3 年毎に開催するアフリカ開発会議（TICAD）にあわせて実施され、2008 年の第一回授賞式以来これまで 4 回にわたり対象 2 分野にて受賞者・受賞団体が選出されている。第一回の医学研究分野での受賞者はマラリア研究にて功績のある英ロンドン大学衛生熱帯医学校教授（当時）のブライアン・グリーンウッド博士、医療活動分野では、コミュニティ・アプローチを通じた医療サービスの促進に功績のあるケニア国家エイズ対策委員会（NACC）委員長（当時）ミリアム・ウエレ博士であった。2022 年の第 4 回にいたるまで、HIV エイズやエボラ、その他感染症の研究や、アフリカ諸国の保健医療システムまたは保健人材育成制度等の拡充に功績のある人物や団体が国籍を問わず表彰されている³⁰。

本賞は日本政府によるアフリカの科学に焦点をあてた国際賞として初めての取り組みであった。アフリカ諸国の保健医療支援に関する日本政府のコミットメントについての証左は、TICAD VI にて発表された「アフリカにおける UHC³¹」等など数多みることができるが、そのような動きの一環として、日本政府の同分野での取り組みを日本とアフリカ諸国にて周知する副次効果が期待できている。

²⁷ 第 46 回国連総会中山外務大臣一般演説「データベース『世界と日本』日本政治・国際関係データベース」政策研究大学院大学・東京大学東洋文化研究所 <https://worldjpn.net/documents/texts/un/19910924.S1J.html>

²⁸ 白戸圭一「アフリカ開発会議『TICAD』誕生秘録（1）～（7）」『フォーサイト』（2020.7.18～8.29）

²⁹ 第一回野口英世アフリカ賞授賞式における小泉衆議院議員による祝辞、内閣府、2008 年 1

³⁰ 第 4 回までの受賞者は、サリム・S・アブドゥル・カリム博士及びカライシャ・アブドゥル・カリム博士（南アフリカ共和国）、ジャン＝ジャック・ムエンベ＝タムフム博士（コンゴ民主共和国）、フランシス・ジャーバス・オマスワ博士（ウガンダ）、ピーター・ピオット博士（ベルギー）アレックス・G・コウティエーノ博士（ウガンダ）。

³¹ Worldbank, “UHC in Africa: A Framework for Action” 2016

2.5 ODA と日本の保健分野への貢献

日本は、これまで保健分野への拠出が少ない傾向にあったが、新型コロナウイルス感染症をきっかけに増加している。例えば、OECD DAC 国の中で米国、ドイツに次いで3番目に多い31億7100万ドルを国際保健分野に拠出している(2022年)³²。確かに2020年の新型コロナウイルス感染症の際には、感染症対応のための資金が増えたが、2021年以降保健政策とUHCを含む将来のための管理対策部門強化へ重点が置かれ、ODA全体のうち保健分野に関する支出割合が増加した結果、DAC国の中でも保健分野を重視する国として2021年の21位から2022年には10位に浮上した。

2019年以前においては、保健分野二国間ODAが5億ドルを超えた年(2012年、2015年、2016年、2018年)はいずれも日本が国際保健分野で重点目標とするUHCに関連するイベントを主催するか参加した年であり、日本がUHCを推進する機会を増幅するツールとしてODAが利用されていることが伺える³³。例えば**2012年12月**に第67回国連総会ではUHCを国際社会で共通の目標とする決議67/81. Global health and foreign policy³⁴を通過させる動きに貢献し、2013年12月には第68回国連総会サイドイベント「ポスト2015年:保健と開発」を主催した。これらは2015年に制定されたSDGsにUHCを含めることを目標とした動きの一部であった。また、**2015年9月**第70回国連総会でUHCの達成がSDGsのターゲット3.8として採択された後には、日本は同国連総会でサイドイベント「UHCへの道筋～ポスト2015期の開発における公平な国際保健と人間の安全保障の推進～」を共催し、また同年12月には東京で国際会議「新たな開発目標におけるユニバーサル・ヘルス・カバレッジ:強靱で持続可能な保健システムの構築を目指して」を主催している。ただし、2015年における増額はエボラ対応453億円による増分が大きく、必ずしも国際場裏での公約が増分のすべてに寄与しているとは言えない。

日本政府は、2019年まではバイよりもマルチ国際機関への拠出に重点を置いていたが、新型コロナウイルス感染症を機にそれが変化した。例えば、2016年6月の伊勢志摩G7サミットでは「国際保健のためのG7伊勢志摩ビジョン³⁵」が採択され、日本は国際保健機関(グローバルファンド、Gavi、等)に対し、総額約11億ドルの支援を表明した³⁶。同年8月に開催したTICAD VIでも、重点分野の一つに「質の高い生活のための強靱な保健システム促進」を挙げ³⁷、日本はG7でコミットした11億ドルのうち5億ドル分をアフリカで実施することを表明した³⁸。ついで**2017年12月**に日本は国際会議「UHCフォーラム」を共催し、同時に保健・栄養・水衛生分野で総額29億ドルの支援を表明した³⁹。一方、2023年には、新型コロナウイルス感染症を機に、感染症への備えについてUHCと紐づけ、新たにCEPIに3億ドル(2022-2026年)、グローバルファンドに11億ドル(2023-2025年)、GAVIに15.4億ドル(2021-2025)を改めて拠出表明した。⁴⁰

このように、日本の国際保健分野ODA拠出は同分野でのアジェンダ推進にかかるイベントと連動している。対財務省の視点からは予算確保の正当性もあるといえる。これは一面からみれば戦略的な拠

³² DAC Donor Countries' spending on Global Health, 2022 (Donortracker.org)この数値は二国間及びマルチ国際機関両方を含む。2022年のODA資金のうち、47%が二国間向け、38%がマルチ国際機関を通して拠出先を限定したもの、そして15%がマルチ国際機関への資金が割り振られている。

³³ 日本の施策は会計年度末の補正予算で手当てされることも多く、一方OECD統計は暦暦年で集計されていることから、暦年末に表明された支援はOECD統計では2年にわたって現れることも多いと考えられる(例2017年末UHCフォーラムでの支援表明等)

³⁴ A/RES/67/81

³⁵ G7 Ise-Shima Vision for Global Health, 2016 (www.mofa.go.jp/mofaj/files/000160273.pdf)

³⁶ 外務省「G7伊勢志摩サミットに向けた我が国の主な貢献策」2016年5月 (www.mofa.go.jp/mofaj/files/000158289.pdf)

³⁷ 「TICAD VI ナイロビ宣言」アフリカの持続可能な開発アジェンダ促進繁栄のためのTICADパートナーシップ、2016年8月28日

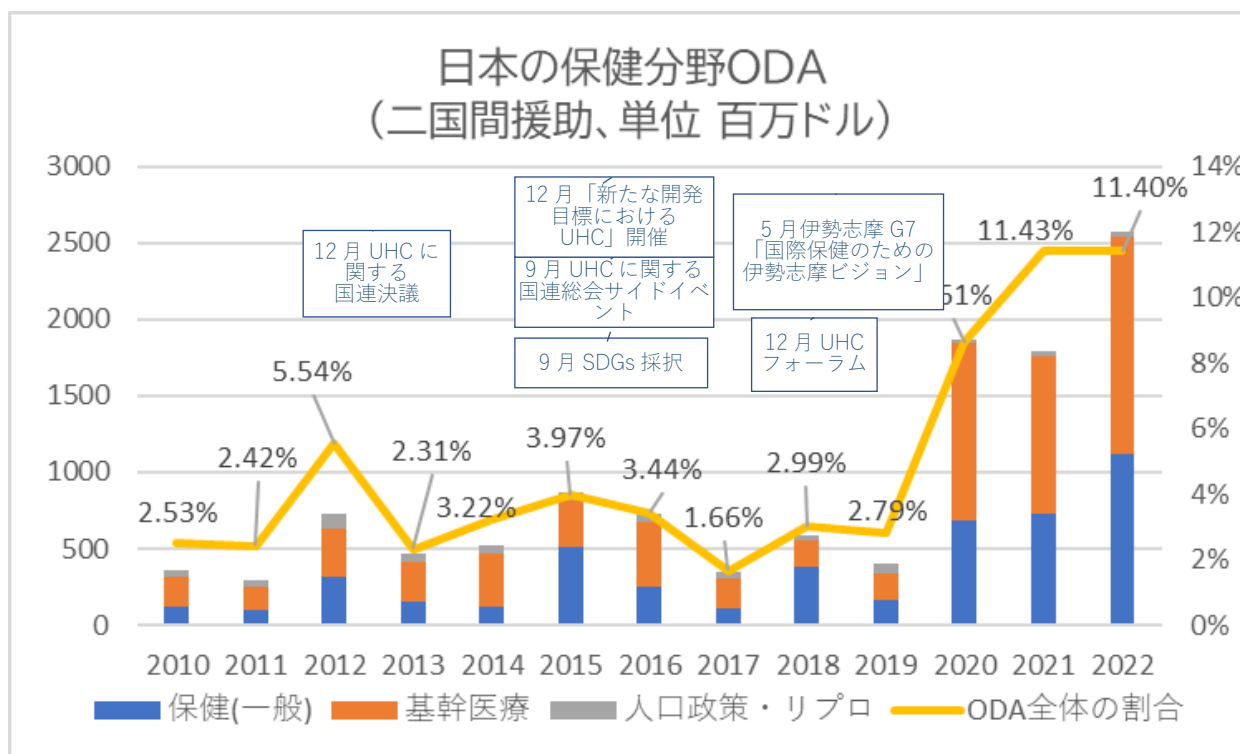
³⁸ 外務省「TICAD VIにおける我が国の取組」(www.mofa.go.jp/mofaj/files/000183834.pdf)

³⁹ 外務省「UHCフォーラムに際する支援策の成果」2017年12月 (www.mofa.go.jp/mofaj/files/000325960.pdf)

⁴⁰ Donortracker.org, “funding and policy outlook, Japan” [Issue Deep Dive: Japan/Global Health \(donortracker.org\)](https://donortracker.org/issue-deep-dive-japan/global-health)

出ともいえるが、図表1「日本の保健分野ODA（二国間援助）」からも見えるように、年度ごとに拠出額が大きく上下するため、被支援国または組織からは貢献の予測困難なドナーとみなされること、また、長期的な効果を狙う複数年計画を立てにくいことなどから、日本が国際保健分野で継続して主導的役割を発揮するための障害となっている面もあると考えられる。2020年以降は、二国間多国間ともに大きく増額されている。

図表1 日本の保健分野 ODA(二国間援助)



出典：Aid (ODA) by sector and donor [DAC5], OECD.stat, 2010-2022,

図表2 日本の国際保健政策の特徴と主な出来事

■1994年「人口・エイズに関する地球規模問題イニシアティブ（GII）」（1994～2000年）発表

94年1月、日米包括経済協議において合意。日本は94年から7年間に30億ドルの人口・エイズ分野での協力実施を表明。アジア、アフリカ、中南米において人口・エイズ関係のプロジェクト形成のための調査団が派遣された結果、数多くの日米協調案件が形成される。

⇒GII連絡会設置。NGOとの対話チャンネルが創出される。

■1997年「国際寄生虫対策（橋本イニシアティブ）」

橋本首相（当時）は1997年6月のデンバー・サミットにて寄生虫対策の重要性を指摘し、国際的な協力の必要性を強調。これを受けて同年8月厚生省内に「国際寄生虫対策検討会」が設置され、98年5月『21世紀に向けての国際寄生虫戦略（国際寄生虫対策報告書）』がまとめられる。同年5月バーミンガムサミットにおいて、橋本首相（当時）は寄生虫対策を効果的に進めるために、アジアとアフリカの2箇所に「人作り」と「研究活動」の拠点を作り、WHO及びG8諸国とも協力してこれらの拠点を含むネットワークを構築し、寄生虫対策の人材養成と情報交換などを向上させていくことを提案。

■2000年「沖縄感染症対策イニシアティブ（IDI）」（2000～2004年）発表

2000年7月の九州・沖縄サミットにおいて発表。日本政府は同イニシアティブの中で、GIIをもふまえ、HIV/エイズ、結核、マラリア・寄生虫症、ポリオといった感染症への対策に2000年からの5年間で総額30億ドルを目途とした協力を行うことを表明。サミットでは、日本が主導し史上はじめて感染症が主要議題の一つとして取り上げられ、後に世界基金設立（2002年）へとつながった。

⇒NGOが連合体で提言を行う。外務省がNGOヒアリングするなど関係強化される。

⇒外務省とNGOの対話の場として、GII/IDI懇談会が正式に設置される。事務局はNGOであるジョイセフ。

■2005 年『保健と開発』に関するイニシアティブ (HDI) (2005～2009 年) 発表

保健 MDGs 達成に一層貢献するため、2005 年 6 月の「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」にて発表。「人間の安全保障」の視点の重視、横断的取組、国際社会における連携と協調、開発途上国の多様な事情に応じた援助戦略の形成、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、の 5 つを基本方針とし、保健医療体制の基盤整備に関する支援やミレニアム開発目標の達成への貢献に向けた取組などについての具体的な取組をまとめた。同年 6 月 28 日、小泉首相 (当時) が、グレンイーグルズ・サミットに向けて、本イニシアティブに基づき今後 5 年間で総額 50 億ドルを目途とする協力を行うことを表明。

■2008 年「国際保健に関する洞爺湖行動指針」発表

2008 年 7 月の北海道洞爺湖サミットにおいて発表。「人間の安全保障」の観点から保健サービスへのアクセスを基本的人権の一部と位置付け、universal access to health services を目標として明示しつつ、保健システム強化、母子保健、感染症対策、他分野との連携、資金の 5 つの「とるべき行動」を定めた。

■2010 年「新国際保健政策」EMBRACE (2011～2015 年) 発表

2010 年 9 月、MDGs 国連首脳会合演説にて、菅首相 (当時) が発表。MDGs の中でも特に進捗が遅れている母子保健と保健システム強化に焦点をあて、「母子保健」「三大感染症対策」「インフルエンザなど国際的公衆衛生緊急事態」を 3 本柱としている。保健分野において 2010 年から 5 年間で 50 億ドルを支援することが明記された。

⇒外務省が主導し策定。厚生労働省や JICA などの関係省庁・機関や GII/IDI 懇談会を通して NGO との公式・非公式な議論が行われる。

⇒新国際保健政策に基づき、9 月の MDGs 国連首脳会合演説において、菅首相が「菅コミットメント」を発表。保健分野に 2011 年から 5 年間に 50 億ドルの拠出と、世界基金への最大 8 億ドルの拠出を約束する。

■2012 年 67/81. Global health and foreign policy 採択

第 67 回国連総会にて Universal Health Coverage (UHC) を国際社会共通の目標とする決議 67/81. Global health and foreign policy が採択された。日本はポスト MDGs の保健目標に UHC を含めることを見据え、WHO 等と連携して当該決議の採択に尽力した。また、2012 年 12 月には第 68 回国連総会サイドイベント「ポスト 2015 年:保健と開発」を主催し、UHC は人間の安全保障の具現化であり、ポスト 2015 年開発目標の中に位置づけられるべきことを広く訴えた。

■2013 年「国際保健外交戦略」発表

2013 年 5 月、第 4 回経協インフラ戦略会議にて岸田外務大臣が発表。国際的な保健分野の取組を我が国外交の重要課題であり人間の安全保障の理念を具現化する上で不可欠な分野として位置づけ、「ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ (UHC)」をポスト 2015 の議論において UHC を主流化していくと明記した。

■2015 年「平和と健康のための基本指針」発表

2015 年 9 月 11 回健康・医療戦略推進本部にて「平和と健康のための基本方針」決定。基本理念として人間の安全保障を掲げ、政策目標としては、公衆衛生危機・災害などにも強い社会の実現、UHC の達成、日本の知見・技術・医療機器・サービスの活用を挙げている。

■2015 年 SDGs 採択

9 月第 70 回国連総会で採択された SDGs の 3.8 として UHC が採択される。日本は同国連総会でサイドイベント「UHC への道筋～ポスト 2015 期の開発における公平な国際保健と人間の安全保障の推進～」を共催し、また同年 12 月には東京で国際会議「新たな開発目標におけるユニバーサル・ヘルス・カバレッジ：強靱で持続可能な保健システムの構築を目指して」を主催している。

■2016 年「国際保健のための G7 伊勢志摩ビジョン」採択

6 月の伊勢志摩 G7 サミットでは「国際保健のための G7 伊勢志摩ビジョン」が採択された。2014 年から 2015 年にかけてのエボラ出血熱の流行を受け、公衆衛生上緊急事態に対する国際保健枠組の強化、UHC 達成のための保健システムの強化、AMR 対策を柱にした本ビジョンへの貢献として、日本は総額 11 億ドルの保健分野への拠出を表明 (対象機関は世界基金、GAVI, GHIT, WHO)。同年 8 月に開催した TICADVI でも、重点分野の一つに「質の高い生活のための強靱な保健システム促進」が挙げられ、日本は G7 でコミットした 11 億ドルのうち 5 億ドル分をアフリカで UHC 達成のために使用することを表明した。

■2017 年「UHC フォーラム」開催

日本政府は12月に東京にて国際会議「UHCフォーラム」を共催し、保健・栄養・水衛生分野で総額29億ドルの支援を表明した。

■保健サイドイベント「UHC:万人の健康を通じたSDGsの達成」

■2019年「G20大阪サミット」首脳宣言でUHCと保健システム強化が言及されたほか、財務大臣会合では「途上国におけるユニバーサル・ヘルス・カバレッジファイナンス強化の重要性に関するG20共通理解」、保健大臣宣言では「UHCの達成」が柱のひとつとなるなど、UHCの主流化が進んだ。

■2021「COVAX ワクチン・サミット（AMC増資首脳会合）」開催

6月、日本政府はGaviと共催でCOVAX ワクチン・サミット（AMC増資首脳会合）をオンライン形式で開催。人間の安全保障の理念の下、UHC達成に向けたワクチンの重要性を強調。また、COVAXへの計10億円の拠出と日本国内で製造するワクチン3,000万回分のCOVAXを通じた供給支援を表明した。

■2022年「グローバルヘルス戦略」発表

5月、内閣官房「健康・医療戦略推進本部」グローバルヘルス戦略推進協議会でとりまとめられた「グローバルヘルス戦略～2030年SDGs目標年に向けて～」では、①グローバルヘルス・アーキテクチャー構築への貢献②国際機関・官民連携基金との連携強化③二国間協力を含む多様な協力ツールの活用④グローバルヘルスに関する資金⑤民間企業との連携・支援⑥市民社会との連携⑦大学・研究機関との連携⑧人材強化⑨感染症・母子保健・NCDs等重要な保健課題に関する取り組み⑩気候変動と保護⑪AMR⑫イノベーション⑬情報発信⑭WHOと連携した国内UHCセンターの設置、といった14の重点分野を定めた。

■2023年G7広島サミット5月、広島G7サミットでは、セッション「複合的危機への連携した対応」のサブテーマとして国際保健が議論され、①新型コロナの次の危機の予防、備えとしてのグローバルヘルス・アーキテクチャー（GHA）の構築・強化と、財務・保健当局間の連携の強化や、危機時に迅速かつ効率的に資金を供給する「サージ・ファイナンス」を含む資金面の取組の重要性 ②UHC達成へ向けた官民支援やインパクト投資の重要性の認識のもと、G7として、480億米ドル以上の官民支援にコミットし、インパクト投資や「UHCグローバル・プラン」を含めたUHC達成に向けた取組を支援 ③パンデミックや薬剤耐性（AMR）への対応を含むヘルス・イノベーションの促進と、感染症危機対応医薬品等への公平なアクセスの担保が合意された。

出典：著者が作成

このように日本はこれまでいろいろな場面で国際保健の重要性に声をあげてきた。ただし、これまでの拠出金の方向性を過去のパターンをただ踏襲するのではなく、拠出金を何の目的を達成するために出すのか、開発目標の何に焦点を当て、それによって日本のもつどのような強みのある技術で何を強化できるのか、日本がなにをサポートしていくのか、この拠出金の傾向からは見えない。日本の持つ技術の強みを活かして、どういう分野のどういう製品があれば、どのように国際保健分野で使ってもらえる(買い上げてもらえる)のか、など戦略的に考える事は重要である。タスクフォースの委員は「世界の需要と供給見ながら、日本は何ができるのか。できないならば、それどうやってできるようにするのか。ここを具体的に可視化していかないと、いつまでたっても日本の国際協力の質は上がらない」⁴¹と述べている。

2.6 日本を取り巻く国際情勢と最近の動向

コロナ感染症を転機に、米国の存在感が希薄となり中進国の台頭が顕著となった。新型コロナウイルス感染症が拡大し第一次トランプ政権がWHOを脱退し、米国が担ってきた国際保健分野のリーダーが不在となっ

⁴¹ 第9回グローバルヘルス戦略推進協議会 令和6年7月22日開催 議事録 [gijigaiyou.pdf \(kantei.go.jp\)](https://www.kantei.go.jp/jiji/gaiyou/pdf/0009/gijigaiyou.pdf)

た。それまでの大国主導型の枠組みがくずれ混沌とした状況となった。新型コロナウイルスが猛威をふるう中で、G7 など各国首脳が集まる会合でも消極的な各国リーダーを横目に、注目すべきは国際機関や民間団体が中心となり対コロナ対策を主導したことだ。ACT-A(詳しくは次項参照)という枠組みが作られ、途上国などへのワクチンアクセスへの取り組みが始まった。その後もフランス、ドイツに感染症センターができるなど、中進国を中心に新しい動きがでてきた。米国のリーダーシップ不在が、国際保健分野における新たな勢力図の改変を促したといえよう。米国の関与が縮小方向へ進む中、日本の相対的な重要度があがり、国際保健分野におけるプレゼンスを示す機会が広がるといえよう。

2.6.1 コロナ禍の ACT-A とは

2020 年 1 月に WHO が「国際的に懸念される公衆衛生上の緊急事態」を宣言し、2020 年 3 月の新型コロナウイルスに関する G20 首脳会議の声明には、国際的な協力による取り組みの必要性が盛り込まれたことを受け、WHO 主導し保健分野の国際機関やゲイツ財団等民間財団等をメンバーとした官民合同の枠組み Access to COVID-19 Tools Accelerator (ACT-A) を立ち上げた。コロナの世界的流行にあたり、検査や治療薬、ワクチン等の開発・生産を急ぐこと、また、それらの公平な配布や普及を担保することを目的に結成されたこの枠組みは、「ワクチン・検査・治療」、「アクセス・分配」、「保健システム」の三本柱からなり、それぞれの分野に専門性のある団体が各柱の運営をリードしている。ワクチン部門は GAVI, CEPI, WHO 検査部門は世界基金と FIND、治療部門はユニットエイドとウェルカムトラスト、保健システムは世界基金、世界銀行と WHO、アクセスと分配分野は WHO がそれぞれリードとなっている(ワクチン部門は配給パートナーとして UNICEF も参加)。加えて全体のガバナンスを担う運営理事会が設置されており、日本、フランス、英国、ドイツ、ノルウェー、南アフリカが理事会メンバーである。

資金面では、2020 年 5 月、6 月には ACT-A に関する首脳級会合(EU 主催、フランス、ドイツ、スイス、イタリア、英国、日本等が共同提案国)、ワクチンサミット(英国主催)が相次いで開催され、ACT-A と GAVI に対する総額 168 億ドルの拠出が表明された。ただ、慢性的な資金不足という課題が常にあった。

2021 年 12 月までに 28 億回分のワクチン、1400 万個の検査キット、800 万ドル相当の治療薬を確保、2021 年 1 年間で 144 か国へワクチン 955 百万回分を供与するなど、一定の成果を上げたが、資金不足等からくる実施の遅れも指摘された。

当初は、ワクチン、治療薬、検査薬の中・低所得国への公平な分配を目標に掲げていた ACT-A だが、2021 年 10 月に発表された中間報告によると、サービスの行き届いていない地域や国々、あるいは人道的な支援を必要とする状況にある人々の間でのアクセスをめぐる不平等に対処することを最大目標としドナーが主導する「公平な分配」を目指す方向から、低・中所得国の人々が医療手段に「アクセス」するのを支援することによって公平性を目指す方向へ方針を転換した。

2021 年 10 月から 2022 年 10 月までの ACT-A の予算は 234 億ドル(検査部門が 70 億ドル、ワクチン部門が 70 億ドル、治療部門が 35 億ドル、保健システム部門が 59 億ドル)となっており、2020 年 4 月の発足から 2022 年 4 月までの全ドナーによる総拠出額は 205 億ドルである。日本は 12 億ドルを拠出しており、アメリカ(67 億ドル) EU(59 億ドル)に次ぐ第 3 位のドナーとなった。⁴²

⁴² ACT-Accelerator Financial Commitment Tracker Overview, TOTAL commitments since April 2020 as of April 20, 2022

一方、現物供与については、2021 年のワクチンサミットで日本は、今後国内で生産するワクチン 3000 万回分の供給を発表した。ベルギー、デンマーク、スペイン、スウェーデンの 4 カ国と合わせて、5400 万回分にのぼった。大半は COVAX を通じた提供になる見通しであり、ワクチンの現物供与をめぐっては、こうした動きとは別に、米国が大きく先行していた。8000 万回分については 2021 年 6 月末までの供給を決定しており、このうち 75%は COVAX を通じての供給された。ホワイトハウスは 2021 年 6 月 3 日、2500 万回分（うち、約 1900 万回分は COVAX 経由）について、供与国・地域と供与数を明示した。また G7 サミット開幕前の 6 月 10 日、バイデン大統領は訪問先の英国で、これに加えて 5 億回分のワクチンを 1 年以内に供給することを発表し、このうち 2 億回分は 2021 年末までに提供すると言及した。

新型コロナウイルス感染症を受けて、2022 年に創設されたパンデミック基金では、G20 などの主要国が拠出し、20 億ドルの資金のうち、日本は 7000 万ドルを拠出した。2025 年には当初の予算である 20 億ドルが底をつくことから持続的に資金を継続的に調達する必要がある。

3. 国際保健に関する日本国内のプロセスと役割

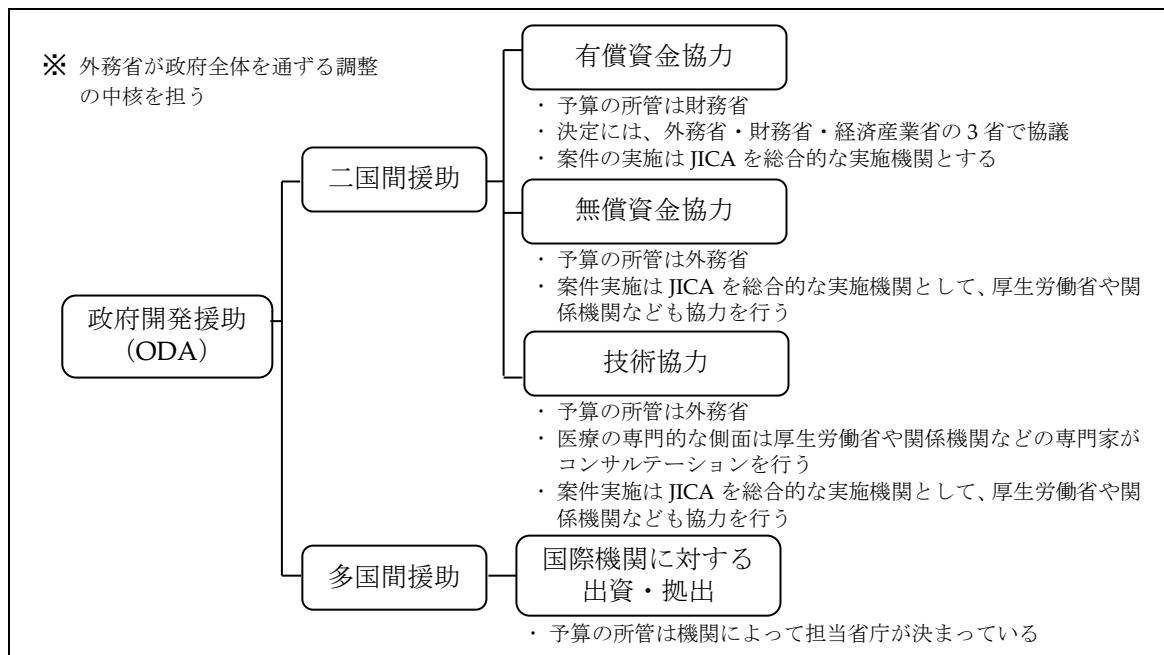
日本の国際保健分野についての意思決定や、政策の方向性に影響を与えるには、どのようなプレーヤーがどのように関係しているのだろうか。国際保健分野では、政府・関係機関や非政府組織（NGO）、民間企業、そして日本社会に特有なものや個人の投資行動など、いろいろな面で直接的・間接的にかかわっている。まず、政府開発援助（ODA）を始め国際保健分野への公的支援を国レベルで実施している「政府・関係機関」の概要をまとめた後、実施のプロセス、主導プレーヤーの役割、国際保健分野に関する戦略や政策、調整機能、とられている評価方法について整理する。「NGO」については、国際保健分野では現地の草の根活動や、アドボカシーなどの役割や活動資金源などについて述べる。これらのプレーヤー同士が具体的にどのように作用し成果をもたらしたかについては、実際に行われた事例を取り上げて意思決定プロセスを分析する。

3.1 政府・関係機関：日本政府の国際保健分野への公的支援

国際保健分野を含む日本政府の公的な国際協力である政府開発援助（ODA）は、予算を所管する省庁が多岐にわたり複雑である。日本の ODA は、これまで外務省が政府全体を通ずる調整の中核を担ってきており⁴³、1 府 12 省庁がそれぞれ関係する予算を所管している。国際保健分野のみを見ると、主に外務省、厚生労働省、財務省の 3 つの省と関係機関が関わっており、さらに内閣官房に設置された「健康・医療戦略推進本部」がこの三省を統括する形で総合的な国際保健 ODA 政策の策定と調整を担う形となっている。また、2008 年には、旧 JBIC（国際協力銀行）の海外経済協力部門が JICA に統合されたことを機に、現在の JICA が一元的に、技術協力、有償資金協力、無償資金協力を行う実施機関となっている。ODA は種類別に、日本と被援助国との二つの国の間で行われる「二国間援助（バイ）」、国連などの国際機関を通して行われる「多国間援助（マルチ）」に分けられる。「二国間援助」についてはさらに援助形態（スキーム）別に、「有償資金協力（円借款）」、「無償資金協力」、「技術協力」の 3 つに分けられる（図表 3 参照）。

⁴³外務省 国際協力 政府開発援助 ODA ホームページ「ODA とは？ 実施体制・援助体制」参照。
www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/about/index.html（2024 年 10 月アクセス）

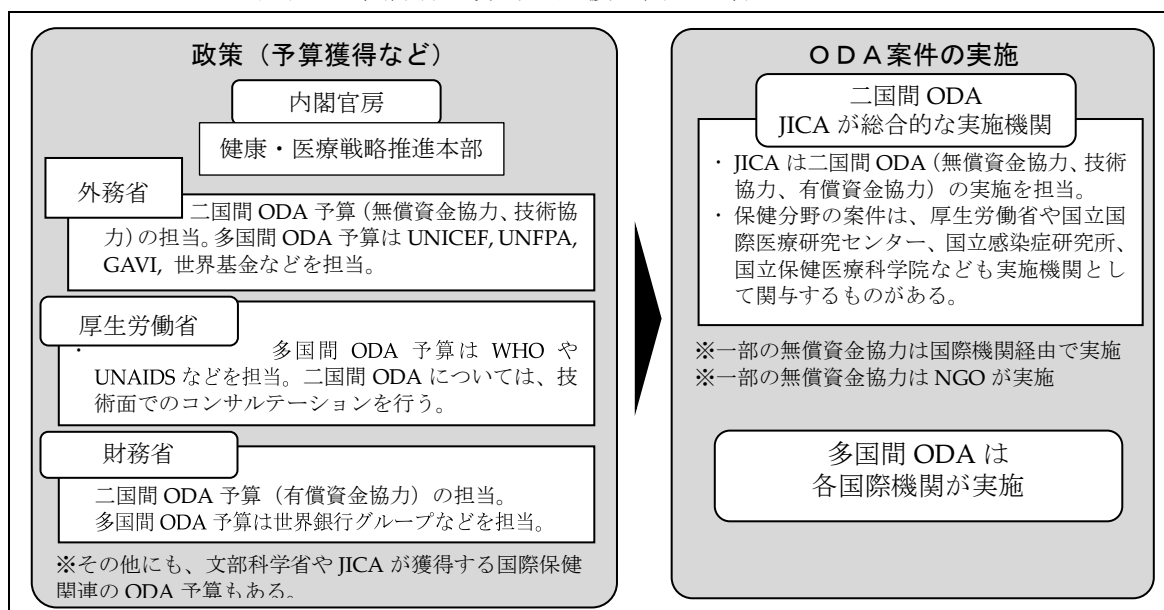
図表 3 ODA の分類（国際保健分野の場合）



出典：A. Yamaguchi, H. Sugiyama, and H. Murakami “Japan’s Global Health Policy” HGPI, 2013

ODA 全体は外務省が担当省庁であるが、「保健」に関する事柄は厚生労働省や関係機関などが技術的な面のコンサルテーションを行う。また、ODA の二国間援助の有償資金協力については財務省が予算を管轄するスキームである。国際機関への出資・拠出については、拠出先の機関により担当する省庁が決まっている。このように「国際保健」という一つの分野であっても、担当部署や担当者が複数にわたる（図表 4 参照）。

図表 4 国際保健分野の支援に関わる省庁とその担当



出典：A. Yamaguchi, H. Sugiyama, and H. Murakami, CSIS, 2013

政策や予算を所管するのは外務省や厚労省、財務省であるが、案件の具体的な計画や実際の実施は一括して国際協力機構（JICA）が行うことから、さらに細分化され複雑になっている。政策策定から予算獲得、案件の実施へと至るまでにさまざまなプロセスを経ることになるため、案件実施後の評価は行われているが、評価のフィードバックが有機的に取り入れられて政策に反映されるプロセスが明確ではなく容易に確認できない。

日本の ODA 一般会計当初予算は、日本国内における経済・財政の悪化や ODA に関する批判など⁴⁴を主な要因として 2000 年以降 2015 年まで減少、その後 6 年連続増加し、さらに新型コロナ感染拡大において、3 倍超となっている。また、OECD/DAC の統計によると、ODA 事業実績⁴⁵、2000 年まで日本が世界最大の ODA 援助国であったが、新型コロナ感染症の影響もあり、2020 年の実績では OECD/DAC 加盟国の中で 4 番目の援助国となっている。ただし、グローバルファンドや GAVI アライアンス、CEPI といった新興の基金に対して他の国に比べ大きく拠出している。

図表 5 省庁別政府開発援助予算推移（一般会計予算、百万円）

	2022 年度	2023 年度
内閣本府		48
警察庁	18	19
金融庁	191	200
総務省	842	1022
法務省	368	855
外務省	442821	442841
財務省	77814	82820
文部科学省	17561	17506
厚生労働省	6292	10601
農林水産省	2554	2510
経済産業省	11902	11688
国土交通省	310	294
環境省	492	534

出典：2023 年版開発協力白書 参考統計資料

ODA 事業にかかる予算は複数の財源が元になっている⁴⁶。無償資金協力は全額が「一般会計」に組み込まれ外務省が所管している。技術協力のうち、JICA が行う事業の財源にあたる JICA 運営費交付金⁴⁷については全額「一般会計」に組み込まれ外務省が管轄し、それ以外の技術協力予算の財源は「一般会計」と「特別会計⁴⁸」に組み込まれている。円借款の財源は「一般会計」および「財政投融资」であり、国際

⁴⁴ Mireya Solis and Shujiro Urata, 2007.

⁴⁵ ODA 一般会計当初予算の他に、財政投融资や出資国債なども含み、OECD/DAC など国際的な実績統計の際のベースとなるもの。2018 年の ODA 実績から、従来の支出純額（ネット）方式に代えて、贈与相当額計上方式が採用されている。

⁴⁶ ODA 予算の財源は、国の予算の中で最も基本的な経費の収支を扱い一般行政を進めるための主要な経費を賄うものである「一般会計」、特定の政策目的に当てる資金を確保するために一般会計とは別枠で管理する「特別会計」、国際通貨基金などの国際機関の拠出金に充てられる「出資国債」、政策的な必要性はあるが民間では対応が困難な投融资活動である「財政投融资」の 4 種類。

http://www.isfj.net/ronbun_backup/2010/f04.pdf（2012 年 11 月アクセス）

⁴⁷ 平成 24 年度 ODA 事業予算（当初予算）の概要によると、技術協力のうちの約 45%が JICA 運営費交付金となっている。

<http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/shiryo/yosan/seifu24/pdfs/shiryo01.pdf>（2012 年 11 月アクセス）

⁴⁸ 会計検査院の報告書によると、特別会計においては科目の名称において「政府開発援助」という名は冠されておらず、特別会計予算のうちのどれが ODA にかかるものであるかは科目の名称からは区分できない。しかし、平成 15 年から 19 年度の実績において厚生労働

機関への出資・拠出の財源は「一般会計」、「特別会計」、「出資国債」である。

一般会計をはじめとする日本の予算獲得の方法は、‘縦割り・前例踏襲・前年実績主義’と言われており⁴⁹、国際保健に関する ODA についても同じく、各省庁が独自の方針を重視し、前例や前年度実績をベースに予算編成がなされていると考えられる。また、予算獲得のもう一つの特徴として、財政難が背景にある中では ODA 予算の財源が大きく増加することは考えにくく、基本的にはどこかの予算を別の予算に‘再配分’することになる。

一方で、そのような中でも国際的な場に出された首相や外務大臣のコミットメントについては、さまざまな予算枠を駆使して、約束した期間内に約束した額の ODA を実施できるよう政策上の配慮がなされている。例えば、2016 年の G7 伊勢志摩サミットにおいて日本は世界基金への 8 億ドルを含む総額 11 億ドルの保健関連国際機関への拠出を表明しており、その結果として、一般会計において 2016 年度かそれ以降に着実に世界基金への拠出金の予算が確保され、現在でも一番大きい規模を保っている⁵⁰。また、外務省が所管する無償資金協力や技術協力についても、年度毎の ODA の重点方針を示す「国際協力重点方針」⁵¹において重点を置く取組の一つに「保健」が明記されるなどして、コミットメントの達成を意識した案件形成がなされる仕組みになっている。外交上、国際舞台での公約は守る方向で省庁が動く⁵²ことから、コミットメントが出される背景で先々の予算の積み上げが計算され、予算確保の目途が立っていた事が分かる⁵³。

このように、国際保健に関する ODA の予算と一言でいってもその予算確保の方法にはさまざまな選択肢がある。また、どのような方法でどの程度の予算を確保するかの戦略も省庁ごとに違うため一葉ではない⁵⁴。縦割り・前例主義で各省庁が財務省に対して予算要求を行い限られた財源の中から獲得するという構造のままでは、国際保健という分野横串の方針にのっとって予算確保をすることは困難である。特に多国間援助の担当省庁が分散していることから、多国間援助同士の相乗効果、また、多国間援助と二国間援助の相乗効果を持たせることが困難になっている。

また、これまでの国際保健に関する二国間援助の実績としては「無償資金協力」による援助の額が高く⁵⁵、中でも病院の建設や医療機器の設置などのインフラ整備の用途で「無償資金協力」のスキームによる

省の所管する特別会計として「国立高度専門医療センター特別会計」が計上されており、国際保健分野に関連する技術協力として特別会計が使われた事が分かる。なお、国立高度専門医療センターの独法化にともない平成 22 年に「国立高度専門医療センター特別会計」は廃止された。廃止後、独法化した機関は、財政投融资を活用することが可能になっている。

⁴⁹内閣官房国家戦略室による日本再生戦略（2012 年 7 月 31 日閣議決定）より。戦略では、これまでの縦割り・前例踏襲・前年実績主義の予算編成からの脱却を基本方針としていた。なお、国家戦略室については、2012 年 12 月の衆院総選挙にて、民主党政権から自民党政権へと政権が交代したのを機に廃止された。

⁵⁰ 2016 年度は補正予算から（32,500 百万円の拠出。2017 年度は、当初予算（4,674 百万）に加えて、補正予算により 30,000 百万円の拠出。さらに 2018 年度に当初予算より 1,000 百万円、補正予算から 38,000 百万円の拠出が行われ、3 年間で行計 1.061 億円の拠出がなされている。

⁵¹ 2019 年以降作成なし

⁵² しかし、2005 年に発表された『「保健と開発」に関するイニシアティブ』では 5 年間で総額 50 億ドルを目途に保健分野に拠出することが約束されたが、HGPI 調査チームが 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。

⁵³ 対照的な事例として、「国際寄生虫対策（橋本イニシアティブ）」は首相トップダウンでイニシアティブが出され、省庁における予算の裏付けがあらかじめ準備されていなかったため金額面でのコミットメントがだされず、成果があいまいなまま終了したとの見解がある（インタビューより）。

⁵⁴ 平成 24 年度の補正予算案（2013 年 1 月 15 日閣議決定）において、外務省と厚生労働省で、開発途上国向けの医薬品開発の促進として、7 億円ずつの予算が取られている。外務省の予算案によると、「顧みられない熱帯病の治療薬等の研究開発と供給支援を、日本の製薬企業、ゲイツ財団、外務省、厚生労働省の 4 主体による官民連携で促進する。」としており、官民連携による新たな動きが起ころうとしている。

⁵⁵ 協力実績（2017～19 年度平均）は○保健システム強化：技術協力 37 億円、無償資金協力 92 億円、円借款 57 億円、○感染症対策：技術協力 12 億円、無償資金協力 39 億円、○母子保健：技術協力 13 億円、無償資金協力 32 億円、

支援が行われてきた⁵⁶。他方、技術協力案件と無償資金案件の割合は過去 10 年間の案件数を平均するとおよそ技術支援 2 に対し無償資金協力 1 となり、二国間無償協力の枠組み内では、件数の面では物資供与よりも技術協力を重点が置かれていることがわかる。

コラム 1：ODA（二国間援助）における国際保健分野の実績

日本において、ODA 予算は援助形態別に確保されており「保健分野」といった分野別に配分されていない。よって、日本政府の ODA 予算から保健分野についての予算を切りだして明らかにしているデータがない。また、政府と民間双方の資金源を含む日本全体としての国際保健分野における支援については正確な報告・評価制度がないため⁵⁷、日本の国際保健分野に対する正確な支援実績を知る事は困難である。

二国間援助については、OECD/DAC による統計が参考になるが、日本の援助形態別に配分された ODA 予算と OECD/DAC による統計の数字との関連も明確には示されておらず不明である。事実、2009 年以前は、国際保健政策の実績の達成基準は、OECD/DAC による統計の数値ではなく日本独自の集計方法により出された数値を用いて設定されていた。

国際機関への出資・拠出金に関しては、各省庁が管轄機関に関する「行政事業レビュー」で過去 4 年分の出資・拠出額を機関ごとにとりまとめ、毎年公表しているが、拠出金の記載のうちには国際機関を経由した二国間援助の金額も含まれるため、国際保健分野への日本の支援の全貌に関する正確な数字を把握することが困難である。

これまで述べたように制約はあるが OECD/DAC による統計の数値を日本の国際保健分野への支援額を知るための目安として見ると、二国間援助で最も大きい額が配分されているのは「保健政策および管理運営」、ついで「基礎保健インフラ」、「感染症対策」、「医療サービス」となっている（巻末付録参照のこと）。

また、図表 6 に示すように OECD/DAC による統計をもとに「二国間援助」の援助実績について、援助形態別に分けたものをみると、日本の ODA のうち国際保健分野への配分については、総じて「無償資金協力」の配分割合が高かったが、2011 年より数年は徐々に政府貸付の割合が増加したが、2020 年以降は新型コロナ感染症の拡大に伴い、無償資金および政府貸付分が急激に増加し、2023 年度の傾向から見ると、国際機関への拠出が減り二国間へシフトしているようにみえる。

図表 6 日本の国際保健に関する「二国間援助」の額（援助形態別）

(約束額ベース、単位：百万ドル、%)				
暦年	無償資金協力	政府貸付等	技術協力	合 計 (%)
2006	163.19	15.51	121.18	299.98[2.2]
2007	198.36	—	129.54	327.90[2.5]
2008	132.12	—	138.71	270.83[1.5]
2009	211.01	—	143.44	354.45[2.4]
2010	287.14	—	157.00	444.14[2.5]
2011	167.16	62.64	162.05	391.85 [2.4]
2012	438.98	349.73	170.81	959.52[5.5]
2013	313.06	60.72	124.97	498.75[2.3]

○非感染性疾患対策：技術協力 2 億円、無償資金協力 3 億円 出典：令和 3 年 7 月 9 日第 1 回グローバルヘルス戦略推進協議会「グローバルヘルスに関する JICA の取組みについて」

⁵⁶外務省、2011 年版 政府開発援助(ODA)参考資料集の第「3 節 無償資金協力」参照。

⁵⁷ライデン・ヤノ、國井修、森臨太郎、ほか、2011

2014	344.12	78.27	104.43	526.82[3.2]
2015	252.05	422.51	100.39	774.96[4.0]
2016	245.95	370.09	107.58	723.63[3.4]
2017	237.01	-	98.19	335.20[1.7]
2018	329.20	162.41	86.12	577.73[3.0]
2019	315.65		95.17	410.92[2.8]
2020	1,334.63	543.26	56.07	1,944.39 [8.7]
2021	959.15	722.08	114.36	1795.6 [11.7]
2022	1042.71	941.32	140.58	2124.62 [11.41]

*1 データは DAC_CRS 統計に基づく。
 *2 合計欄の[]内は、ODA 総合計に当該分野が占める割合（％）。
 *3 政府貸付金等は、供与額、債務免除、債務繰延を含む。
 *4 東欧および卒業国向け援助を含む、約束額ベース、単位百万ドル

出典：外務省「2006~2023 年版 政府開発援助（ODA）参考資料集」

日本の国際保健 ODA の実績については、正確な統計が公表されておらず支援の傾向やその効果を測定する際の重要な根拠の一つが整えられていない状態である。そのような状況において、ODA の国際保健配分の増加をめざすことも重要ではあるが、まずはデータを整えて国際保健分野に関する ODA の正確な姿を把握し、より効果的な支援となる方法を探ることも重要であろう。

二国間援助以外も含む保健分野の支援については、日本政府が国際機関や NGO 等すべてのチャンネルを通じて支出した国際保健分野支援の金額は 2015 年以降 2018 年まで 1,000 百万ドル程度であったが、2019 年には 1,277 百万ドル、さらに 2020 年度にはさらに 288%増加して総額 3,674 百万ドルとなり、日本は米国、イギリスに次いで第 3 位の保健分野支援国であった（2019 年は 4 位、2015 年は 5 位）。2020 年の国際保健分野への支出のうちおよそ 62%にあたる 2,300 百万ドルが COVID-19 対応または COVID-19 流行をきっかけとした保健システム強化や調査研究等に充てられており、日本が 2015 年以降 UHC の主流化に力を入れるなかで、今次の COVID-19 流行拡大は国際保健支援をさらに拡充する契機となった⁵⁸。

3.1.1. 二国間援助の内容とプロセス

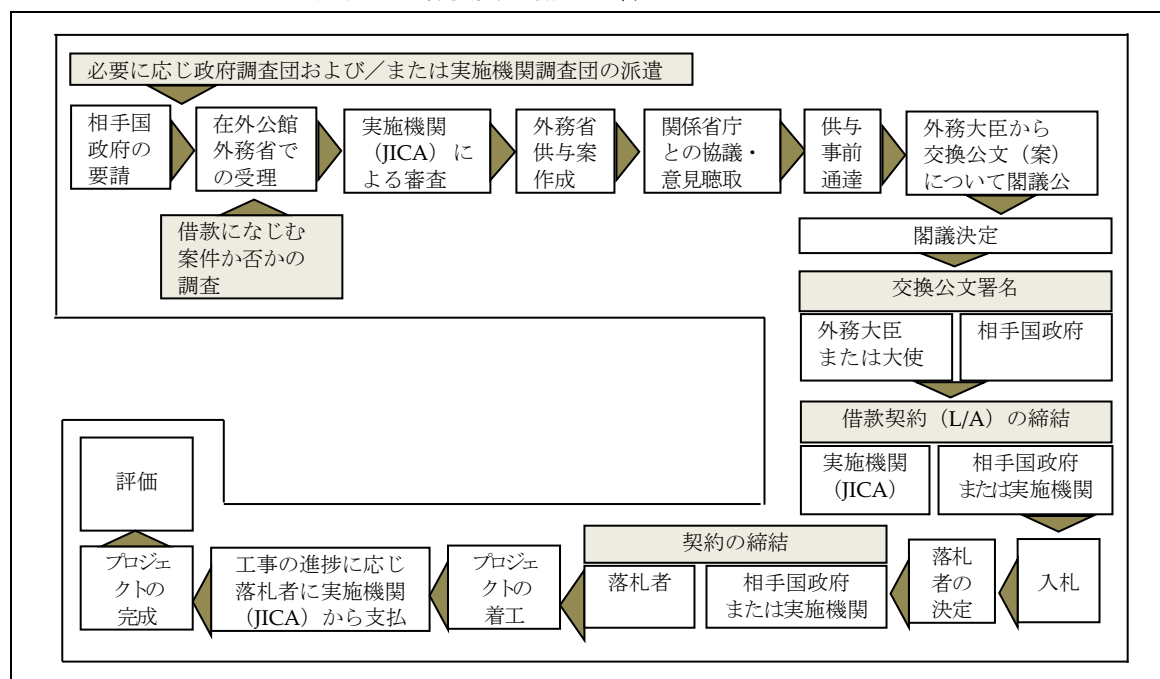
二国間援助には、「有償資金協力」、「無償資金協力」、「技術協力」がある。「有償資金協力（円借款）」は開発途上国に対し長期・低利の緩やかな条件で開発資金を貸し付けるものであり、予算配分を担当するのは財務省、支援の実施は国際協力機構（JICA）を通じて行われる（図表 4 参照）。

実際に円借款の実施が決定されるまでには、まず在外交館などを通じた相手国政府のニーズを踏まえた上で日本政府が有識者などで組織された調査団を相手国政府に派遣し、相手国との協議を行う。その後、JICA の審査ミッションが現地に行き相手国政府や実施機関などとの協議、実現可能性についての調査などを行いながら審査を実施する。JICA による審査結果をもとに、財務省が主導して貸し付け条件などの検討をおこないつつ、外務省・財務省・経済産業省の関係三省による協議を行い、日本側の条件や国別指針を基に案件化する。なお、協議では JICA の審査の結果を踏まえて、借款供与額や貸付条件などが検討される。その後、外務大臣から閣議公文が提出され閣議決定が行われ政府間で交換公文の締結をし、JICA と相手国借入人などとの間での借款契約の調印をする、というプロセスを踏む。決定後は、通常、

⁵⁸ IHME の Financing Global Health 2020. <https://1drv.ms/w/s!AjeaMb5ojg4VgcksnvBm13V19TH9ZQ?e=eLsrZC>

借入国が設計や入札補助などのためにコンサルタントを雇用する。続いて、借入国はプロジェクトに必要な資機材・サービスを、原則として国際競争入札によって調達する。有償資金協力については、従来、開発途上地域における電力・ガス、運輸、上下水などの経済社会基盤の整備に対して多くの支援が行われてきたが、感染症対策などの分野への支援も実施されている。国際保健分野に関連する事例として、2011年と2016年にはパキスタン向け、また、2014年にはナイジェリア向けにローン・コンバージョンというスキームを用いた円借款を実施した。

図表7 有償資金協力の審査・決定プロセス



出典：外務省「2011年版 政府開発援助（ODA）白書 日本の国際協力」

「無償資金協力」は開発途上国に返済義務を課さない資金協力であり、予算の所管は外務省、支援の実施は JICA を通じて行われる（外交政策の遂行上の必要から外務省が自ら実施、または必要に応じて国際機関と連携して実施するものを除く）。ただ、新型コロナウイルス感染症以降、グローバルファンド、GAVI、世界銀行、COVAX や UNICEF など新興国際機関への拠出が増えている。

無償資金協力は、その内容に応じて、通常の JICA 実施型の無償資金協力のほかに緊急無償、国際機関連携無償、NGO 連携無償、草の根・人間の安全保障無償等の区分があり、国際保健に関する支援はこの区分にも含まれ得るが、DAC へ保健分野への支援として報告されるのは常の無償資金協力か、国際機関連携無償による支援が主である。最も一般的な JICA 実施型の無償資金協力⁵⁹については、支援の決定に至るまでに在外交館などを通じた相手国政府からの要請、外務省による無償資金協力の必要性・妥当性の検討、JICA による事前の現地調査、日本政府部内の調整を経て、交換公文が締結される。その後、贈与契約が締結されたのち、被援助国政府は日本のコンサルタント、請負・調達業者との間で契約を結

⁵⁹ 「一般プロジェクト無償」は、基礎教育や保健・医療等の基礎生活分野を中心として、施設建設や資機材調達等の事業（プロジェクト）に必要な資金協力。それ以外には、「ノンプロジェクト無償」（物資を輸入するための代金の支援）や「草の根・人間の安全保障」などがある。一般プロジェクト無償、ノンプロ無償当等のサブスキームは 2015 年 4 月に廃止。草の根・人間の安全保障無償と NGO 連携無償は存続中。

び、事業を実施する⁶⁰。請負・調達業者の選定方法は、原則として一般競争入札が行われている。「無償資金協力」には、その他に、JICA による事業実施が治安・専門性・地理的要素等の観点から困難な案件を国際機関を通じて実施する援助区分である「国際機関連携無償」、人道上の危機に対応するために緊急に案件形成される「緊急無償」、開発途上国において活動している NGO が実施する比較的小規模なプロジェクトに対して資金協力を行うための援助区分（「草の根・人間の安全保障無償」、「日本 NGO 連携無償」）もある。「国際機関連携無償」が実施にいたる過程は JICA 実施分の案件形成過程に準ずるが、JICA と日本のコンサルタント等の関与がないのが相違点である。緊急無償が、草の根無償、NGO 連携無償については在外公館あるいは外務省民間援助連携室に申請が行われた後、申請団体の適格性、事業の内容、外交上・治安上の問題点、現地ニーズ、事業の持続性などが検討されたのち、外務省本省にて案件実施の検討・承認が行われる⁶¹。これにより NGO が自ら主導するプロジェクトの資金獲得のチャンスが増えたが、額は少額であり限られた NGO しか獲得できていない。また、広報やアドボカシーなどの活動に資金が使えないこと、数年ごとに申請が必要なため長期的に継続したプロジェクトが行えないことなどの障壁がある。

「技術協力」は開発途上国の人々が直面する開発課題に自ら対処していくための総合的な能力向上を目指す、人を介した協力である。支援の内容は、開発途上国に日本人専門家を派遣して、相手国の行政官や技術者に必要な技術や知識を伝えるとともに、彼らと協働して現地適合技術や制度の開発、啓発や普及を行う「専門家派遣」、開発途上国から主に当該分野の開発の中核を担う人材を研修員として日本に招きそれぞれの国が必要とする知識や技術に関する研修（本邦研修）や相手国や日本以外の第三国で開催する研修（在外研修）を含む「研修員受け入れ」、必要な機材を相手国に供与する「機材供与」、「専門家派遣」「研修員受入」「機材供与」などを適切な形で組みあわせて実施する「技術協力プロジェクト」などがある。

支援の決定に至るまでには、相手国政府との協議、JICA 在外事務所による情報収集や協力準備調査などによる案件発掘・形成、相手国からの要請、外務省や関係省庁、JICA による採択可否の検討、採択された案件についての日本政府から相手国政府への通報、在外交館ベースでの協力に関する口上書の交換、といったプロセスを踏む⁶²。支援は JICA を通して実施され、必要に応じて厚生労働省や国立国際医療研究センターなどといった関係機関と協働して支援が実施される。

図表 5 に示したように無償資金協力・技術資金協力は、ODA 全体の 2%－4% しか占めていないが、技術協力案件と無償資金案件の割合は 10 年を平均するとおよそ技術支援 2 に対し無償資金協力 1 となり、二国間無償協力の枠組み内では、物資供与よりも技術協力の重点が置かれていることがわかる⁶³。具体的な内容を見てみると、過去 10 年において日本政府が JICA 経由で開始した二国間技術協力・無償資金協力案件は全 1496 件、そのうち保健医療分野の案件は 155 件、全体の約 10% であった。年度ごとに

⁶⁰ 外務省 ODA 白書によれば、「プロジェクト実施主体は被援助国政府であるが、プロジェクトにおける施設の建設、資機材の引き渡しに適正、迅速かつ支障なく行われることを確保するため、JICA が入札、契約締結から建設の完了、資機材の引き渡し等の一連の過程で、被援助国政府及び関連業者に対して適切な助言やあっせんを行う」とされている。実際は、これらの一連のプロセスの中で開発コンサルタントが担う役割は大きく、プロジェクトの発掘や開発調査、入札管理や実施に至るまで、さまざまな段階で常務を受注している。廣田奈津実、2008。

⁶¹ 外務省、2011。

⁶² 国際協力機構、2011。

⁶³ ただし留意すべきは、インフラ整備に関しては、有償資金協力で手当てされている場合が多いことである。

ると(図表 7)、2011 年の 13 件から、2015 年と 2016 年にそれぞれ 20 件、27 件と 20 件台まで増加したものの、その後の 4 年間は減少、2020 年には 6 件となっている。2020 年に関してはコロナの世界的流行により保健システムを含む各国政府の支援受け入れ態勢に影響が出たこと等から案件の見直しが行われた可能性があるため、案件数の大幅な減少が日本政府の国際保健への取り組み姿勢を反映しているとは必ずしも言えない点に留意する必要がある。(2020 年はまた、WHO や C O V A X 等を国際機関・枠組みを通したコロナ対応に補正予算から多額の拠出が行われており、全体としての国際保健分野への日本の拠出を分析するにあたっては、この点にも留意すべきである。)

図表 8 日本政府による保健医療分野二国間無償・技術協力案件 2011-2020 (単位：件)

種別・開始年	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
技協	11	11	7	6	11	21	13	7	7	3
無償	2	6	7	11	9	6	5	5	4	3
合計	13	17	14	17	20	27	18	12	11	6

(JICA 公表データをもとに作成)

日本は二国間の無償資金協力と技術協力を主に JICA を通じて実施しているが、事業地の治安上の理由等から JICA による実施が困難な場合は、国際機関を通じて実施する場合もある。このような国際機関連携無償資金協力案件のうち、2011 年から 2020 年の間に保健医療分野で実施された案件数は下表のとおり。件数は 2011 年と 2018 年の 8 件から 2015 年の 1 件まで増減があるが、件数に明確なトレンドは見られない。金額については、2013 年、2014 年に 30 億円台、2016-2018 年に 45 億円から 50 億円台が 3 年連続している。1 案件あたりの平均支援額は 2016 年(一案件あたり約 9 億円)までは増加トレンドであったが、その後減少し、2020 年には約 4 億円であった。

図表 9 日本政府による国際機関を通じた保健医療分野二国間無償・技術協力案件 2011-2020

年	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
件数	8	3	5	4	1	5	6	8	3	4
金額(億円)	31.09	17.84	35.02	30.67	14.48	45.67	46.19	50.46	15.12	15.73

出典：(外務省公表データをもとに作成)

JICA 経由・国際機関経由案件を合計した件数をみると、2011 年-2015 年と 2017 年-2018 年の 7 年間はおおよそ 20 件前後を推移、2016 年に 36 件と突出した件数を示し、最近の 2 年間は 14 件、10 件と最低件数を記録している。2016 年は日本が伊勢志摩 G7 サミットと TICADVI を開催し、国際保健、特に UHC を焦点のひとつに置いた議論を進めた年であった。また、2017 年には UHC フォーラムが東京で開催されている。この 2 年の国際保健案件数が多いことには、これらの国際会議で日本が示した UHC へのコミットメントが反映されていると考えられる。しかしながら、インフラへの投資などと比較すると、日本が真に医療保健分野に力を入れているとは言いにくい。

新型コロナウイルス感染症を経て、途上国への支援の選択の方法は、これまでの「要望調査」から「オファー型」へシフトしつつある。

<これまで>

日本の ODA は基本的に支援先国家からの要請に基づく「要請主義」の形をとっており、二国間援助は一般的に相手国からの要請に基づき案件が実施される。実施される案件について、相手国政府に対する新規案件の要望の聴取から日本側での実施決定までの一連のプロセスとして「要望調査」がある。

要望調査は ODA 対象国⁶⁴を対象とし、外務省国際協力局国別開発協力各課が実施主体となって毎年行う。JICA は実施機関としての知見を活かし要望調査の各プロセスに積極的に関与している。

要望調査は「開発協力大綱」「分野別開発政策」「国別開発協力方針」⁶⁵などの日本の ODA に関する政策や方針を踏まえて実施され、調査の際には JICA がまとめた国別分析ペーパー⁶⁶も参照される。

要望調査の対象となるスキームは「技術協力」「無償資金協力」「ボランティア事業(青年海外協力隊、シニア海外ボランティアなど)」である。「有償資金協力」については、もともと国際協力銀行(JBIC)が有償資金協力を担当していた時代⁶⁷よりニーズがあればその都度必要に応じて政府調査団および/または実施機関調査団を派遣し検討されてきたので、実質的には要望調査の対象外となっている。対象年度は原則として翌年度(の実施希望案件)であるが、無償資金協力案件に関しては正式に実施を決定する前に協力準備調査を行うため翌々年度となることが一般的である。

具体的には、6月に外務本省より、要望調査対象国を所管する在外公館に対して、調査実施にあたっての基本方針(国際協力重点方針や世界的な会議で日本の出したコミットメントなどに留意した政策的留意事項、など)と要望調査手順の説明が書かれた実施要領を送付し、要望調査の実施を指示する。現地では日本大使館や JICA を中心に構成される「現地タスクフォース⁶⁸」(図表 9 参照)が 6 月から 8 月にかけて相手国政府との要請案件に関する協議・調整を行い、8 月末までに要請書をまとめる。JICA では 9 月から 10 月にかけて先方政府から要請のあった案件を取りまとめると共に、実施機関としての検討・評価を行う。外務省では JICA の評価結果や外交的な側面を踏まえて外務省としての評価を決定した上で 11 月から 12 月にかけて外務省が国内関係省庁との協議を行い、12 月から翌年 1 月までに日本政府として採択する案件を決定する。この結果は 3 月までに在外公館を通じて相手国に対して通知され、4 月に日本と先方政府との間で国際約束が締結される。

⁶⁴ OECD/DAC の援助受取国・地域リストをベースに選定される。2021 年度は 138 カ国であった。当該国の情勢により実施されない場合もある等、弾力的に運用されている。

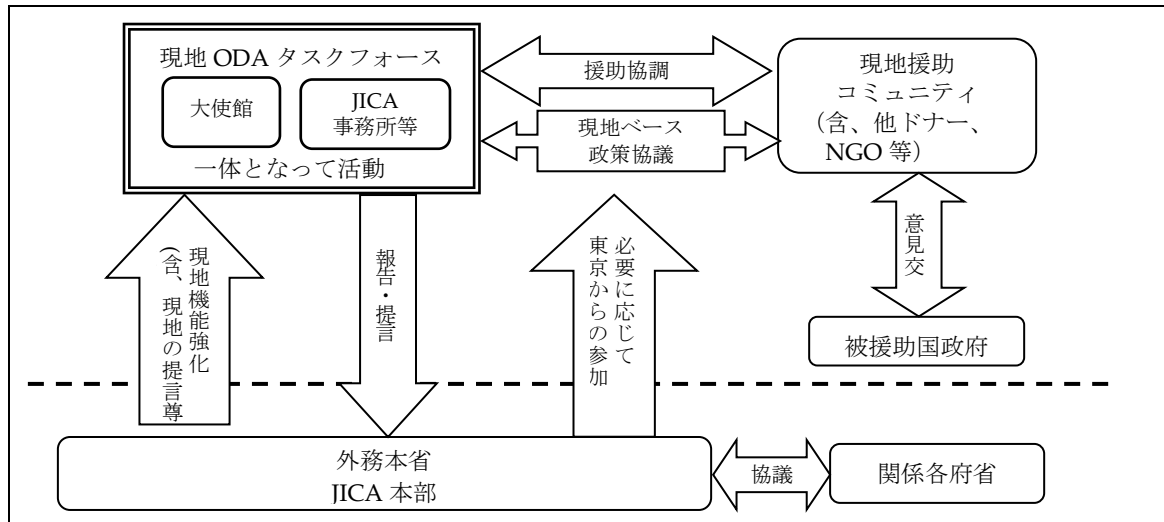
⁶⁵ 日本の ODA 政策の方針の一つ。国別に策定した短中期的なもの。原則として ODA の全対象国に対して策定する予定で、2011 年から 3 年をかけて 40~50 カ国の援助方針を策定する予定となっている。策定にあたっては、パブリックコメントの形で国民の意見も取り入れることになっている。その他にも、2015 年開発協力大綱下では廃止されたが、ODA 中期計画、令和元年で終了した年度ごとの国際協力重点方針が存在した。

⁶⁶ JICA が開発援助機関として有効な協力を検討・実施するために、国別の開発課題を整理・分析した文書。

⁶⁷ 2008 年より、有償資金協力業務は JICA に引き継がれた(詳細は 15 ページ参照のこと。)

⁶⁸ タスクフォースのメンバーは日本大使館や JICA を中心としつつ、JBIC、日本貿易振興機構(JETRO)などで構成される。タスクフォースは途上国政府と議論も行う。

図表 10 現地 ODA タスクフォース



出典：外務省 国際協力 政府開発援助 ODA ホームページ ODA とは？
実施体制・援助形態 「現地タスクフォースとは」

技術協力については、国際約束の締結後、JICA がプロジェクトの詳細に関する検討および先方政府との合意形成を目的とした準備調査（詳細計画策定調査）を実施する。この際、プロジェクトにかかる投入、活動、成果、プロジェクト目標の論理的な関係を整理し、PDM（Project Design Matrix）と呼ばれるフォーマットを作成する。PDM には成果測定にかかる指標なども記載されており、JICA はこれをもとに、プロジェクト実施期間の中間地点で「中間レビュー調査」を、終了直前には「終了時評価」を行っている。また、案件が終了してから3年後を目途に「事後評価」を行い、効果が持続しているか、波及効果はどのくらいあったか、などを確認するとともに、評価結果を類似案件の形成・実施にフィードバックする。

無償資金協力については、JICA はプロジェクト実施前に「概略設計を目的とした協力準備調査（概略設計調査）」を行い、コストや成果指標を行うとともに、施設などの完工後3年を目途に「事後評価」を実施している。無償資金協力では病院や学校などの施設整備に関連するハード面の案件が多いが、JICA は対象地域の利用者や住民のニーズや社会背景、案件が与えるインパクトなどについてもコンサルタントによる詳細な調査を事前に行い、ソフト面の支援に配慮しているとしている。

<オファー型支援>

2023年5月に政府は政府開発援助（ODA）の指針を示す開発協力大綱を8年ぶりに改訂・閣議決定した。新大綱では、ODA を戦略的に展開するため、相手国の要請を待たずに案件を提案する「オファー型」の強化を打ち出している。日本の ODA は従来、相手国の要請に基づいて支援内容を決定し実施する「要請主義」が原則であったが、支援内容が細切れとなり一貫性を欠く結果になるとの指摘がなされてきた。オファー型の支援では「資機材提供、施設建設等の質の高いハード面の協力に、運営・維持管理への関与、制度構築や人材育成を含めたソフト面での協力等を組み合わせた、付加価値のある開発協力を実践していくことがより重要となっている。これを踏まえ、相手国からの要請を待つだけでなく、共創の中で生み出された新たな社会的な価値や解決策も活用しつつ、ODA と OOF 等様々なスキームを有機的に組み合わせ相乗効果を高め、日本の強みを活かした魅力的なメニューを作り、積極的に提案していく」としており、日本として提供可能かつ付加価値の高い支援メニューを、複数の国に提案・提供していくことが

構想されている。大綱では、GX・気候変動、DX・デジタル、経済強靱性の強化の3点を「オファー型」支援策定の重点分野と定めており、今後当該分野での支援が拡大することが予想される。

ODA大綱発表に先立つこの2年間で、日本政府は「オファー型」支援をいくつか試行している。例えば UNICEF を通じた「新型コロナウイルス対応にかかるコールド・チェーン整備」事業では、コールドチェーン機材の供与と管理研修にかかる技術供与を組み合わせた支援をパッケージ化し、世界76か国に時期を同じくして供与している。

3.1.2. 多国間援助の内容とプロセス

「多国間援助」については、過去20年、世界的にその額が増えており⁶⁹、日本は年度により出資・拠出額に増減があるものの、国家財政難の状況下にもかかわらずその額は維持されているか増加傾向⁷⁰にあった。日本では、多国間援助は、国際機関ごとに予算を所管する省庁が決められており、その出資・拠出に関する指針や経緯は担当する省庁ごとに異なり、その配分決定プロセスは一元化されていない⁷¹。

国際保健に関する機関を見てみると、外務省は世界基金（Global Fund）や国連児童基金（UNICEF）など、厚生労働省は世界保健機関（WHO）や国連合同エイズ計画（UNAIDS）など、財務省は世界銀行グループなどに資金を出資している（図表11参照）。

図表11 国際保健に関連のある主な国際機関と担当する日本の省庁

国際機関	担当省庁
IBRD（国際復興開発銀行）	財務省
AfDB（アフリカ開発銀行）	財務省
ADB（アジア開発銀行）	財務省
IDA（国際開発協会）	財務省
IDB（米州開発銀行）	財務省
Global Fund（世界基金）	外務省
GAVI（GAVI アライアンス）	外務省
UNDP（国連開発計画）	外務省
UNFPA（国連人口基金）	外務省
UNICEF（国連児童基金）	外務省
IPPF（国際家族計画連盟）	外務省
UNTFHS（人間の安全保障基金）	外務省
WHO（世界保健機関）	厚労省
UNAIDS（国連合同エイズ計画）	厚労省

日本政府は、毎年国際機関に対し拠出金を支払っている。国際保健分野でも公衆衛生に深く関わるもの

⁶⁹ OECD の報告によると、2018 年には OECD/DAC 加盟国の総 ODA の 4 割を多国間援助が占める。OECD/DAC, 2020. OECD “Multilateral Development Finance 2020” 参照。

⁷⁰ 2020 年版 ODA 白書によると、2019 年の多国間援助実績は 3,794 百万ドル（要確認 ODA 白書巻末図表政府開発援助の援助形態別・通貨別実績（USD 表記）より？）。一方、2001 年の実績は 2,448 百万ドルであった。国際機関への拠出金・出資金等に関する報告書参照（外務省 <https://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/shiryo/sonota.html>）多国間援助の実績が延びる一方で、日本には、国際機関における邦人職員の数が、出資額に照らし合わせて望ましいとされる人数に対して少ないという課題がある。中内康夫、2010。

⁷¹ 世界的にみて、多国間援助の配分についての決定を一元化している国は少なく、多くは、さまざまな機関がその配分決定プロセスに関わっている。例えば、英国は一元化して行われている国の一つとしてあげられているが、DFID では、より援助の価値を高めるために、出資・拠出先の国際機関のレビューを行っている。

は、世界基金、GAVI アライアンス、国連合同エイズ計画である。2000 年の九州・沖縄サミットでは日本は議長国として「感染症」を主要議題として取り上げ、2000 年度から 2004 年度までの 5 年間に総額 30 億ドル⁷²を目途とする包括的な感染症対策支援を行う「沖縄感染症イニシアティブ」を発表した。同サミットをきっかけとして国際社会に対して感染症への関心を喚起した後も、例えば、2001 年 6 月の国連エイズ特別総会への森首相（当時）を首席代表とした代表団の派遣や、同様の懸念を有する他の先進国に対する外交上の申し入れなどの積極的な働きかけを行い、そのことが後の世界基金設立へつながったと言われている。そのため外務省は 2002 年に世界基金が設立されて以降、現在まで連続して拠出を行っており、政府ドナーとしては設立以来累積拠出額第 5 位となる主要ドナーである。2022 年の拠出額も世界基金が大きく他の供出金を引き離し、次年度以降の拠出の約束も早々に決定した⁷³。また、2024 年 6 月にフランス政府やアフリカ聯合等による「アフリカにおけるワクチン製造アクセラレータ（AVMA）」が立ち上がると、すぐ日本政府は、3000 万ドルの支援を行うことを表明した。ただ、このような国際機関への拠出金の貢献を継続していても、指導力を示し顔となる国際機関でキャリアを築いてくるような日本出身のトップ人材が不在であること、しかも官庁の人事制度より派遣される日本の理事が頻繁に交代するため諸外国理事から認知されにくく、議論には実際に貢献できない実態からも、依然として日本の存在感が薄い印象を受けることは否めない。

日本政府が国際機関や NGO 等すべてのチャンネルを通じて支出した国際保健分野支援の金額は 2015 年以降 2018 年まで 1,000 百万ドル程度であったが、2019 年には 1,277 百万ドル、さらに 2020 年度にはさらに 288%増加して総額 3,674 百万ドルとなり、日本は米国、イギリスに次いで第 3 位の保健分野支援国であった⁷⁴。2020 年の国際保健分野への支出のうちおよそ 62%にあたる 2,300 百万ドルが COVID-19 対応または COVID-19 流行をきっかけとした保健システム強化や調査研究等に充てられており、日本が 2015 年以降 UHC の主流化に力を入れるなかで、今次の COVID-19 流行拡大は国際保健支援をさらに拡充する契機となったことが見て取れる。こういった拠出金に対する具体的な見返りとしては、例えば GAVI は 2024 年 6 月会合にて、日本企業が開発したデング熱やエムボックスのワクチンを GAVI の支援対象とするようワクチンの投資戦略に盛り込み、日本政府は GAVI への支援を通して自身の貢献を語っている。ただ、これでは日本は日本企業の製品を入れてもらうために拠出しているのであり、日本の資金でどの国際的目標の達成のために、何を貢献したいのか見えない。特に 13 の国際持続開発目標のうち、世界の国々が連携して取り組む中、日本はどの目標に特に重点を置き、それに基づいた行動計画を策定しどの部分を分担していくのか、共通目標達成のための戦略的視点が欠けている。アジアやアフリカ諸国との 2 国間支援プロジェクトをいくつも締結したが、それを通じてどの開発目標にどの部分で寄与するのか、国としての意思を明確に示すことができていない。いつも、“How”に重点を置く傾向があり、大きな視点で俯瞰することがないため、全体として何がしたいのかよくわからない。国際機関外交の場で、イギリスはよく「お金は出さないが、どういう方向性を目指すのか何をすべきかに口をだす」と言われており、「口はださないが、お金だけはだす」日本とはまさに対照的である。

⁷² およそ 2531 億円（2012 年 12 月 21 日付のレートを参考に、1 ドル 84.38 円で換算）。

⁷³ [OECD CRS, Imputed multilateral contributions to the health sector based on DAC Secretariat methodology by the ONE Campaign.](#)

⁷⁴ 日本の拠出金は、2019 年は 4 位、2015 年は 5。Financing Global Health 2020, IHME, University of Washington
https://www.healthdata.org/sites/default/files/files/policy_report/FGH/2021/FGH_2020_full-report.pdf

3.2. 政府・省庁プレーヤーの役割

国際保健に関する予算の獲得や政策策定を主導するのは省庁である。同一省庁（機関）内でも国際保健に関連する部署が複数に分かれており、細かな役割分担がなされている。なお、各省庁は、基本的にはその省庁（機関）の独自の戦略にもとづき取り組みを行っている。（図表 12 参照）

図表 12 国際保健分野とかかわりのある主な部門

省庁名、部署名		特徴、担当する主な内容など
外務省 国際協力局	国際保健政策室	外務省における国際保健の担当部署として、保健分野の政策・戦略策定をマルチ・バイ双方の観点から担うと共に、世界基金、GAVI、UNFPA などへの拠出金予算獲得や各機関との連携業務などを行う
	地球規模課題総括課	UNDP、UNICEF、IPPF などへの拠出金の予算獲得や各機関との連携業務などを行う
	国別開発協力各課	国別の援助方針や ODA*案件計画の策定などを行う
	政策課	ODA*全体の包括的な政策を担当する
	開発協力総括課	ODA*全体の予算について主に担当する
厚生労働省	大臣官房 国際課	WHO、UNAIDS への拠出金の予算獲得や各機関との連携業務、二国間援助（技術協力）の医療的側面へのコンサルテーション、ASEAN+3 保健大臣会合や APEC 保健関連ワーキング・グループへの参加などを行う
財務省 国際局	開発政策課	国際局の開発政策全体（ODA 予算、円借款制度や保健など課題別の政策などの政策面の検討など）を担当する
	（参事官室）	有償資金協力（円借款）などの二国間の個別の開発支援案件を担当する
	開発機関課	世界銀行、アジア開発銀行などの国際開発金融機関を通じた開発支援を担当する

*国際保健に関する案件を含む、ODA 全般のこと

外務省において、国際保健分野の政策・戦略策定をマルチ・バイ双方の観点から包括的に担っているのは、外務省国際協力局内に 2022 年に「国際保健戦略官」が新設されたのに伴い、改組された「国際保健戦略官室」⁷⁵である。国際保健戦略官室は、世界基金、GAVI、UNFPA など保健関係の国際機関への拠出金予算獲得や、それら機関との連携、また、日本で開催する国際会議の運営や、国別援助方針策定や個別の二国間援助の案件策定の際に保健分野のインプットやコンサルテーションを行い政策策定に関与している。国際保健戦略官は厚生労働省の医系技官が務めることになっており、国際保健分野における厚生労働省と外務省の連携がこの人事を通じて図られている。

上記のほか持続可能な開発目標（SDGs）の達成や、UNICEF や UNDP など、保健専門機関ではないが活動に保健分野を含む国際機関への拠出についての予算獲得を担当しているのは、国際協力局「地球規模課題総括課」である。

これに対して、国際保健を含む ODA 全体の政策を担っているのが国際協力局「政策課」であり、ODA 予算を担当しているのが国際協力局「開発協力総括課」である。また、ODA の案件（無償資金協力と技

⁷⁵ 保健分野の進捗が遅れている状況に鑑み、国際保健分野におけるさらなる貢献を実現するため 2011 年 9 月に設置された外務省国際協力局内の「国際保健政策室」は、2022 年 9 月に「国際保健戦略官室」へ改組された。

術協力) 形成を担当しているのが国際協力局内の「国別開発協力各課」である。ちなみに、国別開発協力各課は、地域ごとに一課(東アジア、東南アジア、太平洋) から二課(南西アジア、中南米、中央アジア・コーカサス)、三課(欧州、中東、アフガニスタン、アフリカ) というように課が分かれている。

その他、国際保健にかかわる内容であっても、案件形成を超えた外交政策的な側面からは、各地域との外交政策を企画・立案する地域局(アジア大洋州局、中東アフリカ局、中南米局等) の意見も勘案される。例えば、保健が重要なアジェンダの一つになる TICAD に関しては中東アフリカ局アフリカ部が担当しており、また、各国や地域の政策という観点から考えれば、南東アジア諸国及び南西アジア諸国の南部アジア地域についてはアジア大洋州局南部アジア部が担当している。このように、国際保健に関係のある案件には多岐にわたる部署の意見が反映される体制となっている。

厚生労働省において、国際保健に関する案件は、大臣官房の国際課(以下、国際課)「国際保健・協力室」が担当している。本室は、九州・沖縄 G8 サミット直後の 2001 年に国際協力室として設置され、その後 2016 年に国際保健・協力室に改称されたもので、具体的には、WHO などの国際機関との連絡調整、国際機関への拠出金の予算確保、厚生労働科学研究費補助金(のうち、「地球規模保健課題推進研究推進事業」) の所管などがある。また、ASEAN+3 保健大臣会合や APEC 保健ワーキング・グループを通じた政策対話を諸外国と行い、必要に応じて二国間援助に関する専門的な(医学的な)コンサルテーションや専門家の派遣、案件内容に関する調査団への参加も行っている。外務省の国際保健政策室長は厚生労働省医務系技官ワーキング・グループ上述のとおりであるが、厚生労働省国際保健・協力室長は外務省からの出向者が務めており、このたすきがけ人事を通じて国際保健分野での省庁をまたいだ協調が図られている。人事交流としてはさらに、国立国際医療研究センターの職員が国際課に派遣されている。WHO などの国際機関との連携については、年次総会などに出席しガイドライン作成へのインプットを行ったり、国内行政との連携をはかり日本側の成果を発信したりしている。例えば、2012 年 1 月に行われた WHO 執行理事会では、執行理事国として日本が出した「活動的な高齢化を推進するための NCDs 対策の強化」という決議案が採択された。厚生労働省において NCD (Non communicable disease、非感染症疾患) は、がん対策をはじめとする関連対策に力を入れているところであり⁷⁶、高齢化対策と併せて国内の健康政策における主要アジェンダでもあった。

厚生労働省は WHO への分担金と任意拠出金の予算確保を担当している⁷⁷。2019 年以降は、COVID-19 への緊急対応ニーズを反映し、日本の任意拠出金が増額傾向であるが、各国政府が自由に拠出額を決める任意拠出金は他の先進国と比べると、例えばドイツ(9 億 52 百万ドル)や民間のゲイツ財団(5 億 92 百万ドル)、米国、カナダより額が少ない 1 億 22 百万ドルで 12 位となっている。COVID-19 以前も 2017 年度については、厚生労働省からの任意拠出金が 6,132 百万(前年は 3,858 百万円)となった⁷⁸。この値も各国に比べて低いとは言えず、山本尚子元厚生労働省大臣官房総括審議官が WHO ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ及びヘルス・システム・クラスター担当事務局長補に就任したことから、WHO への任意拠出金の予算取りの際にもその点が考慮され予算が確保されたことが考えられる。

⁷⁶ もともと「健康局総務課」に設置されているがん対策推進室、生活習慣病対策室、地域保健室、保健指導室が再編され 2012 年 4 月より「がん対策・健康増進課」が設置された。約 50 名の体制で発足。がん対策や生活習慣病予防などをより強力に推進していく体制を確立することがねらい。

⁷⁷ 外務省が二国間援助を国際機関経由で実施する際に WHO を経由する場合など、他省庁から WHO への拠出金が確保されるケースもある。

⁷⁸ 2019 以降 COVID-19 への緊急対応のため日本からの voluntary contribution (specified) は増加傾向だが、2016-17 も各国政府に比べて特に少ないとはいえない。2016-17 US\$ 86.7million (単独政府ドナー中 6 位)、2018-19 US\$ 121.6 million (同 4 位); 2020-21 US\$ 139.5 million (同 4 位 ※Q3 時点) となっている。 出典: <http://open.who.int/2020-21/contributors/overview/vcs>

財務省の主計局は、ODAに限らず各省庁のすべての予算編成を担当している。各省庁は概算要求基準に基づいて、例年8月末に「概算要求」を行う。これを受けて、年末まで主計局内でそれぞれの省庁を担当する係が、各省庁の担当者と予算要求事項を巡る折衝を続ける。したがって、国際保健に関するODAについては、二国間援助については外務省（円借款については財務省・国際局）が、多国間援助については国際機関ごとの担当省が、予算獲得のための折衝を主計局の担当者で行うことになる。

財務省において国際保健を含む開発分野に関わる部門は国際局である。国際局で開発を担当する課は3つあり、有償資金協力（円借款）などの二国間の個別の開発支援案件を担当する「参事官室」（以前は存在したが、今は機構図上存在しない。要確認）、世界銀行などの国際開発金融機関を通じた開発支援を担当する「開発機関課」、国際局の開発政策全体（ODA予算、円借款制度や保健など課題別の政策などの政策面の検討など）を担当する「開発政策課」である。開発政策課内には、国際保健専門官が2018年に新設された。

2011年には財務省国際局が主導し、パキスタン向けポリオ対策支援として、国際保健分野において初めて円借款が供与された。これまで円借款は資金返済を求めるという性質上、インフラへの投資が多かった中、画期的な動きとなった（2.5.2「事例2：パキスタンへの円借款（ポリオ・ローン）の実施（2011）」参照）。本件終了後、2016年にはポリオ・ローンのフェーズ2（2016年～2018年）が実施された。

独立行政法人 国際協力機構（JICA）は二国間国際協力の実施に特化した機関で、一括して案件の実施窓口となっている。2008年10月、JBICの円借款業務と外務省担当の無償資金協力の一部がJICAに統合され、開発途上国に対する技術協力、有償資金協力（円借款）、無償資金協力を一元的に担う機関として「新JICA」が誕生した。背景には、日本の厳しい財政状況からODAが縮小される傾向があり、ODAの実施体制を強化すべくODA実施機関を一元化するという考えがあった⁷⁹。その後、外務省が2010年に発表した「ODAの在り方に関する検討 最終とりまとめ」において、企画立案機能と実施体制（JICA）の強化として、「外務省（政策）とJICA（実施）の役割分担の徹底」が提案され、現在に至る。

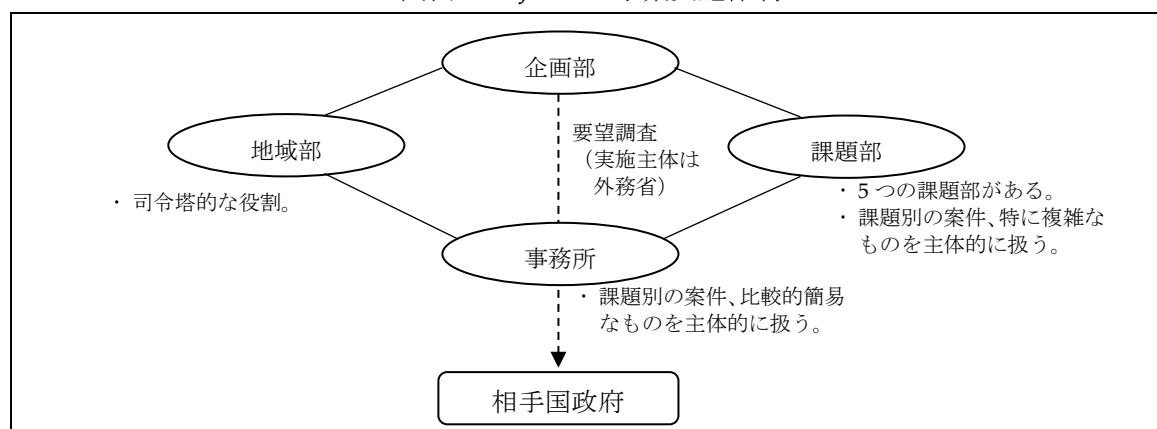
JICAは案件の実施については、主に「地域部」、「課題部」、「事務所（国内・国外拠点）」、「企画部」という4つのグループに分かれており、グループ同士が協働し事業を行っている（図表9参照）。国や地域別の視点で案件を検討するのが「地域部」、国際場裏や事業の現場における経験から「母子保健」、「感染症対策」などといった課題別の知見を蓄積し、蓄積した知見に基づき案件を検討し事業実施を担うのが「課題部」、それぞれの国や地域で事業を所管するのが「事務所」、案件のニーズ調査である要望調査を担当し調整を行うのが「企画部」である。「地域部」は対象となる途上国への案件の全体を取りまとめる役割、「課題部」はセクター（課題）のことを良く知り戦略を練る役割、「事務所」はニーズに近く相手国政府と直接話す役割をそれぞれ担う。そもそも、日本のODA案件は課題別のアプローチを取らず、地域別あるいは国別に計画するので国別に立てた指針の優先度が高い。例えば、「感染症」という課題別の軸で見た時に世界の中で優先度が高い国であっても、その国の国内の課題として「感染症」の優先度が低ければ国内政策の課題としては上がらないことになる。

なお、国際保健分野の支援について、JICAはSDGs「ポジションペーパー（ゴール3）」にて重点項目を定め、また、途新型コロナウイルス感染症等の公衆衛生上の危機への対応を強靱化し、人々の基礎的生活の基盤となる健康を守る体制作りを強化する枠組みとして「JICA世界保健医療イニシアティ

⁷⁹ 国際協力機構、2009。

ブ」を定めている。

図表 13 JICA の事業実施体制



出典：山口、杉山、村上 HGPI, 2013

独立行政法人 国立国際医療研究センター (NCGM) 国際医療協力局は、外務省、厚生労働省、JICA、WHO などの関係省庁・機関と連携しながら、開発途上国の医療に関する技術支援や、途上国からの研修員の受け入れ、医療の専門家として医師や看護師などからなる NCGM 職員の途上国への派遣などを行っている。国際医療協力局では、二国間援助・技術協力の保健分野に関連する業務が中心となっており、先述のように技術協力案件の実施に関わると共に、外務省や JICA が技術協力の案件を形成・計画する際には医療の専門的な知識をもとに専門的側面のコンサルテーションを行い、参与として関わっている。

独立行政法人化される前より国際医療協力推進の国立機関として無償資金協力案件や技術協力の計画策定および案件実施の双方に保健医療専門家の立場として関わっており、2010 年に独立行政法人化されて以降は、さらに現場での学びを政策に活かすため国際保健分野の研究に力を入れはじめている。

ここまで主導プレイヤーの役割についてまとめてきたが、それぞれの取り組みに共通する点として、国際保健分野への支援はいわゆる‘社会セクターへの支援’であり、病院建設などにかかる費用への配分以外にも専門家育成や専門家人材派遣といったソフト面への配分も行われている。日本はこれまで JICA を総合的な実施窓口として、厚生労働省や関連機関、NGO と連携しながら現地に専門家を派遣するなどして、いわゆる‘丁寧で地道な’、現地人材のキャパシティ・ディベロップメント⁸⁰を念頭においた草の根的な支援をこれまで行ってきた。このような日本の支援の利点を活かしながら、ますますソフト分野の支援を充実させる必要がある⁸¹。

3.2.1 調整機能

国際保健分野については、前述のように内閣官房の「健康・医療戦略推進本部」下に「医療国際展開タスクフォース」「グローバルヘルス戦略推進協議会」を設置して関係省庁幹部レベルでの定期的な情報共有

⁸⁰ JICA のキャパシティ・ディベロップメント・ハンドブックによると、「個人、組織、制度や社会が、個別にあるいは集合的にその役割を果たすことを通じて、問題を解決し、また目標を設定してそれを達成していく“能力”（問題対処能力）の発展プロセス」と説明されている。JICA、2004。

⁸¹ かつて日本が大規模な技術移転やインフラ整備などによる援助を行う際、必ずしも被援助国の文化などに配慮した支援ではなく、ネガティブなインパクトを与えていた事も指摘されている。Stine Lykke Mielsen, 2003。

を実施している。個別の案件については、その他の ODA 案件と同じく、外務省と JICA が案件形成過程で常に対話を行っており要望調査や案件立案を協働して行っている。保健分野の案件を実施する際には JICA は厚生労働省とも連携しながら行い、案件終了後には外務省や JICA、関係省庁があつまり帰国報告会を実施している。

外務省は GII/IDI 懇談会といった国際保健 NGO との対話の場も設置している。GII/IDI 懇談会の歴史は、1994 年に日本政府が発表した「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)」を策定する際に外務省が実際のフィールドで起こっている事柄を NGO から聴取するために会合を設定したことに端を発している。その後、2000 年に日本政府が発表した「沖縄感染症対策イニシアティブ (IDI : Infectious Diseases Initiative)」の策定時に、外務省と NGO の対話の場として、GII/IDI 懇談会が正式に設置された。GII/IDI 懇談会は NGO であるジョイセフが事務局をしており、2024 年 6 月までに通算 168 回を超える会合が持たれている。G8/G20 などの大きな国際的なイベントに際して NGO が連合体となり提言を行うなどしている。それ以外の平時には、主に情報交換の場として NGO が活用している。

この他にも、国際保健分野においては民間団体の役割が大きいことも見過ごせない (2.5.1「事例 1 : G8 北海道洞爺湖サミットにむけた政策決定プロセス (2008)」参照)。民間主導による関係機関間の調整活動による大きな利点は、政権交代や官僚の交代に関わらずノウハウの蓄積や活動の持続可能性を維持し得る点である。しかし、G8 などの世界的なイベントにおいて国際保健政策に大きな影響を与え得る時機には関係者のモチベーションも高まるが、多忙な政府関係者が平時から同様のモチベーションを維持し続けることは難しく、活動の盛り上がりには波がある。平時から政策対話の場を設け持続的に関係者の意識を醸成しておくことは、民間団体の重要な役割であると考えられる。

3.2.2 ODA 評価

日本においては JICA の行う評価 (事業評価) をはじめとして、二国間援助と多国間援助の両方について評価の仕組みである PDCA (Plan、Do、Check、Act) サイクル⁸²が存在している (図表 11 参照)。

ただし、JICA の行う事業評価については先述の通り 3 回のみの評価であり、実施機関自体が主導して行う評価であることから、プロジェクトのその後の持続可能性について正確に評価されているのかといった課題がある。

また、ODA 評価や事業評価について、外部評価という形をとっていても本当の意味で利害関係の絡む事がない独立した評価⁸³になっているのかという点や、評価結果や結果の政策へのフィードバックが国民からも容易に見える形で分かりやすく公表されているのか、といった点にも課題が残る。

開発協力適正会議

JICA による無償資金協力 (プロジェクト型) 及び円借款事業 (プロジェクト型) 等に関して、関係分野に知見を有する独立した委員と意見交換を行うことを通じて、事業の妥当性を確認するとともに、ODA

⁸² Plan (政策・計画策定)、Do (実施)、Check (評価)、Act (反映・改善) という一連の流れを指す。

⁸³ 外務省の「ODA 評価ガイドライン」によると、内部評価 (internal evaluation) : ドナー、援助関係者あるいは援助実施機関の事業運営部門に対する報告を行う部局・個人が実施する評価/外部評価 (external evaluation) : ドナーや援助実施機関以外の組織・個人が実施する評価/独立評価 (independent evaluation) : (評価対象となる) 開発援助の計画・実施の責任者から制約を受けない組織・個人が実施する評価/自己評価 (self-evaluation) : 開発援助の計画および実施関係者による評価/と説明されている。外務省大臣官房 ODA 評価室、2012。

の質と透明性の向上を図ることを目的に、国際協力局長の下、開催。戦略的・効果的な援助の実現に向けた PDCA サイクル強化の取組の中核に位置付けられる。

図表 14 ODA の評価の仕組み

評価の種類	政策評価	ODA 評価	事業評価
概要・背景	政策評価法（2001 年）に従い、政策評価を実施。	1981 より実施。外務省設置法ならびに ODA 大綱等に基づく。	1975 に当時の海外経済協力基金が開始。
実施	外務省	外務省	JICA
対象	外務省が実施する施策（含、経済協力）について評価。	<ul style="list-style-type: none"> 政策レベル評価（ODA 大綱、国別援助方針等を対象）——例：ブラジル国別評価、保健・医療分野支援の評価。 プログラムレベル（各スキーム）の評価——例：開発調査の評価。 	<ul style="list-style-type: none"> プロジェクトレベル（個々の案件を対象）の評価——例：ベトナムにおける円借款の評価。 プログラムレベル（テーマ別等）の評価——例：バングラデシュにおける砒素汚染対策プログラムの評価。
評価者	自己評価	外部評価（第三者評価）	外部評価及び内部評価

出典：外務省 国際協力 政府開発援助 ODA ホームページ ODA とは？「ODA 評価」

3.3 官民連携プロセスの具体的事例

ここまで、政策策定から予算獲得、案件の実施にいたるまでは複数のプレーヤーが参加しプロセスが複雑であること、各省庁が所管する支援についてはそれぞれの省庁の指針にもとづき行われるため国際保健として一つにまとまった動きになっていないこと、省庁においては前例主義のもと独自の予算取りが行われていること、NGO が参加する重要性は認識されているが実際に政策決定プロセスに参加する機会が十分に与えられていないことなどが明らかになった。それらをより具体的に把握するために、ここからは日本の国際保健に関する事例として、「G8 北海道洞爺湖サミットに向けた政策決定プロセス（2008）」、「パキスタンへのローン・コンバージョンによる円借款の実施（2011）」、グローバルヘルス技術振興基金（GHIT）の 3 つを取り上げる。事例を細かく見ることで、民間セクターと省庁とが奏功したポイント、これまで前例のなかった支援が実現したポイント、複数のステークホルダーが協働して国際保健政策の策定に至ったポイント、および事例における課題を明らかにする。

3.3.1 事例 1：G8 北海道洞爺湖サミットに向けた政策決定プロセス（2008）

G8 北海道洞爺湖サミット（以下、洞爺湖サミット）に向け、日本政府の取り組みを、民間主導のグループが後押しした事例がある。政府、民間が目的を共有して効果的な連携を行うことで、アジェンダ設定、政策対話のリード、政策への助言に至るまで、一連のプロセスをすすめた。民間主導の動きに焦点をあて、サミットをめぐる国際保健における官民連携型の政策決定プロセスを例として示す。

日本がサミット議長国を務めた 2008 年、日本政府は国際保健を重要アジェンダの一つとすることを決

定し、保健システム強化を主要テーマとして G8 保健専門家の議論を主導した。その結果、G8 保健専門家会合は「国際保健に関する洞爺湖行動指針」（以下、「洞爺湖行動指針」）⁸⁴を G8 首脳に対して提言し、首脳文書の中で保健システム強化に言及する文言を盛り込むことに成功した。「洞爺湖行動指針」では、取るべき行動の第一番目に「保健システム強化」をあげ、万人が保健サービスにアクセスできることを目指し、多分野横断型の包括的アプローチの重要性を強調した。これにより、従来の疾患別アプローチを補完する保健システム強化を政策課題として主流化することに大きく貢献したといえる⁸⁵。

国際保健の世界的なトレンドは、これまで時と共に変化している。1978 年にアルマ・アタ宣言がなされて以降、開発途上国への支援における重要な概念としてプライマリ・ヘルス・ケアやリプロダクティブ・ヘルス/ライツなどさまざまな概念が広まり、それらに根差した取り組みが重要視されるようになった。2000 年の九州沖縄 G8 サミット⁸⁶をひとつの契機として、HIV/AIDS、結核、マラリア、ポリオなどの感染症について、疾病別のアプローチが世界規模で強化されるようになった⁸⁷が、複数の支援国によるプログラムが調整なしに実施される、個別の疾病対策の目標達成を重視するあまり保健システム全体への対処が十分にできていない、などの弊害も生まれた。洞爺湖サミットが開催された 2008 年はちょうど、保健システム強化といういわば疾患横断的なアプローチと疾患個別のアプローチの適切なバランスを探し、両者を融合する必要性が世界で高まっていた頃であった。

洞爺湖サミットにおける日本の貢献の背景には、世界的な潮流を掴みながら民間が主導し国際保健に関する省庁横断型の議論の場を形成したこと、NGO によるシェルパとの政策対話の場など多様なプレイヤーが独自の立場で活動を行いサミットに向けての国際保健政策の議論を推し進めたことが特徴としてあげられる。2008 年は、日本において TICAD IV（第 4 回アフリカ開発会議）及び G8 サミットという二つの大きな国際会議を開催した年であり、国際保健分野の議論のモメンタムが高まった年であった。具体的には、5 つの契機を経てプレイヤーが関与し G8 洞爺湖サミットに向けての国際保健政策策定がされた。（図表 14 参照）

5 つのマイルストーン

1. 「国際保健の課題と日本の貢献」研究会発足と民間主体のマルチステークホルダーによる討議（2007 年 9 月～）

洞爺湖サミットに向けてのプロセスで特徴的であったのは、民間が主体となりマルチステークホルダーを集結し、国際保健アジェンダを討議する場が設けられたことであった。国際保健課題には、外務省・財務省・厚生労働省などの複数の省庁および関係機関が関わっていたが、一同に会して議論することはそれまでほとんどなかった。TICAD IV や洞爺湖サミットを日本で開催し、国際的に日本に対する期待が高まる中で民間が主導する討議の場を設けたことにより、日本の縦割り行政組織の枠を超え、国際保健に関わる多様なプレイヤーが一同に会しての議論が可能となった。

まず、マルチステークホルダー型の討議の場として大きな役割を果たしたのは、「国際保健の課題

⁸⁴ 「国際保健に関する洞爺湖行動指針- G 8 保健専門家会合報告書 -」参照。

http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/summit/toyako08/doc/pdf/0708_09.pdf（2012 年 8 月アクセス）

⁸⁵ 武見敬三氏インタビュー、2011。

⁸⁶ 日本は議長国として、感染症を G8 サミットの主要アジェンダにあげると共に「沖縄感染症対策イニシアティブ」を発表。

⁸⁷ 疾患別アプローチの取り入れにより、2000 年には約 60 億ドル（およそ 5062 億円）であった保健開発援助額が、2005 年には 140 億ドル（およそ 1 兆 1813 億円）規模にまで増えたとの推測がある。Michael R Reich, *et al.*, 2008.

と日本の貢献」研究会（以下、WG）である。WGの主旨は元外務政務次官・厚生労働副大臣の武見敬三氏、事務局は公益財団法人日本国際交流センター（以下、JCIE）が務め、民間主導で国際保健に関する政策案への助言、国内外での政策対話、G8サミットに向けた政策提言、そしてフォローアップ国際会議の実施を行った。また、WGメンバーでもある黒川清が代表理事を務める日本医療政策機構も2008年2月に「グローバル・ヘルス・サミット」⁸⁸を世界銀行と共催し、WGの活動と連携しつつ、マルチステークホルダー集約型の討議によって洞爺湖に向けてのアジェンダ策定を後押しした。このような複数の取組みが洞爺湖サミットに向けての国際保健アジェンダ形成への動きを形成したと考えられる。

WG発足のきっかけとなったのは、2007年8月6日にJCIEが開催したラウンドテーブル「国際保健協力の課題とその対応：官民協働の可能性を探る」であった。ラウンドテーブルには、国際保健における国内の官民の主要関係者が参加しており、政界に強いネットワークをもつ武見敬三氏が出席した⁸⁹。国際保健に厚生労働副大臣時代から関心を持ち、日本がG8サミット議長国を務める2008年に保健医療分野でイニシアティブを発揮することの重要性を認識していた武見氏は、日本と海外の議員交流会の調整など民間外交に尽力してきたJCIE理事長（当時）の山本正氏と意気投合し、WGの構想が生まれた。武見氏は、長年の議員経験で培ったネットワークを活かし、2007年の秋の段階で当時首相になったばかりの福田康夫首相（当時）、関係省庁の大臣及び担当官と面談し、国際保健をG8サミットの主要アジェンダの一つとすること、また、サミットに向けてのWGを民間主導で開催することに対して了承及び支援を獲得した。WG発足初期の段階で政策決定権をもつトップレベルの合意をとりつけたことにより、政府内におけるトップダウンでの政策決定が可能となり、その後のWGの活動を支えることとなった。

WGは発足以降、定期的にメンバーによる討議の場を設け、高村外相（当時）の政策演説への助言や国外の非公式WGメンバーによるランセット誌への政策提言の寄稿など政策立案過程で専門的助言を行うとともに、日本の国際保健政策を世界に発信する役割を担った。洞爺湖サミットを機に、国際保健の政策立案過程で、多領域の専門家が一同に会して議論を行い、専門的助言を政策に反映する環境整備が行われたことは大きな意味をもった。

なお、2008年に起こったマルチステークホルダー集約型の討議は洞爺湖サミット終了後も継続して行われた。日本医療政策機構は、「グローバル・ヘルス・サミット」の経験をもとに、翌年はサミット議長国のイタリアで、国際保健アジェンダ策定を目的とした会議「グローバル・ヘルス・フォーラム」を開催し、政策提言をイタリア政府に手交した。また、WGは洞爺湖サミットのフォローアップをすべく、保健システム強化アプローチについての報告書を作成しG8保健専門家会合及びイタリア政府に提出した。これらの活動は継続して行われており、国際保健という多省庁が関与する領域において、民間が主体となり官民の中核プレーヤーを集約しての議論の場を形成したことは、洞爺湖サミットにおける日本の政治的リーダーシップを後押ししただけでなく、国内における国際保健政策の議論を活性化させることとなった。

⁸⁸ グローバル・ヘルス・サミットの詳細については、グローバル・ヘルス・サミットのウェブサイトを参照のこと。

<http://global-health-summit.org/>（2012年11月アクセス）

⁸⁹ 武見敬三氏は、当時、2007年7月の参議院選挙にて次点で落選したばかりであった。

2. 高村外務大臣の政策演説及びランセット誌への掲載（2007年11月）

高村正彦外務大臣（当時）は、政策演説「国際保健協力と日本の外交－沖縄から洞爺湖へ－」において感染症対策、母子保健、人材育成を含む保健システム強化への包括的な重要性を訴え⁹⁰、国際保健と日本の外交についての記事を医学雑誌ランセットに寄稿⁹¹した。外務大臣という立場で戦略的な発信を行うことで、G8洞爺湖サミットに向けての日本の国際保健政策の方向性を決定づけたといえよう。

当時、外務省としては国際保健をG8洞爺湖サミットのアジェンダとして取り上げることに対し十分な理由が揃っていたと考えられる。すなわち、国際保健は日本の外交の柱の一つである人間の安全保障の観点から重要であること、2000年のG8九州・沖縄サミットの際に日本が提唱した「沖縄感染症対策イニシアティブ」が世界基金設立の一つのきっかけとなったこと、保健・医療は日本が国際的にイニシアティブをとりやすいと想定される分野であったこと、などの理由である。

ランセットへの寄稿の前段として、2007年8月頃に外務省内で保健アジェンダをG8サミットの主要アジェンダの一つにするとの意向を固めており、次期議長国である日本政府の方針を世界に発信するために外相の政策演説及びランセットへの記事投稿が行われるに至った。WGは、高村外相の政策演説や国際保健に関する政策案への助言、国内外での政策対話の実施、G8サミットに向けた政策提言の取りまとめなどを行い、民間の立場から外務省の取組みを後押しした。特にWGにおいて国内外の保健専門家との政策対話を実施する中で、日本が目指すべき「保健システム強化」という具体的方向性が明らかにした意義は大きい。G8サミットの9カ月前という早い段階で国際保健分野の議論の方向性を国際的に発信したことにより、G8国の保健専門家を巻き込みながら比較的円滑に進めることが可能となったと言えるだろう。

3. 首相によるダボス会議における特別講演（2008年1月）

2008年1月、福田康夫首相（当時）は日本の総理大臣としては7年ぶりに世界経済フォーラムに出席し、特別講演において「開発・アフリカ」を洞爺湖サミットのアジェンダにすること、開発においては保健・水・教育を中心にすることを述べ、また日本におけるG8のプロセスを21世紀にふさわしい全員参加型の新たな国際協力の模範としたいと演説した⁹²。日本の通常国会会期中であったため週末を使つての強行軍の出席であったが、出席が実現した背景には福田首相が次期TICAD IVおよびG8議長国として、国際的に発信することを重要視していたこと、ダボス会議前に日本のNGOが福田首相秘書官と面談し世界経済フォーラム出席にあたっての要望書を手交したこと⁹³、日本の世界経済フォーラム・ヤング・グローバル・リーダーがダボスでの首相演説を推奨したこと、などがあったと考えられる。

4. G8保健専門家会合（主催：外務省、2008年2月、4月、6月）

⁹⁰外務省、高村外務大臣政策演説「国際保健協力と日本外交－沖縄から洞爺湖へ－」参照。

http://www.mofa.go.jp/mofaj/press/enzetsu/19/ekmr_1125.html（2012年8月アクセス）

⁹¹ Masahiko Koumura, 2007

⁹²首相官邸「ダボス会議における福田内閣総理大臣特別講演」参照。

<http://www.kantei.go.jp/jp/hukudaspeech/2008/01/26speech.html>（2012年8月アクセス）

⁹³2008年G8サミットNGOフォーラム、2008。

http://www.janic.org/mt/img/activ/2008JapanG8SummitNGOForum_activity_report_unit.pdf（2012年8月アクセス）

2008 年、外務省はサミットのアジェンダ設定のため、G8 保健専門家による実質的な議論の場を設けることを提唱し、初めて G8 保健専門家会合を組織した⁹⁴。G8 サミット開催に向け、環境、エネルギー、司法・内務などの分野においては各種閣僚級会合が開催されていたが、保健に関する事前会合の開催はそれまで実施されていなかったため画期的な試みとなった。

初の試みとなる、G8 保健専門家会合の創設にあたっては、外務省地球規模課題審議官がイニシアティブを発揮した。外務省においては地球規模課題審議官組織の「多国間協力課」が担当となり、G8 保健専門家会合の議長は同組織の参事官が努めた⁹⁵。高村外相が保健を G8 の主要議題にする旨を公的に宣言したことにより、国際保健の議論を進めるための外務省内の手続きは比較的スムーズに進んだことが推測される。計 3 回の会議を通じ G8 の保健専門家との会合を行ったほか、アウトリーチ会合においてノルウェー、アフリカ連合及びヘルス・エイト (Health 8) と呼ばれる保健関連機関 (ゲイツ財団、GAVI アライアンス、世界基金、国連合同エイズ計画、国連人口基金、国連児童基金、世界銀行、WHO) の保健専門家などの関係者が出席した⁹⁶。

3 回にわたる保健専門家会合では、「国際保健に関する洞爺湖行動指針」策定に向けて、行動指針の議題に対する各国の意見聴取、意見のすり合わせが行われた。2008 年 6 月に行われた 3 回目の保健専門家会合後も行動指針の最終化に向け非公式な討議の場がもたれ、2008 年 7 月 8 日に保健専門家会合から G8 首脳に対する提言として「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」が提出された。

このように、国際保健に関する行動指針策定という目的のため、外務省の主導により G8 及び官民の保健関連機関からの保健専門家が集まり討議する場を設けたことは、政策策定に向けた G8 政府間の十分な議論や、透明なプロセスの担保という点で重要であったと考えられる。

5. 2008 年 G8 サミット NGO フォーラムの活動

国内の国際協力 NGO は 2007 年 1 月、洞爺湖サミットに向けて組織的に発信を行うべく、連合体である「2008 年 G8 サミット NGO フォーラム」(以下、「フォーラム」)を組織し、G8 サミットに向けての政策提言書「ポジション・ペーパー」の発表や首相秘書官や関係省庁担当者、各国の G8 シェルパとの対話を行うなど、極めて積極的に活動を行った⁹⁷。特に、G8 を所管している外務省との非公式会合を通じ、NGO と外務省の意見交換を密に行ったことは、NGO の知見を反映した国際保健政策を策定するために有益であったと考えられる。以下、「2008 年 G8 サミット NGO フォーラム」の組織や、G8 サミットに向けた政策提言への動き、政府との対話に着目し各活動について示す。

「フォーラム」は、G8 洞爺湖サミットに向けた地球規模課題のアジェンダ設定のために、NGO の声をまとめ政策提言を行う役割を担った。2007 年 1 月に発足した「フォーラム」は、G8 洞爺湖サミットに向けて政策提言を行うことを目的とし、途上国の貧困・開発や環境問題、平和や人権問題など、広く地球規模課題に取り組む日本の NGO141 団体が参加し⁹⁸、日本の NGO の先駆者である国際民間ボランティア団体「日本国際ボランティアセンター (JVC)」を創設した星野昌子氏が代表を務め

⁹⁴特定非営利活動法人アフリカ日本協議会/特定非営利活動法人エイズ&ソサエティ研究会議/プロジェクト RING、2008。

⁹⁵同上。

⁹⁶ 2008 年 2 月、4 月、6 月に開催。第 4 回保健専門家会合は同年 11 月に開催。外務省 プレスリリース 「G8 保健専門家会合の開催について」参照。http://www.mofa.go.jp/mofaj/press/release/h20/11/1184512_919.html (2012 年 8 月アクセス)

⁹⁷ 2008 年 G8 サミット NGO フォーラム、2008。

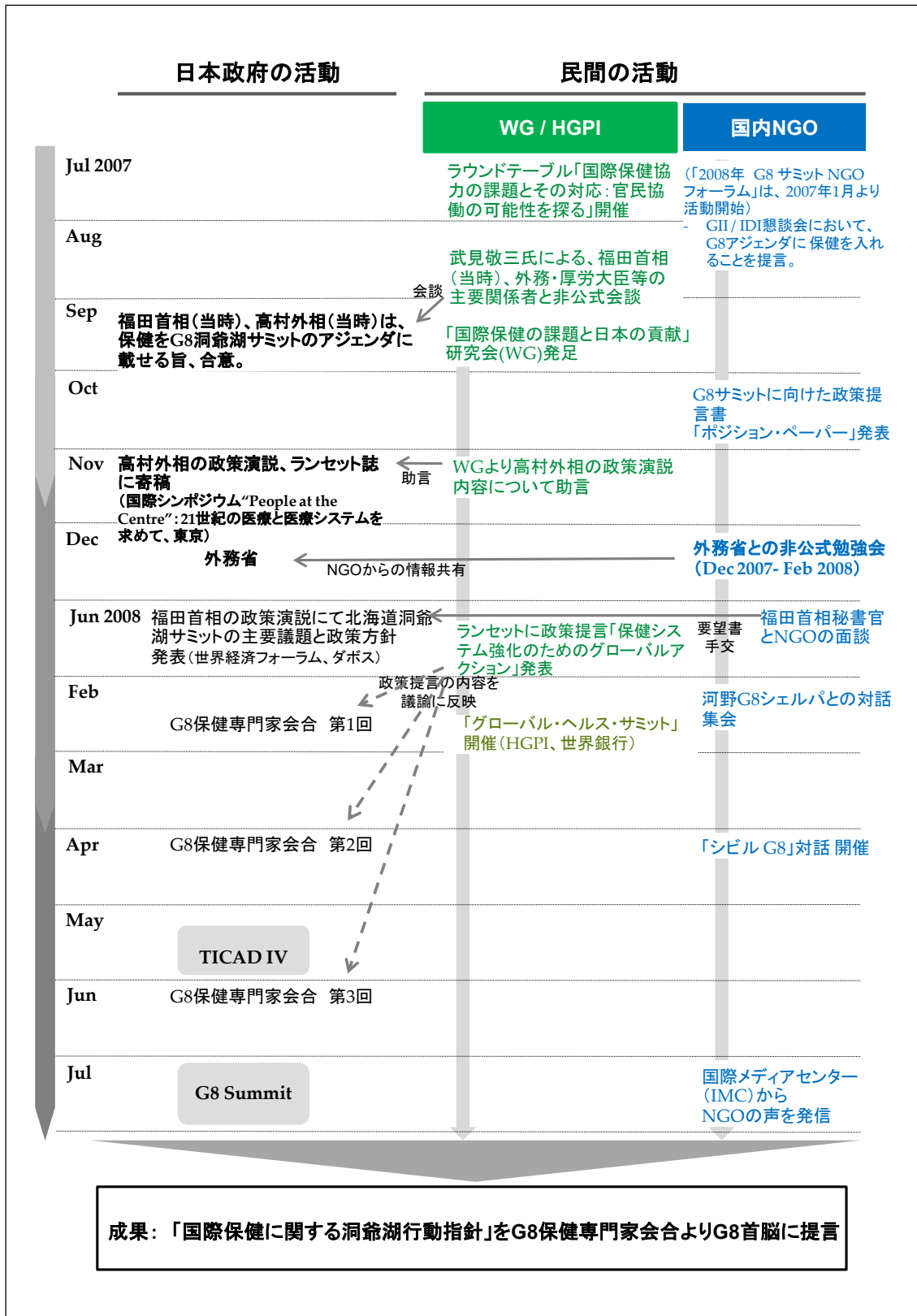
⁹⁸特定非営利活動法人アフリカ日本協議会/特定非営利活動法人エイズ&ソサエティ研究会議/プロジェクト RING、2008。

た。

「フォーラム」は、人権・平和、環境、貧困・開発の3ユニットに分かれ、各分野の政策提言やアドボカシーを行った。国際保健については、貧困・開発ユニットの中に「保健医療ワーキング・グループ」を設け、13のNGOが参加してサミットに向けて保健医療課題について「ポジション・ペーパー」を発表（2007年10月）した。保健分野でG8各国及び日本政府が取り組むべき政策をまとめ、GII/IDI懇談会でその内容を外務省担当者と共有することにより、NGOの意見を反映した⁹⁹。その影響もあり洞爺湖サミット当日は、外務省により国際メディアセンターへ隣接した会場にNGOが利用できるワーキングスペース及びNGOの記者会見場が設置された。そこでは「フォーラム」が『開発・アフリカ』に関するG8コミュニケ」と「国際保健に関する洞爺湖行動指針」に対して独自のスコアカードを発表し、広くメディアに取り上げられることとなった。このようにNGOが独占的に使用できる会場の設置はG8史上初であり、NGOから世界中のメディアに情報発信することができた点で極めて画期的であった。

⁹⁹2008年G8サミットNGOフォーラム、2008。

図表 15 洞爺湖サミットに向けての主要イベントと国内プレーヤーの働きかけ



出典：山口、杉山、村上、HGPI 2013

2008年1月には、「フォーラム」メンバーが福田総理大臣（当時）の秘書官であった福田達夫氏と面談し、世界経済フォーラムにおける福田首相のスピーチに盛り込むよう申し入れを行った。保健分野に関しては、いかなる計画も実施するための資金的な支援が重要であることを強調し、日本政府の国際保健課題に対する明確なコミットメントの必要性を訴えた。その成果もあり、福田首相はダボス会議のスピーチの中で保健課題について言及した。

政府との対話として行われた GII / IDI 懇談会の会合の中で、2007年12月～2008年2月の間に保健医療ワーキング・グループは G8 国際保健政策を担当した外務省多国間協力課と4回にわたる非公式な勉強会を行い「ポジション・ペーパー」のコンセンサスを創りあげ、北海道洞爺湖 G8 サミットで保健を主要議題とするよう要求した。保健関連 NGO がまとまって保健分野への取組みの重要性を発信することにより、保健関連 NGO の強い意志を直接外務省における国際保健政策の担当官と共有した。このようなプロセスは、外務省の政策担当官と信頼関係を醸成し、市民社会の声を G8 保健政策に反映させていくうえで有用であったと考えられる。

2008年2月、G8 政府との直接対話として世界の市民社会の代表と G8 シェルパが議論する場である「Civil G8 対話」¹⁰⁰では、「フォーラム」が中心となって世界の NGO と連携して政策提言を行った。保健については、既存コミットメントの履行や新たな政策とコミットメントについて、参加者全体の声として一つの提言書を発表した。

NGO とシェルパとの対話は、市民社会側からの質問に対する明確な回答を得ることができず不十分なものであったという評価がある¹⁰¹が、「Civil G8 対話」運営面においては発言者の選出、討議内容の策定にあたり透明なプロセスを重視し、各国の市民代表と共に事前に十分な調整を行うなど市民社会による政策提言能力を示す場となった。また、シェルパからも市民社会との対話の重要性は繰り返し指摘された。

日本の NGO は数や規模において欧米の NGO に勝つことは難しい現状がある中、日本が G8 議長国を務めた 2008 年は日本の NGO のリーダーシップにより国際 NGO との連携ができ、包括的な市民社会の政策提言をシェルパに届けることに成功した。グローバルなネットワークの形成、民主的プロセスによる会議運営、国際 NGO と協力しての包括的な政策提言の作成という点において、日本の NGO の代表は、優れた役割を果たしたといえよう。また、G8 サミットに向けてのプロセスについては、「サバイバル・キット」が作成されており¹⁰²、他国の NGO にとっても日本のプロセスが他国で同様の取組みを行う際に参考になる。2008 年に幾多の苦労を重ねながら各国 NGO の多様な声を一つにまとめ、政府に対して政策提言を行った日本の NGO が、この経験を次世代にも引継ぎ政策提言を継続的に行っていくことが望まれる。NGO の意見をまとめるための優れた「調整力」を活かし、今後も日本政府への働きかけを強化することが肝要である。

¹⁰⁰ 「Civil G8 対話」は、2006 年のロシア・サンクトペテルブルグ G8 サミットで、G8 各国政府の G8 担当官と市民社会が対などに対話を行う場として初開催、翌 2007 年には G8 ハイリゲンダム・サミット前にベルリンで開催され、G8 サミット前に市民社会とシェルパが対話を行う場として重要視されつつあった。2008 年は日本（京都市）において開催され、フランスを除く 8 名の G8 シェルパが参加した。

¹⁰¹ 特定非営利活動法人アフリカ日本協議会/特定非営利活動法人エイズ&ソサエティ研究会議/プロジェクト RING、2008。

¹⁰² サバイバル・キットはウェブ上で参照できる。 http://www.project-ring.jp/g8_resource-book/appendix/g8_resource-book.pdf (2012 年 11 月アクセス)

<まとめと課題>

2008 年の G8 洞爺湖サミット開催時に、日本の官民の多機関・団体が関与した、オール・ジャパンによる取組みにより、国際保健が G8 の議題の一つとなり、首脳宣言への言及、G8 保健専門家からの「洞爺湖行動指針」の提言が実現したが、その理由としては以下の 3 点が重要であったと考えられる。

・ G8 サミットの議題について、トップダウンのアプローチ

G8 サミットの議題として国際保健を取り上げることにについて、WG が早期の段階で国際保健を G8 アジェンダとすべく、首相、外務・厚生・財務の三省の大臣及び実際に政策策定を担当する担当官の合意を取りつけたことにより、その後の国際保健における政策決定を速やかに進めることが可能となった。

初期の段階から、福田首相及び高村外務大臣自身が国際保健の重要性を十分に認識していたため、高村外務大臣の政策演説（2007 年 11 月）、福田首相によるダボス会議における特別講演（2008 年 1 月）により、国際保健に関する日本の外交発信を行うことができ、国内外の議論の方向性を定めたことも重要なモメンタムとなった。サミットに先駆けて早期から G8 議長国として日本の国際保健に関する政策方針を発信したことにより、その後の国際保健分野における国内及び G8 国との議論を円滑に進めることができた。

・ 民間主導による、マルチステークホルダーによる討議

民間が主導した WG の場で、外務省や厚生労働省、財務省をはじめ、関係省庁や関係機関、学術関係者、民間、NGO などが一同に集結し定期的に討議したことにより、保健専門家を柔軟に活用し効率よく合意形成を行うことができた。その理由として、①G8 サミットという共通の目的があったこと、②民間主導の WG が、政治的、学術的に重要ステークホルダーを集める求心力があったこと、が大きい。縦割り型の組織の枠を越えて、外務省・厚生労働省・財務省の 3 省庁横断で意見交換を行う場が生まれ、各省庁が積極的に議論に関与したことは、日本の政策決定プロセスにおいて革新的であると言えよう。WG は、サミット終了後も現在に至るまで、国際保健の官民連携タスクフォースとして役割を果たし続けている。政府主導であれば一過性に終わったかもしれない試みが、民間主導のネットワーク構築により、ボトムアップの活動として継続的に根づきつつあると言えよう。

・ 各プレーヤーによる、グローバルなアウトリーチ

日本国内におけるマルチステークホルダーの討議と並行し、政府、学術関係者、NGO などの各プレーヤーが国内外で連携し、意見を反映するメカニズムを形成した。日本の NGO が「Civil G8 対話」を通じて国際 NGO の声を集約し G8 シェルパに対し政策提言を行ったことが、グローバルな知見に基づいて市民社会の声を政策に反映する象徴的な例となった。

また、外務省が G8 保健専門家会合を初めて設置してヘルス・エイト（Health 8）と呼ばれる非公式の保健分野の国際機関主体のネットワーク会合との討議を数度にわたって行い、各国の意見調整の十分なプロセスを設けたことも有効であった。なお、WG は、ハーバード公衆衛生大学院の教授などを中心に国外における国際保健の専門家グループを組織し海外の専門家との意見交換を行うなど、グローバルなプレーヤーを巻き込んだ活動を行ってきた。このように、学術関係者、NGO などを通じた世界とのネットワークは、政策立案過程において重要な助言機能を果たし、G8 保健専門家会合を通じ G8 全体の国際保健政策へと影響を与えることになった。

以上のような効果があった一方、課題も明らかになった。洞爺湖サミットにおける、国際保健分野における課題を以下に示す。

- ① 初の G8 国共通の保健に関する行動指針として、「洞爺湖行動指針」が G8 保健専門家から G8 首脳への提言として発表されたこと、その中にフォローアップの必要性が名言されたことは画期的である。しかし、指針の実行のために、G8 国から国際保健分野における資金コミットメントは出されていない。「洞爺湖行動指針」は強制力をもたないため、G8 の努力目標で終わる可能性が危惧される点が課題として残る。国際社会全体でフォローアップを継続することが重要である。
- ② 日本国内の政策決定プロセスにおいては、国際保健に関心の高い独自のネットワークを持つプレイヤーがそろったことなど多くの偶然が重なったことが要因である。制度として確立していない以上、今後必ずしも同様のプロセスが実行されるとは限らず、次世代の国際保健分野の後継者育成が急務である。

3.3.2 事例 2：パキスタンへの円借款（ポリオ・ローン）の実施（2011）

国際保健分野においてこれまで主流であった無償資金協力や技術協力のスキームではない有償資金協力（円借款）を活用した画期的な事例であり、国際保健分野では比較的新しいプレーヤーである財務省が主導し前例のない支援を行った好事例である。

<概要>

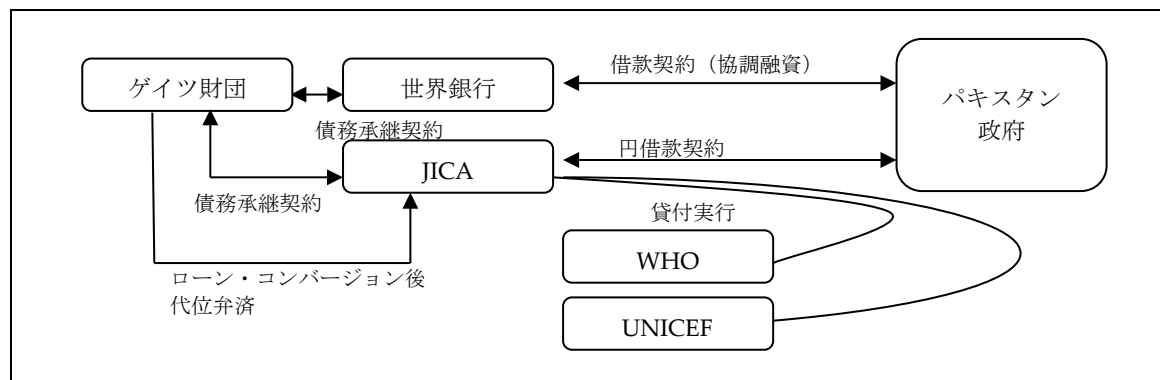
2011 年 8 月、日本政府はパキスタン政府との間で、ポリオ撲滅のための円借款貸付契約を締結した。この円借款（以下、「ポリオ・ローン」）では、財務省が他の開発ドナー（世銀、UNICEF、WHO、ゲイツ財団など）と協力しつつ、ポリオ撲滅という開発効果を最大限に発揮するために現地の状況や我が国のこれまでのポリオ対策支援の経験を分析した上で、日本独自の貢献を模索し、かつ、その効果の測定のための工夫が行われた。

これまで、日本の保健分野の ODA の多くは比較的小規模の無償資金協力や技術協力の中で行われてきた。一方で、円借款は規模が大きく返済義務を伴うものである。財務省は国際保健分野での円借款実現に向けて、財務省・国際局は、資金がしっかりと使われているか、どれだけの効果があるか、といった点についての問題意識を高く持ち、効果測定のための指標を独自に検討するなどの工夫を行った。

なお、この円借款では、ゲイツ財団と協力してローン・コンバージョンという仕組みを導入している。これは、パキスタン政府が事前に合意した事業目標を達成すれば、ゲイツ財団がパキスタン政府に代わって JICA に債務返済を行うというものである。このスキームを用いることで、パキスタン政府のポリオ撲滅に向けたより一層の努力を引き出し、最終的にパキスタン政府に債務負担を課すことなくポリオ撲滅対策を支援することができる仕組みとなっている。

円借款実施後の現在は進捗状況のモニタリングが行われており、今後、円借款が仕組みとして効果があると判断された場合は、他の国やその他の課題への横展開も検討される可能性がある。財務省という国際保健分野の中では比較的関与の少なかったプレーヤーの登場により、開発効果の測定が一層重要視され、その評価結果が国民に広く公開され透明性が高まる動きがおこることで、日本の ODA がより健全な方向へ向かうことを期待する。

図表 16 ポリオ・ローンにおけるローン・コンバージョンの仕組み



出典：国際協力機構プレスリリース「JICA とゲイツ財団が戦略的パートナーシップを発表」、HGPI が編集

円借款はこれまで、資金返済を求めるという性質上、経済成長に直結しやすい設備やインフラへの投資として行われることが多かった、今回のポリオ・ローンにより日本政府がこれまで事例の少ない保健分野向けに、かつ、ローン・コンバージョンというスキームを組みこんだ円借款を供与したことは大きな変化である。変化が起こった背景には次のような事柄が影響している：

- ・ MDGs に関連して保健や教育分野への支援に重点を置く世界的な潮流の影響もあり、財務省内でインフラなどの「ハード分野」とともに、いわゆる「ソフト分野」への取り組みを強化しようという動きがあった。
- ・ ポリオ撲滅といった社会セクター向けの取り組みは、現地の人々のオーナーシップが特に必要とされる。そこで、事業目標を達成すればゲイツ財団が返済を肩代わりするというスキームを使うことにより、現地政府にインセンティブを与えて、取り組みを促進させることができるという判断があった。
- ・ ローン・コンバージョンという仕組みは、これまで世界銀行とゲイツ財団との間で使われてきた仕組みであり、一国の政府がその仕組みを用いた前例はなかった。開発効果の観点から、日本政府がゲイツ財団と組んでローン・コンバージョンの仕組みを用いて円借款を実施することは意義が高く、革新的な試みであるとの判断があったこと。
- ・ パキстанは財政事情が悪く、債務返済可能性からみても日本単独で円借款を実施するのが困難な国であったため、ゲイツ財団と組み支援を実施する事に利点があった。

<プロセス>

2010 年秋頃、ゲイツ財団から 2011 年 1 月のダボス会議のタイミングを目途に、パキстанでのポリオ・ローンの実現に向けて、財務省国際局や外務省、JICA をはじめとする関係者に働きかけがあった。当時、財務省ではかねてより円借款を活用した保健分野などソフト面への支援の強化を検討しており、日本の ODA の開発効果向上に関心があったため、財務省国際局が主導して障壁や問題点などをクリアしながら、実現に向けて動き出した。

具体的には、パキстан政府、パキстанで事業を展開する JICA の担当者やパキстанの研究を行う研究者、ポリオの専門家などに対して、実際に足を運びながらヒアリングを行い協議を重ね、日本政府としての付加価値の付け方を検討した。それらの協議を通し、財務省国際局開発政策課が JICA の協力を得つつ、円借款の効果を測定するための指標を率先して検討・設定した。円借款実施にあたり、財務省・経済産業省・外務省での 3 省協議を重ねる一方、財務省国際局が主導し、ゲイツ財団とのファイナンス面でのローン・コンバージョンについての技術的議論を重ねた。最終的に 2011 年 8 月 15 日、日本政府はパキстан政府との間に、ポリオ撲滅計画を支援するため 49 億 9300 万円を限度とする借款契約を結ぶ¹⁰³。

<財務省が特に重点を置いたイシュー>

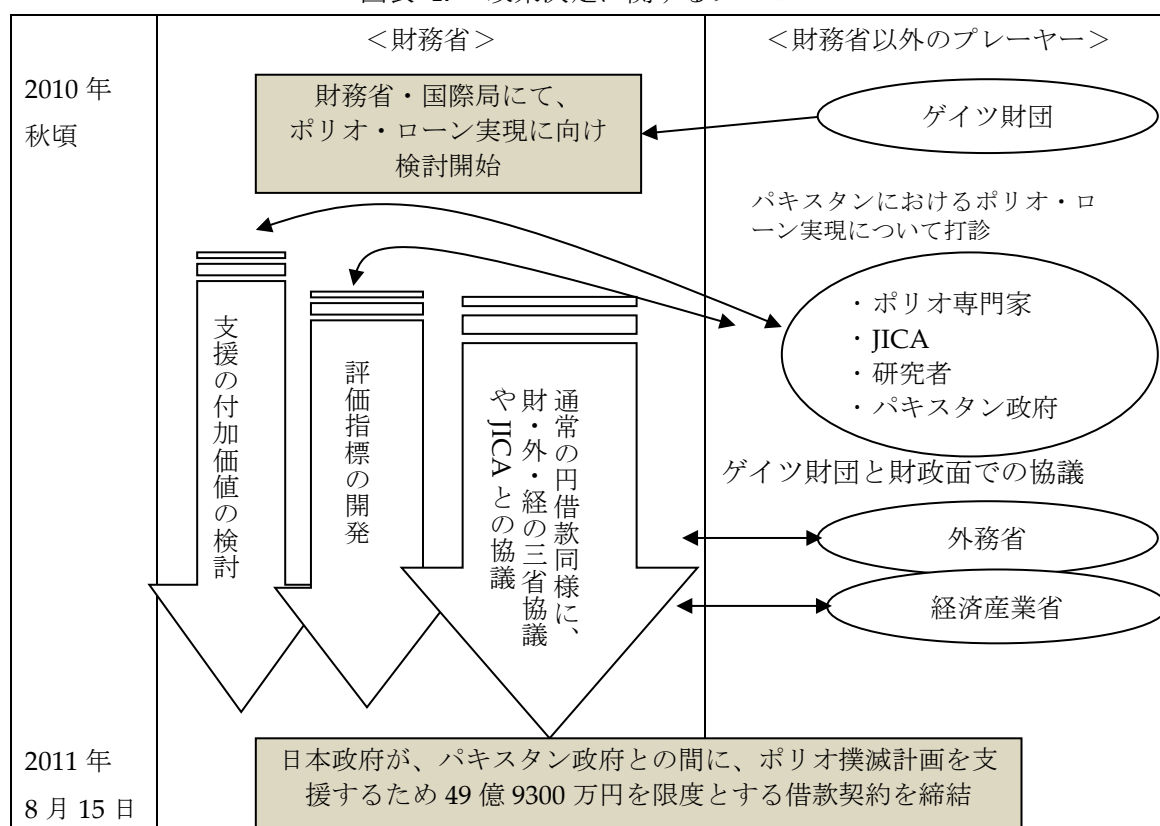
- ・ 国民から集めた税金を、途上国の保健分野の支援に、さらにはポリオ撲滅支援に活用するに当たって、日本としての付加価値をどのように付けるかの議論を重ねた。この検討の過程で日本はかねてよりポリオ撲滅に対して大きな貢献を行ってきたことや JICA や国立国際医療研究センターなどをは

¹⁰³ 日本においては、2011 年 5 月に世界の子供たちのためにポリオ根絶を目指す議員連盟（ポリオ根絶議連）がたちあがり、ポリオ・ローンの検討推進を行ってきた。

はじめとする日本人が途上国でポリオ撲滅対策にかかわりノウハウを持ち実績をあげてきたことなどが確認された。今回のポリオ・ローンは、ソフト分野で事例の少ない円借款ということもあり、好事例を残すべく特に力を入れて取り組んだ。

- ・ JICA など既に現地で活動をしてきた人々の知見を共有し、実際に現地の状況を調べる中で、例えばワクチン接種者（ワクチン接種を実施する人）の質の向上がポリオ撲滅という開発効果を上げるために重要であることを確認した。そして、その背景として、ワクチン接種者の賃金がパキスタンの最低賃金よりも安いことや、ワクチン接種者のトレーニングがしっかりと行われていないこと、イスラム文化圏の国では女性でないと家に入れない場合があるため、女性のワクチン接種者が戸別訪問する際には必要であることなどを把握し、それらを指標に盛り込むことを検討した。
- ・ 既に、ポリオ撲滅関連のプロジェクトは WHO や UNICEF、ロータリーなどが実施し確立されたオペレーションがあり、その指標も設定されていたが、それだけでは足りない判断した財務省は JICA の協力を得つつ、日本独自の開発効果を測るための補助指標を検討した。具体的には、ワクチン提供チームに最低 1 人の女性がいないかどうかやワクチン接種研修を受けた人の人数などを補助指標として設定した。これに加えてワクチン接種者の質の向上をはかるため賃金の引き上げ支援を指標に盛り込んだ。
- ・ 円借款を実施する際の貸付期間と金利については、パキスタンで洪水が起こったため、通常パキスタンでは貸付期間 30 年間、金利 1.4% の条件であったが、40 年間 0.01% の金利で貸し付けることで合意した。

図表 17 政策決定に関するプロセス



出典：HGPI, 2013

<まとめ>

財務省国際局は、これまで無償資金協力や技術協力での支援が主であった保健分野において、円借款による開発支援を行うにあたり、日本として「どのような付加価値」を付けるかの検討に力を入れた。これまで、保健分野を含むいわゆるソフト分野において、円借款が行われた事例がなく、ポリオ・ローンが初の試みであったためである。具体的には、単に金額面での貢献にとどまらない、日本独自の貢献要素（ワクチン接種を行う者の質向上のための女性比率の向上、賃金水準の引上げなど）を検討した。また、金額規模の大きい円借款では、特に、納税者への説明責任という観点からも、費用対効果を明らかにすることが重要となる。そのため、効果を測定するための指標の策定に力を入れた。

今後、日本の ODA をさらに効果的なものにするためには、効果を測定し評価することが欠かせない。国民への説明責任という観点からも、この事例をきっかけとして指標の開発など評価のための研究がさらに進むことで、日本として現状では専門家ですら分かりにくい国際保健分野への支援の実績値（金額）や支援の評価の公表などの改善につながるようなますますの対策を講じることが期待される。

これまで国際保健分野の政策については、無償資金協力や技術協力が中心であったためイニシアティブを握るのは外務省であった。そのような中、有償資金協力というスキームを使い、専門知識を活かしながら財務省国際局が率先して検討し国内関係者の関与を促した本件は、国際保健分野において新たなプレーヤーが政策を立案するという成功例の一つである。新たなプレーヤーの出現が既存のプレーヤーの意識の変革を促し、前例主義にとらわれない取組を行うといった良い流れができることを期待する。

3.3.3 事例 3：グローバルヘルス技術振興基金（GHIT）

国際保健分野は、官民の協力が不可欠な分野であり、その中でも、グローバルヘルス技術振興基金(以下 GHIT)は顧みられない病気に対する薬のニーズはありながら、一企業が薬を開発するほどのインセンティブはない。企業が持っているシードを発展させ、感染症や希少な病気の開発薬へとつなげる双方のモチベーションを引き出すしくみだ。

GHIT は、2011 年、元 BMGF グローバルヘルスプログラムプレジデントで、当時武田薬品工業株式会社チーフ・サイエンティフィック&メディカル・オフィサーを務めていた山田忠孝（Tachi Yamada）氏が、日本の製薬会社とその技術を世界と繋げていくひとつの方策として、製薬会社・日本政府・そして BMGF の共同イニシアティブとして創薬・保健製品開発を支援するマッチングファンドを立ち上げたらというアイデアを得たところから開始した。

山田忠孝氏は、BMGF 時代より、発展途上国の人々の薬品へのアクセス障壁の緩和、そしてマラリアや結核、さらに顧みられない熱帯病（NTD）に対する薬品開発の遅れに問題意識を持っており、武田薬品で日本政府の保健政策に接するうちに、当時政策の焦点となりつつあった UHC と、多くは熱帯・亜熱帯に存在する発展途上国特有の保健課題に対応する保健製品の開発支援との間に共通点を見出したと思われる。

また、山田氏のもうひとつの問題意識は、日本の医薬品に関わる民間企業の世界市場進出にむけた積極性促進の必要性にもおかれていた。日本企業がグローバルヘルス分野で頭角を現すためには、欧米を初めてとした世界の認定基準を満たす、海外の同業他社・保健分野の国際機関とネットワークを築く、市場となりえる開発途上国にアクセスを得る等の行動が必要であったが、当時日本企業は、これらの活動

の必要性は認めつつも積極的に行っているとは言えなかった。

これら2つの問題意識を受けて設立された GHIT には、日本の製薬企業による海外の保健ステークホルダーや同業他社や開発途上国政府とのネットワーク拡大・強化を、戦略的に後押しする仕組みが仕掛けられた。まず、保健分野を支援する財団の雄である BMGF の参画を得たことで、プログラムに関する一定の認知度を得た。また、山田氏や、創設当時の理事であった黒川清氏等のネットワークを通じ、理事会に国際保健分野の著名人物（ピーター・ピオット氏など）を迎え、彼らの国際会議等の発言等を通じて GHIT の活動を日本国外の製薬会社や保健関係者に広めることに取り組んだ。そして、プロジェクト申請要件に日本企業または研究機関の参画を含めたことで、GHIT の助成に興味を持った海外研究機関や製薬会社等が、日本企業のマッチングに積極的に取り組む土壌を作りあげた。

GHIT の助成金規模は、対象事業によって多寡はあれど、決して多額とは言えない（一件平均 1.6 億円）が、創業の初期段階の事業を支援対象とすることによって、企業は創業シードの探索に際して、海外企業・機関と共同でお互いの知見を利用しつつ助成を利用することができ、有望なシードが発見された場合には自社での開発を継続するという選択肢も得られる。GHIT としても、製品開発の全段階を支援するというよりは、むしろ、日本企業によるシードの探索と、それを通じた海外市場への足掛かりを得るための助成であるという認識であった。この点、創設以来の成果（助成 114 件、日本機関 52、海外機関 91 団体の参画、3 製品が海外で薬事承認見込み）はその目的を果たしているといえる。

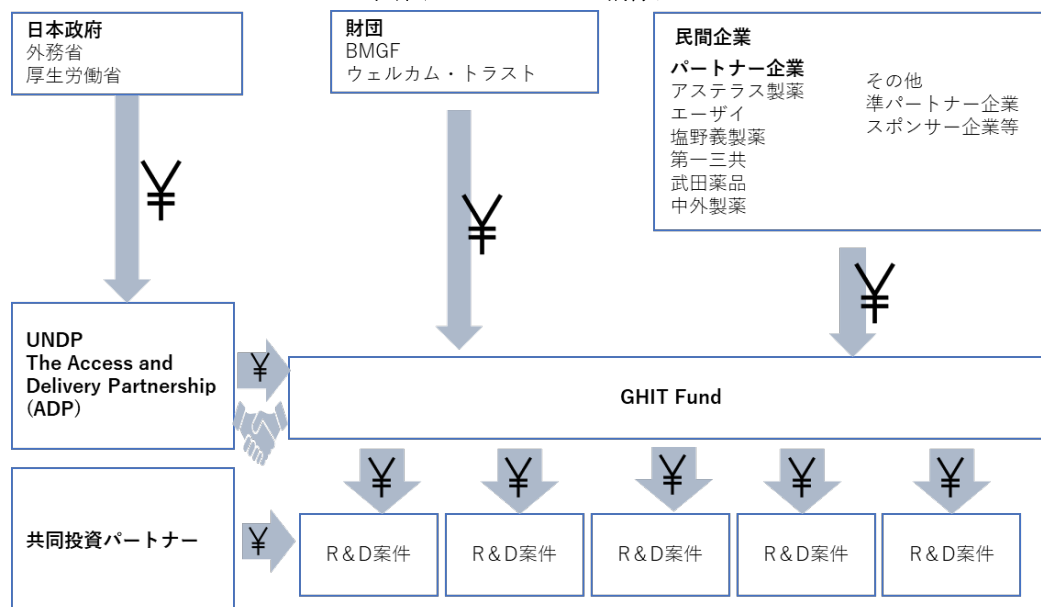
GHIT の事業は、日本企業と日本政府の国際保健分野でのプレゼンスを上げるための戦略的な取り組みが一定の成果を上げている例と言える。そのなかには立ち上げに際して海外有力パートナーの参画を得る、リーダーシップグループに分野の有力者を招き、彼らを通じて海外市場への知名度を得る、日本企業が利を得ると同時に海外からの参画団体にも利益があるような枠組みとする、等、今後日本が国際保健分野での資金拠出を含む支援に取り組んでいく際にも利用できる知見が含まれている。

GHIT のしくみ

グローバルヘルス技術振興基金（GHIT Fund）は、日本の製薬企業・医療機器メーカー16社、ゲイツ財団、日本政府が連携して、グローバルヘルスのための製品開発（R&D）を推進するために2013年に創設された官民連携の「マッチングファンド」であり、内閣府より公益認定をうけた日本国内の公益法人である。主に、途上国でのマラリア、結核、顧みられない熱帯病（NTDs）に関する製品開発を、資金助成を通じて支援している。

GHIT の第二期戦略期間（2018－2022）の資金需要である約 200 億円は、日本政府が約 100 億円、財団や民間企業が約 100 億円と官：民 1：1 の割合で拠出することとなっており、マッチングファンドとして日本政府の拠出額と同額を民間も拠出することで、日本政府の拠出にレバレッジをかけた支援が可能になっている。第二期戦略機関の年間予算規模は 3000～3400 万ドル程度で推移しており、2020 年に受けた拠出金等総額は約 31 億円（政府系 9 億円、財団系 14.5 億円、その他拠出 7.1 億円）であった。各国政府のなかで GHIT に拠出しているのは日本政府のみである。日本政府からの資金は、GHIT と連携事業を実施している国連開発計画（UNDP）へ拠出され、UNDP から GHIT へ移転されている。

図表 18 GHIT の構成



GHIT の「第二期戦略計画（2018－2022）」では、「研究開発の推進と製品化の実現」、「製品供給を見据えた戦略・パートナーシップの構築」、「ガバナンスの維持、さらなる強化」、「財務戦略」の4項目を重点戦略目標と位置付け、特に主要事業である投資事業に関する目標「研究開発の推進と製品化の実現」に関しては、創薬の初期段階である探索研究から臨床試験に至るまでの各段階において、有望な製品開発案件への投資を行うとともに、特に臨床試験に対して積極的な投資を行うとしている。2015 年の設立以降の助成総額は約 276 億円、114 件の製品開発を助成し、日本機関 52 団体、海外機関 91 団体が製品開発に参画した。2022 年 5 月現在、3 製品（結核診断薬、住血吸虫症治療薬、マイセトーマ治療薬）が 2023 年度末までに薬事承認される見込みである。一件当たりの平均助成金額は162,546,126 円（最大 749,982,252 円、最小 57,000 円）。以下にケーススタディとして例を示す。

GHIT 助成による製品開発

ケーススタディ 1 LAM 測定による結核の高感度・迅速 POCT キット開発

パートナー 富士フイルム株式会社, Foundation for Innovative New Diagnostics (FIND)

助成金額 2015 年 216,057,769 円

2017 年 421,716,914 円

既存の結核検査システムは、大きな検査装置や、煩雑な操作が必要で、医療インフラの整備が不十分な地域での検査に適しておらず、また、HIV 感染者の多くで、検体として結核検査に一般的に使用される喀痰の採取が難しいという問題があるため、現在、HIV 感染者の多くが適切な診断と治療を受けられないために、結核で亡くなっている。

FIND（スイス、ジュネーブ）と富士フイルム（日本、東京）は、結核/HIV 共感染者の尿中の抗原を高感度に検出する迅速診断テストの共同開発に取り組み 2015 年の第一回助成を受けて検査対象として適当な抗体の同定や診断キットの試作を実施、2017 年の第二回助成を利用して、診断キットの量産体制への移行、EU 基準を満たした診断キットとしての上市、WHO 推奨の獲得とそれに伴う低・中所得国の HIV 感染者の結核診断検査での利用を目指している。

本件では、富士フイルムは、製品の薬事承認、及び臨床試験や製品発売に必要な数のテストキットを準備するための製造を担当し、FIND は、本プロジェクト全体のコーディネーターとして、

プロジェクトの目標設定、プロジェクト管理、進捗状況のモニタリング・レポート、低・中所得国の研究拠点との間で確立された臨床試験プラットフォームを用いて臨床研究の実行、また、FIND はその際、WHO に政策策定のために必要な根拠資料の提出を担当している。2023 年末までに EU 基準での実施が見込まれている。

ケーススタディ 2

小児用プラジカンテル・コンソーシアムによる住血吸虫症小児用製剤「アラプラジカンテル」の開発

パートナー メルク（ドイツ）、アステラス製薬株式会社（日本）、スイス熱帯公衆衛生研究所（Swiss TPH）（スイス）、リガチャー（オランダ）、ファルマンギーニョ（ブラジル）、SCI 財団（英国）、KEMRI／ケニア医学研究所（ケニア）、フェリックス・ウフェ・ボワニ大学（コートジボワール）、ミュンヘン工科大学（ドイツ）、コートジボワール保健省、アフリカ健康開発研究所（ケニア）

助成金額	2013	第 I 相試験	1.86 億円
	2014	第 II 相試験	4.85 億円
	2016	第 II 相試験	4.67 億円
	2019	第 III 相試験	4.52 億円
	2021	実施研究	2.5 億円
		計	18.5 億円

顧みられない熱帯病（Neglected Tropical Diseases: NTDs）の一つである住血吸虫症の標準治療薬である「プラジカンテル」は就学前児童への投与に適さず、そのため、約 5,500 万人の子どもが治療を受けずに放置されている。世界保健機関（WHO）が推進する NTDs の予防、管理、制圧、根絶を目的とした 2030 年に向けてのグローバル目標「顧みられない熱帯病の終焉：2021～2030 ロードマップ（通称、NTDs ロードマップ）」の中でも、小児用プラジカンテルの必要性が謳われている。

2012 年にプラジカンテルの小児用製剤の開発を目指し設立された官民連携コンソーシアムであるプラジカンテル・コンソーシアムには、日本からアステラス製薬が参画し、独自の製剤技術を用いて、就学前児童でも服用しやすいように、既存の錠剤の大きさを約四分の一に小型化し、従来の薬が持つ苦味を改善した錠剤を開発した。その後、ドイツのメルク社が製剤を最適化、ブラジルのファルマンギーニョ社に製造移管が実施され、成人ボランティアを対象とした南アフリカでの第 I 相試験（2013～2015 年）、6～11 歳の小児を対象としたタンザニアでの味覚試験（2015 年）、3 ヶ月～6 歳のマンスン住血吸虫（*S. mansoni*）感染児童を対象としたコートジボワールでの第 II 相用量設定試験（2016 年～2018 年）、そして、ケニアとコートジボワールで第 III 相試験（2018 年～2021 年）が行われ、有効性・安全性ともに良好な結果が得られた。

また、「製品供給を見据えた戦略・パートナーシップの構築」においては、UNDP の The Access and Delivery Partnership (ADP) と連携している。ADP では、日本政府から拠出を受け、インドネシア、タンザニア等重点国 7 か国を含む途上国の保健システム及び薬事行政能力を強化し、ワクチンや治療薬等の新型コロナ対策製品を含む医薬品等が開発された際に、開発途上国において迅速に展開できるよう、薬事行政能力強化体制整備の支援を行っている。

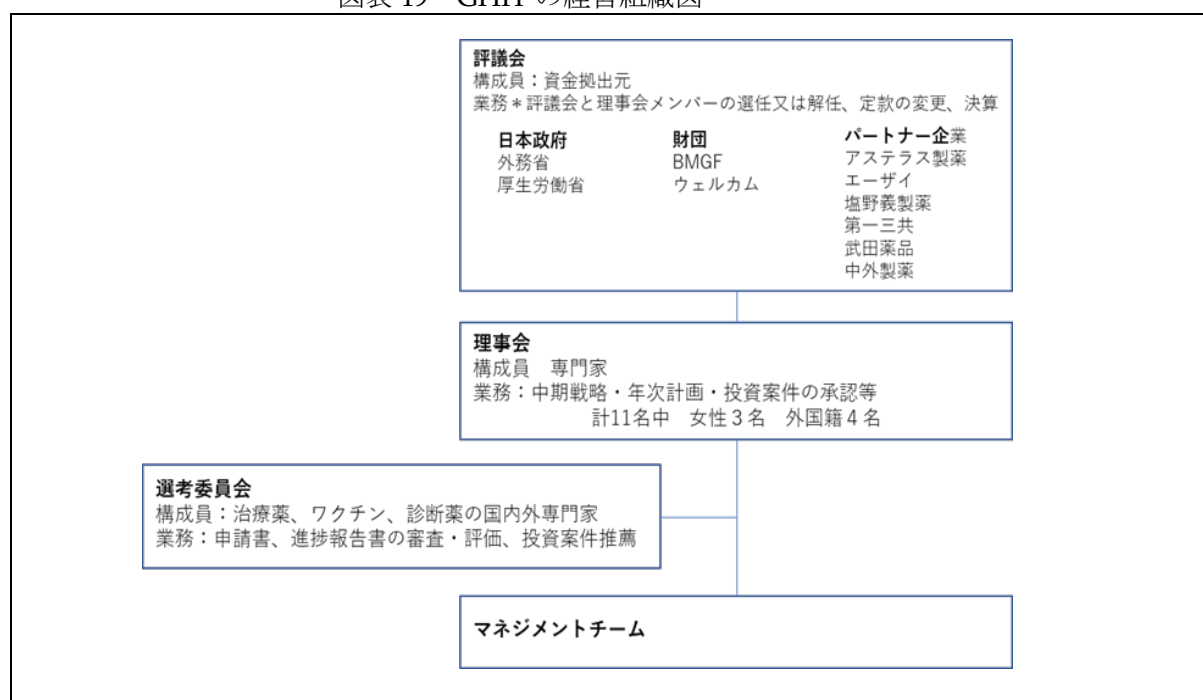
「財務戦略」においては、製品開発に対して複数のファンダーが連携して投資を行うことでインパクト

増大するという立場から、GHIT と国内外の助成機関による資金提供、人的資源、技術的資源等の共同投資比率を 1:1 にすることを目標としている。2017 年 12 月現在、累積共同投資比率は 1:0.5 であったが、2020 年には 1:0.4 となった。

GHIT には評議会と理事会が設置されている。評議会は GHIT に資金を拠出している日本政府、財団、民間企業により構成されており、理事会メンバーの選任又は解任、定款の変更、決算書類の承認など、法令又は定款に定められた重要事項の決議を行う。理事会は グローバルヘルスやマネジメント分野の専門家で構成され GHIT 事務局の運営を監督し、重要な規程、中期戦略・年次計画及び予算、投資案件の承認など業務執行に係る重要事項の決議を行う。投資案件は、国内外の治療薬・ワクチン・診断薬の専門家による選考委員会が先行し、理事会へ推薦する（図参照）。

GHIT の評議会、理事会、選考委員会の構成には多様性確保への配慮が同え、各委員会等は多国籍メンバーで構成されている。2022 年 5 月現在、理事会には海外拠点の 2 財団代表が含まれているほか、理事会では外国籍の理事は 4 名、女性は 3 名（計 11 名中）となっている。

図表 19 GHIT の経営組織図



日本政府は、GHIT の活動は途上国の人々が必要な医薬品を活用できることを通じて、人間の安全保障、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ(UHC)の達成に貢献するとして、その発足から運営まで深く関与している。GHIT に対する唯一の政府系ドナーとして、その資金需要の 50%を拠出していることに加え、GHIT の評議会と理事会に対して、外務省及び厚生労働省各省は、設立以来、議席を確保し続けており（各省評議員 1 名、理事 1 名：両省合計 4 名）日本政府の意向が運営に反映されるよう働きかけている。

また、GHIT が投資を行う国際保健の製品開発プロジェクトは、日本国内と海外の組織間の製品開発パートナーシップであることが条件となっており、パートナーである製薬企業・医療機器メーカーのみならず、東京大学や長崎大学を始めとした全国の国公立大学や、理科学研究所・国立感染症研究所等に所属する研究者が共同研究者として事業に参加している。日本企業・研究者はプロジェクトへの参画

を通じて、国際保健分野における海外の研究者・研究開発ネットワークとの人的なつながりや、科学的知見へのアクセスを得ることができるため、GHIT 事業は日本のグローバルヘルス分野人材育成に寄与している側面もあると言える。

GHIT の特色

GHIT の事業は、日本企業と日本政府の国際保健分野でのプレゼンスを上げるための戦略的な取り組みが一定の成果を上げている事例であるが、これらの取り組みには、日本による将来の国際保健分野での資金拠出や支援の計画にあたって参考とすべきものが含まれている。たとえば、①事業立ち上げに際して海外有力パートナーの参画を得る、②リーダーシップグループに国籍を問わず分野の有力者を招き、彼らを通じて海外市場への知名度を得る という GHIT の戦略は、国際市場での GHIT 事業の知名度を通じて、国際保健分野における日本のプレゼンスを上げることにつながっているが、これは日本資本・日本人のみによる事業運営にこだわってはおそらく実現していなかった。また、日本企業・研究者がプロジェクトへ参画することで海外のネットワークや知見へのアクセスを得られる仕組みをつくったことで、GHIT 事業は日本のグローバルヘルス分野人材育成に寄与している側面もある。

GHIT はその資金調達や法人格にも特色がある。官民連携でのマッチングファンドであることに加え、UNDP との連携事業として日本政府の ODA 財源から拠出を得ていることから、日本にとっては日本の独自色が強い事業でありつつも国際保健分野 ODA としてカウントすることが可能となっているほか、公益財団法人として設立されていることから、独立行政法人や国立機関に比べてその事業計画等や予算手当に柔軟性が認められており、それが事業内容の柔軟性につながっているといえる。

3.4. NGO/NPO：国際保健政策への非営利組織の参画

欧米において NGO がフィールドにおける経験を活かし国際協力におけるテクニカルな面でのコンサルティングを行うなど、国際保健分野の政策決定プロセスにおいて重要なステークホルダーとなっている。一方、日本では NGO が参画することの重要性は認識されており外務省と NGO との対話の場がもたれているが、政策決定プロセスへの実質的関与は弱く、プロセスへの参加の機会も限られている上にアドボカシー¹⁰⁴活動を行う資金や人的リソースを十分に兼ね備えた NGO が少ない現状がある。外務省における NGO との対話も 2000 年ごろから本格的に始まり、NGO の参加が政策決定のプロセスに重要だという認識は 1994 年以前には日本政府にはなかったことは事実である¹⁰⁵。つまり、日本の国際保健分野における政策決定プロセスでは、NGO の役割は欧米のそれに比べ著しく小さいことがわかる。

外務省が定期的で開催している、GII/IDI 懇談会については、2024 年 6 月まで累計で 168 回ほど開催しており、人口問題や感染症などから、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジや母子保健、栄養改善などの具体的な分野などについて情報・意見交換を実施している。¹⁰⁶

日本において NGO が資金を独自に集めることは非常に難しい。個人や企業からの寄付の割合が絶

¹⁰⁴ 本報告書においては、いわゆる、政策提言をすることとする。

¹⁰⁵ 日本政府は 1994 年の国際人口開発会議ではじめて政府代表団に NGO を加えた。

¹⁰⁶ 2024 年 7 月 22 日 第 9 回グローバルヘルス戦略推進協議会議事録, p25

対的に少なく、NGO の活動資金の収入源となるのは政府の事業に関する公的資金が主となる傾向がある。欧米での一般的な考え方とは異なり、公的資金はアドボカシー活動費や人件費など組織運営としての用途を認めない場合がほとんどであり、事業実施以外に使用できる資金が不足している。資金の不足は独自の調査や政策アドボカシーに時間をさく人材の不足にもつながり、政策決定に関わるため能力や経験を備えた十分な数の人材が NGO において養成されていない現状がある。

国際協力 NGO センター (JANIC) の NGO ダイレクトリーによれば、国際保健分野に関する活動を実施する NGO は 100 団体以上にのぼる¹⁰⁷が、その活動規模の幅は非常に広い。そのほとんどが「発展途上国や日本国内で直接に支援活動のフィールドを持ち現地プロジェクトを実施する」ことを事業の中心としたものである。NGO の特徴を「アドボカシー」、「活動資金源」の視点から以下に示す。

3.4.1 アドボカシー型 NGO と実施型 NGO

日本に事務局のある国際保健に関連する NGO を、いわゆる「アドボカシー型 NGO」：政策提言活動を中心に行っている NGO あるいは、フィールドにおけるプロジェクト実施に加え、政策提言活動も活発に行っている NGO」と「実施型 NGO」：政策提言活動よりもフィールドにおけるプロジェクト実施を中心に行っている NGO」に分けてみると、実施型の NGO の数が圧倒的に多い¹⁰⁸。例えば、1994 年から開始された GII/IDI 懇談会の幹事を務める（公財）ジョイセフと（公社）セーブザチルドレンジャパン）や、日本アフリカ協議会等政府との定期的な対話を実施しながら、市民社会からの参画や提言を行ってきた。

アドボカシーを実施する NGO の特徴としては、アドボカシーに割くことのできるリソースがある点である。日本の公的な資金ではアドボカシー活動に使える資金が得にくいいため、海外のグラントを獲得したり、企業との商品開発により資金を創出したりと、ファンドレイジングを工夫し積極的に行う必要がある。よって規模の大きな NGO や海外のグラント獲得に慣れている NGO というように、必然的にアドボカシーを行う NGO は限られている。日常的にプロジェクト実施に時間や人員などのリソースがとられる場合、新たにファンドレイジングを行うことは容易ではない。

日本に事務所を置く NGO には、海外に本拠地をおく国際 NGO の地域拠点としての NGO と日本で発祥したオリジナルの NGO とがあるが、国際 NGO の場合はグループ内でグローバル戦略としてのアドボカシーや広報のノウハウなどが共有される場合が多く、また、活動方針としてそのような面を重視する文化もあり、比較的アドボカシー活動に積極的な NGO が多い（図表 12 参照）。

3.4.2 シンクタンク

グローバルヘルス分野に関わるシンクタンクといえば、公益財団法人日本国際交流センター (JCIE) や日本医療政策機構 (HGPI) がある。前者は、長く国際保健分野の政策提言や日米研究会を継続しており、国会議員、省庁・シフ機関、学会、財団、NGO、産業界などから 40 名ほどが参加している。これは、2007 年の G8 北海道洞爺湖サミットを機に発足した「グローバルヘルスと人間の安全保障」運営委員会の幹事・事務局を務める。日米グローバルヘルス協力対話や、グローバルヘルス政策に関わる多様なステ

¹⁰⁷ JANIC の NGO ダイレクトリー (<http://www.janic.org/directory/>) において、「医療」というキーワードを用いた検索による。

¹⁰⁸ 兵藤 智佳/勝間 靖、2009。

ークホルダーとの定期的に会合を実施している。国会議員のエンゲージメントも積極的に行い、資金は外務省等国内外の助成金を主流に企業からの寄付金等を含め長期に活動している。

また、日本医療政策機構も、グローバルヘルス・エジュケーション・プログラムの実施や、国内外のシンクタンクと協働プロジェクトを実施し、調査研究を発表している。2021 年の「世界のシンクタンクランキング報告書 (- Global Go To Think Tank Index Report-)」における「国際保健政策 (Global Health Policy)」部門で 3 位に選出されるなど、日本国内ではグローバルヘルス分野への貢献は大きい。近年ではプラネタリーヘルス「持続可能な地球環境を確立するために」といったプロジェクトを実施し、政策立案に必要な調査・研究・提言を行うなど、グローバルヘルスを超え、国内のステークホルダーの意識調査や気候変動・生物多様性の喪失・環境汚染が健康に与える影響などについて、科学的な根拠などに基づいた提言を実施している。

3.4.3 活動資金源：政府からの公的資金型と寄付・会費型

NGO の活動資金源は、NGO によりさまざまである。活動資金のほとんどが個人や企業からの寄付による外国発祥の NGO で日本に拠点を持つ団体や、日本発祥の NGO で会員制にして会費を募るなど小規模の NGO など様々である。外務省や JICA、国際機関などからの委託業務や助成金を主とした公的資金が中心となる「公的資金型」の NGO、会員費や寄付金を中心とした「寄付・会費型」、そのほか少数ではあるが商品開発によるファンドレイジング、海外グラントなどのさまざまな資金調達をする NGO がある。

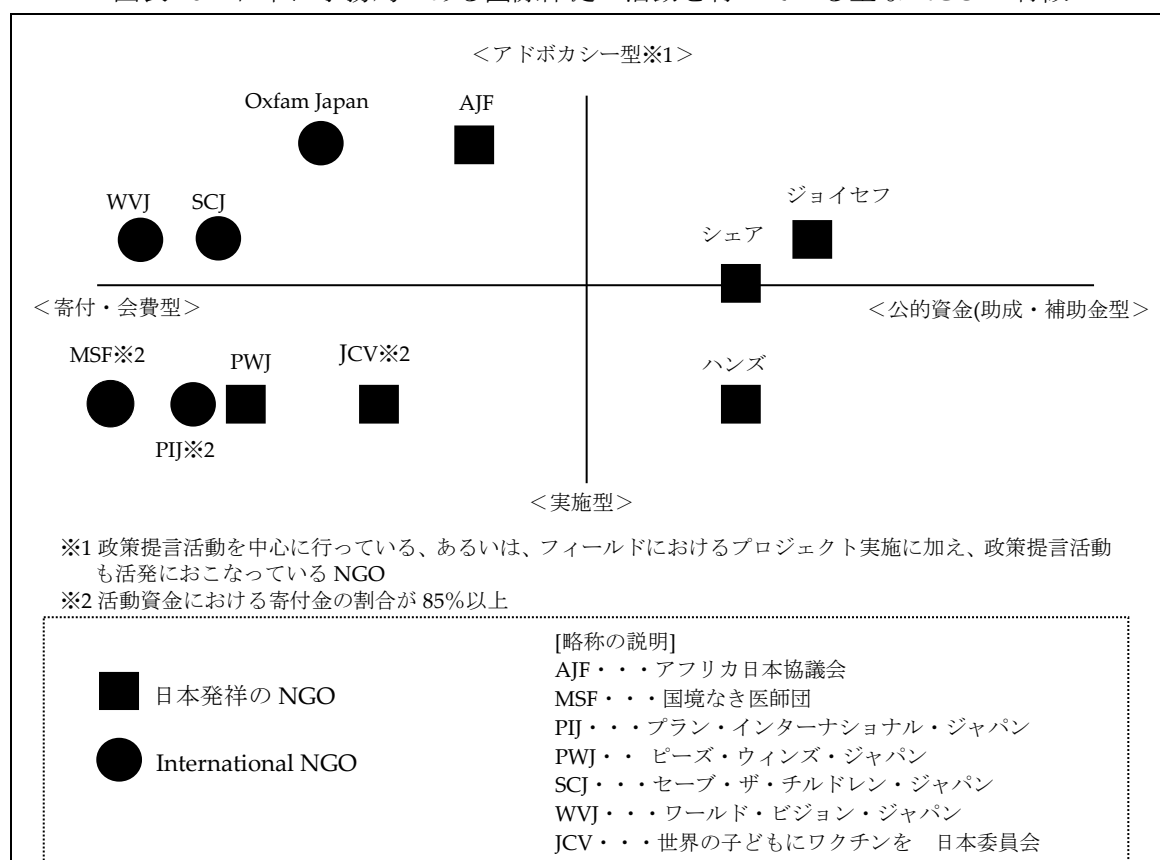
現状では、知名度もあり、外国発祥の NGO で日本における活動の歴史が長い団体への寄付や、NGO の行うプロジェクトに対して助成金や委託業務がされていることが多い。日本では、アドボカシーや広報、ファンドレイジングなどに馴染みがない場合もあり、そのような目的で資金が使われる際に反感をもつ場合もある。例えば、企業などは具体的な資金の用途及び効果を要望する個別プロジェクトベースへの資金提供を行うケースが多く、NGO 側としては、人件費や管理・運営費がコストとしてかかる一方、NGO 活動全体への活動に関する寄付という形ほとんど見られない。よって、どのような目的で使われてその結果がどのようなになったのかといった NGO 側から発信する説明責任を高めていく必要がある。日本国内での大規模な自然災害、東日本大震災などを機に一般の寄付行動はふえつつありクラウドファンディングも増えてきたが、諸外国と比べて、チャリティ文化が発達していない日本では寄付金の大規模は増加は見込めない状況にある。

公的資金型の NGO の持つ障壁として、公的資金のやり繰りの困難さがある。例えば、公的な資金はプロジェクトの期間が数年に限られている場合がほとんどであり必ずしも次の期間もプロジェクトを実施できる保証もないため、プロジェクトの切れ目をつなぐ工夫が必要となる。また、公的資金については用途がプロジェクト実施に限定されており、人件費や広報費、アドボカシー活動費などに使用できない場合が多い。よって、アドボカシーを積極的に行うには、公的資金のみならず寄付やグラントなど、別の資金を獲得する必要がある。

今後は、例えば、民間企業とのコラボレーションを上手く取り入れている NGO や、戦略に基づく広報や資金創出の取り組みを行う NGO などの事例から参考になるノウハウを共有し、多くの NGO が自らの体力の強化につながる資金の獲得を行うことが望まれる。広報に関しては広告代理店などがプロボノにより支援を行う事例もあり、今後の取り組みのヒントとなる。

図表 19 では、アドボカシー型と分類する際の指標の設定が必ずしも明確で政策ではないという限界があるが、アドボカシー型と実施型に大別して、主な国際保健に関連のある団体を例として取り上げて分類を行った。今回取り上げた団体は、本調査において情報を入手できる団体、つまり、比較的規模の大きな活動をしており活動についての情報公開も積極的に行われている団体である。よって、そのような体力に乏しい団体を分類に取り上げられていないという限界がある。先述の通り 100 以上はありと推定できる国際保健に関連する活動をしている NGO のうちの多くは、資金的に余裕がない団体が多く、アドボカシー人材に資金を振り分けることができないと推測され、現状としてアドボカシー活動を積極的に行っていない可能性がある。

図表 20 日本に事務局のある国際保健の活動を行っている主な NGO の特徴



出典：HGPI, NGO データブック 2021

日本の NGO の収入源は、主に民間からの寄付金、助成・補助金、自主事業、会費に分類され、そのなかでも寄付金と助成・補助金の割合が高い。2000 年以降、国内 NGO の総収入は増加傾向にあり、2021 年の 285 団体対象の調査では、すべての団体の収入を合わせた額は 2011 年の約 286 億円からほぼ倍増の約 556 億円であった。そのうち 304 億円が寄付金、140 億円を助成金・補助金が占めている。¹⁰⁹ 2011 年の寄付金額 143 億円と比べると、寄付金が 2021 年では倍以上に増加している。ただし、特定の NGO への寄付金が大きく増えており、例えば国境なき医師団は 2016 年の 70 億円から 2021 年には 130 億円と大きく増加しているが、そのほかの団体への寄付金はそれほど増えているわけではない。国際 NGO の日本

¹⁰⁹ NGO データブック 2021、外務省・特定非営利活動法人国際協力 NGO センター、2022 (JANIC)
<https://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/files/100312453.pdf>

法人は知名度も高く寄付金を集めているが、日本発祥の NGO は小規模のものが多く資金集めに苦労している。寄付金も徐々に増えているものの、委託事業や助成金といった公的資金がなければ、日本の NGO は十分な活動を行うことができない。代表的な国際協力系保健分野の NGO の例として、ジョイセフを取り上げてみると、2023 年度の総収入約 5 億 6 千万円のうち、2 億 2 千万円が外務省及び JICA からの委託事業実施による収入であり、また、国際機関や関係機関からの受託事業も併せると約 3 億 6 千万近く（全体の約 64%）となっている¹¹⁰。2023 年度の寄付金収入は 1 億 8400 万円となっており、国際 NGO のように寄付金だけで活動を行うことが難しく、政府や公的部門からの資金が必要不可欠といえる。

政府資金による助成金または業務委託については、主に 1) 日本 NGO 連携無償資金協力（N 連）、2) その一部としてジャパン・プラットフォーム（JPF）を通じての支援、3) JICA の草の根技術資金協力の 3 つがある。2019 年度には、N 連 5 6 億円、JPF 5 5. 4 億円、JICA 草の根技協 1 9. 7 億円の規模で実施されている。

N 連は、日本の国際協力 NGO が開発途上国・地域で企画・実施し、日本の ODA 政策の内容に沿う経済社会開発事業に対して、外務省から ODA 資金が供与されるものである。NGO が外務省または在外日本大使館に案件を申請し、外部機関の審査、財務省との協議を経て承認された案件に資金が供与される。JPF を通じた支援についても同様に、JPF 加盟 NGO が JPF を通じて案件を申請し、外部委員の審査等を経て案件実施に至る。

JICA 草の根技術協力事業は、日本の NGO や地方自治体、大学、民間企業等に JICA から国際協力活動を業務委託する事業である。海外での開発協力活動実績の少ない NGO を対象とした草の根協力支援型事業（上限 1000 万円）、実績のある NGO を対象とした草の根パートナー型事業（上限 1 億円）、地方自治体等を対象とした地域活性型（上限 6 0 0 0 万円）の 3 事業形態で展開している。

<まとめ>

NGO がプロジェクト実施を通して得た経験や知識を政策に活かすことが重要であるが、実際の日本の政策決定プロセスに NGO は十分に含まれているとは言えない。それを可能にするには、NGO による経験や知識を政策アドボカシーとして提言できる人材の育成が重要であるが、活動資金面での困難さをはじめとしてアドボカシーを行うための能力を向上させる機会や環境や仕組み整備されておらず障壁となっている。また、NGO が専門家として活用されるべく、プロジェクトを通して研究を行い体系的にまとめる活動も今までは積極的に行われてこなかった。今後は学術関係者との協働でプロジェクトを通して得る知見を体系的にまとめ、政策策定に活かすことが必要である。NGO のアドボカシーに対する公的な支援の開始、個人や企業などの NGO の活動に対する理解、学術関係者との協働など社会全体として市民社会の基本となる NGO の裾野拡大や強化を支える仕組みを創りあげることである。

日本の国際保健分野における NGO の参画の歴史が大きく動いたのは、1994 年のエジプト・カイロで行われた国際人口・開発会議のタイミングであった。当時、リプロダクティブ・ヘルス/ライツ（性と生殖に関する健康と権利）といった言葉が日本ではまだ浸透していない状況があったが、国際的な活動を通じて、NGO はリプロダクティブ・ヘルス/ライツといった言葉やその分野における課題について既に習得していたため、国際会議に初めて NGO の代表が外務省と共に参加する機会を得て、NGO の立場から政策提言活動を行い活躍しはじめた。このように、NGO はフィールドにおける活動を通して、現在の

¹¹⁰ 公益財団法人ジョイセフ, JOYCFP2023 年度事業報告書

課題、共通言語などをいち早く知る立場にあり、また、活動フィールドにおいての専門性も高い。今後は政府機関や関係機関が積極的に NGO を登用することにより、NGO が専門的な知見を活かしながら国際保健政策を策定する際のインプットや、ODA をはじめとする途上国への支援状況のモニタリングを行う機会を増やすことを期待する。

3.4.4. 寄付：制度の変化、個人の意識の変化

他のドナー国では国際保健分野への支援の大きな資金源の一つに個人や企業などの民間セクターからの寄付がある。しかし、日本においてはこれまで個人や企業からの寄付の規模は小さい。国際保健に関する支援の政策を考察する上でその財源の検討は不可欠であるが、現在は規模の小さい寄付が今後増えることで新たな財源となる可能性を検討することは意義がある。その検討の材料として、ここからは、日本の社会において寄付文化の変化をうながす制度変化について記す。

日本において個人や企業からの寄付の規模が小さい背景には、寄付を行ってもこれまで税制上の優遇が不十分であり、特に個人の寄付者に対するインセンティブが低かったことである。また、サラリーマンは税金が給料から天引きされるため税金の使途への関心が低く、日本政府（税金）を通して所得の再分配が行われるため個人の中での寄付文化が育っていないこと、欧米においてよく行われているマッチング寄付制度など企業の中でも寄付文化があまり奨励されてこなかったこと¹¹¹などが背景にある。

寄付に関する制度の変化

日本では民間企業や家計の潜在的資金の高さが指摘されており、国際保健への関心を高めることで寄付金による新たな経済的資源を集めることが可能である。そのために日本の寄付文化を奨励することは大きな意味を持つ。日本は諸外国と比較して①寄付税制の対象法人となるための条件が厳しく数が少ない、②寄付者が受けられる税制優遇が貧弱で確定申告での手続きなど手間が多い、などの課題があり¹¹²、寄付文化が醸成される上での障壁になっていた。おそらく寄付優遇制度改定に至る背景には、鳩山政権時代（2009年9月から）の「新成長戦略」における「新しい公共」という概念があったことが考えられる。

「新しい公共」において、それぞれのセクターが自律・自立するための策として寄付に関する公共政策が検討されていた。そのような課題を改善するべく、いくつかの制度の改正が行われた。2008年、地方税法の寄附金税額控除及び所得税法の寄付金控除により「ふるさと納税」制度が開始され、また、2011年にNPO法改正や新寄付税制の制定といった寄付に関連する制度改革（詳細は図表20参照）を行い、認定特定非営利活動法人への寄附者は、所得税法上の所得控除の適用のほか、税額控除を選択することができるようになった。ふるさと納税の総額は、2008年度の81億円（53,671件）から2021年度には8300億円（4,447万件）まで増大し¹¹³、日本における寄付文化の醸成をうながしている。

また、東日本大震災を機に個人や企業による寄付が一時的に増加するといった現象が起こり、日本にお

¹¹¹ （社）日本経済団体連合会 社会貢献推進委員会／1%（ワンパーセント）クラブのアンケート調査によれば、回答のあった425社・グループのうち、マッチング・ギフト資金支援制度を導入しているとは回答したのは23%であった。（社）日本経済団体連合会 社会貢献推進委員会／1%（ワンパーセント）クラブ、2011。

¹¹² 日本ファンデレイジング協会（編）、2012。

¹¹³ 総務省 各自治体のふるさと納税受入額及び受入件数（平成20年度～令和3年度）

いて寄付文化の萌芽となることが期待された。実際、2011 年 3 月の東日本大震災を機に寄付をする者が増加し（図表 21 参照）、2009 年は日本人の 15 歳以上人口のうち、金銭による寄付を行った者が 34%であったが、震災に対応して金銭および物資による寄付を行った人は 76.4%と推計され、2 倍以上の人数となったと言われている¹¹⁴。しかし、その後減少傾向に転じており、寄付文化の奨励や世論の関心をたかめる活動を継続的に行うことが重要である。国民の意識の改善という点においては、自営業などを除いて企業などに勤めるサラリーマンは税金が給料から源泉徴収されており、税に対する意識が米国などに比べて希薄である。米国のようにすべての国民が確定申告を行うことにすれば、税金によって徴収される額すべての配分先を政府に任せるのではなく、支払う税金の一部を個人の意思によって NGO や NPO といった非営利団体の活動に直接配分することの意識は高まると考えられている。

図表 21 寄付に関する制度改革の主なポイントとその影響

1. 新寄付税制（2011 年 6 月 22 日成立、6 月 30 日施行）
 - 1) 認定 NPO 法人等への寄付金税額控除の導入
⇒寄付者のメリットが大幅に拡大、寄付した金額の最大約半額が減税される。
 - 2) 認定 NPO 法人となるための要件の基準が追加
⇒9 つある要件の一つ PST（パブリックサポートテスト：広く市民からの支援を受けているかどうかを判断するための基準）に「年 3000 円以上の寄付者が年平均 100 人以上」と「都道府県・市町村からの条例個別指定」の 2 基準が追加。前者については、これまで従来の基準の「経常収入のうち、寄付金収入が 20%以上」を満たすことが難しかった事業型 NPO にも、認定取得の可能性を広げたことになる。
⇒ファンドレイジングに取り組む NPO を増やし、寄付文化を変革する可能性あり。
 - 3) 特定寄付信託制度（日本版ブランド・ギビング信託）の創設
⇒認定 NPO 法人や公益財団・財団法人/社会福祉法人/学校法人等への寄付を目的とした信託。信託した財産を一定期間運用し、「寄付」と「委託者自身への給付」（信託財産の 3 割が上限）に支出していく仕組み。信託銀行も一緒に寄付を開拓できる。
 - 4) 自治体独自の条例個別指定制度（住民税税額控除・PST 免除）の創設
⇒地域にあわせた基準が可能になる。（施行は 2011 年 1 月 11 日）
2. 改定 NPO 法案（2011 年 6 月 15 日成立、2012 年 4 月 1 日施行）
 - 1) PST が免除される「仮認定制度」を導入
⇒現状、寄付金 0 円でも認定のチャンスがある。まだ寄付が集まっていない法人も、3 年間だけ認定がみとめられる。助走期間・チャレンジ期間を設ける仕組み。
 - 2) 認定機関を国税庁から都道府県・政令市へ移管
⇒身近なところで認定相談・申請が可能になる。
 - 3) みなし寄付金制度を社会福祉法人並みに拡充
⇒収益事業にかかる法人税が軽減でき、収益事業による活動資金確保を支援。

出典：日本ファンドレイジング協会（編）「寄付白書 2011」

個人の寄付の動向

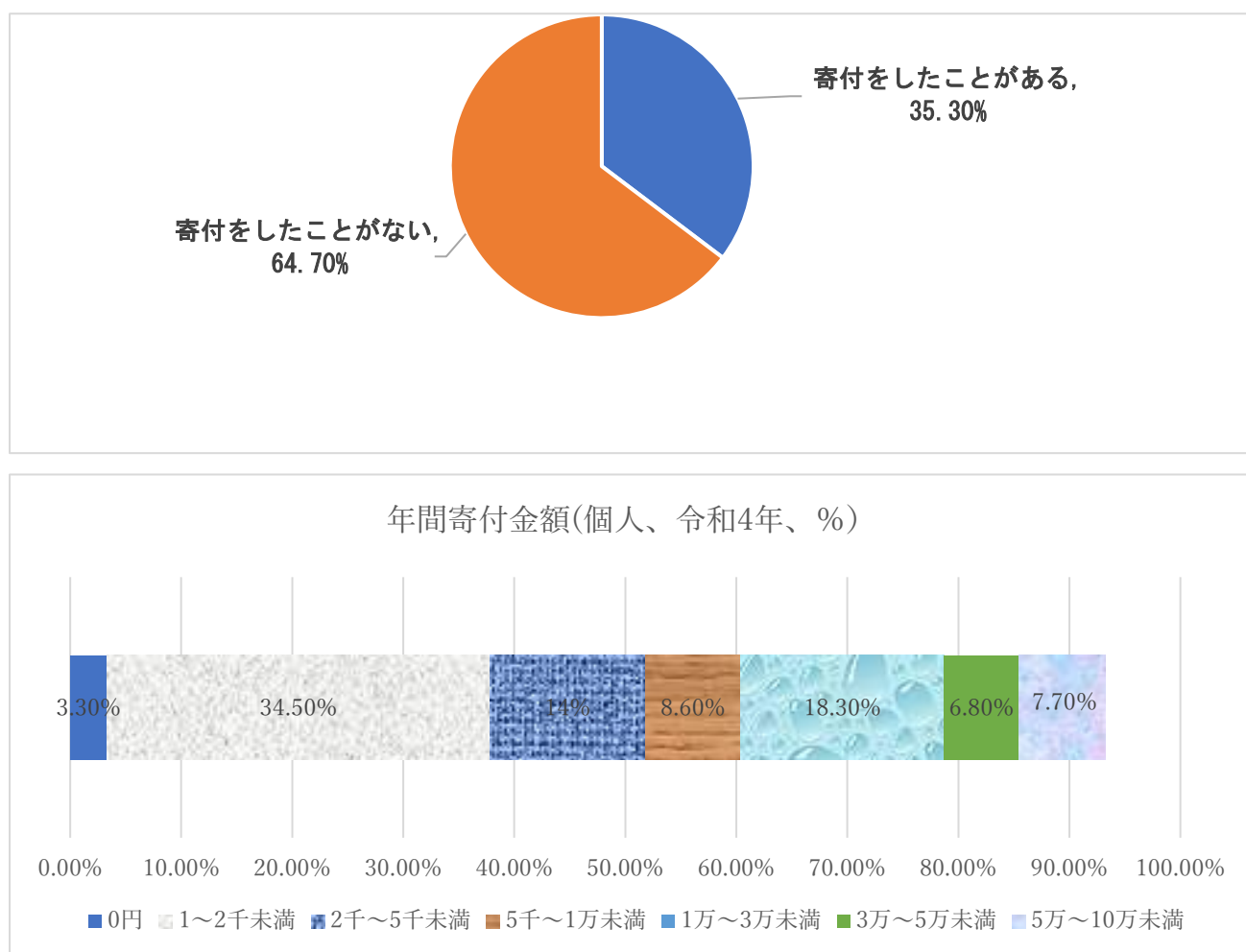
諸外国に比べ、日本においては寄付文化がそれほど醸成されておらず、2021 年のデータでみると、寄付をしたことがある人が 35%にとどまり、寄付をしたことがない人が 65%に上る。寄付金額を見ても、40%近くが 2 千円以下、全体の 50%は 5 千円未満と、寄付金額が少ない現状がある（図表 21 参照）。国際比較でも 2016 年のデータによれば、寄付文化が根付いている米国の年間 30 兆円規模（1.44% GDP）に比べ日本は 7756 億円（0.14% GDP）と圧倒的に少ない状況である¹¹⁵。しかも 2008 年からはじまった「ふ

¹¹⁴震災を機に寄付を行った人の割合は 2010 年の 15 歳以上の人口を用いて割合を算出。日本ファンドレイジング協会（編）、2012。

¹¹⁵ 日本ファンドレイジング協会 日本寄付市場の推移 2016 年

るさと納税」は、自治体からの返礼品が目的となることが多く、その部分を除いた寄付は2009年のレベルとほぼ横ばいとなっている。その他に、クラウドファンディングも寄付のツールとして普及してきたが、寄付を含む購入型クラウドファンディングの額は、2017年の77億円から2020年の501億円へと大きく増加しているが¹¹⁶、全世界の340億ドルのうち、55億ドルが購入・寄付型であり、北米地域のクラウドファンディング総額は年間172億ドル(2021年)となっている。「世界人助け指数」という寄付インデックス指標によれば、「寄付をしたか?」「ボランティア活動をしたか?」「見知らぬ人を助けたか?」などの質問に対する回答を国ごとに集計したもので、2021年、日本は調査した119か国中118位となり、それはアフガニスタン(21%)より低く、最下位のカンボジア(19%)よりかろうじて高い20%となっている。

図表 22 寄付経験の有無・寄付金額の分布 (2022 年度)



出典：統計局 市民の社会貢献に関する実態調査、令和4年度

¹¹⁶ Crowdfunding statistics, 2020

¹¹⁷ Makuake, Readyfor, Campfire などのクラウドファンディング購入型の数値であり、投資型や融資型を含まない。一般社団法人クラウドファンディング協会 クラウドファンディング市場調査報告書, 2020

寄付インデックススコア（2021 年）

上位 5 か国	寄付 index スコア	最下位 5 か国	寄付 index スコア
1 位 インドネシア	68%	119 位 カンボジア	19%
2 位 ケニア	61%	118 位 日本	20%
3 位 米国	59%	117 位 アフガニスタン	21%
4 位 ニュージーランド	54%	116 位 エジプト	23%
5 位 オーストラリア	55%	115 位 レバノン	24%

出典：World Giving Index 2022 “A global view of giving trend”

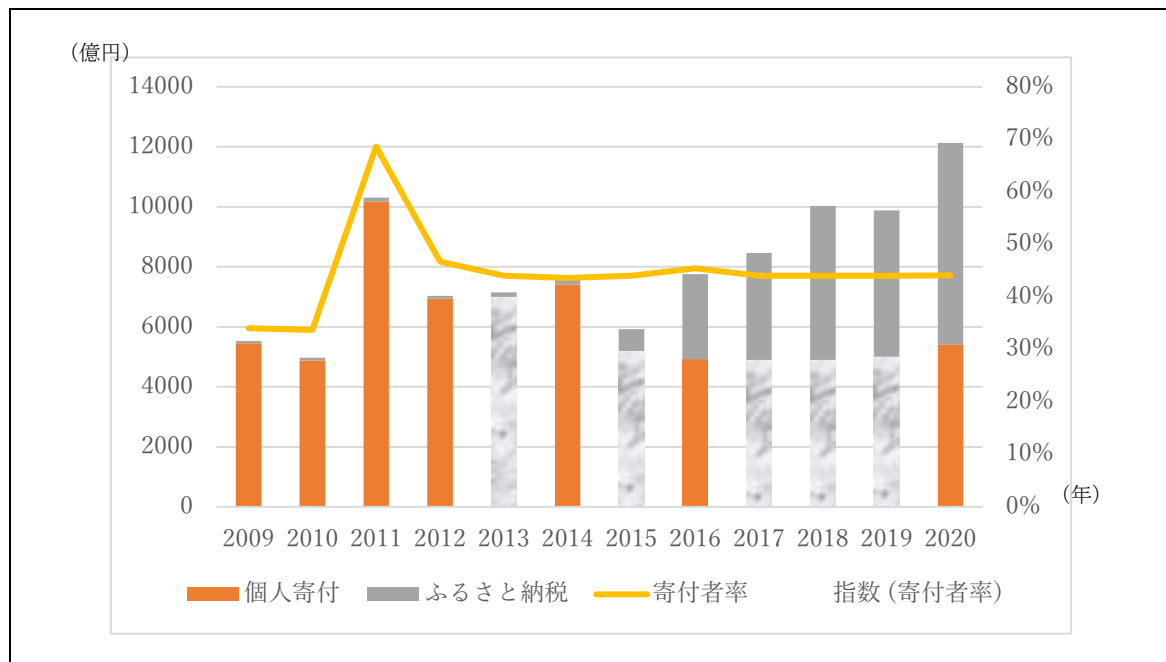
図表 23 寄付支出の国際比較

	寄付金支出額					個人寄付の寄付率と 平均寄付支出額	
	総額	個人	法人	遺贈	財団	寄付 者率	平均寄付支 出額
日本 (2008)	7126 億円	2593 億円	4533 億円	N.A	N.A	33%	13174 円
日本 (2020)	1 兆 2,126 億円 (ふるさと納税 含)	5401 億円 (ふ 6725 億円)				44%	4000 円 (中央値)
アメリカ (2010)	2908.9 億ドル	2117.7 億ドル	152.9 億ドル	228 億ドル	410 億ドル	65.5%	1940 ドル
アメリカ (2020)	4714 億ドル (50 兆 3220 億円)	3241 億ドル (34 兆 5948 億円)	168 億ドル (1 兆 8018 億 円)	419 億ドル	886 億ドル	69%	
イギリス (2020)	113 億ポンド (1 兆 4878 億円)					62%	588 ポンド (76,769 円)

1)日本の法人寄付は 2009 年、2020 年の実績値
2)日本の個人寄付金の中には、政治団体、宗教団体などへの寄付金も含み、それらは 55%を占める 2010 年)。企業の寄付にも政治献金が含まれている。
3)日本の平均寄付額は、中央値

出典：総務省令和 4 年度 市民の社会貢献に関する実態調査、日本ファンドレイジング協会（編）「寄付白書 2011, 2021」
Giving USA 2020, NPTUK Charitable giving statistics in the United Kingdom 2020

図表 24 日本における個人の寄付総額・寄付者率の推移



*推測地含む（2013年、2015年、2017～2019年）出典：総務省令和4年度 市民の社会貢献に関する実態調査、日本ファンドレイジング協会（編）「寄付白書 2021」

コラム2：ワクチン支援のためのペットボトル・キャップ回収運動

日本では、ペットボトル・キャップを回収し、キャップをリサイクル（売却）することで発生する売却益を途上国へのワクチン支援など¹¹⁸のために寄付する活動が全国的に盛んである。各幼稚園や小学校、職場はもとより近所のスーパーなど生活圏のあらゆる場にキャップ回収袋が設置されている。「キャップ集め」は子供から年配の層まで幅広く共感を得ており、日常の生活で楽に集められることが継続性を高め、組織的な奨励活動も進んでいる。

この活動は、自然発生的に生まれ全国各地に活動が広がったといわれている。例えば、途上国へのワクチン支援を例に見ると、ペットボトル・キャップ回収および売却を仲介する団体がキャップを集めて売却し、その売却益の一部を「世界の子どもにワクチンを 日本委員会（JCV）」に寄付する。寄付を受けた JCV がユニセフに発注し、支援先国（ミャンマー、ラオス、ブータン、バヌアツ）へとワクチンが届く仕組みになっている。キャップ 800 個につき 20 円相当の売却益となるが、一人分のポリオワクチンの単価はおおよそ 20 円と言われており 2007 年から 2012 年 7 月までに 8900 万円余りが JVC に寄付されていることから、ポリオワクチン 448 万人分という実績となっている。

この活動が広がった要因としては、①ペットボトルのキャップを集めるという行為は誰もが日常生活の中で気軽に始められる、②キャップであれば回収などを子ども達に管理させることが出来、教育面における相乗効果が得られる、③日常にあるペットボトル・キャップをきっかけとして、途上国における子どものワクチン接種の現状など世界の状況を知るきっかけとなり意義深い、などが考えられる。また、この活動が広がった背景には、途上国への支援を行いたいという人びとの潜在的な希望があることが考えられる。

<まとめ>

寄付に関する制度改定の効果は徐々に表れているが、東日本大震災を機に高まった個人や企業からの寄

¹¹⁸ 売却益の寄付先は、キャップ回収・売却を仲介する団体によりさまざま。

付に関する動きは、一時的に増加したもののそれを超える値にはなっていない。そういった中で、国際保健分野をはじめとする国際協力への寄付という動きにつなげていく取り組みが必要となる。

国際保健政策への NGO の参画については、NGO の活動資金について今後は、個人や民間企業からの寄付が増えることが NGO の活動を社会として支えることにもつながる。

また、ペットボトル・キャップを回収することにより得た資金を途上国へ送るワクチンの購入代にあてるという活動も草の根で全国的に広がっている。この活動は、講師派遣による国際協力への理解のきっかけとなったり、生徒自身でキャップの管理をおこなうことで教育上の良い効果がでたりと相乗効果を生んでいる。先述の大和証券によるワクチン債の事例で示した個人からの潜在的な余剰資金の可能性からも予想できるように、目的がシンプルで誰もが参加しやすい形の仕組みが新たに出来れば、寄付文化の定着の一助となるだろう。

3.5. 国際保健分野の人材育成

国際保健分野への貢献を拡充し、日本のプレゼンスを高めていくという目標達成にあたっては、本分野で活動・貢献する本邦人材を育成し、その数を増やしていくことの重要である。日本政府はこの点に関し、従来より、国際保健分野の主要な国際機関で働く邦人職員数を指標として、これを増加するための取り組みを実施してきた。近年では、2016 年 5 月に国際保健に関する懇談会が発表した「国際保健人材養成ワーキンググループ報告」、また、2022 年 5 月に健康・医療戦略推進本部グローバルヘルス戦略推進協議会が発表した「グローバルヘルス戦略¹¹⁹⁾」内、「グローバルヘルス分野の人材強化」でその具体的な取り組み姿勢や到達目標が示されてきた。本分野での主な取り組みと関係機関は以下の通り。

■国際保健に関する懇談会 国際保健政策人材養成ワーキンググループ 報告

日本はその国際協力活動で国際保健分野を重点事項としつつあるにも関わらず、国際保健政策を形成するリーダーポスト（国際機関 P5 以上、または WHO 専門委員会委員、グローバルファンド技術審査パネル委員、UNITAID プログラム審査パネル委員）で邦人が占める割合は少ないこと（2016 年時点 2.2%）に関する問題意識から、塩崎厚生労働大臣（当時）のもと、邦人国際保健人材養成の戦略を議論するために発足したワーキンググループ（WG）。最終提言では 1. オールジャパン・産官学協働による国際保健人材養成の推進、2. ライフステージを踏まえたキャリア開発の国際保健人材養成 3. 持続可能な国際保健人材養成システムのメカニズム化 の 3 つの戦略をしめしつつ、2020 年までに幹部・専門家委員会委員を 50%（2016 年 52 名→78 名）増やすという数値目標が設定された。さらに、本提言により、戦略の実施、数値目標の達成のための活動機関として、国立国際医療研究センター内に「グローバルヘルス人材戦略センター（HRC-GH）」が 2017 年に設置され、国際保健政策人材の養成、送出、受入の為の情報分析、戦略計画の立案等の活動にあたっている。HRC-GH の報告によると、2017 年から 2020 年の 3 年間で、国

¹¹⁹⁾ グローバルヘルス戦略 https://www.kantei.go.jp/jp/singi/kenkouiryoku/global_health/dai5/siryou1.pdf

国際保健分野の国際的組織（国際機関、公的組織、また、グローバルファンド等の非営利団体、専門家委員会）で活動する邦人の総数は 26%（92→116）増加した一方、幹部職員や専門委員の数は停滞している（49→51　うち幹部職員 34→31、専門家委員会委員 15→20）。

■国立国際医療研究センターグローバルヘルス人材戦略センター

国際保健政策人材養成ワーキング・グループ報告書の提言により 2017 年に設置され、国際保健政策人材の養成、送出、受入の為の情報分析、戦略計画の立案等の活動を実施している組織。国立国際医療研究センター内に設置され、その運営は厚生労働省委託費によって賄われている。2021 年度の委託費は 4100 万円。人員数はセンター長を含め 5 名。具体的な活動としては、1. 国際的組織への志願者の登録情報の受付・管理（人材のプール）2. 登録者の技術支援、カウンセリング、アフターケア 3. 国際的組織からの求人情報等の情報収集、人材受け入れの働きかけ 4. 厚労省・関係省庁・大学・研究機関等と連携した人材育成戦略の企画立案 5. 就職が決まるまでの間の働き場所の提供（「止まり木」機能の提供）等を実施している。2021 年の人材送り込み実績は、新規採用については国連機関 3 名（JPO2 名、コンサルタント 1 名）、国際機関 2 名、官民パートナーシップ機関 4 名の計 9 名、昇任（国際機関）支援は 2 名、専門家委員会メンバー採用支援は 3 名であった。

■国立国際医療研究センター国際医療局

保健医療分野における日本を代表する国際協力機関として、独立行政法人国立国際医療研究センターの一部として、厚生労働省や外務省、独立行政法人国際協力機構（JICA）、世界保健機関（WHO）などと連携しながら、低中所得国での技術協力プロジェクトへの専門家派遣、国内外の保健医療人材の育成、国際保健医療の研究、国際会議への参加・貢献を通じて国際協力を行っている機関。現在の人員は 63 名（医師 28 名（歯科医師含む）看護職 13 名、薬剤師・診療放射線技師 2 名、研究職 4 名、事務職 16 名 iGHP 職員 13）

人材育成事業は大きく日本人向け研修と外国人向け研修に分けて実施しており、日本人向けには、後期臨床研修課程のレジデントを対象とした国際保健医療協力研修、看護職海外研修、その他グローバルヘルス関連研修を実施している。外国人向け研修には、院内感染管理指導者養成研修、アフリカ仏語圏地域妊産婦の健康改善（行政官対象）、カウンターパート研修等があり、研修生を国際医療研究センターに受け入れて研修を実施している。

2009 年からは保健システム強化に関する WHO の協力センターに指定され、WHO との連携を強めているほか、東南アジア各国を中心とした病院や研究機関、また、日本では長崎大学と連携協定を結び、人事交流や共同研究を実施している。

■国際保健人材育成にかかる国内教育機関

国際保健分野人材育成を教育の観点からみると、本分野に力を入れている国内教育機関は決して多くない。国際保健政策に関しては東京大学をはじめいくつか講座がある一方で、国際保健の現場で働く医療従事者の育成を表立って掲げている医科大学はほとんどなく、上記の国立国際医療研究センター国際医療局で実施している研修は学位やディプロマを得られるものでなく、本分野でキャリアを築くことを希望する医療従事者は海外の大学・大学院での教育を受け学位を取得するのが一般的である。その中で、長崎大学は2005年WHO「熱帯・新興ウイルス感染症に関する」研究協力センターに指定され、また、2006年には臨床経験を持った医師が熱帯医学の基礎と臨床、熱帯公衆衛生学・疫学の基礎を系統的に学ぶ「歯薬学総合研究科・熱帯医学専攻（修士）」を、2008年には「国際健康開発研究科」を、さらに、2015年にはこれらの研究科を統合し「熱帯医学・グローバルヘルス研究科 グローバルヘルス専攻」を設置し、また、2018年からは国立国際医療研究センターをはじめとする国内の諸機関、ロンドン大学衛生・熱帯医学大学院との連携して博士後期課程を設置するなど、国際保健人材育成に積極的に取り組んでいる。このような取り組みへの後押しとして、日本政府は文部科学省の2018年度新事業「卓越大学院プログラム」にグローバルヘルス人材育成プログラムを採択している。また、長崎大学は、2015年に発足した国際緊急援助における感染症対策チームにおいて中心的な役割を担っており、二国間援助の枠組みで医療チームを各国に派遣している。

冒頭に述べたように、日本政府は国際保健分野の国際機関・公的機関における邦人職員の数を主な指標として本分野の人材育成戦略を形成している。近年は特に、政策・規範形成に関わる人材、具体的には国際機関のP5以上の職員、また、国際機関・公的機関専門員会のメンバーの育成・送り込みに重点が置かれており、国際保健分野での規範形成をリードすることが目標となっている。これらの取り組みはもちろん日本のプレゼンスを高めていく上で重要であるが、他方、国際保健の医療現場での取り組みにかかる人材育成・送りこみについては、目立ったイニシアティブがみられず、保健医療資源が必要とされる緊急援助、人道援助の現場では日本のプレゼンスは高いとは言えないのが現状である。二国間支援機関であるJICAは、国際医療研究センターや長崎大学等との連携を通じて一定の機能を果たしているが、海外の現場で活動できる医療従事者の数も決して多いとはいえず、面的な展開には至っていない。日本国内の高い医療技術をもって「顔の見える支援」を実施できる人材の育成・プールにかかる取り組みが求められている。

4. 企業：国際保健分野への企業独自の取り組み

ODA という公的支援の他に世界では民間企業が自ら主導する取り組みが存在感を増しており、国際保健分野においても民間企業というプレーヤーを無視することはできない。日本政府は PPP（官民連携）に力を入れて取り組む中、国際保健関連の政策決定プロセスにおける民間企業の参画を検討するための材料とするために、これまで企業が行った主な事例を示す。

近年、グローバル企業としての経営戦略を掲げる日本企業が増えている。CSR（企業の社会的責任）という概念を超えて、企業の成長戦略の一環としてグローバルな課題に責任を持つことの重要性や意味を認識し、アフリカなど潜在成長性のある市場における認知度を高めるため、積極的に地球規模の取り組みを行う企業も少なくない。保健分野も例外ではなく、例えば、長期的な投資という視点を持ち途上国向けの新薬を開発する企業や、開発途上国の市場を対象としてビジネス展開を行ういわゆる **Base of Pyramid（BOP）** ビジネスの分野でモデルとなる企業も存在する。

現地の雇用や経済への貢献が可能となる企業活動が国際保健分野において広がることは、持続可能性という観点も踏まえると大きな意味がある。2009 年度以降、JICA や経済産業省が募集している BOP ビジネス支援に関する事業において採択されたものの中には国際保健に関するものもあり、成功モデルはまだ少ないが、国際保健分野は日本政府としても奨励を行っている分野であると理解できる。しかし、これまでのように大企業をターゲットにするだけではなく、中小企業などの初期ビジネスリスク軽減を目的とするような資金支援を行う取り組みもあれば、国際保健分野への企業活動をより後押しすることも可能であり、より議論を深めるべき点は多い。

官民連携の強化を目標に日本政府の取り組みが進められる中、グローバルな市場を視野に入れ、独自の取り組みを行う日本企業の国際保健分野の取り組みの例を示す。

4.1. アルコール手指消毒剤と手洗いプロジェクト

サラヤ株式会社（以下、サラヤ）は創立 60 周年である 2010 年以来 CSR 事業であるウガンダでの「100 万人の手洗いプロジェクト」を UNICEF と共同で実施しつつ、2011 年には現地法人サラヤ・イースト・アフリカを設立し、ウガンダと周辺諸国でのアルコール手指消毒剤の現地生産・販売・普及のソーシャルビジネスを行っている。

「100 万人の手洗いプロジェクト」はサラヤ製品の一部の売り上げの 1 %を、UNICEF ウガンダ事務所の水と衛生分野の活動、特に手洗い促進活動の支援にあてるというもので、サラヤでは、基幹事業である「（基幹事業である）衛生商品の供給と社会貢献活動の両軸で、世界の衛生環境の向上に努めて」いくための活動と位置づけ、2022 年現在も継続中である¹²⁰。

一方、上記「100 万人の手洗いプロジェクト」事業地選定にあたって SARAYA は、現地でのその後のビジネス展開の可能性も考慮要素としており、UNICEF との連携でウガンダとの接点ができた 1 年後の 2011 年には現地法人サラヤ・イースト・アフリカを設立した。同法人は設立後まもなくの 2012～14 年に、

¹²⁰ SARAYA 百万人の手洗いプロジェクト <https://tearai.jp/project/index.html>

アルコール手指消毒剤の現地生産・販売の事業化の可能性調査を JICA（国際協力機構）の BOP（Base of the Pyramid）ビジネス連携促進協力準備調査制度を利用して行い、その結果を受けて手指消毒剤の現地生産・販売に踏み切っているが、本調査は、JICA が技術支援を行っている公立病院にて、手指衛生と消毒剤使用の啓発活動を手指消毒剤の普及体制構築のためのパイロット事業として、JICA 職員や青年海外協力隊員の協力も得つつ実施したもので、現地 JICA 事務所の活動実績と人員を民間企業がうまく活用した官民連携事例と言えよう。

手指衛生習慣が根付いていないウガンダでの市場開拓にあたって、SARAYA は国内消費者の行動変容のため、営業担当として衛生インストラクターを育成・雇用し、保健施設や病院に定期的に派遣して手指衛生に関する啓発活動と、アルコール手指消毒剤の利用促進を行う等、医療現場での衛生環境を改善すると同時に、手指消毒剤の需要を喚起する活動に重点を当てている。また、医薬品を含むアルコール含有製品への課税や、公立医療施設向けの医薬品卸売・調達に係る規制等、制度上の参入障壁に関して、現地政府に働きかけを続け販路の確保に努め、2017 年には国立病院向け調達の入札に参加を果たした。

2014 年からのエボラウイルスの流行、また、2020 年からの新型コロナウイルス感染症の拡大は、手指消毒剤の需要伸長につながったが、他方、需要伸長を背景としたウガンダ政府による手指消毒剤の新規参入業者支援政策のため競合他社も増加している。SARAYA では競合に対抗して安定した供給能力を示すため、今年の 8 月から自動充填ラインの稼働を開始、ウガンダ国内での生産能力を従来の 20 倍に引き上げると同時に国内での手指消毒剤供給者としてのポジションをより強固にすることを図っている。

このように自社で需要創出と販路拡大に取り組む SARAYA であるが、おりしも日本では、2013 年に策定された健康・医療戦略のなかで日本の医療技術・機器・サービスの官民連携を通じた国際展開が重点事項と位置付けられ、さらに 2016 年の TICADVI ではアフリカ支援における官民連携の重要性が強く打ち出されており、SARAYA もこの枠組みのなかで日本政府の支援を様々な形で受けてきている。例えば JICA の「ODA による中小企業海外展開支援事業」を通じて 2013 から 2016 年にかけて実施された「感染予防を目的とした全自動医療器具洗浄消毒器導入に関する普及・実証事業」では、サラヤの医療器具洗浄消毒器が ODA により公立病院に導入され、器具の使用や医療施設における感染管理に関する日本での研修を JICA が実施した。また、2020 年に開始された工場での上記自動充填ラインの稼働は、国際連合工業開発機関(UNIDO)の「開発途上国の感染症対策に関する技術移転事業（日本外務省拠出事業）」より採択を受け、SARAYA 本社の技術を現地法人に移転する際の資金供与を受けたものである。

このように国際保健分野の ODA 強化と医療保健分野における日本の民間セクターの海外展開は、近年日本の ODA に関する政策策定のなかでその存在感を増してきている。SARAYA の東アフリカでの事業展開は、この潮流を追い風とし、日本政府（JICA 含む）の支援との連携を積極的に図りつつ事業を拡大している中小企業としてのモデルケースと言えよう。

4.2. トイレ事業を通じた衛生環境の改善

株式会社 LIXIL(以下、LIXIL)は、開発途上国における衛生環境の改善やトイレの確保に向けて、下水道の整備が十分ではない開発途上国の農村地域向けの簡易式トイレ・手洗いシステム「SATO」を、41 カ国で展開している。LIXIL は SATO の開発・展開を、コーポレート・レスポンスビリティ（CR）戦略の柱の一つである「グローバルな衛生課題の解決」にむけてのソーシャルビジネスのひとつと位置付けてお

り、SATO の展開を通じて SDG #3「健康と福祉」、#6「安全な水とトイレ」、#5 ジェンダー平等、#9「産業と技術革新の基盤」に貢献するとしている。加えて SDG #17「パートナーシップを通じた課題解決」を SATO のビジネスモデルの一部に据え、現地での生産・販売体制の構築を進め持続可能なビジネスモデルを構築していること、また、保健・水・衛生分野の開発分野アクターと積極的に連携し、自社とパートナーの専門性を補完的に生かしつつ、自社製品を通じた課題解決をめざしている点が特徴的である。¹²¹

「SATO」は 2012 年、LIXIL 傘下のブランドのひとつであるアメリカンスタンダードが、ビル&メリンダ・ゲイツ財団から低コストの汲み取り式トイレ開発のための助成を受けて開発した製品である。SATO の展開にあたって LIXIL は、取り組みの持続可能性を確保するために当初から事業の現地化、規模拡大と収益化を目指してきた。2013 年に最初の対象国であるバングラディッシュに進出した際には現地大手プラスチック製品メーカーを抱える企業 RFL に製造技術に移転、また、製品の販売・設置・維持管理、そして需要創出にむけた教育・普及活動には現地大手 NGO の Bangladesh Rural Advancement Committee (BRAC) からの協力を得て事業を展開し、2019 年にはバングラディッシュ国内の SATO 事業の黒字化を達成している¹²²。

LIXIL は、現地企業に製造技術に移転し、NGO や国際機関等の開発分野アクターと教育・普及活動で連携するこのビジネスモデルを SATO 事業の基本形態として、その後も様々な国へ拡大してきた。また、個別の事業国内での連携に限らず、同じ SDG 目標達成を共有する開発アクターとグローバルな連携協定を結び、複数の国に共同事業を拡大する動きも進めている。2018 年には UNICEF と Make a Splash! と題した価値共有連携 (Shared Value Partnership) を結び、エチオピア、ケニア、タンザニアで、衛生市場を確立し、低価格な製品が提供されるよう、マーケット主導型の事業を展開している。この連携枠組みでは、UNICEF はその強みを生かし、衛生啓発キャンペーン、SATO をはじめとした衛生施設の設置・維持技術者の育成、現地政府に対する衛生関連政策の策定支援を実施する一方、LIXIL は現地企業を通じて SATO の製造販売、流通網の構築、技術者の育成を行い、また、両者の共同事業として UNICEF がアクセスを持つ事業地にて、LIXIL が製品開発に現地のニーズを取り入れるための実装実験を実施するなどの活動を行っている。さらに、製造販売店網、製品設置技術者等、現地への技術移転をすすめることで事業対象地での雇用創出効果も報告されている。¹²³ また LIXIL は 2019 年には JICA と、2020 年には米国国際開発庁 (USAID) と、開発途上国における水と衛生分野の課題解決に関する連携協定覚書を締結し、前者とは現在インドで手洗いなど衛生習慣の啓発活動を共同で実施、後者とは今後、アジアとアフリカの計 11 か国で SATO 製品を共同で展開することが計画されている。¹²⁴

前述したように SATO 事業は LIXIL の CR 戦略の一部であるが、その CR 戦略は「1. 事業を通して社会課題に貢献する 2. 事業を展開する地域での関連性や緊急性が高い 3. 専門性を活かし、自社の基幹事業を通して影響を与えられる」という 3 点を重点として策定されている。また、LIXIL の現 CEO は「CR 活動は事業の持続的な成長の基盤であり、CR 戦略と事業戦略は一致すべきである」とも述べてお

¹²¹ ” LIXIL が SDGs に貢献できること” <https://www.lixil.com/jp/sustainability/sdgs/#sanitation>

¹²² “ 新たな節目を迎える L I X I L のソーシャルビジネス 「 S A T O 」 がバングラディッシュで初の黒字化を達成” <https://newsrelease.lixil.co.jp/news/pdf/2019060401.pdf>

¹²³ 『MAKE A SPLASH!』パートナーシップ進捗報告書」 https://www.lixil.com/jp/makeasplash/pdf/Unicef-LIXIL_Report2020.pdf

¹²⁴ “USAID AND LIXIL ANNOUNCE NEW GLOBAL PARTNERSHIP TO EXPAND ACCESS TO SANITATION” <https://www.usaid.gov/news-information/press-releases/oct-14-2020-usaid-and-lixil-announce-new-global-partnership-expand-access>

り、この視点は SATO 事業がソーシャルビジネスとは言え多分にマーケット主導型の事業である点につながっていると考えられる。¹²⁵さらに、マーケット主導型事業であることは SATO 事業の連携枠組みの性質にも影響を及ぼしている。従来、日本の民間企業のソーシャルビジネス、または CR 事業における連携関係では、いずれか一方のパートナーからもう一方にむけて資金、人材、知見その他資源の提供が行われる（例えば企業が CSR の一環として国際機関や NGO に資金拠出を行うタケダ型、または、国際機関や政府組織が企業のソーシャルビジネスに資金を提供する味の素型）形が多く見られた。しかし SATO 事業の UNICEF、JICA、そして USAID との連携ではいずれの覚書でも、両者が共通のゴールをめざす対等なパートナーとして、お互いの専門性や資金を持ち寄って共同で事業を実施していく枠組みであることが示されており、実際の事業もその枠組みで実施されている。ソーシャルビジネスはその持続可能性に課題がみられることも多い中、SATO の、自社基幹事業を生かした市場主導型のソーシャルビジネスモデルは、保健分野に限らず持続的なソーシャルビジネス立ち上げに際してひとつの解を示していると言える。

4.3 長期事業展開を見据えたグローバル・マルチ・パートナー連携

日本企業の中でもエーザイ株式会社（以下、エーザイ）は、独自に国際保健分野への積極的な活動を行っている。途上国を将来の新たな市場と捉え、従来の CSR ではなく長期的な事業投資という視点から他の製薬企業やビル&メリンダ・ゲイツ財団（以下、ゲイツ財団）と連携し WHO を通じてのフィラリア症治療薬の製造開発投資や無償提供を行っている。2010 年 11 月、エーザイはリンパ系フィラリア症の制圧に向けて 2012 年から 17 年の 6 年間、リンパ系フィラリア症治療薬（ジエチルカルマバジン：DEC）22 億錠（35 億円相当）を自社のインド工場で製造し、WHO に無償提供することを表明した¹²⁶。その後、2012 年 1 月には顧みられない熱帯病（NTDs）¹²⁷制圧を目的とした過去最大規模の国際国民パートナーシップに日本から唯一参加し、2020 年までに NTD10 疾患を制圧すべく新たな連携・取り組みにより共闘していくというロンドン宣言を共同で発表した¹²⁸。ロンドン宣言において、エーザイは WHO への DEC 支援プログラムの期間を 2020 年まで延長し、DEC の自社製造が実質的に可能となる 2013 年までの間、サノフィとゲイツ財団とともに 1 億 2 千万錠 の DEC を WHO に無償提供することも決定した。この領域において、製薬企業 2 社が連携してゲイツ財団とパートナーシップを組むというのは初めてのモデルである。なお、ロンドン宣言のもと米国国際開発庁（USAID）、英国国際開発省（DFID）は多額の資金出資を表明したが、日本政府は参加しておらず単独の日本の民間企業の参加により存在感を示したといえよう。

エーザイがなぜ自社で製造を手掛けていない DEC の無償提供を決定するに至ったのか。エーザイの内藤社長は、国際製薬団体連合会（IFPMA）¹²⁹の会長を務めていた頃にジュネーブに頻繁に赴き WHO の

¹²⁵ “LIXIL が SDGs に貢献できること” <https://www.lixil.com/jp/sustainability/sdgs/>

¹²⁶ 薬事日報、2010 年 11 月 19 日付記事「【エーザイ】フィラリア症薬を無償提供 - 6 年間で約 3 億人分を製造」参照。

<http://www.yakuji.co.jp/entry21230.html>（2012 年 8 月アクセス）

¹²⁷ 顧みられない熱帯病（Neglected Tropical Disease）。以下の熱帯病をまとめて NTDs とする：天狗熱、狂犬病、トラコーマ、ブルーリ潰瘍、トレポネーマ感染症、ハンセン病、シャーガス病、睡眠病、リーシュマニア病、嚢尾虫病、ギニア虫感染症、包虫症、食物媒介吸血虫感染症、リンパ系フィラリア症、河盲症、住血吸虫症、土壌伝播寄生虫症。ロンドン宣言ではこの内の 10 疾患の制圧を目標としている。

¹²⁸ エーザイ、2012 年 1 月 30 日付 News Release 参照。<http://www.eisai.co.jp/news/news201206.html>（2012 年 8 月アクセス）

¹²⁹ International Federation of Pharmaceutical Manufacturers & Associations（国際製薬団体連合会）。エーザイ・内藤社長は 2009

メンバーとディスカッションを重ねる中で、NTDsの1つであるリンパ系フィラリア症の治療に必要な3つの薬のうちの1つであるDECが不足している¹³⁰という現状を知った。高品質なDECが安定供給されればこの疾患は制圧が可能であるということを知り、研究開発型製薬企業としてエーザイが出来ることは自社でDECの製造法を確立して生産して提供することであると考え、インドの自社工場でDECを製造し無償で提供するという経営判断を行った。もともと、エーザイには131という企業理念があり、途上国向けの新薬開発や医薬品アクセス改善に向けて取り組むことは企業理念に合致した。また、DECの自社製造への開発投資や無償提供についての一連の判断は、途上国を将来の新たな市場と見越し、従来のCSRではなくビジネスの一環として長期的な投資という視点でなされたものであった。

ロンドン宣言においては、エーザイはシャーガス病に対する新薬開発にもコミットメントを示している。この新薬開発は、国際的な連携の枠組みであるPDP (Product Development Partnership)¹³²という仕組みを使って行っている¹³³。

発展途上国向けの新薬開発については、単独の製薬会社だけで実施するには優先度が低くなってしまうため、世界的に官民がそれぞれの強みを生かした連携をはかりながら行われるようになってきている。その例がPDPという連携の形である。PDPはゲイツ財団などの資金提供機関が出資して15年ほど前から始まったもので、民間、国際機関、先進国政府、途上国政府、慈善基金など、官民一体で出資パートナーとなりワクチンや新薬の開発を進める枠組みである。例えば、製薬会社が単独でR&Dを行う場合、開発される新薬は20年間で2個程度であるが、PDPにおいてはこの15年間で15個の新薬が開発されており、生産性が高いことが分かる。

PDPの枠組みにおいて、英国国際開発省 (DFID) や米国国際開発庁 (USAID) など日本の外務省にあたる欧米機関は出資パートナーとなっているが、これまで日本はほとんど出資していない。これについては日本において研究開発関連の予算は厚生労働省の所管であり、また、途上国関連の予算は外務省の管轄であるため、途上国向けの研究開発案件となると過去に前例がないことに加え管轄省庁が明確ではないことが要因となっている。先述のロンドン宣言についても同様の理由で日本政府が不在となったと考えられる。グローバルな案件に対して柔軟な対応が求められる中、日本政府の硬直的な枠組みに課題があるといえよう。

4.3. 世界基金への企業によるコミットメント

武田薬品工業株式会社 (以下、タケダ) は、CSRの観点から、国際保健分野の国際機関や非営利組織に対して、特色ある資金拠出を行っている。2010年3月、タケダは、世界基金との協働で、アフリカにおける保健医療人材の育成・強化をはかる「タケダ・イニシアティブ」を開始した¹³⁴。「タケダ・イニシアティブ」は、2010年～19年までの10年間、年間1億円ずつ合計10億円を「世界基金」に資金拠出する

年11月から2010年11月の1年間、日本人で初となる会長を務めた。

¹³⁰他の2つはメルクとGSKが製造して比較的足りていた。

¹³¹ *human health care*: ‘全社員が、患者様とご家族、生活者のベネフィット向上のために何をなすべきかを誰よりも早く着想し、それを試し、実証し、世界に発信していきます’ というエーザイの企業理念

¹³² Cheri Grace, 2010

¹³³ エーザイは、PDPを推進する独立非営利財団のひとつである Drugs for Neglected Disease initiative (DNDi) と連携して、自社開発品の抗真菌剤やワクチンアジュバント (免疫増強剤) をシャーガス病に対する治療薬として開発を行っている。

¹³⁴ 武田薬品工業、2010年3月18日付、ニュースリリース参照。 http://www.takeda.co.jp/press/article_36014.html (2012年8月アクセス)

寄付プログラムである。民間企業による「世界基金」への大型の資金拠出は、2008 年に開始された石油大手シェブロン社に次いで世界で 2 社目となるが、10 年間という長期コミットメントが特色である。また、タケダに次いで、資源大手のアングロ・アメリカン社は、2010 年 11 月にソウルで開催された G20 ビジネスサミット¹³⁵において、世界基金に対して 3 年間で 300 万ドル¹³⁶の拠出を表明した。「世界基金」への資金拠出者のイメージを、“先進国政府、もしくはゲイツ財団に代表される大型財団”一色から、民間企業にまで広げる役割を果たしている。

タケダが「タケダ・イニシアティブ」の検討を進めた背景には、“途上国を含む新興国への進出を加速し、世界的製薬企業を目指す”という事業戦略があった。事業エリアのグローバル化を進めるためには、国際的な社会的課題にもグローバル企業に相応しいレベルで向き合う必要がある。タケダは、いのちに携わる製薬企業として、保健医療分野における社会的課題への貢献が重要であると認識していた。そこで、MDGs にも明記され、製薬企業の対応が強く求められていた「三大感染症」に注目し、そこから具体的なアプローチとして「世界基金」とのパートナーシップという発想が生まれてきたのである。

タケダがパートナーとしての「世界基金」を高く評価しているポイントは、三大感染症の課題に対して大きな成果を上げてきた、という「パフォーマンス側面」、厳格な外部監査を受けている、という「説明責任側面」の両面がある。タケダの経営哲学（タケダイズム）は、“いかなる場面でも‘誠実’であること”を旨としており、特に「説明責任側面」については、これに合致するものであった。また、タケダが三大感染症に関連する医薬品の製造・販売を行っていないことから、この寄付が利益相反に当たらなかったことも重要な点であった。

「世界基金」への寄付をする場合、当該寄付による新規のプロジェクトを立ち上げることは構造的にできず、その寄付金は、「世界基金」が支援している数多くのプロジェクト全体を広く支援する形で活用される。しかし、寄付者が支援するにあたり関心の高い地域・や分野は考慮され、堅実な実績を上げている国と事業に用途を限定でき、さらに学習の機会も提供される。具体的には、当該国や分野で実践されているプロジェクトに関して、詳細な活動報告を受けることができるほか現地のステークホルダーと対話する機会が提供される。タケダではアフリカ 3 カ国のプロジェクト、すなわち、

- ① マラリアを対象疾患とするタンザニアの殺虫剤浸漬蚊帳の全国普及プロジェクト
- ② エイズを対象疾患とするナイジェリアの包括的エイズ治療・ケア・サポートの拡充プロジェクト
- ③ 結核を対象疾患とするセネガルの結核対策強化プロジェクト

に注目し、さらにその個々のプロジェクトのインフラを支える「保健医療人材の育成・強化を中心とする保健システム強化」について「世界基金」との対話を進めている。タケダは、現在、創業 231 年目を迎えており、人々のいのちに携わる長い歴史の中で何よりも“人が大切”という認識が培われてきた。「長期に関わり、人に投資すること」は“タケダらしさ”に合致しており、10 年間、かつ、保健医療人材の育成を目的とした拠出は社内の理解を得やすいものであった。

「タケダ・イニシアティブ」に先立ち、タケダは 2009 年 3 月に「国連グローバル・コンパクト」¹³⁷に加盟、同年 7 月より国際 NGO のプラン・ジャパンとの協働プログラム「タケダ-Plan 保健医療アクセス・プログラム」を実施している。このプログラムは、途上国の子どもの健康状態を改善・維持することを目

¹³⁵ G20 ビジネス・サミットワーキング・グループXII、2010。

¹³⁶ およそ 2 億 5 千万円（2012 年 12 月 21 日付のレートを参考に、1 ドル 84.38 円で換算）。

¹³⁷ 国際連合のアナン事務総長（当時）が提唱。2000 年に発足。各企業が責任ある創造的なリーダーシップを発揮することによって、社会の良き一員として行動し、持続可能な成長を実現するための世界的な枠組み作りに参加する自発的な取り組みのこと。

的とし、タイ、フィリピン、中国、インドネシアにおけるプランの活動に対して資金的に支援している。2010年3月開始の「タケダ・イニシアティブ」は、さまざまなグローバルなCSR活動に関する知見を積み重ねた上で進められたものであった。また、タケダは、2011年1月に「国連グローバル・コンパクト・リード」¹³⁸への加盟を発表している。グローバルレベルの多様なCSRコミュニティを通じて、国際的な社会的課題の実情を学ぶとともに、グローバル企業同士の連携も視野に入れた解決策・支援策を検討していることがうかがえる。タケダは、グローバルな意思決定の枠組みに参加して政策提言を行い、時には他者の動きを待たずして物事を主導的に動かしている。いわばプロデューサー型の行動スタイルを取っていると言え、このスタイルはグローバル企業へと発展する上では欠かせないものとなるであろう。

4.4. 開発途上国におけるオリセツ・ネットの独立採算事業

住友化学株式会社（以下、住友化学）は、WHOからの推奨を受けた長期残効型防虫蚊帳「オリセツ・ネット」事業を通して、マラリア撲滅に対する取り組みを行っている。オリセツ・ネットの事業は、途上国向けビジネスのモデルケースとして取り上げられることも多い事業である。住友化学は古くからWHOなどの国際機関とコミュニケーションを密に取っている事や、MDG6（HIV/AIDS・マラリア・その他疾病の蔓延の防止）も追い風となり、ODAなど公的支援や世界基金などからの支援を活用してオリセツ・ネット事業は拡大した。現在、住友化学のオリセツ・ネット事業は、公的支援の一環として拡大してきた路線から完全に独立して利益を生み出す「ビジネス」路線へと移行する転換期である。

住友化学が製造・販売する長期残効型防虫蚊帳である「オリセツ・ネット」は、住友化学が独自に開発した蚊帳の糸の中に防虫剤成分を練り込んだ蚊帳である。練りこんだ防虫剤は、洗濯などにより表面の薬剤が落ちて中から徐々に染み出し、防虫効果が5年以上持続するのが特徴の一つだ。

1995年から2000年にかけて、マラリア対策として、何も処理をしていない蚊帳よりも殺虫剤に浸漬させた蚊帳が有効であるとWHOが発表し、その後WHOは2001年に住友化学の「オリセツ・ネット」について、世界で初めてマラリア防除に効果のある長期残効型防虫蚊帳であるとの認定を出し、オリセツ・ネットの使用を推奨した。2008年にはWHOが「ユニバーサル・カバレッジ方針」を打ち出し、これまで妊婦と乳幼児に限っていた蚊帳配布対象を拡大し、マラリアの感染リスクがある地域住民2人につき長期残効型蚊帳1張を配布する方針を発表した。これにより、全世界で3億5千万張の蚊帳が必要とされ、住友化学は「オリセツ・ネット」の生産を一気に拡大した。

2008年10月以降、住友化学において、オリセツ・ネットの部門は独立採算制となり、住友化学にある18の事業部のうちの1つの事業部となった。なお、オリセツ・ネット事業部の規模は住友化学の総売り上げのうちの1%を占める規模である。住友化学がオリセツ・ネットを1つの事業部とした背景には、2008年にWHOが「ユニバーサル・カバレッジ方針」を打ち出すなど、マラリア撲滅事業に対して世界基金を中心に多額の国際的な公的資金が流れていることから、事業として実現可能性があると判断したことが考えられる。

オリセツ・ネット事業は、2011年頃までを目途にアジア発の製品であるオリセツ・ネットをアフリカで定着させることを目標としており、世界的な公的基金による支援があったため、住友化学はその目標を達成した。その後、住友化学はオリセツ・ネットの製品ラインの拡張を目指し、最終的には公的

¹³⁸ グローバル・コンパクトの中で、率先的に人類社会が抱える諸課題の解決に取り組む新たな枠組み。

資金によるものではなく現地の人が自費でオリセツ・ネットを購入することを視野に入れ、消費者レベルでの理解が得られることを目標としている。現在のオリセツ・ネット事業は 70%が無償資金協力など公的支援でまかなわれており、その他の 25%は途上国が一部負担金を出し消費者が購入するパターン、残りの 5%が完全な自費で消費者が購入するパターン、という内訳になっている。リーマンショックを機に公的資金が減る中でオリセツ・ネット事業を持続していくために、これまで公的資金でまかなわれていた部分を今後いかに消費者が自費で購入するような事業に転換しビジネスとして持続的に継続させることができるか、という点が課題と言える。

もともと、住友化学は 1970 年代に殺虫剤「スミチオン」が WHO の認可を受けて以来、WHO との間で密なやり取りを行ってきた。その中で、徐々に WHO のキーパーソンと個人的な関係が構築され、途上国においてマラリアの問題に対処する必要があることやその方法として住友化学の持つノウハウが有効であることを掴んできた。また、住友化学は、WHO のみならず、国連、世界基金、ロール・バック・マラリア¹³⁹、ゲイツ財団などとのネットワークを持ち、オリセツ・ネットをはじめとする事業を展開してきた。住友化学は、社として、G8 級サミットや TICAD、ダボス会議など、世界的なイベントを考慮し、どのタイミングで誰と組み、どのように発信するかを戦略的に検討して行動してきた。なお、住友化学は 2005 年に「グローバル・コンパクト」へ参加し、2011 年には「グローバル・コンパクト・リード」に加盟している。国際機関とのコミュニケーションや国際的な会議、世界的な枠組みに参加することで独自に世界の潮流を掴み、社内ではネットワークを広げて事業を展開していくことに理解があり、力を注いできた背景がある。また、世界的な視野を持って事業に取り組むと同時に、住友化学には「自利利他公私一如」という企業理念があったことから、オリセツ・ネットの事業のように当初は利益を見込むことが難しい事業でも社会のために積極的にやろうという社風があった。このため社内のトップの理解も得やすく、オリセツ・ネットの開発を地道に続けることができた。

住友化学は、現地での雇用創出にも寄与している。2003 年にタンザニアの蚊帳メーカー A to Z 社に「オリセツ・ネット」の製造技術が無償供与し、2007 年には A to Z 社との合弁会社「ベクターヘルス社」を設立した。それにより住友化学は、タンザニアにおいてこれまで約 7000 人の雇用を創出している。また、住友化学の合弁会社「ベクターヘルス社」は、2012 年 7 月にはもともとサバンナであったタンザニアの土地を開発し、ベクターコントロール分野の各種製品や、農業関連製品の効力評価、開発、分析などを行う研究所を創設した¹⁴⁰。このように、住友化学はオリセツ・ネットの開発からはじまり、現在は現地の能力開発まで行うようになっている。

これまで、住友化学のオリセツ・ネット事業はマラリア撲滅のための世界的な動きにも後押しされ拡大を続けてきた。その背景には、国際機関との地道なコミュニケーションや国際会議、世界的な枠組みへの参加を通して、その機会をとらえてきたことがあると考えられる。オリセツ・ネットの開発・製造・販売からはじまり、アフリカの雇用創出など、これまで従来の CSR という枠を超えてオリセツ・ネット事業に関連する事柄に力を入れてきた様子がうかがえる。今後は、蚊帳の替え時である使用後 3~5 年経た後にいかに消費者自らに買い替え行動へつなげるかといった蚊帳のリプレースメントの

¹³⁹ 1998 年に発表されたロール・バック・マラリアイニシアティブは、2010 年までにマラリアによる死亡率および有病率を半減させ、2015 年までにさらにそれぞれを半減させるという数値目標を掲げている官民連携イニシアティブ。現在は、UNICEF、UNDP、世界銀行と WHO が完全連携して「RBM Partnership」を結んでいる。

¹⁴⁰ 住友化学の合弁会社「ベクターヘルス社」は、これまで、タンザニアにおいてオリセツ・ネットの製造を行ってきたが、2012 年 7 月、ベクターコントロール分野の各種製品や農業関連製品の効力評価、開発、分析を行う「アフリカ・テクニカル・リサーチ・センター」を新設した。 <http://www.sumitomo-chem.co.jp/newsreleases/docs/20120711.pdf> (2010 年 8 月アクセス)

課題や、殺虫剤抵抗性蚊への対応策の必要性、リーマンショック以降のファンドの確保の困難さ、MDGs 以降のマラリア撲滅のための資金確保が困難である可能性など、いくつかの課題に直面している。今後は多様なネットワークやプレーヤーとの連携を視野に、途上国経済へ貢献し持続可能なビジネスとしての事業を継続させていくための更なる取り組みが必要である。

4.5. ガーナにおける栄養改善ビジネス

ガーナにおける離乳期の子どもの栄養改善のためのプロジェクト（以下、ガーナ・プロジェクト）を、途上国におけるビジネスのモデルケースとして味の素株式会社（以下、味の素）や JICA が共同で実施している。特筆すべきことは、現地政府や国際 NGO、大学などのマルチステークホルダーを巻き込みながら、栄養学的研究（Efficacy study）、流通システムの研究（Effectiveness study）に至るまでしっかり組みこまれた骨太なプラン設計を行い、USAID や JICA との新しい形でのフレキシブルな連携を行った事が特徴的である点である。

ガーナ・プロジェクトは、2009 年に味の素グループ 100 周年の記念事業としてスタートしたプロジェクトである。味の素は 1995 年頃より、自社が持つアミノ酸技術を用いた途上国の栄養改善の可能性について検討しており、小麦にアミノ酸の一種であるリジンを混ぜることにより、成長・健康状態の改善が得られることを、パキスタン、シリアなどでの試験で科学的に立証してきたという背景がある。

ガーナ・プロジェクトは、2009～12 年度は食生活実体などのマーケット調査や消費者テスト、商品開発のコンセプト作りから試作品づくり、そして現地生産について検討を行った。特に、現地の食文化を尊重し、現地調達できる大豆や現地で生産し販売できることを重視した。13～15 年度はパイロットスタディ期間として、エビエンスの開発に取り組み、現地生産の体制を立ち上げて効果確認試験の実施や流通モデルの都市部及び農村部での試験的实施を行った。栄養効果試験として 900 名ほどを対象とし、栄養教育ありと教育なしの群にわけ、栄養改善・低身長予防に効果的との結果がでた。これをもとに、国際機関（WFP）が栄養パウダー（nutritious powder）として Food basket に 2018 年 2 月に世界で初めて登録された。15～18 年度には実用化研究として、行政と連携し教育や啓発運動を実施しながら母親の態度変容モデルの開発した。いかに継続的に栄養パウダーを摂取してもらえるかは、保健所での定期的な子どもの栄養状態の検診を行う中で保健士などより離乳期栄養のソリューションの一つとして推奨してもらい、母親の認知・理解を進め、生活の中でアクセスしやすいキオスクでの販売を実施することで、母親が子供の栄養状態のケアをする生活に組み入れてもらうことで、継続的利用の成果が見られた。大きな成果は、官であるガーナヘルスサービス(看護師)と味の素ファウンデーションとの連携が 2018 年に締結され、栄養教育ツールの開発や栄養教育の方法のオリエンテーションを実施し、ガーナ全土でのオフィシャルな看護師との密な連携が可能となったことである。これにより、母親の信頼の高い看護師が栄養パウダーを推奨することにより需要が生まれ、現地企業によるサプライチェーン開発等本格的に持続可能なビジネスを立ち上げることができた。2019 年から 2023 年には、ソーシャルビジネスのスケールアップと持続可能性を追求するため、値段を上げずに受益者を 2019 年の 1.5 万人から 2023 年には 20 万人へ拡大することを見すえている。プロジェクトには、これまでの味の素の事業の経験とパートナーのノウハウを生かし栄養学的研究から流通システムの研究までが組み込まれている。尚、プロジェクトで扱うのは離乳期栄養強化食品であり、伝統的な離乳食（発酵コーンのお粥）に添加し、1 回使い切りの商品で、

ワンコインで買える商品 Koko plus を開発し。流通の方法としては、当初国際 NGO のネットワークを活用した女性販売員による訪問販売など行っていたが、公務員である看護師であるガーナヘルスサービスとの連携を機にキオスクでの販売を推進していくことになった。

味の素がガーナ・プロジェクトをはじめる際、寄付という視点だけでは持続可能ではなく、栄養改善を実現できる範囲も限られるという問題があるため、ビジネスとしてプロジェクトを成り立たせるという必要性を感じていた。そのためのモデルケースを構築するため、ガーナでのプロジェクトをスタートさせた。このプロジェクトでは、ガーナ政府としては、健康な国民を増やし寄付に頼らない“Ghana beyond aid”政策の推進により、ビジネスとして持続可能となれば将来的には財源が不要となること、日本政府としては JICA を通じての日本の援助との連動による相乗効果が期待でき、援助に頼らない beyond aid の国造りに貢献できること、そして味の素ファウンデーションにとっては、CSR ではなくビジネスとして成り立たせることが成果となった。ガーナ・プロジェクトは、2011 年に JICA の支援を獲得しており、2012 年 5 月には、USAID からの支援も決定し、味の素・USAID・JICA の三者が協働でガーナ・プロジェクトについて取り組むための覚書が締結されている。この 3 者が同じ方向を向いて協力する基盤ができていくことが大きい。

2011 年 4 月、味の素はガーナ保健省と覚書を結び、ガーナ・プロジェクトにおけるパートナーシップを結び、2018 年には看護師のガーナヘルスサービスと正式覚書を結んでいる。途上国政府の後ろ盾があることは、途上国でビジネスを展開する上で影響が大きい。民間企業が途上国政府との覚書締結に至るまで時間と手間がかかることは想像に難くないが、研究の段階からガーナ大学とパートナーシップを結んでいることが最終的な決め手となり、覚書締結が実現した。なお、覚書締結までは現地の日本大使館のサポートもあった。

ガーナ・プロジェクトでは、プロジェクトのスタート時点からガーナ大学、INF¹⁴¹（米国 NPO）との協働体制が組まれている。ガーナ大学とは、09 年以前に栄養に関する研究を行う段階からのやりとりがベースとなり関係ができており、このような現地大学とのパートナーシップがその後のガーナ政府との連携を後押しした。

USAID と JICA と味の素で締結した覚書の内容は、USAID が独自の「Global Development Alliance (GDA)」スキーム¹⁴²を利用し流通モデル構築のための調査に資金およびノウハウを提供し、JICA が以前より支援を行っていた BOP ビジネス連携促進に関する協力準備調査を通じて市場調査やビジネスモデルの策定などを支援、味の素が 2009 年より続けていたガーナ大学および INF との共同でのサプリメント開発を行い、栄養サプリメントの商品化と事業計画の策定を行う、といったものだ。味の素はガーナ・プロジェクトの開始以来、USAID と連携を目指した話し合いを続けていたが、最終的には USAID からの提案があり覚書締結に向けての話が進んだ。

USAID は持続可能な「ビジネス」を通じた開発援助の視点を強く持つ米国の政府組織である。例えば、今回のプロジェクトにおいても、GDA スキームの特徴の一つである‘マッチング方式’によりパートナー

¹⁴¹ Nevin Scrimshaw International Nutrition Foundation の略。

¹⁴² USAID が開発した、市場を基盤とした独自の官民連携スキーム。民と官が一体となって設定したビジネスと開発に関する目標の達成を目指すための仕組み。詳細は USAID ウェブページ参照のこと。

<http://idea.usaid.gov/gp/about-gda-model>

となる味の素が同等以上の額を出資することを条件に USAID が資金を支援している¹⁴³。特徴的であるのは資金面だけではなく、USAID はソーシャル・マーケティング会社である Exp Social Marketing (ESM)¹⁴⁴ をパートナーに選び、味の素と協働で、栄養改善という社会性の高い課題に適したマーケティングの手法を検討する予定となっている。このように、USAID は単なる支援者ではなく、同じゴールをめざすプロジェクトの対等なパートナーとして当事者意識を持って参加している。

USAID は米国だけではなく東京にも事務所を構えており、より広いターゲットを対象として、開発途上国におけるビジネス展開のパートナー探しを行っている。また、支援の内容も準備調査のみならず、商品の提供システムのモニタリングや評価のための調査も含み、ビジネスとして継続させていく上で欠かせないものに対する支援を行うことになっている。USAID は、日本ではまだ馴染みのないソーシャル・マーケティング会社をビジネスパートナーとしてプロジェクトに巻き込むなど、最先端のノウハウも持っている。

ガーナ・プロジェクトは、途上国においてビジネスとしてプロジェクトを根付かせることを念頭においたプロジェクトであり、味の素がそのゴールに到達するために必要なノウハウを持っているのが USAID であった。USAID にとっても、官民連携により、USAID 独自のガーナにおけるミッションを達成するためのパートナーとして、味の素と連携することに利点があったと考えられる。

USAID と味の素との連携を参考にすれば、今後他の日本企業においても USAID などグローバルパートナーとの連携の可能性も視野に活動の幅が広がるであろう。USAID は、日本政府が原則としている「要請主義」すなわち政府対政府 (G-to-G) の支援ではなく、NGO や企業といった民間との連携によって効率的に開発分野での持続可能性を達成するアプローチをとっている。2001 年から実施されている GDA スキームの下ですでに 1,700 ものパートナーが存在し、官民合わせて 90 億ドル¹⁴⁵のリソースが既に投入されている。国際保健分野への企業や NGO など民間の参入を後押しするのは、目的が明確に示されかつモニタリング手法も確立している USAID といった機関であり、公的資金の限界が見えている現在、USAID のような機関と連携することで民間の人的・経済的リソースをいかに誘導していくかが鍵となっている。

4.6. 個人投資家を国際保健のプレーヤーへ (ワクチン債)

2008 年に日本ではじめて個人投資家向けにワクチン債を販売したのは、大和証券株式会社 (以下、大和証券) であり、11,000 人を超える投資家からおよそ 220 億円の資金を集めた。それ以降多くの証券会社がワクチン債を扱い、投資家に向けて社会的に意義があることに投資するという一つの選択肢を示し、国際保健分野に個人投資家という新たなプレーヤーを巻き込む動きを後押ししている。2020 年には、中米経済統合銀行が発行した「COVID-19 ワクチン債」を大和証券キャピタルマーケットアメリカが単独引き受け主幹事を務め、太陽生命も参加し、債券により調達した資金で加盟国へ貸付し直接的・間接的に COVID-19 ワクチンの購入を行う取り組みなどに、引き続きこの分野での貢献を継続している。

ワクチン債は、外貨建ての債券で為替リスク以外には大きなリスクはなく金利も比較的高いものであ

¹⁴³ 今回の覚書締結により、USAID は調査費として 60 万ドル (5062 万円) を拠出した。

¹⁴⁴ 詳細は ESM のウェブページを参照のこと。 <http://www.expagency.biz/>

¹⁴⁵ およそ 7594 億円 (2012 年 12 月 21 日付のレートを参考に、1 ドル 84.38 円で換算)。

り、格付けにおいてはトリプル A を獲得している金融商品である。世界的には、ワクチン債は 06 年に機関投資家向けに、ユーロ市場で既に発債されたが、2008 年に日本ではじめて大和証券がワクチン債を引受・販売したところ、多くの個人投資家がワクチン債を購入する結果となった。2008 年 2 月に日本ではじめてワクチン債を大和証券が販売した後、他の証券会社なども参加するなど、10 年以上にわたり社内に SDG s 推進委員会を設置するなど、ワクチン債の引き受けを主導している。

ワクチン債の発行体である IFFIm（予防接種のための国際金融ファシリティ）は、GAVI アライアンスの活動を財政面から支援している多国間開発機構である。GAVI アライアンス（以下、GAVI）は、途上国における予防接種へのアクセスを高めることにより、子どもの命を救い人々の健康を守る活動をしている官民のグローバル・パートナーシップである。GAVI には、発展途上国や先進ドナー国政府、世界保健機構（WHO）、国連児童基金（UNICEF）、世界銀行、市民社会、先進工業国と発展途上国双方のワクチン産業界、研究・技術機関、ゲイツ財団、ラ・カイシャ財団及びその他の私的慈善家が参加しており、途上国の子ども達の予防接種プログラムを支援している。

IFFIm の運営は財務マネジャーとして世界銀行が勤めており、2006 年から 2015 年にかけて 40 億ドル¹⁴⁶を予防接種プロジェクトに提供することを目標にしている。IFFIm の主たる財源は各国からの寄付金であり、2011 年には日本政府も 8 億 3 千 2 百万円の資金を拠出している。各国からの IFFIm への資金拠出は最長 20 年に渡って毎年行われることになっているが、それでは子どもたちにワクチンを今すぐ届けるためには時間的なギャップが生まれてしまうため、そのギャップを先取りして解消するために IFFIm は債券を発行している。この IFFIm の発行した債券を、大和証券は日本で初めて個人向けに販売したということになる。

もともと個人投資家の間で外貨建ての債券は主要な商品であり、大和証券は世界銀行の債券（世銀債）を扱っていたことから世界銀行とネットワークがあり、その中でワクチン債についてのアイデアも共有された。しかし、同じ外貨建ての債券であっても世界銀行の知名度にくらべ、比較的新興団体である GAVI ならびに IFFIm の知名度は高いとは言えず、商品の説明や販売するには多くの労を要する。また、日本において初めて発債する債券については、実際に起債するまでに金融商品取引法上のさまざまな準備が必要であり、その準備のための相当なリソースを割くことになる。そのような状況がありながらも大和証券がワクチン債の販売に踏み切った背景には、資金のあるところから資金を必要としているところにつながりという企業理念や社会的意義のある取引をすることに重点を置くトップの判断があった。

2008 年のワクチン債の購入者の割合をみると、通常多い 60 歳以上の購入者に加え、59 歳以下の購入者の割合も少なくない（59 歳以下は、全体の 39%を占める）。また、男女別に割合をみると、女性の購入者の割合が高いという特徴がある（女性は 59%）¹⁴⁷。これは、単に投資商品として外貨建ての債券を購入するだけでなく、ワクチン債の購入により途上国の子どもにワクチンを届けるという、社会的に意義あることに投資したいと考える新たな購入者層を獲得したものと考えられる。

＜まとめ＞

日本の債務残高は GDP 比 200%を超え財政状況が悪化しており、ODA については増額を期待するこ

¹⁴⁶ およそ 3375 億円（2012 年 12 月 21 日付のレートを参考に、1 ドル 84.38 円で換算）。

¹⁴⁷ 大和証券スペシャルレポート「『豊かさの輪』を広げるワクチン債」参照。

<http://www.daiwa.jp/seminar/0901vaccine/report.pdf>

とが困難である。そのような中で日本の企業による独自の取り組みは、これまでの援助という概念や CSR という枠組みを超えて「事業」として展開しているという点でインパクトを持つとともに、日本の国際保健分野におけるプレゼンスを示すという点でも大きな意味を持つ。

いわゆる大企業については、グローバル・コンパクトといった国際的な枠組みへ参加する機会や企業の代表者が国際会議に参加する機会が多い。それらを通して、世界的な潮流や世界規模の課題、ニーズをいち早くキャッチし、グローバルに展開するビジネス戦略に織り込みつつグローバル企業としての責任を果たすという社会的な貢献を行っている。企業がこれまで培ってきたマーケティング戦略やコストパフォーマンスを重視するビジネスの視点は、効果測定の遅れていた公的支援に比べより効果的でフレキシブルなものである。また、ただ単に支援するだけにとどまらず、途上国における雇用の創出を行うなど、途上国の自立をさらに促す取り組みも行われている。例えば、途上国においてビジネスを展開し現地の雇用に創出することで持続継続性を担保するやり方は民間企業の得意とするところである。

このような新しい試みに、これまで USAID や DFID といった他国の政府が関与している。しかし、日本政府は企業との連携には消極的であり、企業側も日本政府より英米政府との連携を目指すなど、日本政府と日本企業が抱える課題も見えてくる。途上国向けの R&D の一連の動きからも分かるように、日本の省庁のいわゆる縦割り行政が障壁となり、結果的にイニシアティブをとる省庁が不在となり、前例がないまま今日に至っている。また日本は、単純に日本企業と‘紐つき’の援助をおこなうという意味での連携¹⁴⁸ではなく、持続可能性という観点から民間企業の持つビジネスの視点を途上国支援にも応用するための公的セクターと民間セクターの連携については経験が多いとは言えず、ノウハウが蓄積されていない。今回取り上げた事例が示すように現在はいわゆる大手企業が独自の資金力を元に率先して行う取り組みが目立つが、日本政府が提供している枠組みの中ではうまくフィットしていない、または民間のスピードに政府が追いついていないといった事象がみられた。公的セクターにおいては、マーケティングや効果測定といったビジネスの視点がこれまで用いられていなかったこともあり、互いが使う言語、文化、制度に違いがあるため、柔軟な連携が行われてこなかったことが考えられる。

2012 年 3 月頃から外務省主催で民間企業との対話が行われ、企業同士の事例の共有と、外務省との連携の可能性が検討されはじめた。また、政府の成長戦略において日本全体で官民連携の強化がうたわれている中、内閣府や経済産業省、JETRO と JICA が協働して中小企業の途上国におけるビジネス展開を支援する動きも起こっており、国際保健分野も支援の対象となる分野の一つに入っている。ただ、途上国における保健分野を含む諸課題の改善を目的とするのか、日本企業のビジネス支援を目的とするのかは明確に示されていない。今後は国際保健分野においての国の基本方針を明確化することで、目的を達成するためのアプローチの柔軟性を確保し、持続可能性に軸足を移した開発目標設定、及び継続的なモニタリングのノウハウの蓄積、中小企業でも参入が可能なリソース面での支援の充実など、あらゆる面での充実が必要である。また、国際保健分野において何が課題で何が求められているのかについて、知ることのできる企業は限られている。これまであまり情報を持っていなかった企業に対し、途上国におけるニーズについての情報提供や、国際保健におけるニーズと企業のもつシーズのマッチングを行う仕組みなど作ることが急務であり、今後政府として支援可能であると考えられる。

¹⁴⁸ かつて、途上国の人的リソースや能力が不足していたことから、日本のコンサルティング会社や建設会社が自国の利益のためのプロジェクトを計画し、結果的に日本の援助野中に途上国の発展とつじつまの合わないものがあるという批判があった。Masahiro Kawai and Shinji Takagi, 2004.

5. さいごに

国際保健分野において、革新的な金融手法の普及や国際 NGO の活躍、新たな資金源を持つ財団などの台頭により新しいプレーヤーが参入し国内外の国際保健に関するダイナミズムが大きく変化している。それに伴い国内においても、近年では国際保健分野においては比較的新しいプレーヤーの財務省が主導したポリオ・ローン締結や、経産省などが主導する BOP／ソーシャル・ビジネス支援といった分野での新しい動きがみられる。日本企業も少子化に伴う市場縮小に直面し、グローバル企業として国際保健分野に取り組むべく積極的な姿勢が少しずつ出始めている。このように新しいプレーヤーが増え、途上国での取り組みが増えることで日本の国際保健に関するプレゼンスが増し、真の日本の貢献を高めることへつながるであろう。その中で日本には、限られた予算でより持続可能性の高い効果を生み出すための継続的な第 3 者による客観的評価を実施すること、国際保健の関係機関で目標設定を合意・共有しモニタリングなどの役割を完全に独立した第三者へ委譲することで資金が流れる仕組みをつくること、重要な役割を担う日本の CSO を強化すること、などの更なる改革を行う努力が必要である。日本の途上国への支援においては国際保健分野に寄せる国民からの期待は高いことが分かっているが、実際に国際保健関連の支援について国民を巻き込んだ動きは起こっていない。東日本大震災で起こった個人からの寄付金の増加、ワクチン債の個人投資家への販売の成功例、ペットボトル・キャップ回収による途上国へのワクチン支援運動に見る国際保健分野への支援の興味などから、社会的意義が明確に示されきっかけを与えることにより国民を巻き込んだ国際保健分野の支援の実現が可能であることがわかる。

一方、日本は国として国際保健に関して何を最優先させるべきなのか関係省庁間で共有・合意がされていないことが主要な課題である。通常の予算配分や政策プロセスに関しては、政治的な介入よりも実質的には官庁機構が主導権を握っている。外務省は ODA の柱の一つとして「人間の安全保障」を掲げているが、その概念の中で国際保健がどういう位置づけなのか具現化は難しい。また、外務省が策定した国際保健政策を国際保健にかかわる全ての機関が必ずしも最優先しているわけではなく、現実に行われている支援とは乖離がある。担当省庁が独自にそれぞれ自らの予算を確保して内部のインセンティブにより配分を決め消化しているため、国としての国際保健に対する明確なメッセージやそれに基づく予算配分があまり見えてこない。ODA 政策はこれまでと同様に日本の成長戦略の一部として位置付けられる傾向があり、日本企業の育成・支援に比較的重点が置かれている。その中でこれまで国際保健分野において首相のコミットメントが幾度か表明されたが、現状の制度下では日本の産業に関わりの少ない国際保健の分野で実質的な資金配分が以前と比べて大きく増えることは考えにくい。ただし国際的な公約として発表がされた場合、国際保健分野における実質的な使途については細部まで追跡不可能であるが、国内プロセスの中で対外的に約束した額面を達成するために予算獲得上の配慮がなされ予算が大幅に削減されることはない。多国間援助としての国際機関への約束額についても扱いは同様であり、公言することで内部プロセスへのけん制という役割を果たしている。つまり、対外的な約束を行うことで、その公約自身が国内向けの予算プロセスなどの中で一種の圧力となっていることがわかる。

また、途上国での通信手段の普及や国際的 NGO の活動の増加など大きく国際保健をめぐる途上国やプレーヤーの状況は変わっているにも関わらず、日本は引き続き政府対政府（G-to-G）指向であり、相手国政府からの「要請主義」を原則とし、グローバルな変化に対応するための国内の制度改革や意識改革が遅れている。BOP ビジネス、ソーシャル・ビジネスといった概念に注目が集まり、それらに対する公的

資金による支援が経産省や JICA でも行われているが、先述したとおり日本企業の技術支援を目的としているため国際保健分野の支援が必要な地域や人々を起点とした視点が優先されておらず、現地での経済面と事業実施の過程、双方から持続可能であるという点が必ずしも十分に考慮されていない。また、支援先企業の選定方法や条件などについては未だ透明性に欠けることから管轄官庁による恣意的判断が影響する可能性がある。

国際保健に関連する日本のプロジェクトの評価やモニタリングについては、省庁による政策評価、外務省主導による ODA 評価、JICA 主導の事業評価があるが、内部評価や自己評価であったり外部に委託する場合でも利害関係を完全に排除しているとは言えない。例えば JICA 主導のもと実施するプロジェクト評価は執行する機関が兼務している場合があり、米国などで行われているような独立な第三者機関が効果評価を行う仕組みが確立していない。国としての明確な基本方針が不在なため内部規則にとらわれすぎてテクニカルティに終始し、本来の目的を達成するための手段に関して柔軟性を欠いている。国際保健に関してはメディアや政治の関心が低いことから、政策との整合性や予算配分と効果評価などについて官庁・関連機関を審査しモニタリングするしくみが存在しないため、国民の目から見ると意思決定に関して不透明な部分が多く存在する。形式的に省庁横断型の情報共有が行われているが推進力には波があり、イベントと連動した動きになることは否めない。また、国際保健に関する政策の策定については、策定プロセスにおいて複数のステークホルダーが関係しているとはいえ誰でもアクセスできるものではなく閉じたプロセスの中で行われている。政策を見る限り何に基づいて予算が配分され、それがどのような効果につながるかといった点について、国民に見える形で公表されているとは言えない。配分プロセスの透明性、国としての基本方針の明確化、実施機関の適切な選定、第三者による長期的・継続的評価、国民への公開といった一貫したシステム作りが急務である。

国際保健分野における官民双方での深刻な人材不足についても大きな課題であり、国として国際的に信用のある人的ネットワークを構築するための裾野の広いキャリア促進施策や長期的視野にたった人材育成などが必要である。特に省庁内部での適切な専門分野においてキャリアパスを提供するオプションや国際的知見を備えた優秀な人材を輩出するという省内インセンティブが乏しいため、国際保健分野に積極的に関わろうという人材を確保するのは難しい。官庁の人事制度の硬直性が、グローバル社会の大きく変化している価値観の多様化に対応できていないと言える。

日本でもっとも必要なのは、効果や効率性を最大化するために包括的に国際保健全体を統括する視点である。また、継続的にチェック&モニタリングする民間の役割も重要であり、国際保健分野の支援を正確に示すデータの整備及びそのデータの公表を行うことによって第三者機関が客観的に評価する環境を作ることが急務である。そうすることで国民の目も意識しながら、日本政府は説明責任を果たすことができる。本来なら市民社会で大きな役割を果たす NGO やシンクタンクなどの CSO を強化するために、政策としてプロジェクト予算配分の際に予め一部を外部での評価に振り分けることでモニタリングや評価産業を創設し、より健全な社会を構築することが可能となるであろう。

特にメディアについては国際保健に対する関心が低く、メディアの育成も今後の課題である。また、国民の間で国際保健分野に対する漠然とした支援の重要性をについて理解を示す声は多いが、実際にどのような政策に基づきどのような支援が行われているか、自身が支払った税の使い道として効果的な使い方をしているのか、といった面については比較的関心が低い。個人投資家による国際保健関連の投資商品の購入やペットボトル・キャップ回収によるワクチン支援運動を通じた間接的な参加もまだはじまっ

たばかりである。

以下、課題と提言を示す。

(1) 透明性確保のために国民の目に見える形でデータの公開を

現状では国際保健分野の ODA について、その支援の意味や支援の方法、成果などを理解するための情報は日本国民に分かりやすい形で提供されていない。日本の ODA 予算は無償資金協力や技術協力、円借款などのいわゆるスキーム別に計上されており、「保健」といった課題別に予算から切り出して明らかにしているものがない。OECD/DAC による統計が参考になるが、OECD/DAC の統計値と援助形態別に取り扱われた予算との関連が明確に示されていない。支援の傾向やその効果を系統的に検証する際の重要な根拠となる包括的なデータが整備されていないことは、国民にとっても政府にとっても大きな損失である。そのような状況において、ODA の国際保健配分の増加をめざすことも重要ではあるが、まずはデータを整理して国際保健分野に関する ODA の正確な姿を把握し、より効果的な支援となる方法を探ることも重要である。

(2) 日本の開発および国際保健に対する戦略の方針設定を

国際保健に対する日本の戦略について、司令塔と協議会などが設置されているが、国として何を目的とかがけ、達成するために何を最優先させるべきなのかという視点から物事が決められていない。省庁ごとの政策を報告し、それぞれの領域に踏み込まず省庁間の情報共有というレベルにとどまっている。目指すべき目標設定が欠如しており、国際保健分野について省庁・機関の情報共有や調整のみでは、何のためにそれぞれが役割を果たすのか明確ではない。つまり、各省庁・機関も独自の指針のもとで動いている。このことは国として省庁間で合意・共有されたミッションが不在であることを象徴しており、そのような中では細部にとらわれすぎて目的を達成するための手段に関して柔軟性を欠く。

国際保健の重要性について繰り返し認識され首相による国際保健へのコミットメントが発表されたが、保健分野に配分された資金を用いて実施機関である JICA のリソースを増やすということはこれまで言及されたことはない。人的リソースが現状維持となったまま国際保健の案件が増加した結果、人材不足が障壁となる事態が起こっている。事実、支援の実績を見る限り、できるだけ広く浅く何百という案件を執行することに人的リソースが割かれ包括的な見地から目標を達成できたかチェックする視点が置き去りにされている印象がある。よって、現状では JICA がプロジェクトを執行する中で蓄積した政策課題への知見を外務省にフィードバックし政策に常に有機的に反映させていく仕組みが十分に機能しているとは言えない。

日本にとってインパクトのある外交利益を想定して国際保健を重要視するのであれば、例えば、人的リソースにあてる予算を恒久的に JICA へ追加し、継続的に JICA がより積極的な役割を果たせるような取り組みが必要である。あるいは、予算獲得と配分する外務省とプロジェクトを執行する JICA という役割分担自体が硬直的制度と規則の必然を生んでいるとも考えられるため、政策・予算とフィードバックを一つの機関で効率的・効果的に行う開発庁といった新たな枠組みの検討も必要であろう。

また、国際保健に関わるプレーヤーが多様化する中で G-to-G のみの政策に固執することなく開発目標を達成するために、例えば、G-toB (Business)、G-to-NGO/CSO といった柔軟なアプローチを採用しインパクトを最大化するべきである。

(3) 社会として NGO/CSO を支え、NGO/CSO の発言力を促進する仕組みを

NGO・CSO への資金はアドボカシーに対しての支援が主眼ではなく、草の根活動に主体が置かれている。活動資金が外務省から配分される ODA 案件の資金中心となっているため従属的な立場からの議論にならざるを得ない。知識や現場の声を知る立場にあるにもかかわらずこれまで政策決定プロセスに参加する機会が限られていた NGO を、専門家としてさらに活用されることが必要である。NGO 自身も学術関係者との協働でプロジェクトを通して得る知見を体系的にまとめ、政策策定に活かすことが必要である。

公的資金や民間財団などの公募による競争資金はほとんどが人件費を計上することを許可しておらず、それが一般的な社会風潮になっている。つまり、既に機関や研究所などに所属している研究者が対象となっており、NGO など基盤の弱い団体や既存の体制に属していない団体が政策策定にかかわることは事実上難しく、キャパシティや能力の面で限界がある。日本における競争資金、財団、企業などが協同して健全な市民社会を共に創りあげる上でも、資金提供や公募の際には人件費をも提供することで育成を図るという意識変革が必要である。

NGO の間でも、アドボカシー、PR、資金調達などのノウハウが共有されておらず、寄付文化がそれほど醸成されていない日本では、税金控除などの制度変更が実施されたがまだ浸透しているとはいえず、市民や企業の意識の高まりが十分でないため NGO の活動が持続できるような資金は寄付から十分に得られることはない。また、ポテンシャルのある若手人材がこの分野でキャリアを積むための安定した所得が得られず、この分野での就業に関して二の足を踏む現実がある。NGO においてフィールドでの支援活動の実施経験を通してキャリアを積む仕組み、また、その人材が政策の上流（政策立案を行う外務省や案件実施計画を策定する JICA など）に入る機会が提供されていないため、CSO での人材が慢性的に不足している。直接 NGO に経済的支援を行える環境を整備するために、公的支援は NGO のアドボカシーに対する使用を禁止せず、企業はマッチングファンドなどのスキームを用いて NGO の活動に対する支援の理解をえるために取り組むべきである。また学術関係者との協働などで NGO 自らが発信力を向上させる取り組みや、税控除などの仕組みの使用を奨励し、社会全体として NGO の機能強化を支える仕組みが必要である。

また、国際保健に関する研究を行う研究機関や研究者の数は少ない。それにはフィールドで活動を行う NGO とアカデミアの連携が進んでいないことや、国際保健政策を立案するのは外務省であるが研究を仕切るのは厚生労働省であることからその狭間となる分野への研究資金が十分に行われず効果的な研究支援が行われていない、などが考えられる。フィールド活動を通してノウハウが蓄積している NGO と連携し、国際保健分野の支援のノウハウや評価・モニタリング手法などの研究を行うことが急務である。

(4) 国際保健人材プールの拡大を

日本国内では、官庁・民間・学術関係者を通して国際保健分野で活躍する人材が死活的に不足している。省庁の担当する官僚の任期サイクルが短いために官公庁の中で組織的に知識の蓄積ができず、省庁のノウハウ、戦略、経験などの継続性に課題がある。

人的リソース不足から目の前にある案件から手を付けるという受け身の体制でしか活動できず、積極的に国際保健分野へ取り組むことができない。その違いが明白に表れているのは職員の数である。USAID

は数百人単位の職員を擁しているのに対し、外務省の国際保健政策室は 10 人に満たない¹⁴⁹という現状である。政策決定に直接携わるポジションに、官僚のみならず幅広く JICA 職員や CSO・企業など民間からの人材を登用することや、任期付専門職として外部専門人材を登用することについて検討すべきであろう。学生の間でもソーシャル・ビジネスや開発分野への関心が高まっており、それらの受け皿も必要である。それによって官民の境界線のない長期的に裾野の広い国際畑での人材育成が可能となるはずである。

国際保健分野の人材がいろいろな機関や企業、CSO などを渡り歩きキャリアを継続し経験を積みステップアップできるようなトラックや機会が存在せず、人材の流動性が著しく低く政府や国際機関や民間を行き来するような人材の回転ドアも存在しない。そのため、国際保健人材のプールが非常に小さく長期的に国際畑でリーダーとなる人材も輩出できていない。一つの要因としては、国際機関への拠出金に対して提供されるポジションが官僚出向者向けのポストとなっている場合が多く、また国際機関への派遣経験者が国際保健分野に継続的に関わることができるような環境やインセンティブが官僚機構の中に存在しないことがある。そのため、関心を持つ若手官僚が派遣されても 1-2 年で帰国を余儀なくされ、その後の関連部署への配置は限られている。派遣先の国際機関でもそういった派遣人材については短期雇用としての認識しかなく政治的な力量や職務スキルを期待されないため、正規職員として働く日本人全体への評価に消極的な影響を与えている。このような問題を解決するために、国際機関への日本人派遣については民間にも広く門戸を開放し、独立の第三者委員会などを設置してのリクルートや、各省庁・関連機関の国際保健分野に関する人材の外部からの募集、海外で既に活躍する日本人の人材の積極的な登用、などの検討が必要である。

その他に、国際保健の分野に限らず日本の社会基盤として、国も企業も人材の流動化を可能とする年金の持ち運び機能などや年功序列、正社員・非正規雇用の境界線の撤廃など、日本特有の流動化を妨げている構造的障壁など運営レベルでの改善を行うことが急務である。

(5) 継続的かつ長期的なモニタリング、評価の実施を

JICA は各案件に対して「中間評価」「事後評価」「3 年後評価」という 3 つ時期のモニタリング評価を自ら行っているが、USAID が重視するような継続的・長期的な協働モニタリングによって常に改善していくという仕組みに比べて、実際に支援の効果が持続しているか検証が難しい。現状では評価・モニタリングは基本的に実施機関自らが主導して行っており、継続的なモニタリングはなく 3 回程度の評価実施にとどまっている。それでは本当に何が達成できたのか完全なる第三者の視点で評価されておらず、社会の変化や現地での持続可能性についての効果を適切に測定できているか不透明である。USAID との大きな違いの一つは、USAID が実施団体と組み継続的にモニタリングを行い必要であれば随時改善作業を行っているのに対し、日本の場合はプロジェクトが完結した後の継続的フォローが確立されていない。つまり、一過性のプロジェクトという面に課題があり、その活動を継続する現地の人材雇用への支援へ資金を拠出しない方針には改善が必要である。

従来、保健分野では規模の小さな無償資金協力や技術協力での支援が主であるが、それぞれの全ての案件について、例えば効果測定のための指標を独自で開発してその指標が本当に正しいのかを検討するなどモニタリングや効果測定の方法をきめ細やかに検討するのは困難な現状がある。しかし、今後 ODA をさらに効果的なものにするためには、継続的に効果をはかり客観的に評価することが重要である。国

¹⁴⁹ HGPI が調査した 2012 年 3 月時点の数。

民への説明責任という観点からも、ポリオ・ローンをきっかけとして指標の開発など評価のための第三者研究を進めることや、財務省などの専門的な知識を活用して現状では専門家ですら分かりにくい金額や評価の公表方法などの改善など推進する必要がある。

また、透明性を担保するためには当事者による評価や当事者と既に雇用関係があるコンサルタントなどではなく、当事者の意向の圧力を受けない独立した第三者機関に担わせることが必要である。

(6) プロジェクト財源の一部を評価・モニタリングとして外部へ配分を—新しい評価産業創出へ

米国では 60 年代に政策評価産業が外部委託されたことが資金の流れをつくり、シンクタンク産業が興り拡大した。1966 年に新規事業の予算の 1 %を保留しこれを長官の裁量において評価研究に差し向けるという「1 %政策評価保留条項」の制定に加え、政策評価は予算配分の合理性や政策の公正性を説明する手段であるという考えから外部の知識の投入が行われた。このように執行担当部局から独立した中長期の視野と政策理念の検証を含めた本格的な政策分析評価の仕組みが必要である。一定規模以上の開発プロジェクトに関しては、完全に独立な形で評価・モニタリングを外部へ委託する。これにより評価の信頼性や客観性も高まると同時に評価産業が興り、モニタリング請負などによって日本の NGO やシンクタンクなど市民社会を支える CSO の財政基盤が強化される。民間による評価機能を高めることは、人材の受け皿の創出にもつながる。評価・モニタリングの強化に伴い資金が流れれば人材も増え、実際の現地プロジェクトなどのモニタリングが可能な NGO などの育成が進み、透明な評価・モニタリングプロセスが担保されると共に評価産業としてのシンクタンクなど CSO の底上げを行うことが可能となる。学術業界からも CSO へ人が流れるしくみも誘導することができるため、学術関係者を巻き込んだ評価手法やモニタリング手法のさらなる開発が可能となる。

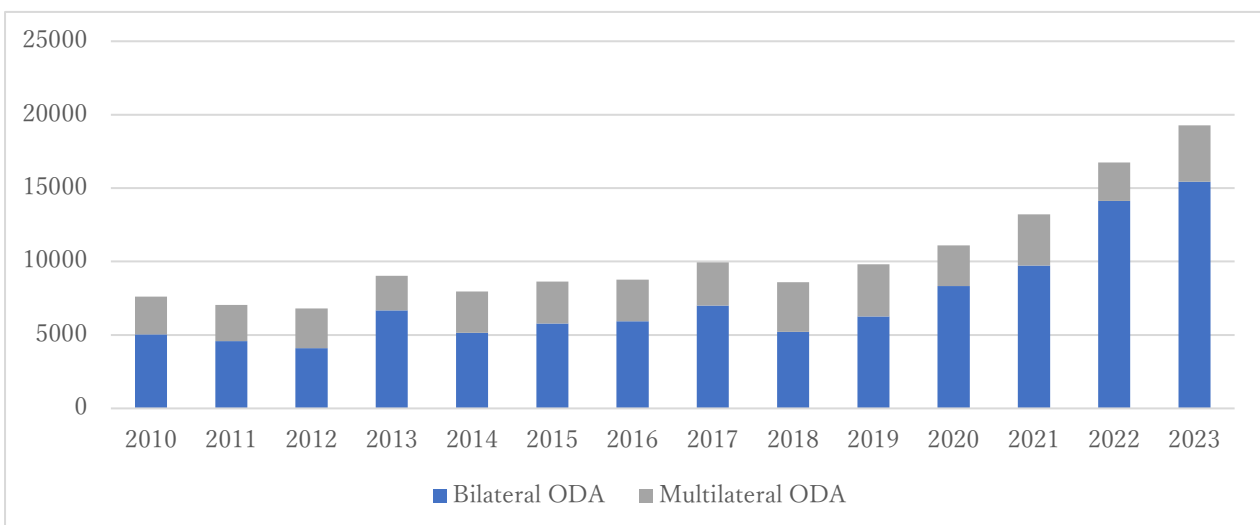
6. 付録

<参考> 図表 25 日本の国際保健分野の支援額>

二国間援助	単位：百万ドル（約束額ベース）						
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	05-10 合計
保健政策および管理運営	101.46	96.39	67.52	80.21	97.79	62.84	506.21
基礎保健インフラ	67.77	85.30	98.50	45.79	16.25	102.34	415.96
感染症対策	5.03	42.23	50.71	28.49	42.72	52.30	221.50
医療サービス	11.81	31.97	24.32	9.61	28.47	79.35	185.52
基本的健康管理	17.67	28.62	35.59	33.01	31.78	25.21	171.89
リプロダクティブヘルス	..	1.25	13.84	14.88	39.93	29.20	99.09
基礎的栄養物摂取	0.00	0.02	0.06	..	55.90	42.38	98.36
マラリア対策	2.39	4.19	10.43	33.47	19.30	2.31	72.09
HIV／エイズを含む性感染症対策	2.89	3.11	14.47	10.25	15.28	15.43	61.43
医療教育／研修	28.50	1.07	1.01	1.17	0.19	8.41	40.35
人口政策および管理運営	2.24	5.03	4.03	8.75	0.25	10.26	30.55
結核対策	..	..	3.57	3.92	5.65	10.77	23.90
健康教育	0.05	0.03	0.31	0.83	0.70	1.85	3.77
保健人材の開発	..	0.02	0.97	0.21	0.15	0.59	1.94
人口およびリプロダクティブヘルスケアの人材開発	..	..	..	..	..	0.28	0.28
家族計画	..	0.02	..	..	..	..	0.02
医療調査	0.01	..	..	..	..	..	0.01
Health 合計	239.82	299.24	325.33	270.59	354.37	443.54	1932.88
データソース：OECD/DAC・CRS オンラインデータベース（2012 年 11 月アクセス）							
	2012	2014	2016	2018	2020	2021	2022
医療サービス	262.98	100.75	213.9	317.49	576.85	605	927
基本的健康管理	262.14	296.73	356.16	142.52	977.76	866.14	1189.94
非感染症対策（NCD）	-	-	-	-	1.33	3.15	5
Health 合計	525.11	397.48	570.06	460.01	1555.95	1475.09	2121.84
リプロダクティブヘルス	89.74	44.39	38.37	33.05	18.54	26.36	27.6
Health & Repro 合計	614.85	441.87	608.43	493.06	1574.49	1501.45	2149.44
ODA 全体の%	5.54%	3.22%	3.44%	2.99%	8.71%	11.64%	11.54%

データソース：OECD/DAC・CRS オンラインデータベース（2024 年 11 月 19 日アクセス）

日本の ODA 【2 国間、国際機関、百万ドル】

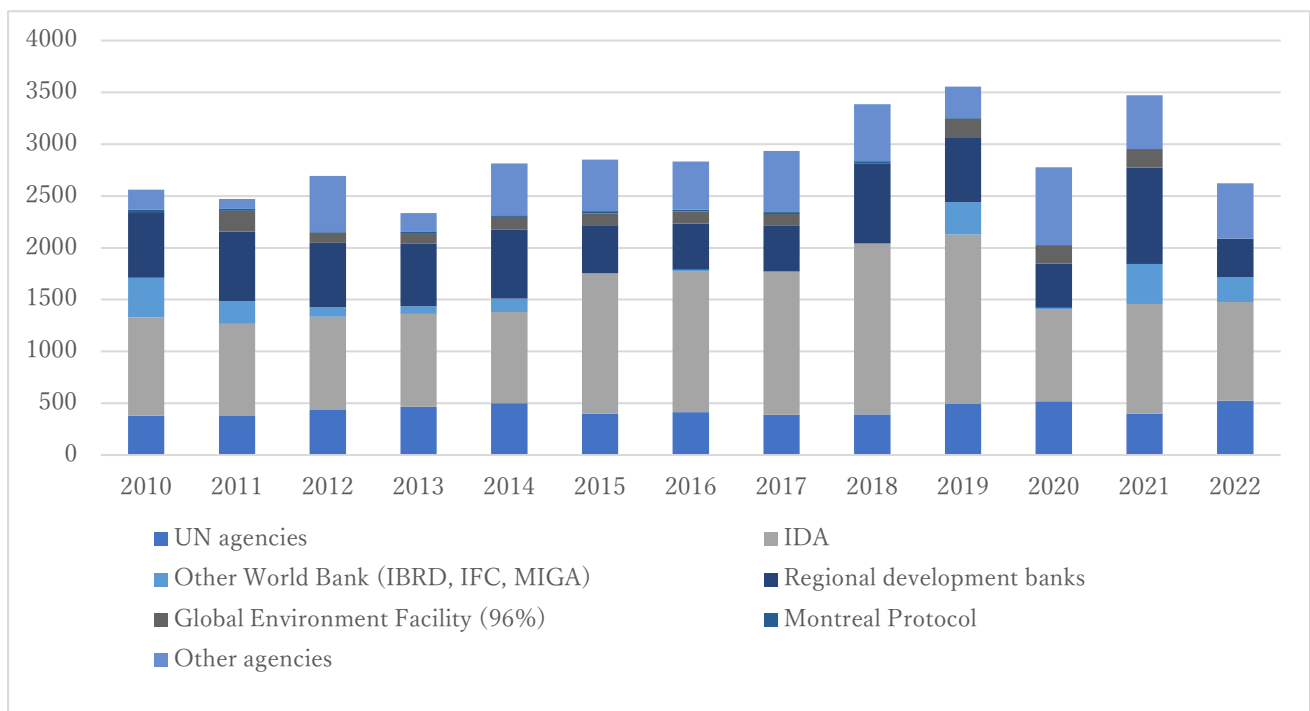


<図表 26 日本の多国間援助内訳>

多国間援助	単位：百万ドル											
	2005	2006	2007	2008	2010	2012	2014	2016	2018	2020	2022	2023
世界基金 (Global Fund)	102.1	141.2	205.2		246.87	290	400	400	400	420	420	557
国際開発協会 (IDA)	616	2089		925	948	898	880	1355	1649	888	1059	
IBRD (WB, IFC, MIGA)	120	167	154	67	381	95	130	17	0	14	239	
世界保健機関 (WHO)	79.7	11.5	46.86	40.1	73.06	150	161	207	234	218		
国連機関 (UN agencies)	893	515	522	477	381	435	500	415	393	519	399	447
地域開発銀行 (Asia, Africa,)	400	398	410	460	636	621	668	447	770	425	371	391
GAVI Alliance							53		95			1640
CEPI**												300
GEF	70		123	62		97	119	116		180		
多国間援助総額	2251	3393	1713	2199	2559	2693	2814	2832	3387	2777	2622	3831

データソース：OECD/DAC Secretariat（2024年11月。数値はOECD/DAC事務局による推計）,The Global Fund, WHO
※合計が多い順に掲載。四捨五入の関係上、合計が一致しないことがある。CEPI(**)は、2022-2026の複数年の約束額

<図表 27 日本の多国間 ODA 拠出額の推移（百万ドル）>



データソース：OECD/DAC・CRS オンラインデータベース（2024年11月19日アクセス）

7. 引用・参考文献

- 一般社団法人クラウドファンディング協会, クラウドファンディング市場調査報告書, 2020
- Insittute for health metrics and evaluation, University of Washington. Financing Global Health 2020: the impact of COVID-19. Seattle: 2021. [FGH 2020 full-report.pdf \(healthdata.org\)](https://www.healthdata.org/fgh/2020-full-report)
- Cheri Grace, "Product Development Partnerships (PDPs) : Lessons from PDPs established to development new health technologies for neglected disease", DFID human development resource centre, 2010.
- Kohmura, Masahiko. "Global health and Japan's foreign policy", *The Lancet*, 370: 1983-1985, 2007.
- Kawai, Masahiro and Takagi, Shinji. "Japan's official development assistance: recent issues and future directions", *Journal fi Interanational Development*, 16:255-280, 2004.
- Reich, Michael R, *et al* "Global action on health systems: a proposal for the Toyako G8 summit " *The Lancet*, 371: 865 - 869, 2008.
- Solis, Mireya and Urata, Shujiro. "Japan's new foreign economic policy: A shift toward a strategic and activist model?", *Asian Economic Policy Review*, (2007)2: 227-245, 2007.
- Nielsen, S.L., "Improving Japanese Official Development Assistance Quality: Discussing Theories of Bureaucratic Rivalry". *Kontur no. 7*, 2003.
- Ravishankar, Nirmala, *et al.*, "Financing of global health : tracking development assistance for health from 1990 to 2007", *The Lancet*, 373: 2113-24, 2009.
- NGO データブック 2021、外務省・特定非営利活動法人国際協力 NGO センター, 2022 (JANIC)
- OECD DAC, "What do we know about multirateral aid?", 2012.
[http://www.oecd.org/dac/aidarchitecture/12_10_02%20Policy%20Briefing%20on%20Multilateral%20Aid_draft_final_draft%20\(2\).pdf](http://www.oecd.org/dac/aidarchitecture/12_10_02%20Policy%20Briefing%20on%20Multilateral%20Aid_draft_final_draft%20(2).pdf)
- 外務省 健康・医療戦略推進本部「平和と健康のための基本方針」平成 27 年 9 月 11 日
(www.mofa.go.jp/mofaj/files/000099126.pdf)
- 外務省「2010 年~2023 年度版 政府開発援助 (ODA) 白書 日本の国際協力 参考資料集」
www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/shiryo/hakusyo.html
- 外務省「政府開発援助大綱」、2003。
http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/seisaku/taikou/taiko_030829.html
- 外務省「政府開発援助に関する中期政策」、2005。
http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/seisaku/chuuki/pdfs/seisaku_050204.pdf
- 外務省「開かれた国益の増進—世界の人々とともに生き、平和と繁栄をつくる—ODA のあり方に関する検討 最終とりまとめ」2010、2010a。
http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/kaikaku/arikata/pdfs/saisyu_honbun.pdf
- 外務省国際協力局「国際保健政策 2011-2015」、2010、2010b。
http://www.mofa.go.jp/Mofaj/gaiko/oda/doukou/mdgs/pdfs/hea_pol_ful_jp.pdf
- 外務省大臣官房 ODA 評価室、「ODA 評価ガイドライン 第 7 版」、2012。
http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/kaikaku/hyoka/pdfs/guideline_7.pdf
- 外務省大臣官房広報文化外交戦略課、2022

外務省 2021 年度版 開発国際協力白書

グローバルヘルス戦略推進協議会「グローバルヘルス戦略有識者タスクフォースの開催について」令和 3 年 7 月 9 日 www.kantei.go.jp/jp/singi/kenkouiryou/global_health/pdf/tf_konkyo20210728.pdf

グローバルヘルス戦略推進協議会 令和 6 年 7 月 22 日開催 第 9 回議事録

グローバルヘルス戦略推進協議会 2024 年 11 月 14 日第 10 回資料, 健康・医療戦略推進本部

Cotlear, Daniel; Nagpal, Somil; Smith, Owen K.; Tandon, Ajay; Cortez, Rafael A..*Going universal : how 24 developing countries are implementing universal health coverage reforms from the bottom up*. Washington, D.C. : World Bank Group. <http://documents.worldbank.org/curated/en/936881467992465464/Going-universal-how-24-developing-countries-are-implementing-universal-health-coverage-reforms-from-the-bottom-up>

公益財団法人ジョイセフ, JOYCFP 2023 年度事業報告書

国際協力機構「キャパシティ・ディベロップメント・ハンドブック：JICA 事業の有効性と持続性を高めるために」、2004。

http://jica-ri.jica.go.jp/IFIC_and_JBICI-Studies/jica-ri/publication/archives/jica/etc/pdf/200403_b.pdf

国際協力機構「国際協力機構 年次報告書 2011」、2011。

<http://www.jica.go.jp/about/report/2011/pdf/all.pdf>

国際協力機構「事業評価年次報告書 2008」、2009。

http://www.jica.go.jp/activities/evaluation/general_new/2008/pdf/00_intro.pdf

国際協力機構「JICA の保健分野の協力ー現在と未来ー」、2010。

<http://www.jica.go.jp/activities/issues/health/pdf/positionpaper.pdf>

(財) 家族計画国際協力財団/(特活) HANDS、「平成 21 年度 日本の国際保健政策に関する調査—新保健政策策定に向けて—」、2010。

http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/bunya/health/pdfs/h21_khs.pdf

自由民主党政務調査会「ポスト・コロナの我が国の国際保健外交に向けた提言」令和 2 年 12 月 18 日

https://storage2.jimin.jp/pdf/news/policy/200984_1.pdf

G8 サミット NGO フォーラム、「2008 年 G8 サミット NGO フォーラム報告書」、2008 年

http://www.janic.org/mt/img/activ/2008JapanG8SummitNGOForum_activity_report_unit.pdf

G7 Ise-Shima Vision for Global Health <https://www.mofa.go.jp/files/000160273.pdf>

G20 ビジネス・サミットワーキング・グループXII、「G20 ビジネス・サミット ワーキング・グループXIIによる提言 発展途上国におけるヘルスケアへのアクセス向上に向けて」、2010。

<http://www.jcie.or.jp/fgfj/06/pastnews2010.html>

菅原俊夫、「『新しい公共』の政策課題—『新しい公共』の原理と民主党の政策—」、自治総研通巻 398 号 2011 年 12 月号、2011。

高橋 基樹「TICAD の変遷と世界」『アフリカレポート No.55』IDE.JETRO 2017 年

https://www.jstage.jst.go.jp/article/africareport/55/0/55_47/_pdf/-char/ja

武見敬三「21 世紀型のパワーポリティックスとわが国のヘルス・ディプロマシー」、外交 Vol.5、2011。

特定非営利活動法人アフリカ日本協議会/特定非営利活動法人エイズ&ソサエティ研究会議/プロジェクト RING、「サバイバル・キット「国際保健と G8 2008 年 G8 洞爺湖サミット・プロセスにおける市民社会の経験から」、2008。

統計局 市民の社会貢献に関する実態調査、令和4年度

内閣府政府広報室、「『保健医療分野の国際協力に関する特別世論調査』の概要」、2010

<http://www8.cao.go.jp/survey/tokubetu/h22/h22-health.pdf>

中内康夫、「国連における日本人職員増強問題－参議院 ODA 調査派遣における調査を踏まえて」、立法と調査、2010.

(社)日本経済団体連合会 社会貢献推進委員会／1%（ワンパーセント）クラブ、「2010 年度 社会貢献活動実績調査結果〔社会貢献活動支出と 社会貢献に関する制度の調査〕」、2011。

<http://www.keidanren.or.jp/policy/2011/097kekka.pdf>

日本ファンドレイジング協会（編）『寄付白書 2011』日本経団連出版、2012。

兵藤 智佳/勝間 靖、「国際保健をめぐる政策決定プロセスにおける日本の NGO の役割と課題」、(財)日本国際交流センター、2009。

<http://www.jcie.org/japan/j/pdf/pub/publst/1437.pdf>

廣田奈津美、「ODA における開発コンサルタントの役割と重要性」,同志社政策科学研究 10（1）、2008。

ライデン・ヤノ、國井修、森臨太郎、ほか、「日本：国民皆保健達成から 50 年 5 グローバルヘルスにおける日本のコミットメント再強化：課題と機会」、『ランセット』日本特集号、2011 年 9 月 1 日刊行、2011。<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/series/japan/series5.pdf>

World Giving Index 2022 “A global view of giving trend”

提言の独立性について

本提言書は、各会合での議論をもとに、独立した医療政策シンクタンクとして日本医療政策機構がとりまとめたものであり、専門家や登壇者等の関係者、および関係者が所属する団体の見解を示すものではありません。

日本医療政策機構について

日本医療政策機構（HGPI: Health and Global Policy Institute）は、2004年に設立された非営利、独立、超党派の民間の医療政策シンクタンクです。市民主体の医療政策を実現すべく、中立的なシンクタンクとして、幅広いステークホルダーを結集し、社会に政策の選択肢を提供してまいります。特定の政党、団体の立場にとらわれず、独立性を堅持し、フェアで健やかな社会を実現するために、将来を見据えた幅広い観点から、新しいアイデアや価値観を提供します。日本国内はもとより、世界に向けても有効な医療政策の選択肢を提示し、地球規模の健康・医療課題を解決すべく、これからも皆様とともに活動してまいります。当機構の活動は国際的にも評価されており、米国ペンシルベニア大学のローダー・インスティテュート発表の「世界のシンクタンクランキング報告書」における「国内医療政策」部門で世界2位、「国際保健政策」部門で世界3位に選出されています（2021年1月時点（最新データ））。

著作権・引用について

本提言書は、クリエイティブ・コモンズ・ライセンスの「**表示—非営利—改変禁止**」に規定される著作権利用許諾に則る場合、申請や許諾なしで利用することができます。



- ・表示：出典（著者／発行年／タイトル／URL）を明確にしてください
- ・非営利：営利目的での使用はできません
- ・コンテンツ：改変禁止です

詳細は日本医療政策機構のウェブサイトよりご確認ください。<https://hgpi.org/copyright.html>