

ポスト・コロナのわが国の国際保健外交

求められるODA政策等のパラダイムシフト

2020年11月

保健分野のODAのあり方を考える特別委員会

ポスト・コロナのわが国の国際保健外交 —求められる ODA 政策等のパラダイムシフト—

2020 年 11 月 30 日

保健分野の ODA のあり方を考える特別委員会

ポスト・コロナのわが国の国際保健外交 —求められる ODA 政策等のパラダイムシフト—

目 次

総論	1
提言 1：司令塔機能の明確化、強化	
提言 2：新たなグローバルヘルスの貢献目標の設定	
提言 3：「戦略的」選択と集中	
提言 4：マルチとバイの連携強化	
提言 5：国内外 NGO 等とのパートナーシップ強化	
提言 6：グローバルヘルスの変化に応える革新的人材の育成強化	
補論	9
1. グローバルヘルスの過去 20 年の展開とコロナ禍の出現	
2. 日本の保健 ODA の実態と課題	
3. アクションプラン例	
別紙	36
保健分野の ODA のあり方を考える特別委員会概要及びメンバー	

ポスト・コロナのわが国の国際保健外交 —求められる ODA 政策等のパラダイムシフト—

総論

21 世紀に入って地球規模課題としての保健（グローバルヘルス）に対する取組みは大きな成果を挙げたが、つながり合った世界における感染症拡大の危機はむしろ増大している。新型コロナウイルス感染症（COVID-19）は、感染症が世界の健康、経済、社会の安全保障を根底から脅かすことを明示した。また、健康危機は社会の弱い部分に大きな打撃を与えること、そして健康格差の存在を再認識させ、改めて「人間の安全保障」の理念に立ち返る必要性を想起させた。健康の脅威や経済危機等の脅威の相互関連性に着目した人間中心のセクターを超えた包括的な取組みを推進する「人間の安全保障」アプローチの重要性も増している。

COVID-19 の世界的流行を受けて、COVID-19 またはそれ以上の感染力、強毒性を持つ未知の感染症にも耐えうる国家を構築することは世界共通の目標となり、パンデミックを今後引き起こさないための国際・地域システムの再構築及び抜本的強化が求められている。国家が不可避的につながる「世界」における、個人、地域社会、国家、グローバルの各レベルで感染症への強靱性を備えることが政策上の最優先事項となり、様々な考え方・価値観がある中で、政策優先度を定める新たな論理構築が必要になったことは明らかである。加えて、今後は、世界人口の高齢化、非感染性疾患（NCDs）による疾病負荷の増大等に伴う医療・介護サービス需要の増加も予想される。社会全体として、益々多様化する健康課題への適応力を高める必要がある。

わが国は、2008 年 G8 北海道洞爺湖サミットのホスト国として保健システム強化をグローバルヘルス分野において主流化し、さらにその重要目的の一つとしてユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）を位置づけ、2015 年国連総会にて UHC を持続可能な開発目標（SDGs）の目標の一つとすることに尽力した。SDGs 採択後開催された最初の G7 サミットである G7 伊勢志摩サミットにおいては、保健を重要項目の一つとした上で、(1) UHC の達成、(2) 感染症危機管理体制の構築、(3) 薬剤耐性への対応を三本柱とするフレームワークを「国際保健のための G7 伊勢志摩ビジョン」として提示し、国際社会において高く評価された。そして、2019 年 6 月に大阪で開催された G20 サミットにおいて G20 諸国で UHC 達成に向けた取組みを確認し、その機会に合わせてわが国は初めて財務大臣・保健大臣合同セッションを主催し、UHC 達成の優先課題として UHC ファイナンスを位置づけることに貢献した。また、G20 で初めて高齢化を議題に取り上げた。

これらを踏まえ、日本は、これまで主導してきた国際的な取組みを新たな要請を踏まえつつ継続し、2019年の国連総会 UHC ハイレベル会合政治宣言で全加盟国の首脳が合意したように、すべての国がSDGsの中心課題の一つであるUHCの達成のために、脆弱層の基礎的保健サービスへのアクセス改善を推進するPHCの進展と強靱で包摂的な保健システムを構築することにより強力にコミットすべきである。さらに、COVID-19が明確化させたように、医療と公衆衛生を地域で連携させることが重要であり、そうした医療と公衆衛生が一体化したシステム強化を世界規模で効果的に支援することは、感染症危機に再度直面した際のグローバルな対応力及び枠組みを強化することにつながるであろう。

現在、世界は「Gゼロ」という地政学的な激動期にあり、わが国は個人の自由と法の秩序を尊重する民主主義国家として国際協調の下で、支援の隙間を作らないよう、他国・国際機関等と協働して世界及び日本の安全保障を確保するための確固とした対応をしていくことが必要である。

日本は、過去20年にわたり、感染症分野、保健システム強化、UHC、健康危機対応の分野で、国際的なグローバルヘルスの議論を主導しつつ、国際協力においても、強靱な保健システム強化に対する支援において実績を積んできた。安定した社会サービス提供の実現は平和構築にも通じるものであり、経済成長に先立ち国民皆保険制度を導入し世界でトップクラスの健康長寿国となった実績、ノーベル賞受賞者を相当数輩出してきた研究開発力等に鑑みれば、日本は、「人間の安全保障」という外交理念の下、グローバルヘルスにおいてさらなるリーダーシップを発揮する潜在力を有する国である。翻って、政府開発援助(ODA)のさらなる推進は日本の国家安全保障にも直結するものである。

日本のODAは、G7諸国では突出して、インフラ、エネルギー、そして水・衛生分野の支援の比率が高い。しかし、日本が強みとするインフラ支援でさえ、健康安全保障が確保されない中では滞ってしまう。国の所得水準にかかわらず世界共通の課題となった健康危機の再来に備えるためにも、今こそわが国は、保健分野に格段の重点を移しながら、グローバルヘルス全体を見直しつつ、日本のODA全体の戦略的なあり方を再検討することが必要である。

そのため、「保健分野のODAのあり方を考える特別委員会」(趣旨、メンバーは別紙参照)は、政府全体のグローバルヘルスの戦略に適切に盛り込まれるよう、以下の6つの提言を行う。具体的には、2013年に関係閣僚間で決定された「国際保健外交戦略」、及び2015年に「開発協力大綱」の保健分野の課題別政策として策定され、健康・医療戦略推進本部(本部長:内閣総理大臣、構成員:全閣僚)で決定された「平和と健康のための基本方針」の改定に本提言の内容が反映され、グローバルヘルス全体の戦略の下で、本提言内容が着実に推進されることを求める。

提言 1：司令塔機能の明確化、強化

【現状と課題】 パンデミックを再び引き起こさない国際・地域システムを構築する過程で日本がリーダーシップを発揮するためには、戦略策定機能を有する司令塔機能が不可欠となる。対外経済協力の戦略策定及び実施を推進する閣僚会議としては、総理をトップとする対外経済協力関係閣僚会議（1988～2006年）、海外経済協力会議（2006～11年）が官邸に設けられたが、2011年に民主党政権下で国家戦略会議が設置されたことで、海外経済協力会議は廃止された。国際保健分野の政策については、2013年に「国際保健外交戦略」が外務省により策定され、2015年9月には、途上国、新興国を含む世界の保健課題に一層貢献すべく、省庁を超えた政策として「平和と健康のための基本方針」が健康・医療戦略推進本部（本部長：安倍晋三首相（当時））で策定され、これを機に保健 ODA を含むグローバルヘルス戦略策定機能が外務省から内閣官房に形式上移行した。しかし、健康・医療戦略推進本部及びその事務局である内閣官房健康・医療戦略室の対外政策は日本企業や医療機関等の国際展開を主眼としており、ODA に関わる施策の調整業務は所管していないことから、保健 ODA に関わる意思決定・統率機能の所在は不明瞭な状況が続いている。

【提言】 より柔軟かつ適切にグローバルな変化に対応できるよう、政府内における ODA 全体に関する内閣としての司令塔を総理主宰の閣僚レベルの意思決定の場として再構築、強化する。また、その一環として、以下の機能を備えた保健 ODA を含むグローバルヘルス全体の司令塔を明確化、強化し、その下で既存の戦略や方針を整理の上で、グローバルヘルスに関する戦略を策定し、その実施を推進することで、国際的に求められるパートナーとなる。

- グローバルヘルス全体の司令塔の下で、後述する「戦略的」選択と集中に掲げる分野における保健 ODA を始めとしたグローバルヘルス戦略を策定・推進するため、内閣官房を含む既存の組織体や仕組みと整理の上、外務省、厚生労働省（厚労省）、財務省、経済産業省（経産省）、国際協力機構（JICA）、日本医療研究開発機構（AMED）の局長級の協議会（「グローバルヘルス戦略協議会（仮称）」）を設置し、国際機関幹部経験者等、当該分野に十分な知見、経験、能力、人脈等を持った省庁や官民を超えた有為な人材を事務局長に据え、一定期間継続的に任に当たる。
- 「平和と健康のための基本方針」が健康・医療戦略推進本部において定められていることを踏まえれば、「グローバルヘルス戦略協議会（仮称）」は、健康・医療戦略推進本部の下に置くことが適当と思われる。なお、同協議会の事務局に関しては、外務省、厚労省、財務省等からの実員配置を行うなど、実効性に十分留意するものとする。
- 上記協議会の下に、アカデミア、非政府組織（NGO）、製薬・医療機器企業等の産業界等も政策形成に参画できるよう、官民の交流の仕組み（例えば、「官民グローバルヘルスプラットフォーム（仮称）」）を整備する。
- 司令塔機能における意思決定及び保健 ODA に関する関係機関から実施現場（在外公館、JICA 現地事務所、NGO 現地拠点等）に至る双方向のコミュニケーション・ラインを明

確化、制度化すると共に、重点国・地域における適材適所の実施体制を強化する。

また、上述のグローバルヘルス全体の司令塔機能を明確化・強化する上で必要とされる以下のような国内の体制整備を強化する。人材育成及び国内のマルチステークホルダー連携強化については、ODA 予算の一定割合を用いる。

- 省庁のグローバルヘルス協力を携わる人材の育成・増強、NGO 等「民」との間の「リボリング・ドア方式」を含む人材育成・交流を行う。
- 政府にとって重要なパートナーとしての NGO の強化、活用等を行う。
- 司令塔の戦略策定機能を支えるために、協議会や事務局に技術的助言を提供する人材を配置すると共に、NGO を含む外部有識者・シンクタンクを積極的に活用し、主要分野毎に専門作業部会を適宜組織する。
- 感染症危機時の機動的な緊急人道支援派遣に備え、平時から、防衛省医官を含め、官民幅広い有為人材のネットワーク構築、人材育成、訓練等を行う。また、国際緊急人道支援の現場経験を有する国際機関邦人職員との知見の共有を推進する。
- 省庁の IT/通信環境・情報発信機能を改善する。

提言 2：新たなグローバルヘルスの貢献目標の設定

【現状と課題】「2019 年版開発協力白書」によれば、日本の政府開発援助（ODA）の 2018 年の支出総額（グロス）は約 172.5 億ドル（約 1 兆 9,051 億円）で、米国、ドイツ、英国に次ぐ世界 4 位である。二国間援助のうち有償資金協力の比率が G7 諸国では比較的高く、したがって分野別では、有償資金協力が例年 9 割程度を占めるインフラとエネルギーの割合が高いことが日本の ODA の特徴である。経済開発協力機構（OECD）開発援助委員会（DAC）が公表している統計によれば、保健 ODA の 2018 年の支出総額は 9.3 億ドル（1,027 億円）で、G7 の中では米国、英国、ドイツに次ぐ 4 位である。但し、ODA 総額に占める割合は例年 5% 程度と低く（5.4%、2018 年）、G7 各国の保健 ODA の支出実額を踏まえた G7 加重平均（21.4%、2018 年）ではその 4 分の 1 程度、単純平均（12.2%、2018 年）でもその半分に満たない。

【提言】今後 5 年間で、「官民」双方を合わせて資金量を倍増することを目指す。まずは「官」（ODA）が先導して倍増した上で、グローバルヘルス分野における民間の動向を把握し、民間資金の特性を踏まえつつ、官民が連動してグローバルヘルスへの貢献を高める。このために、民間のリソースがどの程度グローバルヘルスに向けられているのか把握する方策を検討する。

貢献目標の設定に当たっては、未来のありたい姿を描き、そこに到達するまでのストーリーを基にして事業を計画する手法である“Future Back Approach”の考え方に立ち、需要分析等

を行うことで将来の成果目標を明確にし、グローバルヘルスに関する戦略を策定した上で、それに向けた「官」および「民」の資金投入額を設定する。

具体的には、多国間援助（マルチ）支援額の増額と、当事国政府による保健財政改革に資する政策対話型の円借款等の二国間援助（バイ）協力を戦略的に強化し、被援助国政府の保健政策（戦略）の高度化、効率化への貢献を大幅に拡充する。

提言3：「戦略的」選択と集中

【現状と課題】 従来の ODA 評価は事業評価が主流であり、課題やテーマ別評価は、同一テーマについて定期的に評価するような形式では行われてはいない。より効果的な ODA の活用のためには、バイ・マルチ合わせた課題ごとのインパクトを評価した上で、国内政策上の優先順位を踏まえ、その用途を決定することが求められる。その際、多額の民間資金が低・中所得国に流れていること、支援対象国の自立的発展に向けた国内資金動員が後押しされていること等を踏まえ、低・中所得国の開発を主たる目的とする ODA を、様々な資源を動員するための触媒として活かしていくことが求められる。

【提言】 二国間外交上の優先度や国家安全保障・経済安全保障への貢献、日本の研究開発やデジタル・イノベーション／医療・バイオ系ベンチャー企業を含む自国産業による国際協力の可能性の観点も考慮した上で、以下のような貢献を目指す。

- 各国の持続可能な保健財政の実現を含む保健政策の改革、母子保健をはじめ予防医療・ヘルスプロモーションを含むプライマリ・ヘルス・ケア（PHC）を基盤とした UHC の推進に直結する貢献
- 市場の原理に任せられない国際公共材への貢献
- エビデンスに基づいた投資対効果の高い活動への貢献

また、将来の人口構造の変化や NCDs による疾病負荷の増大、市場としての開拓の可能性を考慮し、アフリカ諸国等の低所得国に加え、ASEAN 諸国等も含む中所得国への ODA を含むグローバルヘルス戦略を強化する。

提言4：マルチとバイの連携強化

【現状と課題】 国際機関連携無償資金協力などのスキームを通じて二国間（バイ）・多国間援助（マルチ）の連携が推進されてきた一方、現場レベルにおける両者の連携への取組みは十分とは言えない。また、世界エイズ・結核・マラリア対策基金（グローバルファンド）や世界銀行（世銀）、世界保健機関（WHO）、国際連合児童基金（UNICEF）等、拠出額でドナーの上位に位置する国際機関に対しては、理事会を通じて意思決定への積極的な関与を図ってきているものの、日本の理事は人事異動に伴う交代が頻繁なことから、各機関幹部や諸外国理事から認知されにくく、実質的に議論に貢献できない課題がある。また、所掌省庁が分かれており、省庁を超えて全体の戦略を検討する体制や現地で活動する専門家との連携が十分にとられていない。限られた資源を最大限活用する観点においては、バイ・マルチの連携を強化し、より相乗効果の高い援助を実現する必要がある。

【提言】 二国間援助にあたっては、案件形成に先立ち、相手国政府及びマルチを含む開発パートナーとの意見交換や政策協議を実施する体制（人員含む）を強化することにより、わが国としてのバイ・マルチを通じた援助の戦略的一貫性をさらに高め、成果を効率的に向上させる。

多国間援助にあたっては、国際機関への出資・増資の検討に先んじて、わが国として獲得すべき政策目標を戦略的に設定し、以下を推進することで、各機関の運営・戦略・資金計画への関与を強化する。

- 理事会等の重要なガバナンス会合へ積極的に参加する（作業グループへの参加、議長職を含め会議の役員務める等）。
- ガバナンス会合への貢献を高めるために、市民社会やアカデミアとの連携・対話を含む国内体制を整備する。
- マルチ機関トップとの政策対話、意思疎通の強化を通じ、国際機関の政策・戦略に日本の立場を反映させるよう努める。
- 国益の観点から、マルチ機関との相互理解を深め、定期的にマルチ機関を評価して将来の対応に反映する。
- 国レベルにおけるマルチ機関との対話・協調を大幅に増強する。そのために現地 ODA 案件形成・実施体制に関する所要の改革（権限移譲、人材強化など）を進める。

さらに、個別国におけるマルチとバイの投資による相乗効果、インパクトを最大化するため、一貫した戦略の下にマルチ・バイ双方の資金や専門性を最大限レバレッジする連携を以下の通り強化する。

- プログラム形成の初期段階からマルチを通じて関与する。
- プロジェクトの実施におけるマルチ・バイの双方向の対話・進捗評価を強化する。

- マルチ機関と協調して、保健政策および保健システム強化支援を関連付けた戦略的技術協力を実施する。
- 関連する国内人材の育成及び配置を中長期的視点に立って強化する。
- 個別国の状況を踏まえ、マルチ・バイの有する強みを生かした効果的な支援となるように、バイ活動の改善・強化を推進する。

提言 5：国内外 NGO 等とのパートナーシップ強化

【現状と課題】 誰一人取り残さないことを理念とする SDGs の時代において、幅広いステークホルダーの参画とパートナーシップが不可欠であるとの認識はより強固になった。特に、草の根レベルでの事業実施に加え、国際機関のガバナンスへの参画、医薬品開発と平等なアクセスを実現するメカニズムの構築、新たな課題を提示するアジェンダ設定等、市民社会組織 (CSO) の役割の幅と重要性はますます深化している。さらに、COVID-19 流行下においては、移動制限等に伴う基礎的保健医療サービスや食料へのアクセスの遮断により、今後、低・中所得国において、5 歳未満の子どもや妊産婦の死亡が増加するとの推定も公表されており、脆弱層を対象に必須基礎的保健医療サービスへのアクセス改善に継続的に取り組んでいる現地 NGO に対する支援は重要性を増している。しかしながら、日本の ODA 全体に占める国内外 NGO 経由の支援割合は 1.8% (2016-17 年実績) と G7 諸国で最も低く、開発援助委員会 (DAC) 平均 (14.7%) の 10 分の 1 程度に過ぎない。

【提言】 NGO、CSO が果たす役割の多様性、各組織の自律性を踏まえた意見交換や対話を促進し、グローバルヘルス戦略や関連政策策定過程、並びに ODA 案件の形成・実施過程において、国内外の NGO 等とのパートナーシップを強化する。また、日本の NGO が国際協力の活動主体となるために、その人材育成・能力の速やかな強化を全面支援する。

事業の形成と実施にあたっては、NGO の提案による事業を拡充し、さらに NGO を介する支援額が少ないボトルネックを分析した上で、拡大のために具体的な手立てを講じる。とりわけ、社会開発系の事業を主流化するとともに、NGO の参入を阻む ODA 本体事業の諸課題の解決を図る。その際、組織規模や事業実施形態に応じた柔軟な案件形成を後押しすると同時に、特に、資金調達力など確たる財務基盤や専門性のある団体等については、NGO を別扱いにする現行制度を見直し、よりスケールの大きな事業や国際的な仕組み構築を可能とし、また JICA を含む他の実施主体と同等に扱うこととする。加えて、社会起業家、地方自治体、等の参入も奨励する。また、JICA は案件形成・実施段階において積極的な NGO への委託や共同実施等を通じ、より一層 NGO と連携する。

加えて、現地 NGO は、必須基礎的保健医療サービスへのアクセス改善や予防活動に継続的に取り組み、脆弱層をターゲットに高い援助効果をあげていることを踏まえ、現地 NGO 案件が

相手国政府からの要請に含まれなくても日本として支援する仕組みを拡大するとともに、現地 NGO と日本の NGO との連携を強化する。

提言 6：グローバルヘルスの変化に応える革新的人材の育成強化

【現状と課題】 2017年9月、産官学協働による循環型キャリア文化の確立を提言した「国際保健人材養成ビジョン」を受け、国立国際医療研究センター（NCGM）内にグローバルヘルス人材戦略センターが設置された。国際保健人材を国連機関に送り出す活動を実施しており、若手人材の送り出しには一定程度の成果を上げてきた一方、シニアレベルへの戦略的な人材の送り込みはいまだ限定的である。また、より多様な専門性と職務経験を持つグローバルヘルス人材の必要性が認識されているが、現状のキャリアパスは硬直化しており、セクターやバックグラウンドを超えたダイナミックな形で人材のリボルビング・ドアには程遠い状況となっている。さらに、保健課題の多様化や政策支援ニーズの高まり等を受け、保健分野専門家に求められる能力が多様化しているにもかかわらず、既存の専門家に対する能力強化や技術習得の機会に限られており、多様な専門家を発掘・育成するメカニズムや、アカデミアの専門家との連携も不十分である。

【提言】 国際機関への日本人の送り込み強化に向けては、人材育成・強化のための中期計画を策定し、既存の「グローバルヘルス人材戦略センター」及び「国際機関人事センター」の機能を特に幹部人材の発掘と送り込みに向けてさらに拡充する。同中期計画においては、日本が重視する国際機関のトップ・幹部ポストの獲得のため、適性のある優秀な候補者を中長期的に育成する他、実務面の中心である中堅職員数を増加するため、自発的抛出と組み合わせた政府負担での派遣（シニア専門職 [SPO] の設置）を検討し、国際機関へのインターンに対する支援等を実施する。その際、非医療系のポストも多いことを踏まえ、職種を限定せずに、アカデミア、シンクタンク、産業界、NGO 等の国際人材を育成、強化する。

また、グローバルヘルスに関わる組織・職種の多様性を踏まえ、行政、国際機関、アカデミア、産業界、NGO 等のセクター及び職種を超えた人材育成・交流、「止まり木」の仕組み等の支援体制を整備し、循環型のキャリア形成を後押しする。規範設定の専門家会合へのアカデミアや産業界、NGO 等からの参加も促進するとともに、海外・外資企業マネージャー等の国際ビジネスリーダーのキャリアシフトを促進する。

補論

1. グローバルヘルスの過去 20 年の展開とコロナ禍の出現

官民連携による保健専門機関の出現とグローバルな取り組みの拡充：1990 年代半ば頃から、HIV/エイズの世界的な感染拡大に対する危機感が強まり、保健課題に対するグローバルな取り組みの必要性が認識されるようになった。2000 年 9 月に採択されたミレニアム開発目標 (MDGs) では保健に関わる目標が 3 つ設定されるとともに、時期を同じくして、Gavi ワクチン・アライアンス (Gavi) (2000 年) や世界エイズ・結核・マラリア対策基金 (グローバルファンド) (2002 年) 等、官民パートナーシップを基盤とする感染症対策の資金提供機関が国連システムの外に設立されたこともあり、保健分野の援助資金規模は急速に拡大した¹。加えて、「援助効果向上にかかるパリ宣言 (2005 年)」により、被援助国のオーナーシップに基づく援助協調が一層推進されることとなった¹。

保健システム強化、UHC アドボカシーの興隆：感染症対策資金の拡大と並行して、日本関係者の強力なアドボカシーもあり、保健システム強化の必要性に対する認識が高まりⁱⁱ、加えて、開発資金国際会議の議論も受けてⁱⁱⁱ、国内資金動員とその効果的な活用による持続可能な保健財政に関心が向けられるようになった^{iv}。特に、医療費の自己負担による貧困リスクに対する注目が高まり、2015 年、「持続可能な開発目標 (SDGs)」が策定されるプロセスで「ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ (UHC)」²が国際的な共通目標として位置づけられた^v。

保健専門機関と国際開発金融機関との連携萌芽：「保健への投資に関するランセット・コミッション」の報告書 (2013 年)^{vi}で「保健分野への支出は消費ではなく投資」という哲学が提唱され、さらに 2018 年に「人的資本指標」が発表されたことで^{vii}、世銀を中心とした国際開発金融機関において保健課題が一層主流化した。2014 年、西アフリカにおけるエボラ熱流行を受け、世界保健機関 (WHO) に緊急対応基金 (CFE) 及び世銀にパンデミック緊急ファシリティ (PEF) が、2015 年には、MDGs の残された課題の一つとされる母子保健分野に世銀の資金等を動員するメカニズムとしてグローバル・ファイナンス・ファシリティ (GFF) が設立された。2017 年以降、WHO・世銀連携の下で UHC フォーラムが隔年開催されるようになり、定期的に UHC 進捗評価報告書^{viii}が発表されている。各国における保健財政の効果的・効率的な運用のため、保健当局と財務当局の緊密な連携の必要性についての認知も

¹ Institute of Health Metrics and Evaluation (IHME) <https://vizhub.healthdata.org/fgh/>によれば、2000 年に年間 120 億ドルであった保健分野の開発協力資金 (DAH) は、2015 年に 380 億ドルまで増加した。

² すべての人が適切な予防、治療、リハビリなど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 (Universal Health Coverage: Supporting Country Needs. World Health Organization (WHO); 2013.による定義。)

次第に広まり、2019年G20大阪サミットに合わせて初の財務・保健大臣合同会合が開催された^{ix}。

SDGs 時代における非国家アクターの役割の顕在化：誰一人取り残さないことを理念とするSDGの時代において、幅広いステークホルダーの参画とパートナーシップが不可欠であるとの認識はより強固になった。特に、NGOについては、草の根レベルでの事業実施に加え、国際機関のガバナンスへの参画、医薬品開発と平等なアクセスを実現するメカニズムの構築、新たな課題を提示するアジェンダ設定等、CSOの役割の幅と重要性はますます深化している。企業による社会課題解決への貢献に対する関心も高まっており、保健医療分野をはじめ、ICT、物流、金融、資源などの非保健分野の企業なども、低・中所得国の保健医療課題解決に資する製品開発や社会貢献事業、ソーシャルビジネス等に取り組む例が多々出てきている。さらに、ビル&メリンダ・ゲイツ財団（ゲイツ財団）、ロックフェラー財団をはじめとする民間財団が資金力と専門性を兼ね備え、グローバルヘルスのガバナンスに大きな影響力を持つようになってきている。

UHCの進捗状況と課題：グローバルヘルス分野の取り組みの拡充にも関わらず、保健・医療サービスのカバレッジの達成状況は地域間で大きなギャップが残されている。アフリカでは、2000年に国家予算の15%を保健に投資するとした「アブジャ宣言」が採択されたが、ほとんどの国がこの目標を達成できておらず、国民の自己負担比率も高い³。加えて、多く国の保健システムが将来的な非感染性疾患の負担増とそれに伴う人口の健康ニーズの変化に追いついていないことも示唆されている^x。WHOの試算では、2030年までに低・中所得国でUHCを実現するために必要な資金は年間3,710億ドルとされており、必要な援助資金は年間540億ドルに上る^{xi}。2019年には、国連総会でUHCに関するハイレベル会合が開催され、UHC達成に向けてその進捗を一層加速することについて全国連加盟国の首脳が合意した。

新型コロナ禍の持つ意味：2019年末、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）が発生した。COVID-19による低・中所得国の保健システム全体への影響および経済社会全般に亘る影響は極めて甚大であり、貧困層を増大させ、これまでのグローバルヘルスの進展を後退させるリスクをもたらしつつある^{4xii}。移動制限等に伴う基礎的保健医療サービスや食料へのアクセスの遮断により、今後118の低・中所得国において、5歳未満の子どもの死亡が1か月あたり9.8~44.7%、妊産婦死亡が8.3~38.6%増加するとの推定も公表されている^{4xiii}。開発協力資金のニーズが増える一方で援助資金の増大は見込めず、資金ギャップが一層拡大することが見込まれる。

³ WHOの推計（2019年）によれば、9.3億人以上（世界人口の12%）が家計の10%を保健医療に充てており、1億人が毎年、医療費の支払いのために極度の貧困に陥っている。

⁴ 「2020年ゴールキーパー・レポート」では保健指標評価研究所（IHME）の統計に基づき、2020年のワクチン接種率が1990年代以来の低水準となっており、約25週間で約25年も後退してしまったと分析されている。

新たな国際協調の必要性：COVID-19の世界的流行により、感染症に対する国際協調体制、特にワクチンを含む医薬品の研究・開発・公平なアクセスを担保するメカニズムの整備が不十分であることが明らかになった^{xiv}。2020年4月には「Access to COVID-19 Tools Accelerator (ACT アクセラレーター)」⁵が発足し^{xv}、新型コロナウイルスワクチンを共同調達する「COVAX ファシリティ」が立ち上げられた^{xvi}。さらに同年5月のWHO総会でも同様の問題意識が共有され、COVID-19へのワクチン、検査薬、治療薬を国際公共財とするためのイニシアチブ「新型コロナウイルス・テクノロジー・アクセス・プール (C-TAP)」が発足した^{xvii}。今後1年間でACTアクセラレーターが必要としている資金は380億ドルと算出されており、各国内での景気刺激策の一環として主要国が協調して国際的な支援を強化することが求められている⁶。

2030年に向けて：2030年、世界人口は現在の78.0億人から85.5億人に増加し、2050年までに6人に1人が高齢者^{xviii}となることが推計されている。低栄養と肥満の栄養不良の二重負荷、非感染性疾患による疾病負荷が急速に高まり^{xix}、医療・介護サービス需要の増加も予想される。一方、サハラ以南アフリカでは、MDGsからSDGsに引き継がれた課題の進捗に大きなギャップが残ることが予想されている⁷。さらに、人の移動に伴う感染症蔓延のリスクも引き続き高まり、ベクター媒介感染症や人獣共通感染症の拡大によって、COVID-19以上の感染力、強毒性を持つ未知の感染症が流行する可能性もある。気候変動の進行による自然災害の増加、食糧生産減少リスクの増大、それに伴う生産年齢人口の都市部への流出^{xx}、大気汚染による健康への影響、安全な水の不足など、健康課題の多様化、複雑化も懸念される。

今後求められる対応、パートナーシップ：自国ならびに地球規模の健康安全保障を確保するためには、世界中すべての国が強靱で包摂的な保健システムを持つことが必要条件である。一人当たり国民所得が日本の10分の1以下にすぎない低・中所得国でUHC達成が財源面でいかに難題であるかを十分理解した上で、個別国の現状分析と改革のタイムラインを十分考慮して、保健ODAを拡充し、「平和国家」として地球規模の健康安全保障という国際益に積極的に貢献すべきである。次なる感染症への備えを強化すると共に、コロナ後の世界で保健に関わるSDGs達成に向けた進捗を軌道に戻すためには、行政、国際機関、企業、CSO、アカデミアの参画による新たな国際協調のあり方を模索する必要がある。また、限られたリソースを最大限活用する観点においては、保健システムおよびサービス提供のあり方を根本的に見直

⁵ 新型コロナウイルス対策の新たなツール（ワクチン・治療薬・診断薬）の開発と公平なアクセスを加速させる国際協調の枠組み。WHO、フランス、欧州委員会、ゲイツ財団の主導の下、発足した。

⁶ ACT アクセラレーター投資計画書によると、同金額はG20諸国が国内の経済刺激策に計上している予算の1%に満たないとして、G20各国が景気刺激策予算の1%、最低でも0.34%をACTアクセラレーターに資金を投じることへの期待が示されている（“ACT Accelerator: An economic investment case & financing requirements- September 2020 – December 2021.” WHO;2020）。

⁷ IHME <https://vizhub.healthdata.org/fgh/>によれば、2030年時点で、SDGsの5歳未満の子どもの死亡率に関する目標を達成できない国の95%、妊産婦死亡率の目標を達成できない国の88%がサハラ以南アフリカ地域の国々になると推測されている。

すことで効率を大幅に引き上げるとともに、国際機関と二国間開発協力機関がより相乗効果の高い連携を強化する必要がある。

2. 日本の保健 ODA の実態と課題

日本政府における ODA 及び保健 ODA の意思決定・推進体制

1988 年以降、対外経済協力の戦略策定及び実施を推進する閣僚会議としては、総理をトップとする対外経済協力関係閣僚会議（1988～2006 年）、海外経済協力会議（2006～11 年）が官邸に設けられたが、2011 年に民主党政権下で国家戦略会議が設置されたことで、海外経済協力会議は廃止された。東日本大震災後、日本の復興及び経済再生が我が国の最優先課題となり、日本の成長戦略の下で ODA の戦略も議論される傾向が強まった^{xxi}。2015 年に閣議決定された「開発協力大綱」では、開発協力が国益の確保にとって不可欠のものであると明記され、特に官民・自治体連携を通じて民間部門主導の成長を促進することで開発途上国の経済発展を推進し、日本経済の力強い成長にも繋がるものと位置づけられた^{xxii}。

保健に対する支援では、1990 年代には地球規模課題として人口問題・エイズ対策を推進し、2000 年以降は、国際的な政策協議の場で感染症対策、保健システム強化、UHC 推進に関する議論を主導してきた。それに伴い政府内に保健課題を所掌する部署が設置され⁸、外務省と保健分野 NGO との連絡会が隔月で開催されている他、JICA には人間開発部が設置され、保健の専門性を持つ多数の職員⁹を擁している。さらに、2010 年には「新国際保健政策 2011-2015」、2013 年には「国際保健外交戦略」が策定され^{xxiii}、「グローバルヘルスが」外交の重要課題として位置づけられた¹⁰。2015 年 9 月には、省庁を超えた政策として「平和と健康のための基本方針」が健康・医療戦略推進本部（本部長：安倍晋三首相（当時））で策定されており^{xxiv}、これを機に保健 ODA 戦略策定機能が外務省から内閣官房に形式上移行した。しかし、健康・医療戦略推進本部及びその事務局である内閣官房健康・医療戦略室は日本企業や医療機関等の国

⁸ 外務省の国際協力局地球規模課題審議官組織に国際保健政策室（2011 年）、厚労省大臣官房国際課に国際協力室（2001 年、2016 年に国際保健・協力室に改称）を設置した他、2016 年から外務省国際保健政策室長と厚労省国際協力室長のたすきがけ人事が導入されている。財務省には、2018 年から国際局開発政策課に国際保健専門官が配置されている。JICA には 2004 年の本部組織の改革の際に、国別アプローチと課題別アプローチ体制を整備し、案件発掘・形成機能および課題対応力を強化することを目指し、保健医療、教育・職業訓練、社会福祉、などの課題を専門とする「人間開発部」が設置されている。

⁹ JICA 人間開発部の調べによると、2020 年 3 月時点で、人間開発部の保健グループ職員および保健医療分野の国際協力専門員の合計は 37 人（事務専門の派遣スタッフおよび会社契約のインハウスコンサルタントは含まない）、うち保健医療分野の国家資格保有者（医師、保健師、助産師、看護師、作業療法士のいずれか）は 12 人、保健医療・公衆衛生に関連する修士号以上の学位を取得している者は 23 人、保健医療分野の中でも特に医療制度・医療財政について知見を有している者（関連する国・地方・政府専門機関等での行政経験がある、または、大学または大学院で関連のコースを履修した、または、関連する短期のコースを履修しかつ関連する事業を担当した、のいずれかに該当する者）は 26 人いる。

¹⁰ 2013 年 6 月 2 日に、第 5 回アフリカ開発会議（TICADV）の一イベントとして開催された「人間の安全保障シンポジウム」の挨拶で、安倍晋三内閣総理大臣（当時）が「安倍外交の重要な課題として国際保健を位置づけることといたしました」と述べた。<https://www.mofa.go.jp/mofaj/files/000005594.pdf>（2020 年 10 月 23 日アクセス）

際展開を主眼としており、ODA に関わる施策の調整業務は所管していない¹¹ことから、保健 ODA に関わる意思決定・統率機能の所在は不明瞭な状況が続いている。

日本の ODA 及び保健 ODA の実績¹² (図 1、2、3 参照)

日本の政府開発援助 (ODA) の 2018 年の支出総額 (グロス) は約 172.5 億ドル (1 兆 9,051 億円) で¹³、米国、ドイツ、英国に次ぐ世界 4 位である。二国間援助のうち有償資金協力の比率が G7 諸国では比較的高く、したがって分野別では、有償資金協力が例年 9 割程度を占めるインフラとエネルギーの割合が高いことが日本の ODA の特徴である。多国間援助の割合は 20%程度で、G7 の中では米国に次いで低い。2016-17 年の実績で、ODA に占める国内外の NGO 経由の支援割合は 1.8%で、G7 諸国で最も低く、DAC 平均 (14.7%) の 1 割強に過ぎない^{xv}。

保健 ODA の 2018 年の支出総額は 9.3 億ドル (1,027 億円) で、G7 の中では米国、英国、ドイツに次ぐ 4 位である。但し、ODA 総額に占める割合は例年 5%程度と低く (5.4%, 2018 年)、G7 諸国の保健 ODA の貢献額を踏まえた G7 加重平均 (21.4%, 2018 年) ではその 4 分の 1 程度、単純平均 (12.2%, 2018 年) でもその半分に満たない。このうち 6~7 割を多国間援助が占め、その割合は支出総額で上位を占める米国、英国、ドイツより大きい。保健における支援分野では、保健政策と感染症 (マラリア・結核・性感染症以外) の占める割合が例年大きい (2018 年それぞれ 13.9%、15.7%)。また、保健分野には分類されないものの、水・衛生分野の支援額は 2018 年実績で 13 億 2,962 万ドル (7.7%) となっており、例年 G7 の中で金額・ODA 総額に占める割合共に最も大きい (金額では次いでドイツ 12 億 9,223 万ドル [4.5%]、フランス 9 億 5,291 万ドル [6.2%]、英国 6 億 6,528 万ドル [3.4%])。

¹¹ 健康・医療戦略推進本部の設置根拠法となる健康・医療戦略推進法によれば、同本部のマンデートは、健康・医療に関する先端的研究開発及び新産業創出によって日本経済の成長を促すこととなっている。海外における産業活動の展開については、海外における医療の質の向上にも寄与しつつ、日本経済の成長に資することが最終目的となっている。

¹² OECD/DAC のデータに基づき野村周平 慶應義塾大学医学部特任准教授が作成したデータに基づく。本提言内で記載する ODA 実績は、支出総額 (グロス) である。

¹³ 「2019 年版開発協力白書」による。

図1. G7の主要分野別 ODA シェアの比較 (2018年)

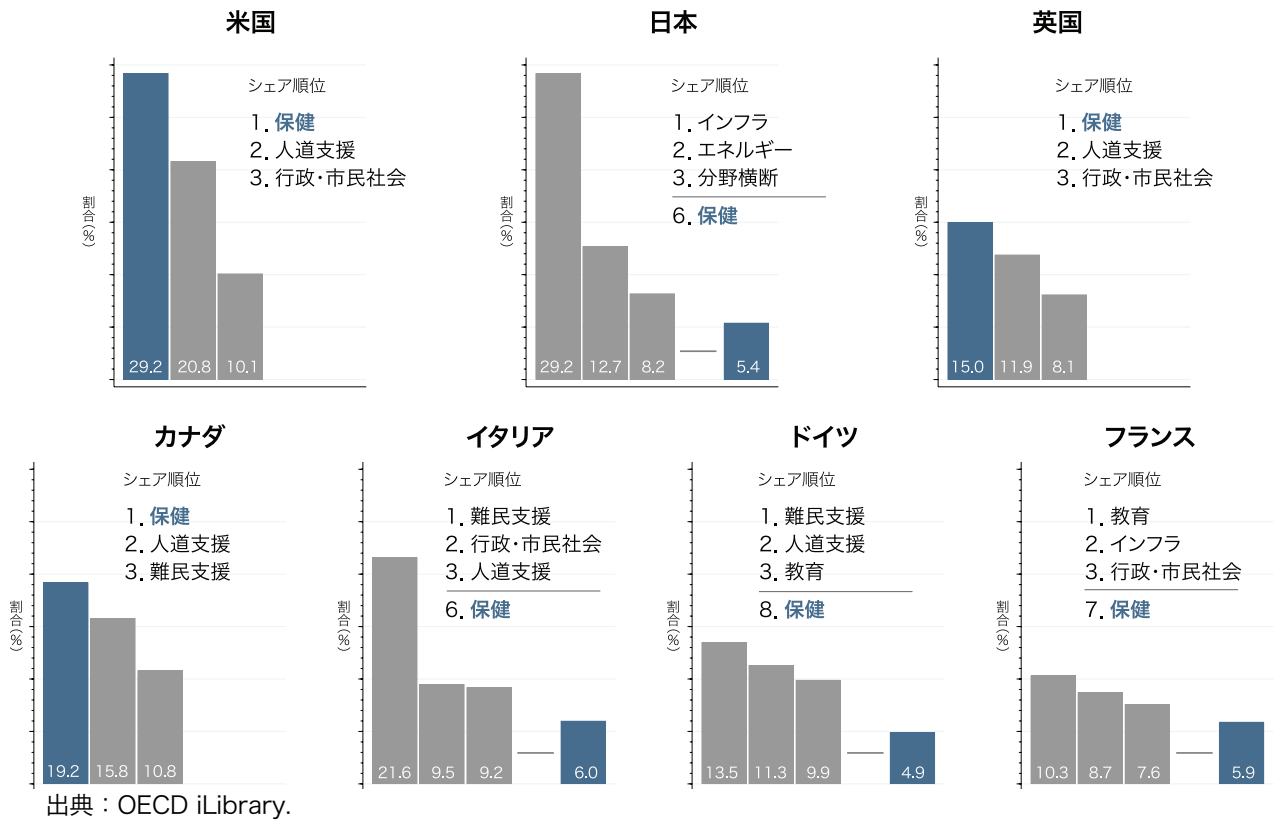
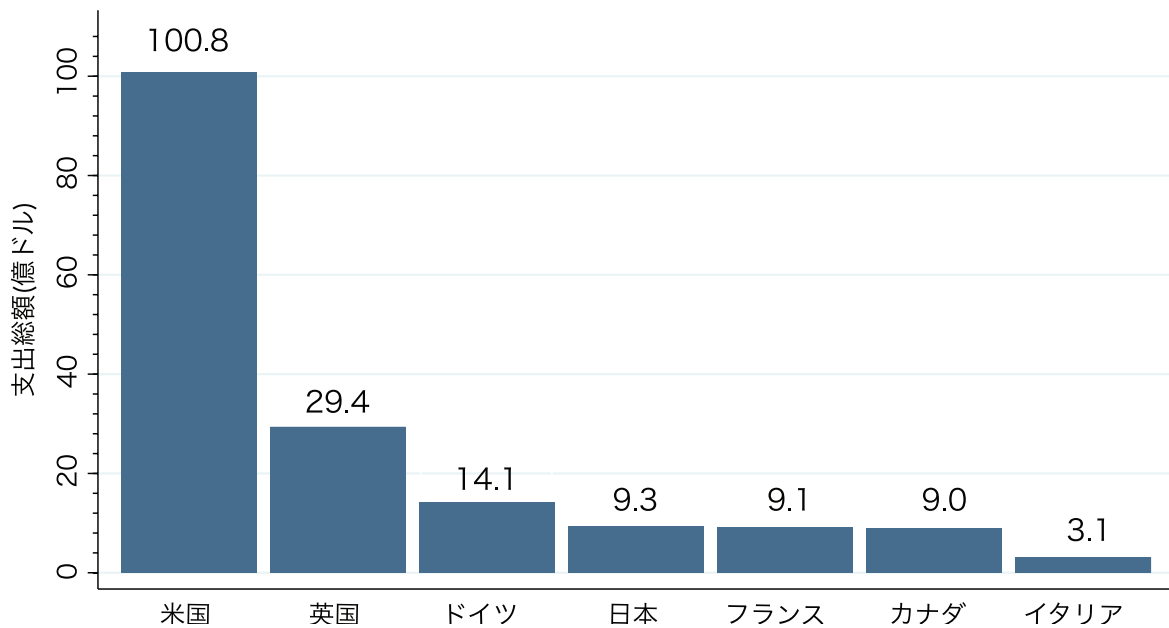
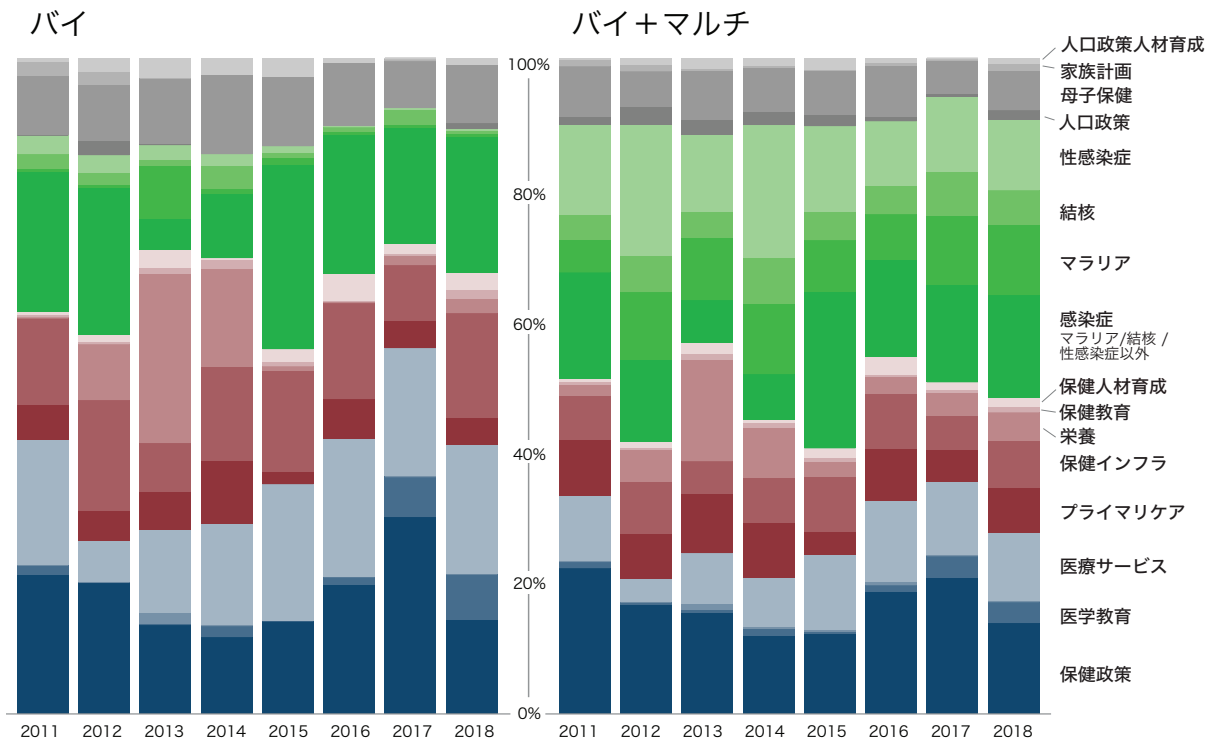


図2. G7の保健 ODA の拠出額 (2018年)



出典：OECD iLibrary.

図 3. 日本の保健分野の二国間援助（バイ）、二国間援助（バイ）＋多国間援助（マルチ）の支援分野別割合（2011-18年）



※OECD 統計に基づく分類(例：保健分野=統計コード 120+130)、出典：OECD iLibrary.

保健 ODA の傾向と課題

1) 二国間援助

日本の二国間保健 ODA は比較的小規模の無償資金協力や技術協力が中心であり、分野としては、感染症（マラリア・結核・性感染症以外）と医療施設や資機材等の医療サービスが多く（20.8%、19.6%，2018年）、次いで地域レベルの保健インフラと UHC 達成に向けた制度構築を支援する保健政策が多い（15.98%、14.4%，2018年）。

持続的な UHC の実現には人材・制度上の能力構築が不可欠である。2015 年以降、数カ国で開発政策借款が実施されるようになったが¹⁴、今後さらに、相手国の経済・財政状況や課題の整理、それに基づく相手国政府ならびに国際機関や他の二国間援助機関との継続的な政策対話を通じた協調支援の検討が必要である。低・中所得国では策定された計画を、保健医療施設

¹⁴ UHC を達成するために必要な保健医療サービス提供能力や保健財政制度・医療保障制度の強化に関して、実施すべき政策アクション（例：医療施設認証基準の整備、健康保険事務コンピューターシステムの導入など）を二国間の政策対話を通じて合意し、それらの政策アクションが達成されたら借款資金を供与する仕組み。ケニアやセネガルで実施済み・実施中であるほか、そのほかの国においても実施が検討されている。開発政策借款が実施された 2017 年の保健政策分野の支援実績は保健分野 ODA に占める比率が 30%と、支援分野の中で最も多かった。

やコミュニティ、地方政府といった現場で実施する能力が十分でないことが多い。日本は、地方政府やコミュニティレベルでの技術協力支援を強みとしてきたが¹⁵、今後は、開発政策借款をレバレッジとした中央政府（保健省および財務省）との政策対話型協力を一層拡充し、裨益者に近い現場で政策を実施するための技術協力・資金協力等もより強化して組み合わせることで、日本ならではの支援のあり方を示すことが重要である¹⁶。

加えて、UHC 実現のためには脆弱層の基礎的保健サービスへのアクセス改善に寄与する PHC の進展が必須である。現状も地方やへき地でのサービス提供強化に明示的に焦点を当てた支援を実施している¹⁷。今後さらに戦略策定及び案件形成のプロセスで国内外の市民社会との対話や意見交換を強化するとともに、脆弱層のエンパワメントに資する市民社会団体及びそのネットワーク組織との連携、NGO を含めた現地リソースの活用・支援を強化することで、支援の対象および内容の包摂性を高めることが重要である。特に、草の根レベルで事業を展開する日本の NGO は、現地のコミュニティや NGO、地方自治体などの能力向上を支援する事業を行っている点に強みがあり、日本の ODA がこのような NGO の強みを最大限に生かすことのできるデザインを工夫して有する必要がある。

UHC の達成にはまた、健康に関する社会・経済・環境的決定要因に取り組むことが求められる^{xxvi}。栄養改善事業では、各国でマルチセクター・コーディネーションが進み、保健セクターが農業や水・衛生事業と連携する事例も出てきている¹⁸。一方、従来の疾病対策・保健サービス改善事業は保健セクター内で完結することが多く、セクターを超えた事業はいまだ限定的である。一般的に政府間の協力では先方機関も特定分野を所管する省庁であることが多く、省を超えた調整が事業デザインに組み込まれていないことも背景の一つにある。また、道路インフラや水道・下水分野についても健康改善効果を明示的に捉え、対外的に打ち出すことが課題となっている。

「強靱な保健システム構築」を推し進める中、日本は、アジア・アフリカの感染症ラボ¹⁹の能力強化等を通じて、健康危機に対する備え・対応を支援してきた^{xxvii}。しかし同時に、新型コロナ

¹⁵ 例えばフィリピンでは UHC 達成に向け国民皆保険の達成や地方部の公的保健医療サービス強化が優先政策課題としてあげられている。JICA はフィリピン国内でも貧困層が多い地方部において、すべての妊産婦や乳幼児が健康保険に加入し医療従事者の介助により安全に分娩できるよう、地方自治体や健康保険公社支部、保健ボランティアを支援する技術協力を実施した。

¹⁶ セネガルでの UHC 支援プログラムにおいては、GFF と連携した開発政策借款において、へき地への保健医療人材の配置や貧困層・障害者の健康保険加入を政策面・財政面から支援したことに加え、母子保健サービスの質を高める技術協力や健康保険制度の運営能力を高める技術協力を合わせて実施することにより、医療施設やコミュニティ、地方政府レベルでの政策実施を支援している。

¹⁷ 例えばガーナでは国家政策としてヘルスワーカーが現場に出向くアウトリーチ活動やコミュニティへの啓発を中心とした地域保健サービスの活動を実施している。JICA は数次にわたる技術協力プロジェクトや JICA 海外協力隊の派遣を通じてガーナ国の地域保健政策の実施を多方面から後押ししている。

¹⁸ モザンビーク北部のニアッサ州では、安全な水を安定して供給するための JICA の協力が継続しているのに加え、保健、農業分野でのプロジェクトを同時に進め、包括的に栄養改善に取り組む活動が進められている。加えて、ルワンダ国の「農業変革を通じた栄養改善のための分野別政策借款」では、政策対話や財政支援（100 億円）を通じて、栄養改善における優先順位の高い政策や計画、農業セクターでの栄養に係る取組み等の実行を支援することにより、ルワンダの子どもたちが栄養価の高い食料を口にしやすい環境づくりに貢献している。

¹⁹ ベトナム社会主義共和国 国立衛生疫学研究所 (NIHE)、フィリピン熱帯医学研究所 (RITM)、ガーナ野口

ナウウイルスの発生により、健康危機下において人の往来を前提とする技術協力や研修事業を継続することの限界も明らかとなった。また、個別国の対策を検討するプロセスに参画するための関係省庁間の相互の情報共有や連携も強化の余地がある。

日本においては、感染症全般の患者数は相当数いるものの、全人口比からするとその割合は低いということもあり、その他の分野に人材が偏在し、感染症研究の予算規模も他と比較すると少ないのが現状となっている^{xxviii}。2012年にグローバルヘルス技術振興基金（GHIT ファンド）²⁰が設立され、低・中所得国においてニーズの高いマラリア、結核、顧みられない熱帯病に対する日本国内の技術開発が支援されている他、地球規模課題対応国際科学技術協力プログラム（SATREPS）²¹を通じて、国内および低・中所得国の研究機関による国際的共同研究が推進されている。しかし、低・中所得国の研究機関に対する特に臨床治験を伴う研究開発能力強化に対する支援はいまだ不十分な状況である。

（2）多国間援助

日本の保健 ODA の 50% 以上は多国間援助機関を経由している（2018 年内訳：グローバルファンド 43.2%、世銀 28.8%、WHO 8.6%、UNICEF 5.8%）。支援分野としてはグローバルファンドの支援分野であるエイズを含む性感染症、マラリアが多く（17.96%、17.77%、2018 年）、次いで保健政策と感染症（マラリア・結核・性感染症以外）（13.49%、12.18%、2018 年）となっている。グローバルファンドに対する累計拠出額は、米国、フランス、英国、ドイツに次ぐ第 5 位で^{xxx}、理事会で単独理事席を有し、主要部局・委員会の幹部、技術評価委員にも日本人が就いている。2000 年に開催された G8 九州・沖縄サミットがグローバルファンドの設立契機となったことから、日本はその設立以来「生みの親」としてのコミットメントを示している。世銀に対する拠出額は米国に次ぐ第 2 位を維持しており^{xxx}、五大出資国の一つとして理事会でも相応の影響力を有する。WHO に対する拠出額は、米国、英国、ドイツに次ぐ第 4 位で^{xxxi}、加盟以来 13 回にわたって執行理事会の理事指名国に選出されている他、事務局長に 1 名、西太平洋地域事務局（WPRO）事務局長に 3 名輩出している。UNICEF に対する拠出額は 7～9 位を推移し^{xxxii}、執行理事会では長年メンバーを務めている。その他の国際機関のうち、本年の拠出額に顕著な変化が生じた機関が Gavi である。Gavi に対する前増資期間（2016～20 年）の拠出額は計 9,500 万ドルであったが、現増資期間（2021～25 年）に対しては、

記念医学研究所（野口研）、ケニア中央医学研究所（KEMRI）、ザンビア大学獣医学部（UNZA-SVM）、ザンビア大学医学部付属教育病院（UTH/VL）、コンゴ民主共和国国立生物医学研究所（INRB）、ナイジェリア疾病予防センター（NCDC）、等。

²⁰ マラリア、結核、顧みられない熱帯病のための、治療薬、ワクチン、診断薬の開発を推進する日本発の国際的な官民ファンド。

²¹ SATREPS（サトレップス Science and Technology Research Partnership for Sustainable Development）は、文部科学省と外務省の支援のもと、低・中所得国にニーズのある地球規模課題を対象とし、将来的な社会実装の構想を有する国際共同研究を政府開発援助（ODA）と連携して推進するプログラム。従来は、JICA と国立研究開発法人科学技術振興機構（JST）が推進してきたが、2015 年 4 月 1 日に AMED が設立されたことにより、同プログラムの感染症分野の研究領域は JST から AMED に移管した。なお、SATREPS では治験は対象外としている。

COVID-19 対策及びワクチン供給体制の整備等を目的に約 3 億ドルの支援が表明された^{xxxiii}。理事会では、昨年より、米国、豪州、韓国との共同理事区における理事代理を務めている。

上述のように、日本は拠出額で上位に位置する国際機関に対しては理事会を通じた意思決定への積極的な関与を図ってきているものの、日本の理事は人事異動に伴う交代が頻繁なことから²²、機関幹部や諸外国理事から認知されにくく、実質的に議論に貢献し切れていないという課題がある。また、所掌省庁を超えて全体の戦略を検討する体制や現地で活動する専門家との連携体制にも強化の余地がある。

(3) 国レベルでのバイ・マルチ連携

国際機関連携無償資金協力などのスキームを通じて二国間・多国間援助の連携が推進されてきた一方、現場レベルにおける連携は十分な成果が得られていない。相手国の保健人材の育成や自律的・持続的な組織・制度の強化に特徴がある日本の二国間援助の強みを生かし、各国において資金規模の大きい国際機関の支援を梃とする、または国際機関の支援による成果の面的・規模的な拡大を想定する二国間援助を検討することが求められる。

国際機関による日本発の技術の活用については、このところ日本企業側の努力もあり徐々に前進が見られるものの²³、企業の潜在的技術を探る政府側の体制が不十分であり、かつ技術が存在しても、企業側に低・中所得国での活用に関するノウハウが不足している、低・中所得国でのマーケティングに慎重等の課題が見られる。化合物の探索からアクセス改善までを一貫したものと捉えた戦略の下で、国際機関との連携を進めることが求められる。

評価の取組み

ODA に対する説明責任を重視する国民意識の高まりを受けて、ODA 評価の取組みは強化されてきた^{xxxiv}。また、その発信についても、2010 年 10 月に外務省と JICA により、「ODA 見える化サイト」が開設され、ODA の実施事業に関する情報発信が強化されている。しかし、ODA 評価の主流は事業評価であり、課題やテーマ別評価は、同一テーマについて定期的に評価するような形式では行われてはいない。

保健分野に対するバイ・マルチ合わせた援助の実績については、外務省が取りまとめたデータに基づき、経済協力開発機構 (OECD) が毎年公開している。また、2018 年にゲイツ財団の委託を受けて、国立国際医療研究センター (NCGM) 国際医療協力局グローバルヘルス政策研究センター (iGHP) がデータプラットフォーム「Japan Tracker」を立ち上げたことで、保健分野の国際協力の資金の流れが可視化されたが、同プラットフォームの継続が課題となっている。

²²グローバルファンドの例をあげると、設立 18 年目の 2020 年で、日本政府代表理事は 17 人目となる。

²³国際機関による日本の企業技術の活用、製品の調達を促進するため、政府は低所得国における医薬品等の普及を進める諸機関 (ユニットエイド、抗結核薬基金等) を支援し日本企業との連携を後押ししているほか、企業を対象とする国際機関の調達を促進するセミナーを実施しており、企業側の関心の高まりがみられる。

効果的な ODA の活用のためには、実績の把握に加え、バイ・マルチ合わせたセクター全体のインパクトを評価した上で、日本の国内政策上の優先順位を踏まえ、その配分を決定することが求められる。

人的・知的資源の課題

2017 年 9 月、産官学協働による循環型キャリア文化の確立を提言した「国際保健人材養成ビジョン」を受け、国立国際医療研究センター（NCGM）内にグローバルヘルス人材戦略センターが設置された。国際保健人材を国連機関に送り出す活動を実施しており、若手人材の送り出しには一定程度の成果を上げてきた²⁴。一方、シニアレベルへの戦略的な人材の送り込みはまだまだ限定的である。資金難などを理由に国連機関の P5 以上のポストが減少傾向にあり、コンサルタントや現地職員の採用、内部昇格が優先されている。加えて、COVID-19 は国連機関の財政的見通しを不透明化させており、新規公募自体の減少傾向がみられることから、人材の送り込みの困難性は増すものと考えられる。従って、今後は人材を送り込むべきポジションを戦略的に見極め、幹部候補を中・長期的に育成するという視点が必要である。

また、より多様な専門性と職務経験を持つグローバルヘルス人材の必要性が認識されているが^{xxxv}、現状のキャリアパスは硬直化しており、セクターやバックグラウンドを超えたダイナミックな形での人材の異動・転職や交流を含むリボルビング・ドアには程遠い状況となっている。さらに、保健課題の多様化や政策支援ニーズの高まり等を受け、保健分野専門家に求められる能力や経験が多様化しているにもかかわらず、既存の専門家に対する能力強化や技術習得の機会は限られており、多様な専門家を発掘・育成するメカニズムや、アカデミアの専門家との連携も不十分である。これを反映して、国連機関では、国別の想定採用数があるため、大口抛出国日本の職員は少ないながらもいるものの、今後発展が見込まれる官民パートナーシップで運営されている組織（官民パートナーシップ組織）で活躍する邦人職員は誠に乏しい現状である。今後の人材育成戦略においては、国連機関のみならず官民パートナーシップ組織含め、国際的機関に送り込む人数といった量的目標に加えて、人材の質を上げるための施策も併せて検討する必要がある。

日本人が国際機関での勤務に消極的な背景の一つとして、ポストが基本的に任期付あるいは短期で、雇用形態が不安定であることから、基本的に「売り手市場」である我が国を離れて技量を取得するインセンティブが湧かないこと、加えて、中堅以上の者にとっては、配偶者の就労、子弟の教育問題、家族の介護問題などの因子も加わり積極的に応募しないことなどが挙げられる。しかしながら、若手向きの国内ポジションは近時、短期・契約型の雇用が増えているので、若い世代には比較的受け入れやすくなっているが、国際経験の第一歩を踏み出せずにいる者も多い。従って、世代ごとに参入障壁が微妙に違っているという認識を持って、国内体制の整備と働き方改革の議論を含む包括的な支援を組み合わせる検討することが求められる。

²⁴ 2019 年度は、18 名新規採用・昇進と審議会委員入りを果たした。

また、人材が国内外を循環することは、グローバルヘルスに関わる国内組織の強化も期待する。

しばしば国際協力の分野では、「日本の知見を活かす」ことが目指される。実際に日本は、皆保険を達成した経験や、高齢化先進国としての諸々の施策等、保健分野の開発支援に活かしている多くの知見を有している。しかし、経験を相対化し、他国の状況下での実施可能性を追求した上でグローバルに共有できる体制と人材が十分に整っていない。政策や実務に関わる知見に関する国際的文脈での研究・提言取りまとめを後押しするとともに、国際的な政策評価と形成の枠組みに参加して、実学・政策論を磨き、国際的な文脈を踏まえて国内体制を評価し、今後の対外支援に生かす必要がある。

3. アクションプラン例

以下は、本提言をまとめる過程で出てきた多様な意見を取りまとめ、総論に沿って再構成したものである。必ずしも委員の総意としてとりまとめたものではないが、本提言を具体化するに当たり参考となる施策案である。（〈〉内は各アクションの主体となり得る組織・セクター）

(1) 司令塔機能の明確化、強化

短期：ODA の配分を戦略的に決定する司令塔機能を明確にすると共に、グローバルヘルス政策全体の司令塔機能を構築する（図 4 参照）

【「平和と健康のための基本方針」の改定】 健康・医療に関わる国内・外政策全体の戦略策定・実施体制を明確にした上で、「平和と健康のための基本方針」を改定する。〈国会議員、関係省庁〉

【グローバルヘルス戦略協議会（仮称）を設置する】 グローバルヘルス全体の司令塔の下で、省庁を超えたグローバルヘルス事業全体像を共有すると共に、ODA を含むグローバルヘルスに関わる戦略策定及び実施を推進するための外務省、厚労省、財務省、経産省、JICA、AMED の局長級によって構成される「グローバルヘルス戦略協議会（仮称）」を設置し、国際機関幹部経験者等、当該分野に十分な知見、経験、能力、人脈等を持った省庁や官民を超えた有為な人材を事務局長に据え、一定期間継続的に任に当たる。〈国会議員、関係省庁〉

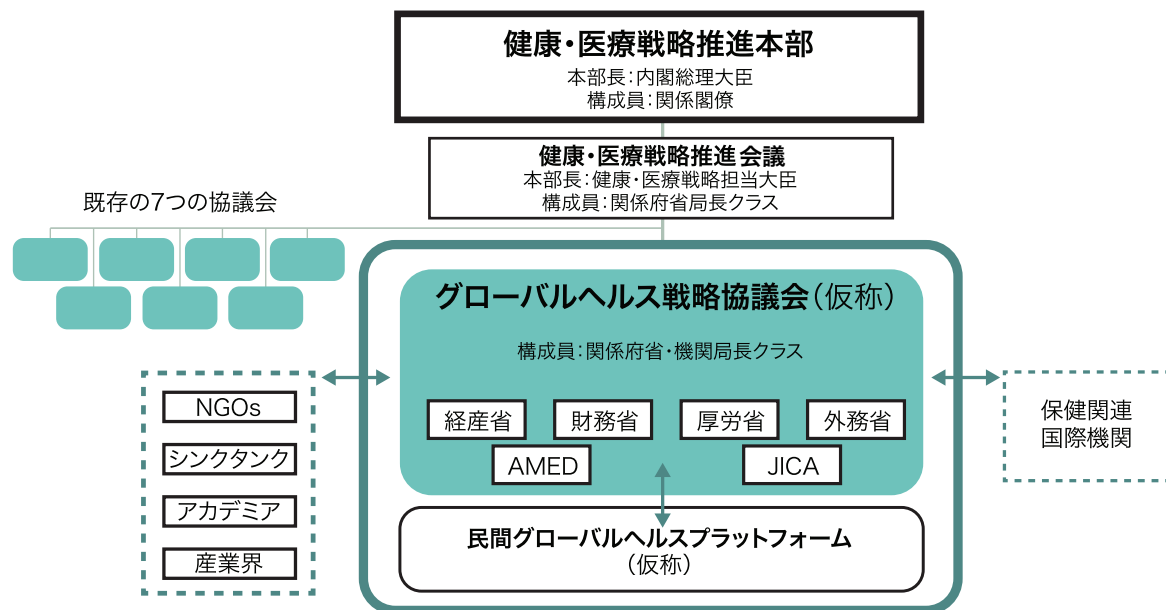
【官民プラットフォームを組織する】 戦略策定に求められる多様な知見・視点を得るため、同協議会の下に、アカデミア、NGO、製薬・医療機器会社等の産業界、等の代表者で構成される官民プラットフォーム（「官民グローバルヘルスプラットフォーム（仮称）」）を組織する。〈国会議員、関係省庁〉

【外部の知的リソースと繋がった技術助言機能を有した強力な事務局体制を整備する】 「グローバルヘルス戦略協議会（仮称）」には、国際機関勤務経験者や低中所得国保健省アドバイザー経験者等、グローバルヘルスにおける専門性と実務経験を持ち、かつ国際的な場での交渉経験およびネットワークが豊富な人材をテクニカルアドバイザーとして選出する。加えて、協議会事務局にも、テクニカル補佐を据える。同補佐には、国際機関勤務経験者や低中所得国でのグローバルヘルス関連 ODA 事業リーダー経験者等、グローバルヘルスにおける専門性と実務経験をもち、国際的な議論に精通している中堅人材を選出する。テクニカルアドバイザーと補佐はチームとして協議会および協議会事務局に対して、国際的な

ネットワークを駆使した主要エビデンス・情報の収集・整理、体外発信や交渉に係る支援・アドバイス、国内知見・ネットワークの活用に係る交通整理（国際潮流への適合性の判断等）等を提供する。また、協議会事務局には、グローバルな保健指標評価に長けた専門家、戦略作成に知見のある経営コンサルタント経験者等の専門家も配置し、強力な事務局体制を整備する。加えて、アカデミア、シンクタンクや NGO 等、外部の知的リソースと連携し、主要分野毎に適宜専門作業部会を開催（保健システム、感染症、予防医療・栄養、医療経済・財政など）する（関係学科のある大学や関係学会との覚書、NGO 相談員制度の活用等）。＜国会議員、関係省庁、アカデミア、NGO＞

【適材適所の実施体制強化】 グローバルヘルス 5 年戦略（後掲）の下で重点国とされた国の人員（後掲の「バイ・マルチ連携アドバイザー」含む）を適材適所で配置し、権限や機動力を高める。その際、現状、国際保健専門家人材の数が限定的であることを踏まえ、地域を担当する専門家を派遣することも検討する。＜関係省庁、JICA＞

図 4. グローバルヘルス司令塔体制案



(2) 新たなグローバルヘルスの貢献目標を設定し、その成果を可視化する

短期：グローバルヘルス 5 年戦略を策定し、民間のリソース動員に向けた基盤を構築する

【グローバルヘルス 5 年戦略の策定】 「グローバルヘルス戦略協議会（仮称）」において、ODA そして非 ODA 資源を投入すべき分野、国・地域、国際機関等につき戦略的「選択と集中」の検討を行い、重点国における資金需要分析等を踏まえて、今後 5 年間で達成するグローバルヘルス貢献目標を検討し、それを達成するための人的（人材育成含む）・資金投入

計画を作成する。また、本戦略策定・実施にあたっては、外務省国際協力局、JICA の企画部・地域部など国全体を見ている部署も参画し、重点国の二国間開発協力方針にも適切に反映させる。〈国会議員、関係省庁、JICA、NCGM、AMED、NGO、産業界、アカデミア、シンクタンク等〉

【コロナ禍で毀損した途上国保健財政・UHC 構築支援】 上記 5 か年戦略策定と並行し、相手国のニーズや財政・債務状況を踏まえ、2020 年 11 月の G20 首脳会合で重要性が再確認された「UHC ファイナンス」を強化する国を早急に選定し、円借款を基軸としたプログラム構築のための対話を世銀、WHO、アジア開発銀行（ADB）等と共に進める。円借款供与に当たっては供与国の国内資金動員を後押しすべく、国内資金投入の増額とマッチングさせること等も検討する。〈関係省庁、JICA〉

【国単位の事業展開計画（ローリングプラン）をセクターの視点で管理する】 5 年程度を見通した国単位の事業展開計画（ローリングプラン）にセクター別の視点を加え、グローバルヘルス 5 か年戦略を踏まえて、重点国における保健に充てる資源配分を管理していく。〈関係省庁、JICA 等〉

【民間のリソース動員に向けた基盤を整備する】 グローバルヘルス分野への民間リソース動員目標を設定するため、目標設定のベースラインを明確にし、民間セクターのニーズ発掘、投資リスク分析を行う。また、ODA 以外に、内外を問わず民間にリスクマネーを供給する官製ファンドが数多く設立されている現状を念頭に、民間セクターのグローバルヘルスへの参画を後押しする。

- **【民間資金動向を把握する】** OECD/DAC の場で、保健分野を含むセクター毎に民間資金の貢献を測定する方策を提案する他、OECD に毎年提出する低所得国への資金の流れに関する調査の対象に保健関連企業や団体を含める、あるいは GBCHealth 等と連携して、保健分野の民間資金フローを把握する。〈関係省庁、アカデミア〉
- **【民間のニーズを把握する】** グローバルヘルス分野における民間のニーズ発掘をより主体的に行った上で、ODA を通じて民間企業の関与を後押しすべき分野を特定する。〈JICA、JETRO、産業界〉
- **【水先案内人機能を確立する】** 民間企業のグローバルヘルス分野での実際の事業展開（海外でのパイロット事業、直接投資・販売、ソーシャルビジネス、戦略的社会貢献事業）を後押しするため関係機関間の連携を高め、国レベルで水先案内人機能をもつプログラムを立ち上げることを検討する。国際機関、各種グローバルヘルス・イニシアチブ、現地企業、現地 NGO などとの連携のマッチング、ODA もしくは官民ファンドで支援すべきことと企業が独自で開拓すべきことを見極め、必要なリソースにつなぐ（投資面での一例：JETRO のアフリカ・スタートアップ連携促進デスクに、保健医療分野の専門性を持つ人材を配置）。〈関係省庁、JICA、JETRO〉

- **【保健分野の投資リスクを把握し、軽減する】**リスクとなる規制や制度を特定し、その改革を促すことで民間企業の投資環境を整備する他、金融的リスクを削減するための措置（グラント、株式投資、優先株投資、劣後債投資、劣後ローン供与、市場金利より低い金利の融資などを組み合わせる blended finance）の一環として、JBIC、官民ファンドや JICA の海外投融資制度の保健分野での積極的活用を後押しする。
＜関係省庁、JBIC、JICA、アカデミア＞

中期：グローバルヘルス 5 年戦略を実施し、その成果を可視化する

【保健・財政の連携体制強化】 グローバルヘルス 5 年戦略を国レベルで推進するにあたり、保健財政支援を含む保健政策分野への支援を強化するため、当該国の要請を踏まえて、保健省に対する保健政策アドバイザーに加え、財務省に対する財政（公共支出管理等）アドバイザーの派遣も検討し、両者を通じて両省の連携強化、保健財政の持続可能性向上を側面的に支援する。＜関係省庁、JICA、アカデミア＞

【継続的なモニタリング・評価体制を確立する】 グローバルヘルス 5 年戦略・国際保健人材育成 5 年計画（後掲）の進捗を評価・検証するための第三者委員会を設け、「グローバルヘルス戦略評議会（仮称）」において必要な軌道修正を行う。＜関係省庁、アカデミア、シンクタンク、NGO 等＞

【投資効果を測り公表する】 5 年戦略のベースラインに基づき、マルチとの合同でインパクトを測り（国の年次評価の取組みに参加）、国レベルでの投資効果（相手国のシステム強化、健康改善）、さらにはマルチを通じたグローバルヘルス全体としての投資効果を測り、その成果を国内外に分かりやすく伝える。＜JICA、NCGM、NGO、アカデミア＞

(3) 「戦略的」選択と集中の推進

短期：「戦略的」選択と集中を可能とする基盤強化

【グローバルヘルス分野の資金配分の把握】 Japan Tracker とも協力し、国・地域別、保健領域の分野別にグローバルヘルス分野の資金配分の全体像を把握し（リソースマッピング）、省庁・関係機関を超えて共有を図る。＜関係省庁、JICA、AMED、アカデミア等＞

【国際機関評価の再構築】 従来外務省が実施している「国際機関評価」を再構築し、日本の国際保健戦略との整合性、組織上の強み（パフォーマンス、透明性等）といった共通指標の下で保健に関わる国際機関（当面は WHO、UNAIDS、グローバルファンド、Gavi、ストップ結核パートナーシップ、Unitaid、GFF）に対する総合的な評価（各機関に回答を求める

アンケート形式)を定期的実施し、抛出戦略及び重点国際機関検討の際のエビデンスとする。＜関係省庁(指標策定にあたってはNGOや専門家からも意見を聴取)＞

【国際的政策研究の推進】 今後重点を置くテーマ(例:高齢化に伴う健康課題への対応、健康危機への対応力をもった強靱な保健システム、予防医療、非感染性疾患対策、分野横断的な健康増進・予防、データヘルス、保健医療分野の法整備、value-based care等)に関する国際的な論議をリードするため、国際機関、WHO 協力センター(WHOCC)、国内外のNGO、シンクタンク、アカデミア等と連携し、国際的な政策対話・研究を推進する。その際、ODAの戦略策定・執行に関わる組織の中堅・若手の参画を奨励することで、国際的な政策形成・政策対話プロセスに積極的に参画できる人材の育成も図る。＜関係省庁、JICA、NCGM、アカデミア、NGO、シンクタンク等＞

【日本の知見が国際公共財として相互学習に活用される体制を強化する】 国際保健や政策研究分野のアカデミアに対する支援体制(研究助成、データ提供、各種国際会議への参加要件の緩和等)を強化すると共に、国際的政策研究の中で日本の知見のグローバルな政策的示唆を明らかにし、その分析結果が主要な国際的ジャーナル等に掲載されるよう後押しする。基礎データの整理としては、従来の「国民医療費」にとどまらず、予防や健康増進にかかる費用を推計し、PHC領域への費用配分を把握するデータ整備も検討する。また、日本国内のWHOCCを橋渡しとして、WHOと、これまでは国際保健との関りが少なかった自治体・企業・団体とを結び、世界に有益な日本の知見等を発信していく可能性も模索する。＜関係省庁、アカデミア、シンクタンク、WCC、自治体、産業界等＞

参考：ODA事業の方向性案

短期：COVID-19対策、さらには、次なる感染症への対応能力を備えたシステムをグローバル及び国レベルで強化する支援を拡充する

【COVID-19との共生を実現する国際協調を先導】 グローバルヘルスに貢献しうる技術の探索からアクセス保障に至る一貫したプロセスを構築することを念頭に置き、喫緊の課題としては、ODA資金と非ODA資金を緊密に協調させ、COVID-19の医薬品・ワクチン・検査法の開発を促進し(感染症流行対策イノベーション連合(CEPI)、AMED等)、同治療薬・ワクチン・検査への公平なアクセスを保障する国際的仕組み(ACTアクセラレーター、C-TAPS等)への投資を強化すると共に、開発された技術が必要とされる人々に着実に届く低・中所得国内の体制整備を、バイ・マルチの連携により実施する。感染・治療等に関する公衆衛生学の見地に立った国際共同研究(疫学研究含む)を、これまでの協力を通じて培った低・中所得国政府や、感染症研究拠点、中核医療施設等とのネットワークも活用して実施

し、日本の経験や技術をグローバルに発信することで、新型コロナウイルスとの共生を実現する国際協調の動きをリードする。＜関係省庁、JICA、AMED、アカデミア＞

【低・中所得国の持続的な対応力強化に向けた協力】一過性の協力を終始することなく、低・中所得国の医療と公衆衛生が地域で連携する自律的・持続的な感染症対応能力の強化を支援する。具体的な取組みとして、一人一人が適切な予防・健康増進行動をとれるよう人々の健康リテラシーを高めるための地域保健活動や、地域保健活動を支え最も基本的な予防・治療サービスを提供する PHC を基盤とする保健システムを強化する。母子保健や青少年の健康・栄養の分野で GFF のドナー及び投資グループメンバーとして協調融資やパラレル支援を積極的に検討する。感染症研究拠点の能力強化やネットワーク化をさらに進め、アウトブレイクの迅速な捕捉や、ゲノム情報・疫学情報等のグローバルな蓄積・共有を可能にする体制を整えると共に、国境を越えた人の移動や経済活動を安全に再開するため、検査・検疫体制を強化する。低・中所得国においても重症例の治療が受けられるよう、医療施設の整備や専門的な医療人材の育成を行う。＜関係省庁、JICA、NCGM、NGO、アカデミア＞

【円借款を活用した保健政策支援強化】短期的には COVID-19 による経済的な影響を緩和するための財政支援を進めると共に、中長期的な視点に立ち COVID 対策を超えた強靱な保健システム強化のため、相手国の債務状況を踏まえ、世銀・ADB などの開発金融機関と協調した形も含む円借款に、技術協力（遠隔を含む）を組み合わせる保健政策支援も積極的に検討する。その際、可能な限り、現地 NGO の理解を得られるよう努める。また、相手国政府からの医療インフラ整備の要請に対しては、中長期的な視点に立ちつつ、保健システム全体における当該医療施設の位置づけや役割、医療人材の確保・強化、財務的な持続性等にも留意し、必要かつ妥当な協力を行う。＜関係省庁、JICA、NGO、アカデミア＞

【第二の健康危機を起こさない支援の実施】国際機関、国内外 NGO 等との連携も含め、必要なサービスへのアクセスが滞らないよう支援する。＜関係省庁、JICA、NGO 等＞

【感染症危機時に備えた対外支援体制強化】新たな感染症を想定し、これまでの協力を通じて培った途上国政府や、感染症研究拠点、中核医療施設等とのネットワークも活用して、治療薬・ワクチン・検査機器等をアジア諸国と共同で開発できる体制（共同治験含む）を強化する。加えて、人的貢献を高めるため、医療活動を伴う緊急人道支援派遣に備え、平時から、防衛省医官や国際緊急人道支援の現場経験を有する国際機関邦人職員を含めた官民幅広い有為人材のネットワークを構築し、人材育成、訓練等を強化する。その際、既存の感染症危機管理専門家(IDES)養成プログラムや FETP（国立感染症研究所の実地疫学専門家養成コース）などの仕組みのレビューを行う。＜関係省庁、AMED、JICA、NCGM、学術界、産業界＞

中期：持続可能な「強靱で包摂的な保健システム」の構築と脆弱層の基礎的保健サービスへのアクセス改善を推進する PHC の進展に対する支援を拡充する

【保健財政支援含む保健政策分野への支援を強化する】 世銀をはじめとする国際開発金融機関や WHO 等との連携を通じ、相手国の経済・財政・債務状況、中央・地方政府との関係分析を踏まえて保健財政改革を後押しし、保健医療に対する国内資金動員と歳出の効率化を推進する。相手国側の視点に立って一貫性のある支援がなされるよう、保健財政改革を支援する国際機関同士の対話・協調を促す。＜関係省庁、JICA、NCGM、アカデミア＞

【健康のリスクファクター軽減に取り組む】 エビデンスに基づく疾病予防活動や栄養分野を含む保健関連サービスの提供を持続的な UHC 実現のための重要課題として位置づけ、WHO、世銀等と協調して、各国が健康を脅かすリスクファクターの動向を継続的に把握し、政策に反映させるための能力支援を強化する。＜関係省庁、JICA、NGO、アカデミア、産業界＞

【健康の社会・経済・環境的決定要因への取組みを強化する】 脆弱性の根本要因に着目し、社会的保護、水・衛生、気候変動、社会インフラ、農業等のマルチセクターとの連携による統合的アプローチを通じて、官民挙げて健康増進を推進する。特に日本が強みとする水道・下水分野については、健康改善効果を明示的に捉え、対外的に打ち出す。＜関係省庁、JICA、NGO、産業界、アカデミア＞

【コミュニティ・ヘルス・システムの強化を拡充する】 支援終了準備国における保健医療サービスの自立発展性を高めることも含め、保健財政基盤の強化、相手国の制度や組織強化に繋がる協力や、現地 NGO を通じた支援含むコミュニティ・ヘルス・システム強化のための技術協力を拡充し、PHC を基盤とした UHC の達成を後押しする。＜関係省庁、JICA、NCGM、NGO、アカデミア＞

【PHC に寄与する保健インフラへの投資を拡充する】 コミュニティレベルの医療提供体制強化に繋がる保健インフラや保健効果の高いインフラへの投資を拡充する。＜関係省庁、JICA、産業界、NGO＞

(4) マルチとバイの連携強化

短期：バイとマルチの戦略的な連携を強化するための体制構築

【グローバルヘルス大使の創設】 国際機関のガバナンス機構において日本の貢献を高めるため、中央官庁の 1-2 年おきの年次による人事異動とは無関係に、継続して主要国際機関

のガバナンスに関与する「グローバルヘルス大使」の創設を検討し、上記「グローバルヘルス戦略協議会（仮称）」の事務局に同大使のバックアップ体制も整備する。人選については省庁人材に限定せず、民間からの登用も含め、経験・能力等を踏まえて選定する。＜国会議員、関係省庁＞

【国際機関トップとの合同政策協議の実施】 従来、各省ごとに行っているカウンターパートの国際機関との協議に加えて、「グローバルヘルス戦略協議会」メンバーとの合同政策協議を開催し、保健に関する省庁を超えたマルチ連携を強化する。加えて、民間主導で、関係省庁・JICA 等政府系機関に加え、NGO、アカデミア、産業界も参加した意見交換の場も設ける。＜関係省庁、JICA、AMED、JCIE 等＞

【保健バイ・マルチ連携アドバイザー（仮称）の任命】 国レベルでバイとマルチの連携強化を進められるよう現地 ODA タスクフォースの当該機能を強化する。必要に応じて、同業務を担う国際保健専門人材（「保健バイ・マルチ連携アドバイザー（仮称）」）を大使館等に配置する、もしくは保健省アドバイザーや JICA の専門家の所掌業務にバイ・マルチ連携を加える、現地 ODA タスクフォースに対する本省・JICA 本部等からの支援体制を強化する、等の方策を取る。また、バイ・マルチ連携推進に当たる人材は、日常的に現地の国際機関や NGO 等と緊密にコミュニケーションを取ると共に、各国際機関のガバナンスに関わる関係省庁担当者や各機関への出向者とも緊密に連携を取る。＜国会議員、外務省、JICA＞

【専門家委員会等への専門家の参加を後押しする】 「グローバルヘルス大使（仮称）」による理事会での貢献の向上に加え、国際機関の基準・規範設定等に関わる委員会に関与できるアカデミア・産業界からの参画の道を整え、様々なレベルで貢献できる人材を送り込む。＜関係省庁、アカデミア、産業界等＞

【国レベルでの連携モデルづくり】 国レベルにおいては、現地 ODA タスクフォースや上述の「バイ・マルチ連携アドバイザー（仮称）」を中心に、JICA の保健専門家等の協力も得ながら、マルチとの相互補完的連携の枠組みをつくり、合同評価などを通じて成果を確認しながら、「連携モデルづくり」を目指す。＜外務省（大使館）、JICA＞

中期：各国際機関に対する戦略を策定し、国レベルで「連携モデル」を展開する

【各国際機関に対する投資戦略の策定】 グローバルヘルス 5 年戦略で定められた保健分野の多国間援助に対する総合戦略、また、「グローバルヘルス戦略協議会（仮称）」を通じた省庁を超えたマルチ連携の下、各国際機関に対する政策目標を定め、個別戦略を作成し、拠出金の戦略的増減に反映させる。＜関係省庁、JICA、アカデミア、NGO 等＞

【国際機関への効果的な政策インプットの強化】 各国際機関の戦略策定・増資・追加拋出のスケジュールを踏まえ、「グローバルヘルス大使（仮称）」、「グローバルヘルス戦略協議会（仮称）」の事務局と各国際機関の扱うテーマに知見を有する NGO やアカデミア、JICA 専門家との対話・連携のプロセスを構築する。〈同協議会事務局、NGO、アカデミア、JICA〉

【バイ・マルチ連携アドバイザーによる連携の推進】 本省の国際機関担当者や JICA 本部のサポートも得て、大使館等に配置される「バイ・マルチ連携アドバイザー（仮称）」が JICA の保健専門家等の協力も得ながらバイ・マルチの連携による、より効果的・効率的な国家保健目標の達成を支援する。〈外務省／大使館、JICA〉

(5) 国内外 NGO 等とのパートナーシップ強化

短期：国内外 NGO の知見・専門性を政策に活かすと共に、ODA 事業参入拡大の手立てを検討する

【NGO の知見・専門性を政策形成に効果的に取り入れる】 「人間の安全保障」の実現や女性活躍など、政府と NGO が一致できる ODA 政策の原則を主流化するために、専門性を持つ国内外の NGO と「グローバルヘルス戦略協議会（仮称）」事務局との定期的な意見交換、国内 NGO による相談事業（NGO 相談員制度）、事業形成のための予算を活用し、国内外 NGO による国際保健政策に関する助言や提案、新たな課題等の共同研究を実施する。
〈関係省庁、JICA、NGO〉

【NGO の ODA 事業参入拡大を後押しするタスクフォースの組織】 強力な政治的リーダーシップの下、実施系 NGO、外務省国際協力局、JICA 等によるタスクフォースを組織し、ODA 戦略における社会開発課題の位置づけ、その中での国内外 NGO の役割を検討した上で、国内外 NGO の参入拡大のための具体的な手立て、NGO、社会起業家、自治体等を実施主体とする社会開発課題解決型の事業スキームのあり方を検討し、提言をまとめる。
〈国会議員、NGO、外務省、JICA 等〉

【現地 NGO 支援の強化】 日本 NGO 連携無償支援における現地 NGO との連携をさらに後押しすると共に、大使館等に配置するバイ・マルチ連携推進を所掌とする「バイ・マルチ連携アドバイザー（仮称）」や JICA 専門家等が、各国の保健省が有す保健系 NGO ネットワークとの関係を構築し、草の根・人間の安全保障無償資金協力等の現地 NGO の活動を支援するスキームを一層積極的に活用する。その際、保健系国際機関が支援する NGO に対する補完的支援を実施する等、CSO 支援においてもマルチとの連携を視野に入れる。加えて、技

術協力において日本人の投入比率を柔軟にし、現地人材等日本人以外の投入比率を高めることも許容する。〈外務省、JICA、NGO〉

【プロジェクト調査・形成の段階でも NGO 等の視点を反映する】 人口・エイズに関する地球規模問題イニシアティブ（GII）の下で実施していたプロジェクト形成調査を「グローバルヘルス 5 ヶ年戦略（仮称）」で重点国とされた国に対して復活させ、NGO 等の参画を得る。〈外務省、JICA〉

中期：NGO 等を実施主体とする社会開発案件を拡充する

【社会開発系の活動を支援するスキームの拡充】 日本 NGO 連携無償支援の上限額を見直し、規模の大きな案件の実施を可能とすると共に、国内外 NGO、社会起業家、自治体等による本体事業における開発課題解決型の事業スキームを改善・拡充する。〈外務省、JICA、NGO 等〉

(6) グローバルヘルスの変化に応える革新的人材の育成強化

短期：グローバルヘルス人材戦略センターの経験を踏まえ、国際保健人材の類型化に沿った人材育成・配置戦略を強化する

【グローバルヘルス人材戦略センターの評価】 2016 年に発表された「国際保健政策人材養成ワーキンググループ報告書」に基づき、NCGM に設置されている「グローバルヘルス人材戦略センター」の第三者レビューを実施し、その拡充の方向性を検討する。〈第三者委員会〉

【求められる国際保健人材の優先づけを行う】 1) 国際保健人材が求められる領域、2) 国際保健分野を目指す人材のバックグラウンド、の双方から、人材育成・発掘・送り出しを強化するポスト・人材の優先順位設定を行う。〈関係省庁、JICA、NCGM、NGO、アカデミア、産業界〉

【司令塔の下でグローバルヘルス人材戦略センターを拡充する】 関係省庁・組織を横断してグローバルヘルス人材の育成と送り出しを含む戦略的な人材配置を支援できるよう、上記司令塔の下にグローバルヘルス人材戦略センターを位置づけ、その機能・体制を拡充し、「国際機関人事センター」との連携も強化する。また、真に行政、アカデミア、医療機関、企業、国際機関、NGO、シンクタンク等を循環する「循環型キャリア」の実現を後押しできるように、関係機関・セクターが同センターのガバナンスに関与する体制を構築する。〈国会議員、関係省庁、NCGM、NGO、産業界、アカデミア、JICA〉

【国際保健人材育成に関する5カ年計画の作成】 上記、グローバルヘルス5カ年戦略の下で、グローバルヘルス人材戦略センターが重点を置くべき領域を明確にし、国際機関において日本人の配置を狙う具体的な組織の職位までを想定して目標及び付随するアクションを策定する。〈関係省庁、NCGM、JICA、産業界、NGO、アカデミア〉

【技術的な貢献の仕組みを整える（専門家会議、専門家委員等）】 国内関連学界とも連携して、専門家会合等の高度な専門性を有する機会へ組織的な人材派遣の仕組みを構築し、国際的規範設定への関与を強化する。〈関係省庁、アカデミア等〉

【国際機関の政策論議に触れる場を非国家アクターにも拡大する】 国際機関の政策に関する行政と他セクターとの情報格差を縮め、セクターを超えた政策論議を活発化し、グローバルヘルス政策人材の養成と人材の循環を後押しするため、同分野に専門性を持つNGOやアカデミア等の政策論議への関与を拡大する。〈関係省庁、NGO、アカデミア等〉

中期：グローバルヘルス人材の質と量を向上する

【主要国際組織における幹部の日本職員を増加させる】 日本人の配置を狙う具体的な組織の職位を特定した上で、その候補者が国際機関経験を積む機会を創出するため、Senior Professional Officer (SPO) 派遣制度の新規創設等、資金拠出と合わせた人材派遣の仕組みを検討する。〈関係省庁〉

【グローバルヘルスでのキャリアのスタートアップ支援を拡充する】 トビタテ等の留学支援事業においてグローバルヘルスに関わる分野の奨学金を拡充すると共に、保健分野の国際機関へのインターンに対する支援、Junior Professional Officer (JPO) 派遣制度、JICA 海外協力隊等を拡充する他、国際機関が募集するコンサルタント応募への支援等、官民が連携してグローバルヘルス分野のキャリアを選択する機会を広げる。〈関係省庁、産業界等〉

【非医療系人材の発掘・キャリアシフト支援を強化する】 外資系企業等で国際的なリーダーシップ経験を持つ非医療系人材から国際機関幹部候補を発掘する手段を検討すると共に、グローバルヘルス関連の学位取得に対する支援を拡充する。〈グローバルヘルス人材戦略センター、関係省庁、アカデミア〉

【開かれた循環型キャリアの構築を後押しする体制を整備する】 NGOの海外事業はグローバルヘルス人材が現場経験を積む貴重な場であると認識すると共に、省庁の国際保健関連部署/JICA・民間セクター・NGO間の人事交流、省庁/JICAとアカデミアの人事交流を強化し、政策、実務、研究と満遍なく経験を積めるような「循環」を可能とする体制を強化・

構築する。加えて、セクターを横断したグローバルヘルスの知見を要するポストの採用情報システムを構築し、海外赴任帰国者に対する国内採用の紹介などを通じて、海外赴任を後押しする。〈関係省庁、NGO、アカデミア、産業界、JICA〉

【ニーズの多様化に対応するための教育・研修の機会を提供する】 アドホックな研修・勉強会のみならず、年間を通じた組織的・体系的な研修・教育の機会を提供する。例えば、厚労省が感染症分野に設けている「感染症危機管理専門家養成プログラム (IDES)」と同様のプログラムを他分野向けに実施、政策レベルのオン・ザ・ジョブトレーニングの機会として、各種国際機関の理事会 (WHO 総会、WHO 執行理事会、グローバルファンド理事会等) に通年を通して、メンターと一緒に参加できる特別枠 (養成枠) の設置、国際保健領域以外の専門家の活用可能性も含めたコーチングやメンタリング制度の拡充等を進める。〈関係省庁〉

[参考文献]

- i Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). “The Paris Declaration on Aid Effectiveness and the Accra Agenda for Action.” Paris: OECD, 2005/2008.
- ii World Health Organization (WHO). *The World Health Report 2000--Health Systems: Improving Performance*. Geneva: WHO, 2000.
- iii United Nations (UN). “Monterrey Consensus of the International Conference on Financing for Development.” 2003; UN. “Doha Declaration on Financing for Development.” 2009; and “UN. Addis Ababa Action Agenda of the Third International Conference on Financing for Development.” 2015.
- iv WHO. “Social health insurance: sustainable health financing, universal coverage and social health insurance: report by the Secretariat (Resolution WHA58.33).” 2005.
- v UN System Task Team on the Post-2015 UN Development Agenda. “Health in the post-2015 UN development agenda.” 2012.
- vi Jamison DT, Summers LH, Alleyne G, et al. “Global health 2035: a world converging within a generation.” *Lancet*. 2013 Dec 7;382(9908):1898-955.
- vii World Bank. *The Human Capital Project*. 2018.
<https://www.worldbank.org/en/publication/human-capital> (2020年9月30日アクセス)
- viii WHO, World Bank. *Global Monitoring Report on Financial Protection in Health 2019*. 2020.
- ix 20 各国財務大臣・中央銀行総裁会議声明 “G20 Shared Understanding on the Importance of UHC Financing in Developing Countries —Towards sustainable and inclusive growth” (June 6, 2019) https://www.mof.go.jp/english/international_policy/convention/g20/annex8_1.pdf (2020年9月30日アクセス)
- x GBD 2019 Universal Health Coverage Collaborators. “Measuring universal health coverage based on an index of effective coverage of health services in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019.” *Lancet*. 2020 Oct 17; 369(10258): 1250-1284.
- xi Stenberg K, Hanssen O, Edejer TT-T, et al. “Financing transformative health systems towards achievement of the health Sustainable Development Goals: a model for projected resource needs in 67 low-income and middle-income countries,” *Lancet Global Health*. 2017 Sept 1; 5: e875-87.
- xii The Lancet Public Health. “Will the COVID-19 pandemic threaten the SDGs?” *Lancet Public Health*. 2020 Sept 1; 5(9): e460.
- xiii Timothy Roberton, Emily D Carter, Victoria B Chou, Angela R Stegmuller, Bianca D Jackson, Yvonne Tam, Talata Sawadogo-Lewis, Neff Walker. “Early estimates of the indirect effects of the COVID-19 pandemic on maternal and child mortality in low-income and middle-income countries: a modelling study.” doi:[https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30229-1](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30229-1)
- xiv Sachs JD, Abdool Karim S, Akinin L, et al. “Lancet COVID-19 Commission Statement on the occasion of the 75th session of the UN General Assembly.” *Lancet*. 2020 Sept 14. DOI:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31927-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31927-9)
- xv WHO. “ACT-Accelerator: Status Report & Plan, September 2020-December 2021.” Switzerland: WHO; 2020.
- xvi WHO. *The COVAX facility: Global procurement for COVID-19 Vaccines*. 2020.
- xvii WHO ウェブサイト <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/global-research-on-novel-coronavirus-2019-ncov/covid-19-technology-access-pool> (2020年9月30日アクセス)
- xviii Department of Economic and Social Affairs, Population Division. *World Population Ageing 2019: Highlights*. UN; 2019.
- xix Foreman KJ, Marquez N, Dolgert A, et al. “Forecasting life expectancy, years of life lost, and all-cause and cause-specific mortality for 250 causes of death: reference and alternative scenarios for 2016-40 for 195 countries and territories.” *Lancet*. 2018 Nov 10; 392(10159): 2052-90.
- xx United Nations Department of Economic and Social Affairs. *World Youth Report: Youth and the 2030 Agenda for Sustainable Development*. UN; 2018.
- xxi 段家誠 「転換期を迎えた日本の政府開発援助 (ODA) -変わらぬ本質と開発協力大綱の登場」 『阪南論集 社会科学編 Vol. 51 No. 2』 (2016年3月) <https://core.ac.uk/download/pdf/229784733.pdf> (2020年9月30日アクセス)。
- xxii 「開発協力大綱」 (2015年2月10日閣議決定) <https://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/files/000072774.pdf> (2020年9月29日アクセス)。

-
- xxiii 「国際保健外交戦略」(2013年5月17日第4回経協インフラ戦略会議で提案)
https://www.mofa.go.jp/mofaj/press/release/press6_000224.html (2020年9月29日アクセス)。
- xxiv 「平和と健康のための基本方針」(2015年9月11日健康・医療戦略推進本部決定)
<https://www.mofa.go.jp/mofaj/files/000099126.pdf> (2020年9月29日アクセス)。
- xxv The Development Assistance Committee: Enabling Effective Development. *Aid for Civil Society Organisations*. OECD; 2019.
- xxvi UN. Political Declaration of the High-level Meeting on Universal Health Coverage “Universal health coverage: moving together to build a healthier world.” (Resolution adopted by the General Assembly on 10 October 2019: 74/2)
- xxvii JICA 「現地に根づく Case2：積み重ねた成果を生かす」『mundi 2020年7月号』
https://www.jica.go.jp/publication/mundi/202007/202007_08.html (2020年9月30日アクセス)。
- xxviii 感染症研究の今後の在り方に関する検討会「感染症研究の今後の在り方に関する検討会報告書」(2016年7月) https://www.lifescience.mext.go.jp/files/pdf/n1739_10.pdf (2020年9月28日アクセス)。
- xxix 日本国際交流センター「グローバルファンドファクトシート」(2020年3月)
http://fgf.jcie.or.jp/wp-content/uploads/2020/03/GF-Fact-sheet_March-2020.pdf。
- xxx 外務省「主な国際機関の概要」『2017年版開発協力白書 日本の国際協力』参考資料集第2章第10節(2018年)。
- xxxi 同上。
- xxxii 同上。
- xxxiii Gavi プレスリリース <https://www.gavi.org/news/media-room/japan-pledges-new-support-gavi> (2020年9月30日アクセス)。
- xxxiv 外務省経済協力局『経済協力評価報告書 2004』(2005年)。
- xxxv 中谷比呂樹、岩田純奈、地引英理子「国際保健機関の雇用力と我が国の滋養力」『国際臨床医学会雑誌』(2020年11月現在投稿済み、次号掲載予定)。

保健分野の ODA のあり方を考える特別委員会

2019年11月、塩崎恭久 衆議院議員を委員長に、SDGs 達成年である2030年に向けて、日本の保健分野における ODA の戦略性と開発援助効果を高めるための方向性を検討し、「国際保健外交戦略」並びに「平和と健康のための基本方針」改定プロセスに活かされる提言をまとめるため、以下のメンバーで発足した。本委員会は、5回の委員会、3回のテーマ別会合に加え、2020年1月にタイで開催されたマヒドン王子賞記念会議/UHC フォーラム2020の機会を得て、国際協力機構（JICA）と（公財）日本国際交流センターとの共催の下、JICAの支援を受けている政府関係者、国際機関幹部、アカデミアや市民社会の有識者との意見交換の場を設けた。

本委員会は、「グローバルヘルスと人間の安全保障」運営委員会（委員長：武見敬三（公財）日本国際交流センターシニアフェロー、参議院議員）の活動の一環として、同委員会委員並びに関係機関協力の下、（公財）日本国際交流センターが幹事及び事務局を務めた。

特別委員会 委員

石井 澄江	公益財団法人 ジョイセフ代表理事・理事長
稲場 雅紀	GII/IDI に関する外務省・NGO 懇談会代表、一般社団法人 SDGs 市民社会ネットワーク政策担当顧問
植野 篤志	外務省国際協力局長
牛尾 光宏	茨城県ひたちなか保健所長、元ベトナム保健省保健政策アドバイザー（JICA 専門家）
大河原 昭夫	公益財団法人 日本国際交流センター（JCIE）理事長、「グローバルヘルスと人間の安全保障」運営委員会幹事
岡村 恭子	世界銀行グループ保健・栄養・人口局栄養専門家
小野 啓一	外務省地球規模課題審議官
小寺 清	特定非営利活動法人 ウォーターエイドジャパン理事長、英国海外開発研究所上級客員研究員
塩崎 恭久	衆議院議員、「グローバルヘルスと人間の安全保障」運営委員会顧問【委員長】
高須 幸雄	国際連合事務総長特別顧問（人間の安全保障担当）
瀧澤 郁雄	独立行政法人 国際協力機構（JICA）人間開発部審議役
武見 敬三	参議院議員、公益財団法人 日本国際交流センター（JCIE）シニア・フェロー、「グローバルヘルスと人間の安全保障」運営委員会委員長
戸田 隆夫	独立行政法人 国際協力機構（JICA）理事長特別補佐
仲 浩史	東京大学未来ビジョン研究センター教授

中谷 比呂樹	国立研究開発法人 国立国際医療研究センター (NCGM) 理事、同グローバルヘルス人材戦略センター長、慶應義塾大学グローバルリサーチインスティテュート (KGRI) 特任教授・上席所員、公益社団法人グローバルヘルス技術振興基金 (GHIT Fund) 会長
平野 克己	日本貿易振興機構アジア経済研究所上席主任研究員
福島 靖正	厚生労働省医務技監
藤田 則子	国立研究開発法人 国立国際医療研究センター (NCGM) 国際医療協力局連携協力部長
古屋 範子	衆議院議員、「グローバルヘルスと人間の安全保障」運営委員会委員
牧島 かれん	衆議院議員
馬淵 俊介	パンデミックへの備えと対応のための独立パネル (IPPR) 事務局 (ビル&メリング・ゲイツ財団休職中)
三村 淳	財務省国際局審議官
門間 大吉	日本生命相互会社特別顧問

※委員は、個人の資格で本委員会に参加し、内閣官房健康・医療戦略室はオブザーバーとして参加した。なお、省庁の委員は人事異動により、委員会活動期間中に委員の交代があった。

ワーキンググループ メンバー

伊藤 聡子	公益財団法人 日本国際交流センター (JCIE) 執行理事
駒田 謙一	国立研究開発法人 国立国際医療研究センター (NCGM) 国際医療協力局運営企画部保健医療開発課
坂元 晴香	東京大学大学院医学系研究科国際保健政策学教室特任研究員
鈴木 智子	公益財団法人 日本国際交流センター (JCIE) チーフ・プログラム・オフィサー
瀬古 素子	元独立行政法人 国際協力機構 (JICA) 専門家、世界エイズ・結核・マラリア対策基金技術審査委員
瀧澤 郁雄	独立行政法人 国際協力機構 (JICA) 人間開発部審議役 (再掲) 【主査】
戸邊 誠	独立行政法人 国際協力機構 (JICA) 人間開発部国際協力専門員
永谷 紫織	公益財団法人 日本国際交流センター (JCIE) プログラム・オフィサー
野村 周平	慶應義塾大学医学部医療政策・管理学特任准教授、東京大学大学院医学系研究科国際保健政策学教室特任助教
吉田 智子	米国法人日本国際交流センター (JCIE/USA) シニア・プログラム・オフィサー
外務省、財務省、厚生労働省関係者	

(五十音順、2020年11月現在)

「グローバルヘルスと人間の安全保障」運営委員会

2007年にG8北海道洞爺湖サミットへの政策提言の策定の機会に発足した、日本のグローバルヘルス分野の政策形成への協力や官民連携の推進を目的とする懇談会（委員長：武見敬三参議院議員、日本国際交流センターシニアフェロー）。グローバルヘルスに関する国会議員、省庁・政府機関、学界、財団・NGO、産業界、国際機関の代表約40名が参加し、日本国際交流センター（JCIE）が幹事・事務局を務めている。四半期に一度程度の頻度で委員会を開催し、時に国内外のグローバルヘルス専門家もゲストとして迎え、非公式に意見交換・情報共有を行っている。

公益財団法人 日本国際交流センター（JCIE）

民間外交のパイオニアとして、非営利・非政府の立場から、政策対話や人物交流、調査研究等を通じて、日本の対外関係の強化、地球規模課題への貢献、社会の多様性の促進に取り組む。1970年設立、東京とニューヨークに拠点を置く。グローバルヘルス分野では、「グローバルヘルスと人間の安全保障プログラム」「アジアの高齢化と地域内協力」「グローバルファンド日本委員会」等の事業を運営し、グローバルヘルス分野における日本の国際的役割の強化をはかっている。

www.jcie.or.jp/japan

ポスト・コロナのわが国の国際保健外交 —求められる ODA 政策等のパラダイムシフト—

発行日	2020年11月30日
著者	保健分野のODAのあり方を考える特別委員会
発行	(公財)日本国際交流センター
住所	〒107-0052 東京都港区赤坂1-1-12 明産溜池ビル7階 TEL: 03-6277-7811 FAX: 03-6277-6712
表紙デザイン	白政聖子
レイアウト	石山紀行

Copyright © 2020 Japan Center for International Exchange
All rights reserved

