

ポスト・コロナ時代の国際保健外交 日本の戦略を問う

VOL. 11

日本のグローバルヘルス分野の政府開発援助： 歴史的傾向と新時代への展望

野村周平

慶応義塾大学医学部医療政策・管理学教室特任准教授、
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

2020 年は日本のグローバルヘルス政策にとって重要な転換点であった。世界のグローバルヘルス界が COVID-19 パンデミックにより持続可能な保健財政に深刻なダメージを受けている。本稿では、文献レビューや、包括的なグローバルヘルス分野の政府開発援助（DAH）の追跡データに基づいて、過去 30 年間の日本における DAH の歴史的傾向を検証する。そして、低・中所得国におけるユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）やパンデミックへの備え（preparedness）を含む、持続可能な開発目標（SDGs）の達成を支援するために、限られた資源を公平かつ効率的に使用し DAH をどのように展開させていけばよいのか、議論すべき次の 3 つの優先分野をあげる：（1）公平な健康増進のために DAH をどのように・どこに集中させるか、（2）パンデミックへの備えを含む保健システム強化を支援するために DAH をどのように提供するか、（3）国際公共財の提供や国境を越えたりスクの管理といったグローバルヘルスの中核的機能への資金提供における DAH の役割を明確にする。これらは、低・中所得国における人口統計学のおよび疫学的な変遷、COVID-19 パンデミックによって明らかになった新たな課題、そしてグローバルヘルス機能へのドナー資金の優先を高める潮流の文脈で展開されている。

なお、本稿は次の筆者の論文を日本語に意識したものであり、また図はそのまま使用している：[Nomura S, et al. Japan's development assistance for health: Historical trends and prospects for a new era. The Lancet Regional Health - Western Pacific 2022; 22.](#)

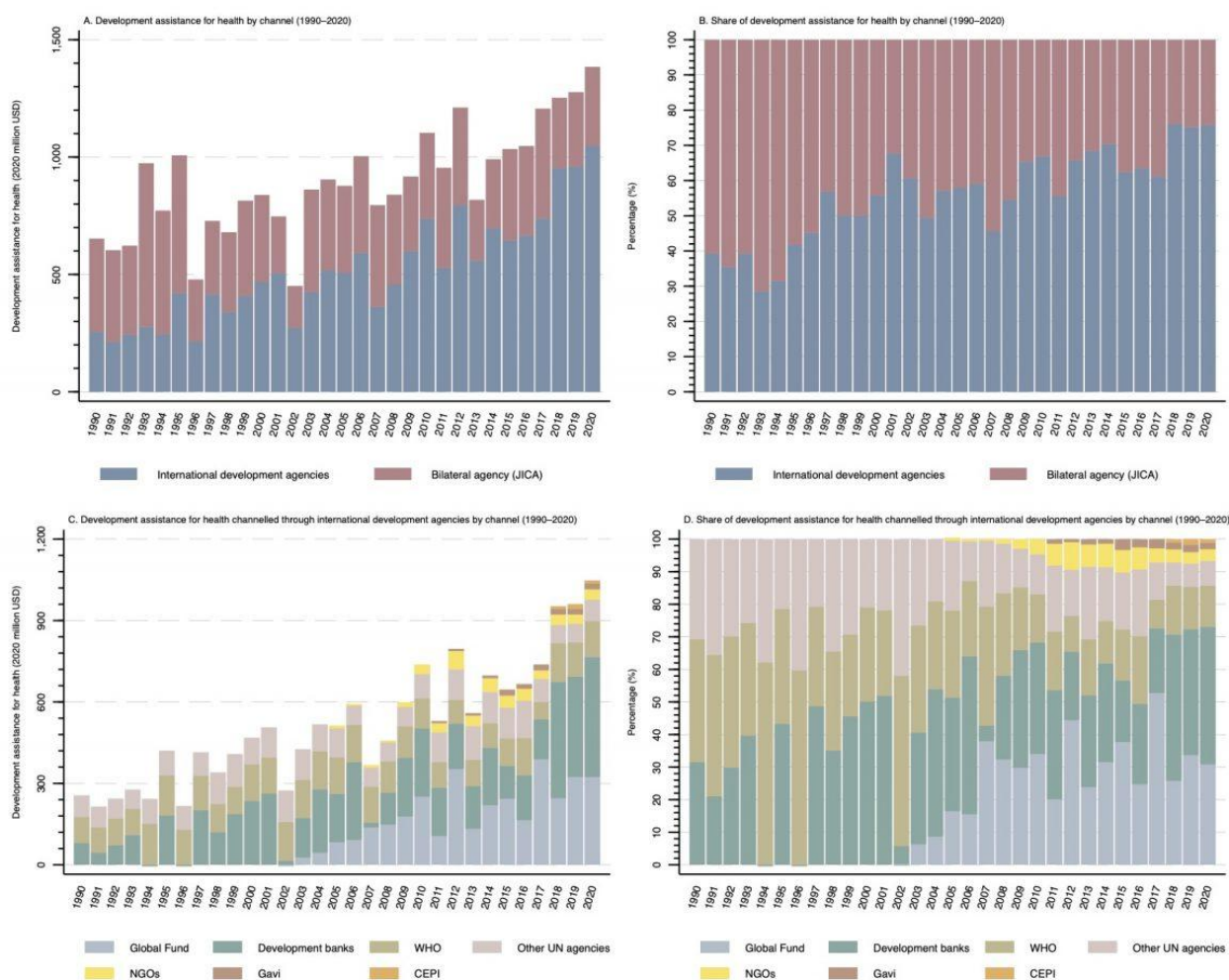
本稿では、DAH は 2020 年基準の米ドルを指し、また平時の DAH トレンドにフォーカスす

る目的で、特に断りのない限り COVID-19 対応のための DAH を除く。また、保健システム強化とは、セクター全体を対象としたセクターワイド・アプローチであり、特定の疾患分野への取り組み（対角線アプローチ）は含まない。さらに、パンデミックへの備え保健システム強化のサブセットと定義し、したがって、本稿におけるそれは、文献にしばしば見られるパンデミックへの備えの広範な議論よりも狭いものを指す。

日本の DAH のトレンド

日本からの DAH は 1990 年以降、増加傾向を維持しており（図 1A）、この間の年平均成長率は 6.2% で、毎年 19.2 百万米ドル規模で成長している。2018 年には 13 億米ドルの DAH が拠出された。20 年前、多国間（マルチ）機関を通じた DAH のシェアはおよそ 50% でしたが、ここ数年は 60% から 70% 以上に増加している（図 1B）。これらのシェア増加は、マルチ機関（特にグローバルファンド）を介した DAH の増加でおおよそ説明される（図 1C）。グローバルファンドは現在、マルチ機関を介した DAH の約 30% を占めている。また、開発銀行（国際開発協会[IDA]、アジア開発銀行など）、世界保健機関（WHO）、その他の国連機関でも DAH シェアは特に高くなっている（図 1C）これらのマルチ機関を経由した DAH シェアは、2000 年以降を平均してそれぞれ 32.0%、21.8%、17.5% となっている（図 1D）。CEPI（感染症流行対策イノベーション連合）と Gavi（ワクチンと予防接種のための世界同盟）を通じた DAH のシェアはあまり大きくない（2018 年は CEPI が約 1.1%、Gavi が約 2.0%）。CEPI は 2016 年に設立された官民パートナーシップで、研究開発（R&D）だけでなく、グローバルな連携によるワクチンの製造にも重要な役割を果たしており、日本も設立メンバーとして参加している。Gavi は低・中所得国へのワクチンの調達・提供を推進する官民パートナーシップ。

図1：DAHトレンド（チャネル別）、1990年～2020年

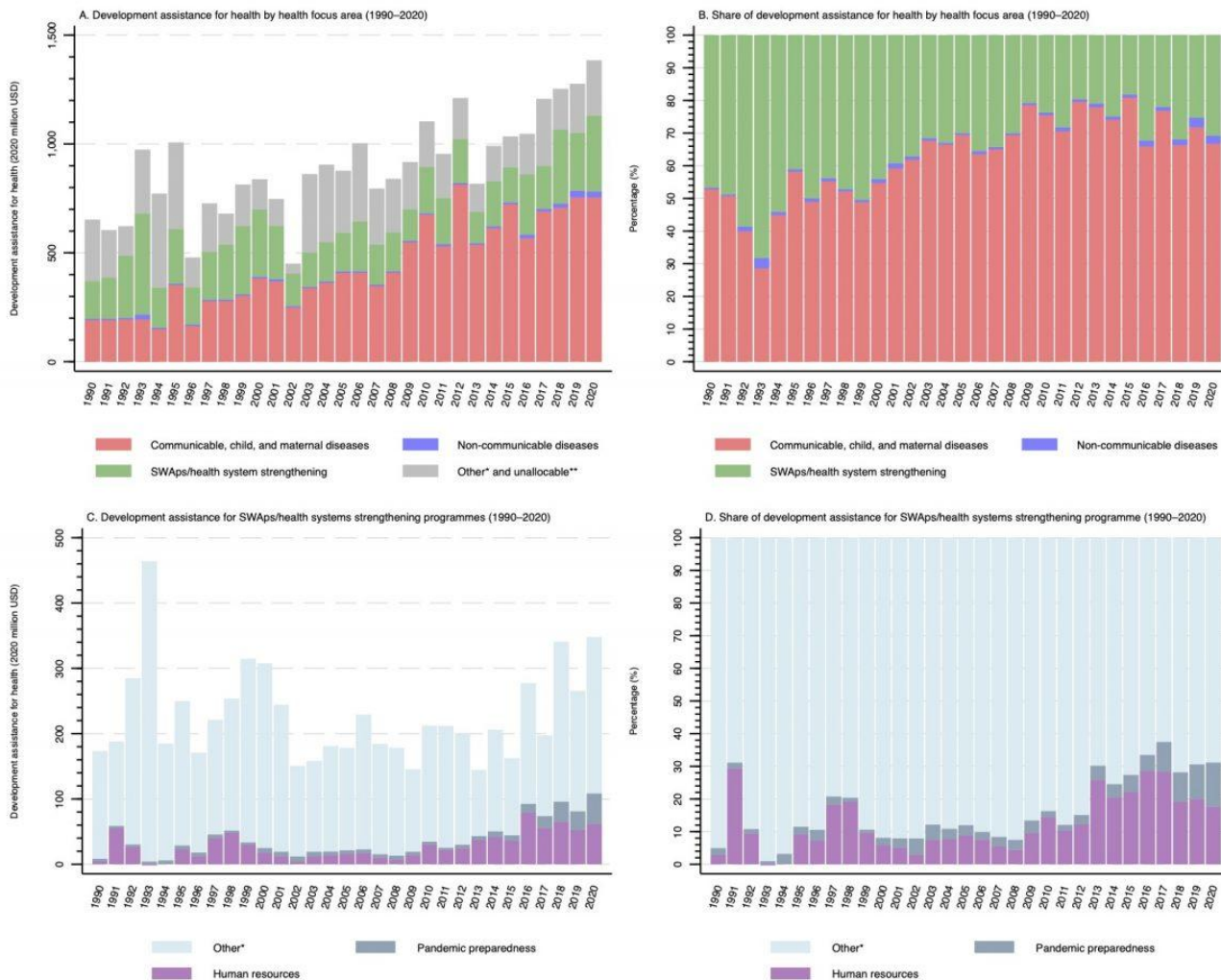


注：CEPI=Coalition for Epidemic Preparedness Innovations（感染症流行対策イノベーション連合）。Gavi=Gavi, the Vaccine Alliance（ワクチンと予防接種のための世界同盟）。Global Fund=世界エイズ・結核・マラリア対策基金（グローバルファンド）。JICA=独立行政法人国際協力機構。NGO=非政府組織。WHO=世界保健機関。開発銀行には、国際開発協会、米州開発銀行、アジア開発銀行、アフリカ開発銀行などが含まれる。その他の国連機関には、国連児童基金（UNICEF）、国連人口基金（UNFPA）、UNITAID、国連合同エイズ計画（UNAIDS）などが含まれる。

健康フォーカス分野別に見ると、2000年以降のDAHの増加は、ほとんどが感染症、母子の疾患対策に対応している（図2A）。これは、グローバルファンがHIV/AIDS、結核、マラリアの三大感染症対策を主な使命とする組織であることに起因すると考えられる。これらは「その他」や「割り当て不可」の保健分野を除くと、現在では約70%のシェアを占めているが、DAHのうち非感染症（NCD）に割り当てられているのは約2%に過ぎないことは注目に値する（図2B）。また、最近では約30%の割合を占める保健システム強化のうち、パンデミックへの備えはここ数年を除き、約5%にとどまっている（図2C、D）。なお、ここでのパンデミックへの備えとは、保健システム強化のサブセットであり、疫学的サーベイランス、接触

者の追跡と管理、バイオセーフティ対策、早期警報などを指す^[1]。

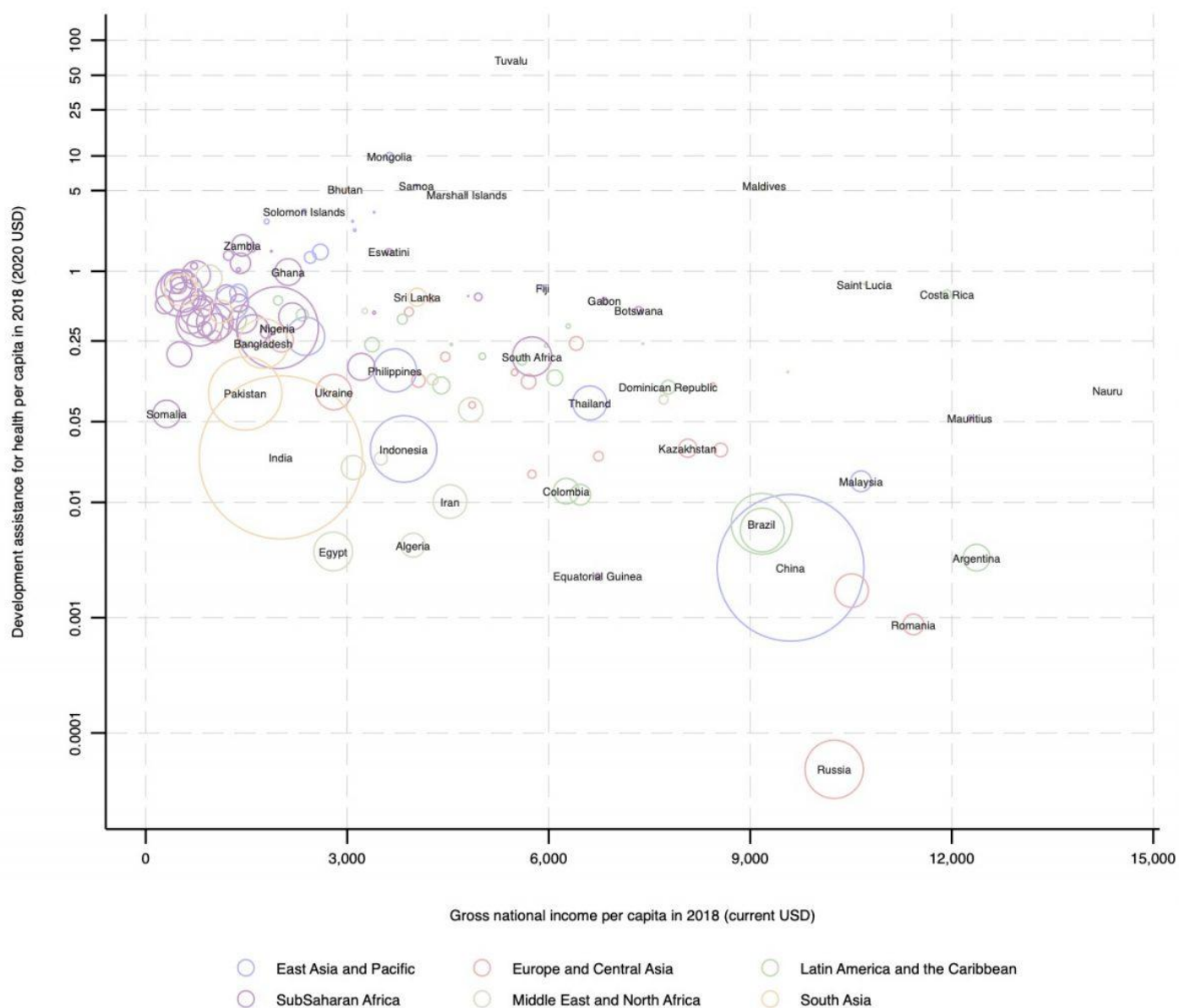
図 2 : DAH トレンド (健康フォーカス分野別)、1990 年~2020 年。SWApS=セクター・ワイド・アプローチ



保健システム強化において日本からの DAH のシェアが特に大きい経由機関 (チャンネル) は、JICA (2018 年 43.9%)、WHO (39.6%)、開発銀行 (33.3%)、NGO (19.4%) である。保健システム強化の中でも、パンデミックへの備えは、WHO (32.8%) と JICA (9.0%) のシェアが大きい。

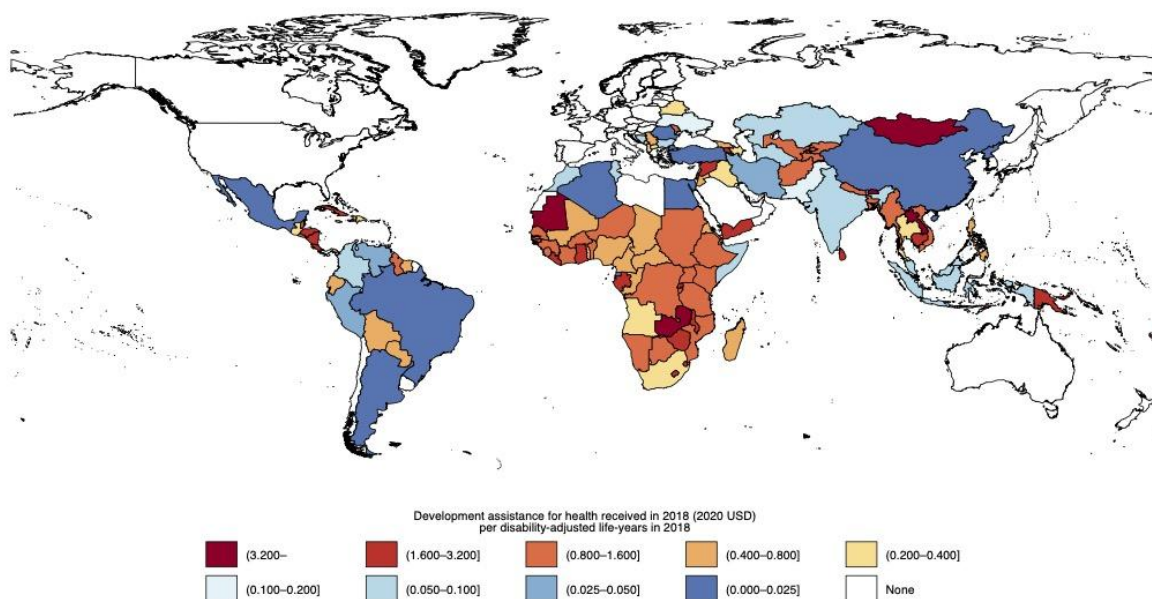
日本を含むドナー国は、DAH の分配方法を決定するために独自の метод論を持っているが、その分配における公平性を評価する基準には、国民所得 (経済的ニーズの指標) と疾病負荷 (健康的ニーズの指標) が考えられる^{[2][3]}。図 3 を見ると、2018 年の日本の一人当たり DAH と一人当たり GNI (国民総所得) の関係は弱い。全体的な傾向として、一人当たりの GNI が高いほど一人当たりの DAH は低くなるが、GNI が同程度の国でも日本から受ける DAH には大きなばらつきがある。2018 年の DALYs (疾病負荷) あたりの DAH も被支援国によって大きく異なる (図 4)。

図 3 : 一人当たりの GNI (国民総所得) 別に受け取った DAH (2018 年)



注 : 各ドットは被援助国を表し、ドットの大きさは 2018 年の DALYs で測定された国の疾病負荷に対応する。

図 4 : 1DALY あたりに受け取った DAH (2018 年)



優先的に検討すべき事項

SDGs 時代の特徴は、グローバルな目標が拡大し、より相互依存的で多部門にまたがる分野を含むようになったことである。特に、気候変動、規模や頻度が増加している自然災害、難民危機や紛争は、健康ニーズに直接・間接的に影響を与える可能性があり、それに応じて DAH の状況も変化しなければならない⁴⁾。単に DAH の量を増やすだけでなく、限られた資源をより公平に、効率的に、持続可能な形で提供し、被支援国とのパートナーシップのもとでグローバルヘルスの目標を達成するためのパラダイムシフトが必要である。具体的には、DAH の提供方法について、3 つの優先分野を設けて議論する。

日本を含むドナー国からの DAH の配分にばらつきがあるのは、経済的ニーズや健康ニーズでは説明できない多くの理由が考えられる。ドナー国は、被支援国における健康または健康の決定要因 (保健サービスの適用範囲を含む) の変化、サービスを実施・拡大する国の能力、資源とサービスの公正な分配という観点から、DAH の期待される影響を配慮していると思われる²⁾。さらに、ドナー国からの DAH の配分は、歴史的な外交関係、地理的な近接性、戦略的な政治的利益、特に二国間援助の場合は貿易関連の考慮事項など、多くの追加要因によって導かれることがある⁵⁾⁶⁾。

日本を含むドナーにとっての基本的な課題は、各国の DAH 配分の基準と根拠を批判的に検

討することである^[7]。日本にとっては、SDGs や UHC の原則である「誰一人取り残さない」を達成するためには、不平等への対応が不可欠であり、そのためには、国民所得のみを基準とした適格性ではなく、疾病負荷、社会経済的地位、国民の不平等、そしてそれらへの各国の対応能力を含めた基準が必要となる。また、移民や難民など、各国の脆弱な人々にどのように援助を届けるかを検討することも重要である、脆弱人口の規模なども考慮する必要があるだろう^[7]。

(1) 公平な健康増進のために DAH をどこに集中させるか

ドナーからの DAH がどの保健フォーカス分野を優先すべきかについては、かなりの議論がある。日本を含む主要なドナーからの DAH の配分は、疾病負荷と密接に関連していないことが知られている^[7]。日本の DAH では引き続き感染症、母子の疾患が主な対象となっているが、2019 年の低所得国、下位中所得国、高位中所得国（世界銀行の定義）の総疾病負荷（DALYs）のうち、NCDs が占める割合はそれぞれ 33.9%、55.2%、78.9%となっている^[8]。日本や他の主要ドナー国が NCDs への投資を増やすべき理由には、重要な論拠がある^[9]^[10]。例えば、過去 30 年間に世界的に増加し続けている一部の NCDs は、COVID-19 重症化のリスクファクターであり、COVID-19 による死亡者数の増加を促進していることが、世界の疾病負荷研究（GBD2019）で強調されてる^[11]。このことは、肥満、高血圧、高血糖、喫煙、アルコールなどの NCDs の主要なリスク要因への対策が不十分であることを示唆しており、世界が協調して対策を講じる必要がある^[12]^[13]。これには、規制、税制、補助金など、国民の健康を促進するための新しい政策の開発と実施を支援することが含まれる^[14]^[15]。

心血管疾患、新生物、糖尿病、神経疾患（アルツハイマー病など）、精神疾患など、ほとんどの NCD の疾病負荷は年齢の増加とともに増加する^[8]。低・中所得国においても、疾病構造の長期的な変化に効果的に対応するためには、高齢化する人口のニーズにもっと注意を払う必要がある^[16]。ここで重要なのは、NCDs への投資を増やすことは、感染症や母子の疾患への資金が犠牲になるということではないことである。ドナーからの DAH をどこに向けるかを評価する際には、援助プログラムの潜在的な健康効果と費用対効果の評価、援助実施機関やチャネルの比較優位性、各被支援国の健康ニーズの状況に応じた考慮が必要である^[17]^[19]。

(2) パンデミックへの備えを含む保健システム強化を支援するために DAH をどのように提供するか

ドナーからの DAH 投資の対象となる疾患や分野が増えている一方で、主要な保健システムの柱（WHO のビルディングブロックであるサービス提供、保健医療人材、保健情報システム、情報システム、必須医薬品へのアクセス、資金調達、リーダーシップ/ガバナンスなど^[20]）の強化に意味のある投資が行われなければ、保健上の利益が持続する可能性は低く、UHC やその他の SDGs の達成にはコストがかかるだろう^[21]^[22]。DAH の支出を被支援国の優先事項と一致させることは、人口レベルで健康アウトカムを改善し、グローバルな健康目標を達成するための努力を支援することにもなる。保健システムの強化と広範なシステム支援への投資は、そのための一つの方法であり、長期的な目標を調整するのに役立つだろう^[7]^[23]。ドナーは、現在の DAH の配分と被援助国の優先事項（例：国家保健戦略計画に基づくもの）

との間にミスマッチがあることを考慮しなければならない^{[24][25]}。

COVID-19 は、健康の安全保障を確保するために保健システムが果たす重要な役割を強調している^[22]。COVID-19 による死亡率を減らすためには、少なくとも、患者の検査、追跡、治療を行う十分な能力と、ワクチンを迅速かつ効率的に提供する能力を備えた強力なシステムが必要となる^[26]。

COVID-19 が基本的な保健医療サービスの提供に与えた影響は大きく、パンデミックの緊急な需要に対応するために、医療従事者、医療施設の設備、サービス、データ、資金などの医療資源を再編成する必要があったため、患者が安全に医療サービスを利用することが非常に困難になっている^[27]。

(3) グローバルヘルス機能における DAH の役割とは

グローバルな公共財の提供や国境を越えたリスク管理など、Schäferhoff ら (2015) がグローバルヘルスの「中核的機能」と呼ぶものへの資金提供における、日本を含むドナーからの DAH の役割について、しっかりと考える必要がある^[28]。これらの機能には、新しい治療薬やワクチンの研究開発、予防のためのグローバルなシステムの開発、大規模な感染症の早期発見と封じ込め、抗菌剤耐性に対抗するための努力、不健康な食品への対応、気候変動が健康や医療提供システムに与える影響を緩和するための対策などが含まれる。Schäferhoff ら (2019) によると、世界全体では、2013 年には研究開発を含む DAH の約 16.1%のみがグローバルな公共財に投資されていた。それは 2015 年には 17.1%に増加し、2017 年には 15.4%に減少した^[29]。さらに、2013 年にはパンデミック対策や抗菌剤耐性などの国境を越えたリスク管理に DAH の 5.5%が投資されていたが、2015 年には 10.2%に増加し、2017 年には 7.2%に減少した^[29]。ほとんどの低・中所得国では、パンデミックの影響に完全に対処するためには、対応できる強力な保健医療システムだけでなく、ワクチンなどの重要なツールを安価に入手することが必要となる。2021 年 6 月に発表された「パンデミックへの備えと対応のための国際公共財への資金調達に関する G20 ハイレベル独立パネル」でも強調されていえるように^[30]、COVID-19 のパンデミックに伴う健康上および経済上の損失を軽減し、次の世界的な健康上の緊急事態を予防し、迅速に対応するためには、グローバルな公共財に投資するための協調的な行動が不可欠である。ワクチン開発など、グローバルな公共財を生み出す重要な役割を果たしている CEPI に加えて、グローバルヘルス機能におけるドナーからの DAH のシェアが比較的大きいのは、WHO (2013 年に 62%)、国連合同エイズ計画 (UNAIDS) (40%)、国連人口基金 (UNFPA) (22%)、Gavi (20%) と推定されている^[28]。2018 年現在、日本の DAH のうち CEPI と Gavi へのシェアは非常に少ない。また、現在のところ、グローバルな公共財への資金提供をモニタリングする方法論は確立されておらず、グローバルな公共財の定義の合意や適切なデータ収集など、将来的にはそのようなメカニズムを確立する必要がある。

結論

日本は COVID-19 の健康への影響に対処するために、2020 年には合計 23 億米ドルを 低・

中所得国 に提供したと推定されている^[1]。この数字は、すべてのドナー国および国際開発援助機関の中で最大であり、平時の日本の DAH（2018 年）の 1.8 倍に相当し、日本が必要に応じて迅速にリソースを拡大できることを証明している。しかし、COVID-19 パンデミックに伴う経済の低迷が、低・中所得国に対する記録的な DAH を維持しようとするドナー国の政策決定に影響を与える可能性は否定できない^[31]。例えば、イギリスは国内の課題への対応を優先するために、すでに援助予算を削減している^[32]。これにより、イギリスの援助を受けてきた国々の保健医療システムが影響を受けるのではないかと懸念されている^{[33][34]}。とはいえ、COVID-19 のパンデミックが時を経て進行するにつれ、低・中所得国への支援を求める声がさらに高まっている^[35]。これらの要請は、COVID-19 に限らず、UHC を含む SDGs などの世界目標の達成に向けた取り組みや、気候変動、難民危機、紛争、テロ、新興感染症など、刻々と変化する世界の健康課題に対応するためのものでもある^[4]。限られた資源を公平かつ効率的に活用するための優先的な議論事項として、（1）公平な健康増進のために DAH をどのように・どこに集中させるか、（2）パンデミックへの備えを含む保健システム強化を支援するために DAH をどのように提供するか、（3）グローバルヘルス機能への資金提供における DAH の役割を明確にすることがあげられる。

出典

- 1.Global Burden of Disease 2020 Health Financing Collaborator Network. Tracking development assistance for health and for COVID-19: a review of development assistance, government, out-of-pocket, and other private spending on health for 204 countries and territories, 1990-2050. *Lancet* 2021; 398(10308): 1317-43.
- 2.Ottersen T, et al. New approaches to ranking countries for the allocation of development assistance for health: choices, indicators and implications. *Health Policy Plan* 2018; 33(suppl_1): i31-i46.
- 3.The Global Fund. Equitable Access Initiative Report. Geneva: The Global Fund, 2016.
- 4.World Health Organization. Global spending on health: a world in transition. Geneva: World Health Organization, 2019.
- 5.Berthélemy J-C. Bilateral donors' interest vs. recipients' development motives in aid allocation: do all donors behave the same? *Review of Development Economics* 2006; 10(2): 179-94.
- 6.Alesina A, et al. Who gives foreign aid to whom and why? *Journal of Economic Growth* 2000; 5(1): 33-63.
- 7.Dieleman JL, et al. The G20 and development assistance for health: historical trends and crucial questions to inform a new era. *Lancet* 2019; 394(10193): 173-83.
- 8.GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet* 2020; 396(10258): 1204-22.
- 9.Ezzati M, et al. Acting on non-communicable diseases in low- and middle-income tropical countries. *Nature* 2018; 559(7715): 507-16.
- 10.Niessen LW, et al. Tackling socioeconomic inequalities and non-communicable diseases in low-income and middle-income countries under the Sustainable Development agenda. *Lancet* 2018;

391(10134): 2036-46.

11. Institute for Health Metrics and Evaluation. The Lancet: Latest global disease estimates reveal perfect storm of rising chronic diseases and public health failures fuelling COVID-19 pandemic. 2020. <http://www.healthdata.org/news-release/lancet-latest-global-disease-estimates-reveal-perfect-storm-rising-chronic-diseases-and> (accessed November 16, 2021).
12. Marten R, et al. Committing to implementation research for health systems to manage and control non-communicable diseases. *Lancet Glob Health* 2021; 9(2): e108-e9.
13. Bukhman G, et al. The Lancet NCDI Poverty Commission: bridging a gap in universal health coverage for the poorest billion. *Lancet* 2020; 396(10256): 991-1044.
14. Jamison DT, et al. Global health 2035: a world converging within a generation. *Lancet* 2013; 382(9908): 1898-955.
15. Summan A, et al. The potential global gains in health and revenue from increased taxation of tobacco, alcohol and sugar-sweetened beverages: a modelling analysis. *BMJ Glob Health* 2020; 5(3): e002143.
16. Skirbekk V, et al. Vast majority of development assistance for health funds target those below age sixty. *Health Aff (Millwood)* 2017; 36(5): 926-30.
17. Shon C, et al. A cost-benefit analysis of the official development assistance project on maternal and child health in Kwango, DR Congo. *Int J Environ Res Public Health* 2018; 15(7).
18. Kotsadam A, et al. Development aid and infant mortality. Micro-level evidence from Nigeria. *World Development* 2018; 105: 59-69.
19. Hwang Y-G, et al. Efficiency analysis of official development assistance provided by Korea. *Sustainability* 2018; 10(8).
20. World Health Organization. Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies. Geneva: World Health Organization, 2010.
21. World Health Organization. Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies. Geneva: World Health Organization; 2010.
22. World Health Organization. Building health systems resilience for universal health coverage and health security during the COVID-19 pandemic and beyond: WHO position paper. Geneva: World Health Organization, 2021.
23. Kraus J, et al. Measuring development assistance for health systems strengthening and health security: an analysis using the Creditor Reporting System database [version 1; peer review: 1 approved]. *F1000Research* 2020; 9(584).
24. Shiffman J. Donor funding priorities for communicable disease control in the developing world. *Health Policy Plan* 2006; 21(6): 411-20.
25. Stierman E, et al. Aid alignment: a longer term lens on trends in development assistance for health in Uganda. *Global Health* 2013; 9: 7.
26. Hotez PJ, et al. Global public health security and justice for vaccines and therapeutics in the COVID-19 pandemic. *EClinicalMedicine* 2021; 39: 101053.
27. Moynihan R, et al. Impact of COVID-19 pandemic on utilisation of healthcare services: a systematic review. *BMJ Open* 2021; 11(3): e045343.

- 28.Schaferhoff M, et al. How much donor financing for health is channelled to global versus country-specific aid functions? *Lancet* 2015; 386(10011): 2436-41.
- 29.Schaferhoff M, et al. International funding for global common goods for health: an analysis using the creditor reporting system and G-FINDER databases. *Health Syst Reform* 2019; 5(4): 350-65.
- 30.G20 High Level Independent Panel on Financing the Global Commons for Pandemic Preparedness and Response. A Global Deal for Our Pandemic Age: Foreword. 2021. <https://pandemic-financing.org/report/foreword/> (accessed December 22, 2021).
- 31.Kobayashi Y, et al. Public support for development aid during the COVID-19 pandemic. *World Dev* 2021; 138: 105248.
- 32.Rambhatla SB, et al. The UK must not abandon commitments to international aid during a global pandemic. *BMJ Opinion*. London: BMJ; 2021.
- 33.McDade KK, et al. UK aid cuts will put global health systems at risk. *BMJ Opinion*. London: BMJ; 2021.
- 34.Kola L, et al. UK official development assistance cut threatens global mental health. *Lancet Psychiatry* 2021; 8(6): 461-2.
- 35.Adam C, et al. After the lockdown: macroeconomic adjustment to the COVID-19 pandemic in sub-Saharan Africa. *Oxford Review of Economic Policy* 2020; 36(Supplement_1): S338-S58.

野村周平「日本のグローバルヘルス分野の政府開発援助：歴史的傾向と新時代への展望」グローバルヘルス・ガバナンス研究会ポリシーブリーフ「ポスト・コロナ時代の国際保健外交—日本の戦略を問う」日本国際交流センター. 2022-03-04. vol. 11.

ポリシーブリーフ「ポスト・コロナ時代の国際保健外交—日本の戦略を問う」は、(公財)日本国際交流センターと東京大学未来ビジョン研究センターが共同で実施したグローバルヘルス・ガバナンス研究会 (GHG 研究会) のメンバーが、今後のグローバルヘルスにおける日本の役割を考える上で検討が求められる課題の論点を整理し、問題を提起することを目的に執筆したものです。なお、本研究会は、外務省の令和 3 年度外交・安全保障調査研究事業費補助金 (総合事業) を得て実施しました。