

母子の命と健康を守る衡平な保健システムの構築

未来への投資としての日本のコミットメント

Save the Children

セーブ・ザ・チルドレンは、「子どもの権利」が実現されている世界を目指す
子ども支援専門の国際NGOで、110ヶ国以上で活動しています。

子どもたちが自分の可能性を発揮できるよう、
世界中で、子どもたちとの向き合い方に画期的な変化を起こし、
子どもたちの生活に迅速かつ永続的な変化をもたらすことをミッションとしています。

謝辞

本政策概要作成にあたり、東北大学災害科学国際研究所教授（グローバルヘルス政策学分野）、
慶應義塾大学および国際医療福祉大学特任教授である野村周平氏のご協力とご指導に心より感謝いたします。

©公益社団法人 セーブ・ザ・チルドレン・ジャパン

2025年初版

公益社団法人 セーブ・ザ・チルドレン・ジャパン
〒101-0047
東京都千代田区内神田2-8-4 山田ビル4F
問い合わせ先：アドボカシー部グローバル政策提言チーム
japan.advocacy@savethechildren.org
ウェブサイト：www.savechildren.or.jp

表紙写真: ソマリアのプントランドにある自宅で、赤ちゃんを優しく抱くカショさん30歳
©Mustafa Saeed /Save the Children

目次

エグゼクティブサマリー

はじめに 1

増大するニーズとギャップ：世界の母子の現状 3

グローバルヘルスの危機 8

日本のODAとグローバルヘルス政策 9

支援を強化しギャップを埋める 16

まとめと提言 33

略語表

COVAX	COVID-19 Vaccines Global Access コバックス
DALYs	Disability-adjusted Life Years 障害調整生存年
Gavi	Gavi Vaccine Alliance Gaviワクチンアライアンス
GFF	Global Financing Facility for Women, Children and Adolescents 女性と子ども・青少年のためのグローバル・ファイナンシング・ファシリティ
GHI	Global Health Initiative グローバルヘルス・イニシアティブ
NAF	Nutrition Accountability Framework 栄養アカウンタビリティ・フレームワーク
ODA	Official Development Assistance 政府開発援助
RMNCAH-N	Reproductive, Maternal, Newborn, Child, Adolescent Health and Nutrition 性と生殖に関する健康、母子および青少年の健康と栄養
UHC	Universal Health Coverage ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ
WHO	World Health Organization 世界保健機関

エグゼクティブサマリー

母子と青少年の命と健康を守ることは未来への投資

すべての人には、「健康への権利」の一環として、いつでも必要な保健医療サービスを受ける権利があります。しかし、世界人口の約半数が、最低限の必須保健医療サービスにアクセスすることができておらず、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）や持続可能な開発目標（SDGs）の達成には程遠い状態です。最も貧しく、脆弱な立場に置かれた人々の健康格差は深刻で、いまだに年間約480万人の子どもと、約26万人の妊産婦が予防可能な原因で命を落としています。これは基本的な保健医療サービスさえ受けることができれば、救うことができる命です。

母子の命と健康を守るための支援は、コストではなく、未来への投資と言えます。性と生殖に関する健康（リプロダクティブヘルス）、母子と青少年の健康と栄養（RMNCAH-N）サービスの中でも、特に栄養改善や予防接種は、非常に費用対効果の高い公衆衛生上の介入とされています。妊産婦、新生児ケアや栄養サービス、予防接種などにより、母子が疾病にかかりにくくなり、健康が保たれることで、医療費が削減され、家庭や社会の経済的負担が軽減されます。また、RMNCAH-Nの改善のための支援が拡充され、母子や青少年が必要な保健医療サービスを受けられるようになることで、健康な状態で、社会活動や経済活動への参加が可能となり、よりよい生活を送ることができる機会が創出されます。また、保健医療サービスを十分に受けることができる子どもは、健康で生産性の高い大人に成長する可能性が高くなり、人的資本の強化につながり、経済発展が促進されることが期待されます。

母子の命と健康を守るための保健医療サービスに対するニーズは甚大で、改善のためには資金規模の拡大と予算の適切な配分が急務となっています。そうした中、主要ドナー国の援助方針の転換や援助凍結により、保健分野への国際資金が大幅に減少し、グローバルヘルスはかつてない危機に直面しています。保健医療サービスへのアクセスの不平等や健康格差を是正し、衡平かつ持続可能な保健システムを構築するためには、国際社会が連帯し、資金協力の維持・拡大を目指すことが求められています。

日本政府は、「人間の安全保障」の理念に基づき、健康を開発や経済など幅広い政策の基盤として位置づけ、これまで政府開発援助（ODA）の二国間支援を通じて、開発途上国におけるRMNCAH-Nサービスの拡充に貢献してきました。あわせて、多国間支援においても、母子保健や栄養、予防接種率の向上、保健システムの構築などを支援するグローバルヘルス・イニシアティブ（GHIs）への資金拠出を通じて、安定的な資金確保に貢献してきた実績があります。

今後、日本のODAがRMNCAH-N分野のさらなる資金調達において重要な役割を果たし、衡平で持続可能な保健システムの構築により一層寄与するよう、効果的かつ効率的な資金活用を実現する戦略の再構築が必要です。成果を最大化する視点に立ち、政策目標との整合性を高めた支援のあり方を追求することが求められます。また、「UHCナレッジハブ」や、「グローバルヘルスのためのインパクト投資イニシアティブ（Impact Investment Initiative for Global Health、トリプルI）」といった、日本が国際的に主導している新たな取り組みに大きな期待が寄せられる今、グローバルヘルス分野における財政的および技術的リソースの拡大に向けて、これらのイニシアティブによる知的貢献と実装力をアピールする機会でもあります。

本政策概要では、世界各地で母子が直面している困難な状況に加え、RMNCAH-Nサービスにおける深刻なギャップとニーズを明らかにしています。特に、妊産婦や乳幼児の死亡率が依然として高い地域や、基本的な保健・栄養サービスへのアクセスが著しく制限されている脆弱な立場に置かれた人々の現状に着目し、日本を含む国際社会が果たすべき役割の重要性を強調しています。あわせて、日本政府がこれまで実施してきた二国間・多国間ODAのうち、特に母子保健、栄養改善、予防接種率向上に向けたこれまでの支援状況を可視化し、今後支援を強化すべき領域を特定することを目的としています。さらに、RMNCAH-N分野に対する支援を拡大することで得られる具体的な効果についても示しています。命と健康を守る保健医療や予防接種、栄養介入の普及を通じて、子どもたちの健やかな成長と生活の質の向上を実現し、将来的な人的資本の強化や経済社会の持続可能性にも資することが期待されます。

以下は、日本政府がRMNCAH-N支援を拡充し、その効果を最大限に引き出すための提言です。



1. 二国間ODAによる費用対効果の高い保健・栄養サービスに対する投資拡大

二国間ODAの予算を拡充し、RMNCAH-N分野への配分を優先するとともに、低コストで高い効果が期待できる介入策に重点を置いた投資を進め、特にニーズの高い必須保健サービスへのアクセスを向上させる。



2. グローバルヘルス・イニシアティブ（GHIs）への拠出を通した援助効果の最大化

母子保健、感染症対策、保健システム強化など分野横断的な課題に対して、GHIsを通した予測可能かつ長期的な資金拠出に加え、技術的支援やガバナンス参画を通じてGHIsの運営改善に寄与する。



3. より脆弱性の高い人々や国々への支援拡充

特に急務となってい脆弱性の高い人々や国々への支援強化のために、資金配分の見直しと贈与ベース支援の拡充を行うとともに、後発開発途上国への二国間ODAを増額し、GNI比0.20%の国際目標の達成を目指す。



4. NGOへの資金拠出を通した連携の促進

NGOの専門性と知見を政策に反映しつつ、実質的な参加とオーナーシップを確保し、コミュニティとの連携を通じて政府がリーチしにくい人々へのアクセスを担保することで、持続可能で包摂的な保健支援を実現する。



5. 政策面のリーダーシップと知的貢献による多国間連携の強化

「母子の命を守ることは未来への投資」という共通認識を主導的に形成し、各国のコミットメントを維持・強化する外交努力を継続するとともに、UHCナレッジハブ等を活用した知的貢献を強化する。



6. UHC達成のための行動計画との整合化による、ODAの有効性と効率性向上

UHCを達成し、RMNCAH-Nを改善するための的確な投資計画を策定し、重複を避けた資金運用と成果指標に基づく評価により、戦略的で効果的なODAの活用を促進する。



7. 既存のコミットメントのアカウンタビリティ

透明性の高い情報公開を通じて、日本政府のODA方針や支出の実態、日本の支援によるインパクトを国際社会および市民に対して明確に示し、信頼性の高いグローバルヘルス支援の実現に貢献する。



8. 実装性の高い民間との連携による追加資金の呼び込み

グローバルヘルス分野の資金不足に対応するため、トリプルI等を活用して民間セクターとの連携と革新的技術の導入を強化し、日本の技術力を活かした持続可能な支援モデルを構築する。



© Patou Dombi / Save the Children
コンゴ民主共和国のヘルスセンターで母親のベニータさんに抱かれながら、手に MUAC バンド（上腕周囲長測定用バンド）を持つマルレーヌさん（7ヵ月）

はじめに

すべての人には、「健康への権利」があり、心身ともに健康な状態でいるために、「保健・医療サービスを受ける権利」が保障されています。近年、保健医療サービスを必要としている人々は増加の一途をたどる一方で、世界銀行と世界保健機関（WHO）によると、最低限の必須保健医療サービスを受けることができない人は、世界人口の約半数である 45 億人にものぼり、さらには、約 13 億人が医療費の支払いが原因で経済的困窮に陥り、貧困状態にあると言われています [1]。誰もが、どこにいても、支払可能な金額で、必要な時に質の高い保健医療サービスを利用できる状態であるユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）の達成には程遠いのが現状です。

最も疎外され、脆弱な立場に置かれた人々の状況はより深刻です。質の高い保健医療サービスを受けることができないために、健康リスクが高く、命を落としている人が大勢います。例えば世界では年間約 480 万人の子どもが予防可能な原因で亡くなっています [2]。貧困や、保健医療サービスへのアクセスの不平等が理由で、性と生殖に関する健康（リプロダクティブヘルス）、母子と青少年の健康と栄養（RMNCAH-N）の改善が進んでおらず、ニーズと健康格差の増大は止まりません。RMNCAH-N サービスの向上のためには、医療インフラの強化、保健医療従事者の教育、予防接種や栄養支援、家族計画などの地域ベースの普及などが必要ですが、各国政府の支援と国際協力を通じて、衡平で持続可能な保健システムを構築し、UHC 達成に向けた努力を加速させることが重要です。

子ども支援を専門とし、世界 110 ヶ国以上で活動する国際 NGO であるセーブ・ザ・チルドレンは、すべての子どもの健康への権利を守るため、衡平で持続可能な保健システムの構築、UHC の達成に向けた取り組みを進めてきました。その中でも、RMNCAH-N の改善を、子どもの権利を実現する上での最も重要な柱として位置付けてきました。妊産婦や乳幼児、そしてその家族のための総合的な健康の改善や発達にかかる支援により、子どもたちが十分に栄養のある食事をとり、数々の感染症から守られ、母親が出産の時に保健・医療サービスを受けられるようにすることが喫緊の課題です。

RMNCAH-N サービスは、非常に費用対効果の高い公衆衛生上の介入とされています。妊産婦や新生児ケア、栄養サービスや予防接種などの予防的介入により、母子が疾病にかかりにくくなり、健康が保たれることで、医療費が削減され、家庭や社会の経済的負担が軽減されます。また、RMNCAH-N の改善のための支援が拡充され、母子や青少年が必要な保健医療サービスを受けられるようになることで、健康な状態で、社会活動や経済活動への参加が可能となり、よりよい生活を送ることができる機会が創出されます。保健医療サービスを

十分に受けることができる子どもは、健康で生産性の高い大人に成長する可能性が高くなり、人的資本の強化につながり、経済発展が促進されることが期待されます。そのため、RMNCAH-Nサービスへの投資は、未来への投資と言えます。

「人間の安全保障」の観点から、一人ひとりの幸福と尊厳を持って生きる権利を重視してきた日本は、グローバルヘルスを開発や外交、経済といった政策や取り組みの基盤として位置づけ、開発途上国で ODA を通じた支援を進めてきました。RMNCAH-N サービスの向上は、日本が特に力を入れてきた分野の一つであり、二国間援助を通じて、日本の知見と経験を生かしながら、包括的で継続的な保健医療サービスを提供するための体制の強化や、開発途上国のオーナーシップと能力の向上、衡平で持続的な保健システムの構築を目指してきました。支援の内容は多岐にわたり、医療施設などの整備、保健医療従事者の育成、栄養支援、予防接種、感染症対策などが実施されています。また、様々な国際機関とも協力し、母子や青少年の健康改善に寄与してきました。一方、国際機関を通じた多国間援助は、二国間援助では支援が届きにくいコミュニティへの支援を大規模なスケールで可能にする点で、極めて重要な役割を果たしています。各課題に特化した支援により、明確な優先順位に従って、効率的かつ戦略的な資源配分が可能となります。さらに、感染症などの国境を越える地球規模課題に対しては、国家単独では解決が困難であることから、多国間の枠組みを通じた協調的な対応が不可欠です。この政策概要は、日本の ODA がより効果的かつ効率的に活用され、衡平かつ持続可能な保健システム構築に向けた成果を最大化する戦略を検討するための指針となることを目指しています。特に最も疎外され、脆弱な立場におかれた母子や青少年の予防可能な死亡を防ぎ、命と健康を守ることに貢献するよう、今後の支援の在り方について提言しています。

本政策概要では、まず、世界の母子や青少年が置かれた現状について、保健指標をもとに明らかにし、RMNCAH-N サービスのニーズの大きさを示しています。次に、日本の二国間・多国間の政府開発援助（ODA）が開発途上国の RMNCAH-N 改善にどのように貢献してきたかについて、その援助状況を明らかにしました。分析には、国際協力戦略の透明性をさらに高め、包括的かつ比較の観点から様々な援助分野における ODA の流れを可視化するために、東北大学災害科学国際研究所 グローバルヘルス政策学分野の野村周平教授によって開発されたオープンデータプラットフォームである「Visualizing Official Development Assistance (VODA) 」[1] および経済協力開発機構（OECD）のデータベース Data Explorer の中の「Creditor Reporting System (CRS)」を用いました [2]。ここでは、日本の ODA 全体のうち、保健セクター [3] への配分を明らかにした上で、保健セクターのうち、RMNCAH-N の改善に特に重要であり、セーブ・ザ・チルドレンの保健分野の取り組みにおける柱となっている、リプロダクティブヘルス分野 [4]、基礎栄養分野 [5]、および感染症対策分野 [6] への配分状況を可視化しました。リプロダクティブヘルス分野の支援には、妊産婦や新生児ケアが含まれているため、本政策概要では「母子保健分野」と表記しています。また、感染症対策分野は、マラリア、結核、HIV/AIDS の三大感染症を除く感染症対策として予防接種が含まれるため、「感染症対策（予防接種）分野」として同様に分析を行いました。最後に、持続可能な開発目標（SDGs）を始めとする国際目標を達成するためのギャップと支援を強化すべき領域を特定し、支援を最大化することでもたらされる効果を示しています。

---

1 VODA（https://visualizingoda.org/ja/about/）では、DAC 全 31 ヶ国の加盟国政府が実施する、2011 年以降の ODA プロジェクトに関するデータが使用されている。OECD のデータには、各年のプロジェクトごとの、ODA の支出総額（グロス）、協力分類、支援分類、援助セクター、被援助国が含まれる。支援分類には、二国間援助（技術援助を含む貸付、贈与、多国間援助機関への使途指定資金 / バイ・マルチ）と、多国間援助（多国間援助機関への分担金と非使途指定資金）が含まれる。援助活動は大きく 3 桁のセクターカテゴリー（DAC5 コード）に分類され、各セクターはさらに 5 桁の目的コード（CRS コード）に分類される。コードの定義と詳細は、DAC-CRS-CODES のうち、「LIST OF CRS PURPOSE CODES AND VOLUNTARY BUDGET IDENTIFIER CODES」参照。

2 Creditor Reporting System（CRS）OECD Data Explore Creditor Reporting System（CRS）

3 ODA の援助セクターの分類において、VODA では DAC5 コード 120 番台の「保健（Health）」と 130 番台の「人口政策 / プログラムおよびリプロダクティブヘルス（Population Policies/Programmes & Reproductive Health）」を合わせて「保健セクター」として定義している。なお、120 番台の保健セクターには、保健医療人材育成、基本的医療インフラ、NCD 対策など 16 分野が含まれており、130 番台の人口政策 / プログラムおよびリプロダクティブヘルスには、家族計画や HIV/AIDS を含む性感染症（STDs）対策、人口政策と行政管理など 5 分野が含まれている。

4 リプロダクティブヘルスケア（Reproductive health care）分野、CRS 目的コード 13020：生殖に関する健康の促進、出産前および出産後のケア（分娩を含む）、不妊の予防と治療、中絶後の合併症の予防と対応、母子の安全を守る活動。

5 基礎的栄養（Basic nutrition）分野、CRS 目的コード 12240：微量栄養素欠乏の特定と補給、乳幼児の栄養摂取促進（完全母乳育児の実施を含む）、緊急でない急性栄養失調の管理およびその他の対象型栄養支援プログラム（補完食を含む）、主食の栄養強化（食塩のヨウ素添加を含む）、栄養状態のモニタリングおよび国家レベルの栄養監視、これらの介入を支援するための研究、能力構築、政策立案、モニタリングおよび評価。

6 感染症対策（Infectious disease control）分野、CRS コード 12250：予防接種、マラリア（12262）、結核（12263）、COVID-19（12264）、HIV/AIDS およびその他の性感染症（13040）を除く、感染症および寄生虫病の予防と制御が含まれる。これには、下痢性疾患、媒介性疾患（例：河川盲目症、ギニア虫症）、ウイルス性疾患、真菌症、蠕虫症、人獣共通感染症、その他の細菌やウイルスによる疾患、シラミ症などが含まれる。

増大するニーズとギャップ：世界の母子の現状

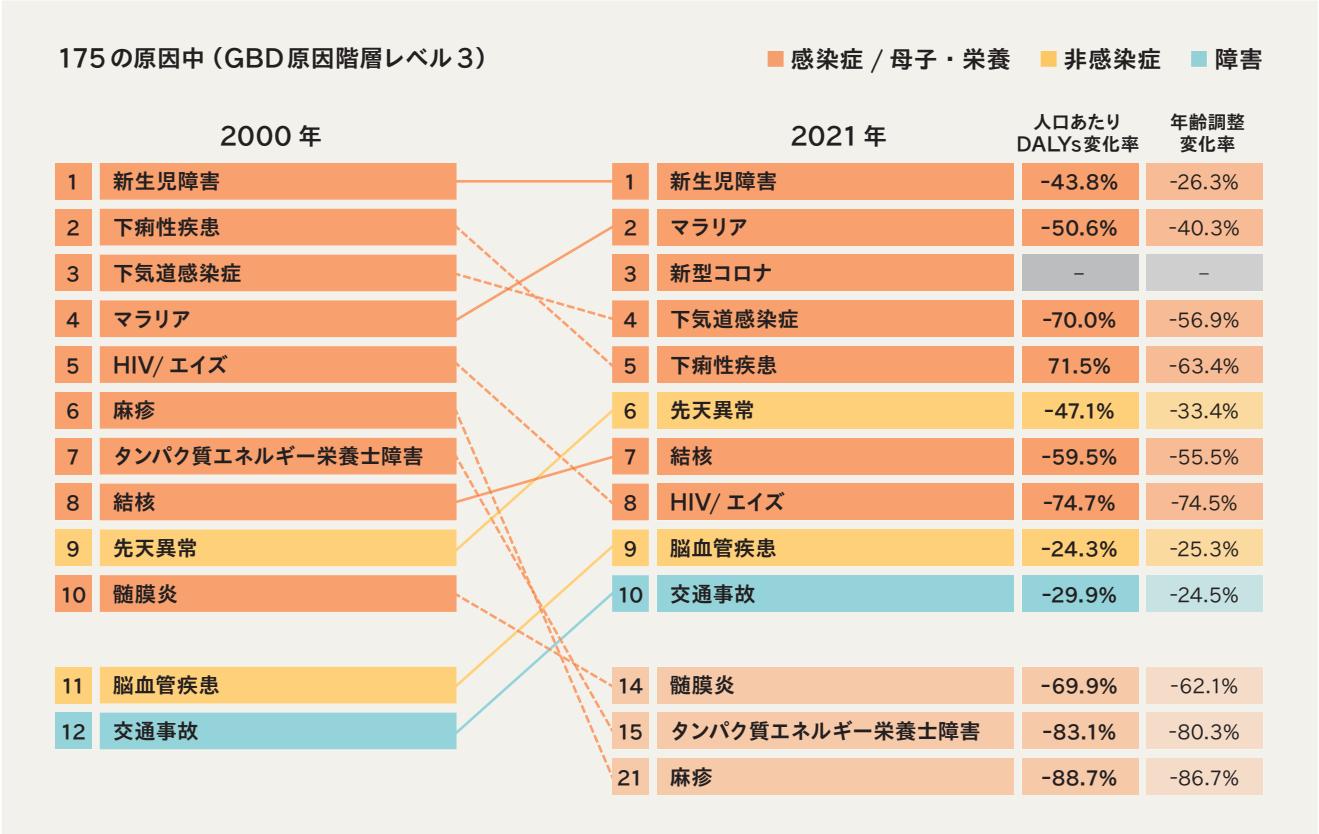
5歳未満児の死亡

ユニセフによると[3]、2023年、世界全体で約480万人の子どもが5歳の誕生日を迎える前に命を落としました。1990年の年間死亡数約1,300万人と比較すると60%以上低下してはいますが、まだまだ取り組みが必要です。また、2022年には約230万人の新生児（生後28日以内）[4]、約9万人の10歳から19歳の青少年が亡くなったとされています[5]。

ユニセフの世界の子供白書2024[6]によると、5歳未満児死亡率は、1990年の出生1,000人当たりの死亡数93人から、2022年には出生1,000人あたり37人にまで低下したものの、サハラ以南アフリカに暮らす子どもたちの死亡率は引き続き世界で最も高く、出生1,000人あたり71人にものぼります。また、サハラ以南アフリカ（約290万人）と南アジア（約120万人）は、2022年の5歳未満児死亡者数約490万人の80%以上を占めていました。

また、障害調整生存年（DALYs: Disability-adjusted Life Years）のデータ[7]を見ると、2000年から2021年にかけては世界、また低所得国いずれにおいても、母子保健に関連する新生児障害が第一位を占めています[7]（図1）。

図1. 低所得国のDALYs 原因ランクトップ10



出典：GBD 2021 Disease and Injuries Collaborators (including Nomura.S) The Lancet 2024[10]　日本語版の図は野村周平教授より提供を受け再作成

7 併せて参照：Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). GBD Results. Seattle, WA: IHME, University of Washington, 2025. Available from https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/

5歳未満の子どもの主な死因は、急性呼吸器感染症、下痢症、マラリアなどの感染症に加え、早産による合併症、出生時窒息や外傷、先天性異常とされています[8]。2023年の5歳未満児死亡のうち35%は、新生児疾患（早産や敗血症など）が原因であることが分かっています[9]。これらはすべて、安価で適切な公衆衛生上の介入により、予防や治療が可能なものですが、保健医療サービスへのアクセスは、最も必要としている子どもたちにとって依然として大きな課題となっています。

妊産婦死亡

世界保健機関（WHO）[11]によると、2023年、約26万人の女性が妊娠に関連する要因で命を落としたとされていますが、これは毎日約700人の女性が、妊娠や出産に関連する予防可能な原因で死亡しており、2分に1人が命を落としていることになります。また、妊産婦死亡の約92%は、女性と女児が適切な保健サービスを受けられない低・中所得国で発生していることが分かっており、WHOは、特にサハラ以南アフリカと南アジアの妊産婦死亡数が、2023年の推定される世界全体の妊産婦死亡数の約87%（22万5,000人）を占めていたことを明らかにしました。一部の地域で妊産婦死亡が多く、偏りが見られることは、質の高い保健サービスへのアクセスにおける不平等を浮き彫りにしています。

妊産婦死亡の主な原因は、妊娠中や出産後の合併症であるとされています。妊産婦死亡の75%近くを占める主な合併症には、妊娠中の高血圧、分娩後の過度の出血、出産後の感染症、分娩合併症、安全でない中絶などがありますが、これらの合併症のほとんどは妊娠中に発症し、その多くは予防または治療可能なものです[12]。

予防可能な死亡の原因

妊産婦の健康と新生児の健康は密接に関連しており、妊娠中から出産後を通して専門技能者の質の高いケアを受ける必要があります。すべての出産に専門的な医療従事者が立ち会い、タイムリーな管理と治療を行うことで、女性と新生児の命を救うことができ、5歳未満児の死亡も、妊産婦死亡も予防することが可能です。しかしながら、サハラ以南アフリカでは74%、南アジアでは84%、後発開発途上国全体では75%しか、そのような専門技能者の援助を受けていないことが明らかになっています[13]。

特に開発途上国では、医療従事者の数の不足や不十分な訓練、必要不可欠な医薬品の不足などの保健システムの脆弱性、貧困、教育へのアクセスの不平等などの社会的要因が妊娠・出産時に女性がケアを受けることを妨げています[14]。

また、妊産婦の死亡を避けるためには、望まない妊娠を防ぐことが不可欠です。青少年を含むすべての女性は、避妊、法律の及ぶ範囲での安全な中絶サービス、中絶後のケアを受ける必要があります。

妊産婦と新生児の命を守り、健康を改善するためには、保健医療サービスへのアクセスを妨げる要因を特定し、それに対処するための取り組みを推進する必要があります。

栄養不良

栄養は健康と発育に欠かせないものであり、栄養状態の改善は、乳幼児、子ども、妊産婦の健康状態の改善、免疫システムの強化、より安全な妊娠・出産、非感染性疾患のリスクの低下にも繋がります[15]。

WHOによると[16]、5歳未満児の死亡の約半数である45%は、低栄養によるものだとされており、こうした死亡の多くは、低・中所得国で発生しています。ユニセフは、栄養不良は子どもの権利の侵害であるとしていますが、推計によれば、子どもの栄養不良は依然として深刻であり、栄養不良のない世界の実現のためには、なお多くの課題が残されています[17]。

ユニセフによると[18]、2024年時点では、世界全体で1億5,020万人（23.2%）の5歳未満児が発育阻害（年齢の割に身長が低い）、4,280万人（6.6%）が消耗症（身長の割に体重が少ない）、1,220万人（1.9%）が重度の消耗症であるとされています。特にサハラ以南アフリカ、南アジアでは、5歳未満児の30%以上が栄養不良による発育阻害であることが分かっています。また、消耗症の有病率が最も高いのも依然として南アジアであり、14%にも上ります。

また、貧血は世界でも深刻な健康課題の一つですが、特に幼児と妊婦に影響を及ぼします。WHOの推計によると、世界の5歳未満児の40%、妊婦の37%、また生殖年齢にある女性の30%が貧血であるとされています[19]。

母乳育児は低栄養や過体重を防ぐことができますが、生後6ヶ月未満の乳児のうち、母乳のみで育っているのはわずか44%だとされています[20]。

予防接種率の低下

予防接種は、子どもたちの病気の予防に高い効果を発揮し、年間推定440万人の死亡を防いでいます[21]。しかし、ユニセフによると[22]、新型コロナウイルス感染症のパンデミック前水準を超えて回復と強化を目指す取り組みが続いているにもかかわらず、2024年時点で、世界では2,000万人もの子どもがワクチン未接種か、接種を十分に受けられずにおり、中でも「ゼロドース・チルドレン」と呼ばれる、一度も予防接種を受けたことのない子どもは1,430万人にも上るとされ、2019年の1,290万人から増加していることが分かりました。年間150万人もの子どもが、ポリオやはしかなど、予防可能な病気が原因で5歳に達する前に命を落としていることが分かっています[23]。

特にアフリカ地域や紛争の影響を受けている地域では、状況が深刻で、ゼロドース・チルドレンは、世界の他の地域(6.9%)に比べると、アフリカ地域では18.7%と約2倍にもなることが明らかになっています。また、紛争地域（22.7%）では、その他の地域と比べ3倍多くなっています[24]。

各国が子どもへの定期予防接種サービスをどれだけ適切に提供しているかを示す指標としてジフテリア・破傷風・百日咳（DTP3）ワクチンの接種率が使用されますが、ユニセフによると[25]、DPT3回目接種の世界的なカバレッジは2024年で85%に達しました。南アジアではDTP3カバレッジが2023年の90%から2024年に92%へ上昇し、特にインドでは91%から94%に改善しました。西・中央アフリカは71%から72%へとわずかに上昇しました。一方、中東・北アフリカは81%から79%に低下し、ヨーロッパ・中央アジアも94%から92%に減少しました。

感染症

国連合同エイズ計画（UNAIDS）によると[26]、2024年時点で、世界では約4,080万人（3,700万～4,560万人）がHIV陽性者であるとされていますが、そのうち140万人（110万～180万人）は、0歳から14歳の子どもであることが分かりました。同年、HIV関連疾患で命を落とした約63万人（49万～82万人）のうち、子どもの死亡者数は約7.5万人（5万～



© Esther Ruth Mbabazi/Save the Children
ウガンダのクリニックで肺炎を患っている生後 6 週間のフェイバーさんの診察をする看護師のアンさん

11万）であり、2010年の24万人から大幅に減少しました。また、抗レトロウイルス療法を受けている人は約3,160万人（2,780万～3,290万人）であり、感染者の77%でしたが、子どもにおいては、55%が治療を受けていました。2024年に新たにHIVに感染した人は約130万人（100万～170万人）でしたが、子どもの感染者はそのうち12万人（8万2,000人～17万人）で、2010年時点の31万人（22万～45万人）から62%も減少していることが分かっています。世界全体で新たにHIVに感染した人のうち、45%が女性および女児（全年齢）でした。特にサハラ以南アフリカでは、新規HIV感染者のうち63%を女性および女児（全年齢）が占めていたことが明らかになっています。また、ユニセフは5歳未満児のHIV感染もいまだ課題であり、2024年には新たに約12万人が感染したとしています[27]。

WHOの「世界マラリアレポート2024」によると[28]、2023年、世界全体で推定およそ2億6,300万件（2億3,800万～2億9,400万件）のマラリア症例が報告されたとしています。妊娠中のマラリア感染は、妊婦や少女、胎児、新生児にとって重大なリスクをもたらすことが分かっており、重篤な疾患や死亡につながる可能性があります。特に出産前後の母親の貧血を引き起こしたり、死産や早産の原因にもなったりしています。2000年以降、マラリアによる死亡者数は着実に減少し、2000年の86万1,000人から2019年には56万7,000人となりました。その後、2020年から2022年にかけては再び60万超に増加しましたが、これは新型コロナウイルス感染症のパンデミックに起因すると考えられています。しかし2023年には再び減少し、59万7,000人となりました。マラリアの死亡率も同様の傾向を示しており、2000年から2023年の間に、リスクのある人口は10万人あたり28.5人から13.7人へと減少しました。2023年には、世界のマラリア症例の約94%、死亡者の約95%がアフリカ地域で発生しており、特にマラリアの疾病負荷の不均衡が深刻となっています。また、アフリカ地域におけるマラリアによる全死亡者の約76%を占めていたのは、5歳未満の子どもであったことが明らかになっています[29]。

また、結核（TB）は世界で死因の上位10位に入る疾患であり、単一の感染症による死亡原因としては最も多い病気となっています。WHOは、「2025年世界結核レポート」の中で[30]、2024年世界では推定1,070万人（990万～1,150万人）が結核を発症し、123万人（113万～133万人）が命を落としたと発表しました。発生率（年間新規症例数）は人口10万人あたり131件（122～141件）、致死率は11.5%であることが明らかになりました。そして2024年には約120万人の子どもや若者（全症例の11%）が結核に罹患したと発表しました。15歳未満の子どもや若年層における治療成功率は、2023年には92%で、2022年の90%から上昇しました。パンデミックによる後退後、多くの指標は回復傾向にあるものの、結核の取り組みのための資金の削減がこうした進展を脅かしていることが懸念されています。

持続可能な開発目標

持続可能な開発目標（SDGs）では、栄養、保健はそれぞれ重要なテーマとして位置づけられていますが、RMNCAH-Nを改善することは特に達成が急がれる目標として掲げられており、SDGsの中の「ゴール2：飢餓をゼロに」および「ゴール3：すべての人に健康と福祉を」の中に含まれています。

SDGsゴール2では、飢餓を根絶し、貧困に苦しむ人や脆弱な立場におかれたすべての人が、栄養のある食事を十分に得ることができ、必要な栄養サービスが広く行き届くことが目指されています。中でも5歳未満児の栄養不良をなくすことは最優先事項の一つとなっています。特に5歳未満児は、栄養不足によって感染症を始めとする疾病にかかりやすくなり、また回復も遅れるため、栄養不良を改善することが予防可能な子どもの死亡を減らすことにつながります。



5歳になる前に
命を落とす子どもの数
年間 約480万人



ゼロ・ドース・
チルドレンの数
世界で1,430万人



子どもの発育阻害
（慢性栄養不良）
世界で
1億5,020万人



妊娠や出産が原因で
亡くなる女性の数
世界で約26万人

2012年5月の第65回世界保健総会において、WHO国際栄養目標2025（Global Nutrition Targets 2025）「母，乳幼児及びこどもの栄養のための包括的行動計画」が採択されましたが、この中では、全ての形態の栄養不良を解消することが優先課題となっており，母子の栄養改善に焦点を当てたこの世界目標[31]を達成することは、SDGsゴールの2.2に含まれています。日本を含む共同提案国の働きかけにより、2025年世界保健総会にて、国際栄養目標の達成期限が2030年までに延長されることが決定しました[32]。

SDGsゴール3では、すべての人々が健康のために必要な時に保健医療サービスを受けられるようにすることで、健康への権利の実現が実現されることを目指しています。様々な疾病や健康課題の解決が急がれる中、5歳未満児や、妊産婦の死亡を防ぐことは、特に緊急性の高い課題となっています。

2030年までに掲げられた目標を達成する上で、その達成度合いを測るためには様々な指標がありますが、表1で示した通り、RMNCAH-Nの改善が最も必要とされるサハラ以南アフリカの保健指標をみると、例えば「2030年までに、世界の妊産婦の死亡率を出生10万人当たり70人未満に削減する」という目標に対して、妊産婦死亡率は10万人当たり536人、専門技能者の立ち合いの下での出産の割合は74%にとどまっており、ギャップは依然として拡大し続けています。また、「全ての国が新生児死亡率を少なくとも出生1,000件中12件以下まで減らし、5歳未満児死亡率を少なくとも出生1,000件中25件以下まで減らすことを目指し、2030年までに新生児及び5歳未満児の予防可能な死亡を根絶する」という目標に対して、5歳未満児死亡率は、1,000件中71件、新生児死亡率は、1,000件中27件となっており、いまだ達成には程遠いのが現状です。こうした指標からも、RMNCAH-Nの改善は喫緊の課題であり、脆弱な立場におかれた母子や青少年の命と健康を守るための資金的支援の拡充による保健医療へのアクセス拡大が急務であることが明らかです。

表1. サハラ以南アフリカにおける母子の保健指標

指標	年	サブ・サハラアフリカ
出生率	2023	4.3
新生児死亡率（/1,000年間出生）（生後28日未満児の死亡）	2022	27
乳幼児死亡率（/1,000年間出生）	2022	49
5歳未満児死亡率（/1,000年間出生）	2022	71
発育阻害（5歳未満の年齢に不相応な低身長）（%）	2022	32
消耗症（5歳未満の身長に不相応な低体重）（%）（中～高程度）	2016-2023	6
妊産婦死亡率（/100,000人）	2020	536
専門技能者が付き添う出産（%）	2017-2023	74
出産前ケア（最低1回）（%）	2017-2023	82
出産前ケア（最低４回）	2017-2023	58
出生後・産後健診（%） 2017-2023（新生児）	2017-2023	57
出生後・産後健診（%） 2017-2023（母親）	2017-2023	61
近代的手法で家族計画を実施した割合（%）2017-2023	2017-2023	53

出典：世界子供白書 2024 [33][34][35][36] をもとに作成

グローバルヘルスの危機

2025 年 1 月、米国で発令された大統領令により、国際開発庁（USAID）の援助が事実上凍結されました。これにより、多くの開発途上国で保健医療分野の支援が停止され、子どもや女性を含む多くの人々が必要不可欠な保健サービスを受けられなくなっています。米国はこれまで、G7 諸国による保健分野 ODA の約半分を担ってきた最大の援助国であり、その突然の援助停止は、グローバルヘルス全体に深刻な影響を及ぼしています。

さらに、米国政府は WHO からの脱退を表明しました。WHO は感染症対策や予防接種体制の中核を担っており、米国はその最大の拠出国でした。米国の脱退は、特に感染症の予防・対応能力に大きな空白を生じさせており、今後のパンデミックへの対応や既存の感染症管理体制に深刻な打撃を与えると懸念されています。

特に影響が深刻なのは、母子保健、HIV/AIDS を始めとする感染症、家族計画、栄養、そして水･衛生（WASH）など、人々の健康と尊厳の基礎となる分野です。家族計画サービスへの米国からの支援停止により、推計では毎週約 100 万人の女性や少女が避妊サービスを受けられなくなっています。援助停止後わずか数週間で、推定 380 万人が避妊ケアを失ったとされており、これは望まない妊娠や母体死亡のリスクを高める重大な事態です [37]。

また、周産期ケアや小児保健への影響も広範に及ぶとされています。産前健診や助産師の派遣が中止されれば、妊産婦の死亡率は急上昇し、小児への予防接種プログラムの中断は乳幼児の命を脅かすことになります。USAID はまた、下痢症やコレラなどの予防に不可欠な水・衛生環境の整備にも資金提供を行ってきたため、これらの領域でも疾病の拡大が懸念されています。

2025 年 6 月、学術誌 Lancet にて、過去約 20 年間にわたる USAID のすべての援助が、成人および子ども全世代の死亡率に与えた影響を包括的に評価し、将来的に資金が削減された場合の影響について予測分析した論文が発表されました [38]。論文によると、USAID の援助を受けた国々、主に低・中所得国、特にアフリカ諸国においては、年齢調整後の全死因による死亡率が 15%減少、5 歳未満児の死亡率は 32%減少していたことが明らかになりました。これは、調査対象期間である過去 21 年間で、USAID の援助により、全世代 9,100 万人の死亡を防ぐことができ、うち 3,000 万人は 5 歳未満児の死亡であったことが分かっています。

また、USAID の援助により、HIV/AIDS による死亡が 65%（2,550 万人）、マラリアによる死亡が 51%（800 万人）、顧みられない熱帯病による死亡が50%（890 万人）減少していました。結核や栄養不良、下痢性疾患、下気道感染症、妊産・出産および周産期の疾患による死亡率にも大幅な減少が認められました。予測モデルによると、現在の大幅な援助削減が続けば、2030 年までに全世代で、さらに 1,400万人以上が命を落とす可能性があり、うち 450 万人以上は 5 歳未満児の死亡となる可能性があるとされています。

米国以外でも、英国、フランス、ドイツなど主要なドナー国による援助削減により、セーブ・ザ・チルドレンをはじめ、多くのNGOが開発途上国で展開してきた命を守る取り組みが、事業の縮小や中断を余儀なくされています。深刻な資金不足の中で、支援の継続を断念せざるを得ない事例が相次ぐ一方、それでもなお、子どもたちの命と権利を守るためのあらゆる手を尽くしています。こうした努力を持続的に支えるためには、ドナー各国が、子どもに不可欠な必須保健サービスへのアクセスを確保するため、緊急基金の活用を含む包括的かつ柔軟な支援体制を早急に整備することが求められます。

米国をはじめとする主要なドナー国による援助縮小は、SDGs ゴール 3 の進捗に大きな後退をもたらしかねません。これまで数十年かけて削減されてきた妊産婦死亡率や子どもの予防可能な感染症による死亡率が再び悪化する恐れがあります。グローバルヘルスにおけるリーダーシップと資金の欠如が、SDGs 全体の達成にも影を落としています。

また、支援の停止は数百万規模の人々の命と暮らしに深刻な影響を及ぼすのみならず、基礎的な保健サービスの崩壊を引き起こし、開発途上国における感染症の拡大や母子保健の悪化といった危機を招いています。こうした影響は、当該国の枠を超えて、国際社会全体の健康安全保障、経済の安定性をも脅かすものです。いま国際社会には、グローバルヘルスの土台を守るための、責任ある迅速な対応と連帯が強く求められています。



© Rubina Hoque Alee/Save the Children
バングラデシュの家族用シェルターで祖母のヌール・ハリマさんに抱かれている新生児のサヒダさん

日本のODAとグローバルヘルス政策

日本のグローバルヘルス戦略

日本政府は、グローバルヘルスを開発・外交・経済政策の基盤として重点分野に位置づけ、人間の安全保障の実現の観点から、すべての人が経済的困難に直面することなく、必要な保健医療サービスを受けられるようにするユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）の達成を特に重視しています。そして、UHCの国際的な主流化をリードし、またUHC先進国として、その達成に向けた取り組みを推進してきました。

2023年6月に改訂された開発協力大綱[39]においても、グローバルヘルス戦略（2022年5月24日健康・医療戦略推進本部決定）[40]の実施を通して、「グローバルヘルス・アーキテクチャーの構築に貢献し、将来の公衆衛生危機に対する予防・備え・対応を強化するとともに、保健人材育成を含む開発途上国の保健システム強化等を通じてより強靭、より衡平、より持続可能なUHCを推進していく」ことが明記されています。

2025年2月に閣議決定された「第三次健康・医療戦略」[41]では、グローバルヘルス戦略の更なる推進が明確に打ち出されています。とりわけ、「母子保健」や「性と生殖に関する健康と権利（SRHR）」がライフコースの視点から重要な課題として位置づけられ、水・衛生、栄養など基本的な保健領域への対応も含めて、UHCの実現と保健システムの強化に向けた重点分野とされています。

同戦略において、日本政府は、グローバルヘルス分野への資金需要の高まりを受け、保健分野におけるODAの拡充と質の向上、国際機関や官民連携基金への戦略的な拠出強化を打ち出しています。あわせて、開発途上国のニーズに即した支援を進めるうえで、市民社会の多様な機能も重視されています。また、UHC達成に向けた推進力として、厚生労働省、財務省、WHO、世界銀行による「UHCナレッジハブ」[42]の設置が決定されました。UHCナレッジハブは、UHC達成に向けた保健財政の強化とその適正な運営・執行のため、開発途上国の保健・財政当局の政策立案者を対象に研修機会を提

供するもので、開発途上国のオーナーシップに基づきUHC達成を支援する日本のリーダーシップが期待されています。さらにはグローバルヘルス分野における持続的な資金調達としてインパクト投資への注目が集まる中、民間投資の成果を最大化し、経済的利益と社会的意義の両立（共有価値の創出）を実現することでグローバルヘルス分野の社会課題の解決が目指されています。2023年G7広島サミットにて承認され、同年9月の国連総会ハイレベル会合にて正式に発足した「グローバルヘルスのためのインパクト投資イニシアティブ（Impact Investment Initiative for Global Health、トリプルI）」は、グローバルヘルス分野でのインパクト投資の好事例の紹介を通して認識を高め、ネットワーキングや知見の共有による投資機会の拡大や民間資金の動員を促進することを目的としています。また、インパクト投資の透明性を向上させるために、インパクトの測定や検証、情報開示に関する議論を活性化させることも役割の一つとされています[43]。

日本のODAのトレンド：保健分野への配分/拠出状況

政府開発援助（ODA）は、グローバルヘルス課題に取り組むための重要な資金源の一つです。グローバルヘルス戦略の中では、ODAの質を向上させ、拡充することが優先事項の一つとして挙げられています。

日本のODA全体の現状

»2023年の日本の拠出額は第3位

2022年の日本のODAの総額は215億3,400万ドルであり、米国、ドイツ、フランスに続き第4位の拠出国でしたが、2023年にはODA総額は、240億900万ドルへと増加し、第3位となりました（いずれも2023年実質値）[44]。

1970年、国連総会において、ODAの目標額を国民総生産（GNP）（現在は国民総所得（GNI））の0.7%（贈与相当額ベース）とすることが定められました[45]。日本のODAの対GNI比は、2023年までの数年間は増加傾向にあり、2023年時点で対GNI比は0.44%[46]だったものの、2024年には再び0.39%（暫定値）[47]までに低下し、目標達成の見通しは立っていないのが現状です。

2015年のアディスアベバ開発資金会議で合意された国際目標「少なくともGNI比0.20%のODAを後発開発途上国に供与する」については、日本の後発開発途上国向けODA（純額ベース）の対GNI比は、2022年時点で0.12%にとどまり[48]、さらなる努力が必要であることが示唆されています。



© Sarah Waiswa/Save the Children　ケニア・ブンゴマの自宅の外で、生後3日の赤ちゃんブレッシングさんを抱くエミリーさん

保健セクターへの配分

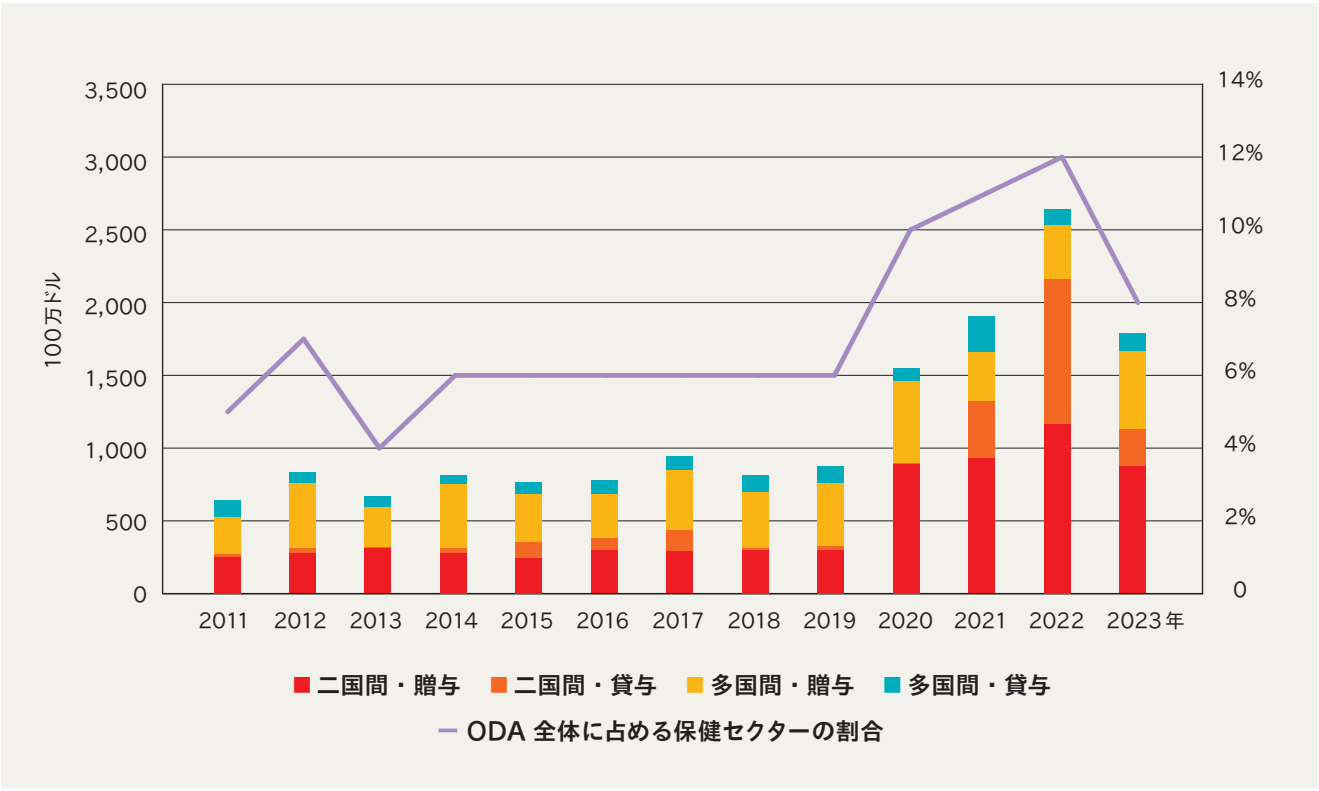
» 保健セクターへの配分は増加傾向にあったが、再び減少、DAC諸国と比較するといまだに優先順位が低い

図2で示す通り、日本のODA全体のうち、保健セクターへの配分が占める割合は2019年の5.8%から、2020年には9.8%、2021年には10.8%、2022年には12.4%にまで達し[49]、G7の中では第4位、DAC諸国の中では第11位でしたが、2023年には再び7.5%へと低下し、G7の中では英国、米国、カナダ、フランスに次ぐ第5位、DAC諸国の中では第15位となりました[50]。日本のODA全体において保健セクターの援助が占める割合は、2011年から2023年にかけての平均でみると7.1%となっています。

また、援助額も2020年から増加傾向が見られ、2020年には15億6,200万ドル、2021年には19億2,500万ドル、2022年には26億6,800万ドルと、過去10年間で最高額となりました[51]。しかし、2023年には再び18億200万ドルへと減少しました。2020年以降は、特に二国間援助の割合が増大する傾向が見られました。

2020年以降の保健セクターODAの増額とODA全体に占める割合の増加は、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）のパンデミックを受け、その制御と予防への援助が増加したことに起因していると考えられ、保健セクター全体のうち、COVID-19統制分野への援助が占める割合は2020年には39.9%、2021年には37.5%と、いずれも約4割を占めていましたが、2022年には31.6%1、2023年には17.8%と減少傾向にあります[52]。

図2. 保健セクターへのODA援助額（二国間・贈与、二国間・貸与、多国間・贈与、多国間・貸与）と、ODA全体に占める割合（2011年から2023年）



出典：Visualizing Official Development Assistance（VODA）「DAC諸国によるODA拠出ランキング」をもとに作成
※2023年実質値[8]

8 実質値（2023年の物価水準に合わせて調整したODAの額）

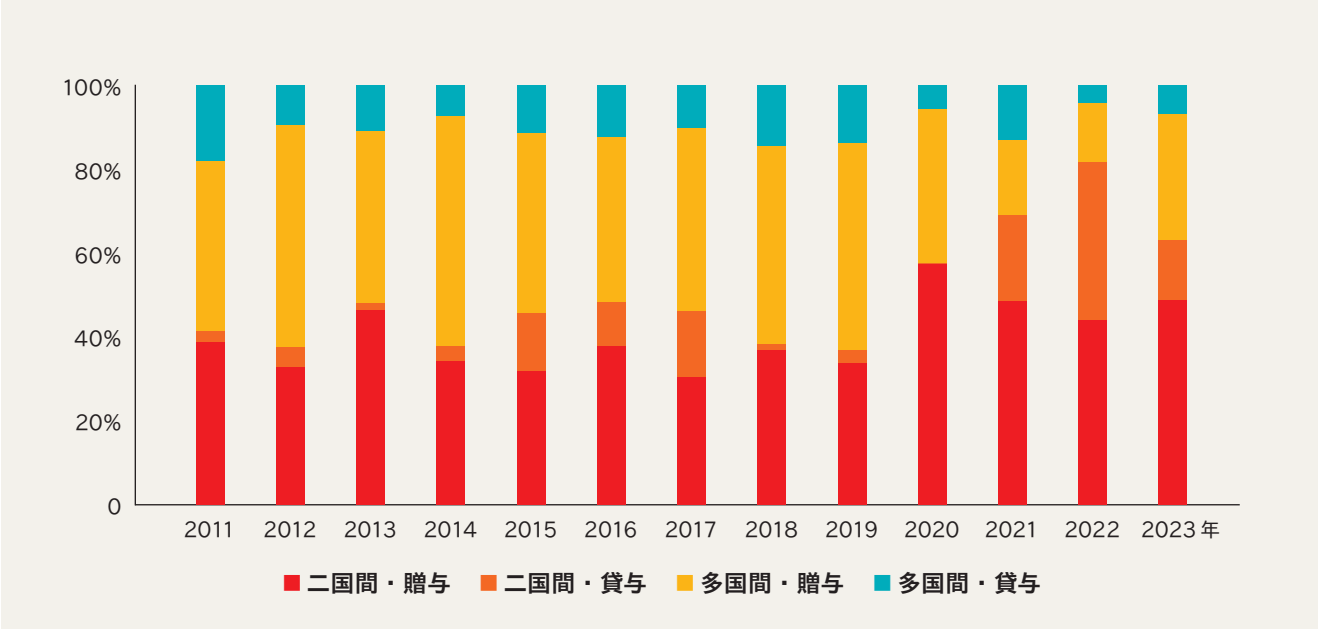
二国間援助と多国間援助

日本は、二国間援助により、UHCの推進を中心に据え、母子保健、感染症対策、栄養改善など、多岐にわたる分野に支援を行い、保健医療サービスの質・アクセス改善に貢献してきました。また、保健行政能力や保健人材強化など、包括的な保健システムの構築を進めてきました。また、保健指標の改善や保健医療サービスの質・量の拡充のみならず、資金的な協力と技術的協力の双方により、医療従事者の育成や地域保健システムの強化を通じて、相手国のオーナーシップを尊重し、開発途上国の自立支援に重点を置いてきたことも特徴です。二国間援助には、技術援助を含む貸付、贈与、多国間援助機関への使途指定資金/バイ・マルチが含まれています[53]。

多国間援助には、多国間援助機関への分担金と、非使途指定資金が含まれています。日本は国際機関への拠出を通して、グローバルヘルスのための予算の拡充に貢献してきました。国際機関は、優先課題に特化して支援を行うことが可能であり、また二国間支援のみではリーチすることが困難な、より脆弱性の高いコミュニティに大規模なスケールで直接的に支援を届けることができます。また、国際機関への拠出を維持・拡大することにより、複合的な地球規模課題の解決に貢献することができるだけでなく、国際社会において、日本のリーダーシップを強化し、また、信頼構築と協力を推進することにつながります。

図3で示す通り、保健セクターのODAのうち、二国間援助と多国間援助のそれぞれの割合を見ると、2011年から2023年にかけての二国間援助贈与ベースの平均は40.1%、二国間援助貸与ベースの平均は10.0%、多国間援助贈与ベースの平均は39.2%、多国間援助貸与ベースの平均は10.6%であり、二国間援助贈与ベースの割合の方が多国間援助贈与ベースをわずかに上回り、最も大きい結果となりました。

図3. 保健セクターODAにおける二国間援助（贈与・貸与）と多国間援助（贈与・貸与）の割合（2011年から2023年）



出典：Visualizing Official Development Assistance（VODA）「DAC 諸国による ODA 拠出ランキング」をもとに作成
※2023 年実質値

表2が示す通り、2011年から2023年のODA全体の二国間贈与ベースの援助において、保健セクターの二国間贈与ベースの援助が占める割合は、平均10%となり、保健分野のすべての援助形態の平均である7.1%より2.9%高いことが分かりました。2020年以降は20%以上となり急激に割合が増えていますが、2023年には13.5%へと減少しています。

表2. ODA全体の二国間贈与ベースの援助に占める保健セクターの援助の割合（2011年から2023年）

年	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	平均
%	4.9	6.6	4.2	6.6	5.4	6.5	6.3	6.9	7.0	20.8	20.3	21.6	13.5	10.0

出典：Visualizing Official Development Assistance（VODA）「DAC 諸国からの ODA 資金の流れを見る」をもとに作成　※2023 年実質値

後発開発途上国への援助

»保健セクターにおいて、後発開発途上国への援助の配分は、他の援助受取国への配分より大きい

図4は、保健セクターの二国間贈与ベースの援助について、援助受取国[9]別の配分を示しています。2011年から2023年の平均を見ると、後発開発途上国[10]への配分は全体の38.9%、その他低所得国[11]への配分は1.5%、低中所得国[12]への配分は26.1%、高中所得国[13]への配分は11.2%、より発展した国・地域[14]への配分は0.2%、所得水準に基づく分類が適用されていない国・地域[15]への配分は22.1%であり、全体として後発開発途上国への配分が最も大きいことが明らかになりました。後発開発途上国への配分は、2011年から2016年にかけては50%前後を維持し、最大60%まで上りましたが、2017年には36.1%へと減少、それ以降も減少傾向が見られ、2021年には19.3%、2022年には11.2%とそれぞれ20%を下回りました。一方、所得水準に基づく分類が適用されていない国・地域への配分が急激に増加し、2021年の30.9%から、2022年には63%を上回り、約2倍となりました。新型コロナウイルス感染症のパンデミックが始まった2020年以降、保健セクターの二国間贈与ベースの援助の中で、最も大きな割合を占めているのは、COVID-19統制分野[16]であり、2020年は68.4%、2021年は63.4%、2022年は71%、2023年は36.2%でした。所得水準に基づく分類が適用されていない国・地域への援助を見ると、最も大きな割合を占めているのも、やはりCOVID-19統制分野で、2022年では約82%、2023年では約96%にも上ることが分かりました。この背景には、保健関係の国際機関経由でワクチン・治療薬・診断薬の途上国への供給を支援するとし、Gaviワクチンアライアンスが事務局を務めたCOVAXファシリティのワクチン事前買取制度（対途上国）への拠出を行うなど、世界的な新型コロナウイルス感染症の収束に向けて、感染症への対応を強化するための援助が拡大されたことがあると考えられます。

9　DAC の ODA 援助受取国リストに基づく。OECD ウェブサイト上の「ODA recipients: countries, territories, and international organisations」参照

10　Least developed countries（LDCs）　　11　Other low-income countries（LICs）

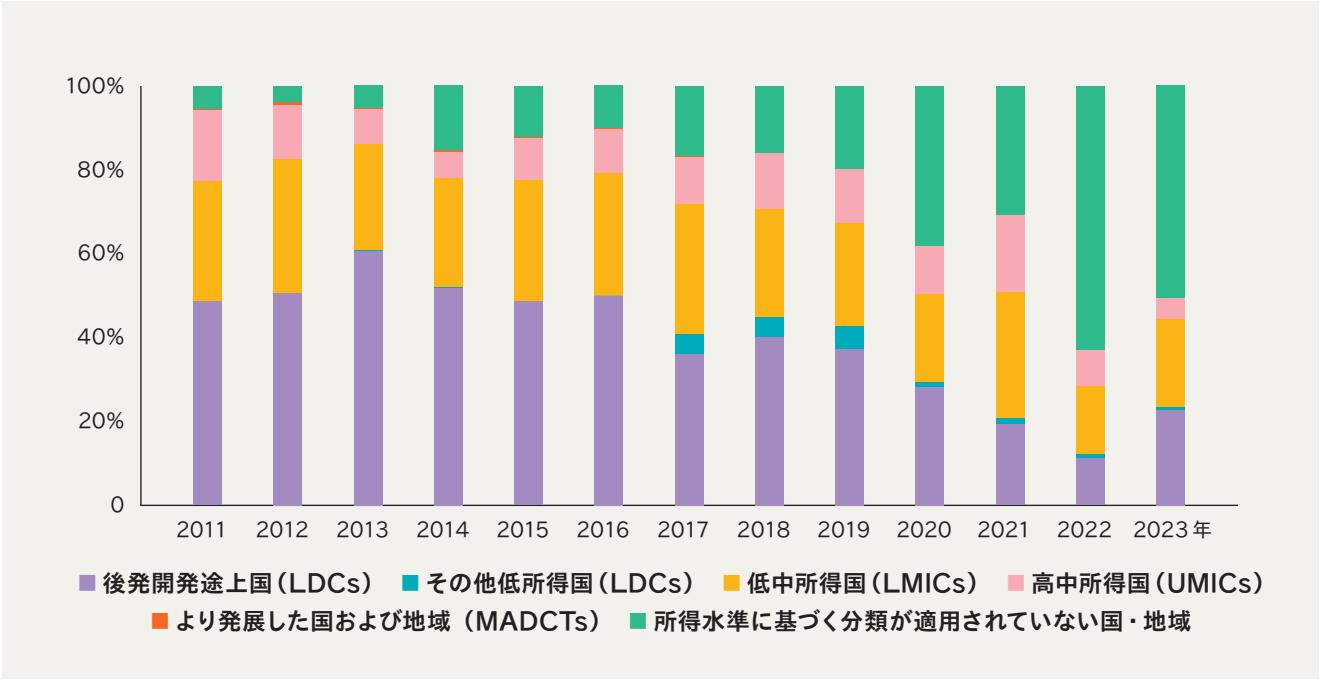
12　Lower-middle income countries（LMICs）　　13　Upper-middle income countries（UMICs）

14　More advanced developed countries and territories（MADCTs）。
外務省として定まった日本語訳はないため、本政策概要では、それぞれ「より発展した国・地域」とする。

15　Countries unallocated by income。外務省として定まった訳はないため、本政策概要では、「所得水準に基づく分類が適用されていない国・地域」とする。本カテゴリーに含まれるのは以下：開発途上国未指定、アフリカ未指定、アジア未指定、中央アメリカ・カリブ地域未指定、カリブ地域未指定、中央アメリカ未指定、中央アジア未指定、東アフリカ未指定、ヨーロッパ未指定、極東アジア未指定、メラネシア未指定、ミクロネシア未指定、中央アフリカ未指定、中東未指定、北アフリカ未指定、オセアニア未指定、ポリネシア未指定、南・中央アジア未指定、南アメリカ未指定、南アジア未指定、サブ・サハラアフリカ未指定、南部アフリカ未指定、旧ユーゴスラビア諸国未指定、西アフリカ未指定。

16　COVID-19 統制分野の支援には、下記が含まれる：海上保安庁の専門知識を活用したコロナ対策を踏まえた海上法執行能力の構築支援、コロナ禍の影響を受ける刑事司法当局の能力向上のためのテロ対策、コロナ禍を含む災害や危機的状況における組織犯罪への対応能力強化、新型コロナに乗じたものを含む詐欺やマネーロンダリングの新手法に対応するための ASEAN を中心とした国々に対する官民連携パートナーシップ締結等の支援、コロナ禍を踏まえた受刑者の更生・社会復帰に向けた地域社会でのプログラム策定・研修実施、刑務施設におけるコロナ禍を含む感染症対策としてのマスク、防護具、検査キット等の提供、コロナ禍により増加したオンライン上の性的搾取を受ける児童への対策、コロナ対策に配慮した取調室の確保に向けた現地視察やニーズ評価など。

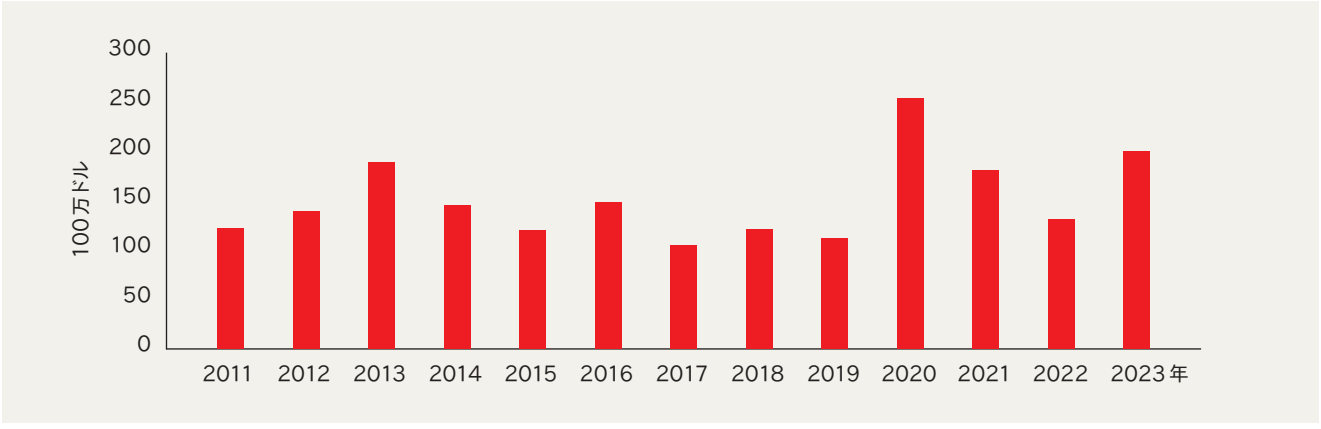
図4. 援助受取国別にみる保健セクターの二国間贈与ベース援助の配分状況（2011年から2023年）



出典：CRS[17] をもとに作成　※2023 年実質値

また、図5に示す通り、後発開発途上国への贈与ベースの援助額をみると、2011年から2019年の間に1億5,000万ドルを上回ったのは2013年の1億8,950万ドルでした。その後2020年に2億5,400万ドルへと上昇しましたが、2021年には1億8,080万ドル、2022年には1億3,170万ドルと減少傾向が見られました。しかし2023年には再び上昇し、約2億ドルとなり、後発開発途上国への援助が増加したことが分かります。

図５. 保健セクターにおける後発開発途上国への援助額（2011年から2023年）



出典：CRS[18] をもとに作成　※2023 年実質値

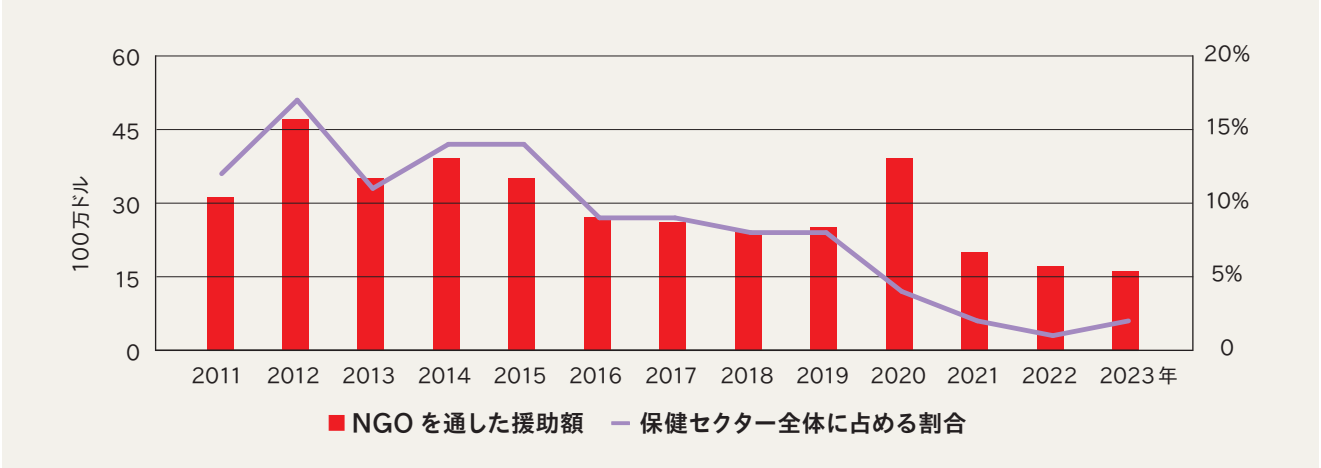
17, 18 データ選択条件：Donor: Japan、Measure: ODA Grants、Flow type: Disbursements、Price base: Constant prices、Combined unit of measure: US dollar, Millions, 2023、Sector: Health、Population policies/Programmes & reproductive health、Time period: 2011-2023、Recipient: Least developed countries、Other low income countries、Lower-middle income countries、Upper-middle income countries、More advanced developed countries and territories、Countries unallocated by income

NGOを通じた援助

»保健セクターにおけるNGOを通した援助は、減少傾向にある

NGOは、開発途上国にて、より脆弱な立場に置かれた裨益者のニーズを把握し、直接的に支援を実施することが可能です。政府がリーチすることが難しいコミュニティにおいて保健医療サービスへのアクセスを向上させるためには、NGOを通した援助[19]の割合が増えることが望ましいと言えます。しかし、図6に示す通り、日本の保健セクターのODAの中でNGOを通した援助は、金額、割合ともに、2012年以降減少し続けています。保健セクターの二国間贈与ベースの援助全体のうち、NGOを通した援助額の平均は、2011年から2023年にかけて平均2,920万ドル、保健セクター全体に占める割合は8.7%となりました。最も高かった2012年の4,650万ドル、16.9%と比較すると、2023年には1,610万ドル、1.8%となり、特に割合については9分の1まで低下しました。2020年に大きな増加が見られますが、同年のNGOを通した援助額3,860万ドルのうち、約50%である1,880万ドルはCOVID-19統制分野への支援であることがわかりました。次に大きかったのは、母子保健分野への援助で、全体の10.7%を占める410万ドルでした。

図6. 保健セクターの二国間贈与ベース援助のうち、NGO経由の援助額とその割合（2011年から2023年）



出典：Visualizing Official Development Assistance（VODA）「DAC 諸国による ODA 拠出ランキング」をもとに作成　※2023 年実質値

19 資金は、NGO（地域、国内、国際レベル）に対して、その裁量に基づいて使用するために拠出され、NGO 自身が策定し、自らの権限と責任で実施するプログラムや活動に充てられる。DAC-CRS-CODES のうち、「List of co-operation modalities」参照

支援を強化しギャップを埋める

母子保健

日本の母子保健支援

日本は、開発協力において母子保健の改善に特に力を入れており、その培われた経験と知見に基づく二国間支援を展開してきました。多国間支援では、国連人口基金を始めとする国際機関への拠出に加え、グローバルヘルス・イニシアティブ（GHIs）の一つである「女性・子ども・青少年のためのグローバル・ファイナンシング・ファシリティ（GFF）」に対する拠出を通して、RMNCAH-Nの改善のための資金拡充に貢献してきました。日本は、GFFに対し2021年までに計1億ドルを拠出しています。また、2024年4月には、GFFの増資機会を通して新たに1,000万ドルの拠出を発表しました（2025年6月現在）。国際協力機構（JICA）はGFFの投資家グループ（Investors Group）のメンバーとして、GFFのガバナンスにも関与しています。

GFFの支援で政府主導の母子保健への取り組みが強化されたことにより、GFFの支援国においては、2015年から2030年の間にすべての国で妊産婦死亡率が削減され、2015年から2022年の間に97%の国で5歳未満児死亡率が削減、さらに過去10年で78%の国で5歳未満児の発育阻害の割合が削減されたことが明らかになっています。また2015年から2023年の間、すべての国において青少年の妊娠の減少が見られました[54]。



© Fatima Tuj Johora/Save the Children
バングラデシュにあるサテライト診療所で、妊娠８ヶ月のルパさん（24 歳）の検診を行う助産師のシュラボニさん（29 歳）

女性・子ども・青少年のためのグローバル・ファイナンシング・ファシリティ（GFF）

GFFは、女性・子ども・青少年の健康や栄養改善のための深刻な資金不足を受け、2015年、当時の国連事務総長により発表された「女性・子ども・青少年の健康のためのグローバル戦略（Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health(2016-2030)」を推進するために、世界銀行内に設立されたRMNCAH-Nの改善を目的とする資金調達プラットフォームです。2030年までに予防可能な理由によって命を落とす3,500万人の母子・青少年の命を救うことを目的としています。支援対象国としての基準を満たす67の低・中所得国のうち、現在、36ヶ国で事業を実施しています[55]。

GFFへの拠出状況

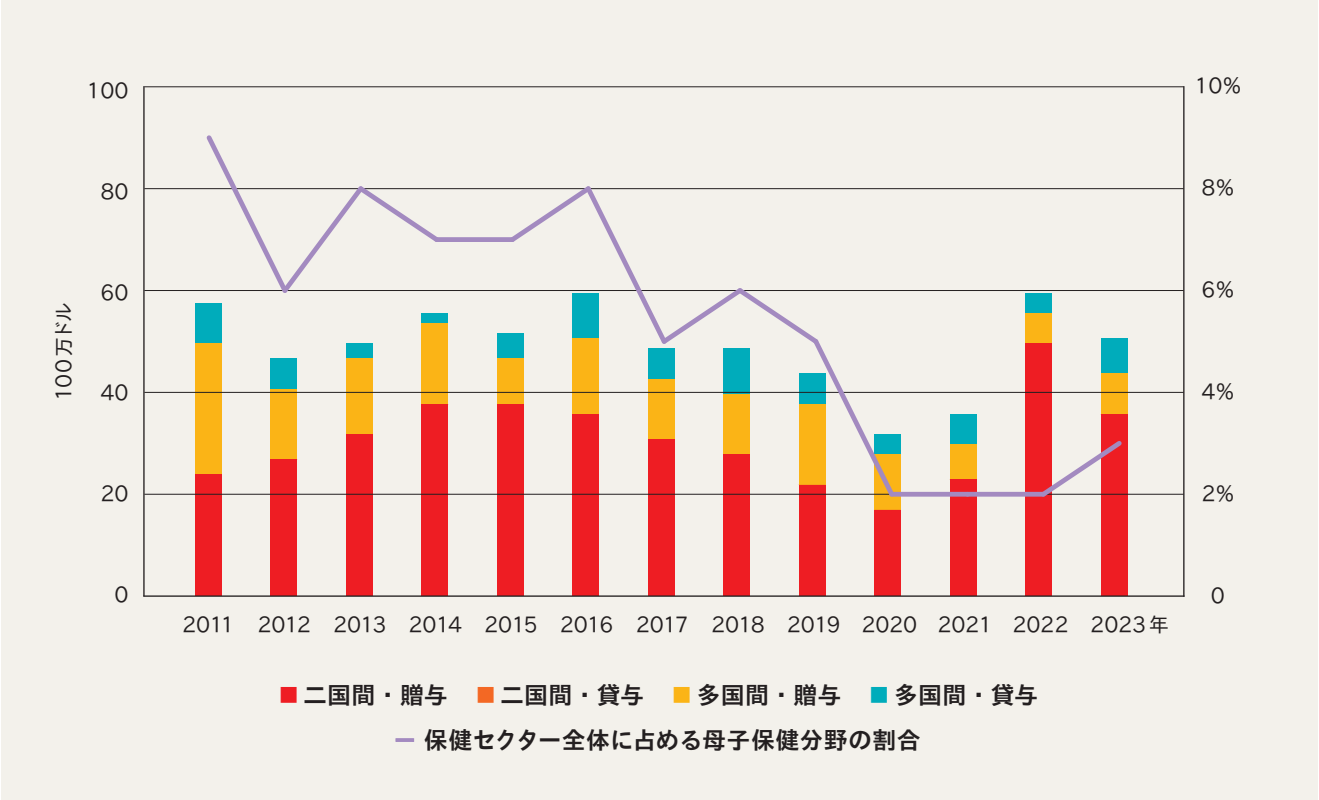
2017年12月	5,000万ドル	UHCフォーラム[56]で、当時の麻生太郎副総理兼財務大臣より、GFFに対する3,000万ドルの拠出表明。同時に、IDAを含む譲許的資金の保健分野への動員効果を確認した上で2,000万ドルの追加拠出をすると誓約（2020年8月に計5,000万ドルの拠出金の支払い完遂）。
2021年10月	5,000万ドル	IMF/世界銀行総会で新たに5,000万ドルの拠出を栄養サミットのコミットメントの一環として発表・支払い完遂。
2024年4月	1,000万ドル	第109回世銀・IMF合同開発委員会における日本国ステートメントの中で、新たに1,000万ドルの拠出を発表[57]。

»二国間援助では、100%が贈与ベースの支援。後発開発途上国への支援は全体の約半数を占めるも、脆弱層によりリーチしやすいNGOを通した支援は縮小傾向にある

図7は、母子保健分野への援助額と保健セクター全体に占める割合を示しています。2011年から2023年の母子保健分野のODAにおいて、データベースでは、二国間援助では、贈与ベースの援助が100%を占めていることが明らかになりました。二国間贈与ベースの援助額の平均は3,100万ドルでした。多国間支援では、2011年から2023年の平均は、贈与ベース1,280万ドル、貸与ベース580万ドルとなっており、やはり贈与ベースの方が高い割合を占めています。

2021年から2023年で、保健セクター全体に占める割合は、二国間援助（贈与・貸与ベース）と多国間援助（贈与・貸与ベース）を合わせた平均が約5.3%でした。2020年から2023年には、母子保健分野の保健セクターに占める割合は、それぞれ約2%まで低下しましたが、これは同時期にCOVID-19統制分野の割合が増大したことに起因すると考えられます。一方、母子保健分野の援助額を見ると、やはり2020年と2021年に減少していますが、2022年には、5,920万ドルに再び増大しており、優先順位が高くなったことが分かります。しかし、2023年には再び5,110万ドルに減少しました。

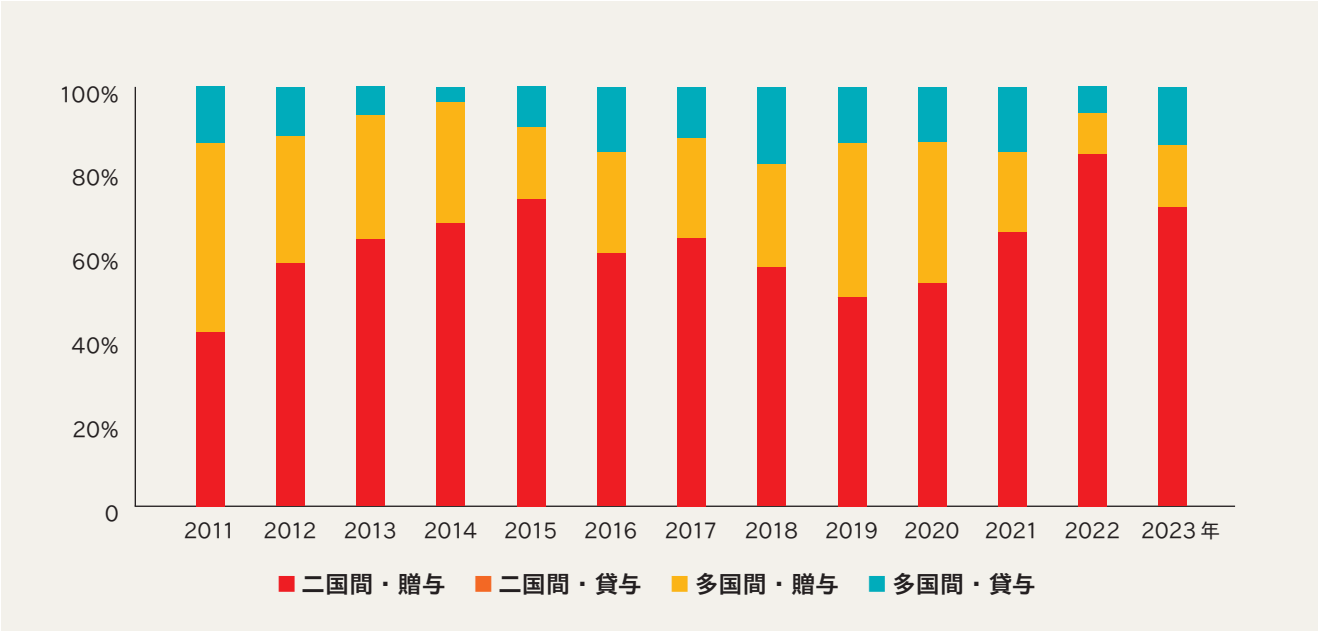
図7. 母子保健分野への援助額と保健セクター全体に占める割合（二国間・贈与、二国間・貸与、多国間・贈与、多国間・貸与）（2011年から2023年）



出典：Visualizing Official Development Assistance（VODA）「DAC諸国からのODA資金の流れを見る」をもとに作成
※2023年実質値

図 8 の二国間援助（贈与・貸与）と多国間援助（贈与・貸与）の割合をみると、2011 年から 2023 年にかけての二国間援助贈与ベースの平均は 62.2%、二国間援助貸与ベースは 0%、多国間援助贈与ベースの平均は 26%、・多国間援助貸与ベースの平均は 11.8%であり、二国間援助贈与ベースの割合が最も大きい結果となりました。

図8. 母子保健分野における二国間援助（贈与・貸与）と多国間援助（贈与・貸与）の割合（2011年から2023年）



出典：Visualizing Official Development Assistance (VODA)「DAC 諸国からの ODA 資金の流れを見る」をもとに作成
※2023 年実質値

保健セクター全体の二国間贈与ベースの援助において、2011 年から 2023 年の母子保健分野の二国間贈与ベースの援助が占める割合は、平均 8.6% となり、母子保健分野のすべての援助形態の平均 5.3% よりも 3.3% 高いことが明らかになりました（表3）。

表3. 保健セクター二国間贈与ベースの援助において母子保健分野が占める割合（2011年から2023年）

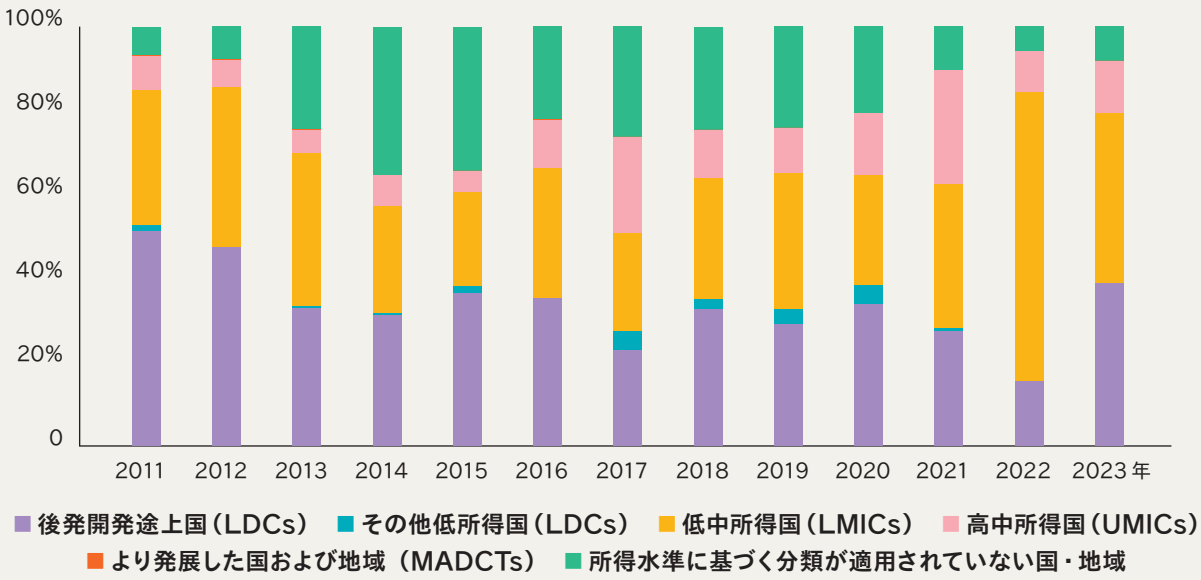
年	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	平均
%	9.7	9.8	10.4	13.5	15.2	12.3	10.9	9.4	7.5	1.9	2.5	4.2	4.2	8.6

出典：Visualizing Official Development Assistance (VODA)「DAC 諸国からの ODA 資金の流れを見る」をもとに作成
※2023 年実質値

母子保健分野の二国間贈与ベースの援助において、援助受取国の内訳をみると、後発開発途上国への援助が占める割合は 2011 年から 2023 年にかけて平均 33.3%であり、約 3 割を占めていましたが、低中所得国への援助も平均 33.9%で同程度であることが明らかになりました。その他低所得国の割合は 1.6%、高中所得国の割合は 11.8% でした。また、より高度に発展した国・地域への拠出は 0%、所得水準に基づく分類が適用されていない国・地域の平均はそれぞれ 19.3% となりました（図 9）。

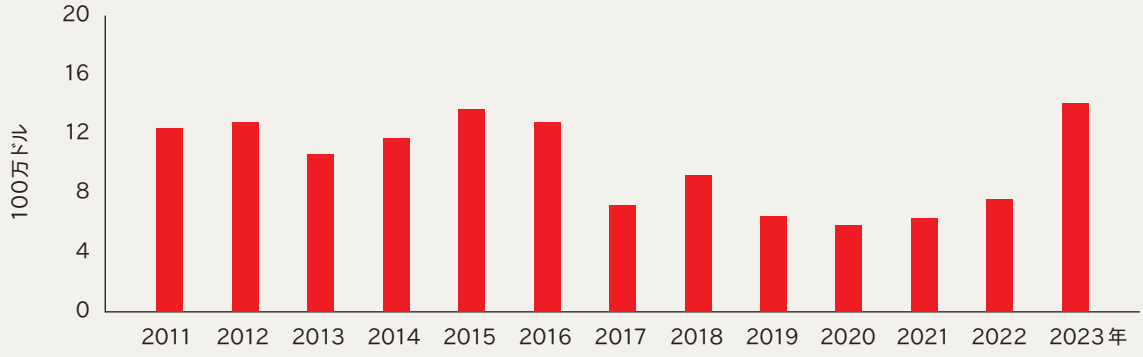
また、後発開発途上国への援助額をみると、贈与ベースの援助額は 2011 年から 2016 年にかけてはほぼ横ばいで、2020年に 580 万ドルへと減少したものの、2021 年には再び 640 万ドル、2022 年には 760 万ドル、2023 年には 1,410万ドルまで戻りました。2011 年から 2023年の平均は 1,010万ドルとなりました（図 10）。

図9. 援助受取国別にみる母子保健分野の贈与ベース援助の配分状況（2011年から2023年）



出典：CRS[20] をもとに作成　※2023 年実質値

図10. 母子保健分野における、後発開発途上国への援助額（2011年から2023年）

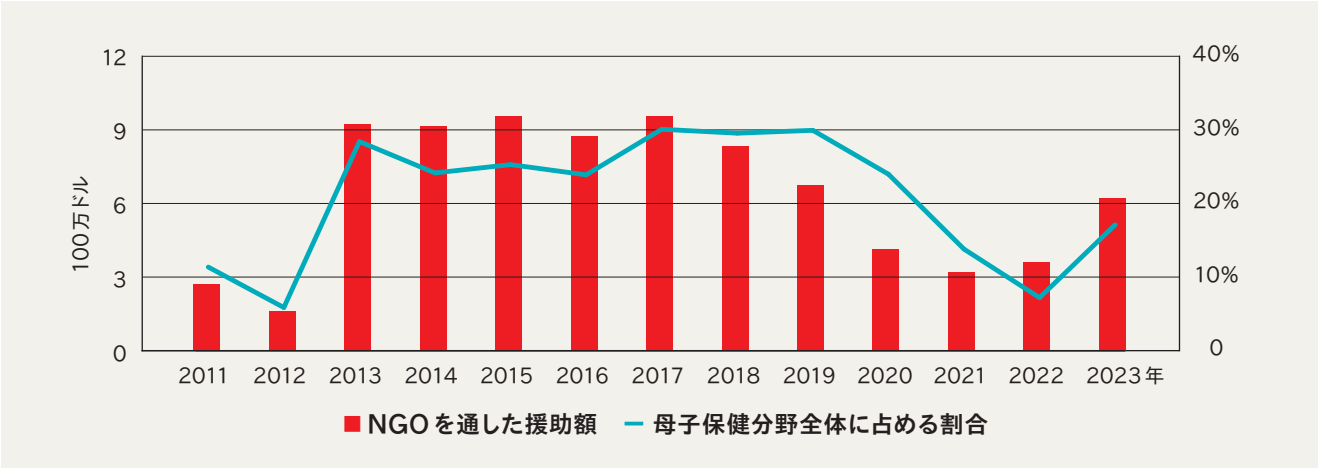


出典：CRS[21] をもとに作成　※2023 年実質値

20, 21 データ選択条件：Donor: Japan、Measure: ODA Grants、Flow type: Disbursements、Price base: Constant prices、Combined unit of measure: US dollar, Millions, 2023、Sector: Reproductive Health、Time period: 2011-2023、Recipient: Least developed countries、Other low income countries、Lower-middle income countries、Upper-middle income countries、More advanced developed countries and territories、Countries unallocated by income

次に、母子保健分野の中で、NGOを通した援助をみると、2011年から2023年の援助額の平均は630万ドルであり、分野全体に占める割合は、平均 20.8%でした。2017年から援助額、割合ともに減少傾向にあり、最も割合の高かった2017年の 950 万ドル（30%）と比べると、2021 年には320万ドル（13.8%）、2022 年には 360万ドル（7.2%）まで低下し、約４分の１になったことが分かります。しかし、2023 年には援助額、割合ともに増加し、620 万ドル（17.1%）に回復しました（図 11）。

図11. 母子保健分野における、NGOを通した二国間贈与ベースの援助が占める金額と割合（2011年から2023年）



出典：Visualizing Official Development Assistance（VODA）「DAC 諸国からの ODA 資金の流れを見る」をもとに作成
※2023 年実質値

埋めるべきギャップ／支援の強化によって期待される効果

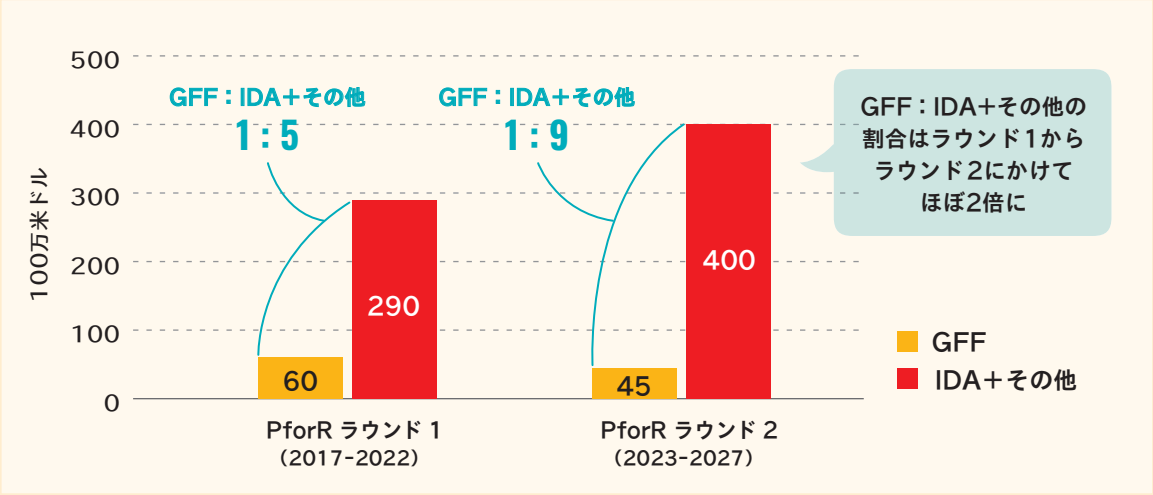
RMNCAH-Nの改善をさらに加速させるためには、ODAの母子保健分野において、二国間支援を維持・継続するとともに、後発開発途上国のより脆弱性が高く、母子保健サービスのニーズが増大している地域への拠出が優先されることが必要です。多国間支援では、特にGFFへの拠出を拡充することで、RMNCAH-Nの改善のための予算を増大できるだけでなく、保健資金の効率的かつ効果的な活用に繋がります。GFFは被支援国政府が策定する国家保健計画を投資計画として位置づけ、直接的に資金を助成することで保健分野の国家予算の拡大に寄与します。それだけでなく、国際開発協会（IDA）などの資金を成果に基づきさらに保健分野に動員し、RMNCAH-N改善のための追加的資金を拡充する機能を持ちます。2016年から2024年にかけてGFFが支援国に助成した金額8億1,200万ドルに対して、IDAの資金55億ドルが動員されましたが[58]、これはつまり、GFFが1ドル拠出するごとに、IDAの資金約6.8ドルが保健予算のために確保されたことになります。さらには、母子保健分野の包括的なアジェンダへの取り組みにおいて、各国政府がリーダーシップとオーナーシップを持ち、保健医療制度を構築できるよう、国内資金動員のための予算分析や健康保険制度の導入などの技術支援を提供しています。また、国家保健計画と優先事項に基づく母子保健の改善に取り組むパートナー間の連携や、アラインメントを促進しており、援助努力の重複を防いでいます。



© Khalil Ashawi/Save the Children
シリアでアビールさん（3 歳）の栄養状態を調べるウィダッドさん（セーブ・ザ・チルドレンと連携し、医療分野の人道支援を行う Physicians Across Continents の職員）

エチオピアにおける グローバル・ファイナンシング・ ファシリティ（GFF）の役割と貢献

2023年3月、セーブ・ザ・チルドレン・ジャパンは、セーブ・ザ・チルドレンUKと共同で、エチオピアにおけるGFF（グローバル・ファイナンシング・ファシリティ）の支援モデルについて調査を行い、その成果を評価しました[59]。GFFは、エチオピア政府が策定した「保健セクター改革計画」を遂行できるよう、多岐にわたる支援を提供しています。主な支援の一つが、政府主導のマルチステークホルダー・プラットフォームの調整で、これは「一つの計画、一つの予算、一つの報告」という理念のもと、政府、国際機関、民間セクター、市民社会など、保健分野の関係者を共有のビジョンと目標のもとに結集させるものです。各ステークホルダー間のアラインメントを推進することで、優先順位を明確にし、取り組みの重複の回避と援助効果の向上につながっています。また、GFFは国家予算におけるRMNCAH-N改善のための国家予算規模の拡大にも貢献しています。たとえば、エチオピア保健省が管理するプール資金への直接支援に加え、成果連動型プログラム融資制度（PforR）を採用し、国際開発協会（IDA）等との共同出資により、政府が合意した成果目標を達成することを条件として、支援の第1ラウンド（2017年から2022年）にはGFFの1ドルに対し、IDAから5ドルの追加資金が、支援の第2ラウンド（2023年から2027年）にかけてはGFFの1ドルに対し、IDAから9ドルの追加資金が確保されました（2023年調査時点）。さらに、資金マッピングや支出トラッキングによって、政府の財政管理能力が向上し、国内資金の動員や支出の効率化が進んでいます。このように、GFFは資金支援と技術支援を組み合わせた包括的なアプローチを通じて、エチオピア政府による衡平で強靭、かつ持続可能な保健システムの構築を力強く後押ししています。



セーブ・ザ・チルドレン（2023）
『エチオピアにおけるグローバル・ファイナンシング・ファシリティの保健財政および保健分野の成果への貢献』より転載

栄養

日本の栄養支援

日本政府は、これまでに二国間援助を通して、また国際機関や国際開発金融機関（MDBs）への拠出などを通じ、栄養改善に貢献してきました。

2021年12月に、東京栄養サミット（N4G：Nutrition for Growth）が開催され、日本政府主導のもと、成果文書として東京栄養宣言「グローバルな成長のための栄養に関する東京コンパクト」が発出され、「栄養は、個人の健康と福祉の基礎であり、また持続可能な開発と経済成長の基盤となること、また良好な栄養への投資は、人々の健康を改善し、一人ひとりの可能性及び生産性を伸ばし、国の経済発展を支えること」が明言され、栄養分野への投資の重要性が再確認されました。サミットの場で、当時の岸田総理大臣は3年間で3,000億円（28億ドル）以上の栄養関連の支援を行うことを表明し、2022年中に1,606.82億円（暫定）を拠出しました[60]。

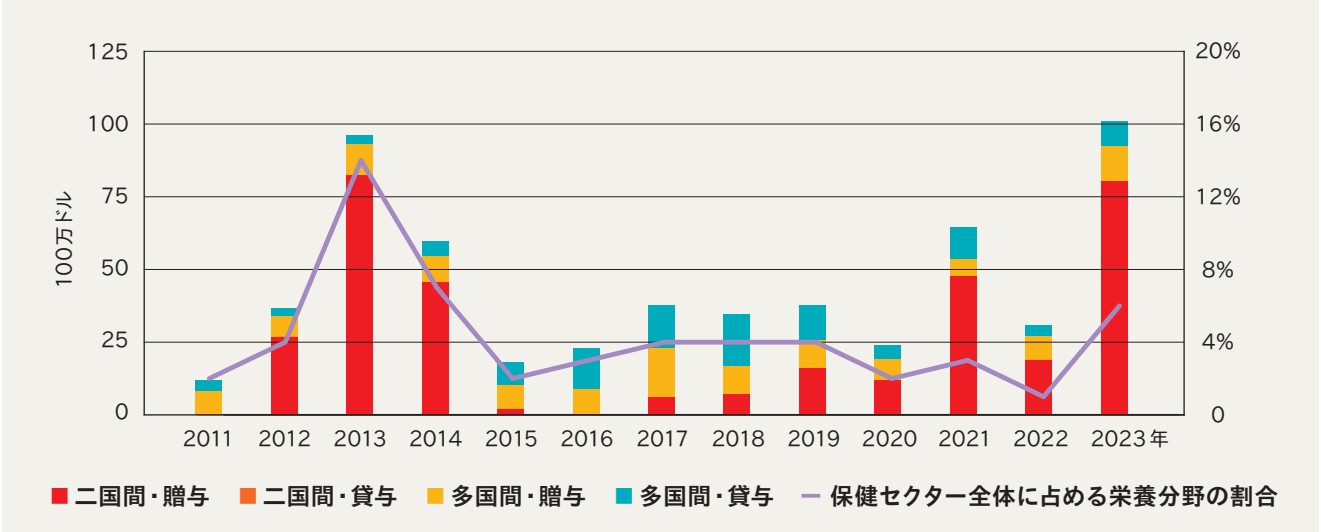
2021年12月に日本が主催した世界銀行グループの国際開発協会（IDA）第20次増資では、栄養を含む人的資本の強化が重点分野に盛り込まれるなど、開発政策における栄養の主流化にも貢献しました。さらに、2024年には第110回世銀・IMF合同開発委員会における日本国ステートメントの中で、「Scaling Up Nutrition（SUN）信託基金」に対して550万ドルの追加貢献を行うことが発表されました[61]。

» より脆弱性の高い国と地域に対して、贈与ベースの援助が行われているが、脆弱層によりリーチしやすいNGOを通した援助は縮小傾向にある

図12は、栄養分野への援助額と保健セクター全体に占める割合を示しています。栄養分野の援助状況を見ると、保健セクター全体の中で占める割合は、二国間贈与ベースの援助は貸与ベース、多国間援助の贈与・貸与ベース合わせて2011年から2023年の平均が4.4%となっています。ロンドン栄養サミットが行われた2013年には、援助額の合計が9,630万ドル、保健セクター全体に占める割合が14.3%であったのに対し、リオ栄養サミットが行われた2016年には、援助額の合計は2,250万ドル、保健セクター全体に占める割合はわずか2.9%でした。東京栄養サミットが行われた2021年には、再び援助額が増加し、援助額全体は6,590万ドルになりましたが、保健セクター全体に占める割合は3.4%に留まりました。援助額が増額されたにも関わらず全体に占める割合が低下したのは、母子保健分野同様、COVID-19統制分野に占める割合が増加したためだと考えられます。

栄養分野の二国間援助では、データベース上、贈与ベースの援助が100%を占めていることが分かりました。二国間贈与ベースでは、2013年が最も援助額が高く、8,320万ドルの援助がありましたが、2015年以降援助額が急激に減少しました。2019年までの5年間は多国間援助の贈与と貸付の割合が比較的大きな増加傾向を見せました。2021年には、全体的に援助が増加しましたが、特に二国間贈与ベースの金額は、前後で比較すると2020年で1,180万ドルであったのが、2021年には4,840万ドルにまで増加しました。2022年に1,880万ドルに減少するも、2023年には再び8,110万ドルに増加しました。

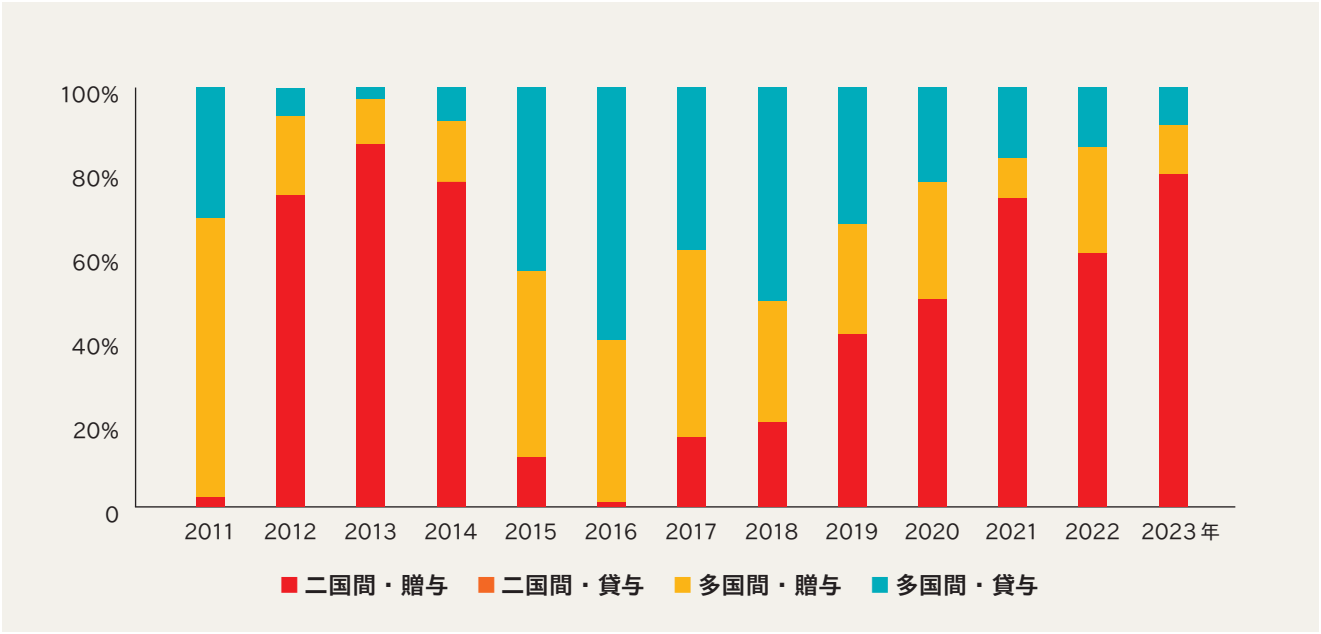
図12. 栄養分野への援助額と保健セクター全体に占める割合（二国間・贈与、二国間・貸与、多国間・贈与、多国間・貸与）（2011年から2023年）



出典：Visualizing Official Development Assistance（VODA）「DAC 諸国からの ODA 資金の流れを見る」をもとに作成　※2023 年実質値

図13は、栄養分野の二国間援助（贈与・貸与）と多国間援助（贈与・貸与）の割合を示しています。二国間贈与ベースの割合をみると、2012年から2014年の間は、全体の80%前後と、高い水準を保っていましたが、2015年、2016年には急激に低下しています。そのかわり、多国間援助の贈与・貸与の割合が増大しました。2017年から二国間贈与ベース援助の割合は右肩上がりに増加傾向を見せ、2023年には79.3%にまで上りました。二国間援助と多国間援助の割合について、それぞれの平均を見ると、2011年から2023年にかけての二国間贈与ベース援助の平均は45.7.%、二国間貸与ベース援助は0%、多国間贈与ベース援助の平均は28.3%、多国間貸与ベース援助の平均は26%であり、ここでも二国間贈与ベース援助の割合が最も大きい結果となりました。

図13. 栄養分野における二国間援助（贈与・貸与）と多国間援助（贈与・貸与）の割合（2011年から2023年）



出典：Visualizing Official Development Assistance（VODA）「DAC諸国からのODA資金の流れを見る」をもとに作成
※2023年実質値

保健セクター全体の二国間贈与ベースの援助において、栄養分野の二国間贈与ベースの援助が占める割合は、平均6.2%となり、多国間贈与、多国間貸与含む栄養分野のすべての援助形態の平均4.4%よりも1.8%高いことが明らかになりました（表4）。

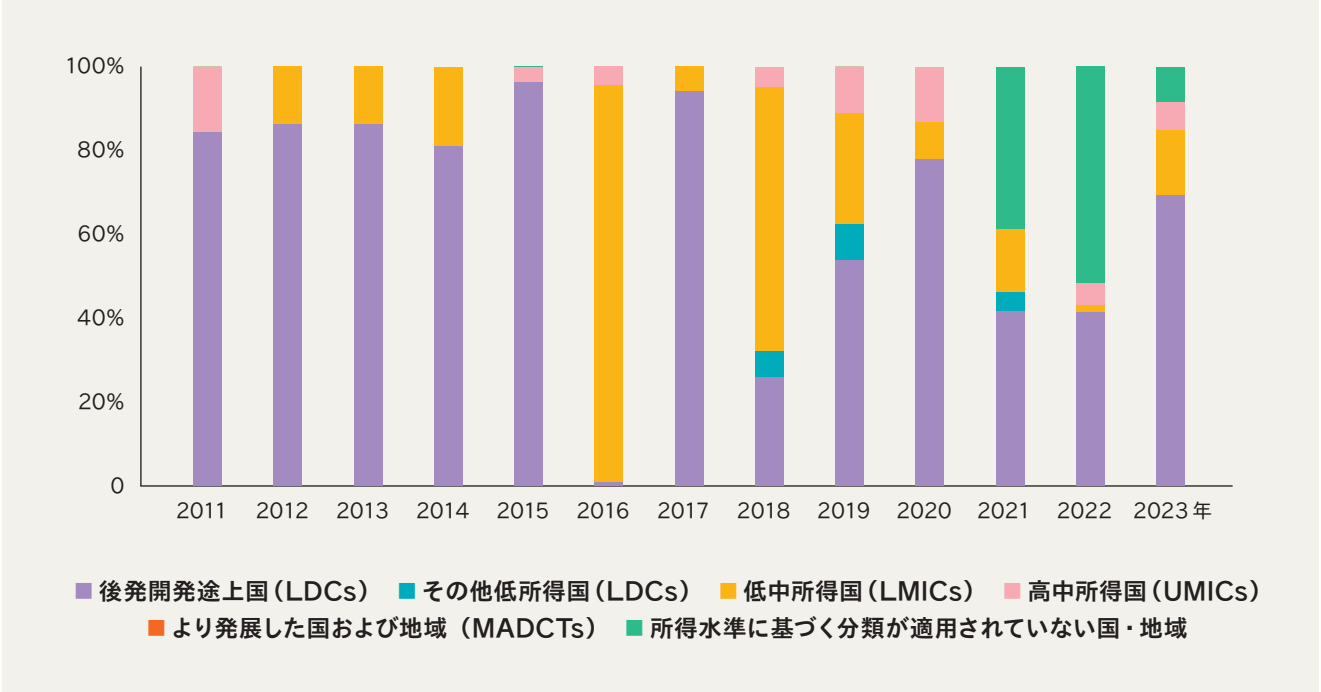
表4. 保健セクターの二国間贈与ベースの援助に占める栄養分野の援助の割合（2011年から2023年）

年	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	平均
%	0.1	9.7	26.7	16.5	0.9	0.1	2.2	2.3	5.2	1.3	5.2	1.6	9.2	6.2

出典：Visualizing Official Development Assistance（VODA）「DAC諸国からのODA資金の流れを見る」をもとに作成
※2023年実質値

図 14 に示す通り、栄養分野の後発開発途上国への贈与ベースの援助が占める割合は 2011 年から 2023 年にかけて平均約 64.5%であり、6 割以上を占めていることが明らかになりました。その他低所得国の平均は 1.5%、低中所得国の平均は21.4%、高中所得国の割合は5.0% となりました。続けて、より発展した国および地域への援助は 0%、所得水準に基づく分類が適用されていない国・地域の平均は 7.6%でした。後発開発途上国への贈与ベースの援助は、2016 年には、2015 年時点の 96.1% から、0.9%へと減少したものの、2017 年には再び 94.1% に戻りました。しかし 2018 年には再び 25.8% へと低下し、その後増減を繰り返しています。2023年の割合は 62.9% でした。

図14. 援助受取国別にみる栄養分野の贈与ベース援助の配分状況（2011年から2023年）

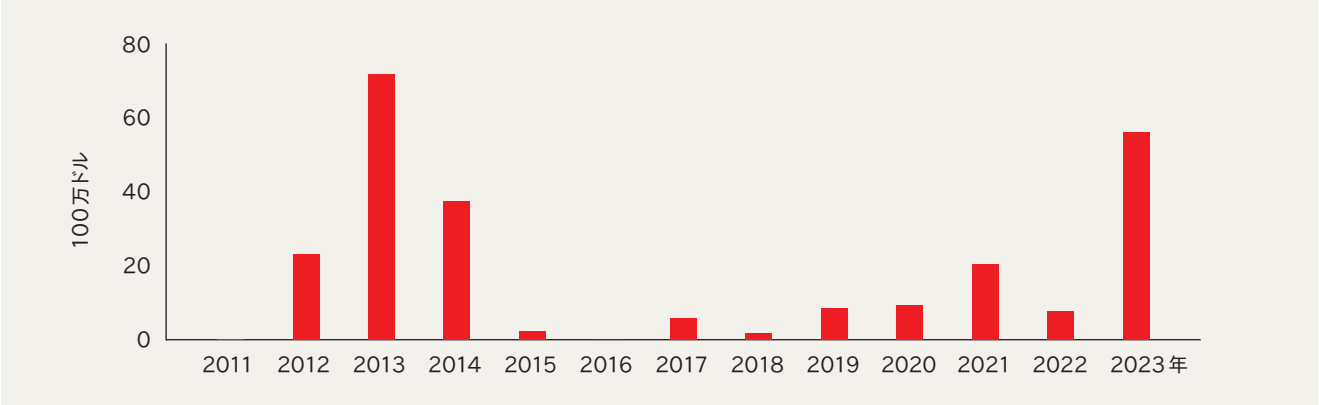


出典：CRS[22] をもとに作成　※2021 年実質値

22 データ選択条件：Donor: Japan、Measure: ODA Grants、Flow type: Disbursements、Price base: Constant prices、Combined unit of measure: US dollar, Millions, 2023、Sector: Basic Nutrition、Time period: 2011-2023、Recipient: Least developed countries、Other low income countries、Lower-middle income countries、Upper-middle income countries、More advanced developed countries and territories、Countries unallocated by income

また、図15 に示す通り、後発開発途上国への援助をみると、大きな変動はあるものの、配分された援助額の平均は1,880 万ドルであることが分かりました。特にロンドン栄養サミットが行われた 2012 年以降、2014 年から大幅な減少傾向が見られ、ピークは2013 年の 7,190万ドルでした。援助額は大幅に減額されており、東京栄養サミットが開催された 2021 年には 2,030万ドルまで増加するものの、2022年には再び780万ドルに低下し、以前の水準には戻りませんでした。しかし 2023年には 5,610万ドルに再び増加しました。

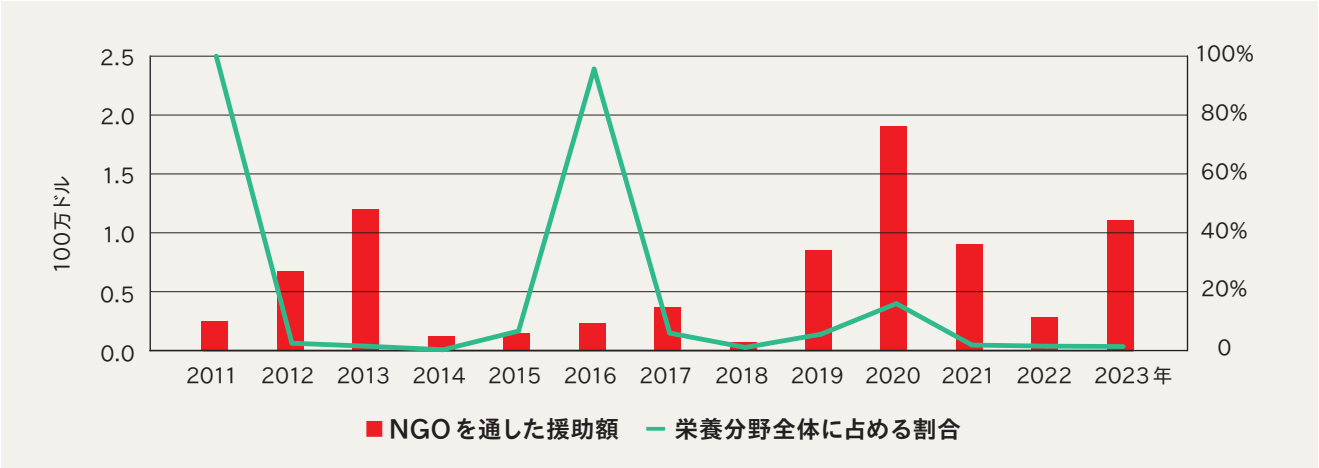
図15. 栄養保健分野における、後発開発途上国への援助額（2011年から2023年）



出典：CRS[23] をもとに作成　※2023 年実質値

最後に、図 16 が示す通り、栄養分野の中で、NGO への援助をみると、2011 年から 2023 年の援助額の平均は 62 万ドルであり、栄養分野全体に占める割合は、平均18.4%でした。しかし、これは 2011 年、2016 年にセクター全体に占める割合がそれぞれ100%、95.4%であったため、平均が引き上げられたものと考えられます。2013 年には 120 万ドル（1.5%）でしたが、2014 年以降増減を繰り返し、2020 年には 190 万ドル（15.9%）でピークとなりました。2021 年から 2022 年にかけて再び減少した後、2023年には 110 万ドルまで回復しましたが、全体に占める割合は 1.4%にとどまりました。

図16. 栄養分野における、NGOを通した二国間贈与ベースの援助が占める金額と割合（2011年から2023年）



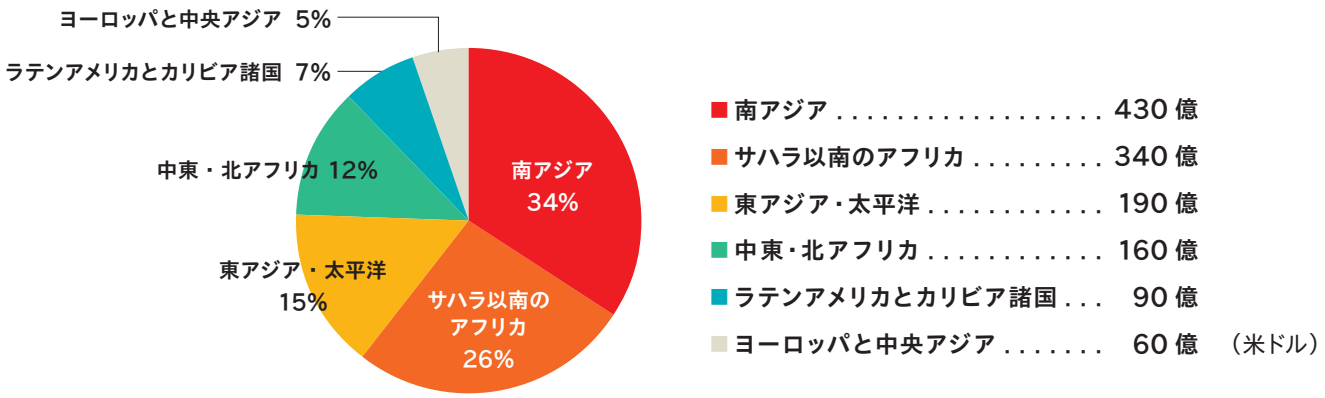
出典：Visualizing Official Development Assistance（VODA）「DAC 諸国からの ODA 資金の流れを見る」をもとに作成　※2023 年実質値

23 データ選択条件：Donor: Japan、Measure: ODA Grants、Flow type: Disbursements、Price base: Constant prices、Combined unit of measure: US dollar, Millions, 2023、Sector: Basic Nutrition、Time period: 2012-2023、Recipient: Least developed countries、Other low income countries、Lower-middle income countries、Upper-middle income countries、More advanced developed countries and territories、Countries unallocated by income

埋めるべきギャップ

世界銀行の「栄養投資のためのフレームワーク 2024」[62] によると、栄養不良に対処するための栄養介入策を世界的に拡大するには、今後 10 年間（2025 ～ 2034 年）で年間 130 億ドルの追加投資が必要とされています。図 17 が示す通り、最も資金を必要とするのは南アジアで、必要資金全体の 34%を占めています。栄養不良に対処するための資金需要の 4 分の 3 以上（980 億ドル）は、低・中所得国にあることが分かっています。

図17. 栄養不良に対処するための資金需要と地域別の内訳



出典：世界銀行の「栄養投資のためのフレームワーク 2024」[63] より作成

支援の強化によって期待される効果

世界銀行の「栄養投資のためのフレームワーク 2024」[64] によると、2025 年から 2034 年の間に必要とされる年間 130 億ドルは、妊婦 1 人当たり年間 13 ドル、5 歳未満児 1 人当たり年間 17 ドルに相当します。世界銀行は、高いインパクトを持つ栄養プログラムへの投資を拡大することで、今後 10 年間で 620 万人の 5 歳未満児の死亡を、98万人の死産を防ぐことができるとしています。また、2,700 万件の子どもの発育阻害と 1 億 4,400 万件の妊産婦の貧血を回避することができ、母子の予防可能な死亡を防ぐことが可能になります。さらに、栄養介入策を拡大することで、2 兆 4,000 億ドルの経済効果が生まれると推定されており、栄養不良への対応に 1 ドル投資するごとに、23 ドルのリターンが期待できるとしています。栄養を十分にとることで健康を維持できるため、生産性が向上し、貧困と飢餓の不の連鎖を断ち切ることに繋がり、こうした経済的便益は、10 年間で約 41 兆ドルに上る、無策の場合のコストをはるかに上回るものであることが分かっています。



© Mustafa Saeed/Save the Children
ソマリランドの栄養センターで体重計に乗るアブディさん（17ヶ月）

予防接種

日本の予防接種支援

日本は、開発途上国における予防接種率の改善のため、1989年より、ユニセフと連携しながら、予防接種拡大計画（EPI）に基づく二国間支援、多国間支援双方を強化してきました[65]。特に、多国間支援では、ワクチンの衡平かつ持続可能な利用を拡大することで、人々の命を救い、健康を守るために予防接種の取り組みを進める官民連携パートナーシップである「Gaviワクチンアライアンス」を通じ、途上国の予防接種率向上に貢献してきました。日本は、Gavi5.0戦略に対して、3億ドルの拠出表明を行い、理事会メンバーとしてもガバナンスに関わっています。

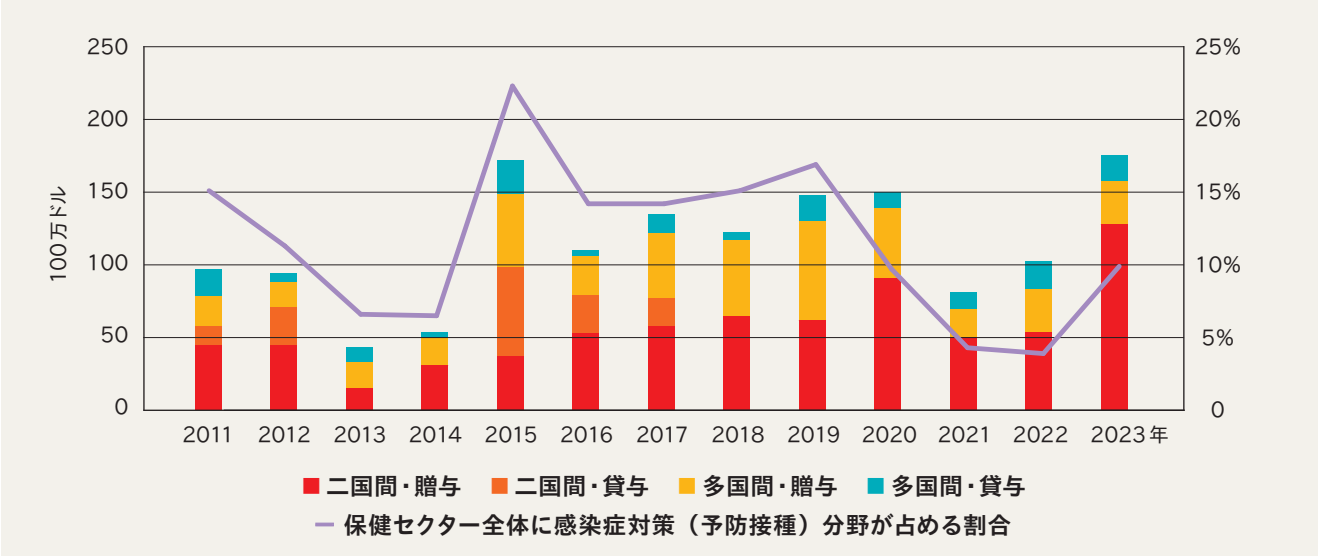
»二国間贈与ベース援助の援助額の平均が最も大きい。後発開発途上国への支援は全体の約半数を占めるも、NGOを通した援助は 1 割に満たない。

図 18 は、感染症対策（予防接種）分野への援助額と保健セクター全体に占める割合を示しています。2011 年から 2023 年の感染症対策（予防接種）分野の ODA において、二国間贈与ベースの援助額の平均は 5,660 万ドル、二国間貸与ベースの援助額の平均は 1,140 万ドルでした。多国間支援では、贈与ベースの平均援助額は 3,470 万ドル、貸与ベースの平均援助額は 1,260 万ドルとなっており、二国

Gavi ワクチンアライアンス

Gaviワクチンアライアンス（Gavi）は、開発途上国で予防接種率を向上させることにより、子どもたちの命と健康を守ることを目的として、2000年にスイスで設立された、官民連携パートナーシップです。予防接種で誰も取り残さない、というビジョンのもと、ワクチンの導入と拡大、保健システム強化による予防接種の衡平性の向上、予防接種のプログラムと財政の持続可能性の向上、ワクチンと関連製品の健全な市場の確保のための取り組みを進めてきました。Gaviの2025年年次報告書[66]によると、設立から2024年までに、12億人の子どもがワクチン接種を受けることができ、2,060万人の子どもの命が守られたとされています。2024年だけで、ワクチンを受けた子どもは7,200万人、また守られた命は1,700万人に上りました。さらに2000年から2024年までのワクチンキャンペーンを通じて、21億回の予防接種が実施され、2024年にはGavi支援国におけるゼロドースの子どもは1,020万人で、2023年の1,070万人から減少しました。

図18. 感染症対策（予防接種）分野への援助額と保健セクター全体に占める割合（二国間・贈与、二国間・貸与、多国間・贈与、多国間・貸与）（2011年から2023年）



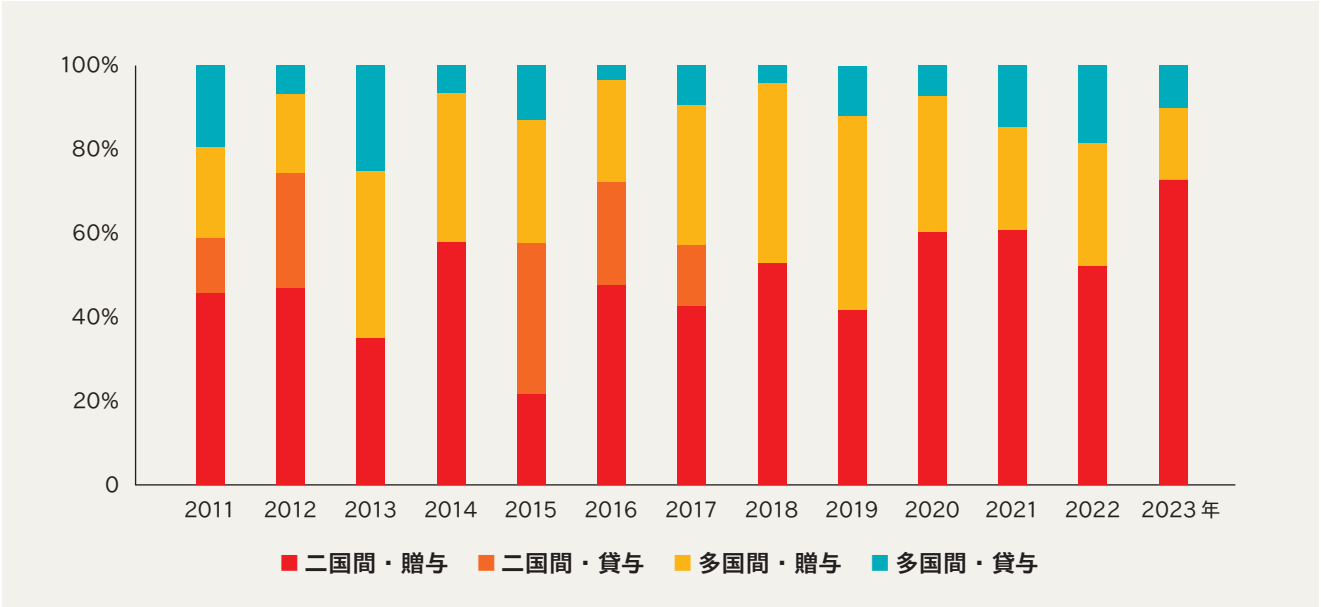
出典：Visualizing Official Development Assistance（VODA）「DAC 諸国からの ODA 資金の流れを見る」をもとに作成　※2023 年実質値

間贈与ベースの平均が最も高くなりました。2021 年と 2022 年にはすべての援助形態の合計がそれぞれ 8,700 万ドルと 1 億 700 万ドルに減少しましたが、2023 年には 1 億 8,800 万へと増加し、最も援助額が高かった 2015 年の 1 億 9,500 万ドルへと近づきました。

2021 年から 2023 年で、感染症対策（予防接種）分野が保健セクター全体に占める割合は、二国間援助（贈与・貸与ベース）と多国間援助（贈与・貸与ベース）を合わせた平均が 11.5%で、最も高い水準であったのは 2015 年の 22.3% でした。その後 2019 年の 16.9% から 2022 年には 3.9% にまで落ち込みましたが、これは、他の分野と同様、同時期に新型コロナウイルス感染症対策への配分が大きくなったことが原因と考えられます。2023 年には再び 9.9%に増加しました。

二国間援助（贈与・貸与）と多国間援助（贈与・貸与）の割合をみると、2011 年から 2023 年にかけての二国間贈与ベース援助の平均は 49% と約半数を占め、二国間貸与ベース援助は 8.9%、多国間贈与ベース援助の平均は 30.4%、多国間貸与ベース援助の平均は 11.6%となり、二国間贈与ベース援助の割合が最も大きい結果となりました（図 19）。

図19. 感染症対策（予防接種）分野における 二国間援助（贈与・貸与）と多国間援助（贈与・貸与）の割合（2011年から2023年）



出典：Visualizing Official Development Assistance（VODA）「DAC 諸国からの ODA 資金の流れを見る」をもとに作成
※2023 年実質値

表5が示す通り、保健セクター全体の二国間贈与ベースの援助において、2011年から2023年の感染症分野の援助が占める割合は平均 13.9% となり、感染症対策（予防接種）のすべての援助形態の平均 11.5% よりも 2.4% 高いことが明らかになりました。

表5. 保健セクターの二国間贈与ベースの援助に占める 感染症対策（予防接種）分野の援助の割合（2011年から2023年）

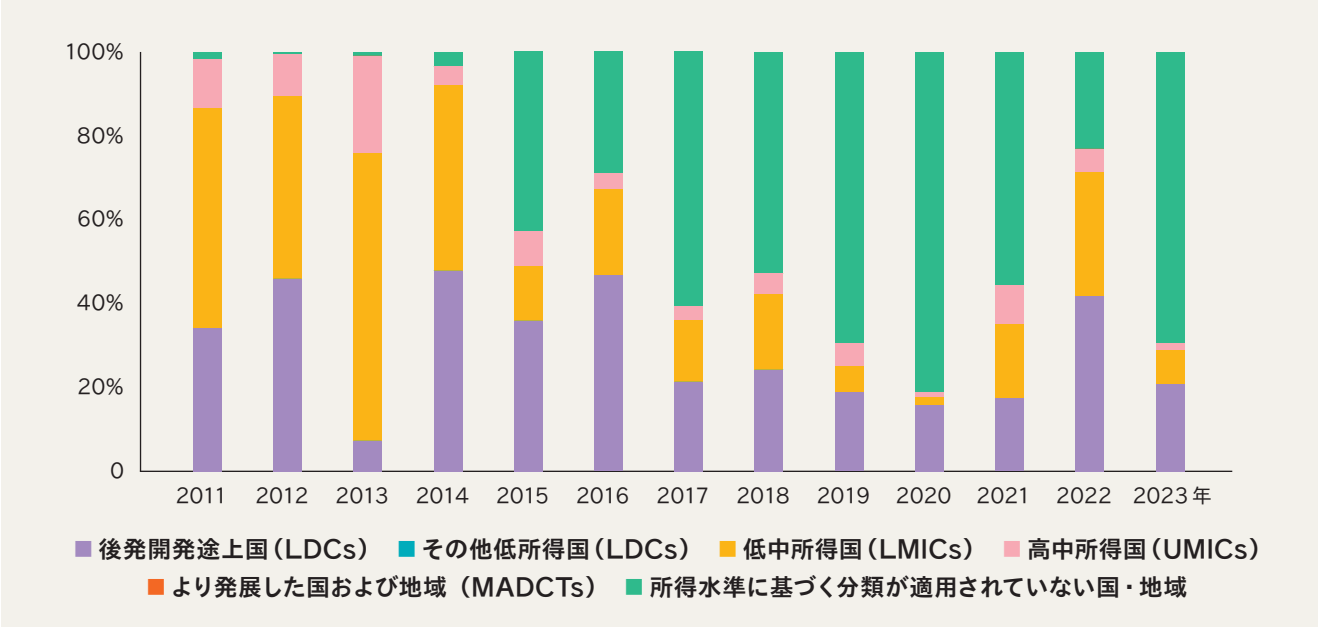
年	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	平均
%	17.9	16.1	5.0	11.0	15.2	17.9	20.0	21.7	20.7	10.2	5.4	4.6	14.7	13.9

出典：Visualizing Official Development Assistance（VODA）「DAC 諸国からの ODA 資金の流れを見る」をもとに作成　※2023 年実質値

図 20 が示す通り、感染症対策（予防接種）分野の二国間贈与ベースの援助において、援助先の内訳をみると、後発開発途上国への援助が占める割合は 2011 年から 2023 年にかけて平均 29.1%で約 3 割を占めていました。その他低所得国の割合は 0%、低中所得国の割合は 26%、高中所得国の割合は 7.1%、より高度に発展した国・地域の割合は 0%であることが確認されました。所得水準に基づく分類が適用されていない国・地域は、37.7%と最も高くなっていることが明らかになりましたが、具体的な支援内容は、OECDのデータベース上確認できませんでした。

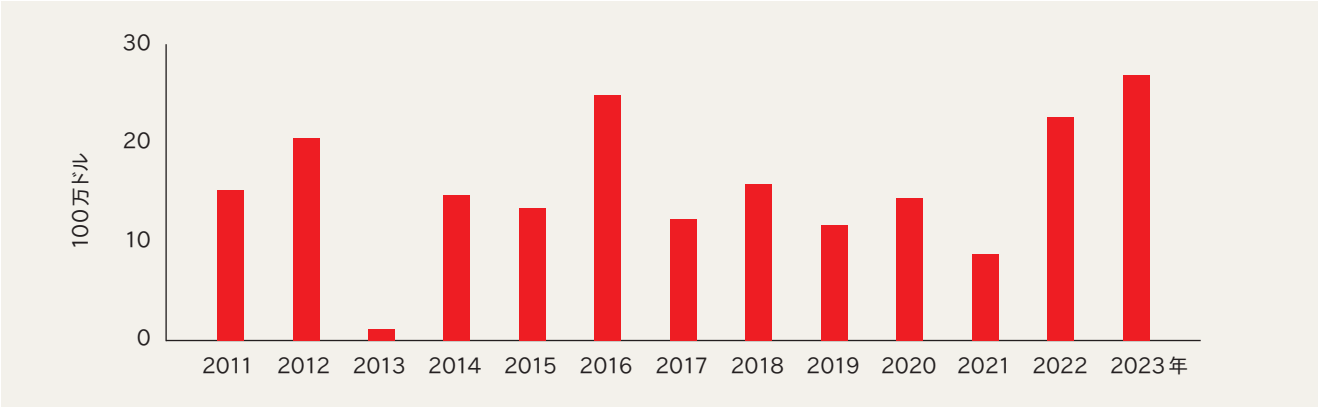
図 21 が示すように、後発開発途上国への援助額をみると、贈与ベースの援助額は、2011 年から 2023 年にかけて増減を繰り返していますが、平均では 1,560 万ドルでした。COVID-19 統制分野に比重が置かれたため、2021 年に 880 万ドルへと減少したと考えられます。2022 年には再び増加し、2,260 万ドル、2023 年には 2,690 万ドルとなり、約 3 倍となりました。

図20. 感染症対策（予防接種）分野における、援助受取国別の贈与ベースの援助が占める割合（2011年から2023年）



出典：CRS[24] をもとに作成　※2023 年実質値

図21. 感染症対策（予防接種）分野における、後発開発途上国への援助額（2011年から2023年）



出典：CRS[25] をもとに作成　※2023 年実質値

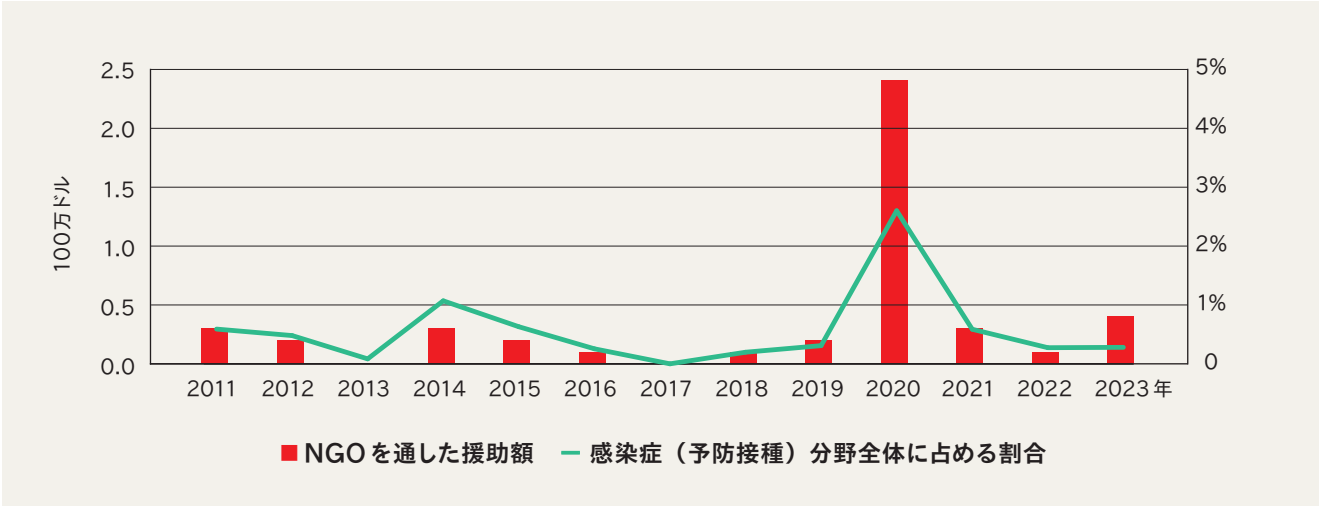
24, 25 データ選択条件：Donor: Japan、Measure: ODA Grants、Flow type: Disbursements、Price base: Constant prices、Combined unit of measure: US dollar, Millions, 2023、Sector: Infectious disease control、Time period: 2012-2023、Recipient: Least developed countries、Other low income countries、Lower-middle income countries、Upper-middle income countries、More advanced developed countries and territories、Countries unallocated by income



© Shaima Al-Obaidi/Save the Children
ガザのクリニックでポリオの経口ワクチンを受けるラマさん（8 歳）

図 22 が示す通り、感染症対策（予防接種）分野の中で、NGO への援助をみると、2011 年から 2023 年の援助額の平均は 40 万ドルであり、分野全体に占める割合は、平均わずか 0.6%でした。2020 年には援助額、割合ともに最高となり、それぞれ 240万ドル、2.6%となりましたが、2021 年には 30万ドルと 8 分の 1 まで落ち込み、割合も 0.6% へと低下しました。2023年には 40万ドルに増加するにとどまり、割合は 0.3% と平均を下回りました。

図22. 感染症対策（予防接種）分野における、NGOを通した二国間贈与ベースの援助が占める金額と割合（2011年から2023年）



出典：Visualizing Official Development Assistance（VODA）「DAC 諸国からの ODA 資金の流れを見る」をもとに作成
※2023 年実質値

埋めるべきギャップ

ユニセフによると[67]、開発途上国の子どもたちが基本的な予防接種を受けるには、一人当たり平均58ドル（約9,048円）が必要だとされていますが、予防接種を受けることができれば、年間約440万人が守られることになります。また、2030年までに世界目標である「予防接種アジェンダ2030（IA2030）」[68]を達成できれば、救われる命の数は580万人にまで増加する可能性があると言われています。



© Seifu Asseged/Save the Children
エチオピアソマリ州のヘルスセンターで、ワクチンの適切な保管温度を保つために冷蔵庫の温度計を確認する公衆衛生担当官のジェネットさん

支援の強化によって期待される成果

予防接種は、最も費用対効果の高い公衆衛生介入と言われています。Gaviの支援国73ヶ国を対象とした研究[69]によると、予防接種によって、病気になったときにかかる医療費などを2021年から2030年にかけて21ドル（約3,276円）節約することができ、保健医療費や家族や社会の経済的負担が軽減できます。また、ワクチン接種を受けた子どもは健やかに成長し、学校を休まずに学校に通うことができるなど、子どもの学習成果の向上につながるとともに、将来生産性の高い大人に成長する可能性が高くなり、人的資本の強化につながり、経済成長が促進されることで、投資収益率は1ドルの支出あたり54ドルと推定されています[70]。したがって、予防接種プログラムへの資金提供はコストではなく投資として捉えられるべきです。

また、予防接種は健康安全保障の観点からも大きな意義を持ちます。個人だけでなく、地域、コミュニティ内の疾病の蔓延を防ぎ、集団免疫の獲得に貢献することができます。感染症を予防、制御し、国境を超えて脅威となるパンデミックを未然に防ぐことができる可能性が高まるため、日本国内の健康安全保障の確立にも重要な役割を果たします。

Gaviは、2024年6月に2026年から2030年にかけての戦略であるGavi6.0を発表しました[71]。6.0戦略を遂行するには、追加で119億ドルが必要とされ、予算が確保されることで、5億人の子どもたちが予防接種を受けることができ、800万人の命が救われることが見込まれています[72]。2025年6月25日、ベルギーのブリュッセルにてグローバル・サミット「予防接種がもたらす健康と繁栄」が開催され、ドナー各国はGaviに対する増資を約束しました。各国の表明により、Gaviは目標額には満たなかったものの、90億ドルを確保するに至りました[73]。日本政府は、2026年から2030年の今後5年間で、最大5億5,000万ドル（約810億円）を拠出することを表明しました[74]。これは、Gaviを通じ、日本が世界の予防接種率向上に向けた取り組みを牽引し、ワクチンの導入と拡大、保健システム強化による予防接種の衡平性の向上、予防接種プログラムと財政の持続可能性の向上に貢献することを意味します。



低・中所得国において、
子どもが基本的な予防接種を
受けるのに必要な
1人当たりの平均費用

約58ドル



疾病や死亡による
保健医療費、賃金損失、生産性損失を
防ぐことで節約できる額

1ドルの支出当たり

21ドル



予防接種によって
命を救われた人々が
健康的な生活を送ることの
より広い社会的価値を
考慮した投資収益率

1ドルの支出当たり**54ドル**

グローバルヘルス・イニシアティブに対する支援強化の効果

GFF や Gavi、さらには世界エイズ・結核・マラリア対策基金（グローバルファンド）といった RMNCAH-N の改善や予防接種率の向上、感染症の予防・治療など広く保健システム強化に寄与する GHIs への投資を拡大することは、母子保健、栄養、予防接種、感染症対策の支援のための予算拡充に貢献するだけでなく、開発途上国が先進国からの援助への依存から脱却するための支援ともなりえます。

GHI のファイナンシングモデルは、開発途上国の RMNCAH-N 改善に向けた取り組みにおけるリーダーシップとオーナーシップを形成し、UHC 達成に向けた努力を加速する持続可能性の確立に寄与するものです。特に国内資金の動員を促すことで、開発途上国が外部資金に依存せず、自国の財源で保健サービスを提供できるようになり、各々の政府の保健財政強化に繋げることができます。そして開発途上国自身が責任を持ち、自立して、高額な医療費が発生しないように健康保険制度を確立するなど、脆弱な立場に置かれた人々を含む、すべての人がアクセスできる保健医療の仕組みを整えるための国家予算を確保し、賄うための努力を促します。例えば Gavi は、2026 年から 2030 年にかけての 6.0 戦略において、Gavi が支援を行う国の政府が、定期予防接種を提供するためのワクチンコストの 40% を自ら負担することを求めています [75]。またグローバルファンドは、パフォーマンス（実績）に基づいた資金供与を行うことで、受益国が提供された資金の使途とその成果についてしっかりと説明責任を果たすことを可能にしています [76]。

グローバルヘルスの課題はますます複雑化・複合化しており、これに対応するためには、政府、国際機関、民間セクター、市民社会など、マルチセクター間のパートナーシップに基づく包括的なアプローチが不可欠です。GHIs は、マルチステークホルダーの協力を前提としたスキームであり、各ステークホルダーの強みを活かして保健課題に取り組んでいます。このような中、GHIs への資金を拡充することで、GHIs がより効果的かつ効率的に支援活動を実施できるようになるだけでなく、パートナー間の連携をさらに強化し、GHIs 同士の相乗的な協力の可能性も広がります。

2023 年 12 月 12 日、グローバルヘルス分野の資金のあり方や GHIs の効果を向上させるために策定された戦略的枠組みであるルサカ・アジェンダが発表されました [77]。アジェンダには 5 つの重点分野があり、持続可能な保健サービスのための国内財源の確保、格差の解消と衡平な医療アクセスなどが含まれます。特に、外部資金に依存しすぎることなく、自国のリソースで医療を提供できる体制の構築が重視されています

日本は、GHIs の理事国として、GHIs におけるグローバルヘルス資金のあり方を改革することで、重複をなくし、効率性を高め、各国が優先順位に基づき主体的に持続可能な保健システムを確立できるよう支援することが求められています。

世界エイズ・結核・マラリア対策基金（グローバルファンド）

世界エイズ・結核・マラリア対策基金（グローバルファンド）は、低・中所得国において、エイズ、結核、マラリアの三大感染症に対応するために2002年にスイスで設立された官民パートナーシップです。感染症の予防、治療、患者支援の取り組みに加え、広く保健システム強化に寄与しています。グローバルファンドの2025年成果報告書 [78] によると、グローバルファンドの支援により、2002年から2024年の間に約7,000万人の命が救われ、三大感染症の罹患率は42%、死亡率は63%それぞれ減少したことが明らかとなっています。2024年現在2,560万人がHIV治療中であり、自身の命を守り、母子感染予防のために医療を受けたHIV陽性の母親は64万8,000人にも上りました。また、治療を受けられたマラリアの症例は1億7,300件、季節性マラリアの化学的予防（服薬）を受けた子どもの数は5,090万人、マラリアの予防治療を受けた妊婦は1,780万人であることが分かりました [79]。日本は、これまでグローバルファンドに対して累計52億4,400万米ドルを拠出し、現在第5位のドナーとなっています [80]。また、理事として、ガバナンスや感染症対策や保健システム強化に向けた議論に関与しています。

まとめと提言

最も貧しく脆弱な立場に置かれた人々が暮らす国や地域では、ワクチンや栄養、清潔な水、基礎的な保健サービスにアクセスできないことで、母子や青少年が予防可能な理由で命を落としています。こうした不公平な状況は、基本的人権の侵害であると同時に、国際社会にとって重大な課題です。

健康格差を是正し、誰もが必要な時に質の高い保健医療サービスを受けられるようにするには、衡平で持続可能な保健システムの構築が不可欠です。特に、RMNCAH-N 分野は、UHC 達成の基盤であり、この分野への資金配分の優先と規模の拡大が急務です。

日本はこれまで、二国間援助・多国間援助の両面から、脆弱性の高い国々に対する保健協力を進めてきました。COVID-19 統制にかかる援助が強化されたことに伴い、2020年以降所得水準に基づく分類が適用されていない国・地域への援助割合が増大したものの、日本のODAの傾向として、二国間贈与ベースの割合が、他の援助形態と比べると高いことが分かっています。また、保健セクター全体、母子保健、栄養、感染症対策（予防接種）それぞれの分野において、後発開発途上国への支援が他の援助受取国と比較して高くなっており、特に支援の届きにくい脆弱な層の保健サービスのアクセス向上に貢献していると言えます。特に母子保健分野では、2011年～2023 年の期間中、データ上では全ての支援が贈与ベースで行われており、裨益国にとって債務負担とならない、持続可能な支援として高く評価されるべきです。

しかしながら、いずれの分野でも NGO を通した支援が減少しており、より柔軟で地域に根ざした支援が求められる中で、戦略的な見直しが必要です。地域住民に最も近い立場で活動する NGOの強みを活かす協力の強化が望まれます。

多国間支援においても、日本は Gavi や GFF、グローバルファンドといった GHIs への資金拠出を通じて、RMNCAH-N 分野の財政的基盤の強化に貢献してきました。しかし、新型コロナウイルス感染症のパンデミック以降、保健分野全体の ODA が拡大する一方で、RMNCAH-N 分野への資金配分は相対的に縮小傾向にあります。この傾向に歯止めをかけ、将来世代への投資を再び優先課題とする必要があります。

母子や青少年の健康に対する投資は、単なる支出ではなく、社会全体の健全な発展と安定を支える「未来への投資」として捉えられるべきです。とくに、感染症対策や母子保健の強化は、地域社会のレジリエンスを高め、世界的な健康危機の再発を防ぐ安全保障政策の一環でもあります。

主要ドナー国が、HIV/AIDS、ポリオ、家族計画といった分野で資金拠出を縮小しています。その影響で、保健サービスへのアクセスを失った子どもたちが数十万～数百万人規模にのぼる事態が発生しており、これに対する国際的な連帯と対応が求められています。また、WHO をはじめとする保健関連機関の深刻な資金不足に対し、これを補完するための追加的支援の実施と、持続可能な資金調達メカニズムの確立が急務となっています。

UHC の実現に向けた取り組みを牽引してきた日本は、「グローバルヘルス戦略」および「第三次健康・医療戦略」に基づき、保健分野における ODA の予算拡充と質の向上に継続的に取り組み、信頼性と影響力を高めることが求められます。その際には、明確な成果指標とインパクト重視の戦略を策定し、二国間・多国間支援の両面において、戦略的かつ柔軟な対応を進める必要があります。

限られた資金を最大限に活用するためには、支援の優先順位を明確にし、GNI 比 0.7%や SDGs をはじめとする国際目標との整合性を確保した中長期的な投資計画と行動指針を打ち立てることが不可欠です。とりわけ、子どもや女性など、最も脆弱な立場に置かれた人々を中心に据えた支援のあり方を改めて確認し、日本が「命と未来を守る国際協力」の旗手として、より一層の政策的・財政的リーダーシップを発揮することが期待されます。今後、日本の ODA は、衡平で持続可能な保健システムの構築と RMNCAH-N の改善に一層注力し、国際的な保健課題の解決に貢献していくことが求められます。

提言：母子と青少年の命と健康を守る衡平な保健システムの構築に向けて

1. 二国間 ODA による費用対効果の高い保健・栄養サービスへの投資拡大

日本がグローバルヘルス分野でさらなる効果的な貢献を果たすためには、保健分野における二国間 ODA 予算を拡充し、

特に RMNCAH-N 分野への配分を優先することが重要です。併せて、栄養サミットなどの国際会議において、資金拠出を伴う明確なコミットメントを表明することが求められます。特に低コストで高い効果が期待できる介入策に重点を置いた投資を進めるとともに、ニーズの高い RMNCAH-N サービスへのアクセスを向上させることに特化した支援を展開する必要があります。また、サービスの質を改善するための技術協力や制度支援を強化し、持続可能なサービス提供体制の構築に寄与すべきです。日本の強みである二国間ODAを活用・強化することで、米国をはじめとする主要ドナー国の援助縮小によって深刻な影響を受けている国々への直接支援を拡充することが可能です。特に、家族計画サービスを含む、母子保健サービスの機能不全に直面している地域に対して、日本が的確かつ迅速に支援を提供することで、保健サービスの空白を埋め、多くの命を守るという大きなインパクトが期待されます。これらの取り組みは、日本が重視してきた「人間の安全保障」の理念や、草の根協力のアプローチとも整合的です。既存の支援などをさらに強化するほか、緊急無償資金協力などの新たな枠組みを設けることで、機動的かつ柔軟な支援の展開も可能となります。

2. GHIsへの拠出を通した援助効果の最大化

GFF や Gavi、グローバルファンドといった、RMNCAH-N の改善に寄与する GHIs への拠出を拡充することにより、より脆弱な立場に置かれた母子や青少年のための直接的な保健・栄養サービスが強化、拡充されます。GHIs のファイナンシングモデルは、開発途上国自身が保健分野の国家予算を確保するための国内資金動員を促すものであり、開発途上国の保健財政強化に繋がります。さらには、開発途上国の RMNCAH-N の改善に向けたオーナーシップを強化し、持続可能性の確立にも寄与します。GHIs への資金を拡充することで、GHIs がより効果的、効率的に役割を果たせるようになり、GHIs間のパートナーシップ、連携の余地を生み出すことができます。

日本は、GHIs へのコミットメントの継続・拡充を通して、こうした取り組みを後押しすることが求められます。裨益国の UHC や国家保健計画との整合性を十分に踏まえ、母子保健、感染症対策、保健システム強化など分野横断的な課題に対して、GHIs を通した予測可能かつ長期的な資金拠出を確保すべきです。これにより、GHI の安定的な資金運用と開発途上国の自立支援を含む中長期的な介入の継続が可能となります。また、日本は GHIs に対する評価枠組みの整備をサポートし、エビデンスに基づく成果志向の支援を推進することで、費用対効果の高い援助の実現を目指すことが求められます。

さらに、資金提供に加え、技術的支援や理事としてのガバナンス参画を通じて貢献を強化し、GHIs の運営改善に積極的に寄与することが期待されます。特に、日本が GHIs の理事国として各機関間の連携強化を促進し、ドナー間の役割分担や政策調整、アラインメントを推進することにより、援助資源の効果的かつ効率的な活用に貢献するべきです。GHIs への支援強化は、日本の信頼性向上と国際的リーダーシップの確立にも資すると考えられます。

3. より脆弱性の高い人々や国々への支援拡充

感染症の蔓延や保健システムの脆弱性、さらには貧困や格差の深刻化といった複合的な課題は、特に最も脆弱性の高い人々や国々に対してより大きな影響を及ぼしています。こうした人々や国々への支援を強化することは、日本の道義的責任の重要な一環として位置づけられるべきです。とりわけ、保健インフラが著しく不足している後発開発途上国や、紛争・災害の影響を受けた国々、難民や避難民、女性や子どもに対する支援は、国際社会の安定や安全保障の観点からも極めて重要です。日本はこれまでもUHCの推進に貢献してきましたが、今後はさらに「誰一人取り残さない」という理念の実現に向け、支援対象の重点化や柔軟かつ効果的な資金配分を一層進めるべきです。この脆弱層に焦点を当てたアプローチを強化することで、日本は「人間の安全保障」という理念を具体的な政策や支援に転換し、国際社会からの信頼と期待に応えることが可能となります。また、こうした支援は、世界的な感染症リスクの低減や経済の安定化にもつながり、結果として日本自身の安全保障強化にも寄与するものです。さらに、衡平で持続可能な保健システムを構築することにより、社会的脆弱性を削減し、保健医療サービスへのアクセスの不平等を解消し、健康格差を縮小することができます。衡平性の確保にあたっては、特にニーズが高く脆弱性の高い国や地域への支援拡充が急務であり、そのための資金配分を見直す必要があります。加えて、債務負担の軽減に配慮し、贈与ベースの資金割合を維持・拡大することが求められます。特に二国間支援においては、より脆弱性の高い後発開発途上国への資金配分を増やし、少なくとも GNI比 0.20%のODA をこれらの国々に供与するという国際目標を達成することが重要です。これにより、持続可能で衡平な保健サービスの提供が促進され、国際社会全体の健康と安全保障の強化につながると考えられます。

4. NGOとの連携強化による包括的支援の推進

NGO への支援拡大や連携により、政府の支援が届きにくい地域や、社会的に疎外された人々・脆弱なコミュニティへの

直接的かつ的確な支援が可能となります。現地のニーズを的確に把握し、迅速に対応できる NGO の活動は、きわめて重要で、政府の支援の補完的役割を果たしています。また、NGO は現場に根差した人材育成や地域の能力強化を通じて、保健システムの強化にも大きく貢献してきました。グローバルヘルスの課題解決、UHC の達成、公衆衛生上の緊急事態への対応力の向上といった観点からも、NGO の役割と成果を最大化することが不可欠です。そのためには、NGO の専門性や現場の知見を十分に活用し、政策立案や実施の過程における主体的な参加とオーナーシップを確保することが重要です。特に、UHC ナレッジハブの運用に市民社会が積極的に参画するなど効果的な協働体制を構築することで、より持続的で包摂的な保健支援の実現が期待されます。NGO を政府の対等なパートナーとしてとらえ、積極的な対話を行うことで、脆弱なコミュニティのニーズを反映した支援計画を実施することが可能となります。さらに、NGO・地域社会との連携を通じて、政府がリーチしにくい疎外された人々へのアクセスを担保し、包摂的な支援を実現することも、二国間 ODA の実効性を高める鍵となります。

5. 政策面での日本のリーダーシップと知的貢献による多国間連携の強化

グローバルヘルス支援の後退を防ぐために、日本はこれまで培ってきたグローバルヘルス推進の実績に基づき、資金的・技術的支援と並行して、政策面でのリーダーシップを継続的に発揮すべきです。日本単独で主要ドナー国の援助削減の影響を補うことは財政的に困難であるため、G7、G20、OECD-DAC などの主要ドナー国との連携強化が不可欠であり、世界保健総会や国連総会、G7・G20 といった国際的な合意形成の場において、各国のグローバルヘルスへのコミットメントを維持・強化する外交努力を継続することが求められます。特に、「母子の命を守ることは未来への投資であり、グローバルな公共財である」といった明確なメッセージを発信し、「誰一人取り残さない UHC の実現」という理念に基づいた国際協調を促すことが重要です。特に、米国が WHO への関与を弱めたことも踏まえ、日本はより一層多国間の議論を主導し、信頼あるドナーとしての役割を果たすことが求められます。あわせて、日本は「第三次健康・医療戦略」やグローバルヘルス戦略と整合した形で、知見の共有や政策対話を通じて各国の保健医療制度構築を支援し、UHC ナレッジハブなどを活用した保健財政の強化とその適正な運営・執行に向けた知的貢献や技術支援にも取り組む必要があります。国連総会や SDGs 関連の国際会議などを通じた発信と具体的行動により、国際的連携を加速させることが、日本の責務であり、国際社会における存在感をさらに高めることにもつながります。

6. UHC 達成のための行動計画との整合化による、ODA の有効性と効率性向上

SDGs、UHC、そして国際栄養目標といった国際目標の達成に向けては、具体的な行動計画と戦略を示すことが不可欠です。特に RMNCAH-N の改善には、援助の効果を高められるような的確な投資計画と実行可能な方針の策定が必要です。こうした計画と整合性のある目標設定を行うことで、ODA 資金をより効果的かつ戦略的に活用することが可能となり、資金配分の透明性と合理性も高まります。加えて、支援のインパクトを高めるためには、重複や断片的な取り組みを避け、調整された形での資金運用を進めることが重要です。その際、各国の国家保健戦略との整合性を図りながら、実際のニーズや優先課題に即した支援を行うことが求められます。これにより、限られた資金を最も必要とされる分野に届けることができ、実効性の高い支援につながります。さらに、ODA による取り組みの成果を明確にするためには、SDGs や UHC2030 と連動した成果指標を活用し、モニタリングと評価の体制を強化することが欠かせません。支援の進捗や影響を定期的に検証することで、政策の見直しや資源配分の改善にも役立ち、持続可能で効果志向の支援体制の確立に寄与します。

7. 既存のコミットメントのアカウンタビリティ

日本政府は、国際的な保健課題への貢献において、これまでに表明してきたコミットメントに対する説明責任（アカウンタビリティ）を果たすことが強く求められています。説明責任の確保は、援助の質や衡平性を高めるだけでなく、国民が日本の国際協力の意義と成果を正しく理解し、その取り組みを支持・後押しするための基盤にもなります。とりわけ、透明性の高い情報公開を通じて、政府の方針や支出の実態を明確に示すことは、開発協力全体の信頼性を高める上で不可欠です。例として、2021 年の東京栄養サミットにおいて日本政府が表明した「栄養分野への 3,000 億円の支援」について、その使途・成果・進捗状況を明確に示すことが求められています。これにより、日本の貢献が SDGs の目標 2「飢餓をゼロに」や、国際栄養目標の達成にいかに寄与しているのかを可視化することが可能となります。そのための有効な手段の1つに、「栄養アカウンタビリティ・フレームワーク（NAF:

The Nutrition Accountability Framework）[26]」の 活用が挙げられます。NAFおよびその他の手段を通じて、定期的かつ客観的な進捗報告を行うことにより、日本の支援が実際にどのようなインパクトを生み出しているのかを国際社会および市民に対して明確に示し、信頼性の高いグローバルヘルス支援の実現に貢献することが期待されます。

8. 実装性の高い民間との連携による追加資金の呼び込み

グローバルヘルス分野における深刻な資金不足を解消するためには、公的資金に加え、新たな資金源の確保が喫緊の課題となっています。特に、ODA だけでは支えきれないニーズの高まりに対応するため、民間セクターとの連携を通じた資金動員がますます重視されています。日本政府の「第三次健康・医療戦略」においても、官民連携の強化や民間資本の呼び込みが明記されており、グローバルヘルスにおける資金と技術の新たな展開が期待されています。公的資金によるギャップを補完することで、低・中所得国を中心とした世界的な健康課題の解決を促進するため、「トリプル I」の枠組みを活用したグローバルヘルス分野へのインパクト投資の拡大がもたらす効果が期待されます。民間セクターのリソースや知見を母子保健や栄養改善の分野に応用することで、持続可能かつインパクトのある支援が実現される可能性があります。具体的には、製薬企業や医療機器メーカーからの出資を誘導する仕組みを整備したり、遠隔医療やAIを活用した診断技術などを活かしたパートナーシップを強化することが考えられます。こうした革新的な技術やサービスを、官民連携のもとで開発途上国に展開することで、保健サービスの質とアクセスの向上が図られるだけでなく、新たな市場の創出にもつながることが期待されます。人権や社会・環境に配慮し、コミュニティのニーズにも沿った効果的なサービス展開のためには、NGOとの連携強化も不可欠です。NGOの経験と信頼関係の蓄積は、民間資金の有効な活用や社会的インパクトの最大化を図る上で、企業や投資家にとってもアセットとなり得ます。トリプル I の取り組みは、限られた公的資金を効果的に補完しつつ、保健分野における革新と成果の持続性を担保するための有望なモデルとなり得ると同時に、日本の知見や技術を活かした国際貢献の形として、グローバルヘルス分野における新たなリーダーシップの発揮にもつながるでしょう。今後は、制度面での整備と NGO を含む民間との対話の強化を通じて、これらのパートナーシップを持続的な成果へとつなげていくことが期待されます。



© Yagazie Emezi/Save the Children　ルワンダのマハマ難民キャンプにある医療施設で、産まれたばかりのベニさんのそばに立つ助産師のアンさん

26 The Nutrition Accountability Framework: https://globalnutritionreport.org/resources/naf/

付録

1. 保健・栄養に関する持続可能な開発目標（SDGs）のターゲットと指標

	**目標２：飢餓をゼロに**	
2.2	５歳未満の子供の発育阻害や消耗性疾患について国際的に合意されたターゲットを2025年までに達成するなど、2030年までにあらゆる形態の栄養不良を解消し、若年女子、妊婦・授乳婦及び高齢者の栄養ニーズへの対処を行う。	
	**目標３：すべての人に健康と福祉を**	
3.1	2030年までに、世界の妊産婦の死亡率を出生10万人当たり70人未満に削減する。	
指標	3.1.1	妊産婦死亡率
	3.1.2	専門技能者の立ち会いの下での出産の割合
3.2	全ての国が新生児死亡率を少なくとも出生1,000件中12件以下まで減らし、５歳未満死亡率を少なくとも出生1,000件中25件以下まで減らすことを目指し、 2030年までに、新生児及び５歳未満児の予防可能な死亡を根絶する。	
指標	3.2.1	5歳未満児死亡率
	3.2.2	新生児死亡率
3.7	2030年までに、家族計画、情報・教育及び性と生殖に関する健康の国家戦略・計画への組み入れを含む、性と生殖に関する保健サービスを全ての人々が利用できるようにする。	
指標	3.7.1	近代的手法によって、家族計画についての自らの要望が満たされている出産可能年齢（15～49歳）にある女性の割合
	3.7.2	女性1,000人当たりの青年期（10～14歳；15～19歳）の出生率
3.8	全ての人々に対する財政リスクからの保護、質の高い基礎的な保健サービスへのアクセス及び安全で効果的かつ質が高く安価な必須医薬品とワクチンへのアクセスを含む、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）を達成する。	
指標	3.8.1	必要不可欠な保健サービスによってカバーされる対象人口の割合
	3.8.2	家計の支出又は所得に占める健康関連支出が大きい人口の割合

2. 国際栄養目標2025

目標１（Stunting：発育阻害）..... 5歳未満の子どもの発育阻害の割合を40%減らす。

目標２（Anemia：貧血）..... 生殖可能年齢にある女性の貧血を50%減らす。

目標３（Low Birth Weight：低体重）..... 出生時の低体重を30%減らす。

目標４（Childhood overweight：子どもの過体重）... 子どもの過体重を増やさない。

目標５（Breastfeeding：母乳育児）..... 最初の６ヶ月間の完全母乳育児の割合を50%以上にする。

目標６（Wasting：消耗症）..... 小児期の消耗症の割合を5%以下に減少・維持する。

巻末脚注

※アクセス日の記載がない引用のアクセス日はすべて 2025 年 8 月 6 日です

（1）**World Health Organization（2023）**, Billions left behind on the path to universal health coverage, https://www.who.int/news/item/18-09-2023-billions-left-behind-on-the-path-to-universal-health-coverage

（2）（3）**UNICEF（2025）**, Under-five mortality, https://data.unicef.org/topic/child-survival/under-five-mortality/

（4）**ユニセフ（国連児童基金）（2025）**、（訳・発行：公益財団法人 日本ユニセフ協会）、世界子供白書 2024（日本ユニセフ協会訳）、表2 子どもの死亡率に関する指標、https://www.unicef.or.jp/sowc/pdf/UNICEF_SOWC_2024_table2.pdf

（5）**ユニセフ（国連児童基金）（2025）**、（訳・発行：公益財団法人 日本ユニセフ協会）、世界子供白書 2024、表 5 青少年の保健指標、https://www.unicef.or.jp/sowc/pdf/UNICEF_SOWC_2024_table5.pdf

（6）**ユニセフ（国連児童基金）（2025）**、（訳・発行：公益財団法人 日本ユニセフ協会）、世界子供白書 2024、表2 子どもの死亡率に関する指標、https://www.unicef.or.jp/sowc/pdf/UNICEF_SOWC_2024_table2.pdf

（7）**GBD 2021 Diseases and Injuries Collaborators（2024）**, Global incidence, prevalence, years lived with disability（YLDs）, disability-adjusted life-years（DALYs）, and healthy life expectancy（HALE）for 371 diseases and injuries in 204 countries and territories and 811 subnational locations, 1990-2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. Lancet ;403（10440）:2133-2161. doi: 10.1016/S0140-6736（24）00757-8.

（8）**World Health Organization（2025）**, Child mortality and causes of death, アクセス日：2025 年 11 月 16 日, https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality

（9）**Institute for Health Metrics and Evaluation（IHME）（2025）**, Child health, アクセス日：2025 年 11 月 16 日、https://www.healthdata.org/research-analysis/health-topics/child-health

（10）**GBD 2021 Diseases and Injuries Collaborators（2024）**, Global incidence, prevalence, years lived with disability（YLDs）, disability-adjusted life-years（DALYs）, and healthy life expectancy（HALE）for 371 diseases and injuries in 204 countries and territories and 811 subnational locations, 1990-2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. Lancet ;403（10440）:2133-2161. doi: 10.1016/S0140-6736（24）00757-8.

（11）**World Health Organization（2025）**, Trends in maternal mortality estimates 2000 to 2023: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNDESA/Population Division. Geneva. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

（12）**Cresswell JA, Alexander M, Chong MYC et al.（2025）**, Global and regional causes of maternal deaths 2009-20: a WHO systematic analysis. Lancet Glob Health: S2214-109X（24）00560-6. doi: 10.1016/S2214-109X（24）00560-6.

（13）**ユニセフ（国連児童基金）（2025）**、（訳・発行：公益財団法人 日本ユニセフ協会）、世界子供白書 2024、表 3、母親と新生児の健康指標 https://www.unicef.or.jp/sowc/pdf/UNICEF_SOWC_2024_table3.pdf

（14）**World Health Organization（2025）**, Newsroom, Maternal mortality, https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality

（15）**World Health Organization（2025）**, Nutrition, Overview, https://www.who.int/health-topics/nutrition#tab=tab_1

（16）**World Health Organization（2025）**, Nutrition, Impact, https://www.who.int/health-topics/nutrition#tab=tab_2

（17）（18）**UNICEF（2025）**, Child Malnutrition, https://data.unicef.org/topic/nutrition/malnutrition/

（19）（20）**World Health Organization（2025）**, Nutrition, Impact, https://www.who.int/health-topics/nutrition#tab=tab_2

（21）**Carter, Austin and Msemburi, William and Sim, So Yoon and A.M. Gaythorpe, Katy and Lindstrand, Ann and Hutubessy, Raymond C.W.（2021）**, Modeling the Impact of Vaccination for the Immunization Agenda 2030: Deaths Averted Due to Vaccination Against 14 Pathogens in 194 Countries from 2021-2030, Available at SSRN: https://ssrn.com/abstract=3830781 or http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3830781

（22）**UNICEF（2024）**, Immunization, https://data.unicef.org/topic/child-health/immunization/

（23）**UNICEF United Kingdom（2020）**, ENDING PREVENTABLE CHILD DEATHS: HOW BRITAIN CAN LEAD THE WAY, https://www.unicef.org.uk/wp-content/uploads/2020/01/Unicef-UK-Ending-Preventable-Child-Deaths_Report-2020.pdf

（24）**公益社団法人セーブ・ザ・チルドレン・ジャパン（2024）**, 予防接種の普及・拡大ですべての子どもに「生きる権利」を、https://www.savechildren.or.jp/scjcms/sc_activity.php?d=4572

（25）**UNICEF（2024）**, Immunization, https://data.unicef.org/topic/child-health/immunization/

（26）**UNAIDS（2025）**, FACT SHEET 2025 Global HIV statistics, https://www.unaids.org/sites/default/files/2025-07/2025_Global_HIV_Factsheet_en.pdf

（27）**UNICEF（2025）**, HIV - Elimination of mother-to-child transmission,
https://data.unicef.org/topic/hivaids/emtct/

（28）**World Health Organization（2004）**, World Malaria Report Addressing inequity in the global malaria response,
https://www.who.int/publications/i/item/9789240104440

（29）**World Health Organization（2025）**, Malaria,
https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/malaria

（30）**World Health Organization（2025）**, Global tuberculosis report 2025, アクセス日：2025 年 11 月 14 日,
https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/e97dd6f4-b567-4396-8680-717bac6869a9/content

（31）**World Health Organization（2025）**, Global Targets 2025: To improve maternal, infant and young child nutrition,
https://www.who.int/teams/nutrition-and-food-safety/global-targets-2025

（32）**World Health Organization（2025）**, World Health Assembly re-commits to global nutrition targets and marketing regulations,
https://www.who.int/news/item/27-05-2025-world-health-assembly-re-commits-to-global-nutrition-targets-and-marketing-regulations

（33）**ユニセフ（国連児童基金）（2025）**、（訳・発行：公益財団法人日本ユニセフ協会）、世界子供白書 2024（日本ユニセフ協会訳）、表2 子どもの死亡率に関する指標、
https://www.unicef.or.jp/sowc/pdf/UNICEF_SOWC_2024_table2.pdf

（34）**ユニセフ（国連児童基金）（2025）**、（訳・発行：公益財団法人 日本ユニセフ協会）、世界子供白書 2024（表 3 母子と新生児の健康指標、
https://www.unicef.or.jp/sowc/pdf/UNICEF_SOWC_2024_table3.pdf

（35）**ユニセフ（国連児童基金）（2025）**、（訳・発行：公益財団法人日本ユニセフ協会）世界子供白書 2024、表 5 青少年の保健指標、
https://www.unicef.or.jp/sowc/pdf/UNICEF_SOWC_2024_table5.pdf

（36）**ユニセフ（国連児童基金）（2005）**、（訳・発行：公益財団法人日本ユニセフ協会）、世界子供白書 2024、表8 栄養指標：新生児、就学前と学齢期の子ども、女性および家庭、
https://www.unicef.or.jp/sowc/pdf/UNICEF_SOWC_2024_table8.pdf

（37）**Independent（2025）**, Trump’ s aid cuts deny one million women a week access to contraception,
https://www.independent.co.uk/news/world/usaid-global-health-hiv-women-africa-b2694023.html

（38）**Cavalcanti, Daniella Medeiros et al.,（2025）**, Evaluating the impact of two decades of USAID interventions and projecting the effects of defunding on mortality up to 2030: a retrospective impact evaluation and forecasting analysis,
The Lancet, Volume 406, Issue 10500, 283 – 294,
https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736（25）01186-9/fulltext

（39）**外務省（2023）**、ODA 政府開発援助　開発協力大綱の改定、
https://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/about/kaikaku/taikou_kaitei.html

（40）**健康・医療戦略推進本部（2022）**、グローバルヘルス戦略、
https://www.kantei.go.jp/jp/singi/kenkouiryou/senryaku/r040524global_health.pdf

（41）**健康・医療戦略推進本部（2025）**、健康・医療戦略、
https://www.kantei.go.jp/jp/singi/kenkouiryou/suisin/ketteisiryou/kakugi/r070218senryaku.pdf

（42）**厚生労働省（2024）**、（1）「UH ナレッ ジハブ」の創設、
https://www.mhlw.go.jp/content/10803000/001294198.pdf

（43）**Impact Investment Initiative for Global Health（2025）**, About Triple I,
https://tripleiforgh.org/about.html

（44）**Visualizing Official Development Assistance（2025）**、DAC 諸国による ODA 拠出額ランキング、
https://visualizingoda.org/ja/ranking/visualize

（45）（46）**外務省（2025）**、2024 年版開発協力白書　第 II 部 実績から見た 日本の政府開発援助と 他ドナーの援助動向、
https://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/files/100831263.pdf

（47）**外務省（2025）**、2024 年における DAC 諸国の政府開発援助（ODA）実績（暫定値）、
https://www.mofa.go.jp/mofaj/files/100832072.pdf

（48）**外務省（2025）**、SDG グローバル指標（SDG Indicators）17: パートナーシップで目標を達成しよう、
https://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/sdgs/statistics/goal17.html

（49）（50）（51）（52）**Visualizing Official Development（2025）**、DAC 諸国による ODA 拠出額ランキングより,
https://visualizingoda.org/ja/ranking/visualize

（53）**Visualizing Official Development Assistance（2025）**、DAC 諸国からの ODA 資金の流れを見る、
https://visualizingoda.org/ja/flow

（54）**International Bank for Reconstruction and Development / Global Financing Facility（2024）**, ANNUAL REPORT 2022–2023 Delivering on the GFF Promise: Protecting and Promoting the Health and Well-Being of Women, Children and Adolescents,
https://www.globalfinancingfacility.org/sites/default/files/GFF-Annual-Report-2022-2023-EN.pdf

（55）**Global Financing Facility（2025）**, Countries,
https://www.globalfinancingfacility.org/

（56）**World Bank Group（2017）**、日本政府がユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）の進捗の加速に向けグローバル・ファイナンシング・ファシリティ（GFF）に 5 千万ドルを拠出、
https://www.worldbank.org/ja/news/press-release/2017/12/14/government-of-japan-to-invest-us50-million-in-global-financing-facility-to-accelerate-progress-on-universal-health-coverage

（57）**財務省（2024）**、第 109 回世銀・IMF 合同開発委員会における日本国ステートメント、
https://www.mof.go.jp/policy/international_policy/imf/dc/20240419_2.html

（58）**International Bank for Reconstruction and Development / Global Financing Facility（2024）**, ANNUAL REPORT 2022–2023 Delivering on the GFF Promise: Protecting and Promoting the Health and Well-Being of Women, Children and Adolescents, https://www.globalfinancingfacility.org/sites/default/files/GFF-Annual-Report-2022-2023-EN.pdf

（59）**セーブ・ザ・チルドレン（2023）**、エチオピアにおけるグローバル・ファイナンシング・ファシリティの保健財政および保健分野の成果への貢献、https://www.savechildren.or.jp/news/publications/download/leaflet_JPN_for_WEB.pdf

（60）**外務省（2024）**、2023 年版開発協力白書第 III 部課題別の取り組み、https://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/files/100648099.pdf

（61）**財務省（2024）**、第 110 回世銀・IMF 合同開発委員会における日本国ステートメント、https://www.mof.go.jp/policy/international_policy/imf/dc/20241025180048.html

（62）（63）（64）**Shekar, Meera; Shibata Okamura, Kyoko; Vilar-Compte, Mireya; Dell' Aira, Chiara, editors.（2024）**, Investment Framework for Nutrition 2024. Human Development Perspectives Overview booklet. © World Bank. http://hdl.handle.net/10986/42164 License: CC BY 3.0 IGO. https://openknowledge.worldbank.org/entities/publication/2c0b8b5e-0f67-47fe-9eae-d4707d9ed195

（65）**外務省（2025）**、第 2 章　マルチ・バイ協力の概況、https://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda//shiryo/hyouka/kunibetu/gai/multi_b/th02_01_0201.html

（66）（67）**United Nations Children' s Fund（2023）**, The State of the World' s Children 2023: For every child, vaccination, https://www.unicef.org/media/108161/file/SOWC-2023-full-report-English.pdf

（68）**World Health Organization（2000）**, Immunization Agenda 2030: A Global Strategy To Leave No One Behind, https://www.who.int/publications/m/item/immunization-agenda-2030-a-global-strategy-to-leave-no-one-behind

（69）**Sim S.Y., Watts E., Constenla D., Brenzel L., Patenaude B.N.（2000）**, Return On Investment From Immunization Against 10 Pathogens In 94 Low- And Middle-Income Countries, 2011–30. Health Affairs, アクセス日：2025 年 11 月 16 日 https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32744930/

（70）**Gavi The Vaccine Alliance（2025）**, Annual Progress Report 2024, アクセス日：2025 年 11 月 16 日 https://www.gavi.org/sites/default/files/programmes-impact/our-impact/apr/Gavi-Progress-Report-2024.pdf

（71）**Gavi The Vaccine Alliance（2024）**, Phase VI (2026-2030), https://www.gavi.org/our-alliance/strategy/phase-6-2026-2030

（72）**Gavi The Vaccine Alliance（2025）**, Global Summit: Health & Prosperity through Immunisation, https://www.gavi.org/investing-gavi/resource-mobilisation-process/protecting-our-future

（73）**Gavi The Vaccine Alliance（2025）**, World leaders recommit to immunisation amid global funding shortfall, https://www.gavi.org/news/media-room/world-leaders-recommit-immunisation-amid-global-funding-shortfall

（74）**Gavi The Vaccine Alliance（2025）**, Gavi welcomes renewed commitments to health equity and security made at TICAD9, アクセス日：2025 年 11 月 16 日 https://www.gavi.org/news/media-room/gavi-welcomes-renewed-commitments-health-equity-and-security-made-ticad9

（75）**Gavi The Vaccine Alliance（2025）**, Protecting more children, against more diseases, faster than ever before: Gavi, the Vaccine Alliance unveils plans for next 5-year period, https://www.gavi.org/news/media-room/protecting-more-children-gavi-vaccine-alliance-plans-next-5-year-period

（76）**グローバルファンド日本委員会（2025）**、基本原則、https://fgfj.jcie.or.jp/global-fund/principles/

（77）**Future of Global Health Initiatives（2023）**, THE LUSAKA AGENDA:　CONCLUSIONS OF THE FUTURE OF GLOBAL HEALTH INITIATIVES PROCESS, https://d2nhv1us8wflpq.cloudfront.net/prod/uploads/2023/12/Lusaka-Agenda.pdf

（78）**Global Fund（2025）**, Results Report 2025, アクセス日：2025 年 11 月 16 日, https://www.theglobalfund.org/media/2vld4oal/core_2025-results_report_en.pdf

（79）**Global Fund（2025）**, 2025 年成果報告書概要 , アクセス日：2025 年 11 月 16 日 https://www.theglobalfund.org/media/gr3oyec4/core_2025-results_summary_jp.pdf

（80）**Global Fund（2023）**、日本とグローバルファンド、https://www.theglobalfund.org/media/12811/donor_japan_report_jp.pdf


Save the Children