

グローバル保健財政の構造と課題

城山 英明

東京大学大学院法学政治学研究科/公共政策大学院/未来ビジョン研究センター 教授



はじめに

本論文では、グローバル保健財政の構造と課題について、検討する。

まず、第1節では、グローバル保健財政の歴史的構造と構造的課題について概観する。

続いて、第2節では、近年のグローバル保健財政の柱の一つとして、21世紀に入って設立され、規模を拡大した世界エイズ・結核・マalaria対策基金（The Global Fund to fight AIDS, Tuberculosis and Malaria：世界基金）の活動とその展開について、検討する。過去20年以上の世界基金の実践の中で、グローバル保健財政の一定の構造的課題についても、一定の対応が行われてきたが、限界もあった。

第3節では、このような世界基金や Gavi、世界資金ファシリテーター（Global Financing Facility：GFF）、感染症流行対策イノベーション連合（Coalition for Epidemic Preparedness Innovations：CEPI）といった新たなグローバル保健イニシアティブ（Global Health Initiatives：GHI）相互間の調整、これらのGHIと他の多国間ドナー、二国間ドナー、民間ドナーとの調整、これらの多様なドナーと資金受入国の国内資金調達や各国保健計画との調整に焦点を当てて将来の方向性を検討してきた「世界保健イニシアティブの将来（Future of Global Health Initiatives：FGHI）における活動と検討内容について検討する。FGHIについては、民間のウェルカム財団（Wellcome Trust）が事務局となり、2022年から構想され、2023年に集中的な検討を行い、2024年以後はフォローアッププロセスが進められている。

第4節では、世界基金やFGHIの現段階での活動や課題も踏まえ、現段階におけるグローバル保健財政の課題を整理する。

第1節 グローバル保健財政の歴史的構造と構造的課題

（1）グローバル保健財政の多元性

第二次世界大戦後、国際保健会議（International Health Conference）が開催され、世界保健憲章（World Health Charter）が採択された。この世界保健憲章により、公衆衛生国際事務局、国際連盟保健機関、UNRRA（United Nations Relief and Rehabilitation Organization）の保健活動を統合して、世界保健機関（World Health Organization：WHO）が設置されることとなった。世界保健憲章は1948年4月に26カ国の批准を得て発効し、1948年6月に第1回世界保健総会（World Health Assembly）が開催された（Clift 2013, 17）。

ただし、グローバル保健に関する活動は、WHOに一元化されたわけではなく、当初から多元化していた。例えば、なお、子供に関する活動に関しては、UNRRAの活動を基盤として、1946年に国連児童基金（United Nations Children's Fund：UNICEF）が設置された（城

山 2004a)。

また、WHO 自身が分権的組織であった(城山 2004b)。いち早く 1902 年に設立されていた汎米衛生事務局(Pan American Sanitary Bureau)は自律性が強く、同事務局は最終的には WHO の下の地域事務局となったが、プログラム運営上、人事上の高い自律性を維持した。その背景には当時の巨大抛出国であるアメリカの意向への配慮もあった。地域事務局長は地域諸国の選挙で選出されるという手続きもあり、同様の自律性は、他の地域事務局も享受することとなった。

また、その後、資金提供機関としては世界銀行の役割が増大し、WHO の相対的地位は低下していった。世界銀行は 1979 年に人口・健康・栄養部(Population, Health and Nutrition Department)を設置し、1980 年には健康セクター文書(Health Sector Policy Paper)を公表した。そして、その約 10 年後には世界銀行は WHO の数倍の資金を投入するようになった(Clift 2013、28~29)。

また、財政という観点からは、各組織において、複数のタイプの資金が活用された。WHO においては、各国の分担金に基づきあらゆる目的に利用可能な通常予算と、目的や対象地域を限定した予算外資金が存在した。そして、これらのうち、予算外資金の比率が高かった。UNICEF や世界銀行による技術協力においても、様々なレベルで目的等を限定した予算外資金が用いられた。

(2) 垂直的アプローチと水平的アプローチ

グローバル保健においては、特定の疾病に焦点を当てて全世界的な対応を行う「垂直的」アプローチと、各地域における現場の保健、経済、社会の様々な課題の相互関連に焦点を当てて各地域各国の保健システムの強化に焦点を当てる「水平的」アプローチが、使い分けられてきた。

垂直的アプローチと水平的アプローチは、WHO の内部でも確認された。当初の WHO においては、分権的組織においていかに普遍性を演出するのかという課題もあり、1955 年に開始された「マラリア撲滅プログラム」に見られるように、垂直的アプローチがとられてきた。マラリア撲滅プログラムは成功しなかったが、1967 年には天然痘撲滅プログラムが創設され、10 年で撲滅という目標を達成した。ただし、このような活動の資金は、当初から、通常予算ではなく予算外資金である自発的抛出金に依存していた(Clift 2013、23~24)。

他方、1973 年にマラー(Halfdan T. Mahler)が WHO 事務局長に就任すると、プライマリーヘルスケア(primary health care: PHC)の達成が政策目的として掲げられ、分野横断的多次元的(inter-sectoral and multidimensional)アプローチ、すなわち水平的アプローチが重視されることとなった(Brown et al. 2006、66~67)。そして、WHO は 1978 年には UNICEF と共同でアルマ・アタにおいて国際会議を開催し、PHC を重視する新しい保健政策を掲げるアルマ・アタ宣言を採択した。そして、1981 年の世界保健総会では「2000 年までにすべての人に健康を確保するための世界戦略(Global Strategy for Health for All by the

Year 2000)」を採択し (Clift 2013、26)、WHO は横断的な技術協力活動に活動の焦点を移すようになった (Lerer et al. 2001、425~426)。

しかし、その後、グローバル保健の潮流として、垂直的アプローチが盛り返してきた。アルマ・アタ国際会議の直後、1979 年にはロックフェラー財団支援の下、世界銀行、フォード財団、USAID (United States Agency for International Development)、UNICEF 等が参加し、ベラジオ会議が開催され、PHC を掲げたアルマ・アタ宣言への代替肢として、「選択的 PHC (Selective PHC)」を提示した。そして、WHO と、子供に焦点を当ててより垂直的アプローチを採用する UNICEF との緊張が高まった (Brown et al. 2006、67~68)。

21 世紀に入ると、さらに垂直的アプローチの色彩が強まった。

国連は、2000 年 9 月のミレニアムサミットにおいて、平和と安全・軍縮、開発と貧困削減、環境保護等の項目を盛り込んだ「ミレニアム宣言」を採択した。そして、ミレニアム宣言を具体的に実施する方向性を示すものとして、国連事務総長報告書「国連ミレニアム宣言実施に向けたロードマップ (Road map towards the implementation of the United Nations Millennium Declaration)」が 2001 年国連総会に向けて取りまとめられ、その中で「ミレニアム開発目標 (MDGs : Millennium Development Goals)」が公表された。この MDGs は、①極度の貧困と飢餓の撲滅、②普遍的初等教育、③ジェンダーの平等の推進と女性の地位向上、④乳幼児死亡率の削減、⑤妊産婦の健康改善、⑥エイズ、マラリアその他の疾病の蔓延防止、⑦環境の持続性の確保、⑧開発のためのグローバルパートナーシップを、具体的内容としていた。これらの 8 つの目標のうち 3 つは健康関係であったが、その中でも⑥エイズ、マラリアその他の疾病の蔓延防止は、特に垂直的アプローチの性格が強いものであった。

また、第 2 節以降で扱う、世界基金 (2002 年設立) や Gavi (2000 年設立)、GFF (2015 年設立)、CEPI (2017 年設立) といった新たな GHI は、程度の違いはあるものの、特定疾患 (エイズ、マラリア、結核)、ワクチン提供、母子保健、ワクチン開発といった特定の目的に特化する垂直的アプローチの性格の強いものであった。

(3) 構造的課題

21 世紀の最初の 20 年間のグローバル保健財政においては、前述の垂直的アプローチに基づく GHI 等の資金規模が急速に増加してきた。そのような傾向は、2019 年末以降の COVID-19 の拡大とそれへの対応、特にワクチン開発と提供の拡大をうけて、強化されてきた。

しかし、COVID-19 対応が平常フェーズへと移行し、アメリカのトランプ第 2 期政権の下でグローバル保健への財政的コミットメントが見直される中で、従来のようなグローバル保健財政の拡大は見込めなくなりつつある。そのような状況の中で、グローバル保健財政は、以下のような構造的課題を抱えていると指摘することができる。

第 1 に、ドナーからの国際的資金調達と受入国の国内資金調達や各国保健計画との調整を強化する必要がある。かつては、GHI 等のグローバル保健の資金は贈与 (グラント)

であり、国内的には各国財務省が管理する予算制度に載らず、オフバジェットとして扱われてきた。これらの国際的資金と国内的資金を統合的に扱うことは、国としての一貫した保健政策実現の第一歩となる。

第2に、特定疾病を対象とする垂直的アプローチと保健システムの強化やユニバーサルヘルスカバレッジ（UHC）の確保を対象とする水平的アプローチのバランスを再考する必要がある。COVID-19 といった新興感染症への対応を通して、基盤的な保健システム確保の重要性が再認識されてきた。

第3に、ドナー間の調整・統合の課題がある。世界基金や Gavi、GFF、CEPI といった分断化された GHI 相互間の調整・統合を進める必要がある。また、これらの GHI と他の多国間ドナー、二国間ドナー、民間ドナーとの調整も必要となる。

第4に、最終的には国内財源による保健サービス提供体制に「移行（transition）」していくことを見据えると、多様なドナーによる国際的資金調達と受入国内の国内資金調達や各国保健計画との調整・統合を強化し、移行計画を明確にしていく必要がある。

第2節 世界エイズ・結核・マラリア対策基金の設立とその展開

（1）設立（城山 2013）

世界基金は、エイズ、結核、マラリアの3大感染症の危機に対処するため、世界各国の協力のもとに途上国の感染症対策を支える資金を提供する基金であり、スイスの法律に基づく民間財団として2002年1月に設立された。

その設立の契機は、2000年1月の国連安全保障理事会であった。この安保理において、エイズの問題が国家の安全保障上の議題として討議された。そして、2000年7月のG8九州・沖縄サミットで、日本政府の主導の下に採択された沖縄感染症対策イニシアティブにおいて、エイズをはじめとする感染症対策を強化していくことと同時に、感染症対策世界基金構想が提唱された。2001年6月には国連エイズ特別総会が開催され、エイズ対策の緊急性と重要性が再確認されるとともに、世界基金構想に関するコンセンサスが形成された。そして、2001年7月のG8ジェノバ・サミットにおいて、G8各国が世界基金に対する総額13億の資金拠出について合意し、世界基金設立の方向が固まった。そして、2002年1月に世界基金が設立された。

世界基金は受入国のオーナーシップの尊重を活動の原則としているが、そのオーナーシップの担い手には、政府だけでなく、民間セクターや市民社会も含む。世界基金枠組文書は、政府と市民社会双方を巻き込んだ国家パートナーシップを促進するプロジェクトを支援するとしており、市民社会やNGOを抑圧、もしくはそれらとパートナーシップを構築していない国に対しては援助を差し控える場合もある旨も明記している。

組織的には、世界基金は政府間機関ではなく、ジュネーブに本部を設置して設立された民間法人である。理事会は、政府セクター（先進国・途上国）、市民セクター（NGO、患者・感染者等）、民間セクター（民間基金・企業等）の三者のパートナーシップにより構成されて

おり、それぞれが投票権を保有している。現在の理事会には 20 人の投票権を持つメンバーがおり、実施者と援助者が同等比率で代表を構成している。NGO、HIV・結核・マラリアの影響を受けているコミュニティ、民間セクター、民間財団も投票権を持つメンバーとして代表されている。さらに、理事会議長と副議長、世界保健機関（WHO）や世界銀行を含むパートナー組織の代表者等を含む 8 名の非投票メンバーがいるⁱ。

そして、受入国レベルでは、各国毎に国別調整機関（Country Coordination Mechanism: CCM）が設置され、案件申請の窓口となっている。CCM は、世界基金の現地のオーナーシップと参加型意思決定のための要のシステムであり、案件実施中の進捗状況を監督する役目も担う。CCM には政府、国際機関、二国間ドナー、市民・民間セクター（NGO、患者、感染者、宗教界、民間基金等）といった幅広いステークホルダーが参加することが求められている。

なお、審査は独立性と透明性の確保の観点から、理事会・事務局とは別の独立機関として設置されている技術審査パネル（Technical Review Panel：TRP）において実施される。ただし、最終的な承認の可否は理事会で行われる。

（2）展開

世界基金は、2002 年の設立後、2007 年半ばまでに 136 カ国で 77 億ドル以上のプログラムを承認した（Global Fund 2007）。その後、2007 年から 2011 年の戦略である『世界基金戦略：命を救う努力を加速する』（Global Fund 2007）、2012 年から 2016 年の戦略である『世界基金戦略 2012-2016：インパクトへの投資』（Global Fund 2011）、2017 年から 2022 年の戦略である『世界基金戦略 2017-2022：感染症撲滅への投資』（Global Fund 2016）、2023 年から 2028 年の戦略である『パンデミックと闘い、より健康で公平な世界を築く：世界基金戦略 2023-2028』（Global Fund 2021）の下で、活動を展開してきた。

資金的には、ほぼ 3 年毎に補充を行ってきた。2005 年に 2006～2007 年を対象とする第一次補充を行い、2007 年に 2008～2010 年を対象とする第二次補充を行い、2010 年に 2011～2013 年を対象とする第三次補充を行い、2013 年に 2014～2016 年を対象とする第四次補充を行い、2016 年に 2017～2019 年を対象とする第五次補充を行い、2019 年に 2020～2022 年を対象とする第六次補充を行い、2022 年に 2023～2025 年を対象とする第七次補充を行ってきたⁱⁱ。2016 年までは、戦略のサイクルと資金補充のサイクルは一致していなかったが、2017 年以降は、戦略が 6 年サイクルとなったことにより、基本的には一戦略サイクルが二資金補充サイクルに対応することとなった。ただし、基本的には、戦略と資金補充はある程度相互に独立して運用されているようである。

2007 年から 2011 年の戦略である『世界基金戦略：命を救う努力を加速する』においては、資金提供の量的拡大が図られた。2006 年の年間資金提供額は約 20 億ドルであったが、2010 年には年間 60 億ドルに増加し、80 億ドルに達する可能性もあると見込まれた（Global Fund 2007,4）。その後、2011 年半ばまでに 224 億米ドルの資金提供を承認し、世界基金は

グローバルヘルスの主要な資金提供者となった（Global Fund 2011、1）。しかし、当初意図した量的拡大は、結果として達成されなかった。

2012年から2016年の戦略である『世界基金戦略2012-2016：インパクトへの投資』においては、質的拡充、すなわちインパクトの増大が図られた。すなわち、インパクトの可能性が高く、費用対効果の高い分野に戦略的に投資し、より積極的、より柔軟、より予測可能な、より効果的な方法で資金を提供し、実施の成功を支援するために、より積極的に関与するようになった（Global Fund 2011、1）。

続いて、2017年から2022年の戦略である『世界基金戦略2017-2022：感染症撲滅への投資』においては、2015年のUHCといった水平的アプローチに基づくターゲットも重視するSDGsの策定をうけて、世界基金の目標が、エイズ、結核、マラリアへのインパクトを最大化することを重視しつつも、グローバルヘルスのアジェンダの優先課題が、UHC、健康安全保障、薬剤耐性、保健システムや地域社会システムの強化、慢性疾患といった重要な問題を含むように拡大していることが認識された（Global Fund 2016、7）。また、中所得国等の経済成長が一定程度進んだことも踏まえて、ドナーによる支援から自立する移行（transition）の重要性を認識した。そして、移行の際に、各国が疾病プログラムを維持し、UHCに向けて前進することを最善の形で支援するために、世界基金は、世界基金のプログラムを実施するすべての国々と協力して、国内資源動員の増加、保健システムおよびコミュニティの重要な側面の強化、効率化の機会の分析、主要な製品市場形成のダイナミズムの評価、サービスを必要とする人々のための政策的、法的、人権的障壁を取り除く努力への関与、ジェンダー平等の推進、市民社会やコミュニティがサービスを提供し、政府に説明責任を果たすことを求める能力を阻害する障壁の除去を行うとした（Global Fund 2016、20）。

そして、新型コロナウイルスの経験を踏まえて策定された2023年から2028年の戦略である『パンデミックと闘い、より健康で公平な世界を築く：世界基金戦略2023-2028』では、公平性、持続可能性、プログラムの質、革新性にさらに重点を置き、人権やジェンダーに関連する障壁に取り組むために断固とした行動をとり、エイズ、結核、マラリアとの闘いを活用して、より包括的な、回復力があり持続可能な保健システム（Resilient and Sustainable Systems for Health：RSSH）を構築し、保健と福祉を提供し、パンデミックを予防し、特定し、対応することができるようにするという方向性が強調された。RSSHが重視された背景には、新型コロナウイルスを経験した2020年に、歴史上初めて、3つの疾病すべてにおいて主要なプログラム成果が減少したが、その背景には基本的な保健システムの脆弱性が存在したという認識があった（Global Fund 2021、4）。ただし、このように保健システムの要素が強調されたが、あくまでも世界基金の第1の目標はエイズ、結核、マラリアの撲滅であることは維持された（Global Fund 2021、7）。

（3）課題への対応の試み

第1節で述べたグローバル保健財政の構造的課題の一定部分については、世界基金にお

いても対応を試みてきた。そのような対応状況について、整理しておきたい。

1) 受入国との調整

第1に、受入国との調整の必要については、世界基金の戦略においても認識されてきた。2007年から2011年の戦略である『世界基金戦略：命を救う努力を加速する』（Global Fund 2007）では、国の実情に適応する（adapt to country realities）必要性が認識され、世界基金のアプローチは受益国のニーズや現実をよりよく支援するために適応可能である（Aspects of the Global Fund's approach could now be adapted to better support the needs and realities of recipient countries）とされている（Global Fund 2007、5）。しかし、具体的には、例えばエイズへの対応に関しては、エイズのための資源は劇的に増加しているが、各国は首尾一貫した国家的対応に向けてそれらの資源を統合することの難しさに直面していると指摘している。そして、各国は疾病に対応するための単一の国家戦略的枠組みを持ち、資金調達はそのに基づいて行われるべきであるとしている（Global Fund 2007、35）。

その後、2012年から2016年の戦略である『世界基金戦略2012-2016：インパクトへの投資』（GF 2011）においては、より一般的に、国家戦略や国家システムとの整合（alignment）の確保は、援助の有効性を確保する上での重要な原則であり、国のオーナーシップの強化、取引コストの削減、財政の透明性の向上、複数のパートナー（市民社会を含む）の動員強化、そして持続可能性、ひいてはより優れた効果に寄与するとしている（Global Fund 2011、9）。2017年から2022年の戦略である『世界基金戦略2017-2022：感染症撲滅への投資』（Global Fund 2016）においても、世界基金にとってますます多様化する状況の中でうまく関与するには、リソースをより柔軟かつ予測可能な形で配分すること、特定の国の状況に対応できるようアプローチを差別化すること、そしてドナーからの支援に依存することなくプログラムを維持できるよう、各国と効果的に協力することに重点を置く必要があるとしている。そして、2023年から2028年の戦略である『パンデミックと闘い、より健康で公平な世界を築く：世界基金戦略2023-2028』（Global Fund 2021）においては、強力な保健分野のリーダーシップがあり、しっかりとした国家戦略計画（NSP）がある場合、世界基金はパートナーとともに、より柔軟なNSPベースの投資を受け入れることができる（Global Fund 2021、31）とするとともに、CCMというメカニズムが、包括的で透明性の高い、マルチステークホルダー、マルチセクターの意思決定を行うことで、カントリー・オーナーシップの原則を実現する上で重要な役割を果たしていると指摘している（Global Fund 2021、59）。

2) 保健システム強化

保健システム強化に関しても、世界基金は初期の戦略から一定の配慮を行ってきた。2007年から2011年の戦略である『世界基金戦略：命を救う努力を加速する』（Global Fund 2007）では、世界基金は、エイズ、結核、マラリアの治療成果を改善するための制約を克服するための活動に適切に投資することで、保健システムを支援することになるという立場を示し

た。(Global Fund 2007、6)。「疾病に焦点を絞った大規模な投資は、他のプログラムのスタッフや運営資源を圧迫したり、不注意にも保健システム内に疾病の「サイロ」を作ることにつながりかねない。逆に、疾病に焦点を絞った資源を賢く使えば、システムの強化が可能になり、対象となる疾病をはるかに超えた恩恵を受けることができる」というわけである (Global Fund 2007、32)。

2012年から2016年の戦略である『世界基金戦略2012-2016:インパクトへの投資』(Global Fund 2011)においても、保健システム強化に課題があることも認識している。「保健システム強化は、エイズ、結核、マラリアに対する中核的な投資の効果を確実にするために必要である。エイズ、結核、マラリア対策に投じられた世界基金の資源のかなりの割合が、国の保健システム強化にも寄与している。しかし、保健システム強化への投資はもっと戦略的に焦点を絞ることができるはずである。現在、資金は保健システム強化のニーズが最も深刻な国々に必ずしも流れておらず、保健システム強化への介入は、保健システムの長期的な良好な機能と持続可能性に不可欠な中核的戦略分野を見落としていることが多い」とする (Global Fund 2011、9)

世界基金は、エボラ出血熱の事案を契機として、2014年以降、レジリエントな持続可能な保健システム (Resilient and Sustainable Systems for Health : RSSH) を重視し、2019年前半までに58億ドルを投資した (Global Fund Office of Inspector General 2019、4、8)。RSSHへの投資には、保健従事者の確保や情報システム構築に向けてRSSHのための単独案件として構築されるものと、個別疾患対応案件の中に埋め込まれるものの双方があった (Global Fund Office of Inspector General 2019、4、5)。また、組織的には、戦略・投資・インパクト部 (Strategy, Investment and Impact Division : SIID) が支援機能を担った。

2017年から2022年の戦略である『世界基金戦略2017-2022:感染症撲滅への投資』(Global Fund 2016)では、レジリエントで持続可能な健康システムを構築することが、人々の健康を確保するための基盤であることが認識された。「保健のための強力なシステムの存在は、エイズ、結核、マラリアとの闘いを進展させ、リプロダクティブ・ヘルス、男性、女性、子ども、思春期の健康、グローバルな保健安全保障の脅威、非感染性疾患に至るまで、各国が直面するさまざまな保健上の課題に対処できるようにするために不可欠である」というわけである (Global Fund 2016、4)。

2023年から2028年の戦略である『パンデミックと闘い、より健康で公平な世界を築く : 世界基金戦略2023-2028』(Global Fund 2021)においては、COVID-19の経験も踏まえて、RSSHを構築するという方向性がより強調された (GF 2021、4)。RSSHについて説明した文書においては「この戦略では、UHCを達成するために、疾病ではなく、人々とコミュニティを保健システムの中心に据える形で、疾病特有のサイロから立ち上がり、レジリエントで持続可能な保健システム (RSSH) を構築するための行動を求めている」としている。また、PHCについても「PHCの基盤の上に構築された保健システムは、UHCを達成するために不可欠であり、PHCは、3つの疾病を含むより良い保健アウトカムと健康安全保障の

向上のための変革理論において重要な役割を果たしている」としている。ただしここでも、「エイズ、結核、マラリア・プログラムを実施するための保健システム強化が第一の目標であることに変わりはない」という留保が付されている（Global Fund 2023）。

3) ドナー間調整

受入国との調整と関連付ける形で、ドナー間調整についても初期から一定程度言及されてきた。2007年から2011年の戦略である『世界基金戦略:命を救う努力を加速する』(Global Fund 2007)においては、世界基金は大規模な国家プログラムの一部に資金を提供しており、時には複数のドナーが関与する協調資金提供アプローチ（joint funding approaches involving several donors）を通じて行われることもあるという認識が示されていた（Global Fund 2007、35）。

そして、最近の2023年から2028年の戦略である『パンデミックと闘い、より健康で公平な世界を築く：世界基金戦略2023-2028』(Global Fund 2021)においても、あらゆる世界基金のパートナーの役割と責任を明確にし、実施において相互に説明責任を果たせるようにする（Global Fund 2021、7）という一般的方針が示された。その上で、他のドナーによる資金提供と世界基金による資金提供を組み合わせる共同投資（blended finance）の活用に関して、具体的に言及された（GF 2021、51）。共同投資とは、世界基金による贈与と他の多国間開発金融機関等による融資等を組み合わせる方法である（稲岡 2024、6、11）。共同出資には様々な形態がある。例えば、ローン・バイ・ダウン（被支援国が多国間開発銀行から借りる借款の利子を世界基金がカバーするもの）、世界基金の支援により多国間開発金融機関の技術協力を行うもの等がある。

このような近年の試みはあるものの、従来、ドナー間調整に関する世界基金の役割は小さかったといえる。

4) 移行

世界基金の「持続可能性・移行・共同出資政策（Sustainability, Transition and Co-financing Policy: STC 政策）」は、2016年4月に世界基金理事会において承認された（Global Fund Office of Inspector General 2018、4）。この方針は、持続可能性を強化し、国内資金と国際資金との共同出資（co-financing）を強化し、サービス適用範囲を維持・拡大しつつ、世界基金からの自立を図る移行に向けた準備をよりよく進めることができるよう、各国を支援するための世界基金のアプローチを定めたものである。

世界基金の持続可能性アプローチは、世界基金やその他の主要な外部ドナーからの資金提供が終了した後でも、公衆衛生問題の継続的な封じ込めを可能にし、3つの疾病の撲滅に向けた取り組みを支援することができるレベルまで、保健プログラムがサービスを維持し、拡大する能力を確保することに焦点を当てている。世界基金にとって移行とは、その国が、世界基金の支援から独立して、完全に資金を調達し、保健プログラムを実施するようになる

ことである。国内資金を強化し増やすことは、持続可能性を強化し、成功する移行を促進するために不可欠な側面である。

具体的には、この政策の下では、共同出資の国内資金部分として、世界基金による支援額の一定割合（平均 15%程度）を各国予算で措置することを求められる。さらに、この国内措置額は、3年の支援期間（資金補充サイクル）毎に、前の支援期間に国内で支援した額に加えて、新たな支援期間の一定割合の支援額を加算して算出されることになっていた。そのため、時間が経つに従って、各国の国内資金負担が増加することとなった（稲岡 2024、9）。

世界基金の持続可能性・移行・協調資金調達方針は、2017-2019年の資金補充サイクル以降、実施されたⁱⁱⁱ。

また、移行支援の具体的内容に関しては、STC 政策に関する「ガイダンス・ノート」（GF 2022）に記載されている。ある国の疾病部門が世界基金の支援を受けられなくなった場合、その部門は最大 1 回までの移行資金を受け取ることができる。移行資金は、通常の資金援助とは別のもので、その目的は、必要に応じて世界基金の支援を受けながら、移行に伴う課題を軽減するための追加的な時間と資源を提供することで、世界基金からの資金提供への依存から移行する国々を支援することである。移行資金の提供要請は、詳細な移行作業計画に基づくものでなければならず、技術審査パネル（TRP）による審査が行われた。

この STC 政策の実施は、戦略情報・持続性資金調達（Strategic Information and Sustainable Financing）専門家の支援の下で、各国への支援を担当するグラント管理部門長（Head of Grant Management）が議長となる運営委員会（Steering Committee）において行われた（Global Fund Office of Inspector General 2018、4、12）。なお、専門部局としては、保健財政部（Health Financing Department）が 2021 年に設置された（稲岡 2024、6）。

第 3 節 世界保健イニシアティブの未来

（1）背景

過去 20 年間、垂直的アプローチに基づく世界基金、GFF、Gavi といった世界保健イニシアティブ（GHI）は、ポリオ、マラリア、エイズといった個々の感染症への対策に関する大きな進展、母子の生存率の向上、ワクチンなど特定の介入策の普及率の向上など、世界の人々の生命を守り、健康を改善し、ミレニアム開発目標を達成する上で多大な進展に貢献してきた。

しかし、近年では、慢性疾患や精神的健康の負担の増大、高齢化の進展といった疫学的・人口統計学的な大きな変化、新たな疾病の発生による脅威の増大、健康アウトカムと医療保障における永続的な不平等といった新たな課題がみられる。また、新たな主体やイニシアティブが登場し、地域機関がますます重要な役割を担うようになっている。

また、2025 年における GHI の資金補充は、従来のように簡単にはいかないだろうという見通しもあった。

このような中で、GHI の断片化と、その運営・資金調達手続きによって生じる非効率性

が改めて注目され、UHCのための保健システム強化投資の十分な優先順位付けと調整の必要性が認識されている。そのような認識の下で、持続可能な開発目標 3 に向けた投資をより適切に調整するために、GHI の包括的でシステムレベルの調整、および他のアクターとのインターフェースのあり方に、より大きな注意が払われることとなった^{iv}。

(2) 「世界保健イニシアティブの未来」の目的・体制・プロセス

「世界保健イニシアティブの未来 (Future of Global Health Initiatives : FGHI)」プロセスは、マルチステークホルダーによる対話、調査、審議、行動の期限付きのプロセスである。その目的は、各国主導の優先順位設定プロセスや UHC に向けた道筋の一環として、保健システムの能力を強化し、保健へのインパクトをもたらし、国内資金を補完する GHI による資金提供のより効果的、効率的、公平な方法を特定することであった^v。

FGHI プロセスの中核となる対象組織は、世界基金、Gavi、革新的新診断薬財団 (FIND)、ユニタイド、GFF、CEPI であった。これらのうち、世界基金や Gavi は三大疾病やワクチンに焦点を当てた垂直的アプローチの産物という側面が強かったが、GFF については、母子保健等を対象としつつ、保健システム等に焦点を当てた水平的アプローチの側面も存在していた。

このプロセスでは、これらの主要対象組織に加えて、国の保健制度と国内の保健財政を強化することを目的として、すべての国際的な保健資金 (多国間および二国間) および各国への技術援助のより良い整合性と一貫性を促進するため、他のグローバルヘルス関係者の役割、責任、活動方法、および GHI とのインターフェースについても検討された。

FGHI プロセスにおいては、ケニアとノルウェーが共同議長を務めた。運営グループのメンバーには、カナダ、コスタリカ、コンゴ、エチオピア、ガーナ、インドネシア、日本、英国、米国の代表者、アフリカ連合のアフリカ疾病管理予防センターと欧州委員会、ビル&メリンダ・ゲイツ財団、ウェルカム・トラスト等が含まれていた。また、ユニセフ、世界銀行、WHO はオブザーバーとして参加した。

そして、FGHI プロセスは、ウェルカム財団から資金提供を受けた小規模な事務局によって支援された。ウェルカム財団は、運営グループ共同議長の要請を受け、研究・学習タスクチームを率いた。このタスクチームは研究・学習プロセスの実施を支援し、助言を行うものであった。その作業は、運営グループが監督する政治的・技術的対話の広範なプロセスに反映された^{vi}。

FGHI プロセスは、2023 年末までに、より効率的で効果的かつ公平な活動方法に関する具体的かつ実行可能な提言を提供し、2030 年までに目的に適合したグローバルな保健資金調達エコシステムを形成するための集団的行動を促進することとしていた^{vii}。

FGHI のプロセスは 3 つの段階からなる。フェーズ 1 (2023 年半ばまで) においては、関係者からのヒアリング等を行い、研究・タスクチームのリサーチ・コンソーシアムが調査結果報告を作成し、技術的提言を行うことになった。フェーズ 2 (2023 年半ば~2023 年末)

においては、調査結果や様々な関係者との協議をベースとして、合意を作成した。そして、フェーズ 3（2023 年末以降）においては、合意をベースに実施を確保することが計画されていた。

（3）成果—ルサカ・アジェンダ

エチオピアのアディスアベバ（2023 年 6 月）、イギリスのウィルトンパーク（2023 年 10 月）における議論を経て、ザンビアのルサカ（2023 年 11 月）でのマルチステークホルダー・ダイアログを踏まえ、ルサカ・アジェンダが合意され、2023 年 12 月の UHC の日にその内容が発表された。ルサカ・アジェンダにおいては、GHI やより広範な保健エコシステムの長期的な進化に向けた 5 つの重要なシフトに関するコンセンサスが示された^{viii}。5 つのシフトの内容は以下の通りである（Future of Global Health Initiatives 2023）。議論の当初においては、GHI の統合を目指すべきだといった案もあったが、最終的には、GHI 間の連携強化という方向に落ち着いた。

第 1 に、保健システムを効果的に強化することで、PHC により強く貢献することが必要であるとされた。GHI は、統合されたサービスの提供をより効果的に支援し、1 つの国家計画に沿って、個人の全人的な保健ニーズを満たし、公衆衛生に影響を与えるために、コミュニティを含む強靱な保健システムの強化に首尾一貫して投資するとされた。

第 2 に、国内資金による持続可能な保健サービスと公衆衛生機能の確保に向けて、GHI は触媒的な役割を果たすとされた。また、UHC を達成するためには資金を増やす必要があることを認識し、GHI は財政面やプログラム面での持続可能性という目標に向けた連携を強化し、保健医療に対する国内支出の増加への動きを支援し、その他の外部支援からの段階的で首尾一貫した移行を確実にするとされた。

第 3 に、保健面での成果の公平性を達成するための共同アプローチを強化するとされた。GHI は、コミュニティ主導のものを含む公共部門と民間部門の保健提供者を支援、拡大、補完するための共同アプローチを採用し、最も脆弱で社会から疎外された人々に手を差し伸べるための協調的・的を絞ったプログラムを展開し、支援が行き届いていないコミュニティに対する統合サービス提供を支援するとされた。

第 4 に、戦略と運営の一貫性を実現するとされた。GHI の中核となるガバナンスと運営モデルは、構造やプロセスが各国に与える負担を最小限に抑え、効率性を向上させ、国やコミュニティ、市民ニーズや声に絶えず対応できるように進化させるとした。

第 5 に、グローバルヘルスにおける市場と政策の失敗に対処するため、製品、研究開発、地域における製造力確保に向けたアプローチを構築するとされた。GHI は、十分な需要があるにもかかわらず、「目的に合った」高品質の保健製品が、十分なサービスを受けていない者向けに開発・製造され、迅速かつ安価なアクセス、品質、持続可能性が確保されるよう、調整し、積極的な役割を果たすとされた。

その上で、具体的には以下のような提案がなされた（Future of Global Health Initiatives

2023)。第1に、保健システム強化のために、GHIは、WHOとともに、成果と影響を実証するための共通指標として、PHCとUHCの指標、広範な保健インパクトの指標を活用すべきであるとした。第2に、GHIは、支援されるプログラムの透明性、効率性、持続可能性、国のオーナーシップを促進するため、一つの国家計画、一つの予算、一つのモニタリング・評価システムに整合させる努力を加速させるべきであるとした。第3に、GHIは、世界銀行やその他の機関と協調しながら、財政と運営の持続可能性を事業の中核に据える努力を加速させるべきであるとした。そのためには、GHIは、外部からの財政支援から自立化し、国内の公的資金に基づく実施、ガバナンスへの移行が明確に計画され、伝達され、調整されるようにする必要があるとされた。第4に、資金の申請と支払いプロセスに関しては、GHIは、補助金の申請と支払いのプロセスを簡素化し、整合性を確保する取り組みを加速させ、各国の事務負担を軽減し、より柔軟で迅速な対応を可能にすべきであるとした。第5に、GHIは、他の製品開発パートナーシップ（PDP）やパートナーと協力し、研究開発、製造、市場形成へのアプローチに関して、より協調的なエコシステムのビジョンを確立すべきであるとされた。

（5）その後

次のステップとして、世界基金、Gavi、GFFの事務局は、WHOや世界銀行を含む他の関連アクターと連携しながら、今後の共同作業計画を策定し、短期的な優先事項を実施するための共同目標と活動を定めた。この作業計画は、2023年11月に世界基金とGaviが特定した4つのワークストリーム（マラリア、保健システム強化、国別エンゲージメント、事務局機能）などを基礎とするものであった。

また、世界基金とGaviの理事会は、理事会横断的な協力体制として、政策、プログラム、戦略に関連する委員会のメンバーが参加する合同委員会ワーキンググループなど、上記の作業計画を共同で監督するためのメカニズムを設置した。

ルサカ・アジェンダの合意の後、2024年プーリアG7首脳コミュニケにおいてFGHIプロセスに言及された。アフリカ連合はルサカ・アジェンダを推進する決定を行った。また、WHOの第77回世界保健総会や2025年から2028年を対象とする第14次世界保健作業計画（The Fourteenth General Programme of Work: GPW 14）に関する議論においても、ルサカ・アジェンダが言及された。なお、事務局等の活動終了後も、国連財団がフォローアップ活動に継続的に関与することとなっている^{ix}。

第4節 現状と課題

最後に、第2節で検討した世界基金の試み、第3節で検討したFGHIの試みの検討も踏まえて、第1節でグローバル保健財政の構造的課題と指摘した要素に即して、グローバル保健財政の現状と課題について整理しておきたい。

第1に、様々なドナーからの国際的資金と受入国の国内資金を各国保健計画や予算プロ

セスにより調整するという課題については、早くから指摘されてきたものの、現在においても持続している。保健分野においては、GHIによる比較的大量の贈与（grant）が存在したが、これらの実施は財務省の管理する国内の予算プロセスにのってこないことも多かった。これは開発援助行政一般の問題として議論すべき面もあるが、贈与比率の高さゆえに保健分野では特に問題となっているといえる。

第2に、特定疾病を対象とする垂直的アプローチと保健システムの強化やUHCの確保を対象とする水平的アプローチのバランスを実施レベルで再考する必要がある。その背景には、COVID-19といった新興感染症への対応を通して、基盤的な保健システム確保の重要性が再認識されてきたことがある。政策文書においては、RSSHといった保健システムの要素は重視されてきている。ただし、規模の大きな資金量を運営している世界基金等においては、このような水平的アプローチを実施に移すだけの専門家は十分ではないようである。また、各国レベルの調整メカニズムであるCCMは、潜在的にはこのような調整機能を果たせるものの、現状においては、垂直的アプローチの関係者が主要なポジションを占めているため、そのような役割を果たしにくいと考えられる。

また、水平的アプローチに焦点を置く際には、評価の時間的サイクルもより長期のものを採用する必要がある（Global Fund Office of Inspector General 2019、11）。

第3に、ドナー間の調整・統合の課題がある。まず、世界基金やGavi、GFF、CEPIといった分断化されたGHI相互間の調整・統合を進める必要がある。その点では、FGHIの試みは、従来からの議論の繰り返しという面もあったが、重要な試みであった。ルサカ・アジェンダは、GHI間の連携強化という方向にとどまっているが、今後のグローバル保健資金の厳しい状況等を考えると、より統合度の高い抜本的な対応を求められる可能性もある。

また、FGHIはGHIが主要な対象であり、世界銀行、地域開発銀行、WHO等は、オブザーバーとしてFGHIに参加することはあったが、FGHIプロセスの対象外であった。今後は、このレベルでのドナー間調整も重要になる。特に、各国の状況に合わせて国レベルでの保健システムを強化していく必要も考えると、一定程度水平的アプローチを基盤として採用するWHOや世界銀行の役割を強化する必要がある。また、贈与と融資の連携を志向する混合投資は興味深い政策手段であるといえる。贈与と融資の包括的な連携は、グローバル保健に加えて気候変動対応等をも見据えて、国際開発援助システム全体で検討することもできる（Chalkidou, et.al. 2024, Chalkidou 2025）。

第4に、国内財源による保健サービス提供体制に「移行（transition）」していくことを見据えると、STC政策は重要である。ただし、移行政策当初から事務局と理事会の緊張関係（Global Fund Office of Inspector General 2018、5）、各国担当チームと移行政策アドバイスチームの緊張関係が存在する。さらに、近年の発展途上国の経済危機や債務危機も踏まえると、現実の移行は容易ではない面もある。そのような中で、世界基金においては、2024年11月に、STC政策を改定し、被支援国の状況に応じて要求事項を変えていくという差異化（differentiation）の方向性を示した。他方、被支援国の共同出資の内容と質に関しては、

特に一定の経済的余力のある場合、より具体的な要求を課す方向性を示した（GF 2024）。

このような世界基金の移行政策の精緻化は、望ましい方向であるといえるが、このような移行政策は、本来、単独の GHI ではなく、グローバル保健財政全体として求めてくべきものであるといえる。また、世界基金内部においても、保健システム強化のような水平的アプローチに基づくプログラムに関して移行をどのように確保するのかといった課題（例えば援助による保健人材確保の移行後の人件費確保をどうするのかといった課題）（Global Fund Office of Inspector General 2019、5）がある。

また、移行の後、資金提供に代わって国際枠組みがどのような支援を提供できるのかという課題もある。医薬品・医療機器等の共同調達（Global Fund Office of Inspector General 2018、5）や国内制度設計・運用に関するアドバイスというのはいずれの支援の形の例であろう。

<参考文献>

稲岡恵美（2024）「持続可能な感染症対策に向けてーグローバルファンドによるヘルスファイナンスの取組ー」グローバルファンド日本委員会。

城山英明（2004a）「国連児童基金」『国際機関と日本ー活動分析と評価』（田所昌幸・城山英明編著）日本経済評論社。

城山英明（2004b）「世界保健機構」『国際機関と日本ー活動分析と評価』（田所昌幸・城山英明編著）日本経済評論社。

城山英明（2006）『国際援助行政』東京大学出版会。

城山英明（2013）『国際行政論』有斐閣。

Theodore M. Brown, Marcos Cueto, and Elizabeth Fee (2006), “The World Health Organization and the Transition from “International” to “Global” Public Health”, *American Journal of Public Health*, Vol. 96-1, pp. 62~72.

Kalipso Chalkidou (2025), “Opinion: How do we fix global health financing? This review can help- A review of four multilateral climate funds presents recommendations applicable to the largest global health funds”

(<https://www.devex.com/news/opinion-how-do-we-fix-global-health-financing-this-review-can-help-109253>)

Kalipso Chalkidou, Victoria Fan and Clemence Landers (2024), “Are Global Health Funds Falling Behind on Financial Innovation?”

(<https://www.cgdev.org/blog/are-global-health-funds-falling-behind-financial-innovation>)

Charles Clift (2013), “The Role of the World Health Organization in the International System”, London: Chatham House.

Future of Global Health Initiatives (2023), “Lusaka Agenda” (<https://futureofghis.org/final->

[outputs/](#)

Global Fund (2007) "A Strategy for the Global Fund: Accelerating the Effort to Save Lives"
(https://archive.theglobalfund.org/media/2525/archive_global-fund-strategy-2006_strategy_en.pdf)

Global Fund (2011) "The Global Fund Strategy 2012 - 2016: Investing for Impact"
(https://archive.theglobalfund.org/media/1182/archive_global-fund-strategy-2012-2016-01_attachment_en.pdf)

Global Fund (2016) "The Global Fund Strategy 2017 – 2022: Investing to end epidemics"
(https://archive.theglobalfund.org/media/2531/archive_global-fund-strategy-2017-2022_strategy_en.pdf)

Global Fund (2021) "Fighting Pandemics and Building a Healthier and More Equitable World - Global Fund Strategy (2023-2028)"
(https://archive.theglobalfund.org/media/11612/strategy_globalfund2023-2028_narrative_en.pdf)

Global Fund (2022), "Guidance Note - Sustainability, Transition and Co-financing: Allocation Period 2023-2025"
(https://resources.theglobalfund.org/media/13890/cr_sustainability-transition_guidancenote_en.pdf)

Global Fund (2023), "Information Note - Resilient and Sustainable Systems for Health (RSSH) Allocation Period 2023-2025 Date published: July 2022 Date updated: January 2023"
(https://resources.theglobalfund.org/media/14321/cr_resilient-sustainable-systems-for-health-rssh_infonote_en.pdf)

Global Fund (2024), "Sustainability, Transition and Co-financing Policy Revisions (GF/B52/08E)", 52nd Board Meeting, 20 – 22 November 2024, Lilongwe, Malawi
(https://archive.theglobalfund.org/media/15313/archive_bm52-08e-stc-policy-revisions_report_en.pdf)

Global Fund Office of Inspector General (2018), "Audit Report: Global Fund Transition Management Processes (GF-OIG-18-017)"

Global Fund Office of Inspector General (2019), "Audit Report: Managing investments in Resilient and Sustainable Systems for Health (GF-OIG-19-011)"

Leonard Lerer and Richard Matzopoulos (2001), "The Worst of Both Worlds": The Management Reform of the World Health Organization", *International Journal of Health Services*, Vol. 31-2, pp. 415~438.

ⁱ <https://www.theglobalfund.org/en/board/> (2025年3月16日確認)

ⁱⁱ <https://archive.theglobalfund.org/replenishment/> (2025年3月16日確認)

ⁱⁱⁱ <https://resources.theglobalfund.org/en/policies-requirements/sustainability-transition-and-co-financing/> (2025年3月16日確認)

-
- iv <https://futureofghis.org/about/> (2025年3月16日確認)
 - v <https://futureofghis.org/about/> (2025年3月16日確認)
 - vi <https://futureofghis.org/about/> (2025年3月16日確認)
 - vii <https://futureofghis.org/about/> (2025年3月16日確認)
 - viii <https://futureofghis.org/about/> (2025年3月16日確認)
 - ix https://futureofghis.org/follow_ups/lusaka-agenda-overview/ (2025年3月16日確認)