

# 目次

エグゼクティブ・サマリー	1
1. 序章	7
2. 国際目標に向けた成果と進展	13
2.1 世界基金支援プログラムによる主要な国際的成果	15
2.2 地域別主要成果	17
2.3 国際的な取り組みへの貢献と支出の内訳	28
2.4 ミレニアム開発目標やその他の国際的目標の達成に向けた世界基金の貢献	32
2.5 パフォーマンス・ベースによる資金拠出の成果	55
2.6 サービスへの公正なアクセスを確保	62
2.7 課題	71
3. 有効性の向上	75
3.1 援助効果	76
3.2 金額に見合う価値の向上	80
3.3 プログラムにおける主要介入の単価	83
3.4 インパクトを最大にする:費用対効果と投資の経済便益	89
3.5 今後の展望:援助効果と金額に見合う価値を向上させ続ける	91
4. 学び、そして革新する	93
4.1 グラントと事務局運営とレビューを通じて学ぶこと	94
4.2 評価から学ぶこと	97
4.3 監察官事務局(OIG)調査から学ぶこと	99
4.4 パートナーシップから学ぶこと	100
4.5 常に新しいイニシアチブと革新を求めて	101
5. 結論	109
付録	113

## エグゼクティブ・サマリー

### 世界基金：疾病を防ぎ、ケアとサポートを提供し、命を救う

1. 世界基金の支援を受けたプログラムによって毎日 3600 人の命が救われ、数千の新規感染を予防し、語られることのない苦しみから人々を守ってきた。

2. 世界エイズ・結核・マラリア対策基金は 2002 年に設立された官民パートナーシップによる組織であり、三大感染症であるエイズ、結核、マラリア対策のため国際的な財政支出を確保、増加し、ミレニアム開発目標 (MDGs) の達成を支援することを目的としている。設立から 2009 年 12 月までの間を通じて、世界基金理事会は合計 192 億ドルにのぼる案件を承認し、エイズ、結核、マラリア対策のために 100 億ドルを拠出してきた。インパクトを最大限にするために、寄付されたすべての資金は国レベルのプログラムに充てられる。世界基金はカントリーオフィスを持たず、世界銀行の信託口座から発生する利子によって運営経費のほぼすべてをカバーしている。

3. 報告書に記載された成果とインパクトは、世界基金のモデルに沿ってパートナー期間により施行された案件の結果である。世界基金の活動はドナーによる資金拠出と、多国間援助機関との技術的支援による連携、民間セクターなどのカントリーレベルのパートナーによるプログラムの施行によって支えられている。

4. **HIV** 2009 年 12 月末の時点で、世界基金の支援によって 250 万人に抗レトロウィルス剤治療 (ART) が提供された。承認された HIV 対策のプログラム案件は 140 カ国で合計 108 億ドル近くに上った。2008 年中・低所得国にて施行された二国間及び多国間援助機関の HIV 対策全体に対して、約 1/5 を支援したと推定される。ART の提供に加えて、世界基金の支援プログラムによって 18 億人分の男性及び女性用コンドームが配布され、また HIV の母子感染予防のための対策が 79 万人の妊婦に提供された。エイズによって脆弱な状態となっている 450 万人の孤児及びその他の子どもたちに対してベーシックケアとサポートを提供し、1 億 500 万件の HIV カウンセリングと検査を提供した。他の資金とあいまって世界基金の資金拠出によって ART の提供が急速に拡大したことで、ヘルス・ワーカー等の健康状態の改善や生産性向上、ヘルスケアの提供における制度全体の改善などの重要なインパクトを生み出し、各国においてエイズによる死亡率の低下に繋がっているとの証拠が増加している。

5. **結核** 2009 年には、600 万人の結核患者に対する治療の提供をサポートした。世界基金による支援は、中・低所得国における結核及び多剤耐性結核 (MDR-TB) への対策に必要な

な資金のうち、国外からの財政支援の 63%を占めるに至っている。承認された結核プロジェクトは 112 カ国において総額 32 億ドル近くに上り、ストップ結核パートナーシップの新規塗抹陽性結核患者の発見と治療に関する目標達成に必要な対策資金全体の 48%を占めている。また世界基金の支援プログラムにより、180 万人分の結核/HIV 対策サービスが提供された。世界基金がプログラムを支援している多くの国において、有病率および死亡率は低下している。

6. **マラリア** 2009 年末までに、世界基金の支援プログラムによって 1 億 400 万帳の殺虫剤処理済みの蚊帳が配布され、マラリアの予防に役立てられた。また住居における殺虫剤噴霧による対策を 1900 万回以上支援し、国家治療ガイドラインに沿って 1 億 800 万人のマラリア患者を治療した。承認されたマラリア対策の案件は、83 カ国で総額 53 億ドルに上る。2008 年に施行された国際的マラリア対策資金総額のうち、世界基金による拠出は 57%を占める。薬剤耐性が発生している多くの国において、新しい効果的なマラリア治療を普及拡大させる上で、世界基金による資金拠出は重大な役割を果たした。取り組みが改めて強化されている国家および国際レベルのマラリア対策と連携し、世界基金による支援の増加はマラリアの世界的な罹患率と死亡率を低下させる上で大きなインパクトを与え、マラリアによる死亡の半減を報告する国が増加している。

7. 世界基金はコミュニティベースの介入を支援している。2003 年より、これらの取り組みを通じて、三大感染症のうち少なくとも 1 つの疾病に対して 1 億 3800 万件のコミュニティで予防サービスを提供し、および 1130 万件のヘルス・ワーカーおよびコミュニティ・ワーカーへのトレーニングの機会を提供した。

8. これらの協同の取り組みにより、2009 年 12 月までに推定 490 万人の命が救われ、HIV と共に生きる 3300 万人の人々、マラリアに感染したりその危険にさらされている何億人もの人々、結核を新たに発症する年間 940 万人の人々に希望を与えた。2008 年と 2009 年を通じて世界基金による支援資金の半分以上が拠出されたことにより、今後はより大きな成果を期待することができる。ラウンド 8 と 9 に承認された 540 億ドルの多くが 2010 年から 2011 年にかけて国レベルに届けられ、保健分野での対策の成果を拡大しつづける。

## より広範なインパクトを：保健システムを強化しミレニアム開発目標の達成に寄与する

9. HIV、結核、マラリア対策のための世界基金による支援は、個人、家族、地域社会を超えてより広範なインパクトを与えている。世界基金による支援プロジェクトは、インフラの整備やラボ機能の強化、人材の確保やヘルス・ワーカーのスキルや能力増強、モニタリ

ング・評価（M&E）活動の構築と維持といった、保健システム強化における主要な貢献を果たしてきた。これらの活動がサービスの継続性を向上させ、プログラムを拡大するために国レベルでのキャパシティを増加させ、ほかの保健分野でのサービスを改善させるための能力向上につながる。また結果としてこれらの投資が各国の国民をより健康にし、生産性を向上させ、発展を後押しすることになる。

10. これらの投資はミレニアム開発目標（MDGs）の 4、5、6 と 8 に直接的に、またほかの目標に対しては間接的に、その進展に寄与してきた。これまでに承認された支援資金のうち 192 億ドルは MDG 6（HIV／エイズ、マラリア、その他の疾病の蔓延の防止）に直接的に貢献するものである。加えて、女性と子どもの主要な死亡原因を減少させることにより、MDG 4（乳幼児死亡率の削減）と MDG 5（妊産婦の健康の改善）の進展にも大きく貢献している。HIV、結核、マラリアが女性と子どもの死因の 52%を占め、マラリアだけで子どもの死因の 16 から 18%を占めているサブサハラアフリカで特にその貢献は大きいといえる。

## 成果を達成し公正を促進する

11. 世界基金による革新的なファンディング（資金援助）・モデルは、エイズ、結核、マラリアによる被害の甚大な地域において、ドナーとレシピエントに対する透明性とアカウントビリティ（説明責任）を確保しながら、必要とされる巨額の資金的支援を迅速かつ効果的に行うために設計された。このような取り組みは進化を続け、国ごとのオーナーシップとガバナンスを強化し、必要な薬剤を含むヘルス・プロダクトへのアクセスと、保健分野における公平を促進してきた。

12. 保健サービスへの公平なアクセスは世界基金のミッションの基本である。案件承認の際に非常に重視されるのは、疾病の被害状況や貧困レベルのような指標で示される各国のニーズである。世界基金は、ジェンダーの平等や性的マイノリティーに関する新戦略などを通じて、最も貧しく、リスクにさらされていて、周辺に追いやられている人々のニーズに応えるよう努めている。同様に、世界基金は 42 カ国で薬物注射に関する安全指導の先端的な資金提供者として、かなりの額の支援を行っている。

13. 2005 年から 2009 年にかけて施行された案件のうち、4/5 近くが成功しているといえる。現在結核に関する案件のパフォーマンス状況が最も良く、また市民社会団体がプリンシパル・レシピエントとして最も良い活動を行っている。

## 学び、効果を上げ、革新を続ける

14. 世界基金はその運営、パートナーシップと評価から学び、改善し、革新することを常に目指している。政府や市民社会、民間セクター、地域社会、二国間および多国間援助機関などの世界基金の運営に関わる様々な組織との関係を通じてこれらの取り組みを行っている。

15. 世界基金の活動は、パフォーマンス・ベースの資金援助を基に、効果をモニターし、経験を共有することによって、特に成果をあげるための運営という観点から、援助効果の向上のための国際的な取り組みに貢献している。

16. 世界基金では理事会、委員会、エグゼクティブ・マネジメントチーム、技術評価レファレンスグループおよび内部監査官オフィスが、評価や改善の必要の観点から組織のプログラムやビジネスモデルのポイントとなる分野の特定を行う。評価や検討を継続して行うことにより、最大限の対応、効果、費用対効果を可能にする。

17. すべての段階において資金を有効に活用することが世界基金にとって非常に重要な優先事項である。主要な取り組みとしてあげられるのは、パートナー団体と共に、各国が HIV、結核、マラリア対策の効果と効率を測定する標準的な方法を策定し、普及を促進することである。パフォーマンスに関する全体的な仕分けを案件実施 2 年目に行い、実績向上のために、パフォーマンス状況の良い案件に対して悪い案件の資金を割り当てることにも役立てられ、どの案件で効率性が向上したかも調べられる。このような取り組みにより、2009 年だけで 10 億ドル近い資金を召し上げて新規案件に割り当てられた。自発的にプールされた調達方法によって薬剤やその他の医療資材のコストをおさえ、かつ品質を向上させており、また技術パートナーとの協力により、必要な対策の拡大と最適化のために、サービス提供モデルの効率性を評価している。

18. 144 カ国で実施されている案件のポートフォリオを通じて、世界基金は HIV、結核、マラリア対策の費用に関するデータ分析の体制作りとその強化を行ってきた。このような分析は、資金の節約にもつながり、ベストプラクティスと無駄を明らかにし、将来の案件申請の試算にも役立てることができる。

## 成果とインパクト達成のポジティブなモメンタムを維持する

19. 世界基金はその設立者、ドナー、実施者による大きなビジョンを実現している。世界基金は HIV、結核、マラリア対策を劇的に進展させると同時に、保健システムの改善と MDGs

達成にも貢献してきた。2015年までに HIV の母子感染を根絶するという目標は達成可能である。包括的かつ根拠にもとづいた HIV 予防、治療、ケアおよび支援の普遍的アクセスの達成にはまだ届かないものの、HIV 予防と抗レトロウイルス治療（ART）の提供に関わるプログラムは大規模に進展中である。結核の有病率は過去 10 年間で大幅に低下し、2015 年までに有病率を半減させるという国際目標は達成できる見込みがある。殺虫剤処理済み蚊帳（ITN）の前例にない普及と、効果的な新しい治療法によって、マラリア対策を大きく進展させた。三大感染症への予防、治療、ケアと支援の提供の急激な拡大は、この報告書によって証明されるように、何百万人もの人々の希望となり、ポジティブなインパクトを与えた。

20. このような前例のない進展は、ドナーやパートナー団体のサポートなしには実現することはできなかった。2015年までに MDGs を達成し、HIV、結核、マラリア対策の普遍的・アクセスを実現するためには、ドナーによる長期的な資金的コミットメントが、大規模かつ継続的に今後も行われる必要がある。2010年には過去 10 年間で達成されてきた成果をより強固にすべく、官民双方からの大きなコミットメントが期待されている。



# 1. 序章

「世界基金は、膨大な数の人々に病気、差別、色々な人権侵害、貧困、早期の死亡をもたらす三つの感染症にまっすぐに取り組むことによって違いを作り出すために創設された。これは人を鼓舞する高貴なビジョンであり世界基金のもとで私たちをひとつにする」

Michel Kazatchkine  
世界基金事務局長

## 世界中の希望、革新、成果とインパクト

1. ODA やその他の財源を通じた保健分野への大幅な資本増強は、HIV、結核、マラリアによる被害軽減に繋がり、またより広くは、低中所得国が直面してきた主要な保健課題の解決にも寄与している。本報告書に記載されている成果や急激な変化のサインは、希望にみちかつ勇気づけられる内容のものである。
2. ART (抗レトロウイルス治療) は高所得国では 1996 年から提供が始められていたが、10 年前まで、低中所得国の人々が受けられる可能性は事実上ないに等しかった。2008 年末の段階で、必要としている人の 40%にあたる 400 万人以上の人々がエイズの治療を受けている。多くの高蔓延国において死亡率は低下を始めている。例えばエチオピアの首都であるアディス・アベバでは、ART の提供拡大により、5 年間でエイズによる死亡が半減した。
3. マラリアはこれまで顧みられない疾病として扱われてきた。今日、アフリカで最も被害の大きい諸国の内 10 カ国が新規発症数の減少を報告しており、子どもの死亡率は 50~80% という大幅な低下を達成している。
4. 2000 年の段階での結核有病率は 10 万人あたり 220 人であった。今日、2015 年までに結核有病率を半減させるという国際的な目標の達成は実現可能な状況にある。世界基金の取り組みにより、結核の診断はより効果的に行われるようになり、新たに 600 万人が DOTS (直接監視下短期化学療法) を受けられるようになっている。
5. 取り組まれるべき課題はまだ多いが、死亡率や被害の減少に加え、これらの疾病による経済、社会的損害が家族や社会に与える影響の低減は達成された。
6. 保健分野のミレニアム開発目標 (MDGs、2000 年に国連加盟国が合意した開発に関する 8 つの目標 : 表 1 参照) は、達成される、もしくは目標を超えられる可能性がある。MDG 6 (HIV、マラリアおよびその他の疾病の蔓延防止) に関連する国際目標の多くは達成が可能であり、MDG 4 と 5、及び他の MDGs にも良いインパクトを与えることができる。
7. 過去 10 年間の取り組みが維持され、現在のレベルで各国がプログラムの拡大を続ければ、マラリアは高蔓延国における公衆衛生課題ではなくなり、2015 年までに死亡をゼロにできる可能性もある。何百万もの HIV 新規感染が予防され、エイズによる死亡から救われる。被害が拡大している多剤耐性結核を食い止めることができる。HIV の母子感染を根絶することも不可能ではない。これらの取り組みの過程において、保健システムがより強化され、低中所得国が直面するその他の多くの保健分野の課題に取り組むことが可能となる。

#### ボックス 1.1 ミレニアム開発目標

GOAL 1 極度の貧困と飢餓の撲滅

GOAL 2 初等教育の完全普及の達成

GOAL 3 ジェンダー平等推進と女性の地位向上

GOAL 4 乳幼児死亡率の削減

GOAL 5 妊産婦の健康の改善

GOAL 6 HIV／エイズ、マラリア、その他の疾病の蔓延の防止

GOAL 7 環境の持続可能性確保

GOAL 8 開発のためのグローバルなパートナーシップの推進

8. 三大感染症への対策に見られたような、投資によって成果とインパクトが急速に達成されるケースは国際開発の分野では珍しい。国際的な投資の増加は現場での保健サービスに変換され、数億人もの人々が恩恵を受けてきた。医療設備が不足している状況で、命を救うために取り組んでいる世界中の何十万人ものヘルス・ワーカーが、新しい資源を活用することができた。

9. HIV 治療のための ART や、結核、マラリアの治療を、貧しく往々にしてアクセスの限られた地域に住む人々に提供するための取り組みは、また ITN を数百万家族に提供したり、三大感染症の蔓延を防ぐための色々な取り組みを行うことは、保健分野の支援にとどまらない意味を持つ。共通の目標と人道的目的のもとに、世界中をひとつにしているのである。

### 世界基金の成果とインパクト

10. 世界基金は保健分野の MDGs を 2015 年までに達成するための取り組み強化を目的として 2002 年に設立された。世界基金は三大感染症への取り組みと保健システム強化のための財源を必要とする国々に対し、大規模な資金拠出を行う独立した国際的金融機関である。

11. それまでの開発援助や国際協調の新しいモデルなどを参考にして、世界基金は設立された。高品質の要望と国家計画をベースとして財源の支出を行い、必要としている人々に支援が確実に届けられることを最優先事項とし、三大感染症対策を効果的に行うことを目的としている。

12. 世界基金の活動における基本原則のひとつは「パフォーマンスに基づく資金供与」である。すべての案件において、申請プロセスから資金の配分、支援の続行の可否に至るまで、プロジェクト成果の評価のみが判断基準となる。

13. 報告書本文第2章「国際目標における成果と進展」において、世界基金支援プログラムにおける国際的及び地域的な成果がまとめられており、また残された課題も示されている。報告書全体もそうだが、この章では特に2009年12月までに達成された内容が、プロジェクト施行と資金的パフォーマンス、システム上の効果とインパクトの検証について、世界基金の評価フレームワークに基づいて示されている。またHIV、結核、マラリア対策における国際的な取り組みのなかで、世界基金がどのような役割を果たしたかについても示し、設立後よりすぐに、三大感染症対策を行う多国間機関において世界基金が主導的な役割を果たす貢献を行ったことが指摘されている。今日では国外からの資金拠出メカニズムのなかで、結核対策では63%、マラリア対策では57%、またドナー国によるHIV対策では5分の1を占める支給額を世界基金が拠出している。またこの章では、HIV、結核、マラリア対策のための世界基金による支援が、いかに保健システム強化やMDG 4、5、6、8の達成に直接的に貢献し、また非直接的に他のMDGsにも影響を与えているか、世界基金のパフォーマンス・ベースによる資金供与モデルについて検証し、保健サービスへのアクセスのより一層の公平を達成するため、また保健分野における不平等を改善させるために世界基金が採用する様々なアプローチについて述べている。

14. 世界基金は144カ国で行っている直接投資の成果について厳密に監視すると共に、支援している国家計画へのインパクトの兆候とその成果についても検証している。報告書第2章において述べられる成果とインパクトは、過去数年間で達成された保健分野の進展のすべてを示すものでは到底ない。しかし、国際保健への投資が達成した課題や改善点を示している。

15. 世界基金はすべての意味においてパートナーシップの形を取っているといえる。活動の成否は、ドナーによる資金拠出、多国間機関との連携による技術支援、また特に政府、市民社会、民間セクターを含む各国のパートナーによるプログラムの実施と管理にかかっていると見える。本報告書において世界基金の活動として示されているものは、資源を提供し、現場でのプロジェクト実施を可能にする、これらすべてのパートナーの存在を含むものである。支援を可能にしているのはすべてのパートナーの存在があつてこそであることを指摘する。

16. 第3章「効果の改善」においては、世界的金融機関としての世界基金の活動規模とその特性が、保健と開発の分野において効果的な投資に向けた活動を行う他の援助機関に対し

て、どのように現在の主要な立ち位置を占めるに至ったかを述べている。世界基金は援助効果に関するパリ宣言に署名しており、パリ宣言の原則であるオーナーシップ、協調、連帯、成果に向けたマネジメント、相互の説明責任の推進のため、各国及びパートナー機関と緊密に連携している。この章では、主要な介入事例における費用便益分析による効率性測定を制度化することも含め、資金活用のすべての段階において効果を改善し、費用に見合った効果を上げるために 2009 年に世界基金が採択した取り組みについて述べている。

17. 第 4 章「学び続け革新し続ける」において、世界中で行っている投資の豊富な経験を受け、世界基金は学びと進化を続け、また新しいイニシアチブと革新を取り入れることにより、要望に応え、また変化を続ける保健と開発に関する課題に対応できる体制作りをしていると述べている。またこの章においては、2009 年に世界基金理事会に報告された 5 ヶ年評価に対してどのように対応しているかも述べている。世界基金設立からこれまで取り組んできたイニシアチブと革新の内容については、特に 2009 年から始められたもの、あるいは承認されたものについて、1 つの疾病について 1 つのプリンシパル・レシピエントが統合された資金拠出を受けるといった新しいグラントの仕組みに向けた取り組みについても述べている。

## 前進に向けて

18. 第 5 章「結論」で強調されていることは、この報告書にある成果とインパクトは大きかったとしながらも、近年の進捗は脆いと指摘している点である。努力の低下および停滞は、近年の進捗状況を反転させてしまう可能性がある。経済・金融危機にありながらも、一般的な保健への投資、及び HIV、結核、マラリアに対する重点的な投資の継続と増加がさらに必要である。低・中所得国への金融危機の衝撃は大きかった。これらの国々は保健への投資の維持に苦勞している。投資の継続は MDGs 保健目標の達成のためだけでなく、世界の安定を保つこと、疾病の危険から国やコミュニティを守るために必要とされている。

19. 本レポートの内容は人々に希望を与えるべきものだが、同時に、また最も重要な点として、官民すべてのセクターに対し、またすべての人々に対して、HIV、結核、マラリア対策の拡大へコミットメントを継続し、これまで達成されてきた取り組みを継続するよう奮起を求めるものである。

#### ボックス 1.2 世界基金の基本原則

エイズ・結核・マラリアと戦う世界基金は、ガバナンスから拠出に至るまでの全ての活動にわたる原則のもとに設立された。

- ・ 自らは事業を実施することなく、資金拠出に徹する
- ・ 資金の提供と新たな資金調達
- ・ 開発途上国の主体性の尊重
- ・ 地域、疾病、介入の点でのバランス重視
- ・ 予防と治療のバランスのとれた統合的アプローチ
- ・ 独立機関による申請案件の評価
- ・ 透明性と説明責任をもって活動する

## 2. 国際目標に向けた成果と進展

「以前は、マラリアによってたくさんの方が亡くなっている、と話していた。今は、たくさんの方がマラリアにかかっているが、治療を受けて良くなっている、と話している。」

SEGUNDO TESTA RUIZ  
保健ボランティア  
ペルー

ボックス 2.1 世界基金承認案件データの信頼性

世界基金によるパフォーマンス・ベースのファンディングは、期限を定めたターゲットに則ったプログラム・データを使用し、透明性の高い分析のもとに決定される。評価決定は各国のM&Eキャパシティとデータ報告能力に依拠し、その内容についてはローカル・ファンド・エージェントが定期的に審査している。世界基金ではプログラム全体資金の5-10%を、M&Eと保健に関する情報システム、および分析能力向上にあてるよう推奨している。

データ精度を確保するため、案件のM&Eシステムとデータ精度を評価する以下の方針が策定されている。

- 各国のM&Eシステムに対する定期的かつシステム化された評価分析。分析結果はM&Eシステムの向上につなげられる。

- すべての案件に対して最低1年に1度オンサイトのデータ検証が求められる。世界基金事務局に提出されるプログラム・データの精度を評価することが目的である。

- 選定された案件に対する年度ごとのデータ精度審査。データ精度審査では、品質の保証されたデータを収集、報告するためのM&E能力を評価し、主要な指標に関する報告能力と正確性を検証する。

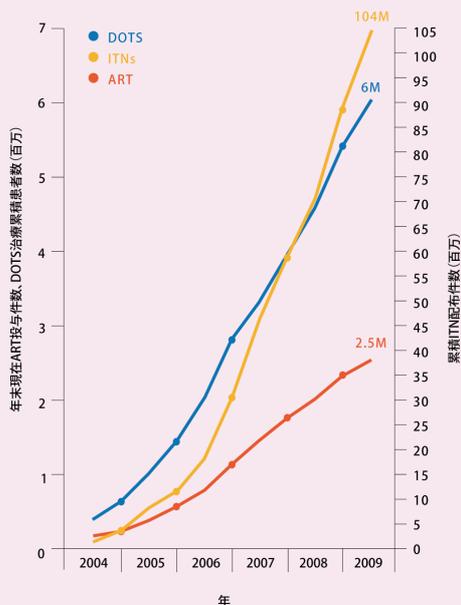
- WHO、UNAIDS、UNICEF、PEPFARなどの関係機関とのデータに関する協調。

オンサイトのデータ検証90件の結果によると、全体の52%である47案件がデータ精度は高いと評価され、31%である28案件が平均、17%である15案件が低いと評価された

関係団体との連携のもと、世界基金は現在データ精度と情報の使用に関する全体的な戦略の策定を進めている。このため現在のデータ精度に関する課題、またその原因を洗い出すことが必要とされている。またデータ精度の向上を含めた様々な課題への対応策が提示されることになる。

情報システムについては、世界基金事務局から独立した形で運営され、理事会へ直接報告を行う内部監査官オフィスにより一層の精査が行われた。内部監査官オフィスのミッションは、独立した客観的な活動を行うことによって、データ精度や、プログラムおよびオペレーションへの影響を含む主要なリスクに対処することである。

図 2.1 世界基金支援案件（2004-2009年）：HIV、結核、マラリア対策に関する年末累積成果（ART、DOTS、ITNの供給を受けた人数）



注：1年後に報告された成果は、グラントの報告サイクルがいつもカレンダーに基づいておこなわれていないので、その1年間に提供されたサービスと必ずしも一致しない。世界基金の成果は他からも共同出資されたサービスや物資提供を含む場合もある。

出典：世界基金、グラントデータ2009 [www.theglobalfund.org](http://www.theglobalfund.org)

表 2.1 世界基金支援案件による2009年の活動内容および2008年の世界統計

	ARTを受けている人々	喀痰塗抹陽性肺結核	ITNの分配
世界基金の成果, 2009年	2.5百万 (現在治療中)	6百万 (累積) 1.4百万 (2009年の報告)	104百万 (累積, 全ての地域) 22.5百万 (2009年の報告, サブサハラアフリカ)
合計, 2008年	4.03百万	2.7百万	38.1百万(サブサハラアフリカ)
範囲, 2008年	42%	61%	35%(サブサハラアフリカ)

注：喀痰塗抹陽性肺結核のケース(2009年の報告)とITN(2009年の報告)は2008年と2009年の終わりの時点で報告された累積結果と異なる。グラントの報告サイクルがいつもカレンダーに基づいておこなわれていないので、2009年に提供されたサービスと必ずしも一致しない。世界基金の成果は他からも共同出資されたサービスや物資提供を含む場合もある。低所得国や中所得国における最新の成果と範囲の見積りは2008年のものである。2008年の合計は世界基金と非世界基金の両方の成果を含んでいる。「適用範囲」は低所得国と中所得国における必要性に対するそれらの国の合計である。

1. 世界基金は 2002 年末に最初の 4 案件に対して財政拠出を行った。これ以降世界基金支援案件により何百万人もの人々が HIV 治療のための ART を開始し、結核治療のための DOTS を受け、ITN によりマラリアを予防した。初期の支援によるインパクトはより明確になっている。HIV、結核、マラリアによる被害の大幅な軽減に加え、低中所得国の保健システム向上、特に MDGs に代表される保健および疾病に関する国際目標達成に向けた進展などに示される。ラウンド 8 と 9 に承認された活動資金が 2010 年から 2011 年にかけて各国に拠出され、今日までに達成されてきた内容をさらに強化することになるであろう。

2. 本章で述べられる成果とインパクトは世界基金の活動モデルに連携したすべてのパートナーにより達成されたものである。世界基金の活動の成功は、ドナーによる資金拠出、多国間機関との連携と指導による技術支援、また特に政府、市民社会、民間セクターを含む各国のパートナーによるプログラムの実施と管理にかかっているといえる。

3. 始めの節 (2.1 と 2.2) は世界中の様々な地域において施行されている世界基金支援プログラムの成果について述べている。2.3 では疾病対策の国際的な資金確保と拠出において世界基金がどのような役割を果たし、また資金がどのように活用されているかについてより詳細に述べている。2.4 では MDGs やその他の国際目標の達成のために世界基金の資金支援がどのように貢献しているかを検証している。2.5 では世界基金の実績本位の資金提供モデルにより与えられるインパクトについて評価している。2.6 では効果的なプログラムがいかに保健サービスと保健のための成果へのアクセスの公平さを推進してきたかを検証し、2.7 においては解決すべき多数の課題のいくつかについて述べる。

## 2.1 世界基金支援プログラムによる主要な国際的成果

4. 世界基金は累積総計として 2009 年までに HIV 対策プログラムに 57 億ドル、結核対策に 15 億ドル、マラリア対策に 28 億ドルを拠出してきた。これらの資金は米国大統領エイズ救済緊急計画 (PEPFAR) のような主要パートナーが予防、治療とケア・サービスのユニバーサル・アクセス達成のために拠出した支援によって支えられている。2009 年にはサービス提供の大幅な増加が継続され (表 2.1)、HIV、結核、マラリアに関する国際目標達成に向けた世界基金プログラムへの支援も強化された (図 2.1 及び表 2.5 参照)。

5. 2009 年 11 月に承認されたラウンド 9 の申請案件に基づき、世界基金の申請適格性基準を満たしたほぼ全ての国について少なくとも 1 つの案件承認を得た。

6. 2009 年末の時点で 250 万人がこれらのプログラムによって ART の提供を受けたが、こ

の数は 2008 年末と比較して 50 万人増加した。ART 提供をその後国庫負担で行っているために、除外ないし部分的に除外されたアルジェリア、南アフリカ、タイおよびウクライナを加えると、世界基金支援プログラムによって ART 提供を受けた人の数は 280 万人となる。2008 年末までに ART 提供による財政支援を受けた低中所得国の合計 403 万人は、治療が必要と推定される 950 万人の 42%を占める。

7. 2009 年末までに、600 万人の新規結核患者が発見の後 DOTS による治療を受けた。これは 2008 年 12 月から 140 万人以上の増加である。

8. 世界基金の支援により、1 億 400 万張の ITN が各国で配布された。2009 年だけで、世界基金支援プログラムによって前年比較で 48%の増加となる 3400 万張の蚊帳が配布された。サブサハラアフリカにおいて 2008 年に配布された合計 3810 万張の蚊帳のうち、世界基金の支援によるものは 2250 万張に達している。

9. これらの対策を通じて世界基金支援プログラムによって 2009 年終わりまでに推定 490 万人の命が救われた。加えて、HIV、結核、マラリア対策に関連するその他の取り組みの急激な拡大により、救われた命や苦痛から解放された人の数は計り知れない。

10. 基本原則（図 1.2 参照）に則り、世界基金は「統合的かつバランスの取れたアプローチを使って三大感染症の予防、治療、ケアとサポートを提供する」プログラムを支援している。先述の 3 つの指標に加えて、世界基金支援案件の施行状況評価には様々な指標が用いられる。2004 年より世界基金は支援案件の成果について測定を開始した。その後 2009 年末までに達成された内容は以下の通りである。

- HIV の母子感染予防（PMTCT）。79 万人の HIV 陽性の妊産婦が母子感染予防のための予防的 ARV 療法を受けた。この取り組みにより PMTCT 普及率は平均 45%（37–57%の幅）に増加した。2009 年だけで、低中所得国の 34 万人の妊産婦が世界基金の支援によって PMTCT を受けた。これは前年からみるとかなりの増加を示しており、すべてのドナーによる支援プログラムを通じて 2008 年に PMTCT を受けた低中所得国における 6 万人の HIV 陽性の妊産婦の半数以上を占める数に上る。
- 行動の変化のためのコミュニケーションによる介入。HIV、結核、マラリア対策におけるリスク人口を対象にした、コミュニティにおける行動変容のための地域活動を、1 億 3800 万件以上行った。この統計にはマスメディアを使った声かけや印刷物の使用は含まれない。
- コンドームの配布。18 億個の男性および女性用コンドームを配布した。
- HIV カウンセリングと検査。世界基金支援プログラムにより、母性クリニックや個人助産所、若者を対象とした生殖保健クリニック、病院の結核病棟、性感染症クリニックな

ど様々な場所において 1 億 500 万回の HIV カウンセリングと検査が提供された。2007 年以降提供されるサービスの数は 3350 万回から 2009 年には 1 億 50 万回へ 3 倍に増加した。

- ・孤児やその他の脆弱な子どもたちへの対策。世界基金の支援プログラムにより 2009 年だけで 130 万件、合計 450 万件の基本ケアと支援サービスが孤児とその他の脆弱な子どもたちに提供された。
- ・結核の発見と治療。HIV と共に生きる人々への結核検査やその他の感染症予防を含めた HIV/結核対策が 180 万人に提供された。これは 2008 年末と比較して 150%の増加である。また 2009 年末までに、2008 年末から 85%の増加である 3 万人に多剤耐性結核 (MDR-TB) の治療を行った。ラウンド 9 の承認案件を含め、近年の MDR-TB に対する取り組みの強化は、将来的な治療提供拡大につながるものと考えられる。
- ・マラリア治療と予防。世界基金支援プログラムにより、マラリア対策は 2009 年に飛躍的な進展を遂げた。1 億 40 万張の ITN 配布に加え、室内殺虫スプレー残留噴霧活動を 1900 万回以上行い、また国家治療ガイドラインに沿ってアルテミシニンをベースにした併用療法 (ACT) を行い、2008 年末から 43%の増加となる 1 億 80 万人のマラリア患者を治療した。
- ・ヘルス・ワーカーとコミュニティ・ワーカーの研修。世界基金では、HIV、結核、マラリアの予防と治療サービスの効果的な提供のためにヘルス・ワーカーの技術と能力向上のための研修プログラムを支援している。HIV 対策プログラム 430 万件、結核対策プログラム 460 万件、マラリア対策プログラム 240 万件の延べ合計 1130 万人研修をコミュニティ・ワーカー対象に提供した。

## 2.2 地域別主要成果

「ザンビアでは地域のマラリア被害が低下している。薬を求めてくる人々の数が減った。このため我々は健康増進活動を改善するチャンスが得られた。」

イグニシャス・ブロンゴ  
保健技官、モンバ保健所、ザンビア

表 2.2 地域ごとの世界基金支援案件の2009年の成果

サービス	地域					合計
	東アフリカ、南アフリカ、西中央アフリカ	南西アジア、東アジアと太平洋諸国	ラテンアメリカ、およびカリブ諸国	北アフリカ、中東	東ヨーロッパ、中央アジア	
2009年に報告されたART治療を受けた追加人数	699,500	151,500	11,400	6,000	22,400	890,800
HIVカウンセリングの延べ件数やテストの提供	12,350,000	13,190,000	4,620,000	301,000	13,780,000	44,241,000
PMCTのためにARV予防を受けた妊娠しているHIV要請の女性	295,300	32,940	3,100	3,000	10,300	344,640
孤児や脆弱な子どもたち提供された基本的なケアと支援活動	1,300,000	56,800	9,200	8,100	3,500	1,377,600
コンドームの配布	325,600,000	63,900,000	156,100,000	23,900,000	49,800,000	619,300,000
STIIに対する治療	727,000	215,900	969,000	444,000	56,700	2,412,600
結核/HIVサービスの提供	964,900	58,100	13,300	2,800	64,600	1,103,700
喀痰塗抹陽性結核の診断と治療	269,000	969,000	35,400	57,300	66,200	1,396,900
多剤耐性結核の治療を受けた人々	4,590	1,150	1,600	150	6,240	13,730
蚊帳の配布 (ITNとLLIN)	22,530,000	6,782,000	235,000	4,460,000	24,000	34,031,000
マラリアに対する治療	29,547,000	1,465,000	75,000	2,218,000	340	33,305,340
屋内の残留噴霧サービス	4,480,000	334,100	14,300	270,000	142,000	5,240,400
コミュニティのアウトリーチ予防サービス (行動変化コミュニケーション)	20,910,000	13,560,000	3,920,000	3,540,000	6,060,000	47,990,000
ケアと支援サービスの提供	1,621,000	115,000	302,000	12,000	102,000	2,152,000
ヘルスワーカー及び、コミュニティワーカーに対するトレーニングのための「パーソン・エピソード」	557,000	2,018,000	82,800	40,300	67,400	2,765,500

出典: グラントパフォーマンスレポート [www.theglobalfund.org](http://www.theglobalfund.org); 増進した結果は2008年の報告と2009年の報告で異なる。ARVの詳細は、次を参照。  
[www.theglobalfund.org/documents/publications/factsheets/ARV\\_Factsheet\\_2009.pdf](http://www.theglobalfund.org/documents/publications/factsheets/ARV_Factsheet_2009.pdf)

注: 数字は概数になっている。1年後に報告された成果は、グラントの報告サイクルがいつもカレンダーに基づくわけではないので、その1年間に提供されたサービスと必ず一致するとは限らない。世界基金の成果は他からも共同出資されたサービスや物資提供を含む場合もある。この表にある2009年に報告されたART治療を受けた追加の人数は、ARTの財政責任を引き受けた国からの成果を含む。2.1節のバラグラフ6を参照。

表 2.3 地域ごとの世界基金支援案件の累積成果(2002-2009年)

サービス	地域					
	東アフリカ、 南アフリカ、 西中央アフリカ	南西アジア、 東アジアと 太平洋諸国	ラテンアメリカ、 およびカリブ諸国	北アフリカ、 中東	東ヨーロッパ、 中央アジア	合計
現在ART治療を受けている人々(2009)	1,930,600	383,300	76,000	35,400	74,800	2,500,100
HIVカウンセリングの延べ件数やテストの提供	40,284,000	29,100,000	10,000,000	629,000	25,700,000	105,713,000
PMTCTのためにARV予防を受けたHIV陽性の妊婦	674,100	65,660	15,000	6,900	28,500	790,160
孤児や脆弱な子どもたち提供された基本的なケアと支援活動	4,230,000	248,700	13,800	37,400	20,400	4,550,300
コンドームの配布	1,057,200,000	238,940,000	356,600,000	62,050,000	125,000,000	1,839,790,000
STIIに対する治療	1,680,000	1,297,000	2,430,000	1,216,000	177,000	6,800,000
結核/HIVサービスの提供	1,450,000	218,400	29,100	3,900	132,400	1,833,800
喀痰塗抹陽性結核の診断と治療	1,401,000	4,061,000	152,000	178,000	201,000	5,993,000
多剤耐性結核の治療を受けた人々	5,800	3,100	10,700	300	9,900	29,800
蚊帳の配布 (ITNとLLIN)	72,465,000	21,745,000	1,200,000	8,789,000	139,000	104,338,000
マラリアに対する治療	90,000,000	8,460,000	344,000	9,030,000	9,300	107,843,300
屋内の残留噴霧サービス	17,180,000	1,086,000	122,000	567,000	432,000	19,387,000
コミュニティのアウトリーチ予防サービス (行動変化コミュニケーション)	44,000,000	46,200,000	21,100,000	9,300,000	18,200,000	138,800,000
ケアと支援サービスの提供	5,030,000	1,446,700	963,000	55,600	389,100	7,884,400
ヘルスワーカー及び、コミュニティワーカーに対する トレーニングのための「バーソン・エピソード」	3,234,000	6,501,000	1,130,000	162,400	320,500	11,347,900

出典: グラントパフォーマンスレポート [www.theglobalfund.org](http://www.theglobalfund.org): ARVの詳細は、次を参照。  
[www.theglobalfund.org/documents/publications/factsheets/ARV\\_Factsheet\\_2009.pdf](http://www.theglobalfund.org/documents/publications/factsheets/ARV_Factsheet_2009.pdf)

注: 数字は概数になっている。1年後に報告された成果は、グラントの報告サイクルがいつもカレンダーに基づくわけではないので、その1年間に提供されたサービスと必ず一致するとは限らない。世界基金の成果は他からも共同資金拠出されたサービスや物資提供を含む場合もある。

表 2.4 地域と疾病ごとの世界基金の累積拠出(2002年-2009年)

これまでの拠出 (2009年まで)	HIV (百万ドル)	結核 (百万ドル)	マラリア (百万ドル)	地域ごとの合計拠出
サブサハラアフリカ	3,104	375	1,976	5,455
アジア	1,093	582	491	2,166
ラテンアメリカ、カリブ諸国	603	129	90	822
中東、北アフリカ	258	120	214	592
東ヨーロッパ、中央アジア	669	245	20	934
合計	5,727	1,451	2,791	9,969

出典:世界基金 [www.theglobalfund.org](http://www.theglobalfund.org)

表 2.5 2009年の地域と疾病ごとの世界基金の拠出

2009年の拠出	HIV (百万ドル)	結核 (百万ドル)	マラリア (百万ドル)	地域ごとの合計拠出
サブサハラアフリカ	663	71	775	1,509
アジア	346	183	155	684
ラテンアメリカ、カリブ諸国	136	26	23	185
中東、北アフリカ	70	35	57	162
東ヨーロッパ、中央アジア	136	72	7	215
合計	1,351	1,451	2,791	2,755

出典:世界基金 [www.theglobalfund.org](http://www.theglobalfund.org)

表 2.6 ラウンドと疾病ごとの承認額と拠出額(2009年12月現在)

	承認額 (百万ドル)	拠出額合計 (百万ドル)	計画に対する拠出額のパーセンテージ (2009年) <sup>1</sup>
ラウンド 1	1,695	1,374	97%
ラウンド 2	2,794	1,724	74%
ラウンド 3	1,708	1,328	112%
ラウンド 4	3,238	2,174	76%
ラウンド 5	1,711	1,120	119%
ラウンド 6	1,604	827	93%
ラウンド 7	1,111	607	75%
ラウンド 8	2,742	815	113%
ラウンド 9 <sup>2</sup>	2,630	-	-
HIV	10,778	5,727	84%
結核	3,160	1,451	90%
マラリア	5,295	2,791	116%
合計	19,233	9,969	95%

出典:世界基金 [www.theglobalfund.org](http://www.theglobalfund.org)

注:1 分子と分母は表中にはない。2は国家戦略アプリケーションを含む(4.4節を参照)

11. 世界基金はサブサハラアフリカ、アジア、ラテンアメリカ、中東、北アフリカ、東ヨーロッパおよび中央アジアという各地域において支援活動を行い、それぞれに重要な成果を達成している。この節では、これらの地域において達成された成果のいくつかについて述べる（表 2.2 および 2.3 参照）。世界基金のサブサハラアフリカ 3 地域（東アフリカ、南部アフリカ、中西部アフリカ）についてはサブサハラアフリカ地域としてまとめて報告し、アジア 2 地域（西南アジアおよび東アジアと太平洋地域）はアジア地域として同じくまとめて報告する（各地域の国名一覧は付録 2 参照）。

### 2.2.1 サブサハラアフリカ

12. 東アフリカ、南部アフリカ、中西部アフリカ（サブサハラアフリカ地域）47 カ国には人口約 8 億 1800 万人が居住し、その 50%が 1 日 1.25 ドル以下での生活を強いられている。世界基金は同地域の 41 カ国に投資を行い、最大のニーズのあるこの地域に最大の投資を行ってきた。世界基金は同地域の保健セクターへの唯一かつ最大の多国籍援助メカニズムであるといえる。

13. 2002 年から 2009 年 12 月にかけて、世界基金理事会はサブサハラアフリカ地域に 109 億ドル規模の案件承認をおこなった（表 2.6）。この合計のうち、2009 年末までにすでに 55 億ドルの拠出が終了している（表 2.4 参照）。2009 年だけで、三大感染症対策のため 2008 年比較で 23%増の 15 億ドルを拠出した（表 2.5 参照）。

14. 世界基金支援案件により現在 190 万人に ART が提供されている。また 2002 年から 2009 年にかけて、サブサハラアフリカ地域において新規塗抹陽性結核患者 140 万人の治療と、7200 万張の ITN の配布を支援した。これらの対策は急激に拡大している。2008 年から 2009 年にかけて治療を支援した MDR-TB の累積患者数は依然少数にも関わらず 376%増加しており、また結核/HIV 二重感染対策は 199%の増加、地域派遣による予防対策の提供も 90%増加している。

15. **HIV** サブサハラアフリカ地域において HIV は、成人および子どもの死亡率、平均寿命、疾病罹患率、外来通院および入院治療など殆どの主要な保健指標に悪影響を与えている。PEPFAR と世界基金は国際的な HIV 対策の財政支援の大半を占めている。マラウイのように国際援助の 87%が HIV 対策に集中している国では、国家 ART プログラムの大部分を世界基金が拠出している。世界基金による投資はコンゴやエチオピア、ケニア、ナイジェリア、タンザニアおよびウガンダなどの HIV 蔓延国における治療と予防プログラムの策定と実施における中心的役割を果たし、また南アフリカ、アンゴラ、レソト、マラウイ、モザンビーク、ナミビア、スワジランド、ザンビアおよびジンバブエのような高蔓延国の

対策においてもまた不可欠な役割を果たした。これらの投資は過去 4 年間で非常に大きな成果を達成し、国家的な対策の拡大を支援した。

**16. 結核** 世界基金は設立後すぐに、同地域における結核対策への最大の国際援助機関となった。2008 年から 2009 年にかけて、結核対策への支援をもとめる各国のニーズを反映し、結核対策案件の承認資金額は拡大した。また結核/HIV 二重感染や MDR-TB、対策必要資金の不足など、拡大しつつある新しい問題に注意を喚起して援助団体の中でも重要な役割を果たした。

**17. マラリア** 世界基金支援案件はサブサハラアフリカにおけるマラリア対策へのすべての国際資金の 60%を占める。これらの取り組みによって、過去 7 年間に 7200 万張の長期残効型の防虫剤含浸蚊帳 (LLIN) と、900 万件のマラリア治療を同地域に提供した。関係機関との連携により世界基金は、マラリア対策の歴史で最大規模の蚊帳配布キャンペーンを現在支援している。目標は WHO 推奨目標である 2010 年までの ITN 配布 80%の達成である。取り組みは特に、アフリカのマラリア被害全体の 36%を占めるナイジェリアとコンゴで集中的に行われている。世界基金はナイジェリアと案件合意し、2010 年末までに 3000 万張の蚊帳の配布を支援する予定である。またコンゴでは、状況は難しいにも関わらず、同期間に 940 万張の配布支援を目指している。

**18. 保健システム強化** アフリカ地域への世界基金の支援額が増加し、またニーズも拡大するに伴い、多くの国々が保健システム強化のための支援を求めるようになった。エチオピア、マラウィ、ルワンダおよびスワジランドへの保健システム強化案件の承認に続き、ラウンド 8 にはレソト、モザンビーク、ナイジェリアおよびジンバブエにおける同様の案件申請を承認した。これらの取り組みは三大感染症への対応を強化するだけでなく、ヘルス・ワーカーの研修や確保、ラボ機能、M&E、薬剤調達システムやインフラ整備におけるニーズの特定などにも貢献することができる。

## 2.2.2 アジア

19. 世界基金が規定する東アジアおよび太平洋地域は 24 カ国 (添付 2 参照) 人口 19 億人から成り、このうち 18%が 1 日 1.25 ドル以下の生活を強いられている。南西アジア地域は 9 カ国 (添付 2 参照) 人口 14 億人であり、そのうち 40%が 1 日 1.25 ドル以下の生活をしている。これら 2 地域における活動成果はまとめて以下に述べる。

20. アジア地域のいくつかの国は世界的に見て極めて急速な経済発展を遂げたが、多くの国は未だに極めて貧困な状況にある。国民総生産から見た保健分野への投資比率は世界のど

の地域よりもアジアが最も低い。世界基金は HIV、結核、マラリアという成人人口における最も罹患率の高い感染症への対策を行うために、公的保健システムへの支援を行っている。2002 年から 2009 年 12 月にかけて、東アジアと太平洋地域、南西アジアの 33 カ国によって申請、承認された案件の総額は約 45 億ドルに達する。このうち、22 億ドルがすでに拠出されている。

21. **HIV** 世界基金支援プログラムは、東アジアと太平洋地域、中西アジア地域で ART を受けている 57 万人の 3 分の 2 の人々に治療を提供している。いくつかの国では、世界基金がほぼすべての HIV 治療サービスの財源を提供している。しかし ART を必要とする人口が 100 万人近く増加していると推定されるため、対策の提供率は依然として低い状況にある。

22. 近年の HIV 予防の取り組みは、セックス・ワーカー、男性同性愛者、薬物注射使用者などの、感染に対して脆弱な人々に、焦点をあてて施行されている。全体的にみて、予防対策普及率は低いが、世界基金は予防対策への資金を増加させている。例えば、世界基金はインドを除くアジア地域において、セックス・ワーカーを対象とした取り組みを行う唯一最大の支援機関である。ラオスにおけるセックス・ワーカーを対象とした 1 案件が、80% 台の普及率を達成している。また世界基金は薬物注射使用者に対する危険低減サービスを支援している。中国とフィリピンを含む多くの国では、世界基金は男性同性愛者を対象とする予防サービスを支援している。2009 年に承認された男性同性愛者を対象とする地域的予防対策により、今後南アジア及び西アジア諸国における男性同性愛者への対策普及率は上昇すると考えられる。

23. **結核** アジア地域には世界の結核高負担国 22 カ国のうち 11 カ国が集中しており、インド、中国、インドネシアが新規塗抹陽性結核患者数の最も多い国として報告されている。これら 11 カ国のうち 10 カ国はストップ結核パートナーシップが設定した患者発見目標の達成に向けて順調に進展している。結核罹患率を押さえ込み、低減させるという MDG 6 達成に向け、大きな進展を見せている。

24. 最初の世界基金案件が承認されて以降、結核患者発見と治癒率の急激な上昇が見られている。世界基金支援案件により、累積 400 万人の塗抹陽性患者に治療が提供されてきた。

25. **マラリア** 2003 年から 2009 年末までに、世界基金の支援により 2170 万張の ITN が配布された。2008 年末までと比較して 45% の増加である。このような取り組みとその他の対策により、確認・未確認のマラリア罹患率、有病率および死亡率は急激に減少した（詳細は 2.44、ブータンのケースを参照）。

### 2.2.3 ラテンアメリカとカリブ海地域

26. ラテンアメリカとカリブ海地域には 33 カ国 5 億 5900 万人が居住している。人口の約 25%が 1 日 2 ドル以下の生活を強いられている。2002 年から 2009 年 12 月にかけて、世界基金は合計予算 14 億ドルの 33 カ国すべてにおける案件（添付 2 参照）を承認し、2009 年末までに 8 億 2200 万ドルを拠出した。

27. **HIV** ラテンアメリカとカリブ海地域における治療の普及率は最も高いが、これは長年にわたり ART 供与を行ってきたブラジルのおかげである。2008 年 12 月時点で、同地域の人口 82 万人のうち推定 44 万 5 千人（54%）が ART の提供を受けている。このうち世界基金の支援により 7 万 6 千人が ART の提供を受けている。

28. また、世界基金は、高いリスクに直面する人々のための取り組みを行う市民組織と、政府の間の緊密な協力の発展を支援した。この地域に供与された資金全体の 61 パーセントは、PR が市民社会組織である案件に投下された。

29. 結核は多くのラテンアメリカおよびカリブ海地域において、公衆衛生上の大きな脅威となっている。世界基金支援案件によって、この地域に居住する 15 万 2000 人が結核の治療を提供された。中でもペルーは地域の中でもっとも大規模な結核対策計画をもっており、MDR-TB の治療、第二次抗結核薬を必要とする患者数も世界有数である。2009 年 12 月までに、世界基金は 1 万人以上の MDR-TB 患者への治療を支援した。

30. ボリビアは同地域において 3 番目に結核罹患率が高いが、母国語がスペイン語でない農業従事者の約 70 パーセントは極端な貧困生活を強いられており、結核に対する高いリスクにさらされている。彼らの社会経済的地位は文化的および言語による障壁とともに、保健サービスへのアクセスを阻む原因となっている。世界基金の支援により施行されているボリビアの結核対策案件は先住民族をターゲットとし、2009 年末までに新規塗抹陽性結核患者 3500 人への治療提供を行った。

31. **マラリア** 世界基金支援案件により、同地域に 120 万張の ITN を提供した。中央アメリカにおいて最も高いマラリア発症率のあるグアテマラの国レベルパートナーは 41 万 9465 張の ITN を配布し、552 の地域でマラリア治療への常時利用可能なサービスを導入した。

32. ガイアナにおいてもマラリアの流行は深刻である。2009 年 12 月の時点で、世界基金支援案件によって、推定 7 万 4324 人に対し 4 万 1000 張の蚊帳が提供された。

## 2.2.4 中東および北アフリカ

33. 中東および北アフリカにおける 21 カ国には 3 億 1300 万人が居住し、うち 16.9%が 1 日 2 ドル以下の生活を強いられている。世界基金が支援する中東および北アフリカ地域はこれら 21 カ国のうち 16 カ国であり（付録 2 参照）、様々な文化的かつ人間開発的側面を対象としている。チャド、マリ、ニジェールは人間開発指標が最低水準の 10 カ国に含まれている。

34. チャド、ソマリアおよびスーダンなどにおける紛争と混乱にもかかわらず、世界基金は HIV、結核、マラリア対策を支援するために、各国のステークホルダーと開発パートナーの連携を推進し成功を収めてきた。

35. 2002 年から 2009 年にかけて、世界基金は総額 10 億ドル規模の案件承認を行い、そのうち 5 億 9100 万ドルが 2009 年末までに拠出された。世界基金はほとんどの国の結核対策およびサヘル地域におけるマラリア対策の財源の大部分を拠出しており、モロッコ、チュニジアおよびアルジェリアでは他の財源からの資金を活用し支援を行った。

36. アルジェリア、ヨルダン、モロッコ、シリアおよびチュニジアには比較的発達した保健システムが存在しているが、同地域における他の国々は保健に関するインフラ整備と対策施行能力の欠如がみられ、いくつかの国では紛争や統治の失敗によってさらに悪化している。また同地域のほとんどすべての国において、HIV と共に暮らす人々、女性、男性同性愛者およびその他の社会的弱者は、厳しい差別と偏見に直面している。

37. **HIV** 世界基金は同地域における HIV 対策に重要な支援を行い、またそれまで取りまかれてこなかった HIV/エイズ対策への突破口の役割を果たした。しかし常時利用可能なサービスという目標の達成と、差別や偏見の軽減のために取り組むべき課題はまだ多い。2009 年末までに、世界基金支援案件によって、2008 年末から 2400 万個増である 6200 万個のコンドームが提供され、またおよそ 930 万件のコミュニティ・アウトリーチサービスを行い、3 万 5000 人以上へ ART が提供され、のべ 16 万 2000 人のヘルス・ワーカーおよびコミュニティ・ワーカーへの研修を支援した。

38. ラウンド 1 においてモロッコでの支援案件を承認して以来、世界基金は、モロッコの国家エイズ対策プログラムが、HIV 対策、および薬物注射を使用する人々やセックス・ワーカーを含む高いリスクに直面する人々への取り組みを行うことを支援してきた。最初の支援案件は、HIV と共に生きる人々 1,200 人への ART 提供という治療方策、およびコンドーム配布と HIV 検査とカウンセリング (VCT) による予防方策を含むものであった。ラウン

ド6における支援案件はART提供範囲の拡大を可能にし、フェーズ1の時点で約2,500人の患者と120人のHIV陽性の妊娠女性へ治療を提供した。フェーズ2ではモロッコにおける初めての危険低減プログラム施行のため追加資金を提供し（必要資金のすべてを世界基金が支援）、2009年から2012年にかけて行われるパイロット・プロジェクトの一部分として、薬物注射使用者400人へのオピオイド補充療法と注射キットの提供を支援した。

39. **結核** 世界基金は同地域における新規塗抹陽性結核患者17万8000人の発見と治療、および約3,900人の結核/HIV二重感染者への治療支援を行った。これらの取り組みにより、有病率と死亡率はともに減少している（各国の事例については2.4.3を参照）。

40. **マラリア** チャド、ジブチ、マリ、モーリタニア、ニジェールおよびスーダンなどで流行がひどく、母子の死亡の主要な原因となっている。今日まで、政治的に不安定な国が含まれるにも関わらず、世界基金支援案件は同地域の約60万カ所において、900万件のマラリア治療、880万張の蚊帳の提供と屋内残留噴霧を行ってきた。例えば、マラリアの被害が深刻なニジェールでは、ITNの提供範囲を、すべての5歳未満の子供と妊娠女性の約50パーセントにまで増加させた。この成功をもとに、現在、すべての5歳未満の子供と妊娠女性の80パーセントが2012年の終わりまでに蚊帳を使用できるよう取り組みを進めている。世界基金はラウンド7の案件承認によりこの取り組みを支援し、350万張の蚊帳の追加支給のための資金供給を行っている。

41. 世界基金と各国および国際的パートナーによる取り組みは、本地域における社会フォーラム、市民社会組織、およびアドボカシー団体の出現と強化を支援し、社会資本の開発に貢献した。1つの事例として、マリでのHIV感染者・発病者の治療、ケアおよび支援の提供での世界基金と重要な市民社会組織の連携があげられる。様々なNGOがマリ全土において、世界基金とその他のパートナーからの資金を活用し、対策を展開している。

### 2.2.5 東欧と中央アジア

42. 東欧および中央アジア地域30カ国の総人口は4億4100万であり、そのうち30パーセントが貧困もしくははげい弱な層であるとみなされている。2009年12月までに、世界基金は23の国および地域に（添付2参照）総予算14億ドルの案件を承認し、2009年の終わりまでに9億ドルを拠出した。世界基金支援案件は、3大感染症の予防、治療、ケアおよびサポートの提供を支援し、重要な役割を果たした。

43. **HIV** 最新のWHOデータによると、ARTが必要と推定される37万人のうち23%である8万5000人が、2008年12月の時点で治療の提供を受けている。治療へのアクセスは

未だ低い、2009 年末時点で世界基金支援案件により 7 万 4000 人以上に治療を提供し、対策は近年飛躍的な拡大を見せている。ロシア連邦やウクライナなどの高負担国では、HIV 治療のための国内財源に加えて、世界基金の資金が使われている。中央アジアの諸国では、2003 年時点でほとんど全く行われていなかった ART の提供が 3,400 人に増加している。

44. VCT サービスは近年飛躍的に拡大している。2009 年末までに、世界基金支援案件により、2008 年末時点の累積件数と比較し 2 倍以上である 2500 万件以上のカウンセリング付き検査サービスが提供された。またコミュニティベースの予防対策も強化された。

45. 東欧と中央アジアにおける危険低減サービスの殆どを支援することにより、世界基金は注射薬物使用者のための取り組みへのアクセスを拡大し、また品質を向上させる上で中心的な役割を果たした。ウクライナでは、25 万人以上の注射薬物使用者に予防サービスを提供した。ロシア連邦では、ロシア危険低減ネットワークが薬物注射使用者に対する危険低減サービスの提供へ焦点を合わせて活動している。ウクライナ、モルドバ、ロシア連邦からルーマニア、セルビア、アルメニアを含む国々では、HIV により最も影響を受ける人々を代表する市民社会組織が、政府との連携のもとに効果的な対策を施行しており、またプリンシパル・レシピエントとして案件の管理を行うケースも見られる。

46. 本地域において、世界基金はオピオイド補充療法の導入と拡大を支援している。このような取り組みを 2004 年より導入したウクライナでは、活動資金の大部分を世界基金の活用によって、メサドンとブプレノルフィン補充療法プログラムに薬物注射使用者 5,000 人以上を登録した。モルドバとキルギスタンでは、世界基金支援案件により、コミュニティと刑務所において針と注射器の提供プログラムと、オピオイド補充療法プログラムを行っている。しかしこれらの取り組みの量と品質は、地域により大きく異なる。ロシア連邦、トルクメニスタン、およびアルメニアはまだ補充療法プログラムを導入しておらず、ウズベキスタンは最近、この取り組みを中止している。

47. **結核** 世界基金支援案件による結核対策は多くの良い結果を示し、2003 年から 2009 年にかけて新規結核患者 20 万人以上の発見と治療を行った。これらの取り組みの半数以上は 2009 年のみにて行われた。さらに、結核対策への投資は検査施設ネットワークの強化、第 1 次抗結核薬および第 2 次抗結核薬を含む消耗品の供給改善、サーベイランスの拡大、医療従事者の研修や保健システムの強化に寄与した。

48. 2009 年末時点で、本地域の保健分野における主要な課題である MDR-TB に関して、およそ 1 万人へ治療の提供を行った。世界基金の支援により、ロシア連邦の 5,500 人以上の患者が MDR-TB 対策である DOTS-プラス療法の対象に登録されたが、普及率は未だ低い

状況にある。WHOの推定によると、東欧と中央アジア地域において2007年に新規MDR-TBが8万5000件発生している。世界のMDR-TB高蔓延国27カ国のうち15カ国がこの地域にあり、薬物耐性結核の件数において世界的に最も高い比率を占め続けている。同地域における高品質の診断と治療の拡大は、不十分な政治的意思や財源の不足、弱いラボ能力、結核対策プログラムの縦割組織、主要な保健対策提供者の結核対策への不十分な関与、またいくつかの地域にみられる人的資源の不十分な育成などにより、困難な状態にある。

49. **マラリア** 世界基金は同地域における公衆衛生課題としてのマラリアを根絶する見通しを抱いている。2004年以来、世界基金とそのパートナーによる支援は、アゼルバイジャン、グルジア、キルギスタン、タジキスタン、およびウズベキスタンにおいて、13万9千張以上のITNの提供を含む積極的なマラリア対策を施行することを可能にした。継続的な取り組みにより、これらの国では今後数年間でマラリアの根絶が可能と予想している。

## 2.3 国際的な取り組みへの貢献と支出の内訳

「私は他人の子どもを自分の子どものように扱い、HIV陰性となるチャンスを与えるために一生懸命取り組んでいる。」

NHI、ボランティアカウンセラー  
HIV陽性の妊娠女性のためのセンター、ベトナム

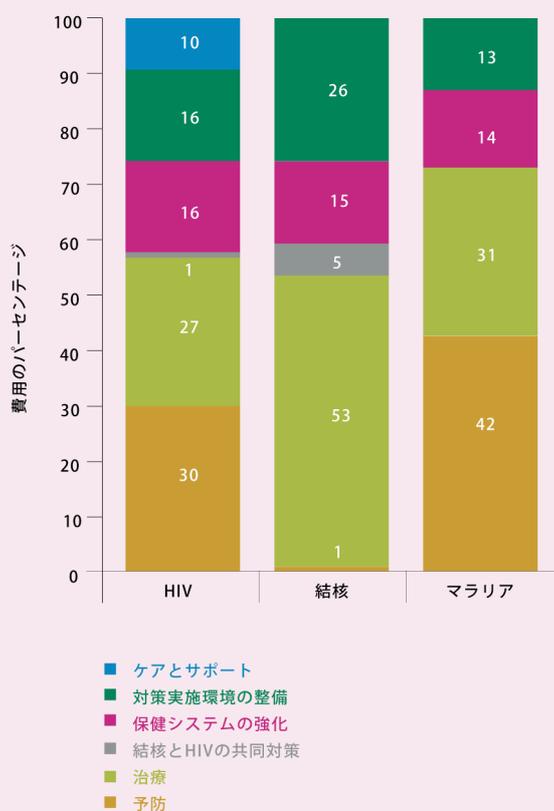
50. 本章の1節及び2節に記載された案件内容を施行し、成果を達成するために、世界基金は2009年末までに210億ドルの資金調達を行った。

51. 資金拠出スピードの増加。2009年11月のラウンド9提案の承認に続いて、世界基金は144カ国における合計192億ドル規模の案件を支援している。HIV対策プログラムに108億ドル近く、結核対策プログラムに32億ドル、およびマラリア対策プログラムに53億ドルである。

52. 世界基金は、効果的かつ責任ある予測可能な形で資金拠出を行うことが可能なことを示した。通常、資金はプログラム・パフォーマンスに基づいて増加する形で支出される（添付2参照）。2009年末までに、世界基金はHIV対策プログラムへ57億ドル、結核対策プログラムへ15億ドル、マラリア対策プログラムへ28億ドルの、合計100億ドルの拠出を行った。表2.6は、ラウンドごとの資金拠出内容の詳細を示す。拠出率は案件予算に対して実際に拠出された額の比率から測定される。2009年時点においては、すべてのラウンドの資金拠出率が90%前後を示している。しかし案件資金を受領および活用する能力により、2009年の資金拠出率は国ごとに異なる。資金拠出率が75%以下の案件は40%以下であっ

た。これらのケースでは、拠出率を向上させるために適切な技術支援を受けている。

図 2.2 3つの疾病のサービス提供分野ごとの累積費用の配分  
(費用報告サイクル2008に基づく)



出典：世界基金、未発行の財務レポートデータ2008

53. 疾病別の国際支援における貢献。最近の推定によると、2008年の低中所得国への二国間および多国間機関のHIV対策において、世界基金はその経費総額の1/5にあたる貢献をしている。また他の推定によると、これらの国々における2009年の結核対策ではその外部資金の63%を世界基金が拠出しており、また2008年のマラリア対策についても国際的資金の57%にあたる貢献をしている。このように世界基金は結核対策とマラリア対策を支援する国際機関において、大きな貢献を行っているのである。

図 2.3 費目ごとの3疾病の累積費用  
(費用報告サイクル2008に基づく)



薬剤 21%

医療器具・設備 18%

人件費 13%

管理費 12%

研修 11%

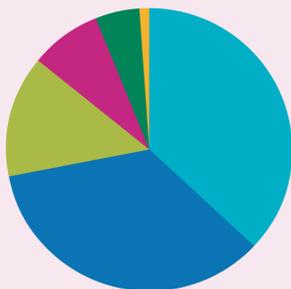
基盤整備 10%

その他 11%

M&E 4%

出典:世界基金、未発行の財務レポートデータ2008

図 2.4 実施機関ごとの累積費用(費用報告サイクル2008に基づく)



保健省 37%

FBO/NGO/CBO/学術機関 35%

その他の政府部門 14%

UNDP 8%

その他の多国間組織 5%

民間セクター 1%

出典:世界基金、未発行の財務レポートデータ2008

54. **投資のバランス** 世界基金の資金拠出における基本原則のひとつは、地域間のバランス、目標としている 3 つの感染症の間のバランス、そして予防・治療・ケアの間のバランスを保つことである。2008 年の報告制度に導入された新資金拠出報告制度によると、426 案件への累積合計 51 億ドルの拠出のうち、61%が HIV 対策へ、15%が結核対策へ、24%がマラリア対策へ拠出されたことが示されている。

HIV 対策へ拠出された資金総額のうち:

- ・ 30%は予防対策に
- ・ 27%は治療に
- ・ 16%は保健システム強化（コミュニティ・システム、情報システム、オペレーションズ・リサーチ、インフラストラクチャ、人的資源、資材の調達・供給管理、および M&E を含む）に
- ・ 16%は環境整備を目的とした活動（政策形成、市民社会強化、差別軽減に向けた取り組み、管理と運営を含む）に
- ・ 残りの数パーセントはケアとサポートを含む他の活動に、それぞれ使われた。

結核対策に割り当てられた総額のうち 53%が、結核患者の発見と治療という基本的結核対策に使用されている。マラリア対策に割り当てられた資金総額のうち 42%が、ITN の提供、屋内の殺虫スプレー噴射、および地域的活動などによる予防対策に使用されている（詳細について表 2.2 参照）。

55. 三大感染症対策への拠出資金の費用項目ごとの明細（表 2.3 参照）をみると、資金全体が 21%を薬剤、18%が医薬品、13%が保健分野の人材（給与および採用経費含む）、12%がプログラム運営（計画運営、諸経費、技術支援、資材の調達と管理を含む）、11%が医療従事者の研修（ワークショップ、会議、研修用資料および参加旅費を含む）、10%が保健インフラ、そして 4%が M&E、残りが他の項目に拠出されていることが示されている。

56. 世界基金による拠出資金総額の 35%は市民団体（4%を信仰に基づく団体（FBO）へ）、37%は保健省、14%はその他の省庁、8%は UNDP に拠出されている（表 2.4 参照）。

## 2.4 ミレニアム開発目標やその他の国際的目標の達成に向けた世界基金の貢献

「世界基金の支援なしには多剤耐性結核治療を始めることなど出来なかった。困難な時代から結核に取り組んできた私としては、ずっと恵まれている今となって、結核対策以外に取り組むべき課題は考えられない。」

タリエル・エンデラゼ  
州立病院長  
アバストゥマニ、グルジア

### ボックス 2.2 国際目標に対する世界基金の貢献

MDGsは最も際立った世界規模の開発計画である。問題の広いスペクトルをカバーし、主にインパクトの測定に焦点をあて、専門的な国際機関、およびパートナーシップが、MDGs達成に向けた進捗状況をよりよくモニターできるような詳細な指標で目標値を設定した。3つの疾病それぞれで、世界基金はサービスの指標を一つ選択して、世界規模で行われたプロジェクトの成果と自身のプログラムの成果を比較している。

1番目の指標は、現在ARTを受けている人々についてであるが、これは2002年にWHOとUNAIDSによって考案された。ユニバーサルアクセス達成に向けての計画値が実際の結果との比較のためにこの報告書で使われた。

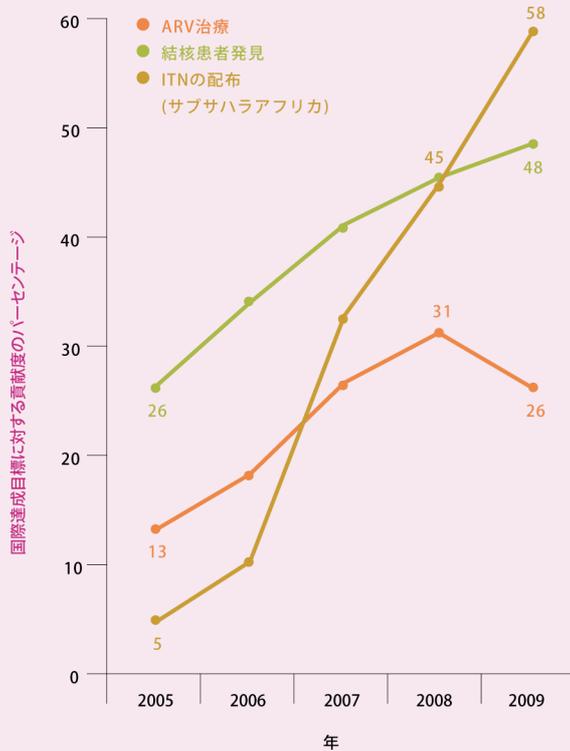
2番目の指標は喀痰塗抹陽性結核患者の発見と治療の数についてである。ストップ結核パートナーシップは、これからの10年間のおよその成果を発表している。ユニバーサルアクセス達成への計画値が2004年途中から積み上げられた世界基金プログラムの目標と成果を比較するために一本化された。

マラリアに関しては、2005年から2015年にかけてのRBMパートナーシップの国際戦略計画に設定され、配布されたITNの数は高いリスクの人々(5歳以下の子どもと妊婦)の80%の適用範囲目標と比較された。2007年に、WHOは、5歳以下の子どもと妊婦だけでなく、あらゆる年代層にITNを提供することを勧めた。この勧告が出される以前、2009年の終わりに報告された成果の大部分はラウンド1からラウンド7のものである。つまりその結果、ITNの配布が5歳以下の子どもと妊婦を主に行われたとみなせる。将来の推定値には2007年のガイドラインを考慮に入れる。

57. 世界基金支援案件はART、DOTS、およびITNの提供のような主要対策によって国際目標に多大な貢献を行った（図 2.2 および表 2.3 参照）。

58. 国際戦略計画 2005-2015 によって設定したマラリアに関する国際目標は、2010年までにマラリアにかかるリスクのある人口の80%にITNを配布することとされている。サブサハラアフリカにおける世界基金支援案件の目標達成に向けた貢献は、2005年には5%だったが2009年末には58%と急激に増加している。

図 2.5 HIV、結核、マラリアの国際達成目標に対する世界基金支援によるプログラムの貢献



注:世界基金の数値には他の機関との共同出資による役務・物資供与を含む場合もある。貢献度の算出は世界目標達成の推計値に基づく。国際達成目標の詳細についてはボックス2.2を参照

出典: グラントパフォーマンスレポート [www.theglobalfund.org](http://www.theglobalfund.org)

59. 同様に、ストップ結核パートナーシップが設定した結核の発見と DOTS による治療に関する国際目標に対する世界基金支援案件による貢献は、2005 年の 26%から 2009 年は 48%と、22%も上昇した。

60. ART 提供に関わる国際目標への世界基金案件の貢献は、2005 年の 13%、2008 年の 31% に対して 2009 年においては 26%となっている。世界基金支援案件により ART にアクセスする人口の絶対数は増加を続けているが、比率としては国際的な取り組みの増加より近年 少し低下している。

### 2.4.1 世界基金によるミレニアム開発目標達成のための貢献

61. HIV、結核、マラリア対策のための世界基金による資金拠出は、MDG 4、5、6 と 8 に対しては直接的に、その他の目標には間接的に寄与している（図 1.1 参照）。三大感染症はしばしば貧困に根ざしており、それゆえに開発全体と MDGs の 8 つの目標全部の達成に影響を及ぼす。以下は世界基金による貢献のいくつかの実例である。

62. 世界基金は、出産年齢（15 歳から 44 歳）である女性の死亡率の最大の要因を減少させ、妊産婦の主な死因を減らし、HIV 対策とリプロダクティブヘルスサービスの統合を促進することで、特にサブサハラアフリカにおいてミレニアム開発目標 5 の「妊産婦の健康の改善」達成に寄与している（表 2.7 参照）。

63. MDG 5 における最初のターゲットは、妊産婦死亡率を 3/4 減少させることである。世界的に、HIV は出産年齢の女性にとって主要な死亡原因であり（18%）、そして、妊産婦固有の疾患（12%）、循環器疾患（12%）と続いている。しかし、サブサハラアフリカにおいては、HIV は出産年齢の女性の死因の 46%を占めている。

64. HIV ほどではないがマラリアも、HIV と並んで妊産婦死亡の大きな部分を占めている。南アフリカでは少なくとも 38%の妊産婦死亡の原因が HIV、結核、または妊娠と無関係のその他の感染症となっている。妊産婦死亡の重大な原因である、深刻な母体の貧血の約 25%もまたマラリアに起因している。2002 年から 2004 年にモザンビークで行われた剖検による調査では、妊産婦死亡の 12.9%は HIV 関連の病気に、10.1%は重症マラリアに起因することを示している。

65. リプロダクティブヘルスへのユニバーサル・アクセスの実現が MDG 5 の第 2 のターゲットである。それまで HIV 対策サービスを提供してこなかった環境へ HIV 対策を統合することでリプロダクティブヘルスサービスのより有効に活用が促進されるようになった。世界基金によるほぼすべての HIV 対策支援案件は、性感染症治療、安全なセックスのための行動変容を目指した情報伝達、コンドームの配布、HIV カウンセリング付き検査、そして HIV 感染者とその家族へのケアと支援を含む性と生殖に関する医療サービスを提供している。例えば、ルワンダのプライマリー・ヘルス施設に HIV 治療が導入されて以降、リプロダクティブヘルスサービスのような医療サービスの利用が顕著に増加していることが、調査結果により示されている。

66. 世界基金は MDG 4「乳幼児死亡率の削減」にも貢献している。

- ・マラリア対策と予防活動の大規模な拡大。

- ・小児用エイズ治療へのアクセス増加と、HIV に曝露ないし感染した幼児と子どもへのより包括的で、地理的に広い地域での支援と治療。
- ・PMTCTプログラムの拡大。

67. 2008年時点で86万3千人がマラリアによって死亡し、そのうちの85パーセントが子どもであった。またマラリアはサブサハラアフリカにおける乳幼児死亡の16パーセントから18パーセントを占めている。マラリア高蔓延国である22のアフリカ諸国から2009年に公表されたデータは、近年ITNの配布が目立って増えていることを明らかにしている。例えば、

- ・ルワンダでは、調査の前夜に蚊帳を使用した5歳未満の子どもは、2000年には全体の4パーセントであったが、2007年には56パーセントに増えている。
- ・ガンビアでは2000年の15パーセントから2005年には49パーセントにまで増えている。
- ・ザンビアでは1999年の1パーセントから2008年には41パーセントに増加している（他国の同様のデータは図2.6を参照）。

複数の国々で、乳幼児死亡率減少と同様にマラリアの死亡率・罹患率が減少している。

68. 世界基金支援案件はITNの配布において、2006年時点の累計1800万張から、2009年の1億400万張まで劇的に活動を拡大している。そしてITN、あるいは室内残留性散布（IRS）の提供、多剤併用療法（ACT）を拡大した国々において、乳幼児死亡率の大幅な減少が認められている。2009年の終わりには、エチオピア、ケニア、タンザニア、ウガンダ、そしてナイジェリアに5000万張以上の蚊帳を提供するため、3億3600万ドルが拠出された。2010年の終わりまでに、サブサハラアフリカにおいて1億3600万張のITNを配付することが世界基金支援案件によって計画されている。

69. 本報告書2.1節にて述べたように、2009年末時点で、低中所得国に居住するHIV陽性の妊娠女性79万人が、世界基金による支援プログラムを通じ、母子感染を防ぐためのARV予防療法を受けている。また2009年だけで、34万人の妊婦がPMTCT治療を受けており、過去数年間で大幅な増加を示している。世界基金は協力団体と共に、2015年までに低中所得国における母子感染を実質的になくすことを目指し、PMTCTプログラムの拡大を強化し続ける。

70. 総合的にみて、MDGsおよびその他の国際目標達成に向けて大きな進展は見られるが、ARTへのアクセス、結核の蔓延、そして5歳未満の乳幼児死亡率（サブサハラアフリカにおけるマラリア対策の進展状況を測るための重要な指標）に関わる世界基金協力団体（表2.8の要約参照）からのデータによると、2015年までに国際目標を達成するためには、プログラムの拡大を加速させることが求められている。

表2.7 MDG4、5の達成に向けた世界基金の貢献

	女性と子供の疾病負担	女性と子供への世界基金の支援
HIV	•世界中の50パーセントのHIV感染は女性。それはアフリカでは60%。	•2009年に2.5百万人がARTを受けた。その約60パーセントが女性である。
	•HIVは、世界中で15歳～44歳の成人女性の主たる死亡原因であり、アフリカでは妊婦死亡の主たる原因となっている。	•79万人の HIV陽性妊婦は、母子感染を防ぐためにARV予防を受けた。
	•200万人の子どもが、2007年にHIVに感染した。大部分が母子感染である。	•2004年以降、約450万人へのケアと支援活動が孤児と脆弱な子どもたちに提供されている。現在、約150万人の孤児が、世界基金のプログラムから支援を受けている。
	•5歳未満の子どもの死亡の51パーセントはHIVに関連している。	•HIV感染を受けた子供たちのなかでARV治療を受けているものの数は増加している。例えば、インドの世界基金支援プログラムは、約1万5000人の子どもがARTを受けていると報告している。カンボジアでは、3,300人以上の子どもがARTを受けている。
	•片親または両親をエイズのために失った子供が1400万人いる。その大半がアフリカにいる。	
マラリア	•妊娠中のマラリアは、母体の貧血と流産の危険性を高める。HIVに感染している妊婦は危険性がより高まる。	•3400万のITNが2009年に配られた。
	•約1万人の妊婦と20万人の幼児が、毎年、風土病的に流行している国でマラリアによって亡くなる。	•1999年～2004年と2005年～2008年の両期間における25の世界基金のマラリア案件レンビエントのトップ25におけるデータによれば以下の通り、 -ITNを使った妊婦の割合の中央値が、21パーセントから211パーセントまで増加。 -ITNを使った5歳未満児の割合の中央値が、21パーセントから231パーセントまで増加。 •5歳未満の子どものITN使用は、2008年、高蔓延国において241パーセントだった。
	•すべてのマラリアによる死亡の約90パーセントはアフリカである。この地域の5歳未満の子どもの5人に1人はマラリアで死亡している。	
	•マラリアの感染区域では、およそ20パーセントの低体重出生は、マラリアに起因している。	
結核	•2008年、3.6百万の女性が結核になった。	•600万の新規喀痰塗抹陽性結核患者が、2004年から2009年の間に発見され治療された。これは全発見数の半数以上にあたり、男女間での発見率は類似していた。
	•HIV感染率が高い国では、女性の結核が相対的に高蔓延である。	
	•研究によると、結核感染から発病までの進行は、生殖年齢にある男性より女性の方が早い傾向にある。	

注1:2年連続してデータが知られた国々をもとにして。ITNを使用する妊婦(n=11)、ITNを使用する5歳未満の子ども(n=18)

表2.8 いくつかの国際目標に対する世界の進捗状況 :分析はWHO、UNAIDS、UNICEFのデータである

	低所得国、中所得国におけるART : レンビエントと需要のパーセン テージ <sup>1</sup>	結核の有病率 (10万人当たり) <sup>2</sup>	1,000人当たりの5歳以下の 子どもの死亡率 (サブサハラアフリカ) <sup>3</sup>
ベースライン	1.3 百万, 20% (2005)	220 (2000)	166 (2000)
国際目標	80% (2010)	125 (2015)	61 (2015)
成果	4.03 百万, 42% (2008)	170 (2008)	144 (2008)
国際目標に向けた進捗状況	53%	53%	21%
期限がついた中間目標への到達度	72%	99%	40% <sup>4</sup>

1 2010年までにARTへのユニバーサルアクセスを成し遂げる(80%をカバーする)必要性をといたをWHOとUNAIDSの予測に基づいている(MDG6 目標2)。2008年の進捗状況は、2005年のARTを受けた人々の数と2010年までに80%のART目標に基づいて差しこまれた。

2 ストップ結核目標は2015年までに1990年の有病率(10万人当たり250人)を半減させることである。最新のデータに基づいて2008年に目標が差しこまれた。

3 MDG4の目標は、2015年までに1990年から5歳以下の子どもの死亡率を2/3まで減少させることである。表はマラリアが小児死亡の最大の原因となっているサブサハラアフリカのデータを示している。ベースラインの目標は最新のデータがわかった2008年に差しこまれた。

4 この数字ではサービスの拡大とITN配布における最近の進捗状況は分からない。そのインパクトは2009年と2010年において明確になる。

図 2.6 ITNを使用する5歳以下の子どもの割合（サブサハラアフリカ）



71. 世界的に、HIV 治療が成人の死亡率低下に直接的に影響していることが一層明確になっている。2008 年の HIV による死亡は 2004 年よりおよそ 10%低い。ART を受けている人数は 2005 年から 2008 年にかけて 3 倍に増加しており、治療普及率は 2 倍以上の 42%となっている。しかし ART 拡大に向けた世界的な取り組みの結果は、2008 年の中間目標の 56%は達成していない（表 2.8 参照）。

72. 全体的に見て、結核対策は MDG 6 の複数のターゲットを達成することが可能な進展を見せている。結核罹患率は低下しており、有病率は 2008 年時点で 10 万人あたり 170 人にまで減っている。

73. マラリアは乳幼児死亡原因の 16%から 18%を占め、特にサブサハラアフリカにおける大きな疾病負担となっている。5 歳未満児死亡率は MDGs の 2008 年の中間目標では 1000 人対 110 であったが、2008 年時点の、サブサハラアフリカでは 144 であった。乳幼児死亡

率の減少は、予防接種、急性呼吸器感染症用の抗生物質、ビタミン A サプリメント、下痢用の経口補水、PMTCT の増加とマラリア対策の拡大のような医療介入によって達成できる。サブサハラアフリカ諸国における世界基金のマラリア対策支援は、2010 年末までに 1 億 3600 万張の ITN を配布し、ACT へのアクセスも拡大させることを見込んでいる。エリトリア、ルワンダ、サントメプリンシペ、ザンビア、ナミビア、そしてスワジランドを含む数多くの国々が、マラリアによる死亡の 50%以上の減少を報告している。

74. MDGs 達成に向けた進展に関する各国データは、重要な地域的傾向を明らかにする。次の節では、世界基金による支援を受ける 25 カ国について、それぞれの疾患に焦点を当て報告する。

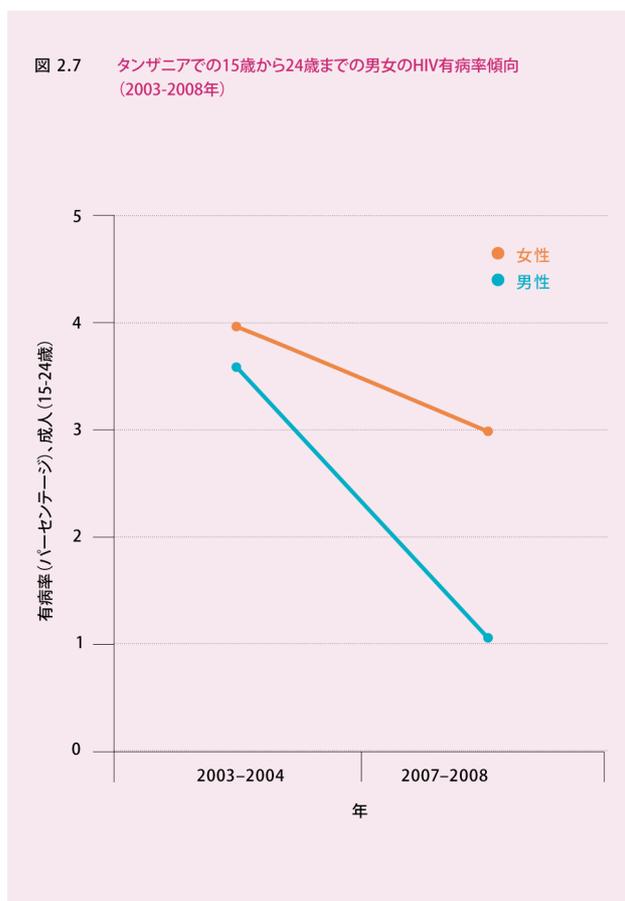
表2.9 HIV対策のための世界基金投資額上位25カ国におけるART利用状況

国	ベースライン 2005年 ARTの利用	2008年成果 ARTの利用	増加割合 2005-2008	暫定2008年目標 ARTの利用	2008年成果 ARTの利用、 暫定2008年 目標の割合として 表す。	世界基金のHIV プログラムへの拠出 (百万ドル、 2009年末まで)
エチオピア	21,000	132,000	544	157,000	82	405.8
インド	52,000	235,000	356	321,000	68	353.0
タンザニア	22,000	154,000	616	220,000	67	288.5
マラウイ	33,000	147,000	345	152,000	95	248.2
中国	19,000	48,300	154	99,000	37	225.3
ロシア	5,000	55,000	1000	93,000	57	220.6
ザンビア	49,000	226,000	366	178,000	137	225.3
ウクライナ	4,000	11,000	206	45,000	17	151.5
タイ	82,000	180,000	121	153,000	139	150.7
ナイジェリア	41,000	239,000	483	376,000	59	142.1
ルワンダ	19,000	63,000	232	40,000	>200	151.2
ハイチ	7,000	19,000	186	20,000	95	130.9
コンゴ (民主共和国)	8,000	25,000	216	61,000	32	130.4
ガーナ	5,000	22,000	378	44,000	44	107.7
カンボジア	13,000	32,000	156	24,000	167	102.2
南アフリカ	207,000	701,000	239	899,000	71	97.2
モザンビーク	20,000	128,000	540	186,000	65	98.0
ナミビア	29,000	59,000	103	40,000	>200	87.6
ケニア	66,000	243,000	268	252,000	95	87.4
カメルーン	24,000	60,000	155	96,000	50	78.0
ウガンダ	75,000	164,000	119	198,000	72	76.8
スワジランド	13,000	33,000	152	34,000	96	72.7
スーダン	500	2,000	360	42,000	4	67.1
ジンバブエ	25,000	148,000	504	283,000	48	66.6
インドネシア	4,000	11,000	203	22,000	38	60.4

注:「全面的ART利用」とはART普及率が80%以上になったことと定義する。2008年目標(第5列)はベースラインの2005年(第2列)と2010年の80%普及率(不掲載)とから直線補間で求めた。2008年の中間目標の達成度(第6列)は期待される増加幅(第2列から第5列へ)に対する観察された増加率(第4列)の比として計算した。したがって100%は、このまま直線的に延長すれば2010年の目標を達成することを意味する。拠出額はすべてのHIV関連事業に対するものを含む。

## 2.4.2 HIV に関する目標達成にむけた進展：各国事例

75. 総合的な HIV 予防、治療、ケア、及びサポートへのユニバーサル・アクセスの達成は、特にミレニアム開発目標 6 の達成実現に向けて非常に大きな役割を果たす。2010 年までにユニバーサル・アクセスを実現するための世界基金の取り組みが、HIV 対策プログラム資金全体の 65%を占める 25 の国々において、そのうちの 5 カ国（カンボジア、ナミビア、ルワンダ、タイ、ザンビア）は ART のユニバーサル・アクセスに関する目標実現に向け、期待通り進捗していることが示されている。ハイチ、ケニア、マラウイ、スワジランドの 4 カ国もまた ART アクセスを増大させているが、これらの国々によって設定した目標達成のためには更なる取り組みの強化が求められる。その対極で、いくつかの国々、中でもスーダンとウクライナは、目標を達成しようとするにはかなりの拡大が必要である（詳細は表 2.9 参照）。



76. MDG 6 の達成に向けては多くの課題が残っているが、国別データによれば、HIV の予防、治療、ケアとサポートの急速な強化は各国に大きな影響を及ぼしている。最も資源に制約があり、脆弱な状況下でさえ、特に保健教育キャンペーンと利用しやすい自発的カウンセリング付き検査を平衡して行った場合には、ART を急激に拡大した 5 年の間で、エイ

ズによる死亡率が着実に減少したことが報告されている。ART の強化は、エイズによる死亡率を大幅に減少させただけでなく、教師、医療従事者その他の労働者の生存と生産性の改善、また医療供給システム全体の改善を導いた。以下に、介入が各国でどのように拡大されたかと、そのインパクトの例を示す。

**77. タンザニア** タンザニアにおける HIV 予防とコントロールのための取り組みは、世界基金、世界銀行、PEPFAR とその他関係機関からの相当量の資金によって支持されてきた。承認されている HIV 対策への 5 億 2840 万ドル、HIV・結核二重感染予防のための 8350 万ドルのうち、それぞれ 2 億 3400 万ドル、5500 万ドルが 2009 年末時点で世界基金より拠出されている。2004 年以降タンザニアは急速に HIV 予防と治療活動を強化している。タンザニアが初めて世界基金より出資を受けた 2003 年から 2009 年の間に、以下の取り組みが行われてきた。

- ・ HIV 陽性の妊婦で PMTCT のための ART 予防療法を受けた人は 2003 年の 1800 人から 10 万 3 千人に急増した。
- ・ 孤児やその他の脆弱な子どもたちのケアや支援サービスが 38 万 3 千件提供された。
- ・ 540 万の人々が HIV のカウンセリング付き検査を受けた。
- ・ ART は 2003 年にはわずか 1500 人であったのに対し、2009 年末時点で、およそ 20 万 3 千人の大人と子ども（対象者の 46%）が受けている。

**78. 2 回の母集団調査の比較によると、2003 年から 2008 年の間の HIV 感染率は、15 歳から 24 歳の女性の間では 4%から 3%に、15 歳から 24 歳の男性の間で 3.6%から 1.1%に低下している（表 2.7 参照）。**

**79. エチオピア** さまざまな国際団体と市民社会組織による強力な支援と、世界基金による巨額の資金拠出を受け、エチオピア政府は HIV 予防と治療活動を急速に強化してきた。承認されている 9 億 4880 万ドルのうち 4 億 580 万ドルが 2009 年末までに世界基金によって拠出されている。このような取り組みは以下のプログラムと介入を支援している。

- ・ ART は 2005 年の初めの 900 人に対して 16 万 3000 人の成人と子ども（対象者の 53%）が提供を受けている。
- ・ 560 万人の若者が学校で行われる地域の保健教育プログラムによって多くを学んだ。
- ・ 5 万 1000 人の教師たちが保健教育プログラムにより知識を深めた。
- ・ 2009 年だけで 530 万人が HIV カウンセリング付き検査を受けた。

最近の報告により、エチオピアにおける ART 対策の強化は、首都の全人口中のエイズ死亡率を、2002 年から 2007 年にかけて 50%減少させたことを示している（表 2.8 参照）。また、ART を受けている患者の生存率を大幅に改善させ、2007 年の予想エイズ死者数の 60%（57 から 63%の幅）を救うことに成功している。

図 2.8 アジスアベバ、エチオピアでのエイズ死亡件数の推定 (2004-2007年)

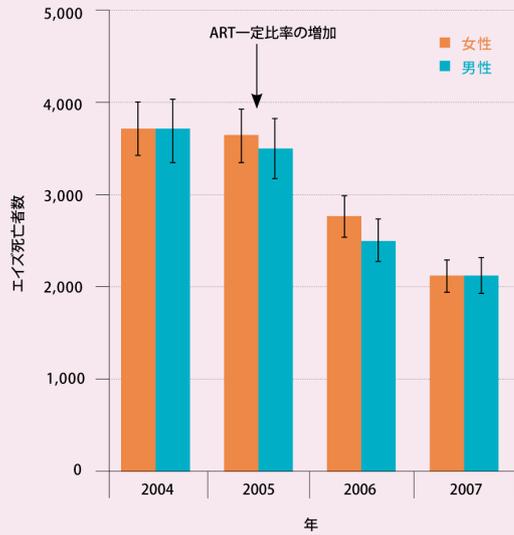
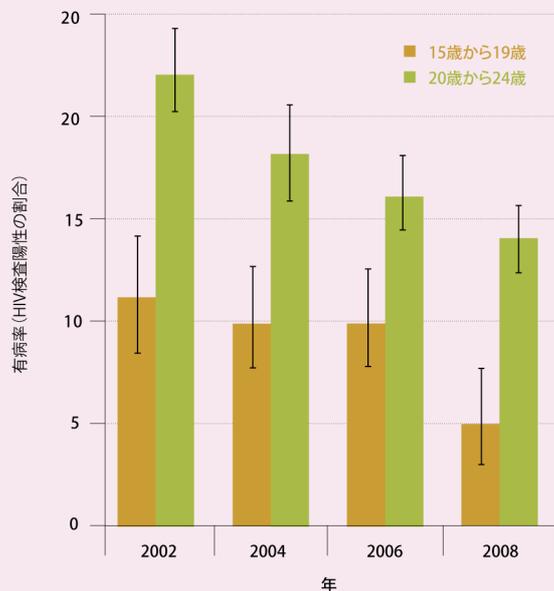


図 2.9 南アフリカでのARTの普及率および全死因死亡率 (2003-2006年)



図 2.10 ナミビアのマタニティクリニックに来院した若い女性の中の HIV有病率 (2002-2008年)



注:ヒゲ線は95%信頼区間を示す。

80. **ドミニカ共和国** ドミニカ共和国における HIV 予防と対策支援案件として承認されている 8750 万ドルのうち、世界基金は 2009 年末までに 5670 万ドルを拠出しており、HIV 対策を強化させている。2009 年 12 月の時点で

- ・ 80 万の高リスク集団（セックス・ワーカー、男性同性愛者、移民、若者や囚人）を含む 200 万人の人々が HIV 予防サービスを受けた。
- ・ 140 万人（3800 人の妊婦を含む）が全土にわたる 155 のカウンセリング・検査センターで HIV のカウンセリング付き検査を受けた。
- ・ 6400 人の HIV 陽性の妊婦が PMTCT を受けた。
- ・ 1 万 3000 人が ART 治療を受けている。

81. **マラウイ** マラウイでの HIV 対策支援案件として承認された 3 億 7520 万ドルのうち、2 億 4820 万ドルが 2009 年末までに拠出されている。主として世界基金からの援助を受け、2004 年 6 月に全国規模の ART 強化や他の介入が始められた。2009 年末時点で、3 万 7000 人の HIV 陽性の妊婦が PMTCT 治療を受け、10 万 7000 人の成人と子ども（対象者の 45%）が ART を受けている。2009 年だけで、370 万の人々が HIV のカウンセリング付き検査を受けた。

82. この国における ART の急激な拡大は多くの良い結果をもたらしたという報告が行われている。具体的には以下の通りである。

- ・2002 年から 2006 年にかけて、ART 強化によって 2380 人の HIV 陽性の教師が治療を受けられるようになった。この期間に治療を開始した教師の 70% が生存しており、2006 年末にも治療中であった。
- ・治療開始から 12 ヶ月後、人的資源が極めて限られたこの国の医療従事者 250 名が死亡を免れた。これは毎週 1000 人・日の医療従事者の労働時間を救ったことになるが、また全国で ART を提供するのに必要な人的資源に相当する。
- ・ART 提供開始から 8 ヶ月の間に、成人の死亡率は 10% 低下し、とくに ART 利用状況がより良好な人々の死亡率は 35% も減少した。

83. **南アフリカ** 南アフリカは HIV 予防、ケア、治療といったサービスの急激な拡大を一層強化してきた。承認されている 2 億 7130 万ドルのうち、世界基金は HIV 対策に 9720 万ドル、結核/HIV 対策に 8720 万ドルを拠出している。その支援は主に行動変容コミュニケーション、ART 提供、そして結核/HIV 共同プログラムを中心としている。

84. ウェスタンケープ州の保健部は、2004 年以降世界基金からの支援をもとに HIV/エイズ対策を実施しており、1 万 7500 人の訓練されたピアエデュケーターを通じて 170 万の若者を支援している。また他の世界基金支援案件により、6750 人の孤児と恵まれない子どもたちに基本医療とサポートを提供し、2800 人に対して所得向上活動を通じて支援を行っている。当初、世界基金は ART 提供拡大に関する取り組みのほとんどに出資していたが、近年、南ア政府自らが ART 提供にかかる財政面の責任を引き受けている。

85. 世界基金を通じて、米国に本社を持つエネルギー会社のシェブロン（世界基金にとっての最初の主要な支援企業）は、三大感染症対策へ寄付する 3000 万ドルの一部として、ウェスタンケープ州の HIV/エイズ対策に対しても 500 万ドルを寄贈している。

86. 2007 年 12 月から 2008 年 12 月にかけて、南アフリカにおいて ART の提供を受けた者は 45 万 8951 人から 70 万 500 人まで 53% 増加している。ART を受ける人口が増加するにつれて、前年まで急速に上昇していた死亡率が落ち着いた（表 2.9 参照）。

87. **ナミビア** ナミビアでの HIV 対策支援案件へ承認された 2 億 1310 万ドルのうち、世界基金は 2009 年度末までに 8760 万ドルを拠出している。世界基金と PEPFAR からの強力な支援により、ナミビアは 2004 年に ART 強化をスタートさせ、2003 年時点でほぼゼロパーセントであった治療を必要としている大人と子どもへの ART カバー人口を 2009 年末時点 65% まで増加させた。2009 年末時点で 7 万 577 人が ART を受けている。さらに、世

界基金支援案件を通じて、2009 年末までに以下の取り組みが行われた。

- ・ 1 万 5301 人の HIV 陽性の妊婦が PMTCT 治療を受けている。
- ・ 80 万 8000 人の若者が学校内、校外での広範な青少年 HIV 講座を受けた。
- ・ 62 万 5000 人の成人が HIV/AIDS に関するコミュニティでのアウェアネス・サービスを受けた。
- ・ およそ 40 万人の人々が HIV のカウンセリング付き検査を受けた。
- ・ 9100 万個以上のコンドームがソーシャルマーケティングや公的な窓口などを通じて配布された。

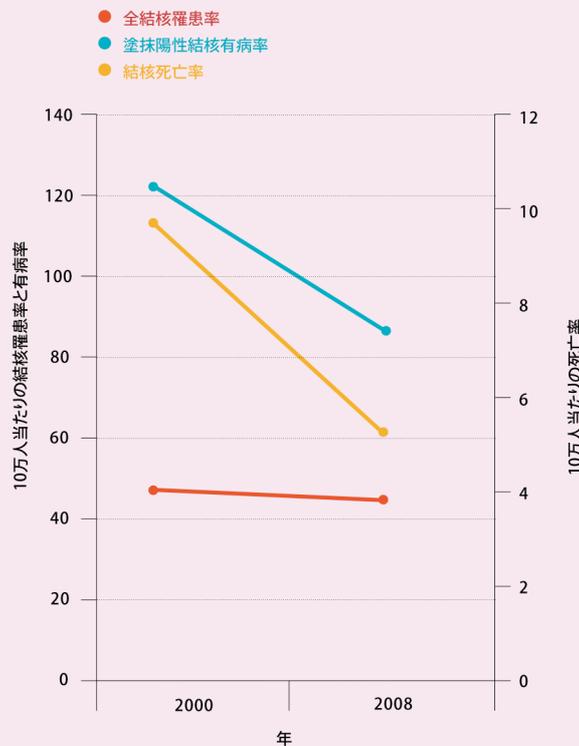
88. 表 2.10 に示されるように、2002 年から 2008 年の間に、若い女性の HIV 感染率は、15 歳から 19 歳の間では 11%から 5.1%に、20 歳から 24 歳までの間で 22%から 13.9%に低下している。またこのような感染率減少の多くは 2006 年以降に起こっている。

#### 2.4.3 結核対策に関する目標達成への進捗、各国の実例

89. 世界基金による大規模な結核対策支援が施行されている 25 カ国のうち 12 カ国においては、2015 年までの結核有病率半減が達成できる見通しにある（表 2.10 参照）。これらのうちの 7 カ国はアジア諸国で、2 カ国はアフリカ（ソマリア、ザンビア）、1 カ国はアメリカ（ペルー）、そしてもう 2 カ国は東ヨーロッパ（ルーマニア、タジキスタン）である。他の 4 カ国は結核有病率を引き下げてはいるが、2015 年目標を実現するには更なる努力が求められる。残りの 9 カ国はすべてサブサハラアフリカに属し、2000 年以降の HIV 増加により、結核罹患率も上昇している。

90. 結核/HIV 対策への世界基金による支援は大幅に増加しており、現行の対策不足を解決すると期待されている。主要な取り組みとしては結核・HIV 二重感染をより効果的に治療、予防することが求められる。これらの取り組みを最も必要としている国々では、ラウンド 8 とラウンド 9 における承認案件の恩恵を受け始めている。例えば、ラウンド 9 のナイロビ市結核対策プロポーザルには、2009 年 11 月に 1 億 1300 万ドルが承認された。これはラウンド 5 結核対策プロポーザルで承認された 6400 万ドルに追加されるものである。コンゴ民主共和国のラウンド 9 結核対策プロポーザルは、これまで承認された 4500 万ドルのおよそ 8 倍の 3 億 5200 万ドルにまで増加される予定である。アフガニスタンのラウンド 8 結核対策プロポーザルは、350 万ドルであったラウンド 4 プロポーザルに 3200 万ドルを追加しており、またバングラデシュの結核対策支援額も 8600 万ドルから 1 億 6200 万ドルまで倍増している。

図 2.11 中国の有病率と死亡率の傾向(2000-2008年)



91. MDG 6 とストップ結核パートナーシップの国際目標を達成するためには、未だ多くの課題が残されている。しかし世界基金が結核対策のために大幅な資金拠出をしている国々を含め、国家レベルでの成功が現れてきている。結核対策の拡大に必要な資金的ギャップを埋めることによって、世界基金はこれらの国々で実現された成果に貢献している。

92. **バングラデシュ** バングラデシュの国家結核対策プログラムがこの 10 年間で DOTS 拡充を大きく前進させた理由の一つは、公衆衛生と NGO との積極的な協力にある。この対策では 2004 年以來、世界基金の資金を確保している。承認総額 9050 万ドルのうち、5430 万ドルが 2009 年末までに拠出されており、国家結核対策の予算総額のほぼ半額を占めている。新規塗抹陽性結核患者発見率は、2000 年の 26%から 2007 年には 66%まで増加し、治療成功率は 81%から 92%に改善されている。同時期に、推定罹患率（10 万人あたり 239 から 223 へ）、有病率（10 万人あたり 500 から 387 へ）、そして死亡率（10 万人あたり 58 から 48 へ）において減少が見られた。バングラデシュは、コミュニティ参加を通して NGO が国家プログラムを支援することにより、DOTS の拡大と品質維持を行ってきたユニーク

なモデルとなっている。

93. **中国** 世界基金は中国の結核対策に多大な貢献をしてきた。国家結核対策プログラム予算のおよそ15%を占める4億5230万ドルを承認しており、そのうち1億6560万ドルが2009年末までに拠出されている。2007年に中国はDOTS普及率100%、新規塗抹陽性結核患者の発見率80%を達成した。治療成功率は、85%という国際目標をしのぐ、93%に達する。

94. 中国における結核負担は着実に減少している（図 2.11 参照）。2000年から2008年の間に以下を達成している。

- ・ 結核罹患率が10万人あたり47.4から44.2に低下
- ・ 結核有病率が10万人あたり122から87に低下
- ・ 結核死亡率が10万人あたり9.8から5.4に低下

95. しかし、中国には多剤耐性結核が増加している地域もあり、大きな課題になっている。

96. **カンボジア** 結核高蔓延国22カ国の1つであるカンボジアは、世界基金からの支援を受けて結核対策プログラムを強化している。支援総額2280万ドルのうち、1620万ドルが2009年末までに拠出されている。DOTS普及率は地理的観点から十分達成されているため、カンボジアの新規塗抹陽性結核患者発見率は61%、治療成功率も93%を達成した。その結果、カンボジアの結核有病率と死亡率は2000年以来減少している（図 2.12）。

97. **ベトナム** 2004年より、世界基金はベトナムの結核対策プログラムにおける主要な資金源となっている。承認総額1910万ドルのうち、1060万ドルが2009年末までに拠出されている。82%の結核患者発見率、92%の治療成功率は共に国際目標を上回っており、ベトナムの結核有病率、死亡率のいずれも一貫して減少している（図 2.13）。

98. **ソマリア** 2004年以来内戦状態にあったにもかかわらず、世界基金は多額の資金をソマリアの結核対策プログラムに投入している。PRはワールドビジョンソマリアである。結核対策資金総額2260万ドルのうち、1870万ドルが2009年末までに拠出されている。結核対策における取り組みは目覚ましい成果をみせてきた。塗抹陽性結核患者発見率は64%であり、そのうちの治療成功率は89%である。結核有病率は2000年の10万人あたり414から、2007年には10万人あたり352まで減少した。同期間に、結核死亡率は10万人あたり67から55に低下した。

表 2.10 結核対策に対する世界基金累積投資額上位25カ国の結核有病率

国	ベースライン2000 10万人当たりの 結核有病率	2007年成果 10万人当たりの 結核有病率	減少割合 2000-2007	2007暫定目標 10万人当たりの 結核有病率	2007年暫定目標 有病率に対する割合 で見た2007年の 有病率実績	結核対策への 世界基金拠出 (百万ドル)
中国	269	194	28	220	152	165.6
ロシア	164	115	30	104	81	97
インド	443	283	36	373	> 200	91.5
インドネシア	326	244	25	277	168	89.1
南アフリカ	515	692	-34	454	-291	87.2
タンザニア	391	426	-9	259	-26	70
バングラデシュ	500	387	23	416	134	54.3
ペルー	210	136	35	204	> 200	44.3
フィリピン	600	500	17	506	107	44.3
スーダン	375	402	-7	295	-34	42.5
コンゴ (民主共和国)	592	666	-13	380	-35	35
エチオピア	486	579	-19	332	-60	34.9
パキスタン	413	223	46	321	> 200	33.8
ザンビア	658	387	41	453	132	32
ナイジェリア	489	521	-7	327	-20	31.7
ガーナ	368	353	4	321	32	29.9
ルワンダ	442	590	-33	280	-91	27.7
タイ	223	192	14	197	121	24.1
ルーマニア	197	128	35	133	107	23.1
モルドヴァ	215	151	30	139	84	21.8
ジンバブエ	479	714	-49	351	-183	20.4
ソマリア	414	352	15	360	115	18.7
タジキスタン	56	33	41	75	> 200	16.5
ブルキナ・ファソ	338	403	-19	222	-56	16.2
カンボジア	758	664	12	621	69	16.2

注: ストップ結核パートナーシップの目標は、2015年まで1990年の結核有病率(不掲載)を半分にすること。これは2015年達成目標(図示なし)として作られた。2007年目標(第5列)は、ベースラインの2,000年(第2列)と2015年目標とから直線補間で求めた。2007年の中間目標の達成度(第6列)は期待される増加幅(第2列から第5列へ)に対する観察された増加率(第4列)の比として計算した。したがって100%は、このまま直線的に延長すれば2010年の目標を達成することを意味する。拠出額はすべての結核関連事業に対するものを含む。

図 2.12 カンボジアの結核有病率と死亡率の傾向(2000-2007年)

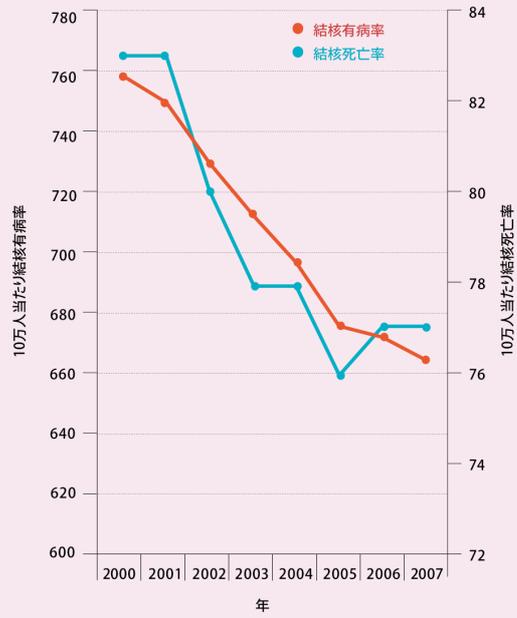


図 2.13 ベトナムでの結核有病率と死亡率の傾向(2000-2007年)



99. **フィリピン** フィリピンの結核対策プログラムは、DOTS 拡大に加えて、MDR-TB および、結核/HIV 二重感染対策を支援している。承認総額 1 億 2350 万ドルのうち、2009 年末までに 4400 万ドルが拠出されている。これまですでいくつかの勇気づけられる成果がでてきている。2000 年から 2007 年の間に、結核罹患率は 10 万人あたり 329 から 290 にまで低下している。同時期に、推定結核有病率も 10 万人あたり 600 から 500 まで引き下げられている。

表 2.11 マラリア対策に対する世界基金累積投資額上位25カ国の小児死亡率

国	ベースライン2000 出生1000に 対する小児死亡率	2008年成果 出生1000に 対する小児死亡率	減少率 2000-2008	2008年暫定目標 出生1000に 対する小児死亡率	2008年成果 小児死亡率、 2008年暫定小児死亡 率に対する目標として のパーセンテージ	マラリアプログラムに 対する世界基金の 支出 (100万ドル 2009年12月)
ナイジェリア	207	186	10	137	30	296.4
エチオピア	148	109	26	106	93	250.1
タンザニア	139	104	25	92	75	186.9
ウガンダ	158	135	15	106	45	121.1
コンゴ (民主共和国)	199	199	0	128	0	120.8
ルワンダ	186	112	40	117	108	107.5
ケニア	128	128	0	78	0	107.2
スーダン	115	109	5	75	15	100.3
マダガスカル	132	106	20	91	63	76.1
ガーナ	111	76	32	73	91	74.8
ザンビア	169	148	12	109	35	70.5
アンゴラ	239	220	8	157	23	50.8
ニジェール	227	167	26	160	89	50.4
ジンバブエ	102	96	6	62	15	48.3
セネガル	131	108	18	87	53	42.3
カメルーン	147	131	11	95	31	36.4
モザンビーク	183	130	29	129	99	36.6
ブルンジ	178	168	6	116	16	33.6
マラウイ	162	100	38	115	132	36.6
ブルキナ・ファソ	188	169	10	123	29	29.2
ガンビア	131	106	19	88	58	26.2
ソマリア	200	200	0	129	0	25.1
トーゴ	122	98	20	83	62	21.8
リベリア	174	145	17	120	53	21.4
コートジボアール	138	114	17	91	51	20.5

注:MDG4の目標は5歳未満死亡率を2015年までに1990年の2/3以下に減らすことである。2008年目標(第5列)は2000年のベースラインと2015年の目標から直線補間で求めた。2008年の暫定目標(第6列)の達成率は、期待される減少率に対する観察された減少率(第4列)の比として計算した。ゆえに100%は直線的減少傾向を仮定してその国が2015年目標達成に向かって順調に進んでいることを意味する。合計拠出額にはすべてのマラリア関連事業を含む。

#### 2.4.4 マラリア対策に関する目標達成への進捗、各国の実例

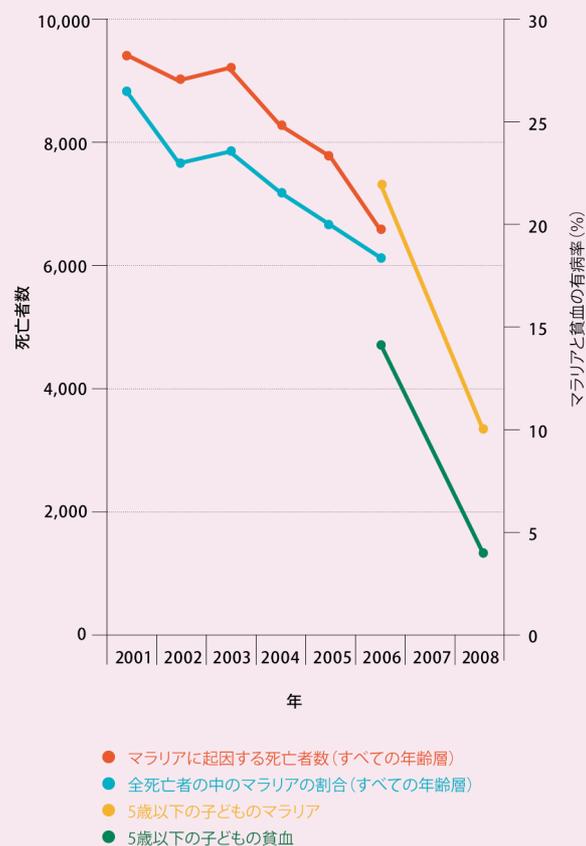
100. マラリア蔓延国では、マラリアは高い小児死亡率の原因となっている。マラリア対策に世界基金が大規模な資金拠出を行っているサブサハラアフリカ 25 カ国のうち、マラウイとルワンダは、2015 年までに 5 歳未満幼児の死亡率 3 分の 2 減少という目標に向けて驚異的な進歩を見せている。エチオピア、ガーナ、モザンビーク、ニジェールを含む、他の 20 カ国における小児死亡率は目標達成に向け大幅な進展を見せている。対照的に、ケニア、コンゴ共和国とソマリアの小児死亡率は引き下げられていない (表 2.11 参照)。

101. 世界基金は、マラリア媒介蚊防除、特に ITN と室内残留性散布 (IRS) の提供に関する急速な拡大に対して、主要な国際的資金提供者としての地位を確保している。また、薬剤耐性が高い多くの国における最良のマラリア治療である ACT の導入と拡大に、世界基金は重要な役割を果たしている。アフリカ地域では、スワジランドやいくつかの島国は現在マラリアの根絶における最終段階に入ることを目指し対策を進めている。また世界基金はアフリカ以外の国にもマラリア根絶のための支援を行っている。マラリア根絶プログラムが現在進行中の 10 カ国のうち、アゼルバイジャン、グルジア、キルギスタン、タジキスタン、ウズベキスタンの 5 カ国が、総額 1900 万ドルの支援を世界基金から受けている。1600 万ドルが、マラリア根絶における最終段階に入ったスリランカに提供された。世界基金の資金を受けている国の多くでマラリア罹患率と死亡率の低下が示されている。

102. **ザンビア** ザンビアのマラリア対策は、媒介蚊防除と治療の両方における提供範囲を広げるため、世界基金から大規模な支援を受けている。総額 9970 万ドルのうち、2009 年末時点で 7050 万ドルが拠出されている。ザンビアで達成された成果は以下の通りである。

- ・ 2003 年に ACT が第一選択処方として採用され、2004 年には全国にわたって提供可能となった。
- ・ 560 万張の ITN が 2003 年から 2009 年末までに配布された。2006 年には 38%だったが、2008 年にはザンビアの 62%の世帯が最低 1 つの ITN を所有していた。そして少なくとも 1 つの ITN がある家庭においては、5 歳未満幼児の 61%と妊婦の 50%が蚊帳を使用している。
- ・ 残留性噴霧の普及を殺虫スプレーを使用した住居の数で見ると、2003 年から 2008 年の間にほぼ 10 倍に増加している。
- ・ 子どもの貧血の有病率は 2006 年の 14%から 2008 年には 4%にまで減少した。
- ・ マラリアによる入院患者数は 2001 年から 2008 年の間に 61%減少した。同時期に、マラリアによる死亡数は 66%引き下げられた。低下率は 2001 年から 2003 年までがわずか 2%だったのに対し、2003 年から 2006 年には 30%になった。

図 2.14 ザンビアにおけるマラリア感染の有病率の年間傾向、マラリアを起因とする死亡と貧血の有病率(2001-2007年)



103. 2 地域での調査による 5 歳未満の幼児の貧血およびマラリア有病率、ザンビア保健医療施設データによる死亡率の動向を図 2.14 で示す。

104. **サントメプリンシペ** アフリカの 2 つの小さな島からなるサントメプリンシペはマラリアを根絶に向けた最終段階にまで減少させている。世界基金はサントメプリンシペの取り組みへの支援を続けている。支援総額は 760 万ドルであり、そのうち 480 万ドルが 2009 年末までに拠出されている。達成された成果と効果は以下である。

- ・ 第一選択処方として ACT を 2003 年に導入
- ・ IRS の高い普及率 (2007 年時点で 70% から 80%)
- ・ 妊婦と 5 歳未満幼児への ITN 配布に取り組み、2007 年時点で最低 1 つの ITN がある世

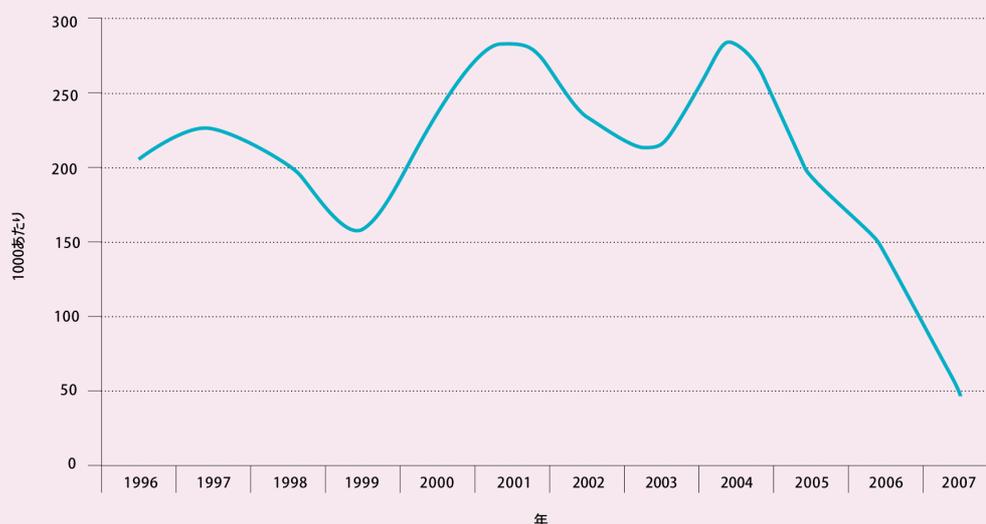
帯は全体の 78.3%

- ITN を使用する子どもの割合の増加 : 1996 年の 1% から 2004 年には 40%、さらに 2005 年には 57.9% へ上昇
- マラリア死亡率の 98% 低下 (2004 年の 10 万人あたり 116 から、2007 年 10 万人あたり 2 にまで低下)、そして、マラリア罹患率 95% の低下 (2004 年の 10 万人あたり 465 人から 2007 年 10 万人あたり 22 人まで)

105. ナミビア ナミビアはマラリア根絶に向けた最終段階に今にも突入しそうな数少ない南アフリカの国の 1 つである。マラリア対策に対して承認されている支援総額 2270 万ドルのうち、2009 年末までに 1470 万ドルが支払われている。世界基金の支援を活用し、国家マラリア対策プログラムは以下の成果を実現した。

- 2008 年の IRS の人口カバー率 52%
- 2005 年から 2008 年の間におよそ 60 万張、2009 年にはさらに 15 万 1000 張の持続性殺虫剤処理蚊帳 (LLIN) の配布
- 第一選択処方として ACT を 2005 年に導入
- マラリア罹患率 (図 2.15 参照) と死亡率の急激な減少

図 2.15 ナミビアのマラリア罹患率の傾向(1996-2007年)

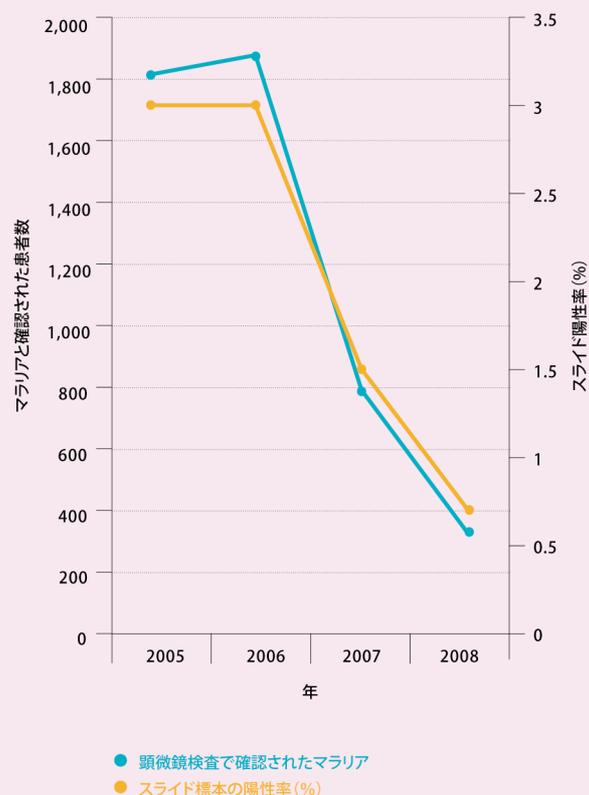


106. ルワンダ 2006 年、ルワンダ保健省は LLIN と ACT の大規模な拡充を始めた。承認されているマラリア対策への総額 1 億 311 万ドルのうち、2009 年末時点で 1 億 750 万ドル

が拠出されている。対策施行によりマラリア患者は急激に減少し、他の健康上の問題に対処する医療施設のキャパシティを拡大させた。医療施設からのデータによると、2007年のマラリア入院患者は、2001年から2006年までの年平均に比べ56%減少した。他方、他の疾病治療に病院のベッドが利用できるようになったため、2007年の非マラリア入院患者には59%の増加が見られた。

107. **ブータン** ブータンのマラリア対策は世界基金による支援の恩恵を受けており、承認総額380万ドルのうち、2009年末時点で310万ドルが拠出されている。これは対策普及率向上を支援したが、サービスにアクセスできない僻地への対策提供ははまだ課題として残されている。2009年末までに、世界基金の支援によって11万張のITNが配布され、IRSが8300軒の住居に対して行われた。データが確認できるマラリア罹患率は、2005年から2008年の間に急激に減少している（図2.16参照）。また、マラリア罹患率および死亡率はそれぞれ20%、28%下がっている。

図 2.16 ブータンのマラリア罹患率(2005-2008年)



### ボックス 2.3 グラントパフォーマンスのランク付けと拠出における意思決定の方法

世界基金は、HIV、結核、およびマラリアの蔓延抑制においてインパクトを得ることができ、確実な資金拠出となるように、パフォーマンスにもとづいて決定する。パフォーマンスベースの資金拠出モデルにのっとり、世界基金事務局はグラントパフォーマンスを評価し、拠出決定にこの評価の結果を結びつける。

2008年に世界基金は新しいグラントパフォーマンス評価基準と拠出決定方法を導入した。その目的は以下の通りである。1) グラントパフォーマンスの首尾一貫した評価  
2) グラントパフォーマンスと拠出決定との関連性の強化

この方法は以下の主要な2段階を経る。

**1、パフォーマンスのランク付け** グラントのパフォーマンスのランク付けは以下に基づいている。1) 指標に基づき約束された期間内の目標に対する全体的な進捗状況 2) マネージングパフォーマンスの査定 (M&E、財務管理とシステム、医薬品と医療用品、そしてプログラム管理といった部門を特に評価する) プログラムに基づいた実績は、グラントパフォーマンスのランク付けにおいて何より重要である。しかし、プログラムのパフォーマンスに基づくこの初期段階のランク付けは、決定的な管理問題によって、軽視される可能性もある (例: 不十分なデータ精度、調達の遅れ、および不適格な支出)。

A1	A2	B1	B2	C
期待以上	期待に沿う	十分	不十分ではあるが、説明を聞く余地あり	不受理
>100%	100-90%	60-89%	30-59%	<30%

グラントの更新時点で、プログラムの達成目標に向けたインパクトに関する証拠が提示されるならば、グラントパフォーマンスのランク付けは向上する可能性もある。インパクトは有病率、罹患率および死亡率の変化によって厳密に定義される。

**2、拠出額の決定** 各パフォーマンスの格付け区分(A1、A2、B1、B2、C)では、参考となる拠出範囲が成果と世界基金による資金拠出の関係性を保証するために計算されている。しかし、これらの支出範囲はあくまで参考で、拠出決定のための「出発点」としての意味をもっている。結局、最終的な拠出額は以下に基づいて決められている。1) 総合的なグラントパフォーマンス 2) 環境要因 (不可抗力、政治的及び市民社会の問題など) 3) 予算消化能力を考えての真の予算の必要性 4) 管理能力の弱点対策に必要なアクション

## 2.5 パフォーマンス・ベースによる資金拠出の成果

108. 世界基金支援プログラムのパフォーマンスは、それぞれの状況に合わせて各国が設定した、野心的かつ現実的な目標に対して測定される。パフォーマンス内容の審査は資金拠出のたびに行われ、また成果やインパクトを含めるより総合的な評価については案件施行2年目までに行われる。パフォーマンス・ベースの資金拠出は、ドナーや各国から援助効果

向上の核をなすものとして合意された「成果のための運営」という世界基金の基本原則に基づいて行われる。

109. この節では3つの領域におけるパフォーマンス・ベースの資金拠出の成果を評価する。つまり、全体的なプログラム・パフォーマンス (2.5.1 参照)、プログラム・パフォーマンスから学ぶこと (2.5.2 参照)、コストパフォーマンスへの貢献 (2.5.3 参照) の3領域である。

## 2.5.1 全体的なプログラム・パフォーマンス

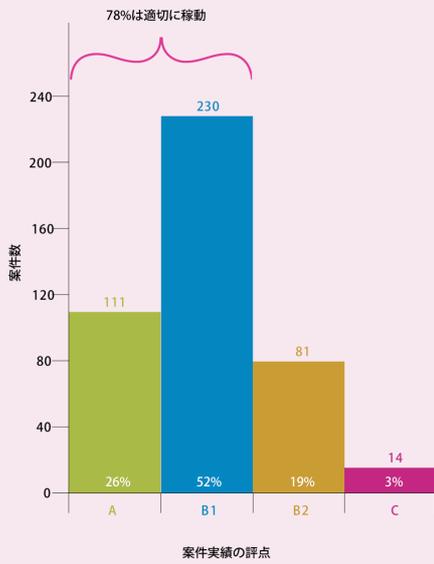
110. 2009年までに、436案件が第2年次のプログラム施行に向けた更なる資金拠出に関する審査を受けた。全体のうち78%の案件のパフォーマンスは良好と判断された (A もしくは B1 と評価、詳細については図 2.3 を参照)。19%のパフォーマンスは不十分と評価されたが、見込みはあり、強力な介入が必要である。これらの案件は B2 と格付けされた。3%は容認できないパフォーマンスを示しているとして、C と評価された (表 2.17 参照)。

111. **支援案件のパフォーマンスの傾向** 長年に渡る取り組みにより、「良好なパフォーマンス」である A もしくは B1 と評価される案件数が増加し、B2 もしくは C と評価される案件数は減少している。

112. **主要プログラム目標に対するパフォーマンス** 世界基金における10の主要プログラム目標 (表 2.19 参照) に照らしてみると、HIV 対策に関連して設定された4領域は平均してパフォーマンスがよいことがわかる。すなわち、ART の提供を受けている人口 (目標の99%を達成)、カウンセリング付き検査の提供を受けている人口 (122%を達成)、PMTCT を受けている人口 (84%を達成)、孤児やその他の恵まれない子供へのサポートの提供 (140%を達成) がその4領域である。結核対策のパフォーマンスも良好であり、DOTS 提供率は目標の101%を、MDR-TB 治療も84%まで達成されている。しかしマラリア対策は良好ではなく、ITN の配布は83%まで達成したものの、マラリア治療に関する目標には61%までしか届いていない。

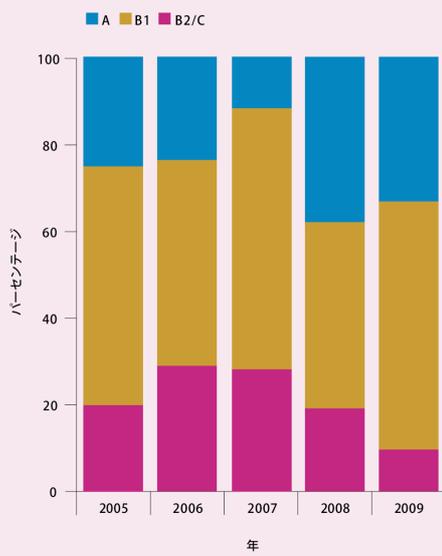
113. 現在、世界基金はマラリア対策プログラムと PMTCT プログラムのパフォーマンスを向上させるための取り組みを強化している。複数のパートナー団体と共に、PMTCT サービスの拡大を加速するための取り組みを行っている (詳細については 2.7 節を参照)。マラリア対策プログラムに関しては、世界基金は「マラリア治療薬購入促進機関 (AMFm—詳細については 4.4 節を参照)」を主宰し、またパートナーとともに高蔓延国における診断能力と発熱時の在宅での対策戦略施行を含めた、マラリア治療へのアクセス向上に向けたイニシアチブをとっている。

図 2.17 プログラム実績の累積分布 (2005-2009年)



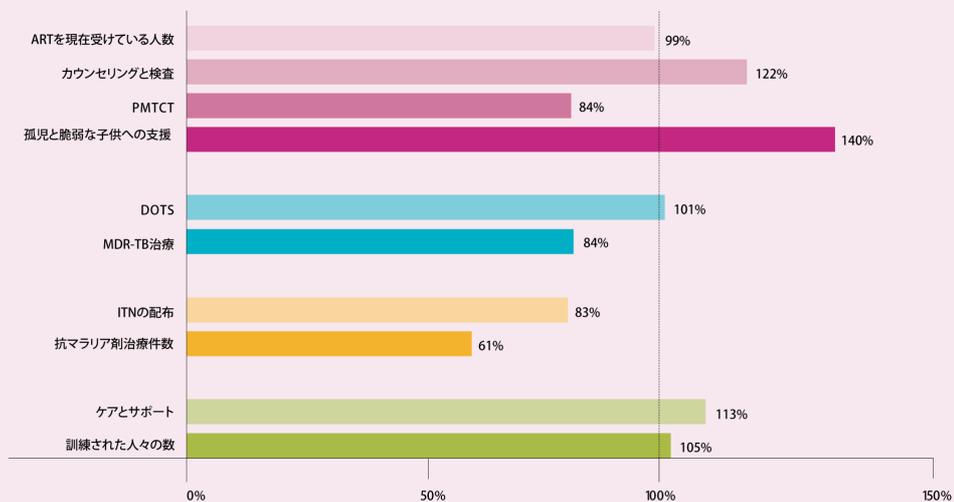
出典: 2005年から2009年12月の第2フェーズでの案件審査のための案件スコアカード [www.theglobalfund.org](http://www.theglobalfund.org)

図 2.18 第2フェーズ審査における年次ごとに見た案件実施の評点 (2005-2009年)



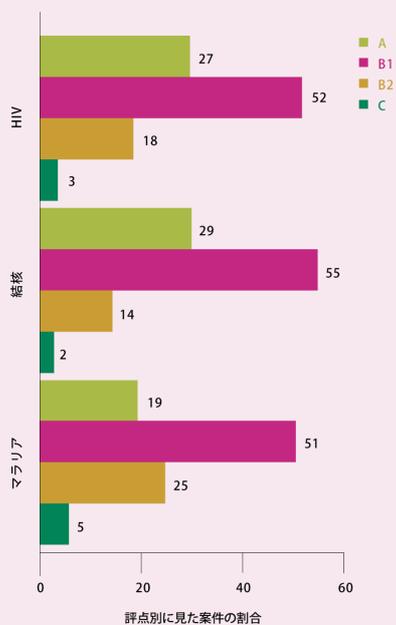
出典: 案件スコアカード [www.theglobalfund.org](http://www.theglobalfund.org)

図 2.19 全案件第 2 フェーズ審査における主要活動別目標達成率(累積)



注: 評価された案件は[www.theglobalfund.org](http://www.theglobalfund.org)

図 2.20 疾病別の案件実績、2009年末までの累計



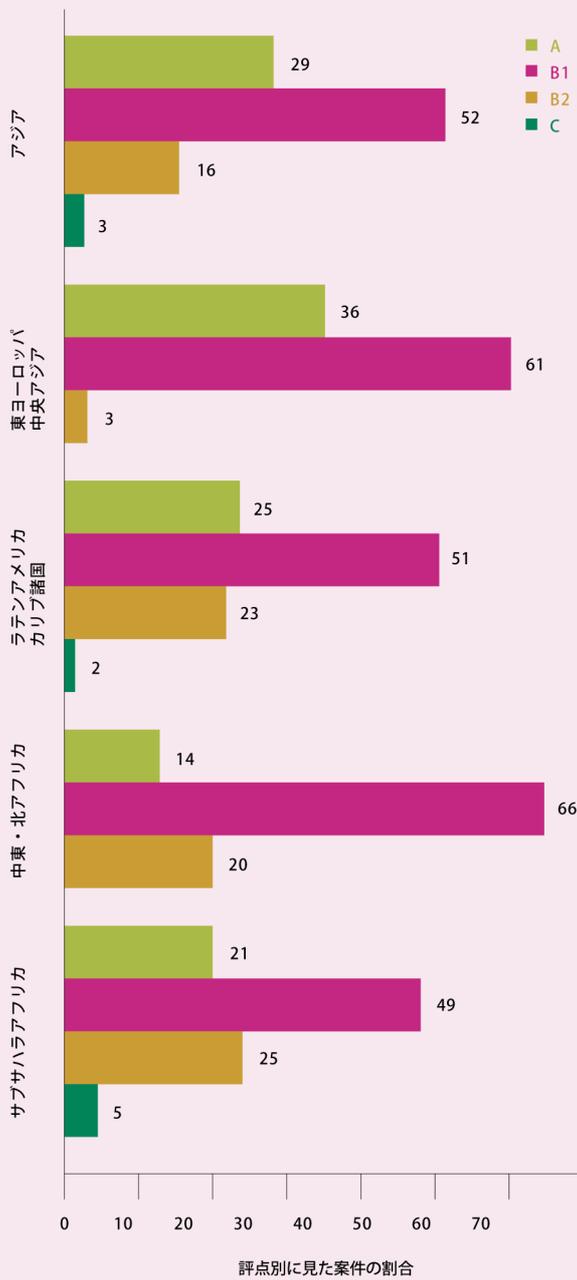
注: HIV/結核を含むHIVと統合、内容を強化するラウンド5の保健システム  
出典: 案件スコア, [www.theglobalfund.org](http://www.theglobalfund.org)

図 2.21 筆頭受け入れ機関の区分による案件実績と2009年末までの累計



出典: 案件スコア, [www.theglobalfund.org](http://www.theglobalfund.org)

図 2.22 地域別に見た案件の実績、2009年までの累計



出典：案件スコア、[www.theglobalfund.org](http://www.theglobalfund.org)

## 2.5.2 プログラム・パフォーマンスから学ぶこと：疾病被害、実施機関および地域による傾向

114. 世界基金は、疾病、PR、および地域別に傾向を分析し、パフォーマンス・ベースの資金拠出システムが、保健システムが脆弱な貧困国に不利な条件とならぬよう、支援案件の進捗状況を注意深く見守っている。

115. **疾病別のパフォーマンス** 結核対策案件（AもしくはB1評価の案件が84%）は、HIV対策（79%）とマラリア対策（70%）（表2.20参照）と比較して、ややよいパフォーマンス内容を示している。これは結核対策が多くの場合、各国ですでに20年以上施行されてきた国家戦略に則って施行されていることが起因していると考えられる。加えて、技術支援についての連携パートナーシップを活用して案件施行が行われている。WHOに設置されているストップ結核パートナーシップは、結核対策プログラムについて、国家結核戦略とよく協調した、かつ役割が明確化された包括的な技術支援を提供している。

116. **案件実施者によるパフォーマンス** 平均的にみて、リスクに直面する人々へサービスを提供する能力から勘案しても、市民社会組織によって管理される案件資金の84%は、AかB1と評価されている。政府がPRとして管理している案件資金の75%、およびUNDPが管理する資金の79%はAもしくはB1と評価されている（表2.21参照）。しかしUNDPにより資金管理される案件は通常現地機関の運営能力が低い不安定な国家にて施行されている点を指摘する必要がある。

117. **地域別にみたパフォーマンス** サブサハラアフリカにて施行される多くの案件の実施状況は70%がAもしくはB1と良好である。しかし地域によっては85%のプログラムがAかB1であると評価されるのに、サブサハラアフリカではB2ないしCという不良な実績の案件が他の地域と比較して最も高い30パーセントもある。（図2.22参照）。これらの違いについては現在世界基金事務局によって調査が進められており、施行状況の不十分な案件の支援強化のための取り組みが通知される予定である。

118. **脆弱な国家におけるパフォーマンス** 世界銀行によると、世界の48の脆弱な国家に、総人口約10億が居住している。2009年末までに、世界基金はこれらの国家に対し59億ドルを約束し（全体総額の41%）、うち40億ドルを拠出した。これらの国々におけるプログラムは、88万3000人のARTへのアクセスと、190万人の新規塗抹陽性結核患者の発見およびDOTSの提供、また6000万張のITNの提供を可能にした。これらの成果は世界基金全体としての成果の31から58%を占めるもので、提供資金額とほぼ比例している。

表 2.12 案件実績評価(2005-2009年)による第2フェーズでの資金再分配

案件実績評価	当初の第2フェーズ総額 (100万ドル)	中止決定率(%)	第2フェーズでの案件資金拋出 の削減 (百万ドル)	他の案件に再配分された資金 の割合(%)
A	1,644	0	135	8.2
B1	3,916	0	377	9.6
B2	1,327	5.0	361	27.2
C	108	59.1	82	76.1
全体	6,996	1.9	956	13.7

1. 実績と効率向上と中止決定による削減

注: 数字は四捨五入

119. 脆弱な国々における案件のパフォーマンスをみると、A もしくは B1 と評価される案件が 73%と、そのほかの国々の 82%よりもわずかに不十分というレベルの実績を挙げている。

120. **不十分なパフォーマンスから学ぶ** 不十分な案件パフォーマンスをみせる国々は、これまでのところ通常は原因となる問題の解決への対応を早急に行ってきた。「案件中止」に至った国でも、少数の例外を除いて急速な改善を見せその後新規により強力な案件への調印にこぎつけている。

121. 多くの開発資金拋出システムにおいて、問題が目に見えなかったり、もしくは解決が先延ばしにされる場合が多く、決定的な失敗が発生するまで対応策が講じられないことがある。世界基金によるパフォーマンス・ベースの資金拋出システムの有利な点は、問題が高い透明性によって早期に発見され、建設的に解決されることである。

### 2.5.3 パフォーマンス本位の資金提供のコストパフォーマンスに対する貢献

122. **第 2 フェーズの評価を通じてコストパフォーマンスを向上させる** すべての案件で開始時において一般的に第 1 フェーズと呼ばれる 2 年分の資金が供与される。国別調整メカニズム (CCM) はその後資金拋出の延長を要求し、世界基金理事会は目標と照らし合わせた詳細な評価を行い、手持ちの財源に応じて第 2 フェーズへの資金拋出継続を承認する。また第 2 フェーズにおける評価では、使用されなかった拋出金を明らかにし、先の 2

年間の案件施行において有効に活用されなかった資金について検討される。このような活動は、その後の活動期間における効率性をあげることに伴い、使われなかった資金の再分配をも可能にする。この過程のおかげで 2005 年から 2009 年 12 月にかけて（表 2.12 参照）、9 億 5000 万ドル以上が案件間の再分配に利用され、困っている人々のための新規プログラムや追加対策に活用された。

## 2.6 サービスへの公平なアクセスを確保

「世界基金は最も脆弱な人々に対して、HIV の問題をはっきりと知らせ、意識を高めさせるのに役立った。それはとりわけ偏見を和らげてくれた。」

マリエラ・カストロ  
国立性教育センター代表  
キューバ

123. 公平（図 2.4 参照）は、命を救うという世界基金のミッションに対する基本原理である。世界基金は、保健サービスへのアクセスの公平さを達成し、不公平が残っている地域における保健状態を改善するためのさまざまなアプローチを支援する。これらの取り組みについて以下を含めこの節にて詳細を述べる。

- ・ 国に対する援助決定の基準を病気の負担や収入レベルに合わせることによって資金支援における公平を促進する（2.6.1 参照）。
- ・ HIV、結核、マラリア対策を強化し、経済、社会、移住状況および地理的条件を問わず、すべての人に予防、治療、ケアサービスがいつでもどこでも利用できるようにする（2.6.2 参照）。
- ・ 女性や子ども、性的少数派、セックス・ワーカー、薬物注射を使用する人々やその他の病気の罹患率や有病率の高い、最も脆弱な人々やリスクの高い人々のグループのニーズに応えた具体的な戦略を施行する（2.6.3 参照）。
- ・ HIV 治療サービスとプライマリ・ケア・サービスを向上させるための人材やインフラ整備、リスクプーリングメカニズムに世界基金は投資し、サービスへのアクセス向上のための保健システム強化を支援する（2.6.4 参照）。
- ・ サービス提供者から伝統的に疎外されたりまたは無視されたりしてきた人々に対して、地域のサービスの需要を明らかにし、その利用を高めるよう、地域社会のシステムを強化する。（2.6.5 参照）。

### 2.6.1 国別および地域別にみた資金提供の公平

124. 供与決定の基準において、世界基金は以下の 2 点に大きな重点を置く。1) HIV、結

核、マラリアの負担状況 2) 1人あたりの国民総所得により測定される所得水準  
125. 今日まで世界基金が承認した案件の分析によれば、各地域への支援投資額は世界的な HIV、結核、マラリアの負担の分布と合致していることが分かった (表 2.23 参照)。

#### ボックス 2.4

##### 疾病負担における不公平

HIV、結核、マラリアはしばしば最も貧しくまた疎外された人々により大きな被害を与える。

アフリカには HIV の世界的被害の 80% が、またマラリア被害の 91% が集中している。三大感染症は不安定で紛争の影響を受けている地域に集中しており、他の発展途上地域よりもマラリアの死亡率は約 13 倍、HIV 感染率は 4 倍となっている。HIV、結核、マラリアはサブサハラアフリカの働き盛りの年齢層に偏った被害を与えており、出産年齢の女性の死因の 40% を占めている。HIV/エイズは妊娠出産に悪影響を及ぼしており、アフリカにおける妊産婦死亡の主要な原因となっている。マラリアと HIV はサブサハラアフリカの幼児死亡原因の 21% を占めており、世界の小児死亡全体の 45% がサブサハラアフリカで起きている。

男性同性愛者、トランスジェンダー、セックス・ワーカーや薬物注射を使用する人々は世界のすべての地域において非常に高い HIV 感染のリスクに直面している。リスクの高い行動に対するスティグマや差別、批判はこれらの人々への効果的な対策を妨げる。

HIV、結核、マラリアは低所得国の保健システムに集中的に被害を及ぼしている。最も貧しい国では、HIV は入院患者の 50% を、成人の外來患者の約半分を占めることもある。

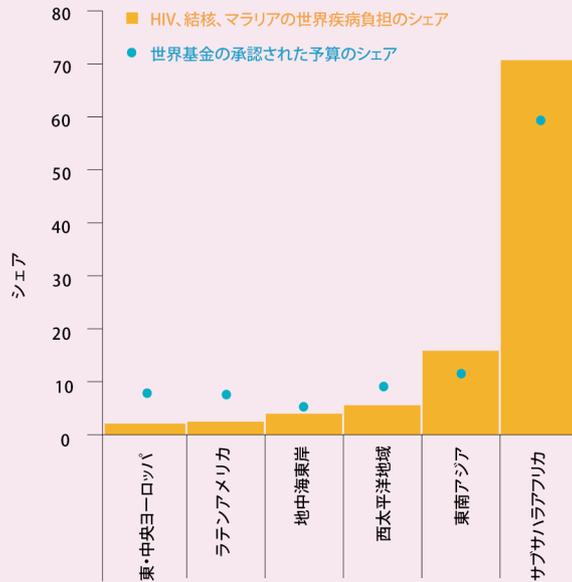
多くのアフリカ諸国において、ヘルスワーカー自身の健康状態悪化の主要な原因であり死亡原因ともなっているため、弱い保健システムへ二重の被害を与えている。アフリカ 6 カ国 (マラウイ、ジンバブエ、モザンビーク、ザンビア、レソト、中央アフリカ共和国) は成人の HIV 感染率が 10% を超えており、ヘルス・ワーカーの確保が危機的な状況にある。

## 2.6.2 すべての人々のアクセスを確保する

126. 必要なサービスの公平なアクセスを確保するための一つの方法は、必要としている人々すべてのアクセスを保証することである。ユニバーサル・アクセスの実現のためには、地方の住民や最も貧しい人々、囚人や拘留者、そのほかの脆弱で疎外された人々を含めたすべての人にとってプログラムがアクセス可能でなければならない。

127. 一部補助または無料の ART は、2002 年から 2006 年の間において、ルワンダ、ザンビアおよびタンザニアにおいて、一般の人々と HIV 陽性者の医療費負担の格差を著しく狭め、顕著な状況改善につながった。ザンビアでは、2002 年の段階の HIV 陽性者が必要とする医療費総額は一般の場合の 5 倍近かったが、2006 年にはわずか 23% 増に改善された。またルワンダでは 257% から 28% へ、タンザニアでは 136% から 75% へ改善された。

図 2.23 HIV、結核およびマラリアによる疾病負担 (2004年) および世界基金がラウンド1-9で承認した投資額、地域別



出典: 世界基金の承認済み予算案件、[www.theglobalfund.org](http://www.theglobalfund.org)

注: グラフ上の地域は正確に8つの世界基金の地域に対応してはいない。世界基金承認済み予算額はWHO地域の割りに基づいて推定した。

128. 世界基金は 2006 年に長期残効型の防虫剤含浸蚊帳 (LLIN) 340 万張を妊産婦と子どもへ無料配布したケニアの国家マラリア戦略を支援している。2004 年から 2005 年にかけてはわずか 7%子どもたちだけが ITN を使用していたが、2006 年から 2007 年には 67%にまで増加した。これらの子どものうち 2/3 は無料配布キャンペーンを通じて手に入れた蚊帳を使用していた。このキャンペーンは最も貧しい家庭の子どもたちを支援する点について成功したといえる。

### 2.6.3 最も影響を受けているコミュニティのニーズに応える戦略

129. 世界基金はその政策や案件承認において HIV、結核、マラリアにより最も影響を受け、また脆弱な人々のニーズを最優先する。2008 年から 2009 年にかけて世界基金は 2 つの補完的戦略を導入した。1 つは HIV、結核、マラリア対策においてジェンダーの平等を促進

する戦略（図 2.5 参照）、もう 1 つは男性同性愛者、トランスジェンダー、セックス・ワーカーなどの性的少数者のニーズに焦点を当てる戦略である。両戦略とも世界基金の案件手続きと政策決定構造に包括性と多様性をもたらし、またどちらの戦略も証拠と測定可能な成果に則った支援決定の重要性を強調するものである。

ボックス 2.5 世界基金支援案件のジェンダー配慮プログラム

各国は案件申請において疫学的かつ行動に基づいたデータを提出する必要があり、案件が影響を受けている人々を具体的にどのように支援できるかを示す必要がある。しかし、統計的に集められていないデータの使用可能性には限界があり、施行中の案件のすべてが、女性や影響をうけている人々が直面する不平等や障害に対応できているわけではない。例えば、ラウンド1-7にサブサハラアフリカで施行された211件の世界基金支援案件のうち大部分が、妊娠女性へのマラリア予防やHIV陽性の妊娠女性へのART予防など、女性や子どもへの焦点を含めた案件であった。しかし社会文化的な障壁への対策を含んだ案件は極めて少数であった。この問題の十分な認識の下、世界基金理事会は、長期間の取り組みが必要としてジェンダーに関する戦略を導入することを決定した。

ラウンド8と9における案件申請用紙とガイドラインが改善され、申請者はジェンダー平等の問題への対策を案件内容に組み込むことが求められた。ラウンド8への申請案件の67%が性と年齢についてのデータを提出した。ジェンダーに関する戦略の施行には、施行案件におけるジェンダー配慮プログラムの向上のための性に関するデータ分析が含まれた。世界基金事務局は案件審査においてどのプログラムがジェンダーと社会平等への取り組みを行うかの分析を行っている。

130. ラウンド 8-9 にかけて提出された HIV 関連の申請案件の 4/5 近くが、男性同性愛者、トランスジェンダー、また男性、女性、トランスジェンダーのセックス・ワーカーを対象にしたプログラムを最低でも 1 つは含んでいた。技術審査委員会によって推薦された案件のうち、ラウンド 8 では 74%が、ラウンド 9 では 87%が最低 1 つの、性に関連した、または性同一性に関連した要素を含んでいる。

131. スティグマと権利の拡大に関する問題に取り組む案件の申請数は増加している。全体的に見て、ラウンド 8 の申請案件の 25%、ラウンド 9 の 33%が、リスクのある人々に対するスティグマもしくは権利の拡大への取り組みを、最低でも 1 つ含んでいた。承認された案件のうち、ラウンド 8 では 13%だったこのような案件が、ラウンド 9 では 42%に増加している。

132. 表 2.13 では、ラウンド 8 とラウンド 9 で承認された、主要な健康問題をもつ人々へのニーズに応える案件の成功例を示している。一定の進展は見られるものの未だ多くの国において、より強い政治的な関与および世界基金やその他の関係機関による、より一層の継続的支援が、HIV 対策が最も必要としている人々に届けられるために必要とされている。

表 2.13 ラウンド8および9のいくつかの案件における平等の分析と提案された活動

感染者数	案件	感染の蔓延	案件で特定された課題	支援へのアクセスに関する公平さの向上に関するアクション
女性と女児	スワジランド (HIV, ラウンド8)	成人HIV有病率: ・女性: 31% ・男性: 20%	ジェンダーに基づく暴力	<ul style="list-style-type: none"> <li>・女性のための発覚後の予防</li> <li>・ジェンダー間の暴力被害者のためのシェルター</li> <li>・性と生殖に関するヘルスワーカーへのトレーニング</li> </ul>
			男性のHIV治療サービスへの低い参加	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地方のクリニックでのアウトリーチサービス・民間セクターを通しての無料ART</li> </ul>
	コートジボアール (HIV, ラウンド9)	成人HIV有病率: ・女性: 6.4% ・男性: 2.9%	<ul style="list-style-type: none"> <li>・HIVへの低い関心と対策普及の低さ</li> <li>・内紛後の性的暴力</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・コミュニティを通してのコンドームの無料配布</li> <li>・ジェンダーの暴力とHIVに関する医療従事者のトレーニング</li> <li>・女性へのHIV検査の定期的な提供とPMTCTサービスから妊婦ケアサイトへの統合</li> </ul>
セックスワーカー	コートジボアール (HIV, ラウンド9)	女性セックスワーカーのHIV有病率:44%	<ul style="list-style-type: none"> <li>・HIV感染の高い割合</li> <li>・医療サービスへの乏しいアクセス</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・移動診療所によるSTI検査と予防</li> <li>・セックスワーカーのHIVに関する関心の喚起と無知の減少</li> <li>・セックスワーカーのHIV陽性率調査</li> </ul>
男性と性的関係を持つ男性	タイ (HIV, ラウンド8)	男性と性的関係を持つ男性のHIV有病率: 8%-21%	フォーマルな医療システムへの乏しいアクセス	<ul style="list-style-type: none"> <li>・HIV予防と紹介のアウトリーチワーカーのトレーニングと仲間同士の教育</li> <li>・コミュニティ運営のセンターでの基本サービス内での安全な場所の設置</li> <li>・無料コンドームと潤滑剤</li> </ul>
			汚名と差別	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療従事者と警察官の関心喚起</li> </ul>
国内移住者	中国 (結核, ラウンド8)	結核有病率: 10万人中194人	低い結核発見率と出稼ぎ労働者による頻繁な移動	<ul style="list-style-type: none"> <li>・無料結核診断と治療</li> <li>・週末1日営業を含む長い営業時間の診療所</li> <li>・職場での治療サポート</li> </ul>
囚人	中国 (結核, ラウンド8)	塗抹陽性結核患者の発見率:77.81%	囚人内の高結核率	<ul style="list-style-type: none"> <li>・結核スクリーニングと治療サービスのための移動ユニット</li> <li>・保健省と法務省の協同による実行計画の発展</li> </ul>
難民と遊牧民を含む一般人口	ジブチ (マラリア, ラウンド9)	マラリアの高リスクの地域に住むジブチ人: 37%	<ul style="list-style-type: none"> <li>・気候条件と都市の発達、人口の移動によるマラリアの高リスク</li> <li>・マラリア予防と治療の低いカバレッジ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・コミュニティを通してのITNの無料提供</li> <li>・50%は女性であるパラメディカルと地域医療従事者の迅速な診断キットとトレーニング</li> <li>・遊牧民への仲間教育ワーカーを通じた関心の喚起</li> </ul>

出典：世界基金案件、[www.theglobalfund.org](http://www.theglobalfund.org)

表 2.14 マラウィの公的保健サービス部門の人的資源改善のための2008年世界基金の支援

人的資源	在職者数		2008年の世界基金支援
	2003	2008	
医師	90	177	160
看護師	1932	3185	3025
検査技師	76	143	143
補助衛生監視員	4324	10127	10127

出典：世界基金ポートフォリオサーベイ、2009 [www.theglobalfund.org](http://www.theglobalfund.org)

注：支援は給与、追加サラリー、インセンティブ

133. 薬物注射を使用する人々にとって、世界基金による危険低減プログラムは現在世界中でもっとも大きな取り組みとなっている。2008年に世界基金は、サブサハラアフリカ地域において薬物注射を使用する人々を対象とするプログラムを取り入れた、最初の案件を承認した。

134. 危険低減サービスへの資金支援に加え、国別調整メカニズム（CCM）と理事会へのより広範なステークホルダーの参加に向けた取り組みの一環として、世界基金では薬物使用者と政府側との対話の機会を提供した。政策形成の過程において、危険低減サービスを含め、世界基金は各国政府に対し、証拠に基づいたアプローチを採用するよう促してきた。中国やベトナムなど厳しい薬物取締法を有する国を含めて、現在48カ国が政策施行において危険低減を支援している。

#### 2.6.4 保健システムの強化

135. ユニバーサル・アクセスと公平を達成するためには、僻地の人々、疎外された人々、あるいは、犯罪者などを含めたすべての人々にサービスを提供できるよう、保健システムの強化に向けた取り組みが必要とされる。ジェンダーや社会文化、または民族の違いが原因として、保健サービスの利用やそれから受ける便益の不平等に深く結びついていることが多い。

##### ボックス 2.6 薬物注射を使用する人々への危険低減サービスの提供

世界中のHIV陽性者の10%が薬物注射を使用しているとみられ（330万人相当）アジアと東ヨーロッパの薬物使用者の感染率は50%に達する。アフリカでも新たなHIV感染経路として薬物使用の問題が拡大しており、モーリシャスではHIV感染理由の90%が薬物使用とされている。薬物注射を使用する人々のHIV感染拡大（肝炎や過剰投与などの他の問題を含め）を防止するためには、危険低減サービスの取り組みが不可欠である。また同時にこれらの取り組みは、薬物使用を抑え、犯罪発生率を低下させることにより社会全体へよい影響を与えることもできる。取り組みには、針や注射器に関するプログラムやアヘン類似物質置換療法などが含まれ、どちらの活動も薬物注射に関するHIV感染拡大防止に効果的という結果が示されている。しかし不平等な状況の改善が未だ遅れている国も多い。

世界基金は今日まで世界42カ国にて1億8000万ドルを危険低減サービスに投資してきた。このような活動を開始し、また拡大することにより、世界基金支援案件はHIV予防と治療におけるアクセスの不平等を軽減させることに取り組んできた。2009年末までに世界基金支援案件により1600万人のHIVへのリスクの高い人々が予防サービスの提供を受け、そのうちの最低100万人は薬物注射を使用する人々であった。東ヨーロッパおよびアジアにおける案件の受入国は、このようなりスク・グループの30%以上に支援を提供したと報告している。しかし取り組みは十分とはいえ、ARTへのアクセスには依然困難が伴う。

図 2.24 ルワンダの基本保健サービス提供施設の増加 (2001-2007年)

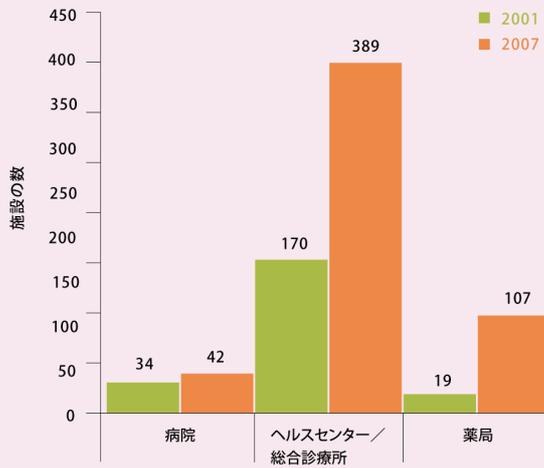


図 2.25 ルワンダの治療サービス活用状況(2001-2007年)

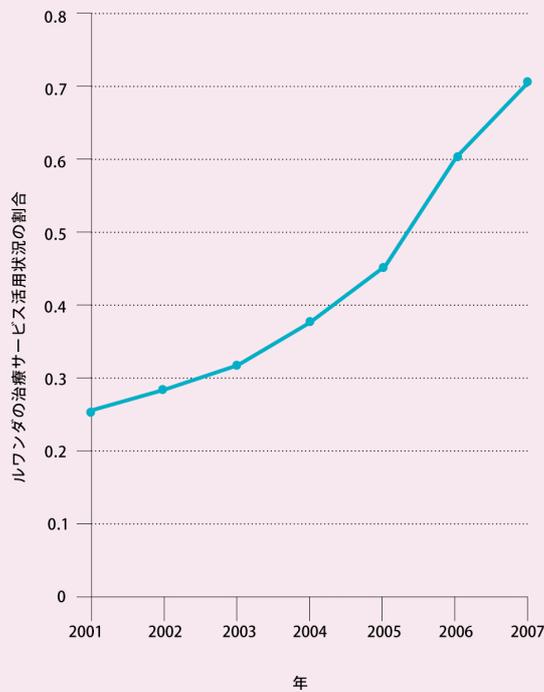


表 2.15 エチオピアでの保健サービス提供の向上 (2005-2008年)

サービス提供の指標	2005	2008
子どもの予防接種の割合 三種混合 (%)	70	82
はしか予防接種 (%)	61	76.6
保健の専門家立ち会いのもとでの出産 (%)	13	24.9
避妊している人の割合 (%)	25	56.2
ARTを受ける患者の数	20,000	132,000
ARTを受けてる女性と子どもの割合 (%)	25	55
首都以外でARTを受けている人の割合 (%)	35	75
屋内の残留噴霧が行われている範囲 (%)	7.3	51.4
ITNの利用されている範囲 (%)	15.8	71.3

136. **人材への投資** 低所得国で疾病対策を拡大するためには、人的資源の向上が不可欠である。優れた疾病対策プログラムは、三大感染症の負担を軽減することで保健システムへの負担を減らすことができる。サブサハラアフリカは、世界人口の 11%が居住し、疾病負担の 24%が集中しているにも関わらず、ヘルス・ワーカーは世界的に見て 3%しか存在しないという大きな課題を抱えている。妊産婦死亡率や幼児死亡率のような健康状態と、保健従事者の数、保健サービス普及率などの間には相関関係が見られる。世界基金は、就業前の研修、従業中の研修のいずれにも投資し、現有の労働力を最大限活用するための職務再配分を支援し、保健従事者やおよびコミュニティ・ワーカーのインフォーマルな組織作りを支援した。

137. 世界基金はルワンダにおける 5 年間 7780 万ドルの人材強化支援案件（給与と研修）を承認した。この投資は、2001 年から 2006 年にかけて政府と PEPFAR のような開発機関によって行われた取り組みを支援し、拡大する活動であった。この期間を通じて、性感染症（STI）に関するサービスを提供する機関の数が 133%増加するなど、基本的保健サービスを提供する機関の数は大幅に増加した（表 2.24 参照）。治療サービスの活用は 170%増加した（表 2.25 参照）。

138. マラウイは深刻な医療従事者不足に直面しているが、世界基金による支援を活用し、政府保健サービスにおける主要な人材の確保を行った（表 2.14 参照）。世界基金による財政支援は、医療従事者の採用、維持、派遣、事前および勤務中の研修に役立てられた。

139. マラウイの保健システムにおける人材不足という問題は、健康管理助手の活用という職務再配置により比較的短期間で部分的に軽減することができた。この世界基金支援の健康管理助手は、HIV 検査やカウンセリング・サービス、規則的受診の指導や ART の投薬などの在宅サービスの拡大に重大な役割を果たした（表 2.14 参照）。

140. **リスク・プール** 世界基金はリスクのプール（すなわち保健サービスへの支払い責任が個々に発生しないようにすること）について支援し、保健サービスへのアクセスの公平を向上させるよう取り組んでいる。リスク・プールをメカニズムがなければ、貧困層は医療サービス受けるために手持ちのお金を使い果たし、貧困を悪化させることに繋がる。

141. ルワンダでは、世界基金支援案件によって HIV と共に生きる人々や貧困者、孤児のための地域型の社会保険が設立された。この保険は約 290 万人の貧困者、52 万人の HIV と共に生きる人々、および 29 万 6000 人の孤児を支援した。地域病院での全体的な利用率は 2005 年の 35 パーセントから 2009 年 6 月には 68 パーセントまで増加した。

142. ペルーでは HIV 治療費の 90%近くが患者本人払いになっていたが、世界基金が 2004 年に国家 HIV 治療計画の立ち上げを支援した。この投資とその後の ART 提供の普及により、HIV 治療への自己負担額は 2007 年には総家計支出と比較してほとんど無視できる割合にまで低下した。ART を受ける人々の数は、2004 年の約 2000 人から 2006 年の末には 9400 人まで増加した。

### 2.6.5 コミュニティ・システムの強化

143. コミュニティと連携した疾病対策拡大は世界基金の目指す支援案件の基本である。コミュニティ・システムへの投資は、問題のある人々や地域の指導者との交渉、住民の意識の向上やサービス需要の動員、地域のニーズに合わせたプログラムの形成、サービスの行き届きにくい人々、高リスクで脆弱な人々などへサービスを提供すること、の取り組みを行う上で不可欠である。

144. エチオピアは世界基金の投資額から見て上位 5 カ国の 1 つであるが、国家保健拡大プログラムのもと、プライマリケア・インフラストラクチャーの強化と医療従事者数の拡大を加速させている。コミュニティから募集された 3 万人以上の保健拡大要員が、2004 年から 2009 年の間に訓練され、配置された。このプログラムは特に農村地域における HIV 対策とマラリア対策、およびリプロダクティブ・ヘルスと小児保健の分野の急速な拡大において重要な役割を果たした（表 2.15 参照）。

145. ラウンド 2 と 4 におけるエチオピアの HIV 対策案件では、約 6 万 4000 人のボランティアによるコミュニティ対話運動員の育成を支援し、各家庭と「kebeles」（ローカル・コミュニティ）の行動変容コミュニケーションを提供した。これらの運動員は医療サービス提供所の保健拡大要員と連携し、2007 年までに成人人口の 87 パーセント以上にサービスを提供した。このようなコミュニティの動員は、国内の 650 以上の保健医療施設での検査およびカウンセリングの拡大と、350 以上の診療所における性感染症の運営を可能にした。

146. また世界基金は、保健システムへ十分なアクセスを持たない人々に対してコミュニティがサービス範囲を広げるのを支援した。カンボジアでは、この資金のおかげでクメール HIV/エイズ NGO 連合が、HIV と共に生きる人々への在宅ケアや孤児などの脆弱な子どもたちへの支援提供のため地域組織に対して財政的、技術的および能力強化に関する取り組みの援助を行うことができるようになった。この経験はカンボジアの初めての男性同性愛者ネットワークを含め、その後の案件を通して男性同性愛者や薬物注射使用者に対する HIV 対策の現場での活動の拡大に応用されている。

## 2.7 課題

147. これらの成果は大幅な進展を示すものではあるが、克服すべき課題も多く残されている。今後投資額の急速な増加があれば、これらの課題の少なくともいくつかは克服することができる。世界基金によるこれまでの拠出案件の半数が 2008 年から 2009 年にかけて拠出されたものであり、現場で効果をあらわし始めているプログラムを後押しし、また今後数年のうちに具体的な成果が出てくるであろう。しかし、ユニバーサル・アクセスに関する目標の達成のためにはまだ多くの取り組みが必要とされる。

148. 多くの国の ART への現在のアクセス状況は、ユニバーサル・アクセスのレベルからは大きく離れていると言わざるを得ない。低中所得国における推定 ART 普及率は 2008 年に 42%を達成した。地域により普及率は異なり、ラテンアメリカとカリブ海地域が最も高い 54%、中東と北アフリカ地域は 14%と最も低い値となった。WHO による新しい治療方針は、HIV と共に暮らす人々に早期の段階から治療を提供することを推奨しており、世界的に治療が必要な人々の数は増加すると考えられる。加えて、治療薬のレジメンの変更はコストの上昇に繋がる可能性があり、対策強化はさらに高価なものになると想定される。

149. HIV 予防に関する普及率も、特に HIV 感染に対する高リスク・グループを中心として、非常に低い状態から進展していない。2009 年ユニバーサル・アクセス進捗報告書でも強調されたように、これらのグループは技術的、法的、社会文化的要因からヘルスケア・サー

ビスへのアクセスが限られる状態が続いている。低中所得国においては、平均 37.5%の薬物注射使用者、27%の男性同性愛者、56%のセックス・ワーカーのみが過去 12 カ月に HIV 予防のためのプログラムによる支援を受けたに過ぎない。予防は継続的な HIV 対策を行う上での前提条件であり、包括的かつ科学的根拠に基づく予防プログラムの大幅な拡大が必要である。

150. しかし、最もリスクが高いグループに対する治療のアクセスの障害や、ART と薬物依存症治療サービスの統合の不備、結核/HIV 二重感染や差別、イデオロギー的障害（特に危険低減プログラムの拡大に関して）、証拠に基づいた介入を制限する法律や警察の慣行、および刑務所内における予防と治療サービスへの制限など、問題に対する適切な対応の欠如により、予防と治療プログラムの一層の拡大には大きな課題が残されている。

151. PMTCT の普及は上昇しているが、依然としてニーズと目標には達成していない。世界基金は、UNAIDS、UNICEF および WHO などの技術的パートナーと連携し、2010 年から 2011 年にかけて PMTCT プログラムを集中的に拡大する。2009 年 9 月の国連総会にてフランス大統領夫人カーラ・ブルーニ（母子の HIV 予防対策に関する世界基金特別大使）は世界の指導者に向け、今後 18 カ月で効果的な ART を受ける HIV 陽性の妊娠女性の数を倍増させるよう取り組みを求めた。

152. HIV の蔓延は特にサブサハラアフリカ諸国における結核問題を急激に悪化させ、現在も重大な課題が残されている。その中でも深刻なのは、サブサハラアフリカにおける結核と HIV の二重感染の問題と、特に東ヨーロッパとアジア地域における多剤耐性結核（MDR-TB）の問題である。最新の世界的推定値では、結核/HIV 二重感染者数は 137 万人、MDR-TB は 50 万人とされているが、対策の普及は非常に低く、わずか 15%の HIV 陽性結核患者のみがコトリモキサゾールの予防投与を受けていると推定される。過去 5 年間で世界基金が承認した案件において、結核/HIV 二重感染対策を含むものは増加しているが、結核と HIV 対策プログラムにはより一層の連携強化が求められている。

153. MDR-TB は治療が難しくまた高価であり、公衆衛生における深刻な問題となっている。世界基金は MDR-TB 対策における主要なドナーであり、中・低所得国における国際的財政支援の大部分を占めている。世界基金案件申請が可能な MDR-TB 高蔓延国 24 カ国において、世界基金は 23 カ国で MDR-TB 関連の対策事業を支援している。この取り組みが急速な治療拡大につながったが、推定 50 万人とされる MDR-TB 患者のうち、2009 年に治療されたのは 3 万 6500 人に留まっており、一層の取り組みが求められる。

154. マラリアに関しては、多くの国において品質保証されたマラリア診断キットの使用が急速に広がっており、必要のない治療薬の使用が減少している。世界基金が大規模な投資を行っているアンゴラ、ブルンジ、赤道ギニア共和国、ガボン、リベリア、マダガスカル、ニジェール、ルワンダおよびセネガルにおいて 50%以上のマラリアが疑われるケースで、診断が導入されている。しかし、蔓延国の多くの子どもたちに未だ供与できていないアルテミシニン誘導体多剤併用療法（ACT）へのアクセスの増加と診断能力向上は重要な点であり、課題として残されている。

155. 各国の保健情報システムと M&E 活動については、質と適時性の観点から依然として大幅な改善が必要とされている。

156. 三大感染症対策への取り組みは、関係団体によって設定された主要な国際目標（図 2.2 参照）の達成へ貢献しているかについて、厳重に監視されている。現在の活動に加えて、ギャップを認識するために今後の達成状況を予測する取り組みも行われている。表 2.16 は ART、結核の患者発見、ITN 配布の 3 サービスにおける、国際目標に向けた現在の取り組みと 2012 年に向けた予測を示している。

157. 世界基金支援案件による HIV 対策プログラムは、2012 年までに ART の提供を 390 万人に増加するという野心的な目標を立てている。しかし国際的には治療を必要としている人の数は ART の拡大よりも早いスピードで増加している。国際および各国レベルの治療プロトコルによって、早期の治療開始が推奨されており、また新規の薬剤レジメンの導入によるコストの上昇も予想されている。

158. 2009 年末の累計総数が 600 万件である世界基金支援案件による新規塗抹陽性結核患者の発見と治療は、2012 年までに国際目標の 54%である 1010 万人に増加すると推定され、大きな貢献がなされると考えられる。しかし MDR-TB と結核/HIV 二重感染への対策が全ての国において主要な課題として残されている。

159. 世界基金支援案件により設定されている ITN 配布目標はより野心的であり、2012 年までに現在の倍以上である 2 億 3000 万張の提供を目指している。これらのうち、1 億 2500 万張はサブサハラアフリカにて供与され、ロール・バック・マラリア・パートナーシップによる、サブサハラアフリカの最もリスクのある人々の 80%をカバーするという目標の 93%を達成することとなる。しかし長期使用が可能な ITN も将来的には交換が必要となるため、各国はいつ、どこでどのように交換に関わる活動を行うことが適切か慎重に計画する必要がある。世界基金と関係組織はマラリア予防の取り組みを拡大、継続することが必要とされている。

160. 国際目標を達成するためには、必要とする人々に ART を供給し、効果的に結核の治療を行い（MDR-TB への治療を含む）、効果的なマラリアの診断と薬剤へのアクセスを増加させるために、各国による一層の努力が必要とされている。

161. HIV、結核、マラリア対策プログラムの拡大、また保健関連の MDGs 達成においても、保健システムの弱さは依然主要な問題である。保健システム強化のために一層の投資が必要とされていることについては世界の指導者が同意しており、2008年9月に設立された保健システムのための革新的資金調達に関するハイレベル・タスクフォースにおいて、貧しい国々が保健分野の MDGs を達成するため、現在の必要資金のギャップに対応し、新たな対策資金を確保するための概要が示された。推奨案のひとつは世界基金、ワクチンと予防接種のための世界同盟（GAVI）、世界銀行とその他の関係団体が保健システムに関する共同プラットフォームを形成することであり、現在 WHO により準備が進められている（第4章 4.4 を参照）。

162. 21世紀の最初の10年間の終わりが近づくにあたり、MDGs 達成のために、国際的および各国での取り組みに向けていっそう弾みをつけることが求められている。過去8年間の世界基金パートナーシップによる達成を通じて、多くの学びがあり、また新しい手法が導入されたが、取り組むべき課題は依然として大きいといえる。

表 2.16 2009年の世界基金と世界の成果、及び2012年の国際達成目標の推定

	ARTを受けている人々	喀痰塗抹陽性結核患者の累積数	ITNの配布
<b>2009</b>			
国際目標に基づいて行われたプロジェクトの成果	9.7 百万	12.5 百万	124.6 百万 (サブサハラアフリカ)
世界基金の成果	2.5 百万	6 百万	104 百万 72.5 百万 (サブサハラアフリカ)
世界基金の貢献	26%	48%	58% (サブサハラアフリカ)
<b>2012</b>			
国際目標に基づいて行われたプロジェクトの成果	11.9 百万	18.8 百万	134.5 百万
世界基金の目標	3.9 百万	10.1 百万	230 百万 (全ての地域) 125 百万
世界基金の貢献	33%	54%	93% (サブサハラアフリカ)

注：世界基金が出している数字は他からも共同資金拠出されたサービスや物資提供を含む場合もある。ARTの国際的な指標は現在治療を受けている人々である。世界基金では累積合計は不明。結核とITNに関しては、世界基金が累積結果を集めて報告している。

### 3. 有効性の向上

「現在、開発への最も大きい挑戦の1つは、どう国々を  
運転席に座らせるかということであり、世界基金は  
まさに実際に国々を運転席に座らせる団体なのです」

JOY PHUMAPHI  
元ボツワナ保健大臣、世界銀行副総裁

1. 世界基金は、効果的かつ効率的に主要な疾病に立ち向かう国に支援を提供するように設計された。本章はパートナーとの仕事やその国のプログラムに対するグラントを含めた世界基金の効果に焦点をあてている。需要主導のアプローチの一部として、世界基金は国のオーナーシップに基づく解決策を支持しており、そのなかで地元のレシピエントはプログラムを運営する最も適切な方法を見出す。保健政策のためにより多くの資金を動員することに加えて、世界基金は、保健と開発成果を改善するために責任をもって投資しなければならない。

2. 効果を絶えず向上させるために、世界基金は投資の際に 2 つの重点分野に焦点を当ててきた。それは援助効果を最適化することと、金額に見合う価値を獲得することである。

3. 組織のパフォーマンスからグラントの進捗レビューまで、世界基金はその活動の中に援助効果の原則を統合し、支援するプログラムすべてにおいて援助効果を測定している。

4. 2009 年に、金額に見合う価値を示した枠組みが導入された。それは世界基金における効率性の向上をめざすためである。すなわち運営費の節約とグラントの予算編成、実施、および調達における効率性向上といった明確なターゲットを掲げて、グラント策定及びサービスの提供における世界基金の資金拠出の効率を高めるためである。

## 3.1 援助効果

### 3.1.1 援助効果の増進

5. 世界基金は援助効果についてパリ宣言 2005 とアクラ行動指針 2008 に基づき行動している。パリ宣言には 5 つの主要な原則がある。1) 対策計画の設計と実施国の主体性 2) 国の優先施策とシステムとの整合性 3) ドナー貢献の調和 4) 結果の管理監督 5) 相互の説明責任 これらはすべて世界基金の原則に沿ったものである (図 1.2 参照)

6. パリ宣言に照らして 2008 年に実施された独立の評価とパリ宣言モニタリングラウンド 2007 (表 3.1 参照) への参加に基づいて、世界基金は、2009 年に援助効果を上げるために以下の 3 つの計画を実施した。

- ・組織の主要業績評価指標の一部として援助の効果を含めたグラントポートフォリオの援助効果を毎年モニタリングすることを制度化する。
- ・援助効果が確実に案件の運営に取り込まれるようにすべく、国のプログラムへの還元と支援を体系的に行う。;

- ・ 援助効果レビューはパフォーマンスに依拠した資金提供の不可欠の要素である。目下、各案件は改善のために必要な措置を見極めるため、第 2 フェーズ案件更新プロセスにおいて援助効果の評価を受けているところである。これらのアクションの詳細は以下の通り。

7. **援助効果についてのモニタリング** 世界基金は、経済協力開発機構（OECD）によって作成されたプロセスと方法論を活用して、2005 年、2007 年そして 2009 年（2008 年会計年度）にパリ宣言における約束の進捗状況の評価した（表 3.1 参照）。

8. 表 3.1 のスコアカードは、世界基金が 2010 年に OECD との 13 の援助効果目標に関する進捗状況を示している。6 つの目標はすでに達成され、1 つはほぼ達成、3 つは手の届く範囲にきている。しかし、他の 3 つの目標については、その達成のために更なる改善が必要である。つまり、他のドナーとの協調、国の予算へ援助計画を登載すること、計画通りの援助計画の登載、である。

表 3.1 世界基金の援助 援助効果のスコアカード

パリ宣言の原則	指標	2005年 (N=32)	2007年 (N=54)	2008年 (N=54)	2010年 達成目標	2010年達成 目標に対する 2008年達成度
オーナーシップと連携	国家予算に登録された援助	15%	23%	29%	85%	34%
	カントリーサイクルにそったグラント	62%	62%	75%	90%	83%
	公的財務管理システムを使った援助	39%	39%	42%	59%	71%
	国家調達システムを使った援助	33%	56%	87%	55%	>100%
	並行実施ユニットを行う国々 <sup>1</sup>	16%	13%	0%	5%	>100%
援助は予測可能であり、付帯条件はない。	予定された支出に対する実際の割合	90%	95%	106%	95%	>100%
	計画された登録済み援助	16%	30%	29%	60%	48%
	付帯条件なしの援助	100%	100%	100%	100%	100%
パートナーとの協調	プログラムベースアプローチの支援で提供された援助 <sup>2</sup>	74%	68%	79%	66%	>100%
	他のドナーとのジョイントミッション	15%	14%	14%	40%	36%
	他のドナーとのジョイント分析レポート	50%	22%	33%	50%	65%
結果と説明責任の管理	透明性と監視可能なパフォーマンスフレームワークのあるグラント	100%	100%	100%	100%	100%
	国家M&Eシステムに沿った案件	73%	82%	84%	90%	94%

色凡例: オレンジ: 2008年時点で2010年目標の30-59%達成、青: 2008年時点で2010年目標の60-89%達成、緑: 2008年時点で2010年目標の89%以上達成

- 1.この指標は並行実施ユニットの数を減らすためである。 目標は並行実施ユニットを行う国を5%以下にすることである。
- 2.UNDPおよび他の多国間援助機関の援助を除く

9. 援助効果における世界基金の強みは、国の M&E システムと結びついた成果本位でプログラムを運営するパフォーマンスベースの資金提供、透明性のあるパフォーマンスの枠組

みを通じた強力な国の説明責任、そしてより少数の並行する実施機関によるプログラムに基づくアプローチにある。

10. 進歩が著しくない3つの目標では、国の予算の中で援助の位置づけに特に注意が向けられなければならない。2008年、85パーセントの目標と比べて29パーセントしか世界基金からの援助を国の予算で登載されていない。これは実施国の財務省と保健省とのコミュニケーションが十分でないことが原因である。

11. **プログラムの関係機関に情報還元を行うこと** モニターしているデータは、プログラムの関係機関に還元し、援助効果を向上させるための国のイニシアチブを積極的に支持するために使われる。例えば、ルワンダでは、世界基金とCCMが国の監査手順がなぜ用いられていなかったかをはっきりさせるために被援助国主導のモニタリング演習を行った。そしてその結果、実施協定を変更する機会を政府に提供した。

12. 実施国は、援助の透明性を促進させることに関心を示している。被援助国主導のイニシアチブに対し、世界基金は援助の報告を改善するためにブルキナファソ、カンボジア、マラウィとルワンダのPRと協同してすでに受け取った資金や次の会計年度で予想される資金に関する情報を財務省庁に提供した。

13. **援助効果をパフォーマンス・ベースの資金提供に統合する** ラウンド8以降、世界基金の申請書の様式と作成要綱は、援助効果の重視を反映すべく、資金供給したプロジェクトとの連携をいかに改善するかガイダンスを提供している。その上、技術審査委員会（TRP）は、案件申請の検討の手引きとして援助効果のモニタリング結果を用いる。世界基金は、第2フェーズの評価（案件更新プロセスの詳細は、付録2を参照）の一部として、援助効果支援ツールをさらに導入した。

14. 案件更新のプロセスの一部として、事務局は5つのパリ宣言の原則に基づいて案件効果を分析する。このレビューには第2フェーズの実施計画が紹介されている。32のグラントが2009年5月から12月にレビューされた。ここでは、国の予算の中に世界基金の資金を含ませること、国の会計報告書に受け取った資金を登載すること、国の財政サイクルに案件を連携させるなどといった、国のレベルでの透明性と連携の改善に主な焦点をあてている。

### 3.1.2 援助効果を向上させる政策調整

15. 2009年、世界基金は国レベルにおける援助効果を向上させるように政策を調整した。1)

国のプログラムの給与調整 2) 国のシステムと予算サイクルに沿った整合性の調整 3) 世界基金の資金提供の透明性と説明責任の向上  
これらの変化は以下で説明されている。

16. **国のプログラム給与の調整** ヘルスワーカーと他の国内のプログラムスタッフの報酬のための対応策は、2009年に設計され実行された。国々は、現在、給与がどうすれば国家レベルもしくは関連諸機関の基準と調和するかについて、申請書のなかでその根拠を示すよう要請されている。

17. **国のシステムとサイクルの整合性** 既存の国家サイクルと世界基金の資金提供の調整を推進するためのフレームワークが、とりわけ資金管理と結果報告のために作成されている。また、それは調達、資金管理およびM&Eのための国のシステムの活用促進を支援している。

ボックス 3.1  
世界的対話への貢献

世界基金は、主要な国際開発ドナー間でバリ宣言に対する最善の実践と対応を共有するためにグローバル・プログラム・ラーニング・グループを召集している（2006年に設立）。メンバーには、GAVI Alliance、教育ファスト・トラック・イニシアティブ（Fast Track Initiative for Education）、地球環境ファシリテーター（GEF：the Global Environment Facility）、国際農業研究協議グループ（CGIAR：Consultative Group on International Agricultural Research）、シティ・アライアンス、PEPFARが含まれ、ヘルス・メトリクス・ネットワーク（HMN：Health Metrics Network）とビル・メリンダ・ゲイツ財団からは追加的インプットも得ている。総体的に見て、これらの構成員は世界の開発財源のかなりの部分に貢献しており、バリ原則を実質的に推進したのも彼らであった。特に国の主体性と成果のための管理という原則を促進した。このグループはさまざまな行き方のモデルの長所と短所を明らかにし、また援助効果を改善することをお互いに学ぶためにフォーラムを開いている。個々の構成員のプログラムの事業計画に加えて、このラーニング・グループは、2009年～2010年共同事業計画をもっている。その5つのプライオリティー分野は以下の通りである。  
1.財務の透明性と予見可能性 2.モニタリング 3.成果とインパクト 4.オーナーシップと連携 5.革新 ラーニング・グループは、これらのプライオリティーを援助効果に関するOECDのワーキングチームへ提出するための措置について、2009年12月に中間報告をした。

18. **国の予算に対する世界基金の資金提供の財務的透明性と説明責任の改善** 政府保健セクターのレシピエント、計画当局、財政当局のコミュニケーションと情報の共有を強化するためのガイドラインが、国々で援助報告を改善するために用いられている。

19. 結論として、世界基金は2009年に、援助効果を促進する国際的な動きの中で積極的な働きをした。そして世界基金自身のプロセスについても、申請から案件更新の段階にいた

るまで援助効果を促進した（図 3.1 参照）。引き続き国の主体性尊重の原則に基づき、世界基金は国レベルでの活動を強化し、2011 年に取り入れられる新しいグラント構造の中で、ポートフォリオに更なる援助効果の改良と政策調整を導入するだろう（新しいグラント構造の詳しい情報に関しては、4.4 節を参照）。

表 3.2 お金の価値を高めるための世界基金の対策例

対策	指標	2009 目標	2009 結果
組織 事務局の効率的な管理	事務局運営費用 (現地監査機関費用含む)	・被援助国での総拠出額の10%以下と グラントの3%以下の管理	・被援助国での総拠出額の5.3%、と グラントの2.2%の管理
ポートフォリオマネジメント: 予算編成 ・新規支援決定に伴う技術審査パネル と事務局の予算審査と調整 ・継続資金供与の評価中の予算審査と 調整 ・支援終了時の未使用の基金の返金	・グラント予算の効率的な節減	・ラウンド8支援合意: 理事会承認額の 10% ・継続資金供与: 要請額の10% ・支援終了: 83百万ドル	・ラウンド8支援合意: 13% (403百万ドル) ・継続資金供与: 7.4% (79百万ドル) ・支援終了: 被支援国家で177百万ドル 以上
ポートフォリオマネジメント: 実績 ・第2フェーズにおける実績に基づく資金 提供 ・第2フェーズ審査での予算見直しと調整	・関連するオリジナル案件に対し高い実 績評価 (A レート) と低い実績評価 (B2 または C レート) 間の配分の違い ・第2フェーズ予算の効率的な節減	・高い実績と低い実績の案件間の違い: 30% ・当初要請額に対する予算削減: 23.5% (実績に基づく+効率的な節減)	・高い実績と低い実績の案件間の違い: 26% ・当初要請額に対する予算削減: 22% (317百万ドル) (実績に基づく+効率的 な節減)
ポートフォリオマネジメント: 調達 ・価格と品質レポーティング	・全ての案件は価格と品質レポーティン グシステムに報告 ・自発的にプールされた物資	価格と品質のレポーティング: グラント の100%	・価格と品質のレポーティング: グラントの88% ・自発的にプールされた調達: 34国が 登録し、271百万ドルが支払われた。
対策	指標	2009 目標	2009 結果
サービスの提供 ・プログラムの所定の測定とキーとなる 介入のユニットコストのレポーティング の推進 (パートナーとの)	・ARVユニットプライス (第一選択成人投薬計画) ・LLIN 単価 ・許容範囲内でDOTSにより治療が成功 した患者のユニットコストが報告され た被支援国家1	・ARVユニット価格: 5%年間減少 ・LLIN 単価: 5%年間減少 ・許容範囲内でDOTSにより治療が成功 した患者のユニットコストの5%の年 次増加。	・中間ARV単価188ドル (第一選択成人 投薬計画) (基準値) ・中間LLIN単価5.3ドル (基準値) ・82%の結核高蔓延国で許容域内で DOTSにより治療が成功した患者の ユニットコストを持つ。

1 DOTSの患者一人の治療に対するコスト(2009)低所得国: <340ドル、低所得国: <420ドル、高所得国: <1,250ドル

## 3.2 金額に見合う価値の向上

20. 資金提供のあらゆる段階で、金額に見合う価値を保証することは最優先であり、これはドナーや直接プログラム・サービスの利益を得る人々にわたっていえることである。これは、事務局内での資源活用を改善し、実施レベルで高効率を実践するプログラム・マネージャーを配置することによって達成される。国家的、国際的なパートナーと共に、世界基

金は、各国が費用を比較して、効率性向上を追求することができるように、サービス提供単価を日常的に測定することを推進した。金額に見合う価値を向上させるために実施された対策の例は表 3.2 にリストアップされている。

**21. 制度レベルで金額に見合う価値を高める** 世界基金のすべてのドルが国のプログラムに資金拠出されている。基金のカントリーオフィスは存在しない。そして、世界銀行の信託口座で得られた利息は、世界基金事務局の運営費とローカル・ファンド・エージェント (LFA) の報酬に当てられる (LFA の役割の記述に関しては、付録 2 を参照)。2009 年の管理費用は、世界基金の総費用の 5.3 パーセント未満であった (表 3.2 参照)。計画、管理、および諸経費が、2008 年に報告された費用の 12 パーセントを占めた。

**22. 金額に見合う価値を高める：ポートフォリオの管理** グラント管理のモデルは、予算審査、パフォーマンス・ベースの資金拠出、および効率的な調達を通して国のプログラムにおける金額に見合った価値を達成するように設計されている。

**23. グラント予算での金額に見合う価値** 提案を評価する際に、TRP は、介入の選択が、証拠に基いているかどうか、金額に見合う優れた価値を提示しているかを評価する。ラウンド 8 以降、TRP は、費用効率の観点から大きな提案の予算を精査するよう外部の財務評価を要求している。ラウンド 8 で承認された 3 つの提案では、そのような評価で 1 億 9000 万ドルの出費を削減した。ラウンド 9 では、すべての申請から 1 億ドルを超える予算が見直され、そしてこの評価は真正の評価プロセスの一部として続けられている。

**24. 供与案件交渉は、基準となる単価比較によって、予算の見直しとより効率的なプログラムになるようにする場である。** 2009 年 12 月までは、承認されたラウンド 8 資金の 85 パーセントの供与案件に署名がされたが、このプロセスは、サービス提供対象への影響を最小に抑えつつ、ラウンドで申請された予算と比較して 13 パーセント (4 億 300 万ドル) の総合的な効率向上をもたらした。ポートフォリオによって異なるが、大部分の案件で 2~20 パーセントの節約がみられた。

**25. パフォーマンス・ベースの資金提供** 各案件について 2 年ごとに行われる包括的 2 フェーズパフォーマンス・レビューは、成果とインパクトに関して、実績の乏しい案件から優れた案件への基金の再配分を、また効率を上げる方途を見つけることを可能にする。

**26. 2005 年から 2008 年の 11 月にかけて、十分にプログラムが実行されていないものの資金のうち 12 パーセントが、第 2 フェーズの見直しの際に減らされ、うまくいっている案件に割り当てられた。** 2009 年は、第 2 フェーズで明らかにされた効率向上による利益は、

効率により強い焦点を当てた結果、第2フェーズの申請原案（3億1700万ドル）の約22パーセントに達した。同様に、資金継続制度（RCC）で承認された案件では、平均7.4パーセントの節約を実現した。結果として、2009年だけで案件の効率向上による節約で9億7000万ドル以上が浮き、他のプログラムへの再投資に充てられた。

27. **調達** グラント費用の約39パーセントは、薬と他の保健関連製品を調達するために使用されている。

28. グラントのレシピエントは、品質の確保された可能な限り安価な薬を調達するために透明性のある競争プロセスを経ることが要求されている（小規模か緊急の場合を除いて）。また、主要な製品（ARV、マラリア、結核薬、ITN、コンドーム、および簡易診断キット）の価格情報を報告するよう求めている。それは、WHOの公的にアクセスできるグローバルな価格を報告するメカニズムにリンクしている。これらの公的にアクセスできるデータベースで簡単に価格比較ができる。そして、価格について交渉するためにレシピエントにさらに情報と影響力を与える。

#### ボックス 3.2

##### 国家プログラムによるサービス価格設定を支援するために技術的なパートナーと協働する

世界基金は、各国がHIV、結核、マラリアにおける主要なサービスの効率と効果を測るための標準的な方法を開発し、それを促進している。データ収集と分析のための国内の技術支援とならんで、費用設定基準の作成はWHOやPEPFARといったパートナーと共に行われる。2009年と2010年は、ART、DOTS、ITN配給における単価測定に焦点があてられた。すべてのサービスにおける共通のアプローチの一環として、費用測定は既存の国のM&Eシステムに組み込まれた。ARTに関して、基本的な費用としての国家プログラムレベルの経費設定は、WHOのHIV/エイズ部門とUNAIDSの指導の下、HIVの高蔓延国20カ国で試験的に行われた。そして、PEPFARからの支援も受けた。例えば薬、ラボの必需品、保健スタッフの費用といった、効率に影響を与えやすい主な経費決定要因に焦点が当てられる。DOTSに関して、世界基金は、2002年に始められたWHOのストップ結核部に対する各国の国家予算・支出報告の更なる改善を支援している。これにはいくつかの国々で実施されたボトムアップの費用設定に対するトップダウンの費用設定方式の正当化などが含まれる。従来のITNやLLINに関しては、各国のマラリアプログラムが毎年WHOの世界マラリアプログラムに提出する質問紙に財務報告が含まれている。配布される蚊帳の数とともに、2010年からは支出データがあればITNの単位配布経費の計算が可能になった。すべてのサービスに関していえば、国レベルのデータは、特別費用調査による詳細なデータ、世界価格報告と世界基金価格・品質報告制度から得られた調達価格レポート、そして世界基金の強化財務報告によるグラントごとの支出調査記録の3つが参考にされる。

29. 世界基金支援プログラムは、全体で見ると価格と市場力学に影響を及ぼす可能性がある。2009年6月の任意一括調達制度の発足で、国は一括購入基金にアクセスして、PRに大きな購買力を獲得させることができるようになった（詳細は4.4節を参照）。LLINや一次ARVなどと同様のサービス価格は、法人の主要業績評価指標の一部として続けられている（2009

年現在)。年間 5 パーセント減少の目標はこれらの両項目のために設定された。

**30. 金額に見合う価値を増やすこと：サービスのレベル** 技術的なパートナーとともに、世界基金は、重要な HIV、結核とマラリアに関する対策サービスを届ける一人あたりのコスト、または単価の標準化された測定値の報告を始めた（図 3.2 参照）。単価の分析と基準設定はプログラム・マネージャーに何が単価を決めるのかを理解させ、彼らが効率改善の利得をつかむことができるようにする。サービス単価はサービス品質と保健に関するデータと関連している。それによってプログラムの費用対効果の評価の基礎を築く。

### 3.3 プログラムにおける主要介入の単価

31. 定期的にプログラムに基づいたコストの効率性を改善することに加えて、世界基金は、どこでコストの効率性が改善されたかを明らかにするために、DOTS、ART と LLIN の単価をモニターしている。世界基金のポートフォリオすべてにわたるコストは表 3.3 に記載されている。

#### 3.3.1 DOTS：ストップ結核戦略の基盤

32. 国の結核プログラムが報告している年間の支出は、患者ごとの DOTS にかかるコストが国民所得レベル（図 3.1）によって著しく異なることを示している。特にプログラムスタッフの給与や入院治療の費用を含んだ結核対策におけるコストは、国の一人当たりの所得水準と強く結びついているからである。22 の結核高負担国中、全体的に見て 2006 年から 2008 年にかけて、患者一人あたりの DOTS コストの中央値は 173 ドル（四分位範囲（IQR）：140 ドル～283 ドル）であった。

33. プログラム経費の分布は、国の間で大幅にばらついている。大部分の国では、一般的な保健サービスの利用（入院患者も外来患者も結核プログラムに特化していない施設を利用している）が患者ごとの DOTS コストの最も主要な部分を占め、比率の中央値は 29 パーセントとなっている。

34. 2003 年と 2008 年の間、患者一人あたりの DOTS コストはほとんどの国で毎年変動した。一部ではプログラム費用の変化のため、著しく投資コストが増えた。例えば、2003 年、エチオピアは、かなりの資本財を購入するのに世界基金の開始時支援制度を利用した。一般に、患者一人あたりの費用は、22 ヶ国でわずかに毎年増加する傾向があった。1 年あたりの増加幅の中央値は 4% である。

35. これらの単価は世界基金事務局によって国や TRP に報告され、国々に効率性向上の余地のある分野を認識させるための基準設定の実践訓練として使われる。大きなばらつきがプログラム経費の改善余地のあることを示している。とくに サービス提供の経費にそれが見られる。

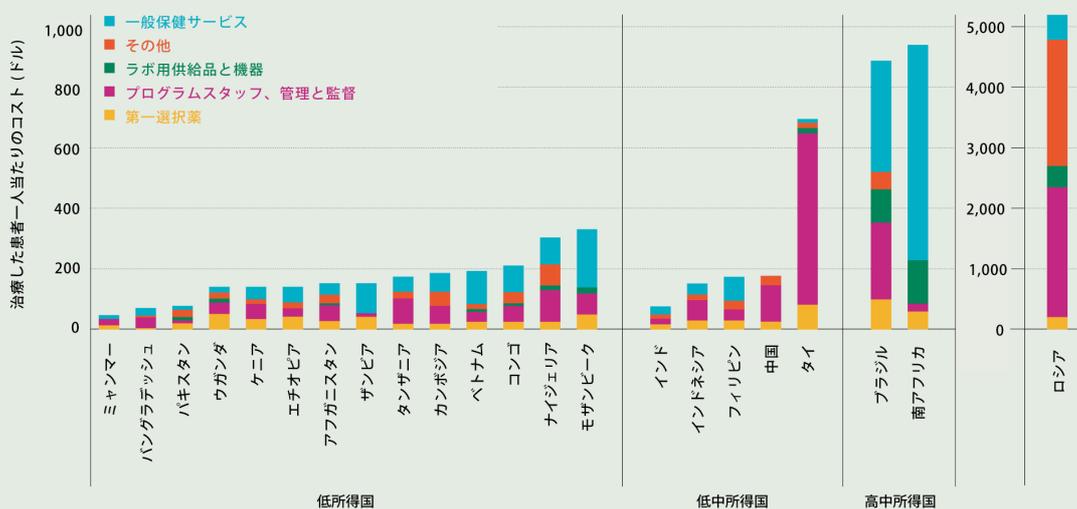
表 3.3 世界基金プログラム（2008）の介入のユニットコスト当初見積もり

サービスとユニットコスト	国民所得レベルとユニットコストの見積もり(ドル)		
LLIN マラリアの危機に曝されている人々や家族への配給	全所得 <sup>1</sup>	7.3	(6.8-7.8)
DOTS 結核患者一人当たり	低所得	150	(138-191)
	低中所得	173	(151-177)
	高中所得	1,023	(956-3,148)
ART 年間一人当たり(第一選択薬)	低所得	526	(513-543)
	低中所得	645	(627-675)
	高中所得	740	(699-763)
ART 年間一人当たり(第二選択薬)	低所得	1,220	(1,197-1,339)
	低中所得	1,626	(1,391-2,086)
	高中所得	2,939	(2,159-4,607)

予想ユニットコストは、中央値と四分位範囲である。国民所得レベルは、2007年の世界銀行リスト・オブ・エコノミーズに基づいている。

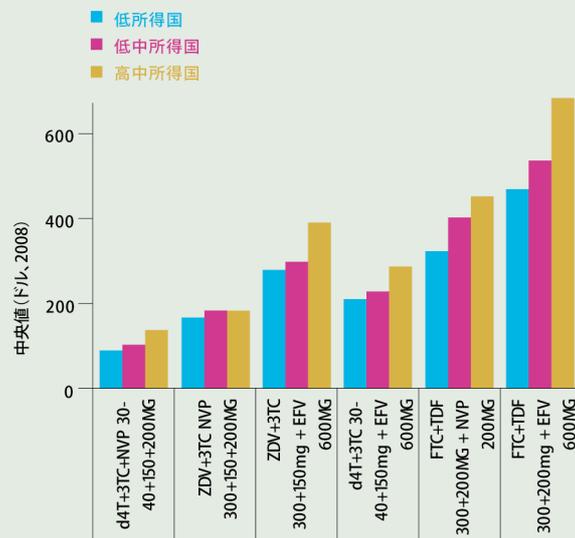
1 LLINIに関しては、各国の所得レベルによって変化に制限がある。

図 3.1 治療した患者一人当たりの国家のDOTS費用



注：治療した患者一人当たりのコストは、結核患者の総数（2006-2008年の平均で塗抹陽性患者、陰性患者の両方を含む）でその国で報告された結核に関する支出を割って出したものである。22の結核高蔓延国にこのようなデータがあり、この22カ国は世界の結核の80%を占めている。これら全ての国々が世界基金から結核に関するグラントを受けている。それぞれの推定では、WHOのストップ結核部は追加的な経費を出しており、その内容は一般的な保健サービス（入院と外来）に関する平均的な支出である。そしてそれを治療費に上乗せしている。WHOの調査からそれぞれの国々の推定値が出されている。MDR-TBと結核/HIVの治療の支出は、これらの単価の推定に含まれていない。国民所得レベルは2008年世界銀行のリスト・オブ・エコノミーズを基にしている。

図 3.2 国民所得レベル別成人ARV第一選択薬に支払われた価格



価格は世界基金支援の103カ国の中央値、ただし財源(世界基金、国の自己負担、PEPPER、その他)のいかんに関わらず国家エイズ対策の報告する調達分を含む。2006年から2008年にかけて、処方是最小4カ国、最大70カ国からの発注件数総数8,069件、総額614百万ドル分のデータについてみた。国の所得水準は2008年世界銀行経済表に基づく。UNAIDSの国別ART治療患者推計数に比して、これらの調達報告は2008年末までの低および中所得国における第一次ARV総調達量推定67%をカバーしている。

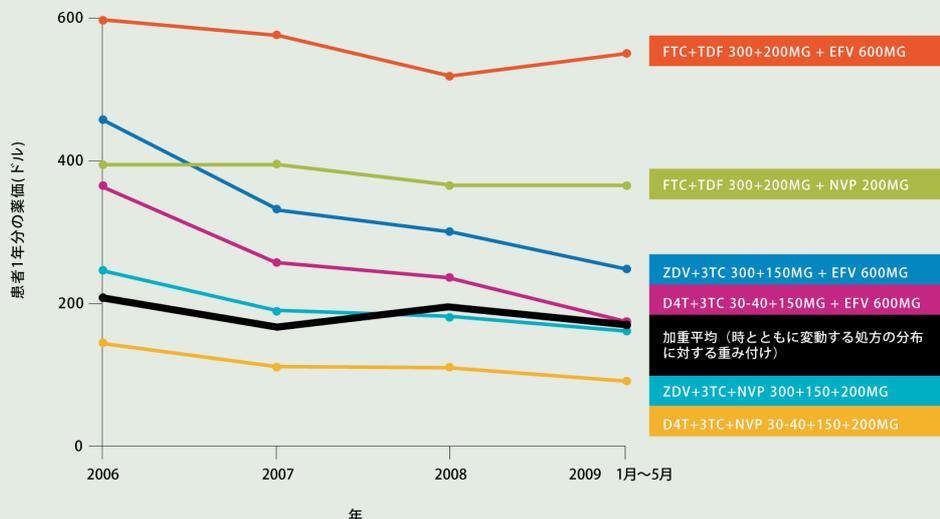
各国が報告する価格は輸送、保険、取り扱い経費等に応じてばらつくが、報告システムではこれらのさまざまな価格要素を区別していない。それゆえ、この分析では国ごとに異なる定義に対する調整はしていないが、その額は価格の15%に達する可能性がある。

### 3.3.2 抗レトロウイルス療法： 成人の第一次治療の費用

36. ART コストに関するデータを引き出すため、世界基金は、国が支払う ARV 薬の価格に最初に焦点を合わせる段階的方法を使用している。2010 年、ART 提供のため原価見積りを改善する必要があり、追加費用の構成要素、たとえばラボのサービスや保健従事者の配置などを、定期的に観測するアプローチを策定している。

37. 2008 年、世界基金のプログラムをもっているすべての国で一般的に使用された投薬計画の総合的な中央値は 188 ドル (IQR: 171 ドル~209 ドル) であった。国民所得レベル (図 3.2 参照) に応じて中央値は上がった。

図 3.3 低下傾向にある成人用第一次ARV剤の価格



注：平均値は6種の処方に対してそれらを使用する患者の2006年、2007年、2008年の世界分布に応じて重み付けしている（黒太線）。  
略語：3TC: ラミブジン; d4T: スタブジン; EFV: エファビレンツ; FTC: エムトリシタビン; NVP: ネビラビン; TDF: テノフォビル; ZDV: ジドブジン

38. すべての一次治療薬剤価格の中央値が2007年1月から2009年5月で、1年あたり換算で平均12パーセント下落した（図3.3参照）。これは、ARVの世界的需要が増加するのに応じて、国のプログラムが、より効率的にそれらを調達したことを示している。しかしながら、最も一般的なレジメンの価格がかなりばらついていることに注目することが重要である。その結果、実際のARVのコストは、異なったレジメンを使用する患者が何人いるかによってきまるということになる。2006年から2009年で、各国はWHOの治療方針2009に沿って、スタブジン（d4T）の使用を段階的に減らし、高価ではあるが、より効力のあるエファビレンツ+テノホビルベースのレジメンを使用しはじめた。その結果、個々の薬価が下がっているにもかかわらず、患者ごとの一次治療薬の平均的費用は変わらないままであった（図3.3参照）。

39. ARV薬価に加えて、ARTを施すために伴う他のコストは、ラボのサービス、医療スタッフ、インフラストラクチャ、M&E、プログラム管理、および間接費を含んでいる。2001年から2009年の間に行われたプログラムのいくつかを選び徹底的に費用調査を行ったところ、これらの経費が低所得国、低中所得国、高中所得国各々において1年で患者一人につき、およそ平均して350ドル、450ドル、500ドルであるとわかった。

40. これらの推定に基づいて、2008年、世界基金プログラムの一次ART全体の中央値は、患者一人当たり約588ドル（IQR：571ドル～609ドル）で、低所得国は526ドル、低中所得国は645ドル、高所得国は740ドルであった。

### 3.3.3 抗レトロウイルス療法：成人の第二次治療の費用

41. 開発援助と現在利用できる治療法の効果を改善するために、グラントの履行者は、一次治療に対するアドヒアランスに投資することを奨励されている。副作用があるかもしれない薬を毎日飲む治療法を規則的に続けることは、多くの課題を呈する。ARTを厳守せずに薬剤耐性が発生してしまえば、はるかに高価な二次治療が必要となる可能性がある。

42. 2008年に成人の治療に使われた6つの薬剤を投与する二次治療の経費の中央値は、2008年の各国の報告によると、患者1人あたり年982ドルであった。（IQR：858ドル～1,413ドル）。低所得国は870ドル、低中所得国1,176ドル、高所得国は2,439ドルである。

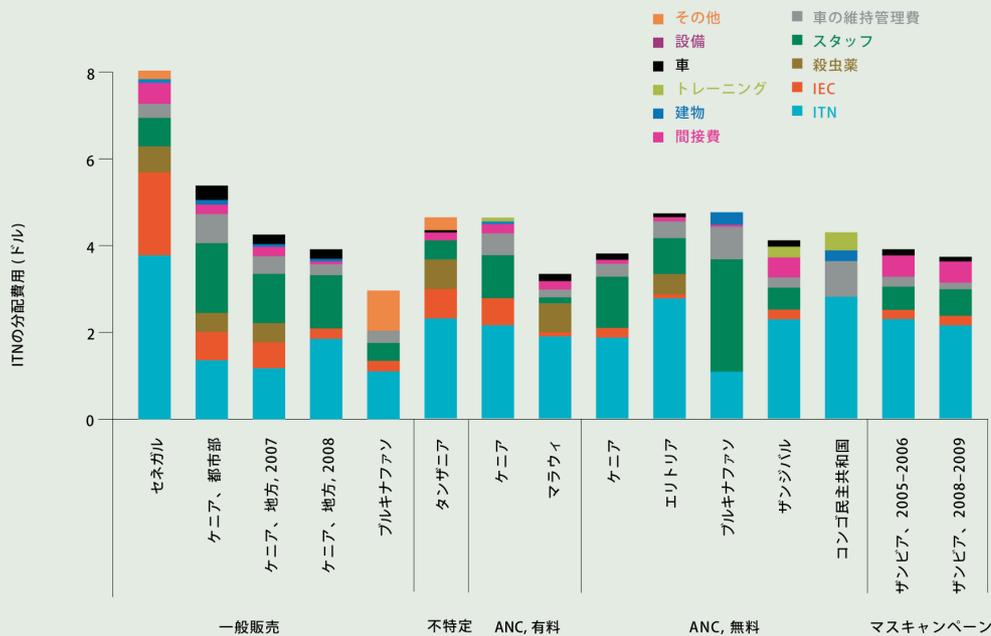
43. 薬以外の固定的費用が、一次治療の経費と同じであると仮定するならば、二次ARTを提供するための全費用は、患者あたり年およそ1,382ドルであった。（IQR：1,258ドル～1,813ドル）。

### 3.3.4 抗レトロウイルス療法：成人患者一人あたりの全体の平均費用

44. ARTを受けている成人患者の3パーセントが二次治療を必要とするならば、全体的な平均コストは患者あたり2008年は、およそ年間612ドル（IQR：591ドル～645ドル）となる。これらの予測は、2001年HIV／エイズに関する誓約宣言（国連エイズ特別総会）の進捗状況を示した2007年の各国のHIVプログラムレポートによって報告されている支出データと一致している。

45. 国連エイズ特別総会のレポートに含まれていた費用は、プログラム実施期間と規模がARTの患者一人当たりの費用に影響することを示唆している。そして、そのことはHIV予防サービスについても示された。患者数が少ない国ほど、単価がより高い傾向がある。これは、薬価格と諸経費は調達量が多くなる中で低下する傾向があるという事実と同様に、治療する患者が少ないARTプログラムの初期段階には大きな投資コスト（インフラストラクチャ、研修、および設備）を必要とするという事実を反映していると思われる。

図 3.4 殺虫剤処理蚊帳 (ITN) (通常型および長期型) の配送方法別に見た配送価格



注：費用は1年間に換算した経済的費用を表す。

略語：ANC: 産科クリニック; IEC: 情報、教育、コミュニケーション; ITN: 殺虫剤浸漬蚊帳

### 3.3.5 従来のものと長期残効型蚊帳

46 各国のマラリアプログラムでは、2009 年から WHO の全世界マラリア計画に対して、サービス実施エリア別のプログラム支出をルーチンに報告することになった。このため、2010 年以降は ITN (薬剤浸漬蚊帳) の調達と分配のための単価計算ができることになる。以前は、支払われた ITN の価格が主要データで、それが主要な価格決定要因に関する情報であった。

47. LLIN の入手価格についての 55 カ国の報告によると、2004 年の 5.7 ドル (IQR : 5.2 ドル~7.0 ドル) から 2009 年の 5.3 ドル (IQR : 4.8 ドル~5.8 ドル) まで、中央値は減少した。殺虫剤による定期的な再処理が必要とされた従来の蚊帳の場合、2004 年から 2007 年にかけての全体の中央値が約 3.6 ドル (IQR : 2.2 ドル~5.4 ドル) とある価格レポートでは全体像がつかめなかった。従来の ITN の調達については、より費用対効果に優れた LLIN だけを分配するという WHO の勧告に沿って 2007 年以降まったく報告されなかった。これらの数字は 2004 年から 2009 年 11 月までの LLIN と従来の ITN への 5100 万張と 460 万張というそれぞれの購入に関する調達記録に基づいている。それらは、世界で購入され

た推定数の約 35 パーセントに及ぶ。

48. いくつかの詳細なプログラムレベルの原価計算によると、そのすべてがサブサハラアフリカで行われたものであるが、ITN の費用はそれ自体で最も重要な価格決定要因となっている。分配の経路による経費の違いはあまり見受けられなかった。分配、普及活動、およびプログラム管理などの他のコストは、分配された蚊帳あたり 2.0 ドル (IQR : 1.7 ドル～3.4 ドル、図 3.4 参照) が通常で上乗せされた。その結果、2008 年にサブサハラアフリカで分配された LLIN 経費の全体の中央値は約 7.3 ドル (IQR : 6.8 ドル～7.8 ドル) と見積もられた。

### 3.4 インパクトを最大にする：費用対効果と投資の経済便益

49. TRP による申請選択の段階から、国毎の費用効果評価を可能にするサービス単価の測定まで、世界基金は保健政策の成果を得るために、対策援助の費用対効果を最大にすることに努めている。研究と評価は、ITN、ACT、DOTS、および HIV 予防対策が、低中所得国で非常に費用対効果に優れていることを示している。多剤耐性結核 (MDR-TB) 治療と ART は、費用対効果があまりよくないにもかかわらず、包括的な対策にとっては不可欠である。また、現在最も費用対効果に優れた介入（例えば予防）に投資することによって、治療などのより高価な介入への必要性が将来減ることにより、長期的に資源を節約することも可能となる。

50. ITN、DOTS、および ART に関して、表 3.3 を見ると、世界基金の支援するそれらのサービスの推定単価は、費用対効果分析で使われた仮定と矛盾しないことがわかる。それによりほとんどの世界基金支援プログラムの費用対効果を確認した。

51. 保健関連 MDGs に貢献することに加えて、支援による介入は重要な副次的便益を国家経済にもたらしている。マクロ経済と保健の WHO 委員会は、保健分野への重要な投資が 1 年で行われた投資の 8 倍以上の直接的便益につながるだろうと予測している。HIV、結核、およびマラリアに対する投資便益は以下のものが考えられる。

- ・患者数と入院数の減少といった、有効な診断、予防、および治療による直接的保健分野の医療費の削減
- ・医療従事者の死亡率の低減、これらの病気の入院・外来患者からの負担の減少などによる保健システムへの負荷の長期にわたる削減
- ・例えば欠勤率の削減、職員募集経費の削減、生産性の向上、収入の増加といったミクロ経済的な貢献

・経済と人間開発へのマクロ経済的な貢献

52. 保健システムにおける直接節減は、個別疾病対策プログラムへの投資の成果である。例えば、南アフリカでは、ART へのアドヒアランス促進に応じて保健システムに対する毎月の費用が下がった。また例えば、効果的なマラリア予防は、たとえば世界基金が支援したルワンダやエチオピアでのプログラムにおいて、治療の需要を減らすことにつながった。

53. 効果的な疾病プログラムのより幅広い保健システムの便益には、入院・外来両部門での診療能力の拡大、医療従事者の労働能力の向上などがある。ルワンダでは、効果的マラリア予防がマラリアによる入院患者数の 56 パーセント削減をもたらし、病院のベッド数に余裕をもたらされた。マラウィにおける世界基金が支援する ART は、HIV 陽性の医療従事者の死亡を防ぐことで、保健システムに対して 1 週間あたり 1,000 人/日分以上の医療労働の寄与を行った。

54. ミクロ経済のレベルでは、疾病予防、特に ART とマラリア予防対策において費やされたドルが労働効率の向上、欠勤率の低下、雇用者に対しては募集再訓練の費用の削減といった形で経済的な便益をもたらした。例えば、カンボジアでは、無料 ART の急速な拡大がフルタイムで働く HIV 感染者の数を倍にした。マラウィでは、世界基金が支援する HIV プログラムの実施で、労働者の欠勤率は 40 パーセント下がり、2006 年 9 月末までには 1,850 人の教員の採用と確保ができた。

55. 公衆衛生への投資は、家庭を安定させることができる。ART は HIV 感染の親の命を延ばすことによって、子供を養育することができ、子どもたち（彼ら自身も ART によって助けられていることもある）を学校に通わせ続けることができる。毎年、インドでは、30 万人以上の子どもが、両親が結核になったために、家の仕事を手伝ったり、収入を得る仕事をするために学校をやめている。

56. 保健への投資による国へのマクロ経済的な見返りは非常に大きい。戦略的な保健への投資によって、国はそれぞれの経済開発に貢献し、かつ MDG 1（「極端な貧困と飢餓を根絶せよ」）に貢献する。国際比較調査とモデル研究から以下のことがわかった。

- ・マラリアは蔓延国で経済成長を最大 1.3 パーセント減少させる。
- ・エイズはサブサハラアフリカの HIV 高蔓延国で、経済成長率を最大で 2.6 パーセント下げる。
- ・ストップ結核のグローバルプランによる DOTS 実施の拡大は、22 の結核高蔓延国で、1 兆 6000 億ドルの経済便益をもたらす。サブサハラアフリカでは、HIV と結核の二重感染が引き起こす問題があるにもかかわらず、経済効果は 10 年で初期経費を 10 倍もしのぐ

ほどであった。インドにおける DOTS 展開の社会的便益は、国内総生産の 4 パーセントにあたりと推定される。

57. 戦略的な保健への投資によって、世界基金支援プログラムは、経済成長を促進させる可能性がある。長期的にみるとこの投資費用を部分的に、それどころか完全に補うことができるという結果も出ていて、基本的な費用対効果を越えた投資価値につながっていくというデータもある。

58. 世界基金の拠出の 50 パーセント以上がこの 2 年間で行われ、そして、最近の資金提供の協議（ラウンド 8、9）に対しては、各国ともいっそう包括的な対応を示している。投資が 2010 年から 2015 年までの間に実現されるにつれ、これらすべてのプログラムの全面的な経済面での見返りと開発便益は、ますます明らかになるだろう。

### 3.5 今後の展望：援助効果と金額に見合う価値を向上させ続ける

59. 援助効果と金額に見合う価値の両方に対する初期の評価のなかで、なにがプログラムの成果を改善する重要な機会になるかを見出すことができた。そして、世界基金とそのパートナーはそれらの分野での各国の対応を支援している。世界基金にとって、既存の M&E システムのなかに統合された、主要な対策の単価査定が今後ますます重要なものとなるであろう。

60. WHO が現在一次治療で推薦している、より効果的だがより高価な ART 治療の使用に各国がシフトするに従って、個々の薬の販売価格が下がっているにもかかわらず、ART 治療の一人当たりの費用はここ数年のうちに上がる可能性がある。二次治療の利用増大は、患者一人あたりの治療費の中央値に影響する可能性がある。この展望は、経費の評価をサービスの質と結び付けてある一定の介入または戦略が経費と健康に対する成果とによって正当化されるかどうかを判断することの重要性、そして一次治療へのアドヒアランスを改善させることを目的とした投資の重要性を強調している。

61. 国の結核プログラムの支出に関する報告によれば、DOTS で治療された患者一人あたりの費用にかなりのばらつきがあり（図 3.1 参照）、これはいくつかのより綿密な費用調査と一致している。国の所得水準のちがいがこれら単価のばらつきの一部の原因であるが、ほかに治療中の入院治療の利用が重要な決定要因となっていた。これはパートナーと実施者

との協働作業を通じて費用節約ができるよい手がかりとなるであろう。

62. ART と ITN に関しては、経費のばらつきの原因は未だ明らかではない。それにもかかわらず、薬剤物品の価格が国の所得水準によってばらついているという観察は、現地の賃金やプログラムの環境といった国によって異なる事情を考慮しながら、単価基準を慎重に追求していかなければならないということをすでに指し示している。

63. 単価の推定を注意深く利用することによって、サービスの提供の質や平等なアクセスを損なうことなく、国や援助の受入機関、世界基金事務局が、サービスの経費を比較したり、条件が似通った国で達成した水準まで費用を削減することによって投資価値を改善することができるようになる。これは次には、プログラム・マネージャーと PR が、予防・治療・ケアサービスの持続可能なパッケージを開発することができるようになり、最終的には保健政策のためにより多くの資金を調達することと、一定の資金で多くの保健成果を獲得することが可能になる。

## 4. 学び、そして革新する

「世界基金は、私たちがパートナーシップを創り出す場としてだけではなく、私たちが実際に学んだまさにその場でもある。

おそらく、私たちが、聞くということは何よりも学んだ場だろう。」

SIGRUN MOGEDAL

HIV/エイズ大使

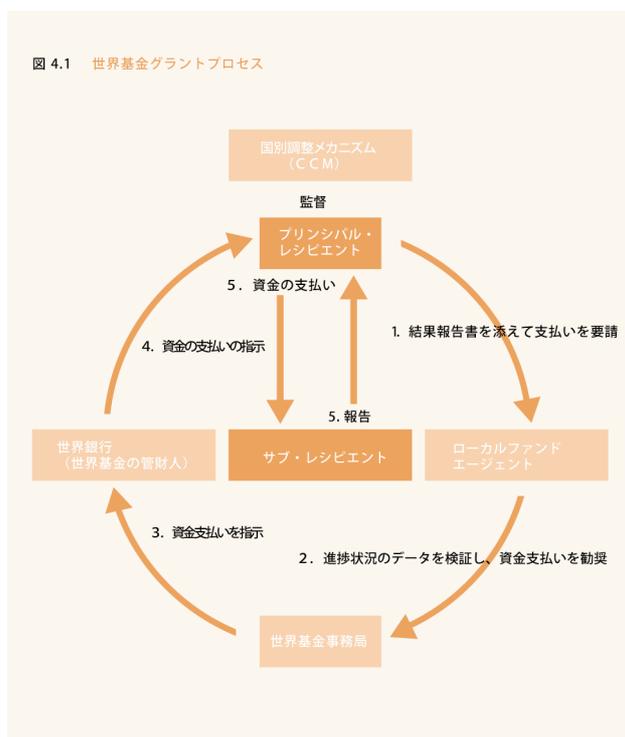
ノルウェー

第3回パートナーシップフォーラム2008にて

1. 世界基金は今後も各国の要求に応じられるよう、また引き続きその操作上の効率と投資の効果を向上させるよう義務付けられている。世界基金は評価について、グラントと事務局の機能を通じ、また OIG（監察官）による調査や連携から学んでいる。各々の分野については以下に論ずる。

#### 4.1 グラントと事務局運営とレビューを通じて学ぶこと

2. **グラントのライフサイクルを通じた学習** 世界基金のグラント形成プロセスは、常時学習と改善を進めるためのフィードバックする構造を内蔵している。そのグラント形成プロセスは、国からの申請（これは技術協力者の支援による）の準備とともに始まる。次に、TRP（技術審査委員会）が技術的価値の面で申請書を審査する。この委員会の審査結果に基づき、世界基金理事会にて資金拠出へ合意する旨の推薦が出される。一度同意されると、グラントが PR（プリンシパル・レシピエント）に提供される（図 4.1 参照）。提供は、パフォーマンス・ベースの資金提供の原則に則って入念に監視される。18～24 ヶ月後（第 2 フェーズの査定）の主要なレビューである監視作業により、以後 3 年間にわたる投資に合意するか否かの決断がなされる。グラントのライフサイクルにおける各段階で、世界基金のパートナーシップは学習と確信のための機会を得る。（グラントプロセスのより完全な説明は、付録 2 を参照）



3. **プロポーザル（提案書）の作成** CCM はグラントプロポーザルの準備と提出に責任を負っている。またこのプロセスは国と世界基金双方に学習する機会を与える。たとえば国は、グラントプロポーザルの準備の基礎となる国の疾病対策計画の検討を行い、成果、積み残し、制約条件を明らかにすることから学ぶ。またプロポーザル作成の一部として必要な、市民社会、民間セクター、そして患者と交わす誓約からも学ぶ。ストップ結核パートナーシップ、ロールバック・マalaria・パートナーシップ (RBMP) や UNAIDS のような技術協力者は、国が技術的に適切なプロポーザルを作成するように協力する。

4. 世界基金事務局は、TRP からの提案と勧告から明らかになった教訓に応じて、その政策とガイドラインを手直しする。プロポーザル作成から明らかになった重要な教訓には、2008 年の二元的資金拠出に、グラントプロポーザルにおける構成要素をより強固にする分野横断的な保健システム強化の導入などが含まれる。理事会の政策と TRP からのガイドラインを反映させ、事務局はプロポーザル作成のガイドラインを絶えず改善させていく。

5. **申請書の審査** TRP が審査した膨大なグラント申請書は、提出された申請の長所と短所を認識する為の比較対象として強力な情報源である。TRP は応募者に向け、評価を書面で提供する。それは後のプロポーザルや計画の技術的な価値をあげることにつながる。同時に、国からの要求が明確になる。例えば、あまりに負荷が大きいと、プロポーザル提出のプロセスを簡素化してほしいという要望などもある。TRP の報告による勧告は、世界基金におけるいくつかの大きな革新を導いてきた（表 4.1 参照）。

6. **グラントの履行** 事務局では、知見の管理ややり取りによって学習と継続的改善がもたらされている。事務局は、ファクトシート、ガイドライン、および他の関連した技術的資料を通して、グラントサイクル全体の情報を、世界基金のウェブサイトで公に提供している。さらに、事務局は、新しい監査報告システムと最近のウェブサイト上のハブの開発が、世界基金の最新運営情報へ迅速かつ簡単なアクセスを容易にすると予想している。それ自身のプロセスを改善し計画を促進するために、事務局はそれぞれのテーマによってワーキンググループやタスクフォースをつくった。データ品質、ジェンダーの平等、性的指向性と性同一性、保健システムの強化、危害低減、そしてグラントの契約署名などである。

7. **第 2 フェーズの審査** 第 2 フェーズの審査のプロセスは、グラントライフサイクルにおける反省と学習のための重要なポイントである。国は、18~24 カ月のグラント業績のたな卸しをして、次の 3 年間に向けた修正申請を作成する。世界基金事務局の様々なクラスターからの代表から成る第 2 フェーズ審査会は、基金が効率的に使われているか、きちんと管理され期待される成果を獲得しているか、資金提供への要求が正当かどうか、第 2 フェーズへの申請を審査する。この審査に基づいて、理事会に資金提供の検討と決定のため

の推薦を行う。第2フェーズのプロセスは、対策を拡大するために、弱点に対応すること、戦略を手直しするという機会を国に提供するものである。中には履行が不十分でグラントが中断されたケースもいくつかある。

表 4.1 技術審査委員会の勧告に対応して実施されている革新改革の実例

課題	勧告	対応
保健製品の調達システムと供給管理はパフォーマンスの向上に大いに関係している。	調達の障害に取り組む-調達プロセスにおける透明性と費用効率、所要時間の短縮、調達と配送の遅れ	自発的にプールされた物資と能力開発サービスプログラムの導入 (4、5節参照)
既存の国家戦略は質の高低があり、資金拠出プログラムはしばしば国家計画サイクルには沿っていない。	堅固なサポート、包括的で国家戦略とそれによる国家プログラムとプランニングサイクルの連携の向上	国家戦略申請の“ファースト・ラーニング・ウェーブ”の発展 (4、5節参照)
世界基金のグラントの複雑さは以下に繋がる： ・ばらばらのプロジェクト形式のリソースプランニング ・複数予算とパフォーマンスフレームワーク ・異なるグラント-第2フェーズ監査のための特定のスケジュール	・プログラム実践者と事務局のためのグラントの簡素化と管理 ・レポートと拠出金 ・国家プログラムを促進する。	資金受入責任者ごとの資金供与の一元化と3年ごとの定期監査とコミットメントサイクルにあらうようにデザインされた新しいグラント構造の推進 (4、5節参照)
既存の第2フェーズのグラント実績レビューは広範な国家状況よりむしろ特定グラントにフォーカスしている。	世界基金のより一層の透明性と資金拠出の全体的見地をとおして実績に基づいた資金拠出を向上させる。	2010年に導入されたグラントレポートと第2フェーズプロセスの再計画

8. **主要成果指標の事務局レビュー** 主要成果指標の見直しは、世界基金に別の学習機会を提供する。これらの指標と関連目標によって、以下のような様々な世界基金のパフォーマンスが総合評価されている。

- ・事務局の運営成果（資源動員、管理の有効性、ポートフォリオの管理、および特別なイニシアチブ）
- ・案件の成果（保健システム・コミュニティシステム等の強化プログラムに従った実績、世界基金のグラントポートフォリオの成果）
- ・効果（援助の効果、透明性、責任、保健システムやコミュニティシステム等の強化）
- ・インパクト（HIV、結核、マラリア対策およびMDGs達成の支援における世界基金、パートナー、対策実施国の成功）

9. 理事会は6カ月毎に「政策・戦略およびポートフォリオ実行委員会」を通じ、主要成果指標とそれらの関連目標について事務局の成果を評価する。進捗、達成、および課題についての内部レビューは、世界基金が定期的にものを学び、戦略を定期的の手直しし、グラ

ントパフォーマンスおよび世界基金全体の効果とインパクトを改善するための方法に焦点をあわせることができるようになる。

## 4.2 評価から学ぶこと

10. 2003年、世界基金理事会は、モニタリング・評価（M&E）業務において独立した世界基金の技術的評価を行うために、技術評価レファレンス・グループ（TERG）を設立した。TERGは、M&Eに精通した広範囲な分野を代表し、WHO、UNAIDS、ロールバック・マラリア・パートナーシップ、世界基金事務局からの4人の委員と、9人の理事で構成される。最も新しいところでは、世界基金の5年間の評価を監督した。

11. **5年間の評価** 2006年、世界基金理事会は、5年間のオペレーションの後に、その目標と原則に準じ、当初のすべてのグラントのサイクルが完了した後に成果全体の包括的な外部評価を承認した。理事会は、TERGに審査の方式や履行状況を総括し、2009年5月に委員会に最終的な総合報告書を提出するよう要求した。

12. 5年間の評価では、世界基金が当初の目的に対し重要な貢献をしたことを見出した。それは、世界基金が比較的短い時間の中で、高いレベルで資金を集め国々へ供与し、そしてHIV、結核、マラリアの予防と対策のための主要な介入の拡大と保健システム強化への重要な貢献をしていると結論した。

13. また、レビューは多くの未解決の政策と戦略的課題を明確にした（表4.2参照）。事務局は、慎重に100以上の勧告を精査し対処した。例えば、オペレーションの効率と効果をさらに向上させるための、戦略と期限が明確化された行動計画なども含まれている。さらに理事会は、評価の勧告をフォローアップするために政策戦略委員会の小委員会を設立した（表4.2）。

14. また、5年間の評価では、5年おきに大規模かつ複数国にわたる評価を行うよりは、世界基金とそのパートナーが、3つの疾病の対策と保健システム強化のためのビジネスモデルと国家プログラムの評価のための頻繁かつ厳格、そして継続的な評価体制の確立の必要があるとしている。

15. それに呼応して評価、知識形成、および学習への体系的な取り組みを開発している。同時に主要な技術パートナーや国と協働して世界基金が資金提供を行っているプログラムの継続的モニタリングを行っている。これには毎年5〜7カ国における評価を含む。これらの

評価は以下のことに役に立っている。

- ・プログラム管理のための分析能力や証拠の活用と平行した、国の保健情報、サーベイランスおよび M&E システムの強化のための努力
- ・ HIV、結核、およびマラリアに対するサービスの効果的拡大のために、最適なサービス提供のあり方の策定
- ・世界基金の資金提供による疫学的影響と保健システムの効果の測定

表 4.2 5年評価による勧告とそれに対する世界基金事務局の対応

勧告	対応
<b>資源の動員</b>	
持続可能性、予測可能性とさらなる資金拠出のための取り組み	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 資金源を多角化するための戦略</li> <li>・ グラントポートフォリオと事務局内の効率性を向上させるための対策</li> <li>・ 支援要請と供給間のバランスを扱うワーキンググループの設立</li> </ul>
<b>投資における世界基金のポートフォリオ</b>	
エイズ、結核、マラリア対策への世界的アクセスに繋がる投資ポートフォリオ内のギャップと更なる保健システムの強化、そして公平さとジェンダー間の平等の向上への取り組み	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ パートナーとの連携におけるギャップを特定するための投資ポートフォリオの見直し</li> <li>・ サービスギャップのある既存グラント再計画のためのCCMと資金受け入れ責任機関との連携</li> </ul>
<b>世界基金ビジネスモデル</b>	
世界基金ビジネスモデルと実績に基づく資金拠出の向上を支える原則に内在する緊張を調整する事業戦略を発展させる。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 新たな緊張に対処する世界基金原則の理事会のレビュー</li> <li>・ 新しいグラントの評価方法</li> </ul>
<b>グラント-メーカーメカニズム</b>	
グラント構造の革新と簡素化	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 国家戦略申請のファースト・ラーニング・ウェーブの実施</li> <li>・ 資金受入責任機関ごと、疾病ごとの資金供与の一元化のための理事会承認のアーキテクチャのレビュー</li> </ul>
<b>効率的で効果的な組織の確立</b>	
世界基金の効率性と効果の向上	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 人材と事務効率向上のための事務局のリストラ</li> <li>・ ITの配備や、調達強化、そして内部外部のコミュニケーションの強化などミッションが実施できない危機的状況のものを優先し、開始する。</li> <li>・ リスクマネジメントフレームワークの導入</li> </ul>

16. 世界基金は、パートナーの国々によって実施された評価と自身の評価を補完するために、独立した評価を外部委託する。理事会、理事会の委員会、上席管理チームおよび TERG が毎年これらの評価の焦点について決定を行う。

17. 世界基金は、レビューを行う時に以下の原則を固く守る。

- ・ 相互の説明責任をもった協働の学習過程であること

- ・既存のシステムを使用すること
- ・国のガバナンスサイクルと合わせること
- ・制度上のキャパシティを築き上げること
- ・職員の能力を開発すること
- ・国間の比較、時間を隔てての比較ができるような標準化された尺度を用いること
- ・科学的厳格さと実行可能性のバランスをとること
- ・客観性を追求すること

### 4.3 監察官事務局（OIG）調査から学ぶこと

18. OIG は、2005 年 7 月に世界基金の理事会によって設立され、2005 年 12 月に業務を開始した。OIG は世界基金のなかの他から独立した組織として活動し、理事会へ直接報告を行う。

19. 監察官の指揮下で、OIGの使命は、世界基金に対して、基金のプログラムと運営に影響を与える重要なリスク要因の管理をするための効果や仕組みについて独立にかつ客観的に保証を与えることである。

20. 監察官の業務範囲は世界基金の活動のすべてに及ぶ。世界基金のすべてのシステム、プロセス、運営、機能、および活動は、監察官の点検の対象である。OIG の活動は、監査、立ち入り検査、不正防止と倫理的行動の促進、調査、検証作業、機能面の点検である。これらの活動を実行するにあたって、監察官は世界基金による資金に関連するすべての記録—それが PR、SR、LFA あるいはその下請け契約者のいずれが維持するものであるにせよ、適切な協議で許可されている限り—世界基金が維持管理するすべての記録帳票にアクセスする権限を持っている。監察官は、世界基金のプロジェクトにかかわるどんな人間からも必要とするあらゆる情報を要求することができ、また OIG の道理にかなったあらゆる要求に協力することを全職員に求めることができる。さらに、監察官は、独立した専門家の助言を得たり、必要と判断した場合、関連した経験と専門技術のある外部の人達に協力を依頼することもできる。

21. 発足以来、OIGは、供与や他の主要な実務の過程における保証を与えるという使命の一環として、多くの国の会計検査と世界基金事務局における業務の監査を行った。2009年の作業計画の一部として、OIGは、それらの検査/レビューから得られたいくつかの課題を統合して、浮かび上がってくる共通の問題やその原因と思われるものを明らかにした。そして2009年9月に発表されたレポートでは、事務局はグラントプロセスを強化するためにいく

つかの具体的勧告を行っている。

22. 事務局は、さらにリスク管理へのアプローチを強化するために、新しいシステムを始めた。特にこれは、OIG の調査結果と勧告を受けて、組織的アプローチと専用の資源を必要とする。事務局は、それぞれのレポートから勧告を分析して、一定のスケジュールでそれらを実行することに対する責任を割り当てる。上級幹部が進捗状況をモニターする。例えば、事務局は PR の財務監査協定に関する OIG の勧告に従って、「PR 会計監査ガイドライン」を完成しつつある。

#### 4.4 パートナーシップから学ぶこと

23. 世界基金はドナー、受益国政府、技術機関、NGO、民間部門（企業や財団を含む）、および患者間の官民協力である。この多様性は、理事会、委員会の構造、パートナーシップフォーラム、および CCM に反映されている。

24. **国別調整メカニズム** 国のレベルでは、CCM は包括性、当該国の主体性、および複数のステークホルダーとの共同を介したパートナーシップという世界基金の原則を具体化している。CCM は NGO、政府機関、多国間および二国間協力機関、学術団体、民間企業、および 3 つの疾病の患者・感染者によって構成されている。

##### ボックス 4.1

##### 第3回パートナーシップフォーラム、ダカール、2008年12月

第3回パートナーシップフォーラムの全体テーマは、「声を聞く、持続性あるインパクトのために強固な効果的なパートナーシップを」であった。それは5つの分野にわかれていて、ジェンダー（女性と少女）、ジェンダー（性的マイノリティ）、需要創出、調整、実施であった。500名が出席した。

フォーラムは、28の勧告を行ったが、これらは事務局、理事会、委員会が戦略を策定し、効果を改善するのに生かされている。例えば、基金のパートナーシップ合意は技術協力と能力強化を構成要素としてもっていることか、国は、「自国の感染症を知り、対策を知る」という戦略の枠組みの中で活動することなどを保証することなどがこの勧告に含まれている。フォーラムはさらに案件が失敗しないように、また失敗しそうな案件に指示を与えられるように、世界基金が説明責任の枠組みとアクションプランを作成するよう要求した。

25. CCM は国の現状と世界基金の政策および資金拠出の間の媒介として機能している。国内の話し合いに対して広いプラットフォームを国々に提供することによって、CCM は案件の実施課題を評価し、現地の状況に基づいた解決策を勧めることができる。事務局、支援されたプログラム、および世界基金のパートナーとの定期的な交流を通して、CCM は世界基金の政策に対し現地コミュニティの声を届ける。

26. **パートナーシップフォーラム** パートナーシップフォーラムは、世界基金のガバナンスの不可欠の要素であり、戦略と政策に関する率直な話し合いのためのプラットフォームとなるように設計されており、現在は世界基金の業務に関わっていない者も含め多くの関係者に、お互いに学び討論する機会を提供している。パートナーシップフォーラムの目的は以下の通りである。

- ・世界基金の進捗状況の評価とその結果の還元
- ・戦略、政策、および実践のための勧告の策定
- ・HIV、結核、およびマラリアに関する活動への政治的コミットメントー持続可能で長期的な資金調達を含むーを形成し、維持する

27. パートナーシップフォーラムは2年毎に行われる。その中では、オンライン討論、さまざまな内外のイベントにおける特定のテーマに関する協議、および広範な関係機関の会合などが行われる。パートナーシップフォーラムは、2004年はバンコクで、2006年はダーバンで、2008年はダカールで開催された（図 4.1 参照）。

## 4.5 常に新しいイニシアチブと革新を求めて

28. 世界基金は設立当初から、国主導の需要や実績に基づいた資金拠出といった、開発分野の主たる革新的考え方を取り入れることを追求してきており、さらに他の機関がこれまでにやってきた以上に発展させようとしている。さらに引き続き新しいイニシアチブに取り組み、他の主要な革新を行っている。これらの成果は表 4.3 に要約したが、以下に記述するとおりである。

29. **国主導の需要決定** 国際機関で初めて、その資源動員の目標が、当該国の案件応募の条件をそのステイクホルダーの参加型の申請書作成やプログラム進捗の監視につなげることで、第一義的には国の需要によって決められることを可能にした。需要主導のアプローチは、公共部門だけではなく、市民社会に対しても、低所得国、高蔓延国、および脆弱・高リスクばく露・被疎外集団といった最も必要性の高い国や人々の保健と保健システムの問題へ注意を向けさせた。

30. 国主導の需要決定は、利用可能な資源の議論をするのではなく、実現可能な需要の査定からそのプロセスを始めることによって、国レベルでの計画を改善することになる。またそれによって、一方の各疾病の伝統的な世界「需要予想」と、他方個々のドナーが提供する資源の量の間にある新しい要素を導入することによって世界的な資源計画を立てることができるようになった。「資金拠出が可能な質の高い需要」という数字を導入することで、世界基金の国主導の需要プロセスは、援助機関を説得して、投資に対する見返りがあることの保証と引き換えにかなりの額の追加資源を出させることができるようになった。

31. 最初の9回の資金提供ラウンド（2002～2009年）に対する反応としては、低・中所得国からの莫大な援助への需要があり、合計で1,610の申請が独立したTRPによる審査にかけられた。

32. **パフォーマンス・ベースの資金拠出** 5年間も経たないうちに世界基金は、144の国のパフォーマンス・ベースの資金拠出を実行するための運用プラットフォームを開発した。それはM&Eシステムのために強力に投資し、対策効果に関するデータを得、そして報告を整理統合するために、パフォーマンス・ベースの資金拠出モデルを、学習しながら段階的に強化した。このモデルは5か年評価および他の独立の評価によって、斬新さおよび実施の規模の大きさにおいて他に例を見ないものであることが認められた。

33. 同時に、課題と改善点も指摘された。例えば、報告を1年とか3年サイクルに簡素化すれば、事務の整理統合を促進させ、取引費用を削減させることができる。また、世界基金はインパクト、成果、金額に見合った価値、公正、およびサービスの品質などを重視する。新しいグラント構造（以下で、説明）の履行は、資金供与ラインの一本化、計画実施とその効果のより一体的な評価、そして国家プログラムサイクルとの調整の強化などを通じて、これらの課題の幾つかに応えることになるであろう。

34. **国別調整メカニズム** CCMの監督能力は、国がプログラム目標を持続可能な方法で達成するために効果的にそのグラント資源が使われることを確保する上で、非常に大切である（CCMの役割に関しては付録2を参照）。2009年も世界基金はCCMのガバナンスとグラント監督能力を強化するための努力を続けた。理事会は、CCMの主要なガバナンス機能に対しパフォーマンス・ベースの資金拠出の原則を適用する新しいCCMの資金供与政策を承認した。これまで、世界基金は、ガバナンス機能を支援するために1年あたり最大で4万3000ドルを各CCMに提供していた。新しい政策の下では、資金を監督、一般国民の関与、また適切な国内組織または活動との調整、あるいはCCM自身の能力とくにジェンダーの平等に関しての能力を強化するためなどに投資されるという条件で、CCMはさらに資金獲得ができるようになった。

35. **二元的資金拠出** 市民社会組織と民間部門がプログラムの拡大およびリスクにさらされている人達への援助において重要な役割を果たしうるというエビデンスに基づき、プログラム協力への既定様式として、「二元的資金拠出」と呼ばれる方式がラウンド8 (2008年)で導入された。この新しいメカニズムを通して、CCMは、政府とNGOの両方にグラントのPRになるよう勧奨される。その結果、以前の7回までのラウンドの23パーセントと比べて、ラウンド8と9における約40パーセントのPRがNGOになった。

表 4.3 世界基金の活動革新の実績 (2002-2008年)

	戦略分野	革新
2002-2005	・世界基金の基本原則	・基本原則は確立され、普及している。 ：需要主導型のアプローチ、実績に基づく資金供与、包括性、そして独立した技術審査
2006-2007	・資源動員	・ (プロダクト) RED (民間出資) が発足。最初のDebt2Healthが、ドイツとインドネシアの間で契約された。
2008	・パートナーシップ	・ 並行資金供給はラウンド8で導入され、政府やNGOの活動の拡大を可能にしている。
	・平等	・ 理事会はジェンダー平等の戦略を承認し、CCM内部における弱小グループの立場の強化を後押しすることとした。

36. **保健システム強化** 世界基金は設立以来、保健システム強化への努力をサポートしてきた。そして、個別疾病プログラムへの投資の長期的な効果を保証するために、保健システムを強化することが必要であると認めた。しかし、2005年まで、世界基金が支援するプログラムが保健システムを強化することに貢献したか否かが十分に記録されていなかった。ラウンド5で、独立した保健システム強化のためのグラント申請がはじめて行われた。しかしそのオプションは理解されず中止に終わった。ラウンド7以降、国は、個別疾病対策のグラント申請の中にはっきりとした構成要素として、戦略的な保健システム強化活動のための資金拠出を求めることができるようになった。資金拠出に適する保健システムの要素は人材、インフラストラクチャや設備、およびM&Eを含む。戦略的活動は国家の保健計画と同様に国内のパートナーと調整される。これまで、合計12億ドルが、横断的な保健システム対策のために承認された。

37. **プロダクト・レッド (PRODUCT) RED** は、世界基金が近年民間部門からの資金をかなり増加させた最もよく知られているイニシアチブとパートナーシップである。2006年にロックミュージシャンのボノとボビー・シュライバー (Debt, AIDS, Trade, Africa (DATA) 議長) によって始められ、プロダクト・レッドのロゴがついた人気ブランド製品の販売を通じて世界基金を支援している。これらの製品の販売売上総利益の最大50パーセントが世界基金に当てられている。現在のパートナーには、アメリカン・エクスプレス (イ

ギリス)、アップル、コンバース、デル、エンポリオアルマーニ、ギャップ、ホールマーク、マイクロソフトとスターバックスがある。2009年に新しく加わるパートナーには、バガブーとナイキがあり、バガブー（オランダを拠点とするベビーカーメーカー）はその全ての製品から1パーセントの純収益を提供するという形で世界基金を支援する初めての会社となった。ナイキはアフリカでレッド製品を販売する最初のパートナーになった。また、2009年にレッドは世界基金のためにレッド・ナイトという限定的なコンサートシリーズを始めた。プロダクト・レッドはルワンダ、ガーナ、レソトとスワジランドでプログラムをサポートするために、2009年末で1億4000万ドルを増やし、持続的な、追加的な民間資金の革新的な資金源であり続ける。

38. **デット・トゥ・ヘルス (Debt2Health)** 2007年、世界基金は債権者とレソトとレソトの間で債務スワップ協定を容易にするイニシアチブを始めた。債務スワップは開発金融の手段として知られているが、このイニシアチブの特徴は、債権者が、被援助国が世界基金システムを通じて、利払い放棄の額を国民の保健に投資するという条件であれば、その放棄に同意するということである。2009年の終わりまでに、2つの協定が調印され、そして、3つ目は保留とされた。これらの3つの協定は、額面で1億4600万ドルの負債をカバーしており、結果的に、病気と戦うために8000万ドルを調達することになる。額面で1億1000万ドルに及ぶ別の3つの協定が現在交渉中で、7400万ドルの追加的財源が発生する。

39. 2009年、世界基金は多くの革新を始め、他のイニシアチブは国のガバナンスと保健システムの強化と、アクセスイシューへの取り組みを目的とした（表4.4参照）。それらは次のセクションで説明されている。

40. **新しいグラント構造** 世界基金が規模とキャパシティの両方で拡大するのに従い、高蔓延国からの資金拠出のための需要は、手続きを合理化することとグラント管理を単純化することが、効率的な業務を確実にするために重要である。世界基金の現行モデルの下では、新たに承認されたプロポーザルは、それとは別のグラント合意をもたらしている。対照的に、2009年11月に行われた世界基金理事会によって承認された新しいグラント構造の下では、世界基金は疾病ごとPRごとの資金拠出の一貫性を確立する。そして理事会が同じ国と同じ疾病のための新しいプロポーザルを承認するたびにアップデートし、このグラント合意を維持する。この新しい構造が、PRがM&Eプログラムを改良するのと同様により効率的にプログラムと資金を管理すると予測される。また、グラントプロセスを効率化することによって、事務局は、より効率的に有効にグラントポートフォリオを管理すると予想している。

41. **国家戦略の申請** いわゆる「国家戦略の申請」の最初の「学習の波」は、標準のプロポーザルベースのグラント申請よりも、国の疾病戦略に基づく資金拠出を申請する新しい方法を提供することが、2009年にパイロットベースとして始められた。

42. 国家戦略申請の予測利益は以下の通りである。

- ・ 国家のプライオリティ、プログラムサイクル、予算のサイクル、および国の取引費用の削減につながるような世界基金との調整
- ・ 国家戦略をレビューするときにドナーが使う尺度との調和
- ・ 国家戦略の作成と実施への幅広いステークホルダーの参加を促進する機会である
- ・ 国家戦略が結果と説明責任を管理できることに焦点を合わせるよう奨励すること

43. 2009年11月、2年間で4億3400万ドルの5つの国家戦略申請を承認した（提案の有効期間では7億5600万ドル）。世界基金は、パフォーマンス・ベースの資金拠出の原則を含むコアとなる原則を維持すると同時に、国家政策と予算サイクルとの調整がうまくいく方法で、これらのグラントを交渉し管理する。

44. **垂直感染を防ぐサービス** 新しい世界基金のイニシアチブは、垂直感染を防ぐためにサービスの品質と適用を拡大させることを目指している。子どもへのHIVの感染を防ぐためにART（抗レトロウイルス治療）を受けたHIV陽性の女性の割合は、2007年の終わりに世界で35パーセントであったのが、2008年の終わりには45パーセントに増えた。垂直感染を防ぐプログラム（一般的にPMTCT（母子感染予防）サービスと呼ばれる）の世界的な適用範囲拡大の努力が行われているが、女性の3人に1人が不完全なARV予防法（単回投与）を受けているようなニーズが高い国々の多くでは適用範囲は小さいままである。

45. 世界基金は、2009年だけで世界基金が支援するプログラムによって2年前に報告された妊婦の数の5倍にあたる34万人のHIV陽性の妊婦のためにPMTCTサービスを支援した。PMTCTイニシアチブの一環として、PMTCTへの資源投与を増やし、現在の資源が効果的に効率的に使用されていることを確実にするために、世界基金は妊婦、新生児、および家族に提供されるARV治療法の品質を向上させるようとしている。これを達成するために、世界基金は2つの野心的な、しかし、達成可能な目標を設定している。

- ・ 目標1：次の18カ月で、世界基金は、世界基金が支援するプログラムによって報告されたHIV陽性の母親の少なくとも80パーセントが感染を防ぐために最適な治療法を受けることができるよう取り組む。
- ・ 目標2：次の18カ月で、サブサハラアフリカの母子感染と小児エイズの高蔓延国において、PMTCT適用範囲をHIV陽性の母親の少なくとも60パーセントに達するように拡大

する。ナイジェリア、南アフリカ、モザンビーク、ケニア、タンザニア、ウガンダ、ザンビア、マラウイ、ジンバブエ、エチオピア（これは公式な国連目標ではないが、適用範囲とインパクトを増加させるために、世界基金は国連、米国大統領エイズ救済緊急計画（PEPFAR）、実施国や他団体を含むすべてのパートナーと共に活動する）。

46. **マラリア治療薬購入促進機関** (*The Affordable Medicines Facility – malaria : AMFm*) 低価格な薬と他の保健製品へのアクセスを向上することは、保健政策の成果を向上するための努力の重要な要素である。AMFm は、世界基金が主導で行っている先駆的資金拠出メカニズムである。元々、2004年に米国医学研究所の委員会報告で提案された。AMFm テクニカル・デザインは RBMP からの指導をもって開発された。

47. 2009年4月に始まり、AMFm は、公共、民間、そして市民社会セクターを通じて、マラリアの治療のために、ACT へのアクセスを拡大する。マラリアの蔓延をかなり減少させることに加えて、アーテシニン単剤療法を ACT に取り替えることによってマラリアの抵抗を遅らせることができると予想される。AMFm には、2つの主要な要素がある。

- ・製薬メーカーと交渉することによって、価格を下げさせる
- ・ACT の適切な使用を支援すること

48. 低い薬価をメーカーと交渉した後に、AMFm は、資格のある一次バイヤー（直接メーカーから薬を購入する国際的、国家的レベルのバイヤー）を代表して、彼らの代理調達機関と同様に、最終的な価格の大部分を支払う。これはかなりの負担額に及ぶ。ACT は、それから公共、民間のチャンネルの組合せを通じて提供される。

49. 公共部門と NGO のアウトレットは、無料もしくは廉価な料金での薬の配給活動を続ける。民間部門からマラリア治療を購入する人々にとって、ACT 薬の自己負担額は、クロロキンやスルファドキシニピリメタミンといった他の抗マラリア薬の価格に等しくあるべきである。ACT の価格は一度の治療で 11 ドルかかっているが、1 ドル以下まで落ちると予想されている。

50. 2010年前半、10のパイロットプロジェクト（カンボジア、ガーナ、ケニア、マダガスカル、ニジェール、ナイジェリア、ルワンダ、ウガンダ、そして、タンザニア連合共和国（本土とザンジバル））が、AMFm のフェーズ 1 に参加し、ACT 薬の適切な使用を促進するために対策を実行する。パイロットプロジェクトのための資金援助は、UNITAID、イギリス政府とビル・メリンダ・ゲイツ財団からである。

表 4.4 世界基金における活動確認の実績（2009年）

戦略分野	イノベーション
援助の効果	・ グラント計画、実施とM&Eの合理化のための新規グラント構造
当事国の主体性	・ 国家戦略に関する申請の “ファースト・ラーニング・ウェーブ”
薬剤及び関連製品へのアクセス	・ 自発的にプールされた物資
保健システムの強化	・ 保健システムの強化をサポートする資金 供与と技術支援のためのジョイントプラットフォームの案件

51. **任意の共同調達システム**も 2009 年 6 月に開始されるが、医薬品、および関連した必需品の総体的な購買を中心に行われる。このイニシアチブは、大量購入によって価格、品質、供給に影響を与えることに狙いがあり、それによって薬や他の製品への迅速なアクセスが容易となる。4 つの種類の製品がイニシアチブの初期の焦点を構成している。それは一次 ARV、二次 ARV、ACT 薬、および LLIN（長期残効殺虫処理蚊帳）である。短期戦略には、価格、コスト節減、およびマーケットシェアを監視することが含まれている。一方、長期戦略には、国家の調達システムと供給連鎖管理を強化することに焦点を合わせる。今までのところ、16 カ国の 24 の案件で 2 億 7140 万ドル相当の調達取引を行っている。別の 18 カ国は、任意共同調達システムに登録し、調達支援を要求している。これまで、10 カ国が、能力造成と供給連鎖管理の支援を受けることへの関心を表明している。

52. **保健システム強化のための共通のプラットフォーム** もうひとつの新しいイニシアチブは、世界銀行と GAVI 同盟（ワクチン開発と予防接種普及のための連盟）による保健システム強化のための共同資金拠出プラットフォームの提案で、WHO が協力している。2010 年、パートナーや対象国と共に、4 つの機関が一体となってこのプラットフォームの政策的、運営的また資金的な内容を作り上げた。このプラットフォームにおいて開発されるべき構成要素の中には、保健システム強化のための共同資金拠出政策、共通した国の適格性基準、申請の共同審査メカニズム、計画の監視、技術支援の協調、実績測定のための共通の枠組みなどがある。これら主要なグローバルな機関は、低・中所得国で保健システム強化に向けた彼らの資源を共同で使うことをはじめて提案した。この合同プラットフォームに期待される利益としては、この戦略的な分野に対する資金提供の利用のための取引経費の節減、保健システム強化への世界的な注目の強化、ドナーからの資金援助に対するより長期の見

通しがきくようになったこと、資金提供の調和や全地球的レベルと国レベルでの保健システム強化のための計画づくりと資金調達の整合性の向上、といったことがある。

## 5. 結論

世界基金のプログラムは、政府のプログラムに対する良い補完作用をなしている。

予防活動と治療の普及範囲は、大いに拡大され、現在では広く村のレベルまで届いている。村の診療所と医者のおかげで、誰もが結核、マラリア、HIVのサービスにアクセスできる。

DR XU  
雲南、中国

1. 近年、国際保健の多くの領域において注目すべき進歩がなされている。特に、劇的な転換の徴候が、HIV、結核とマラリア対策にみられる。近年における努力の強化からすると一つつまり、これまで世界基金によって資金拠出されたサービスの半分以上は、2008年と2009年に提供されたものであり、救命や感染予防という成果がやっと今になって目に見えるようになってきたことを考えると、これからの数年間にはさらに望ましい成果と、より大きいインパクトが確実にみられるようになるであろう。

2. HIV、結核、マラリア対策における国際的な取り組みは、より広範なインパクトと便益をすべての人に与えている。これらの疾病による死亡や障害は膨大であり、同時に人間開発や社会に対しても大きな被害を与えている。世界基金のプログラムはMDGsの達成に大きく貢献している。MDGsの第6目標であるHIV、マラリアおよびその他の疾病の蔓延防止は達成することが可能であり、現在の勢いで取り組みが進展できれば、いくつかの病気については目標を超える成果を上げることが可能な状況にある。マラリアは現在のほとんどの蔓延国で公衆衛生課題から排除しうるし、ますます脅威となっている多剤耐性結核は封じ込めることができるであろう。またHIVの母子感染は事実上なくすることも可能である。

3. 世界基金を通じたHIV、結核、マラリア対策における国際的な取り組みは、極度の貧困と飢餓、子どもの健康、母子保健、国際的連携に関する目標であるMDGsのそれぞれ第1、4、5、8目標の達成にも寄与している。特に女性と子どもの健康のための世界基金による取り組みは、世界の多くの地域において女性と子どもの主な死亡原因となっているエイズとマラリアの対策を進めていることに加え、基本的サービスの拡大に取り組んでいることから特筆すべき点である。

4. これまで行われてきた投資は保健システムの強化にもつながっている。野心的な目標を設定し、そのための資金投下を行うことにより、世界基金の実績本位の資金提供モデルは、保健システムの弱点を指摘し、また問題解決への動機付けとそのための財源を提供した。実施された投資は、三大感染症への対策の進展に焦点をあてつつも、地域やその上の地区の保健施設を拡大し、資材調達と管理体制の向上、また保健従事者の保持などにより、保健システムの全般的な強化にも貢献してきた。

5. 過去8年間に、世界基金はHIV、結核、マラリア対策における劇的な進展の主要な原動力として機能してきた。支援を受けたプログラムによって、490万人の命が救われ、3300万のHIV感染者や、マラリアに感染しているか、もしくは感染の恐れのある年間何百万人もの人々、毎年940万も発生する新規結核患者の生活の質を改善してきた。また世界基金は対策資金の増加にも大きく貢献してきた。144カ国において保健プログラムを支援し、自

らその効率的な方途であることを示してきた。それは何十という公的、民間、および多国間協力機関の注意を、野心的で測定可能な目標達成に向けさせた。

6. この意味において、世界基金は国際保健分野の取り組みの目覚ましい成功を促進しているとも言える。すべてのパートナーと関連機関は、取り組みの中でそれぞれが果たすべき役割を誇りに思うべきといえる。

7. 過去 2 年間の経済危機が政府予算に与えたプレッシャーや、また世界中の何億人もの人々に与えた苦難に鑑みれば、世界基金がこれまで取り組んできたコストパフォーマンスの改善や効率性の向上、最高の成果を挙げている人々のところに資源を向けるようにすることなどがこれまで以上に重要になってきている。

8. 経済危機によって何百万人もの人々が貧困ライン以下の生活を余儀なくされた。その後の経済成長により、多くの人々が貧困から抜け出すことに成功している。世界基金とパートナーは支援プログラムを通じて、最も貧しく脆弱な人々の一部にはセーフティ・ネットを提供することができ、これによって部分的ながら経済危機の影響を軽減させている。このプログラムによって、例えば最も必要な貧困地域での保健従事者の雇用を確保し、人々が利用することができなかった治療、予防とケアを提供するなど、多くの場合所得格差に付随する保健医療分野における格差の是正を支援することができる。加えて、世界基金は政策決定の場において南北双方を招き、これによって双方にビジョンと目的を分かち合うことを促している。

9. 世界基金は効率的で透明性が高く、順応性のある 21 世紀型の国際開発機関を目指す。官民パートナーシップのもとに設立され、世界基金はそのシステムやポリシー、組織や運営において多くの前進的な取り組みやベスト・プラクティスを導入し、HIV、結核、マラリア対策を飛躍的に拡大することに貢献してきた。世界基金は受入国に焦点を当て、その組織構造は基金が三大感染症対策に苦しむ人々やパートナーの需要に迅速に対応できるようになっている。

10. 本報告書は国際保健における大きなモメンタムの前進について述べている。数年前には夢物語のように思われていた目標は達成が可能な状況にある。今こそ取り組みを強化し、HIV、結核、マラリア対策の拡大を続ける姿勢を示し、これまでに達成された重要な成果を確保し引き続き強化するべきときである。本報告書で述べられる成果とインパクトは今後を楽観する理由とはなるものの、これまでに積み上げられてきた成果は壊れやすいものでもある。支援の減退は—それどころか停滞ですら、これまでの進展を逆転させかねない。保健全般、そして特に HIV、結核、マラリア対策への継続した投資の拡大は、単に保健関

連の MDGs の達成のために必要なだけでなく、世界の安定の維持および疾病のリスクにさらされている国やコミュニティの保護のためにも不可欠である。

## 付録 2 世界基金の構造と地域

### 国別調整メカニズム (Country Coordinating Mechanism: CCM)

CCM は世界基金の構造の中心であり、現地主権と参加型意思決定の鍵である。CCM は世界基金への申請の作成と提出、資金拠出されたプログラム実施状況の監督、プリンシパル・レシピエントからの報告のレビューを行い、セクター間の調整を確保する。この組織にはすべてのセクターからの代表、つまり政府、非政府組織、学術組織、患者、そして多国間、二国間開発機関などが含まれる。

### 技術審査委員会、テクニカル・レビュー・パネル (Technical Review Panel: TRP)

効果的なプログラムに拠出できるようにするため、世界基金理事会は保健と開発の専門家による独立した委員会に依存している。TRP は応募要件にかなった申請を技術的なメリットについてチェックし、理事会に推薦を行う。

### 世界基金理事会

国際的理事会は 20 人の投票権のあるメンバーから成り立っている。そして、それはドナー、レシピエント、非政府組織、民間部門（企業や財団を含む）と患者からの代表を含む。さらに、5 人の投票権のないメンバーがおり、それは WHO、UNAIDS、世界銀行（世界基金の管財機関として）、官民のパートナーシップ（Roll Back Malaria、Stop TB、UNITAID を含む）と世界基金がスイスの基金であることからスイス政府といった重要な国際開発パートナーである。理事会は世界基金の総合的なガバナンス、新しい政策の展開、およびグラントの承認に責任を持つ。理事会の議長と副議長の任期は 2 年間。各ポジションは、ドナーとレシピエントの間を行き来する。それはドナーとレシピエントの両方が常に平等に理事会でリーダーシップを持てるようにするためである。

### プリンシパル・レシピエント (Principal Recipient: PR)

案件ごとに、CCM は一つ以上の公的または私的な組織を PR として指名する。PR は、案件のサブ・レシピエント (Sub Recipient: SR) の監視及び案件の進捗状況について CCM との連絡といった、案件運営の法的責任がある。また、PR は、プログラム目標が決められた 2 年の案件協定を実施するために、世界基金事務局とともに活動している。案件協定では、PR は、これらの目標に向け立証された進捗に応じて追加的拠出を要求する。次期案件につながるこの実績ベースのシステムは、世界基金の成果の鍵となっている。

### 世界基金事務局

世界基金のスタッフは、公的部門と民間部門からの資源の動員、案件の管理、財政的、法

的及び管理面のサポート、そして理事会と市民に対する世界基金の活動に関する情報の提供などの、日常の業務を行う。このためにジュネーブ（スイス）に約 600 人のスタッフをもち、収入のおよそ 5 パーセントを費しているが、世界基金としてはできるだけ小規模におさえるよう努めている。

### ローカル・ファンド・エージェント（Local Fund Agent: LFA）

世界基金は、ジュネーブの事務局以外に国レベルでは窓口をもたない。代わりに、LFA と呼ばれる現地の監査機関の中立的な勧告を受けている。最初の段階では、LFA は PR が案件の資金管理の能力があるか案件実施に責任をもてるか、を評価する。また、案件実施期間は、LFA は PR の一定期間ごとの拠出要求と進捗状況について確認を行う。さらに、LFA は PR の年次報告をレビューする責任があり、拠出やその他の措置について世界基金に助言を行う。

### 技術パートナー

拠出メカニズムである世界基金自身は、案件の現行及び潜在的レシピエントに対して技術協力や能力造成のための支援は行わない。代わりに、世界基金は、レシピエントに対するそのような支援については開発パートナーを頼みにしている。これらの組織、つまり国際 NGO や現地 NGO と同様に、UNAIDS、WHO、世界銀行、他の国連機関や二国間援助機関などは、申請書を作成し、対策能力を強化し、承認されたプログラムを実行するうえで、CCM と協働する。世界基金は案件プログラムを実施することが難しい国があることを認識しており、したがって CCM が彼らの申請の中に技術協力のための資金を含めておくことを奨励している。

### 世界基金の案件サイクル

各国は戦略や優先順位、実施すべきプログラムの決定について責任をもっており、また、国は、ことによっては必要な世界基金からの資金の規模を決定して、資金拠出ラウンドに申請を提出する。これらの提案と戦略は、政府、市民社会、民間セクターや患者の間の緊密な関係の結果として作成される。

- ステップ 1 世界基金事務局は「申請募集」を告知する。
- ステップ 2 各国の国別調整メカニズムは、現地の需要や資金ギャップに基づいて申請を準備する。申請の一部として、国別調整メカニズムは 1 つ以上の PR を指名する。多くの場合、開発パートナーは申請の準備を支援する。
- ステップ 3 事務局は、適格性基準を満たす申請か否かを調べ、TRP に応募資格のあるすべての申請を届ける。

- ステップ 4 TRP は、技術的メリットの観点から、すべての提案を審査し、世界基金理事会に対し以下の 4 つの中から 1 つを選んで勧告する。(1) 資金を提供する (2) 特定の条件が満たされた場合、資金提供をする (3) 再申請を勧奨する (4) 資金提供をしない
- ステップ 5 理事会は技術的メリットと現有資金に応じて案件を承認する。
- ステップ 6 事務局は、1 つの国につき 1 つの LFA と契約を結ぶ。LFA は指名された PR の資金管理と管理能力を保証する。LFA の査定によっては、PR は能力強化の技術支援を必要とすることがある。開発パートナーが、そのような能力造成の活動を提供したり、それに参加することがある。能力の不足が指摘された場合、それを強化することが、世界基金と PR との Grant 合意における資金拠出のための前提条件として含まれることもある。
- ステップ 7 事務局と PR は Grant 合意について交渉し、具体的で測定可能な成果を規定し、それを一連の基本的な指標を用いて追跡する。
- ステップ 8 Grant 協定が調印される。事務局からの要求に基づいて、世界銀行は最初の拠出を PR に対し行う。PR は、実現のために申請で決められている拠出を SR に行う。
- ステップ 9 対策活動が始まる。国レベルにおける調整機関として、国別調整メカニズムは、実行の間、進捗を監督しモニターする。
- ステップ 10 PR はプログラムと財務的な進捗に関する最新情報を提出し、拠出要請を定期的に提出する。LFA は提出された情報を確認し、提示された進捗に基づく拠出を勧告する。進捗不足であれば、修正措置を求める事務局の要求がある。
- ステップ 11 PR は LFA を通して、プログラムの経過報告と年次監査報告を事務局に提出する。
- ステップ 12 将来の資金拠出が進捗度合と結びつきながら、定期的に拠出が要請され、プログラムが進捗する。
- ステップ 13 国別調整メカニズムは、当初承認された 2 年間を超えた資金拠出を要請する。世界基金理事会は、詳細に目標達成度を評価し、現有資金と照し合せ、継続的な資金拠出を承認する。

## 付録 2 (続き)

下線=複数国へのグラントのみ

国名は略称

### サブサハラアフリカ

(41 の国と領土)

東アフリカとインド洋	南アフリカ	西アフリカ、中央アフリカ
ブルンジ	アンゴラ	ベナン
コモロ	ボツワナ	ブルキナファソ
コンゴ (民主共和国)	レソト	カメルーン
エリトリア	マラウイ	カボベルデ
エチオピア	モザンビーク	中央アフリカ共和国
ケニア	ナミビア	コンゴ
マダガスカル	セイシェル	コートジボアール
モーリシャス	南アフリカ	ガボン
ルワンダ	スワジランド	ガンビア
タンザニア共和国	ザンビア	ガーナ
ウガンダ	ジンバブエ	ギニア
		ギニアビサウ
		リベリア
		ナイジェリア
		サントメプリンシペ
		セネガル
		シエラレオネ
		トーゴ

## アジア

(33の国と領土)

### 東アジアと太平洋地域

カンボジア  
中国  
クック諸島  
フィジー  
インドネシア  
キリバチ  
韓国  
ラオ PDR  
マーシャル諸島  
ミクロネシア (連邦)  
モンゴル  
ミャンマー

ニウエ  
パラオ  
パプアニューギニア  
フィリピン  
サモア  
ソロモン諸島  
タイ  
東ティモール  
トンガ  
ツバル  
バヌアツ  
ベトナム

### 南アジアと西アジア

アフガニスタン  
バングラデシュ  
ブータン  
インド  
イラン (イスラム共和国)  
モルジブ  
ネパール  
パキスタン  
スリランカ

## ラテンアメリカとカリブ諸

### 国

(33の国と領土)

アンティグア・バーブーダ  
アルゼンチン  
バハマ  
バルバドス  
ベリーズ  
ボリビア  
ブラジル  
チリ  
コロンビア  
コスタリカ  
キューバ  
ドミニカ

ドミニカ共和国  
エクアドル  
エルサルバドル  
グレナダ  
グアテマラ  
ガイアナ  
ハイチ  
ホンジュラス  
ジャマイカ  
メキシコ  
ニカラグア  
パナマ

パラグアイ  
ペルー  
セントキッツ・ネイビス  
セントルシア  
サン・バンサン グレナディン  
スリナム  
トリニダード・トバゴ  
ウルグアイ  
ベネズエラ

## 中東と北アフリカ

(16の国と地域)

---

アルジェリア	マリ	シリア
チャド	モーリタニア	チュニジア
ジブチ	モロッコ	ヨルダン川西岸とガザ地区
エジプト	ニジェール	イエメン
イラク	ソマリア	
ヨルダン	スーダン	

## 東欧と中央アジア

(23の国と地域)

---

アルバニア	ジョージア	ルーマニア
アルメニア	カザフスタン	ロシア連邦
アゼルバイジャン	コソボ	セルビア
ベラルーシ	キルギスタン	タジキスタン
ボスニア・ヘルツェゴビナ	マケドニア、 旧ユーゴスラビア共和国	トルコ
ブルガリア		トルクメニスタン
クロアチア	モルドバ	ウクライナ
エストニア	モンテネグロ	ウズベキスタン