

4. 国外における子どもの生活支援内容

概 要

- 本節では、国外で行われている生活困窮世帯に対する支援のうち、アメリカの女性・乳幼児向け特別栄養補給支援制度（The Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants, and Children: WIC）、栄養補給支援事業（Supplemental Nutrition Assistance Program: SNAP）、ラテンアメリカ諸国から始まった条件付きで貧困者に現金を給付する条件付現金給付（Conditional Cash Transfers: CCT）、貧困者を対象とした少額融資や貯蓄・保険・送金などの金融サービスであるマイクロファイナンス（Microfinance）の事例について紹介した。
- SNAP では、対象者に Electronic Benefits Transfer (EBT) と呼ばれるデビットカードが支給され、承認を受けた小売店で、世帯で食べる食品（嗜好品は除く）や世帯で食べる食品を作る植物及び種などを購入することが可能である。SNAP の効果については、支援受給による貧困の減少率が示されている。
- WIC は、低所得で栄養的にリスクがある女性、乳児、5 歳未満の幼児を対象とした栄養補助プログラムである。食品（food package）の提供の他に、栄養アセスメント、栄養教育、保健サービスの紹介も行われている。
- CCT、マイクロファイナンスはいずれも人的資本を形成し貧困削減に取り組むものであり、生活困窮世帯を金銭的支援だけでなく、社会的資源につなげることができる対策の一つである。CCT では養育者に現金を支給する際に、子どもの健診受診・定期予防接種といった条件を付けることで、マイクロファイナンスでは養育者に融資する際に、健康教育プログラムを提供することで子どもの生活・健康支援に寄与している。

本節では、国外で行われている生活困窮世帯に対する支援のうち、特にその効果が報告されているアメリカの女性・乳幼児向け特別栄養補給支援制度（The Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants, and Children: WIC）、栄養補給支援事業（Supplemental Nutrition Assistance Program: SNAP）や、ラテンアメリカ諸国から始まった条件付きで貧困者に現金を給付する条件付現金給付（Conditional Cash Transfers: CCT）、貧困者を対象とした少額融資や貯蓄・保険・送金などの金融サービスであるマイクロファイナンス（Microfinance）の事例について紹介する。

アメリカでは、United States Department of Agriculture Food and Nutrition Service (USDA-FNS) により、国民の食支援として大きく分けて4つのプログラム（Food Distribution Programs、SNAP、WIC）が実施されている。このうち、生活困窮層の子どもが対象に含まれるプログラムはChild Nutrition Programs、SNAP、およびWICの3つである¹⁾（表Ⅱ-4-1）。Child Nutrition Programsは低所得地域の医療施設や学校向け、SNAPおよびWICは低所得世帯を対象としている。本報告書では、より直接的な支援であるSNAPおよびWICについて焦点を当てる。

表Ⅱ-4-1：生活困窮層の子どもが対象に含まれる米国の食支援プログラム

番号	プログラム名
1	Child Nutrition Programs
1-1	Child and Adult Care Food Program (CACFP)
1-2	Fresh Fruit and Vegetable Program
1-3	National School Lunch Program (NSLP)
1-4	School Breakfast Program (SBP)
1-5	Special Milk Program (SMP)
1-6	Summer Food Service Program (SFSP)
2	Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP)
3	Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants, and Children (WIC)
3-2	Farmers' Market Nutrition Program (FMNP)
3-3	Senior Farmers' Market Nutrition Program (SFMNP)

出典：引用文献1）より

1) 栄養補給支援事業 (Supplemental Nutrition Assistance Program : SNAP) ^{2) 3)}

① 概要

SNAP（以前はフードスタンプ・プログラムと呼ばれていた）は、米国民の栄養のセーフティーネット基盤としての機能を40年以上も果たしてきている。2011年には、およそ4500万人（米国民の7人に1人に相当）がSNAPの提供を受けた実績を持つ。

② 実施主体

資金自体はUSDA-FNSだが、対象者とのやり取りは州および郡に設置されているSNAP事務局が行う。

③ 対象者

通常以下の条件を満たす者である。

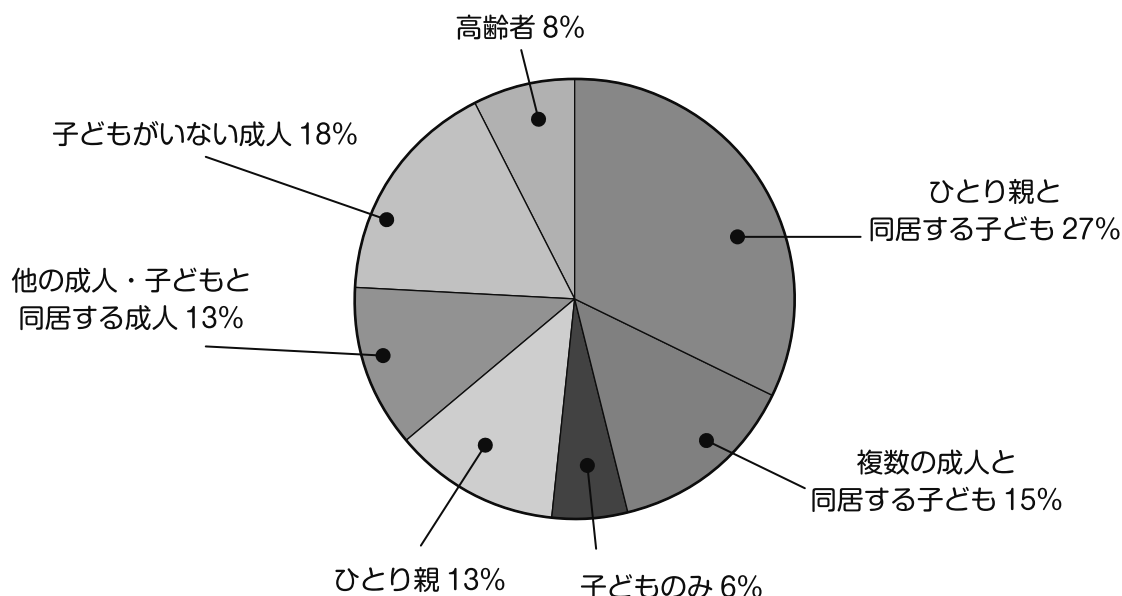
- 粗月収（gross income）が連邦の貧困ガイドライン（2012会計年度であれば4人家族の

世帯で2,422ドル）の130%未満、純月収（net income）が連邦の貧困ガイドラインの100%未満であること。

- 資産が2,250ドル未満であること。
- 高齢者（60歳以上）や障害者がいる世帯では、粗月収の上限は免除され、資産は3,250ドル未満でなければならない。
- 世帯の全ての人々が、「Temporary Assistance for Needy Families (TANF)」、「Supplemental Security Income (SSI)」に参加している場合は、受給対象となる。
- 市民権や勤労に関する条件を満たしていること。

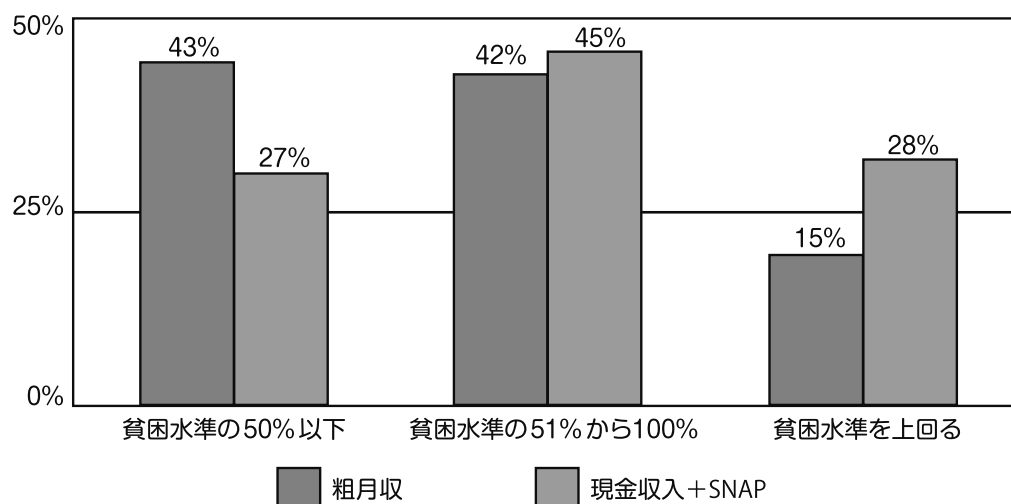
図Ⅱ-4-1には、SNAP受給者の世帯構成を示した。受給世帯のうち、子どものいる世帯が約半数を占めている。また、85%の世帯では粗収入が連邦の貧困水準を下回っており、そのうち43%の世帯では連邦の貧困水準の50%以下の粗収入である（図Ⅱ-4-2）。

図Ⅱ-4-1：SNAP参加者の世帯構成（2010年度）



出典：引用文献2）より

図Ⅱ-4-2：SNAP 参加世帯の貧困状況（2010 年度）



出典：引用文献2) より

④ 実施内容、方法

SNAP への参加が認定されると、Electronic Benefits Transfer (EBT) と呼ばれるデビットカードが支給される。支給されたお金は現金として引き出すことはできない。EBT は、承認を受けた食品の小売店でのみ使用することができる（2011 年度末時点で承認を受けた小売店は約 230,000 店）。

SNAP では、購入可能なものとそうでないものが規定されている。

- ・食品でないもの（例：ペットフード、せっけん、紙製品、生活用品など）
- ・ビタミン剤や医薬品
- ・お店で食べられているような食品
- ・温かい食品（出来合いのもの）
- ・ジャンクフードや嗜好品
- ・化粧品
- ・生きている動物、鳥など

○ 購入可能なもの

- ・世帯で食べる食品（例：パンやシリアル、野菜、果物、肉、魚、乳製品など）
- ・世帯で食べる食品を作る植物やその種
- ・ソフトドリンク、飴、クッキー、スナック・クラッカー、アイスクリーム
- ・高齢者、障害者、受給資格のあるホームレスの人に対し、いくつかの地域は低価格の食事と引き換えにレストランでの飲食も認められている。

✕ 購入できないもの

- ・ビール、ワイン、リキュール、タバコ

⑤ 対象者の費用負担

なし

⑥ 実施主体の資金源

受給対象者に支給されるお金は連邦政府の補助金による。実施費用は州政府と連邦政府が負担する。

⑦ 効果

アメリカの代表的な調査（Current Population Survey：CPS）の1つ、Annual Social and Economic Supplement (ASEC) の2016 年データを用いた推計⁴⁾によると、2015 年時点において40,760,000 人（全体の12.8%）が貧困者に該当し

ており、もし SNAP の支援が全く無いと仮定すると、49,144,000 人（全体の 15.4%）が貧困者に該当する。つまり、その差の 8,384,000 人（貧困者全体の 17.7%）が SNAP の支援により貧困から離脱していることがわかる（表 II -4-2）。この

差をグラフにまとめたのが図 II -4-3 である。18 歳未満の子どもにおいては、SNAP の支援により 3,829,000 人（28.4%）が貧困から離脱し、貧困者の減少率は他の年代と比べて多い。

表 II -4-2 : SNAP の支援の有無による貧困者数及び割合

			貧困者数		SNAP なしの 場合の貧困者数		SNAP による 貧困者数の減少			
			総 数 (単位:千人)	総 数 (単位:千人)	%	総 数 (単位:千人)	%	総 数 (単位:千人)	%	
			総 数	318,868	40,760	12.8	49,144	15.4	8,384	17.1
年 齢 層	18 歳未満	74,062	9,633	13.0	13,462	18.2	3,829	28.4		
	18 ～ 64 歳	197,260	24,887	12.6	28,944	14.7	4,057	14.0		
	65 歳以上	47,547	6,240	13.1	6,738	14.2	498	7.4		
人種または民族	非ヒスパニック系 白人	195,646	17,764	9.1	21,035	10.8	3,271	15.5		
	非ヒスパニック系 黒人	39,257	7,435	18.9	9,398	23.9	1,964	20.9		
	ヒスパニック系	56,873	11,787	20.7	14,309	25.2	2,522	17.6		
	非ヒスパニック系の 他人種	27,093	3,774	13.9	4,402	16.2	628	14.3		
世帯の成人の就労状態 または障害の有無	成人全員が 65 歳以上 または障害がある	46,011	8,769	19.1	10,001	21.7	1,232	12.3		
	18 ～ 64 歳で障害がない成人が 1人以上いるが就労成人がいない	16,938	9,077	53.6	10,040	59.3	962	9.6		
	18 ～ 64 歳で障害がない成人が 1人以上いて就労成人が 1人以上いる	255,920	22,913	9.0	29,103	11.4	6,190	21.3		
地 域	北東部	55,879	6,866	12.3	8,393	15.0	1,527	18.2		
	中西部	67,115	6,409	9.5	7,952	11.8	1,543	19.4		
	南 部	120,115	16,814	14.0	20,187	16.8	3,372	16.7		
	西 部	75,759	10,671	14.1	12,613	16.6	1,942	15.4		
都市部と非都市部 ^a	都市部	273,677	35,679	13.0	42,500	15.5	6,821	16.0		
	非都市部	42,398	4,706	11.1	6,195	14.6	1,489	24.0		

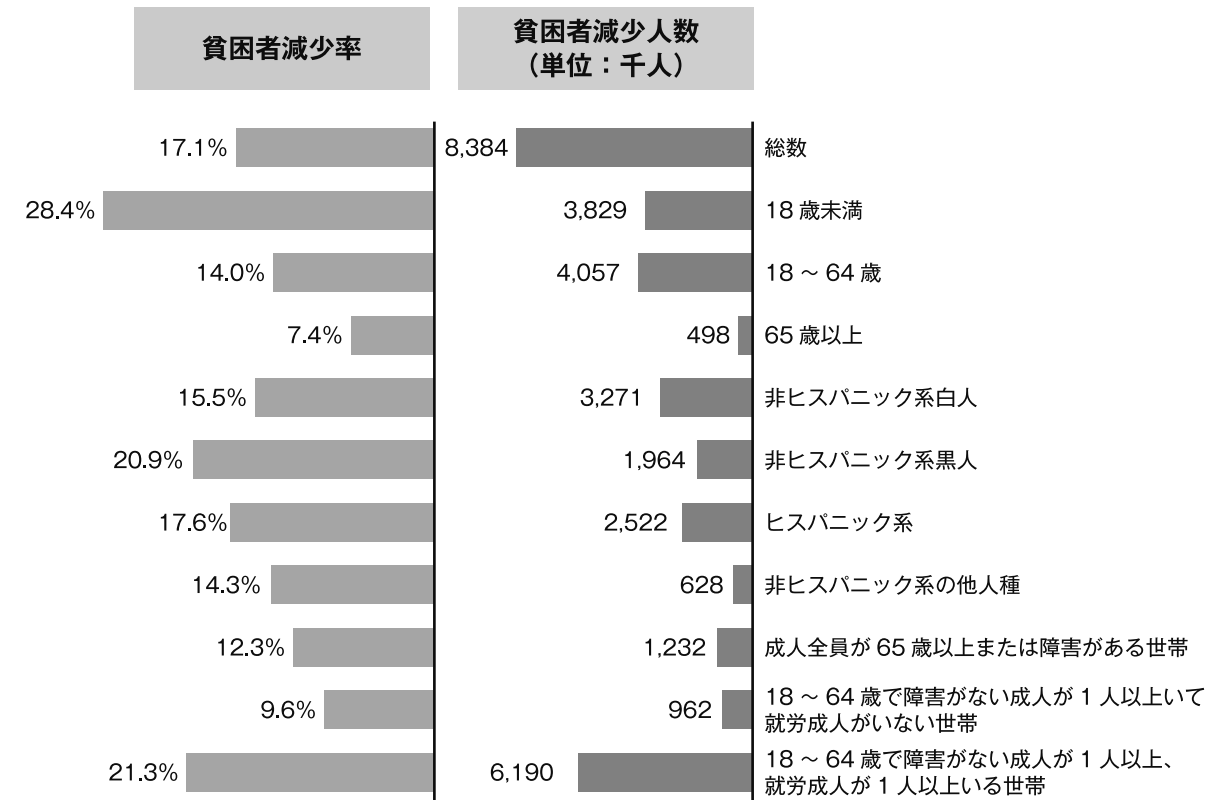
引用：2016 Current Population Survey, Annual Social and Economic Supplement (CPS- ASEC), Transfer Income Model, version 3 に基づき計算した。貧困者数は Supplemental Poverty Measure を使い推定した。

注：SNAP = the Supplemental Nutrition Assistance Program

a 都市部と非都市部に関する結果では、公共利用の CPS-ASEC で都市部か否かが特定されていない約 280 万人が除外されている。

出典：引用文献 4) より

図 II -4-3 : SNAP の支援による貧困者減少数及び割合



引用：2016 Current Population Survey, Annual Social and Economic Supplement and the Transfer Income Model, version 3 に基づき計算した。

注：貧困率は Supplemental Poverty Measure を使い計算した。

出典：引用文献 4) より

2) 女性・乳幼児向け特別栄養補給支援事業 (Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants and Children : WIC) ^{5) 6)}

① 概要

1974 年に開始された、低所得で栄養的にリスクがある女性、乳児、5 歳未満の幼児を対象とした栄養補助プログラムである。食品 (food package) の提供の他に、栄養アセスメント、栄養教育、保健サービスの紹介なども行っている。

② 実施主体

USDA-FNS

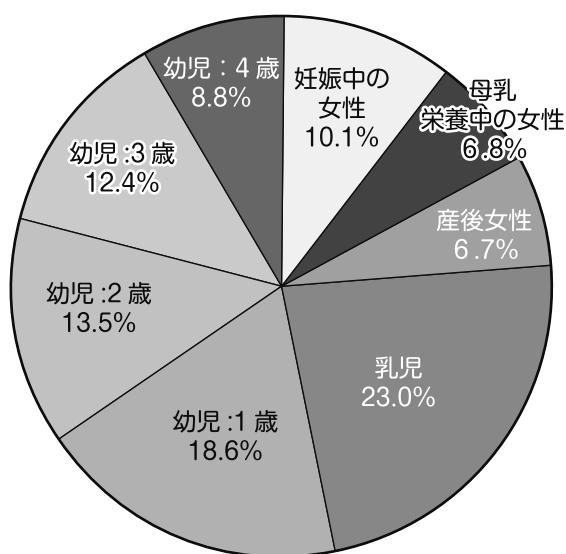
③ 対象者

以下のいずれかの条件を満たす者である。

- 妊娠中の女性
- 産後 6 ヶ月までで非母乳栄養中の女性
- 産後 1 年までで母乳栄養中の女性
- 1 歳未満の乳児
- 5 歳未満の幼児

WIC の対象者は 1974 年時点で 88,000 名であったが、2015 年にはおよそ 800 万人の女性、乳児、幼児を対象としている。2012 年のデータによると、全体のうち半数以上 (53.3%) が 1 歳以上の幼児であり、23.0% が乳児、23.6% が女性である (図 II -4-4)。

図Ⅱ-4-4：参加者の構成（2012年4月現在）



出典：引用文献5）より

④ 実施内容、方法

(a) Supplemental food package

Food package は WIC の中心であり、WIC の費用の約 7 割を占める。Food package は補助的なものであり、妊婦、授乳婦、産後女性、乳幼児に特に重要とされる栄養素を含む食品が提供される。多くの参加者は WIC のクーポン券（check、voucher）やデビットカード

（Electronic Benefit Transfer: EBT）を用い、WIC の州当局から承認を受けた店を通して食品を入手する。Food package は、全部で 7 種類ある（表Ⅱ-4-3）。また、Food package IV～Ⅶにおける、月当たりの支給上限量を表Ⅱ-4-4 に示す。2009 年に food package の改定が行われ、果物や野菜を購入できる cash value voucher の導入などが行われた。

表Ⅱ-4-3：各 food package に含まれる食品の種類

Food package のタイプ	参加者のカテゴリー	食 品
Food Package I	0～5 月齢の乳児	乳児用調製粉乳
Food Package II	6～11 月齢の乳児	乳児用調製粉乳、乳児用シリアル、乳児用果実・野菜、乳児用肉
Food Package III	支給の条件を満たす参加者	医療書類提出：乳児用調製粉乳、特殊ミルク、低出生体重児用調製粉乳、WIC 適格医療食品のいずれかに加え、医療上の特別な必要性がなければ適格とされたはずの food package 中の全食品
Food Package IV	1～4 歳の幼児	ジュース、ミルク、朝食用シリアル、卵、全粒粉小麦パン、豆類またはピーナッツバター、果実、野菜
Food Package V	妊娠中および部分母乳栄養中の女性	ジュース、ミルク、朝食用シリアル、卵、全粒粉小麦パン、豆類およびピーナッツバター、果実、野菜
Food Package VI	産後女性（母乳栄養中ではない）	ジュース、ミルク、朝食用シリアル、卵、豆類またはピーナッツバター、果実、野菜
Food Package VII	完全母乳栄養中の女性	ジュース、ミルク、チーズ、朝食用シリアル、卵、全粒粉小麦パン、豆類およびピーナッツバター、缶詰の魚、果実、野菜

出典：引用文献5）より

表Ⅱ -4-4 : WIC Food Package の構成食品および基準量 (Ⅳ～Ⅶ)

WIC Food Packages 一覧表¹

乳幼児・女性向け補助食品の月間支給上限

食 品	乳 幼 児	女 性		
	Food Package IV 1 ～ 4 歳	Food Package V 妊娠中および部分 (大部分) 母乳栄養中 (産後 1 年まで)	Food Package VI 産後 (産後半年まで)	Food Package VII 完全母乳栄養中 (産後 1 年まで)
還 元 果 汁	128 液量オンス	144 液量オンス	96 液量オンス	144 液量オンス
ミ ル ク ²	16 クォート	22 クォート	16 クォート	24 クォート
朝食用シリアル ³	36 オンス	36 オンス	36 オンス	36 オンス
チ ー ズ	非該当	非該当	非該当	1 ポンド
卵	1 ダース	1 ダース	1 ダース	2 ダース
果 実・ 野 菜	\$8.00 cash value voucher	\$ 11.00 cash value voucher	\$ 11.00 cash value voucher	\$ 11.00 cash value voucher
全 粒 粉 小 麦 パ ン ⁴	2 ポンド	完全母乳栄養中の女性	完全母乳栄養中の女性	完全母乳栄養中の女性
魚 (缶 詰) ⁵	非該当	非該当	非該当	30 オンス
豆 類 (乾 燥 または 缶 詰) および／または	1 ポンド (64 オンス缶詰) または	1 ポンド (64 オンス缶詰) および	1 ポンド (64 オンス缶詰) または	1 ポンド (64 オンス缶詰) および
ピ ー ナ ッ ツ バ タ ー	18 オンス	18 オンス	18 オンス	18 オンス

1 WIC 食品に関する完全な規定および要項については WWW.fns.usds.gov/WiC に掲載されている規則本文を参照のこと。

2 液体ミルクの代替食品として使用可能な選択肢はヨーグルト、チーズ、豆乳飲料、豆腐。

3 州当局の食品リストに掲載する朝食用シリアルの半数以上を全粒粉とする必要がある。

4 全粒粉小麦パンに関する使用可能な選択肢は全粒粉パン、玄米、ブルグル、オートミール、全粒粉大麦、全粒粉マカロニ製品、ソフトコーンまたは全粒粉のトルティーヤ。

5 缶詰の魚に関する使用可能な選択肢はライト・ツナ、サケ、サーディン、サバ。

出典：引用文献 7) より

(b) 栄養教育

WIC では、母乳栄養促進やサポートを含む栄養教育を実施している。WIC の栄養教育は、以下の 2 つの目標を達成することを目的にデザインされている。

1. 栄養、身体活動、健康が相互に関連していることや、特に妊婦・授乳婦・産後女性、

5 歳までの乳幼児における栄養が重要であることを強調し、薬や害のある薬物などを妊娠中や授乳中に使用する危険性についての理解を深める。

2. 健康状態の改善、食習慣・身体活動の改善を通して栄養上のリスクを抱える人を支援し、補助食品やその他栄養価の高い食品を

適切に利用して、栄養関連問題の発症を予防する（その際、本人の民族、文化的、地理的な違いを尊重し、教育面・環境面での制限についても考慮する）。

(c) 保健サービスへの紹介

WIC 参加者がヘルスケアやソーシャルサービス（予防接種、SNAP、Medicaid（低所得者向け医療費補助制度）など）を受けられるようにサポートを行っている。

⑤ 対象者の費用負担

なし

⑥ 実施主体の資金源

連邦政府の補助金による。

⑦ 効果

WIC の効果については、2009 年の food package 改定による影響についての論文が多く出版されている。food package 改定による食事の変化、健康的な食品や飲料へのアクセスの変化、母乳栄養への影響について検討した 20 件の論文に関するシステマティックレビューが報告されている⁸⁾。それによると、food package 改定による食事の変化について検討した論文が 9 件、健康的な食品や飲料へのアクセスの変化について検討

した論文が 8 件、母乳栄養への影響について検討した論文が 3 件あり、food package 改定によって果物、野菜、全粒粉製品の購入量が増加した、WIC の承認店がそれ以外の店と比較して健康的な食品や飲料を購入しやすくなったことなどが報告されている。

3) 条件付き現金給付（Conditional Cash Transfer: CCT）

① 概要

条件付き現金給付（Conditional Cash Transfer: CCT）は、子どものいる貧困世帯に対して子どもの就学や予防接種・健康診断の受診等の保健プログラムの参加を条件に一定額の現金を給付する制度である。CCT は条件付けにより、教育、栄養、保健分野における子どもへの投資を誘導し、人的資本を形成することによって貧困の連鎖を断ち切ることを目的としている。

1990 年代中頃から社会扶助政策改革が行われ、メキシコやブラジルで CCT プログラムが開始された。その後ラテンアメリカ諸国を中心に多くの発展途上国で CCT が導入されている⁹⁾（図 II-4-5）。本報告書では、多くの CCT 導入国のモデルとなっているメキシコの Oportunidades（注 1）を中心に取り上げる。

図 II -4-5 : 2008 年時点での CCT 導入国

2008



出典：引用文献 9) Figure 1. CCT in the World, 1997 and 2008 より一部出典

② 実施主体

メキシコ政府の社会開発省が Oportunidades の実施を担当する。

③ 対象者

Oportunidades では地域別の貧困度を示す指標によって貧困地域を選定し、その地域の世帯の中から社会経済的情報に基づき、受給対象世帯を特定する。就学支援の対象は小学校3年生から高校

卒業までであり、支援が無くても就学が維持される可能性が高い小学校低学年は対象となっていない。

表Ⅱ-4-5 に Oportunidades の対象家族・地域数、予算を示す¹⁰⁾。1997 年の Oportunidades 導入当時は、貧困が深刻な農村地域から政策が適用され、その後都市部の貧困地帯へと徐々に給付範囲が広がり、2005 年にはメキシコ全市に及ぶ 500 万世帯まで対象を拡大した¹¹⁾。

表Ⅱ-4-5：Oportunidades の対象家族・地域数および予算

／年	1997	1998	1999	2000	1997	1998	1999	2000	2000
受益家族数 (1,000)	300.7	1,595.6	2,306.3	2,476.4	3,116	4,240	4184.4	5,000	5,000
対象州	12	30	31	31	31	31	31	31	31
対象市町村	357	1,750	2,155	2,166	2,310	2,354	2,360	2,429	2,435
対象地区	6,344	40,711	53,152	53,232	67,539	70,520	70,436	82,973	86,091
予 算 (100 万米ドル)	876.4	5,516.3	9,592.2	12,190	15,204	21,179.1	24,503.3	26,675.3	30,151.2

(出所) Levy [2006,27,31]

出典：引用文献 10) 表 1 より

④ 実施内容、方法

Oportunidades において給付金を受け取る条件として、子どもの就学、一か月ごとに 85% 以上の出席率、一年を通じて 85% 以上の出席率が必要とされる。支給の際は、子どものために給付金を有効に利用する可能性が高いと考えられている母親に直接渡される。給付額は進級するにつれて増加し、中学生以上では女子に対してさらに加算される¹¹⁾。

また、自助努力を阻害しないために一か月に一世帯が受け取ることが出来る上限額を設けている。条件が順守されていない場合は手当が一時的に中止され、その後改善がなされない場合は永久的に給付リストから除外される¹²⁾。

⑤ 対象者の費用負担

なし

⑥ 実施主体の資金源

Oportunidades ではメキシコ政府の予算による。

⑦ 効果

世界銀行が発行した CCT に関する報告書で、効果が総括されている⁹⁾。CCT プログラムを導入後、受給世帯の子どもの就学率は上昇しており、特に就学率が低かった年齢層・国で顕著である(表Ⅱ-4-6)。CCT は健診受診にも一定の効果を出している(表Ⅱ-4-7)。CCT が長期的な効果をもたらすかどうかについては、結果が分かっている。子どもの身長や栄養状態の改善には効果を認め、メキシコの Oportunidades プログラムを受けた子どもは受けていない子どもよりも就学年数が長いとの報告がある。しかし一方では、就学年数が

長くなっても就労時の賃金が上昇したとの結果は得られておらず、大部分の研究では就学率が高くなってもテストの結果は改善しなかったと示している。上記の報告書では、CCTが教育・健康分野で長期的な効果に繋がらなかった理由を挙げて

いる。一つは、親の養育方法、教育・健康に関する情報不足といった家庭からの影響、もう一つはCCTプログラムの質が、特に貧困層に対しては非常に悪く、プログラムを利用するだけでは効果が得られないという点を指摘している。

表Ⅱ-4-6：CCTの効果：子どもの就学率・出席率

国名	プログラム	年齢 / 性別 / 学年	ベースライン 就学率 (%)	効果 ⁽¹⁾	現金給付 ⁽²⁾ (% of PCE)	評価法	引用文献
チリ	Chile Solidario	6～15歳	60.7	7.5*** (3.0)	7	回帰不連続デザイン	Galasso (2006)
コロンビア	Familias en Acción	8～13歳 14～17歳	91.7 63.2	2.1** (1.0) 5.6*** (1.8)	17	プロペンシティ スコアマッチング 差分の差分分析	Attanasio et al. (2005)
エクアドル	Bono de Desarrollo Humano	6～17歳	75.2	10.3*** (4.8)	10	操作変数法 ランダム化	Schady and Araujo (2008)
ホンジュラス	Programa de Asignación Familiar	6～13歳	66.4	3.3*** (0.3)	9	ランダム化比較試験	Glewwe and Olinto (2004)
ジャマイカ	Program of Advancement through Health and Education	7～17歳	18日 ⁽³⁾	0.5** (0.2)	10	回帰不連続デザイン	Levy and Ohls (2007)
メキシコ	Oportunidades	0～5年生 6年生 7～9年生	94.0 45.0 42.5	1.9 (25.0) 8.7*** (0.4) 0.6 (56.4)	20	ランダム化比較試験	Schultz (2004)
ニカラグア	Red de Protección Social	7～13歳	72.0	12.8*** (4.3)	27	ランダム化比較試験	Maluccio and Flores (2005)

他の地域の国々

バングラデシュ	Female Secondary School Assistance Program	11～18歳 (女子)	44.1	12.0** (5.1)	0.6	固定効果モデル	Khandker, Pitt, and Fuwa (2003)
カンボジア	Japan Fund for Poverty Reduction	7～9年生 (女子)	65.0	31.3*** (2.3)	2-3	差分の差分分析	Filmer and Schady (2008)
カンボジア	Cambodia Education Sector Support Project	7～9年生	65.0	21.4*** (4.0)	2-3	回帰不連続デザイン	Filmer and Schady (2009)
パキスタン	Punjab Education Sector Reform Program	10～14歳 (女子)	29.0	11.1*** (3.8)	3	DDD ⁽⁴⁾	Chaudhury and Parajuli (2008)
トルコ共和国	Social Risk Mitigation Project	初等教育 中等教育	87.9 39.2	-3.0* (なし) 5.2 (なし)	6	回帰不連続デザイン	Ahmed et al. (2007)

(1) ここでいう「効果」とは、係数、並びに標準誤差（括弧で示された数字）を指す。単位はパーセント。ただし、ジャマイカの場合、単位は日数。コロンビア、チリ、メキシコの0～5年生、7～9年生では、係数は非加重平均を用いている。

(2) PCE=per capita expenditure 一人当たりの経費

1人当たりの経費に占める割合として示した現金給付（金額）は、対象者や年度を含めた調査の内容により異なるため同一プログラムでも同じ値になるとは限らない。

(3) ジャマイカでは効果は20日間の出席日数で評価された。プログラム導入前の就学率は96パーセントであった。

(4) DDD=difference-in-difference-in-differences、差分の差分分析の一つで応用した手法。

*有意水準10パーセント

**有意水準5パーセント

***有意水準1パーセント

出典：引用文献9) Table 4.Impact of CCTs on School Enrollement and Attendance, Various Years より著者と訳

表Ⅱ-4-7：CCT の効果：子どもの健診受診

国 名	プログラム	結 果	年 齢 (歳)	基準値 ⁽¹⁾ (%)	効果 ⁽²⁾	現金給付 ⁽³⁾ (% of PCE)	評価法	引用文献
チ リ	Chile Solidario	定期的な診察	0～6	17.6	2.4 (2.7)	7	回帰不連続デザイン	Galasso (2006)
コロンビア	Familias en Acción	子どもの成長発達をモニタリング	0～1 2～4 4～	なし	22.8*** (6.7) 33.2*** (11.5) 1.5* (0.8)	17	プロベンシティスコアマッチング 差分の差分分析	Attanasio et al. (2005)
エクアドル	Bono de Desarrollo Humano	過去6か月間に子どもの成長障害があったか	3～7	なし	2.7 (3.8)	10	ランダム化比較試験	Paxson and Schady (2008)
ホンジュラス	Programa de Asignación Familiar	過去1か月間に少なくとも1回子どもを受診させたか	0～3	44.0	20.2*** (4.7)	9	ランダム化比較試験	Morris, Flores, et al. (2004)
ジャマイカ	Program of Advancement through Health and Education	過去6か月間に予防のために医療機関を受診した回数	0～6	0.205	0.278*** (0.085)	10	回帰不連続デザイン	Levy and Ohls (2007)
メキシコ	Oportunidades	過去1か月間に医療施設を訪問した回数	0～2 3～5	0.219 0.221	-0.032 (0.037) 0.027 (0.019)	20	ランダム化比較試験	Gertler (2000)
ニカラグア	Atención a Crisis	過去6か月間の子どもの体重	0～6	70.5	6.3*** (2.0)	18	ランダム化比較試験	Macours, et al. (2008)
ニカラグア	Red de Protección Social	過去6か月間に少なくとも1回子どもを受診させたか	0～3	69.8	8.4 (5.9)	27	ランダム化比較試験	Maluccio and Flores (2005)
		過去6か月間に子どもを受診させて体重を計測したか	0～3	55.4	13.1* (7.5)			

(1) 基準値の単位は、医療機関を受診したことのある子どもの割合を表す。ただしジャマイカとメキシコの場合は、医療機関の訪問回数を表す。

(2) ここでいう「効果」とは、係数、並びに標準誤差（括弧で示された数字）を指す。単位はパーセント。ただし、ジャマイカの場合は過去6か月間に、メキシコの場合は過去1か月間に医療機関を受診した回数を指す。

(3) PCE=per capita expenditure 一人当たりの経費

1人当たりの経費に占める割合として示した現金給付（金額）は、対象者や年度を含めた調査の内容により異なるため同一プログラムでも同じ値になるとは限らない。

*有意水準10パーセント

***有意水準1パーセント

出典：引用文献9) Table 5. Impact of CCTs on Health Center Visits by Children, Various Years より筆者和訳

(注1) 1997年開始時は、Progres (Programa de Eucación, Salud y Alimentación: 教育・保健・食料計画) と呼ばれ、受益者の客観的な選別、現金給付という点で異なる貧困削減政策だった2)。2002年、Oportunidades へ、2014年 Prospera と名称が変更された。

4) マイクロファイナンス (Microfinance)

① 概要

マイクロファイナンス (Microfinance) とは、担保となるような資産を持たない金融サービスから排除された貧困に苦しむ人々のために少額の無担保融資や貯蓄・保険・送金などの金融サービスを指す¹³⁾。マイクロファイナンスは、貧困削減という社会的課題に取り組むことを念頭に置きつ

つ、事業の持続可能性を維持するために利益を追求するビジネスでもある¹³⁾。

マイクロファイナンスは融資業務から始まったため、マイクロクレジット (Microcredit) と呼ばれていたが、現在では融資だけでなく貯蓄・保険・送金など幅広い金融サービスを対象としているため、マイクロファイナンスという語が用いられている¹⁴⁾。バングラデシュでムハマド・ユヌスが創設したグラミン銀行で始めたマイクロクレ

ジットは小口金融のことを指し、マイクロファイナンスのきっかけとなった取り組みである。

米国 NGO リザルト教育基金の Microcredit Summit Campaign Report¹⁵⁾ によると、2013 年末時点で 3,098 のマイクロファイナンス機関があり、アジア・大洋州が最も機関数が多く（1,119 機関）、次いでサブサハラ・アフリカが多い（1,045 機関）。そして、女性の会員が多いことも特徴的である。最貧層に属する会員数はアジア・大洋州が 88.7% を占めており、そのうち特にインド（56%）、バングラデシュ（17%）に多い。この報告書での「貧困層」の定義は、世界銀行が 2015 年に改定した国際貧困ラインを用い、2011 年の購買力平価（purchasing power parity:PPP）に基づき 1 日 1.90 ドルで生活する人々を指す¹⁶⁾。

② 実施主体

貯蓄・融資に限って実施主体を分類する¹⁷⁾。

- (1) マイクロファイナンス特化金融機関：銀行型、信用組合理型
- (2) 農村組織に組み込まれたマイクロファイナンス機関：村銀行、農協・漁協の金融部門
- (3) 低所得者層・女性をターゲットとした所得

向上プログラムの一環としての NGO や政府銀行による融資プログラム

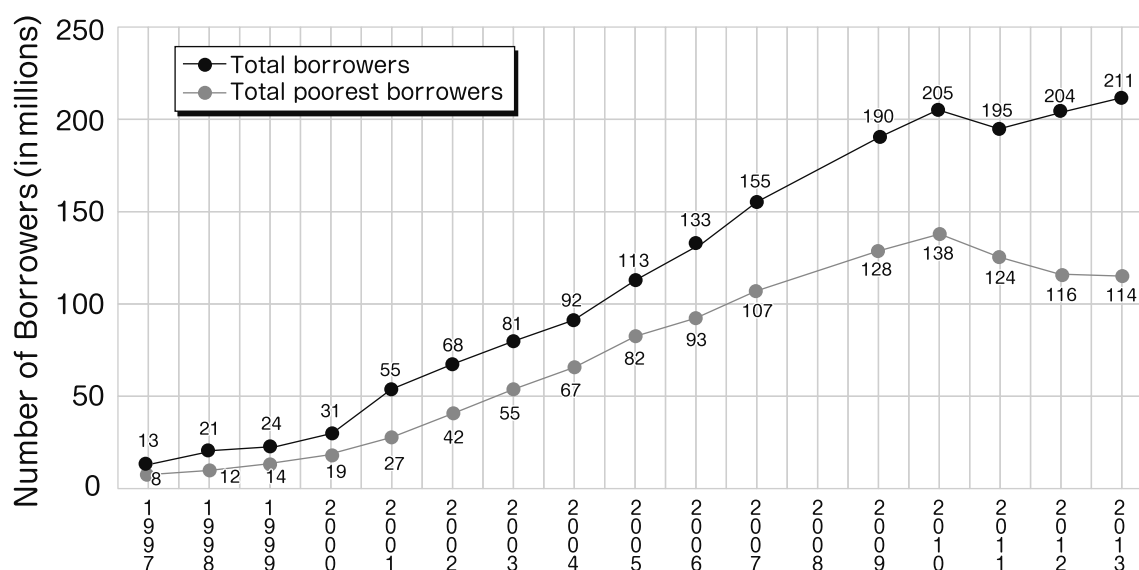
(4) 既存の銀行や在来金融とのリンク

③ 対象者

貧困層が対象である。対象となる貧困層の定義は、国・地域によって所得水準が異なるため、マイクロファイナンス機関により異なっている。対象者である融資先は、通常の銀行が融資の対象としないような担保を持たない貧困層、特に人口の下層 25% としている。特に最も貧しい女性を対象としており、借り手の 97% を女性が占める。この理由として、(1) 女性による性差別があり、貧困に苦しんでいるのは女性である、(2) 女性の方が男性よりも子供たちのことをまず考えるため、家族の利益になることが挙げられている¹³⁾。

Microcredit Summit Campaign Report¹⁵⁾ によると、2013 年末の時点でマイクロファイナンスの会員数は 2 億 1,100 万人以上に上る。そのうち貧困層に属する会員数は、約 1 億 1,400 万人である（図 II -4-6）。貧困層の会員数の 89% は、アジア地域で占められている。

図 II -4-6：マイクロファイナンス会員総数と貧困層会員数の推移



出典：引用文献 15) Figure 1: Growth of Total Clients and Total Poorest Clients (December 31, 1997, to December 31, 2013) より

④ 実施内容、方法

マイクロファイナンス機関の原点となったグラミン銀行を例に挙げる¹³⁾。融資原資は借り手による出資と政府出資である。グラミン銀行は地域支部を開設し、それら支部が融資と併せて生活や事業について助言、技術支援・指導などを行い、借り手との信頼関係を構築する。毎週開催されるセンター・ミーティングで借り手と接触する。マイクロファイナンス機関が行う支援としては、健康教育に関することが最も多い。融資額は少額で短期のローン借りられる。融資の際、現在の収入・資産の有無ではなく、収入を得られる事業を開始・継続できるか、返済能力があるかなど借り手の人物・事業を審査する。五人一組のグループを作り、グループの中で順番に融資を受ける仕組み（グループ・レンディング）となっている。最近は個人ローンなど新たな融資形態もある。

⑤ 対象者の費用負担

グラミン銀行の場合、対象者は担保、保証を必要としない。他のマイクロファイナンス機関では、担保、連帯保証人を必要とする機関もある（アクション US ネットワーク¹⁸⁾、フランスの Adie¹⁹⁾など）。

⑥ 実施主体の資金源

マイクロファイナンス機関がサービスを提供するための資金調達能力は4段階に分けられる²⁰⁾。

- (1) 第1段階：補助金や外国からの開発援助にすべて支えられている段階。最も資金調達能力に欠けている。多くのマイクロファイナンス機関はこの形態であるが、補助金や援助に依存するため自立性や持続性に欠ける。
- (2) 第2段階：補助金や援助に頼る比率を相当程度引き下げた段階。このようなマイクロファイナンス機関は資金調達を自ら行うことが可能となる。ただし、適用される金利水準は市場金利以下で設定しているため、

差額分は補助金に頼ることになる。また、資金コストや経常費用を機関が賄うことは難しい。典型的な例は、コミュニティ・バンキング。

- (3) 第3段階：規模が大きく、運営に成功した段階。この段階では、自立性がほぼ確保されているので、ほとんど補助金を必要としない。バングラデシュのグラミン銀行がこの形態にあてはまる。
- (4) 第4段階：補助金をまったく利用しない、完全に自立性が確保された段階。市場金利水準で資金を調達し、市場金利水準で預貯金を受け入れ、必要とされる経費までまかなえる。信用組合 (credit union)、商業銀行が例として挙げられる。

⑦ 効果

マイクロファイナンス機関が融資の際に行う健康関連事業・支援が及ぼす効果を総括した文献レビューが報告されている²¹⁾。このレビューでは17本の文献が検討された。その結果、マイクロファイナンス機関の金融サービスと共に実施される健康関連プログラムは、利用者が行動変容に至るための知識や健康サービスへのアクセスを増やし、母子保健、マラリアなどの感染症、家庭内暴力といった様々な健康に関する分野で効果を出していると述べている。エビデンステーブル（表Ⅱ-4-8）は、貧困世帯の子どもの健康に関連した結果を報告している研究を抽出し作成した。

表Ⅱ-4-8：エビデンステーブル

著者 (発行年)	国	研究デザイン	対象者	目的	介入	主な結果
Ahmed et al. (2006)	バングラデシュ	ベースライン調査と フォローアップ調査を 用いた疑似実験	● 2,189 世帯の介入群 と 2,134 世帯の対照群 ● 最貧層が占める割合 の高い 21 の小地区か らなる 3 つの地区か ら抽出	介入が最貧層の健康 サービスやフォーマル な代替医療の利用と いった健康行動に変化 を及ぼすか検証	最貧層を対象とする健 康と社会的支援を統合 した BRAC プログラム	● 貧困状態は改善し、 健康関連により出費 ● 健康に対する知識、 健康資源の気づき、 予防接種、 健康状態の認識、 フォーマルな健康サー ビスの利用が増加
Amin et al. (2001)	バングラデシュ	疑似実験	● 15 ～ 50 歳の女性 ● 1 期：656 名の介入 群を対象とした介入 前調査（1992 年）、 2,105 名の介入群と 1,721 名の対照群を 対象とした介入前調 査（1997 年） ● 2 期：1,068 名の介 入群と 700 名の対照 群を対象とした介入 後調査（1998 年）	予防接種の普及 と母子保健の Essential Services Package(ESP) の効果 を検証	● 1 期：家族計画と予 防接種の拡大プログ ラムの組み合わせ ● 2 期：母子保健の ESP を追加	● 避妊具の使用が著明 に増加、妊娠率の低下 ● 乳児死亡率の低下は 認めず ● 他のコミュニティへ 情報伝播や ESP サー ビス利用が増加

BRAC：1972 年にファズレ・ハッサン・アベド (Fazle Hasan Abed) によって、71 年のバングラ独立戦争後の避難民を救済する目的で設立された
「バングラデシュ農村開発委員会」 (Bangladesh Rural Advancement Committee) をその起源とした NGO 団体。 (<http://www.brac.net/>)

著者 (発行年)	国	研究デザイン	対象者	目的	介入	主な結果
De la Cruz et al. (2009)	ガーナ	コミュニティ単位の ランダム化試験	●マラリア教育群(213名)、 下痢症教育群(223名)、 対照群(268名)の 3グループ	MC利用者へのマラリア 教育がマラリアに対す る知識・行動に及ぼす 効果を検証	健康教育	●マラリア教育プログラ ムは知識の獲得 (例:マラリアのリス ク、妊娠合併症)や 行動変容(蚊帳の購 入や使用)に有効 ●ただし5歳未満の子 どもの受診行動には 繋がらなかった
Dohn et al. (2004)	ドミニカ共和国	ベースライン調査と フォローアップ調査を 用いた疑似実験	●3つの地域にそれぞ れ健康増進プログラ ムのみ、MCのみ、両 者ともを実施 ●それぞれの地域の27 世帯	MC利用者へのマラリア 教育がマラリアに対す る知識・行動に及ぼす 効果を検証	小児の疾患、女性の健 康(乳癌、子宮頸癌ス クリーニング)を対象 とした訓練を受けた専 門家による健康増進ブ ログラム	●すべての地域で健康 指標の結果が改善し たが、健康増進プロ グラムとMCの両方 を実施した地域では 11の指標のうち9つ が改善と最も良い結 果だった ●MCのみでもやや効 果あり(11の指標の うち5つ改善)

MC = microcredit : マイクロクレジット

表Ⅱ-4-8：エビデンステーブル（続き）

著者 （発行年）	国	研究デザイン	対象者	目的	介入	主な結果
Hadi (2001)	バングラデシュ	横断研究	● 5歳未満の子どもを 持つ500名の女性 ● MCを利用している 女性群（258名）、 MCの適応があるが利 用していない貧困世 帯の女性群（118名）、 MCの適応がない世 帯の女性群（124名） の3グループ	MC機関を通じて提供さ れる産前産後ケアに関 する知識の増進活動の 貢献度を検証	MCと共に提供される健 康教育、保健師、健康 サービスの提供を含め た健康プログラム	● MCの集会参加者は 非参加者よりも知識 が向上 ● 健康プログラムを受 けるMC会員期間が 長期になるほど、知 識は向上
Hadi (2002)	バングラデシュ	横断研究	● 5歳未満の子どもを 持つ2,814名の女性 ● MCを利用している 女性群（958名）、 MCを利用していない 女性群（1,239名）、 MCの適応がない世 帯の女性群（618名） の3グループ	5歳未満の子どもが罹 患する急性呼吸器感染 症の予防・症状の知識 を母親に普及する保健 師の効果について検証	急性呼吸器官選書の発 見・治療に関する保健 師による支援プログラ ム	MCと教育支援プログラ ムの両方が提供された 群では、急性呼吸器感 染症の予防・症状の知 識が著しく向上

著者 (発行年)	国	研究デザイン	対象者	目的	介入	主な結果
Sherer et al. (2004)	マラウイ グアテマラ タイ	縦断データ（収入）、 横断データ（健康）を 用いた疑似実験	縦断データ：MCの新規 顧客、マラウイ（68名）、 グアテマラ（227名）、 タイ（208名） 横断データ：MCの新規 顧客と1年間の利用歴 のある顧客	HIV有病率が高い3か 国で収入、健康に関す る知識、健康サービ スの利用に対する教育プ ログラムの効果を検証	MCと共に提供される隔 週の健康教育セッション （1時間）	●世帯収入が1年後に 22～64%上昇 ●すべての国で健康に 関する知識が向上 ●性感染症の兆候に対 して受診をする女性 や、プライマリケア に受診する子どもの 割合が著明に増加
Smith (2002)	ホンジュラス エクアドル	ベースライン調査と フォローアップ調査を 用いた疑似実験	●15～49歳の女性 ●MCを利用している 女の3グループ ●ホンジュラス(981名)、 エクアドル(961名)	従来の村銀行と、MC と健康教育を組み合わ せた統合プログラム （“health bank”）を 比較	MCと健康教育の統合プ ログラム	●2か国とも、health bankの参加者では健 康に関するケア（特 にがんスクリーニン グ）が向上 ●ホンジュラスでは、 health bankにより 下痢症が減少 ●エクアドルでは、村 銀行は下痢症の発症 率を低下させるかも しれないが、健康プ ログラムを追加して も結果は変わらない。

出典：引用文献21) より子ども世帯への効果を含めた文献を抜粋し、筆者改変・和訳

【高所得国でのマイクロファイナンス】

1980年代後半以降、金融危機や低所得国からの移民流入の影響もあり、高所得国、特に南ヨーロッパ諸国やアメリカ合衆国でもマイクロファイナンス機関が誕生してきている。本報告書では、アメリカ合衆国、イギリス、フランスを取り上げ、各国の中でも代表的なマイクロファイナンス機関について紹介する。

(1) アメリカ合衆国

1980年代に金融自由化により、貧困層の金融排除が問題化していた。1986年、アーカンソー州知事であったビル・クリントンはグラミン銀行から手法を導入して、マイクロファイナンスの普及に努めた。1993年にクリントンが大統領に就任して以降、「第三の道」の政策として地域開発金融機関（Community Development Financial Institutions : CDFI）ファンドの設立、地域再投資法（Community Reinvestment Act: CRA）（注1）の改正を通して、マイクロファイナンスを積極的に進める政策をとった²²⁾。アメリカには銀行の金融サービスを利用できない貧困層が数百万人いると推定されており、マイクロファイナンスはそのような人々に金融サービスを提供して起業を促し、経済的自立を支援する目的と

して設立されている²³⁾。

アクションUSネットワーク（Accion U.S. Network）は1991年に開設されたマイクロファイナンス機関である。ベネズエラ発祥のアクション・インターナショナルが母体となっている¹³⁾。1991年の設立以来約64,000の小規模事業者に融資した総額は5億7,000万ドルである。2017年の融資件数は3,162件、平均融資額は約11,000ドル、借り手の総数は5,898人となっている²⁴⁾。

2008年にはグラミン・アメリカ（Grameen America）がニューヨークに最初の支店を開設して、バングラデシュのグラミン銀行の仕組みを導入した。グラミン・アメリカとグラミン銀行の比較を表Ⅱ-4-9に示す²³⁾。グラミン・アメリカは、アメリカの社会経済状況を考慮してグラミン銀行の仕組みを変更した点はあるが、融資対象者が貧困層で就業意欲がある人物、無担保、連帯責任、五人組のグループ・レンディング、毎週開催されるセンター・ミーティングに参加する、といった点などは相違ない。現在、全米14都市に20支店を展開しており、設立以来の総融資件数は43万3,000件、融資総額は1億800万ドルとなっている（2019年1月現在）²⁵⁾。

表Ⅱ-4-9：グラミン銀行、グラミン・アメリカの比較

	グラミン銀行	グラミン・アメリカ
組織形態	銀行	非営利組織 (Non-Profit Organization)
資本 (資金調達)	グラミン銀行の株式の95%を借り手の女性が所有、5%を政府が所有。当初は援助資金（贈与や融資）。	寄付・贈与・融資。ジャクソン・ハイツ支店は設立後5年でサステナブルになった（事業収入で事業資金を賄う）
融資対象	貧困層。 97%が女性。	●貧困ライン以下（11,720ドル/1人家族）4,650万人（15.0%） ●事業を始めたり維持・拡大する意欲のある人
融資金額	250ドル（平均）	●1,500ドル（最初） ●2回目の融資から、返済実績による増減
融資期限	融資期限	6ヵ月または1年
金融商品	事業資金ローン、住宅ローン、教育ローン、物乞い者ローン	現在、「ベーシック・ローン」のみ。零細企業ローンはいまだ融資実績なし。
担保	無担保、連帯責任	無担保、連帯責任
融資形態	グループ・レンディング	グループ・レンディング。メンバーは徒歩5分圏内に居住。
融資順番	2:2:1方式（最初の2人と次の2人、さらにその次の1人が融資を受ける間隔は1ヵ月）。5人そろって。	2:3方式（最初の2人と次の3人が融資を受ける間隔は2週間）
融資金利	事業資金ローン：20% 住宅ローン：8% 教育ローン：5% 物乞い者ローン：0%	ベーシック・ローン：15%（定率法）
資金使途	所得創出	所得創出

出典 <http://www.accionusa.org>, <http://www.street-uk.com>, <http://www.adie.org> などから作成。

出典：引用文献23) p156-157 図表4-4より（シャドー部分）が主な相違点。

(2) イギリス

1990年代以降、社会的排除や金融排除の問題に対して、イギリス政府はアメリカのCDFIの仕組みを取り入れ、CDFIを支援する政策を取った。1999年、貧困地域や社会的に不利な階層を支援する公的基金フェニックス・ファンドを設立した²⁶⁾(2006年に終了)。

ストリート UK は2000年に設立されたNPOによるマイクロファイナンス機関である。金融排除を受けている人々に融資を行っている。ストリート UK が発表した報告書によれば、借り手の72%が女性、45%が片親、52%が失業者であり、70%に債務不履行歴がある。2000年の営業開始以降、2016年時点で総融資額は1,500万ポンド、融資件数は31,000件と報告されている²⁷⁾。

(3) フランス

1980年代に深刻な失業問題があったことから、EU諸国の中でも比較的マイクロファイナンスが活発である。先駆的なマイクロクレジット機関であるAdie (Association pour le Droit à l'Initiative Économique) は1989年に設立された。対象者は社会参入最低所得手当(注2)を受給している失業者や低所得者である²⁸⁾。全仏に130か所の支所、対応窓口が380か所設置されている。Adieでは融資の際に事業計画策定の支援、起業後の法務、税務アドバイスのフォローなど、資金提供だけでなく借り手へのサポートをセットにして行っている²⁹⁾。

上記で紹介した各国の代表的なマイクロファイナンス機関の一覧表を表Ⅱ-4-10に示す。

表Ⅱ-4-10：先進国のマイクロファイナンス機関

	アメリカ	イギリス	フランス
事業開始	1991年	2000年	1989年
資本調達	銀行融資、寄付、元利回収金。	銀行融資、コミュニティ・ボンド発行など。	銀行融資、元利回金など
融 資 先	金融排除された貧困に苦しむ人々(個人ローン)。母子家庭、零細商店主、移民など。80%以上が女性、黒人、ヒスパニック。	失業者、多重債務者などを含む貧困に苦しむ人々(個人ローン)。生活・債務の指導・相談を実施。	失業者、社会参入最低所得(RMI)受給者、移民など社会的弱者で事業資金を必要とする者(当初はグルーブローンであったが、フランスの実情に合わないため個人ローンに変更)。
融 資 額	500～5万ドル(約4.8万～約480万円)。平均融資額は6,200ドル(約60万円)。期限までに返済すれば融資額は増加するスキーム。仕入れや設備の購入など起業に必要な事業資金に限定。	250～3,000ポンド(約4万～約46万円)。平均融資額は2,000ポンド(約31万円)。 ●就労支援として新しい仕事のための衣類購入費、交通費、最初の給料日までの生活費 ●フレッシュ・スタート支援として債務返済資金や1ヵ月分の生活費 ●家族の不時の出費などを融資	5,000ユーロ(約68万円 2009年6月1日現在の為替レート1ユーロ=約135円で換算。以下同様)以内。通常、1,000ユーロ(約14万円)ぐらいから融資を始めて、返済状況を見ながら融資額を増加するスキーム。第3者を含めた融資委員会で審査。
貸付金利	8～15%。2回目の融資から返済実績により10%まで低減。延滞利息は10%加算。	新規37.96%、2回目以降31.3%。	7.02%(2006年)。その他に協力負担金として借入額の5%加算。
担 保	融資総額の150%相当の担保ないし連帯保証人が必要。	無担保	家族・友人などの連帯保証人が融資総額の半分を保証。
返済期間	6～60ヵ月	融資2週間後に週ごと返済ないし1ヵ月後に月ごと返済。	2年。毎月返済。
返 済 率	91%	92%	93.46%(2005年)
借り手の起 業 例	衣類販売、手工業品販売、デイケアセンター、ヘアサロン、レストラン、害虫駆除など。	書籍・CD販売、飲食店、卸売業、通訳、翻訳、コンサルタントなど。	無店舗の巡回理容、コーヒースタンドなど

出典：引用文献13) p66 表3-1より

(注1) 1997年ジミー・カーター政権下で制定された法律。低所得の少数民族がすむ地域への金融機関による融資差別を防止する目的で制定された。

(注2) 1988年に創設された制度。最低所得に達しない25歳以上の個人に最低限の生活を保障するとともに、社会参入(主に就業)を促進し、社会・経済的な自立を促す。Revenu minimum d'insertion(RMI)という。2009年には積極的連帯手当(RSA: revenu de solidarité active)に改編された。RMIで受給対象とされなかった低所得者についても支給対象に加えるとともに、就職した後も手当の支給を継続するなど、低所得就業者支援を拡大した³⁰⁾。

引用文献

- 1) Programs and Services. United States Department of Agriculture (USDA) Food and Nutrition Service.
<https://www.fns.usda.gov/programs-and-services>
- 2) Building a Healthy America: A Profile of the Supplemental Nutrition Assistance Program. United States Department of Agriculture.
<https://fns-prod.azureedge.net/sites/default/files/BuildingHealthyAmerica.pdf>
- 3) Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP). United States Department of Agriculture.
<https://www.fns.usda.gov/snap/eligible-food-items>
- 4) Wheaton L, Tran V. The Antipoverty Effects of the Supplemental Nutrition Assistance Program. Urban Institute. 2018.
https://www.urban.org/sites/default/files/publication/96521/the_antipoverty_effects_of_the_supplemental_nutrition_assistance_program_3.pdf
- 5) The WIC Program: Background, Trends, and Economic Issues, 2015 Edition. United States Department of Agriculture.
<https://www.aap.org/en-us/advocacy-and-policy/federal-advocacy/Documents/USDAWIC2015Report.pdf>
- 6) Review of WIC Food Packages: Improving Balance and Choice: Final Report. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine; Health and Medicine Division; Food and Nutrition Board; Committee to Review WIC Food Packages. Washington DC:National Academies Press (US);2017.
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK435895/#sec_000015
- 7) Final Rule: Revisions in the WIC Food Package. United States Department of Agriculture.
<https://www.fns.usda.gov/wic/fr-030414>
- 8) Schultz DJ, Byker SC, Houghtaling B. The Impact of the 2009 Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants, and Children food package revisions on participants: A systematic review. J Acad Nutr Diet.2015;115(11):1832-46.
- 9) Fizbein A, Schady N. Conditional cash transfers: reducing present and future poverty. The World Bank. 2009.

https://siteresources.worldbank.org/INTCCT/Resources/5757608-1234228266004/PRR-CCT_web_noembargo.pdf

- 10) 畑恵子. 第3章 メキシコの条件付き現金給付政策—Progres-Oportunidades. 宇佐見耕一、牧野久美子編. 現金給付政策の政治経済学（中間報告）調査研究報告書. アジア経済研究所、2013、29-43.
- 11) 浜口伸明、高橋百合子. 条件付現金給付による貧困対策の政治経済学的考察：ラテンアメリカの事例から. 国民経済雑誌. 2008;197(3):49-6.
- 12) 箕輪真理. 条件付き現金給付プログラムの成果と教育政策：メキシコの PROGRESA/OPORTUNIDADES プログラムの評価. 筑波大学地域研究. 2015;36:1-18.
<http://hdl.handle.net/2241/00125741>
- 13) 菅 正広. マイクロファイナンス 貧困と闘う「驚異の金融」. 中央公論新社、2009.
- 14) CGAP phase III strategy 2003-2008 (English). The World Bank. 2003.
<http://documents.worldbank.org/curated/en/279871468140969868/CGAP-phase-III-strategy-2003-2008>
- 15) The State of the Microcredit Summit Campaign Report, 2015. Microcredit Summit Campaign.
<https://stateofthecampaign.org/read-the-full-2015-report/>
- 16) PovcalNet:Regional aggregation using 2011 PPP and \$1.9/day poverty line. The World Bank.
<http://iresearch.worldbank.org/PovcalNet/povDuplicateWB.aspx>
- 17) 吉田秀美、岡本真理子. 1. 貧困緩和とマイクロファイナンス マイクロファイナンスへの JICA の支援事例分析. JICA 研究所、2004.
https://www.jica.go.jp/jica-ri/IFIC_and_JBICI-Studies/jicari/publication/archives/jica/kyakuin/pdf/200407_03_01.pdf
- 18) ACCION HP. <https://us.accion.org/>
- 19) Adie HP. <https://www.adie.org/decouvrir-ladie/adie-international-en>

- 20) 上杉志朗. 開発におけるマイクロファイナンスと資産流動化. 国際公共政策研究. 2000;4(2):153-73.
<http://hdl.handle.net/11094/4583>
- 21) Leatherman S, Metcalfe M, Gissler K, et al. Integrating microfinance and health strategies: examining the evidence to inform policy and practice. Health Policy and Planning. 2012;27:85-101.
- 22) 小関隆志. 金融によるコミュニティ・エンパワメント—貧困と社会的排除への挑戦—ミネルヴァ書房、2011.
- 23) 菅 正広. 貧困克服への挑戦 構想グラミン日本—グラミン・アメリカの実践から学ぶ先進国型マイクロファイナンス. 明石書店、2014.
- 24) 2017 Annual Report. Accion U.S. Network.
<https://us.accion.org/annualreport2017/>
- 25) Grameen America. <https://www.grameenamerica.org/>
- 26) 小塩 隆志. アメリカ・イギリスにおけるコミュニティ開発金融機関 (CDFI) によるマイクロファイナンス. 社会政策学会誌. 2007;17:205-224.
- 27) Geller J and Simms K. Social impact report 2015/2016. Street UK.
<https://www.street-uk.com/wp-content/uploads/2016/09/Street-UK-Social-Impact-Report-2016-2.pdf>
- 28) 重頭 ユカリ. ヨーロッパのソーシャルファイナンス. 総研レポート、2010 年 09 月.
<https://www.nochuri.co.jp/skrepo/pdf/sr20101019.pdf>
- 29) 重頭 ユカリ. フランスの起業向けマイクロクレジット—マイクロクレジット機関 Adie を中心に— 農林金融. 2014;64:210-24.
<https://www.nochuri.co.jp/report/pdf/n1104rel.pdf>
- 30) 積極的連帯所得手当 (RSA) 受給者が増加. 独立行政法人労働政策研究・研修機構.
https://www.jil.go.jp/foreign/jihou/2011_1/france_01.html

5. 関係機関が連携した包括的な支援体制の整備：2つの事例紹介

国内外の子どもの支援に関する取り組み事例から、主に行政もしくは民間が主体の取り組みが多いことが分かった。しかし、切れ目ない包括的な支援体制を整備するために、両者だけでなく、学

校など関係機関との円滑な連携が望まれる。ここでは、関係機関が連携した先進的な2つの事例を紹介する。

事例紹介 1：

行政と民間との連携（東京都江戸川区）

東京都江戸川区は人口約69万人、平均年齢43.4歳の比較的若い世帯の多い区で、平成27年度国勢調査によると23区内で最もひとり親世帯の割合が多いことが報告されている。地域の関係者や区職員を対象に区が実施した子どもの生活実態調査（2015年、約1,500人）および食についての調査（2016年、約2,000人）により学習、子ども及び保護者の日常生活、経済面、食についての課題が浮き彫りになったことから、現在、江戸川区では子どもの成長支援として、「学習支援」（8事業）、「食事支援」（2事業）および「居場所事業」（1事業）を実施している。町会自治会、児童・民生委員、行政職員などが訪問・面談により家庭の状況を聞き取り、それを分析することで必要な支援のコーディネートおよび関係機関との連携をおこなっている。このように、複数の支援メニューが用意されているため、対象に応じた支援が可能となっている。先述の子ども配食サービス事業「KODOMO ごはん便」（以下ごはん便）および食事支援ボランティア派遣事業「～できたて食べてね～おうち食堂」（以下おうち食堂）は、食の支援をきっかけとして家庭の中の問題を整理し、必要な支援につなげ、子どもの養育環境を整えることを目的として実施されている食事支援事業の一つであるが、行政の部署間および民間との巧みな連携による支援スキームが構築されている。

「ごはん便」および「おうち食堂」は、2017年8月より始まった事業で、年間48回を上限に利用することができる。2018年12月14日現在、利用した子ども（0歳から17歳）は、「ごはん便」延べ57世帯110人、「おうち食堂」延べ43世帯95人で、支援実施の主な理由として、保護者の病気や保護者の障害（疑い含）、養育困難、経済的理由が挙げられ（図Ⅱ-5-1）、同時にこれらの家庭は、生活保護世帯、虐待対応世帯、父子・母子世帯など生活に複数の困難を抱える家庭も多い。生活に困難を抱える家庭の子どもは、健やかな発育に必要な栄養が十分に得られない欠食や偏食、孤食など「食」の課題が懸念されるが、これら事業により温かい食事を食べることが可能となった。「ごはん便」および「おうち食堂」を利用するには審査が必要であり、表Ⅱ-5-1に示す通り、本人、江戸川区の多部門およびその他からの相談経路がある。「ごはん便」と「おうち食堂」利用者のうち、相談経路としては保護者からの相談が最も多いものの、江戸川区子ども家庭部所管の子ども家庭支援センター及び健康部所管の健康サポートセンターからの紹介件数が次いで多い。これは特筆すべき点で、一般に、行政の構造上各担当部局で課題ごとに業務が細分化されているため（い