

JICAの保健分野の協力

- 現在と未来 -



2013年9月

序文

2015年のミレニアム開発目標（MDGs）達成に向けて、約2年を残すのみとなった。開発途上国の保健の改善については、2013年現在ある程度の進展がみられるものの、特に低所得国を中心として、依然として改善が遅れている保健課題があり、MDGsの達成が困難と予測される国や、国全体としての指標は改善しつつも看過できない国内健康格差が残っている国がある。独立行政法人国際協力機構（JICA）は、人々の命と健康な暮らしを守ることは開発活動の最も重要な課題のひとつであるとの認識のもと、保健分野の支援に引き続き努力するとともに、MDGs達成、及び全ての人々が、健康増進・予防・治療・リハビリに関する保健サービスを必要な時に負担可能な費用で受けられること、すなわちユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（Universal Health Coverage: UHC）の達成に向けての国際的な連携に積極的に参画するものである。

本紙は、2015年に向けてのJICAの保健協力量針を示すもので、現在の国際潮流を踏まえ、2010年9月に発表した同方針を改訂したものである。保健分野についてJICAはなぜ協力するのか(目的/意義)、何を協力するのか（重点）を述べている。本紙が途上国の保健開発にかかわる多様な関係者の中の相互理解の促進の一助となるとともに、2015年のMDGs及びUHCの達成に向けての国際的な努力の強化に貢献することを期待するものである。

2013年9月
独立行政法人国際協力機構
理事 小寺 清

1. JICA が保健協力¹を行う意義

(1) 国際保健の動向と JICA 保健事業の位置づけ

保健分野協力は、人道的な意義とともに、開発途上国の経済・社会の発展の基盤として人々の健康を確保する意義が高い。世界では、毎年約 29 万人の女性が妊娠や出産を原因として命を落としており²、690 万人近い子どもが 5 歳を迎える前に亡くなっている³。それらの 99%は開発途上国で起こっている⁴。また、感染症は開発途上国の人々の健康に対する直接的な脅威であり、中でも「三大感染症」と呼ばれる HIV/エイズ、結核およびマラリアは、年間に 335 万人以上の人々の命を奪っており⁵、特にサブサハラ・アフリカの多くの国においては、経済・社会発展の阻害要因にもなっている。

保健分野の協力は、JICA の 4 つの使命（①グローバル化に伴う課題への対応、②公正な成長と貧困削減、③ガバナンスの改善、④人間の安全保障の実現）のいずれの要素も含む事業であり、JICA 事業のビジョン「すべての人々が恩恵を受けるダイナミックな協力」の達成のために重要な柱となっている。

2000 年に定められたミレニアム開発目標（Millennium Development Goals: MDGs⁶）において、保健分野は、8 つの目標のうちの Goal 4（子どもの健康）、Goal 5（妊産婦の健康とリプロダクティブヘルス）、Goal 6（感染症）が直接の目標となっており、それ以外にも Goal 1（栄養）、Goal 8（パートナーシップ）が密接に関係している。

これらの目標に対して、開発途上国は、これまでの 2000 年から 2010 年の間に、低所得国においては政府支出に占める公的保健支出の割合を 8.5%から 9.3%まで引き上げ、また総保健支出に占める家計負担の割合（Out of Pocket : OOP）を、52.4%から 46.6%まで抑える努力をしている。時を同じくして国際社会は、米国を始めとした二国間援助機関の保健分野への支援の拡大、世界エイズ・結核・マラリア対策基金（世界基金 : Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria）等の多様なドナーからの資金により支援を行う新たな機関の設立、ビル・メリンダ・ゲイツ財団等民間財団の参入によって、保健分野における開発途上国への支援資金を大幅に拡大させた⁷。日本政府の保健分野 ODA 実績は 2001 年に 645

¹ この冊子で扱う保健（Health）には、医療と公衆衛生の双方を含む

² Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2010, WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank (2012)

³ MDGs 2013 report, United Nations (2013)

⁴ Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2010, WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank (2012)

⁵ 疾病別の死亡者数は、エイズ 170 万人（2011）（UNAIDS, Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2012）、結核 99 万人（2011、HIV 重複感染除く）（WHO, Global tuberculosis report 2012）、マラリア 66 万人（2010）（WHO, World Malaria Report 2012）

⁶ 2000 年の国連ミレニアムサミットで採択されたミレニアム宣言とその他の主要会合等で採択されたものを統合し設定されたもの。世界の開発のため 8 つの目標が掲げられているが、そのうち 3 つは保健分野の目標である

⁷ 2000 年の 107 億ドルから 2010 年に 282 億ドルと過去最高額を記録。2012 年は 281 億ドル。（Development assistance for health 2012, Institute for Health Metrics and Evaluation, 2013）

億円であったが、2011年の782億円に増加している⁸。そのうち、JICAの保健支出は、2008年度に238億円であったが、2011年度には、425億円の実績となっている。

こういった開発途上国自身と国際社会全体による努力によって、開発途上国の人々の健康は改善してきている（1990年には年間1260万人の5歳未満児死亡が、2011年には690万人⁹に減少）。しかし、低所得国を中心として、依然として母子保健対策と感染症対策について改善が遅れており¹⁰、ミレニアム開発目標の達成が困難と予測される国や、国全体としての指標は改善しつつも看過できない国内健康格差が残っている国がある。特に貧困層、医療ニーズが高い人々、過疎地の住人等においてこのような格差が問題になっている。すなわち、物理的なアクセス（質が保証された保健サービスが身近で利用できない）、経済的なアクセス（利用に際して過度の経済的負担が強い）、社会的なアクセス（保健サービスの利用に慣習的・文化的な障害がある）が確保されていないという問題である。そのため、全ての人々が、健康増進・予防・治療・リハビリに関する保健サービスを、必要な時に負担可能な費用で受けられること、すなわちユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（Universal Health Coverage: UHC）という概念が世界保健機関（World Health Organization : WHO）により提唱され¹¹、2012年12月に国連総会において新たな国際社会の課題として取り上げられた。

こういった背景に基づき、日本政府は、2010年国連総会において、2011年から2015年の5年間で水衛生分野を合わせて保健分野で50億ドルのODAをコミットした。その上で、2013年6月に開催された第5回アフリカ開発会議にあわせ、UHC達成に関する日本の知見と経験の発信、保健分野円借款金利の優遇措置を含む二国間援助の効果的な実施、グローバルな取り組みとの連携、日本人の国際保健人材の強化、アフリカにおけるUHC達成に向けた取組、日本の健康医療産業及びその技術力を活かした貢献を柱とした国際保健外交戦略を打ち出した。JICAは、他の先進国と比べても低コストで世界一長い出生時平均余命を達成してきた保健医療の歴史とシステムを有する日本の経験を踏まえ、国際保健外交戦略の一環として、国際社会と共に、MDGsとUHCの達成を目指して、開発途上国の保健課題に対応する。

（2）事業展開に当たって重視すべき観点

1）国際保健の潮流を踏まえた事業の戦略性強化

JICAは、現在それぞれの国を課題横断的に総合的に分析し、その国に対する協力方針を

⁸ JICA 内部試算による

⁹ MDGs 2013 report, United Nations (2013)

¹⁰ 日本の出生時平均余命は83歳で、ザンビアの出生時平均余命は55歳である。日本では、1歳の誕生日までに命を落とす乳児の数は出生1000件あたり2人であるが、アフガニスタンでは、73人。出産にかかわる母親の死亡は、日本の場合10万件の子どもの出生に対して6人であるが、アフリカの平均は480人である。また、日本の場合保健医療費が政府支出に占める割合は18.2%であるが、バングラデシュでは約半分の8.9%（World Health Statistics, WHO, 2013）

¹¹ World Health Report (WHR) 2010

定める国別アプローチと、課題ごとの知見を蓄積して個別の事業の質を向上させていく課題別アプローチを組み合わせ、戦略の策定と策定された戦略に基づく事業実施を行っている。保健分野においては、MDGsの達成に向け、世界銀行やWHOを始めとする国際機関、二国間援助機関、世界基金等の多くの開発パートナーが関与しており、世界保健総会（World Health Assembly）やプリンスマヒドン賞会議（Prince Mahidol Award Conference : PMAC）のように、これらの開発機関と開発途上国が集まり国際保健上の課題について世界的に知見を共有する多くの場が設けられている。そのためJICAは、後述するインパクト評価等を活用してJICAの事業から蓄積される知見と国際場裏において共有される知見の双方を蓄積し、戦略的に事業実施に反映させることにより、効果的で質の高い事業を実施していくことを目指す。さらにこの一連の流れを活用して、国別および課題別アプローチの質の向上を行う。その際、より幅広く開発効果の向上を図るために、実施する事業のプログラム化を促進する。

国際場裏においては、JICAは、これまでの事業の成果と経験を発信し、国際的な潮流の形成に寄与し、連携・調整を図っていく。例えば、日本型経営を保健施設のマネジメント改善に応用した5S-KAIZEN-TQM手法のアフリカにおける普及。また、タンザニアやケニアにおける、政策実施管理、保健施設を対象とする巡回指導・コーチング、資金調達・執行管理などの保健行政マネジメント向上を目指した取り組み。さらに、ガーナにおいて実施中であるEMBRACE(Ensure Mothers and Babies Regular Access to Care)モデル¹²に関する実施研究については、2015年末に成果発表を行う予定。

2) 被援助国の国家保健計画に沿った中長期的協力の推進と援助協調

開発途上国側の援助調整にかかる機会費用を減らし、その主体性を高めることは、協力の効果を持続的なものとしていくために重要である。そのためには、特に、多くのドナーが活動を行い協力ニーズの高い低所得国においては、援助協調の枠組みのもとで保健協力を実施することが重要である。援助機関、NGO、民間等の開発パートナーとの十分な情報共有と事業調整を行い、当該国政府の開発目標の策定に関与し、少なくともその開発計画に沿った事業を実施する必要がある。また、他の開発パートナーとの協調に当たっては、それぞれの特徴を踏まえることが重要である。WHO や UNICEF とは、開発途上国の国家保健開発計画支援における技術的連携や知見の共有、保健指標のモニタリング及び評価における協調を図る。世界銀行とは協調融資等の形で連携し、開発途上国における保健事業のスケールアップ等を図る。

3) 開発途上国のキャパシティ・ディベロップメント支援

近年、保健分野への援助資金の投入が他の分野に比較して急激に増加してきたが、開発途上国の保健関係者側に大きな資金を適切に執行する能力が限られているのが実情である。

¹² 日本政府が2010年に発表した「国際保健政策 2011-2015」において掲げた、母子保健改善のための支援モデル

保健は、開発途上国にとって一時的な課題ではなく、継続して適切な取組みが行われる必要がある。そのために、サービスを提供する側である政府の行政能力と事業運営管理能力強化、保健サービスの質の確保のための保健所等の保健施設の能力強化、さらに、住民の保健に関する知識の向上と行動変容と住民の組織化といったコミュニティ・エンパワメントが重要である。JICA は、開発途上国の人々が自分たちで考え、自らの組織と資金を活用して保健医療サービスを継続し、課題を発見・改善し、人々の健康を確保していくための持続的で自立的な発展を目指す。

4) 実証的根拠の活用と創出

JICA の保健協力の質と対外的説明の説得性を高めるため、データの検証によって得られる実証的エビデンス (empirical evidence) を積極的に活用する。開発途上国における保健事業の効果については、世界各国における長年の研究により、質の高い実証的エビデンスの蓄積がある。限られた予算・人員体制のもと、JICA の協力効果を最大限に高めるには、このような知的な国際公共財を活用することが不可欠である。

また、JICA の保健協力事業のモニタリング・評価に際しては、適切な枠組みと指標を採用し、事業進捗や成果を定量的に測定する。その際、従来型のプロセス評価に加え、インパクト評価も実施することで、キャパシティ・ディベロップメントの過程が、保健アウトカム指標（死亡率、罹患率、保健介入の裨益率）に対してどのような影響を与えるかを定量的に検証する。

5) 日本の健康医療産業及びその技術力を活かした貢献

2013年5月に策定され、第4回経協インフラ戦略会議において了承された「国際保健外交戦略」、2013年6月閣議決定された「日本再興戦略」、及び2013年6月に健康・医療戦略推進本部により策定された「健康・医療戦略」などにおいて、日本政府の施策として、日本の健康医療産業の海外展開支援の強化が掲げられている。

一般的に医療機材を開発途上国において活用する際に、不安定な電圧や精密機器に適さない水質などのインフラストラクチャーの違い、脆弱な病院マネジメントや使用者の技術水準の低さ、さらには診療収入の違い等からメンテナンスが難しいことが多い。

かかる状況を踏まえ、JICA は、従来から、医療機材の適正使用や維持管理のための研修、病院管理能力向上のための技術協力を実施してきたが、今後とも各国のユニバーサル・ヘルス・カバレッジ (UHC) 達成の目標に照らし、相手国の実情を十分踏まえつつ、日本の健康医療産業の技術・サービスが途上国の健康向上に結びつくよう支援を行なう。

2. JICA の保健協力の優先分野と具体的内容

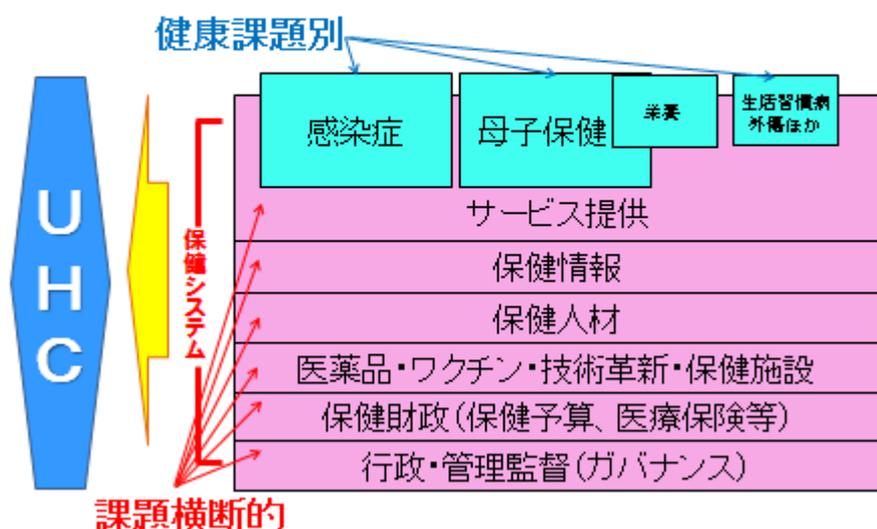
JICA の保健事業はこれまで、MDGs の重点課題である母子保健と感染症対策を主たる対象分野としてきた。その際、保健サービスを効果的に提供できるようにするために、保健システムの構築とその能力強化に注力してきた。これに加えて、それぞれの国のニーズと事情に応じ、保健施設の整備、非感染性疾患対策などを行ってきた。

その理由は次のとおりである。母子保健、感染症対策において罹患率や死亡率の削減を図るために薬剤や予防接種の供給等にターゲットを定め重点的に支援を行うことは比較的短期間に成果を達成できる側面がある。しかしながら、これらの供給を患者に持続的に提供するためには、計画と実施を行うための保健情報と行政・監理監督能力、サービスを提供する質の高い保健人材と保健施設、そのための保健予算が整い、有効な保健システムが機能していることが必要である。しかし現実には多くの国の地方、山岳部等の遠隔地、貧困地域においてはこの保健システムが整っておらず、その状況下で薬剤や予防接種の供給が重点的に行われても、保健サービスが末端にまで届かず、罹患率や死亡率の削減が進まない状況となる。1の(1)に示す物理的、経済的、社会的なアクセスを可能としていくような保健システムの構築により、地域格差、貧富の差、民族の差なく全ての人々が公平に保健医療サービスを楽しむ健康を得ることを可能にしていくのが JICA の目指すところである。

今後、保健協力を進めるにあたっては、下図のとおり、UHC の達成に向けた体制づくりとそのマネジメント強化すなわち保健システム強化により重点を置く。低所得国、なかでも貧困層において改善が遅れている母子保健と感染症対策は引き続き対象とするものの、その実施に当たっては、保健システム強化の側面を重視する。これらについての詳細は、以下(1)、(2)のとおりである。

保健分野における取り組み概念図

健康課題別(Vertical)の支援と 課題横断的(Horizontal)な支援



(1) 保健システム強化を重視

複雑な保健の問題を解決するためには、保健サービス提供の現場の状況に対応した多面的な取り組みが必要な場合が多い。特に保健人材や資金が不足している開発途上国において、効果的な協力を行っていくためには、経済状況、疾患状況、保健サービスの提供状況、人材・予算等のリソースの状況、行政システムとマネジメント等をバランスよく俯瞰し、協力を行うことが重要である。

JICA は、開発途上国自身の自立を目指し、政策立案・制度構築やその施行と運営のための行政能力の向上、保健財政、保健サービスの質の向上、保健従事者の質的量的充実に焦点を当てて協力を推進する。さらに必要に応じて、道路や給水といった他分野や医療機材や医薬品の調達なども組合せ、協力効果の拡大を図る。

1) 保健行政能力の向上

限りある資金と人材を有効に活用するには、効果的な行政制度の整備と行政運営能力の強化が重要である。一般的に開発途上国では、保健行政官が関連法令に基づき主体的に保健計画を策定し、予算計画を取り纏め、事業を実施あるいは指導・監督し評価を行う技能と能力が十分とは言いがたい。また、保健分野の行財政の権限が国から地方政府レベルに移管される一方で、それに対応する地方行政能力が十分に整っていないため、末端での保健サービス提供が滞るケースが多いといった現状が指摘されている。

JICA は、ラオス、ケニア、セネガル等において、開発途上国の中央政府と地方政府（州/県から住民に最も近い末端行政まで）の各レベルでの保健行政管理能力の強化のための協力を進める。ガーナ、コンゴ民主共和国等では、中央・地方政府において、保健政策が現場の実情に基づいて策定されるよう、正確なデータ（保健情報システムの構築）や現場の保健従事者の問題意識が、政策に反映される仕組みを強化する。

また、政府の保健政策に基づき、包括的な保健開発計画（保健施設・医療機材等の整備計画、保健従事者の養成・配置計画、薬・ワクチン等の消耗品管理計画等）の策定支援を行う。ベトナム、タンザニア、ケニア等においては、保健計画の円滑な実施のために、国と州、州と県といった行政レベル間、行政から保健施設に対するスーパービジョンやモニタリングの強化を行う。必要に応じて保険から民間サービス提供者に対する資金の流れも含めた保健財政管理を支援する。さらに、それら計画の効果的実施を促進するための資金協力を組み合わせ、インパクトの拡大を目指す。条件が整えば、貧困層に対する保健サービスの拡大を促進するための、成果に基づく財政支援も行う。

【事例】 ラオス 保健セクター事業調整能力強化プロジェクト（フェーズ1、フェーズ2）

ラオスでは、保健分野で活動する開発パートナーは多いものの、事業間の調整・連携が不十分で、ドナーの活動に偏在・重複が生じており、投入が効率的・効果的に保健状況の改善に結びついていなかった。このような状況の改善を目指し、JICAは2006年から4年間、技術協力プロジェクト「保健セクター事業調整能力強化」を実施した。同プロジェクトでは、保健省の中にセクター作業部会（政策レベル、実務レベル）、分野別の技術作業部会（保健計画・財政、保健人材、母子保健）、それらを取り纏める事務局を設置し、保健セクターにおける事業調整メカニズムの構築を支援した。これにより、政策から実施レベルまで、保健省関係者と開発パートナーが定期的に一同に会して政策や実務の計画・戦略を具体化していく体制が整備された。その成果として、母子保健戦略が策定され、統一されたモニタリング・フレームワークが導入され、開発パートナーの事業マッピングが作成された。同プロジェクト終了後、計画・実施・モニタリングと一貫した調整能力のさらなる強化や事業調整メカニズムを通じた事業手続きの調和化・標準化を目指して、2010年から5年間の予定でフェーズ2を実施している。本フェーズでは、フェーズ1で整備した事業調整メカニズムを通して、第7次保健5カ年計画をはじめとした保健政策の進捗の



モニタリング、優先課題ごとの政策・戦略の策定、事業進捗報告の徹底、予算策定、統計指標の整備など、主要課題についての協議や実施を保健省が主導する体制の強化を支援している。その結果、分娩及び小児診療無料化政策の経験など、開発パートナーのパイロット地域での経験が作業部会内で共有され、政策策定にいかされるようになってきている。

【事例】 ケニア ニャンザ州保健マネジメント強化プロジェクト

1990年代から2000年代にかけて保健サービス指標や健康指標の悪化が見られたケニアにおいては、保健システムの再構築が課題となっていた。特に国内の地域間格差が大きいことから、地方の保健行政能力の強化が急務であり、JICAは、高いHIV有病率、高い子どもの死亡率など、ケニア国内においても最も保健課題の大きいニャンザ州を対象に、保健行政のマネジメント強化を支援した。「ニャンザ州保健マネジメント強化プロジェクト」ではケニア国内の大学や他の開発援助機関とも共同し、リーダーシップ、チーム・ビルディング、コーチング・メンタリング、リソース管理など12のモジュールからなる保健システム・マネジメント研修プログラムを開発。パイロット県から段階的に拡大し、ニャンザ州保健行政チームおよび州内36県保健行政チームの全てに研修を行った。また、研修成果を実際の活動で活かすためにヘルスプロモーション活動や保健サービス提供施設に対するスーパービジョン等の強化にも取り組んだ。結果、ニャンザ州全体では2008年から2011年にかけて専門職の介助によ



る出産の割合が 28%から 49%へと上昇したのに比し、プロジェクトがパイロットとして重点的に支援を行ったキスム・ウェスト県では 27%から 64%へ、シアヤ県では 28%から 57%へと顕著な伸びが見られた。プロジェクトによる協力成果はケニア政府に高く評価され、新憲法で設立されたカウンティの保健行政チームの能力強化にも活用されている。

2) 保健サービスの質の向上

ユニバーサル・ヘルス・カバレッジの達成のためには、分娩や手術・入院加療、簡易治療、予防接種・栄養指導・妊婦健診、臨床検査等の保健サービスを提供する際の質の確保が重要な課題である。そのためには、保健サービスを提供する施設機材の供与及び改善と共に、1) で述べた事項が非常に重要である。ガーナにおいては、一次レベルの保健施設の整備とともに、地方行政における保健システム強化と組み合わせ、住民にサービス提供が可能となるシステム構築と人材育成を行っている。

保健施設の整備については、主として保健センター等一次レベルの保健施設の機能強化を支援する。より高次の保健施設の施設整備については、人材や財政面の制約が低く、さらに人材育成、スーパービジョンや保健リファラルという一次レベルの保健施設に対する高次保健施設の役割を明確にしたうえで実施する。ベトナムでは、ホーチミンのチョーライ病院や首都ハノイのバックマイ病院、中部のフエ中央病院等において、無償資金協力と技術協力を組み合わせることにより、3次医療機関の整備とそれらの病院を拠点とした医療人材の育成に大きく貢献してきた。さらに、それらの協力と組み合わせるリファラル機能を強化することを目的として、二次レベル医療機関の整備を円借款により実施している。さらに、スリランカ、モルドバ、イラク、ウガンダ等においては資金協力による病院整備を実施している。

保健施設のマネジメント改善のためには保健施設の建設の改修だけでは不十分であり、施設管理の改善を図ることが重要である。多くの国が医療物資や保健予算の制約を受ける中、病院やその他の保健施設の管理のため JICA は日本型の経営手法を応用した 5S-KAIZEN-TQM 手法を導入してきた。病院やその他保健施設が自立発展的に成果を生み出すことを目的として必要に応じて同手法の導入・普及も活動に組み入れることとする。スリランカの人材と事例を技術リソースとして同手法のアフリカにおける普及に取り組んだプログラムは、南南協力の好事例として 2012 年に UNDP による表彰を受けた。

【事例】タンザニア 保健行政システム強化プログラム

タンザニアの保健行政強化プログラムにおいては、州および県保健局の保健施設への技術サポート機能を中心とした行政マネジメント強化と保健施設における保健サービス提供のための保健人材開発強化を行っている。そのうち、保健人材開発強化プロジェクトでは、保健人材政策立案の基盤となる保健人材情報システムの構築・普及に取り組むと共に、日本型マネジメントを応用し、現場で働く保健人材のパフォーマンス改善をつうじたサービスの質改善に取り組んでいる。現地のリソースを活かしてダルエスサラーム大学との共同により開発した保健人材情報システムは、21 州 133 県にスケールアップされ、全国を

網羅する初の保健人材情報システムとして運用が開始されている。並行して開発した保健人材養成校情報システムについても、国内に存在する 134 の養成校すべてに導入が完了した。両システムに蓄積されたデータに基づき、保健福祉省は独自に保健人材の現況をまとめた報告書を作成、また、本プロジェクトの支援により中長期的な保健人材需給予測に基づく国家保健人材開発戦略の策定に着手するなど、すでに活用が開始されている。また、5S-KAIZEN-TQM 手法による保健人材のパフォーマンス改善事業については、現在 60 を超える病院に導入がなされている。パイロットとして同手法を最初に導入したムベヤ病院においては、病院環境が向上しただけでなく、カイゼン活動の実践により、清潔な環境の確保、患者待ち時間の短縮、過剰在庫の減少など、病院経営の向上につながる目覚ましい成果を上げており、タンザニア国内はもとより、周辺国や WHO 等他の開発パートナーの注目も集めている。



3) 保健人材 health workforce の拡充

保健人材 (health workforce) の充足は主要な保健指標の改善と強い関連性があり、MDGs の達成のために不可欠な要素である。しかし、通常保健人材の課題の解決は、制度変更や人材育成のために年月を要する課題である。その上、多くの途上国では、医師、看護師、助産師などの保健人材が質・量ともに不足しており、住民、特に村落部や貧困層に対する保健サービスが滞る傾向にある。その背景には、養成機関の施設や教官の不足、人材確保のための予算不足、僻地等での劣悪な処遇による離職、都市部への偏在、さらには海外への流出などがある。

こうした中長期的な対策を必要とする保健人材の課題に対し JICA は、開発途上国の効率的効果的な保健人材の質の向上、人員の増加、そして制度整備に関する協力に取り組む。具体的には、①研修プログラムの拡充による現職の保健人材の質の向上 (インドネシア、ラオス、大洋州、アフリカ各国等)、②養成施設や教材、教育カリキュラムの整備による保健人材の創出 (モザンビーク)、③保健人材の養成・確保、処遇に関する政策立案、制度整備、さらには人材管理の情報システム作り (コンゴ民主共和国等) などの協力を進める。

特に、地域における医師、看護師、助産師等が不足している国においては、地元のボランティアと共に活動する専門教育を受けた保健人材 (community health workers 等) の配置等により、地域に密着した保健サービスの拡大を目指している。JICA は、こういった活動の政策支援、人材育成、モデル開発とその拡大を支援する。

【事例】カンボジア国立医療技術学校改修計画、医療技術者育成プロジェクト

カンボジアは、内戦の影響で医療従事者の質・量ともに絶対的に不足しており、また国家試験や登録制度の未整備等、医療人材に関わる多くの問題を抱えている。

これまで日本は、首都プノンペンにある国立の医療技術学校の施設・機材の整備を行い、この医療技術学校と地方の4つの看護学校を含む計5ヶ所を対象として、4職種の医療従事者（正看護師、臨床検査技師、放射線技師、理学療法士）の基礎教育改善のため、学校指定規則や指導要領を始めとした教育機関や教育内容に関する国家標準規定の策定支援、カリキュラム改訂、教材開発、教員の能力向上等の協力を行った。

その結果、放射線学科がカンボジア国内で初めて開設され放射線技師を養成し始めたことに加え、4職種の基礎教育が改善され、他の重要職種（医師・薬剤師・助産師）についても政令が発令された。

現在は、看護師に関する資格制度や看護学校の認可制度に関する施行規則の整備を進めている他、プロジェクトのもとで、既に26名（2013年8月現在、2015年までに32名の学士取得を支援予定）の看護師・看護教員の看護学士号の取得を支援し、それぞれが中核的な人材として所属する組織において看護教育・看護業務の改善に取り組んでいる。



【事例】コンゴ民主共和国（DRC）保健人材開発支援プロジェクト

DRCでは、1991年以降、10年以上にわたって続いた紛争の結果、保健システムは崩壊し、都市・地方間の保健人材の偏在および質の低下が著しい。こうした中、JICAは、2008年より保健省アドバイザーや本邦研修等を通じ、DRCの保健人材開発にかかる課題分析を保健省関係者との協働により行った。その分析に基づき、2010年より、コンゴ民初の国家レベルの保健人材開発計画となる国家保健人材開発計画（PNDRHS）を策定するとともに、その計画を実施するための保健省人材関連局の能力を強化することを目的としたプロジェクトを開始した。

プロジェクトの結果、2011年4月にPNDRHSが策定されるとともに、これに基づく人材関連部局毎の年次計画の策定・実行や部局横断的な人材委員会の定期開催、中級保健人材養成校全国統一卒業試験の運営・モニタリングなど、人材関連局の組織運営能力の強化が図られてきている。また、保健人材配置基準の更新案、中級助産師の資格基準案、中級



助産師養成課程の教育基準案及び評価基準案など、PNDRHSに関連した規程の整備が進んでいるほか、保健人材に関する情報管理システムが整備されつつある。こうした取組の結果、保健省の指導の下、州レベルでも年次活動計画書に保健人材開発にかかる活動が明記されるようになるなど、保健省のPNDRHSを実施する能力が強化されてきている。

JICA は、本プロジェクトを、保健省アドバイザー、国立パイロット校となるキンシャサ保健人材センターの整備（2013年7月完工）等を含むプログラムの一部として位置付けている。

（２） 保健課題における優先分野

１） 母子保健

すでに述べたとおり、妊産婦を含む女性と子どもの健康は、開発途上国において深刻な問題である。さらに、栄養不良による母子の健康上の課題が指摘されている¹³。

こうした状況に対応するため、JICA は、上述の保健システム強化によるアプローチと共に、コミュニティの能力強化、保健サービスへのアクセス確保と保健サービスの質の向上により、バングラデシュ、ガーナ、セネガル等の各国で包括的な母子継続ケア¹⁴を提供する体制強化を支援してきている。具体的には、妊産婦へのケア、出産介助、新生児を含む5歳未満児へのケア予防接種、母乳育児を含む栄養改善、保健サービスを提供する人材の育成、関係する施設の整備、行政と医療機関とコミュニティの協働の促進、母子手帳の活用等を支援している。

上記アプローチの有効性を実証する活動をガーナで実施中であり、円借款により包括的な母子継続ケアを広く普及展開するため支援をバングラデシュで開始した。母子を対象とするポリオを含むEPI（Expanded Program for Immunization：予防接種拡大計画）対象疾患の予防接種については、他の開発パートナーとの調整のもとに協力を実施している。

今後についても引き続き母子継続ケアの強化に向けて取り組むが、さらなる円借款の活用を推進する。また、栄養改善に関しては、母子保健の取り組みのなかで、主として栄養不良（低栄養）の影響を受けやすい妊産婦と子ども（特に2歳未満児）を対象として協力を推進するとともに¹⁵、SUN¹⁶ネットワークへの参加、他の開発パートナーや民間企業との連携を活用し、また、水・環境衛生、農業分野等との連携を推進する。

¹³ 5歳未満児の45%（年間310万人）は栄養不良が原因で死亡、5歳以下の26%（1.65億人）が、知的発達や身体的発達の遅れを引き起こす成長不良（Stunting）（2011年）。妊産婦の栄養不良が胎児の成長阻害、安全な出産の阻害に繋がっている。成長不良とは、年齢に対する低身長を示し、子どもの慢性栄養不良指標。

¹⁴ 妊娠前（思春期、家族計画を含む）・妊娠期・出産期・産褥期と新生児期・乳児期・幼児期といった時間的流れを一体として捉えた継続的なケア、および、家庭・コミュニティ・一次保健施設・二次/三次保健施設が連続性を持って補完しながらつなげるケア

¹⁵ The thousand days initiative：母親の胎内での胎児期（妊娠期間）から生後2歳までの1000日間は、子どもの生存とその後の生涯の健康状態や、経済的活動へのインパクトが最も大きいことから、母子栄養改善を開発課題として重視する国際的イニチアチブ。

¹⁶ 2010年9月に構築された、妊産婦（子どもが産まれる9ヶ月前）と生後24ヶ月未満の乳幼児に対する費用対効果の高い予防的な栄養改善介入策を国際社会が協調して実施するためのドナー枠組み

【事例】バングラデシュ母性保護サービス強化プロジェクトフェーズ2

バングラデシュでは、妊産婦健診の受診率が低いことや、助産技術を持った介助者による出産が少ないこと等により、妊産婦の健康改善が進んでいなかった。プロジェクトフェーズ1（2006-2011）では妊産婦の健康改善のため、中央・地方保健行政能力向上、保健医療施設のサービス改善、住民の組織化による女性と子どもへの地域支援の体制づくりを協力対象地（ノルシンディ県）にて取り組んだ。この結果、協力対象地において産科合併症を発症した妊産婦のうち緊急産科医療を受けた割合は、2006年には17.8%であったものが、2010年には57.4%までに改善するなどの効果が見られた。

プロジェクトフェーズ2（2011-2016）では、前フェーズの結果を踏まえ、住民組織活動の全国展開や、政府が進める母子・新生児の健康改善に係る保健政策実施のための技術協力を行っている。

本技術協力と合わせた相乗効果の発現を狙い、現場レベルでの青年海外協力隊員の活動と連携し、さらに政府の保健政策の実施の支援のため、円借款事業「母子保健改善事業（保健・人口・栄養セクター開発プログラム）」にて、コミュニティクリニックの活動を支援するグループ員（全国約16万人）、住民組織活動を推進するグループ員（全国約60万人）等への研修や10か所の県・郡病院施設の改修の資金協力も進めている。



【事例】グアテマラ ケツアルテナンゴ県、トトニカパン県、ソロラ県母とこどもの健康プロジェクト

グアテマラにおいては、伝統的産婆による在宅分娩が多いことや出産施設へのアクセスが悪いこと等により、妊産婦死亡比を始めとする母子保健指標は、他の中米諸国と比較すると悪く、この課題への対応としてグアテマラ政府は保健セクターにおいて母子保健を優先課題の一つとして挙げている。

本プロジェクトでは、先住民族が多く居住し貧困世帯が多いグアテマラ西部地域のケツアルテナンゴ県、トトニカパン県、ソロラ県を対象県とし、妊産婦や乳児の健康を改善するためのプロジェクトを実施している。具体的には、行政による保健施設のモニタリング等中央及び地域の行政能力強化、質の高い妊産婦死亡症例検討会の実施、医師看護師等への研修や基礎的な機材の供与による保健医療施設における周産期ケアの向上、母子保健に係る啓発等のコミュニティ活動の強化に取り組んでいる。この結果、2013年2月に実施された中間レビュー調査において、施設分娩割合は2010年に42.8%だったものが、2012年には44.5%に増加しており、また妊産婦死亡数は2010年に58人だったものが2012年には40人に減少したことが確認されている。



また、本プロジェクトでは、出生時低体重による新生児

死亡を削減するため、妊産婦の栄養改善も重視しており、コミュニティレベルにおいて母親グループ等に対して栄養指導を実施している。

【事例】モロッコ国地方村落妊産婦ケア改善プロジェクト

本プロジェクトは、2004年から2007年にかけて、2つのパイロット県（フェズ・ブルマン州セフロ県及びメクネス・タフィラレット州イフラン県）の村落部に住むリプロダクティブエイジ（生殖可能年齢）の女性約11万を受益者とし、これら女性に対する母子保健サービス強化を目標として実施された。具体的には、助産師等の継続研修システム確立や、母子保健に関する保健教育活動（IEC）強化が行われた。

活動の成果として、モロッコ保健省はこの成果を認めて一部活動の全国展開が行われている。例えば、パイロット県にて確立された新任助産師等に対する継続研修が2008年からの5カ年の国家プログラムに盛り込まれ、国レベルで実施されている。また、IEC活動としての母親学級も国家政策となり、現在はモロッコ全61県の保健センターにて開催されている。さらに保健省は、プロジェクト成果を基に周辺国を招聘してモロッコ国内にて研修を行い、その結果、ベナン、ブルキナファソ、セネガルにおいて母親学級が開催されている。

この成果の政策化及び全国展開の要因としては、長期にわたる母子保健人材育成への取り組みをベースに母子保健のプログラムとして複数の展開を行ったことが挙げられる。プロジェクトに先立つ2002年から保健省職員対象に本邦研修が行われ、100名以上の帰国研修員が全国レベルでの母親学級の実施の核となっている。さらにプロジェクト終了後の2008年からは長期専門家を保健省に派遣し継続教育や母親学級のマニュアル作成や実施の指導を行い、加えて母親学級支援のための青年海外協力隊員も派遣した。なお、プロジェクトの枠組みの中でも、普及のための研修講師を育成するなど、本プロジェクトは当初から他地域への成果拡大を意図して計画及び実施された。

本プロジェクトの事後評価では、これら本邦研修、技協プロジェクト、専門家派遣等の様々なスキームの連携効果のインパクトが高いと評価され、このような戦略的展望をもった長期的支援を今後のための提言・教訓として挙げている。



2) 感染症対策

開発途上国において、感染症は経済・社会発展の阻害要因となっており、さらに主として貧困層を苦しめていることから、三大感染症を中心とした感染症への対策は、保健対策上重要な課題である。そのため、三大感染症については、2000年以降多くのドナーが協力資金量を増やしている。具体的には、世界基金¹⁷、ユニットエイド（UNITAID）、米国大統領エ

¹⁷ 2013年5月までの累積拠出金額合計259億米ドル

イズ救済緊急計画（President's Emergency Plan for AIDS Relief: PEPFAR）¹⁸や大統領マラリアイニシアチブ（President's Malaria Initiative: PMI）¹⁹等が設立された。また、エイズの発症を抑制する抗レトロウイルス療法（Antiretroviral Therapy: ART）へのアクセスの拡大²⁰やマラリア対策のための殺虫剤処理済蚊帳の普及等により、過去10年間に対策が進んだ²¹。三大感染症以外についても、ポリオや顧みられない熱帯病（Neglected Tropical Diseases: NTD）など、多くの住民に負担を強いている感染症の撲滅・抑制に向けて、国際社会が協調して取り組みを進めている。²²しかしながら、国や地域によって依然としてそれぞれの感染症の脅威にさらされている。

JICA は、こういった感染症の脅威に対し、保健システム強化を通じた横断的なアプローチと個別の感染症ごとの対策を通じて協力を行う。横断的なアプローチは、他の保健上の課題も含めたより大きな協力効果をもたらす。その際、世界保健機関が定める国際保健規則（International Health Regulation）²³の達成を目指し、開発途上国の能力向上を目指した協力をおこなう。結核対策、HIV 対策（サブサハラ・アフリカ等）、ポリオ根絶活動（パキスタン等野生株常在地域）、一部の NTD（主として研究協力）、新型インフルエンザ（東南アジア）などの特定の感染症対策への支援については、国内の動向や国際的潮流などを勘案しながら、JICA の持つ比較優位性と日本におけるリソースの確保、受益国の優先順位、国際社会からの要請の観点から検討し、適切な範囲で実施する。その際、感染症対策のための日本と開発途上国研究機関の微生物学および疫学的共同研究を行っている地球規模課題対応国際科学技術協力（Science and Technology Research Partnership for Sustainable Development: SATREPS）や民間連携のスキームなどの活用も検討する。

具体的には、保健システム強化による横断的なアプローチに加え、エチオピア等において実施しているような特定感染症についての政策・ガイドライン等の策定支援、コミュニティまで含めた感染症サーベイランス機能の強化、予防・検査治療のための体制強化、ラボラトリーネットワークの強化等を支援する。

また、日本政府からもその事業資金が拠出されている世界基金²⁴については、グローバルレベルでの議論に継続的に参加しつつ、当該国政府が、その資金を活用した事業を実施する

¹⁸ 2004-2012 年度末までの支出額合計 383 億米ドル（ただし同計画から世界基金への拠出は除く）

¹⁹ 2005-2012 年度末までの支出合計 24.6 億米ドル

²⁰ エイズ発症を抑えるための抗レトロウイルス薬による治療（ART）は、1996 年当時は一人当たり年間 \$10,000-15,000 を要したが、現在は \$64 まで低下。そのため ART を受けている人は 2003 年に比べて 20 倍。HIV/AIDS による死亡率は 2005 年より 24%減 UNAIDS（2011）

²¹ サブサハラ・アフリカにおける蚊帳の普及は 2000 年の 2%から 2012 年には 33%に改善され、死亡率も 10 年前に比べ 33%減少 WHO（2011）

²² ポリオについては「世界ポリオ撲滅計画（Global Polio Eradication Initiative）」、NTD については「NTD に関するロンドン宣言」を軸とした取組が進められている。なお、ポリオについては、長年の取組の結果、野生株ポリオ常在国が三カ国（ナイジェリア、パキスタン、アフガニスタン）まで減少している（2013 年 8 月時点）。

²³ 2005 年の WHO 総会において、IHR の根本的な改正案が決議。国境における疾病発生の通知のみならず、加盟国の国内での「国際的に脅威となる公衆衛生緊急事態（public health emergencies of international concern: PHEIC）」全てを WHO に通知するシステムとなり、WHO の国際的な検知、対応活動に国際法上の根拠を与えるもの。各加盟国は、PHEIC 検知、対応能力を向上することが求められている。

²⁴ 米国、フランス、ドイツ、イギリスについて第 5 位の拠出を行っている。2012 年は 3 億 4,287 万米ドル

に当たり、その運用に必要な技術協力等を選択的に行う。アフガニスタンでは、結核対策について、人材育成、検査・治療のためのシステム構築、計画策定・実施能力の向上に貢献したことにより、JICA は、2012 年に世界基金の PR (Principle Recipient:資金受入責任機関) として認定された。カンボジア他では JICA 事業の成果が世界基金によりスケールアップされた。

【事例】 ミャンマー主要感染症対策プロジェクト

ミャンマーでは、HIV/エイズ、結核、マラリアが患者数、死亡数の上位を占め、国民にとって大きな脅威となっており、国家保健計画では、エイズ・結核・マラリア対策を最優先課題としている。

JICA は 2005 年より継続して保健省に対し国家プログラムに関わる行政・医療スタッフの技術力、運営能力の向上を通して各疾患対策を強化するため「主要感染症対策プロジェクト」を実施している。フェーズ 1 の結果、安全血液ガイドラインや外部検査精度ガイドラインの策定、結核全国有病率調査の実施、コミュニティベースマラリア対策パッケージの策定等の成果が上がっており、現在フェーズ 2 (2011 年～2015 年) でも HIV/エイズ対策では、献血登録制度や検査の外部精度管理についてはカバー率の更なる拡大とモニタリングの強化、梅毒については、輸血スクリーニング及び外部精度管理体制の構築、運営に関して継続的な支援を行っている。結核対策については、ヤンゴンとマンダレーの 2 大都市圏において新たにコミュニティ DOTS や民間の薬局を含めた官民連携を模索し、更なる患者発見活動を強化している。さらに、マラリア分野では、GIS (Geographical Information System:地理学情報システム) を活用し、マラリア疑い患者数を保健施設ごとに地図上に示し視覚化し流行地の特定化を行うとともに、末端の保健施設へ抗マラリア剤を直接配布することにより重症患者数は減少、オークフォ・タウンシップ行政区 (Oakpho Township) におけるマラリア死亡者は 2003 年の 18 名から 2011 年には 1 名に激減している。また、世界的課題となっているアルテミニシン耐性マラリア封じ込め対策の強化をはじめコミュニティベースマラリア対策の効果的な実施に取り組んでおり、新資金メカニズム (NFM) の導入により大規模な投入を予定する世界基金や USAID 等の他ドナーとの有機的連携も行っている。



【事例】 パキスタン ポリオ撲滅事業

世界のポリオ常在国はアフガニスタン、ナイジェリア、インド、パキスタンの4カ国であったが、2012年1月にはインドでポリオ新規発生が1年間見られずに常在国でなくなった。全世界的にポリオ撲滅はあと一歩までできており、パキスタン政府は2011年にポリオ撲滅に特化した「国家緊急行動計画」を発表するなど国をあげてポリオ撲滅に対し強いコミットメントを行っている。2011年よりJICAは約50億円の円借款を通じて5歳未満児にワクチンを効果的に投与するポリオ・キャンペーンを支援している。この事業では財政面における革新的な取組を行なっている。この事業の終了時までには十分な成果を上げた。と監査による評価を受けた際には、ビル&メリンダ・ゲイツ財団がパキスタン政府に代わり財政負担義務を負い、JICAに債務の返済を行うこととしている点である。この手法によりJICAはパキスタン政府の債務負担を課すことなくポリオ・キャンペーンを更に推進できることを期待している。



また、この事業はワクチンの調達を支援する世界銀行との協調融資、UNICEFとのワクチン調達、WHOとのキャンペーン実施での連携など、多様な開発パートナーとの協力により実施されている。また、キャンペーンの強化で得た経験は、ワクチンで予防可能な他の感染症の対策活動へ応用され、県や郡レベルの保健医療サービスの実施管理能力の向上にも寄与している。

この取組により症例は2011年には198件あったが、2012年には58件へと減少してきている。

【事例】 カンボジア結核対策

カンボジアでは、20年以上にわたる内戦で医療システムが崩壊し、国民の栄養状態の悪化により結核感染が拡大した。カンボジアはWHOが緊急に結核対策を必要とする結核高蔓延国22カ国に位置づけられている。

JICAでは、2000年から10年間にわたり「結核対策プロジェクト」(フェーズ1・2)を実施し、国立結核センターを拠点としてWHOの推奨するDOTS(直接監視下の短期化学療法)を中核とする包括的支援を行ってきた。フェーズ1では、DOTSサービスを全国に普及させる支援を行い、2004年には全国全ての保健センター(約900ヶ所)でDOTSを提供できるようになった。また、WHO等と連携し、第一回全国有病率調査を実施した。

その後、HIV感染者の増加や都市部における結核対策といった課題が生じたことを受けて、2004年から5年間フェーズ2が実施され、DOTSの質的向上、DOTSを超えた結核対策と検査能力の強化、及び国家結核対策プログラムに係る運営管理能力の強化と人材育成を行った。

これらの取組により、新塗抹陽性結核患者の発見数の絶対値はプロジェクトの実施後増加しており、また新塗抹陽性結核患者の治療率も90%前後と高いレベルで推移し、目標とした85%を維持した。塗抹陽性肺結核の報告数は2009年には2003年の概ね2倍にあ

る 8,378 人を達成し、小児結核の報告数についても、2007 年には 1,422 人と目標の 1,268 人を上回る結果となった。また、国立結核センター（CENAT）のスタッフの人材育成や統計データのデータベース化が進み、結核治療施設における適切な薬剤管理や、「結核対策に対する国家保健戦略計画（2014-2021）」の策定時の基礎データとして生かされている。この他、住民のアクセスが多い都市部の薬局や民間クリニック等に来訪する結核疑い患者に公的機関を紹介することを目的に実施された官民連携（PPM）による DOTS は、DOTS サービス受診者数を確実に増加させており、ガイドラインも USAID 等の支援の下で改訂が進み、持続性が担保されている。さらに、TB/HIV 重複感染への対策として、移動式のエイズ検査及びカウンセリングの導入や HIV 患者に対する結核検査を実施するなどのシステムを確立し、他の機関が世界エイズ結核マラリア対策基金の資金を用いた同システムの拡大を図っている。

2009 年からは「全国結核有病率調査を中心とした結核対策能力強化プロジェクト」を開始し、NTP とともに第二回全国有病率調査を実施した。途上国では初となる 9 年間を経た二回にわたる有病率調査の結果、塗抹陽性結核有病率は 15 歳以上の人口 10 万人あたり 437 人（2002 年調査）から 272 人（2011 年調査）と約 38%減少したことが確認され、世界で推進されてきた DOTS 戦略の効果と高年層や塗抹陰性の結核をどう封じ込めるかといった今後の課題を科学的に提示した。また、カンボジアの結核有病率調査で構築された調査プロトコールは、他の途上国での有病率調査の先行モデルとして参照されており、世界の結核対策にもインパクトを与えた事業となった。

JICA のカンボジアにおける結核対策協力は、同国の復興支援として、1997 年にはラポ分野の専門家を派遣し現地の実情を熟知した上で、1999 年からフェーズ 1、フェーズ 2 に至るまで 10 年と長期に渡り能力強化を行い、加えて 1999 年のフェーズ 1 開始と並行して実施された無償資金協力事業による国立結核センターの施設面での拡充（8.03 億円）を行った。結核対策の推進にあたりカンボジア政府の能力を同国の状況に応じ段階的に強化し、国家プログラムの推進のベースとして必要な施設面での整備を同時に図った点が成果発現を促進した要因と考えられる。さらに TB/HIV、PPM（Public-Private Mix）、小児結核対策など幅広い分野での結核対策協力を行う過程で、保健省のみならず他のパートナーとの連携の幅が広がったことも、今後、プロジェクト終了後に更なる事業展開を行う上での教訓と言える。



3) 「BOP ビジネス」における取組

母子保健や感染症対策といった保健課題を民間企業のビジネスを通じて解決する「BOP ビジネス」が新たな潮流として注目されている。JICA は、ガーナにおける離乳期の子供の栄養改善を目的とした味の素(株)のビジネス展開など、日本企業による BOP ビジネスを通じ

た新興国・途上国における栄養改善の取組みを支援している²⁵。このプロジェクトでは、同社、USAID 並びに JICA との協力覚書を取り交わし、国際 NGO の PLAN、CARE 等の協力も得ながら、乳幼児の栄養改善への取組みに相乗効果を生み出すことを目指している。感染症対策の例としては、ケニアではマラリア対策のための防虫蚊帳製品の事業展開を推進する住友化学(株)を支援し、事業化が進められている²⁶他、ウガンダやカンボジアにおいて感染症予防を目的として、消毒剤や石けん液の事業展開を手洗い慣習の啓蒙を通じて事業展開を推進するサラヤ(株)への事業支援を行っている²⁷

(3) 日本の健康医療産業及びその技術力を活かした貢献

現在、日本再興戦略および国際保健外交戦略の一環として日本の健康医療産業の海外展開を支援する動きが加速化されている。一般的に医療機材を開発途上国において活用する際に、不安定な電圧や精密機器に適さない水質などのインフラストラクチャーの違い、脆弱な病院マネジメントや使用者の技術水準の低さ、さらには診療収入の違い等からメンテナンスが難しいことが多い。JICA は、従来から、医療機材の適正使用や維持管理のための研修、病院管理能力向上のための技術協力を実施しており、日本の健康医療産業の技術・サービスが途上国の健康向上に結び付くよう、これらに加え、資金協力や民間連携事業も活用して、必要な支援を行う。

(参考) 日本再興戦略 (p66-67)

●医療の国際展開

・一般社団法人メディカル・エクセレンス・ジャパン (MEJ) を活用し、官民一体となって、日本の医療技術・サービスの国際展開を推進する。新興国を中心に日本の医療拠点について 2020 年までに 10 か所程度創設し、2030 年までに 5 兆円の市場獲得を目指す。その際、国際保健外交戦略との連携、ODA、政策金融等の活用も図り、真に相手国の医療の発展に寄与する持続的な事業展開を産業界とともに実現する。

・その実現に向け、上記の取組とともに、日本の良質な医療を普及する観点から、①相手国の実情に適した医療機器・医薬品、インフラ等の輸出等の促進、②外国人が安心して医療サービスを受けられる環境整備等に係る諸施策も着実に推進する。

²⁵ 協力準備調査(BOP ビジネス連携促進)により、味の素(株)の「離乳期栄養強化食品事業準備調査」を支援している。その他、栄養改善に関連した協力準備調査 (BOP ビジネス連携促進) を通じて、以下の日本企業の取組みを支援している。

- ・アース・バイオケミカル株式会社「インド国栄養食品開発に係る事業準備調査 (BOP ビジネス連携促進)」
- ・カゴメ株式会社「インド国 BOP 層のビタミン A 摂取状況改善事業準備調査 (BOP ビジネス連携促進)」

²⁶ 協力準備調査(BOP ビジネス連携促進)により、住友化学(株)の「ケニア国防虫関連製品の貧困層向けビジネスモデル構築のための準備調査 (BOP ビジネス連携促進)」を支援している。

²⁷ 協力準備調査(BOP ビジネス連携促進)により、サラヤ(株)の「ウガンダ国新式アルコール消毒剤による感染症予防を目的とした BOP ビジネス事業準備調査 (BOP ビジネス連携促進)」及び「カンボジア国殺菌剤入石けん液等の普及による衛生状況改善事業準備調査 (BOP ビジネス連携促進)」を支援している。

(参考) インフラ・システム輸出戦略 (p18)

- ・日本発の医薬品・医療機器等を国際的な医療協力なども通じて、医療技術・医療サービス等と一体的に海外に展開
- ・円借款における「保健・医療」分野での譲許性の引き上げとSTEP適用分野への医療機器の追加

(参考) 健康・医療戦略 (p39-41)

●国際医療協力の枠組みの構築

・新興国等のニーズに応じて、企業・医療関係者 (MEJ、JICA、JETRO、日本医療教育財団、PMDA 等) と関係府省が一体となった国際展開を図る。

●一般社団法人MEJ を中核組織とする具体的な国際医療事業の推進

・一般社団法人MEJ(Medical Excellence Japan)を中核組織とする具体的な国際医療事業を推進するため、新興国・資源国等への医療技術・サービスと医療機器等が一体となった国際展開に向けて、実証及び事業実現可能性調査等の実施、各国ヘルスケア関連市場の調査・基盤整備等を行うことで、我が国の医療機関や機器メーカー等が海外で自立的・継続的な形で医療サービスを提供する拠点及び現地医療機関とのネットワーク構築等を支援する。こうした拠点やネットワークを活用し、高度な日本の医療に対する理解促進や、外国人患者の医療情報等のやり取りの円滑化等を実施することで、最先端の医療機器による診断等日本の医療の強みを提供しながら、国際医療交流と更なる高度化につなげるため、円滑な外国人患者の受入れに資する環境整備を図る。

●ODA などの活用 (国際保健外交戦略に基づく、日本が比較優位を有する医療機器・サービスを活用した支援、二国間援助の効果的実施、グローバルな取組との連携)

・国際保健外交戦略を踏まえ、国際保健を日本外交の重要な課題と位置付け、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジを推進する。また、グローバルな取組との連携や二国間援助の効果的な実施を通じ、ミレニアム開発目標 (MDGs) 達成への取組を強化しつつ、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジの促進に貢献する。

・ODA 等の公的な資金を活用しながら、途上国に対して、人的協力や諸制度等と一体化して、日本の医療サービス、医薬品・医療機器の輸出拡大を図る。

・円借款の本邦技術活用条件 (STEP) や JICA 海外投融資等の積極的活用を推進する。

【事例】モルドバ共和国 医療サービス改善事業 (円借款)

本事業は、首都キシニョフを中心として、同国の中核的病院等の医療機材・検査機材等を整備し、医療サービス供給体制の強化と効率化を図ることを目的とし、本件にかかる貸付資金は、医療機材・検査機材の調達及びコンサルティング・サービス (入札補助、事業全体管理、調達監理、研修等) 費用等に充当される。なお、日本製の医療機材に対する同国政府の評価が高いことから、本事業は、本邦技術活用条件 (STEP) 適用事業として実施される。

モルドバは、旧ソ連から独立後、経済や財政状況が悪化する中、医療財政も逼迫し、住民は必要な医療サービスを十分に受けられなかった。医療費が全額国庫負担であったことや、乱立した病院による非効率な医療サービス供給体制もその要因であった。同国政府は、

それから約 20 年をかけて、国民皆保険制度を導入して医療財政改革を進めるとともに、医療機関の役割分担と連携により医療サービスの水準を向上させ、今や、モルドバの医療セクターは「医療改革のモデル」と呼ばれるまでに改善した。

日本も、同国の改革を後押しするため、2 度にわたり無償資金協力により医療機材を供与している。このとき日本が供与した機材の高い耐久性や信頼性が日本製の医療機材に対するモルドバ政府の好評価につながったことで、今回の STEP による有償資金協力の実現に至った。

この結果、モルドバの医療機関は、比較的高い水準の医療従事者を擁する一方で二次、三次医療施設を中心に医療機材が不足しており、一般的な診断・治療に加え、増加傾向にある心血管疾患や癌などの専門的な医療技術が求められる疾患への対応に課題を抱えている。

本事業では、モルドバの拠点病院等に対して医療機材・検査機材等の整備を進めることで、同国政府が推進する医療機関の役割分担と連携に寄与し、質の高い医療がより幅広い住民に行き渡ることが期待されている。なお、本事業の効果をさらに高めるため、本事業対象病院等において、機材維持管理能力向上や臨床技術向上を目的とした技術協力を行うことも検討されている。

【事例】日本における人工透析技術セミナー（大分県・宮崎県）

アジアを中心とした 8 か国 17 名の途上国政府関係者などに対し、2013 年 5 月末の一週間、標記セミナーを開催し、東九州メディカルバレー特区における産官学の連携による人工透析技術を中心とした医療産業拠点作りや人材育成の取り組みを紹介し、自国に適用可能な政策・制度、技術、製品を検討してもらうとともに、参加国及び我が国の人的ネットワークの形成を行った。これにより、日本方式の質の高い透析技術、臨床工学士制度、安全性の高い医療機器等につき、途上国政府関係者において一定の理解が得られると共に、今後は、両県により個別の国との更なる関係強化が検討されている。

【事例】官民連携研修（テルモ社との連携による技術協力）

2011 年 9 月、メキシコ国内の国立循環器病院等から、5 名のメキシコ人ドクターが来日し、国内の TRI 手法の第一人者である医師が研修を実施。デバイス研修や、テルモメディカルプラネックスにおける動物やシミュレーターによる手技研修を実施した。また、当該医師も訪墨し、研修を実施したドクターのフォローアップ、及び墨・保健省の高官、墨国内の医療関係者等を招いたセミナー実施した。

その結果、研修を実施したドクターの TRI の実施率や、テルモ社のカテーテルデバイスの墨国内シェアが向上している。更に、JICA が墨・保健省との接点を提供することで、テルモ社と墨・保健省、医療関係者との関係構築や強化を行い、テルモ社の技術普及が促進された。

以上



〒102-8012
東京都千代田区二番町5-25
二番町センタービル

URL: <http://www.jica.go.jp/>