

JICA グローバル・アジェンダ No.6

## 保健医療

クラスター事業戦略  
「保健医療サービス提供強化  
～強靱・公平・持続可能な UHC の達成～」



SUSTAINABLE  
DEVELOPMENT  
GOALS



独立行政法人国際協力機構(JICA)は持続可能な開発目標(SDGs)を支援しています。

2025.4

# 1. クラスターの目的と概要

## 1.1 クラスターの目的

本クラスターは、グローバル・アジェンダ「保健医療」の目指す「平時からの公衆衛生危機に対する予防・備え・対応の強化を含む各国での保健システム<sup>1</sup>強化を通じた、より強靱・公平・持続可能なユニバーサル・ヘルス・カバレッジ(Universal Health Coverage、以下「UHC」)の達成」に貢献するため、UHC の 2 つの側面(必要な保健医療サービスへのアクセスとサービス利用による過度な医療費負担からの保護)のうち、保健医療サービスへのアクセスを改善するために、保健システムの視点から、保健医療サービスの提供体制の強化を目指すものである。「感染症対策・検査拠点強化クラスター」、「母子手帳の活用を含む質の高い母子継続ケアクラスター」は、各疾病対策のための保健医療サービス提供を強化するが、その基盤整備ともなるものである。

本クラスターによる保健医療サービス提供体制の強化は、SDGs のターゲット指標 3.8.1「必須保健医療サービス<sup>2</sup>のカバー率」達成に向けた主要なアプローチに位置づけられる。SDGs ターゲット指標 3.8.2 への貢献を目標として掲げるクラスター戦略「医療保障」とともに、ターゲット 3.8「すべての人々に対する経済的リスクからの保護、質の高い必須保健医療サービスへのアクセス及び安全で効果的かつ質が高く安価な必須医薬品とワクチンへのアクセスを含む、UHC を達成する。」に寄与する。

## 1.2 クラスターの概要

人口構造や疾病構造の変化、パンデミック、気候変動、災害など様々な脅威、都市化、急速な技術革命・デジタル化等の地球規模の課題が、人々の健康と保健システムに与える影響は日増しに深刻化している。そのような状況下においても、すべての人々がアクセス可能な質の高い保健医療サービスを提供するためには、平時からの強靱、公平<sup>3</sup>かつ持続可能な保健システムの構築が不可欠である。また、保健システムからの温室効果ガス(GHG)排出の割合が高いことから、低炭素で環境負荷の少ない保健システムへと転換していく必

<sup>1</sup> 健康増進、疾病の治療、健康維持を一義的目的とした、組織、人員や行動の総体。3.2 も参照のこと。

<sup>2</sup> 個人および集団の生命を救い健康を維持・向上させるために費用対効果が高く優先度の高い予防、健康増進、治療、リハビリテーション、緩和ケアの一連の医療および公衆衛生サービスを指す。Disease Control Priorities の推奨介入などを参考に国ごとに設定される。ランセット健康への投資委員会は、70 歳未満の死亡半減の観点から、15 の健康優先課題(母子・感染症、非感染性疾患と外傷)を提示し、費用対効果と優先度の高い 19 の保健医療サービスに投資の重点を置くことを提言している。

<sup>3</sup> 公平に関し、ここでの意味は英語の Equity に相当するものであり、正確な訳語として「衡平」の漢字が使用されることもあるが、本文書では分かりやすさの観点から「公平」の字を用いる。

要がある。本クラスターでは、どのような状況下でも安定した保健医療サービスを提供できる体制を構築するため、保健システムを構成する「ガバナンス・リーダーシップ」、「人材」、「施設・資機材」、「財政・保健施設マネジメント」、「保健情報」の強化に取り組むものであり、JICA は特に人材育成、施設・資機材整備、施設マネジメントに重点を置き、保健医療サービスの質と量の向上に取り組むものである。

## 2. 開発課題の現状と開発協力のアプローチ

### 2.1 開発課題の現状

世界の健康課題は経済発展や医療技術の進歩、普及に伴い変化してきた。かつて、低中所得国では感染性疾患(HIV/AIDS やマラリア等)や母子保健に起因するリスク(妊娠出産の合併症等)で亡くなる人が大半であったが、低中所得国を含め、非感染性疾患(Non Communicable Diseases: NCDs)が占める割合が増加しており(世界の全死因の75%(図1))、世界的な高齢化の進展により今後も増加が見込まれる<sup>4</sup>。

疾病構造の変化にともなうニーズの変化に対し、多くの国の保健医療サービス提供体制の変化は追いついていない。世界の人口の約半数である45億人が基礎的な保健医療サービスを受容できず、UHCの達成に向けた保健医療サービスへのアクセス改善の進展が危ぶまれている。(2023 UHC グローバルモニタリングレポート<sup>5</sup>)。SDGs 指標の1つ、必須保健医療サービスへのアクセス改善を測る指標 3.8.1 UHC サービスカバレッジ指数は、4つの領域(生殖・妊産婦・新生児・子どもの健康(RMNCH)、感染症、NCDs、サービス提供能力とアクセス)にまたがる14の指標に基づく指数による、必須保健医療サービスのカバレッジの平均値である。このスコアは、2000年から2021年にかけて、感染症関連指標の改善により世界全体で45から68へと大きく上昇したものの、2015年以降の改善は鈍化し、入手可能な最新のデータで、新型コロナウイルス感染症(以下「COVID-19」)の流行期にはほぼ変化がなかった(図2)。ヨーロッパ地域、南北アメリカ地域、西太平洋地域(約80)に対し、東南アジア(62)、東地中海(57)、アフリカ地域(44)は大きく遅れた状況にある(図3)。

<sup>4</sup> WHO fact sheet. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

<sup>5</sup> Tracking Universal Health Coverage: 2023 Global Monitoring Report. World Health Organization, The World Bank Group 2023. <https://iris.who.int/handle/10665/374059>.

## 図1. 地域別死因の推移(2000-2021年)<sup>6</sup>

Figure 1.5 Composition of causes of death, by WHO region, 2000–2021



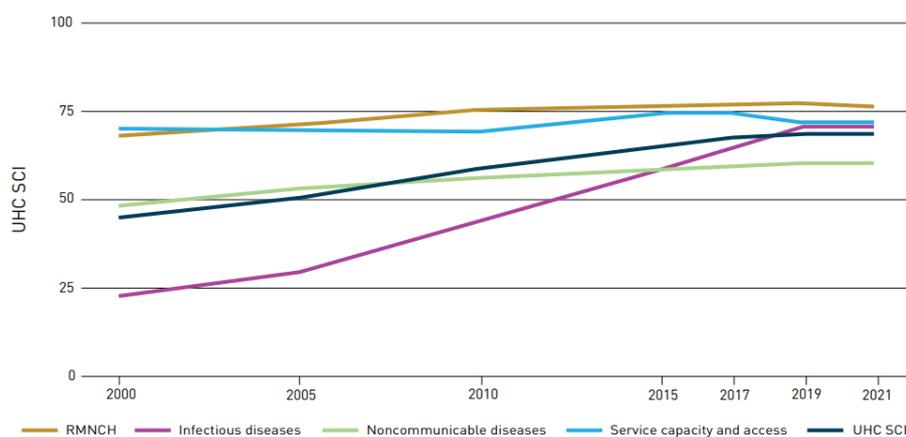
Note: In countries that have low-quality vital registration, WHO's current estimates include a cause of death category, "other pandemic-related mortality (OPRM)", which could include underlying causes of deaths from any of the three groups. The graph only shows the relative composition of the three groups; OPRM is not included.

Source: WHO [1].

出典:WHO

## 図2. サブコンポーネント(リプロダクティブ・母子保健、感染症、非感染性疾患、サービス提供能力とアクセス)別の UHC サービスカバレッジ指数の推移(2000-2021年)

Fig. 1.8. Trends in UHC SCI by sub-component, 2000–2021



Note: Black line indicates composite index, UHC SCI (SDG 3.8.1); RMNCH, reproductive, maternal, newborn, and child health.

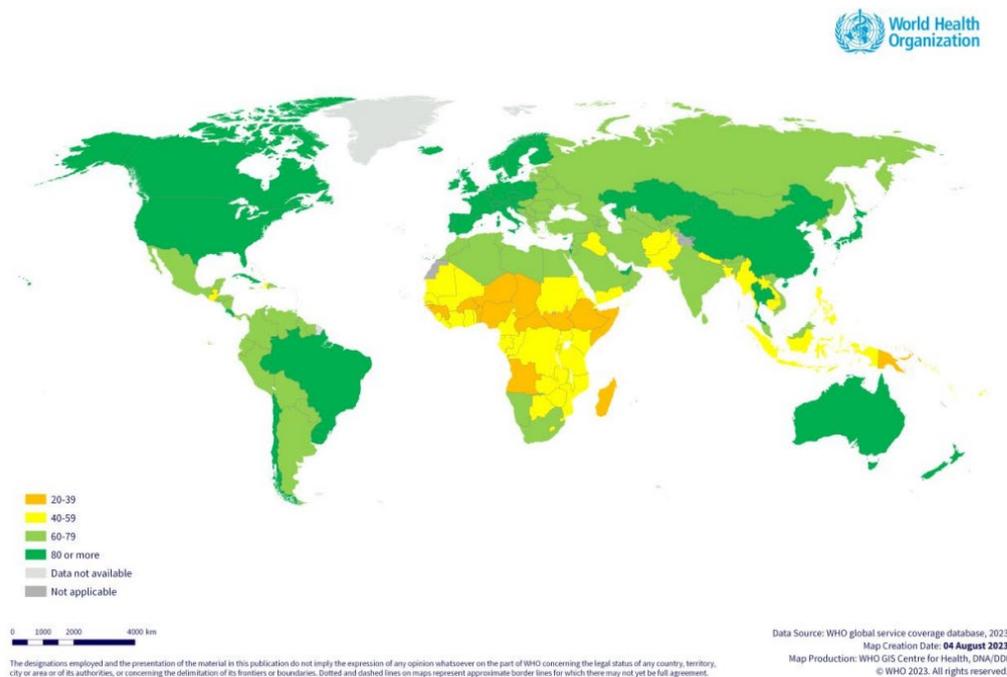
Source: WHO global service coverage database, May 2023 [1].

出典:WHO

<sup>6</sup> World health statistics 2024: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals. Geneva: World Health Organization; 2024. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

図3. 国別 UHC サービスカバレッジ指数(2021 年)

### UHC Service Coverage Index (SCI) by country, 2021



出典:WHO

## 2.2 開発協力のアプローチ

### (1) グローバルな取組

#### <保健医療サービス提供の改善>

保健医療サービスの提供の改善は国際社会が長年取り組んできた課題である。1978年に世界保健機関(WHO)と国連児童基金(UNICEF)が共催した国際会議で採択されたアルマ・アタ宣言では、「2000年までにすべての人々に健康を」というスローガンのもと、健康が基本的人権であり、人びとが生活する場所にできるだけ近いところで住民参加のもと保健医療サービスを受けられるプライマリヘルスケア(以下、「PHC」)の重要性を明言した。同宣言以降 PHC は着目されたが、構造調整、世界的不況を背景に PHC の包括的視点は薄れ、ハイリスク集団に限定して投資効果が示しやすい母子保健や感染症といった選択的 PHC が主になり、MDGs では 8 つの開発目標のゴールのうち 3 つに母子保健や感染症が設定され取り組まれてきた。

#### <保健システム強化と UHC>

HIV/AIDS、結核、マラリアの主要感染症をターゲットとした対策を中心に、官民パートナーシップの設立や基金が設立され、保健分野における開発援助資金が増加し対象の感染症対策には大きな影響があった一方で、母子保健対策の改善は遅れ、単一疾患支援(いわゆる垂直的)アプローチによる限界、様々な仕組みの重複、保健人材不足、当事国の依存性の増大など課題が出てきた。このため、横断的基盤である保健システムや PHC を強化する水平的アプローチとのバランスをとる必要性が認識されるようになった。その後、2015 年に合意された SDGs において、ゴール 3(健康とウェルビーイング)下のターゲット 3.8 として「UHC の達成」が設定され、2017 年の国連総会では SDGs における UHC 指標として、「指標 3.8.1「必須保健医療サービスのカバー率」と「指標 3.8.2 家計収支に占める健康関連支出が大きい人口の割合」が設定された。2018 年にはアルマ・アタ宣言の 40 周年を機に、PHC の基本理念を再確認し、PHC を UHC 達成に不可欠な保健システムの基盤として明確に位置づけるアスタナ宣言が採択された。

#### <COVID-19 パンデミックからの学び>

COVID-19 のパンデミックでは、各国は(1)COVID-19 自体から人々の命と健康を守ることと(2)母子保健や COVID-19 以外の必須保健医療サービス提供の維持という保健医療サービス提供に関する 2 つの課題に直面した。COVID-19 については多くの国において、急増する患者の病床確保、感染症患者と非感染患者の区分が難しい保健施設の問題、重症患者に対応するための医療体制が脆弱であることが露呈した。また、必須医薬品供給の混乱、COVID-19 対応に加え保健人材の感染も相まってのさらなる人材不足、移動制限などにより、92%の国が必須保健医療サービスの中断に直面し、COVID-19 以外の疾患が悪化する患者、死亡者も急増した。ジェンダーを含む既存の不平等による格差が拡大し、脆弱な立場にある人々が特に取り残される状況が明らかとなった。保健医療施設の建設計画時からの備えや医療安全の徹底、緊急時の対応計画、平時からの脆弱な人々を取り残さないための PHC を軸とした保健医療サービス、低中所得国で遅れているメンタルヘルスを含む NCDs 対策や救急医療、新たな技術活用やデータ共有などを含む保健システム強化や、水衛生や栄養、社会保障など健康の社会的要因にアプローチするマルチセクターでの取り組みの重要性が改めて明らかとなった。

#### <新たな地球規模課題>

パンデミックだけでなく、気候変動、災害の増加と激甚化、急速な人口変化(少子高齢化、移民)、都市化、技術革命・デジタル化、格差拡大、薬剤耐性(AMR:Antimicrobial Resistance)の拡大等の地球規模の課題が、人々の健康と保健システムに影響を与えている。気候変動は 21 世紀最大の公衆衛生上の課題と言われている。感染症の拡大、メンタルヘルスの悪化、熱中症、栄養失調、山火事などによる健康被害が明らかとなっており、気候が変動する中でも保健医療サービス提供が正常に機能できるよう適応が求められている。また、保健セクターで生じる温室効果ガス総排出量は、全世界の総排出量の 4.4%と試算されている。このため、適応策と緩和策を通じ、気候変動に強靱かつ低炭素で持続

可能な保健医療システムの構築を目指す必要がある。急速に進行する高齢化、非感染性疾患の予防や慢性疾患の治療に対応できる保健システムへの移行も必要である。抗菌薬の適正使用などの薬剤耐性対策がとられなければ、2050年には薬剤耐性による死亡者はがんによる死亡者数を上回り、また、手術後や癌治療等の医療処置の後に感染予防のため使用できる抗菌薬がなくなり、必要な保健医療サービス提供が出来なくなる可能性が危惧されている。

## (2)開発協力のアプローチ

WHO が 2000 年の世界保健報告書<sup>7</sup>で保健システムを「健康の促進、回復または維持を主な目的とするすべての組織、人々、行動」と定義して以降、保健システムをどのように強化すべきか議論が続いている。現在その構成要素として後述の 6 ブロックが広く使用されているが、コミュニティを基盤とするアプローチなども求められている。

### <日本の政策における位置づけ>

日本政府は 2022 年に策定したグローバルヘルス戦略において、より強靱、より公平、より持続可能な UHC を、各国での保健システム強化を通じて実現することをめざすことを政策目標として掲げている。さらに二国間 ODA の活用を通じて、保健人材の育成、公衆衛生や医療の中核機関の強化、地域保健の強化、医療保障等の重要制度の整備等の保健システム強化を、技術協力・無償資金協力や、保健政策の策定を支援するための政策借款を含む円借款等の様々な援助を活用し、有機的に連携して支援することを打ち出している。また、日本政府は 2024 年に WHO が事務局を務める「気候変動と健康に関する変革的行動のためのアライアンス(ATACH: Alliance for Transformative Action on Climate and Health)」への参加を表明し、気候変動と健康に係るグローバル社会への貢献を目指している。

### <日本の経験の優位性>

日本は、明治維新以降に西洋医学を積極的に導入し、医学教育・研究で人材育成を行うとともに、昭和に入ってから保健所の設置により、結核対策や母子保健の改善という国家的な公衆衛生の課題への対策を通じ保健行政の骨格を築いた。終戦後には、限られた財政と予算の中で、国が健康増進のための政策的・制度的取組を進め、またコミュニティレベルにおいて自治体、各種住民組織・ボランティアなどが担い手となり健康改善に取り組んできた。その結果、母子保健、感染症などの指標を大幅に改善した。そして、戦後の高度経済成長の初期である 1961 年には国民皆保険制度を達成。その後、公衆衛生上の課題が生活習慣病や高齢化対策にシフトしてきた。個人及び民間医療機関が 7 割を占めるなか、フリーアクセス制度のもとで国民が容易に医療機関を利用できる UHC を維持してきた。

---

<sup>7</sup> WHO. The World health report 2000: health systems: improving performance, 2020

一方、COVID-19 のパンデミックでは、医療崩壊の恐れ、ワクチン開発の遅れ等もあった。人口構造の変化、有事などに対応できるよう、地域の医療需要に応じた持続可能な医療提供体制の整備、切れ目のない医療・介護のための地域包括ケア、医療のデジタル化による業務効率化やデータ共有体制の整備、国民が主体となる健康保持・疾病予防や早期発見早期治療などが取り組まれている。現在進行形であるこれら課題への取り組みも、世界に共有し得る経験であり、協働しての解決の可能性があると言える。日本の平均寿命、健康寿命、乳児・新生児死亡率はともに世界トップレベルにあり、日本がその経験を基に推進していく課題としてふさわしく、また実際に UHC フォーラムの主催等、UHC 達成について世界をリードしてきている。

#### 【コラム】近年の日本の経験

日本国内においても、過去 15 年において、保健医療提供体制に関して、多くの制度改革・改修が行われてきた。厚生労働省が策定する全体方針に基づき、各都道府県が地域の事情に鑑みて立案する保健医療計画においても、救急医療体制の不備や、医療人材やその他の医療資源の偏在、計画導入の実効性についての課題が提示され、その在り方において国民的な議論のもとに改善されてきた。たとえば、実質的には各都道府県による病床規制のみが有効的な手段であったものが、疾病群や事業といった枠組みごとに層別化され、それぞれのなかで、中核病院から一般診療、および疾病予防に至る保健医療提供体制がより精緻に計画が立てられるようになった。さらに、都道府県の枠組みを超えた広域医療圏設定が可能となり、包括的な入院管理料の設定などで診療報酬制度との連携が図られた。また、それまでは学会の手に委ねられていた専門医の研修制度が、国レベルの専門医機構によって一定程度標準化され、国の制度との連携が可能となった。また日本医療機能評価機構や学会を中心に、根拠に基づく医療を念頭に置いた、診療ガイドラインの策定や診療の質改善に関しても、他の先進国とも歩調を合わせつつ知見が広がってきた。こういった国内における保健医療提供体制の制度改革を念頭にした知見・経験に関しても、新しい国内の専門ネットワークとして国際協力に活用可能と考えられる。

#### <JICA の過去の協力とアセット>

JICA は、技術協力とともに、有償資金協力、無償資金協力により、ソフト面、ハード面双方を組み合わせた協力ができることが特徴・強みである。過去の協力でも、中核病院や地域拠点病院のハード整備とソフト面での長期にわたるキャパシティディベロップメントや、PHC レベルの保健施設の整備を実施してきた。また、5S-KAIZEN、チームワーク醸成を活用した保健施設マネジメント改善、質改善などは、JICA の保健システム強化のツールの 1 つであり、限られた保健資源の効率的活用という観点を踏まえて、有用である。さらに JICA は日本の大学・研究機関や医療機関との連携により、組織間のつながりを構築することにも貢献してきた。

また、COVID-19 流行への対応のため策定した「JICA 世界保健医療イニシアティブ」

を通じ、JICA は 44 カ国・224 病院への協力<sup>8</sup>(病院の新・増設および拡充)を行い、各国での診断・治療体制の強化に貢献した。

---

<sup>8</sup> 2020 年度～2022 年度に資金協力により施設・機材整備を完了または実施した施設および技術協力を通じて機能強化を図った施設の合計数

## 3. クラスターのシナリオと根拠

### 3.1 クラスターのシナリオ

本クラスターは、誰もがどんな時でも安心して必要な保健医療サービスを受けられる保健医療体制が構築されることをビジョンとし、そのために不可欠な保健医療サービスの質・量・公平性の改善のため、中核病院から PHC までの一連の保健医療サービス提供体制強化を推進するものである。

クラスターのシナリオでは、3.2 に後述する WHO による保健システムの構成要素の枠組みを基に、保健医療サービス提供体制強化のために取り組むべき課題を「ガバナンス・リーダーシップ」、「人材」、「施設・資機材」、「財政・保健施設マネジメント」、「保健情報」に区分した。

ガバナンス・リーダーシップの面では、保健医療サービス提供のための政策や基準、災害・気候変動対応の計画が不十分であり戦略の履行や透明性も不十分である場合には、政策策定能力の強化や市民参加・パートナーシップの促進を行い、政策やガイドラインや投資計画の策定を進めることで、制度的な基盤を強化する。保健人材に関しては、人材の数や技術が不足し、ひと（患者・利用者）中心のケアや医療安全が浸透していない状況である場合、免許制度や卒後教育の整備、人材育成を行い、育成された質の高い人材による保健医療サービスの質向上を目指す。施設・資機材の不足や維持管理の不徹底、医薬品の在庫管理の問題に対しては、ジェンダーや障がい者に配慮した施設デザインや強靱性強化を含む施設の整備や認証、機材の整備、維持管理能力の向上、医薬品の調達・在庫管理の改善、デジタル化を進めることで、適切な保健医療サービスの提供環境を整備する。財政・保健施設マネジメントでは、病院の予算管理、運営管理の不十分さが課題であるため、病院の投資計画・予算策定・予算執行能力を強化し、成果に基づいた支払制度の構築や経営・運営能力の向上、診療ガイドラインの浸透などを図ることで、適切なリソース配分と、ひと中心のケアや医療安全、質改善の組織運営の実装を図る。保健情報の分野では、データの収集・保存・分析・利活用が不十分であり、システムの相互互換性も欠けている課題に対し、情報システムの更新やプラットフォームの構築を進め、保健情報データの利活用や、性別、都市・遠隔地別、所得層別などの細分化データ分析を促進することで、データに基づいた政策決定を可能にする。

こうした取り組みを通じて整備された政策や基準のもとで、予算・資源が適切に配分され、育成された人材、整備された施設・資機材・医薬品の活用が進むことで、保健医療体制の強化が図られ保健医療サービスの質・量・公平性が改善される。最終的には、本クラスターにより SDGs 指標 3.8.1「必要不可欠な保健医療サービスによってカバーされる対

象人口の割合」の達成に寄与するとともに医療保障クラスターによる SDGs 指標 3.8.2 「家計の支出または所得に占める健康関連支出が大きい人口の割合の減少」と合わせて、誰もがどんな時でも安心して必要な保健医療サービスを受けられる質の高い保健医療体制が確立され、より強靱、公平、持続可能なユニバーサル・ヘルス・カバレッジを実現し、人々の健康とウェルビーイングが改善されることを目指している。

## 3.2. シナリオの根拠・エビデンス

本シナリオが依拠する根拠・エビデンスとなる考え方を以下に挙げる。

保健システムは、WHO により「健康を増進、回復、維持することを主たる目的とするすべての組織、人、活動」と定義され、疾病負担の改善を目指す保健プログラムを動かす 6 つの基本的構成要素(ブロック)からなる枠組みが 2007 年の世界保健報告書「Everybody business : strengthening health systems to improve health outcomes : WHO's framework for action」で示されている。6ブロックが統合的に強化されることにより、保健システム全般のパフォーマンス(サービスアクセス、カバレッジ、質、安全性)が改善し、健康改善が達成されることが各種の政策研究・疫学研究を基に提示され、それ以降、世界の標準枠組みとして用いられている(下図参照)。

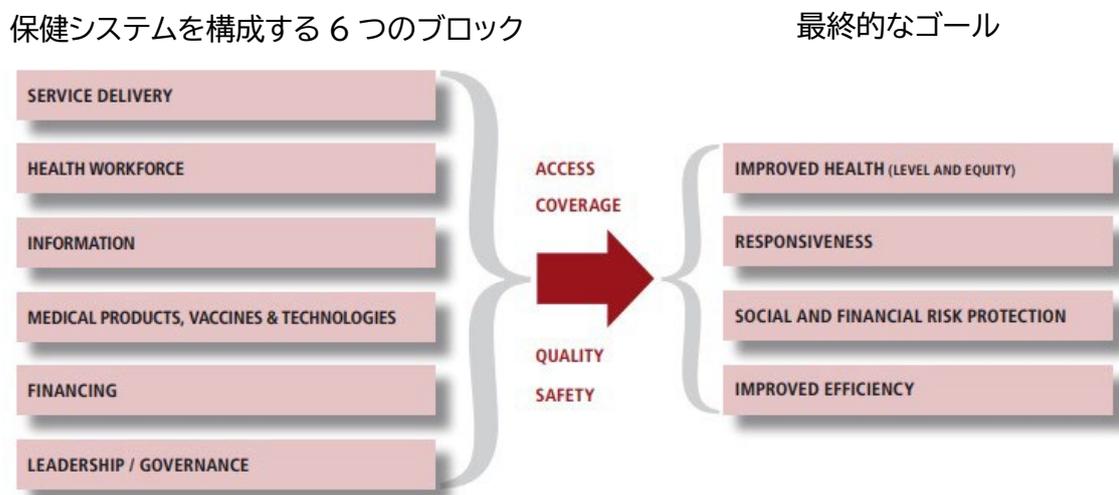


図. WHO が示した保健システムの分析フレームワーク(WHO, 2007)

## 4. クラスター展開の基本方針

### 4.1 シナリオ展開の基本方針

#### (1) JICA が重点的に取り組む領域

JICA は、各国の状況、ニーズ、JICA の投入スキームや規模を踏まえ、前章で概観したクラスター・シナリオの 5 区分のうち事業対象とする区分や協力施設レベル、対象地域を選定し、その実現に貢献する。特に多くの実施経験、知見・ノウハウを蓄積しており、また JICA の協力スキームや日本国内知見が活用できる、人材、施設・資機材、保健施設マネジメント(5S-カイゼン含む)を重点区分とする。保健システムは 5 区分が総合的に強化される必要があるため、保健システム全体の状況を俯瞰的にとらえるとともに、複数の区分を同時に協力対象とする、あるいは、協力規模の制約から 1 区分の協力対象となる場合などには、他パートナーと連携して保健システム全体の強化に貢献する。本クラスターの協力対象国は、JICA「保健医療」の他の 3 つのクラスターとの相乗効果を意識して選定する。

例えば、5S-カイゼンを手段とした保健医療サービスの改善を行う場合、「財政・保健施設マネジメント」区分の施設の経営・運営能力強化、「人材」区分の研修ツール作成、人材育成、「施設・資機材」区分の医薬品・消耗品の在庫管理体制の確立、それら実践を踏まえ「ガバナンス・リーダーシップ」区分の国家ガイドラインの策定をあわせて行うことが考えられる。当該国・対象地域・施設の保健システムの状況や他パートナーの支援状況等に応じて、どの区分に資するかを考慮しながら、サービス提供改善のアプローチを検討、実践する。

#### (2) 強靭性、公平性、持続可能性の実現に向けた取り組み

保健医療提供体制として、増加する災害、感染症のパンデミックや気候変動などの脅威、ジェンダーや所得による健康格差といった課題に取り組むことは不可欠である。JICA は、保健医療グローバル・アジェンダ「4. グローバル・アジェンダ目的への貢献のシナリオ／達成目標：主要取組とクラスター」で示した強靭性、公平性、持続可能性の考え方にに基づき、本クラスター戦略における事業で、以下のような強靭性、公平性、持続可能性の側面に貢献する介入を盛り込んでいく。住民へのアカウンタビリティの確保、意思決定プロセスへの参加は、強靭性、公平性、持続可能性いずれにも資する活動となる。

- ① **強靭性**: 管轄地域の災害や気候変動影響のリスク分析を踏まえた保健医療施設整備（日よけ・空調・換気、水衛生、医療廃棄物管理や電源など温室効果ガス削減策など）<sup>9</sup>。

<sup>9</sup> 具体的な適応策、緩和策については、2025 年 1 月より実施中の情報収集・確認調査結果も踏まえて検討する。

災害・パンデミック緊急時の患者対応への備え(発熱外来、病床拡張計画、院内感染対策・医療安全、緊急時にも利用可能な遠隔医療導入、データのデジタル化など)に必要なスキルの訓練プログラム、シミュレーション訓練の導入。医療従事者のメンタルヘルスや安全対策を含むサポート体制の構築。健康リスクや予防策についての住民健康教育。緊急対応資金源の確認。

- ② **公平性**:ジェンダーや貧困、障がい者、少数民族等、脆弱な立場に置かれやすい人々を念頭に置いた課題把握、細分化データ分析、計画策定、施設デザイン(ユニバーサルデザイン、情報表示など)の改善。患者の尊厳、ひと(患者・利用者)中心の視点の普及。住民の意見の反映、住民参加推進。脆弱層支援を行う NGO 等との連携。
- ③ **持続可能性**:中長期的保健医療ニーズの変化、医療費の高騰などに対応する保健投資計画策定、制度改善。保健医療サービス提供が環境・気候に与える負荷の緩和策(医療施設のエネルギー効率向上や再生可能エネルギーの導入、医療 DX や遠隔診療の推進、医療廃棄物削減等)。気候変動適応策の実施(医療施設の水衛生環境・熱環境改善、救命に不可欠な医療機器の整備、関連イシューについての研修導入等)。非感染性疾患の増加や高齢化を見据えた施設機材、人材配置計画策定、人材育成。医療の需要増を緩やかに抑えるため、ヘルスポモーションや健康リスク因子の予防と管理、セルフケアの導入・推進。保健システムの効率向上。抗菌剤の適切な使用の推進。

### (3)取り組みにあたっての留意事項

保健医療サービスは、一般的に複層レベルの保健医療施設で機能を分担し提供されている(以下 PHC レベルから三次レベルまで)。協力対象施設は、その国の政策上の優先度、必須保健医療サービスの提供状況、レベル間の照会システムや支援体制の状況等、保健システム全体を考慮して検討する。

- ・PHC:人々に最も身近にあるヘルスセンター等による予防、早期診断、一般的・慢性疾患の継続的管理を支援。UHC に不可欠な必須保健医療サービスの大部分(90%)を提供し<sup>10</sup>、地域社会の健康を支える基盤であることから、その強化の優先度は高い。
- ・一次病院:PHC と専門的な医療との間で、救急、内科、外科、産婦人科、小児科等の必須保健医療サービスの一翼を担うが、過少投資であることも多く強化の優先度は高い。
- ・二次病院:地域の中核的な病院として救急治療の提供、下位レベルの人材育成、地域保健医療との連携、災害や公衆衛生危機時の対応などにおいて重要な役割を果たす。
- ・三次病院:二次病院よりも高度専門医療や、研究とイノベーションの推進機能も持つ。集約的な保健人材、医療資源の投入の維持を必要とすることから、政策の優先度、保健財政、これまでの協力で培ったネットワークなども鑑み妥当性を精査し国全体のサービスの質の向上や必須保健医療サービスの提供強化につながるよう協力内容を検討する。

<sup>10</sup> WHO Key facts “Primary health care”. <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/primary-health-care>

## 4.2 インパクトの最大化・最終アウトカム発現に向けた取組

保健システムの強化については、上述の通り幅広い要素に取り組む必要があり、JICA のみの貢献で成し遂げることは困難であるため、開発パートナー・民間企業等の幅広い関係者との共創が不可欠である。

### (1) 保健システム強化における開発パートナーとの共創

ガバナンス・リーダーシップ、財政、保健情報においては WHO や世界銀行との協力、人材育成においては、制度面では WHO、実際のプログラム開発では UNICEF 等の国際機関及びバイラテラルな開発機関、施設・資機材においては世界銀行、アジア開発銀行といった開発金融機関を主な共創のパートナーとして想定する。

### (2) 海外協力隊、草の根技術協力との連携

人材育成については、技プロ等で整備した政策・制度に基づいて育成された人材が実際にサービスを提供する現場において、海外協力隊や草の根技術協力を通じて、現場レベルでの技術支援を行うことが効果的である。また現場における課題を収集し政策・制度へのフィードバックを行う観点、また帰国後に、開発途上国での活動経験の社会還元を促進することで、国内での保健医療サービス提供に関する課題解決に貢献する観点からも海外協力隊・草の根技術協力との連携は重要である。

### (3) 民間事業者による保健医療サービス提供との関わり・協働

公的セクターは国の保健システムの中心的役割を果たしており、全体の質保証や脆弱な立場に置かれやすい人々の保健医療サービスの公正なアクセス確保の観点から重要である。JICA は二国間 ODA として公的セクターのサービス提供体制強化を中心に取り組む。ただし、いずれの国においても、民間医療施設や薬局など民間セクターが相当のサービス提供機能を果たしており、その存在感は近年高まる傾向にある。政策・制度面（リーダーシップ・ガバナンス）、保健情報等については、JICA としても民間セクターも含めた国の保健システム全体としての観点で取り組むとともに、当該国の保健財政や医療保障、サービスアクセスの状況などを踏まえつつ、海外投融資・民間連携等民間連携スキームを通じた国内外の民間企業・団体との共創も検討する。

### (4) 新しい技術・ノウハウ・DX 等の事業への取り込み

資源に乏しい低・中所得国におけるインパクトの最大化のためには、革新的技術の導入にも積極的に取り組む必要がある。これにより、サービス提供の効率化や規模の拡大を図るとともに、データを駆使した資源の適正な配分などにおいても AI などの最新の技術の活用を図るべく、学術機関・民間セクターとの連携を積極的に進める。

### (5) 健康の社会的決定要因に関する他セクターとの連携

健康の改善または維持には、保健システムの外にある様々な社会経済的決定要因が影響を与えている。気候変動、水・衛生・環境管理、運輸交通、防災、都市計画、教育、栄養、女性のエンパワメント、その他必須社会サービスの提供など保健医療分野以外の開発課題に

おける疾病予防・健康促進に資する取り組みを、他 JGA・クラスターとの連携で進める。  
(事例:NCDs 対策においては、栄養改善 JGA、スポーツと開発 JGA、ジェンダーJGA との相乗効果を検討する等)

## 5. クラスターの目標と指標

### 5.1 クラスターの成果目標と指標

本クラスターの目的を実現するための最終目標、中間目標、直接目標及びそれらの指標は以下のとおり。

#### (1)最終目標(2050 年)

誰もが安心して必要な時に十分な質の保健医療サービスを受けられる保健医療体制が構築され、人々の健康とウェルビーイングが改善される。

【指標】①平均寿命

②健康寿命<sup>11</sup>

【補助指標】①必須保健医療サービスによってカバーされる対象人口の割合  
(SDGs.3.8.1)

②5歳未満児死亡率(SDGs.3.2.1)

#### (2)中間目標 (2030 年)

保健医療サービスの質・量・公平性が改善する。

【指標】①育成された保健人材による裨益人口

②整備された施設の裨益人口

#### (3)直接目標

1)保健医療サービス提供の政策が策定される。

【指標】①策定された政策、戦略、ロードマップ、ガイドライン、基準数(うち格差対策を記載した文書数)

②政策策定・履行にかかる研修コース数

③策定された防災・気候変動関連投資計画数

2)保健人材の継続的な能力向上体制が整備される。

【指標】①能力強化のために策定されたツール数(うち質向上、医療安全・院内感染対策に

---

<sup>11</sup> 健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間(Healthy life expectancy (HALE) at birth)

関するツール数)

②育成された人材数

3)適切な保健医療サービス提供のための施設・資機材が整備される。

【指標】①整備された施設数(うち認証要件に合致した数、ジェンダー・障がい者配慮がなされた施設数、防災・気候変動対応がなされた施設数、デジタル技術活用により効率性向上が図られた施設数)

②施設機材維持管理の人材育成人数又は国数

③選択された必須医薬品在庫切れ解消のための対策の有無

4)病院予算管理・保健施設マネジメントが改善し、適切なリソース配分と質の管理がなされる。

【指標】①病院運営管理人材育成人数

②施設マネジメントの改善が図られた施設数(うち施設運営に関し住民とコミュニケーションが実施された施設数)

5)保健情報システムの整備・利活用が促進される。

【指標】①保健情報システムを新規導入・更新した国数(うち脆弱層等の細分化データ分析を含むシステム導入国数)

②保健情報データ利活用の人材育成人数又は国数(うち脆弱層等の細分化データ分析を含む育成人数又は国数)

## 5.2 モニタリングの枠組

モニタリングは、各チーム代表者からなるクラスター事務局を組成し、以下の「モニタリング表」を使用し、国際的な指標や、クラスター事業の成果指標の収集、分析、シナリオとの整合性の確認、各国の指標の改善の確認(年1回)を行う。

### 【成果目標と指標】

	目標・指標(目標値)	情報源・収集方法・収集時期
最終目標 (2050年)	誰もが安心して必要な時に十分な保健医療サービスを受けられる保健医療体制が構築され、人々の健康とウェルビーイングが改善される。 【指標】 ① 平均寿命の延伸 ② 健康寿命の延伸 【補助指標】 ① SDGs.3.8.1 必須保健医療サービスによってカバーされる対象人口の割合の増加 ② SDGs.3.2.1 5歳未満児死亡率の低減(出生10万対25以下(2030年))	WHO World Health Statistics WHO World Health Statistics WHO World Health Statistics WHO World Health Statistics
中間目標 (2030年)	保健医療サービスの質・量・公平性が改善する。 【指標】 ① 育成された保健人材による裨益人口 ② 整備された施設の裨益人口	JICA、連携開発パートナーの報告資料
直接目標 <sup>12</sup>	(1)保健医療サービス提供の政策が策定される。 【指標】 ① 策定された政策、戦略、ロードマップ、ガイドライン、基準数(うち格差対策を記載した文書数)	JICA 業務実績等報告書(1年毎)

<sup>12</sup> 人数を指標に設定する場合、男女別にデータを取るようにする。

<p>② 政策策定・履行にかかる研修コース数</p> <p>③ 策定された防災・気候変動関連投資計画数</p> <p>(2)保健人材の継続的な能力向上体制が整備される。</p> <p>【指標】</p> <p>① 能力強化のために策定されたツール数(うち質向上、医療安全・院内感染対策に関するツール数)</p> <p>② 育成された人材数</p> <p>(3)適切な保健医療サービス提供のための施設・資機材が整備される。</p> <p>【指標】</p> <p>① 整備された施設数(うち認証要件に合致した数、ジェンダー・障がい者配慮がなされた施設数、防災・気候変動対応がなされた施設数、デジタル技術活用により効率性向上が図られた施設数)</p> <p>② 施設機材維持管理の人材育成人数又は国数</p> <p>③ 選択された必須医薬品在庫切れ解消のための対策の有無</p> <p>(4)病院財政・運営が向上し、適切なリソース配分がなされる。</p> <p>【指標】</p> <p>① 病院運営管理人材育成人数</p> <p>② 施設マネジメントの改善が図られた施設数(うち住民とコミュニケーションが実施された施設数)</p> <p>(5)保健情報システムの整備・利活用が促進される。</p> <p>【指標】</p> <p>① 保健情報システムを新規導入・更新した国数(うち脆弱層<sup>13</sup>のアクセス等のデータ分析を含むシステム導入国数)</p> <p>② 保健情報データ利活用の人材育成人数又は国数(うち脆弱層のアクセス等のデータ分析を含む育成人数又は国数)</p>	
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

上記の指標のうち、強靱性、公平性、持続可能性に対応するものは以下の表のとおり(下線があるものは下線部分が該当)。

指標	強靱性	公平性	持続可能性
----	-----	-----	-------

<sup>13</sup> 性別、年齢別、所得層別、居住地域別等の細分化分析

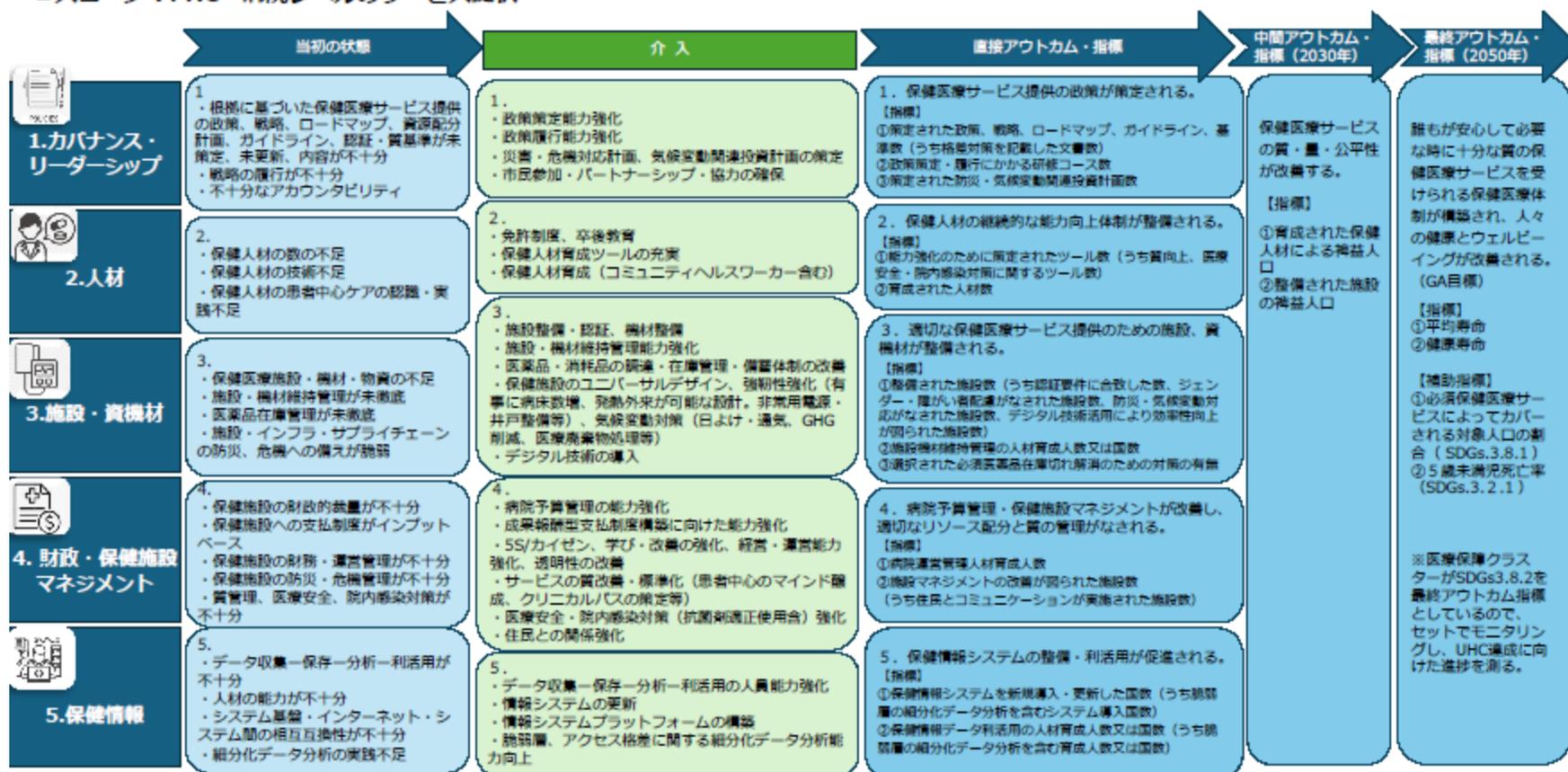
策定された政策、戦略、ロードマップ、ガイドライン、基準数(うち格差対策を記載した文書数)		○	
策定された防災・気候変動関連投資計画数	○		○
能力強化のために策定されたツール数(うち質向上、医療安全・院内感染対策に関するツール数)	○		○
整備された施設数(うちジェンダー・障がい者配慮がなされた施設数、防災・気候変動対応がなされた施設数、デジタル技術活用により効率性向上が図られた施設数)	○	○	○
選択された必須医薬品在庫切れ解消のための対策の有無	○		
施設マネジメントの改善が図られた施設数(うち住民とコミュニケーションが実施された施設数)	○	○	○
保健情報システムを新規導入・更新した国数(うち脆弱層のアクセス等のデータ分析を含むシステム導入国数)		○	○
保健情報データ利活用の人材育成人数又は国数(うち脆弱層のアクセス等のデータ分析を含む育成人数又は国数)		○	○

以上

別紙 シナリオ展開図

# シナリオ展開図「保健医療サービス提供強化～強靱・公平・持続可能なUHCの達成」クラスター

■スコープ：PHC・病院レベルのサービス提供

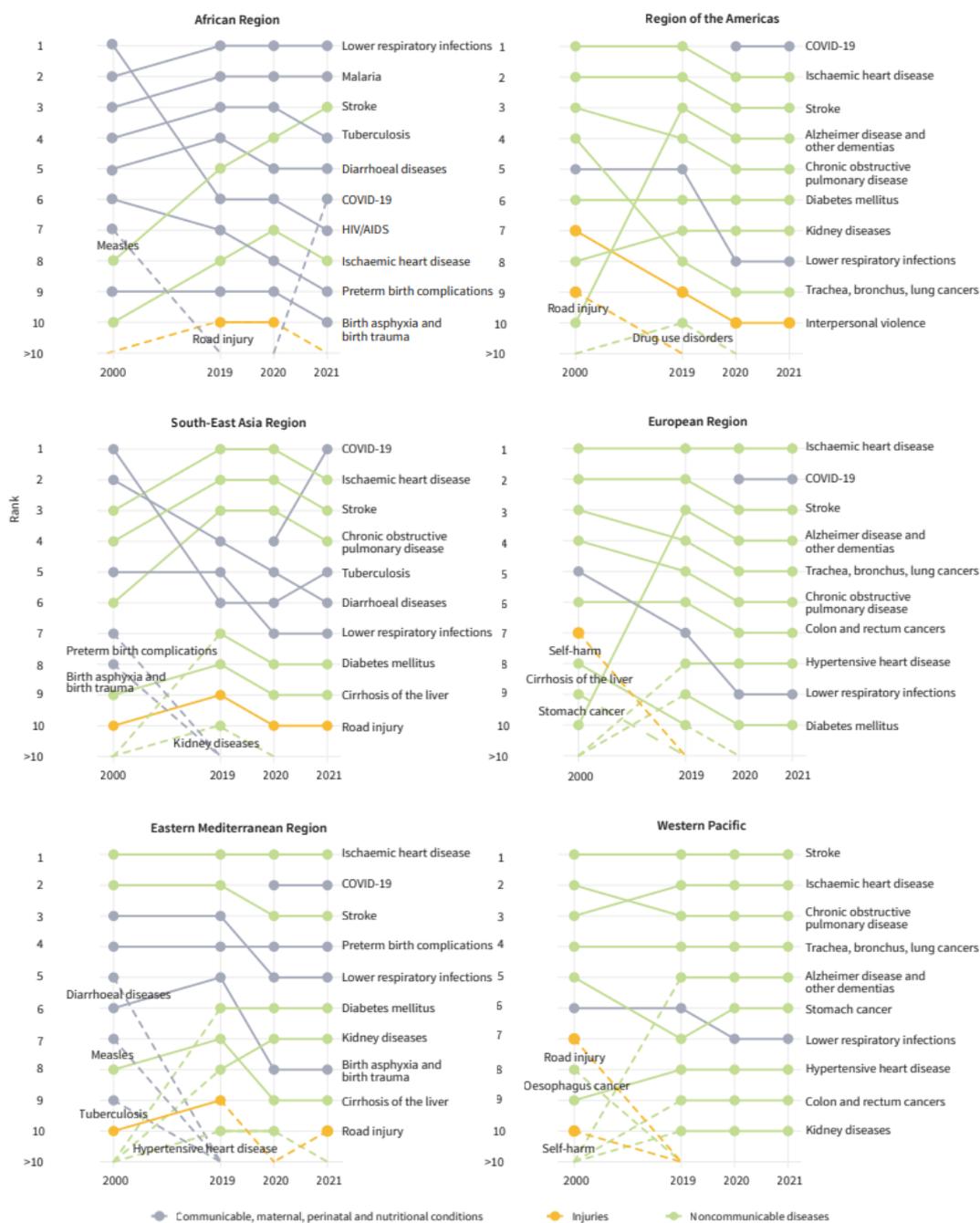


2,3,4は重点的に投資する領域

参考

WHO 地域別の死因上位 10 位の推移(2000 年、2019 年、2020 年、2021 年)

Figure 1.8 Top 10 causes of death, by WHO region, in 2000, 2019, 2020 and 2021



Note: Solid lines represent movement within the top 10 causes of death. Dashed lines represent movement in or out of the top 10 causes of death.  
Source: WHO (1).

出典:WHO