



目次

◎今月のトピック：ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）	
・ UHCとは	1
・ 「UHC達成はモニタリングできるのか？」：UHC評価に関する国際的な議論	2
・ 全ての妊婦さんが安心して出産できる世界を目指して： フィリピン「コーディレラ地帯保健システム強化プロジェクト」の取り組み	3
・ 分権下でのUHC推進にチャレンジ！ ーケニアUHC推進のための保健システム強化プログラム	4
・ UHCへの理解を深めるためにー保健財政勉強会の開催ー	4
◎保健分野の動き	
・ 2014年度カーナ国別研修 「官民連携アプローチによるScale Up Nutrition (SUN)」実施報告	5
・ 予防接種の課題解決に向けて官民パートナーが学び合う ーJICAと国境なき医師団（MSF）がセミナーを共催ー	6
・ JICAによるエボラ対策支援	7
・ グローバルヘルスを取り巻く今後の動き	7

◎今月のトピック：UHC

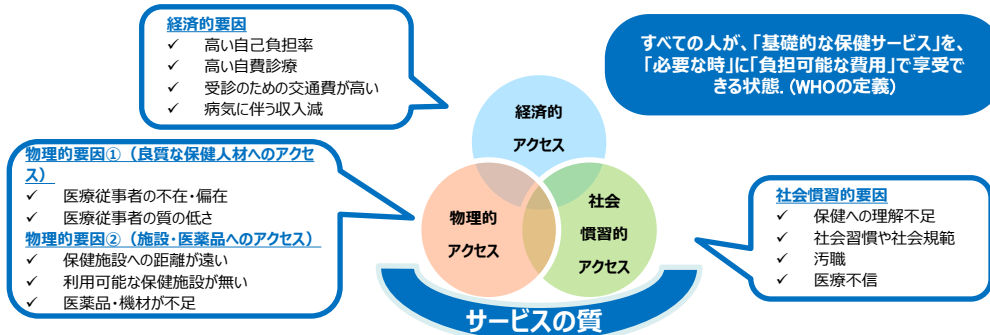
UHCとは

MDGに向けた国際社会の取り組みにより、保健分野では、1990年には年間1260万人だった5歳未満児の死亡数が2011年には610万人まで減少する等、目覚ましい成果を遂げています。その一方で、依然として保健分野MDGの達成が危ぶまれている国や、国全体の指標は改善しつつも国内健康格差が顕在化している国も少なくありません。また、総保健支出に占める家計自己負担割合が高く、医療費支払いが貧困化の主要な原因となっている問題も指摘されるようになりました。WHOによると、全世界で毎年1.5億人が家計を困窮させる医療費支払いを経験し、うち1億人それによって貧困ライン以下に陥っているとされます。一般に、総保健支出に占める家計自己負担割合が20%を超えると医療費に起因する貧困化のリスクが上昇しますが、WHOの統計によると、アフリカでは25か国が40%を超え、アジアでもミャンマーの81%を始め、50～60%台の高い割合を推移しています。

こうした開発課題に対応すべく登場したのが、「全ての人が、健康増進・予防・治療・機能回復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」というユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（Universal Health Coverage: UHC）です。UHCは2005年にWHOにより提唱され、2012年12月には国連総会においてその推進に向けた決議がなされました。日本政府も、2013年5月に発表した「国際保健外交戦略」の中で、UHCの推進を重点施策として掲げています。UHCは健康リスクおよび医療費に起因する貧困化リスクからの解放を意味し、「人間の安全保障」の理念を健康面から具現化する概念とも捉えることができます。

UHCを実現するためには、①必要とされる質の確保された保健サービスを全ての人に普遍的に提供するための(i)インフラの整備と(ii)保健人材の確保・育成及び偏在の解消（物理的なアクセス）、②医療費負担が原因となって保健サービスを利用できない状況を解消し高額医療費負担に起因する貧困化を防止するための医療保障制度の整備（経済的アクセス）、の二つの側面からの取り組みが必要です。また、多くの途上国では、保健サービスの利用を妨げる慣習的・文化的な要因を取り除くための住民啓発や地域社会への働きかけ（社会的アクセス）、提供されるサービスの質の確保（質的アクセス）、さらにはこれらの要素全てに関し、人口動態や疾病構造、所得水準など外的な要因の変化に合わせて永続的に調整を行っていける組織・制度的な能力強化（持続的アクセス）も不可欠です。

僻地での保健サービス提供を確保し、医療費負担が困難な貧困層に医療保障を提供するためには政府の役割が大きく、公的な保健支出の拡大やそれを可能にする政治的リーダーシップの存在が鍵となります。JICAとしても、そのような途上国政府のリーダーシップを支援し、より貧困層や脆弱層への裨益を意識した案件形成や、全国的なスケールアップを着実に見越した支援を心がけると共に、医療保障制度の整備や現場での運用など、従来あまり取り組んでこなかった課題にも挑戦していくことが求められるでしょう。



UHC実現のための3つのアクセス

(保健第一チーム課長 瀧澤 郁雄)

【背景】

「UHC」がポスト2015年開発アジェンダとしてキーワードになりつつある中で、「UHCを達成したか?しないか?」が、モニタリングできなければ、目標として意味がないです!」という声があちこちに上がっていました。つまり、計測しようもない目標では、国際社会として共有不可能である・という、当然のロジックです。UHC推進派のWHO(マーガレット・チャン事務局長)および世界銀行(ジム・ヨン・キム総裁)は、2013年9月の国連総会(ニューヨーク)において、国際保健実施機関の幹部(21機関)を集め、第4回Global Health Agency Leaders Meetingを主催し(日本からは武見敬三参議院議員が参加)、①2014年4月の第5回保健リーダーズ会議までに、UHC計測のフレームワークを策定する、②2014年9月の第6回保健リーダーズ会議までに、保健指標のモニタリングに関する効率化を目指した協動的合意を得る、ことを宣言しました。また、約1年間という短い期間で難度の高い成果を達成するために、チャン事務局長自らが牽引する「保健指標モニタリングの効率化におけるエキスパート・グループ」が急遽結成され、日本からは私が参加することになりました。

【UHCフレームワークの策定】

WHOは2010年の年次報告書の中で、UHCを「すべての人が適切な予防、治療、リハビリなどの保健医療サービスを、必要な時に支払い可能な費用で受けられる状態」と定義し、続く2012年のWHO年次総会において「UHCは、公衆衛生が取り組むべき最も重要な課題である(Universal health coverage is the single most powerful concept that public health has to offer)」として、グローバル・アジェンダと位置づけました。

その後、WHOと世界銀行によって、2013年12月に「UHC at Country and Global Levels: A Framework」(ドラフト)が発表され、先のエキスパート・グループによる電話会議などを経て、2014年3月イタリアにエキスパートが集結しUHCフレームワークの最終化を行いました。UHCを「経済的保護の観点」と「公正性に基づく保健サービスの拡大」という2つの軸で示すとともに、UHCの達成は「手段」であるばかりでなく、「目的」でもあることを確認し、2014年5月、UHCフレームワーク(最終版)⁽¹⁾を発表しました。フレームワークでは、「すべての人々が経済的に無理なく良質な基礎保健サービスを楽しむことができる」ことをUHCのゴールとし、①「すべての人々が最低でも80%以上の基礎保健サービスが受けられる」、②「すべての人々が自己負担による経済的負担が保護される」という2つの目標が示されました。また、モニタリング指標として、①「サービス・カバレッジ」に関しては、「予防」と「治療」において、それぞれに「結果(aggregate)」と「公正(equity)」の視点で指標をモニタリングしていくこと、②「経済的負担」に関しては「経済困窮(impovertism)」と「経済破綻(catastrophic expenditure)」で指標を設定し、貧困層(1日\$1.25以下の収入)ではないものの医療支出によって貧困層になる可能性のある人口層にも配慮することなどが盛り込まれています。

その後、UHCにフレームワークが与えられたことで国際社会での理解が一気に加速し、2014年5月のWHO年次総会ではUHCを中心にした「ポスト2015年保健フレームワーク」が発表され、それを受けたWHO決議案が可決されました。ポスト2015年では、ゴールを「すべての人々に健康な生活とUHCの達成を目指す(Ensure healthy lives and UHC at all ages)」とし、サブゴールを①MDGsの残った仕事を継続する、②非感染性疾患、外傷、精神疾患などの新しい課題を解決する、③経済負担の軽減を含むUHCの達成、④健康の社会的決定要因(social determinants of health)への配慮、として、すべての保健課題を網羅する包括

(1) http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112824/1/WHO_HIS_HIA_14.1_eng.pdf?search=Monitorin+g+progress+towards+universal+health+coverage

的な内容が提案され、2015年9月のポスト2015年開発アジェンダ策定に向けて、保健専門機関としての立場を明確にしました。



2014年3月、イタリア(ペラッジオ)に集まったエキスパート・グループ

【保健指標モニタリングの効率化】

一方のモニタリングの効率化については、2014年2月WHOはA rapid assessment of the burden of indicators and reporting requirements for health monitoring⁽²⁾を発表し、多くの途上国においては800以上もの保健指標が乱立しており、年々増え続ける新しい保健インシヤティブによってさらにその数は増え続け、深刻な人材不足とも相まって処理能力の限界を超えた作業負荷がかかっている現状が報告されました。この報告書を受けて、2014年4月の世銀・IMF春季会合(ワシントン)で開催された第5回保健リーダーズ会議(日本からは小寺清JICA理事が参加)において、ポスト2015年開発アジェンダを視野に入れた「保健コア指標」の策定、モニタリング作業の効率化のための開発機関による協動的支援、各国の保健情報モニタリング部局の組織強化、モニタリング人材の育成、IT技術の活用、などが提案されました。

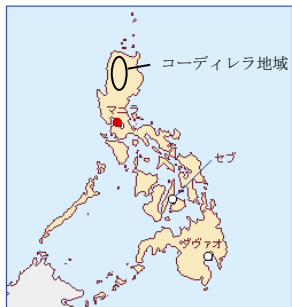
その後、保健分野の援助協調プラットフォームであるInternational Health Partnership Plus(IHP+)で保健コア指標が絞り込まれ、2014年8月に保健コア指標(105指標)および追加指標(109指標)が提案されました。コア指標は、①Health Status(32)、②Service Coverage(32)、③Risk Factors(23)、④Health Systems(17)、の4項目から選定されており、予防、サービス、システム、アウトカムを網羅した包括的指標が選定されました。2014年8月にエキスパート・グループ会議(ジュネーブ)において、不確かなデータによる恣意的なプログラム評価よりも、コア指標を用いたモニタリングの効率化によるデータの質の向上と経済的効果のメリットの方が大きいことが確認され、各国、各機関で透明性を持って協動的にモニタリングしていくことで意見が一致しました。

最終的には、2014年9月の国連総会で開催される第6回保健リーダーズ会議(日本からはJICA田中明彦理事長が参加)において、保健コア指標ならびに協動的モニタリングに関する最終的な合意を得るに至っています。今後は、2015年3月に保健指標モニタリング国際会議(ワシントン)が予定されており、保健指標モニタリングの効率化が、グローバルおよび各国レベルにおいて加速していくものと予想されています。

(国際協力専門員 杉下 智彦)

(2) http://www.internationalhealthpartnership.net/fileadmin/uploads/ihp/Documents/Tools/M_E_Frame+work/Rapid+Assessment+Indicators+Reporting+report+for+WG+revised_03Mar14.pdf

全ての妊婦さんが安心して出産できる世界を目指して： フィリピン「コーディレラ地域保健システム強化プロジェクト」の取り組み



外務省ホームページより

フィリピンの首都マニラから高速道路を走ること約3時間。濃い緑と霧に覆われた山間の道を更に3時間ほど走ると、コーディレラ地域中心地のバギオ市に到着します。バギオ市は標高約1,500メートル。東南アジアとは思えないひんやりとした気候で、昔から避暑地として人気があります。

しかし、コーディレラ地域の多くは山岳地帯で、道路等の基礎的なインフラが十分整備されていません。そのため、この地域に住む人々にとって保健医療サービスへのアクセスは容易ではありません。また、フィリピンでは州都に州病院、自治体毎に町保健所、バラングイ(村)毎に助産所がありますが、コーディレラ地域では基本的な医療機材とスタッフを備えた保健医療施設が十分に整備されていないのが現状です。

フィリピンの妊産婦死亡率⁽¹⁾は10万出生に対して120⁽²⁾です。改善してきているものの、地域平均の45には遠く及ばず、政府が掲げる2015年の目標値(52)の達成も危ぶまれています。フィリピン政府は、妊産婦の死亡を減らすため、自宅ではなく、適切な保健医療施設で適正な技術を持った医療スタッフの付添いのもと出産することを推奨しています。これは妊産婦の主な死因が、出血や合併症であり、整った施設で医療従事者が適切に対応すれば、多くの場合防ぐことができるからです。

しかし、施設で産みたくても、コーディレラ地域のように保健医療施設へのアクセスが悪く、妊婦さんが自宅から行ける距離になれば、自宅や近所の伝統的産婆のもとで出産する以外に選択肢はありません。

そこで、JICAの「コーディレラ地域保健システム強化プロジェクト」では、施設での出産を促すため、コーディレラ地域保健局と協力して、村の助産所を整備し、分娩に必要な機材を入れ、医療スタッフへの緊急産科ケア⁽³⁾の研修等を支援しています。

また、仮に自宅近くに助産所があっても、分娩をするのにお金がかかるとは、貧しい妊婦さんは必ずしも利用できません。そこで、プロジェクトでは住民に国の健康保険への加入を勧め、さらに保健医療施設がフィリピン健康保険公社の認定を受けられるよう支援しています。認定を受けた施設は、加入者に分娩や産前産後健診といったサービスを無料で提供し、健康保険公社から費用の払い戻しを受けることができます。この仕組みがあれば、貧しい妊婦さんもお金の心配をせずに施設に行くことができ、施設も貧しい人に対してサービスを提供するようになります。

コーディレラ地域にあるアブラ州の州都から車で1時間ほどのところに、プロジェクトの支援で整備された助産所があります。助産所から徒歩5分のところに住んでいる21歳の妊婦さんは、「お金もかからないし、陣痛が始まってすぐに行くことができる。州病院に行くとなると1日がかかりだし、助産所なら時間がかからない分仕事ができる」と話し、この助産所での出産を決めたと言います。

また、コーディレラ地域の特徴の一つとして、独自の文化や習慣を持つ山岳民族が多く住んでいます。民族によっては、自宅に家族に見守られながら、あるいはしゃがんで出産する習慣があるため、施設で分娩台にあがることに抵抗感のある妊婦さんもいます。プロジェクトでは、安全なお産を行うために害のない習慣は取り入れ、また、地域のボランティアが家庭を訪問して、施設での分娩や産前産後健診の重要性を説明しています。

こうした地域保健局とプロジェクトの地道な取り組みの結果、コーディレラ地域⁽⁴⁾の保健医療施設での分娩率は、79%(2012年)から86%(2013年)と、短い間にも改善が見られました。特にプロジェクトを始める前には施設分娩のできる保健医療施設が近くになかった山奥の町や村ほど伸びが大きく、そのような地域に限ってみると4~5割程度だった施設分娩率が6~7割にまで改善しています⁽⁵⁾。

妊娠・出産は、世界中どこに住んでいても、お金持ちにも貧しい人にも起きることです。しかし、妊産婦死亡率は、日本では10万出生に対し6ですが、フィリピンでは120、アフリカでは1,000前後の国もあります⁽⁶⁾。近くに病院があるかないか、お金があるかないかによって、妊娠・出産時に女性が命を落とすリスクには大きな差があるのです。JICAでは、世界中全ての女性が安心して妊娠・出産できるよう、必要な保健医療サービスを受けられる仕組み作りに取り組んでいます。



霧が立ち込めるコーディレラの山々



コーディレラ地域アブラ州サン・ホアン町保健所にて、お母さんと赤ちゃん

(保健第三チーム 大井 綾子)

- (1) 年間出生数に対する、妊娠中または妊娠終了後42日未満の女性の妊娠・出産を原因とする年間死亡数の比率。ミレニアム開発目標5の目標達成度を測る指標の一つ。
- (2) 世界銀行、WHO、2013年
- (3) 妊産婦及び新生児の出産時死亡を低減し、安全な出産を確保するための緊急時の包括的産科体制。
- (4) プロジェクト対象サイトのベンゲット州全域、アパヤオ州全域、アブラ州の6町
- (5) プロジェクトモニタリング結果
- (6) 世界銀行、2013年

分権下でのUHC推進にチャレンジ！
— ケニアUHC推進のための保健システム強化プログラム —

ケニアでは、年間150万人が医療費負担により貧困化していると言われています。この背景には、政府支出に占める保健支出の割合は5.9%とアフリカ平均の9.6%（2009年、WHO）に比べ低く、保健総費用の約4割を家計支出に依存している保健支出構造が要因の一つとして挙げられます。また、最貧世帯ほど保健サービスを利用しておらず、国民の16%の人が全く保健サービスを利用しておらず、うち4割の人が経済的負担を一番の理由にあげています。

更に、ケニアでは、2010年8月に制定された新憲法において中央政府の下に設定されていた8州が47の新しい行政組織（カウンティ）に再編成されることとなり、2013年3月の大統領選挙以降、分権化が進みつつあります。保健分野は最も分権化の影響が大きく、2013年7月（新会計年度）から予算使途の権限はカウンティ政府に委ねられ、保健医療従事者の雇用及びカウンティ内の保健医療サービス提供はカウンティ政府の責務となりました。地方分権下で如何に地域格差をなくし、医療保障と衡平で質の高いサービスを提供していくか、ケニア政府は非常に難しい課題に直面しています。

この難しい課題に対応しようと、JICAではケニアをUHC支援のフラッグシップ国と位置づけ、新たに再編した「UHC達成に向けた保健システム強化プログラム」の元、個別専門家、技術協力プロジェクト、資金協力（円借款）を組み合わせた協力を計画しています。

まず、保健省には2013年9月よりUHCアドバイザーを配置。保健省の5か年戦略計画やUHCロードマップの策定、保健人材育成担当局の整理等、政策レベルでUHCの計画づくりに貢献しています。

また、大幅に予算が委譲され、保健戦略計画、予算計画、モニタリング・評価等を通じてカウンティ内の保健サービスを統括・指導するカウンティ保健マネジメントチーム（CHMT）の機能を強化するため、11月に技術協力プロジェクト「地方分権下におけるカウンティ保健システムマネジメント強化プロジェクト」を開始します。本プロジェクトでは、中央・カウンティ政府間の調整機能、CHMTメンバーのマネジメント能力、カウンティ間での横の学び合いを促進し、地方における衡平な保健サービス提供の土台作りを支援します。

更に、形成中の保健セクター政策借款を通じて、UHC関連の各種政策文書の最終化等を支援していく予定です。

（保健第一チーム 小澤 真紀）



UHCへの理解を深めるために
— 保健財政勉強会の開催 —

国際保健外交戦略の柱の一つであるユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）推進の流れを受け、保健財政を含んだ保健システム強化は、JICAの保健協力優先分野となっています。UHCの概念である「すべての人が、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」を目指すにあたり、現在、多くの国が、健康保険制度の導入・改善を始めとした、医療保障制度の見直しに取り組んでいます。そのなか、保健グループスでは、7～8月にかけて保健財政に関する様々な勉強会を開催しました。

6月にチュニジア国で開催された「低・中所得国におけるUniversal Health Coverage達成のための上級保健財政研修」に参加した本部職員及び在外事務所企画調査員が、7月に3回にわたる勉強会を開催しました。保健財政に関わる用語の意味から、保健財政の理論や低・中所得国における保健財政課題等、基本的な部分から現在の課題まで広く網羅され、保健財政について学び始める大きな一歩となりました。

8月には、外部講師をお迎えし、2回にわたる保健財政勉強会シリーズを開催しました。1回目は、政策研究大学院大学島崎謙治教授より「日本の国民皆保険の実現プロセスと開発途上国への政治的示唆」をテーマに講義をいただきました。行政官・研究者としての両方の経験・視点を持つ島崎教授からの講義は、日本の保健医療制度の特徴や歴史、途上国の保健財政を考えるうえでの課題を学ぶ、とても貴重な機会となりました。2回目は、フィリピン国コーディレラ地域保健システム強化プロジェクト戸辺誠チーフアドバイザーより「健康保険制度が医療費自己負担による困窮化をどれだけ抑制できたか」の科学的測定方法（フィリピンの研究事例とともに）～ユニバーサル・ヘルス・カバレッジに向けた健康保険制度の効果にかかるエビデンスの創出に向けて～、をテーマに講義いただきました。フィリピン国民健康保険制度の研究を実例として挙げながら、どうすれば困窮化抑制効果を測定できるのか、その手法や手順、費用等についての説明を受け、フィリピンの健康保険制度の医療費自己負担抑制効果と、研究手法と共に学ぶことができました。

これらの勉強会は、本部保健担当者のみならず保健プロジェクトに関わる人々が広く参加できるよう、TV会議システムの接続を可能とし、国内機関・在外事務所へも参加を呼びかけました。時差や業務の関係上参加が難しい国が数多くあるにもかかわらず、15か所以上の国内機関・在外事務所とTV会議をつなぎ、各回50名前後が参加することとなりました。限られた時間ではありましたが、各講義の後には、多くの質問が寄せられ、保健財政への関心の高さがうかがえました。

国際保健の潮流、日本の経験、協力現場で積み重ねられた経験とエビデンス、それらを有機的に結びつけたプロジェクトを実施すべく、このような勉強会の場を通し、引き続き学びを深めていきたいと思えます。

（保健第四チーム 大町 檀）

2014年度ガーナ国別研修 「官民連携アプローチによるScale Up Nutrition (SUN)」実施報告

各国政府、国際機関、民間企業等による国際的な栄養改善に向けた取り組みであるScale Up Nutrition (SUN) 対象国であるガーナでは、マルチセクターによる栄養対策を強化しようとしています。JICAはガーナから保健省、教育省や農業省、NGOなど栄養改善に関わる8機関の担当者8名を招いて、6月16～26日、「官民連携アプローチによるScale Up Nutrition (SUN)」研修を実施しました。日本の栄養対策における官民連携を紹介し、ガーナにおける栄養改善の計画づくりに寄与することを目的としました。

【日本の食育推進の特徴】

日本では、健康日本21、食育基本法などにに基づき、省庁、地方自治体、専門機関や地域組織、民間企業などが一体となった食育、健康増進を推進しています。食育、健康増進は、個人のQOL (Quality of Life) を向上するほか、医療費を適正に保ち、保健財政を健全化することに役立っています。

- ・内閣府：食育推進委員会を設置し、関係12省庁や地方自治体、民間企業や国民との連携を調整。
- ・厚生労働省：国民健康づくり運動(健康日本21)、母子保健活動、食品の安全性の確保など、健康増進のための食育の推進。
- ・文部科学省：学校、家庭、地域が連携した食育の推進。学校給食法に基づき、各市町村による給食事業を統括。食育は、給食の他、社会科、理科、総合的学習、保健体育などでも扱われている。
- ・農林水産省：農林漁業や食品産業に関する正しい知識の普及、食文化の継承、食品の安全性に関する基礎的な情報の提供などを図るため、食育を国民運動として展開。
- ・独立行政法人 国立健康・栄養研究所：国民栄養調査を毎年実施し、この政策の進捗をモニタリング。

【民間企業による食育への参画】

日本の食育では官民連携が進んでいます。民間が地方自治体と連携して、食育のイベントなどを実施しています。民間企業にとって、食育推進計画への参画は、ブランドのイメージアップや販売拡大にもつながるそうです。

さらに近年、開発途上国の社会課題の解決を持続可能なビジネスを通して実現しようとするソーシャルビジネスの立ち上げに着手している大手食品企業もあります。研修では、JICAの支援を受けてガーナで「離乳期栄養強化食品事業化準備調査(BOPビジネス連携促進)」を実施した味の素株式会社の工場(神奈川県川崎市)や、インドで「BOP層のビタミンA摂取状況改善を目的とした協力準備調査(BOPビジネス連携促進)」を実施しているカゴメ東京本社を訪れました。

【日本の学校給食、教育農場、保健所、レストランにおける食育】

日本の学校給食は、戦後の時代には低栄養対策として実施されていましたが、現在では、健康増進のための栄養知識の醸成と望ましい食習慣の確立、社交性及び協働の精神を養うこと、自然に対する尊重や環境の保全、日本や各国の伝統食や食文化に対する正しい理解、など、その目的は多岐に渡ります。学校給食法では、栄養基準のほか、安全面、衛生面の管理、栄養教諭の配置などが定められています。研修では、多摩市学校給食センターを訪問し、給食の試食も行いました。



恵泉女学園大学(東京都多摩市)の「教育農場」で、有機農業の実習を体験する研修員

「生活園芸」を全学生の必修科目としている恵泉女学園大学(東京都多摩市)では、同大学の「教育農場」(educational farm) で、有機農業の実習を体験。渋谷区保健所で離乳食の指導現場、ファミリーレストランでのメニューを使った食育を視察し、また日本栄養士会では栄養士の役割なども学びました。

【共同研修報告書の作成】

研修を終えて、研修員一同は「法的根拠に基づく組織的支援体制を構築することの重要性を学んだ」と、この研修を評価しました。報告書ではガーナで栄養対策に関わる主要機関の役割を明確に定め、具体的な目標と成果を定めた栄養改善対策を策定することが提案されました。

国家開発計画委員会開発政策局オドテイ・エベネザー・オドイオポティ局長は「官民連携、マルチセクターによる栄養対策をガーナで実施するためには、日本の内閣府のような役割を、私が所属する国家開発計画委員会が担う必要がある。また食育基本法が関係機関の役割を明確に示しているように、ガーナでも各機関の役割を明確にすることが、マルチセクターの取り組みを円滑にするものだ」と研修の成果を述べました。(続く)

(続き)

ガーナ農業食品省女性農業開発局のポウリーナ・アディー副局長は「日本の食品会社は、食育推進に積極的に関わっている。企業が作成して無償で配布している栄養教材の質が大変高く、素晴らしい社会貢献だと思う」と企業の取り組みを称賛しました。

「日本では給食費を保護者が負担していると聞き驚きました。ガーナでは給食は無料で提供され、就学率の向上に役立っていますが、地方自治体が給食費を負担しているため、持続性に課題があります」と地方自治・農村開発省政策計画モニタリング評価局で給食プログラムの担当者のスフィアン・ワシラ開発政策オフィサーはコメントしました。

保健省家庭保健局栄養部のアモアフル・エシ・フォリワさんは、「食の楽しさを伝えるとともに、乳児に合った食材や調理方法を選ぶなど、離乳食の段階から給食まで、食育が一貫性を持って実施されていることが分かりました」と研修を振り返りました。

【ガーナ帰国後の報告会】

帰国後、7月23日にJICAガーナ事務所において帰国報告会を開催しました。報告会には、ガーナ研修員のほか、USAID栄養事業担当者、味の素栄養改善プロジェクト総括、JICAガーナ事務所の関連セクターやボランティア担当者らが参加しました。

本研修の成果として、日本では食育がマルチセクターの取り組みとして効果的に進められており、そのためには、法的根拠に基づく組織体制の構築と関係者の役割の明示化が重要であること、また、枠組みの中には民間セクターの参入も重要であると学んだと研修員らが報告しました。民間も含めたステークホルダーの連携強化のため、栄養フォーラムなどの年次会合を開催し、活動進捗を確認すべきとの意見もありました。

栄養が重要な開発課題であるにも関わらず、十分に主流化されず予算がついていないのは、政府のコミットメント不足が大きく影響しているのではないかという意見もあり、来年度の研修の際に国会議員も招聘し、より国家栄養政策の参画を促進すべきではないかといった提案が研修員らからありました。USAIDからは今回の研修成果は大変興味深く、今後展開される栄養事業と連携させていきたいとの発言がありました。



ファミリーレストランでのメニューによる食育を視察する研修員

ガーナでは、今回の研修員を継続的にフォローアップし、研修の成果を確認すると共に、今後のJICA事業との連携が図れるよう努めていきたいと思えます。

(国際協力専門員(同研修コースリーダー) 萩原 明子)
(JICAガーナ事務所 城谷 衣鶴子)

予防接種の課題解決に向けて官民パートナーが学び合う —JICAと国境なき医師団(MSF)がセミナーを共催—

JICAは2014年8月26日、国際NGOのMSFと共に「ラウンドテーブルワクチン×イノベーション:日本に何ができるか」を、JICA本部で開催しました。途上国における予防接種の課題解決にいかに関与できるかを探ることをテーマに、国内の製薬会社、ワクチン関連の資機材を取り扱う企業13社の21人と大学関係者を含む総勢52人にご参加いただきました。

予防接種をめぐる状況は、近年大きく改善されてきたにも関わらず、生まれてくる子どものおよそ7人に1人が、いまだに必要な予防接種を適切に受けることができず、年間150万人以上がワクチンで予防が可能な病気で亡くなっています。

既存のワクチンは、舗装された道路や安定した電力供給、十分な医療人材が確保されて初めて接種が可能であり、結果としてこれら条件が整っていない途上国では多くの子ども達が取り残されてしまう現状があります。この現状に対して問題意識を持つMSFから提案をうける形で、今回のセミナーは実現しました。

主催者を代表して、MSF日本の加藤寛幸副会長とJICA人間開発部の戸田隆夫部長が挨拶をした後、7人の多彩なスピーカーによる講演がリレー形式で行われました。トップバッターを務めたJICA人間開発部の牧本小枝課長は「途上国における予防接種事業 日本・JICAの協力概要と現場での課題」の中で、後に世界的なワクチン製造メーカーとなったインドネシアのバイオファルマに対するJICAのポリオ・麻疹(はしか)ワクチン製造協力を例にとり、途上国のワクチン製造・品質管理能力強化支援事業について説明、また1990~2000年代前半にはポリオ根絶と定期予防接種の分野でさまざまな事業を展開し、現在はビル&メリンダ・ゲイツ財団と連携し、パキスタン、ナイジェリアでポリオ根絶に取り組んでいることも紹介しました。

ディスカッションでは、ワクチンの「有効期限」「熱・凍結に対する安定性」「医療従事者・受益者に負荷の少ない簡易な接種方法・少ない接種回数・容量の削減」「途上国の事情に合ったコールド・チェーンの開発」「バーコードを使ったトラッキングストック・情報管理のシステム」といった視点から、活用可能な日本の技術について活発な議論が展開されました。

この中で、日本国内では流行していない感染症や罹患リスクの程度を意識した日本企業のインセンティブやビジネスモデルについても意見が交わされました。日本製ワクチンの世界保健機関(WHO)の事前資格認証、購入しやすい価格設定の課題、民間企業、政府、援助機関・団体といった異なる業種のステークホルダーや方法論を持つ主体の連携の可能性についても議論が行われました。

ワクチン・予防接種事業を取り巻く環境の変化の中で、JICAは、多様化する国際機関、民間企業、受益者などのアクターとの連携を進めるとともに、現場のニーズと日本の技術の橋渡しをしながら、世界の子どものための予防接種のアクセス向上に貢献したいと思えます。

※JICA HPにもセミナー報告が掲載されています。

(http://www.jica.go.jp/information/seminar/2014/20140922_01.html)

(保健第三チーム 菊池 雅子)

西アフリカにおけるエボラ出血熱の流行に対し、国際社会の封じ込めの取組の一躍を担うべく、JICAは日本政府とともに多角的な対応を進めています。紙面の都合で詳細は触れられませんが、①ギニア・リベリア・シエラレオネの3カ国を中心とした緊急的な物的支援を進めながら、②セネガル・ガーナなど発生がみられた国々を含む周辺国に対し、日本の過去・現在の技術協力を土台とした支援を展開しています。これに加え、日本政府は、数度にわたる国際機関向けの緊急無償などを中心とした資金援助や、WHOを通じた人的貢献等を展開しており、9月25日には安倍総理が国連総会で4000万ドルの追加支援等を表明されたところです。

①緊急的な物的支援

緊急的な物的支援においては、テント、ビニールシート等の通常の緊急援助物資の供与に加え、東京都の備蓄する防護服の供与という斬新な取組を、東京都・外務省・厚労省・WHOのご協力を得ながら進めています。合計約50万着の供与を予定としており、第一弾としてのシエラレオネ・リベリア向けの2万着は、10月10日までにすべて現地に到着しました。

http://www.jica.go.jp/press/2014/20140909_01.html

②技術協力による感染拡大防止への支援(合計約1.2億円)

ガーナ野口記念医学研究所、ケニア中央医学研究所、ザンビア大学獣医学部など、日本との長い協力関係を有する拠点の「封じ込め」能力を強化するための支援や、ナイジェリア、セネガル、ガーナ、コートジボワール、ベナン、ブルキナファソ等において、国境や医療機関における対策強化、啓発教育への支援等をそれぞれ現地のニーズに応じて展開しています。

★コートジボワールにおける国境対策強化(警察官向け「エボラ出血熱対策研修」)

http://www.jica.go.jp/topics/news/2014/20141008_01.html

★ナイジェリア・ラゴス州における啓発教育支援



ラゴス州のスラムで酋長がJICAが作成支援したパンフを配布して住民に啓発(「ラゴス州における貧困層のための地域保健サービス強化プロジェクト」)



アシャンティ州の医療従事者がJICAの支援する研修に参加しPPEの着脱を習得

今後もJICAホームページなどを通じ、エボラ出血熱流行という大きな危機に対する支援の状況を発信していく予定です。

(保健第二チーム課長 小林 洋輔)



今号から、JICA関係者が参加する国際会議や学会等の予定について、「保健だより」でご連絡することにいたしました。今回は年内の主な予定についてご連絡いたします。

● UHCに関する日本・世界銀行共同研究出版記念シンポジウム

場所: 東京

日程: 11月10日

概要: 日本政府と世界銀行が共同で実施してきたUHC共同研究の報告書の出版記念シンポジウム。副題は「包括的かつ持続的な発展のためのUHC」。国連大学で開催されます。



● IHP+ステークホルダー会議(5th IHP+ Country Health Teams Meeting)

場所: カンボジア・シエムリアップ

日程: 12月2日~4日

備考: 日本としてIHP+加盟を検討中であることから、JICAとしても初めてオブザーバー参加を検討しています。

● マヒドン王子国際保健会議2015

「ポスト2015における国際保健:更なる公平性の確保」

場所: バンコク、タイ

日程: 1月26-31日

概要: JICA共催、ミレニアム開発目標達成期限である2015年を目前に控え、今後の国際保健分野にて取り組むべき課題やその改善・解決方法に関する幅広い議論が行われる予定です。

● その他 12月1日 世界エイズデー



保健だより第37号はいかがでしたか？
次号をどうぞお楽しみに・・・

