

# JICAの保健分野の協力

## - 現在と未来 -



2010年9月

## 序 文

2015年のミレニアム開発目標（MDGs）達成に向けて、5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、2010年現在ある程度の進展がみられるものの、母子保健や感染症対策を中心として課題がまだ残されている。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の保健協力方針を示すもので、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）、どのように協力するのか（アプローチ）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との相互理解の促進の一助となるとともに、2015年のMDGs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。

2010年9月14日

独立行政法人国際協力機構

理事 小寺 清

## 1. JICA が保健協力を行う意義と理由

保健分野の協力は、開発途上国の人々の健康と命に直接かかわり、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基本的かつ重要な事業である。

近年、世界エイズ・結核・マラリア対策基金（世界基金）による大規模な資金供与、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、ビル・メリンダ・ゲイツ財団等民間資金の参入等によって、保健分野における開発途上国への支援資金は倍増している<sup>1</sup>。このような国際的な努力は、開発途上国の人々の健康改善に貢献してきている（1990 年には年間 12.6 百万人の五歳未満児死亡が、2008 年推計では 8.8 百万人<sup>2</sup>）。しかし、依然として改善が遅れている保健課題があり、ミレニアム開発目標 (Millennium Development Goals: MDGs)<sup>3</sup>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もある。また、疾病ごとに行われる集中的な対策が、その国の保健システム強化に貢献してきたのか、という問いもある。

日本との比較で見ると、日本人の出生時平均余命は 83 歳であるが、アフリカ南部のザンビアの人々の出生時平均余命はわずか 48 歳<sup>4</sup>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 3 人であるが、アフガニスタンでは、165 人もの乳児が亡くなる<sup>5</sup>。出産にかかわる母親の死亡は、日本の場合 10 万件の出産に対して 6 人であるが、アフリカの平均は 900 人である<sup>6</sup>。また、日本の場合保健医療費が政府支出に占める割合は 17.9%であるが、バングラデシュでは約半分の 8.0%に過ぎない<sup>7</sup>。

日本は、国民皆保険制度の実施により医療サービスへのアクセス改善、母子手帳を活用した母子保健の実施、中央における法律整備と現場での努力が連携した結核等の感染症対策といった、世界一長い出生時平均余命を達成してきた歴史とシステムを有している。JICA が、こういった日本の保健医療サービス提供の体制、そしてその体制を支えてきた経験を生かし、開発途上国の保健課題に対応していく意義は高い。

具体的には、JICA は以下の理由により保健分野の協力を実施する。

### (1) 人々の健康と命の安全を確保するため

多くの開発途上国では劣悪な衛生環境や感染症のまん延のなかで、人々が十分な保健医療サービスを得ることができず、健康の確保・維持が困難な状況に置かれている。保健は人の生死に直結する課題であり、健康は人間らしい生活を送るうえで必要不可欠

<sup>1</sup> 2000 年の 107 億ドルから 2007 年 217 億ドルへ増加。Development assistance for health (DAH) from 1990 to 2007 by channel of assistance retrieved from <http://www.thelancet.com> Vol 373 June 20 (2009)

<sup>2</sup> MDGs 2010 report, United Nations (2010)

<sup>3</sup> 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。

<sup>4</sup> World Health Statistics, WHO (2010)

<sup>5</sup> 同上

<sup>6</sup> 同上

<sup>7</sup> 同上

な条件である。JICA は、開発途上国の人々が健康を享受し命を全うできる社会の実現を目指し、保健分野の協力を実施する。

## **(2) 経済・社会発展の人的基盤を築くため**

開発途上国の平和の確保と経済・社会の発展は、開発途上国の人々自身の課題である。ところが、開発途上国の人々の健康に問題があると、その人の教育や就業の機会が奪われ、各人が持って生まれた可能性を発揮することが困難となる。また、妊娠と出産に伴う母親及び乳幼児の死亡は、家族の生活のみならず、開発途上国の経済社会発展に影響を与える。さらに罹患率が高くなることにより、保健医療部門の支出が増え、税収が減少し、社会福祉部門の負担が増すという問題もある。

JICA は、開発途上国の人々自身が国造りを推進する人的資源を確保するため、保健分野の協力を実施する。

## **(3) 国境を越える感染症問題に対応するため**

保健課題の中でも特に感染症は、特定の国や地域だけの問題ではない。現在では、地球規模の経済活動や運輸・交通の発達により、日々多くの人々や物が世界を行き交い、感染症を引き起こす病原体や病原体を媒介する生物が特定の国や地域を越えて移動することが多くなった。また、世界的な気候変動の影響により、病原体を媒介する生物が従来より広域で繁殖する可能性も指摘されている。高病原性鳥インフルエンザ (H5N1) や新型インフルエンザ (H1N1) の事例が示すとおり、世界の一部の地域で発生した感染症が、瞬く間に全世界にとっての脅威となり得る。このため、感染症対策は、世界全体が協力して取り組む課題となっている。

このように、保健分野の協力は、開発途上国の人々が置かれている状況を改善するだけでなく、日本で暮らす人々の健康を守るためにも重要である。JICA は、国際社会の一員として、感染症問題に取り組む。

## 2. JICA の保健協力の重点内容

JICA は「人間の安全保障」の理念に基づき、開発途上国で、最も必要としている人々に必要な保健医療サービスが着実に届く体制づくりを目指す。現在国際社会は、2015年を目標年限としたMDGsを掲げ、開発途上国の開発課題に一丸となって取り組んでいる。JICAはMDGsの達成に向けた開発途上国の取り組みを支援しており、保健協力を進めるにあたっては、特に低所得国において改善が遅れている母子保健と感染症対策という2つの保健課題（サブセクター）に力点を置く。これら2分野での協力の概要は以下（1）のとおりである。

一方、開発途上国が母子保健を改善し感染症対策を行っていくためには、それぞれの国や地域で事業が持続される体制を整える必要がある。そのために、JICAが重視する主要な協力課題は以下（2）のとおりである。

なお、複雑な保健の問題を解決するためには、保健医療サービス提供の現場の状況に対応した多面的かつ重層的な取り組みが必要な場合が多い。JICAは、開発途上国の現場で開発途上国の人々と日本からの専門家やボランティアが、共に考えながら行う実践的な制度づくりや人材育成を推進する。さらに、アクセス道路や水供給設備を含めた保健施設の建設、医療機材や医薬品の調達など、ソフトとハードの組み合わせにより相乗効果を高められるような取り組みを進める。また、大規模な建設工事を含む開発事業において、HIV/エイズ予防啓発活動の推進などの必要性が高いと考えられる場合は、保健以外の開発事業においても保健課題に対する取り組みを進める。

### （1）保健協力の重点領域（重点サブセクター）

#### 1）母子保健

世界では、毎年約36万人の女性が妊娠や出産を原因として命を落としており、900万人近い子どもが5歳を迎える前に亡くなっている<sup>8</sup>。それらの99%は開発途上国で起こっている<sup>9</sup>ことからわかるように、妊産婦を含む女性と子どもの健康は開発途上国では深刻な問題であり、MDGsにおいても、「乳幼児死亡率の削減」と「妊産婦の健康の改善」を目標として掲げている。

こうした状況に対応するため、JICAは、保健医療サービスへのアクセス確保と保健医療サービスの質の向上により、包括的な母子継続ケアを提供する体制強化を支援する。母子継続ケアとは、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・一次保健医療施設・二次/三次保健医療施設が連続性を持って補完しながらつながるケアと定義される。

具体的には、妊産婦健診、出産介助、子どもへの予防接種、栄養改善、保健医療サー

<sup>8</sup> Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2008, WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank (2010)

<sup>9</sup> 同上



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する。

### 【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

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、死亡する妊産婦がいまだに多い状況にある。プロジェクトでは、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（住民への働きかけによって住民の意識を向上させ、住民自らが地域の妊産婦、新生児を支援する体制を構築）に取り組んでいる。この結果、プロジェクト対象県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が、2006年は17.8%であったが、2009年には55.6%までに改善した。

プロジェクトが支援した活動は、その協力対象県の名前をとった「ノルシンディ」モデルとして高く評価され、その住民組織活動はバングラデシュ保健福祉省によって地域の保健施設（コミュニティクリニック）の活性化のための政策に反映された。

## 2) 感染症対策

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400万人以上の人々の命を奪い<sup>10</sup>、特にサブサハラ・アフリカのいくつかの国においては、経済・社会発展の阻害要因にもなっている。これらの三大感染症に対し、近年では国際社会が一丸となって、様々な対策の実施を支援しているが、開発途上国、なかでも南部アフリカ地域の人々の命や健康に対する影響は依然として大きい。

JICA はこれら三大感染症に関し、検査サービスの拡充と検査精度の向上、保健情報の適切な収集と分析、治療サービス提供能力の向上などを支援する。また、世界基金を始めとする多くの国際機関や二国間援助機関と協力・協調しながら、JICA は国レベルでは政策・ガイドライン等の策定を支援すると同時に、地方レベルでは行政、保健施設、コミュニティにおける対策事業の拡充を支援する。

<sup>10</sup> 2008年末の数値。(World Health Statistics 2010より計算) 疾病別の死亡者数は、エイズ200万人、結核130万人、マラリア86.3万人。

### 【事例】 ザンビア HIV/エイズ及び結核対策支援プログラム

ザンビアの成人 HIV 感染率は 14.3% (2007 年) と高く、新規感染の抑制とエイズによる死亡者数の減少は国の最重要目標である。また HIV 流行に伴い感染が広がった結核も大きな保健医療問題である。JICA は 2006 年から、同国の包括的な感染症対策を支援する「HIV/エイズ及び結核対策支援プログラム」を実施し、中央省庁からコミュニティまでの様々な対策実施機関に対し、医療・検査技術向上、エイズ対策に関する政策策定、予防啓発、患者の収入向上支援など、多岐にわたる技術支援・能力強化を行っている。中でも、人的・物的資源の限られた地方部でもエイズ治療が実施できるよう保健省と構築した「巡回治療方式」は、地方部住民へのアクセスの良さと診療の質の高さにより治療脱落率を低く抑えられ、保健省による独自の治療実施・拡大が可能なことを証明し、国のエイズ対策の政策のひとつとして採用されるに至った。2010 年以降、他援助機関との協調により、巡回治療方式の全国拡大が予定されている。



力強化を行っている。中でも、人的・物的資源の限られた地方部でもエイズ治療が実施できるよう保健省と構築した「巡回治療方式」は、地方部住民へのアクセスの良さと診療の質の高さにより治療脱落率を低く抑えられ、保健省による独自の治療実施・拡大が可能なことを証明し、国のエイズ対策の政策のひとつとして採用されるに至った。2010 年以降、他援助機関との協調により、巡回治療方式の全国拡大が予定されている。

また三大感染症の他にも、開発途上国では、シャーガス病等の寄生虫感染症に代表されるような「顧みられない熱帯病 (Neglected Tropical Diseases : NTDs) 」と称される感染症がある。これらは、特に貧困層に対する脅威として世界的な対応が求められている。これら NTDs や新型インフルエンザ等の新興・再興感染症に関しても、JICA は開発途上国のニーズに基づき、住民に対する予防啓発の拡充、検査精度の向上、媒介生物対策や環境改善の推進など、既存の対策の強化・拡充を支援する。

また三大感染症の他にも、開発途上国では、シャーガス病等の寄生虫感染症に代表されるような「顧みられない熱帯病 (Neglected Tropical Diseases : NTDs) 」と称される感染症がある。これらは、特に貧困層に対する脅威として世界的な対応が求められている。これら NTDs や新型インフルエンザ等の新興・再興感染症に関しても、JICA は開発途上国のニーズに基づき、住民に対する予防啓発の拡充、検査精度の向上、媒介生物対策や環境改善の推進など、既存の対策の強化・拡充を支援する。

### 【事例】 中米シャーガス病対策

シャーガス病はサシガメ (吸血性カメムシ) が媒介する中南米特有の寄生虫感染症で、中南米全域で推定患者数は約 970 万人といわれる NTDs の一つであり、心臓等の慢性疾患を引き起こす。サシガメは土壁や藁葺き屋根で造られた貧しい世帯の家屋に生息するため、シャーガス病は「貧困の病」と呼ばれている。



これに対し、JICA はグアテマラでの熱帯病媒介虫及び防除法に関する研究協力の成果を基に、米州保健機構 (PAHO) と協調し、2000 年以降、グアテマラ、ホンジュラス、エルサルバドル、ニカラグア及びパナマにおいて、「サシガメ生息調査」、「殺虫剤散布によるサシガメ駆除」、「住民参加によるサシガメ再発生監視体制の確立」という媒介虫対策活動を中心とした協力

を10年間にわたり展開してきた。

この取り組みにより、グアテマラでは中米初となる外来種サシガメによる新規感染が中絶したという成果があがった。

## (2) 保健協力の各領域に共通する協力課題/保健事業の仕組みづ

### くりの主要課題

#### 1) 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、行政能力の強化が重要である。開発途上国では一般的に、保健行政官が主体的に保健計画を策定し、予算を確保し、事業を実施あるいは指導・監督し評価を行う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、末端での保健医療サービス提供が滞るといった現状が指摘されている。JICAは、このような認識から、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。

中央政府においては、その国の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必要がある。現場の実情に基づいて、行政規則や個々の保健医療事業の実施方針（ガイドライン）等の策定や改善が行われるように支援する。また、開発途上国の政府が効率的に保健財政を運営できるように、保健施設・医療機材等への投資計画や保健従事者の配置計画の策定を支援する。

#### 【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

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めざし、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。



このプロジェクトを通じて、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が設置され、保健セクターにおけるセクター調整メカニズムが構築された。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



して課題を認識し、情報共有や意見交換しながら、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。保健省が主体的に事業調整を行っていく基盤を築くとともに、援助の調和化や効率的かつ効果的な事業実施に貢献した。

地方政府においては、保健医療サービスの提供を担う現場の保健従事者や地域住民との協働によるモデル事業の試行や現場での問題解決の積み重ねを通じて、保健医療サービスを提供するための体制・制度の構築と強化を支援し、地方の保健行政のシステムが向上するよう支援する。

### 【事例】 タンザニア 州保健行政システム強化プロジェクト

地方分権が進むタンザニアにおいて、質の高い保健医療サービスの提供を地方自治体の実現するためには、州保健局の機能強化と中央・州・県・保健施設を包含する保健医療サービス提供の土台の強化が必要不可欠となっている。

JICA は、タンザニアの全 21 州を対象とし、州保健局の機能強化と自立発展の促進を目指して 2008 年に本プロジェクトを開始した。

このプロジェクトでは、保健医療サービスの提供現場における問題意識を中央政府が的確に把握したうえでの政策立案及び州保健行政の活性化のための制度改善を目指し活動している。

その成果として中央による州保健局のモニタリング実施予算の確保に成功し、モニタリングを実施した。併せてモニタリング報告方法の改善を行い、中央による円滑な情報収集を可能とした。また、政策周知パッケージの作成と配布により各州の年次計画書策定を促進した結果、全 21 州から保健福祉省に対し年次計画書が提出された。州保健局においては、マネジメント能力の自己評価を導入し、定期的を実施するようになった。



## 2) 保健医療サービスの質の向上を目指した保健医療拠点の機能強化と拠点間の連携体制強化

JICA は、開発途上国において多くの住民が生活する村落部・へき地での保健事業を強化することを目的として、正常分娩や簡易な手術・入院加療のできる末端の医療施設や、コミュニティにおける予防接種・栄養指導・妊婦検診・感染症検査等の保健活動を行う保健所の機能強化を支援する。また、重症患者に対応するために地域中核病院や高

次病院の施設整備を支援する。日本の経験を生かした施設運営のためのマネジメント能力強化支援、地域内での末端の保健所と上位の医療機関（病院）や行政との連携体制（保健所から病院への患者紹介と情報伝達や保健所への保健医療の技術指導等のシステム）の構築支援にも積極的に取り組む。

その際、保健所や病院により提供される保健医療サービスが有効に活用されるためには、現実的な対応策として住民自らによる保健活動や環境衛生活動が極めて重要であり、地域住民の啓発や組織化にも協力する。

#### 【事例】 セネガル 貧困地域の保健システム強化

セネガルの貧困地域の一部であるタンバクンダ州及びケドゥグ州では、保健指標も全国平均と比して総じて悪い状況にあり、例えば 5 歳未満児の死亡率は出生 1000 人あたり 200 人と、全国平均の 2 倍近くとなっている。

JICA はこの 2 州を保健分野の協力重点地域とし、2007 年から約 70 万人の住民の健康改善を目標とする保健システム強化プログラムを実施している。具体的には、①コミュニティでの妊婦検診受診の啓発活動により住民の母子保健サービス利用率を向上させ、②保健所等で質の高い妊産婦・



新生児ケアが提供されるよう人材育成や施設整備の強化を行い、③末端の診療所では対応できない異常分娩を上位病院に適切に紹介する等、地域内の保健医療施設間の連携強化も行い、④州保健局の行政能力強化を通じた保健システムの包括的な強化、⑤安全な水供給や道路整備などマルチセクターの支援を行っている。

### 3) 保健医療従事者の充実

多くの開発途上国において、保健医療従事者の不足により住民に十分な保健医療サービスが届いていないという現状がある。具体的には、保健医療の専門職養成機関の施設や教員の不足、医療従事者の都市部への偏在、無資格スタッフによる保健医療サービスの提供、人材の海外流出といった課題がある。保健従事者の充足度は主要な保健指標の改善と強い相関関係があり<sup>11</sup>、保健医療従事者の充実・強化はMDGs達成のためにも不可欠な要素である。

JICAは、①保健医療従事者数の増加（専門職養成施設や教材の整備と教育の質の改善、職場定着率の向上のための勤務環境改善等）、②保健医療従事者の質の向上（在職者に対する補完的教育）、③制度整備（保健医療従事者の養成・雇用に関する政策立案・制度整備、人材管理情報データベースの整備等）の面での協力を進める。また、保健医療人材の育成、能力強化の推進を目的に設立された国際的パートナーシップ機関である世界保健人材連盟(Global Health Workforce Alliance: GHWA) との連携を図っていくこととする。

<sup>11</sup> World Health Report 2006, WHO (2006)

**【事例】** カンボジア国立医療技術学校改修計画 及び 医療技術者育成プロジェクト



カンボジアでは、紛争と政治的混乱の影響で、知識層の人材不足が大きな社会問題である。特に医療技術者の養成は質量ともにいまだに不足している状態であり、保健医療サービスの向上を阻む大きな要因となっている。

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）の基礎教育の改善を目指した。具体的には、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・教育課程の実施など、各学科の教育の質の向上の支援に力を入れた。

プロジェクトの結果、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職種の基礎教育の改善のみならず、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るなど、すべての医療従事者の育成に貢献した。

特に、保健従事者が不足し保健医療サービスが十分提供されていない地域においては、JICA は、コミュニティ保健師の育成、住民ボランティアの研修や助産師とボランティアとの連携等、コミュニティにおける人材育成と協働体制の構築にも協力する。

### 3. JICA の保健協力の重点アプローチ

#### (1) 開発途上国のキャパシティ・ディベロップメント支援

人の生死に直結するという保健の特性から、開発途上国の住民個人に対して国際機関や国際 NGO などが直接無料診療を行う場合がある。また、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ことがある。

保健は、開発途上国にとって一時的な課題ではなく、長く将来にわたり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、行政能力と事業運営管理能力が強化され、さらに、住民レベルでは自らの行動を変容することが重要である。

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。

#### (2) 実証的根拠を活用した質の高い事業

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。そのために、事業運営の中で指標を測定していくための実証研究を組み込むなどの方策をとることが重要となる。

#### (3) 国際的な協調枠組み及び被援助国の国家保健計画に沿った中

##### 長期的協力の推進

保健分野においては、世界銀行やWHOを始めとする国際機関や二国間援助機関など従来から多くの開発パートナーが関与しており、さらに近年は、MDGsの達成に向け、世界基金や世界保健人材連盟、ゲイツ財団など、巨額な資金の提供を行なう財団や世界的アライアンスなど、新たな開発パートナーの動きが加速している。こういった多様な援助機関と開発途上国の保健政策を調整する枠組みとして、国際保健パートナーシップ及び関連イニシアチブ (The International Health Partnership and related initiatives:



IHP+)<sup>12</sup>が動き出している。

こういった背景の中で、特にアフリカに多く存在する貧困削減戦略書（Poverty Reduction Strategy Paper: PRSP）策定対象となっている後発開発途上国においては、その主体性を高めることを目的として、国際的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。そのため、これらの国々においては、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う必要がある。具体的には、JICA事業の現場における成果や経験を活用し、国家保健計画や中期予算支出枠組み（Medium Term Expenditure Framework: MTEF）の策定に関与し、さらにそれら計画に沿った事業を実施する。

国際場裏においては、JICAは各開発パートナーの特徴を踏まえつつ、日本の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。具体的には、WHOやUNICEFとは、開発途上国の国家プログラム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。さらに、日本が多額の資金を拠出する世界基金等とは、現場での具体的な連携を通じ、拠出金の有効活用にも寄与する。また、将来的には日本政府の意向を踏まえつつ、IHP+への参加の可能性を検討する。

以 上

---

<sup>12</sup> IHP+: International Health Partnership + 2007年英国等が主導で保健分野での援助協調を推進する目的で設立。ドナー、国際機関、被援助国との間で協定を締結している。日米は不参加。



〒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/>