

JICA事業における障害主流化の推進 分野別ガイダンスノート

保健医療



独立行政法人 国際協力機構（JICA）
2026年1月

目次

1. 障害者と保健医療に関する基本的理解	1
2. 保健医療分野における障害主流化の重要性	2
3. 障害の視点から見る保健医療分野の問題	4
4. 事業における障害主流化の実践	6
卷末資料 1: 保健医療分野において障害者のアクセスや参画を阻む障壁	14
卷末資料 2: 障害主流化の取組事例(保健医療)	20
参考文献	23

基本を理解したい方は [1・2・3](#) を、

障害主流化に関する具体的なステップを知りたい方は [4](#) をご参照ください。

《ガイダンスノートが対象とする主な取組領域》

本ガイダンスノートでは、保健医療分野の JICA グローバル・アジェンダ(課題別事業戦略)に基づき、以下の 4 分野を主な取組領域とします。

- | | |
|-------------------------|---|
| 1 保健医療サービス提供強化 | • 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・医療機材」、「財政・保健施設マネジメント」、「保健情報」の強化 |
| 2 感染症対策・検査拠点強化 | • 感染症検査・研究拠点の新增設・拡充、専門人材育成
• 感染者の早期発見・接触者追跡の強化等 |
| 3 母子手帳活用を含む質の高い母子継続ケア強化 | • 質の高いサービスを継続して提供する体制の強化
• 母子手帳等母子健康にかかる家庭用記録の活用促進 |
| 4 医療保障制度の強化 | • 医療保障制度の整備・改善:政策・制度への助言、サービス提供との連携、資金支援 |

なお、食育・給食については「栄養の改善」分野ガイダンスノート、医療保障(医療保険)以外の年金、雇用保険、労災保険等の社会保険については「社会保障」分野ガイダンスノートもご参照ください。

1. 障害者と保健医療に関する基本的理解

保健医療分野における障害主流化を推進する上で欠かせない、基本的な考え方について解説します。

(1) 障害インクルーシブな保健システム

- 障害者の権利に関する条約（障害者権利条約）第 25 条では、締約国は「障害者が障害に基づく差別なしに到達可能な最高水準の健康を享受する権利を有することを認める」ことが明記されており、これが保健医療分野における障害主流化の根幹となる理念です。
- 従来の保健システムでは、障害者を「治療や医学的介入の対象」として捉える医療モデルが中心でした。しかし、障害者権利条約に基づく人権モデルでは、障害者を権利を有する主体として位置づけ、保健医療サービスへの平等なアクセスと意思決定への参画を保障することが求められています。
- 障害インクルーシブな保健システムとは、障害者が障害のない人と同じ質・範囲・水準の保健サービスを享受でき、個別のニーズに応じた合理的配慮が提供される仕組みです。さらに、障害者がサービス設計や政策決定に参加できる仕組みも重要な要素です。

(2) ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）と障害者

- ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）とは、「すべての人が、十分な質の保健医療サービスを、経済的困難をこうむることなく、必要な時に受けられるようにすること」を指し、この「すべての人」には当然、障害者も含まれます。
- UHC の 3 つの次元（対象者、サービス、費用）すべてにおいて、障害者は特有の課題に直面しています [1]:
 - **対象者**: 障害インクルーシブな制度が不十分な場合、対象として挙げられていても実際には排除されてしまうリスクがある。
 - **サービス**: 障害者はより多くの健康ニーズを抱え、リハビリテーション等の専門サービスも必要とするが、アクセス障壁や医療従事者の知識・技術不足により適切なサービスを受けられない状況にある。
 - **費用**: 医療費に加え、交通費や介助費用などの付加的な費用負担が公的に保障されていない場合、障害者や家族の経済的負担が増加する。
- 世界の 13 億人の障害者が、質の高い保健医療サービスを適時・適切に利用できるようにすることは、UHC の達成に不可欠です。

(3) UHC の実現と障害インクルーシブな保健システム

- UHC の理念を現実のものにするためには、障害者が排除されないインクルーシブな仕組みが必要不可欠です。
- 障害インクルーシブな保健システムは、UHC の達成を支える基盤です。障害者のニーズに対応することは、結果的に誰もが利用しやすい、質の高い保健サービスの整備につながり、UHC 全体の質と公平性を高めます。

2. 保健医療分野における障害主流化の重要性

(1) 持続可能な開発目標(SDGs)達成への貢献

- 保健医療分野における障害主流化は、SDGs の達成に大きく貢献します。特に、「あらゆる年齢のすべての人々の健康的な生活を確保し、福祉を促進する(ゴール 3)」を中心に、貧困撲滅(ゴール 1)、ジェンダー平等(ゴール 5)、格差是正(ゴール 10)の達成に重要な役割を果たします。
- 特に、ゴール 3(健康)のターゲット 3.8 では、障害者を含むすべての人が質の高い保健医療サービスを受けられることの重要性が強調されています。

ターゲット 3.8 すべての人々に対する財政リスクからの保護、質の高い基礎的な保健サービスへのアクセスおよ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。

(2) 障害者権利条約の履行 [2]

- 障害者権利条約は、障害者が生涯を通じて健康を享受し、質の高い保健医療サービスを受ける上で、保健医療制度が果たす重要な役割を強調しています。
- 特に第 25 条「健康」では、障害者が障害を理由とした差別を受けることなく、可能な限り最高水準の健康を享受する権利があることを定めており、この権利を保障することを締約国の義務としています。
- 母子継続ケアについては、第 23 条「家庭および家族の尊重」において、障害者が生殖・出産に関する情報・教育にアクセスし、子どもの養育にあたり適切な援助を受ける権利が明記されています。
- 障害者権利条約では、第 25 条の健康への権利を中心として、関連する条文(第 9 条、第 12 条、第 23 条、第 26 条等)が互いに関連し合いながら、医療分野における障害者の権利を包括的に保障しています。そのため締約国には、これらの権利に基づいて障害者が

医療にアクセスできるよう環境を整え、医療の質を確保するための継続的な取り組みが求められています。

(3) JICA グローバル・アジェンダ達成への貢献

- 保健医療分野における JICA グローバル・アジェンダは、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強化を通じ、より強靭・公平・持続可能な UHC の達成を目的としています [3]。
- 保健医療分野における障害主流化の推進は、この UHC 達成において不可欠な要素です。特に「公平」な保健システムの構築には、障害者の保健医療アクセスの改善が必要不可欠であり、保健医療分野の JICA グローバル・アジェンダの 4 つのクラスター全てにおいて障害の視点を組み込むことで、真に誰一人取り残さない持続可能な UHC の実現に寄与することが期待されます。

(4) 国連 UHC に関する政治宣言（UHC ハイレベル会合）(2019 年)

- 2019 年の国連 UHC 政治宣言は、世界人口の 15% を占める障害者が依然として満たされていない健康ニーズを抱えていることを認識し、各国に対して障害者の保健サービスへのアクセス向上を求めています。具体的には、物理的、態度的、社会的、構造的、財政的な障壁を除去し、質の高いケアの基準を提供し、障害者のエンパワーメントと包摶を促進することをコミットメントとして掲げています。また、障害に配慮した介入の実施や、障害者の特定のニーズに対応した研修の開発も含まれており、2030 年までに誰一人取り残さないインクルーシブな保健システムの構築を目指しています [4]。

(5) 第 74 回世界保健総会決議 EB148.R6「障害者にとって到達可能な最高水準の健康」採択(2021 年)

- 第 74 回世界保健総会で採択された決議 EB148.R6「障害者の到達可能な最高水準の健康」は、障害者が直面する重大な障壁に取り組み、保健分野をより包括的にすることを目的とし、以下の 3 つの重点領域に焦点を当てています [5]。
 - 効果的な保健サービスへのアクセス：物理的・情報的・態度的障壁を除去する。
 - 健康危機時の保護：COVID-19 のような公衆衛生上の緊急事態において障害者が不平等に影響を受ける問題に対処する。
 - 分野横断的公衆衛生介入へのアクセス：障害者のニーズを反映した介入の実現を目指す。

3. 障害の視点から見る保健医療分野の問題

(1) 健康状態における格差

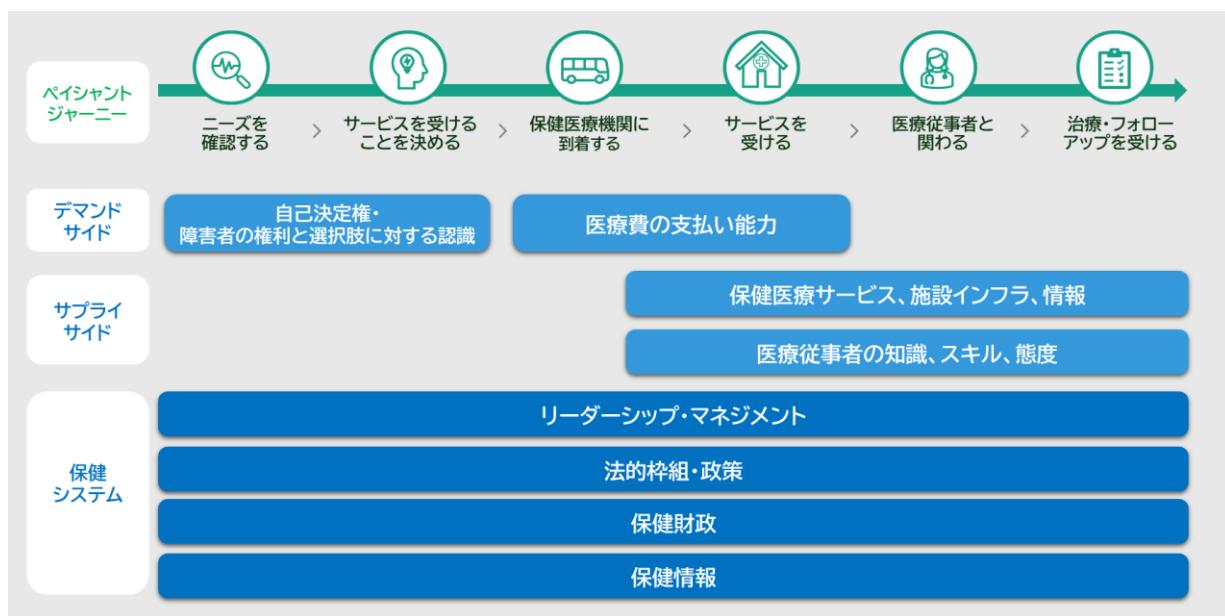
- 障害者は、障害のない人と比較して深刻な健康格差に直面しています。これらの格差は以下の 3 つの側面で顕著に現れています [6]。
 - ▶ **早期死亡リスクの増加**: 障害者は、障害のない人と比較して(最大で 20 年早く)早期に亡くなるリスクが高い。
 - ▶ **特定の疾病の罹患率や重症化リスクの増加**: 障害者は、メンタルヘルス関連の問題や栄養関連の問題(低栄養など)に直面しやすく、重篤な妊娠婦合併症のリスクが高い傾向がある。また、医療従事者による障害に併存する疾患の見落としが健康状態の悪化につながる可能性がある。
 - ▶ **全般的な健康状態の悪化**: 保健医療サービスへのアクセスや利用の困難さ、経済的な障壁、コミュニケーションの障壁が複合的に影響し、障害のない人と比較して全般的に健康状態が悪化しやすい状況が見られる。
- これらの健康格差の多くは、基礎となる健康状態や機能障害によって説明されるものではなく、回避可能で不公平な環境的・社会的要因によって生じています。すなわち、これらは「健康の不公平性(health inequities)」であり、障害者権利条約第 25 条に基づく「到達可能な最高水準の健康」を享受する権利の実現を阻害していると言えます [6]。

(2) 保健医療サービス利用における格差

- 健康状態における格差に加え、障害者が必要とする保健医療サービスを十分に受けられないというサービス利用における格差も深刻です。主な格差として以下が挙げられます [6]。
 - ▶ **未充足医療ニーズ**: 高い医療費、物理的アクセシビリティの欠如、医療従事者の知識不足や差別的態度などにより、多くの障害者は必要な保健医療サービスにアクセスできない状態(未充足医療ニーズ)を経験している。
 - ▶ **専門医療へのアクセス困難**: リハビリテーション、精神保健、専門医療への紹介・受診が困難な状況にある。
 - ▶ **予防医療の機会損失**: 健康診断、予防接種等の予防医療サービスの利用率が低い。

- 保健医療サービスへのアクセスを考える際には、ペイシエントジャーニーの視点が重要です。下図に示すとおり、障害者が保健医療サービスを必要と認識してから実際にサービスを受け、フォローアップケアに至るまでの各段階で、様々な障壁が存在します。

《図：保健医療サービスへアクセスする際の障壁》

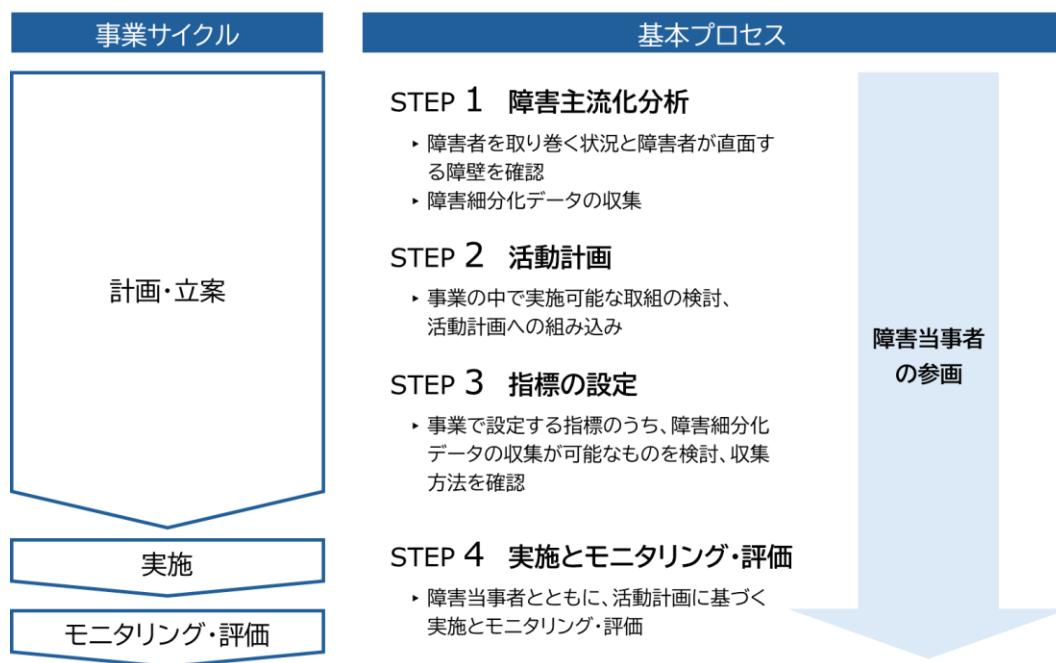


出所：[7]を基に改変

4. 事業における障害主流化の実践

- 事業における障害主流化とは、各事業の計画、実施、モニタリング、評価のすべての段階に障害の視点を取り込み、実践することです。本ガイダンスノートでは、下図の基本プロセスで示す4つのSTEPで障害主流化の実践方法を紹介します。
- STEP 1～3が事業サイクルの事業形成段階、STEP 4が実施・終了後の段階にあります。事業終了までのすべてのSTEPを念頭に置きつつ、特に事業形成段階において障害主流化に取り組むことが重要です。
- なかでも、相手国政府からの要請書取り付けの段階において、障害主流化の取組や障害者が排除されるリスクについて、カウンターパートやJICA現地事務所と協議を行うことが大切です。

《図：事業における障害主流化の基本プロセス》



- 技術協力、有償資金協力、無償資金協力の事業サイクルと各 STEP の関係性は下表のとおりです。

スキーム	事業サイクル	STEP
技術協力	基礎情報収集・確認調査、詳細計画／基本計画策定調査の特記仕様書作成時	STEP 1(分析)
	R/D における Main Points Discussed(障害主流化に関する取組)、PDM、事前評価表作成時	STEP 2(活動計画) STEP 3(指標設定)
	本体事業特記仕様書作成、事業実施、モニタリングシート確認時	STEP 4(実施、モニタリング・評価)
有償資金 協力	基礎情報収集・確認調査、協力準備調査の特記仕様書、案件計画調書①作成時	STEP 1(分析)
	M/D、案件計画調書②③、審査調書、事前評価表作成時	STEP 2(活動計画) STEP 3(指標設定)
	事業監理、Project Status Report 確認時	STEP 4(実施、モニタリング・評価)
無償資金 協力	基礎情報収集・確認調査、協力準備調査の特記仕様書、案件計画調書①作成時	STEP 1(分析)
	M/D、案件計画調書②③、事前評価表作成時	STEP 2(活動計画) STEP 3(指標設定)
	事業監理、Project Monitoring Report 確認時	STEP 4(実施、モニタリング・評価)

STEP 1 障害主流化分析

- 事業の計画・立案時に、障害主流化分析を実施し、分野における障害者を取り巻く状況と障害者が直面する障壁を明らかにします。また、ターゲットグループに関し、障害細分化データを収集します。
- 障害主流化分析を通じて、事業の設計において障害者が排除されるリスクがないか、あるいは障害者に対して不利益や負の影響を及ぼす可能性がないかについても、十分に検討・確認してください。

JICA 国別障害関連情報には、JICA が事業を実施する 55 か国の障害に関する情報が国別にまとめられています。事業対象国のある場合は、まずそちらを確認されることをお勧めします。

1) 考える：事業と障害との関連性を考える

- 障害とプロジェクトとの関連性を明確にします。プロジェクトのどの部分が障害者と特に関連性が高いかを検討しましょう。

2) 尋ねる：障壁について、障害当事者（団体）に尋ねる

- 事業が対象とする保健医療プログラムやサービスへの障害者のアクセスや参画を阻む障壁は何か、障害当事者（団体）に意見を尋ねてください。その際には、多様な障害種別の障害当事者や女性障害者等に、幅広く意見を尋ねるようにしましょう。
- そして、後述の STEP2～4 への参画も依頼してみましょう。
すべての段階において、障害当事者に参画してもらうことが大切です。

CHECK

障害当事者（団体）へのヒアリング方法を含め、共通ガイダンスノートでは、

「4. 障害主流化の実践の具体的方法」で以下を紹介しています。ぜひご参考ください。

- ▶ 障害当事者の参画の方法
- ▶ 障害当事者の参画の形態
- ▶ 基礎的環境整備と合理的配慮
- ▶ 情報保障とアクセシブルフォーマットでの情報提供
- ▶ インクルーシブなイベント（会議、セミナー、研修等）の実施

- 以下は質問の例です。

なお、障壁(例)については巻末資料1に整理していますので、参考にしてください。

障壁	質問(例)
制度的障壁	<ul style="list-style-type: none"> 現在の保健医療システムやサービス提供体制において、障害者の参加を阻む障壁にはどのようなものがあるか (例:国家保健政策や戦略計画で障害者の医療アクセスが明確に言及されていない等) 医療保障制度において、障害者が排除されたり、不利益を受けたりする仕組みはないか (例:障害者の給付範囲が限定的、交通費・介助費等の付加的費用が自己負担、保険料減免制度がない等)
物理的障壁	<ul style="list-style-type: none"> 保健医療機関へのアクセスを阻む障壁には、どのようなものがあるか 保健医療機関(病院等)の建物の物理的障壁には、どのようなものがあるか(例:スロープが設置されていない、車いす利用者対応トイレが設置されていない)
情報面の障壁	<ul style="list-style-type: none"> 保健医療サービスに関する必要な情報にアクセスできない時は、どのような障壁があるか
態度や意識上 の障壁	<ul style="list-style-type: none"> プログラムの参加やサービスへのアクセスを妨げるような、保健医療サービス提供者や関係者の意識・態度にはどのようなものがあるか

3) 確認する: 障害細分化データ¹を収集し、確認する

収集項目	情報源
事業対象地域のターゲットグループの障害細分化データ	政府統計
保健医療サービスやプログラムから周縁化されているグループ(女性障害者、特定の民族、障害児等)のデータ	<ul style="list-style-type: none"> 障害者に関する省庁の報告書等 障害当事者(団体)へのヒアリング

¹ 性別や年齢別のデータと同様の、障害の有無や機能障害別等のデータのこと。

4) 調べる：分野における障害者を取り巻く状況を調べる

収集項目	情報源
<ul style="list-style-type: none"> 保健医療に関する法律、政策、戦略、行動計画などにおける障害者や障害インクルージョンの視点に立った内容の有無 保健セクターにおける障害主流化政策・戦略の有無 医療保障制度における障害者のカバレッジの状況(対象範囲、給付内容、自己負担軽減措置等) 障害者の保健医療サービスへのアクセスに必要な付加的費用(交通費、介助費等)への公的支援の有無 	<ul style="list-style-type: none"> 政府文書
<ul style="list-style-type: none"> 障害者権利委員会による総括所見(Concluding Observations)における第 25 条に関する記載事項 	<ul style="list-style-type: none"> 障害者権利条約 総括所見
	<p>※障害者権利条約の 検索画面(States parties reporting)で国と文書の種類を指定</p>
ステークホルダー：実施におけるリソースおよび連携先 <ul style="list-style-type: none"> 障害者に関わる省庁・担当部署 障害当事者団体 JICA による障害と開発分野の活動実績 (技術協力、草の根技術協力、JICA 海外協力隊等) 保健医療分野において障害主流化に関連した協力実績のある国際援助機関や他二国間援助機関 	<ul style="list-style-type: none"> JICA 国別障害関連情報

STEP 2 活動計画 〈事例は巻末資料2を参照〉

- STEP 1 の障害主流化分析で確認した、分野における障害者を取り巻く状況と障壁を踏まえ、事業の中で実施可能な取組を検討し、活動計画に組み込みます。
- また、事業全体の計画にあたっては、事業の目的や計画が障害者のインクルージョンと参加を促進するものであり、障害者の隔離や孤立を助長するものとならないよう留意しましょう。

《障害主流化の取組(例)》

※優先度が高くかつ実現可能な項目を、障害当事者(団体)を含む関係者等と協議して決定する。

障壁	取組例
制度的障壁	<ul style="list-style-type: none"> 国家保健政策・計画に障害や障害者の現状、ニーズや対応策等を含める 障害者のアクセシビリティの確保や、申請・手続きに必要な付加的費用のための予算配分 年齢、性別、社会経済指標で細分化した障害統計データの整備 医療保障制度における障害者への配慮(給付範囲の拡大、自己負担軽減、付加的費用への支援等)
物理的障壁	<ul style="list-style-type: none"> 保健医療施設のバリアフリー化(分娩台等の医療機材を含む) コミュニティレベルでの保健医療サービスの拡充(外出が困難な重度障害者等の在宅でのサービスの利用を可能にする、コミュニティレベルでの情報提供など) 遠隔医療サービスの拡充(障害の種類に応じたアクセシブルな設計、機器利用に関する介助者・家族への支援など)
情報面の障壁	<ul style="list-style-type: none"> アクセシブルフォーマットによる情報提供(点字、音声読み上げ、字幕や手話通訳付き動画、イラストを用いた分かりやすい表現など) 多様な手段による情報提供(書面、ウェブサイト、ラジオ、障害当事者団体等を通じた情報提供、医療従事者によるアウトリーチなど)
態度や意識上の障壁	<ul style="list-style-type: none"> 保健医療従事者や保健省職員等に対する人権と障害に関する研修の実施(障害者の権利、インクルージョンの原則、無差別でアクセシブルなサービス提供の方法など)

出所：[8] [9]等を基に作成

STEP 3 指標の設定

事業で設定する指標(プロジェクト目標および成果の指標)のうち、障害細分化データの収集が可能なものを検討し、収集方法を確認します。

《例》

プロジェクトの成果指標として「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」が設定されている場合、
「整備された施設で保健医療サービスを受けた人数(障害の有無別、障害種別)」を障害細分化データとして設定する。

- また、STEP 2 で計画した取組によって期待される成果(変化)を測る指標を検討し、既存の指標に統合、または追加します。以下は障害の視点を組み込んだ指標例です。

指標例

- 政策文書(制度、戦略、ガイドライン等)の策定過程における障害当事者へのコンサルテーションの有無、実施した場合のコンサルテーションの概要
- 障害視点が反映された政策文書の有無／数
(障害者のアクセシビリティ確保、アクセスに必要な付加的費用のための予算配分など)
- 人権と障害に関する研修を受けた保健人材数
- 保健人材の能力強化のために障害者への対応方法等を含むツール数
- 保健情報システムを新規導入・更新した国数(うち障害者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(うち障害者のアクセス等のデータ分析を含む育成人数又は国数)

STEP 4 実施とモニタリング・評価

- 活動の実施とモニタリングにあたっては、障害当事者(団体)と連携し、活動内容が適切か、実施する活動、成果品、サービスがアクセス可能か、また利用しやすいかを確認しましょう。
- また、事業の活動の広報や実施が、障害者の多様性を尊重し、障害者の尊厳、権利、可能性を促進する形で行われているかについても十分留意してください。
- 評価にあたっては、障害主流化の視点に立った取組の実績とそれらの実施プロセス、および効果を確認します。以下の表は、障害主流化の視点に立った設問の例です。

《障害主流化の視点に立った設問例》

評価 6 項目	設問例
妥当性	<p>相手国の開発政策・開発ニーズ</p> <ul style="list-style-type: none"> 障害主流化の取組が、相手国の障害政策あるいは当該分野の政策で掲げられた優先取組とその内容に合致しているか <p>事業計画やアプローチの適切性</p> <ul style="list-style-type: none"> 事業形成時に、障害主流化について検討が行われたか 案件形成時に、障害者や障害当事者団体からの情報収集が実施されたか 事業実施プロセスにおいて、障害当事者の参画が推進されたか 特定の障害の種類や、特定の障害者のグループ(女性障害者、少数民族、マイノリティなど)を排除しない方法が取られたか
整合性	<p>日本政府・JICA 開発協力方針との整合性、JICA 内の他の事業との連携</p> <ul style="list-style-type: none"> 障害主流化の取組は日本および JICA の方針に整合していたか 障害主流化の取組を推進するために、JICA の他事業と連携がなされたか <p>国際的枠組み等との協調</p> <ul style="list-style-type: none"> 事業は障害者権利条約に整合していたか 障害主流化の取組が、SDGs などの国際目標の達成に貢献したか
有効性	<ul style="list-style-type: none"> 障害主流化の取組により、障害者に対して達成された成果はどの程度か 障害主流化の取組は、事業目的・成果の達成に貢献したか
インパクト	<ul style="list-style-type: none"> 障害主流化の取組により、正の長期的あるいは間接的効果が生じることが予想できるか (例:障害者のリーダーシップの醸成、障害者の意思決定過程への参画、制度の改定など) 障害主流化の取組を実施しなかった、あるいは障害主流化分析が不十分であったために、負の間接的効果は発現していないか (例:障害者に対する差別やステigmaの助長など)
効率性	<ul style="list-style-type: none"> 障害主流化の取組は、計画された予算・期間の下で達成されたか 障害者など特定の集団の利用を想定しないことで事業効率性を優先していないか
持続性	<ul style="list-style-type: none"> 障害当事者(団体)が、今後も障害主流化のプロセスに関わるか 障害者に対し達成された成果の継続が適切に計画されているか 事業で確立したサービスや制度は、障害者の平等と参加を確保した形で今後も波及・維持されていくか。

巻末資料 1：保健医療分野において 障害者のアクセスや参画を阻む障壁

障害者は保健医療サービスへのアクセスおよび利用において、制度的、物理的、態度的な複合的な障壁に直面しています。これらの障壁は、必要な医療サービスの遅延や未利用につながり、健康状態の悪化や健康格差の拡大を引き起こす可能性が指摘されています [6]。事業の計画・立案時には、こうした障壁を体系的に把握し、障害者の排除リスクを最小化する視点が不可欠です。

《保健医療サービスの利用において障害者が直面する障壁の例》

障壁	例
1. デマンドサイド(サービス利用者側)	
自己決定・ 自分の権利と選択肢 に対する認識	<ul style="list-style-type: none"> 自身の健康状態や必要なサービスについての情報不足や認識の遅れ。 過去の経験(差別的な扱い、サービスの拒否など)から、医療機関に行くこと自体へのためらい。
医療費の支払い能力	<ul style="list-style-type: none"> 医療費以外の、交通費、通訳費用、介助者の費用など、サービス利用に伴う付加的な費用負担が発生する。
2. サプライサイド(サービス提供者側)	
医療従事者の知識、 スキル、態度	<ul style="list-style-type: none"> 医療従事者の研修に障害に関する情報や配慮に関する内容が不足している。 偏見や差別的な態度、プライバシーの侵害。
施設インフラ・情報	<ul style="list-style-type: none"> 医療施設の物理的なアクセシビリティが不十分(建物、部屋、機器、トイレなど)。 異なる種類の障害に対応したフォーマット(点字、手話など)での情報が少ない。
3. 保健システム	
リーダーシップ・マネジメント	<ul style="list-style-type: none"> 多くの国の保健省において、障害者のインクルージョンに責任を持つ部署やスタッフがおらず、また障害当事者の声を吸い上げる機会やメカニズムも少ないとから当事者の声(ニーズの実態)が届かない。
法的枠組・政策	<ul style="list-style-type: none"> 多くの国が障害者権利条約を批准しているものの、第 25 条(健康)に基づく権利・義務が履行されていない。障害者の医療を受ける権利を保護する法規制や政策を実現するための「当事者参画」での保健分野の政策への取り組みが不十分。 障害者や障害当事者団体が国家保健政策・計画の策定・評価プロセスに参画する機会が限定的であり、障害者の保健医療へのアクセスが具体的に言及されていない。

障壁	例
保健財政	<ul style="list-style-type: none"> ・ 保健省の予算において、保健サービスへのアクセス障壁に対処するための費用などが不足していることが多い。
保健情報	<ul style="list-style-type: none"> ・ 障害に関するデータが限られており、優先順位が低くなる。 ・ 障害インクルーシブな開発のための効果的な介入に関するエビデンスが不足している。

JICA の保健医療分野における 4 つの JICA グローバル・アジェンダのクラスターにおいて、障害者が直面する障壁は多岐にわたります。以下に、各クラスターにおける障壁の例を挙げます。

(1) 保健医療サービス提供強化クラスター

保健医療サービス提供強化クラスターにおける障害者が直面する障壁は、保健システムの全ての構成要素にわたって体系的に存在しています。これらの障壁は相互に関連し合い、障害者の保健医療アクセスに複合的な障壁を形成していると考えられます。

《保健医療サービス提供強化クラスターにおける障壁の例》

保健システム	障壁の例
ガバナンス・リーダーシップ	<ul style="list-style-type: none"> ・ 政策・計画からの排除: 国家保健政策や戦略計画において障害者の健康ニーズが明示的に言及されていない ・ 専門部署の不在: 多くの保健省において、障害を専門とする部署や担当者が配置されていない ・ 意思決定プロセスからの排除: 障害者や障害当事者団体が国家保健政策・計画の策定・評価プロセスに参画する機会が限定的
人材	<ul style="list-style-type: none"> ・ 基礎教育での障害理解不足: 医療従事者の基礎教育カリキュラムに障害に関する内容が不十分 ・ 継続教育の欠如: 現職医療従事者への障害に関する研修機会が少ない ・ 専門人材の不足: 手話通訳者、支援技術専門家等の専門人材が絶対的に不足 ・ 態度的障壁: 医療従事者の障害に対する偏見や差別的態度が根強く存在
施設・医療機材	<ul style="list-style-type: none"> ・ 物理的アクセシビリティの欠如: 建物入口、廊下、診察室、トイレ等の段差やスペースの問題、エレベーター、手すり、視覚・聴覚障害者向け設備の不備、診察台、医療機器の高さ調整機能の不足 ・ 情報アクセシビリティの不備: 点字、音声、手話、分かりやすい言語や図・絵などアクセシブルフォーマットでの情報提供の不足、デジタル情報のアクセシビリティ対応不備

保健システム	障壁の例
財政・保健施設マネジメント	<ul style="list-style-type: none"> 支援機器・技術の不足: 移乗用リフト、コミュニケーション支援機器等の不備 追加費用への配慮不足: 障害者が医療サービス利用時に必要な追加費用(通訳費、交通費、介助費等)への配慮不足 質管理における包摶性の欠如: 医療の質の評価指標に障害者への配慮や満足度が含まれていない 資源配分の不平等: 障害者のニーズに対応するための予算配分が不十分
保健情報	<ul style="list-style-type: none"> データ収集の欠如: 障害者の健康状態、医療サービス利用、アウトカムに関するデータ収集・分析が不十分 分類・分析の不備: 障害種別、重度別の詳細な分析ができていない エビデンスの不足: 効果的な介入方法に関する研究・エビデンスが限定的

出所: [10], [6], [7]等を基に作成

(2) 感染症対策・検査拠点強化クラスター

感染症の検知から対応評価までの一連のサーバイансループの各段階において、障害者が直面する障壁が存在します。サーバイансループの各段階において、障害者の特性やニーズが適切に考慮されていないことが、感染症流行時の脆弱性を高める要因となることが考えられます。

《感染症対策・検査拠点強化クラスターにおける障壁の例》

アプローチ	直接アウトカム	障壁の例
探知	<ul style="list-style-type: none"> コミュニティやプライマリ・ヘルス・ケアレベルで疾病発生を迅速に探知するための能力が強化される 検査室における検査能力が整備される 検査室連携体制が整備される 	<ul style="list-style-type: none"> 情報アクセシビリティの不備: 手話通訳、字幕、分かりやすい言語での情報提供の不足やデジタルデバイドによる情報格差 検査へのアクセスにおける不備: 検査施設の物理的アクセシビリティ問題、検査手順における合理的配慮の不足
報告	<ul style="list-style-type: none"> 感染症情報が迅速かつ適切に報告されるための体制が整備されている 	<ul style="list-style-type: none"> 報告システムからの排除: 障害者の感染状況が適切に報告システムに反映されない データ収集の不備: 障害別の感染率、重症化率、死亡率等の詳細データが収集されていない

アプローチ	直接アウトカム	障壁の例
分析・解釈	<ul style="list-style-type: none"> 感染症情報を迅速かつ適切に分析・解釈するための体制整備・能力強化がなされている 	<ul style="list-style-type: none"> 情報共有の遅れ: 障害者支援機関や医療施設等との情報共有体制の不備や情報共有のタイミングの遅延 データ分析の不備: 障害別の感染率、重症化率、死亡率等の詳細データが分析されていない
対応評価	<ul style="list-style-type: none"> 重篤な感染症発生時の対応とモニタリング・評価が行われている 	<ul style="list-style-type: none"> 対応計画への包含不足: 感染症対応計画において障害者の特別なニーズが考慮されていない フィードバック機能の不備: 障害当事者からの対応評価・改善提案を収集する仕組みの不足

出所: [11], [6], [7]等を基に作成

(3) 母子手帳活用を含む質の高い母子継続ケア強化クラスター

母子手帳活用を含む質の高い母子継続ケア強化クラスターにおいても、障害者が直面する障壁は多岐にわたります。妊娠期から幼児期までの継続的なケアの各段階において、サービス提供側、受益者側、マルチセクターのそれぞれで障害インクルーシブな支援体制の構築が求められます。

《母子手帳活用を含む質の高い母子継続ケア強化クラスターにおける障壁の例》

分野	障壁の例
ガバナンス・リーダーシップ	<ul style="list-style-type: none"> 母子保健政策からの障害者の排除: 母子保健政策・戦略において障害のある母親や子どもの特別なニーズが考慮されていない 妊娠婦・母子保健サービス計画の不備: 障害のある女性の妊娠・出産・育児支援に関する具体的な計画や指針の欠如
サービス提供者側	<ul style="list-style-type: none"> 母子保健従事者の理解不足: 助産師、産科医、小児科医、保健師等の基礎教育・継続教育において障害に関する知識が不十分 コミュニケーション支援技能の欠如: 手話、視覚的コミュニケーション、分かりやすい説明技術等の習得機会の不足 障害のある母親への偏見: 医療従事者の差別的態度や偏見 専門人材の不足: 障害のある妊娠婦・母子への専門的支援を行える医療従事者の絶対的不足
施設・医療機材	<ul style="list-style-type: none"> 産婦人科・小児科施設のアクセシビリティ不備: 産科診察台の高さ調整機能不足、分娩室への車椅子でのアクセス困難、新生児ケア設備の不備

分野	障壁の例
	<ul style="list-style-type: none"> ・母子手帳等情報のアクセシビリティ不足：点字、音声、視覚的表示、分かりやすい言語での母子手帳・指導材料の未整備 ・母子手帳の主体的記録管理に係る仕組みの不備：障害者自身が記録を書き込み、管理できる仕組み（例：アプリを活用した音声入力、点字での書き込みスペース、バインダー形式での記録管理等）の不備 ・補助具・支援機器の不備：障害のある母親の授乳支援機器、移乗用具、育児補助具等の不足 ・緊急時対応設備の不適応：緊急帝王切開、新生児蘇生等における障害者への配慮が不十分な医療機器設計
保健財政	<ul style="list-style-type: none"> ・追加的ケア費用への配慮不足：障害のある母親の妊娠・出産・育児に必要な追加的医療費、支援費用の予算措置不足 ・支援技術・機器調達予算の不備：障害者向け医療機器、コミュニケーション支援機器等の調達予算の未計上 ・長期継続ケア費用の過小評価：障害のある子どもの継続的な医療・療育費用の積算不備
保健情報	<ul style="list-style-type: none"> ・障害別母子保健データの不足：障害の種類・程度別の妊娠・出産・育児に関するデータ収集・分析体制の未整備 ・母子手帳記録の不備：障害に関連する健康情報、発達情報、支援ニーズ等の記録項目・様式の不適切性 ・エビデンス基盤の脆弱性：障害のある母子への効果的支援方法に関する研究・エビデンスの蓄積不足
女性、家族、地域社会の参画 サービス利用者側	<ul style="list-style-type: none"> ・障害のある女性の自己決定権の制限：家族や地域社会による障害女性の妊娠・出産・育児に関する意思決定への過度な介入 ・社会的偏見と差別：「障害者は子どもを産むべきではない」といった地域社会の偏見や差別的態度 ・家族の支援能力不足：障害のある母親や障害のある子どもへの適切な支援方法に関する家族の知識・技能不足 ・ピアサポート体制の不備：障害のある母親同士の経験共有・相互支援ネットワークの未発達
マルチセクター 食料、ジェンダー、水と衛生、インフラ、デジタル、教育等	<ul style="list-style-type: none"> ・栄養支援の不適切性：障害の特性を考慮した妊娠婦・母子への栄養指導・支援の不足 ・交通・移動アクセスの障壁：障害のある母親が保健医療施設へアクセスする際の交通手段、道路インフラの不備 ・教育機関との連携不足：障害のある子どもの早期発見・早期介入における保健・教育セクター間の連携体制の未整備、等

出所：[12], [6], [7]等を基に作成

(4) 医療保障制度の強化クラスター

医療保障制度における障害に係る問題は、保健財政の機能（財源確保、プーリング、購入）の各段階で生じています。障害者は一般人口と比較して医療ニーズが高いにもかかわらず、破滅的医療支出のリスクが高く、制度設計から運用まで複合的な障壁に直面しています。

《医療保障制度の強化クラスターにおける障壁の例》

保健財政の機能	直接アウトカム	障壁の例
財源確保	<ul style="list-style-type: none"> 公的保健財源確保に向けた中長期的な計画が策定される。 医療保障制度の対象者（特に貧困層・脆弱層）が把握される。 所得や資産に応じて税や健康保険料が徴収される。 	<ul style="list-style-type: none"> 保健財政計画からの排除: 中長期的な保健財政計画において障害者の医療ニーズや追加的費用が考慮されていない 障害関連医療費の過小推計: 保健財政計画において障害者の追加的医療ニーズ（リハビリ、補装具等）が適切に積算されていない 税制・保険料徴収の不公平: 障害による就労制限を考慮しない一律の保険料設定、減免制度の不備
プーリング	<ul style="list-style-type: none"> 過度に断片化された保健財源プールが統合される。 	<ul style="list-style-type: none"> 制度の断片化による格差: フォーマルセクター向け制度から障害者の多くが除外、インフォーマルセクターでの低カバー率 障害者向けプールの未整備: 障害者を対象とした独立したリスクプールや、障害者の高い医療ニーズを考慮した財源再配分メカニズムの不在 財源再配分の不公平: 障害者の医療ニーズの高さを考慮した財源配分メカニズムの不在
購入	<ul style="list-style-type: none"> 医療保障の給付内容が財源の範囲内で健康ニーズや費用対効果等に基づき決定される。 医療機関に対して質の高いサービスを効率的に提供するインセンティブが設定される。 	<ul style="list-style-type: none"> 給付パッケージの不適切性: リハビリテーション、支援技術、精神保健サービス等の必須サービスの除外 医療技術評価での差別: 費用対効果分析における障害者のQOL（生活の質）の過小評価 診療報酬設定の不適切性: 障害者への診療に必要な追加時間（コミュニケーション支援、移乗介助等）に対する適切な診療報酬が設定されていない 質認証制度の不備: 医療機関認証基準にアクセシビリティや合理的配慮の要件が含まれていない

出所： [13], [6], [7]等を基に作成

巻末資料 2：障害主流化の取組事例（保健医療）

(1) 世界銀行 COVID-19 緊急対応プロジェクト(Philippines COVID-19 Emergency Response Project²)における障害当事者との協議・連携(フィリピン) [8]

COVID-19 流行中、世界銀行のフィリピンにおける対応には、障害者との協議と意見聴取が重要な要素として組み込まれていた。プロジェクトサイクル全体を通じて、障害者は関与すべき重要なグループとして特定され、障害当事者団体(OPDs)との体系的な協議が実施された。

本事例は、緊急時対応における障害者の参画と意見反映の重要性を明確に示すとともに、短期的な危機対応が長期的な政策改善につながる可能性を具体的に実証している点で、保健医療分野における障害主流化の好事例として考えられる。

COVID-19 対応での障害者との協議・連携

- ・ プロジェクト全体を通じて障害者を重要なステークホルダーとして位置づけ
- ・ 障害当事者団体(OPDs)との積極的な協議を実施

具体的な取組

- ・ 環境社会フレームワークを通じて、COVID-19 関連情報へのアクセス障壁や病院での障壁を特定
- ・ 医療従事者への追加研修、アクセシブルなサービス提供場所の明示、アクセシビリティ改善のための追加評価などの対応策を策定
- ・ COVID-19 家計調査に障害に関する指標を含め、データの分類分析を可能にした

長期的なインパクト

- ・ 本プロジェクトでの協働を通じ、COVID-19 対応を超えた保健プロジェクトでの包摂性の可能性を実証
- ・ 政府の脆弱グループ向け保健施設評価調査にも障害者を含めるようになった
- ・ 調査結果を基に、障害者の健康改善に向けたアクションプランを策定予定

² <https://projects.worldbank.org/en/projects-operations/project-detail/P173877>

(2) UNICEF 公的保健医療施設における障害者にフレンドリーな保健医療 (Disability-friendly healthcare: DFHC)に関する調査を通じた障壁特定と研修の制度化(バングラデシュ) [14]

2019 年、UNICEF はバングラデシュ政府の非感染性疾患(NCDs)対策プログラムおよび現地 NGO と連携し、公的保健医療における障害者にフレンドリーな保健医療(DFHC)サービスにおける障壁を特定する包括的研究を実施した。

本事例は、エビデンスに基づく障壁分析から政府との協働による研修プログラム開発につなげた好事例であり、政府規模での研修プログラム実施により継続的な取組を生み出している点で、保健医療分野における障害主流化の効果的なアプローチを示している。

包括的な障壁特定調査の実施

- 公的保健医療施設 150 施設を対象に、情報、コミュニケーション、インフラ、医療従事者の能力の 4 領域で DFHC 評価を実施
- 政策立案者、行政官、医療従事者、NGO、地域指導者、障害者、介護者を含む幅広い関係者との協議を実施

主な調査結果

- ほとんどの公的保健施設が 4 領域すべてにおいて障害対応が不十分
- 情報とコミュニケーションは主に介護者のみがアクセス可能
- インフラアクセシビリティ(入口、トイレ等)は平均 20%(大病院 46%、一次医療施設 17.1%)
- 医療従事者の多くが DFHC を提供する能力が不十分と評価

関係者からの提言

- 障害者:情報提供とコミュニケーションに関するスタッフの技能向上研修の実施
- 地域指導者、障害者、介護者:手すり、車椅子、スロープの設置
- 医療従事者:DFHC に関する知識と認識の向上

政府との協働による研修の制度化

- UNICEF と政府が協働で医療従事者向け研修プログラムと教材を開発
- 2021 年に 22 か所の保健施設で 434 名の医療従事者に研修実施(英語とベンガル語で実施)
- ガイドラインをオンラインで公開し、政府が 20 県の新規採用医師 360 名に研修実施
- 2022 年にコックスバザール難民キャンプの 4 施設で 65 名の保健従事者に研修実施
- 2023 年も研修が継続実施されている

(3) JICA 母子健康手帳を通した母子保健サービスの向上プロジェクト (技術協力プロジェクト: 2017~2022年)(アンゴラ)

アンゴラの母子健康手帳を通した母子保健サービスの向上プロジェクトでは、母子健康手帳の導入プログラムを作成してモデル州にて運用し、管理体制の構築および妊産婦等のための母子保健に関する知識の向上を図った。そして、全国版のプログラムを作成し、手帳の全国展開戦略を策定した。これらを実施する中で、障害のある母子にもサービスが届くように検討し、保健医療分野における障害主流化を促進した。本事例は、既存のプロジェクト活動に障害の視点を後から組み込むことで障害主流化を実現した実践例である。

現地関係者への問題提起と現状把握

- COVID-19 流行中の定例オンラインミーティングにて、「障害のある母子が保健施設を訪問しているか」という問い合わせから開始
- スーパービジョンでの施設訪問時に、障害者の受診状況、医療従事者の対応状況などの観察を依頼

ワークショップによる課題の共通認識

- オンラインワークショップで、保健施設での観察結果を基に現状を整理
- 課題の共通認識:「障害のある母子がいるが、保健サービスに繋がっていない」、「障害のある母子がサービスから取り残されることを目指し、何らかの対応をする必要がある」
- 日本での母子健康手帳を通じた多様なニーズへの配慮に関する事例を紹介(リトルベビーハンドブック(低出生体重児を対象とした手帳)等)
- アンゴラで必要な取り組みについて協議し、優先度と実現可能性を検討

具体的な活動の実施

- 医療従事者研修の教材(講義スライド)への障害に関する内容の追加(2021年3月)
- 変更した教材を使用した医療従事者研修の実施(2021年4~5月)
- コミュニティ開発ワーカーの研修教材への障害に関する内容の追加(2021年3月)
- E ラーニング研修教材への障害に関する内容の追加(2021年10月~2022年2月)
- 母子健康手帳の全国展開戦略への記載(2021年10月~2022年3月)

成果と今後の展開

- プロジェクト専門家および現地関係者の障害理解が促進された
- 「障害のある人にもサービスが届くようにプログラムを作成していこう」という考え方が現地関係者に受け入れられた
- 後続案件³でも、研修教材(講義スライド)に障害に関する内容が盛り込まれ、現場レベルのニーズが顕在化しやすくなった
- 2024年に点字の母子健康手帳を作成する動きに発展し、2025年に点字版母子健康手帳が印刷された

出所: [15], [16]を基に作成

³ プライマリヘルスケア施設における妊産婦ケアの質改善プロジェクト(2023年~2027年)

参考文献

1. Kuper, H., & Hanefeld, J., Debate: can we achieve universal health coverage without a focus on disability?., BMC Health Services Research, 2018 年, 第 18 卷, 第 1 号.
2. 外務省. 障害者の権利に関する条約. (オンライン) https://www.mofa.go.jp/mofaj/fp/hr_ha/page22_000899.html.
3. 国際協力機構(JICA). JICA グローバル・アジェンダ(課題別事業戦略)6 保健医療. (オンライン) 2025 年 4 月. (引用日: 2025 年 7 月 1 日.) https://www.jica.go.jp/activities/issues/health/__icsFiles/afieldfile/2025/05/02/health_text2.pdf.
4. United Nations General Assembly. Political declaration of the high-level meeting on universal health coverage: Resolution adopted by the General Assembly (A/RES/74/2). (オンライン) 2019 年 10 月 18 日. (引用日: 2025 年 12 月 3 日.) <https://docs.un.org/en/a/res/74/2>.
5. World Health Organization. The Highest Attainable Standard of Health for Persons with Disabilities: Resolution EB148.R6. (オンライン) 2021 年 1 月 25 日. (引用日: 2025 年 12 月 3 日.) https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB148/B148_R6-en.pdf.
6. World Health Organization. Global report on health equity for persons with disabilities. (オンライン) 2022 年 12 月 2 日. (引用日: 2025 年 12 月 3 日.) <https://www.who.int/publications/i/item/9789240063600>.
7. Kuper, H., and P. Heydt. The Missing Billion: Access to Health Services for 1 Billion People with Disabilities. (オンライン) 2019 年. (引用日: 2025 年 12 月 3 日.) https://static1.squarespace.com/static/5d79d3afbc2a705c96c5d2e5/t/5f284cb69af8a9396df3f81c/1596476607957/v3_TheMissingBillion_revised_0620.pdf.
8. The World Bank. Disability-Inclusive Health Care Systems: Technical Note for World Bank Task Teams. (オンライン) 2022 年. (引用日: 2025 年 12 月 3 日.) <https://documents1.worldbank.org/curated/en/099524311222210510/pdf/IDU0cd3e4708097b304a2409b260be352fcdb18f.pdf>.
9. Missing Billion Initiative and Clinton Health Access Initiative. Reimagining health systems that expect, accept and connect 1 billion people with disabilities. (オンライン) 2022 年 9 月. (引用日: 2025 年 12 月 3 日.) https://static1.squarespace.com/static/5d79d3afbc2a705c96c5d2e5/t/634d9409d12381407c9c4dc8/1666028716085/MBReport_Reimagining+Health+Systems_Oct22.
10. 国際協力機構(JICA). 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～強靭・公平・持続可能な UHC の達成～」. (オンライン) 2025 年 4 月. (引用日: 2025 年 12 月 3 日.) https://www.jica.go.jp/activities/issues/health/__icsFiles/afieldfile/2025/05/02/honbu_n250502_1.pdf.
11. 国際協力機構(JICA). 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「感染症対策・検査拠点強化クラスター」～人の命・生活を脅かす感染症の拡大を防ぐ

- 世界を～. (オンライン) 2024 年 4 月. (引用日: 2025 年 12 月 3 日.)
https://www.jica.go.jp/activities/issues/health/__icsFiles/afieldfile/2024/04/30/honbun240430.pdf.
12. 国際協力機構 (JICA). 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 「母子手帳の活用を含む質の高い母子継続ケア強化」. (オンライン) 2023 年 4 月. (引用日: 2025 年 12 月 3 日.)
https://www.jica.go.jp/Resource/activities/issues/health/ku57pq00002cy8ad-att/mch_handbook.pdf.
13. 国際協力機構 (JICA). 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 「医療保障制度強化クラスター」. (オンライン) 2024 年 4 月. (引用日: 2025 年 12 月 3 日.)
https://www.jica.go.jp/activities/issues/health/__icsFiles/afieldfile/2024/04/30/240430_honbun.pdf.
14. UNICEF Innocenti – Global Office of Research and Foresight. From Insight to Inclusion: How UNICEF evidence impacts children with disabilities. (オンライン) 2025 年 3 月. (引用日: 2025 年 12 月 3 日.)
<https://www.unicef.org/innocenti/media/10796/file/UNICEF-Innocenti-Disability-From-Insight-to-Inclusion-2025.pdf>.
15. 国際協力機構 (JICA). すべての人々が恩恵を受ける世界を目指して「障害と開発」への取り組み. (オンライン) 2025 年 3 月. (引用日: 2025 年 12 月 3 日.)
https://www.jica.go.jp/information/publication/brochures/issues/__icsFiles/afieldfile/2025/03/25/activities_on_disability_and_development.pdf.
16. 定森みちる. JICA の主流化の取り組み - アンゴラ技術協力プロジェクトより 母子健康手帳導入プロセスにおける障害主流化の実践例. 2025 年.