

日本の「国際保健外交」 と保健ODA

The 1818 Society Japan

2022年1月15日

ウォーターエイドジャパン理事長 小寺 清

今世紀になってからの 「国際保健外交」の展開 1

- 2000年：九州・沖縄サミットで当時の深刻な問題であるエイズ感染拡大を踏まえ、議長国として、感染症を重要な議題の一つとして掲げた。Gaviアライアンス発足。
- 2002年：世界エイズ・結核・マラリア対策基金発足。モンテレー国連MDG開発資金サミット。
- 2003年：国連の「人間の安全保障報告書」には、日本が提唱して作成されたにおいて、グローバルヘルスは重要な一分野として位置づけられた。SARS（重症急性呼吸器症候群）。
- 2006年：予防接種のための国際金融ファシリティ発足。
- 2008年：G8北海道洞爺湖サミットで、従来の疾病対策中心の対策に加え疾病横断的な保健システムの強化を重要なテーマとした。
- 2009年：豚インフルエンザ

今世紀になってからの 「国際保健外交」の展開 2

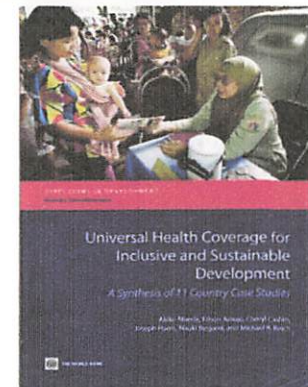
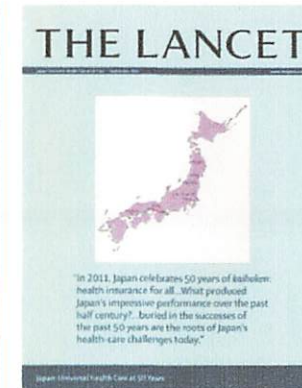
- 2011年: **Lancet日本皆保険達成50周年特集**。日本GAVIに参加。
- 2013年:「**国際保健外交戦略**」策定。人間の安全保障の具体的実現として、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ(UHC)の達成を重視し、国際保健外交戦略の中心に位置づけた。
- 2014年: **エボラ熱**
- 2015年: **MERS(2012~)**。国連持続可能な開発目標(SDGs)策定において各国に働きかけた結果、SDGsのターゲットの一つ(ターゲット3.8)としてUHCを据えることに貢献。「**平和と健康のための基本方針**」発表。**Global Financing Facility for Every Woman Every Child(GFF)**発足。
- 2016年: G7伊勢志摩サミットでは、エボラ出血熱への国際的な対応を踏まえ、公衆衛生上の緊急事態への対応強化、強靱な保健システムと健康危機への備えを含むUHCの達成、薬剤耐性対策等を盛り込んだ「**国際保健のためのG7伊勢志摩ビジョン**」を取りまとめ。
- 2019年: G20大阪サミットでは、G20において初となる「**財務大臣・保健大臣合同会議**」を開催。また、「**途上国におけるUHCファイナンス強化の重要性に関するG20共通理解**」をまとめ、UHC達成に向けた優先課題の一つとして、「**UHCのためのファイナンス**」を位置付けた。
国連UHCハイレベル会合。
- 2020年: **新型コロナウイルス**

特定疾患(感染症・非感染症・母子保健等)への対応から UHC重視への拡がり

- Lancet日本皆保険達成50周年特集(11) ⇒
- Lancet commission on Investing in Health
'Global Health 2035: a world converging within
a generation' (13)
- 世銀・日本共同研究 'Universal Health
Coverage for Inclusive and sustainable
development' (14)

<https://www.worldbank.org/en/topic/health/publication/universal-health-coverage-for-inclusive-sustainable-development> ⇒

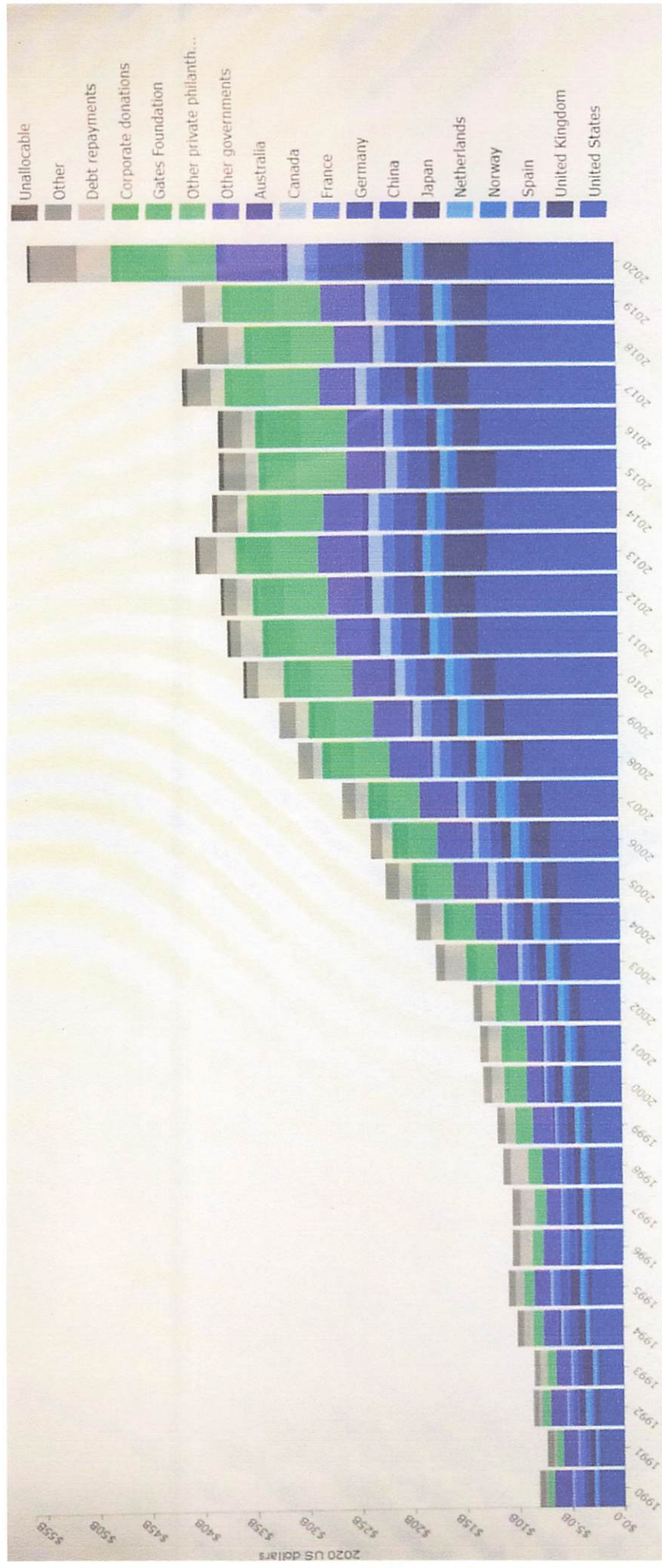
- SDG3にUHCが取り込まれる(15)



日本の保健・医療関係オペレーションの新たな動き

- ポリオ撲滅へのGates財団との協働(Loan Conversion)
パキスタン・ナイジェリア(10-11)
- JICA「日本の保健人材開発史への考察」(12)、「国民皆保険への道のり」
(13)
- 保健円借款の条件緩和・拡充を政府決定(13)
- SDG策定過程への”Human Security”と”Universal Health Coverage”の打ち
込み(13-14)
- Global Financing Facility for Every Woman Every Child(GFF)発足と参加
(15) <https://www.globalfinancingfacility.org/>
- UHC達成のための保健セクター政策円借款、ケニア(15)、セネガル(16)
- GFFの無償部分に日本財務省拠出(17)

保健ODAの増加状況 1990-2020 (拠出元)



UHCの定義

- provide **all people** with access to
- **needed health services**
(including prevention, promotion, treatment and rehabilitation)
- of sufficient **quality** to be effective;
- ensure that the use of these services does not expose the user to **financial hardship**.

(出典 : World Health Organization. (2010). Health systems financing: the path to universal coverage. World health report 2010. Geneva, World Health Organization)

UHCを達成するために、 どのような取り組みが必要か？

- 地方部住民、貧困層など、今まで取り残されてきた人々へのサービス提供の強化
 - プライマリー・ヘルスケアの強化
- 医療保障制度の整備
 - 公的健康保険制度(強制加入)
 - 税を財源とした医療制度
- サービスの質を高めることに対するインセンティブの創設
 - 成果連動型資金(国→地方政府、健康保険公社→医療機関、援助機関→被援助機関、医療機関→職員)

SDGターゲット3.8 UHC | 2指標



3.8.1 Coverage of essential health services

(defined as the average coverage of essential services based on **tracer interventions** that include

- reproductive, maternal, newborn and child health,
- infectious diseases,
- non-communicable diseases and
- service capacity and access,

among the general and the most disadvantaged population)

3.8.2 Proportion of **population with large household expenditures on health** as a share of total household expenditure or income

指標3.8.1 | 必須保健サービスカバレッジ率 14追跡指標 (1)

Tracer area	Tracer indicator	Key definitional or methodological challenges
Reproductive, maternal, newborn and child health		
a. Family planning	Demand satisfied with a modern method among women aged 15–49 years (%)	Unmarried women are typically excluded
b. Pregnancy and delivery care	Antenatal care – four or more visits (%)	Quality of antenatal services not captured
c. Child immunization	One-year-old children who have received three doses of a vaccine containing diphtheria, tetanus and pertussis (%)	Does not capture all vaccines in national schedule
d. Child treatment	Care-seeking behaviour for children with suspected pneumonia (%)	Small sample sizes and respondent errors
Infectious diseases		
a. TB treatment	TB cases detected and treated (%)	Determining rate of under-reporting of cases from facility data and/or routine surveillance systems
b. HIV treatment	People living with HIV receiving ART (%)	Mixture of different data sources on HIV prevalence and people receiving ART
c. Malaria prevention	Population at risk sleeping under insecticide-treated bed nets (%)	Defining at-risk population
d. Water and sanitation	Households with access to improved sanitation (%)	“Improved” facilities may not be safely managed
Noncommunicable diseases		
a. Treatment of cardiovascular diseases	Prevalence of non-raised blood pressure (%)	Not specific to health system response – conditional on background prevalence
b. Management of diabetes	Mean fasting plasma glucose (FPG) (mmol/l)	Not specific to health system response – conditional on background FPG levels
* c. Cervical cancer screening	Cervical cancer screening among women aged 30–49 years (%)	Does not capture whether effective treatment is available
d. Tobacco control	Adults aged ≥ 15 years not smoking tobacco in last 30 days (%)	Inconsistent indicator definition measured across surveys

(出典: WHO. (2017). World Health Statistics 2017.)

指標3.8.1 | 必須保健サービスカバー率 14追跡指標 (2)

⋮

Service capacity and access		
a. Hospital access	Hospital beds per capita (in relation to a minimum threshold)	Optimal level unclear and may vary depending on health system structure
b. Health worker density	Health professionals per capita (in relation to a minimum threshold): physicians, psychiatrists and surgeons	Nurses/midwives should be included but hard to measure and define comparably across countries
* c. Essential medicines	Proportion of health facilities with basket of essential medicines available	Establishing sampling frame of public and private facilities; confirming quality of medicines in stock
d. Health security	IHR core capacity index	Key informant data

* のついた2指標は、当初は含まれていたものの、2018年に含めないことが決まったもの

の
 • **上記4分野**(母子保健、感染症、非感染性疾患、サービス提供能力)の**14追跡指標** tracer indicatorsをそれぞれ分析する

• **14追跡指標を組み合わせて指数化** index する

※ 定義・計算方法の詳細については、**報告書113-123ページ**(Annex A1.2)を参照

(出典: WHO. (2017). World Health Statistics 2017.)

各国の必須保健サービスカバレッジ率指数・ 14追跡指標 [指標3.8.1]

UHC Global Monitoring Report 2019

108～112ページ | Annex A1.1

108 • Statistical annexes

サービスカバレッジ率指数

ANNEX A1.1 Country score for the UHC service coverage index and its four components and SCI indicators

Country	母子保健				感染症			非感染性			サービス提供		4分野ごと			UHC Service Coverage Index (SOG 3.8.1)			
	Reproductive, maternal, newborn and child health				Infectious diseases			Noncommunicable diseases			Service capacity and access		SCI components						
	Family planning demand satisfied with modern methods	Antenatal care, 4+ visits	Child immunization (DTP3)	Care-seeking behaviour for child pneumonia	Tuberculosis effective treatment	HIV anti-retroviral treatment	Insecticide-treated nets for malaria prevention ^a	At least basic sanitation	Normal blood pressure ^b	Mean fasting plasma glucose ^b	Tobacco non-smoking ^b	Hospital bed density ^b	Health worker density ^{b,c}	International Health Regulations core capacity index	RMNCH		Infectious diseases	NCDs	Service capacity and access
Afghanistan	45	21	66	62	65	12	-	43	76	39	59	28	12	42	44	32	56	24	37
Albania	6	78	99	82	76	44	-	98	100	42	41	100	73	46	45	69	56	69	59
Algeria	76	67	91	66	72	75	-	88	94	50	71	100	100	75	75	78	69	91	78
Angola	26	61	52	49	14	24	18	50	98	41	77	44	12	75	45	23	68	35	40
Antigua and Barbuda	79	83	95	87	64	50	-	88	87	53	79	68	71	71	86	65	72	70	73
Argentina	82	90	86	94	47	60	-	94	97	55	56	100	100	70	88	64	67	89	76
Armenia	39	96	94	57	65	44	-	94	74	49	45	100	100	95	67	64	55	98	69
Australia	82	95	95	95	68	80	-	100	100	60	71	100	100	100	91	82	75	100	87
Austria	82	98	90	95	65	75	-	100	100	58	40	100	100	68	91	79	62	88	79

SDGターゲット3.8 UHC | 2つの指標

3.8.1 Coverage of essential health services

(defined as the average coverage of essential services based on **tracer interventions** that include

- reproductive, maternal, newborn and child health,
- infectious diseases,
- non-communicable diseases and
- service capacity and access,

among the general and the most disadvantaged population)



3.8.2 Proportion of **population with large household expenditures on health** as a share of total household expenditure or income

「高額な」医療費支出をした人口割合

[指標3.8.2]

$\frac{\text{自己負担医療費}}{\text{総世帯消費(収入)}} > 10\% \text{か} 25\%$ となる人口の割合

- 「破滅的な」医療支出 **Catastrophic health expenditure**
- 「これだけ家計に大きな割合を占める支出をすれば、生活水準の低下を余儀なくされるだろう」
- 分子: 自己負担した医療費 **out-of-pocket health spending**
 - 入院・外来・薬剤の医療費のほか、袖の下・付け届けも含む。
 - 税・健康保険料は**含まない**。(前払い*prepaid*で額がわかっている)
 - 健康保険や税が負担した医療費分は**含まない**。
 - 医療機関への交通費、休業による収入減は、**SDG指標計算には含まない**。(本来は含むべきだが、データがそろわないため)

指標3.8.2 | 「破滅的な」医療費を自己負担した人口割合 国別データ

UHC Global Monitoring Report 2019 134-138ページ

134 • Statistical annexes

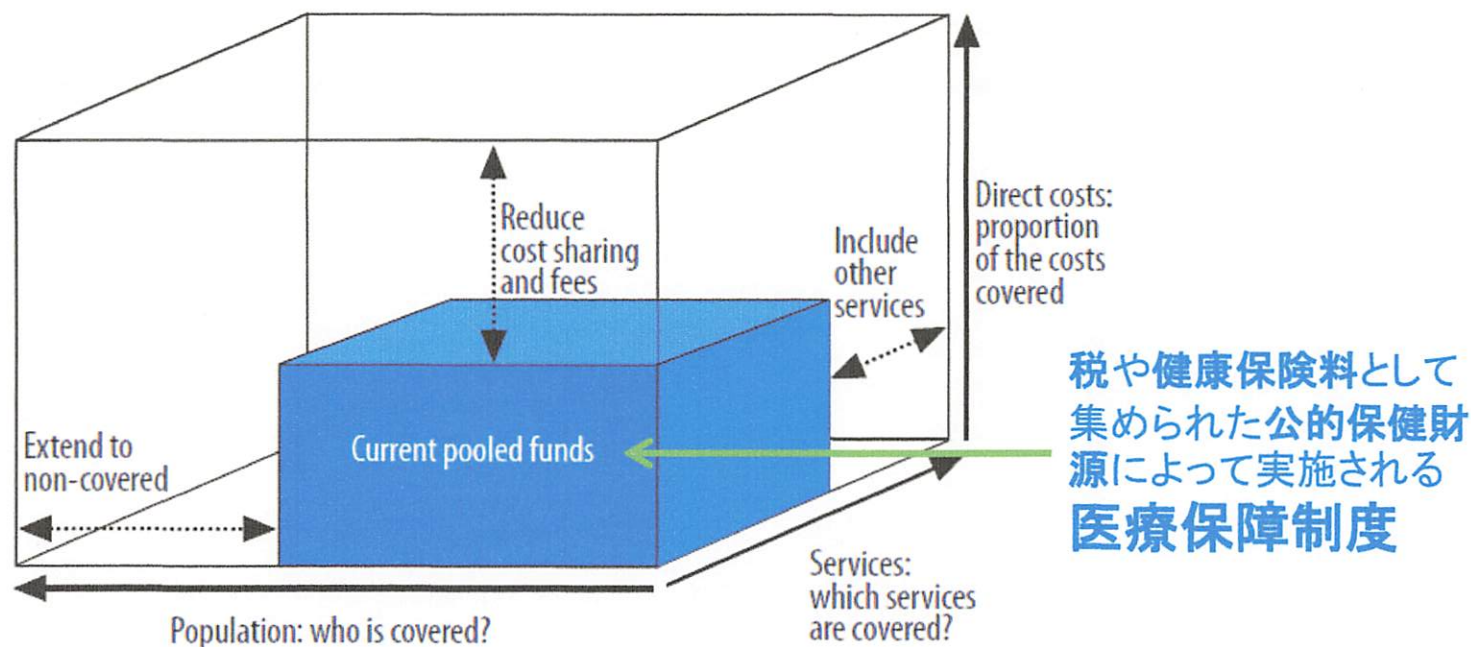
ANNEX 2.3 Universal health care indicators (service coverage and financial protection) by country, most recent year available

Country	SDG UHC indicator 3.8.1: Service coverage index, 2017	SDG UHC indicator 3.8.1: Service coverage index, 2015	Availability of estimates for SDG UHC indicator 3.8.2	SDG UHC indicator 3.8.2, most recent available estimate [year]	SDG UHC indicator 3.8.2, latest year: incidence of catastrophic expenditure (%)	
					At 10% of household total consumption or income	At 25% of household total consumption or income
Afghanistan	37.2	33.6	yes	2013	14.6	2.0
Albania	58.8	57.5	yes	2012	16.7	4.9
Algeria	77.8	76.4	no	-	-	-
Angola	39.6	37.8	yes	2008	12.4	4.5
Antigua and Barbuda	72.7	73.3	no	-	-	-
Argentina	76.1	75.9	yes	2004	16.9	4.1
Armenia	69.5	66.5	yes	2013	16.1	4.9
Australia	86.6	85.5	yes	2010	3.7	0.5
Austria	78.9	79.4	yes	1999	4.3	0.7

(出典: World Health Organization. (2019). Primary Health Care on the Road to Universal Health Coverage: 2019 global monitoring report (Conference Edition).)

保健のために集めた公的資金には、大きく3つの使い道がある – UHC cube

Fig. 1. Three dimensions to consider when moving towards universal coverage



(出典: World Health Organization. (2010). World health report 2010: health systems financing: the path to universal coverage.)

どのように公的資金を使っていくことが、UHCを公平に達成することにつながるか

UHCcube の3つの軸	UHCが達成された状態 (UHCの定義)	UHCが達成されるまでの過程を 公平にするにはどうするか？
人口	すべての人が医療保障 制度でカバー	貧困層、村落部の住民など、 取り残されてきた人を優先する
サービス	十分な質の必要なサー ビスを医療保障制度で カバー	必須保健サービスを優先する (多くの人にとって早期死亡や障害の原因 になっている疾病負荷の高い病気、費用対 効果の高いサービス、など)
自己負担	経済的困難を被らない 額の自己負担	サービス利用時に支払うのではな く、税や保険料を所得や資産に応 じてあらかじめ払っておく

UHCは一朝一夕には達成できない。達成するまでの数十年間の「過程」をいかに公平にするか、格差を是正するものにするかが重要。

UHCファイナンス(G20大阪サミット)の重要性 日本から世界へ

2017年12月:UHCフォーラム(日本、世銀、WHO等共催)
各国政府や援助機関(WHO・世銀等)による連携強化等についてまとめた東京宣言を発表。
(安倍総理、麻生副総理、加藤厚労大臣(当時)出席)

2018年4月:UHC財務大臣会合
IMF・世銀春総会の主要イベントとして開催し、保健大臣と財務大臣の連携の重要性について共有、確認。(麻生副総理出席)

2019年6月8-9日:G20財務大臣・中央銀行総裁会議(於:福岡)
「途上国におけるUHCファイナンスの強化」が主要課題の一つ。UHCの達成に向けた健全で持続可能な保健財政システムの重要性等に関する共通理解文書へのコミットメントを確認。

2019年6月28日:G20財務・保健大臣合同セッション(於:大阪)
G20大阪サミットに付随して開催。両大臣による合同セッションは、G20で初の試み。UHCの達成に向けた財務・保健当局の連携の重要性等について議論し、上記共通理解文書へのコミットメントを確認。(麻生副総理、根本厚労大臣を含む各国財務大臣、保健大臣、世銀、WHO等出席)

2019年6月28-29日:G20大阪サミット



共通理解文書(概要)

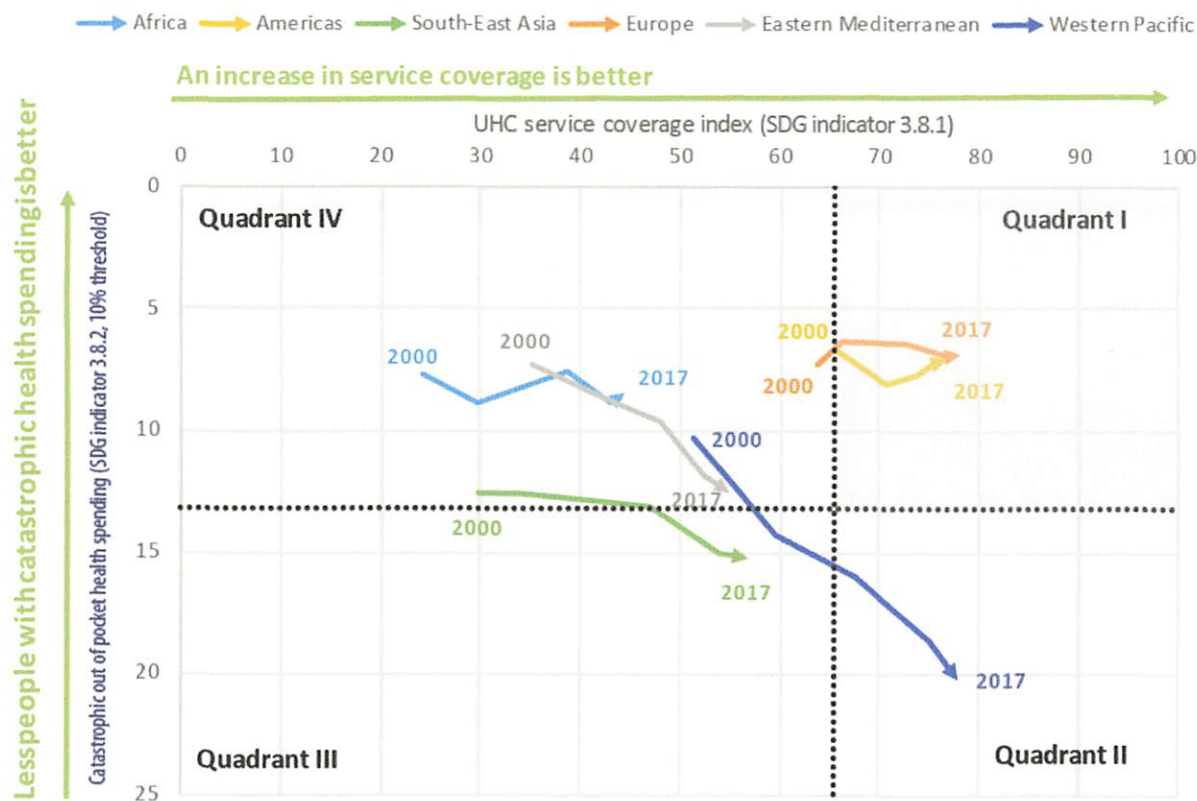
途上国におけるUHCファイナンス強化の 重要性に関するG20共通理解

- 背景
 - UHCは持続可能な経済成長の基礎となる人的資本の形成に貢献
 - UHCの達成に向けた強固な保健財政制度の構築にあたって、途上国が直面する課題を整理
- ポイント
 - 経済発展の早い段階における取組の重要性
 - 国内資金を主な財源とした保健財政制度の設計
 - 国内資金を補完する形での国外資金の活用
 - 費用対効果があり、かつ公平な保健システムの構築
 - 保健危機への事前の備え・対応
 - 組織的なキャパシティの構築
 - 民間セクターの活用
 - 財務当局の役割と保健当局との連携

SDG3.8.1と3.8.2に進展はあるのか？(2021年12月報告書)

<https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/36724>

Figure 3.3 Trends in UHC service coverage index (SDG indicator 3.8.1) and incidence of catastrophic health spending (SDG indicator 3.8.2, 10% threshold) by WHO region, 2000–2017



国際舞台での主張に実行が追い付かない！

2017年の保健ODA

- 日本はODA保健分野割合は5.7%, G7の中では5位. 金額では11億ドル(1,200億円)で4位
- 日本は保健ODAにおいては, マルチ割合の方がバイ割合より高い

国	保健分野割合	合計	マルチ(%)	バイ(%)	バイ内訳	
					バイ(%) (バイマルチ含まない)	バイマルチ(%)
アメリカ	29.9	10,584	1,561 (15)	9,023 (85)	8,474 (80)	549 (5)
イギリス	14.9	2,723	1,007 (37)	1,716 (63)	1,171 (43)	545 (20)
カナダ	19.9	865	341 (40)	524 (61)	315 (36)	208 (24)
イタリア	4.5	274	150 (55)	124 (45)	54 (20)	70 (25)
ドイツ	4.6	1,286	575 (45)	711 (55)	554 (43)	158 (12)
フランス	5.9	811	639 (79)	172 (21)	172 (21)	1 (0)
日本	5.7	1,060	537 (51)	523 (49)	430 (41)	93 (9)
ノルウェー	13.1	545	287 (53)	258 (47)	110 (20)	147 (27)

バイマルチ = 多国間機関を通じて特定の被援助国/地域に供与される使途が定められたODA。特に明記ない限り、"バイ"に計上される(OECD方法)

- 保健ODA質量の充実のための方策
⇒保健分野のODAのあり方を考える特別委員会(日本国際交流センター)(2020年)

https://www.icie.or.jp/japan/wp/wp-content/uploads/2019/11/Japan-DAH-Commission_recommendations_full_final_j.pdf



- ⇒グローバルヘルス戦略推進協議会の発足(2021年6月)

https://www.kantei.go.jp/jp/singi/kenkouiryou/global_health/kaisai.html

コロナ禍への対応

➤ IMF/MDBsの動きは早かった

- IMF \$250bl
- 世銀 \$157bl (IDA \$50bl), \$20bl for vaccine, IFC \$8bl, MIGA \$6.5bl
- ADB \$24.01bl, \$2.31bl for vaccine

➤ 日本も経済対策緊急円借款で対応。 5000億円⇒7000億円

➤ なぜ途上国でのワクチン接種が進まないのか？

JICA世界保健医療イニシアティブ at a Glance

2021年10月1日
国際協力機構 (JICA)

【主な協力の進展】



- ✓ 人間の安全保障2.0 とUHCの達成を目指す。
- ✓ 長年の協力を活かし、日本の経験に基づくソフト支援を組合せて協力する。
- ✓ 自由で開かれたインド太平洋 (FOIP) に基づき、世界経済の早期回復にも貢献。

□治療体制の強化

・146病院への協力を実施済・確定済

有償：完工済・協力合意済（2020年度以降）15病院

無償：完工済・協力合意済（同上）43病院

技協：協力済・協力決定済（同上）88病院 ※過去資金協力で支援し今回追加支援対象の病院、遠隔ICU対象の病院、技術協力（新型コロナ対策）対象の病院。

・医療逼迫への緊急的な協力

インド：酸素濃縮器 300台（2021年5月協力済、緊急援助 ※JICA実施分）

インドネシア：酸素濃縮器 400台（2021年8-9月協力済、技術協力）



ベトナム：バックマイ病院

□研究・警戒体制の強化

・51感染症拠点（研究所・検査機関）への協力を実施済・確定済

無償：完工済・協力合意済（2020年度以降）5拠点

技協：協力済・協力決定済（同上）46拠点 ※過去資金協力で支援し今回追加支援対象の拠点、技術協力（新型コロナ対策）等対象の拠点。

・本邦製薬企業等との対話を継続（ワクチン、治療薬、診断薬メーカー等。国際共同臨床試験の可能性等）



ガーナ：野口記念医学研究所

□予防の強化（ワクチン接種の促進等）

・16か国・1地域のワクチン接種体制強化への協力を実施済・確定済

無償（包括方式、協力合意済）、技術協力（新型コロナ対策）、実施中技協、フォローアップ

・67か国の相手機関による予防対策等への協力を実施済・確定済 ※実施中技協等、一部は上記と重複。



東チモール：ワクチン保冷庫

□経済対策支援等

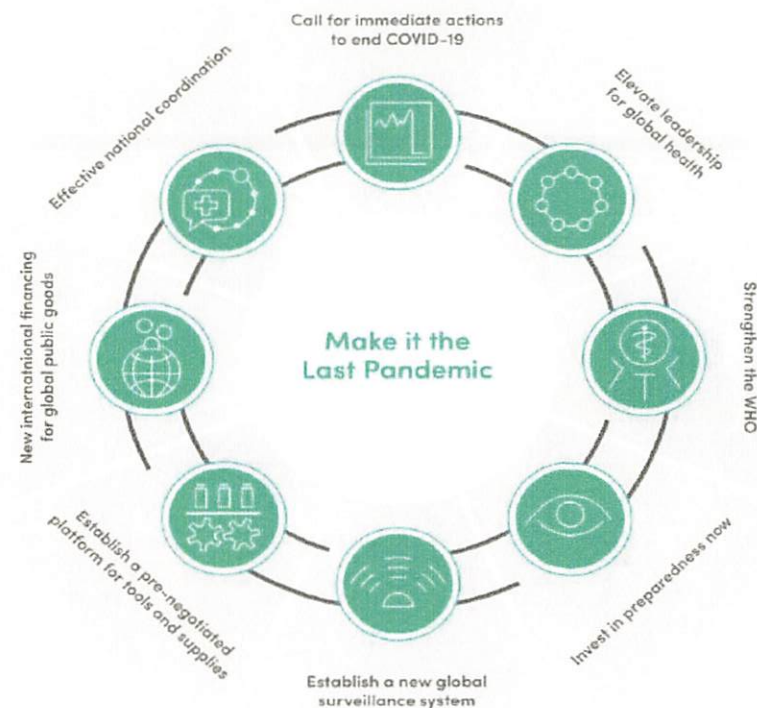
・緊急支援借款：12か国/3,275億円 協力合意済 ※令和2年度補正予算分、2020年7月～21年9月。

・関連プログラム借款等：4か国/1,250億円、2か国/4億ドル 協力合意済

ポスト・コロナ時代への 保健グローバルガバナンス提言 1

- Covid-19対応検証独立パネル
Independent Panel for Pandemic
Preparedness & Response
(2021/5)

<https://theindependentpanel.org/mainreport/>



ポスト・コロナ時代への 保健グローバルガバナンス提言 2

- G20 High level independent panel on financing the global commons for pandemic preparedness and response (2021/7)

<https://pandemic-financing.org/report/foreword/>



第3回G20財務・保健大臣合同会議

10月29日（コミュニケ抜粋）

- 世界保健機関（WHO）の世界ワクチン接種戦略において推奨されているように、全ての国において、**2021年末までに少なくとも人口の40%、また2022年半ばまでに人口の70%にワクチンを接種**するという世界全体の目標に向けて前進するために、我々は開発途上国におけるワクチンや必要不可欠な医療製品・原材料の供給を後押しし、関連する供給や資金調達の制約を取り除くための措置をとる。
- 我々は、各国の保健システムをより包摂的で強靱なものに強化し、医療サービスへの普遍的なアクセスを確保し、全てのレベルで質の高い医療を実現するためにプライマリ・ヘルス・ケアに焦点を当てることにより、健康的で持続可能な回復を促進することにコミットするとともに、「**途上国におけるユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）ファイナンスの重要性に関するG20 共通理解**」に対するコミットメントを含めてUHCの実現にコミットする。
- 我々は、PPRのための資金調達が、より適切で、より持続可能で、より調整されたものでなければならず、また**既存の多国間資金メカニズムを適切な組み合わせで動員**して潜在的な資金ギャップに対処するとともに、**新たな資金メカニズムの設立を検討**することを含め、保健と財務の政策決定者間の継続的な協力を必要とすることを認識する。
- 我々は、パンデミックPPRに関係する課題についての対話と国際的な協力の強化、経験とベストプラクティスの交換の促進、財務省と保健省の間の連携体制の発展、共同行動の促進、国境を越えて影響を及ぼす健康危機の評価と対処、及びパンデミックPPRのための資金の効果的な管理の奨励を目的として、「**G20財務・保健合同 タスクフォース（タスクフォース）**」を設立する。タスクフォースは、**財務省と保健省の間の連携体制のオプションを策定**する。タスクフォースは当初、2021年と2022年の**G20議長国が共同で議長**を務める。タスクフォースは、**2022年初めに保健大臣及び財務大臣に報告**し、世界銀行の支援を受けWHOに事務局を置く。我々は、タスクフォースに対し、**当面のロードマップに合意し、事務局を任命するため、2021年末までに開始**するよう要請する。

途上国の保健医療分野支援で具体的に何をすべきか？

- この2-3年は、マルチの機関を通じた低所得国のワクチン接種の着実な促進、
 バイではSDGに向けてオフトラックになってしまった公衆衛生(ワクチン接種体制強化を含む)・母子保健を中心とした保健システム強化・UHC達成にこれまで以上に支援を集中すべき。
- UHC達成であれ、パンデミック対応であれ、保健財政の充実を優先せよ。そのためには、保健大臣ではなく財務大臣への働きかけが重要。
- 保健援助関係者の「借款アレルギー」を克服すべき。
- UHC達成への道は、医術の世界だけでなく、公共財政管理・行政学の世界でもある。こうした観点にたった円借款がケニヤ、セネガルで始まっており、外務省・JICAはその主流化を目指すべき。単独の技術協力・小粒の無償援助は不要。