

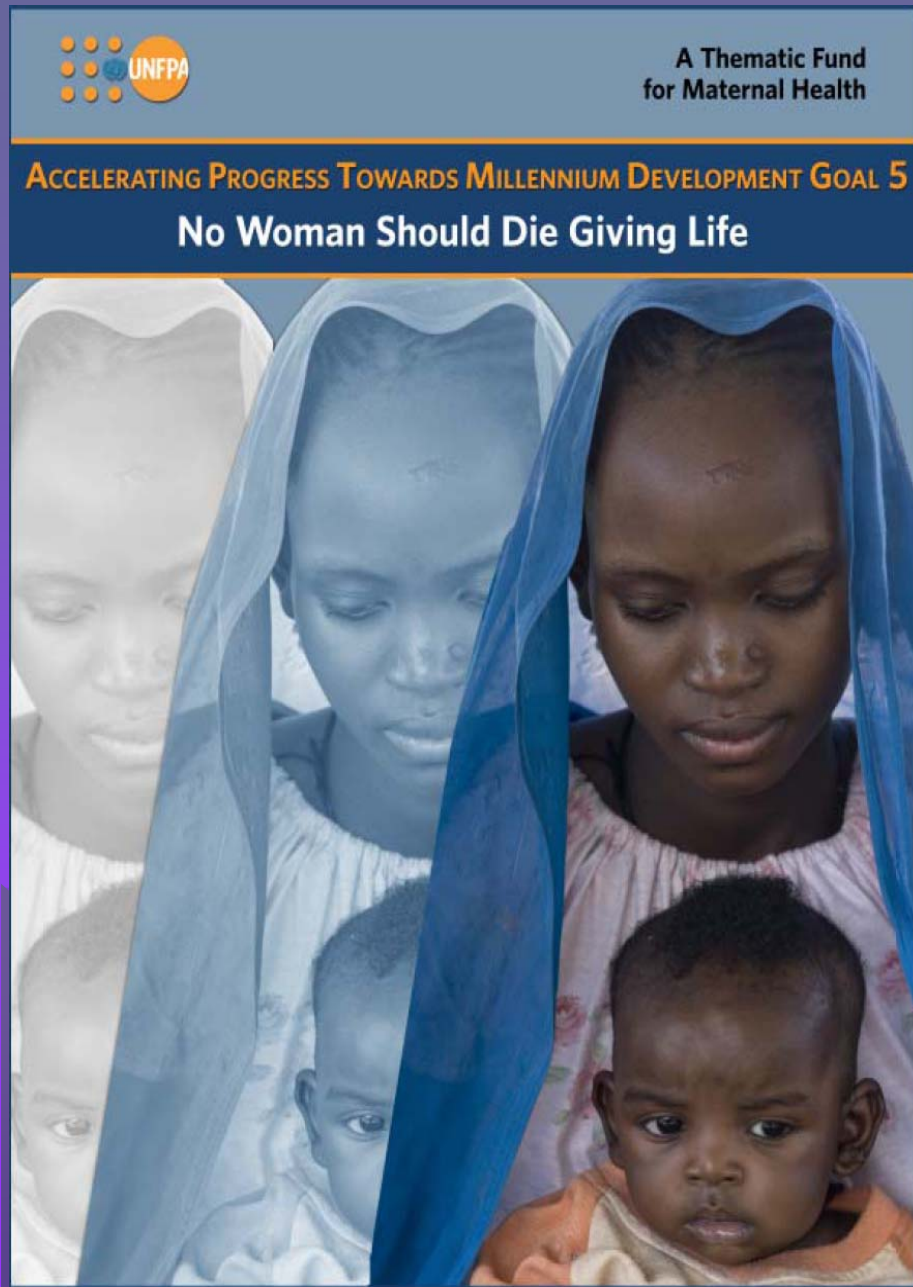
外務省ODA政策協議会

妊産婦の健康改善 (MDG5)と日本のODA

2008年3月6日

NGO すぺーすアライズ 鈴木ふみ

国連人口基金も日本に大きな期待を寄せている。



2008年2月14日

In close partnership with governments, United Nations organizations and international partners, UNFPA will establish a thematic fund for maternal health to gather the necessary resources. In line with the UNFPA strategic plan for 2008-2011, the fund aims at supporting countries to increase access and utilization of quality maternal health services to reduce maternal mortality and morbidity. The objective is to increase the capacity of health systems to provide a continuum of quality maternal health care, strengthen mechanisms to reduce health inequities and empower women to exercise their right to maternal health care. UNFPA's ability to position maternal health within the continuum of sexual and reproductive health and the continuum of care from community to facility make it uniquely placed to tackle these issues.



MDG5は、人間の安全保障の要である。

MDG5に焦点を合わせた政策が、他のMDGを実現する。

一定以上の専門性と普遍性を必要とする。

WHO モニル・イスラム氏作成資料より



妊産婦死亡率の放置は人権侵害

- 年間53万人の女性が妊娠、出産に関連して死亡
- そのほとんどは防ぐことができるものであった
- その99%は開発途上国で起きている
- 1948世界人権宣言「健康への権利」
- 高い妊産婦死亡率の放置は「仕方がない」ことではなく、人権侵害であり国家や国際社会の義務違反である。
- “International Initiative on Maternal Mortality and Human Rights”
 - ・・・2007/10 Women Deliver Conferenceにて、国連特別報告者Paul Huntや国連人口基金事務局長トラヤ・オベイドらによる発進

人権の視点の重要性



- 「国連の創設者たちが国連憲章の最初のページに男女同権について銘記してから60年が過ぎた。その後行われた数々の研究の結果、国の発展のためには女性のエンパワーメントが最も効果的であることが明らかになってきた。これほど経済生産性を向上させ、乳児と妊産婦の死亡率を下げる可能性をもつ政策は他にはない。栄養を改善させ、HIV/エイズ予防も含めた健康を促進するのに、これほど確実な政策もない。また、次の世代のために教育の機会を増やすうえで、これほど強力な政策もない。そして恐らくは、紛争を防止するうえで、あるいは紛争終結後に和解を得るうえで、これほど重要な政策はないと確信する。しかし、女性のために投資することで得られる利点が何であれ、**最も大切なことは変わらない。それは、女性自身が貧困と恐怖から解放され、尊厳をもって生きる権利をもつことである**」
- コフィ・アナン国連事務総長、国連女性の地位委員会

リプロダクティブ・ライツの要素	人権に基づく活動の例	特定のMDGsとの関連性
生命と生存の権利	防止可能な妊産婦および乳児の死亡を防ぐ。 早期の死亡につながる女児の育児放棄と差別をなくす。 HIVを含む性感染症を防止するための情報や手段を確実に入手できるようにする。	ジェンダーの平等を促進し、女性に力を与える。(目標3) 子どもの死亡率を削減する。(目標4) 妊産婦の健康を改善させる(目標5)。 HIV/エイズ、マラリアなどの疾病と闘う(目標6)。
身体的自由および安全の権利	ジェンダーに基づくあらゆる形態の暴力を防止し、懲罰を与え、根絶するよう措置を講じる。 女性、男性、思春期の若者が、強制、暴力、差別を受けることなく妊娠・出産に関する決定を行えるようにする。 女性性器切除を廃止する。 性的目的の人身売買を阻止する。	極度の貧困と飢餓を撲滅する。(目標1) ジェンダーの平等を促進し、女性に力を与える。(目標3) 子どもの死亡率を削減する。(目標4) 妊産婦の健康を改善させる。(目標5) HIV/エイズ、マラリアなどの疾病と闘う。(目標6)
情報を求め、受け取り、伝える権利	リプロダクティブ・ヘルス/ライツ問題に関する情報や関連する規定・法律を、広く自由に利用できるようにする。 リプロダクティブ・ヘルスに関する決定ができるよう全情報を公開し周知させる。 学校内外でのリプロダクティブ・ヘルス/家庭生活教育を支援する。	ジェンダーの平等を促進し、女性に力を与える。(目標3) HIV/エイズ、マラリアなどの疾病と闘う。(目標6)
出産する子どもの数、時期、間隔を決める権利	家族計画の方法を選択し、適切に利用できるようにするためのすべての情報を提供する。 すべての近代的避妊方法を入手可能にする。 思春期の少女が妊娠の時期を遅らせることができるようにする。	極度の貧困と飢餓を撲滅する。(目標1) 初等教育の完全普及を達成する。(目標2) ジェンダーの平等を促進し、女性に力を与える。(目標3) 環境の持続可能性を確保する。(目標7)



自由意思で結婚し家族を形成する権利	児童婚、強制的結婚を防止し、規制する法律を制定する。 不妊を誘発する性感染症（STI）の予防・治療を行う。 HIV予防などに関し、既婚の思春期の少女とその夫に対するリプロダクティブ・ヘルス・カウンセリング・サービスを提供する。	初等教育の完全普及を達成する。（目標2） ジェンダーの平等を促進し、女性に力を与える。（目標3） 子どもの死亡率を削減する。（目標4） 妊産婦の健康を改善させる。（目標5） HIV/エイズ、マラリアなどの疾病と闘う。（目標6）
到達可能な最高水準の健康を得る権利	安価で、許容でき、包括的で、良質なリプロダクティブ・ヘルスに関する情報とサービスを提供する。 利用可能な財源を公平に割当て、リプロダクティブ・ヘルスに関する教育とサービスの利用が最も困難な状況にある人々を優先する。	極度の貧困と飢餓を撲滅する。（目標1） ジェンダーの平等を促進し、女性に力を与える。（目標3） 子どもの死亡率を削減する。（目標4） 妊産婦の健康を改善させる。（目標5） HIV/エイズ、マラリアなどの疾病と闘う。（目標6）
科学的進歩の恩恵を享受する権利	女性が管理できる避妊法、マイクロバイサイド*、男性が使う避妊法などの避妊研究に対する資金援助を行う。 （訳注：*病原菌を殺す物質。ゼリー、腔座剤、フィルム、スポンジなど様々な形でつくられ、活性成分を長期にわたって放出する。HIVその他の性感染症の感染を防ぐが妊娠の予防という二重作用をもつものもある。） 様々な避妊方法を提示する。 妊産婦死亡や、分娩によって発生する膣のろう孔（フィスチエラ）を防止するための緊急産科ケアを利用可能にする。	ジェンダーの平等を促進し、女性に力を与える。（目標3） 子どもの死亡率を削減する。（目標4） 妊産婦の健康を改善させる。（目標5） HIV/エイズ、マラリアなどの疾病と闘う。（目標6）
差別を受けず、教育と雇用における平等を享受できる権利	妊娠や避妊法使用証明または母親であることを理由に雇用上の差別を行うことを禁止する。 女子を学校にとどめるプログラムを確立する。 妊娠および結婚した思春期の少女と若年の母親が教育課程をすべて修了できるよう保障する。	極度の貧困と飢餓を撲滅する。（目標1） 初等教育の完全普及を達成する。（目標2） ジェンダーの平等を促進し、女性に力を与える。（目標3） HIV/エイズ、マラリアなどの疾病と闘う。（目標6）

Millennium Development Goals: 2007 Progress Chart



Goals and Targets	Africa		Asia				Oceania	Latin America & Caribbean	Commonwealth of Independent States	
	Northern	Sub-Saharan	Eastern	South-Eastern	Southern	Western			Europe	Asia

GOAL 1 | Eradicate extreme poverty and hunger

Reduce extreme poverty by half	low poverty	very high poverty	moderate poverty	moderate poverty	very high poverty	low poverty	---	moderate poverty	low poverty	low poverty
Reduce hunger by half	very low hunger	very high hunger	moderate hunger	moderate hunger	high hunger	moderate hunger	moderate hunger	moderate hunger	very low hunger	high hunger

GOAL 2 | Achieve universal primary education

Universal primary schooling	high enrolment	low enrolment	high enrolment	high enrolment	high enrolment	moderate enrolment	moderate enrolment	high enrolment	high enrolment	high enrolment
-----------------------------	----------------	---------------	----------------	----------------	----------------	--------------------	--------------------	----------------	----------------	----------------

GOAL 3 | Promote gender equality and empower women

Equal girls' enrolment in primary school	close to parity	almost close to parity	parity	parity	close to parity	close to parity	close to parity	parity	parity	parity
Women's share of paid employment	low share	medium share	high share	medium share	low share	low share	medium share	high share	high share	high share
Women's equal representation in national parliaments	very low representation	low representation	moderate representation	low representation	low representation	very low representation	very low representation	moderate representation	low representation	low representation

GOAL 4 | Reduce child mortality

Reduce mortality of under-five-year-olds by two thirds	low mortality	very high mortality	low mortality	moderate mortality	high mortality	moderate mortality	moderate mortality	low mortality	low mortality	moderate mortality
Measles immunization	high coverage	low coverage	moderate coverage	moderate coverage	low coverage	high coverage	low coverage	high coverage	high coverage	high coverage

GOAL 5 | Improve maternal health

Reduce maternal mortality by three quarters*	moderate mortality	very high mortality	low mortality	high mortality	very high mortality	moderate mortality	high mortality	moderate mortality	low mortality	low mortality
--	--------------------	---------------------	---------------	----------------	---------------------	--------------------	----------------	--------------------	---------------	---------------

MDG5の達成は困難に直面しているが、特にアフリカと南アジアでは深刻である

バングラデシュの取り組み事例



バングラデシュのターゲット	1990年	2001年	目標
MMR(妊産婦死亡率)を 2015年までに143に削減	574	320 -400	143
医療従事者の立会いによ る出産の割合を2010年ま でに50%にする	5%	12%	50%
合計特殊出生率を2010年 までに2.2に下げる	3.3	3.3	2.2

MDG5:「妊産婦の健康の改善」

出典: 'MDGs Bangladesh Progress Report,' Feb
2005

バングラデシュの取り組み事例



バングラデシュのターゲット	2001年	目標
妊産婦が栄養不良にかかる率 を2010年までに20%以下に削減	45%	20%
女性の平均初婚年齢を2歳引 き上げる	18歳	20歳
女性に対する暴力を根絶する	14%	0%

MDG5:「妊産婦の健康の改善」

出典:「MDGs Bangladesh Progress Report,」 Feb 2005



バングラデシュの取り組み事例

- 女性の身体の健康と男女平等に向けた知識・行動レベルの抜本的な変革
- 合計特殊出生率を下げる
- 質の高いヘルスケアへのアクセス
- 分娩に立ち会う専門技能者の育成
- 貧困層、低所得者に対するヘルスケア支援
- 平均初婚年齢を2歳引き上げる
- 奨学金制度を活用した女児の高等教育化
- 出産可能年齢女性の栄養不良の削減
- 女性に対する暴力の根絶



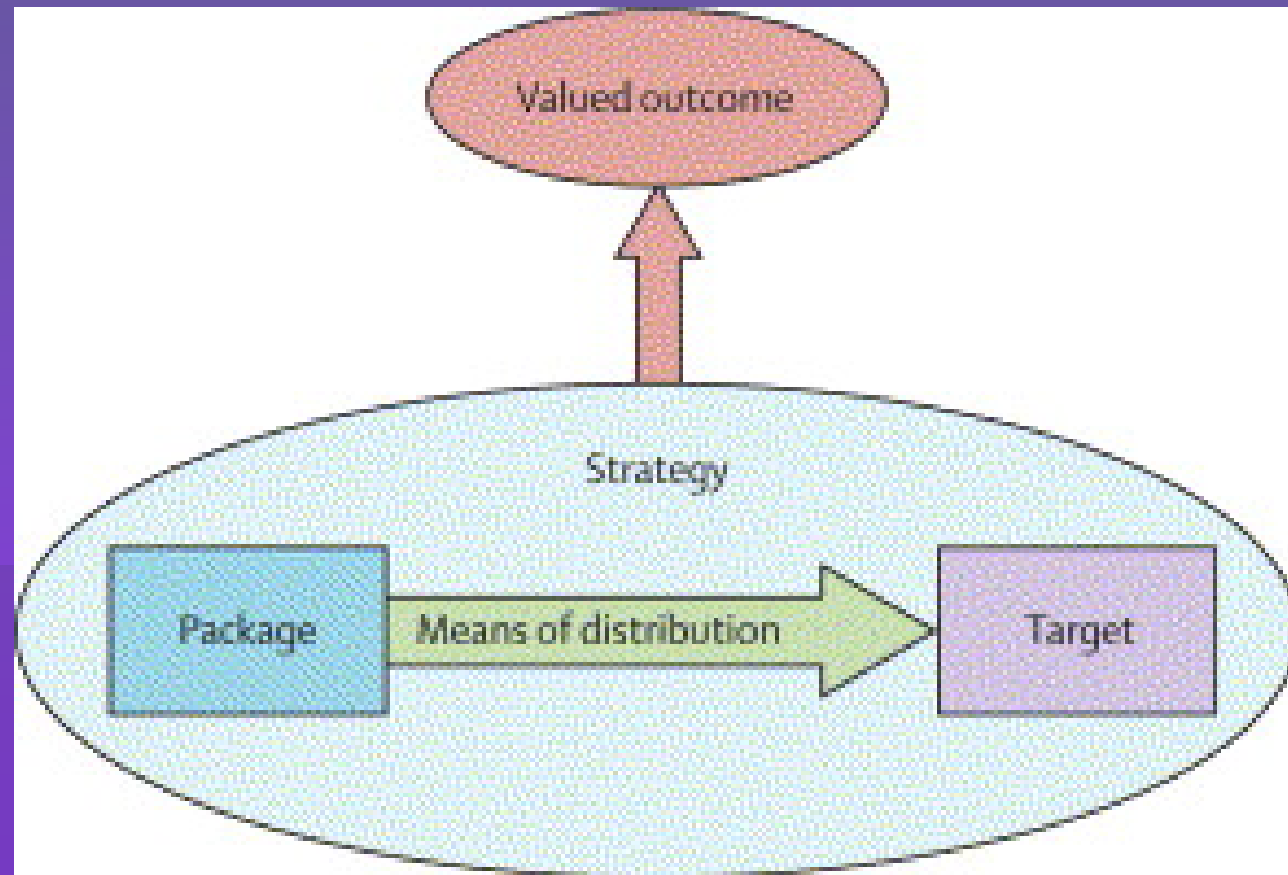
妊産婦死亡率の削減の決定要因

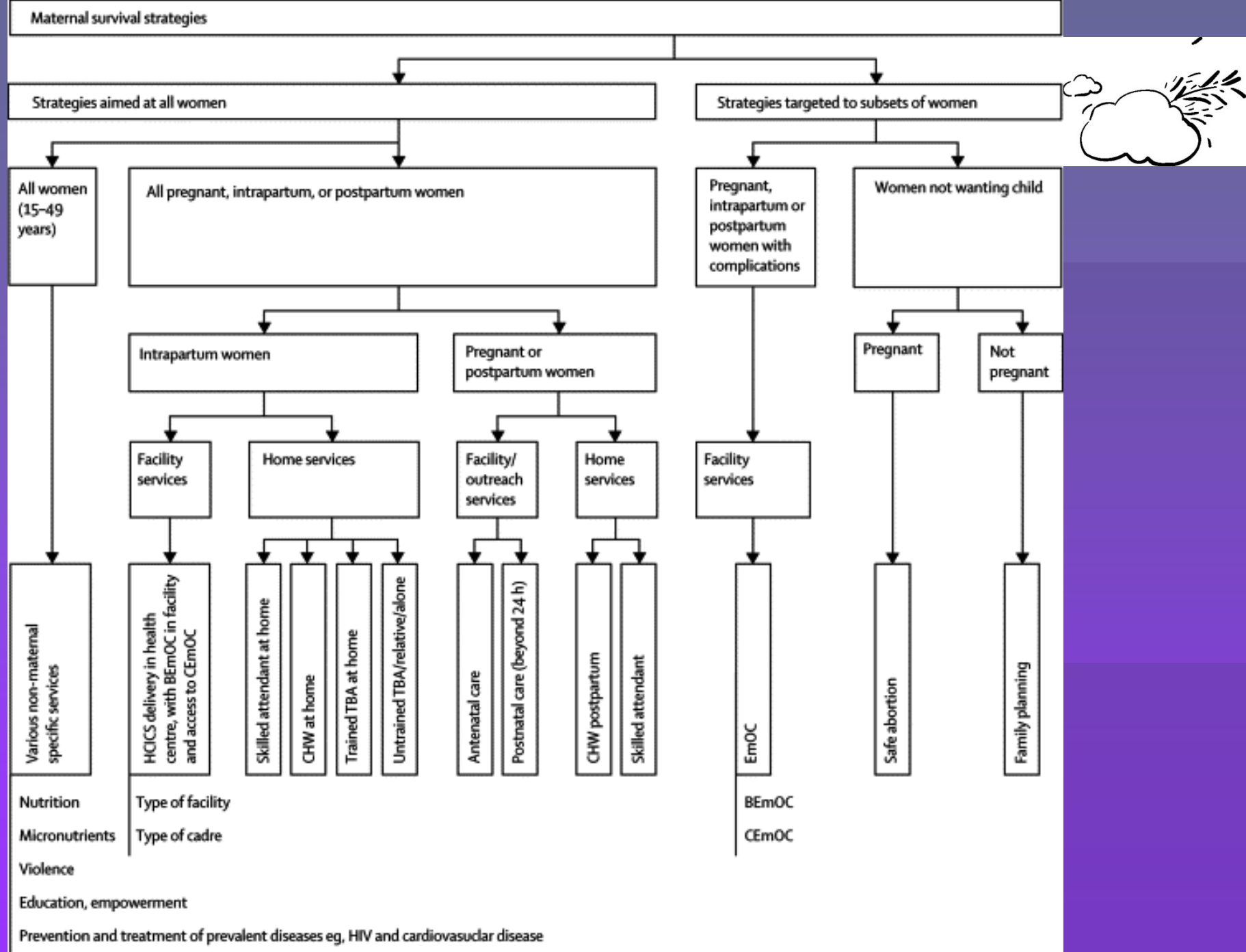
- Lancet 370/p1320 バングラデシュの妊産婦死亡の要因分析
- “Determinants of reduction in maternal mortality in Matlab, Bangladesh: a 30-year cohort study”より(Mahbub Elahi Chowdhuryほか)
- 1976年から1989年まではMMRは減少していなかったが、それ以降は大きく減少した。
- 1990年に**Skilled** -Attendance strategyを導入してから、大幅な減少。
- 妊娠中絶に関連した妊産婦死亡も1990年から大幅に減少。
- 教育環境、とくに女子教育の環境も大きく影響していた。
- 助産婦への投資、緊急産科ケア、月経吸引法による安全な妊娠は、極めて重要である。
- しかし、女性への教育、貧しい女性が融資を利用できること、貧困削減が効果の持続性維持のためには不可欠。



妊産婦死亡率の削減への道筋

- Lancet 368/p1284”Strategies for reducing maternal mortality: getting on with what works”
- **ターゲット**に適合した**パッケージ**としての提供とデリバーの手段
- すべての女性への対応
全女性への対応としての栄養、暴力、教育、エンパワメント、感染症予防
周産期女性として、・・・次のスライド参照
- 一部の女性への対応
合併症対策としてのEmOC
妊娠を望まない女性対応としての安全な中絶、家族計画
- 非専門的コミュニティヘルスワーカーへの妊産婦死亡防止に対する否定的な評価
→リファラル機能を含め、効果的なパッケージの介入ができるよう育成する必要がある。





Universal Access to Reproductive Health



Target 5.B: Achieve, by 2015, universal access to reproductive health

Indicators

Contraceptive prevalence rate

Adolescent birth rate

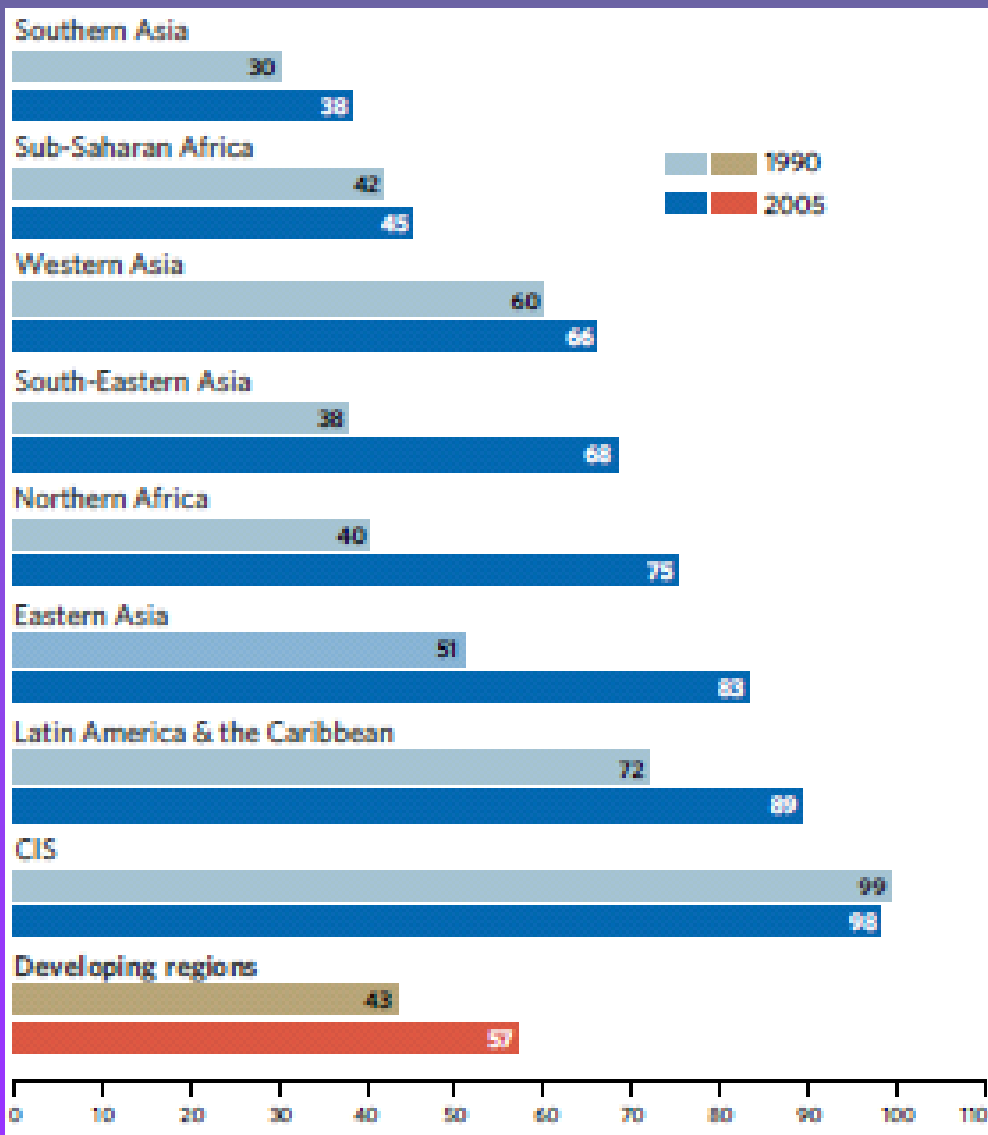
Antenatal care coverage (at least one visit and at least four visits)

Unmet need for family planning

家族計画と避妊により妊産婦死亡の4分の1を回避できる

MDGの新ターゲットに伴い、妊産婦死亡率だけでなく、リプロダクティブ・ヘルスがターゲットになり、日本もMDG5の指針に強く反映させる機会

MDGs Mid-Term Report



Proportion of deliveries attended by skilled health care personnel, 1990 and 2005 (%)

✘ In developing countries
1990: 43%
2005: 57%

Source: UN, 'The Millennium Development Goals Report 2007'

専門技能者立会いの地域差



- 専門技能者立会いの下での出産は途上国では1990から2003年の間に43%から57%に増加した
- その中でも妊産婦死亡率を大きく減少させることに成功した国は、助産婦の訓練への投資を重視し、出産の際の専門技能者の立会いを利用しやすくした



スリランカ、マレーシア、インドのケララ州は、1世代、約30年で、先進国が200年かけて到達した保健医療と教育のレベルに達しました。強固な公的サービスを構築するという政策理念は、未経験なものではなく、すでに有効であることが実証されており、貧困を過去のものとするための政策の中心におかれるべきもののなのです。

オックスファム『公共の利益のために』より



スリランカは、その人口の3分の1が貧困線以下の生活をしている国ですが、妊産婦死亡率は世界で最も低いグループに位置しています。出産に際して、100人中96人の女性が資格のある助産婦に介助されます。医療が必要であれば、妊産婦だけでなく誰でも無料の治療を受けられます。公的診療所が家から歩いていける範囲にあり、資格のあるナースがいます。子どもたちは、無料で小学校へ行け、少女は小学校から大学まで無料で教育を受けられます。

オックスファム『公共の利益のために』より

地域格差・不平等の解消



- インドケララ州では、**地域間の保健医療格差**を縮小するため、**貧しいアラビア海地域**などの保健医療施設の整備拡充をしました。
- また、州の総病床数の半分が、**農村部**の診療所と病院で占められる政策を講じました。

オックスファム『公共の利益のために』より

政策は女性のためになっているか



女性に役立つサービスにする女性と少女を支援し、その地位を向上させるための基礎的サービスに予算を付けなくてはなりません。つまり、労働者として女性を雇用し、サービス利用者としての女性と少女を支援し、虐待から守るなどの施策を講じ、これらの施策を女性の社会的地位を向上させ、自立を促進するための法制度改革で一体化しなければなりません。ボツワナ、モーリシャス、スリランカ、コスタリカ、キューバでは、教員と保健医療従事者の女性比率が高く、そのことが女性と少女のサービス利用の促進要因となっています。前進は、多くの場合、女性グループとの協働、法制度改革、有害な見解に対する異議申し立てが連動することによって達成されます

オックスファム『公共の利益のために』より



女性に役立つサービス

- 女性スタッフの確保
女性が利用しやすいだけでなく、女性の雇用、女性の経済的自立にも
- 女性が現金を取得できる社会保障を
- 女性に対する暴力・虐待からの保護

対策

- 女性運動との協働
- 法制度の変革
- 通念や俗信に異議を申し立てる

オックスファム『公共の利益のために』より

日本国政府の果たすべき役割



- ODAについて公約、0.7%の期限設定
特に保健分野での公約
- 保健についての基本方針の策定と周知
保健外交、保健担当大臣サミット主催の必要性
- 保健の優先性とODAの効果・効率・アクセスを重視したScale up

日本のODAをめぐる環境



- 国連ミレニアムサミットでミレニアム開発目標(MDGs)の採択
- 2005年4月 アジア・アフリカ開発会議(バンドン会議)
→日本は、向こう3年間でアフリカ支援倍増を表明
- 2005年6月 保健と開発イニシアティブ
→向こう5年間で50億ドルの保健MDGsへの支援を表明
- 2005年7月 英国グレンイーグルスでサミット
→日本は、向こう5年間で100億ドルのODA増加を表明

パリ宣言を踏まえた援助の調和化



＜パリ宣言の2010年までの主なターゲット＞

- オーナーシップ: 途上国の75%が、貧困削減戦略を運用する。
- アラインメント: 援助フローの少なくとも85%を途上国予算に計上させ、かつ予算に計上されていない援助フローを半減させる。
- 調和化: 全ミッションの40%を合同ミッションとする。また、国レベルの分析ミッションについては66%を合同ミッションとする。
- 開発成果マネジメント: 透明性があり計測可能な運用効果指標を持たない国の数を3分の1削減する。

→日本によるいっそうの健闘と結果の認知度の向上の必要性

出所: 経済協力開発機構(OECD)資料をもとに、国際協力銀行が作成

新JICAの課題と傾向



- 1. 円借款の積極活用によるODAの量の確保
- 2. 案件形成期間の短縮
- 3. 民間との連携
- 4. 対外発信機能の充実

保健分野の今後への懸念

- 保健に円借款がなじむか
- 短期で人材が育成できるのか
- 民間との連携での弊害、偏りは生じないか、国民の監視はできるのか、



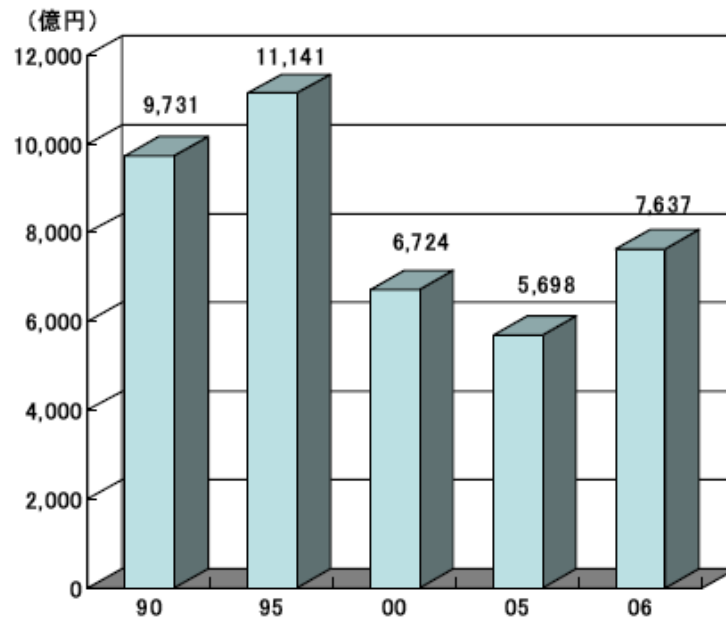
国際公約

財政制約

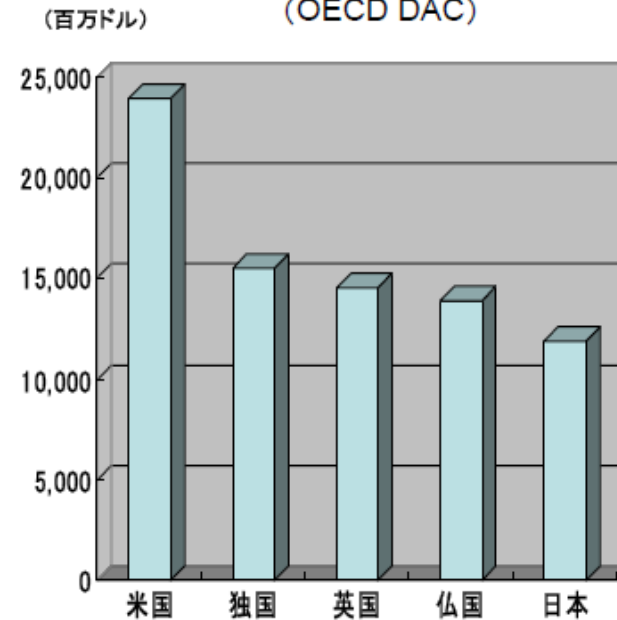
円借款の積極活用⇒ODA100億ドル増に貢献

海外経済協力会議、経済財政運営と構造改革に関する基本方針2006(「骨太の方針」)等においても確認。

円借款の承諾額推移



2010年のODA試算額
(OECD DAC)



資金創出のメカニズム



- ファンドの創設
- 国際連帯税や国際取引等への課税
2008年2月に議員連盟創設
- 無駄なODA、公共事業からの早期撤退
- 債務帳消しとの交換（成果主義の問題点）
- 寄付制度の見直し
- 不正支出の監査・取り締まり・返還請求

日本の開発貢献度指数からみた 援助の現状(CDI)



Commitment to Development Index 2007

Rank	Country	Aid	Trade	Investment	Migration	Environment	Security	Technology	Overall (Average)
1	Netherlands	10.7	5.7	8.0	4.8	7.3	5.4	5.2	6.7
2	Denmark	12.0	5.4	5.8	4.6	6.1	5.9	5.4	6.5
3	Norway	10.5	0.7	7.5	4.9	8.4	7.1	5.6	6.4
3	Sweden	11.6	5.4	6.9	5.2	6.1	4.2	5.3	6.4
5	Australia	3.1	6.7	7.6	6.5	4.3	6.8	4.6	5.6
5	Canada	4.1	7.1	8.0	5.1	4.3	4.3	6.7	5.6
5	Finland	4.9	5.5	6.5	2.9	7.7	5.7	6.2	5.6
5	New Zealand	3.6	6.7	3.4	7.1	6.8	6.5	5.0	5.6
9	United Kingdom	4.8	5.5	8.1	3.0	7.5	5.2	4.3	5.5
10	Austria	2.9	5.4	3.9	10.4	6.2	3.8	4.4	5.3
10	Ireland	6.9	5.3	2.8	6.2	7.9	4.8	3.1	5.3
12	Germany	2.6	5.4	8.0	6.0	6.5	3.6	4.3	5.2
13	France	4.0	5.4	6.5	2.7	6.5	3.4	6.9	5.1
14	United States	2.2	7.0	7.0	4.7	2.9	6.4	4.9	5.0
15	Belgium	5.7	5.4	6.2	2.9	7.0	2.4	4.5	4.9
15	Spain	2.9	5.5	7.1	7.1	3.3	2.7	6.0	4.9
17	Switzerland	4.5	0.0	6.7	9.3	4.8	3.3	4.9	4.8
18	Portugal	2.4	5.5	6.5	1.3	5.8	5.6	5.2	4.6
19	Italy	2.7	5.6	6.1	2.7	4.8	3.8	5.0	4.4
20	Greece	2.0	5.4	4.9	1.9	5.1	5.1	3.0	3.9
21	Japan	1.2	1.5	5.9	1.7	4.7	1.7	6.3	3.3

資金減額によるリプロダクティブ・ヘルスへの影響



■例えば避妊具（薬）への支援が100万ドル減少することにより

- 望まない妊娠が360,000件増加

- 中絶が150,000件増加

- 妊産婦死亡が800件増加

- 乳児死亡が11,000件増加

- 5歳未満の幼児死亡が14,000件増加

すると予測されている

（出典：「世界人口白書 2004」）



1994 ICPD 行動計画での約束

Box II: The ICPD resource allocation goals

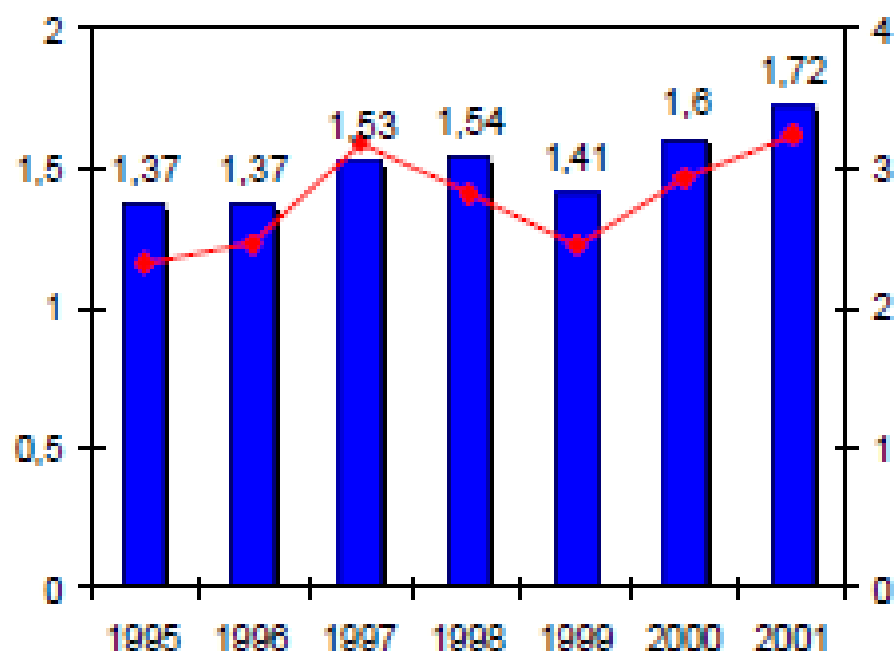
Financial Resources required for 2000-2015 in billions of USD

Years	Domestic Resources	External Resources	Total Resources
2000	11.3	5.7	17.0
2005	12.4	6.1	18.5
2010	13.7	6.8	20.5
2015	14.5	7.2	21.7

Source: Programme of Action of the ICPD, 5-13 September 1994 (Art 13.15 and 14.11)



Box III: Total DAC members' contribution for SRH funding
and SRH/ODA ratio - 1995-2001



■ SRH funding in billion of USD —♦— SRH/ODA in %

	2003			2004		
	Child health	Maternal and neonatal health	Total maternal, newborn, and child health	Child health	Maternal and neonatal health	Total maternal, newborn, and child health
Australia	19 231	12 440	31 670	17 852	16 592	34 444
Austria	1989	982	2971	2739	1053	3792
Belgium	8118	2821	10 939	N/A	N/A	N/A
Canada	37 358	10 255	47 613	46 515	19 112	65 626
Denmark	N/A	N/A	N/A	18 212	6688	24 900
EC	27 265	24 999	52 264	41 952	18 433	60 385
Finland	3886	3382	7269	N/A	N/A	N/A
France	25 710	15 420	41 130	36 782	22 237	59 019
GAVI	114 248	0	114 248	183 188	0	183 188
Germany	31 814	29 985	61 799	27 998	8748	36 745
GIF/IM	40 844	7425	48 268	110 194	20 529	130 723
Greece	11 506	1612	13 118	1199	1094	2292
Ireland	13 051	4290	17 342	21 625	7472	29 097
Italy	14 762	4855	19 617	15 437	6101	21 538
Japan	68 321	44 808	113 130	63 016	27 219	90 236
Luxembourg	N/A	N/A	N/A	8496	2889	11 385
Netherlands	33 892	34 917	68 809	30 195	31 278	61 473
New Zealand	2255	602	2858	3288	2876	6164
Norway	16 921	12 786	29 707	19 846	9104	28 951
Portugal	849	972	1822	1177	1273	2451
Spain	19 701	13 608	33 309	22 463	14 252	36 715
Sweden	16 026	15 833	31 860	21 761	21 702	43 463
Switzerland	11 762	2 994	14 756	12 847	4414	17 261
UNFPA	531	17 6485	177 016	63	60 068	60 131
UNICEF	58 698	15 267	73 965	59 857	15 364	75 221
United Kingdom	141 956	55 801	197 757	114 821	61 829	176 650
United States	374 296	99 632	473 928	391 244	64 171	455 414
World Bank	238 129	71 520	309 649	186 776	85 846	272 622
Total	1 333 122	663 691	1 996 813	1 459 542	530 345	1 989 887

Disbursements are in US dollars (thousands). N/A= data not available. EC=European Commission.

Table 3: Worldwide ODA to maternal, newborn, and child health by donor



World Bank Eyes Doubling Of Medical ODA From Japan, Other Countries



Japan and other industrialized countries should more than double the total amount of their official development assistance to aid healthcare services in developing countries, World Bank Vice President [and Head of the Human Development Network] Joy Phumaphi said in a recent interview.

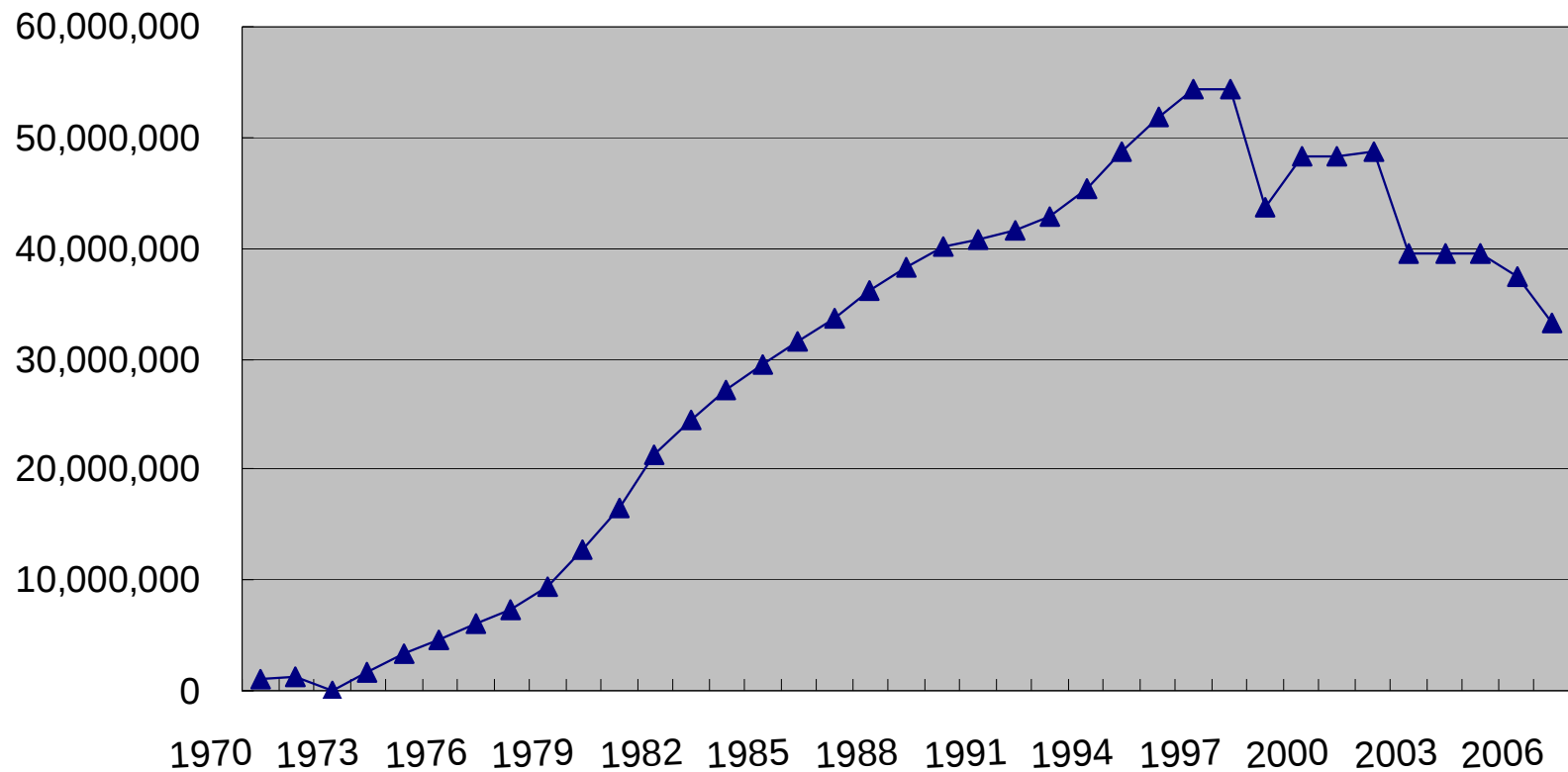
'At least \$35 billion to \$40 billion in ODA (for medical aid) is needed' annually to meet the 2015 Millennium Development Goals, compared with the current \$14 billion...Phumaphi said she wants to encourage Japanese private-sector companies to invest in developing countries 'to bridge the gap' between their needs and the actual amount of aid they receive. ...

Phumaphi said she expects **Japan** to 'play an even greater development role' when **Japan** International Cooperation Agency and the yen loan division of **Japan** Bank for International Cooperation merge in October into a single entity for bilateral assistance to developing countries."

日本の国連人口基金への資金拠出額



日本の拠出額の推移(\$)



国連人口基金への資金拠出額高(金額順)

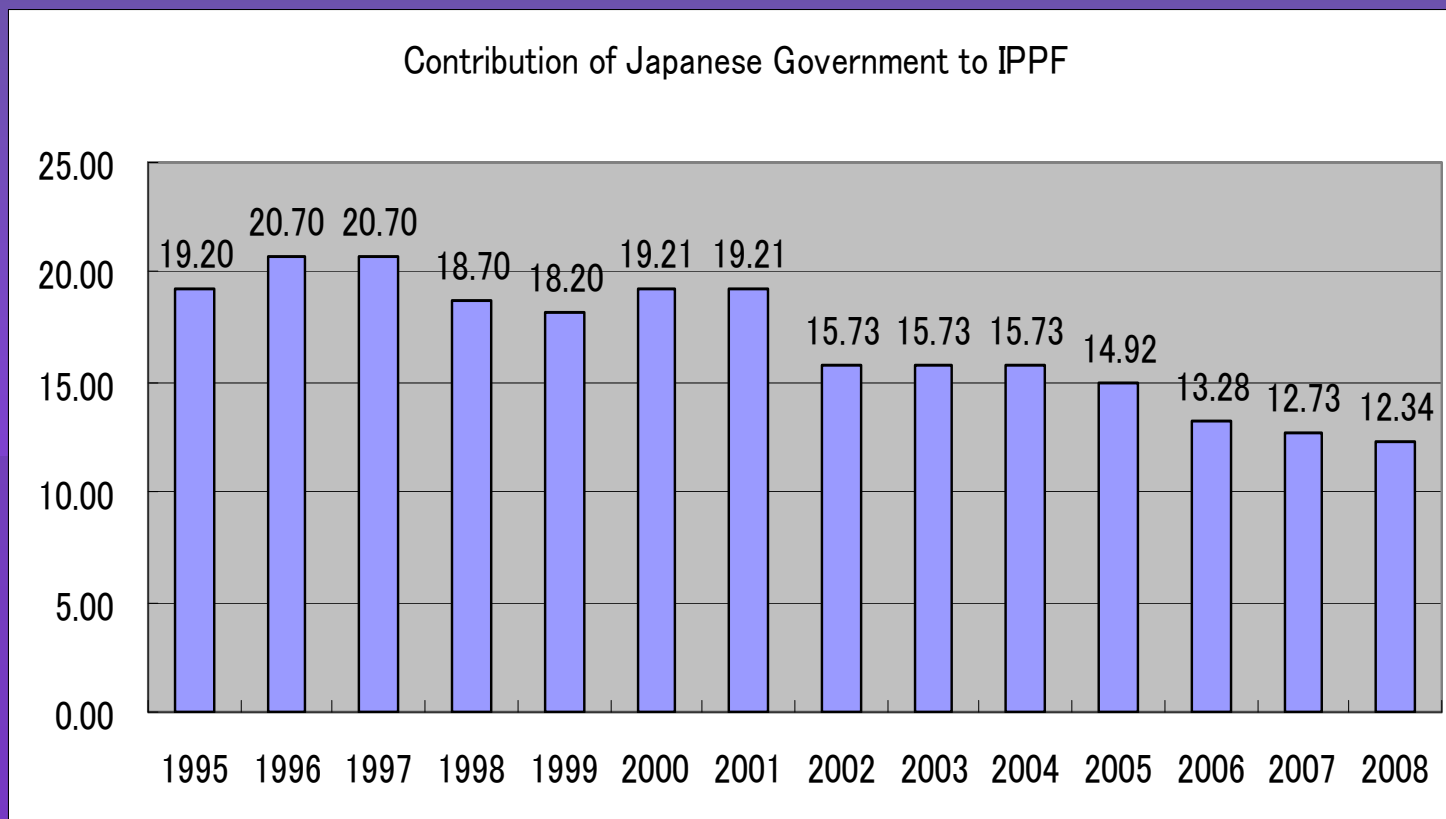


	1998	2001	2004	2007
1	日本	オランダ	オランダ	オランダ
2	オランダ	日本	日本	スウェーデン
3	デンマーク	ノルウェー	英国	ノルウェー
4	ノルウェー	デンマーク	スウェーデン	英国
5	ドイツ	英国	ノルウェー	日本
6	英国	米国	デンマーク	デンマーク
7	米国	スウェーデン	ドイツ	フィンランド
8	スウェーデン	ドイツ	フィンランド	ドイツ
9	フィンランド	フィンランド	スイス	スペイン
10	スイス	スイス	カナダ	カナダ

IPPFへの拠出の推移



- 2007年から3位に転落。



保健への投資による経済効果



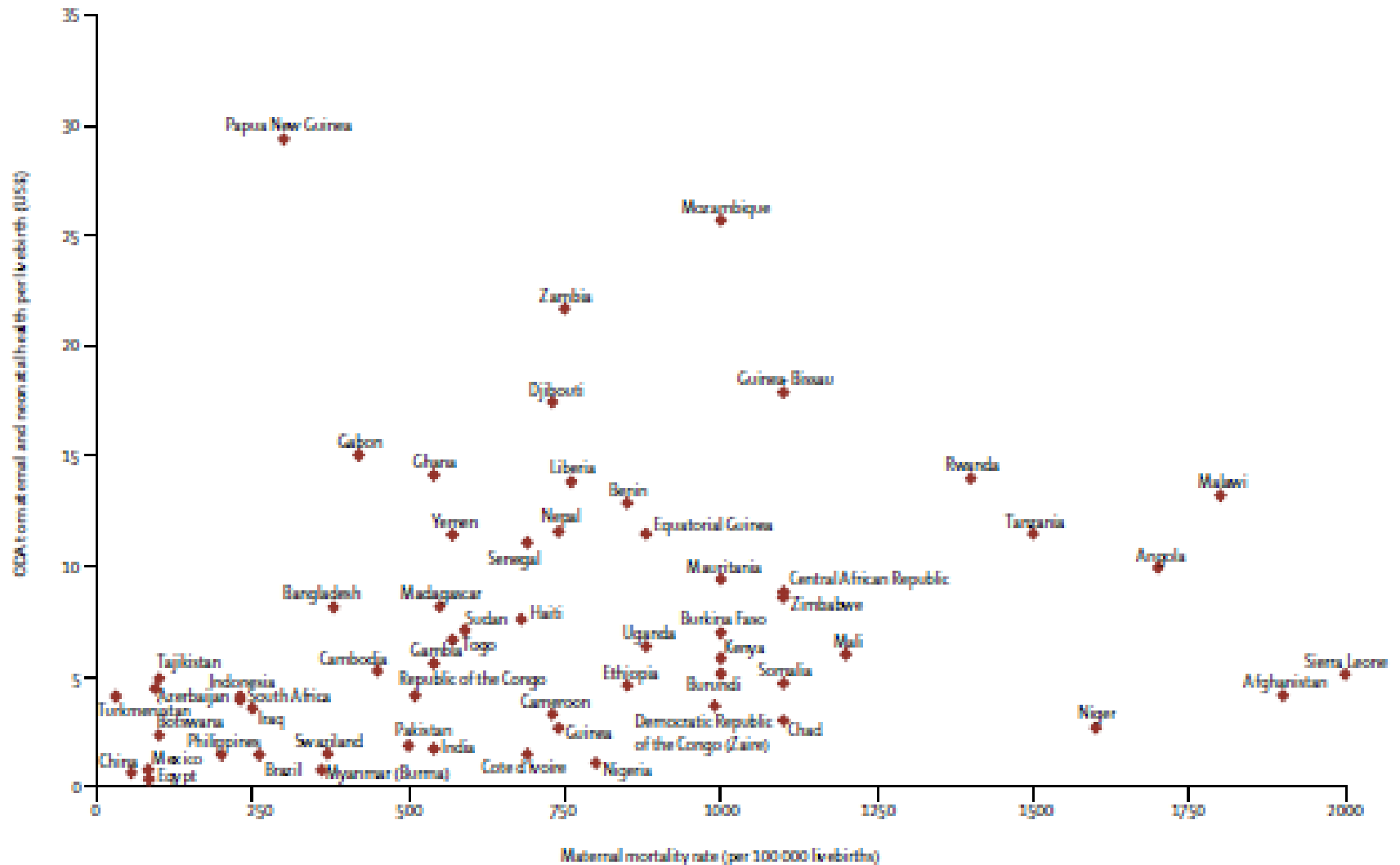
- 低所得国の国内資金とドナーのGDPの0.1%の投資を続ければ、6倍以上の経済便益が期待できる。
- 健全な人的資源は経済成長や貧困削減の重要なインプット、健康な労働資源も経営資源
- 国民すべてが必要最低限の保健サービスにアクセスできれば3600億ドルの経済価値

リプロダクティブ・ヘルス /ライツへの投資の効果



- 家族計画サービスを通してリプロダクティブ・ヘルスケアを提供することで女性は出産を先に延ばし、それによって教育課程を修了したり、労働人口に加わったり、技能と経験を得たりすることができるようになる。
- リプロダクティブ・ヘルスの諸問題は労働生産性を低下させるため、貧困削減の努力の成果を損なう。
- 子どもの数を自分たちが望むとおりに決定する自由と手段を人々に提供すれば、家族数の減少、人口増加の減速、天然資源への負荷の軽減につながる。
- リプロダクティブ・ヘルスは、「人口学的配当（訳注：人口ボーナスとも言われる）」を通じて重要な経済的利益をもたらす。
- リプロダクティブ・ヘルスケアを利用しやすくすれば、公衆衛生その他の社会サービスの支出の大幅節減につながる。

There is a positive association between mortality and ODA per head



フランスの対応



- In the context of maintaining in 2008 our official development assistance budget effort, renewed again in full from 2007, **the Foreign and European affairs minister**, the leader in the interministerial ODA mission, **will pursue a strongly interventionist policy in the health sector**; on behalf of Bernard Kouchner, Cooperation and Francophonie Secretary Jean-Marie Bockel will announce in Berlin today a French contribution of 900 million euros for the Global Fund to fight AIDS, Tuberculosis and Malaria. The minister of foreign and European affairs has also obtained significant funding for the bilateral assistance provided by France in the health sector. Authorizations for ODA provided by the Ministry of Foreign and European Affairs will increase by 3.3% in 2008.
- In order to implement these objectives, the Foreign and European Affairs Ministry has **a projected budget of 4.5 billion euros for 2008, an increase of 1.5 % over 2007.**

UK financial contribution to maternal health in context



The UK has been a leading contributor to global maternal and newborn health, disbursing US\$62 million in 2004. This was an increase of 11% compared to 2003, according to a study published by the London School of Hygiene and Tropical Medicine in the medical journal *Lancet*. Nonetheless, UK funding for maternal health remains extremely modest in comparison with the US\$3 billion in funding the UK contributed to HIV/AIDS from 2004-2007.

According to the *Lancet* study, the UK's maternal and newborn health contribution is equivalent to US\$1 per person a year. This is much lower than other European countries such as Norway (US\$2 per person) and Ireland (US\$1.8 per person).

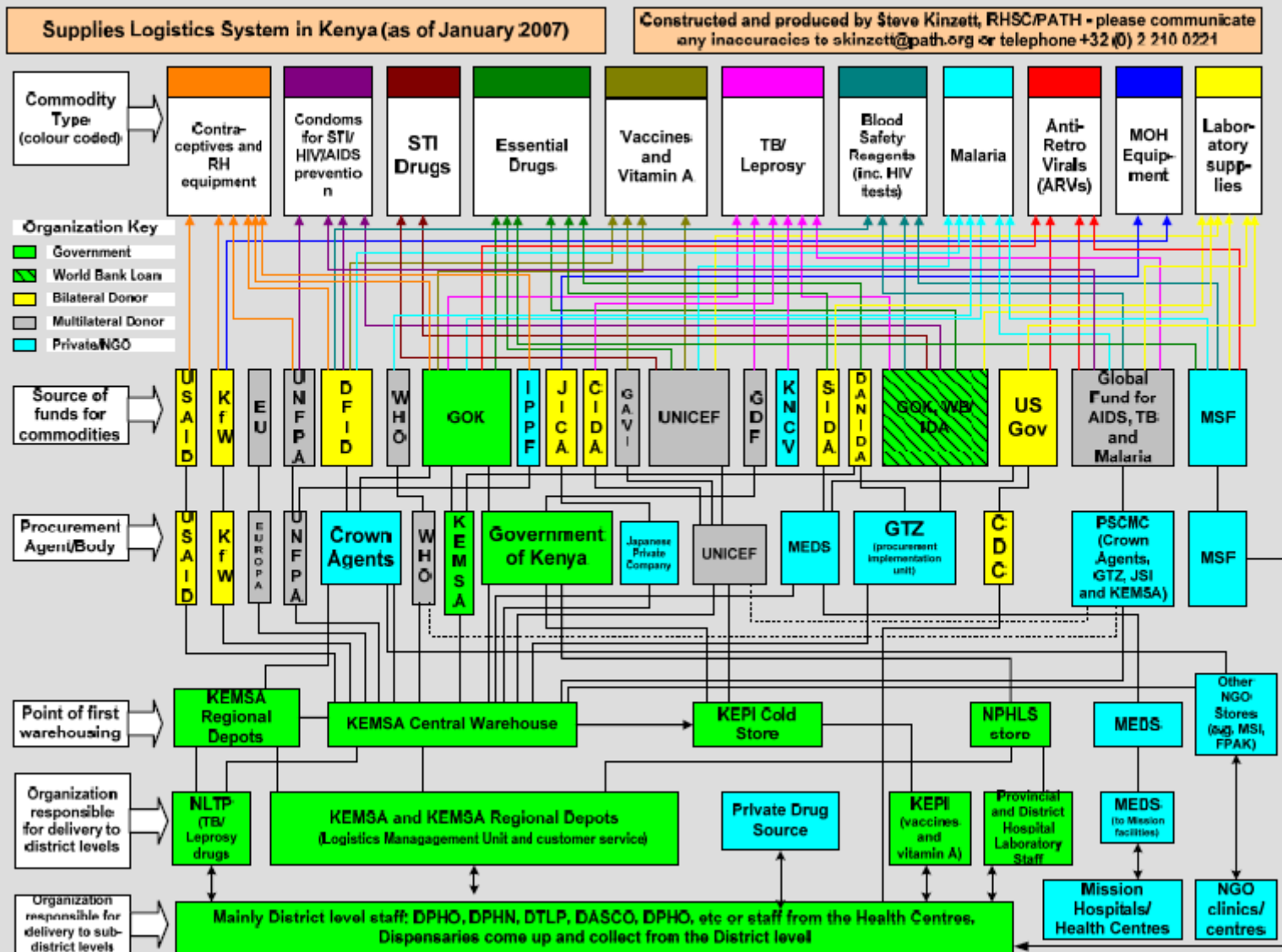
Nonetheless, the British people gave more per person for maternal health than **US citizens (US\$0.2), Japanese (US\$0.2) or Italians (US\$0.1)**. Maternal health development assistance funds provided through DFID - the UK's Department for International Development - supports life-saving interventions such as training of midwives, promotion of emergency obstetric care for pregnancy complications and supporting countries to retain direly needed health personnel.

Powell-Jackson et al (2006) Countdown to 2015: tracking donor assistance to maternal, newborn, and child health. *Lancet*.



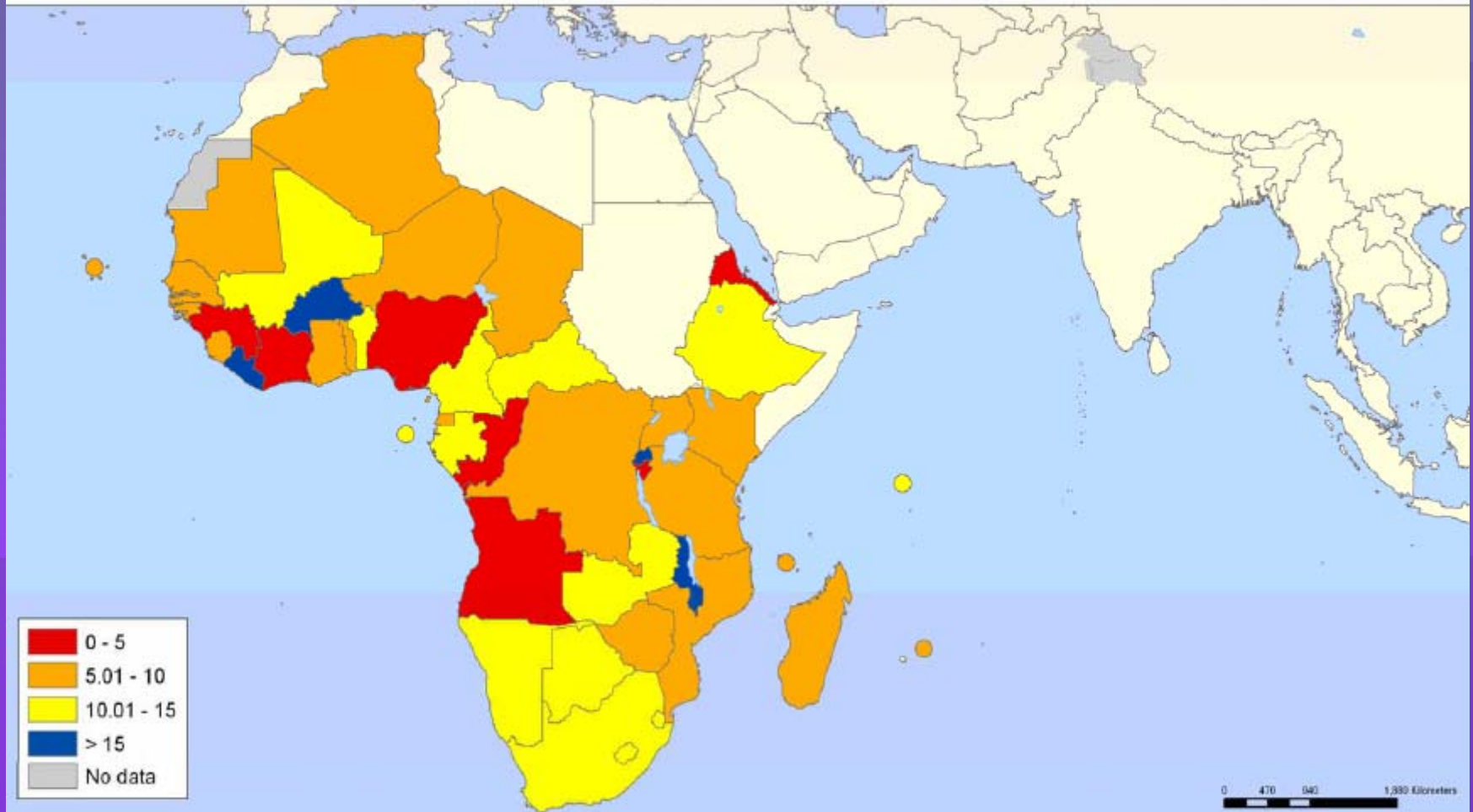
2007/10 Women Deliver会議、Opening セッションで、イギリスのブラウン首相が、安全な出産とリプロダクティブ・ヘルス・促進のためにUNFPAに1億ポンドの拠出を宣言

Support to countries: inefficient



六

General government expenditure on health in WHO African Region, 2005
(share of total government expenditure, %)



IHP+について



- The launch of the IHP came at the same time as a range of initiatives, grouped under the Global Campaign for Health MDGs, were launched at the end of 2007, including the 'Catalytic Initiative' (CI) and the 'Providing for Health Initiative' (P4H), all aimed at accelerating the achievement of the health related MDGs in line with the Paris Declaration.
- These compacts are expected to result in (i) an increased focus of national health and AIDS strategies and plans on health-related MDGs; (ii) improved harmonization and alignment of aid; and (iii) long term predictable financing.



- *Objective 1: Develop ‘country compacts’ that commit development partners to provide sustained and predictable funding and increase harmonization and alignment in support of results orientated national plans and strategies that also tackle health system constraints;*
- *Objective 2: Generate and disseminate knowledge, guidance, and tools in specific technical areas related to strengthening health systems and services;*
- *Objective 3: Enhance coordination and efficiency as well as leverage predicable and sustained aid delivery for health;*
- *Objective 4: Ensure mutual accountability and monitoring of performance.*



- Challenges in 2008
- Maintaining political support
- Widening engagement in the IHP+:
- Adhering to commitments on HIV/AIDS and Reproductive Health
- Development forums to discuss major bottlenecks in the global health architecture

Can the International Health Partnership deliver a new way of funding health spending?



- First, it is surely an initiative that must be welcomed. The problems being tackled are real, as we have consistently argued at ODI, for example in our work on [aid architecture](#), but also in our sector-specific work on [health policy](#), for example by Kent Buse. There are three potential 'big wins: (a) refocusing health aid from treatment of specific disease to the development of health systems as a whole, including infrastructure, training and so on; (b) reversing the tendency to fund certain diseases and ignore others, so-called forgotten or orphan illnesses; and (c) providing a framework for harmonisation and alignment which will greatly reduce the transaction costs and distortions facing recipient countries.
- by Simon Maxwell



- Second, and obviously, the value of the initiative will grow to the extent that others join – big donors like the US and **Japan**, other special programmes like PEPFAR or the various malaria programmes, and of course the many developing countries not yet listed.



- Third, and again, obviously, the proof of the pudding is in the eating. Paris has not proved an easy agenda to implement, as various evaluations have shown. In particular, donors are often reluctant to give up their special enthusiasms and to sacrifice their trusted procedures. There are also real problems in implementing the alignment agenda in fragile states where coherent and democratically accountable planning is still no more than an aspiration.



- Fourth, and following on from this, a big question will be whether the new partnership will be able to leverage the large reallocations in health that are likely to be needed if the principles are to be followed. In particular, the untied budgets, those not pre-allocated to special purpose vehicles like the Global Fund, may find themselves cast in the role of funders of last resort, left to pick up the residual budget lines in national plans, or plans as a whole in unglamorous countries. How will that go down?



- Fifth, even if these problems can be solved, there remains the question about the size of health budgets relative to other sectors. Is full funding of health budgets the right thing to do if other sectors are under-funded? Who is making resource allocations at the margin? How does the Ministry of Finance manage the macro-economy, including the size and distribution of public expenditure, in the face of global campaigns like this one for the health MDGs, or Education For All?

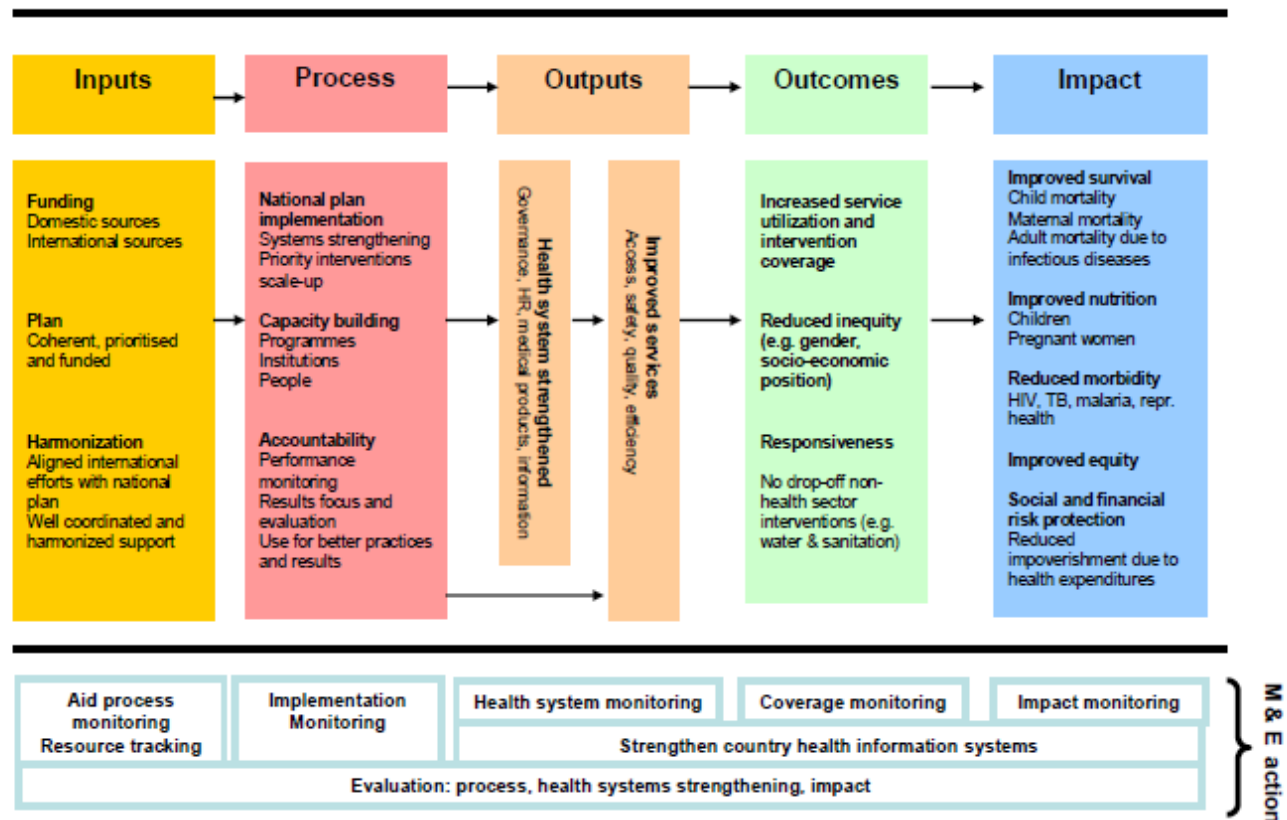
IHP+に対する評価



- 日本とアメリカが関わらなければ、大きな変化がない。



Framework for monitoring performance and evaluation of the scale-up for better health





Date	Event
28th Jan 08	Heads of H8 meeting, Geneva
29th Jan – 1st Feb	Ninth African Union Summit, Addis Ababa
13th –17th Feb 08 (tbc)	Global Health Summit and other G8 related health meetings, Tokyo, Japan
28th Feb – 1st Mar 08	Inter-regional country teams meeting, Lusaka
12th–13th April 08	World Bank–IMF Spring Meetings, Washington DC
21st April 08 (tbc)	Africa Ministerial Review of progress with IHP+
19th –24th May 08	World Health Assembly, Geneva
28th – 30th May 08	Fourth Tokyo International Conference for Africa Development (TICAD IV)
7th –9th July 08	G8 Summit, Hokkaido
22nd July 08	Meeting of Heads of International Health Organizations (H8), Washington DC
1st – 5th Sept 08	Africa Regional Committee, Cameroon
2nd–4th Sept 08	High Level Forum on Aid Effectiveness (HLF3) – Accra

無料maternal careの推進



- In Ghana, a universal free delivery policy was implemented to improve access to delivery care in health facilities, thereby improving access to skilled attendance and reducing maternal mortality.
- 必要だが効果を出すためには、医療従事者の育成確保が必要。On the job trainingや継続的医療教育が必要。医療器具や薬を使いこなせる人材が必要。
手術の要否の見極め、蘇生術、将来の見立てができるようになることが必要

GHANA MEDICAL JOURNAL Volume 41, Number 3 p125 September 2007

HOSPITAL BASED MATERNITY CARE IN GHANA – FINDINGS OF A CONFIDENTIAL ENQUIRY INTO MATERNAL DEATHS JANET ANSONG-TORNUI, *MARGARET ARMAR-KLEMESU, DANIEL ARHINFUL, SUZANNE PENFOLD¹ and JULIA HUSSEIN

Impact, Noguchi Memorial Institute for Medical Research, University of Ghana, Legon, Ghana and ¹Impact, University of Aberdeen, Health Sciencesより



Table 1 Global health workforce, by density

WHO region	Total health workforce		Health service providers		Health management and support workers	
	Number	Density (per 1000 population)	Number	Percentage of total health workforce	Number	Percentage of total health workforce
Africa	1 640 000	2.3	1 360 000	83	280 000	17
Eastern Mediterranean	2 100 000	4.0	1 580 000	75	520 000	25
South-East Asia	7 040 000	4.3	4 730 000	67	2 300 000	33
Western Pacific	10 070 000	5.8	7 810 000	78	2 260 000	23
Europe	16 630 000	18.9	11 540 000	69	5 090 000	31
Americas	21 740 000	24.8	12 460 000	57	9 280 000	43
World	59 220 000	9.3	39 470 000	67	19 750 000	33

Note: All data for latest available year. For countries where data on the number of health management and support workers were not available, estimates have been made based on regional averages for countries with complete data.

Data source: World Health Organization. *Global Atlas of the Health Workforce* (<http://www.who.int/globalatlas/default.asp>).

保健人材の育成・確保



■ 育成

初期投資の必要はあるが、効果、とくに持続性が大きい、他国との協調効果が目に見えにくい、広報によるカバー、先進国の国民の理解を得る必要

医師への卒前研修だけでなく、現職研修の必要性、研修への評価やノウハウの蓄積

緊急産科ケアやMVA含む中程度以上の技術の助産婦の育成とコミュニティでの定着と役割の再認識

格差に焦点を当て、Rural Area、特に医療・保健が行き届かない地域への適正な人材配置・供給 高次医療よりも一次・地域医療の重視

■ 確保

先進国の国内対策と連携

受入国の国内ヘルスワーカー不足への対策、支援、国境を越えた社会保障

送り出し国のメリットにはなっているのか？

送り出し国での、労働環境、教育環境の整備への先進国の投資

Luring Doctors and Nurses 'A Crime'



- Rich countries are poaching so many African health workers that the practice should be viewed as a crime, a team of international disease experts say in the British medical journal The Lancet. More than 13,000 doctors trained in sub-Saharan Africa are now practicing in Britain, the United States, Canada and Australia, leaving behind colleagues with impossible caseloads. African nurses and pharmacists are also sought after by clinics and drug store chains offering better pay and legal assistance with [immigration](#), said the experts, who include the heads of several pharmacy and medicine schools in Africa. “The resulting dilapidation of health infrastructure contributes to a measurable and foreseeable public health crisis,” the article said. “The practice should therefore be viewed as an international crime.”

■ February 22, 2008 Briefing | Africa

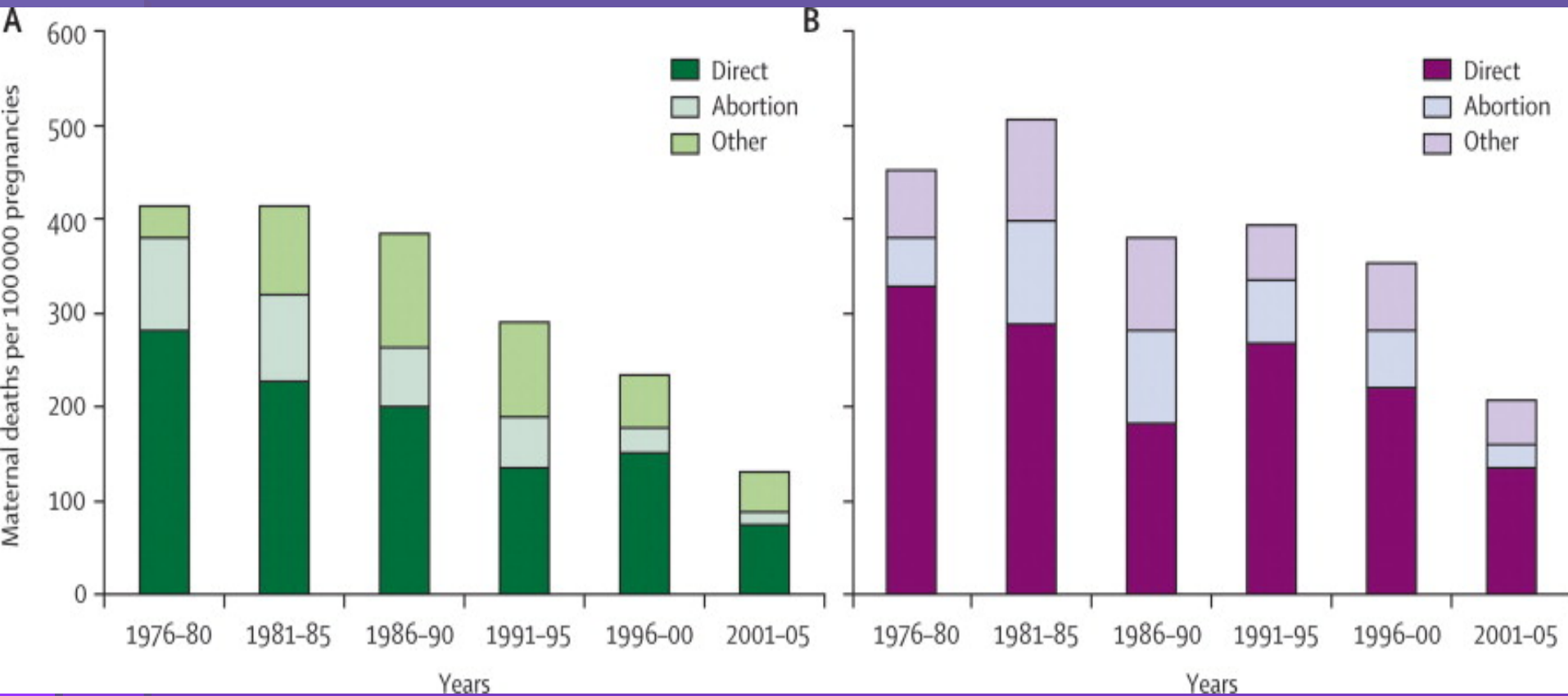
■ By REUTERS

安全な妊娠中絶へのアクセスの保障



- 1994国際人口開発会議行動計画8章.パラグラフ25
- Fact: 妊産婦死亡の少なくとも、13%
Lancet誌 は、安全でない妊娠中絶はこの時代で最もおそろかにされている健康問題のひとつであると指摘している。
2007年10月、Safe Abortion世界会議でMSIのダナ・ホービグ理事長は、「世界のすべて、特に最貧国において、安全でない妊娠中絶は、安全な中絶ケアへのアクセスができないという理由だけで成人女性や少女を死に追いやっている。妊婦の死亡率のすべての原因の中で、安全でない中絶の問題は最も容易に防ぎうることである。政府や資金提供者はそのための資源を拡大し、利用させるべき時期にある」と述べた。
- 介入による効果
中絶を合法化した南アフリカでは妊産婦死亡数が大幅に減少した。
このような事実を背景に法改革を推進する必要性が確認された。
法改革はやアドヴォカシーは、費用対効果が高い。
- Manual Vacuum Aspirationの普及

安全な中絶の保障は妊産婦 の健康改善にとっての近道



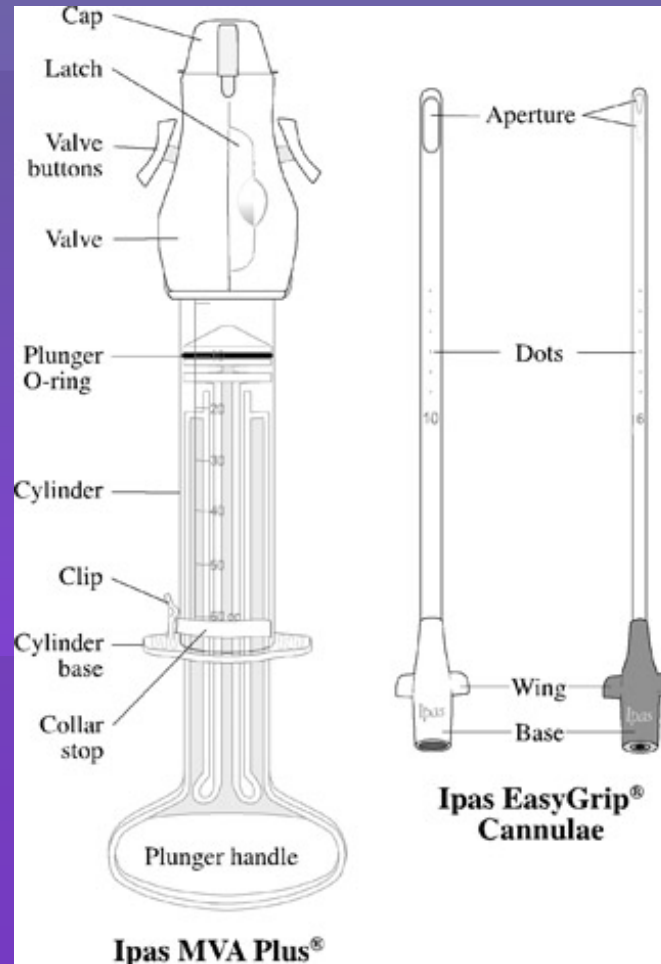


Safe Abortion
(MVA) Workshops
in progress



In Association With

Parts Assembled





Methods of Uterine Evacuation for Early Pregnancy

	Sharp Curettage (D&C)	Vacuum Aspiration: Manual (MVA)/Electric (EVA)	Mifepristone/ Misoprostol
Failure to evacuate	1%	1%	3-9%
Maximum uterine size	Typically 14 weeks	Typically 12 weeks	9 weeks
Side effects/ complications	Heavy bleeding; Uterine/cervical injury; Pelvic infection	Heavy bleeding; Uterine/cervical injury (rare); Pelvic infection	Lengthy bleeding; Abdominal pain; Diarrhea; Nausea
Provider skills	Gynecologic surgery; Anesthetist skills	Similar to IUD insertion; Ability to assess duration of pregnancy; Management or referral for complications of incomplete abortion	Ability to assess duration of pregnancy; Management or referral for complications of incomplete abortion
Level of skill necessary	Physician	Physician; Midlevel provider	Physician; Midlevel provider
Length of patient stay	1-2 days	1-2 hours	2+ visits

日本は世界の潮流を見誤るべきではない。



視点

「口封じ」政策の行方注視



WHO母子・新生児保健対策部長

モニル・イスラムさん(53)

米大統領選の行方は、妊産婦保健分野の従事者からも注目されている。人工中絶や避妊を支援する世界の非政府組織(NGO)にとって、この分野に関する次期大統領の見解は極めて重要な意味を持つからだ。

キリスト教右派などを支持母体とするブッシュ大統領は、家族計画を推進するNGOへの資金援助を停止している。「グローバル・ギャグ・ルール」(口封じの世界ルール、GGR)と呼ばれる政策で、レーガン大統領(81～89年)が84年の国際人口会議で発表したのが始まりだ。クリントン政権(93～01年)は撤回したが、01年のブッシュ政権発足で再び復活した。

世界には中絶を認めない道徳観を持つ人々が存在する。だが現実を見てほしい。途上国ではレイプなどによる望まない妊娠で多くの女性が苦し

み、安全ではない中絶方法で、毎年約7万人もの妊婦が死亡している。女性が身を守るため、産むかどうかを自ら選択するのは必要なことだ。

避妊を巡っては数年前、コンドーム使用に反対するローマ法王庁がWHO(世界保健機関)と対立した。だが、最近ではエイズ予防のため避妊を啓発する教会も増えている。「リプロダクティブヘルス・ライツ」(性と生殖に関する健康と権利)の重要性を世界は認識し始めている。

GGRを維持する米国に対し、日本や英国などは途上国の妊産婦支援を続けている。一国の政策の変化で妊産婦死亡率が上下する事態は避けたいが、米国は政権交代の度に方針を変えてきた。

次はどうなるのか。米大統領選を見るポイントの一つだと思う。

【聞き手・篠田航一】

EUの保健分野のアフリカ支援の方針



- 60. In the field of health, integrated strategies, including the strengthening of national health systems at all levels, will be promoted by Africa and the EU, based on adequate financing, human resources and commodities. To reinforce health system capacity, partners will also jointly address both the migration of health workers, which is a crisis in some African countries, and the creation or reinforcement of social protection systems. Efforts will be made in line with the Africa Health Strategy, the EU Project on Human Resources for Health, the Abuja commitment (15% financing for health) and the European Programme for Action to Tackle the Shortage of Health Workers in Developing Countries. Efforts to scale up towards universal access to basic health services, HIV/AIDS, Tuberculosis Malaria prevention, treatment, care and support by 2010, and cooperation on other pandemics as well as on issues relating to meningitis, will be intensified, with special focus on women, children and adolescents, older and disabled persons as well as members of vulnerable groups.
- 61. The involvement of the private sector in health sector development and financing, including through public-private partnerships, should be encouraged and the production and access to generic medicines should be enhanced. Africa and the EU will, in addition, promote further research, particularly for vaccines and new medicines for both major and neglected diseases, and on issues relating to water-borne diseases, as well as on the clinical effectiveness of traditional medicine. Partners will also work towards effective implementation of international health agreements and regulations. Other issues of common interest, such as the abuse of narcotic drugs and the preparedness and responses for emergencies, should be addressed. Special attention will be given to fighting malnutrition in Africa, in line with the Africa Regional Nutrition Strategy.



- 62. Sexual and Reproductive Health and Rights (SRHR) will be promoted with the aim of achieving universal access to reproductive health by 2015 and to reduce newborn, infant and maternal morbidity and mortality, as set out by the International Conference on Population and Development (ICPD) and the Maputo Plan of Action, in the context of the Action Plans of this Joint Strategy.
- ***Gender Equality***
- 63. Africa and the EU will also strengthen the inter-institutional fabric of their administrations to mainstream gender equality in all strategies, policies, programmes and actions. They will address the entire range of women's rights and strengthen their efforts to eliminate illiteracy and to ensure equal access of girls to education, to fight the feminisation of poverty, to promote women in decision-making positions and peace processes, and fight sexual and gender based violence against women and early forced marriage, and work towards the abandonment of female genital mutilation and cutting (FGM/C) and other harmful traditional practices, as set out in the Beijing Platform for Action and the AU Solemn Declaration on Gender Equality.



- ジェンダー主流化
- 社会的脆弱性 不平等に焦点を当てること
が持続性の鍵
- 障害者 6億人への対応を忘れないこと。
障害者政策についての日本の強み



THANK YOU



すぺーすアライズ

〒272-0023

千葉県市川市南八幡4-5-20-5A

Tel. 047-376-6556

Fax. 047-320-3553

allies@crux.ocn.ne.jp

麻鳥 澄江

鈴木 文