

保健システム強化に向けたグローバル・アクション

GLOBAL ACTION FOR HEALTH SYSTEM STRENGTHENING  
Policy Recommendations to the G8

Task Force on Global Action for Health System Strengthening  
© 2009 Japan Center for International Exchange

本書は上記書名のもとに刊行した英文出版物を(財)日本国際交流センターにて  
翻訳・編集したものである。

G8北海道洞爺湖サミット・フォローアップ

# 保健システム強化に向けた グローバル・アクション

## G8への提言

保健システム強化に向けたグローバル・アクション・タスクフォース



# 目次

|                                |     |
|--------------------------------|-----|
| G8とグローバル・ヘルス：洞爺湖サミット後の政策形成のあり方 | 9   |
| 武見敬三　マイケル・R・ライシュ               |     |
| 保健人材危機克服の機運をいかに活かすか            | 27  |
| 神馬　征峰                          |     |
| 途上国における保健財政の強化                 | 63  |
| ラビンドラ・ランナン・エリヤ                 |     |
| 保健情報分野での協調に向けて                 | 101 |
| 渋谷　健司                          |     |
| 参考資料                           | 135 |



# G8とグローバル・ヘルス： 洞爺湖サミット後の政策形成のあり方

武見敬三 マイケル・R・ライシュ

2008年7月初めに開催されたG8北海道洞爺湖サミットの首脳宣言では、「開発・アフリカ」の議題の下でグローバル・ヘルス(地球規模課題としての保健)の諸問題が取り上げられた。日本政府が発表した概要では保健について以下のように述べられている。

G8指導者は、過去のコミットメントの履行状況を示す一覧表とともに提出されたG8保健専門家報告書を歓迎するとともに、保健分野の行動原則を盛り込んだ「国際保健に関する洞爺湖行動指針(洞爺湖行動指針)」を立ち上げた。また、G8指導者は、昨年ハイリゲンダム・サミットで合意した保健分野支援のための600億米ドル供与について、今後5年間で供与するとの目標に向けて取り組むことに合意した。加えて、マラリア対策に関し、他の諸国等と協力して、2010年までに蚊帳1億張を提供することを目指すことに合意した<sup>1</sup>。

日本のリーダーシップのもと、G8諸国の保健および外交政策担当者が準備したG8保健専門家会合報告書「国際保健に関する洞爺湖行動指針(洞爺湖行動指針)」では、グローバル・ヘルスの重要な諸課題が取り上げられた<sup>2</sup>。この報告書には、日本

---

本稿執筆にあたりコメントをいただいたスーザン・ハーバード、ローラ・フロスト、神馬征峰、スコット・ゴードン、マイケル・ゴロフ、ソフィア・グラスキン、ラビンドラ・ランナン、エリヤ、マーク・ロバーツ、渋谷健司の各氏と、研究に協力していただいたメーガン・ライディ氏に感謝申し上げます。

やグローバル・ヘルス関係者の保健システム強化に対する政策的な関心の高まりが明確に反映されている<sup>3</sup>。サミットに先立ち、武見敬三をはじめとする日本の多様なセクターの代表が「国際保健の課題と日本の貢献」研究会を組織した。この研究会は、国際関係や地球規模の政策課題を専門とする非営利、非政府組織(NGO)である(財)日本国際交流センター(JCIE)によって運営されており、政府関係者、日本の援助実施機関の各担当者、学者、NGOの代表などがメンバーとなっている。サミット終了時に、日本政府は、G8首脳が合意した新しい政策構想のフォローアップのための仕組みが必要であるとして、このトラック2プロセスに加わった。本研究会は、G8に対する保健システム強化に向けた具体的なアクションに関する政策提言を作成し、今後のG8サミット、特にイタリアが議長国となる2009年のサミットに向けて気運を維持し、引き継いでいくことを目指している。

本稿では、日本による国際保健分野における洞爺湖サミット首脳宣言のフォローアップ活動の概要を述べると共に、G8に対する提言となる保健人材、保健財政、保健情報に関する3本の政策論文の背景を示す。まず、保健システム強化に対する関心の高まりを概観し、グローバル・ヘルスのガバナンスとそのあり方におけるG8の特異な役割を論じる。さらに、3本の政策論文について論じ、将来の方向性について問題提起し、本稿をしめくくる。

## 保健システムに対する関心の高まり

世界では、現在、グローバル・ヘルスの諸課題への取り組みにおいて、疾患別アプローチから保健システム強化へと焦点を移す動きがある。健康改善のためのこれら2つのアプローチは、しばしば「水平」「垂直」アプローチと呼ばれている。双方のアプローチの支持者による議論が続く中、この2つを統合して「対角線」アプローチにするという第三の折衷的な戦略を主張する人々もいる<sup>4</sup>。また、このような議論を「終わりにする」よう主張する人々もいる<sup>5</sup>。私たちはこれらの2つのアプローチの間により良いバランスを見いだすことが必要だと考える。そうすることで個々の疾患と



の闘いと保健システム強化のための努力が相乗効果を持つようになり、より大きな成果を生むことが可能になるからだ。しかしどのようにバランスを取れば良いのかを正確に見極めるのは難しい。特に垂直プログラムの保健システム強化への影響について明らかになっておらず、また議論が分かれている状況ではなおさらである。また、両者の関係がゼロサムゲーム、一方を利すれば他方を失するという関係であるという確かなエビデンスもない。だが明らかに疾患別プログラム関係者は、世界の資源が保健システム強化に移行することに神経質になっている。

保健システムに対する関心の高まりには、いくつかの要因がある。第一に、この10年の間に疾患別アプローチの発展がさまざまな予期せぬ結果を生み出したことである<sup>6</sup>。疾患別アプローチは健康改善に多大な貢献をしてきた。それはとりわけ、既存の多国間や各国の保健機関では、エイズなどの疾患による途上国への壊滅的な影響に対処できなかったことによる。しかし、現在、複数のドナーが支援する疾患対策プログラムが調整されないままに実施されることにより、被援助国が対応しきれない状況が生まれている。具体的には、疾患別プログラムの業務が負担となって、保健担当省の業務効率が低下していることが認められている。それに加え、政府諸機関に配分されるはずの資金や人材が、疾患別プログラムに投入されることで、保健システムの弱体化につながる場合もある。2つの重要な疾患別プログラム、すなわち世界エイズ・結核・マラリア対策基金(世界基金)とワクチン予防接種世界同盟(GAVI アライアンス)が、被援助国の保健システム強化への取り組みを積極化させるようになった。その方法についてはいまだ結論は出ていないものの、疾患別プログラムと保健システム強化、両方のアプローチを発展させる必要性を認識したと言える<sup>7</sup>。

保健システム強化に焦点があたるようになった第二の要因として、世界保健機関(WHO)がプライマリ・ヘルスケアの政策を見直そうとしていることを挙げることができる。プライマリ・ヘルスケア・アプローチは1978年のアルマ・アタ宣言を受けて世界で公式に始められた<sup>8</sup>。しかしながら、貧しい国々は、プライマリ・ヘルスケアの実施において多くの困難に直面することとなった。WHOはアルマ・アタ会議開催30周年にあたる2008年の年次報告書で<sup>9</sup>、皆保険の確立、人間中心アプローチ、そしてプライマリ・ケア(第一次医療)の効果的な供給にあらためて重点をおき、プライ

マリ・ヘルスケア・アプローチの再活性化を目指している<sup>10</sup>。

第三に、国連ミレニアム開発目標(MDGs)の達成を妨げている要因は、保健システムの弱さにあるという認識の高まりである<sup>11</sup>。保健システムのパフォーマンスの問題が、保健関連のMDGs、すなわち乳幼児死亡率(MDG 4)、妊産婦死亡率(MDG 5)、エイズ、マラリア、その他の疾病の蔓延の防止(MDG 6)の目標達成を阻む大きな原因とみなされている。

第四に、グローバル・ヘルスに関わる政策構想がシステム全体に与えるインパクトに対する関心の高まりを反映して、パリ宣言の原則に基づく、援助の効率性と被援助国レベルでのドナー間の協調が一層求められるようになってきた。世界的に保健に充てられる資源が増えるなかで、アウトプット、すなわち保健効果(たとえば効果的な健康保険や健康改善)よりも、インプット(特に人材や資金)に重点が置かれてきた。とはいっても、強力なドナー間協調をめざした過去の試み(貧困削減戦略や分野横断アプローチ)が保健システムのパフォーマンスの向上に役立ったというエビデンスが十分にあるというわけではない。

個別の疾病対策プログラムの支持者たちは、保健システムに再び重点が移ることで彼らのプログラムから資源が奪われ、今までの成果が損なわれるかもしれないことを懸念している。保健システム強化を進める際、感染症が流行するリスクをモニターし続ける必要がある。また、以下で論じるように、人間の生活にはあらゆる側面があることを認識し、コミュニティに根ざしたアプローチをとることで、保健システム強化というマクロの政策に焦点を当てることから生ずる負の結果を回避することができるだろう。

## 保健システム強化

保健システム強化に関する実践的な定義については、いまだ合意ができていない。国際保健の世界では、異なる主要機関が推進しているいくつかのアプローチが競合しているのが現状である<sup>12</sup>。ここでそのうちのいくつかを簡単に紹介する。

WHOの2000年の年次報告書は、保健システムに関する問題について国際的議論を引き起こした<sup>13</sup>。報告書では保健システムを「健康を増進し、回復し、維持しようとするを第一義的な目的とする全ての活動」を含むものと定義している。しかしながら、報告書とそれをめぐる議論では、いかに保健システムのパフォーマンスを強化するかということよりも、保健システムのさまざまな面をいかに評価するかが焦点となった。

WHOは『全ての人々の問題』の中で、保健システム強化に向けたその最新のアプローチを提示した。しかしながら、この2007年の報告書は、保健システムの明確な定義や境界を示していない。実際、この報告書は、保健システム強化のための「実践モデル集の決定版は存在しない」なぜなら「保健システムは、周囲の状況と密接に関連したものだ」から、と述べている<sup>14</sup>。さらに、報告書の枠組みは実践に応用しやすいものではない。同書は、保健システムの6つの構成要素として、サービスの供給、保健人材、情報、医療技術、資金、そしてリーダーシップとガバナンス、をあげる。しかしそれらがどう組合わさっているのか、どう相互に関連しているのか、これらの要素を使ってどう保健システムを作り上げるのかについては明確にしていない。

世界銀行は、「健康的な開発」についての2007年の戦略文書で、保健システム強化への自らのアプローチを説明している<sup>15</sup>。「グローバル・パートナーとの協同的な役割分担」(p. 18)を世界銀行が必要としていることが認識されている。グローバル・パートナーの一部であるWHO、国連児童基金(UNICEF)、国連人口基金(UNFPA)、などの機関は、疾病対策、人材育成、サービス供給の分野で専門能力を発揮しているとされる。世界銀行が自らの得意分野とみなすのは、より広範なシステムの課題、特に保健財政、保健経済、また官民連携、公的部門の改革とガバナンス、保健分野における分野横断的協力、そしてマクロ経済と保健である。世界銀行にとっての重要な課題はその戦略の実行である。グローバル・ヘルス向けの資金に占める世界銀行の資金調達割合が年々小さくなり、問題領域が世界銀行の得意分野よりも広範囲に及び、1997年に策定された世界銀行の戦略が十分に検証されていない(p.38)今こそ、戦略の実行が求められている。

保健システム強化への関心の増大に伴い、モデル、戦略、そしてアプローチが氾濫

している。WHOと世界銀行の取り組みはそのほんの2例に過ぎず、他にも枠組みが存在する。残念ながら、保健システム強化には型で抜いたようなアプローチはない。全ての国に適用できる単一の方策などはないのである。保健システムのパフォーマンスを向上するというは一連の過程であり、その過程はそれぞれの国の状況、すなわち政治や経済の状況、その社会の価値観、その政治指導体制に適合したものでなければならない。

政策立案者の立場から見ると、保健システム強化の戦略的な枠組みは、何をすべきか、いかにすべきか、そしてどのような成果を期待できるかを決定する上で役立つものであるべきである。加えて、その枠組みは実際の結果を生み出すのに役立つと同時に適切な理論に根ざすべきである。さらに、現実の世界の政治状況の中でいかに考えを実行に移すか、いかに目標をさまざまな倫理的観点と結びつけるかについての指針ともなるべきである。私たちは、ロバーツ、シャオ、バーマン、ライシュの4氏によって提案された保健システム強化のためのアプローチ<sup>16</sup>が、これらの基準を満たす上で重要な一歩になり、さまざまな機関によって推進されている多様な概念を整理するのに役立つと信じる。

## グローバル・ヘルスのあり方とG8

### 国際保健におけるG8の役割

グローバル・ヘルスのあり方については抜本的な構造改革が進んでいるところである。世界銀行の戦略文書で指摘されているように、かつての支配的プレイヤーは徐々に脇役となり、影響力を減少させつつある。これは、資金において優位にあった世界銀行と、規範において優位にあったWHOの双方に言えることである。グローバル・ヘルスの政策形成は、多くの関係者が関わるプロセスとなったが、一方で明確な制度的プロセスはなく、競争と混乱が国際レベルでも国レベルでも生じている。保健システム強化のための地球規模の枠組みが重複したり対立したりしながらいくつも存在していることは、この無秩序の反映である。私たちは、グローバル・ヘルス

の枠組みをよりまとまりのある方向に組み立て直す上で、G8が触媒として重要な役割を果たすことができると信じる。

G8の台頭は、21世紀のグローバル・ヘルスをめぐるガバナンスの急速な変化、特に、唯一の国際的な保健機関としてのWHOの役割の低下と同時に起こっている。この10年間に、ビル&メリンダ・ゲイツ財団(ゲイツ財団)、世界基金、GAVIアライアンスなどの新たな機関がグローバル・ヘルスの意思決定に加わってきた。官民連携が国際レベルでも国レベルでも保健政策の原則になった。

WHOの伝統的な強みの一つは、総会を通して加盟国を代表するという組織上の権能を付与されていることであった。しかし、グローバル・ヘルスの新たな時代においては、民間セクターやNGOとの関わりにおいて、WHOの法的枠組みはかえって制約となっている。もう一つ、WHOの強みでもありその限界でもある点は、WHOが主に情報や技術を提供する専門機関であるという特質である。そのため、保健システム強化を目的とした財源や人材の配分に関しては、各国政府に対する影響力をそれほど持っていない。

WHO改革の必要が最初に叫ばれてから、かなりの時が過ぎた。歴代の事務局長が組織改革を進めてはいるが、未だに新しいアイデアの実行は難しい<sup>17</sup>。最近のWHO改革の気運は、国連改革という大きな動きを反映するものであり、国際的な議題の中で説得力と優先度を増している<sup>18</sup>。WHOは、グローバル・ヘルスに関する政策形成のための世界の中心機関として、その核となる機能を明確にし、強化すると同時に、技術面や組織としての競争力を向上させることが緊急の課題となっている。

関係者が急増しつつあるこのグローバル・ヘルスの分野に、ヘルス・エイトまたはH8として知られるようになった新たな主体が出現した。H8はWHO、世界銀行、GAVIアライアンス、世界基金、UNICEF、UNFPA、国連合同エイズ計画(UNAIDS)、ゲイツ財団の8つの組織で構成されている。H8会合は、国際政治指導者の会合同様に、議論の場を提供しつつも、その組織的な実施能力は限定的である。2007年7月19日に行われたその初会合で、H8リーダーたちは「途上国の健康増進を達成するためにグローバル・ヘルス分野での連携を強化する」目的で「非公式に」会合を続けると述べた<sup>19</sup>。議論された5つのテーマの中に「保健システムへの関心の復活」も

含まれていた。

H8リーダーたちは、保健システム強化は健康改善をもたらす能力によって評価されるべきだと合意し、WHOと世界銀行に対し「保健システム強化のための規準となる枠組みの完成を急ぐよう」強く要請した。このようにH8は、グローバル・ヘルスに関わる情報交流の改善、協力、そして合意形成のための格好の場となり、G8との交流も始まっている。

1975年に市場経済の主要国首脳が年1回の会合を持ち始め、新たな世代の国際制度が誕生した。G8とグローバル・ヘルスの関わりを体系的に分析した研究によれば、G8は1996年以降の全ての会合でグローバル・ヘルスの課題を検討している<sup>20</sup>。その研究が明らかにしたところでは、G8は「グローバル・ヘルスのガバナンス全般において効率的で高いパフォーマンスをもつ中枢」として登場した。日本とイタリアの首脳は、G8によるグローバル・ヘルスの課題への取り組みを牽引する上で重要な役割を果たしており、2000年の九州・沖縄サミット及び翌年のジェノバ・サミットが世界基金の創設を導いたことはその成果の一例である。

G8は、その特徴ゆえに、グローバル・ヘルスの政策形成において、首相個人の考えを重視した、注目を得やすい、そしてその時々課題に柔軟に対応できる協議の場となっている。年1回各国の首脳が集まることで、G8の外の主要な関係者との焦点を絞った議論が可能になる。例えば、G8は過去数回の会合にアフリカの中心的なパートナーとして4カ国(アルジェリア、ナイジェリア、セネガル、南アフリカ)の代表を招き、開発と保健に関する重要な課題を議論した。グローバル・ヘルスのガバナンスにG8が登場したことは、グローバル・ヘルスの脅威と闘うためには連携した行動が求められ、既存の多国間の制度よりも柔軟な枠組みを必要としていることを反映している。G8は既存のグローバル・ヘルスの官僚組織や関係機関の枠を越えて、考え、行動することができる。このようにG8は、そのパワーとビジョンを通じて、グローバル・ヘルスの課題やその優先順位を転換する手助けをする上で独自の地位を築いている。同時に、G8そのものには実施能力がない以上、政策の実施については、既存の組織や新しい主体に依存しなければならない。

グローバル・ヘルスにおけるG8とH8の台頭は国際政治におけるパワー・シフト

の反映でもある。保健問題のグローバル化が意味していることは、人類共通の課題が国境を越えており、個々の国家が自国の地政学的な問題のみに注目していることはできない、ということである。国境を越えた問題に対処する能力を持つ国家は、結果的に国際政治でより大きな影響力を持つことになるだろう。G8サミットのプロセスによって、8カ国の首脳は国際課題に取り組むよう促される。また、G8サミットの一連のプロセスは、企業やNGO、国際機関などのG8以外の利害関係者が、G8内部の決定に影響を及ぼす機会ともなりつつある。このパワー・シフトが、グローバル・ヘルスの政策形成のあり方を変革しつつある。H8のメンバーは、この新たな政策形成過程における自らの役割を定義しようと努めている。しかし、この変革がどこに至るのかはまだわからない。

グローバル・ヘルスの問題が外交政策としてもとりあげられるようになったことは、G8のグローバル・ヘルスに対する関心の増大に役立っている。2007年3月、ブラジル、フランス、インドネシア、ノルウェー、セネガル、南アフリカ、タイの外相は、国際保健を外交政策に含めるため「外交政策の範囲を拡大する緊急の必要」についてのオスロ閣僚宣言を発表した。宣言は「我々は、共に、協調した対策や協同の努力を必要とする、差し迫った多くの課題に直面している。我々は、新しいアイデアが生まれるよう促し、新たな連携や仕組みを求め、発展させ、協力のための新たなパラダイムを創造しなければならない」としている<sup>21</sup>。外相たちによるこの構想は、保健課題に取り組むために新たな形の国際的なガバナンスを求めると共に、「全ての国は確固たる、問題への対応力のある保健システムを必要としている」などの共通価値を強く主張している。英国と日本の政府も「外交政策としてのグローバル・ヘルス」戦略を特段の熱意を持って受け入れ、支持している<sup>22</sup>。

## グローバル・ヘルスと人間の安全保障

グローバル・ヘルスの課題は、このように保健だけの問題ではない。今やそれは外交政策、経済成長、人権、そして人間の尊厳と関わっている。これらの幅広い重要性を無視する国々は危機に陥るだろう。このような人間中心のアプローチはこの10



年の間に人間の安全保障という概念に収れんしていった。人間の安全保障は、伝統的な概念である国家の安全保障を補完するものであり、「人間の生命にとってかけがえのない中枢部分を守り、すべての人の自由と可能性を実現すること」と定義され<sup>23</sup>、特に欠乏と恐怖からの自由に注意が向けられている。人間の安全保障は2種類の戦略によって遂行される。すなわち、危機的かつ広範な脅威から人々を守る保護戦略と困難な状況に対処する人々の能力を育てるエンパワメント戦略である。このアプローチは保健システム強化と強い関連がある。というのは人間の安全保障は個人とコミュニティに注目する、需要主導型プロセスの実例であり、どのように人々の福祉を向上させるかを包括的に考えることを目指しているからである。

日本は人間の安全保障の最も強力な推進国の一つである。日本の戦後の平和主義は、指導者の世代交代に伴い転換期を迎えているが、人間の安全保障のアプローチはそれを再形成する枠組みとなる。人間の安全保障は、日本の新しい平和主義と国際社会の主要な一員としての新たな貢献のあり方を規定する、理念の土台となっている。過去10年にわたって日本政府はグローバル・ヘルスを人間の安全保障政策のエントリーポイントとし、外交政策課題においてグローバル・ヘルスに高い優先順位を与えてきた<sup>24</sup>。人間の安全保障の枠組みの中で、グローバル・ヘルスに取り組むことで、二国間、多国間の諸機関、さらにG8のプロセスを通じた具体的な戦略を策定することが可能となる<sup>25</sup>。人間の安全保障に組み込まれた二重の戦略、すなわちコミュニティ・レベルでの人々の保護とエンパワメントは、WHOによるプライマリ・ヘルスケア再活性化の努力とも、戦後日本の国内的な保健システム強化の努力とも、合致するものである。

## 洞爺湖サミット・フォローアップ政策論文

洞爺湖サミットで醸成された保健システム強化に向けた気運を維持するために、日本政府は洞爺湖でのコミットメントのフォローアップとなる政策提言を求め、武見研究会とJCIEに対して具体的な提言を検討するために新たなプロジェクトを立ち上げ



るよう促した。本プロジェクトは「国際保健に関する洞爺湖行動指針」の中で強調されたテーマに関する3つの政策論文(保健人材、保健財政、保健情報)を準備した。武見研究会は、その発足時から、日本の多様なセクターからの参加者を受け入れており、特に関連省庁である外務省、厚生労働省、財務省は一貫して積極的に関与している。本プロジェクトは政府機関の正式なチャンネルの外(いわゆるトラック2というアプローチ)で実施されており、日本の厚生労働省、財務省、外務省およびH8機関やG8諸国、シビル・ソサエティ組織の代表者も非公式な形で参加している。このトラック2という方式を使うことで、一般通念を越えた政策案の検討や専門家の活用を柔軟に行うことが可能となり、主要な関係機関の協力も確保できる。この方式は、保健システム強化のための、G8や関連する実施機関の支持を得られるような革新的なアプローチを明確にするために考えられた。

政策論文は、人、資金、情報という保健システム強化のための3つの構成要素を取り扱っている。これらのトピックは保健システムへのインプットの問題であり、責任者や政策立案者が、保健システムで何をするかを決める上で必要となる重要なものである。同時に保健情報はアウトプットでもある。つまり保健システムのさまざまな活動、即ち、資金や人がどのように使われたのか、それらが健康の改善という点でどのような成果をあげたか、について評価するものである。これらの3つの要素は相互に関連している。資金は人を雇うのに必要であり、雇われた人々は保健情報を集め、分析し、解釈し、得られたデータはさらなる資金をどのように使うかを決定する人々によって利用される。3つの政策論文の全文は本書に収録されているが、主な見解とG8への具体的な提言は以下の通りである。

## 保健人材

保健の人的資源は、保健の計画と運営において長年の懸念材料であり、保健医療従事者の極度な不足が世界中で見られる。しかし、保健人材の研究チームのディレクターである神馬征峰教授は、単なる数の問題にとどまらない、他の重要な課題を明らかにしている。その中には、報酬、動機づけ、トレーニング、監督が不十分であ

ることや労働環境の劣悪さなどが含まれる。神馬教授は、さらに保健医療従事者の極端な偏在が、一国内、国際レベル、専門別、スキルの差などさまざまな形で見られることも明らかにしている。対応策として、論文ではG8がこれらの課題に取り組むための4つの行動を提案している。

1. 既存の保健人材とG8のコミットメントをより有効に活用できるように、保健人材関連プログラムを計画、実行、評価するための各国の能力を強化する
  - 1.1 国レベルで保健人材の改善状況に関する評価メカニズムを確立する
  - 1.2 保健人材の拡大を制約しているマクロ経済政策を変更する方法を特定する
  - 1.3 資源の限られている領域で保健・医学教育へのアクセスを保障するため、高等教育機関による国際ネットワークを強化する
2. 保健医療従事者の移住を後押ししている受け入れ国側の原因に取り組む
  - 2.1 自国の資源を使って自国内の環境を整備し、保健医療従事者を増やす
  - 2.2 移住労働問題に対処するため、WHOの行動規範を支持する
  - 2.3 個人が移住によって雇用を求める権利とすべての人が健康を求める権利の両方を保護する実地的な解決策を探る
3. 保健人材の改善のため、G8諸国によるレビューを毎年行う
  - 3.1 G8国が行っていること、うまく機能したこと、およびそれを裏付けるエビデンスを共通の指標を使って評価する
  - 3.2 このレビューを用いて保健システムのパフォーマンスを評価することにより、資金供給と情報の格差を特定する。また、エビデンスに基づくベスト・プラクティスを特定し、人材資源の強化を通じた保健システムの改善方法に関する知見を増やし、また、G8国がコミットしたことの実施状況を把握する

## 保健財政

途上国における保健財政についての十分正確な推計はないが、最近の傾向を見ると保健に対する国内外の資金は増加している。しかし、ラビンドラ・ランナン・エリヤ博士は、保健財政についての論文の中で、「資金が増えることは必ずしもよい結果を意味していなかった」と強調している。限られた資金で保健システムのより良いパフォーマンスを達成できている国もあれば、保健に多額の投資を行っているのに結果が伴っていない国もある。国によるパフォーマンスの違いを分析することで、限られた資金で保健システムがうまく機能する条件を理解することが可能となる。公的部門による資金供給は必要条件であるというコンセンサスが世界的に広がりつつあるが、公的な資金供給の形態(すなわち、税による歳出対社会保険)についてはまだ議論が続いている。良好なパフォーマンスが得られるかどうかは、どのように資金が使われているか、そして保健システムの対象が「支援が困難な」層にまで拡大しているかどうかにも左右される。ランナン・エリヤ博士は開発途上国の保健財政にかかわるこれらの課題に取り組むために、G8が以下の3つの行動をとるよう提案している。

1. G8諸国は、医療への援助額の拡大に努めるだけでなく、国が主導する保健財政と保健システム政策の改善に向けた支援を通じて、保健支出に見合うだけの成果を高める努力をするべきである
2. G8諸国は、専門家間の既存の合意を踏まえ、貧困層および社会的弱者層の保険加入を拡大するために、税金あるいは社会健康保険のどちらか、または両方による公的保健財政を中核に位置付け、各国の保健財政政策への支援を最優先することを明確にすべきである
3. G8諸国は、財政政策を改善するための途上国の能力改善に投資すべきである。このためには、保健システムの政策評価の実施に必要な国のキャパシティの開発と、成功事例を生んだ諸国の教訓を理解し共有するメカニズムへの投資を拡大する必要がある

## 保健情報

渋谷健司教授によって書かれた保健情報に関する政策論文は、この分野における2つの重大な課題を明らかにしている。すなわち、技術的能力不足と配分の非効率性である。前者について、適切なデータは存在しているのに政策立案や政策分析の担当者によって使われていないのは、情報にアクセスできないか、または保健システムのパフォーマンスについての問題を解決するためにデータを分析し利用する能力がないかのいずれかの理由による、と渋谷教授は説明している。また配分の非効率性については、明確に定義した評価システムもないまま、事前の調整をしないでデータの収集や蓄積が行われているとしている。これらの問題を是正するために、彼はG8による3つの行動を提案している。

1. 保健システムやプログラムに関するG8のコミットメントを評価するためにG8が年次レビューを実施する
  - 1.1 援助の実効性、保健プログラム、保健システムのモニタリングと評価のための指標やそれを測定するための手法の標準化を行う
  - 1.2 共通の枠組みと指標を用いてG8とそのパートナーによる今後の保健関連活動の計画や評価を行う
2. 国際的なあるいは地域的な研究拠点のネットワークを利用して「デジタルコモンズ」を設立し、国や国際レベルでのデータへのアクセスやその分析の質を改善する
  - 2.1 公共財としての自由なアクセスとデータ共有の原則を推進する
  - 2.2 共通の指標に関する国際的なデータバンク(まずはMDGターゲット、人材、財源追跡から開始する)、データの互換性や質の保証の仕組みを開発する
  - 2.3 保健政策のための実証的なエビデンスを構築するため、グローバルな保健モニタリングに関するコクラン・ライブラリー方式のプロセスを設立する
3. 保健指標のための財源を国際レベルと国レベルの双方でプールし、「グローバ

ル・ヘルス・メトリックス・チャレンジ」を創設する

- 3.1 国やデータ担当者により質のよいデータを収集、共有、分析、解析するためのキャパシティの開発と、インセンティブを与えるような枠組みを創る
- 3.2 標準化された指標の測定手法開発、データの公開、地域のキャパシティの強化、ITの適切な利用、などの原則に適合した第三者評価を保健資金拠出の条件にする
- 3.3 人口動態統計が不完全もしくは存在しない国では人口動態統計の開発を優先する
- 3.4 複数の疾病およびリスク要因に関する世帯調査に対して資金を提供する

## 議論

保健人材、保健財政および保健情報に関する3つの政策論文は、グローバル・ヘルス政策に関わるいくつかの共通テーマをとりあげている。これらの3つの要素(人、資金、データ)だけでは保健システムのパフォーマンスの完全なモデルを構築できない。とはいえ、それらがグローバル・ヘルスの課題の中で優先されるべきものであり、またいかなるモデルにおいても重要な要素となる分野であることは確かである。

第一に、3つの論文全てが、G8が資源提供という量の問題と同様に資源活用という質の問題にも取り組む必要があることを強調している。3つの論文は、国内外からのさらなる資源が必要であることに加え、既存の資源(人、資金、データ)をより有効に活用する必要性を一致して述べている。G8は、例えば、既存の資源を保健システムのパフォーマンス向上のために効果的に使うための最良の方法や条件を特定する努力を推進することもできるだろう。

第二に、3つの論文全てが、G8が保健システム強化のための各国の能力とオーナーシップ(自助努力)の向上に取り組むことを求めている。データを集め、分析し、解釈し、さらに自らの保健システムのパフォーマンスを評価するための人材や資金

## 保健システム強化に向けたグローバル・アクション

を各国が十分に持てるようにG8が支援することは可能である。各国が自らの保健システム資源をより有効に活用する方法を知る能力の強化を手助けをすることも可能である。

第三に、3つの論文全てで、G8は、保健システムのパフォーマンス向上のために資源がどのように提供され使われたかを評価する標準指標を用いて、グローバル・ヘルス関連のコミットメントの履行状況の年次レビューを行うべきだとしている。日本はすでに洞爺湖サミットのコミットメントの年次レビューのプロセスを始めている。このプロセスを拡大し制度化すべきである。

保健システム強化のために行動するには、G8が首脳会談の場を超えて説明責任を果たすこと、そしてH8機関やドナー国および被援助国の諸機関との協同作業が求められる。G8サミットはスリムな組織であり、深刻な地球規模の課題を検証し、地球規模の政策課題に優先順位をつけるには効率がよい。G8-H8関係はまだ構築の途上であり、H8内部における意思決定のあり方も同様である。G8もH8も、形のある組織というよりは非公式のネットワークのようなものである。結果として、保健システム強化のためのG8の取り組みが効果をあげるためには、国際的なレベルにおいても国レベルにおいても(その相互関係においても)、実行にあたり何らかの創造的アプローチが求められる。G8にはグローバル・ヘルスのトップ機関となる能力はないが、G8が関わることで保健システム強化をこれまでにない形で前進させるはずみをつけることは可能である。

政策論文に盛り込まれた具体的な提言は、保健システム強化に関するさまざまな戦略を取り上げている。既存の組織や枠組みを整備し強化することを目指す、という意見もあれば、新たな地球規模の基金を創設することなく、新たな拠点となる主体を創るという意見もある。我々は、保健システムの問題を解決する革新的な方法を検討し、従来にはない考えを明確に打ち出すことを目指した。ここで提示した考えには既存の組織が好まなかったり、違和感を感じるものもあるかもしれない。私たちは保健システム強化に向けて革新的な思考、行動を喚起したい。とはいっても、グローバル・ヘルスの関係者の間に不必要な政治的対立を持ち込むことは避け、政治的な問題よりも実質的な機能に焦点を当てていくつもりである。もう一つの何よりも大切

な目的は、グローバル・ヘルスのあり方におけるWHOの能力を強化しその役割を明確にすることである。

この洞爺湖サミットのフォローアップは、日本とそのパートナーが、単なる資金の出し手としてではなく、グローバル・ヘルスの政策立案への実質的な貢献を高めるために、協調して努力していくことを示すものである。多くの領域における地球規模の問題は、グローバル・ガバナンスの諸機関の対応能力を超えた性質を持つようになってきている。この制度的空白を埋めることは、グローバル・ヘルスの政策立案の新たな起点となったG8諸国にとって、機会とも義務ともなる。保健医療従事者、保健財政、保健情報の国境を越えた移動は目を見張るほど増加している。このますますグローバル化が進む保健の世界で、G8サミットは、その時々深刻な問題への対応策を決定できる首脳たちが、個人としてグローバル・ヘルスの問題に関与する場となっている。本プロジェクトは、人間の安全保障とプライマリ・ヘルスケアのアプローチの再活性化を背景として、G8諸国が実行できる具体的な行動を明らかにした。これらの行動には、必然的にH8諸機関、志を共にするG8以外の先進国や中所得国、そして被援助国との協力が不可欠である。日本政府は、グローバル・ヘルスを二国間および多国間外交の政策課題として明確に位置づけるべきであり、国際的なシビル・ソサエティのネットワークとより緊密に連携すべきである。そしてネットワークの発展を推進することにより、これら二国間、多国間、シビル・ソサエティという3つの側面から構成されるグローバル・ヘルスをめぐる外交を強化できると私たちは信じる。

世界金融危機の発生により、G8が保健システム強化に取り組み、国際保健についての合意を遂行することが、一層肝要となっている。富める国の政府開発援助の削減の可能性やNGOへの民間からの寄付の先行きに懸念が生じている<sup>26</sup>。しかし、英国のゴードン・ブラウン首相が2008年9月に述べたように、国際社会は、この経済危機の時だからこそ、世界の貧しい人々を助けるために、より少なくではなく、より多くのことをしなければならぬ<sup>27</sup>。約束した資金が世界の貧しい人々にとって目に見える利益を生み出すような形で供与されることを保証することで、G8は触媒としての役割を果たすことができる。私たちは、G8が保健システム強化のために革新的資金創出メカニズム構築の推進を検討するよう提案する。さらにG8は、途上国におい

## 保健システム強化に向けたグローバル・アクション

て社会福祉のための政府予算が金融危機によって減らされることを防ぎ、1980年代と1990年代の構造調整と経済的混乱の時に起きた削減の繰り返しを避けるよう、努力すべきである。



## 参考文献

1. "Summary of the Hokkaido Toyako Summit," July 9, 2008, <http://www.g8summit.go.jp/eng/news/summary.html> (accessed October 15, 2008).
2. G8 Health Experts Group, "Toyako Framework for Action on Global Health," Toyako, Japan. July 8, 2008. [http://www.g8summit.go.jp/doc/pdf/0708\\_09\\_en.pdf](http://www.g8summit.go.jp/doc/pdf/0708_09_en.pdf) (accessed October 15, 2008).
3. Michael R. Reich, Keizo Takemi, Marc J. Roberts, and William C. Hsiao, "Global Action on Health Systems: A Proposal for the Toyako G8 Summit," *Lancet* 371 (2008): 865–869.
4. J. Sepulveda, F. Bustreo, R. Tapia, J. Rivera, et al, "Improvement of Child Survival in Mexico: The Diagonal Approach," *Lancet* 2008; 368: 2017–27; G. Ooms, W. Van Damme, B. K. Baker, P. Zeitz, et al, "The 'Diagonal' Approach to Global Fund Financing: A Cure for the Broader Malaise of Health Systems?" *Globalization and Health* 4 (2008): 6.
5. M. Uplekar and M. C. Raviglione, "The 'Vertical-Horizontal' Debates: Time for the Pendulum to Rest (in Peace)?" *Bulletin of the World Health Organization* 85 (2007): 413–417.
6. R. A. Atun, S. Bennett, and A. Duran, "When Do Vertical (Stand-Alone) Programmes Have a Place in Health Systems?" Policy Brief (Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2008).
7. J. F. Naimoli, "Global Health Partnerships in Practice: Taking Stock of the GAVI Alliance's New Investment in Health Systems Strengthening," *International Journal of Health Planning and Management* 21 (2008): 1–23.
8. WHO and UNICEF, "Primary Health Care: Report of the International Conference on Primary Health Care," Alma-Ata, USSR. September 6–12, 1978. (Geneva: WHO, 1978).
9. WHO, *The World Health Report 2008—Primary Health Care: Now More than Ever*. (Geneva: WHO, 2008).
10. Margaret Chan, "Return to Alma Ata," *Lancet*; 372 (2008): 865–866.
11. WHO, *Health and the Millennium Development Goals* (Geneva: WHO, 2005).
12. A. Mills, F. Rasheed, and S. Tollman, "Strengthening Health Systems," in D. T. Jamison, J. G. Breman, A. R. Measham, et al., eds. *Disease Control Priorities in Developing Countries*, 2nd edition (New York: Oxford University Press, 2006), 87–102.
13. WHO, *World Health Report 2000—Health Systems: Improving Performance* (Geneva: WHO, 2000).
14. WHO, *Everybody's Business: Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes: WHO's Framework for Action* (Geneva: WHO, 2007).
15. World Bank, *Healthy Development: The World Bank Strategy for Health, Nutrition and Population Results* (Washington DC: World Bank, 2007).
16. Marc J. Roberts, William Hsiao, Peter Berman, AND Michael R. Reich, *Getting Health Reform Right: A Guide to Improving Performance and Equity* (New York: Oxford University, 2004).
17. Richard Horton, "WHO: The Casualties and Compromises of Renewal," *Lancet* 359 (2002): 1605–1611.
18. Select Committee on Intergovernmental Organisations, House of Lords, United Kingdom, "Diseases Know No Frontiers: How Effective are Intergovernmental Organisations in Controlling their Spread?" London: Authority of the House of Lords, July 21, 2008 (HL Paper 143–I).
19. WHO, "Informal Meeting of Global Health Leaders," <http://www.who.int/dg/reports/31072007/en/index.html> (accessed Oct 13, 2008).
20. J. J. Kirton and J. Mannell, "The G8 and Global Health Governance." Paper prepared for a conference on Global Health Governance: Past Practice: Future Innovation, sponsored by the Centre for International Governance Innovation; the Institute of Population Health, University

- of Ottawa; the G8 Research Group, Munk Centre for International Studies, University of Toronto; and Rotary International, Ottawa and Waterloo, November 10–12, 2005.
21. Ministers of Foreign Affairs of Brazil, France, Indonesia, Norway, Senegal, South Africa, and Thailand. “Oslo Ministerial Declaration—Global Health: A Pressing Foreign Policy Issue of Our Time,” *Lancet* 369 (2007): 1373–78.
  22. Richard Horton, “Health as an Instrument of Foreign Policy,” *Lancet* 369 (2007): 806–807; Masahiko Koumura, “Global Health and Japan’s Foreign Policy,” *Lancet* 370 (2007): 1983–1985.
  23. Commission on Human Security, *Human Security Now: Protecting and Empowering People* (New York: United Nations, 2003).
  24. Masahiko Koumura, “Global Health and Japan’s Foreign Policy.”
  25. Keizo Takemi, Masamine Jimba, Sumie Ishii, Yasushi Katsuma, and Yasuhide Nakamura, on behalf of the Working Group on Challenges in Global Health and Japan’s Contributions. “Human Security Approach for Global Health,” *Lancet* 372 (2008): 13–14.
  26. J. Mitnick, “Financial Crisis Threatens Aid for World’s Poorest,” *Christian Science Monitor*, October 15, 2008.
  27. United Nations, Press Conference by Secretary-General, Prime Minister of United Kingdom, Chair of Gates Foundation on Millennium Goals High-Level Event, September 25, 2008. [http://www.un.org/News/briefings/docs/2008/080925\\_MDG\\_Event.doc.htm](http://www.un.org/News/briefings/docs/2008/080925_MDG_Event.doc.htm) (accessed Oct 20, 2008).

# 保健人材危機克服の機運を いかに活かすか

神馬 征峰

## はじめに：なぜ今なのか？

本論では、保健医療従事者を医療や公衆衛生サービス提供の担い手として定義する。いうまでもなく、保健医療従事者は保健システムを機能させるために不可欠な存在である。そして、人材の適切な供給と配置の保証、トレーニングの質の維持、定着の保証、動機づけと成果のマネジメントといった問題は、世界共通の課題である。一方、低中所得国をみると、これらの課題とは別の、特有の課題があることがわかる。しかしながら、これらの国々で人材対策のための政策決定を導き支援していくために有用なエビデンスは十分とはいえない<sup>1</sup>。何十年にもわたり、ドナー機関やグローバル・ヘルス(地球規模課題としての保健)関連イニシアティブは、ワクチンや医薬品といった、より簡単かつ対象の明確な支援領域を好み、保健人材の重要性は、あまり顧みてこなかった。しかし移住労働、エイズ、人材対策のための介

---

本稿の執筆に当たり有意義なコメントをいただいた、リンカン・チェン、スウィット・ウィブルボルブラサート、ローラ・ダーレ、トーマス・ボッサート、エドワード・ミルズ、相賀裕嗣、渋谷健司、ラビンドラ・ランナン・エリヤ、マイケル・ライシュ、武見敬三の各氏に感謝の意を表したい。また、メーガン・レイディには大変なご協力をいただき、グレイス・チャン、タミー・ヤマモトにも重要な貢献をしていただいた。また、山本正、鈴木智子、スーザン・ハーバードの各氏にもご協力をいただいた。

入策を拡充しようとする際の制約といった課題への認識が高まり、かつ保健医療従事者に投資する重要性が強調され、保健人材の問題は、ようやく国際的課題として取り上げられるようになった。

グローバル・ヘルスの課題としての保健医療従事者の役割は、次に挙げる2つの重要な報告書によって定義され、国際的に注目を浴びるようになった。1つ目は2004年に共同学習イニシアティブ(JLI)が発表した、記念碑的な報告書『保健のための人材資源：危機の克服』である。JLIは保健医療従事者が直面する三大要因を特定した。すなわちエイズがもたらす荒廃、労働力流出の加速、人材資源への慢性的な投資不足が残した禍根、の3つである<sup>2</sup>。2つ目の報告書は、世界保健機関(WHO)が発表した2006年度版『世界保健報告』である。この中でWHOは、保健人材不足を解消するためには240万人の医師、看護師、助産師を含む400万人以上の保健医療従事者が必要であると推定している。また危機的な不足が生じている国として57カ国を挙げている。そのうち36カ国はサハラ以南アフリカ諸国である。この状況を「危機」と呼ぶことで、JLIと2006年度版『世界保健報告』は、保健人材危機への関心を世界規模にまで高めることに成功した。その一つの成果として、2006年5月には、グローバル・ヘルス保健人材同盟(GHWA)が設立された。GHWAは、WHO事務局長を務めた故・李鍾郁の言葉を借りれば「いかなる村、いかなる場所のいかなる人も、十分な技術をもち意欲的で評価を得ている保健医療従事者にアクセスできるようにすべきである」<sup>3</sup>というアイデアの実現を目指している。

しかし、今の状況を危機と呼ぶだけで、事態の改善が望めるわけではない。保健人材の問題が国際課題として取り上げられるようになったのは、ドナー諸国が、保健医療従事者の数を増やせない状況で、プログラムの目的達成に苦勞していることの証でもある。とりわけエイズ・プロジェクトについてこのことは当てはまる。エイズという特定の疾患に関しては、その治療に要する人手も保健人材に悪影響を与えうる。なぜなら、エイズ疾患の単独プログラムを実行する際には、保健システム全体のなかの他部門からの人材確保が必要であり、そのような人材の流出によって、既存の保健システムにも、新たな保健イニシアティブの拡充にとっても問題が生じたことがあるからである<sup>4</sup>。さらに、保健医療従事者の数だけに注目するのも問題がある。国内で保健医

療従事者をどのように配置したらよいのか、パフォーマンスをいかにあげたらよいのか、パフォーマンスに影響しうる劣悪な労働環境をいかに改善したらよいのか、これらのより複雑な問題をないがしろにすることになりかねないからである<sup>5</sup>。

世界規模の保健人材危機に対処するため、2008年、第1回保健人材国際フォーラムが開催された。このフォーラムでは、緊急性の高い12の行動を挙げた「カンパラ宣言」と「保健人材のための世界行動課題」が発表された<sup>6</sup>。その4カ月後、G8北海道洞爺湖サミットはカンパラ宣言に対する支持を表明し、保健人材に対する財政的および技術的なコミットメントを約束した。これはWHOの保健システムの枠組みを構成する他の5要素、すなわち保健サービス、保健情報、医薬品・ワクチン・技術、保健財政、リーダーシップおよびガバナンスに対して表明されたコミットメントよりも、一層具体的な内容のものであった。

またG8北海道洞爺湖サミットで採択された「グローバル・ヘルスに関する洞爺湖行動指針」では、保健人材に対して取るべき行動として以下の点が提案された。すなわち、格差を縮めるために一丸となって行動すること、熟練した保健医療従事者を一層活用すること、治療・トレーニング・定着(TTR)と保健医療業務の移管を推進すること、保健人材の移住に関する行動規範策定のためのWHOの作業を奨励すること、そしてGHWAの活動を奨励することである<sup>7</sup>。

2006年度版『世界保健報告』に記されているように、保健人材への「問題意識が高まり、効果的な解決策が明らかにされ、各国が対策を取り始めている今こそ、政治的支持を表明する時である」<sup>8</sup>。保健人材に対しては、資金、技術支援、新たな政策イニシアティブなど、さまざまな機関がかつてないほどの資源を投入している。問題は、よりすぐれた量的、質的成果を出すために、これらを最大限に活用することである。現在のこの機運が持続するかどうかは、問題克服のために今とるべき行動如何にかかっている。

ここで我々は、保健システムのパフォーマンスを向上させ、健康状態を改善すべく、保健医療従事者を強化するために、G8加盟国が何をなすべきかという点について、最も重要かつ緊急な提言と行動指針を示したい。そのために、まず保健システムの強化と健康状態の改善のための保健医療従事者の役割について分析する。

次に、主たる課題と保健医療従事者の強化に利用できる、さまざまな機運(資源やプログラムなど)を探る。最後に、保健人材改善のためにG8がなしうることについて政策を提言する。

## 保健医療従事者と保健システムに関する主要な問題点

WHOが提示した「保健システムの枠組み」には6つの構成要素が含まれる。そのうち、資源投入の要素が強いのは、「医薬品・ワクチン・技術」、「保健財政」、「保健人材」の3つである。これら3つのうち、保健人材は、保健システムを全体的に動かす主要な要素のひとつである。しかし、その改善が保健システムそのものの改善にどのようなつながりうるかについては明らかになっていない。保健人材と健康状態の改善との関係も複雑でよくわかっていない。本節では、これらの関係を分析し、保健人材強化のために使える既存の資源を活かし、かつそれを拡大することによって、よりすぐれた成果をいかに生み出せるか、について提言したい。

### 人材資源と保健システム

WHOは、ミレニアム開発目標(MDGs)の基本目標を達成するためには、十分な数の保健医療従事者が必要であると強調している。具体的には、人口1,000人当たり医師、看護師、助産師あわせて2.3人以上を基本的な数値目標とすべきであると提案している<sup>9</sup>。この目標は、医師、看護師、助産師の対人口密度が低い国において、人材資源への関心を高めるのには役立つかもしれない。しかし、国家予算からどれだけそのために資金を出せるかという点を考慮すると、人材不足に陥っている多くの国において、これは短期的に実現可能な目標とはいえない。たとえば、2006年、ナイジェリアのオンド州における人口1,000人当たりの保健医療従事者は0.71人であったが、保健関連予算総額2,260万ドルのうち1,430万ドルが年間の給与に充てられた<sup>10</sup>。そこでオンド州がWHOの示した2.3人という目標を達成しようとする、年間給与に充てる

べき金額は5,010万ドルという巨額にのぼる<sup>11</sup>。さらにこの人口1000人あたり2.3人の保健医療従事者をという目標は、適切な職能構成の問題、とりわけ準医師や看護師の適切な活用による労働力の強化という点を考慮していない。そればかりか、エジプト、インドの一部の州、旧ソ連圏の多くの国などでみられる医師の供給過剰という問題をも考慮していない<sup>12</sup>。保健人材が効果的に活用されるためには、上記に示した6つの保健システムの要素うちの他の5つの要素も考慮しなくてはならないが、それについても何もふれていない。

保健人材は、活動の場となるシステムが以下の条件を満たすとき、有効に活用しうる。

- その国のニーズに適した保健医療従事者を、十分な数、トレーニングによって教育できること
- 給与、物品、交通移動のための資金を十分供給できること
- 保健医療従事者に十分な動機づけを与え、マネジメント、情報、事務処理、物品に関するニーズに対応できること
- 適切な物的インフラ・供給モデルを確立できること
- 安全な労働環境を保障できること<sup>13</sup>

つまり、保健人材の改善のためには、適切な種類の保健医療従事者が適切な数だけ揃っていればそれだけで良いというわけではない。改善のためには、第一に保健医療従事者を養成し、支援できるような保健システムが必要である。第二にはさまざまな政治的文脈のなかで、健康目的を達成できるような改革を実践するための状況づくりが必要である<sup>14</sup>。

とはいうものの、多くの国では、人材資源の一面に焦点を当てた介入策をとることによりある程度の成功を収めている。例外として、マラウィは緊急人材資源プログラムのなかで、包括的・統合的アプローチを取り、大きな効果を得ているが、そうした国はごくわずかである<sup>15</sup>。マラウィのプログラムは、サハラ以南アフリカにおけるきわめて深刻な人材資源不足に悩む国の一つとして、人材不足の改善を目指す6年間のプログラムである。活動の中身として、11の優先職種の保健人材の維持、配置、採用、トレーニング、個別指導の動機づけに重点を置いている。同プログラムでは、雇用されてい



## 保健システム強化に向けたグローバル・アクション

ないスタッフや退職したスタッフの復職促進、一時的に不足を補うための外国人スタッフの活用、国内のトレーニング定員の拡大、給与の上乗せおよび勤務奨励金(特に農村部での勤務に対して)の導入も行っている<sup>16</sup>。情報システムと監視システムの強化も行っており、中間評価ではプログラムの効果を証明するエビデンスも得られている。将来の給与の改善を見込んでのことと思われるが、看護師の流出が抑制され医学部志願者も増加しているとのエビデンスもある<sup>17</sup>。このプログラムは、保健人材の強化が保健システム全体の強化にもつながるということを示す画期的なモデルと考えられる。モザンビーク政府も2008年から2015年にかけて、保健人材開発計画による包括的計画の実行を目指しているが、このプロジェクトを成功させるには、支援を提供し、協力するパートナーが必要である。

国レベルで保健人材のマネジメントを改善するため、WHOは先ごろ、戦略的人材資源計画作成指針を出版した。この指針は保健システム・アプローチに重点を置いている。そして、効果的な保健医療従事者の供給に必要な、保健システムの要素としての「財政」、「教育」、「マネジメント」の評価指標を提案している<sup>18</sup>。また、保健人材の効果の改善を目的とした改革に対し、政治的な支援を得るための戦略も提案している。特に、国の財源から調達できる資金、他の労働市場と比較して適切な給与水準、各分野で十分な数の適格な人材を輩出するための教育システム、適切なマネジメント、保健管理情報システムと事務処理に対する支援について、慎重に分析することを提案している。他には、安全な労働環境を実現するため、国際労働機関(ILO)、国際看護師協会(ICN)、WHO、ポピュレーション・サービス・インターナショナル(PSI)が「保健部門における職場での暴力に関する合同プログラム」を発表した。その他、ICN単体でも実践的なガイドラインを発表している<sup>19</sup>。特に途上国で保健医療従事者の定着を図るには、こうした取り組みがきわめて重要である。

## 保健医療従事者と健康改善の成果

「グローバル・ヘルスに関する洞爺湖行動指針」にもあるように、健康改善のためには、保健システムの改善と、保健医療従事者の人数および種類の変更が必要であ



るとはいうものの、それを裏付けるさらに多くのエビデンスが必要である。最近の研究によれば、世界各国の国際比較において、人口1000人あたりの保健医療従事者の割合の上昇は、妊産婦および乳幼児死亡率の低下や、予防接種実施率の上昇と関連があるという<sup>20</sup>。しかしながら、この研究デザインでは、両者の因果関係を知ることはできない。国によって保健システムが異なり職能構成もまた異なっているはずなのに、これらの点に関する配慮もされていない。また、各国の国内の保健人材の分布の違いについても考慮していない。そのため、既存の保健医療従事者の種類の違い、とりわけ都市部と農村部における種類の違いについても説明できない。これらの研究結果と食い違った例もある。保健医療従事者の対人口密度が低い国の中に、MDGsの達成度が比較的高い国があるのである。たとえば、カウントダウン・サイクル・プロジェクトによる2008年のデータによれば、同プロジェクトの優先国68カ国のうち16カ国(24パーセント)がMDG 4の指標を改善させていた<sup>21</sup>。これら16カ国のうち、8カ国(バングラデシュ、エリトリア、ハイチ、インドネシア、ラオス、モロッコ、ネパール、ペルー)は2006年度版の『世界保健報告』で保健人材の危機にあるとされていた国である。保健人材の危機が必ずしもMDG 4の目標達成に危機をもたらすわけではないことがこのことから示唆される。また次の2カ国の例は、健康指標の改善に必要なのは人材の数だけでないことを示している。西アフリカで人口1,000人当たりの保健医療従事者数は、ナイジェリアが1.45人、ガーナが0.93人であり、どちらもその地域では上位に入っている。しかし、数のより少ないガーナの方が、妊産婦死亡率590、5歳未満児死亡率100で同地域トップクラスの健康指標を達成しているのに対し、ナイジェリアは妊産婦死亡率1,100、5歳未満児死亡率183と後れを取っているのである<sup>22</sup>。

健康改善の成果と保健医療従事者の特徴との関係あるいは保健システムの特徴との関係を理解するためには、確かにさらなる研究が必要である。しかし、健康指標が悪く、保健医療従事者の対人口数が少なく、専門性の低い保健人材の供給が不十分で、資金調達水準の低い国においては、適切な技能をもつ保健医療従事者を増やし、財政、マネジメント、教育システムを改善するイニシアティブが必要になる可能性は高い。こうしたさまざまな関係を理解することによって、保健医療従事者の活用を健康指標の改善に繋げるためのより優れた対策を取ることができるであろう。

## 保健医療従事者に関わる課題

WHOとJLIは医師、看護師、助産師の数を増やすことを主張している。しかし、数を増やせばそれで問題が解決するというわけではない。数を増やすだけで、保健システムのパフォーマンスが向上し健康指標が改善されるとは限らないからである。保健人材を質と量の両面において改善するためには、体系的に幅広くこの課題に取り組んでいく必要がある。

### 既存の保健医療従事者の不適切な量と質

#### 不足の克服

1,000人当たり2.3人という目標を達成することは多くの国で非現実的である。数を増やしても仕事に就けず、保健医療職の間で高い失業率が見られる国もある。しかしながら、多くの低所得国において、保健医療従事者を増やす必要があることは明らかである。人材不足の原因としては、高卒者の人材プールの不足、医学部などのトレーニング施設の不足、エイズ、労働市場、移住など、さまざまな要因が考えられる。

第一の課題としては教育システムがある。一部の国では、看護学校や医学部の志願者の供給源となるだけの十分な高卒者の人材プールがない。また、十分な技能を備え、現地のニーズに合った保健医療従事者を訓練するための教育インフラが欠如している国も多い<sup>23</sup>。この点、保健部門と教育部門の連携の強化が必要な領域である。

第二に、エイズがさまざまなレベルで、いくつもの課題をつきつけている。まずは、HIV治療のため、保健医療従事者の労働負担は否応なく増加している。保健医療従事者自身もHIVに感染して病欠したり死に至ることもあり、数の減少が生じている<sup>24</sup>。またエイズの負担が大きい多数の低所得国において、熟練した保健医療従事者の不足が抗レトロウイルス治療拡充の際の大きな制約となっている<sup>25</sup>。エイズ関連プログラムを実施する際に必要な保健医療従事者を増やす必要があるために、他の重要な保健プログラムからスタッフが回され、それによって他のプログラムに悪影響が

でているとの懸念も高まっている。これらのことから、人材資源のニーズに対処するためには、包括的アプローチが必要であることがわかる。

第三に、労働市場についてである。労働市場は、政治的、経済的、社会的要因の影響を受ける。保健人材の需要と供給は保健ニーズや訓練を受けた保健医療従事者の人数だけに左右されるのではない。他の職種と比較した現行の給与のレベルや労働条件も関わってくる。他の職種に劣らない給与で保健医療従事者を雇用し、職務遂行に必要な物品や労働環境を提供できる財源を政府がもたないと、人材不足が生じる可能性がある。保健医療従事者が仕事を続けられるようになるためには、人材の偏在（とりわけ農村部において）を改善するための動機づけが必要であろう<sup>26</sup>。

最後に、保健人材に対する世界市場の需要があるために、深刻な人材不足を抱えている国から、給与がより高く労働条件も整っているより豊かな国へ人材流出をもたらす可能性がある。この移住保健労働の問題は主要な論点のひとつなので、後により詳細に議論することとする。

### ニーズに適した保健医療従事者の技能向上

保健医療従事者の問題の所在は数の不足だけではない。その質にも問題がある。とりわけMDGs達成のために必要なサービス提供者の質は依然として不十分である。質の高いケアを提供するには継続的な専門教育がきわめて重要である。しかし、最近の研究によれば、特に途上国においては、トレーニング予算の不足、農村勤務の不利な条件、不公平な研修生の選考過程のために、継続的な専門教育を受ける機会が保障されない傾向がある。こうした機会の不平等がケアの質の不均等や意欲低下につながる可能性がある<sup>27</sup>。

MDGs、なかでもMDG 5などの健康指標を達成するためには、十分な保健医療技術の獲得や医薬品の確保が必要である。しかしながら、特に農村部ではこれらが手に入らないことが多い。医師などのより高度な専門職の養成には時間と費用がかかる。農村部への配置替えに抵抗することも少なくない。僻地では、救急の妊産婦ケアや血液バンクの不足が妊産婦および乳幼児死亡率の高さの一因となっている。例外はあるものの、一般医や準医師は産科の技術を十分持ち合わせないこと

が多く、これらのサービスにアクセスできたとしても、よい結果が得られるとは限らない。この問題への解決策の一つとして、これまで補助的な役割を果たすとされていたプライマリ・ケア(第一次医療)の担い手に、より大きな、手術などの業務を移管する訓練が行われている。

医師、看護師、薬剤師から助手職への業務移管に対しては、専門職集団の反発もあるし、質と安全性への懸念も生じている<sup>28</sup>。しかし、コミュニティ・レベルの保健医療従事者の活用によって乳幼児死亡率の大幅な低下が見られているという事例はある<sup>29</sup>。極端な例としては、マラウィの準医師やモザンビークの外科助手は帝王切開の手術を行っている。この2例では、医師と外科訓練を受けた準医師との間で、手術の結果に大きな差はみられなかったという<sup>30</sup>。確かに、業務移管は短期的な解決策になるかもしれない。しかしながら、長期的な解決策としても同様に効果があるかどうかについては定かではない。各レベルの保健医療従事者について、各国のニーズや状況に最も適切な技能や業務が何であるかを再検討する必要がある。

2008年度版の『世界保健報告』には、コミュニティ・ヘルスワーカーの有効活用例が示されている。この中では、プライマリ・ヘルスケアの手法が再評価されている。たとえば、11の優先職種の拡充を図ったマレーシア、3万人の保健普及員のトレーニングを行ったエチオピア、コミュニティ・ヘルスワーカーに対して農村部に働く動機づけとなる施策を導入したザンビア、パキスタンの8万人に上るレディー・ヘルスワーカーの事例が挙げられている。このうち、エチオピアの活動は、コミュニティ・ヘルスワーカーにいくつかの職務を移管した点に独自性があり、画期的でもある。エチオピアの保健省は、2003年に保健普及プログラムを発足させた。必要な保健サービスを草の根レベルで利用可能にすることを目指す、コミュニティに根差した画期的なプログラムである。そして、2009年までに3万人の保健普及員にトレーニングを行うことを目標としている。また、疾患別予防対策(エイズ、性感染症、結核、マラリアなど)、家庭保健サービス、衛生状態と環境衛生の改善という3つの主要領域における16の保健普及計画を通じて、コミュニティにおいて保健サービスを提供することを目的としている<sup>31</sup>。2008年1月時点で2万4,000人の保健普及員がトレーニングを終えてコミュニティに配置されている<sup>32</sup>。

エイズのために多くの人材資源が必要とされているウガンダの例では、コミュニティ・ヘルスワーカーがエイズ関連サービスの提供において看護師の職務を担う一方、看護師は医師の職務を担っている。これによって、保健医療従事者不足に苦しむウガンダの負担がある程度軽減されたと言われている<sup>33</sup>。タンザニアでは、熟練度の最も低い保健医療従事者でもMDGsの達成に関わっている。タンザニアにおける優先的介入策の拡大に関する事例研究では、技能レベルのより低い職種やそれ以外の人でもコミュニティ・レベルでかなりの業務が遂行できることが明らかになっている<sup>34</sup>。たとえば、マラリア治療薬の販売を薬局のスタッフが行うことなどである<sup>35</sup>。

## マクロ経済政策による制約の克服

上述の課題の多くは、人材資源計画が戦略的に作られておらず、保健システムの強化も十分になされていないことからきている。マネジメント能力不足や主要なマネジメント・システム(事務処理、管理情報システム)の不足に加え、給与水準の低さも、より組織的に強化していくべき共通課題である。既に述べたように、給与が少なければ適格な保健医療従事者の雇用や維持が難しくなる。この給料の問題はその国のマクロ経済政策と密接な関係にある。すなわち、一部の国では、保健医療従事者の給与に充てる公的支出は、マクロ経済要因に制約されている。採用の凍結や公共部門の賃金に対する制限である。これらは世界銀行から融資を受ける際の条件として、構造調整プログラムの一部として課されていたことがある。また多くの国では、マクロ経済政策のしぼりがあるために、保健医療従事者を定着させるだけの給与を政府が支出することができない<sup>36</sup>。カンパラ宣言と保健人材のための国際行動課題はこの問題を取り上げ、金融機関に対する提言を行っている。「賃金のシーリングや保健支出に影響を与えているマクロ経済的条件、また保健医療部門における優先的ニーズに応えるために必要な公務員の雇用整備を制約しているマクロ経済的条件に関する国ごとの分析」をすべきであるというものである<sup>37</sup>。今後は、各国政府と世界銀行や国際通貨基金(IMF)などとの対話において、保健人材を拡大する必要性を考慮しつつ、全体的な経済成長と長期的な財政の安定性の維持を保証して

いくことが重要である。現段階における最大の問題点は、透明性の完全な欠如である。IMFと世界銀行は「財政的な余裕の制約」について論じているが、その推定方法や適用方法については誰にもわからないのである。

### 国の能力の改善

JLIの報告書が述べているように、国家主導の人材戦略は人材開発促進の主たる原動力となる<sup>38</sup>。国家戦略は5つの要素から成り立つものである。1)指導者と利害関係者の参画、2)人的投資計画、3)パフォーマンス向上のためのマネジメント、4)条件整備のための政策策定、5)改善のための研究推進、である。途上国は単独あるいは共同で、戦略的計画づくり、マネジメント、政策立案能力を強化しなくてはならない。その際、保健人材の対人口密度が低く、死亡率の高い国では単独でこれらを行う能力が欠如している場合がほとんどである。

上に示したように国家の役割は極めて重要であるため、カンパ宣言でもまた、国が取るべき行動指針を7点挙げている。とはいうものの、これらの行動は、各国が「なすべき」ことを提言したものであり、各国がそれらを「実行できる」状態にあるというわけではない。保健人材の対人口密度が低く、死亡率も高い国で、これら7つの行動の実行能力が不十分であれば、保健人材の改善はほとんどみられないであろう。では、国が直ちに行動できない場合は、どうしたらよいのであろうか。

東南アジアのある低所得国の人材計画の例をみてみよう。2007年10月、その国では保健省・人材組織担当部が現地WHO事務所の支援を受けて、保健人材開発のための「戦略的枠組みと実行計画」の草案を作成した。しかし1年経っても草案は草案のままであった。その結果、日本の国際協力機構(JICA)はその国で熟練助産師プログラムを発足させようとしていたが、国としての人材強化計画が確定していないため、計画段階で行き詰まっている。保健人材開発計画の決定力と実行能力の欠如のために、「戦略的枠組みと実行計画」がこうして1年経っても、ほとんど進捗が見られなかった。アフリカの多くの低密度・高死亡率国でも同様に、同じことが起こる可能性がある。



この例からも、保健人材に関して単に宣言や提言を出すだけでは不十分なことがよくわかる。能力強化をしたり、すぐれたプログラム・デザインや計画を実行に移すということに、より多くの注意を向ける必要がある。その際、保健システム専門家を短期で派遣することには限界があるかもしれない。必要なのは、十分長い期間にわたって企画や計画の実施を促す推進役の役割だからである。こうした活動はG8の役目ではない。しかし、G8はそれを実現するための枠組みを提案することができる。カンパ宣言が示しているような各国が「なすべき」ことを理解するのは容易だが、「できる」ことを理解するのは難しい。どの行動にも実行を助ける支援が必要である。海外からの、もしくは自国のコンサルタントの長期にわたる支援を得ることによって、各国の実行能力は徐々に向上するだろう。

保健人材に関する国のマネジメント能力を強化するための方法として、ILOの「社会的対話」アプローチは役に立つかもしれない。このアプローチは、政府、雇用主、労働者の代表が、経済・社会政策に関する共通の関心事について交渉と協議を繰り返す、情報交換をすることから始まる。これは、マネジメント能力強化の推進役が、そのために産婆的な役割を果たしうる方法としてもとりあげてよいかもしれない。というのは、この方法は、保健医療セクターの多くの領域において、改革プロセスを推進する方法として認められてきており、それによって、保健医療ケアが改善され、また公衆衛生に対する悪影響を軽減できるからである。具体例として、2002年に「社会的対話」アプローチを開始したガーナの例がある。ガーナでは、自国の人材定着と頭脳流出の問題に取り組むために、政府、雇用主、規制機関、民間部門、訓練機関、病院、労働団体が一堂に会し、「社会的対話」を行った。そして、労働条件の改善や自動車の分配を決める委員会の創設など、ヘルスケア従事者を定着させるための動機づけに関わる取引や交渉が行われた。その結果、保健医療従事者の超過勤務時の残業手当の支出が可能になり、保健医療従事者に対する自動車のより公平な分配など、具体的な行動がとられた<sup>40</sup>。

## 移住労働への対応

保健人材の問題は、一国内の保健システムの中で検討するだけではなく、国際的な労働市場というもっと幅広い世界的な視点からも検討すべきである。理想的な世界では、保健人材の水準は対象人口の健康状態の維持または改善に必要なレベルによって決まってくるでもあろう。しかし現実には、人材資源の市場はさまざまな政治的、経済的、社会的要因に影響されることが多い。保健人材の需要と供給は、その時の保健ニーズと訓練を受けた従事者の人数だけではなく、他の職種と比べた場合の現行の給与や労働条件によっても決まってくる<sup>41</sup>。アフリカとアジアの諸国では、保健医療従事者が給与水準のより高い国に流出することが重大な懸案となっている。移住労働は、多くの国の保健システムに大きな負担をかける<sup>42</sup>。あらゆる保健医療職域で技能の高い人材を奪い去り、特定職域や専門分野での人材不足をもたらし、新たに養成すべき保健医療従事者の数が増えるからである。そこで、新たな保健医療従事者のトレーニングのために国が投資しても、その人材が流出してしまえば、財政的な損失も被ることになる。例えばガーナでは、トレーニングへの投資額として少なくとも3,500万ポンドの損失を被っていると推定されている。一方英国は1998年以降、ガーナからの人材を雇用することで、6,500万ポンド分のトレーニング費用をかけずにすんでいるのである<sup>43</sup>。

保健医療従事者の移住労働は、さまざまなプッシュ要因(送り出し国側の要因)とプル要因(受け入れ国側の要因)に影響される。保健医療従事者流出のプッシュ要因となるのは保健システムの一要素としての人材資源に影響を及ぼす以下の項目である。トレーニング、適切なスタッフ配置、魅力的な給与、有効なマネジメント、安全な労働環境等、これらが不十分であったり、未整備であることである。一方プル要因としては、専門能力の開発の機会、より高い給与、より良い労働環境、より高い生活水準がある<sup>44</sup>。とはいうものの、究極的に人材流出を促進するのは中所得国や富裕国の人材不足であり、受け入れ国が自国の保健医療従事者不足の根本原因と取り組んでいかないことには、流出はいつまでも続く可能性が高い。根本原因としては、人口の高齢化、労働力の女性化、研修プログラムへの参加定員の制限(医師の



場合)、研修プログラムへの参加時の減給(看護師の場合)などがある<sup>45</sup>。取り組みの例として、英国では医学部卒業者数を増やし、移民政策を変更することによって、卒後研修コースへの応募者が定員を上回るようにまでなった。一方、米国では医師供給過剰という誤った予測がなされたことによって、人材不足が一層悪化する見込みである<sup>46</sup>。先進国も途上国も、移住労働をうまく抑制しうる政策を定める必要がある<sup>47</sup>。そのためには以下の対策が役にたつであろう。適正な人材計画をできるようにするためのデータ収集の改善、人材の定着を促すための金銭的および非金銭的な動機づけ、人材喪失の悪影響の可能性を抑えながら専門能力の開発と人材交流を促すための国家間の協定である。人材流出抑制のためのこうした取り組みを通じて、特に低所得国の保健医療従事者を「つなぎ止め」、「プッシュ」と「プル」の要因に抵抗できるようにすべきである。

移住労働者による自国への送金が、人材供給国側にプラスの経済効果をもたらさうというエビデンスもある<sup>48</sup>。また、移住労働の結果として、自国に残った保健医療従事者へのアクセスと健康指標ともたらす移住労働の影響を評価した結果、マイナスの相関はみられなかったとの報告もある。これらのことから、人材資源の供給が、保健システムの向上と健康指標の改善及ぼさうの影響については、まだ十分に解明されていないと言える<sup>49</sup>。移住労働にこのようなプラス面もまたあるということからも、移住という問題はさらに複雑化しているといえよう。保健人材の問題は、今や、保健システムの問題としてだけではなく、低中所得国の人々の暮らし全般の問題としても取り組んでいく必要が生じている。

以上、移住労働の原因と影響についてはまだ不明な点もかなりある。しかしながら、保健人材(特に高度な技能を持つ人材)の定着を改善し、移住への動機を抑制することを目的とした保健システムの改革は推進すべきである。

## ドナー協調の推進

ドナーがひとつの問題に群がる「便乗現象」とドナー間の調整不足によって、保健人材の課題はより複雑化している。2008年、オックスフォード大学で開催された「世界

経済ガバナンス・プログラム」では、途上国から現職および過去の保健大臣や保健担当高官が集まり、現在の国際的な保健財政とガバナンスの問題を扱う際に直面する格差や課題について議論した。その報告書によると、「特定の疾患や問題に焦点を当てた新規イニシアティブが絶えず出てくるため、政府が自国のための強固な国家保健計画を策定し実行するのが極めて困難になっている」という<sup>50</sup>。つまり、ドナーは継続性や持続可能性を考慮せず、ひとつの「流行」から次の「流行」へと頻繁に関心を移してばかりいるというのである。報告書は、「優先事項の並立」や「ドナー機関の人出を使ったケアの提供」といった新規イニシアティブをドナーが次々に始めたがることによって、自助努力を高めるための国家戦略を弱体化させるという見解についても詳述している<sup>51</sup>。この問題は、ドナー側に透明性がないことと、ドナーの資金提供先について保健省が十分に把握していないことにもよって、さらに深刻化している。ある大臣がドナーについて述べた言葉を借りれば、「ドナーは活動を監視するのは好きだが、自分たちが監視され評価を受けるのは好まない」のである<sup>52</sup>。

この報告書を受けて、スリダールとバトニジは以下のように主張している。「今、世界の保健関係者は、オーナーシップ(自助努力)の概念を保健支援に取り入れ、パリ宣言の原則の実現に向けて行動すべきである。協議や真のパートナーシップを通じて、途上国の真のニーズに対して体系的に注意を向けることなしに、グローバル・ヘルスのためのドナーは十分な情報に基づく包括的な意思決定をなしえないであろう」<sup>53</sup>。そのための途上国のリーダーシップの確立もまた必要なのは事実である。だが、すべての国にその力があるわけではない。

G8は「一丸となって行動する」ことが重要だと主張している。一丸となって行動するというのは、ドナー機関と受け手国側が共に行動することを意味するが、また国連機関、非政府組織、市民社会がともに行動するということでもある。しかしそれ以前に、まずG8諸国が一丸となって行動することが重要である。これは、国連機関、世界エイズ・結核・マラリア対策基金(世界基金)、その他のグローバル・ヘルス・イニシアティブに対する資金提供をすることによって、ある意味実現してはいる。一方現場活動レベルでは、WHOなどの国連機関に加えて、各二国間機関もほとんどの国に現地事務所を設けている。ところがG8関連資料によれば、保健人材の強化という

共通目標の達成に向けて連携しているのは英国と米国だけである。英国と米国はエチオピア、ケニア、モザンビーク、ザンビアで保健医療従事者の強化のために連携しているが、他の国とはこうした協調を行っていない。二国間および多国間の支援機関は共通目標をもっているかもしれない。しかし、そのために共通の行動ができるような調整を十分行っていない。各国はともに保健人材危機の克服を目指すすと約束している。しかし、すべての国が国際および国レベルで連携できるような強固なメカニズムは存在していない。ドナー間の補完性を高め、取り組みの重複を回避し、相互の意思伝達と透明性を確保するために、今、変化が求められている。

## 保健医療従事者の改善の機運

保健人材の強化のために特定の目標を定め、国レベルで力を合わせて実践活動していけるような共同作業グループはまだ存在せず、各国にもそれぞれ個別の課題がある。しかし、現時点でも、保健人材強化のために利用できる資源は数多くある。たとえば、各種保健機関による提言や指針、G8国を中心とする各国のコミットメント、いくつかのグローバル・ヘルス・イニシアティブ、GHWA、「人間の安全保障」アプローチなどである。本節では、これらの資源と投入について概要を示す。資源には、重複している部分もあるが、これらを統合することによって、現在の保健人材危機に対してよりすぐれた解決のための原動力を生み出すことが可能である。

### 提言と指針(付録3参照)

いくつかの機関から、保健人材危機をめぐるさまざまなテーマや課題に関する指針や提言が発表されている。保健医療従事者が途上国から給与の高い先進国に移住することによる潜在的なマイナス影響への取り組みとして、WHOは「国際保健人材雇用実施規範」を取りまとめ、2008年9月には、最初の草稿が公開で検討されている。これは先進国による国際的雇用に関する倫理的な指針と原則を規定していると同

時に、保健医療従事者の基本的権利にも言及している。この実施規範は、世界規模で移住労働を規定するこの種のものとしては最初のものと言われている。法的拘束力はないが、ここに示される提言は保健医療従事者の国際的雇用に関して、各国が政策立案する際に強力な「ルール」として機能しうるであろう。

WHOはまた「業務移管—国際的な提案と指針」も発表した。保健医療従事者の対人口密度が低く、死亡率が高い地域で、トレーニングを受けた準専門家を活用することによって保健医療従事者不足を改善しようという提案と指針である。これは、十分な数の人材資源を持っておらず、自国の保健人材危機の短期的な改善を求める国にとっては検討に値する。また、GHWAとWHOは、保健医療従事者不足改善のため、教育とトレーニングの拡大を強調した『スケールアップ、そして命を救う(Scaling Up, Saving Lives)』という報告書も発表した。さらに「カンパ宣言」と「国際行動課題」は、保健人材危機の解決のため、一丸となって戦略的にこの課題と取り組んでいけるよう、各国政府のコミットメントを呼びかけている。

政府、ドナー、推進役が「共通項」を持たぬままに、一丸となって行動するのは不可能なことである。WHOなどの権威ある機関によるこれらの指針や政策は、保健システム、とりわけ人材資源の強化に向けた政策を改善する機会を提供してくれている。

### G8の政治的コミットメント(付録1参照)

2008年5月の第4回アフリカ開発国際会議(TICAD IV)と2008年7月のG8北海道洞爺湖サミットにおいて、日本はアフリカの26カ国に対して保健人材の質と量の拡充を支援することを約束した。保健医療従事者の対人口比率を高め、保健医療従事者10万人を訓練するという方針も示した。その後、2008年7月、米国は第2次大統領エイズ救済緊急計画(PEPFAR II)の中に人材資源関連項目を追加し、少なくとも14万人の保健医療専門家と準専門スタッフのトレーニングの実施と保健医療従事者の定着を目指すことを約束した。2008年9月にはMDGsに関する国連ハイレベル会合にて、英国首相がグローバル・ヘルス・パートナーシップに参加している8カ国の国家保健計画への支援として、今後3年間で推定4億5000万ポンドを支出すると約束し

た。その中には保健医療従事者のトレーニングの拡大も盛り込んでいる。こうしたコミットメントがあったとしても、世界レベルでの保健医療従事者の不足を完全に満たすことはできない。しかし、このような投資がいかなる成果をもたらしうるかを知る重要な機会となることは確かである。これらの取り組みが成功すれば、今後数年間にわたる、さらなる投資への契機ともなりうるであろう。

## グローバル・ヘルス・イニシアティブ

世界基金、PEPFAR、クリントン財団などのグローバル・ヘルス・イニシアティブは、途上国でさまざまな保健に関わる問題に取り組むための評価・財政・技術面での支援を提供している。資金の大半は、エイズ、マラリア、結核などの特定の疾患への対策に使われるが、保健システムの強化にも使われるようになってきた。これらの国際イニシアティブはそれぞれ対象が異なる場合もあるものの、保健人材の状況を改善する上で保健システムを強化することが重要であるという共通理解は持っている。これらの機関による行動やコミットメントの詳細は、付録2に記載する。

これらの国際イニシアティブは財政支援以外にも、保健医療従事者の拡大支援をし、その副産物のひとつとして、支援対象国が保健システムを強化できるような力を強化している。たとえば、クリントン財団は、エイズとの戦いや保健人材関連プログラムなど多様な目標を掲げている。そして2008年9月の年次会合においては、グローバル・ヘルスの改善に向けて史上最大規模の保健医療従事者トレーニングとマネジメントの向上を目指す取り組みに焦点を当てた。また、PEPFARはエイズ・イニシアティブの一環として、15の途上国でかなりの数の保健医療専門家と準専門スタッフに対する資金提供とトレーニングを行うことを約束した。さらにクリントン財団と米国国際開発庁(USAID)は、いくつかの領域において、財政や技術の支援だけでなく活動評価や分析の支援をも含む包括的支援も行っている。

## グローバル・ヘルス医療人材同盟(GHWA)

G8諸国は、革新的なメカニズムが作られれば、これまでよりはるかにうまく一丸となって行動できる。GHWAは世界レベルで一丸となった作業を導いていける可能性がある。しかし、そのためにはGHWAの活動が国レベルで機能しうる、より強力なメカニズムが必要である。世界レベルでは、日本以外のすべてのG8国がGHWAを支持しており、日本も加盟する予定である。GHWAは、各国での保健人材政策の実施を推進し、国レベルの政策実施を妨げる世界的制約要因と取り組んでいくという、2つの戦略を持っている。設立から2年間で、GHWAは各国が保健人材計画と対策を立てられるようなプログラムと指針を作成した。政策提言活動、人材教育、トレーニング、マネジメント、スタッフの移住と定着、HIV予防と治療へのユニバーサル・アクセス、民間部門の役割について助言を行うため、すでにタスクフォースが設置されている<sup>54</sup>。GHWAは国レベルでの実施を推進することを目指しているが、現地事務所を持たないため、困難に直面する可能性がある。WHOの現地事務所から支援が得られるかもしれないが、保健人材や保健システムの専門家がすべてのWHO事務所で確保できるとは限らない。GHWAが生み出している機会をもっと実用的に活用すべきである。

## 保健システムの危機の克服に向けた「人間の安全保障」アプローチ

保健人材危機は、人材不足の危機であるだけでなく保健システムの危機でもある。とりわけ保健人材の対人口密度が低く、高死亡率の国ではそうである。そうした国では、保健システムの構成要素のうち1つ以上が適切に機能しておらず、これらの要素が相乗的に保健システム全体の状態を悪化させている。その結果、これらの国の大半で保健関連MDGsの指標に改善が見られていない。

MDGモニターがまとめたデータによると、52の低中所得国においてMDGの4と5で改善が見られていない。こうした国の大半は、ここ何年にもわたり健康状態の改善があまりみられていない人材低密度・高死亡率の国である。このような状況下で、保健医療従事者の対人口比率だけを上げて、保健システムのパフォーマンスの向上や健

康指標の改善は見込めない。これらの国に対しては、緊急時の包括的な人道支援パッケージと同じように、システム全体を対象とした、ある種の保健システム修復パッケージ・プログラムが必要かもしれない。その一例としてはマラウイの緊急人材資源プログラムがある<sup>55</sup>。USAIDによる「能力強化プロジェクト」もこれと似たアプローチをとっている。一部の国ではこちらのほうが良い選択肢となるかもしれない。そしてこれ以外に考えられる戦略として、人間の安全保障アプローチがある。

この15年間の間に、安全保障の概念は、単に国家の安全保障のみに焦点を当てるだけでなく、それを超えて個人やコミュニティの安全保障にまで焦点を当てるようになってきた。個人やコミュニティを支援するため、人間の安全保障アプローチは、経済、食品、保健、環境、個人、コミュニティ、政治の安全保障を対象とする。人間の安全保障アプローチは、さまざまな観点からみて、健康の改善をもたらす可能性がある。第一に、人間中心のアプローチとして、人間の安全保障はコミュニティ自体が特定した自らの実際のニーズに焦点を当てている。第二に、人間の安全保障は人間の脆弱性を強調し、人間が現在および将来の脅威に対する抵抗力を強化することを助けるとともに、人間が他の困難に直面した場合でも自分と家族の健康を守る環境を作り上げていくことをめざしている。第三に、人間の安全保障は保護とエンパワメントの連携強化を目指している。公衆衛生という文脈で言えば、保護のアプローチは健康に対する脅威の予防、監視、予測を行う社会制度の強化を目指している。一方、エンパワメント・アプローチは、個人やコミュニティが自らの健康に対して自ら責任を負っていけるような能力の向上を目指している。人間の安全保障では、これら2つのアプローチを連携させ、政治力・経済力を持つ者が、個人やコミュニティが自らの健康をよりよくコントロールできるような環境を整えていけるような活動をすべきであることを奨励している<sup>56</sup>。

この人間の安全保障アプローチの第3番目の特徴は、2008年度版『世界保健報告』のなかにある、プライマリ・ヘルスケア改革の要素「コミュニティの健康を促進し保護するための公共政策改革」と類似している。これ以外のプライマリ・ヘルスケア改革の3つの側面である「健康の公平性を改善するための医療保障の普遍化に向けた改革」、「保健システムを人間中心とするためのサービス提供の改革」、「保健当局の



信頼性を高めるためのリーダーシップ改革」も、人間の安全保障アプローチと密接に関係している。両者とも、個人とコミュニティを重視しているからである。

グローバル・ヘルス重視の気運はまだ衰えていない。しかしこの気運は大半の低密度・高死亡率国の住民に十分な恩恵をもたらしていない。今こそ、これらの国で現状打破を実現すべき時である。人間の安全保障アプローチは、この課題を克服する可能性を秘めている。

## G8への政策提言

こうした機運を利用するため、G8は次の行動を取ることができる。

- 1) 既存の保健人材とG8のコミットメントをより有効に活用できるように、保健人材関連プログラムを計画、実行、評価するための各国の能力を強化する
  - a) 国レベルで保健人材の改善状況に関する評価メカニズムを確立する
  - b) 保健人材の拡大を制約しているマクロ経済政策を変更する方法を特定する
  - c) 資源の限られている領域で保健・医学教育へのアクセスを保障するため、高等教育機関による国際ネットワークを強化する
- 2) 保健医療従事者の移住を後押ししている受け入れ国側の原因に取り組む
  - a) 自国の資源を使って自国内の環境を整備し、保健医療従事者を増やす
  - b) 移住労働問題に対処するため、WHOの行動規範を支持する
  - c) 個人が移住によって雇用を求める権利とすべての人が健康を求める権利の両方を保護する実践的な解決策を探る
- 3) 保健人材の改善のため、G8諸国によるレビューを毎年行う
  - a) G8国が行っていること、うまく機能したこと、およびそれを裏付けるエビデンスを共通の指標を使って評価する
  - b) このレビューを用いて保健システムのパフォーマンスを評価することにより、資金供給と情報の格差を特定する。また、エビデンスに基づくベスト・



プラクティスを特定し、人材資源の強化を通じた保健システムの改善方法に関する知見を増やし、また、G8国が誓約したことの実施状況を把握する

## 参考文献

1. A. Haines and D. Sanders, "Building Capacity to Attain the Millennium Development Goals," *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine & Hygiene* 99, no. 10 (2005):721–726; M. Chopra, S. Munro, J. N. Lavis, G. Vist and S. Bennett, "Effects of Policy Options for Human Resources for Health: An Analysis of Systematic Reviews," *Lancet* 371, no. 9613 (2008): 668–674.
2. Joint Learning Initiative, *Human Resources for Health: Overcoming the Crisis* (Cambridge: Harvard University Press, 2004).
3. World Health Organization (WHO), *World Health Report 2006: Working Together for Health* (Geneva: WHO, 2006).
4. H. Schneider, D. Blaauw, L. Gilson, N. Chabikuli and J. Goudge, "Health Systems and Access to Antiretroviral Drugs for HIV in Southern Africa: Service Delivery and Human Resources Challenges," *Reproductive Health Matters* 14, no. 27 (2006):12–23.
5. WHO, *World Health Report 2006*.
6. WHO, "The Kampala Declaration and Agenda for Global Action," <http://www.who.int/workforcealliance/Kampala%20Declaration%20and%20Agenda%20web%20file.%20FINAL.pdf> (accessed October 2008).
7. G8 Health Experts Group, *Toyako Framework for Action on Global Health—Report of the G8 Health Experts Group*, [http://www.g8summit.go.jp/doc/pdf/0708\\_09\\_en.pdf](http://www.g8summit.go.jp/doc/pdf/0708_09_en.pdf) (accessed October 1, 2008).
8. WHO, *World Health Report 2006*.
9. Ibid.
10. African Council for Sustainable Health Development (ACOSHED), *For as Much and With as Much: Sustaining Commitment to Africa's Human Resources and Health Systems Crisis*, forthcoming 2008.
11. Ibid.
12. M. R. Reich, K. Takemi, M. J. Roberts and W. C. Hsiao, "Global Action on Health Systems: A Proposal for the Toyako G8 Summit," *Lancet* 371, no. 9615 (2008):865–9.
13. Joint Learning Initiative, *Human Resources for Health*; WHO, *World Health Report 2006*; A. K. Rowe, D. de Savigny, C. F. Lanata and C. G. Victora, "How Can We Achieve and Maintain High-Quality Performance of Health Workers in Low-Resource Settings?" *Lancet* 366, no. 9490 (2005): 1026-1035; N. Crisp, B. Gawanas and I. Sharp (Task Force for Scaling Up Education and Training for Health Workers), "Training the Health Workforce: Scaling Up, Saving Lives," *Lancet* 371, no. 9613 (2008): 689–91.
14. T. Bossert, T. Barnighausen, A. Mitchell, D. Bowser and G. Gedick, *Assessing Financing, Education, Management and Policy Context: Strategic Planning for Human Resources for Health* (Geneva: WHO, 2007).
15. J. Connell, P. Zurn, B. Stilwell, M. Awases and J. Braichet, "Sub-Saharan Africa: Beyond the Health Worker Migration Crisis?" *Social Science & Medicine* 64, no. 9 (2007):1876–91; D. Palmer, "Tackling Malawi's Health Crisis," *Reproductive Health Matters* 14, no. 27 (2006):27–39.
16. Palmer, "Tackling Malawi's Health Crisis."
17. Global Health Workforce Alliance, *Scaling Up, Saving Lives* (Geneva: WHO, 2008).
18. Bossert, Barnighausen, Mitchell, Bowser and Gedick, *Assessing Financing, Education, Management and Policy Context*.
19. Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector (by ILO, ICN, WHO, PSI), *Framework Guidelines for Addressing Workplace Violence in the Health Sector* (Geneva: International Labour Organization [ILO], 2002); International Council of Nurses, *Safe Staffing*

- Save Lives: Information and Action Tool Kit*, <http://www.icn.ch/indkit2006.htm> (accessed October 2008).
20. S. Anand and T. Barnighausen, "Human Resources and Health Outcomes: Cross-Country Econometric Study," *Lancet* 364, no. 9449 (2004):1603–09; S. Anand and T. Barnighausen, "Health Workers and Vaccination Coverage in Developing Countries: An Econometric Analysis," *Lancet* 369, no. 9569 (2007):1277–85.
  21. Countdown Coverage Writing Group, on behalf of the Countdown to 2015 Core Group, "Countdown to 2015 for Maternal, Newborn, and Child Survival: The 2008 Report on Tracking Coverage of Interventions," *Lancet* 371, no. 9620 (2008):1247–58.
  22. ACOSHED, *For as Much and With as Much*.
  23. Bossert, Barnighausen, Mitchell, Bowser and Gedick, *Assessing Financing, Education, Management and Policy Context*.
  24. B. Marchal, V. De Brouwere and G. Kegels, "HIV/AIDS and the Health Workforce Crisis: What Are the Next Steps?" *Tropical Medicine & International Health* 10, no. 4 (2005): 300–4.
  25. K. Kober and W. Van Damme, "Public Sector Nurses in Swaziland: Can the Downturn Be Reversed?" *Human Resources for Health* 4 (2006): 13.
  26. M. Vujicic and P. Zurn, "The Dynamics of the Health Labour Market," *International Journal of Health Planning and Management* 21, no. 2 (2006): 101–15.
  27. H. Aiga and C. Kuroiwa, "Quantity and Distribution of Continuing Professional Education Opportunities among Healthcare Workers in Ghana," *Journal of Continuing Education in Nursing* 37, no. 6 (2006):270–9.
  28. C. Hongoro and B. McPake, "How to Bridge the Gap in Human Resources for Health," *Lancet* 364, no. 9443 (2004):1451–56.
  29. A. Haines, D. Sanders, U. Lehmann, et al., "Achieving Child Survival Goals: Potential Contribution of Community Health Workers," *Lancet* 369, no. 9579: 2121–31; L. Huicho, R. W. Scherpbler, A. M. Nkowane, C. G. Victora, and the Multi-Country Evaluation of IMCI Study Group, "How Much Does Quality of Child Care Vary between Health Workers with Differing Durations of Training? An Observational Multicountry Study," *Lancet* 372, no. 9642 (2008): 910–16.
  30. P. M. Fenton, C. J. M. Whitty and F. Reynolds, "Caesarean Section in Malawi: Prospective Study of Early Maternal and Perinatal Mortality," *BMJ* 327, no. 7415 (2003):587; S. Bergström, "Who Will Do the Caesareans When There Is No Doctor? Finding Creative Solutions to the Human Resource Crisis," *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 112, no. 9 (2005):1168–9.
  31. H. Argaw, *The Health Extension Program (HEP) of Ethiopia: Summary of Concepts, Progress, Achievements and Challenges*, WHO Ethiopia country office, 2007, [http://www.aaahrh.org/2nd\\_Conf\\_2007/Cases/Ethiopia-Argaw%20Health%20Extension%20Program.doc](http://www.aaahrh.org/2nd_Conf_2007/Cases/Ethiopia-Argaw%20Health%20Extension%20Program.doc) (accessed October 23, 2008).
  32. Tedros Adhanom, Minister of Health, Ethiopia, Speech given at the International Conference on Task Shifting, Addis Ababa, Ethiopia, January 10, 2008. [http://www.moh.gov.et/index.php?option=com\\_content&task=view&id=77](http://www.moh.gov.et/index.php?option=com_content&task=view&id=77).
  33. WHO, *Task Shifting Global Recommendations and Guidelines* (Geneva: WHO, 2008).
  34. C. Kurowski, K. Wyss, S. Abdulla and A. Mills, "Scaling up Priority Health Interventions in Tanzania: The Human Resources Challenge," *Health Policy and Planning* 22, no. 3 (2007):113–27.
  35. C. Goodman et al., "Retail Supply of Malaria-Related Drugs in Rural Tanzania: Risks and Opportunities," *Tropical Medical & International Health* 9, no. 6 (2004): 655–63.
  36. K. McColl, "Fighting the Brain Drain," *BMJ* 337 (2008):a1496.
  37. WHO, "The Kampala Declaration."

38. Joint Learning Initiative, *Human Resources for Health*.
39. ILO, *Social Dialogue in the Health Services: A Tool for Practical Guidance* (Geneva: ILO, 2005).
40. D. Y. Dovlo, "Social Dialogue in the Health Sector: Case Study Ghana," *International Labour Organization Working Paper* 234, 2005.
41. Vujicic and Zurn, "Dynamics of the Health Labour Market."
42. WHO, *World Health Report 2006*.
43. T. Martineau, K. Decker and P. Bundred, "'Brain Drain' of Health Professionals: From Rhetoric to Responsible Action," *Health Policy* 70, no. 1 (2004): 1–10; Save the Children and Medact, "Whose Charity? Africa's Aid to the NHS," <http://medact.org/content/Skills%20drain/Whose%20charity%204%20page.pdf> (accessed November 24, 2008).
44. D. Kline, "Push and Pull Factors in International Nurse Migration," *Journal of Nursing Scholarship* 35, no. 2 (2003): 107–11.
45. R. Cooper, T. E. Getzen, H. McKee and P. Laud, "Economic and Demographic Trends Signal an Impending Physician Shortage," *Health Affairs* 21, no. 1 (2002):140–54; J. Buchan and J. Sochalski, "The Migration of Nurses: Trends and Policies," *Bulletin of the World Health Organization* 82, no. 8 (2004):587–94; B. Pond and B. McPake, "The Health Migration Crisis: The Role of Four Organisation for Economic Cooperation and Development Countries," *Lancet* 367, no. 9520 (2006):1448–55.
46. G. Winyard, "Medical Immigration: The Elephant in the Room," *BMJ* 335, no. 7620 (2007):593–5; R. A. Cooper, "It's Time to Address the Problem of Physician Shortages: Graduate Medical Education is the Key," *Annals of Surgery* 246, no. 4 (2007):527–34.
47. B. Stilwell, K. Diallo, P. Zurn, et al., "Migration of Health-Care Workers from Developing Countries: Strategic Approaches to Its Management," *Bulletin of the World Health Organization* 82, no. 8 (2004):595–600.
48. International Organization for Migration (IOM), "IOM and Remittance: Definition, Scale and Importance of Remittance for Development and Poverty Alleviation," <http://www.iom.int/unitedstates/Fact%20Sheets/PDFs/IOM%20and%20Remittances.pdf#search=%27remittance%20for%20development%20IOM%27> (accessed on October 1, 2008).
49. M. Clemens, "Do Visas Kill? Health Effects of African Health Professional Emigration," *Center for Global Development Working Paper* no. 114 (2007).
50. Global Economic Governance Program, "Setting a Developing Country Agenda for Global Health—A Preliminary Report of a High-Level Working Group" (May 2008), <http://www.globaleconomicgovernance.org/docs/Working%20Group%20Report%20May%202008.pdf> (accessed October 24, 2008).
51. Ibid.
52. Ibid.
53. D. Sridhar and R. Batniji, "Misfinancing Global Health: A Case for Transparency in Disbursements and Decision Making," *Lancet* 372, no. 9644 (2008): 1185–91.
54. F. Omaswa, "Human Resources for Global Health: The Time for Action is Now," *Lancet* 371, no. 9613 (2008): 625–6.
55. Connell, Zurn, Stilwell, Awases and Braichet, "Sub-Saharan Africa"; Palmer, "Tackling Malawi's Health Crisis."
56. K. Takemi, M. Jimba, S. Ishii, Y. Katsuma and Y. Nakamura (Working Group on Challenges in Global Health and Japan's Contribution), "Human Security Approach for Global Health," *Lancet* 372, no. 9632 (2008):13–4.
57. WHO, *The World Health Report 2008—Primary Health Care: Now More than Ever* (Geneva: WHO, 2008)

付録1:G8のコミットメント

| 国    | 対象国  | 援助の種類                | 詳細  | その他の保健システム支援   |
|------|--|----------------------|---|--|
| 日本   | アフリカ26カ国   | 10万人のヘルス・ワーカーをトレーニング | <ul style="list-style-type: none"> <li>人材の質的、量的向上と健康増進への支援</li> </ul>   |  |
| イタリア | アフリカ諸国   | 人材養成、財政支援            | <ul style="list-style-type: none"> <li>NGOとの連携による、保健システムと人材開発</li> <li>アフリカ6カ国における投資、しばしばセクター予算の形を取る</li> </ul>                     |  |
| カナダ  | モザンビーク、マリ、タンザニア、ザンビア、ナイジェリア、エチオピア、マラウイ、ニジェール、ガーナ | 財政支援                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>国の保健部門戦略計画の実施を支援し、追加的なヘルス・ワーカーを保健システムのあるあらゆるレベルで雇用、養成、定着させ、国民に対する最先端の保健サービスの提供を促す</li> </ul> |  |
| フランス | アフリカの20カ国、アジアの3カ国                                | 人間能力開発、財政支援          | <ul style="list-style-type: none"> <li>現地の人材を養成</li> <li>3億ユーロを世界基金に毎年拠出(付録2の世界基金を参照)</li> </ul>                                    |  |
| 米国   | エチオピア、ケニア、モザンビーク、ザンビア                            | 評価                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>人材と保健システムを強化するための支援を最大化する方法を見極める</li> </ul>  | 米国際開発庁(USAID)は現地政府との協働により、20カ国以上の国々において、地域健康保険の質の向上、薬品管理システムの構築を支援 |

|     |                               |           |  |   |
|-----|-------------------------------|-----------|--|---|
| 英国  | アフリカ4カ国：エチオピア、ケニア、モザンビーク、ザンビア | 財政支援      | <ul style="list-style-type: none"> <li>今後3年にわたって、保健人材を含む保健分野に最低4.2億ドルを支出する計画</li> </ul>            |   |
| ロシア | アフリカ4カ国                       | トレーニングと教育 | <ul style="list-style-type: none"> <li>マリアをコントロールするための戦略と債務免除イニシアティブの枠組みの下でトレーニングと教育を提供</li> </ul> |   |
| ドイツ | アフリカ7カ国                       | 人間能力開発    | <ul style="list-style-type: none"> <li>保健医療従事者関連プログラム；ドイツでのトレーニングの後、本国に帰還し、現地への再統合を支援</li> </ul>   | 毎年5億ユーロをエイズ、結核、マリアとの戦い、保健システム強化のために支出する |

出典：

G8 Health Experts Group, Toyako Framework for Action on Global Health—Report of the G8 Health Experts Group, [http://www.g8summit.go.jp/doc/pdf/0708\\_09\\_en.pdf](http://www.g8summit.go.jp/doc/pdf/0708_09_en.pdf).

付録2: グローバル・ヘルス・イニシアティブから得られる保健人材強化のための資源

| 組織                                | 対象  | 援助の種類         | 詳細   | その他  |
|-----------------------------------|---|---------------|--|--|
| 世界基金                              | HIV/エイズ、結核、マラリアとの闘い   | 資金援助、国際保健財政支援 | <ul style="list-style-type: none"> <li>これまでに126か国に113億米ドルを誓約、内23%は人材、9%はインフラと設備</li> <li>低利子の融資、無利子の貸付と無償援助</li> <li>途上国における教育、保健、行政管理、インフラ、金融・民間部門の育成、農業、環境および天然資源管理</li> <li>2008年のヘルス・ワーカーへの支援総額は推定3.09億米ドル</li> <li>14万人の保健医療専門家と準専門家の養成および定着を目標に、270万人のトレーニングを支援する計画</li> </ul> | 承認案件の57%はアフリカ向けの案件                                   |
| 世界銀行                              | 開発途上国   | 資金および技術的な援助   |  |  |
| 米国大統領エイズ救済緊急計画 (PEPFAR)           | 15 各国: ボスワナ、エチオピア、ハイチ、モザンビーク、ナイジェリア、南アフリカ、ウガンダ、ザンビア、コートジボワール、ギニア、ケニア、ナミビア、ルワンダ、タンザニア、ベトナム | 資金援助          |  | HIV/エイズ関連の活動に最も集点を当てているが、間接的に保健人材の強化にも貢献している         |
| クリントン財団、クリントン・グローバル・イニシアティブ (CGI) | アフリカ10ヶ国とのパートナーシップによる保健人材プログラム  | 保健システム評価、資金援助 | <ul style="list-style-type: none"> <li>トレーニング、院内指導、雇用、能力強化、カリキュラム開発</li> </ul>   | CHAIは、開発途上国における治療へのアクセスを改善するため、市場および政府と共同で活動をおこなっている |
| 英国国際開発省 (DFID)                    | アフリカ6ヶ国、カンボジア、ネパール  | 資金援助          | <ul style="list-style-type: none"> <li>今後3年間にわたり4.5億ポンドを看護師、助産師、医師の養成を含む国家保健計画に供与</li> </ul>   |  |

|                                     |   |  |   |  |
|-------------------------------------|---|--|---|--|
| <p>米国際開発庁 (USAID)、キャバシテイ・プロジェクト</p> | <p>開発途上国における保健人材の養成と定着(ラテン・アメリカ、東欧、アジア)</p> | <p>評価、資金・技術支援<br/>国際的なリーダーシップ、保健人材に関する情報の収集、とりまとめ、伝達<br/>国レベルの効果的、持続可能な保健人材プログラムへの支援</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>人材計画とリーダーシップの改善に向けた支援</li> <li>教育、トレーニング・プログラム開発支援</li> <li>人材のパフォーマンスを高めるシステム強化への支援</li> <li>保健医療従事者の定着を促進</li> </ul> | <p>2006年度版『世界保健報告』で示された「保健人材行動枠組」の取りまとめに参加</p> |
|-------------------------------------|---|--|---|--|

出典:

- Global Fund, “Distribution of Funding after 7 Rounds,” [http://www.theglobalfund.org/en/funds\\_raised/distribution/](http://www.theglobalfund.org/en/funds_raised/distribution/).  
 World Bank, <http://www.worldbank.org/> (accessed October 16, 2008).  
 PEPFAR, “Report to Congress by the US. Global AIDS Coordinator on Health Care Worker Training 2008,” <http://www.pepfar.gov/documents/organization/105844.pdf>.  
 Clinton Foundation, <http://www.clintonfoundation.org/what-we-do/clinton-hiv-aids-initiative/what-we-ve-accomplished>.  
 The Capacity Project, [http://www.capacityproject.org/index.php?option=com\\_content&task=view&id=32&Itemid=66](http://www.capacityproject.org/index.php?option=com_content&task=view&id=32&Itemid=66).



## 付録3:これまでの提言

### 1. 国際保健人材雇用実施規範

保健システムにおける人材移動の重要性を認識し、世界保健総会は保健人材雇用実施規範を制定するためWHA57.19を採択した。2008年9月1日から9月30日の間に実施規範の初稿についてウェブ上での一般からの意見が募られ、メンバー各国、保健医療従事者、リクルーター、雇用者、見識者、研究機関、保健医療団体、関連する地域、国際団体などが参加した。

2008年9月30日に終了したこの意見公募は保健人材の国際雇用に関わる全ての関係者に規範の草稿についてコメントする機会を与え、そこで寄せられた意見はWHOのホームページに掲載された。

#### 規範の目的

この実施規範の目的は大きく下記の4点に分けられる。

1. 保健人材の国際雇用について任意の原則、基準、慣行を定め、それを推進する
2. 参加国が保健人材の国際雇用について、法的、制度的枠組みを制定、改善し、また適切な政策を定め、実施するにあたり、参考となる文書を提供する
3. 二国間、またその他の国際条約(強制力のある、ない取り決め両方)の制定、実施の際に利用できる指針を提供する
4. 保健人材の国際雇用に関し、国際的対話を促進、推進し、協力を進める

#### 実施規範の主な要素

国際保健人材雇用実施規範の初稿において主な要素となるものは次の5つにまとめられる。倫理的で公正な雇用、パートナーシップと利益の相互性、医療従事者の保護、国際的保健人材移動のモニタリング、規範への同意、または脱退。規範に強制力はないが、この枠組みは倫理的雇用慣行、保健医療従事者移民の権利保護、保健人

材の移動による発展途上国への経済的、社会的インパクトについての改善を促進すると期待される。地域レベルでは医療従事者の国際雇用に複数の実施規範が既に存在するが、WHOの実施規範はこの分野の国際的な移住について初めてのものと考えられる。(WHO 2007, 2008)

決議WHA 57.19

[http://www.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA57/A57\\_R19-en.pdf](http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_R19-en.pdf)

WHO国際保健人材雇用実施規範

<http://www.who.int/bulletin/volumes/86/10/08-058578.pdf>

実施規範の要旨

[http://www.who.int/hrh/public\\_hearing/comments/en/print.html](http://www.who.int/hrh/public_hearing/comments/en/print.html)

## 2. カンパラ宣言と国際行動課題

2008年3月6日にウガンダのカンパラで開かれた「保健人材国際フォーラム」において参加者に支持された「カンパラ宣言と国際行動課題」は、悪化する保健人材危機に国際的関心を集める役割を果たしている。

カンパラ宣言の内容は下記にまとめられる12点で構成されている。

1. 政府の指導者たちは、全ての関係者を巻き込み、政治的気運を醸成して、保健人材危機を解決するための先導役を務める
2. 二国間、多国間の開発パートナーのリーダーは、各国で包括的な保健人材対策や計画を制定、実施するために調和し、首尾一貫した支援を行う
3. 政府は保健人材について適切な技術レベルのバランスを定め、官民のパートナーシップを含む方法で、高い専門性を持った医療人材の確保について取り組む一方、早急に地域レベル、また中間レベルにおいて大規模な保健人材拡大のため協調した政策を制定する
4. 政府は、医療従事者と職員団体と密に協力し、厳しい取り締まり方法を用いて、保健人材の教育、トレーニングのために厳格な認定システムを考案する
5. 政府、市民社会、民間セクター、職員団体は全てのレベルにおいてリーダーシップと管理能力を強化する

6. 政府は、十分な動機づけと安全な労働環境を保証することで、保健医療従事者の効果的な定着と公平な配置を促す
7. 保健医療従事者の移住は現実であり、肯定的、否定的いずれの効果も持ちうることを認識する一方、各国は、保健医療従事者が定着するような人材市場を整備するため、適切なメカニズムを講ずる。WHOは保健人材の国際的な雇用に関する行動規範を制定するための交渉を推進する
8. 全ての国は、今日また将来的な地球規模の保健人材不足に対応するため、一丸となって取り組む。富める国は、各国内外の保健人材を養成し雇用することを優先し、そのために必要な資金を提供する
9. 各国政府は保健医療従事者に対する予算を増やし、国際機関はその動きを阻害しているマクロ経済上の規制を緩和する
10. 多国間、二国間の開発援助機関は、安定した、持続的な、そして十分な資金援助を提供し、保健と開発に関する既に誓約した拠出を速やかに行う
11. 各国は、エビデンスに基づく政策決定の制度化と共同学習を高めるために、調査能力の改善、データ管理のキャパシティ開発を推進するため、保健人材情報システムを創設する
12. GHWAは、カンパラ宣言と国際行動課題の実施状況をモニターし、進捗状況の報告と評価をするため、2年後に再度会議を開催する

カンパラ宣言に加え、カンパラ国際行動課題は、6つの基本的かつ相互に関連した戦略を提示し、保健人材危機に対応するために、政治的な意志、コミットメント、リーダーシップ、パートナーシップを効果的な行動へとつなげることを求めている。

1. 保健人材の解決に向けた、一貫した国および世界レベルのリーダーシップの醸成
2. エビデンスと共同学習に基づく十分な情報を踏まえた政策を行えるキャパシティの強化
3. 保健医療従事者教育とトレーニングの拡充
4. 能力があり、ニーズに合った、公平に配置された保健人材の定着
5. 国際的な保健人材市場からの圧力とその移住への影響の管理

## 6. 保健人材に対する追加的、効果的投資の確保

### カンパラ宣言と世界行動課題

<http://www.who.int/workforcealliance/Kampala%20Declaration%20and%20Agenda%20web%20file.%20FINAL.pdf>

## 3. 保健医療従事者の不足に対応する保健医療業務移管：国際的な提言と指針

WHOはPEPFARおよびUNAIDSと共に、保健医療業務移管のための指針をまとめた。これらの指針は、初めて2008年1月8-10日、アディス・アベバで開催された移管に関する国際会議で正式に発表された。本会議には、保健大臣および高級実務者、オピニオン・リーダー、国連機関、先進国および資源の限られている国のNGOが集まり、業務移管に関するアディス・アベバ宣言を採択した。

業務移管とはある業務が専門性の低い保健医療従事者に移される委任過程をさす。業務移管は、既存の人材、もしくはトレーニングや定着プログラムによって容易に能力を強化できる人材をより効率的に活用しながら、人材を再編することで、保健医療サービスの提供を改善する実現性ある解決方法となっている。

### 例：ウガンダにおける業務移管

ウガンダでは、抗レトロウイルス治療を提供するために業務移管が進められていた。1人の医師に対する患者数が2.2万人、保健医療従事者の数が必要な数の80%という状況にあって、ウガンダは業務移管をせざるをえない。ウガンダの看護師は公式には医師がすべき業務を行っている。その代わりに、看護師の業務は、トレーニングは受けているものの、専門的な資格は持たないコミュニティ・ヘルス・ワーカーに移管されている。このアプローチの一環として、ウガンダは様々な保健医療従事者の非専門職を作ることで、HIV/エイズに関するサービスを提供するための人材を拡充している。

### 業務移管に関するアディス・アベバ宣言

[http://www.who.int/entity/healthsystems/task\\_shifting/Addis\\_Declaration\\_EN.pdf](http://www.who.int/entity/healthsystems/task_shifting/Addis_Declaration_EN.pdf)

保健システム強化に向けたグローバル・アクション  
タスク・フォース  
保健人材に関する研究チーム

ディレクター:

神馬 征峰

東京大学医学系研究科 国際地域保健学教授

特別アドバイザー:

リンカン・チェン

中国医療委員会会長[米国]

レビューワー:

トーマス・ボッサート

ハーバード公衆衛生大学院国際保健システム・プログラ  
ム・ディレクター[米国]

ローラ・ダーレ

保健科学・研修・調査・開発センター(CHESTRAD)所長  
[ナイジェリア]

ティモシー・エバンス

WHO保健情報エビデンス研究担当事務局長補

エドワード・ミルズ

ブリティッシュ・コロンビア・エイズ研究拠点センター  
研究員[カナダ]

メーガン・レイディ

ハーバード公衆衛生大学院[米国]

スウィット・

ウィブルポルプラサート

タイ公衆衛生省疾病予防上級顧問(国際諮問委員  
兼任)



# 途上国における保健財政強化

ラビンドラ・ランナン・エリヤ

## 途上国が直面する保健問題

途上国は今3つの深刻な保健課題に直面している。そして、いずれの課題も地球規模の開発のために重要なものである。(1)多くの途上国がミレニアム開発目標(MDGs)において十分な成果を出していないこと、(2)保健分野における社会的保護が著しく立ち遅れているために、多くの国での開発を著しく阻害していること、(3)保健システムの不備が途上国のみならず中・高所得国でも、人間の安全保障の大きな阻害要因となっていることである。

開発課題としての保健の重要性は、MDGsの8目標の内、3つが保健関係であることにも反映されている(MDGs 4、5、6)。またG8諸国が過去のサミットにおいてこの3つについての踏み込んだコミットメントをしていることにも表れている。しかしながら、多くのMDGsに対して実質的な進展が見られる一方で、人間開発および保健の分野では、深刻な問題も発生してきている<sup>1</sup>。疾病に焦点を当てたMDG6(HIV/エイズ、マラ

---

本稿の特別アドバイザーを務めたウィリアム・C・シャオ氏に感謝の言葉を述べたい。アダム・ワグスタッフ、ボン・ミン・ヤン、ダン・クレス、デビッド・エバンス、アンドリュウ・カッセルズ、ロバート・イエーツ、ピーター・バーマン、渋谷健司、神馬征峰、マイケル・ライシュ、武見敬三の各氏には、有意義なコメントとフィードバックをいただいた。ララ・プリアリー氏には執筆と背景調査実施に当たっての技術的な協力をお願いした。アブツライ・ブラガラサン氏には背景データの分析で協力をいただいた。山本正、鈴木智子、スーザン・ハバードの各氏にもご協力をいただいた。

リア、その他の疾病)に対しては大きな進展がみられている。しかしながら、極めて重要性の高いMDG4(乳幼児死亡率の改善)およびMDG5(妊産婦の健康改善)については、途上国の多くの国々で遅れが見られる。とりわけサハラ以南アフリカおよび南アジアでは、MDGsに合意したにもかかわらず<sup>2</sup>、1990年代以前よりも状況が悪化している国もある。保健関連MDGsの達成のためには、サービスへのアクセスや保健システムのパフォーマンスを大幅に強化する必要がある。そのためには途上国において実効的な財政政策を確立しなくてはならない。

過去10年間、保健医療費の大きな自己負担は、家計にとって破滅的な打撃にもなりかねないということが顕著になってきた。世界規模でみると、毎年1億人以上が治療費の支払いのために貧困に陥っている<sup>3</sup>。それは最貧国における貧困問題をさらに悪化させ固定化させる要因ともなっている。中国、ベトナム、バングラデシュなど、きわめて急速な成長を遂げている一部のアジア諸国においてさえ、保健医療関連の支出は、世帯を貧困ライン以下におし戻す最大原因となっている<sup>4</sup>。

近年、巨額な保健医療費による金銭的リスクからの保護を強化すべきであるとの認識が高まっている。これによって保健と社会的保護という、かつては別個に扱われていた課題が同時に扱われるようになった。日本における人間の安全保障の枠組みの中でも保健問題が取り挙げられ、EU加盟諸国も保健システム強化に対する戦略の中で保健分野の社会的保護を第2の柱としている<sup>5</sup>。同時にまた、保健の社会的保護は、保健システム強化に向けたプライマリ・ヘルスケア・アプローチの重要性を再確認している世界保健機関(WHO)においても中心課題となっている<sup>6</sup>。G8諸国内でも、保健財源を増強せしめてきたのは社会的保護と連帯という動機であった。世界規模で見られている保健政策における社会的保護への関心の高まりは、国際保健政策においても、世界規模でそのための緊密な連携が生まれてきていることを示している。

こうした進展とともに、G8諸国と途上国の間では、グローバル化による相互依存が強まってきている。健康課題の脅威が国境を越えて拡大するようになり、人間の安全保障の重要性についての認識も一層強まっている。将来、最貧国が疾病の世界的流行の中心になるであろうと予想されるだけではない<sup>7</sup>。世界的な食料供給チェーンにおける新たなリスクをもたらしているのもまた最貧国である<sup>8</sup>。これらのこと



からも、G8諸国は、途上国諸国が、各自の保健システムのなかで、いかに必要な資金を適切かつ効果的に核となる公衆衛生活動のために供給できるかについて、大きな関心を抱いている。

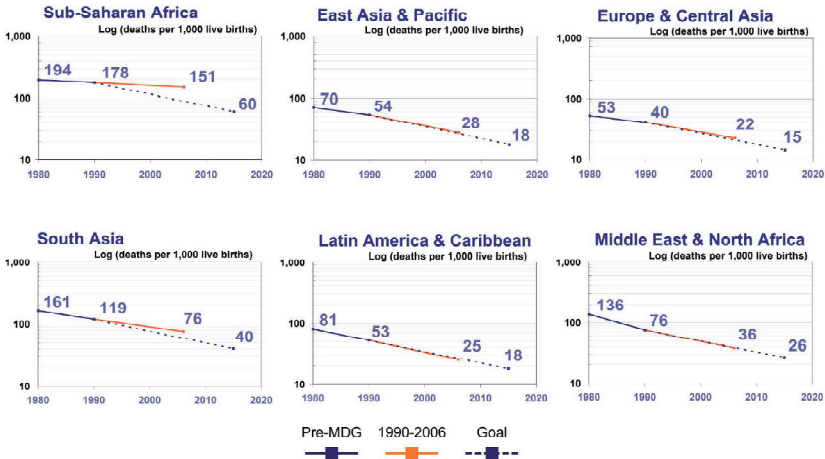
## 問題の根源

### これまでの進捗状況

G8諸国は過去10年間、途上国の保健部門に対して、新規に大量の財政資源を提供することによって、保健関連MDGsの達成を支援してきた。2002年のモンレー・サミット以降、保健分野、特にエイズと母子保健の分野への外部資金流入は、政府と民間の双方から拡大されてきた<sup>9</sup>。途上国自身も国内財政を強化してきた。アフリカでは資金援助額の拡大と政府予算における保健の優先順位の高まりが相まって、大きな進歩を遂げている<sup>10</sup>。確かに、WHOのマーガレット・チャン事務局長が言うように、「保健にこれほどの資金が集まったことはかつてなかった」といってもよい<sup>11</sup>。

しかし、このような外部からの援助と政府の財政規模の拡大があつたにもかかわらず、MDG4とMDG5の達成に向けた進捗には大きな変化が見られていない。とりわけ最重要地域であるサハラ以南アフリカと南アジアにおいて<sup>12</sup>、1990年以降、その進捗は遅れている(図1)<sup>13</sup>。これらの途上国において、劇的な進展はみられておらず、資金の拡大だけでは、健康状態が改善するにも、また莫大な医療費によってもたらされた貧困を削減させるにも十分ではない、ということが明らかになってきているのである。

図1：地域別に見たMDG4の進展状況、1980年～2006年<sup>14</sup>



Source : Childinfo.org

## 主な理由

途上国が、保健目標の達成や、社会的保護の改善にしばしば失敗する理由はいくつか考えられる。いわゆる破綻国家にみられる明らかな理由は、保健システムの機能不全と通常の生活の崩壊である。こうした状況では、MDGsの達成は不可能と認めざるを得ず、ドナー主導のサービス提供など、外部からの人道的支援が唯一の効果的対策となる場合も多い。

破綻国家ではない、その他の多くの途上国でも、保健システムは深刻な問題となっている。これらの国々では、保健目標達成のため、他の国々と協調的な政策をとり保健活動をすることが求められている。成果が出ていないのが、上記のMDG4および5であるのは偶然ではない。両者は保健システム全体の向上を必要とするからである。一方、MDG6は、疾病に集中した対策によってある程度の効果をあげることができる。これらの国々で保健システムが機能していない主な理由は、次の通りである。

- (1) 多くの国で保健のための財源が不足していること
- (2) 効果が薄く非効率な保健財政とサービス提供システムによって、一定の財源があれば本来達成しうる目標を達成できていないこと

- (3) 垂直プログラムと水平的プログラムに対する財源がうまく統合されて使われていないために、資源の奪い合いや国家戦略への弊害が生じていること
- (4) 国自身がその保健システムの運営・管理や改善方法についての情報が欠如していること

## 深刻な財源不足と必要な額

途上国では疾病負担や健康障害負担が極めて大きい。それにもかかわらず、一般的な医療費支出額は先進国よりも大幅に少ない。実際2007年のG8諸国の平均医療関係支出額はGDPの10%以上であった。一方、低所得国では5%、中所得国では6%だった<sup>15</sup>。物価水準調整後でも、最貧国における保健関連支出額は1人当たり20～50米ドルで、先進国平均の30分の1である。しかも最も深刻な状況にある途上国の多くでは、それが30米ドル未満となっている。このような低水準の支出では、効果的な保健サービスの提供を広く実施することはできない。例えば、途上国で平均的な国民が医師の診察を受けられる回数は年間1、2回にとどまっている。それに対し、はるかに健康状態の良いG8諸国の国民は年平均5～7回の受診が可能となっている<sup>16</sup>。保健関連支出額を増額することによって、サービスの提供範囲とアクセスを改善できることは明白である。

少なくとも2000年以降、保健関連ODAの増額が明確に強調されるようになってきたのは、こうした制約に対するG8諸国の認識が高まったことを示している<sup>17</sup>。G8諸国と途上国のパートナー諸国はともに、とりわけMDG4、5、6に関連した分野において、保健関連支出額の増額に努力をしているのは確かである<sup>18</sup>。しかし、果たしてそれで十分なのかどうかについては、立ち止まって検証してみる必要がある。

1990年代初頭以降、国連(UN)、世界銀行、WHOといった諸組織によって、最低限の基本的な保健サービスへのアクセス改善、または保健関連MDGsの一部もしくは全ての目標達成のために、どの程度の予算が必要なのかについて検討されてきた。その推計では、低所得国の政府予算および外部からの資金援助を合わせて、1人当たり30～50米ドル必要であろうとされている(中所得国ではこれよりも大きく

なる)<sup>19</sup>。しかし、低所得国における実際の政府支出は15米ドル未満であり、そのうち、平均40%が外部ドナーからの資金である。

外部ドナーからの資金援助はさらに増やす必要はある。しかしながら、最貧国において、政府予算と外部からの支援により2015年までに1人当たり30～50米ドルの水準を達成することは、現在の世界的な金融危機がなかったとしても、現実的ではない。最貧国においてこの目標を達成するには、GDPの10～20%にあたる額の投入が必要であり、平均すると税収総額を大きく上回ってしまう。となると、その不足分を外部資金で補うしかない。ところが、これだけの規模の資金が外部から流入するととなると、大部分の国で、それだけの額の吸収に問題が生じ、マクロ経済的にも不安定な状況に陥ってしまいかねない。

しかし、財源が不足しているからと言って、上記の保健目標達成が全くできなくなるというわけではない。その根拠として次の3点が挙げられる。

(1)実際の国別データを利用して推定してみると、世界規模の費用推計の多くが過大に見積もられている。最近では、こうした批判を踏まえ、各国データを使用する取り組みが見られている。国連、国連児童基金(UNICEF)、世界銀行などによる試算では、一人あたりの必要額は1人当たり20～35米ドルという、これまでの数字と比べると、はるかに少ない額がはじき出されている<sup>20</sup>。

(2)現在の国際的な費用推計では、将来保健サービス提供範囲が拡大した際に、現在と同程度の費用がかかると試算されている。この推計では、技術の進歩によるサービス提供の効率化、すなわちサービスの平均単価の削減によって、各国がサービス提供範囲の拡大に伴う資金を部分的に負担できるかもしれないという可能性を無視している。これは、効率化によって費用を削減してきた経済協力開発機構(OECD)諸国における過去の経験に反するだけでなく<sup>21</sup>、過去に途上国でも1～2%の効率向上があったという事実を無視している<sup>22</sup>。過去、このような効率化を可能にした途上国では、支出額のわずかな増額だけで、サービスを大幅に拡大させることができた。支出額の増加がなくても、効率性が年間に2%向上すると、20年間でサービス提供範囲は2倍になる計算である。過去の例としては、GDPに対する保健関連予算の割合を引き上げることなく1960年から1980年の間に保健サービス提供範囲を倍増させた国

としてボツワナがある。またウガンダでは、1955年から1969年にかけて、2分の1は支出増加、2分の1は効率化により、サービス提供を3倍にしている。

(3)いくつかの低所得および低中所得国では、基本的保健サービスへの普遍的アクセスの達成に成功し、保健関連MDGsの達成ペースも維持している。しかしこうした国のほぼすべてが、国際的資金需要の試算をはるかに下回る支出によって、これを達成してきた。例えば低所得国であるスリランカは、1990年までにほぼ普遍的アクセスを達成したが、政府および民間による支出額は1人当たり10米ドル未満だった。ベトナムでも現在、同様の支出水準で目標達成に向けた改善が見られている。

ここから言えることは、現在定められている国際的な目標に対する資金が不十分だからといって、各国がMDGsの達成や保健サービスへのアクセス拡大を実質的に進めることができないわけではない、ということである。途上国において、現在および将来における保健支出に見合うだけの成果を増やしていくことに一層の関心を払う必要がある。

## 非効率的かつ効果の乏しい保健財政およびサービス提供システム

G8諸国の間では、保健支出は非効率的であり、支出の拡大が必ずしもより良い結果につながっていないのではないかとこの声がしばしば聞かれる。米国の場合、1人当たり保健関連予算は全国的にさまざまであり、3倍もの格差がある。しかし高支出であればそれで良い結果が得られるわけではなく、支出が少ないからといって質の低下に直結するわけでもない。例えばメイヨー・クリニックのような優れた医療機関は他の医療機関の2分の1以下の費用で、質の高い医療を提供している<sup>23</sup>。資金を、効果的でアクセスが容易で、質の高いヘルスケアにいかにつぎつけるかという問題は、多くの途上国でも確認されている<sup>24</sup>。このような非効率性の問題は、配分と技術という2つの面に分類される。配分の非効率性は、考える用途やプログラムにおいて、利用可能な公的資源の配分が最適化されていないことから発生する。例えば、多くの途上国では、必要性という点では差異がないにもかかわらず、予防的保健

## 保健システム強化に向けたグローバル・アクション

サービスの予算は不足している一方で、家族計画などの他のサービスに多くの資源が投入され、バランスを欠いている事例が見られる。

技術的に非効率的であると、プログラムや介入策に投じられた資金の有効性は一層損なわれてしまう。こうした非効率性は、サービス提供者が費用対効果を考慮しないために生じる。例えば、「経口補水療法で十分対応できる下痢の症状に対して、抗生物質を投与すること」、「調達可能な最低価格で医薬品を購入しないこと」、あるいは「医薬品と人材が非効率な割合でサービスが提供されていること」などが挙げられる。技術的非効率性は、保健医療従事者の生産性が低く、診察しうる数の患者を診察しないために発生する場合もある。このような非効率性の影響は大きい。国によっては、同じサービスでも異なる施設で提供されると、提供単価が10倍も異なることさえあり得る<sup>25</sup>。

このような非効率性の存在と、それが資金から得られる成果に及ぼしうる影響については、1990年代初頭から認識されてきた。例えばこの問題は、世界銀行の『1993年世界開発報告』や、WHOによる「マクロ経済と保健委員会」でも取り上げられている<sup>26</sup>。しかし財源不足の問題と比べると、この問題への対応はそれほど重視されてはこなかった。何をなすべきか、対応策が十分知られていなかったことがその理由である<sup>27</sup>。1990年代は、確かに非効率性よりも財源不足の問題を重視することが賢明な戦略だったかもしれない。しかし、それによる負の影響も見られている。非効率性の問題は過去10年間放置されてきたに等しく、問題の理解と可能な解決策を見出す努力がほとんど行われてこなかった。資金供給量が増え、各国が一定の資金を使っても達成する価値にはばらつきのあることが一層明白になった今、この分野に注意を向けることは遅きに失した感も否めない。

## 保健システムと垂直プログラムの統合の欠如

保健システムの対象範囲を急速に拡大できないことへの苛立ち、重要な介入策に対して取られているさまざまなアプローチの効率性に対する懸念、そして保健問題における優先順位の変化によって、多くの国で垂直アプローチによる保健プログラムが

発展してきた。こうしたイニシアチブがグローバル・ヘルスにおける特定の感染症への対応を推進させたことは確かである。しかしその一方で、垂直プログラムが3つの主要な問題を引き起こしてきたことも確かである。第一に、疾患別プログラム対する外部からの選択的な資金提供はしばしば、保健システム内部に歪みを生じさせたことがある。資金が豊富な垂直プログラムは、人員など保健システムの不可欠なインプットをめぐって他の部署と競合し、これを奪ってしまうからである。第二に、垂直プログラムは、各国が、統合された保健サービス提供システムを効果的に開発することをしばしば困難にしてきた。こうしたシステムを構築することは、保健サービスの提供範囲を持続的に拡大していく上で中核となる課題でもある。第三に、このようなプログラムは、サービスを統合した際に相乗効果の恩恵を受けないことがあり得る<sup>28</sup>。

これらの問題は新しいものではない。WHOのプライマリ・ヘルスケアの概念の中で、統合した保健サービスの提供の重要性を訴えた1978年のアルマ・アタ宣言は、選択的なプライマリ・ヘルスケアと、他の垂直プログラムへの投資が、途上国の保健セクターの発展を阻害しているという認識に応えたものであった。1990年代、プライマリ・ヘルスケアが期待した発展を見せないことに対する苛立ちの高まりと、爆発的な感染症の流行に対処する能力が明らかな不足によって、振り子が逆に振れ、垂直プログラムに対する資金が増加した。G8諸国は両方のアプローチを支持しており、全体としての保健システムの支援に注力すると同時に、一方では世界エイズ・結核・マラリア対策基金(世界基金)や米国大統領緊急エイズ救援計画(PEPFAR)を通じて垂直プログラムに巨額の投資も行ってきた。しかし、世界基金や他のイニシアチブは、保健システムが脆弱な国におけるプログラムの規模を拡大することが難しくなっている。そして、各国の全体的な保健システムやサービス提供の統合を強化する活動支援が必要であるということがはっきりしてきた。これはWHOが『世界保健報告書2008年版』の中で、プライマリ・ヘルスケア再強化の必要性をあらためて訴えた際の大きな動機ともなっている。また、調和と保健システムの強化を強調しているIHP+(グローバル・ヘルスパートナーシップ・プラス)とP4H(健康のための援助)といったイニシアチブの中にも、しっかりと反映されている。



## 保健システムの効果的運用に必要な情報とエビデンスの欠如

情報とエビデンスが不十分であるがゆえに、保健システムのパフォーマンスの改善は阻害されている。問題は2つの分野にまたがっている。第一に、ほとんどの途上国で保健情報システムが依然として脆弱であること。そのため、サービス提供と財政戦略を効果的に監視・改善するために必要な情報を保健政策担当者に提供できていない。一般的な欠陥としては次の3点を挙げることができる。(1)国民保健会計(NHA)など、公的資金、外部ドナー資金、民間支出の如何を問わず、全体的な保健支出を追跡する際に信頼できる情報システムの欠如<sup>29</sup>。(2)保健サービスにおける不平等を特定し、それへの対策を講ずる上で不可欠な、サービスの公平性を追跡する日常的情報システムの欠如<sup>30</sup>。(3)保健サービスの事業効率を理解するためのデータを保健政策担当者に提供する情報システムの欠如。これらのシステムの構築によって、全体的な保健サービス提供を改善することができる。ところが多くの途上国では、このようなシステムが欠如している。情報を構築するためのツールやその基盤の不備ではなく、これらを実行、維持するキャパシティが国内にないことが問題であるという点を強調しなければならない。

第二に、各国が保健システムと財政戦略の向上に関する困難に直面しているなかで、どの国が成果を挙げており、模範になりうるかを我々は把握している。ところが、各国がいかにそれを成し遂げたかについての詳細な情報はどうかというと、ほとんどそれを持っていない。財政とサービス提供における成功事例に関する知識には容易にアクセスすることができない。そうした情報を途上国間で共有するメカニズムもまた欠如している。優れた実績の共有とそこからの学習は残念ながら非常に限られている。



## 保健財政政策の重要性

2000年に始まったMDGs達成に向けた15年の折り返し地点は既に過ぎたところである。途上国で使える資金は増加したが、MDG4および5の達成に向けた進捗がそれに伴って加速したとは言い難い。エイズのために健康状態改善のための努力がアフリカで大幅に鈍化もしくは後退したという事実は誰も認めるところとなっている。しかしアフリカ以外の地域でも、大きな進捗が見られず、鈍化している地域さえある(図1)。

ヘルスケアを提供するためには、財源は不可欠である。しかし、それだけでは健康の増進や健康リスクの効果的な保護はできない。G8諸国と同様、途上国でも、各国の支出額と健康状態の改善、あるいは総支出額とリスク保護の間には、ほとんど関係性が見られていない<sup>31</sup>。今後G8諸国と途上国は、一段と深刻な財政的な圧力を受けることになる。保健支出を拡大させるためには懸命の努力が必要になるが、増やせる額には限界がある。こうした状況を踏まえ、また総支出額と保健アウトカムとの間の相関が小さい場合が多いことを考慮すれば、G8諸国が資金を増加する努力を続ける一方で、我々は途上国の保健システムに対する支出に見あう成果を高めることを一層重視する必要がある。

保健財政は、政策決定者が保健システム事業に影響力を発揮する時に行使する最も重要な道具である。保健財政には、資金の動員だけでなく、資金の注入と活用により医療サービスを獲得する方法も含まれている。専門家の間では、途上国が直面する医療への保健財政戦略における課題は、高まる資金需要の他に、次の3つの課題あるとの合意が見られる<sup>32</sup>。

- (1) 保健リスクのプールを拡大する最良の方法
- (2) 資源の利用効率を改善する方法
- (3) 必要なサービスへの貧困層のアクセスを確保する方法

第一の課題は、医療費の自己負担から、効果的な資金保護と提供範囲を確保できる公的または民間の保険契約への移行をどのように進めるかである。自己負担は、途上国では依然として圧倒的多数を占める医療費の支払い方法であり、最貧国

の保健関連支出総額の30～85%を占めている。必要なケアを受けるために多額の費用を負担することによって、しばしば家計が悪化する。国際的なエビデンスを見ると、家計がこのような破滅的支出を強いられる程度は、保健システムが自己負担に依存する程度と直接関係がある<sup>33</sup>。大規模な保健リスクのプールがなければ、途上国は疾病による金銭的危機を防ぐことができず、基本的な社会的保護の目標を達成することも不可能となる。

各国が直面する第二の課題は、インプットのより良い配分と利用を実現する財政メカニズムの確保である。保健サービスが直接供給されれば、政府はその資金を単純に配分することができる。しかしそこで資金配分の効率性と公平性が保証されるわけではない。保健サービスが間接的、つまり保険に基づくシステムと同様に、政府が独立した提供者からサービスを購入する場合、資源配分は保健サービス提供者ががどのように、そして何に基づいて支払われるかによる。

第三の課題は、健康増進に不可欠な、必要で効果的な医療サービスへの貧困層のアクセスをいかに拡大するかである。多くの国で、貧困層には十分なアクセスが与えられていない。それは、金銭的障害を克服できない、あるいは資金援助があっても、彼らの身近な場所で保健サービスを提供できていないことに起因する。こうしたギャップを解消しない限り、全体としての保健関連指標が大きく改善することは難しい。公的部門のユーザー・フィー(利用者負担診療費)であろうと、民間のサービス提供者への支払いであろうと、費用の自己負担は健康増進を阻む大きな障害である。こうした問題は、健康状態の改善に必要な予防的サービスおよび個人の治療サービスの利用を妨げ、その提供範囲を狭める。公的ユーザー・フィーの免除を正当化する主な理由は、これによって民間の(有料の)保健サービスに対する無料の代替手段が得られ、その結果、貧困層の手に届くサービスが拡大するというものである。最近のアフリカでの取り組みが示すところによると、蚊帳の社会的マーケティングに関連する支払いが生じた場合、たとえそれが少額であっても利用率を低下させており、社会的マーケティング投資のコスト効率は、無料の公的配布に比べると低下しているということがわかっている<sup>34</sup>。ユーザー・フィーを廃止すれば、重要なサービスの利用が増加するので、結果的にコスト効率を上昇させることは可能である。

途上国における保健財政政策は、次の3つの機能に貢献するものでなければならない。

- (1) 歳入：一般税収、社会健康保険、自己負担など、資金をいかに動員するか。これによって、動員できる資金の額と、その規模の持続可能性が決定される。一般に歳入能力は、国の経済および制度の発展度合いに左右される。最貧国ではこれが極めて低い水準にとどまっている。
- (2) リスクのプール：これは金銭的保護に最も重要である。この機能は、国民全体で治療費を前払いし相互負担する能力に依存する。税金と保険による資金提供のいずれもがこの機能を果たすことができるが、歳入と同様に、リスをプールするキャパシティは収入によって増す。最貧国ではこの能力が極めて低い状態にとどまっている。
- (3) 資源配分および保健サービスの購入：この機能には、インプット、サービス、患者への資源配分、保健サービス提供者への支払いが含まれる。政府によって直接サービスを提供しようとする、効率的な配分が困難になる場合がある。他機関から購入したサービスを供給する場合、政府に求められる能力は購入したものを効率的に供給することだけであるが、これが最貧国では多くの場合欠けている。

保健財政の強化政策は、途上国にとってきわめて重要である。これを怠ると、その後に禍根を残し、現在の投資から成果をあげることが難しくなる。効果的な政策を実施している途上国においては、平均的な支出以下でも、普遍的な保健サービスの提供、効果的なリスク保護、健康状態の持続的な改善によって成果を持続的に向上させている<sup>35</sup>。

## 明らかな点、不明な点

### 途上国にはどのような財政オプションがあるのか

現実的に、各国にとって実施可能な財政手法は、医療費の自己負担と外部ドナーからの支援を除くと、次の4つの方法しかない<sup>36</sup>。(1) 税金による国民保健サービス、(2) 社会健康保険、(3) 地域健康保険、(4) 民間または任意の保険、である。

最初の2つのオプションは、民間の健康保険が主流となっている米国を除くG8諸国での主な制度である。途上国における問題点は、どのようにリスクのプールを拡大し、貧困層に対するアクセスを確保し、資源の有効活用を最大化するか、その手段が分からないという点である。

### 税金を財源とする国民保健サービス

税金による国民保健サービスは、途上国が採用してきた最も一般的な戦略である。この場合、公的な財源確保は一般課税を通じて行われ、その資金は政府が管理する保健サービスに直接的に使われる。このサービスは全国民に一律に、無料または最小限の負担で提供される。このアプローチは公的な財政負担と保健サービス提供を統合したものである。

税金を財源とする方法には多くの利点がある。まず最も広いリスクのプールが達成されるため、費用を全国民の間で最も公正に分担することが可能という点であり、最も公平な制度であることが証明されている<sup>37</sup>。第二に、税金を投入すれば、社会保険よりも財源基盤が拡大するので、正規雇用創出に負の動機を与える可能性も低い。貧困国では、国民の大部分が高額の保険料を負担することができないが、ほとんどすべての政府に増税余地は残されている。第三に、大きな利点として、医療サービスの無料化が可能な点である。これによって医療サービスの金銭的障壁を解消することができる。

しかし残念ながら、このアプローチを採っている途上国のほとんどが、保健サービスへの公平なアクセスと十分なリスクの保護に失敗している。普遍的サービスの実現

を謳いながら、多くの国では、提供される公的サービスの利用が富裕層に限られ、貧困層はアクセスできていない。このような公的制度は、きわめて非効率に運用される場合が多く、結果として不平等かつ、不十分で対応の悪いサービスが供給されることになる<sup>38</sup>。しかしG8諸国の例を見れば分かるように、公共部門による保健サービス提供が、民間によるサービス提供よりも効率面で劣るというエビデンスはない。

しかしながら、所得水準の異なる複数の国で、税金を財源とする国民保健サービスのメカニズムを利用して、貧困層にサービスへのアクセスと効果的なリスク保護を提供することに成功している。例えばスリランカ、インドのケララ州、ホンジュラス、マレーシア、ボツワナ、そして多くのカリブ海諸国および太平洋島嶼国である。政府による保健関連支出はGDPの2～3%未満で、平均を下回っており、大部分が低コストで保健サービスを提供している。またこれらの国の多くは例外的に保健分野で実績を上げており、保健関連MDGsの進捗ペースを維持している。しかし、これらの制度はG8諸国に見られるような国民保健サービス制度をそのまま複製しているわけではない点を認識することが重要である。例えば英国では、公的部門がほとんどすべての保健サービスを提供している。一方、上記の途上国はすべて、財源とサービス提供全体の35～60%を公的資金によらない民間部門が担っている。G8諸国とは異なり、これらの貧困国は、ほぼすべてのサービスを公的財源で提供するために必要な税収(GDPの4～5%)を配分することができていない。従って、財源とサービス提供において公的部門と民間部門を連携させる能力が重要となる。また、上記の成功している国々は公的制度を活用して貧困層に手を差し伸べる一方、富裕層には自己負担で民間サービスを利用するように促している。高所得経済圏の中では、香港特別行政区とキプロスが同様の事例を示している<sup>39</sup>。

非常に重要なのは、貧困層を対象に保健サービスへの普遍的アクセスを確保し<sup>40</sup>、効果的なリスク保護を確保できている低所得国は<sup>41</sup>、例外なくすべてがこうした税金を財源とする政府によるサービス提供型アプローチを活用しており、民間による財源とサービス提供で補完しているということである。残念ながら、こうした成功事例について、それぞれの国がどのような政策を実行してここまで成功したのか、また他の国がどのような教訓を得られるかについて、ほとんど理解されていない。ユーザー・フィー

の廃止は1つの成功要因かもしれない。しかし、最近ユーザー・フィーを廃止したアメリカ諸国が直面しているように、サービスの効率的な提供、無料化による患者の要求の高まりといった問題に対して、どのような対策を採ればよいのかについて、完全には明らかになっていない<sup>42</sup>。同様に、大部分がサービスへのアクセスに関する所得調査を行っていないが、こうした国々がどのようにして公的サービスを大部分の貧困層を対象に提供できているのか、この点もまた十分には理解されていない。

### 社会健康保険

社会健康保険は多くの途上国、特に中所得国で採用されている主要な財政手段である。この方式は人口の特定層から保険料を強制的に徴収し(源泉徴収が一般的)、この保険料を独立した基金にプールして、そこから保険加入者の代わりに保健サービス料金を支払うというものである。ドイツに起源を有する古典的な社会健康保険モデルには、保険料を支払う者が恩恵を受ける権利を持つという明確なルールがある<sup>43</sup>。社会健康保険は、一般課税方式ほどではないが、高度なリスクのプールが可能で、富裕層と貧困層の間で費用負担を平等に分担できる<sup>44</sup>。

多くの中所得国は社会健康保険を活用して、普遍的アクセスと効果的なリスク保護の達成に成功している。しかし、税金を財源とする国民保健サービス制度の失敗に対する解決策として見なされることが多いが、社会健康保険を低所得国の環境で実施するのは相当困難であることが明らかになっている。今日まで低所得国、あるいは1人当たり平均所得が1,000米ドル未満の国で、社会健康保険によって保健サービスへの普遍的アクセスを達成できた例は1つもない<sup>45</sup>。最大の問題は、正規雇用が限られている貧困経済では、社会健康保険の保険料は一般税収よりもはるかに徴収が困難であるという点である。保険料を効果的に徴収するには、高度な国家のキャパシティ(政府の技術力・管理能力)が必要となるが、この能力が最も低いのが低所得国である。その結果、大部分の途上国が社会健康保険の適用範囲を民間部門や地方人口に拡大できないでいる<sup>46</sup>。

しかし一部の貧困国では、巨大な非正規雇用部門を抱えながらも、社会保険の適

用範囲拡大に大きな成功を収めている。しかもそのいずれも、保険適用範囲が保険料支払いにリンクした、従来の社会健康保険モデルを採用していない。これらの国のやり方は、社会健康保険スキームに多額の税金を投入し、保険適用範囲を抛出ベース以外にも拡大している、という2点で従来型とは異なっている。例えばモンゴル<sup>47</sup>とタイ<sup>48</sup>では、社会健康保険の適用範囲を、人口の90～100%に拡大した。しかし正規雇用部門以外の人口の大多数に資金を供給するため、保険基金の60%以上を一般税収で補っている。しかし、いずれの場合も増税が必要であった。しかしモンゴルでは、こうした財源配分の維持は不可能であることがわかり、適用範囲を縮小することになった。このことは、課税基盤が小さい貧困国にとって社会健康保険の導入がいかに困難かを示している。また上記の両国で拡大させた社会健康保険スキームは、主に公的サービスの資金に利用していることに注意する必要がある。この点は、公的サービスが社会健康保険の下でも依然として重要な役割を果たしうるということを示唆している。

現在、ガーナやルワンダ<sup>49</sup>など一部の低所得国は、社会健康保険を利用して皆保険の達成を試みている。しかしいずれの国も、保険加入率を75%以上に引き上げることができていない<sup>50</sup>。我々は各国が直面している限界と、保険への加入率を高めることで貧困層が実際にどのような利益を受けているのかについて、十分には理解していない。このような国々は、正規雇用部門が小さいながらも成功している国が、社会健康保険への全国民の加入をいかに達成したのかについて、より多くの情報を必要としている。

## 地域健康保険

地域健康保険(コミュニティに根ざした健康保険)が社会健康保険と異なるのは、この保険が任意加入制度を含んでおり、国の機関ではなく地域の組織によって運営されるという点である。地域健康保険は、かつてG8諸国(ドイツ、日本)で、社会健康保険の確立以前に重要な役割を果たしていた。しかし今日では先進国で利用されることはなく、最貧国においてのみ見られる。



地域健康保険はさまざまな形態を取るが、他の保険へのアクセスがない非正規雇用者が、治療を受けるために費用を自己負担せざるを得ないような状況で運営される。世界銀行、国際労働機関(ILO)などの評価では、低所得コミュニティにおける地域健康保険スキームは、適用対象範囲を広げにくく、他の公的制度を補完するにとどまっている<sup>51</sup>。中国と、インドの一部のスキームを例外として、地域健康保険が多くの住民に適用できることは証明されておらず(加入率が人口の10%を超える例はまれである)、また極度の貧困層に支援の手を差し伸べられるかどうかについても証明されていない<sup>52</sup>。その主な理由として、以下の3点を挙げることができる。貧しい人々による任意の保険料支払いでは通常必要な水準のサービスを提供するには資金が足りないという点、提供されるリスクの共有が不十分であるという点、こうした非正規の制度を拡充することは困難とされているという点である。

地域健康保険を潜在的な一時的解決法として推進する向きもある。しかし、これまでのエビデンスを見る限り、地域健康保険アプローチを強化して皆保険を達成したり、あるいは効果的なリスクの保護を高い水準で提供するということは、明らかに不可能である。

### 民間または任意の健康保険

民間または「任意」の健康保険では一定水準のリスクのプールが可能となる。組織化された従業員グループを通じて保険契約が結ばれた場合は、かなりの効果が得られる。しかし逆選択やおいしいところ取りといった、保険市場でよく知られる問題があるため、組織された従業員団体以外の人への加入拡大はきわめて限られている<sup>53</sup>。民間保険スキームは管理コストが非常に大きく、コスト削減に対する圧力がほとんどかからないため、コスト面できわめて効率が悪くなる傾向がある。したがってG8諸国内では、民間健康保険によって多くの国民に健康保険を適用できた例はない。欧州ではその主要目的は他の公的スキームによる補償の補完にとどまっている。民間健康保険が最も発達した米国でさえ、4,500万人以上の国民が保険未加入のままで<sup>54</sup>、全体として医療費が高い主な要因になっている<sup>55</sup>。途上国では正規雇用部門が小さく、一



般に金融市場が脆弱なため、民間健康保険の加入率は人口の2～5%未満、全医療費に対する適用率は5%未満にとどまっている<sup>56</sup>。強力な逆選択効果で、MDG4、5、6に関連する多くの種類の保険市場が成り立っていないのが普通で、妊産婦ケア、日常的な外来治療、エイズ治療などは保険対象から除外されることが多い。

1990年代、民間保険イニシアチブはアフリカなどの低所得国における保健サービスの提供対象を拡大する方法になりうるとしばしば主張された<sup>57</sup>。しかしG8諸国に関して言えば、民間保険の強化または効率化を阻害してきた基本的問題を解決することは不可能であることが、経験上明らかになっている<sup>58</sup>。現在、アフリカの民間健康保険スキームを支援するイニシアチブはあるが、アフリカ最貧国で加入率引き上げに成功したという例は見あたらない。確かに、ナミビアのあるプロジェクトでは、1人当たり35米ドル以上の負担で、上位中流所得層の労働者向けに、国が補助金を出して民間健康保険スキームを拡充しようとしている。しかしこの方法は、貧困層の1人当たり支出が通常10米ドルを下回る地域において、限られたドナーからの資金を使い、この貧困層向けに保険の対象を拡大するには、費用対効果や、持続可能性または公平性の面で良い方法とは考えられない<sup>59</sup>。

## 途上国における保健財政政策を改善するために何をすべきか

過去30年間我々は、G8諸国自身の経験から学んだことに加えて、途上国における保健財政について、何が有効で何が有効でなかったかに関する知識を随分蓄積してきた。現在、技術専門家や開発機関の間で幅広いコンセンサスとなっているのは、最貧国において医療サービスの適用範囲を拡大し、公平性とリスク保護を強化するための鍵は、公的資金の拡充と、その比率を高めるということである<sup>60</sup>。

途上国とドナーが、保健財政を強化する際に留意すべき一般原則は、以下の通りである。

- (1) 貧困層に対するサービス提供の拡充、金銭的リスク保護の改善を行うために、各国は利用者負担から、税金もしくは社会健康保険、もしくは両方による公的資金の拠出に移行すべきである

- (2) 税収を財源化する最貧国の能力は、本来的に限られている。しかし、多くの国で現在の水準を引き上げる余地があるため、保健への財源の拡充に努めるべきである<sup>61</sup>
- (3) 外部からの支援の拡大は有効である。しかしその有効性は、各国内におけるリスクのプールの改善、国内の財源との統合、および制度改革に左右される
- (4) 社会健康保険を通じて、貧困国の公的支出拡大を目指すのであれば、部分的に税金を投入することとし、貧困層もまたその対象に含めなければならない。最貧国での増税には制約があるため、こうした国々では社会健康保険の実現可能性は低くなる
- (5) 税金を財源とする国民保健サービスが公的支出に対する主要チャンネルである場合、各国は民間部門との間で資金負担を共有する必要があるだろう。しかし官民の協力は効果的に実施し、公的資金が貧困層に優先的に届くようにしなければならない
- (6) 保健介入策がカバーすべき対象集団を増やす場合、そこで発生しうるユーザー・フィーは、可能ならば引き下げるか廃止するかして、貧困層によるアクセスを改善すべきである
- (7) 各国は民間健康保険または地域健康保険に依存して、貧困層へのサービス拡大を図るべきではない。G8諸国と途上国双方の経験から、この方法は効果的でないと繰り返し示されているからである

## 知識におけるギャップはどこにあるか

一般的な原則は明確だが、これらの改善策を各国で実際にさまざまな条件の中でどのようにして達成すべきかについて、我々はそれほど詳細な知識を持ち合わせてはいない。これにはいくつかの理由がある。ひとつは保健財政がイデオロギーや分析的アプローチをめぐる衝突で阻害される傾向があるということである。特に市場肯定派と市場否定派の間には確執があり、エビデンスが示す意味についての合意が得られずにいる。それでも現在、保健財政の分野では、内在的な市場の崩壊に

対処するためには、つねに国家が強力な役割を果たす必要があるという点、また市場アプローチをとった際サービス提供者側が恩恵を受けることがあるという点では、合意が見られている。

もうひとつの理由は、途上国側の問題点として、保健財政における過去の成功経験を説明し、そこから学習する努力が足りなかったという点があげられる。専門家は、国レベルの財政システムの成功を研究、説明するよりも、保健介入の研究と評価の方が容易だと考える。前者には歴史的かつ洞察的な手法が必要なものに対して、後者は実験的手法を容易に利用できるからである。結果として、我々はこうした成功から導き出される教訓と、それらを他の機会にどう適用しうるかについて、ほんのわずかしら知らずにいる<sup>62</sup>。

第三の理由は、開発援助機関が、世界を視野において、保健財政における成功事例を知識として共有する仕方に関係している。これらの機関は、その知識の大部分を本国から途上国への投資活動と専門家による助言活動から得ている。そして任務規定上、保健財政政策が整備されていない国に重点を置きそこからの情報のみを入手し、自分が関与していない成功事例国についてはよく知らないことが多い。

重大な知識ギャップが発生している分野は、次の通りである。

(1)少数の途上国は、支出額を押さえながらも、民間のサービス提供とともに税金を財源とする統合された保健サービスを提供し、貧困層に対する効果的で公平なサービスの提供を実現している。これらの国々は、その実施に当たって、公的サービス目標を明示しない場合が多い。いかにしてそれをなしえたのか？官民のバランスをいかにうまくとったのか？それについてよく理解すべきである。財政基盤と、高度な戦略を活用する能力が限られている最貧国にとって、このような知識は重要である。

(2)途上国における公的部門の新たな経営のためには、サービスの提供部門と購入部門とを2つに分けて、公共サービスのパフォーマンス向上のための「てこ」として財政メカニズムを利用することが主張されてきた。しかし貧困国ではしばしば政府機関が脆弱性であるため、このアプローチが成功することはまれである。こうした改革のために担当機関に必要な前提条件をいかに分析する

か、いかに弱点を克服していくべきか、またこうした改革は本当に役にたつのかについての知識は限られている。

(3) 社会健康保険の対象を健康保険が完備された正規雇用セクターから、非正規雇用セクターや地方セクターへと拡大させる試みがなされてきた。しかし、その多くの国で厳しい課題に直面している。過去において、各国がどのようにしてこの課題を解決したか、またこうした保険対象を拡大することで、どのようにして皆保険を可能にしたかについても、十分には明らかになっていない。

(4) 一部の途上国は、保健サービスを広く提供できており、現在提唱されている国際的な目標をはるかに下回ってはいるものの、少ない支出で、保健関連指標を急速に改善している。限られた資金でこうしたすぐれた価値を獲得できた理由や、財政システムが果たす役割について、十分理解されていない。

## 保健財政と国際的イニシアチブにおけるG8諸国の課題

G8諸国はグローバル・ヘルスの議題に対して指導的な影響力を持ち、途上国に対して重要な援助を提供してきた。過去10年間で保健に対する資金も劇的に拡大した。しかし、健康状況の改善を加速させるという点に関しては、そのインパクトは限定的であり、十分とはいええないものであった。今後を考えると、G8諸国は支援を強化するだけでなく、途上国と協力して財政政策を改善し、保健関係分野への投資を拡大させる必要もある。それにあたってG8諸国は次の5つの課題に直面している。

(1) たとえ優れた政策であっても、G8諸国は途上国に強要することはできない。G8諸国が各国に対しての取り組みを強化し、より優れた政策を実行するよう促すには、どうすればよいのか

(2) ドナーによる援助には限界がある。資金ギャップにどのように優先順位をつければよいのか

(3) 効果的な保健財政の主要原則については幅広い合意が見られている。しかし、G8自身が途上国の政策に混乱を引き起こしている場合も多い。これはどの

ように解決しうるか

(4) 垂直アプローチによる資金とイニシアチブは外部資金の主要チャンネルである。しかしこれによって保健システム内部に葛藤が生まれることがよくある。

これにはどう対処すべきか

(5) 世界的金融危機により、先進国と途上国の両方で財政が打撃を受けることになる。これにどのように対処すべきか

## 途上国における政策環境の改善

援助効果に関する世界銀行とOECDの共同研究によれば、保健関連の政府開発援助(ODA)が健康改善に効果的なのは、対象国の政策と政府組織がしっかりしている場合に限られるという。とはいうものの、援助するか否かの条件(コンディショナリティ)が効果を持つのは、政府が提示されかつ同意した条件を厳守する場合に限られている。その一方で、ドナーは政策を強要することはできない。政策の策定に協力するだけである。援助は代替可能であるので、国外からの投資は支出パターンの変更にはほとんど影響を与えないということも珍しくはない<sup>63</sup>。

優れた政策が、単にエビデンスから生まれたものではないことは明白である。技術的分析に基づいてドイツは社会健康保険を導入しなかったし、タイは皆保険の実現を目指した。政治と政治指導力も重要となる。しかし政策のあらゆる選択肢を評価し、国際的および国内的経験を応用し、課題を分析するための国のキャパシティは、政策変更を容易にし、持続的に保健医療の提供対象を拡大させるためには不可欠である。その好例が日本である。1800年代後半から、日本は外国の経験を分析し、どのような制度が最も適しているか自ら判断した。こうした能力に恵まれていたからこそ、保健システムの確立と設計を推し進めることができたのである。同様に米国では、保険加入率の改善と保健関連の公的支出の費用対効果を上げるという課題に直面したことで、政策決定者が政策分析能力を著しく高めることとなった<sup>64</sup>。

各国における財政政策を継続的に改善させるためには、ドナー国以上に、途上国各国が政策の妥当性について納得しなければならず、その実行のために十分な能力

を備えていなければならない。大部分の途上国は、独自の評価を行う技術的能力に欠けている。こうした評価ができれば選択肢の幅も広がるというのである。結果として途上国はしばしば過去のエビデンスを疑ったり、拒絶したりする。タイは近年目覚ましい改革をしたことで知られるが、これが可能になったのは保健システム政策を研究するための国家能力を育成する努力を継続的に行ったからである。対照的に多くのアフリカ諸国は、保健財政に関する専門家が1名もいないという状況である。そうした国で専門組織が存在しないのは言うまでもない。

国のキャパシティに関するこのギャップは認識されてはいるが<sup>65</sup>、過去10年間、実質的にはほとんど何の改善も見られなかった。ODAを利用した国家能力育成に関する成功事例としては、キルギス共和国と中国などが挙げられるが、これらは例外的である。パートナーシップの精神に基づき、G8諸国は、政策支援を補強するために、各国の政策分析能力の構築を促す必要がある。

### ドナーは何に対して財政支援をすべきなのか？

国の政策や組織は重要である。とはいっても、すべての支援が、政策と政府機関がしっかりした国にのみ与えられるべきと考えるべきではない。第一に、政府機関が機能していない国は、保健関連MDGの達成に失敗する可能性が最も高く、したがって最も支援を必要としているからである。第二に、人道的配慮がG8諸国の政府と国民にとって重要であり、破綻国家、あるいは極度に脆弱な国の場合、その政府のふるまいを条件に支援を行うというのは現実的ではない。比較的制度の整った国では、その実績をふまえてドナーが支援を行うという方針で問題はないだろう。しかしこの考え方も、問題がないことはない。投資と成果との関係を示すことは困難な場合が多く、したがって実績を成果に基づいて測ることは容易でない。さらに重要なことに、ドナーが用いる実績の目標が、被援助国自身の戦略に合致していない場合、ドナーのたてた目標は、その国の目標調整を困難にし、国としての計画も邪魔することになりかねない。

したがってG8諸国は、ドナーからの援助を配分するための、より戦略的なアプ

ローチを必要としている。最も疲弊し、弱体化し、あるいは破綻した国では、人道的目標を最優先しなければならない。必要であれば非政府組織(NGO)を通じて、保健システムへの直接的支援が求められることもあるだろう。同時に疲弊した国では、国家能力の育成という重要な開発目標を無視することはできない。アフガニスタンへのドナー援助は、能力不足に対する不満から、しばしば政府機関を迂回して行われてきた。しかしこうした政策は多くの場合、国家の発展、全体としての援助の有効性、さらにはその国におけるG8諸国の大切な利益を損なってきた<sup>66</sup>。

国家体制がしっかりしている場合、援助は具体的なプログラム目標の達成に置くのではなく、政策の改善を奨励することに集中すべきである。これが最も効率的に行われるのは、セクター契約のように、ODA目標が国家計画に合致するように配慮した契約を通じて援助活動が実施される場合である<sup>67</sup>。G8諸国はIHP+およびP4Hなどのイニシアチブに対する支援を通じて、これを認識してきた。IHP+およびP4Hは、いずれも援助協調、国家政策の支援、公的財政支援の原則を体現したものである。これらはパートナー国の保健財政を大幅に改善する可能性を秘めており、G8諸国は双方への支援を大幅に拡大すべきである。

## 保健財政に対するドナー間の意見統一の必要性

ドナーは保健財政に関して系統的なアプローチを取ってこなかった上に、保健財政の専門家との間での合意も十分にとってこなかった。そのため、途上国における保健財政に関する提言をたびたび変更せざるを得なかった。例えば過去30年間、主要ドナー機関はアフリカ諸国に対して、ユーザー・フィーの導入<sup>68</sup>、医薬品回転資金<sup>69</sup>、民間健康保険<sup>70</sup>、地域健康保険、増税<sup>71</sup>、ユーザー・フィーの廃止、社会健康保険、そして再度、民間健康保険<sup>72</sup>を導入するように助言してきた。

国際レベルでのエビデンスの信頼性を損なう以外に、こうした矛盾した対応は国レベルでも不確実な状況を生み出す原因となり、援助国と被援助国の協調をも妨げかねない。最も深刻な問題は、社会健康保険モデルと税金を原資とする国家保健サービスのいずれかの選択において、G8諸国が異なった見解を示していること



である。この2つの手法のいずれを選択するかは微妙な問題で、最終的には各国の状況に拠る。この問題はP4Hイニシアチブに含まれており、いくつかのG8諸国が支持するWHOの決議だけでなく<sup>73</sup>、OECD、EUなどが発行する多くの文書にも反映されている<sup>74</sup>。しかしこの合意は実施段階で異なった理解がされて否定されていることもある。ドナー機関の職員が各国に通達するメッセージの中にそのような違いがみだされている<sup>75</sup>。同時に、大部分の保健財政専門家に共有され、国際的合意文書にも反映されている、公的資金に関する一般的な合意に関しては、明確な政策的公約の形を取ることがない。例えば、G8諸国はP4Hを通じて公的資金メカニズムの支援を約束しながら、欧州の複数の政府は第一にユーザー・フィー廃止の支持を約束するなど、先進国側は依然として矛盾したシグナルを送り続けている。この問題の重要性に鑑み、G8諸国には、P4Hに代表される合意に則り、明確で確固たる共通の立場で主張する役割がある。

### 垂直プログラムと保健システムとの間の緊張解消にむけて

世界基金やPEPFARなど、多くの垂直アプローチによる保健イニシアチブが、保健システムに対する新たな主要資金源となっている。これらが緊張関係の発生源となっていることは、よく知られている。IHP+などの新しいイニシアチブはドナーの投資の協調を推進しているが、それでもなお垂直プログラムは続けられるであろう。こうした問題に対する反応の一つとして、世界基金などに対し、保健システムの強化や各種垂直プログラムの実施に共通な活動に対して、資金の一部を割り当てるようにという要求がなされてきた。

世界基金によるこの取り組みには学ぶところが多い。その業務規定により世界基金は、資金提供できる対象を大幅に変更することができない。ところが世界基金が何とか保健システム強化支援へのチャンネルを開いたとき、実際に支援を受けた国はわずかしかなかった。なぜかという、途上国内のキャパシティが乏しく、この新たな資金による効果的な事業案を用意できなかったからである。この経験から、問題の所在が明らかになってくる。すなわち、垂直的アプローチによる資金援助機関の支援が国



の計画を損ねているのではなく、国外からの資金フローを効果的に調整するための国全体の計画と運用が貧弱だということが問題なのである。この問題に対しては、世界銀行やWHOなど保健システムの強化支援を任務とする機関が、より多くの注意を払うべきである。この点に関してP4Hイニシアチブは、国内外の資金援助の連携強化を通じて各国を支援することにより、重要な役割を果たすことができる。

## 現下の金融危機の意味

現在の金融危機は先進国および途上国双方にとって、予算に対する深刻な圧力となるだろう。過去においてはこうした危機が、先進国からのODA削減や、途上国による政府財政支出の減少につながったことがある。政策変更により、保健財政の負担を再び民間に押し付けたり、最貧国への支援を打ち切ったりという誘惑にも駆られよう。今、こうした行動が、適切かつ不可避な対応だろうか。現実的に考えても、また過去の教訓からも、そうでないことが示唆されている。

第一に先進国と途上国の双方における過去の経験から、深刻な景気後退時に保健と社会的ニーズを満たすために民間の資源を頼りにすることが最も困難なのが、最貧国の人々であることは明白である。この点は、日本とスリランカという異なる事情を抱える国々が1930年代初頭に経験したことであるし、1997年から1998年の通貨危機後のタイとインドネシアでもそうだった。いずれの例でも、民間メカニズムの崩壊を認識することで、保健に公的資金を活用する国家の関与が強化された。確かにこのような状況から、社会的保護を拡大する、稀有な政治的好機が生ずるのであり(1930年代の米国も例に漏れない)、援助国はこれによって途上国を効果的に支援することになる。第二に、世界経済の減速とともに先進国も途上国も、国内消費拡大のための協調行動を取るようにとのIMFの要請に応えなければならない<sup>76</sup>。G8諸国にすれば、先進国と途上国の両方において最小の財政コストで消費拡大を図る政策を推進することが利益となる。保健サービス提供の拡大は、その上で最も効果的な財政乗数のひとつとなり得る。実際に中国の場合を見ると、基本的な保健サービスに対する政府支出の大幅拡大が、国内需要を拡大させる最も効果的な方

法のひとつと考えられる。

最後にG8諸国と途上国にとって、金融危機が、過去の貿易自由化の進展に逆行する保護主義に繋がらないようにすることが、共通の利益となる。景気後退が続けば多数の労働者に負の影響を与え、世界の市場経済や自由貿易システムへの信頼を損ねる可能性がある。この状況だからこそ、保健を含む効果的で拡大した社会的保護メカニズムに政府が投資して、被害を受けやすい人々を支援することが、世界の自由主義経済への支持を維持する上で最も価値ある行動であることは明らかである。

## G8諸国の行動に対する提言

G8諸国が世界の保健分野に対する投資を大幅に拡大しているにもかかわらず、途上国による保健関連MDGsに向けた全体的進展は、それほど加速しているわけではない。国レベルでの脆弱な保健財政政策が大きく足を引っ張っている。より多くの資金が必要だが、財政政策の改善により保健関連支出の費用対効果を高めることも重要である。世界的金融危機で、先進国と途上国双方において、財政・信用両面の制約が増しており、保健サービスを受けられない者はいっそう弱い立場に立たされている。このため効果的な保健における社会的保護政策と、皆保険へ向けた強化策の必要性が高まっている。

G8諸国は次の3通りの行動で対応すべきである。

1. G8諸国は、医療への援助額の拡大に努めるだけでなく、国が主導する保健財政と保健システム政策の改善に向けた支援を通じて、保健支出に見合うだけの成果を高める努力をするべきである
2. G8諸国は、専門家間の既存の合意を踏まえ、貧困層および社会的弱者層の保険加入を拡大するために、税金あるいは社会健康保険のどちらか、または両方による公的保健財政を中核に位置付け、各国の保健財政政策への支援を最優先することを明確にすべきである
3. G8諸国は、財政政策を改善するための途上国の能力改善に投資すべきである。

このためには、保健システムの政策評価の実施に必要な国のキャパシティの開発と、成功事例を生んだ諸国の教訓を理解し共有するメカニズムへの投資を拡大する必要がある

## 意義

保健サービスと人間の安全保障を改善するためには、公的財政を中核に位置付け、国による保健財政政策に対する支援を最優先するなかで、リスクの共有の拡大と貧困層による経済的アクセス障壁の緩和を主要な目標としなければならない。具体的には、次のように説明することができる。

- (1) 公的セクターにおけるユーザー・フィーの廃止を希望する途上国に対する、明確な支援と激励。ユーザー・フィーの廃止は、無料のサービスが貧困層に確実に提供され、利用されるようにするためには、適切な保健システムを強化する投資とセットでなければならないとの認識を持って行う。このような政策は、まずはMDG4、5、6に関係するサービスの提供から開始することになる。
- (2) G8諸国の援助機関や他の国際機関は、税金と社会健康保険の両方を財源とすることを推奨する一方、その選択は各国の状況次第という、明確で一貫性のあるメッセージを途上国に伝え、IHP+およびP4Hイニシアチブを強化する。ここでは、税金を財源とするメカニズムは低所得国の環境でも効果があったが、中所得国の状況では社会保険メカニズムがより実現可能性が高いと示す世界的なエビデンスが反映されるようにする。

すぐれた保健財政政策を選択できる国のキャパシティ開発への投資は、途上国がこうした決定に自己責任を持てなければ、各国の取り組みは期待できないとの認識に立つ。具体的には、次の3点が必要とされる。

- (1) 保健システム政策分析を目的としたキャパシティ開発のための投資額拡大
- (2) 公的財政とサービス提供の成功事例に関するエビデンスの蓄積を改善する支援に対して大規模な投資を行い、途上国が、学習過程を共有できる形で、より優れた政策に関する情報を提供する

- (3) 有効なキャパシティ強化や、支援機関の活動の改善方法について再検討し、よくある口先だけの約束を避ける<sup>77</sup>

## 機会

途上国の健康状態を改善するG8諸国の取り組みを強化する時期として、現在の経済状況はふさわしくないと考えるなら、それは間違っている。今は、まさに保健セクターにおける重要課題に対処するまたとない機会なのである。

過去の会議でG8諸国は、途上国が直面する保健問題に対処するための確かな基盤を築いてきた。そのことは途上国の保健への支援の拡大や、保健システム強化に向けた取り組みによって示されている。最近ではフランス、ドイツ、英国などのG8諸国が推進するIHP+とP4Hといったイニシアチブが、そうした関与の深化を正当化している。このイニシアチブは、途上国が主導する政策、保険適用範囲と公平性を向上させるための公的財政への支援、および保健に関する社会的保護の強化という動きとも整合性を持つ。いずれのイニシアチブも、自国の進捗状況を評価し相互の体験から学ぶキャパシティへの投資を重視している。したがってIHP+とP4Hイニシアチブは、本論の主要な提言を具体化する上で重要な枠組みとなる。

G8諸国はこの2つのイニシアチブを基にしてさらに強化するべきである。その際、健康増進のための公的資金の投入は、税金と社会保険への依存を高めるものであり、保健関連支出の費用対効果を高め、途上国のオーナーシップ(自助努力)を強化するものであるというメッセージを明示すべきである。これによって、インセンティブとなる2つの目標として、皆保険の漸進的な達成と保健に関する社会的保護の強化を明確に意識できるようになり、またそう意識しなければならない。

同時にG8諸国は、この危機によって保健分野に提供できる資金規模が縮小するという不安とも戦わねばならない。前述のように現在の金融危機において、先進国と途上国の双方に、財政縮小ではなく拡大が求められる。その代わりに、危機は保険の受給者の拡大に結びつく保健関連支出の増額を後押しし、それが保健システムを強化して、支出に見合う成果を高める機会となる。この点で、保健システムに対する革新的国

際保健財政に関するハイレベル・タスクフォースが重要な役割を果たしうる。従来のODA予算が減額の圧力にさらされかねない今こそ、このタスクフォースは過去の取り組みに学び、G8諸国が保健システムとキャパシティ開発を財政的に支援する新たな方法を明らかにすることができる。同時にこのタスクフォースは、すぐれた保健システムを推進するのは主に各国自身の保健財政政策であり、革新的な外部からの保健財政メカニズムは、各国の国内政策の改善と結びつき、それを推奨したときにこそ効果を発揮するということを認識する必要がある。

## 参考文献

1. International Monetary Fund and World Bank, *Global Monitoring Report 2008: MDGs and the Environment: Agenda for Inclusive and Sustainable Development* (Washington DC: International Monetary Fund and World Bank, 2008).
2. Adam Wagstaff and Mariam Claeson, *The Millennium Development Goals for Health: Rising to the Challenges* (Washington DC: World Bank, 2004).
3. Ke Xu et al., "Protecting Households from Catastrophic Health Spending," *Health Affairs* 26, no. 4 (2007). cited in *WHO World Health Report 2008*, xiv.
4. More than 70 million people a year have been estimated to fall below the poverty line in selected countries of Asia, with as many as 2.6 percent of households in China and 3.8 percent in Bangladesh doing so in a given month. Eddy van Doorslaer et al., "Effect of Payments for Health Care on Poverty Estimates in 11 Countries in Asia: An Analysis of Household Survey Data," *Lancet* 368, no. 9544 (2006).
5. EU Presidency/Commission, "Background Paper for Informal Meeting of Development Ministers of the European Union, 29–30 September 2008—Working Session: Strengthening Health Systems in Developing Countries" (Brussels: EU Commission, 2008).
6. World Health Organization, *World Health Report 2008: Primary Health Care Now More Than Ever* (Geneva: World Health Organization, 2008).
7. As recent experiences with HIV, SARS, and avian influenza have shown, the most significant global risks of new pandemic pathogens arise in the poorest economies where there is the greatest risk of new pathogens emerging, owing in particular to agricultural practices, and where public surveillance and control systems are weakest.
8. This is well illustrated by the global impacts of the contamination of milk products with melamine in China in 2008.
9. Giulia Greco et al., "Countdown to 2015: Assessment of Donor Assistance to Maternal, Newborn, and Child Health between 2003 and 2006," *Lancet* 371, Special issue Countdown 2008 (2008).
10. Ke Xu et al., "Protecting Households from Catastrophic Health Spending."
11. Margaret Chan, *Address by Dr. Margaret Chan to Executive Board of WHO* (WHO, 2007 [cited 25 September 2008]); available at [http://www.who.int/dg/speeches/2007/eb120\\_opening/en/index.html](http://www.who.int/dg/speeches/2007/eb120_opening/en/index.html).
12. Ke Xu et al., "Protecting Households from Catastrophic Health Spending."
13. To achieve MDGs 4 and 5, countries must reduce child and maternal mortality by two-thirds of their 1990 levels by 2015. This translates into an average annual reduction in mortality rates of 4.3 percent a year. Historically, the annual rates at which individual countries have been able to reduce mortality have tended to be quite steady over time for individual countries. So for most countries, the MDGs imply accelerating the rate of decline in mortality. For child mortality (MDG 4) for which data are the most reliable, the evidence shows that for the critical regions of South Asia and sub-Saharan Africa, the rates at which countries have been reducing mortality have in fact slowed during the 1990s, with progress being slower than in the preceding decades. To some extent, this is due to the impact of HIV in sub-Saharan Africa, but elsewhere, such as South Asia, this is clearly not the reason.
14. Child mortality estimates from the Inter-Agency Group for Child Mortality Estimation, as described in Edilberto Loaiza, Tessa Wardlaw, and Peter Salama, "Child Mortality 30 Years after the Alma-Ata Declaration," *Lancet* 372 (2008).
15. World Health Organization, *World Health Statistics 2008* (Geneva: World Health Organization, 2008). See also note 7 above.
16. In OECD countries, annual rates of doctor consultations range from 4 to 15 per year, as detailed

- in OECD, *Health at Glance 2007: OECD Indicators* (Paris: OECD, 2007). This is 4–10 times more than in most low-income countries. In the case of hospitalizations, the disparity is even greater, with annual rates in OECD countries being 5–10 times higher.
17. At the 2000 Okinawa Summit, the G7 committed to finding and mobilizing substantial new financial resources for HIV/AIDS and health in general in order to support expansion of coverage of critical health services in developing countries.
  18. Figure 1 shows that overall external flows for health have increased in the past decade. In addition, other data suggest significant increases in recent years in the specific areas of HIV/AIDS and also maternal, neonatal, and child health [Greco et al., “Countdown to 2015: Assessment of Donor Assistance to Maternal, Newborn, and Child Health between 2003 and 2006.” *Lancet* 371 (2008): 1268–1275]. Other data show that domestic financing has also increased in most partner countries.
  19. A large number of estimates of the global financing needs have been published. They range considerably in their implied amounts because of differences in the methodologies used and also in what they attempt to estimate. Some, for example, focus on the marginal increases in public spending required to achieve just the health-related MDGs, while others attempt to estimate overall financing levels (both public and external) required to achieve universal coverage with basic health services. The key estimates are given by the WHO Commission on Macroeconomics and Health, *Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development* (Geneva: World Health Organization, 2001), which estimated a public financing need of US\$34 per capita in 2001 in low-income countries, and other more recent World Bank estimates, which have suggested a requirement of US\$30–50 per capita in the poorer developing countries.
  20. Pablo Gottret and George Schieber, *Health Financing Revisited: A Practitioner’s Guide* (Washington DC: World Bank, 2006). For a discussion of the UN MDG Needs Assessment Model, the UNICEF/World Bank/WHO Marginal Budgeting for Bottlenecks Model, and other alternative cost estimates, see Chapter 7.
  21. Ernst R Berndt et al., “Chapter 3: Medical Care Prices and Output,” in *Handbook of Health Economics*, ed. A. J. Culyer and J. P. Newhouse (Amsterdam: Elsevier Science BV, 2000). The authors review the considerable efforts that have been made to estimate health service efficiency changes in mostly developed economies. See also Martin Hensher, *Financing Health Systems through Efficiency Gains*, Paper No. WG3:2, *CMH Working Paper Series* (Geneva: Commission on Macroeconomics and Health, 2001).
  22. Ravindra P. Rannan-Eliya, “Towards a Model of Endogenous Mortality Decline: The Dynamic Role of Learning and Productivity in Health Systems” (A thesis submitted to the Faculty of the Harvard School of Public Health in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of Public Health, Harvard University, 2004).
  23. Peter R. Orszag, “Increasing the Value of Federal Spending on Health Care,” in *Statement of Peter R. Orszag, Director, CBO, before the Committee on the Budget, U.S. House of Representatives, July 16, 2008* (Washington DC: Congressional Budget Office, 2008).
  24. World Bank, *World Development Report 2004: Making Services Work for Poor People* (New York: Oxford University Press, 2003); Gottret and Schieber, *Health Financing Revisited: A Practitioner’s Guide*.
  25. Rannan-Eliya, “Towards a Model of Endogenous Mortality Decline.”
  26. Hensher, *Financing Health Systems through Efficiency Gains*.
  27. Observations by Christopher J. L. Murray, Institute for Health Metrics and Evaluation, at the International Conference on Global Action for Health System Strengthening, November 3–4, 2008.
  28. *World Health Report 2008* (p.49) provides an example of how comprehensive health centers are more effective in increasing coverage rates for vaccination than more selective delivery



- facilities.
29. Although there have been significant investments by the WHO, the World Bank, and several G8 members to support the development of such NHA systems in partner developing countries since the early 1990s, very few of these investments have resulted in sustained capacity in developing countries to maintain such systems [Anna H. Glenngård and Frida Hjalte, "Findings from a Study of Regional NHA Networks" (Stockholm: SIDA, 2005)].
  30. The importance of developing national systems to routinely monitor and understand inequalities is a key recommendation of the WHO Commission on Social Determinants of Health, *Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health.* (Geneva: World Health Organization, 2008).
  31. See note 7 above.
  32. Gottret and Schieber, *Health Financing Revisited.*
  33. Eddy van Doorslaer et al., "Catastrophic Payments for Health Care in Asia," *Health Economics* 16, no. 11 (2007). See also note 4 above.
  34. Jessica Cohen and Pascaline Dupas, "Free Distribution or Cost-Sharing? Evidence from a Randomized Malaria Prevention Experiment" (Cambridge, MA: Poverty Action Lab, Massachusetts Institute of Technology, 2008).
  35. Several examples of this, such as Sri Lanka, Thailand, Costa Rica, and Tunisia, are discussed in Gottret and Schieber, *Health Financing Revisited.*
  36. Gottret and Schieber, *Health Financing Revisited.*
  37. Comparative analyses of who pays taxes in Europe and in other developing regions consistently find that taxation is the mechanism that places the least burden on the poor and mobilizes the most from the better-off [Eddy van Doorslaer, Adam Wagstaffe, Frans Rutten, ed., *Equity in the Finance and Delivery of Health Care: An International Perspective* (Oxford: Oxford University Press, 1993)]. Although there has been concern that indirect taxation, which predominates in many developing countries, is regressive, largely based on this being the situation in Europe, actual studies have demonstrated that in most developing countries even indirect taxation is progressive in its incidence [Owen O'Donnell et al., "Who Pays for Health Care in Asia?" *Journal of Health Economics* 27 (2008)].
  38. Gottret and Schieber, *Health Financing Revisited*; Hensher, *Financing Health Systems through Efficiency Gains.*
  39. Although Hong Kong SAR and Cyprus are high-income economies, their health financing strategies have until recently looked more like other developing economies, with public financing only paying for about half of overall healthcare services.
  40. Owen O'Donnell et al., "The Incidence of Public Spending on Healthcare: Comparative Evidence from Asia," *World Bank Economic Review* 21, no. 1 (2007); Lucy Gilson et al., "Challenging Inequity through Health Systems: Final Report of the Knowledge Network on Health Systems" (Johannesburg: Centre for Health Policy, University of the Witwatersrand, 2007).
  41. See note 4 above.
  42. Lucy Gilson and Di McIntyre, "Removing User Fees for Primary Care in Africa: The Need for Careful Action," *British Medical Journal* 331 (2005).
  43. It is often argued that this link can make SHI more politically sustainable than tax financing.
  44. In contrast to the NHS model, SHI usually involves a separation of financing from provision, which allows for purchasing and the use of direct financial incentives to motivate providers. However, this reliance on payment for services can induce inefficiencies as providers face incentives to provide excess care or to raise costs.
  45. See note 4 above.



46. William C. Hsiao and R. Paul Shaw, eds., *Social Health Insurance for Developing Nations*, WBI *Development Studies* (Washington DC: World Bank, 2007).
47. P. Nymadawa and K. Tungalag, "Mongolia," in *Social Health Insurance: Selected Case Studies from Asia and the Pacific* (New Delhi: WHO Regional Office for South-East Asia and WHO Regional Office for Western Pacific Region, 2005).
48. Viroj Tangcharoensathien et al., "Thailand," in *Social Health Insurance: Selected Case Studies from Asia and the Pacific* (New Delhi: WHO Regional Office for South-East Asia and WHO Regional Office for Western Pacific Region, 2005).
49. Rwanda is often described as relying not on SHI but on community health insurance, but the high level of public subsidies for the Rwandan *mutuelles* (more than 50 percent) and the considerable degree of state involvement and management mean that it resembles a form of SHI.
50. Coverage is less than 40 percent still in Ghana and has reached just under 75 percent in Rwanda.
51. ILO and STEP (Strategies and Tools against Exclusion and Poverty), "Extending Social Health Protection in Health through Community-Based Health Organizations" (Geneva: International Labor Organization, 2002); Bjorn Ekman, "Community-Based Health Insurance in Low-Income Countries: A Systematic Review of the Evidence," *Health Policy and Planning* 19, no. 5 (2004); Melitta Jakab and C. Krishnan, "Review of the Strengths and Weaknesses of Community Financing," in *Health Financing for Poor People: Resource Mobilization and Risk Sharing*, ed. Alexander Preker and Guy Carrin (Washington DC: World Bank, 2004); Gottret and Schieber, *Health Financing Revisited*.
52. M. Kent Ranson et al., "Equitable Utilisation of Indian Community Based Health Insurance Scheme among Its Rural Membership: Cluster Randomised Controlled Trial," *BMJ* 334, no. 7607 (2007).
53. William C. Hsiao, "Why Is a Systemic View of Health Financing Necessary?" *Health Affairs* 26, no. 4 (2007); Gottret and Schieber, *Health Financing Revisited: A Practitioner's Guide*.
54. Carmen DeNavas-Walt, Bernadette D. Proctor, and Jessica C. Smith, "Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States: 2007, Current Population Reports, P60-235" (Washington DC: US Census Bureau, 2008).
55. Gerard F. Anderson et al., "It's the Prices, Stupid: Why the United States Is So Different from Other Countries," *Health Affairs* 22, no. 3 (2003).
56. Gottret and Schieber, *Health Financing Revisited: A Practitioner's Guide*; see also note 16 above.
57. R. Paul Shaw and Charles C. Griffin, *Financing Health Care in Sub-Saharan Africa through User Fees and Insurance, Directions in Development* (Washington DC: World Bank, 1995).
58. Mukesh Chawla and Ravi P. Rannan-Eliya, "Experiences with Resource Mobilization Strategies in Five Developing Countries—What Can We Learn," *Data for Decision Making Publication Number 31-2* (Boston: Harvard School of Public Health, 1997).
59. This is based on a review of the available documentation for initiatives supported by the Dutch Health Insurance Fund in Nigeria and Namibia.
60. ILO, "Social Health Protection: An ILO Strategy Towards Universal Access to Health Care," (Geneva: Social Security Department, International Labour Organization, 2007); World Health Organization, *World Health Report 2008: Primary Health Care Now More Than Ever*; Gottret and Schieber, *Health Financing Revisited: A Practitioner's Guide*; see also note 7 above.
61. Gottret and Schieber, *Health Financing Revisited: A Practitioner's Guide*.
62. Ibid.
63. Ibid.
64. Peter R. Orszag, "Increasing the Value of Federal Spending on Health Care."

65. Ministerial Summit on Health Research, “The Mexico Statement on Health Research—Knowledge for Better Health: Strengthening Health Systems” (Mexico City: Ministerial Summit on Health Research, Mexico City, November 16–20, 2004).
66. World Bank, “Afghanistan: Managing Public Finances for Development (Report No. 34582-Af)” (Washington DC: World Bank, 2005); Matt Waldman, “Falling Short: Aid Effectiveness in Afghanistan” (Kabul: Agency Coordinating Body for Afghan Relief (ACBAR), 2008).
67. Ke Xu et al., “Protecting Households from Catastrophic Health Spending”; Gottret and Schieber, *Health Financing Revisited*.
68. John Akin, Nancy Birdsall, and David De Ferranti, *Financing Health Services in Developing Countries: An Agenda for Reform, A World Bank Policy Study* (Washington DC: World Bank, 1987).
69. UNICEF, “The Bamako Initiative; Reaching Health Goals through Strengthened Services Delivery” (New York: Bamako Initiative Management Unit, UNICEF, 1990).
70. World Bank, *Better Health in Africa, Development in Practice Series* (Washington DC: World Bank, 1995); Shaw and Griffin, *Financing Health Care in Sub-Saharan Africa through User Fees and Insurance, Directions in Development*.
71. Ke Xu et al., “Protecting Households from Catastrophic Health Spending.”
72. In 2006, the Dutch government invested €100 million in the Health Insurance Fund to support development of private health insurance schemes in Africa (see <http://www.hifund.nl>).
73. WHO, *World Health Report 2008: Primary Health Care Now More Than Ever*.
74. WHO World Health Assembly Resolution 58.33—“Sustainable health financing, universal coverage and social health insurance.”
75. For example, conflicting recommendations on tax financing and SHI by different European donors and international agencies have led to fierce disputes between donor partners in Bangladesh and Tanzania (personal communications from relevant officials to author).
76. International Monetary Fund, “Letter from IMF Managing Director Dominique Strauss-Kahn to the G-20 Heads of Governments and Institutions, 6 November 2008” (Washington DC: International Monetary Fund, 2008).
77. WHO Alliance for Health Systems and Policy Research reviewed what might be done in its 2007 Biennial Review, but this initiative needs to be followed up on.

保健システム強化に向けたグローバル・アクション  
タスク・フォース  
保健財政に関する研究チーム

ディレクター:

ラビンドラ・ランナン・エリヤ スリランカ保健政策研究所事務局長兼フェロー

特別アドバイザー:

ウィリアム・シャオ

ハーバード大学公衆衛生大学院李國鼎 (K. T. Li) 経済学教授 [米国]

レビューワー:

アマンダ・グラスマン

中米開発銀行保健・社会的保護首席専門官 [米国]

アダム・ワグスタッフ

世界銀行開発調査部(人間開発・公的サービスチーム)兼東アジア・太平洋地域人間開発部 保健担当リード・エコノミスト [米国]

ボン・ミン・ヤン

ソウル国立大学公衆衛生大学院経済学教授 [韓国]



# 保健情報分野での協調に向けて

渋谷 健司

## はじめに

全世界では、全国民総所得の9パーセントが保健分野に支出されている。援助機関は発展途上国の保健プログラムに対して毎年160億米ドルを拠出している<sup>1</sup>。これらの数字は保健分野に対するかつてない支出の増額を表しており、その結果、グローバル・ヘルス(地球規模課題としての保健)の状況は10年前に比べて一変した。グローバル・ヘルスの諸課題に対する関心は、ミレニアム開発目標(MDGs)によって再び高まっている。新たな資金の流入と多数の関係機関の参入により、従来型の保健・開発モデルを超えた革新的な構造、ネットワーク、パートナーシップ、アライアンスが登場した。

このような保健分野への注目の高まりに伴い、実績の把握ならびに説明責任の確保が求められるようになり、量と質両面においてこれまでより優れた情報が一層必要とされるようになってきている。保健情報(とくに指標と評価)に対する関心が世界的に高

---

本稿の執筆に当たり、貴重なコメントを頂戴したクリス・マレー、アラン・ロペス、オスマン・サンコー、オクタビオ・ゴメス・ダンテス、ティーズ・ボーマ、ララ・ゴログリー、神馬征峰、ラヴィンドラ・ランナン・エリヤ、マイケル・ライシュ、武見敬三の各氏に感謝申し上げます。スーザン・ハバード、ノノ・アイヴィ・ゲデフスー、マイケル・マッキンタイヤーの貢献にも感謝の意を表したい。ララ・ブリアリー氏には執筆と背景調査実施に当たっての技術的協力をお願いした。また、山本正、鈴木智子各氏の協力も得た。

まっており、それはMDGsや実績に基づく資金提供などの主要なグローバル・ヘルスのイニシアティブに示される通りである。これまでにないこうした保健情報への関心から、各国や諸機関は、質の高いタイムリーなデータを提供しなければならないというプレッシャーを受けている<sup>2</sup>。

グローバル・ヘルス分野において最も影響力のある機構のひとつとして、主要先進8カ国(G8)は、そのような情報が生成されるシステムの欠陥を正していく上で重要な役割を担っている。G8北海道洞爺湖サミットでは、「国際保健に関する洞爺湖行動指針—G8保健専門家会合報告書」が発表され、政策立案者が正確な保健情報に基づいた意思決定を行うためには、保健システムの適切なモニタリングと評価が必要であると指摘した<sup>3</sup>。

本稿では保健システム強化の観点から保健指標と評価の現状を概観するとともに、G8の役割について述べる。この分野における主要な課題を明らかにした後、グローバル・ヘルスにおける資源の有効的な活用を把握、評価、そして促進するための標準的な保健指標の策定ならびに測定戦略を提案する。最後に、G8が適切な保健情報の提供と使用をとりわけ国家レベルで推進し、保健システム改善に向けた投資に関する説明責任を果たすためには、協調的な活動が必要であると結論づける。

## より質の高い保健情報の必要性

保健システムはこの10年間でグローバル・ヘルスにおける重要な課題になった。こうした状況は、世界保健機関(WHO)の『世界保健報告2000年版』に反映されているほか、英国のグローバル・ヘルス・パートナーシップ、ノルウェーのウィメン・アンド・チルドレン・ファースト(女性と子供を優先しよう)、カナダのカタリティック・イニシアティブなどの構想や、ドイツとフランスが進める保健分野での社会的保護を促進する取り組み、さらには日本の洞爺湖サミットおよびそのフォローアップ活動に表れている<sup>4</sup>。

しかしながら、投入した資源に対する達成度や効率のベンチマークとなりうる確

実な測定値がなければ、保健に関する優先順位や有効性に関する議論は、エビデンスではなくイデオロギーに基づくようになる<sup>5</sup>。保健システムに対する注目の高まり、ならびにグローバル・ヘルスの改善と説明責任に対する需要が急速に高まる中で、発展途上国の保健統計の供給とその活用との間には非常に大きなギャップがあることが明らかになっている。

保健は、人間の安全保障や人間開発における根本的概念のひとつである<sup>6</sup>。効果的な保健分野におけるガバナンス、すなわち各国政府や国際開発援助関係者が世界の人々の保健ニーズを満たす能力を実現するには、法律、開発、協調、そしてエビデンスが必要である<sup>7</sup>。

保健情報は、世界と国家レベルにおいて上記4つの機能すべてに寄与する。保健分野におけるガバナンスのためのエビデンスは、出生数、死亡数、死因を把握する能力とその要因を知る能力に左右される。すべての人を登録することは、生存、生活、尊厳に関する個人の権利を守ることもつながる。保健情報の強化は基本的に各国が行うことではあるが、そうした情報が人間の安全保障や人間開発に寄与する以上、正確な情報を提供することは世界全体としても意味がある。保健開発と人間の安全保障はより質の高い情報が不可欠という点でお互いに収束している。

保健情報は人間の安全保障を推進すること以外にも次のような目的に役立つ。第一に、結果を示すことでグローバル・ヘルスへの関心および資金提供を維持する。第二に、有効な対策に関する確実な知識基盤を構築することで効率性を高め、それによって国家を超えた共有型の学習プロセスを創造する。第三に、確かなエビデンスを提供することによって意思決定の質を高める。第四に、多様な領域を組み合わせることによって学際的な対話を促進する。第五に、民主的運営に不可欠な要素である透明性と説明責任の価値を各国と世界レベルで推進する<sup>8</sup>。

保健関連機関や国が公表するデータの量は実際には増えている<sup>9</sup>。しかし、そのデータは必ずしも包括的な情報を利用者に提供していないし、グローバル・ヘルスにおける喫緊の課題にも応えていない。有効かつ効果的な保健のモニタリングと評価が欠落している理由は以下の6つである。

第一に、進捗状況のモニタリングや保健システムの評価に関するデータの量、質

共に貧弱であり、過去10年間の大幅な過小投資のつけが回ってきている<sup>10</sup>。第二に、データ不足を解消するための努力が、かえってステークホルダー間における指標の拡散、枠組みの不一致、活動の細分化を招いた<sup>11</sup>。第三に、複数の機関の活動に重複が生じ、しかもそうした機関は各々の得意分野を活かすことなく、同じ分野での競争をしている<sup>12</sup>。第四に、データ公開に向けた取り組みが遅々として進んでいない<sup>13</sup>。たとえばMDGsの中間年にあっても、MDG4の指標である小児死亡率の一次データの、誰もがアクセスできる包括的なデータベースがいまだに存在しない<sup>14</sup>。第五に、パリ宣言<sup>15</sup>の中心的な要素のひとつである当該国のオーナーシップ(自助努力)と、第三者評価との間に明らかなトレードオフが存在する。とくに、実績に基づく資金提供の傾向が高まっているにもかかわらず、援助機関はいまだに受け入れ国からの政治的圧力に屈することがある<sup>16</sup>。第六に、より質の高いデータを収集、共有、分析、解釈するためのインセンティブとキャパシティをともに欠く国が多く存在する<sup>17</sup>。

## 保健システム強化と保健情報

貧困国の保健状態を改善する世界的な努力においては、過去数十年にわたって2通りの方法が取られてきた。ひとつは保健システムを対象とするもの、もうひとつは特定の疾病を対象とするものである。1つ目の方法は、原理原則に基づく健康改善アプローチに重点を置いてきた。1970年代後半、世界で実施された大きな取り組みは、プライマリ・ヘルスケア運動を通じた保健システムの強化であった。2つ目の方法は、疾病ごとのアプローチに重点を置いたものである。具体的には疾患コントロール・プログラムや資金提供機関の形成であり、代表的なものにワクチン予防接種世界同盟(GAVIアライアンス)や世界エイズ・結核・マラリア対策基金(世界基金)などがある。

現在では、低中所得国の健康問題に対処するには、疾病ごとの対策と保健システム全体の対策の間でバランスの取れたアプローチを行うことが不可欠であるとの合意が形成されつつある。日本政府は2000年のG8九州・沖縄サミットにおいて三



大感染症に対する強力な疾患対策アプローチを支持した<sup>18</sup>。その8年後、洞爺湖サミットにおける保健分野の声明には、MDG 4、5、6の達成ならびに保健システムの強化に対するコミットメントが含まれた<sup>19</sup>。

WHO、国連児童基金(UNICEF)、国連人口基金(UNFPA)、国連合同エイズ計画(UNAIDS)、世界基金、GAVIアライアンス、ビル&メリンダ・ゲイツ財団、世界銀行という8つの主要な保健関連組織からなる非公式グループ「H8」は、上記目標の達成に必要とされる積極的な保健対策を拡大するべきだと主張している。グローバル・ヘルス・パートナーシップ・プラス(IHP+)は、このH8のほか、アフリカ開発銀行、経済協力開発機構(OECD)、欧州委員会、14の国、12の援助機関に働きかけ、強力なドナー協調と当該国の主体性の強化を推進している。そこでは、保健関連のMDGsと保健システムの強化を達成することに重点が置かれている。

しかし、疾病ごとのプログラムと保健システム強化はいまだに競合関係にある。特に、疾病ごとのプログラムが保健システムの強化に貢献してきたことを示すエビデンスは少ない。貧困削減戦略文書(PRSP)やセクター・ワイド・アプローチ(SWAp)など、強力なドナー協調の実現を目指したこれまでの活動が、実際に保健システムの向上に役立ったかどうかは不明である<sup>20</sup>。

保健システム強化のためのこうした協調行動を進める上で、当該国の計画策定過程をモニターすることが課題となっている。これは、ドナー協調の影響を評価するための指標が確立されていないことに起因する。ドナー協調が実際に保健システムの向上につながるかどうかを測る努力が求められる。

## 保健システムを支える保健情報

WHOが提唱する保健システムの6つの柱<sup>21</sup>の中で、保健情報は保健システム全体を支える。その内容は、保健システムのインプット(人材、財政)、プロセス、アウトプット(保健介入が対象者に実際に行き渡る確率)、そしてインパクト(健康状態の改善)である(表1)。さらに、保健情報は監督機能を強化する作用ももつ<sup>22</sup>。

## 保健システム強化に向けたグローバル・アクション

表1:保健システムパフォーマンスを分析するための指標

- A) 保健システムのインプットとプロセスに関する評価指標:保健システムならびにプログラム目標達成のための活動に投入される資源を指す。この指標では以下の項目が評価される。
1. 人材。たとえば、人口1,000人当たりの保健医療従事者数、年間の研修修了者数、新規雇用者数、離職率などの評価指標。
  2. インフラおよび設備。例えば、建物および使用可能な技術的な設備や実験装置の把握。
  3. 医薬品。対象地域において使用可能な医薬品の種類と量など。地区別ないし下位地域区分ごとに集計(状況に応じて行う)。
  4. 運営指標。施設の1日当たりの業務時間数や1週間当たりの業務日数、患者紹介システムの運営に関する指標など。
  5. プログラム活動。コミュニティ支援プログラム、住民向けの教材やワークショップの件数と種類など。
- B) プログラムのアウトプットに対する評価指標:保健システムの直接的なアウトプットに対する評価指標。それらは、保健システムのあり方によって、きわめて短期間に変動する。そのため、そうした評価指標はプログラムの全実施期間にわたる進捗状況の把握やプログラムの弱点分野の洗い出し、ならびにプログラムの影響評価に使用できる。
1. 保健介入が行き渡る確率:これは保健介入を必要とする全住民に対する、実際に介入を受けている住民の割合をいう。言い換えると、その介入を必要とする総人口(分母)に対する、介入を実際に受けている人(分子)の割合である。保健介入が行き渡る確率は介入ごとに測定した後に合計し、保健システムの保健介入が行き渡る確率の総合指標とする。
  2. 保健介入が対象者に実際に行き渡る確率:これは、保健介入の質を考慮した指標である。質の範囲は0~1である。介入を受ける個人がその介入から最大限の健康上のメリットを享受する場合は質の値が「1」である。逆に、介入が実施されても、個人に何ら保健メリットがない場合には質の値が「0」になる。保健介入が対象者に実際に行き渡る確率の評価指標は、保健介入を受ける人口だけでなく提供される介入の質をも考慮するため、モニタリングすることが重要である。
- C) 保健アウトカム(インパクト)に対する評価指標:保健システムの三大目標、即ち、健康の改善、財源に対する寄与における公平性、患者の期待への対応能力を評価するもの。最も重点が置かれているのが住民の健康状態である。
1. 住民の健康状態:対象住民の健康状態の向上は、ヘルスケア・プログラムの最も重要な目標である。住民の健康を測定する指標には以下のものがある。
    - a. 小児死亡率:1歳未満および5歳未満の死亡率
    - b. 成人死亡率:年齢別および性別の死亡率のほか、45q15のような成人死亡率の要約指標(45q15は15歳から59歳の間に死亡する確率)。
    - c. 死因:主な死因別の死亡件数。主な死因は国によって若干の差がありうるが、共通部分は多いと予想される。住民の疫学的構成の有用なインプットとして小児および成人の十大死因をモニターすべきである。
    - d. 疾病ごとの保健アウトプットならびにリスク要因:これらの指標は、提供するサービスの組み合わせに応じて、プログラムごとに決定すべきである。
  2. 保健支出:これはどの程度保健支出が負担となっているか、また自己負担に関する指標である。指標には、あらゆる供給源からの保健支出の総額、保健関する支出に占める自己負担額、保健に関す

る支出が可処分所得の30パーセントを超える世帯の割合、などがある。

3. 患者の期待への対応能力:これは、患者と保健システム間の相互関係のうち、医療以外の面をとらえる指標である。保健システムの対応能力の評価指標は、ヘルスケアを提供する際、新たなシステムが機能しているかどうか評価する上できわめて重要である。
  - a. ケアの質。施設の清潔度、病床の質と清潔度、入院時の食事の有無、患者の満足度などがある。
  - b. ケアの迅速性、待ち時間。施設内での平均待ち時間、必要な時に専門的治療を受けるまでの平均待ち時間など。
  - c. 社会ネットワークへのアクセス(一般には入院治療時)。入院中に家族や社会ネットワークのメンバーに面会できるかどうか、など。
  - d. 医療提供者と患者間のコミュニケーション。診断結果が患者に十分に伝わっているか、薬の服用や次の来診について理解してから帰宅しているか、など。

出典: Ravishankar et al 2008 <sup>23</sup>

このように、あらゆるグローバル・ヘルスの活動には、疾患対策か保健システム強化かを問わず、保健情報の質と量の向上が必要である。また、そうした活動が保健システムのパフォーマンスに与える効果が評価可能(および測定可能)な場合には、標準的な指標と評価方法を用いることでより効果的な活動へとつなげることが必要である。しかし、そのような情報を得ることは保健システム強化アプローチにとって大きな課題である。なぜなら、保健システムのパフォーマンスを評価するには、さまざまな保健情報が必要になるからである。例えば、保健人材の研修規模、基本的な保健インフラ、基礎医薬品の確実な調達と分配、持続可能な保健財政、保健リスクをプールする仕組みなどに関する情報が必要である。

サハラ以南のアフリカでの保健人材の定着や業務移管政策の影響を評価するには、また、実績に基づく資金供与、予測可能な長期的資金提供、あるいは両者の併用のいずれが保健に対する影響が大きいかを調べるためには、保健システム全体に関する情報が必要になる<sup>24</sup>。質の高いタイムリーな情報が得られなければ、保健政策が意図した成果をもたらしているかどうかを国際社会は判断できない。たとえば、世帯調査に基づく推定値がなければ、MDG 4が国、地域、もしくは世界レベルにおいていつ達成されるのか、あるいは達成されるのかどうかを知ることができない<sup>25</sup>。

保健システムおよび新規の保健プログラムのパフォーマンスに関する情報は、グローバル・ヘルスに集まっている政治的・資金的な注目に比べると改善が見られない。

このような情報不足は、保健分野への投資に好ましい環境を創出するうえで妨げになる。何より悪いのは、世界で最も弱い立場にいる住民に対する健康改善の施策が、エビデンスの欠如によって阻害されることである。そのような人々の多くは、GAVIや世界基金といった疾患別イニシアティブの受益者とされている人々である<sup>26</sup>。

### 保健情報の主な機能

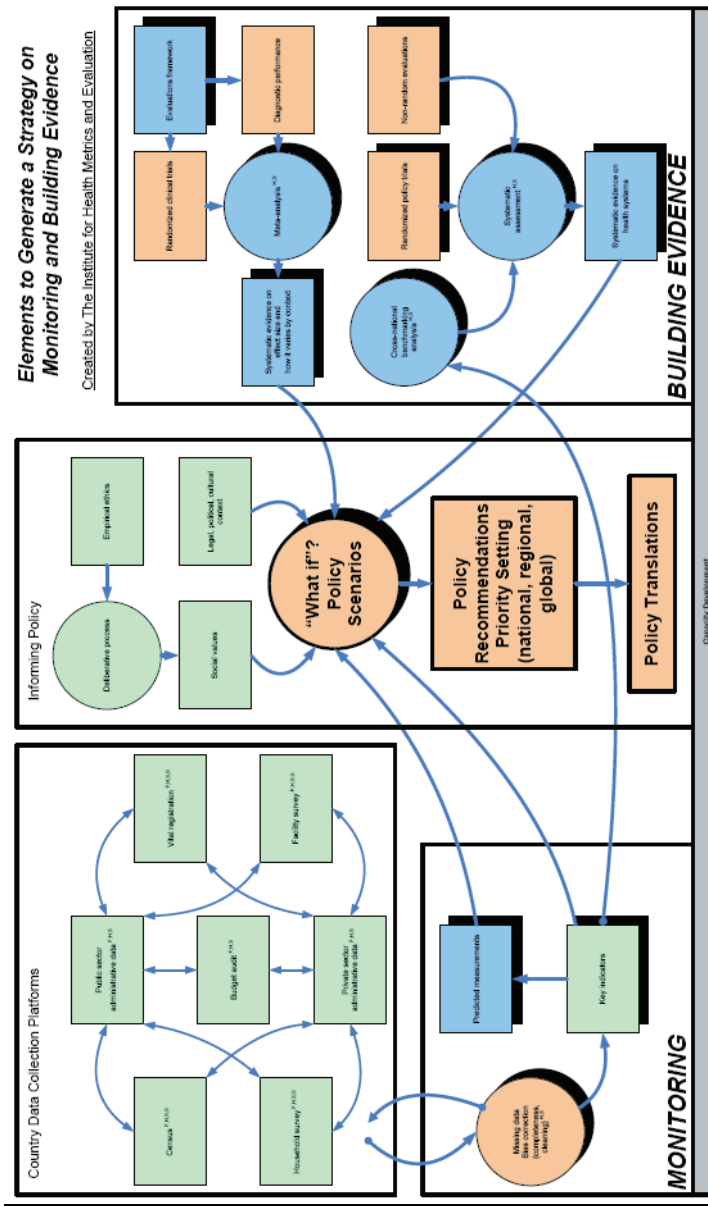
保健情報の主な機能は、さまざまなステークホルダーによって担われている<sup>27</sup>。世界、国、国内の各レベルにおいて政府や学界や市民社会の関係者が関与している保健情報の機能としては、(1)データの収集と編纂、(2)モニタリングと評価、(3)保健システムのエビデンス形成に必要な保健システムの系統的分析と保健プログラムのメタ分析などがある(図)。後者2工程は、政策形成に必要なインプットとなるが、必ずしも政策形成のための十分条件ではない。

世界レベルでは、各国でのデータの収集と編纂に関する規範や標準の制定において国連の専門機関が重要な役割を負っている。たとえば、WHOは「疾病および関連保健問題の国際統計分類(ICD)」や「死亡診断書の国際様式」を策定している<sup>28</sup>。

一方、国および県市町村レベルでは、保健に関する情報源は、人口レベルの統計(国勢調査、世帯調査、人口動態統計など)または施設レベルの統計(医療施設調査、保健医療行為調査、行政記録など)のいずれかである<sup>29</sup>。多くの国では、高額であるが有効かつ信頼できるデータと、(信頼性では劣るが)タイムリーかつローカルな情報との間に競合関係がある。現実には、国レベルの統計に対しては定期的な世帯調査が実施されることが多いのに対し、地域の意思決定者は、定期的もしくは継続的に行われる行政記録の収集に頼らなければならないことが多い。

それゆえ、市町村レベルにおいて、有効で信頼性の高い測定値をタイムリーに、しかも妥当なコストで入手できる方法が求められている。たとえば、低コストの効率的なサンプリング方法、世帯調査と行政記録をリンクすることで行政記録に見られるバイアスの推定、およびローカルな情報の推定のためのペイズ法などの応用が考えられる<sup>30</sup>。

図：モニタリングとエビデンス構築のための戦略を確立する要素



(出典: Institute for Health Metrics and Evaluation, 未発表)

バイアスのあるデータは、計画や戦略決定、プログラムの実施、目標に向けた進捗のモニタリング、有効性の有無の評価に対して用いることはできない。そのため、国や世界レベルにおける保健情報活動の主要機能のひとつは、バイアスの修正を行った統計値を用いることによって、時系列あるいは国家間の比較分析が可能となる<sup>31</sup>。

保健システムおよび保健介入に対する系統的評価は、国レベルの保健政策にとって特に重要である。その種の評価を行う方法には、保健介入群と対照群をランダムに割り当てる方法と、非ランダムの各種研究デザインを用いる方法とがある<sup>32</sup>。ある政策がある国では有効であるのに、別の国では有効でない理由を理解するには、保健システムのパフォーマンスについて国際比較研究が重要である。

保健情報形成過程で往々にして軽視されることは、エビデンスを政策に翻訳し、インパクトのある行動を特定することである。保健情報は使い勝手が良く、意思決定者の迅速かつ戦略的な要求に合うようにデザインする必要がある。それによって、あらゆるレベルの意思決定者が、信頼できる保健情報に基づいて政策を考える必要性を意識するようになる。

保健情報の現在の流れは、コミュニティから中央政府へ、そして国から国際機関へとという方向であることが多い。また、データの収集と編纂がより上位のレベルにおいて行われることで、コミュニティでデータを収集する者が、保健情報の質を向上する過程から外されてしまう点が問題である。実際、MDGsの進捗状況把握のために国際機関が公表している推定値を、そのデータがどこから来ているか知らずに使っている開発途上国が少なくない<sup>33</sup>。そのような国ではより質の高いデータを収集し分析するキャパシティが向上しないという危険性がある。それゆえ、保健情報をめぐる一連の過程で形成された情報を、国や実際にデータを集めている人にフィードバックする必要がある。グローバル・ヘルスで保健情報分野に関する我々の最終目標は、それぞれの地域において、質の高いデータの収集、保健プログラムや保健システムのモニタリングと評価、さらには十分な情報に基づく政策形成を行うキャパシティを開発促進することにある。

## G8がグローバル・ヘルスでできること

G8諸国は世界経済の48パーセントを占め、世界の開発援助のおよそ75パーセントを提供している。G8には法的拘束力をもつ政府間協定も事務局も存在しないが、G8の年次サミットおよび定期的な閣僚会議は1996年以来、グローバルな保健政策に関する重要な討議の場となっている<sup>34</sup>。G8はグローバル・ヘルス分野において独自の役割をもつ。それは小規模な協調的意思決定の場であり、近年は発展途上国の公衆衛生に対する関心を示すとともに、国際機関の方向性や方針に対して大きな影響力をもっている。

G8は初期の頃、WHOおよび国連機関に対し、自力では難しい資金調達の支援を行った<sup>35</sup>。その後、G8は独自の構想を立ち上げ、手始めとして2001年に世界基金の設立に合意した。その後、アフリカ行動計画(2001～2002年)、保健に関する行動計画(2003年)、HIV／エイズ対策(2006年)、そして最近提唱された「国際保健に関する洞爺湖行動指針」(2008年)と続く。洞爺湖行動指針は、保健システムの強化を通して保健関連MDGsを推進する初めての試みであり<sup>36</sup>、IHP+を始めとする世界的な運動で提唱される最近の方向性に沿ったものになっている。

G8はグローバル・ヘルス分野における説明責任の必要性については最近まで沈黙したままであった<sup>37</sup>。洞爺湖サミットでは「G8保健専門家会合報告書」が「保健システムの適切なモニタリングと評価」に関する必要性を明記したうえ、政策立案者が「正確な保健情報に基づいた意思決定」ができる必要があると指摘した<sup>38</sup>。

G8主要国は世界基金の設立などの構想を通し、既存の多国間組織に替わる対策を実行する能力を示した<sup>39</sup>。G8主要国による政策や財源の誓約に加え、毎年開かれるサミットでは、新たな原理原則の構築、新しい課題の明示、さらにはそうした課題に対する世論に影響を及ぼすことによって新たな価値を創造している<sup>40</sup>。また、G8のみが保健を広義の開発問題および安全保障問題とリンクさせることができる。このほか、官と民の対話を促進することにより、グローバル・ヘルス分野で活動する政府、企業、市民社会の知的資源、人材、財源を世界および国のレベルで動員することも可能である<sup>41</sup>。



## グローバルな保健情報についてG8が行うべきこと

保健情報分野では、既存の組織(たとえばH8、学界、市民社会、各援助団体、二国間援助機関)が単独ではなかなか解決しえない問題に対して、G8は効果的に仲介し、活性化する力を備えている。G8は一国もしくは一組織で実施可能な事柄を扱うべきではなく、協調行動が有効に作用する問題に注力するべきである。G8は保健情報のグローバルな体制を構築するための効果的かつ効率的な活動を明示するべきである。

国連機関のなかには国レベルの保健情報システム整備のために各国を支援する権限および経験をもつものがある。しかし、少なくともWHOは、過去数十年間そうした保健情報システム開発を牽引する上でほとんど成果を出せなかったと言える<sup>42</sup>。一部の国では、人口動態統計の質はむしろ低下している。WHOはデータ収集のためのいくつかの重要な基準を制定し広めてきたが、それらの基準を国レベルで広く実施することについては十分に支援してこなかった。それだけでなく、国連やその下部機関は、各国において、データを収集し解析を行うために必要なキャパシティの強化にも成功していない<sup>43</sup>。

ヘルス・メトリクス・ネットワークは保健情報評価のための小規模な助成を65カ国に提供しているが<sup>44</sup>、さらに詳細な調査を行えるのはわずか6カ国のみである。これらの決定は、戦略と限られた資源の双方によるものであるが、後者はしばしば組織の活動範囲を制約する。保健情報システム開発に関する専門知識や支援に対する各国のニーズにより効果的に対応することは、まさにG8が果たしうる役割である。

ジェイミソンらは国際機関の主な機能を規定する枠組みを提案した(表2参照)164。最初の主な機能は、国民国家の主権を超越する領域であり、国際的な保健協力の中核を成す。具体的には、世界公共財の問題に対応するものである。そこでは、資源の使用を国の境界内に限定することができないため、所有権に基づく個々の国の決定は無効となる。

これが該当するケースとして、世界的な公共財(一国による使用が他国による使用を排除しない場合)と負の外部性(一国の行動が他国に対して危害や経済コスト



を生む場合)がある。それらは国境を越えるため、世界公共財の問題は富裕国も貧困国の別なく、等しく共有する。そうした問題に対する2つの中核的な対処法は、国際公共財の推進と、負の外部性の監視および管理である。

2番目の主な機能は国内問題に対応するものである。これは国内システムに不備があるため、国際レベルでの協調行動が妥当となりうる問題である。それらの機能は国民国家が第一義的に責任を負う活動を補足するものであるため、補完的である。

上記の2種類の主な機能の間では慎重にバランスを取る必要がある。保健情報の分野では、最初の協調行動は、一番目の機能に集中することにより、グローバルなデータベースの開発やデータの比較可能性を向上させる基準の策定を実施する。その後になって、国レベルでのキャパシティ開発を行う。

G8は、保健情報分野の国際的な体制を構成する既存の諸機関、イニシアティブの機能や役割を仲裁できる唯一の機構である。その調整力によって、既存の機構の改革、細分化した活動の整理統合、大きな成果の達成をすることができる。特に、G8のフォローアップ活動を通し、政府や諸機関は次の点を促進することが必要である。(1)効率的なモニタリングと評価のために既存のイニシアティブを強化する。(2)精緻なエビデンスの形成を行い共有する。(3)研究成果の統合を行う。(4)発展途上国のキャパシティを開発する。(5)研究者、政策立案者、プロジェクト・マネージャーを有効な保健情報システムにおいて結びつけ、エビデンスを政策に役立てる<sup>46</sup>。

表2: 国際機関の主な目的と機能<sup>45</sup>

| 基本的目的                              | コアな機能と例   | 根拠  |
|------------------------------------|---|---|
| すべての国々に役に立つ財を確保する                  | 世界公共財の推進<br>データベース<br>規範と基準<br>研究開発<br>保健政策における合意の形成                  | 全員が利益を享受する公共財の提供において、協調行動は経済的に合理的なアプローチである。また、国際協調行動は、多くの国に利益となる状況において取られる  |
| 世界的な脅威への時宜を得た対応と保健リスクの国際移転の抑止を保証する | 国際的な外部性に対処するための介入<br>WHOの国際保健規則で規定された脅威<br>リスク要因の移転<br>合法・非合法の有害物質の取引 | 各国の行動が他国に影響を与える場合、意思決定を個々の国に任せると、想定外の費用や便益が生じる                              |
| 補完的目的                              | 補助的機能   | 根拠  |
| 国内の開発を支援する                         | 技術協力と開発資金援助<br>キャパシティ開発<br>能力強化                                       | 一部の国では、持続可能な開発に向けた条件を改善するために、現地のニーズに応じた、知的資源および財源に焦点を絞った投資が必要である            |
| 脆弱な集団の健康を守る                        | 持たざる人々たちへの仲介<br>貧困者<br>特別な集団  | 政府が国民を保護できない時や人権が侵害されている時に人々を保護することは人道上的責務である。各国は、国益に資することとして人道的な危機を防止・解決する |

出典: Jamison et al, 1998を修正

## 保健情報における主要課題とその戦略

諸機関や国から入手できるデータの量は急速に増加している<sup>47</sup>。しかし、そのデータでは、感染症および非感染性疾患の負担に関する傾向についての信頼性あるモニタリング、保健に関するイニシアティブや投資がもたらす影響の評価、あるいは保健システムのパフォーマンスに対する国際比較評価などを十分に行うことができない。善意のプログラムがはたして本当に有益かどうかは、確たるエビデンスが提

示されるまでわからないのである<sup>48</sup>。

この問題の主要因は2つある。第一に、既存データへのアクセスが制限されているあるいは、データにアクセスできてもデータの整合性がない(技術的非効率の問題)。次に、使い道の限られたデータが各機関ばらばらに収集、編纂され、それゆえ限界費用が大きくなる(配分非効率の問題)。

機関、組織、国がこうした非効率性を解消すれば、グローバルな保健指標の有効性や信頼性が向上するとともに、関係各機関のそれぞれの利点が活かされることになる。グローバル・ヘルスのコミュニティが直面している最大の課題は、現行の保健システムの改革に必要な質の高いデータを収集、共有、解析するうえで必要となる現地のキャパシティを向上させることである。

## 技術的非効率

目標に対する進捗状況のモニタリング、および保健システムや保健プログラムのパフォーマンス評価では、そのためのデータが入手可能であることが重要である。多くの統計利用者はこの点を見過ごしている。なぜなら、統計(たとえば保健関連MDGs指標)は毎年公表されるが、前提としてその統計が意味のあるデータを表していることが必要になる<sup>49</sup>。しかし、政府関係者や学者が公表された推定値がどのように計算されたのかを理解し、再現しようとしてもできないのである。なぜなら、推定値の元となるデータにアクセスできないからである。

データの収集と編纂において技術的非効率に寄与する主な要因は3つ存在する。すなわち、(1)共通データベースの欠如、(2)標準化された指標とデータの質の保証の欠落、(3)データを共有するキャパシティとインセンティブの欠如、である。

### 共通データベースの欠如

原則として、各国の保健情報の収集、編纂、保存には共通のフォーマット、定義、基準を使用すべきである。しかしながら、すべての国がこの分野における最良の国際規範を達成しているわけではなく、また近い将来に達成できるわけでもない。

しかし、多くの有用な情報が非標準的なデータとして(たとえばverbal autopsyに基づく死因データ)に存在しうる。その種のデータが適切に文書化され理解されれば、データがより広く比較分析に使用可能になるうえ、より標準化された様式との併用が可能になる。

共通データベースには少なくとも現在使用できるすべてのデータおよびそのメタデータが含まれるべきである。そのうえ、データか調整済みデータか否か、あるいは推定による統計値かを明示し、推計値の元になったデータへのリンクを含むべきである<sup>50</sup>。

たとえば、MDG 4の指標である小児死亡率は、保健関連MDG指標のなかでも、多くの情報源から良質のデータが得られる指標のひとつである。その情報源としては、完全もしくは部分的な人口動態統計や、人口保健調査(DHS)などの世帯調査のほか、出生数と生存数に関する国勢調査の項目やサンプル人口動態統計などがある。小児死亡率の追跡調査に用いられるすべてのデータソースを公開するとともに、過去の傾向を明らかにして現在の推定値を算出する作業を統一する努力が行われてきた<sup>51</sup>。

小児死亡率データベースがすべてのデータを網羅しているかどうかについては激しく議論されてきたものの<sup>52</sup>、関係機関ごとに小児死亡率に関する個々の不完全なデータをいまだに維持している。データセットには公開されているものもあれば非公開のものもある。また、小児死亡率の情報源には、国際データベースに含まれていないものもかなりある<sup>53</sup>。

WHOは、世界規模の保健情報を収集する際の合法性を確保する拘束力のある規則を2つ制定している。1948年に開催された第1回世界保健総会は、疾病と死因に関する用語体系の規則を採択した<sup>54</sup>。また、1951年に採択された国際衛生規則は、国際保健規則として1969年、1973年、1981年、2005年に改正、整備され、同組織に疾病調査の権限を与えている<sup>55</sup>。

しかし、WHOが取りまとめるデータは各国の公式報告書に依存することが多く、最新の国内データがWHOに送られないことも珍しくない<sup>56</sup>。たとえば、インド登録長官は医学的に証明された死因の報告書を1973年以降毎年発表しているが、WHOの

死亡率データベースには2001年以降のインドのデータが存在しない。また、WHOは2000年以降、中国のデータを受け取っていない。つまり、学界やWHO以外の機関とは報告書は共有されているにも関わらず、世界の二大人口国が最新の死亡率データはWHOに送られていないのである<sup>57</sup>。さらに、保健介入が対象者に実際に行き渡る確率、リスク要因、保健システムに関連する因子に関して、より質の高いデータを得ようと思えば、(WHO以外の)各種機関や国によって個別に実施される世帯調査や行政記録に頼らざるを得ない。

そのため、グローバル・ヘルスのコミュニティは、MDG 4に対する進捗評価においてまだにすべての既存データを使用するに至っていない。もしも国際的な政策に関するすべての保健データ(とくにMDG 4、5、6および保健システムに関するもの)が共通データベースに入っていれば、国レベルと世界レベルの両方において独立した分析や統合が可能になる。

ITの普及や投資によって、従来の保健機関以外の利用者にも入手可能なデータが増えるにつれ、当該国の主体性を重視しながらも、データの編纂には戦略的な協調行動が必要になる。現行組織はその機能を強化し明確にする必要があり、共通のデータ構造の策定が重要である。

#### 標準指標およびデータの質の保証の欠落

保健情報システムの開発にあたっては、情報のニーズおよび優先順位が国ごとに異なる点を認識したうえで、測定すべき対象の正確な把握、測定の頻度、最も効率的な測定方法を決定することがきわめて重要である。もし各国が何千もの指標に基づいて報告するように助言を受けたなら、進展はまず見込めない。とはいえ、保健システムの運営に必要な重要情報を把握するには、十分な数のデータを確保することが必要である(表1参照)。こうした重要な情報不足を埋める作業をG8が主導的に指導することは大いに歓迎される。

同様に、世界疾病負担プロジェクトなどの大規模な比較分析の結果を見ると、多くの国において、データを批判的に評価する能力が低いことが示唆される<sup>58</sup>。保健情報を質的に向上させる前提条件は、バイアスや誤差、一般的な妥当性に関して、国内分

析官(とくにデータ収集の担当者)がデータを批判的に評価する能力を高めることにある。そうした技術は公衆衛生大学院で日常的に教わるものではないが、データの質的向上を進展させようとするれば、こうした技術の向上を図ることが肝要である。

洞爺湖サミットでは、G8保健専門家会合が、G8は世界と国のレベルにおいて引き続き「政策立案と評価に必要な保健データを収集、分析、評価する保健指標の標準化を目指すためのステークホルダー間でのさらなる連携を奨励する」べきであると勧告した<sup>59</sup>。指標の標準化においては、コアとなる指標の普遍性を規定するという課題のほか、指標の数と質の間のトレードオフが常に存在する。保健関連MDGsは、その良い例と言える<sup>60</sup>。保健関連MDGの指標に対し、国連のMDGウェブサイトでは1990～2005年の期間について入手できる統計は全体のわずか15パーセントにすぎない<sup>61</sup>。

何千もの指標が推奨される一方、まともな測定されているデータがほとんどない現状を考えると、グローバル・ヘルスのコミュニティは、優先度の高い少数の限られた指標の測定の改善に集中することが必要である。具体的には、援助の有効性と保健システムのインプット(資源追跡)、アウトプット(保健介入が対象者に実際に行き渡る確率)、およびインパクト(死亡率、死因、罹患率)などがある。どの指標を優先するかは、公衆衛生上の重要性や測定可能性の具体的側面に基づいて選択すべきである<sup>62</sup>。

保健指標に関して標準的なデータの互換性や質の保証が行われていないことが技術的非効率性をさらに悪化させている。その種の世界的な基準を、とりわけWHOによって策定することが必要であるが、データの質を国レベルで改善するような基準を設けないかぎり実効性は乏しい。

情報通信技術の導入だけでは相互互換性の問題を解決できない。品質保証に関する複雑な枠組みを実施することは現実的ではなく、広範囲にわたる統計にとつてはむしろ無意味になりうる。統計の専門家たちが提唱するデータ品質保証が統計データの改善につながることにについては説得力のあるエビデンスは存在しない。独立性と客観性は確かに重要な質の原則ではあるが、それを順守するためのインセンティブとキャパシティが伴っていることが必要である。データ互換性や質の保証を通じて、最低基準の設定を目指すと同時に、国レベルの解析能力を向上させることが求められる。

### データ共有のキャパシティおよびインセンティブの欠如

一般に、使用できるデータセットが増えると、公衆衛生上重要な問題に関するさまざまな分析が可能になる。これはもちろん歓迎、推進すべきことである。データから確実に結論づけられるものとそうでないものについて真の学問的対話が実現すれば、そうしたデータから導かれる公共政策の科学的根拠が強化される。データ利用をより開かれたものにする事で、方法論が発展する可能性があり、それは主要な公衆衛生問題に新たな光を投じることになるかもしれない。

技術の進歩にもかかわらず、グローバル・ヘルスにおいては自由なアクセスおよび公共財としてのデータ共有に向けた作業は遅々として進んでいない<sup>63</sup>。例外はDHSおよび公共用統合マイクロデータ群(IPUMS)のマイクロデータであり、いずれも十分な技術的、財務的、事務的支援を受けている。

多くの組織や国によって収集されたデータに対して、無期限の使用を許可されている調査機関や協力者はいまだに少数である。アクセスが制限される理由は次のとおりである。(1)調査機関の所有権や知的財産権を保護する。(2)データ収集の維持コストの回収に役立てる。(3)各参加者の機密性を維持する。(4)データが誤って解釈されるリスクを最小限に抑える<sup>64</sup>。

これらは、貴重なデータソースへのアクセスを無期限に制限する理由としては不十分かもしれない。適切な制限を期間限定で設けることによってそうした障壁が解消できるケースについては特にそうである。

データアクセスを巡る懸念に対処するための先例や手続きは存在する。たとえば、臨床試験やDHSに見られるように、データにアクセスする排他的権利をある一定期間調査機関に認めた後に、より広く開放するという手法は、それ以外のケースにも応用することが可能である。データ共有を原則や行動規範によって保証することはできないが、国レベルでのインセンティブやキャパシティ開発の実施、データ収集活動の持続可能性の確保などによって推進すべきである<sup>65</sup>。



## 配分の非効率性

グローバル・ヘルスの分野ではデータの収集量が急増している<sup>66</sup>。その一方で、グローバル・ヘルスに対する政治的、資金的関心のわりに、保健システムのパフォーマンスや新規保健プログラムに関する情報源が改善されていない<sup>67</sup>。その理由のひとつは活動の重複と細分化であり、もうひとつは国レベルで、データ収集に対する持続可能な投資が行われていないことである。

### ステークホルダー間の活動の重複

保健情報の主要機能におけるあらゆる活動(データ収集、モニタリングと評価、系統的な分析)において、諸機関の内部または相互間に重複が見られる。データ収集における重複と細分化の顕著な例は、国レベルでの世帯調査に見られる<sup>68</sup>。

広範囲の保健やその他の課題に対応できるよう、従来のDHSおよび複数指標クラスター調査(MICS)の調査モジュールが大幅に拡張されている。エイズ、マラリア、結核、喫煙などに関する単一疾病調査がより一般的になりつつあり、多くの場合、生物学的データや臨床データの収集が行われる。この方法では対象となる個々の疾病についてより多くのデータが得られる反面、各国に大きな負担が生じるうえ、より広範囲な保健問題の情報を比較的小さい限界費用で収集できる機会を逸することになる。

2002～2003年に実施されたWHOによる世界保健調査は、総合的なデータを系統的かつ比較可能な形で収集するひとつの実験であった<sup>69</sup>。そのような情報は、成人の健康とリスク要因、保健介入が対象者に実際に行き渡る確率、保健システムのパフォーマンスを評価するのに必要であったが、現行のデータ収集方法からは得ることはできなかった。ところが、他のステークホルダーとの連携がなかったうえ、同調査の真の可能性を引き出すため求められる各国のキャパシティ強化を行わなかった点において、WHOの戦略は不十分だった<sup>70</sup>。

意思決定のためにデータが必要とされる優先度の高い保健テーマ(急性の感染症から慢性の非感染性疾患まで)を全て1回の調査で網羅することは、理論的には可能である。制約要因は、調査の複雑さ、訪問調査に要する時間の長さ、そして資金的な課題である。しかし、技術の進歩によって効率的なサンプリングが可能になって



おり、発展途上国の住民を対象とした調査に生体指標を含めることができる。いくつかの調査をまとめて共同で行えば、国のキャパシティ強化を目指す多くの現行作業の統合が促進されるうえ、より質の高いデータの収集、解析、共有に向けた財政面、技術面でのインセンティブがもたらされる。

#### 標準的なデータ収集に対する投資の欠如

保健情報の需要が高まっている一方で、大半の発展途上国では一次データ収集の機会が改善されていない。個人情報と人口レベルの保健指標とリンクすることは技術的に可能であるが、大半の発展途上国においては、保健システムの一次データ収集においてはいまだにその効果が見られない<sup>71</sup>。

質の高い一次データを広く使えるようにするには、現地におけるデータ収集および解析のキャパシティを強化する必要がある。これには、国のデータ収集に対する投資や、公的なデータの公開に関する概念の変革といった面も含まれる。

データの利用を支援する資金がいくつか存在するが、適切なデータの収集および編纂を支援するものはそれよりはるかに少ない。質の高いデータが健康状態の向上に結びつく仕組みを理解することで、データ収集のインセンティブを高めるためには、データ収集機関を支援し、またそうした機関を収集したデータの分析に参画させることが不可欠である。

もうひとつの大きな欠点は、人口動態統計に進展が見られないことである<sup>72</sup>。多くの発展途上国では、現行の方法を用いては、より完璧な妊婦死亡率や乳幼児死亡率に関する統計データ(MDG 4および5)、より良いHIV／エイズ、結核、マラリアによる死亡に関するデータ(MDG 6)、さらには誰が何によって死亡するかという情報を、国および国内レベルで継続的に生成することは不可能である。人口動態統計の欠如にはこれ以外の影響もある。出生記録が管理されなければ、社会面、政治面、生活面、経済面において基本的人権を十分に享受できない可能性がある。

グローバル・ヘルスや開発に携わる諸機関は、人口動態統計の欠如を相変わらず避けている。国連組織内には人口動態統計を担当する部署がいまだに存在せず、各国の支援要請に応える開発機関の側にも目立った努力はほとんど見られない<sup>73</sup>。多

くの発展途上国に人口動態統計が存在しないことは低開発の兆候であると同時に原因でもあることが以前から指摘されている<sup>74</sup>。

### 独立評価と競争的評価の欠如

成果主義による取り組みには、原則としてしかるべきベースライン指標が必要であり、また、その指標を基準として、その後の変化を評価するべきである。そのためには、モニタリングと評価について事前に決められた枠組みとベンチマークが必要になる<sup>75</sup>。しかし、現在の大半の評価(たとえば世界基金の過去5年間のインパクト評価)は、ベースラインデータのないその場限りの作業であるか、または同じ群に対して保健プログラム導入前後で成果を比較するといったものである<sup>76</sup>。

そのような研究では、必ずしも活動の有効性について説得力のあるエビデンスを得ることができない。なぜなら、成果に現れた変化から、プログラムと並行して実施された別の政策や同時に生じた出来事の影響を排除する方法がないからである<sup>77</sup>。

この種の研究におけるもうひとつの大きな課題は、当該国の自助努力重視の原則と、第三者による独立の競合する評価の間の必然的な対立である<sup>78</sup>。たとえば、IHP+は、援助機関と発展途上国の間の相互的な説明責任を強調する一方で、保健関連MDGsに対する各国の進捗を独立的に検証する必要はないとする<sup>79</sup>。

同様に、保健情報は疾病別プログラムの推進にも寄与してきたが、疾病別プログラムが自己評価を行うと、利害の衝突が起こりうるとの議論がある<sup>80</sup>。

### 共通の枠組みと協調的なコミュニティの構築

『世界保健報告2000年度版』が刊行されて以来、保健システムを評価するさまざまな包括的な枠組みが提案されている<sup>81</sup>。それ以来、優れた方法と質の高いデータによって、保健システムを評価する機会が拡大している<sup>82</sup>。その種の努力が進むと、今度は保健システムに関する包括的かつ統一の枠組みが必要になる。しかも、使用される指標は、高い有効性と信頼性をもつものに限られる<sup>83</sup>。

保健に対して全世界で投入される資源は多大であるが、モニタリングと評価の対象としては、従来アウトプットと保健へのインパクト(保健介入が対象者に実際に

行き渡る確率や健康指標)よりもインプット(人材や財源など)に重点が置かれてきた。世界規模のさまざまな保健関連のイニシアティブがもたらすシステム全体への影響を浮き彫りにするには、モニタリングと評価を実施する際、このような対象の不均衡を解消しなければならない。

保健システムの強化に向けたこれまでの多くの試みに見られるもうひとつの限界は、保健サービスを直接提供することのみに焦点が絞られてきた点であり、保健システムが機能する上で必要となるすべての要素(監督機能、資源調達、財政など)は考慮されなかったことである。これらの要素への焦点を当てることにより、私たちは、保健システムを効果的に設計・運営する方法に対するエビデンスを提供できる機会を得た。ただし、そのためには十分に練られた調査研究が不可欠となる<sup>84</sup>。

グローバル・ヘルスのコミュニティは、データの非効率性を生んでいる二大要因を早急に解消する必要に迫られている。それにより、世界と国のレベルにおける保健情報関連活動が制約されている。同時に、保健システム評価とそのエビデンスを統合することが必要である(図を参照)。それには地域レベルと世界レベルの協調的なコミュニティが必要であり、またすべての国の利益となりうる、共有型の学習プロセスが必要になる<sup>85</sup>。

たとえば、保健サービスが対象者に実際に行き渡る確率は、サービスに関するニーズ、質、アクセス、利用状況を総合的に評価できるため、保健システムのサービス提供能力をより適切に示す指標であると考えられている<sup>86</sup>。しかし、この指標が必要とする情報や分析能力は、資源や保健情報システムが限られた国でのキャパシティを超えている。新設されたラテン・アメリカ・ヘルス・オブザーバトリーの主要目的のひとつは、ラテンアメリカの優秀な研究拠点による地域協調を通して保健指標と評価における個々の国のキャパシティを補うことである。

WHOは最新の『世界保健報告2008年度版』のなかで、プライマリ・ヘルスケアに関する政策の見直しに際し、より組織立った強固な国家間協調の必要性を訴えている。そうした協調によって、保健システムの開発におけるばらつきや、良い事例のモデル、さらには有効な改革の決定要因について、国際的に比較しうる優れたデータを生成することが可能となるだろう<sup>87</sup>。

## 国レベルで保健情報活動を継続させるには

保健情報に関する最近の関心は、主に援助受け入れ国よりも援助機関や財団の側からのものである。しかるべき評価を実行するキャパシティやインセンティブの欠如に加え、保健情報関連活動の各機能に対する投資は慢性的に不足している。特に不足しているのが国レベルでのデータの収集と編纂である。援助機関による最近の報告書では、必要なインフラの維持および関連する運用資金をまかなう外部資金として、年間約2.5億米ドルが必要だと試算した<sup>88</sup>。

保健システムのモニタリングと評価に関する国のキャパシティを強化し、その活動を国レベルで維持するには、資金供給に対する革新的な仕組みが必要である<sup>89</sup>。ひとつの方法は、多様な国、ドナー、諸機関の取り組みを調整することによって資金を柔軟に配分する協調行動または取り決めを行うことである<sup>90</sup>。

保健や教育サービスに関する一定の要件を満たす貧困家庭に資金を提供する条件付き資金供与プログラム<sup>91</sup>の場合と同様、より質の高いデータを収集するためのインセンティブを与え、かつそのキャパシティを国レベルで高めるには、集められた資源の使用に何らかの条件を課すことが必要になる。具体的には、標準的な測定値の使用、公共財としてのデータ共有、地域におけるキャパシティ開発などを義務づけることが考えられる。

## 政策提言

グローバル・ヘルスにおける説明責任と透明性の欠如を解決する方法には、2つの方向性がある。1つは現行の努力を発展させること、そしてもう1つは新規のアプローチを創造しその努力を結実させるための動機を与えることである<sup>92</sup>。

グローバル・ヘルスにおけるG8独自の役割、ならびにグローバル・ヘルスの説明責任に対する誓約や保健指標および評価が果たす役割のさらなる増大を考えると、多くのステークホルダーが関与する協調的なアプローチを通し、現在の保健指標分野に存在する二大非効率性の解消にG8が注力することを私たちは提言する。

1. 保健システムやプログラムに関するG8のコミットメントを評価するためにG8が年次レビューを実行する
  - 1.1 援助の実効性、保健プログラム、保健システムのモニタリングと評価のための指標やそれを測定するための手法の標準化を行う
  - 1.2 共通の枠組みと指標を用いてG8とそのパートナーによる今後の保健関連活動の計画や評価を行う
2. 国際的なあるいは地域的な研究拠点のネットワークを利用して「デジタルコモンズ」を設立し、国や国際レベルでのデータへのアクセスやその分析の質を改善する
  - 2.1 公共財としての自由なアクセスとデータ共有の原則を推進する
  - 2.2 共通の指標に関する国際的なデータバンク(まずはMDGターゲット、人材、財源追跡から開始する)、データの互換性や質の保証の仕組みを開発する
  - 2.3 保健政策のための実証的なエビデンスを構築するため、グローバルな保健モニタリングに関するコクラン・ライブラリー方式のプロセスを設立する
3. 保健指標のための財源を国際レベルと国レベルの双方でプールし、「グローバル・ヘルス・メトリックス・チャレンジ」を創設する
  - 3.1 国やデータ担当者により質のよいデータを収集、共有、分析、解析するためのキャパシティの開発と、インセンティブを与えるような枠組みを創る
  - 3.2 標準化された指標の測定手法開発、データの公開、地域のキャパシティの強化、ITの適切な利用、などの原則に適合した第三者評価を保健資金拠出の条件にする
  - 3.3 人口動態統計が不完全もしくは存在しない国では人口動態統計の開発を優先する。
  - 3.4 複数の疾病およびリスク要因に関する世帯調査に対して資金を提供する

## 参考文献

1. Institute for Health Metrics and Evaluation, 2008.
2. Ties Boerma and Sally K. Stansfield, "Health Statistics Now: Are We Making the Right Investments?" *Lancet* 369, no. 9563 (2007):779–86; Christopher JL Murray, "Towards Good Practice for Health Statistics: Lessons from the Millennium Development Goal Health Indicators," *Lancet* 369, no. 9564 (2007):862–73.
3. G8 Health Experts Group, "Toyako Framework for Action on Global Health—Report of the G8 Health Experts Group, 8 July 2008," G8 Hokkaido Toyako Summit, Ministry of Foreign Affairs, Japan, [http://www.g8summit.go.jp/doc/pdf/0708\\_09\\_en.pdf](http://www.g8summit.go.jp/doc/pdf/0708_09_en.pdf).
4. Christopher JL Murray, Julio Frenk and Timothy Evans, "The Global Campaign for the Health MDGs: Challenges, Opportunities, and the Imperative of Shared Learning," *Lancet* 370, no. 9592 (2007):1018–20; Michael R. Reich, Keizo Takemi, Marc J. Roberts and William C. Hsiao, "Global Action on Health Systems: A Proposal for the Toyako G8 Summit," *Lancet* 371, no. 9615 (2008):865–9.
5. Christopher JL Murray and Julio Frenk, "Health Metrics and Evaluation: Strengthening the Science," *Lancet* 371, no. 9619 (2008):1191–9.
6. Sabina Alkire, *Valuing Freedoms: Sen's Capability Approach and Poverty Reduction* (Oxford: Oxford University Press, 2002); Commission on Human Security, *Human Security Now* (New York: Commission on Human Security, 2003); Keizo Takemi, Masamine Jimba, Sumie Ishii, Yasushi Katsuma and Yasuhide Nakamura, "Human Security Approach for Global Health," *Lancet* 372, no. 9632 (2008):13–14.
7. Jonas G. Store, "Health and Human Security: Politics, Policies, and Global Institutions," in *Global Health Challenges for Human Security*, by Lincoln Chen, Jennifer Leaning and Vasant Narasimhan, eds. (Cambridge: The Global Equity Initiative, Asia Center, Faculty of Arts and Sciences, Harvard University, 2003).
8. Murray and Frenk, "Health Metrics and Evaluation."
9. Boerma and Stansfield, "Health Statistics Now."
10. Boerma and Stansfield, "Health Statistics Now"; Alan D. Lopez, Carla Abou-Zahr, Kenji Shibuya and Laragh Gollogly, "Keeping Count: Births, Deaths, and Causes of Death," *Lancet* 370, no. 9601 (2007):1744–6.
11. Murray, "Towards Good Practice for Health Statistics."
12. Murray, "Towards Good Practice for Health Statistics"; Christopher JL Murray, Alan D. Lopez and Suwit Wibulpolprasert, "Monitoring Global Health: Time for New Solutions," *BMJ* 329, no. 7474 (2004):1096–1100.
13. Daniel Chandramohan, Kenji Shibuya, Philip Setel, Sandy Cairncross, Alan D. Lopez, Christopher JL Murray, et al., "Should Data from Demographic Surveillance Systems Be Made More Widely Available to Researchers?" *PLoS Medicine* 5, no. 2 (2007):e57.
14. Christopher JL Murray, Thomas Laakso, Kenji Shibuya, Kenneth Hill and Alan D. Lopez, "Can We Achieve Millennium Development Goal 4? New Analysis of Country Trends and Forecasts of Under-5 Mortality to 2015," *Lancet* 370, no. 9592 (2007):1040–54; Tessa Wardlaw, "New Estimates of Global Under-5 Mortality," *Lancet* 370, no. 9596 (2007):1413–4.
15. Ties Boerma, Ed Bos, Veronica Walford, Jennifer Bryce and Carla Abou-Zahr, "A Common Framework for Monitoring Performance and Evaluation of the Scale-Up for Better Health, February 2008," International Health Partnership, [http://www.internationalhealthpartnership.net/pdf/IHP\\_Monitoring\\_and\\_Evaluation\\_EN\\_FINAL\\_%20June\\_2008.pdf](http://www.internationalhealthpartnership.net/pdf/IHP_Monitoring_and_Evaluation_EN_FINAL_%20June_2008.pdf).
16. Stephen S. Lim, David B. Stein, Alexandra Charrow, and Christopher JL Murray, "Tracking Progress towards Universal Childhood Immunisation and the Impact of Global Initiatives: A Systematic Analysis of Three-Dose Diphtheria, Tetanus, and Pertussis Immunisation

- Coverage," *Lancet* 372, no. 9655.
17. Chandramohan, Shibuya, Setel, Cairncross, Lopez, Murray, et al., "Should Data from Demographic Surveillance Systems"
  18. Osamu Kunii, "The Okinawa Infectious Diseases Initiative," *Trends in Parasitology* 23, no. 2 (2007):58-62.
  19. G8 Health Experts Group, "Toyako Framework for Action."
  20. Murray, Frenk and Evans, "Global Campaign for the Health MDGs."
  21. World Health Organization, *Everybody's Business: Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes: WHO's Framework for Action* (Geneva: World Health Organization, 2007).
  22. Christopher JL Murray and Julio Frenk, "A Framework for Assessing the Performance of Health Systems," *Bulletin of the World Health Organization* 78, no. 6 (2000):717-31.
  23. Nirmala Ravishankar, Emmanuela Gakidou, Stephen Lim, Ziad Obermeyer and Christopher JL Murray, "Doris Duke Charitable Foundation PHIT Partnership Implementation Research Framework" (Seattle: Institute for Health Metrics and Evaluation, 2008).
  24. Murray, Frenk and Evans, "Global Campaign for the Health MDGs."
  25. Murray, Laakso, Shibuya, Hill and Lopez, "Can We Achieve MDG 4?"
  26. The Lancet, "A New Institute for Global Health Evaluations," *Lancet* 369, no. 9577 (2007):1902.
  27. Murray and Frenk, "Health Metrics and Evaluation"; Health Metrics Network and World Health Organization, "Framework and Standards for Country Health Information Systems" (Geneva: World Health Organization, 2008); Measurement and Health Information Systems, "WHO Strategy for Health Information," World Health Organization, <http://sharepoint.who.int/sites/healthinfo/Lists/MHI%20teams/DispForm.aspx?ID=12>.
  28. World Health Organization, *International Statistical Classification of Diseases and Health Related Problems, 10th Revision (ICD-10)*, 2nd ed. (Geneva: World Health Organization, 2005).
  29. Boerma and Stansfield, "Health Statistics Now"; Health Metrics Network and World Health Organization, "Framework and Standards."
  30. Murray and Frenk, "Health Metrics and Evaluation."
  31. Murray, "Towards Good Practice for Health Statistics."
  32. Nirmala Ravishankar, Emmanuela Gakidou, Stephen Lim, Ziad Obermeyer and Christopher JL Murray, "Doris Duke Charitable Foundation PHIT Partnership Implementation Research Framework" (Seattle: Institute for Health Metrics and Evaluation, 2008); William D. Savedoff, Ruth Levine and Nancy Birdsall, "When Will We Ever Learn? Improving Lives through Impact Evaluation" (Washington DC: Center for Global Development, 2006).
  33. Kenji Shibuya, "Decide Monitoring Strategies before Setting Targets," *Bulletin of the World Health Organization* 85, no. 6 (2007):423.
  34. John J. Kirton, Nikolai Roudev and Laura Sunderland, "Making G8 Leaders Deliver: An Analysis of Compliance and Health Commitments, 1996-2006," *Bulletin of the World Health Organization* 85, no. 3 (2007):192-9.
  35. John J. Kirton, "The G8 and Global Health Governance: The Case for a 2006 Eurasian HIV/AIDS Initiative" (paper prepared for the International Parliamentary Conference in Conjunction with Russia's G8 Presidency on HIV/AIDS in Eurasia and the Role of the G8, on behalf of the G8 Research Group, University of Toronto, 2006), [http://www.g8.utoronto.ca/scholar/kirton2006/kirton\\_health\\_060609.pdf](http://www.g8.utoronto.ca/scholar/kirton2006/kirton_health_060609.pdf).
  36. G8 Health Experts Group, "Toyako Framework for Action"; Reich, Takemi, Roberts and Hsiao, "Global Action on Health Systems."
  37. Kirton, Roudev and Sunderland, "Making G8 Leaders Deliver."



38. G8 Health Experts Group, "Toyako Framework for Action."
39. Ronald Labonte and Ted Schrecker, "Foreign Policy Matters: A Normative View of the G8 and Population Health," *Bulletin of the World Health Organization* 85, no. 3 (2007):185–91; Justin McCurry, "G8 Meeting Disappoints on Global Health," *Lancet* 372, no. 9634 (2008):191–4.
40. John Kirton, Ella Kokotsis, Vanessa Corlazzoli, Mike Varey, Aaron Raths and Laura Sunderland, "Gleneagles Final Compliance Report" (report prepared by the G8 Research Group, University of Toronto, 2005). (<http://www.g8.utoronto.ca/2005g8compliance060612c.pdf>)
41. Kirton, "The G8 and Global Health Governance."
42. Prasanta Mahapatra, Kenji Shibuya, Alan D. Lopez, Francesca Coullare, Francis C. Notzon, Chalapati Rao, et al., "Civil Registration Systems and Vital Statistics: Successes and Missed Opportunities," *Lancet* 370, no. 9599 (2007):1653–63.
43. Lopez, Abou-Zahr, Shibuya and Gollogly, "Keeping Count."
44. Health Metrics Network, HMN countries site, <http://www.who.int/healthmetrics/library/countries/en/index.html>.
45. Dean T. Jamison, Julio Frenk and Felicia Knaul, "International Collective Action in Health: Objectives, Functions, and Rationale," *Lancet* 351, no. 9101 (1998):514–7.
46. William D. Savedoff and Ruth Levine, "Learning from Development: The Case for an International Council to Catalyze Independent Impact Evaluations of Social Sector Interventions" (Washington DC: Center for Global Development, 2006).
47. Boerma and Stansfield, "Health Statistics Now."
48. Savedoff, Levine and Birdsall, "When Will We Ever Learn?"; Savedoff and Levine, "Learning from Development."
49. Murray, "Towards Good Practice for Health Statistics"; Shibuya, "Decide Monitoring Strategies."
50. Murray, "Towards Good Practice for Health Statistics"; International Monetary Fund, "Data Quality Assessment Framework (DQAF), 2003," <http://dsbb.imf.org/Applications/web/dqrs/dqrsdqaf/>.
51. Child Mortality Coordination Group, "Tracking Progress Towards the Millennium Development Goals: Reaching Consensus on Child Mortality Levels and Trends," *Bulletin of the World Health Organization*, 84, no. 3 (2006):225–32.
52. Murray, Laakso, Shibuya, Hill and Lopez, "Can We Achieve MDG 4?"; Wardlaw, "New Estimates."
53. Inter-Agency Coordination Group on Child Mortality Estimation, "Report of the Inter-Agency Coordination Group on Child Mortality Estimation, 6–7 March 2008," World Health Organization, <http://www.who.int/whosis/mort/20080306event/en/> (<http://www.who.int/whosis/mort/20080306mtgReport.pdf>).
54. World Health Organization, *Regulations Regarding Nomenclature, 1967*, World Health Organization, <http://www.who.int/entity/classifications/icd/docs/en/NOMREGS.pdf>.
55. World Health Organization, *International Health Regulations, 2005* (Geneva: World Health Organization, 2005), [http://www.who.int/entity/csr/ihr/wha\\_58\\_3/en/index.html](http://www.who.int/entity/csr/ihr/wha_58_3/en/index.html).
56. Mahapatra, Shibuya, Lopez, Coullare, Notzon, Rao, et al., "Civil Registration Systems."
57. World Health Organization, *WHO Mortality Database*, World Health Organization, <http://www.who.int/whosis/mort/en/>.
58. Ties Boerma and Carla Abou-Zahr, "Monitoring Global Health: Bottom Up Approach Is More Likely to Be Successful," *BMJ* 330, no. 7484 (2005):195–6.
59. G8 Health Experts Group, "Toyako Framework for Action."
60. Amir Attaran, "An Immeasurable Crisis? A Criticism of the Millennium Development Goals and Why They Cannot Be Measured," *PLoS Medicine* 2, no. 10 (2005):e318.
61. Murray, "Towards Good Practice for Health Statistics"; "Millennium Development Goals



- Indicators: The Official United Nations Site for the MDG Indicators,” United Nations Statistics Division, <http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Default.aspx>.
62. Murray, “Towards Good Practice for Health Statistics.”
  63. Chandramohan, Shibuya, Setel, Cairncross, Lopez, Murray, et al., “Should Data from Demographic Surveillance Systems.”
  64. Ibid.
  65. Ibid.
  66. Boerma and Stansfield, “Health Statistics Now.”
  67. The Lancet, “New Institute for Global Health Evaluations.”
  68. Boerma and Stansfield, “Health Statistics Now.”
  69. Saba Moussavi, Somnath Chatterji, Emese Verdes, Ajay Tandon, Vikram Patel and Bedirhan Ustun, “Depression, Chronic Diseases, and Decrements in Health: Results from the World Health Surveys,” *Lancet* 370, no. 9590 (2007):851–8; Ziad Obermeyer, Christopher JL Murray and Emmanuela Gakidou, “Fifty Years of Violent War Deaths from Vietnam to Bosnia: Analysis of Data from the World Health Survey Programme,” *BMJ* 336, no. 7659(2008):1482–6.
  70. UN Statistical Commission, “Report of Friends of the Chair Group on Health Statistics (E/CN.3/2004/4),” (New York: United Nations, 2004).
  71. Boerma and Stansfield, “Health Statistics Now”; Murray, “Towards Good Practice for Health Statistics”; Bulletin of the World Health Organization, “The Usual Words of Caution,” *Bulletin of the World Health Organization* 86, no. 3 (2008):162.
  72. Murray and Frenk, “Health Metrics and Evaluation.”
  73. Lopez, Abou-Zahr, Shibuya and Gollogly, “Keeping Count”; Philip W. Setel, Sarah B. Macfarlane, Simon Szreter, Lene Mikkelsen, Prabhat Jha, Susan Stout, et al., “A Scandal of Invisibility: Making Everyone Count by Counting Everyone,” *Lancet* 370, no. 9598 (2007):1569–77.
  74. Carla Abou-Zahr, John Clelan, Francesca Coullare, Sarah B. Macfarlane, Francis C. Notzon, Philip Setel, et al., “The Way Forward,” *Lancet* 370, no. 9601 (2007):1791–9.
  75. Murray and Frenk, “Health Metrics and Evaluation”; Shibuya, “Decide Monitoring Strategies”; Rafael Lozano, Patricia Soliz, Emmanuela Gakidou, Jesse Abbott-Klafter, Dennis M. Feehan, Cecilia Vidal, et al., “Benchmarking of Performance of Mexican States with Effective Coverage,” *Lancet* 368, no. 9548 (2006):1729–41.
  76. Boerma, Bos, Walford, Bryce and Abou-Zahr, “A Common Framework for Monitoring”; The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria (Global Fund), “The Five Year Evaluation of the Global Fund,” Global Fund, <http://www.theglobalfund.org/en/terg/evaluations/5year/?lang=en>.
  77. Ravishankar, Gakidou, Lim, Obermeyer and Murray, “PHIT Partnership Implementation Research Framework”; Savedoff, Levine and Birdsall, “When Will We Ever Learn?”
  78. Boerma, Bos, Walford, Bryce and Abou-Zahr, “A Common Framework.”
  79. Murray, Frenk and Evans, “Global Campaign for the Health MDGs.”
  80. Murray, Lopez and Wibulpolprasert, “Monitoring Global Health”; Kenji Shibuya, Suzanne Scheele and Ties Boerma, “Health Statistics: Time to Get Serious,” *Bulletin of the World Health Organization* 83, no. 10 (2005):722.
  81. Reich, Takemi, Roberts and Hsiao, “Global Action on Health Systems”; Boerma, Bos, Walford, Bryce and Abou-Zahr, “A Common Framework”; World Health Organization, *Everybody’s Business*; Murray and Frenk, “A Framework for Assessing”; Ravishankar, Gakidou, Lim, Obermeyer and Murray, “PHIT Partnership Implementation Research Framework.”
  82. Murray and Frenk, “Health Metrics and Evaluation”; Lozano, Soliz, Gakidou, Abbott-Klafter, Feehan, Vidal, et al., “Benchmarking of Performance of Mexican States”; Health Metrics Network, “Health Systems Metrics: Report of a Technical Meeting, Glion, Switzerland, 28-29 September 2006,” Health Metrics Network, [http://www.who.int/healthinfo/health\\_system\\_met-](http://www.who.int/healthinfo/health_system_met-)

rics\_glion\_report.pdf.

83. Murray, Frenk and Evans, "Global Campaign for the Health MDGs."
84. Ibid.
85. Murray and Frenk, "Health Metrics and Evaluation."
86. Lozano, Soliz, Gakidou, Abbott-Klafter, Feehan, Vidal, et al., "Benchmarking of Performance of Mexican States"; Bakhuti Shengelia, Ajay Tandon, Orvill B. Adams and Christopher JL Murray, "Access, Utilization, Quality, and Effective Coverage: An Integrated Conceptual Framework and Measurement Strategy," *Social Science and Medicine* 61, no. 1 (2005):97-109.
87. World Health Organization, *World Health Report 2008: Primary Health Care Now More Than Ever* (Geneva: World Health Organization, 2008).
88. MDG Africa Steering Group, "Achieving the Millennium Development Goals in Africa," [http://www.mdgafrica.org/achieving\\_mdg.html](http://www.mdgafrica.org/achieving_mdg.html).
89. Ravindra P. Rannan-Eliya, "Strengthening Health Financing in Partner Developing Countries," in this volume, 2008.
90. Savedoff, Levine and Birdsall, "When Will We Ever Learn?"
91. Kenji Shibuya, "Conditional Cash Transfer: A Magic Bullet for Health?" *Lancet* 371, no. 9615 (2008):789-91.
92. Savedoff, Levine and Birdsall, "When Will We Ever Learn?"



保健システム強化に向けたグローバル・アクション  
タスク・フォース  
保健情報に関する研究チーム

ディレクター:

渋谷 健司

東京大学医学系研究科 国際保健計画学教授

特別アドバイザー:

クリストファー・マレー

ワシントン大学保健指標・評価研究所所長[米国]

レビューワー:

ティーズ・ボーマ

世界保健機関(WHO)保健統計・情報担当部長[スウ]

アラン・ロベス

クイーンズランド大学公衆衛生大学院院長[オーストラリア]

オスマン・アリマミー・

INDEPTHネットワーク事務局長[ガーナ]

サンコー

## 參考資料



# 参考資料1

## 「国際保健の課題と日本の貢献」研究会とは

2008年7月に北海道洞爺湖で開催されたG8サミットにおいて、保健システム強化を含む「国際保健に関する洞爺湖行動指針(洞爺湖行動指針)」が示された。しかし、多くのグローバル・ヘルス関係者にとって共通の枠組みを作るためには、保健システムについての理解や、保健システム強化の諸課題について問題意識を共有する必要がある。こうした問題意識に基づき、武見敬三・元参議院議員を主査とする「国際保健の課題と日本の貢献」研究会(通称:武見研究会)では、G8サミットのフォロー・アップとして、以下4つの目標に基づき活動を行っている。(1)洞爺湖行動指針に基づき、保健システム強化に向けた具体策を明確にすること、(2)日本がサミット議長国を務めてきた過去一年間に醸成された保健システム強化に向けた政治的モメンタムを維持し、イタリアが議長国を務める来年のサミットに引き継ぐこと、(3)保健システム強化に携わる世界の諸団体が、その具体策について合意・連携し実施のための協力体制を構築すること、そして、(4)G8サミット自体が、国際保健の政策形成においてどのような形で、より積極的に触媒的な役割を果たしうるか探ることを目的とし、保健システム強化のためにさまざまな側面から実施されてきたイニシアティブを、「人間の安全保障」という枠組みのもとに統合・再構築する触媒の役割を果たすことを目指している。

2008年9月には、上記の3つの政策分野をテーマに内外の22名の専門家からなるタスクフォースを組織し、多様なアクターの意見や視点を取り入れるため、国際保健分野の著名な研究者・実務家からなる国際諮問委員会を発足させた。10月4日には、3つの論文の草稿を検討するために研究チームを中心にワークショップを開催し、さらに、11月3-4日に「保健システム強化に向けたグローバル・アクションに関する国際会議」を東京で開催した。これらの会合では、国際保健分野に関わる国内外の主要な関係者の参加を得て活発な議論が行われ、提言の内容が深められた。本書

には、こうした国際的な研究・対話活動を通して取りまとめられた提言が収められており、2009年1月に日本政府に提出され、日本政府からイタリア政府に手渡される。

武見研究会は、2008年に開催された第4回アフリカ開発会議(TICAD IV)と北海道洞爺湖G8サミットに向けて、「人間の安全保障」に基づく国際保健分野の日本の貢献のあり方を検討するモメンタムが日本の主要関係者の間で高まったことを受けて、2007年9月、(財)日本国際交流センターが調整役を果たして発足したものである。人間の安全保障は、日本の外交政策の中心的な柱として位置付けられており、本研究会がグローバル・ヘルスについて検討する際の有用な枠組みとなった。人間の安全保障は、人々の生命、生活、尊厳を脅かす相互に関連した諸課題に対応するための需要主導型のアプローチであり、人間の生存に直結する保健問題に取り組む際も、妥当な枠組みになると考えられる。本研究会の第一期目は、グローバル・ヘルスと人間の安全保障を、北海道洞爺湖G8サミットの議題として取り上げることに焦点を当てた。研究会メンバーは、途上国が健康を増進する上で直面している課題や、それに対してどのように対応しようとしているのか理解を深めるため、現地視察を行い、また、研究・対話活動を通じて、サミット議長国である日本政府に対する政策提言を取りまとめた。同提言は、ジュネーブ、ワシントンDC、ニューヨーク、そして2007年5月に東京で開催した国際会議において議論された。また、サミットの議題設定に関わる政府関係者との懇談も密に行った。

武見研究会は、日本では珍しい参加型のアプローチを取っている。本研究会自体も、外務省、厚生労働省、財務省という3つの関係省庁、国際協力機構、学者、非政府組織(NGO)の代表者によって構成されている。3つの省庁の代表が共通の課題を議論するために席を同じくすることは日本では稀と言え、ましてや他のセクターの代表者が平等な立場で議論に参加することはさらに珍しい。また、世界中の専門家や実務家との議論も積極的に行い、国際的にも参加型の対話活動を行ってきた。

本研究会は、(財)日本国際交流センター、外務省、厚生労働省、財務省、世界保健機関(WHO)、世界銀行、ビル&メリンダ・ゲイツ財団、ロックフェラー財団、世界エイズ・結核・マラリア対策基金等、日本および諸外国の官民パートナーシップにより実施されている。



## 参考資料2

### 「国際保健の課題と日本の貢献」研究会 メンバー

|        |                          |
|--------|--------------------------|
| 主 査:   | 武見 敬三                    |
| (五十音順) |                          |
| 石井 澄江  | (財)ジョイセフ常任理事・事務局長        |
| 石井 正三  | 日本医師会常任理事                |
| 上田 善久  | (独)国際協力機構理事              |
| 勝間 靖   | 早稲田大学大学院アジア太平洋研究科教授      |
| 黒川 清   | 政策研究大学院大学教授、日本医療政策機構代表理事 |
| 笹川 陽平  | 日本財団会長                   |
| 笹月 健彦  | 国立国際医療センター名誉総長           |
| 神馬 征峰  | 東京大学大学院国際地域保健学教授         |
| 杉山 晋輔  | 外務省地球規模課題審議官             |
| 谷口 隆   | 厚生労働省技術総括審議官             |
| 中村 安秀  | 大阪大学大学院人間科学研究科教授         |
| 橋本 和司  | (独)国際協力機構上級審議役           |
| 村木 太郎  | 厚生労働省大臣官房総括審議官(国際担当)     |
| 門間 大吉  | 財務省国際局審議官                |
| 山本 正   | (財)日本国際交流センター理事長【幹事】     |

## 参考資料3

### 保健システム強化に向けたグローバル・アクション 国際諮問委員

|                       |   |
|-----------------------|---|
| ウチェ・アマジゴ              | 世界保健機関(WHO)回旋糸状虫症対策アフリカ・プログラム(APOC)ディレクター[ブルキナファソ]        |
| リンカン・チェン              | 中国医療委員会会長[米国]   |
| デイビッド・デ・フェランティ        | ブルッキングス研究所グローバル・ヘルス・イニシアティブ本部長[米国]                        |
| フリオ・フランク              | ビル&メリンダ・ゲイツ財団シニア・フェロー、カルソ保健研究所理事長、次期ハーバード大学公衆衛生大学院学部長[米国] |
| 郭 研(ヤン・グオ)            | 北京大学公衆衛生大学院保健政策・管理教授[中国]                                  |
| リチャード・ホートン            | ランセット誌編集長[英国]   |
| ウィリアム・シャオ             | ハーバード大学公衆衛生大学院 李國鼎(K. T. Li)経済学教授[米国]                     |
| エデュアルド・ミッソーニ          | ボッコーニ大学非常勤教授、2001年ジェノバ・サミットG8保健専門家グループ議長<br>[イタリア]        |
| シグラン・モゲダル             | ノルウェーエイズ担当大使  |
| 尾身 茂                  | 世界保健機関西太平洋事務局事務局長[フィリピン]                                  |
| ジム・ヨン・キム              | ハーバード大学公衆衛生大学院保健フランソワ・ザビエル・バグノー保健人権センター所長[米国]             |
| ピーター・ピオット             | 国連合同エイズ計画(UNAIDS)事務局長<br>[スイス]                            |
| スジャタ・ラオ               | インド・エイズ対策機構(NACO)   |
| ミリアム・ウェレ              | ケニア国家エイズ対策委員会(NACC)委員長、野口英世アフリカ賞受賞者                       |
| スウィット・<br>ウィブルポルプラサート | タイ公衆衛生省疾病予防上級顧問   |

## 参考資料4

### 保健システム強化に向けたグローバル・アクション タスク・フォース

ディレクター:

武見 敬三

ハーバード大学公衆衛生大学院リサーチ・フェロー、  
(財)日本国際交流センターシニア・フェロー

総括論文共同執筆:

武見 敬三

マイケル・ライシュ

ハーバード大学公衆衛生大学院国際保健政策武見  
太郎記念講座教授[米国]

文献調査:

勝間 靖

早稲田大学アジア太平洋研究センター教授

仲佐 保

国立国際医療センター国際医療協力局派遣協力第二  
課課長

中村 安秀

大阪大学大学院人間科学研究科教授

リサーチ・チーム:

[保健人材]

---

ディレクター:

神馬 征峰

東京大学医学系研究科 国際地域保健学教授

特別アドバイザー:

リンカン・チェン

中国医療委員会会長[米国]

レビューワー:

トーマス・ボッサート

ハーバード公衆衛生大学院国際保健システム・プログ  
ラム・ディレクター[米国]

ローラ・ダーレ

保健科学・研修・調査・開発センター(CHESTRAD)所長  
[アジア]

## 保健システム強化に向けたグローバル・アクション

|                       |                                       |
|-----------------------|---------------------------------------|
| ティモシー・エバンス            | WHO保健情報エビデンス研究担当事務局長補                 |
| エドワード・ミルス             | ブリティッシュ・コロンビア・エイズ研究拠点センター<br>研究員[カナダ] |
| メーガン・レイディ             | ハーバード公衆衛生大学院[米国]                      |
| スウィット・<br>ウィブルボルプラサート | タイ公衆衛生省疾病予防上級顧問(国際諮問委員兼任)             |

### [保健財政]

---

ディレクター：  
ラビンドラ・ランナン・エリヤ スリランカ保健政策研究所事務局長兼フェロー

特別アドバイザー：  
ウィリアム・シャオ ハーバード大学公衆衛生大学院李國鼎(K. T. Li)経済学教授[米国]

レビューワー：  
アマンダ・グラスマン 中米開発銀行保健・社会的保護首席専門官[米国]  
アダム・ワグスタッフ 世界銀行開発調査部(人間開発・公的サービスチーム)兼東アジア・太平洋地域人間開発部 保健担当  
リード・エコノミスト[米国]

ボン・ミン・ヤン ソウル国立大学公衆衛生大学院経済学教授[韓国]

### [保健情報]

---

ディレクター：  
渋谷 健司 東京大学医学系研究科 国際保健計画学教授

特別アドバイザー：  
クリストファー・マレー ワシントン大学保健指標・評価研究所所長[米国]

レビューワー：  
ティーズ・ボーマ 世界保健機関(WHO)保健統計・情報担当部長[スイス]  
アラン・ロベス クイーンズランド大学公衆衛生大学院院長[オーストラリア]  
オスマン・アリマミー・  
サンコー INDEPTHネットワーク事務局長[カナダ]

## 謝辞

厳しい時間的な制約の中で本提言書を取りまとめていただいた執筆者、貴重な助言をいただいた国際諮問委員、特別アドバイザー、レビューワーの皆様には感謝申し上げます。また、武見研究会メンバーには発足以来、継続的にご協力いただき、10月のワークショップおよび11月の会議参加者には報告書草稿へのコメントを頂戴した。また、本プロジェクトの事務局として、会合のアレンジから本書の編集まで担当してくれた日本国際交流センターのスーザン・ハーバードと鈴木智子をはじめ、当センターのスタッフの献身的な貢献にも感謝したい。その他、取りまとめのプロセスにおいてフィードバックやコメントを頂戴した世界中の方々にも感謝申し上げます。本プロジェクトはビル&メリнда・ゲイツ財団、ロックフェラー財団、日本政府から助成により、実施することができた。これらの関係者に、この場を借りて感謝申し上げます。

なお、本稿は2009年1月15日に『ランセット』誌で発表された論文(Michael R. Reich, Keizo Takemi, "G8 and Strengthening of Health Systems: Follow-Up to the Toyako Summit." Lancet 2008; DOI:10.1016/S0140-6736(08)61899-1)を(財)日本国際交流センターの責任で編集したものである。また、本稿で示されている意見は著者個人の見解であり、彼らの所属する組織、(財)日本国際交流センター、武見研究会、日本政府を代表するものではない。

「国際保健の課題と日本の貢献」研究会主査  
武見敬三

(財)日本国際交流センター理事長  
「国際保健の課題と日本の貢献」研究会  
幹事  
山本 正

## 保健システム強化に向けたグローバル・アクション：G8への提言

---

2009年1月

編集・発行

(財) 日本国際交流センター

東京都港区南麻布4-9-17 〒106-0047

電話 03-3446-7781

Fax 03-3443-7580

URL <http://www.jcie.or.jp/japan/>

編集

鈴木智子

表紙デザイン

石山・パトリック・紀行

© 2009 Japan Center for International Exchange

ISBN 4-88907-129-6C

Printed in Japan