

厚生労働科学研究費補助金

厚生労働特別研究事業

厚生労働分野の国際協力協調のあり方に関する研究

(H19-特別-指定-004)

平成 19 年度 総括研究報告書

主任研究者 神馬征峰

平成 20 (2008) 年 3 月

## 目 次

### I. 総括研究報告

厚生労働分野の国際協力協調のあり方に関する研究

(神馬征峰) . . . . . 1

### II. 分担研究報告

1. ミレニアム開発目標達成のための国際保健アプローチに関する研究

(仲佐 保) . . . . . 4

2. 国際保健における人間の安全保障アプローチに関する研究

(水嶋 春朔) . . . . . 5

III. 研究成果の刊行に関する一覧表 . . . . . 7

IV. 研究成果の刊行物・別刷 . . . . . 8

厚生労働科学研究費補助金（厚生労働科学特別研究事業）

総括研究報告書

厚生労働分野の国際協力協調のあり方に関する研究

主任研究者：神馬征峰 東京大学大学院・医学系研究科教授

研究要旨

わが国は、1990年代、途上国への国際協力のトップドナーとしての役割を果たしてきた。2000年に入ってからその地位は低下しつつあるものの、数多くの国においてトップドナーであることに変わりはない。本研究は、2008年に日本がTICADやG8サミットを開催することを契機に、国際保健分野において、今後どのような活動を推進すべきかについて基礎資料を得るために行った。その結果、まずは、ハーバード大学と協力し、今後の国際保健のあり方に関する3つの提言を行った。保健システムの強化、疾病別アプローチと保健システム強化アプローチのバランスの確保、保健システム研究の推進である。次いで、ミレニアム開発目標を達成するためには、途上国の保健システム強化は重要であるが、それには時間がかかるという点に留意すること、かつ保健以外の開発活動と連携することもまた重要であることが示唆された。最後に、1990年代後半より、日本の外交戦略の柱となってきた、個人とコミュニティを対象とした「人間の安全保障」実現のために、国際保健はエントリーポイントとしての役割を果たし得ることが示唆された。

分担研究者

仲佐 保 国立国際医療センター、国際医療協力局 派遣第二課長

水嶋春朔 国立保健医療科学院、人材育成部 部長

A. 研究目的

わが国は、国際保健分野において政府開発事業(ODA)などを介して多大な貢献を行ってきた。1960年代より、海外協力活動を実施し、やがては国際協力機構による世界規模の途上国支援活動が始まった。1990年代は世界のトップドナーとしての活動を続けた。その流れ

のなかで、2000年の沖縄感染症サミットにおける国際保健分野での貢献は目をみはるものがあった。すなわち、数多くある感染症のうち、結核、マラリア、HIV/AIDSに焦点をあてることを提言したことがきっかけとなって、エイズ、結核、マラリア対策のための世界基金ができた。このことはまだ記憶に新しい。一方1990年代後半から外交戦略として、わが国は人間の安全保障をキーワードとした戦略をとってきた。2003年5月にはアマルティア・セン氏と緒方貞子氏が中心となって作成した「人間の安全保障報告書」が完成し、日本のODAによる国際協力活動は、この方針を

十分とりこみながらすすめられてきた。本研究においては、2008年度、TICADやG8を日本で迎えるに当たり、日本を含む世界の国際保健活動を概観し、それをもとに、今後世界の国際保健のあるべき方向性を提示する資料を提示することを目的とした。

## B. 研究方法

研究は主として既存の文献レビューと有識者との会合を介したインタビューに基づいて行った。

神馬班は武見敬三氏がハーバード大学に研究員として所属したのを契機に、ハーバード公衆衛生大学院・国際保健・人口学部のマイケル・ライシュ教授と連携し、日本の国際保健の近年の貢献を振り返りつつ、G8のためのキーペーパー作成に努めた。また4月末にワシントンDCで開催される米・欧・日の三極委員会におけるポジションペーパーの作成にもあたった。

仲佐班は国立国際医療センターによる1986年から2007年までの約30プロジェクトのレビューを行うとともに、過去10年を振り返り、ミレニアム開発目標のうち保健医療関連の目標である、乳幼児死亡率の削減（目標4）、妊産婦死亡率の削減（目標5）、HIV/AIDS、TB、マラリア蔓延防止（目標6）の3つに関する検討を行った。また水嶋班は、人間の安全保障アプローチによる国際保健への貢献について文献レビューを行った。

## C. 研究結果

### 神馬班

ハーバード大学の国際保健政策を検討するグループと連携し、G8洞爺湖サミットに出席する首脳への提案として、国際的な保健シス

テム強化への取り組みの必要性を主張した。その中では、日本の外交の柱でもある、「人間の安全保障」の概念の重要性を強調し、保健システム強化に向けた国際的な行動計画に求められる3つの原則を提示した。第一に、保健システムは個人に対する保護を拡充すると同時に、その対象となるコミュニティを強化するように改善されなければならないこと。この原則を具体化するためには、そのプログラムで裨益する人々を主体とした政策決定や実施を可能とする、コミュニティに根ざしたアプローチを取る必要があることを示した。第二の原則として、貧困国における保健システムを改善する際、国際社会は、別の基金を設けるのではなく、既存の組織にある資金を保健システム強化にも活用することによって、疾病別アプローチと保健システム強化という包括的アプローチとのバランスを適切に図るべきであるということを示した。最後の原則としては、保健システムに関するさらなる研究を奨励し、効果的なものとそうでないもの、潜在力の所在、人命救助、生活改善活動のどこに重点をあてるべきかについて、より理解を深めるべきであるということを示した。この提言はランセット誌に掲載された。

またこれに基づいて、米・欧・日からなる三極委員会用の論文も作成した。

### 仲佐班

保健医療問題の解決には、これまでの疾患別の縦割りの対策では不十分であることが示唆された。例えば、HIV/AIDS、TB、マラリアに関しては縦割りの対策が一定の効果あげているが、母体死亡や早期新生児死亡はあまり軽減していない。そしてMDG4と5の達成は危ぶまれている。この達成のためには、出

産時のケアだけでは限界があり、早期新生児の死亡を防ぐための産前ケアや破傷風の予防接種など妊娠中の母体ケアも必要である。さらに、妊娠前の女性の栄養状態の改善や安全な妊娠出産に関する知識の普及など、包括的で、継続的なケアのシステムが必要である。また、そのシステム構築には、十分時間をかける必要があることを指摘した。

#### 水嶋班

わが国における「人間の安全保障」へのアプローチは、外務大臣や首相の直接的な関与によってすすめられてきた。まず初期の活動として、1998 年代、小渕氏が、人間の安全保障を日本の外交戦略の柱とするための基盤づくりに貢献した。その後 2000 年からは発展期となり、国連ミレニアムサミット、2001 年の「人間の安全保障委員会」の設立に対して、日本は多大なる貢献を行った。また ODA 大綱改定の際も、人間の安全保障が基本方針の中に取り込まれるようになった。草の根無償資金の名称も草の根、人間の安全保障無償資金を改名された。2005 年以降はある意味で成熟期を迎えているといってもよい。国連、世界銀行などもこの概念を取り込むようになり、国際社会が、個人とコミュニティに対する安全保障に取り組むようになってきた。しかしながら、そのために内政不干渉の原則を曲げても良いのかといった議論は未だに残っている。その点、保健分野においてはそのような政治的問題が比較的生じにくいいため、国際保健は人間の安全保障活動のエントリーポイントの活動となりうることが示唆された。

#### D. 考察

この研究班が参加した国際保健ワーキンググループが関与した論文がランセット誌に掲

載された。これによって、日本はよい意味で、この方針への批判をうける準備を整えたといってもよい。班活動はまだ続けられており、今後さらにいくつもの国際会議において、人間の安全保障アプローチによる国際保健活動に関する提言を続けていく予定である。このプロセスは G8 における日本のプレゼンスを高め、かつそれを記録に残すという点においても重要であると考えられる。

#### E. 結論

今後の国際保健のあり方に関し、3つの提言を行った。保健システムの強化、疾病別アプローチとシステム強化のバランスの確保、システム研究の推進である。次いで、ミレニアム開発目標を達成するためにも、途上国の保健システム強化は重要であるが、それには時間がかかることに留意すること、かつ保健以外の開発活動と連携することもまた重要であることを強調した。最後に、1990 年代後半より、日本の外交戦略の柱である、個人とコミュニティを対象とした「人間の安全保障」実現のために、国際保健はエントリーポイントとしての役割を果たしうることが示唆された。

#### F. 研究発表

##### 1. 論文発表

Reich MR, Takemi K, Roberts MJ, Hsiao WC. Global action on health systems: a proposal for the Toyako G8 summit. *Lancet* 2008; 371: 865-9

Endo H. Global health with long-term perspectives : *Lancet* 2008; 371:47

厚生労働科学研究費補助金（厚生労働科学特別研究事業）  
分担研究報告書

ミレニアム開発目標到達のための国際保健アプローチに関する研究

分担研究者 仲佐保 国立国際医療センター

研究要旨

ミレニアム開発目標に掲げられてきた母子保健と感染症という保健課題の解決のためには縦割りの疾病対策だけでは不十分であり、保健サービスの基盤ともいえる保健システムの構築に力を注ぐべきである。また保健だけを単独に取り扱うのではなく、他の開発目標である教育、ジェンダー、水と衛生の改善活動も共に実施し、さらには道路などの物理的なアクセスの改善も含めた、総合的な取り組みが必要である。

A. 研究目的

2008年のTICADIV（東京国際アフリカ開発会議）および洞爺湖G8サミットに迎えるにあたり、わが国の途上国への国際保健医療分野協力をレビューし、今後の方針に関しての提言を行う。

B. 研究方法

国立国際医療センターが国際医療協力を旨として設立された1986年から2007年までの間に途上国で実施されたプロジェクト、約30プロジェクトのレビューを行った。同時に、過去10年、ミレニアム開発目標のうち、保健医療関連の目標である、乳幼児死亡率の削減（目標4）、妊産婦死亡率の削減（目標5）、HIV/AIDS、TB、マラリア蔓延防止（目標6）の3課題に関して検討を行った。

C. 研究結果

保健医療問題の解決には、これまでの疾患別の縦割りの対策では不十分であることが示唆された。例えば、HIV/AIDS、TB、マラリアに関しては縦割りの対策が一定の効果あげているが、母体死亡や早期新生児死亡はあまり軽減していない。そしてMDG 4と5の達成は危ぶまれている。この達成のためには、出産時のケアだけでは限界があり、早期新生児の死亡を防ぐための産前ケアや破傷風の予防接種など妊娠中の母体ケアも必要である。さらに、妊娠前の女性の栄養状態の改善や安全な妊娠出産に関する知識の普及など、包括的で、継続的なケアのシステム

が求められる。また、そのシステムの構築には、かなり時間がかかることが確認された。現地の人材育成も含めて、一般に用いられている保健指標の変化としては現れにくい時期があることもまた確認された。

D. 考察

国際社会は、即効的な緊急援助のみではなく、保健サービスの基盤ともいえる保健システムの強化に力を注ぐべきである。そのためには、活動実施10年後20年後に効果が現れるような、息の長い援助を行う必要がある。

E. 結論

日本の主要閣僚が、TICADIV及びG8サミットにおいて地球全体の保健課題に焦点をあて、国際社会が共有する行動指針を作ることの意義は大きい。特にこれまではあまり取り上げてこられなかった母と子の健康にも言及していることは価値がある。そして、保健課題の解決には、保健システムの改善の努力が必要である。また他の開発目標である教育、ジェンダー、水と衛生の改善も共に実施すると共に、道路などの物理的なアクセスの改善も含めた、総合的な取り組みが必要であると思われる。

F. 研究発表

1. 論文発表

Endo H. Global health with long-term perspectives : Lancet 2008; 371:472.

厚生労働科学研究費補助金（厚生労働科学特別研究事業）  
分担研究報告書

国際保健における人間の安全保障アプローチに関する研究

分担研究者 水嶋春朔 国立保健医療科学院

研究要旨

「人間の安全保障」は日本の外交戦略の柱である。草の根レベルでの資金にもその名は取り込まれている。今後は、国際協力活動を実践する担い手が、この概念をより深く理解することによって、「人間の安全保障」アプローチは一層認知されてくる可能性がある。取り分け、国際保健をエントリーポイントとした「人間の安全保障」アプローチの推進が今後も期待される。

A. 研究目的

2008年のTICADIV（東京国際アフリカ開発会議）および洞爺湖G8サミットに迎えるにあたり、わが国の外交戦略の柱である人間の安全保障の概念の発展プロセスをレビューし、国際保健分野における人間の安全保障アプローチの利点・問題点について検討する。

B. 研究方法

わが国の外務省が中心となって推進してきた人間の安全保障の概念と保健分野におけるその実際的な応用について、学術文献とウェブサイトから入手した情報をもとにレビューした。

C. 研究結果

添付にある表に示したように、わが国における「人間の安全保障」へのアプローチは、外務大臣や首相の直接的な関与によってすすめられてきた。まず初期の活動として、1998年代、小渕氏が、人間の安全保障を日本の外交戦略の柱とするための基盤づくりに貢献した。その後2000年からは発展期となり、国連ミレニアムサミット、2001年の「人間の安全保障委員会」の設立に対して、日本は多大なる貢献を行った。またODA大綱改定の際も、人間の安全保障が基本方針の中に取り込まれるようになった。また草の根無償資金の名称も草の根、人間の安全保障無償資金を改名された。2005年以降はある意味で成熟期を迎えているといってもよい。国連、世界銀行などもこの概念を取り込むようになり、国際社会が、個人とコ

ミュニティに対する安全保障に取り組むようになってきた。しかしながら、個人やコミュニティの安全を確保するために、内政不干渉の原則を曲げて良いのかという議論は未だに残っている。この点、保健領域での国際協力活動は、比較的そのような抵抗なく進められるものであり、それゆえにエントリーポイントとしての活動にふさわしいことが示唆された。

D. 考察

「人間の安全保障」は日本の外交戦略の柱である。草の根レベルでの資金にもその名は取り込まれている。しかし、その概念はまだ草の根レベルで働く人たちにまで十分行き渡ってはいないという見解もある。今後は、国際協力活動を実践する担い手が、この概念をより深く理解することによって、「人間の安全保障」アプローチは一層多くの人々に認知されるようになるであろう。取り分け、国際保健分野における「人間の安全保障」アプローチの推進が期待される。

E. 結論

国際保健は「人間の安全保障」アプローチを推進させていく上で、きわめてわかりやすく、また効果も示しやすい分野である。国際保健をエントリーポイントとした「人間の安全保障」アプローチの実践をすすめていくべきである

F. 研究発表

特になし。

## 日本の対外方針における人間の安全保障の位置づけ

1995年には既に、村山富市首相が国連総会にて「人間の安全保障」という言葉に言及しているが、アジア金融危機への対応を検討する中で、「人間の安全保障」を日本の対外政策の柱として据えたのは小渕恵三氏といえる。

### 1. 初期

1998年12月1日	(財)日本国際交流センター、東南アジア研究所共催による「第1回アジアの明日を創る知的対話」にて、小渕首相が「人間の安全保障」を「人間の生存、生活、尊厳を脅かすあらゆる種類の脅威を包括的に捉え、これに対する取り組みを強化するという考え方」であると説明し、21世紀を人間中心の社会の世紀としていく必要性を主張。
1998年12月16日	小渕首相がハノイにて「アジアの明るい未来の創造に向けて」と題する政策演説の中で、「アジアの21世紀を『人間の尊厳に立脚した平和と繁栄の世紀』にするべきである」との考えを打ち出し、そのために必要な努力の一つとして「人間の安全保障を重視すること」を明確に位置づけた。また、国連に「人間の安全保障基金」を設置するため5億円(約420万ドル)を拠出することを発表。

### 2. 発展期

2000年9月7日	国連ミレニアム・サミットにて、森首相が、「我が国は、『人間の安全保障』を外交の柱に据え、21世紀を人間中心の世紀とするために全力を挙げていく考えです。」と述べ、「人間の安全保障のための国際委員会」の設立を提唱した。
2001年1月	緒方貞子氏、アマルティア・セン氏を共同議長とした「人間の安全保障委員会」発足。
2003年4月より	草の根無償資金協力が草の根・人間の安全保障無償に改称され、150億円の予算がつけられる。
2003年5月1日	「人間の安全保障委員会報告書」がコフィ・アナン国連事務総長に提出される。
2003年8月29日	「政府開発援助大綱」が改定され、基本方針の一つに『『人間の安全保障』の視点』が加えられた。
2005年2月4日	「開発援助に関する中期政策」が策定され、「人間の安全保障」が援助の中心的な視点の一つとして位置付けられる。

※ 人間の安全保障委員会が報告書を提出した後、人間の安全保障の概念がODAの枠組みの中に主流化するにつれ、外務省内の地球規模課題や国際機関を担当する部署以外では、人間の安全保障に関する議論が低調になり、外務省内に限って言うならば、2003年から2005年は「人間の安全保障」の概念発展段階の倦怠期と位置づけることができるだろう。しかし、2003年10月に緒方貞子氏が国際協力機構(JICA)理事長に就任すると、JICAの機構改革計画の柱の一つに「人間の安全保障」が据えられるようになり、JICAの活動の哲学として「人間の安全保障」という言葉が頻繁に言及されるようになった。2004年頃からは、大学・研究機関においても人間の安全保障に焦点を当てたプログラムや講座を持つところが増えている。また、地域的・国際機関の交渉過程においては、「人間の安全保障」という言葉を最終文書に盛り込む努力が続けられた。例) エビアン・サミット(2003年)、APEC首脳会議(2003年バンコク、2004年サンチャゴ)、日本・ASEAN首脳会議(2003年)、国連アジア太平洋経済社会委員会(UNESCAP)総会(2004年)、第2回アジア・太平洋HIV/AIDS閣僚会議(2004年)、経済協力開発機構(OECD)閣僚理事会(2005年)、国連総会(2005年)。

### 3. 成熟期

2005年10月24日	第60回国連総会で採択されたワールド・サミット成果文書において、ジェノサイド、戦争犯罪、民族浄化、人道に対する罪から人々を保護する責任は各国にあることが明記されると共に、人間の安全保障の概念に関するさらなる議論が奨励された。
2006年5月	第8回人間の安全保障ネットワーク閣僚会合において、高須幸雄大使が「人間の安全保障フレンズ」の設立を提案。
2006年10月	第1回人間の安全保障フレンズ会合開催
2007年秋	第4回アフリカ開発会議(TICAD IV)のテーマの1つとして「人間の安全保障の確立」が取り上げられることが決定した。

注：外務省ホームページおよび東京大学データベース「世界と日本」を参考に取りまとめた。



研究成果の刊行に関する一覧表レイアウト（参考）

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
Reich MR, Takemi K, Roberts MJ, Hsiao WC.	Global action on health systems: a proposal for the Toyako G8 summit.	Lancet	371	865-9	2008
Endo H	Global health with long-term perspectives	Lancet	371	472	2008

## Global action on health systems: a proposal for the Toyako G8 summit

Michael R Reich, Keizo Takemi, Marc J Roberts, William C Hsiao

The G8 summit in Toyako offers Japan, as the host government, a special opportunity to influence collective action on global health. At the last G8 summit held in Japan, the Japanese government launched an effort to address critical infectious diseases, from which a series of disease-specific programmes emerged. This year's summit provides another chance to catalyse global action on health, this time with a focus on health systems.

Global efforts to improve health conditions in poor countries have embraced two different strategies in recent decades, one focusing on health systems, the other on specific diseases. The interactions of these two strategies have shaped where we stand today.

The first strategy has emphasised systemic approaches to health improvement. In the late 1970s, the world embarked on a major effort to strengthen health systems from the bottom up, through the primary health-care movement. WHO and UNICEF launched this movement at the Alma Ata conference in 1978, which was attended by nearly all their member countries.<sup>1</sup> The movement used an integrated multisectoral approach to health development, with special attention to disadvantaged populations in each country. This became known as a horizontal approach.

This approach confronted many challenges. The problems were particularly severe in sub-Saharan Africa, because of "low financing of health systems, bad governance, the human resources for health crisis, the high level of poverty of the people, the debt burden, the emergence of new diseases and the deterioration of the social system in many countries."<sup>2</sup> Today, with the 30th anniversary of the Alma Ata Declaration in 2008, calls have arisen for renewed attention to primary health care. Indeed, WHO's annual report in 2008 focuses on primary health care and its role in strengthening health systems.

The second strategy emphasised disease-specific approaches to health improvement. The last decade of the 20th century witnessed a rise in many different single-disease control programmes. The Okinawa Infectious Disease Initiative, announced by Japan at the G8 summit in 2000, led to strengthened global efforts on several diseases, in particular HIV/AIDS, tuberculosis, and malaria, but also poliomyelitis, parasitic diseases, and other neglected tropical diseases. These efforts contributed to the establishment of the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria, as well as other single-disease control programmes, ushering in a new era in global health cooperation. These programmes represent the vertical approach to health improvement.

The disease-specific strategy has attracted substantial support in recent years and produced major results. Donors believe that this approach creates tangible products that can yield measurable improvements in health status. Development assistance for health is estimated to have grown from about \$6 billion in 2000 to \$14 billion in 2005. In addition to the Global Fund, collective efforts to improve global health have included the GAVI Alliance, the Global Polio Eradication Initiative, the global health activities of the Bill & Melinda Gates Foundation and other private foundations, and various initiatives to develop new treatments for neglected tropical diseases. Various assessments suggest that these disease-specific partnerships have contributed to improvements in health conditions in poor countries around the world.

However, the surge of disease-specific efforts has also generated concerns about the unintended consequences of creating a fragmented array of uncoordinated programmes supported by multiple donors that recipient countries must struggle to manage. By focusing on specific performance measures, these programmes have sometimes not fully dealt with broader system failures. Yet such failures seem to lie behind the inadequate progress many countries have made on several key targets of the Millennium Development Goals (MDGs) for health—those related to child mortality (MDG 4), maternal mortality (MDG 5), and the prevention of HIV/AIDS, malaria, and other diseases (MDG 6). Progress on these and other health improvements that depend on health system performance has been disappointing, especially when we consider the health status of poor and marginalised groups, for whom health status indicators (eg, infant mortality and maternal mortality rates) can be 50–100% higher than those of more advantaged population groups.

The world is also facing the impending health threats of climate change. The potential consequences include enlargement of the geographical range of tropical diseases and massive flooding of low-lying inhabited areas, both of which would pose major challenges for health systems and disease control programmes in poor countries. Climate change could thus trigger negative interactions between poverty and health around the world, especially in poor countries.

Addressing the health problems of poor countries can only move forward with a more balanced approach between specific-disease focus and system-based solutions; like weaving a piece of cloth, we need both the vertical and the horizontal threads to form strong fabric. Input-oriented approaches to health improvement (eg,

*Lancet* 2008; 371: 865–69

Department of Population and International Health (Prof M R Reich PhD), Department of Health Policy and Management (Prof M J Roberts PhD, Prof W C Hsiao PhD), Harvard School of Public Health, Boston, MA, USA; and Research Institute of Science and Technology, Tokai University, Tokyo, Japan (Prof K Takemi MA)

Correspondence to: Prof Michael R Reich, Department of Population and International Health, Harvard School of Public Health, 677 Huntington Avenue, Boston, MA 02115, USA  
michael\_reich@harvard.edu

approaches that emphasise financing or human resources) are not sufficient to attack the complex roots of health problems. Many developing countries have acquired more technology and expanded spending in recent years without these increased resources producing adequate or effective services. In response, bilateral and multilateral donors are increasingly calling for more system-oriented approaches—eg, the UK's International Health Partnership, the World Bank's Healthy Development strategy, Canada's Catalytic Initiative to Save a Million Lives, and Norway's Global Business Plan for Maternal, Newborn and Child Health. In short, consensus is growing about the need for greater global action on health systems, representing a new phase in global health policy: to restore an appropriate balance between system strengthening and disease-specific actions.

The Japanese government is seeking to transform this growing consensus on the importance of health systems into concrete action. Japan's Minister of Foreign Affairs recently spoke about how the G8 summit could advance the health systems agenda in global health.<sup>3</sup> The goal is not to recommend new policies for any one G8 government to consider or implement. Nor is the objective to produce a new global fund on health systems. Rather the goal is to assist G8 policy makers to identify joint actions that contribute, in the words of Japan's Prime Minister, to "the advancement of comprehensive cooperation in global health."<sup>4</sup> Effective global action by the G8 can strengthen health systems at the national level and advance the wellbeing of communities and individuals.

To explain what a health system is and does is not easy. Some observers have suggested that this notion is too abstract to attract the attention and support of policy makers. We believe otherwise. The institutions and individuals that deliver both preventative and curative health-care services have to be organised to function efficiently and effectively. Supplies have to arrive, equipment has to be maintained, staff have to be present at their posts and appropriately trained to perform their functions. Finance, budgetary, and payment systems have to generate the proper incentives, and regulatory activities have to function with integrity. Competent managers and appropriate reporting systems are needed. Scientific evidence to support these assertions exists in many academic publications; consensus among experts is shifting to support these ideas.

One way to think about the role of a nation's health system is through a simple metaphor. A health system supports specific activities in much the same way that a computer's basic hardware and software support the ability to run specific programs. Before you can do word processing or email, your computer has to have a keyboard, screen, and memory as well as an underlying operating system. Similarly, for a health system, the hardware alone (ie, the buildings, equipment, pharmaceuticals, people, etc) has a limited effect on the public's health without functioning basic software (ie, financing

and payment systems, organisational and managerial structures, regulatory controls, etc). Once a computer (or a health system) is up and running, you can then successfully install and operate individual software programs (or specific single-disease control programmes). We do not want to push this metaphor too far. But sometimes advocates for disease control lose sight of the fact that they will be able to function effectively in a particular country only if the surrounding health system—the relevant hardware and software—is on hand and working well.

Thus, a health system is a complex social-economic structure (established by specific public policies) that provides both prevention and curative services for people. The system includes institutions that provide inputs (money, people, and drugs), those that regulate private activities in the market, and others at which services are provided to patients. A health system's performance should be judged by its results: by changes in health status, by patients' protection from the financial consequences of ill health, and by public satisfaction with the system.<sup>5</sup> Investment in research on health systems can expand our knowledge and sharpen our strategies for the delivery of care, with payoffs in improved performance.

What can be done when a health system is broken—ie, when a health system is unable to deliver its services effectively, or efficiently, or fairly? Governments around the world (in both rich and poor countries) have struggled with this question for decades. One conclusion is clear: there are no easy solutions to the problems that arise in health systems. National efforts aimed at reforming such systems have achieved mixed results. Many countries have adopted broad reforms of their health systems (eg, Ghana, Colombia, Mexico, China, Thailand, and eastern European nations). Others have pursued more narrow agendas like reforming social insurance systems (Taiwan) or changing hospital payment systems (Kyrgyzstan). Rich countries have also struggled with new strategies to improve the performance of their national health systems. All these countries have encountered difficulties: an inability to secure political support for the needed reforms (as in the USA), or uncertainty about the likely consequences of alternative policies in a nation's particular context, or problems in effectively implementing a reform once adopted.

Despite these problems, the reform effort is clearly worthwhile. National experience shows that when a health system works well, it produces good results. Japan, for example, has achieved the world's highest health standards, with extremely low infant mortality rates and very long average life expectancy. These achievements are partly due to Japan's well-functioning health system. Japan built up its destroyed health system after 1945 through national policies that focused on specific diseases (eg, tuberculosis) while it mobilised health workers in communities and supported community-based volunteers. Mothers received a mother and child health

handbook (*Boshi Kenko Techo*) to follow the growth and health of their new babies; this approach gave mothers control over the health and health care of their children. Japan's positive experiences with its own health system motivate its convictions that developing countries today can do more to improve their own health systems, and that the G8 has both the capacity and the obligation to assist this process.

One major lesson from recent efforts to improve health systems in developing countries is that expansion of inputs alone does not necessarily lead to improved health outcomes. Egypt, for example, has increased its production of physicians to the extent that it now graduates more doctors per head than the USA. However, rural areas still lack physicians and functioning health facilities and have much lower health status; by contrast, in the cities, many doctors are not working as physicians. Similarly, in the early 1990s, China decided to train many more village health workers (ie, village doctors), in the hope of improving the health system in villages. The result was an oversupply of village health workers who rely on over-prescribing and selling pharmaceuticals for a living; many cannot find employment and have turned to other occupations.<sup>6</sup> Thus, the expansion of inputs does not necessarily lead to better performance of the health system, especially for the poor and underserved.

A similar lesson has been learned about the construction of health facilities and the provision of medical equipment. Much development assistance has supported the construction of health centres in rural areas or tertiary hospitals in national capitals, as well as the acquisition of equipment like X-ray machines. But these health facilities have often lacked adequate operating budgets for maintenance and supplies, or effective management structures to ensure that doctors actually take up their posts. The facilities also may not have running water or electricity or sanitation. Providing inputs can be an effective strategy for donors to disburse funds with apparently tangible results, but it does not necessarily result in better health system performance. The effective use of new inputs depends on good functioning of the health system—both its hardware and software components.

One reason for the limited effect of increasing inputs is that the health system's operating systems are not simultaneously adjusted to ensure that new inputs are used properly—in part because of political resistance to make such changes. We are also hampered by our patchy knowledge about what makes a health system work well. We understand a lot about certain structures of health systems (eg, financing and incentives), but know much less about how to use different kinds of organisation (eg, direct government provision, market competition, contracting, and the mix and retention of human resources). We know less about how to integrate organisation, incentives, and regulation, and how to effectively implement health policies and programmes.

This understanding needs to be conveyed to national decision makers so that they can tailor health reforms to the resources, culture, priorities, and administrative realities of their particular context. In this way, increased resources for national health systems can be transformed into effective and efficient services. Otherwise, additional inputs of human and financial resources and technology might not bring much benefit to poor nations.

Another lesson learned is that health systems need good governance. Good governance is difficult to define briefly with precision, especially across national and cultural boundaries. But we believe that the processes for making critical decisions in a health system should reflect the core values of a nation's citizens and should proceed in ways that are transparent, non-corrupt, and accountable. The allocation of resources in a health system inevitably confronts trade-offs, since it is not possible to treat all health problems completely. In short, resources in a health system are limited, especially in poor countries. In that situation, how should you decide what to do? Which diseases should receive priority? Which geographical regions should receive health facilities first? Which patient (if anyone) should have access to the most expensive care (eg, a liver transplant) and which not? These difficult decisions pervade health systems and cannot be avoided; however, they can be addressed with differing degrees of fairness, transparency, and accountability. No one answer exists to improving the quality of governance; rather it requires attention to both ethical and political processes within the specific cultural context of a health system.<sup>7</sup> We do not believe in a single universal approach for producing good governance. But we do believe that efforts should be made to improve the governance of health systems around the world.

Lastly, we believe that interventions to improve health systems should be assessed by their effects on performance.<sup>5</sup> How do interventions change the outcomes of health systems? The empirical analysis of specific interventions has a critical role in identifying what works and what does not. Health system reformers need to promote honest assessments of current situations and attempted innovations. The interventions need to be directed at specific performance measures for a health system, such as improving health status, raising patient satisfaction, or protecting against the financial risks of illness. Particular care must be taken on whether the policy focus is on average measures of performance or on the distributional consequences for particular groups (eg, income or ethnic origin).

The 2008 G8 summit, to be held in Japan, provides a unique opportunity for more effective action on health systems to advance the health-related MDGs. Here we propose three principles that could provide a basis for global action on health systems.

First, health system improvements need to provide increased protection for individuals, but in ways that

empower the recipients. Effective health system strengthening requires local ownership, local diagnosis, and local capacity building. Japan's own successful health development in the period since World War 2 involved this two-sided strategy—strengthening the state's capacity to deliver prevention and curative health services, while mobilising community-based health workers, volunteers, and mothers. There is growing recognition that health improvement requires both a top-down state-sponsored approach as well as a bottom-up community-oriented strategy. Neither one on its own is sufficient or sustainable.

The community-based approach creates major roles for the people who benefit from a programme in setting policies and managing implementation. This approach provides choice, participation, and responsibility to the beneficiaries of health system improvements. To be successful, it requires building the capacity for democratic participation among marginalised groups and strengthening local and community institutions to hold health system providers accountable for their performance. The approach also gives higher priority to public satisfaction about how the health system is functioning. Creating mechanisms for genuine public participation inevitably requires sensitivity to political and cultural concerns. Effective action in this area also fosters good governance of the health system, with advances in fair processes, transparency, and anti-corruption. Attention to empowerment in health systems would give real support to concerns about human security. Such attention has been the focus of a major international commission<sup>8</sup> and has been a core principle of Japan's foreign policy over the past decade. The G8 summit provides an opportunity to articulate an explicit commitment by national leaders to the core principles of empowerment and protection for strengthening health systems, and propose explicit strategies and processes for implementing these principles within poor countries.

The second principle that could enhance the commitment to improving health systems in poor countries, without creating a new fund, is to allocate funds for this purpose within existing organisations, to balance the disease-specific approach and the system-oriented approach. Several global initiatives have announced efforts at creating balance. The Global Fund, for example, has sought for some years to develop policies for health system strengthening along with its focus on the three diseases.<sup>9</sup> At its last meeting, the Global Fund board reached a major decision to support system strengthening if such an approach improves efforts to control the three diseases. This has been labelled a diagonal approach, rather than horizontal or vertical.<sup>10</sup> The next round of funding will allow innovative approaches on health system strengthening in proposals submitted to the Global Fund.

The GAVI Alliance has similarly sought to balance its focus on childhood immunisation with health system

strengthening, first offering funding for this area in 2001. In December, 2005, the GAVI board approved an investment of \$500 million for health system strengthening for 2006–10. The Alliance has articulated ten guiding principles for grants on health system strengthening, and created a task force with broad representation to oversee these activities.<sup>11</sup> The GAVI Alliance's experiences to date show both the great needs and the great challenges to finding the right balance in improving health systems while implementing immunisation.

The experiences of these partnerships show the potential for other existing organisations to strengthen health systems, as well as the operational hurdles they face in implementation. A major challenge in allocating funds for health systems within organisations focused on disease-specific objectives is assuring that the funds are spent appropriately, that health systems are strengthened, and that broader lessons are learned. Non-governmental organisations could help by providing guidance, oversight, and audits for these procedures. The G8 summit provides an opportunity to review the experiences of the global health partnerships in strengthening health systems, and propose explicit principles, targets, and guidelines for expanding these efforts in the future.

Lastly, we must encourage enhanced learning about health systems. There is no doubt that the global community will now expend more resources on strengthening national health systems in poor countries. The momentum for action is growing across international agencies, global partnerships, non-governmental organisations, and official development assistance agencies. The systemic problems are widely recognised, and a tide of ideas is rising to tackle these problems, especially for the health-related MDGs in the world's poorest countries.<sup>12</sup> A series of experimental interventions are now underway, financed by many different sources and unfolding in countries around the world.<sup>13,14</sup> However, what is missing is a concerted effort to learn from these experiments. The interventions to improve health systems require a learning initiative anchored at the country level and directed at policy makers and practitioners. The goal should be to produce actionable learning that national leaders can use to improve health systems in resource-poor settings.

We support a recent call for expansion of the knowledge base about how to improve health systems.<sup>15</sup> We believe, however, that this effort should be based on an institutional arrangement that assures the knowledge generated will be useful at the country level and connected to a network of similar countries. Health system improvement involves more than metrics; it requires attention to the political economy, values, and cultural dimensions of how health systems work. It requires an interest in and expertise about the details of system structuring (in finance, payment, regulation, and organisation management), as

well as a commitment to reject a one-size-fits-all approach in favour of conditional guidance adapted to each country's specific situation. A responsible, independent, international research organisation is needed to coordinate the country-level efforts, with accountability to the global community and rigorous reviews and transparent methods for assessment—something like a Cochrane Collaboration for health system improvement.

To advance this goal of enhanced learning, we believe that global health partnerships should agree to allocate a set portion of their funding for operational research and knowledge discovery in health systems. These funds would support efforts to improve the performance of health systems—by gathering together experiences around the world, assessing successes and failures, doing well-designed pilot projects, and assuring the dissemination of knowledge. The G8 summit provides an opportunity to articulate a global commitment to learning about strategies for strengthening health systems, and to propose explicit institutions and financing for enhancing shared learning in the future.

#### Acknowledgments

We appreciate the comments on drafts we received from the Harvard Faculty Informal Advisory Group on Global Health Policy (Boston, MA, USA) and from the Working Group on Challenges in Global Health and Japan's Contributions (Tokyo, Japan). We thank Suwit Wibulpolprasert for the idea of the vertical and horizontal approaches being combined to form strong fabric.

#### References

- 1 WHO, UNICEF. Primary health care: report of the International Conference on Primary Health Care. Alma Ata, USSR. 6–12 September, 1978. Geneva: World Health Organization, 1978.
- 2 WHO Regional Office for Africa, Division of Health Systems and Services Development. Report of the internal workshop on primary health care and health systems. Brazzaville, Sept 11–13, 2007 [http://www.afro.who.int/phc\\_hs\\_2008/documents/02.pdf](http://www.afro.who.int/phc_hs_2008/documents/02.pdf) (accessed Jan 20, 2008).
- 3 Koumura M. Global health and Japan's foreign policy. *Lancet* 2007; 370: 1983–85.
- 4 Fukuda Y. Special address by Mr Yasuo Fukuda, Prime Minister of Japan, on the occasion of the annual meeting of the World Economic Forum, Davos, Switzerland. Jan 26, 2008.
- 5 Roberts MJ, Hsiao W, Berman P, Reich MR. Getting health reform right: a guide to improving performance and equity. New York: Oxford University Press, 2004.
- 6 Blumenthal D, Hsiao W. Privatization and its discontents—the evolving Chinese health care system. *N Engl J Med* 2005; 353: 1165–70.
- 7 Roberts MJ, Reich MR. Ethical analysis in public health. *Lancet* 2002; 359: 1055–59.
- 8 Commission on Human Security. Human security now: protecting and empowering people. New York: United Nations, 2003.
- 9 WHO Secretariat. The Global Fund's strategic approach to health system strengthening. Background note 4 for July 30/31, 2007 consultation. <http://www.who.int/healthsystems/gf22.pdf> (accessed Jan 20, 2008).
- 10 Action for Global Health. Global Fund board back health systems strengthening and gender approach. [http://www.actionforglobalhealth.eu/news/global\\_fund\\_board\\_back\\_health\\_systems\\_strengthening\\_and\\_gender\\_approach](http://www.actionforglobalhealth.eu/news/global_fund_board_back_health_systems_strengthening_and_gender_approach) (accessed Jan 20, 2008).
- 11 WHO Secretariat. Experiences of the GAVI Alliance health system strengthening investment. The Global Fund's strategic approach to health system strengthening. Background note 5 for July 30/31, 2007 consultation. <http://www.who.int/healthsystems/gf23.pdf> (accessed Jan 20, 2008).
- 12 Task Force on Health Systems Research. Informed choices for attaining the Millennium Development Goals: towards an international cooperative agenda for health-systems research. *Lancet* 2004; 364: 997–1003.
- 13 Atim C, Grey S, Apoya P. A survey of mutual health organizations in Ghana. Bethesda, MD: Partners for Health Reform Plus, 2002.
- 14 Wang H, Yip W, Zhang LC, Hsiao WC. Community-based health insurance in poor rural China: the distribution of net benefits. *Health Pol Plan* 2005; 20: 366–74.
- 15 Murray CJL, Frenk J, Evans T. The global campaign for the health MDGs: challenges, opportunities, and the imperative of shared learning. *Lancet* 2007; 370: 1018–20.

For more on salt and iodine see <http://www.salmmatters.org/site/index.php?page=salt-and-iodine>

For example, a panel discussion on Australian television opened with these words: "For years we've been told too much salt is bad for us, and that is true. But now there's a new public health campaign about how a certain kind of salt is essential, especially for children." We also heard that "those advocating iodised salt aren't endorsing extra salt being added to food, merely switching to iodised salt".<sup>2</sup>

But switching to iodised salt can only give iodine to people who persistently ignore Asaria and colleagues' advice. For people who have already followed that advice, iodine intake will not increase unless they re-educate their palates to accept discretionary salt again.<sup>3</sup>

This problem is confined to discretionary salt. Countries with mandatory universal iodisation of salt can control salt reduction and iodine fortification in processed foods, and have no need to iodise discretionary salt. Australia is considering mandatory iodisation of bread as an alternative to universal salt iodisation,<sup>4</sup> but mandatory fortification of one or more processed foods, however it is accomplished, makes iodine redundant in discretionary salt.

Meanwhile, it already seems unethical (*primum non nocere*)—and clearly self-defeating—to sell the public iodine by adding it to a substance we are now warning them to avoid.

I declare that I have no conflict of interest.

Trevor Beard  
trevor.beard@utas.edu.au

Menzies Research Unit, Private Bag 23, GPO Hobart, Tasmania 7001, Australia

- 1 Asaria P, Chisholm D, Mathers C, Ezzati M, Beaglehole R. Chronic disease prevention: health effects and financial costs of strategies to reduce salt intake and control tobacco use. *Lancet* 2007; **370**: 2044–53.
- 2 Australian Broadcasting Corporation. Study prompts call to add iodine to all salt. <http://www.abc.net.au/7.30/content/2007/s1872015.htm> (accessed Jan 22, 2008).
- 3 Bertino M, Beauchamp GK, Engelman K. Long-term reduction in dietary sodium alters the taste of salt. *Am J Clin Nutr* 1982; **36**: 1134–44.

- 4 Food Standards Australia New Zealand. Proposal P230. Consideration of mandatory fortification with iodine: key issues for consideration at final assessment. Canberra, Australia: Food Standards Australia New Zealand, 2007: 10–11. [http://www.foodstandards.gov.au/\\_srcfiles/Issues%20Paper%20-%20Mandatory%20Fortification%20with%20Iodine.doc](http://www.foodstandards.gov.au/_srcfiles/Issues%20Paper%20-%20Mandatory%20Fortification%20with%20Iodine.doc) (accessed Jan 16, 2008).

## Global health with long-term perspectives

Japan's Minister for Foreign Affairs Masahiko Koumura refers to several important points in his Comment (Dec 15, p 1983).<sup>1</sup> I was encouraged by the fact that this influential Japanese politician mentioned the importance of maternal, neonatal, and child health as a global issue, especially since Japan will be the chair country of the Fourth Tokyo International Conference on African Development and the 2008 G8 Summit in Toyako. Health is one of the main components of human security, as he mentions. Nevertheless, the issue of maternal, neonatal, and child health has rarely been picked up as an agenda item in previous summits.

Koumura's comments also cover a wide range of health issues and might be criticised for lacking focus. However, to reduce maternal and neonatal mortality—the targets of Millennium Development Goals 4 and 5—we need a comprehensive and continuous care system as part of the national health system, including antenatal care, tetanus vaccination for all women of reproductive age, improvement of nutritional status of women, and, a care delivery system.<sup>2,3</sup> The importance of national health system has also been mentioned by other partners.<sup>4</sup> A good comprehensive health system can be established through the integration of existing disease-specific systems such as those for childhood immunisation; HIV/AIDS; and maternal, neonatal, and child health.

To date, our organisation has implemented various health projects in

more than 20 developing countries. According to our experience, it takes a long time to strengthen health systems, including development of human resources. This is the time to start to think about global health with long-term perspectives.

I declare that I have no conflict of interest.

Hiro Yoshi Endo  
h-endo@it.imcj.go.jp

Bureau of International Cooperation, International Medical Center of Japan, 1-21-1, Toyama, Shinjyuku-ku, Tokyo 162-8655, Japan

- 1 Koumura M. Global health and Japan's foreign policy. *Lancet* 2007; **370**: 1983–85.
- 2 Lawn JE, Cousens S, Zupan J, for the Lancet Neonatal Survival Steering Team. 4 million neonatal deaths: When? Where? Why? *Lancet* 2005; **365**: 891–900.
- 3 Ronsmans C, Graham W, on behalf of the Lancet Maternal Survival Series steering group. Maternal mortality: who, when, where, and why. *Lancet* 2006; **368**: 1189–200.
- 4 WHO. Everybody's business. Strengthening health systems to improve health outcomes: a framework for action. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2004. <http://www.who.int/healthsystems/gf13.pdf> (accessed Dec 1, 2007).

## Clinicians also need training in use of research evidence

The Academy of Medical Science's recommendation that senior civil servants should have a basic understanding of scientific methods (Dec 15, p 1986)<sup>1,2</sup> should be extended to all health practitioners: their skill in appropriately applying research evidence largely determines the effectiveness and efficiency of health care.

Although a report to the UK's Chief Medical Officer on getting evidence into practice emphasises the importance of skills training,<sup>3</sup> health professionals in the UK today are probably less skilled in evidence-based practice than 10 years ago. UK training in evidence-based practice started in 1993 when the Critical Appraisal Skills Programme<sup>4</sup> trained commissioners, clinicians, and consumers to interpret research



Getty Images

(日本医師会雑誌用翻訳)

## 保健システム強化のためのグローバルアクション：洞爺湖 G8 サミットへの提言\*

\*この論文は Lancet (Vol.371, 8 Feb 2008)より許可を得て翻訳・転載しています。

Michael R Reich, Keizo Takemi, Marc J Roberts, William C Hsiao

マイケル・R・ライシュ 1、武見 敬三 3、マーク・J・ロバーツ 2、  
ウィリアム・C・シャオ 2、

1 ハーバード大学公衆衛生大学院人口・国際保健学部教授

2 ハーバード大学公衆衛生大学院保健政策管理学部教授

3 ハーバード大学公衆衛生大学院、東海大学教授

### I はじめに

2008年、洞爺湖でG8サミットが開催される。主催国である日本政府にとって、このサミットは、世界各国による国際保健への取り組みに影響力をもちうる絶好の機会となりうる。2000年に日本でG8サミットが開催された時、日本政府は重大な感染症への対策を開始した。そして、そこから一連の疾患別(disease-specific)プログラムが生まれた。今年のサミットでもまた、保健システムを焦点に定め、世界的な保健問題への取り組みを前回同様促すことが可能である。

### II 2つの国際保健アプローチ：対立からバランスへ

#### 1 システム強化アプローチ(水平アプローチ)

過去数十年間、世界は二つの戦略を用いて、貧しい国の健康状態の改善に努めてきた。一つは保健システム強化アプローチ、もう一つは疾患別アプローチである。この二つの相互作用により、今の私たちの取り組みが成り立っている。

まずは、健康改善のためのシステム強化アプローチである。1970年代後半、世界は、ボトムアップ式アプローチを強調するプライマリー・ヘルスケアによって、保健システムを強化しようとした。そして1978年、ほぼすべての加盟国の参加の下に開催されたアルマ・アタ会議において、WHOとUNICEFはプライマリー・ヘルスケア活動を開始した(1)。健康開発のための統合的な多分野協調型アプローチが採用され、とりわけ、世界各国でこれまで十分な利益を受けてこなかった人たちに関心が寄せられた。後に、この多分野協調型アプローチは、水平アプローチ(horizontal approach)として知られるようになった。

水平アプローチはその後多くの難問に直面した。特に問題が深刻だったのはサハラ以南のアフリカである。原因はさまざまである。保健システム支援に必要な資金の不足、機



能しないガバナンス、危機的な健康状態に対応できる人的資源の不足、高い貧困率、債務負担、新たな疾病の発生、さらには、社会システムの悪化である(2)。2008年はアルマ・アタ宣言30周年記念の年。プライマリー・ヘルスケアに再び目を向けるべきだとの声が高まっている。事実、2008年のWHO年次報告書は、保健システム強化におけるプライマリー・ヘルスケアの役割に焦点を当てている。

## 2 疾患別アプローチ（垂直アプローチ）

次に重視されたのは、健康改善のための疾患別アプローチである。1990年代、いくつもの単一疾患コントロールプログラムが生まれた。その流れの中、2000年の沖縄サミットで日本が発表した「沖縄感染症対策イニシアチブ」により、幾つかの疾患に対する世界的取り組みが強化された。特にHIV/AIDS、結核、マラリア、さらには、ポリオ、寄生虫性疾患、その他の対策が遅れていた熱帯病（neglected tropical disease, NTD）である。この取り組みのおかげで、「世界エイズ・結核・マラリア対策基金」（以下、世界基金）やその他の疾患別コントロールプログラムが誕生した。国際保健のための新たな国際協力時代の幕開けといってもよい。これらのプログラムは、健康改善のためのいわゆる垂直アプローチ(verticial approach)を代表するものである。

疾患別戦略は、近年多くの支持を集め、目に見える結果も生み出している。支援国は、このアプローチにより、具体的な数字として健康状態の改善が示され、評価に値する成果が得られるものと信じている。この戦略によって、保健開発援助額は、2000年には約60億ドルであったのが、2005年には140億ドル規模にまで増えたと推測される。上記の世界基金に加えて、世界の保健レベルを改善しようという集団的取り組みがなされるようになったからである。例えば、GAVI アライアンス（ワクチンと予防接種のための世界同盟）、世界ポリオ撲滅イニシアチブ、ゲイツ財団やその他の民間財団による国際活動、およびNTDの新たな治療法開発を目指す様々なイニシアチブなどがある。様々なアセスメントによって、このような疾患別アプローチが、世界中の貧しい国の人々の健康状態改善に貢献したことが示されている。

しかし、疾患別アプローチが急増したことにより、ある種の懸念もまた生まれてきた。一国内に、複数の支援国による幾つものプログラムが互いに調整されることなくバラバラの状態で共存しているため、受益国がその管理に苦慮するといった予想外の結果に陥っているのである。これらのプログラムは、一定の目標達成を重視するあまり、守備範囲の広い保健システムの欠陥に十分対処できていない場合がある。そしてそのような欠陥こそが、健康関連ミレニアム開発目標（MDG）が多くの国で十分達成されていない原因かもしれないのである。具体的には、乳幼児死亡率（MDG 4）、妊産婦死亡率（MDG 5）、HIV/AIDS、マラリアその他の疾患の蔓延防止（MDG 6）に関する目標である。保健システムがうまく機能していれば改善しうるこれらMDG関連の疾患やその他の疾患の改善についても、これまでの

ところ十分に満足できるほどの進展がないものがある。特に、貧困集団や社会の主流から取り残された集団の健康状態に関しては、健康指標（例えば、乳幼児死亡率や妊産婦死亡率など）が、より裕福な人々と比べて、50%~100%高いこともある。

### 3 2つのアプローチ統合への合意

世界はまた、気候変動を原因とする健康上の脅威にも直面している。起こり得る状況として予想できるのは、熱帯病発生地域の拡大や、低地にある居住地域が大規模な洪水に襲われるといった事態である。貧しい国の既存の保健システムや疾患コントロールプログラムをもってこれらの新たな課題に立ち向かうのは容易なことではない。気候変動はこのように、世界各地の中でも特に貧しい国に、貧困と健康とのネガティブな相互作用をもたらす恐れがある。

貧しい国の健康問題解決のためには、疾患別アプローチとシステム強化アプローチの2つをバランスよく実施することが必要である。それによって、国際保健の課題を一步前進させることが可能になる。これは例えて言えば、一枚の布を織る行為にも似ている。丈夫な布地を縫い上げるためには、縦の糸と横の糸の両方が必要である。縦の糸だけを用い、健康向上をめざしたインプット重視のアプローチ（例えば、資金調達や人的資源を重視するアプローチ）を取るだけでは、複雑な健康問題の本質にうまく取り組んでいくことはできない。多くの途上国は、より高度な保健医療技術を獲得するために近年支出を増やしてきている。しかしその一方で、適切で効果的なサービスを生み出すための資源（リソース）を増やしてはいない。そのため、二カ国間および多国間支援国は、横の糸である保健システムをより重視するアプローチを求めるようになってきている。例えば、イギリスの国際保健パートナーシップ（International Health Partnership）、世界銀行の Healthy Development 戦略、カナダの Catalytic Initiative to Save a Million Lives、ノルウェーの Global Business Plan for Maternal, Newborn and Child Health などである。すなわち、保健システムに対するグローバルアクションを強化すべきだというコンセンサスが育ってきているのである。この事はまた国際保健政策が新たな段階に入っていることを示している。つまり、システム強化アクションと疾患別アクションとの適切なバランスを新たに生み出すための段階である。

## III G8 と保健システム強化

### 1 G8 によるシステム強化への働きかけ

保健システムの重要性についてこのような合意形成がなされてきている状況を鑑み、日本政府はこれを具体的なアクションにしようとしている。その現れとして、最近、外務省は、世界の保健システム強化のために G8 サミットが果たしうる役割についてふれたところで

ある(3)。日本政府が目指すゴールは、G8 諸国の政府に対して、新たな政策の検討や実施を勧めることではない。保健システムのための新たな国際基金を設立することでもない。日本政府の首相の言葉を借りれば、G8 の政策リーダーが「国際保健における包括的協力の推進」のために必要な活動を特定できるように支援することがゴールである(4)。G8 を介した国際的な取り組みがうまくいくようになれば、各国の保健システムは強化され、コミュニティおよび個人の福祉は向上するであろう。

## 2 保健システムとは何か？

保健システムとは何か、どのような働きをするかを説明するのは容易なことではない。一部関係者は、この概念はあまりに抽象的すぎるため、政策立案者たちの関心や支持を手にしにくいと言っている。しかし、私たちはそうは思っていない。機関であれ、個人であれ、効率的かつ効果的な予防サービスや治療サービスを提供するためには、サービスが組織的に提供されなければならない。例えば備品の補給や設備の保守が必要である。職務を果たすための適切な訓練を受けたスタッフが各所に配置されていなければならない。財務、予算、会計などのシステムが適切なインセンティブを生み出し、規制活動もまた完全に機能していなければならない。有能なマネジャーと適切な報告システムも必要である。これらを支持する科学的裏付けは、多くの学術論文に見出すことができる。専門家もまた、揃って、このような考え方を支持するようになってきているからである。

一国における保健システムの役割とは何なのか？次に示す比喩を参考にして欲しい。保健システムは、コンピュータのようなものである。コンピュータがハードウェアとソフトウェアを用いてプログラムを動かしているように、保健システムもまたその2つを用いて保健活動を動かしている。ワープロや電子メールを利用するには、コンピュータにキーボード、スクリーン、メモリーがついているだけでは不十分である。基本となるオペレーション・システムが必要である。同様に、保健システムもまた、ハードウェア（すなわち、建物、設備、医薬品、スタッフなど）だけで人々の健康を改善することはできない。保健活動を機能させるための基本ソフト（財務および会計システム、組織および管理構造、規制管理システムなど）が必要である。一度コンピュータ（つまり、保健システム）が稼働するようになれば、個々のソフトウェア・プログラム（つまり、疾患別のコンロールプログラム）を問題なくインストールし、操作することができるようになる。このような比喩を無理していつまでも続けたいとは思わない。しかし、疾患別アプローチ推進派は、「適切なハードウェアとソフトウェアからなる保健システムが存在し、それが十分よく機能している場合にのみ、疾患別アプローチもまた対象国内で効果的に機能しうるのである」、という事実を見失っている時がある。

## 3 保健システム強化の試みと評価にむけて

このように、保健システムは公共政策によって作り上げられた複雑な社会・経済的構造から成り立っている。そしてその構造の中で、予防と治療サービスを人々に提供するのである。保健システムの中には、インプット（資金、スタッフ、薬品）を提供する機関、市場での民間活動を規制する機関、および患者向けのサービス提供機関などが含まれている。保健システムが機能しているかどうかは、結果によって判断されるべきである。つまり、健康状態の変化、病気の際にお金のない患者を守るための保険制度の状況、保健システムに対する一般住民の満足度などによって判断されるべきである(5)。保健システム研究に投資することによって、私たちの知識は広がり、治療提供戦略は明確化され、さらには、保健システムのパフォーマンス向上という結果ももたらされるであろう。

保健システムが壊れている場合、どうすればよいのだろうか？ すなわち保健システムによってサービスを効果的、効率的、あるいは公平に提供できない場合、どうしたらよいのであろうか？ 世界各国（先進国、途上国に関わらず）が、何十年もの間、この問題に苦慮してきた。そこで、一つだけはっきりしているのは、保健システム関連の問題に対する簡単な解決策はないという事である。保健システムの改革を目指す国レベルでの取り組みの結果は様々である。これまで多くの国が、大がかりな保健システム改革を試みてきた。例えば、ガーナ、コロンビア、メキシコ、中国、タイ、そして東ヨーロッパ諸国などである。一方、限られた改革への取り組みを行ってきた国もある。社会保障システムの改革を行った台湾、病院の支払いシステムの変更を行ったキルギスタンなどである。富める国もまた、自国の保健システムのパフォーマンスを改善するため、新たな戦略に取り組んできた。そして、これらのどの国も問題に直面してきた。例えば、米国のように、必要な改革への政治的支持が得られなかった国がある。国内の特殊な状況に、代替政策を導入した際、その結果何が起こるか分からないという不透明な状況に苦慮した国もある。また既に採用してしまった改革を効果的に実施しようという時に障害に邪魔された国もある。

このような諸問題があるにもかかわらず、改革への努力は決して無駄なことではない。各国の経験によれば、良く機能している保健システムには良い結果がついてくる。例えば、日本をみてみよう。極めて低い乳幼児死亡率と長い平均寿命で示されるように、日本は世界最高の健康水準を達成している。それは、一つには良く機能してきた日本の保健システムのおかげである。1945年から、日本は疾患別（例えば、結核）アプローチに焦点を当てた国家政策を通じて、戦時中に壊された保健システムの再構築に取りくんできた。その一方で、コミュニティへの保健師派遣や、コミュニティに密着するボランティア支援を行った。母親は母子健康手帳を受け取り、そこに新生児の成長と健康状態を記録した。このアプローチにより、母親は子供たちの健康や治療を管理できるようになった。こうして自国の保健システム改革に成功したという経験を踏まえ、日本は、途上国もまた国内の保健システム改革にもっといろいろな事ができるはずであり、G8はそのプロセスを後押しできるキャパシティとそうすべき義務があると確信している。