

3) 学会等発表

日付	内容	依頼者	備考
2008.06.26.	System and community in global health	国立台湾大学	「今後 30 年間のための公衆衛生」会議 (台湾)
2008.09.27.	Challenges of sustainability for low income countries	香港社会医学学院	香港社会医学学院 公衆衛生会議(香港)
2008.10.3.	International Health: Community-based Malaria Control: From Asia to Africa	世界熱帯病学会	第 17 回熱帯病学とマラリアの国際会議 (ICTM2008)
2008.11.04	Opportunities for Overcoming the Crisis	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・アクションに関する国際会議(東京)
2008.11.06	Health workforce shortage against NCD threats in developing countries: identifying challenges and opportunities	環太平洋連合 (APRU)世界機関 (AWI)	AWI 公衆衛生ワークショッププロジェクト (国立シンガポール大学)
2009.01.17	「国際保健の課題と日本の貢献」研究会による活動	日本医療政策機構	多機関協働グローバル・ヘルス会議「イタリアへの継承と日本の取り組みの継続」(東京)
2009.01.27	Opportunities for Overcoming the Crisis	G8 北海道洞爺湖サミット・フォローアップ	Dissemination Seminar in Asia Global Action for Health System Strengthening in Thailand
2009.02.23	Health workforce shortage against NCD threats in developing countries: identifying challenges and opportunities	環太平洋連合 (APRU)世界機関 (AWI)	環太平洋連合 (APRU)世界機関 (AWI)の公衆衛生会議 (スタンフォード大学)

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 武見敬三 マイケル・R・ライシュ	9
保健人材危機克服の機運をいかに活かすか 神馬 征峰	27
途上国における保健財政の強化 ラビンドラ・ランナン・エリヤ	63
保健情報分野での協調に向けて 渋谷 健司	101
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、昨年のハイリゲンダム・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。

## 保健システム強化に向けたグローバル・アクション

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

の関心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>8</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う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



## 保健システム強化に向けたグローバル・アクション

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、維持しようとすること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適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

## 保健システム強化に向けたグローバル・アクション

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こと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>10</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」会合を持ち続けると述べた<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



## 保健システム強化に向けたグローバル・アクション

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

## 保健システム強化に向けたグローバル・アクション

年の間に人間の安全保障という概念に取れんしていった。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ない中核部分を守り、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が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・ヘルズ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・ヘルズに取り組むことで、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定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



## 保健システム強化に向けたグローバル・アクション

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質的な解決策を探る
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