

## 保健システム強化に向けたグローバル・アクション

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MDCs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、バリ宣言<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く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。これを換えると、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、保健に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との相互関係のうち、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. 医療提供者と患者の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の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達成されるのか、あるいは達成されるのかわかることができない<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。

## 保健システム強化に向けたグローバル・アクション

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

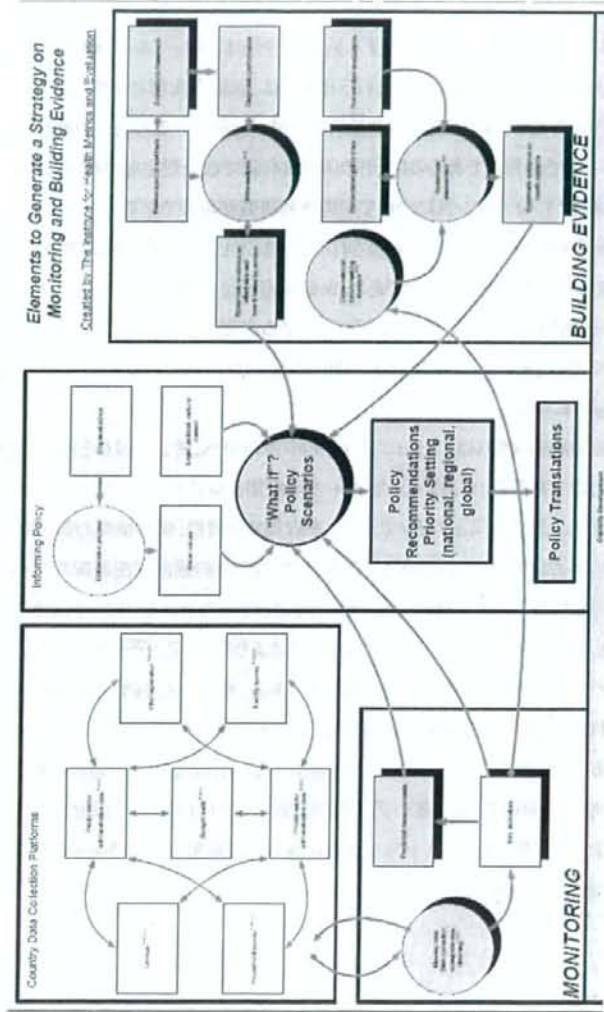
保健情報の主な機能は、さまざまなステークホルダーによって担われている<sup>27</sup>。世界、国、国内の各レベルにおいて政府や学界や市民社会の関係者が関与している保健情報の機能としては、(1)データの収集と編纂、(2)モニタリングと評価、(3)保健システムのエビデンス形成に必要な保健システムの系統的分析と保健プログラムのメタ分析などがある(図)。後者2工程は、政策形成に必要なインプットとなるが、必ずしも政策形成のための十分条件ではない。

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)

## 保健システム強化に向けたグローバル・アクション

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いう一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への支援を行った<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/AIDS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じ、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>。

## 保健システム強化に向けたグローバル・アクション

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 データベース 規範と基準 研究開発 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 WHOの国際保健規則で規定された脅威 リスク要因の移転 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、想定外の費用や利益が生じる
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 キャパシティ開発 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 貧困者 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義務である。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生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。

## 保健システム強化に向けたグローバル・アクション

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、データが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、推定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い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C8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

## 保健システム強化に向けたグローバル・アクション

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、データの質の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1990～2005年の期間について入手できる統計は全体のわずかに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中で、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っている。(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、体系的な分析)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的な非感染性疾患まで)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

## 保健システム強化に向けたグローバル・アクション

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しう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>。