

婦の分娩時合併症の救命は極めて困難である。

2-2. エイズ感染の予防的介入に関するエビデンス

エイズ感染予防に関して現在までされた研究の成果として、保健介入の対象、検証された研究の質、効果の有無、費用対効果比、実際に提供した際に個人の行動等に影響される幅（コンプライアンス）を示した。

エイズ予防においては、行動変容を伴う保健介入の効果は極めて限定的である。実際、質の高い研究で効果が確かめられていて、コンプライアンスの幅も狭く、投資の効果が比較的確かで高いと考えられるものは、包茎手術と母子感染予防（PMTCT）のみである（33, 34）（35）。ただし、PMTCTは介入の対象が限られており、根本的なエイズ予防となる保健介入とはいえない。

一方、コンドーム使用はコンプライアンスの幅が大きく、アフリカでの効果は限定的である。これは、VCTにも当てはまり、人口レベルでの効果に関するエビデンスは乏しい。しかしながら、UNAIDSなどの予算配分を検討すると、効果が証明されている介入に重点的に配分されているとはいえず、効果的な財政戦略がとられているとはいえないことが分かる（14）。効果が確実に上げられる予防戦略に集中投資せず、効果の定かでない介入を場当たり的に行っていることが、現在の世界のエイズ予防戦略の最大の問題点であろう。

2-3. 5S-TQMと母子健康手帳配布に関するエビデンス

本邦における国際保健協力における伝統的かつ代表的な案件として、5S-TQMおよび母子健康手帳の効果に関する科学的根拠を検討した。なお、医療や保健の質改善介入に関する試みは多く、世界的にもQCやオペレーションリサーチを通して、さまざまなモデルが試みられている。JICAによって推進されている、改善活動に端を発する5S-TQMも、この一つとして分類されるものであり、必ずしも我が国独自のものではない。現在ランダム化比較試験をはじめとした質の高い研究で検討されている、先進国・途上国を含めた医療・保健従事者向けの医療や保健の質向上の介入を検討し、表3に示した。

データベース等による診療や保健の現況のモニターとそのフィードバックによる改善、また医療従事者の教育のための会議やワークショップ、現地でのワークショップ開催、現場での指導者育成の効果は見られるものの、その他の質向上のための介入で効果の明らかものは少ない。5S-TQMのような保健や診療の質改善モデルに関しては、検索する限り、ランダム化比較試験はおろか、前後比較研究（Controlled Before-After Study）や時系列研

究（Interrupted Time Series）のような標準的評価研究においても検討されておらず、効果は不明である。

母子健康手帳に関しては、その効果を検討した研究について系統的に検索されている（44）。直接母子健康手帳における保健アウトカムへのインパクトを評価した研究は二件あり、一件は日本において地域ごとの母子健康手帳の配布率と周産期死亡率を検討した研究と（45）、もう一件はインドネシアの世帯調査（DHS）を用いた2次の分析による研究である（46）。

前者のエビデンスの質は低く、参考にならない。後者で扱われているインドネシアのDHSによると、アウトカム指標としての保健介入カバー率のひとつである、ワクチンの接種率（アウトカム指標である保健介入カバー率の一つ）は、1997年の30.8%から2007年の37%に増えている。著者らによると、それは2004年にインドネシアで母子健康手帳が唯一の保健介入記録の手段となったからであると、推察している。しかし、2007年度のデータをみると、ワクチン接種率が向上したのは、実際にはワクチンカード（母子健康手帳）を持たない群であった。これからも母子健康手帳による介入の効果のエビデンスは乏しいと言わざるを得ない。むしろ、実際の保健介入のスケールアップのための方策をどのように行うのか、そして、そのための保健システム強化のための制約をどのように克服していくかという議論をせずに、既存のワクチンカードを母子健康手帳に変更したところで、アウトカムやインパクトの向上に直結しないことは明らかであろう。

5S-TQMも母子健康手帳も、基本的には効果的な保健介入を円滑に導入し実施するためのツールとして考案されているものであることに留意すべきであろう。逆にいえば、これにより妊産婦や小児の死亡を減少させることを目的としたものではない。世界的には、プロセスの向上を目的とするものとして、スコアカード等によるフィードバックと監視による継続的な質向上や、リーダーシップ・ファシリテーション・ワークショップが、効果も確かめやすく標準的となっている。小児の成長・予防接種や妊娠中のケアに関してはユニセフのカードなどが存在している。新たなツールを導入する際には、そのための目的を整理し、質の高い科学的根拠で検討したのち、他のドナー国やmulti-stakeholder partnershipsと協議して援助協調をするべきである。

3. グローバルヘルスの最近の潮流

3-1 多国間ドナー協調の動きと保健介入スケールアップ戦略の継続

第一に、伝統的な国連機関や単独の二国間援助機関（バイ）のスキームの影響力が引き続き低下する傾向と（47）、国際機関による伝

統的マルチ、巨大国際NGOs、さらには、新たな官民連携を含むmulti-stakeholder partnershipsによる巨額な資本に基づくグローバルヘルス・イニシアチブ（GHIs）による、保健介入のスケールアップ戦略とドナー協調の動きの潮流に変化はない。実際、保健介入のスケールアップ戦略は大きなインパクトを与えており(48)、抗レトロウイルス薬やDOTSの普及が進み、さらには、後述するように、最新の世帯調査によると、一部のサブサハラ・アフリカ諸国では5歳未満児死亡率の急速な低下が観察されていて、これは保健介入（ワクチン、ビタミンA、蚊帳配布、など）のスケールアップによるものと考えられる。

一方、パリ宣言以来のドナー協調の流れは、現在IHP+を軸にした保健システム強化（Health System Strengthening: HSS）に象徴されるであろう。欧米や国際機関によるドナー協調は今に始まったことではなく、80年代の保健計画介入や90年代のPRSPやSWAPsなども形を変えたドナー協調であり、その流れが再度IHP+にて具現化したと考えるのが的確であろう。しかし、少なくともPRSPやSWAPs、あるいは、Universal Access to HIV/AIDS Careなどの援助協調によって、途上国保健システムが強化されたという、具体的エビデンスは今のところ存在しない(49)。ましてや、こうしたドナーの国の保健計画策定などへの強制的介入によって、より良い保健改革が成功した事例は極めて乏しいのは、80年代や現在の財政に関する欧州ドナーによる実験の失敗がよい教訓であろう。

また、我が国は一般財政支援を行っていないが、最近の詳細な分析によると(50)、一般財政支援に使用された保健援助資金は実は非常に小さい(図8)。Multi-stakeholder partnershipsに積極的に貢献していくためには一般財政支援を行いうるスキームを開発する必要があるが、一般財政支援が援助協調でリーダーシップをとるために必須かどうかは、極めて疑問である。我々は、IHP+など欧州諸国のレトリックによりこのあたりを刷り込みされているのではないだろうか。

また、一般財政支援を行うためには、援助側に強力な戦略形成能力とファシリテーション能力、的確な現状分析能力が必要であり、まずこうした政策能力を発揮するところから開始すべきである。そして、強力なパイは、multi-stakeholder partnershipsにおいても主導権を発揮するためには極めて有効であることを忘れてはならない。一般財政支援としての資金云々を論じる前に、効果のある案件をスケールアップするための具体的戦略とルール作りにおける専門性とリーダーシップを確立し、また、パイによる具体的案件を介した連携の方がドナー協調における主導権を取れることを考えるべきである。

ドナー協調を後押しする背景には、保健介入のスケールアップを目的としたGHIsの数の拡大と被援助国の保健システムに対する悪影響が存在することは否めない(48)。HSSの大きな流れに疾病対策中心のGHIsが乗る姿勢を見せているが、HSSに対する具体的な施策に乏しく、その方向性に懸案が出始めていることも事実である。特に、IHP+を軸とした、世界銀行、世界基金、GAVIアライアンスによって提唱されている共通HSS資金メカニズムは、今まさにそのHSS戦略の具体案を検討中である(51)。しかし、HSS活動の範囲、UNICEFや他の国際NGOのような国や地域において具体的な保健サービス供給に力を注いでいる機関との連携や、国別の資金供給メカニズムについての議論は、予断を許さない。

しかし、こうした資金力と機動力のあるmulti-stakeholder partnershipsがHSSを推進することは、洞爺湖G8以来の我が国の打ち出しているHSS戦略にとっては助け舟である。我が国のHSS施策をより具体化した施策を、こうしたmulti-stakeholder partnershipsの流れと連携させることは、我が国の保健ODAの戦略上極めて重要である。

しかし、HSSという特別な案件を行うことには意味がなく、HSSは端的に言えば、“Health Service Solutions”だということを忘れてはならない(52)。つまり、地域の医療施設に行っても保健サービスがないことが根本的問題なのであり、そのための解決策を、multi-stakeholder partnershipsの流れとリンクさせながら、パイにおけるスキームと我が国の比較優位も考慮に入れつつ、国や地域別により具体的に提示していくことこそが、今後の我が国のグローバルヘルス戦略の大きな鍵となるであろう。

3-2 保健システム強化とリンクした母子保健回帰傾向

2つ目に、保健関連MDGでは、2000年初期からのエイズ治療へのモーメンタムが急速に低下しはじめ、保健システム強化とリンクした母子保健回帰の傾向がみられる。既に、(パイ(米国、ノルウェー、カナダ、英国)やmulti-stakeholder partnership (IHP+)、巨大国際NGOがコミットを表明し、既存マルチ勢力(いわゆるH4)との主導権争いも始まっている。しかし、この回帰は、必ずしもカイロ会議以降のリプロダクティブ・ヘルス戦略をそのまま踏襲するものではなく、具体的介入に関しては、世界的には大きな見直しが行われている。

たとえば、家族計画と妊娠健診(ANC)は、それぞれ望まない妊娠や女性の地位向上、そしてskilled birth attendant (SBA)によるケアの推進に大きな貢献をした。しかし、MDG5指標である妊産婦死亡率が一向に低下しない

のはなぜだろうか。また一方では、マトラブのように高い出産率の中で着実に妊産婦死亡率の低下が見られた事例もあるのはなぜだろうか(53)。人類学の教えるところは、まず死亡率の低下が起こって初めて出産率の低下につながる。それゆえ、優先順位を死亡率の低下に置くことは理にかなっている。人口コントロール政策の失敗を見直し、新たなリプロダクティブ・ヘルス戦略、特にMDG5達成のための施策を再検討することは喫緊の課題である。

3-3 戦略的かつ成果の見える効果的な資源の活用

昨今のグローバルヘルス領域における開発資金の流れには3つの特徴がある。まず、バイ、UNや開発銀行の占める割合は低下し、かわりに、世界基金、GAVIアライアンスや民間資金の割合が急激に増大していることである。次に、開発資金総額は、2002年より急激に増大しているが、おもに米国ODAと民間財団や企業によるものである。最後に、この期間の伸びの内訳は、主にエイズ関連、特に抗レトロウイルス治療薬に対するものであったが(50)、ドナー諸国における昨年来の経済危機の影響が今後顕在化し、これまで世界的に上り調子であった保健セクターへのODA資金が、今後頭打ちになる可能性が高い。

これは、我が国の保健ODAも例外ではなく、米国や英国とは対照的に保健ODAの減少が続く我が国では、戦略的かつ成果の見える効果的なODAの活用がますます求められる。そのためには、まず、少額の成果のほとんど見えない案件を数多く行うことを見直し、我が国の比較優位を考慮し、質を重視した成果の見える案件を厳選し、集中投資せねばならない。そのために最初に行うべきことは、我が国ODAが、保健セクターのどの分野にいくら投資したのかというデータを公表することである。DAC報告は、保健案件の分類やその他に関する技術的問題も多く、再度、シアトルグループの行ったような方法で詳細な分析を行い(50)、わが国保健ODAの使用に関するベンチマーキングを行うべきである。

次に、我が国が標榜する「現場主義」の本質的な意味を再考すべきである。現場主義とは、現場にいたることではなく、顧客である現地の人々が求めるものを、いかに効果的に提供できるかにそのすべてがかかっている。現場主義を徹底するためには、今一度、顧客主義とそのための科学的マーケティング(たとえば標準世帯調査を利用した保健状態やニーズの把握)によるベンチマーキングを基本に据えるべきである。特に、我が国ODAは、カンントリー・オーナーシップを強調するが、OECDでは1980年代から「政策対話」と「カンントリー・オーナーシップ」が既に提唱されており、最近

のIHP+においても再度強調されていて、なんら目新しいものではない。問題は、そうした理念以上に、実際に、援助の受益者であるべき人々の実情が、実証的・科学的に分析されているかということである。政府発表のデータのみを鵜のみにしては、こうした対応はとてもおぼつかない(53)。

また、ガバナンスの欠如した政府を相手にする場合には、要請主義はほとんど意味がなく、むしろ人間の安全保障的観点からは、国家としてのオーナーシップを迂回して現地に根差したNGOなどに直接資金が行くスキームのほうがより効果的であるといえる。現地のニーズを客観的に把握し、政府を巻き込んで透明性の高い政策形成を行うためにも、「Marginal Budgeting for Bottlenecks (MBB)」などの標準ツールを用いた定量的なアプローチが重要であり(例：ナイジェリア)、さらに、我が国の援助機関(外務省やJICA)が案件発掘・形成に積極的に関与し、国のオーナーシップへの配慮をしながらも、市民社会等を巻き込んだ優良案件の発掘等に積極的に協力していくことが肝心であると考える。すなわち、コアとなる国の機能(たとえば社会保険制度の整備)へのサポートは継続し、一方で、他の保健システム機能、例えば保健サービスの供給や人材育成などは、民間で行ったほうがはるかに効率が良いケースも多いのが現実である。

最後に、具体的な成果を世界標準の評価指標で示すことができなければ、結局独りよがりの援助になりがちであり、それでは我が国の求める「顔の見える」援助になりえない(図11)。成果とは、具体的には、アウトカム(保健介入有効カバー率の変化)やインパクト(死亡率や罹患率の低下)のことである。もちろん、インパクトである小児や妊産婦死亡率の変化が究極の評価指標ではあるが、世帯調査や測定の容易さや時系列変化の観点から、現在では効果の証明された保健介入のカバー率が、モニタリングと評価における最も重要なアウトカム指標と考えられている(24, 25, 54)。

これまでのわが国のODAでは、インプット(資金、人材、機材、など)やプロセス(TQMプロジェクト)などに焦点があてられ評価が行われていた。しかし、それらは目的ではなく、インプットやプロセスを用いて、成果(アウトカムやインパクト)を最大限にすることこそ肝心であろう。むしろ、個別の小さな案件でアウトカムやインパクトを示すことは無理であるし、また、現在のようなスケールアップとパートナーシップの時代には、国の保健計画や援助協調からかい離れた案件はほとんど意味がない。しかし、MBBなどを利用して国別の保健計画策定に参画し、我が国が協力する分野と案件を明らかにし、比較的規模の大

きい個別案件はアウトカムで、保健介入スケールアップのインパクト評価は各機関共同で(たとえば援助協調の中でIHP評価フレームワークを用いて)行い(54)、その中で我が国の貢献を定量的に示すという方向性を原則とするべきであろう。

また、モニタリングと評価を適切に行うためには、ベースラインの測定を含め、JICAが従来行ってきたような施設における保健情報システム(HMIS)の強化だけでなく、人口レベルでの保健情報システム強化を行う必要がある。特に、保健情報の基礎ともなる人口動態統計の整備やMDG指標の定期的計測のための世帯調査(DHSやMICSなど)の多国間共同実施などは最優先事項である(23)。これらは、セクター横断的な案件のために我が国ODAではほとんど実施されてこなかったが、今まさに世界的なトピックである。実際、現在、世界基金、GAVIアライアンス、世界銀行による保健システム強化のための共通プラットフォームが提唱されているが(51)、このプラットフォームがこれまでの援助協調と最も異なる点は、モニタリングと評価を最重視している点である。これにより、MBBなどを用いた国家計画、インパクト評価やresults-based fundingをより効果的にかつ適切に行うことができる。

むしろ、政治案件や理不尽な案件も過去にはあったであろうが、それを行っている余裕はないのが、現在の保健ODAの実情である。アウトカム志向の案件形成とアウトカム指標による厳格なモニタリングを行うことで、そうした無駄も排除されていくことであろう。また、効率化を推進し無駄を排除すると同時に、MDGを達成するために依然として存在する巨額の資金ギャップに対応し(55)、multi-stakeholder partnershipsに積極的に貢献していくためには、限られたパイを増やす必要があり、ODA全体の中での保健セクターの割合(現行3%)を10%程度まで増やし、さらに、民間資金や従来とは異なる資金調達メカニズムを促進していくことが不可欠である(56)。

特に、multi-stakeholder partnershipsにおいて我が国が保健外交を積極的に展開していくためには、従来のマルチ(国際機関を通じた援助)やバイ(二国間援助)のみではその効果は限定的であることを踏まえ、multi-stakeholder partnerships参加のための柔軟なモダリティの具現化を目的とした議論を進めると同時に、伝統的パイによる具体的案件を通じた連携によりmulti-stakeholder partnershipsの中で主導権を発揮していくためのスキームと国別戦略を実施することが、現状では最優先である。

一方、革新的資金調達メカニズムは、地球温暖化対策、開発全般においても議論されており、グローバルヘルス領域でも、IHP+を軸と

するハイレベル・タスクフォース(51)、WHOの薬品の研究開発における知的所有権の議論から発した研究開発における財源のための専門家会合(57)の2つがあり、今後、これらの主導権争いも予想される。我が国が、革新的資金調達にどのように関与していくかの具体的な議論と戦略が必要である。しかし、世界的にも実現可能な選択肢は限られており(連帯税、航空券課税、たばこ税の目的税化、通貨取引税、国債発行によるODA前倒し、自発的貢献など)、このうち我が国が比較的容易に実施可能なものは、課税(連帯税または航空券課税)と携帯電話や航空券等購入時の自発的貢献であろう。

もちろん、我が国の税制を含め、極めてデリケートな政治経済的配慮も必要である。しかし、新たな資金調達メカニズムは、やるかやらないか、という選択ではなく、いずれその導入は避けられないのだから、いつどのように行うかという前向きな具体的な検討を、民間を含めて多角的に行うことが大切である。わが国NGOも、従来のようにODAに頼り切るのではなく、こうした機会を利用して、新たなビジネスモデルを作り上げ自活していかなければ、先細りするODAとともに衰退の一途をたどるであろう。国民の積極的参加を促進し、広く浅くある程度の規模の資金を収集するためには、官民協調で、国民の幅広い層のグローバルヘルスへの理解を深め、国民一人一人の貢献が成果の上がる案件に使われるように説明責任の推進を行うことが必要である。

3-4 イノベーションとビジネスモデルの積極的活用

4番目に、先進国の発展段階モデルを直接途上国に適用できないことは文化人類学の常識であるが、急速なグローバル化の中、そうした旧式な援助モデルを凌駕するようなイノベーションが今後グローバルヘルス領域でも急速に活用される可能性が高い(58)。予防的介入においても、例えば、下痢に対するロタウイルスワクチンや肺炎球菌ワクチンなどの極めて有効な介入が導入されつつあるし、また、コールドチェーンを必要としないワクチン開発や従来の地域における介入においても、安価な最新テクノロジーやビジネスモデルによるマネジメント手法を用いた革新的なアプローチがゲイツ財団や国際NGOsを中心に導入され、効果をあげ始めている(59)。例えば、バングラデシュでは、医師の不足している村の住民に検査キットを配布し、検査データを携帯電話を用いて送付することで、医師不足地域の住民の健康状態把握と医師などの診断・治療の必要性の有無を判断している。この案件は、最新テクノロジーを用いた住民の健康促進と医療の効率化の良い例であり、我が国が逆に途上国から学ぶことのできるモデ

ルである。こうしたテクノロジーやイノベーションの活用は、単純に人道的・道義的理由からの支援のみではなく、もちろん将来のマーケットや被援助国の囲い込みを含めた、極めて現実的な対応でもある(60)。

我が国の技術力が大いに活用できる分野でありながらも、保健ODAではそれらの活用が極めて限られているのが現状である。これは、わが国にとって大きな損失であると言わざるを得ない。我が国のグローバルヘルス業界が、極めて閉じた特殊な状況にあること、そして、グローバルヘルス自体が国内的に認知されていないことと、無関係ではない。

例えば、WHOの専門家委員会に招待されるのは、いわゆる「国際保健」の専門家ではない。多くの場合、その分野の世界的権威であり、加盟各国の国内的には新生児対策、結核対策、あるいは、メタボ対策などの第一人者である場合が多い。しかし、我が国の国際保健分野は、途上国の現場は語れるが、国内的に各専門分野での最先端を走る専門家は極めて少ない。ましてや、新たなイノベーションやテクノロジーの活用、ビジネスモデルの利用という分野への造詣は乏しい。

しかし、これは、国内にそうした人材がいなからである、というのが通説になっているが、こうした議論に我々は必ずしも与しない。なぜならば、普段は国内で、例えば世界一の新生児ケアを提供している我が国の新生児専門家の知識は、MDG4戦略形成に大きな力となるであろう。途上国とは全く縁がなく現場に直接出向くことのない企業に優れたモデルがあれば、それを現場に活用し、結果を示せば、双方にとってまさにwin-winの状況を作ることができるであろう。我が国ODAの研修はともすると、途上国の中央や地方政府の役人への研修(特に、我が国への視察を兼ねた研修)を主に行ってきたために、その対応も政府機関が主な役割を占めてきたが、そうした研修の効果に関するエビデンスは乏しい。今後は、民間や現場、あるいは政治家を含めたあらゆるレベルでの底上げを図るべきであり、我が国の革新や変革が最も起こっている分野との連携は相互に大きな便益をもたらす可能性が高い。これらの潜在的人材の活用と実践の場を形成することは、外務省のみで行うものでもなく、横断的な機能を持つ枠組みが必要とされる。

我が国でも一般の開発や環境・農業関係ODAではこうした議論が進んでいるが、保健分野では極めて遅れていると言わざるを得ない。こうした状況を打破し、戦略的にODAを民間のイノベーションとリンクさせる方向性が、今保健外交全般に求められている。国内の専門家集団の積極的参画が進み、広くグローバルヘルスの必要性と国益が国民に認知されて初めて、我が国の保健ODAは確固としたものとなる

であろう。

3-5 国内外の保健政策の一貫性

最後に、健康リスクのボーダレス化により、国内外の保健政策の一貫性とオールジャパンとしての官民連携が、ますます求められていることが挙げられる。そもそも「グローバルヘルス」というコンセプトが出てきた背景は、21世紀型パワー・ポリティックス(61)、すなわち、国際社会共通の課題を解決する能力が、軍事・経済力と同等な外交上の武器になりうるものが、ヘルスという分野で具現化したことと無関係ではない。実際、グローバルヘルスに用いるツールや理論は、多くの場合、国内外共通のものである(62)。その格好の例はパンデミックインフルエンザ対策である。今回のH1N1対策とその後のワクチン供給に対する一連の混乱と騒動は、今後の我が国の国内外保健案件に対する意思決定過程を含め、極めて多くの教訓を残している。

また、保健関連MDG以外の疾病負担の急激な増加による健康転換が進展しており、特に、途上国を中心に生活習慣病対策の重要性が指摘されている。既に米国と欧州が中心となり、インドと中国という莫大な人口を抱えた国を巻き込み、研究開発、薬剤治験や将来の市場をも視野に入れた「慢性疾患コンソーシアム」が立ちあげられている(63)。これらは、我が国の将来の国益に直結する案件である。政権与党によって提唱されている経済成長戦略の中の重点分野には、環境・エネルギーとともに保健医療が挙げられており、こうした観点からもODAに占める保健セクターの割合を現行の3%から最低でも10%(近い将来の我が国の医療費の対GDP比)にまで増加させることは、極めて正当化されることである。

こうした中で、我が国の国内外にかかわる共通案件における保健政策・策定機能は皆無に等しい。それは、官僚中心の意思決定メカニズムに制度疲労が起きていることと、官僚以外には我が国にはいわゆる「保健政策人材」が圧倒的に不足していること、が大きな理由だと言われている。もちろんUSAIDのように、保健部門の半数以上のスタッフが博士号を持つ必要もないが、要は、我が国の保健戦略策定は、真の国際的プロフェッショナルが参画していないことが、もっとも大きな問題である。これは、我が国がmulti-stakeholder partnershipsでルール作りに実際に参画する機会に乏しく(国際機関幹部の不足)、情報も集まらず、新たな人材も育たない、という悪循環に陥っていることとも無縁ではない。最低限修士号を持つ専門性の高い職員を保健ODAの実戦部隊であるJICAに配属し、国際機関やmulti-stakeholder partnershipsの現場に積極的に参画させるとともに、博士号の取得も考慮に入れて、国際標準のグローバルヘルス

のプロフェッショナルを養成する必要があるであろう。

しかし、逆に考えれば、政策後進国である我が国は、国際保健政策政先進国（英国、北欧諸国、米国、タイ、フランス）の戦略から学び、「良いとこどり」をすることができる利点があるのではないかと。実際、我が国は、明治以来、世界の良いとこどりをし、それを改良し世界にフィードバックしながら発展してきたのではなかったのではないだろうか。保健ODAにおいては、「我が国独自の・我が国で使われてきた」介入が好まれる傾向が一般にあるが、そうした情緒的議論では、独りよがりの援助に陥るのが関の山である。

例えば、洞爺G8サミット前後の活動において、とくにトラック2として機能した「国際保健の課題と日本の貢献」研究委員会（いわゆる武見WG）は、あらゆるステークホルダーがそれぞれの長所を生かし、各ステークホルダーの利益相反を極力排し、オールジャパンとしての戦略形成を我が国のグローバルヘルス分野で行った初めての例であると言えよう。この成功の鍵は、ひとえに、強いリーダーシップと調整能力のもとに、戦略的に国内外の一流の専門家を動員し、さらには、ランセット誌を用いた情報発信を行ったことに尽きる。これにより、我が国のG8での活動は、最近のランセット誌でも再評価がなされた(64)。外交当局は、今後もトラック2的アプローチのさらなる活用を積極的にサポートすべきである。もっとも、その後形成されたIHP+の革新的資源創出に関するハイレベル・タスクフォースの保健システムにおける制約に関するレポートでは、洞爺湖G8フォローアップにおける提言の良いとこどりが行われており(55)、それが自分たちのビジョンであるかのように発表するところは、さすがしたたかな英国であると言わざるを得ない。

英国との比較をみると、我が国のグローバルヘルス政策戦略形成において決定的に欠けていることは、2つある。まず、戦略形成過程が極めて不透明であり、関係者の利益相反に関する条項も不明である。真のプロフェッショナルが参加し透明性を高めるためには、国内各分野の世界的権威を招集すること、世界の潮流をつかみmulti-stakeholder partnershipsでのリーダーシップをとるために国外の専門家による国際アドバイザリーパネルを設置すること、そして、戦略形成過程の議事録をすべて公開すること、の3点が必要である。また、関係者の利益相反を防止することは、世界的には専門家会合に関わる場合の必須条件である。実際、一部の有識者の提示した戦略が自分の関わる団体の利益に直結することが指摘されたために、我が国のODA有識者会議が停止されたこともある。

第2に、成果を発信する能力の欠如である。情

報化社会の現在、成果を定量的に世界に発信しなければ、成果は世界的には評価されない。特に、インパクトの高い英文専門誌への発表は、我が国のグローバルヘルスのプレゼンスを高めるのに最も費用対効果の高い方策である。残念ながら、我が国のグローバルヘルスにおけるこうした学際的活動は極めて限られている。例えば、国際医療協力研究委託費は平成20年度で約20億円以上あったが、22の研究班のうち、実に15班が国立国際医療センター医療協力局の職員が研究主任となり使用されている。その他の7班でも、分担研究者は国立国際医療センター医療協力局が多い。その成果はHPに公表されているが、国際一流誌に掲載された研究はほとんどなく、その多くがレポートの域を出ていない。

これでは、我が国が戦略的知的貢献をできないのは明らかである。グローバルヘルス関連の公的研究費も競争的かつ公正な方法で配分されなければ、到底質の高い研究も多く出てくることはなく、次世代の若き研究者に機会が与えられることもない。こうした状況を変えていくためにも、ODA活動を戦略的に活用したい。例えば、ケニアの代表的研究施設であるKEMRIの例をとると、我が国が建物を建て、その後米国CDCによるエイズ研究や英国DFIDやウエルカムトラストによる熱帯病研究が行われ、その成果は一流雑誌に発表され、その後の保健介入の潮流を形成し、大変大きな成果を上げてきた。こうしたサイクルを、我が国保健ODAにおいても形成することは可能ではないであろうか。

他の国の政策の良いとこどりと同時に、我が国がリーダーシップをとることができるように、ODAを通して、中堅の有用な人材（政治家、官僚、学者、市民社会）が積極的にmulti-stakeholder partnershipsの場に接することができる機会を増やすとともに、そうした人材がグローバルヘルスに対する戦略的かつ実践的な政策研究を行うことができる環境を整備することも重要である。そのためには、我々学者も、官民関連機関と高等教育機関の連携を促進し、高等教育機関の学術的プログラム内容をも時代の流れに沿ったものとしていかねばならない。

上記、5つの潮流を鑑みると、multi-stakeholder partnershipsにおけるドナー協調への積極的参画、成果の見える厳選した案件への投資によるプレゼンスの確保、オールジャパンとしての官民双方の共同作業による透明性が高くイノベーションを活用した効果的な保健戦略形成過程の確立、既存の国内専門家の積極的登用と育成、国内外でのマーケティング戦略を柱とした、具体的かつ大胆な施策の実施に、我が国保健ODA・保健外交の将来はかかっているといえよう。

4. 我が国の比較優位はどこにあるか？

4-1 比較優位性を論じるための2つの視点

今後の国際保健協力において我が国の比較優位性を検討する際、主に二つの視点が考えられる。ひとつは現在までの我が国の国際保健協力において比較的実績を残してきた分野や方法を念頭に置く視点と、もうひとつは我が国国内の保健医療の各分野の中で、主要ドナー国に比べて優位な分野や方法に念頭をおく視点である。

第一の視点においてよく指摘されているのが、「人材育成」である。我が国の政府開発援助においてさまざまな形での研修や教育機会が提供され、きめ細かな人材育成が推進されてきたとされている。しかし、国際機関等における我が国の人材、とくに上級職員の少なさやmulti-stakeholder partnershipsでのルール作りで活躍する人材の不足を勘案すると、政策人材の育成は我が国の喫緊の課題である。我が国は、地域や施設での人材育成に優位性があると考えられているが、それを示すエビデンスはない。ODAにおける「人材育成は我が国の強み」という分析は、ほとんどが提供側の我が国の研究者による主観的評価によるものが多く、客観的・科学的評価とはいえない。また我が国の人材育成プログラムの多くが、途上国の保健医療専門家の短期研修と言う形を取っており、その効果に関しては疑問視する声も多い(65)。

一方、教育やトレーニングの効果の評価手法は、実際には保健介入よりもはるかに研究されており、こうした手法を用いて検証することは、実際に可能である。また、必ずしも「教育＝効果発現へのタイムラグのある案件」とは言えないことに、留意したい。上述したように、エビデンスで証明できていないものは、パイロット案件と実証研究の連携により証明してから導入すべきであり、それは5S-TQMにもあてはまる。それを行わない限り、いつまでも、人材育成は日本のお家芸、しかし、そのエビデンスはない、というジレンマが続くことになる。

パリ宣言以降、世界のドナー国や組織・機関が、同じプラットフォームで援助を推進していくこと、その際、効果が明確に証明された介入を中心に協調して取り組むことが約束事となっているが、根拠に基づく手法、共通の指標という世界標準の枠組みの中で、比較優位性を検討する必要がある。効果の証明されていない介入・手法の中で今後日本のフラッグシップとして残すべきものは、質の高い研究でその効果証明することで上記枠組みの中で我が国の優位性として存在感を示し、そうでないものは整理していく必要がある。国際保健協力に関して大きく世界の潮流が変化している現在、相手国の健康向上にとって真に効果があり、我が国の世界における地位向上

にも効果がある今後の国際保健協力のあり方を検討するために、国内の保健医療分野における比較優位性の客観的評価に基づいた戦略の抜本的な見直しが必要である。

4-2 保健関連MDGにおける我が国の比較優位性

保健関連MDGにおける、我が国と他のドナー国との比較から、我が国の保健医療分野における比較優位性を検討する。主要ドナー国として、米国、英国、仏国、独国、スウェーデンを選び比較した。

我が国は、これら主要ドナー国の中で、対GDP比の総医療費が最も低いにもかかわらず、保健アウトカム・インパクト指標の平均寿命や健康平均寿命では世界一位となっている(66)。また、日本の新生児死亡率および早期新生児死亡率は主要ドナー国の中で最も低い、1歳から4歳間の幼児死亡率は最も高い。妊産婦死亡率は主要ドナー国の中では中間に位置する。麻疹の罹患率は人口10万人当たり61で、主要ドナー国が軒並み一桁以下であることを勘案すると、非常に高いレベルにある。MDG6関連では、結核の罹患率が人口10万人あたり29で、これも主要ドナー国に比べて非常に高い。

妊産婦死亡率と新生児死亡率、麻疹発症率と幼児死亡率は、大まかに言うとそれぞれ施設における医療サービス、地域における保健サービスを反映する。妊産婦死亡も新生児死亡も、ほとんどが分娩中に発生するため、とくに早期新生児死亡率は施設における保健医療のレベルを反映する。一方で、麻疹の発症は予防接種のカバー率を反映し、幼児の死亡率は救急医療連携システムと事故予防を反映し、いずれでも地域における保健サービスを反映する。

我が国の保健医療制度において特筆すべきは、1961年に達成された国民皆保険制度である。その特徴は、社会保険制度を取っているにもかかわらず税収制を取る英国やカナダに近く100%近いカバー率を誇るだけでなく、さまざまな補助金制度による補完に支えながらも、利用者負担と診療報酬制度の微調整を行うことで保険財政全体を低く抑え、高効率な運用を実現し、医療へのアクセスに関しては世界に誇るべき実績をあげている。その反面、医療の質や医療資源の地域偏在などの問題が顕在化してきている(67)。しかし、皆保険制度は現在グローバルヘルスの大きなテーマであり、我が国の皆保険制度、介護保険制度、医療費抑制政策と医療の質に関する知見は、世界の保健システム関係者から注目を浴びている。しかし、現在のそうした知見を系統的に発信するノウハウはなく、現在予定されているランセット日本特集号は、まさにこうした点を実証的に世界に発信することを目指している。

戦後GHQの指導により整備された保健行政システムでは、当初脆弱だった市町村（地域）レベルの保健システムを勘案して、結核対策を根幹とした「保健所」が都道府県の下におかれ、疾病対策を中心に保健システム強化が行われ効果を上げたが、現在では都道府県と保健所を軸とする保健行政システムと、市町村を軸とする保健行政システムに断片化されているため、介入の浸透や協調の点で問題点も指摘されている(68)。我が国が、世界最長の平均寿命や世界最低の新生児死亡率や乳児死亡率を実現した背景には、経済成長や平等性の比較的高い社会、高識字・教育率といった社会的素因を除けば、医学において先進的な研究や新しい知見の創生は限られていても、その知見をいち早く応用した、医療現場における工夫と不断の努力があるといえよう。たとえば、MDG4・5分野において現在最も焦点が置かれている、妊産婦と新生児の医療について言えば、我が国の周産期医療界は新生児死亡対策だけではなく、多くのドナー国に到達不能となっている早産児や低出生体重児の救命でも世界で最も進んでいる。特に施設を中心とした母と新生児のケアなど、人工呼吸器やサーファクタント（未熟児の呼吸機能の改善に用いる薬剤）をはじめとする新薬が開発される以前から急速に進歩してきた本邦の周産期医療に見られる関係者の経験と人材プールは我が国の大きな比較優位性である。本来、相手国の状況に合わせ、地域重視の支援か、施設重視の支援かが変わる。自宅分娩が多い、あるいはSBAの浸透していない地域では、施設の強化も行いながら地域重視となり、その際には地域と施設を結ぶレファラル・アウトリーチ・地域連携も重要となる。他方、比較的このような基盤サービスが整っておれば、施設中心となるのが原則である。しかしながら、我が国の戦後の保健医療政策上の発展の土台は、地域というよりは国民皆保険制度を追い風とした施設サービスの拡充・浸透にあった。さらに、施設強化と言っても、首都の三次医療あるいは保健施設強化ではなく、1次および2次レベルの施設強化によってその担当地域の地域サービスに目を行き渡らせ、施設を基盤としながら技術レベルに応じて地域と施設のバランスを変更し、施設を中心とした地域との連携サービスを強化することも可能となっている。公的施設への不信感が強い地域では、施設を魅力的に改善することでアクセスも変化する。実際、日本はこれまで無償・有償で1次・3次医療施設の「箱物」・「ハード」を提供し、技術協力で医師・看護師などの技術・管理能力強化を支援してきた。こうしたソフト面を軽視したインフラ中心の援助傾向に対する批判により、1990年代からはこれを地域展開・地域型介入に代えてきた。しかし、未だに施

設中心介入は、他のドナーに比べると日本の比較優位があると考えられる。「箱物」はすべて悪とみなすことは、エビデンスに基づかない全くの誤解であり、事実、革新資金調達のためのハイレベル・タスクフォースによる試算では、MDGs達成のための保健システム強化のために必要なコストの約3分の1は施設などのインフラ整備によるものである(51)。TICAD IVのフォローアップとして、中核となる保健医療施設だけでなく、下位レベルの保健医療施設（ヘルスセンター等）に対しても建設・改修・設備などのインフラ整備や機材供与を積極的に実施し、下位施設の保健医療サービス機能を改善、レファラル機能を向上させる方針が打ち出されているが、上記に沿った援助の形として、集中的に地域を限定して投資することで、大きな改善を見込める可能性がある。TICAD IVのフォローアップに追加して、どのようなアウトカムを目標とするのかという点を新ODA戦略で打ち出すことは、施設に関するコミットメントを、世界的によりインパクトのあるものにしていく大変有効な施策である。

他方、MDG6、特に三大感染症分野においては、わが国も設立当初より積極的に参画している世界基金が最もインパクトのある活動を行っており、この分野におけるバイの比較優位性は（米国のPEPFARなどを除き）極めて乏しい。特に、現在JICAが積極的に行っているアフリカでのVCTをはじめとしたエイズ予防のための行動変容は、その効果のエビデンスに乏しく、再考を要する。実際、効果をあげているのは、世界基金を筆頭としたmulti-stakeholder partnershipsにおける効果的介入のスケールアップであり（ARVs、DOTSやITNs）、我が国も世界基金などを通して、今後も積極的に対応していくことがより効率的である。それでは、我が国はmulti-stakeholder partnershipsの中で、どのようにして比較優位性を生かし存在感を示すことができるのであろうか。それは、バイを効果的に利用し、multi-stakeholder partnershipsとの相乗効果を得るような案件を行うことである。たとえば、カンボジアの結核対策が良い例である。DOTSの効果をj知るためには、従来のWHOのモデルによる推計ではなく(69)、代表的なサンプルによる結核の有病率の世帯調査が最も信頼性が高いが、時間と資金がかかるために、国レベルではなかなか定着しない。我が国のバイはカンボジアでの結核対策には欠かせない存在となり、日本の結核研究所とJICAの尽力のもと、2002年に第一回目の結核有病率世帯調査を行い、非常に付加価値の高いデータを提供した(70)。このデータは、世界基金のインパクト評価をはじめ、各種評価においてもベースライン・データとして常に参照されている。2010年に予定される、第2回目の結核有病率世帯

調査では、さらに世界基金やその他のmulti-stakeholder partnershipsやパイも巻き込み、本邦がリーダーシップをとることが期待されている。そして、結核研究所とJICAの名において、世界的一流雑誌にその成果が載れば、KEMRIにおける失敗を挽回できるであろう。

このように、パイによるMDG6における保健介入自体は、PEPFARのような巨額の資金がなければ、大きなインパクトを与えることはできない。しかし、国とmulti-stakeholder partnershipsにとって公共財となるような案件（モニタリング）、保健介入のスケールアップに欠かせない案件（人材育成やTQM）を、パイを通して行うことは、我が国の比較優位を積極的に活用できる戦略となりうる。

民間にはさらに大きな可能性がある。栄研化学の結核迅速診断システム開発や住友化学のオリセットネット（防虫蚊帳）をはじめとした技術イノベーション、さらには、多くの病院で採用されているITの技術を駆使した備品や製薬の在庫管理システムや、カテーテルなどの医療機器の開発も、我が国の中小企業における技術力の高さに裏打ちされて、大きな優位性を持つ分野であり、民間の力を利用しうるところでもある。

このように検討していくと、保健関連MDGや保健システム強化と結びつけられる我が国の比較優位性は、以下のような分野と考えられる：

1. 施設ベースの周産期医療
2. モニタリングのためのデータ収集
3. 地域・施設における人材育成
4. ITシステムによる在庫管理
5. 安価で効果的な医療機器や診断手法の開発
6. 社会保険制度の構築（他国への技術移転は時期早尚）

我が国の比較優位性が高い分野では、現存する人材プールや知見を活用しながら資源を集約化して国際保健協力を行い、一方で、比較優位性が低い分野においても、分野を選んで人材育成を進める長期的視野が必要である。

【研究2】

アジアにおける9カ国の中で、27の行政区域が上記方法にて選ばれた。その中にある388の病院のうち、無作為抽出法で選ばれたのが128施設である。6施設が不参加を表明し、残りの122施設で調査が行われた。この122施設にて112152件の分娩が研究期間中にあり、そのうち97%にあたる109101件の分娩に関するデータが得られた。これらのうち5%の分娩データに関して、施設コーディネーターに独立してカルテからデータを抽出してもらい、オリジナルと比較した。平均一致率は92%（range 81 to 98%）であった。さらに31人の患者に関しては分娩様式が不明なため、除外した。1119の新生児は多胎分

娩であり、分娩開始時期不明の一件とともに除外し、合計107950の分娩記録に関して解析対象とした。

解析対象のうち1.4%の1515件の分娩は医学的適応なしに選択的帝王切開が行われていた。10.1%の10853件では医学的適応により選択的帝王切開が行われていた。また0.5%の554件では医学的適応なしに分娩開始後の帝王切開で、15.3%の16506件で医学的適応により分娩中帝王切開が行われていた。中国、インド、フィリピンでは、分娩施設が最も多く、インド、スリランカ、中国は、7か国中最も多く分娩数が観察された。全分娩中70%は都市部にて、85%は公的サービス下で行われた。多数の病院が二次あるいは三次医療施設で、約71%の施設にて24時間の施設内における麻酔が可能で、61%の施設で帝王切開に対してなんらかの金銭的なインセンティブを有していた。帝王切開率としては全体で27.3%で、最も高かったのは中国の46%、そして次にベトナムの36%、そしてタイ34%、スリランカ31%と続く。中国は医学的適応なしの帝王切開に関しても最も高く（12%）、ついで、ベトナム（1%）、スリランカ（0.8%）、タイ（0.5%）と続く。

母体のアウトカムとしては、未婚と極低出生体重は経膈分娩を経験した妊産婦に多く認められた。妊娠中の合併症の発症率に関しては、帝王切開群と経膈分娩群では大きな差はなかった。妊産婦死亡に関しては、自然経膈分娩と比べて、吸引あるいは鉗子分娩は調整後も優位に高かった。（adjusted odds ratio（95% CI）：3.0（1.5, 6.5））医学的適応のない選択的帝王切開において妊産婦死亡は発生しなかった。吸引・鉗子分娩、帝王切開、ともに、自然経膈分娩に比較して、集中治療を受けた割合が多かった。子宮摘出術など、そのほかの合併症も同様の傾向を示した。

新生児に関しては、吸引・鉗子分娩、医学的適応ありの分娩開始後帝王切開、ともに、自然経膈分娩に比較して、周産期死亡および新生児集中治療を受けた割合が優位に上昇していた。

我が国の10施設における分娩状況の詳細に関しても巻末に報告書（添付資料4）として示した。

【研究3】

添付資料5にあるようにまず質の高い研究手法にて検討されたMDG4および5到達のための介入の評価がされた研究に関して網羅的検索を行い、スクリーニングを行った。その結果300件あまりの研究が抽出された。さらにこれと関連して、コクラン妊娠出産グループとの連携で、以下のコクランレビューのタイトル登録を行い、コクランワークショップを

開催し、プロトコールとレビューの準備を開始した。(添付資料7)

1. Hydralazine for pulmonary hypertension in low birth weight infants with chronic lung disease
2. N-acetylcysteine for chronic lung disease in low birth weight infants
3. Ergometrine for bleeding during the postnatal period.
4. Method for administering subcutaneous heparin during pregnancy
5. Hypnosis during pregnancy and child birth for preventing postnatal depression
6. Treatments for insomnia during pregnancy
7. Routine blood cultures in the management of pyelonephritis in pregnancy for improving outcomes
8. Strategies of testing for syphilis during pregnancy
9. Vitamin K supplementation during pregnancy for improving outcomes

D. 考察

【研究1】

1. 選択と集中: multi-stakeholder partnershipsにおけるドナー協調への積極的参画とパイでの成果の見える厳選した案件への投資によるプレゼンスの確保

優先国において、保健システム強化の制約となる要因に関する分析とエビデンスに基づく対策の検討を、標準的ツール(MBB)を用いて国家保健計画策定を行い、パイとmulti-stakeholder partnershipsの枠組みでのシナジー効果を得られるような国別戦略を形成する。強いパイは、multi-stakeholder partnershipsにおいても主導権を発揮する上で極めて有効である。それと同時に、multi-stakeholder partnershipsへのコミットメントは、パイを強化こそすれ、決して足かせになることはない。

特に、我が国が洞爺湖G8とそのフォローアップ活動で提唱してきた保健システム強化(HSS)については、より具体的かつ成果の見える案件形成に関わっていく必要がある。現在、HSSという名のもとに成果の见えない案件が増えている印象があるが、HSSは、"Health Service Solutions"であることを忘れてはならない。村や地域の医療施設に行っても保健サービスがないことが根本的問題である。そのための解決策を、multi-stakeholder partnershipsの流れとリンクさせながら、パイにおけるスキームと我が国の比較優位(施設ベースの周産期・新生児医療、モニタリングと評価、人材育成、医薬品・医療機器の在庫管理システム、安価で効果的な医療機器の開発)

を考慮に入れつつ、国や地域別により具体的に案件を提示していくことこそが、今後の我が国のグローバルヘルス戦略の大きな鍵となるであろう。そして、multi-stakeholder partnershipsでは、保健システム強化・コモンプラットフォームや国別の援助協調の戦略形成過程より参画し、我が国が比較優位性を発揮できる案件についての積極的貢献を行うことが最も効果的である。これらに鑑みると、保健関連MDGに関わる介入では、一般的に我が国が今後優先的に行うべき介入としては、以下が挙げられる:

- 母子保健領域では、「施設ベースの産科・新生児管理」と「新生児以降の介入のスケールアップ」に焦点を絞る。わが国がパイで力を発揮しうる保健施設整備、器材供与、必須医薬品供与、トレーニングなどの介入パッケージを作成しておき、multi-stakeholder partnershipsのHSS中でプレゼンスを示す。そこからの地域連携、医薬品マネジメント、人材育成、モニタリングと評価などを用いて他のドナーによる活動とのシナジー効果を得る。これは、我が国が地域における介入を放棄するべきだというわけではない。効果的な地域介入プログラムを保持する他のパートナーと連携して、我が国が施設を中心としたアプローチでまずは存在とインパクトを示し、さらに、国によっては、現在最も遅れている「地域」と「施設」をつなぎ「施設中心」につなげていくtransition戦略(レファラル、アウトリーチ、地域連携)において主導権を握ることを念頭に置いた、施設ベースのアプローチという意味である。

- エイズについては、効果の限定的な従来の行動変容を中心とした介入の見直しを行う。MDG6に関しては、世界基金やその他のmulti-stakeholder partnershipsを最大限活用したより効果的な介入を支持するために、パイにおいて、特に人材育成やモニタリングと評価で貢献する。特に、エビデンスを活用したプランニングや評価を我が国が推進していくためには、従来の政府の役人対象の研修と本邦視察のみならず、疾病対策マネージャーから政治家や民間人までの幅広い人材を対象としたトレーニングが必要であり、民間や他のドナー、タイなどの中進国などの人材育成モデルを含め、効果に関するエビデンスを再検討した上で、もっとも効率的な施策を推進していくべきであろう。

こうした原則のもとに、国や地域別の保健介入の優先順位決定には、わが国ODAの要請主義の原則は尊重しながらも、1) 疾病負担(死亡と罹患)、2) 介入の一般的費用対効果、3) わが国のリソースとキャパシティー、4) 予見される案件の費用とアウトカム・インパクト、5) 相手国政府の国家計画の優先順位、6) 支援による国益の多寡、7) ODAスキーム・モダ

リティ活用の可否、8) 世界（国際機関やmulti-stakeholder partnerships）の援助優先順位、9) 成果発信の可否（国内外ともに）、10) 我が国国民や受益者の支持、などを考慮する必要があることは言うまでもない。

2. 保健分野への資源の確保：保健ODAシェアを10%に増加・革新的財源の議論の推進

Multi-stakeholder partnershipsに積極的に貢献しながら、MDG達成のための財政的ギャップを解消するためには、ODA全体の中での保健セクターの占める割合（現行3%）を10%程度まで増やし、さらに、民間資金や従来とは異なる資金調達メカニズムを促進していくことが不可欠である(56)。

特に、multi-stakeholder partnershipsにおいて、我が国が保健外交を積極的に展開していくためには、従来のマルチ（国際機関を通じた援助）やバイ（二国間援助）のみではその効果は限定的である。Multi-stakeholder partnerships参加のための柔軟なモダリティの具現化を目的とした議論を進めると同時に、伝統的バイによる具体的案件を通じた連携によりmulti-stakeholder partnershipsの中で主導権を発揮していくためのスキームと個別戦略を実施する

限られたパイを増やすためには、民間資金や従来とは異なる資金調達メカニズムを促進していくことが不可欠である。我が国がグローバルヘルス領域で、こうした革新的資金調達にどのように関与していくのか、具体的な議論と戦略が必要であり、前向きな具体的な検討を、民間を含めて多角的に行うことが大切である。我が国が比較的容易に実施可能なものには、課税（連帯税または航空券課税）と携帯電話や航空券等購入時の自発的貢献が挙げられよう。また、わが国NGOも、積極的に政策提言を行っていくためには、従来のようにODAに頼り切るのではなく、こうした機会を利用して、新たなビジネスモデルを作り上げ自活していく必要があるだろう。官民協調で、国民の幅広い層のグローバルヘルスへの理解を深め、国民一人一人の貢献が成果の上がる案件に使われるように説明責任の推進を行うことが、こうした革新的資金調達の実現には最も重要なことである。

3. アウトカム指標による評価：共通モニタリングと評価指標の導入

我が国の貢献が明確になるように、国と地域をできる限り厳選し、その成果を定量的に共通のアウトカム指標を用いて示す。保健セクターの案件の目標や成果の議論では、安直にインプット（人材の数や投入した資金）、あるいはプロセス指標を用いることは避け、アウトカム（保健介入有効カバー率の変化）とインパクト（死亡率や罹患率の低下）を用いる。ODA削減の中、我が国でも、いわゆる「成果に基づく支払い(Pay for performance)」あ

るいは、「Results-based funding」を一定の割合で取り入れ、成果の定量化と事業の効率化の相乗効果を図る必要がある。

むしろ、個別の小さな案件でインパクトを示すことは無理であり、現在のようなスケールアップとパートナーシップの時代には、国の保健計画や援助協調を顧みない案件は意味がない。ゆえに、最初のステップとして、MBBなどを利用し定量的なアプローチを用いて、国別の保健計画策定に参画し、我が国において協力が可能であり、かつ優位性を発揮できる分野と案件を明らかにする。比較的規模の大きい個別案件はアウトカムで、保健介入スケールアップのインパクト評価は各機関共同で行い、その中で我が国の貢献を定量的に示すという方向性を、原則とする。特に、ベースラインのベンチマーキングや国ごとのモニタリングは、カンボジアの結核有病率世帯調査のように、可能な限りmulti-stakeholder partnershipsを巻き込み、我が国のプレゼンスとリーダーシップを発揮する。

こうした標準的な枠組みに基づくモニタリングと評価を用いるとともに、優れた成果は公共財として、科学雑誌を始め積極的に英文で公表する。こうしたメディア戦略は、我が国ODAの「顔が見え」、その内容に対する信頼性を飛躍的に増大させる、最も効率的かつ安価な施策である。また、ランセット等の権威ある雑誌に掲載されることは、国外向けに我が国の実績を発信するのみならず、国内向けに成果をアピールする上でも、大きなインパクトがあることに着目したい。

4. 説明責任：官民双方の共同作業による透明性の高く効果的な保健戦略形成過程の確立

国内各分野の世界的権威を招集したグローバルヘルス戦略会議を設立する。この会議は、省庁・部局横断的な機能のために、理想的には内閣府、あるいは、国家戦略局直轄が望ましい。当然のことながら、戦略形成過程の議事録はすべて公開とする。保健関連の官民はもちろんのこと、保健分野以外のプロフェッショナルの積極的参画を促し、旧式な援助モデルを凌駕するようなイノベーションの活用を積極的に推進する。この会議による提言は、国際保健分野における骨太の方針としての機能を持たせる。この会議では、ODA保健案件の進捗状況と成果のpeer-reviewを行い（いわゆる仕分け）、成果の上がない案件に関しては、積極的に見直しや中止を勧告する。

また同時に、世界の潮流をつかみ、我が国が戦略的にmulti-stakeholder partnershipsでのリーダーシップをとるために、国外の世界的権威をメンバーとする国際アドバイザリーパネルを設置する。

5. リーダーの育成：政策先進国の「良いところ取り」を行う戦略性の養成と次世代の政策リーダーの育成

「我が国独自の・我が国で使われてきた」介入という情緒的議論を排し、政策後進国である我が国は、グローバルヘルスにおける政策先進国（英国、北欧諸国、米国、タイ、フランス）の戦略から学び、「良いとこどり」をするしたたかさを養う必要がある。

それと同時に、ODAを通して、中堅の有用な人材（政治家、JICA職員、官僚、学者、企業人、市民社会）が積極的にmulti-stakeholder partnershipsの場に接することができる機会を増やす。さらに、そうした人材がグローバルヘルスに関する戦略的かつ実践的な政策研究を行うことができるように、官民関連機関と高等教育機関の連携や産学協同研究を促進し、高等教育機関の学術的プログラム内容をも政策志向の時代の流れに沿ったものとしていかなばならない。これには、現在検討中であるG8でのアフリカ政策人材育成なども積極的に連携させる必要がある。

また、将来の保健開発リーダーとなりうる若手・中堅クラスを組織内部の案件の管理のみに埋没させることなく、年次ごとにキャリア・アップのためのマイルストーン（達成目標）を定め、積極的に国際機関やmulti-stakeholder partnershipsに派遣する。これにより、戦略的で多様な思考法、世界的ネットワークや政策マインドを培うことが可能である。パートナーシップやイニシアチブ全盛時代に、国際保健関係者を一か所に集めJICA関連の案件のみを繰り返し担当する、従来の国立国際医療センター国際医療協力局型の人材育成には限りがある。早期より政策リーダーに、OJTを通して、すなわち国際機関やmulti-stakeholder partnershipsの場で戦う経験を身に着けさせることは、わが国の保健開発関係各機関が、より戦略的かつ効果的なプロフェッショナルな組織へと発展していくために必須の施策である。

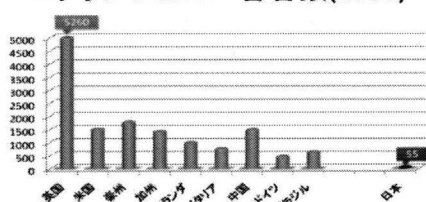
【研究2】

122の参加施設において112152の分娩が研究期間にあり、そのうち109101（97%）にてデータ解析を行った。全体の帝王切開率は27.3%であった。妊産婦死亡・合併症インデックス（妊産婦死亡、集中治療、子宮摘出術、輸血、腸管動脈結さつ術のいずれか）は医学的適応なしも含めて、すべての帝王切開それぞれにおいて上昇していた。

【研究3】

我が国のコクランレビューへの貢献は下記

コクランレビュー著者数(2009)



の図にあるように、非常に限定的であり、系統的レビューをはじめとする根拠に基づいた医療・政策・研究が実践できているとはいえないが、我が国においてもインフラ整備を行うことで、コクランレビューを生産できる体制が整い、MDG4および5到達のための科学的根拠を創出することができることが示された。

E. 結論

【研究1】

1. 選択と集中 - multi-stakeholder partnershipsにおけるドナー協調への積極的参画とパイにおける成果の見える厳選した案件への投資：MDG4・5領域では、「施設ベースの産科・新生児管理」と「新生児以降の介入のスケールアップ」に焦点を絞り、パイでの介入パッケージを作成すると共に、multi-stakeholder partnershipsのHSSでのシナジーを目指す。MDG6においては、multi-stakeholder partnershipsでのより効果的な介入を支持するために、パイを通じた人材育成やモニタリングと評価において貢献。
2. 保健分野への資源の確保：保健セクターの占める割合をODAの10%に増加（新経済成長戦略との整合性）・革新的財源の議論の推進。
3. アウトカム指標による評価：共通のモニタリングと評価指標を導入し、成果を定量化。
4. グローバルヘルス戦略会議の設立：従来の国際保健の境界を排し、国内外の共通の課題としての官民双方の共同作業による、イノベーションを活用した透明性が高く効果的な保健戦略形成過程を確立。
5. 政策リーダーの育成：中堅人材を積極的にmulti-stakeholder partnershipsに登用。

【研究2】

不必要な帝王切開により母体死亡や罹患率の上昇をアジアにおいても認めており、施設ケアにおける周産期医療の質向上に資することもMDG5達成のためには不可欠である。

【研究3】

来年度以降も系統的レビューの基盤整備をしつつ、MDG4および5に関連した系統的レビューを完成し、我が国発の科学的根拠創出に寄与する。

G. 研究発表

1. 論文発表

Lumbiganon P, Laopaiboon M, Gülmezoglu A M, Souza JP, Taneapanichskul S, Ruyan P, Attygalle DE, Shrestha N, Mori R, Hinh ND, Bang HT, Rathavy T, Chuyun K, Cheang K, Festin M, Udomprasertgul V, Germar M JV, Yanqui G, Roy M, Carroli G, Ba-Thike K, Filatova E, Villar J. Mode of delivery and pregnancy outcomes in Asia: The W

HO Global Survey on Maternal and Perinatal Health 2007-2008. *Lancet*. Early Online Publication, 12 January 2010

2. 学会発表

なし

ただし、来年度に開かれる第46回周産期新生児学会にてMDG4およびMDG5に関するシンポジウムを開催し、成果を発表するとともに、国際有識者の意見を集約する予定である。(添付資料8)

H. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む。)

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

外務省への新保健外交政策への提言をまとめ、同省へ提出した。(添付資料2)

<使用した文献>

1. Murray CJ, Laakso T, Shibuya K, Hill K, Lopez AD. Can we achieve Millennium Development Goal 4? New analysis of country trends and forecasts of under-5 mortality to 2015. *Lancet*. 2007 Sep 22;370(9592):1040-54.

2. Nakamura H, et al. Trends and determinants of under-five mortality in Ghana: An analysis of Demographic and Health Surveys. Tokyo, Japan: University of Tokyo; 2010.

3. Arifeen SE, Bryce J, Gouws E, Baqui AH, Black RE, Hoque DM, et al. Quality of care for under-fives in first-level health facilities in one district of Bangladesh. *Bull World Health Organ*. 2005 Apr;83(4):260-7.

4. Lawn JE, Cousens S, Zupan J. 4 million neonatal deaths: when? Where? Why? *Lancet*. 2005 Mar 5-11;365(9462):891-900.

5. Ronsmans C, Graham WJ. Maternal mortality: who, when, where, and why. *Lancet*. 2006 Sep 30;368(9542):1189-200.

6. Ronsmans C, Achadi E, Cohen S, Zazri A. Women's recall of obstetric complications in south Kalimantan, Indonesia. *Stud Fam Plann*. 1997 Sep;28(3):203-14.

7. Langer A. Cairo after 12 years: successes, setbacks, and challenges. *Lancet*. 2006 Nov 4;368(9547):1552-4.

8. Starrs AM. Safe motherhood initiative: 20 years and counting. *Lancet*. 2006 Sep 30;368(9542):1130-2.

9. Rosenfield A, Maine D, Freedman L. Meeting MDG-5: an impossible dream? *Lancet*. 2006 Sep 30;368(9542):1133-5.

10. World Health Organization. *World Health Statistics 2007*. Geneva: World Health Organization; 2007.

11. England R. Lessons and myths in the HIV/AIDS response. *Lancet*. 2009 Nov 14;374(9702):1674; author reply 5-6.

12. UNAIDS. *Towards Universal Access. Scaling up priority HIV/AIDS intervention in the health sector. Progress Report 2009*. Geneva: UNAIDS; 2009.

13. Piot P, Kazatchkine M, Dybul M, Lob-Levyt J. AIDS: lessons learnt and myths dispelled. *Lancet*. 2009 Jul 18;374(9685):260-3.

14. Potts M, Halperin DT, Kirby D, Swidler A, Marseille E, Klausner JD, et al. Public health. Reassessing HIV prevention. *Science*. 2008 May 9;320(5877):749-50.

15. Attaran A, Barnes KI, Curtis C, d'Alessandro U, Fanello CI, Galinski MR, et al. WHO, the Global Fund, and medical malpractice in malaria treatment. *Lancet*. 2004 Jan 17;363(9404):237-40.

16. Attaran A, Barnes KI, Bate R, Binka F, d'Alessandro U, Fanello CI, et al. The World Bank: false financial and statistical accounts and medical malpractice in malaria treatment. *Lancet*. 2006 Jul 15;368(9531):247-52.

17. *Lancet*. Can malaria be eliminated? *Lancet*. 2009 Nov;374(9704):1794.

18. Samaraekera S. Countries race to contain resistant to key antimalarial. *Lancet*. 2009;374:277-80.

19. Zager E, McNerney R. Multidrug-resistant tuberculosis. *BMC Infect Dis*. 2008;8:10.

20. Donald P, van Helden P. The global burden of tuberculosis--combating drug resistance in difficult times. *N Engl J Med*. 2009 Jun;360(23):2393-5.

21. Bejon P, Lusingu J, Olotu A, Leach A, Lievens M, Vekemans J, et al. Efficacy of RTS,S/AS01E vaccine against malaria in children 5 to 17 months of age. *N Engl J Med*. 2008 Dec;359(24):2521-32.

22. Abdulla S, Oberholzer R, Juma O, Kubhoja S, Macherera F, Membi C, et al. Safety and immunogenicity of RTS,S/AS02D malaria vaccine in infants. *N Engl J Med*. 2008 Dec;359(24):2533-44.

23. Shibuya K. Towards collective action in health information. In: Task For

- ce on Global Action for Health System Strengthening, editor. *Global Action for Health System Strengthening*. Tokyo: Japan Center for International Exchange; 2009.
24. Boerma T, Bos E, Walford V, Bryce J, Abouzahr C. Monitoring performance and evaluation of the scale-up for better health: A proposed common framework. London: IHP+; 2009. (http://www.internationalhealthpartnership.net//CMS_files/documents/a_proposed_common_framework_EN.pdf)
 25. Ravishankar N, Gakidou E, Lim S, Ziad O, Murray CJL. Doris Duke Charitable Foundation PHIT Partnership Implementation Research Framework. Seattle: Institute for Health Metrics and Evaluation; 2008.
 26. Shengelia B, Tandon A, Adams OB, Murray CJ. Access, utilization, quality, and effective coverage: an integrated conceptual framework and measurement strategy. *SocSciMed*. 2005;61(1):97-109.
 27. Kidney E, Winter HR, Khan KS, Gulmezoglu AM, Meads CA, Deeks JJ, et al. Systematic review of effect of community-level interventions to reduce maternal mortality. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2009;9:2.
 28. Jokhio AH, Winter HR, Cheng KK. An intervention involving traditional birth attendants and perinatal and maternal mortality in Pakistan. *N Engl J Med*. 2005 May 19;352(20):2091-9.
 29. Manandhar DS, Osrin D, Shrestha BP, Mesko N, Morrison J, Tumbahangphe KM, et al. Effect of a participatory intervention with women's groups on birth outcomes in Nepal: cluster-randomised controlled trial. *Lancet*. 2004 Sep 11-17;364(9438):970-9.
 30. Munjanja S, Lindmark G, Nyström L. Randomised controlled trial of a reduced-visits programme of antenatal care in Harare, Zimbabwe. *Lancet*. 1996 Aug;348(9024):364-9.
 31. Villar J, Ba'aqeel H, Piaggio G, Lumbiganon P, Miguel Beliz J, Farnot U, et al. WHO antenatal care randomised trial for the evaluation of a new model of routine antenatal care. *Lancet*. 2001 May;357(9268):1551-64.
 32. Majoko F, Munjanja S, Nyström L, Mason E, Lindmark G. Randomised controlled trial of two antenatal care models in rural Zimbabwe. *BJOG*. 2007 Jul;114(7):802-11.
 33. Galarraga O, Colchero MA, Wamai RG, Bertozzi SM. HIV prevention cost-effectiveness: a systematic review. *BMC Public Health*. 2009;9 Suppl 1:S5.
 34. Coates TJ, Richter L, Caceres C. Behavioural strategies to reduce HIV transmission: how to make them work better. *Lancet*. 2008 Aug 23;372(9639):669-84.
 35. Padian NS, Buve A, Balkus J, Serwadda D, Cates W, Jr. Biomedical interventions to prevent HIV infection: evidence, challenges, and way forward. *Lancet*. 2008 Aug 16;372(9638):585-99.
 36. Jamtvedt G, Young J, Kristoffersen D, O'Brien M, Oxman A. Audit and feedback: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006(2):CD000259.
 37. Forsetlund L, Bjørndal A, Rashidian A, Jamtvedt G, O'Brien M, Wolf F, et al. Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009(2):CD003030.
 38. O'Brien M, Rogers S, Jamtvedt G, Oxman A, Odgaard-Jensen J, Kristoffersen D, et al. Educational outreach visits: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007(4):CD000409.
 39. Doumit G, Gattellari M, Grimshaw J, O'Brien M. Local opinion leaders: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007(1):CD000125.
 40. Gagnon M, Legare F, Labrecque M, Fremont P, Pluye P, Gagnon J, et al. Interventions for promoting information and communication technologies adoption in healthcare professionals. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009(1):CD006093.
 41. Reeves S, Zwarenstein M, Goldman J, Barr H, Freeth D, Hammick M, et al. Interprofessional education: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008(1):CD002213.
 42. Zwarenstein M, Goldman J, Reeves S. Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009(3):CD000072.
 43. Akl E, Sackett K, Pretorius R, Erdley S, Bhoopathi P, Mustafa R, et al. Educational games for health professionals

- 1s. Cochrane Database Syst Rev. 2008(1): CD006411.
44. Mori R. Research Evidence on MCH Handbook. Tokyo: Osaka Medical Center and Research Institute for Maternal and Child Health; 2009
 45. Takayanagi K, Iwasaki S, Yoshinaka Y. The role of the Maternal and Child Health Handbook system in reducing perinatal mortality in Japan. *Clin Perform Qual Health Care.* 1993;1(1):29-33.
 46. Osaki K, Hattori T, Kosen S, Singgih B. Investment in home-based maternal, newborn and child health records improves immunization coverage in Indonesia. *Trans R Soc Trop Med Hyg.* 2009 Aug;103(8):846-8.
 47. Moon S, Szlezak NA, Michaud CM, Jamison DT, Keusch GT, Clark WC, et al. The global health system: lessons for a stronger institutional framework. *PLoS Med.* 7(1):e1000193.
 48. Lancet. WHO runs global health? . *Lancet.* 2009;373:9681.
 49. Murray CJ, Frenk J, Evans T. The Global Campaign for the Health MDGs: challenges, opportunities, and the imperative of shared learning. *Lancet.* 2007;370(9592):1018-20.
 50. Ravishankar N, Gubbins P, Cooley RJ, Leach-Kemon K, Michaud CM, Jamison DT, et al. Financing of global health: tracking development assistance for health from 1990 to 2007. *Lancet.* 2009 Jun 20;373(9681):2113-24.
 51. Working Group 2. Raising and Channeling Funds. . London: Taskforce on Innovative International Financing for Health Systems. ; 2009.
 52. Lancet. Universal health coverage: access to what? *Lancet.* 2009;374:1946.
 53. Ronsmans C, Vanneste AM, Chakraborty J, van Ginneken J. Decline in maternal mortality in Matlab, Bangladesh: a cautionary tale. *Lancet.* 1997 Dec 20-27;350(9094):1810-4.
 54. Chan M, Kazatchkine M, Lob-Levyt J, Obaid T, Schweizer J, Sidibe M, et al. Meeting the demand for results and accountability: a call for action on health data from eight global health agencies. *PLoS Med.* 7(1):e1000223.
 55. Working Group 1. Constraints to Scaling Up and Costs. London: Taskforce on Innovative International Financing for Health Systems. ; 2009.
 56. Anderson T. Innovative financing of health care. *BMJ.* 2009;339:b4235.
 57. Expert Working Group on Research and Development Financing. Public health, innovation and intellectual property: Report of the Expert Working Group on Research and Development Financing. Geneva: World Health Organization; 2010.
 58. Yamada T. Global health and the Bill & Melinda Gates Foundation. *Lancet.* 2009 Jun 27;373(9682):2195.
 59. Black RE, Bhan MK, Chopra M, Rudan I, Victora CG. Accelerating the health impact of the Gates Foundation. *Lancet.* 2009 May 9;373(9675):1584-5.
 60. Lancet. What has the Gates Foundation done for global health? *Lancet.* 2009 May 9;373(9675):1577.
 61. Takemi K, Reich M. G8 and Global Health: Emerging Architecture from the Toyako Summit. Tokyo: JCIE; 2009.
 62. Cometto G, Ooms G, Starrs A, Zeitz P. Towards a global fund for the health MDGs? *Lancet.* 2009 Oct 3;374(9696):1146.
 63. Nabel E, Stevnes S, Smith P. Combatting chronic disease in developing countries. *Lancet.* 2009;373:2004-6.
 64. Horton R. Canada 2010: what should global health expect? *Lancet.* 2009;374:1215-6.
 65. Aiga H, Banta JE. Emerging crisis of continuing professional education: becoming a dead letter between external pressure and personal incentive? *Int J Health Plann Manage* 2003;18:267-71.
 66. World Health Organization. World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance. Geneva: World Health Organization; 2000.
 67. Ikegami N, Campbell J. Health care reform in Japan: the virtues of muddling through. *Health Aff (Millwood).* 1999;18(3):56-75.
 68. Ushio M. [Amendment of tuberculosis prevention law and prospect of tuberculosis control program]. *Kekkaku.* 2005 Jul;80(7):541-6.
 69. World Health Organization. Global tuberculosis control - surveillance, planning, financing. Geneva: World Health Organization; 2008.
 70. Five-Year Evaluation Study Area 3. Five-Year Evaluation Study Area 3 Results Health Impact of Scaling Up Against HIV, Tuberculosis and Malaria Geneva: Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria; 2009.

III 章

Ⅲ章 研究協力者報告書

保健システムパフォーマンス分析と国内統計調査の有効利用について

—MDG 4・5に資するエビデンス構築—

研究協力者： 児玉知子 国立保健医療科学院

A. 研究目的

本研究は MDG4・5 を達成するための保健システム強化に関する実証的研究の一部として、日本における小児・母体死亡率の改善に対する保健システムの貢献について検討する。これにより、我が国から MDG4・5 達成へのエビデンスに基づく提言を行うことを目的とする。

B. 研究方法

平成 21 年度（初年度）は、事前調査として国内における①母子保健関連統計指標、及び②保健システムパフォーマンス分析指標、③利用可能な国内保健関連統計（厚生労働統計）について検討をおこなった。

C. 結果

①母子保健関連統計指標：

日本における母子保健指標として、乳児死亡率を例に挙げると、1950 年に出生千対 60.1 から、2007 年に 2.6 へと低下がみられる。特に妊産婦死亡率と共に、1905 年に統計調査が開始されてから、1970 年初頭までの減少（改善）が顕著である。母子保健関連統計指標の推移を図 1 に示す。

日本の周産期死亡の年次推移としては、早期新生児死亡率は 1950 年の 27.4 から 2007 年には 1.3 と低下し、また後期死産比は 84.9 から 26.2 となっている。（出生 1,000 対）

②保健システムパフォーマンス分析指標と関連統計調査：

保健システムパフォーマンス分析指標と関連する国内統計調査について表 1 に示す。パフォーマンス分析指標には、Ravinshankar らによる分類を参考とし、A) 保健システムのインプットとプロセスに関する指標として人材、インフラおよび設備、医薬品、運営指標、プログラム活動、B) プログラムのアウトプットに関する評価指標として保健介入が行き渡る確率および実質に行き渡る確率(effective coverage)、C) 保健アウトカム(インパクト)に対する評価指標として、住民の健康状態(死亡率、死因、疾病ごとの保健アウトプットならびにリスク要因)、保健支出(自己負担)、

患者の期待への対応能力(ケアの質、迅速性、社会ネットワークへのアクセス、医療提供者と患者間のコミュニケーション)が挙げられる。

これらの指標に関連する国内統計としては、医師・歯科医師・薬剤師調査、看護師等学校養成所入学状況及び卒業生就業状況調査、賃金構造基本統計調査、医療施設調査(動態・静態)、国民健康栄養調査、人口動態統計、循環器疾患基礎調査、糖尿病実態調査、結核発生動向調査、感染症発生動向調査、保健・衛生行政業務報告、地域保健・健康増進事業報告、伝染病統計、母体保護統計報告、保健福祉動向報告(H15 廃止)、国民生活基礎調査、受療行動調査等が挙げられた。

③利用可能な国内保健関連統計：

母子保健指標(アウトカム指標)と保健システムパフォーマンス分析指標と関連する国内統計については表 1 に記載されている通りであるが、表 2 に関連する国内統計の開始年次を示す。アウトカム指標のデータソースとして最も古いのは、人口動態調査であり、1945 年以降である。次年度以降の分析としては第二次世界大戦後の 1945 年以降データを用い、母子保健統計が著しく改善された 1980 年頃までを中心に分析することが望ましい。保健指標改善に関連するデータとしては、水：供給量・質、衛生：上水道・下水道整備、医療：医療従事者数(三師調査)、看護師、助産師数、疾病率、死因、医療施設整備、栄養、等が考えられる。表 1 における国内統計開始時期を合わせる限り、国民健康・栄養調査(旧国民栄養調査)、医療施設調査、患者調査、住宅統計調査、学校保健統計調査、を用いることが望ましいと考えられる。

◆補足：定義

周産期死亡率・新生児死亡率・乳児死亡率
周産期死亡率：(妊娠満 22 週以後の死産) + (早期新生児死亡) で定義される。出産数は(出生数) + (妊娠満 22 週以後の死産数) で定義される。したがって、周産期死亡率は、

(年間の周産期死亡率)
=1000×(年間の周産期死亡数) / (年間の
出産数) =1000×{(年間の妊娠満22週以後
の死産数) + (年間の早期新生児死亡数)} /
{(年間の出生数) + (年間の妊娠満22週以後
の死産数)}

の式で表される。

なお、ICD-10では周産期の定義を、妊娠満22週から出生後満7日未満としている。日本の厚生労働省の統計では平成7年(1995年)からこのICD-10の定義を採用している。

D. 考察

厚生労働統計では、既存統計との関連について、統計情報部による関連集計がなされる場合がある。関連集計の例として受療行動調査では、患者調査、医療施設調査が用いられている。この際のリンクは必ずしも100%でなく、H17調査例では関連集計リンク率は入院で31.3%、外来で35.1%となっている。また関連集計はあくまでも集計であり、死亡率等のアウトカム指標と関連する分析はシステムティックに実施されていない。

国内での周産期死亡率・妊産婦死亡率に関して保健システムパフォーマンスとの関連の観点から研究された文献は、個別地域や領域に限られており、国レベルでの分析が少ない。昭和51年から昭和63年までの県別両死亡率分析については、すでに以下のようなことが明らかにされている¹⁾。①周産期死亡率は都道府県によって有意な格差がある(低い県は引き続き低く、一方高い県は引き続き高い傾向)、②妊産婦死亡率は都道府県別の差は少なく、1990年辺りはほとんど県差がない(妊産婦死亡率の県別順位は隣接する年度間ですら変動が大きい)、③周産期死亡率と妊産婦死亡率の都道府県別順位間には有意な相関関係がない(両死亡率ともに13年間にそれぞれ半分以下に減少しているが、周産期管理の水準の高低に関係なく妊産婦死亡率はほぼ同じ水準にある)。本研究では、過去に報告された仮説の検証とともに、背景因子の抽出が必要である。

保健アウトカムと経済指標との関連を検討するにあたっては、国民生活基礎調査が1986年からの実施となっているため、代替指標として環境衛生関係営業経営実態調査が利用可能

かどうか、検討が必要である。また表2中に記載がないが、国勢調査の利用は有効と考えられる。日本の国勢調査は、1920年(大正9年)に第1回が実施されて以来、1945年(終戦の年)を除き、5年おきに実施されている。西暦の末尾が「0」の年の調査は「大規模調査」、「5」の年の調査は「簡易調査」である。「大規模調査」と「簡易調査」の違いは基本的には調査事項数であり、後者は前者の調査事項の一部を省略して実施されていることから、簡易調査もある程度有効かと考えられる。

これまで述べたような保健システムのインプットとアウトプット(アウトカム)を関連付けた分析は、今後必要不可欠であるが、現実としては研究者レベルでtentativeに実施されているのが実状である。今後は、限られた資源の中で、必要な統計情報をシステムティックに整理分類し、アウトプット、アウトカム評価に資する有用な資源として活用する必要がある。本研究では、特に母子保健における関連統計について、次年度以降に実際の分析を実施しながら検討を進めることが求められる。

E. 結論

本年度の研究から、利用可能な統計として、人口動態統計とともに国民健康・栄養調査(旧国民栄養調査)、医療施設調査、患者調査、住宅統計調査、学校保健統計調査を用いることが望ましいと判断された。さらに、国勢調査の利用についても検討すべきと考える。

G. 研究発表

なし

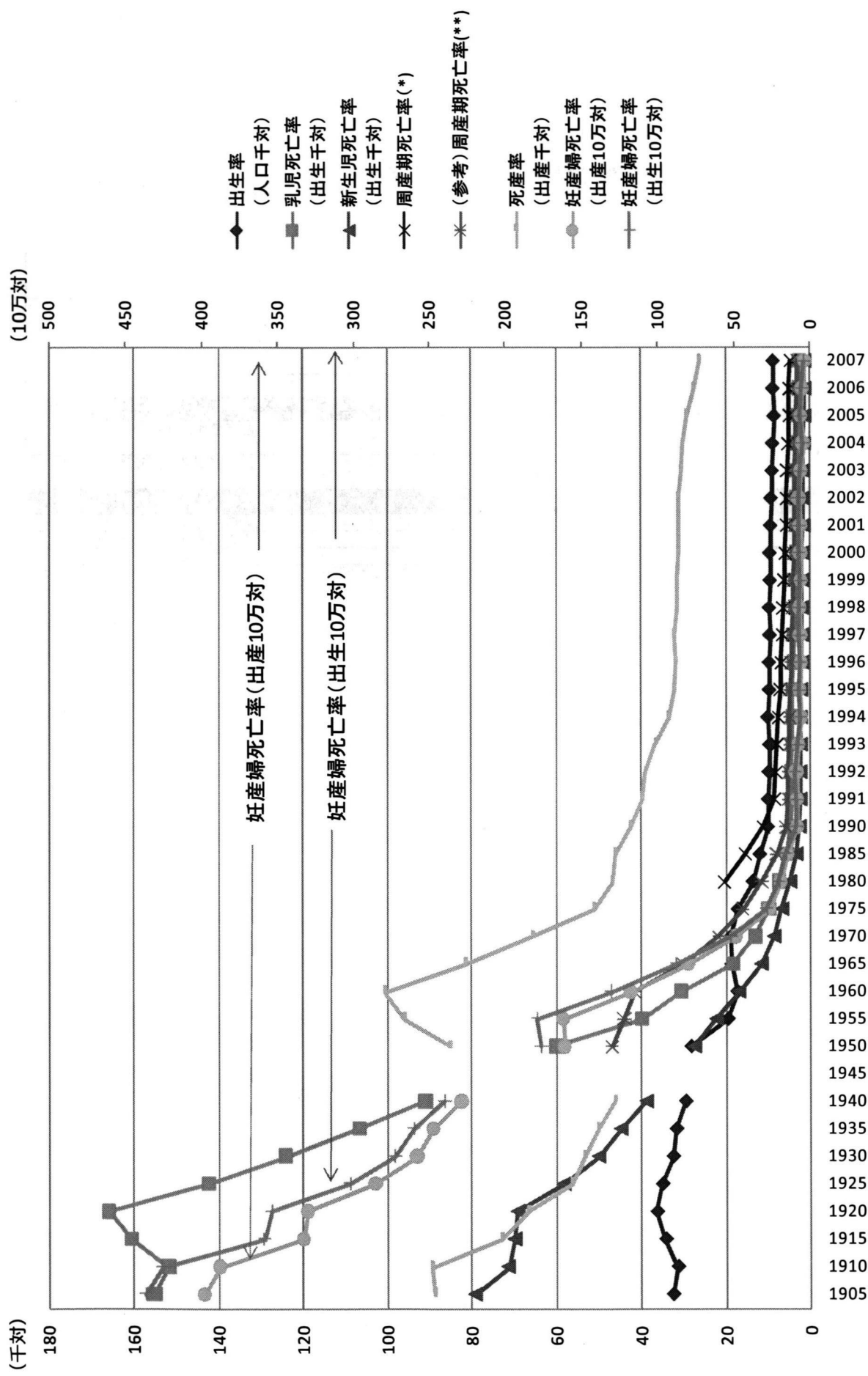
H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

引用文献

1) Kubo T, Honda H: A Statistical Study of the Countermeasures to Reduce the Maternal Mortality Based on the Relationship between the Maternal Mortality Rate and Perinatal Mortality Rate [in Japanese] Acta Obstetrica et Gynaecologica Japonica 1990;42(11) 1543-1550.

図1. 母子保健に関する統計(国内)



* 出生及び妊娠満22週以降の死産千対

**妊娠満28週以降の死産数に早期新生児死亡率を加えたものを出生数で除している。出生千対。

表 1.

保健システムパフォーマンス分析の指標と国内統計調査

A) 保健システムのインプットとプロセスに関する指標		関連する統計資料	
1	人材 (人口1,000人当たり保健医療従事者数、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)	医師・歯科医師・薬剤師調査、看護師等学校養成所入学状況及び卒業生就業状況調査、賃金構造基本統計調査等	
2	インフラおよび設備 (建物、使用可能な技術的な設備、実験装置の把握)	医療施設調査(動態・静態)	
3	医薬品		
4	運営指標		
5	プログラム活動		
B) プログラムのアウトプットに対する評価指標		関連する統計資料	
1	保健介入が行き渡る確率	国民健康栄養調査等	
2	保健介入が実質に行き渡る確率 健診実施率	国民健康栄養調査等	
C) 保健アウトカム(インパクト)に対する評価指標		関連する統計資料	
1	住民の健康状態	小児死亡率	人口動態統計
		成人死亡率	人口動態統計
		死因	人口動態統計
	疾病ごとの保健アウトプットならびにリスク要因	循環器疾患基礎調査、糖尿病実態調査、結核発生動向調査、感染症発生動向調査、保健・衛生行政業務報告、地域保健・健康増進事業報告、伝染病統計、母体保護統計報告、保健福祉動向報告(H15廃止)、国民健康栄養調査、等	
2	保健支出 保健支出の自己負担	国民生活基礎調査	
3	患者の期待への対応能力 ケアの質、ケアの迅速性、社会ネットワークへのアクセス、医療提供者と患者間のコミュニケーション	受療行動調査	

(Ravishankar et al 2008 および「保健システム強化に向けたグローバルアクション」より筆者作成)