

# 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\*1

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

Michael R Reich\*2 武見敬三\*3 Marc J Roberts\*3 William C Hsiao\*4

(翻訳：神馬征峰\*5)

昨年9月、洞爺湖サミットにてホスト国として国際保健に貢献することをテーマに、官官協力および官民協力を一体的に進めるために非公式のワーキング・グループ (WG) が組織され、私が主査となった。このWGは、サミットを主管する外務省、世界保健機関 (WHO) を主管する厚労省、世界銀行を主管する財務省および援助実施機関の各担当、日本医師会および NGO 幹部、国際保健を専門とする学識経験者から構成されている。他方、ハーバード大学にも洞爺湖サミットに提案する非公式なWGがマイケル・R・ライシュ教授を中心に組織された。

本論文は、両WG間の意見交換を踏まえて作成され、本年3月8日付けでランセット誌に掲載されたものである。洞爺湖サミットをひかえて、わが国は8年前の沖縄サミット同様にホスト国として国際保健に貢献する準備を進めており、各国首脳を補佐するシェルパの下で3回の保健専門家会合が開催された。本論文はこの保健専門家会合でも参考資料として配布され、従来のエイズ・結核・マラリアといった疾患別アプローチに加え、保健人材や保健情報等保健システム強化にも、より多くの関心を払うべきとの考えを定着させる重要な役割を果たしている。

(武見敬三)

### 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、

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とき、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。

\*1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。

\*2マイケル・R・ライシュ：ハーバード大学公衆衛生大学院教授 (人口・国際保健学科)。\*3たけみ・けいぞう：ハーバード大学公衆衛生大学院研究員、東海大学総合科学技術研究所専任教授。\*3マーク・J・ロバーツ、\*4ウィリアム・C・シャオ：ハーバード大学公衆衛生大学院教授 (保健政策管理学科)。\*5じんば・まさみね：東京大学大学院医学系研究科教授 (国際地域保健学)。

## I. 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2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。1つは保健システム強化アプローチ、もう1つは疾患別アプローチである。この2つの相互作用により、今の私たちの国際保健へ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・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、ほぼすべての国連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・ヘルスケア活動を開始した<sup>1)</sup>。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<sup>2)</sup>。2008年はアルマ・アタ宣言30周年記念の年。プライマリ・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・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

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。その流れのなか、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ティブ」により、いくつかの疾病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 (vertical 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。たとえば、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ティブ、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いくつかのイニシアティブなどがある。さまざま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いく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、守備範囲の広い全体としての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 (たとえば、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。起こりう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、世界各地のなか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おそれがある。

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つをバランス良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。これは例えていえば、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、健康向上を目指したインプット重視のアプローチ (たとえば、

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的な部分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、2か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ようになってきている。たとえば、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。このことはまた、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。

## II. 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触れたところである<sup>3)</sup>。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<sup>4)</sup>。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、それはどのような働きをするの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とりつけにくいといっている。しかし、私たちはそうは思わない。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。たと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るべきである。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。有能なマネー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ほしい。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、メモリーが付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、疾患別のコントロールプログラム）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ときがある。

## 3. 保健システム強化の試みと評価に向けて

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。そしてその構造のなかで、予防と治療サービスを人々に提供するのである。保健システムのなかには、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<sup>5)</sup>。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、どうしたらよいのだろうか？世界各国（先進国、途上国にかかわらず）が、何十年もの間、この問題に苦慮してきた。そこで1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

はないということである。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さまざまである。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。たとえば、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。たとえば、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、すでに採用してしまった改革を効果的に実施しようというときに障害が生じ邪魔された国もある。

このような諸問題はあるものの、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。たとえば、日本をみよう。きわ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、1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(たとえば、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組んできた。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、母親は子ども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こと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。

### Ⅲ. システム強化のための教訓からの学び

#### 1. 資源の投入(インプット)単独アプローチの限界

途上国における保健システム改善のための最近の取り組みから、私たちは1つの教訓を得ることができる。資源の投入(インプット)を増やすだけでは、必ずしも住民の健康確保にはつながらないということである。たとえば、エジプトをみてみよう。医師の育成に力を入れ、今では国民当たりの医学部卒業生数は米国を上回っている。ところが、農村部に行くと医師や機能している医療施設が足りないため、住民の健康状態はかなりひどい状態である。都会では対照的に、多くの医師が医師として働けずにいる。中国も同様の問題を抱えている。1990年代初め、中国は、農村部の保健システム改善のため、村落ヘルスワーカー(すなわち、村医者)の育成をすることにした。その結果、村落ヘルスワーカーが増えすぎてしまい、過剰に薬を処方したり、売ったりして生活費を稼ぐようになってしまった。また多くのワーカーは仕事が見つからず、他の仕事に就くようにもなった<sup>6)</sup>。インプットの増大は、このように、特に貧しく恵まれない地域においては、必ずしも保健システムの改善にはつながっていないのである。

医療施設の建設や医薬品の供給についても、同様の教訓が得られている。途上国に対する多くの開発支援により、農村部で保健センターが建設され、都市部においては高度医療病院が建設されてきた。レントゲン機器などの設備も整えられてきた。ところが、医療施設において、設備の保守や必需品の購入に充てる運営費が十分に確保できていない、あるいは医師が与えられたポストにつける仕組みがうまくできていな

い場合がよくある。水道、電気、下水設備が整っていない施設すらある。目に見える結果を求めて資金を提供する支援国にとって、このようなインプットの提供は効果的な戦略に思えるかもしれない。しかしそれは、必ずしも、保健システムのパフォーマンス向上にはつながっていないのである。新たなインプットを有効に利用できるかどうかは、保健システムのハードウェアとソフトウェアの両者が良好に機能するかどうかにかかっている。

なぜインプットを増やしても限定的な効果しか得られないのであろうか？ それは、1つには、改革に対する政治的抵抗といった問題があるため、新たなインプットが適切に利用できるような形で保健システムの運営方法をうまく調整できないからである。保健システムが機能するためには、何が必要なのかについての理解が不十分であることもまた障害の1つである。たとえば、保健システムのある部分（たとえば、資金調達やインセンティブ）についてはよく分かっている。しかし、異なる組織体系（たとえば、政府からの直接の物資供給、市場競争、契約、人的資源の混在や保持など）をいかに有効的に使えばよいのかについては、よく分かっていない。組織、インセンティブ、規則などをいかに統合すべきかについても分かっていないし、保健政策やプログラムをいかに効果的に実施すべきかについても、あまりよく分かっていない。その国独自の資源、文化、優先課題および行政実態などに見合った保健システムの改革を可能にするためには、上記のことを理解したうえで、各国の意思決定者に伝える努力が必要である。このようにして、国の保健システム改善のための知的資源が増えることによって、より効果的かつ効率的なサービスが生み出されることになるであろう。それなしに、人的資源、財政資源、技術を追加的にインプットしたとしても、貧しい国の役には立たないであろう。

## 2. 保健システムとガバナンス

もう1つの教訓は、保健システムには良いガバナンスが必要だということである。何が良いガバナンスなのかを、国境や文化の壁を越えて、簡潔かつ正確に定義するのは容易なことではない。しかし、ある保健システムにおいて、意義のある意思決定を行うためには、そのプロセスにおいて、人々にとってのかけがえのない価値観を反映すべきである。また、透明で、不正がなく、責任ある方法で意思決定がなされるべきである。ある保健システム内において資源を分配する際、トレード・オフ（駆け引き）は避けられない。あらゆる健康問題対策に対してすべて満足いくような配分をすることは不可能だからである。端的にいえば、貧しい国においては、保健システム内で使える資源が限られているからである。そのような状況のなかで、何をなすべきかをどのように決めればよいのであろうか？ どの疾患に優先権を与えるべきか？ どの地域にまず保健施設をつくるべきか？ どのような患者に最も費用のかかる治療（たとえば、肝臓移植）が提供されるべきか？ 判断が難しいこの種の問題は保健システムには付き物であり、避けることはできない。しかし、ある程度の公平性、透明性、そして説明責任をもってこれらを解決することは可能である。ガバナンスの質向上のための決まった解決策は存在しない。むしろ、保健システムが置かれている独自の文化的背景のなかで、倫理的プロセスと政治的プロセスの両方に注意を払ってこの問題と取り組んでいく必要がある<sup>7)</sup>。良いガバナンスを生み出すための共通アプローチがあるとは考えにくい。しかし、世界各地において、保健システムのガバナンス向上のための取り組みが必要であるという点について、その重要性を私たちは強く確信している。

## 3. システム評価に必要な視点

最後に、保健システム改善のための介入策は、介入後保健活動のパフォーマンスにどれだけ効

果がみられたかによって評価されるべきであろう。介入によって、保健システムの成果としてどれだけの変化がみられたのか？ 介入後、何が効果的で、何が効果的でないのかを知るうえで、経験に基づいた分析をすることは非常に重要である。保健システム改革の担当者は、介入前の現状と介入後の変化についてのアセスメントを真摯に行うべきである。また介入の中身は、保健システムが改善したということが分かるような指標を使うようにすべきである。たとえば、それによって健康状態も改善したとか、患者の満足度が向上したとか、あるいは保険によって医療費がカバーされたということが分かるようにである。政策の焦点としては、保健システムのパフォーマンスが平均的に改善しているか、あるいは特定の集団（たとえば、収入や民族の違いに基づいた）に対しても均等にサービスが配分されているかどうかという点に、特別な注意が払われるべきである。

## **最後に：G8 とシステム強化の 3 原則**

2008 年に日本で開催される G8 サミットは、健康関連 MDG 達成の助けになるような、効果的な保健システム強化対策を示す、これとない機会である。そこで、保健システム強化に向けた世界的取り組みの基盤となりうる 3 原則を提案したい。

### **1. トップダウンとボトムアップの統合**

第 1 に、保健システムの改善は、受益者による健康づくりの潜在能力を引き出しながらも、個々人に対する保護を強めるようなものでなくてはならない。保健システムを効果的に強化するためには、地域におけるオーナーシップ、地域診断能力、地域レベルでのキャパシティ強化が欠かせない。たとえば、日本で成功した、第二次世界大戦以降の保健システム改革には、2 つの面からなる 2 つの戦略を用いた。つまり、予防と治療のための保健サービスを提供しうる国家としてのキャパシティを強化する一方で、

コミュニティに密着した保健師、ボランティア、母親を動員した。現在、健康改善のためには、国家が主導するトップダウン式のアプローチと、コミュニティに密着したボトムアップ式のアプローチが必要であるという認識が高まっている。いずれのアプローチもどちらか単独では不十分であり、それだけでサステナビリティを維持することはできない。

コミュニティに密着したアプローチは、プログラムから利益を得る人々自身が政策づくりやプログラム活動の管理にも重要な役割を果たしうる機会を与えてくれる。このアプローチは、保健システム改革の受益者に、選択、参加、責任遂行の機会を与えてくれる。そしてこの試みに成功するためには、社会から取り残された人々が保健システムの改革に民主的に参加できるよう、力付けてあげる必要がある。また地方やコミュニティの機関を強化し、そしてこれらの機関が、保健システム提供者によるシステム強化活動を責任の下に実施しているかどうかを見守っていけるように支援していく必要もある。このアプローチは、保健システム強化活動がいかに機能しているかに関して、住民がどれだけ満足しているかを知ることにも重きを置いている。自由度の高い住民参加のメカニズムをつくる際は、当然ながら、政治的および文化的懸念に対する配慮が必要である。保健システム強化のための効果的な対策を取ることによって、保健システムの良いガバナンスも向上しうる。それによって、公平なプロセス、高い透明性、腐敗防止についての前進がみられるであろう。保健システム強化のためのこのようなエンパワメント活動は、人間の安全保障(human security)実現のためにも注目すべきことである。人間の安全保障の確保は、人間の安全保障国際委員会の焦点でもあり<sup>8)</sup>、過去 10 年間における日本の外交政策の中心原則でもあった。G8 サミットは、保健システム強化のためのエンパワメントとプロテクション（保護）という基本

方針に対する明確なコミットメントを各国の指導者たちが表明し、貧しい国においてこの方針に基づいた活動を実施するための明確な戦略とプロセスを提案する良き機会となるであろう。

## 2. システム強化と疾患別アプローチの統合とそのための資金確保

第2の原則は、新たな基金を設立することなく、貧しい国の保健システム改善のためのコミットメントを強化しようというものである。そのためには、現在あるいくつかの機関がシステム強化のためにも資金を分配し、疾患別アプローチとシステム強化アプローチとのバランスを取っていく必要がある。実際すでにいくつかの国際規模のイニシアティブが、このようなバランスの確立に向けた取り組みを発表している。たとえば、世界基金は何年もの間、3つの疾患に焦点を当てながらも、保健システム強化のための政策づくりを模索してきた<sup>9)</sup>。世界基金理事会は、前回の会議において、「システム強化が3つの疾患コントロールのための活動内容を改善しうるのであれば、システム強化を支持する」という重要な決断を下している。これは水平でも垂直でもなく、その両者を統合させていく対角線アプローチ (diagonal approach) と呼ばれている<sup>10)</sup>。次回の資金拠出の際は、世界基金に提出されたプロポーザルに含まれる保健システム強化のための新たなアプローチの実施が可能となるであろう。

GAVI アライアンスも同様に、主要目的である子どもの予防接種と保健システム強化とのバランスを目指してきた。そして2001年には初めてシステム強化のための資金提供を行っている。2005年12月には、GAVI アライアンスの理事会が2006～2010年における保健システム強化のため、5億ドル拠出することを承認した。アライアンスはまた、保健システム強化向けの助成金に関する10箇条の指針も発表した。そしてこれらの活動を監督するための、多彩な代表者から成るタスクフォースを設立した<sup>11)</sup>。こ

れまでのGAVI アライアンスの経験によれば、絶妙なバランスの下に保健システムの改善をしながら予防接種活動を実施していくことは不可欠なことである。しかしまた、それはきわめて難しいことであるということも経験上分かっている。

これらの世界規模のパートナーシップ基金の活動経験をもとに、他の機関もまた保健システムの強化に貢献することは可能である。同時に、その実施においては、運営上の障害に直面するであろうこともまた予想される。特定の疾患対策を目標とする諸機関が、保健システムのための予算を機関内で分配する際の主要課題は3つある。予算が適切に支出されているかどうか、保健システムが強化されたのかどうか、および、広範囲にわたる教訓が得られているのかどうか。これらの確認を確実にすることである。NGOは、諸機関がこの3つの課題に取り組んでいけるように、予算分配に関する手順を指導したり、監督、監査のための支援を提供し、これらの機関を支援できる。G8サミットは、世界規模の保健関連パートナーシップ機関の保健システム強化の経験を見直し、この取り組みを将来に向けて拡大していくための明確な方針や目標、およびガイドラインを提案する良き機会となるであろう。

## 3. 保健システム強化のための学習イニシアティブ

最後に、私たちは保健システムについてより深く学んでいくべきである。国際社会が今後、貧しい国の保健システムの強化により多くの資源を費やすようになるであろうことは、だれの目にも明らかである。さまざまな国際機関、世界規模のパートナーシップ基金、NGO、そしてODA機関の間で、そのためのアクションを起こそうという動きが強まっている。構造的な諸問題が広く認識され、特に世界の最貧国における健康関連MDG達成のために、これらの諸問題に取り組んでいこうというさまざまなアイデアが生まれてきている<sup>12)</sup>。異なる支援機関による



一連の実験的介入が、世界中の国で現在実施されている<sup>13,14)</sup>。ところが、このような実験的介入から得られた経験を一緒に学ぼうという、学びの機会が不足している。保健システム改善のための介入がうまくいくためには、それが国レベルで実施され、政策立案者や介入の担い手がその経験から学べるようにする学習イニシアティブが必要である。イニシアティブのゴールは、資源が不足していても、国家の指導層が保健システムの改善に用いることができるような、実行可能な介入方法を生み出していくことである。

保健システムの改善のためには、知識を拡大しなくてはいけない。この見解は確かに的を射ている<sup>15)</sup>。しかし、より多くの知識といったとき、その内容は、それが国レベルで役に立つものであり、また同じような国とその知識を共有できるようネットワークを介して伝えられるようなものでなくてはならない。保健システムの改善に必要なのは、数的指標だけではない。いかに保健システムが機能しているかについて、政治経済学的側面、価値観、そして文化的側面からも、それをみていく必要がある。システム構造の細部（財務、会計、規制、組織マネジメント能力など）についての関心と専門知識をもつことも重要である。そして、条件付きでそれぞれの国の事情に合わせて、万能アプローチを何とかあてはめようという動きに対しては、これを拒否することもまた必要である。このような取り組みを国レベルで調整するには、責任能力のある独立した国際研究機関が必要となるであろう。国際社会に対する説明責任をもち、積極的に活動を見直し、透明性の高いアセスメント方法をもてるような機関である。たとえば、コクラン共同計画のような機関が、保健システム改善にも必要である。

このような学びの強化の目標に近付くためには、国際保健のための国際規模のパートナーシップ基金がそれぞれ、資金の一部を、保健シ

ステムのためのオペレーショナル・リサーチや知識構築のために分配すべきである。この資金は、保健システムのパフォーマンス向上の取り組みをしていくうえで大いに役に立つであろう。それによって、世界各地からの経験を集め、成功例や失敗例を評価し、十分な企画に基づくパイロットプロジェクトを策定し、知識の普及を保証することが可能になる。G8 サミットは、保健システム強化戦略についての学習イニシアティブに世界がコミットメントすることを表明し、将来、その学習経験の共有を強化していくための明確なシステムおよび資金供給のあり方を提案する良き機会となるであろう。

謝辞 本研究の草案作成に当たっては、Harvard Faculty Informal Advisory Group on Global Health Policy および Working Group on Challenges in Global Health and Japan's Contributions (東京)からのコメントを参考にした。また、Suwit Wibulpolprasert 氏からは、保健システムの骨組み強化のための水平的、垂直的アプローチを両立させる方法についての示唆を得た。ここに謝意を表したい。

## 文 献

- 1) WHO, UNICEF : Primary health care : report of the International Conference on Primary Health Care. Alma Ata, USSR. 6-12 September, 1978. World Health Organization, Geneva, 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 : 1983-1985.
- 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, *et al* : *Getting health reform right : a guide to improving performance and equity*. Oxford University Press, New York, 2004.
- 6) Blumenthal D, Hsiao W : Privatization and its discontents—the evolving Chinese health care system. *N Engl J Med* 2005 ; 353 : 1165-1170.

- 7) Roberts MJ, Reich MR : Ethical analysis in public health. *Lancet* 2002 ; 359 : 1055–1059.
  - 8) Commission on Human Security. Human security now : protecting and empowering people. United Nations, New York, 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. Partners for Health Reform Plus, Bethesda, 2002.
  - 14) Wang H, Yip W, Zhang L, *et al* : Community-based health insurance in poor rural China : the distribution of net benefits. *Health Policy Plan* 2005 ; 20 : 366–374.
  - 15) Murray CJ, Frenk J, Evans T : The Global Campaign for the Health MDGs : challenges, opportunities, and the imperative of shared learning. *Lancet* 2007 ; 370 : 1018–1020.
-