

FASID 第211回BBLセミナー報告

テーマ：2030年に向けた保健指標の測定とアカウンタビリティ

日時：2015年6月23日（火）12時30分～14時

場所：FASID セミナールーム

講師：杉下智彦氏 JICA 国際協力専門員 保健課題アドバイザー

出席者：公益法人、特定非営利活動法人、民間企業、大学、公的機関等より合計41名。

1. 発表要旨（詳細は発表資料参照）

2015年9月の「持続可能な開発目標（SDGs）」の発表が差し迫る中、保健分野においてもSDGsの指標策定や目標年となる2030年に向けたロードマップの策定が進められている。保健関連MDGsでは、アウトカムとインパクトに注目した簡潔な指標を設定した結果、目標達成に向けた世界的な取り組みが可能となった。SDGsにおいてもその目標、指標、モニタリングのフレームワークを明確化する動きがあり、2015年6月9日から11日にはワシントンにてUSAID、世界銀行（WB）、WHOが主催する「MA4Health サミット（Measurement and Accountability for Results in Health）」が開催され、保健関連SDGs モニタリングフレームワークの設定に向けて国際的な協調が加速している。

今回のBBLセミナーでは、MA4Health サミットに運営委員として参加された杉下智彦氏より、同サミットでの討議内容や、WHOが中心となり別途設定されている保健コア指標など、ポスト2015の保健分野の国際的な動向や日本政府およびJICAの今後の協力方針に関する最新の動向について説明が行われた。

● グローバルアジェンダとしてのユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）：

グローバルアジェンダとしてUHCを推進していくことが決定された。しかし、UHCがよく理解されていない理由は主に2つある。1つは、医療が仁術ではなく、算術になってしまったと嘆かれることがある。UHCが、お金や数で人間の命をコントロールするような話にならないか危惧されている。もう1つは、市場経済が浸透すれば利益が得られるところのみサービスが集中することとなり、本当に必要とされている医療サービスは、実際には私たちの望みとは正反対に発展するという懸念である（Hart 1971）。医療技術はどんどん発展し、その結果サービス単価が高騰するため、健康保険もお金を持っている人にしか適用されないという懸念がある。「The Inverse Care Law（Hart 1971）」は、1978年のアルマ・アタ宣言の基盤となった論文である。同宣言の、1) 治療よりも予防に重きが置かれていること、2) 社会的弱者の費用負担を国家もしくは地域社会が行い社会発展を目指そうという考え方がUHCを推進していく上で大切である。

● ソーシャルビジネス：

サービスデリバリーメカニズムが、市場経済の中で確立されていない。ほとんどが政府のサービスである。杉下氏自身は市場の力を借りて、フランチャイズの形で母子保健サービス、プライマリヘルスケアを広げられないかというビジネスモデルを作る取り組みも行っている。

- 保健システム強化への課題：

途上国では、医療従事者から袖の下を要求されたり、怒鳴られたりすることから医療サービスへの不信感がある。その結果、人々は病院へ行かず、感染拡大、さらには経済活動の低下の原因となっている。保健システム強化のためには、医療システムへの信頼の回復こそが重要である。長年リベリアで活動し、エボラ出血熱に感染したアメリカ人医師 Dr. Blumenthal は、保健システムの強化以前に、まずはレジリエント（強靱な）な社会作りからはじめ、住民の国家に対する信頼関係を回復させることが先決であると述べている。

- ユニバーサルな保健指標の設定：

政府の信頼を回復するためには保健分野の予算として再分配制度を構築する必要があるが、どの国の政府も保健予算を（成果が）見えないシステムに投入することはできない。従来、途上国における保健の状況は全くモニタリングされておらず、基礎情報が存在しないことが、保健予算の増加の妨げとなっていた。また、首都の医療サービスと農村部の医療サービスとでは医療の質に大きな差があるが、その差についてもきちんとモニタリングされていなかった。JICA を含め各ドナーもこれまで指標の設定やモニタリングを各自でばらばらに行い、援助の成果を確認しないまま闇雲にお金を投入してきた。このような状況下では UHC は達成不可能である。それ故、WHO や WB が中心となり、被援助国とドナー間で保健データの整理、指標の統一、フレームワークの共有を行うことが 1 年半前より検討されてきた。指標やモニタリング方法を統一させることにより、途上国の負担を減らすことができるとともに、何に投資し、何が原因で、何がレバレッジ・ポイントか明確にすることができる。2015 年 6 月の MA4Health サミットでは、保健指標を 100 に絞り込み、共通の Data Collaborative というシステムの中で測定していくことが決定された。JICA から理事が出席し、このシステムを支持することを明言している。

- SDGs のゴールとターゲット：

現在 2015 年 9 月のポスト 2015 開発アジェンダの設定に向けて各国が自国の思惑を反映させようと交渉が続けられている。現在のところポスト 2015 開発アジェンダ（Transforming our World by 2030 – a New Agenda for Global Action）の保健分野アジェンダの最初の一文に UHC 達成が明記されている。これまで米国やゲイツ財団は UHC をアジェンダに入れることに反対していたが、最終的には UHC が明記される予定である。つまり私たち（JICA）の事業も、最終的には UHC を達成するためにどのようにして保健システムを強化するかが中心となる。SDGs のゴールは 17 ある。この内、保健は 3 番目である。その中で 13 のターゲット（全体 169）がある。この 13 のターゲットが残ることがほぼ決定されている。指標に関しては、9 月（の持続可能な開発に関するサミット）には間に合わないであろうことが決定しており、2016 年の 3 月までに国連統計部を中心にターゲットに沿った指標の設定が行われることになっている。

- 包括的アジェンダのセッティング：

今後の動きとして注目すべきものに2015年9月に設定されるSDGsと2016年に日本がホスト国となるG7サミットがある。日本はこれまで2000年、2008年とG8サミットをホストする度に、グローバルヘルスにおける重要なコミットメントを発信してきており、現在は来年のサミットに向けて日本政府として何を打ち出すかを検討中である。

- 国際保健の指針：

次の4点の動きが国際保健における指針として重要である。

①UHCフレームワーク：UHCは2つの目標を持っている。1つは、サービスカバレッジである。つまり、どんな人口に対してもサービスのカバー率が80%を超えるようにすること。もう1つは、財政保護である。これには、catastrophic expenditureとimpoverishing expenditureの2つが含まれる。

②100のコア指標：1200以上の乱立している保健指標のうち、優先順位をつけた100の指標に関して定義と測定方法が書かれている。WHO・WBのウェブサイトから閲覧可能。

③International Health Partnerships+ (IHP+)：援助協調の国際的保健の枠組み。援助機関、途上国、開発機関が入っている。協調的に指標を測ったり、UHCに対し融資をしたり、同時に国際的なアジェンダ作成の取り組みが行われている。日本は2015年5月にIHP+に加盟した。WHO事務局長のマーガレット・チャンは日本に対して技術協力で大きな期待を寄せている。国際社会ではあまり注目されていないが、現場レベルではJICA、日本の企業、市民社会が行っている事業はかなりインパクトが大きい。

④International Health Regulation (IHR)：エボラの拡大を契機に、国境を越える課題に対して、各国のキャパシティがなかったという反省から注目を浴びている。2005年に改正されたIHRは、13のコアキャパシティがあるが、これらが全く遵守されていなかったことが、エボラの感染拡大の要因の一つと考えられている。2015年6月にドイツで開催されたG7サミットでもIHRを改変して、遵守していくことが合意され、グローバルなガイダンスとなっている。

- 実用レベルの動き：

上記指針を受けて、最近では次の4点の動きが注目されている。

①Global Financing Facility (GFF)：新しいファイナンシャルメカニズムの1つ。これまでの資金調達メカニズムと全く異なるメカニズムで、各国の母子保健におけるファイナンスギャップをこれから10年間に渡って、しっかり分析した後に不足部分をどのように埋めていくか、更には国家の予算を増やしていくシナリオを描いた上で、足りないところに開発パートナーからのお金が入るようにするファシリティファンドである。来月、アジスアベバで開催の国際開発資金会議の中で発表される予定である。日本は、ローンを使ってこの中にファイナンスしていくことを検討中である。

②Pandemic Emergency Facility (PEF)：これも新しいファイナンシャルメカニズムである。鳥インフルエンザ、エボラ出血熱、ネパールの大地震のような緊急時に国際社会からすぐにお金をリリースできるようにするメカニズムである。国家に対する保険会社と契約を結ぶ契約料をどのように負担していくかという議論がされている。GFFとPEFは、ポスト2015の目玉になってきている。指標を明確に

設定しモニタリングが可能になるという前提の元、ファイナンスの仕組みが構築されている。

③Measurement : 先日の MA4Health サミットの中では Hans Rosling によるグローバルな健康革命の発表があった。Rosling 氏が開発した Gapminder World によると保健の状況は、1969 年から劇的に改善してきている。しかしながら、アフリカではエイズの影響のため伸び悩みがみられる。このようなところに積極的に投資しないとグローバルによくなったとはいえない。また、Chris Murrey からは Global Burden of Disease (GBD) project のデータを用いてガーナにおける疾病負担の急激な変化について発表があった。ガーナでは感染症は減少する一方で非感染性疾患 (NCD) が急増しており、NCD 対策にコストがかかることが明らかとなっている。プロジェクトで計画・立案時にもこのウェブサイトを参考にし戦略を練れば、根拠に基づいたプロジェクトを実施することができる。

④UHC モニタリング・トラッキング : 2015 年 6 月 12 日には、UHC モニタリングのためのレポート「Tracking Universal Health Coverage」が発表された。日本政府も本レポートの作成に拠出している。UHC が測定可能であるということを示したレポートで注目されている。4 億人が基本的な保健医療サービスを利用できないこと、さらに、37 カ国においては、人口の 6%が医療費の自己負担により極度の貧困に陥っていることが報告された。つまり、保健セクターが貧困を作り出しており、格差社会は益々広がっていくというショッキングなレポートである。この報告を元に、やはり SDGs では UHC を重視すべきであるということをも日本 (JICA) も提案しているところである。

- Civil Registration and Vital Statistics (CRVS) : MA4Health サミットの大きな成果の一つとして、国際社会が保健データのフォローアップをするために必要と考えている 1 つの実施手段として CRVS を整備することが合意されたことである。CRVS とは日本でいう戸籍登録・死亡統計のこと。人の出生と死亡を登録することによってその間に起こる様々なライフイベントに対する社会扶助サービスが、しっかりとトラッキングされた上で、拠出を行うメカニズムの一助となる。日本ではマイナンバーの導入も話題に上っており、健康記録をそこにどのようにトラッキングするかはデータセキュリティの問題も生じるため議論が行われている最中である。世界においては個人のデータを一元化して社会保障給付サービスなどをトラッキングすることが国家の責任であるという潮流になっている。つまり、CRVS によりトラッキングシステムを構築することにより、効率的な投入が可能となる。現在、WB のリーダーシップの下 GFF の一部として CRVS の制度整備のために、各国あたり 10 億円拠出することが検討されており、2015 年 7 月に開催の第 3 回開発資金国際会議で正式に決定される予定である。しかし、CRVS を導入するにあたり、一夫多妻、移民、不法滞在者のトラッキング、ジェンダー、民族等のデータセキュリティをどのように作るかということも盛んに議論されているところである。さらに CRVS の管轄機関は、内務省や法務省のような保健省以外の機関であるとともに、各ライフイベントによって登録先も様々であることが多いため、管轄機関を統一すべきであるという動きになっている。JICA 内部においても CRVS 整備のための勉強会を始めようとしている。

- eHealth/mHealth : IT 技術をフル活用し健康の維持を図ると同時に、医療の質を高めようという考え方が進んでいる。

CRVS とも関係が深く、NEC などの企業は途上国の選挙管理システムや ID システム整備の入札を行っているところであり、保健分野においても新たな事業の可能性がある。JICA は、eHealth/mHealth に対しても積極的に取り組んでいく予定で勉強会を企画している。

- 2016 年 G7 に向けたグローバルヘルス・ワーキンググループ：

次の 6 つのテーマから検討が行われている。①高齢化と UHC に関する総括マクロビジョン、②UHC の社会経済的インパクトと政策的意義、③わが国の UHC の 3E (equity, effectiveness and efficiency)、④ UHC の実践的手法と教訓、⑤途上国の現場における事例と UHC に関わる人材育成、⑥UHC 達成のためのグローバルヘルス・ガバナンス分析。⑥に関して、IHR の実行や UHC の達成に向けて WHO の機能が弱いことが問題とされており、グローバルヘルス・ガバナンスに向けて WHO を強化するのか、WB がその役割を担うのかなどが討議されている。また、①に関して、日本は、高齢化では先進国であり介護保険や地域包括ケアなど前向きに様々な取り組みを行ってきており、この知見を途上国でどのようにして活かすべきか検討している。特に高齢化対策の支援がアジアから要請されており、タイではすでに JICA は介護人材育成の支援を開始している。日本においても高齢化を問題ではなくポジティブに捉えるために、高齢者（老人）の定義を変えたり、家族形態、コミュニティの形成方法を変えたりすることにより、より良い暮らしのデザインが重要となってきた。

- 展望：

グローバルヘルスの潮流は次のように変化してきた。アルマ・アタ宣言の PHC の概念では、予防を重視し一次医療施設をはじめとするフロントラインをエンパワーメントし、コミュニティヘルスを強化することが注目された。そして保健システム強化により、ヘルスシステム、人材、サービス、資金、情報等が統合されることによってそれぞれのプログラムが生きてくるという提案がされた(2000年)。更に、格差社会の中で落ちこぼれてしまった人々をどのように健康にしていくかという UHC の時代がやってきている (2014 年)。Lancet に 2013 年に掲載された論文「Global Health 2035」では、工業化に成功した中所得国が、自国の保健サービスにより多く投資すれば 2035 年までに基礎保健サービスは援助に頼らなくても十分に提供されることが可能であると発表された。つまり、Country failure については途上国が自国の経済成長で対処すべきであり、これからの ODA は市場とイノベーションへ投資すべきである。UHC を達成するには、公正性の確保、ファイナンスのメカニズム、システムの強化、将来のレジリエンスが必要とされる。今後、全人類の寿命が延びていくと天然資源が枯渇してしまい、今と同じような生活を全員ができるわけではなくなり、健康の捉え方も変化するだろう。今後は市場の力を利用しつつも、持続可能な社会をつくるために対話をしていくことが重要である。信頼される保健システムを作るにも対話を重視し、データで示した上でアカウンテビリティを向上すること、CRVS を整備して基本的な情報整備からはじめる必要がある。そのように情報整理したうえで公平性 (Equity) を確保しつつ持続可能な社会を達成するのが UHC である。

2. 質疑応答・コメント

Q1： モニタリングでは、データがきちんと取れないときは誰が責任を持ってフォローアップ、サポートしていくのか。

A1： 各国の WHO カントリーオフィスが、自国の指標を達したかどうかを国際社会に報告していく義務がある。今後、協調してモニタリングを行っていく際には、UHC のオブザーバトリーといわれるようなデータの進捗状況をしっかりと測るような Data Collaborative のメカニズム形成が検討されている。MDGs 時代は、「カウントダウン 2015」がその役割を担っていたが、義務はなく報告であった。今後は、途上国自身がプロアクティブに自国の財務省と交渉する材料として、GBD のようにオープンデータを利用できるようにする取り組みが必要とされる。

Q2： 100 のコア指標のとり方について。現場の作業日誌から挙げたデータを取っていくのか、統計局によるセンサスを行うのか、どちらのタイプで行っていくのか。

A2： データの取り方も MA4HHHealth サミットで議論され、詳細はサミットの報告書に記載されている。世帯レベルのデータ、人口を基盤としたデータ、医療施設の記録、行政データ、センサス、サーベイランスシステムなどいくつかが乱立している。これらを統一する試みがなされている。その基盤に、CRVS を持つてくるのが現在のアイデアである。データ整備には、様々な省庁が関わってくるが、プラットフォームがなかった。現在いくつかの国で、パイロットを行いながら国際社会の中での方針を立てる取り組みが今後 2 年間で行われる予定となっている。

Q3： ファンディングメカニズムが増えてきている。いい面・悪い面をどのように捉えていけばいいのか。

A3： GFF については、もともとの発案は WHO の The Partnership for Maternal, Newborn and Child Health (PMNCH) であったが、WB がその提案に乗った形である。出発が母子保健からなので GFF は母子保健対象の基金となっているが、最終的には、グローバルファンドや GAVI を包含するようなシステムの基金にしたいという考えである。現在は、プロポーザル方式で、いわれたことにお金をつけており、自国予算を増やしていないという決定的な過ちを犯している。GFF では自国が責任国家としてお金を増やすという資産構成の中で、システム強化を目指したファイナンスを確保できるよう議論が進められている。母子保健に注力したいカナダ、ノルウェーと、保健システム強化に注力したい、WB、WHO、日本とが若干対立している状況であるが、7月の国際開発資金会議までには、保健システム強化を目指した母子保健のための基金という位置づけで決定される予定となっている。

Q4： UHC の 4 つの A の視点 (Accessibility、Affordability、Availability、Acceptability) は、どのように指標に盛り込まれていくのか。

A4： 全部盛り込むのは難しい。サービスカバレッジと財政保護だけ残っている。そのプロセスとして、4 つの A を担保しなければいけない。Q (Quality) を入れようという案もある。WHO では UHC の Quality について検討するための分科会が開始されたところである。

Q5： Efficiency（効率性）は、どのように扱われ、モニタリングのトラッキングの中でどのように具体的に
見ていく形になっているのか。

A5： 効率化した保健システムから出てきた利益をしっかりと弱者に回すことが国家の責任である。効率性を
測定するには、1つはインプット/アウトプットの関係で、いかに少ない予算で、健康指標（寿命）が伸び
たのか計算する。または、システムのデリバリーの中で、システムパフォーマンスという言い方で測定する
のはできるかもしれない。IHR は、パフォーマンスを評価している。IHR が履行できているかどうかをそ
の国のガバナンスのパフォーマンス指標にしようという議論が進んでいる。

Q6： 現場レベルの活動の中で、データ収集、質、活用について会議で話し合いはされているのか。

A6： 質が高く、タイムリーなデータ収集のための議論が行われている。そこに IT が入ってくるのが
eHealth/mHealth の1つのよさでもある。さらに、データをどのように利用し、資源をどのように分配する
か、Rosling や Murrey の発表のタイトル（“Quality data is local”）にもなっているように現場レベルで入手可
能なデータをどのように政策につなげていくかが最も重要である。

以上