



必須保健ケアに関する支援やアプローチの規模の拡大を図るためには、前進を加速させる戦略とその妨げとなる課題の両方を総合的に理解する必要がある。発育観察のため赤ちゃんの体重を量る保健員（フィリピン）。

要約

子どもの生存に関わる前進を加速させるためには、100年にわたる保健セクターの発展から得られた教訓を応用するとともに、コミュニティ・パートナーシップ、継続的なケア、保健システムを強化するための効果的アプローチをとる必要がある。

この章では、「行動」と「パートナーシップ」という2つの要素をひとつの枠組みに統合し、妊産婦、新生児および子どもの健康のための継続的なケアを効果的に拡大していく方法を提示する。このような枠組みこそ、成果志向の保健システムを発展させていくための第一義的手段である。本章では、今後10年にプログラム、政策、パートナーシップにおいて必要となる、それぞれ異なるものでありながら、関連し合っている5つの行動について概説する。

行動Ⅰ：プログラムの再編成を図り、特定の疾病を対象とした支援から、継続的なケアを確保するための、エビデンス（証拠）に基づいた、効果の大きな統合的パッケージへと移行する。

行動Ⅱ：必須サービスの拡大に向けて国レベルで進める統合的な計画策定プロセスにおいて、母子保健を中心的な位置づけにする。

行動Ⅲ：保健システムを強化するため、財政の質と一貫性を向上させる。

行動Ⅳ：保健システムを発展させることに対する政治的コミットメント、国内外のリーダーシップ、持続的な資金拠出を促進・維持する。

行動Ⅴ：国際的な保健プログラムとパートナーシップがより調和のとれたものになるように条件を整える。

効果的な規模の拡大を図るためには、政府、ドナー、国際機関、国際保健パートナーシップといった主要なステークホルダーが基礎保健ケアの分野で協働していくための新たな方法を見出す必要がある。このパラダイムの中心的テーマは「結束」である。母子保健のさまざまな側面の改善に向けたイニシアティブやパートナーシップはたくさんあり、これからも増え続けていくが、母親と子どもを対象とした保健関連のミレニアム開発目標を達成するためには、さらなる一貫性と調和が必要となるだろう。

コミュニティ・パートナーシップ、 継続的なケア、保健システムの 強化を図る

第3章でコミュニティ・パートナーシップについて検討した結果、妊産婦、新生児、子どもの保健面での改善を加速させる上でコミュニティ・パートナーシップには大きな可能性があることがわかった。例えば、施設を基盤とするケア・サービスでは改善が見られない場合でも、コミュニティ・アウトリーチ・プログラムと、家族およびコミュニティにおけるケアを重視する戦略を併用し、その普及率を90%にまで高めることができれば、新生児死亡率を18~37%低減できることがデータにより明らかになっている¹。したがって、いま必要とされているのは、基礎保健ケアにおけるコミュニティ・パートナーシップの可能性を大規模に、かつ最大限に活かすための革新的戦略である。そのような戦略は、理想的には、国の保健システムを強化する全体的な努力の一環として実施されることが望ましい。

効果的なアプローチの規模の拡大から得られた教訓は、連携をさらに重視するやり方で実地に応用されつつある。母子の生存と保健のために活動している主要な国際機関——ユニセフ、国連人口基金、WHO（世界保健機関）、世界銀行——は、ドナー、政府、そしてアフリカ連合のような他の主導的国際機関と協働しながら、基礎保健ケアへのアクセスを拡大するための枠組みや戦略に取り組んでいる。

「規模の拡大」：そのために何が 必要か？

子どもと女性を対象とした保健関連のミレニアム開発目標に関する前進を加速させるためには、すでに行われている支援の規模を拡大することが非常

に重要である。このことは特に、2006年の子どもの全死亡件数の80%以上が集中したサハラ以南のアフリカと南アジアについて、当てはまる。

必要不可欠なサービスの提供や実践を大規模に拡大していかなければならないという点では合意ができていて、これを実行するとすると、口で言うほど易しくはないことも明らかである。規模拡大には、その多くが互に関連し合う、複雑に組み合わせられた一連の行動が必要となる。幅広い拡大を達成すると同時に、その長期的な持続可能性も確保しなければならないためである。

プログラム・レベルと政策レベルにおいては、すでに効果が証明されている低コストの支援パッケージを、より拡大した形で提供するだけでは十分ではない。拡大プロセスの一環として、アクセスの妨げとなりうる行動様式、制度、環境に見られる阻害要素にも対処しなければならないからである。成功を収めるには、これらの障害について、そしてそれらを回避するための戦略について、深く理解することが必要となる。

効果的な規模の拡大を図るためには、政府、ドナー、国際機関、国際保健パートナーシップといった、主要なステークホルダーが基礎保健ケアの分野で協働していくための新たな方法を見出す必要がある。母子保健のさまざまな側面の改善に向けたイニシアティブやパートナーシップはたくさんあり、これからも増え続けていくと思われるが、さらなる一貫性と調和が確保されなければ、このような懸命な努力にも関わ

らず、今後、保健関連のMDGの達成に手が届かなくなる可能性がある。

この章では、「行動」と「パートナーシップ」という2つの要素をひとつの枠組みに統合し、妊産婦、新生児および子どもの健康のための継続的なケアを効果的に拡大していく方法を提示する。そして、今後10年のプログラム、政策、パートナーシップにおいて必要となる、それぞれ異なるものでありながらも関連し合っている5つの行動について概説する。

- **行動I**：プログラムの再編成を図り、特定の疾病を対象とした支援から、時期と場所を超えた継続的なケアを確保するための、エビデンス（証拠）に基づいた、効果の大きな統合的パッケージへと移行する。
- **行動II**：サービスの規模を拡大し、保健システムを強化するために、より改善・統合された国レベルの戦略的計画策定プロセスの中心に、妊産婦、新生児および子どもの保健を位置づける。
- **行動III**：保健システムを強化するため、財政の質と一貫性を向上させる。
- **行動IV**：継続的なケアへのアクセスを保障するため、政治的なコミットメント、国内外のリーダーシップ、持続的な資金拠出を促進・維持する²。
- **行動V**：国際的な保健プログラムとパートナーシップがより調和のとれたものになるように条件を整える。

1. プログラムの再編成

支援から継続的なケアへ

これまでのところ、妊産婦、新生児、子どもの保健に関わる国際保健関係機関の活動と支援の多くは、特定の疾病を対象とするアプローチに焦点が絞られていた。これらのアプローチは、いずれもしっかりとしたエビデンス（証拠）に基づいており、規模の拡大という点でも実績を有している。特定の疾病を対象とする支援は、資源配分、対象の設定、管理運営、財政の面で十分な対応がとられ、大規模に実施された場合は、疾病の発生や子どもの死亡率の低減にしばしば寄与してきた。

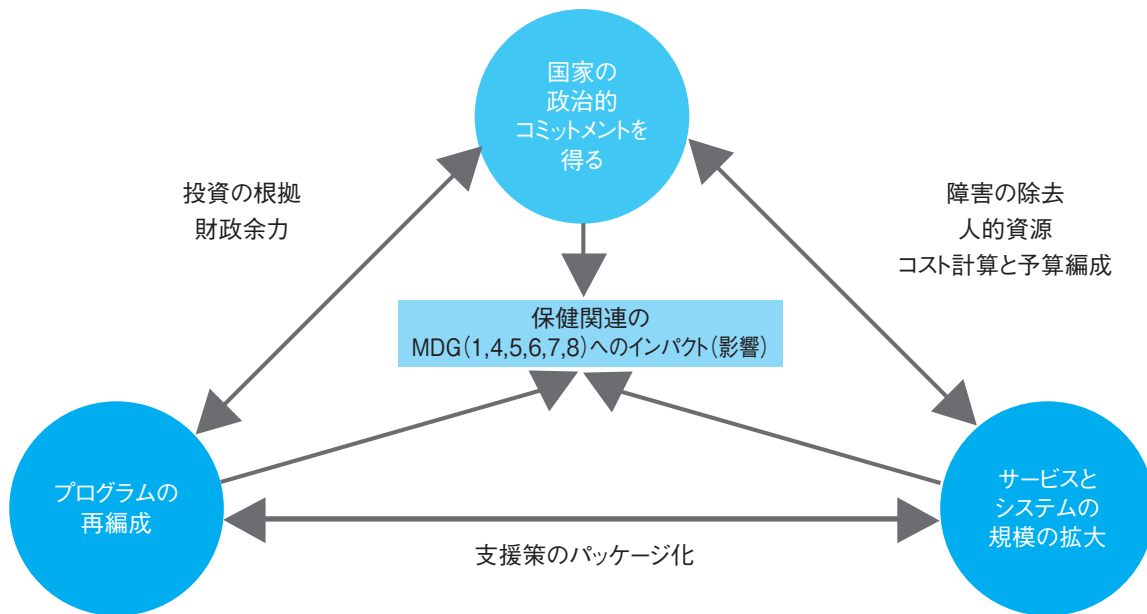
しかし、このような支援に限界がないわけではない。特に、ガバナンス、管理運営、人的資源上の限界といった、上流部分での制約を考慮していないことが多かった。加えて、特定の疾病を対象とするアプローチでは、焦点が絞られてしまうために、より幅広い保健システムの強化につながる相乗作用が制限されてしまう可能性がある。

規模の拡大によって時期と場所を超えた継続的なケアを達成することは、ますます、保健関連のMDGの達成に向けた前進を加速する最も有効な方法のひとつと見なされるようになってきている。しかしながら、継続的なケアの有効性や実行可能性に関するエビデンス（証拠）は、特定の疾病を対象としたアプ

ローチほどには得られていない。継続的なケアというアプローチが実際にどれほど機能するかについてのエビデンス（証拠）を集める必要性が、さらに高まっている。そのためには、特にプログラムの構成に関しては、新しい枠組みとプロセスが必要になるだろう。具体的には、次のような変更が求められる。

- 支援パッケージの具体的内容を明らかにする
- ベンチマーク（評価基準）と到達目標（ターゲット）を定める
- サービス提供のための戦略を統合する

図4.1 開発途上国で基礎保健ケアの規模を拡大していくための概念的枠組み



出典：UNICEF, 'Joint Health and Nutrition Survey for 2006-2015', UNICEF, New York, November 2005, p.10

継続的なケアの規模を拡大するには、支援パッケージのさまざまな構成要素が統合されることを反映して、プログラム管理体制のあり方を変えることも必要になる。そのためには、制度的・個人的な対応能力を増進すること、変化に対する抵抗を克服すること、そして断片的に散らばっている資金の流れ——特に国際的なドナーやパートナーシップからの資金の流れ——を統合・調整することが必要になる³。

サービス提供モードによって支援策のパッケージ化を図る

エビデンス（証拠）に基づき、費用対効果の高い一連の支援策をパッケージ化することは、妊産婦、新生児、子どもの保健面での改善を加速させる最も効果的な方法のひとつとなる可能性がある。規模の拡大のためには、各国が、以下の3つのサービス提供モードに基づいて、継続的なケアのあり方を確定する必要がある。

- 家族を主な対象とした、コミュニティを基盤とするサービス：コミュニティの保健／栄養推進員により定期的に提供され、専門技能を有する者による定期的な監督を受ける。
- 住民を主な対象とした定期的なサービス：アウトリーチ活動を通して、もしくは施設において、専門技能あるいはそれに準ずる技能を有する保健スタッフ（補助看護師、助産師その他の医療補助スタッフ等）によって提供される。
- 個人を主な対象とした臨床サービス：高度な専門技能を有する保健従事者（助産師、看護師、医師等）による対応が必要で、恒常的に利用できる支援策⁴。

どのようなサービスを提供するかは、国の状況と保健システムの対応能力次第である。障害を取り除けば、普及率を高める余地も生まれてくる。

対象年齢を特定した保健・栄養サービスの利用に応じて支援提供を組み合わせることは、費用と時間の両方の面で節約となり、子どもや母親が利用し

やすいサービスの数を増やすことにつながる。ワクチン、抗生物質、殺虫剤処理された蚊帳、ビタミンA補給剤など、コストがそれほどかからない支援策をパッケージ化して提供し、栄養の与え方に関する習慣や衛生習慣の改善を促進すれば、パッケージ化したアプローチによるサービスの普及率は大幅に向上する可能性がある⁵。

コミュニティ・パートナーシップは、パッケージの統合を成功させるために欠くことのできない要素である。ひとつの効果的な支援がきっかけとなり、複数の方法を統合して子どもの保健パッケージとするのに成功することが多い。

例えば、ネパールでは、全国ビタミンAキャンペーンを通して、コミュニティ・ボランティアの能力向上のための研修が実施され、尊敬と信頼を集める組織作りにつながった。ボランティアは、子どもの急性呼吸器疾患の診断・治療に関する研修を受ける以前からすでに親たちの信頼を獲得しており、より複雑な任務を遂行するために必要な自信も身につけていた。

同じようなことがマダガスカルでも見られた。同国では、健康に関わるいくつかの改善された習慣を同時に採り入れることの重要性が家庭に伝えられているが、予防接種が家庭を他のサービスにつないでいくきっかけとなっている。大規模なコミュニティ動員プログラムによって、子どもの健康を促進するために家庭として必ず実践しなければならないことへの注意喚起が継続的に進められている⁶。

最も貧しく、最も周縁化されている母親と子どもたちを対象とするパッケージ化された支援を実施していくには、公平性に対する特別な配慮が必要である。パッケージ化されたアプローチは、確かに多くの母親と子どもにとってより幅広いサービスへのアクセスを増進することにつながるが、サービスにアクセスできる者と排除され続ける者との間のギャップがさらに広がる可能性もある⁷。

II. サービスの拡大と保健システムの強化に向けた国レベルの戦略的計画策定

特定の疾病に焦点を絞った支援から継続的なケアへと基礎保健ケアを再編成し、パッケージ化された支援の普及を拡大していくためには、しっかりした政策的土台が必要である。このことは、2003年以来、保健関連のMDGの達成に向けた前進をどのように加速すればよいかを検討するために開催されてきた一連のハイレベル会合において、ますます認識されるようになってきている⁸。これらの会合によって、時間の経過とともに、政策レベルで上流部分に重大な制約が存在しており、効果的な規模の拡大を支えるには、そのような制約への対応を緊急に行わなければならないことが明らかになってきた。これらの会合における主な結論のひとつは、次のようなものである。すなわち、保健システムが脆弱で、また保健システムの発展のための資金が不足していると、特定の疾病を根絶しようとする努力を拡大しても、そのインパクトは限定されてしまうおそれがあり、疾病によって国が抱える負担全体が母親や子どもに影響を及ぼすということである。

サービスとシステムの規模の拡大のためには、国レベルで実際的かつ効果的な戦略を定めることが必要である。そのような戦略においては、支援を拡大する可能性だけでなく、前進を阻害しかねない制約や障害も考慮し、後者を克服する方法を明らかにすべきである。前節で述べたパッケージ化された支援の規模を拡大するための、国レベルの戦略的計画において必要とされる主要な措置としては、以下のようなものがある。

- 保健システムの障害を特定し、対処する。
- 普及における前進と問題点をモニターする。
- 支援パッケージの導入と保健システムの強化を段階的に進める。
- 保健ケアの人的資源の危機に対処する。
- 成果志向の保健システムを構築する。
- 地域レベルで保健システムを強化する。

規模の拡大：母親、新生児、子どものための適切な栄養

栄養不良が関係している5歳未満児の死亡は全体の50%にも及んでおり、また母親の栄養状態と母子の死亡リスクとの間にも関係があることを示すエビデンス（証拠）がある。開発途上国・地域では、2000～2006年の間、5歳未満の子どもの4分の1以上が中度・重度の低体重か発育不全の状態だった。また、2005年の時点で、6～59カ月の子どものうち28%がビタミンAの補給を受けていなかった。

食料の安定供給も必要だが、栄養不良を回避するためにはそれだけでは十分ではない。そのことは、食料状況が安定している、あるいは貧しくない環境でも低体重や発育不全の子どもたちが多くことからわかる。栄養不良は、相関関係にあるいろいろな要素が原因となって生じる。それには、栄養の与え方やケアに関わる習慣が不適切であること、衛生が不十分であること、病気にかかること、保健サービスに十分なアクセスができないこと、完全母乳育児の利点、補完食、微量栄養素の役割に関する知識が十分でないことなどがある。貧弱な衛生施設や衛生習慣から起きることが多い下痢性疾患も、栄養不良の一因である。乳幼児の栄養不良を引き起こすもうひとつの要因として、母親の多くがサポートを得られるような環境にいないことが挙げられる。母親たちは家事に追われ、保健サービスへのアクセスも十分でないため、妊娠中に自分自身のケアをしたり、出産後に乳児のケアをしたりする時間が限られてしまう場合がある。

母親、新生児、子どもを対象とする継続的なケア全体で効果的な栄養戦略の規模を拡大していくためには、統合的なアプローチが必要である。親とコミュニティが持続的に関わり、それを地域と国全体の基礎保健ケアと環境保健のためのサービス——特に水と衛生に関わるサービス——の発展が支えるという形がとられなければならない。これらの必須条件が整えば、比較的短い時間で目覚ましい成果を挙げることが可能になる。例えばタイでは、このような手段により、10年の間に中度・重度の栄養不良が75%以上削減された。また、経済的な後退にも関わらず、国民に必須ビタミンとミネラルを提供するという面で大きな飛躍を遂げた開発途上国も多い。開発途上国の家庭の70%近くがヨード添加塩を利用し、約4億5,000万人の子どもがビタミンAのカプセルを投与されるようになった。さらに、保健戦略、特にコミュニティ・パートナーシップにおいては、母乳育児を推進・支援するための新しい、革新的な方法が採用されつつある。

開発途上国における栄養不良は南アジアで一番多くなっている。南アジアは、低出生体重児の割合も、中度・

重度の低体重、消耗症または発育阻害の状態にある5歳未満児の割合も最も高く、またビタミンA補給率は最も低い。サハラ以南のアフリカでは、これらの指標についてはやや良い数字が出ているが、6カ月未満の乳児の完全母乳育児率は最低であり、重度の急性栄養不良は依然として深刻な問題となっている。以下に示した国別の事例は、サハラ以南のアフリカでこれらの問題についてどのような対処が行われてきたか、その成功例を示したものである。

ベナン：母乳育児の重要性を母親たちに教える

1996年の人口・保健調査（DHS）によると、ベナンのボルグー県では、出生1時間以内に母乳を与えられた新生児はわずか16%に過ぎなかった。1998年には、生後4カ月未満の乳児で完全母乳育児の恩恵を享受できた子どもは5人にひとりに満たなかった。この母乳育児の問題のほか、栄養不良率や乳児死亡率（14%）の高さに関連するさまざまな栄養問題にも併せて対処するため、「必須栄養アクション」プログラムが1997年に導入された。必須栄養に関わる行動様式を強化するため、同プログラムは保健施設とコミュニティで6つの方法を実施することにした。

- 生後6カ月までの乳児を対象とする完全母乳育児
- 生後6～24カ月の子どもを対象とする適切な補完食の提供と母乳育児の継続
- 子どもへのビタミンAの補給
- 妊婦への鉄分、葉酸の補給
- ヨード添加塩の補給
- 栄養不良の子どもや病気の子どものための支援とカウンセリング

「必須栄養アクション」では、保健員の研修など保健システムを強化するための措置を、コミュニティの動員や、ターゲット層の具体的な条件に合わせた大規模な広報キャンペーンと効果的に組み合わせて実施している。

「ルレ・コミュニテール」(*relais communautaires*、コミュニティの仲介役)の名前で知られているコミュニティ・ボランティアの選出には、コミュニティの指導者らが積極的に参加した。これらのボランティアは、コミュニティと保健施設の間をつなぐ役割を果たし、栄養活動についての研修を受けた人々である。若者、

伝統歌謡の歌手、コミュニティ劇団、女性グループその他のコミュニティ・グループがワークショップに参加し、メッセージや素材を作成した。コミュニティ劇団が村々や近隣地域で劇を上演する一方、コミュニティのラジオ局は、ワークショップで作成された宣伝スポット、ゲーム、ドラマを放送した。

このような大掛かりなコミュニティ動員により、母親たちの間では母乳育児に対する態度が本当の意味で変化した。2001年には、この地域の4カ月未満の子どもを持つ母親たちの50%近くが、完全母乳育児を実践していると回答した。さらに2002年には、調査対象に選ばれたボルグー県のいくつかのコミュニティで、4カ月未満の子どもの完全母乳育児実施率が61%に達したと報告された。1999年には、この数字は40%だった。

エチオピア、マラウイ、スーダンにおける、重度の急性栄養不良へのコミュニティ中心の対応

重度の急性栄養不良は依然として5歳未満児の主要な死因のひとつである。最近まで、治療は施設中心のアプローチに限定されていたため、普及率やインパクトも限られてきた。多くの貧しい国々では、重度の栄養不良児は保健施設に連れて来られることがないからである。しかし、新しいデータによれば、これらの子どもたちの多くは、保健施設や治療目的の栄養補給センターに入院しなくても、コミュニティで治療ができることがわかっている。コミュニティ中心のアプローチとは、コミュニティで生じる重度の急性栄養不良をタイムリーに発見し、合併症が見られない子どもについては、すぐに食べられる栄養補助食品（RUTF）やその他の栄養補給食品を活用して家庭で治療するというものである。合併症がある栄養不良児に対して実施する施設中心のアプローチと適切な形で組み合わせ、大規模に実施すれば、重度の急性栄養不良に対するコミュニティを基盤とした対応は、何十万もの子どもたちの死を防ぐことができる可能性がある。

エチオピア、マラウイ、スーダンから最近報告されたエビデンス（証拠）によると、重度の急性栄養不良に対するコミュニティ中心の対応はインパクトが大きく、費用対効果も高いことが報告されている。保健施設での治療とは対照的に——ほとんどの開発途上国では、この50年間、施設での致命率には大きな変化が見られない——コミュニティ中心の治療ケアは、栄養不良に対する理解とその治療のあり方に根本的転換をもたらした。これまでのところ、2000年から2005年にかけてエチオピア、マラウイ、スーダン北部・南部で実施された20以上のプログラムから得られたデータ

によると、これらのプログラムではほぼ80%の回復率が達成され、死亡率も4%にまで低減されたことがわかっている。普及率は73%に達し、またプログラムの対象とされた重度栄養不良児の4分の3以上は通院による治療だけで済んだ。さらに、第1次データによれば、これらのプログラムはそれほど大きな費用を必要とせず、生存年数を1年延ばすのにかかるコストは12~132米ドルであったという。

コミュニティ中心の治療ケア・プログラムでは新しいRUTFが用いられているが、多くの場合、これらは地元の作物を使って地元で作られたものである。プログラムの実施は以下の3つの前提に基づいて進められる。

- すべてのプログラムで特に重視されているのは、栄養不良の進行における早期ケアの重要性と、患者が回復するまで栄養プログラムを続けることの必要性である。
- 早期に治療を特定し、きちんと治療を受けるようにするためには、家族とコミュニティがプログラムを理解・受容し、参加しなければならないという前提が、プログラムの出発点である。
- プログラムの成功がもたらすフィードバックと対応から恩恵を受けることができ、したがってプログラムが長期的に続くことに関心を有する主要なステークホルダーの参加を得ることに重点を置く。

重度の急性栄養不良に対するコミュニティ中心のプログラムがもたらす成果は、たとえこのようなプログラムによって外部援助の必要性がなくなるわけではないにしても、治療の規模を拡大することが公衆衛生上の大きなインパクトをもたらす、何十万もの子どもの死を防ぐことにつながることを示唆している。

参考文献は108ページを参照。

保健システムの障害を特定し、対処する

継続的なケアを提供するためには機能的なサービス提供ネットワークが必要である。このようなネットワークは、前節で述べた3つのサービス提供段階、すなわち、①家族とコミュニティ、②地方分権化された、利用者に近いところでの基礎保健ケア・サービス、③施設における紹介・搬送ケアと専門的予防サービスの各段階に設けられていなければならない。最初のステップは、規模拡大の努力を支援するために動員できる、すべての既存のサービス提供者（官民を問わず、非公式なサービス提供者も含む）や組織（NGOも含む）についてのデータと質的情報を収集することである。

このようなプロセスの一例として、ガーナの東北部での事例を挙げる。この地域では、多くの非政府組織（NGO）がいろいろな保健事業（プログラム）を支援しているが、「子どもの生存・発達促進プログラム」のもとで、ガーナ赤十字マザーズクラブ、国の保健サービス、ユニセフが協働することにより、これらのすべての組織の努力をまとめあげて、エビデンス（証拠）に基づいた、高インパクトで低コストの支援パッケージの拡大に重点を置くことに成功した⁹。

その他の重要なステップとしては、システム全体にわたる障害と制約を特定・分析し、これを除去・克服するための戦略を立てることがある¹⁰。このような障害・制約は、施設、アウトリーチ活動、あるいはコミュニティと家庭のレベルに由来することもあれば、政策を定め、ロジスティクスや供給を統括し、規制を作成・実施する戦略的・官僚的組織に由来することもある。69ページの図4.2は、国の保健制度の各レベルで発生する可能性がある、サービス提供を妨げる主な障害と、保健制度が運営されている政策上・行政上の背景を表したものである。これらの制約を分析するための新しいツールが「障害対応のための限界予算策定」であり、

これについては70ページのパネルで説明する。

障害の多くはそれに応じた具体的な解決策が必要であり、それにはさまざまなレベルのサービス提供でおきる制約に対処しなければならない。例えば、コミュニティの構成員の間で質の高い保健サービスへの需要が高くない場合、あるいは保健施設や普及指導員の能力が限られているために必須サービスを十分に提供できない場合には、アクセスを妨げる財政的、社会的、物理的障壁が存在する場合と同様に、支援パッケージの普及が制約されてしまう可能性がある。ここで、第3章で説明したコミュニティ・パートナーシップについて触れておくと、このようなパートナーシップは、献身的な保健員——コミュニティ保健員を含む——やサービスに、現在必須支援策の対象から漏れている家族およびコミュニティが接触することを増進させる上で、ほかにはない、きわめて重要な役割を果たすことができる。しかし、コミュニティ保健員を支えるためにも、より専門的な援助を必要とする多くの保健支援策に関わるサービスを提供するためにも、施設中心のケアとアウトリーチワーカーが必要になる¹¹。

保健員の仕事ぶりややる気を向上させること、また施設に十分な設備を揃えるとともに医薬品を容易に入手できるようにすることは、保健と栄養に関わるコミュニティ・パートナーシップを支援し、サービス提供の質を向上させるための、第二の要件である。サービス提供のあり方を改善する解決策の一環として、資源——人的資源、財源、経営資源——の増加と研修の実施が必要であることは間違いないが、その他のインセンティブや、人的資源管理のあり方の改善も必要となる場合がある。

保健システムのパフォーマンスを左右する、より上位の要素——政策と戦略的管理、マルチ・セクターにわたる公共政策、環境や状況の変化——への対応は、保健システムを発展させる上で最も複雑な課題のひとつに数えられ

る。これらの要素は政治的・制度的状況の一部となっており、このような状況はすぐには、あるいは容易には変わらない可能性があるからである¹²。とはいえ、しっかりしたリーダーシップ、アドボカシー（政策提言）、技術支援、パートナーシップは変化を推進する一助となりうる。

普及率の拡大における前進と制約をモニターする

評価とエビデンス（証拠）に基づいてプログラムの定期的なモニタリング、フィードバック、調整を行うことは、保健システムが十分に機能するための不可欠な要素として広く認識されている。これなしには、プログラムの効果を厳密に評価することは不可能である。エビデンス（証拠）に基づくしっかりした公衆衛生には、疾病の発生頻度と広がりについて、疾病や病状の決定要因と影響について、そして支援策の安全性、効果、有効性およびコストについての確固たる知識ベースが必要となる。種々のアプローチや戦略のインパクトに関する保健調査・研究は、基本的なエビデンス（証拠）を照合し、主要な教訓を読み取り、最も望ましい実践方法を発展させるためになくならない。

普及率のモニタリングも、政策や支援の調整を迅速に行えるようにする上できわめて重要である。保健関連のMDGに関わる進捗状況の測定は、人口・保健調査（DHS）や複合指数クラスター調査（MICS）のような大規模な手法に大きく依存している。MDGの指標は、保健関連の目標達成に向けた前進の測定を可能にする中心的なパラメーターである。その多くは、子どもの生存に関する、優先順位の高い最低限の指標の一部を成すものとして位置づけられている。この点については、「妊産婦、新生児、子どもの生存のためのカウントダウン」のプロセスにおいて、ユニセフとWHOがパートナーとの連携を図りながら合意を形成したところである。

MICSとDHSは、最低限必要な支援

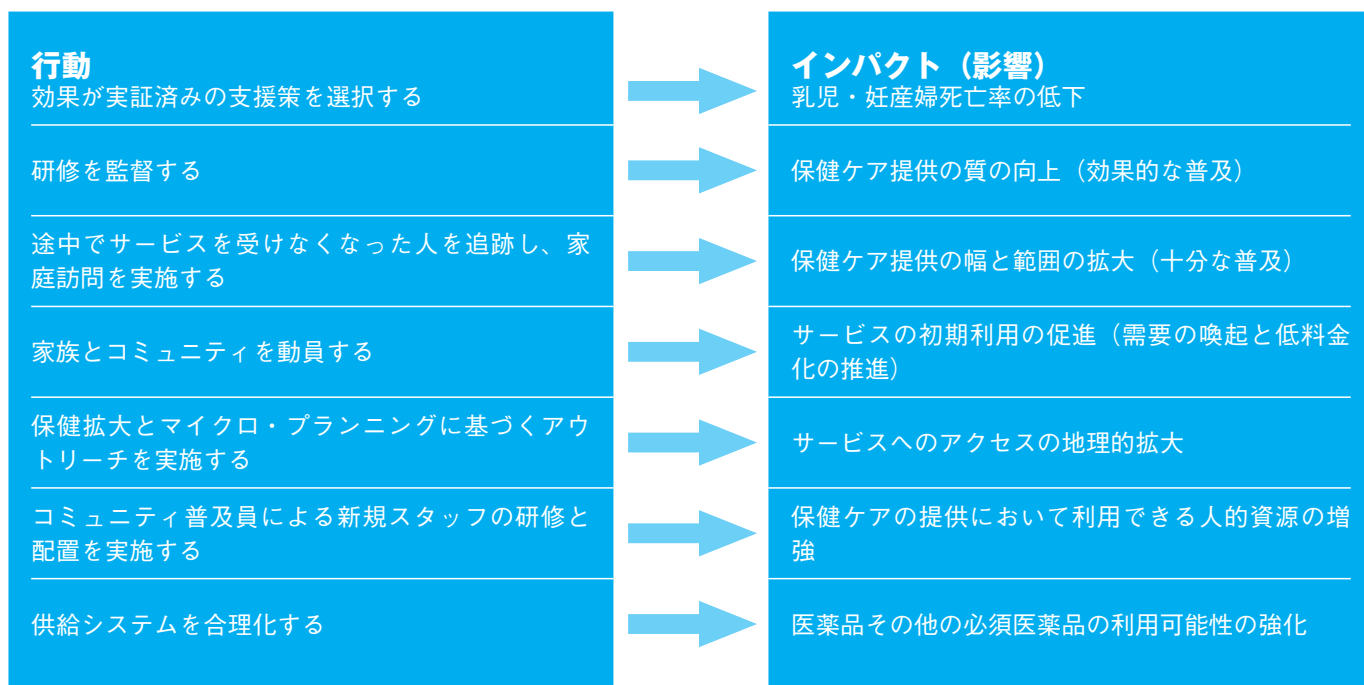
策のパッケージがどの程度効果的に普及しているかを判断するための、定期的なデータを提供してくれる。監視を強化するために、調査間隔は5年から3年に短縮された。加えて、インパクトの大きな支援の規模を拡大する上でどの程度の前進が見られ、どのような問題が生じているかを分析するためには、全国、地方、コミュニティの各レベルで進められるモニタリング・プロ

セスが極めて重要である。

いくつかの開発途上国では、保健プログラムが住民に与えるインパクトをモニターし、重要な保健情報を照合するために革新的な方法を利用するようになっている。その一例として、ポリビアでは全数調査のアプローチが活用され、2年に一度の全戸訪問を通じてプログラムの対象者が全員特定された。

次に、この全数調査の結果を利用して、死亡のリスクが一番高い子どもたちに対し、インパクトの大きいいくつかの支援策を集中的に実施できるようにしたのである。このようなアプローチをとった結果、保健プログラムが実施されている地域における5歳未満児死亡率は、対照群の地域における5歳未満児の平均死亡率の3分の1から2分の1であった¹³。

図4.2 保健サービスの提供における障害への対応方法



出典：UNICEF, World Bank and World Health Organization, 'A Strategic Framework for Reaching the Millennium Development Goals in Africa through health system strengthening and implementing at scale of integrated packages of high-impact and low-cost health and nutrition interventions', アフリカ連合 (AU) の要請に基づき、ユニセフ、WHO、世界銀行が作成した草案, September 2006, p.25

「障害対応のための限界予算策定」

「障害対応のための限界予算策定」は、結果ベースの計画立案と予算策定のためのツールである。種々の支援策がある国の乳幼児・妊産婦死亡率にどのようなインパクトを与えたかに関する知識を活用し、実施面での制約を明らかにし、これらの制約を克服するための限界費用を推算する。サハラ以南のアフリカにおける妊産婦、新生児、子どもの保健のための主要な戦略的枠組みを作成するにあたって採用されたこのツールは、ユニセフ、世界銀行、WHOが共同で開発したものである。これは、インパクトの大きさがすでに証明されている支援策の対象を設定することのほか、期待されるインパクト、ひとりの命を救うためにかかるコスト、追加的に必要となる資金の見積もり、これらの追加コストを負担するために必要な財政余力の推定にも利用されている。(財政余力とは、定められた目的——例えば、政府の財政状況を悪化させることなく、妊産婦、新生児、子どもの保健ケアを妨げる障壁を克服すること——のための資源を政府が提供することを可能にする、予算的余裕の度合いと定義できる。)

「障害対応のための限界予算策定」は、主として以下の5つのステップから構成される。

- 妊産婦、新生児、子どもの死亡率・罹病率に関わる主要な指標、傾向および原因と必須サービスへのアクセス状況について評価を行い、その近接要因に対処するための、エビデンス（証拠）に基づいたインパクトの大きな支援策を選び出してパッケージ化する。支援策の選択とパッケージ化は、サービス提供のモード（家庭/コミュニティを基盤とするケア、実施時期に融通をきかせやすい住民中心のサービスと移動部隊を活用した戦略、第一次レベルあるいは紹介・搬送レベルの施設における個人中心の臨床ケ

ア）に従って行う。

- 必須基礎保健ケア・サービスの十分かつ効果的な普及を需要面・供給面で妨げる、システム全体にまたがる要因を特定する。また、インパクトの大きい支援策の導入を妨げている障害も、主なサービス提供モードごとに特定する。十分な普及には、必須医薬品・物品が入手できること、保健サービスや保健員にアクセスできること、それまで利用されなかった保健ケア・サービスが利用されるようになること、その後も継続してサービスが利用されることも含まれる。その後、障害の根底にある原因を検討し、その克服のために有望な戦略を策定することにより、「最低開拓線」の設定が可能になる。「最低開拓線」とは、十分かつ効果的で、障害を取り除くと同時に達成可能な、支援パッケージの普及水準を指す。
- 各支援策が生存率に与えることができるインパクトの推算を行う。このような推算の基盤となるのは、インパクトの大きい支援策やパッケージが母子の生存と保健面での成果を左右する上でどの程度有効であったかに関する検証データの、最新かつ詳細な分析である。生存率の重複カウントを回避するため、計算は残差法で行う。
- 障害を克服し、支援パッケージの効果的普及を最低開拓線まで進めるための措置を実施するのに必要な、追加投入資源（給与、医薬品、研修など）のタイプ、量、コストを選択する。
- 予算にどのような影響が生じるかを分析し、可能性のある資金源を特定するとともに、計算により明らかになった限界費用と追加の資金ニーズを保健支出

支援パッケージの段階的導入と保健システムの強化

支援パッケージの規模を拡大するための行動は、予算の利用可能性、ロジスティクス面での制約、技術的能力、社会経済的・文化的要因などに応じて段階的に進めなければならない場合もあるという認識がますます高まっている。急速に拡大することが可能な支援策もあるかもしれないが、より長い時間をかけなければならないものもある。普及率に関する具体的なターゲットを

達成できるよう、最低限の必須支援策をパッケージ化してその規模を拡大していくことが、新しい戦略の主たる要素のひとつとなっている。合意されたこれらの目標を、前述した3つの中核的サービス提供モードを通じて達成するための支援パッケージが作成されつつあるが、これは3段階を経て実施されることになっている¹⁴。

保健サービスの提供に段階的アプローチを採用することにより、各国は、とりえず初期支援パッケージの内容

を決めてそれを実施し、その後、長期的にパッケージ内容の拡大を図ることができる。優先される支援策をどのようにパッケージ化して実施するかは、その国の保健システムの対応能力次第ということになる。障害を徐々に取り除くことができれば、サービス提供の規模は拡大しやすくなり、複雑な緊急事態下でもそれは変わらない。パッケージ化したアプローチは結果重視であるため、優先される支援策の大規模な実施を段階的に計画し、モニターすることが可能になる。

に関する「財政余力」と比較する。(保健支出に関する各国の財政余力は世界銀行と国際通貨基金が試算している。)

障害分析の国別事例

障害分析は、およそ25の開発途上国で、さまざまなサービス提供モードについて実施されてきた。前述の3つのサービス提供モードごとに、それぞれの普及率を左右する諸要因を評価するために用いられた代用値としては、次のようなパラメーターがある(以下は網羅的リストではない)。

- 家庭とコミュニティにおけるケア：安全な水と衛生施設(トイレ)の利用率、殺虫剤処理された蚊帳の利用率、乳児への栄養の与え方、病気の子どもや新生児のケアなどに関わる指標。
- 実施時期に融通をきかせやすい住民中心のサービス：予防接種および出産前ケアのレベルなどに関わる指標。
- 臨床ケア：専門技能を有する者による出産時の立会い、緊急産科ケア、新生児ケアなどに関わる。

各国でこのツールを利用した結果、水準や推移のデータを検証するだけではすぐには判明しない障害が明らかになった。

最近のワークショップで、次のように報告されたとおりである。

ホンジュラス：水・衛生設備・衛生サービスの障害分析により、改善された飲み水に十分にアクセスできる

ようになって、安全処理を施した水を消費する世帯は半分以下にとどまっていることが明らかになった。この問題に対して選ばれた戦略としては、浄水の規模拡大のほか、安全な飲み水のみ利用を推進するための情報提供、教育、広報イニシアティブなどがある。

ギニア：2000年の段階で、子どもの生存発達促進プログラム(ACSD)が実施された地域では70%の村にコミュニティ保健・栄養推進委員がおり、全世帯の50%が蚊帳を所有しており、妊婦の25%が就寝時に蚊帳を使っていた。しかし、効果的普及の状況は適正な水準をはるかに下回っていた。就寝時、殺虫剤処理が最近施された蚊帳を用いている人の割合は5%未満にとどまっていたからである。マラリア予防を妨げるこのような障害に対処するために、すでに利用されているすべての蚊帳を無料で殺虫剤処理するとともに、殺虫剤処理された蚊帳の配布に多額の補助金をかけるという対応がとられた。その際には、現に出産前ケアを利用しており、かつて子どもに遺漏なく予防接種を受けさせた経験のある妊婦への配布に焦点が絞られた。障害を取り除くためにこのような統合的アプローチをとったことにより、2004年までに、殺虫剤処理された蚊帳の効果的普及率が40%上昇するとともに、予防接種(5歳未満児が必要な予防接種をすべて受ける)や出産前ケア(最低3回の訪問)の効果的普及率も、2002年に40%だったものが、2年後には70%にまで高まった。

参考文献は108ページを参照。

保健システムの対応能力が低い国でサービス提供の普及率を拡大する場合、推奨される3つの段階とは、以下のとおりである。

フェーズ1：第1段階では、家族/コミュニティを基盤とするケアと住民中心のアウトリーチ・サービスについて、システム全体の障害を半減させることに焦点を絞る。質の高い臨床サービスへの需要を喚起するとともに、政策、人的資源、対応能力面を現在の条件のままとして、実施可能な、インパクトが大きくコストがそれほどかからない最

低限の支援策をパッケージ化して提供する。

運用上の戦略としては、家族のケア習慣を向上させるため、コミュニティ保健・栄養推進委員を養成して配置することなどがある。最低限の支援策のパッケージには、次のような要素が含まれるのが通例である。

- マラリア予防のための支援策
- 栄養

• 衛生の推進

• 予防接種(補完的に、はしかによる死亡率の低減キャンペーンを実施)

• 新生児期・小児期疾病統合管理

• 専門技能を有する者による出産の立会いと、新生児ケアおよび緊急産科ケア

• HIV/エイズの予防と治療

• 施設におけるケア

フェーズ2：第2段階ではパッケージ内容を拡大し、新生児と妊産婦を対象とするさらなる支援策、国家的政策を通じた給水体制の改善と十分な衛生施設（トイレ）の整備、追加資金の動員も含める。この段階では、供給面と需要面の障害を少なくすることにより、3つのサービス提供モードすべてを維持・強化することが目指される。

フェーズ3：最終段階では、ロタ・ウィルスや肺炎球菌に対応するためのワクチンといった革新的な支援策を導入し、その規模を拡大していくとともに、必要な支援策を最大限に盛り込んだパッケージの供給とこれに対する需要を促進する¹⁵。

開発途上国の保健ケアに見られる人的資源の危機に対処する

多くの国々では、経済困難と財政危機が、保健スタッフの不安定化と弱体化をもたらした。それにより、スタッフのやる気がなくなり、生産性が低下し、人的資源への投資がさらに減るといふ悪循環が生じている。

途上国における保健員の危機に対処するには、さまざまなタイムフレームの中で種々の措置を組み合わせる必要がある。

短期：当面の優先課題は、母子保健のための国内的・国際的イニシアティブが拡大された結果、保健システムにさらなる混乱が生じたり、人員がさらに大幅に失われたりしないようにすることである。

短期～中期：専門職として現に保健ケアに従事している人々の生産性と士気を、報酬の増加、監督の改善といったインセンティブを導入することなどにより、回復しなければならない。コミュニティ保健員を含む保健分野の労働力も、国のマクロ経済の全般的枠組みと貧困削減戦略の枠内で拡大していく必要がある。

長期：保健員の危機の問題に対処するには、保健ケアに従事する専門職の教育と研修の機会を大幅に増やすことも

必要である。医療専門職の研修のあり方を改善し、あわせて資金を増加させないかぎり、危機はさらに悪化し、妊産婦、新生児、子どもの生存と保健に破壊的な結果をもたらす可能性がある。

このような措置をとるためには、質の高い保健ケアを優先課題として位置づけることに関する社会の幅広い合意に基づいた、国レベルの強力なリーダーシップが必要である。継続的なケアにすべての人がアクセスできるような方向へ国を動かすためには、保健員の危機に対処するための包括的な計画が必要になる。さらに、これらの計画は保健分野の枠を超えて拡大し、公務員制度改革、地方分権化、マクロ経済環境といった事柄をも含むようにならなければならない。

この課題の大きさを過小評価するべきではない。サハラ以南のアフリカにおける保健員の危機に対処するだけでも、これから10年のうちにスタッフ配置水準を前例のない規模で引き上げる必要がある。この地域では、保健関連のMDGを達成するために必要とされる水準まで保健ケア提供の規模を拡大しようとするれば、およそ86万人の追加人員が必要と推計されている。その半分以上はコミュニティ保健・栄養推進委員が占めることになる。

多くの開発途上国で、コミュニティ保健員の数を増やそうとする努力や、離職率を下げるようなインセンティブ・パッケージを開発するための努力が進められている。インド、ケニア、南アフリカ、ウガンダをはじめとするいくつかの国では、コミュニティ保健員を対象とする全国プログラムを検討中である。エチオピアでは、コミュニティで活動する女性保健拡大員3万人を養成し、妊産婦・新生児・子どもの保健、マラリア、HIV/エイズに重点を置こうとしている¹⁶。コミュニティ保健員を対象としたプログラムは、アフガニスタン、インドネシア、モザンビーク、ネパール、パキスタンなど多様な国々でも導入されつつある。

保健員プログラムを強化するための取り組みでは、まずは次の3つの分野

におけるサービス提供を増進させるために、コミュニティで保健・栄養関連のサービス提供に従事する人々に焦点を絞ることになる。

- 家庭訪問を通じ、家庭でのケア習慣を改善する。
- 施設ケアに十分アクセスできないコミュニティで、保健と栄養に関連する必需品を家庭用に配布する。
- 病気の子どもに第一次ケアを提供する。

コミュニティの行動変容に成功した場合の報酬のような実績ベースのインセンティブも、保健員のやる気を引き出す目的で、固定給に代えて活用することができる。

エビデンス（証拠）によれば、複合的なインセンティブ・パッケージ——少額の金銭的インセンティブまたは「現物」支給に加え、コミュニティによる認定と監督、個人的な成長と職能開発の機会を非常に重視することが多い——は、コミュニティ保健員の離職率を下げる上で相当な効果を発揮する傾向にある。例えば、グアテマラでは、監督を受けているコミュニティ保健員の離職率は、監督を受けていない保健員よりも2～3倍低い。外部の専門家とつながることにより、保健員の地位が高まるからである¹⁷。

現職保健員の技能向上は、効果的な規模の拡大に欠かせない要素である。成果に基づく実績インセンティブと契約に加え、監督とモニタリングを改善することは、現職保健員のやる気の向上につながる可能性があるほか、今後の就職希望者にとっても魅力のある特徴となる。



© UNICEF/HQ03-0459/Shehzad Noorani

保健ケア支援の効果は、定期的なモニタリングと評価によって確認できる。高たんぱくビスケットの配布の前にスクリーニングを行い、栄養不良の子どもがいな
いかどうか確かめる（イラク）。

成果志向の保健システムを構築する

援助をいっそう調和のとれたものとし、活動の拡大を図ろうとする努力の中で、特にアフリカでは、保健システム強化の成果を測る基準として保健関連のMDGその他の指票を活用することに、ますます焦点が絞られるようになってきた。成果重視の姿勢は、成果とインプットとの間に相乗効果を生み出そうという意図によるものである。保健システムの発展は、目標達成のプロセスから区別されるのではなく、その一部を構成するものとしてますます位置

づけられるようになってきている。

システムと成果を結びつけることは、保健システムの強化を通じてMDG 4と5を達成するために、アフリカ連合の要請によりユニセフ、WHO、世界銀行が協同で作成した戦略的枠組みの中で強調されてきた。この枠組みは、16のアフリカ諸国についてシステム上の障害を分析するとともに、これらの障害を取り除いた場合にMDGに生じるインパクトについてのシミュレーションを国別に行っている。この枠組みに基づき、現在10以上のアフリカ諸国が、

母子保健に関する具体的成果を達成するために保健システムを強化する目的で、貧困削減戦略ペーパー、保健セクター開発計画、セクター・ワイド・アプローチ、中期支出枠組みといった諸計画や予算機構の見直しを進めている最中である。

これらの国々ではまた、自国の国内計画に対する政治的・財政的支援を高めるために、自国の障害、諸戦略、期待される保健面の成果、追加資金ニーズを「投資の根拠」としてまとめる作業も進めている。

規模の拡大：安全な飲み水、適切な衛生設備（トイレ）、衛生習慣の改善

清潔な水と安全なトイレは、子どもの人生を変える可能性がある。幼い子どもたちは、他のどんな集団よりも、汚染された水、不十分な衛生設備（トイレ）、不適切な衛生習慣による危険に晒されやすい。飲み水が安全でない、洗濯・調理用の水が足りない、衛生設備が利用できないという要因を合わせると、下痢性疾患による死の約88%（年間150万件以上）がその影響を受けている計算になる。

衛生設備が改善されるだけで、下痢性疾患の罹病率を3分の1以上減らすことができる。衛生設備の改善と、衛生面での行動様式の改善を組み合わせれば3分の2の低減が可能である。石鹸や灰で手を洗えば、毎年50万から140万の死亡を防ぐことができる。家での習慣の改善には、家庭の構成員全員が常にトイレを使うこと、幼い子どもの排泄物を安全に廃棄すること、排泄の後や食事の前に石鹸や灰で手を洗うこと、家庭やコミュニティで安全な水源を整備することなどが含まれる。コミュニティに対し、家庭で実践できるこのような基本的習慣を実行するための知識と資源を提供することは、衛生向上に向けた重要な第一歩である。

ニカラグアとペルー：下痢性疾患を減らすために衛生向上を促進する

南アジアと同じように、ラテンアメリカとカリブ海諸国も水と衛生の分野で顕著な前進を示してきた。この地域の33カ国中16カ国は、MDGのターゲット達成に向けて順調に前進している。しかし、根強い格差が——特に都市部と農村部との間に——残っている。

2002年、米国国際開発庁「環境保健プロジェクト」と汎アメリカ保健機構が協同で実施する「衛生行動変革プロジェクト」は、この地域を対象とするコミュニティ基盤型の戦略を開始した。この地域では、トイレと水道水がきちんと整備されているにも関わらず、ロタ・ウィルスによる下痢性疾患のために毎年合計15,000人が死亡し、75,000人が入院している。ペルーでは、このプロジェクトの実施後、下痢性疾患の報告数が9%に減少した。ニカラグアでは、3歳児の下痢性疾患はほぼ見られなくなり、4歳児と5歳児ではまったく見られなくなった。支援の一環として両国で促進された衛生習慣の多く——手洗い、水の安全な利用と保管など——についても、支援実施前から実施中期にかけて、統計的に有意な改善が見られた。

モザンビーク：「子どもから子どもへ衛生委員会」

子どもはしばしば、コミュニティで変化を唱道する力強い存在となり得る。モザンビークの「子どもから子どもへ衛生委員会」は、子ども中心の学校衛生教育プログ

ラムの基礎となるとともに、子どもから子どもへ、そして子どもから親へというチャンネルを通して、地域コミュニティで家庭レベルの衛生的な習慣を採用するきっかけとなることも目的としている。「子どもから子どもへ衛生委員会」は、参加型衛生教育に関する研修を受けた男女の子ども15人で構成される。この教育で伝える情報は、水と衛生にかかわる病気の感染経路と感染予防方法、石鹸（あるいは灰）による適切な手の洗い方、トイレの適切な利用法などに関するものである。委員会に女の子を加えることが特に重要であるが、それは、水と衛生の施設が不十分であること、遠くの飲料水源まで時間をかけて行き来しなければならないことにより、女の子の通学に影響が生じるからである。若者参加型の戦略と組み合わせることによって、これらの努力は、2002～2003年以来、国全体の女子就学率を15～20%向上させることに寄与した。

ほかの子どもの関心をひくため、委員会はフォーカス・グループ・ディスカッション、ポスター、メッセージをこめた歌、劇、ダンス、インタビュー、絵、コンクールなどを活用している。このアプローチにならって、251の学校で「子どもから子どもへ衛生委員会」が設置され、活動している。

スーダン南部：複雑な環境における、コミュニティを基盤とする水と衛生

武力紛争、自然災害その他の複雑な緊急事態に影響を受けてきた地域では、コミュニティを基盤とするアプローチの実施は、不可能ではないにしても難しいと思われることが多い。しかしスーダン南部での事例を見ると、コミュニティを基盤とするアプローチは、その実施に成功すれば困難な環境においてきわめて重要な役割を担えることがわかる。スーダン南部では、水と衛生プロジェクトに、手動掘削に長けた地元の水チームが参加している。各チームは、通常は地元のコミュニティから選ばれた10人によって構成されており、うち7人は掘削担当、残りの3人は手押しポンプのメンテナンス担当というのが通例である。チームの監督役もひとり含まれている。手動掘削は、高度な技術を必要とせず、コストもそれほどかけずに水へのアクセスを確保する方法である。掘削装置は、コミュニティの人々自身で取り外したり、ある地点から別の地点へと移動させたりすることができる。持ち運びができるため、困難な地形の場所でも輸送が可能で、何より、雨季でも掘削を続けることができる。さらに、掘削機が低コストで持ち運び可能であることは、治安が不安定な地域ではきわめて重要である。コミュニティと協働することにより、このプロジェクトは北部バハル・エル・ガザル地区の広い範囲にわたって管井戸を普及させた。

バングラデシュとインド：コミュニティ主導の「総合衛生」

トイレの設置に投資することは、衛生設備の普及率を高める上で重要な前提条件だが、南アジアのデータが示唆するところによれば、公共衛生面でより良い成果をあげるためには、それだけでは必ずしも十分ではない。例えば、インドで実施された州規模のセクター評価の研究によると、ほとんどの人々が野外で排泄する習慣をやめていないことがわかっている。これはトイレを利用することができないからではなく、主として、関連する健康上のリスクについての意識が限られているか無視されているために、自分たちの生活習慣を変える必要性をまったく感じていないからである。事実、トイレの必要性を認識し、自分たち専用のトイレを設置した家庭では、トイレの利用率がきわめて高い。

バングラデシュのラジシャヒ管区では、2001年、衛生設備の100%普及を達成する目的で、ユニークなコミュニティ動員アプローチが試験的に実施された。コミュニティ主導の「総合衛生」というこのアプローチは、集団的な行動変容を誘発するという原則に基づくものである。不十分な衛生設備がどのような悪影響をもたらすかについてコミュニティが理解できるように援助するとともに、集団的な解決を見つけ出せるようにコミュニティのエンパワーメントを図る。ラジシャヒ管区では、このアプローチをとったことにより、村内の野外排泄を全面禁止することができた。この禁止は、外部からの補助金を受けることもなく、完全にコミュニティ動員だけで達成されたものである。コミュニティは自らの資源を活用し、実行委員会を設け、低コストの革新的な技術を開発し、進捗状況のモニタリングに取り組んだ。

ラジシャヒ管区のイニシアティブは、コミュニティに焦点を絞った戦略を通じて衛生習慣の改善を推進する取り組みにおけるパラダイム・シフトを明らかにするものだったが、地域的な規模拡大は村ごとのアプローチに限られていた。しかしながら、ラジシャヒの経験はインドで注目を浴び、政策立案者が視察に訪れるようになった。その中には、インド・マハーラーシュトラ州政府の代表も含まれていた。バングラデシュの経験をもとに、マハーラーシュトラ州政府は、州内の野外排泄に終止符を打つための戦略を策定した。この戦略の中心の特徴は、地域政府を前面に押し出したこと、貧しい人たちに財政的支援をしたこと、強力なモニタリング・評価システムを整えたことである。キャンペーンでは、情報・教育・広報活動や、一番成績の良い村への視察ツアーなどが特に重視された。その結果、2002年から2006年にかけて、マハーラーシュトラ州では野外排泄を完全に廃止した村がゼロから3,800以上になり、500万世帯以上が野外排泄

の行われない環境で暮らすようになった。

マハーラーシュトラ州の成功は、やがてインドの国家的衛生ガイドラインの改定につながり、2004年にはインド政府により「ニルマル・グラム・プラスカル」（清潔な村賞）が設けられた。この賞は、衛生設備の完全普及を達成した地方政府に賞金を与えるものである。これにはきわめて大きな反応があり、2005年2月には38のグラム・パンチャヤット（公選制農村行政組織の最下層）がこれを受賞した。2006年2月までに、この数は760のグラム・パンチャヤットと9のブロック・パンチャヤット（公選制農村行政組織の中間層）まで伸びた。

ガーナ：都市部と農村部の格差を縮める

安全な水と基礎衛生に見られる最大の不均衡のひとつが、都市部の人々と農村部の人々との格差である。世界全体では、改善された飲料水源へのアクセス率は都市部で95%なのに対し、農村部では73%となっている。都市部と農村部の飲料水格差が一番大きいのはサハラ以南のアフリカで、都市部では81%の住民がサービスを受けているのに対し、農村部ではこの割合は41%にとどまっている。

ガーナでは、最近まで、農村部の給水・衛生設備の普及率がサハラ以南のアフリカの平均値を下回っていたが、今では毎年約20万人、すなわち人口の1%以上のペースで拡大が進んでいる。この変化は劇的なもので、1990年代初期に政府が徹底的な改革プログラムを導入したことの反映である。この改革は、特に農村部において住民のニーズに即応できず、サービスも提供できないという、トップダウン型のシステムの非効率性に対処するために実施された。改革が進められた結果、水の供給責任は地方政府と農村コミュニティに委譲され、水の管理を担当する新しい政治体制が作られた。村の組織もこの新しいシステムに組み入れられている。コミュニティが資本補助金を申請するためには、村落水委員会を設置するとともに、システムをどのように運営していくか、資本コストの5%に相当する現金をどのように負担するか、メンテナンス費用をどのように賄うのかについて詳細な計画を立てなければならない。このような参加型アプローチは水へのアクセス率の急激な上昇につながり、1990年には55%だったものが2004年には75%となった。現在、アクセス率は加速度的に高まりつつある。

参考文献は108ページを参照。

地域レベルで保健システムを強化する

保健システムの強化は、特に保健関連のMDGの達成に向けた前進が不十分な国々の多くでは、気が遠くなりそうな、複雑な課題である。保健システムの地方分権化を図り、地域レベルにいった重点を置くことは、周縁化されている子どもと家族を対象にコミュニティ・レベルで基礎保健ケアを実施するための有効な方法と考えることができる¹⁸。しかし、地方分権化にリスクがないわけではない。貧富の差、ジェンダー、言語、民族などの要因によってコミュニティ内にすでに存在している不平等を悪化させるなど、意図しな

い結果がもたらされる可能性もある¹⁹。さらに、経験の示すところによると、地方分権化の努力が成功した場合でさえ、行政区域を保健システムとして機能できるものに変えていくには時間がかかる。例えば、2000年には、ニジェールの地方病院のうち帝王切開ができる態勢が整っているのはわずか13カ所にすぎなかった。ブルキナファソでは、地域区分が確立されて10年たっても、53の地方病院のうち17カ所でしか適切な設備が整っていなかった。その上、17病院のうち、年間を通じたケアの継続性を確保するために医師を3人置いているのは5カ所しかなかった²⁰。

とはいえ、過去10年間の地方分権化の経験からすると、諸事情を考慮すれば、地域単位の保健システムを構築していくことこそ合理的なやり方であることには変わりがない。政府として、紹介・搬送患者を担当する病院のバックアップを受けた保健センター、家庭医またはこれに相当する地方分権型組織のネットワークを通じて基礎保健ケアを広げていくためには、このような方法が必要となる。安定した、存続可能な地域保健システムが整えば、たとえ複雑な緊急事態下であっても顕著な成果を収められることは、コンゴ民主共和国やギニアなどで実証済みである。同様に、マリでも母子を対象とした保

緊急に対処しなければならないアフリカの保健医療従事者危機

十分な人的資源が存在しないことは、コミュニティ・レベルにおける、妊産婦、新生児、子どもの生存、保健、栄養に対する統合的アプローチの拡大を妨げる主要因のひとつである。現在の経験からは、限られた効果、離職率の高さ、不十分な監督が、開発途上国で実施されているほとんどのプログラムの特徴となっていることがうかがえる。保健専門職の大量移住、エイズの影響——感染率が高い国では労働力が激減したところもある——や武力紛争の存在は、現在子どもの死亡率の低減がゆっくりとしか、あるいはまったく進んでいない多くの開発途上国で、国の保健労働力をむしろ減らしている。こうした状況の中で、コミュニティ保健員には、コミュニティの健康一般、そしてとりわけ子どもたちの健康を改善する上で重要な役割を担う可能性がある。しかし、ここで強調しておかなければいけないのは、コミュニティ保健員はあくまでもしかるべき研修を受けた保健専門職を補完する立場にあり、専門職にとって代わるものではないということである。

地域やコミュニティのレベルにおける保健医療従事者

子ども1,000人あたりの保健医療従事者、とりわけ看護師と医師の人数は、乳児・5歳未満児・妊産婦死亡率の国ごとの違いを決定づける重要な要因のひとつである。例えば、保健医療従事者密度が住人1,000人あたり2.5人を超えた場合、はしかの予防接種率や専門技能を有する者の出産時の立会い率が80%を超える見込みが非常に高くなるのが、調査によりわかっている。しかし多くの開発途上国、特にサハラ以南のアフリカ諸国では、保健関連スタッフが圧倒的に不足している状態である。

専門技能を有する保健専門職の移住は、多くの開発途上国で重大な懸念の対象となっている。特に憂慮されるのは、保健専門職が貧しい国から豊かな国へと大量に移住していることである（いわゆる「頭脳流出」）。しかし保健専門職の他の形態の国内移動——農村部から大都市圏へ、公共部門から民間部門へ、保健セクターから他のセクターへ——も、開発途上国で基礎保健ケアに携わる、専門技能を有する保健専門職の確保を阻害している。

医師や看護師が保健セクターそのものから離れてしまう理由は、太平洋諸島やEU（欧州連合）のように多様な違いがある地域であっても、似たようなものであるように思われる。報酬が少ない、労働時間に融通がきかない上に余計な仕事がたくさん追加される、継続教育の機会がない、労働条件が劣悪である、患者の要求が高い、物品や設備が不足しているなどである。例えば、最近の統計によると、ガーナの医学部卒業生の半分は卒業後4.5年のうちに国外移住し、10年以内に75%が国を離れてしまうという。南アフリカでは、毎月300人を超える専門看護師が国を離れ、その多くは二度と帰ってこない。保健医療従事者の主な移住先はヨーロッパと北米である。これは特に英国について当てはまり、同国の保健労働力の3分の1は他国出身者が占めている。調査によると、ヨーロッパと北米における保健医療従事者（医師、看護師、助産師）密度はサハラ以南のアフリカの10倍以上である。開発途上国における保健サービスの提供にこのような国外移住が及ぼす悪影響は、深刻なものが多い。このような人的資本の移動には、政府が養成教育や職能開発を通し

健センターのネットワークやサービスが拡大された²¹。地方分権化とともに行政改革も進められた国では、数年の間に大きな前進が見られている。たとえばモザンビーク、ルワンダ、ウガンダなどの国々である。いずれの国も、長年にわたる紛争と経済的破綻を経験しながらも、その後、保健システムを含む政府機関の改革とパフォーマンス向上の面で大きく前進した²²。

ここ数十年、地域保健システムのパフォーマンスについてのエビデンス（証拠）が充実するようになってきている。しかしながら、基盤となる検証データの規模はまだ相対的に小さく、研究の

範囲にも一貫性がない。実務家から提唱される種々のアプローチは、科学界の中で、必須支援策と同一水準までにはコンセンサスや注目度を得ていないのが現状である。

妊産婦、新生児、子どもを対象とした継続的なケアの提供に対する地域的アプローチに取り組むためには、新しい推進力と、より徹底した体系化が必要である。特に、継続的なケアを提供する地域単位の保健・栄養システムが発展していけるような条件を整えるための、国家的保健制度の再編成に関する研究に主たる焦点を合わせることが求められる。このようなアプローチを

試みたことがある国について体系的分析や事例研究を行うことにより、現行の政策プロセスがどのように機能しており、どのような改善が考えられるかについて、重要な洞察を得られる可能性がある。いくつかの重要な問題——例えば、制度的対応能力を構築することや、資源のフローと保健システムのパフォーマンスに関するコントロールやモニタリングのあり方について戦略的情報を得ること——は、すでに実践家によって十分に認識されている。

保健セクター全体のガバナンスのあり方について、また妊産婦、新生児、子どもを対象とする継続的なケアを地

て多額の投資を行った、最も高度な訓練を受けた専門職が関わっているためである。

これらの一般的な原因に加えて、特にサハラ以南のアフリカでは、エイズの流行と武力紛争が、保健関連スタッフがなくなる大きな背景要因となっている。

紛争下あるいは紛争後の復興期には、紛争のせいで避難を余儀なくされたり負傷するなど困難な状況に置かれた住民に一般的・専門的サービスを提供するために、有能な保健サービス提供者の存在が欠かせない。ところが、紛争の影響を受けている多くの国々では、長年の、時には数十年に及ぶ紛争のために、訓練を受けた保健ケア関連スタッフの深刻な不足が生じている。

専門技能を有する保健関連スタッフの不足に、少なくとも短期～中期的に対処するため、国の保健システムにおいては、自国で保健ケアに従事する人々を対象としたインセンティブを整えなければならない。このことは依然として課題となっているが、保健医療従事者を国内で募集し、働き続けてもらうことに成功している国は多い。これには、不足が最も深刻なことが多い農村部での成功例も含まれる。保健医療従事者に働き続けてもらうための、あるいは移住を思いとどらせるためのインセンティブ・パッケージが開発され、このような危機への対処が進められている。その一例であるマリでは、保健省が新卒の医師に研修の機会、滞在場所、設備、そして必要な場合には交通手段を提供することにより、農村部で働くことを奨励している。

地元の状況に焦点を合わせた研修も、離職に歯止めをかける上で役立つ可能性がある。農村部で働く保健医療従事者の数を増加させるために長年にわたって続けられている取り組みによれば、地元の保健医療従事者を——地元の言語で、そして地元の条件に合った技能を身につけられるような形で——養成することが、離職や流出の防止につながるであろう。人材養成に関してこのようなアプローチをとれば、その結果として得られる資格は国際的に承認されることが多く、移住をさらに制限することにつながる。しかしながら、成功するかどうかは地元レベルで提供されるインセンティブや支援次第である。

裕福な国々が、アフリカの犠牲の上に頭脳流出の恩恵を受けていることについての懸念が高まりつつある。その結果、アフリカから移住してきた保健医療従事者の採用をやめること、あるいはこれが非現実的であるならば（そうである可能性のほうが高い）、相互の利益になるような方法でのみ採用することを求める動きが高まってきた。この5年間で、保健医療従事者の国際的募集に関与する主要なステークホルダーの行動規範を定めたおよそ12の国際文書が、各国当局、職能団体、国際機関によって作成されている。二国間協定でも同様の懸念に焦点が絞られてきた。

参考文献は108ページを参照。

サハラ以南のアフリカにおける、子どもの生存その他の保健関連のミレニアム開発目標のために投資すべき根拠

2005年7月にアフリカ連合のために作成された「アフリカにおいて子どもの生存についてのミレニアム開発目標を達成するための戦略的枠組み」で打ち出された戦略は、サハラ以南のアフリカで基礎保健ケアの効果的普及率を高めるために必要な最低条件を、比較的短い期間で作り出してくれるものと期待される。ここでいう基礎保健ケアには、家族およびコミュニティを基盤とするケアと、住民中心のサービスおよび臨床ケアを通して提供することができる、エビデンス（証拠）に基づいた、インパクトが大きくコストもそれほどかからない最低限のサービスをパッケージ化したものが含まれる。主要な支援策として予定されているのは、肺炎や新生児感染症と闘うための抗生物質、抗マラリア混合薬、乳児に対する栄養補給と衛生の推進、殺虫剤処理された蚊帳、経口補水療法、専門技能を有する者による出産時の立会い、ビタミンAの補給、小児エイズの予防とケア、緊急産科ケアと新生児ケアである。これらの戦略と支援策は、女性のエンパワーメントを通して、子どもの栄養状態の改善、妊産婦死亡率の低減、女性の地位向上、貧困削減に大き

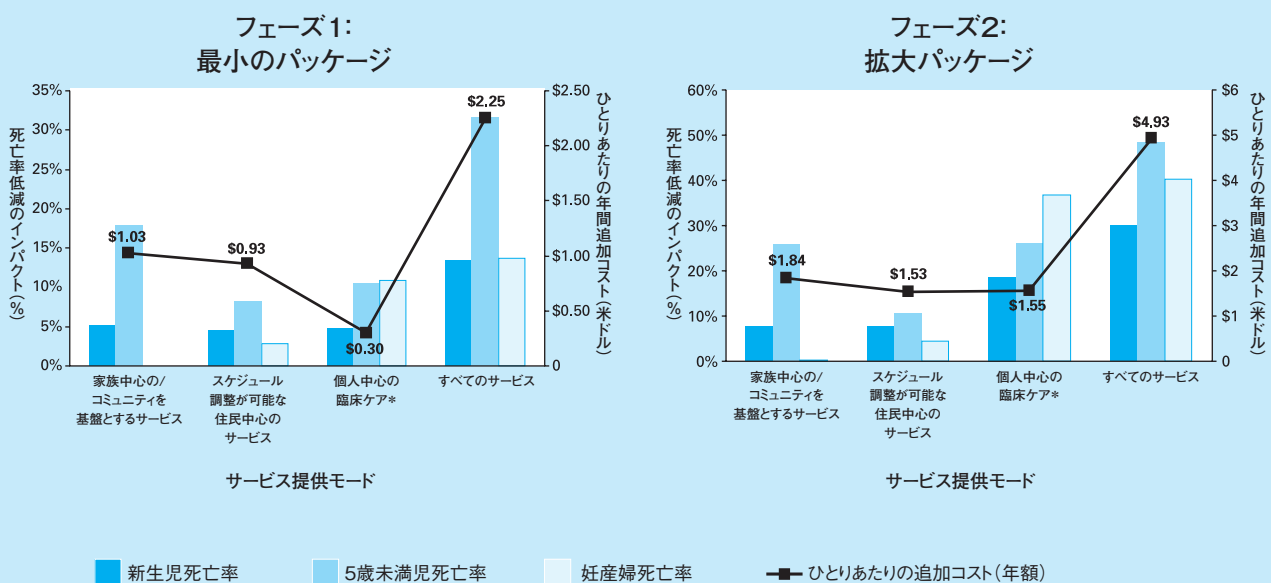
なインパクトを及ぼすものと期待される。（3つの実施段階についての概略は71～72ページで述べている。）

フェーズ1では、この戦略によって、アフリカの5歳未満児死亡率を30%以上低減するとともに、妊産婦死亡率も15%の初期低減が可能になると推定される。そのために必要となる追加費用の見積もりはひとりあたり年間2～3米ドルで、約1,000米ドルでひとりの命が救われる計算である。

フェーズ2では、拡大パッケージを大規模に実施することにより、この地域の5歳未満児死亡率を45%以上、妊産婦死亡率を40%、新生児死亡率を約30%低減することにつながると見込まれる。年間追加費用の見積もりはひとりあたり約5米ドルで、ひとりの命を救うためにかかる費用は1,500米ドル未満である。

フェーズ3では、最大限の支援策をパッケージ化した上で効果的普及を未開拓の地域まで広げることにより、

図4.3 アフリカのための戦略的枠組みにおいて導入される最小・拡大・最大パッケージの効果とコストの見積もり



* 個人中心の臨床ケアが継続的に提供されることを前提とする。

各国はMDG 1、4、5、6の主要なターゲットを達成し、あるいは達成に近づくことが可能になるだろう。これは、5歳未満児死亡率と妊産婦死亡率を60%以上低減し、新生児死亡率を50%低減し、マラリアと栄養不良の発生例数を半減させることにより可能となる。フェーズ3達成のために必要な年間追加費用の見積もりはひとりあたり12～15米ドルで、約2,500米ドルでひとりの命が救われる計算である。

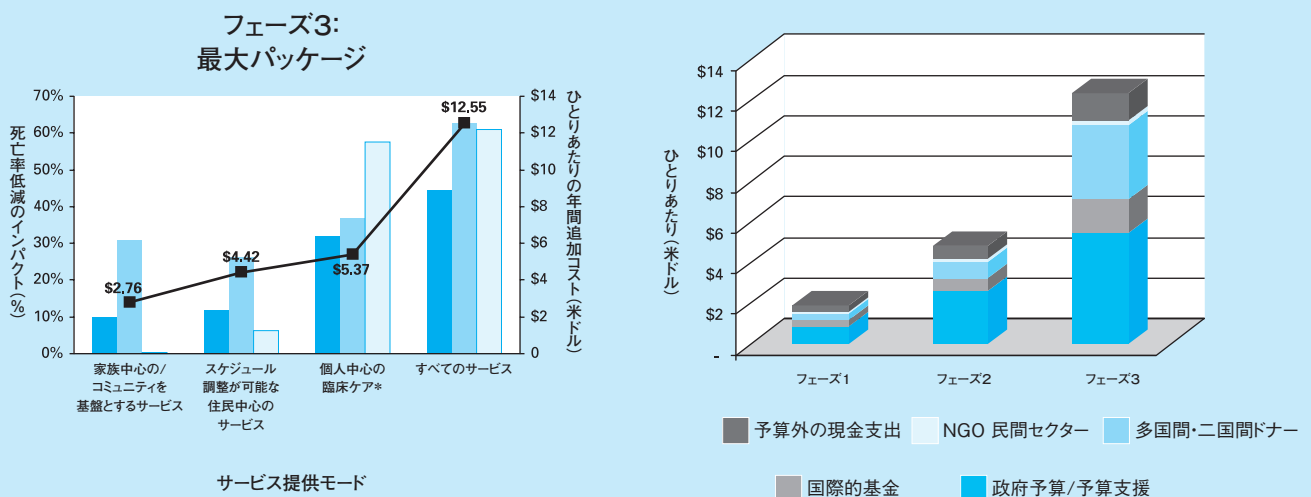
実施のペースが漸進的に加速していくと想定した場合、ここで提案されているようなフェーズごとの加速を図るために必要な追加資金は、フェーズ1で最小パッケージの規模を拡大するためにはひとりあたり年間2～3米ドル増加することになるだろう。また、フェーズ3において、2015年までに最大パッケージの規模を拡大するためには、ひとりあたり年間12～15米ドル以上増加することになる。注目すべきなのは、これらの追加コストの見積もりはさまざまなコスト計算ツールを用いて最近算出されたものであるが、いずれのツールを用いて

も同様の予測結果が出たことである。このことは、これらの見積もりがしっかりしたものであることを示唆している。コストは日用品、医薬品、諸物資のためのものである。殺虫剤処理された蚊帳は、医薬品とともに、ここでいうコストの中で非常に大きな割合を占めている。コストは人的資源、保健施設、設備に割り当てられるとともに、プロモーション、需要喚起、モニタリング、評価に用いられる。

この戦略的枠組みを背景として、次のような共同資金計画が提案されている。すなわち、3つのフェーズすべてにおいて、最小パッケージの規模を拡大するための追加資金のうち、およそ半分は国家予算（予算支援を含む）から拠出するものとする。15%は予算外の現金支出から拠出し、3分の1を世界エイズ・結核・マラリア対策基金（GFATM）、ユニセフ、世界銀行、WHOその他のドナーが負担するものとする。

参考文献は108ページを参照。

図4.4 財源、2007～2015年



出典 図4.3と4.4 (78～79ページ): UNICEF, World Bank and World Health Organization, 'A Strategic Framework for Reaching the Millennium Development Goals in Africa through health systems strengthening and implementing at scale of integrated packages of high-impact and low-cost health and nutrition interventions', アフリカ連合の要請に基づき、ユニセフ、WHO、世界銀行が作成した草案の改訂版 (2007年10月) に基づく暫定的推定値。



© UNICEF/HQ04/0689/Giacomo Pirozzi

域レベルでどのように組織するかについての指針となりうる政策形成、規制、運営のための能力構築の方法に関しては、エビデンス（証拠）や知識を集積するためにまだまだ多くの取り組みが必要であることは明らかである。

III.保健システムを強化するため、財政の質と一貫性を向上させる

保健ケア・セクターがすでに大幅な予算不足に直面している低所得国では、保健ケアに充てる資金を見つけ出すことそのものが規模拡大の大きな障害となっている。政府の保健財政を決定する政策は、子どもや女性にとっての保健面での成果に重要な影響を与える可能性がある。妊産婦、新生児、子どもの生存、保健および栄養に影響する重要なサービスに補助金を出すか、逆に課税するか、あるいは公正な負担分担の仕組みを支援するかによって、その影響は変わってくる。

保健セクターへの十分な資金の配分は、特定の疾病との闘いとともに、効果的で持続可能な規模の拡大には欠かせないものである。保健セクターに対するこれまでの、そして現在の支援がけっして最高とは言えない成果しか生み出せてこなかったのには、以下のようないくつかの要因がある。

保健面での成果につながるエビデンス（証拠）に基づく国別の予算策定が行われていない。 疾病特化型のイニシアティブが優勢であるために、妊産婦、新生児、子どもの保健のための国家戦略において、保健面での成果を達成すること、サービスの提供を妨げる制度的障害を取り除くこと、保健戦略のために十分な予算を確保することに対するマルチ・セクター型のアプローチに、十分な注意が向けられないことが多い（保健戦略のための予算には、基礎保健ケア・サービスの供給と需要の妨げとなっている障害を取り除くコストも含まれる）。

前進の速度が遅く、国別のプロセスや調和化に対する調整が十分ではない。 保健セクターと、国レベルで進められているより広範な開発プロセス（公共

セクター・予算改革、貧困削減戦略、マクロ経済的財政計画など）との結びつきは、低所得国では依然として希薄であることが多い。資源のフロー、進捗状況、成果を追跡するためのモニタリング・システムは往々にして不十分である。援助効果向上に関する国際的コミットメントを国レベルの具体的な行動に反映させていくという面でも、進展はあまりない。このことは、「調和化と援助効果向上に関するパリ宣言」に従って予測可能な長期的資金提供を行い、かつ取引コストの高騰につながる援助の分散化を緩和していくこととの関連で、もっとも顕著である。

保健システムの強化を妨げる障害に対処するための資金拠出に対し、十分に焦点が絞られていない。 保健関連の目標の達成に関する国際社会のコミットメントが高まっているにも関わらず、各国ではいまなお保健システム構築のための資金が決定的に不足している。これには、主要な人的資源を生み出して維持するための財源、実績に応じたインセンティブ提供のための財源、調達とロジスティクスのシステムを構築するための財源、そして健康向上を妨げる需要側の障害に対処する目的で貧困世帯への資金移転を促進するための財源などが含まれる。HIVのような特定の疾病のために動員される資金が増えるほど、国レベルでは不均衡が悪化することが多い。特定のイニシアティブに向けて提供される資金を吸収するのに必要な、保健サービス提供と資金配分のための機構が往々にして存在しないためである。その結果、疾病対策プログラムは十分に執行されず、有効性も乏しいものとなる。保健サービス提供者の行動に対する政府の統制と、公的資金の使い道に対する保健サービスの恩恵を受ける人たちの統制がまったく、または十分に行われていない場合、効果的な実施は妨げられる²³。

最近の国際的保健パートナーシップでは、MDGの達成に向けた規模の拡大により多くの資源を投入することが提案されている。これらのイニシアティブは結果に焦点を絞り、配分された資源と保健面での成果との間に明確なつながりが生まれることを求めている。そうするためには、開発の成果を――

直接的に、また他のドナーに影響を与えることによって——達成する手段として保健システムを強化する必要があるとともに、保健援助体制の一貫性を高めることが求められる²⁴。

しっかりしたセクター・プランを支援することが重要であり、また保健システム強化のために行われている努力の一貫性を全面的に確保することが望ましいという点については、ますます合意がなされつつある。これらの新しいイニシアティブに関連する主要な問題としては、規模拡大計画の策定と質、モニタリング・プロセスと対象国の選択、資金のフローと管理などがある²⁵。

このような流れの中で、以下の5つの援助原則について合意が形成されつつある。

- 協約を結ぶことにより、予測可能な方法で実績に報いる。
- 開発援助を国のシステムに適合させる。
- 結果ベースの資金拠出を行う。
- 保健システム開発に関するベンチマークと成果指標を確立する。
- 革新的かつ公正な資金戦略を策定する。

協約を結ぶことにより、予測可能な方法で実績に報いる

改めて結果が重視されるようになったことに伴い、資源配分はニーズ（人口規模、貧困レベル、国の保健の現状

などの要因に基づく）や実績（保健面での成果および資金を効果的に使う能力）のような基準に基づいて行うべきであるという合意が形成されつつある。実績は、「協約」において国レベルで合意された主要な結果および政策措置との関連で判断されることになる。このような協約は、欧州委員会、世界銀行、アフリカ開発銀行、二国間ドナーが策定してきたもののような、すでに存在する結果志向の枠組みをもとに締結される²⁶。

これらの協約は、それぞれが説明責任を履行すること、援助受入れ国が実績基準を満たすこと、そしてドナーが予測可能な資金提供を行うことを前提とした、開発途上国とドナーとの相互協定として位置づけられる。

焦点

ボツワナ：コミュニティ・パートナーシップを活用した、HIV感染予防・治療の拡大

背景と課題：エイズは、アフリカ南部における妊産婦、新生児、子どもの死亡の最たる原因のひとつである。ボツワナでは、15～49歳の年齢層のほぼ4人にひとりがHIVに感染している。子どもにとってのリスクは生まれる前から始まっている。ボツワナでは、15～24歳の妊婦の3分の1がHIV陽性なのである。母親がHIV陽性の場合、たとえHIVが子どもに感染しなかったとしても、死産率や新生児期・乳児期の死亡率は高まる。妊娠期間中または母乳育児中に女性がHIVに感染した場合、新生児がHIVに感染する危険性が高い。さらに、母親が死亡するリスクも高まり、残された子どもの生存可能性が低くなる。エイズは、新生児や生後1カ月以上の子どもの障害・死亡を引き起こす重要な原因のひとつである。

支援策とアプローチ：ボツワナのHIVの母子感染防止（PMTCT）の取り組みは1999年に強力な政治的コミットメントのもとで開始され、大量の資源が投入された。ボツワナ政府は当初から、支援策を全国的に普及する計画でいた。サービスは、女性と子どもに対しては無償で提供され、現行の母子保健サービスに統合されている。これらの支援策としては、安全な産科治療、カウンセリング、HIV検査、HIV感染が明らかになった場合の再感染予防または治療、乳児が生後6週間に達した段階での

HIV感染検査などがある。資格を満たした母親と家族には抗レトロウィルス薬治療も提供される。徹底したモニタリングと評価が実施され、サプライチェーン・マネジメントも厳格に行われる。

ボツワナにおける主たる成功要因のひとつは、単一の国家的な規模拡大計画を中心として、統一の調整メカニズムが構築されていたことである。PMTCTは母子保健サービスに完全に統合されたが、質を向上させ、サービスの利用を増やすために継続的に調整が図られた。政治的なコミットメントも、一貫したプログラム・マネジメントともに重要であった。コミュニティの参加と男性の関与も、母乳育児以外の方法を選んだ女性を支援するための、またフォローアップとしての小児科的ケアと支援を容易にするための、重要な要素であった。

結果：ボツワナでは、プログラムは2004年までに全国的に拡大された。2005年までには、HIV陽性の母親の54%が妊娠中に抗レトロウィルス薬を処方されるようになった。

参考文献は108ページを参照。



© UNICEF/HQ05-1876/Doma DeCasare

政府による政治的コミットメントの拡大と十分な資金提供は、母親、新生児、子どもを対象とする継続的なケアへのアクセスを保障するために必要である。幼い妹を抱く子ども（グアデマラ）。

開発援助を国のシステムに適合させる

援助の効果を高めるためには、拠出と実施を国のシステムに適合させることが重要である。信用環境（公共財産管理および調達）が、多国間・二国間のドナーから全体としては十分だと見なされており、かつ公共支出・財務説明機構を通じてパートナーによる協同モニタリングの対象とされている国々では、効果的な規模の拡大のための資金をセクター予算支援の形で提供することも考えられる。これにより、国家予算の保健セクター部分および関連の活動を実施するための資金が増強されることになる。これらの資金の効果に関するモニタリングは、すでに行われている一般予算・セクター予算支援のモニタリングに統合されることになる。同様のメカニズムは、セクター・ワイド・アプローチやバスケット・ファンド方式をとっている国々でも、すでに用いられている評価手法を補完する形で活用することができる。

保健セクターへの資源配分は、プロジェクトやプログラムを通してではなく、サービスの完全普及を目標とする諸機関を通して行うべきであるという点について、合意が形成されつつある。妊産婦、新生児、子どもを対象とする保健サービスは、バスケット方式で提供される中核的保健支援策の一環として、これらの諸機関を通じて資金が拠出されるあらゆる社会保障パッケージに含まれていなければならない。妊産婦、新生児、子どもの保健に用いられる資源を増やすためには、政府支出内での取り引きを、保健予算そのものの枠内で、あるいは国家予算全体の枠組みの中で行うことが必要になる可能性もある。そのような取り引きの交渉は、全体的なマクロ経済環境を踏まえて行わなければならない。これにより、保健ケアに必要な予算について十分な論拠が提示されれば、セクター支出の増額も可能になる。コミュニティのレベルでは、民間セクター、市民社会組織、コミュニティ、世帯の参加を通じ、公

共セクター以外の資源も動員しなければならない。

結果ベースの資金拠出を行う

規模拡大のための新しいイニシアティブが支援対象としている主要な分野のひとつが、結果ベースの資金拠出である。これは既存の資金の流れを補完する重要なアプローチであり、保健システム内に存在する障害を克服して、保健、栄養、人口面での成果を達成する上で有望なものとなる可能性がある。アフガニスタン、アルゼンチン、カンボジア、ルワンダにおける最近の経験（ルワンダにおける実績ベースの資金拠出については、84ページのパネルを参照）では肯定的な結果が出ており、ルワンダについてはさらに徹底した評価も計画されている。

結果ベースの資金拠出には、従来のインプット・ベースのアプローチと比べて、以下のようなものを含むいくつかの利点がある。

- はっきりと定められた期間内に、比較的迅速にアウトプットと成果を達成することが重視される。
- サービス提供の連鎖における重要なポイントで、実績に応じたインセンティブが提供される。
- 重要な資金的ギャップへの対処が行われ、政府として資金面でのゆがみを相殺するための柔軟な資金配分を行えるようになり、優先事項（貧困層を明確な対象とすることなど）に焦点を絞る機会が持てるようになる。
- もともと、結果ベースの資金拠出は本質的にモニタリングと評価のためのツールである。その基盤は測定可能な、かつ到達目標がはっきりした戦略であり、そこでは関連するレベルごとの基準、到達目標、進捗に関するデータが必要となる。したがって、結果ベースの取り組みを進めていけば、成功、不十分な点、障害の定期的な見直しが可能となり、実施計画の中間調整ができるようになる。

保健サービスの提供における説明責任とガバナンスの強化

サービス提供における説明責任とは、コミュニティや家庭が、サービスを提供する側に対し、十分かつ効果的なサービスの提供についての責任を問うことができるプロセスとしてとらえることができる。貧しく周縁化されているコミュニティや家族にとっての公的説明責任は、彼らに発言権と投票権を認めることによって実現が可能になる。政策立案者は、保健ケア、栄養、環境保健に関わるサービス提供者への援助、資金拠出、規制を政府が行う際の社会協約を根拠に、説明責任を要求することができる。コミュニティが、そのエンパワーメントを通じて十分かつ効果的なサービスを要求できるようになれば、家族は、国が提供を約束しているサービスの内容と、適用される最低基準についての情報を得ることができる。

妊産婦、新生児、子どもの生存・発達に関わるすべてのプログラムに公的生活への参加と公民教育を採り入れることは、子どもの生命を守り、子どもの早期発達を促進するための措置についての知識を家族に提供し、家族のエンパワーメントを確保することにつながる。家族やコミュニティは、利用可能なサービスと、これらのサービスに求められる質の基準について知ることにより、政府やサービス提供者に説明責任を要求する能力が増進される。

政府とサービス提供者との間で交わされる社会協約も、妊産婦、新生児、子どもの生存と保健に関わる説明責任を確保するための効果的手段となり得る。そのために政府は、これらの課題を立法、予算、プログラム、調査研究における優先事項として位置づけるとともに、サービス提供のパフォーマンスをモニタリングしつつ、必須サービスの提供についてサービス提供者に十分な補償を行わなければならない。

説明責任を強化する方法はサービス提供モードに合わせて変えなければならない。コミュニティと家族へのサービス——母乳育児推進のための情報と社会的支援や、新生児ケア・サービスのような要素も含む——という基礎的なレベルでは、家族が日用品を購入したり、サービスに関する情報にアクセスしたりできることが必要であり、両者を組み合わせて保健面での成果を向上できるようにすることこそ、需要サイドからの説明責任の要求を増進させるための中心的要素である。コミュニティ組織、市民社会組織、商業事業者ネットワークは、貧しく周縁化されている家庭がサービスの効果を直接モニターし、説明責任の履行を求めるための仕組みを提供することが多い。

参考文献は108ページを参照。

- 加えて、公式には保健セクターの管理下にはない保健問題（道路や給水・衛生設備の改善など）に対する、より幅広い解決策を支援することにもつながる。
- おそらく最も重要な利点は、結果ベースの資金拠出を行うことにより、分散化された援助を整理統合する機会が生じることであろう。これにより、各国が負担する高額な資金移転費用が削減される。アウトプットに重点を置いた、多くのドナーが同時に拠出することのできる結果ベースの資金拠出取り決めを整えることにより、このような効果をもたらすことが可能になる²⁷。

保健システム開発に関するベンチマークと成果指標を確立する

保健関連のMDGについて設けられている指標は、保健システムのパフォーマンスを測定するための適切な追跡基準または代理尺度として機能しうる。新しいイニシアティブでは、政府が、結果ベースの資金拠出を通じ、適切なインセンティブの枠組みを設けながら、選ばれたいくつかの対象分野で、合意された成果を達成できるような支援が計画されている。その目的は、妊産婦、新生児、子どもの保健・生存に関する肯定的成果に強く関係するサービスの普及について、所定のアウトプット目標を達成することである。このようなアウトプット目標としては、認証施設における出産の割合や、3種混合ワクチン（ジフテリア、破傷風、百日咳の

混合ワクチン）の3回接種率、またマラリア流行地域における殺虫剤処理された蚊帳の普及率を向上させることなどがある。これらのアウトプットと到達目標は、死亡率と罹患率を高めているリスク要因を踏まえ、各国ごとに選択されることになろう。

主要な成果（アウトカム）指標はさまざまな形で設定することが可能である。これらのパラメーターで測定するのは、直接的なアウトプット（予防接種を受けた子どもの絶対数など）でも、普及率（定められたサービス対象地域内で抗原ワクチンの予防接種を受けた対象住民の割合など）でも、推移（予防接種を受けた子どもの数の増加、一定期間に達成された普及率の向上など）でもよい。国同士の比較や学習をある程度可能にする目的で、すべてのプロ

プロジェクトを対象とする一連の中核指標を定めておくこともできる。妊産婦・子ども・新生児保健プログラムの重要な要素をモニターする追加指標を含めてもよい。

革新的かつ公平な資金戦略を策定する

人的資源と保健システム強化に投資するためには相当の資源が必要である。プログラムの資金源としてドナーからの支援が重要な役割を果たしている国々では、資金が安定して確保されなければ長期の活動を計画することはできない。しかし、妊産婦、新生児、子

どもの保健に対するドナーの援助を追跡調査した研究によると、子どもの死亡の90%以上が発生している60の優先援助対象国が2004年に受け取ったODA（政府開発援助）の総額は14億米ドルに過ぎなかった。これは子どもひとりあたり3.1米ドルにしかない²⁸。

「戦略的枠組み」では、普及率を2015年までに現行レベルから100%近くまで引き上げることは可能だと示唆しているが、諸支援策の規模の拡大は、妊産婦、新生児、子どもの保健への投資を大幅に増やさない限り不可能であることも示している²⁹。

しかしながら、妊産婦、新生児、子どもを対象とした良質で、継続的な保健ケアにすべての人がアクセスできるようにするために、サービスの供給を拡大するための、あるいはサービス提供者に報酬を支払うための資金を見い出せば済む問題ではない。保健関連のMDGを達成するには、資金戦略において、女性や子どもがサービスへアクセスすることを妨げている金銭的障害を克服することに焦点を合わせるとともに、ケアに対する支払いによって生じる金銭的困難から予め利用者を保護できるようにする必要がある。

ルワンダにおける実績ベースの資金拠出

ルワンダ政府は最近、ドナーからの支援を得て、いくつかの革新的なプログラムの規模を拡大した。これは、中央政府から自治体に条件付補助金を交付して、保健分野で必須の成果を出すために必要な物品やサービスを購入できるようにしようというものである。この保健プログラムには主として3つの要素が含まれている。

保健分野におけるコミュニティ・パートナーシップ：

これは、資源（ひとりあたり約0.25米ドル）を直接自治体に交付することにより、コミュニティを基盤とする諸機関、NGO（非政府組織）、保健推進員、民間の保健ケア提供者その他の関連サービス提供者と実績ベースの契約を結び、世帯やコミュニティのレベルにおける必須サービス提供への参加を促すものである。IMIHIHO——伝統的な単語だが、政府サービスにおける説明責任の同義語として全国的に用いられるようになったもの——と呼ばれる実績契約が、毎年、ルワンダ大統領と、地域の有権者を代表する首長との間で締結される。このアプローチのもとで提供されるサービスは簡単かつ低コストのもので、保健・衛生習慣の改善の推進、行動変革を目的とした支援、予防サービス（殺虫剤処理された蚊帳の配布、経口補水療法、栄養補給、安全な給水システムなど）に重点が置かれている。

これらのパートナーシップは、2005年にいくつかの地域で導入され、2006年以降は財政資金を活用して全国規模に拡大された。中央政府は2006年4月に30の自治体と実績契約を結び、筆頭実績指標として殺虫剤処

理された蚊帳の普及率を選択した。開始以来、目覚ましい結果が出ている。2007年6月に行われた評価の結果、5歳未満児の蚊帳の利用率は、2004年には4%だったものが2007年には70%以上になった。マラリアの発生件数も著しく減少し、小児病棟から患者がいなくなったほか、血液検査を用いた集団ベース調査でも、マラリアの罹患率の劇的減少が明らかになっている。政策立案関係者はこの状況を前例のないものとして評価し、現在、マラリア根絶のための戦略に取り組んでいる。

保健センター：これは、実績ベースの契約を通じ、基礎保健ケア・センターに対して資源（2007年にはひとりあたり約1米ドルで、保健分野に割り当てられた政府資源の約15%に相当する）を委譲するものである。このプログラムは当初、NGOと二国間援助に支えられる形で、2002年から2つの県——ブタレ県とチャンググ県——で試験的に導入された。実績ベースの契約には、サービスの十分な普及（量）と効果的普及（質）の両方に関する指標が含まれる。評価結果によると、契約事業が実施された県では、契約の対象とされなかった県に比べ、予防接種や専門家による出産時の援助を含む保健サービスの利用率が有意に向上した。

ルワンダ政府はその後、パイロット・プログラムで得た教訓を生かしながら、徐々にプログラムを他の県にも拡大していくことにした。2005年には、パイロット・プログラムを実施した2つの県に、プログラムのための予算の割り当てがなされた。翌年、プログラムは全国的に拡大されて国の予算に全面的に組み入れら

これが意味するところは重要である。保健ケア・サービスの利用料を即時に完全撤廃するよう求めるのは、あまりに単純な、あるいは非現実的な要求かもしれない。利用料に関する政策決定は、保健セクター予算および国家予算の枠組みという、より幅広い事情を踏まえて対処すべきものである。長期的には、事前拠出金をプールする体制を整えて利用料を段階的になくしていくことも考えられる。ただし、保健財政の長期的持続可能性を確保するための構造変革が、当初からあわせて進められるという条件が満たされた場合の話である。

IV. 国家的な政治的コミットメントを獲得する

質の高い基礎保健ケア・サービスへのアクセスと財政的保護を保障するのに必要な資源の水準を考えると、規模の拡大は、技術的な課題であるのと同時に政治的な課題でもある。妊産婦、新生児、子どもの保健を持続的に向上させていくためには、意思決定に携わる多くの人々の政治的寿命をはるかに超えた長期的コミットメントが必要である。ブラジル、スリランカ、タイをはじめとする国々が目覚ましい成果を収めてきたその根本には、長い年月を

かけて徐々に保健システムの普及や栄養サービスを拡大していったという経緯がある。ここ数十年の間、断続的な経済危機、制度的な欠陥、社会経済的な格差にもかかわらず、ラテンアメリカが保健サービスの普及拡大において示してきた実績は特筆に値するものである。前述した国々はいずれも、いくつかのはっきりした段階を踏んでいる。

- 保健医療従事専門職の中核グループを形成し、基盤を整える。
- コミュニティを基盤とするレベル、基礎保健ケアのレベルおよび紹介・

れ、サービス提供、結果、支払いが直結することになった。

運営委員会が各県で設立され、ロット採取品質検査や満足度調査の手法を使って、保健センターの実績を独立の立場からモニターすることになった。この独立の立場からの検証の結果は、各センターが受け取る資金の額に直接影響を及ぼす。ここでもセンターの成果には目覚ましいものがあり、予防接種率が95%となったほか、サービスの年間利用回数はひとりあたり0.4回（2004年）から0.7回（2006年）に、出産時の専門技能を持った人の立会い率は29%（2000年）から52%（2006年）に増加した。これらの資金供与体制が保健面での成果に及ぼす効果の全貌については、現在、無作為抽出と対照群を用いた前方視的な手法を用いながら評価が進んでいるところである。このプログラムは、同国のあらゆる地域病院にも拡大適用されるようになった。

少額健康保険制度：ミューチュエル（Mutuelles、共済）——保健センターによって提供される基礎保健サービスのパッケージと、必要に応じて患者を紹介・搬送病院に移送するための資金をカバーするため、コミュニティのメンバーから拠出された資金をプールしておく非公式な少額保険制度——が10年前から試験的に導入され、成功を収めている。この制度の目的は、メンバーが負担しなければならない保健サービスの費用を平準化し、自己負担での支払いに苦勞しなくてもいいようにすることである。

ミューチュエルは、保健センター、地域病院、一般住民の仲介役として重要な役割を担っている。評価の結果によれば、このような制度がより実効的なものとなるのは、運営体制におけるコミュニティの参加がしっかりしており、また保健センターへの支払いを頭割りによって、基本的にはすべての保険リスクを保健センターに負わせるようにした場合である。

当初は、研修や適切なツールの開発も含め、運営管理面での支援体制や技術的能力を構築することに焦点が絞られていた。しかし2006年以降、ルワンダ政府はコミュニティの中で最も貧しい人々の保険料をカバーするための資金移転（ひとりあたり約0.15米ドル）を行ってきた。最貧層の特定は、ウブデヘ（Ubudehe）と呼ばれる参加型の貧困評価に基づいて行われる。ルワンダは、ミューチュエルの拡大を組織的に支援してきた。2007年現在で人口の約70%がこれに参加しており、参加率は2003年の7%から向上している。ミューチュエルへの貧困層の参加率は、首長と大統領が締結する実績ベースの契約に盛り込まれる主要な指標のひとつである。政府は、自治体が資金をプールするための基金や、正規労働者からの拠出金を資金源とする再保険のための国家基金の創設にも関与している。

参考文献は108ページを参照。

搬送レベルでのネットワークを、アクセスしやすい形で発展させる。

- 生活条件および女性の地位の向上と関連させながらケアの質を改善することにより、前進に弾みをつける。
- 保健、栄養、教育への平等なアクセスを保障する社会的セーフティネット（安全網）の拡大を優先させ、保健・栄養サービスが広く利用できるようにする。

- 主要なサービスの利用を妨げる障害を取り除くとともに、初等・中等教育をすべての子どもたちに提供する。

ラテンアメリカの最貧国では、経済危機、制度的な欠陥、大きな社会経済的格差が前進を阻み続けているが、そのような国々でさえ、質の高い保健ケアへのアクセスの一般化に向けた顕著な前進が見られるところもある。

国の主体的取り組みと公共セクターのリーダーシップにより、規模拡大が

成功する可能性を大幅に高めることが可能である。政府が先頭に立ち、パイロット・プロジェクトや小規模プロジェクトの成功例を拡大しようという決意を固めたとき、これらのイニシアティブの全国的普及を急速に達成しうることがしばしば明らかになっている。ブラジルのコミュニティ保健員プログラム（86ページのパネルを参照）と「ボルサ・ファミリア」（家族補助金）イニシアティブ、メキシコの保健・栄養・教育プログラム「PROGRESSA」と民衆健康保険（Seguro Popular de Salud）

焦点

ブラジル：コミュニティを基盤とする保健システムの全国的ネットワーク作り

背景と課題：ブラジルは、「2015年までのカウントダウン」グループによって、ミレニアム開発目標の達成期限まで子どもの生存に関わる支援を優先的に行う60カ国のひとつに選ばれている。（「2015年までのカウントダウン」についてさらに詳しくは、第1章の16ページを参照。）優先的支援対象国は、子どもの死亡数が5万件以上、あるいは5歳未満児死亡率が出生1,000人中90以上の国々である。ユニセフが発表した最新の推計値によると、2006年には74,000人の子どもが5歳の誕生日を迎える前に死亡していた。

5歳未満児死亡率の低減という点ではブラジルは力強く、着実に前進しつつあるが、乳児死亡率については明確な地理的・民族的格差がある。2002年のデータによると、北東地域全体の乳児死亡率は、南部、南東部、中西部の州の2倍も高い。北東部で最もひどい状況にあるアラゴアス州では、2002年の乳児死亡率は出生1,000人につき58だった。同じ年の全国平均は出生1,000人につき約28である。子どもの死亡リスクに人種的・民族的格差があることも明らかで、先住民の母親あるいはアフリカ系の母親を持つ子どもは、ヨーロッパ系の母親を持つ子どもよりもはるかに高い死亡リスクに脅かされている。

したがって、ブラジルが直面している課題は、子どもの死亡率全般の減少傾向を維持しつつ、同時に、保健ケアの提供において地域的・民族的側面を強く重視していくことである。

アプローチと支援策：1980年代初めにブラジルの複数の都市で実施されたパイロット・プロジェクトの後、包

括的な基礎保健ケア・イニシアティブである「家族保健プログラム」(Programa Saúde da Família)の一環として、ユニセフの支援を受けながらコミュニティ保健員のネットワークが作られた。各保健員には、コミュニティの家族を訪問し、保健、衛生、子どものケアについての最新情報を提供し、6歳未満児の成長と健康および妊婦の健康状態のモニタリングと評価を行う責任がある。コミュニティ保健員は、地域保健ユニットに住民を紹介・搬送する役割や、家族保健チーム——医師、看護師、看護技師、ソーシャル・アシスタント、歯科医各1名から構成されるのが通例——に対し、地域の状況や問題点について注意を促す役割も担っている。家族保健プログラムに参加する医師や看護師たちには、貧困地区や農村部で働くことを奨励するために優遇された給与が支払われる。1チームが受け持つのは約1,000世帯である。チームの活動資金は連邦政府、州政府、地方自治体が協同で拠出している。

家族保健プログラムにおけるコミュニティ保健員の活動には、子どもの発達と保護に関する教育を提供することも含まれている。ユニセフが保健員に提供するファミリー・インフォメーション・キットには、母乳育児や、母子が健康な生活を送れるようにする上で家族全員が果たす役割について解説したフリップチャートが含まれている。ブラジル全土で、222,280人以上のコミュニティ保健員が1億1,000万人近い人々をカバーしており、この種のネットワークとしては世界でも最大のもののひとつである。このネットワークは国の制度の中に組み込まれており、連邦政府、州政府、地方自治体は、ブラジル全土におけるプログラムへの資金提供とその運営について全面的に責任を負っている。

制度、インドネシアのコミュニティ保健員、エジプトの経口補水イニシアティブは、たとえ乏しい資金であってもそれを保健・社会福祉プログラムに配分する意志が政府があれば規模の拡大を図れる可能性があることを、他の多くの事例とともに示すものである。

しかし、主体的取り組みとは資金を出すことにとどまるものではない。政府は、必要となる技術面・運営面での能力の構築と維持にもコミットしなければならない。保健システム運営の各

レベル——連邦、州・県、地区——における支援も、拡大の調整・監督のために必要である。持続可能性の問題にも国レベルで対処しなければならず、プログラムは、政治的な移行や変化によって打ち切られることがないように、政治制度——立法府も含む——によって完全に裏書きされたものでなければならない。

政府は、コミュニティ保健を基盤とする全国ネットワークの構築のための能力と意志を提供することができる。

これが実現すれば、目覚ましい成果につながることが多い。例えば、中国の場合、政府は「全国ヨード欠乏症根絶プログラム」を開始することによって自らに大きな難題を課した。これは、商品として市場で売買されるヨード添加塩が全国的に供給されるようにし、全世帯がこれを利用することを推進しようという戦略である。当時の中国では、世界的に予防可能な知的障害の主因となっているヨード欠乏症から保護されていない子どもの数が最も多かった。ヨード欠乏症は、生涯で合計小さ

図4.5
ブラジル：特定地域間で、また地域内においても、家族の所得や母親の出身民族によって乳児死亡率に大きな格差がある（2002年）

乳児死亡率 (出生1,000人あたり)	
2000年	
家族の所得による格差	
もっとも裕福な上位20%の世帯	15.8
もっとも貧しい下位20%の世帯	34.9
母親の出身民族による格差	
白人	22.9
アフリカ系	38
先住民族系	94
全国平均	30.2
2002年	
地域／特定された州	
中西部	20.4
連邦区	17.5
北東部	41.4
アラゴアス	57.7
北部	27.7
南東部	20.2
サンパウロ	17.4
南部	17.9
リオ・グランデ・ド・ソル	15.4
全国平均：	28.4

出典：United Nations Children's Fund, 'The State of Brazil's Children 2006: The right to survival and development, UNICEF, Brasilia, 2005, pp.10-11

プログラムの実施前に行われた実地検証の結果、このプログラムには保健面で著しい改善をもたらす可能性があることがわかった。ネットワークに対する政治的コミットメントが得られたことで、実行可能性も担保された。コミュニティ保健員の役割は、地域保健ユニットの一員であることが明示されている点も含め、わかりやすく定められている。紹介・搬送および監督がどのように行われるかも明確である。地域保健ユニットが保健員を支援し、保健員は、コミュニティの保健システムのためにアウトリーチ活動を行う。コミュニティ保健員は地域コミュニティの中心的存在となり、また連邦政府、州政府、地方自治体の中でこのネットワークが統合されることは、プログラムの持続可能性を確保する上でも、国の保健システムの新しい分野にまでこのプログラムを拡大していく上でも、役に立っている。

結果：コミュニティ保健員プログラムの導入は、1990年以來、ブラジル全土の乳児死亡数の削減に寄与してきた。さらに、政府は近年、北東部地域と、周縁化されている民族集団に重点を置くようになってきている。子どもと妊産婦の保健ケアについても地域志向を強く打ち出しており、家族保健プログラムに参加して現金給付を受けている人々の半数近くは北東部在住である。

参考文献は108ページを参照。

じ1杯のヨードを摂取すれば防げるものなのである。課題は、特にお金を払って塩を買うという考え方に地元住民が抵抗を示した塩の生産地で、ヨード添加塩の決定的重要性に関する人々の意識を高めることにあった。

省長らの政治的支持、ヨード添加塩規則の厳しいモニタリングと執行、さらには消費者への情報提供を通じてヨード強化塩に対する需要を喚起するため、バスの車内ポスター、新聞の論説、

テレビのドキュメンタリーを活用した全国的公衆衛生キャンペーンが行われ、その効果で、十分なヨード添加が行われた塩を使用する家庭は、1995年頃の51%から、2005年頃には90%に達した³⁰。

継続的な良質なケアを持続可能な形で生み出すという課題の政治的側面に対応していくためには、説得力のある技術的主張を展開するだけでは足りない。主要な政治関係者の間で意志とコ

ミットメントを醸成していくための、種々の制約と機会に関する幅広い理解も必要になる。

継続的なケアを支援する活動が、政策的有効性を示すいくつかの基準を満たしていることについて、政治家を納得させる必要が出てくるかもしれない。そのような基準としては、たとえば次のようなものがある。

- 比較的短い期間内に、目に見える具

多国間組織の新しい協働のあり方

2007年7月19日、ニューヨークで、保健分野で世界的に指導的立場を担っている8つの国際機関の代表が非公式に集まり、開発途上国における保健面での成果を向上させるために協力体制をどのように強化すればよいかを討議した。最近指導的立場に任命された代表も数名含まれており、この機会に最近の進捗状況を振り返り、現在の傾向および国際保健にとっての今後の課題を評価し、眼前の機会を踏まえて協力する方法について合意を得ることが会合の目標だった。その結果、以下のようないくつかの主要なコミットメントが勧告としてまとめられた。

- **保健関連のMDGを達成することが緊急の課題であるという集団的意識を世界的に喚起する。** いくつかの国々で、また一部の指標については母親、新生児、子どものための保健ケアに関して重要な前進が見られるが、国際社会が——各国政府と協力して——努力を劇的に加速・強化しない限り、保健関連のミレニアム開発目標をすべて達成することはできないという点について、参加者は同意した。会合に出席した8つの機関は、このような行動を喚起する上で重要な役割を担っている。参加者は、各国が目標を達成するために必要な支援を提供することに責任を持つとともに、自分の機関内のすべてのレベルにおける行動を加速させることに同意した。

行動：保健分野で世界的に指導的立場を担っている参加者らは、それぞれの機関内で危機意識を高めるための取り組みを行うとともに、予算や人的資源に関係する決定を通じてそのような取り組みを支援することに合意した。

- **機関としての活動のあり方を変える。** 保健関連のMDGを達成するためには、さらなる協力とチーム

ワークが必要である。各機関の中核的責任を明確にすること、質が高く、需要に応じた技術的援助が提供できるよう機関横断的アプローチによる調整を行うこと、集団的支援を受けた厳格なモニタリング・評価システムを実施することが強調された。このようなアプローチは、国際社会、地域、国それぞれのレベルですでに設けられている体制やプログラムを発展させる形で進められなければならない。各機関は、特に国レベルで新たなスキルを発展させていく必要があることを認め、この新しい協働のあり方を反映させるために人事、研修プログラム、インセンティブ体制の評価を実施することに合意した。相互的説明責任履行のための枠組みを発展させていくことにより、役割、責任およびマイルストーンがますます明確になり、またコミットメントをモニタリングするためのシステムも確立できるはずである。

行動：保健分野で世界的に指導的立場を担っている参加者らは、より良い成果をより迅速に出すことに対する個別的・集団的説明責任をさらに明確に定義するために協働することに合意した。

- **知識マネジメントと学習に対する、より体系的かつ厳格なアプローチを醸成する。** 国際保健に相当額の新規投資が行われたことにより、保健プログラムの中で得られた知識や教訓を捕捉する機会が生じている。参加者らは、民間セクターが果たしている役割も含め、国レベルの保健セクターのマッピングをより体系的に行う機会が生じていることを強調した。

行動：保健分野で世界的に指導的立場を担っている参加者らは、保健プログラムの中で得られた知識を体系的に捕捉する手段を模索するとともに、知識マネジメント全般についてより厳格な、調整のとれたアプロー

体的な成果を示すことができる。

- 大規模に実施しても財政的負担が過大でなく、費用対効果が高い。
- 既存の組織体制や上下構造からはみ出さず、職能集団やロビイストからの支持も得ている。

このような政治的配慮は、継続的なケアを唱導する人々が望ましいと考えられる技術的選択を一部制限してしまう可

能性があるが、これらの政治的配慮を認知・対応しなければ、彼らが推進する戦略が成功する可能性は低い。

政治的・マクロ経済的な安定と健全な予算策定は、保健システムと栄養サービスを強化するのに必要な組織的、人的、財政的資源を動員するための前提条件である。MDGを達成するのに悪戦苦闘している多くの国々、特にサハラ以南のアフリカ諸国の多くは、政治的・経済的安定を享受していない。そのよ

うな状況では、セクター全般に関わる広範な決定が行われる国レベルであろうと、コミュニティとのやりとりが行われる地方レベル（州・地区）であろうと、社会に存在するあらゆる形態の効果的リーダーシップを動員することが重要である。

妊産婦、新生児、子どもの保健を向上させるために必要な技術的・状況的支援策については幅広い知識が蓄積されているが、保健サービスの提供につ

ちを発展させていくことに合意した。最後に、それぞれの組織がマッピング演習や保健セクター評価を実施する際、資源をプールすることについても合意した。

- **保健システムに対する新たな関心によってもたらされる重要な機会を認識する。**参加者らは、保健システムの強化をめぐる進められているいくつかの新しい国際的イニシアティブに、保健関連のMDGに対するコミットメントが明記されていることを歓迎した。このような支持は、参加組織の優先事項とも十分整合している。「成果志向のシステム」アプローチを採用することについては強力な合意があり、このようなアプローチのもとでは、サービス提供能力を保健面での成果と照合することにより、システムの強化が評価される。加えて、説明責任を確保する必要性と、自国の開発プロセスを自ら主導したいという国の要望との橋渡しをする上で、国連機関には仲介者として重要な役割があることも認識された。保健システムのパフォーマンスを評価するための基準の設定が緊急に必要であることが強調された。最後に、国際保健の分野で活動する関係機関がますます増えているため、国レベルで定められた全般的な保健セクター戦略を中心として、より緊密な調整を図っていく必要性が強調された。この関連で、保健分野で世界的に指導的立場を担っている参加者らは、HIV/エイズに対処するためのプログラムの経験についても話し合ったが、これは学習の機会にもなり得るものだった。

行動：保健分野で世界的に指導的立場を担っている参加者らは、それぞれの組織が、資金提供、技術的援助、政策援助を通じて各国を効果的に支援していけるように、調整のとれたやり方で、新たに生まれつつある国際的イニシアティブと関与していくことに合意した。

さらに、WHOと世界銀行は、保健システムのパフォーマンスを評価するための基準の設定に早急に取り組むことを約束した。

- **成功のためには市民社会と民間セクターの役割が決定的に重要であることを認識する。**民間セクターは、保健サービスの提供、保健ケアへの資金提供、マーケットへの新しい技術の導入などの面でいくつかの役割を担っている。革新的な取り組みは、それが技術主導のものであれ、マイクロ・ベンチャーや実績ベースの資金拠出のような新たなプログラム・モデルであれ、前進を加速させる上で役立つ可能性がある。また、NGO（非政府組織）は開発途上国におけるサービス提供の面で長い歴史を有しており、その実地経験は重要な教訓の源泉である。開発途上国が保健関連のMDGを達成できるよう支援するためには、公的セクターと民間セクターの枠を超えた統合的なサービス提供システムを強化するとともに、民間セクターによる参加や投資の機会を生み出していく必要がある。

行動：保健分野で世界的に指導的立場を担っている参加者らは、保健関連のMDGに関する活動が国際社会、地域、国それぞれのレベルで拡大していく中で、民間セクターと市民社会がより体系的に参加できるようにすることへのコミットメントを表明した。

この会合で表明されたコミットメントの達成に向けた進捗状況をモニターすることについて、合意がなされた。

参考文献は108ページを参照。

人権、コミュニティを基盤とする保健ケア、子どもの生存

ポール・ファーマー、ジム・ヨン・キム

ハイチの農村部で、これまで近代的医療ケアを享受してこなかった何百万人もの人々を対象に近代的医療ケアを導入してきた20年の経験から、疾病や貧困にあえぐ地域で保健ケア・プログラムを成功させるために必要なことの多くが明らかになっている。感染症の専門的治療とあわせて基礎保健ケアを提供しつつ、同時に女性と子どもの保健を促進するためには、コミュニティ保健ケア・ワーカーを養成・動員することにより、疾病の予防と質の高い保健ケアの提供に取り組まなければならない。最近になってプログラムがレソト、マラウイ、ルワンダへも拡大されてきた経緯から、ハイチで得られた教訓の多くは、世界中の子どもとおとなの保健を向上させていく上で普遍的に適用できることがわかってきた。

「パートナーズ・イン・ヘルス」(Partners in Health)が活動している各現場で、私たちが目指しているのは、サービスを提供する相手——ほぼ全員が貧困下で暮らしている人々——の保健と福祉を向上させるために「必要なあらゆる手段を尽くす」ことである。私たちは、いずれの現場でも、保健問題は他の基礎的ニーズ——十分な栄養、きれいな水、衛生、住居、初等教育など——から切り離された形で生じているのではないことを学んできた。また、非政府組織(NGO)は、孤立して活動するのではなく、サービス提供の相手であるコミュニティの人たち、そして地元の保健当局と協力しながら公衆衛生の強化を進め、未来の世代がこれらのサービスを特権ではなく権利として考えられるようにしなければならないことも学んできた。

健康促進について、このように権利に根ざした、コミュニティを基盤とするアプローチをとることで、子どもの健康に関する明確なビジョンが生まれる

ハイチ、レソト、マラウイ、ルワンダにおいて、パートナーズ・イン・ヘルスは、地元コミュニティや、クリントン財団、各国保健省、ユニセフ、フランソワ・ザビエル・バグヌード医療人権センターなどのさまざまなパートナー組織と協力しながら、包括的でコミュ

ニティを基盤とする子ども生存プログラムの鍵となる5つの要素を特定してきた。

第一に、私たちは公衆衛生当局と協働しながら、子どもの生存を向上させる上で決定的に重要であることがわかっている支援策を展開していく。このような支援策としては、拡大予防接種キャンペーン、ビタミンAの配布、下痢性疾患の治療のための経口補水塩の使用と下痢性疾患を防ぐための安全な水プログラム、HIVの母子感染予防のための積極的なプログラム、コミュニティを基盤とするケアと施設ケアの改善に支えられる蚊帳を使ったマラリア予防、栄養不良に苦しんでいる、あるいは栄養不良のリスクが高い子どもたちに対する栄養面での援助、実際に病気になってしまった子どもたちを対象とする良質な入院治療と巡回小児サービスなどがある。現在、私たちは、ルワンダ政府その他のパートナーと協働しながら、HIVの母子感染防止を含む、子どもの生存に関わる主要な支援策の統合的パッケージが、政府による強化型農村部保健ケア・モデルのもとで速やかに展開できることを示そうとしている。国際的イニシアティブである「子どもとHIV/エイズに関する共同学習イニシアティブ」——指導的立場にある実務家、政策関係者、研究者間の連携に基づく、セクター横断型の学際的活動——による支援を得て、子どもの生存に関わる諸支援策の農村部における拡大に取り組んでいる実務家らは、連携ネットワークを通じて革新的な取り組みとその結果を共有しつつある。これにより、これまでサービスを十分に受けられなかった地域のより多くの子どもや家族にサービスを提供するとともに、サービスの質を向上させていくことが可能になる。

第二に、母親の保健と福祉は子どもの生存のあり方を左右する主要な要素であるため、私たちは統合的な母子保健の推進に力を入れている。子どものために私たちが行っている努力は、子どもの母親とその他の家族構成員のための努力と結びついたものである。後者の努力は、女性の保健プログラムの一環としての家族計画プログラム、出産前ケアおよび近代産科学、おとなの識字の推進、貧困緩和活動一般を通じて進められている。

いて結果重視のアプローチをとることに対する政治的コミットメントを、特に保健システムの対応能力が低い状況下でどのように獲得・維持すればよいかについては、あまり知られていない。国際社会は、アジェンダの定め方は知っ

ている。それは、ミレニアム開発宣言からMDGが抽出された経緯と、MDGが2千年紀初頭における人間開発の評価基準となっていた経緯を見れば明らかである。しかし、ゴールまでの折り返し点に達してもなお、意図と行動

の間には依然として乖離が存在している。

第三に、私たちは、小児エイズ予防・抑制プログラムの開始と強化を図っている。これから展開するキャンペーンの一環として、私たちは上述したようなやり方で、クリントン財団ならびにルワンダの保健当局者や保健サービス提供者と協力しながら、ルワンダで大規模な小児エイズ・イニシアティブを開始しようとしている。このイニシアティブでは、小児エイズ・ケアの中核的拠点となる国立センターが設置される予定である。質の高い小児サービスは、HIVとともに生きる子どもたちのためのコミュニティ中心のケアや、ルワンダ農村部の初等・中等学校における予防教育とも関連しながら提供されることになる。

第四に、農村部の子どもたちに提供するケアの質を高めることを目的としたオペレーションズ・リサーチと、それに基づく研修プログラムを開始する必要がある。このようなリサーチでは、HIVの母子感染予防に成功している取り組みのプログラム上の特徴、乳児のHIV感染の診断とマネジメント、小児結核の診断とケアなどについて検討することになる。さらに、エイズや結核を含む慢性的な子どもの病状のケアを改善する上で、またマラリアや下痢性疾患といった一般的疾病の予防、診断、家庭中心の治療を進める上で、コミュニティ保健員が果たす役割についての検討、社会的支援策（食料不安や非識字を削減するための支援を含む）が世界中の子どもと保健と福祉に及ぼす影響の評価も含まれる。

第五に、私たちはこのような努力を、子どもの基本的権利、特に社会的・経済的権利を促進するための努力と並行して進めていく。パートナーズ・イン・ヘルスの「社会的・経済的権利プログラム」(POSER)では、具体的プロジェクトやアドボカシーを通して、権利に根ざした貧困削減モデルを普及している。そこでは、私たちがサービスを提供しているコミュニティの中でも最も貧しい子どもたちや家族と出会い、協働していくための手段として、保健ケアへのアクセスを活用している。POSERは、教育、農業、住居、水のプロジェクトをバックアップし、基本的な社会的・経済的権利をすべての子どもと家族に保障しようとするものである。年間何百万人もの子どもの死の根本的要因が

飢餓と栄養不良だとわかっているのであれば——そして実際にその通りである——予防接種と小児ケアのための必須医薬品として食料を位置づけ、これを処方するという課題に取り組みなければならない。同様に、教育によってHIV感染のリスクが小さくなることが研究を通じて判明するのであれば——そして実際に判明している——HIVその他の貧困病と闘うための処方箋に、効力と費用対効果の高い処方成分として学校教育へのアクセスを記載し、これに投資する覚悟をしなければならない。

コミュニティを基盤とする包括的な戦略なしには、子どもを——ひいては母親、父親、兄弟姉妹を——治療するための努力も所期の成果は生み出せないことを、私たちはすでに知っている。私たちは、各国保健省、国際機関、その他のNPO（非営利組織）と協働しながら、自分たちが活動する地域で子どもの死亡と病気の流れを食い止めようと決意している。ハイチでの、そして今や世界中での経験から、私たちは、必要に応じて優れた臨床サービスのための資源と連携した、保健の向上と貧困削減のためのコミュニティを基盤としたサービスこそ、今日の世界で最高水準のケアを提供することにつながり、また子どもの生存を向上させていく鍵となることを知っている。

ポール・ファーマー、ジム・ヨン・キム両博士は「パートナーズ・イン・ヘルス」の共同創設者である。国際的な保健・社会正義団体である同組織は、ハイチ、レソト、マラウイ、ペルー、ロシア連邦、ルワンダ、米国で活動している。ポール・ファーマーは、ハーバード大学医療人類学教授であり、ボストンのブリガム・アンド・ウィメンズ病院 (Brigham and Women's Hospital) でも医師として教育に携わっている。ジム・ヨン・キムは、ハーバード・メディカル・スクール社会医学部長、ブリガム・アンド・ウィメンズ病院社会医学・健康格差科学部長、フランソワ・ザビエル・バグヌート医療人権センター長であり、かつてはWHOでHIV/エイズ部長も務めた。

規模の拡大を成功させるためには、強力なリーダーシップと擁護者の存在が重要となることが多い

規模拡大に関するある研究で、興味深い知見が得られている。この研究は、

世界でも有数の保健専門家が多数参加して疾病抑制における優先課題を評価するために継続的に進めている、「疾病抑制優先課題プロジェクト」が実施したものである。最も興味深い知見のひとつは、保健プログラムの拡大に関す

る政治的な意志とコミットメントを生み出し、維持していくためには、国内でそのような取り組みを擁護する人々の役割が重要であるということであった。このような擁護者は、イニシアティブの強力な支持者というだけでなく、

主要なステークホルダーを結集させ、活動の調整を図り、拡大の勢いを維持するという点でもその力を発揮してきたのである。

リーダーシップはさまざまな形で発揮される。個人的リーダーシップの例としては、例えば、バングラデシュで何百万もの人たちに必須保健ケア・サービスを提供することに成功しているコミュニティ保健プログラム、BRAC（バングラデシュ農村振興委員会）の創始者であるファズレ・ハッサン・アベドを挙げることができよう。政府の最上層レベルでリーダーシップが発揮された例としてはメキシコがある。同国のPROGRESAプログラムは、エルネスト・ゼディーリョ・デ・レオン大統領によって提唱され、その後継者であるビンセント・フォックスとフェリペ・カルデロンによって維持・拡大された。国際社会では、拡大予防接種プログラム、子どもの生存革命とGOBI（growth monitoring=成長観察、oral rehydration therapy=経口補水療法、breastfeeding=母乳育児、immunization=予防接種）、この60年間にさまざまな疾病を対象として実施されてきた多種多様な国際的パートナーシップと国際プログラム、そしてごく最近では小児期疾病統合管理（IMCI）や「子どもの生存と発達促進」イニシアティブなどの例がある。

規模拡大に関する検証データと経験を振り返ってわかることのひとつは、擁護には時間とコミットメントが必要だということである。プログラムの規模を着実に拡大していくためには、時間と資源の両方に対する持続的な投資が長年にわたって必要となる。このようなコミットメントの主要な例としては、スリランカで50年間にわたって実施されてきた農村保健ネットワーク作りプロジェクトや、ネパールで長期間展開されてきた微量栄養素補給キャンペーンなどがある³¹。

国としてのコミットメントを法的枠組みの中に掲げることによって、継続的なケアの拡大を支えるために必要な継続性を、最初の擁護者たちが政治の世界から引退してもなお確保することができる。このような枠組みにより、

政治的コミットメントを資源の動員や予算措置へと転換することが可能になるのである。このように政治的アジェンダをより長期的なものとするためには、政治的な勢いを維持し、変化に対する抵抗を乗り越え、資源を動員するための、政府、市民社会組織、開発機関間のパートナーシップが必要とされる。また、システムが当初の目的から逸脱しないよう、説明責任を確保するためのメカニズムと、権限の分散を通じた抑制と均衡も必要である。

V. 国際的な保健パートナーシップとプログラムをより調和のとれたものにする

この10年の間に、保健分野における援助体制は大規模な国際的保健パートナーシップ（GHP）の出現によって複雑さをさらに増した。どのような定義が用いられるかにもよるが、このようなGHPは100以上あると推測されている。GHPは多様な一群をなしており、アドボカシー（政策提言）から実施に至る広範な機能を担っているほか、その性質、規模、範囲もそれぞれ異なっている。大多数は感染症、特にエイズ、結核、マラリアに焦点を合わせたものである。いくつかのGHPは、早期からの完全母乳育児やビタミンA補給といった栄養面の支援策や、水と衛生の改善も推進している。最近では、2015年までに飢餓と貧困を半減させることを目標とするMDG 1の達成に焦点を絞った活動に、ますます関心が向けられるようになってきた。これには、「子どもの飢餓と栄養不良根絶イニシアティブ」、「栄養向上のためのグローバル同盟」、「微量栄養素イニシアティブ」、「小麦粉強化イニシアティブ」などがある。

GHPは数多くあるが、保健財政に大きな影響を及ぼしているのは、GAVI（ワクチン予防接種世界同盟）や世界エイズ・結核・マラリア対策基金など、ほんのひと握りにすぎない。国際的な保健パートナーシップは、健康に対する主要な脅威に対処するために重要な資源を新たに動員するほか、優先されるべき疾病や支援策に政治的・技術的重点が置かれるようにするという、大い

に必要とされている効果をもたらしてきた。また、民間セクターを支援すること、保健ケアの提供面でコミュニティ・パートナーシップがより顕著な役割を果たすよう奨励することにより、開発援助に新しいエネルギーを注入してきた。

保健分野で新しい組織が急速に登場するようになったため、開発途上国にとっては、対応や調整どころか、ついていくことさえ困難な課題になりつつある。さらに、新しいイニシアティブには、妊産婦、新生児、子どもの生存と保健を支援するために国際的レベルで進められている活動の調和と調整に向けた努力が困難になる可能性がある。費用対効果の高い、測定可能な結果を早急に出すことが非常に重視されるため、GHPの増殖は保健財政が有する「垂直型」の性質を固定化させてしまうおそれがある。疾病特化型のプログラムや支援策に多額の新規資金が注ぎ込まれ、財政とサービス提供が分断されてしまうほか、被援助国の政府に、自国の優先順位に従って資金を再配分したり、給与や設備といった保健システム上のコストや投資に資金を拠出したりする余地がほとんどなくなってしまうためである。

国際的な保健プログラムとパートナーシップにおける結束を高めるための条件作り

保健に関わる国際的なパートナーシップやイニシアティブが次から次へと登場してくる事態を前に、国際的保健パートナーシップを最も望ましい形で実施するための原則が策定された。援助効果向上に関するパリ宣言を踏まえて作成されたこの原則は、参加者によって支持され、いまでは多くのGHPの理事会によって採択されている。加えて、OECD（経済協力開発機構）開発援助委員会は、「国レベルで国際的プログラムの調整を図るための望ましい実践のあり方に関する指針」の見直しを進めてきた。これは、国際的なプログラムとイニシアティブがパートナー国のより幅広い開発アジェンダに十分に統合されていない状況に対処するため、具体的かつ効果的な行動を起こさなければならないという、パリ宣言の

指摘に応えたものである。国際的プログラムのガバナンスと実施については、望ましい実践に関する指針において、出資機関（二国間ドナー、多国間組織、民間財団）、パートナー国、国際的プログラムがそれぞれ担っている役割の相互関係の問題が取り上げられている。

保健分野における国際的プログラムは、それがパートナーシップに基づくものであろうと、単体の組織やドナーによる個別の行動によるものであろうと、開発援助の重要なツールとなってきた。二国間ドナー、多国間組織、民間財団は、国レベルでのサービス提供のための資金拠出額を急速に増大させている。これらのプログラムは、強力な公的支援も得ながら、世界的に重要な諸問題に国際的な注意を向けるよう呼びかけ、革新および最も望ましい実践の普及を奨励し、複数のドナーから拠出された資金をいったんプールして提供している（上流での調和化）。

援助効果向上に関するパリ宣言に掲げられた諸原則は、国の主体的取り組み、調和化と調整、相互の説明責任に焦点を合わせていることから、国際的プログラムにも国別プログラムにも適用できる。国別研究により、実施に関わる問題はいずれの場合についても同様であるが、多くの国際的プログラムが特有の課題に直面していることが確認されている。現地代表が存在しないこと、それに関連してドナー間の調和化のための努力が行われていないこと、政府の優先順位や予算との不一致が存在すること、実施および調整のためのメカニズムが並行して複数設けられてしまうこと、人的資源や財源をめぐって関連する国内プログラムとの競合が発生することなどである。

望ましい実践に関する指針は、パリ宣言の原則と関連指標を基本としながら、国際的プログラムの具体的事情に合わせて、それらを適用・拡張している。

これらの実践指針は、第一義的には、国レベルで相当額の資金を提供する国際的プログラム——現在進行中のものであれ、提案中のものであれ——の効果をも高めることを意図したものである。しかしながら、望ましい実践に関する指針の中には、選択的援助やガバナンスに関するものをはじめとして、国際的プログラム全般に影響を及ぼすものもある。

出資機関、パートナー国、国際的プログラム、民間ドナーは、この指針を試験的に適用するよう促されている。望ましい実践の適用試行事例のモニタリングは、保健セクターを「援助効果向上に関するパリ宣言」の効果的実施をモニタリングするための追跡セクターとして利用する取り組みの一環として実施され、その結果は、2008年9月にガーナのアクラで開催される「援助効果向上に関するハイレベル・フォーラム」で報告される予定である。