

アジア地域における保健医療政策とその実施 特にプライマリーヘルスについて、そのコミュニティの積極参加による 計画、立案、実施、マネージメント及び評価の可能性についての研究

非常に長いタイトルですが、私たちがここで述べたいと思いますことには、二つのキーワードがあります。つまり「プライマリーヘルスケア」と「コミュニティ」です。

このプライマリーヘルスケアというのは、皆様も何度も聞いていると思いますが、WHOとユニセフのAlama Ata 宣言で明らかにされたものです。

現在の世界状況の下で、これから人々が地球上で皆で生存し得るには、経済だけでなく、やはり人間のコミュニティという概念と、そこから人々がどのようにヘルスシステム、経済システムあるいは政治システムを立ち上げていくかということが非常に重要になってきた。つまり、環境問題あるいは身近にはエイズの問題などを背景として、コミュニティという概念が非常に重要視されてきたわけです。

そういうことがございまして、この研究を進めてきたわけです。

簡単に述べますと、このプライマリーヘルスケアのコンセプトとしては、ヨーロッパ、アメリカのコンセプトが非常にうまく整理されております。日本人の整理能力をはるかに越えておりまして、これはやはり我々がきちんと学ぶべきものだと思いますが、今日は、スライド1にある9つのヘルスサービスに関するコンポーネントの中で7番目にありますエセンシャルドラッグ（必須医薬品）を中心に、私たちが行った研究結果を述べさせていただきます。

その前にもう一つ、このようなプライマリーヘルスケアを過去15年くらいAlama Ata宣言からずっとやってまいりましたが、まず大きな問題として世界中で注目を浴びておりますことは、スライド2のように、ホスピタルケアは大体都会に集中してお金が使われていて、実際には非常にケアの薄い人々のポピュレーションがこれだけ多いということです。これは86年の資料ですから古いですが、でも大体このような傾向がまだ続いています。続いているということは、やはりグラスルートの人々に対するヘルスサービスのアクセスについて、先ほど開原先生がおっしゃったように、いろんな技術は進歩しましたが、それが人々に対してサービスとして届かないことがたくさんあると、そういうことを物語っております。



梅内 拓生 先生

東京大学大学院
国際保健計画学教室教授

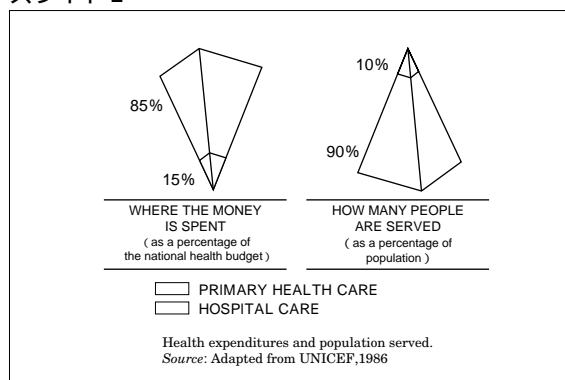
スライド 1

The Essential Components of Primary Health Care

1. Health education
2. Environmental sanitation, especially of food and water
3. The employment of community or village health workers
4. Maternal and child health programs, including immunization and family planning
5. Prevention of local endemic diseases
6. Appropriate treatment of common diseases and injuries
7. Provision of essential drugs
8. Promotion of nutrition
9. Traditional medicine

Source: Alma-Ata Conference Documents.

スライド 2



私たちはラオス、ミャンマー、ベトナム、モンゴリアとネパールの5カ国でプライマリーヘルスケアを中心として、必須医薬品の供給という面から研究いたしました。

まずスライド3は、ヘルスインディケーターあるいはエコノミックインディケーターを過去と比較したものです。

色々なプライマリーヘルスケアの概念ができてから、それを各国が自分の国へ持って行って、それぞれ色々展開をしました。その結果なのかあるいはその結果と無関係なのかはまだ分かりませんが、確かに平均寿命とか乳児死亡率などのヘルスインディケーターは、どの国におきましても、歴然とした改善が見られております。本当にプライマリーヘルスケアのサービスの結果で良くなったのか、あるいは他の要因で良くなったのか、それは色々な研究が積み重なってくると、おいおい分かってくることだと思いますが、このように非常に良くなっている。これは非常に良いことです。

それから識字率。識字率というのはヘルスサービスには直接関係がなさそうですが、しかし、やはり初等教育と非常に関係があるもので、これもいろんな国で非常に良くなっている。

それから経済。今はGDPの方を使っていますが、GNPファクターで見ましても、(データの分からない国もありますが)印象としましては非常に改善している。

このように、過去20年から30年のあいだに、ヘルスインディケーターというのは、全体としては改善の方向に向っている。その改善の方向に向っている東アジアの5カ国を選んで、私たちが研究を行ったわけです。

今回私たちは、プライマリーヘルスケアの中の7番目のcomponentの、必須医薬品というものを中心に行いました。

皆さんもご存知だと思いますが、WHOとユニセフとで、我々の健康維持のためにどういふ薬が必要かというリストを作りまして、それをもとに各国が自分たちの状況に合った形で、必須医薬品を決めているわけですが、その供給の現実を見ますと、先ほどのスライドでは非常に良くなったという数字の上での印象はあるのですが、現実の感覚では、皆どの国の人でも「薬が足りない」ということなんです。

大体どの国におきましてもほんの数年前までは、政府が丸抱えでこの必須医薬品を人々に与えていました。そうすると、だいたい3ヶ月か5ヶ月分のものしかできない。

そのため工夫をして、受益者負担をコンビネーションし、それでなんとか少し改善を図ろうとしたり、別な国は、さらにバマコ・イニシアティブなどの経験から、最初のシーディング・ドラッグ(呼び水)として薬を外からの援助で与えますから、あとは自分たちでマネージしてやってみてくださいというような、リボルビングファンドなどの受益者負担を導入しております。

それからある国は、プリペイメントといまして、住民が前

スライド3

The developing countries have made significant progress towards human development in the last three decades.

	1960	1987
Life expectancy	46years	62years
Adult literacy	43 %	60 %
Under-five mortality rate	186	88
Primary Health care	60 % of the population	
Safe drinking water	55 % of the population	
Rise in food production exceeded the rise in population by	20 % (up to 1989?)	

(despite addition of 2 billion people in developing countries)

スライド4

A Summary Review of RDF experiences in selected Asian countries

Country	National Drug Policy	Revolving Drug Funds	Management of RDFs	Community Participation	Health Insurance
Design	Yes with EDC which needs to be revised	Yes in 40 districts	By the political administration with MOH representation	Through representation of the People's Committee	Covers all drugs. Some voluntary insurance covers all medicines
Mongolia	Yes with EDC	Placed in 60 districts	By the political administration with MOH representation	Through representation of the People's Committee	Covers all medicines but not health products. 50% premium of members of Peoples' Republic
Nepal	Yes with EDC but needs revision	Yes by a number of districts and NGOs	Run by the MOH with representation from RDC committees derived from the local community	Through the formation of a RDC committee	No national insurance but a policy to increase health services to improve access
Laos	Yes since 1985 with EDC of 300 items	The RDF is operated in 5 provinces and 1 district linked with the Women's Development Programme	The working committee is under the province RDC Steering Committee which is an intersectoral body	All provinces have RDC committees. In all provinces, the RDF is operated with local women's groups which supervises at the village level	There is no national health insurance
Myanmar	No policy of EDC. Based on available information	The RDF is operated in 41 towns	The main drug manager and monitors the RDF	Very varied direct participatory RDC committees	There is a programme of health care and health charges

もって金を出し合って資金を作るというところまでいっている国もあります。

そのようにそれぞれの国々がそれぞれの実情に合った形でいろんな努力をしているということです。

スライド4は、5つの国について必須医薬品の、政府の色々なコミットメントがどの程度あるかを見たものです。まず、国家の必須医薬品の政策がきちんとあるか。これがあれば必須医薬品のリストが出ているわけですが、どの国も今一応リストを持っています。その上で、ユーザーズ・チャージを始めとして薬の資金確保をディストリクトのコミュニティレベルでやっている。そういうような自助努力の方法をそれぞれの国が、それぞれのスケールで行っております。

簡単に言いますと一番この中で進んでいるのはベトナム。そしてミャンマーがなんとか後に続いている。しかし、ネパール、ラオス、モンゴルの3カ国はもう少し時間がかかると思います。時間はかかるけれども、なんとかいろんな難問を解決するだろうと私たちは思っております。

遅れている原因というのは、やはりマネジメントの問題があります。それからコミュニティ・パティシペイションの問題。一緒に参加して、何か自分がやったというような充実感がなければ駄目だし、その権限がなくては駄目なのですが、その権限の委譲が国によって様々に違う。

それからもう一つ、この頃出てきたことはヘルス・インシュアランス。ベトナムもようやく今始めていますが、10%くらい。モンゴルも政府の政策で始めましたが、非常に大きな問題があります。

このように自身のコミュニティ・パティシペイションによる自助努力と、それから政府による色々なヘルス・インシュアランスが絡んで、実際にそれをマネージするのが非常に複雑になっているという状況です。

ご参考のために、ヘルス・インシュアランスについて説明をいたします。

一番成績のいいベトナムでも、公務員の大体一割は大都市・県レベル、ディストリクトで健康保険に入っていますが、ほとんどの人は入っておりません。ようやくベトナムという国もヘルス・インシュアランスが始まった段階に過ぎませんが、そういうような国ではやはりドラッグ・リボルビング・ファンドの活動も非常に盛んです。

それから、社会主義国の優等国と言われるモンゴルでも、皆に公平にヘルス・サービスをやるというような概念でヘルス・インシュアランスを色々やりましたが、面積が日本の4、5倍もあるのに人口は220万くらいしかなくて非常に人口密度が低いこともあって、モンゴルではこのヘルスインシュアランスのマネジメントに非常に大きな困難があります。

それで、私たちの研究の一番狙ったところは、コミュニティとディストリクトがワンセットで、ヘルスサービスシステムをどのように改善したらいいかということです。

ドクターを中心にこの改善を研究したわけですが、本当に我々が国際協力するときは、政府が中央レベル、県レベル、郡レベル、あるいは個人レベルの一番の責任者に、どのようなポリティカル・コミットメントをするか、具体的にそれをきちんと知らなければ駄目です。知るという内容は、権限と責任がどのようにきちんと委譲されているかということで、その内容を見極めながら、計画とかモニタリング、あるいは評価ということを考えなければいけないということです。

それから、住民の力だけでは絶対駄目で、住民が力を持ってくるとガバメントは自分たちのお金を別の方へ持って行きますので、ガバメント・サポートもきちんと見ておかなければいけない。

それからだんだんエコノミックスが少しずつ上がっていきますと、プライベート・セクターの関与と、これとの協力というのが非常に重要になってきます。こういうことも考えなくては駄目だということです。

それから、当然ヘルス・インシュアランスも出てくる。

こういう中で、エセンシャルドラッグというものがどのように改善に寄与するかということ、今僕らが見ているわけです。

ベトナムには大体コミュニケーションが9千から1万くらいありますが、過去2年において大体その8割以上は、一応エセンシャルドラッグをきちんとメインテナンスできている。

それから、ミャンマーもようやく始めて、まだ全体の2割にいたりませんが、ベトナムの10%くらいのコミュニケーションを対象に始まっております。

モンゴリアは数字の上では非常によくカバーしているのですが、内容ではまだいっぱい改善すべきところがあるという状況です。

私たちがここで強調したいことは、プランニング・エバリュエーションをするときは、coverage of service、quality of service (サービスの内容)、equity (公平さ) それからsustainability (持続性) そして最後にimpact health (ヘルスにどうインパクトがあったか) を検討するというような教科書的なことは非常によく分かるのですが、重要なことは、こういう国と協力するときは、ただリサーチだけやるのではなくて、何か向こうの政府の事業にこちらが積極的に参加して、その事業をサポートしながら、結果をずっとモニタリングする、あるいはエバリュエーションするというようなことが非常に重要じゃないか。もっと積極的な参加ということが必要じゃないかと、そういうように思っております。

以上でございます。

質疑応答

Q: 先生のご研究はバマコ・イニシアティブとも言われている考え方だと思いますけど、予防医学についてはどうなんでしょうか。住民の参加を期待して、その中で教育をすることによってもちろん薬で治る部分はたくさんあるかと思っておりますけど、予防医学への取り組みというのはその中でどういうふうになされているんでしょうか。

A: 非常に僕らも大きな関心があるのですが、今予防医学の中で一番確実に進歩しているのは、EPI、いわゆる拡大予防接種計画ですね。あれは本当に物凄くて、最初今から15年位前には10%前後の接種率が、今は80%近くいっているんです。数字上はですよ。

ですが、それも相当いろんな問題があります。しかしそこまで出てきたということはすばらしくて、予防医学はそれはすばらしいんです。

じゃあその予防医学と今のものがどうリンクするかというと、大きな問題で、それは皆、縦型のプログラムなんです。縦型のプログラムで、一応横型にしようとしているんですが、やはり縦型でなければ効果が悪いんですね。それでその縦型を、いまのようなエセンシャルドラッグとどう結び付けるかということが、今後の問題なんです。今から僕らがチャレンジすることです。それが、頭で考えるくらい物凄く簡単じゃないんですね。

例えばベトナムなんていうのは、社会主義がきちんとしてます。まだしている方ですが、その中においてもやっぱり縦型なんですね。そういうふうに、横型に移行するにはもう少し時間の成熟と言いますが、待たなきゃいけない。そのようにしか今、お答えできません。

Q: エセンシャルドラッグというのは、限られた範囲の、基本的な薬だけだと思うのですが、それだけで医療がなされているのか、それともそれをサポートするために民間薬がまだ今でもよく使われているのか。そういった現状はどうなっているのか、ちょっと教えていただきたいのですが。

A: 国によって非常に状況が違いますが、例えばベトナムでは民間薬が今どんどん伸びているんです。

国の製造工場、日本で言えば専売会社みたいな薬の公社が今カバーしてるのが大体5割なんですけど、あとの方はみんな民間です。

一番問題だったのは田舎の貧しい人が全然買えない位コストが高かったことで、それで不満が出てきた

わけですね。まだ成熟しておらず私的なものだけに任せられない状態なので、政府が公的なものをきちっと入れておかないと、貧しい人々に対してサービスがカバーできない。そういう意味で公的な機関を活性化した訳ですが、公的な機関がそこまで活性化してきますと私的なものも、いい意味で互いに補強し合うようなことになっていく傾向があります。

公的なものが駄目なときはやっぱり私的なものが相当強くて、そこで色々な問題が出てきます。ですから今の質問にお答えすれば、グラスルートにおいて公的なものが5割以上のきちとした基本的なサービスを確保して、それに私的なものが徐々に加わっていけば理想的じゃないかな、と思っております。