

2004年7月13日

GRIPS 開発フォーラム勉強会  
「保健セクターと援助モダリティ」

【日時】2004年7月13日 16:00～18:00

【場所】政策研究大学院大学 会議室 3A

【講演者】内田康雄教授（神戸大学国際協力研究科）「保健セクターにおける援助モダリティ」

【参加者】FASID、JICA、保健専門家、GRIPS等から約15名。

### 講演

まず、GRIPS 開発フォーラムの大野泉教授から別添 1(「保健セクターにおける援助モダリティ～内田教授をお迎えして～」)に基づき、援助モダリティと援助受け入れ状況、開発ニーズの関係につき事例(ウガンダとベトナム)を交えてキックオフとして説明。それに続き、神戸大学国際協力研究科・内田教授から別添 2(「Introduction: Major challenges for health financing」。発表時資料の抜粋版。)に基づき「保健財政・金融」の考え方につき説明。内田教授の講演のポイントは以下のとおり。

#### (保健セクターの特徴)

- ・ モダリティの議論以上に、保健セクターでは、経常予算の効率的・効果的運営が開発の本質。経常予算との関連を考慮に入れずに開発予算を援助として提供するのは非常に問題がある(p14<sup>1</sup>)。
- ・ 保健セクターが教育、農業等のセクターと違うのは、一つの大きな組織(p2)が「日常的に」金銭の扱いを行っていることであり、そのことから出てくる財政・金融の問題は非常に複雑である。その複雑な問題に対処するにはマネージメントの知識が必要。日本のプロジェクト支援も意義はあるが、より深刻な問題は省庁、病院等の組織のマネージメント・キャパシティ。

#### (途上国の保健セクターの現状)

- ・ 途上国の死亡因のトップは慢性疾患(p6, p8)。貧困国の悲劇的な状況は従来の感染症を駆逐できないままに、慢性疾患が拡大し、より医療コストがかかる体質になってしまっていること。

---

<sup>1</sup> 本文でページ番号を示す時は全て別添 2 のページのことを指す。

- ・ (p6)交通事故はたいていの国で二番目の死亡因だが、途上国には自賠責保険がなく、示談で済むことが多く、病院で結局は国の負担になってしまう。自賠責保険はその国の負担を減らすだけでなく、裕福者（保険支払者）から事故被害者（貧困者）への所得の再配分機能の役割を果たすこともあり、その整備は極めて重要。
- ・ (p11) 途上国の医療では **Public funds** といえないようなものまで保健でまかっている例がある。例えば個人の肺がんの手術。美容整形が社会的インパクトがないように、肺がんはコミュニティでは感染しないもの。がんの手術の増加でどんどん保健支出が増加していつている。もはやどこまで公共サービスと呼んでよいのか分からない状況になっている。もうアメリカでは患者は患者と呼ばずに **customer** と呼ぶ。つまり保健サービスがどんどん **private service** となっていく。となると資源調整は援助ドナー間だけの問題だけではなく、**public sector** と **private sector** の問題も考えないといけない。

#### (保健セクターと我が国の援助との関係)

- ・ 日本はアドミニストレーションには関心を持ってきたが、マネージメントそのものには意識的な支援を行ってこなかった。日本はマネージメントの経験知を持っているが、伝達知として途上国に伝えてきていない。そのためかマネージメントの部分、戦略的な部分は JICA のプロジェクトでは「外部条件」として片付けられてしまう。
- ・ マネージメントとはリソース・インプットの段階でも必要なのだが、日本の無償資金支援はそこを考慮していない。例えば、途上国では保健セクター予算の約 40%は薬剤購入費なのだが、タイのように薬を州政府で一括して競争入札により購入するだけで、膨大な費用削減ができたりする。日本では医薬品メーカーが直接個々の病院に売り込みを行うのでこういったマネージメントの知識・経験が育たない。

#### (保健セクターと援助モダリティ)(p22 以降)

- ・ 援助モダリティの話は保健セクター改革の関連で議論されないといけない。そしてその保健セクター改革は公共セクター改革と裏腹の関係にある。例えば、外部発注率の向上、個々の病院の独立行政体化などである。また **capitation** というものがあり、これは疾患別の標準必要治療コストを算定し、それを元に疾患別の支出をパッケージ化していくという **case based payment(CBP)** という問題。CBP はドイツ、カナダ、オーストラリア等で行われているが、途上国もかなりこの制度を導入している。日本では点数制度でまだまだその段階ではないため、日本の専門家はこの問題を扱いきれないのだが、この問題などは行財政改革とリンクしている話であって、この問題にただ単に **institutional capacity** の問題と論じてもほとんど意味がない。「**Health Economist**」が必要。
- ・ **Needs** と **Demand** は違うということ(p5)。**Demand** とは経済学の需要曲線であり、価格で供給量が決まるもの。もし途上国に経常予算の保証がなく、援助吸収能力がない場合は、援助の **Demand** がないと言ってよい。貧しい国の悲劇は **Demand** と **Needs** の乖

離が激しくなっていること(Demand<Needs)。相手のリカレントリソースを制御しつつ資本財支援をするという意識を強く持たざるを得ない。Demand と Needs を分けて考えないといけないが、しかし全てを冷たく切ってしまう訳にはいかない。

- ・ アフリカのような、医療セクターがきちんと制度整備されていないところに多数のドナーが支援参画している状況と、スリランカのように完成された保健制度が存在しており、かつ保健セクターの資金ギャップが世銀と日本の支援だけで賄ってしまう状況では、SWAP の考え方も大きく違ってくる。保健セクター内の保健資源の再配分の戦略なしに SWAP は意味を成さない。National Health Plan ( マスタープラン ) の役割は重要である。アジアでは保健セクター改革を果敢に行った後の完成された制度を持つ国が少なく、それらと外部からの援助資金の整合性をどのように確保していくのが大きなテーマである(p17)。
- ・ (p13)東アジアの経験では資金リソースは援助資金から直接投資、民間資金に移っていった。極めて重要なことはリソースギャップのかなりの部分をプロジェクトファイナンスで埋めてはだめだということだ。そのことと SWAP を重ね合わせて考えないといくら Development Ownership が重要だ、ということと言っても、彼ら自身の収入が増えていくシステム、戦略をとらないとそんな言葉は意味を成さない。その点、タイなどは自分たちのニューマネーが入ってこない限り開発投資は行わない、という考え方が浸透している。開発投資を行おうとしてもアセットマネジメントの考え方が浸透しており、(p21)バランスシートの考え方から拒否してしまう場合もある。

## 質疑応答・コメント

(質問・コメント)

- ・ 疾病構造変化による高コスト体質化、とか誰が見ても問題は明らかなのであるが、MDG に引きずられて、その国の本当のニーズにあった支援が設定されにくい、という問題がある。また、JICA も昔は慢性疾患に対する協力を行ってきたが、今はかなり基礎医療が増えてきており、現実と逆行している部分がある、という問題意識がある。
- ・ 中南米の地域機関との政策協議で先方から生活習慣病に対応してほしいという要求がくるが、人間の安全保障、MDG の観点からは応えにくい現状がある。

(内田教授)

- ・ OECD/DAC はサブサハラ・アフリカを念頭においている。日本としてもアジアの現状、開発課題はこうなんだ、という MDG とは違うターゲットをはっきり提言すべきなのではないか？
- ・ 保健医療費の負担、民間と公的サービスの関係 ( public-private mix ) についても留意する必要あり。ヘルスはサービスセクターだから誰がどの程度お金を出しているのか、

ということを考えないといけない。ベトナムでは83.8%は **out of pocket**、つまり患者が直接支払いをしている。日本は30%（健康保険制度あり）。この場合、システムは政府のものである。この点、（サービス・デリバリーシステムの）オーナーシップの主体とファイナンスの主体を分けて考える必要がある。その場合、オーナーシップの主体は **public** のままだが、ファイナンスの主体は **private** に移行していく、という流れがある。

(質問・コメント)

- ・ (質問者は)JICA との連携で集団研修コースを行っている。研修受講者に **action plan** を書かせると地域的な特徴があり、サブサハラ・アフリカはやはり基礎医療を中心に書くのだが、アジア、ミクロネシアは、慢性疾患を中心に書く。そのようなニーズの変化に日本は対応しきれていない。
- ・ トラウマ(外傷)のプロジェクトで当病院がタイ、インドネシアで関わってきたのだが、アジアではトラウマに関する要望が増えてきている。事故のトラウマに対する要望が増えている。これに対して MDG は対応し切れていない。

(内田教授)

- ・ MDG だけやっていると **private hospital** だけが増えていく。リソース配分をしっかりとやらないと、中所得層は政府病院によらなくなる。

(質問・コメント)

- ・ アジアは疾病ごとの対応といった選択肢はあるが、アフリカはあまりにも多くの矛盾した挑戦に直面しており、戦略的な対応ができていない。財政の有効な配分をしっかりと考えることを先方に伝えないといけない。

(内田教授)

- ・ 財政支援を行うことによって、経常予算の問題は人為的になくなってしまう。(政策がしっかりしてさえすれば)Demand と Needs の乖離は小さくなる。世銀が外貨分と内貨分も区別していない状況で、(内貨負担につき)自助努力の議論をしても説得力がない。日本は相手が作ってくれた援助吸収能力に乗っかっているだけ。
- ・ 財政の有効な配分に関し、アフリカの場合は保健医療において **informal rationing**、つまり病院のキャパシティがないために治療する人を選ぶという悲惨な状況がある。これは政策の問題。

(質問・コメント)

- ・ 日本はなかなかプロジェクト志向から抜け出せない。財政支援も **exit strategy** を持ってやっているドナーはいない。リカレントの部分はなくならないので支援をし続けたいといけない。
- ・ 基礎医療はサービスの拡大でないと対処できない。他方、プロジェクト支援は BHN よ

り高度医療等の病院の質を上げるのにはよいがサービスの地域的拡大にはならない。つまり BHN と違う方向に向いているのはある。特定地域を対象としたモデル事業という考え方もあるが、最初からプログラムの一部として位置づけておかない限り、ショーウィンドウのように他の人が買えない、活用できない、という事業になり意味がない。

(内田教授)

- ・ プロジェクトでもリカレントコストとリンクされていれば有効だが、そこはしっかり見ないといけない。モダリティの問題は日本のモダリティを変えることができるのか、という日本の問題に行き着く。中南米で 1980 年代初頭に導入された社会投資基金 (FIS) は development ownership を育てるのに役立つと言われていたのに、JBIC は財務省の縛りでなかなかお金を入れられなかった。

(質問・コメント)

- ・ 日本のモダリティの問題は組織の問題だ。真剣に現場の課題を考える組織が日本にはない。
- ・ JICA ではリカレントコスト関連、マネジメント関連に個別プロジェクトの予算が使えないことが問題。

(内田先生)

- ・ 支出規則を変えないといけない。GTZ などは大幅に変えてきている。

(質問・コメント)

- ・ 援助関係者が気づいていないこととして、国の規定としてはないのに、外務省や JICA は自分で規則を作って、自分で自分の首を絞めている、ことがある。
- ・ リカレントリソースはうまく使い方、悪い使い方があるわけで、リカレントリソースを出せば済むという問題ではないと思うが、状況としては、リカレントコストの不足は大きな問題。しかし外務省と話しても感情論に止まるし、新しいことにチャレンジしたくない、という、別のレベルの抵抗がある。
- ・ 某国の結核サブセクターにおいてプロジェクトで地方制度の確立を行っている例があるが、日本人の人件費を下げた現地の人を多く雇い、機材にもお金をつけて、現地業務費もつけて、薬剤も買って、給与も補填して、かつ援助調整も行う等工夫してやっている。工夫次第で、プロジェクトでも柔軟に対応できる余地はある。従って、プロジェクト vs. プログラムといった神学論争を超えることが求められている。

以 上