



保健分野における 「援助効果」に関する考察

＝ケニアにおける保健人材支援の現状と日本の支援政策に関する調査に基づいて＝

(特活)アフリカ日本協議会
稲場 雅紀



四隅の模様(右下を除く)は、ガーナで使われているアディンクラと呼ばれるシンボルです。
左上は「準備万端」、右上は「しつけ」、左下は「困難に立ち向かう知恵」を現しています。





本考察の元になった調査



◎2010年度、(特活)アフリカ日本協議会が米国のNGO「人権のための医師団」(PHR)と共同で行った調査「途上国の保健人材支援における日米の役割」(国際交流基金日米センターの助成による調査)





調査の構成

★サハラ以南アフリカの深刻な保健危機

- ←保健システムの脆弱性が主要な原因
- ←「保健人材」は保健システムの中核の一つ

★日米の「保健人材支援」

- ←日本の「(アフリカで)10万人の保健従事者の研修」
- ←米国の「(途上国で)14万人の保健医療従事者の育成」
- ⇒途上国の「保健人材」育成に寄与しているかどうか調査
 - ・調査の方法: 文献・資料調査＋現地調査(ケニア)

★日本および米国の「保健人材支援」への提言

- ⇒文献・資料、現地調査を踏まえて提言を作成
- ※提言作成後、普及のためのイベントを世界4ヶ所で開催



❧ 本プロジェクトの実施団体等 ❧

1. 実施団体：(特活)アフリカ日本協議会
2. パートナー団体：Physicians for Human Rights (=米国、ワシントンDC)
3. 協力団体：AMREF (African Medical and Research Foundation)、ケニア
4. 助成：国際交流基金日米センター (Center for Global Partnership, Japan Foundation)
5. 期間：2010年4月～2011年3月





ケニア調査について

調査概要、一般的状況、課題と提言（目次）

1. ケニア調査（日本側）の概要
2. ケニアの保健セクターの一般的状況
 - ✓ ケニアの国家保健戦略
 - ✓ 保健医療人材に関するケニアの現状
 - ✓ アフリカ諸国におけるケニアの位置
3. ケニアにおける保健人材の課題とニーズ
 - ※保健NGO、MoPHS、専門家（ケニア・日本）へのヒアリングから
 - ✓ 保健人材を取り巻く課題
 - ✓ 保健人材と保健行政
 - ✓ コミュニティと保健医療サービスの関係
 - ✓ 政策とドナーの支援のあり方に関する課題
4. ケニア調査報告を踏まえた提言
 - ✓ 質・量に加え、「関係性の構築」の重点化を
 - ✓ 保健システムへの投資拡大と「長期的支援」の両立を
 - ✓ 援助国・援助機関と当事国の連携と援助効果の最大化を





ケニア調査（日本側）の概要



- 期日：2010年7月14日～24日
 - 14-16日：ニャンザ州キスム（JICA技プロ参加）
 - 17-24日：ナイロビにてインタビュー他
- 訪問・インタビューの実施

ケニア現地NGO	6団体（Uzima Foundation, AMREF, KANCO, HENNET, KAPC, GCAP Kenya）
ケニア政府機関・研究機関	公衆衛生省（Director, Department of Primary Health Care）、KEMRI
JICAケニア事務所・日本援助機関関連	9名（JICA関係6名、大使館2名、長崎大学1名）





ケニアの保健セクターの一般的状況 1

ケニアの国家保健戦略



戦略のレベル	名称・期間	下位計画
国家開発計画	Vision 2030	
保健セクター レベル	第2次保健セクター戦略計画 (NHSSP II, 2005-2010)	第6次保健年次計画 (Annual Operation Plan 6, 2010-11)
省レベル	公衆衛生省 戦略計画 (MoPHS Strategic Plan 2008-2012)	
	医療サービス省 戦略計画 (MoMS Strategic Plan 2008-2012)	
関連分野レベル	保健人材戦略計画 (Human Resources for Health Strategic Plan 2009-2012)	
	コミュニティ戦略計画 (Taking the Kenya Essential Package to the Community, 2006)	実施要領、トレーニングマ ニュアル など (Implementation Guidelines, etc.)



ケニアの保健セクターの一般的状況 2

保健医療人材に関するケニアの現状（簡潔に）

※情報：保健人材戦略計画2009-2012

★保健人材の育成能力：他のアフリカ諸国に比べて高い（ナイロビ大学、モイ大学等）

★優秀な専門家・人材は多い

★公共セクターの人材雇用・定着率が低い

- ・人材流出（民間セクター、NGO、海外）

★保健医療人材・資源の不均等

- ・地域的な偏り（ナイロビ、民間セクターに集中）

⇒保健サービスへの普遍的なアクセスが国民に保障できておらず、保健指標が悪化



インプット面での努力に加え、保健セクターの「構造改革」が大きな課題となっている。





ケニアの保健セクターの一般的状況 3 アフリカ諸国におけるケニアの位置

分野	現状	詳細・理由	他の国との比較
人材育成	ある程度のレベルに達している	教育機関・研究機関が確立し、援助も多い。専門家も優秀な人材が多い。地域の人材育成拠点。	物理的に人材育成能力の低い多くのアフリカ諸国とは異なる。
公共セクター人材	04年と08年の比較で、医師以外は08年の方が減少	民間セクター・海外への人材流出(新規雇用停止措置は2000年代に撤廃されたのに)	民間セクターや海外への流出が多い(公的セクターに人材がとどまらない)
保健指標	(例)五歳以下死亡率128/1000、妊産婦死亡率560/10万	アクセス可能なサービスの不足?	5歳以下死亡率はタンザニア・エチオピアより下、妊産婦死亡率はウガンダより下



国によって状況が異なり、戦略も異なる。ケニアで適切な戦略がザンビアで適切なわけではない。各国が抱える課題を適切に把握し、テイラーメイドで戦略を形成する必要がある。





ケニア調査報告 1

保健人材を取り巻く課題

保健財政と雇用	★90年代からとられた「雇用停止措置」の影響が残り、保健人材の世代構成が歪んでいる。 ★保健への予算支出が少ない(アブジャ宣言に到達していない:5%から8%に増額)→政府の雇用能力が十分でない
人材育成 (卒前教育)	★卒前教育:資格を持った人材を育成する能力は他のアフリカ諸国に比べて高い。 ★現場でのチームワークや保健システムに関する理解を促す教育が欠けているため、コミュニティ、下級の医療機関、病院の間の連携・協力ができていない。
雇用と定着	★育成された人材が適切にリクルートされていない・失業や他業務についている場合が多い(保健医療従事者で公共セクターに雇用されている人は全体の15-30%) ★保健センターや地域病院に患者が集中→負担が重すぎ、適切な保健サービスが提供できない。 ★医療器具や医薬品が常時不足→適切なサービスが提供できない ⇒過重労働、不満、モラル・ハザードの原因に ⇒人材流出の原因に
研修・訓練 (現職研修)	★援助国・機関がそれぞれバラバラに研修・訓練を提供→体系化されていない、ニーズにあっていない、現場に適用できない、現場でのキャリアパスと直接つながりが無い等⇒必ずしも技術の向上や士気の確保に役立っていない。



ケニア調査報告2

保健人材と保健行政

保健行政 (国レベル)	★資源配分の格差：(1)保健人材＝保健センターや地域病院への人材配分が少ない、(2)卒前教育・研修機関・機会の地域による偏り(北東部・北部への配分少ない)、(3)援助国・援助機関・NGO等への政策的・資金的依存(この地域は援助国に任せるといった)
保健行政 (地域レベル)	★国家政策が地方政府レベルに浸透していない、国家政策形成への地方政府の参画が不十分。(地方分権制度の機能が不十分) ★地方レベルでコミュニティ⇔地域保健医療機関(Dispensary, Community Health Center)⇔病院の有機的統合が出来ていない ★行政による各機関のスーパーバイジングが不十分・不適切
ドナーとの関係	★地域の自主財源からみて巨額の援助：ドナーの支配力が強い、技術的にも⇒「ドナーの指示に従う」消極的なマインドセットの形成 ★ドナーによる保健医療従事者の緊急雇用等：その後、政府が雇用を吸収・継続できない⇒一時的な強化に終わってしまう
リーダーシップ と意欲	★保健に関して高い政治レベルでのリーダーシップが不足 ★保健人材に「人々の命を守る」ことに対する自発的・積極的な意識が不足⇒イノベーションがない(比較：宗教や政治、儀礼などへの自発的・積極的なコミットメントと大きな違い) ★保健医療職が「尊敬される仕事」として認識されていない(過酷な仕事、大変な仕事という意識)



ケニア調査報告3

コミュニティと保健医療サービスの関係

コミュニティ
◎保健状況改善への日常的努力（水・衛生）
◎病気の人、子ども、妊産婦、老人の日常的ケア
◎急病や大きな保健問題が生じた際の対応（地域保健医療機関や病院との連携）

連携不十分

病院
◎地域保健医療機関で対応できない重篤な病気の診断・治療
◎怪我の治療

地域保健医療機関
◎Dispensary, Community Health Center (CHC)
◎軽い病気や感染症の診断・検査や日常的処置（HIV/AIDS含む）
◎妊産婦・子どものケア
◎保健指導

★保健人材：病院や地域保健医療機関の人材だけでなく、
◎コミュニティの保健へのリーダーシップ
◎コミュニティで保健を担える人材（コミュニティ・ヘルス・ワーカー）の育成
◎コミュニティと保健医療機関の連携による保健負荷の適切なシェアリング が必要

★軽視、不十分な投資、統一的な行政施策欠落
★伝統的な医療の否定
⇒コミュニティで保健問題に対処できない
⇒保健に能動的でないマインドセット

★コミュニティ・レスポンスの不足により、地域保健医療機関の負担が過重に
★コミュニティとの連携・交流の不足（中央からの派遣）
★不十分な医薬品・医療機材
⇒コミュニティとの信頼関係の不足

課題

◎コミュニティ・リーダーシップとCHWのあり方（CHWの雇用・賃金と関係）
◎国レベルでのコミュニティ戦略と地域の特殊性の兼ね合い
◎コミュニティ・レベルでの諸セクター（地方政府、有力者、NGO etc.）の調整と最適化をどうするか





ケニア調査報告4

政策とドナーの支援のあり方に関する課題

★(基調)ドナーの志向:経済開発・財政健全化至上主義(80年代後半～)⇒社会開発への投資を重点化(2000年代=MDGs) これへの肯定的評価は全ての前提

★国家・地域の「自主財源」および「技術」を遥かに凌ぐ資金や技術の投入が、国家・地域の自律的・持続的・能動的な「人々の健康を守る」取り組み・システム作りを妨げる結果となっている

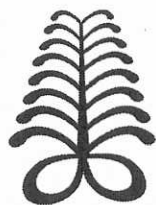
◎ドナーが単独で決定した方針で多額の資金と共に自ら実施するやり方(例:米国に顕著)⇒自主性・自立性の向上を妨げ、依存・従属を生む

◎逆に、適切な資金の投入のない「技術協力」や「研修」⇒技術を学んでも、現場で応用できなければフラストレーションがたまるだけ

★各ドナーが調和化・協調のないまま場当たりに実施する援助が、非効率性と混乱を生んでいる

◎例:現職研修:各ドナーがアドホックに、雑多に行っており、保健医療従事者のキャリアパス形成などとも有機的関係を欠く⇒定着・質の向上に役立たない

◎例:保健医療従事者の緊急雇用:その後の展望がないまま、国家政府との十分な協議なく行われる⇒期間が終了したら雇用は継続されず、成果が継続しない。



こうした「援助」は、アフリカの植民地支配・新植民地主義・構造調整の歴史とあいまって、長期的にアフリカの持続的・能動的な保健システム構築の努力に悪い影響を及ぼす可能性がある。

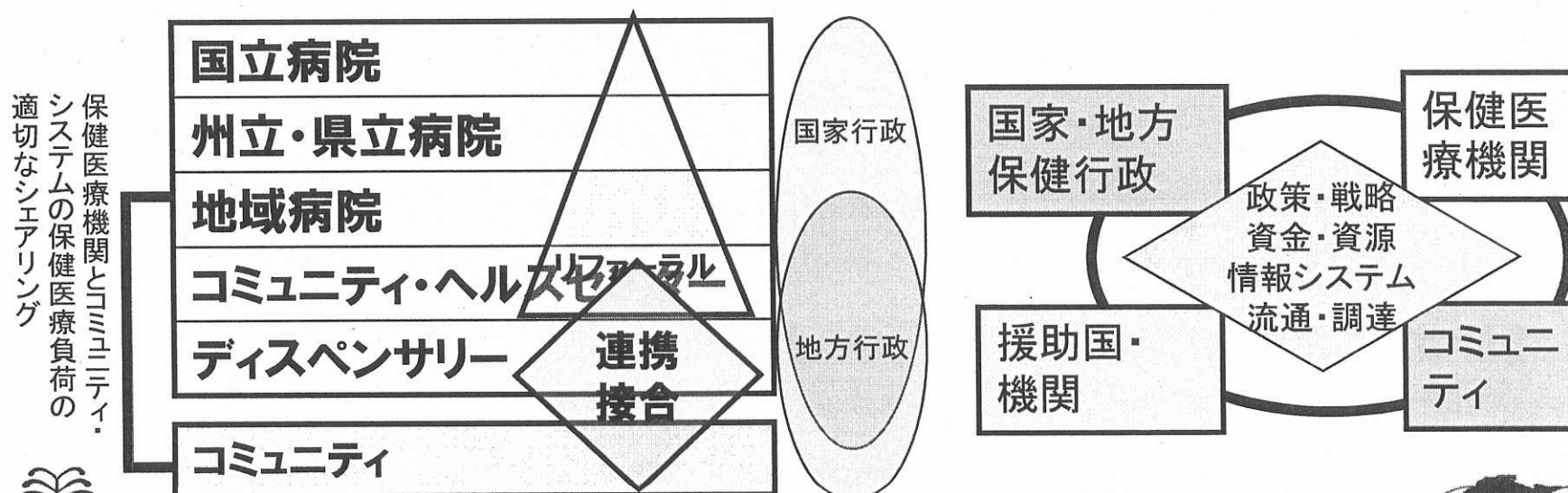




ケニア調査報告を踏まえた提言1 質・量に加え「関係性の構築」の重点化を

国内のコーディネーション、カタリティック・アプローチの重要性

- ・「保健人材」の個別要素の「質」「量」を拡大することの重要性（保健への投資の拡大）
- ・ それに加えて、各要素の「関係性」をどう構築し、全体として統合されたシステムを作ることにより、より高い優先順位を置く必要がある。





ケニア調査報告を踏まえた提言2

保健システムへの投資拡大と「長期的視点」の両立を

困難な課題Ⅱ両立

★保健人材支援・保健システム構築支援への「投資拡大」の継続・拡大は必要

- ◎世界全体での保健人材ギャップは420万人、アフリカで150万人
- ◎人材育成能力が一定あるケニアでも育成・雇用・定着共に不十分
- ◎より人材育成能力の低いアフリカ諸国は地域連携による育成能力向上への投資が不可欠

★もうひとつの課題：当事国のオーナーシップの確立のもとに、長期的に、自立的・持続的・能動的な保健システムを構築していくこと＝これが出来なければ「支援」が無意味に

- ◎短期的な「インプット」「アウトカム」ベースの視点しかなければ、これは不可能
- ◎当事国の自主財源・技術と比較して巨大な資金力・技術力を持つドナーが協調のない自己都合の援助を行えば、当事国のリーダーシップは育たず、従属と依存を強化するのみ
- ◎保健システム構築の「成功国」や「成功例」に学び、政策を構築することが必要

途上国の中での成功国・成功例

政策内容	他地域	アフリカ(途上)
政治的リーダーシップ	キューバ(社会主義)、スリランカ(2大政党制と福祉競争)	エチオピア、ルワンダ(MDGs)、ウガンダ(エイズ対策)、ブルキナファソ(サンカラ政権)
公共保健の重点化	キューバ、ベトナム、タイ、スリランカ	エチオピア、エリトリア
保健セクターのリーダーシップ	タイ・ブラジル(エイズ対策)	ナイジェリア(オラコイエ・クティ保健相)
保健への国民運動	韓国、ベトナム、キューバ、タイ	ウガンダ(エイズ対策)

★成功例からの教訓

- 高レベルの政治的リーダーシップ
- 公共保健サービスの重点化と国家予算の重点的配分
- 保健セクターのリーダーシップ確立と保健行政・人材の能動的マインドセットの確立
- 保健向上に向けたコミュニティの能動的参画の促進、保健への国民運動の必要性
⇒保健における「人間の安全保障」の確立を目指す国家、政府、社会文化の形成にどう「協力」できるかが重要。





ケニア調査報告を踏まえた提言3 援助国・援助機関と当事国の連携と援助効果の最大化

★協調と援助効果の最大化:保健人材の「量・質」の改善と自立的・能動的・持続的な保健システム構築に不可欠

課 題	内 容
国家計画の形成・実施・評価	保健人材に関する国家戦略計画の形成・実施・モニタリング・評価システム確立を、当事国政府のリーダーシップに基づきつつ諸ドナーが協調して支援する。
人材育成⇒雇用における連携	人材育成(卒前教育)⇒雇用について、当事国政府・保健省と援助国・援助機関が長期的ビジョンの下に連携を強化し、ミスマッチを防ぐ。
現職研修・能力強化における協調	現職研修(卒後教育)、能力強化について、当事国政府、各援助国・援助機関の情報交換に基づいて協調して実施。また、当事国における保健人材のキャリアパス構築にしっかり同期した形で行う。
コミュニティ・システム強化支援	当事国の戦略を踏まえ、各援助国・援助機関・先進国NGO・地域CBOが協調・連携して支援する。一方、当事国がカバーしていない周縁的人口層(特にHIV/AIDSに関連して)については、「人間の安全保障」もしくは「権利ベース・アプローチ」のいずれのアプローチをとるにせよ協調して継続・発展させ、また、国際社会として当事国に関与する政策をとる。



諸ステークホルダーの関係性をつなぐ「カタリティック・アプローチ」
はこれを実現するために重要





日本の保健医療人材支援 課題と提言（目次）



1. 日本の保健医療人材支援の課題

- ① 既存の保健医療人材支援
- ② ケニアにおける現状
- ③ TICADIV横浜行動計画と「新国際保健政策」

2. 日本の保健医療人材支援への提言

- ① 保健援助の重点化と目的の明確化
- ② 具体的な政策形成と政策実現手段の拡大
- ③ 施策の実施と評価





日本の保健医療人材支援の課題 1

既存の保健医療人材支援

★日本の保健援助：金額が小さく、部分的。

日本の保健分野の二国間援助(2009年度ODA白書より)

分野	無償	技協	貸付	合計
保健*	1.3212	1.3871	0	2.7083
教育	1.4468	5.6035	1.4146	8.4649
水供給衛生	1.0858	0.7610	14.8548	16.7016
農業	0.9441	1.4676	4.0747	6.4863

*人口・リプロヘルス含む ※単位：億米ドル

各国の保健分野向け援助の金額(2008年、億米ドル)

国名	金額	国名	金額
米	73.9168	仏	1.8418
英	9.6719	蘭	6.5680
日	2.7059	スウェーデン	2.1559
独	4.7985	ノルウェー	2.5249

全体	実施できていること	無償：医療施設の建設等。技協：政府への専門家派遣・政策立案、現職研修、コミュニティ支援(協力隊等)
	実施できてないこと	保健セクター財政支援、卒前教育支援、雇用支援、定着支援
スキーム	内訳	
無償	一般無償(＝施設建設・機材・物資供与)、草の根無償(＝小規模施設建設等)、NGO連携無償(＝日本のNGOを通じた支援) ※コミュニティ開発支援無償は保健関係案件少ない	
技術協力	技プロ(＝専門家の保健省等への派遣、地方行政官の能力強化等)、協力隊派遣(＝現場の能力強化・コミュニティ活動等支援)、現職研修(本邦研修、第3国研修)	



日本の保健医療人材支援の課題 2 ケニアにおける状況

基本的 限界	保健への援助 の少なさ	技術協力プロジェクト: 最大4億円。保健関係の無償案件も小額。協力隊は派遣費用のみ。
	スキーム間の 連携の不足	スキーム縦割りで形成されたプロジェクトで、プロジェクト間の連携が不足。プロジェクト連携による相乗効果が見込めない。

この限界に基づく混乱や非効率性をどのように解消しプログラム化を図っていくかが課題となった⇒限界の下での可能性への挑戦。

地域保健医療サービス向上プログラム		
ニャンザ州保健マネジメント強化プロジェクト	ニャンザ州保健行政官・チームの能力向上→組織力向上	行政官のマインドセットの改革、現地リソースの活用、ニャンザ州に展開する日本のセクターとの連携(協力隊、長崎大、HANDS)、他ドナーへのカタリティック・アプローチ
個別専門家派遣(コミュニティ戦略)	コミュニティ戦略の実施支援→技プロへの発展	政府(公衆衛生省)におけるコミュニティ戦略の実施に向けた技術協力。当事国政府、JICA、各ステークホルダーの連携強化



これまでの日本の保健援助の限界と格闘しつつ、当事国の自立的・能動的・持続的な保健システム強化への「協力」を実現するビジョンが形成されつつある。





日本の保健医療人材支援の課題3

TICAD横浜行動計画と新国際保健戦略

★保健システム強化・保健人材への外交的課題意識＝TICADIVおよびG8洞爺湖サミットを機会に形成。「外交としての国際保健」と「実施」をどう調和化するか

コミットメント	ターゲット	課題
医療施設改善	1000箇所	「達成」。しかし、特定の国(マリ、モザンビーク、マダガスカル等)の機材供与(特に冷蔵庫)に偏重。当該国の保健システム強化への効果に疑問。
保健医療従事者への研修	10万人	「達成」。しかし、とにかく研修に出た人材(直接受益者)を全てカウントし、これを20倍して間接受益者を出したもので、当該国の保健人材育成・定着にどのように寄与したのか疑問。

★2000年以来の「外交としての国際保健」路線の試行錯誤と「学び」のプロセス⇒この「試行錯誤」を乗り越え、今後、国際保健の「外交政策」としての側面と実施の側面をどう調和させ、より有効な「誓約」の政治を形成していくかが課題。「外交としての国際保健」から逃げてはならない。

★新国際保健戦略＝GII(1994-2000)、IDI(2000-2005)、HDI(2005-2010)の後継イニシアティブ。MDGsサミットに向けて打ち出す＝「外交としての保健」

可能性	★不十分ながら保健援助の資金増の可能性(5年で50億ドル(教育＋大型水供給案件含めず)) ★援助のプログラム化促進(パイロット国はセクター財政支援含む):明確な目標に基づくスキーム間連携により、より有意味な援助を実施できる可能性。 ★「連携」への視点:コミュニティと医療機関両面への支援により「子どもの命を救う」
課題	★「母子保健」(特に乳児＋施設支援)が前面に出ており、保健システム・保健人材支援の位置づけが不明確。 ★「アウトカム・ベース」の評価と、長期的な保健システム形成をどう両立させるか不分明。





日本の保健医療人材支援への提言 1

保健援助の重点化と目的の明確化



保健援助の重点化	
★保健援助の絶対額の増額	◎保健への援助を現行額(二国間援助の1.9%)から少なくとも3倍増し、援助国として量的なインパクトをもてるようにする。
★人材配置の重点化	◎外務省の保健担当、JICAの保健部門、現地事務所の保健担当を増員する。また、援助のプログラム化に伴い、現地事務所に、プログラムの立案・実施・調整・他ステークホルダーとの連携・協力に専門的に関与するスタッフを配置する。

保健援助の目的の明確化(基本政策の形成)	
★保健援助の目的の明確化	◎「人間の安全保障」と「保健」の関係を明確化し、我が国の保健援助の基本理念を形成する:基本的には、「保健における『人間の安全保障』を自ら実現できる国家の建設への協力」=MDGsを達成した上で、従属や依存を克服したく自立的・能動的・持続的な公共保健システム>の確立に長期的に協力するという基本政策を掲げる。
★「外交としての国際保健」と「実施」の調和化	◎上記理念の下に、「外交としての国際保健」のニーズと実際の途上国の保健システム強化・保健人材支援の「実施」のニーズの調和化を図る。具体的には、当事国の保健システム強化・保健人材強化に寄与するという観点を基本に、インプット(資金・資源)およびアウトカム(成果)に関するターゲット設定と誓約を行う。



日本の保健医療人材支援への提言 2

具体的な政策形成と政策実現手段の拡大

政策のブレイクダウン、政策実現手段の拡大	
★政策のブレイクダウン	◎新国際保健政策をブレイクダウンし、保健システムの強化、さらに保健医療人材支援に関する方針を策定する。
★援助協調の強化	◎途上国の保健システム強化のための経常経費に資金を投入できるようにする。セクター財政支援、保健人材の雇用・定着への直接支援を積極的に出来るようにする。
★国別の保健人材支援計画の形成、援助のプログラム化、スキームの柔軟化	◎各国の保健システム・保健人材の状況、国家計画、ドナーの状況を踏まえて国別の保健人材支援計画を立案する。 ◎これに基づいて、他ドナーとの協調、無償、技協、草の根無償、協力隊派遣、NGO連携などを含むプログラムを形成、実施する。ドナー間協調やスキーム間連携のための専門のスタッフを配置する。 ◎NGO支援については、現地NGO・CBOと直接連携できるスキームの構築など、資金チャンネルを柔軟化する。

成功事例からの学び	
★他国の成功事例・失敗事例からの学び	◎サハラ以南アフリカや他地域の途上国における、保健システム強化・保健人材強化に関する「成功事例・失敗事例」を収集し、国別の特殊性や当事国・他ドナーとの関係性にも配慮しながら、導入・応用などの検討を図る ◎これらの「調査・研究」に資金が投入できるようにする。





日本の保健医療人材支援への提言 3

施策の実施と評価



施策の実施：包括的なシステム作りへの協力

★包括的なシステム作りへの協力

◎当事国の国家保健計画の実現に向けて、当事国および他ドナーとの連携の下に以下の分野に関しても積極的な展開を行う。

- 卒前教育（医師・看護師・医療専門家の育成）
- 保健医療人材の雇用・定着の直接支援
- 保健人材が特に不足している地域での緊急雇用

※これらについて、長期的なビジョンと当事国・他ドナーとの連携による持続性の確保への認識が必要。

★コミュニティ・システム強化

◎保健人材支援の重要な環として「コミュニティ・システム強化」への協力を積極的に行う。コミュニティ・ヘルス・ワーカーの育成・研修、コミュニティと一次保健医療機関との連携の強化などを積極的に行う。一方、周縁化されたグループの支援については現地NGO・CBOと連携して行うと共に、政策的手段で公共保健政策へのインクルージョンを促進。

★カタリティック・アプローチとオーナーシップ強化

◎国際市民社会との連携も視野に、当事国の高レベルの政治的リーダーシップの形成を促進する（アブジャ宣言）。

◎中央・地方の保健行政について、「保健における『人間の安全保障』の実現」をめざす高いレベルのオーナーシップの涵養に協力する。カタリティック・アプローチに基づく様々な方法論（ワークショップ等）を導入して「能動的な保健行政」の構築を支援する。

モニタリング・評価

★中長期も含めた評価方法の構築

◎保健人材強化には、短期的な「アウトカム」による評価だけでなく、中・長期を展望したモニタリング・評価も必要である。自立的・能動的・持続的な保健システム構築について、そのプロセスを適切にモニタリング・評価できる手法を研究・形成する。（保健人材や行政官の意識調査なども含め、新たな手法と指標を形成する）

