

日本国際保健医療学会フォーラム
「ポストMDGsに向けた学際的アプローチ」

日時：7月1日（日）13：30-17：00

場所： 国立国際医療研究センター（NCGM）5階大会議室

開会挨拶・イントロダクション

中村: この『ポスト MDGs に向けた学際的アプローチ』は、日本国際保健医療学会が国際協力機構 (JICA)、そして国立国際医療研究センター (NCGM) と共催して、このような形でフォーラムを開催させていただきます。

私自身、この4月に国際保健医療学会の理事長を拝命いたしました。理事長になったときに、さっそく委員会形式という形を取らせていただきました。そういう委員会形式でいろいろなことを学会の中で考え、日本社会や国際社会にも発信していきたいと思っております。

そしてもう1ついえば、このフォーラムは今日のフォーラムだけで終わるつもりでなく、今後も継続的に学会としてポスト MDGs に向けていろいろな形でアクションを継続していきたいと思っています。そのあたりでは、どういうふうに継続していくかというのは私たちが考えるというよりは、むしろみなさん方からいろいろな意見を出していただいて、その中で一緒になって考えていきたいと思っています。

私たち学会員、もちろん国際的にもやっている人たちの多くはフィールドの中で住民参加というのをずっと謳い文句として活動してきたと思います。学会の運営に関しても、ぜひ学会の方々の生の声、あるいは、場合によったらいろいろなクレームをいただきながら、それを糧にして学会としてアクションしていきたいと思っておりますので、今後ともよろしく願いいたします。

ポスト MDGs をめぐる世界の動き

座長: 日本国際保健医療学会理事長 中村 安秀先生、JICA 人間開発部次長 渡辺 学

渡辺: 今日の流れを簡単にご紹介させていただきますと、外務省、厚労省のほうからも講演をいただいて、少し政府の動きをお教えていただくということで、最初に『ポスト MDGs を巡る世界の動き』を外務省、それから『MDGs の達成状況と評価』を厚労省、その後、学会内外の日本の英知を誇る先生方から少し、『ポスト MDGs を巡る多彩な論点』ということですね、佐藤先生、神馬先生、明石先生、稲場先生、そして石井先生から、論点整理をしていただきまして、最後にもう一度外務省のほうから今後の国内外の動きについて少しお話いただいて、前半戦を終わります。

その後、少し休憩を挟んで、ユニセフ東京事務所の平林先生のほうからコメントをいただいた後に、全フロアのほうから活発にご意見、ご質問をいただけると嬉しいと思っています。

ぜひ、こういった場で、このフロアに立っていただく先生方のみならず、こちらに150名ぐらいいらっしゃるのではないかの思うのですけれども、そういう方から全員参加でこの会を盛り上げていくことができると考えております。

『ポスト MDGs を巡る世界の動き』 外務省国際協力局国際保健政策室 小沼室長

小沼: 『ポスト MDGs をめぐる世界の動き』の現状について簡単に説明させていただきます。

1つ言えるのは、大きなうねりというのがポスト MDGs に向けて今、あるかという、それはないということです。ただし、一方で、2つ目なのですけれども、少しずつ小さな動き、あるいは静かな関係国の動きが始まりつつあるということが出来ます。

1つ目、その大きな動きはまだ見えてきません。この間のリオプラス 20 でいろいろと可決しましたけ

れども、この中の機能というのはポスト MDGs にとってすごく大きな影響があるということや、**Sustainable Development Goals** との関係というのは指摘されていましたが、出てきた成果文章を見ると、これがポスト MDGs につながるものかと思えます。

一方でこの小さな動き、あるいは静かな動きですけれども、少しずつ始まっており、日本も始めております。関係国、関心国、ドナー国とか、声の大きい途上国と一緒にポスト MDGs を何でしたらいいのかという非公式の意見交換、これを続けております。

この中の一環として、今年、IMF 世銀総会がございますが、そのときに世銀の公式なサイドイベントとしてポスト MDGs について考えるというセッションがありますので、ここでいただいた意見などを踏まえながら、このプログラムをまた作って行きたいと考えております。

この中で、我々がやっている非公式な意見交換の中で1つ、例をあげるとすれば、途上国の多く、特にローインカムカントリーにとっては、MDGs そのまま続けて欲しい。これは達成がうまくいっていない指標がかなり多くある点もありますけれども、一方でこのMDGsは資金を集める上で極めて大きな成功がありました。それから世界基金を見ればおわかりになると思いますけれども、ものすごい資金が、特にビル・ゲイツ財団とか、フィランソロフィーが多大な資金供与をして、大きな資金を集めることができる。それと同時に、我々ドナー国からしてもある程度、これだけかかりました、これだけ命を救いましたということで、すごくわかりやすく、アカウントビリティとか、トランスペアレンシーが高かった。

一方で、その個別の分野でもポスト MDGs になる動きが始まりつつあります。スイス政府は WHO に対して資金拠出をして、ポスト MDGs について水と衛生分野でどのようなターゲット、それからインディケーターをすれば良いのかを作らせている。それから、オランダはこの水の分野に非常に力を入れています。これは国連事務総長の水に関する委員会の総裁をオランダのオランジュ公がやっており、彼がイニシアティブを取っています。オランダの開発大臣がポスト MDGs に水と衛生をきちんと入れ込んで、重点的にするというための関係閣僚会をやりますとアナウンスをしています。

このように個別に走っている部分もありますが、保健分野については**ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ(UHC)**というものを、ポスト MDGs の中心的な課題にしていこうという動きがございます。Global Health and Foreign Policy Initiative と言いまして、フランス、ノルウェー、南アフリカ、ブラジル、セネガル、タイ、インドネシアが集まって、これまでいろいろ保健について働きかけをして、これらのグループが UHC を次のポスト MDGs の中心の保健の課題にしようということで始めており、次の国連総会にはそのための決議を出すというような動きをしております。

これを彼らがなぜ推し進めていこうと考えたのか。1つには、MDGs をアピールすることは、ドナー国やビル・ゲイツ財団をはじめとする民間の財団からしても極めてわかりやすく、受け入れやすいからです。一方、現場ではそこがドナーの資金が集中するあまり、そこに保健の人材が行く、それがために母子保健等の関連のサービスの人材が不足するという指摘をしている方もいます。

その中であと1つ、今のMDGsの中では保健は、半分ぐらいを占める大きな議題となっているのですが、果たしてこれがこのままポスト MDGs にこれだけ保健が重点的に扱えていくのだろうか。それは厳しいだろうと。そういった時に、エイズ、結核、マラリアであれ、**非感染症疾患(non-communicable diseases、NCDs)**であれ、こういうものすべてをブリッジする1つのアイディア、取組として、UHC があ

るのではないかという議論を彼らはしています。

保健は今の MDGs の中では、半分ぐらいを占める大きな議題となっているのはございますが、果たしてこれがこのままポスト MDGs にこれだけ保健が重点的に扱えていくのだろうか。それは厳しいだろうと。そういったときに、エイズ、結核、マラリアであれ、これから次にご説明しますが、NCDSs であれ、こういうものすべてをブリッジする1つのアイデア、取組として、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジがあるのではないかという議論を彼らはしています。

その NCDSs ですけれども、昨年、国連総会でハイレベル会合がございました。これは非感染症です。基本的にはたばこ、アルコール、塩や砂糖の多い食事、等々を原因とする病気で、慢性の心疾患とか糖尿病とかで、そういった病気についても実は疾病負荷は数だけで見ると、あるいは DALYs で計算した場合で、これが NCDSs で特に重点とされるものよりも大きくなっているというのが1つあります。そういった病気で、2020～30年までかけたときにアフリカにおいても NCDSs というのが大きな課題となります。実際にインドでは、スラム街で食生活の変化によって若年層を中心にこの NCDSs が増えつつあります。

この NCDSs ですけれども、予防が一番でなかなか援助の部分にはなじまないのですが、そこを実際の国全体の疾病負荷を見た時にどうすればいいのかといったときに、今ある「終わらないビジネス」である3大感染症、母子保健と、新たに認識が増えている NCDSs について、2つをやるのがふさわしいのではないかと考えられつつあります。

まだまだ、日本政府としては、この GHFPI 以外については、協力はしていくのですが、どこまで協力して、あるいは日本としての指標をどうやっていくのか、まだまだ検討していかなければいけないと思っておりますので、こういった機会を通じてみなさんのご意見をいただいて政策に反映できるところがあるように考えております。

MDGs の達成状況と評価 厚生労働省大臣官房国際課 野崎課長補佐

野崎: 本日は MDGs という広範な開発目標の中でも、保健の目標が3つ、場合によってはあえて4つあるといたしますけれども、その話が中心になると思います。さらに厚生労働省としては、特に関わりが強いのが WHO です。WHO の中で MDGs がどのように取り扱われているか、議論されているのかを中心にお話させていただければと思っております。最初にまず8つの目標について概況をお話させていただいて、その後、WHO の議論の話をさせていただこうかと思っております。

目標1は、極度の貧困と飢餓の撲滅ということで、指標としては極度の貧困の半減です。1日1ドル以下で生活している人たちの数を、1990年をベースとして半減させましょうと。これはかなり順調にしている指標になるかと思っております。2005年が一番新しい数字ですが、このもととは2010年版の ODA 白書から引かせていただいております。実はあまりこのように8つを全てきれいいに見せてくれる報告書というのがなく、一番新しいものが2011年の秋に出ました国連の MDGs リポートがあるのですが、これを見てもなかなか頭の中に入りにくいかなと思っておりますので、若干、古いですが、これを使わせていただいております。これを見ますと、一番うまくいっている指標の1つということができるのですけれども、なかなか進捗が捗々しくないといわれているものもあるのがよくわかると思っております。

4、5、6が保健関連 MDGs といわれているところですが、こういったデータは取りまとめるのに少し時間がかかり、2011年のレポートで2010年の値は見られないのですが、2008年の値としてはMMRも270まで減ってきているということです。よく保健関連 MDGs は遅れているといわれるのですが、そういうことはありません。一番遅れているといわれている MMR できえ、90年から比べれば半分近くに減ってきている状況であります。

逆にHIV/エイズや結核などは、あまり遅れているという話を聞かない部分ではあるのですが、指標として見ますとどれぐらいまわっているのかは、こういう表からは見にくいのかなと思います。結核については160-160で、むしろ悪くなっているのではないかとということにも見えますが、実はピークが2004年あるいは2006年にありまして、そこから今は若干、減り出しています。指標の目標としてhide and reduceということですので、一応ピークを越えつつあるのかなという感じになるのかなと思います。

7は環境の持続性の確保ということで、安全な水とか、衛生設備とかそういったものも保健関連 MDGs によっては入れられることもあります。8番はパートナーシップ、この8つの目標が MDGs ということでもあります。

概してと言いますか、全般的な評価としてどういうことがいわれているかといいますと、極度の貧困の半減ですとか、安全な飲料水の確保といったことはわりと順調に進捗しています。2015年までに達成されるのではないのでしょうか。一方で、保健関連 MDGs の進捗が悪く、特にMMRが悪いというのがよくいわれています。ただ、今の指標に関してそんなに保健は遅れているのかと、むしろグラフだけ見ますと傾きはわりと良いものなのではないかと思ってしまうぐらいなのです。特に地域の格差というのが大きくなってきてまして、サハラ、アフリカですとか、南アジア、そういった地域で遅れているというのが MDGs の全体に関わる評価なのかなと思います。

今日、お話ししたいWHOの取り組みというふうにお話ししましたが、どういったことが議論されているかということですが、これまでWHO総会は年に1回、5月に開催されており、その中でMDGsが議題として挙がりまして、2002年から、2008年以降は毎年議題として取り上げられてございます。2008年、61回目となりますWHO総会では、モニタリングをきちんとしていきましょうと。あとはハイレベル会合が開かれており、それについて活動支援ということを決められました。

昨年のWHO総会ですが、このときにその2012年の9月、国連事務総長による「女性と子どもの健康世界戦略」というものが決められて、発表されましたので、WHOには特にその中で、報告・監視・アカウンタビリティといったところをきちんと調整するリーダーとしての役割ということが与えられておりますので、そのために設立されました女性と子どもの健康に関する情報・説明責任の取り組みについて報告が行われております。このときにできましたということになります。

この委員会において、今、どういうことが議論されておるかといいますと、女性と子どもの健康のための世界戦略達成に向けて、提言というものを発行しております。10の提言が出されまして、これを今、特にMMRですとか、乳幼児死亡率ですとか、それらが悪い国で実施していきましょうということで取り組まれているところです。

その10の提言内容なのですが、ご存じの方もおられるかと思うのですが、やはりMonitoring and Evaluation、この会の目的そのものが情報と説明責任委員会ですので、そういったところにフォーカス

されているのですけれども、モニタリング強化をきちっとしていきましょうということがいわれております。

WHO 総会本体での議論となりますが、先ほども言いましたように進捗はある。ただやはり、ギャップがかなり大きいので、それについてきちっと手当てしていかなければいけない。5歳未満の死亡率については 37 カ国で目標達成される見込みがありますが、妊産婦死亡率はかなり厳しく、15 カ国くらいが達成できるかなという状況だと思います。

マalaria、結核、HIV についてもそれぞれ進捗が認められております。特に HIV についてはかなり治療が広がってきているということで、亡くなられる方の数がずいぶん減ってきているというようなことが報告されています。

委員会の進捗状況についても、当初、46 カ国を対象にしていたのですが、75 カ国を対象に広げまして、さらにフレームワークを設置するなどという形で取り組みを強めていっているということが報告されておりました。この議論の中でどういった意見が各国から出されていたかということですが、ユニバーサル・アクセス、あるいは equity ですとか、**健康の社会規定因子 (SDH)** といったような意見が多く出されておりました。一方、タイなどからは、やはり出生登録、あるいはモニタリングといったことの重要性ということが指摘されておりました。

健康の社会規定因子—これはかなり、先ほどの話にもありましたように、ブラジルですとか、メキシコですとか、そういった国がかなり強力に、ユニバーサルヘルスカバレッジなど一緒にできています。NCDs ですけれども、やはりダブルバーデンということで、むしろ現行の MDGs に入れるべきであるというような意見を述べている加盟国もございました。

若年者対策と高齢者対策というのは対になるような話になるのですけれども、若年者、これについては MDGs 達成するのに非常にキーとなるということで、MDGs のみならず、いろいろな会議でいわれるようになっていきます。人数としては若年者の人数が世界で一番多い、これまでで一番多くなっているということがありますし、MDGs の内容的にも若年者の対策が必要であると。

一方で社会全体が高齢化、特に、先進国のみならず中国ですとか、いろいろな国で高齢化が進んでおりますので、そういった対策も踏まえていかないと、なかなか今後、難しくなってくるというようなことがいわれておりました。

ポスト MDGs をめぐる多彩な論点:

開発学からの論点:「みんなの開発」とビジネスアクターについて アジア経済研究所 佐藤先生

佐藤: 簡単にお話したいと思うのですが、私は保健医療の専門家でもなくて、公衆衛生の専門家でもなくて、一応、開発という地球全体の中で今、どんな動きが起こっているのかということです。

左側が先進国、赤い丸がみなさん自身だと思ってください。個々の国民です。右側が途上国とすると、途上国の貧困層といわれる人たち、右の下のほうの丸ですが、ここに辿り着く経路が、昔は ODA かそうであれば NGO だったのですね。保健医療でいえばやはり同じことで、特にその保健医療を実際に行うような NGO かあるいは ODA しかなかった。

ところが、今いろいろなビジネスとか投資とか、ということも含めて、様々な経路があって、我々、先進国の人間は途上国の貧困問題、健康問題、いろいろなルートで関われるようになってしまった、あ

るいは関わってしまっているという状況があるということを申し上げたいのです。特にビジネスセンターなのですけれども、今までの途上国の活動をしていると、ビジネスマンと開発の専門家が同じ途上国の土壌にいて活躍することがあっても、今までは接点がなかった。ところが開発の側、これは利他的で、しかも公共性に富んでいるわけですけれども、そういう人たちとビジネス、利己的で利潤を求めていく効率的なセクターですが、これが今、相互に接近し始めていると私は考えています。その理由は、開発側にもっと効率性を求めるという動きがあるのと、ビジネスの側にはもっと倫理性を求めるという動きが両方あって、それで相互接近しています。

いくつか例を挙げますと、1つは **BOP ビジネス** です。いわゆる **Base of Pyramid** と言いますが、途上国の貧困層で、今まではビジネスの対象ではないと思われていた人たちに対して、いや、彼らも大いなるマーケットなのだ、だからそこを狙って行くビジネスアクティビティは、ビジネスにとっても意味があるし、同時にそうしたアクティビティにより様々な商品が投入されることによって、途上国の貧困層の生活がよくなったり、あるいは健康、栄養状態が改善したりすることがあり得るのだという考えです。この Win-Win 関係といわれるビジネスモデルが推奨されるようになっています。

この左がオリセットネットです。マラリア対策なのですけれども、これは日本の住友化学がやっているし、味の素もこれを、今までだとなかなか高くして手に入らなかった人たちに対して、小袋化することによって単価を小さくすることで企業さんは儲かるし、そして貧困層の人たちも日銭を稼ぎながら買えるようになるということで、生活が豊かになるといわれています。

2つ目が倫理的消費者運動というものがある、いわゆる大企業が途上国で生産活動をするときに、児童労働とか労働搾取とか、あるいは環境破壊をしているような場合には、先進国の消費者がそれをボイコットするということですね。そういうプレッシャーがかると何が起こるかという、先進国のビジネス、どんな大企業でもいいのですが、特に最近ターゲットになっているのは、スーパーマーケットとか、企業のリテーラーですね。様々なブランドがあります。スポーツ用品もそうですけれども、このインプットが終わって、自分たちの商品を作りだしていく。バリューチェーンと申しますけれども、生産者から消費者に届く間に原料を調達し、生産し、流通させると、その全てのプロセスにおいて倫理的であること。その倫理的には、健康な労働環境を提供することとか、あるいは農業であれば危険な農薬を使ったりしないこととか、そういうことが含まれますが、それも大企業が自分たちの責任としてやるようになります。そのほうが途上国の力のない政府が規制するよりもよほど効果的ではないかという動きがあって、その倫理的効力というものに対して先進国の消費者がプレッシャーをかけることが非常に重要で、しかも有効であるといわれています。

3つ目が社会的ビジネスですね。これはよくいわれており、ご存じの方も多と思います。日本ポリグルという日本の中小企業ですが、水をきれいにする粉末を売っています。左がグラミン銀行のユヌス総裁ですけれども、こういう形で自分たちのビジネス追求する中で、同時に社会課題を解決します。バングラデシュの庶民が水のアクセス、きれいな水へのアクセスがないときに、これは決して援助ではありません。自分たちでこの粉末、錠剤を売るわけですけれども、それを売ることによって、生活も良くするし、賃金も儲かる。そういうソーシャルビジネスのモデルが出来ています。

ソーシャルビジネスのモデルの中では非常に面白いと思うものが1つあって、これはけっこう医療

関係に多いのですが、サービスを提供します。例えば目の手術とか、あるいはプライベートの救急車サービスですが、そういったものを全ての人に届けたいと思っても行政ができません。それで、プライベート・セクターがやるのですが、プライベート・セクターなので利潤が必要です。ところがその利潤のときに、価格の付け方が違うのですね。これは Aravind というインドのナンドゥ州でやっている団体、ほかにはインドのデリーかどこかの救急サービスもそうですが、金持ちがサービスを受けるときはたくさん取るのです。中くらいの人からはそこそこ取って、貧困の人からは料金を取らない。これを赤ひげ先生のモデルと呼んでいるのですが、これをビジネスとして成り立たせようとする動きがあります。

これをクロス・サブシディといいます。こういった動きがあって、ビジネスと開発がどんどん近づいてきているわけです。左が開発。どんどん右に近づき、右のビジネスがどんどん左に近づいて、そこにソーシャルビジネス、公共性と倫理性、あるいは利潤性と公正性、あるいは利他性と利己性、そういったものを内在するビジネスが出てきて、これをソーシャルビジネスとも NGO のビジネス化ともいいいいし、ビジネスの公共化ともいいます。BCR も含みますから。このセクターが非常に増えています。

ポスト MDGs を考えるときに、よくいわれる議論は社会セクターに偏りすぎたのではないかと、むしろこれからは成長だよねというような国際保健でないところでポスト MDGs の議論が出ています。

私がここで申し上げたいのは、国際保健の分野に関わっているみなさんにとっては、保健セクターをどれだけきちんと打ち込んで行くかということが大事になるかもしれませんが、むしろそうでない動きがあって、しかも開発の世界、あるいは国際保健や栄養がという分野に関して言えば、国際保健の専門家だけがどうこうだという世界はもうなくなっています。むしろビジネスセクターをどれだけ巻き込んでいくのかということが大事になっているのです。そこにはインベスターもあります。ソーシャルビジネスをやる人たちは自分たちだけがお金を持っている人もいますけれども、そういう事業に対してお金を出したいというインベスターを増やしていこうという動きもあります。

基本的にこれからの世界の中で、栄養と健康とかに関わってくるのはどう考えても貧しい人たちのプロパライゼーションの中で、国際的なマーケットに組み込まれていってしまいます。であるとするならば、公共的なサービスの充実はもちろん大事ですけれども、それよりもその1人の生活の隅々まで入り込んでいるビジネスに注目して、彼らとタッグを組んで、彼らとどういうふうにやっていくのかということが大事だと。そうすると、MDGs、ポスト MDGs を考えるときには、我々だけで通用する言葉ではなくて、むしろ普通の投資家、普通の消費者、普通のビジネスマンが、こうした目的に対して何らかの理解ができるような働きかけというものが極めて重要ではないかと私は思っています。

渡辺: 民間セクターのサービスプロバイダーがたくさんいる開発途上国の保健の状況の中で、どう民間を取り込んでいくかは考えなければならない課題だと思います。

国際保健学からの論点: 人間の安全保障アプローチの可能性と限界 東京大学医学系研究科国際地域保健学教室 神馬教授

神馬: 保健関連 MDGs ですけれども、その中の教訓として、例えば母子の部類についていえば、いろいろなインターベンションがバラバラに行われてきて、継続性がないということが問題にされています。それに対して、今、日本が新しいプレゼンを始めようとしていますけれども。それと他に、ヘルスシステ

ムの強化が強調されています。例えばこの垂直プログラムとの統合。垂直プログラムというのは、結核対策だけとか、マラリア対策だけとか、そういうものですね。そういうものだけでいいのだろうか、もっとシステムに組み込んでいかないとだめなのではないかという教訓が得られてきているわけです。

このポスト MDGs なのですけれども、その前に MDGs の限界について簡単に触れさせていただきますと、全体としてみるとこの MDGs というのは、先進国が援助しやすいような仕組みを作り上げてきたのではないかと思います。途上国にとってテーラーメイドな支援を受けるという形ではなくて、先進国がターゲットにはなっていないけれども、先進国が援助しやすいような構造であったのではないかと。時々、地域的な要因への無配慮があったりします。ですからその点、ポスト MDGs では、真剣に取り組んで行く必要があるのではないかと。

その流れの中で出てきたのが、先月、開催されたリオプラス 20 で、**Sustainable Development Goals** というものが提案されました。これに対して今年1月ぐらいにランセットがコメントリーを出しているのですけれども、このリオ 20 のイニシアティブによってグローバル・ヘルスのこれまでの成果が消えてしまうのではないかとということがいわれています。なぜかという、Sustainable Development Goals に大きく関わって来るのがクライメット・チェンジとかエネルギーとか、そういう分野であって、ヘルスは別のところに追いやられてしまうのではないかと懸念されていました。せっかく高まったグローバル・ヘルスのモメンタムをこういうものを抱えながらどう続けていくかということが大事かと思えます。これは経済社会、環境領域におけるブレイン的な目標を抱えようという社会の中に健康も入っています。健康という言葉も確かに出てくるのですけれども、ほかの問題に比べると、若干、強調等が弱まっているかなと。

それからこれに絡めて、Institute of Development Studies というのがございます。これは確かサセックス大学だと思いますが、そこが「人間の安全保障アプローチを用いたポスト MDGs 戦略」というニューズレターを出しています。本来は日本で我々が先にいうべきことではないかと思いますが、イギリスに持って行かれてしまったなという感じです。

ここで簡単に「人間の安全保障」について述べさせていただきますと、基本的な理念というのは、国家の安全保障から個人やコミュニティへの安全保障へというスタンスだと思います。そのきっかけとしてよく挙げられるのが、ルワンダ、ボスニアの大虐殺、あるいは、東南アジア、東アジアの経済危機、SARS です。こういう大きな人々への脅威が生じたときに国家というものが必ずしも人々を守りきれなくなってきました。あるいは、人々を殺してしまったところもあります。個人やコミュニティの安心や安全が得られない当事国によって補償されないところで見捨てられる人たちの安心、安全、生命、これは誰が守らないといけないのか、ということで、この人間というものにフォーカスを当てた安全保障というものが注目されるようになってきたわけです。

アマルディア・センと緒方さんのレポートにも書いてありますように、3つの自由というのが人間の安全保障では強調されます。恐怖からの自由。欠乏からの自由。それから尊厳をもって生きる自由。その尊厳というのを入れたところがこの特徴ではないかと思えます。

また、UNDP は 1994 年にいくつかの危機をエレメントとして挙げていますが、保健もその中に入っています。この問題に対して、保護とエンパワーメントという立場からアプローチしていこうという

のがこの人間の安全保障のアプローチですね。

いくつかの政策の特徴がここに書かれてありますけれども、最近、アメリカのWHOアメリカ事務所と一緒に人間安全保障実地ガイドラインというものを作っています。そのガイドラインの中で我々が強調していこうとしているのは、健康問題をある程度解決した後での統合的アプローチです。これは何をやろうとしているかという、ヘルスというものが非常に大きな驚異であったとします。その脅威がなくなったときに、それまでマスクされていた小さな驚異がワッと出てきます。例えばエイズでバタバタ死んでいたところで、エイズが減る。そうすると、それ以外のマラリアだとか、小児の感染症だとか、教育がないだとか、経済成長が伴っていないとか、それまでエイズという非常に大きな驚異によって見えなかったものが見えてくるのです。それに対して、包括的なアプローチをしていく。そういう意味では、垂直的アプローチへのヘルスシステムへの統合だけじゃなくて、社会システムへの統合というものがこの人間安全保障で一番重要になってくる。

ポストMDGsの応用としてその中身は必ずしも具体的に示されていないのですが、MDGsでは人口集団、ポピュレーションをターゲットによくしていました。人間の安全保障アプローチでは、個人とかコミュニティとか、もっと小さい単位にアプローチしていきます。それから客観的な状況だけではなくて、主観的な認知、personal perception だとか主観的なものを取り込んでいきます。

これまでかエビデンスベースの客観的なものだけが強調されがちでした。それを知的メタボリック症候群とか、なんでも知っているバカとか表現する人もいますけれども、それを乗り越えるべく、主観性、感受性、そういうものを大事に、この開発の問題と取り組んで行こうということですね。

ただ、人間の安全保障アプローチにもいろいろな限界があります。最後にキーワードだけを示したいと思いますが、MDGs時代の教訓を踏まえた持続可能な開発アジェンダが大事です。それから個人、人間を中心と捉えていく、それから自発性やオーナーシップを持てるように先進国に都合のいいやり方でなくて、途上国にとって都合のいいものを作り上げていくことが重要ではないでしょうか。

渡辺: 大変重要な、マクロを見るMDGsというよりも、その個まで見ていかないといけないというところに大変私は感銘を受けました。

現場からの論点: ポストMDGs -現場の視点から NCGM 国際医療協力局 明石先生

明石: 現場の視点から何がフレームかということをお話して、次に課題設定に向けてお話したいと思います。まず、現場でということで、バングラデシュでのフィールド調査の結果をお話します。これは医療従事者339人にやっており、これで何がMDGsの後で問題になってくるのかということです。多くは糖尿病、それから下痢、高血圧、心疾患、肝炎、エイズ、がん、結核等になっております。

イノベーティブなソーシャル・アプローチとして何があり得るのだろうかということでは、Social health alliance のほかにこういう health insurance とか、Poverty reduction とか、それから例えば nutrition、あるいは population control だとか、いくつかあります。こういうお金とサービス提供のことは見ていくと、先ほどから話題になるUHCに関係のある部分が考えられます。

その他に、人数は少なかったのですが、何人かの国際保健の専門家といわれる方にお話をお聞きしました。まず挙げられてくる課題は、バングラデシュの例としまして、NCDs、これまでずっと出

てきましたけれども Non-Communicable Diseases。付帯意見として Selective PHC の課題として捉えて、Poly-pill という飲み薬ですけれども、PHC の課題として使えるのではないか。それからモバイルフォンとか、そのほかの新しいテクのロジックがつかえるのではないか。また、現行の MDGs、例えば MCH は相変わらず重要な課題として残るのではないか。これを Re-pack する手もありますけれども。それから他の課題、外資法とか保健システム、学校保健、医療施設強化なども挙げられます。

概要としては、経済危機によってより費用対効果が求められるのではないだろうか。それから MDGs も貧困ですけれども、もう少し広い near poverty も含めて問題になってくるのではないか。ただ、例えば世界基金に代わる新しいフレーム作りについては何ともいえないというような結果が出ています。

NCGM は現場を持っているのですが、現場の感覚としては何だろうか。世界的に新しいものばかりに飛びつきすぎているのではないのでしょうか。現場は翻弄されていて、要するに毎回イニシアティブが出たら、こっちにお金流れ、人が流れ、というようなことが起こって、現場の戸惑い、あるいは混乱、あるいは無責任な感じ、例えば現状、MDGs にエイズが含まれているのだけれども、含まれていません。今までエイズに入ってきた資金が急に減って、また別の花に飛んで行って、今までの患者さんたちは今後どうなってしまうのだろう、そういったことを語られていないのではないか、あるいは反動があるのではないかということがあって、今の課題を積み残さないで欲しいと思います。あるいは新しいアジェンダをそもそも作る必要があるのだろうかというような議論もあります。

そうは言っても、現場というか世界はどうやら、新しいアジェンダを作ってはそっちに流れていくということを繰り返している中で、それは現場が大変だから勝手にしろよとは言ってられません。では何がフレームになるのだろうかということです。

今までも少し出ていましたけれども、国連が High-level Panel post-MDGs というものを作って、インドネシアとリベリアとイギリスの首脳を議長として任命しています。キャメロンさんに関連してポスト MDGs にガーディアンが言っていることですが、今回の MDGs も 15 年間のです。それで、Equity、Poverty も含めて、世銀もこれについて同意見だそうですが、Equity と Sustainability、特にここで言っているのは環境上の Sustainability も意味しているそうです。それから human rights、private enterprise、そういうものが話に出ています。リベリア大統領は、Liberia Headline News というところで、進捗が計測できて、Sustainable development につながって、これまで何が達成できたかに立脚するのである、このような意見が出されています。

UN の Economic and Social Council が今年4月、ポスト MDGs についてサマリーを出しており、1 つは現行の MDGs ができたときよりもドラマティカルに変化が起きており、これを反映しなければならないのではないか。それから Sustainable Development Goals の話。complete で quantifiable、time-bound goals ですから、15 年間で現状の実効が計れて、しかも明確なものでなければなりません。

もう1つは、universal applicability、これは開発途上国のみならず、すべての国にアプリカブルであることが良いという主義であるということです。それからもう1つは、”One size does not fit all”、これまでは ”One size fits all” だったのかもしれないけれども、必ずしも1つのもので全ての状況にというものではないかもしれません。このような枠組みが出されています。

それから「**Beyond 2015**」というサイトがありまして、これなどは global civil society campaign で、

MDGs の後のフレームワークをみんなで作ろうというような動きが起こっています。その中の国際シヨナル・コーディネーターの方が言っているのですが、オプションは、ポスト MDGs のアジェンダの動きが無数にあります。その中で4つあるとすると、MDGs の現行のデッドラインを延長する、またはリバイスする、あるいは全く違うテーマか、あるいは全くフレームワークをなくすということです。

今の話は Criteria として見ると、各国に適応できて、Equity に通じて、指標が取れて、Sustainability に通じて、Human Rights に通じて、なおかつ、現行の MDGs 的なものは急には終わらせなくて、さらに新しい変化、NCDS とか Aging などを組み込んだもの、というものが本当にあるのでしょうか。現行の MDGs を Re-pack して新しい要素を加えるという意味かと思います。その中で健康転換が起こってきて、これまで NCDs 的なものはなかったというか、今、どんどん出てきています。それからアクセスについても、国にとっても財政負担になっているし、慢性感染症も続いているというような状況で、こういった分野になるのかなと思います。

この色別にいうと、例えば healthy なバランスの良い栄養とか、Healthy Aging Society のようなものを作るとか、Universal Health Coverage、それから今の MCH、CD に対して、さらに NCDs を足すとか、あるいは自然との共生と健康のような、これには水と衛生なども入ってくるかもしれませんが、先ほどの PHC など場合によっては使う、そういう形もできるのではないかと思います。

渡辺: 具体的なバングラデシュの事例、それからウェブからの検索に基づいた具体的な提案、考え方を示していただいて、本当にありがとうございました。

市民社会からの論点:「歴史は繰り返す」をどう防ぐ? 開発政策の流れと国際保健 NPO 法人アフリカ日本協議会 稲場代表か

稲場: 「動く→動かす」は、MDGs の達成に向けたネットワーキングで、キャンペーンと政策提言のことをやる 67 団体の NGO が入っているキャンペーンと事務局長をやっております。

私は、マルクスの言葉を紹介したいと思います。”歴史は二度繰り返す、一度目は悲劇として、二度目は笑劇として。” これは非常に有名なセリフですけれども、ここで端的にいいたいのは、MDGs を悲劇にするなということですね。MDGs を殺すな。MDGs の達成というのは、あと3年半なのです。3年半の中でポスト MDGs も考え、そして MDGs も達成していかなければいけません。その中で、1つは MDGs を殺すなということです。もう1つはいわゆる笑劇という形で 90 年代の構造調整、そして、それにまつわる悲惨な保健状況というものを繰り返すなということです。

というのは、時代の変わり目なのです。2008 年のリーマンショック以降、時代の変わり目になってから、もう5年ぐらい経ちます。さらにもっと時代の変わり目になってきて、しかも保健政策であるとか開発政策も、時代の変わり目です。だいたい見ていただければわかる通り、10 年~15 年ぐらいの周期で基本的には緊縮財政と積極財政の間を、基本的にはこの開発トレンドは変動しています。構造調整というのは、基本的には緊縮財政のことです。

それが 90 年代後半から、これでは大変なことになるといわれていて、実際にアフリカは大変なことになりました。そこで MDGs というものを作って、この 15 年間はとにかく MDGs をやって、そして何とか次のステージにもっていかなければいけないというのが基本だったと思うのです。そこをやっていた

わけですけれども、先進国の経済が厳しくなってきたということで、ポスト MDGs が今後どうなるのか未定であるというような状況、より不確実性が増した世界になっているという状況です。

その中でポスト MDGs がなぜ重要なのかということですが、これは非常に重要なポイントで、つまり 2015 年から 2030 年までの 10 年～15 年間の開発トレンドを規定するから重要なのですね。私たちはこの 15 年間というか、少なくとも 2000 年から 2015 年までの間は、保健が重要だ、教育が重要だ、子どもたちが5歳以下で死ぬのはよくない、そういうことが常識であるということで、頑張ってきてきたわけですけれども、では 2000 年以前はそういうことが常識な時代だったのかというと、そうではなかったわけですね。そうではなかった時代というものをもう一度繰り返していいのかということが、1つの大きな課題であろうと思います。

そもそも、その基本の部分から確認していかないと、もしかしたらこの経済危機の中、つまり MDGs の多くのお金を出してきたのは何といても、結局のところヨーロッパとアメリカ、そして日本という先進国なんですね。その経済が厳しくなっています。なおかつ新興国は残念ながら MDGs であるとか世界の貧困をなくすということに関するインセンティブの倫理的な責任を必ずしも現状では負っていないという状況があります。

そういう中で、この次の 15 年間、下手をすれば大変なことになりますよ、だから我々は声を出していかなければいけないのですよということが重要であると思います。

実際にこの MDGs の 12 年間でどう総括するかということですが、保健セクターで見れば、少なくともマクロ的には、MDGs を否定的に総括する必要はありません。こういう形でお金は増えたのですね。

そしてもう1つは、世界を貫く1つの哲学として、例えば5歳以下の子どもたちは死んではいけない、あるいは妊産婦は死んではいけないのだということが世界の基本的な哲学になったわけです。そういう意味では、MDGs というものを否定的に総括する必要はないのですね。

否定的に総括する必要がないという中で、例えば 2000 年という年はどういう時代だったのかということ振り返れば、これは明確だということです。つまり、2000 年には5歳以下の死亡率というのは、今よりも、途上国全体で見ると 99、それがこの9年間で 66 に下げてきました。あるいは、なかなか達成困難といわれる妊産婦に関しても、370 人、それを 290 人まで下げてきました。HIV/エイズに至っては、15 万人分しか治療薬がアクセスできていなかったのですね、2001 年には、それがいろいろな形での取り組みが 2001 年、2002 年、2003 年とあって、治療を世界的に主流化するのだという決定が行われて、そして 660 万人になっているというような形ですね。マラリアも見ていただければわかりますけれども、100 万人いたものが 78 万人になっているということです。つまり、こういうような形で 2000 年という年にバックして考えると、それなりの達成があったのだということをやはり確認する必要があります。

残念ながらこのリプロダクティブ・ヘルスであるとか、家族計画のことに言えば、MDGs 後に関する支出というのは、いろいろなほかの課題に比べて増えていないのですね。見ていただければわかる通りですけれども。家族計画が保健支出、保健援助に対する家族計画の出費というのは、2000 年には 9.2%だったものが 2.6%になってしまっているわけですね。こういう形で投資の効果が表れていないから MDGs 後というのが残念ながらなかなかうまくいっていないというのは、そういうところにも原因があるのだということだと思います。

ですから、そういう意味でこの 2000 年という年に返ってみれば、実際にどれだけ大変だったのか、それをこの 12 年間でどれだけ実現してきたのかということ振り返れば、少なくともマクロ的に MDGs を否定的に総括する必要はないと私自身は思っています。

その上で、本来の MDGs の問題点は何だったのか、そしてポスト MDGs で何を克服していかなければならないのかといったときに、1 つには MDGs は個別のアウトカム目標中心のデザインでした。それが非常に、ある種の副作用を生んでしまった部分があります。まだ課題別の分断というのが、この数値を達成しなければならないからとにかくお金をぶち込んで、そして数値主義でやるという傾向が一部にはありました。あるいはどうやってやるのか、どういうプロセスでやるのかということに関する目標というものが不在だったが故に、保健全体をどう底上げしようかという、そういったインセンティブが十分に働きませんでした。そして、一部にドナー主導での分断のもとでの成果主義という形が発生して、そして保健システム強化というようなことに必ずしもつながりませんでした。

その結果として、持続性や自立発展性に課題が出ています。また、援助効果の問題においても、必ずしも MDGs に関しては、いろいろ克服しなければならない課題があります。だからこそ、例えば 2007～2008 年ぐらいに保健システム強化というものをしなければならないのだというサブ・アジェンダが MDGs にプラスされる形で出てきたわけですね。ですから我々は 2007～2008 年の段階からこの保健システムの強化というものをどういうふうにするのか、例えば保健人材をどうするのか、保健に入らない人たちをどうするのか、保健情報をどうするのかというようにずっと考えてきたわけなのです。

例えばリーマンショック以降の国際保健のアジェンダというものを見た時に、実際、保健システム強化は、今はほとんどいわれていません。UHC というような形の別の言い方が出てきています。もう 1 つは、新たな個別アジェンダとして、例えばポリオだとか、あるいは Non-Communicable Diseases というような形の言葉が出てきているわけですね。こういうような形に若干変わっています。ある種のアジェンダバブルというような形になってきているのではないのでしょうか。

これがこれまでいわゆる、保健システム強化で MDGs の欠点であったところの分断であるとか、そういったところを克服して、連携、強調、包括化の実現、それによる持続性の担保、そして 1 人の人間が保健問題に直面していたら、それを分断することなく、どのような形で統合的に対応していくのかという、そういった視点を何とか MDGs にプラスして作っていくという方向性を持とうとしていたのですけれども、残念ながらそのような状況に、現状の保健のアジェンダがなっていないのではないかと思います。

そこで、1 つの提言ということのですけれども、「歴史は繰り返す」をどう防ぐかというということで、まず財源論の問題です。これは UHC の話と財源論とは、かなり密接な形でくっついて出てきているわけですね。だから、いわゆるヘルスシステムとリスニングというよりは、UHC という、ある種ヘルス・ファイナンス中心の再定義が行われてきているということだと思います。

ここで財源という話に関して、金がなくなっている、じゃあ新興国だとか、金がなくなっているから保健制度だとか、あるいは、金がなくなっているから民間活力の導入だという議論が果たして正しいのかということを考えなければいけないのではないかなと思います。

実際にいろいろ検討すべきことはあるのです。そしてこれは 1 つの興味深いことなのですが、前ブッシュ政権の保健政策高官らが発表した「国際保健の再構築」という論文を見ますと、単にお金

がないからこうするのではなくて、例えば保健に包括的にファンディングする機関を創設すべきだというようなことも書いているわけです。いろいろな形で逆に金がないからどうこうということではなくて、権利ベースでどういうふうにするのかというようなところを、もう一度見る必要があるのではないのでしょうか。

もう1つは、Non-Communicable Diseases ということを考えても、いわゆる統合的な保健システム教育とか、もう1つは人々が保健サービスの受益者から主体的な担い手となっていくということからも、いわゆる**プライマリー・ヘルス・ケア (PHC)**の復権というものを考える必要はないのかということをご提案してきたいなと思っています。

最後に、いろいろな提言というものをまとめてみました。UHC を「後ろ向きの財源論」として扱わないということ、あとはここにいくつか書いてございますが、今言ったことを繰り返すことになりまのでやめますけれども、このような形で歴史を繰り返さず、前に進めるにはどうするかという議論がやはり必要なのではないかなと思っています。

渡辺: 現状の MDGs を踏まえて次をどう考えるか、非常に仔細なご発表だったと思います。

市民社会からの論点: 母子保健・リプロダクティブ・ヘルスの現状とポスト MDGs に向けての動き 公益財団法人ジョイセフ 石井代表理事。

石井: パワーポイントは用意してございませんので、なるべく短くして、次のみなさまたちの御意見とか、討論の1つの叩き台にしたいと思います。私の話題は母子保健だったのですが、『母子保健・リプロダクティブ・ヘルスの現状とポスト MDGs に向けての動き』ということでした。

実は、NGO は、先ほどいろいろな方達からご紹介いただきました通り、すでにポスト MDGs に向けてだいぶ前から動いております。先ほど、明石さんのところでもありましたが、Beyond2015 というところ立ち上がっておりますし、そういう中で、それぞれのテーマをもってどうやって類型していこうかということも進んでおりますが、我々にとって具体的にわかりやすいご説明を1つしようと思います。

なぜそんなに必死になるのかということです。先ほど、稲場さんが次の開発アジェンダを設定することが非常に重要だということをおっしゃいましたけれどもその通りで、例えば1つの被援助国として見た場合に、お金の流れ、ドナーからの流れやいろいろなところからのお金の流れが MDGs のターゲットをどうやって達成するかという流れのもとにお金が入っています。それから毎年国連でいろいろな紹介をするときに、自分たちの国の進捗状況を報告する時も、MDGs のターゲットの流れ、目標に従って、我々はどこまで進捗をしたかということで、全てのものが報告されています。

ということは、そこから漏れているものは、自分にとって非常に大切だと思っただとしても、それからの流れも、それから国の中での動きもうまくかみ合わなくなってしまうということです。

特にここでリプロダクティブ・ヘルスを書いていたのはそういう理由なのですが、実は 2001 年にミレニアム開発目標が設定されたときに、リプロダクティブ・ヘルスという言葉はどこにもありませんでした。本来であれば 1994 年に国際人口開発会議があり、国連の目標で行動計画が作られ、そしてリプロダクティブ・ヘルスのユニバーサル・アクセスというものが声高らかにうたわれたにも関わらずに、です。当然、これは入るべきものであったと我々は今でも思っていますし、そのままです。

それをどうしたかという、5年かかりました。5年かかってグローバルに NGO が中心になって各国

政府に働きかけ、MDGs トランスファイブというレビューがあったのですけれども、そのときに焦点を合わせてリプロダクティブ・ヘルスの復権という形で動きました。

先進国そして途上国のからも、本来であればリプロダクティブはないので報告に入れる必要はないのです。ただ、それをあえて入れてもらったり、そして先進国ではこれは必要だという言葉を一言入れてもらったりとか、日本でも NGO が集まって、当時の首相にリプロダクティブ・ヘルスが重要だということを書いてくださいということを書いたのですが、それは残念ながら取り入れてもらえなかったのです。

その結果、2008 年1月をもってレビューが行われ、新しくターゲットが設けられました。我々にとつては7年間、ミッシング・ピリオド、この7年間にどのぐらいの形でリプロダクティブ・ヘルスというものに対する、プログラムに対するいろいろなバックラッシュがあったかということはおわかりだと思います。

そういう形の今までの経験値があるがゆえに、次の2015年以降のところには、絶対に自分たちがミッションとしているものは何としても、一言でもいいから入れたい。これが多くの NGO がそれぞれ自分のミッションを持って動いている思いだと思います。

それをどう収斂するかということが今の中ですけれども、先ほどの Beyond 2015 というウェブサイトを見ていただければわかりますが、絶対に我々が守りたい原則というものを書いてあります。その1つの一番大きなものは、これは UN だけがこのグローバル・アジェンダを設定できることであって、他の例えば G8 とか G20 とか OECD だけがリードすべきものではないということを明確に書いております。

もともとあれは、UN ミレニアム開発目標でした。そうすると、NGO としてもどうやって動いて行くかという、今度は UN のいろいろなイベントがあります。

それから自分たちの持っている、自分たちが目標としている、例えば我々であれば MDGs の4とか5ですけれども、そういう中で UN 関連のどういった会議があり、どういった専門の動き、専門家の動きがあり、そして国家間の動きがあるかということを NGO が情報交換、情報収集をします。それを今度は全部持ち寄って、グローバルに、これから2015年までの予定表というものを作っているのですが、そこで何が重要で、誰がその担当になって、それをどこのネットワークと一緒にやるかという戦略を作っていきます。まだ完全なものはできていませんが、我々が今やっているところというのは、先月、ベルギーでやったのですけれども、リプロダクティブ・ヘルスとか母子保健に関する活動をしている、またはフェミニストグループたちが集まって、各リージョンでネットワークを持っていたり、それから各テーマによってネットワークを持っていたりします。このネットワークの団体が全部集まって、これから3年間の全体の計画を全部表し、全部洗い出して、その中でどこが中心で、フォーカスをすべきところはどこか、全体でやろうとか、これは個々が中心にやろうとか、いう話し合いを始めています。

その前ではもっと、いろいろな開発で準備があったわけですけれども、個の流れの中でこういった形で NGO が少しずつ動いている中で、では、もちろん政府はまだ公式的には動いていないとしても、大きな流れでアンダーカレントではこういっただけの動きがあります。そうするために、今回、ここでこの話を出すというときに、ではこれから日本に何を言って欲しいのか、日本にどういう指導的な役割を果たして欲しいのか、それにどういう形でフィードバックできるのかということです。

他の国やほかの組織は調査と一緒にそこへくっつけてきます。自分のいいたいことが始めからあって、ちょっと逆ですけれども、いいたいことがあって、それをエビデンスとして出すような調査もうどんど

ん出ています。それは昨年あたりから動いています。まだまだ日本はその分が少し遅れをしたり、それから後はオピニオンサーベイをどんどんやったり、そういう形で流れを作ろうという動きが、ているのではないかなというのが、私の問題提起です。

この後、皆様がこの中でどういうふうに分たちが、またはグループが、または専門家として関わっていきたいか、関わるべきなのかということをご議論いただけたらよいと思います。

今後の動き 外務省国際協力局国際保健政策室小沼室長

小沼: 実をいうと、今後の動きがなかなかまだまだ見えてこない。石井さんの話で一番のところは、これは UN がということでございましたが、国連事務総長がハイレベル・コミッティをこの post MDGs を作ります。すでに共同議長はイギリスのキャメロン、それからインドネシアと、リベリアの大統領に決まっております。まだオールメンバーシップは発表されておられませんけれども、これが一番大きな影響力、それからオーソリティを持つことになると思います。

おそらく夏前にはメンバーシップが発表されますし、日本としてもできるだけ日本の関係者が入ることを働きかけておりますけれども、9月から会合を始め、来年に向けて結論を出すということになりますので、これが一番大きな動きになっています。要注意なのはイギリスだと思います。彼らはネットワークもあり、発信力もあり、そのイギリスが G8 をやります。

従って G8 には正当性がないということはイギリスも十分わかっていて、UN にこのように噛みながら、その正当性を埋めて G8 で玉を転がすというのが、グリーンイーグルスのときもアフリカへの対策ですごくうまくやって、あそこで初めて G8 でアフリカ首脳のコミットメントを、思わぬ方向で、現場でこの後 30 分でサインするからこの間に検討しろというような、私はグリーンイーグルスはすごいなと思いましたけれども、やはりものすごいことをしますので、この動きを注意しながら日本はいろいろとイギリスとも協力してやっていく必要があるかと思います。

そのイギリスですけれども、リプロダクティブ・ヘルスは本当に極めて重要で、いろいろなコミュニティーレベルでの、あるいは教育での問題があり、なかなかリプロダクティブ・ヘルスというのは広がっていきません。これは宗教的な原因もあります。従って、それでアフリカで何が起きているかということ、これはもうみなさんご存じの、産科フィステルといわれるような極めてシビアな問題があります。あまりにも早い結婚、そしてそれに伴う妊娠、度重なる妊娠などです。

これに関しては 7 月 11 日にリプロダクティブ・ヘルスに集中をした主催の会合をやって、閣僚級の参加をより求めていく。その後、特に途上国の中でリプロダクティブ・ヘルスというものをメインストリームにしていくという取り組みをやっていきますので、そこはさすがにうまいと思います。これは当然、来年の G8 にもつながっていく動きになりますし、そこはやはりキャメロンは自分の成果としてこのハイレベル・コミッティをやっていくという思いかと思います。

いくつか論点について私の立場から少しコメントさせていただくと、SDGs が出てくるとヘルスというのは弱くなる。それはやはりヘルスというものを、どういうふうにとらえるかなんですが、魚を食べたい人に魚をあげるのか、魚釣りができるようにしてあげるのかという点があって、そこはおそらく、UHC というのは魚釣りの仕方を教えてあげることです。すなわち、ファイナンスの仕方とかいろいろな部分では、

アフリカはデklarーションで 15%を使うとか、あるいはラオスにしても母子保健については電力をタイに売っていますけれども、その部分の電力を買い取っているお金を母子保健にあてるとかやっています。自分の国の問題として魚釣りができるようにするというのが、重点な問題になると思います。

それから知的メタボリズムかとの関係では、MDGs についてはいろいろな評価を見ますと、やはりエビデンスのところからの議論があったらご案内、というと釈迦に説法ですけれども、2007年9月22日にクリス・マレーとかが MDGs はちゃんとやってないだろう、Can we achieve MDGs for New analysis of country trends and forecasts of under-5 mortality というのをを出していて、かなりエッセンスとか WHO の手法とかがなっちゃおらんというようなものを書き、それに対して WHO のほうから反論を載せましたが、リチャード・ホートンさんが、「でも、クリス・マレーだよな」というようなことを書いたのですが、そのクリス・マレーにも WHO からシアトルに行った後、「ちょっと俺、間違えていたかもしれない」みたいな論文がさらっと出ておりまして、いろいろなこと、知的メタボリズムに陥らないというのはなかなか難しいものだなあということは相当、知っている1つであります。

各 POB ビジネスですけれども、ビジネスというのは、極めて重要だと思っています。私はこれまで 10 年間やって、ほぼ WTO と FTA と交渉に明け暮れていました。やはり日本の企業の活動を見ますと、日本の企業というのは要するに利益、儲かるというのは Win-Win なのですね。ですから、そういう日本の企業が出ていけるというのは非常に、保健分野で出て行くと何か新しいことはないか、ということはどうしても考えていまして、これを例えば日本から、ポスト MDGs とかある中でできないかというのが私の課題として考えたいと思います。特に製薬会社は日本にもいいものがございますし、そういう部分では協力を強めていけないかというのがございます。

指定コメンテーター ユニセフ東京事務所 平林事務所長

平林： 私は、国際保健医療学会は非常に重要なフォーラムで、特に実践家が集まっていると理解しています。研究者と実践家の最も違うべきところ、特に実践家だからこそ持っている責任というのは、行動ではなくて結果だと思うのです。ですので、私は先生がおっしゃった行動する学会ではなく、結果を出す学会であって欲しいと強く思います。

ということは、この国連の側のポスト MDGs は MDGs をエクステンションする可能性がありますので、よくポスト 2015 言いますけれど、2015 年以降にどうやるかというのは、やはり結果を出すべきだと思います。そのために目標設定をして、戦略を立て、アプローチを見ながらアカウンタビリティを確保し、メンタリングするという枠組みを作らなくてはいけないと思いますので、先生がおっしゃったような委員会タイプもいいのではないかと思います。やはり僕も学会だけでは足りないと思います。

そのアプローチの仕方がいくつかありますが、私が考えたアプローチをちょっといいたいと思います。テロップも入っていませんから、ユニセフと関係があることを売名するものではありません。そうなるとうぜんものが言えなくなります。

おそらく今一番、国連の中で考えられているのは、今はアジェンダ設定をするべきではないということです。今、アジェンダ設定をしてしまいますと、私の職も 2015 年以上は心配です。なんとか、自分でアジェンダを入れないと職がなくなる、そういう人ばかりで収集がつかなくなります。ですので、

今はアジェンダを設定するのではなくて、今はプリンシパル、もしくはフレームワークだということですので、学会としても、もしくは実践家としてどういうプリンシパルが必要なのか、フレームワークが必要なのか、ぜひ考えるべきだと思います。

ですから、みなさんがどのように考えているか、もっとフランクに出せるような場もあるべきです。学界全体でもっといろいろな考え方を、なるべく早く、どのようなプリンシパル、もしくはフレームワークを取るべきかという意見を集約するべきだと思います。

私の意見はユニバーサルギャップは確かだと思います。ユニバーサルだけど、ユニバーサル・カバレッジについてはいけないと思います。なぜかというとユニバーサル・カバレッジと言った途端、そこに還元する人しかいなくなってしまう。佐藤先生がおっしゃっていたように、これは全員の問題でなくちゃいけない。インクルーティブでなくちゃいけないという、ユニバーサルという、世界のすべての人、地域、どこに住んでいようとがそれに関係する課題性、要するにプリンシパルでなくちゃいけません。ですから、それに向けてすべての人が、自分がこれを何かに貢献したいと思うような部分がないと、ビジネスアクターも乗ってこないわけです。ですから、NCDs と言った途端に、NCDs に興味のない人はほとんど無関心です。MDGs なんて知っている人はいまだに少ないです。

MDGs の問題点をさらに言えば、1990 年、2000 年に考えた時代と全く変わってしまっています。ですので、MDGs 当時の状況と過掘って来るということを考えれば、やはり課題設定というのはユニバーサルでなくて、誰でも考えられるところで考えなければいけないというふうに考えます。

いわゆるグローバル・アスピレーション全ての人が、自分が貢献できるかと思うような課題設定をしない限りは、これはどうやってもサステナビリティの問題にならないと思います。

今の議論は非常にエコノミック・グロースに偏っているというように G20 を見ても、ハイレベルフォーラムを見ても、ほとんどエコノミック・グロースで、G8 の課題、G20 もかなりグロースです。というふうに隣人は素早くフォーカスしています。ですから、エコノミック・グロースと人間科学、社会科学がどう料理するかということこそ、我々がちゃんと世界へ訴えるべき課題だと思います。

例えば、最近の研究においていくつか出ていますけれども、お母さんの教育レベルが低いところの子どもの死亡率を下げるだけで、GDP を8%上げられる。それから、全体の平均の学習年数を1年上げるだけで GDP は4%上がるといわれています。そういう細かなことは出ていますけれども、我々が話すべき相手は保健実践者ではありません。我々が話すべき相手は政治家であり、それをまとめさせないようにする経済界であり、市場というよくわからない相手で、そういう人たちと対峙することこそ我々の仕事だと思います。学会の仕事は学会で発表することではないと思います。ですから、ぜひ結果を出す学会に変更して欲しいと思います。

その中で、特例というか、国連の現状で言いますと、やはりミレニアム開発というのは非常に偏っているのですね、実は。ミレニアム・デklarレーションというものに立ち返れと。ミレニアム・デklarレーションというのは 2000 年の国連総会で認めたもので、その一部の中に貧困削減が入っていて、この貧困削減だけがエクストラクトとされたのが実は MDGs です。その中に平和とか平和とか、それから環境保持や人権とか、非常に重要なコンポーネントが入っています。

ですから、まずはミレニアム開発の原点に戻れという立場で、それからまず、プロセスとして課題設

定だと。MDGs が今、どう行われていて、どのようことになっているのか、詳しく見なくてはいけないということがあります。日本の政府は特にこれを強調していると私は理解していますがけれども、それをまずやっけて行くべきだ言っています。

それから、まずはインクルーシブに議論を持っていこうということで、今の MDGs の話では 50 カ国ぐらいカントリーレベルのコンサルテーション、それからリージョナルコンサルテーションというのをやっているの、いろいろアプローチで、そこにインフレンスすることができます。特に学会の方の特徴というのは、途上国政府でみなさんとともに働いていますから、あなたたちがいわなくても、その人たちがいうということが非常に大事です。ですから学会として、例えばどういう国をパートナーとして、どういう国のどの機関をパートナーとしてアプローチしていくかという考え方も実際にできるのではないかと思います。この3つの原則を調べることを、国連は今、取っていると思います。

私がおも、サジェスチョンするならば、おそらく日本人としての視点として、おそらく日本人の強さからいけば、課題設定にアプローチするよりは、アクションにアプローチするという考え方もあると思います。どのような課題設定があったとしても、揺るぎのないアクションだなということです。それは国レベル、地域レベルで必ず決められた課題に関して、モニタリングできるフレームができていないと。おそらく今の一番の問題点は、国レベルでの平均値はあるけれども、困っている人たちのデータはない。それがゆえに、MDGs は先ほど貧困削減、水のセクションをほぼ達成すると言いましたけど、貧困に関しては中国の高原だし、水に困っている人たちに対するギャップはどんどん広がっています。そのようなデータをいかに取れるかということをおもに大きく言っていくこと、課題設定にプレイするよりは、実践に対して運営を続けて行くという可能性があるとおもいます。

2つめは、先ほども言いましたが、アカウンタビリティが実はないのですね。達成しなくても誰がそのことを責められるわけではない。特に MDGs8 というのは、例えば、日本国の 0.7%にコミットしますよという、この差は全くそれに関しては全くアカウンタビリティがありません。ですから、アカウンタビリティを設定するように働きかける、決められたことに対して日本人はその約束を守っているというのが一番大事なところですので、そういうことを主張していくというやり方もあるのではないかとおもいます。

おそらく、もう1つ、そのフレームワークは、先ほども言いましたがおそらく 15 年、20 年という設定になるのではないかとわれています。ただし、この 15 年間、おそらく、もっと世界は変わっていきます。

今いわれていることは、例えば昔ならば、アーバンポバティはルーラルポバティよりも良かったとユニセフはよく言っていました。ユニセフはアーバンポバティのものなんて1個もないのです。だけれど現状は、アーバンポバティをはるかに悲惨な状況になっています。それから都市化人口も、今は世界 50%ですけれども、2050 年には 80%ぐらいになるとわれています。ということは、都市化の問題なくして考えられない時代になっていきます。それから Aging も非常に両極端です。ものすごい高年齢になるところもあれば、いまだに若者がどんどん増えているところもあるということを考えると、フレームワークはフレキシブルでなくてはいけないというアプローチの仕方もあるとおもいます。

2015 年の間に決まったターゲットだけをやるのではなくて、その中で常にフレキシビリティとダイナミクスを考えながらやっけていくという考えですというやり方もあるのではないかとおもいます。

私はみなさんのおも意見を聞いていて、ぜひ、これが議論だけで終わって欲しくない。あなたたちの仕

事は話すことではなくて、行動を起こすことだと申し上げます。ですので、今日やられたことは素晴らしいことですが、ぜひフォローアップを中村さん、渡辺さんをお願いしたいと思います。そのためにはやはり、学会としての目標、学会としての意見、学会としての戦略、それから学会としてのアプローチ、それを補完する、非常に繊細なかつディープなアナライズをしてべきだと思います。今日のように政治的な外交的な話もやはり出るべきだと思いますし、それから佐藤先生がやられたようなエコノミックな意見もぜひ入れて、保健屋が保健だけで終わらせない、神馬先生の言葉でいえば知的メタボリズム、そういうような、いつまでも同じような議論をしないと。ですから、このそのようなことにぜひ変貌していただけるのではないかと思います。

中村:まさに学会として行動して結果を出して、そしてもう少し言えば戦う部分も時には必要だと、そういう学会でありたいという気がします。これからもぜひ、いろいろな意味でサジェスションをずっと続けていただけたらと思いました。

総合討論

野村: 東京大学より来ました野村周平と申します。国際保健政策教室の修士課程におります。1時間しかないので、手短かに2点ほど。まず今後の、今回のフォーラムの目的であります、MDGs の世界的合意を 2015 年以降も明確にすることになると思うのですけれども、その際の国際的な議論の場というのはアジェンダ設定、あるいは平林先生のおっしゃられたフレームワークの設定に対してこの日本というのは、今後どのようにコミットして、世界のために知的貢献をしていくのかというのをお聞きしたいなと思います。ぜひ、小沼先生よりご意見を伺いたいと思います。というのは、先日のリオプラス 20 では外務大臣のゲンバ先生が日本代表として参加されましたので、最新の方向性というのが何かありましたらお聞きしたいと思います。

もう1点は、先ほど先生方の講演の中で何点か取り上げられたのですけれども、最近の国際的な意見としてよくいわれる気候変動だとか、失業問題だとか、国の経済発展に影響を受けない人たちの慢性的な貧困に対する社会保障というようなアプローチ、あるいは教育や資金といった、ドナー共有型の支援ではないグローバルアクションだとか、特に日本のような発展国への、先ほど平林先生もおっしゃられたグローバル・コミットメントへのより大きく明確な、先進国への要求でしょうか、MDGs では8番目の目標が先進国に課せられた目標でしたので、そういったポスト MDGs への注目点に対して、日本が大前提としてやらなければいけないというのは、なんとなく僕の考えでは、税金の使用に対して、国民の総意形成だとか、国際社会の注目を集めることだと思うのですけれども…

まとめますと、国際社会に注目していただくために、今後どのようなアクションをとって行かれるのかというのをぜひお聞きしたいと思います。

村上: 国立国際医療研究センター 村上と申します。1つの論点として、我が国がどのようなインプットをするかという論点からいうと、みなさんはおそらく、MDGs を一番貧しくて、一番健康が悪い方にフォーカスをしていると思うので、そこから見るとフォーカスレスかもしれませんけれども、日本が少子高齢化社会をどのように活力あるものにするか、これがグローバルな意味を持つのではないかと思います。というのは、8つの MDGs はそれぞれ多様な社会価値を反映していて、保健の MDGs はそのあくまで

一部です。保健の MDGs に投資することでほかの社会ペイメントも作りだすとか、あるいはほかの MDGs にも資するということが望ましいのですけれども、現象では、我が国はユニバーサル・カバレッジを達成し、欧州社会もそうですね。ところが、それは先進国にどんどん広がって、必然的に高齢化が起こります。これは成功のインディケーターなのですが、その結果、最終的に少子高齢化を通じて、社会活動や経済力が衰退するというシナリオでは困るのです。なので、そうではなくて、高齢化は我々保健従事者が努力した結果として誇るべきものだ、それが新たな社会活力を生み出すというような考え方の社会的、技術的なブレイクスルーが必要ではないかと思えます。

どういふふうなブレイクスルーが来るかはわかりません。例えば、ロボット工学とか、IT とか仮想空間とか、技術面から来るかもしれないし、コミュニティネットワークみたいな社会的な側面から来るかもしれませんが、そこは重要ではないと思えます。

本田: NGO のシェアの本田と申します。1点、これもコメントなのですが、私たち NGO は狭い現場の中から考えていくしかない、これから申し上げることは非常にバイアスのかかっているものかもしれないのですが、2005 年ぐらいからいくつかの国の現場を歩いていて、非常に感じたことがあります。それは何かというと、特にリプロの分野なのですが、要するに Maternal Mortality Rate を減らせるために専門家のインターベンションというものを重視する、そういう人たちが行っていくべきだと考え方が非常に強くなったというふうな考え方をしております。

実際に例えばカンボジアやアフガニスタンでは、ある時期から、例えば NGO が現場で TPM を使いました。伝統で産婆さんたちにトレーニングをして子どもたちやお母さんの健康を良くして行こうという努力をすることに対して、非常に強い、やるなというプレッシャーがかかり、それがほとんど出来なくなりました。現実にアフガニスタンや東チモール、カンボジアでも、やろうということに対して水を差されたという非常に苦い経験を持っています。こういうことが本当に、ある意味では今、実際に妊娠しているお母さんたちの死亡率を減らすという努力がうまくいっていないということも1つの原因だったのではないかと疑いを、私たちは持っているのです。

このヘルスシステムを強化していかなければならないということは確かにいわれていて、2008 年の Primary Health Care: Now More Than Ever という有名な白書にも書かれています。ただ、あの中でも実際の住民参加というものをどういふふうなヘルスシステムの中に組み込んで行くかという視点が全く入ってないのです。文章としては入っていません。支援の場とも入っていません。そういう問題があって、ヘルスシステムの強化といった場合に、やはり有識者、専門性を持った人、あるいは政策者集団だけが決めて行くヘルスシステム強化ということだけでいいのかどうか、コミュニティの中で実際に働き働いている、例えば TBA の人たちだとか、コミュニティのヘルスボランティアの人たちの考え方だとか願いだとか、そういうものをちゃんと吸い取っていくようなシステム強化でなければ、たぶん、サステナブルなものにならないのではないかと強く感じております。

中村: 非常に共感するところが多く、個人的には全く同じような経験をスーダンなどでいたしました。

仲佐: 国立国際医療研究センター 仲佐です。2点ほどコメントです。1点はアジェンダ設定はやはりすべきだと思います。2015 年、ポスト MDGs ということで、やはりしないと、という理由は、当然ヘルス

というものが基本的にはインベストメントされていないから死んでいるという事実があるので、やはりしっかりアジェンダ設定をし、ヘルスにお金を誘導するべきと僕は考えます。

2点目ですが、ポスト MDGs で何をするかですが、課題別、疾患別などはもうやめるべきで、そういう設定はしないというのが僕の意見で、当然、プライマリー・スキニング、住民に必要な疾患、いろいろなものがあります。それに対処しようというのがプライマリー・ケアの最初の考えです。今はもう、HIV に関しても感染症でやっていますけれども、もうずっと薬を飲まなければいけません。慢性疾患です。結核しかり。MDGs というのは何をやるのか、高血圧でも選べればいいのか、そんなことはありません。やはり、疾患別というのは全くやめるべきで、そのための体制がユニバーサル・カバレッジといわれるかインシュアランスになるかは、各国別で整えていかなければいけないのではないかと思います。

中村:いくつか議論、ご質問、あるいはコメントがありました。まず質問のあった小沼さんのほうから少し回答をさせていただいて、そのほかの方々は、何かいいたいことがあれば手をあげていただくという方式でやってみたいと思います。

小沼: 今後の課題設定についてどう絡んでいくかということですが、やはり日本はいろいろと非公式なコンタクトを取って何がいいのかという議論をずっと続けています。その中でできるだけリーダーシップをとろうというのは、これは表には出てきませんが、

それが1つ表に出てきて議論をするということが今回、杉並の総会の際にポスト MDGs のセミナーをやりますけれども、これは杉並総会には開発大臣も来れば外務大臣も来るような大きな会合です。特に事務勤務が来る機会でもありますので、そこでやっていこうというのがあります。

おそらく一番大きいのは国連のハイレベルコミュニティですから、そこにできるだけアクセスをして働きかけをするというのが重要だと思います。課題設定ではなくアクションを、というのがありますが、日本はちゃんとアクションはできますので、できればやはり仮設定という部分に関わっていくのが必要で、外交交渉とかいろいろ表に出ない部分がありますので、これが日本アジェンダだとなかなか言えないところがあるので、それはやっていったほうがいいのではないのかなと思います。

それが何かあるとドナー主義といわれるかもしれませんが、日本がいいと思うアジェンダ、日本がやりやすいアジェンダをできるだけきちんと早めに移っていくというのが重要だと思います。

特に私はこの保健をやっているのは去年の9月からで、あまりよくわかりませんが、WHO とか FTA に行きますと、日本の企業というのは割と決まったルールに従って活動するのがうまいというのがあるし、自分が活動しやすいようにルールをつくっていくというのができないというのがございまして、今後、企業活動とかいろいろなことも考えて、官民連携を考えていく上では、これは極めて重要なのかなと思います。

例えば、アメリカのヘルス分野の場合の ODA は 27~28%ありますけれども、これはかなりアメリカの業界や関連企業、NGO に流れていますが、やはり彼らが彼らなりに動きやすいという部分で、自国の利益ということがあると思います。だからこそ、先ほど申し上げたように MDGs の中でブレインに入っていくとか、そこに人を吸い上げるとか、いろいろなバックラッシュがあるということだと思います。

それが1つとヘルスをアジェンダ・セッティングすべきというのは、やはりこれは重要で、アジェンダ・セッティングされないと結局途上国は、ドナー国の資金に頼るだけになりますから、やはりこれが自国

の問題で、投資をすれば経済成長にもつながるとか、いろいろな部分で見えてくる、よくメインストリームでありますけれども、いくつかの議題が競っている中でこの議題が重要だすってというのが国際協力アジェンダの中で必ず競争が起きています。もう水については先ほども申し上げたようにいろいろな国がやっていますので、正しく設定されるということは必要ですが、まず設定自体がヘルスケアに重要だということをどちらにしても MDGs の半分ぐらいを占めているという状況は今後どうなるか、あるいはなくなりますので、きちんと重要性にスポットライトを与えるようにしたほうがいいと思います。

神馬: 私から本田先生のコメントに対して、若干、触れさせていただきたいと思います。

確かに SBA の傾向が非常に強いのですけれども、昨年、ブリティッシュ・メディカル・ジャーナルで、TBA のレビュー論文がありまして、TBA も役に立つんだぜということがいわれています。まだ数は少ないのですけれども、そういうアカデミックな分野でも TBA を見直す動きがあります。

それからもう1点の住民参加について言いますと、私は WHO のレポートを書いた人と会う機会があったのですけれども、パーティシペーション(参加)の位置づけをどうするかといったときに、WHO の PHC のメンバーのドキュメントによる、PHC の4つのリフォームがございます。その真ん中に参加を入れて、その4つのリフォームをさせるのが PHC なのだとその人は言っています。その報告書を作ったときにその視点をもっと強く入れて欲しかったなと思いますけれども、その後のワークショップとかでは参加はその中心に入れるようにしています。ですから、今後のやはり地方のシステムの立場としては、そういう住民参加を強調したいという意思は強いと思います。

その SBA か TBA かですけれども、はっきり言いますと、僕はアカデミックなインテリジェンスが非常に強すぎたのではないかと思います。それによって、いろいろな機関が振りまわされてしまった。例えばビタミン A が maternal mortality rate を下げるという論文がランセットに出て、世界中がビタミン A を使いました。ところが、ガーナでネパールよりもっと大きなコントロール・トライアルをやったら、ビタミン A は全然 Maternal Mortality Rate に影響しないという論文が出ています。アカデミックなジャーナルをフォローしていけば、かつていわれていた非常に強いエビデンスがまた新たな研究によって完全に乗っ取られるということがあるのですね。どんなハイ・インパクト・ジャーナルの論文が出たとしても、それが 100 年続くというわけではありません、2年後にひっくり返る可能性があるのです。ですから、それを注意深く我々は考えていかなければいけない。

こうしたハイ・インパクト・ジャーナルに対する抵抗勢力として、私が2日前にロサンゼルスからもらってきたのですけれども、SCI という構想が出ています。ソーシャル・コントリビューション・インデックス。こういうものは JICA が非常に強いところだと思うので、JICA のサービスを受けた人からソーシャル・コントリビューションはすごいという賛辞を浴びて、日本のインプリメンテーションの強いところをもう少し強調していけるのではないかなと思います。

石井: 本田先生と同じことをジョイセフも研究いたしました。我々も同じように WHO、ユニセフは TBA をしないと明確にしたときに、各国の政府が同じような形で方針を打ち出しました。やはり途上国の政府が方針を持った以上、それを我々のフィールドではできないということで、TBA トレーニングをしないことにしたのですが、現場では TBA しかいないのに、ではどうしますかという問題が出てきました。

そのときに何をしたかということ、やはりアクセスを考える以外にありません。ですから、我々が本当に

小さなレベルでしたのは、施設の隣にお産の待機ハウスを作り、そこにお母さんたちに来てもらいました。ただ問題なのは、来てもらうときに家族の負担が大きいというところが問題だったのですけれども、それはなるべく家族の負担をさせないで施設の隣に待機ハウスを作るという形でやりました。

今、神馬先生がおっしゃられたように、いろいろな形で違うエビデンスが出ればまた方針は変わるかもしれません。ただ、我々がいつも考えなければいけないときには、では WHO はどうやって WHO のポリシーを出すか、ユニセフはユニセフのポリシー出すか、そこだと思います。

ユニセフからいわれたことは、今まで膨大なお金を使って TBA のトレーニングをしてきました。その結果はレビューしたつもりです。それがうまく機能しなかったという結論に達したということなので、私はそのときに、いろんな国の現場からの分析をした結果でこうなったのだというふうにして受け入れたのですね。ですから、そのデータというのは、たぶん私たちの持っていた現場観というものとグローバルでやったところでの数値が違っていたのかなという感触でそのときは思いました。

ただ、実際に数字側だけ見ると、遅れている、遅れていると言っても先ほどは厚労省からもご説明があったように、Maternal Mortality 自身は下がっています。最近、ここ4年のところの下がり方は、前が本当だったのか、それとも今がどうなのか、残念ながら素人にはわかりません。私は医療の専門家でも何でもないので、20 年間あんなに下がらないといわれていたものが過去4年間でなぜこんなに下がってしまうのだろうということのほうがすごく不思議なのです。

下がった理由を説明しているのも、ヘルスシステムが改良されたとか、女性の協力が上がったとか、ヘルスファシリティに対するアクセシビリティというぐらいしか書いていないのです。ちゃんとしたことが書かれていなくて、今もって自分たちがやっっているながら、どうやって Maternal Mortality が下がったのかというのが実感持てないというのが今のところの現状です。NGO として、今実際に現場で何をしたいかという、その待機ハウスを作って出産後に2日間だけでも、どうしてもそこに置きたいのです。

先ほど、アンダー5の Mortality がちゃんと下がるとともに、MDGs の5の Maternal Mortality も下がっているのですが、却ってアンダー5のほうはまだ 35%しか下がっていません。でも、もともと大きかったので、12million が 7.6million に下がったということはすごく大きなことだと思いますし、それから MMR もアンダー5にしても、過去の5年間の大きな下がり方というのは、その前のところと比べると、ある意味では非常に弾みがついたのかなと思うところもあります。

もう1つの難しさというのは、肺炎とか下痢とかというところの死亡率についてはこれからも下げられると思うのですけれども、それ以外の新生児のところ、それから生後直後のところは、やはり出産と一緒にケアをしなければ、どうしても下がらないことだということは素人目でもわかることですので、そこをどうやっていくかということが今後の課題だと思いますし、さらにもう1ついうと、先ほどから家族計画が出ていましたけれども、妊娠、出産で亡くなる女性の 13%は中絶で亡くなっているのです。我々が家族計画をいう理由というのはそこにあって、その予防をすることが重要です。ただ、MDGs は予防の分野に関してはとても冷淡で、数字が出ないので予防という言葉がほとんど出てこないというところが MDGs の1つの問題点ではないかと、我々は仕事柄、常日頃、思っております。

中村: エビデンスの話がいくつか出ていましたが、佐藤さん、開発学から見たエビデンスというのを少しお聞きしたいのですが、何かコメントがあればよろしくお願いします。

佐藤:あまり憎まれ役はやりたくないのですけれども、一言でいうと、医療の分野でいわれているエビデンス・ベースト・アプローチという考え方自体がまやかしじゃないかと思っているのです。

1つは、数字はそれ自身に価値を含んでいます。その数字が表わす価値については語らずに、数字だけを競うということの恐ろしさがきつとあるだろうなと思っています。例えば今日、この会場に 150 人の人がいます。参加者 150 人としてカウントすれば隣の映画館にいる 150 人と同じでしょう。例えば女性を1と数え、男性を 0.5 と数えるとすると、今日は 100 の男性がいて 50 の女性がいるとすると、トータルで 100 になります。ところがとなりの映画館ではみんな女性だとすれば 150 です。

同じ頭数だけれど、数え方の背景を工夫するだけで全然違ってしまいます。それを共有しているかどうかを考えないでその数値を受け入れていないかということが1つです。

もう1つは、僕は外務省でも JICA でもそうなのですけれども、MDGs でこういう数字を出さなければいけないから、ちゃんとベースラインとエンドラインをしなきゃいけないのです、ということをよく現場で聞くのですね。だけれど、その数字に乗っかるという決定を誰がしたのか。日本はその数字は合意できませんと言ったっていいと思うのです。というのは、日本の技術協力は数字に出にくいものばかりやっているのですよ。そのやり方を正当に評価する方法をもちろん作りださなければいけないし、国際社会に対して言わなければいけません。今、神馬さんがおっしゃったソーシャル・コントリビューション・インデックスでも構わないし、最近サセックスの IDS で言っているのは、アプリシティブ・インクワイアリーという言葉があって、良いところだけを抽出してきてそれで比較をしようということなのです。実はバングラデシュで今やられている、先にやっているのですけれども、ホリゾンタル・ラーニング・プログラムというのがあって、これは、例えば農村開発なら農村開発でいろいろな良いことをやっています。それをたくさんほかの自治体が真似をする、その数で評価するのですね。そうするといいなと思えば真似をします。バングラデシュの母子保健プロジェクトでもそれをやっているのですけれども、良いなという取り組みをほかの自治体が真似をする、それがたぶん、十分なインデックスだと思うのですね。

横で学ぶ、横に伝わる、そのこと自体を1回、英語にしなくたって構わないですよ。ベンガル語の世界に広がっていれば、それを数えればいい。そういうインクワイアリー、そういうインデックスの作り方というものを、もっと日本は真面目に、特に日本の ODA は考えるべきではないかと思っています。

小長井:JICA 専門家として、フランス語圏アフリカ諸国のリプロダクティブ・ヘルスの推進をやっております。私は神馬先生のお話に大変共鳴を覚えています。また、そこに賛同するものです。

私がやっておりますリプロ・ヘルスの専門家養成講座は、チュニジアを拠点にしてやっているわけですが、実際にはインディケータというよりも、いかに実践に引き入れていくのかということをやっております。3年間のプログラムが終わりまして、今年はイスラム系で一番厳しい国の1つでありますジブチという国で、非常にすばらしいレポートを出しましたので、そこでモニタリングを行ったわけです。そこで、いかにその研修に参加した人たちに意欲を持たせるかということを積極的にやるのですが、実際に学校の中で実践してもらったわけです。私たちの仕事というのは主に青少年の人口が多いので、そこに対して焦点を当てるといって仕事をやっております。

初めてそれをやったわけですが、150 人ぐらいの中学生が参加をしまして、男子も女子も半分ぐらいずつおりました。質問をするときは、もうみんな手をあげるわけですね。そういうインパクトを関係

者に知ってもらう、それに対していかに答えて、いかにそれを受け入れていくのか、そしてそこからどう
いうふうに次を考えていくのかということを実はモニタリングの中に入れたわけです。

そういうことを通じて、実際の現場を知るということを今、一生懸命やろうとしています。そういうこと
を通じて、まさに、彼ら自身が考えていく、彼ら自身がそれを根付かせて行くというプログラムができま
す。そんなことで、神馬先生のお話非常に共鳴をいたしましたのでコメントをいたしました。

中村: 神馬さんのお話、佐藤さんの刺激的な、挑戦的なお話。そして今の小長井さんの現場での話。
そういうものをもう少し突き詰めていくと、そういう中で今後、学会としてもどのようにしてそれをまとめて
いかなければいけないのか、あるいはそれをこのポスト MDGs 議論の中にどのような形で入れていくの
か、そのようなことが少し議論になっていくかと思いますが、そのあたりでみなさん、何かコメントは。

萩原: JICAの国際協力専門員の萩原と申します。MDGs、今日はポストMDGsのお話と伺って来て、
MDGs の前提に立ち帰って、そのときの時代背景を考えてみようとか、あるいは保健の世界だけで
MDGs を考えるのではなく、そのセクトを超えたところから MDGs をもう一度取り扱っていかなければだ
めだという話で、非常に刺激的なお話をたくさん伺って、よかったですと思います。

学会についてこちらからお願いしたいなと思っていたことが、2つあります。1つはやはり今日の日
に、保健セクターの中で保健の話をするだけではなく保健セクター以外の開発の方、あるいは政策に
携わっている方に対して、なぜ保健が今後も Sustainable Development の文脈の中で必要となってく
るかということをもっと学会として発信していけるような、何か学会の中でフォーラムを持つとかシンポジ
ウムを持つとか、そういう先生方のお話を伺うとか。今回は佐藤先生に来ていただいたように、こうい
った刺激を受けないと保健の中だけで保健の話をして自己満足に陥ってしまうことになってしまうと思
いますので、そのへんをやっていったらいいなと思いました。

というのも、少しオーバーラップする分野で、保健の中だけだけれども保健とは完全に言い切れな
い分野が MDGs、ポスト MDGs の中で、脚光を浴びているなというのが1つあります。今日のお話の中
で出て来なかったのですけれども、栄養対策というのが非常に世界の中でアジェンダとして重要視さ
れています。これは実は気候変動とか、人口増加とか、そういったものに対してぜひやっていかなければ
いけないものです。これは5歳児以下の子どもが死んではいけないというアジェンダと重なってくる
のですが、栄養は世界のアジェンダだという考えが、今、形成されてきています。このあたりは 2008 年
で日本が洞爺湖サミットをやった頃から非常に大きなアドボカシーを始めていて、先行してきているの
ですね。というのも栄養は栄養分野の人の中の話だけではなくて、実は経済界、私企業の方を巻き込
んでおり、今、経済界の人が栄養は大事だということで納得しています。

こういうやり方をしていくと、保健の重要性というのをもっとアピールしていったアジェンダとして確
立していったのではないかなと思いますので、そのへんの取り組みを学会としてもやっていったら
どうかというふうに思います。

それから、リプロなのですけれども、これも実は 2010 年に石井澄江先生と一緒に北京のリプロ会議
に出席したときに、そのときの会議というのは気候変動の中でのリプロダクティブ・ヘルスというのがア
ジェンダになっていました。その頃というのは気候変動で食糧危機が起こる、あるいはリーマンショック
が前年に起こっていて国際保健に対するお金も少なくなった、食料の危機も訪れている、それからい

ろいろなスマトラ沖の津波であるとか、まだ日本の地震は起こっていなかったのに当時、自然災害でいろいろな方が被災者になっておられた。その中でリプロは何ができるのかという地球規模のお話を当時していたのですが、またこのリプロを保健の世界だけに戻してしまおうとアピールしにくくなるのですが、気候変動とか人口とか経済危機、こういったものを組み合わせてグローバルな 이슈と各界動向をうまく組み合わせて話していくことが大事ではないかと思いました。

最後にソーシャル・コントリビューション・インデックスですが、インデックスの作成に関しては JICA のほうでもエビデンス研究の中で取り組んでおりまして、ソーシャル・コントリビューション・インデックス自体はお聞きするのは初めてなのですが、援助を受けた方がどのように援助を捉えているか、そのへんの主観的な満足度とか、医療従事者のモチベーションとか、そういったものを実践的に計量していく方法についても研究しておりますので、このへんはまた学会で発表させていただきます。

中村:学会の部分で一言だけ私のほうからコメントすると、2010年の内閣府が保健医療分野の国際協力に関する特別世論調査を行ったところ、重点を置くべき国際協力分野としては保健医療が第1位でした。保健医療の部分は、一般市民の方がずっと望んでいる国際協力の第1位なのです。

ところが一方では、保健医療分野の国際協力の内容を知っていると答えた人はわずか 6.6%でした。それは言ってみれば、知る人だけが知っているという形でやっている部分があって、これは今後、学会も今まで自分たちがやっていた部分だけではなくて、それをきちんといろいろなところに発信して行きたい、それをすることがたぶん学会の方がやっている国際協力をいろいろな人にわかってもらえることだというふうに思っています。それを個人の努力にしているのではなくて、それを団体としてもやっていく、いろいろな意味でサポートしていきたい、それをまた発信していきたいと思っています。

平林:1つ、非常に重要なことだと思いますけれども、我々はナイーブであってはいけなないと思っています。いくら良いことをやっても、結果がでないから、それはやはり我々のエゴだと思います。ですから、結果よりも一体何のためにやるのかということがしっかりしていなければ、やる意味がないと私は思います。少なくとも、もし命を助けたいというのが目標であれば、それを失しないのであれば、それは本当にやる意味がないのか、と私は思いますので、必ず社会的な貢献があろうが無かろうが、私は逆にその面は必ず見ておくべきだと思います。

それから、私は実はユニセフで中村先生のお考えと似たような調査を毎年しておりまして、例えばユニセフを知っている人というのは全国で 98%います。ですが、ユニセフとは何をやっているか知っている人というのは、実はあまり外で言いたくないのです。50%です。我々のコミュニケーションにも問題があるのですけれども、何が必要かではなく、何がもたらされたかということが実は、我々の調査ではみんなが願っています。

ですから、何も「見える化」すればいいということではなくて、やっぱりコミュニケーションの仕方をちゃんとする、ただもう1つ、いくつかの興味深い調査を韓国でやったことがありました。北朝鮮のことを韓国の人たちが支援することをどう思うかと聞いた答えの 80%を超えおよそ 90%近い人たちが、子どもたちのためだったら政府は支援すべきだと答えています。つまり我々の調査で言えることは、みんなが正しいと思うことは、みんなが正しいとサポートするのです。だから正しい課題設定をして正しいことをやって結果を出せば、それがグローバルなムーブメントになっていくということが私のスタンダードな調

査の中でわかっていることだと思いますので、ぜひそれを確認されるほうがいいのではと思います。

ですから、個々の課題をやるというよりは、何を目標にして、これは何が正しい面かということを一歩に協議して、それに対してどのようなやり方をやるのが完璧に正しいかと、私はこれをやる、私はこれをやったと、ただ発表して、それで見たらそうですか、ではなくて、本当にこれはやるべきことなのか、学会として正しいのか、やはり議論の中でもっと深めるべきだと思います。

確かに、みんながいうから TBA がいいというわけではないと思うのです。我々が言っているのはグローバルステージの、例えば予防できる女性の死をゼロにするというやり方があると思うのです。その場合、ナショナルターゲットは自分たちで作ってもらって、アプローチも、我々はサポートするけれども、ナショナル・オーナーシップを作り上げるやり方は、2015 年が正しいアプローチではないかと我々は考えています。それは日本の考え方に合っているということです。例えば**ゼロターゲット**ということを考えられたらどうかと思います。

それからもっと言うと、一番大事なところは、Equity だと思います。Equity を Peer にする要因は、おそらく全ての課題をゼロ設定にした場合にいかにアプローチできない人たちにアプローチするかという課題になってきますので、それを指標化してこの5年でそうしたら、どれだけそういうサイエンスが届けられたかというふうにやるということも考えられると私は思います。学会としてやるからには何かグローバルにもものすごいインパクトがあるような、日本人たちみんながわかる、共感する、それから国内外の政策に一貫性があること。例えば外国では人間の安全保障といって、日本では人間の安全保障といわないということでは理解が生まれませんので、本当にやるなら国内外の政策を一貫できるような課題を私は持つべきだと思います。

中村: 今の話の中で、ゼロ設定というのを少し。

平林: 例えば、予防できる感染症で死ぬ人を世界でゼロにしようと。これはターゲットですけれども、アプローチはできないわけですけれども。

中村: 削減を目指すのとは違って、ターゲットとしてゼロを設定する、そういうこと……

平林: そのためにはどのようなアプローチをするべきか、どのようなリソースが要るか、なぜこれをやるべきか、それをやるのがどういうインパクトがあるか。おそらく今の状況では、これをやるのがどれだけエコノミック・インパクトがあるか計算しなくちゃいけないと思います。これだけ投資すること、人間に投資すること、人間の保健に投資すること、人間の保健のライフサイクルで投資することがどれだけインパクトがあるかということのリサーチャーがいるべきだと思います。それを乗って、このゼロターゲットにすることがすべての人たちにとって一番いいというふうにやることもできるのではないのでしょうか。

私は1つの可能性は、ここでいう妊産婦の死亡をゼロにすることですね。それから感染症、予防できる感染症で死ぬ子どもたちをゼロにするというターゲットはあり得るのではないかと私は思います。

中村: なるほど。今のお話を聞きながら、沢内村が乳幼児死亡率のゼロを目指した、まさにゼロターゲットだったことを思い出しました。昭和 30 年代の日本のいろいろな地方自治体は、けっこうゼロターゲットの作戦でずいぶん政策を実現可能なものにしていったような気がします。

神馬: 結果重視には賛成出来る部分もあるのですけれども、落とし穴もあると思います。というのは、スピードです。国によってゆっくり結果を出したいところもあると思うのです。それに対して先進国は急げ、

急げと、日本が UHC を達成するのに数字を見えています。ドイツが 120 年かかった、それを途上国は 5 年でやれとっているような傾向が見られています。その国のペースというものを理解せず、ドナー国の、要するに途上国自体よりも、助ける、金を出しているほうが早く結果を出したがつているという風潮があり、それに対して注意深く見守ることなく、結果、結果ということによってサステナビリティを失わせ、キャパシティ十分量のないままに結果を出すようなことが起こり得るといことが非常に問題であって、それに対して日本は大きな考証を出す必要があるのではないかと思います。

平林: 誤解していますけれど、ゼロターゲットを成すために、この国は 150 年かかるかもしれないけれど、それを容認する、その代わり、もし 150 年が長いというなら、それを短くするための方法を提案、アシスタントしていくというやり方を提起すべきだということです。いわゆる今の MDGs の問題は、全ての人たちが 15 年以内に何々を達成しなくてははいけないというところに無理があるわけですよ。だから、ゼロターゲットだけれども、それぞれの国がそれぞれのターゲットのアプローチの仕方を考えるというふうに申し上げているのです。

中村: こういう形で今回、ポスト MDGs に向けたフォーラムをさせていただきましたが、今後の学会の動きについて、もう少し注文のようなものがありましたら、よろしく願います。

狩野: 国立国際医療研究センター研究所でマラリアの研究をしておりますが、今日のお話を聞いていても、こと感染症に関して、もっとスペシフィックに言えば、マラリアの対策にかかっては、コストもプレイもなく、ただ単に確実に前に向かってやるべきことというのがもう決まっています、患者の早期診断、早期治療、さらには蚊帳を入れて、カバレッジを上げていくという、これしかないわけです。

その中において、一定のテクニカルなイノベーションがあって、顕微鏡で覗かなくても診断できるようになったとか、新薬を開発して薬害対策を克服したとか、そういう技術的イノベーションがあったとしても、進む方向は大体わかっています、今日聞きたいのは、それでは今までの MDGs に代わって、ポスト MDGs でマラリア対策に何があるのか、具体的にイメージがあれば教えていただきたいと思います。

確かに 1996 年以降、社会的なアプローチは大事で、マラリアというものは単独の疾患として対策を目指すのではなくて、ヘルスプロモーションの中に組み込んでいくべきだよとか、バーティカルなものを求めたりしていこうとか、ソーシャル・コンプライゼーションとか、マラリア対策に関わらずソーシャル・キャピタルを醸成して行こうとか、いろいろな社会保健アプローチはありますが、何を MDGs の中で書き上げていくのかというのが、国際医療保健学会から何らかの場で提示できるサジェスションとかがあれば、出せるものなら出してください。

明石: 今までの議論は、1つはジェネラルに概観していて、こういったコンポーネントが重要でしょうという話と、それからどう実践していくのか、例えば住民参加もそうですし、あるいはプライベート・セクターですね。もう1つはそれをどう評価するのか。先ほどの SCI とか、そういった話と、いわゆるアジェンダそのものの話をどうするのかといった話と、分けて考えられないかもしれませんが、その部分を詰めるべきだと思うのです。

それで、先ほど栄養の話が出てきましたけれども、栄養の話も私のプレゼンの中で一応触れたのですけれど、保健医療としてもやはり NCDs だけでなく、これまでのマルニュートリションとか、そういうものは残ってくるわけで、実際にその子どもの死亡などに関わってくるわけです。逆に言えば、栄養と

いう形で途上国においても NCDs も重要になってきます。糖尿病とか高血圧も含めてですね。ですので、その両方を括れるのではないかと1つの提案としてしたのです。マラリアの話でもそうなのですけれども、先ほど、ちょっと私の中でも触れた Re-pack とい考え方ですね。要するに MCH は重要で、それは残ってきます。それからエイズも慢性感染症的に残ってきます。あるいは NCDs 慢性疾患としてそのエイズと似たような振る舞いをしてくる、マラリアはマラリアで、2015 年に仮に目標が達成されたとしても、やはり問題は残っているわけですね。それをこれまでの疾患別というか、その中で感染症と同じように、例えば NCDs を立てるなどといった立て方もありますし、先ほどの UHC は例ですけれども、そういった形で Re-pack する中にマラリアなども含め得ます。その PHC もそうなのですけれども、含め得るのではないかというのが、考え方として有り得るかもしれません。

だから、マラリアの話はやめて別の NCDs にしようという考え方ではどうやら現実には合わないのではないかというのが、私が個人的に調査した感想で、逆に言えば、それをこことしてどういうふうな提案を持ってくるのかというのは、皆が考えなければいけないのではないかなと思います。

稲場: マラリアの話が出たので、HIV/AIDS についても若干お話ししたいと思うのですが、エイズの問題に関して、いわゆる国際保健の文脈の中では世界基金なり、いろいろあってお金が集中しています。だからエイズはもう大丈夫なのではないか、もうエイズはいいのではないかというような意見がかなりありますが、逆にエイズをやっている立場からすれば非常に懸念をしているところはあるわけです。

実際に、いくつか HIV/エイズについては考えなければならぬことがあります。1つは、大陸間の人口移動が非常に増えていることです。つまりアジアとアフリカに関して、例えば中国から多くの人たちがアフリカに移住をしたり、移動をしたりしています。一方で、アフリカからも多くの商人が中国に行っています。30 万人ぐらいが広東省にはいるということになっているのです。ラテンアメリカとアフリカということと言っても、アンゴラとブラジルというようなところで相当人口移動があります。

人口移動があるということに関して、実際 HIV/エイズのいろいろなイニシアティブの中で、いわゆる南・南の人口移動に関して、何らかの方策が取られているかどうかという、あまり取られていないところがあり、そこについては HIV/エイズの新しい状況ということで考える必要があります。

もう1つは、アフリカが南米からヨーロッパへの、いわゆるドラッグの中継地になっています。そういう中で例えばアフリカにおいても injecting drug use による HIV 感染の拡大というのがないかどうか、そこに関しても見なければいけません。さらにはいわゆる治療薬に対する耐性という問題もあります。

このような中で HIV/エイズに関して、成功しているからいいのだということでは困るのではないかなと思っています。UNAIDS は3つのゼロということで、先ほど言っていたゼロターゲットをかなり長期の中で作ってはいるわけです。そういったところは評価できるのですけれども、一方で今言ったような、必ずしも現状ではアジェンダが確立されていないということが1つにはあるのではないかと、かなり注意を払う必要があるのではないかなと思います。

もう1点ですけれども、この 10 年間ぐらい、世界基金との関係の中で、プライベート・セクターによる感染症対策というものをどんどん進めていこうというのは、実際にかなり行われているわけです。マラリアに関してそうですし、あるいは資金メカニズムとしてのプロダクトレドというようなこともあります。そのような中で、いわゆるプライベート・セクターと法的資金の関係というものを途上国の感染症対策に

どういふふうにやっていくのか。そういったことは、実はこの10年ほど、かなり進展しています。その教訓を保健全体でどういふふうに移植するのかという観点も重要なのではないかと考えています。

中村:最後になりましたが、最後に一言ずつ、今までの議論をまとめたコメントをお願いします。

石井:先ほどから出ている問題点の中のほとんどの大きなところというのは、現在はウェブを作るとかなり出てきます。実際に私が最初に申し上げた Beyond 2015 にあつては、今、どこの国がいくつぐらいのプロポーザルを Beyond 2015 に出しているか、そんなところまで入っています。ですから、できればそういう形での繋がりをもっていただきたい。それから、いろいろな形でこれからご活躍なさると思うのですけれども、調書を書くとき、または資料を作るときに、グローバルに何かいいことを言ってやろうという視点でこれからまとめていただけるとありがたいと思います。

稲場:財源の話というのが必ずしも出ていない。実際に、グローバルにどう財源を作るのかということに関しては、例えば国際連帯税であるとか、いろいろな議論が出ていて、そこと保健とはかなり関係づけられているわけですね。ですから財源の話に関して、もう財源がないとか ODA に頼れないとか、いろいろなオプションを考え、そしてそれを例えば社会運動という形で追求するというようなことについても、ぜひ保健センターとして考えていくべきではないかなと思っています。

明石:私は Beyond 2015 のサイトを見ていて思ったのですけれど、やはりみなさん、意見を持っているわけで、それを集約といいますか、私はこう思っているというようなことを、学会なり外務省かもしれないが、集めていってもいいのではないかと。それでそこから何をどう抽出していくかというのはその先ですけれども、少なくともみんなが意見を言って、それをアブソープして日本がぶつけるポスト MDGs につなげられたらいいのではないかと思います。

神馬:ここへ来ているみなさんは非常に現場体験が豊富だと思うのです。現場に出て、この政策は何かおかしいぞと、これでいいの、みたいな疑問が出るのではないかと思います。強力な権力とか、そういうものに振り回されてなびいてしまうようにはならないで、自分の感覚というものを大事にして、おかしいと思ったらそれを声にして世界に発信していけるような、そういうことをしていけたらいいのではないかと思います。そのためにできることは何をしたらいいかと思います。

佐藤:2点あります。保健分野はほかの国際協力の分野に比べて、お金が集まりやすいのです。そこに甘えているのではないかという気がしています。新しいことをやればお金が集まりという時代ではなくて、今ある我々のリソースをどうやって持ってくるのかで、もちろん、正しいと確信しているからそうしてもらったほうがいいのですけれども、そうでない人を巻き込んで行く工夫が必要になると私は思います。それが毒を食べることになるのかもしれませんが、そういう部分も考えてリソースを引っ張って来る、場合によっては他のセクターと組むことによって引っ張って来るということも考えていかなければならないと思います。

2つ目、先ほどマラリアの話で社会学的なアプローチをやるなどと言っていますが、本当に役に立つのかと、やれるならやってみろということについては、一緒にやりたいと思います。

野崎:今日いただいた話題が現行の MDGs の評価についてということでしたので、ポスト MDGs については、全く触れませんでした。では WHO でどれぐらい取り上げられているかということですが、

実はほとんど取り上げられていないのです。議題の中に一応あるのですけれども、今は加盟国のご意見を聞こうかというところでした。本来ですと9月のハイレベル・コミッティに WHO がレポートをまとめて出さなければいけないことになっているのですが、そういう意味で少し不安に思っています。

1つは、WHO は一応、自分たちがテクニカル・エージェンシーだと思っていますので、そういう意味であまり政治的な動きに巻き込まれていないということがあるのかもしれませんが。やらなければならないことは一緒で、やはり重要なアジェンダというのは、どちらかという、ポリオ対策がどうなっているのか、というような形で話されていたというふうに僕個人としては印象を受けています。

栄養も一応、議題として取り上げられています。当然、NCDs 関連で栄養の取りすぎもそうですし、世界戦略という形で作ろうとしているのですが、難しいのはマルチセクターのアプローチになります。栄養がかなりトピックになってきているのですが、WHO だけで戦略をやろうとしており、全くされていないわけではないのかなということを感じました。やはり、厚生労働省としてもまだまだ Beyond 2015 というよりは、今の現行の MDGs をどこまで 2015 年までに達成できるのか、むしろポスト MDGs ということで議論がとりちらかってしまうことのほうに危惧感を持っているということを感じました。

小沼: 私から2点ですね。1つ目がエビデンスです。今はわりとエイドフォートレードといって、援助の上では花形のようになっていますが、日本はこの分野は従来インフラ、電力発電所、港湾、ずっとやってきていて、これは 2000 年当初にはイギリスからかなり批判されました。Dinosaur と呼ばれていました。ところが自由化の機会を途上国が得るためエイドフォートレードが重要だという盛り上がりがあって、今や DFID や、2000 年に批判していた機関の人たちも南アで大動脈を作ろうということで、道路建設を一生懸命やっています。おまけにエビデンスを出そうということで、これも USAID が3年かけてやりましたけれども、アメリカが1ドル使ったこの援助は 20 ドルの貿易創出効果があると。これはいいじゃないかということになっていますが、こういった統計は注意深く見ていったほうがいいのかなと思います。

それから最後に、これが2つ目なのですが、私は9月からこのポジションをやっている、あまり保健はわかりませんので、皆様からご指導いただきながら頑張りたいと思います。

中村: 私のほうからも学会として1つと、個人的に1つコメントしたいと思います。学会としては、この際、日本国際保健医療学会と国際開発学会などが中心になってポスト MDGs で専門家、そして市民、NGO、もちろん政府関係者の方も入ってもらって、アクションして、それを発信していくようなシステムを作っていくかといけません。どういうふうな形になるかは相談ですが、今日の議論を踏まえて作っていくかといけません。これは、学会の理事長としての発言です。

もう1つは個人としての発言です。神馬先生からも話がありました課題設定に関してですが、ヒューマン・セキュリティというのは、日本の中でも大切な概念。毎月のように東北の被災地に行きながら、いま人間の安全保障が一番求められている場所だと痛感しております。ポスト MDGs の中の1つの思想的なバック・グラウンドとして、人間の安全保障を取り入れる時期なのかなという気がいたします。人間の安全保障学会という学会もありますし、文系あるいは政治学の方々などと相談しながら、新たな課題設定に関してチャレンジしていくことも必要かなと思いました。

まとめ

渡辺: 今日のディスカッションは、個人的には非常に得るものが多くて、3つに分けて考えるといいのかなと思いました。1つはまず、MDGs の存在意義って何、という哲学的なところですね。人間の安全保障、inclusiveness、それから全体の中での保健、保健から見た全体、このあたりをぜひ整理できないでしょうか。それから次のレベルが、アジェンダ設定のところだと思うのですが、UHC の議論というのは、実は必ずしもお金だけに限らず非常に難しく、アクセスをブロックしているのは財源であったり、もしくは物理的な遠さであったり心理的な遠さであったりするわけです。そういったものをアジェンダの中心に据えたいいいのではないかとやっている人たちもいるし、それから SDG というものをアジェンダの中心に据えたいいいのではないかというようにことをいう人もいます。これらはどちらも非常にクロス・カuttingな 이슈 だと思うのですが、それとともにリプロダクトヘルス、マラリア、ファミリープランニング、今あるもので HIV、もちろんお母さんの健康、こういったインパクトレベルのものを、どういふふうに僕は考えていったらいいのでしょうか。

その2つは、ぜひ、どうやったらそこをつなげていくことができるのか。MDGs の意義は非常に明確にボンと目標を設定したので、わかりやすかったのですよね。どうやったらわかりやすく、そういったものの間をつなぐことができるのだろうかということは、私世界中で英知を集めて検討しなければいけないのではないかと思います。

最後に、どうアクションするかということです。中でも特に官民連携をどうしていくのかというような話は、この1カ月くらいすごく民間の方からの訪問を受けることが多くて、週に1回から2回くらい会っています。特にコンサルタントではない民間企業の方の訪問を受けることが多くなっています。その中でやはり、どうしていくのか。やっていることの意味をどうやって表現するのかという議論まで今日はできたと思います。僕はやはり表現しなければいけない立場にあるのですね。税金を使っていますし、何をやっているかわからないという話もありますし。こういうことをやっていると、活動をそのままというのは簡単なのですが、それがどういう成果、どういう意味があったのかということは、やはり我々としては言わなければいけません。それを、神馬先生のほうから紹介された、ソーシャル・コントリビューション・インディケータ、ぜひ勉強させていただいて、考えていきたいと思っています。