

第 27 回国際保健医療学会 シンポジウム III

ポスト MDGs : 2016 年以降の開発戦略 会議概要

日時 : 2011 年 11 月 4 日 9:00~11:30

会場 : 岡山大学津島キャンパス

シンポジウムの目的:ポスト MDGs に対する理解をさらに深め、議論を深化させること

座長

仲佐保(国立国際医療研究センター 国際派遣センター長)

渡辺学(国際協力機構 人間開発部次長)

シンポジスト

小沼士郎(外務省 国際保健政策室長):

Post MDGs をめぐる世界の動き、日本の対応

神馬征峰(東京大学大学院 教授):

新開発フレームワークの中の優先保健課題:UHC は誰のため?

石井澄江(JOICEF):

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 CSO の動き

菊地太郎(国際保健機構人間開発部):

International Trend towards Universal Health Coverage

明石秀親(国立国際医療研究センター):

「Beyond MDGs Japan」Website 上での議論のまとめ

指定コメンテーター

中村安秀(大阪大学大学院 教授)

山内和志(厚生労働省大臣官房国際課 国際協力室長)

シンポジウム開催の経緯について

ミレニアム開発目標(MDGs)は2000年に発表され、国際社会はこの8つのゴール、保健医療関連ではMDG 4の5歳未満の子ども、MDG 5の妊産婦、MDG 6の感染症という目標に向かって、努力してきました。2年後の2015年にその期限を迎えますが、現在、2015年以降の開発課題に関し、国際社会および日本で活発な議論が行われています。

こうした流れを受けて、国際保健医療学会も学会として日本国内の知見を発信していくべきではないかという話がだされ、2012年7月1日にシンポジウムが開催されました。そのときの発表者は、外務省の小沼さん、厚生労働省の野崎さん、国際開発学会の佐藤さん、東京大学の神馬さん、NGOの「動く→動かす」の稲場さん、ジョイセフの石井さんに、国際医療センターより私(仲佐)、コメンテーターとしてユニセフの平林さんでした。

このシンポジウムでは、これまでのMDGに対する評価として、それなりに成果も挙げつつあるものの、残っている課題も多くあること、リオにおける会議(リオ+20)で議論されていること、日本が成し遂げたユニバーサル・ヘルス・カバレッジが今後、注目されることなど、多くのディスカッションがなされました。しかし、やはり総論的な話が多く、コメンテーターなどから、ただ話をしていても仕方がなく、もっと具体的な成果を出す必要があるのではないかと、かなりクリティカルな指摘をうけました。

それを受けまして、実はそのときに参加した開発学会、ならびに国際保健医療学会のメンバーで、海外で行われている「ポストMDGs」というサイトを用いた意見集約の仕組みを参考に、日本でも意見を集約する仕組みができないだろうかということになり、国際開発学会、日本国際保健医療学会、JANIC、「動く→動かす」、JICA、と事務局を担っている国立国際医療研究センターの6つの団体が協力し、公と民と学術の人たちが集まって、意見を集約するためのサイトが立ち上げられました。そして、本当に具体的な発信をしていくためのステップとして、今回、国際保健医療学会において、このシンポジウムを開催することとなったというのが今回の経緯です。

ポストMDGsについては、2013年9月の国連総会で概要が決まります。日本政府もこれにむけて発信していく内容を検討しており、2月くらいまでにはこの内容も決まっていくというのが、今後の流れです。また、国際開発学会でも12月2日に、ポストMDGsに関するシンポジウムが計画されており、本日の我々のディスカッションを発表し、一緒にポストMDGsに関してのディスカッションを進めていきたいと思っております。それでは、今回のシンポジウムを始めます。

シンポジスト1:小沼士郎(外務省 国際保健政策室長)

Post MDGs をめぐる世界の動き、日本の対応

演題はポストMDGsの国際条理の動きです。大きな進捗が見られます。まずは日本としてどのようにポストMDGsを考えるのかについてご説明をさせていただきます。

小泉元首相はMDGsを最も(M)大事な(D)ゴール(Gs)と発言されました。8つの分野、21のターゲット、60のインディケータが包括的となりきれなかったという反省もあります。例えば、リプロダクティブ・ヘルスは政治的な背景もあり、2007年によろやくMDGsに組み込まれました。その理由として、包括的な哲学をもたなかったために、きちんと網羅することができなかったのではない

かと考えています。

それでは、ポスト MDGs を考えるとき、何が重要な哲学かと問われますと、ヒューマンセキュリティではないかと考えています。ヒューマンセキュリティにも色々議論がありますが、個人と個人の力、脆弱な人々に注目をすることが重要です。MDGs では多くの指標がありましたが、国内の格差や equity という面について、きちんと目が行き届きませんでした。例えば、MDGs の 4, 5 でも、国内の格差が大きいですし、貧困人口の 4 分の 3 は低所得国で、格差が問題になっています。これに対応するためには、ポスト MDGs ではきちんとした哲学に基づき、包括的で取りこぼしが無いように、すべての人々の為になるようにするということが重要だと思っております。

続いて、国際条理の動きですが、これは大きく進んでおります。英国のデイビットキャメロン首相、リベリアのサーリーフ大統領、インドネシアの大統領を共同議長とするハイレベルパネルが 9 月に第一回会合を開催し、第二回会合が開催されております。保健分野では、WHO とユニセフ、スウェーデン、ボツワナが、タスクフォースを作って 2 月に報告書をまとめて、3 月までにハイレベルパネルに報告書を出す予定で、今、ウェブサイト上でコンサルテーションが行われています。ということで、保健についてはわれわれが影響力を行使するウィンドウが 2 つあり、一つは現在行われているコンサルテーションに意見を出すことで、もう一つは、それをもとに 2 月ぐらい出される報告書のドラフトに対してコメントをすることになります。

一方、WHO ではマーガレットチャン事務局長が再選の際にユニバーサル・ヘルス・カバレッジについて発言し、世銀総裁として選ばれたジム・キムも彼女を支持しています。タスクフォースのウェブサイトにはポスト MDGs についての WHO のディスカッションペーパーが公開されていますが、今年の初めには UHC がはっきりとは書かれていなかったものが、現在は、明記されており、やはりユニバーサル・ヘルス・カバレッジしかないように見受けられます。

すなわち、現行の MDGs では、特に MDG4, 5 で進捗の遅れが指摘されており、継続して取り組む必要がありますが、一方で非感染性疾患 (NCDs) の脅威も指摘されています。疾患群である NCDs と特定の疾病を一概に比べることはできませんが、例えば世界的にはエイズで 180 万人が、NCDs で 3600 万人が 1 年間に亡くなっているという報告もあり、2030 年にはアフリカにおいても、NCDs が大きな疾病負担になると言われています。これにきちんと備える必要があります。つまり、2015 年以降、さらにその先まで見ると NCDs もあり、包括的な疾病対策であるユニバーサル・ヘルス・カバレッジに向けた保健システム強化を進めることが重要ではないかという議論になっています。

この WHO ペーパーがなかなかうまいのは、それぞれの国がそれぞれのもっとも緊急な保健の課題に対処しながら、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジを目指しましょうというふうになっていて、恐らくこれは MDGs のマクロ的なアプローチの反省からきているものと思われれます。

その他の動きとして、7 月のセッションでもご紹介しましたが、フランス、ノルウェー、セネガル、インドネシア、ブラジル、南アフリカ、タイなどを中心とする Foreign Policy and Global Health (FPGH) Initiative が、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジを、次の保健の課題として提案する国連総会決議案を出しており、2014 年の国連総会でのハイレベルパネルの開催も提案しています。

一方、WHO はじめ複数の国がすでにコミットを示しているユニバーサル・ヘルス・カバレッジです

が、その中で一番危ういのがアメリカだと思います。アメリカの動向は重要であります、副大統領候補のポールライアンは特に高齢者の医療保険について否定的ですし、ランセットなどでは、OECD 加盟国の中で唯一ユニバーサル・ヘルス・カバレッジとコミットしてないのはアメリカだと指摘されています。

さて、日本ですけれども、日本の「国際保健政策」は大変立派ですが、根本的な欠陥は MDGs 4、5、6しかフォーカスしていないことです。MDGs の4、5、6プラス公衆衛生上の緊急事態にしかフォーカスしていない。保健システム強化というのがありますが、MDGs4、5、6の中での保健システム強化ですので限界があります。したがって、今のいろいろな国際条理の動き対応していないところがございますので、これについては皆さまからご意見をいただきながら、良いものを作りたいと考えております。個人的な考えを申し上げさせていただければ、一つはユニバーサル・ヘルス・カバレッジをめざす保健システム強化というものを打ち出すことだと考えています。その中で、MDGs4、5、6での保健システム強化に焦点にならなかった重要な要素は、保健財政ではないかと考えています。

質疑応答

質問1: 国立国際医療研究センター/明石秀親

影響力を行使するウィンドウが 2 つあるというお話でしたが、ハイレベルパネルのほうで、保健が理解されていないと影響力がないのではないかとと思われるがその点はどうでしょうか？

応答

ハイレベルパネルでは、例えば、デイビットキャメロンは、National Health Services (NHS)にコミットしていると聞いていますし、リベリアのサーリーフ大統領も、リプロダクティブ・ヘルスやユニバーサル・ヘルス・カバレッジに、かなり個人的にコミットしているという話を聞いております。

質問2: 大阪大学/中村安秀

現行の MDGs では国連機関や主要大国が中心になって決められましたが、今回は途上国の力が、大きくなっているように感じていますし、財団とか民間の発言力も大きくなっているように感じますが、どうでしょうか？

応答

今回のプロセスとしては、先ほどご説明した通りですが、ハイレベルパネルが報告書をまとめた後の5月ぐらいから、国連加盟国全体によるいわゆる交渉というのが始まると考えられています。こういったプロセスを踏んでいますので、今回は途上国の意見も、きちんと反映されるような形になるであろうと思っています。

途上国といってもだんだん多様化しておりまして、新興国と本当の途上国に分かれてきていますが、この新興国が先進国としての責任を果たさないということが、今の環境問題、貿易を含む、すべてにおいて交渉がスタックしている原因となっていますので、かれらにきちんと責任を持ってもらうというのが重要だと思います。しかし、現実的には、この責任という部分についてはなかなか難しいので、多分国連のところでスルーしていくのかなというのが私の率直な感想です。

途上国の意見ですけれども、現行の MDGs は彼らにとって、基本的にはカンファブルであったのではないかと思います。われわれ日本としても、非公式な有志のコンタクトグループや、影響力のある国々と議論をしています。アフリカを中心とした国々は、やっぱり今のままの MDGs や貧困削減は継続してほしいという声が聞こえます。一方でわれわれとしてもそこはきちんと耳を傾けながら反映をしていくようにしていくようになると思います。

ただし、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジというのが大きな潮流になっておりますので、その中で各国ごとの保健の重要な課題ということで対処していくという形になるのではないのでしょうか。

シンポジスト 2: 神馬征峰(東京大学大学院 教授)

新開発フレームワークの中の優先保健課題: UHC は誰のため?

まずは、今案内にありましたコンサルテーションを紹介します。WHO、ユニセフがポスト MDGs に関して 3000 単語以内で、12 月 15 日締め切りで原稿を募集しています。それから、ランセットも、500~1000 単語で原稿を募集していて多くはオンライン上で公開ですが、非常にいいものがあれば、誌面にも2、3出すということです。アクセプトされないにしても、日本から投稿が 100 もあったとなると、日本が認識される機会になりますので、ぜひ意見がある人は投稿してください。

さて、前回7月1日にセミナーでは、MDGs の限界としてこういうものがあるということをお伝えしました。今回は、その中でも、「画一的な目標を掲げた」ということにはどのような限界があるか、具体的にデータとしてお示します。

画一指標の一例として、MDGs ではオントラック、オフトラックという言葉が非常によく使われています。1990 年と 2007~8 年のデータを比較してみます。ラオスの場合、MMR が 1200 から 580 まで減少しているものの、全然オフトラックです。ベトナムでは、170 から 56 に下がっていて 67% の減少、これはオントラックです。ラオスの場合は、1200 から 580、こんなに減っているのにオフトラック。それで MDGs の画一指標から見れば、プログレスがないというふうに判断されてしまいます。他にもアジアのほとんどの低所得国(2000 年時点)が同様に MMR が減少しているのに MDGs の価値判断基準に合わせると、プログレスがないというふうになってしまう。こんなやり方でいいのかというのがわれわれからの疑問です。オン、オフでない形でプログレスが分かる方が必要ではないのでしょうか。

次に、HIV エイズについてみてみましょう。ラオスでは感染率が 2001 年に 0.1 未満だったのが、2009 年には 0.2% になっています。MDGs の指標は何かというと、「2015 年まで HIV エイズのまん延を阻止し減少の方向へ持っていく」ということ。この指標に従うと、ラオスは全く達成してない

ということになります。ところが、これは元が低いからです。アフリカのように感染率が 20% というような国であればこの指標は適しているかもしれません。しかし、ラオスのように 0.1 未満が 0.2% になって、MDGs 不達成みたいな評価はどうも納得できません。それでラオスとしても、国として独自のターゲットを作りました。2015 年までの HIV の感染率を 1% 未満に抑える。この点においては、オントラックとなります。ただ、これは国が決めていることなので、世界的にはなかなか認められない。こういう矛盾がある中、いろんな国が独自のターゲットを作るといことは、それはそれで

評価してよいのではないかと思います。

次にインドネシアを例に国内格差の問題に触れたいと思います。インドネシアでは、2007年の時点で、5歳未満死亡率 51(1000人出生あたり)でオントラックです。ところが、州別のデータを見てもみると、ジョグジャカルタが30くらいなのに対し、スラウェシでは100近くになります。このジョグジャカルタの値は、東南アジア諸国でいくと、モルディブの平均値に近いですし、スラウェシの値は、パキスタンの平均値に近くなります。インドネシアという一つの国において、モルディブとパキスタンが混在されているようなデータが出ている。ただ、これは縦断的データはここに示していません。ひょっとしたらスラウェシは1990年当時500くらいだったのが、100になったのかもしれないし、ジョグジャカルタは当初50だったのが30くらいになっただけかもしれない。いずれにしても横断的に見ると、これだけの地域格差がある。ひょっとしたら、MDGs っていうのは、画一的なアプローチをとることによって、このような国内格差を広げる働きをしてきたのではないかという可能性もありえる。この辺はまだ分析しておりませんが、もしそうだとすると、MDGsの成功っていうのはなんだったのかということになります。この辺はじっくり見る必要があると思います。

10月13日 IMF 世銀 Annual Meetings っていうのがありました。私は一部にしか参加できませんでした。このセッションの一つでタイトルとしておもしろいと思ったのは、ゴールではなくてフレームワークという言葉を使っていた点です。Post 2015 Program Global Development Framework。このフレームワークの中で、ゴールとかターゲットを設定していくというあたりの議論がされているのかなと思いました。

このセッションの説明文の指摘点にあるように、10から15年前と今では状況が異なる点があります。特に、連携機関の参画の状況が変わってきています。2000年の時点でまだグローバルファンドも PEPFER もはありませんでしたし、ビルゲイツも、今ほどでは無かった。ODAの重みが減ってきているとか、内外協力が増えてくるとか、民間セクターの活発化しているとか、環境が大きく変化している中で、MDGsと同じようなゴール設定のやり方ではなく、こういう環境の変化に合わせたアプローチをわれわれは取らないといけないのではないのでしょうか。

シュバイツァーさんをはじめとするイギリスのグループが、ポスト2015 Health MDGsというドキュメントを作っています。この中で、われわれの持っている問題意識は、かなり取り上げられているように感じました。地球規模では、特定の原因による死亡率の減少のような目標を作り、国レベルでは国レベルのターゲット、HIVの感染予防のようなものを持ってくる。先ほど、小沼さんが紹介してくれましたように、各国の緊急課題と取り組みながらUHCを目指していく。その辺りはこのドキュメントの中で反映されていると思っております。特定の成果指標を改善するというアプローチよりも、保健システム強化のなかで、評価指標としてユニバーサル・カバレッジを取り上げてはどうかという議論もあります。その具体的な方法として、医療費自己負担額(OOP)を指標にしてはどうかという案も出されています。

ユニバーサル・ヘルス・カバレッジというのが非常に注目されています。一方で、これが貧しい国で実際に実現可能なかどうかという点、多くの問題があります。まず、財政、お金の問題です。次に時間の問題。行政能力の問題。それから、その他の保健システムの構築力の課題があります。例えば、お金に関しては、前回の世銀の会議でも、フィジカルスペースが足りないということが

ユニバーサル・ヘルス・カバレッジの達成において、非常に大きな課題になるということがsh適されてきました。総保健支出でも、7%以上の国がこれだけある。こういう国に対して、もっと金出せといっても出せるのか疑問です。時間の問題については、健康保険に関する最初の法律ができてからユニバーサル・ヘルス・カバレッジ開始までに要した年数を見ても、ドイツ 120 年、ベルギーで 115 年ぐらいと言われていました。日本が 30 年ぐらいで、韓国が 20 年。途上国に対して、15 年で達成することを求めてもよいのでしょうか。

それから、行政能力の問題であります。予算割り当てのモニタリング、各種の資源の動員、お金ですね。どうやってお金を持つてくるのか。あと、中央政府、地方政府の役割の調整をどうするのか。あとは、医師会、その他の医療提供者がありますけれども、この行政をやる人たちが医師会等とどううまく交渉していくのか。これをうまくやりこなしていけないといけません。その他の保健システムのブロックとして、人材不足があります。あと、情報不足があります。最後に、これは構築ブロックではないですが、全体の保健システムの質向上があります。G8のときに、保健システム強化が合意され、各国が予算コミットをしました。そのほとんど人材です。質に関していいますと、こうしたゴールでは、数を増やすことに執着しがちです。学校に行く子どもの数を増やす。その数の増加を増やすあまり、質に目が行かない。ですから、非常に質の悪い学校の先生が大量に増えてくる。子どもたちも学校に行くけれども、5年生になってもまともに計算ができない。字の読み書きもできない。それで喜んでいるのは、先進国の人だけで、途上国の人には困っているのではないかな。そうした感覚を持っている必要があると思います。

UHC を推進するとしましょう。中進国である、コロンビア、タイ、中国などは、独自にやっていますね。現在行われている日本世銀共同研究では、中所得国、低所得国辺りをターゲットに研究を進めています。しかしながら、エチオピア(一国だけ日本世銀研究の対象国)、ザンビア、タンザニアなど貧困国があるわけです。本来は、この貧困国にとってこそ UHC が重要だと思えますが、本当にこれらの国が UHC に向かってコミットできるのでしょうか。

貧困国は本当に UHC が実現可能と思っているのか。UHC をゴールとすることによって、失われるものはないのか。各国が緊急課題に取り組みながら向かえばよいのですが、先進国、中進国があまりにもプッシュするために、途上国の声がかたくなに聞かれないままに、地球規模のゴールになってしまうとしたら、それは問題ではないでしょうか。また、順番はどうするのか。中進国、中所得、低所得、そして最後に貧困国と行くか、まずは貧困国か、あるいは、それにかかわらずコミットする意味あるか。いつまでにやるのか。2030 年なのか、2099 年でもいいのか。その辺りが大きな課題です。

シンポジスト 3: 石井澄江 (JOICEF)

母子保健・リプロダクティブ・ヘルスの現状とポスト MDGs に向けた CSO の動き

私からは、タイトルにありますように、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 CSO の動きということで、簡単にご報告をいたします。ミレニアム開発目標の 4 と 5 が、一番進ちよくが遅いと言われているので、それが今どうなっているかということから、まずは、おさらいしていきたいと思います。

ミレニアム開発目標の4は、2015年までに5歳未満時の死亡率を3分の2、1990年と比べて減少させるというのが目標でした。今のところの進捗というのが、2011年のこの死亡率というのが、死亡数が6.9、690万人ですので、1200万であったことから比べると43%は減っていますが、2015年までに75%まで減少するという事は、難しいのではないかとされています。

課題として挙げられているのは、やはり一つは死亡率の減少の速度が遅いということ。肺炎や下痢性疾患など、予防または適切な治療で防ぎえる死亡が、まだ200万人以上あるということ。その一方で、新生児、生後28日以内の新生児の死亡率が40%以上あるということ。まあ今は43%ぐらいと言われていますが、これはもう、出産と一緒に継続ケアをしない限り助からないことだというふうに言われています。

次に、ミレニアム開発目標の5ですが、これは2015年までに妊産婦の死亡率を3分の2減少させるということで、進捗としては1990年に54万3000人であった死亡数が、2010年の状況で28万7000人まで落ちました。これ、非常に不思議なのですが、2008年までは20年間改善しないと続けられていたのが、急に2009年と2010年になって急に改善したとされました。妊産婦死亡の難しさは、データが不十分であることが指摘されています。

課題としては、死亡率の減少の速度が遅い。それから、地域とか国家間、都市と農村などのあいだで、一つの国の中でも非常に格差が大きくなってきていることが問題になっています。サハラ以南のアフリカと南アジアでの妊産婦死亡が全体の28万7000の85%になっていますので、ここを中心に対策すれば改善するはずですが、一番難しいところでもあるということもあります。それから、持続の可能性とサービスの質の問題があります。

MMCH、Maternal Newborn and Child Healthというふうに訳しますが、保健システムの強化が課題だと言われています。例えば、インドでは、施設分娩(ぶんべん)率は大変向上しましたが、施設自身の能力が向上しなかったということが起こりました。お母さんたちはお産をするために施設に行くようにはなったけれど、お産のケア、お産のためのケアのその施設自身が医者はいない。物はない。ベッドはないということで、じゃあ施設分娩(ぶんべん)率が上がったということと、母親が安全で清潔なお産ができるということが、必ずしも一致しなかった。莫大な予算が、施設分娩率を向上させるために、母親の交通費の補助や、保健ワーカーたちのインセンティブとして費やされ、今後も継続できるのかということも問題視されています。

それから新生児死亡についてですが、これは母親も同じですが、栄養障害、栄養不足が背景因子として指摘されていて、5歳未満死亡の3分の1に栄養不足が影響していると言われています。また、新生児の死亡の最大の原因が早産ですので、これは、妊娠・出産から継続してケアをしない限り、残りの43%はそう簡単には改善しない。そういう中で、継続ケアも含めてお話をしているリプロダクティブ・ヘルス、とりわけ、家族計画の重要性をお話します。

先ほど言いました妊産婦死亡が下がらない原因の中で、出産だけではなくて、安全でない中絶による死亡が多いことが、問題提起されています。妊産婦死亡の13%は安全でない中絶の合併症で亡くなっているとされており、これは予防をしなければいけない。安全でない中絶に行かないで済むよう、望まない妊娠・予期しない妊娠を予防することが必要となってきます。データによりますと、妊娠の40%は予期しない妊娠だと言われています。40%って結構大きいと思います。

また、人類の歴史上、今最大の若者人口が存在しています。地球人口が 70 億人を越えていますけれども、その約半分が 25 歳以下の若者たちです。その若者たちに今言ったような形での望まない妊娠、または予期しない妊娠を防ぐための家族計画を提供する、情報を提供するということですが、その若者たちをエンパワーするためにどうしても必要であり、同時に、女性エンパワーメントに必要です。妊産婦死亡の確率を高める4つキーワードと言われていますが、早すぎる、または遅すぎる、または多すぎる、または間隔が短すぎる妊娠です。このうちの2の対策は難しいですが、1、3、4は家族計画を提供することによって可能です。

続いて、CSO の動き、NGO の動きをお話します。ポスト 2015 に向けての参考サイトというものがありませんが、特に、CSO のとこだけ申し上げますと、Beyond 2015。これを受けて MDGs ジャパンも作られていますけれども、Beyond 2015 というのは、グローバル・デベロップメント・フレームワークの中にどうやって適切な、われわれの望むようなそういうフレームも入れるのか。MDGs の間に入れるのかということのためのキャンペーンのために作られたところです。地域的にはアフリカから 22 団体、ヨーロッパから 22、アジアから 11、アメリカ大陸からは 11、それぞれのところがキャンペーンを行いながら、全体としても、キャンペーンを行っています。これが CSO すべてではないですが、CSO の総合的なところだというふうに考えていただいていた方がいいと思います。

そして、最近できたのが The World We Want 2015 です。先ほども出ました CSO が作った Beyond 2015 と、国連が公ホストをしています。国連のヒアリングの一環として設定されていますので、この中に、それぞれいろんなテーマごとにまた分科会ができています。もうヘルスはできあがっていますので、ご覧になっていただくと、国連ではどういう動きがあって、それぞれ、誰がそこにかかわっていて、どういう形で市民 society がそこの中で声を挙げられるのかということが判ります。

それから、ディスカッションもかなり活発にこの中で行われようとしています。先ほどから何度も申し上げますが、やはりこのポスト 2015 のミレニアム開発目標以外のポスト 2015 も、すべては国連のシステムっていうか、国連の流れの中でできあがるようになっていきますので、望む、望まないのかかわらず、ある程度ここを追っていかなければいけないというジレンマがあります。非常にいろんな組織が、WHO は WHO で、ユニセフはユニセフで、市民社会との連携を強めようとしてウェブサイトを持っています。そういう中で、一体自分たちはどこに向けて何を言いたいのかっていうところというのは、多分いろんなところを見ながら、ご自分の中で考えていく。または、この学会としていろんな検討をしていくことが必要なのかなというふうに思いました。この The World We Want 2015 っていうのは、ちょうど先ほどから出ましたように、国連の中にハイレベルのパネルができあがった日を記念して、それとほぼ同時に、このウェブサイトが立ち上がっています。

最後に、日本の国内での CSO の動きについて、お話します。「動く、動かす」それから、ジャニックが中心となって、ハイレベルパネルのメンバーである、菅元総理に CSO とのなるべく議論を持っていただいて、そこに向けての CSO としての共同見解を出すこともしております。ただ、どうやって保健を位置付けていくかっていうことは、またもう一つ違うレベルで考えなければいけません。アドボカシーの難しさっていうのは、どこまで自分たちができるか、どこから先はどこと連携しようかという戦略を初めにある程度立てておかないと、かなり時間と手間が掛かります。その戦略を、なるべく国内の方たち、この学会の方たちを含めて、いろいろ議論いただくのがいいのではないかと思います。

っています。

もう一つ、先ほどから出ましたユニバーサル・ヘルス・カバレッジですが、実はわれわれ CSO も、IMF 世銀総会でセミナーを行いました。政府が行ったセミナーのちょうどシャドーセミナーのような形で、同じようなタイトルで副題だけを変えて行いました。保健システムのと看同じように言葉が先行してしまつて、一体それが本当に何を指すのかという、みんなの共同認識ができないままに言葉が動いてしまう恐ろしさというところを感じていたので、「ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ、誰のためのものか。そして、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ、どうしてどうやってやるのか」ということを基本にセミナーを行っています。言葉を動かすときというのは、それはその手前のところで、われわれはその言葉を使って何を求めていくのかということ、頭に入れながら行わないといけないのではないかというふう、痛切に思っています。以上です。

質問1: JICA/渡辺学

CSO がグループとして、いろいろな形でアドボカシーを行っていくということがあると思いますが、具体的に、世界的なその CSO の人たちの全体像とその保健に関する論調についてのは何かもしご存じであれば教えていただけますでしょうか？

応答

全体像の中では、やはりリオのあとの SDGs の中で、今までのよく議論された MDGs vs SDGs みたいな対立構造を考えていたものを、その SDGs の中にどうやって MDGs の未了のものを入れていられるのかというところを考えている方たちが多いと思います。もう一つは、人権というところで押していくという基本的な考え方をもっと全面的に出すべきだということを行っている方たちも多いです。それは、例えば、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジでもよく出てきますが、どうしてもユニバーサル・ヘルス・カバレッジとなると、費用をどうやって、費用対効果を上げるとか、全体のコストを削減していくかという話に、国レベルではなりません。それは当然として、一人ではなく国民全体に行きわたらせるためには、国のできる範囲の中で、なるべく費用を下げてやっていこうと。これに対し、われわれが考えているのは、保健というものはお金が掛かるもので、初めから一人一人の人権、健康に対する権利であるのだということの考え方にのっってやるべきだという考え方です。ここから先が難しいんですけど、例えば、ジョイセフのように母子保健をやっているところだと、ファミリープランニングは絶対に入りたいとか、いろいろなネゴとかありますけれども、ただ全体としては今言ったようなことで流れているような気がします。

シンポジスト4: 菊地太郎(国際保健機構人間開発部)

International Trend towards Universal Health Coverage

私の発表は今 JICA、国際協力実施機関といたしまして、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジについてどう考えていくのかということ、またその背景、国際社会におけるどういふ議論が進んでいるのかということを中心にお話させていただければと思います。

私の発表は、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジというのは何か、ユニバーサル・ヘルス・カバレッ

ジが今どのように注目されているのか、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジはどのようにデザインされるべきものか、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジを達成するための課題は何か、最後に、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジに対して、JICA はどう考えているのか、の5点になります。

まず、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジとは何か、です。WHO が 2005 年の世界保健総会で発表したスリーデメンションモデルでは、立方体で表されるように、一つは人口カバレッジをどのように拡大していくかという方向性。すべての人々に対して、公正に保健医療サービスを確保するにはどうすればいいのかということです。もう一つは、サービスの量や種類をどうやって上げていくのか、どうやってたくさんの種類を提供していくのかという方向性。最後に、当然のごとく人が増え、サービスが増えればコストが掛かりますので、その費用をどのように確保するのか。一方で、人々が負担しなければいけない医療費負担をどのように削減するのか、という方向性になります。ユニバーサル・ヘルス・カバレッジの WHO の定義では、平たく言いますと、予防治療、リハビリに掛かる保健医療サービスをすべての人々が負担可能な費用で受けられるようになるという概念のことをユニバーサル・ヘルス・カバレッジとしています。

では、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジをどのようにしてモニターされていくべきでしょうか。これまで保健システム強化というアプローチが重要であるということが言われていますが、保健人材、供給のチェーン、保健情報、インフラや技術、などの保健システム強化に必要な要素を投入することによって、人々のサービスへのアクセスを公正に保障していく。これにより、最終的に、保健指標の改善を目指します。個人に焦点を当てるとか、人々を中心に置くというようなお話がありましたが、人々の健康を確保するためのインパクトとして、公正性や効率性っていうのをどのように確保していくのかということが考えられるべきだと思います。

最近ユニバーサル・ヘルス・カバレッジがどのように見られているのかについてですが、1987 年に Bamako イニシアチブに基づいて受益者負担の原則が導入されましたが、2000 年にミレニアム開発目標が導入されて以降、むしろ受益者負担が特に貧困層にとって保健医療サービスへの障壁となっているのではないかという議論が起きました。例えば、私がいたザンビアという国でも、2000 年以降ヨーロッパのドナーを中心にこのような議論が起こり、2006 年に受益者負担が廃止されました。2015 年の MDGs 達成期限を目前に控えて、WHO が 2011 年の世界保健総会でヘルスシステム・ファイナンスという報告が出されました。副題が The path to universal coverage ということで、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジのうち保健財政が取り上げられています。この結果、この1年半の間に、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジに関する議論が非常に活発化しております。2012年に入って、もうすでに3カ月に一度のペースで4回ユニバーサル・ヘルス・カバレッジに関する国際会議が行われました。1月にタイで開催されたプリンスマヒドン賞会議や、4月にメキシコで開催された WHO ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ・インターナショナルフォーラムでは、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジは MDGs 達成に向けた有効な手段であり、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジには保健システム強化が重要で、何よりもハイレベルな政治的な意思というものが重要であるということが議論されました。そして、この7月には、アフリカ開発銀行と、Harmonization for Health in Africa (HHA) というアフリカにおける保健医療援助協調メカニズムが主催した、アフリカの保健大臣と財務大臣の合同閣僚級会合がチュニジアで行われました。これは、財務大臣が保

健にコミットするという非常に重要な会議だったのですけれども、ここではユニバーサル・ヘルス・カバレッジの達成のために、やっぱり保健財政というのが非常に重要であるということが議論されました。そして、10月のIMF世銀年次総会において、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジに関するセミナーが行われました。ランセットの編集主幹が司会し、マーガレットチャン WHO 事務局長、日本の武見敬三、元厚生労働副大臣、フランス市民サービス庁長官などが、それぞれの国のユニバーサル・ヘルス・カバレッジの状況や、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジが財政的に持続可能な方向で行われているのか、などの議論が行われました。最終的に、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジというのは、人々が貧困に陥ることを予防するための、医療費リスクの負担化への軽減であり、保健だけの問題ではなく、貧困削減に資するような要素ではないかということが議論されました。ユニバーサル・ヘルス・カバレッジは、先ほど申し上げたとおり、2005年にWHOに初めて定義され、現在はかなり活発に議論が進められていますが、それ以前から、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジに向けた取り組みは進められています。世界でも20から30ぐらいの所得、低所得国がヘルス・カバレッジ・プログラムというのを導入していますが、ガーナ、ルワンダ、ベトナム、キルギスなどでは、ヘルス・カバレッジのパーセンテージが60%から90%で、比較的成功していると言われていています。しかしながら、これをすれば100%達成するというものは、実は証明されておらず、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジの難しさを表していると思います。

次に、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジをデザインするにはどのようなことに注意すればいいのでしょうか。ここで四つ挙げさせていただきます。一つ目は当然のごとく、人々に公正なアクセスを保障するということです。そして、二つ目その公正なアクセスを確保する上で必要となるコストをどのように調達して、どのように持続可能な方法で管理するかという保健財政。保健財政というのは、大きく分けて三つ考えられます。一つは、十分かつ、効果的にお金を集めること。そして、その集めたお金で、人々が突然の医療費負担のリスクに陥らないように予防すること。最後に効率的に使うということが、大きく言うと保健財政の三つある機能です。三つめは、貧困層と呼ばれている人たちの方をどのように医療費負担のリスクから守るか。そして、四つ目は、誰が守られるべき貧困層と呼ばれている人たちなのか、どのようにその人たちは選ばれるべきなのか、というターゲットの問題です。この四つがデザインする上で非常に重要かと思います。

先ほどユニバーサル・ヘルス・カバレッジは保健システム強化のアプローチが非常に重要であるというお話をしましたが、その中ではやっぱり、一番重要だと思うのが保健財政の問題だと思います。やはり、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジは健全な保健財政システムなくして達成されないという認識が共通しております。世界で1億人ぐらいの人々が自分たちで医療費を払えないことによって、いわゆる貧困ライン、生活に必要な最低限の物資を購入することのできないような所得水準まで陥っているということが指摘されていますし、それらの国では、医療費自己負担の割合がかなり多いと言われていています。2009年の数字でも、低所得国においては、総医療費に占める医療費自己負担の割合は平均で約50%ということです。この約50%っていうのは結構重い数字でございまして、通常ユニバーサル・ヘルス・カバレッジを達成することが見込まれるのは約30%と言われておりますので、これらの国々は、多様な資金調達手段を使って、この医療費自己負担の総医療費に占める支出というのを50%から30%に減らすという努力が求められていると思います。

では、どのようにして資金を調達すれば良いのかということですが、例えば、ODA とか、外国の NGO や財団のお金ということもありますけれども、やはり基本はその国で発生する公的資金をいかに利用し、いかに持続可能なものとして管理していくのかというのが一番重要だと思われます。こういった ODA のお金につきましても、あるいは革新的な保健財政メカニズムで調達したお金につきましても、最終的には財務省を中心とする公的資金管理メカニズムの中で運用されていくわけですので、いかに公的資金をうまく使っていくのか、それに、低所得国や中所得国になればなるほど、いわゆる利益志向型の民間セクターがあんまり発達しておりませんので、公的資金がいかに重要になってくるのかと思います。では、公的資金を使ってどのように人々を医療費負担リスクから守るかという、ソーシャルプロテクションと呼ばれている措置ですが、例えば、医療費の免除であったり、医療機関でのサービスの無料化であったり、バウチャーの整備や保険料の補助など、いろんなことが考えられますが、鍵となるのはやはり、社会健康保険制度をいかに導入して、それを持続していくのかということです。

では、守られる貧困層はどうかという、いわゆるターゲティングの問題なのですが、大体どの国もプレ・アイデンティフィケーションと言われる、事前に誰が守るべき対象なのかを特定するという方法をとっています。プロキシミーンズテストと呼ばれる、家を持っているのか、資産はどれぐらいあるのか、あるいは人々の健康や教育水準はどの程度なのかというようなことを、代理指標(プロキシ)として使って、その人が守るべき貧困層に属するのかを調べる家計調査を行ったりします。

まとめますと、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ成功に一つのルートというのはないこと。ハイレベルな政治的な意思が必要であるということ。そして、やはり保健財政が一番な重要なキーコンポーネントなんじゃないか、ということになります。

最後に、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジに対して JICA はどのように考えているのか、ですが、これまでは JICA は保健医療サービスの提供体制強化、あるいは、保健人材(ヒューマンリソース)の育成、そういったものを中心に、MDGs の達成支援を行ってきましたが、これからは MDGs 達成に至る道程としてユニバーサル・ヘルス・カバレッジの概念を打ち出していきたいと考えています。その中でも、保健財政に注目していきたいというふうに思っています。例えば、ケニアでどのように取り組むかでは、これまで JICA はサプライサイド、つまり行政面からの保健システム強化、母子保健や感染症対策の支援を行ってきましたが、これからは、それだけではなくて、ファイナンシャル・リスク・プロテクション、つまり人々に焦点をあてたプログラムとか、あるいはそれを支援していくための保健財政というものをやっていくべきではないか、ということを考えています。ありがとうございました。

質問 1: JOICEF/石井澄江

われわれがユニバーサル・ヘルス・カバレッジに取り組む上で、もう一つ基本的に必要だと指摘していることに、グッド・ガバナンスがあります。ポリティカル・ウィルとグッド・ガバナンスがあって初めて可能になるのではないかと。そして、この部分について、CSO の果たす役割というのは大きいのではないかと認識を持っているということだけ、付け加えさせていただきます。

応答

グッド・ガバナンスについては、同感です。ご指摘、ありがとうございました。

質問 2: 国立社会保障人口問題研究所/林

途中でプライベートセクターの話がありましたが、中進国ですと公的セクターと並立してるところもありますし、セネガルのような国でもプライベートセクターがしっかりあって、そのところはどうかというのが1点です。それから UHC に取り組むには制度を策定する必要がありますが、これを援助していくうえでの方針などありましたら教えてください。

応答

1点目は、プライベートといっても、宗教系施設、いわゆるフェイス・ベースド・オーガニゼーションも民間に入るかと思いますが、そういったところというのは、公的保険制度の加入施設に入っていたり、あるいは、国によっては入るための枠組みができていたりすることがあります。例えば、ケニアでは、パブリック・プライベート・パートナーシップ・イン・ヘルスという枠組みがあり、公的施設や宗教系施設も国家の社会保険制度に入って、それら宗教系施設で保健医療サービスを受診した場合にも社会保険に基づいて保健医療サービスを受けられるというような試みもありますので、国によっては政府の中でそういう制度を作って、民間を巻き込むような動きをしているような国もあるようです。

2点目ですが、制度を作るということですが、確かに社会保健保険制度を作るようなことは、外部の機関が支援するのは難しいかと思いますが、例えば、セネガルでは、今年の4月に国家社会保健基金というものを作りまして、様々なドナーがその基金を改善していくような試みをしているということがあつたようです。ですので、制度を作るということについてはなかなか外部からタッチできないのですが、作られたものに対してどう運営していくのか、その能力を強化していくのかということは、開発機関でもできるのではないかと思います。

シンポジスト 5: 明石秀親(国立国際医療研究センター)

「Beyond MDGs Japan」Website 上での議論のまとめ

私は、先ほどから話に出ております Beyond MDGs JAPAN のウェブサイト上の議論について、Beyond MDGs JAPAN 事務局としてお話しします。Beyond MDGs JAPAN というのは、今年の7月1日のシンポジウムでの議論をもとに、ポスト MDGs についての意見を吸い上げる仕組みが必要ではないかということで設置されたウェブサイトです。既に世界的なものがありましたが、日本語で議論できるということもありますし、日本というチャンネルを使うということもあるので、期間限定で意見を吸い上げて、主に外務省を通じて日本国政府に意見を伝え、ひいては国連総会で作成される2015年以降の開発課題に貢献しようということを目的にしました。

今年の8月からウェブサイトを開設いたしまして、参加6団体を中心に、そのほかに関連する団体、JICA からのプレスリリース、学会のメーリングリストなどを通じて、広く意見を求めました。しかし、アクセス数としては10月、11月に477で、実際の投稿数はそれほど伸びておりません。また、6団体だけでなく、いろんな団体が次々協賛ということで入っていただきたいという趣旨だったので

すが、今のところ、そういう団体がありませんので、まだ広く日本全体の意見をまとめるまでには至っておりませんが、中間報告を発表させていただきます。

集まった意見はバラバラで、それをザッと分類すると、「現行 MDGs に対する評価」、「個々の MDGs に関する課題」、「次期 MDGs の方向性、新たな視点の提唱」、「新しい課題の提案」などが含まれているかと思います。

まず、「現行 MDGs の評価」ですが、良い点として、「課題が明確になったし、優先順位が付けられて、資源の導入効果があった」、「時間設定がある数値目標としてもクリアになったし、保健医療課題の改善の効果もあったのではないか」といった意見が寄せられています。一方、悪い点としては、「目標が目的化してしまっている」、「人権保障の観点が不十分」、「貧困と環境を包括的にとらえていない」、「MDGs 以外の課題の軽視、予算の偏在化と国の能力を超えた資源導入」などが挙げられており、優先順位付けがあったがゆえの、逆にその優先順位から落ちてしまった課題は軽視されがちで、予算も付かないといった裏返しの効果が指摘されています。

それから、課題が明確になったとは言いつつも、あまり普通の人には知られていない、ということや、課題改善に効果があったとはいえ、目標を達成してないのもあるのではないかと、ということも指摘されています。また、現行の MDGs は、先進国主体で決められてしまったのではないかと、いう点や、新興国の役割が不明瞭である点、説明責任や透明性への指標がないといったような議論もなされています。

「個々の MDGs の課題」については、このサイトそのものが保健に限らず、広く意見を求めたということもありまして、様々な意見が述べられています。例えば、貧困削減については、ある程度の進捗が認められる反面、富の偏在が顕著化していることには触れられていないことも指摘されています。また、人権的なアプローチの重要性や、MDG4、5、6のことかと思われそうですが、医療に偏重しているのではないかと、高齢者とか社会的弱者を指標に含めるべきではないかという点、HIVに偏重せず、NCDとかNTDなども考慮すべきではないかという点などが述べられています。環境やグローバルパートナーシップについても意見が出ていまして、環境については目標や指標を改訂すべきとか、MDG1との統合を検討すべき、グローバルパートナーについては、債務免除の取り組みを継続すべきとか、ODAも増加すべきといった議論がありました。

「次期 MDGs の方向性」については、二つの対立軸というか、現行の MDGs を一定程度評価して、新たなゴールやターゲット設定をするという考え方と、もう一つはもう MDGs は不要だという意見がありました。例えば、MDGs のための会議の開催など、貴重な資源の浪費されているのではないかと、とか、こんなのもういらぬという意見も、少数ですがありました。また、利点も欠点も踏まえて、どう再構築するかというような議論もなされています。

新たな視点として提唱されているものもいくつかありまして、例えば、「人間が中心ではない世界観への配慮」は、地球環境とか自然との共存といった人間を俯瞰して考えるということだと思えますが、そういった提案ですとか、幸福度、生活への満足度の視点の重要性ですとか、開発を推進ではなく発展としてとらえるという意見などがありました。期限については、15年おきということで2030年までとするのが一般的ですが、短期目標、長期目標という設定の仕方もあるのではないかと、いう提案もありました。また、現行の MDGs は今後も継続的な取り組みを要しますが、

一方、同じように続けて常態化すると、グローバル・イニシアティブとしての爆発力がなくなるのではないかという意見や、もっと低開発国(LDC)に集中すべきではないかという意見もありました。誰が作るのか、誰が実施するのかといった場合に、もっと各国が主体者として出るべきではないかという意見や、科学的データに基づく評価をもっときっちりやって、現行の MDGs をきちんと評価することが必要なのではないかという意見もありました。

それから、これは私が「手掛かり」と呼んでいるものですが、課題が連動しているのではないかという意見が、いくつかの点で挙げられていて、教育と健康もそうですし、権利、貧困、環境なども連動しているのではないかという意見もありました。また、貧富の格差拡大ですとか、高齢者の増加、医療偏重から保健重視、途上国でもNCDs 対策の必要性、なども述べられています。それで、課題としていくつか挙げられていまして、例えば、人間の安全保障について取り上げるべきとか、平和構築、紛争暴力の削減、またこれに関連して精神保健の重要性、さらには社会正義の公平性といった意見がありました。高齢者、生活というようにまとめましたが、高齢化社会の社会顕在的圧力の意義、あるいは先ほどの幸福論の話、それから保健医療については、先ほどからずっと出ていますけれどもユニバーサル・ヘルス・カバレッジ、とくに保健財政と保健サービスの両方の担保といったことも述べられています。

以上が発表ですが、思ったより意見が集まっていないことと、現時点では具体的な内容よりも、概念的な話を中心であるということがあるかと思います。最後に、これはあくまでも集まった意見で、私の意見ではありませんので、反対や賛成もあるかと思いますが、ご了解願います。

質問 1: オオノ アスカワールドコンサルタント株式会社開発コンサルタント会社/オオノ

保健を専門に、JICA のプロジェクトなどに関わってきたコンサルタントで、過去 10 年間アフリカを中心に、ザンビア、シエラレオネなどの最貧国の現場にいて、既存の MDGs の流れで拡大した援助に政府の方が翻弄のされているのを感じてきました。神馬先生とか石井先生がおっしゃったように、数を重視してしまい、それによって見落とされているものがあると感じていますが、例えば個々の人たちのキャパシティの変化を測る指標ですとか、幸せ度を測る具体的な指標などの意見は出ていますでしょうか？

応答

あまり出ていないので、ぜひ投稿してください。

質問 2: 岡山大学/土居

今回のシンポジウムについて、記録をウェブ上で公開することで、議論もより深まると思われるので、ご検討ください。

応答

今回のシンポジウムは記録を作成していて、ウェブ上で公開する予定になっています。

指定コメンテーター1: 山内和志(厚生労働省大臣官房国際課 国際協力室長)

政策を立てて何かを実行しようとするときには、誰がやるのか、いつまでやるのか、どこでやるのか、何をやるのか、どうやってやるのか、なぜやるのかというようなことを一つずつ考えていきます。きょうの MDGs の議論に関しては、それぞれについて課題が見えてきたように感じました。何をやるのかについて言えば、UHC を例にとると、それは果たして何をやるのかが分かりやすいのか、世界中に向けて UHC といったときに、共通認識があるのか、という点が気になりました。

いつまでやるのかについては、15 年かけてやるという話がありましたが、これも UHC を例にとると、120 年かけて達成した国もある中で、また、世界がどんどん変化していく中で、15 年かけてやる目標としてふさわしいのか、達成するための行程表がきちんと作成できるか、ということも検討する必要があると感じました。

どこでやるのかについては、世界には途上国、先進国、中進国がある中で、それは一体どのような国に対応するゴールなのか。各々の国が進める話ですが、オーナーシップを持って、どのような目標で推進していくのか、ということにも課題を感じています。

どのようにするのかについてですが、UHC に到達する様々な方法がありました。各国独自のやり方をしていて、手段が確立されたとは言えないという話もありましたが、そういう状況ではどのように進めるべきでしょうか。さらに、そのやり方をきちんとモニターできるのでしょうか。

最後に、なぜやるのかですが、目標が自己目的化することを避けるという意味で、なぜやるのかを明確化する必要があります。また、質の問題も指摘されていましたが、質を担保するためのコストは誰が払うのかというのも、UHC の非常に重要な問題であると感じました。

以上、多くの論点が見えてきましたが、一つの重要な視点として、神馬先生の発表にあったように、一体何が本当に必要なのかということについて、途上国の意見に耳を傾けるということではないかと思います。また、みんなが賛同できるような、革新的なアジェンダをいかに設定できるかということが、今後のポイントになっていくのかなというふうに感じました。その意味で、発表にあったウェブサイトの「The World We Want」というのは、本質を突いた良いタイトルだと思いました。

指定コメンテーター2: 中村安秀(大阪大学大学院 教授)

今日は、ポスト MDGs の現状が、そのニュアンスも含めて良く分かる、非常に良い機会でした。発表を伺い、2012 年の 10 月に出席した二つの大きな会議のことを思い出しましたので、お話しします。一つはバンコクで開催された世界医師会総会です。途上国を含めた世界 50 数カ国の医師会の代表が集まる総会で基調講演をさせてもらい、いろんな方とお話しました。もう一つは、10 月 22 日から4日間、ケニアで開催された第8回母子手帳国際会議です。アフリカから 15 カ国、アジアから 10 カ国の代表と、ケニア国内の関係者が合わせて 300 人集まり、4日間議論しました。その中で、MDGs のことを各国の人に聞きましたが、ものすごく評判が良かったです。やはり、MDGs という形は、各国の人たちとっても判りやすい。各国から母子保健関係者が集まったので、余計そういう傾向があったのかもしれませんが、非常に分かりやすいと言っていました。事務次官とか保健の専門家ではない人たちにとっても判りやすいし、その人たちが財務省に説明するときにも判りやすい。逆にアメリカでの経験ですが、アメリカの国際保健医療学会の人が上院議員を

相手にロビー活動をしているのに付き合ったときに、ヘルスシステム強化の説明の後、上院議員はヘルスシステム強化と言っても、選挙民には判らないので、票にはつながらないと、はっきり言っているのを聞きました。妊産婦の死亡を防ぐとか、子どもの死亡を防ぐとか、判りやすいメッセージを出せとも上院議員は言っていました。例えば、インドネシアでの経験ですが、ほとんど土建屋さんのような県知事さんが、保健にお金を出すと決めない限り、母子手帳の印刷費のお金は出てこない。そういう意味でいうと、私たちが保健医療のプロの間だけでディスカッションをするのではなく、その土建屋さんの県知事が、判る言葉で設定しなくてはいけない、ということを感じました。

もう一つは、きょうの議論を聞いても、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジはとても良いことだとは思いますが、MDGs のような形の世界全体の共通目標にすべてではないということ、かなり確信的に思いました。15 年前にハーバード大学で、タケミの同級生は、韓国は日本のヘルスシステムを勉強して韓国で導入する、タイは、30 パーツ・モデルを作る、フィリピンはフィリピンで作りたい、と同級生がみんなユニバーサル・ヘルス・カバレッジの勉強をしていました。各国ごとでそうして勉強して、各国の情勢に合わせて作っていくことには大賛成ですが、世界レベルの目標として、押し付けてはいけないなということを感じました。ユニバーサル・カバレッジはマクドナルドではありません。同じ味のものを世界中に作ってはいけないなということを実に思います。

最後になりますが、私は小児科医として、今度は保健と教育を合わせた、子どもの健康と教育を合わせた子ども支援というような形で、保健省のプログラム、教育省のプログラム、環境省のプログラムにまたがるようなプログラムを作るべきでないかと感じています。子ども支援という形にしたときに、中進国では子ども虐待なども大きなテーマになるでしょうし、最貧国では子どもの生存が最重要課題でしょうし、そこは国々によって違う。世界各国統一のゴールを目指すような、オリンピックのようなことはもうそろそろ卒業したほうがいいのではないかと私は思いました。

シンポジウムのまとめ

コメント 1: 岡山大学/土居

ユニバーサルヘルスカバレッジ(UHC)の流れがあるのがよく判りました。この UHC の敵はアメリカの企業だと思います。非感染性疾患(NCDs)では、禁煙とジャンクフードの追放が一番の対策ですが、アメリカでたばこ対策が始まった時に、企業は輸出へ逃げました。開発途上国であった日本はその被害をうけました。同じように、今ジャンクフードもアメリカで制約が掛かりつつあり、企業はすでにマーケットを途上国へ移そうとしています。一点目は、こうした首脳レベルの極めて高いコミットメントの中で、ヘルスプロモーションに向けたライフスタイルの確立などが出来ないかという点です。2 点目は、UHC の一番のコアはファイナンスですが、それぞれの途上国の達成目標、実はアウトカムじゃなくて、アウトプットの領域になると思いますが、対 GDP 費何%をヘルスに、あるいは子供への支援に、ということが各国のコミットメントとしてもらう。さらに、保健医療関係の国家予算の対 GDP 比を〇〇%という達成目標に加え、国民一人当たりの保健医療関係の国家予算を〇〇\$ 以上という Sub 目標も併せて設定する。これにより LLDC にも適切な指標になると思います。

コメント 2: 神戸女子大学/ヨシムラ

今日は全体像がよく分かりました。最後に中村理事長が言われました、皆が判るような話題ということ、健康だけの視点ではなくて、教育と健康を合わせるようなお話がありました、私も賛成です。一方、ヘルスインプクトアセスメントの分野で活動される人たちがいて、タイでは憲法の中に組み込まれているようですが、その考え方は、全てのプロジェクトに健康のことを検討しようということのようです。道路工事にせよ、企業誘致をするにせよ、いろんなことの中で健康のことを少しづつ考えて、全体のプログラムを組みましよう。それは、今までの縦割り問題を解消して、横断的に全体で住民のために取り組む。そのときに教育問題も理念の中に入っていることが大事であると思います。

コメント 3: 結核予防会/シモジ

WHO はこれまで途上国中心であったが、今後中進国を中心に NCD とか、それから医療保険に行こうとしており、国の凹凸をカバーしようという気持ちは分かりますが、先ほどもありましたように、不公平をどう是正するのが一番大きいのであれば、そこをどう確保するのが重要です。もう 30 年ぐらい前に読んだ本で、1日の軍事費が恐らく全部の、1年間の医療費をカバーするということが書かれていたように覚えています。軍事費と同じかそれ以上に保健にお金を使えというようなことも言うべきだと思います。

もう一点は、社会保険制度というのは、急に変えることはできません。昔、ヘルセクターリフォームの時には、これを実施しなければ支援しないという脅しに近い形で推進して、つぶしてしまったわけです。たった 15 年間でその国の制度を変えようというのは、大変難しい話です。しかし、WHO のテクニカルアセスメントのように、助言自体はいくらでもしますよと、というスタンスが良いと思います。

さらに、貧困の国あれば母子保健や感染症対策と行った、従来の保健課題も残されると思います。フィリピンなどは、世界基金が不要になるくらいまで良くなってきていますが、それでも田舎に行けば医者がないし、結核も十分、診断治療ができない。日本の経験でいえば、インフラの重要性があって、医者は増やせなくても道をよくすれば 1 時間で病院に行ける。日本もそういう保健インフラという意味で、道、橋、それから恐らくエネルギーで太陽電池を使った電池とかで貢献できるのではないかと思います。あと情報システムですね。やはり判りやすい指標を残すべきだと思います。

コメント 4: JICA で保健指導アドバイザー/杉下

ケニアでも様々なポスト MDGs の議論があり、JICA でも UHC を目指した保健システムの強化のプログラムを作る方向で、ケニア政府やパートナーとの対話を進めています。その中で感じるのは、ケニアという国は、ポスト MDGs ではより対等なパートナーシップを構築したいと考えていることです。そうしたコンテキストの中で、実はユニバーサル・ヘルス・カバレッジが、ケニアの人に響いています。これまでの MDGs という目標がサービスや疾病のインパクトをゴールにしたために、誰が

それをするのかは、先進国を中心とする国際社会の責任のようになっていて、それをカバーする形で進んできた。しかし、それはケニアにとっては、おもしろくないことで、自分たちの国がちゃんと責任を持ってやってくれよというふうに、保健省の幹部は国家に対して思っていたのです。ドナーにお金をくださいなんて思っている人はいないです。ケニア政府はもっと保健にお金を投資して、ちゃんと健全なポートフォリオを書いて、しっかりとした国にしてくださいというメッセージが、MDGsでどんどん消えていたのではないかと、今みんなで反省しています。

その中で、ケニアの人は UHC を、ケニアで本当に必要な人に必要なサービスを届けるのはケニア政府でしようというふうにとらえています。つまり、国の財政をしっかりと、その中でどう配分していくか。特にグローバリゼーションなどで、格差社会が広がっているケニアでは、保健師の人などは、女性とか子どもとか貧困の人たちとか、場合によっては障害者の人たち、こういう人たちへのサービスがしっかりできてないじゃないですか、と感じています。それを国際社会が声を一つにして、ケニア政府に対して、もっと主権国家としてしっかりリーダーシップを発揮して、ガバナンスを強化して、お金をちゃんと配分してくださいというメッセージを出すことに期待していて、そこに UHC というのが響いているような印象があります。

ユニバーサル・ヘルス・カバレッジはですから、位置が分かりづらく難しいですが、途上国自身は結構歓迎していて、実はこれが、これまで国際社会の責任を自国の責任に変えるための政治モメンタムも作る一つの手段になるんじゃないかっていう議論が進んでる。そういう中では、ぜひこの UHC が完ぺきというわけではないのかもしれないですけど、いい形でメッセージがそこで発信できれば、このあと 15 年間でこれまで国際社会といわれる先進国の責任が、どんどん途上国の自国の責任が変わってく。それが本当に SDG ってやつですんかね。Sustainable・Development につながるのかなというふうに感じています。

コメント 5: 大阪大学/中村安秀

今の杉下先生の発言に触発されて、追加したいのですが、経済学者の宇沢さんという人が、社会共通資本としての医療ということで述べていますが、要するに医療と教育というものは社会的な共通資本で、これを大事にしなくてはいけない話です。社会を構成するすべての人々が老若男女を問わず、それぞれに置かれている経済的社会的条件にかかわらず、そのときそのとき社会が提供できる最高の医療を提供すると。それを各国の責任でやると。経済に医療を合わせるのではなくて、医療に経済を合わせる。今の私が、特にワールドバンクの議論を聞いていて思うのは、医療に経済を合わせるのではなくて、経済に向かってそこに医療を合わせようとしているから、すごく違和感があるのだというふうに思いました。それをもう一度、どういう言葉でもいいですけど、医療に経済を合わせてほしい。そのことを途上国の人も思っているような気がしました。

質問: 国立国際医療研究センター-/仲佐保

1979 年に出された Health for all で提案されたプライマリー・ヘルス・ケアと、この UHC との違いは何でしょうか。一緒なのではないかと感じているのですが。

応答: 菊池

プライマリー・ヘルス・ケアというのが、いわゆる住民参加を意識して、コミュニティヘルスの重要性を意識したのに対し、UHCは、より財政面とか、それらに掛かるコストをどう誰がカバーしていくのか、どう持続的に運営していくのかについて、焦点をあてたということだと思いますので、基本的に見ている角度が違うだけで、すべての人々が必要な保健サービスを受けるようにすること自体は変わらないのではないかなと思います。

応答: 神馬

2008年のプライマリー・ヘルス・ケアに関するWHO文書を作成した人の話によりますと、その中では4つの改革というのが言われています。その4つの改革の中で、一つだけ残すとしたらユニバーサル・ヘルス・カバレッジだそうです。ですから、プライマリー・ヘルス・ケアの線上にあって、プライマリー・ヘルス・ケアを実現するためのリフォームの方法としてUHCがあると、当時から言われていますので、基本的につながっているというふうに思っています。(注:その後ランセット誌にて、リチャード・ホートン氏が‘Universal Health Coverage is part of the overall strategy towards Universal Health’ という発言をしています(Horton R. Offline: The advantages of universal health. Lancet 2012; 380:1682.) Universal HealthはPHCのかかげたHealth for Allと同意と解釈すれば、UHCはPHC実現のためのさまざまな戦略の中の一つ、と位置づけられます。)

あと、ジャンクフードやアルコールなどのビジネスの制限にどう取り組んでいくのかは私自身の課題でもあったのですが、今はヘルスプロモーションの分野で、いろんな国際ネットワークができています。NGOのネットワークもできています。ただ、ヘルスプロモーションの世界的リーダーがないというのが、課題として指摘されています。また、先日出席した別の学会でも、ヘルス&トレードというのが結構大きな問題になっています。例えば農業セクターでは4つの巨大なワールドビジネスが世界を牛耳っている。これが、たばことかジャンクフードの世界にもあって、ビジネスに対して各国がどう対応していくかが重要であるとオーストラリア人の出席者がしていました。

コメント6: 自治医大/石井

取り上げて頂きたい点が2、3ありまして、一つは健康教育という問題です。国際保健では、ガールズエデュケーションというのが大きな一つのテーマなのですが、ヘルス・エデュケーションというのはとても大事だと思うのですが、この学会ではあまり聞かない。一度健康教育学会と連携して会議を開催するのは一つの案ではないかと思っております。

もう一つは、今日まで日本がやってきた歴史を、もう一度勉強し直すことが必要ではないか考えています。日本はかつて途上国でしたが、いろいろなステップを経て、今日世界トップの状況に達したわけですから、日本はどのような時期に、どのようなことをやってきたかということ発信することで、世界に対して貢献できると考えています。

応答: 神馬

健康教育学会に関しては、私も関係していますので、実現させるようにしたいと思います。二番目のコメントに関して非常に重要だと思ったのは、最近のJICAは本来持っている自己の価値を見失って、世界の動きに迎合しすぎているのではないかと感じています。JICAが取り組んで生きた、

サステナビリティとか、オーナーシップに関しては現場レベルでの素晴らしい蓄積があります。しかし、それが、MDGs にどれだけ貢献したのか問われると、言い返せない。そうではなくて、JICA のやり方がこれだけ良かったという中身が世界から評価されるような指標を、世界に対して発信していくような取組を期待しています。

コメント7

昔は、熱帯学会でこういうシンポジウムかなんかがあると、JICA 批判があふれて大変だったのですが、最近は少なくなりました。しかし、JICA の仕事が少なくなったとはいえ、まだ広く行われています。大変な金額を使っているのに、どういう仕事をするかは大変重要だと思います。そこで問題になるのは、評価の問題だと思います。インパクト評価の話がありましたが、この学会でも少し取り上げたらどうかと感じています。

コメント8: 石川

それに関係して、ミャンマーで JICA が実施しているマラリア・エイズ・結核プロジェクトの、結核部門を支援しています。ここで結核の感染率調査を実施してみると、想定されていた倍ぐらい患者がいて WHO の推定っていうのはほとんどあてずっぽうだったことが判った。村の中にたくさん患者がいることが判ったので、JICA のプロジェクトとしてコミュニティ・ベース・プログラムのモデル地域を作っている。非常にうまくいって、お金を使わないでも、村の人たちは喜んで協力するようになったのですが、他のドナーが短期間に成果を挙げるために、お金をたくさんあげて、成果が上げることをする。我々のしていることは地味で、そういう流れがくると、今度は自信がなくなってしまう。しかし、サステナブルな開発、オーナーシップ、そういうものをバックアップするというアプローチにもっと自信を持ってやっていいと感じている。やはり、そういったコミュニティベースのものを具体的にやるのが、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジそのものじゃないかなと私は思っています。そのことをエントリーポイントにして、マラリアもそうだし結核もそうだし、健康問題を広く取り組むようになる。そういう意味では、UHCの議論の中に個別対策を入れていくことが必要ではないかと思っています。

コメント9: 国立国際医療研究所/狩野

今の石川先生の発言に賛成で、マラリアも結核もエイズもそこに患者がいて、対策費用がない。では、マラリア対策のポスト MDGs とは何かと言っても、既に対策の手法も戦略も、みんな決まっていて、変えようがないわけです。今回の議論を個別の疾病対策に、特に感染症対策のところにとり落として、何かアドバイスをいただけるような、そんな議論をお願いしたいと思います。

シンポジストからのコメント

小沼士郎(外務省 国際保健政策室長)

ユニバーサル・ヘルス・カバレッジが判りづらいとは、一度私も大きな声で言ってみたくとも思いますが、判りづらい分、なんでもありの世界です。申し上げたように、Access to Health の中で、各

国の疾病負荷に応じたインディケーターは各国でつくるべきであると WHO も提案しており、各国ごとにヘルスの対応姿勢というのができますので、それぞれの状況に応じた疾病対策強化にはつながるような概念と思います。ヘルスファイナンスの問題も指摘されましたが、今 270億ドルの世界から、UHC 達成に必要な 400億ドルと試算される世界に行く必要がありますので、これも大きな課題だと思います。UHC が心に響かないということですが、アフリカでもアブジャ宣言を受けて国家予算の 15%を保健にあてることにコミットしていますし、どれだけ響くようにするかは、これから国際的な社会での役割ではないかと思っています。

神馬征峰(東京大学大学院 教授)

もしユニバーサル・ヘルス・カバレッジをやらないといけないとしたら、その方法論としては、まずは単独疾患対策、次に母子保健対策のユニバーサル・ヘルス・カバレッジ目指す(あるいは同時進行でもよい)といった段階的なものが現実的と思っています。そのあとに、すべての疾患でのUHCを目指す。このように段階的に進める案は、もうすでに学術誌にも出されています。私としては、UHC を一つのグローバルアジェンダにしようという流れに抵抗できないとしたら、抵抗しながら従っていきたいと思っています、その際に上記の段階的アプローチをとるというやり方があると考えています。

もう一点は、健康の定義を変えるべきじゃないかっていう議論にどう対応するか。この議論は何年もありますが、最近では 2011 年、BMJ でありました。健康の定義が作られた 1948 年と今では状況が違っています。昔は急性疾患が主でしたが、アジアでは6割から8割が生活習慣病が主要疾患です。となると、ある一定の年になると、ほとんどの人が何らかの病気を持っているわけです。そこでコンプリート・フィジカル・ソーシャル・メンタルヘルスという定義をもちだしてしまうと、そんな人も全然いなくなってしまう。健康を目指そうというときに、健康の定義の敷居が高すぎると、そこを超えられず、多くの人は落ち込んでしまうわけです。今、提案されている健康の定義は何かというと、今ある健康状態にいかに適応してうまく管理していけるか。適応能力、自己管理能力。そういうものを健康の定義にしようという動きがあります。このように健康の定義そのものに対する新たな提案がある中で、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジとは何かという疑問を抱いており、これに、どう応えていくかを考えているところです。

石井澄江(JOICEF)

CSO 全体というよりどちらかというと、ジョイセフとしてというところが大きいのですが、きょう一度も使われなかった言葉で、私が絶対に使わなければいけないのは、ジェンダーですね。やはり、女性の視点で保健とか、健康、教育を考えていかないと、決してうまくいかない。先ほどから、健康と教育のインティグレーションということが言われていますが、そこにジェンダーが入ってこないとうまくいかないと思っています。

それから、アドボカシーはものすごく速い勢いで動いていますが、時限的で考えなければいけないものと、いつも自分たちの中で問わなくてはいけないものがあるように思います。アドボカシーはいったん始めると、残念ながらそう簡単に途中で立ち止まってということができないところが

いところではあります。そのためにも、なるべく思ったところで思ったことは表現をしていただくというところがとても大切なのではないかと考えています。

菊地太郎(国際保健機構人間開発部)

JICA に対する叱咤・激励、ありがとうございました。一つだけ申し上げると、UHC というものがあるか悪いか、賛成か反対かはさておいて、UHC というルールを覚えて、国際保健上の議論というゲームに参加しなければ、JICA の実力もアピールできないと思いますので、来るべき機会に備えて、実力を蓄えていきたいと思っています。

明石秀親(国立国際医療研究センター)

私は他の人たちの意見を言うという立場で、Beyond MDGs の発表をしましたが、今日の議論は、個人的にも大変おもしろいと思いました。もともと医療とか保健は公共財という考え方があり、公共財ってことは逆に言えば、本人ではなくて、公的にそれを担保することがある程度求められます。その国が担保せねばならず、その国がどのようにして担保するのかという議論になれば、先ほどのお話でもありましたけども、お金を付けるというのを打ち出してもいいのかな、と感じています。例えば、GDP の何%とか、国家予算の何%を保健につけるというのは、明瞭です。それをどう使うかは各国に任せる。UHC に使ってもいいし、当面それが無理であれば、ユーザーフィー的なものから始めて、とにかくサービスを担保することを指標にしてもいい。あと、貧困者の保護です。それはユーザーフィーでもエグゼクションとかでもできるので、こういう手段もあるのかな、と皆さまの議論をお聞きしました。

それから、ジャンクフードとたばこですが、NCD が問題になってくる中で、重要だと思うのですが、かなり政治的な問題という気がします。JT の例を見ると、日本もかなり抵抗があるのではないかと思います。逆に、栄養みたいな切り口で、低栄養も肥満も扱いつつ、栄養のバランスという意味でジャンクフードも扱いながら、全部は包含できないかもしれないけど、いくつかの課題を包含していくような切り口もありうるのかと感じました。

大変参考になり、おもしろかったので、ぜひ投稿してください。

渡辺学(国際協力機構 人間開発部次長)

本日は、二日目の朝9時からのセッションに、こんなにたくさんの方が集まっていたいただきまして、本当にありがとうございました。昨年の国際保健医療学会で日本からの発信というシンポジウムがあり、フロアから日本はどういうことを発信したらいいのかという質問があり、私が「MDGs などは、こういう学会で考えられたら良いのでは内か」と言ったことがきっかけになり、厚労省、外務省、それから国際医療研究センターを巻き込み、国際保健医療学会で引き取って頂きました。中村先生、本当にありがとうございます。こういうディスカッションとずっとつながってきているということは、素晴らしいと思います。

UHC については議論が深まりましたし、私も理解が深まりました。どんな感覚を皆さんお持ちなのか、理解することができて良かったです。ただ、きょうあまりディスカッションできなかった、神馬

先生がご指摘されたフレームワークについては、やはりまだ決まっておらず、今回はそのことについてのご意見はあまりなかった。今後は、フレームワークについては、どういうふうにしていったらいいのか、指標をどうしたらいいのか、ターゲティングをどうするのか、国内格差をどう考えるのか、非常に重要な課題がいくつも出ていますので、ウェブ上での皆さんからのご意見をお待ちしております。

最後に、JICA に対するおしかりを何人かの先生から受けましたが、昨年の今ごろにも、武見先生から「JICA は宝の持ち腐れだなあ」という話がずっと局長の耳に入ったことがありました。良く伺うと、期待の裏返しというか、ちゃんと持っているものを、きちんと出しなさいということでした。ただ、JICA がどういうところに価値観を持って、何をやってきたのかっていうところは、まだ言葉になっていなくて、言葉にしないと発信できないというところがあります。また、JICA だけで発信はできません。こういった学会との関係を強化しようとしているのには、まさにそういう面がありますので、アカデミアと実務者の共同作業として、ぜひやっていきたいと考えています。今日は本当にありがとうございました。