

第1部 UHC (ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ)

「UHCは『特定疾病対策 vs 保健システム強化』の二項対立を止揚できるか」

山口 それでは第1部の議論から開始したいと思います。第1部 UHC、「UHCは『特定疾病対策 vs 保健システム強化』の二項対立を止揚できるか」という二つテーマがありますが、登壇いただくのは国立国際医療研究センター 国際医療協力局医師である村上仁さま、ジョイセフ代表理事である医師、石井さま、そして司会は動く→動かす事務局長の稲場雅紀さまにお願い致しております。では、これからは司会は稲場さまにお願い致します。

稲場 皆さん、こんにちは。動く→動かすの稲場です、よろしく申し上げます。ユニバーサル・ヘルス・カバレッジは、分かる人には分かる、ただ、保健分野についてあまりご存じないという方には、なかなかキーワードとして分からないところもあるかと思えます。

このシンポジウムのタイトルは「ポスト MDGs を面白くするには！」ということですが、ポスト MDGs については、私も NGO 全体をコーディネートしたり、外務省の皆さんとも、お話し合いを持つという形で進めてきているんですけども、何となく、焦点が合わない。これから15年間、つまり2016年から2030年の15年間を全体として、メインストリーミングするような、非常に大きな課題であるにも関わらず、何となくつまらない感じ、盛り上がりがない感じをずっと感じてきました。

というのは、一つは争点が隠されてしまっているから面白くないんじゃないかというのがあります。つまり、世の中、非常に厳しい状況が生じてきているわけです。いろんな形で、リストラであるとか、貧困化であるとか、高齢化であるとか、そういった課題が山ほど来ている。また、世界的にも非常に格差が広がっているとか、ある種、荒野のような世の中になっている中で、MDGs ポスト2015の議論だけが、荒野の中に美術館を建てて、そしてこの美術館の中で、どれだけきれいな絵を飾ろうかみたいな、そういう感じの競争になっている。しかし、いったん外に出ると、寒風が吹きすさんでいる。そういうような中で、このポスト MDGs の議論が単に、Leave No One Behind であるとか、きれいごとで終わるんじゃないか。だからつまらないんじゃないかというような感じがするわけです。そこでその争点ということをしっかり明らかにしていくということが、ポスト MDGs の議論を面白くすることにつながるんじゃないかということで、きょうの保健の項に関しては、いわゆる『特定疾病対策 vs 保健システム強化』の二項対立を、乗り越えることができるかどうかという、そのものズバリの議論を、ここで提示できればというふうに思っています。つまり、争点をドーンと表に出すということ、そういうことができればいいのかなと思います。

私自身は、もともと、保健分野全体に取り組んできた人間ではなくて、HIV/エイズの問題について、ゲイという当事者の立場から、ずっとやってきた立場の人間です。それが、なぜか NGO コーディネーションをやらなければならないという宿命に立たされて、今は全

然違うことをやっているというのが現状でございます。そういう私としては、UHC と聞きましても、ユニバーサルにヘルスをカバレッジすると、一体、誰のために何をするのかと、それが全く不明確で思えるのです。

2008年のリーマン・ショックがありました。その2008年までは、保健のディスカッションは、MDGsを達成するか、あるいはMDGsを達成した上で、保健システムをもっと強化しなきゃいけない、そのためには革新的資金メカニズムで資金を調達して、それをドーンとつぎ込もうか、などという議論をしていたわけです。ところが、2008年のリーマンショック以降、そういった議論は全然なくなってしまいます。で、その後は、ポリオが大事だとか、NCDが大事だとか、何とかが大事っていうのが半年ごとに変わるという、大変せせこましい議論になってしまった。このせせこましい議論というものを、何とか、克服しなきゃいけないという中で、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジが出てきた。しかし、このユニバーサル・ヘルス・カバレッジとは一体何なのか、全然、見えてこない。そういうような状況の中で、極めて強いフラストレーションを保健分野の活動家、またエイズ・アクティヴィストとして感じてきたのが私でございます。そのような流れの中から、何か新しいことを見いだすことができるのだろうか、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジという名前の中で何か新しいものが出てくるのだろうか、そういうところを率直に聞いていきたいと思っております。

最初に、村上さんのほうから、いわゆるユニバーサル・ヘルス・カバレッジということでは、言われている議論とはどんな議論なのか、ということ、かなり具体的などころも含めてご紹介いただきます。その上で、石井さんのほうから、長らくリプロダクティブ・ヘルス／ライツに取り組まれてきた立場から、このUHCというものについて、どういうふうな見え方があるのかというところを、報告をしていただきます。その上で、パネルディスカッション、そして会場に議論をいただく、というような形にしていきたいと思っておりますので、よろしくお願いします。では、最初に村上さん、お願い致します。

村上 どうぞよろしくお願い致します。NCGMの村上です。このプレゼンではUHCの定義、現在の議論、UHC推進の地域レベルでの実際に見える風景であるとか、サービス側面、費用側面、それからまた稲場さんから提示があったような特定疾病対策と保健システム強化の関係性のモデルであるとか、最終的にUHCとそのような二項対立みたいなものがどのように関わるかというところを提示していきたいと思っております。

UHCの定義ということですが、WHOの定義によれば、全ての人、適切な予防、治療、リハビリ等の保健医療サービスを必要な時に、支払い可能な費用で受けられる状態。非常にざっくりとした定義をされています。目指すものは、一般的には三つあると考えられると思います。一つは、保健医療サービスに、誰もがアクセスできるようにすること。二つ目が、破滅的な医療システム、いわゆる昔よく言ったような結核にかかると、土地も家も全部売り払って薬を買ったとか、あるいは娘が身売りをするとか、そういった形の健康問

題と貧困の悪循環を断ち切るということ。3番目には保健医療機関の平等性の確保であるということ。先進工業国では、UHCを達成している国が多く、米国は今、一生懸命、オバマ・ケアでキャッチアップしようとしています、まだ達成していません。

基本的に、プロトタイプというか、ひな型はいろいろありまして、イギリスのような税による直接給付であるとか、日本のような社会保険方式であるとか、いろいろなひな形があります。これから途上国でこれを展開しようっていうときに、何をお手本にするのかっていうことに関しては、さまざまなオプションがあります。日本では、国民皆保健、そして、サービス側は主に民間セクター、民間の病院とか、診療所の民業の促進行政でこれを達成しているというのが現状です。

あらゆるサービス提供というのは、費用を伴う。これは、皆さん、常識としてお分かりだと思っんですが、保健医療も例外ではありません。実費というのが掛かるわけです。保健医療サービスが住民に対して平等であるためには、第一に、サービス自体、サービスを受給するということが平等でないといけないっていう考えがあると思います。誰もが利用できるということです。それからどんな地域の住民も、あるいはどんなセグメントの住民も利用できるという平等性が担保されなければいけないということです。ただ、サービスには必ず費用が伴うので、その費用の負担をどうするかということがあります。その費用の負担の平等性という点では、貧困者がさらに貧困になってしまう、さっき言ったような病気に掛かると更に貧困に転落してしまうとか、貧困の人はさらに貧困に転落するということが問題になります。同じ収入レベルの人が、例えば沖縄と東京で負担が違うというのは平等ではないです。しかし、もっと難しいのは、高所得の人と低所得の人の間の負担をどういうふうに合理化するかとか、位置づけるかということがあります。基本的には、累進的か逆進的かというのは、税と同じような議論があると思います。

UHCの議論の中で、財政の問題って非常に大きいんですけど、保健医療財政のいろんな方法というのはあります。一番下に受益者負担ってありますが、これが一番、誰にも分かる簡単な方式だと思います。病気に掛かって、医療を受けたら、その医療を受けた実費を、病気に掛かった人が直接払う。これは、一番簡単だし、医療を提供する立場からすると、病院や診療を維持するのに、直接つながるので、一見、良いように思うんですけど、重い病気に掛かった人が、より重い費用負担をするというのは、社会保障概念に完全に反するんです。こういったことを回避するために、いろんなオプションがあります。例えば、税収によって無料診療を担保している国があります。例えば、英国です。あるいは日本の場合は社会保険方式で、これに対処しています。途上国に、今、広がっているもう一つのやり方というのは、エクイティファンドと言いまして、これはカンボジアで始まりました。主に開発パートナーの支援金をプールして、貧困者の医療費の減免に特異的に用いるということです。UHCは、法的な社会保障制度の構築を目指しますが、基本的には二つの所得再配分を目指していると考えられます。一つは、所得が高い人から低い人への再配分で、これは税金とか保険料などを累進的にすることで達成しようとしています。もう一つは、健常

者から疾病疾患の再配分で、これは病気になった人の医療支出を健常者の保険料で、あるいは税金で穴埋めするという形で担保しようとしています。

昨年12月に東京で、世銀のUHCフラッグシップ・コースが開かれて、フラッグシップアプローチというのが提示されました。これを見ると、UHCに限らず、UHCというよりも医療制度全般のことを言っているのかなと思います。財政とか、組織とか、規制とか、Regulationですね。あるいは、Behavior、Behaviorを律するいろんなインセンティブシステムをということだと思えますけれども、そういったものの設計がコントロールノブとして重要だという考え方です。このような側面を調整するには、単に技術論だけではなくて、政策方向性の議論とか、利害関係の政治的な摺り合わせというのは欠かせないわけです。例えば、日本で医療制度の話、あるいは医療報酬の話、財政の話をするときに、例えば、日本医師会とか、そういうロビー団体との調整は欠かせませんし、受益者と医療提供者、病院とかですね、それと保健者である、例えば健保組合とか、そういうとことの利害調整っていうのは、欠かせないわけです。

実際に、途上国の地域レベルで、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジに関連したサービスとか、財政ってどう見えるかなんですけど、サービス側面って、一言で言えば、これはラオスの状況なんですけれども、なかなか厳しいものがあると思っています。ラオスの南部のセコン県というところでやったアセスメントなんですけど、3年検診とか、予防接種とかのカバレッジは、まあまあ取れるんですけど、熟練者による分娩介助っていうのは、全体で20パーセントも取れてないっていうことです。そういう意味では、必要な医療のカバレッジという意味では、もうラオスのこういう地域に関して言えば、ほとんどの人が社会的弱者であるというふうに言って差し支えないと思うんです。もう少しそれを掘り下げてみると、いろんな地域保健の側面があります。例えば、サービス提供メカニズムというところを見ると、意外と、こういう田舎でも民間診療所とか薬局っていうのは、末端レベルまで存在しているにも拘らず、法的医療機関の職員が、時間外に副業でやるということが多いので、後ろめたいものという位置づけで、あまりシステムの一部で規制されたり位置づけられていません。日本では、医療の量を担保するという意味では、もう民間セクターが圧倒的な役割を果たしているので、民間セクターをどういうふうにシステムの中に位置づけるのかっていうのは、死活的な問題です。

村落保健ボランティアとか、あるいは地域内組織、こういったものとのネットワーキングとか、共同というものがなければ地域保健の展開というのは、全くできませんし、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジもできない。これは、現実としてあると思います。

今度は、財政側ですが、ベトナムで1月に医療保険の調査をやったんですが、今、ベトナム全土で、全国民の70パーセント弱が医療保険に参加するようになっています。一番上にあるのが、公務員とか、いわゆる企業で働いている労働者です。この人たちが強制保険でカバーされて、一番下にある農民、自営業とか、インフォーマルセクターが任意保険で加入される。これは日本で、例えば、前者が共済組合とか健保組合でカバーされて、自営

業とか年金生活者とか非正規雇用の方が、国保でというのと似ていますが、ちょっと特徴的だったのは、少数民族とか、貧困者とか、6歳未満児とか、こういったのが保険料の全額、政府全額拠出で強制保険に、要するに割り付けられてしまうというか、要するに強制加入させられているんです。ベトナムはやはり、旧共産圏なので、非常に強権的と言いますが、カバレッジをとるために、税の投入をして、強制的にカバレッジをとりにいっているんです。こういう全体像が見えてきています。必然的に国庫からの投入が増大してしまっていて、今後、少子高齢化による歳入減と、医療費増大による歳出増の中で、制度が維持できるのかというところなんです。

実際、じゃあ、これで医療費減免とか、収入レベルが違う人たちの間の再配分とか、そういったところが、本当にできているのかということですが。上の表が正常分娩で、下の表が帝王切開、これは産婦さんの地域調査ですが、正常分娩に関して見ると、年収が最低の四分位の方から、最高の四分位の方まで、どこのセグメントを見ても、いわゆる妊娠分娩に関わる医療支出というのは、保険に加入すれば、当然低くなるんです。それは当たり前と言えれば当たり前で、当然、医療費抑制効果というのはありますし、ベトナムみたいにどれだけ社会的弱者を強制的にというか、本人たちの同意もなく全部カバーしてしまえば、当然、こういう結果になるのは当たり前です。ただ、さっきのラオスみたいな状況で、じゃあ同じことができるか、ということですが、サービスが受けられないのに、保険に加入してくれるかというのと、これは加入してくれないと思うんです。また、そういった医療費減免の効果が期待できるかというのと、そこら辺は分からないので、今年はラオスで同じような調査をして、どういう手順でやっていくべきなのか、こういうところでは、とにかくサービスのカバレッジを広げるべしという論もあるので、どういった形でやっていくのかなと思っています。

三つ目は、特定疾病対策と保健システム強化。稲場さんの立場は、HIVの特に社会的弱者にフォーカスした事業の実施者だと思うんですけど、一般的に、特定疾病対策というのは、例えばマラリア対策とか、予防接種とか、いろいろあると思うんです。今まではこういったものが、まるで災害現場の緊急援助隊みたいに、自己完結した事業として、その中に全部、ロジも財政も人材育成も全部内包して、サービスシステムとして存在してきたと思うんです。こういったシステム共通の強い基盤、いわゆる保健システム強化がないと、継続性が全くないぞという議論が出てきたわけです。私は、予防接種事業で、ポリオ根絶みたいなことをやってきたんですけども、ポリオは根絶しました、でも保健システムは全然強化されてません、あるいは、人々の健康は大して良くなってません、というのはあったわけです。いろんな批判を受けてきましたし、実際に、そうだと思うんです。作文として、冷蔵庫のシステムが整いましたとか、物流のシステムが整備されましたっていくらでも書けるんですけど、実際にそれが他のサービスに利用されているかといったら、利用されていないわけです。

ところが、今、いろんなこういった、いわゆる縦割り疾病対策事業のグローバル戦略の

中には、必ず保健システム強化というコンポーネントが入るようになっていきます。ですから保健システムと整合性を取ることが規範化してしまっているんです。規範化はしてしまっているんだけど、言うのは簡単だけど、やるのはすごく難しいと思ってるんです。じゃあ、ポリオ根絶の事業を縦割りでボーンとやって、本当にどうやってシステムの根幹のところを強化するんですかって問われたら、よっぽどの設計がなければできないです。ただ、非常に皮肉なことに、この保健システム強化のファンディングは疾病対策から、今、回されているんです。GAVI の HSS とか、GF-HSS とかから回されています。

レトリック上は、疾病対策も、保健システム強化に貢献しているというのは、いくらでも言えるんですけど、実際にはそうではない。このような保健システムの支援にとどまるのではなくて、制度設計の根幹に関わることを強化する必要があるんじゃないかと思えます。例えば、このモデルで言うと人材制度とか、情報制度とか、物流制度とか、要するに保健システム全体を支える機能を強化しなきゃいけない。うちの NCGM の課員もだんだんそういうのに関わるようになってきたんですが、こういったところの、例えば法令整備とか、社会の根源的な制度の強化というのが、事業を支援する以上にとりか、に加えて必要なんじゃないかということがあります。UHC と、こういう特定疾病 vs 保健システムの二律背反とどう係わるかですけど、基本的に UHC の達成というのが、医療制度全体を政策的に、制度的に強化しなきゃいけないので、疾病対策をどんどん強化する先に、UHC が自動的に達成されるものではないと思います。その点で、制度への投資とか、あるいは政策支援とか、技術協力っていうのは不可欠なんだと思います。

ただ、特定の疾病対策っていうのがサービス提供のフロンティアになっていたのは確かなんです。とにかくコミュニティーに出張って行って、いろいろやるっていう意味では非常に強いんです。だから、その強さはやっぱり生かすべきです。例えば、糖尿病とか、高血圧みたいな生活習慣病にせつかく、HIV エイズで **Antiretroviral Therapy**（抗レトロウイルス療法）を継続的にやるっていうインフラを作ったわけですから、それを展開するとか、いろいろ活用するべきだと思います。費用面では、財政の話は、いろいろあったんですが、全て、やはり UHC が進めば解決するという問題では全然ないと思います。例えば、予防とか、健康増進というのは、全然リスクプールが効かないですから、単純な予算配分で推進する以外にないんです。むしろ、治療の部分というのが、リスクプールで財政的リスクを低減できるということです。

最後のスライドですが、UHC と社会的弱者の支援という意味では、UHC というのは米国ではなぜか、なかなか受け入れられないんです。アメリカ社会はなかなかこれを受け入れないんです。西、北欧とか、日本では伝統的な公共政策概念でありますし、社会保障概念があります。この概念は社会的弱者を特段、配慮する概念がないんですが、基本的に全員への便益配分と費用負担の合理化をはかろうとするものです。UHC の議論の中で、特定社会弱者をどう位置づけるか、いろんなスタンドポイントがあると思うんです。普通に考えれば、こういった大枠の政策設計だけで、そういった人たちへのきめ細かい社会支援とかできる

わけがないので、日本でも NGO、NPO などと、政府の協力、協調とか、ネットワーキングが必要なわけです。これは途上国でも全く同じだと思います。ただ、一般的な政策議論の中で HIV 陽性者の便益と、B 型肝炎とか、C 型肝炎の陽性者の便益の間の整合性をどのように取るか、そういった議論は出てくると思います。

現実的な問題として、HIV、TB、マラリアっていうのは、無料診療が当面、グローバルファンドとかのファンドで継続されているんですけど、これを保険の支払い対象とかにするのかとか、その辺は現実的な、政策の選択肢としてすぐ出てくる問題だと思います。時間がないので、以上で失礼いたします。

稲場 はい、ありがとうございます。UHC の大体、全体的な枠組みの話であるとか、そういったところについて、たいへん的確な形で、お話をいただきました。ありがとうございます。そうしましたら次に、石井さんのほうからお願い致します。

石井 ジョイセフの石井と申します。今、村上さんが非常に専門的な見地で、医療専門家としての知見と、フィールドの調査の結果も駆使し、UHC について大変良い説明をしてくださいました。私は、市民社会として長く予防という分野で活動してきた立場から、政策論的とは少し異なった形で、運動論的な立場で UHC ということをお話したいと思います。これからというより過去にどうだったかということをお話することでご理解いただこうと思います。私たちが今、推進しているリプロダクティブ・ヘルスという言葉は、当初、2000 年から 2001 年に設定されたミレニアム開発目標の中にはありませんでした。妊産婦の健康の改善が開発目標の 5 で、我々が最も深くかかわっている目標ですが、その目標にリプロダクティブ・ヘルスという言葉は一切入ってきませんでした。その当時 2000 年から 2002 年ぐらいまで私はベトナムの田舎でプロジェクトに従事しておりましたので、残念ながらグローバルな動きに全く付いていけずに、そのような結果になった理由は後から聞きました。いろいろな政治的状況、グローバルな保守的な動き、単純に言えばアメリカの大統領がブッシュ大統領だったとか、リプロダクティブ・ヘルスを推進している UN 専門組織である UNFPA の事務局長がちょうど交代時期であったとか、いろいろな理由が挙げられています。

MDGs の設定に当たっては、ミレニアムサミットを行い、その宣言文と、その前、20 世紀に開催された国連の大きな会議の成果を反映させたと聞いています。リプロダクティブ・ヘルスに関しては、1994 年にエジプトのカイロで国連人口開発会議が開催され、リプロダクティブ・ヘルス/ライツが行動計画の中心概念として位置付けられ、人口の数からひとりの人間へと大きな考え方の転換がなされました。にも拘らず、リプロダクティブ・ヘルス/ライツだけが MDGs に入らなかった。その結果、何が起こったかと言うと、MDGs が推進されてから、その新しくリプロダクティブ・ヘルスが MDGs の 5 にターゲット 5b として入るまでの間に、グローバルな資金の流れが極端に減りました。そういう危機感を持ってい

る人間が、先ほどのお題の一番中心部分である特定疾患別の、いわゆるバーティカルなプログラムと、UHC というホリゾンタル（横縦的）なプログラムは、うまくいってるのかと問われたときに、また、UHC がすべてを解決できるかと問われると、なかなか、「はい、そうです」とは言えない部分も出てきます。そのためポスト 2015 の今のオープン・ワーキング・グループとか、国連の MDGs のプロセスにおいても、リプロダクティブ・ヘルスの専門家や、CSO の声は、かなり大きかったと思いますが、その声の背景には、今ご説明した、MDGs の設定時のトラウマがあったということが言えます。

同じように、私から司会役の稲場さんに振って、エイズ・アクティヴィストとして、このお題について、どう考えるかをちょっと教えていただきたいなと思っています。

稲場 はい。ありがとうございます。エイズというのは、一般的には、2000 年以降の MDGs の時代において、課題別対策が重視され、特に感染症がフォーカスされたということで、得をした集団だと思われているんです。ある程度、お金が流れたことは事実だし、またそのお金の流れが、実際に、財政が厳しい途上国の中で、保健予算のかかなりの部分を占めました。例えば、世界エイズ・結核・マラリア対策基金（世界基金）などの資金で、ドーンといったということで、逆に、保健システムの強化と逆行したというようなことも言われているわけです。

実際にそういうようなことが起こったことも事実です。しかし、その部分を、エイズ・アクティヴィストとか、エイズ関係者がガバッと取って、実際にエイズっていうのが、本当にそんなに得をしたのかということを言いますと、ここは、なかなか難しいところです。基本的には、エイズの問題で言うと、そもそも 90 年代においては、例えば 91 年の段階では、世界全体、途上国全体で、800 万人しか HIV 陽性者は居なかったわけです。これが 99 年になると 2800 万人に 3 倍増になるんです。この 3 倍増に対して、90 年代にどれだけ HIV エイズに投資されたかと言うと、せいぜい 1.5 倍ぐらいに増えただけなんです。対策への投資が不十分だった。これが、実際にエイズ危機というものを生み出したわけです。実際に平均寿命が、アフリカの国々の中には、40 代以下になったりとか、あるいは、大人の 5 人に 1 人は感染しているという、緊急対策が必要な状態になりました。

とにかくこれをやらないと、南部アフリカは壊滅してしまうという状況になって、世界はようやく重い腰を上げた。重い腰を上げた途端に、お金は、ガーンと上がるんですね。これは非常に興味深いことで、今まで無視していたのが、急にみんながやるという話になって、合意ができた途端に、ガーンと上がるわけです。つまり、世界基金ができて、アメリカ大統領のエイズ救済緊急計画ができて、投資の額がガバガバッと上がる。2007 年には 1 兆円になる。じゃあ、今まで全然、恵まれてなかったところが、実際に恵まれたかというところではなくて、そもそも多少お金が流れているところに、たくさん流れるようになったというだけの話です。ですから、そういう意味で、本当にお金が必要な現場に流れたか、それはまた別問題だし、また流れ方として、どうだったのか、つまり、機関を適切にお金

でちゃんといけるようないい流れ方をしたかということ、そうではない。

例えば、アジア地域において、いくつかの問題が起こっているのは、実際に英語でプロポーザルが書ける国際 NGO のような団体や、あるいは英語でプロポーザルが書けるオーストラリア人、アメリカ人というようなライターが来て、ガバガバとお金を持って行くというような構造の中で、現場にお金が十分落ちたかということ、それまたそうじゃないというような構造の中で、いわゆる国際的にお金が流れるべきところに、既存の構造のままに流れたということでもあります。

実際に、エイズアクティビストが得をしたとか、もうかったかどうかということ、もちろん、もうかった人たちもたくさん居ます。ただ、実際に、本当に厳しい状況の人たちに、ちゃんと流れているのか、また、その人たちが、例えば、何年間ののちに、ちゃんと自立していけるような流れ方をしているのかということ、これは全然違うということです。だからこそ逆に、このポスト MDGs の費用の中で、感染症にお金が流れ過ぎだろうというような議論に対しては、「いや、そんなことはありません」としか言いようがないというのが、私の立場です。

石井 はい、ありがとうございます。ということで、何を申し上げたかったかと言うと、日本人にとって、UHC というのは、比較的受け入れやすい概念だと思います。私が大変驚いたのは、昨年、ポスト 2015 のアドボカシーをしながら、海外の NGO から「日本の NGO は、UHC に対して、賛成なのか、反対なのか？」と一番最初に聞かれた事です。賛成か反対かと聞かれたこと自身に、ちょっと違和感がありました。日本の保健関連の NGO の中で、今まで、UHC をポスト 2015 のゴールにすることについて、何らかの討議を行っただろうかと考えたら、しないままで、「あ、そうですか」と、そのまま受け入れている。それは、日本の中で、先ほど村上さんがおっしゃったように、1961 年以降、皆保険政策が行きわたり、社会保障政策が行きわたっているがゆえに、自分たちの実感として、違和感がなく概念としてもスムーズに受け入れられたということだと思います。

ただ、他の国は、必ずしもそうではありません。今、この UHC については、世銀、WHO、政府としては、日本とか、フランスとか、またはロックフェラー財団というようところが、かなり UHC という概念を進めています。今週の世界保健機関 (WHO) の総会時に、世銀と WHO が UHC に関して新しくモニタリング指標の修正版を出しました。まず、私が見るところは、ゴールとかターゲットに、自分達の活動を表す言葉が出てくるかな、というところですね。「あ、Family Planning が入った。これはいいか。それから、Skilled birth attendant の表記も入った。これはいいか。」というように、必ず、そちらを見てしまう。ですから、UHC にということは、概念的に、分かりつつもやはり、そう簡単には、なかなか自分たちの日常やっている枠から、外に出て、全ては UHC のためという形での、アドボカシーは、なかなかしにくいということが一つ言えると思います。

市民社会にとって、これから UHC を含め、ガバナンスという問題が大きく出てくるとき

に、われわれはどのぐらい、政府のガバナンスに対して、提言できるか、または、ウォッチドッグの役割を持続的に果たせるだけのキャパがあるだろうかということは、自問しなければいけない問題だと思います。先ほど、村上さんもおっしゃった、昨年12月に日本と世銀が、共同研究で閣僚級会合が開かれたときに、政策メッセージというのが、5つありました。一つは政治的リーダーシップと、長期のコミットメント。それから財源の再配分と、医療システム、アクセス両面の世帯間格差の是正。それから3番目が財源の確保と支出増加のバランスをとる。それから4番目が、保健人材の強化。最後は、一番最初に仲佐さんがおっしゃった、PHC、プライマリーヘルスケアの投資ということだったと思います。

残念ながら、市民社会との関わりというところは、全く出てきません。これからはなければいけないことというのは、そのサービスを受ける側としても、または、提言をしていく側としても、自分たちのアカウンタビリティを、どうやって増やしていかれるかということが、大きな課題だと思います。先ほどの答えは、われわれ3人で、「これ答えなくていいんですよね？」っていうのが、共通の認識なんです。「止揚できるか?」「答えはない。」というところです。

稲場 はい、ありがとうございます。それでは、私のほうから質問を二つしたいと思います。一つは、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジという場合、先ほど、村上先生がおっしゃった所得の再配分、それによって貧困層が、アクセスを容易にするという側面があったんですけども、そこには二つあるんです。つまり、富裕層のほうの話と、貧困層の話、二つあるんです。富裕層の話というのは、結構、重要なポイントでございまして、多くの国々で起こっています。村上さんのプレゼンは、ベトナム社会主義共和国という国と、ラオス民主人民共和国という、これまた社会主義の国で、この二つがテーマになっているわけですが。世の中の、こうした社会主義的ではない国々の多く、途上国の中でも、別のタイプの国が多いわけですが、富裕層は、よりよいレベルの医療を求めて、お金を大量に払ってもいいからということで民間の医療のほうにどんどん流れていく。その結果として、公的医療が質的に成立しなくなった。公的医療が質的に成立しなくなると、貧乏な人たちがそこに行かなくなる。公的医療というのが、そこに関わっている人たちが、底に流れている金に手をだし、食いつぶしていくための、ほとんど虫食い状態のシステムに成り果ててしまった。こういうことがよく起こる。アフリカの幾つかの国などでは、まさにそういうような状況になっている。そういうような形で、まず、上の方にいる人たち、富裕層が退出し、その結果、システムにお金がまわらなくなる、その結果、サービスが提供できなくなって、今度は下が退出する。で、そこに関わっている連中が、そこを流れている金に手を出して飯を食っていくためのものになる。こういうことが、ずーっと繰り返される。これをどのように防ぐのかということが、非常に重要なポイントだと思います。ここに関して、どういう形で、そういう上と下の退出を防ぎ、そこを豊かなものにしていくのか？公共の医療、保健というサービスを豊かなものにしていく、その道筋は、どのよ

うに今、作ろうとしているのか？その辺りについて、ちょっと村上さんにお伺いしたい。

村上 ありがとうございます。非常に難しい課題だと思います。端的には、一番重要なファクターは多分、民間の医療保険、インシュランスですね、それを許すのかどうか。多くの面ではもう許されてしまっている。特に、自由主義圏の国では、許されてしまっているかと思うんです。社会主義の国では、例えば、ベトナムなどでは、まだ民間の医療保険の参入を許可していません。そうすると、財政システムの点では、富裕層含めて、全取りということはできるわけです。いったん、民間の医療サービスとか、医療保険に流れてしまった場合は、それをネーション・ワイドな制度の中に再取り込みしなきゃいけないわけですから、それは、かなりポリティカルにハードなことだと思います。それに向けてやっていかざるを得ない。というのは、要するに、高所得者がエスケープできるシステムになると、再配分が効かなくなっちゃいますので、UHC っていうものの大義名分がなくなってしまうと思います。

稲場 そうですね。だからこそ、逆に言うと、政府のリーダーシップであるとか、あるいは「これをとにかくやるんだ」という、そういう意味での強い力、あともう一つは、基本的に政府に対する信頼というものが、かなりないと実現しにくいという、そういうところもあるのかなと思います。今のような話を聞いていく中で、この UHC というものを実現するためには、やはり公共医療のサービスをいかに中身としてある程度いいものにするのか、そこにどうやってお金を流していくのが問題だと思います。実際に、非常に難しいプロセスだと思います。この辺りに関して、逆に、個別疾病対策、例えば、セクシャル・リプロダクティブ・ヘルスっていうのは、一方で女性全体に関わっていることですので、そういう意味合いで、個別疾病対策が、そういった UHC に向けて流れていくような出口というのが果たして見いだせるのかどうかというあたり、これは村上先生の最後のほうのプレゼンのペーパーにもあるかと思うんですけども、そこら辺について、何か石井さんのほうから一言あればお願い致します。

石井 世銀のキム総裁が、去年の WHO の総会の際に、特定疾病対策を使って従来の保健システムを強化した国の成功例というのをあげていました。そのときには、メキシコとか、ルワンダがあがっていました。日本政府が世銀と協力してやっている研究報告、それから世銀自身が行っている研究報告の中で、多分、一番、基本に言われているのは、「答えは1つではない。やり方も、いろんな方法がある。ただ、なるべく多くの国の調査結果を提供し、これから UHC を入れようとする国に対して、経験値を活かし、支援をしていく」というところだと思います。私は、リプロダクティブ・ヘルスというか、特に母子保健というのは、治療と予防と両方が、ちょうど混ざりあうところであると思っています。日本は戦後、感染症が終わった後、保健システムの強化を図るときに使ったのが母子保健でし

た。そういう意味では、母子保健というものは、今後のユニバーサル・ヘルス・カバレッジに向けて、保健システムを強化するときの、一つの大きな柱になる得るというふうには、個人的に思っています。

稲場 はい、ありがとうございます。母子保健というものを、いわゆる個別疾病対策と、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジの、カタリスト的な役割として位置づけるというような方法があるんじゃないかというようなお話だったかと思います。

最後に、ぜひ会場から質問あるいはコメントを投げてくださいたいと思います。まず、二人の方。後ろの人に、お願いします。

山形 どうもありがとうございました。アジア経済研究所の山形と申します。恐らくは、村上先生へのご質問になるかと思います。本日のテーマ『特定疾病対策 vs 保健システム強化』ということで、私の理解では、保健システム強化のほうに一定程度重きがあるところを、われわれ日本がどういう協力をしていけるかというのが、一つのポイントになるかと思っています。私が直感的に思いましたのに、保健システム強化ということになりますと、ドナー間の分担はしにくく、いわゆるバスケットファンドですとか、そういったような援助協調の必要性が以前より高まり、それが現場レベルで、日本側の保健系の現在のチーム、ベトナムとか、ラオスのお話が出ましたけれども、アフリカですとか、そういうところで、どれだけ保健システム強化のほうに舵をきれるか？人材リソースの問題もあるかと思いませんし、あるいはもっと、このバスケットファンドのほうに入れるべきだという考えにもなり得るかと思うんです。そこで、質問の趣旨と致しましては、保健システムの強化のほうに動いた場合に、どんな展開があり得るかということのイメージを教えていただければと思います。

稲場 ありがとうございます。保健システム、日本の援助の展開がどうなるかということですね。はい、ありがとうございます。お願いします。

近藤 UNDP の近藤と申します。先ほど、石井理事のお話に対して、稲場事務局長のお話の中で、HIV を例にあげれば、供給すべきサービスは何とか確保されるけれども、実際にシステムを運用することによって、お金の流れが、しかるべき流れとなっていないというところに問題があるというお話がありました。私も途上国で開発に携わっていたので非常に強く感じる場所があります。そして、これは村上先生にお伺いしたいのですが、サービスの供給のシステムと、サービス自体の内容を特定することについては、技術協力できると思うんですけども、他方で、実際のサービスプロバイダー、彼らの人材育成をどうするか？それからクオリティーをどう高めていくかということについて、この特定疾病、あるいは保健システム強化というところで、どのように考えていったらいいでしょうか。

稲場 はい、ありがとうございます。それでは、二つとも村上さんへのご質問であるかと思しますので、よろしくお願いします。

村上 ありがとうございます。初めのご質問で、システム強化をドナー間でどういうふうに分担するか、あるいは援助協調のフレームワークの中で、どのように位置づけるかですけども、ラオスで、今、日本の JICA が、援助協調をまさに支援するということをやっています。私たちの同僚もそれに関わっています。一つの議論としては、やはりおっしゃるように、システム共通的な、キャパシティービルディングにドナー支援がしにくい。つまり、ドナー支援となると、どうしても分断化してしまうので、やりにくい。システムコモンの部分は、レシピエント・カントリーの財源でやるのが合理的なんじゃないか。むしろそれに関連した技術協力、いわゆるテクニカルアシスタントの部分をドナーで分担してやるというような議論がされていると聞いています。おっしゃるように、この部分は非常に、そこら辺の配慮が必要なところだと思います。ドナーは一般的な Behavior というか、Attitude として、「1 ドル入れたら、1 ドル分のアウトプットがないと議会に説明できないよ」というのがあるので、システムというのは、すごく説明しにくいんです。そこで、やはり、その辺のマインドセットの変革というのは必要だと思います。

もう一つは、結局、システムコモンの部分です。法令であったり、制度だったり、国の有り体そのものなので、それを外国の専門家が指導できるかということです。結局、ポリティカルプロセスに行きつくときもあります。どういう国家観とか、どういう社会正義の定義かということになると、やはりその国の人にしか決められないポリティカルな事情があるというところがあります。結局、ドナーがどこまで手を突っ込めるのかということも、やっぱり Sensitivity が出てくると思います。

もう一つのご質問はサービスプロバイダーの強化ですね。サービスそのものの強化となると、確かに今言ったような理由で非常にやりやすいし、ドナーにとってインセンティブはあるんです。プロバイダーの強化という意味で、うちのセンターでハウスマデルというのは提唱してるんですけども、基本的には人材を育成し、配置し、定着させる。そのそれぞれのプロセスにアレンジメントが必要で、それが難しい。たくさん育成したけれども、全く定着しないとか、たくさん育成したけれども、全部、首都に集まっちゃって、全く僻地定着がないとか、いろんな問題があるんです。それを支える、例えば、法令の問題とか、規制の問題とか、いろいろと家の土台になるものをやらなきゃいけないし、家の柱の部分である育成、配置、定着のそれぞれに配慮しないとできないということで、非常に難しい課題だと感じています。簡単に、ちょっと答えはないです。すいません。

稲場 はい、ありがとうございます。あとご質問 1 問ぐらいあれば、はい、ではお願いします。

佐藤 ありがとうございます。アジア経済研究所の佐藤と申します。今、このユニバーサル・ヘルス・カバレッジの話と、それからバーティカルな話をされているけれど、大きなMDGsの中で考えると、保健の中の主導権争いだと感じます。そうすると、この問題と保健以外の分野のMDGsとの関係はどうなのかということについてお伺いしたいと思います。特に、コミュニティーについて言えば、私は保健システム強化が、保健以外の部分に裨益する部分があると思うのですが、その辺について、どういうふうにお考えでしょうか。

稲場 では、お二人に。まず、村上さんから。

村上 はい。私も非常に経験少ないんですけど、意外と保健セクターの人間は、例えば村落開発とか、クロス・セクトラルのスペースでそれを考える能力が欠けてると思うんです。例外的に、最近、インドネシアのJICAプロジェクトを訪問して、地域の行財政制度の流れの中に、それを結びこもうということがありました。これも、専門家の方は全員ノンメディカルなんです。行政の専門家は、それはできるんですけど。メディカルとか、ヘルスのセグメントの人は、それは非常に苦手だというふうに感じています。私も含めてですが。

石井 MGOの立場から言うと、やはりコミュニティーの自立というところが、まず一番先になります。どうやっても、上から流れてくるお金と言いますか、自分たちのお金だけではできないところを、コミュニティー自身が、参加することによって、継続する。これは必須です。継続性を考えるためには、まずどうやったらコミュニティーが、持続的発展的なものにできるかということ、考えながら、システムの制度設計をします。そこはおっしゃる通り、NGOでコミュニティーレベルの仕事をするところは、織り込み済みであると私たちは思っています。

それから、先程の保健のヘルスワーカーのところの一つコメントしてもいいですか。

稲場 はい、どうぞ。

石井 私が、もう一つ感じているのは、実際には、エクイティーな問題かもしれませんが、どんなにサービスアウトレッツがあって、そこに人材を派遣しても、最終的に行きわたるものがないと、それは駄目だということです。ここが一番重要なことで、「医者に診てもらった。だけど薬はない。だから外へ行って買ってこい。」これでは、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジじゃないと思います。意外と、この物の部分、サプライの部分というのは無視されがちで、そこまでがピシッと見られるということが重要だと思います。同時に、ここで多分難しいのは、薬のコントロールを国の中で、ある程度、していかなければいけないという大きなチャレンジがあります。しかし、やはりそこが下までちゃんと行き渡る

ということが、極めて重要なのではないかと思います。

稲場 はい、ありがとうございます。コミュニティの話ですが、そのコミュニティ・エンパワメントの部分が、UHCにおいても、やはり重要で、そこがない限りは失敗すると思います。先ほど言いましたけれども、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジは、そもそも強い政治的なリーダーシップがなければできないんです。強い政治的リーダーシップは、本来、どこに由来するのかといえば、これは当然、国民なり、あるいはそこに住んでいる人の強い意志、というところになります。それをいわゆる保健専門家だけで作れるわけがない。そういう意味であれば、有権者、あるいは有権者という形で抽象的に語るというよりは、むしろコミュニティのレベルで、自分たちの保健というものを、どういうふうに定義していくのかっていう、そこの運動、モビライゼーションっていうものがない限り、非常に難しい。これに関して、例えば、90年代や、2000年代の初頭において、エイズ・アクティビズムというのは、個別疾病という文脈の中である程度これを実現したわけです。これをより広げて、そして自分たちの保健を自分たちで作るんだという意識、そういうようなコミュニティの意識と、それをベースにした政治的なリーダーシップ、これを確立することによって、初めて、UHC というものが、実現できるわけです。そういうような、まさに、ムーブメントベースの UHC というものが、やはり現状で望まれるんじゃないかなというふうに思います。どうもありがとうございました。

(第1部／了)