

## Beyond MDGs Japan 勉強会シリーズ第1弾「UHC」

－SDGs採択に向け、UHCを問い直す：

グローバルアジェンダとしてのUHCと市民社会から見たUHC－

### 第2部 討議

司会：村上仁氏<国立国際医療研究センター 国際医療協力局 医師>

ここから先は討論に入りたいと思います。はじめに、プレゼンに対する質問を受けたいと思います。杉下先生、田中先生のプレゼンの中で、このところをもう少し事実関係を教えてくださいとか、あるいはここが分かりませんでしたというようなところで、事実関係に関するご質問ありますでしょうか。その後は、役者がたくさん来られてますんで論点をどんどん出していただいて、議論していきたいと思います。

**サカモト** 都内で内科医をしています、サカモトといいます。きょうは、貴重なお話どうもありがとうございました。2点質問があるんですけど、一つ、WHO以外の大型のドナーとかアクターがUHCをどういうふうに捉えているのかを、もう少し教えていただければと思います。WHOがやりたいと言っても、お金がないと始まらないと思うんですけど、例えば、ゲイツファンデーションのような大型の資金を持っているような所とかが、どれぐらいUHCに乗り気なのかというところ。もう一つ目の質問が、今の日本政府がやろうとしていることに医療の国際展開というのがあって、一つその国際的な流れでかなり大きな話題を呼んでいると思うんですけど、そのUHCを推進していくという観点から、日本政府が今やろうとしている医療の国際展開というのを、どういうふうに見られているかというのを教えていただければと思います。

**杉下** サカモトさん、ありがとうございます。大手、特にゲイツファンデーションというのは非常に今、保健プレイヤーの中でGH6とか言ったりしますが、大きなプレイヤーですよね。実は、ゲイツファンデーションはこれまでの議論でUHCに反対でした。ずっと。今でも反対みたいです。全体としてはです。でも、今、WHOと世界銀行に押し切られる形でUHCを認めつつも、現在うわさではさっき言ったGlobal Financing Facility for Every Woman and Every Childというアジェンダに拠出することも、7月の開発資金会議でプレッジするといううわさを聞いてます。ということはその母子保健等に、これまでゲイツというのは明確な目標の下に、プロダクトを含む革新的な取り組みに対してお金出してたんですね。

ただ、GAVIをのみ込もうとするような、GAVIというのは世界ワクチン基金なんですけども。GAVIの拠出は6割近くはゲイツファンデーションがお金出してます。ということは、そういうワクチンであるとかいろんなイノベーションは、最終的に女性の健康、子どもの

健康、そして脆弱層への健康確保ということで。今、このグローバルファイナンスファシリティへの拠出をめぐる、彼らもオッケーをしようというディスカッションをしています。そういった意味では、大きな所も今この UHC が SDGs になるんだったら、もう腹を決めてちゃんとやってこうというふうに、随分 1 年ぐらいで話が変わってきたような気がします。同時に、世界の NGO、NPO、大手ですね。ワールド・ビジョンとかプランをはじめとする、セーブ、オックスファム等々は今、コンソーシアムを形成して、UHC を推進するための UHC デーというのを 12 月 12 日に制定して、それをサポートする形で去年から動いています。そういった意味じゃあ、NGO、NPO 等々も今、UHC アジェンダをどう推進していくかというところで。今回、Beyond MDGs Japan のほうですね。特に田中さんはじめとして、日本アフリカ協議会等々が今頑張ってるのもその一部の動きだというふうに思っています。国際的動きを、日本のコンソーシアムでもキャッチしてるということになると思います。

もう一点、実は医療の国際推進という中で科学技術のみならず日本の医療機器、薬品等々の R&D、開発資金等の新しい製品開発というところが今、話題になってます。アベノミクスの中の一つの矢の、一種として日本政府はこの海外展開をしようとしています。そのために、GHIT と言われるような、新しい革新的な取り組みやプロダクトの製造を通して支援してこうとか、メディカル・エクセレンス・ジャパンというような、経産省と外務省等が護送船団みたいなものをつくって、日本の医療機器展開を特にアジアを中心にやっていきたいと思いますという話が進んでます。

そこで一番課題になってて問題になってるのは、グローバル・パブリック・グッズというものは何なのかという議論です。例えば、日本の製薬会社が自分によかれと思って、製品を最初から開発して開発資金を随分つぎ込んで、作った製品が少なくともアフォーダブルなプライスにならないわけですよ。途上国にとっては。バイヤーとしては、当然途上国の人たちが買えない、先進国が対象になる開発しかお金が付かないんです。その中で最もイノベティブな開発資金、R&D の一例として、世界髄膜炎プロジェクトというのがありました。つい数年前まで。これは、WHO がモデレーターとなってインドのシプラという製薬会社と、ゲイツファンデーションが一緒の開発をして。髄膜炎研究金のワクチン開発を、最初からグローバル・パブリック・グッズのプライスでやるために、国際的な資金を出したんですね。

要は、プライベートセクターに対してグローバルなお金が注入されることで、最初からアフォーダブルなプライスにすることに成功したんです。これが呼び水になって GHIT につながっていったんですけども。今の製品開発で一番考えなきゃいけないのは、そもそも誰のための薬で誰のための機器なのかということなんですね。さっき言ったマーケットフォースの中で製品開発してけば、どんどんコストエクスカレーションして最終的にエクイティといふかな、脆弱層が買えなくなっちゃうんじゃあ UHC 時代じゃ駄目なわけですよ。UHC 時代の製品開発は、少なくともマーケットの対抗をしながら、どうやって新しいアフォーダブルな R&D を進めるかというのが今の最も大きな関心事です。

2013年12月に、「Global Health 2035」という論文が、ランセットにシリーズでコミッションが立ち上がって出てます。この論文は、とてもエポックメイキングな論文で、今のグローバルアジェンダを引っ張ってると思います。書いたのは元ハーバードの学長だったし、アメリカの財務長官だったローレンス・サマーズとディミー・ジェイミソン、世銀のチーフエコノミストが書いた、もともと1995年に健康への投資ということを初めて世界銀行で言った2人です。これが今回20年たって2015年、さらに20年後の2035年を見渡したときに何をすべきかということが書かれています。そこでR&Dに関してこう書いています。われわれ国際社会がやることというのは、これまではカントリーフェーラーをやったと書いてるんですよ。カントリーができなかったことを一生懸命やろうとして、私たちが餓いならしてむしろデペンデンシーを生んできてしまったと。もう論破してますね。

やるべきは、Most Fragile County に関して、最も脆弱な国に関して人道的見地からやる必要が出ます。でも、低中所得国を中心として必要とされる、もしくは自国で賄えるエッセンシャルサービスさえも、国際的にやっちゃったんじゃないかって批判もあるんですね。何をやるべきかは、これからはマーケットフェーラーをやらなきゃいけないと書いてるんですよ。つまり、関税だとかさっき言った研究開発資金だとかがとてつもない薬のプライスを上げてきたりとか、そもそも自分たちの経済圏の中で、うまく動かすようにマーケットフォースをうまく誘導してきたのに対して、国際社会はやっぱり、HIV エイズの薬をめぐる戦争を思い出すんですけども。こういうことをやってかない限り、途上国はいくらお金があっても最終的にお金を先進国に対して払い続けなきゃいけないという提言してるんですね。これからの私たちの、特にODAの方向性というのはカントリーフェーラーからマーケットフェーラーをやるべきだというふうに書いてます。そういうふうにも僕らも今、JICAの中でアドボカシーをしていて。やっぱりそういうことをやっていくことが、僕らの新しい責任が2015年だというふう考えてますね。

**村上** 日本の海外展開については、わが国立国際医療研究センターでも、ものすごく身につまされて関わらされていますね。結局のところ、われわれにとっての課題は日本の納税者に対する便益と、外の途上国の納税者というか、納税者じゃないかもしれませんが、国民の便益をどういうふうにバランスしなきゃいけないかと。医療の国際展開は部分的には外交戦略ですし、部分的には経済成長戦略です。それを国際公共財にどうつなげるかというところで、必須条件みたいなのを提示する必要があるんじゃないかというふうに個人的には考えます。例えば、安全性とか便益配分の公正性とか、いくつかの条件をわれわれ国際保健の専門家から出していくべきじゃないでしょうか。

神戸フロンティアメディカルセンターの移植手術で、インドネシアで受けた方全員死亡してます。ああいった事例というのは一番困る。外交的にも困るし、成長戦略としても困ります。われわれとしてもそこら辺は、公共政策って必ず異なる公共便益を追いかけるのですり合わせが必要なんですけど、保健医療のバリューからきちんと言うべきことを言って

いくべきではないかなというふうに、個人的には思います。

初めの質問がかなりヘビーな質問だったので、もうかなりファンダメンタルな論点に入ってしまったのですが、あとはフロアオープンしますので、どんどん論点を出していただけますでしょうか。杉下さんのプレゼンはグローバルアジェンダと今の話でもあったようにステートパーティとかマーケットの関係ですね。田中さんのお話というのは市民社会や利用者の立場と、部分的にはステートパーティの働きとのすり合わせというか、接点のところが見えてきました。皆さんのほうから論点があれば、どんどん出していただけますでしょうか。

**宮野** 発表、ありがとうございました。国立国際医療研究センターの宮野と申します。今、杉下先生のほうからカントリーフェイラーという話が出ましたが、やっぱりそこって一番大きい、本当にファンダメンタルな問題だと思っています。グローバルアジェンダとしてどんなにUHCが動いても、やはりその国、そしてローカルのオーナーシップがない限りは、結局UHCを実現するというのは無理だなというのは多分みんな感じているところだと思います。

その一つの根源に、先ほどもお話あったファンドがそこに付くということでオーナーシップが脆弱化するという現象があります。ファンドを受ける政府も、そこから資金を受けるNGOもファンドが付くことでそれらの多くが人件費に利用されたり、そこで不正流用が発生したりすることがありますよね。今までのグローバルファンドにしてもさっきのGAVIにしてもいろんな所でこのような状況が見えていると。そんな中で、また新たなグローバルなファンドをそういう所に付けようと動きが来るということを先ほどの話でも出ていたけど、その辺のファンドの在り方と、UHCというグローバルアジェンダの在り方と進め方みたいところは、何かNGOレベルでもグローバルレベルな話があるかどうかと知りたいところです。

**田中** 私は、NGOのファンドのことは分からないので、稲場さんにお答えいただきたいと思います。去年、世界銀行が発行した『ユニバーサル・ヘルス・カバレッジー日本からの教訓』という資料を皆さんの多くは読んでらっしゃると思いますが、私にとって一番興味深かったのは、第1章です。日本の医療制度がつくられていたときの政治の特殊性について書かれています。政治的背景の分析がすごく面白いですが、それを読んだ後、状況が異なるネパールではやっぱりできないなと思ってしまいました。

政治的コミットメントというものが、制度構築をやり遂げるまで続く国がどれくらいあるかと考えたときに、脆弱国家でなかったとしても、ここまで特殊な政治背景がある国があるかと思うと、この本は興味深いですが、他の国にアプリカブルか言われたときに、第1章を読んで、引いてしまうんじゃないかと思いました。そうじゃない国もあるよといった情報があったら、ぜひ教えていただきたいと思います。

杉下 今、田中さんもおっしゃられたように、国のレジティマシーがどこにあるべきかというところが、今、2015年以降のポスト2015年の開発アジェンダの中で一番議論がされてるところだと思います。実はこれまで、責任国家といわれるものがちゃんと問われてこなかった。そのモニタリングもインディケーターもなかったということですね。責任国家って何なんですかということなんですけど、国民の基本的な人権とサービスを保証すると。さらには、その国内の所得の再分配をちゃんとやらなければいけない。そこに対して日本は、このUHCの世銀日本共同レポートの中でも、わずかGDPが4000ドルのときに皆保健を達成したということになってます。そういった意味では、その国の政治的ウィルが政権が何であれ、どうやって国民の声を反映していくかというときに、国際社会が声を上げてUHCを達成しなきゃ駄目じゃないかということ、一つの武器に今しようというのがUHCというアジェンダの大きなときです。

逆に、サービスを伸ばしなさいというと南北問題にすり替わってしまって、これまで私たちは虐げられたから、先進国がサービスをやるのは当然じゃないですかって議論になるんですけど。先ほどの『Global Health 2035』の論文の中で一番書いてあるのは、これから中進国になっていく、特にインドとか中国という国が、自国のサービスを自分たちで賄えるようなことをちゃんと考えてるんですかということなんです。これをやらなければ、ずっと国として不十分な国なんじゃないですかという提案です。ということは、UHCということ強く言えば言うほど、国はいかに自国の総予算のうち保険の割合を、今2パーセント、3パーセントしか払ってないのを8にして10にして、最終的に15にしなきゃいけないとなるわけですね。これが、アフリカの諸国はHIVエイズ対策資金を含めて15パーセント増やしましょうという、アブジャ宣言と同じことになるわけです。

今回出たトラッキングUHCの本を見ると、世界地図が出てきてどこが15パーセント超えてどこが5パーセントで、どこが5パーセント以下とちゃんと色分けされてます。先進国は、少なくともアメリカに至っては30パーセント近く、20数パーセント国家予算を保健に使ってます。日本でさえも14パーセントぐらいですかね。実は、先進国はたくさん保健に予算使ってる国なんです。それだけ責任を果たしてるんです。対して、途上国はコラプションだ、兵器を買ったりとか軍事だ、いろんなところにお金をミスユースしてしまったがために、自国の健康の予算を5パーセント、7パーセントぐらいで止まっています。国際社会助けてくださいと言ってるのはおかしいんじゃないですかという論調ですね。もう。UHCというのはとても政治的な武器に今なっていて。

その中で、これまで各国の保健省は自国の財務省に対して、ぜひ保健予算を増やしてくださいと言ったんだけど全部断られ続けてるわけですよ。選挙がありますからとかこんな問題があります、農業増やさなきゃいけない、マーケットをみんなとつくりましょうって話になるわけですよ。ちょっと違うでしょうという提案なんです。この提案は、これまであんまり出てこなかったんですよ。もうちょっとみんな考えたら出てくるのに。たまたま

本当にいいことに、多分私はそう思ってるんですけども、世界銀行の総裁にジム・キムがきたことが大きいです。やっぱり。彼は医師ですし、もともとソーシャル・アジャスティスの、私の大学院のときの先生だったんです。彼がソーシャル・イニクオリティだとかソーシャル・ジャスティスのことをずっと言ってきて、保険を通して国家のシェイプアップをしたいという意思の下に、今やWHO以上にこれに乗り込んでいるわけですよね。

この時流に乗らないと私たちもうまく保健セクターで仕事できないので、かなり一生懸命に追っかけているような状態なんですね。でも、ここに乗り遅れちゃうと、もしかすると保健は二の次になってしまうような開発の話になってしまう。ここは皆さんと一緒に力を合わせて、頑張りたいところだというふうに思ったりしますね。

**村上** ファンドに関していうと、要するにお金による条件付けでは今回はなく、どちらかといえば途上国の内部資金活用というアジェンダということですね。それでは、NGO のファンディングに関しては稲場さんをお願いします。

**稲場** 例えば、今いくつかグローバルファンド、世界エイズ・結核・マラリア対策基金の話が出たと思うんですが、私は、実は2004年から2009年までグローバルファンドの理事会の先進国NGO代表団のメンバーをしていました。その結果、グローバルファンドというものをどうやって運営しているのかというのを、いわゆるジュネーブ側から見るということはある程度できたわけですが、そういう意味で、ある種一つの機構をミクロに見ることができたわけなんですけれども、グローバルファンドというのは、ある種、ゾウみたいなもので巨大なわけです。見る場所から、どこから見るかによって全然見え方が違うというところがあります。理事会は途上国側と先進国側に分かれています。つまり、ドナー側とインプリメンター側に分かれています。先進国NGO代表団というのは、そのうちのインプリメンター側をまとめて引っ張るという役割をしているんですね。例えば、そこに関していろいろなグローバルファンドが、どういいファンドとしてきちんとやっっているかということに関して、インプリメンター側の立場からいろんなものを投入していくことをやっているわけです。われわれは、常にアメリカと日本の代表団と対決するというのをいつもしておりまして、非常にシビアな戦いになっていました。

一応そういうようなところから見てますと、いわゆる理事会の議論というのは非常にまともな議論なんです。つまり、例えば人権といったときに、特にHIVですからドラッグユーザーのハーム・リダクションをどうするのかとか。あるいは、例えばLGBT、トランスジェンダーの人たちの人権というものを、どういうふうにするかという案件に必ず入れるようにするのかとか。あるいは、国家、政府がプリンシパル・レシピエントをずっとやっけると必ず汚職だとか腐敗だとかが出てくるから、プリンシパル・レシピエントを必ず二つにして、デュアルトラックといって、つまり、プリンシパル・レシピエントが必ず政府とNGOと両方付けるべきだというような、いろんなことを提案するんです。理事会で、いろんなこと

を提案すると、いろいろ通るわけです。理事会って年に2回から3回あるんです。年に2回から3回、延々と違うことがどんどん決まってくると、それが決まったということで下りてくる途上国のほうは逆にそれが大変で。そもそも、なんでデュアルトラック何でものが決まったのか、それはこういう趣旨に基づく理事会の議論があり、それ自体を途上国の政府がすんなり理解できるかどうか。あるいは、そこに居るNGOが理解できるかどうか。

そういったことで考えると、逆に一生懸命よかれと思って理事会で改革、改革とやることが、いわゆる朝令暮改になってくるわけです。そういうような形で、よかれと思ってやった改革が現場では混乱を生むということがずっと続いてきたんです。そういう意味合いで、このグローバルファンドというのは非常に大変なものであります。さらには2011年に、マリが受け取ったグローバルファンドのお金を5割以上流用されたみたいな話が、AP通信ですごい誇大に出た結果、グローバルファンドは大改革というのをしなきゃいけないなくなっていました。2年間お金を出さずに改革するという、謎の2年間というのがあって、その結果、今はニューファンディングモデルという新しいモデルでやるということになっています。その結果として、ドイツやイギリスはニューファンディングモデルならもっとお金付けますよと言って、日本よりお金をたくさん払っているという。一つのファンドを見ても、ドラマが延々と展開されて本当に大変だという、そういうような感じがあります。なおかつそれが現地に行った場合には、こっちで改革していることと全然違う形で捉えて、さらにはある種市民社会の中でもそのお金を当てにしてというような話になってくる。非常に複雑なポリティクスというものを、一応経験しました。そういうところを見ていると、これは無駄だったのかということそれはそうではないと思います。2000年代前半のHIVの危機というものを見定めた場合には、

もう一つは、エイズといったときに、特にアフリカ以外の地域で考えなきゃいけないMSMであるとかドラッグユーザー、あるいはセックスワーカーとか移住労働者、こういうようないわゆるヴァルネラブルなコミュニティというものの存在を見たときに、グローバルファンドというのは非常に重要な役割を果たしてきたことは事実なんです。つまり、そこはそもそも保健の対象として見られていなかった。そこに関してグローバルにお金を付ける、しかも国の機構を飛ばしてもお金を付けることができるという形で、そこを支えたのはグローバルファンドであるということですので、そういうようなところでの意味というのは存在してるわけです。そういう辺りの話というものをいろいろ考えると、なかなか「これは悪い」とか「これはいい」とかというふうに単純には言えないというのは、私は常に考えているところです。決めつけはできないなというふうに思っています。

**村上** ありがとうございます。UHC、多分財政側面だけじゃなくてサービス側面もあるので、こういったグローバルファンドメカニズムが引き続き重要な役割を果たす可能性はありますし、その中でステートフェイリアーというのが引き続き問題になる可能性はあると思います。他の論点ありますでしょうか。

**カツマタ** カツマタと申します。現在は慶應義塾大学大学院で研究生をしております。1990年に、アフリカ、ナイロビ、その後コートジボワール等々駐在してありまして、特にODA関係の大使館での仕事をしていました。今、お話を伺いますと、当時、構造計画というのがはやってまして、世界銀行がつくったフレームワーク等々を途上国に当てはめて、それにのっとっていわゆる民営化をしてもらえれば、日本政府はお金を出しますよというようなことをずっとやってきたわけなんですけど、その時代を思い出しました。ということで、あまり難しい問題はともかくとして、二つだけ質問というか確認をしたいと思います。

まず、保健セクターにおいていわゆる保健指標、途上国の疾病の指標をビフォーアンドアフター、つまり前後の比較をする際の信ぴょう性、その辺をどういうふうに担保したらいいのか。二つ目は、保健を導入するにあたって村とかそういう単位で行われると思うんですが、その際に核となるものは何なのか。例えば、村長なのか首長なのか。途上国、特にアフリカなんかに行きますとそういう色合いが強いもので。その辺まとめていくにあたって、何を核として導入したらいいものか。その辺をご教授いただければと思います。

**杉下** ありがとうございます。データの信ぴょう性に関して、ものすごいもちろんクオリティということで議論があります。今は大きくって二つぐらいの処方箋をやりましょうということで各国動いていると思います。一つは、データクオリティオーディットという形で。今、スーパービジョンと言われる指導監督メカニズムは行政の中にありますね。その中で、もともと出てくる施設のデータですね。施設のデータをどんなサービス受けましたか、誰が受けましたかというデータですけども。この行政データをしっかりとスーパービジョンを通して、これまで手で鉛筆なめて書き直したりとか。そもそも僕ら一回論文書いたんですけど、横のを集計するのをなんか三つぐらい集計しちゃったりとか、こういうエラーがいっぱいあるんで、まずそこから信ぴょう性がないので。しっかりと行政データをうまくするためには、データクオリティスーパービジョンとかデータクオリティオーディットというのがどんどん今、盛んになってます。これが一つの流れです。

もう一つは、デジタイゼーションですね。要は、もともと出るところをタイムリーに、しかもアキュメートするところに問題があるのであれば、末端にスマートフォン等のアプリを開発して、そこから直接入れたデータをしっかりとその場でリアルタイムトラッキングすることによって、データが出てこなくなっちゃうとすぐ分かるし、変なデータが出てくるのも全体の中から分かりやすくなるんですね。実はビッグデータの応用なんですけど、こういう動きが今あります。特に、行政データの中ではDHIS2というのが今世界中で広がってます。特にアフリカを中心として。ディステートヘルスイノベーションソフトウェアという、ノルウェー大学の先生が開発したソフトウェアが、今、世界を凌駕していて。このデータシステムは、エラーが発見できるような機能も付加されつつあります。そういうようなリアルタイムトラッキングの中で、おかしいデータ出てくるかどうかをバリエー



ションを見ながら見てくというような。今度、科学技術の目を通したデータのクオリティを上げてくという作業が、今、行われつつあると。

さらには、当然その保険人材がどうやってデータを取るかという育成も必要になるわけですね。これも JICA はずっとやってきたわけですけども。この部分もさらに強化しなきゃいけない。なぜかという、今回のエボラで明らかになったのは、いかにおかしいと診断したものを早くノーティファイするかですね。このために、例えばケニアなんかではモバイル SOS システムを今、大学と共同開発したりとか。そういうようなノーティフィケーションと人材育成というところを始めてるので、少なくともデータがより信頼性を持つようにしています。

もう一つは、行政単位で特にデータが出てくるところで一番問題になってるのは、現在のところ施設です。施設のデータをどう集計して、それが県とか州にどういうふうにフィードバックされるか。さっき言った DHIS はそれを電子化してますから、オープンソースを使ったデータプラットフォームの中で見れるようになってます。同時に、個人データ。エレクトリックヘルスレコードシステムとかメディカルレコードシステム、個人カルテシステムを今ちゃんとやりましょうという話があります。このために、オープン MRS というようなプラットフォームがインディアナ大学と WHO で開発されて、今、世界がそれを使い始めました。こういうようなオープンデータプラットフォームを使って、どういう個人データを入力していくかというところが、今は施設だったのが個人レベルに落ちてるといことですね。個人レベルのデータをトラッキングすることによってよりエクイティ、誰がどんなサービスを受けてどうやって亡くなっていくかということが今、言われてます。

ここから今、派生して世界の論調はシビルレジストレーションアンドバイタルスタティスティクスという、世帯情報システムと死亡統計、ここをちゃんとやってかないとそもそも誰にサービスが、どんだけ社会サービスを受給できてるか。そのための権利さえもはっきりしないんじゃないかという論調になってます。今後、このシビルレジストレーションアンドバイタルスタティスティクスは、JICA を含めて支援をどんどん開拓してくところですが、ただ、ここは保健省でやってるわけじゃない。その国の内務省だったりとか、ミニストリーオブジャスティスだったりとか、ミニストリーオブインテリア、さらには全然違うビューローオブスタティスティクスがやったりするわけですね。ですから、保健だけじゃなくてどうやって人口登録をしていくか、世帯登録をしていくかというのは保健を超えた話ですけど、この辺りからちゃんとやっていきましょうという論調です。これが先週大きくワシントンとかニューヨークで話されたことですね。

**村上** 二つ目の質問は、医療保障を地域ベースでやる場合に誰が核になるかという話。どういうエンティティが核になるかですけど、田中さんのほうから何かご回答ありますか。

**田中** 特に回答ということではないですが、どこでも保険導入の際に支払い能力が低い貧

困層などを認定する手続きが必要だと思います。フィリピンの場合です、バランガイ・キャプテンといわれる人たちが、自分の地域では確かにこの人は貧困層だと、レコメンデーションを書いて認定していたそうですが、そういうやり方が腐敗を招いたという理由で、2年前からそのやり方はやめて、サーベイなどをして、土地や資産をどれくらい持ってるかなど、データのほうを頼るようになったそうです。最初導入するときは、リーダーが何がしかの精査をするのだと思いますが、ある程度いきわたった時点で、違うシステムに移っていくのではないかと思います。

**村上** 杉下さんと共同研究を今やってるんですが、カントリーケーススタディで言うと、地方政府がインシュアラなることが多いです。ベトナムの場合は軍レベル、ラオスの場合は県レベルがインシュアラになっています。いわゆるインフォーマルセクターといわれる人です。つまり、給与明細をもらわないタイプの雇用形態のかたがた。農民のかたがた、漁民であったり、あるいは道端で物を売ったりしてるかたがたの保険というのは、そういうところで地域ベースの保健カバレッジになっています。日本でいえば地方自治体という話なんですが、自治権がありませんので地方政府という言い方になるかと思いますが。よろしいでしょうか。

**カツマタ** よく途上国行ってヒアリングしますと、保険制度は導入されてるんだけど、その保険制度が利用できる病院および診療所は限定されてると。なぜかという、非常に質が悪い、だから利用しないという話を聞きますし、書物でも目にします。その辺はどういうふうに解決していったらいいとお考えでしょうか。

**村上** 日本はフリーアクセスですけど、世界的にも非常に珍しいと思います。大体は住民が登録される医療施設は決まってることが多いと思いますが。

**杉下** 今、アフリカでの話を言うと、サービスアクレディテーションという認証システムがない限り、保険の受給者に対する給付ができないことになってます。つまり、質の低い所で保険の支払いできないということなんですね。そこでさっき言った振り分けができていて、今、アフリカで大きくって三つぐらいの融資者たちが動いています。一番大きいのがオランダを中心とするセーフケアプロジェクトとイニシアチブというのが、一医療施設のみならず州立病院、国立病院のアクレディテーションをしっかりと、認証システムですね。あなたは一つ星ですよ、二つ星ですよ、三つ星ですよと、一つ星には10パーセント給付、三つ星だったら40パーセント給付みたいな形で、給付額を変えることによって質を上げる自助努力を増やすと。そこにJICAは改善を入れようとしてるわけですけども、JICAの改善もそこに加えながらしっかりとクオリティは上げて、そこに対してお金をちゃんと返しますよというふうなシステム作りを今進めていますし。JICAがやってるわけじゃなくて、

これは世界中が今こういう形で、インシュアランスと同時にクオリティのアセスメントをやりつつあります。ここがみそですね。今の。

**田中** 先ほどご紹介したマイクロクレジットを基盤とした健康保険でいいと思っていることがあります。ネパールとインドの間は開放国境ですので、病院はネパールからインド側に行っていることが多いです。バンケ郡のマイクロ保険はインド側の病院でも使うことができますし、アーユルヴェーダ病院など西洋以外の病院でも、住民の人たちがあの病院で私たちは通常サービスを受けていると申し入れれば、保険請求ができるようになりました。

**村上** カントリーケーススタディ、ラオスの事例だと地域ベースの保険、インフォーマルセクターをカバーしてる保険のカバレッジがここ数年で 20~30 パーセント落ちてしまっています。その一つの理由は、登録されている医療施設のケアのクオリティに満足してないから。もう一つは、保険料が払えない。つまり、毎月払わなきゃいけないんですけど、農民のかたがたってお金があるときとないときがある。お金がないときは全くキャッシュがないので、払えないと資格を失ってしまうという問題が指摘されてました。

**C** シェア=国際保健協力市民の会と申します。よろしく申し上げます。今、シェアのほうではタイ、ラオス国境地域でプロジェクトを行っています。さきほど保険制度が後で使えない例もあるのではないかということだったんですけども、タイでは 30 パーツ制度というのがあって、1 回の診療に対して 30 パーツあれば、いくつも ID カードがある国民が保険を使えるというような制度があります。近年、ここ 1、2 年、タイ周辺から来てる移住労働者、ミャンマー、ラオス、カンボジア人対象にマイグランド対象の保険制度というのができました。それは、1 年間で 2000 パーツ、大体 1 万円ぐらいの保険金額を払えば、タイ人と同じように 30 パーツの基礎治療が受けられるという制度です。私たちシェアのほうでは、国境地域の病院で活動を実施していて、実際にその保険カードを使って診療をしたいと、ラオスからの移住労働者が来たんですけども、その保険カードは病院ではまだ作ったことがないから発行できないということでした。制度はあっても実際に実施にはかなり時間がかかってます。今、シェアのスタッフが入って、何とかカードを発行してもらえないかということで発行をしてもらえるようになりましたが、活用には時間がかかっているという現状があります。

2 点質問があるんですけども、先ほど稲場さんのほうから NGO のドナーということでグローバルファンドの紹介がありました。実は、シェア、タイのほうでは HIV エイズのプロジェクトを長年行ってきていて、グローバルファンドの基金を得て活動を実施していました。先ほどの話の中であったように、グローバルファンドも今までは疾病別の対策ということで、エイズ、マラリア、結核に対する助成金というのが出たんですけども、2012

年ぐらいから、エイズだけでなく包括的なケアが必要だということで、HIV エイズに感染しなくても社会的なマイノリティ、脆弱な立場にある子どもへのケアということで、チャイルドライフプロジェクトというのが導入されて、2012年から2016年まで、取りあえずその包括的ケアをやろうということでシェアのほうも助成金を得ました。

ただ、タイはもう中進国、高中所得国ということでもう支援は必要ないんじゃないかということで、2014年、去年の9月にニューファンディングモデルというプロジェクトに変換されました。地域の中で草の根レベルでやってるNGOと共同していくという形よりも、政府レベルでコアな、大きなNGOと政府が小規模なパターンでやっていく、ニューファンディングモデルプロジェクトというのに変換されました。それによってタイの国内の、特に経済格差や医療格差があるような農村地域で活動している草の根団体というのが、今、解散せざるを得なくなっています。そういったドナーの影響が、今、エイズ対策に関しては起きているというのが現状です。本日の話ではユニバーサル・ヘルス・カバレッジということで、そういうふうなアジェンダを目指して今後、世界的に実践していくにあたりましてどういうふうなドナーの動きに変化が出てくるのか。それを実践するにあたって、ドナーの援助もUHCを実践するための援助の変化というのが、どういうふうになされていくのかということをお伺いしたいと思います。

2点目は、先ほど杉下先生の話でUHCを評価していくために、100のインディケーターを設置して検証していくというお話がありました。田中先生から、NGOのUHCの検証はまだまだ今後検証していかないといけないということで、いろいろ指摘があつて痛かったんですけども、私たちシェアのほうでも四つのAというのを現場では目指して行っています。そこで、そのインディケーターは政策レベルでのインディケーターなのか、または現場で使えるインディケーターなのか、どういうものを目指したインディケーターなのかをお伺いしたいと思います。

**杉下** 1番目は田中さんをお願いして、2番目の話ですけど。グローバルコアインディケーター100決めますと言ってますけど、実際に100以上あるんですね。なぜかというのと、各データについてディスアグリゲートデータを出しましょう。これは、例えば同じマラリアであっても、どういうサービスが貧困層、つまり経済状態によってどんだけやってるかって見なきゃいけないし、ジェンダーによっても見なきゃいけないし。エスニックグループ、もしくはルーラル都市、こういう形でディスアグリゲートとって、いくつかの公正性を見られる指標に変えなきゃいけないので。実際に100の大きな項目があつても、もうちょっと大変な作業になるんだと思います。ですけども、実は100の中に一応四つのカテゴリーがあります。

一つは、ヘルスステータスという結果、アウトカムレベルのインディケーター。そして、サービスデリバリー。サービスはどれだけやってる、プロセスインディケーター。そして、ヘルスシステムインディケーター、ヒューマンリソースとかファイナンスのインデ

イケーター。さらにはリスクファクター、ビヘイビアファクターという、タバコのスモッキング、もしくは食への摂取などもそうなんですけども。どのようなライフスタイルをリスクファクターと呼んで、もちろんビヘイビアと呼んで計っていきましょうかというのが、代表的指標が出てるんですね。それらを駆使して。最もいいことは、これまで例えば3000健診4回といった場合、5回はどこに入るかとか全く決まっていなかったわけです。

今回のグローバルコアインディケーター、リファレンス、ダウンロードできますけど、定義がちゃんと書いてるわけです。その定義に沿ってちゃんと計ってきましょうというのが、すごく大きなことだと思います。今までは比較できなかったのと同じ定義の中に比較しましょう、高血圧も国ごとに違うんです。やっぱりね、出し方が。でも、ここもちゃんと統一しましょう等々の提案がされてます。ですから、実際にはよりしたデータをしっかりトラッキングしていくという話になってると思います。

**田中** 私は今、直接現場の事業に関わってないので、UHC に関するドナーの動向についてはシェアの方たちのほうがご存じだと思います。MDGs のことを振り返ったときに、2000年時点ですぐに取り組んだ現場の団体は、ほとんどなかったと思います。私自身は、オランダの NGO で働いていた2005年から2006年にかけて、急激にプロジェクトの中身、あるいは組織の在り方も、MDGs にアラインしていくように変えるという、恐ろしい経験をしました。

それが国際 NGO のパートナー団体にも影響し、私が2010年頃ヒ素汚染対策をやっていたときは、MDGs が重要だからヒ素対策でなく、トイレを作ってほしいと現場で言われました。われわれに言われても本当に困るのですが、水道局の人たちは真面目にそれをやらないと次のお金が来ない、要するに、全世帯トイレがある村を達成してからしか、次のことに行けないというぐらい、影響は大きかったと思います。UHC の影響がどれぐらいの速さで来るかということは、国によると思うので言えませんが、MDGs のときの経験を考えると、間違いなくあると思います。

**村上** ありがとうございます。では、大橋さん、お願いします。

**大橋** 国際協力 NGO センター JANIC の代表をしてる大橋といいます。杉下さんのお話、大変興味深かったです。田中さんは私たちの仲間なのでいろんな共通する部分がありました。去年わたしは ODA の国際協力大綱の有識者委員に入れられて大変な議論をしてきました。先生は一方で「医は仁術ではなく算術になってしまった」と言われて、私は ODA とか援助が算術になってしまってるのではないかというふうにすごく思ってるわけです。特に、バイラテラルなものは。これは日本だけじゃなくて、欧米各国だってそういう傾向が強くなってきている。そういう中で、先生がおっしゃってるようなグローバルアジェンダとしての UHC が国際的な人道益として実現していくということに対して、さっき司会者の方が日

本に対する説明をどういうふうにしていくのかということをおっしゃってましたが、そこをどういうふうの説明していくのか。ユニバーサル・ヘルス・カバレッジを日本が中心的に言ってる割には、日本の ODSS はすごく内向きになってしまってるんじゃないか。この矛盾というのは国際的にもある程度共通するものだから、そういうものを先生みたいに現場でやられてる人間としてどういうふう感じて、乗り越えていくべきなのかということを中心に教えていただければと思います。

杉下 私1人で答えられるような話じゃないんですけども。私自身が今考えてるのは、現場と世界をつなぐための対話の在り方というのが、しっかりとプラットフォームがないってところに日本の問題があるのかなと思ってます。例えば、JICAの中に居ても現場はこうですよというのは、しっかりといい言葉を持って伝えられるということではできてないかもしれないし。政府は政府で、現場の声をちゃんと聞いて政治的発信にしているかという、実は聞いているようで聞いてなかったりということ。現場と、空中戦と地上戦の乖離というのはいろんなところで感じますよね。かといって、他の国がこれが上手かと言われるとそうでもないような気がします。決して日本だけじゃないなというのは感じてます。そういった意味では、今回の主催者である Beyond MDGs Japan のような、大橋さんなんかその中心に居ると思うんですけども、いわゆる市民社会の代表が、いかに対話を一種のモデレーターになって、僕らができない現場と中央の乖離をうまくアドボカシーを使って、クラブティンキングしていく時代なんだろうなと思ってます。

ユニバーサル・ヘルス・カバレッジということが本当にやりたいことの意味は、世界のユニバーサリズムだというふうに住み・キムと話をしたときに出てきました。ユニバーサリズムというのは、今後ポスト 2015 年の開発アジェンダというのはグローバルからプラネットの視点になってく。要は、地球圏外から地球を見てどうなるかという話なんですね。そのときに出てくることは、グローバル時代というのは政府⇄非政府、もしくは民間⇄ODA みたいな対立構造の中に出てきたイシューですね。これ、全てが。その枠組みの中で解決してこようとしたこと、一地球市民とか宇宙市民なのか知らないですけど、そういう人間の視点に立ち返って自分がどんな立場であれ、地球というものが持つビジョンとかミッションに貢献してけるかと、その組織の壁を越えて。こういう議論が一種のユニバーサリズム、普遍主義だということです。世界銀行が JICA がという議論をさらに乗り越えて、みんなが持っている力をどうやって結集していくかという新しいリーダーシップの在り方、そのためのガバナンスだったりレジティマシーだというように思ったりします。

ここは全然解決の道がないわけですけども、少なくともそういうスピリッツを持ってやらない限り、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジは絶対に達成しないと思いますよね。ODA だけで絶対達成できないです。もちろん市民社会との共同の中でも、それでも難しい。民間の力をかけてマーケットフォースをうまく使いながら達成しない限り、脆弱な人たちがサービス受けられないという現状は変わらないでしょうね。そのユニバーサリズムをどう

やるかという、今、本当にホットなディスカッションがされてると思いますし、この議論にどんどん入ってく中で、私たちが学ぶことが多いのかなというぐらいの回答にしかならないですけども。そういう視点なのかなというふうに思ってます。

**田中** あまり補足することはないですが。今のお話を受けると、市民社会に過大な期待をなさっている気がします。1年間 NGO の方たちと一緒に UHC の研究会をやって、皆さん本当に毎日メールをチェックするだけでも大変なのに、事例を出してくださいなんて、気の毒で言えないと思うほどでした。市民社会のほうのリソースや人材が足りないという問題が解決されない中で、どうしたら市民社会が力を発揮できるかを考えねばなりません。

私はオランダの団体で働いたときに、大学と一緒にやるが多かったです。大学も市民社会の一部として違和感なく活動していました。しかし、昨年一緒に活動した際、紹介の中で「研究者の田中先生」というふうに、明らかに区別をされることが多くて、日本では、大学の教員であることは市民社会の内部ではないのだと思いました。

外務省の方たちと付き合うときにも、NGO のみなさんと一緒に参加しているにもかかわらず「大学の先生ですから有識者会議のほうに」など、他の国では使わない妙なカテゴリーに入れられることがあります。そういった分断は市民社会が機能を発揮できない理由にあると思います。

私は皆さんとハンドブックを作ったのは自分にとってすごくいい経験でした。現場とは少し距離のある大学としてどんなお手伝いができるかということが分かりました。私は文系なので保健専門家ではないですが、利用者の立場から見てどうかということをかみ砕いて説明するときには、自分が医療者でないことでアドバンテージがあるかもしれません。そういったことをお手伝いする仲間を私は増やしたいと思います。

**村上** ありがとうございます。

## クロージング

### 定松栄一氏<国際協力NGOセンター 事務局長>

皆さん、どうもお疲れさまでした。国際協力NGOセンター（JANIC）の事務局長をしております、定松と申します。既に先ほど私どもの理事長が最後に質問をしまして、それに対して非常にインスピレーショナルな示唆に富んだお答えをお二人の登壇者の方から頂きましたので、今更私から何か付け加えることはありません。また私自身、国際保健の専門家ではありませんので、きょうのディスカッションをサマライズするのは私の能力を超えています。そこで、きょう、私自身が個人的にどういうことを一番感じたかをお話しして、終わりたいと思います。

私がきょう一番印象に残ったのは、杉下さんが「ユニバーサル・ヘルス・カバレッジというのはトランスフォーマティブなアジェンダである、つまり、それ自体が社会変革を進めていくものだ」というお話をされたことです。

JANIC は、国際協力 NGO のネットワークとして今後、持続可能な開発目標 (SDGs) の推進、それは NGO 中での普及、あるいは市民社会、一般中での普及ということも含めて、やっていかなければなりません。きょう、お話が出ましたように、来年、SDGs が採択されてから最初に開かれる G7 が日本に来るので、JANIC は、SDGs に関するアジェンダが高い優先順位で G7 に取り上げられるようにアドボカシー（政策提言活動）をしていく役目を担っています。その中で、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジについては、日本政府はもちろんですけれども、日本の NGO、さらには海外の NGO も含めて非常に関心の高いアジェンダになっているので、間違いなくそれはやっていくのであろうと思っていました。その一方で、正直に申し上げますと、私自身はきょうここに来るまでは、SDGs が MDGs と何が違うかについては、MDGs は途上国の貧困削減が目標であったのに対し、SDGs では先進国にも当てはまる目標として環境に関わる目標や人権に関わる目標が入ってくる、だから SDGs は MDGs よりもトランスフォーマティブ（変革が必要）なのだと思っておりました。ところが、きょうのディスカッションで、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジという目標それ自体がトランスフォーマティブなアジェンダであるというお話を杉下さんから伺って、今後このテーマを優先的に取り扱って行くうえで、非常にモチベーションが上がりました。

同時に田中さんがおっしゃったように、NGO がどこで政府や国際機関との違いを出せるかについては、利用者の目線に立って、その人たちに本当にポジティブな変化を起こすかどうかを、現場で検証して、その結果を発信していくことが、大事な役割であるということに再認識いたしました。

以上、雑ぱくですが、私の感想をもって最後のごあいさつに代えさせていただきたいと思います。皆さん、本当にきょうは最後まで活発にご議論にご参加いただきましてありがとうございました。登壇者のお二人の方、本当にありがとうございました。最後にもう一度お二人に拍手をお願いいたします。どうも、皆さんありがとうございました。

**村上** どうもありがとうございました。これにて「Beyond MDGs Japan 勉強会シリーズ第 1 弾「UHC」－SDGs 採択に向け、UHC を問い直す：グローバルアジェンダとしての UHC と市民社会から見た UHC－」を終わります。

(了)