

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1部 講演（1）

杉下智彦氏<国際協力機構（JICA）国際協力専門員>

今、ものすごい勢いでいろんなアジェンダが動いています。実は、先週も私もワシントン、ニューヨークとUHCをめぐるいろんな議論に参加していろんな提言をしてきましたし、JICAもUHCをこれからやるということで、私がグローバルヘルスの担当ということもあって、さまざまな知見を応用しながら、たまたま国際委員にまさしくお話をしてきたところなんです。つい30分、40分前は私は武見敬三参議院議員の所で、UHCをどう広げていくかという話し合いをちょうど、呼ばれてしてきたところで。まさしく、これからこういうUHCというものが保健アジェンダ、さらに保健セクターを超えたところでどうなってるのか最新中の最旬のお話をしながら。その中で今こういうことを目指そうとしているということは、皆さん中に少しでも分かっていたいただければいいなと思ってお話しに来ました。グローバルアジェンダとしてのUHCというランドスケープを国際潮流の中に位置付けてみたいと思います。

初めに、こういう話の基調になっているところは、1971年に有名な論文がランセットに掲載されました。The Inverse Care Lawという論文です。ジュリアン・チューダー・ハートというイギリスの小児科の先生が書いた論文なんです。この論文は、今の前のプライマリ・ヘルス・ケア宣言、1978年のアルマ・アタ宣言の基調になった論文ですし、今でもこのことが生きてるんだというふうに思っています。私なりに訳してみたんです。本当に必要とされている医療サービスというのは、実際には人々がそのサービスを望んでいるのと反対に発展してっちゃうものなんです。なぜかというと、市場経済が浸透すればするほど強化されてっちゃう、反対に動いてっちゃう、インバースケアロウになっちゃう。つまり、どんな市場、これは保健だけじゃない。市場というものは、利益が上がる場所から本当に必要とされる場所に目が向くということはない、ということなんです。であるんだとしたら、保健が本当に皆さんの手に、もしくは皆さんが健康を獲得するためには、まず自分で健康を獲得しなきゃいけないですね。

市場に任せてたんじゃ駄目なんです。つまり、病気になったら市場経済に巻き込まれちゃうから予防をしなきゃいけない。予防は大切だということになります。同時に、健康を獲得するためには国家なり何らかの分配装置ですね。例えば、所得で出てきた税金をみんな集めて貧しい人に配るような社会福祉のシステム。つまり、国家とかそういうような機関がある一定の権力を持って実際の富を再分配、市場富を再分配しない限り健康は得られないというふうなことを、暗に意味してるわけですね。ですから、ユニバーサル・ヘル

ス・カバレッジで特に強調されてるのは、良質でなおかつ支払い可能なアフォーダブルなヘルスケアをとということが問題になってきてるわけです。これまで、MDGs 時代というのは少なからずサービスがどんどん広がればいいってセンスだったんですね。これはとても大切です。そのために資金も集まってきましたし、いろんな国際機関がいろんなインターベンションしてどんどん良くなってきました。

でも、今良くなってきたところをもう一回振り返ると、実は格差社会が大きくなっていて貧困層はより貧困トラップに陥ってるし、その人たちのサービス受給率というのはそれほど良くなってないんじゃないですか。つまり、サービスはジェネラルポピュレーションで増えたけども、そういう公正性という目を通して見ると、届いてないかもしれないというところに焦点が当たっているわけです。2015年以降の国際アジェンダにUHCが適当だと私たちの信じてる理由というのは、そういう公正性を獲得することがひいては格差社会の是正、そして安定的な経済的、社会的な世界の発展につながるということを信じてるんですね。そういった意味では、UHCは単なる保険アジェンダじゃなくて、よく言われるのはトランスフォーマティブなアジェンダだと言われます。社会変革を目指すためにどんなイシューを言ってもいいんですけど、特にUHCが目指そうとしてるのは全ての社会変革が必要になってくるアジェンダだという話になります。

こういう話をいきなりしても、何だかよく分かんないということがあるかもしれないです。私自身も、今からちょうど20年前に青年海外協力隊でアフリカのマラウイという国に行って、初めてやった手術が子宮破裂という手術だったんですね。日本では見たことないですし、どうしてこんななっちゃうのか分からなかったです。何とか手術をしたけれども、お母さんは助かったんですが赤ちゃんは亡くなりました。そのとき思ったんですね。こういうふうに病気になって、来ちゃ駄目だと、やっぱり予防は大切だと思ったんです。でも、そのお母さんも実はHIVに罹患していて、2週間後に日和見感染で亡くなりました。つまり、感染症、そして母子保健、さらにはシステムを強化しなければいけないということから、私自身たくさん手術をマラウイでしたんですけども。

その中で、地域社会に入って伝統医療とか呪いの文化だとか、そういうことを自分なりに調査を初めて伝統医師の所に約1年ぐらい弟子入りしちゃったんですね。そういうこともあって、実はシステムというのがそういうところのグラスルーツから始まっているというの体験しましたし。UHCが浮ついたアジェンダのようなんだけど、そこに伝わっているメッセージというのはこういうふうに、貧しい人がどんどん死んでしまうという状況を打開するという意味合いを持っていると思います。その中ですごく感じるのは、UHCが目指すのは単にサービスのクオリティだけじゃないんですね。保健サービスを通じた信頼関係の醸成、つまり適当な価格でマーケットフォースに対抗しながらも、しっかりとしたい医療をするということはアフリカの中では、あのお医者さんは常に袖の下を要求するから、あの患者さんは私のと違うエスニックグループだから全然診てくれないとか、そういうディスパリティとかセグリゲーションといわれるものを、何とか差別をなくしたいと思うん

ですね。

特に、医療はどんどん高度化してます。途上国でも。新しい技術が入ってきて、新しい、例えばノンコミュニケーション・ディーズ、NCD と言われるような慢性疾患、高血圧、糖尿病、さらに癌、精神病といったものが増えてきてます。高度な医療が必要になってくると、どんどん信頼関係がなくなっていっちゃって、私たちの中でも医は仁術じゃなく算術になってしまった、ということ言われちゃったりするわけですよ。それじゃあサービス受けても人々は幸せになれない、そもそもサービス受けなくなっちゃいます。UHC で本当に目指そうとしてるのは、貧しい人とかより極限状態に置かれた人たち、バーナブルな人たちにサービスを届けるという強いメッセージをやることによって、医療が信頼回復する過程だということですね。こういうことを考えてみると、とても大切だと思ってます。

そういった意味では、私はモニタリングと視点で今、活動をこの1年半国際委員としてWHOとか世界銀行の委員として、UHCとはなんぞやというようなフレームワークづくり、インディケータの設定、そして今回のSDGsの策定というところに絡んできたわけです。その中でよく言われてるのは、ここに『LUCY/ルーシー』、映画出ましたけど見たことありますか。最近の映画です。リュック・ベッソンの。スカーレット・ヨハンソンが出てますから、いい映画とかかわいい映画かと思ったら、ここで描かれてる世界はものすごい怖い世界で。データが人間を牛耳って、最終的には人間のマインドもコントロールするってことが描かれてるんですね。いわば私たちは今、2015年以降の問題というのは全員がデータなんです。これまた。私も私の出生記録、そこから始まって健康記録、もしくはキャッシュカードの使い方、クレジットカードいくら出した、どこに住んでてどんな人と結婚して私のDNAはこうで。分解して、私もデータの塊なんですよ。

それをどうにかしてマニピレート、うまくすることによってある意思、マーケットの意思が反映されるようなビッグデータみたいな話になってきてるわけですよ。保健がモニタリングが可能か可能じゃないかという問題というのは人間がそうやって、さっき言いましたね。仁術じゃなくて算術になっちゃうような世界を、今まさしく迎えてる。そこに対してUHCというのは、しっかりと信頼できる、人間と人間の間をもう一回取り戻そうというメッセージでもあるんですね。けども、私たちが実際に資本主義の中で仕事をしていて、こういうわけですよ。どんな政府も、そもそも自分たちの保健予算をちゃんとした予算システムがなければ増やせないですよ。増やせ増やせて言ったって。どこにいくら使ったかも分かんないようなシステムに、いきなりあなた保健予算増やさない？って、増やせないですよ。

同時に、保健プロバイダと言われる保健従事者の人たちは、自分たちがどんだけサービスをやってそれが正當に評価されて、給料とかに反映されるようなシステムがない限り、一生懸命やりたくないですよ。パフォーマンスがモニタリングされてなければ、しっかりやろうというインセンティブは今の資本主義の中では起こらないです。さらに私たちみたいな援助機関も、全くブラックボックスみたいなところにどんどん投資を続けることで

きないですよ。特に、保健セクターの中でどんどんお金が無くなってっちゃう。さっき言ったみたいなインフォーマルなペイメントがある中で、どんどんお金消えちゃう中で、これじゃあ保健に予算増やしましょうって駄目でしょうってことになるわけでしょう。さらには、私たち自身が自分たちの健康データにアクセスできないという事態ですね。今、スマートナンバー導入がいろいろ議論されてますけども、私たちが本当に大切なデータを適切なガバナンスの中でちゃんと受給できてれば、自分たちで健康増進に使えるんですよ。

その最たる例が、ウェーブをやったりするわけですよ。自分で自分の健康をコントロールできる世界というの、さらに目指してるわけですね。そういった意味では、こういう保健の情報とかモニタリング、そしてデータの重要性というのは、算術になったと言われるにしても、でも僕らがやれるとこまだまだあるんだということになってくるわけです。例えば、現在の MDGs の達成見ても、5 歳以下の小児の死亡というのは本当にアフリカ、もしくは南アジアに偏在してるわけです。こういう所の死亡というのはなかなか良くなれないということになってますね。でも、MDGs ということを全体で見ると、随分良くなってます。例えば、小児の死亡で見ると 5 歳以下の死亡は約半分に減ってます。世界平均。小児、特に新生児の死亡は 46 パーセントも減ってますし、実はまだまだ改善が良くないとされる新生児の死亡でさえも、40 パーセントぐらい良くなってるんですね。

ですから、私たちはこの MDGs 時代にすごくいい仕事をしたということになります。データ上。ただ、実はその進捗のスピードは年々、アフリカのような所はどんどん伸びてる。もちろん伸びしろが大きいというのはあるんですけど、どんどん伸びてるのに関して、例えば東アジアに東南アジア、そしてラテンアメリカ等々は伸びる速度はどんどん減ってきてます。それだけ上に達してきたということがあるんですけど、でももう一歩努力はできるかもしれない。つまり、伸びのスピードっていうのはどんどん悪くなってきているということは観察されてます。ですから、国際潮流にプロアクティブに取り組むために、私自身がこういう 2015 年問題を語る委員会に入って、この 1 年半皆さんと一緒に仕事してきました。

うれしいことに、6 月の初めに出た SDGs の成果文書の最新のドラフトを見ると、「Transforming Our World By 2030」と、2030 年までにどうやって私たちの世界を変えていきましょうかという社会変革が、一応アジェンダにあって、その本文のうち 23 番目のパラグラフが保健の部分なんですけども。「To extend life expectancy for all, we must achieve universal health coverage」というふうに、寿命進展ということを考えると、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジを到達するのが国際パートナーとしての責任ですということが明記されました。実は、UHC を出すか出さないかって議論、ものすごい多かったですよ。出すべき、出さないべき。でも、今は出しましょうということになってきました。UHC は今やグローバルアジェンダ、プラネットアジェンダというふうに言われるようになってきてます。

保健の、今、SDGs の成果文書の中に 17 のゴールがあるんですけども、そのうちのゴー

ル3という所がいわば保健セクターの話なんですね。他に都市の開発があったり、法律があったりマリリンリソースがあったり、当然教育があったり貧困があったりするわけですけども。そのうちゴール3には保健、もちろん女性の健康、もしくは栄養というは他に入っているということがありますけども、ゴール3の中にターゲットが13あります。そのターゲットのうち、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジは8番目に書かれています。そういった意味では、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジというのが今、大きなアジェンダになってきてるし、オーバーアーチングするような文書の中にも入ってきてるというのが現実です。その中で、国際社会は単にアジェンダ作るだけじゃなくて、現実的な基調と先ほどの委員会、私も含めてやってきました。

最初にやった仕事というのは、委員会が、この左側にある「Monitoring progress towards universal health coverage at country and global levels」という文書を作りました。去年の5月に出しました。これはUHCがどういうコンセプトでどういうターゲットを持って、どういうインディケーターなんですかという、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジのフレームワークを決めました。大きく言って二つあります。サービスカバレッジ、特にエフェクティブサービスカバレッジというのを、少なくとも80パーセント以上に上げましょうと。いかにサービスが進展するか、それは貧困層とか脆弱層を含んでです。80パーセントのサービスカバレッジ。

もう一つは、ファイナンシャルプロテクション。特にカタストロフィックエクスペンディチャーと言われるような、自分たちがポバティトラップという貧困トラップに落ちてっちゃうような、健康になるサービスを受けることでより貧困になっちゃうような、そういうお金の使い方をやめましょうということと。もう一つは、中間層に居ながらも保健のサービスをいっぱい使うことによって貧困に陥っちゃう人たち、インポバレシュメントというんですけど。こういう人たちも多いんですね。こういう人たち、この二つ。カタストロフィックエクスペンディチャーとインポバレシュメントの二つを、ファイナンシャルプロテクションという名前でちゃんとしましょうというふうに、二つのフレームワークを作りました。サービスカバレッジとファイナンシャルプロテクション、この二つですよということを行いました。

当然、他にもいっぱいあるんです。でも、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジが最終的に目指すのはこの二つですよというふうにきれいにしました。委員会は今年の2月に、この右側にあるグローバルコアインディケーターというのを100決めました。各国に乱立する、いろんなインディケーターを少なくとも100に絞り込んで、少なくともこの100だけはしっかりモニタリングしていきましょうということを行いました。各国の指標を取るための、負担を軽減するということを決めました。さらには、先週私は会議に行って、それをどうやって協調的にみんなが計るかという会議に出ているんな発言をしてきたわけです。この中では、こういうようなThe Roadmap for Measurementということが出てます。

これまで各国がバラバラにやってたのを、統一しましょうという掛け声がWHOの、特に

マーガレット・チャンとワールドバンクのジム・キムの2人から強く出されました。JICAとか日本政府はいち早く一緒にやりましょうと言ったんですけど、例えばアメリカのステッププログラムとかCDCという所は猛反対しました。私たちは、アメリカの議会に報告する必要があるから一緒になんかやってくれないと。良質じゃないデータを使ってモニタリングするのは嫌だというふうに、ずっと反対してたんですね。また、グローバルファンドとかGAVIも独自のモニタリング持ってます。こういう所も反対してきました。

でも、1年半かけてみんなでディスカッションする中で最終的に、先週みんなでやってくということが決まりました。その中では、コールフォーアクションというのがあります。皆さん、ホームページ等で見てみてください。さらにはその中で、どうやってデータを見やすくするかというようなサイドイベントも行われました。皆さんご存じのハンス・ロスリング、カロリンスカ研究所のですね、によるギャップマインダーと言われるようなデータをどうビジュアルするかという話もされました。左が1960年、それから53年後の2013年、世界は貧困だった時代、そして多死、たくさん死んでた時代から上にもものすごい勢いで良くなってるんですよ。世界は。健康ということで言うと、ものすごく良くなってるということをぜひホームページで見てみてください。ギャップマインダーというホームページです。

さらには、クリス・マレーと言われる保健の、特に疾病負担のモニタリングの世界の権威は、データをビジュアライズして各国ごとのプロファイリングをして。皆さん、ホームページ見ると例えばインドネシアはこういう今、問題がありますよ。左に言われてるのは、20年前と今ではこんなにディジーズのパターン変わっちゃいましたよ。であるんだったら保健システムを、私たちの援助は変えなきゃいけないじゃないですかという提案をしています。さらには、ちょうど先週なんですけども、グローバル・トラッキング・ユニバーサル・ヘルス・カバレッジと。初めてユニバーサル・ヘルス・カバレッジが測定できますという報告書が出ました。これは素晴らしい報告書で、ぜひ読んでみてください。

この中には、UHCがこんなふうに今広がりつつあるし、ここに問題があつてこの人たちに届いていないということがちゃんと書かれています。これはすごくエポックメイキングな話で、ちょうど国連でこのラウンチがあつたんです。私もクローリングうまくさせてもらったんですけども、これは非常にいいWHOと世銀のいい仕事だと思います。その中のキーメッセージがあります。今まで明らかになつていなかったんですけども、この報告書の中で書かれてるのは、4億人が基礎的な保健サービスに全くアクセスできていないということが分かりました。もう数も分かってきました。そして、貧困と健康のUHCデータは37カ国でしか出てこなかったんですよ。つまり、残る160近くの国々ではまだデータがないということも分かりましたし、37カ国だけでちゃんとしたデータが出てきたんですけども、それを見ても実は人口の6パーセントが、医療費の自己負担を払うことによって貧困に陥っちゃってる。1日1.25ドル以下の生活に落ちてるとということが分かったんですよ。さらにこの貧困ラインを2.2ドルまで上げると、実に人口の17パーセントの人、主に中間

層に居るわけです。この人たちは貧健になっちゃうんです。恐ろしいメッセージで、これは保健で貧困をつくっちゃってるんですよ。どんどんエスカレーションされるコストが、またそれに対して国家がちゃんと振り向かず補助金も何も出さないと行っていけば、人々は健康になろうとすればするほど貧困層のみならず中間層が貧困になってしまうという、ものすごいジレンマが示されたんですね。

これは何とかせねばならん。だからユニバーサル・ヘルス・カバレッジはちゃんとやろうというふうな、さらに SDGs に対するインプットになったと思います。そういった意味では、いろんなランドスケープを考えると、例えばデータレボリューションと言われるような eヘルスとか mヘルスという動きもありますし。IHP plus という、インターナショナル・ヘルス・パートナーシップ・プラスという、国際機関もしくは援助機関が集まって、今 71 ぐらいの機関と国民が入ってます。途上国が入って、みんなで強調しながら保健のセクターの支援をしていきたいと思いますよということに、日本が初めて調印しました。今までなかなか調印できなかったんですけど、9 年かけて私たちがずっと説得してきてやっと一緒にやることになりました。非常に歓迎されて、今のモニタリングだけじゃなくてサービスデリバリー、ファイナンス、ヒューマンリソーストレーニングというところも一緒にやっていくというふうになりました。これからは、協調しながら 2015 年問題にタックルしてこうということになります。

時間も来ましたので、最後にオーバービューだけお話ししたいと思います。今、国際保健で話されてるのは、世界で話されてるのはエボラ以後、インターナショナル・ヘルス・レギュレーション、IHR というものがちゃんとできてなかったから、西アフリカ 3 カ国で起こった疫病、エボラが世界の経済危機の一端を担ってしまったということになってます。2005 年に出たのに、全然順守できてないトレーニングされてなかったじゃないか。13 のコアのキャパシティが書かれてるんですけど、この IHR をしっかりやりましょう、ガバナンスを強化しましょうという話になってます。

同時に、今言った UHC のモニタリング、そしてグローバルコアインディケーター、100 のインディケーターを使って、さらに IHP plus という枠組みの中で実施していきましょう。そのために今話されてるのは、UHC のモニターができるようになりました。同時に、メジャメントも一緒にやっていきたいと思いますよというメジャメントサミット。さらには、Global Financing Facility for Every Woman and Every Child という、新しい資金メカニズムを来月のアジスアベバでやる国連の国際開発資金会議というところで、プレッジされる予定です。日本政府も今、JICA を含めてこのディスカッションにきょう呼ばれてたんですけども。日本もどういう形かで今入ろうということを検討してます。

これは今後、いろんな母子保健における資金をさらにグローバルファンドとか GAVI も全てのみ込んで、2015 年以降新しいファイナンスングをしていきたいと思いますよというメカニズムです。これが提唱されてますし、さらには今年の 12 月を目指して Pandemic Emergency Financing Facility (PEF) というのが今、考えられてます。これにも日本政府がコミット

する予定があります。まだまだ形になってないんですが、世界銀行を中心につくられています。それがSDGsですね。今年の9月のSDGs、さらに来年のG7サミット、日本が主幹になってます。こういうところを今、この右側にある武見敬三議員とか東大の渋谷教授が主査になって研究グループができて。私もその一部をやってますし、きょう来られてる三好先生、村上先生等も委員として今、活躍されています。

最後に、この中でG7に向けたグローバルヘルス・ワーキンググループというのができて、来年のG7に対する提言を12月までに出そうということになってます。一つは、高齢化とUHCに関するマクロビジョンを考える班。さらには、UHCの経済効果とインパクト、政治的意義というものを考えるというグループ。さらには、わが国におけるUHC達成の歴史。特に「equity, effectiveness and efficiency」について、より考察を深める研究班。さらには、厚生労働省を中心にUHCをつくってくる政治過程を、もしくは政策過程を分析してどのようなインターベンション、どのような話し合いの中でUHCをつくってきたかという日本のさらに詳細な分析。さらに、私たちが分担してる途上国の現場に落とすための人材育成だったり支援の在り方、さらにはそれを統括するにはグローバルヘルス・ガバナンスの在り方の分析という、六つの班があって。これに関する、今、答申を作ってる状況です。

いろいろお話したかったんですけど、時間がなくなってしまって残念です。最後に、ぜひ、皆さん隣同士でペアをつくって下さい。1人がグーをつくって、もう一人が一生懸命それを開こうとして頑張ってみてもらっていいですかね？

開いた人、居ますか？ 開いた？ どうして？

A 「開いてください」って。

杉下 そう！すごいですね。この中で、隣の人に私のために開いてくださいと素直に語り掛けた人がどれだけいるのでしょうか。国際社会が今持つてる一番の問題というのは、対話がなくなってそれが戦争を生んでるということになってるわけですけど。パワー、オーバーパワー、オーバーパワー、オーバーパワー…。力には力を、力には力を…。で結局何も起こさずに全てのリソースを失ってるわけですよ。僕らの間だけでも、少なくとも対話し合おうじゃないですかということがあると思います。つまり、保健システムというのはこれまで途上国においても、私たちの先進国でもそうですね。ちゃんと人々に語り掛けてなかったんですよ。だから信頼関係がなくなるし、袖の下を要求されるわけです。私は最近あったケニアのスタディで、保健の支払い、トランスポートを合わせた以上に病院で全員要求されてます。それじゃ行かないですよ、誰も、ケニアの田舎で病院なんかに。「払ってくれ」と言うわけですよ、後ろで。「私に払ってね」と言うわけですよ。言い値ですからいくらか分かんないです、そんなの。こんなことやってたら、誰も保健システムなんか強化できないです。

つまり、対話が必要だということで、対話を通して私たちが目指すところ、特にさっきのジュリアン・チューダー・ハートが言っていることに対する答えというのは、つまり私たちが2015年やりたいというのは、単にキャピタルエコノミーといわれるマネタリーな資本主義から信頼関係を基づく、よくいうソーシャルキャピタルに基づくモラルエコノミーを動かすことだと思ってるんです。そこには健康というのがプライスレスですよ。お金がない所で、しっかりみんなで命を大切に作る社会をどうつくってかなきゃいけないか、という議論にしなければいけないんです。そういった意味では、UHCというのは本当一つの手段にしか過ぎないんですね。UHCを通して私たちがやろうとしているのは、現代のキャピタリズムにおけるマーケットエコノミーをいかにコミュニティとか一人一人に落として、その人たちの信頼創造に落とせるのかというチャレンジだと思います。それがトランスフォーマティブなアジェンダだというふうに思ってます。

最後に一言。もしルービックキューブを1秒に1回コロコロ変えて、全部の面が合うのに何年かかるか知ってますか。これはガイアの思想を知ってる人たち、特にローマクラブとかブタペスト賢人会議の人たちがいつも出す質問なんですよ。プラネットシンキングというんですけど、一生懸命やりますよね。合う確立というか合うまでに何年かかるかって、どうですかね。何年ぐらいかかるか。

B 1年。

杉下 いや、違うんですね。1260億年です。地球が生まれる、実は宇宙が生まれるよりも時間がかかるんですよ。ということは、私たちの人間の意識というのは、実は惑星を超えたところで動いてることなんですよ。偶然じゃ絶対ないということなんですよ。早い人だと、それこそ1分以内にやっちゃいますね。これ思考の違いですよ。単純にランダムにやったら起こりえないことが起こるといえることが、僕ら人類の一種の英知なんです。

でも、それが地球を破壊さえしようとしている、もしくは健康が、貧困を増やしてる何てことあっちゃいけないわけなんです。僕らの英知をちゃんと集めれば、何かいいことできるんじゃないかという提言になるわけですね。恐らくそれが対話というシステムなんだというふうに思ってます。最後ちょっと飛んじやいましたけど、MDGs、そしてユニバーサル・ヘルス・カバレッジになってSDGsになる過程で私たちがやんなきゃいけないことは、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジで言われていること以上に、どうやってみんなが命を大切にする社会をつくれるかということだと思ってます。どうもありがとうございました。

村上 杉下先生、どうもありがとうございました。

(了)