

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（2）

田中雅子氏<上智大学 総合グローバル学部 准教授>

皆さん、こんばんは。上智大学の田中雅子です。総合グローバル学部という学部にも所属していると、さぞかしグローバル・アジェンダ好きだと思われるかもしれませんが、2000年にMDGsが始まった頃、私はバングラデシュで日本赤十字社のプライマリー・ヘルス・ケア・プロジェクトのマネジメントをしていました。現地駐在員にはファイブスター・ホテルで行われる国際機関のワークショップなどの招待状が届くのですが、私はできるだけそういう催しに巻き込まれたくないと思っていました。かわりに島のプロジェクトなど現場に行き、自分自身は巻き込まれなくて良かったと思っていました。しかし、2002年になって、そのプロジェクトが『NHK 海外たすけあい』の資金を得られなくなって、事業を閉じることになったとき、グローバル・アジェンダを意識して、自分が仕事をしてこなかったことを反省しました。

私自身、先ほどご紹介いただいたように国際保健の専門家ではありません。では、なぜ関わっているかということ、NGOには、かつての私と同じように、できるだけ現場で時間を使いたい、グローバル・アジェンダに巻き込まれたくないという本音の部分では思っている方が多いはずなので、みなさんに自分の失敗を共有したいと思うからです。昨年1年間は、アフリカ日本協議会が外務省 NGO 研究会で実施した「ユニバーサル・ヘルス・カバレッジとNGO」という企画のお手伝いさせていただきました。

昨年は、NGOの皆さんと一緒に、グローバル・アジェンダとしてのUHCをどう理解するかを議論して終わりました。しかし、NGOの目線で終わらせるのではなく、そこからさらに先の利用者一人一人の目線までいかなきゃいけないと思って、今日のプレゼンを準備しました。今日は、最初に、去年1年間何をしたかということ、NGOや市民社会側から見たときにUHCをどう解釈するかといった私たちなりの解釈、そして昨年を振り返ってまだNGOの実践で足りないと思われること、また私が今まで一番長く関わったネパールはどういった状況にあるかをお話ししたいと思います。

昨年アフリカ日本協議会が実施した外務省のNGO研究会は、セミナーや海外研修の他、アジアの保健ワーカーと愛知県のアジア保健研修所でディスカッションをしたり、いろんなことをやりました。私たちが一番エネルギーを割いたのが、ハンドブックの作成です。外務省のWebサイトからダウンロードできます。残念ながら印刷したものはほとんどは捨てられてハードコピーはないそうですが、これを制作するまでの過程でどういったことをやったか、見ていただきたいと思います。

「UHC を腑に落とす」ということで、先ほどお話くださった杉下さん他いろんな方に来ていただいて、連続セミナーをやりました。UHC が国民皆保険制度と訳されていることが 2013 年ぐらいにはあったと思うんですが、それは同義じゃないことが理解できましたし、私たちなりの理解を表すキーワードを検討しました。

私たちなりの理解とは、利用者を主語にして考えるということです。例えばファイナンシャル・プロテクションと言われたときに、政策に関わっていらっしゃる方にはそれが何を意味するかすぐ分かると思うのですが、みんなが同じように理解できるわけではありません。一つ一つの用語を利用者を主語にして考えてみようというエクササイズをしました。

まず、近くに保健所があるとか、利用できるサービスが遠いとか近いといったカバレッジの話は Accessibility という言葉に置き換えられるのではないかと考えました。仮に Accessibility があっても、Affordability お金の話、医療費だけでなく、そこに行くまでの交通費も含めて払えるのかを考える必要があります。また、そこまで行ったけれど、必要ときにサービスを受けられるのか、つまり Available かどうかも重要です。よく公立の病院に行くと、病院にドクターがおらず、自分のプライベートのクリニックで働いていることがあります。それは Availability が低いということになります。最後に私たちが話し合ったのは、その三つがあっても、差別されたり、サービス提供者の態度が悪かったり、サービスの質が悪いと気持ち良くサービスを受けられないという点です。Acceptability は、HIV ポジティブの方であるとか、貧困や差別の対象になっている人にとって、他の三つの A よりも重要ではないか、そんな話をしました。

これらがすべて揃ってはじめて、サービスを受けて健康を手に入れられます。エクイティは、他人と比較して公正なサービスを受けられるかという話ですが、利用者を主語にして、何々さんといった個人のレベルまで落とし込まないと、ユニバーサルであるかどうか語れないのではないかと、そんなふうに解釈をしました。

こういった事例を皆さんの現場から出してもらって作ったのが、先ほどご紹介したハンドブックです。なぜ NGO が UHC に関わるのか、NGO らしさをアピールする必要があります。行政がやること、住民がやることを権利に基づくアプローチのフレームワークに落とし込むと、NGO は外部者です。行政と住民の間でどういう役割を果たすのかを示すことが非常に大事だと思います。Duty Bearer や Rights-Holder の間で、NGO がどのように役割や存在意義を果たしているのか、それを可視化させようと思いました。事業レポートを読んでいると、全て NGO がやったように書かれているものもあります。また、住民を一括りにした話はたくさんあるのですが、その村で一体どういう人が脆弱層で、どういった格差を解消したのかがわかりません。書き手の皆さんに質問しても、なかなか答えが返ってこないこともありました。

一般に NGO のほうが草の根に入っていると、より住民に近いと思われていますが、それは幻想にすぎなくて、NGO であっても何々村の住民という程度でしか理解していないかもしれません。データに関して言うなら、頭数を数えることはそれなりになされていまし

たが、障害のある人はどれくらいいるのかと聞くと「うちは障害のプロジェクトはやっていないです」と、あっさり言われてしまうことがありました。NGO も、ジェンダーとか多様性配慮を苦手とする団体もまだまだあると思いました。

さきほど紹介した四つの A への取り組みを検証したかったのですが、事業前にどうだったか。事業の途中、あるいは終了後どうなのか、というデータの裏付けがないと、変化は検証できません。「私たちが活動したある村は、他の村よりも良くなりました」というような大ざっぱな話が多かったです。何もやらないよりやったほうがいいに決まっているという話になってしまうと、どの A で変化があったのかわかりませんし、ましてやエクイティに貢献したかもわかりません。まだまだエビデンスを使ってアドボカシーをするには難しい点があると思いました。

また非常に懸念を感じたのは、社会構造や格差分析に関して、日本での実践が足りないもので、他の国に行ったときにも貧困の社会的要因を考えたり、その背後にあるバリアを見るという視点が弱いのではないかと思います。私がオランダの NGO の職員としてネパールでやっていたのは、社会的排除問題専門官という仕事です。当時、ネパールでは Multidimensional Exclusion Index といって、健康や教育などさまざまなインディケータを用いて、カーストや民族による 70 ぐらいのグループをランキングにして、ある指標ではどの民族が一番高く、後ろのほうにこの民族がいますよ、といったデータを出していました。災害支援でネパールに入ってる日本の方にお見せしたところ「こんなものを出しては、良くないのではないですか。ある民族が他の民族よりもランキングが下だなんて、明らかにする方がおかしいのではないか」と言われました。確かにそういった考えもあるとは思いますが、大事なのは、その国の政府が格差を可視化する方針をとっているかどうかだと思います。

私はバングラデシュでも働いたことがあります。バングラデシュ政府の場合はエクスクルージョンという言葉に非常に神経をとがらせていて、カーストや民族別のデータ取ることは全く考えられないです。一方で、すぐ近くのネパールは、これを乗り越えないとまた紛争に戻るのではないかと、保健指標だけ取りだしてもあまりに格差があるからその背景を知ろうという国のコンセンサスがあったと思います。社会的決定要因を考えるときにバリアを見極めたり、そのために現地で使われているインディケータを利用することが大切です。海外から入る団体もやらなきゃいけないと思います。

支援の単位という話をすると、細かいところまで見られませんか、集団で見ているので世帯内までわかりませんと言われることがあります。しかし、家庭では、男の子は車で町の私立病院まで連れていくけれども、女の子は近くの無料のクリニックまでしか連れていけないといった話を聞きます。ジェンダーに基づく医療行動の違いはどこにでもあると思います。UHC に取り組むのであれば、世帯単位でなく個人まで見なければいけないと思います。

HIV エイズとか障害など、社会的スティグマを持つ人たちへの着目も必要です。一般的

な保健プロジェクトと、障害あるいは特定の社会的スティグマを持った人への支援というのは、日本の場合区別されることが多いと思います。包摂的であるということは、恐らくSDGsで重要なアジェンダだと思いますが、包摂を語るのであればそもそも排除の話をしななければいけません。排除の要因を一つ一つ明らかにしていくことが大切であり、その過程でNGOが排除の障壁を取り除くために何をしたのか、NGO自体が社会構造や格差の解消にどんな影響を与えたかということは、述べられるようにする必要があります。

貧困層と富裕層に分けたとしても、もともとあった格差がさらに拡大しているプロジェクトが実は多いのではないかと思います。新しい技術が入ってすぐ使いこなせる人がさらに利益を得ると、もともとあった格差がさらに大きくなってしまいます。残念ながら多くの援助事業はこのような状態にあるのではないかと思います。そうならないようにしようとしても格差が温存されることはあります。事業前と事業後で格差が解消していくことができればいいのですが、そもそも、従前の格差や不平等がきちんと計測されていない場合、事業の影響はわかりません。

ハンドブックを作る過程で、私は四つぐらいの団体の方と対話をしながら書くお手伝いをしました。現地政府の統計とか2次資料を使うだけでも、自分たちのプロジェクト地が他の事業地とどれくらい違うかはわかります。しかし、残念ながら、そういった統計も活用していない団体もありました。

私たちがこの1年間かけてやったことは、現場のエビデンスをアドボカシーに使えるようにすることです。サービス提供をやっている団体が、政策アドボカシーに関わるというのがまだまだ一つの流れになっていないようです。自分たちが提供したサービスやニーズの把握、そのモニタリングまでは皆さんやっていらっしゃいますが、行政との対話のツールにしている例は少なかったです。

WHOのホームページにUHCに関するクエスチョン・アンド・アンサーというのがあって、そのクエスチョンの一つにUHCというのはアンビシャス過ぎませんか Isn't it too ambitious? Are countries succeeding in implementing? という問いがあります。一番目の回答として、ネパールは2008年に無料のユニバーサル・ヘルス・ケアシステムを導入し、それによってMDGsの保健指標が順調に進みつつあるというふうに説明があります。

2008年当時、私はネパールに居ましたし、2010年から12年までの間、JICAの草の根のプロジェクトでヒ素汚染対策にも関わりました。年間60日ぐらいネパールで過ごし、保健ワーカーとも付き合っていました。しかし、2008年に無料システムが導入されたという話は聞いたことがありませんし、ほとんど村の人にとって関係もなかったです。2007年の暫定憲法で、全ての国民は無料で保健サービスにアクセスする権利があると書き込まれたというのは事実で、そこは合っていますが、受け取り手が本当にこのサービスを受けたかという、全然違う話でした。

とはいえ、こういうアジェンダにキャッチアップしないと、援助される側としては援助をしてもらえなくなってしまいます。ネパールの場合、2013年から国民皆保険制度という

ものを検討し、現在五つの郡でその導入を開始しています。私は 2015 年、今年の 2 月にこのモデル郡の一つである東のイラム郡という所に行って「何やっているの？」と聞きました。まず興味深かったのが、事務所によくある政府の立派な看板がありません。「なぜ看板がないの？」と聞くと、「看板掛けて、保険料を後で請求に来る人が居ると困るから」と答えていました。政府は政府でこういうのを始めているのですが、それよりも前からネパールの場合は、マイクロファイナンスのグループが基盤になった健康保険というものがあります。

私は三つの団体のものを今調べているところです。インド側の平野にあるバンケ郡でニルダンという NGO がやっているものが比較的大規模で、2 万世帯ぐらいが入っています。写真はマイクロファイナンスのグループの女性たちが保険請求書類を精査しているところです。普通のマイクロファイナンスの担い手とほとんど同じで、5 年生から 8 年生ぐらいまでしか学校に行っていない女性たちです。事務所では保険請求書類のデータを入力していて、これを解析するだけでこの辺りの疾病構造も分かるんじゃないかなと思うような非常に興味深い資料でした。

UHC の議論の中でファイナンシャル・プロテクションが重要視されていて、国民皆保険が目標となり、要するに国家のものに一本化させていくことに注目が集まっています。世界銀行などは当然それを支援しています。国際 NGO でこのあたりのことに詳しい人に聞いたところ、潮流としては、既存の草の根のマイクロファイナンスを基盤にした健康保険は、邪魔なものだと考えられているそうです。こういうものがあることで、政府の保険加入をディスカレッジするのではないか、政府のなんかに入らなくても私たちはもう入っていると言われたり、政府の信頼が非常に低い国では、国家レベルでの新たな制度導入を遅らせる懸念があると聞きました。ニルダンなど保険に関わっている人は、そんな傾向を知っています。

マイクロ保険はマイクロファイナンスを基盤としていますから、大きな援助金は要りません。それでも新たに普及をしたり、トレーニングをするためにはお金が必要です。しかし、UHC に関わっている国際 NGO に支援を要請しても 100 パーセント断られるそうです。今の UHC のアジェンダから外れていると言われてしまうそうです。

ニルダンの場合、インドにあるマイクロ保険をやっている団体から技術支援を受け、わずかな研修費用をセーブ・ザ・チルドレンのアメリカからもらっていますが、保健セクターとしてではなくて、農村の生計向上プロジェクトということでお金を何とかもらっているという話でした。

NGO だからといって必ずしも利用者に近くないということは、先ほどの話でもお分かりいただけたかと思います。障害を持つ方たちに度々言われるのは「すべての人」という表現をやめてほしいということです。「すべての人」とか「みなさん」と言ってる限り、行政であれ NGO であれ、サービス提供側が利用者を大衆とかマスで見ているだけではないか、最終的には、一人一人というとらえ方が重要であって、疎外されやすい人たちにとって「す

べて」と強調されるのは非常に危機感を覚えると聞きました。支援対象を考えるときに、できるだけ小分けにして、その分類してきちんと書き込んでいくことが大切だと思います。

国家と利用者の間での NGO の立ち位置も問われていると思います。UHC に関わっている国際 NGO だからこそ、マイクロ保険の支援をしてもらえないという話をしましたが。グローバル・アジェンダにキャッチアップしないと自分たちがお金がもらえないというのは、国際 NGO のほうがより強く感じていると思います。グローバル・ファンドなどより大きなお金を取ることに一生懸命になって、草の根で行われている良い実践が軽視されていることは、保険以外にもいろんなセクターで感じることです。

もう一つ大事なものは、そもそも国家の枠に収まらない人がこれだけたくさんいる世の中で、移住などの理由で、世帯単位の保険から外れる人というのは、世界中には相当たくさんいると思います。私たちはフィリピンにも調査に行きましたが、フィリピンのフィルヘルスは、移住者も加入できるようにつくられています。カラカサンという日本に移住したフィリピン女性の会の人たちにフィルヘルスの話をしたら、誰も入っていませんでしたし、恩恵も受けていませんでした。NGO が UHC のアジェンダに関わっていくときに忘れてはならないのは、国家とは違う目線で関わることです。そうしないと、利用者本位の UHC ということを私たちも見落とししてしまうのではないかと思います。以上です。

村上 田中さま、どうもありがとうございます。市民社会、NGO、そして利用者の視点からの UHC ということだったんですが。国家の制度と NGO のマイクロファイナンスなどの取り組みの整合性であったり、移住など国家の枠に収まらない人々をどうするかというような、ステートパーティといえますか、国家というもの、国家の働きというものを同時にハイライトしていただいたんだと思います。どうもありがとうございました。

(了)