

UHC 実現に向けて日本・JICA の取り組み

国際協力機構上級審議役 戸田隆夫



独立行政法人国際協力機構（JICA）上級審議役
1984 年 京都大学法学部卒業後、旧国際協力事業団（現 JICA）入団、在ザイール日本大使館出向、JICA アメリカ事務所次長、平和構築支援室長、人間の安全保障グループ長、バングラデシュ事務所長、人間開発部長などを経て、現職

●はじめに

本日は 90 枚のスライドを用意したのですが、通り一遍にならない説明をしたうえで、私が本当に皆さんに申し上げたいことを、後で問答形式の形で話したいと思います。JICA の協力形態はこの図に示すように、日本の国際協力の一翼を担って



いて、お金や人、技術の協力、緊急援助をはじめ、最近では民間企業や NPO との連携が非常に増えてきております。

●グローバルヘルスに関する国際場裡での日本のリーダーシップ

案外知られていないのが日本のリーダーシップのことです。日本の長期低落傾向が 20 年以上も続く中で、こと国際保健に関しては、いま日本がリーダーシップをとらずしてどうするのかという状況にあるということを認識していただきたいと思います。例えば先ほど中村先生が紹介した東ティモールにいる若いボランティアの人たちのレベルもあれば、政治的なハイレベルで日本が他国ではできないようなリーダーシップをとってきたということを、あらためて強調したいと思います。このパネルに書いてあるのはごく一部

ですが、これらは日本がゼロから呼びかけて国際的なコンセンサスをつくっていったものです。記念すべきは 1997 年のデンバーサミットにおける

グローバルヘルスに関する国際場裡での日本のリーダーシップ(1)

- 1997年デンバーサミット・橋本イニシアチブ
(先進各国が寄生虫対策に取り組む必要性を宣言。)
- 2000年九州・沖縄サミット
(沖縄感染症対策イニシアティブ・世界エイズ・結核・マラリア対策基金(グローバルファンド)設立のきっかけとなった。)
- 2008年北海道洞爺湖サミット(母子/感染症に加え保健システム強化にも重点を置く。)
- 2011年国際保健政策(母子保健/感染症対策を柱とし、科学的根拠の重要性に言及。)
- 2013年国際保健外交戦略
(国際的な保健分野の取組を我が国外交の重要課題と位置付ける外務大臣提案による関係閣僚間の合意。)
- 2015年平和と健康のための基本方針
(開発協力大綱の保健分野の課題別政策にあたるもの。)
- 2015年持続可能な開発のための2030アジェンダ(SDGs)
(ゴール3「保健」では、UHCを重視し、「あらゆる年齢の全ての人々の健康的な生活を確保し、福祉を推進」する。)
- 2015年UHC国際会議(東京)
(SDGsのもとでのUHCを、WHO事務局長、世銀総裁を含む世界のリーダーが議論。)

橋本イニシアティブで、先進各国が寄生虫対策に取り組む必要性を宣言。なぜ寄生虫だと思いますか。それは分かりやすいからです。蟯虫剤を飲ませたら次の日から子供がすっきりする。これを我々はエントリー・ポイント、入り口と呼んでいます。私は若い頃 JICA で空手を主宰していましたが、途上国から人が来て何をエントリー・ポイントにするかということ、空手家としては本意ながら試し割です。ブロックを割ると皆がギョッとします。その後はそんな下品なことをせず、ゆっくり型をつくりましょと進めました。同じように日本は寄生虫から入って、感染症対策(2000年)ではエイズ・結核・マラリアのファンドを作ったり、そして母子保健では北海道サミット(2008年)です。そこでは保健システムという話が出てきました。そして平和と健康のための基本方針(2015年)。健康と平和がどう結びつくのか、それは後で私の意見を述べます。2015年には先ほどの講演で触れられた SDGs のところで、UHC を入れ込んだのも日本がほぼゼロの段階から運動して実現したものです。

2015年と2017年12月にUHC国際会議が東京で開催されました。去年はグテーレス国連事務総長に来ていただき、ビル・ゲイツ氏からもメッ

セージをいただきました。注目すべきは麻生財務大臣が会議を仕切ったということです。要するに財務大臣、お金を握っている人が保健の話をするということが重要であるわけです。ちなみにピ

グローバルヘルスに関する国際場裡での日本のリーダーシップ(2)

- 2016年伊勢志摩サミット**
(「国際保健のための伊勢志摩ビジョン」により、公衆衛生上の危機対応、強固な保健システムを備えたUHC、薬剤耐性菌対策、研究開発などの重要性を発信。)
- 2016年G7保健大臣会合**
(サミットに付随する保健閣僚会合。サミットを受けて各国の保健政策の中で推進するための合意「神戸コミュニケ」を採択。)
- 2016年アジア薬剤耐性(AMR)東京閣僚会合**
(保健分野と農業分野のアジア等12か国の閣僚を集め薬剤耐性菌対策を協議。)
- 2016年第6回アフリカ開発会議(TICAD VI)**
(成東文書ナイレロ宣言では強固な保健システムが一つの柱。UHC in Africa提唱。)
- 2017年UHCフォーラム2017(東京)**
(UHCの進捗をモニタリングし、2030年までのUHC達成をめざし、グローバルな取組みを促す「東京宣言」を発表。)
- 2018年IMF世界春学会合**
(UHC関連増資会合-UHCを国連の課題として位置付け)
⇒過去20年来、国際的議論を牽引
⇒総理をはじめ高いコミットメント

ル・ゲイツ氏は、国際保健に金額面では世界で最も貢献している人です。途上国への国際的資金流入の9%~10%はゲイツ財団が占めています。これはイギリスの援助額と同じくらいで、日本の2.5倍です。日本はリーダーシップをとっていると言いながら、出しているお金の額は少ない。昔とは逆です。湾岸戦争に130億ドルも払った時代がありましたが、今はお金を少ししか出さないのに国際社会で偉そうなことを言っているというのが日本の現状であります。それでいいのかという問題もあるわけで、その辺りは皆さんの協力を得て、日本がもっと保健とか基礎教育などで出直されないかという運動を起こしつつあります。皆さん方はお医者さんとか大学の先生などで活動されている保健のバックグラウンドの方が多いと思われるが、ぜひ保健以外の方々にも理解と支援を求めて、皆さんの力で言っていただければと思っています。

●UHC (Universal Health Coverage)

UHC(Universal Health Coverage)

- UHCの目的とは「すべての人が、十分な質の保健医療サービスを、必要に応じて、経済的困難をこうむることなく受けられる」ようにすること。

①サービスが受けられるようになる
⇒保健医療サービス(裨益人口、サービス内容)の拡大

②負担可能な費用で受けられる
⇒医療保障制度整備・運用改善

③保健医療サービス提供「基盤」が整う
⇒保健医療サービスを計画・実施・維持できる仕組み、体制作り。保健システム強化。

UHC のことでは言っておきたいこととして、「①サービスを受けられるようになる」と「②負担可能な費用で受けられる」とはどんな雰囲気かということ、別に国際的な基準があるわけではないということです。各国それぞれの、そこに生きている人々が納得のいく形のサービスが、みんな受けられるかどうか。そこがポイントであります。これがどんな意味を持つかについては後で述べます。

●保健システムは「土台」

システムという言葉を意識してください。専門用語でパーティカルホライズンと我々は言っていますが、パーティカルとはタコツボです。例えば「私は小児科医です。子供のことばかり言います」、あるいは「私は結核の専門家です」「私は外科医です」。みんな蛸壺に入って一生懸命やろうとしている。それはそれでいいとしても、世の中のリソース(資源)は限られているわけです。人、お金、知恵なりがうまく回るように、むしろ大事なのは仕組み、システムが大事ではないのかというのが、ここ20年くらいの国際的な議論としてあります。UHCを語る時にシステムの話は避けて通れない。先ほどの中村先生の講演でも宇沢先生の話が出ましたが、世の中に仕組みという資産があるとなったら、極端なことを言えばどんな病気が来ようが、どんな困難が来ようが仕組みの中で問題を解決する。これをつくっていかうというのがUHCに関する営みになるのです。

●保健システム強化に対する基本的な考え方

これをホリゾンタルなアプローチといいます。昔はパーティカル族と喧嘩していました。パーティカル族、例えばポリオ撲滅運動。一般のNGOがポリオ撲滅のための支援者として何百万人を集めましたという活動をやっていて、そのかわりにJICAのロゴを入れていました。ロゴが入って

保健システム強化に対する基本的な考え方

- 保健システムは保健サービス提供の「土台(基盤)」。
- 保健システム強化を直接の協力目的とするプロジェクトもあるが、感染症対策や母子保健のプロジェクトの中でもそれぞれ保健システム強化に取組む。
例: 感染症対策のための、人材育成、政策策定支援、組織強化、など。
- 途上国自身による保健医療事業(母子保健、感染症対策)が、持続的(サステナブル)に展開できるように支援するのが、JICAの役割。
- 人の育成→組織体制整備→制度整備というCD(Capacity Development)に取組む。

いるからとお金持ちのところに行って、いいことをし

ているからお金を支援してください。そんな循環があったので、これをもっと人間中心にしてシステムで回していこうと我々は今やっているわけです。最近は一パティカル族とホライゾン族が仲良くなり、例えば今年の国連総会で結核に関するハイレベル決議が、日本が共同議長国になって出されますが、その中で結核に対する取り組みがひいては保健のシステムをつくり、強靱な社会をつくっていくという感じの宣言文になるはずです。

●JICAのUHC支援方針

そういうシステムを進めるための JICA の武器は何かというと、やはり日本の地場の経験です。これが半端でないわけで、貴重なことです。貴重だということと適応が難しいこととは違って、貴重な中を失敗も含めて皆で抽出して、「わかる」「そうする」と途上国の人に言わせられるか。この辺りが大きなチャレンジになると思います。Human Security、人間の安全保障という言葉、

JICAのUHC支援方針

- ・各国への支援では、これまでの保健システム強化に関する開発協力の経験と、日本の歴史的経験を活かす。
- ・協力相手国、国際機関、各種ステークホルダーとともにUHCの国際的な潮流作りに貢献。
- ・UHCの目指す「だれ一人取り残さない」という視点は、日本の国際協力が重視してきた「人間の安全保障(Human Security)」と共通。

これだけでも相当な時間の説明が必要なのですが、一言でいうと人間を中心に据えて、命と暮らしと人々の尊厳、人間存在の中核と言いますが、これを守られないかというのが「人間の安全保障」の哲学です。「男は黙ってサッポロビール」、「グダグダ言わずに仕事をしろ」が昔の日本男子だったわけですが、そうではなくて、今は日本が哲学や理念を語って活躍している時代になっている。何を語っているかの哲学の中身として、非常に大きな部分を占めているのが「人間の安全保障」という理念です。これは前世紀以来のタコツボの反省です。例えばエイズ問題について、ある人は病理のことばかり関心がある。ある人は疫学ばかりやる。ある人はエイズの経済的側面ばかり見ている。誰がエイズの患者を診ているのか。誰がエイズの患者を抱える家族のことを考えているのか。

そこに立ち返ってエイズ対策をやろうというのが「人間の安全保障」なのです。そうした価値をもった哲学がいま日本を担いで、国際社会で声をあげていることをぜひ覚えておいてください。国際潮流があるかどうかはともかく、概念はよいが言葉として適切かどうかというのが、多くの国の反応でもあります。

●UHCを支援する5つの重点領域

UHCを支援する5つの重点領域

- ①Finance:十分な財源の確保と医療保障制度の拡充。
- ②Service:段階に応じた保健医療サービス提供機能の強化。
- ③Equity:地域社会や脆弱層のエンパワーメント。
- ④Preparedness:感染症等健康危機に対する備えの強化。
- ⑤Governance:保健医療行政・施設マネジメントの強化。

UHCを5つに因数分解して我々は進もうとしています。日本が強いところは、段階に応じたサービスの内容をきめ細かくどうするかという領域です。意外と強いのが、感染症等健康機器に対する備えの強化という領域です。例えば村山の感染研などを含め、日本が30年、40年にわたって築いてきた感染症ネットワークが形成されつつあります。それがアフリカの3年前のエボラ、その前のエボラの時に活躍したことも覚えておいてください。先ほどの中村先生の講演でミリアム・ウエレさんの紹介がありましたが、ウエレさんが受賞した野口英世アフリカ賞も、野口研を記念したアワードとして日本が一生懸命やろうとしているものです。

●感染症等健康危機に対する備えの強化

感染症などの健康危機に備えるためにベトナムやガーナ、ザンビアなどでも一生懸命やっているのですが、日本人はこうした活動に関心を持つ人が多くなく、消極的な人が多いようです。こうしたところに入っている機材の多くはドイツ製とアメリカ製です。一時は日本の研究所だからとメイド・イン・ジャパンを入れたのですが、メンテナンスができなくてぼろぼろになった。仕方がないからシーメンス製品に変えたが、その途端に国会議員が見に来て「お前ら何しているのか」と問われたので、「仕方がない」と事情を話して納得してもらいました。今は少しずつですが、日本の民間企業もグローバルな視野が広がってきま

した。それは世界に出ていかないとやっていけなくなったからです。

●UHC 支援で留意すべきこと

本日は NGO 関係の人も参加しています。JICA もそうでしたが、やはり小さな成功物語で満足してしまう。どこかに行って、手術を何件かやって、村人と仲良くなって信頼関係を築いて、励まして帰ってきました。終わった後はどうなるのか、その活動成果は広がったのか、それで国民社会は変わったのか。そういうところが我々の反省です。

UHC支援で、留意すべきこと

- (1) UHCの達成を実現するため、保健医療サービスや医療保障制度へのアクセスが制限されている脆弱層（農村部、貧困層等）への裨益や、全国への普遍的な裨益（スケールアップ）を想定した支援とするよう留意する。
- (2) UHC達成に伴う医療費の増大を抑制するため、栄養の改善（食糧安全保障）、環境衛生の改善、教育の普及やジェンダー平等の推進等も重要。
- (3) UHC達成の前提条件となる住民登録等の情報基盤の整備や税制・財政基盤の強化、インフラの整備も重要。

今は多少厚かましくも、いろんな途上国のハイレベルの人にもアプローチして、日本はこんないいことをしているから、これをアフリカ流に、アジア流に、あなたの国流に政策・制度化しませんかという手伝いも始めています。もっと言うと、プロジェクトという言葉がありました。プロジェクトのようなものからムーブメント、気がついたらみんながやっていたという、どこでどうやったらいいいのか分からないが、北極星のようなものがある、ドーっと広がっていく。そんな社会変革を目指す議論を、我々はプロジェクトの活動とともに始めつつあります。

●アジアでの保健医療協力の今

アジアではベトナムのチョーライ病院を始め、いろんなところで拠点病院をつくってきました。太

アジアでの保健医療協力の今日

1. 拠点病院整備の長い歴史（各国に「日本病院」と呼ばれて親しまれる病院がある）
→非感染性疾患（NCDs）への対応
→学術交流、企業のビジネス等、日本との関係が進展。
2. 今後、高齢化が急速に進む
→日本の高齢化経験に学びたいというニーズ大きい。
3. 日本と相手国の間の協力から、第三国を含めた「グローバルな学び合い」を促進
→タイ「グローバルヘルスとUHCのためのパートナーシッププロジェクト」
→インドネシア「母子手帳」、タイ「結核対策」第三国研修

洋州の 14 カ国は、中核病院のほぼ全てが日本に

よる建設です。最近では中国がいろいろやり始めています。しばらく前に中南米の WHO 地域機構の関係者がやって来たのですが、それは高齢化問題。日本の高齢化の経験に学びたいという世界的ニーズがあります。また、日本と相手国、いろんな国との学び合いということがあります。例えば私が初めて母子手帳世界会議に参加したのがカメルーンでしたが、ワークショップやポスター展の中で、ブルンジのポスター展が盛り上がっていました。そこにインドネシアとフィリピンの人がいて、インドネシアの人は「そこで我々は苦勞した」と言う、ブルンジの人が「そこから我々は学んだ」と言う。その横で聞いていたフィリピンの人は「そんなことがあるなら我々はこうしようか」と話す。こうしたダイナミックな学び合いが行われていました。これを JICA としてメールで皆さんにお知らせすれば、もう少し理解が進むの

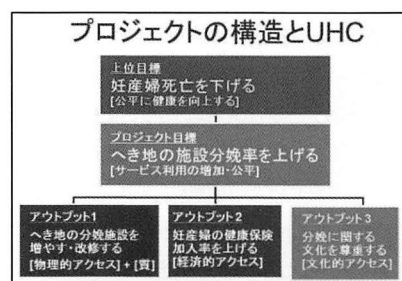


かもしれません。

●協力事例：フィリピン

フィリピン・コーディレラ州で行ったプロジェクト

の話をします。山間部のタガログ語しか通じないような地域で、なぜ、プロジェクトをやったと思いますか。ここで何かができたら他の地域を黙らせる。こんなに貧乏で困難な所で人々がやったという話になったら、誰も何も文句が言えない。だから、あえてここを選んだのです。妊産婦の死亡率が高いことは、ある意味で伸びしろというのがあります。頑張ったらどんどん死亡率が減っていく。また、子供が死ななくなるのは村の人にとってはものすごく良いこと、とくにお母さんはそうです。そうなれば、もっといろんなことを皆でやろうという話にもなります。



●プロジェクトの構造とUHC

プロジェクトの構造ですが、上位目標、プロジェクト目標

を掲げて、アウトプット 1、2、3。それに対して

インプット1、2、3と計画をつくるわけです。ところが実際に行ってみたら、この写真のようにこんな所です。そんな思い通りに行くわけがないのです。やはり現場にどんなダイナミックな人がいて、どれだけハート・ツー・ハート(Heart to Heart)でやれるのかが勝負になります。若い人で途上国に関心のある方には、ぜひこの辺りの即興を重視してください。言われたことを言われた通り、計画通りやるのなら機械に任せておけばいいわけです。そうではない。ぼくぼくのところで本当に仕事ができるのか、まさにこんなチャレンジな話はないので、ぜひやりだしてください。

●医療従事者研修

やはり我々が重視したのは人の育成です。もちろん技術は教えますが、最近はインターネットでいろんな技術情報が得られます。ハーバード大学の授業だってユーチューブで見られる時代です。何を教えるかと言えば、本当に細かいところですよ。例えば出産時の体位だとか、胎盤の処置をどうするかとかなど。とくに体位については分娩台に縛り付けられるのはかなわないと言われます。この写真では分娩台を使っていますが、そんな話しながら教えます。昔の西洋の伝統で分娩室に他の人は入れないという決まりがある。そうではなく奥さんにしてみれば、横に家族がいて励ましてほしい。その辺りはどう対応するのかという話をします。その際に土足はだめとか、いろんな細かい話を1つ1つしていくというのが技術協力の実態です。

●分娩施設整備

分娩施設をつくって開院して、施設に行こうという気にさせることが大事です。その時に皆が笑顔の信頼関係ができてきたら、一気に村落保健支所で分娩するという実績が向上しました。これだけでよいのかどうかは分かりません。これは専門的なアウトカム資料でなく、アウトプット資料です。分娩施設が良ければいいという話で、アウトカムはそうでない。しかし、いろんな成果を可視化するにはこうしたアウトプット指標を設けて、プロジェクトの値打ちをはかります。

●プロジェクトにおける国民健康保険支援活動

同時に、政府の偉い人に会いに行こうという制度をつくりませんかと提案していきます。多層的に攻めるということです。1件だけやって順番

にいくとか、ボトムアップかトップダウンか、そんなにはっきりした方法があるわけではなく、どちらもあり。援助をやっていると必ずどこかでこけるわけです。現場がうまくいくけど政治家がうまくやらんとか、政治家はかっこいいことは言うけど、援助づけて現場はやる気がないとか、いろんな国があるわけです。だから、あっちこっちへ行き、あっちこっちにあたる。多角的なあたり方をする。そうするとどこかでこじ開けられる。それが繋がった時にうまく進む。コーディネラのプロジェクトの場合は、まず現場でうまくいった。現場でコミュニティーが盛り上がる中で、健康保険支援の活動に繋がったというアプローチです。認証が得られるように支援し、お陰様で認証も得られた。これで我々がプロジェクトをやって帰って、何も残らないというのではなく、向こうの制度として現地の「俺たちがやった」「俺たちの制度だ」という形で、制度が根づいた。これにはハッピーエンド・ストーリーが多少はあったのではないかと思います。

●健康保険加入促進活動

制度をつくったことはいいとして、今度は人に入ってもらわないといけないため、再び多層的にいくわけです。必ず現地の人を使って、現地の人々のイニシアティブでやってもらいます。そうするとググッと進む。ムーブメントというのは盛り上がりだしたら早く進みます。逆に下火になる前に、制度化しなければなりません、保険加入率が50%から70%に一気に上がりました。

●日本の経験を生かした母子健康手帳

母子手帳の話ですが、注目してほしいのはこの



母子健康手帳



- 母子健康手帳を活用するためには、お母さんと現場のスタッフの協力が必要です。また、手帳の定期的印刷、計画的改訂、資金調達、配布の登録システムの開発や母子健康手帳の活用を定めた法令の準備なども含め、保健システムの強化と国の政策作りも必要です。
- 戦後の日本では、母子手帳の配布とともに、健康保険制度や健診制度を確立し、助産師、保健師、住民ボランティアによる地域保健活動にも取り組みました。
- 母子健康手帳は、母子保健を取り巻く保健システム全体を強化するため関係者繋ぐためのツールなのかもしれません。

(坂原明子JICA国際協力専門員談:JICAホームページから)

写真に写っている絵の、この人が中々いいと思います。母子手帳の中にこの子のお父さんがいる。ムスリム社会の伝統でもあるのですが、必ずお爺さんか旦那さんが来ていることです。女性だけで

外出してはいけないという、イスラムの文化にもよると思いますが、やはり「俺は参加している」という意識があり、手帳を大事に持っています。その土地、その土地に応じた母子手帳の形になっています。1年に1億4千万人の赤ちゃんが世界で生まれていますが、母子手帳を使っている赤ちゃんは何人いるのでしょうか。じつは日本を入れて1千万人です。インドネシアが最大の利用国ですが、いま中国が一生懸命です。世界で40~43カ国くらいで利用されています。1千万人なら赤ちゃんの7%。我々としては母子手帳でも、生涯手帳でもデジタル手帳でもいいのですが、世界に広めたいと思っています。たかが手帳されど手帳で、これはシステムを強調するものだと思っています。そのことについては後で語りたいと思います。

●インドネシア：JICA 初の母子手帳開発の協力

インドネシアで母子手帳が広まったことを話します。これはアンドリアンサさんという方がたまたまJICAの母子栄養研修会に参加されていて、その時に手にした手帳に触発され、「これはいい」とインドネシアに持って帰ったのがきっかけでした。まさにご縁です。プロジェクトでもなんでもなく、ご縁とムーブメントです。感じるものがあるって、それを支える人がいて、加速させる人がいて、気がついたら、あんなに人口を抱えるインドネシアでほぼ全域で母子手帳が活用されるようになった。しかも4年前、彼ら独自の改定作業を彼らの力で成し遂げました。

●パレスチナ：アラビア語初の母子健康手帳

そしてパレスチナではアラビア語初の母子手帳をつくりました。グテーレス国連事務総長が先日東京に来た時、これを渡しました。もう1つ、ガーナの母子手帳も渡しました。今度は長崎にもグテーレスさんは来ますが、そういう時々打ち込みをしておくなど地道な運動をしていくと、いつしかそれが結実することにもなります。そんなアプローチも我々はしています。

●パレスチナ難民のお母さんの手荷物

2015年の安倍総理の国連総会演説では、延々とアボウサさんの母子手帳の話をしました。パレスチナ難民がシリアに逃げて、シリアがあんな状態になってしまい逃げようとした時にNGOが20歳そこそこの女性に「あなたは何を持っています

か？」とカバンの中身を見させてもらった。この写真が彼女の持っていたすべての持ち物ですが、その中に母子手帳があったわけです。年に1回の国連総会の議場で日本の首相に言わせることができました。こうした話題はむしろファーストレディーズ・マター、同行のファーストレディの役割のようですが、主流外交を担う首相にあえて母子手帳のことをとりあげてもらったわけですが、それは引き続き進めたいと思います。なぜかについては後で述べます。

●世界における母子手帳

日本で発行される母子手帳は年間100万冊。世界では日本を含む40カ国以上で年間1,000万冊。今ではこんなに広がっています。



中村先生らのリーダーシップでさらに推進したいと思っています。皆さんの中で我々の後を継いでくださる思いの人がいれば、手を挙げていただければ一緒に進めたいと思います。

●各国の間の学び合いの促進

じつを言うとインドネシアの保健大臣が一時やる気をなくして、「今後はパプアニューギニアに専念したい」と言い出した。それをパレスチナの人が救ってくれました。なぜかは知りませんが、インドネシア人はパレスチナの人が大好きなのです。そこで「パレスチナではこんなにやっている。それはインドネシアから学ばせてもらったからで、おまけにインドネシアに先んじてこんなアプリまで開発しています」と話したら、「インドネシアでももう少し頑張ってみよう」という気になったということです。やはり植木でも人間でも、水を与えないといけない。多層的、多角的、同時多発的、かつ持続的にやることによって、ムーブメントが高まっていくと思います。

●アフガニスタンの母子手帳は絵を多用

アフガニスタンの特徴は識字率の問題があることです。女性は 10 人に 2 人しか字が読めないから、手帳をもらっても分からない。そこで内容が分かるように母子手帳に絵を多用しました。最低限の文字は書いていますが、それも何かとお母さんは気になるわけで、夫や学校に通う長男に教えてと聞きたくなります。家庭の中で赤ちゃんをめぐって皆が関心を持つようになります。そして、自らを守るということは自分と赤ちゃんを守ることだと納得していく。そうした繋がり役割が母子手帳にはあるということです。知恵というのが大事です。お金や物は分けたら減りますが、妊婦の横でタバコを吸ってはいけなないと私があなたに言ったとしても、何も減りません。役立つ知恵は分け与えても、分け与えても減らない。それを武器にします。

●母子手帳の国際的な標準化プロセス

母子手帳の国際的な標準化プロセス

- ・ 母子の健康に関わる家庭用記録WHOガイドライン策定に係る JICA/WHO (世界保健機関) 共同プロジェクト
 - 母子手帳のみならず、母子の健康に関わる家庭用記録の活用を推奨
- ・ 2017年8月～2018年9月(予定)実施中。
- ・ 保健セクターの国際基準を策定できる唯一の国際機関である WHO のガイドライン策定作業に JICA が参画・貢献。
- ・ 完成後は150を超えるWHO事務所に配布され、各国における母子手帳を含む母子の健康に関わる家庭用記録の導入・普及促進に際して参照される予定。
- ・ これを通じて、JICA が直接協力を実施する国以外においても日本の知見・経験が活用されることが期待される。

母子の健康にかかわる家庭用記録の標準化プロセスですが、あと数カ月で WHO の基準、ガイドラインになります。夢は手帳という文言を入れたかったが、それはともかく、ジュネーブの本部を口説き落として手帳を世界のスタンダードにしようとしています。完成後は 150 を超える WHO 事務所に配布され、各国での家庭用記録導入や普及・促進に貢献できると期待されます。

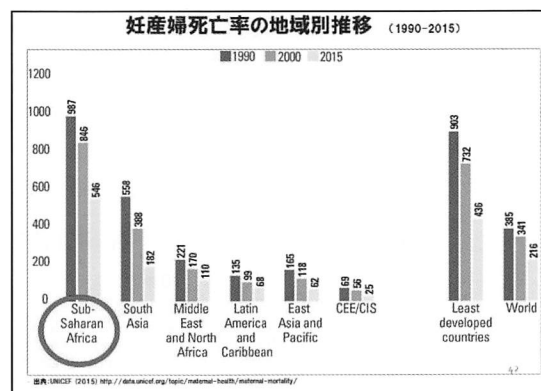
●アフリカへの UHC 支援 TICAD

アフリカ開発会議 TICAD というものがあります。アフリカのことを日本でも一生懸命やってくれないかという活動もやっていて、その中で UHC は大きなミッションとなっていて今度、横浜でアフリカ開発会議が開催されます。世界の 5 歳未満児死亡の約半分がアフリカで占めています。妊産婦死亡では 3 人に 2 人がアフリカです。これはすなわちサブサハラアフリカの母子保健の問題が解決すれば、エイズ、結核、マラリアの感染症問題に

も関係すると思いますが、この辺りが解決すれば恐らく世界で失われる不必要な死を相当程度減らすことができると思います。

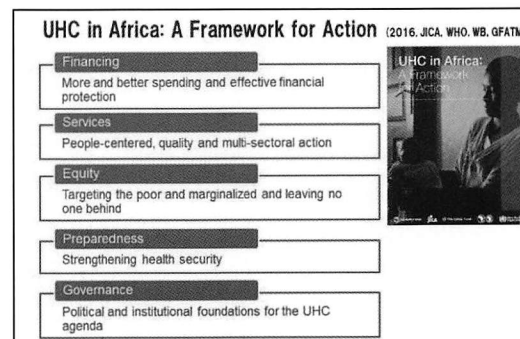
●妊産婦死亡率の地域別推移

お陰様で妊産婦死亡率は減少していて、10 万人に対して 546 人。日本は 3～5 人くらいだからそれでも 100 倍の違いがあります。そうした中で日本国内に閉じこもって、欲しいものだけを輸入して幸せに暮らすだけでよいのか、1 人の人間として「それでよいのか」と私は問いたいと思います。国際社会での妊産婦死亡は一昔前までは年間 600 万人だといわれましたが、600 万人×97% が不必要な死です。その子供たちが皆、例えば日本で出産されるなら助かるということになります。それを皆さんでやりませんか。そのためにどうしますか。お金や技術も大事だが、こうしたらできますという議論をやろうとしています。



●UHC in Africa

ケニアでアフリカ世界会議 TICAD6 を開催した時、世界銀行のキム総裁が「毎年、東京で UHC・イン・アフリカのモニタリングをしよう」と言い出した。冒頭で日本に対する国際社会の期待について話しましたが、アメリカが今あんな状態、イギリスもイタリアも舵を切っているし、ドイツは政権維持もままならない。そんな中でこの領域で



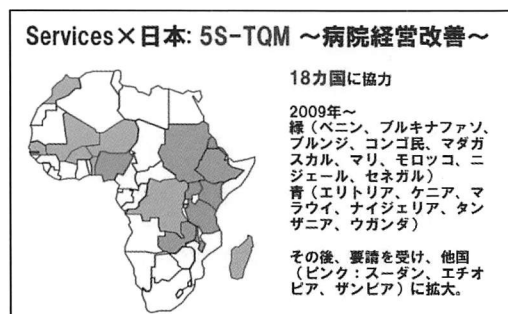
リーダーシップをとれるのは日本しかないのです。だから日本はもっと頑張らなければなりません。我々はこの答えを受けて、UHC アフリカ、UHC アジア、UHC 大洋州、UHC ラテンアメリカ、UHC 中近東をそれぞれやるのではなく、これら全てを一緒にしたグローバルな視点の取り組みとして2年に1回開催すること発案。WHO や世界銀行からも支持を得ました。

●重点国～ケニアとセネガル

とくにモデル国になるのがケニアとセネガルです。ここでは、いわゆる政策アドバイザーというハイレベルな政策・制度に対し助言をする人から協力隊員、システム、医療保健制度、必要な当座の資金などを含めて、多層的かつ多角的に支援しています。資金に関してはお金をあげてしまうようなことはせず、自立してもらうために低利の円借款を保健で活用して、ケニア、セネガルの2国を支える。これをどれだけ広げられるかは、ここ数カ月の私の仕事になっています。あと何カ国やれるかについて議論をしているところです。

●病院経営改善

もう1つ、大切なことが病院経営での改善です。



じつは病院改善ということが今アフリカで静かなブームになっています。整理整頓、掃除、適切に薬品を分ける、このようなことを広めるだけで決定的に変わってきます。例えば滅菌器ですが、忙しくて仕方ない。なぜかという消毒しなければならぬものを1カ所に置いているが、どれが使用済みでどれが未使用のものが分からない。だから毎回全てを消毒するという、信じられないような話がある。薬剤を倉庫に搬入する際に奥から積んでいって、忙しい中で使う時はいつも手前から出す。そのため奥の薬剤が残ったままで古くなって期限切れになる。それを例えば位置を決めて置いていき、薬剤を取る時にはこのように順に

とっていくという手順を決めるなど、少し整頓するだけで無駄になる薬剤などが大幅に減る。患者安全サミットというのが日本で行われたのですが、その時に改善活動の成果を数字で示しました。どのくらい無駄なものが減ったのか、医療事故が減ったのかなどを示して、ムーブメントにしたいと思います。改善活動は母子手帳と同じくらい大事な日本の美德です。改善の発祥はアメリカですが、それを広めているのは今の日本です。

●拠点ラボ

拠点ラボも広めています。最近の新境地はこういうのを結びつけようとしています。今はラインなど SNS を利用してテレビ会議も一斉送信も何でもできるので、それらを活用して皆が相互に結びつけられます。エボラの惨事の時も、ザンビアにいる皆に「気をつけて」と送れたわけですから。

●栄養分野の協力事例

オリンピックイヤーに必ず行われる国際会議があります。開催国が必ず開催する国際会議が食と栄養です。皆さん、東京オリンピックイヤーには「栄養」でぜひ盛り上がりましょう。さきほど離乳後の体重減少の話をしました。栄養分野の協力事例として味の素がガーナで広めようとしている「KOKO Plus」という取り組みがあります。微量のサプリメントを入れるだけで子供の成長が変わってくる。私が同じガーナで90年代にやっていたのは、豆を少し混ぜるだけですが、とくにタンパク質が多くとれるわけです。輸入物もい

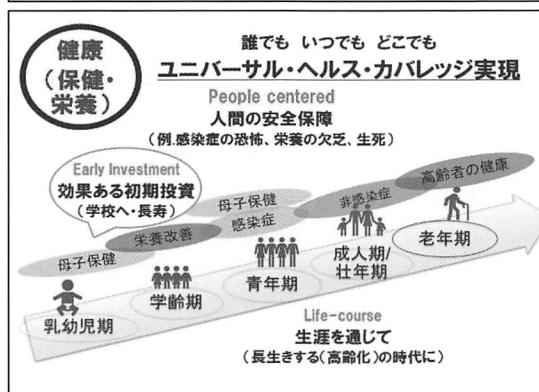
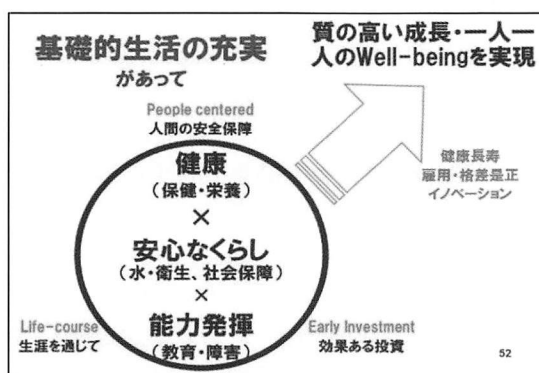


いですが、できればその土地で得られるもの、例えばカタツムリです。アフリカのカタツムリは気持ち悪いほどの

大きさですが、じつは落ち葉を食べる。そのタンパク質は落ち葉でできるわけです。そしてキノコ。アフリカの伝統的な、わらぶきの廃屋でキノコは育ちます。そうした知恵を現地の人と一緒にやっていって、離乳後の赤ちゃんに与えることで変わってくる。そういうことを我々は今後もっとやらなければなりません。

●健康（保健・栄養）：ユニバーサル・ヘルス・カバレッジの実現

生涯を通じて人間が健康で幸せにいられるという発想のもとに、社会変革を考えていく。それ



には具体的に何をすべきか。人間の障害を通じて、とくに乳幼児期から学齢期へと続く母子保健を含めて総合的に見ていこうという発想を、「人間の安全保障」の理念のもとで持ち続けることに我々は努力しています。



● JICA の SDGs 貢献に向けた取り組み方針

持続可能な開発目標（SDGs）については相当に知られるようになりましたが、その中で私は 1

つだけ強調したい項目があります。それは 17 項目の中の最後、「17.パートナーシップ」です。これはシステム論にも通じるのですが、要するに 1～16 までいろんな課題がある中で、それらの課題をどう解決するかという時に、「みんなで考えて、一緒にやってくれないか」ということ。テクニカルな言葉になりますが、「南南協力」とか「三角協力」という言葉があります。三角協力とは例えば「先進国・途上国・途上国」とか、多角的な関係で物事を考えるということです。南南協力は南の国と南の国との協力です。つまり人々、国々が学び合って、知恵を交換し合って、実践知を交換し合って、いろんな課題に取り組みながら進めていく。これはミレニアム開発目標（MDGs）とは違います。SDGs より前の MDGs は、途上国の課題を先進国の皆で頑張りましょう。だから MDGs の最後のところは、要するに「GDP の 0.7% の金を出そう」という感じだったのです。SDGs の「17.パートナーシップで目標を達成しよう」は、「皆で皆の問題を考えていこう」という発想が高らかにうたわれているわけです。遅ればせながら、社会の知性は進歩しているということを報告させていただきます。

● UHC への誤解その 1

UHC については、とんでもない誤解があります。

なぜ私がこれだけ一生懸命語るかというと、皆さんの中で 1 人でも多くが、これから私が語ることを聞いて、皆さん方の考え方を周囲の無関心な人たちに語ってほしいと期待しているからです。

UHC に対する大きな誤解その 1、「UHC は医療保険と医療サービスに関する課題である」。これは誤解なのです。私の後を引き継いだ議長、キック・ブッシュさんは私とは逆の考え方です。だから私の意見に対し、皆さんは批判的に聞いていただく権利があります。私は NO.だと思えます。なぜかといえば、本来、医療サービスは避けなければいけないから

です。我々が目指すのは皆がそれぞれの力で健康であるべきで、医者いらずの世の中、病院いらず

の世の中です。そういう健康的な社会なのです。それを目指すことで、我々はより多くの人々の幸せを願い、実現できると私は思っています。それをいきなり医療サービスの話に落とし込んでしまうのは、はなから病人、患者をつくるような話です。だから UHC の運動をする時に気をつけなければいけないところはここです。

サービスとは、やむを得ず病気になった人のためにあるべきです。保険もそうです。本来なら高い保険料、あるいは保険料は安いが高医療費を使って保健制度を破産させるようなことは避けるべきです。やむを得ない状況、リスク回避に対処するための保険は必要で、非常に重要です。ただし、そこに行かないようにするのが UHC をめぐる運動の真骨頂だと私は思います。具体的にどうするのか。私は毎日、海藻を何種類かとキノコを何種類かを食べています。健康です。朝食に 40 種類くらいを食べています。やはりおいしいものを楽しく食べて、食事を楽しんで健康であること。これに勝るものはありません。そのための知恵を、世界中の人に分かってもらうことが大事だと思います。

●UHC への誤解その 2

誤解その 2、「**貧しいと UHC は達成できない**」。よく言われのが「**うちは貧しいから UHC みたいなことはできません**」、「**理想論は分かるけど、お金をください**」。途上国の偉い人はそう言います。正直に言って、UHC の運動に対し反応はそんなに芳しくありません。日本がなぜ高度成長の前に国民皆保険が達成できたのかというと、高度成長の前だからできたのです。高度成長の後ではできない、というのは難しい。貧しい国でも豊かな国でも UHC は難しいのです。強いものは何でも取りたがる。既得権に安住してしまう。成長が始まったら、強いものがいいもの、おいしいものを取ってしまう。ビル・ゲイツのような大金持ちになったら別で、多少は分かつかもしれない。逆にみんなが貧しく、社会格差がそんなに深刻でない時に、その国なりの最低限の保健制度を整えて、そこから増えていく場合は保険システムの中で適正に再分配していく。1960 年代の高度成長が始まってから 30 年間、バブルがはじけるまでの高度経済成長の中で日本社会の中で行われた所得の再分配、その 7 割が医療保険を通じてお金持ちから

適正な形で貧しい人たちに所得が再分配されたわけです。だから 80 年代後半までは、1 億総中流とも言われたし、そういう社会でいられた。しかし今は変わってきています。

●UHC への誤解その 3

誤解の最後ですが、「**UHC は保健の問題である**」、「**UHC は人々の健康の問題である**」。もちろん健康の問題ですが、健康のみの問題でしょうか。UHC は国づくりの問題です。母子手帳は国づくりのシンボルです。それはなぜか。例えば東京で中村先生のリーダーシップで会議をやった時に秋篠宮妃殿下紀子様が出席されました。彼女は娘さんの母子手帳を持参されたのですが、それは私が娘のために持っていたものと同じものです。途上国の人々にとってそれは衝撃だったのです。日本の社会で生まれた以上、そこで生を受けた人あるいは妊産婦さんには必ず同じものが渡される。これは国としての宣言です。あなたとあなたの次の世代に、国は健康な生活を保障しますという心意気の証明です。

他方でアメリカみたいに、そんな保険とは全く縁遠い人たちがたくさんいます。一方で超豪華な保険制度に入っている人たちがいて、そこで別々の扱いを受けていたら、その人たちは日本のようにどんな人でも同じものをもらえる社会をどう思うのでしょうか。別の意味でのアメリカンスピリッツのようなものがあるのも事実ですが、やはり世の中が信頼関係のもとに発展していくためには、国はどんな人でも適正に平等に扱うという心意気を示す。それによって人々は法令を守ったり、税金を適切に納めたりという信頼関係が生まれます。自分の未来を信じる、周りを信じる、国や社会を信じる、ということなしに豊かになることはないのです。そうでない社会は、マクロ経済の中で数字として豊かになったとしても、本当に幸せでいられるかという必ずしもそうではない。

今の日本もどんどん格差が進んでいます。UHC に取り組むとは、どんな人でも人間である以上、社会や国が責任を持って皆でその人たちを育てていこうということです。そのためには何よりも、その人たち自身が健康であるための力をつけてもらいましょう。だから母子手帳の中に最近では、健康や栄養に関する情報も入っています。非常に

シンボリックな意味で母子手帳を含む UHC の運動は、国づくり、社会づくりの問題だと私は思います。そんな話を私は世界中でしています。先月はアメリカに 2 回行きましたが、来月は国連総会にも出かけます。もしも皆さん方が私の今の意見を受け取っていただいて、皆さんなりに批判的に検討していただき、言葉で発信していただければありがたいと思います。

●おわりに

私と同じ意見でない人を弁護するために言っておきます。とくに 1 点目の指摘、「医療サービス、医療保険のみの問題ではない」という私の意見には、強い反対論があります。その反対論には、ちゃんとした理由があります。それは私が言うみたいに UHC が問題を広げすぎると、「結局のところ資源の希少な社会が何をやってよいのか」が分からなくなる。だから選択と集中をして、とりあ

えずは立派な保険制度をつくる。そこに集中するための議論を UHC と言ったのに、お前のようなやつが栄養だとか何だかんだ、国づくり、所得の再分配だと言い出したらとんでもない」というのが後任のキック・ブッシュ教授の意見です。ただ私が開発援助協力の世界で長年生きてきて、世の中が変わる時は、人々が社会と国と明日を信頼できるようにするものであり、そうなるために UHC は少なくとも絶好の機会であると思います。その絶好の機会をどうするかは、我々の意思次第だということです。本日は若い方もシニアの方も参加されていますが、今の話を咀嚼し批判的に考えて、皆さん方の意見としてぜひ発信していただきたいと思います。

3 すべての人に健康と福祉を 	目標 3 あらゆる年齢のすべての人々の健康的な生活を確保し、福祉を推進する Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages
3.1	2030年までに、世界の妊産婦の死亡率を10万人当たり70人未満に削減する。
3.2	全ての国が新生児死亡率を少なくとも出生1,000件中12件以下まで減らし、5歳以下死亡率を少なくとも出生1,000件中25件以下まで減らすことを目指し、2030年までに、新生児および5歳未満時の予防可能な死亡を根絶する。
3.3	2030年までに、エイズ、結核、マラリアおよび顧みられない熱帯病といった伝染病を根絶するとともに肝炎、水系感染症およびその他の感染症に対処する。
3.4	2030年までに、非感染性疾病（NCD）による早期死亡を、予防や治療を通じて3分の1減少させ、精神保健および福祉を促進する。
3.5	麻薬乱用やアルコールの有害な摂取を含む、薬物乱用の防止・治療を強化する。
3.6	2020年までに、世界の道路交通事故による死傷者を半減させる。
3.7	2030年までに、家族計画、情報・教育、およびリプロダクティブ・ヘルスの国家戦略・計画への組み入れを含む、性と生殖に関するヘルスクエアをすべての人々が利用できるようにする。
3.8	すべての人々に対する財政保障、質の高い基礎的なヘルスクエア・サービスへのアクセス、および安全で効果的、かつ質が高く安価な必須医薬品とワクチンのアクセス提供を含む、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）を達成する。
3.9	2030年までに、有害化学物質、ならびに大気、水質および土壌の汚染による死亡および病気の件数を大幅に減少させる。
3.a	すべての国々において、たばこ規制枠組条約の実施を適宜強化する。
3.b	主に開発途上国に影響を及ぼしている感染性および非感染性疾患のワクチンおよび医薬品の研究開発を支援する。また、ドーハ宣言に従い安価な必須医薬品およびワクチンへのアクセスを提供する。同宣言は公衆衛生保護およびすべての人々への医薬品のアクセス提供にかかわる「知的所有権の貿易関連の側面に関する協定（TRIPS協定）」の柔軟性に関する規定を完全に行使する開発途上国の権利を確約したものである。
3.c	開発途上国、特に後発開発途上国および小島嶼開発途上国において保健財政、および保健従事者の採用、能力開発・訓練、および定着を大幅に拡大させる。
3.d	すべての国々、特に開発途上国の国家・世界規模な健康リスクの早期警告、リスク緩和およびリスク管理のための能力を強化する。