

MDGs and HEALTH

外務省NGO活動環境整備支援事業 NGO研究会 「保健関連MDGs達成とNGO」



乳幼児死亡率の削減



妊産婦の健康の改善



HIV/AIDS, マラリア
その他の疾病の蔓延防止

保健分野「ミレニアム開発目標」の達成と、これからの国際保健
=ポストMDGsに向けての視点=

2011 年度 NGO 研究会(保健分野 MDGs の達成と NGO の役割)成果物

保健 MDGs の達成と、これからの国際保健
=ポスト MDGs に向けての視点=

目次

第1部 保健関連ミレニアム開発目標の達成と、これからの国際保健	2
1. 国際保健の将来と NGO の在り方に関する「共通理解」を求めて	2
2. 国際保健を取り巻く世界の現状	2
3. 「国際保健」アジェンダの再構築の試み	4
4. 政策と実施を「つなぐ」こと	7
5. 国際保健の将来に関する提案	9
第2部:「国連総会エイズ対策・ハイレベル会合」に見るエイズ対策の将来	11
1. 2011 年国連エイズ・ハイレベル会合はどうおこなわれたか?	11
2. 「地球規模の危機」から 10 年:エイズとの闘いの現在	11
3. いまだ達成されない目標、そして新しい課題	12
4. 国際保健トレンドとエイズ、そして援助効果	12
5. エイズ・アクティビズムの不在:分散する市民社会	14
付録	15
1. 2011 年度 NGO 研究会「保健分野 MDGs の達成と NGO の役割」の事業記録	15
2. 国際保健 NGO リーダーシップ・セミナー内容紹介	17

謝 辞

2012 年度外務省 NGO 研究会「保健分野 MDGs の達成と NGO の役割」の運営にあたって、本当に多くの方々からのご協力をいただきました。ここにお礼を述べたいと思います。本研究会の講師やリソース・パーソン、ファシリテーターを務めてくださった日本国政府・外務省、独立行政法人国際協力機構、国際機関、研究者、NGO の皆様、多くの情報や技術を提供していただき、ありがとうございました。本研究会の業務のために様々な努力をしてくださった外務省国際協力局民間援助連携室の皆様、ありがとうございました。「GHI/IDI に関する外務省・NGO 懇談会」100 回記念シンポジウムの準備・運営に尽力してくださった(公財)ジョイセフの皆様、ありがとうございました。研究会の事務局業務を支えたインターンの皆様にも心から感謝いたします。

平成 23 年度(2011 年度) 外務省 NGO 研究会事務局
担当責任者 稲場 雅紀

ご 確 認

本成果物「保健分野ミレニアム開発目標の達成と、これからの国際保健 =ポスト MDGs に向けての視点=」で示されている意見は、セミナーの内容を踏まえた執筆者(外務省 NGO 研究会事務局)の見解であり、本成果物の発行者を代表するものではありません。

平成 23 年度(2011 年度) 外務省 NGO 研究会事務局

第1部 保健関連ミレニアム開発目標の達成と、これからの国際保健

1. 国際保健の将来と NGO の在り方に関する「共通理解」を求めて

2011年度の外務省 NGO 活動環境整備支援事業「NGO 研究会」では、年間を通して5つの研究会が開催されましたが、そのテーマの一つが、「保健分野におけるミレニアム開発目標(MDGs)の達成と NGO」でした。私たちがこのテーマで研究会を開催したのは、2008年以降の「世界金融・経済危機」のもとでの国際保健政策の将来、および国際保健に携わる NGO の将来について、危機感を持ったからです。私たちは、迫りくる「国際保健上の危機」に備えて、日本の国際保健 NGO の将来に向けて、NGO の間で、なんらかの「共通理解」のようなものが必要ではないかと考え、以下の課題について、合計8回のセミナー・シンポジウムを開催しました。

(1)国際保健 NGO の活動の原点をさぐる

- ◎ 保健システム強化:現場の真のニーズは何か(2011年8月19日)
- ◎ コミュニティ保健人材の育成と NGO(2012年1月10日)

(2)国際保健政策と NGO の接点を探る

- ◎ 激動の国際保健政策:本当に重要なことは何か(2011年11月2日)
- ◎ 日本の国際保健戦略:政策と実施(2011年12月20日)

(3)国際保健 NGO と援助機関・国際機関との連携を探る

- ◎ いま、旬の国際保健イニシアティブ GAVI を知り尽くす(2011年8月23日)

- ◎ 世界エイズ・結核・マラリア対策基金(2011年10月25日)
- ◎ 国際保健プロジェクトの実施における JICA と NGO の連携(2012年1月26日)

(4)日本の国際保健 NGO の将来を考える

- ◎ GII/IDI 懇談会 100 回記念シンポジウム(2012年11月18日)
- ◎ 国際保健 NGO の将来を展望する(2012年2月14日)

これらのセミナーでは、まずリソース・パーソンの方々から提起をいただいた上、参加者が小グループに分かれてグループワークを行い、具体的な課題について参加者みんなが知見を出し合って考えるというプロセスを重視しました。これらの討議を踏まえて、本研究会の事務局を担った(特活)アフリカ日本協議会にて、今後の国際保健の在り方と日本の NGO の将来についての「試論」をまとめてみました。試論の流れは以下の通りです。

- (1) 国際保健を取り巻く世界の現状
- (2) 国際保健アジェンダ再構築の試み
- (3) 政策と実施を「つなぐ」こと
- (4) 国際保健の在り方に関する提言

2. 国際保健を取り巻く世界の現状

国際保健を巡る状況は、ここ数年、急激に厳しさを増しています。その理由の一つが、2008年の「リーマン・ショック」に端を発する先進国経済の悪化、もう一つが、その影響を受けて国際保健政策の細分化と不安定化が進んでいることです。少し詳しく見てみましょう。

(1)「援助構造の変化」と国際保健

2011年11月末に韓国・釜山で開催された「第4回援助効果に関するハイレベル・フォーラム」で焦点となったのは、「グローバルな援助構造の変化」ということでした。簡単に言えば、旧来、援助の主役であった欧米日という旧来の伝統的援助国の規定力が弱まり、中国・インド・ブラジルといった新興経済国、また、民間企業や民間財団などの規定力が強まり、よ

り多くのプレイヤーが「援助」に参入して、「援助」が多極化してきたということです。

この「グローバルな援助構造の変化」は、2008年秋の「リーマン・ショック」に端を発する「世界金融・経済危機」によって本格化しました。すなわち、欧米日の経済悪化により、これらの国々の援助が横ばいもしくは減少に陥る中、主に経済成長や資源開発・産業育成等を中心とする新興経済国の援助の存在感が増大し、また、社会開発分野でも、民間財団や民間企業の規定力が相対的に増えているということなのです。

この「変化」は国際保健にどのような影響を与えているでしょうか。いくつか注意してみる必要があります。

国際保健は援助の中で、「社会開発」分野もしくは「緊急事態」への対応といったところに位置付けられてきました。2000年のMDGs以降、これらの分野に資金を出してきたのは、G8などに参加する欧・米・日の伝統的ドナー国でした。ところが、2008年以降の金融・経済危機によって、これら伝統的ドナー国は、MDGs達成に向けて必要とされる資金額はおろか、現行の援助額を支えることも困難な状況に直面しています。一方、新興経済国にはこの分野への資金拠出を拡大するインセンティブはなく、伝統的ドナー国を代替する形にはなっていません。結果として、今後、国際保健に向けた拠出は下がるのではないかと考えられます。

国際保健への援助資金の低下の影響を、初めに、まともに受けたのが「世界エイズ・結核・マラリア対策基金」でした。2011年初め、一部資金の不正使用の実態が、かなり誇張された形でメディアで大々的に報道された結果、欧州のドナー国の多くが世界基金への拠出を減額しました。また、一部ドナー国は経済の悪化で拠出を誓約した資金を不払いとしてしまいました。その結果、世界基金の財政見通しはたちどころに悪化し、2011年8月に開始した第11回新規案件募集(ラウンド11)を中止、新規案件への拠出を2014年まで行わないという決定をせざるを得ませんでした。世界基金は独立委員会を設置して資金の不正使用を防止するための改革案をまとめましたが、この独立委員会の報告書には以下のような記述があります。

「10年前、ドナー国の政府は、途上国で拡大するエイズ、結核、マラリアの危機に対して、どれだけ共感を持って取り組むかをおたがいに競争した。首脳たちの会合では、二国間のプログラムであれ、世界基金に対してであれ、新たな資金コミットメントが行われないことはなかった。(中略)世界経済危機は、こうした時代を終わらせた。ドナー諸国は緊縮財政に舵を切り、世界基金の財政は設立以来最も脆弱となった。国際保健が天井知らずの資金を期待できた栄光の時代は終わり、先進国政府は自国の雇用や債務の抑制に集中している。世界基金はもはや、巨大な援助国のリーダーたちに対して、拠出金の増大を「プライド」や「連帯」などといった名目の下に要求することはできない。経済危機はあまりに深刻であり、あらゆる歳出が抑制されつつある現状で、国際協力だけを除外することは不可能だ。」¹

実際には、世界基金を含め、国際保健に向けた援助が、本来必要とされる金額を満たすに至ったことはありませんが、この文章が、世界経済・金融危機にある先進国政府の「気分」を表していることは間違いありません。こうした傾向は、今後、世界基金だけでなく、他の国際機関への拠出や二国間援助に関しても、規定的なものとなってくる可能性があります。

(2) 政策の細分化と不安定化、ドナー主導の傾向の拡大

国際保健への資金不足は、政策にも大きな影響を及ぼしつつあります。保健・教育等の社会開発向け援助は、90年代以降、国際機関などが先進国・途上国と連携して作るグローバルな戦略に則って、各国が一定の枠の中で共同して問題の解決に向けて努力する形がとられてきました。二国間援助についても、2005年の「援助効果に関するパリ宣言」などにより、一定の連携と協力の枠組みが出来つつありました。これらを主に推進してきたのは欧州諸国でした。しかし、欧州諸国が世界経済・金融危機の影響を最も強く受けたために、多国間での連携と協力というトレンドも形骸化しつつあります。その結果、援助国・国際機関・民間財団の意向がより強く反映されるようになり、援助の在り方が多国間主義から各ドナーの主導に変化して行くのではないかと考えられます。

国際保健においても、この傾向は如実にみられます。2007-08年ころ、HIV/AIDSやマラリア・結核などの個別疾病対策への対抗概念として満を持して登場したかに見えた「保健システム強化」のアジェンダが、リーマン・ショックを経て、大きく後退してしまいました。その代わりに、何らかの主要な会議のたびごとに、異なる個別のアジェンダが、本来、これらの課題が持ちうる包括性と切れたところで、細分化された形で、次々と打ち出されるといった現象が生じるようになりました。さらに、投入に対する成果についても、「資金に見合った成果」の名の下に、机上で設定された数値目標を短期間で達成することに重きが置かれる傾向が強まり、本来、長期的な投資が必要な保健システム強化のアジェンダは、あまり積極的に討議されない状況となっています。

(3) 「国際保健」アジェンダの政策・実施面における再構築

他分野と同様、国際協力においても、NGO、市民社会には、政府、民間セクター、国際機関など既存の枠組みに対して、オルタナティブを範例として提示していくという役割を負っています。国際保健への援助資金の先細りや、アジェンダの細分化といった現実に対して、私たち自身が、オルタナティブな

¹ The High-Level Independent Review Panel on Fiduciary Control and Oversight Mechanism of the GFATM “Turning the Page From Emergency to Sustainability” (Sep 2011) p.6

「国際保健」アジェンダを政策面、実施面ともに再構築して見せることができるかどうかが問われています。そのためには、私たち自身のルーツに潜行し、また、現場で直面する現実に

肉薄して、その材料を発掘していくことが重要です。NGO 研究会で行った試みから、ある程度そうした材料の抽出をしていきたいと思います。

3. 「国際保健」アジェンダの再構築の試み

(1) プライマリー・ヘルス・ケアという原点

市民社会が「保健」について考えるとき、よりどころにしてきたものが二つあります。一つは世界保健機関(WHO)の憲章、もう一つが、プライマリー・ヘルス・ケアを高らかに宣言した1978年の「アルマ・アタ宣言」です。

WHOの憲章では、保健は以下のように定義されています。

「健康とは、病気ではないとか、弱っていないということではなく、肉体的にも、精神的にも、そして社会的にも、すべてが満たされた状態にあることをいいます。

人類、宗教、政治信条や経済的・社会的条件によって差別されることなく、最高水準の健康に恵まれることは、あらゆる人々にとっての基本的な人権のひとつです。(略)

健康増進や感染症対策の進み具合が国によって異なると、すべての国に共通して危険が及ぶことになります。(略)

一般の市民が確かな見解をもって積極的に協力することは、人々の健康を向上させていくうえで最も重要なことです。

各国政府には自国民の健康に対する責任があり、その責任を果たすためには、十分な健康対策と社会的施策を行わなければなりません。』²

このWHOの宣言は、市民社会が「保健」について考えるうえでベースになる考え方がそろっており、今から60年以上前に制定されたものであるにもかかわらず、決して古くなっていません。

このWHOの宣言をベースに、1978年、ユニセフとWHOの共催でアルマ・アタ会議が開催され、高い包括性と具体性を持った概念として、プライマリー・ヘルス・ケアが打ち出されました。ここでは、2000年までに、世界全ての人の妥当なレベルの健康水準を達成することがうたわれました。また、プライマリー・ヘルス・ケアはおおよそ以下のように定義されました。

「プライマリー・ヘルス・ケア(PHC)とは、実践的で、科学的に有効で、社会に受容されうる手段と技術に基づいた、欠くことのできないヘルスケアのことである。これは、自助と自己決定の精神に則り、地域社会または国家が開発の程度に応じて負担可能な費用の範囲で、地域社会の全ての個人や家族の全面的な参加があって、はじめて広く享受できうるものとなる。PHCは、国家の保健システムの中心的機能と主要な部分を構成するが、保健システムだけでなく、地域社会の全体的な社会経済開発の一部でもある。PHCは、国家保健システムと個人、家族、地域社会とが最初に接するレベルであって、人々が生活し労働する場所になるべく接近して保健サービスを提供する、継続的な保健活動の過程の第一段階を構成する。』³

ここで重要なのは、まず(1)地域社会のすべての個人や家族の全面的な「参加」の重要性がうたわれたこと、(2)狭い意味での「保健」のためのシステムのみならず、より広い社会経済開発とのつながりの中で「保健」を位置づける視点が明確となったこと、そして、(3)PHCを国家保健システムと個人・家族・地域社会の最初に「接する」レベルと定義することで、<つながること、およびどうつながるか>ということが重要課題として提起された、ということです。

ここに、財政・組織規模ともに小さい日本の国際保健のNGOが、自らの能力を途上国の保健向上のために役立てる活路がありました。プライマリー・ヘルス・ケアのポイントは、地域に生きる住民の立場から、細分化されたアジェンダとしてあった「保健」を包括的なものとしてとらえ直し、住民が自らの命と健康を守るための活動に主体的に参加できるようにすること、そして、地域に存在していながら、住民と切り離され、また、お互い同士バラバラで有効に機能していなかった各種の保健・医療資源をつなぎ直して、有機的なシステムとして機能させるようにすることにあります。それに必要なのは、高給で雇われる、高い資格を持ったたくさんのスタッフでも、巨額の資金でもなく、地域に寄り添う想像力と地域を見抜く目、そし

² 日本 WHO 協会による翻訳。ウェブサイト：
<http://www.japan-who.or.jp/commodity/kensyo.html>

³ 池住義憲による翻訳。「いのち・開発・NGO」(デヴィッド・ワーナー、デヴィッド・サンダース著、新評論)

てそこにあるものをつなぐ知恵です。日本には、金はなくても、そうした想像力、目、知恵を持っていた NGO がありました。日本の国際保健協力の第1世代となったのは、こうした NGO でした。

「国際保健 NGO リーダーシップ・セミナー」の第3回(2012年1月10日実施)では、(特活)シェア=国際保健協力市民の会で早くからプライマリー・ヘルス・ケアの視点から保健向上や人材育成に取り組んでいた工藤美美子さん(看護師)に、途上国のコミュニティにおける人材育成についてお話をいただきました。工藤さんは、プライマリー・ヘルス・ケアと参加型農村調査法(PRA)に基づいたコミュニティでの保健人材育成について、以下のように整理しました。

◎プライマリー・ヘルス・ケア

1. Community Participation 住民参加
2. Appropriate Technology 適正技術
3. Maximization of Locally Available Resources 地域資源の最大限有効活用
4. Inter-sectoral, Intra-sectoral Collaboration 他分野との協力
5. Harmony with Existing Institution 既存の制度との調和

◎PRA

- 人々が分析、活動する過程をエンパワメントする
- =人々が考えをシェアする
- =人々が自分たちの知識を認識し強化する
- =人々が計画して活動することができる
- =人々が分析できるようになる

工藤さんは、人材育成に必要なのは、「教える」ことよりも、「気づきの場」「考える場」「学びの場」「活かす場」「認められる場」という「場」を作ることだといいます。地域の人々が自ら、自分たちの保健の問題を意識化し、分析してみると、解決策が見つかっていく。地域における保健の向上は、こうしたプロセスによって向上していきます。

この「プライマリー・ヘルス・ケア」の視点から見えるのは、その時々々の政策によってばらばらに持ち込まれ、その結果として機能不全に陥っている様々なものを、住民のニーズという別の「包括性」によって整理し直し、つなぐことによって新たなシステムとして再生させる、ということの重要性です。「つなぐ」ことの重要性は、一つの村や都市スラムといったマイクロなレベ

ルにおいても、県・州・国といったマクロなレベルにおいても認識する必要があります。

(2)「つなぐ」ことの大切さ=保健行政

現地の人々、コミュニティが、自らの知恵をもって保健のための活動に参加することで、現地の人々が保健における「問題」ではなく「解決策」となっていくこと、そして、現地の人々のニーズの観点から、現地にある保健医療資源を再定義し、「つないで」いくことで、一つのシステムとして機能させていくこと。地域レベルでその「触媒」となりうるのが、現場で活動する国際保健 NGO です。

では、県・州・国レベルで「つなぐ」ことを担うるのはどのセクターでしょうか。これについて JICA が行っている新しい試みが、ケニア・ニャンザ州における保健マネジメント・プロジェクトです。NGO 研究会で2011年8月19日に開催したセミナー「保健システム強化：現場の真のニーズは何か=ケニアでの経験から=」では、このプロジェクトの責任者を務める杉下智彦さんに、このプロジェクトが目指すもの、そして保健システム強化の核の部分についてお話しいただきました。

ケニア西部・ビクトリア湖岸に位置するニャンザ州は、ケニアの中では人口が稠密な地域の一つであり、HIV/AIDS の影響もあって、保健に関する指標が最も悪い地域の一つです。ニャンザ州に限らず、サハラ以南アフリカの各地で、2000年以降、各国や国際機関、NGO が集中的に入り、様々な取り組みを行っていますが、状況は十分には改善してきませんでした。その背景には、現地の保健「問題」の解決をとにかく外部からの資源投入によって達成しようという根強い考え方があります。そうした発想から作られたプロジェクト型の援助では、援助機関も NGO も、自らの思惑に基づいて短期的な視点からバラバラにプロジェクトを持ち込む形となっています。また、例えば保健人材の強化などを目指すプログラム型の援助も、結局、育成、雇用、定着など、本来、一つのシステムの要素であるはずのものが切り離され、バラバラに持ち込まれ、さらには予測可能性のない援助が行われたことによって、多少効果を上げたとしても、打ち切りになって元の本阿弥といったことが繰り返されています。こうした状況を変える上で、本来重要なのが州政府レベルの保健行政の質の向上です。

本来、途上国の保健行政施策の中核に位置づくべきであったプライマリー・ヘルス・ケアの考え方は、その後30年以上の間に、分断され、形骸化されていきました。植民地時代の保

健行政は、いわば、<「文明」の側にある宗主国が、「野蛮」の側にある現地を訓致し教化する>という視点に貫かれていましたが、独立後の保健行政も、こうした視点を克服して、現地側に身を置き、その知恵と参加の拡大によって保健を達成するのではなく、これまでと同様に、「現地」=「野蛮」の側に「文明」=保健医療機関を移植し、<ややもすれば「野蛮」の習慣に陥りがちな現地の住民に健康的な習慣を教え「開化」する>という視点を再生産する形となりました。さらには、持ち込まれた保健医療の質が低かったことによって、「外から持ち込まれた保健医療」と「住民」の距離がますます遠のき、保健上の分断が広がった、というのが現状です。

このような状況からは、現地の保健状況を改善することは非常に難しいと言えます。これを打開するには、こうした状況を逆転させること、現場を「保健問題の原因」としてとらえ、外部の力を持ち込んでこれを制圧するという発想を捨て、現場を「問題の解決策」としてとらえ、現場の視点、ニーズ、論理に基づいて外部の力を活用し、これを有機的に束ねることによって、現場が自らの保健を向上させていく原動力になっていくようにするという、逆転の発想が必要です。そのカギになるのが州レベルの保健行政です。行政官がマインドセットを逆転させ、現地に存在する様々な保健資源を現地の立場から「つなぎ」、これを一つのシステムとして有機的に機能させるようにすること、より長期的には、外部から持ち込まれる資金や技術を、自らのオーナーシップとビジョンに基づいて取捨選択し、適切に配置できるようになること。保健行政能力の強化においては、それこそが目指される必要があります。

杉下さんのセミナーからの教訓は、やはり、プライマリー・ヘルス・ケアの中核にある発想、すなわち、(1)現場の力を引き出す、(2)現場の視点から、様々な保健資源を再定義し「つなぎ」ことで一つのシステムとして機能させる、ことの重要性です。これは例えば保健人材強化についてもいえることです。

国や州レベルの公的保健セクターを担う人材の強化は、これまで、a) 育成、b) 雇用、c) 定着・能力強化、といった各部分への投資がバラバラに、かつ予測可能性のない形で行われ、その結果、中長期的に、ほとんど効果がなかったのが実態でした。また、とくに「育成」に資金が集中したこと、また、「短期間でのインパクト」を偏重したプロジェクト型援助によって、優秀な人材が高給で引き抜かれ、公的セクターから退出する結果になったことにより、大規模な人材流出という副作用をもたらしました。ここで必要なのが発想の転換です。すなわち、人材育成をもたらす「それぞれの要素」への個々バラバラ

かつ短期的な投資という発想から、それぞれの要素を「つなぐこと」、そして、人材強化を包括的な一つのシステムとして機能させることへの中長期的な投資へと、保健人材強化戦略を変えることが必要なのです。

(3)「国際保健政策 2011-15」の可能性=「つなぎ」視点から

住民が主人公として保健活動に参加することと、住民のニーズの視点から現場の医療・保健資源を「つなぎ」、一つのシステムとして機能させていくことの重要性が、先の二つのセミナーから明らかになりました。その視点で見たときに、我が国の国際保健政策はどうなっているでしょうか。また、今後のビジョンはどうなっていくのでしょうか。これについて、「国際保健 NGO リーダーシップ・セミナー」の第2回セミナー(2011年12月20日開催)では、外務省国際保健政策室の金森サヤ子さん、JICA 人間開発部の牧本小枝さんのお二人に話していただきました。

日本の国際保健政策は、1994年の「人口・エイズ分野における地球規模問題イニシアティブ」(GII)以降、ほぼ5年ごとの「イニシアティブ」にまとめられてきました。2011年~2015年までの政策は「国際保健政策 2011-15」にまとめられ、2010年9月に当時の菅直人・内閣総理大臣によって、国連ミレニアム開発目標ハイレベル会合で発表されました。ここで軸になったのが「Embrace Model」です。

2010年はG8ムスコカ・サミット(カナダ)で「母子保健」、特にMDG5(妊産婦の健康の改善)が焦点となり、「ムスコカ・イニシアティブ」が採択されました。その点もあって、日本の国際保健政策も「母子保健」が焦点となりました。その中で、JICAが行っていた先進的なプロジェクトであるバングラデシュ・ノルシンディ県での「母性保護サービス強化プロジェクト」(ノルシンディ県で実施)やセネガルのタンバクンダ州での「保健システム強化プログラム」などの実績をベースに、コミュニティ・ベースでの母子保健活動と、母子保健における施設の改善と緊急参加ケアを「つなぎ」ことで、産前から産後までの継続したケアを実施する、という「エンブレイス・モデル」(Embrace Model)が提唱されました。

この「エンブレイス・モデル」は、コミュニティにおける保健活動と、第1次医療をつなぎ、産前産後における母子の生存と保健向上を実現するという意味で、「つなぎ」発想に立っているということが出来ます。これについて、より包括的に、セクシュアル・リプロダクティブ・ヘルス & ライツに関わる活動や、

HIV/AIDS の母子感染やマラリア等、感染症に関わる活動、また、子どもの育成といった、より広く長い人間のライフパンと保健というところに、どのようにさらに「つなげ」ていくのかを考える必要があります。また、コミュニティ・ヘルスと第1次医療の連携を、単に母子保健のみならず、地域における保健システムの形成に資するものにどう育てていくかという視点も必要になるでしょう。

牧本さんに報告していただいた、バングラデシュのノルシンディにおける「母性保護強化プロジェクト」は、大きな成果を上げ、バングラデシュの保健・人口・開発セクター・プログラムの改定にあわせて第2フェーズへと移行しています。ここでは、このプロジェクトの成功をベースに、「ノルシンディ・モデル」のスケール・アップが目指されています。コミュニティと地方行政の積極的な参加を実現したこのプロジェクトは「つなぐ」ことをベースとした日本の保健への取り組みの一つのモデルケースと言えるでしょう。

「国際保健政策 2011-15」には、この「エンブレイス・モデル」とともに、エビデンスに基づいた案件の実施、定量的な成果とモニタリングの実施によるアカウンタビリティの推進が盛り込まれています。「アカウンタビリティの推進」は、総論としては適切な政策だと言えます。しかし、注意が必要なところもあります。援助資金の減少の文脈の中では、短絡的に解釈され、「投資に見合った成果」を「短期的に挙げる」ことへの強い要求となりかねません。そうした場合、中長期的に、予測可能性のある形で資金を投入していくことが求められる「保健システム強化」のアジェンダと矛盾してくる可能性があります。また、援助におけるドナーの主導性が強まり、保健に関わる様々な取り組みの分断が助長される可能性があります。また、恣意的に設定された達成指標に向けて、プロジェクトの実施プロセスと必ずしもそぐわない調査などを行わなければならない可能性も出てきます。この点については、本来的には、相当程度に慎重かつ巧妙な方法論が必要であると思われる。

4. 政策と実施を「つなぐ」こと

(1) イシュー別の分断の克服

2000年に始まる「ミレニアム開発目標」の時代は、「途上国の保健危機」の解決に多くの資金が投入されました。保健への援助は2010年時点で1999年レベルの3倍に拡大しました。これらの資金と努力の投入が多くの成果を上げたことは間違いありません。一方、この10年強は、国際保健の政策と実施、そして現場のそれぞれに大きな断裂を生じさせるものであったことも否定できません。この断裂は、世界金融・経済危機により、保健への投資がおそらく低下していく状況において、大きな問題を生じさせる危険性があります。

冒頭に見たように、2010年のG8 ムスコカ・サミット以来、数多くのアジェンダが、それぞれのアジェンダが、大きな国際会議などの機会に、政策上の主要課題として挙げられました。母子保健、非感染性疾患、ワクチン、ポリオ。これらはそれぞれ、それなりの包括性を持つテーマです。しかし、資金がないことを理由に、これらのテーマがもつ包括性は捨象されました。これらのテーマは、政策文書を作成する上でのトレンドな流行語、もしくは、現場において生じている問題とは切り離されたところで存在する記号と化した感があります。これらの用語により、現場から遊離しつつ肥大化した保健政策の立案にあたる機関や専門家に注がれる資金は維持され、全体として資金不足傾向が顕著になる中で、いわば「政策バブル」の状

況だけは続いています。

こうした中で課題となるのは、「政策」と「実施」、そして「現場」の分断を修復し、「現場」の苦難を真に克服しうる「実施」、そしてそれをコミットメントの面でしっかり支える「政策」のつながりをどう回復するか、ということです。いくつか検討してみましょう。

a) 母子保健

母子保健については、特に中絶の観点から、政治的な分断が常に持ち込まれてきました。2010年の「ムスコカ・イニシアティブ」においても、セクシュアル・リプロダクティブ・ヘルス&ライツは十分に取り入れられませんでした。包括的な視点を持ち、セクシュアル・リプロダクティブ・ヘルス&ライツ、また、HIVの母子感染予防やマラリアなど感染症対策と母子保健とを「つなぐ」ことも含めた政策の包括化が必要です。母子保健に関わるアジェンダの細分化と分断は、ドナーや案件の実施者にとっては重要ですが、現場にいる母親や子供は、このような形で分類され細分化された問題の一つずつ直面するわけではありません。現場の問題はより包括的であり、政治的もしくは学問的な分類、分断は、問題への対処において必ずしも有効なわけはありません。

b) 非感染性疾患

途上国でも非感染性疾患(=日本でいう「生活習慣病」)による健康被害が多くを占めるようになってきたということで、2011年の国連総会にあわせて非感染性疾患に対するハイレベル会合が行われました。非感染性疾患に本気で対処するというなら、それこそ、積極的かつ主体的な住民参加に基づくプライマリー・ヘルス・ケアの視点が復権されなければなりません。それがなければ、食生活の改善や運動量の増大など、非感染性疾患への予防対策は不可能だからです。また、非感染性疾患の治療については、保健システム強化が欠かせません。さらに難しい問題として、途上国での非感染性疾患の治療について、治療薬へのアクセスをどうするのかという課題があります。「非感染性疾患」を現場の問題と切り離して保健政策上の「記号」として扱うのでないならば、これらの大きな課題にどう向き合うのかが示されなければなりません。

c) ポリオ

「根絶」が課題となっているポリオですが、現在残っているところは、インド、パキスタン、アフガニスタン、そしてナイジェリア北部に限られています。これらの地域は、ポリオ以外にもきわめて多くの保健問題が存在しており、ポリオの問題は、住民の立場に立った場合、それほど大きくはないと思われます。一方、イスラーム教が優勢で、「対テロ戦争」の主戦場となったり、宗教対立が煽られることが多かったこれらの地域では、米国など西側諸国が社会的に敵視されたり、これらの国々が行う社会開発プロジェクトなどについても、社会的に陰謀論的なとらえ方をされやすいといった傾向があります。ポリオの根絶には面的な展開が必要で、一定額の資金と人的な投入が必要ですが、「ポリオだけ」の選択的な取り組みは、地域社会における不信を招き、かえってポリオ対策を難しくする可能性があります。また、例えばナイジェリア北部では、生ワクチンによるポリオ発症の事例や、以前の欧米の製薬会社による新薬の臨床試験の失敗による健康被害がよく知られており、ポリオ対策を他の保健問題から分離して大々的に展開することが、現地における「陰謀論」を誘発し、結果として、持続的に対策ができなくなるなどの問題が生じています。ポリオ対策と、地域の保健医療全体の向上を両立させる必要があります。

このように、それぞれの個別施策は、切り離して行うのではなく、その地域・社会の文脈に応じて、全体的な保健向上の中で行っていく必要があります。短絡的な「選択と集中」が、選択され集中的に実施されるはずの当該アジェンダの実施

自体を阻む結果となりかねません。やはり、地域を「保健」の味方にしていくプライマリー・ヘルス・ケアと、包括的な保健システム強化の視点が保健の向上には不可欠なのです。

(2) 日本の国際保健政策と実施をつなぐ

日本では、国際保健政策の立案・形成は外務省国際協力局が行い、実施は JICA が担うという構造が存在しています。この構造が、政策と実施の分断につながらないためには、何が必要なのでしょう。

国際保健政策は、2000年以降の MDGs 時代において、G8などの主要テーマとなり、日本を含む G8 など主要ドナー各国は保健に関する国際貢献を競う傾向がありました。また、国連機関や世界基金など国際保健イニシアティブも、各国の政策の切磋琢磨の場となってきました。援助の中でも「国際保健」が外交交渉のテーマとなっていたわけですから。こうした中では、「外交のプロ」である外務省が国際保健政策を司る理があるともいえます。

しかし、この国際保健に関わる外交交渉についてリーダーシップをとってきた米国、英国、北欧諸国などで、国際保健上の交渉に関する責任を担ったのは実際には外務省というよりは、例えば英国の場合は国際開発省(DfID)、米国の場合は国際開発庁(USAID)など、援助を直接担当する省庁であり、これらの省庁は膨大な数の保健専門家や外部機関(コンサルタント、NGO 等)の支援を得ながら政策を立案し、自らも国際保健について一定の見識を持った政治家や高官が交渉を担当するという形をとっていました。日本においても、外務省と JICA の有機的な関係の強化により、政策と実施をより一体的に結んでいく必要があります。

ここで注意しなければならないのは、<実施>を、トップダウンに基づく「政策の実施」のみに矮小化すべきではないということです。実施の経験を政策に反映するという流れを作ることが重要です。また、政策が現場から遊離したり、現場での柔軟性や、現場の知見を実施に生かす実践を阻害したりしないようにする必要があります。

政策の形成には、現場の論理以外に様々な要素が入ってきます。例えば、国際保健において日本の比較優位を生かし、日本がリーダーシップをとれる分野を見出すといった要素です。日本が主権国家の一つとして援助を行う以上、こうした視点は不可欠なものです。一方で、これらの視点の下に作られ

る政策は、現場の社会的・経済的文脈とニーズに適合したものである必要があります。

世界において保健の普遍的なカバレッジを達成するために、日本の国民皆保険の経験や知見、制度などを活用しようという流れが強まっています。日本の国民皆保険が、日本において普遍的カバレッジを達成する上での主要なシステムをなしたこと、これが比較的低いコストで極めて高い実績を作り出したことは、研究などが証明する通りです。一方で、日本の国民皆保険は、60-70年代の高度成長期にかけて進んだ「終身雇用、年功序列、給与からの天引き」という経済システムと軌を一にしていたことも事実です。もともと断裂社会から出発し、貧富の格差が大きく、多くの労働者が低賃金・不安定雇用に

甘んじ、巨大なインフォーマル・セクターへの就労者や、遊牧民・移動民などを含め多様な生活・経済文化を有する新興経済国や途上国にこのシステムを機械的に当てはめることはできません。また、日本においても、日雇労働者をはじめとする最下層の人々、障害者や難病の人々の医療アクセスにおいては、公的保険への持続的なアクセスや活用が困難である、もしくは、それによって提供される保健・医療サービスでは足りないといった状況から、むしろ税ベースの生活保護や、各種の公的福祉制度が、必要な医療アクセスを担保していたという事実を再認識する必要があります。世界で保健への普遍的カバレッジを達成するために日本の経験を活用するという点で言えば、これらの制度の重要性についても、公平に評価する必要があります。

5. 国際保健の将来に関する提案

研究会事務局を務める(特活)アフリカ日本協議会 国際保健部門として、研究会の内容を踏まえ、今後の国際保健の在り方について、以下の提案をまとめました。

(1) プライマリー・ヘルス・ケアを復権させる。

◎ 国際保健への資金の減少が見込まれる今だからこそ、住民が保健問題の解決の「主人公」となり、自らの参加によって保健を向上させるアプローチ、また、地域の保健・医療資源を「つなぎ」、一つの保健システムとして活用するアプローチをベースとする<プライマリー・ヘルス・ケア>のアプローチを今こそ復権させる必要があります。

※ 「選択と集中」は、アジェンダの細分化と分断の下に、「援助する側」の都合で行った場合、途上国の中長期的な保健の向上に役立たなくなる可能性があります。

(2) 「保健システム強化」に包括的に取り組む。

◎ 保健システム強化について、保健システムの各要素への投入に偏らず、各要素を結び一つのシステムとして機能させることを中心として、アジェンダを再構築し、モメンタムを形成する必要があります。

◎ その中核を担う存在として、各国の中央政府及び地方政府の保健省のオーナーシップ認識および能力を強化し、保健システムの有機的な統合と強化を担えるようにする必要があります。

◎ 「保健システム強化」の前提として、各援助機関、国際機関、NGO が、個々バラバラに外部資源を持ち込み、短期的な視点で「問題を解決」しようとするのではなく、当事国のオーナーシップを尊重しプライマリー・ヘルス・ケアの視点を含む保健システム強化計画に基づいて、予測可能な形で中長期的に援助していく必要があります。

◎ 保健システム強化を支える資金として、ODA の減少傾向に伴い、以下の資金を検討する必要があります。

- ✓ 当事国の予算の保健への優先的投入(アフリカ:アブジャ宣言の達成)
- ✓ 新興経済国や民間セクター・財団からの資金を含めた資金をプールファンドとして活用できるようなシステムの構築(世界基金のような)
- ✓ 金融取引税など、グローバルな国際連帯税の導入

(3) あらゆるレベルで分断を修復し〈つなぐ〉発想を主流化する。

- ◎ 「国際保健外交」における国際保健の個別イシューへの細分化、政策と実施と現場の分断は、途上国の保健の中長期的な向上に益をもたらしません。個別イシューがもつ包括的な側面を重視し、〈つなげて〉いくことが必要です。
- ◎ 同様に、政策と実施と現場の分断を修復するために、政策機関と実施機関の機械的な分割や「政策⇒実施」というトップダウン型のアプローチを捨て、政策と実施を対等に位置づけ、互いの有機的な往還を促進することが必要です。
- ◎ 「国際保健政策」やいわゆる「グローバル・ヘルス・ディプロマシー」が現在抱えている、現場や実施からの自己疎外という問題を解消し、新興経済国や途上国の社会的・経済的現実に応じた国際保健の実施につながる政策形成を進めることが必要です。

第2部:「国連総会エイズ対策・ハイレベル会合」に見るエイズ対策の将来

2011 年度の外務省「NGO 研究会」(保健分野 MDGs の達成と NGO の役割)では、国際保健政策の形成について学ぶため、2011 年6月8～10 日の3日間、ニューヨークで開催された「国連総会エイズ対策ハイレベル会合」に3名の NGO 関係者を派遣し、国際保健政策の形成に関する調査を行いました。3名の内訳は以下の通りです。なお、3名は同ハイレベル会合への日本政府代表団のアドバイザーとして派遣されました。

- ✓ 樽井 正義 (特活)日本 HIV 陽性者ネットワーク(ジャンププラス)理事 (慶応義塾大学教授)
- ✓ 小川 亜紀 (特活)アフリカ日本協議会 国際保健部門コーディネーター
- ✓ 稲場 雅紀 (特活)エイズ&ソサエティ研究会議 世界基金・日本 NGO 連携推進プロジェクト ディレクター

なお、アドバイザーとしては、上記3名に加えて、(特活)日本リザルツの狩野伊知郎さんも参加されました。

その結果は、7月15日に慶応大学三田キャンパスで開催された報告会「国際エイズ対策:次の10年はどうなる」で報告されました。以下が報告となります。

1. 2011 年国連エイズ・ハイレベル会合はどう行われたか？

本年6月8日から3日間、主要な建物が工事中のニューヨークの国連本部にて、「国連総会エイズ対策ハイレベル会合」が開催されました。この会合は、2001年に同じ場所で開催された「国連エイズ特別総会」から10年が経過したのを機に、エイズ問題の現状やエイズ対策の状況をレビューし、「これからのエイズ対策」を打ち出していくことを目標に開催されたものです。果たして、今回のハイレベル会合では、これまでの10年間の対策の総括を踏まえ、成果文書として、「HIVおよびAIDSに関する政治宣言:HIVおよびAIDSをなくすための取り組みの強化」が採択されました。この宣言は、過去10年間の、地球規模の危機に対する緊急の対策としてのエイズ対策が

ら、エイズを克服していくための恒常的なエイズ対策へのシフトチェンジを刻印するものとなりました。

国連エイズ特別総会以降、国連のエイズに関するプロセスは市民社会に開かれたものとして進められています。今回も、1～3月にかけて各地域で市民社会ヒアリングが開催され、これらを総合して4月8日に国連本部にて双方向市民社会ヒアリングが開催。これを踏まえて今回のハイレベル会合が開かれました。国連は各国の代表団に市民社会メンバーを含めるよう要請し、我が国も、政府代表団に4名の市民社会代表が参加しました。

2. 「地球規模の危機」から10年:エイズとの闘いの現在

2001年の国連エイズ特別総会で採択された「コミットメント宣言」は、エイズを「地球規模の危機」とし、これに対する地球規模での緊急の行動を要求しました。その後、このハイレベル会合にいたるまでの世界の10年間の歩みは、まさに「エイズとの闘いの10年」というにふさわしいものでした。国際的なエイズ対策費は2001年には16億ドルに過ぎませんでしたが、2010年には159億ドルと10倍増しました。途上国でエイズ治療を受けている人々の人口も、2010年末推計値で660万人と、2001年時(30万人)に比べて22倍に急増しました。この歴史的背景には、価格の高さにより途上国で一向に進まなかったエイズ治療の導入について、「生命の格差を許さない」として、世界中で巻き起こった HIV 陽性者や市民社会の運動があります。いくつかの国際協力 NGO は、途上国で試験的に ART

を導入して成果を上げ、市民社会の主張に科学的な根拠を与えました。さらに、途上国の中でいち早く治療を導入したブラジルとタイが、HIV 新規感染数を大きく減らす成功をもたらしたことも、途上国への積極的な治療導入を進める上で大きな後押しとなりました。かくして、2003年に国連合同エイズ計画(UNAIDS)と世界保健機関(WHO)が、2005年末までに途上国で300万人にエイズ治療を届ける「3×5イニシアティブ」を提唱、途上国でのエイズ治療拡大は既定路線となったのです。同様に、予防、ケアについても急速なスケール・アップがなされました。その結果、2011年までに、統計上も大きな成果を手にすることが出来ました。2009年の HIV への新規感染数が、2001年に比べて25%低下した国が33ヶ国に上ったのである。この変化は、とくに HIV のインパクトの7割を占めるサハラ以

南アフリカでの取り組みの拡大によるところが大きいです。

今回のハイレベル会合の宣言は、危機への緊急の行動としての 10 年を総括し、その成果を踏まえた上で、今後、中・長期的にエイズを克服していくための地球規模の戦略が必要だ

という観点から、象徴的に「3つのゼロ」を打ち出すものとなりました。「新規感染ゼロ、差別ゼロ、エイズ関連死ゼロ」という目標は、当然ながら長期的なものですが、危機への緊急対応からエイズ克服に向けた確実な歩みへのシフトチェンジを象徴しています。

3. 未だ達成されない目標、そして新しい課題

今回のハイレベル会合は、エイズ対策の「緊急フェーズ」からの卒業を示すものとなりましたが、もちろん、実際にはエイズ問題はいまだに巨大な地球規模課題として横たわり続けています。

治療アクセスについては、ここ 10 年で大きく進捗したとはいえ、未だに世界全体で 1000 万人が治療にアクセスできておらず、サハラ以南アフリカでも、アクセス可能なのは全体の半以下に留まっています。国際社会は 2005~6 年に「2010 年までのエイズ治療・ケア・予防への普遍的アクセス」を打ち出しましたが、この目標は達成できなかったこととなります。

予防やケアへのアクセスも十分に拡大したとは言えません。特に、HIV の影響をうけている主要な人口集団 (KAP: Key Affected Populations) における HIV 予防へのアクセスの努力は、以前から引き続き、社会的差別や抑圧的な法制度、国レベルでの消極的なエイズ政策、国際社会の取り組みの優先順位の低さなどから、不十分な状況にとどまっています。世界に 1590 万人いると推定される薬物使用者のうち、20%が HIV に感染していますが、予防サービスへのアクセスは未だに 32%に留まっています。男性と性行為をする男性 (MSM) における予防プログラムのカバー率は、最近進捗したものの 6 割に至っていません。新規予防技術の開発や普及も十分に進んでいません。マイクロビサイドの開発見込みは近年になって一定前進したが、まだ実用化には至らず、エイズ・ワクチン開発も状況が十分進展していません。

HIV の再拡大のトレンドとなりうる世界的な潮流の変化も存在します。いずれもアフリカを巻き込んだものです。一つは、中国など新興経済国の経済成長と国際的な展開に伴い、中国からサハラ以南アフリカへ、また、サハラ以南アフリカから中国へという巨大な人口移動が形成されているという点。もうひとつは、アフリカが中南米から欧州への薬物の輸出の中継点として「成長」し、それにとまってサハラ以南アフリカでも、これまでは少なかった注射による薬物使用が拡大しているという点です。この二つが HIV の拡大にどう影響を及ぼしているか、また及ぼしうるかについては、十分に注目されていません。

これらを見れば、エイズとの闘いは未だ途上であるということが出来ます。しかし、残念なことに、HIV への国際的な資金の流れは、2010 年になって、減少を記録しました。十分な資金がなければ、いかにシフトチェンジをしても、エイズ克服のために確実に歩んでいくことは出来ません。

ハイレベル会合の直前になって、「治療による予防」に関する重要な研究結果が発表されました。HIV 陽性者に対して、早期に治療を開始すれば、HIV を他人に感染させる可能性が 96%減少するというのです。この研究結果は、エイズ克服への足取りを早めうる HIV 対策の大改革に直結しうるものです。しかし、もし十分な資金がない状態で「改革」にふみ出せば、大きな失敗を導く可能性もあります。このシフトチェンジに伴い、我々は大きな岐路に立たされています。資金不足はその我々に、大きな影を投げかけています。

4. 国際保健トレンドとエイズ、そして援助効果

2010 年におけるエイズ対策資金の減少の最大の要因は、2008 年から続く世界金融危機ですが、もう一方の要因である国際保健トレンドの変化についても検討する必要があります。

2000 年の「ミレニアム開発目標」以降、HIV/AIDS 対策を牽

引力として、国際保健への投資は大きく増大しました。これに対して、2006-7 年になって、エイズなど個別疾病対策と保健システム強化のどちらを優先するかをめぐる国際保健の政策論争が生じました。2008 年の G8 洞爺湖サミットなどを経て、この論争は「どちらも大事であり、相互に高め合うことが重要」という、いわば月並みな落とし所に落ち着きましたが、その後、

「保健システム強化」のモメンタムは、これに熱心だった英国の政権交代なども影響して、十分に成熟することなく失速しています。途上国では保健人材が 350 万人不足しているとされますが、この保健人材の不足を質・量でどう克服するかについてすら、有効な多国間イニシアティブが生み出される気配すらないのが現状なのです。この「保健システム強化」の失速後、国際保健の政策形成は、G8 サミットのホスト国の「玉込め」の如何や、特定の国際保健投資家の意向に左右される形で、不安定かつ無定見に推移していると言っても過言ではありません。

HIV/AIDS が一般人口に拡大し、「広汎流行期」を迎えている国・地域では、保健システム強化は HIV/AIDS 対策の改善と効果拡大に直結します。社会的差別や、抑圧的な法制度などを克服し、感染動向を踏まえた HIV/AIDS 対策を持っている国でも同様です。一方、HIV/AIDS が、薬物使用者や男性と性行為をする男性、セックスワーカー、移住労働者など、特に影響を受けた社会集団に集中し、なおかつ、国家が HIV/AIDS に正しく責任を負っていない場合、保健システム強化の努力は必ずしも HIV/AIDS 対策の進捗に直接的に裨益するとは限りません。サハラ以南アフリカ以外の地域の低・中所得国の多くが、いまだにこうした状況にあります。これらの国々では、全般的な保健システム強化の努力に加えて、また別トラックで、コミュニティベースでの HIV/AIDS 対策に、資金も含めた努力を投入していく必要があります。

保健システム強化は、本来、ドナー国による援助の分散化を抑え、援助を受ける国のオーナーシップの下にいわば護送船団方式で国家の開発を図る 2005 年の「パリ宣言」以降の「援助効果」論の進展と並行して進められてきました。この「援助効果」は、HIV/AIDS 対策においては、「パリ宣言」の前年の 2004 年に UNAIDS が打ち出した「三つの統一」イニシアティブに基づいて進められてきました。HIV/AIDS 対策と「援助効果」の関係も、保健システム強化と HIV/AIDS 対策の関係と類似しています。影響を受けた社会集団への HIV/AIDS 対策を政府が積極的に進め、コミュニティと連携した対策が国家政策として主流化されてこそ、援助効果は HIV/AIDS 対策に意味を持ち得ます。一方、そうでない場合は、政府に投じられた HIV/AIDS 対策費が、本来必要なところに全く投資されず、HIV の影響を受けたコミュニティがエイズ対策から排除されることになりかねません。この意味で、保健政策における援助効果や「保健システム強化」が HIV/AIDS 対策の進展と相乗

効果を持つためには、社会的な差別や抑圧的な法制度の廃絶、国家が適切かつ包含的な HIV/AIDS 対策を持つようにするための国内外のアドボカシー、そして当事者のコミュニティへの恒常的な支援が不可欠なのです。

保健システム強化、援助効果と HIV/AIDS 対策の進展は両立し得ます。一方、以下に述べるような、近年の国際保健政策の不安定化と迷走、トピック主義化は、HIV/AIDS 対策の進展を妨げるものといっても過言ではありません。例えば、2009 年 G8 トロント・サミットで打ち出された「ムスコカ・イニシアティブ」は、「MDGs の中で進捗の遅い」母子保健を焦点化するものとなったが、これを主導したカナダが保守政権でセクシュアル・リプロダクティブ・ヘルス&ライツに不徹底な態度を示したこと、また、資金量も不十分だったことによって、国際保健イニシアティブとして適切なものになっていません。一方、「これは終わった、次はこれだ」「あの問題に手が付いていない」云々と危機煽りとともに気まぐれに打ち出されるあれこれの課題やイニシアティブは、結局、資金を分散させ、援助国の資産家や保健専門家の気まぐれに途上国を無理やり付き合わせるだけにおわり、途上国の保健の向上には殆ど役立ちません。こうした傾向が HIV/AIDS への着実な資金投入を阻むことになれば、「三つのゼロ」の達成はおろか、2015 年までの HIV 予防・治療・ケアへの普遍的アクセスも達成できず、HIV/AIDS 危機が再び世界を席卷することになりかねません。

もう一点言及しておきます。2003 年以降、途上国での安価な HIV 治療薬の供給は国際的な合意事項であるはずですが。また、「予防としての治療」、さらには UNAIDS が新たな治療戦略として打ち出した「治療 2.0」(Treatment 2.0)には、より簡易で効果のある治療薬の開発や治療方法の普及が明記されています。治療の拡大と質の向上は既定路線なのです。ところが、欧州連合とインドの自由貿易協定(India-EU FTA)では、新薬のジェネリック化を規制する「データ保護」(Data Exclusivity)などが旧来の先進国側から提案され、また、「模倣品・海賊版防止条約」(Anti-Counterfeiting Trade Agreement)にも、安価なジェネリック治療薬の途上国での普及を妨げかねない規制が盛り込まれています。これらは「治療への普遍的アクセス」という開発目標を妨げかねないという意味で、近年、OECD-DAC を中心に提唱されている「開発のための政策一貫性」という原則に反するものであるといえます。

5. エイズ・アクティビズムの不在:分散する市民社会

最後に、市民社会の状況に触れておきたいと思います。世界のエイズ対策と市民社会は切っても切り離せない関係にあります。81年の米国でのエイズ症例発見以来、エイズの30年の歴史は、常に当事者と市民社会がリードすることによって作られてきたと言えます。その市民社会が、今、必ずしも往時のパワーを維持していません。

今回のハイレベル会合では、一定の時間をかけたプロセスの中で市民社会の要求自体は熟成され、それが可もなく不可もなしという形で宣言に盛り込まれました。市民社会は、世界エイズ・結核・マラリア対策基金や国連合同エイズ計画 (UNAIDS) の理事会で投票権のある議席を占めており、そこを舞台に、これらの国際機関の政策を、HIV 陽性者をはじめとする当事者、また現場で取り組む市民社会にとって適切なものにするべく努力してきました。その結果、これらの国際機関は、市民社会の主張を政策面で大きく取り入れています。

国際機関だけではありません。市民社会の考え方は、課題によって、政府の HIV/AIDS 対策に関する政策にも盛り込まれ、今回の会合においても、治療アクセスの拡大についてはインド、タイ、インドネシア、ブラジルが、また、MSM や薬物使用者など HIV の影響を強く受けた社会集団の権利についてはブラジルを始めとする中南米諸国や欧州が積極的に市民社会を代弁しました。その結果、これら社会集団に関しては宣言でも一定の言及がなされた他、2015 年までの予防・治療・ケアの普遍的アクセスや、治療ターゲット(1500 万人)、資金ターゲット(2015 年までに 220-240 億ドル)も盛り込まれました。この点では、市民社会はある意味「闘わずして」、もしくは、普段通りの取り組み、横綱相撲を以て、ハイレベル会合での目標を達成したといえなくはありません。

問題は、今後、この「政治宣言」で掲げられた目標が、具体的に達成されるかどうかという点にあります。世界は過渡期にあります。援助をめぐるそれは同様です。先にも述べたとおり、2000 年の「ミレニアム開発目標」(MDGs)以降、市民社会は援助をめぐる言説構築の文脈においては一定の地位を有しており、その文脈が予定調和的に続く限りにおいて、市民社会は一定の発言権を持っています。問題は、この予定調

和が「いつまで続くか」にあります。MDGs の期限である 2015 年は近づいており、これが一つの切断面をなすことは明白です。その前に、世界経済危機により、欧州は MDGs 達成に向けた援助を支える資金力を失いつつあり、一方、中国・インド・ブラジルなどの新興経済国には、MDGs を支える資金力も、また世界の貧困をなくすことにコミットする思想的責任を担保する能力もまだ育っていません。こうした中で、MDGs は 2015 年を待たずして「援助国の総崩れ」によって瓦解しかねない危機を迎えています。HIV/AIDS については、リスクは更に高いといえます。例えば、HIV/AIDS への取り組みは、これまで問題にされてこなかった、様々な周縁化された社会集団の人権の確立を促進してきました。こうした取り組みには、高いレベルでの倫理的正当性が必要ですが、その基盤は 8-90 年代に当事者や市民社会の運動によって構築されたものです。国際的な経済情勢の悪化とそれに伴う各国の政権交代と保守化によって、この基盤の共有が崩れれば、これまで市民社会が牽引してきた国際的な HIV/AIDS 対策の高い水準は維持できなくなります。過去 10 年で積み上げてきた様々な資産に依存できなくなったとき、エイズに取り組む国際的な市民社会は、再び街頭に戻ることができるのか。市民社会が持つ公共性に対する責任を考えたとき、そのことが問われているといっても、過言ではありません。

今回のハイレベル会合では、米国の「ヘルス・ギャップ連合」(HealthGAP)などの主導により、一応、500 人規模のデモと集会は行われました。しかし、それらは大方、形式化し、2000 年代以降の「今」新たに紡ぎだされたエイズ・アクティビズムの表現様式を見出すことは難しかったといえます。エイズにかかわる市民社会は、現状で保障された市民社会の参画の権限を活用して、具体的な政策作りを担いつつ、しかし一方で、MDGs やエイズ政治宣言路線の総瓦解という状況に備えて、街頭に出る準備を怠るわけにはいかないという、難しい時代を生き抜かなければならない状況にあります。市民社会は、エイズにかかわる市民社会の活動の基底にある「怒り」を忘れることなく、エイズ・アクティビズムを次代に引き継ぐべく、市民社会としての新たな思考と行動様式を生成していく必要に迫られていると言えるでしょう。

付録1 2011 年度 NGO 研究会「保健分野 MDGs の達成と NGO の役割」事業記録

2011 年度 NGO 研究会「保健分野 MDGs の達成と NGO の役割」では、1 回の海外調査と報告会、1 回のシンポジウム、8 回のセミナーを開催いたしました。開催概要は以下の通りです。

1. 海外調査および報告会

名称	日程	参加者	概要
海外調査「国連総会 HIV/AIDS 対策ハイレベル会合」への参加による国際保健政策決定プロセスの調査	2011 年6月7日～11日	◎ 樽井正義(日本 HIV 陽性者ネットワーク理事、慶応大学教授) ◎ 小川亜紀(アフリカ日本協議会国際保健部門コーディネーター) ◎ 稲場雅紀(エイズ&ソサエティ研究会議)	日本政府代表団アドバイザーとして「国連総会 HIV/AIDS 対策ハイレベル会合」に参加(アドバイザーとしては3名に加え、日本リザルツの狩野伊知郎氏も参加)。全体会議や分科会に参加すると同時に、事前の NGO・市民社会会合、市民社会主催によるマーチ、関係国連機関等との会合などを行い、国際保健に関わる政策の立案・形成と市民社会の関与について調査した。
海外調査報告会「世界のエイズ対策: 次の 10 年はどうなる？」	2011 年7月 15 日 (場所: 慶応大学三田キャンパス)	◎ 報告者: 樽井正義、小川亜紀、稲場雅紀、狩野伊知郎(4名)	海外調査に関して、報告書を作成し、報告会を実施して国際保健に携わる NGO 等に情報を還元した。

2. シンポジウム

名称	日程	場所	内容	講師
GII 懇談会 100 回記念シンポジウム「国際保健政策: 政府と NGO の歩み」	2011 年 11 月 18 日(金) 16 時～18 時 30 分	JICA 地球ひろば	日本の国際保健政策・イニシアティブの形成において政府と NGO をつなぐ役割を果たしてきた GII/IDI 懇談会の会合が 2011 年 11 月で発足以来 100 回を数えるのを記念し、政策と実施における NGO と政府の対話の重要性と将来について討議した。	◎司会: 石井澄江(ジョイセフ) ◎開会挨拶 ➢ 北谷勝秀氏(NPO2050) ➢ 加藤敏幸・外務大臣政務官 ◎第1部 ➢ 原ひろ子氏(女性と健康ネットワーク)、堂本暁子氏(元千葉県知事)、服部則夫氏(元外務省) ◎第2部 ➢ 稲場雅紀氏(アフリカ日本協議会)、松浦博司氏(外務省地球規模課題総括課長)、クリフトン・コルテス(UNDP、元 USAID)、モンリ・ペカナン(タイ家族計画協会)

3. セミナー

名称	日時	場所	概要	講師
リーダーシップ・セミナー 番外編1「保健システム強化：現場の真のニーズは何か」=ケニアでの経験から=	2011年8月19日	JICA 地球ひろばセミナールーム 202号	保健システム強化、特に保健人材育成に関する現場のニーズはどうなっているのか、JICA のケニアのプロジェクトからの経験をシェア。	木下真絹子氏(前ケニア公衆衛生省コミュニティ戦略政策アドバイザー)、杉下智彦氏(JICA ニャンザ州保健マネジメント強化プロジェクト・チーフ・アドバイザー)
リーダーシップ・セミナー 番外編2「今、旬の国際保健イニシアティブ GAVI を知り尽くす」	2011年8月23日	JIC 地球ひろばセミナールーム 303号	GAVI アライアンスの事業や組織概要、NGO との連携のビジョンなどについてのシェアリング。	北島知佳氏(GAVI 事務局) プライアン・ティスダル氏(GAVI 事務局)
リーダーシップ・セミナー 番外編3「国際保健イニシアティブと NGO: 世界エイズ・結核・マラリア対策基金を例に」	2011年10月25日	弘済会館会議室4F「蘭」東	世界エイズ・結核・マラリア対策基金のしくみや現状、課題、NGO との連携の方向性などについてのシェアリング。	クリストフ・ベン氏(世界エイズ・結核・マラリア対策基金 渉外担当ディレクター)
国際保健 NGO リーダーシップ・セミナー第1回「激動の国際保健政策：本当に重要なことは何か」	2011年11月2日	全国町村会館2階第3会議室	激動する国際保健政策の中で、日本の立場から、今後のビジョンとして最も重要と思われる戦略について共有する。	武見敬三氏((公財)日本国際交流センター シニアフェロー、東海大学政治経済学部教授、元厚生労働副大臣)
国際保健 NGO リーダーシップ・セミナー第2回「日本の国際保健戦略：政策と実施」	2011年12月20日	JIC 地球ひろばセミナールーム 403号	日本の国際保健政策の形成と現状、実施の状況について、外務省と JICA からシェアリング。	金森サヤ子氏(外務省国際保健政策室) 牧本小枝氏(JICA 人間開発部保健第3課長)
国際保健 NGO リーダーシップ・セミナー第3回「コミュニティ人材の育成と NGO」	2011年1月10日	ルーテル市谷センター第1会議室	プライマリー・ヘルス・ケアの立場から、コミュニティの保健人材育成について NGO の経験を共有。	工藤美英子氏((特活)シェア=国際保健協力市民の会)
国際保健 NGO リーダーシップ・セミナー第4回「国際保健プロジェクトの実施における NGO と JICA の連携」	2012年1月26日	JIC 地球ひろばセミナールーム 403号	国際協力 NGO が JICA と連携してプロジェクトを行う方法と課題について、経験と知見を共有。	横田雅史((特活)HANDS 事務局長) 溝上芳恵((特活)HANDS シニア・プログラム・オフィサー)
国際保健 NGO リーダーシップ・セミナー第5回「日本の国際保健 NGO の将来」	2012年2月14日	JIC 地球ひろばセミナールーム 303号	国際保健政策の現状を踏まえて、国際保健 NGO の将来について実施、アドボカシー、ネットワークの観点から提起。	石井澄江((公財)ジョイセフ専務理事) 山田太雲((特活)オックスファム・ジャパン アドボカシー・マネージャー) 本田徹((特活)シェア=国際保健協力市民の会代表理事)

付録2 2011 年度 NGO 研究会「保健分野 MDGs の達成と NGO の役割」
国際保健 NGO リーダーシップ・セミナー内容紹介

2011 年度 NGO 研究会「保健分野 MDGs の達成と NGO の役割」で開催したセミナー・シンポジウムに関して、以下、内容をご紹介します。

標 題	<p style="text-align: center;">国際保健 NGO リーダーシップ・セミナー 番外編 1 保健システム強化：現場の真のニーズは何か＝ケニアでの経験から＝</p>
概 要	<p>講演者：杉下智彦（JICA ケニア・ニャンザ州保健マネジメント強化プロジェクト・チーフ・アドバイザー）・木下真絹子（前ケニア公衆保健省コミュニティ戦略政策アドバイザー）</p> <p>日時：2011 年 8 月 19 日（金）16:00～18:00</p> <p>場所：JICA 地球ひろば セミナールーム 202 号室</p>
趣 旨	<p>「保健システム強化」が国際保健政策上の議論の対象になってからかなりの時間が立っています。しかし現状では保健システム強化を進めるための共有された多国間の戦略やイニシアティブが未だできていません。さらに保健システム強化の現場のニーズは何か、また「援助」として何が必要か、逆に保健システム強化にとって「問題のある援助」とは何かなどについて、政策上の議論においても市民社会においても十分に共有されていません。</p> <p>現地における保健システム強化の「真の課題」は何か、援助側にはどのような取り組みや配慮が必要なのか。こうした疑問に対して、ケニアの現場で保健システム強化のプロジェクトや国の政策に取り組んだ二人の日本人専門家を招き、討議しました。</p>
内 容	<p>杉下氏は、「国際保健政策」や「国際保健外交」が強調されている中、＜現場力＞こそが重要である、と喝破。そのうえで、「現場力」に基づいて途上国の保健に取り組むにはどのような発想の転換が必要であるかについて力説しました。例えば、保健システムにおいては、「保健人材」「保健情報」といった個別の要素に対する援助は行われても、システムを全体としてどのように機能させるか、というところには関心が払われないう状況があることを指摘。そのうえで、途上国において、現地の政府や各セクターが援助に対してリアクティブになっている状況に対して、自ら分析し、戦略を作り、主体的に援助を取捨選択していくプロアクティブな形に、現地政府の官僚や諸セクターのマインドを変化させていく必要があると指摘しました。また、「問題解決型」のアプローチでは、「問題を解決する」ことしかできず、現地からのプロアクティブな政策の形成へと向かっていけない現状があることを指摘。端的に「Think Locally, Act Globally」といった発想へと転換する必要を訴えました。</p> <p>その後、ワークショップでは、「ワールド・カフェ」によるワークショップを行い、「保健分野におけるあなたの夢」について討議しました。</p>
成 果	<p>「保健システムの強化」の重要性は指摘されていますが、どう進めるかについては、具体的な動きが出てきていません。そうした中で、杉下氏は、現場において何が一番の問題なのか、いわゆる「国際保健政策」で語られる言説とは大きく異なった視点から、問題を提示しました。また、「ワールド・カフェ」によるワークショップも、参加者が自ら何かに「気づく」上で非常に有効であることがわかりました。</p>

<p>標 題</p>	<p>国際保健 NGO リーダーシップ・セミナー 番外編 2 いま、旬の国際保健イニシアティブ「GAVI アライアンス」を知り尽くす！</p>
<p>概 要</p>	<p>講演者：北島知佳 (GAVI アライアンス事務局)・ブライアン・ティスドール (GAVI アライアンス事務局) 日時：2011 年 8 月 23 日 (火) 12:30～14:30 場所：JICA 地球ひろば セミナールーム 303 号室</p>
<p>趣 旨</p>	<p>途上国の子供たちへのワクチンの供給や、保健システムなど関連する領域で近年、大きく発展した国際保健イニシアティブの一つが「GAVI アライアンス」(以前の「予防接種・ワクチン世界連盟」)です。その効率性・有効性は高く評価されており、2011 年6月に行われた資金誓約会議では、2015 年までに GAVI が最低限必要とする金額を超えて資金が集まりました。</p> <p>一方、GAVI アライアンスは日本の NGO の中では必ずしも知名度は高くなく、政策・実施のどちらの面でも、必ずしも、市民社会を含む国内の様々なセクターとの連携・協力の方法は提起されていません。</p> <p>そこで GAVI アライアンス事務局より、北島知佳氏、ブライアン・ティスダル氏が来日したのに伴い、本セミナーを開催しました。このセミナーでは、まず GAVI とは何か、どのような組織づくりをし、何に取り組んでいるのかを知り、GAVI と日本の NGO が今後どのように政策面・実施面それぞれで連携・協力できるかを学びました。また GAVI のあり方に対する市民社会のアドボカシーについても議論しました。</p>
<p>内 容</p>	<p>まず冒頭で北島氏から、GAVI アライアンスについての紹介がありました。GAVI アライアンスでは、途上国におけるワクチン接種率を飛躍的に高めるために、様々な取り組みや工夫をしています。例えば支援対象国の「一部政府負担」によるオーナーシップの確保、IFFIm など革新的資金調達を活用、ワクチン産業の改善などが行われています。次にティスダル氏から、GAVI アライアンスと NGO との連携について提起が行われました。そこでは日本の NGO と GAVI アライアンスとのパートナーシップの必要性とその可能性が指摘されました。具体的には、GAVI として、ワクチンを必要とする子どもたちへ一刻も早くそれを届けること、そのためのワクチン産業をより良いものへと改善すること、ワクチン接種率向上を通じた保健システム強化などが必要であり、それらについてのアドボカシーやガバナンスへの関与などについて、日本も含めた各国の NGO と連携して対処していきたいとの話がありました。</p>
<p>成 果</p>	<p>日本では十分に認知されているとは言い難かった GAVI アライアンスの活動について、詳細な情報を知り、それを多くの NGO 関係者と共有できました。さらに GAVI アライアンスと NGO との協働についての積極的な意見交換ができたことは、今後のワクチン開発などをめぐるグローバルな政治経済への NGO のアプローチや現場での取り組み、さらには保健システム全体に関する様々な問題提起の中で重要な意味を持つと考えられます。</p>

標 題	<p style="text-align: center;">国際保健 NGO リーダーシップ・セミナー 番外編3 世界エイズ・結核・マラリア対策基金=その現状と課題、パートナーシップの新たな可能性=</p>
概 要	<p>講演者: クリストフ・ベン(世界基金事務局 渉外・パートナーシップ・ディレクター) 日時: 2011 年 10 月 25 日(火) 16:30~18:30 場所: 弘済会館 4 階「蘭」東</p>
趣 旨	<p>2011 年 10 月 24 日の「世界ポリオ・デー」に合わせて、国際保健にかかわる多くの国際機関の関係者が来日しました。そこで、この機会に来日した世界エイズ・結核・マラリア対策基金(世界基金)事務局の渉外・パートナーシップ・ディレクターのクリストフ・ベン氏を招き、世界基金の現状と課題についての情報共有、さらに日本の NGO との連携・協力の在り方などについて討議しました。</p>
内 容	<p>まずクリストフ・ベン氏が講演。世界基金の仕組みや、NGO が世界基金に関わる方法論について、ガバナンス、実施、アドボカシーの側面から説明がありました。そのうえで、現在世界基金が直面している、「資金の不正流用」問題とそれを防止するためのメカニズムづくりの取り組み、現在の世界基金の資金不足の現状についての提起がありました。第2部では、参加者が4班に分かれて、クリストフ・ベン氏の講演への質問と提言を考える、というワークショップを行いました。そのシェアリングのプロセスで、会場から様々な質問が出され、日本の NGO と世界基金のパートナーシップの強化に向けた具体的な方策を模索するなど、多くの議論が行われました。</p>
成 果	<p>国際保健の潮流を踏まえると、世界基金は今後も極めて重要な存在の一つと言えます。そうした中で今回のクリストフ・ベン氏との議論は、今後の NGO と世界基金の関係をより良好なものにするために重要であると共に、世界基金と NGO の連帯や協働の可能性と課題についての詳細な議論ができ、大変意義のあるものとなりました。</p>

標 題	<p align="center">国際保健 NGO リーダーシップ・セミナー 第 1 回 激動の国際保健政策 本当に重要なことは何か</p>
概 要	<p>講演者: 武見敬三氏(日本国際交流センターシニアフェロー、東海大学教授) 日時: 2011 年 11 月 2 日(水) 14:30~16:30 場所: 全国町村会館 2 階 第 3 会議室 参加人数: 20 人</p>
趣 旨	<p>2007 年以降日本の国際保健政策の形成を包括的にファシリテートしてきた武見敬三氏を講師に招き、激動する国際保健政策の変遷、日本の保健政策の可能性と限界、市民社会の役割について情報を共有し、議論しました。</p>
内 容	<p>武見敬三氏は講演の冒頭で、国際社会における日本の位置づけが「経済大国」から社会保障に関する制度整備が進んだ先導的「成熟国家」へと変化しつつあり、「人間の安全保障」が開発援助の主流となっていると指摘。そのうえで、「国際保健」は、「成熟国家」としての日本が最も貢献し得る国際的な政策課題である、と指摘しました。その上で、かつての国際保健政策の課題設定は、垂直的(ヴァーティカル)なアプローチとして、疾患別・問題別の対処が主流でしたが、今日ではその限界が多く指摘され、むしろ様々な問題に水平的(ホライズンタル)に取り組むための、保健システムの強化が必要であると述べました。そのうえで、我が国が、この保健システムの強化を、国民皆保険制度を基盤に実現したことを、豊富なデータをもとに解説しました。</p> <p>世界の疾病構造は、途上国も含めて非感染性慢性疾患へと移りつつありますが、その変化を先取りして平均寿命の増加、小児死亡率や成人死亡率低下などを世界の中で最も先進的にリードしてきた国が日本であり、その重要な条件となったのが、国民皆保険制度でした。日本の国民皆保険制度の成り立ちは、人間の安全保障アプローチと極めて類似したものでした。中央政府による制度と政策の策定、地方政府による実施というトップダウン型のアプローチに加え、たとえば戦後の愛育会による母子保健や学校保健、地元で活躍した医師たちの成果である減塩運動などに見られる、ボトムアップ型のアプローチの双方があったのです。</p> <p>こうした背景から武見氏は、日本の国民皆保健制度は今後、それぞれの国が保健への普遍的カバレッジを実現する上でモデルとなりうるものであり、それについて、今後、国際機関も含めた研究を行い、世界に貢献しうる仕組みとして普及していけるようにする方針であると述べました。</p>
成 果	<p>日本の NGO の多くは、途上国の現場で小規模なプロジェクト実施を業務の中心としています。結果として、国際保健政策の潮流や国際保健の現状、その中で日本の立場、優位性、取り組みの在り方について、最新の議論を理解・把握するのは難しい状況にありました。そうした中で日本の国際保健政策をけん引してきた武見氏の講演は、市民社会が国際保健の現状について整理し、同時に日本政府がどのような立場で、どのような政策を推し進めているのかについて理解する上で、重要な意義を持つものとなりました。</p>

標 題	<p align="center">国際保健 NGO リーダーシップ・セミナー 第 2 回 日本の国際保健戦略:政策と実施</p>
概 要	<p>講演者:金森サヤ子氏(外務省国際協力局 国際保健政策室)・牧本小枝(JICA 人間開発部 保健第 3 課長) 日時:2011 年 12 月 20 日(火)14:00~16:30 場所:JICA 地球ひろば セミナールーム 403 号室 参加人数:20 人</p>
趣 旨	<p>外務省で長らく保健専門家として日本の保健政策、とくに「国際保健政策 2011-15」の策定に取り組んできた金森サヤ子氏(国際保健政策室)と、当該政策を含む日本の国際保健の実施にあたる JICA 保健第3課長の牧本小枝氏を招き、日本の国際保健政策の形成と実施の現状について議論しました。</p> <p>日本は 2010 年の国連ミレニアム開発目標首脳会合で、「エンブレイス」(EMBRACE)モデルを軸とする「国際保健政策 2011-15 年」を発表しました。この政策の我が国の狙いや、発表から 1 年が経った今日この政策がどのように実施されているのかなどについて、政策の形成と実施を担う両氏からの情報共有と議論を行い、NGO として実施・政策の両面でどのように関わることが可能かについて議論しました。</p>
内 容	<p>最初に登壇した金森氏は、国際保健政策の潮流について概説した上で、近年の日本の保健 ODA 予算・実績は共に減少・横ばい傾向であり、また予算の中身も二国間援助及び国連機関・世界基金を通じた支援が主で、NGO や官民パートナーシップを通じた支援は少ないこと、説明責任の推進に遅れがあること、国際保健外交におけるモメンタムの維持が課題であることを指摘しました。</p> <p>金森氏はこうした背景を踏まえて、日本の現在の国際保健政策である「国際保健政策 2011-2015」について説明を行い、その具体的な取り組みとして、戦略・政策・実施の一体性確保と国際保健強化に向けた取り組み、MDGs 官民連携ネットワークの立ち上げ、外務省と NGO とのパートナーシップがあると述べました。</p> <p>続けて実施の側面から、JICA の牧本氏が登壇しました。牧本氏は、JICA が強化する取り組みとして、実証的な根拠(エビデンス)の活用、ポリオ対策のみならず、より積極的に有償資金協力を活用していくという方針、開発パートナーとの連携強化として、様々なネットワーク強化を東京、途上国双方で行うことを提起しました。その上で、実施の具体的な事例としてバングラディッシュのノルシンディ県で実施されている「母性保護サービス強化プロジェクト」が、「エンブレイス」モデルの形成につながり、また、その実践として大きな実績を上げたことを説明。現在、これを全国レベルにスケール・アップしようとしていることが報告されました。</p> <p>第2部では、参加者が4班に分かれて、金森氏・牧本氏への質問を二つ、提言を一つ出す、ということで参加者に討議してもらい、シェアリングの時間に質問・発表を行いました。</p>
成 果	<p>「国際保健政策 2011-15」が出た背景となる国際保健の潮流と政策の具体的な取り組みに関する詳細について、ポスト MDGs をも視野に入れて説明をしていただき、今後の我が国の国際保健政策の流れを NGO 関係者と共有することができました。さらに実施についてバングラディッシュで 2012 年からフェーズ 2 に入るプロジェクトの現状について詳細な説明を得ることで、「エンブレイス」モデルの可能性と課題について具体的に議論することができました。</p>

<p>標 題</p>	<p>国際保健 NGO リーダーシップ・セミナー 第 3 回 コミュニティ保健人材の育成と NGO</p>
<p>概 要</p>	<p>講演者: 工藤美美子((特活)シェア=国際保健協力市民の会) 日時: 2012 年 1 月 10 日(火)14:00~16:30 場所: ルーテル市谷センター 第1会議室 参加人数: 20 人</p>
<p>趣 旨</p>	<p>プライマリー・ヘルス・ケアのアプローチを踏まえ、コミュニティにおける保健の取り組みへの支援を継続して行くことは、日本の国際保健 NGO の原点の一つです。最近、国際保健政策で注目されている「人材育成」についても、日本の国際保健 NGO は、コミュニティ・ヘルス・ワーカーをはじめ、地域に存在する様々なアクターの育成に取り組む形で実践を積んできました。こうした NGO の取り組みは、JICA の技術協力プロジェクトなどでも応用され、成果を生み出しています。そこで(特活)シェア=国際保健協力市民の会で看護師として途上国の保健の現場で活躍してきた工藤美美子氏に登壇いただき、日本の NGO が取り組んできたコミュニティ・レベルでの様々な人材育成の方法論について学ぶとともに、NGO の現場での地道な取り組みを、現代の国際保健を巡る状況の中でどのように継承・発展させていくことができるか、さらに国際保健 NGO の将来の在り方を議論しました。</p>
<p>内 容</p>	<p>まず工藤氏より、人材育成のバックグラウンドとして重要なものとして、プライマリー・ヘルス・ケア(PHC)と参加型農村調査法(PRA)の持つ意味について、説明が行われました。そこで工藤氏は、人材育成のポイントについて、「教える」よりも、「気づきの場」「考える場」、「学びの場」、「活かす場」、「認められる場」を作ることに主眼を置くべきであることを指摘しました。そしてその実践例として、東北タイの下痢予防プロジェクト、北タイの院内感染コントロール、パキスタンの助産婦への保健教育、グアテマラ保健スタッフの乳幼児死亡に関する意識化、東チモールの乳幼児健診といった多彩な事例を取り上げました。</p> <p>その後、第2部では、参加者が4班に分かれて、各班で、コミュニティにおける保健人材育成について、各班のメンバーが持っている経験・知見をもとにワークショップを行いました。</p>
<p>成 果</p>	<p>1970 年代後半以来、国際機関や各国政府、NGO に多大な影響を与えたプライマリー・ヘルス・ケアでしたが、国際保健の潮流が国際社会や各国の政治状況に応じて大きく変化している今日、PHC の意義は改めて問い直されるべき時が来ていると言えます。そうした中で長年にわたり PHC に基づいた人材育成を中心に多くの成果を上げてきた工藤氏の経験の共有は、大変意義のあるものとなりました。現場でプロジェクトを実施する NGO 関係者のみならず、アドボカシーといった政策に対する取り組みを行う参加者も活発に議論に参加しました。</p>

<p>標 題</p>	<p>国際保健 NGO リーダーシップ・セミナー 第 4 回 国際保健プロジェクトの実施における NGO と JICA との連携</p>
<p>概 要</p>	<p>講演者: 横田雅史 (HANDS 事務局長)・溝上芳恵 (同シニア・プログラム・オフィサー) 日時: 2012 年 1 月 26 日 (木) 14:00~16:30 場所: JICA 地球ひろば セミナールーム 403 号室 参加人数: 20 人</p>
<p>趣 旨</p>	<p>JICA と連携した事業に豊富な経験を持つ特定非営利活動法人 HANDS の横田雅史氏 (HANDS 事務局長) と溝上芳恵氏 (同シニア・プログラム・オフィサー) を招き、我が国の NGO の国際保健プロジェクト実施において JICA とどのような連携が望まれるか、事例をもとに議論しました。具体的には、そもそも NGO が関われる可能性のある JICA 事業の制度にはどんなものがあるのか、そこにどのような課題があるのか、さらにこれまで JICA 事業において NGO はどんな実績を上げているのかについて議論しました。</p>
<p>内 容</p>	<p>まず団体としての (特活) HANDS の概略について概観しました。HANDS の基本方針である「地域のニーズから国のニーズまで幅広く応えられる NGO」、「多様なドナーとの連携による経験の蓄積」、「「プロフェッショナルな NGO」を担保するための収入確保の必要性という観点」に基づき、主体的に、JICA との連携を行っていることが説明されました。その上で JICA「技術協力プロジェクト」(以下、「技プロ」と表記)に関して、公示案件受託までのプロセスを説明。そのうえで、受託するためのいくつかのポイントとして、JICA ウェブ上の情報収集、開発コンサルタントとの協力関係構築、開発コンサルタントにない強みの確認とそのアピール、技プロを実施するマネジメント体制構築、JICA 案件の経験者の雇用、プロポーザル作成ノウハウ獲得、技プロのメンバーになってもらえそうな人材獲得などの重要性が指摘されました。こうした制度の仕組みとポイントを踏まえた上で、実際に JICA とどのようなプロジェクトを行っているのか、そこにどのような可能性と課題があるのかについて、ケニアとインドネシア、スーダンの事例が紹介されました。</p> <p>第 2 部では、JICA との連携についてのメリットとデメリットについて、参加者が小グループに分かれて討議した上、シェアリングをしました。質問・討議においては、NGO の独自性がどこまで担保できるのかといった疑問も出されましたが、一方で、NGO 単独では実施、経験できないことを JICA の制度、ネットワーク、リソースを活用することにより実施／経験できたり、財政的なある程度の安定が期待できたりするといった長所について積極的にシェアされました。</p>
<p>成 果</p>	<p>JICA と NGO の連携は、近年 NGO 側からの問題提起もあり、制度や資金規模の積極的な改善が行われてきました。日本の NGO は、JICA との間で、様々な形で連携を実現しています。ただ、これを、NGO がプロアクティブな形で、主体的にどう発展させていけるかについて、NGO が複数集まった場で討議する機会はあまり多くありませんでした。HANDS は JICA との連携に以前から積極的で、そのノウハウを多く持つ数少ない団体の一つです。HANDS の経験や知識をシェアし、それについて活発な議論ができたことは、参加した各 NGO の今後の JICA との取り組みについて、多くの示唆を与えることとなりました。</p>

標 題	<p align="center">国際保健 NGO リーダーシップ・セミナー 第 5 回 国際保健 NGO の将来を展望する</p>
概 要	<p>講演者: 本田徹((特活)シェア=国際保健協力市民の会)・山田太雲((特活)オックスファム・ジャパン)・石井澄江((公財)ジョイセフ)</p> <p>日時: 2012 年 2 月 14 日(火) 14:00~17:00</p> <p>場所: JICA 地球ひろば セミナールーム 303 号室</p> <p>参加人数: 30 人</p>
趣 旨	<p>世界金融・経済危機により、MDGs 達成のための財源確保が極めて厳しくなっています。また経済格差や失業、気候変動、自然災害といった大きな課題が立ちはだかる中、国際保健など途上国の開発や世界の貧困解消の課題は埋没しがちになっています。</p> <p>こうした激動する国際社会において、ポスト MDGs の中で国際保健はどうあるべきか、市民社会は「あるべき姿」に向けてどう動くべきなのか、またそれはどうすれば可能なのか。こうした今後の国際保健を占う重要な問題について、プライマリー・ヘルス・ケアの観点から途上国で保健プロジェクトに取り組んできた(特活)シェア=国際保健協力市民の会の本田徹さん、政策アドボカシーで活躍してきた(特活)オックスファム・ジャパンの山田太雲さん、リプロダクティブ・ヘルスの向上と、国際保健 NGO のネットワークキングの双方に尽力してきた(公財)ジョイセフの石井澄江さんからの提起を聞き、討議しました。</p>
内 容	<p>まず本田氏が、プライマリー・ヘルス・ケアをめぐる歴史的な変遷とその今日的な理解について詳細に説明し、その重要性を指摘しました。その上で、具体的な取り組みとして、タイでの 90 年代に行われた下痢予防、及びその後行われた HIV・エイズのプロジェク、さらに 2011 年の東日本大震災後での気仙沼を中心とした地域での取り組みについて説明がありました。</p> <p>続いて、山田氏から、国際保健のアドボカシーの現状と今後の方針について問題提起が行われました。とりわけポスト MDGs を睨んだ「不平等の是正」や「均衡」といったキーワードを含む新たな経済モデルの中に、保健をどのように位置づけるかが焦点となるとの指摘がありました。</p> <p>さらに政策アドボカシーとプロジェクトの実施両方の豊富な経験を持つ石井氏からは、アドボカシーが対象とする拡大する課題の範囲をどこに絞るのかを踏まえ、人もお金も限られた中で、自分たちのアドボカシーの範囲を設定し、それ以上の範囲をネットワークでカバーする必要があるとの提案がありました。</p>
成 果	<p>国際保健の激動の時代にあって、NGO は今後、政策へのアプローチと途上国でのプロジェクトなどの実施の双方をいかに効果的に取り組んで行くかが重要な課題となると考えられます。そうした中で今回の 3 名の問題提起と議論は、具体的にどのようにして、こうした問題に取り組んで行くべきかを検討する重要な機会となりました。具体的な一つの回答を見出すことは極めて困難である一方、こうした場を利用し、積極的に議論を重ね、ネットワークを強化する必要性について一致することができました。</p>

保健分野「ミレニアム開発目標」の達成と、 これからの国際保健

＝ポスト「ミレニアム開発目標」に向けての視点＝

平成23年度(2011年度) NGO活動環境整備支援事業
NGO研究会(保健分野MDGsの達成とNGOの役割)

2012年3月20日 初版発行

発行●外務省国際協力局民間援助連携室
所在地●105-8519 東京都千代田区霞が関2-2-1

実施●(特活)アフリカ日本協議会
電話●03-3834-6902
FAX●03-3834-6903
E-mail●info@ajf.gr.jp
WEB●http://www.ajf.gr.jp

本書に関するお問い合わせは、アフリカ日本協議会まで