

「国際保健政策 2016-2020」に向けた 市民社会の提言

2015年7月17日
GII/IDI 懇談会 NGO 連絡会

1978年に世界の保健政策の指針として採択された「アルマアタ宣言」は、2000年を期限として「すべての人に健康を」という目標を掲げました。その期限から遅れること15年、ミレニアム開発目標(MDGs)に代わる2016年からの新たな開発目標として現在検討されている「持続可能な開発目標」(SDGs)の保健目標(ゴール3)には、「すべての年代のすべての人に健康な生活を保証し、福利を増進する」と明記されています。健康をすべての人々のものにするために、もはや後退は許されません。

目標が野心的であればあるほど、その実現には、具体的な戦略が必要です。2014年に発生したギニア、シエラレオネ、リベリアでのエボラ・ウイルス病の急拡大は、世界の保健システムにまだまだ大きな穴が開いていること、保健上の緊急事態への対応能力がまだまだ足りないことを思い知らせました。MDGsは、ゴール4に子どもの死亡率削減、ゴール5に妊産婦の健康改善を掲げています。この15年間で世界の保健状況は大きく改善しましたが、これらMDGsの保健目標を世界全体で達成していくためには、まだ多くの課題が残っています。エイズ・結核・マalariaを含む感染症は、いまだ国際保健上の主要な脅威として年間数百万の人々の命を奪っており、2030年までに感染症の脅威を終焉に持ち込むためには、これまで以上の努力が必要です。

日本はこれまで、グローバルな保健戦略の形成に大きく貢献してきました。来年のG7伊勢志摩サミットに向けて「ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ」という新しい旗を手にした日本が、その役割をさらに強化するには、日本、そして世界の市民社会に門戸を開き、政策作りへの参画を保障することが必要です。また、作られた政策への世界的な支持を確保するための努力も重要です。私たち日本の市民社会は、よりよい国際保健戦略の形成のために、以下の提言を行います。

提言1. 「ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ」の実現に向けて

1. すべての人が過重な経済的負担や社会的・文化的障壁に直面することなく、必要な質の高い保健サービスを受けられる「ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ」(UHC)の実現は、政府、市民社会、そしてその他あらゆるセクターが手を携えて努力することで初めて可能になる。そのための枠組みや戦略作りが急務である。
2. UHCの実現に向けた戦略においては、3年間にわたるUHCに関する日本・世銀の共同研究プログラムの教訓を生かす必要がある。特に、「国際保健政策 2016-2020」の実施においては、「地域に根差した強固な保健システムを基盤としたプライマリー・ヘルス・ケア(PHC)を充実させることにより、アクセスの改善とカバレッジの拡大に寄与する」ことをUHCの基本原則の一つとして位置づけることが必要である。また、包括的なPHCの必須保健サービス・パッケージ、サービスの優先順位を検討するうえでは、保健MDGs(ゴール4~6)における「未達成の課題」(unfinished agenda)の達成を最優先とすべきである。
3. UHCには、「生涯を通じた健康の維持」という観点を加える必要がある。この観点に照らして、「非感染性疾患」(NCDs)への対策は母子保健や感染症対策と並んで重視されるべきである。多くの非感染性疾患は適切な予防により回避可能であるが、多くの途上国では予防対策が遅れている。完成されたUHC制度を欠く国では、NCDsの治療は、個人の莫大な医療

費負担を意味し、貧困化はおろか、治療断念により重症化を招いたり、命を落としたりするケースが後を絶たない。また、低・中所得国において NCDs は若い世代にも多いため、NCDs 対策を壮年期以降でなく、世代を超えて浸透させることが必要である。日本は歴史的に、草の根レベルからの「予防」「早期発見」の経験や手法を多く蓄積しており、これらを国際保健においても活用すべきである。

4. UHC は「誰も取り残さない」ものでなければならない。特に途上国では、UHC は以下のような人々の存在を前提とし、これを含みこんだものでなければならない。
 - ・ 女性
 - ・ 子ども
 - ・ 障害者
 - ・ 高齢者
 - ・ 移民・外国人労働者・出稼ぎ労働者
 - ・ インフォーマル・セクター従事者や都市スラム住民
 - ・ 遊牧民を含め、移動を含む生業に従事する人々
 - ・ HIV/AIDS や結核などの感染症に関連して脆弱な立場に置かれている人々 (MSM、セックスワーカー、薬物使用者等)
 - ・ 先住民族、少数民族の
 - ・ 難民・国内避難民
 - ・ 地理的に隔絶された人々
5. UHC は、富裕層をその利益および負担から除外するものであってはならない。
6. 途上国において、公的保険や公的保健医療制度は、UHC を支える「幹」の役割を果たし、この構築に向けた日本の支援強化が求められる。一方、少なくとも過渡的には、それだけで UHC が実現するわけではない。生活保護制度・障害者や難病患者向けの保健医療制度など公的な社会保障制度、地方自治体や NGO、当事者組織、コミュニティによる各種のボトムアップの取り組み、協同組合や民間セクターによるサービスなどを組み合わせることにより、包括的に UHC を実現することが必要である。UHC には特定のモデルはなく、その形成には国や地域によって異なる社会的・経済的・文化的な文脈を踏まえる必要がある。
7. 特に、コミュニティや当事者組織と NGO の連携により、「利用者」の立場・目線に立った保健医療サービスを実現することが必要である。また、こうしたサービスと国・地方自治体がうまく結びつくことで、国家制度への統合、持続可能性の確保を実現していくことが必要である。こうした取り組みに対する支援を強化する必要がある。これについて、「4A」(accessibility, affordability, availability, acceptability)の視点が重要である。
8. また、「利用者」の立場・目線に立った、NGO・当事者組織・コミュニティからの国や地方自治体、民間セクター等の保健医療サービスに対する政策提言、アドボカシーが積極的に行われる必要がある。これらのアドボカシーが、公的な保健医療制度の質や透明性を高め、強化することにつながるからである。
9. 保健サービスの提供、UHC のための諸制度への認知拡大・普及、制度改善のためのアドボカシーなど、UHC 達成に向けた市民社会の役割は大きく、これに対する資金や環境整備を含めた支援の拡大が必要である。

10. 可塑的で復元力のある(resilient)コミュニティの構築は、日本の現在の援助外交の3本柱である「UHC」、「女性」、「災害リスク軽減」(DRR)、および「人間の安全保障」における「ボトムアップ・アプローチ」の要諦をなす。これを政府・市民社会の共通認識とし、それに向けたNGOの役割とその重要性について明記することが必要である。
11. 各国における民主化や地方分権化の進展に伴い、保健の文脈においても、地方行政におけるアカウンタビリティの確保、アドボカシーの観点から、NGOの果たす役割、およびパートナーシップの重要性が増大している。この点からも、市民社会とのパートナーシップの重要性について明記することが必要である。

提言2. 個別疾患・課題別対策とUHCとの連携の強化に向けて

1. 母子保健は、日本が最も強みを有する分野であり、日本は従来からその主流化にリーダーシップを発揮してきた。母子は社会の中で脆弱かつ周縁化されやすく、その結果、母子保健はMDGsの中でも進捗が遅れた状況にある。SDGsで掲げられた「妊産婦の死亡率の削減」および「予防可能な乳幼児死亡をゼロにする」というターゲット目標の達成のためにも、母子保健をUHCの主要な柱の一つに位置づけ、全ての母子が妊娠・出産に関わる保健医療サービスを経済的負担なく利用できるよう支援の強化が必要である。また、紛争や災害にさらされた地域における母子保健の主流化および、女性の性的搾取など、女性および女子に対するあらゆる形態の暴力を排除することが必要である。
2. 栄養不良は、予防可能な乳幼児の死亡の約45%においてその間接的な要因となっている。日本は、離乳食の指導、5歳までの定期検診、食生活改善推進員(旧栄養委員)など、栄養改善において多様な経験を有しており、そこから得られる知見・強みを生かして途上国が直面する課題解決により積極的な役割を果たすことが可能である。また、こうした取り組みが保健システムに位置づけられることが必要である。
3. 心血管疾患・がん・慢性呼吸器疾患・糖尿病を含むNCDsによる死亡の約4分の3は低・中所得国で生じている。脆弱な人々はタバコや、健康に害のある食品といったNCDsのリスクに多く晒される一方、保健医療サービスへのアクセスは限られる。増大するNCDsに対する取り組みへの支援が必要である。
4. 2030年までに「地球規模の保健上の主要な脅威としての」三大感染症を終焉させるというSDGsの目標に、我が国も最大限の貢献を行う必要がある。結核におけるDOTS(直接服薬確認療法)や、MSM・セックスワーカー・薬物使用者を含むHIVに対する社会的脆弱層(KAPs: Key Affected Populations)に関わる取り組み、さらにマラリア対策としての蚊帳の貧困層における普及などにみられるように、感染症対策は「一人も取り残さない」UHCの実現について大きな貢献をしている。個別疾患・課題別対策とUHCなど包括的な保健強化策の対立という不毛を終わらせ、両者が相互補完する形で「一人も取り残さない」UHCの実現を目指すべきである。
5. UHCは、「誰も取り残さない」ものである必要がある。国家的なUHC制度の導入において、HIV陽性者やHIVへの社会的脆弱性を持つ人口層や移民・移住労働者、移動人口、貧困人口等を排除することはあってはならない。
6. HIV/AIDSについては、UNAIDSが掲げる「90-90-90」戦略の2020年までの達成が必要である。このためには、治療アクセスの持続可能性の確保が急務であり、HIV陽性者コミュニ

ティへの支援拡大が不可欠である。一方で、HIV 対策は「治療」と「予防」のバランスが不可欠である。また、HIV に対する社会的脆弱層のコミュニティにおける予防対策への支援強化が必要である。

7. 結核については、WHOの掲げる「End TB Strategy」(結核終結戦略)の達成が必要である。年間発病者の三分の一は適切な診断・治療を受けられていないとされ、アクセス拡大が急務である。特に、結核の発病リスクが高いHIV陽性者や途上国で増加している糖尿病をはじめとするNCDsの患者への対策強化、また、発病のリスクが生涯にわたるため、ライフサイクルを通じた継ぎ目のない支援が必要である。
8. 既存の多国間の国際保健対策の資金拠出機関である「世界エイズ・結核・マラリア対策基金」および「GAVI アライアンス」に関しては、これがSDGsの諸目標の実現に向けて必要とする資金の全額が調達されるべきであり、日本としても、国力に応じた貢献することが必要である。その他、保健に関わる国連機関についても同様である。
9. ワクチンの接種の実効性を確保するためには、出資国、国際機関、受け入れ国、地域の保健関係者、製薬業、交通・運搬関係者等すべての強力な連携が必要である。特に重要なコールドチェーンの整備に向けて、我が国は大いなる知見を有している。GAVI アライアンスをはじめ、実際に効果的な活動を行っている国際機関と連携し、ワクチンと予防接種が包括的な保健システム構築の一助となるよう位置づけ、推進すべきである。
10. 感染症や非感染性慢性疾患の治療薬や予防技術の開発について、日本は「グローバル・ヘルス技術振興基金」(GHIT)などの貢献を行っているが、これを加速する必要がある。開発された治療薬や予防手段を、それらを必要とする人々の手になるべく早く、またアクセス可能な形で届けるために、知的財産権と医薬品アクセスの問題の解決を図ること、また、「医薬品特許プール」など、そのための既存の機関や政策を積極的に活用・実施する必要がある。
11. 本年策定されるSDGsでは、環境と開発の連関が強調されているが、保健分野においては、特に気候変動が子どもの疾病や感染症に与える影響に注目する必要がある。気温上昇によるマラリアの拡大や、下痢症・呼吸器疾患の増大が懸念されるどころ、これらへの対策を、気候変動の「適応策」の一つとして実施する必要がある。また、UHCの実現に向けても、これら気候変動がもたらしうる人々の保健への影響を軽減することが必要である。

以上

GII/IDIに関する外務省/NGO 懇談会 NGO 連絡会有志(31 団体)

(特活)アジア砒素ネットワーク
(特活)ADRA Japan
(特活)アフリカ日本協議会
(特活)AMDA 社会開発機構
(特活)AIDS & Society 研究会議
(公財)エイズ予防財団
(特活)オックスファム・ジャパン
(公財)結核予防会
(特活)高齢社会をよくする女性の会
(公財)国際看護交流協会
国際婦人年連絡会
(特活)シェア
(公財)ジョイセフ
女性と健康ネットワーク(WHJ)
人口問題協議会
(特活)ストップ結核パートナーシップ日本
すぺーすアライズ
(公社)セーブ・ザ・チルドレン・ジャパン
世界の医療団(メドゥサン・ドウ・モンド ジャポン)
(特活)チャイルド・ファンド・ジャパン
(特活)難民を助ける会
(特活)2050
(特活)日本国際ボランティアセンター(JVC)
(特活)日本リザルツ
(特活)マラリア・ノーモア・ジャパン
(公財)プラン・ジャパン
(特活)HANDS
(特活)ピープルズ・ホープ・ジャパン
(特活)ワールド・ビジョン・ジャパン(WVJ)
(特活)世界の子どもにワクチンを日本委員会(JVC)
Women and Health Alliance (WAHA) International