



平成29年度 外務省 NGO 研究会
ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ
(UHC)と市民社会の取組み
～誰一人取り残さない UHC を目指して～



世界の妊産婦と女性を守る



公益財団法人 ジョイセフ



ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）と市民社会の取組み

～誰一人取り残さないUHCを目指して～

もくじ

はじめに	02
第1部：進展する現場でのUHCの取組み	
1. グローバル・ヘルスの最大の主要課題になった「ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ」	04
2. 今、なぜUHC？ ～UHCが大事な理由～	05
3. 日本の経験から振り返るUHC ～日本でのUHCの進展の原動力は「地域の努力」～	06
4. ケニアに見る開発途上国のUHCの現状 ～公正な保健財政システムの確立が急務～	06
5. JICAの実施するアジアでのUHC支援事例～政府のUHC実施能力を高める～	07
6. NGOが実施するUHC支援事例 ～住民とコミュニティの取組みに協力する～	10
7. まとめ：人々の健康を守るために、真に「機能する」UHCを目指して	13
第2部：ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）の政策課題と市民社会	
1. 市民社会はUHCの最大の推進役の一つ	15
2. 「UHC立方体」からわかるUHCの政策課題	15
3. 市民社会は何を求めてきたのか？～市民社会の政策提言集大成～	21
4. 市民社会のUHC政策提言の諸潮流 ～誰が何を求めてきたのか？～	24
5. UHCを推進する国際的な枠組み ～「UHC2030」を中心に～	27
成果発表シンポジウム	32
おわりに ～UHCにおける市民社会の可能性～	33
参考資料集	
1. 2017年「UHCフォーラム」東京宣言（日本語・仮訳）	36
2. 2017年「UHCフォーラム」に向けた市民社会の声明（日本語・仮訳）	39
3. 「私たちが求めるUHC」	42

はじめに

公益財団法人ジョイセフは、外務省による NGO の活動の環境整備を目的とした「NGO 研究会」事業の一つである、平成 29 年度「グローバル・ヘルスと NGO」の案件を受託しました。本書は、約 1 年間かけてグローバル・ヘルスの主流とされているユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）について、勉強会・ワークショップ・交流会・政策提言・シンポジウムなどを通じて活動や研究を行なった成果をまとめたものです。

UHC の最新の動きがわかりやすくなっているほか、UHC 達成に向けた市民社会の取組みや提言、グローバルな NGO の動きを網羅しています。

活動の中で、広く NGO やグローバル・ヘルスに関わる人を対象としたものは次の一覧の通りです。

平成 29 年度（2017 年度）NGO 研究会「グローバル・ヘルスと NGO」の活動一覧

枠組み	日程	タイトル	場所	内容・講師等（敬称略）
UHC ジョイントラーニングセミナー	2017 年 9 月 13 日	アジア・アフリカにおける UHC 実現の支援	ジョイセフ	渡辺学（株式会社 PSD 代表取締役/当時） 渡部晃三（JICA 人間開発部次長兼保健第二グループ長）  
	2017 年 10 月 3 日	UHC 政策の現状と課題～高齢化社会を迎えるアジアで～	ジョイセフ	高橋謙造（帝京大学大学院公衆衛生学研究科准教授） 石井羊次郎（JICA 保健システム強化プロジェクト チーフアドバイザー/当時）  
グローバル・ヘルス関連領域 NGO ワークショップ	2017 年 11 月 9 日	アジアの高齢化・非感染性慢性疾患（NCDs）と UHC	ジョイセフ	林かぐみ（公益財団法人アジア保健研修所） 石山民子（特定非営利活動法人アジア砒素ネットワーク）  
	2018 年 1 月 18 日	誰も取り残さない UHC の実現：アプローチが難しい/社会的脆弱性を抱えたコミュニティと UHC	ジョイセフ	西山美希（特定非営利活動法人シェア＝国際保健協力市民の会） ステファノ・ディ・カルロ（特定非営利活動法人国境なき医師団 日本）  
セミナーとワークショップでは、UHC の基本や JICA の実施する UHC 事業に対する知識を深めるとともに、NGO の活動やコミュニティでの知見の共有を行いました。				

枠組み	日程	タイトル	場所	内容・講師等（敬称略）
UHC フォーラム	2017 年 12 月 10 日	アジア太平洋地域 UHC フォーラム準 備会合/アジア太平 洋 UHC 研究交流 会	日本女子会館	アジア太平洋地域で主に HIV/AIDS、結核、マラ リア対策の活動を進める市民社会組織による参加の もと、アジア太平洋地域における UHC の推進につ いて研究、協議を実施
	2017 年 12 月 11 日	UHC フォーラム戦 略会合/UHC 研究 交流会	ホテルメルパル ク	UHC2030 グローバル・フォーラム に参加するアジ ア・アフリカ・欧米等の NGO との間で UHC に関 する協議および戦略構築・政策提言を行う研究交 流会を実施
	2017 年 12 月 12 日、15 日	UHC フォーラム サイドイベント	東京プリンスホ テル	多くの市民社会組織が、それぞれの UHC の課題 について議論するセッションを開催したり、市民 社会の立場からフロアより発言を行う。
	2017 年 12 月 13 日、14 日	UHC フォーラム 本体フォーラム	東京プリンスホ テル	推薦を受けた市民社会組織の代表約 30 人が UHC フォーラムに出席。また、閉会式でも市民 社会の代表者がスピーチを行う。
UHC フォーラム開催に伴い、グローバルな市民社会ネットワークの連携構築と、戦略会議、市民社会による政策提言づくりを実施しました。				
成果発表 シンポジウ ム	2018 年 3 月 6 日	誰一人取り残さな いユニバーサル・ヘル ス・カバレッジを実現 するには ～UHC と市民社 会の役割から考える ～	新橋なかぎん カプセルタワー ビル『パイン』	堀江由美子（公益社団法人セーブ・ザ・チルド レン・ジャパン） 稲場雅紀（特定非営利活動法人アフリカ日本協 議会） 石山民子（特定非営利活動法人アジア砒素ネッ トワーク） 杉下智彦（東京女子医科大学教授） 鷺見学（外務省国際協力局国際保健政策室 室長）     
NGO 研究会事業の総まとめとしてシンポジウムを開催し、市民社会・政府・有識者の立場から、UHC 推進に向けた市民社会の役割を確認しました。				

本書を通じて、上記活動の成果およびグローバル・ヘルスや UHC に関する理解がより深まることを願っています。

第 1 部：進展する現場での UHC の取組み

～その秘けつは、政府セクターと市民社会の連携・協力～

1. グローバル・ヘルスの最大の主要課題になった「ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ」

「ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ」(UHC) は 2005 年に世界保健総会で提唱され、2010 年に世界保健機関 (WHO) が発行した「世界保健報告：保健システム・ファイナンス～ユニバーサル・カバレッジへの道」¹により、その必要性が訴えられました。さらに 2012 年 12 月には、各国政府がすべての人のための、支払い可能で質の高い保健サービスへのユニバーサル・アクセスを推進することを推奨する国連決議が採択され、UHC を推進する国際的な基盤が作られました。

2014 年、西アフリカでエボラ・ウイルス病 (エボラ出血熱) が大流行し、パンデミック (地球規模感染症) をはじめとする公衆衛生上の緊急事態への対策強化が急務との国際的認識が高まりました。同時にエボラ出血熱の大流行は保健システムの脆弱さを露呈し、パンデミックが起こる前から保健システムの強化が必要とされ、パンデミック対策の両輪の片方として強靱な保健システム、および危機へのより良い備えを有した UHC が語られるようになりました。さらに国境を越える疾病への対策としては、グローバルに取り組むことの必要性も認識されるようになりました。

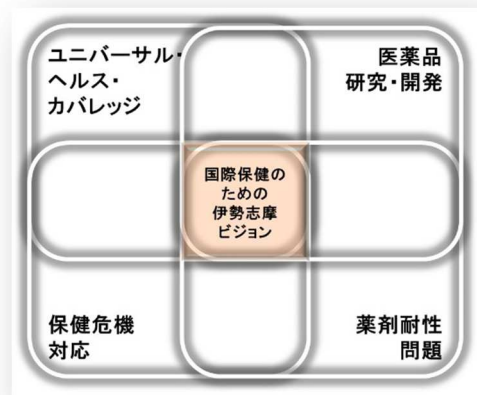


図 01：G7 伊勢志摩サミットで採択された「国際保健のための伊勢志摩ビジョン」の 4 つの優先課題

2015 年に制定された「持続可能な開発目標」(SDGs) で、UHC は 2030 年までに達成されるべきターゲットの一つとなり、さらに 2016 年の G7 伊勢志摩サミットで採択された「国際保健のための伊勢志摩ビジョン」においては、UHC は保健危機対応、薬剤耐性問題 (AMR)、研究開発 (R&D) とイノベーションとともに国際保健上の最重要課題として位置づけられました。これとともに、UHC への各界の関心も高まり、2017 年には、市民社会が UHC 推進のための記念日として位置付けていた 12 月 12 日の「UHC デー」が、UHC 促進のための国連の正式な記念日『国際 UHC デー』として承認されるに至りました。

しかしながら、国際的な関心の高まりにもかかわらず、2017 年に WHO と世界銀行が共同で発表した「UHC：グローバルモニタリングレポート 2017」²によると、いまだ世界人口のおよそ半数が必要不可欠な基礎的医療サービスにアクセスできていないと報告されました。毎年、1 億近い人々が、医療費の支払いにより極度の貧困状況に陥り、8 億の人々が家庭の約 1 割の収入を医療サービスに費やしているとされています。

2017 年 12 月 13 日 - 14 日には、東京で日本政府、世界銀行、WHO、国連児童基金 (UNICEF)、UHC2030 (P.27 に詳細あり)、国際協力機構 (JICA) との共催により「UHC フォーラム 2017」が開催されました。この国際会議は UHC の進捗モニタリングや推進の強化を行うことを目的とし、アントニオ・グテーレス国連事務総長、ジム・ヨン・キム世界銀行総裁、テドロス・アダノム・ゲブレイエス WHO 事務局長、アンソニー・レイク UNICEF 事務局長等の国連・国際機関のリーダーをはじめとし、世界各国から 300 名ほどの参加者により様々な議論が展開されました。

一方、草の根レベルで活動してきている市民社会にとっては、UHC、特に「誰一人取り残さない」という観点からの支払い可能で質の高い保健サービスへのアクセスは、まさに自らの活動を通して目指している目標でもあり、歓迎されるものでした。しかし、UHC に関する議論がハイレベルな国連の場や、各国政府間で行われ、草の根の現場とはほど遠いところで進められる傾向にありました。そのような中、市民社会として UHC をどう捉えるのか、そして市民社会として何が貢献できるのか、さらにはまた市民社会として訴えるべきことは何か考え、今後のアクションを強化する

¹ Health systems financing: the path to universal coverage / World Health Report 2010

² Tracking Universal Health Coverage: Global Monitoring Report

2017 <http://www.worldbank.org/en/topic/universalhealthcoverage/publication/tracking-universal-health-coverage-2017-global-monitoring-report>

ことが必要となっています。

第 1 部「進展する現場での UHC の取組み」では、昨今の UHC の進展について、平成 29 年度（2017 年度）外務省 NGO 研究会「グローバル・ヘルスと NGO」で開催したワークショップやセミナーの内容をふまえて、日本政府や JICA の取組みと NGO・市民社会の取組みの双方から紹介します。その中で、特に市民社会側の現場からの取組みについて、具体的な教訓を引き出してゆきます。

2. 今、なぜ UHC？ ～UHC が大事な理由～

『第 1 回 UHC ジョイントラーニングセミナーより』

過去 20 年の間に、人々の死亡要因が大きく変化しています。かつては感染症や栄養失調等による子どもの死亡が大きな割合を占めていたところ、最近では、生活習慣に起因する非感染性疾患の割合が先進国ではもちろんのこと、途上国でも増加しています。

一方で、「ミレニアム開発目標」（MDGs）に向けた国際社会の取組みにより、保健分野では、1990 年には年間 1,260 万人だった 5 歳未満児死亡数が 2011 年には 610 万人まで減少する等、目覚ましい成果を遂げました。しかしながら、依然として保健分野 MDG の達成が危ぶまれている国や、国全体の指標は改善しつつも国内健康格差が顕在化している国も少なくありません。また、医療費支払いが貧困化の主要な原因となっているという問題も指摘されるようになりました。そのような背景を受けて、「すべての人が、健康増進、予防、治療、機能回復に関する保健サービスを、必要な時に負担可能な費用で受けられる状態」にするという UHC が提唱されるようになりました。

この UHC 達成に向けては、下記 3 種類のアクセスの改善が必要とされ、さらに保健医療サービスの質の確保が重要とされています。

- (1) 物理的アクセス：地域に医療施設がない状態などにならないように、インフラ整備と保健人材の確保や偏りの解消。
- (2) 経済的アクセス：医療費が高くて払えない等、経済的理由から保健サービスを利用できない状態を解消したり、医療費負担による貧困化を予防するための医療保障制度の整備やシステム作り。
- (3) 社会慣習的アクセス：サービスの重要性・必要性を知らない、家族の許可が得られない等の社会慣習や西洋的医療への不信を解消する住民への働きかけ。

また、UHC の達成度合いを示す指標としては、WHO が用いた UHC 立方体（UHC キューブ：右の図 02 を参照）が有名です。立方体（キューブ）の 3 辺のうち 1 つは、人口カバーレッジ。もう 1 辺が保健サービス・カバーレッジ。そして 3 つめが、コスト・カバーレッジです。外側の立方体が UHC が満たされた状態を示すことになり、内側の立方体が大きければ大きいほど UHC の達成度合いが高いことを意味します。

略図ではありますが、次頁 P.6 の図 03 が日本の状態です。人口はほぼカバーされていますが、コスト・カバーレッジが満たされていない部分が少しあることがわかります。UHC 立方体については、第 2 部でも詳述します。

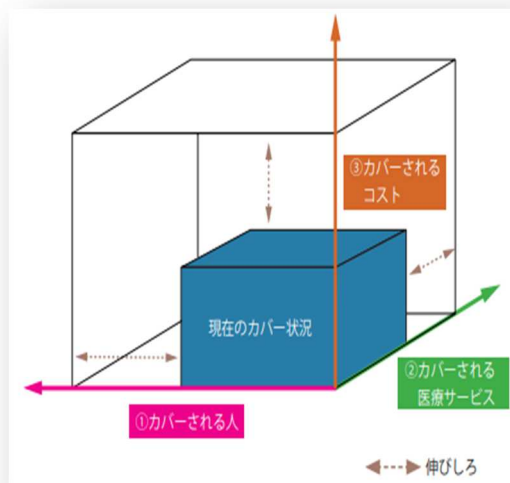


図 02：UHC キューブ
WHO ウェブサイト掲載の UHC 概念図「three dimensions」を参考に NCGM が改変
http://www.who.int/health_financing/strategy/dimensions/en/

3. 日本の経験から振り返る UHC ～日本での UHC の進展の原動力は「地域の努力」～

『第 2 回 UHC ジョイントラーニングセミナーより』

日本で「UHC」と聞くと、国民皆保険制度と混同されることが多いですが、この 2 つは違うものです。UHC において重要なことは、「保健医療アクセスの衡平性」「保健サービスに一定の質が担保されていること」「経済的リスクが少ないこと」の 3 点になります。

現在の日本をこれらの視点から見ると、保健医療に衡平なアクセスができる、サービスに一定のクオリティもある、医療費はおおよそ支払い可能な額で賄済等も払う必要がない、というのが日本の現状で UHC は満たされていると言えます。

日本は第二次世界大戦敗戦後、戦災孤児や栄養失調児が多く、結核の流行や乳児死亡率も高くなっていました。ところが、その後急激に改善していったという歴史があります。この改善要因というのは、時期を同じくして 1961 年に日本の国民皆保険制度が整ったり、高度経済成長が重なったりした時期であり、車を持てた人々が病院にアクセスできたからだろうと解釈されたこともありました。しかしながら、高度経済成長期には、人口の都市部集中化や、無医村の増加など、保健医療の不均衡はむしろ拡大したのです。

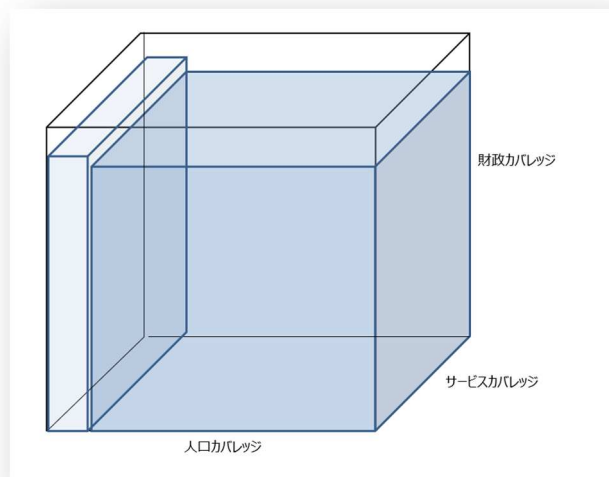


図 03 : UHC キューブで表す日本の UHC (単純化した図式)
---第 1 回 UHC ジョイントラーニングセミナー渡辺講師の資料より

実は、この乳児死亡率の急激な改善は、保健婦、助産婦たちのコミュニティでの活躍が主な要因であったのでは、という仮説が近年出てきています。1961 年の国民皆保険制度の確立の前には、その前身とも言える農協の組合保険制度が 1935 年にスタートし、保健医療サービスのない地域には病院を作ったり、保健婦を養成しました。1942 年には、国保保健婦が誕生し地方に派遣されました。また、当時の助産婦には自由開業が認められ、地方に住む彼女たちがコミュニティに入りこみ、出産だけでなく公衆衛生活動・家族計画・避妊具の販売等まで活動を広げ、住民からも信頼されるステータスのある存在であったと言われています。こうして、コミュニティで活躍した開業助産婦、保健婦、母子保健推進員らの活躍により、乳児死亡率の低下につながったと考えられています。それが日本の経験と言えるのです。

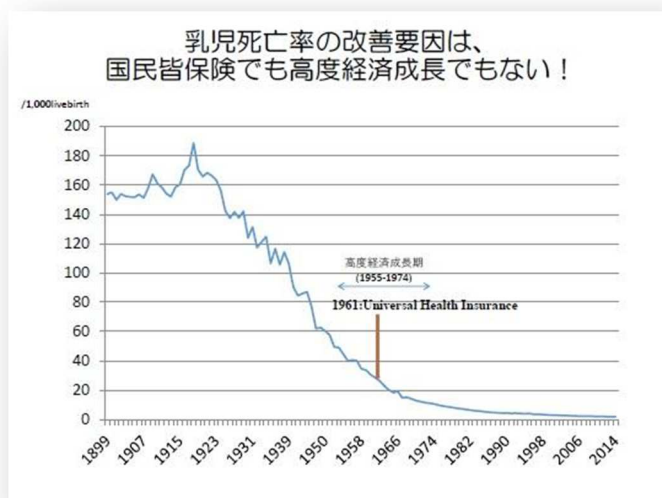


図 04 : 日本の乳児死亡率の推移 (出生 1000 対)
---第 2 回 UHC ジョイントラーニングセミナー高橋講師の資料より

4. ケニアに見る開発途上国の UHC の現状 ～公正な保健財政システムの確立が急務～

『第 1 回 UHC ジョイントラーニングセミナーより』

UHC もターゲットの一つに取り上げられている SDGs では、国内および国家間の不平等をなくし、誰一人取り残されることなく目標が達成されることを目指すことになっています。すなわち、UHC も、後発発展途上国も含むすべての国・地域・コミュニティにおいて達成される必要があるということです。これを踏まえ、UHC の達成を目指して行われる日本の国際協力は、ある程度、保健医療が整備された中所得国などだけでなく、低所得国や紛争後復興国なども含めて展開されています。

まず、日本が UHC の円借款で国の UHC の戦略全体をサポートしている東アフリカのケニア共和国での UHC の実情や、それぞれの国における日本の国際協力の取組みなどを紹介します。

ケニアは、アフリカでは珍しく 1960 年代から国家病院保険基金（NHIF）という公的保険制度を導入しています。しかし、この制度は公務員や会社員を対象としており、人口カバレッジは 25%程度です。脆弱層をカバーしていなかったり、実際には医療機関に対し保健省からの診療報酬が払われていなかったりする実態もあります。一方で、貧困層に対しては、政府が保険料を払い、保険に加入させるというサービスパッケージを始めたところですが、また、乳児・妊産婦に対しては医療費を無料にするという政策をウフル・ケニヤッタ大統領が打ち出したところでもあります。実際にはお金が支払われていないという現実もあります。問題が所々にありつつも、公務員・フォーマルセクターや最貧層、妊産婦は徐々に公的保険でカバーされつつあります。

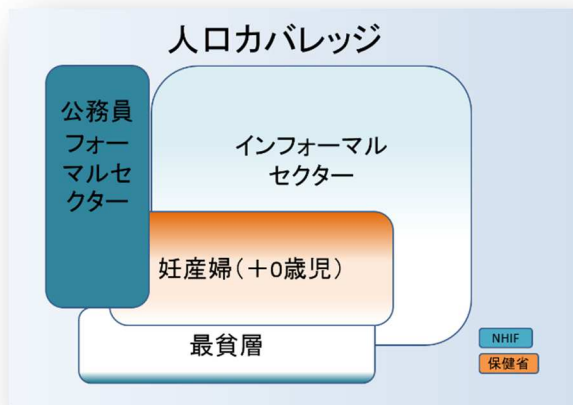


図 05：ケニアの人口カバレッジと公的保険カバレッジの概略図
---第 1 回 UHC ジョイントラーニングセミナー渡辺講師の資料より

取り残されているのは、インフォーマル・セクターの人々です。しかし、実はインフォーマル・セクターの人々の中には、裕福な人もおり、民間の保険に加入していることもあります。経済成長が始まっているケニアにおいては、民間保険会社がシェアを確立する前に富裕層から保険料を徴収できるようなシステムや制度を確立することが重要です。

また、ケニアには数多くの民族があり、それぞれの文化・慣習などもある中で、2013 年地方分権化を行い、国を新たに 47 の県に分けて地方行政を行うことになりました。そ

のため、保健サービスの提供についても、各県が一定の責任を負うようになりました。ケニアの地方自治体にはドナー、政府等、様々なルートより保健医療の資金が流入してきており、保健財政システムが確立していないところで、病院や保健所でこれらの資金を適正に管理することが困難となっているのが現実です。そのため、ケニアにおいては、今後より適正に資金が活用されるよう、保健財政システムを構築するための戦略を策定しています。システムを構築する上で重要なことは、社会的に脆弱な人々のニーズをしっかりと把握し、そのニーズに合ったシステムとすることです。

5. JICA の実施するアジアでの UHC 支援事例～政府の UHC 実施能力を高める～

『第 1～2 回 UHC ジョイントラーニングセミナーより』

JICA では、UHC 推進に向け、低所得国に対しては、経済的アクセスの改善も重要ですが、まずは保健医療サービス提供を拡大すること（物理的アクセス、社会慣習的アクセスの改善）への協力を重視し、中所得国においては、経済的アクセスの改善のための保健医療保障制度等にかかわる協力を重視しています。UHC を目指す際にも保健医療サービス提供の土台となる保健システム強化は重要であり、現場にある限られたリソース（人、物、金、情報等）を活かす仕組みの改善、中央と地方の保健行政からさらにはコミュニティをつなぐステークホルダーの協力体制の強化や制度への反映など、日本の歴史的経験を活かしながら、保健システム強化への協力に取り組んでいます。また、途上国同士の学び合いの促進（南南協力、国際会議での発信等）や、さらには協力相手国・国際機関・市民社会を含むステークホルダーとともに UHC の国際的な潮流作りに積極的に参画しています。



第 1 回 UHC ジョイントラーニングセミナーの様子

一方で、UHC 支援で気をつけなければならないこともあります。それは、①UHC の達成を実現するため、保健医療サービスや保健医療保障制度へのアクセスが制限されている脆弱層（例えば、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点。②UHC 達成に伴う医療費の増大を抑制することにもつながる、栄養の改善、水・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な点。③UHC 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、インフラの整備も忘れてはならない点です。

（１）ミャンマーの事例

ミャンマーは長期間、権威主義政権や軍事政権が続き、国際的にも孤立してきたことから、保健医療への対策が遅れ、アジアの中でも 5 歳未満児死亡率と妊産婦死亡率がともに高く、政府予算に占める保健予算の割合も低く、アジアの中で取り残された国となっていました。しかし、2010 年頃の民主化後は、社会セクターへの国家予算が拡大し、また経済制裁が解除されたことで諸外国からの投資や援助も増加し、急速に保健医療分野の改善が進められています。一方で急速な開発に伴い格差が拡大しており、公正で効率的な保健システムの構築が喫緊の課題となっています。

ミャンマーの保健医療サービスは、基礎保健スタッフ(BHS)がコミュニティで母子保健や感染症対策に従事する地域保健サービスと、医師、看護師が配置された病院施設で行われる医療サービスに大別されます。地域保健サービスは多くの海外ドナー、国際機関が関与して大きなプログラムとして展開しています。一方で医療サービスは、都市圏の高度専門病院や総合病院から末端の地域診療所まで全国 1,100 か所を超える国立の病院が整備され、無料の医療サービスが提供されていますが、その実情を見ると、診療やケアの質、アクセスの問題、さらには医薬品の在庫管理の問題から起きる医療費の受診者負担など多くの問題を抱えており、有料であっても民間の病院や診療所、薬局に行く人も多く、民間医療が支えている側面も大きいのです。公的病院で勤務するほとんどの医師が、時間外や休日に民間機関で診療しているという実態もあります。UHC の達成には、コミュニティレベルでの保健活動の強化とともに、非効率で質・アクセスの問題もある医療分野、つまり病院の運営管理と医療サービスにも大胆なメスを入れなければなりません。

さらに保健財政面でも、医療の無料化を謳いながらも依然として高い医療費の自己負担率（現在 5 割程度）、未整備な公的健康保険制度（労働省傘下の社会保障スキームのカバー率は全人口の 2%弱）、貧困層のための持続的な保障制度の未整備等、多くの問題があり、保健事業の財源確保が重要な課題です。

このような状況に対し、JICA がミャンマー保健省との技術協力事業として 2014 年 11 月に開始した保健システム強化プロジェクトでは、UHC の 2030 年達成を目指す国家保健計画（中期計画）の策定、地域保健行政の事業計画管理、そして病院管理行政の根幹

となる全国の病院データの集計能力の強化を、無償資金協力事業で施設整備を行ったカヤー州ロイコー総合病院の機能強化と合わせて支援をしています。

ミャンマーUHCと日本の支援 ミャンマーでの保健医療ODA事業の展開

カヤー州ロイコー総合病院無償資金協力 保健システム強化技術協力と連携した協力



図 06：日本の無償資金協力により設立されたミャンマーの総合病院

---第 2 回 UHC ジョイントトレーニングセミナー石井講師の資料より

多くのドナーが入り乱れている保健セクターで、病院建設支援は日本の特徴的な支援の一つと言えます。UHC の強化として非効率な病院を支援することに疑問を呈するドナーもあります。しかし、非効率で課題が多いからこそ、本来病院が持つべき機能を発揮できるように支援することもコミュニティでの保健活動の強化とともに UHC の達成に向けた機能の両輪として重視すべき活動です。

（２）フィリピンの事例：コーディレラ地域保健システム強化プロジェクト

フィリピンのルソン島北部に位置するコーディレラ地域は山岳地帯で人口の 70%が先住民であり、貧困層が多く、地理

的に孤立した地域でした。この地域では、もともと高かった妊産婦死亡率を下げることを目標に、保健所等の施設の整備や機材供与（健康保険公社による医療施設認証を促進）、緊急産科や新生児ケアのための医療従事者の現地研修、隣接する自治体や地域内の保健所や病院の連携強化（「保健ゾーン」を形成して限られた保健医療リソースを行政区画を超えて活用）、コミュニティの助け合いによる緊急搬送体制の形成促進、住民への啓発活動を通じて国民健康保険への加入促進を支援しました。その結果、この地域の国民健康保険加入率が 2013 年の 50%から 2014 年には 70%まで上昇しました。このプロジェクトでは、せっかく健康保険制度があっても必ずしも適切に人々が加入して活用されているとは限らない、国による貧困世帯救済制度があっても貧困層をきちんと把握できていない、といった現実に着目して、フィリピン健康保険制度や貧困層支援制度等の仕組みがうまく機能するよう改善に取り組んだことが一つの特色です。また、様々な保健施設が妊産婦のケアを行っても分娩をした施設しか診療報酬が支払いがなされないような、保健医療サービスの提供の実情に合っていないなどの課題について、現場での実践をもとに制度改善を保健省等に提言しました。

（３）バングラデシュの事例：母性保護サービス強化プロジェクト（フェーズ 1・フェーズ 2）

バングラデシュでも高い妊産婦死亡と新生児死亡率低下のために、同国東部のノルシンディ県からはじまり、さらに全国に広がる母性保護サービス強化プロジェクトが行われました。保健医療施設での母子保健サービス改善活動と、コミュニティでの住民啓発・組織化活動および安全な分娩促進活動を組合せ、それら 2 つの活動をつなぎ強化する地方行政と医療施設、さらにはコミュニティの住民の連携を図る活動です。フェーズ 1 での活動の成果は「ノルシンディモデル」として高い評価を受け、2011 年 7 月より 2016 年まで実施されたフェーズ 2 ではこのモデルの活動の全国普及を支援しました。保健医療の改善のために、政府や医療機関による人々への支援と、人々が自ら力をつけて取り組むコミュニティでの妊産婦への支援という両方に取り組んだこのプロジェクトは、「人間の安全保障（Human Security）」を実践した事例と言えるでしょう。

（４）ベトナムの事例：診療報酬および保険適用診療サービスパッケージ改善プロジェクト

医療費の高騰や高い自己負担率（5 割が自己負担）が問題となっていることや、健康保険基金の持続性を保つことが課題となっているベトナム。同国政府の UHC 政策目標（健康保険加入者を 2020 年までに 90%以上）に向けて、診療報酬支払方式および保険適用サービスパッケージの運用の仕組みを改善し、健康保険基金の収支改善、保険加入率向上、患者自己負担の軽減等の健康保険制度改善のための協力を 2017 年に開始しました。

（５）母子健康手帳による協力の事例（インドネシアとパレスチナ等）

日本の経験を活かすと言えば、国民皆保険制度だけでなく、母子健康手帳も忘れてはなりません。1992 年に初めてインドネシアにおいて JICA の母子健康手帳支援が始まりました。インドネシアの保健医療の実情と文化に応じたインドネシア用の母子健康手帳が開発され、パイロット版の試行を経て国の政策に取り入れられ、2006 年以降、インドネシア全国で母子健康手帳が使われるようになっていきます。2008 年から、パレスチナでも母子健康手帳支援が始まり国際連合パレスチナ難民救済機関（UNRWA）、UNICEF、NGO 等多くの機関が協力して、今日では全域で定着、パレスチナのような困難な状況下で、人々がもし難民となったとしても大切な母子の健康記録が人々の手元に残されるようになりました。また、ヨルダンではパレスチナ難民向けにスマートフォンで使える電子母子健康手帳も開発されました。

母子健康手帳は、日本では年間 100 万冊発行されていますが、世界では約 40 か国で 1,000 万冊が発行されています。日本の NGO やボランティアによる協力実績も多数あります。母子健康手帳の導入・普及は、母子保健サービスの強化につながるとともに、少数民族への配慮や脆弱層への配慮に取り組むなど様々な工夫により「誰一人取り残さない」公平性や包摂性に富み、UHC 促進の一端をなしていると言えます。



6. NGO が実施する UHC 支援事例 ～住民とコミュニティの取組みに協力する～

(1) 事例 1：草の根の仕掛け人たちによる町ぐるみの生活習慣病対策

～フィリピンでの「アジア保健研修所」(AHI) の事例から～

近年、アジア諸国では生活習慣病（非感染性疾患）の増加が深刻な課題になってきています。公益財団法人アジア保健研修所（AHI）も、フィリピン・ミンダナオ島北ダバオ州ニューコレリア町（municipality）において、深刻な状況を認識してきました。要因として挙げられるのは、食生活の変化、栄養や生活習慣に関する知識・意識の低さ、高脂・高糖、高カロリーの食品が安価に手にはいる状況などです。貧困層ほどこうした偏った食事に頼ることになってしまいます。加えて、1995 年に開始された公的健康保険（フィルヘルス）によるカバーも十分でなく、また制度の情報も十分には浸透していません。適切な対応がとられないまま重篤な状況になり、それが家計を圧迫し、更なる貧困を招くこともあります。山間部では医療施設への交通費の負担も大きくなります。正しく対応すればコントロールできる病気によって深刻な事態に陥ってしまうことも少なくありません。

同町では、AHI の研修を受けた元研修生グループが健康増進活動を進めています。各村（barangay）で、村長、保健分野担当の村の議員、行政から任を受けた保健・栄養ボランティアから成る「ヘルシーライフスタイルアドボケイツ」チームを作り、彼らが啓発活動を担います。彼らは地区の集会で生活習慣病についてミニレクチャーを行うほか、年に一度村内の学校を会場に「ヘルシーライフスタイルフェスタ」を多様な関係者と協働で行います。従来、学校で行われていた「栄養月間」を村の行事に拡大したものです。当日は、健康維持や禁煙体験のスピーチ、児童の絵のコンテスト、ヘルシー料理コンテストなど工夫を凝らしたプログラムがあり、地区単位で出場します。審査員には警察官も加わるなど、地域を挙げての啓発イベントです。人々が自分の生活を振り返り、食事や生活習慣に対して意識的になることがねらいです。さらに住民が経験を共有する場となるよう目指しています。この事業には、村、町ともに予算をつけています。この取組みが始まって約 5 年、関係者の間ではヘルシーライフスタイルが合言葉になり、会議の際の昼食やおやつもヘルシーなものに変わってきました。

ここに至るには、NGO と行政が連携し、住民参加を促進する長年の取組みがありました。町の健康課の主導のもと、各村の村長や議員は地域住民が集まる場で保険制度などの情報を積極的に語り、周知をはかっていました。住民は地域の集会において自分たちの課題を洗い出し、行政関係者はそれをもとに事業を計画します。UHC の実現には、住民や当事者の暮らしやニーズと、提供されるサービス内容や仕組み、そして公的制度がかみ合うことが重要です。なかでも、①住民の声をしっかり聴き、また住民の主体的なかわりを促し、②様々な機関と協調的な関係を築き、③行政に住民の声を届ける。そうした人材の育成は、健康増進、特に生活習慣病のような日常に深くかわる保健医療の課題を解決するための重要な活動の一つです。

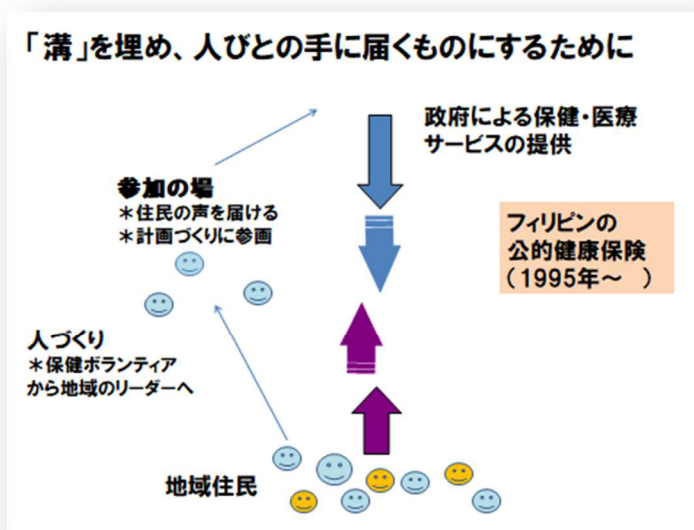


図 07：フィリピン・ミンダナオ島北ダバオ州ニューコレリア町の住民参加を促進するための取組み

---第 1 回グローバル・ヘルス関連領域 NGO ワークショップの林講師の資料より

(2) 事例 2：保健医療サービスと住民のニーズが循環する仕組みづくりへ ～バングラデシュでの「アジア砒素ネットワーク」(AAN) の事例³から～

慢性砒素中毒症対策を活動の主眼としてきた特定非営利活動法人アジア砒素ネットワーク (AAN) は、2012 年に転機を迎えました。バングラデシュで行われたニーズ調査で、90%以上の人々が「最も恐れる病」として「非感染性疾患」(いわゆる「生活習慣病」)を挙げ、人々の意識の高さが浮き彫りになったのです。実際、バングラデシュにおける死亡原因のうち、非感染性疾患で亡くなる人は 1986 年から 2006 年の 20 年間で 7 倍になりました。特に女性の有症率が高く、受診する医療機関や治療費には男女格差が顕著にみられました。また、最貧困層でも患者の割合が高く、憂慮すべき点でした。慢性砒素中毒症への対策と非感染性疾患対策には共通点もあり、むしろ単独での活動より効果が期待できることから、非感染性疾患対策への転換を決定しました。

AAN の活動は、それまでの砒素中毒症対策の経験を活かし、保健ワーカーへの技術的指導から、住民グループへの研修、リーダーの育成、自主健診の支援、水をはじめとした環境改善など多岐にわたります。WHO が発表した生活習慣病のリスク要因を地域の実情に合わせて改訂し、独自のリスク要因で啓発活動を行っています。政府はコミュニティーに住民が来ることで、NCDs の健康教育と測定が受けられることを目指していますが、それだけでは取り残されて

しまう人がいるので、集落での自主健診キャンペーンの実施やボランティアの家庭訪問を奨励し、障害者や患者を含め、すべての人が医療機関にかからなくてもリスクを発見できる仕組みづくりを行っています。今後、段階的にスクリーニングからリファールへと発展させる予定です。最終的には、健診や予防活動を通して住民にアプローチして健康増進を図る一方、医療サービス提供者へは受け入れ体制の整備や技術支援を行う。この 2 つのベクトルをつなげ、医療サービスと住民のニーズが循環する仕組みを作ることにも NGO の役割ではないかと AAN は考えています。

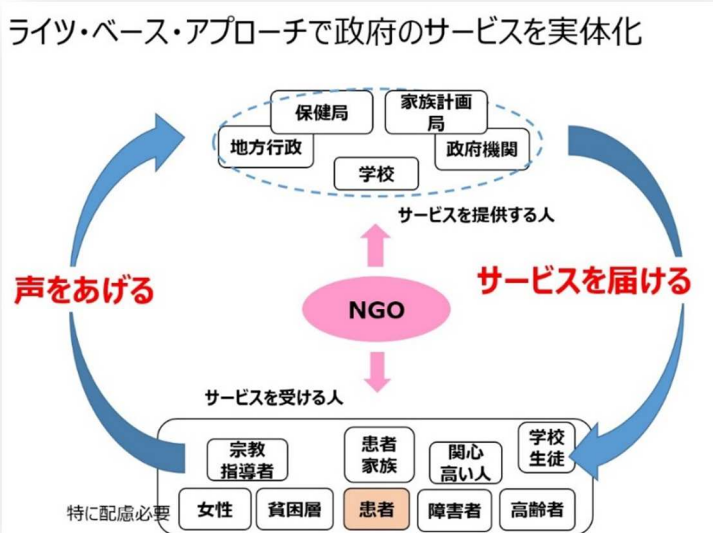


図 08：バングラデシュにおける AAN の取り組み～医療サービスと住民のニーズを循環させる仕組みづくり～

---第 1 回グローバル・ヘルス関連領域 NGO ワークショップの石山講師の資料より

出は 2.82%で自己負担が多く、加えて腸チフスや赤痢、コレラなどの感染症の問題も根強く残る二重の負担を抱えています。AAN の活動のベースには慢性砒素中毒症対策がありましたが、感染症や母子保健に関する既存の対策と組み合わせることも有効だとしており、単独の疾病単位でアプローチをするのではなく、複数の疾病の対策を包括的に扱うことで、相乗効果を期待できる場合があることがわかります。また、住民の声を行政に届け、住民の現実に合った保健医療サービスが提供される、そのつなぎ役も NGO が果たせる役割の一つでしょう。

バングラデシュは 1 人あたりの GDP が 1,385 米ドルとなり、中所得国になりつつあります。しかし、GDP に対する保健総支

(3) 事例 3：当事者がつながり、広がる HIV/AIDS 予防活動 ～タイでのシェアおよび Health and Share Foundation の事例⁴から～

強固な差別や偏見の対象となったり、法的に守られていない人々が適切な保健医療サービスを受けられるようにするために、NGO には何ができるのでしょうか？ タイ国東北で HIV 感染の拡大を防止し、HIV/AIDS に関する人々の意

³ AAN の事例：日本 NGO 連携無償資金協力 ジョソール県非感染性疾患リスク低減事業（2013～2015 年）およびクルナ管区非感染性疾患のためのコミュニティ強化事業（2016～2019 年）等を通じた取り組み

⁴ シェアの事例：日本 NGO 連携無償資金協力 タイーラオス国境地域における HIV/AIDS 予防啓発およびケア・サポートプロジェクト（2008～2011 年）や自己資金等を通じた取り組み

識と理解を高め、陽性者を地域で支えてきた特定非営利活動法人シェア＝国際保健協力市民の会のエイズプロジェクトの開始は 1994 年に遡ります。2012 年、活動は現地法人化した Health and Share Foundation (HSF) が引き継ぎ、HIV 陽性者自身が主体的に進める健康を守る活動、HIV 感染の可能性が高い状況に直面している「男性と性行為をする男性」(Men who have sex with men: MSM) やセックスワーカーを対象とした参加型の HIV/AIDS 予防啓発活動を実施してきました。

国レベルでは、HIV/AIDS による死亡者数が減少したタイですが、ラオス国境近くのウボンラーチャターニー県ではまだ、HIV/AIDS に対する差別や偏見が根強く残っていました。そのため、誤解によって、感染のわかった人が劣悪な環境の中におかれたり、十分な手当を受けていないことが多くありました。また、セックスワークに従事するラオスからきた女性たち、男性同性愛者を含む性的少数者にはエイズを含む性感染症の正しい情報や知識が伝わっていない状況でした。メコン川を越えて働きにくるラオス女性たちには滞在資格がなく、警察などの介入も少なくありませんでした。都市部では比較的オープンに受け入れられていた性的少数者に対しても、農村部では依然として厳しい目があり、他の地域で当然のように行われていた当事者による自助グループの活動が存在していませんでした。

こうした状況の中で活動を開始したシェアは、HIV 陽性者の自助グループを作ります。月に 1 回メンバーとその家族を対象に月例会を開催し、エイズや健康維持に関する教育、治療や薬についての情報提供を行いました。集まりは、当事者同士の語り合いの時間となり、互いの悩みを相談できる場としての機能を果たしました。さらに、リーダーが、体調の悪いメンバーの家庭訪問を自主的に行うなど、当事者同士が支え合う仕組みが作られていきました。また、ラオス国境を越えて働きに来る女性たちは、タイ人顧客が娯楽施設として利用するカラオケバーで多く働いていました。そこで、ラオス人従業員とカラオケバー雇用主に対する HIV を含めた性感染症の予防に関する知識のほか、女性の体の仕組みなど基本的な保健知識を提供しました。また、移動クリニックを手配し、カラオケバーの従業員への健康診断を行い、血液検査や HIV 抗体検査も行いました。こうした活動の結果、危険にさらされている人々に自信と自尊心が生まれ、自分の健康への関心を喚起することにつながりました。当事者主体の活動はさらに、貧困やいじめで支援を必要とした子どもたちによる高齢者の訪問など、新たなつながりへと発展しました。このプロジェクトは、途中、2012 年より、シェアのタイ事務所が現地財団法人「Health and Share Foundation」となり、活動を引き継ぎます。シェアではこの現地法人が持続的に活動できるよう、組織運営のサポートを行い、現在は独立した活動を展開しています。

法的、社会的な理由で疎外されている人々や、疎外されかねない状況におかれている人々にアプローチする場合、活動には高度な配慮が必要です。特に大切なのは、当事者のペースに寄り添い、時間をかけてアプローチすること。一度、当事者同士がうまくつながることができれば、その輪は少しずつでも確実に広がっていきます。自分の体を守る正しい知識の習得は自信や自尊心につながり、さらに多くの人への呼びかけや仲間づくりにつながります。当事者の参画、当事者と周囲の人々をつなぐネットワーク、そして、脆弱な立場にある人々の存在とリスクをいち早く認識し、「いないこと」になっ

(4) 事例 4 : コミュニケーションを重視し、多様なニーズを掴む ～イタリアでの国境なき医師団 (MSF) の事例から～

2013 年、難民・移民をのせたボートの沈没が世界中に報じられた頃から、イタリアへの移民・難民の数が飛躍的に増加しました。イタリアでは個人のバックグラウンドに関係なく、誰でも医療を無料で受けられることが憲法で定められていますが、多くの移民・難民はそのことを知りません。むしろ強制送還や警察への通報を恐れて医療機関を受診しようとはしません。また、ボートでたどり着いた人々には、過酷な渡航の記憶があったり、これまでに経由してきた国々で拷問の経験があるなど、身体的、精神的に傷ついた人々が多くいました。こうした人々に対応する上でカギとなるにもかかわらず、もっとも難しかったのがコミュニケーションです。言語の問題だけではなく、文化的・社会的背景の理解不足によるコミュニケーションの難しさでした。移民・難民の保健医療機関や治療に対する考え方、患者のこれまでの経験、移民・難民の母国情報を十分に理解していない、などの理由により適切な治療が提供されないケースもありました。

MSF では、すべてのプログラムにおいてチームを編成して対応しています。コーディネーター、ロジスティクス担当、水・衛生担当などが含まれますが、その構成は時々状況によって変わります。特に、このイタリア国内の活動では、文化仲介

者（Cultural Mediator）や精神科医の参加が必須でした。文化仲介者は、イタリアの国内事情と移民・難民の母国の事情に詳しい人がその役割を果たしますが、同郷というのみでは十分ではなく、文化的仲介を専門として働くことが求められます。また、移民・難民は過酷な渡航経験により様々な精神的問題を抱えており、精神科のニーズが極めて高くなっていました。

特に、イタリアに渡ってきた移民・難民の中には渡航過程で拷問を受けた人々が多く存在しましたが、イタリアの医師のほとんどは拷問の被害者を診察したことはなく、MSF はこれらのニーズに応える必要がありました。

さらに、生活場所や日中の活動、栄養状態に関する調査、インタビューやフォーカスグループなどによる現状およびニーズの分析、法的支援など、活動は多岐にわたります。インタビューや法的支援は、単なる情報収集や情報提供ではなく、精神的な安定を図る上でも重要な役割を果たしてきました。

イタリアの活動では、紛争下や自然災害時に必要とされる緊急医療援助とは異なるニーズがあり、そのニーズを的確につかみ、援助プログラムを立案し、必要とされる人材をチームに投入していくことが必要です。また、その活動の中でカギを握るのが、移民・難民とのコミュニケーションであり、入国の経緯や現在の生活の詳細から、治療を要する心身の疾患、これからの生活についての認識、家族、母国での体験など、言語はもちろん、言語外の文化的・社会的背景を理解する必要があります。そして、これらの情報が悪用されないよう、「文化的仲介」のプロフェッショナルとして活動を行う人を確保することが重要です。



図 09：イタリアに渡ってくる移民・難民

--- 第 2 回グローバル・ヘルス関連領域 NGO ワークショップのステファノ講師の資料より

7. まとめ：人々の健康を守るために、真に「機能する」UHC を目指して

第 1 部では、NGO 研究会「グローバル・ヘルスと NGO」で実施したセミナーやワークショップの内容を踏まえて、UHC がグローバル・ヘルスの課題の中で主流化した 2013 年頃以降の数年間における進展状況を、政府・JICA および NGO・市民社会の双方の視点から見てきました。そこから分かったのは、UHC の実践は国レベル、現場レベルの双方において数年間でかなりの進展を見たということです。

政府レベルでは、すでにケニア、セネガルの 2 か国において日本政府からの UHC 支援の円借款案件が実施されており、ミャンマー、フィリピンなどアジア諸国でも、UHC 実施に向けた中央・地方政府の能力強化や保健インフラ支援などが進んでいます。市民社会のレベルでも、保健分野の NGO による現地の地方自治体、NGO、コミュニティ支援が実を結び、そこから一定の教訓が引き出されつつあります。また、社会的に脆弱性を持ったコミュニティや、過酷な状況に置かれた難民への保健に関する支援なども進んできています。

これから UHC への取り組みを始めようという NGO が、こうした政府・市民社会の先行事例から学べるのは、大枠、次のようなところと考えられます。

➤ **(AHI の事例から)**

町・地域の保健の課題について、保健所やクリニックなど「保健」にかかわるセクターだけが対応するのではなく、町・地域ぐるみで取組むようにしていく必要がある。そのためには、保健関係者に加え、町長や地方議員といった政策決定者や、町で展開する企業や商店などの関係者など、人々が保健に主体的にかかわれる環境づくりや、それぞれのセクターでの人材育成が必要である。

➤ **(AAN の事例から)**

特定疾病への取組みから、生活習慣病などを含めた保健や水・衛生など、地域における健康にかかわる問題全体に視点を広げる。また、コミュニティ側の顕在的・潜在的な保健ニーズに応えられるように、保健所やクリニックといった保健サービス提供側の能力を強化し、コミュニティとの接点を拡大していく必要がある。

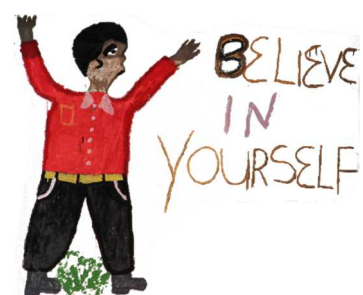
➤ **(シェア・HSF の事例から)**

差別・偏見などにより社会的脆弱性を有するコミュニティへの取組みについては、コミュニティが置かれている社会的な状況を把握しながら、急がず、時間をかけてアプローチする必要がある。保健問題を解決するのは地域でその問題に向き合う人々自身。人々がつながり、コミュニティの健康のために自ら動き出すことで、地域にある様々な保健問題を人々自身が解決していく糸口が見つかる。

➤ **(MSF の事例から)**

難民や移民などの保健の課題は、単に「身体的健康」の問題だけでなく、出身国の社会的・文化的背景や政治的状況、渡航上での様々な経験、受入国における難民・移民政策や社会的な受容度合いなどに大きく左右される。これらに丁寧に対応し、必要とされる保健医療サービスを提供していくことが不可欠である。

UHC の根幹である、国レベルでの良質な保健医療へのアクセスの保証と、保健医療費による家計の圧迫を回避するための有効な公的メカニズムの確保については、やはり、国家政府・地方政府が主役となります。一方、NGO には、現場において、これらの国・地方レベルの保健システムと人々や地域社会を結びつけ、システムが人々の健康を守るためにうまく機能するよう「カタリスト」（触媒）の役割を果たしていくことが求められています。こうした取組みを積み重ねることで初めて、UHC は、ただそこに「ある」だけでなく、現地の人々が自分たちの健康を守るために使いこなすことができる「機能する」仕組みとして成熟していくものになるのだと思います。



第2部：ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）の政策課題と市民社会

1. 市民社会は UHC の最大の推進役の一つ

第1部の冒頭で述べた通り、2010年の「世界保健報告」のテーマとなった「ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）」は、その後、国際保健政策上の寵児となり、2016年から30年までの世界の社会・環境・経済の目標である「持続可能な開発目標」（SDGs）の保健ターゲットの中でも、最も大事な課題の一つとして主流化されてきました。UHCへの各界の関心も高まり、2017年には、市民社会がUHC推進のための記念日として位置付けていた12月12日の「UHCデー」が、国連の正式な記念日『国際UHCデー』として承認されるに至りました。

これまで本書で見てきた通り、UHCの実現とは、「すべての人が、経済的な苦難に追いやられることなく、必要とする質の高い保健サービスにアクセスできる状態を作り出す」ことです。世界全体で、最も早くから、強く、継続的にこの実現を求めてきたのは、ほかならぬ、草の根で活動してきたNGOなどの市民社会です。



プライマリー・ヘルス・ケアに関する国際会議（1978年）
「2000年までにすべての人に健康を」という目標が立てられた。
（PAHOウェブサイトより）

人類が地球上に誕生してこのかた、人々は疾病に苦しめられました。また、社会的・経済的・政治的に作られた「健康格差」にも悩まされてきました。近代以降、市民社会は、疾病や健康格差と闘い、万人の権利としての「健康」「保健」を推し進めてきました。その結果、WHOは1948年、その憲章の中で、健康を「あらゆる人々にとっての基本的人権の一つ」と定義し、また、先進国・途上国を問わず多くの国で、健康が民主主義や人権の重要課題として位置づけられ、「健康への権利」が憲法上の権利として定められています。1978年にソビエト連邦カザフ共和国（当時）のアルマ・アタで開催された「プライマリー・ヘルス・ケアに関する国際会議」では、「2000年までにすべての人に健康を」という画期的な目標を定めた「アルマ・アタ宣言」が採択

されました。それ以降、市民社会はその実現のために、世界各地の現場でプライマリー・ヘルス・ケアの促進に取組みつつ、様々な局面で最大限の政策提言、アドボカシーに取り組んできました。UHCがSDGsやG7などで政府、国際機関、民間財団、民間企業などすべてのセクターにとっての重要な目標として設定されたのは、連綿と続いてきた市民社会の取組みの成果なのです。

2. 「UHC立方体」からわかるUHCの政策課題

「世界全体でUHCを実現する」。この「途方もない」アジェンダが、世界全体の目標の一つとなったことは、市民社会にとって歓迎すべきことです。しかし、UHCを本当に実現していくためには、政治的・経済的・社会的に克服すべき課題が積み重なっており、山登りに例えれば、私たちはようやく「登山口に着いた」ところ、と言えます。では、UHCの実現には、どのような課題があるのか、整理してみましょう。

UHC実現のための課題をマクロ的に整理するのに一番便利なのは、P.5の図02に登場したUHC立方体（UHCキューブ）です。外側の大きな立方体が、その国の保健ニーズ全体を表します。内側の小さな立方体が、各国の政府などが提供する公共の保健サービスの量を表します。内側の立方体が大きいくほど、UHCの達成度が高いことになります。ここから整理される問題はおよそ、次の通りです。

（１）UHCに必要な財源をどう調達するか

国レベルで UHC を進める上で最もマクロな問題は、「必要な財源をどのような資金によって調達するか」という課題で、以下の２つを満たす必要があります。

- i. 貧困層が過剰な金銭的負担なく、必要とする質の高い保健医療サービスを受けられる
- ii. すべての人が、保健医療費の過剰負担によって極端な貧困に陥らないようにする

そのためには、すべての人が、経済力・支払い能力に比して過剰な保健医療費を自己負担しなくても、必要とする質の高い保健医療サービスを受けられるよう、公的な仕組みを作って、保健医療を提供するためのインフラおよび人材、医薬品などを捻出する必要があります。それとともに、保健医療サービスの対価として支払われる資金を蓄えておくこと（プール）が必要です。この「資金プール」の総量が、「UHC 立方体」の内側の立方体の大きさを示します。

＜論点＞ 税ベースか、公的保険か、外部資金をどう考えるか

「資金プール」の財源として考えられるのが、税金、保険料、および途上国の場合、開発援助などによる外部資金です。税金は、用途を限定しない「普通税」税収の一部を投入する場合と、タバコ税や酒税など、健康に有害な要素を含む商品の売上に掛ける税（いわゆる「罪悪税」（Sin Tax））などを、公的な保健医療サービスの提供のための目的税として設定して、その税収を投入する場合があります。税収を公的保健サービスに充てる典型的な例が英国の「全国保健サービス」（National Health Service, NHS）で、英国に近い方式をとっているのが、タイなどです。

一方、税金とは別に、公的保険制度を設立して国民・住民が加入し、支払われた保険料を公的な保健医療サービスに充てるとする方法が、「公的保険」という仕組みです。近年、UHC の主流化に伴い、多くの途上国が、公的保険制度を新設したり、旧来の保険制度を改革して適用範囲を広げたりしています。税方式と公的保険方式はともに一長一短があり、どちらが良い、悪いとは一概には言えません。

また、途上国の場合、政府の税収が小さく、多くの国民が保険料を支払うことが難しいことから、保健医療インフラ・人材・医薬品や保健医療費を賄う資金プールを自国財源のみで作ることが難しいため、UHC を実現するには、二国間・多国間の開発援助など外部資金を投入する必要があります。

＜市民社会の提言＞

◎ 各国は責任をもって保健医療に資金を拠出すべき

◎ 先進国は途上国の努力が立ち枯れないように ODA で応えるべき

市民社会は、公的保健医療サービスの財源に関して、すべての人が、保健医療サービスを受けるに際してできる限り自己負担が少なくなるよう、まず、途上国を含めたすべての国の政府が国家予算もしくは GDP の一定割合を公的保健医療サービスに拠出することを求めてきました。その割合は、例えばアフリカ連合が 2000 年に採択した「アブジャ宣言」では、国家予算の 15% です。また、2017 年に東京で開催された「UHC フォーラム」において市民社会が提唱したのは、各国の GDP の 5% を保健医療に拠出することでした。その上で、市民社会は、先進国政府に対して、2002 年にメキシコ・モンテレーで開催された国連開発資金会議で再確認された「GDP の 0.7% を ODA に充てる」という目標の達成を求めるとともに、途上国における UHC 達成のために、このうちの一定部分（0.2% が目安）を後発開発途上国（LDC）への ODA に充当すること、また、ODA の中での保健医療への拠出を増額することを求めています。

◎ 生活困窮者など含むすべての人がアクセスできる保健医療保障を

保健医療にかかわる公共セクターの役割を重要視する NGO は、公的保険方式よりも税方式による公的保健医療サービスの実現を提言しています。理由の 1 つ目は、保険料を支払った人を優先的にカバーすることになりやすい公的保険よりも、「国民（住民）の健康への権利を国家が保障する」という観点から税収を中心に構成される国家予算で公的保健医療ニーズを賄う方が、貧困層を含む全国民・住民を対象とする制度として位置づけやすいという

ことです。2 つ目は、通常、保険料よりも税の方が相対的に累進性が高く、支払い能力の高い人々（企業や富裕層）がより多く支払うという福祉国家の考え方に適合するためです。実際に、公的保険制度を導入している国の多くも、保険料収入の不足部分を税収で補うケースや、生活困窮者や障害者、難病などにかかわる保健医療サービスの財源を公的保険制度とは別に医療扶助制度を含む公的福祉制度を設置して税収を充てているケースが多くみられます。実際に最貧困層や保健医療へのアクセスが困難な層などへの保健医療サービスの保障は、こうした医療扶助や公的福祉制度によって達成されている場合が多いのです。

（２）どのような人々の保健ニーズをカバーするか

今度は、「UHC 立方体」の各辺に注目してみましょう。まずは、「人」に対するカバー率です。この割合が高いほど、多くの人の保健医療ニーズを満たしていることになります。

前項で見たように、税を財源とする税方式に比べ、保険料をベースとする公的保険制度は、加入者の保険料の拠出

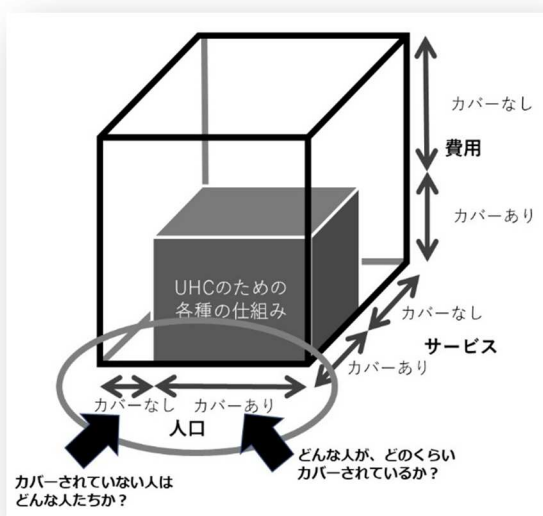


図 10 : UHC 立方体の一辺「人」に対するカバレッジ

に対する保健医療サービス給付という側面が強くなります。UHC のトレンドが主流化される前の途上国の公的保険制度は、公務員やフォーマルセクターに雇用されている人が加入し、サービスも加入者に限定されているケースがほとんどでした。この場合、インフォーマル・セクターに従事する人や貧困層は、公の UHC の仕組みに入れず、自己負担で保健医療サービスを受けるしかありませんでした。つまりこの場合、基礎的な保健サービスが無料でなければ、保健医療サービスはほぼ完全に自己負担となり、特に貧困層は事実上、医療にかかれません。

一方、特に、社会主義国などで見られた、国家予算をベースとした無料の公的医療サービスは、予算不足のため、医療従事者のモチベーションが極めて低い、もしくは、診察はされても治療薬が提供されないといったことも多く、公的医療自体の信頼性を大きく損ねているケースが多々見られました。また、80 年代後半以降、国際通貨基金(IMF)・世界銀行の指導により、ほぼすべての途上国で行われた構造調整プログラムによって、こうした無料の公的医療制度は廃止され、もしくは有料化されて、貧困層の保健医療アクセスは大きなダメージを受けました。実際に多くの国々で、この時期に乳児死亡率や妊産婦死亡率が上がるといったケースが記録されています。

世界銀行の指導により、ほぼすべての途上国で行われた構造調整プログラムによって、こうした無料の公的医療制度は廃止され、もしくは有料化されて、貧困層の保健医療アクセスは大きなダメージを受けました。実際に多くの国々で、この時期に乳児死亡率や妊産婦死亡率が上がるといったケースが記録されています。

<論点 1> どうやって貧困層をカバーするか

2000 年代中盤の「保健システム強化」トレンド、さらに 2010 年代前半以降の UHC の主流化のトレンドを受けて、UHC の実現のために、多くの途上国で公的保険制度の改革が行われました。例えば、インフォーマル・セクターに従事する人々にも保険加入を認め、定期的な保険料の支払いにより保健医療サービスを給付する、また、貧困層に属する人々には貧困層と認定した上で保険料免除、あるいは補助金で保険料を肩代わりして幅広く保険加入を認める、というような方法がとられました。例えば、フィリピンの公的保険制度である「フィルヘルス」では、貧困層の人々が、村など基礎自治体の長に申請して貧困層認定を受け、保険料を公的補助金で肩代わりしてもらうことで、無料で公的な保健医療サービスを受けられます。結果、フィリピンでは、フィルヘルスのカバー率が増えています。

<論点 2> 外国人や「移動する人々」（遊牧民など）をどう位置付けるか

一方、こうした形での公的保険への加入が、実際にどの程度、現実の保健医療アクセスの改善に結び付いているかについては、疑問符がつきます。例えば、末端基礎自治体の長に保険加入と保険料の免除を申請する際の手続きが複雑である、保険料免除申請をすることで地域社会から差別される恐れがある、「貧困層」認定が首長選の票稼ぎなどに政治的に利用される、といった場合、多くの人は実際には申請しないことがあり得ます。セックスワーカーなど、差別され

＜論点 3＞ 社会的差別や排除をどう克服するか

＜市民社会の提言＞

◎コミュニティの保健への取組みへの資金・技術支援の拡大を

(3) どの疾病・保健課題を、どの程度の割合でカバーするか

A. カバーする保健医療課題の種類

UHCのための
各種の仕組み

カバーなし
費用

カバーあり
サービス

カバーなし
カバーあり

カバーなし
カバーあり

人口

どんな疾病・保健問題が、どのくらいカバーされているか？

18

あり、「すべて」を実現している国は、先進国も含めどこにもありません。特に、国家予算も、保健に割り当てられる資金も少ない途上国の場合、カバーできる保健医療サービスは、幅の狭いものになっていることがほとんどです。国によっては、母子保健と HIV/AIDS など一部の感染症などに限られるケースもあります。また、入院治療のみを対象とし、外来診療や検査は対象としない、というケースもあります。

＜論点 1＞ 収入と給付のバランスをどうとるか：そこに「排除の論理」は混じってこないか

フィリピンの国民健康保険制度である「フィルヘルス」は、基本的に、入院治療にかかる医療費の一定割合をカバーするほか、エイズ、結核、デング熱など、個別の感染症の治療費を「パッケージ」化し、一定割合をカバーします。例えば「エイズ・パッケージ」については、適切な治療に必要な免疫（CD4）の数、ウイルスの抗体検査の回数に上限が設けられています。



フィリピン・ケソンシティのフィルヘルス事務局の様子
(2014 年 11 月 ©Masaki Inaba)

インドネシアの国民健康保険制度（Jaminan Kesehatan Nasional: JKN）は、薬物やアルコール依存、嗜癖（addiction）を理由とする疾病は対象としていません。そのため、薬物注射によって HIV や C 型肝炎に感染した人は、国民健康保険制度による治療にアクセスできません。インドネシアの HIV 陽性者人口は約 62 万人とされていますが、そのうち、薬物使用による感染者は全体の 29% に上ります。インドネシアの場合、まだ、グローバルファンドなど外部資金によるエイズ治療プログラムが存在しているので、この条項によって治療アクセス自体が保証されなくなるわけではありませんが、経済成長により上位中所得国になると、外部資金の継続は難しくなり、これらの人々の治療アクセスが危機に瀕することになりかねません。こうした形で UHC のための制度から排除されることが多いのは、社会的に差別や偏見の対象になっているゲイをはじめとする男性と性行為をする男性（MSM）、セックスワーカー、薬物使用者、外国人や先住民といった人々であり、こうした人々が制度を活用して保健医療にアクセスできるよう、UHC の非差別原則を名目だけでなく実質上も確立する必要があります。

＜論点 2＞ 保健医療のコストをどう低減するか

各国が、UHC スキームを適用する疾病や医薬品などに制限を設けるのは、基本的には、国家予算の割り当てや保険料など UHC スキームが得られる収入と、同スキームからの給付額のバランスを確保し、UHC スキームの持続可能性を高めるためです。限りある資金の中でのなるべく多くの保健医療課題をカバーするためには、予防やそれぞれの地域社会でできる代替医療などによって、社会における疾病負荷を下げていくこと、個別の疾病の治療にかかる標準的コストを定めることによって、不必要な投薬や措置などを減らしていくこと、さらに、医薬品の価格を適正に管理していくことなどが必要になります。

医薬品の価格は、医薬品を開発した製薬企業が知的財産権を行使することによって、かなり高額に設定されてきました。エイズ治療の革命と言われた抗レトロウイルス薬（ARV）による多剤併用療法（ART）は、90 年代後半の導入当初には、一人当たり年間 200 万円がかかりました。その後、C 型肝炎の新薬や、がんの新薬などで極端に高価格のものが導入され、日本でも、こうした極端に高い薬による医療費の圧迫が問題となりました。しかし近年は、特に低所得国向けに、フランスなどのイニシアティブによる航空券連帯税などの資金を投入した「医薬品特許プール」などを利用した安価なジェネリック薬を製造・普及する仕組みが整ってきました。エイズ治療については、グローバルファンドや米国大統領エイズ救済緊急計画（PEPFAR）でもインド製の安価なジェネリック薬を活用して、多くの人に無料で治療薬を届けることが可能になっています。

＜論点 3＞ 医薬品の価格を「市場価格」に委ねないためには？

日本の保健医療制度では、医薬品や保健医療の処置などについて、関係セクターからのコンサルテーションなどをもとに、

市場価格ではなく公定価格で管理しており、この価格をすべての保険適用医療機関が採用しています。しかし、他の多くの国では、公定価格で薬価を定めても、それを履行する法執行能力がないために、保険制度により調達する医薬品でも、市場価格で供給されることが多いのです。その結果、例えば東南アジアのある国では、公的保険でカバーされる金額の分、医薬品の価格が上昇し、患者が医薬品購入に支払う金額は変わらなかった、という悲喜劇が生じています。こうした事態を鑑みれば、医薬品や保健医療サービスの価格を公定価格とし、それをすべての医療機関等に順守させる執行力を構築することは、UHC 制度によってカバーされる保健医療メニューを拡大する上でも大切です。

＜市民社会の提言＞

◎ 医薬品価格の高騰を抑え、ジェネリック薬の積極的導入を

◎ 地域・国レベルの「疾病負荷」低減をコミュニティ全体で

市民社会は、UHC の課題が保健上の主要課題になる前から、HIV/AIDS や C 型肝炎の治療などに関して、医薬品へのアクセスを拡大する上で大きな課題である、行き過ぎた知的財産権保護による医薬品の価格の高騰を厳しく批判してきました。そして、途上国向けに高品質のジェネリック薬を積極的に導入するように働きかけてきました。また、当事者団体などを中心に、各国の国内でのアドボカシー活動で、UHC 制度でより多くの疾病がカバーされるように働きかけてきました。また、地域や特定の人口集団などのコミュニティにおいて、プライマリー・ヘルス・ケアの観点から、予防活動や現地資源で可能な代替医療などを普及することによって疾病負荷を低減し、保健医療費全体を低減する取組みを行ってきています。

B. 実際の保健医療費の何割をカバーするか

最後の辺は、病院などにかかる保健医療費の何割を UHC 制度が負担し、残りの何割を医療にかかる人が負担するか、という課題です。日本では現在、毎月健康保険料を支払った上で、病院にかかるとそのコストの 7 割を保険負担、3 割が自己負担、という形になっています。ただし、重篤な慢性もしくは急性疾患で医療費が相当額かかる場合には、「高額療養費」制度が適用され、定められた金額で保健医療にアクセスできます。また、これとは別に、生活困窮者など極めて貧困な状況に陥った場合には、生活保護を受給し、「医療扶助」制度を活用することで、適切な医療が現物給付されるため、費用負担なしに保健医療にアクセスできます。

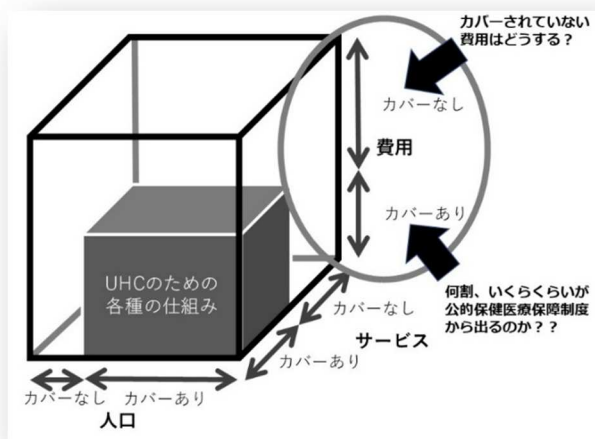


図 12 : UHC 直方体の一辺「費用・コスト」に対するカバレッジ

＜論点＞ 個人負担、窓口負担をなるべく軽減するには？

個人の保健医療費の何割を UHC 制度が負担するかは、国や制度によっても異なります。フィリピンのフィルヘルスの場合は、保健医療プログラムや医薬品に対する給付が絶対額で決まっており、割合という形ではありません。タイでは 2001 年に、病院に行くごとに 30 バーツ（100 円程度）支払うことで、全員が一定の質の保健医療サービスにアクセスできる、いわゆる「30 バーツ政策」が導入されました。これら保健医療への個人負担額の問題は、政治でも、よく取りざたされます。たとえば、スリランカであったように、社会民主主義的な性格を持つ二つの政党が、給付拡大の公約を掲げ選挙戦を演じる、といった政治的な動機づけによって、保健医療費の個人負担額は相当下がる可能性があります。

一方、保健医療にアクセスする時にかかるお金は、医薬品などだけではなくあります。例えば、農村地帯で病院やクリニックなどから距離がある場合には、交通費が相当かかります。保健医療費のみならず、こうした交通費も、適切な保健医療へのアクセスを阻害する大きな要因となります。

＜市民社会の提言＞

◎ 保健医療費の窓口負担はなくすか、できるだけ軽減を

◎ 公的保険ベースの制度の場合は、税による社会福祉制度との積極的なブランディングで生活困窮者の保健医療アクセス保障を

市民社会は、保健医療費の窓口での個人負担を極力なくす方向で制度改革を働きかけてきました。というのは、そもそも公的な保健医療費の原資となる税金や保険料は市民が納めているからです。また、こうした窓口負担・交通費負担によって、特に貧困層は、本来かかるべきタイミングでの保健医療アクセスができなくなり、重篤になってから受診するといった事態が生じ得ます。そのため、市民社会は、窓口負担をなるべくなくすこと、生活困窮者向けの無料医療供給制度（日本の場合は生活保護の医療扶助制度）構築のための働きかけをしてきました。また、「条件付き現金給付」など社会福祉制度・所得再配分制度と保健医療アクセスを結び付け、交通費など必要なコストをカバーし、特に、貧困層や、障害者などの保健医療アクセスへの障壁をできるだけ低くするための働きかけを行ってきました。

3. 市民社会は何を求めてきたのか？～市民社会の政策提言集大成～

前章では、UHC に関する市民社会の考え方を踏まえ、そこからもたらされる提言を理論立てて解説しました。ここでは、市民社会の UHC に関する政策提言の内容の集大成を試みます。

まず、その前提として、ここで、もう一度ユニバーサル・ヘルス・カバレッジに関する WHO の定義を確認してみましょう。

WHO による「UHC」の定義

すべての人、コミュニティが、健康の促進、疾病の予防、治療、リハビリテーションおよび苦痛緩和など、必要とする十分に質が高く効果のある保健サービスを、経済的な苦境に直面することなく活用することができる状態。

- （１） 支払い能力の有無にかかわらず、必要とする保健サービスに誰もがアクセスできなければならない。
- （２） 保健サービスは、それを受けた人の健康状態が十分に改善する程度に質が高くなければならない。
- （３） 保健サービスの利用者が、代価の支払いによって経済的な打撃を受けることがないように守られていなければならない。

1948 年の WHO 憲章が述べているように、可能な限り高い水準の健康を享受することは、一部の富裕層などに対する特権などではなく、すべての人に対して保障されるべき基本的人権です。

このことから、市民社会は、世界中において、UHC をこのような形で実現させるために、様々な提言を行っています。それらを集約すると、おおむね、次のような主張がなされています。

（１） 国・地域・世界レベルでの UHC に必要な財源の確保

- i. 各国政府は、自国での UHC の実現のために、国家予算から十分な資金を保健に支出する必要があります。その目標としては、以下のものがあります。

- ◎ 国家予算の 15%を保健医療分野の改善に支出する（2000 年、アフリカ統一機構（当時）「アブジャ宣言」）。
- ◎ 国内総生産（GDP）の 5%を保健に支出する。

- ii. 先進国政府や、他国に援助を行う経済力を持つ国家政府は、グローバルに UHC を実現するために、以下の目標を達成する必要があります。

- ◎ 国民総所得（GNI）の 0.7%を ODA に充てる。（2002 年国連開発資金会議（メキシコ・モンテレー）合意）
- ◎ 国民総所得（GNI）の 0.2%を後発開発途上国（LDC）に充てる。（欧州連合の 2015 年コミットメント）
- ◎ これらの ODA のうち、相当部分を保健分野に拠出する。

（２） 各国における保健財政制度の整備

各国政府は、すべての国民・住民に対して、経済的困窮に陥ることなく、必要とする質の高い保健医療サービスへのアクセスを保障するために、公共保健医療保障の制度および機構を設置する必要があります。

- i. これにより、人々が保健サービスへの代価の支払いにより貧困に陥ったり、もともと貧困であったものがさらに経済的困窮に陥るケースができるかぎり「ゼロ」に近づくことが必要です。各国政府は、そのための制度整備や能力強化の工程表を作り、実施する必要があります。
- ii. これらの公共保健医療保障制度の財源が、国民・住民が拠出する税もしくは保険料である以上、公共保健医療保障制度を活用して保健医療サービスを受ける国民・住民の窓口負担はゼロ、もしくは、なるべく軽減されるべきです。また、財源となる税もしくは保険料は、社会連帯意識に基づき、より累進的なものであるべきです。
- iii. 公共保健医療保障制度を設置した途上国政府が、財源が十分でないために国民・住民の窓口負担はゼロ、もしくは、なるべく軽減という目標を実現できないという状況を克服するために、先進国政府および国際機関は連携して、当該国政府と調整の上、途上国政府が UHC を達成するために必要な追加的資金を拠出する必要があります。
- iv. 低所得国・下位中所得国が上位中所得国になるなど、国民・住民の公共保健医療保障を自国で支えるに足る経済力を有した場合、援助等の外部資金から国内財源への移行を図る必要がありますが、これについては、急激に行うのではなく、一定の時間と十分な計画のもとに段階的に行い、移行により国民・住民の保健アクセスが低減しないようにする必要があります。また、この移行の中で、差別や偏見などにより特定の社会集団・人口集団、コミュニティや特定の疾病を保健医療サービスの対象から排除するといったことが生じないようにする必要があります。
- v. 保健・医療への政府支出や国際資金の拡大とともに、質の高い保健医療サービスをより安価に提供し、国のコミュニティレベルから世界レベルで疾病負担を低減するための努力を行っていく必要があります。そのために、以下のことが必要です。
 - ◎ 国レベル、コミュニティレベルでの疾病予防やコミュニティで確保できる資源を用いた代替医療、効果のある伝統医療などの普及の取組みを積極的に普及し、サポートする。
 - ◎ 知的財産権保護を名目とした、医薬品の過剰な高価格を是正する。先進国政府および開発系製薬企業は、二国間・多国間の自由貿易協定等において、医薬品特許における「常緑化」や長期間のデータ保護といった、医薬品アクセスの拡大を妨げる制度は導入すべきではない。また、特に低所得国における効果の高いジェネリック医薬品の普及のために設けられた「医薬品特許プール」といった機関・制度を積極的に活用し、質の高い医薬品を途上国で安価に流通させることに尽力すべきである。
- vi. 公的保険による公共保健医療保障制度を設置している国は、生活困窮者、障害者、難病の患者といった人々を含め、すべての人々の保健医療アクセスを保障するために、以下のような制度の充実を図る必要があります。

- ◎ 簡便で柔軟な仕組みにより、生活困窮者や様々な背景を持つ貧困層の保険料や窓口負担を減免しつつ、質の高い保健医療サービスへのアクセスを継続して保証する仕組み
- ◎ 無料の医療扶助制度や障害者・難病の患者に対する医療費の減免制度など、税を原資とし国家予算・地方自治体予算を活用する社会福祉制度の設置と活用

(3) 「誰一人取り残さない」質の高い保健医療サービスの保障

- i. すべての人が、必要とすることができる限り質の高い保健医療サービスを公共保健医療保障の枠内で受けることができるようにするために、政府は保健医療システムの強化を行う必要があります。この保健システム強化には、十分な保健人材の育成・雇用・訓練・定着をはじめ、インフラの整備、医薬品等の供給と調達、保健情報の収集と分析、資金管理能力の備わった保健財政、およびこれらの諸要素を統合し、連携して機能させる能力の高い保健行政が含まれます。
- ii. 先進国および国際機関は、途上国が十分に機能する保健システムを確立するよう、技術協力を行う必要があります。
- iii. UHC は基本的人権であり、すべての人が享受されるべきものであるとの原則を踏まえて、各国政府は、国籍、民族、宗教、ジェンダー、性的指向・性自認およびその表現（SOGIE）、政治的信条、特定の社会的集団の構成員であること、「違法」行為や訴追・刑事罰の対象となっていることなどを理由に公的な保健医療サービスの対象から排除されることがないように、公共保健医療保障における非差別原則を徹底すべきです。例えば、HIV/AIDS 対策における「対策の鍵となる人口集団」（男性と性行為をする男性（MSM）、セックスワーカー、薬物使用者、少数民族、外国人、獄中者等）が差別・偏見のために保健医療の対象から制度的、また実施の過程で排除されることがないようにする必要があります。
- iv. UHC は現状で各国の国民を主な対象とする公共保健医療保障制度が集合したものであることに鑑みれば、在留外国人、特に在留資格のない外国人が、対象から制度的に排除されていることが多くみられます。在留資格の有無にかかわらず、外国人も公共保健医療制度の対象に含めるべきです。少なくとも、以下の保障が必要です。
 - ◎ 救急医療の保障
 - ◎ 結核、HIV/AIDS など感染症の治療の提供の保障
 - ◎ 保健医療にかかわる情報・コミュニケーション（医療通訳等）について、本人のプライバシーや安全を守る形での保障

(4) マルチステークホルダーによる普遍的保健医療保障の実現

- i. 各国における UHC の実現には、当該国政府が責任を持つ必要がありますが、政府の力のみで UHC が達成できるわけではありません。マルチステークホルダーによる取り組みが必要です。特に、国・地方政府による公共保健医療保障制度を補完し、自らの健康を守るために取組むコミュニティの保健対応の支援が必要です。政府は、自らが運営する公共保健医療保障制度への支出のみならず、コミュニティを基礎とする団体、当事者団体、NGO など市民社会による以下のような取り組みを財政的・技術的に支援することが必要です。また、以下のような取り組みを支援する民間財団や民間企業の取り組みを制度的に後押しすることも必要です。
 - ◎ コミュニティの人々に公的保険加入や積極的な参加を呼びかけるアウトリーチ活動
 - ◎ 遠隔地の人々や、様々な事情で固定的な保健医療サービスにアクセスできない人々にサービスを届ける、「モバイル・クリニック」といった事業
 - ◎ 地域コミュニティや社会的なコミュニティにおいて、コミュニティ・ヘルス・ワーカーが人々にアウトリーチし、予防啓発や治療を提供していく事業
 - ◎ 当事者自身が、自分たちのコミュニティの健康を守るために当事者組織やコミュニティに基礎を置く組織（CBO）を作って保健向上に取り組む事業

- ii. 政府が運営する公的保健医療保障制度、公的保健医療保険、保健医療サービスの現場が適切に機能しているかどうかは、患者や関係者、サービスを受ける権利を持つ「権利保有者」、消費者の側からの継続的なモニタリング・評価によらなければ検証できません。また、制度の改善は、これらユーザー側からの政策提案・提言を大胆に採用していく必要があります。UHC に向けた政策の立案・形成・評価については、政府、医療機関などサービス提供者のみならず、サービスを受ける側（権利保有者、利用者）の対等な参加を保障する必要があります。

4. 市民社会の UHC 政策提言の諸潮流 ～誰が何を求めてきたのか？～

SDGs の保健課題の中核的アジェンダである UHC には、多くの NGO が関心を持ち、積極的に提言を行ってきました。国際保健分野は、感染症、子どもの疾病や死亡率削減、セクシュアル・リプロダクティブ・ヘルス、保健危機対応、研究開発など様々な分野があり、それぞれの分野によって、NGO も立場が異なる場合があります。様々な分野に属する NGO が、それぞれの立場から提言を行い、場合によっては論争なども生じてきました。

2017 年に東京で開催された「UHC フォーラム」で、NGO が連携して共通のメッセージを打ち出すことができたのは、SDGs の形成プロセスや UHC にかかわる論争の中で、異なった立場の NGO が、同じ市民社会として連携してメッセージを出していくことの重要性を学んできたから、と言えます。そこには、様々な分野の NGO が連携してアドボカシーを行ってきた日本の市民社会が、異なった分野の NGO が連携して「ワン・ボイス」でアドボカシーを行うことの重要性を認識し、リーダーシップをとって調停や橋渡しの努力を行ってきたことも良い影響を与えています。

本項では、どのような NGO が、どのような提言をしてきたのかについて簡潔に分類を試みます。

NGOのタイプ	海外のNGO	日本のNGO
公共保健医療保障制度としてのUHCに関する提言を中心に行っているNGO	セーブ・ザ・チルドレン、オックスファムなど	セーブ・ザ・チルドレン・ジャパンなど
専門的・技術的見地を強く打ち出しながらUHCのアドボカシーを展開するNGO	MSH (Management Sciences for Health), GHA (Global Health Advocates)	結核予防会など
「誰一人取り残さない」UHCの重要性や、コミュニティの主体的な取り組みの重要性を主張するNGO	アジア：APCASO, APCOM, APNSWなど アフリカ：CISPCHAなど	アフリカ日本協議会など
ジェンダーやリプロダクティブ・ヘルスの側面から、あるべきUHCを求めるNGO	IPPF, PAI, Path, Pathfinder Internationalなど	ジョイセフなど
プライマリー・ヘルス・ケアの観点からUHCに取り組むNGO	People's Health Movementなど	アジア保健研修所、シェアなど

UHCをめぐるNGOの課題別潮流

（１）公共保健医療保障制度としての UHC に関する提言を中心に行っている NGO

子どもの健康や教育、死亡率の削減などに向けて実施や政策立案、キャンペーン等で非常に大きな役割を果たしてきたセーブ・ザ・チルドレンや、社会的公正、分配的正義といった観点から強力な政策提言を行い、また地域開発や緊急

人道支援等にも大きな力を発揮しているオックスファムなどが含まれます。これらの NGO は、強力な研究セクターを有しており、世界各地での実施経験を政策に落とし込み、普遍性と専門性を兼ね備えたアドボカシーを行っています。オックスファムは社会的衡平や必須社会サービスへの普遍的アクセスといった観点から、税収をベースにすべての人々への保健アクセスをより強く主張します。また、セーブ・ザ・チルドレンも税収をベースにした制度が望ましいとはしていますが、必ずしもそれにはこだわられません。しかし、公共サービスの重要性を強調するという観点は両者に共通しています。

90 年代後半以降の個別疾病対策を中心とした保健医療支援に対して、横断的な保健システム強化を優先すべきという立場も、両者に共通していますが、セーブ・ザ・チルドレンはより積極的にこの立場を主張しています。また、セーブ・ザ・チルドレンは、UHC の文脈で、途上国の国内資源動員による援助依存からの脱却や途上国政府による自主的なアジェンダ設定の重要性についても明確なビジョンを持っています。

（２）専門的・技術的見地を強く打ち出しながら UHC へのアドボカシーを展開する NGO

セーブ・ザ・チルドレンやオックスファム同様、UHC について積極的に発言しつつも、自らのフィールド・レベルでの専門性や技術的見地をより強く打ち出している NGO としては、米国の「マネジメント・サービス・フォー・ヘルス」（MSH: Management Services for Health）や、フランスの「グローバル・ヘルス・アドボケーツ」（GHA: Global Health Advocates）などが挙げられます。MSH は、世界各国で保健システム強化のための技術支援を行う NGO で、米国で UHC の主流化に向けて積極的に資金拠出や政策討議の場づくりを行っているロックフェラー財団と連携して、より技術的な観点から積極的に UHC のアドボカシーを行っていました。

GHA は、米国の「リザルツ教育基金」と連携し、もともとはエイズ・結核・マラリアの課題に取り組む保健活動家の連合体でした。最近では、UHC の世界・国レベルでのコーディネーションを行う国際的なイニシアティブとして近年設立された「UHC2030」の中の市民社会連携枠組みである「市民社会参画メカニズム」（CSEM）事務局を担い、UHC に取り組む多くの NGO のコーディネーションや、協働での政策提言作りをリードしています。

また、自らの専門性の文脈から UHC に積極的に取り組んでいる NGO としては、特に個別疾病にかかわって取り組んでいる NGO が挙げられます。日本の結核予防会など、結核やマラリアなど特定疾病を中心に実施・政策レベル双方で取り組んできた NGO は、これらの特定疾病への取り組みがどのように横断的な保健強化に貢献してきたかというような観点から、UHC への働きかけを積極的に行っています。

（３）「誰一人取り残さない」UHC の重要性や、コミュニティの主体的な取り組みの重要性を主張する NGO

UHC は、「ユニバーサル」とは言え、現状では、各国の国民を対象とした公的保健医療保障制度の集合体以上のものではありません。また、各国の発展段階に応じてカバレッジを増やしていけばよいという考え方が中心です。結果として、一定数の人々が、実質上、こうした制度の対象に入らなかったり、政策的・制度的に排除されたりするケースがあります。特に、社会的もしくは制度的な差別や偏見の対象となっているコミュニティ、少数民族、外国人、受刑者などが、排除の対象となることが多いのです。

こうした状況を反映して、HIV/AIDS の問題に取り組んでいる NGO や当事者組織は、特に HIV の課題に強くかかわっている男性と性行為をする男性（MSM）、薬物使用者、セックスワーカー、移住外国人、少数民族、獄中者といった人々が排除されないよう、「誰一人取り残さない」UHC の実現を提言しています。また、政府だけの取り組みでは、実質的な保健医療サービスへのアクセスは容易でないことから、コミュニティによる保健への努力の重要性を強調し、これらに対する国内的・国際的な支援の充実を求めています。さらに「誰一人取り残さない」保健へのアクセスを基本的人権の課題として、特定のコミュニティに対する差別や排除などを人権侵害として打開に取り組む立場を強く主張する NGO もあります。

これらの NGO としては、アジア太平洋の HIV/AIDS 対策の NGO のネットワークである「アジア太平洋地域エイズ・サービス組織評議会」（APCASO）や、APCASO に結集する様々な当事者団体のネットワーク「アジア太平洋男性の性的健康に関する連合」（APCOM）、「アジア太平洋セックスワーカーネットワーク」（APNSW）などがあります。ま

た、アフリカで HIV/AIDS に取組んできた NGO などが連合して、アフリカ連合委員会（AUC）の保健政策への政策提言を行う母体である「アフリカ保健市民社会プラットフォーム」（CISPFA）などは、HIV/AIDS や感染症対策と UHC の実現の双方に取組んでいます。

（４）ジェンダーやリプロダクティブ・ヘルスの側面から、あるべき UHC を求める NGO

HIV/AIDS に取組む NGO が、HIV の観点から公正であらゆる人に開かれた UHC を求めるのと同様、ジェンダーやリプロダクティブ・ヘルスに取組む NGO は、女性の健康や、セクシュアル・リプロダクティブ・ヘルス/ライツ（SRHR）、加えてセクシュアル・マイノリティの健康と権利などの観点から、公正な UHC を求めています。

UHC は現行ではどうしても政府や国際機関、専門家などによってサービス供給側、マクロな公衆衛生の提供側の視点から制度設計がなされることが多くなりますが、その場合、女性の健康の視点が置き去りにされ、女性の健康へのアクセスが放置される傾向があるため、こうした制度の構築について、設計の早い段階から加わり、ジェンダーやセクシュアリティの観点を入れて制度構築を行ったり、制度全体をレビューして改善を求める必要があります。これらを担っているのがこうした NGO や、国際家族計画連盟（IPPF）や国連人口基金（UNFPA）などジェンダー課題などに取組む国際機関です。

これらの NGO は、HIV/AIDS の観点から UHC に取組む NGO と少なくとも同程度の影響力を持ち、お互いに連携しながら取組んでいます。こうした NGO としては IPPF 傘下の NGO、ジェンダーや SRHR に政策的に取組んできた米国の NGO である「ポピュレーション・アクション・インターナショナル」（PAI: Population Action International）、同じく米国の「パスファインダー・インターナショナル」などが含まれます。日本では、ジョイセフが、ジェンダーやリプロダクティブ・ヘルスの分野から UHC への政策提言を行っています。

（５）プライマリー・ヘルス・ケアの観点から UHC に取組む NGO

1978 年の「アルマ・アタ宣言」は、世界中でプライマリー・ヘルス・ケア（PHC）に自ら取組む地域的・社会的コミュニティの運動を勢いづけました。これを契機に、コミュニティ自らが、自らの健康について考え、地域の資源を活用してこれに取組むという動きが活発化したのです。この PHC の推進について、世界各地に多くの NGO が生まれ、現地にある資源を活用して地域の健康を改善する現場レベルでの取組みや、それを踏まえた政策提言を行ってきました。

こうした主体的なコミュニティ開発に保健の分野から取組んできた様々な NGO は、その後、80 年代後半から 90 年代にかけて世界を席卷した「緊縮財政と民営化」を強制する IMF・世銀の「構造調整政策」の流れや、2000 年代の MDGs 時代の個別疾病優先や巨大な投資をレバレッジとした保健向上というトレンドの中で苦闘してきましたが、2012 年ごろからの UHC のトレンドが、地域由来の資源を活用しながらボトムアップで保健向上を目指す PHC の取り組みと共鳴するのではないかと、という考えから、UHC に対するアドボカシーや、このトレンドを活用しての地域保健の取り組みの加速化を始めています。

このトレンドを担う国際的な NGO としては、南アフリカ共和国の「People's Health Movement」などが挙げられます。また、日本でこうした取組みを行う NGO としては、シェア＝国際保健協力市民の会や、アジア保健研修所（AHI）、アジア砒素ネットワーク（AAN）などがあります。

（６）各 NGO の立場の違いと論争および連携の経緯

これまで述べてきた NGO には、共通点と相違点があります。共通点の 1 つ目は、保健へのアクセスを人権ととらえることです。2 つ目は、UHC を実現する最大の責任は各国政府にあることを明確に認識し、各国の国内資源動員の拡大を求めつつ、UHC をグローバルに実現するため、先進国政府に対して、ODA0.7%目標などの実現をも求めることです。3 つ目は、公正や平等の見地から UHC における公共セクターの役割を重視し、安易な民営化や民間セクターの導入には慎重であること、知的財産権による開発系製薬企業の利益独占に対して、より多くの人々への医薬品アクセスの保障を重視することなどです。

一方、相違点は、国際保健における重点アジェンダの歴史的変遷と関係しています。90 年代の構造調整政策から MDGs への転換と社会開発の重視への転換の中で、保健に関しては、90 年代末から 2000 年代初頭の巨大なエイズ危機への対応が必要であったこと、成果主義的な傾向が強まったドナーに対して、より明快に説明をしやすいことなどから、個別疾病・個別課題対策が重視されました。これに対して、2004 年頃から、横断的な保健システム強化の重要性が強調されるようになり、より全体的な志向を持つ開発 NGO は、どちらかという、後者の横断的な保健システム強化の側に立つ形となりました。ここに、個別疾病系 NGO と、保健システム系 NGO の間に、路線的な違いが生まれることになります。

その後、2008 年のリーマン・ショックから世界金融危機、欧州経済危機や、先進国の MDGs 熱も冷めたことから、保健への投資のリーダーシップは「ビル & メリンダ・ゲイツ財団」をはじめとする民間財団が持つ、という流れが生じました。さらに、2015 年の第 3 回国際開発資金会議（FFD3）において、民間セクターや途上国の国内資金動員を開発資金として重視する流れが主流となり、保健分野についても、アジアや東欧などの上位中所得国などでは、外部資金から国内資金動員への「移行」がかなり慌ただしく推進されることになりました。各国における UHC の整備は、公正・平等の観点を推進するというよりは、この「開発資金」にかかわる理論の変化の流れに後押しされて急速に進むことになりました。ここにおいて目立ってきたのが、UHC の名のもとでの各国の国民健康保険などの制度整備の流れと、外部資金のあわただしい撤退の中で、エイズなど特定疾病に関連して、差別や排除にさらされてきたコミュニティが国民健康保険の対象から排除され、外部資金も絶たれて保健アクセスが困難になるという現象です。この流れの中で、特に HIV/AIDS に取り組む NGO の多くが、UHC を自らの課題として取り組むようになりました。また、他の特定課題や特定疾病について取り組んできた NGO も、UHC のトレンドに対応して、積極的にアドボカシーを行うようになります。

元来、対立的な要素を含む、横断的な保健システム強化を重視する NGO と、個別疾病・個別課題に取り組む NGO のアドボカシー上の連携。それは、2017 年 12 月に東京で開催された「UHC フォーラム」に向けて、UHC 促進のコーディネーション機関である「UHC2030」の中に設置された「市民社会参画メカニズム」（CSEM）の機構を整備し、アドボカシーを進めていく中で実現していきました。CSEM の市民社会代表や諮問委員会には、両者を代表する NGO リーダーたちが参加し、CSEM 事務局や日本の NGO のスチュワードシップのもと、宣言や要求項目を作る中で、両者の溝も埋められていきました。この意味で、東京での「UHC フォーラム」は、UHC に向けた市民社会の主体形成にも良い影響を及ぼしたといえることができます。

5. UHC を推進する国際的な枠組み ～「UHC2030」を中心に～

（1）UHC2030 とは何か

UHC を国際的に推進する枠組として、中心的役割を担っているのが「UHC2030」というマルチステークホルダーのプラットフォームです。UHC2030 は 2016 年 9 月に、当時の WHO 事務局長のマーガレット・チャン氏が国連総会の場において発表することで、正式に発足しました。WHO と世界銀行が共同で事務局を運営し、2018 年 1 月現在で 79 のメンバーで構成されています。メンバーは各国政府（60 か国）、市民社会（5 団体）、国際・国連機関（9 団体）、「GAVI・ワクチンアライアンス」や「グローバルファンド」（世界エイズ・結核・マラリア対策基金）などの国際的保健イニシアティブ（2 団体）、そして民間財団（3 団体）です。団体数からわかる通り、各国政府が主要なメンバーとなっています。また現在はメンバーにはなっていないものの、アカデミア、企業、メディアも参加可能です。

UHC2030 は 2007 年にミレニアム開発目標（MDGs）時代に国際保健を推進するためのプラットフォームとして構築された「国際保健パートナーシップ・プラス」（IHP+ : International Health Partnership+）を前身としています。2015 年に SDGs 時代に突入し、UHC が「ターゲット 3.8」に位置付けられたことから、IHP+を UHC が推進するためのプラットフォームとして変革することを、当時の IHP+の参加メンバーが要望し、2016 年に「IHP for UHC2030」（通称：UHC2030）として生まれ変わりました。UHC2030 に対しては、日本政府は設立当初から資金拠出するなど重要なパートナーとなっており、当初の運営委員会の副議長が日本からの選出となっています。

UHC2030 は主たる目的を 1）保健システム強化を含めた UHC 推進のためのグローバル、および各国における調整、2）アカウンタビリティの担保、3）政治的なコミットメントを高めるためのアドボカシーとしています。活動の中心は、マル

チステークホルダーのメンバーからなる運営委員会、および個別テーマのテクニカル・ワーキング・グループによる活動です。発足して日が浅いことから、全てのテクニカル・ワーキング・グループが活動を開始していないものの、それぞれ政策ペーパーやガイドラインの策定に取り組むことを予定しています。（出典：<https://www.uhc2030.org/>）

（２）国際的な枠組みと市民社会

市民社会がグローバルに UHC を推進するための枠組みとしては、主に 2 つあります。一つは UHC2030 に参画するための枠組み、もう一つが UHC への関心や認知度を高め、UHC デーの制定に向けたキャンペーンを進めるための枠組みです。

A. UHC2030 の CSEM

UHC2030 に参加するための枠組みとしては、「市民社会参画メカニズム」（CSEM）が UHC2030 内に設置され、広く市民社会の意見が反映できる仕組みが作られました。CSEM は誰でも登録ができるメーリングリストと、UHC2030 の運営委員会に選ばれる 18 名のアドバイザリー・グループから構成されています。18 名のアドバイザリー・グループメンバーのうち、3 名が UHC2030 の運営委員会のメンバー、そしてさらに 3 名がその代理メンバーです。各メンバーは南北の NGO、地域組織（CBO）をそれぞれ代表して運営委員会に参加し、直接、市民社会の声を届けます。またアドバイザリー・グループメンバーは UHC2030 のテクニカル・ワーキング・グループにそれぞれ参加し、策定されるペーパーに市民社会の意見が反映されるように活動しています。さらには UHC2030 の運営委員会は 2 人の議長が運営に務めますが、そのうち 1 名は市民社会の代表となっています。

事例紹介：UHC フォーラム 2017 年における CSEM のアドボカシー

CSEM は UHC2030 を通して、UHC フォーラムの開催に関して、あらゆる方面から必ず市民社会の視点が入るように働きかけました。

■「UHC フォーラム」と市民社会

日本政府は、2016 年にケニアで開催された「第 6 回アフリカ開発会議」（TICAD VI）で打ち出されたアフリカにおける多国間 UHC イニシアティブ「UHC イン・アフリカ」（UHC in Africa）のフォローアップとして、2017 年に日本でハイレベルな国際会議として「UHC フォーラム」を開催することを約束しました。そして、2017 年 12 月 12 日～15 日、東京の「東京プリンスホテル」にて、日本政府、世界銀行、WHO、ユニセフ、UHC2030 の主催のもと、UHC に関して様々なステークホルダーが一堂に会する「UHC フォーラム」が開催されました。日本の安倍晋三内閣総理大臣、国連のアントニオ・グテーレス国連事務総長、WHO のテドロス・アダノム・ゲブレイェス事務局長、世銀のジム・ヨン・Kim 総裁など主要な国際機関のリーダー、さらにはマッキー・サル・セネガル大統領ら国家元首数名も参加しました。市民社会も、「UHC2030」に設置された「市民社会参画メカニズム」（CSEM）をベースに、サイドイベント実施から本会議への参画も果たしました。

■UHC フォーラムへの登壇、および参加

UHC フォーラムでの討議に市民社会の意見を反映するには、セッションの登壇者あるいは参加者になることが必須です。CSEM は主催者と協議し参加者枠を 20 名分確保し、また各セッションに市民社会からの登壇者を入れるよう、要望を出しました。結果、すべてのセッションでの市民社会の登壇は叶わなかったものの、複数セッションへの登壇が実現しました。また、フォーラム開始後も市民社会の発言の機会を閉会式に作るように要望し、受け入れられ、CSEM 代表の運営委員会メンバーでもあるケニアの NGO、「Waci Health」の代表であるローズマリー・ブル氏が力強いスピーチを閉会式で行うことができました。

■UHC フォーラムの企画・運営（討議内容）に対する提言

UHC フォーラムの討議内容に偏りがいないか、公平な議論の場になっているかなど、市民社会として注視しなければいけません。今回は残念ながらプログラム案に意見を出す機会はありませんでした。

■ UHC モニタリングレポートへの提言

世界銀行と WHO が合同で発表したモニタリングレポートにはコメントする機会を得ました。そこで、CSEM から選出された 5 名の代表者が公式発表前にレポートを読み、市民社会としての提言を行いました。

■ UHC フォーラム主催者（WHO、世銀）との対話

CSEM が WHO 事務局長のテドロス氏、および世界銀行のティム・エバンス氏との対談を申し込み、了承されたため、市民社会の要望を直接対話が実現しました。対談の結果、CSEM は WHO の UHC 担当の事務局次長とモニタリングレポートに関して継続的な討議を行うことになり、さらに世銀の UHC チームとの協議も実現することになりました。

■ UHC フォーラム東京宣言への提言

UHC2030 の運営委員会のメンバーに CSEM の代表が入っていることから、発表前の東京宣言を複数回にわたって内容について提言する機会が得られました。

■ 市民社会の事前会合開催（2017 年 12 月 10－11 日）

UHC フォーラム開催直前の 12 月 10 日、11 日に、参加する市民社会で事前会合を開催しました。10 日は三大感染症の関係者、11 日にはその他の分野を含めた関係者が集まり、市民社会として発信する提言書の内容を討議したり、UHC フォーラム開催中のアドボカシー活動を確認したりしました。各々の市民社会の主張の垣根を越えて、一丸となるために重要な会議となりました。



市民社会による事前会合の様子

■ 市民社会の提言の策定、発信

市民社会としての提言は 10 月頃から策定に入り、CSEM のメーリングリストに登録されている団体すべてに事前に共有され、意見集約を行いました。提言書は市民社会の事前会合で内容が討議され最終版となりました。最終版提言書は印刷され、会場で配布、および主催者委員会のメンバー機関に提出されました。

■ サイドイベントの開催

12 月 12 日、15 日にサイドイベントが多数開催され、市民社会も複数のサイドイベントを企画・実施しました。サイドイベントは自由に市民社会として内容や登壇者も決めることが出来るため、重要な発信の場となります。残念ながら今回は市民社会のサイドイベントの大部分が 15 日の午後に設定されたため、UHC フォーラム参加者は帰国した場合が多く、また、市民社会同士で参加・協力する機会が限られたのが残念でした。

■ UHC パブリックイベントの開催

主催者から一般にも開放された UHC を推進するための企画を市民社会主導で実施して欲しいとの依頼があり、グローバルには UHC Coalition や UHC2030 の CSEM が、日本側事務局は GII/IDI 懇談会の NGO 連絡会が受け皿となり企画・実施しました。イベントには 500 人を超える参加があり、ジム・ヨン・キム世銀総裁、テドロス

WHO 事務局長、日本の中根外務副大臣が登壇し、さらにはユースや国会議員、若手医師、地域組織の代表など、マルチステークホルダーの参加者が自らの UHC に対するコミットメントを宣言するイベントになりました。



市民社会主導で実施した UHC パブリックイベントの様子

B. UHC 連合 (UHC Coalition)

UHC を推進する国際的な枠組みのもう一方が保健専門コンサルタント「グローバル・ヘルス・ストラテジーズ」(Global Health Strategies) (本部・ニューヨーク) が、ロックフェラー財団の支援を受けて主導する「UHC 連合」(UHC Coalition) です。現在 1,000 を超える団体が UHC Coalition に参加し、UHC デー (12 月 12 日) 周辺のキャンペーンなどを展開しています。UHC Coalition は 2013 年頃から活動を開始し、主に UHC デーを正式な国連が定める国際デーに制定するための働きかけを実施してきました。「HEALTH FOR ALL」をキャッチフレーズに黄色いロゴを作成し、全世界で開催される UHC デー関連のイベントへの小規模な資金援助も含んだキャンペーンを展開しています。活動が実り、2017 年には UHC デーが国連の正式な記念日となりました。



UHC キャンペーンのロゴ

(3) 日本における市民社会の枠組み

日本における市民社会の枠組みとしては、「GII/IDI に関する外務省/NGO 定期懇談会 (通称: GII/IDI 懇談会)」(1994 年設立、事務局ジョイセフ) において、NGO 側で任意参加の UHC ワーキンググループを設置し、関心のある団体とともにアドボカシー活動を展開しています。GII/IDI 懇談会は、国際保健 NGO と、国際保健を扱う外務省国際保健政策室が 2 か月に 1 度対話する機会です。UHC ワーキンググループ設置当初は G7 伊勢志摩サミット開催に向けてのアドボカシーを中心とし、その後 UHC フォーラムに向けたアドボカシーに尽力しました。UHC は国際的な動きが大きいことから、主にグローバルで活動するアドボカシー団体と共同で活動しています。

(4) 市民社会の国際的なアドボカシー参画における課題

グローバルな UHC 推進の動きに連動して、市民社会の視点が欠落しないようにアドボカシーを強化していますが、いくつか課題もあります。

- i. **国レベルでの UHC 推進のプラットフォームの不足:** グローバルでは UHC に関するアドボカシーが進んでいる一方、国レベルでは UHC に関するプラットフォームが構築されていない国が多いのが現状です。日本においてはグローバル・ヘルス分野の NGO プラットフォームである GII/IDI 懇談会の NGO 側の有志がワーキンググループを作っていますが、グローバル・ヘルスを推進する NGO のネットワークが存在しない場合もあります。UHC をさらに進めるためにはどのように国レベルでの動きを活発にできるのかが課題となっています。

- ii. **グローバルな場面での公平・公正なリプレゼンテーション：**上記と関連し、国レベルでの UHC アドボカシーが活発でなければ、おのずとグローバルなアドボカシー場面で国や地域レベルの意見集約をすることが難しくなります。またすでに UHC を推進している欧米を中心とした先進国の NGO に代表が偏る結果になってしまいます。市民社会の意見を公平公正に、そして UHC がまさに必要な途上国を巻き込んだグローバルな枠組みの中で訴えるためには、バランスの取れた市民社会メンバーの構成が必要です。



成果発表シンポジウム

2018 年 3 月 6 日（火）、なかぎんカプセルタワービルにて、UHC シンポジウム「誰一人取り残さないユニバーサル・ヘルス・カバレッジを実現するには～UHCと市民社会の役割から考える～」が開催されました。

パネリストは、市民社会より堀江由美子氏（セーブ・ザ・チルドレン・ジャパン アドボカシー・マネージャー）、稲場雅紀氏（アフリカ日本協議会 国際保健部門ディレクター）、石山民子氏（アジア砒素ネットワーク 理事）、有識者の立場より杉下智彦氏（東京女子医科大学 教授）、政府より鷺見学氏（外務省 国際協力局 国際保健政策室室長）の 5 名が登壇しました。

2030 年までに UHC を世界全体で達成しようという取組みが進められる中、SDGs の基本精神である「誰一人取り残さない」という考え方を UHC においても守っていけるか、2017 年の動きを振り返りながら、また、今後よりいっそう推進していくためにどうしたらよいか、市民社会、政府、専門家のそれぞれの立場から発表が行われました。



成果発表シンポジウムで発表する堀江氏と石山氏

はじめに開会にあたり、外務省国際協力局民間援助連携室の佐藤室長より、日本の皆保険制度をはじめとする UHC のすばらしさ、またそれを誰一人取り残さず世界中に広めていくことが重要であること、NGO 研究会を通じた NGO の能力強化や進展に対する期待が述べられました。

堀江氏からは、UHC がグローバル・ヘルスにおける世界の潮流となった経緯についてや、UHC システム構築にあたり、国際 NGO として市民社会を牽引してきたセーブ・ザ・チルドレンの UHC ビジョンをベースに未だ課題の残る財政に関する提起がありました。稲場氏からは、MDGs の反省から「最後の人を最初に」と

いう考え方や、マクロの視点の国家による個人の保護と同時に、ミクロの視点の脆弱層や既に制度からこぼれおちているコミュニティや人々へのエンパワメントの必要性に関する提起がありました。石山氏からは、近年急速に増え、対策が急務とされる非感染症疾患に対する NGO の先駆的な取組み、国の保健医療費の増大を防ぐためにも「予防」が重要で、予防に対して市民社会が果たせる役割についての提案がされました。

政府側からの見解として、外務省の鷺見氏より、SDGs、UHC とともに日本の強みを活かしながら進めてゆくとし、今後、日本国内でも G20 サミット、TICAD VII、栄養サミットなど国際保健に関わる大きなイベントが沢山控えているので、日本政府としてしっかりと関わっていきたいと意欲が示されました。最後に、専門家である杉下氏からは、「持続可能な社会や持続可能な健康を作っていくために、足りないものを補うというサービスだけでなく、どのような価値観を提案し作っていけるかが NGO および市民社会の役割であり、チャレンジである」と強調されました。

会場には、NGO 関係者、保健医療関係者、援助関係者、学生など約 50 人が集まり、質疑応答の中では、民間セクターがビジネスの側面から取組んでいくために必要なことや、2030 年の達成までの課題についてなどの議論がなされ、市民社会の役割の重要性が再認識されました。



成果発表シンポジウムの様子

おわりに ～UHC における市民社会の可能性～

平成 29 年度（2017 年度）NGO 研究会「グローバル・ヘルスと NGO」は、UHC の達成に向けて現場で取組む NGO の役割を明確にした平成 26 年度（2014 年度）NGO 研究会「ユニバーサル・ヘルス・カバレッジと NGO」の達成した地平を引き継ぎながら、その後の地域・国・世界レベルの UHC の進展を踏まえ、この分野に取組む多くの NGO に裨益する形でまとめていく作業を担いました。現場での実施と政策提言の両面で NGO/市民社会に何ができるかを調査・研究した成果が本書です。

本書の第 1 部では、2014 年以降大きく進展した、政府、援助機関、NGO/市民社会それぞれの現場での協力・実施の取組みについてまとめました。この作業から分かったのは、UHC の「具体化」が各セクターで大きく前進していること、政府をはじめとする保健医療サービスの「提供者」側と、サービスを利用する人々の側、そしてその関係を媒介する NGO/市民社会側がうまく連携・協力しあうことができれば、「誰一人取り残さない UHC」を実現する大きな可能性が広がっている、ということでした。

また、本書の第 2 部では、2017 年 12 月に日本政府、世界銀行、WHO、ユニセフ、UHC2030 が共催した「UHC フォーラム」に向けた日本の NGO/市民社会の経験を踏まえて、特に UHC に関する世界・国・地域レベルにおける政策立案・提言・評価の在り方や、これらを実施する NGO/市民社会の潮流についての分析を試みました。「UHC フォーラム」に向けた取組みから分かったのは、UHC を世界、国、地域の各レベルで機能させるには、NGO/市民社会が、政策形成の段階からコミットし、草の根の声を吸い上げつつ、主体性をもって、他セクターとともに政策を練り上げ、実現に結び付けていくことでした。また、日本の NGO は、「UHC フォーラム」開催国の市民社会として、UHC に向けて政策提言を行っている様々な市民社会を取りまとめる立場に立ちました。そこから分かったのは、どれか一つの立場ではなく、それぞれの政策提言の強みと弱みを把握し、その総体を「市民社会の声」としてまとめ上げることの重要性でした。

本書は、ここ数年の UHC の政策と現場での取組みに関する市民社会の経験・知見を整理し、教訓化してまとめたものです。保健分野に取組む NGO/市民社会の皆様を主たる読者として想定しています。しかし、それにとどまらず、UHC に関する NGO/市民社会の政策ポジションなどを知りたい政府・国際機関・研究者の方々などにも有用であろうと考えています。多くの方々にご活用いただければ幸いです。

その上で、一つだけ付け加えられればと思います。

「誰が許しを請わねばならず、誰がそれを与えることができるのか」
（?Quien tiene que pedir perdon y quien puede otorgarlo?）

1994 年、メキシコ南東部チアパス州で蜂起した先住民主体の解放運動組織「サパティスタ民族解放軍」。その知力と死力を尽くした闘いに押されて「反乱者を赦免する」と表明したメキシコ政府に向けて、同組織はコミュニケを発表し、このように切り返しました。そして、許しを与えることができるのは、政府や、「我々の鞆や心を宣言や約束でいっぱいにしてきた者たち」の側ではなく、「はしか、百日咳、デング熱、コレラ、腸チフス、単核症、破傷風、マラリア、そしてその他のちょっとした消化器、呼吸器疾患などによって『自然に』亡くなった『われわれの死者たち』」であるはずだ、と反語したのです。この問いかけに、メキシコを代表する詩人・評論家であり、当時は遥かに保守的な立場をとっていたオクタビオ・パスですら「許しを請わねばならないのは我々だ」とうなだれたと言います。

それから十数年がたった現在、UHC は曲がりなりにも国際社会の主要アジェンダとして取り上げられ、その実現は、「持続可能な開発目標」（SDGs）の中で、「2030 年」という具体的な年限とともに目標の一つに掲げられています。当時と比べれば、これは大きな前進です。しかし、全体で見れば、UHC 実現への努力は、残念ながらまだまだ「宣言や約束」にとどまっているのが現状です。これを空文にとどませるのではなく、先住民から突き付けられたこの反語に対して私たちが本当に胸を張って応答できるようになるには、私たち自身が力を合わせて、2030 年までに、「誰一人取り残さない」UHC を達成する以外にありません。私たち NGO/市民社会が、政府や援助機関、「国際社会」とともに地球規模課題に取り組むとき、本来参照しなければならない「鏡」はどこにあるのか、本来責任を取るべき相手とは誰か、それを見失ってはならない、と肝に銘じたいと思います。

謝 辞

外務省 NGO 研究会「グローバル・ヘルスと NGO」の実施に当たり、主催者である外務省、特に研究会を所掌されている民間援助連携室、および本研究会のテーマを所掌され、UHC フォーラムにあたっては市民社会の取組みと積極的に連携してくださった国際保健政策室の鷲見学室長およびスタッフの皆様にご心よりお礼申し上げます。

UHC ジョイントラーニングセミナーにご登壇いただいた JICA 人間開発部次長兼保健第 2 グループ長の渡部晃三様、(株) PSD 代表取締役社長の渡辺学様、長崎大学大学院熱帯医学・グローバルヘルス研究科教授（元・JICA ミャンマー保健システム強化プロジェクト・チーフアドバイザー）の石井羊次郎様、帝京大学大学院公衆衛生学研究科准教授の高橋謙造様、グローバル・ヘルス関連領域ワークショップにご登壇いただいた（公財）アジア保健研修所の林かぐみ様、（特活）アジア砒素ネットワークの石山民子様、（特活）シェア＝国際保健協力市民の会の西山美希様、（特活）国境なき医師団日本のステファノ・ディ・カルロ様に、心よりお礼申し上げます。

また、2017 年 12 月に開催された UHC フォーラムに向けた事前市民社会準備会合に参加されたすべての皆様、特に UHC2030 事務局で市民社会の取組みをサポートしてくれた渡部明人さん、UHC2030「市民社会参画メカニズム」（CSEM）の事務局を務めたアニック・ジャンテ＝カンタン（Ms. Annick Jeantet Quentin）さんに感謝いたします。

加えて、個別疾病と UHC の分野の市民社会準備会合の開催に尽力していただいたアジア太平洋エイズ・サービス組織評議会（APCASO）のロデリン・マルテさん（Ms. Rodelyn Marte）、グローバルファンド活動者ネットワーク・アジア太平洋（GFAN-AP）のレイチェル・オン（Ms. Rachel Ong）さんに感謝します。

これからも、UHC に心を寄せるすべての皆様とともに、すべての人が、お金の心配をすることなく、必要とする質の高い保健医療サービスにアクセスできる、「誰一人取り残さない UHC」の実現に向けて取組んでいきたいと思いをします。



参考資料集

1. 2017 年「UHC フォーラム」東京宣言（日本語・仮訳）

※「UHC フォーラム」で採択された宣言

2. 2017 年「UHC フォーラム」に向けた市民社会の声明（日本語・仮訳）

※UHC2030 市民社会参画メカニズム（CSEM）作成

3. 「私たちが求める UHC」

※アジア太平洋エイズ・サービス組織評議会（APCASO）主催の「コミュニティと市民社会組織によるアジア太平洋 UHC コーカス」で採択された声明

UHCフォーラム2017
ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）東京宣言：UHC 実現に向けた取組の加速
（仮訳）

UHC フォーラム 2017 の共催者は、2030 年までに UHC を達成すべく取組を加速させ、誰であろうと、どこに住んでいようと、世界中すべての人々に保健医療サービスを普及させるとのコミットメントを再確認する。

「持続可能な開発目標（SDGs）」は、経済、社会、環境の各次元でバランスをとりつつ持続可能な開発を図る総合的な目標であり、個々の目標を切り離して論じることとはできない。

我々は、SDGs のターゲット 3.8 の重要性を再確認する。すなわち、すべての人々に、質が高く総合的な「人間中心の」保健医療サービスを確保しようという目標である。具体的には、健康増進、予防、治療、機能回復、緩和医療に関する保健医療サービス、及び安全かつ効果的で質が高く手頃な価格の基礎的医薬品及びワクチンを指す。そのいずれについても、人々が支払いの際に経済的な困難に苦しめられることがあってはならない。また、疾病の大流行など公衆衛生上の危機からの人々の保護と、そうした緊急時や危機への迅速な対応の重要性を強調する。

我々は、健康は人権の一部であり、UHC は、すべての人の健康と人間の安全保障に不可欠であることを確認する。我々は、社会から取り残され、極端に困難な環境にあるマイノリティを含めた人々の声とニーズを取り入れた保健サービスの設計及び提供に対して、特別な努力を必要とする「誰も取り残さない」という理念を順守する。その際に、特に優先対象となるのは、子供や女性など特に弱い立場にある人々、緊急事態の影響下にある人々、難民や移民、そして社会から取り残され、見下され、極端に困難な環境にある少数の人々である。

我々は、UHC は、技術面でも資金面でも達成可能であることを確認する。UHC は、生涯を通じて大きな利益をもたらし、雇用創出と包摂的な経済成長を推進する。UHC の達成は、持続可能な開発アジェンダの礎のひとつであり、すべての SDGs 目標達成に向けた歩みに貢献する。UHC なしには、何十億という人々が、充実した生産的な生活を送る機会を失う恐れがあり、何億人もが、保健医療を受けるために貧困に陥るリスクにさらされる。脆弱と見なされている国や状況下に暮らす人は数百万人に上る。こうした状況下での UHC 達成には、分野の垣根を超えた強い連携が求められる。

我々は、「国際保健のための G7 伊勢志摩ビジョン」、「アフリカにおける UHC 実現に向けた政策枠組み」を確認した「TICAD VI ナイロビ宣言」、及び、UHC2030 による「UHC 達成に向けた保健システム強化：健康増進社会のための共同ビジョン」を確認した「G20 ベルリン保健大臣会合での宣言」をはじめとする地域・国際的な一連の宣言を再認識し、これらに基づいて取組を進める。これらの文書はいずれも、強靱かつ持続可能な保健システムの構築と強化、及び公衆衛生上の緊急事態への統合的な形での「備え（preparedness）」の必要性を強調している。その観点から、公衆衛生上の危機への備えと対応の強化については、世界保健機関（WHO）などの国連（UN）パートナー間での協調的メカニズムの形成、及び WHO の緊急対応基金（CFE）や世界銀行のパンデミック緊急ファシリティ（PEF）といった危機時のファイナンスメカニズムを含め、進歩が見られる。

我々は、「UHC グローバル・モニタリング報告書 2017」の公表を歓迎する。同報告書によると、UHC 達成には、依然としてなすべきことが山積している。

- ・ 世界の人口の少なくとも半数が、健康を守り増進するための良質な基礎的サービスにアクセスがない。
- ・ 自己負担の医療費が家計の少なくとも 10%を占める人口は 8 億人に上り、医療費負担の結果、年間 1 億人近くが極度の貧困に陥っている。

我々は、各国における取組にもかかわらず、UHC 達成に向けた進展が遅々としていることを懸念し、UHC 達成への取組加速に向けて一層野心的な行動を起こすよう求める。

UHC 達成に向けたグローバルなモメンタムの強化

- ・ 2030 年までの中間点である 2023 年を期限に、良質な基礎的保健サービスをさらに 10 億人に提供し、医療費のために極度の貧困に陥る人を 5 千万人まで半減させる必要がある。
- ・ UHC 達成に向けた進捗状況を、国連 SDGs のレビュー・プロセスの一環として追跡してグローバル・モニタリング報告書を定期的に発表し、今後の UHC フォーラムにおいて報告書の主な内容を検証する。「グローバル・モニタリング報告書 2017」の中に、UHC 達成に向けた進捗状況測定の統一手法が盛り込まれたことを歓迎する。また、エビデンスに基づく政策立案、及び進捗状況の評価に情報を提供する国の国内及び地方レベルのデータの拡充、さらには各国の関係者によるデータの分析・活用能力の強化の重要性を強調する。
- ・ 国連事務総長によって設置された「保健医療部門の雇用と経済成長に関するハイレベル委員会」の提言を踏まえ、また「保健人材に関するダブリン宣言」に明記された通り、我々はすべての関係者に対し、特に女性のエンパワメントと若者の雇用に重点を置きつつ、UHC に向けて保健人材と社会福祉人材への投資を拡大して変革するよう求める。
- ・ UHC について高まった政治的モメンタムを維持するため、「プライマリー・ヘルスケアに関する国際会議」にて採択された アルマ・アタ宣言の 40 周年記念会合が 2018 年に開催されることを歓迎する。また、毎年 12 月 12 日を「ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ (UHC) デー」とする決定を歓迎し、2019 年の UHC に関する国連ハイレベル会合を支持する。そして、UHC 促進に向け、国連システムのハイレベルにおけるグローバル・リーダーシップをより強固にすることを支援していく。

UHC 達成に向けた各国主導のプロセスの加速化

- ・ 我々は、各国が UHC 達成に向け、明確な目標と指標、具体的な計画を盛り込んだ独自のロードマップ策定できるよう、世界中の政治的リーダーシップを共同で動員することを確約する。我々はまた、UHC2030 によるグローバル・コンパクトの原則に沿いつつ、各国主導の複数の関係者による協調のプラットフォームを通じ、開発パートナー間で取組の整合性を高めるべく支援していく。非政府組織、民間セクターのパートナーから幅広く関係者を招き、オーナーシップと説明責任の共有を図る国レベルの取組を進めていく。我々は、東京 UHC 共同イニシアティブ、UHC パートナーシップ、健康増進社会に向けた (Providing for Health) パートナーシップ、グローバル・ファイナンス・ファシリティ (GFF) などの、UHC や危機への備えのための国別システムとプラットフォームの強化を協調的に図る国際的なイニシアティブによる貢献を歓迎する。
- ・ UHC 達成に向けて、健康安全保障を確保し、国際保健規則 (2005) の下での国際的な協力を促進するため、監視システムを含め、疾病発生などの緊急事態の予防、察知、対応に的を絞った投資を確約する。そのために、脆弱で紛争の影響下にあるという状況を重点対象とし、そうした状況における UHC 達成に資金を確保する。また、我々は、水・衛生や栄養、住宅、教育などの社会サービスへの公平なアクセスが確保された健康増進社会の構築に向け、確かな基盤構築に投資し、政策やプログラム全体にジェンダーを主流化することをコミットする。
- ・ UHC のための資金として、我々は、更なる公的資金動員と患者の自己負担削減に向け国内資金を動員し管理するため、各国における保健省と財務省の間の踏み込んだ対話を支援する。また、各国によ

る市民やコミュニティのプラットフォームの動員、予算編成プロセスの強化、保健関連支出における相応の価値・公正性確保に向けた費用追跡、保健関連支出の効率性拡大が不可欠である。

- ・ GFF や世界銀行の IDA などの開発パートナーから提供される有効かつ革新的な資金ツールもまた、国内資金を補完する。その観点から、我々は、IDA 第 18 次増資（IDA18）における、日本及び他のドナーにより支持された、国際保健アジェンダに対する強い政策コミットメントを歓迎し、UHC 達成に向け更なる IDA 資金の動員を期待する。また、UHC 支援に向けて、国際開発金融機関に加え、世界エイズ・結核・マラリア対策基金（グローバルファンド：世界基金）、Gavi ワクチンアライアンス、更には、メリンダ&ビル・ゲイツ財団などの財団を中心に、すべてのパートナーによる資金提供拡大と取組の一層の調整を求める。UHC のための資金調達をさらに促進するため、我々は 2019 年までに各国の保健省と財務省とのハイレベル対話の開催を検討する。

UHC のためのイノベーション

- ・ 我々は、この野心的取組には、「これまでと同じやり方」を超える必要があるとの認識に立ち、グローバル・レベルと国レベルにおいて、イノベーションが持つ変革の可能性を解き放つ戦略、政策、システムを構築し支援することをコミットする。そのためには、各国が UHC に向けたそれぞれの優先課題を明確に示す必要がある。
- ・ 我々はまた、公衆衛生上の緊急事態発生時も含め、協調的な取組と研究開発を通じて医薬品・ワクチンへのアクセスを改善するため、グローバルヘルス技術振興基金（GHIT）、感染症流行対策イノベーション連合（CEPI）、国際エイズワクチン推進構想（IAVI）などのプラットフォームを活用することを約束する。
- ・ UHC 達成に向けた進展を加速するには、UHC2030 などのプラットフォームを通じた各国の経験からの体系的学習、政策の一貫性確保、実施に当たっての障害への対応強化、及び保健セクターにおけるシステム・イノベーションと効果的で手頃な価格のテクノロジーの可能性の解放が必要となる。我々は、重要な知識の創出・共有を促進するとともに、既存のネットワーク間の協調を足掛かりとし、将来的には拡大することで、UHC 達成に向けた学習とイノベーションを促進することを約束する。

我々は、今後、世界保健総会（WHA）、及び持続可能な開発のためのハイレベル政治フォーラム、更には 2018 年に開催予定のアルマアタ宣言 40 周年記念会合などのハイレベルな UHC 会合の場で、そして次回 UHC フォーラムの場において、UHC 達成に向けた大きな進展を国際社会と共有できることを期待する。また、今後の UHC フォーラムの継続的開催に対する支援を表明した日本政府に、心から感謝申し上げる。

UHC フォーラムに向けた市民社会の声明

2017 年 12 月 13 – 14 日、東京

(仮訳)

CSO statement for the Universal health Coverage (UHC)

Forum in Tokyo-Japan, 13- 14 December 2017

今回、2 回目となる UHC に関する地球規模の会議を、「UHC フォーラム」として日本政府が主催したことを、市民社会は歓迎します。政治指導者、各国代表、技術面でのパートナー組織、研究者、市民社会組織の代表らが世界中から集まる機会となりました。本フォーラムは、世界保健機関（WHO）、世界銀行、国連児童基金（UNICEF）の共催によって開催され、2030 年までに、すべてのコミュニティに住むあらゆる人々が経済的に困窮することなく、生きるために必要な質の高い予防と治療のための保健医療サービスを得られるようにするという UHC の実現への歩みをさらに進めるものとなりました。UHC の実現には、生きるために必要な質の高い保健医療サービスが提供されなければならない、健康促進、予防、治療、リハビリ、緩和医療すべてへのアクセスと、必要な医薬品、ワクチンへのアクセスが保障されなければならないと。

私たち市民社会は、参加者と署名者に対して、関係者間で効率的かつ説明責任のある文化を創造するために、再度、気を引き締め、注意深く UHC の進捗のモニタリングを行っていくことを求めます。

東京において、指導者たちが新たに政治的なコミットメントを明言したことを歓迎します。しかし、私たちは、このままでは 2030 年に全世界で UHC を実現することはできない、ということを指摘せざるを得ません。一部の国では進展が見られますが、UHC 実現のために国内資源から保健への支出を十分に行っているとみられる国は非常に少数です。多くの国では、保健医療サービスを受ける際に支払う自己負担金が、多くの人々の受忍限度を超えた金額レベルとなっており、援助国から受ける支援も断片的で不安定です。さらに、民間による保健サービスの大規模な民営化や、貧困・排除・周縁化に苦しむコミュニティへの差別が散見されます。これらの動きは、人々の保健医療へのアクセスの不平等を許し、UHC の精神に反するものです。市民社会は、このような不当な状態を許す、「普段どおり (business-as-usual)」のやり方を変えることを訴えます。

世界中の人々が、本当に 2030 年までに UHC を実現しようと思っているなら、私たち（サービス提供者、UHC の実現を唱道する活動家、市民とコミュニティの代表）は、次に述べる原則がさらに広く知られ、UHC 実現のための各国とグローバルなレベルでの実行の指針となるべきだと信じます。

1. 健康はすべての人の権利：だれ一人取り残さないUHCの達成を

現在のところ、保健政策、予算、プログラムが、最も脆弱で周縁化されたコミュニティの健康改善を優先した形で、構造的に導入されることはほとんどありません。各国レベルにおける UHC 関連の改革は社会的な公正と衡平性を実現する上で必須のものであり、健康に関する権利の実現という、より大きな目的のために行われる努力の一部として実施される必要があります。私たちは、UHC は漸進的に実現するという前提には賛成ですが、その一方で、政府、グローバルな保健関連のステークホルダー、援助国に対し、差別や排除をすることなく、すでに取り残され、もっともニーズの高い人々を最優先するという、進歩的な普遍主義にコミットすることを求めます。実際、差別や排除は、例えば貧困、民族、若年

であること、高齢であること、障害、ジェンダー、セクシュアリティ、宗教、移民であること、紛争、保健医療機関からの距離、遠隔地に在住していること、疾病対策のカギとなる人口層の一員であることなどによって引き起こされており、これらの人々は質の高い保健サービスに完全な形でアクセスできる権利を否定された状況にあります。中・長期的な達成目標を念頭に置きつつ、これらの人々における保健医療ケアへのアクセスを迅速に改善し、人々と患者にかかる経済的な負担を軽減することを、非常に短期的な課題として位置づけ、実現する必要があります。市民社会は各国政府に対して、今後行われる保健改革が、正職員もしくはフォーマルセクターで働く人々だけに利益をもたらしたり、特定の雇用状態にある人がアクセスできないような保健サービスを作り出すようなものにならないようにすることを呼びかけます。

2. 自己負担を漸進的になくし、保健のための公的資金の顕著な増額を

UHC 実現に取り組んでいる国の多くで保健医療サービスの自己負担が増えていることを、市民社会は懸念します。人々が本当に必要とする、適切な値段のサービスや薬品を、個人費用などの直接の支払いなしで手に入れられなければ、UHC は実現できません。すべての国が、公的な国内資源の割合を増やし、もっと多くの公的資金を保健支出に向けなければなりません。具体的には、漸進的に保健への出資を増やし、保健関連支出を年間 GDP の 5% 以上にまで増やすよう、各国政府に求めます。ここで優先されるべきは、必須保健サービスのパッケージにつながる、プライマリー・ヘルス・ケアへの支出です。この必須保健サービスのパッケージの内容は、SDG 目標 3.8.1 達成のために必要なニーズと優先順位をもとに国ごとに定められるべきもので、その中に、保健医療サービスの受益者による提供者への直接的な現金支払いをできるだけ早く撤廃するための現実的な計画が含まれていなければなりません。そのための資金は各国政府が確保すべきものであり、その手段として、進歩的な税制改革、他の資源フローの効率化や調和化による増収などが行われるべきで、その目的は、自己負担を公平な形で減らし、個人とその属するコミュニティの経済的な困窮を軽減することです。市民社会は、保健への公的支出を増やすことで、保健医療ケアのアクセス、スコープ（対象範囲）、質の高い保健医療サービスの活用のすべてが改善されることを、各国政府に望みます。

さらに、各援助国に対して、援助国によって現在、約束されている拠出、例えば国民総所得の 0.7% を ODA にあてるといった指標を達成し、保健のための開発援助（DAH）を増やすことで、「誰一人取り残さない」UHC を実現するよう、各援助国に求めます。援助国による被援助国に対する援助が、現地における平等を維持し、特に周縁化され脆弱な立場に置かれている人々を念頭に保健サービスの格差を是正し、援助の効率性の原則を遵守し、国家レベルの保健政策を公的資金で賄うために使用されることを、援助国は保障しなければなりません。国際社会としては、脱税や税金逃れの対策を提供することで、各国政府の経済的な余裕を増やす支援ができます。アカウンタビリティやドナー資源の追跡・把握などの活動も、保健制度における肯定的な成果を念頭に置いて改善する必要があります。

国内資源の割り当てと調達を補填するためにも、開発途上国が UHC 実現のために必要とする経済資源を搾取るグローバルなマクロ経済政策（グローバルレベルでの不平等な税制や貿易ルール）の見直しを、援助国は約束しなければなりません。このような構造的な要因を考えない限り、UHC は、価値は高いが実現できない（絵に描いた餅の）ままになってしまうでしょう。

3. グッド・ガバナンス、安定的な透明性の確保、十分なアカウンタビリティの実現を

UHC はマルチ・ステークホルダーによる運動によって作り上げられるべきものです。すべてのステークホルダーは、自らのコミットメントと責務を自覚し、それを実現しなければなりません。UHC 実現に対する第一の責任者は各国政府であり、実現への歩みを進めるために、先頭を切って皆を導いていかなければなりません。他方、市民社会とコミュニティには、サービスが人々とコミュニティに受け入れられ、適切で、持続可能なものにするという、ステークホルダーとして果たすべき重要な役割があります。市民社会はまた政府やパートナーに対し説明責任を求めることで、自らの権利を主張できるよう人々をエンパワーします。指導者たちは、市民とコミュニティの声に耳を傾けることができる体制をとる必要があります。そのために、現地の施設から各国政府、国際フォーラムのレベルまでインプットとフィードバックが行えるようなメカニズムを設置しなければなりません。それによって、人々の保健ニーズに応える保健システムが保障されます。だからこそ、市民社会とコミュニティへの公共投資が必須なのです。

最後に、民間セクターが保健関連の物資やサービスへの出資、開発、提供に参加する場合には、倫理的なセーフガードを適切に導入し、利益相反の予防と過剰な潜在的利益の追求を減らすとともに、公的なセーフガードとして、公共投資と公共政策によって人々の衡平で質の高い公的サービスへのアクセスを権利として保障することを求めます。UHC のステークホルダーに対し、保健医療の物資の価格と供給を常に監視し、報告を記録化するように求めます。必須保健医療ケアのパッケージを提供する活動のモニターのためにも、適切な仕組みが必要です。さらに、活動実績とアカウンタビリティを保障する枠組みの非常に重要なチェックポイントとして、すべてのステークホルダーに対し、既存の患者が直接支払う治療費等のモニタリングと、自己負担に関するモニタリングをしなければなりません。各国においてこれらを監視する組織や取り組みが強化され、責務が果たされるようにしなければなりません。

以下に署名する市民社会組織は、上記の原則を実施することで、人々が健康になる権利の実現と持続可能な開発目標（SDGs）の達成に UHC が大いに寄与できると信じます。次回の UHC フォーラムとモニタリングレポートでは、上記の優先原則を振り返り、それに基づくプロセス追跡をするように求めます。

署名 （2017 年 12 月 14 日朝までに世界 117 団体が署名）

私たちが求めるUHC

2017年11月 アジア太平洋エイズ・サービス組織評議会（APCASO）主催 「コミュニティと市民社会組織によるアジア太平洋 UHC コーカス」で採択された声明

持続可能な開発目標（SDGs）を採択することにより、各国政府は以下の取り組みを決意しました：

- a. 目標 3.8 – すべての人々に対する財政リスクからの保護、質の高い基礎的な保健サービスへのアクセス及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へのアクセスを含む、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）を達成する。
- b. 目標 3.3 – 2030 年までに、エイズ、結核、マラリア及び「顧みられない熱帯病」といった感染症を終息させるとともに肝炎、水系感染症及びその他の感染症に対処する。

SDGs と各ターゲットは相互依存の関係にあります。一方の達成は、もう一方の達成にかかっています。UHC と現在も終わりをみない HIV、結核、マラリアで言えば、この三大感染症を終息させるために、UHC の確実な遂行が必要になるということです。また、三大感染症とともに生きる人々、あるいはその影響を受けている人々、カギを握る、脆弱な立場の人々の積極的な取り込みも UHC と SDGs を成し遂げるために必要です。

UHC の達成は、技術面、資金面のみならず、政治的にも容易ではありません。私たちは、2017 年 12 月 11 日～15 日に東京で開催される第 2 回 UHC フォーラムにおいて、政治指導者、技術パートナーや開発パートナー組織、コミュニティ（訳注：地理的近接性だけではなく、利害や関心を一にする集団も含まれる）、そして市民社会組織の人々に、私たちが望む UHC の未来—「誰も取り残さない」という世界中の人々の願いと真摯に向き合う未来—を公表いたします。

1. 人々が中心の UHC へ

私たちが望む保健対策や保健制度とは、疾病中心ではなく、個人やコミュニティの保健ニーズを中心につくられたものです。保健医療の提供や促進、疾病の予防を包括的にとらえる UHC を望んでいます。

包括的で公正な保健制度では、人生のある時点、またはあらゆる時点における社会的アイデンティティ（性別、年齢、周縁化）が保健医療のアクセスに影響を与え、決定づけることを認識していなければなりません。それぞれのアイデンティティにあわせた、個別化、差異化された包括的な保健医療の提供が必要なのです。つまり、もっとも合理的なレベルで医療サービスを統合しつつ、専門的な対策を必要とする側面においては、専門性の高い医療を提供するということを意味します。政策決定者や意思決定者に対して、適切な保健医療サービスへのアクセスや経済的負担が改善する方法を伝え、衡平性や社会的公正性、連帯、社会的結束など社会全般のさらに大きな目標に取り組むためには、サービスが十分に届いていない、周縁化された人々の関与とエンパワメントを重視した戦略が不可欠です。

一部のコミュニティの人々に対する差別や偏見は、保健医療サービスへのアクセスを妨げる極めて大きな障壁となっています。サービス提供者（保健専門家やコミュニティワーカーなど）の理解を深め、当事者の権利意識を高めるプログラムは、一連の UHC 事業の要となるべきです。

2. 公正かつ権利擁護に積極的な UHC へ

UHC の達成は、健康権が真に一人ひとりの権利であることの政治的内面化—支払能力、場所、社会的政治的アイデンティティと無関係に—なくして不可能です。もっとも排除されやすいグループの人々への公平な医療のアクセスが真に先に確立されなければ、平等な保健医療の提供は実現できません。もっとも排除されやすい人々には、レズビアン、ゲイ、バイセクシュアル、トランスジェンダーおよび移民、移動生活者、難民、受刑者やその他の拘束状態にある人々、先住民、障害を持つ人々、セックスワーカー、薬物使用者などが含まれます。

UHC は、この世界が平等な状況にないという前提に立つべきであると私たちは考えます。そして、平等の先にある公平性を求めます。資金的、社会的またはその他の排他的要因を根拠に保健医療プログラムやサービスからもっとも遠くなっている人々を優先する UHC を望んでいます。

また、UHC を通して、人々が保健医療プログラムやサービスにアクセスできる環境が作られるのであれば、UHC は私たちにとって意味のあるものとなるでしょう。つまり、性的指向や性自認またはその表現、薬物使用、セックスワークへの従事、HIV 感染や移民、その他の立場を理由にした「HIV 対策の鍵となる人口集団」に対する懲罰的法規制の排除を、UHC の必須要件として含むことが求められます。

最後に、性と生殖に関する健康と権利（SRHR）が重要な要素として十分に考慮されない限り、UHC の達成は実現しないでしょう。SRHR は健康権および持続可能な開発の中心であり、男女平等と非差別に必要な前提条件となるものです。

3 .コミュニティ組織と市民社会組織の実質的な参加を伴う UHC へ

コミュニティは、UHC の実施、達成の可否とその方法に大きな関心を寄せています。私たちの健康の問題であり、生命の問題と言えるからです。したがって、私たちに影響を与える保健政策および計画の策定、実施、予算化、検証において、私たちが政府や開発パートナー組織の対等なパートナーと位置づけられる UHC が私たちの理想です。

コミュニティや市民社会の活動、政策提言、コミュニティ中心の医療サービスの提供、コミュニティへの働きかけ、政策やプログラム、サービスの効果に関するコミュニティによる監視活動、コミュニティ主導の調査研究などはすべて、本来あるべき UHC—もっとも医療の届きにくい人々に医療が届き、対応できる保健政策—を達成するために不可欠です。こうした方法こそ、保健プログラムやサービスを最低限必要な規模まで拡大しつつ、持続可能なレベルに費用を抑える唯一の方法です。

私たちは、保健プログラムや政策の策定、意思決定、実施のいずれにおいても、コミュニティと市民社会の参加が必要不可欠であるとする UHC を望んでいます。ここでいう参加とは、実質的且つ十分な資金を与えられ、法的に可能であり、カギを握る、脆弱な立場にある人々を含むものでなければなりません。

4 .効果的且つ持続的に資金が投入される UHC

WHO は、「すべての人々が、必要な保健サービスを受けられると同時に、支払いの際に資金的な困難に直面しない」状態の確保を、UHC の最終目標と定めています。¹⁰ 公的資金は UHC の達成に不可欠であり、その資金は HIV、結核、マラリア、C 型肝炎など優先順位の高い人やサービスに配分され、すべての人が等しく確実に、適切な保健サービスと資金的保護を受けられるようにしなければなりません。

以上から、私たちは政府に対し以下を要求します：

- a. 国内資金の保健分野への配分を増やし、最低でも国内総生産（GDP）の 5%とすること；
- b. 必須医薬品やサービスの自己負担をなくすための具体策を実行すること；
- c. 保健分野の支出における運用実務および配分の一層の効率性向上に取り組むこと；
- d. コミュニティの活動や、コミュニティを中心とした、あるいはコミュニティ主導の保健対策のための独立した資金を確保すること；
- e. 大手製薬企業による特許の掌握および薬価や診断技術の独占を可能にする自由貿易協定に異議を唱え、反対する取り組みを支持すること。

私たちは、言葉のみならず行動と資金的貢献によって、私たちの望む UHC が達成されるよう地球規模で連帯する

ことを求めます。私たちは各援助機関に対し、ODA による資金提供を約束すること、融資ではなく無償資金などを通して、実施国が UHC を達成できるようにひも付きでない支援をすることを求めます。

私たちは、HIV、結核、マラリアへの最大の資金メカニズムである「グローバルファンド」（世界エイズ・結核・マラリア対策基金）に十分な資金が供与されることを求めます。グローバルファンドは、コミュニティや権利団体、ジェンダーへの対応と、保健のための強靱かつ持続可能なシステムへの資金供与を全体的な戦略の中心に据えて制度化してきました。そして、カギを握る、脆弱な立場にある人々が最高レベルの意思決定過程に関与することを通例化し、そうした方針が有効であることを証明しました。

私たちは、周縁化された人々やコミュニティの人々に、二国間および／または多機関の資金が確実に配分され、こうした人々が決して取り残されないようグローバルに連帯することを、各援助機関に呼びかけます。

5. 私たちの望む UHC を実現するための説明責任の仕組みの構築

私たちの望むこうした UHC は、実行にうつす政治的意思と説明責任を負うための仕組みがなければ、机上の空論で終わってしまいます。政府の透明性や基本的責務、説明責任の原則を忠実に実行し、且つ、多様性を尊重し、参加を様々な場や形式での参加を伴うコミュニティや市民社会の実質的関与を実現するものでなければなりません。

アジア太平洋地域のコミュニティ組織と市民社会組織は；

- a. 政府に対し、明確且つ具体的で、期限のある、実行可能な、予算措置を含む、開かれた UHC の計画と目標を定めるよう呼びかけます。各国に対しては、コミュニティを含むあらゆる利害関係者を巻き込んだ国家レベルの対話を確立した上でこれらの政策を策定することを強く促し、国際社会に対してはこの過程を支援することを要求します；
- b. 政府による UHC に関する計画並びに達成の国家及び地域レベルの検証の仕組みを整えること、その際にすべての利害関係者を実質的に参加させることを求めます；
- c. グローバルな UHC の取り組みが、国および地域からの進捗情報を随時提供され、設定した計画と目標に向けて推進されることを求めます。

私たちは第 2 回 UHC フォーラムを、新たな政治的、財政的貢献の取りつけに向け、予算措置を含む UHC の国別計画と国別目標の進捗と達成までのギャップを、誰も排除せずしかし大所高所から再検討すべく、私たちが望む UHC 実現に向けて国境を越えた連帯強化を喚起し、そして障壁やギャップを克服するための計画を共有するための道であると考えています。

この声明は、コミュニティや市民社会組織の地域、世界ネットワークから 30 人以上の代表が参加し、2017 年 11 月 26 日、27 日にタイのバンコクで、GFAN-AP と受け入れ国の APCASO の共催によって開催された「アジア太平洋コミュニティ・市民社会ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ・コーカス」の成果です。 **#theuhcthatwewant**

グローバルファンド・アドボケーツ・ネットワーク・アジア太平洋（GFAN AP）はグローバルファンドの資金調達のために活動するコミュニティや市民社会組織のプラットフォームです。HIV、TB、マラリア対策のための国内拠出金の増額、支援機関によるグローバルファンドへの拠出金の増額、保健財政の政策的枠組みのコミュニティ、権利、ジェンダー問題への確実な配慮などについて、コミュニティや市民社会の活動を支援しています。詳しくはウェブサイトをご覧ください；
<https://www.facebook.com/gfanasiapacific>

APCASO はアジア太平洋地域における政策提言とコミュニティの能力開発を中心に活動する、保健と社会正義のためのコミュニティ組織であり、非政府組織の市民社会ネットワークです。APCASO は、もっとも支援の必要なコミュニティの権利が尊重され、行使され、向上する公正かつ誰も排除しない社会を見据え、AIDS およびその他の健康を脅かす問題の終息を推進します。詳細はウェブサイトをご覧ください； www.apcaso.org



HEALTH FOR ALL

すべての人に健康を。
ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ
UNIVERSAL HEALTH
COVERAGE
<http://uhcdaily.jp>

平成 29 年度外務省 NGO 活動環境整備支援事業
NGO 研究会「グローバル・ヘルスと NGO」成果物

発行：外務省 国際協力局 民間援助連携室
東京都千代田区霞が関 2-2-1
TEL 03-3580-3311
平成 30 年 3 月

編集：公益財団法人ジョイセフ
東京都新宿区市谷田町 1-10 保健会館新館
TEL 03-3268-3172
E-mail info@joicfp.or.jp
WEB <http://www.joicfp.or.jp>

監修：稲場 雅紀（特定非営利活動法人アフリカ日本協議会）

表紙写真：東海林 美紀、他

印刷：NPC－日本印刷株式会社
東京都豊島区東池袋 4-41-24

本書に関するお問合せは、(公財)ジョイセフへお寄せください。

