



国際保健の課題と日本の貢献

武見敬三氏

(元厚労副大臣、ハーバード大学公衆衛生大学院フェロー)

マイケル・ライシュ氏

(ハーバード大学公衆衛生大学院教授)

2008年10月6日

2008年、日本はアフリカ開発会議（TICAD IV）、洞爺湖G8サミットを通じ、「人間の安全保障」の理念に基づいた国際保健分野での国際貢献に強い意欲で臨み、イニシアチブを示した。

この背景には、官民混合で組織されたワーキング・グループによる、前年からの取り組みがある。これを主導したのが武見氏であり、理論的に支えたのがライシュ氏だった。

G8専門家会合による「国際保健に関する洞爺湖行動指針」には、武見WGの議論の成果が反映されている。この指針はG8宣言において歓迎され、G8のコミットメントを監視するメカニズムの導入も合意された。

これをうけ、行動指針を具体化するためのフォローアップ活動が8月に始まり、引き続き両氏が中心的な役割を担うことになった。

会見では、背景にある基本的な考え方とこれまでの取り組み、今後の課題が説明された。両氏の丁寧な話は、国際保健の改善への強い思いを感じさせるものだった。

司会・宮田一雄企画委員(産経新聞編集委員) 本日は、前参議院議員で、いまハーバード大学の公衆衛生大学院のリサーチフェロー、それから日本国際交流センターのシニアフェローでもある武見敬三さんと、ハーバード大学公衆衛生大学院のマイケル・ライシュ教授のお二人にお話をさせていただきます。

ことし7月の北海道洞爺湖サミットで、成果文書として「国際保健に関する洞爺湖行動指針」がまとめられました。それ自体は各国政府間の文書なのですが、その行動指針の基本的な考え方や内容に大きな影響を及ぼしてきたのが、武見ワーキング・グループといわれる会合です。それが、行動指針をまとめる過程で非常に大きな役割を果たしてこられた。これはあまり知られていないことだと思うのですが、外務省などの一部の専門家の間では“武見プロセス”などとも呼ばれていました。

その一連の議論の経過、それから、それを受けてサミット後にどのようにフォローアップをしていったらいいのか。こうしたお話をうかがいたいと思います。では、武見さんからお願いします。

武見敬三 私は昨年7月に国会における仕事を失ったおかげで、大分時間ができました。それまで厚生労働副大臣という立場にいたのですが、当時の柳沢厚生労働大臣のもとで、従来、非常にドメスティックな観点でのみ仕事をしてきた厚生労働省という役所を変え、医療の国際化という新しい問題にも取り組めるような国際戦略をいかにつくるか、というタスクフォースを作り、その責任者としての最後の仕事をしました。

その時点で、ことし5月の第4回アフリカ開発会議(TICAD IV)、7月の洞爺湖サミット開催が決まっていたので、この二つの重要な国際会議の主催国として、国際保健の分野において日本が引き続き重要な役割を果たすための準備をしよう、と考えました。

同時に、これを官民が一体となって提案をする仕組みをつくろうと考えました。そこで当時の高村外相、額賀財務相、舛添厚労相、皆さんよく存じあげる方々でしたから、そうした提案をしたと

ころ、喜んでご支援をくださいました。その結果として、「国際保健の課題と日本の貢献」研究対話プロジェクトというものが昨年の9月に発足をしたわけです。

官だけでは解決できない問題

このワーキング・グループは非常にユニークな形を整えています。国際保健の議論をしようということになりますと、当然WHO(世界保健機関)との連携が必要なわけですが、その窓口は厚生労働省国際課ということになります。他方で、昨今この国際保健の分野において欠かせない重要な役割を担うようになっているのが世界銀行です。この世界銀行の窓口は財務省の国際金融局です。そして、TICAD IVと洞爺湖サミットの主管官庁は外務省。国際協力局地球担当審議官というのがその任に当たることになるわけです。そこで、この3省のそれぞれの担当者に、ワーキング・グループに入っていました。同時に、援助の実施機関である国際協力機構(JICA)や国際協力銀行(JBIC)の担当者、そして研究者とNGOの指導者の方々に参加をしていただいた。全員参加型という観点からワーキング・グループを組織したわけです。しかも、その事務局はあえて政府の中に置かないで、国際交流センター(JCIE)に設けて、こうした官民が連携し得る仕組みを整えた。これが、今回のサミットにかかわるセカンドトラックの作り方における大事な特徴の一つです。

このことは実は、昨今のグローバルヘルスという分野の議論をするときに、改めてコミュニティの観点から政策を考えることが重要になってきた、という視点と密接にかかわりがあります。従来は政府間の関係だけで政策の議論が行われてきたわけです。しかし、こうしたコミュニティに至るまでの政策を議論しようとする、もはや官の代表者を集めるだけでは不十分になりました。市民社会、NGOとの連携が必要になってきたわけです。そういった観点からも、全員参加型、Participatory Approachと呼んでいます。この視点はいまの時代状況において不可欠という認識で、このような組み立てが行われたという経緯があるわけです。

また、私はハーバード大学にフェローとして行くことになっていましたので、隣にいらっしゃるマイケル・ライシュ教授のご協力を得て、ハーバード大学の中にも非公式にこの研究グループを組織していただきました。そして、このハーバードの研究グループとワーキング・グループとの連携のもとで、改めて共同の論文を書きました。それが「保健システム強化のためのグローバルアクション・洞爺湖G8サミットへの提言」という論文です。これは主として沖縄サミット以来のグローバルヘルスの状況について、理論的に整理した内容となっています。

2000年の沖縄サミットのときには、特にHIV/AIDSがパンデミックになり、国際政治全体の中で極めて深刻な脅威として関心の対象となっていました。このように政治的な関心が強くなっている状況下において、サミットで我が国が沖縄感染症イニシアチブというものを提案した。それが非常に大きな反響を巻き起こし、結果として、「世界エイズ・結核・マラリア対策基金」(以下、世界基金)が創設されることになりました。このグローバルファンドはその後、多くの先進諸国政府の資金、あるいは一部民間からの資金を得て、いまやWHOをしのぐ大きな基金として、その役割を担うようになってきています。そこが抗レトロウイルス薬治療とか、新たに開発された、こうした支援を途上国においても行う重要な役割を担うことによって、すでに250万の方々の命を救っているといわれています。

疾患別アプローチと医療システムの強化

このような感染症イニシアチブなどをみると、マラリアなどもそうですが、国際社会の中でいずれも各疾患別に取り組みが行われるようになっていきます。ところが、こうした疾患別に取り組みでは限界があるということが今日では認識されるようになってきました。そのことを論文の中で明らかにしたという点で、大きな意義があったと私は思っています。

例えばHIV/AIDSに関わるものなど先進国で開発された新たな薬を、途上国でも生産して安く提供するルールがようやくできてきたわけです。しかし、そうした薬が途上国の倉庫に多

く蓄積されながらも、それを実際に田舎のコミュニティの患者さんのところに持って行って、診断、治療をし、服薬指導をする医療体制の提供というところまでは、なかなか行き着かない。このような疾患別のアプローチの限界が認識され、改めて医療の提供体制、Health System Strengtheningと呼んでいますが、つまり医療のシステムそのものを改めて強化することを抜きにしては、現状をより効果的に改善することはできない、という考え方がうまれた。それに基づいて、新たに政策提言を行うようにしたわけです。こうした考え方をとりまとめて洞爺湖サミットに向けて準備をすすめ、ガバメントサイドのG8保健専門家会合に私どものこうした考え方を提案し、そこでの議論に資するという形を整えました。

洞爺湖行動指針の中では、改めてこの Health System Strengtheningが重要な柱として取り上げられました。そして二つ目は感染症、三つ目が国連ミレニアム開発目標(Millennium Development Goals: MDGs)の4から6に関する問題。MDG4は乳幼児死亡率、5は妊産婦死亡率つまり母親の健康、6は感染症ですが、特になかなか改善が進まない4と5についての問題点の指摘です。最後に、それらを解決するための横断的アプローチ(Cross Sectional Approach)。健康医療の問題はもはや、特化した問題として政策を議論しても、その解答はありません。関連する諸分野と連携をしながら包括的に取り組む姿勢がいかに必要かということ、指針の中でも明らかにしました。

このような観点でのとりまとめにあたり、私どももセカンドトラックとして一定の役割を果たすことができました。そのうえで、この洞爺湖行動指針を踏まえて、G8がフォローアップを行うということになったわけです。水や衛生、教育といった分野に加えて、このグローバルヘルスもフォローアップとして位置づけられることになり、全員参加型の観点から設けられたワーキング・グループが、フォローアップにおいても引き続き重要な役割を担うことになりました。

その中で、洞爺湖行動指針で指摘された保健システムの中核となる三つの重要な分野、ヘルスファイナンス、ヘルスイノベーション、ヘルスワークフォースの3分野について、改めて具

体的な提案をするための研究チームが組織されました。私とライシュ教授の2人が総括、事実上エディティングをする担当者となりまして、ホスト国である日本国政府に対して、来年の1月中旬までに政策提案をするという形を整えました。10月3～4日には東京でその担当者たちを中心とした準備会合が開かれ、打ち合わせ及び草案にかかわる議論が初めて行われたわけです。

11月3～4日には、この分野での世界的に重要な指導的人材の方々に改めて東京にお集まりいただきます。そこで、これら3分野にかかわる議論、主要な関係国際機関代表者からの意見聴取、さらにはG8のヘルスエキスパートのメンバーの皆さんにも参加していただき、官民一体となった議論の場をつくることになりました。このように極めてユニークな形でG8のフォローアップの場所をつくることができること自体が、我が国にとっても大きな外交的な成果であろうと考えています。

問題解決能力を競う新次元のパワーゲーム

もう一つ、政治的な側面から解説をさせていただきます。

国際保健の分野ではいま、いろいろな機関が誕生して、政策を決めるうえでも流動化しているという実情があります。かつてはWHOが規範的な役割を強固に持っていました。国際社会の大きな政策がWHOを中心に組み立てられていく一定の流れがあったわけです。そしてWHOというのは、国際的な条約に基づいた政府を代表する機関であり、民間との連携というのはマנדートの中には入っていません。

しかしいまや、この分野の問題はパブリックセクターだけでは解決できなくなってきました。官民の連携(public private collaboration)なくしては、国際社会共通の課題としての保健問題を解決することができなくなっているのです。WHOもようやく民間との連携のための努力を始めていますが、その巨大な官僚機構そのものが硬直化しているために、そうした事態に対応し得なくなっている。そういうところに民間セクターの中から巨大な財団、ゲイツ財団といったものが生まれ、その予算規模はもはやWHOと同等という

ほどまでに成長しています。また、先ほど申し上げた世界基金も、その予算規模はWHOを上回るようになってきている。このように官民が連携した形でのルールづくりが必要になる過程で、WHOが担えないような分野において、ゲイツ財団が民間の企業などをも巻き込みながら、新たな役割を果たすという事態も現実のものとなってきたわけです。

このように国際保健にかかわる政策決定が、全体をハーモナイズするための新しい仕組みを求め始めているのです。それを、G8という場所を通じて改めて方向づけることが、私たちの新たな役割となってきたと考えています。

これはグローバルヘルスに限った問題ではありません。グローバリゼーションの結果として、気候変動だけではなくて、食料価格の高騰による食料危機、エネルギー価格の高騰による慢性化したエネルギー危機といった問題があるわけです。このように、国境を越えた共通の課題が、多分野にわたって噴出してきます。こうした問題に対して、国民国家の代表たる政府がどのように解決能力を示すことができるか、それぞれの国内、さらには国際社会において、どれだけ能力を蓄積できるか。こうしたことが21世紀のこれから30年、40年において、その国が国際社会においてどれだけの影響力を持つことになるかということの新たなバロメーターになってくると思います。

この動きは従来の地政学的な軍事力、経済力といった分野から単純に整理されてきた、20世紀型の国力の概念を変えることになります。従来の概念も、引き続き地政学的には重要な意味を持つわけですが、それに加える形で、新しい形の影響力を持つとする、新次元のパワーゲームがうまれつつあります。多くの国際社会の指導者たちがこの点を認識し、改めてこうした分野における国際協力の提案をするようになってきています。例えば昨年9月、イギリスのゴードン・ブラウン首相が International Health Partnership という提案をしました。また、ノルウェーのストルテンベルク首相が、母子保健にかかわる新たな提案をしました。カナダもこの分野にかかわる提案をしています。今日、かなりの国がこうしたグローバルヘルスイニシアチブといわれる提案をするよ

うになってきているわけです。これらが、新たなパワーゲームの一端としての側面を持っているということは否めない事実なのです。

こうした中で我が国も、G8のホスト国として、グローバルヘルスイニシアチブにおいて新たな役割を担うための模索を、私どものParticipatory Approachを通じてやっているのです。そして、改めてこれらの考え方を整理して、人間の安全保障(Human security Approach)の国際保健への適用、そのための理論的な整理といったことを、いままさにライシュ教授らと行っているところです。

約束の実行状況を検証することで合意

G8ホスト国としての役割というものは、表面的には一過性のものとなります。我が国がホスト国であるのは今年12月まで。来年の1月からはイタリアがホスト国の役割を担うことになるわけです。私どものこうしたフォローアップを、どのようにイタリアにつなげて、G8がグローバルヘルスにおいて一定の、より恒久的な役割を担えるようにしていくか。このこともまた、大きなテーマとなるわけです。

その意味で、洞爺湖サミットにおいて非常に重要な共通認識が生まれました。それは国際保健にかかわるG8のメンバー国が、それぞれコミット(約束)したことについてどれだけ実行しているかを検証するアニュアルレビューを行うという合意ができたことです。このアニュアルレビューを、今後、どのような共通のフォーマットを通じて継続していくか。G8という、毎年ホスト国が変わり重点アジェンダが異なる会議において、グローバルヘルスについては、恒久的に議論し得る場として一定の役割を担っていくことができるのか。その可能性を、いままさに私たちはホスト国のセカンドトラックの立場から模索をしている。その協力を得るためのさまざまな働きかけを、イタリア政府、官民に対して行っているというのが現状です。以上で私の報告を終わります。

司会 ありがとうございます。それでは、政策の中身に関するお話なども含めて、ライシュ先生にお願いします。

マイケル・ライシュ ハーバード大学のライシュと申します。よろしくお願いいたします。

武見先生がもうほとんど全部説明しましたから、私は何もいわなくていいのではないかという気がしますが、一応このプロジェクトの背景と政策の内容について、それと、いくつかの結論の説明をさせていただきます。

武見先生が今年の参院選で議席を失われた後、私はすぐに電話をして「じゃあ、日本で政治の仕事がないから、ハーバードに来たらどうでしょうか。日本の政治の社会を休んでもいいのではないか」とお誘いしました。武見さんとはもう25年の付き合いで、彼のお父さん(武見太郎氏)にも1971(昭和46)年にお会いしたこともあります。背景には、個人的な関係、仕事の関係、両方の面があるわけです。しかし、昨年8月時点で、G8に影響を与えるような仕事になるとは全く考えていませんでした。

ハーバード大学にはたくさんの学部がありますが、私は公衆衛生大学院というところに勤めています。これは日本人にはちょっと説明が必要です。日本では普通、医学部の中に公衆衛生学科があつて、そこに教授が1人、助教授1人、講師2人ぐらいの陣容で、医学部の学生さんが年に1回か2回ぐらい講演に来るわけです。私のところは、ちょっと違います。公衆衛生大学院には、約200人の講師、約800人の学生がいます。博士論文を書いている人もたくさんいます。年間予算は2億ドルぐらい。ここでは科学研究もやっていますし、政策的研究、バイオスタティスティクス、疫学などの研究もやっています。かなり大きなところです。日本の国立公衆衛生院みたいな組織ですが、中身がちょっと違います。

その公衆衛生大学院の中で、私は数人の教授と、15年間ほど、第三世界の保健医療制度のパフォーマンスの問題を研究してきています。私たちの研究グループは、アフリカ、南米の医療制度について、単なる研究だけではなく、実際にその国の中に入っていっています。そして、その国の厚生大臣や厚生省の人たちと連携し、政策決定の中に入っていくという経験を15年も積んできているわけです。また、この経験を活かして世界銀行の研

究所で講座を一つ持っています。そのコースは、もう10年間ぐらい続いており、延べ1000人ぐらいがこのコースを通していています。そのコースで本も1冊書きました。『Getting health reform right』——「保健改革を正しくする」という題です。日本訳はできたのですが、まだ出版されていません。

必要だが不十分な条件

そのハーバード研究グループが、こちらの武見グループと連携して活動することになりました。そして、武見先生がご説明した論文を書いたわけです。この論文は世界中に大きな影響を与えたのですが、特に重要なテーマは、貧しい国において保健制度をよくするためにはどうすればいいか、ということです。論文ではいくつかの提案も示しています。それが洞爺湖サミットのアジェンダの中に入り、サミットの最終的レポートの中にも入った。以上がプロジェクトの背景です。

次に政策について。どんな政策があるかという、まず情報、データの問題です。次に人材。3番目が財政。保健システムのパフォーマンスにおいて、この三つが必要条件(necessary)なのです。しかし現実には、不十分な条件でもある。必要だけど十分じゃないわけです。ほかにも例えば薬の問題などもありますが、ここでは扱っていません。情報、人間、お金という非常に基礎的なコンポーネントについてポリシーペーパーを作っていて、現在、ドラフトまでできています。取り組んでいるのは40代の若い研究者です。2人が日本人、1人がスリランカの人です。これは日本にとっても重要な意味があると思います。新しい世代の役割として、日本だけでなく世界的な専門家としてこの問題を分析して提案するのです。ドラフトは各テーマについて20ページぐらいのもので、この1カ月くらいでまた書き直している段階です。ここで扱っている三つの問題についてご説明します。

まず、情報。対象国の健康状態についての十分な情報がないわけです。働いている人たちが情報を集めていても、その情報はどこにも出さないという問題がある。または、情報があっても分析はしていない。分析しても、決定者がその情報を使っていない。このように、情報のつくり方の問題、

解釈の問題、使い方の問題があります。

もう一つ大きな問題が、国の中に情報があっても、国際的には流れていないことです。ですから、国と国の比較ができません。基本的な問題として、新しい政策があっても、その政策がどういう影響を与えているかという、評価(evaluation)のやり方が十分にできていません。こうしたデータの面を改善しようという提案です。これが結局、医療・保健制度の基本的な機能(function)なんですね。そういうデータがなければ、政策づくりも難しいし、その制度の経営も難しい。

2番目が人材、ヘルスワークフォースの問題です。まず、量的な面があるわけです。人材が不足している。なぜ不足しているかというと、その国の医学部、看護婦学校が足りないのが理由の一つです。もう一つが、移民の問題。例えば、ガーナで医者になった。だけど、ガーナで医者をする生活は難しいし、給料も安い。月に150ドルぐらいしかもらえない。一方、イギリスは医者不足、アメリカでも不足している。給料がかなり高い。看護婦さんも同じで、フィリピンで看護婦さんになって、日本に来る可能性もあるし、アメリカで仕事をする可能性もある。移民(emigration)、人材流出の問題も関係しています。

それをどうすればいいかというと、ある意味ではお金が必要、ある意味でトレーニングが必要。しかし、それだけではなくて、保健システムのパフォーマンスが悪いことも解決しなければいけない。薬がない。病院の中の状態も、電気もない、水のないところもある。仕事の環境が悪いと、やはりいい医者さんはそこでは働きたがらない。その意味でも、保健システムの強化が重要になってきます。

3番目が財政。基本的な問題は、お金が不十分なこと。しかし、それだけではなくて、お金の使い方の問題もある。これは情報不足に起因する部分もあるわけですが、金の使い方もわからない国が多いのです。お金がどこから入って、どうやって使われて、その影響がどこにあるか。こうした基本的な経営環境が十分にできていないのです。

政策論文の中では、こういう状況を分析して解決策の提案をしています。単なる提案だけではな

く、基本的な問題意識として、G 8は何ができるのかということを考えています。

武見先生が説明しましたように、G 8というのは変な組織です。組織のない組織でしょう。年に1回、3日間、8カ国のリーダーだけがテーブルの周りに座ってお話しするという組織なのです。各リーダーの後ろに1人ぐらいが座っている。この後ろにいる人をシェルパといっています。エベレストに登るにはシェルパが必要。道がわかって、全部準備をして、重いものを持つ。こうした人たちがいて、リーダーたちが集まって、日本でいう井戸端会議みたいな感じで話をする。こういう場で、世界の重要な問題を解決しましょう、と。

日本のイニシアチブに世界が注目

しかし、この会議のアジェンダに入るのは簡単ではないのです。今回、保健システムの強化をアジェンダの中に入れることができました。それだけでも成功といえますが、これはまた、日本にとっては新しい傾向だと思うのです。日本が、国際的なポリシー・メイキングの中に入ったのです。ただお金を出すだけでなく、考えを出して、アジェンダの内容をつくる。これは新しい傾向だと思います。それだけではありません。武見さんが、日本のグローバルヘルスに対する取り組みの顔と声になってきた。日本の政治で落選して、世界の政治に入ってしまった、という感じです。失敗からいろんなことがうまれる可能性があるということです。いま、いろんな会議に招待されて、世界中を飛び回っているわけです。こうして世界のグローバルヘルスの政策決定の中に入ってきたのです。それも重要な成果の一つでしょう。

私たちの研究に話を戻しますと、結論を示すにはまだちょっと早い。いま書き直しているのですが、いくつかテーマが出てきています。一つは、いままでの国際保健の依頼は「more」だったのです。モアマネー、モアデータ、モアピープル。もっと金を出せ、もっと人材をつくれ、もっと情報を集めろ、と。私たちはちょっと違う立場をとっています。それは、いまある資源をもっと上手に使うべきだという考えなのです。十分ではないけれども、もっと効率的に使うことは可能だ。結局、保健システム強化のためにはそれが第一ではな

いか、という考えです。そのためのベストプラクティスはどこにあるのかを探する必要があります。

2番目の新たなテーマが、パフォーマンスを改善するために、国の制度の能力を高めることです。そのためには、その国のオーナーシップが必要です。外からの圧力では、結局は何もできません。日本的にいうと外圧ですね。時には必要なんだけれども、外圧だけではできないのです。その国が、自分自身の医療制度を高めるのだという機運がないと、そして能力がないとできません。

最後に、先の三つの問題について、毎年G 8のための監査(audit)が必要なわけです。何ができたか、何ができていないかの監視(monitor)をする必要がある。これが非常に重要で、国際保健にとって一つの転換期に来たという感じがします。G 8を使って、第三世界の保健システムを強化するということは、非常に新しい、ユニークな考え方です。この考えが日本によって提案されたということは、関係者にとって驚きでした。

10月3日には、世界中から40人の専門家が集まって、大変程度の高い議論ができました。そして11月3～4日の会議にまた150人の専門家が世界中から集まる予定です。みんな、このイニシアチブに対して強い興味を持っているのです。第三世界の医療・保健システムの改善に、どんな影響を与えられるか。また、WHOに対して、どんな影響を与えるか。みんなが期待しているわけです。

ですから、最終的にはどうなるかということをお願いするには、まだちょっと早い。武見プロセスはまだ終わっていないのです。ですから、英語でいうと stay tuned、これからも関心を持って見守ってほしいと思います。

< 質 疑 応 答 >

司会 ありがとうございます。では質問にお答えいただこうと思います。まず私から一つおうかがいします。

疾患別アプローチと、全体の保健基盤の強化というのは、この1年ほど議論になっています。垂直(vertical)つまり疾患別アプローチと、水平(horizontal)すなわちシステム強化アプローチ、どちらを優先させるか、どう折り合いをつけるか

という議論があるわけですが、そういった中でアメリカの経済危機、金融不安が起きた。一方でブッシュ大統領はことし7月に大統領エイズ救済緊急計画(President's Emergency Plan for AIDS Relief: PEPFAR)の2期目の5年計画に署名をしました。アメリカは今後5年間で480億ドル、毎年日本円で1兆円ぐらいの資金を、エイズ対策を中心にした感染症対策、それから保健基盤の強化に充てるという約束をしているわけです。こうしたものが、金融危機によって影響を受けるのでしょうか。また、PEPFAR自体を先生はどう評価されるのか、見解を教えてください。

ライシュ 私は経済危機の専門家ではないので簡単にはお答えすることかできませんが、まず、今度の選挙の結果は大きな影響を与えるでしょうね。マケイン氏とオバマ氏では、考え方も大分違うことは間違いない。オバマ氏だったら、彼のお父さんがアフリカ人ですから、それも影響してくる面はあるんじゃないかと思います。私からも、日本の政治状況はどうなるかということをお聞きしたい。政治状況を見通す(predict)することは難しいわけですね。

PEPFARは法律が議会を通ったばかりで、どれだけ効果があるかということではだれにもわからない。経済の専門家もわからないし、評価も難しい。PEPFARは、考えてみれば、ブッシュ政権の外交の一つの成功例ということはいえるんじゃないかと思います。ですから、続けるための圧力はあるんじゃないか。

アプローチの仕方については、疾患別と制度全体、どっちがいいのかということではなくて、両方が必要なのです。学者の中では、ホリゾンタルとバーティカルという言葉をやめて、斜めの(diagonal)アプローチという言葉を使ったらどうかという意見もあります。結局、バーティカルアプローチも、制度のことを考える必要があるし、制度全体のことをやりながら、一つ一つの病気について考える必要もある。

武見 いま、二つのアプローチが検討されています。一つは、既存のグローバルファンド、例えば世界基金などでそれぞれのプロジェクトを実施

するときに、その予算の5%を改めて評価にかかわる分野に充当をする。それによって改めて、システム強化にも資する形で個別具体的な案件を推進するという方法が、現実的な方法としてすでにとられ始めています。

もう一つは、国際社会のなかに、既存の枠組みを超えたより広い仕組みをつくって、そこに既存のグループが参画して、機能を強化し、ヘルスシステムを構築していくという方法です。いま保健医療の統計、情報部門などは、実は各国のフォーマットが相当ばらばらで、比較ができないというのが現実です。そこで、共通のフォーマットに基づいて、比較可能なデータを、だれもがアクセスできるような大きな仕組みの中に集めて、分析、評価できるようにする。そのための国際的な仕組みをつくったらどうか、という提案が出てきています。これなどはまさに後者のアプローチになるわけです。このように、二つのアプローチから取り組みが始まろうとしています。

質問 G8の枠組みに非常に力点を置いておられますが、特に途上国の問題を論ずるときに、G8だけでいいのか。この数年はG8自身の中でもそういう議論が高まっていると思うんです。簡単に国連のほうがいいというのも、いろいろ問題があって現実的ではないのかもしれませんが、どのようなお考えに基づいてG8に重点を置いているのでしょうか。

武見 これは、まさに保健医療の問題が国際社会共通の課題として深刻化してきたという認識が幅広く持たれ、外交政策としても取り上げられるようになったことが背景にあります。同時に、この問題が民間も含めて取り組まなければ解決できないという状態であるのに、保健・医療を取り扱う国際機関であるWHOが、先ほども申しあげたように、対応し切れなくなっている。この点は同時に、すべての国連機関に当てはまります。

私は、コフィ・アナン事務総長の時代に、High-level Panel on UN System Coherence という改革のための会合のメンバーにもなっていました。このときにも問題になっていたんですが、国連機関というのは、いずれもそれぞれ巨大な官

僚機構を持っている。問題に対しては個別の立場からのみ取り組んでいるのが現実で、それぞれの機関がお互いに調整をして連携をするというのが極めて難しい組織体になっているのです。かつ、はっきりいってしまえば、これらの組織の中にいわゆる「ノーメンクラトゥラ」のような仕組みがある。このように、なかなか行政改革が行えない実態がある。それがまた、それぞれの発展途上国のエリートの人たちにとっては死活的な重要性を持っている。だから途上国になかなか国連の機構改革に積極的に協力してもらえないという状況なのです。WHOもその例外ではありません。

いま国際保健の分野では、ゲイツ基金や、そのほか多くのNGOの台頭がめざましく、こういったところと連携しなければ、国際保健の問題は解決できないという時代状況になってきました。そういったなかで、国際社会共通の課題としての保健医療の問題を解決するため、どうやって国際社会の仕組みをつくったらいいかを考えなければならない。これをグローバルヘルス・ポリシー・メーカーと呼んでいます。それぞれの関係者が互いにどのように協力していくか、それぞれの役割分担を明確にしながら、国際社会において一貫性のある政策決定の仕組みをどうやってつくるか。これが国際保健の議論においても大きな課題となっているわけです。そういうなかで、G8がどんな役割を担えるのか。私たちはそのこと自体を模索しながら、G8を利用してグローバル・ヘルス・ポリシー・メーカーに取り組んでいる、というのが実態です。

既存の組織のどこがこうした問題に適しているのか、あるいは将来の政策決定について好ましいのか、ということ、まさにG8という場を活用しながら議論しているわけです。この議論においては、既存の組織機能を固定的に考えていたら、解決策は出てきません。すべてについて、改めてその可能性を探りながら、それをより大きな枠組みの中でいかにハーモナイズさせるかという観点で、このG8の役割を私たちはいま改めてつくりたいとしている。

ただ、毎年ホスト国が変わって、アジェンダセッティングが変わっていく中で、どのように持続可能な形で、G8内で議論させるか。この仕組み

づくりが非常に重要になる。我が国は洞爺湖サミットにおいてアニュアルレビューをしようという合意をつくることに成功したわけですが、これは洞爺湖サミットの行動計画においてエポックメイキングな課題だったわけです。それをいま、フォローアップの中で、より具体的なものにしていくための取り組みをしている、とご理解をいただければと思います。

ライシュ 一つ重要なのは、実行・履行(implementation)の問題です。G8という組織は実体がありませんから、実行するところを探さなくてはいけない。国連組織か、世界基金みたいに新しい組織をつくるのか。または、G8の国別の援助組織、JICAとかUSAID(米国国際開発庁)とか、DFID(英国国際開発庁)とか、国別の政策も考えられます。ですからG8は考え方、政策をつくる場で、私たちはG8を一つの手段(means)として、考え方を変えようとしている。G8がそういう役割を果たすことは可能です。結局、いまの国際化の中で、世界的な組織、グローバルガバメントの不十分さがあるわけです。ですから、国際保健の問題においてはその不十分さを、G8を使って解決しようとしているわけです。

質問 マクロの政策を日本のイニシアチブで構築していこうというのは、非常に野心的であり、沖縄から始まったプロセスとして非常に重要だと理解できるんですが、では、日本国内をみた場合、何ができるんだろうということをおうかがいしたい。例えばセクター・ワイド・アプローチとかコモン・バスケット方式といった流れがある中で、日本は実際には、どちらかというと距離を置いてきたんですね。みんなで取り組んでいこうという中で、現実のミクロの部分では、日本はコミットメントしてこなかったと思うんです。これから、特にミクロ、現場のレベルでどういう取り組みをしていくべきとお考えでしょうか。

武見 国内の医療政策と国際保健に関わる政策は、まだ直接的には、具体的に結びついてきているわけではありませんが、これから確実につながっていきます。より直截につながってくるのが感染症の分野です。ここではもう具体的な議論も進

んでいます。それ以外では、例えば医療情報の分野で、国際的に比較可能な形で統計データを収集しようとなった場合、そのルールが、日本国内の医療情報収集にも影響を及ぼすということが当然考えられるわけです。また、医療に関しては、疾患分類別の考え方が、WHOを中心にして長年にわたって蓄積をされてきていますが、改めて医療用語について共通化しようということが、いままたいわれるようになってきています。こうした問題は、知的所有権の問題などにも関連してくる。

このように、それぞれの国にとって具体的に国内政策と大きくかかわってくることが考えられるわけです。そうすると、ルールづくりに直接かかわることによって、自国の立場がより有利になるという傾向が出てくることになります。私は日本の政治家ですから、やはりこういう議論においては、常に基本的なルールづくりの中核にいて、自国の立場をも考えながら、国際的なルールづくりに貢献するという立場が必要になるという認識を持っているのです。

先ほど申しあげたように、厚生労働省という役所自体が、国内向けで徹底してできています。国際的な観点から政策を組み立てて実施していくための組織、人材が十分ではありません。例えば、国立国際医療センターというものがありますが、十分に機能していないし、人材も不足しています。それから、個別具体的なプロジェクトについては、JICAにしろ、国立国際医療センターにしろ、人材はいるのですが、それを政策として組み立てていく政策人材が、残念ながら、十分に育っていません。

ですから、ライシュ教授のいるハーバードの公衆衛生大学院に行って、私はびっくりしたのです。それぞれ学者として極めて高い水準の能力を持ちながら、途上国の政府と顧問契約などを結んで、現実に実際の政策決定にもかかわるという経験を積んだ人がゴロゴロいるんです。単なる個別具体的な公衆衛生、医学の知識だけじゃない、政策的な能力も持った人が、です。やっぱり我が国も、政策をつくることのできる国際保健人材の育成が急務だと強く感じました。ですから、いまの仕事に取り組むなかで、ハーバード大学であるとか、ほかのいろんな組織、機関と連携をして、国内の

人材を育てていかなければ、と考えながらやっているところです。

ライシュ しかし、日本のいまの状況は20年前、10年前と違ってきています。国際保健ができる人材がふえてきている。それは市民社会の中でもそうだし、学者の世界でもそうです。私たちのレポートのうち、二つの政策ペーパーは日本人が書いたものです。これは10年前では考えられなかったことです。

質問 三つ質問があります。まず、次のG8主催国であるイタリアに、洞爺湖サミットでの国際保健についての熱意は、どのように伝わっていくのか。イタリアはあまり熱心でないという話も聞くものですから、その辺の感触を聞かせてください。

それから、きょうは触れられませんでした。武見さんのペーパーの中には、人間の安全保障という考え方がかなり強調されています。これはいまのODA大綱ができたときに初めて入ってきた概念ですが、政府対政府じゃなくて、政府対民間という形で援助がつながることに対する各国為政者の懸念が背景にあって、大々的には盛り込めなかったと聞きます。結果的には、ODA大綱の原則の2項目の中に入っているわけですが、この人間の安全保障という考え方が、国際社会の中でどれだけ理解されてきているのでしょうか。ぜひ武見さんにおうかがいしたい。

もう一つ、G8は実践団体ではないので、NGOなどの役割が大きくなると思います。10月1日付でJICAとJBICが統合した、新JICAが発足しましたが、日本における援助機関の役割をどのようにお考えになるか。先ほどおっしゃった人材養成という点が、今後のJICAの新しい方向の一つとして考えられるのでしょうか。

武見 次期ホスト国であるイタリアも、国際保健の問題について相当に関心を持っているとうかがっています。すでにWHOなどとも連携した形で、国際保健に関する研究調査のプロジェクトを立ち上げて、その詰めをまさにに行っていると聞いておりますので、その点はそれほど心配をしていません。ただ、日本が重点的に考えている部分と、

イタリアが重点的に考える部分が必ずしも同一ではない、ということは十分にあり得ると思います。それでも、保健システムの分野で新たな問題提起をしようという観点に関しては、相当部分、共通項があると考えています。

人間の安全保障というのは、1994年に国連開発計画(UNDP)が人間開発報告書の中で初めて取り上げた概念です。これは極めて抽象的で政策概念としては使いづらいということで、小渕内閣のときに、改めてより具体的な政策概念として整理しようということになりました。その後、森内閣になって、国連のミレニアム総会で提案をして、緒方貞子さんとアマルティア・センさんを共同議長として、人間の安全保障委員会をつくった、という経緯があります。その発足には私も協力したのですが、きょうここにいらっしゃる山本正さん(国際交流センター理事長)も、実はそのときの重要な仕掛け人のお一人でした。

その際に、改めてコミュニティという点に着目をした概念として整理をしました。コミュニティに住む人々を政策の主対象とし、コミュニティという単位を政策決定のユニットとしてとらえる考え方をつくったわけです。それを二つのアプローチで整理をしました。一つがヒューマンエンパワーメント、もう一つがヒューマンプロテクションです。ヒューマンエンパワーメントはどういう分野かという、保健医療であれば、人材育成といったところで、各国が現地国、あるいはコミュニティの人たちと協力をして人材を育成するというのは、ヒューマンエンパワーメントなわけです。これは、いままでも国際社会は取り組んできました。しかし、そういった形でのヒューマンエンパワーメントだけでは、保健医療の人材が現地にとどまらずに、外国に行ったり都市部に集中したりして、効果がなかなか上がらないということがわかってきているわけです。

そこで、ヒューマンプロテクションという観点から、保健医療の人材を必要とところにきちんととどめ置いて、本来の役割が担えるよう、どのような支援をするかを考える必要がある。こうした社会的な政策支援が伴わないと、政策自体が効果を持ち得ない、ということがわかってきたわけです。人間の安全保障という概念の基本には、コミ

ュニティを単位として包括的、横断的な政策を組み立てることで、より効果的に政策を実施してこうという考え方があるわけです。その中で、人間にとっての生存と、人間にとっての well-being—これは日本語に訳すのは難しいんですが—生活、そして、人間にとっての尊厳(Dignity)、これをいかに守るか、ということに重要な価値を置いています。ですから、人間の安全保障において中心となる部分の一つが保健・医療である、という認識に基づいて、我が国としては真剣に、そして一貫して取り組んでいる。私は、海外ではこういった説明をしているのですが、極めて高い評価を得ています。そして改めて、日本がなぜ人間の安全保障という考え方に対してそんなに熱心に取り組むのか、という質問が必ず出てきます。そこで、私が申しあげているのは、日本にとっての平和主義(pacifism)の歴史的な面です。

我が国は、第二次世界大戦で300万余の人々を失い、アジアでも多くの人々に迷惑をかけた。結果として、戦後日本には個々人の経験に裏づけられた形で、反戦平和論、平和主義が定着した。しかし、その世代がだんだん少なくなり、我が国の平和主義が、徐々に従来の形から変化してきている。いわゆる反戦平和論という形での平和主義も、その歴史的役割を終えようとしている。歴史の段階として、改めて我が国が未来に向けてより強靱な平和主義を身につける必要がある。それがいまなのです。人間の安全保障の考え方は、我が国が未来指向の平和主義の具体的な政策を考えるうえで重要な手がかりとなっている。そういった観点から、歴代の内閣において人間の安全保障という概念が受け入れられて今日に至っている。その考え方に基づいて、人間の生存に直結する健康の問題に、特に沖縄サミット以来熱心に取り組んでいるんだ、と説明しています。

新JICAは、私が自民党の中のODA改革の担当責任者でした。財務省の大変な反対に遭ってえらい苦労した覚えがあります。しかし、何とか円借款部門をJBICから切り離して、ほかにも無償資金協力については経済協力局から6割ちよつとまでは引きはがして、新しい援助実施機関として新JICAをつくることに成功しました。このときの基本的な理念の一つが人間の安全保

障でもあるんですが、同時に、改めてODAにかかわる三つのツールをいかに組み合わせて、よりダイナミックに、より効果的に、国際協力を実施していくのか、ということを考えました。まさに、さっきライシュ教授がいった、より効果的に援助を行うための仕組みづくりとして、新JICAの発足が執り行われたわけです。

このときの大きな課題の一つが、民間セクターとの連携です。従来のJICAであれば、民間のNGOと資金調達で競合するといけないというので、むしろ、民間からの資金集めはあえてやってこなかったわけです。しかし、これなどは解禁して、新JICAは民間からも多くお金を集めるべきであり、そうして得た資金と公的資金を組み合わせ、よりダイナミックに、効果的に、市民社会のNGOと連携するための仕組みをつくるべきだ、とっています。こうした取り組みをしないと、新JICAという、世界銀行に次ぐ規模の巨大な援助実施機関は、間違いなくWHOと同じように動脈硬化を引き続き起こすことになります。理事長の緒方貞子さんはこうした課題についての認識をしっかりと持ちます。ですから、あとは緒方さんが仕事をしやすいように支えていくことが必要ではないかと考えています。

質問 9月25日に国連でミレニアム開発目標に関するハイレベル会合というのが開かれました。潘基文事務総長は、160億ドルが集まったことについて喜びを表明される一方、また危機感も表明されていますが、これについての感想をうかがいたと思います。

武見 MDGsというのは、2015年を目標として、ことが中間年でした。2月、3月ぐらいから、特にイギリスのブラウン首相などの主張もあって、MDGs 首脳級会合が開かれたという経緯があります。当初は、もっと盛り上がるだろうと期待していたんですが、残念ながら金融危機が起きてしまったために思ったほどの盛り上がりは持てませんでした。しかしながら、この会合を通じて、一定の資金が集まっただけでなく、中間年の見直しという観点から、ある程度うまく進行しているもの、なかなかうまく進行していないものとの間の格差、不均衡が広く認識されるようになった。この点で、今回の首脳級会合も非常に重要

であったと思います。

それが国際保健の分野にも反映されています。例えば妊婦の健康の問題、生後28日以内の子供の健康の問題などは、国際社会、特にアフリカ南部において悪化しているところがあるんです。アフガニスタンなど南西アジアや中央アジアは非常に状況が悪い。こういったことが、改めて広く認識されるきっかけになったという点において、MDGs 中間年会合の意義は十分にあったと思います。

ライシュ 基本的な問題として、なぜ保健関係のMDGsは十分に進歩していないのかということがあります。これは結局、保健システムの基本的な問題点なわけです。つまり、保健システムの強化が、MDGsの進歩と非常に密接な関係を持っているのです。ですから私たちのやっていることは、単なる医療制度の強化だけが目的ではないのです。MDGs 目標を達成するために必要な手段の一つである、という観点から取り組んでいます。

(敬称略 文責・編集部)

武見敬三(たけみ けいぞう) 前参議院議員、ハーバード大学公衆衛生大学院リサーチフェロー

慶大修士課程修了。東海大学助教授などを経て1995年から教授。同年、自民党から参院選出馬、当選。2007年まで2期務めた。その間、外務政務次官、参院外交防衛委員長、厚労副大臣を歴任。2007年11月から現職。その他、テレビ番組「CNNデューウッチ」のアンカーマンをはじめキャスター、コメンテーターの経験も。

マイケル・ライシュ(Michael Reich) ハーバード大学公衆衛生大学院教授

エール大学で分子生物物理学・分子生物化学学士号、東アジア研究(日本研究)修士号、政治博士号取得。1983年から同大で教職。主要研究テーマは、保健政策における政治的側面、特に貧困国の保健政策、政策形成過程の政治など。2002年には、保健分野における官民連携の事例研究をとりまとめた「Public-Private Partnerships for Public Health」を監修した。71年から74年まで日本に滞在。『夢の島ー公害からみた日本研究』(共著 サイマル出版会1975)などの著書がある。