

## 国際保健、人間の安全保障、そして日本の貢献

「国際保健の課題と日本の貢献」研究・対話プロジェクト<sup>1</sup> タスクフォース  
武見敬三、神馬征峰、石井澄江、勝間靖、中村安秀

### 要 約

人間の安全保障という概念の起源はさほど新しいものではない。しかし、昨今、国家安全保障を補うものとして、この概念は一層注目を集めるようになってきた。人間の安全保障は、領土保全だけでなく、より包括的に、かつ地球規模で、個人やコミュニティの安全を保護することに着目している。このことは、ますます相互依存を深めてきている世界の状況を反映している。日本は、過去10年にわたり、人間の安全保障概念の発展に寄与し、世界中のコミュニティにおける人間の安全保障確保のための実践活動を推進してきた国の一つである。

人間の安全保障は、恐怖からの自由、欠乏からの自由、そして尊厳を持って生きる自由、という3つの自由を意味している、と捉えてみよう。そうしてみると、国際保健が人間の安全保障上、極めて重要な課題であり、国際保健のために人間の安全保障の視点に立った対応を検討することはごく自然なことでもある。また、健康を害することは世界中の人の命と生活にとって深刻な脅威である。そして、貧困、不平等、暴力、環境破壊、個人やコミュニティが直面している無数の人間の安全保障上の課題と密接な相互関連の関係にある。それどころか、病気は、国境では止まらない。むしろ、人やモノと共に、国、さらには地域を超えて拡がっていく。

日本は、今年、2000年の九州・沖縄G8サミット以来始めてG8サミットの議長国を務める。九州・沖縄サミットでは、感染症対策のため世界が協力して資金提供メカニズムを創設するという構想に先進主要国が初めて合意した。2008年のG8サミットの議長国として、日本は、これまで以上に先進主要国が国際保健に対する責任を確実に果たして、今日の課題によりよく対応できるよう、再度指導力を発揮すべきである。こうした観点から、日本政府とその他のG8首脳は、2008年7月の北海道洞爺湖サミットにおいて、以下の4つの提案に沿った行動をとるべきである。

- 国際保健の深刻な諸問題に適切に対応できるように、先進工業国と途上国からより多くの資金を国際保健に動員すること。
- 先進工業国からの長期的な資金提供を見込んだ新たな「持続可能性」の概念を取り入れること。
- 疾患別アプローチと保健システム強化アプローチの2つを統合した包括的国際保健の枠組みを構築すること。
- 国際保健の諸課題に対して、人間の安全保障アプローチを取ること。

<sup>1</sup> 2007年9月、翌年の第4回アフリカ開発会議（TICAD IV）、G8洞爺湖サミットに向けて、国際保健分野における日本の国際貢献のあり方を「人間の安全保障」の視点から検討することを目的に、(財)日本国際交流センターが組織した研究会。武見敬三・元参議院議員が主査を務める。諸外国の実務家・専門家との対話を通じて、アクション・プランを取りまとめる予定。同プロジェクト事務局のスーザン・ハーバードと鈴木智子のサポートも得た。ワーキング・グループメンバーリストは本末に掲載。

## 保健と人間の安全保障

### 国家安全保障から人間の安全保障へ

「安全保障」の概念は、ここ15年間の間に変化を遂げてきた。かつては国家や国を超えた大きな単位に注目しがちであったのが、個人やコミュニティという、より小さな単位をもその対象に含めるようになってきている。国際的に誰もが認める「人間の安全保障」の定義はいまだに存在しない。しかし、安全保障の対象としてこのように日々の暮らしを営む個人やコミュニティをも含む必要があると変更した点は、徐々に認められるようになってきている。

こうした変化は比較的新しいものである。とは言え、より小さな単位である個人やコミュニティを「安全保障」の対象として注目するようになったのは最近のことではない。例えば、1860年代の赤十字基本原則には人々の安全についての記述があり、この原則は1940年代の国連憲章や世界人権宣言、ジュネーブ諸条約に取り入れられた<sup>2</sup>。また、ブルッキング研究所のスーザン・ライス氏によれば、米国の指導者は1960年代に、貧困と疾病への取り組みは国家安全保障を補完するものであるとして捉えており、その当時から安全保障の領域を広げる必要性を語っていた<sup>3</sup>。事実、彼女も引用しているように、1961年の国連総会演説で、ジョン・F・ケネディ大統領は次のように述べている。「貧困、非識字、疾病といった問題に 대응する術を持たない政治的主権はまやかしに過ぎない。自己決定は、将来に希望を持ってなければスローガンに過ぎない。」換言すれば、国境を守ることが重要である一方、その領土内の人々が日々直面する脅威から身を守れなければ無益である、と以前から考えられていたのである。

しかし、人間の安全保障の概念が、国連に再評価され、その考え方がより明確になってきたのは1990年代に入ってからである。20世紀終盤、国連は、単なる国際武力紛争を越えて、世界の人々の命や生活を破壊するような出来事を予防することを重視するようになった。その動きの中、国連開発計画（UNDP）『人間開発報告書1994年度版』は、「人間の安全保障」の歴史に決定的な影響力をもたらした。本書は、開発と平和が相互に関連し合っていること、そして両者を達成するアプローチを再考する必要性を強調した。また、本書で初めて、人間の安全保障と2つの自由、即ち恐怖からの自由と貧困からの自由を結びつけた。この2つの自由は、元を辿れば、サンフランシスコ講和会議に関する米国国務長官の報告書で説明された言葉である。また、この人間開発報告書は、初めて人間の安全保障の7分野（経済、食料、保健、環境、個人、コミュニティ、政治）を示し、包括的に人間の安全保障を定義した。さらには、国際レベルでの人間の安全保障基金創設を呼びかけた<sup>4</sup>。

UNDPの報告書が出版された頃から、世界の各地で度重なる悲劇が起り、「人間の安全保障」を実践する必要性がさらに強調されるようになってきた。ルワンダ(1994年)やボスニア(1995年)における大虐殺は、国家を対象とした伝統的な「安全保障」が人の命を助ける上では不十分であることを世界に対して鮮烈に知らしめた。「国家安全保障」アプローチは、いずれの事例においても、両国の個人やコミュニティを十分保護できなかったからである。1997年に東アジアで起きた金融危機もまた、新たな課題をつきつけた。経済発展を遂げてきているアジア諸国においてさえ、この危機は、弱い立場に置かれている人々がいかにもろいかを浮き彫りにした。「国家安全保障」に基づく各国の努力は、このような危機的状況から立ち直るた

<sup>2</sup> Paula Gutlove and Gordon Thompson. "Human Security: Expanding the Scope of Public Health," in *Medicine, Conflict & Survival*. 2003; 19:17-34.

<sup>3</sup> Rice, Susan E. "Poverty Breeds Insecurity," in Lael Brainard and Derek Chollet (eds) *Too Poor for Peace? Global Poverty, Conflict, and Security in the 21<sup>st</sup> Century*. (Washington DC: Brookings Institution Press, 2007), p. 31.

<sup>4</sup> United Nations Development Programme. *Human Development Report, 1994*. (New York: Oxford University Press).

めには不十分であった。こうした一連の出来事によって、個人やコミュニティを「安全保障」の対象に含めることは一層正当なものとしてとらえられるようになってきた。

### 「人間の安全保障」アプローチへのニーズの高まり

個人やコミュニティに打撃を与えるような悲劇は1990年代だけでは終わらなかった。2001年9月11日、米国を襲った同時多発テロは、冷戦後の「安全保障」観を変える転換点となったと考えられている<sup>5</sup>。いわゆるポスト「ポスト冷戦」後、あるいは9・11（米国同時多発テロ事件）後の世界においても、国家を単位とした伝統的な安全保障上の課題や対応がまだまだ極めて重要であることについては一般的な合意が得られている。その一方で、世界の人々が真に安全な場所で暮らせるようになるためには、安全保障へのグローバルな取り組みが必要であるとの認識も高まってきている。実際、2003年の重症急性呼吸器症候群（SARS）の流行は世界を震撼させ、感染症が人間の安全保障上の課題として改めて注目されるきっかけとなった。地球温暖化や鳥インフルエンザによってもたらされるかもしれない、迫り来る惨事もまた、世界中の個人やコミュニティにとって大きな脅威となっている。

国際社会におけるこのような時代の流れの中で、21世紀を迎えた私たちは再び、個人やコミュニティを対象としてとらえる「人間の安全保障」の重要性を再認識している。この概念については、過去15年間議論が続けられてきたが、未だにその価値は失われていない。前掲の *Protecting Human Security in a Post 9/11 World: Critical and Global Insights* の序文の中で、A. G. McGrewが指摘しているように、人間の安全保障という用語は、基本的に「human」と「security」という2つの単語を組み合わせただけのものであるが、これこそ、安全保障や国際関係論の研究者にとっては「ついぞ探し求めていた」言葉なのでもある<sup>6</sup>。「人間の安全保障」という言葉を使うかどうかは別として、世界各地の個人やコミュニティが、さまざまな脅威に対する抵抗力を持ってないでいるのは事実である。その脆弱さの要因を探り、その要因をとりのぞくための新しいアプローチが求められているのもまた確かなことである。昨今、世界の指導者が個人やコミュニティのニーズを語っている。また、それが満たされないことが、私たち自身の安全と安心にどのような意味合いを持つかについても語るようになってきている。さらに、先進国に住む者がごく当たり前のように享受しているサービスや資源にアクセスできない人々が世界に数多く存在すること、そしてそのような人々に対して先進国は道徳的な義務があるということについても語られるようになってきている。

新たな世紀を迎え、個人やコミュニティを対象とした安全保障、すなわち人間の安全保障を確保するためには、より具体的なグローバル・アクションが必要とされるようになってきた。この差し迫る要請を受け、2003年5月1日、緒方貞子、アマルティア・セン両氏を共同議長とする人間の安全保障委員会は、『人間開発報告書』に続いて歴史的な重要性を持つ報告書『安全保障の今日的課題』をコフィ・アナン国連事務総長に提出した<sup>7</sup>。この報告書の中で、「人間の安全保障」は、「個人とコミュニティの恐怖からの自由、欠乏からの自由、尊厳を持って生きる自由を保障することである」と明確に定義付けられた。すなわち、他国からの攻撃であろうと、国内紛争であろうと、コミュニティや家族内での暴力であろうと、どんな暴力に対する恐怖からも人間は解放されなければならないというのである。同時に、多くの人にとっての最大の恐怖は、暴力とは全く無関係な日々の不安の中にあるということも指摘された。家族をいかに養うか、家族の健康を維持できるか、子供が元気に豊かな生活を送るうえで必要な教育を受けさせることができるか、といった不安である。人間の安全保障はこのような

<sup>5</sup> Giorgio Shani, Makoto Sato, Mustapha Kakal Pasha (eds). *Protecting Human Security in a Post-9/11 World: Critical and Global Insights*. (New York: Palgrave Macmillan Press, 2007).

<sup>6</sup> 前掲書。

<sup>7</sup> 人間の安全保障委員会『安全保障の今日的課題』（朝日新聞社、2003年）

不安からの解放をも対象としているのである。人間の安全保障委員会の報告書は、尊厳を持って生きることの重要性も指摘している。脅威からの解放のために、物質的なニーズを超えた感情的なニーズも満たすことも重要であると捉えている。このようなニーズの強調は、人間の安全保障の文脈におけるエンパワメントについての議論をより豊かなものにしていく。そして、個人やコミュニティが、外からの支援に依存しきるのではなく、今直面している脅威や、将来直面する脅威に対して、自ら立ち向かっていく力を高めることを重視している。

### なぜ国際保健か<sup>8</sup>

1994年の『人間開発報告書』にあるように、人間の安全保障は包括的な概念である。緒方、セン両氏は、国際社会が取り組むべき10の分野を提案している。基本的な保健医療サービスへのアクセスはその優先課題の一つとして明確に挙げられている。健康は、生活の質だけではなく、生存のためにも中心的な柱の一つであるからである。生計手段の確保や家族の扶養、潜在的な能力を発揮して生きる術を身に付けるといったあらゆる可能性に対して、健康上の問題がいかに関与を与えるかは想像に難くない。しかしながら予防可能な疾病対策が、国民のほとんどに行き渡っていない国が多くあり、生産力の大幅な低下や不必要に多い早死を招いている。

保健は極めて個人的な問題ではある。しかし、以下の2つの点から、個人の健康問題はグローバルな健康問題でもある。第1に、情報化が進むことによって、私たちは容易に、アフリカやその他の貧しい国々の悲惨な健康問題を、統計資料として、あるいはメディアを介した映像や画像として知ることができるようになった。そして、道徳的にこれを見逃ごせない、グローバルにこの問題を解決しなくてはならない、と思うようになってきている。第2に、あるコミュニティの健康問題は他のコミュニティにも深刻な意味合いを持ちうるということがわかっている。例えば、2003年に起こった前述のSARSの爆発的な流行は、ある一つの疾病が国境や社会経済的な違いを越えて、いかに迅速に広まるかを鮮烈に示した。SARSがアジアや太平洋を越えて北米に拡がったように、対岸で発症している病気は、単に道徳的な理由だけではなく、私たちの健康や経済にも影響を与えるが故に、私たち自身の問題でもあるのである。

感染症の中でも特にエイズは、グローバル化による疾病の流行に加えて、経済的にも多大なインパクトを及ぼしてきた。世界銀行はある国のHIVの感染率が10%になると、国民所得成長率が3分の1減少し、感染率が20%になると国内総生産（GDP）が1%下がると述べている<sup>9</sup>。HIV感染症は生産年齢人口に多いため、こうした国民所得やGDPに直接的な影響を与えても不思議はない。同時に、HIV感染者の延命を可能とする抗レトロウィルス薬（ARV）治療は、多くの途上国において法外に高価であり、ほとんどの途上国は外からの支援なくしては、治療薬を感染者に提供することができない。HIV感染者は、一度ARVを服用し始めると、一生、毎日、薬を飲み続けなくてはならない。万が一、薬にアクセスできなくなれば、それは単に死を意味するだけではなく、既存の薬が効かない多剤耐性ウィルス発生の原因となる。耐性ウィルスが流行することで、研究や新薬開発へのさらなる投資、人命の損失といった多様なコストが必要となる。

先進工業国に住む私たちは、途上国の労働力と市場に依存している。しかし、多くの企業が、急激に増大する疾病による負荷によって、利益にも悪影響が出ることに気付くようになっていく。アフリカのいくつかの地域では、エイズによる死亡率の増加と、体調不良や家族の看病、葬式への参列による欠勤の増加により、1つの仕事に3人雇用しなくてはならない所もあ

<sup>8</sup>国際保健はglobal healthの訳であるが、かつてはinternational healthがより頻繁に使われていた。一般的な理解としては、途上国の人々の保健を意味する：Paul F. Basch, *Textbook of International Health*, Oxford University Press, Oxford, 1999.

<sup>9</sup> Renel Bonnel. "Economic Analysis of HIV/AIDS," ADF2000 Background Paper, World Bank.

る。マラリア流行地で実施している大規模な建設事業や資源採掘事業においては、労働者やその家族がマラリアに罹り、会社を休むことによって、生産工程に遅れが生じ費用が嵩んでいる<sup>10</sup>。

この例からもわかるように、特にサブサハラアフリカ諸国においては、健康を確保できていないということが、社会問題となっている。そして自国の努力だけでは個人やコミュニティの安全保障を確保できない状況におかれているのである。

### 「人間の安全保障」活動実践のエントリーポイントとしての国際保健

1994年のUNDP報告書が述べたように人間の安全保障にはいくつもの実践対象項目がある。その中で、保健は、人間の安全保障活動を実践する有用なエントリーポイントとなると考えることができる。その理由としては、第一に、保健関連の課題は、他の人間の安全保障上の諸課題に比べ、物議を醸しにくく、政府にとって脅威になることも少ないため、先進国からの支援を受けるという点において抵抗が少ない。従って、保健分野での介入は、内政不干渉原則を掲げる国にとっても受け入れられやすい。第二に、病気や極度の栄養失調は、感情的に理解しやすい問題であり、世界の同胞に対する保健関連イニシアティブは先進国の人々からの支援を得やすい。第三に、保健が単に医療だけの問題ではなく、その他の人間の安全保障上の課題と関連があることは概ね自明となってきた。途上国において、健康状態の改善が人々の生活の質に向上に繋がる事例もまた多々見られている。最後に、既述の通り、2003年のSARSの爆発的な流行や鳥インフルエンザ、そしてその他の感染症の流行は、病気は国境を越えて拡がるという事実を突き付け、ある国の国民の健康は、他国民の健康に依存していることに気づかされることになったということがあげられる。

国際保健は「人間の安全保障」活動を実践するエントリーポイントとなるだけではない。国際社会が国際保健に対して人間の安全保障アプローチを取ることによって、人間の安全保障全体にも寄与しうると考えられる。

その理由としては、第一に、人間の安全保障は個人やコミュニティ自身が重要と考える実際のニーズに焦点を当てている<sup>11</sup>。これは「人間中心のアプローチ」であり、その焦点は個人やコミュニティである。保健というと、病気の診察や予防、治療に関する教育を外から与えられることと考えられがちである。しかし、人間の安全保障の観点から見ると、むしろ、そうした外部からの支援を補う形で、一人一人が、自分の体調が悪いことを自覚し、保健医療サービス提供者に助言を求める責任を持つようにすることが重要である。問題を抱えている本人こそが、自分の体調、治療の効果、体調が日々の生活にどのような影響を与えているかをよく知っているからである。

第二に、人間の安全保障は人々の脆弱さに注目し、現在そして将来的な脅威にたち向かっていく力の強化を目指している。紛争や天災、人災が起こると、それ以前も限られていたかもしれないサービスへのアクセスが一層制約されるようになる。人間の安全保障アプローチは、そうした紛争や災害下にあっても、人々が自分自身や家族を守ることができるような環境作りを支援しようとする。こうした理由から、保健分野を超えて、保健上の問題と相互に関連し合う諸問題の中で保健問題を捉える、多角的、包括的なアプローチを取ることが極めて重要である。個人やコミュニティが実際に感じているようにニーズを捉えることが、人間の安全保障の中心的な柱といえる。

<sup>10</sup> エクソンモービル社のSteven Phillipsとのインタビューより（2007年5月14日）。

<sup>11</sup> 田瀬和夫・国連人道問題調整事務所人間の安全保障ユニット課長は、このアプローチを「安全を脅かされている側に立った安全保障（demand-side security）」と定義している。

こうした、諸問題の関連性に着目することは、保健分野内においても重要である。重大な疾患別イニシアティブと、広範囲にわたる保健問題への取り組みとを統合する方法を例示できるからである。日本の母子保健手帳の経験は、その好例といえる。第二次世界大戦後、日本は小児保健対策として、結核などの特定疾患に焦点を当てた戦略を取った。その一方で、妊婦は母子保健手帳によって子供の発育と健康をモニターし、必要に応じて子供に必要な保健・栄養サービスを受けることができた。つまり、母子保健手帳によって、母親自身が包括的に子供の健康を保護することができるようになった。

同様に、疾患別プログラムに対する支援を受けている国では、疾患別の目標を追求しながら、その他の保健対策を統合することが可能であることを認識し始めている。例えば、ポリオ・ワクチンを提供する目的で、あるコミュニティに入ったチームが、同じコミュニティにおいて、その他の疾病対策を進めることがある。それは、近くで住民と関わってきたことによって、信頼関係が構築され、住民の健康状態を把握できていたからである。国境なき医師団とカンボジア保健省は、2つの地域で包括的な慢性疾患治療クリニックを立ち上げた。そして、昨今増えてはいるものの対応が不十分な糖尿病や高血圧といった感染症以外の慢性疾患治療をエイズ治療に統合した。こうした統合アプローチでは、医療施設を新たに作ったり、新たな保健医療専門職養成トレーニングをするわけではない。慢性疾患を扱うクリニック活動を通じてエイズ治療も提供し、さらにはエイズへの偏見を和らげ、エイズ治療が受けやすくなるようにする。こうして、エイズに向けられている国際的な関心を、他の疾病対策にも繋げることが可能となるのである。

第三に、人間の安全保障は、プロテクション（保護）とエンパワメントの連携強化を目指している。「保護」はサービス提供の際に、「エンパワメント」は人々が自分の健康を管理し、病気へのさまざまな抵抗力を高める上で重要となるアプローチである。両者の連携を見ることは重要である。そうすることで、人々が自らサービスにアクセスできるように支援できるからである。連携の担い手としては、地域に根ざし、その地域における日々の課題をよく認識している地元の保健医療職スタッフの役割が重要である。スタッフは、保健の問題、特に他のコミュニティにも影響を与える感染症問題への理解を促進し、それらの取り組むように住民に働き掛ける活動も実施すべきである。即ち、政治的、経済的に責任のある者は人の生存に不可欠のサービスを提供するだけでなく、個人やコミュニティが自らの健康をよりコントロールできるような環境を創り出す義務を持っているといえる。

多くの途上国が悩まされている保健医療従事者の危機は、保護とエンパワメントをより創造的にとらえていく上で有用な教訓を示してくれている。一般的に、支援国（ドナー国）と途上国政府は保健医療従事者を養成する際、彼らに技術を身に付けてもらうために教育やトレーニングを提供するといった、トップ・ダウン式アプローチを取る。しかし、残念なことに、このアプローチは、保健医療従事者を最も必要としている所ではあまり役に立たないことがわかっている。技術を身に付けた多くの保健医療従事者は、より良い労働・生活環境を求めて、海外や都市に移住しがちだからである。ドナー国も、支援を受けている保健・教育担当省も、保健医療人材養成プログラムを実施する際は、保健医療従事者もまた人であることに留意すべきである。仕事に必要な技術だけ身につけばそれでよいというものではない。彼らもまた家族を養う収入や、身につけた技術を最大限生かすことができる労働環境を求めている人間であるという視点をもつことが必要である。途上国、特に農村部における保健医療従事者の給料をあげれば、こうした問題は解決できるかもしれない。しかし、家族にとって安全な環境、子供のための良い学校、自分たちの技術を存分に生かし、満足感を得られる医療設備も必要であるという配慮をもつこともまた忘れてはなるまい。環境が整っていれば、自国や地元に残りたいという保健医療従事者は多い。従って、私たちは、彼らに対する保護とエンパワメントがいかにか可能となるのか、創造的に検討しなければならない。

## II. 日本の外交方針の柱としての「人間の安全保障」

日本は第二次世界大戦による荒廃を直接経験し、その経験をもとに平和主義を強く志向してきた。戦争経験に基づく平和主義は戦後約50年の日本を特徴づけてきたといってもよい。しかし、平和主義の基盤であった戦争を知る世代が絶えつつある現代、私たちは平和主義の新たな礎を必要としている。同時に、日本は、常に変化する世界において日本政治の独自の姿勢を確保しようとしている。このような状況において、「人間の安全保障」は、未来志向の「平和主義」をより現実的な枠組みとして提示している。また「人間の安全保障」が日本の外交方針の柱に据えられるようになった背景には、国際社会において日本が「グローバル・シベリアン・パワー」としての地位を確立したいとの思いがあったからであるとも考えられる。

「人間の安全保障」が日本政府の外交方針の柱であることが国内的にも国際的にも明らかにされたのは、小淵恵三氏が外務大臣から内閣総理大臣になる頃に行った一連の演説においてであった。小淵氏が最初に「人間の安全保障」という言葉を使ったのは、1998年5月にシンガポールで行った政策演説「21世紀への展望—日本と東アジア」<sup>12</sup>においてである。小淵氏は、その中で、「健康や雇用といった問題は、「人間の安全（保障）」に関わる問題である」とし、「そうした社会開発分野の諸問題への取り組みに対して政府開発援助（ODA）を通じた協力をより一層拡充していくべきである」と述べた。東京で開催した会議においても、アジア経済危機に対する政策方針として、人間の安全保障に明確に言及した<sup>13</sup>。この演説の中で、小淵氏は、人間の安全保障とは、「人間の生存、生活、尊厳を脅かすあらゆる種類の脅威を包括的に捉え、これらに対する取り組みを強化するという考え方」であると定義した。さらに、人類にとって重大な問題として、地球温暖化問題を始めとする環境問題、薬物、人身取引等の国境を越えた広がりを持つ犯罪、貧困、難民、人権侵害、エイズ等の感染症、テロ、対人地雷、紛争下の児童の問題を具体的に列挙した。また、「人間の安全保障」の問題に取り組むために、国際社会が一致した対応策をとるべきことを求めた。そしてこの会議の2週間後、ハノイにて、国連に「人間の安全保障」基金を設置することを発表した<sup>14</sup>。

今から10年前のこうした一連の演説の中で、小淵首相が、人間の安全保障を日本の外交政策の中心的な概念に位置づけた背景には、一方で、氏の個性や人を大切に人柄が反映されていた。また同時に、小淵氏は、ポスト冷戦後の新たな国際環境やアジア諸国への経済危機の影響を注意深く観察しており、日本は、経済大国として、そうした諸問題に取り組む責務があると認識していた。小淵氏の時代認識と新しい国際環境における日本の役割を追究する姿勢は、1999年3月に発足した首相の私的諮問機関である「21世紀日本の構想」懇談会の活動にも反映されている。同委員会の報告書では、「21世紀の安全保障は、軍事、経済、社会、環境、人権といったさまざまな要素を横断的に含む総合的な安全保障でなければならない。そして、人間、国家、地域、地球規模での安全保障を、官と民とが手を携えて協力していく重層的に積み重ねた安全保障でなければならない」と述べ、日本に期待される主たる役割を「グローバル・シベリアン・パワー」としている<sup>15</sup>。

<sup>12</sup> 小淵恵三外務大臣政策演説「21世紀への展望—日本と東アジア」（1998年5月4日）  
<[http://www.mofa.go.jp/mofaj/press/enzetsu/10/eo\\_0504.html](http://www.mofa.go.jp/mofaj/press/enzetsu/10/eo_0504.html)>

<sup>13</sup> （財）日本国際交流センター（JCIE）と東南アジア研究所（ISEAS）との共催で1998年12月2日に実施した第1回「アジアの明日を創る知的対話」での演説。本演説は、同会議報告書『アジアの危機—ヒューマン・セキュリティへの脅威と対応』（JCIE、1999年）に収録されている。

<sup>14</sup> 小淵恵三総理大臣政策演説「アジアの明るい未来の創造に向けて」（1998年12月16日）。なお、日本政府の国連人間の安全保障基金への拠出総額は335億円であり、170件以上の事業を支援している（2006年度末現在）。

<sup>15</sup> 「21世紀日本の構想」懇談会『日本のフロンティアは日本の中にある—自立と協治で築く新世紀』（内閣

緒方氏とセン氏を委員長とする人間の安全保障委員会の報告書を受けて、日本のODA政策における、人間の安全保障への関心は2003年から高まっていった。そして「草の根無償資金援助」は、「草の根・人間の安全保障無償資金援助」として拡充されることになった。2003年8月にはODA大綱が10年ぶりに改定され、その基本方針の一つとして「人間の安全保障の視点」が組み入れられた。2005年2月に発表されたODA中期政策でも、中心的な理念として「人間の安全保障」が明確に位置づけられた。

人間の安全保障にこうして焦点を当てることによって、日本の政策形成に携わる担い手もまた増えてきた。これは、近年、世界中で起こっている傾向を反映している。世界では、外交の枠組みが二国間から多国間へと移行してきている。その枠組みはさらに拡大し、NGOや市民社会ネットワークも含まれるようになってきている。このような枠組みの下では、コミュニティをトップ・ダウン式政策の最終受益者としてだけ位置づけることはできない。今やコミュニティは、ボトム・アップ式政策決定の出発地点にあるものとして捉えることができるようになってきている。

### III. 日本とG8サミット

2008年7月、日本はG8サミットの議長国を務める。これを機会に、日本は人間の安全保障という概念を実践に移し、いくつかの国際会議の議題の枠組みとして提示することが可能である。8年前の九州・沖縄G8サミットにおいて、日本政府が発表した沖縄感染症イニシアティブは、その後、特にエイズ、結核、マラリア、ポリオ、寄生虫疾患、その他の顧みられない熱帯病(NTD)といった疾病に対する国際的な取り組みの強化に寄与した。九州・沖縄サミットでの議論が契機となり、世界エイズ・結核・マラリア対策基金や、その他の疾患別のプログラムが発足し、国際保健分野での国際協力の新しい時代の幕開けとなった。

先に示した通り、疾患別戦略は、昨今、多くの支援を得て、特に最貧困国において目覚ましい成果を出している。こうした目に見える成果は、ドナー国が支援効果を評価する際に有用である。九州・沖縄サミットから最初の5年の間に、感染症対策は国際的な議題に上り、これを契機に2000年に60億ドルだった保健分野への開発支援総額が、2005年には140億ドルへと激増したことも注目に値する。

九州・沖縄サミットから8年を経て、日本は北海道洞爺湖において再びG8サミットを開催する。国際保健も、サミットの主要議題の一つとして取り上げられる予定である。高村正彦外務大臣は、「国際保健協力と日本の外交」と題する政策演説の中で、「人間の安全保障」を21世紀型の国際協力の理念であるとしてその重要性を強調し、「一人ひとりの健康に着目して、その保護に努めることはもとより、個人やコミュニティの能力強化(エンパワメント)によっても保健システムを強化することが重要である」と述べた。この演説によって、高村外務大臣は、国際保健支援にあたっては、人間の安全保障アプローチを通じて、これを支援するという姿勢を明確にしたと言える<sup>16</sup>。

また、ハーバード大学の国際保健政策検討グループは、G8洞爺湖サミットに出席する首脳への提案として、システム強化への国際的な取り組みの必要性を主張している。そして、人間の安全保障の概念の重要性を強調し、保健システム強化に向けた国際的な取り組みを実行す

---

官房、2000年)

<sup>16</sup> 高村正彦外務大臣政策演説「国際保健協力と日本の外交—沖縄から洞爺湖へ—」(2007年11月25日)

るための3原則を提示した。第一に、保健システムは個人に対する保護を強めると同時に、対象コミュニティの潜在力をも強化するようにも改善されなければならないこと。そのため、この原則を具体化するためには、あるプログラムからの受益者自身が政策決定やプログラムの実施に参加できるような、コミュニティに密着したアプローチを取る必要がある。第二の原則は、疾患別アプローチとシステム強化アプローチをあわせた包括的アプローチがとれるように両者のバランスを適切に図るべきであるということである。貧しい国における保健システムを改善する際、国際社会は、システム強化のための別の基金を設けるのではなく、既存の組織にある資金を保健システム強化にも活用することによって、このバランスの確保が可能になるであろう。最後の原則は、保健システムに関するさらなる学習の奨励である。それによってどの介入策が効果的であり、どれがそうでないかがわかるようになる。潜在力の所在もわかってくる。さらには命を救い暮らしを改善するためには、どのような活動を強化すべきか、ということもわかってくるであろう<sup>17</sup>。

これらの発言や当ワーキング・グループと世界中の専門家との議論を踏まえ、私たちは、日本が洞爺湖G8サミットの議長国を務める際に推進すべき4つの柱を提案したい。

1. 国際保健の深刻な諸問題に適切に対応できるように、先進工業国と途上国から、より多くの資金を国際保健に動員すること。
2. 先進工業国からの長期的な資金提供を見込んだ新たな「持続可能性」の概念を取り入れること。
3. 疾患別アプローチと保健システム強化アプローチの2つを統合した包括的国際保健の枠組みを構築すること。
4. 国際保健の諸課題に対して、人間の安全保障アプローチを取ること。

### 資金の動員

保健分野への援助額は、1990年に25億ドルであったものが2005年には140億ドルに増えた。米国は大統領緊急エイズ救済計画（PEPFAR）を通じて、5年間で150億ドルの支援を、マラリアに対しては5年間で120億ドルの支援をコミットした。ビル&メリンダ・ゲイツ財団は、毎年、開発と保健に対して約10億ドルを助成している。世界エイズ・結核・マラリア対策基金は、2010年には、基金規模を年間60億ドルに増やす計画である。世界保健機関の予算は、毎年約2億ドル増額されてきており、その内3.5億ドルが三大感染症対策に充てられている<sup>18</sup>。しかしながら、国際保健の課題は目の前に山積しており、疾患別アプローチにも、保健システム強化アプローチにも、あるいは、近年頻繁に見られるようになってきた両者が相乗効果を持つような統合的アプローチに対しても、一層追加投資をしていく必要がある。国際保健への世界的な取り組みを強化していく契機となった九州・沖縄サミットの議長国として、その時の遺産に適う指導力を発揮しようとするのであれば、洞爺湖サミットにおいても、日本はさらに積極的な姿勢を打ち出す必要があるだろう。

特定の感染症の中でも特にエイズ、結核、マラリアに対する資金が急増した。その急増は、保健システムが十分に整備されていない多くの国において、保健システムの全体像を歪めているのではないかと懸念が持たれている。しかし、見方を変えれば、感染症に対する国際

<sup>17</sup> Michael Reich, Keizo Takemi, Marc Roberts, and William Hsiao, “Global Action on Health Systems: A Proposal for the Toyako G8 Summit,” in *The Lancet*. 2008 ;371:865-9.

<sup>18</sup> The World Bank, *Healthy Development: The World Bank Strategy for Health, Nutrition, and Population Results* April 24, 2007: 149-150.

的な取り組みが強化されることによって、国際社会は特定の保健課題に積極的に取り組むことができ、それによって何が可能になるかが示されたのである。また私たちがこれまで失敗してきた分野が何かがわかるようになった、とも考えられる。従って、より多くの資金が必要とされている現代の状況にあっては、これまでの努力を後退させるのではなく、過去6年間の疾患別支援を通じて得られた教訓を、保健セクターにより広く適用すべきであろう。また、保健セクターにおいて公平性を達成するためには、感染症対策への資金を減らすわけにはいかないし、これまで余り注目されてこなかった他の保健分野への資金を増やしていかなければならないということを一貫して主張すべきである。また、三大感染症への資金は、6年前には存在しなかった新しい資金であったということも認識すべきである。

私たちは、G8諸国首脳に対して、既に合意した援助資金の支払いを履行する**具体的な計画を立て、各国の支払い状況を相互にモニターし、約束を履行しない国を非難するメカニズムを設けることを合意するよう求めたい**。その一環として、8年前に日本で開催されたG8サミットの成果として創設された世界基金に対して、日本は、全てのG8諸国が資金を提供する責任を果たすよう働きかけるべきである。

### 「持続可能性」の新しい概念の取り込み

国際保健医療協力においては、「持続可能性」という概念がよく用いられる。この概念はこれまでとは別の観点からみていく必要がある。国際開発や国際保健の分野においては、持続可能性の究極的な目標として自助努力が語られる傾向がある。自助努力は、開発援助にとって、必要不可欠な要素ではある。しかし、保健システムを強化し、費用のかかる今日の疾病との闘いに必要とされる資金の大きさを考えれば、近い将来、途上国自身が保健システム強化や保健医療サービスの提供に必要な資金を全て独自に負担できるとは考えにくい。その代わり、私たち先進工業国はこれまでとは違う視点で持続可能性について考える必要があるだろう。すなわち、国レベルでの持続可能性ではなく、国際レベルで、国際社会が予測可能な、継続的な資金を確保していくことによって成り立つような持続可能性（グローバルな持続可能性）を目指すべきである<sup>19</sup>。

グローバル・レベルでの持続可能性が必要であることを示す事例として、保健医療従事者不足の危機への取り組みについて触れておきたい。途上国において保健医療従事者が不足している理由の一つは、保健医療従事者の養成には長期投資が必要であり、少なくとも15年から20年間は確実に資金が確保されることが求められることにある。例えば、ある国が一度、保健医療従事者を養成すると決定したとしよう。そのためにはトレーニングのための施設やプログラムを整備する必要がある。将来の担い手を養成するためには数年を費やさなければならない。また研修を終えた保健医療従事者には、10年から15年間、あるいはそれ以上、給料を支払い続けなくてはならない。もしも、給料が保障されていなければ、彼らは海外に移住し、頭脳流出の傾向を助長することになるであろう。一方、長期間にわたって、保健分野への国際的な支援を得られることが保障されれば、途上国政府も、人材育成や保健システムの他の分野に長期的な投資を行えるようになる。一方、数年で資金を打ち切られることを心配しているようでは、元になる投資さえ捻出しようとしまいであろう。

G8諸国は途上国のパートナーに対して、長期的な協力関係を明確に約束すべきである。つまり、サミットは、途上国の政治や行政の指導者が真の変革に必要な長期的投資を行えるよう、少なくとも20年間は、資金的な協力を維持、また強化することを約束すること

<sup>19</sup> Gorik Ooms, Wim Van Damme, Brook K. Baker, Paul Zeitz, and Ted Schrecker. "The 'Diagonal' Approach to Global Fund Financing: A Cure for the Broader Malaise of Health Systems?" in *Globalization and Health*, 2008, 4:6.

を、文書としてまとめるべきである。

### 包括的な国際保健の枠組みの構築

今や、垂直アプローチへの支援か水平アプローチへの支援かといった二極対立の議論は終わり、最大の効果を生むためには、いかに両者を統合すべきかという点に論点は移っている。今日、世界が直面している三大感染症の予防や治療には莫大な費用がかかる。しかし人々の健康状態を改善するためには、国際社会が感染拡大との闘いを一層推し進めていくしかない。実際、エイズやマラリアの予防や治療を進める大規模なイニシアティブがもたらした直接的な成果として、一般的な保健医療設備を整えられたり、幅広い保健問題に対応できる人材育成されるようになってきている。それと同時に、特に世界の取り残された、最も脆弱な人々に対して疾患別プログラムによるサービスを届けるためには、強靱で、機能する保健システムが必要である。そこで、2つのアプローチを、限られた資源を奪い合う別個の戦略として捉えることは、もはや適当ではない。それに代わり、私たちは、より効率的で効果的な取り組みに繋がるような、両者を補完し合う方策について検討しなければならない。

こうした統合をはかる際は、ドナー国や被支援国、市民社会、企業、そして、私たちが取り組もうとしている保健問題の影響を最も被っているコミュニティを積極的に巻き込んでいく必要がある。そして、既存のアクターや活動を慎重に調整して進めていく必要があるであろう。しかし、どの機関がこの調整役を果たすべきかは確かではない。そうした機関には、諸機関を招集する能力と国際的な正統性が求められる。本年7月のサミットにおいて結論を出すことは現実的でないにしても、**G8の首脳はこの統合の原則を強く支持すべき**である。これにより、国際保健活動推進のための調整と統合の適切な進め方を検討する機運を高めることができるようになるであろう。

疾患別プログラムが多くの資金を引き付ける理由のは、三大感染症による死亡率増加などのマイナスインパクトが極めて明白であり、かつ経済成長にも直接的な害を及ぼすことが分かっているためである。加えて、大規模な予防・治療プログラムを実施すると、個々人の健康やコミュニティの健康が改善するだけでなく、経済をも直接改善するという点も比較的成果として示しやすい。一方、保健システム強化を目的としたプログラムのモニタリングと評価は遅れており、それが保健システム強化の重要性への理解を困難にしている。昨今、疾患別プログラムと保健システム強化プログラムの相乗効果や、両者の統合アプローチのインパクトを評価しようという試みが進められている。この2つのアプローチの統合を一層進めるためには、より制度的なモニタリングと評価が求められる。それにより、何が効果的か、また効果的でないかという根拠に基づいて介入計画をたて、プログラムを実施することが可能となる。

現時点では、あまりにも多くの機関が独自のモニタリング・評価のシステムを持ちすぎている。またデータ、特に保健システムに関するデータにも混乱が見られる。その結果、実施機関も支援を受けている国も貴重な時間や資源を多様な評価のために費やさなくてはならず、大きな負担を強いられている。この課題に取り組むべく、G8諸国は、国際保健のための**二国間、多国間援助をモニターし評価する共通の指標や方法論を開発する活動にコミットすべき**である。また、**合同のモニタリング・評価チームを被支援国に派遣できるような仕組み作り**をすることを約束すべきである。

### 人間の安全保障アプローチの採用

私たちはマクロなレベルで国際保健について語りがちである。しかし、保健とは極めて個人的なものであり、人々の暮らしに関わるさまざまな要素に大きな影響を与え、かつそこから

影響を受けるといふ事実を忘れてはいけない。私たちの国際保健へのアプローチは、人間中心であるべきであり、ニーズ評価、計画、実施、モニタリング・評価全てのステージにおいて、その活動の利益を受ける個人やコミュニティの参加が求められる。それによって、受益者の脆弱性や保健に関わる問題が、日常的に直面している他の社会問題といかに関連し合っているかについて、より理解を深めることができる。

個人やコミュニティに焦点を当てた取り組みをすすめるには、保護とエンパワメントを統合したアプローチが求められる。そして脅威を克服するためには、限られたセクターや国境を超えたアプローチが必要となることもある。忘れてならないのは、世界中の人々やコミュニティがより安心して暮らせるためにかかるコストは決して安いものではないということである。それは、特に感染症や他の保健問題関連の膨大な課題に取り組む際、顕著である。今や、途上国の人々の健康のための投資は、先進工業国に住む私たち自身の健康を守るためにも必要である。特に、感染症や国境をいともたやすく超えてしまう病気を思い浮かべればこのことはすぐ理解していただけるであろう。同時に、世界の人々やコミュニティがより健康になることは、経済の発展や、社会の安定にもつながるということを強調しておきたい。

多くの途上国の、特に農村部が直面している保健医療従事者の危機に鑑み、WHOおよび諸機関は、途上国における保健医療従事者を増やすべく世界的な数値目標を提案している。しかし、保健医療従事者のトレーニングや雇用の数値目標に厳密になるよりも、日本がめざすべきは、人間の安全保障の強力な支持者として、いくつかの**特定地域における保健医療従事者の危機に対して、人間の安全保障の枠組みを通じた対応策を目指すパイロット・プロジェクトを実施**することではあるまいか。こうしたパイロット・プロジェクトでは、現職の保健医療従事者、その卵、そして、保健システムの末端の利用者（患者）を含む、すべての関係者を巻き込んでいくべきである。そこでは、ニーズをよく把握し、かつ保健医療従事者が自国や地元を離れる背景をよく調べ上げ、彼らが、自分のコミュニティにとって最も深刻な健康問題に取り組む上で必要な技術と設備を確実に提供するような工夫が必要である。また分野横断的なプログラムを通じて、金銭面だけではなく、保健医療従事者の人間としてのニーズを全て考慮に入れたインセンティブを与え、彼らを仕事や地元に残らせるような工夫も必要である。また、短期、中期、長期にわたりモニタリングを行い、人間の安全保障の枠組みの付加価値について理解を深めることが求められる。

ここに示したゴール達成のためには、国と国との間の協力が必要であり、多彩な分野にまたがる機関同士の協力もまた不可欠である。7月に開催される洞爺湖G8サミットは目前に近づいている。日本は強力なリーダーシップを発揮しつつ、G8首脳国のすべてのリーダーたちと一緒にあって、G8を超えて今度さらに数ヶ月数年間に渡り、国際社会が引き続き国際保健に関心を持ち続け、さらにその関心を高められるように全ての国が国際保健活動に強くコミットし、それによって世界の一人一人の健康と一つ一つのコミュニティの健康状態を本当の意味でそして持続的に改善していく努力を続けていくべきである。

2008年4月1日現在

「国際保健の課題と日本の貢献」研究・対話プロジェクト  
ワーキング・グループ・メンバー

主 査： 武見 敬三

(五十音順)

石井 澄江	(財) ジョイセフ常任理事・事務局長
石井 正三	日本医師会常任理事
上田 博三	厚生労働省技術総括審議官
上田 善久	(独) 国際協力機構理事
勝間 靖	早稲田大学大学院アジア太平洋研究科教授
黒川 清	内閣特別顧問
笹川 陽平	日本財団会長
笹月 健彦	国立国際医療センター総長
神馬 征峰	東京大学大学院国際地域保健学教授
鶴岡 公二	外務省地球規模課題審議官
中村 安秀	大阪大学大学院人間科学研究科教授
橋本 和司	国際協力銀行専任審議役
松井 一實	厚生労働省大臣官房総括審議官 (国際担当)
山崎 達雄	財務省大臣官房審議官
山本 正	(財) 日本国際交流センター理事長