

サバイバル・キット

国際保健と

G8

2008年

G8 洞爺湖サミット・プロセスにおける
市民社会の経験から

特定非営利活動法人
アフリカ日本協議会

特定非営利活動法人
エイズ&ソサエティ研究会議

We underline the need for partner countries to work toward sustainable and equitable financing of health systems. We also welcome the efforts of the providing health initiative as well as the International Health Partnership and the Catalytic Initiative. We reiterate our commitment to continue efforts, to work towards the goals of providing at least a projected US\$ 60 billion over 5 years, to fight infectious diseases and strengthen health. Some countries will provide additional resources for health systems including water.

目 次

はじめに:なぜ G8 に取り組むのか～ G8 諸国の市民として～	1
第1部 G8 北海道・洞爺湖サミットの国際保健上の成果	2
1. 最大の可能性は「アカウンタビリティ」	2
2. その他の課題では十分な成果なし	2
3. 洞爺湖サミットの成果をどのように活用していくか	3
第2部 G8 は保健に関してどんな約束をしてきたのか	5
1. 概要	5
2. 洞爺湖サミットにおける約束	5
3. 過去のサミットにおける約束	7
第3部 G8 と HIV/AIDS・国際保健ガイドブック	15
1. G8 プロセスとは何か	15
2. G8 プロセスの流れ	16
3. G8 プロセスに対応する議長国の市民社会のネットワーク形成	18
4. 保健を主要議題にするための取り組み	19
5. メディアとの連携・協力に向けた取り組み	20
6. G8 サミットに向けたプロセス:初期(1～2月)	21
(1)概要	21
(2)シェルパ会合	21
(3)世界経済フォーラム	22
(4)G8 保健専門家会合	23
(5)世界保健サミット	24
7. G8 サミットに向けたプロセス:中期(3～4月)	25
(1)概要	25
(2)第4回アフリカ開発会議(TICAD IV)	25
(3)G8 開発大臣会合	26
(4)アフリカ・パートナーシップ・フォーラム	27
8. G8 サミットに向けたプロセス:Civil G8 対話	28
9. G8 サミットに向けたプロセス:TICAD・後期(5～6月)	29
(1)概要	29
(2)G8 議長国首脳と国際 NGO の会合	29
(3)G8 サミットに向けた最終局面	30
10. G8 サミットにおける取り組み:国際メディアセンター	31
11. 市民サミット	32
おわりに G8 に関する市民の Institutional Memory をつくるために	33
資料編(資料編目次は資料編の扉ページ参照)	35

はじめに:なぜ G8 に取り組むのか ～ G8 諸国の市民として～

毎年繰り返される G8 サミット。もしかしたら、G8 ごとに繰り返される大騒ぎ、そして G8 が世界の残りの部分の運命を決める権限を持っているという今の国際社会のあり方に、私たち先進国の市民社会も、責任の一端を負っているのかも知れません。しかし、いずれにせよ、G8 のいわゆる「指導者」たちが、隔離された聖域で会合を持ち、彼らが決定すること、また決定しないことによって最も影響を受ける人々の声を聞くこともなく、政策というものが決定されていくのを、私たち市民社会がただ座って、指をくわえて見ているわけにはいきません。不正義を見逃すことになってしまうからです。

最も影響を受ける者たちが参加できないところで会合が開かれ、政策が決められ、意思決定が行われること、そこには根底的な不正義があります。市民社会は、いつでも、またどこでも、そうした不正義との戦いの最前線に立ち、最も脆弱で、声なき人々に利益をもたらすために持てる力を行使してきました。

G8 の歴史において、市民社会はいつでも強い批判者でし

た。しかし、批判を継続する以上にもっと重要なことは、よりよい代替案を提案し、世界の運命を決定しようとする権力者たちに、その政策によって最も影響を受ける者たちにとって何が重要なのかを伝えることです。

よりましな代替案を提供すること、G8 が過去に為した約束についての責任を確実にとらせること、G8 に反対するにせよ、しないにせよ、こうしたアドボカシーを行うことは有益なことです。通常、約束というものは、それが実行されることを前提になされるものですが、こと G8 の指導者が為した約束については、再三にわたって、それらが結局、単なる〈言葉〉に過ぎなかったということが露呈されてきました。G8 は、「約束は守られるべきもの」という前提を維持することに失敗してきたわけですから。そうならば、市民社会として、私たちは、「誓約」という言葉の意味からして、果たされることが前提となっているこれらの「誓約」を、G8 の国々が果たすようにし向けていかなければなりませんし、もし、G8 が誓約を果たされなかったり、実行されなかったりしたとしたら、それを告発していく必要が、私たちにはあります。

G8 に対する、先進国と途上国双方からの市民社会のアドボカシー：それは先進国の市民にとっての、いわば義務であるといえます。それは途上国の人々にとって有益な結果をもたらすものでなければなりません。本書が、そのために有益な役割を果たすことを望みます。



2008 年の「年賀状」キャンペーンで作成した年賀状のモデル・レター

第1部 G8 北海道・洞爺湖サミットの 国際保健上の成果

1. 最大の可能性は 「アカウンタビリティ」

2008年7月に日本の北海道・洞爺湖で開催されたG8サミットでは、国際保健に関して、期待していたほど多くの成果は上がらなかった。その中で重要な成果は、「G8が行った誓約に対するアカウンタビリティの確保」のためのフォローアップ・メカニズムが設置されたことである。これにより、以下のことが実施される見込みとなった。

- (1) 少なくとも2010年までの間、国際保健はG8の議題となる。
- (2) G8各国は、国際保健に関するG8誓約の履行状況および国際保健に関する各国の貢献について表(マトリックス)をまとめ、評価に供する。(附表については、http://www.g8summit.go.jp/doc/pdf/0708_09_02_en.pdfを参照。)

G8は、国際保健に関して毎年、新しい誓約を行うものの、すでに行った誓約を適切に実施しないという傾向がある。これについて、2006年のサンクト・ペテルブルグG8サミットで、三大感染症についてのG8各国の取り組みについてのレポートを作成することとなり、実際に2007年のG8議長国であったドイツは、三大感染症に関するG8の貢献について各国からの報告をまとめてレポートを発表した

(http://www.g-8.de/Content/EN/Artikel/_g8-summit/anlagen/2007-11-05-health-review.property=publicationFile.pdf)。今回の洞爺湖サミットで設置された「フォローアップ・メカニズム」は、これを三大感染症だけでなく、保健システム強化など国際保健全体に広げ、また、2010年までの継続性を持たせたものである。

2. その他の課題では 十分な成果なし

その他の国際保健課題に関して、洞爺湖サミットでは市民社会の期待にこたえられるほどの成果は達成されず、市民社会としては失望を禁じえなかった。

洞爺湖サミットの保健にかかわる成果文書は、以下の3

つである。

- (1) G8指導者宣言(コミュニケ):「開発・アフリカ」の第45-46段落(2ページ)ウェブ:www.g8summit.go.jp/doc/doc080714_ka.html
- (2) 洞爺湖国際保健行動指針:サミットに向けた政策作りのプロセスの中で、国際保健分野についてG8の「保健専門家」が会合を開き、関連する国際機関や民間団体等の助力を得ながら作成した政策方針文書。(ウェブ:http://www.g8summit.go.jp/doc/pdf/0708_09.pdf)
- (3) 洞爺湖国際保健行動指針附表:G8諸国が国際保健についてどの程度の貢献を行っているかについてまとめた表。「行動指針」の附表として添付された。(ウェブ:http://www.g8summit.go.jp/doc/pdf/0708_09_02_en.pdf)

今回の「国際保健」にかかわる成果の最大の問題は、資金コミットメントがなかったことである。その結果、「指導者宣言」に盛り込まれた各種の政策的コミットメントは、実施にむけた保障のないものとなり、また、「行動指針」も、その名に反して、具体的な行動のための指針というよりは、国際保健の各分野の課題実施に関する提言を集めたものにとどまってしまった。

HIV/AIDSに関する成果とそれに対する評価は以下のとおりである。

- (1) 普遍的アクセス目標の実現:この目標を達成する上で、「緊急性に関する認識」(sense of urgency)が必要であることは明記された。しかし、実際に「緊急性に関する認識」があるなら、この目標の期限までのあと2年半で、同目標の達成のための必要額をどのように拠出するかについてのプランが策定されるべきであるが、その策定は検討もされなかった。
- (2) ハイリゲンダム誓約の達成期間:昨年のG8サミットで、三大感染症と保健システム強化に「当面」600億ドルを拠出する、という「ハイリゲンダム誓約」について、今次G8サミットでは、「5年間で達成するという期限が定められた。しかし、国際機関等の試算によると、三大感染症と保健システム強化のために5年間で必要な資金は、最低でも1700億ドルである。600億ドルはその3分の1強に過ぎず、G8サミットの責任には遠く及ばない。さらに、今次サミットでは、「三大感染症」が「感染症」に、「保健システム強化」が「保健強化」に変わり、表現があいまい化している。

- (3) HIV 陽性者の渡航制限の撤廃：当初の文案では、HIV 陽性者の渡航制限を「緩和もしくは撤廃」(relaxing or eliminating)とされていたところが、複数の国の反対で「渡航への便宜」(facilitating travel)という表現へと変わり、HIV 陽性者の渡航制限という人権の問題について、法律の改正を前提としない形になってしまった。

その他の課題の詳細については、日本の市民社会が作成した「スコアカード」(本書資料編 資料 No. 16. 83 ページ)を参照すること。

3. 洞爺湖サミットの成果を どのように活用していくか

(1) 洞爺湖サミットによって得られた「機会」の活用

洞爺湖サミットで得られた最大の成果は、フォローアップ・メカニズムである。「G8 の過去の誓約に関するアカウントビリティを確保する」とG8 自身がうたっている以上、市民社会はこのフォローアップ・メカニズムを最大限活用し、実際にG8 が既存の国際保健関係の誓約を忠実に履行するようにアドボカシーを実施しなければならない。これを行ううえで重要なのは以下のことである。

a) ベースラインとなる「附表」に関する評価

G8 は、今回のサミットで発表した「附表」を毎年改訂し、G8 の各誓約に関して、各国が実際にどの程度の拠出をし、どのような貢献をしたかについて評価する、と述べている。つまり、この「附表」がベースラインとなるわけである。

そうである以上、ベースラインである「附表」の形式・内容について精査し、誤っている箇所、不十分な箇所を指摘し、G8 の誓約履行状況と各国のパフォーマンスが具体的にわかるような附表となるように提言していくことが重要である。

b) 各国のパフォーマンスに関する独立した評価

G8 政府が作る「附表」は各国の妥協の産物であり、市民社会がいくら提言しても、不十分な箇所が残ることは当然である。市民社会は、これに対して、政府の発表する情報を活用しながら、各国の資金拠出および実施のパフォーマンスを独自にモニタリング・評価し、各国が実際に、G8 が行った誓約をどの程度履行しているかを明らかにしていくことが必要である。

現在の「附表」は、国際保健全体および三大感染症対策への拠出について、大枠での数字が記載されているのみであり、G8 の国際保健に関する各種の誓約に具体的に対応

した形となっていない。実施内容についても、各国が実施したことがただリスト化されているのみで、それがどの程度の効果を挙げ、誓約の達成に貢献したかについての記述がない。また、拠出資金についても、単位通貨が統一されておらず、比較ができないなど、ユーザー・フレンドリーでない点が多々存在する。これらの点について、市民社会が改訂を求め、また、独立した評価で実際に指摘するなどして、G8 が真にアカウントビリティを果たすように働きかけていくことが必要である。

(2) 洞爺湖サミットで達成できなかった課題の追求

2010 年は、ミレニアム開発目標達成の上での一つの節目であり、また、「HIV/AIDS 治療・ケア・予防の普遍的アクセス」目標およびマラリア・アブジャ目標の期限でもある。本年の洞爺湖サミットは、実際にこれらの目標を実現するために必要な多くのことを達成できなかった。その中で、とくに HIV/AIDS 分野で達成を要求していかなければならない課題として以下のものがある。

a) 普遍的アクセス実現に向けた資金拠出計画の策定

2010 年までに普遍的アクセスを実現するには、2009 年に 300 億ドル、2010 年に 400 億ドルの拠出が必要であるとされている (UNAIDS)。 (ウェブ：http://data.unaids.org/pub/Report/2007/20070925_advocacy_grne2_en.pdf) 今回のサミットで G8 が拠出を誓約したのは、「感染症」と「保健強化」に 5 年間で 600 億ドルを拠出するというもので、HIV/AIDS に関する普遍的アクセス実現にも遠く及ぶものではない。

イタリアでの G8 サミットに向けて、普遍的アクセスを実現するための資金拠出計画の策定を要求していく必要がある。

b) ハイリゲングダム・サミットにおける各種目標の実現のための資金拠出計画の策定

また、G8 は 2007 年にハイリゲングダムで、HIV/AIDS に関して以下の誓約を行っている。これらは、普遍的アクセスを達成する上で G8 が行わなければならない責務のレベルを大幅に下回るものではあるが、これらを実現するための具体的な資金拠出・実施計画を策定させる必要がある。(ハイリゲングダム G8 サミット “Growth and Responsibility of Africa”

http://www.g-8.de/Content/DE/Artikel/G8Gipfel/Anlage/Abschlusserk1_C3_A4rungen/WV-afrika-en,templated=raw,property=publicationFile.pdf/WV-afrika-en)

- ・ 2010 年までに、PMTCT への普遍的アクセス実現のために必要な資金を拠出。
- ・ 世界エイズ・結核・マラリア対策基金に対して、野心

的でなおかつ現実的な、需要ベースの資金目標に基づいた長期的で予測可能な資金を提供。

- ・ 今後数年間の間に、アフリカで 500 万人の HIV 陽性者に抗レトロウイルス治療を提供
- ・ アフリカで 2400 万の新規感染を予防
- ・ アフリカで 1000 万人のエイズ遺児を含む 2400 万人にケアを提供
- ・ PMTCT プログラムの普遍的アクセスの実現。

(3) G8 市民社会の連携強化の必要性

G8 サミットに向けた国際保健の政策形成プロセスに対しては、G8 各国の市民社会が、より効率的な情報共有と連携の仕組みを構築し、各課題に対して臨機応変に対処する必要がある。その理由は以下の通りである。

今回の G8 サミットでは、2 月以降、「G8 保健専門家会合」が 3 回開催され、「洞爺湖国際保健行動指針」がまとめられた。このプロセスの中で、様々な課題について、G8 各国政府の利害が対立し、結果として、「行動指針」に記載された多くの事項が、各国の妥協により、十分な内容が含まれないものとなってしまった。例えば、以下の課題に対して、以下のような各国の利害対立が存在した。

- a) ハイリゲンダム 600 億ドルの拠出の期限について：英国政府は積極的に「3 年間」(2010 年まで)を主張したが、ドイツ政府は「8 年間」を主張。他の大陸ヨーロッパ諸国やカナダも消極的であった。

- b) リプロダクティブ・ヘルス、妊産婦の健康改善について：日本政府はこれを盛り込むことに積極的であったが、米国政府は一定の理解を示しながらも、リプロダクティブ・ヘルスに消極的な自国の伝統的立場に固執した。

- c) HIV 陽性者の渡航制限について：フランスは渡航制限の緩和・廃止を訴え、日本もこれに同情的であったが、米国とロシアはこれに対して強く反対した。

- d) 「洞爺湖行動指針」の文書の性格について：日本はこれについて、G8 首脳宣言に近い高いレベルの性格を付与するよう働きかけたが、イタリアおよびカナダは、この文書 G8 首脳に提出する単なる提言文書のレベルにとどめようとした。

このように、G8 諸国の立場は各課題によって異なるため、全ての課題において妥協が必要となり、より高いレベルでのコミットメントが実現できなくなる。これに対して、G8 諸国の市民社会が、早期の段階で情報を収集し、「抵抗勢力」となる国に対して連携してアドボカシーやキャンペーンを行うことができれば、G8 諸国も低いレベルでの妥協はできなくなり、より積極的なコミットメントを含んだ決定を行うことができるようになる。よって、G8 諸国の市民社会が共同して効率的な情報収集・連携・アドボカシーを行えるしくみ作りが必要である。



市民サミットの閉幕式 (2008 年 7 月 8 日)

第2部 G8 は保健に関して どんな約束をしてきたのか

題を本格的に議題にし始めたのは21世紀に入ってからのことである。

では、G8 はこれまで、国際保健でどのような約束をしてきたのだろうか。以下の順番で、表にしてみた。

1975年に、「先進6カ国」の経済政策の調整のためのフォーラムとして発足したG8が国際保健などの地球規模課題

- (1) 洞爺湖サミットにおける約束
- (2) 過去のサミットにおける約束

2. 洞爺湖サミットにおける約束

< 洞爺湖サミット首脳宣言の約束 >

課題	段落	内容	洞爺湖指針参照箇所
保健全般	45	<ul style="list-style-type: none"> ・ G8 のコミットメント履行の進捗をモニターするためのフォローアップ・メカニズムを設置することにも合意 ・ 我々は、G8 保健専門家が、説明責任を果たすために G8 の過去のコミットメント履行状況を示す一覧表とともに提出した報告書を歓迎 	指針 1・2 段落
資金	46(a)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 感染症との闘い及び保健強化のために努力を継続するとともに、今後5年間で少なくとも見積もられた600億米ドルを供与するとの目標に向けて引き続き取り組むとのコミットメントを改めて表明する。一部の国は、水分野を含む保健システムに対する追加的な資金を提供する 	指針 29 段落
保健システム強化	46(b)	<ul style="list-style-type: none"> ・ G8 メンバーは WHO が示す基準値である 1000 人あたり 2.3 人という比率にまで保健従事者が増加するように努力し、まずは、我々が現在活動を行っており、かつ、保健従事者の決定的な不足を経験しているアフリカ諸国と協力する ・ 我々は、パートナー諸国及び国際保健従事者同盟(グローバル・ヘルス・ワークフォース・アライアンス)等の関連のある利害関係者が、強固な保健従事者の計画を策定し、明確な国家主導の目標を設定する努力、並びに、特に効果的な保健政策を立案するためのモニタリング・評価を強化するための努力を支援する。この文脈で、我々は、2008年3月の保健人材に関する第1回国際フォーラムにおいて採択されたカンパラ宣言と国際行動のための課題に留意する 	指針 11-15 段落
母子保健	46(c)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 我々は、開発途上国の中には子供の死亡率と母親の健康に関する MDGs 達成が大幅に軌道からはずれていることに留意する。(中略) 国家主導の計画においては、栄養を含む継続的な予防とケアは、母子、新生児及び小児保健に対しより焦点を当てるべきである。生殖に関する保健は広くアクセス可能でなければならない。G8 は、また、母子感染の防止を含むヘルスケアへのアクセスを改善し、さらに、他分野にまたがるアプローチの採用やコミュニティの関与と参加の促進により MDGs を達成するため、HIV/エイズに関する活動、性と生殖に関する保健及び任意の家族計画の間の連関を改善するべく具体的な手段をとる 	指針 16-20 段落
HIV/AIDS	45 46(g)	<ul style="list-style-type: none"> ・ G8 メンバーは、マラリア、結核、ポリオという感染症との闘いに関して、それぞれ固有のコミットメントを完全に遵守する決意であり、2010年までの HIV/エイズの予防、治療、ケアへのユニバーサル・アクセスという目標に向かって取り組んでいる ・ 我々は、移動を円滑にすることを目的とした、HIV 陽性者の移動制限措置を見直すために現在行われている取組を支持し、この問題を引き続き扱うことにコミットしている 	指針 21 段落
マラリア	46(d)	<ul style="list-style-type: none"> ・ マラリアに関する我々の過去のコミットメントの履行の一環として、他の利害関係者と協力し、二国間及び多国間の援助を通じ、2010年までに1億張の長期残効型殺虫剤含有蚊帳を提供することを目指し、同蚊帳へのアクセスを引き続き拡大 	指針 23 段落
その他の感染症	46(e) 46(f)	<ul style="list-style-type: none"> ・ ポリオ根絶という歴史的な偉業に向けてのモメンタムを維持するために、我々は国際ポリオ根絶イニシアティブ(GPEI)を支援するための資金的貢献を維持又は増加させるとの我々自身の過去のコミットメントを履行し、他の公的及び民間のドナーにも同様の取組を行うよう奨励する。 ・ 「顧みられない熱帯病」(NTD)に関してサントペテルブルクでなされたコミットメントを更に進めるために、我々は、研究、診断・治療、予防、啓発、そして安全な水・衛生へのアクセス拡大などの措置を通じて、WHO が掲げる疾病の統制または征圧の支援に取り組む。この観点から、我々は、WHO の計画を念頭に置きつつ、保健システムの普及、貧困と社会的排除の緩和、並びに、集団投薬をはじめとした十分な統合的公衆衛生アプローチの拡大を通じて、アフリカ、アジア、ラテンアメリカの主要感染国において、特定の NTD に感染した少なくとも 75%の人々に対して、支援を届けることができるであろう。3年から5年の間行動を継続する 	指針 24, 25, 30 段落

< 洞爺湖国際保健行動指針における約束 >

課題	段落	内容
保健全般	1段落	多様なステークホルダーからのインプットを適切に得つつ、G8専門家は、保健に関する現状、行動原則、取るべき行動を概説する本報告書を作成した。
資金	30段落	保健関連MDGsが達成されるためには、妊産婦の健康、生殖に関する健康(リプロダクティブ・ヘルス)、子どもの健康や、新たに顕在化してきた保健課題、および顧みられない保健の優先課題で進展を図るためには、国内及び国外の両方から追加的資金が必要であることを認識する ポリオ根絶については、国際ポリオ根絶イニシアティブ(GPEI)によれば、2008年から2012年の5年間で、少なくとも9億8千万ドルの緊急の資金需要が存在し、これが満たされなければ、根絶に向けた展望が後退することになる
保健システム強化	13段落 14段落	保健従事者の供給を増加し、質を改善するためには、保健従事者の「治療・研修・維持(TTR: Treat-Train-Retain)」や、保健従事者間の業務移管(タスク・シフティング)などの方法が推進されるべきである G8は、保健従事者の倫理的な国際的雇用に関する自発的行動規範についてのWHOの作業を奨励する G8は、保健システムのパフォーマンスを記録して評価するために、妊産婦保健指標を使用する価値を認識する。G8は、政策立案と評価に必要な保健データを収集、分析、評価するための保健評価指標の標準化を目指すためのステークホルダー間での更なる連携を奨励する
母子保健	18段落	2015年までに全ての出産のうち90%が熟練助産者の立ち会いのもとで行われるべきであるという1999年のICPD+5(注:人口と開発に関する国際会議+5)で合意された目標を念頭に、熟練助産者へのアクセスを向上しつつ、質の高い産前・産後ケアへのアクセス改善のための継続ケアに対する資金投入を通じて、妊産婦および新生児の死亡削減のための包括的アプローチの支援に取り組むことを提言する。
HIV/AIDS	21段落	二国間・多国間の努力により、500万人へのART治療を支援すること、2400万人の人々の新規感染予防と2400万人のケアを行う。 国際社会は、アフリカにおけるエイズ母子感染予防のためのプログラムを拡大する必要がある母子感染予防を含む包括的かつ証拠に基づいた予防のための努力を加速化させること、および、性的搾取やジェンダーによる暴力への対応が、引き続き緊要である。 ジェンダー分析、ジェンダー平等の推進、そして女性と女兒に特有のニーズへの対応が必要である。 性と生殖に関する健康(リプロダクティブ・ヘルス)への支援は、思春期やその他の脆弱度の高いグループが利用可能でアクセス可能なものにしなければならない。 HIV予防、治療、ケアとサポートへのアクセスを阻害する差別、偏見、社会的排除といった障壁は取り除かなければならない。 G8は、移動を円滑にすることを目的とした、HIV陽性者の移動制限措置を見直すために現在行われている作業を支持し、この問題を引き続き扱うことにコミットしている
TB (含む HIV/TB)	22段落	質の高い直接服薬確認療法(DOTS)を含むストップ結核戦略の拡大は、サーベイランス能力が弱い多くの開発途上国にとって不可欠なものであり、また、保健システムの強化に資するものである。 G8は、多剤耐性結核や超多剤耐性結核に対するサーベイランスや診断システムを強化し、WHOが推奨するHIVと結核の重複感染に対する統合された共同アプローチを強化しなければならない
マラリア	23段落	G8は、長期残効型殺虫剤含有蚊帳(LLITN)、残留性有機汚染物質に関するストックホルム条約に沿った室内残留性散布のような統合的ベクター・コントロール・メカニズム、早期診断、効果的な抗マラリア薬による治療(ACT:アルテメシニン多剤併用療法)、そして、妊娠中のマラリアに関する間欠的予防治療へのアクセス拡大を継続しなければならない。G8は、マラリアに関する我々の過去のコミットメントの履行の一環として、他の利害関係者と協力し、二国間及び多国間の援助を通じ、1億張りの長期残効型殺虫剤含有蚊帳を供与することを目指し、同蚊帳へのアクセスを引き続き拡大する。また、ACTへの薬剤耐性発現と、それが引き起こす効果的治療への脅威を管理し、予防するために、継続的警戒と先制行動が支援されなければならない
その他の感染症	24段落 25段落	G8は、国際ポリオ根絶イニシアティブを支援するために、資金的貢献を維持又は増加させるとの我々自身の過去のコミットメントを履行し、他の公的、民間のドナーにも同様の取組を行うよう促す。世界保健総会(WHA)決議がポリオ流行国に対して、政治レベル、市民社会レベルの全てのレベルにおいてポリオ根絶の努力に関与するよう促したことを念頭に、G8は、ポリオ流行国による強いコミットメントを支持し、ポリオ根絶に向け共に努力する。 WHOの計画を念頭におきつつ、保健システムの普及、貧困と社会的排除の緩和、ならびに、集団投票をはじめとした十分な統合的公衆衛生アプローチの促進を通じて、アフリカ、アジア、ラテンアメリカの主要感染国において、特定のNTDに感染した少なくとも75%の人々に対して、支援を届けることができるであろう

3. 過去のサミットにおける約束

(1)80年代～2004年までのG8の約束

年・開催場所	内容
1985 ボン(独)	我々は、飢餓や疾病と闘う途上国への支援を継続する。
1986 東京(日)	我々は、飢餓・疾病と闘うという我々の誓約を再確認する。
1987 ヴェニス(伊)	各国の元首・政府首脳、欧州共同体の代表は、エイズが世界で最大の保健問題になりうることを確認する。
1989 パリ(仏)	・ 我々はエイズに関する国際倫理委員会の設立について留意する。
1996 リヨン(仏)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 開発に向けた新たなパートナーシップの目標として、保健の増進が含まれる必要がある。 ・ この新たなパートナーシップの目標に、持続的な開発と貧困の解消が含まれている。このことは、保健など、必要なセクターに適切な ODA の拠出を行うことが含まれている必要がある。 ・ (新たなパートナーシップに関連して)我々は、特定の国における極度の貧困、乳児・児童・妊婦の死亡率など、開発の分野に関する進展を測定することができる指標の有用性について強調する。 ・ 我々は、感染症に関する予防・診断、サーベイランスおよび新興・再興感染症への対応の分野で援助を行う実施機関の創設に合意する。 ・ 我々は、こうした疾病の診断・治療・征圧、安価でアクセスしやすい保健ケアサービス、予防、調査研究に関して、全ての分野での強力の拡大を改めて表明する。 ・ 我々は、これらの疾病の治療に関する調査研究について科学者のコミュニティの活動を促進するために我々の国でとられている、国レベルでの様々な手段について支援し、この分野での各国の研究者チームの国際的な協力も促進する。 ・ HIV/AIDS やその他の感染症の打撃を最も受けている国々の利益になるような各種の援助プログラムの拡大を継続する。 ・ 我々は、アフリカ、南アジア、ラテンアメリカ・カリブ海地域に対して、これらの疾病のサーベイランス、予防、研究、診断、治療についての我々の知見を移転することにより、協力してプロジェクトを実施することを促進する。 ・ 我々は、世界保健機関(WHO)および国連合同エイズ計画(UNAIDS)の努力を強く支援する。
1997 デンヴァー(米)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 我々は、包括的な改革の必要性に直面し、改革を実施しているアフリカの国々に対して、適切で、よくターゲット化された支援を行うことにより、協働する。この援助には、環境保護、保健や教育を含む人的資源開発を含む。 ・ 今後数年間で、我々の政府は、以下の方法により感染症への国際的な対応のより効果的な協力を促進する：地球規模のサーベイランス・ネットワークの開発の促進、国家・地域レベルのサーベイランス・システムの建設、地域レベルでの必要なワクチン、治療薬、診断薬の活用拡大などに向けた地球規模の努力を含む、感染症の予防・診断・征圧に向けた公衆保健能力の向上の支援。 ・ 我々は、生物製剤や薬剤の質に関する最近の世界保健総会の決定、および WHO の努力を支援する。 ・ 我々は、エイズ・ワクチンの開発に向けた必要な資金の供給および国際的な科学協力の促進に向けて共に協力する。 ・ 我々は、UNAIDS がその任務達成に必要な資金を供給するために働く。
1998 パーミンガム(英)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 我々は、エイズ・ワクチンや予防プログラム、適切な治療の開発を通じて、地球規模のエイズの被害の減少に向けた努力を継続する。また、UNAIDS への支援を継続する。 ・ 我々は、エイズ治療および予防に向けてフランスが提出した「治療連帯イニシアティブ」提案書やその他の提案書を歓迎し、その実施の妥当性について早急に検討するべく専門家に要請する。 ・ 我々は、2010 年までにマラリアの死亡率を格段に減少させ、マラリアで苦しむ数億人の人々の苦しみを和らげるための「ロール・バック・マラリア」新イニシアティブを支援する。
1999 ケルン(独)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 我々は、予防・ワクチン開発・適切な治療を統合した戦略によって、国家・国際レベルでのエイズとの闘いへの努力を支援する。 ・ 我々は、UNAIDS の、エイズと闘うための調整・触媒的な役割を歓迎し支援する。 ・ 我々は、地球・地域レベルでの明確な目標・戦略、イニシアティブの形成に関する協力を UNAIDS の全ての共同スポンサーおよびその他のパートナーに呼びかける。 ・ 我々はまた、マラリア、ポリオ、結核およびそれぞれの薬剤耐性疾患など感染症・寄生虫病と闘うための国内的・国際的な努力の継続を誓約する。 ・ 我々は、WHO の「ロール・バック・マラリア」および「ストップ結核」のイニシアティブの開始を支援する。我々は、各国が推奨された戦略を採用することを呼びかける。

2000年九州・沖縄(日) 要旨	<p>・我々は成長を促進する要素として、保健など3つの課題に特別な注意を払う。</p> <ul style="list-style-type: none"> ● (サハラ以南アフリカ等の)国々が HIV/AIDS、遅い成長などの課題に取り組み克服することを支援。とくに保健・教育など適切な社会政策による成長の利益の公平な分配に特別な優先順位。 ● HIV/AIDS、マラリア、結核など感染症への野心的なプランの実施。 ● WHO や他の国際機関、製薬企業など民間企業、科学期間、NGO その他の市民社会のパートナーシップ強化により(1)2010年までに HIV/AIDS に感染した若年人口を25%減少、(2)2010年までに結核による死亡と有病率を50%削減、(3)2010年までにマラリアの負荷を50%削減、の3つの国連目標を実現。 ● これらを実現するため以下の実現を目標として設定： <ul style="list-style-type: none"> ➢ 追加的資金の動員、多国間開発銀行で可能な限りの援助を拡大。 ➢ 平等で有効な保健システムの成長、予防接種・栄養・感染症の予防・治療の拡大を優先化 ➢ 影響を受けている国の人々の意識喚起につながる高レベルな対話を通じた政治的指導力の拡大 ➢ 民間セクター、多国間機関、NGO などを含む革新的なパートナーシップの支援 ➢ 途上国でより一般的にアクセス可能な、既存の、資金を効率的に活用できる医薬品、ワクチン、治療、予防手段などの対処の実施 ➢ 途上国での医薬品アクセスに関する困難な問題への対応、この問題に直面する途上国の障害への対応 ➢ 基礎研究、新規医薬品・ワクチン、その他の国際的な公衆保健資材の開発に向けた協力の強化 ● HIV/AIDS・マラリア・結核への国際開発協会(IDA)による資金支援を3倍にするという世界銀行の決定を歓迎。二国間援助機関による援助増額を歓迎。 ● G8 のコミットメントの実施に向けた戦略に合意するために、秋に日本で会議を開催。進展をジェノバ・サミットに報告。2001年、国連がエイズ治療・ケアへのアクセス促進の為に戦略をテーマとする会議を開催することに協働。
2001年ジェノバ(伊) 要旨	<ul style="list-style-type: none"> ● 「新アフリカ・イニシアティブ」の中心テーマとして以下のことを支援。 <ul style="list-style-type: none"> ➢ 人間開発・保健・教育への投資、HIV/AIDS・結核・マラリアについて、世界エイズ・保健基金(注：後の世界エイズ・結核・マラリア対策基金)を通じて支援 ● (沖縄サミット、国連総会でのアピールへの応答として)国連事務総長とともに世界エイズ・結核・マラリア対策基金を本年中に創設。G8ですでに13億ドルの拠出を決定。同基金は官民パートナーシップとして創設し、他国、民間セクター・財団、科学セクターの参加を促す。他からすでに5億ドルの拠出があったことを歓迎。 ● 基金は予防・治療・ケアの統合的アプローチを促進。すでに証明された科学的・医学的効率性に基づいて運営。早い資金投入、少ない運営コスト、結果重視、軽い統治機構を旨とする。援助国・援助機関の連携と民間セクターの研究開発の促進を期待。既存の国家保健計画と統合された既存のプログラムへの追加的資金拠出を実施。途上国のオーナーシップと結果への責任を重視。NGO などローカル・パートナーや国際機関の関与が成功への鍵。 ● 効率的な予防・治療・ケア、差別なく必須保健サービス・資財へのアクセスを提供する強い国家レベルでの保健システムが重要。HIV/AIDS対策は保健セクターを越えた広い社会的行動が必要。製薬セクターの、治療薬へのアクセス拡大に向けた取り組みを歓迎。世界基金の設立により、疾病の影響を受けた国々での治療薬のアクセスをできる限り拡大。貿易関連知的財産権協定(TRIPs)の条文活用に関する世界貿易機関(WTO)での討議を歓迎。治療薬を必要とする人々、とくに基本的な医療ケアにアクセスする資金のない人々の治療薬へのアクセスを拡大するために各国が TRIPs 協定の柔軟性を活用することの適切性を認識。同時に、治療薬研究開発の動機付けとして、強く効果的な知的財産権保護を実施することを確認。
2002年カナヌスキ(加) 要旨	<p>アフリカで蔓延している疾病に関する保健の調査研究を支援。アフリカの保健問題に関する研究ネットワークの拡大、アフリカに拠点を置く研究者の活用のはかる</p> <p>不利な状況におかれている子どもたちへの対策が、国家教育計画に組み入れられる必要。エイズの影響を受けた子どもたち：現在1300万人、2010年には3500万人に上るエイズ遺児の特別な状況を解決する特別な方法が必要。コミュニティ組織が重要な役割。</p>

	<p>以下の方法でアフリカの HIV/AIDS に対する取り組みを支援。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ エイズ遺児および HIV/AIDS の影響を受ける母子を支援 ・ 保健医療従事者の採用と訓練の為に訓練施設を強化 ・ HIV/AIDS 予防・ケア・治療のためのジェンダーに配慮した多セクターのプログラムの形成・採用・実施を支援 ・ HIV/AIDS に関連するスティグマを軽減する意識改革のための高レベルの政治的関与の支援。 ・ 疾病サーベイランスを含む技術協力の向上。 ・ HIV/AIDS の犠牲者やその家族の支援や、HIV/AIDS への認識拡大のための、雇用者とのパートナーシップの強化。 ・ HIV/AIDS と結核の双方へのアプローチの統合の強化 ・ HIV/AIDS がアフリカにもたらす平和と安全保障上の課題に対する取り組み能力の強化。 <p>教育システムにおける HIV/AIDS のインパクトへの取り組み：</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ HIV/AIDS が教育における供給・需要・教育の質に与えるインパクトに対処すべく取り組んでいる国に対する技術協力が重要。 ・ 教育システムは HIV/AIDS の破壊的な蔓延を逆転させる建設的な役割を果たしうる。教師は予防において重要な役割を果たせる。教師の適切な訓練が重要。 <p>効率的な疾病対策のための持続的な保健システムの構築をするアフリカの国々を支援。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 安価で医学的に効果のある方法で、治療薬の適切な供給を促進するために国際的な製薬企業、アフリカ諸国、市民社会と協働。 ・ 社会の最も脆弱なセクターを費用対効果の高い方法で支援。特に妊産婦・乳幼児の死亡率の減少。 ・ 世界基金を支援、とくに世界基金が自らの経験から学び、実施の効率性を高められるよう支援。 ・ 世界基金へのアクセスを拡大するためのアフリカの努力を支援、特に世界基金に参画し利益を得られるようにアフリカの能力を強化。 ・ 公共および民間の保健サービスの質のモニタリングのための公共セクターの能力強化。 ・ G8 とアフリカ諸国の病院やその他の保健組織の「姉妹機関」化の支援。 <ul style="list-style-type: none"> ● アフリカでのポリオ、河川盲目症、その他の疾病や保健問題の根絶と削減の取り組みを強化。 <ul style="list-style-type: none"> ➢ ポリオの2005年までの根絶に十分な資源を公正で平等な方法で提供。子どもの予防接種拡大と微量栄養素欠乏症の根絶のための適切な官民パートナーシップの支援。
<p>2003年 エヴィアン(仏) 要旨</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ MDGs と持続的開発のための世界サミットの開発ゴールの達成に向けたコミットメントを確認。途上国、民間セクター、多国間機関、NGO と連携して保健のゴール達成に努力。多国間・二国間の政府開発援助(ODA)と企業・NGO の努力により保健の成果を進展させる必要。 ● 国連エイズ特別総会のコミットメント宣言に含まれた我々の共有された義務を果たす。 ● 沖縄で合意された、対策の構築、官民パートナーシップ、人材育成、調査研究、コミュニティレベルでの公衆衛生の促進を通じた HIV/AIDS、結核、マラリアとの闘いへのコミットメントを再確認。多国間・二国間の双方で取り組み。 ● 世界エイズ・結核・マラリア対策基金への支援を再確認。 ● 7月にパリで世界基金支援のための政府・国際機関、NGO、民間セクターを集めた援助機関・支援機関の会議を開催。会議の趣旨は、世界基金の長期的な資金拠出を持続的に可能にするための資金の動員、効果的で成果重視の世界基金マネジメントの達成。 ● 世界基金への支援拡大を各種機関に呼びかけ。 ● 最も貧しい人々に向けた安価な治療薬へのアクセス増大を促進する統合的なアプローチの形成に取り組む。途上国での治療薬アクセス拡大の鍵が、アクセス可能な価格設定にあることを認識する。製薬企業が、途上国で必須医薬品を安価に販売することに、自発的に、長期間コミットする事を歓迎し、供給に関する競争の導入も含め、さらなる努力を勧奨する。途上国に対して、治療薬を無料、もしくは安価に提供することを促進する。途上国に対して、関税や流通経費をできる限り引き下げることを求める。 ● 途上国向けに安価に流通する治療薬が先進国に逆流する事を防ぐための措置をとり、途上国にそのための技術協力を行う。途上国での価格を先進国にも適用することはしない。 ● 製薬能力のない、もしくは不十分な途上国が直面している問題に取り組むため、我々の多くは、強制実施権の発動によって製造した治療薬を、輸出先国の公衆保健上の危機に対応するために輸出する WTO メンバー国に対して、WTO に問題を提起することを自粛する措置を執った。我々は WTO において、カンクン閣僚会議の前に、関係者の信頼を再建し、この問題に取り組むことを、我々の担当者に指示する。

<p>2004年 シーアイランド(米) 要旨</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 地球規模 HIV/AIDS 問題への取り組みを再確認。各機関と協働。しかし、HIV ワクチンの開発への努力促進がさらに求められていることを確認。世界の科学者が協力して働く仕組みを作ることが最も有効。 ● 先進国・途上国の公共・民間の主要な科学その他の利害関係者が、寄り組織された形で協力する仕組みが必要。「地球規模 HIV ワクチン・エンタープライズ」の設立を呼びかける。 ● 「エンタープライズ」では、科学的な課題に、情報共有ネットワークと技術により、適切な調整によって取り組むこと、既存の資源がより適切な方法で使われ、新たな資源を動員することに関して、戦略計画を策定すべきである。以下の点が含まれるべき。 <ul style="list-style-type: none"> ➤ 複数の調整された HIV ワクチン開発センターの設立の促進(後略) ➤ HIV ワクチンの製造能力の開発の促進(後略) ➤ 標準化された前臨床および臨床試験施設のアセスメント(後略) ➤ 統合された国際的な臨床試験のシステムの拡大(後略) ➤ 許認可のための機関の相互の連携の最大化(後略) ➤ 途上国出身の科学者の参画の拡大(後略) ● 全ての「地球規模 HIV ワクチン・エンタープライズ」の関係者に次回のサミットまでに、戦略計画の形成を完了するよう要請。 ● 米国はG8議長国として、2004年中に「エンタープライズ」に関係している全ての関係者がHIVワクチン開発への協力を促進するための会議を開催。この会議で戦略計画の実施について明確にする。当該会議が毎年開催されるよう支援。次回G8サミットにおいてこのイニシアティブをフォローアップする報告書を作成。
	<ul style="list-style-type: none"> ● 2005年までにポリオを根絶するため必要な全ての措置を執る。 ● ポリオが再興しないよう、ポリオ根絶以降 2008年までに、国家保健戦略および構造に関して必要な措置を全て統合することに取り組む。 ● 2004年のポリオ対策の資金ギャップが克服されたことを祝福。2005年の資金ギャップの克服のためにG8および他の公共・民間援助機関によびかける。 ● ポリオ根絶のために誓約された資金を、現実に拠出することを求める。今から2005年までに、効果的な予防接種キャンペーンの予算組みと計画を可能にするよう、これらの資金が適切なタイミングで拠出されることを求める。 ● ポリオが存在する国々の政府に対して、ポリオ・ウイルスを絶滅するためにより強固な対策をとるよう求める。他の援助国・機関に、これらの努力を支援するよう求める。 ● ポリオ根絶に関する決定がイスラム諸国機構サミットで採択されたことを歓迎する。 ● ポリオ根絶イニシアティブがよい働きをしたこと、Rotary Internationalの支援が有効性を持ったこと、多くのボランティアたちがすばらしい貢献をしたことを認識する。

(2) 2005年グレンイーグルズ・サミット(スコットランド＝英国)における約束

保健一般	<ul style="list-style-type: none"> ● 保健・教育・食料安全保障の増進のためのアフリカの戦略を支援。 ● 2015年までに全ての子どもが質の良い無料の義務教育と基本的保健サービス(サービスの無料化も視野)へのアクセスを確保するアフリカ各国のコミットメントを支援。特に女性と子どもを含め、予防可能な原因での死亡の危機にさらされている最大脆弱層の死亡率を軽減。HIV、マラリア、その他の死亡原因になりうる疾病の蔓延を止め、減少させること、安全な水と衛生へのアクセスを確保。
感染症	<ul style="list-style-type: none"> ● 価値ある「G8地球規模 HIV/AIDS ワクチン・エンタープライズ」の構築のため協働。直接投資と市場インセンティブの拡大。ワクチン、マイクロビサイド、エイズ・マラリア・結核・無視された病気の治療薬開発のための官民パートナーシップや先行的購入コミットメントなどのメカニズム作り。アフリカに影響を与える疾病へのワクチン開発を支援する遺伝子工学・生物化学国際センターをアフリカに設立する努力の継続。
HIV/AIDS	<ul style="list-style-type: none"> ● アフリカ政府とともに、そのオーナーシップを尊重しながら、よい教育、教員の増員、学校の新設に投資。エイズにより死亡する教員の減少にアプローチする上で必須。 ● アフリカでエイズから解放された世代を生み出す。HIV 感染を減少させ、WHO、UNAIDS、他の国際機関とともに HIV 予防・治療・ケアのパッケージを形成し実施する。2010年までに、治療を必要とする人すべてへの HIV 治療の普遍的アクセスの実現にできる限り近づく。 ● 不十分な保健システムの能力が、これらを達成する上での障害となっていることに鑑み、アフリカのパートナーとともに、信頼でき責任を伴った医薬品の供給・報告システムを樹立することを支援。エイズやその他の疾病によって遺児となったり、脆弱にさせられた子ども全てへの適切な支援の提供。世界エイズ・結核・マラリア対策基金への今年の十分な増資を含め、HIV/AIDS 対策の資金需要を満たす。エイズ対策の「三つの統一」(Three Ones)原則を全ての国で実現するために働く。
マラリア	<ul style="list-style-type: none"> ● アフリカの国々と共に、マラリアに対する活動を拡大。マラリアに脆弱な人口の85%にサービスを届ける。サービスには、2015年までに60万人の子どもの命を救い、マラリアによるアフリカの経済的損失を減少させる。殺虫剤処理済み蚊帳へのアクセス、アルテミシニンを含む多剤併用治療の適切かつ持続的な供給拡大、妊産婦や乳幼児への予防治療の拡大、室内スプレー散布とアフリカの保健セクターがそれを適切に行う能力の拡大のために、年間15億ドルの追加的支援を行う。
結核	<ul style="list-style-type: none"> ● ストップ結核パートナーシップにより指摘された需要を満たす。2006年の結核保健大臣会合への呼びかけを支援。
保健システム強化	<ul style="list-style-type: none"> ● アフリカの保健システムの拡大のため、アフリカの政府と共に、医師、看護師、コミュニティ・ヘルス・ワーカーの訓練と定着を支援。国家・地域的なレベルで、全てのセクターと共に、保健システムの強化に務める。保健能力の構築を支援するよう援助国・機関に勧奨。
その他の感染症	<ul style="list-style-type: none"> ● ポリオ根絶イニシアティブについて、ポリオ根絶後の2006-8年の次期に、8億2900万ドルの資金ターゲットを設定し、それに向けて貢献を拡大する。2005年の資金需要が満たされたことを歓迎。
財源	<ul style="list-style-type: none"> ● G8および他のドナーのコミットメントにより、2010年までに、アフリカへのODAは年間250億ドル増額され、2004年時点でのアフリカ支援の2倍以上となる。 ● OECD は、G8 およびその他ドナーの全ての途上国への援助は、2004年時点と比較して年間で500億ドル増額されると推測する。

(3) 2006年サント・ペテルブルグ・サミット(ロシア)における約束

感染症	<ul style="list-style-type: none"> ● UNAIDS、WHO、世界基金、世界銀行、その他の組織、イニシアティブ、パートナーシップとともに三大感染症に取り組む。 ● 製薬能力のない国が、必要とする医薬品を輸入するために、WTO加盟国がWTOのTRIPs協定の柔軟性、および2003年8月30日の強制実施権に関する協定を使用する可能性について留意。ある程度の進展にもかかわらず、多くの国々が、必要とする効果的で安価な医薬品を手でできていないことに留意。 ● ワクチン、マイクロビサイド、HIV・結核・マラリアその他の治療薬の研究・開発・製造に向けた投資を促進するための戦略や方法の実施拡大を呼びかけ。革新的な臨床研究プログラム、官民パートナーシップ、その他の革新的メカニズムを通じて、これらの予防・治療手段へのアクセスの拡大を促進。これらを実現するため、革新的資金創出メカニズムその他の手段の進展について留意。 ● 製薬企業の活発な参画を促進するため、途上国における許認可機関との協力関係を広め、予防・治療方法の速やかな許認可と適切な基準の策定に向けて努力。 ● 急速に広まる抗菌薬への薬剤耐性について認識する。この問題の地球規模での側面に対処する努力を促進する。 ● 貧困者への保健ケアのコストを引き下げ、効果的な治療へのアクセスを拡大するため、医薬品・医療器具に関する関税・非関税障壁の撤廃を各国政府に呼びかける。
HIV/AIDS	<ul style="list-style-type: none"> ● HIV/AIDSとの戦いは最大の優先事項。MDGsの通り、HIV/AIDSの拡大を止め反転させること、グレンイーグルズ・サミット・コミュニケおよび2006年の国連エイズ特別総会で呼びかけられた、2010年までの包括的予防プログラム・治療・ケア・サポートへの普遍的アクセスに向けて取り組みを拡大する。 ● HIV/AIDSに関してアフリカ・パートナーシップ・フォーラムで討議されたこと、2006年5月にモスクワで開催された第1回東欧・中央アジアHIV/AIDS会議、「Time to Deliver」をテーマに掲げたトロント国際エイズ会議を歓迎。 ● HIV/AIDSについて、以下の原則に基づき取り組む： <ul style="list-style-type: none"> ・ 予防・治療・ケアへの包括的でバランスのとれたアプローチ ・ HIV/AIDS および関連する差別・スティグマへの取り組みにおいて市民社会、民間セクター、HIV陽性者を含む全ての関係者の参画の促進

	<ul style="list-style-type: none"> ・ 若年層、特に女性と女兒の HIV 感染の拡大に取り組み、支援を増大 ・ 包括的で証拠に基づいた予防戦略、マイクロビサイドやワクチンなど、HIV 感染の可能性の拡大に取り組むための新たな革新的な手段の開発 ・ 最も脆弱な人口層に向けた予防・治療・ケアへのアクセスの促進 ・ 貧困国における保健システム強化を、採用、訓練、公共・民間の保健従事者の採用継続、影響を受けた全ての国における現実の脅威に関する意識啓発によって実現。 ● シーアイランド・サミットでコミットした「世界 HIV ワクチン・エンタープライズ」の設立にコミット。成果をもたらす。東欧・中央アジア地域でのエイズ・ワクチン開発に向けた地域的調整メカニズムに関するロシアの提案を歓迎し、このイニシアティブを、上記エンタープライズと協調させることを検討。世界 HIV ワクチン・エンタープライズとその他のイニシアティブ、および、南北のパートナーシップ、例えばアフリカの臨床試験における「ヨーロッパ・途上国臨床試験パートナーシップ」(EDCTP)などの各種の協調について歓迎。
マラリア	<ul style="list-style-type: none"> ● マラリアの緊急の状況に対して、 <ul style="list-style-type: none"> ➢ アフリカの国々とともにマラリア征圧の取り組み、疾病による負担の軽減、2010 年までにマラリアの負担を半減するというアブジャ宣言の達成によるマラリアとの戦いの勝利を目指す。アフリカにおけるマラリア征圧の活動とプログラムを拡大し、公衆保健へのインパクトを実現。 ➢ 政府・民間セクター、NGO と官民パートナーシップにより協力しマラリア対策のプログラム協力を促進 ➢ 新しい安全で効果的な医薬品、ワクチンの開発、必要な人々に可能な限り予防・治療手段を届ける事を支援 ➢ 「ロール・バック・マラリア・パートナーシップ」の枠組みによる努力を歓迎、公共・民間の取り組みによって子どもたちを疾病から救う ➢ 三大感染症への取り組みに関する G8 の実績を継続的にレビューする
結核	<ul style="list-style-type: none"> ● 2001 年ジェバ・サミットで製薬した、結核の蔓延を止める目標を再確認。2006-2015 年のストップ結核世界計画を支援。これは 2015 年までに結核による死亡を 1990 年レベルから半減させ、10 年間に 1400 万人の人々の命を救うというもの。効果的な実施を援助国・援助機関および関係者に呼びかけ。 ● HIV/AIDS と結核の複合感染の拡大に懸念、この分野での取り組み拡大を追求。
保健システム強化	<ul style="list-style-type: none"> ● アフリカ連合、アフリカ諸国とともに、アフリカ開発のための新パートナーシップ(NEPAD)の保健システムと感染症対策に関する目標の達成に向けて努力。 ● 保健システムの不十分な能力は、2010 年までの治療への普遍的アクセスの実現や、他の保健問題、例えば妊産婦死亡、HIV/AIDS の母子感染問題の改善の障壁となり、包括的で効果のある、証拠に基づいた予防・ケアの阻害要因。持続的な保健システムの強化による疾病負荷の削減に向けて支援。保健セクター支援プログラムにおいて、保健従事者の訓練、採用、定着の必要性を強調。世界保健従事者連合の結成と、この問題における WHO の取り組みを歓迎。 ● 途上国での公共・民間・コミュニティを起訴とした医療保険のカバー率の拡大に向けて、国際的に実践的な措置を執ることについて議論の喚起を促進。OECD とその他必要な機関がこの問題に取り組むことを勧奨。2006 年末にこの問題でのハイレベル会合をパリで開催するというフランスの提案を歓迎。
世界基金	<ul style="list-style-type: none"> ● 世界基金は HIV/AIDS との闘いにおいて重要な機関。他の援助国・援助機関・関係者と共に、2006-2007 年の増資期間の資金ニーズを満たし、今後 4 年間の組織性長戦略形成に活発に参加し、世界基金の将来における活動の堅固な基盤を構築するよう努力。 ● 政府・技術協力機関と共に、世界基金のエイズ・結核・マラリアの案件に対する質の高い、時宜を得た提案書の作成を支援。
その他の感染症	<ul style="list-style-type: none"> ● 鳥インフルエンザへの対策(省略) ● 2007-2008 年のポリオ対策の資金ギャップを埋めるために、二国間・多国間援助機関とともに資金支援に取り組む。近い将来、この惑星がポリオからの解放完了を宣言できるようにするため、資源確保に引き続き努力。 ● ポリオが根絶された後も、既存のポリオのモニタリング・ネットワークを維持。 ● 2001 年に設立されたはしかイニシアティブへの支援を継続。はしかの蔓延を止め、将来的に根絶できるように、はしかによる死亡数を継続的に減少させる。 ● 世界はしかパートナーシップを支援。2004 年の世界保健総会の決定を遵守し、WHO に、はしか予防と根絶に向けた計画を実施することを促進。援助機関・国家政府ははしかの予防接種を高いレベルに到達させ維持することが必要。 ● 呼吸器疾患、下痢症、リーシュマニア症、シャーガス病、オンコセルカ症などの黙殺された疾病への対策を強化。とくに、途上国での無視された病気への医学研究の量・質ともどもの向上を追求。
その他	<ul style="list-style-type: none"> ● 自然災害や人災による公衆保健サービスの途絶の可能性に鑑み、特に途上国における緊急事態により惹起される危機に対応できる保健システムの確立のための支援を行う。(略)

(4) 2007年ハイリゲンダム・サミット(ドイツ)における約束

保健一般	<ul style="list-style-type: none"> ● 2010年までの HIV/AIDS 包括的予防プログラム・治療・ケア・サポートへの普遍的アクセスの目標に向けて努力を拡大。ヘルスケア、特にプライマリー・ヘルスケアが持続的かつ平等に提供できるよう、保健システムを成長・強化。女性・女兒・子どもを含む、感染に最も脆弱な人々のニーズに特別な注意を払う ● 普遍的アクセス目標に加え、HIV/AIDS、マalaria、結核に持続的な取り組みを行い、保健システムを強化して MDGs を達成するために追加的資源を提供。
感染症	<ul style="list-style-type: none"> ● WTO の規定を順守しつつ、アフリカの国々に対して、高品質のジェネリック薬や新薬を、安価で安全、効果的な形でアクセスを保障するための能力開発プログラムと技術協力を支援。 ● WHO の事前審査プログラムを支援。また、途上国が医薬品について、国内生産品を含め、また、特に第2世代抗レトロウイルス薬およびマalariaの効果的な治療薬に関して、安全性、効果、品質を確保するよう、途上国の許認可機関を支援。
HIV/AIDS	<ul style="list-style-type: none"> ● HIV/AIDS に関連する適切な情報の国家的な普及を支援。マalariaなど他の保健課題についても同様。 ● とくに HIV/AIDS 感染予防の観点から、性暴力の防止、女性と女兒の人権保護の促進の重要性を強調。 ● HIV/AIDS とセクシュアル・リプロダクティブ・ヘルス、自発的家族計画プログラムの統合を進め、母子感染予防などヘルスケアへのアクセスを増進し、MDGs の達成に向けてコミュニティの参画を含む他セクターの協力を促進。 ● 引き続き、2010年までの母子感染予防プログラムの普遍的提供の目標に向けて協働(乳児・子どもの死亡の項目参照) ● 2010年までの包括的 HIV 予防・治療・ケアの目標への支援拡大を再確認。抗レトロウイルス治療の拡大を始めとする目標設定と計画の実施の進展を認識。アフリカにおける包括的保健システム強化が課題。UNAIDS、WHO、世界銀行、世界基金と連携し、アフリカ連合およびアフリカ諸国とともに、また、ジェネリック製薬企業、民間援助機関、市民社会、その他の関係者と連携して普遍的アクセスに向けた次のステップに進む。資金見積もりがなされた、持続的で証拠に基づいた国家エイズ計画が成功の鍵。以下の点で、各セクターと協働： アフリカ諸国： <ul style="list-style-type: none"> ➢ 保健システムの強化と資金援助、援助機関および WHO や世界銀行など適切な国際機関の建設的な協力を得て支援。 ➢ 直ちに関税などを撤廃・軽減することにより、安価で質の高い医薬品を提供することに貢献。医薬品アクセスを阻害する流通や管理上の問題に取り組む ➢ 安価で効果的な HIV/AIDS 治療薬や医療器具を、間をおかずに供給するために、医薬品の供給システムの強化、医薬品・医療器具の許認可政策を見直す ➢ 援助機関の保健プログラムと効果的に協調できる各国の政策の形成、WHO、世界銀行、UNAIDS、世界基金および他の機関と協力しての技術協力の需要の把握 国際機関と援助国・援助機関 <ul style="list-style-type: none"> ➢ 資金見積もりのある、参加型の、持続的で信頼が置ける、証拠に基づいた、保健システム強化とリンクされた国家エイズ計画の形成と協調に関する各国の努力の支援 ➢ 医薬品の需要に関する有用な予測システムの導入の支援 ➢ WTO の TRIPs 協定と公衆保健に関するドーハ宣言に明記された、製薬能力のないアフリカの途上国が TRIPs 協定の柔軟性を活用するための要請に建設的に応えること ➢ 新薬、マイクロビサイド、ワクチンの開発および技術革新のための調査研究のための投資の支援 製薬企業 <ul style="list-style-type: none"> ➢ 第2世代抗レトロウイルス薬の価格政策を見直し、HIV 治療薬を安価にアクセス可能な形で供給するイニシアティブの形成 ➢ HIV/AIDS 治療薬の国内製造のための特許の供与、国際的な基準を満たすための製薬工場の能力強化、許認可・承認・訓練の強化。 ➢ 新薬、マイクロビサイド、ワクチンの開発のための調査研究を官民パートナーシップの拡大によって実施する。 ● UNAIDS が、普遍的アクセス目標の達成に向けて、各国の統合的な計画の状況と資金の状況を毎年モニターし報告をする役割を与えるという国連総会の決定を歓迎。アフリカの国会議員や市民社会に対して、HIV/AIDS 支援の透明性と説明責任の確保のための取り組みを行うことを促進。 ● アフリカにおける HIV/AIDS 予防・治療・ケアへの普遍的アクセス目標の達成のための支援の拡大に関して、G8 は国家 HIV/AIDS プログラムを地球規模に支援し、二国間援助・多国間援助によって、500万人の抗レトロウイルス治療、2400万人の感染予防、1000万人の遺児・脆弱な子どもを含む2400万人へのケアを提供する。 ● 保健に関連する国際目標の達成のため、サンクト・ペテルブルグで合意した HIV/AIDS・結核・マalariaに向けた G8 の資金拠出を含む貢献の進展状況のレビューを実施する。第1弾として、G8 議長国(ドイツ)のガイダンスの下、本年実施。この報告は、我々の活動・コミットメントをモニターするもの。今後、毎年継続して実施する。 ● 革新的資金創出メカニズムを歓迎。
マalaria	<ul style="list-style-type: none"> ● アフリカ諸国および他の援助機関とともにアフリカにおけるマalaria征圧プログラムの効率性を強化。とくにアルテメシニン多剤併用治療、効果的なケース・マネジメント、効果的で地域の特性にあったベクター・コントロール戦略と蚊帳の普及を連携。 ● 世界基金と、世界銀行マalaria・ブースター・プログラム、米国大統領マalaria・イニシアティブなど、目標達成に向けた多国間・二国間・民間パートナーと国際的コミュニティの貢献の重要な役割を認識。

	<ul style="list-style-type: none"> ● 各国のマラリア征圧プログラムと協力し、既存および追加的な資金を活用して、今後数年間でアフリカのマラリア高蔓延 30 カ国において、最も脆弱なグループの 85% が予防と治療にアクセスし、マラリアの死亡を 50% 削減する。グレンイーグルズでの資金コミットメントの実施により、これらの目標を、民間セクターの経験と資源、世論喚起、官民パートナーシップにより達成すべく働く。G8 以外の国にも同様にを行うよう呼びかけ。
結核	<ul style="list-style-type: none"> ● 結核と HIV/AIDS の複合感染に取り組み、DOTS とその他の結核征圧のための包括的アプローチを統合し、複合感染の負荷を軽減。
乳幼児・子どもの死亡	<ul style="list-style-type: none"> ● 2010 年までに、普遍的アクセス目標とあわせ、母子感染予防の普遍的提供という目標を、他の援助国・援助機関と共に達成するために働く。UNICEF の推計ではこの目標のために 15 億ドルが必要。G8 は他の援助国・援助機関と協力して、普遍的アクセス目標における小児治療のための資金ニーズ(2010 年までに 18 億ドル)を満たすために努力。妊産婦と児童のヘルスケア、自発的な家族計画に向けた努力を拡大する(15 億ドル)。
リプロダクティブ・ヘルス	<ul style="list-style-type: none"> ● 女兒に向けて、セクシュアリティ、リプロダクティブ・ヘルス、性感染症の予防のための教育プログラムを支援する。
保健システム強化	<ul style="list-style-type: none"> ● アフリカ諸国の、保健セクターへの国家予算拠出を拡大するとの以前のコミットメントを歓迎し、当該目標の達成に向けた進展を期待。二国間援助機関、多国間開発銀行(世界銀行およびアフリカ開発銀行)、WHO および保健セクターの世界的イニシアティブに対して、2005 年 3 月のパリ宣言での合意に従って各国で進行するプロセスに協調して支援を行い、アフリカの保健システムの成長への支援を実施するよう呼びかけ。この点で、二国間・多国間の保健パートナーシップと国家保健戦略の協調を促進。世界銀行と WHO に、アフリカ開発銀行とアフリカ連合およびその他国際機関と協力して、各国の保健セクターの協調プロセスを支援するよう呼びかけ。 ● サントペテルブルグでの宣言に基づき、2007 年 3 月のパリでの会議を念頭に、G8 はアフリカ諸国による保健システムへの持続的な資金支援を支援。G8 は、国家による保健投資戦略と国際的な支援のリンクによる、保健システムへの持続的かつ平等な拠出と質の高い保健サービスへのアクセス拡大を目指す「保健のための提供」(Providing for Health)イニシアティブを歓迎。 ● アフリカ諸国と共に、保健セクターにおける人的資源・能力の欠如に関する各種の原因に取り組む。ここに、保健従事者の採用、訓練、定着を目的に、労働環境および賃金の改善を含む。医師やその他の保健従事者が自国の将来に貢献できるような環境作りを行う各国政府の取り組みを支援する。世界保健従事者同盟、関心ある民間セクター、OECD、WHO とともに、保健従事者のマネジメントと国際的な移住に関する情報ベースを構築するために働く。
世界基金	<ul style="list-style-type: none"> ● 他の援助機関とともに、世界基金の増資と長期的で予測可能な資金拠出を、野心的かつ現実的な需要ベースの目的設定によって行う。 ● 世界基金の資金が既存の国家的優先事項およびプロセスと調和して活用されるよう、他の関係者とともに働く ● 他のパートナー政府とともに、女性と女兒に配慮した HIV/AIDS 予防・治療・ケアが実現できるよう世界基金のジェンダーに配慮した対応を支援。
その他の感染症	<ul style="list-style-type: none"> ● 他の国際機関と共に、ポリオの根絶に向けて取り組み、緊急の資金不足に対応する。
finances	<ul style="list-style-type: none"> ● G8 は普遍的アクセス、HIV/AIDS・結核・マラリアに持続的に取り組み MDGs を達成する、保健システム強化を実現するという目的のために、当面、少なくとも 600 億ドルを拠出する。

第3部 G8 と HIV/AIDS・国際保健ガイドブック

1. G8 プロセスとは何か

G8 の始まりは、1975 年にフランスのランブイエで行われた第 1 回先進国首脳会議(G6)である。それから 33 年、G8 は単なる主要先進国の経済政策の調整のための会議ではなく、「主要国」を自称する 8 カ国が多くの地球規模課題に関する政策方針を検討するための、数多くの会議や調整を伴った、一年単位のプロセスとなっている。

市民社会の G8 へのアプローチも大きく変化している。

伝統的には、G8 に対する市民社会のアプローチは、これに反対し、可能ならば中止に追い込む、というシンプルなものであった。しかし、特に 2005 年のグレンイーグルズ G8 サミットを契機として、市民社会は、特定 8 カ国による政策独占を批判しながらも、G8 が現実的に持っている資金や、グローバルな政策規定力を活用し、世界の貧困問題や気候変動などの地球規模課題について、G8 の資金・実施両面での貢献を引き出そうとするアプローチをとるようになった。

G8 主催国の市民社会は、G8 の政策が世界の人々にもた

らしうる弊害を軽減し、肯定的な側面を伸ばす取り組みを具体的に行う責任を負っている。年間を通じたプロセスである G8 に対して、市民社会が真剣に向き合おうとする場合、その労力はきわめて大きいものとなる。G8 に対するアドボカシーは、主に、G8 の主催国の市民社会がこれをリードし、他の G8 諸国の市民社会および途上国の市民社会がこれに連帯するという形を取っている。貧困・開発問題に関しては、「貧困をなくすためのグローバル・コール」(GCAP: Global Call for Action against Poverty) が G8 諸国および途上国の市民社会運動のコーディネーションを実質的に担っているが、これまで、G8 の国際保健分野に関する市民社会の取り組みの経験は、情報として適切に蓄積されてこなかった。

本書は、とくに 2008 年に行われた日本での G8 サミットの経験をもとに、G8 の国際保健政策形成プロセスに関する経験と情報を蓄積し、これを G8 諸国の市民社会が共有する「制度化された記憶」(Institutional Memory)として残そうとする試みである。本書では、以下のように G8 サミットのプロセスを区分し、それについて、日本の G8 サミットの経験と、それから抽出される一般的な教訓とを記述することとする。

- ・ G8 プロセスの流れ
- ・ G8 プロセスに対応する市民社会のネットワーク形成
- ・ 国際保健課題を主要議題とする取り組み
- ・ G8 プロセスの各会議などに対する取り組み
- ・ G8 それ自体に対する取り組み



7月5日に開催された G8 ピースウォークにて

2. G8 プロセスの流れ

(1) G8 プロセスの構成

G8 プロセスのサイクルは暦年である。各議長国は当該年の1月1日から12月31日までを任期とする。1月1日からサミット終了までは、サミットの準備プロセスであり、各種の会議が連続する。サミット終了後は、基本的には、翌年のサミット議長国との間での引き継ぎ・調整など、翌年への「仕込み」の時期となる。

(2) サミット・プロセスを構成する会議

サミット・プロセスを構成する各会議は、a) G8 単独で行われるもの、b) 関係国・関係組織と連携して行うもの、c) 市民社会との関係で行われるもの、の3種類がある。具体的には、次のようなものである。

a) G8 単独で行われる会議

- ・ シェルパ会議：G8 シェルパがサミット準備のために行う会議。
- ・ 各閣僚会議：首脳会議である G8 に向けて各分野の閣僚が行う会議で、以下のものがある：外務大臣会合、財務大臣会合、開発大臣会合、労働大臣会合、環境大臣会合、エネルギー大臣会合、司法・内務大臣会合、科学技術大臣会合。
- ・ G8 サミット：G8 以外の国（アフリカ、新興経済国）とのアウトリーチ会合以外は、G8 諸国首脳および関係者のみによる会合である。

b) 関係国・関係組織と連携して行う会議

- ・ 世界経済フォーラム（World Economic Forum）：またの名をダヴォス会議。世界の主要な政治・経済の指導者が一同に集まって国際課台について討議する。この場に、G8 議長国の首脳が必ず参加してスピーチを行うこととなっている。
- ・ アフリカ・パートナーシップ・フォーラム：2002 年カナナスキス・サミットで開始されたイニシアティブで、アフリカの NEPAD（アフリカ開発のための新パートナーシップ：New Partnership for Africa's Development）諸国政府・アフリカ連合議長国・その他関連国と、経済協力開発機構（OECD）、G8 の首脳アフリカ個人代表（Africa Personal Representative: APR）を交えた会議である。G8 プロセスの一つで、年に2回、G8 の前と後に開催される。

- ・ G8 アウトリーチ会合：G8 サミット本番の前後もたれる関係各国との会合。以下の2種類がある。
- ・ アウトリーチ会合：主要新興経済国5カ国（中国、インド、ブラジル、メキシコ、南アフリカ）および場合によって他の主要な途上国を交えた会合（アウトリーチ会合）
- ・ アフリカアウトリーチ会合：NEPAD 5カ国（エジプト、アルジェリア、セネガル、ナイジェリア、南アフリカ）およびアフリカ連合議長国などアフリカの主要数カ国との会合。

c) 市民社会等との関係で行う会議

- ・ Civil G8 対話：G8 シェルパと、G8 および世界の市民社会の各分野の代表者などが政策対話を行う会合。2006年のサント・ペテルブルグ G8 サミットで開始され、ドイツ・日本のサミットでも開催された。
- ・ 国際 NGO と G8 議長国首脳との会合：貧困・環境など地球規模課題に取り組む主要な国際 NGO と、G8 議長国首脳とが少人数で政策対話を行う会合。2006年のサント・ペテルブルグでは、プーチン大統領が多くの市民社会団体と3時間に渡って討議。ドイツ・日本のサミットでは、それぞれの首脳と国際 NGO が少人数で密な意見交換を行った。

これらの関係会議は、1月からサミット開催時まで継続的に行われる。日本で開催された会議のスケジュールは、概ね別表のようなものである。市民社会としては、サミット・プロセス全体を見通した戦略を持ちながら、それぞれの会議等への働きかけを進めていく必要がある。

< G8 プロセスの実際 > 2008年・日本サミットの場合

G8 Hokkaido-Toyako Summit 2008: Key Events													
セクター	カレンダー	2007					2008						
		10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月		
Poverty, Development	公式なプロセスとイベント	G8プロセス		アフリカ・パートナーシップ・フォーラム (アルジェリア)	非公式シェルバミーティング	日本が議長国に 23-27日:世界経済フォーラム(ダボス)	G7財務相会議		14-16日: 気候変動と持続的成長に関するG20会合	5-6日: G8開発大臣会合 7-8日: アフリカ・パートナーシップ・フォーラム(東京)	G8シェルバ会議、11-13日: G8労働大臣会合 25-27日: G8環境大臣会合	13-14日: G8財務相会議 23-25日: シェルバ会議 26-27日: G8外務大臣会合	7-9日: G8サミット
		G8市民社会プロセス							7日: アフリカ・パートナーシップ・フォーラム 市民社会との対話 23-24日: Civil G8対話		18日: 日本シェルバと国際NGOの会談 18日: 福田総理と国際NGOとの会談		
		TICADプロセス	30-31日: TICADアフリカ南部地域会議(ザンビア)	21-22日: TICAD中・西・北部地域会議(チュニジア)				20-21日: TICAD準備閣僚会議(ガボン)			28th-30th: TICAD IV本会議(横浜)		
		国際保健プロセス		25日: 高村外相による国際保健政策演説		26日: 福田総理によるダボス会議での演説	14-15日: G8/H8保健専門家会合 16日: 世界保健サミット 17日: 世界保健専門家会合(NGO主催)		9-10日: 第2回G8保健専門家会合	世界保健総会(ジュネーブ) 23-24日: 世界基金支援日本委員会シンポジウム	10-11日: 国連エイズ特別総会ハイレベル会合 11-12日: 第3回G8保健専門家会合		
		日本におけるプロセス			2008年度一般会計予算の閣議決定			2008年度一般会計予算の国会での可決					
		その他の開発関係イベント		ASEAN+3, 21日: 東アジアサミット(シンガポール), UNDP 人間開発報告書発表	AU-EUサミット(リスボン), '万人に教育を', ハイレベル会合(セネガル)	アフリカ連合年間総会		22-23日: '万人に教育を', ファスト・トラック・イニシアティブ会合(日本)	4日: OECD DAC開発援助レポート発表			未: アフリカ連合サミット	

3. G8 プロセスに対応する議長国の市民社会のネットワーク形成

(1) 概要

G8 サミットに対して、市民社会がアドボカシーやマス・モビライゼーションなどで効果的な働きかけをするには、その国の市民社会の歴史や現状に適合的な何らかの形で、市民社会が、共通の枠組み、連合体を構成し、適切に調整を行えるようにしておく必要がある。

通常、各国の市民社会には、分野（環境、MDGs、国内課題）、地域（首都、地方別など）、事業（アドボカシー、プロジェクトの実施など）、政策・考え方などに応じて、複数の市民社会ネットワークがある。こうした複数のネットワークが、なるべく共同して、G8 に向けて市民社会として一体となって動けるような枠組みを構成することが望ましい。また、一つの枠組みにまとめることが難しい場合でも、ネットワーク同士が、何らかの調整を行う仕組みを作っておくことが望ましい。

(2) 2008 年洞爺湖サミットの経験

a) 2008 年 G8 サミット NGO フォーラムの設立

・2008 年 G8 サミット NGO フォーラム（以下「フォーラム」）は、日本の開発関係の国際協力 NGO の連合体である「国際協力 NGO センター」（JANIC）が呼びかけ、2006 年末に数回の準備会を持った上で、2007 年 1 月に発足した。途上国の貧困・開発問題に関わる NGO だけでなく、気候変動などの環境問題に関わる NGO、平和や人権に関わる NGO も、発足段階までに参加し、広く地球規模課題全体に関わる多くの NGO が参加する枠組みとなった。

・「フォーラム」は、G8 へのそれ自体への賛成・反対に関わらず、G8 に向けて政策提言を行っていくことを中心課題として設定した。

・フォーラムには「趣意書」（URL: http://www.g8ngoforum.org/forum/wp-content/uploads/2007/09/ngo_forum_prospectus_shuisho.pdf）と「運営規定」（<http://www.g8ngoforum.org/forum/uploads/ngoforumrulesofoperation070918.pdf>）を設け、この 2 つの文書に賛同できる団体が加盟することとした。「趣意書」には、活動において法令の遵守を尊重すること、「運営規定」には、

暴力や違法な手段を行使しての活動を認めないことを明記し、参加団体は、フォーラム内での活動において法令遵守、暴力・違法手段の不行使を約束することとなった。

b) その他のネットワークとの連携

・「フォーラム」以外に、G8 それ自体を問う、もしくは G8 に反対する NGO・社会運動組織を中心に「G8 サミットを問う連絡会」が結成された。「フォーラム」は、「連絡会」と公式の関係は持たなかったが、G8 サミット本番に向けて調整を行い、サミット前に開催された「ピース・ウォーク」の際の警察の弾圧に対しては、ともに市民社会の共同声明に名を連ねた。

・サミット開催地である北海道では、「G8 サミット北海道市民フォーラム」が発足した。「フォーラム」は北海道フォーラムと連携し、G8 サミット時に「市民サミット 2008in 北海道」を共催した。

c) 「フォーラム」の組織体制

・「フォーラム」は分野別に 3 つのユニット（人権・平和、環境、貧困・開発）をもち、それぞれが協力しながら各分野のアドボカシー・提言活動を行った。また、「フォーラム」全体に関わる意志決定は、「フォーラム」代表・副代表・ユニット・リーダー等で構成する「世話人会」（Board of Trustees）が行った。

・貧困・開発ユニットは内部に 5 つの分野別ワーキング・グループをもち、また、ユニットの政策を司るチームとして「政策チーム」（Poverty and Development Policy Committee）があった。国際保健については、ワーキング・グループの一つとして、「保健医療ワーキング・グループ」（英語名：Global Health Committee）を設けた。

(3) 評価

・日本で G8 サミットが行われる 1 年半前に「フォーラム」を設立し、市民社会の政策形成や働きかけの基盤整備を行ったことは、その後のアドボカシーの円滑な進行に向けてよい影響をもたらした。

・また、貧困・開発分野の NGO と環境分野の NGO が同じ「フォーラム」の枠内に参加し、公式・非公式で協議が出来る体制を作ったことは、サミット前に Civil G8 対話など、これまで環境系 NGO がプロセスをリードしてきた企画に関して、貧困・開発分野の NGO が対等に調整しながら関与できる基盤を与えたという点で評価できる。

4. 保健を主要議題にするための取り組み

(1) 概要

2000年のG8九州・沖縄サミット以来、感染症はG8における地球規模課題の主要議題の一つとなり、毎回、何らかの議論が行われ、新たな誓約が行われてきた。

HIV/AIDSについては、2005年のグレンイーグルズG8サミット、2006年のサンクト・ペテルブルグG8サミットで「2010年までのHIV/AIDS治療・ケア・予防への普遍的アクセスの実現」にG8がコミットすることが誓約されている。

一方、保健システム強化については、2007年のハイリゲンダム・サミットで、保健分野の中での主要課題という地位を初めて得た。また、妊産婦の健康改善については、リプロダクティブ・ヘルスを嫌う米国共和党政権の特殊な姿勢のため、適切な形で焦点化されてこなかった。子どもの死亡率削減についても同様である。

国際保健に取り組むNGOとしては、ミレニアム開発目標の中で進捗が遅れている保健分野について、毎年G8で主要議題とするように働きかける必要がある。この働きかけに関しては、単にNGOとして政府に要求するだけでなく、NGOが連携できる様々なセクターに対して公式・非公式に働きかけ、実際に国際保健を議題とする決定が出るようにし向けていく必要がある。

また、HIV/AIDS・感染症に取り組むNGOとしては、新たな政策作りのプロセス途上にある母子保健や保健システム強化に加え、すでに政策や枠組みが形成され、G8でも一定の誓約が為されている感染症対策についても、どのように資金拠出を行い、具体的に誓約を履行するかについて、バランス良く取り上げるように要求していく必要がある。

(2) 2008年洞爺湖サミットの経験

- a) 「フォーラム」内に設置された保健・医療ワーキング・グループでは、外務省に対して、G8で国際保健を主要議題とするように要求した。
- b) 一方、G8議長国の市民社会に対しては、当該国が議長国を務める1年前から、国際保健を焦点化することに関心のある米国の民間財団や二国間援助機関などが何らかの接触をとってくるのが通例である。保健・医療ワーキング・グループでは、こうした接触の

場を活用し、それらの団体とパイプを形成すると共に、様々なセクターが全体として日本政府に対して国際保健を主要議題とするように働きかけるよう促した。

- c) 「フォーラム」以外の動きとして、国際保健を主要議題とする上できわめて大きい動きとしてあったのは、武見敬三・元厚生労働/外務副大臣を座長とする国際保健政策に関するワーキング・グループが設立されたことである。これにより、首脳・内閣レベルも含めたアドボカシーが可能となった。また、今回画期的だったのは、この検討委員会にNGOのメンバーが参加することができ、トップレベルのアドボカシーにNGOの主張を反映することが一定、可能になったことである。
- d) こうした動きによって、2007年11月、高村正彦・外務大臣が国際保健に関する政策演説（http://www.mofa.go.jp/mofaj/press/enzetsu/19/ekmr_1125.html）を行い、「国際保健に関してG8が共有する行動指針を作る」ことが、洞爺湖サミットの目標の一つとして掲げられることになった。

(3) 評価

上記のようなプロセスによって、「国際保健」が開発課題の中で最も焦点化される位置に躍り出たことで、国際保健を担うNGOはきわめて重要な機会を得た。

一方、国際保健には、母子保健、保健システム強化、感染症対策といった各種の要素が存在する。2007-8年は、これらの要素の間の何を重視するかということが、国際保健政策の面から激しく討議された時期であった。また、日本は、特定の疾病に対する直接的なアプローチよりも、保健システム強化などを中心とする全体的なアプローチを伝統的に好み、G8において、こうした分野をより重点化して包括的な保健政策を策定していこうとする立場に立った。

ここにおいて重要であったのは、既に政策枠組みが形成され、誓約もなされ、これらの誓約が適切に履行されるかどうか焦点となっている感染症・HIV/AIDS対策が、G8の政策討議の文脈においてモメンタムを失わないかということであった。この点について、保健医療ワーキング・グループでは、保健システム強化・母子保健・感染症対策の各分野に取り組むNGOがバランスをとって、感染症を含む国際保健セクター全体のスケールアップというところに政策要求を設定することができた。また、上記「武見委員会」においても、同様の立場が中心をなすことになった。これにより、感染症・HIV/AIDSが引き続き高い優先順位を得ることが出来たことも評価に値する。

5. メディアとの連携・協力に向けた取り組み

(1) 概要

G8 に向けたアドボカシーの戦略の中で、メディアとの連携は重要な検討事項である。

政府・官僚機構や国会議員などは、政策決定に直接関係するセクターである。それと異なり、メディアは、政策決定に直接関与するわけではない。しかし、メディアは、政策決定セクターとその他のセクターを、情報によってマクロに結びつける役割を果たす唯一の機構であり、とくにサミットのような課題においては、メディアの動向が政策決定セクターの動向を左右する規定力を持つと過言ではない。

2000年以降、国際メディアは、地球規模課題をサミットの主要テーマの一つと捉えてきた。欧米のメディアの多くにおいては、途上国の貧困・開発問題、保健問題などは、気候変動問題など地球環境問題ほどではないにせよ、サミットの主要課題として捉えられ、活発な報道がなされてきた。これらの報道と市民社会の活動が G8 諸国の世論を形作り、G8 諸国政府も政策決定においてこれらの世論の影響を強く受けてきた。

また、G8 主催国の政策動向には、G8 主催国のメディアが大きな影響を与えており、市民社会が G8 主催国のメディアとの連携を強化する必要がある。

(2) 2008 年 G8 サミットの経験

日本のメディアは、伝統的に気候変動問題については関心が高いが、途上国の貧困・開発問題、ミレニアム開発目標、および地球規模の保健問題についての報道の優先順位は低かった。また、そもそも国際情勢についての報道の優先順位は低く、とくにアフリカ地域については、その中でも最も優先順位の低い地域として扱われてきた。もちろん、一部の熱心なジャーナリストが保健やアフリカについて積極的に報道すべく努力してきたが、大手メディアの官僚主義の中で、それらの努力は十分に反映されてこなかった。

しかし、2008 年は東京アフリカ開発会議 (TICAD IV) とサミットがともに開かれる年、ということで、メディアにおいても、アフリカおよび貧困・開発問題への関心は、2007 年以来、で若干、増大してきた。また、NGO の活動に関するメディアの関心も若干、高まってきた。とくに、G8NGO フォーラムが、開発・環境・人権の各分野で 100 団体以上の参加を以て結成されたことが、メディアの高い注目を集めることになった。

G8NGO フォーラムでは、2007 年後半以降、日本の主要新聞社である朝日新聞社、毎日新聞社、読売新聞社、産経新聞社と懇談会を持ち、貧困・開発問題やアフリカ問題を含む地球規模課題への啓発を行った。こうした懇談会は、関心のある記者との連携を強化すると同時に、編集方針や記事の選択などに決定権を持つハイレベル層のコミットメントを得る上で重要な意味があった。

最終的に、サミット当日においては、NGO は国際メディアセンターにおいて多くのメディアの関心を呼び、NGO の政策提言やメッセージは新聞・テレビなどで多く報道された。

6. G8 サミットに向けたプロセス: 初期(1~2月)

(1) 概観

G8の議長国は公式には1月1日に交代するが、G8の主要議題や取り組みの方向性の検討は、前年のG8サミットが終了した時点から、すでに開始されている。G8の主要議題は、前年から「仕込み」をして臨む議題と、当該年になってから緊急に重要課題として持ち上がり、議題として取り上げなければならなくなる議題とがある。2008年の場合、国際保健は前者であり、食料価格・燃料価格の高騰問題は後者であった。

当該年1月~2月の時期は、前年から「仕込み」をして臨む議題の候補を絞り込み、決定・発表していく時期に当たる。この決定については、概ね、1月に開催されるシェ

ルパ会合でなされる。また、発表については、毎年1月下旬に開催される世界経済フォーラムにG8議長国の首脳が出席して行うのが通例である。2008年については、福田康夫総理が世界経済フォーラムに出席、ブレア英国前首相が司会を務める特別セッションにおいてスピーチを行い、国際保健を含むG8の主要課題について発表した。

この決定・発表を受け、主要課題に関する「仕込み」がG8プロセスに組み込まれ、政策形成プロセスが本格的に始動することとなる。2008年については、2月11-12日に第1回のG8/H8保健専門家会合が持たれた。また、日本の保健政策に関するシンクタンクの一つである「日本医療政策機構」(HPIJ)が世界銀行と連携して、主に国内の政策決定者向けに「世界保健サミット」(Global Health Summit)を主催した。国際保健が主要課題となる場合、このような民間主導の保健政策フォーラムがサミット・プロセスと連動して開催される可能性がある。

(2) シェルパ会合

a) シェルパ会議とは

- ・ シェルパ会議とは、G8諸国の首脳個人特別代表(シェルパ)の会議である。G8主催国で月に1度程度開催され、G8サミットに向けた実質上の運営委員会的な役割を果たす。シェルパ会議の具体的な日程・場所などは、治安上の問題から、公式には明らかにされない。
- ・ シェルパは、G8の政策上の要となる存在であり、シェルパ会議は、主要課題における各国の動向を集約し、方向性を決めていくための重要な会議となる。そのため、市民社会が有効なアドボカシーをしていくためには、それぞれの国の市民社会が各シェルパおよび関連する官僚と信頼関係を作り、積極的に会合を持ち、収集した情報を総合して、各国の政策動向を分析し、その分析にしたがって連携したアドボカシーをすることが重要である。

b) 日本の経験: 第1回シェルパ会合

- ・ 2008年のサミットに関しては、第1回シェルパ会合は、日本が主催国となった1月初旬に日本国内で開催された。G8NGOフォーラムとしては、第1回シェルパ会合に向けて特段の働きかけは行わなかった。
- ・ 日本のG8シェルパは、外務省審議官(経済担当) Deputy Minister of Foreign Affairs (Economic)が務めるのが通例で、2008年のサミットについては、河野雅治氏が務めた。また、副シェルパについては、外務省経済局長の小田部氏、財務省国際局長の玉木林太郎氏が務めた。G8NGOフォーラムとして、河野シェルパとの直接の会合を持ったのは2月に開催した1周年記念対話集会など限られた機会のみであったが、副シェルパを務めた小田部陽一経済局長、および貧困・開発・MDGs問題を担当した別所浩郎国際協力局長等とはかなりの頻度で会合を持った。

(3) 世界経済フォーラム(ダヴォス会議)

a) 世界経済フォーラムとは

- 世界経済フォーラムは、世界の経済界の主要指導者や政治指導者、知識人などが参加するネットワークで、その年間総会は毎年1月下旬、スイスのダヴォスで開催される。「世界の支配階級クラブ」とされ、世界の市民社会はこれに対抗して2001年以降、ブラジルのポルト・アレグレを中心に「世界社会フォーラム」を開催してきた。一方、地球規模課題における政策決定について市民社会の役割が広く認知されるに伴い、世界経済フォーラムも、主要な国際 NGOなどを招へいするようになり、貧困・開発分野では、オックスファム・インターナショナルなどが参加している。また、貧困や国際保健などに関して、ロックバンド U2 のボーカリストであるボノが世界経済フォーラムに積極的に参加し、首脳との会合や記者会見などを行ってきた。

b) 世界経済フォーラムと G8 サミット:市民社会の役割

- G8 サミットは世界経済フォーラムの主要な関心事項の一つであり、歴代の G8 議長国首脳は世界経済フォーラムに出席して、G8 サミットの主要議題に関するセッションを行うことになっている。この時期までに、G8 の主要課題はほぼ内定しているが、そこに国際保健が含まれているのであれば、市民社会は、首脳のスピーチに影響を与えるなどの形で、一定の役割を果たすことができると思われる。なお、首脳のスピーチはウェブで中継され、録画も公開されるのが通例である。福田総理の演説は以下の通り：
http://www.mofa.go.jp/mofaj/press/enzetsu/20/efuk_0126b.html
- 具体的には、以下のようなプロセスが考えられる。
 - 世界経済フォーラムに関連している G8 議長国のシンクタンクや関連組織と連携し、首脳のスピーチなどについて提言を行う。
 - 世界経済フォーラムに参加する国際保健関係の著名人(ボノ、ジェフリー・サックスなど)と連携し、G8 議長国首脳に働きかける。
 - 世界経済フォーラムに参加する国際 NGO (OXFAM International, Data/One など)と調整しながら、首脳の発言をモニタリングしたり、可能な働きかけを模索するなど。

c) 2008 年日本サミットの経験

- G8NGO フォーラムは、世界経済フォーラムを焦点化し、福田総理の出演した特別セッションに対するレスポンスとして、4 ページにわたる声明を発表し、メディアや各関係者に送付した。(本書資料編 ページ「資料1」参照)
- 一方、G8NGO フォーラムは、世界経済フォーラムに際して、世界経済フォーラムの事務局に関与している日本の医療政策系シンクタンク「日本医療政策機構」との調整を開始。これは、同機構が2月に開催した「世界保健サミット」関連の連携へとつながった。
- また、世界経済フォーラムに参加している国際 NGO であるオックスファム・インターナショナルやワールド・ビジョン・インターナショナルとも情報共有などを行った。



2008 年 2 月 6 日に開催された国際保健市民社会シンポジウム(東京)

(4) G8 保健専門家会合

a) 保健専門家会合とは

- ・ G8 プロセスには各種の閣僚会議が存在するが、「G8 保健大臣会合」は存在しない。したがって、G8 プロセスには、保健に関する閣僚級の会合プロセスが欠落している。
- ・ その代わりというわけではないが、2008 年の G8 サミットでは、日本政府のイニシアティブにより、国際保健政策の立案のために「G8 保健専門家会合」が組織された。これは、2007 年 11 月の高村大臣の演説で「G8 で国際保健に関する共有された行動指針」を制定するとの方針が示されたことを受けてのものである。この「行動指針」策定のために、G8 各国政府が「保健専門家」を指定し、その専門家によって組織されたのが当該会合である。
- ・ この会合は、2月、4月、6月の三回開催された他、サミット直前にも保健専門家の間で数回の調整会議が開催された様子である。
- ・ 「保健専門家会合」が今後のサミットでも組織されるかどうかは未定であるが、今回のサミットで「行動指針」が策定され、フォローアップ・メカニズムも発足し、少なくとも 2010 年まで、保健が必ず G8 の議題に入ることにはなっているため、今後のサミットでも、前例に倣って「保健専門家会合」が組織・開催される可能性はある。

b) 2008 年 G8 の経緯

- ・ 日本政府・外務省で G8 国際保健政策を担当したのは、地球規模課題審議官組織 (Office of Director General for Global Issues) にある「多国間協力課」(Global Issues Cooperation Division) であった。G8 保健専門家会合の議長は同組織の参事官で世界基金の日本代表理事も務めた山崎純氏が務めた。
- ・ 多国間協力課は、「G8 保健専門家会合」以前の段階で、市民社会を含む各セクターと非公式の意見交換を行った。とくに市民社会とは、G8NGO フォーラムの保健医療ワーキング・グループとの間で、2007 年 12 月～2月の間に、以下のテーマで4回の勉強会を開催し、国際保健に関して市民社会が有する知見を吸い上げると同時に、G8 各国の国際保健政策の状況について、市民社会が持つ客観的な情報の確保に務めた。市民社会は、多国間協力課に対して、G8 の保健政策枠組みに関する提案を行った (本書資料編 40 ページ 資料 2 参照)
 - ◇ HIV/AIDS・感染症対策
 - ◇ 母子保健
 - ◇ 保健システム強化
 - ◇ 国際的な NGO との対話
- ・ このうち、国際的な NGO との対話については、保健医療ワーキング・グループを招へいして、各分野について取り組む以下の NGO のリーダーが来日、2月6日に NGO と外務省との対話が実現した。
 - ✓ ヴァレリー・デ＝フィリポ (国際家族計画連盟) = 母子保健
 - ✓ ルーシー・チェジレ (ケニア・エイズ NGO 連合) = 感染症 (結核・エイズ)
 - ✓ モガ・カマル・ヤンニ (オックスファム・イギリス) = 保健システム強化・HIV/AIDS
 - ✓ ロティミ・サンコレ (アフリカ公衆保健権利連盟) = 保健システム強化・HIV/AIDS
- ・ 外務省側からは、多国間協力課の国際保健スタッフ数名が参加し、積極的な意見交換が行われた。
- ・ 保健医療ワーキング・グループは、翌2月7日、国際保健に関するシンポジウム「TICAD IV と G8 サミットに向けて = 世界の市民社会から、今、日本への期待 =」を開催、4名のパネリストが G8 に向けた保健政策についてスピーチした。シンポジウムには 200 名が参加し、NHK など主要メディアでも報道された。
- ・ このプロセスは、外務省にとって、G8 保健専門家会合の前の段階で、国際的な市民社会リーダーを含む内外の市民社会と国際保健政策について集中的に討議することができ、保健政策の動向についての情報の把握にきわめて有益だったと考えられる。一方、日本の市民社会にとっては、外務省の政策担当者との間の信頼関係を築く上できわめて有効であった。

c) 各回の保健専門家会合

- ・ 第1回保健専門家会合は2月13-14日に開催され、G8 保健専門家に加え、WHO、UNAIDS、UNFPA、世界基金、国際家族計画連盟 (IPPF) など保健関係の国際機関、ゲイツ財団など民間財団、およびアフリカ連合 (AU) の専門家が参加した。この会合では、「行動指針」を作る前提として、各種の議題について各国および関係機関の意見を聴取することが中心となった。なお、NGO は公式の保健専門家会合には招集されず、その後のレセプションへの参加のみとなった。なお、保健課題のうち、資金誓約などを伴う課題については、保健専門家会合で何らかの提案は行うものの、シェルパ会合での合意が前提とされた。
- ・ 第2回保健専門家会合は4月9-10日に開催され、G8 保健専門家の他、国際機関・関係機関数団体が参加した。ここでは、日本政府から「行動指針」の第一案が示され、討議に付された。市民社会は、第2回保健専門家会合に際して、要望書を提出した。
- ・ 第3回保健専門家会合は6月11-12日に開催され、「行動指針」のドラフトを最終版に仕上げていく作業が行われた。ここにおいては、「行動指針」の位置づけや各内容をめぐって、G8 各国から多くの異なった意見が出され、各課題ごとの対立構図が明確になった。これについては、6月23-25日のシェルパ会議、そしてサミット当日に向けて議論が持ち越されることとなった。その後も、保健専門家の間で、問題解決のための様々な非公式なプロセスがもたれることとなった。

(5) 世界保健サミット

a) 世界保健サミット(Global Health Summit)とは

- ・ 「世界保健サミット」というタイトルのイベントはこれまで何度か開催されているが、主催者・内容等は大きく異なっており、統一されたものではない。2005年、「TIME」誌の主催、ゲイツ財団の助成により開催された世界保健サミットは、民間財団・シンクタンクなどを中心に、NGO、国際機関の関係者などが集まり、国際保健上の課題について討議するものであった。また、2007年には、アメリカ公衆衛生協会(American Public Health Association)が「第2回世界保健サミット」(Global Health Summit II)を開催している。
- ・ 2008年2月に東京で開催された「世界保健サミット」(ウェブ：<http://www.global-health-summit.org/>)は、過去の「世界保健サミット」とはかなり異なったものである。これは、日本の医療政策系シンクタンクの一つである「日本医療政策機構」(Health Policy Institute Japan: HPIJ)が、世界銀行と共催で開催された。この「サミット」のターゲットは日本の政治家や経済界などで、TICAD や G8 に向けて、これら日本の政策決定に重要な役割を持つハイレベルな層に対して、「国際保健」の重要性を伝えることが目的とされた。サミットでは100名のキーパーソンが招へいされ、小泉純一郎・元首相、緒方貞子・JICA 理事長、ジョイ・ブマビ世銀副総裁(Joy Phumaphi)らがスピーチした。地球規模課題としての国際保健の重要性が十分認識されていない日本において、こうしたハイレベル層の啓発を目的とした企画には重要な意味がある。
- ・ 今後も、G8 において国際保健を焦点化する目的で、G8 主催国などで「世界保健サミット」が開催される可能性がある。今回の「世界保健サミット」の主催団体(世銀・日本医療政策機構)もその可能性を検討している様子である。

b) 日本の G8 サミットの経験

- ・ G8NGO フォーラム保健医療ワーキング・グループは、「世界保健サミット」の東京での開催に関する情報に接し、主催団体である「日本医療政策機構」と連絡。同機構から、このサミットは以前の Time 誌主催のサミットと異なり、日本の政策決定者に対する国際保健一般の啓発を目的とするとの説明を受けた。サミットには、招待を受けた NGO 関係者数名が出席。
- ・ 一方、サミット翌日の2月16日、G8NGO フォーラム保健医療ワーキング・グループが主催し世界銀行・日本医療政策機構が後援する形で、「世界保健専門家セッション」(Global Health Experts Session)を開催。世界銀行のジョイ・ブマビ副総裁、黒川清・日本医療政策機構代表がスピーチ。NGO フォーラムからも稲場雅紀・保健医療ワーキンググループ代表がスピーチした(スピーチに使用したプレゼンは本書資料編47ページ 資料3)。G8/H8 保健専門家会合や世界保健サミットに出席した主要な国際機関や政府代表なども多く参加し、日本の NGO の政策立案能力についての信頼感が一定、醸成されたとと言える。

7. G8 サミットに向けたプロセス: 中期 (3 ~ 4月)

(1) 概観

この時期は、初期段階で設定された「主要課題」に関する G8 議長国および各国の取り組みの方向性が定まり、また、G8 で討議されるべき緊急的な課題も固まってきて、サミットの方向性が定まってくる時期である。また、市民社会の取り組みの方向性も軌道に乗り、本年のサミットにおいてどの程度のことがあり得るかの「相場感」が見えてくる頃である。

貧困・開発関係では、この時期に「開発大臣会合」が設

定され、また、経済協力開発機構 (OECD) 開発援助委員会 (DAC) による年間 ODA 統計報告が発表される。これは ODA の量についてのアドボカシーにきわめて重要な機会である。また、アフリカと G8 の対話の機会である「アフリカ・パートナーシップ・フォーラム」の開催もこの時期になる。市民社会にとってさらに重要なのは、2006 年のサンクト・ペテルブルグ・サミットのプロセスから開始された、G8 シェルパと世界市民社会との対話の場である「Civil G8 対話」を開催する必要があることである。

2008 年の日本のサミット・プロセスでは、これに第 4 回アフリカ開発会議 (TICAD IV) が加わり、市民社会の取り組みをかなり複雑なものにした。3月にガボンで TICAD 閣僚会議が開催され、これを踏まえて TICAD 本会議が開催されたのは 5 月末のことであった。

(2) 第 4 回アフリカ開発会議 (TICAD IV)

a) TICAD IV と G8 サミットの関係

- ・ TICAD は日本のリーダーシップによる多国間のアフリカ開発のためのイニシアティブであり、日本国政府・国連 (国連事務総長アフリカ特別顧問事務所)・国連開発計画・世界銀行の 4 者が共同主催者となり、アフリカ諸国政府や他の国際機関とアフリカ開発の戦略について協議するものである。1993 年に第 1 回アフリカ開発会議が持たれて以来、5 年に 1 回開催され、日本のアフリカ外交の中核を為す会議となっている。
- ・ TICAD は G8 プロセスではないため、ここでは詳しく紹介しない。ただし、2008 年は、日本が G8 と TICAD の両方を主催する特別な年となったため、日本政府は、TICAD を、アフリカ開発が近年主要議題の一つとなっている G8 とを関連づけ、TICAD の国際的認知度を高めようと様々な努力を行ったため、TICAD は必然的に G8 プロセスに組み込まれることとなった。このように、G8 各国の国別の外交イニシアティブと G8 が関連づけられる場合に、市民社会としてどのような対処が必要かについて、ケースバイケースでの検討が必要である。

b) 日本の G8 サミットの実験

- ・ TICAD は過去三回、いずれも秋 (9 月もしくは 10 月) に行われていた。しかし、G8 と TICAD が重なる 2008 年には、TICAD の時期を G8 前に移動し、これを G8 プロセスと強く関連づけて実施した。
- ・ 日本政府は、TICAD に向けて力を強化してきた在京アフリカ外交団 (African Diplomatic Corps, Japan) のアドボカシーの影響を強く受け、また、中国のアフリカへの積極的進出に刺激される形で、TICAD IV のポリシーとして、経済成長の優先と民間投資の拡大を強く打ち出した。この路線は、ミレニアム開発目標の達成と貧困の解消を重視する市民社会とは大きく異なるものであった。
- ・ 3 月下旬にガボンの首都リーブルヴィルで開催された TICAD 閣僚会議で採択された「横浜宣言」 (http://www.mofa.go.jp/mofaj/area/ticad/tc4_sb/yokohama_s.html) および配布された「行動計画」案の内容は、主要課題とされた経済成長・民間投資についても、また、MDGs など社会開発についても、脆弱な内容であった。この「宣言」および「行動計画」は、TICAD プロセスにアカウンタビリティを評価可能な形で導入することを要求したアフリカ外交団の外交的勝利であったが、内容が薄弱では意味がない。
- ・ 日本とアフリカの市民社会は、この TICAD 閣僚会議に向けて、2010 年までの「HIV/AIDS 治療・ケア・予防への普遍的アクセスの実現」を求める共同声明を発表した (本書資料編 57 ページ 資料 7)。また、TICAD に取り組む NGO のネットワークである「TICAD IV NGO ネットワーク」は、G8NGO フォーラムとも連携して、より包括的な市民社会提言「Voices」 (<http://www.ticad-csf.net/TNnet/voices.html>) をまとめていた。ガボンの閣僚会議には、日本から各分野 10 名の市民社会関係者が参加、また、アフリカの市民社会も各分野 10 名以上、ガボンの市民社会からも十数名が参加した。閣僚会議で発表された「宣言」および「計画」の内容が薄弱であったことから、ガボン閣僚会議後、MDGs・貧困解消の優先課題化を求めて、政治家やメディアと積極的に連携して、外務省の TICAD 担当部署アドボカシーを行った。
- ・ このアドボカシーで市民社会は、「行動計画」が MDGs の分野でどのような内容を含むべきかについて、詳細な代替案を作成し、提出した (例えば保健分野での提案は本書資料編 60 ページ 資料 8)。この代替案は、実際に外務省および共同主催者によって参照され、いくつかの項目については採用された。
- ・ こうしたアドボカシーが奏功して、5 月末に開催された TICAD 本会議の行動計画 (http://www.mofa.go.jp/mofaj/area/ticad/tc4_sb/yokohama_kk.html) は、MDGs に関しては内容が一定程度向上し、とくに保健については、保健システム強化、およびリプロダクティブ・ヘルスの側面、数値目標を含んだ具体的な行動誓約がなされた。また、アカウンタビリティの側面についても、洗練度は十分でないものの、TICAD プロセスで具体的に何を行うかについて記した附表が添付された。一方、HIV/AIDS については具体的な目標がなく、普遍的アクセス目標についても明記されなかったことから、市民社会はこれに抗議する声明を発表した (本書資料編 62 ペ

(3) G8 開発大臣会合

a) G8 開発大臣会合とは

- ・ G8 プロセスとして開催される閣僚会合の中で、貧困・開発の文脈で最も重要なものが開発大臣会合である。当該会合では、ODA の量・質、援助協調、新興ドナー国への対応、MDGs 達成に向けた取り組みなどを含め、G8 での「開発」「アフリカ」といった文脈について包括的に検討される。
- ・ 市民社会としては、この開発大臣会合において、これまでの G8 の貧困・開発・MDGs 各分野における誓約を具体的に実行すること、そのための実施計画を作ることに重点を置いて検討させる必要がある。開発大臣会合を、抽象的な「開発問題について評論するサロン」にさせるわけには行かない。

b) 日本の G8 サミットの経験

- ・ 2008 年の日本の開発大臣会合の日程は 4 月 5-6 日に設定された。日本政府は、同会合について、既存の G8 の誓約の実行というよりも、開発についての「包括的な討議」を実施する観点から、以下の議題が中心となった。
 - 気候変動と開発
 - 新興ドナー、民間財団等とのパートナーシップ
 - 人間の安全保障（MDGs 含む）
- ・ G8NGO フォーラム貧困・開発ユニットは、開発大臣会合に向けて、小野寺五典・外務副大臣に対して、MDGs の各分野に関する政策要望を中心とする要望書を提出した（本書資料編 ページ 資料 4 ）。
- ・ 一方、OECD・DAC の年次 ODA 統計報告の発表が、ちょうど開発大臣会合に重なる 4 月 4 日に行われ、ODA 総額自体は微増だったものの、G8 の ODA 拠出額は全体として減少し、また、G8 議長国日本の ODA は 30%以上減少して世界第 5 位に転落したことが明らかになった。G8NGO フォーラムはこれを重視し、「『約束を果たす国 日本』はどこへ」と題して、日本の ODA 減少を批判する共同声明を発表した。また、G8NGO フォーラムはこれにあわせ、開発大臣会合の評価のためのコメントールを発表（本書資料編 52 ページ 資料 5 ）。



G8 に向けた会議風景

(4) アフリカ・パートナーシップ・フォーラム

a) アフリカ・パートナーシップ・フォーラムとは？

- ・ アフリカ・パートナーシップ・フォーラム (APF) は、2002 年のカナダ・カナナスキス G8 サミットで開始された、アフリカ諸国と G8 の対話によるアフリカ開発のためのプロセスである。G8 諸国の「首脳アフリカ個人代表」(Africa Personal Representative) と、「アフリカによる開発のための新パートナーシップ」(New Partnership for Africa's Development : NEPAD) 5 カ国 (= エジプト、アルジェリア、セネガル、ナイジェリア、南アフリカ) およびアフリカ連合の責任者、ならびにその他アフリカ諸国数カ国が参加し、OECD がこれを取りまとめる形で、年間 2 回、会合が開催される。1 回 (春) は G8 主催国で、1 回はアフリカで開催されるのが通例である。
- ・ このプロセスは、G8 プロセスではあるが、十分に認知されていない。しかし、NEPAD および AU に関連してアドボカシーを積極的に展開しているアフリカの市民社会においては、この APF に対して積極的に政策提言を行っている組織が多くあり、これらアフリカの市民社会と連携してアドボカシーをすることが重要である。

b) 日本の G8 サミットの経験

- ・ G8NGO フォーラムを始め、日本の NGO は、この APF について十分な知見を持っていなかった。しかし、NEPAD は今回の APF に際して、大規模な市民社会セッションを開催することを計画、日本政府や OECD と協議していた。結果として、この大規模な会合は実現しなかったが、結果として、NEPAD および AU に関連して政策提言を行っている以下の 4 団体・4 名が来日、APF の討議の 1 枠に設けられた「市民社会セッション」に参加した。
 - ◇ イビダポ・オイエウォレ (Mr. Ibidapo Oyewole)
= アフリカ政策・平和戦略センター (ナイジェリア) Center for African Policy and Peace Strategy
 - ◇ ンディエ・ビネタ・ディオップ (Ms. N'deye Bineta Diop)
= アフリカ女性連帯 (セネガル) Femme Afrique Solidarite
 - ◇ ファル・カディ・ムベンゲ (Ms. Fall Khady Mbengue)
= 西アフリカ女性協会 (セネガル) Association des Femmes de l' Afrique de l' Ouest
 - ◇ アキニイ・ンズィオキ (Ms. Elizabeth Akinyi Nzioki)
= 女性の権利と土地の経済センター (ケニア) Center for Land Economy and Women's Rights
- ・ 日本の市民社会は、G8NGO フォーラムと TICAD IV NGO ネットワークで連携してタスクチームを発足させてこれらのアフリカ市民社会の来日の受け皿となり、4 月 4 日に外務省にて APF 準備会合を持ち、5 ~ 6 日に「市民社会セッション」での発表に向けたワークショップ・原稿作成を行った。アフリカからの来日者の能力が極めて高かったこともあり、市民社会セッションは成功裡に終わった。市民社会の声明は本書資料編 55 ページ 資料 6 を参照。
- ・ APF 自体は、日本政府やアフリカの一部政府の意向もあり、MDGs を焦点化するのではなく、経済成長、民間投資の促進が主要議題となった。
- ・ APF は G8 プロセスの中でも十分に知られていないプロセスであるが、アフリカ市民社会との連携を強化し、G8 諸国市民社会とアフリカ市民社会で連携してアドボカシーを行うには重要な機会である。G8 議長国の市民社会は、APF に向けて取り組んでいるアフリカの市民社会と連携して、アドボカシーを積極的に実施すべきである。

8. G8 サミットに向けたプロセス: Civil G8 対話

(1) 概観

Civil G8 対話は、2006年のロシア・サンクトペテルブルグ G8 サミットで開始されたプロセスである。ロシアの Civil G8 は G8 サミット本会議の2週間前の7月3～4日に開催され、G8 各国の市民社会が招待ベースで参加、ブーチン大統領と3時間に渡る討議を行った。翌2007年のドイツでの Civil G8 対話は G8 本会議の2カ月前の4月25日～26日に開催され、ドイツおよび世界の市民社会の代表者たちと G8 シェルパが環境や貧困・開発などの各課題について討議した。Civil G8 対話は、G8 各国政府の G8 責任者と G8 および世界の市民社会とが対等な形で対話できる G8 プロセス唯一の場であり、2008年の日本での開催を踏まえて、今後のサミット・プロセスに恒常的に組み込まれた行事となる必要がある。

- ・ ロシア Civil G8 情報
<http://en.civilg8.ru/1195.php>
- ・ ドイツ Civil G8 情報
<http://www.forum-ue.de/137.0.html?&L=1>

(2) 日本のプロセス

・日本の Civil G8 対話は、G8NGO フォーラムの主催により、4月23-24日の二日間、京都で開催された。京都でのシェルパ会合にあわせての開催であり、24日午後開催された G8 シェルパと市民社会の対話セッションには、フランスのシェルパを除く8人のシェルパが参加して2時間の意見交換を行った。

・日本の市民社会は、Civil G8 対話の開催をきわめて重要な課題として認識していた。G8NGO フォーラムでは、Civil G8 ワーキング・グループを発足させ、過去の Civil G8 対話に積極的に参加してきた経験を持つ環境ユニットのファシリテートのもと、貧困・開発ユニット、人権・平和ユニットが対等な形で参加して、Civil G8 の組織化・実行に向けて積極的に取り組んだ。

・日本政府は、ロシア・サミットからの恒例となっている Civil G8 対話については日本でも開催するとの前提を持っていた。Civil G8 対話の資金については、日本政府は、海外からの招聘者の旅費・宿泊費等のコストを負担した。この負担については、主催者の G8NGO フォーラムに交付するのではなく、旅行者を入札によって選定し、その旅行者者にコストを支払う形で対応した。それ以外の多くの経費については、G8NGO フォーラムは米国のオープン・ソサ

エティ・インスティテュート財団から助成を受け、これにあてた。

・ Civil G8 対話には、海外からは、招聘者27名を含め合計52名の参加者があり、日本国内の参加者も含めて総勢200名以上が参加した。招聘者については、貧困・開発、環境、人権・平和の各ユニットが、ユニットの責任でそれぞれ10名を選出してリストを作成。一方、自費参加者については、それぞれのユニットが持っているメーリング・リストなどで Civil G8 対話について周知し、日本の関係 NGO を通じて申し込む形で実施した。

・国際保健に携わる NGO については、以下のメンバーが参加した。

- ・ Elizabeth Anne Peterson (World Vision International) -United States, MDG4 (Child Health)
- ・ Dorothy Shaw (FIGO) -United States, MDG5 (Reproductive Health)
- ・ Rachel Wilson (Path) -United States, MDG5 (Reproductive Health)
- ・ Jill Sheffield (Family Care International) -United States, MDG5 (Reproductive Health)
- ・ Paola Giuliani (Action Aid Italia) -Italy, MDG6 (HIV/AIDS)
- ・ Olayide Akanni (African Civil Society Coalition on AIDS) -Nigeria, MDG6 (HIV/AIDS)
- ・ Winstone Zulu (Kala Counseling) -Zambia, MDG6 (HIV/TB)
- ・ Louis da Gama (Global Health Advocates) -United Kingdom, MDG6 (Malaria)
- ・ Irungu Houghton (OXFAM GB) -Kenya, Health Systems

・ HIV/AIDS については、日本の G8NGO フォーラムより稲場雅紀、世界エイズ・キャンペーン (World AIDS Campaign) より事務局長のマルセル・ヴァン・ソースト (Marcel van Soest) および南ア事務所のフェリシタ・ヒクアム (Felicita Hikuam)、英国ストップ・エイズ・キャンペーンのステイブン・コバーン (Steven Cockburn) が選考委員会を組織し、関係メーリング・リストにて先進国より1名、途上国より1名の参加者を募集、選定した。

(3) Civil G8 対話の実際

- ・ Civil G8 対話は全体で二日間で構成されるが、実際のシェルパとの対話は二日目の最後の2時間のみである。2008年の Civil G8 は、初日を各課題に関するブレナリー・セッションに充て、二日目の午前中および午後1枠を分科会に充てた。

- Civil G8 対話で最も重要なのは、いうまでもなく、シェルパとの対話の2時間について、誰が発話者となり、具体的にどのような対話をするかということである。
- シェルパとの対話枠については、Civil G8 対話参加者は全て参加できるものの、発話者は合計18名と制限された。これについて、開発9名、環境8名、人権1名を割り当てた。開発9名については、Civil G8 前日の22日に日本国内および海外の開発関係参加者が参加して「事前戦略会議」を行い、開発各分野のバランスを考慮して選定した。
- シェルパとの対話の内容については、2日目の午前中に「保健医療」「開発資金・ODA」「ガバナンス・腐敗防止」の3つのワークショップを開催して、各分野での質問および主張の候補を挙げ、これを午後第一枠の「貧困・開発」全体の枠で検討、貧困・開発分野全体で質問および主張について合意した。その中で保健については、参加者全体で一つの声明を作成し、これを発表することとした（声明は本書資料編 63 ページ

資料 10）。

- 貧困・開発分野では、シェルパとの対話枠における発話者の選出、そこでの討議内容の策定についても、いずれも全ての参加者が積極的に参画できる民主的かつ効率的なプロセス作りを重視した。その結果、参加者のほとんどから、プロセスについては極めて高い評価を得ることが出来た。
- シェルパとの対話については、全体2時間のうち、日本のシェルパからの10分の冒頭発言ののち、前半40分が気候変動、後半40分が貧困・開発、残り30分が人権その他各種課題となった。市民社会側からの質問に対して、シェルパ側ははっきりした返答なども十分に出来ず、対話の中身としては不十分なものに終わった。しかし、日本の市民社会はCivil G8を開かれた適正な形で運営し、シェルパとの対話における課題提起についても、レベルの高い内容となり、市民社会側の政策形成能力や運営能力の高さを印象付けるものとなった。

 9. G8 サミットに向けたプロセス：
 TICAD・後期(5～6月)

(1) 概観

この時期は、G8 本番までわずかとなり、主要課題に関するG8の方向性も煮詰まってくる頃である。この時期になると、G8 コミュニケや関連成果文書などのドラフトもほぼ出そろふ。また、各課題に関するG8 各国の政策の違いなどが鮮明になり、各国は自らの立場を押し通すため、様々な駆け引きを行使する。また、それぞれの主要課題について、各国が自らの国家イメージやビジョンに基づいて「目玉」となりうる政策を持ち出し、なんとか他国を説得しようと様々な手法を用いて努力する、といった状況も生じる。市民社会も、こうした駆け引きと無縁ではあり得な

い。一部の国は、市民社会の広報能力を活用して、自国の個別政策に関する市民社会の支持を取り付け、それをもって対立国への圧力とするといった手法を活用したり、また、対立国の態度について市民社会にリークして批判させるといったことを展開することもある。市民社会は、こうした働きかけに耳を貸し、情報を得つつ、独立して市民社会の立場からアドボカシーを行っていくことが必要である。

G8 前には最後のシェルパ会合が開催され、G8 成果文書のドラフトについて、資金のコミットメントなど最終的な調整を行う。しかし、これらの調整はシェルパ会合だけでは決定しきれないものも多く、そうしたものについては、最終的に首脳会合に委ねられる。

この時期には、市民社会として継続して取り組んできた人々には疲労が蓄積される頃であるが、ゴールも見える時期なので、もう少し頑張ろう。

(2) G8 議長国首脳と国際 NGO の会合

a) G8 議長国首脳と国際 NGO の会合とは
<ul style="list-style-type: none"> • Civil G8 対話以外の、市民社会と G8 との対話の場として、ここ数年開催されているのが、国際 NGO と G8 議長国の首脳との会合である。これは、気候変動、MDGs といった地球規模課題について取り組んでいる有力な国際 NGO が、G8 議長国首脳とじっくりコミュニケーションをとることを趣旨としている。この対話会合も 2006 年のサント・ペテルブルグ・サミットから生まれ、昨年ドイツのサミットで洗練、定式化された。
b) 日本での当該会合
<ul style="list-style-type: none"> • 日本では、福田総理と国際 NGO10 団体の対話が 6 月 18 日に開催された。この会合設定を主導したのは、G8NGO フォーラムの環境ユニットであった。この招へいにあたっては、ドイツ・サミットの際の当該会合に参加していた欧米系の大手 NGO が中心に招へいされたが、アジア・アフリカなど途上国の NGO も参加する必要があるという観点から、ネパールの「LDC Watch」のリーダー、アルジュン・カルキ氏が会合に参加した。国際保健分野で活動する国際 NGO はこの会合には参加しなかった。 • 地球規模課題に国境を越えて取り組む国際 NGO と G8 議長国首脳との会合は重要であり、今後も継続されることが望まれる。参加 NGO の選定についても、オープンなプロセスで行われることが重要である。

(3) G8 サミットに向けた最終局面

G8 サミットに向けた最終局面において、「洞爺湖行動指針」の内容をめぐる G8 各国の思惑が大きく見え始めた。この対立に関して、G8NGO フォーラム・保健医療ワーキング・グループは各国の市民社会と積極的に連携し、「行動指針」の内容をレベルアップするべく取り組みを行った。（本書資料編 ページ 資料 11/12 参照）

「洞爺湖行動指針」に関する G8 各国の意見対立は複雑に錯綜したものであった。これについては、第1部3(3)で触れたとおりである。保健医療ワーキング・グループ、および（特活）アフリカ日本協議会/（特活）エイズ&ソサエティ研究会は、これに対して、具体的に以下のような取り組みを行った。

本年6月10-11日にニューヨークで開催された「国連 HIV/AIDS 特別総会ハイレベル会合」の翌日、オープン・ソサエティ・インスティテュート財団（OSI）と共催で、「G8 に向けた HIV/AIDS・国際保健戦略会議」を開催。ここで、各国政府が「洞爺湖行動指針」に対してどのような立場をとっているかを共有し、各国の市民社会に、各国の保健専門家およびシェルパと会合を持つように呼びかけた。また、G8 各国の市民社会に、洞爺湖行動指針の内容の前進に向けて具体的な行動を呼びかけた（本書資料編 71 ページ 資料 13）

また、この会議で、G8 諸国政府に対する保健医療ワーキング・グループの最終要求書である「私たちはもう待てない」の文章を確定。この声明は、34 カ国・110 団体の

10. G8 サミットにおける取り組み：国際メディアセンター

(1) 概観

1999年の世界貿易機関シアトル首脳会議が市民の抗議によって粉碎されたこと、また、2001年ジェノバ・サミットで大規模な抗議行動があり、警察の弾圧によって死者がでたことなどから、近年の G8 サミットは、警備上の都合から、首都から遠く離れた地方の観光地などで行われるのが通例となった。東京から 1000 キロ、近隣の主要都市である札幌から 100 キロも離れた洞爺湖で行われた洞爺湖サミットはその典型的なケースであった。

国際メディアセンターは、洞爺湖から 20 キロ北東に位置する留寿都村の「ルスツリゾート」におかれた。NGO 関係者を始め、多くのメディア関係者は、ルスツリゾートから羊蹄山を隔てて 20 キロ以上離れている倶知安町やニセコ町の旅館に宿泊。ルスツリゾートとこれら旅館群の間は、政府が借り上げたシャトルバスで結ばれた。

賛同を得て G8 各国首脳に送付された（本書資料編 76 ページ 資料 14）。

一方、保健医療ワーキング・グループに参加しているオックスファム、ワールド・ビジョンなど国際 NGO も、各組織のネットワークを活かして、各国の政府に対して様々な働きかけを行った。

一方、6月29日、英国フィナンシャル・タイムズ紙は、G8 サミットの首脳宣言において、グレンイーグルズ公約である、2010年までのアフリカ援助年間「250億ドル」増額、および「2010年までの」HIV/AIDS 普遍的アクセス実現に関する具体的な数値目標や期限が明記されていないことを暴露。

（これに関する紹介記事：

<http://www.medicalnewstoday.com/articles/113644.php>）。

これについては、HIV/AIDS や国際保健に取り組む NGO、また、開発全般に取り組む NGO が声明などを出して抗議、また、各国政府に対して様々な働きかけを行った。G8NGO フォーラムも、外務省に対して、数値目標をきちんと盛り込むように要望。その結果、これらの数値や期限はなんとか、サミット首脳宣言に盛り込まれることになった。

G8 各国の思惑の違いや対立のうち、いくつかの課題はサミット以前に解消されたが、たとえばハイリゲンドム 600 億ドル公約の抛出期間など、重要な課題について、対立はサミット本会議に持ち越されることになった。

G8NGO フォーラムは、国際メディアセンターにおける NGO の活動について、かなり以前から政府と調整を重ねた。その結果、政府は、国際メディアセンターに一定規模の NGO コーナーを併設し、NGO が情報発信や小会合などをできるようにした。また、NGO の記者会見場を設置し、NGO がメディアに対する記者会見を自由に出来るような体制をとった。このようなコーナーが設置されたのは、サミット史上初めてと思われる。

一方、国際メディアセンターに入れる NGO は、外国からの NGO の定員が 100 名、G8NGO フォーラム関係がそれ以外に 2-30 名に制限された。この選定については、NGO フォーラムの作成したリストを参考に、外務省が選定した。

(2) 準備

・準備における最大の課題は、100 名に制限された外国人 NGO 参加者の推薦リストをどのように策定するかということであった。この策定作業については、公開性と選考における民主主義、透明性・公平性が不可欠である。

・G8NGO フォーラムでは、各ユニットが 5 月 19 日から 5

月23日までの間、関係の各メーリング・リスト等で、IMCへの参加を募る趣旨の告知を行い、まず、各ユニットで申込者を集約してリストを策定した。この募集については、IMCに参加するNGO関係者に求められる能力などを明記していた。応募は3ユニット合計で130名程度に上った。

・このリストを各ユニット代表者が共同で検討し、申し込み書類が不備な人などをカットし、フォーラムとして100名のリストを作成し、外務省に提出した。外務省はこのリストに従って、参加者を確定、パスを発行した。

・海外からの参加者の宿泊・交通などに関するガイダンスは、適宜、NGOフォーラムに関連している各NGOが実施した。

(3) 国際メディアセンターでの実際

・国際メディアセンターは日本を始め会外からも多くのメディアがサミットの取材基地として活用した。ここで重要だったのは、メディアが積極的にNGOを取材したことである。地方紙から国際的な配信会社、テレビ局まで、G8に関わるアドボカシー活動を行っているNGOに積極的に取材を行い、記事や番組にした。これは、メディアセンターにはG8首脳陣などはおらず、生で取材できる対象がNGOに限られていたことも一つの要因であろう。

・NGO側は、NGO記者会見場を活用して数多くの課題について記者会見を行った。国際保健分野については、サミット初日の7日に、国際保健問題の焦点についてのブリー

----- 11. 市民サミット

市民社会と、より広範な社会運動は毎年、G8に対する抗議行動や反対集会などを開催してきた。2007年、ドイツのロストックで、これらの市民社会と広範な社会運動の努力は、より包括的な「オルタナティブ・サミット」、すなわち、G8のいわゆる「英知」に対して市民社会の包括的な「代替策」を示す総合的なイベントの開催へと発展した。

オルタナティブ・サミットをどのようなものとして開催するか、それは市民社会に完全に委ねられている。また、それがどの程度の大きさやインパクトを持つものになるかについても、市民社会の意志と能力に委ねられている。オルタナティブ・サミットに参加する団体も、特定の課題に関心を持つ団体から、G8サミットを今年限りでおしまいにしよう、と主張する団体まで様々である。

2008年の洞爺湖サミットに関しては、「市民サミット2008」が7月6日から8日までの3日間、札幌市の「札

フティング、9日に、首脳宣言および「洞爺湖行動指針」に関してNGO側の評価を伝える記者会見を行った。

・ここで活用したのが、G8成果文書に関する「評価表」である（本書資料編83ページ 資料16）。これは、国際保健の主要課題を10選び、各課題と総合評価について5段階で評定するものである。これについては、メディア等の評価が非常に高く、日本テレビとNHKそれぞれが10分程度のニュース番組にしてこれを報道した。

・HIV/AIDS関係で国際メディアセンターに入った海外の市民社会活動家は以下の通りである。

Asia Russell (Health GAP, US)

Paola Giuliani (Italian Network against HIV/AIDS, Italy)

Emmanuel Trenado (AIDES, France)

これらの活動家も、日本のHIV/AIDS・国際保健関係の市民社会と連携して、G8成果文書等の分析や声明作りを行った。また、国際保健関係の活動家と、幅広い貧困関係のキャンペーン等を行っているGCAP (Global Call for Action against Poverty) の活動家らとの交流も進み、国際メディアセンターは、分野の異なる活動を行っている海外の活動家同士を結びつける上でも良い機能を果たした。

・洞爺湖G8サミットの成果の紹介と評価については、第1部で記したとおりである。サミット終了時に総括として市民社会が提出した声明については、本書資料編84ページ 資料17を参照。

幌コンベンションセンター」を中心に開催された。札幌コンベンションセンターは、G8首脳たちが会合を開いた洞爺湖から150キロ程度離れている。「市民サミット」は、7月1日から10日までの「G8市民ウィーク」の一部として開催された。この「市民ウィーク」期間中には、「先住民サミット」「世界宗教者サミット」「G8女性と人権フォーラム」、および「ピース・ウォーク」など各種のイベントが開催された。

市民サミットは、「G8サミット市民フォーラム北海道」と「2008年G8サミットNGOフォーラム」の共催で開催された。市民サミットの開催には、様々な動機があった。G8サミットに際して、日本国内および海外から、数多くの人々が北海道に集まってくる。これらのゲストたちが一カ所に集まり、スピーチをし、討議を行い、個別課題やG8全体に対するキャンペーンを行う「場」が必要とされた。「市民サミット」により、これら多くのゲストたちや市民社会グループが集まり、政治的な取り組みを前進させるための平和的な場が提供された。「市民サミット」の開催は、市民社会の関係者が集まる場を作らなければならな

いという責務・責任を果たそうという日本の市民社会の意思の表れであった。

市民サミットでは、海外と日本の、様々な異なった意見を持つ市民社会のグループが、一カ所に集まり、独立した、創造的なインプットを共有することができた。市民サミットは、G8 に対する代替的な政策のあり方について討議する場でもあり、また、G8 への反対の声を上げることも可能であった。市民サミットは、多くのメディアに取り上げられた。メディアは、G8 サミットでめざましい成果が出てこないことに気づき、むしろ市民社会が、食料危機や国際保健、その他各種の経済的な問題を解決できる政策、考え方を持っていることから、市民社会に関心を持ち、積極的に取材を行った。

市民サミットの貧困・開発分野における成果文書として「札幌宣言」が採択された（本文は <http://www.g8ngoforum.org/2008/07/2008-2.html>）。この「札幌宣言」は、G8 がその責任として行わなければならない様々な事項および政策について包括的に述べたも

ので、G8 サミットの参加者たちによって修正され、採択された。市民サミットは、この「札幌宣言」によって具体的に現実的な成果を生みだした。メディアも、市民社会の能力を高く評価した。

国際保健・HIV/AIDS 分野に関して、アフリカ日本協議会はアクション・エイズの理事会議長であり、HIV/AIDS に取り組むウガンダ最大の NGO である「エイズ支援機構」（TASO）の創立者であるノエリン・カレエバ氏（Ms. Noerine Kaleeba）と、次期サミット議長国となるイタリアの HIV/AIDS 市民社会ネットワークのメンバーである CESTAS のサラ・パテルリーニ氏（Ms. Sara Paterlini）を招へいし、シンポジウム「HIV/AIDS に取り組む：アフリカから G8 サミットへ」や、2008G8 市民ウィークの企画の一つである「女性と人権フォーラム」第2部「世界の女性たちは語る」などを開催した。カレエバ氏は、女性と子供の権利が守られない限り、HIV/AIDS 治療・ケア・予防への普遍的アクセスや MDGs の達成は実現できない、と述べた。



市民サミットで開催された HIV/AIDS 関連企画で：

ノエリン・カレエバ氏（ウガンダ・エイズ支援機構）とサラ・パテルリーニ氏（イタリア HIV/AIDS に取り組むネットワーク）

おわりに

G8 に関する 市民の Institutional Memory をつくるために

G8 は一年をかけた大きな政策形成・決定プロセスである。これに影響力を行使するためには、市民社会も、中・長期レベルのしっかりした戦略に基づいて、適切な働きかけをしていかなければならない。しかし、これまでは、G8 の重要性およびそのプロセスの複雑さに対して、市民社会は整理された十分な情報を持っていなかった。その結果として、G8 への取り組みは手探りのものにならざるを得なかった。

本書は、この「手探り」の状況を打破し、現在の G8 プロセスの流れ、および、プロセスの各要素についての情報を集約して、市民社会としての「制度化された記憶」institutional memory を作るためのきっかけとしてまとめたものである。これが今後の G8 サミットの、とくに保健分野の取り組みを行う市民社会にとって重要な情報源となれば幸いである。

一方、G8 は変化の激しいプロセスであり、また、欧州諸国などを中心に、新興国の交流著しい現在、現在の G8 で

は本来の機能を果たせないとして、G8 に新興経済国 5 カ国（ブラジル、中国、インド、メキシコ、南アフリカ）を加えた G13 に再編成しようという動きがある。日本などはこれに抵抗しているが、現状の世界の経済・政治状況に鑑みれば、旧来の「主要国」の枠組みでは十分でないことは明らかで、G8 の拡大は早晩、実現されることになるだろう。

こうした変化に備えて、市民社会も、G8/G13 へのアドボカシーについて、大きな見直しを必要とする。G5 諸国の市民社会とのパイプを作り、また、欧米主導の現在の G8 アドボカシーのあり方を抜本的に変えていく必要がある。

アジア地域から唯一の G8 メンバーとして参加している日本における G8 となった、今回の洞爺湖サミットは、G13 に向けた「テストケース」としても重要であった。日本の市民社会は、G8、および世界の市民社会に対して自らの責任をとるべく最大限の努力を行い、また、G8、および世界の市民社会も、日本の市民社会の存在を認知し、積極的な支援と連携が可能となった。

この経験を生かして、地球規模課題に取り組む世界の市民社会運動が、ローカルな市民社会にも開かれた、民主的で透明性のあるものとして成長することを切に願うものである。



7月10日に開催された G8 フォローアップ・ワークショップ（イタリア・米国・日本の市民社会が参加）

資料編

<資料1> 世界経済フォーラム(ダ沃斯会議)での福田総理演説への声明 (2008年1月26日)	36
<資料2> G8 保健専門家会合に向けた市民社会からの提案(英語のみ) (2008年2月4日)	40
<資料3> 2月17日開催 国際保健専門家会合 NGO側プレゼンテーション (2008年2月17日)	47
<資料4> G8 開発大臣会合に向けた市民社会要望書 (2008年3月25日)	49
<資料5> G8 開発大臣会合議長サマリーに関する市民社会コメント (2008年4月6日)	52
<資料6> アフリカ・パートナーシップ・フォーラムに関する市民社会声明(2008年4月7日)	55
<資料7> TICAD に向けた HIV/AIDS 関連市民社会声明 (2008年3月1日)	57
<資料8> TICAD 行動計画案(保健分野)に対する市民社会の最終提言 (2008年5月15日)	60
<資料9> TICAD 横浜宣言・行動計画での HIV/AIDS の取り扱いに関する声明 (2008年5月29日)	62
<資料10> Civil G8 対話に提出された国際保健関係市民社会の提言 (2008年4月24日)	63
<資料11> G8 北海道洞爺湖サミットのコミュニケに関する保健医療分野での提起 (2008年6月6日)	65
<資料12> G8 コミュニケに向けた市民社会提言(英語のみ) (2008年6月14日)	68
<資料13> G8 1カ月前の段階で、各国の市民社会に行動を呼びかけた Action Alert (2008年6月8日)	71
<資料14> G8 に向けた国際保健に関する市民社会共同声明 (2008年6月23日)	76
<資料15> HIV 陽性者への渡航制限撤廃に関する要求書 (2008年7月1日)	82
<資料16> G8 洞爺湖サミットの国際保健の成果に関するスコアカード (2008年7月9日)	83
<資料17> 洞爺湖サミット 保健最終プレス・リリース (2008年7月9日)	84

＜資料1＞ 世界経済フォーラム（ダボス会議）での福田総理演説への声明

【緊急声明】

**福田総理、洞爺湖サミットに向けて
市民社会・NGOも含めた「全員参加型」の取り組みを表明
～ グローバル課題への積極的な取り組みに期待します～**

2008年G8サミットNGOフォーラム 貧困開発ユニット

本件声明についてのご取材・問い合わせは、以下の連絡先をお願いします。

貧困開発ユニット ロビイング・チーム・リーダー 稲場 雅紀

（特活）アフリカ日本協議会

東京都台東区東上野 1-20-6 丸幸ビル 2 F

電話：03-3834-6902（事務所）、090-1264-8110（携帯）

メール：masaki.inaba@gmail.com

要約

1. 福田総理がダボス会議政策演説で、洞爺湖サミットに向けて気候変動、アフリカ開発、世界の貧困問題の解決など地球規模課題に全力で取り組む姿勢を表明したことを歓迎。
2. 市民社会・NGOを含む「全員参加型」での政策形成をよびかけたことを高く評価。その上で、サミットに向けて、より具体的な政策立案が必要であると、各分野について以下の点を指摘。
 - （1）2007年G8ハイリゲダム・サミットを引き継ぐ女性とジェンダーの問題に関する言及がなかったことに懸念。福田総理の今後のリーダーシップに期待。
 - （2）国際保健：妊産婦や子どもの保健改善、保健システム強化へのリーダーシップを歓迎するも、エイズ・結核・マラリアなど感染症との闘いも継続・発展させること、成果を出すためには、日本の具体的な資金コミットメントを始め、さらなる資金と取り組みの拡大が必要であることを指摘。
 - （3）教育：サミットでの議題化を歓迎するとともに、基礎教育は人間の権利であること、『万人のための教育』の実現に向けた日本の具体策が必要であることを指摘。
 - （4）アフリカ：真の自立の妨げになっている不公正な貿易・経済関係の公正化に日本の指導力を発揮すべきであること、サミット議長国である日本には、ミクロの貢献とマクロの成果をつなぐ戦略が必要であることを指摘。
 - （5）気候変動：総量削減に関する、早期のかつ積極的な中間目標を導入すること、気候変動による被害を大きく受ける途上国に、多国間で積極的な支援を行うこと、その財源はODAとは別に用意すべきこと等を指摘。
 - （6）世界経済：世界経済の混乱要因としての投機マネーが、石油などの高騰を招き、人々の生活を脅かしているところから、投機マネーの規制に着手することを要請。

本日、福田康夫・内閣総理大臣は世界経済フォーラム年次総会にて特別講演をもち、G8北海道洞爺湖サミットに向けた日本の姿勢を表明しました。

この中で福田総理は、気候変動、保健医療、教育、水、アフリカなど、これまでのサミットでも主要議題化されてきた地球規模課題を重視し、これらに政府のみならず、NGOなどを含む多セクターを招い

た「全員参加型」の取り組みを構築していくという姿勢を示しました。また特に気候変動と国際保健、アフリカについては、一定程度踏み込んだ発言が見受けられました。私たち「2008年G8サミットNGOフォーラム 貧困・開発ユニット」(有志)は、これらの点を歓迎し、高く評価します。

一方、これらの個別課題について、総理の発言は具体性に欠け、既存の国際的な合意や途上国自身による取組、他の先進国のイニシアティブとどう整合性をはかり、日本としていかに付加価値を提供しながら世界規模の取り組みを強化していくのかが見えません。サミットまであと半年弱しか残されていない中、日本の政治的・政策的腕力が試されます。

また、2007年G8ハイリゲンダム・サミットでは、メルケル首相のイニシアティブにより、女性とジェンダーに関する取り組みが大きくクローズアップされましたが、福田総理の特別演説には、ジェンダーに関する言及がありませんでした。気候変動、国際保健、アフリカ開発といった課題において、ジェンダーに関わる取り組みは不可欠です。市民社会は、これまで、世界の人口問題や男女共同参画社会の実現などに深い理解と取り組みを示されてきた福田総理のリーダーシップに期待しています。

私たちNGOフォーラムでは、総理の全員参加型取組への招待を受け、残された短い時間に洞爺湖サミットが世界の要請に応える政策的回答を出せるよう、提言を行っていく所存です。以下、日本の市民社会による分野別の評価を示します。

国際保健：計画を行動に移すこと、スケールアップこそ重要

福田総理は、洞爺湖サミットにおける主要議題として国際保健を挙げ、途上国で多くの妊産婦や子どもたちの命が失われていること、保健医療に従事する人材が不足していることを強調し、保健システム全体の底上げのための国際的な行動計画を策定することを約束しました。また、NGOや市民社会を含む全ての関係者の参画を呼びかけました。私たちは、このことを歓迎するとともに、福田総理の呼びかけに応え、国際保健の取り組みを統合的・効率的に推進する国際的な行動計画の策定と実施に積極的に加わりたいと考えています。

一方、福田総理は、沖縄サミット以降の感染症対策の進展を成果として強調しました。しかし実際は、結核、エイズなど感染症との戦いは未だ道半ばであり、世界では、未だに、エイズ、結核、マラリアあわせて年間600万人近い人々が亡くなっています。保健システムの強化、妊産婦や子どもの健康改善、感染症対策はそれぞれ不可分であり、それぞれを統合しながら、資金と取り組みを全体として拡大することが求められています。

福田総理は「行動計画」の策定を約束しましたが、「計画」は十分な資金によって適切に実施されてこそ意味があります。日本が高く掲げてきた「人間の安全保障」の理念を具現化し、妊産婦・子どもの健康改善や結核との闘いにおける経験や技術を活かして、実際に成果を勝ち取るには、保健への投資を質・量ともに拡大することが不可欠なのです。私たちは、総理が日本のODA予算の増額に向けて強いリーダーシップをとられること、日本が洞爺湖サミットに向けて、世界基金への拠出増を始めとする、国際保健に対する明確なコミットメントを表明されることを強く希望します。

教育：「万人のための教育」への具体的支援策を打ち出すべき

福田総理は、洞爺湖サミットで教育にも焦点をあてることを表明しました。私たちはこれを歓迎します。しかし、市民社会として以下の3点について懸念があります。

まず、総理は、第一に「教育は全ての人々、国々にとって自立と発展の基礎」と述べられました。しかし、教育は発展の基礎である以前に人間の基本的権利であることが強調される必要があります。7200

万人の子どもが学校に行けず、8億人の成人が読み書きができないこと自体が問題です。職業訓練や中・高等教育なども、そもそも初等教育や成人識字といった基礎教育なしには実現できません。

第二に、福田総理は、「万人のための教育（EFA: Education for All）：ダカール目標達成のために国際的連携を強める」と述べられましたが、その具体策を打ち出す必要があります。2007年のG8ハイリゲダム・サミットのコミュニケでは、ダカール目標達成のためのメカニズムであるEFAファスト・トラック・イニシアティブ対象国の5億ドルの資金不足額をうめることが合意されましたが、日本政府が、具体的にこの公約達成のためにどの程度の支援を行うのかを表明する必要があります。

第三に、福田総理は、保健医療の人材不足の深刻さについて述べられましたが、教育についても同様の状況があります。ユネスコは、ダカール目標を達成する上で、1800万人の教員が不足していると警告しています。サミットにおいて日本政府は、教員給与や教科書代など教育の経常経費に対する支援の拡充を表明する必要があります。

アフリカ：真にアフリカの自立を支援する体制構築にリーダーシップを

福田総理は、第4回アフリカ開発会議（TICAD）と洞爺湖サミットで、日本がアフリカ開発に向けて主導的な役割を果たすことを表明しました。私たちは基本的にこれを歓迎します。

福田総理は、アフリカ開発について、アフリカ諸国の「自助努力」を旨とし、それを国際協調により支えること、経済成長と民間投資の重要性を強調しました。しかし、実際には、アフリカ諸国の経済自立は、過度の経済自由化の強制や、先進国に有利な不公正な貿易システムなど、G8諸国を始めとする国際社会による経済政策の押しつけによって阻まれてきたのが現実です。日本は、国際社会がこうした傾向と訣別し、真にアフリカの自立を支援する体制を構築するために、リーダーシップをとるべきです。

アフリカ諸国は、アフリカ連合の結成や地域間機構の強化など、自らのイニシアティブで自立に向けた取り組みを進めつつあります。また、アフリカには、きわめて活発な市民社会が存在しています。日本は、アフリカ開発についても、市民社会を含むあらゆる関係者の参加型アプローチを促進する必要があります。

福田総理は、マラリアとの闘いにおいてきわめて重要な役割を果たしている長期残効型蚊帳「オリセツト」のタンザニアでの現地生産と、シア・バターを生産などの「一村一品運動」を、アフリカ開発に関する日本の貢献の一例として挙げました。これらが日本の重要な貢献であることは事実です。しかし、アフリカの経済・社会開発にとって重要なのは、こうしたマイクロレベルの貢献をスケールアップしていくための統合的な戦略です。また、極度の貧困や飢餓の解消、教育や保健へのアクセスの保障といった、アフリカにおいて人々がまっとうに生きていけるための環境作りも必要です。日本はTICADと洞爺湖サミットにおいて、アフリカに於けるミレニアム開発目標の達成のために、具体的なコミットメントとリーダーシップを発揮する必要があります。

気候変動と貧困：総量削減と途上国支援に、早く、具体的な支援を

(1) 総量削減について：福田総理の、温室効果ガス排出量削減に関する総量目標設定に向けた意思表明を歓迎します。しかし、首相が述べた「セクター別などの積み上げによる削減可能量の見積もり」や「基準年の見直し」などは、早期の目標設定を妨げることが懸念されます。2007年G8ハイリゲダム・サミットで表明した「2050年までの温室効果ガス半減」という長期目標を実現するために、2020年までたとえば30%削減するなどの中間目標を一刻も早く表明するべきです。

(2) 途上国への資金について：最近、いくつかの先進国が途上国の気候変動対策支援に向けた意思を表

示しており、日本政府もその意思を持っていることを歓迎します。現時点では、日本政府の「資金メカニズム」に関しては詳細が明らかになっていませんが、この面で日本が本当に指導性を発揮するためには、以下のことを行う必要があると考えます。

- 既存の ODA 予算も、GNI 比 0.7% 目標に向けた ODA 増額分もこの資金源にはせずに、別の追加的財源を確保する。0.7% 目標は、貧困克服のために 38 年前に約束され、現在もミレニアム開発目標の達成に必要とされており、先進国自身によって引き起こされた気候変動対策にこれを流用してはならない。
- 国際的資金をニーズに応じて配分し、効率的・効果的に活用し、これに透明性、説明責任を確保する。このためには、国連気候変動枠組み条約の下で運営される「適応基金」や「後発開発途上国基金」などの多国間枠組みを通じた資金フローとすることが最善の方法である。
- 気候変動への適応などに関し、ニーズと方策を最もよく知る現地コミュニティの声を途上国政府が十分くみ取り、政策に反映できるようにすること、その政策の実行に必要な資金を調達するために、資金提供に関しいかなる政策条件も課さないこと。
- 有能な市民社会組織、およびもっとも貧しく気候変動に脆弱なコミュニティの代表を対象を含めた、包括的で十分に時間をかけたコンサルテーションを行う。

世界経済：投機マネーの規制に着手する責任

サブプライム問題に端を発した金融市場の動揺により、「世界経済の下方リスク」が高まり、投機マネーは金融商品から原油や金、穀物など現物商品に向かうことになりました。その結果、これらの商品価格が急騰し、世界的にエネルギーや食料価格の急上昇をもたらしています。これによって、途上国の一般の人々の困窮が深まりつつあります。私たちは「世界の経済・金融市場のあり方について議論」する前に、先進国の責任として、世界経済の不安定化を誘発している投機マネーの規制に着手することが緊急の課題であると考えます。

以上

< 資料 2 > G8 保健専門家会合に向けた市民社会からの提案（英語のみ）

February 4, 2008

Global Health Committee, 2008 G8 Summit NGO Forum

**The Common Framework for Action in Global Health:
Input from the Global Health Committee****Contents****1. On the Goal-Specific Approach****1) MDG 4 and 5, Maternal, Newborn and Child Health (MNCH) and Reproductive Health****2) MDG 6, HIV/AIDS, Tuberculosis and Malaria**

- A. HIV/AIDS
- B. Tuberculosis
- C. Malaria

2. On the Comprehensive Approach, including Health System Strengthening (HSS)**3. Strengthening Research and Development (R&D) in Global Health****Appendix: Conceptual Map: Health System, MNCH and Infectious Diseases**

The recommendation was written by World Vision Japan and JOICFP (1), Research Institute of Tuberculosis/Japan Anti-Tuberculosis Association/Results Japan (2A), Africa Japan Forum (2B, C), OXFAM Japan (3), IAVI (4A, B, C).

1. On the Goal-specific Approach**1) MDG 4 and 5: Maternal, Newborn and Child Health (MNCH) and Reproductive Health****The G8 and other donor countries should:**

- A. Provide focused support to strengthen the capacity of health services in rural areas by increasing the number of community health workers, midwives and other health personnel and strengthening health infrastructure.
- B. Support the concept of “continuum of care” proposed by Partnership of MNCH.
- C. Integrate and scale up effectively MNCH and RH with interventions for infectious disease, such as HIV/AIDS, Malaria and TB:
 - reaffirm the 2007 G8 commitment on prevention of mother-to-child transmission (pMTCT), pediatric treatment, and orphans and vulnerable children (OVCs)
 - Training of midwives with skills on pMTCT
 - Utilize the exiting delivery channel of the HIV/AIDS program in community & reinforce home based care to provide essential health services.
- D. Give more attention and support the midwife-centered approach in order achieve strengthen MNCH package programs. The advantages of midwife-approach include:
 - Midwives function as a “hinge” of bottom-up approach and top-to-down approach
 - Less costly than training medical doctors
 - More likely to stay at their community than nurses (role and function of midwife are limited)

- By placing midwife (usually women) in the community, women in the community have easier and better access to MNCH service

The Government of Japan is encouraged to:

- Review 60 years of experience to promote MCH/FP in Japan and make full use of lessons learnt to HSS (e.g. prioritization of programme and community health workers and village volunteers)
- Consider the high prevalence of HIV/AIDS in Africa, in applying Japanese experience. Make special attention to OVCs, children who has no mother

2) MDG 6: HIV/AIDS, Tuberculosis and Malaria

A. Tuberculosis

International collaboration efforts are key to success of the TB control within the integrated public health strategies. It is important to be reminded that Health System Strengthening and community empowerment within normative community DOTS approaches are reckoned as priority objectives under the STOP TB partnership at global level.

i) G8 and other donor countries prospective contribution for TB control

- Commit to the target of halving TB prevalence and mortality as well as TB/HIV co-infection and drug resistant TB in line with the 'Stop TB Partnership Global Plan to Stop TB' and 'Global MDR-TB and XDR-TB Response Plan 2007-2008'.
- Sustain strong commitment to reduce TB and HIV burden in Asia and African countries through TB and HIV control programs.
- Strengthen health system through improving TB and HIV/AIDS control programs, integrated into primary health care services.
- Empower patients and the communities to fight against TB, HIV and other infectious diseases.

ii) Japan's prospective contribution for TB control

By drawing upon the outstanding outcomes of TB control programmes that proved drastic reduction of TB burden in Japan, it would be recommended that the government of Japan to express its willingness to achieve a clear objective within global TB control efforts with launch of "STOP TB Japan Initiative" which aims to save 10% global TB deaths (160,000 lives a year) as well as benefiting world's TB patients (9 million per year).

The areas of activities may be expanded as follows:

- International TB and HIV/AIDS symposium to call on high level political dialogue and review the progress towards the goal and share future strategies to reduce these high mortality-diseases.
- TB control projects with an integrated approach incorporating HIV/AIDS programme, community participation and capacity building, IGA, MCH (PMTCT), food and nutrition.
- Capacity building of community health workers and voluntary care givers and sustained active participation of people to the while project cycle.
- Operational research to identify problems and solutions and to promote human resources development.
- Strengthened laboratory facilities and training of staff to diagnose TB/HIV and MDR/XDR-TB effectively.
- TB prevalence surveys to measure burden of disease and accurately monitor its trend.
- Development of new drugs for effective diagnosis and treatment of TB including MDR/XDR-TB

and safe treatment for PLWHA receiving HAART.

- Bilateral assistance under the current schemes e.g. JICA grant projects or technical assistance by TB trained experts.

B. HIV/AIDS

- 1) The G8 and other donor countries should reaffirm the G8 commitment at the Saint-Petersburg Summit in 2006 to achieve universal access to HIV/AIDS treatment, prevention, care and support by 2010, and immediately create a plan to achieve the 60 billion USD pledge made at the Heiligendamm Summit in 2007.
- 2) The G8 and other donor countries should recognize the importance of Integrated approach and
 - Develop and scale up integrated programs of HIV/AIDS and income generating activities, micro-finance and farming to improve quality of life of PLWHA
 - Develop and scale up integrated programs of management of TB/HIV co-infection, including strengthening linkage of VCT and TB detection
 - Develop and scale up integrated programs of maternal care, VCT, care of OVC, recognizing that maternal care services are also the entry point of prevention, care and treatment of HIV/AIDS, TB and Malaria for women and children
 - Develop integrated programs of HIV/AIDS and gender, in recognition that gender equity and abolishment of harmful customs for women's health and property rights are essential for HIV/AIDS prevention, access to care and treatment
- 3) On care, support and treatment, the G8 and other donor countries should:
 - Ensure predictable funding and capacity development of community health workers and community-based organizations, and strengthen the capacity of local health authorities to manage care/ support work on HIV/AIDS
 - Integrate care and support for HIV/AIDS with care for other chronic diseases in the home-based care at the grass-roots level
 - Strengthen capacity and supply of community level health facilities, and referral systems
 - Expand access to treatment at the health centers at the grass-root level in the countries of generalized epidemic, by supporting the capacity building of local health workers
 - Expand access to second-line ARV and make every effort to reduce its price to affordable and accessible level in low-income countries
 - support the capacity development of community organizations working with and for PLWHA to improve adherence to treatment and strengthen the efforts of improve treatment literacy
- 4) On prevention, the G8 and other donor countries should
 - Support expansion of existing prevention programs such as condom education and procurement, Information, Education and Communication (IEC) and Behavior Change Communication (BCC) programs
 - Support those programs that promote gender equity and teach negotiation skills.
 - Pay special attentions to prevention in the communities of vulnerable groups in the countries of concentrated epidemic, including harm reduction programs.
 - Pay special attentions to mobility and HIV/AIDS with respect of human rights of migrants, especially their rights of travel and residency
 - Further invest in development of new preventive technologies, such as vaccines and microbicides.

5) The Government of Japan is encouraged to:

- Reaffirm its commitment to HIV/AIDS treatment, and expand its programs to include support for improving treatment literacy in community-based groups, technical assistance to monitor drug resistance level, and provide necessary infrastructure and supplies for treatment.
- Increase support for JOCVs for AIDS with more strategic and integrated plans to linkage community work on HIV/AIDS, income generating activities and rural development.

C. Malaria

1) On prevention, the G8 and donor governments should:

- Expand support to provide long-lasting insecticide treated nets (LLITN) and other preventive tools
- Integrate malaria prevention as one of the components of climate change adaptation program, in recognition of the threat of malaria in humanitarian situation caused by natural disasters such as flood and drought

2) On treatment, the G8 and donor governments should:

- Expand access to Artemisinin combination therapy (ACT) by improving procurement and supply of ACT
- Expand access to rapid test kits for malaria detection in order to provide appropriate and effective malaria treatment
- Develop infrastructures for transportation and better communication, such as mobile phone network in rural areas to ensure urgent treatment of malaria in rural setting.

2. On the Comprehensive Approach, including Health System Strengthening (HSS)

1) The overarching principles:

- Global health is a critical issue on the global development agenda.
- Strengthening of public health system is at the heart of equitable achievement of health-related MDGs.
- Vertical, disease-specific measures and horizontal, cross-cutting measures should be effectively integrated.
- No new or separate health administration or organization is to be created to implement vertical programmes.
- The G8 governments should increase the overall international funding available, rather than simply reallocating the already committed resources, by fulfilling the Gleneagles commitments on aid and debt, and announcing a timetable towards achieving the UN target of 0.7% GNI.
- The G8 governments will further harmonise and coordinate aid among donors and overcome the burdens on developing country governments associated with reporting obligations and procedures, in ways that respect the spirits of the Paris Declaration on Aid Effectiveness.
- The G8 is committed to supporting, in a coordinated, long-term and predictable manner, one national health sector plan, formulated, prioritised and budgeted by the national government itself in effective consultation with relevant civil society organisations and community representatives.
- In order that the national plan is truly owned nationally and not driven by donors, and that it is delivered as planned, the G8 shall also support the policy advocacy work of competent civil society organizations so that they can effectively engage with the formulation and implementation of the policies at the community, municipal as well as the national levels.

2) Some specific measures to establish and strengthen a comprehensive health system in developing countries include:

A) Expanding the scale and improving the quality of public health system

- The training, recruitment and retention of the 4.25 million missing health workers (doctors, nurses, midwives, medicals, and community health workers) which needs to be invested in through long-term and predictable budgetary support as well as increased mobilisation of domestic resources. This includes: Creating a favourable environment for women providers to stay and work in rural areas.
- Appropriately integrating in this human resource strategy the workers/providers being trained and secured through disease-specific measures such as DOTS for Tuberculosis and home-based care workers for HIV/AIDS.
- Mitigating some of the international “pull” factors of brain-drain by regulating the domestic health sector recruitment practices in the G8 countries.

B) Ensuring universal access for the poor, particularly women, by making it affordable (which means making it free of charge at the point of use in low-income countries)

C) The need to strengthen and expand the relevant supplies and logistics (e.g., drug procurement for HIV/AIDS and malaria treatment), some of which should continue to be supported by disease-specific initiatives/funds, such as the Global Fund.

D) In order to ensure sufficient and timely flow of essential medicines, developing country governments need to be guaranteed the right to use the flexibilities contained in the WTO’s TRIPs agreement and the G8 must stop the pursuit of stricter control on intellectual property rights in their bilateral and regional trade agreements with developing countries.

E) Addressing the specific needs of different geographic settings (urban and rural) and different demographic groups.

F) Putting appropriate infrastructure and referral systems in place.

G) Placing due emphasis on education and prevention.

H) The degree to which national plans target women whose conditions as users and providers must be improved.

I) Management experts (planning, implementation, monitoring/evaluation, coordination, etc) are to be involved for HSS.

J) Effective HSS has to be done hand in hand with technological innovation. (Introduction of IT into health administration including surveillance, information dissemination and prevention of outbreak of newly infectious diseases).

K) The G8 shall advise international financial institutions not to impose policy conditionalities that continue to hinder developing countries’ efforts to achieve MDGs.

L) The G8 governments should fully support WHO’s “Treat, Train, Retain” to strengthen national health systems.

3) The Japanese government is encouraged to:

- Introduce sector-based aid budgeting so that Japan’s contribution to health system strengthening becomes clear, and the downsides of single-year budgeting of aid are eliminated.
- Start and expand support for the recruitment of local health workers, in addition to training existing personnel.
- Assess the impact on the countries’ health sector budget by the repayment of past yen-loans, and cancel or reduce the debts that undermine the efforts to achieve the MDGs.
- Exercise its influence on the policies of international financial institutions against imposition of policy conditionalities such as the privatisation of the health sector.

3. On Strengthening Research and Development (R&D) in Global Health

The overarching principles:

- Investment in R&D for better tools to fight diseases of poverty, such as vaccines, new drugs and diagnostics, are critical in reaching the health-related MDGs

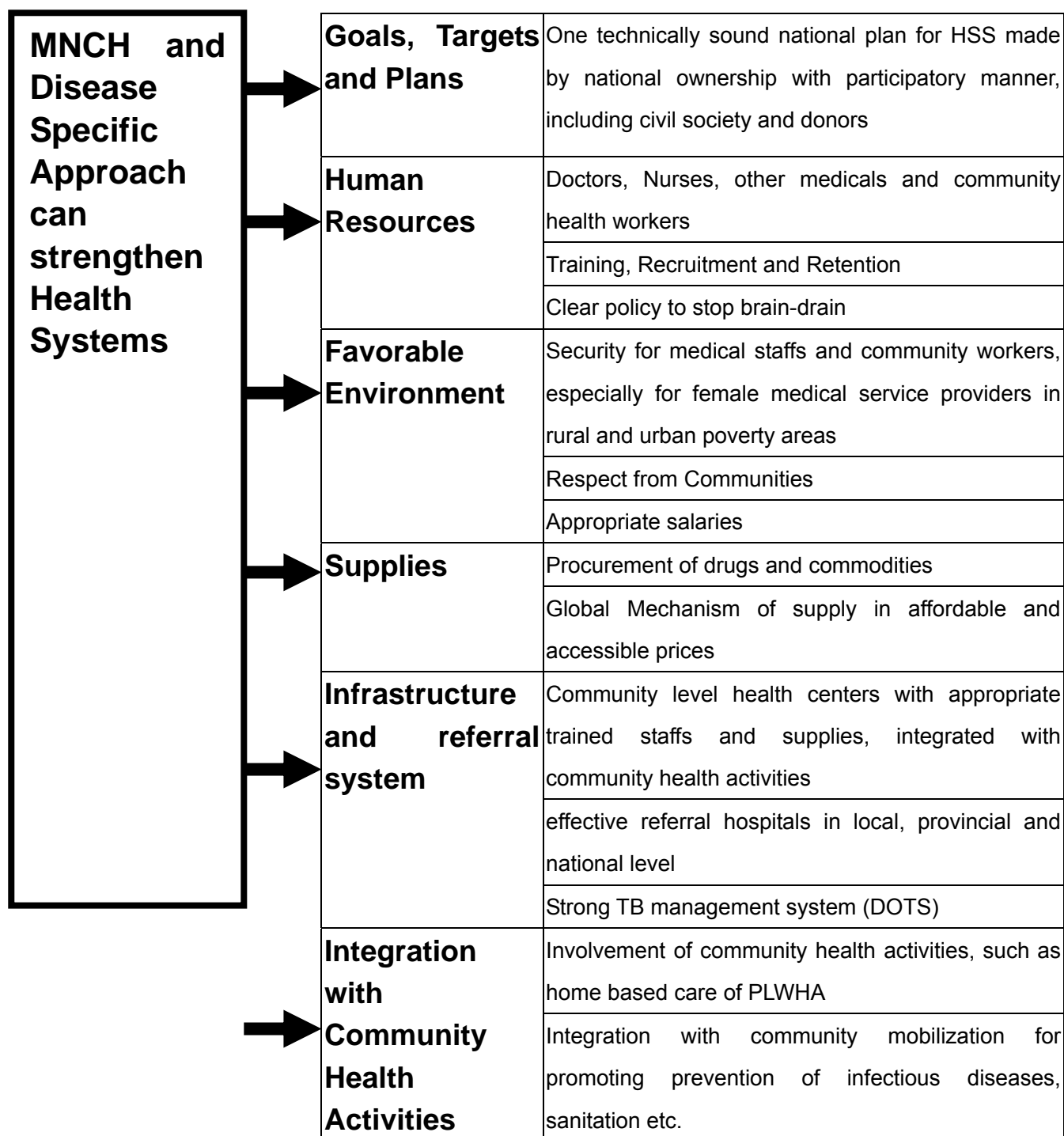
G8 and other donor countries should:

- Help to build R&D capacity in developing countries by investing in training and health infrastructure;
- Provide more incentives for domestic researchers and industry to foster innovation for better tools to fight diseases of poverty;
- Promote productive research partnerships among G8 countries as well as with developing countries;
- Fully participate in existing mechanisms such as Advance Market Commitments (AMCs) and others, which are designed to promote R&D for global health;
- Increase its support product development public-private partnerships (PDPs) working in the areas of drugs, vaccines, diagnostics and other tools to fight the diseases of poverty.

The Government of Japan is encouraged to:

- Create a mechanism/vehicle to bridge Japanese innovation and R&D and global R&D efforts in global health: such inter-ministerial mechanism would provide more funding for basic and applied R&D for diseases of poverty; create a more enabling policy environment for R&D (de-regulation without compromising safety); and foster global partnerships with developing countries and other industrialized countries;
- Specific examples of Japanese support can include on-going R&D efforts in TB and HIV/AIDS, to which Japanese scientists are already making contribution: Anti-TB Drugs, New Diagnostics Drugs, and HIV/AIDS vaccine.
- Participate in future AMC or other innovative funding mechanisms to foster R&D for global health.

Appendix: Conceptual Map: Health System, MNCH and Infectious Diseases



<資料3> 2月17日開催 国際保健専門家会合 NGO側プレゼンテーション

Global Health Advocacy from Japanese Civil Society

Delivering Policy Recommendations
as One Voice for TICAD IV and G8

Masaki Inaba
Chair, Global Health Committee
Japan 2008 G8 NGO Forum

1

Japan 2008 G8 Summit NGO Forum: The Uniqueness and Structure

- Established: January 2007 (1 year and 2 months old)
- Members: 112 NGOs working on global issues
- Coordination Mechanism for broad, effective and integrated advocacy from civil society to the G8 Summit; the first NGO coalition with wide scale to deliver policy recommendation from civil society to G8

112 NGOs

Poverty and Development Unit Environment Unit

Peace and Human Rights Unit

Global Health Committee (14 NGOs)

2

Global Health Committee: Delivering Comprehensive Global Health Policy Recommendations

- *14 NGOs working on various issues on global health
- *Civil Society has worked to put forward a comprehensive set of recommendations for global health: "Overall Scale Up of Investment for Health"
- *Advocacy in open and constructive manner

Principles

Keep the Promises
Overall Scale up of health investment
Universal Access of Basic Health Services

Policy Consultation

Proposing appropriate policy recommendation for specific issues on health

Comprehensive Policy Recommendations Package

3

Civil Society Position Paper on Health (September 2007)

Achieve all the existing pledges, goals and targets!

<p>Reduce Child Mortality (MDG4)</p> <p>*To G8:</p> <ul style="list-style-type: none"> - significant integrated approach with Maternal health improvement - scale up the fight against infectious diseases among children <p>*To GoJ</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cooperation with Developing Countries to make sustainable immunization programs - Japanese leadership with past experiences 	<p>Improve Maternal Health (MDG5)</p> <p>*To G8:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Achieve the ICPD Programme of Action (Universal Access to reproductive health services) - realize gender equity, eliminate gender-based violence, response to the feminization of HIV/AIDS <p>*To GoJ</p> <ul style="list-style-type: none"> - To increase funding for UNFPA and IPPF to the level of the year 2000 - More involvement of NGOs for aid related MDGs, based on Japanese experiences on MNCH 	<p>Combat HIV/AIDS, TB, Malaria and other diseases (MDG6)</p> <p>*To G8</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fund the necessary financial resources based on fair-share manner (the Global Fund, GDF, etc.) - Achieve the Universal Access to HIV prevention, treatment and care by 2010, targets of the Plans of TB and Malaria. <p>*To GoJ</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sustainable and predictable funding for the fight against HIV/AIDS, TB and Malaria - deliver the services to the most needy population
--	---	---

Health System: foundation to overcome global health challenges

To G8 Countries: Stop brain drain and retain health workers. Abolish User Fees to ensure universal access to essential health services, sector-wide budgetary support to sustain public health systems

To GoJ: financial and technical support not only for training but also retaining and create environment to work. Make Japanese aid predictable and visible

Global Health to be placed high on the G8 Agenda (Achieved)

4

What are the Bottlenecks? Views from Civil Society

Health System

Shortage of Health Workers Dysfunctional procurement systems
Lack of facilities and infrastructures

Common root causes: poverty, gender inequality, gender based violence, rights violation, marginalization of vulnerable population, stigma and discrimination

5

Strengthening Health Systems

**THE MOST IMPORTANT:
OVERALL SCALE UP OF
HEALTH INVESTMENT**

PULL

Disease/Issue Targeted Funding in Harmonized Manner

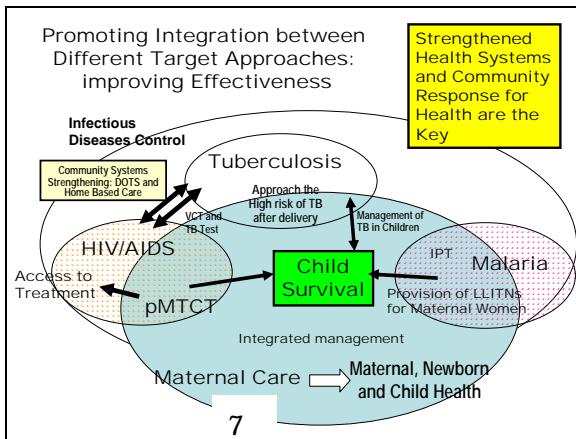
Disease/Issue Targeted Approach as Driving Force for Scale Up

PUSH

Human Resources Information Systems Strengthening Community Responses (e.g., NGOs, HBC, National etc.) Infrastructure Drugs and Commodities

Funding in Harmonized Manner ONE NATIONAL PLAN Full Involvement of Civil Society

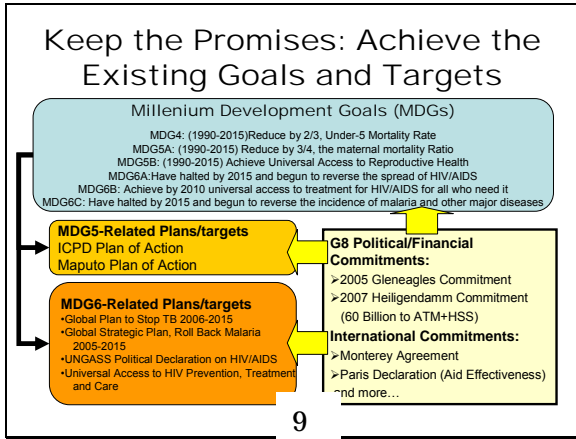
6



Remove Barriers to ensure people's access for basic health services

- Strengthening Public Health Systems
- Free/Affordable Access to Essential Health Services (including Abolishing User Fees)
- Remove Barriers of Transportation and Access to ICT
- Free/Affordable Access to Essential Medicines (Utilize Flexibility of TRIPs Agreement and Doha Declaration)

8



Delivering One Voice from Civil Society: towards TICAD and G8

- March 20-21: TICAD Ministerial Conference in Gabon
- April 5-6: Development Ministers Meeting
- April 7-8: Africa Partnership Forum
- April or May: Civil G8
- May 28-30: TICAD
- June 10-11: UNGASS on HIV/AIDS
- July 7-9: G8 Summit in Toya-Ko

Mobilizing Popular Call for G8 action on Global Health :

- Popular Campaign "me too: give everyone a chance to live": to be launched

10

Thank You!!

- Global Health Committee, 2008 G8 Summit NGO Forum
 - Contact: Masaki Inaba (Africa Japan Forum)
 - Masaki.inaba@gmail.com, info@ajf.gr.jp
 - Phone: 03-3834-6902
 - Fax: 03-3834-6903

11

< 資料 4 > 開発大臣会合に向けた市民社会要望書

2008年3月25日

東京都千代田区霞が関 2-2-1
外務省
外務副大臣
小野寺五典様

2008年 G8 サミット NGO フォーラム
代表 星野 昌子
貧困・開発ユニット リーダー 石井 澄江

G8 開発大臣会合に向けて（要望書）

拝啓 時下ますますご清祥の段、お慶び申し上げます。

4月5日から6日の G8 開発大臣会合開催にあたり、アフリカをはじめとする世界の途上国で開発支援に携わる NGO で構成される、「2008年 G8 サミット NGO フォーラム（以下、NGO フォーラム）」の貧困・開発ユニットとして、以下の通り、要望いたします。

ODA

2005年のグレンイーグルズ・サミットで交わされた、2010年までの年間援助レベルの500億ドル増額（うちの半分はアフリカ向け）という歴史的な約束の期限までに、残すところわずか2年となりました。残念ながら、近年若干の前進はあるものの、援助総額は今年も減少することが見込まれており、債務免除の効果を除いた援助額の底流は、公約履行には程遠いものとなっております。

現在、G8 諸国の経済・財政状況は厳しい状況を迎えておりますが、それが援助公約不履行の正当な理由とはなり得ません。たとえグレンイーグルズ公約が完全実施されたとしても、ODA 総額は OECD 諸国の GNI の 0.36% に達するにすぎません。この規模の資金は、世界経済にとっては微々たる額でしかない一方、文字通り数百万もの人々の生死を左右します。世界エイズ・結核・マラリア対策基金（世界基金）のような援助メカニズムの実績が示す通り、援助資金を急速に増額し、かつそれを効果的に活用すること、そして人命を救うことは可能です。にもかかわらず、援助が約束に反して減少しては、G8 の正統性は深く傷つくことが予想されます。私どもは、日本政府、そして各 G8 国政府に対し、グレンイーグルズ公約の実質的な完全履行と、GNI 比 0.7% 目標の達成に向けたタイムテーブルの公表を、強く要請いたします。

これに関して、特に日本政府のグレンイーグルズ援助公約についても、以下の点について着実な実施をお願いいたします。

- 「100億ドル追加拠出」を、債務免除額を含めずに実現する。2002年のモンレー国連開発資金会議でドナーは、債務免除を ODA 額に含めないことを合意している。
- 「対アフリカ支援を3年間で倍増し、その中心を無償資金協力とする」とした公約通り、無償資金協力を中心に実施すること。また、2009年以降のアフリカ支援強化の新たなコミットメントを発表すること。その増額分は、取組みが遅れるアフリカでの MDGs 達成のために、戦略的に振り向けること。

保健医療

2007年11月の高村外務大臣の特別講演、そしてダボス会議における福田総理大臣の演説でも明確にされているとおり、途上国における保健医療は、危機的な状況にあります。毎日1,400人の女性が妊娠・出産にかかわることで命を落とし、4,000人の子どもが下痢で亡くなっています。エイズ、結核、マラリアの3大感染症により亡くなる人の数は、年間500万人を超えています。貧困国においては、これに

対応する上で不可欠な保健システムが崩壊しており、425 万人にも上る保健医療従事者不足が、問題に拍車をかけています。保健関連のミレニアム開発目標（MDGs 4～6）及び、2010 年までの HIV/エイズ治療・予防・ケア普遍的アクセスの達成と保健システム強化に対する国際的な投資が不足していることが、特に大きな障害となっています。

世界基金は、2000 年の九州・沖縄サミットを契機に創設されましたが、これは G8 史上、最も称賛に値する成果と言えます。したがって日本政府には、保健分野における同様の指導力が期待されており、以下に沿った G8 によるコミットメントが求められます。

- 過去の G8 サミットその他のプロセスで交わした保健関連の資金拠出の約束を完全に履行し、援助総額を保健 MDGs 達成に必要な額まで増やすこと。
- 途上国の国家保健計画をドナー間で協調して支援するための国際的な援助協調メカニズムに合意すること。
- 乳幼児の死亡の削減、妊産婦の健康改善に向けて途上国における実効性のある保健医療システムを強化すること。
- 世界エイズ・結核・マラリア対策基金（世界基金） 世界抗結核薬基金といった、特定の疾病や問題をターゲットに据えた、効果の高い対策に最大限の資金拠出と技術協力を行うこと。

教育

現在も、7200 万人の子どもたちが、一度も学校に通うことなく子ども期を過ごしています。「2015 年までにすべての子どもが初等教育を修了する」とするミレニアム開発目標を達成するためには、2009 年にすべての子どもが小学校に入学する必要があります。また、2005 年を期限とした、初等・中等教育における男女格差の解消は、未だに達成できていません。

私どもは、九州・沖縄サミットで G8 が再確認した、「万人のための教育達成に真剣にコミットしているいかなる政府も、資金不足によってその達成を妨げられることはない」とした約束が、洞爺湖でも再度確認されることを求めます。その上で、G8 が以下をコミットすることを要望いたします。

- 全途上国の EFA 達成のための資金不足額である 110 億ドル、および EFA ファスト・トラック・イニシアティブ（FTI）の資金不足額である 10 億ドルを、G8 諸国が GNI に応じて公平に分担するための基礎教育援助額増額を表明する。
- 教員給与、教科書代といった基礎教育セクターの経常経費に対する財政的支援を拡大し、その予測可能性の保証、紛争後国・低所得国の重視、EFA 達成の障害である児童労働の廃絶への取り組みへのコミットメントを表明する。

気候変動

貧困国に住む貧困層は、気候変動の最も激しい影響に晒される一方、対応に必要な資源を著しく欠いています。私どもは G8 諸国に対し、地球規模の気温上昇幅を産業化以前比で 2 未満に抑えることに合意し、そのために、G8 が 2020 年までに国内排出量を 25～40%削減するとする、明確で拘束力のある目標を設定することを強く要望いたします。

また、先進国が排出した温室効果ガスによって引き起こされた気候変動の影響に途上国が適応しようとする際に発生するコストは、G8 をはじめとした先進国が賄うべきですが、これに関する議論が始まったばかりの現段階においては、特にその資金運用のガバナンスのあり方と財源について、公正の原則に基づいて合意される必要があります。

ガバナンス

気候変動に関して今後構築される資金調達システムが将来にわたって正統性と強固な基盤を有するためには、途上国代表が多数を構成するガバナンスを持たせる必要があります。これに鑑み、私どもは、日米英をはじめ各国が気候変動対策資金の拠出を表明したことを歓迎する一方で、この運用に関して現在提案されているガバナンス構造は、不十分かつ肝心の途上国に受け入れがたいものと考えます。適応支援のための資金は、原則的に「適応基金」を通じて拠出されるべきであり、これ以外に設立される、気候変動関連のいかなる基金も、途上国が多数派を構成するガバナンス構造を持つ必要があります。

財源

私どもは、新規のニーズとして浮上した気候変動の影響に対する適応の支援に、旧来の問題である貧困削減に向けられるべき資金が流用されることは、原則として阻止されるべきと考えます。具体的には、先進国によって拠出される適応資金は、ODA の対 GNI 比 0.7% 目標の達成に対して、追加的な拠出である必要があります。

もちろん、ODA を用いて行われる既存の開発事業が気候変動の原因を生まず、また気候変動の影響に耐えうるものにするには重要です。しかし、適応支援として先進国に求められている負担額が約 860 億ドルにも上る（国連開発計画『人間開発報告書 2007/2008』）と言われており、かつ現状の ODA 総額が目標の半分にも達していない現状で、ODA を気候変動対策に活用してしまうことは、途上国の貧困層に対して、貧困削減と気候変動対策の間で不可能な選択を迫ることを意味します。私どもは、国際的公正に基づいた財源の確保を強く求めるものであります。

拡大パートナーシップ

近年、新興国や民間財団、企業などによる開発援助への関与が活発になってまいりました。途上国における貧困削減に、これらのアクターを効果的に統合していく必要が生じています。その際には、貧困国の利益を中心に据えた、以下のような原則に基づく議論が行われる必要があります。

- 新興国による援助資金の存在が、G8 など旧来の供与国の援助公約不履行の理由とはならない。
- 新興国による援助に関して、質の面で問題があることが指摘されているが、これに対して G8 をはじめとした旧来の供与国は、新興供与国との間で援助の質に関する「底辺への競争」に走るのではなく、自身が援助の国際的ルールを順守することで模範を示し、新興供与国に対しても「頂点への競争」を促す必要がある。
- ハイリゲンダム・サミットにおいて新興国の援助活動も視野に入れた「責任ある融資憲章(Charter for Responsible Lending)」の策定が議論されたが、効果的な援助の実施や将来にわたる債務危機を防ぐためにも、こうした国際的な取り決めの策定を歓迎する。この憲章をより有意義なものにするために、G8 だけではなく、すべての融資関係者（貸し手政府、借り手政府、民間銀行、南北の市民社会）に開かれた形での策定のプロセスが必要である。
- 民間財団や企業による資金や知識、技術を効果的に貧困削減の取り組みに盛り込むべく、特に基礎社会サービス分野においては、当該国の公的システムに統合する形で活用する。一方で、自由化や民営化を条件とした援助が、特に女性の貧困の深刻化をもたらすことは、過去の構造調整政策の失敗で実証されており、民間財団や企業の参加に際しても、この教訓を生かす必要がある。

以上の要望が G8 開発大臣会合で合意され、サミットでの議論に引き継がれることを願いつつ、会合の成功お祈り申し上げます。

敬具

< 資料 5 > G8 開発大臣会合議長サマリーに関する市民社会コメント

2008 年 4 月 6 日

G8NGO フォーラム 貧困・開発ユニット

政策チーム有志（稲場、山田、田中）

G8 開発大臣会合議長サマリー コメント

2008 年 G8 サミット NGO フォーラムの貧困・開発担当責任者による G8 開発大臣会合（4 月 5・6 日、三田共用会議所）議長サマリーに関するコメントは以下の通り。

1. 総合評価

- G8 に限らず、特にアジアの新興援助国等も招聘し、参加型のアプローチで会議を実施したこと自体については評価。
- G8 による ODA の減少傾向（OECD/DAC の 4 月 4 日発表）をうけて、増額の必要性及びグレンイーグルズへのコミットメントを表明したことには評価。
- 開発に関わる価値観・哲学・原則、およびそれをどのように実現するかということに関する具体的方策に欠ける。
- 「経済成長」と「人間の安全保障」が当該文書の二本柱をなしているが、それがどのように相互補完して途上国の持続的な開発を実現しうるのか、ということについての具体的なアイデアがない。
- これまで G8 をふくめて確認してきた既存の国際目標に関する連続性に欠ける（とくに、各分野における国際目標に関わる具体的な記述がない）

2. 議長サマリーの欠落点

- ジェンダーについての言及が全くないことに衝撃。過去の開発大臣会合と比較した場合に大きな後退として印象付けられる。
- 開発における平和構築の必要性について全く言及されていない。
- 援助効果に関して、パリ宣言などを含む具体的な記述が全くない。
- グレンイーグルズに関する記述以外に、資金拠出に関わる記述が全く欠落している。
- 経済成長と気候変動について、G8 側の責任に関する記述がない。

3. 前文

第 2 段落（援助の量的側面）

- ODA 減少に危機感を表明し、グレンイーグルズ・コミットメントを再確認したことには評価。
- G8 サミット本番に向けて、具体的なロードマップを形成していくことに期待。
- モントレー会議での 0.7% 目標について言及していないことに懸念。

第 3 段落（開発と経済成長）

- 経済成長万能論に懸念。また、経済成長で生じる不利益や格差に関する言及がないことに懸念。
- 民間セクターの重視については、貧困削減の文脈との関連性がみえない。
- 中小企業振興などについて言及はあるが、貿易・投資ルールの見直しを含め、不公正な貿易システムをどう変えるかについて言及がない。

第 4 段落（人間の安全保障）

- 「人間の安全保障」について、包括的で持続的な経済成長をもたらすために具体的にどうアプローチするかが書かれていない。
- 「人間の安全保障」をどのようにマクロに実現していくかが具体的に書かれていない。

4. 「元気なアフリカ」

- 「アフリカの努力」にすべてをゆだねる姿勢には問題。アフリカに関する主に先進国の国際的な責任について言及されていない。
- 経済成長の過剰な重視、経済成長のリスクの部分、経済成長がもたらしうる問題やそれへの対処が言及されていない。経済成長を阻みうる各種の要因にどのようにアプローチするかが書かれていない。
- 貿易ルールや貿易支援についての記述がない。
- アフリカにおける MDGs の達成や、アフリカが抱える紛争などの問題について具体的な事項に関する言及なし。(AU の平和維持能力の強化もない)
- ドイツの開発大臣会合における「地域経済協力」の段落よりも格段に具体性に欠けている。
- 結局のところ、地域の特殊性や具体的文脈に即した議論ではなく、全般的・抽象的な議論に留まっている。
- TICAD と G8 の補完的な関係について言及があるが、TICAD がアフリカ支援に貢献し、G8 に適切なインプットをもたらすためには、横浜宣言・行動計画のレベルアップが何よりも求められる。現状の TICAD の宣言・行動計画草案のレベルでは、国際的な努力の妨げにすらなる可能性あり。

5. パートナーシップの拡大

- 新興ドナー・民間セクター等との連携について、抽象的・一般的に過ぎ、原則が記述されていない。
- ドイツの開発大臣会合では、新興ドナー国が「パリ宣言」を尊重することの必要性について言及されていたが、今回の議長サマリーでは、新興ドナーとの連携における価値観や原則といったものが欠如している。
- 4月23日に日韓政府主催で開催される新興ドナー会議(バンコク)でどのような原則を打ち出すのかが問われる。

6. 気候変動と開発

- 気候変動の要因を作り出した G8 側の責任や、途上国の開発努力を阻害しない形でどのように気候変動を緩和するかについての G8 の行動が書かれていない。
- 気候変動に脆弱な途上国の気候変動への「適応」努力に対して、G8 諸国が打ち出した資金枠組みによって、具体的にどのように支援を行うのかについて書いていない。
- 国連による適応基金(Adaptation Fund)をどう支援するかが書かれていない。
- 気候変動対策の資金を ODA とは別財源にするなど、気候変動対策資金に関わる原則のあり方についての言及がない。

7. 「人間の安全保障」と MDGs

- MDGs への努力を「再活性化」させるという表現には評価。
- 「参加型アプローチ」に市民社会が言及されていることには評価。ただ、これは以前からの国際社会の常識である。

(1) 保健

- 感染症については、現状での国際目標について全く言及されておらず、また、現在の資金ギャップを埋めるための努力の如何についても言及されていない。
- 世界基金の資金ギャップに関する言及がない。
- 妊産婦・新生児・児童の保健(MNCH)や保健システム強化(HSS)、保健従事者不足への対応については、具体的な方策や数値目標、行程表などが示されていない。人材流出に関する方策も書かれていない。人材の補填(Retention)についても書かれていない。

(2) 水と衛生

- 「水と衛生」といいつつ、水に関わる衛生の部分が欠落している。特に気候変動とのかかわり

で、アフリカの乾燥化や下痢症・消化器疾患などの増加が懸念されるが、これらについての言及がない。

(3)教育

- 「万人のための教育」(EFA)ファスト・トラック・イニシアティブ (FTI) について言及がない。資金拠出をどう実現するかについての言及がない。
- 基礎教育と、高等教育・職業教育に関する記述のバランスに問題がある。基礎教育に関する言及が少ない。

8. 市民社会としての結論

- 今回の G8 プロセスにおいては、そもそも市民社会は、政策形成が非常に遅れ、もしくは質が低いという点で多くの懸念を有している。
- 市民社会は、今回の G8 開発大臣会合において、これらの遅れや質の低下といった懸念が払拭されるものと期待していた。
- ところが、今回の議長サマリーは、これまで提出された文書等と同様に、抽象的で具体性のないものに留まり、我々の懸念はいつそう深化することとなった。
- 今後、遅れを取り戻し、TICAD や G8 本番において、哲学と具体性のある政策を形成する必要がある。G8 まであと3ヶ月、まったなしであることを市民社会としても強く認識するものである。

本コメンタールに関する連絡先：

- ・ 稲場雅紀 (アフリカ日本協議会) 03-3834-6902, 090-1264-8110, masaki.inaba@gmail.com
- ・ 山田太雲 (オックスファム・ジャパン) 080-3155-7017, takumo@oxfam.jp
- ・ 田中徹二 (オルタモンド) 090-3598-3251, tetsuji@jca.apc.org

< 資料 6 > アフリカ・パートナーシップ・フォーラムに関する市民社会声明

プレス・リリース

アフリカ・パートナーシップ・フォーラムの会場より

日本、4月7日 17時24分

東京で開催されたアフリカ・パートナーシップ・フォーラムで アフリカと日本の市民社会、連帯してアフリカ開発に政策提言

「アフリカ・パートナーシップ・フォーラム」は、G8 プロセスの一環として、アフリカ諸国および国際機関と、G8 諸国のアフリカ関係首脳特別代表 (Africa Personal Representative: APR) がアフリカ開発について討議する会合で、年に2回開催されます。第10回「アフリカ・パートナーシップ・フォーラム」(以下APF) は4月7～8日にかけて、東京・港区の三田共用会議所で開催されました。

APFには、アフリカと日本の市民社会の代表が参加しました。APFに出席した市民社会参加者は、市民社会がもっと団結して、アフリカ大陸を平和と進歩、民主主義と繁栄をもたらそうという取り組みにより積極的に参画する決意を新たにしました。市民社会の役割は、G8 を始めとする援助国・国際機関などの国際的な開発パートナーとアフリカ諸国政府が、責任を持ってアフリカを導くように、アフリカの開発プロセスを検証、評価することです。

市民社会の参加者は、「第4回アフリカ開発会議 (TICAD IV) とG8 北海道・洞爺湖サミットを通じて、活力あるアフリカを現実にと題された第10回APFの参加者たちに対して、アフリカの過去を特徴づけてきた苦悩と困難を取り除くように主張しました。彼らは、アフリカにおける「ミレニアム開発目標」の達成を引き続き焦点化するように求め、アフリカ政府および援助国政府・国際機関に対して、次のように主張しました。「アフリカ開発の主人公はアフリカの人々です。皆さんは、もっと耳を傾け、もっと理解し、どのようにアフリカの人々と協力することが最もよい方法なのか、学ぶべきなのです」

市民社会の参加者は、経済成長や民主化の進展など、アフリカが成し遂げつつある成果を紹介しました。彼らは、APF、来るTICAD IVおよびG8 サミットが、より大きなパートナーシップを生み出し、アフリカの困難に挑戦する効果的な行動を呼び起こすための場になりうるとして、期待を表明しました。彼らはその一方で、アフリカに具体的な変化をもたらすためには、アフリカと先進国の政府双方が、資金と政策の実施において、より大きな貢献をしなければならないと指摘しました。彼らは以下のことを提言しました。

- A. 「良き統治」(good governance) に関わる問題により大きな関心が払われなければならない。特に、選挙プロセスを穏健で自由、公正なものにしなければならない。
- B. 国際社会および援助国・国際機関などは、アフリカ諸国の現行憲法を保護し、とくにアフリカ諸国の現政権が在任期間を延長するために行う憲法の改定などを許さないよう行動する必要がある。
- C. アフリカの人間開発と貧困削減の「扇の要」としてのMDGsの達成について、再度焦点を当てなければならない。
- D. 開発プロセスにおいて、貧困者を中心におく経済成長を主流化しなければならない。
- E. 量的に適切で、予測可能な資金が、小・中規模な事業への投資、マイクロファイナンス、大規模投資など、経済成長の加速化のために投入されなければならない。

- F. アフリカの真の経済を大部分を構成している、インフォーマル経済や農業などに、より強い関心を払わなければならない。
- G. アフリカの農業生産者の利益を押さえ込み、窒息に追い込んでいる、先進国による貿易上の障壁や農業補助金などを撤廃しなければならない。
- H. 地方在住の人々、特に女性の経済活動の活性化と生活の質の向上のために、インフラ投資と情報コミュニケーション技術（ICT）にさらなる投資を行わなければならない。
- I. 既存の ODA コミットメントとは別に、気候変動への適応策のための資金が提供されなければならない。これらの資金は、草の根のレベルの多様なニーズを満たすために活用され、市民社会のパートナーがアクセス出来るものでなければならない。
- J. 国際的な開発パートナー、とくに富裕国は、グレンイーグルズ G8 サミットで行った援助増額の約束を守らなければならない。
- K. 貧困と闘い、貧困者を中心におく経済成長を促進するために、人々の主張、人々の懸念が聞き届けられなければならない。全てのレベルにおいて、市民社会の参加、とくに、草の根のコミュニティを基礎とした組織の参加を保障しなければならない。
- L. アフリカと日本の市民社会のパートナーシップと協力関係が強化される必要がある。

そのほか、市民社会は、アフリカの女性たちが陥っている困難に取り組むことの重要性を強調しました。アフリカの女性たちは、本来、アフリカの経済成長を確実なものとし、貧困を軽減し、平和と安全、そして良き統治をもたらすための鍵であるといえます。市民社会は、女性の政治的・経済的・社会的な側面での、より積極的な参画を求め、女性が背負っている重荷を取り除き、女性がもつ政治的・経済的・社会的な指導力を解き放つことが必要だと主張しています。アフリカ市民社会APF技術委員会（African Civil Society APF Technical Committee）の議長であるビネタ・ディオプ氏（Ms. Bineta Diop）は、「私たちはジェンダーの課題が、会議の議題として位置づけられるように努力しています」と述べています。

最後に、市民社会の代表者たちは、指導者たちに対して、G8 とAPFのプロセスにおいて、市民社会が統合された形で常に参加できる仕組みが必要であると主張しました。市民社会がAPFの目標の達成に貢献するための技術、状況把握の能力、そして実践的な知識を持って、こうした会議に出席しているのだ、ということを経験した指導者たちは認識する必要があります。今回のAPFに対するアフリカの市民社会の取り組みの取り纏めを行ったダボ・オイエウォレ氏（Mr. Dapo Oyewole）は次のように述べています。「指導者たちが、われわれの将来に関わる決定を行う権限を有している以上、私たちは、市民社会の主張、そして市民社会の懸念を、APFに参加する国際社会の指導者たちに確実に伝え続けていきたいと考えています」。アフリカの市民社会の参加者たちは、指導者たちと共に、APFの目標達成のために努力していきたい、しかし、APFのプロセスにおいて、市民社会の独立性を保持していく必要がある、と述べました。

より詳細な情報については、以下にお問い合わせ下さい。

- ダボ・オイエウォレ： APF 関連アフリカ市民社会取りまとめ責任者
'Dapo Oyewole, Focal Point for African civil society: dapo@thinkafrica.org
- 稲場雅紀： APF 関連日本市民社会取りまとめ責任者（G8NGO フォーラム）
Masaki Inaba, Focal Point for Japanese civil society (2008 G8 Summit NGO Forum):
masaki.inaba@gmail.com, [http:// www.g8ngoforum.org](http://www.g8ngoforum.org)
- 富田杏子： APF 関連日本市民社会取りまとめ責任者（TICADIV NGO ネットワーク）
Toko Tomita, Focal Point for Japanese civil society (TICAD IV-NGO Network):
toko@hungerfree.net, <http://www.ticad-csf.net/TNnet/>

< 資料 7 > TICAD に向けた HIV/AIDS 関連市民社会声明

「第 4 回アフリカ開発会議」共催者に対して
HIV/AIDS・結核・マラリア、子どもと妊産婦の健康改善、保健システム強化のための
資金の拡大を求めるアフリカと日本の市民社会の共同声明

2008 年 3 月 1 日

アフリカ問題の解決なくして、21 世紀の世界の安定と繁栄はない。
日本国 元内閣総理大臣 森喜朗

保健医療従事者としての我々の仕事には、リーダーシップが必要だ。人々の保健と福祉の向上を目指すリーダーシップが、そして常に闘いの最前線に = 私たち市民に悪影響を与え、私たちの開発を阻害する最大の害悪としての、疾病、貧困、無視、そして飢餓に対する闘いの最前線に立つリーダーシップが必要なのだ。

ナイジェリア連邦共和国 元保健大臣 オリコイエ・ランサム＝クティ

私たち、保健について取り組むアフリカと日本の市民社会は、日本国政府および「第 4 回アフリカ開発会議」(TICAD IV) 共催者に対し、ここに、連帯した共通の声をあげるものです。

私たちの声は、HIV/AIDS・結核・マラリアおよび関連する疾病とともに生き、また影響を受けるアフリカの人々、弱体で不十分な保健システムの下で重荷を背負わされているアフリカの人々を代表するものです。私たちの声は、アフリカの市民社会と連帯する、また、近年の日本政府の国際援助の継続的な減少を懸念する日本の人々を代表するものです。

私たちは、日本国政府、ならびに TICAD IV 共催者に対して、以下のことを求めます。

1. 2006 年にサンクト・ペテルブルグで開催された主要国首脳会議で誓約された、「2010 年までの HIV/AIDS 治療・予防・ケアへの普遍的アクセス」目標の達成に向けた、日本国政府の政治的意志を再確認してください。
2. ミレニアム開発目標、および、以下の目標・計画を含む、地球規模およびアフリカ規模での保健に関わる目標および計画の達成に向けた努力を倍加してください。
 - ・ ストップ結核世界計画 (2006-2015)
 - ・ 2010 年までのロール・バック・マラリア目標および世界マラリア事業計画
 - ・ HIV/AIDS に関するコミットメント宣言 (2001 年)
 - ・ HIV/AIDS に関する政治宣言 (2006 年)
 - ・ アフリカ保健戦略、リプロダクティブ・セクシュアル・ヘルスに関するマブート計画、HIV/AIDS・結核・マラリア対策実施計画など、地球規模の努力と協調しこれを補完するアフリカ連合によるイニシアティブ
3. 保健システムの強化、および、コミュニティの保健への対応システム強化を含む、必須保健サービスへの普遍的アクセスを達成するための国別のイニシアティブの支援のための明確で戦略的な実施計画を形成してください。また、これらの目標を達成し、地球規模で必須保健サービスを持続的に供給するための必要な財源の確保について、リーダーシップを発揮してください。

アフリカは、脆弱な保健システムと、保健医療従事者の不足などの様々な要因によって、世界の他の地域に比較して極端に大きな保健上の重荷を背負わされています。冷戦下において、アフリカは長期的な発展を視野の外におく政治的・経済的な政策の下におかれ、基本的な人権としての保健サービスを人々に提供する強力で適正な保健システムの形成を妨げられてきました。また、1990 年代にサハラ以南アフリカを襲ったエイズの波は、その巨大さにもかかわらず、国際援助の減少を引き起こしたいわゆる「援助疲れ」の中で、一定期間、黙殺されました。

私たちは、TICAD が、1990 年代のこの「アフリカの失われた 10 年」において果たした重要な役割を認識しています。90 年代において、TICAD はアフリカ開発に向けた討議を領導し、日本の対アフリカ援助を拡大し、その結果、日本はいくつかのアフリカの国々への最大援助国になりました。また、TICAD は「アフリカのオーナーシップの尊重」という原則を主流化しました。さらに、1998 年に開催された TICAD II で採択された行動計画が、「ミレニアム開発目標」の原型となったことを記憶にとどめる必要

があります。アフリカと日本の市民社会は、アフリカの人々の利益に真に資するアフリカ開発を指導するプロセスとして、TICAD に大きな期待を抱いていますが、それには正当な理由があるのです。

2000 年に沖縄で開催された主要国首脳会議は、感染症対策への資金を迅速に、なおかつ大きく増額するための大きな契機となりました。しかし、2008 年の今日に至っても、それは十分というにはほど遠いのが現実で、私たちは未だに、感染症との闘いにおいて大きな困難に直面しています。昨今、保健専門家の一部が唱えている「エイズへの資金が多すぎる」という神話とは裏腹に、現在に至っても、HIV/AIDS に拠出される資金は、普遍的アクセスの実現に必要な資金の半分に過ぎません。HIV と結核の複合感染問題は、南部アフリカにおいて最大の保健問題の一つです。さらには、多剤耐性結核・超多剤耐性結核が、これまでの感染症との闘いの成果を大きく損ないかねない脅威として迫っています。これらと闘う武器としてのアフリカの保健システムは、過去 20 年間、構造的に弱体化させられてきたのです。

こうした過酷な状況の中で、アフリカの人々は、保健に対するコミュニティの対応を強化することによって、保健上の脅威と闘い続けてきました。「2010 年までに HIV/AIDS 治療・予防・ケアへの普遍的アクセスを達成する」という目標は、2006 年にコンゴ共和国の首都ブラザビルにおいて最初に採択されたものです。今度は、援助国・援助機関が行動すべきときです。これらの目標を達成するために、今こそ保健への投資を増額すべきなのです。

保健の持続的な向上を達成するために、今こそ、アフリカから先進国への保健医療従事者の流入を止める必要があります。アフリカの人々が、必須の保健サービスに持続的にアクセスできるようにするために、保健医療従事者を訓練し、確保する必要があります。そのために、財源と努力を倍加することが求められています。

一方、アフリカ諸国政府は、2001 年にアフリカ諸国の指導者自らが誓約した「アブジャ宣言」を遵守し、国家予算に占める保健支出の割合を 15% まで増額すべきです。既存の目標を達成し、「活力ある、元気なアフリカ」を実現するためには、保健への投資を増額することが不可欠なのです。

アフリカの保健問題については、すでに十分なほどの誓約がなされ、計画・戦略が形成されています。私たちアフリカと日本の市民社会は、今こそ、これらの既存の誓約、計画、戦略を行動に移すときだと考えています。私たちは、責任を持って誓約と計画を実施し、証明することを求めます。私たちは、日本国政府と TICAD IV 共催者に対して、その努力に感謝を表明し、その多国間対話を、責任を持って、保健関係のミレニアム開発目標の達成に向けて導いていくことを期待します。その目指すところは、全ての人々が必須保健サービスにアクセスすることのできる世界です。日本を始めとする先進国が、保健への投資を全体として増額し、HIV/AIDS・結核・マラリアの克服、および妊産婦と子どもの健康改善に向けた意思を示すことによってしか、そのような世界は実現できないのです。

TICAD IV のスローガンは「元気なアフリカ：希望と機会の大陸」です。保健への投資の増額と、アフリカの保健の向上に向けた行動によって、人々の希望に応え、真の機会を提供することによって初めて、このスローガンを実現することができるのです。

<呼びかけ団体>¹

特定非営利活動法人 アフリカ日本協議会
 特定非営利活動法人 エイズ&ソサエティ研究会議
 アフリカ地域エイズ・サービス組織評議会 (AfrICASO)
 アフリカ HIV/AIDS 市民社会連合
 アフリカ公衆保健権利同盟・「今こそ 15% を！」キャンペーン
 アフリカ地域 HIV 陽性者ネットワーク・中央アフリカ地域支部

¹アフリカの各ネットワークの英語名称は以下の通り。African Council of AIDS Service Organizations (AfrICASO), African Civil Society Coalition on HIV/AIDS, Africa Public Health Rights Alliance/15% Now! Campaign, Réseau Africain de Personnes Vivant Avec le VIH d'Afrique Centrale

< 本声明の日本側連絡先 >

特定非営利活動法人 アフリカ日本協議会 (担当：稲場雅紀)
 東京都台東区東上野 1-20-6 丸幸ビル 2 F 電話：03-3834-6902 FAX：03-3834-6903
 電子メール：masaki.inaba@gmail.com, info@ajf.gr.jp ウェブサイト：<http://www.ajf.gr.jp/>

< 世界の賛同団体 > (2008年4月6日現在)

NGO Signatories

African NGOs

- Stop AIDS In Liberia (SAIL), Liberia
- World AIDS Campaign, South Africa/Global
- MIFRO - Missa~o sem Fronteiras, Angola
- Ambassadors of CHANGE, Kenya
- ACTWID KONGADZEM, Cameroon
- Plate-Forme Associative de Lutte contre le SIDA du Centre, Cameroon
- Association BOMOI, Republic of Congo
- Malawi Network of People Living with HIV/AIDS (MANET+), Malawi
- Reseau National Femme et developpenent, Comoros Islands
- Treatment Action Campaign, South Africa
- Réseau Afrique 2000, West Africa and Burundi
- Association Nationale de Soutien aux Seropositifs (ANSS), Burundi
- AMEPOUH, Cote d'Ivoire
- **Association de Femmes Guinéennes pour la lutte contre les Maladies Sexuellement transmissibles et le Sida – ASFEGMASSI**, Republic of Guinea
- Responsabilite Espoir Vie Solidarite (REVS+), Burkina Faso
- Ruban Rouge, Cote d'Ivoire
- Association African Solidarite (AAS), Burkina faso
- Kenedougou Solidarite, Mali
- **Renaissance Sante Bouake (RSB)**, Cote d'Ivoire
- **Association de Recherche Communication et Accompagnement a Domicile des Personnes Vivant avec le VIH (ARCAD/SIDA)**, Mali
- Espoir vie Togo (EVT), Togo
- **Mieux Vivre avec le SIDA (MVS)**, Niger
- **Lumiere Action**, Cote d'Ivoire
- Association Laafi la Viim (ALAVI), Burkina Faso
- Alternatives Cameroun, Cameroun
- Colibri, Cameroun
- Association des Femmes Actives et Solidaires (AFASO), Cameroun
- Association de Soutien et d'Entraide des Personnes Vivant avec VIH (ASEPVV), Tchad
- Association des Jeunes Positifs du Congo (AJPC), Congo Brazzaville
- Congrès National des Jeunes Femmes Vivant avec le VIH (CNJFV+), Centralafrican Republic
- AFASAMAS, Mali
- Yeewu-Yeete, Senegal

NGOs Supporting the Statement

- International Women's Health Coalition, USA
- World AIDS Campaign, the Netherland/Global
- Willing Ways Project of Sadaqat Clinic, Pakistan
- Global Union AIDS Programme, France/Global
- World AIDS Campaign, Global
- Positive Malaysian Treatment Access & Advocacy Group (MTAAG+), Malaysia
- Caribbean Vulnerable Communities Coalition, Jamaica/Caribbean Region

< 資料 8 > TICAD 行動計画案（保健分野）に対する市民社会の最終提言

2008 年 5 月 15 日

外務大臣 高村 正彦 様

TICAD 行動計画案（保健分野）に関する市民社会の最終提言（案）

2008 年 G8 サミット NGO フォーラム
保健医療ワーキング・グループ
代表 稲場 雅紀

日本の市民社会は、日本政府が主導するアフリカ開発のための多国間フォーラムとして来る 5 月 28-30 日に開催される「第 4 回アフリカ開発会議」(TICAD IV) に向けて、継続的に働きかけを行ってきました。

私たち、保健分野に取り組む日本の NGO は、TICAD への準備の最終ステージにあたり、TICAD 行動計画案の保健部分に関して、以下の提言を行います。

なお、本件提言は、3 月 20-21 日にガボンの首都リーブルヴィルで開催された TICAD 準備閣僚会合の際に配布された「行動計画案」をもとに作成しています。また、英文については、参考までに添付いたしましたので、必要に応じてご活用いただければ幸いです。

1. 保健システム強化について

- (1) アフリカ諸国が、保健システム強化に向けて、市民社会を含む関係セクターが参加する形で適切な国家計画を作ることを支援することを行動計画案に盛り込んでください。

-Support African countries to create technically-sound and inclusive national plans for health system strengthening

- (2) サハラ以南アフリカ全体で緊急に 100 万人の保健医療従事者の増員を達成することを、訓練、採用、雇用維持の面で支援することを行動計画案に盛り込んでください。

-Commit to fill the urgent needs to increase 1 million health workers in total in Sub-Saharan Africa by training and retention of health workers

- (3) コミュニティにおける保健サービスへのアクセスに不可欠なコミュニティ・ヘルス・ワーカーの育成と維持を支援することを行動計画案に盛り込んでください。

-Support training and retention of community health workers, who are crucial to increase access to health services in community level

2. 母子保健、リプロダクティブ・ヘルス、女性の健康について

- (1) リプロダクティブ・ヘルス・サービスへの普遍的アクセスの実現を支援することを行動計画案に盛り込んでください。

-Support the international efforts to achieve universal access to reproductive health services.

- (2) 出産に関わる女性の死亡の削減に向けた努力について、2015 年までにどの程度の死亡率削減に貢献するかを、具体的な数値目標と共に明示してください。

-Support the global efforts to reduce maternal mortality ratio by XX % by 2015.

- (3) 熟練助産者 (skilled birth attendant) が付き添う出産数の増大について、助産師の増員を通じた支援 (midwives-centered approach) の重要性を明記してください。

-recognizing the importance of midwives-centered approach

- (4) 女性への暴力、女性の権利侵害を伴う伝統的社会制度、女性の健康を損なう伝統的慣習を廃絶するための取り組みへの支援を行動計画案に盛り込んでください。

-Support the African efforts to abolish gender-based violence, traditional social customs harmful for women's human rights and health

3 . 感染症対策について

- (1) HIV/AIDS 対策について、2006 年の国連エイズ対策レビュー総会の「政治宣言」にも明記され、サンクトペテルブルク G8 サミットでも承認された国際目標である「2010 年までの HIV/AIDS 治療・ケア・予防への普遍的アクセスの実現」を支援することを行動計画案に盛り込んでください。

-Support the international efforts to achieve universal access to prevention, care and treatment by 2010

- (2) HIV/AIDS 対策における中央政府の機能強化に関して、HIV/AIDS 対策の国家計画の形成および効率的な実施の支援を行うことを明記してください。

-Strengthen central government institutions, including formulation of technically-sound and inclusive national plans to achieve universal access and its effective implementation

- (3) HIV/AIDS 対策について、予防対策の優先化に加え、以下の事項を優先的に実施することを明記してください。また、予防対策の優先化において、母子感染予防の拡大を加えてください。

- a) 適正で人権に配慮した HIV 検査の促進
- b) コミュニティを基礎とした HIV 啓発および包括的ケアの支援 (HIV 陽性者支援を含む)
- c) HIV 治療に関わる技術的支援

-Prioritize prevention of new infections including scaling up of PMTCT coverage, promoting HIV testing, community-based approach for comprehensive care of people living with HIV/AIDS and people at risk of HIV infection, and technical assistance to improve the quality of HIV treatment

- (4) マラリア対策に関して、アルテミシニン多剤併用療法の普及を支援することを明記してください。

-Support to scale up the coverage of access to artemisinin-based combination treatment

- (5) マラリア対策に関して、2010 年までに、マラリア感染のリスクにさらされている人口の何%の感染を防止するかについて具体的数値目標を含むコミットメントを示してください。

-Commit to the global efforts to raise the proportion of the people protected from the risk of malaria infection by XX % by 2010

<資料9> TICAD 横浜宣言・行動計画での HIV/AIDS の取り扱いに関する声明

2008年5月29日 プレスリリース

市民社会の主張：HIV/エイズ対策への普遍的アクセスの達成は「人間の安全保障」実現への鍵

エイズに関する国際目標、TICAD 行動計画で無視

第4回アフリカ開発会議（TICAD IV）は、アフリカの40カ国以上の首脳参加により、人間の安全保障の実現を優先順位としながら、アフリカの経済成長と開発を促進するためのロードマップを示すことを目標に開催されました。しかし、TICADの成果文書である横浜行動計画では、人間の安全保障を実現する上での極めて重要な鍵である、HIV/エイズの予防・ケア・治療への普遍的アクセスの2010年までの実現という課題について行動指針を示すことはおろか、この目標を明記することすらできませんでした。

7月に開催されるG8北海道・洞爺湖サミットには、TICADプロセスの成果が持ち込まれることになっています。私たちは日本政府に対して、以下の点で横浜行動計画について見直しを行い、G8サミットにおいて指導力を発揮することを求めます。

1. 2010年までのHIV/エイズ予防・治療・ケアへの普遍的アクセスの実現に関して再確認し、資金的・技術的な支援を含む必要な支援を提供すること。
2. 世界エイズ・結核・マラリア対策基金（世界基金）に対して、国の経済規模に見合った公平な負担に基づく資金拠出を行うこと。
3. HIV/エイズとの闘いを単に調査と予防に留まらず、治療、ケア・サポートにおいても確実にを行うこと。

2010年までの「普遍的アクセス」目標実現に向けた必要な資金的・技術的支援

全世界のHIV/エイズによる影響の7割がアフリカに集中しています。G8諸国は、2006年のサンクトペテルブルクG8サミットにおいて、2010年までの普遍的アクセスの実現を誓約しました。しかし、TICAD横浜行動計画では、この普遍的アクセス目標の達成について取り組み、資金的・技術的手段による支援を行うことが書かれていません。アフリカ開発に関する主要な計画文書においてHIV/エイズという重要な問題に取り組むという政治的な意志、HIV/エイズとの闘いの達成目標、タイムラインが示されなかったとすれば、アフリカはその開発において、経済的・社会的・政治的な目標を実現することができなくなってしまいます。

世界基金への資金拠出

横浜行動計画では、HIV/エイズ・結核・マラリアへの取り組みの努力を拡大するために世界基金への支援を行うことが明記されました。日本政府は当面、5.6億ドルの資金を拠出することを誓約しました。もちろん私たちは世界基金への日本の新しい貢献に拍手を惜しみませんが、一方で、世界基金の資金需要が拡大していく中で、この金額が、日本政府が世界第2の経済大国として行うべき貢献額に、まだ遠く及ばないことも指摘せざるを得ません。

予防・治療・ケアへのアクセス

HIV/エイズ予防の取り組みは、感染率を下げていく上で重要ですが、サハラ以南アフリカなど、HIVが一般人口に拡大した「広汎流行期」の状況にある地域では、予防・治療・ケアのすべてが全面的に強化される必要があります。日本がHIV/エイズ予防において、他国との間で大きな比較優位性を有しているわけではない以上、日本は各国政府・国際機関との協力によって、治療・予防・ケアの包括的な取組強化に努めることが適切ではないでしょうか。

TICADは「人間の安全保障」の実現にむけて日本が指導力を発揮する上での第一歩であったはずですが、ところが、日本はこの会議において、HIV/エイズへの取組みの拡大に向けた世界のニーズに対応することに失敗してしまいました。日本は、人間の安全保障の実現におけるせっかくの機会を逸してしまったのです。しかし、今年、日本にはまだ、「北海道・洞爺湖サミット」という機会があります。日本はこの機会に、普遍的アクセス目標の実現に向けて責任を果たす意思を明確にすることが必要です。

<資料 10> Civil G8 対話に提出された国際保健関係市民社会の提言

2008 年 4 月 24 日

G8 サミット担当首脳個人代表（シェルパ） 各位

「2008 年シビル G8 対話」
保健ワーキング・グループ²

「国際保健」の優先課題

国際保健は、貧困と開発の課題の中で最大のものの一つです。G8 諸国は、保健に関する「ミレニアム開発目標」の達成を支援する上で極めて重要な役割を果たさなければなりません。そのため、私たちは、保健課題を、G8 サミットの必ず討議すべき議題として設定する必要があると考えます。加えて、G8 諸国は、保健課題に関して、過去及び将来のコミットメントに関する進捗状況をモニターし、毎年、それを報告するためのしっかりしたメカニズムを作る必要があります。

1. 既存のコミットメントについて

最初に、既存のコミットメントについての討議について提起することから始めたいと思います。

HIV/AIDS、結核、マラリアに関する闘いは、まだ初期の段階にあります。私たちは、G8 諸国がこれらの感染症との闘いを焦点化することを放棄し、コミットメントを果たさないのではないかと危惧しています。

それゆえ、私たちは、2007 年にハイリゲンダム・サミットでなされた、三大感染症と保健システム強化への当面 600 億ドルのコミットメントを、新しい、追加的な資金として行うこと、および、どの国が、どのスケジュールで、どの程度の金額を拠出するかを明記した行動計画、および将来の、予測可能性のある持続的な資金拠出に向けた計画を策定することを強く求めます。

この 600 億ドルの資金は、時間を区切って、ここ 2・3 年のうちに拠出される必要があります。また、G8 がすでにコミットメントを確認している以下の目標・計画を達成するために使われなければなりません。

- ・ ストップ結核世界計画
- ・ HIV/AIDS の治療・予防・ケアへの 2010 年までの普遍的アクセスの実現
- ・ マラリアに対する総合的な対策とその効果の拡大
- ・ 世界エイズ・結核・マラリア対策基金の年間 60-80 億ドルの資金需要を満たす

2. 新たな政策とコミットメント

保健に関する新たなコミットメントについても、提起したいと思います。

私たちは、取り組むことが必要な新しい課題が、今年 G8 サミットの議題として選ばれたことを歓迎します。

最初に、私たちは、MDG4（子どもの死亡率の削減）、MDG5（妊産婦の健康の改善）について取り組む必要があります。

私たちは、現在、命を失っている 600 万人の母親、新生児、そして子どもたちの命を救うことが出来ます。年間 102 億ドルの投資をすることにより、2015 年までに、妊産婦と児童の健康の問題についての

² この文書は、京都市国際交流会館で 4 月 23 日・24 日に開催された「シビル G8 対話」で、十数人の海外ゲストを含む国際保健関係の市民社会団体の代表が集まって採択し、G8 サミット担当首脳個人代表（シェルパ）に提出された文書である。この文書は、シェルパと市民社会の円卓会議にて市民社会の代表により発表された。原文は英語である。

ミレニアム開発目標を実現するための基本的なサービスをすべての人に提供することが出来ます。

私たちは、水と衛生の課題が G8 の議題となったことを歓迎します。水と衛生の課題は、他の MDGs を達成するために必要な課題であり、また、1ドル投資すれば9ドルのリターンがあるという、資金に関する効果が極めて高い課題でもあります。G8 は、調和の取れた適切な国別の計画の形成と実施をサポートすることを基本として、世界的な行動計画を策定する必要があります。この行動計画には、高いレベルのタスク・フォース、毎年の進捗状況のレポートを行うこと、また、適切な計画が資金不足によって失敗することがないようにすること、が明確に記述されている必要があります。

最後に、保健システム強化について述べます。強力な保健システムは、これらのターゲットを実現するための鍵となります。そのために、追加的な資金拠出が必要なのです。さらに、この拠出の為に、他のターゲットへの資金拠出が犠牲になることはあってはなりません。

私たちは、途上国でのプライマリー・ヘルスケアへのアクセスの無料化を促進する、という、G8 諸国が 2005 年のグレンイーグルズ G8 サミットで行ったコミットメントを再確認し、G8 諸国が、保健サービス利用料の撤廃を強い意志を持って支援することを明記することを求めます。また、とくに女性や子供など、社会的に脆弱な層への保健サービスのアクセスを拡大するためにも、保健サービス利用料は撤廃される必要があります。

また、G8 諸国が質の高い保健・医療従事者の訓練、採用、雇用の継続を優先課題にし、積極的に資金を拠出することを要求します。保健システムに関して、明確なターゲットがなく、資金レベルが不十分なままで、あいまいな討議を続けることは受け入れられません。

3. 質問

最後に、基本的な質問を行います。

HIV/AIDS、結核、マラリアおよび保健システム強化に関して昨年なされた、600 億ドルのコミットメントについては、どの国が、どのようなスケジュールによって、いくら資金を拠出するのでしょうか。北海道洞爺湖サミットについて、これについての計画を発表する予定はありますか？

G8 諸国は、母子保健について毎年 102 億ドルを拠出するという確実なコミットメントを行う予定はありますか？また、水と衛生に関わるミレニアム開発目標を達成する計画を策定し、発表しますか？

以上

<資料 11> G8 北海道洞爺湖サミットのコミュニケに関する保健医療分野での提起

2008 年 6 月 6 日

外務大臣 高村正彦様

2008 年 G8 北海道・洞爺湖サミットのコミュニケにおける 保健医療分野の課題について

2008 年 G8 サミット NGO フォーラム 貧困開発ユニット保健医療ワーキング・グループ

私ども、保健医療分野で活動する日本の市民社会は、来る G8 北海道・洞爺湖サミットにおいて発表されるコミュニケにおける保健分野の記述について、以下の事項を盛り込んでいただきたく、ここにお願い申し上げます。本件要望事項は、2008 年 4 月 23-24 日に京都市で行われた「シビル G8 対話」において、国際保健問題に関わる世界の市民社会のオピニオン・リーダー 10 名の参加の下で採択された文書「2008 年『シビル G8 対話』（京都市にて開催）における『国際保健』の優先課題」（別添文書参照）に基づくものです。

1 .G8 サミットにおける保健課題の恒常化および過去の誓約のモニタリング評価体制の構築について

(1) 保健課題を G8 の恒常的課題に

- 保健課題の世界的な重要性に鑑み、当該課題を G8 で必ず扱う恒常的課題とすることを明記してください。

(2) G8 で採択した誓約・イニシアティブのモニタリング・評価体制の確立を

- G8 はこれまで、保健課題について多くの誓約を行ってきました。これらの実績と進捗状況について、毎年、議長国の責任でモニターし評価するシステムを G8 内に構築することを明記してください。

2 . 既存のコミットメントの実施について

(1) ハイリゲンダム 600 億ドル誓約の実施計画の策定を

- 昨年のハイリゲンダム G8 サミットで G8 諸国は、HIV/エイズ・結核・マラリアの三大感染症対策と保健システム強化のために、当面 600 億ドルを拠出し、あわせてサハラ以南アフリカにおいて 500 万人の HIV 陽性者の治療を行うことを誓約しました。これについて、本年の G8 サミットにおいて、各国別の拠出予定額および時期を明記した実施計画を示してください。
- 当該 600 億ドルの誓約が国際保健課題にとって意味あるものとなるために、これを既存のコミットメントや実績を含むのではなく、新規の資金として拠出すること、また、2010 年を目処に全額を拠出することを表明してください。

(2) HIV/エイズ予防・治療・ケアへの普遍的アクセスの達成に向けた最大限の努力を

- 2006 年のサント・ペテルブルク G8 サミットで G8 が誓約した「2010 年までの HIV/エイズ予防・治療・ケアへの普遍的アクセスの実現」について、達成の見通しが極めて厳しい状況となっています。これについて、G8 としてその達成への意思を再確認し、実現に必要な資金および技術協力をどのように分担・協力して行うか、具体的な計画を示してください。

(3) 結核対策に関する最大限の努力を

- 2015 年までに結核患者数と死亡者数を半減させる「ストップ結核世界計画」の目標を達成する為に、

薬剤耐性結核(MDR, XDR-TB)への対策を含めた計画を示してください。また上記の「2010年までのHIV/エイズ予防・治療・ケアへの普遍的アクセス」の実現のため、結核・HIV/エイズの二重感染への対策を協調して行うよう具体的な計画を示してください。

3. 新規のコミットメントについて

(1) 子ども³の死亡率削減・妊産婦の健康改善関連ミレニアム開発目標(MDGs)を達成できる資金拠出を

- G8は、これまで十分な計画のもとに進行していなかった、子どもの死亡率削減(MDG4)および妊産婦の健康改善(MDG5)の達成を実現するための行動計画を形成し、また、これに必要な資金を拠出する必要があります。世界保健機関(WHO)および国連人口基金(UNFPA)は、年間102億ドルの資金を追加投入することで、これらの目標を達成しようとの試算を打ち出しています。本年のG8サミットにおいて、この資金拠出の誓約を行ってください。

- 妊産婦の健康改善にはリプロダクティブ・ヘルスサービスの普遍的アクセス達成が不可欠であり、2015年までにその達成をめざすことを明記してください。
- 子どもの死亡率の削減と妊産婦の健康改善には緊急産科医療を含む、継続的に機能している保健サービスが必要であり、その達成に向け最大の努力を払うことを明記してください。
- 技術を持ったスタッフによる出産を増やすため、助産師を中心とした、保健人材の養成と確保を行ってください。

(2) 水と衛生に関する世界的な行動計画の策定を

- 恒常的な資金不足に見舞われている水と衛生への取り組みは、ミレニアム開発目標の達成に不可欠です。世界保健機関(WHO)は、衛生施設改善への投資により、健康改善に関して投資額の9倍の経済効果が見込まれると推定しています。また国連開発計画(UNDP)は、年間100億ドルの資金の追加投入により、水と衛生に関するMDGsを達成しようとして試算しています。毎日5000人の子どもが安全な飲料水を利用できないために命を落としている現状の改善に向け、本年のG8サミットで、2003年のエビアンG8サミットでの水に関する行動計画の実行と、それを支えるために必要な資金拠出を誓約し、具体的な供与計画を明示してください。

(3) 栄養問題に関する取り組みと食料価格高騰問題への積極的アプローチを

- 国連児童基金(UNICEF)によると、乳幼児死亡のおよそ半数は、栄養不良が直接・間接的な要因となっています。年間に約1000万人の女性と乳幼児の死亡の30%(350万人)は栄養状態が悪いことから起因しています。また、誕生から2歳までの栄養状態は、発達と生涯の健康に決定的な影響を与え、長期的には保健サービスへの負荷を増大させます。HIV陽性者や感染症の影響を受ける人々にとって、栄養状態の悪化は命に関わります。昨今の食糧価格高騰は、途上国の貧困層での食糧不足を招き、既に栄養不良の兆候が報告されています。G8は、食糧危機への対応として、特に子ども、女性、感染症の影響を受ける人々の飢餓と栄養不良の予防を最優先に対策を明示してください。

4. 保健システムの強化について

(1) 途上国における緊急の保健医療従事者増大ニーズへのアプローチと、プライマリー・ヘルス・ケアのユニバーサルアクセスの達成を

- 保健システムの強化は途上国における保健対策の根幹をなすものであり、ミレニアム開発目標の達成にとっても不可欠です。保健システムの強化について、その必要性を強調するだけでなく、具体的な達成

³ 本文書での「子ども」は5歳未満児のことを指す。「子ども」に関するデータは国連児童基金(UNICEF)による。

目標と達成期限を含んだ明確な方針を示してください。

- 保健医療従事者の不足の問題について、G8 諸国として、WHO が設定したゴールである、人口 1000 人あたり 2.3 人の医師・看護師・助産師を含む 4.1 人の保健医療従事者の確保、アフリカで 150 万人の保健医療従事者の追加的確保という目標を 2015 年に達成することをサミット成果文書に明記し、中間目標を設定して、医療従事者の訓練と雇用確保・継続について責任を持ち、具体的で達成期限を切った形で誓約を行ってください。
- プライマリー・ヘルス・ケアは途上国における保健サービスの根幹をなすものであるため、女性、最貧層、社会的に脆弱なコミュニティを含むすべての人にとって利用しやすく（available）、負担可能な費用で提供され（affordable）、距離的・物理的にもアクセス可能（accessible）である必要があります。このことは、特にサブサハラ・アフリカを中心とした最貧国では原則としてプライマリー・ヘルス・ケアの無料化を推進する必要があることを意味します。その他の途上国においても、貧困層による質の高い保健医療サービスへのアクセスを阻まない施策が求められます。
- 同時に保健システム強化においては医薬品などの供給を含むサービスが持続可能で、恒常的かつ定期的である必要があります。
- G8 として、プライマリー・ヘルス・ケアに関して、上記を踏まえた施策の実施を誓約してください。

5. 保健分野での援助協調の強化について

（1）途上国のオーナーシップに基づく保健分野の援助協調の実現を

- 保健分野で数多くのイニシアティブや国際機関・二国間援助機関が乱立し、調整がなされていないことにより、途上国の現場で混乱が生じています。MDGs の実現と、必須保健サービスへの普遍的アクセス実現という大目標に向けて、保健に関わる援助の効果を最大化するために、各機関および政策の協調を図る努力を強化することをコミュニケに明記して下さい。
- 援助協調は、その趣旨に鑑み、透明性を確保し、できる限り統一した、シンプルで迅速性のある形のものとして下さい。また、途上国のオーナーシップの下に、全ての利害関係者が参画して形成される、技術的に適切な国家計画の形成と実施を中心におくことを明記して下さい。
- 保健分野での援助協調の強化において、世界・地域・国家レベルで当初段階からの市民社会の参画を保障すること、また、女性、青少年、周縁化された人々など、国家レベルでの政策形成から排除されがちな保健問題の当事者の参画を可能な限り促進することを明記して下さい。また、援助協調枠組みのガバナンスについて、市民社会が、他セクターと同等の権限を持った形で恒常的に参画することを保障して下さい。

以上

< 資料 12 > G8 コミュニケに向けた市民社会提言

June 14, 2008

Poverty and Development Unit, 2008 Japan G8 Summit NGO Forum

Recommendations for the Hokkaido Toya-ko G8 Summit Communiqué

1. First Priority on Poverty and Development Issues for G8 Communiqué and Outcome Documents

ODA	The G8 must acknowledge that they are off track to meet their own key commitments on aid quantity and quality, and act to get back on track.
Food	<ol style="list-style-type: none"> 1. In recognition of the magnitude of the current food crisis and its prolonged negative impact on social development and the achievement of MDGs, the G8 must commit to meeting the financial needs in responding to food insecurity and nutrient needs of the people affected by the current food crisis. Food aid must be delivered faster and more effectively, and as "cash" allowing the local governments, relevant agencies, and NGOs to purchase products locally or within their region. Such food aid must focus especially on protecting children and pregnant/lactating mothers against long-lasting impact of malnutrition and hunger. 2. In recognition of the magnitude of the current food crisis and its prolonged negative impact on social development and the achievement of MDGs, the G8 must commit to meeting the financial needs in responding to food insecurity and nutrient needs of the people affected by the current food crisis. Food aid must be delivered faster and more effectively, and as "cash" allowing the local governments, relevant agencies, and NGOs to purchase products locally or within their region. Such food aid must focus especially on protecting children and pregnant/lactating mothers against long-lasting impact of malnutrition and chronic hunger.
Climate Change and Poverty	<ol style="list-style-type: none"> 1. The G8 must deliver adequate adaptation finance, delivered through the UN, and should not count this money towards aid budgets. 2. The G8 must agree to limit global warming to below 2 degrees. 3. The G8 should commit to reducing G8 countries' domestic carbon emissions by 25-40% by 2020.
Education	The G8 communiqué must reaffirm the pledge that 'no country seriously committed to the achievement of Education For All should be thwarted in this ambition for lack of resources' and should interpret this commitment as applying to conflict-affected and fragile states as well as strong performers.

Health	Noting the importance of tackling global health issues, G8 countries must ensure global health be a permanent agenda item of the G8. Adding to that, G8 must construct within the G8, a system that will annually monitor and evaluate the progress towards the attainment of global health commitments, which will be the responsibility of the G8 host country. Furthermore, to ensure that countries are held accountable, to hold a peer monitoring of progress towards fulfilling their commitments and to construct a mechanism that will advise countries not fulfilling their financial commitments.
--------	--

2. Second Priority on Poverty and Development Issues for G8 Communiqué and Outcome Documents

(1) ODA

ODA	<p>1. Aid quantity</p> <p>Japan must lead the G8 to deliver a detailed emergency plan with annual budget increases to meet Gleneagles G8 promises and go further to reach 0.7% of GNI.</p>
	<p>2. Aid quality</p> <p>The G8 must act rapidly to increase aid quality, implementing and exceeding agreed targets contained in the Paris Declaration on Aid Effectiveness, especially increasing multi-annual predictable commitments and the amount of aid channelled through governments, use of country systems and mutual accountability.</p>
	<p>3. Accountability</p> <p>The G8 should agree to an independent monitoring mechanism of the G8 commitments on aid quantity and quality.</p>
	<p>4. Debt</p> <p>The G8 should agree on debt cancellation for all the countries that need it to reach the MDGs.</p>

(2) Education

Education	<p>1. The G8 must commit a minimum of \$15-16 billion per annum in aid to ensure the achievement of six goals of Education for All, a sum that includes provision for adult literacy, early childhood care and education, targeting the hardest-to-reach children and expansion of lower secondary education.</p>
	<p>2. The G8 should commit to this aid being given predictably and to finance recurrent costs, in order that 18 million teachers can be trained, hired and paid between now and 2015.</p>
	<p>3. The 2007 commitment to fill the FTI financing gap must be met: the G8 must report back on progress since last year, and should reaffirm the pledge that it will pay its fair share of the annual external financing requirement to enable FTI plans to be realised.</p>
	<p>4. The G8 should support the creation of an annual replenishment cycle for the Catalytic Fund of the FTI, and encourage the endorsement of a further 16 countries' plans in 2008 and 2009.</p>

(3) Health

Health	<p>1. (Addressing Health Workers Shortage) G8 should support all developing countries in achieving the WHO goal on minimum health worker density of at least 4.1 health workers per 1,000 population, including at least 2.3 doctors, nurses and midwives per 1,000 to face the problem of health worker shortage. To achieve, by 2015, an additional 1.5 million health workers in Africa, or 4.6 million health workers globally. To include in the summit progress report, the creation of a midterm target, as well as the G8 countries to hold themselves responsible for recruiting, educating, training and retaining health workers. Furthermore, to include the creation of a comprehensive and time bound action and financial plan, with each country spelling out how much it will contribute over what timeframe.</p>
	<p>2. (Heiligendamm Pledge) G8 should create firm plans and timetables to show ‘<i>who will pay how much when</i>’ for the US 60 Billion Dollar pledge made at the 2007 G8 Summit in Heiligendamm to fight the three infectious diseases(HIV/AIDS,TB, Malaria) and to Health System Strengthening. If the USD 60 Billion pledge is to be of any significance, the full amount must be paid by 2010 and must be made additional to contributions given to other existing commitments.</p>
	<p>3. (Measures for Infectious Diseases) G8 should recommit to the attainment of Universal Access to HIV/AIDS treatment, prevention and care by 2010 as once promised by all G8 countries at the 2006 St. Petersburg G8 Summit. To the creation of a comprehensive action plan which each country spelling out how much it will contribute, financially and technically over what time frame to attain this goal. Also, in emergence of HIV/TB co-infection, Multi-drug resistant (MDR) and extensively drug-resistant (XDR) TB, G8 countries should address these issues and support Global Plan to Stop TB which aims to halve TB prevalence and deaths by 2015 compared with 1990 levels.</p>
	<p>4. (MNCH) Measure to attain MDG 4 (reduction of the child mortality rate), MDG 5 (improvement of maternal health) and related child, maternal and reproductive health issues has been slow and has lacked a progressive internationally agreed upon plan. The G8 countries must create a concrete action plan to address these issues, as well as a concrete and time bound financial commitment of an additional 10.2 Billion US Dollars a year, as calculated by the World Health Organization (WHO) and the United Nations Fund for Population Fund (UNFPA), to achieve these goals.</p>

(4) Food

Food	<p>1. The G8 must introduce regulations on the flow of speculative money and to make futures trading on food more transparent. As one of the effective methods of such regulation, G8 must advance the discussion on establishing a commodity futures transaction tax whose revenue can then be made available for filling the financial gap for development aid.</p>
	<p>2. The G8 must increase its aid in agriculture development focused on small-scale and sustainable agricultural and livestock production, and must especially support the African governments in meeting the 2003 target to allocate at least a tenth of their spending to agriculture.</p>

<資料 13> G8 1 カ月前の段階で、各国の市民社会に行動を呼びかけた Action Alert

ACTION ALERT

Deliver Your Voices to “Health Experts” and Sherpas of Your Governments

Contact: Global Health Committee, 2008 Japan G8 Summit NGO Forum
Takumo Yamada (OXFAM Japan: takumo@oxfam.jp),
Masaki Inaba (Africa Japan Forum: masaki.inaba@gmail.com)

Dear international colleagues

We are writing to share with you the latest intelligence gathered from various sources by the Global Health Committee of the Japanese NGO Forum on the G8 Summit 2008, and to call for a concerted civil society lobby action across the G8 countries and the EU.

This note contains the following information.

1. Call for Action
2. What to push (at the proposed lobby meetings)
3. Latest overall intelligence and political analysis (to back up your lobby work)
4. Detailed Intelligence

1. Call for Action

The Japanese NGOs working on global health towards the G8 Summit in Hokkaido would like to urge those of you who can to lobby your respective governments, preferably the officials attending the experts' meeting, or, if not then the sherpas or the sous-sherpas. This lobby work should ideally happen before the respective governments dispatch their health experts to the G8 health experts' meeting (11-12th June), and if this is not possible, then please lobby your sherpas before the Sherpa meeting (23-25th of June).

The attached is a civil society statement we are preparing in Japan, which we think might be useful for you to use when lobbying your governments, because it builds on the joint statement prepared by those international civil society actors who attended the Civil G8 Dialogue with the G8 and EU sherpas in late April, and incorporates the latest development that we are aware of.

2. What to really push

The attached statement outlines both the demands concerning the policy substance on MDGs 4, 5 and 6 and Health System Strengthening, and those for an accountability/follow-up process to be in place.

Of these, we can reasonably hope for

1. an outcome document separate from the overall G8 Communiqué
2. a permanent accountability/follow-up mechanism on existing and future G8 commitments on

health to be put in place

So, while we would encourage you to push the respective health experts on all the points contained in the statement, we would particularly urge you to make sure that they hear our voices on the accountability aspects.

3. The latest overall intelligence and political analysis (to supplement the call to action above)

1. Top line intelligence

Japan seems to be pushing hard for producing a G8 outcome document separate from the overall communiqué, outlining a comprehensive diagnosis of the related issues, with clear references to relevant existing G8 commitments. This document is supposed to reflect the discussions by the G8 health experts⁴.

We also believe that this document is intended to include a concrete follow up mechanism on existing G8 commitments.

These are some concrete gains we can reasonably hope to win out of the Toya-ko summit. On the other hand, we think at this stage it is not very likely that all the right things contained in the document will be backed up by new money. On this, we need to be critical.

But important to note is that even the possible wins on the accountability mechanism is not guaranteed unless all the G8 governments are pushed by civil society across the G8 countries and the EU in a concerted manner, even this wins may be weakened.

See the detailed intelligence for more background.

2. Political Analysis and Proposal for a Civil Society Strategy

This is clearly Japan's own initiative, but it is also apparent that the US government is strongly backing Japan. This shows in the following aspects of the Japanese proposal.

- All of the four main policy recommendations by Prof. Takemi (former Senior Vice Minister of Health of Japan who has been behind the scene in the process) are included in the documents (as can be seen in the detailed outline of the contents of the health document)⁵.
- On the other hand, the proposal is weak on aid coordination and harmonization, for which normally the EU countries are stronger advocates.

As the chair of this G8 Summit, Japan will likely hold onto this health proposal, as they have nothing major to sell on the other major issues on the agenda: food or climate change. The fact that the US is behind Japan on this makes it all the more likely.

⁴ Some countries are not very keen for this G8 to produce such a document (especially Italy and Canada), questioning whether that was ever the mandate of the health experts meetings.

⁵ The four recommendations are:

- Concrete national health plan, and establishment of a peer review mechanism to make name and shame possible among developing countries.
- Clear commitment to long-term financial commitment by donor countries for 20 years
- Commit to developing a common indicators and methodologies that they will accept for monitoring and evaluating their both bilateral and multilateral supports (linked to the strengthening of the WHO)
- Pilot projects to address health worker crisis within the human security framework

We heard that EU countries are showing reluctance to the follow-up mechanism. Despite their stated reason being General Budget Support (see the detailed intelligence below), there may be political reason, which is the discomfort at the Japan-led and US-backed initiative, because objectively speaking, the EU countries have much to sell vis-à-vis Japan on their financial support to the health sector, e.g. their contribution to the Global Fund, and budget support alone seems like a weak argument against this follow-up idea.

Given above, it seems our common strategy towards Toya-ko should be to:

- Secure the accountability mechanism, by getting the Europeans on board
- Do so by encouraging a language that the Europeans should propose to the Japanese on the mechanism (we will have to rely on our European colleagues for this)
- Make sure that this mechanism will also lead to mobilization of additional resources
- Make sure that aid coordination and harmonization become a central feature of this mechanism

4. Detailed intelligence

1. Japan, post-TICAD

- Commitment to double Japanese aid to Africa in 5 years (bilateral grants and TA only, excluding debt relief), announced at TICAD, was a best compromise possible within the government at the time (MOFA wants to see increase of overall aid budget, MOF against). Further political leadership on overall aid unlikely before Toya-ko.
- TICAD Action Plan contains higher-than-before ambition on the part of Japan on health. Wants to build the G8 agreement on this.
- Sense in the Japanese media that “Africa/Development” have now been dealt with and climate and food are the issues to work on towards Toya-ko
- Climate and food overshadowing other development issues globally

2. The contents of the proposed G8 outcome document on health

Leaders' communiqué will contain bite-size messages on health (written mainly by sous-sherpas. Development section would probably be around 10 pages, and health will be part of these 10 pages). The separate document on health (written by health experts, to be endorsed by the leaders), will be about 10 pages long, and reflect on the discussions at the G8 Health Experts meetings.

A second draft of the 2) has already been circulated among the G8 and EU health experts.

The substance of this second draft seems to contain the following sections:

- A. Current context (since Okinawa, progress made, the new challenges, etc etc. Not too much volume on this section as people know already)
- B. Guiding Principles
- C. Health System Strengthening
- D. Maternal, Newborn and Child Health
- E. Infectious Diseases
- F. Multi-sectoral cooperation
- G. International cooperation
- H. Appendices on follow-up on existing (and new) commitments

More in detail on each of the sections.

1. **Current context:** since Okinawa, progress made, the new challenges, etc etc. Not too much volume on this section as people know already.

2. Guiding Principles

- Human security framework (empowerment of the individual and community)
- Interconnectedness of MDGs 4-6
- the need to look towards post 2015 and to exceed the MDGs
- the importance of R&D
- Paris Declaration (ownership and coordination of various initiatives)
- G8 as an appropriate platform to ensure such coherence

3. Health System Strengthening

- Emphasis on health workers crisis
- Japan keen to support training, monitoring and evaluation. It has committed at TICAD to train 100,000 workers in Africa in 5 years.
- The 2.3/1,000 and 4.1/1,000 by 2015 targets to be mentioned as “aspirational targets” (i.e. not commitments) but some oppose to this idea.
- On monitoring and evaluation, will stress the importance of reliable info, which is also stressed by the WHO, Gates, Health-related NGOs. G8 generally agree on this, but will differ on details.
- Other components of HSS such as procurement of drugs, governance, will be mentioned but not to the same extent. Will be open to suggestions from other G8 governments.
- Will also touch upon the need for effective health measures in disasters.

4. MNCH

- PM Fukuda and his spouse particularly interested in this area.
- Japan pushing for universal access to reproductive health services, increased birth attendance by skilled birth attendants in Africa to 75% in five years, nutrition and continuum of care, incorporating the TICAD outcomes.
- US may resist this, especially on the language of “reproductive health”, depending on the political mood in the outgoing administration.

5. Infectious diseases

- Will acknowledge progress but also stress the need for continued support
- HIV/AIDS
 - Universal access to be clearly mentioned as commitment
 - issues such as restriction on travel to be mentioned as issues to be tackled.
- Tuberculosis
 - Global Stop TB Plan to be endorsed and supported.
 - Multidrug-resistant (MDR) and extensively drug-resistant (XDR) TB and TB/HIV co-infection to be mentioned as issues to be tackled.
- Malaria
 - Will not go back on past commitments
 - Hightened political interests in the recent months might mean G8 governments might bring some new pledge. Japan unlikely to block this.
- Polio
 - Needs a “final push” to eradicate it – caution against reduced efforts
 - Aware that some countries were named and shamed at WHA on this.
- Neglected Tropical Diseases
 - US high interests, but Japan prefers a wider scope.
- measles

6. Multi-sectoral cooperation

- Stress the importance of collaboration with work on MDGs 1, 2, 3 and 7.
- Water and Sanitation
 - 20% of Japan's aid to Africa is WATSAN-related. Intended to improve access for 6.5 million people. Japan likely to call on other G8 countries to scale up their watsan aid.
- Education
 - basic education: health education, nutrition, etc.
 - secondary and advanced education: crucial in increasing health personnel
- basic infrastructure
 - local roads, electricity, etc. related to health
- climate change
 - WHO is currently interested

7. International cooperation

- stress the timing as mid-point to 2015, and towards 2010 Universal Access goals to nurture “a sense of urgency”
- call for some mechanism to better deliver aid, which would include H8, academics and NGOs in the process.

8. Appendices on follow-up on existing (and new) commitments

- a speed-up/follow-up mechanism to deliver existing commitments
- will attach a matrix to be publicised, to ensure accountability
- This matrix will show which G8 countries have committed how much/what by when, and the progress. May include new commitments, based on the “sense of urgency”.
- Largely two parts: existing G8 commitments on 1) health in general, 2) infectious diseases (incl. polio)
- Japan and the US keenly supportive of this.
- Europeans are reluctant, saying General Budget Support is hard to break down and trace into particular sectors (i.e., saying such a matrix would not do justice to their actual contribution)
- Japan trying to convince the Europeans, saying that this is going to be an annual report and the format can be improved in time to represent the reality better.
- The G8 is supposed to have agreed on a similar process at St Petersburg as a result of push by the Germans, but the Germans did not have enough time to get it in place for Heiligendamm. Japan calling “for this initiative to be rescued”.

ENDS

<資料 14> G8 に向けた国際保健に関する市民社会共同声明

私たちは もう待てない

= 国際保健課題に関する日本・世界の市民社会の共同声明 =

今こそが、その「時」だ。それは明日ではない：よもや別の、もっといい季節などではない。私たちが、能力を最もよく発揮できるのは今日だ：それはいつかある未来の日、ある未来の年ではない。明日をもっと偉大な、よりよい日にすることができる日、それは今日だ。今日は種まきの日、今こそ、仕事のときだ。そして明日が来る =刈り取りの、そして祝祭の日として。

W. E. B. デュボア

21 世紀の夜明けに、私たちは「ミレニアム開発目標」を手にした。戦争と収奪の世紀としての 20 世紀と訣別し、平和で持続的な、人間の安全保障の確立した世界を築くために、それは必要であった。同じ年、G8 の首脳たちは沖縄の地で、感染症との闘いの拡大を高らかに宣言した。その後、数多くの誓約が、宣言が、方針が、約束が、イニシアティブが、そして新たに設立された諸機関が、私たちの前に積み上がった。これらの政策の中で、最も重要なもののひとつが、2005 年に G8 がグレンイーグルズにおいて採択した「2010 年までの HIV 予防・治療・ケアの普遍的アクセスの実現」という目標であった。

8 年間、多くの前進はあった。百数十万人が、エイズ治療薬を手にした。数千万人が自発的なカウンセリング・検査を受けた。数千万人がマラリアの脅威から身を守る蚊帳を入手した。同じく数千万人が DOTS による結核治療にアクセスした。

しかし、同じ 8 年の間に、命を救われた人々の数の何倍もの子どもたち、妊婦たち、子どもを育てている母親たちが、感染症によって、呼吸器疾患や下痢症によって、妊娠や出産の不全によって、予防・治療可能な原因によって命を奪われた。さらには、特に貧困な地域において、圧倒的に多くの人々が、いまだに三大感染症の予防・治療へのアクセスに困難を抱えている。

私たちはもう待てない。世界はこれ以上待てない。世界の統治に責任を持つと自称する G8 諸国の、人間の安全保障の確立への遅い歩みを、私たちはもう待てない。数千万人の命を救い、保健に関する国際目標を達成するための資金の拠出が遅れに遅れていることを、私たちはもう待てない。G8 諸国の指導者たちが、自ら為した約束を達成するスピードのその遅さを、私たちは、もう待てない。

2008 年の G8 サミットは、北海道・洞爺湖で開催される。「トウヤ」とは、北海道の先住民、アイヌの言葉で「岸边」を意味する。G8 の指導者たちが、世界に向かって山と積んだ約束と誓約を果たすための、これが最後の機会だ = 私たちは、その岸边で、約束が果たされるのを待つ。何をすべきか、それはすでにわかっている。行動なしには約束も誓約も無意味であること、それもすでにわかっている。残されているのは最も重要なこと：すなわち、約束を果たすために、今、行動することなのだ。

1. G8 サミットにおける公式成果文書について

G8 諸国政府は、以下のことを実施する必要がある。

- (a) G8 北海道洞爺湖サミットのコミュニケに、国際保健の現状について言及する項目を盛り込むこと。また、それとは別に、保健に関するミレニアム国際目標および関連する保健関連国際目標の達成に向けた行動のための、包括的で共有された枠組み文書を作成すること。
- (b) 上記の共有された行動のための枠組み文書に加え、保健関連ミレニアム国際目標および関連する保健関連国際目標の達成に向けた現状の進行状況に関する報告書、および当該国際目標の実現に向けた G8 諸国の資金的貢献の現状に関する報告書を作成すること。当該報告書には、昨年ドイツ連邦共和国政府によって発表された「HIV/エイズ・結核・マラリアの三大感染症への闘いに向けた G8 諸国の実績の検証」(A Review of the Work of the G8 in the Field of Tackling the Three Pandemics HIV/AIDS, Tuberculosis

and Malaria) に記述された項目がすべて盛り込まれていなければならない。

- (c) 上記に関して、女性と少女 (women and girls) が、国際保健の改善のためのイニシアティブに特に大きな影響を受けること、ジェンダー平等へのコミットメントが国際保健の改善の成功のために不可欠であることを認識し、反映すること。

2. G8 における国際保健課題の恒久的課題化、および保健に関連するコミットメントの確実な把握・検証・評価プロセスの構築について

G8 諸国政府は、以下のことを実施する必要がある。

- (a) G8 諸国は、国際保健課題への取り組みの重要性にかんがみ、国際保健を G8 の恒久的課題とすること。
- (b) G8 において、ミレニアム開発目標および、2010 年までの HIV/エイズ治療・予防・ケアへの普遍的アクセスの実現など、国際保健にかかわる G8 のコミットメントの達成に向けた進展状況を年毎に検証・評価するためのメカニズムを構築すること。さらに、各国が有するコミットメント達成の責任の重要性にかんがみ、当該国際目標の進展状況に向けた各国の貢献をお互いに検証し (Peer Review)、財政的な貢献を十分行っていない国に対しては、これに助言を与えるメカニズムを構築すること。
- (c) さらに、当該検証・評価メカニズムにおいて、国連機関・国際機関および市民社会の参画と意見表明の機会を保障すること。

3. 保健医療従事者の増員と保健システム強化について

- (a) 私たちは、保健システム強化に関して、具体的な数値目標や明確で持続的な資金拠出の目標をもたないあいまいな誓約を認めることはできない。

G8 諸国政府は、以下のことを実施する必要がある。

- (a) G8 諸国は、保健医療従事者の不足の問題に対処するため、途上国において 1000 人あたり 2.3 人の医師・看護師・助産師を含む 4.1 人の保健医療従事者を確保するという世界保健機関 (WHO) の目標達成に向けた支援を行うこと。
- (b) G8 諸国は、2015 年までにアフリカにおいて新たに 150 万人、途上国において新たに 430 万人の保健医療従事者の訓練と定着を支援すること。また、この目標について、サミットにおける今後の進捗状況報告書に含めること。また、2012 年までにアフリカにおいて新たに 60 万人の保健医療従事者を確保するといった中間目標を設定すること。
- (c) これに加え、G8 諸国は、保健医療従事者の先進国や富裕国への流出の問題に対処するために、保健医療従事者の移民に関する「実施規範」(code of practice) の制定に合意し、実施すること。

4. 現存するコミットメントの実現に関して

G8 諸国政府は、以下のことを実施する必要がある。

- (a) G8 諸国は、2005 年のグレンイーグルズ G8 サミットで最初に誓約され、2007 年ハイリゲンダム G8 サミットで、女性および子どもを含む HIV 感染に最も脆弱な人々の需要に特別の配慮を行う旨の付託条件が加えられた「2010 年までの HIV 治療・予防・ケアへの普遍的アクセス」目標の実現に向けた意思を再確認すること。
- (b) G8 諸国は、2010 年までの HIV/エイズの治療・予防・ケアの普遍的アクセスの実現のための包括的な資金拠出および行動計画に合意し、これを発表すること。当該国際目標の達成のためには、現在の HIV/エイズ対策資金を 4 倍にし、2010 年段階で 400 億ドルの資金を拠出することが必要となる。

- (c) 2007年ハイリゲンダム G8 サミットで約束された、三大感染症および保健システム強化に関する当面 600 億ドルの拠出誓約について、「誰が、いつまでに、いくら拠出する」ことを達成期限付きで示した明確な計画を形成・発表すること。一方で、当該 600 億ドルでは、エイズ・結核・マラリアで毎年、不必要な死を迎える 600 万の人々を救うには充分でないことも明記されなければならない。2009 年一年間に限っても、エイズ・結核・マラリアおよび保健システム強化・保健医療従事者の増員に関して、400 億ドルの資金が必要である。
- (d) 世界エイズ・結核・マラリア対策基金（世界基金）が 2010 年までに年間 60-80 億ドルまで予算規模を拡大できるように、また、2008 年に追加的な新規案件募集を行えるように、十分な資金を供給すること。
- (e) G8 諸国は、HIV/結核の二重感染、多剤耐性結核（MDR-TB）および超多剤耐性結核（XDR-TB）等の緊急の課題に対処すると共に、結核の有病率と死亡率を 2015 年に 1990 年レベルから半減することを掲げる「ストップ結核世界計画」の実施と支援を行うこと。

5. 新たなコミットメントについて

G8 諸国政府は、以下のことを実施する必要がある。

- (a) ミレニアム開発目標 4（子どもの死亡率の削減）およびミレニアム開発目標 5（妊産婦の健康改善）ならびに「セクシュアル・リプロダクティブ・ヘルス・サービスの普遍的アクセスの実現」を含む、子ども、出産、リプロダクティブ・ヘルスに関する各種国際目標については、達成に遅れが見られる他、これを促進する国際的に合意された計画が十分な形で存在していない。G8 諸国はこれらの問題に取り組むための具体的な行動計画を策定すること。また、世界保健機関（WHO）および国連人口基金（UNFPA）がこれらの実現に向けた必要資金として算出した、年間 102 億ドルの追加的な資金を供給すること。
- (b) 水及び衛生に関する資金拠出計画の策定について、
毎日 5000 人の子どもたちが、清潔な飲み水へのアクセスがないことにより、命を落としている。国連開発計画(UNDP)によれば、水及び衛生に関するミレニアム開発目標を達成するには、年間 100 億ドルの資金が必要である。G8 諸国は、具体的な資金拠出計画に基づき資金拠出を行うこと。
- (c) 栄養・食料安全保障および近年の急激な食料価格高騰について、
G8 諸国は、HIV 陽性者および HIV の影響を受けた人々の適切な栄養の確保と食料安全保障の確保のために、短期的・長期的に必要な対策を行うこと。G8 は食料危機をもたらした当の経済政策および経済機構について、それを食料危機問題の解決策として描くべきではない。

6. 保健に関わる各種援助の連携促進および保健関連ミレニアム開発目標の達成について

G8 諸国政府は、以下のことを実施する必要がある。

- (a) G8 諸国は、各種の保健関連機関、政策およびイニシアティブの間の調整が不足していることによって生じている非効率な援助の問題を克服するため、保健関連ミレニアム開発目標の達成のための各種援助の連携の促進に向けた努力を行うこと。一方、援助の連携の促進は追加的な資金の拡大を伴うものでなければならず、保健システム強化と特定疾病対策の優先順位を低下させたり、十分な資金拠出を行わないことの原因付けとして使われてはならない。
- (b) 援助の連携促進は簡潔で透明性のある形で行われなければならない。また、全ての段階に於いて、市民社会を含む全ての関係者の参画が保障されなければならない。
- (c) G8 諸国は、プライマリー・ヘルス・ケア・サービスについて、距離・経費・至便性の観点においてアクセスを最大化する必要がある。受益者負担の撤廃は、とくに最も脆弱な人口層がサービスにアクセスする上で重要な選択肢である。

内容なき会議、行動なき約束、影響を受けている人々の声なき組織機構は必要ない。私たちが求めているのは、責任とアカウンタビリティ、そして、人間が治療・予防可能な原因で命を落とすことのない世界である。

以上

本件声明に関する連絡先

2008年G8サミットNGOフォーラム 保健医療ワーキング・グループ

担当：稲場雅紀、小川亜紀

(特活)エイズ&ソサエティ研究会議 プロジェクトRING

(特活)アフリカ日本協議会

連絡先：東京都台東区東上野 1-20-6 丸幸ビル 2 F

電話：03-3834-6902

メール：masaki.inaba@gmail.com, ogawa.aki.adua@gmail.com, project.ring@gmail.com

本件声明に賛同した団体 (2008年6月23日現在)

(日本の団体)

2008年G8サミットNGOフォーラム 保健医療ワーキング・グループ (15団体)

(特活)アフリカ日本協議会

(特活)エイズ&ソサエティ研究会議

(財)エイズ予防財団

(特活)オックスファム・ジャパン

(財)結核予防会/結核研究所

国際エイズ・ワクチン推進構想 (IAVI)

(特活)シェア = 国際保健協力市民の会

(財)ジョイセフ

女性と健康ネットワーク

すぺーすアライズ

(特活)世界の医療団

(財)日本フォスター・プラン協会

日本リザルツ

(特活)HANDS

(特活)ワールド・ビジョン・ジャパン

(海外の団体：英語名称のみ)

Argentina	Mulabi- Espacio Latinoamericano de Sexualidades y Derechos Foundation for Studies and Research on Women (FEIM)
Cameroon	Cameroon Coalition Against Malaria African Action on AIDS (AAA) Positive-Generation Reach Out Fogué Foguito Positive-Generation
Canada	Action Canada for Population and Development (ACPD) The Canadian HIV/AIDS Legal Network Interagency Coalition of AIDS and Development (ICAD) Results Canada Students Against Global AIDS Canadian Grandmothers for Africa
Comoro/France	Fédération des Associations Comoriennes de France
China	Beijing Aizhixing Institute Hong Guang Alliance
Democratic Republic of Congo	Conseil Mondial de Soins
France	AIDS Coalition to Unleash Power Paris (ACTUP Paris) AIDES Equilibres & Populations French Family Planning Movement Médecins du Monde France PLUS, Coalition Internationale Sida SIDACTION

Germany	Bread for the World
	German Foundation for World Population (DSW)
Ghana	African Media and Malaria Research Network (AMMREN)
	Ghana Voices for Malaria-free Future Project
India	Delhi Network of Positive People (DNP+)
	EMPOWER India
	JEEWAK WELFARE SOCIETY NAGPUR
	MAMTA -Health Institute for Mother and Child
	World Care Council, India
Italy	Associazione italiana donne per lo sviluppo
	Ossevatorio Italiano sull'Azione Globale contro l'AIDS
Liberia	Millennium Campaign-Liberia
Kenya	Ambassadors of Change
	Youth Intercommunity Network
	WEM Integrated Health Service
Kosovo	Little People of Kosova
Malawi	Youth Net & Counselling (YONECO)
Malaysia	Positive Malaysian Treatment Access & Advocacy Group (MTAAG+)
Mexico	El Closet de Sor Juana
Myanmar	NGO Gender Group
Nepal	Nyaya Health
	Safe Motherhood Network Federation
Netherlands	International Civil Society Support
New Zealand	New Zealand Family Planning International
Nigeria	Association Of Civil Society Organisations in Malaria Immunization and Nutrition
	Communication for Development Centre
	Journalists against AIDS (JAAIDS) Nigeria
	Treatment Action Movement
Norway	the Norwegian heart and Lung patient Organization
	Norwegian Association for Sexual and Reproductive Health and Rights
(NSRR)	
Philippines	Positive Action Foundation of the Philippines Inc (PAFPI)
	The Development Action for Women Network (DAWN)
Republic of South Africa	Treatment Action Campaign (TAC)
	Oxfam GB Southern Africa-Regional Management Centre
Spain	Instituto de Cooperacio'n Social
Somalia	Somali socio cultural organization (SOSCO)
Sri Lanka	Community Development Services, Sri Lanka
Tanzania	Tanzania National Malaria Movement Trust
Trinidad and Tobago	Youth Advocacy Movement Trinidad and Tobago
Uganda	Care and Share Foundation
United Kingdom	VSO International
	Stop AIDS Campaign
	Student Stop AIDS Campaign
United States	Africa Action
	The American India Foundation
	Center for Women's Global Leadership
	Community HIV/AIDS Mobilization Project (CHAMP)
	Global AIDS Alliance (GAA)
	Global Health Council
	Health Global Access Project (Health GAP)
	Ipas
	Partners in Health
	Path
	Physicians for Human Rights (PHR)
	Population Action International
	Results Educational Fund (REF)
	Treatment Action Group (TAG)
	United States Coalition for Child Survival (USCCS)

Venezuela	Action Ciudadna Contra el SIDA (ACCSI) – LACCASO
Zimbabwe	Zimbabwe Association of Doctors for Human Rights Zimbabwe Association of Church Related Hospitals (ZACH)
Africa	African Civil Society Coalition on HIV/AIDS Africa Public Health Rights Alliance/ 15% Now! Campaign African Council of AIDS Service Organizations (AfriCASO) Afro Global Alliance International Princess of Africa Foundation
East Africa (EANNASO)	Eastern African National Networks of AIDS Service Organizations
Asia & Pacific	Asia and Pacific Council of AIDS Service Organizations (APCASO) Asian Harm Reduction Network (Thailand) Asia Pacific Network of Sex Workers (APNSW)
Europe	Action for Global Health
Latin America/Caribbean	Red Latinoamericana de Personas viviendo con VIH/SIDA (RedLA+)
International	Action Aid International Ecumenical Advocacy Alliance Family Care International International Council of AIDS Service Organizations (ICASO) International Planned Parenthood Federation (IPPF) International Treatment Preparedness Coalition (ITPC) International AIDS Women Caucus (IAWC) International Women's Health Coalition (IWHC) Malaria Consortium Open Society Institute OXFAM International Pathfinder International United Youth Front International United Methodist Church, General Board of Church & Society World AIDS Campaign

(個人による賛同)⁶

Javier Hourcade Bellocq, Board Member of the Communities living with HIV, Tuberculosis and affected by Malaria Delegation, the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria

Elizabeth Mataka, Board Member of the Developing Country NGO Delegation, the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria (Vice Chair of the Board of the Global Fund, Special Envoy for AIDS in Africa of UN Secretary General)

Asia Russell, Board Member of the Developed Country NGO Delegation, the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria

Myung-Hwan Cho, President of AIDS Society of Asia and the Pacific

⁶ 他に、以下の個人が本声明に賛同している。

Gladis Adriana Vélez Álvarez, Columbi (Columbia), Joel Bayubasire Djanda (Democratic Republic of Congo), Konjit Kefetew (Ethiopia), Swedi Ismail Martha Mesfin (Ethiopia), Victoria Tettey (Ghana), Lena Addy, James Frimpong (Ghana), Dr Komla Ofori (Ghana), Dr Atsu Seake-Kwawu (Ghana), Jashodhara Dasgupta (India), Ritu Kumar Mishra (India), Dr. Manmeet Kaur (India), Benson Williesham Milimo (Kenya), Azita Amireh (Iran), Sysavanh Phommachanh (Laos), Dr Geetha Rana (Nepal), Adamu Sa'adu Ajingi (Nigeria), Rose Iwueze (Nigeria), Dare Adeoye (Nigeria), Hajarat Suleiman (Nigeria), Dr Manzoor Butt (Pakistan), Ahmed Ali (Pakistan), Dr. John Theopista (Tanzania), Esther Opoka (Uganda), Margaret Nalugo (Uganda), Mavis Akotey, MacDonald Bubuama, Mbonny Wilson, Nchotu Regina Akwanui, Foluke Akingbade, Isaac Bwire, Crissy Mupuchi

<資料 15> HIV 陽性者への渡航制限撤廃に関する要求書

2008 年 7 月 1 日

外務審議官・日本政府 G8 内閣総理大臣特別代表（シェルパ）

河野 雅治 様

外務省 地球規模課題審議官組織

鶴岡 公二 様

G8 は HIV 陽性者への入国・旅行制限の撤廃に指導力の発揮を！
 = G8 への市民社会の声 =

（特活）エイズ&ソサエティ研究会議 プロジェクト RING
 （特活）アフリカ日本協議会

2001 年に開催された国連エイズ特別総会で採択された「HIV/AIDS に関するコミットメント宣言」で各国政府は、「HIV/AIDS とともに生きる人々に対するあらゆる携帯の差別をなくし、全ての人権と基本的な自由を確立するために、適切な法律システムの導入、強化、執行を行う」ことに合意しました。しかし、この宣言の制定から 7 年たつ現在、HIV/AIDS とともに生きる人々の旅行制限（入国・滞在・在留を含む）を何らかの意味で制限している国は合計 70 カ国以上にのぼります。

これらの制限は差別的であり、HIV とともに生きる人々へのスティグマの拡大を助長しています。2001 年の「HIV/AIDS に関するコミットメント宣言」や 2006 年国連エイズ特別総会で採択された「政治宣言」からも逸脱するものです。さらに、こうした制限は、HIV 予防や、HIV/AIDS へのその他の取り組みの努力をだいなしにするものです。

2008 年 5 月に開催された国連エイズ特別総会ハイレベル会合で、合計 344 の市民社会団体が、HIV に関連する入国・滞在・在留制限に関する請願書を、こうした制限を持つ各国の国連代表部および首脳に提出しました。私たちは連帯して、G8 諸国に対し、以下のことを求めます。

- ・ HIV を理由とする全ての入国・滞在・在留制限を廃止すべく指導力を発揮してください。
- ・ 自国籍・他国籍に関わらず、移動する人口に対する HIV 予防・治療・ケア・サポートへのアクセスを確実にしてください。
- ・ HIV 陽性の貴国国民が渡航・滞在・在留を希望する国に当該の制限・規制がある場合には、その規制を撤廃すべく働きかけてください。
- ・ G8 が発表する「国際保健に関する共通項道枠組み文書」に、HIV/AIDS とともに生きる人々への入国・滞在・在留制限を廃止すべく努力するとの文言を入れてください。

連絡先:

稲場 雅紀 / 小川 亜紀

（アフリカ日本協議会 / エイズ&ソサエティ研究会議プロジェクト RING）

東京都台東区東上野 1-20-6 丸幸ビル 2 F 電話：03-3834-6902, Fax: 03-3834-6903、電子メール：

masaki.inaba@gmail.com

< 資料 16 > G8 洞爺湖サミットの国際保健の成果に関するスコアカード

2008年 北海道・洞爺湖サミット						
レポートカード (保健)						
なまえ: G8 各国 (アメリカ合衆国、イギリス、イタリア、カナダ、ドイツ、日本、フランス、ロシア)						
番号	科目	内容	資金	総合	備考	
1	(保健課題全般)保健関連ミレニアム開発目標(MDGs)の2015年までの達成への政治的意志と十分な財源確保 = MDGsを本当に達成できるか =	B+	D	C	MDGs達成期限までの中間年にあたり、進捗が遅れている保健を重点化して、新たなプロセスにより独立した成果文書発表にこぎつけた政治的意思を評価。一方、'0.7%目標'の記述がなく、グレンイーグルズ誓約の履行もおぼつかない状況があることを懸念。	
2-1	(MDG4)乳幼児の死亡率削減とそのために必要な栄養改善・予防接種拡大の意思表示と資金拠出 (MDG5と合わせ年間102億ドルの増額) = 子どもたちを救えるか? =	C	F	C	子どもの栄養改善や予防接種等、具体的な施策について明記されている点を評価。一方、必要な資金コミットメントがまったくないことを懸念。	
2-2	(MDG5)妊産婦の健康改善とリプロダクティブ・ヘルズ・サービスへの普遍的アクセスの実現への意思表示と資金拠出 (MDG4と合わせ年間102億ドルの増額) = 妊産婦のために何が出来る? =	C		D	内容面で、リプロダクティブ・ヘルズ・サービスへの普遍的アクセスの実現がないなど、TICAD IV行動計画に比べて大きな後退が見られる。また、必要な資金コミットメントがまったくない。	
3	(MDG4/5)MNCHの継続ケアの重要性についての認識・熟練技能者の立ち会いによる出産への割合をあげることへの取り組み・HIV母子感染予防推進についての意志表明と資金拠出 (MDG4/5で年間102億ドルの増額)	B		C	熟練助産者の立ち会いによる出産、HIV母子感染予防など、具体的な記述があることは評価。しかし、財源の裏づけがまったくないことを懸念。	
4	(MDG6)2010年までのHIV/AIDS治療・予防・ケアへの普遍的アクセスの実現に向けた明確な資金計画の策定 = 本気でエイズに取り組むか? =	C	D	D	特に予防の面で、「普遍的アクセス」のために何が必要か、明確な記述が多くあることを評価。一方、普遍的アクセスに向けた必要な資金の拠出計画がいまだに存在しないことを懸念。	
5	(MDG6)HIV陽性者の入国や在留資格制限の撤廃に向けた政治的意志の意思表示 = 基本的人権としての「移動・居住の自由」を保障できるか =	D	/	D	いまだ70カ国以上の国が、HIV陽性者の入国・滞在・在留を法律で制限している。こうした法制度を改正することが必要であるにもかかわらず、その必要性が明確に表現されていない。G8が今後のプロセスにコミットする、という表現に期待。	
6	(MDG6)多剤耐性/超多剤耐性結核の脅威とHIV/結核複合感染問題への対処、ストップ結核世界計画の実現に向けた政治的意志の表明 = 新たな脅威に対処できるか? =	B	D	C	「保健行動指針」の記述はほぼ完璧であるが、首脳コミュニケにほとんど記述がない点を懸念。また、資金拠出についてはなんら記述がない。	
7	(MDG6・保健システム)2007年ドイツ・サミット「エイズ・結核・マラリア・保健システム強化に600億ドル」の2010年までの実現、世界基金の資金需要完全確保 = G8は約束を守るか? =	/	D	D	600億ドルの拠出達成年限を「5年」と明確に定めたことは評価できるが、現在、三大感染症 + 保健システム強化への国際的な資金拠出のレベルは150億ドル/年であり、5年では、減額となる可能性がある。また、資金拠出の対象課題があいまいになっている。	
8	(保健システム)途上国の保健医療ワーカー増員への具体的目標設定と資金確保 = 十分な数値目標と資金拠出目標を設定できるか? =	B	D	C-	保健医療従事者増員について具体的な目標を設定したのは評価できる。しかし、示された目標は「医師・看護師・助産師人口2.3人/対象人口1000人」のみで、「保健医療従事者全体で4.1人/1000人」や「アフリカの保健医療従事者倍増」は含まれなかった。また、人材流出防止のメカニズムもあいまいになった。	
9	(保健システム)途上国でのプライマリー・ヘルズ・ケアへの、無料化を含む普遍的アクセスの実現 = 「全ての人に健康」を実現できるか =	D	D	D	プライマリー・ヘルズ・ケアという表現自体がなかった。しかし、子どもの死亡率削減の項目で、「すべての子どもが基礎保健サービスにアクセスできる体制を、無料化という手段を含め実現する」と明記されていたことを評価。	
10	(フォローアップ)保健の恒常的議題化、G8諸国が保健の約束を守るためのモニタリングと評価の仕組み作り = 本当に「約束を守る」仕組みが作れるか? =	A-	/	A-	誓約の達成度評価に一貫して消極的だったG8が、毎年、G8各国の保健関係実績を評価するメカニズムを作った点を評価する。一方、このメカニズムの機能や評価の客観性などは未知数であり、これは期待を込めての点数である。	

全体の成績			評価(日)	(英)	書きぶり・制度設計について	数値目標・計画・資金について
内容	資金	総合	たいへんよい	A	歴史的な評価に値する	十分な資金拠出目標が設定されている上、実施計画・達成期限も明確である。
B-	C	C-	よい	B	積極的な評価に値する	(1)評価できる量の資金拠出目標、(2)十分な実施計画・明確な達成期限のいずれかが満たされている。
			ふつう	C	不十分な点がある	資金拠出目標が不十分、達成期限があいまい、計画性がないなどの問題がある
			いますこし	D	問題点・欠落点が多い	問題点や課題の指摘、分析にとどまっており、具体的な資金拠出計画や実施計画・期限などがない
			失格	F	評価する点が見あたらない	課題への言及がなされていない。

洞爺湖サミット、保健関連 NGO の期待に十分応えられず：総合評価は「C-」

= 「洞爺湖」は国際保健史に刻印されるか？それは今後にかかっている =

2008 年 G8 サミット NGO フォーラム
保健医療ワーキング・グループ

「沖縄サミットの成果をもう一度」：国際保健にかかわる市民社会の期待を背負って開催された G8 北海道・洞爺湖サミットは、7月9日、開発・アフリカにかかわる G8 首脳コミュニケと、G8 の保健専門家会合の報告書としての「国際保健に関する洞爺湖行動指針」（以下、「行動指針」）という二つの文書を発表して閉幕しました。

沖縄サミットが、HIV/エイズなど感染症を開発の主要課題とすることで国際保健の歴史に名を残したことを踏まえ、今回の洞爺湖サミットでは、感染症だけでなく、母子保健や途上国の保健医療従事者の増員など、対策が不十分な分野に光をあて、保健関連「ミレニアム開発目標」の達成を実現することが目標となりました。昨年 11 月、高村正彦外相は洞爺湖サミットに向けて「国際社会が共有する保健行動指針」を作ることを表明、日本政府はそのために G8 保健専門家会合を 2 月以降 3 回開催して、洞爺湖に向けた舞台作りを務めました。

「今回の洞爺湖サミットで特筆すべきは、保健政策作りに関して、市民社会と政府の連携が大きく進んだこと」と、G8NGO フォーラム貧困開発ユニットの石井澄江代表は述べました。「日本の NGO も、洞爺湖に向けた政策作り」に大きく貢献しました」

しかし、発表されたコミュニケおよび「行動指針」は、市民社会の期待に十分応えられるものではありませんでした。途上国の保健医療従事者増員の課題については、途上国で 1000 人あたり 2.3 人の保健医療従事者確保を目指すという数値目標が入るなどしましたが、それに向けた特別な資金コミットメントはなく、進展は限定的でした。大きな前進が見込まれた母子保健に関しても、各国の思惑の違いから、大胆な目標設定は阻まれました。最大の問題は、保健に関する資金コミットメントに前進が見られなかったことです。

昨年、ハイリゲンドムで約束された「三大感染症と保健システム強化」への「当面」600 億ドルの拠出誓約について、コミュニケでは「5 年」という達成期限が決められました。しかし、各種国際機関の資金ニーズ推計によれば、三大感染症と保健システム強化には 5 年間で合計 1700 億ドル程度の資金が必要とされており、主要 8 カ国の支出合計が 600 億ドルにとどまれば、対策は著しく後退することになります。

「行動指針では、G8 がなすべきことがたくさん書かれていますが、お金がなければ、アフリカを含めた世界全体で保健 MDGs を達成することは出来ません」と、G8NGO フォーラム保健医療ワーキング・グループ代表の稲場雅紀氏は述べます。「G8 に期待されているのは『お金を出す』ことです。今回のサミットは、この点で失敗でした」

今回のサミットでの保健課題の達成を評価するために、NGO は「成績表」を作りました。全体の総合評価は A～F の 5 段階評価で「C-」でした。その中でひとつ、「A-」がついたのが、「アカウンタビリティ」です。洞爺湖サミットで G8 は、保健課題での G8 各誓約の実施状況について評価するメカニズムを設置することに合意しました。しかしこれも、今後イタリア、そしてカナダと引き継がれる G8 で有効活用され、最終的にその成果が途上国の人々の保健向上に直接、役にたたなければ意味がありません。市民社会は今後への期待を込めて「A-」をつけました。「洞爺湖サミット」が国際保健史に名を残せるか、それは、今後のサミットプロセスへの日本の指導力にかかっています。

本プレスリリースへの問い合わせ先：

- ・稲場 雅紀(保健医療ワーキング・グループ代表、(特活)アフリカ日本協議会)090-1264-8110, masaki.inaba@gmail.com
- ・石井 澄江(貧困開発ユニット代表、(財)ジョイセフ)090-5423-6655, sishii@joicfp.or.jp

リソース・ブック 国際保健と G8
= G8 洞爺湖サミット・プロセスの経験から =

本リソース・ブックの作成は、オープン・ソサエティ・インスティテュート財団の資金で作成されました。また、2008 年 G8 サミット NGO フォーラムの多大な協力を頂きました。

2008 年 9 月 30 日 初版発行

編者●（特活）エイズ&ソサエティ研究会議、
（特活）アフリカ日本協議会

発行人●林達雄

編集人●稲場雅紀

電話●03-3834-6902

FAX●03-3834-6903

E-mail●info@ajf.gr.jp

Web●<http://www.ajf.gr.jp>