

201103001A

厚生労働科学研究費補助金  
地球規模保健課題推進研究事業  
(H21-地球規模-一般-002)

MDG4・5を達成するための保健システム強化に関する研究

平成23年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 渋谷 健司

平成24(2012)年5月

厚生労働科学研究費補助金  
地球規模保健課題推進研究事業  
(H21-地球規模-一般-002)

MDG4・5 を達成するための保健システム強化に関する研究

平成 23 年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 渋谷 健司

平成 24 (2012) 年 5 月

## 目 次

I. 総括研究報告	3
MDG4・5 を達成するための保健システム強化に関する研究：我が国のグローバルヘルス戦略の再考 渋谷健司（東京大学大学院医学系研究科国際保健政策学 教授）	
II. 分担研究報告	11
グローバル・ヘルスにおける日本のコミットメントの再強化：課題と機会 渋谷健司（東京大学大学院医学系研究科国際保健政策学 教授）	
III. 分担研究報告	33
我が国の保健指標の改善の要因と保健システム 池田奈由（東京大学大学院医学系研究科国際保健政策学 特任助教） 渋谷健司（東京大学大学院医学系研究科国際保健政策学 教授）	
IV. 研究成果の刊行に関する一覧表	71
V. 代表的関連刊行物・別刷	75

# I 章

I章 厚生労働科学研究費補助金（地球規模保健課題推進研究事業）

平成23年度 総括研究報告書

MDG4・5を達成するための保健システム強化に関する研究：

我が国のグローバルヘルス戦略の再考

研究代表者 渋谷健司（東京大学大学院医学系研究科国際保健政策学 教授）

研究要旨

近年、国際保健領域では、伝統的な疾患別のアプローチから保健システム全体の底上げと改善への転換が提唱されている。MDGs達成と保健システム強化は、さらに皆保険制度（universal coverage）の達成へと焦点がより具体化されてきた。1961年に皆保険制度を達成し、低い医療費ながら公平性を担保しつつ高い保健指標を示してきた我が国の保健医療は、グローバルヘルスの文脈の中では、大きな示唆を与えるものである。最終年度の本研究班は、これまでの研究成果をもとに、わが国のグローバルヘルス戦略を総括し、将来ビジョンを出すことをその目標に掲げた。皆保険制度50周年の節目に当たる平成23年度に出版されたランセット日本特集号で、わが国の健康指標の改善に寄与した因子の分析とグローバルヘルス戦略に関する論文を掲載し（Ikeda et al. 2011; Liano et al, 2011）、我が国の過去50年間と今後の保健医療課題を総括し国内外に発信するとともに、我が国のグローバルヘルスに関してエビデンスに基づいた提言を行うことができた。

分担研究者

池田 奈由	東京大学大学院医学系研究科国際保健政策学
スチュアート ギルモー	東京大学大学院医学系研究科国際保健政策学
矢野 晴美	自治医科大学臨床感染症センター 感染症科感染症学
研究協力者	
ライデン ヤノ	東京大学大学院医学系研究科国際保健政策学
佐々木八十子	東京大学大学院医学系研究科国際保健政策学
國井 修	ユニセフソマリア事務所
金森 サヤ子	外務省国際保健政策室

際にG8洞爺湖サミットでは我が国を中心に保健システムの強化によるミレニアム開発目標（MDGs）の達成が提唱され、武見グループによりそのフォローアップが行われ具体的な政策提言が行われている（Tekemi et al. 2008; Reich et al. 2008）。

しかし、保健システム研究が保健医療研究の3つの柱の一つとされながらも、保健システムとは極めて漠然としており、それがどのように機能し健康改善に寄与しているかについての実証分析は極めて少ない。多くの資源が保健分野に投資されながらも、その評価は予算や人的資源やプロセスの分析に費やされてきた。保健システム全体の枠組みの中では、それらは、最終的

A. 研究目的

近年国際保健領域では、伝統的な疾患別のアプローチから保健システム全体の底上げと改善への転換が提唱されている。実

な健康改善に寄与するためのインプットやプロセスであり、必ずしも評価・モニタリングで最も重要な役割を果たしているわけではない (Shibuya 2009)。さらには、MDG6 (エイズ、結核、マラリアなどの感染症対策) に比べてMGD4・5 (小児・母体死亡の改善) の進捗状況が遅れていることが懸念されている (Murray et al. 2007, Hill et al. 2007)。

MDGs達成と保健システム強化という潮流は、さらに皆保険制度 (universal coverage) の達成へと焦点がより具体化されてきた。1961年に皆保険制度を達成し、低い医療費ながら公平性を担保しつつ高い保健指標を示してきた我が国の保健医療は、感染症から慢性疾患、そして高齢化を迎えるグローバルヘルスの文脈の中では、大きな示唆を与えるものである。

最終年度の本研究班は、これまでの研究成果をもとに、わが国の健康指標の改善に寄与した因子の分析とグローバルヘルス戦略に関する研究を行い、我が国の過去50年間と今後の保健医療課題を総括し国内外に発信するとともに、我が国のグローバルヘルスに関してエビデンスに基づいた提言を行うことを目的とする。

## B. 研究方法

グローバル・ヘルスに対する日本のコミットメントの性質と範囲を明らかにするため、個別ではあるが相互に関連する3つの調査方法を用いた。まず第一に、グローバル・ヘルスの主要な側面、グローバル・ヘルスに対する日本の政策及び国民の支持レベルを特定するため、文献を体系的に調査した。検索に用いた用語は次を含

む。” Japan, Nippon, Nihon”, “assistan\*”, don\*, aid”, “health\*, water, sanitation, hygien\*”, “education”, “view\*; opinion”, “competen\*, limitation\*, advantage\*, disadvantage\*, strength, weakness”, “definition\*”。調査には英語と日本語両方のキーワードを用い、日本の保健開発援助に関する介入的性質及び観察的性質についての比較調査も調査対象とした。開発援助全体、他国の援助、またはその両方についての出版物は排除した。なお、用いられた調査方法は以下を含む。Medline, Cochrane Library, Embase, POPLINE, African Health Line, LILACS を含むデータベースの検索。日本政府各省庁、経済協力開発機構 (OECD)、国連、その他の国際組織、国際協力機構 (JICA) のような二国間機関のウェブサイトの調査、調査中に見つかった他のウェブサイトの調査、上記の方法で特定された研究報告にある参考文献一覧からのさらなる参考文献の特定、主要な報告書の著者への連絡により上記の方法で見落とされた研究についての情報収集、各分野における著名な専門家や推薦された専門家への問い合わせ。本調査のために特定した出版物は、分担研究者や研究協力者が厳格に評価した。共著者間で意見の相違が合った点については話し合いにより解決した。

第二に、日本の開発援助について次の機関のデータより記述的分析を行った。外務省、厚生労働省、財務省、文部科学省、国際協力機構 (JICA)、経済団体連合会 (経団連)、人口・エイズに関する地球規模問題イニシアティブ、沖縄感染症対策イニシ

アティブに関する外務省／NGO 懇談会、その他の機関。国際的に比較可能な保健医療分野に対する開発援助の枠組みの中で、データの質、一貫性、比較可能性について厳密な評価と審査を行った。また傾向を分析し、国、またはセクター間の比較を行なうため、保健指標評価研究所 (Institute for Health Metrics and Evaluation) や OECD 開発援助委員会 (DAC) より公表されているデータも使用した。

最後に、日本のグローバル・ヘルス政策に対する国民の意識について、政府開発援助全般に関する新たな国内世論調査の結果も本調査を補足している。この世論調査は2010年6月17日から27日に内閣府によって行われた。国内の代表的な標本となるよう、最新の国勢調査を用い、二段層別無作為抽出によって分析をした。面談によるインタビューは世論調査の経験を有するリサーチ会社によって行われた。調査は日本のグローバル・ヘルスに対する国民の見方についてのモジュールを含む。

### C. 研究結果

日本はこの50年間で、世界でも最高レベルの平均余命と低い乳児死亡率を達成したのに加え、公平な国民皆保険制度を構築、維持してきた。特に、1960年代半ば以降、非感染性疾患による成人死亡を抑えるために、一次のおよび二次的な地域公衆衛生対策が実施され、また、国民皆保険制度を通じて最先端医療技術の利用が拡大したことを背景に、脳血管疾患による死亡率が大幅に低下し、国民の健康は改善を続けた。さらに、平等な教育機会および医療へのアクセスを反映して、国民の平均的な健康状態

の改善とともに健康格差が減少したと考えられる。

これらを背景に、日本はグローバル・ヘルス（地球規模の保健医療）に関わる取り組みを推進、支援する指導的役割を果たしうる立場にある。しかし、その潜在性の高さ比べ、日本のグローバル・ヘルスへの関与は顕著とはいえない。

その理由として、政府の縦割り構造、弱い市民社会、透明性と評価の欠如が挙げられる。日本の政府及び民間セクターの保健医療分野における開発援助額は共に少なく、グローバル・ヘルスにおける日本のリーダーシップも弱い。さらに、先の東日本大震災を含む新たな課題が、日本のガバナンスやグローバル・ヘルス、国内保健医療のニーズの変化により浮上してきている。しかし、これは日本が保健医療政策に対するこれまでのアプローチを見直し、グローバル・ヘルス及び国内保健医療における新戦略を展開するよい機会ともいえる。

グローバル・ヘルスの政策策定における政府の縦割り構造は再構成される必要がある。また、同時にグローバル・ヘルスに対するさらなる資金的コミットメントの増加、民間セクターにおける革新的イニシアティブ、研究能力の向上、そしてG8洞爺湖サミットで示されたような強いリーダーシップの育成もなされる必要がある。

### D. 考察

政策策定プロセスの改善、資金的コミットメントの増加、民間のイノベーション、グローバル・ヘルスにおけるリーダーシップ、これらにより国内及び世界の人々の健康に関する日本の取り組みは一新されること

になる。歴史上例を見ない国際的相互依存が進み、保健医療課題が山積する今日、日本はこれ以上行動を遅らせるわけにはいかない。3月11日に発生した東日本大地震、津波、そして原発事故により、日本は壊滅的且つ複雑な緊急事態に直面している。日本にとって今日ほど、世界の団結が必要なことを実感できる時はないであろう。

そんな中、既に頼もしい変化の兆候もある。日本のこの危機的状況を受け、多くの日本の若者が被災者を助けようと熱心に取組みを行なう姿をわれわれは見てきた。革新的なソーシャルメディアを使い、彼らは情報収集と情報共有を効率よく行ない、プロジェクトのための支援を募り、大規模な募金キャンペーンを始めた。日本でもこのような革新的な試みがグローバル・ヘルスの分野でも徐々に現れ始めており、これらは人間中心の保健システムとガバナンスの発展に寄与するものと信じる。

しかし、日本だけではグローバル・ヘルスの解決策は見いだせない。日本と同様に、他の多くの国々においても、国民の健康を目指し保健医療革新を続けてきた中で、長年培われてきた数えきれないほどの知見や知識が存在するが、未だそれを世界的に集約し、体系的に評価し、グローバル・ヘルスの取組みに活用するところには至っていない。これは、容認できないことである。この豊富な知識の存在は、ある意味無限の、しかしまだ秘められたままの教訓がそこに眠っているということであり、世界はそれを緊急に必要としている。行動を起こすのは、今である。

## E. 結論

多くの国々が国民皆保険に向かい動き始め、日本も国内の保健医療制度を維持するにあたり課題に直面する今日、このような戦略策定とコミットメントにより、日本には世界の保健医療の改善に大きく貢献できる可能性がある。

過渡期にあるわが国の保健医療制度を実証的に分析し、国内外に発信することで将来戦略のビジョンを示し、同時に、ランセットという媒体を最大限活用して、わが国のグローバルヘルスにおけるプレゼンスと知的貢献の強化を行うことができた。

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

1. Llano R, et al. Re-invigorating Japan's commitment to global health: challenges and opportunities. *Lancet*. 2011 Oct ;378(9798):1255-64.
2. Ikeda N, et al. What has made the population of Japan healthy? *Lancet*. 2011 Sep 17;378(9796):1094-105.
3. Shibuya K, et al. Future of Japan's system of good health at low cost with equity: beyond universal coverage. *Lancet*. 2011 Oct 1;378(9798):1265-73.

### 2. 学会発表

国際シンポジウム「医療構造改革の課題と展望－3月11日の大災害を超えて21世紀型の新たな皆保険制度－日本の保健システムを再考する」（2011.9.1）にて本研究の概要を発表し、ランセット編集部や国際諮問員の専門家と今後の研究方針について意見交換を行った。



H. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む。)

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

## II章

## II章 厚生労働科学研究費補助金（地球規模保健課題推進研究事業）

平成23年度 分担研究報告書

### グローバル・ヘルスにおける日本のコミットメントの再強化： 課題と機会

- 分担研究者 渋谷健司（東京大学大学院医学系研究科国際保健政策学 教授）  
研究協力者 ライデン・ヤノ（東京大学大学院医学系研究科国際保健政策学 研究員）  
國井 修（元長崎大学熱帯医学研究所 教授）  
森臨太郎（元東京大学大学院医学系研究科国際保健政策学 准教授）  
武井貞治（厚生労働省大臣官房国際課 室長）  
佐々木八十子（東京大学大学院医学系研究科国際保健政策学 研究員）  
中村安秀（大阪大学人間科学研究科グローバル人間学 教授）  
黒川 清（政策研究大学院 教授）  
余 海（中国浙江大学医学部腫瘍学 教授）  
リンカーン・チェン（米国中国医学基金会 理事長）  
武見敬三（東海大学 政治経済学部 教授）

#### 研究要旨

日本はこの50年間で、世界でも最高レベルの平均余命と低い乳児死亡率を達成したのに加え、公平な国民皆保険制度を構築、維持してきた。これらを背景に、日本はグローバル・ヘルス（地球規模の保健医療）に関わる取組みを推進、支援する指導的役割を果たしうる立場にある。しかし、その潜在性の高さに比べ、日本のグローバル・ヘルスへの関与は顕著とはいえない。その理由として、政府の縦割り構造、弱い市民社会、透明性と評価の欠如が挙げられる。日本の政府及び民間セクターの保健医療分野における開発援助額は共に少なく、グローバル・ヘルスにおける日本のリーダーシップも弱い。さらに、先の東日本大震災を含む新たな課題が、日本のガバナンスやグローバル・ヘルス、国内保健医療のニーズの変化により浮上してきている。しかし、これは日本が保健医療政策に対するこれまでのアプローチを見直し、グローバル・ヘルス及び国内保健医療における新戦略を展開するよい機会ともいえる。グローバル・ヘルスの政策策定における政府の縦割り構造は再構成される必要がある。また、同時にグローバル・ヘルスに対するさらなる資金的コミットメントの増加、民間セクターにおける革新的イニシアティブ、研究能力の向上、そしてG8洞爺湖サミットで示されたような強いリーダーシップの育成もなされる必要がある。多くの国々が国民皆保険に向かい動き始め、日本も国内の保健医療制度を維持するにあたり課題に直面する今日、このような戦略策定とコミットメントにより、日本には世界の保健医療の改善に大きく貢献できる可能性がある。

## A. 研究目的

ミレニアム開発目標（MDGs）の達成期限は5年を切り、また世界的な高齢化や非感染症疾患の蔓延などポストMDGsのさまざまな課題も山積している中で、国際社会は新たなグローバル・ヘルス戦略を必要としている。現在のグローバル・ヘルスの取組みを維持、拡大していくための重要な方法として、WHOも『世界保健報告（World Health Report）2010年度版』で主要アジェンダとして取り上げている（2-4）とおおり、国民皆保健（すべての国民による保健医療サービスへのアクセスを保障する）を目指す動きが近年急速に注目を集めている。

しかし、コプラン（Koplan）ら（5）、そしてフレンク（Frenk）（6）が近年指摘しているように、すべての国民に安価で適切な保健医療サービスを提供しようというのは野心的な試みであり、グローバル・ヘルスに関するわれわれの理解を転換する必要がある。時間的、資源的制約がある中で、グローバル・ヘルスは豊かな国から貧しい国への単なる資源の譲渡とみなすことはできない。グローバル・ヘルスは、直接的または間接的に健康に影響する、国境を越える課題として定義されるが、今こそ真のパートナーシップ、経験と知識の集約、そして先進国と発展途上国間での双方向の交流が必要である。これらは国民皆保健達成に向けて順調に進歩していくために特に重要な要因である。国民皆保健を達成するために、国々が協働で迅速に最善の方法を確立していくことをフレンクは「共同学習のプロセス」（6）と呼んでいるが、これはこの『ランセット』の特集が日本というレンズ

を通して目指そうとしている重要な取組みである。

世界、地域における人々の健康改善のため、日本は平均寿命が世界最長の健康で豊かな国として（7）国内で培われた保健医療サービス提供の技術的な専門性と経験を国際社会と共有できるユニークな立場にある。日本国内での成果は必ずしも戦略的で、科学的根拠（エビデンス）に基づく政策立案に帰するものではないが、過去50年間にわたり国民皆保険、長期ケア（8-10）、そして世界でも最高レベルの妊産婦、新生児、子どもの健康を保持している日本の経験から学ぶことは多い（11）。しかし、その教訓を国際社会に伝達するためには、十分な資金、きちんとした評価制度、グローバル・ヘルス分野における人材の育成、そして日本国内で蓄積されてきた保健医療に関する知識と経験の門番役ともいえる国内の保健医療専門家とグローバル・ヘルス関係者との間の効果的な連携が必要である。しかし、これまでの日本のグローバル・ヘルスのアプローチに、こうした要素は欠けていた。

急速に進む高齢化、膨れ上がる財政赤字、低い経済成長率、そして今年発生した震災（12）など、国内における新たな課題が山積する中、日本は今グローバル・ヘルスに対するコミットメントと戦略を再定義する時期にある。国際社会の一員として、日本は保健医療について持ち合わせている多大な知識と専門性を共有するという責任を果たせるのだろうか。

本稿の目的は、日本が如何にグローバル・ヘルス分野においてさらなる効果的な貢献ができるのかを示すことである。21世

紀の今日、グローバル・ヘルスの課題に取り組むためには、環境汚染や食品の安全問題など、保健医療を超えた多くの課題にも注意を払う必要があることはわれわれも認識している。しかしそれらの課題についての日本の取組みは、国民皆保険に焦点を当てている本特集の枠を越えるものである。そこで本稿では、特に日本が国内の保健医療サービス提供についてこれまで培ってきた専門性を、どのようにグローバル・ヘルス分野に移転し、活用していくかについて議論する。まず、これまでの日本の保健外交を展望し、グローバル・ヘルスにおける日本の中核となる資質とその限界について考察する。そして、地域及び世界に対する日本のグローバル・ヘルスにおける新たなビジョンを提示すると共に、日本がどのようにしてグローバル・ヘルスに対するコミットメントと影響力を強化できるのか、鍵となる提言を行い本稿を締めくくる。

## B. 研究方法

### 検索方法と選定基準

グローバル・ヘルスに対する日本のコミットメントの性質と範囲を明らかにするため、個別ではあるが相互に関連する3つの調査方法を用いた。まず第一に、グローバル・ヘルスの主要な側面、グローバル・ヘルスに対する日本の政策及び国民の支持レベルを特定するため、文献を体系的に調査した。検索に用いた用語は次を含む。“Japan, Nippon, Nihon”, “assistan\*”, “don\*”, “aid”, “health\*”, “water, sanitation, hygien\*”, “education”, “view\*; opinion”, “competen\*”, “limitation\*”, “advantage\*,”

“disadvantage\*”, “strength, weakness”, “definition\*”。調査には英語と日本語両方のキーワードを用い、日本の保健開発援助に関する介入的性質及び観察的性質についての比較調査も調査対象とした。開発援助全体、他国の援助、またはその両方についての出版物は排除した。なお、用いられた調査方法は以下を含む。Medline, Cochrane Library, Embase, POPLINE, African Health Line, LILACS を含むデータベースの検索。日本政府各省庁、経済協力開発機構(OECD)、国連、その他の国際組織、国際協力機構(JICA)のような二国間機関のウェブサイトの調査、調査中に見つかった他のウェブサイトの調査、上記の方法で特定された研究報告にある参考文献一覧からのさらなる参考文献の特定、主要な報告書の著者への連絡により上記の方法で見落とされた研究についての情報収集、各分野における著名な専門家や推薦された専門家への問い合わせ。本調査のために特定した出版物は、ヤノ、森、金森が厳格に評価した。共著者間で意見の相違が合った点については話し合いにより解決した。

第二に、日本の開発援助について次の機関のデータより記述的分析を行った。外務省、厚生労働省、財務省、文部科学省、国際協力機構(JICA)、経済団体連合会(経団連)、人口・エイズに関する地球規模問題イニシアティブ、沖縄感染症対策イニシアティブに関する外務省/NGO 懇談会、その他の機関。国際的に比較可能な保健医療分野に対する開発援助の枠組みの中で、データの質、一貫性、比較可能性について厳密な評価と審査を行った。また傾向を分析し、国、またはセクター間の比較を行な

うため、保健指標評価研究所 (Institute for Health Metrics and Evaluation) や OECD 開発援助委員会 (DAC) より公表されているデータも使用した。

最後に、日本のグローバル・ヘルス政策に対する国民の意識について、政府開発援助全般に関する新たな国内世論調査の結果も本調査を補足している。この世論調査は 2010 年 6 月 17 日から 27 日に内閣府によって行われた。国内の代表的な標本となるよう、最新の国勢調査を用い、二段層別無作為抽出によって分析をした。面談によるインタビューは世論調査の経験を有するリサーチ会社によって行われた。調査は日本のグローバル・ヘルスに対する国民の見方についてのモジュールを含む。

## C. 研究結果

### 日本のグローバル・ヘルスの枠組み

#### 保健外交の起源

第二次世界大戦後、日本は新たな外交政策の方向性を模索しなければならなかった (16)。戦後の平和憲法による制限から軍事力を維持することができない中、日本政府は「国際社会の平和と発展に貢献する」ことを決めた (17, 18)。この外交政策の転換は、人道的な立場に発するだけでなく、相互依存する世界で、日本の安全保障と繁栄は発展途上国の発展、安定と必然的に結びついているという理解に基づくものであった (19)。以来、日本は政府開発援助 (ODA) を通じて平時の発展を目指し、ODA はこれまで日本のさまざまな国益のために使われてきた (20)。

日本が経済発展を遂げる 1950 年代から 1960 年代にかけては、日本の ODA は日本

製品の購入が条件とされていたため、ODA は発展途上国支援のみならず日本の輸出市場拡大を促進した (21)。しかし、1970 年代後半から 1990 年代に入ってから、日本は開発援助をアジア近隣諸国との関係強化と世界における影響力拡大のために使い始めた。今日、中国が行っているのとまさに同様である (20, 22)。この努力は、1980 と 1990 年代に ODA が大幅に拡大されたことに現れており、1991 年から 2000 年の間、日本は世界最大の ODA 給与国 (ドナー) となった (20)。

長年の間、日本の ODA は平和構築と地政学的活動にあてられた (21)。しかし、1998 年、持続可能な「経済成長と人間開発のためには、政治的安定だけでなく、他の有益な社会的要因も必要である」(23) と気づいたことから、日本政府は人間の安全保障を外交政策の礎石とした。これにより、日本の ODA の枠組みも、他の人道的課題に拡大されることとなった。そして、欠乏からの自由という人間の安全保障を構成する基本的要因の 1 つとして、保健医療が日本の開発援助にとってなくてはならないものとして認識されるようになった (24)。

#### グローバル・ヘルスにおけるプレーヤー

第二次世界大戦による荒廃から 10 年も経たない 1954 年、日本はアジアにおける発展途上国を支援するための国際イニシアティブであるコロンボ・プランに参加し、ODA ドナー国となった。当時、日本はまだ脆弱で、経済も立ち直っておらず、日本社会は再建のため休む間もなく努力している時期であった。しかしながら、国内の開発に関心が集まる中においても、日本政府は

主にユニセフや世界銀行などの主要な国際機関と連携しながら、グローバル・ヘルスにおける日本のアジェンダを実現し、有力なプレーヤーとして頭角を現し始めた。

日本の二国間開発支援機関である JICA は、グローバル化に伴う課題への対応、公平な成長と貧困削減、ガバナンスの改善、人間の安全保障の実現を目指し、1974年に設立された(25)。2008年の JICA と国際協力銀行との統合により、新 JICA は有償資金協力(円借款)が実施できるようになり、世銀に次ぐ世界で2番目の規模の対外援助機関となった。それまで JICA の支援手法は技術協力と無償資金協力のみで、日本が取り組む開発援助事業の規模と範囲は大幅に制限されていたのだ。

グローバル・ヘルスの展望は急速に変化しているにも関わらず、日本の政府主導で ODA 中心の開発援助の枠組みは今日も変わっていない。1980年代からグローバル・ヘルスに貢献する非政府団体(NGO)の数は増えているものの、日本の市民社会の規模は依然小さく分散的であり、また歴史的に寄付も集まらず、寄付に対する税額控除制度もないことから、今も政府の資金に依存している(26)。また、グローバル・ヘルスの分野では、学術機関や独立系シンクタンクの貢献も僅かである。さらに、日本では全国の医学部に80以上の公衆衛生学教室と公衆衛生専門大学院が3つあるが、グローバル・ヘルスの研究や教育に積極的に取り組んでいるのはそのうちの一握りでしかない。企業においても、日本企業はテクノロジーと技術的専門性があり、重要な貢献ができるユニークな立場にあるにも関わらず、少数の例外を除いてグローバル・ヘル

スへの取組みにはほとんど関与していない。このような関与の欠如の根底には日本国民の間でグローバル・ヘルスに関する課題が周知されていないことがあり、少なくともその理由の1つとしてメディアがこの問題を十分に取り上げていないことがあげられる。

### 援助の基本指針

日本の対外援助政策は、援助は発展途上国とのパートナーシップの一部だという見方に広く基づいている(20)。そして、日本の援助アプローチは自助とオーナーシップという理念から、援助受入国からの要請に重点が置かれている(27)。このため、日本の保健医療分野における ODA は能力強化と持続可能性に焦点を当てたものとなっているが、これは主要ドナー(援助国)の中では珍しい(17)。また、日本は自助努力を重視するため、ヨーロッパの援助国の間で一般的な手法となっている受入国の保健セクター全般に対する不特定予算援助を、日本政府が行うことは少数の例外を除いてほとんどない(28)。

しかし、受入国政府の要望と実際のニーズが必ずしも一致しないこともあり、要請主義型援助がうまく機能しないケースもこれまでにあった。このアプローチの失敗を示す例として、1978年から1988年の対スリランカ保健医療開発援助が挙げられる。日本政府は、スリランカ国内の保健ニーズについての客観的な評価ではなく、スリランカ政府の要請に基づいて大規模第三次病院の建設のための資金支援を行った。これは1978年から1988年の対スリランカ保健医療開発援助の3分の1を占めたが、開

院から3年経った時点で、この病院の病床1001床の利用率は僅か66%であり、その利用の低さは深刻であった。この事業がスリランカの保健医療事情と保健セクターの受け入れ能力を十分に考慮せずに行なわれたことは明確であった(29)。

公平性を期するため指摘しておく、近年のグローバル・ヘルス・イニシアティブについてドナー主導型のアプローチもまた論議的となっている。特に、国際的なイニシアティブはドナー側が特定するターゲットに焦点が当てられる傾向があるが、これが時には受入国の他の保健ニーズにとって障害となることもあるからである(30)。これらを鑑みると、受入国の要請を考慮しようとする日本の意思にも利点がある。しかし、日本のアプローチを効果的にするためには、受入国からの要請を検討する際、きちんとしたモニタリングと評価に加え、受入国の保健ニーズの客観的な評価が不可欠である。

しかし、多くの官僚は外部による独立した審査に抵抗感を示すことから、これまで、日本のODAの効果についての分析は限られてきた(31-33)。実際に、日本の保健医療分野における開発援助についてODA諮問委員会が審査を行ったのは2008年が初めてであった。日本の援助のよい点として、フォローアップ活動の念入りさ、一貫性、そして計画の緻密さが挙げられた一方で、弱い点としては意思決定の遅さ、硬直した財務計画、現場レベルでの柔軟性の欠如、二国間援助と多国間援助との連携不足が指摘された(31)。しかし、実際の審査は質的なものであり、また場当たりのだったため、これら調査結果の中身もそれほど優れたも

のではなかった。

### 保健開発援助の近年の動向

日本のグローバル・ヘルス政策は外務省が策定するが、きちんとした報告・評価制度がないため、政府と民間双方の資金源を含む日本全体として保健医療分野における開発援助(development assistance for health: DAH)を追跡調査することは難しい。これまで、日本におけるDAHの比較研究はなく、各機関によるDAHデータの間には隔たりがある(34)。さらに、日本のODAの実績データでは分類方法と定義が過去15年間で変わってきているため、日本の3つのグローバル・ヘルス・イニシアティブ(1994年から2000年の人口・エイズに関する地球規模問題イニシアティブ、2000年から2005年の沖縄感染症対策イニシアティブ、2005年から2010年の保健と開発に関するイニシアティブ)を比較分析することは難しい。

このような制約があることから、われわれは日本のDAHの傾向を特定するため、本調査のために新たに作成したデータセットに加え、経済協力開発機構(OECD)開発援助委員会(DAC)と保健指標評価研究所のデータを分析した。図1は2008年におけるG7各国のDAHの対GNI(国民総所得)比率を高い順に示している。日本は対GNI比が最も低い(0.013%)のに対し、アメリカは最も高く(0.082%)、それにイギリス、フランス、カナダが続いている。また、アメリカの政府、市民社会、民間公益財団、またフランスとイギリスをはじめとするヨーロッパ諸国では、2000年にMDGsが宣言されて以降、DAHが大幅に



拡大されたのに対し、OECD で近年 DAH が縮小されているのは日本のみである。

日本のこの期待外れな実績には、いくつかの要因がある。第一に、日本経済の停滞により、日本政府による DAH は必然的に減少した。第二に、日本の保健医療分野における ODA の ODA 全体に占める割合は僅か 2% であり、これは OECD 諸国の平均 15% と比べて極めて低い。さらに、日本の民間セクターの DAH への貢献は DAH 全体の 1% に満たず、アメリカの 37.3% とは対照的である。これは、日本が未だグローバル・ヘルスにおいて民間資源を効果的に動員できておらず、その結果、日本が高いレベルの DAH を達成できていないことを示している。

日本の保健医療分野における開発援助の形態については、図 2 が示すように 40.4% が二国間、59.0% が多国間メカニズムを通じてのものである。全体の約半分が世界エイズ・マラリア・結核対策基金 (Global Fund)、世界銀行・国際開発協会 (IDA)、世界保健機関 (WHO) への拠出となっている。これに対して、アメリカは多国間メカニズムを通じての DAH は全体の 9.7% で、最も大きな割合は NGO などの民間団体を通じての援助である。また、WHO への拠出をさらに分担金と任意拠出金に分けると、日本の援助のほとんどが分担金であることが明確である (86.8%)。これは各国の GNI に応じて分担金が決められている国連の規定によるものである以上、仕方がないものであるが、ドナーは分担金の使用用途を決められないため、日本は WHO のグローバル・ヘルスアジェンダ設定に主要な役割を果たすことができていない。これとは対照

的にイギリスの WHO への拠出は 64.2% がいわゆる任意拠出金であるため、資金の使用用途決定に積極的に関与することができる。

#### グローバル・ヘルスの優先課題

日本の DAH に対する資金的貢献をみてみると、その大半は HIV/エイズ、結核、マラリアを含む感染症対策であることがわかる (図 3)。また、組織能力強化といった保健政策や管理運営の強化のための支援や、プライマリ・ヘルスケア・プログラムなどの基礎医療サービス、機材や資材を含む研究所の改善にも DAH を提供している。一方、保健医療人材の育成 (1.9%) や研究・開発 (2.5%) には僅かな資金が充てられているのみである。

地域的には、政治的、経済的關係が強いアジア諸国が常に日本の対外開発援助の最大の受け手となってきた。しかし、アジアの経済成長もあり、日本が地理的なターゲットを転換したため、アジアは 2000 年には日本の ODA の 65.7% を占めていたが、2008 年までにその割合は 20.1% に減少した。現在、日本はアフリカと中近東 (主にアフガニスタンとイラク) への支援を増加しており、2008 年はそれぞれ 44.5% と 26.2% を占めている。この地理的転換は、平和構築の取組みに対する日本のコミットメント及びサブサハラ・アフリカにおける乏しい健康改善状況 (36)、そして「アフリカ問題の解決なしに世界の安定と繁栄はない」という日本の強い信念に基づくものである (37)。このアフリカの開発に対する強いコミットメントは、アフリカがまだ国際社会で開発支援の中心となっていなかった

1990年代に、日本が第一回アフリカ開発会議 (TICAD) を開催した頃まで遡る (37)。

### 日本の埋もれた潜在性

『ランセット』の日本特集号では、日本がこの50年間に国民の健康と福祉を実現するために培ってきた豊富な保健医療の知識と経験について紹介している。この特集号の最初の論文(11)で示されているように、1960年代、日本は小児生存の鍵となる保健介入を大規模に拡大し、妊産婦、新生児、子どもの健康のために地域におけるケアと施設でのケアを効果的に結びつけ、幼児死亡率を大幅に減少させた。また結核治療の公的補助を適用して成人死亡率も効果的に減少させた他、基本的な医療サービスのための国民皆保険制度を確立し、保険の種類による患者負担の不均衡も徐々に縮めていった(8)。

これらの知識と経験は、保健関連MDGs達成のための取組みを拡大すべき今日、重要な価値がある。また、日本の医療保険(9, 10)と長期ケア(8)に関する経験と知識も、高齢化が進み、長期ケアが増加しているMDGs後の時代においては大きな財産となる。相互連携・相互依存がますます進む国際社会の一員として、日本はこれまで培ってきた知見を積極的に世界と共有し、世界各国の保健医療強化に活用していくべきである。

日本は、これまでも天然痘の根絶など数多くのグローバル・ヘルス・イニシアティブにおいて重要なリーダーシップをとってきた。1977年から1985年、蟻田功氏は天然痘根絶対策本部長としてWHOの天然痘根絶の取組みを主導、そのリーダーシップ

の下、1980年に天然痘根絶が達成された(38)。同様に、公衆衛生博士の古知新氏はWHOの結核対策を10年間指揮してきた。1990年代に結核治療の戦略として直視監視下短期化学療法(DOTS)の世界的な推進に中心的な役割を果たしたが、1994年にWHO事務局長は、この手法がそれまでの10年間で最も重要な公衆衛生上の進展であったと宣言した(39)。

政府レベルでは、日本政府が主催したG8九州沖縄サミット及びG8北海道洞爺湖サミットにおいて、グローバル・ヘルスを主要なアジェンダの1つに組込むことに成功した(40)。日本政府は多様な関係者を含む参加型アプローチを採用し、世界基金に代表される戦略的な官民パートナーシップの具体化を効果的に促進した(40-44)。この手法により、ハイレベルな政策立案者や官僚との調整が可能になり、保健システム強化をG8の優先アジェンダとすることができた(42-45)。

日本は伝統的に控えめな姿勢をとってきたため、グローバル・ヘルスにおけるこのような成果は十分に認識されていない。しかし、それを考慮しても、われわれが分析するところ、日本は未だグローバル・ヘルス分野において最大限の貢献をしているとはいえない。日本の埋もれている潜在性の中で最も明らかなのは、グローバル・ヘルスに対する資金量の低さであろう。さらに、エビデンスに基づく長期的なグローバル・ヘルス戦略が存在しないことも目立つが、これは、保健医療専門家によるきちんとした評価制度がないことが原因である。また、国内では保健医療について幅広い専門的知見が存在するにも関わらず、グローバル・

ヘルスの政策策定における日本の人的貢献は乏しい。たとえば、国連の分析によると(46)、日本人国連職員の数には十分ではないとされている。さらに、保健医療分野における修士号以上の学歴を有する職員は外務省に1人、JICAでは29人と推定され、これは明らかに日本ではグローバル・ヘルス専門家の育成と採用に十分な重点が置かれていないことを示している。

#### 日本のコミットメントの再強化

MDGsの達成期限が近づき、またさらに複雑さを増すMDGs後の保健課題も浮上する今日、グローバル・ヘルスは日本の優先事項となるべきである。この立場に強く共鳴するのは日本国民自身である。内閣府が2010年に行なった国民世論調査では(15)、さまざまな開発援助分野のうち、70%以上の人が政府が投資すべき対象として保健医療分野を最重要優先事項に挙げている。この世論調査では、回答者の58.0%は経済の停滞があっても政府は保健医療分野におけるODAを拡大すべきと答えたのに対し、縮小すべきと答えた人は僅か28.7%であった。グローバル・ヘルス分野における日本の貢献の現状と、国民が可能と考える日本の貢献レベルには明らかなギャップがあることがわかる。世界中でさらなるグローバル・ヘルスへの取組みが緊急に必要となる中、このような国民の圧倒的支持は改革の機会が存在することを示している。

#### D. 考察 変革の機会

2009年に外務省はODAの見直しを実施し、その結果としてMDGsの達成、各種ス

テークホルダーの連携、そしてさらなる効果的援助の重要性が強調された(36)。外務省が提案する改革は正しい方向に向かう第一歩ではあるが、今の日本のグローバル・ヘルスの枠組みには、さらに大幅な変革が必要不可欠である。この政治的過度期と幅広い国民の支持を背景として、日本は今、段階的ではなく抜本的な変革を準備するチャンスである(47)。われわれは、この改革を始動するための大胆な行動をとることを提案したい。

#### 政府機関とグローバル・ヘルス委員会

改革の最大の障害は、グローバル・ヘルスの政策策定における日本の時代遅れで硬直した組織構成であろう。グローバル・ヘルス・イニシアティブに関与する複数の省庁間で連携がとれていないことが特徴で、このような分極化された枠組みでは、国会、外務省、厚生労働省、財務省、そして二国間援助機関であるJICAの間で合意、調整ができなければ、その時点で進行が完全に止まってしまうか、そうでなくても遅れが生じる。このような背景がある中で、日本は国内で培われた保健医療知識をどのようにグローバル・ヘルス戦略に結びつけることができるだろうか。

われわれは、日本政府の最高レベルで、国内外の政策立案者、官僚、学術専門家、市民社会の代表から成るグローバル・ヘルス委員会を設置することを提案する。このようなプロセスにより、2008年のG8北海道洞爺湖サミットでは、連携と調整の欠如を克服することに成功した。この体制が1回限りで終わることなく再開され、組織的に維持される必要がある。さらに実施機関、

即ち JICA 保健部門, 国立保健医療科学院, 国立感染症研究所, 国立国際医療研究センターを統合し, 専門性と能力を強化する必要がある。

国内のグローバル・ヘルス関係者間の連携体制をこのように再編することは日本の最大の問題であるグローバル・ヘルス分野に対する資金量の低さという課題に対しても大いに役に立つ。また, ここで提案する機関統合と調整の改善は, 保健政策リーダーの育成, 人材のさらなる効果的な活用, そして日本のグローバル・ヘルス政策に関する独立したきちんとした評価といった面においても利点がある。

#### 保健医療分野における ODA のコミットメント

日本の保健医療分野における ODA は GNI の僅か 0.013% であるが, その金額自体はかなりなものである (2008 年においては 6.52 億ドル)。しかし, これは日本が貢献可能な額と比べてまだ小さい。資金がものをいうグローバル・ヘルスの世界では, 日本はこのような小さな予算で主要なリーダーとなることはできない。それでは, 日本はどのレベルまで資金的コミットメントを拡大すべきか, というのが重要な問題となる。

国際的に合意されている ODA のコミットメントレベルは GNI の 0.7% とされる。これに日本の ODA を比較することも重要ではあるが, 保健 ODA を大幅に上げずとも, この基準を達成することは理論上可能であるため, 日本の保健医療分野における ODA の包括的な評価には使えない。そのため, われわれは日本の ODA を対 GNI 比の

0.18% (2009 年時点) から単純に 0.7% まで引き上げることは提案しない。代わりに, これまで国際合意で定義されていなかった保健医療分野に特化した新たな ODA 基準を提案したい。これは, 保健 ODA の資金量を対 GNI 比 0.05% とすることである。この数字は OECD 開発援助委員会 22 カ国の保健医療分野における ODA の平均から算出した。

もし, 日本がグローバル・ヘルス分野で今よりもさらに大きな役割を果たすことを望むのならば, 保健医療分野における ODA を対 GNI 比で 0.013% から 0.05% に増加すべきである。このレベルを達成できれば, 日本政府の保健医療分野における ODA は今の約 4 倍の年間 25 億ドルとなり, アメリカに次ぐ世界第 2 位の保健医療分野における ODA ドナーとなる。これは, OECD 平均の 15% と比べると依然低い割合ではあるが, 保健医療分野に充てる ODA 全体に対する割合を, 現在の 2% から 7.7% に引き上げることで達成できる。

しかし, 残念なことに, 外務省は 2011 年の ODA 予算を 5.33 億ドル削減することを最近発表した。世界基金に対する予算削減額のみでも 1.69 億ドルにもなる (48)。東日本大震災後, 日本が国内の救援, 復興活動に重点を置くのは理解できるが, 日本がグローバル・ヘルスにおいて影響力を維持するためには, 政府は ODA の削減を早急に撤回する必要がある。

#### 民間セクターのイニシアティブ

日本の保健医療分野における開発援助 (DAH) の大半は政府由来である (図 2)。また, 日本の NGO の貢献は DAH 全体の僅