

グローバルヘルスの視点から見た我が国の保健医療の将来

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）

研究要旨

大きな変革期を迎えている地球規模の保健課題（グローバルヘルス）に対処するためには、我が国の国内外の保健戦略にも一貫性が必要である。我が国の医療制度は2つの点で世界的にも注目を集めている。まず、低コストで良好な健康指標を実現し、公平性を徐々に高めてきた皆保険制度は、今まさにグローバルヘルスの主要課題となっており、特に、高度経済成長を迎えようとする発展途上国のモデルとなりうる。次に、高度経済成長期に作られた現行の制度が少子高齢化の進む現在の日本では持続不可能になっており、今後どのような制度を構築していくのか、我が国の将来ビジョンが試されている点である。こうした観点から、本論考は、グローバルヘルスの最近潮流と我が国の戦略について論じる。

1. 保健医療は投資という発想

私は国内外の保健医療政策の研究を専門にしているが、この道に足を踏み入れたのは千葉県田舎の病院で救急当直の合間にたまたま読んだ一冊のレポート、世界銀行の「世界開発報告1993年度版：健康への投資」であった¹。当時はラリー・サマーズが主任エコノミストであり、世界銀行が従来のインフラ整備から人間開発へとシフトを始めた時期であった。また、世界保健機関（WHO）のリーダーシップの欠如に対する批判が世界中で巻き起こり、世界の保健政策の中心がジュネーブからワシントンへと移ろうとしている時期でもあった。

そのレポートには、開発途上国においても急速に高齢化と疾病構造の変化が進展していること、費用効果分析によると予防のみならず治療にも対費用効果の高い介入

があること、そして、何よりも健康は投資であり必ずしもコストではないこと、が実証的に示されていた。それまで、WHO（世界の厚生労働省）を中心とした、途上国といえは感染症と母子保健対策、そして基本的サービスへのアクセスを中心とした政策議論に慣れていた私には、目から鱗の落ちる思いであり、早速、筆頭著者を調べ、彼に会いにボストンまで行ったのが、保健医療政策との長い付き合いの始まりであった。

時は巡り、ちょうど20年後の2013年、世界の保健政策は再度、ジュネーブからワシントン、そしてシアトルへと移り、国内では社会保障が大きな政治アジェンダになり、公共事業の見直しが少しずつではあるが進んでいる。しかし、世界的には欧州を中心とした経済危機の影響が世界を蝕み、国内的には惰性と既得権益のために医療を含む

社会保障に関しては時代遅れの制度が継続し、その結果、真の弱者への保護は手薄く、また若い世代への負担が増大している。

現行の税と社会保障の一体改革は、増税という既存の制度の維持に必要な財源の調達に関する議論に終始している。しかし、今こそ「健康への投資」というメッセージを再度検討すべき時期に来ているのではないだろうか。そして、それは、必ずしも健康な生産労働人口を増やすというエコノミスト的ロジックのみでなく、斜陽化する製造業に変わる産業としての保健医療の構築という意味合いも含まれる。事実、保健医療の海外展開は世界の潮流であり、本稿では、グローバルな文脈から我が国の医療制度、そして我が国が今後国内外において取るべき戦略に関して私見を述べたい。

2. グローバル化する保健医療

保健医療制度は元来、各国の歴史や文化、社会経済状態、法制度に密接に関わるローカルなものである。しかし、グローバル化の流れの中で、保健医療もそれと無関係ではいられなくなってきた。「グローバルヘルス」とは、主に国内の人口を対象とする公衆衛生、植民地熱帯病を対象とする熱帯医学、先進国から途上国への技術移転を目的とする国際保健、それらがグローバル化の流れの中で結びついた分野のことである。日本語では「国境を越える保健医療課題」と訳されるが、それは、先進国と発展途上国間での双方向の連携、そして経験と知識の共有が必要であり、極めて学際的かつイノベーションを重視し、社会医学に限らず、ワクチン開発等の基礎研究や臨床も含まれる²。

このグローバルヘルス興隆の始まりは2000年に遡る。当時の国連事務総長コフィ・アナンが提唱し、国連加盟189カ国が合意したミレニアム開発目標(MDGs)である。MDGsは2015年までに国連加盟各国が達成すべき開発目標であるが、8つの目標のうち実に3つが保健医療関連目標であり、このMDGsによって保健医療は世界の開発のアジェンダとなった。

このような流れを受け、米国では2005年頃から「グローバルヘルス」という言葉が使われ出したが、近年、この言葉は瞬く間に世界中に広まった。今や世界の主な大学にはグローバルヘルスを標榜する教室が存在し、さらには、米戦略国際問題研究所(CSIS)や英王立国際問題研究所(チャタムハウス)といった著名外交政策シンクタンクにおいてもグローバルヘルスに関する部門が設けられている。

このように、保健医療のグローバル化は世界の潮流となっている。アジア諸国においても、タイやシンガポール、インドはメディカルツーリズムを推進しており、患者も医師も国境を越えて移動している。また、韓国は医療を国家戦略と定め、濟州島での医療特区構想(各国の医師免許を容認、医師の所得税撤廃)を提唱し、韓流ブーム戦略さながらの大胆な施策を打ち出している。このように、世界各地で「財源不足、医師不足、低収入の環境で、どのように良い医療を提供するか」という課題に対する様々な取組みがなされており、我が国がこのような事例から学ぶべきものは多い。

他方、我が国では、こうした世界の潮流に逆行している。不活化ポリオワクチン輸入と国内生産の例をとっても明らかなよう

に、数十年前の金融行政の護送船団を思わせる旧態然とした仕組みは、我が国の保健医療のグローバル化と発展を大きく妨げている。例えば臨床開発の分野においては、図1に示すように、欧米では特に共同開発数が急激に増加しているが、我が国のみが過去15年間ほとんど変わらない³。

また、我が国の保健医療のグローバル化の遅れは、保健関連ODAにも如実に示されている。2000年にMDGsが宣言されて以降、世界的には保健関連ODA予算は急増したのに対し、OECD加盟国のうち我が国のみが縮小している。また、日本の保健医療分野に対するODAは、ODA全体の僅か2%であり、これはOECD諸国平均の15%と比べて極めて低い⁴。未だに「健康への投資」という戦略的発想が無いのが日本なのである。

3. 皆保険制度がグローバルヘルスのアジェンダに

現在のグローバルヘルスの特徴は2つある。まず、その関係者が多様であること。WHOの財政的・政策的求心力の低下に伴い、官民連携型の国際機関やビル・ゲイツがマイクロソフトを引退後に設立したビル・アンド・メリнда・ゲイツ財団（ゲイツ財団）などの民間財団、そして近年では民間企業の存在感が増している。また、活動の中心が小規模な個別のプロジェクトから多国籍・官民連携を軸とする大規模なプログラム、そしてアジェンダ設定やルール作りへと変化していることが挙げられる。

次に、世界的な高齢化と疾病構造の変化により、優先課題が感染症から生活習慣病対策、そして皆保険制度構築へと変化している。2005年に開催された第58回世界保健

機関総会では、財政的に持続可能な皆保険制度の構築に向け努力することを加盟国に求める決議が採択された。実際、過去10年間でガーナやルワンダといった低所得国においても、低コストで国民皆保険を実現するための保険制度が導入されはじめている。このように、皆保険制度構築は今最もホットなグローバルヘルスのアジェンダなのである⁵。

4. なぜランセットが日本の保健医療制度の特集をしたか？

2011年は、我が国が皆保険制度を達成してから50年目にあたる年であった。その節目に、英国ランセット誌と共同で、日本の保健医療制度を特集する機会を得た⁶。ご存知のように、ランセット誌は世界で数百万人の読者を持つ世界で最も権威のある医学雑誌の一つである。しかし、ランセット誌がニュー・イングランド・ジャーナル・オブ・メディシンやJAMAなどのライバル誌と異なるユニークな点は、現編集長のリチャード・ホートンによるところが大きい。もちろん最大の読者である一般臨床家対象の論文が中心であるが、世界の医療制度、人権、健康と社会的公正、戦争等のテーマも定期的に取り上げる、極めて社会派的な雑誌なのである。それもそのはず、1823年の創刊時の編集長トーマス・ウェイクリーのモットーは、「読者に情報を伝え、楽しませ、そして、社会を変革すること」であり、その伝統が今も連綿と生きている。

なぜそのランセットが日本の医療制度の特集を企画したかといえば、それは、リチャード・ホートン本人の言葉が全てを物語るであろう。「日本の医療制度は日本国民

のみならず、世界の人々の健康のバロメーターであるという点でも、きわめて重要である。・・・日本は大変なソフトパワーを持っている。世界における確固たる地位を確保する努力と国内での政策を改善する力を発揮しようとしている。」⁷。閉塞感に覆われた国内状況だが、世界の我が国に対する信頼と期待はいまだに高いのである。

特に、我が国の医療制度は2つの点で世界的にも注目を集めている。まず、低コストで良好な健康指標を実現し、公平性を徐々に高めてきた皆保険制度は、今まさにグローバルヘルスの主要課題となっており、特に、高度経済成長を迎えようとする発展途上国のモデルとなりうること。次に、高度経済成長期に作られた現行の制度が少子高齢化の進む現在の日本では持続不可能になっており、今後どのような制度を構築していくのか、我が国の将来ビジョンが試されている点である。

5. 保健医療制度パフォーマンス分析の枠組み

ランセット日本特集号では、編集部から3つの要望があった。まず、過去と現在のみならず将来を見据えること。次に、日本の特殊事情のみならずグローバルな教訓も示すこと。そして、エビデンスに基づく議論をすることであった。分析の枠組みは、筆者もその枠組み作りに関わった「世界保健報告 2000 年度版：保健制度パフォーマンス分析」の枠組みを用いた（図2）⁸。

保健制度パフォーマンス分析は、元々は次の5つの重要な比較分析が行うことを目的としたものであった：1) 保健アウトカムのばらつきはどのくらい保健医療制度の相

違によって説明できるのか？2) 保健医療制度パフォーマンスの改善によって保健アウトカムはどのくらい改善できるか？3) どの保健医療制度が保健アウトカムを改善するのに良いか？4) どの保健医療制度が対費用効果が高いか？5) 保健医療制度のパフォーマンスの決定要因は何か？

この枠組みは、保健医療制度をその機能（インプット）と目標（アウトプット）に分けた極めてシンプルなものであるが、ともするとインプット（財源や医療従事者数など）の議論に終始する医療制度改革において、何が本質であるかを忘れないためには極めて有用である。保健医療制度の主な目標は、健康アウトカムの増進であり、それに加えて、保健サービス以外の期待への対応や医療費の公平な負担を達成することが重要であるとしている⁸。

6. 我が国の保健医療制度の現状と課題：グローバルヘルスの観点から

Savedoffらの研究によると、皆保険が成り立つ条件としては、経済成長、人口構成が若いこと、そして、政治的後押しがあることの3つがあるという⁵。我が国が皆保険を達成した1961年前後の政治、社会経済状況を鑑みれば、日本はまさにその3条件を満たしていた。要するに、我が国の皆保険制度は、加入者の負担による社会保険制度のもとに、我が国がまだ若く経済成長のまっただ中にできた、いわば発展途上国モデルである。そして、50年後の今、この条件が満たされつつあるのが、現在のアジアやアフリカの多くの新興国である。第2次大戦後、発展途上国型の皆保険制度を完璧に作

り上げた我が国のこれまでの経験と教訓こそが、これから世界で生かされるのである。

北原は、こうした点を鑑み、我が国の保健医療の産業化と制度のパッケージ輸出を提言している⁹。実際、経済成長が急速に起こる場合、保健医療供給体制のキャッチアップは通常遅れるために、確実に保険制度が導入されるのであれば、初期投資は十分に回収できる。この際、大切なことは、保険制度に関する研修や病院建設といった従来のODAプロジェクトや企業のCSRではなく、現地で持続可能なビジネスモデルを用いることである。例えば、日本型の医療を中心とし、保健医療システムにITを導入し、同時に日本式教育での現地の人材育成、さらには公務員共済や企業共済を組み合わせることで日本病院と提携し、企業の福利厚生を充実させることで日本式システムをパッケージとして導入することが可能であり、経済的リターンとともに外交的にも我が国のイメージ向上が可能である。

考えてみると、後藤新平が台湾で行ったことはまさに、日本型の医療、教育や農業のパッケージ輸出による地域おこし、国づくりであった。この日本型モデルに着目したのが、MDGsの土台を築いた著名なマクロ経済学者であるジェフリー・サックスである。彼は、アフリカの最貧地域がMDGsを達成するために、ミレニアム・ビレッジ・プロジェクト（MVP）を2006年に立ち上げ、保健医療、教育、農業、テクノロジーとイノベーション、水とエネルギー、ジェンダーと公平性、環境、ビジネスと起業家精神という8つのセクター毎に戦略を設定し、これに基づく施策をコミュニティ主導の包括的アプローチを用いて極度の貧困となる

要因を削減しようとした。また、MVPは学界やビジネス、市民社会、政府の全員参加型アプローチを用いている。MVPは、日本政府やゲイツ財団の支援を受け、大きな成果を上げた¹⁰。

我が国の保健医療分野における過去50年間の最大の成果は、国民間での公平性を高めながら低コストで良好な健康アウトカムを実現したことである。健康アウトカムに関しては、日本は、食事等のおかげで虚血性心疾患および一部のがんの危険因子が元々低かったことから多大な恩恵を受けてきており、1950年代には既に他の先進国に比べて虚血性心疾患による死亡率が低かった。ただし、脳卒中死亡率は極めて高く、平均寿命の急激な伸びの1つの理由は、主に公衆衛生対策および血圧などの主要危険因子のプライマリ・ケアにおける管理によるものであり、やはり保健医療制度のインパクトは大きい¹¹。また、我々の分析では、少なくとも同じニーズを持つ人が同等の医療を受けられるか、医療費は公平に負担されているか、そして、家計の壊滅的な負担の予防の割合に関しては他国と比較しても比較的良くあり、我が国の皆保険制度下での保健制度パフォーマンスは世界的にもこれまでは満足できるものであった¹²。

しかし、良好な健康アウトカムにも陰りが見え始めている。1990年代中頃以降は、他国に比べて成人男性死亡率の低下率が鈍化しており、成人女性も成人男性ほどではないがやはり鈍化している。日本は男性の死亡率についてはスウェーデン、イタリア、オーストラリアの、また女性の死亡率についてはスウェーデンの後塵を拝している。近年の傾向が続けば、他の国の成人死亡率

が日本を下回る可能性がある¹³。

池田らは、他の先進国に比べてタバコや高血圧がまだまだ多いこと（図3）、肥満度指数が少しずつ上昇していること、自殺率が高くまた上昇していることなど、実績悪化の原因を数多く提示している¹¹。さらに、日本には国民皆保険制度がありアクセスは良いが、提供されている医療の質が低い可能性も指摘されている。例えば、我が国では高血圧や高コレステロール血症の患者が実際に治療される割合は他の先進国に比べてはるかに低い¹²。図4に示すように、高血圧症および高コレステロール血症を抑える薬剤を現在処方されている患者のうち、目標数値を達成したのは半数にすぎなかった。さらに、未診察・未治療患者の割合は、米国の推計数よりも多かった。医療の質が不十分なことを考慮すれば、日本の死亡率をさらに低下させるには保健医療制度を刷新する必要があるかもしれない。

これまでの途上国型モデルは国外の医療展開には極めて有用であるが、国内ではそれでは対応できない。日本は基本政策として、診療報酬点数表により支払条件を供給側で厳格に管理する一方、サービスの提供方法については自由放任主義的アプローチを取ってきた為に、深刻な受給ミスマッチが生じている¹²。ワシントン大学のマレーは、経済停滞、政治の混乱、高齢化、十分ではないタバコ対策という状況の中で、日本は保健医療の新たな課題に効果的に対応しておらず、これらの課題に取り組むには、安価で多くの患者を診る従来の保健医療制度へのアクセスを全国民に保証するだけでは不十分であると指摘している。我が国は一致協力して取り組まなければ、米国と同様、

世界での平均寿命ランキングから下がっていく可能性があるとさえ指摘する¹³。しかし、少子高齢化の進む今もなお、高度経済成長時代の制度が惰性的に継続されているのが現状である。橋本らの試算では、無保険者も既に百万人以上おり、皆保険は実質破綻していると考える¹²。

さらに、医療費を賄うために税を投入しているが、社会保険のリスクシェアリングという原則あるいは応能負担による所得再分配機能という二つの目的が極めて曖昧にされながら、多くの保険制度改革議論は財源論に終始している。財源論はもちろん重要である。尤も給付の抑制、無駄なサービスのカットや成果に基づく支払い、混合診療、医療の規制緩和などは、やるかやらないかではなく、いつどのようにやるかというイシューであろう。しかし、それは必ずしも今後の医療の価値やあり方の本質ではない。こうした我が国の医療のあり方を論ずることなく、既存の制度の財源をとりあえず確保し、延命するという現在の医療行政の継続は極めて困難な時期に来ている。

7. 国民皆保険制度が抱える今後の課題は世界から注目されている

日本は、少子高齢化の進展、経済的不確実性の増大、そしてグローバルイゼーションという今日的な文脈のもとで、「健康」の意味を考え直す必要に直面している。特に、国民が健康に対して抱いている価値観に寄りそって、国内外ともに整合性のある健康ビジョンを策定する必要がある⁴。これが、ランセット日本特集号の最大のメッセージなのである。

日本は、伝統的な国家安全保障に加えて

「人間の安全保障」、つまり、すべての人々を危機的かつ蔓延する脅威から守り、生存・暮らし・尊厳のための糧を与えることを外交政策の礎にした。緒方貞子氏とアマルティア・セン教授を委員長として国連に「人間の安全保障委員会を作り、その意義を広めた。それは日本が政治・経済・社会の発展の相互依存性を理解していたからであるといえよう。これまで機能してきた我が国の保健医療制度は破綻し始めており、最近の震災でも明らかかなように、現在では国内の人間の安全保障をも脅かし始めている。人間の安全保障がこれまで以上に重要であり、このコンセプトをもっと積極的に国内政策に応用することが必要であると筆者は考える。アマルティア・センの弟子である経済学者アナンドは、人間の安全保障のコンセプトの主要な課題の1つは人々の健康を守ることであり、そのために包括的な国民皆保険制度は必須である、と述べている¹⁴。

国民皆保険制度が達成した成果は大きい。しかし、過去の成功が現状に合わなくなっているのも事実である。国民皆保険制度は目的ではなく、あくまでも保健医療の目標を達成するための一つの手段である。日本の国民皆保険制度が抱えている課題の一つは、財源もそうだが、保健医療のあり方やそれに対する人々の価値観が変わってきていることをきちんと認識すべきである。今までのように、安くて皆が同じような医療を受けられればそれで良いという時代ではなく、個人のニーズ、価値観を重視した高付加価値の保健医療へと質的に転換しなければならない。そして、困っている人々には手厚い保護を行う。その際に核となる考

えが「人間の安全保障」であり、それを達成する際に必要となる発想が「保健医療は投資」であるということである。実状に合わせて我が国の保健医療制度をより良いものにするには、官僚や学者、政治家任せにするのではなく、国民が自分たちの切実な問題として考え、行動しなくては行けない。外交安全保障と同様に、保健医療はあるのが当たり前ではなく、自分たちで守らなくては行けない。日本のような急速に高齢化が進む国は殆どなく、日本がこうした問題をどのように解決していくかは、今後のモデルとして世界中が注目している。

*本稿は、「渋谷健司. 我が国の医療の進むべき道: グローバルヘルスの観点から. 保険診療2013;68:55-59」に掲載された。

引用文献

1. World Bank. World Development Report 1993: Investing in Health. New York: Oxford University Press, 1993.
2. Koplan JP et al. Towards a common definition of global health. *Lancet* 2009;373:1993-95.
3. 小野俊介. Pharmaprojects (2011) に基づく集計 (東大薬・医薬品評価科学講座), 2011.
4. Shibuya K et al. Future of Japan's system of good health at low cost with equity: beyond universal coverage. *Lancet* 2011;378:1265-73.
5. Savedoff WD et al. Political and economic aspects of the transition to universal health coverage. *Lancet* 2012;380:924-32.
6. *Lancet*. Japan: universal health care at 50

- years. Lancet 2011;378:1049.
7. R. H. Japan: a mirror for our future. Lancet 2010;378:1049.
 8. WHO. World Health Report 2000 - Health Systems: Improving Performance. Geneva: WHO, 2000.
 9. 北原茂実. 「病院」がトヨタを越える日.: 講談社, 2011.
 10. Pronyk PM et al. The effect of an integrated multisector model for achieving the Millennium Development Goals and improving child survival in rural sub-Saharan Africa: a non-randomised controlled assessment. Lancet 2012;379:2179-88.
 11. Ikeda N et al. What has made the population of Japan healthy? . Lancet 2011;378:1094-105.
 12. Hashimoto H et al. Cost containment and quality of care in Japan: is there a trade-off? Lancet 2011;378(1174-1182).
 13. Murray CJL. Why is Japanese life expectancy so high? Lancet 378:1124-25.
 14. Anand S. Human security and universal health insurance. Lancet 2012;379:9-10.
- A. 研究発表
1. 論文発表
渋谷健司. 我が国の医療の進むべき道: グローバルヘルスの観点から. 保険診療 2013;68:55-59
 2. 学会発表
なし
- B. 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
なし

図1：日米欧・臨床開発プロジェクト数の推移

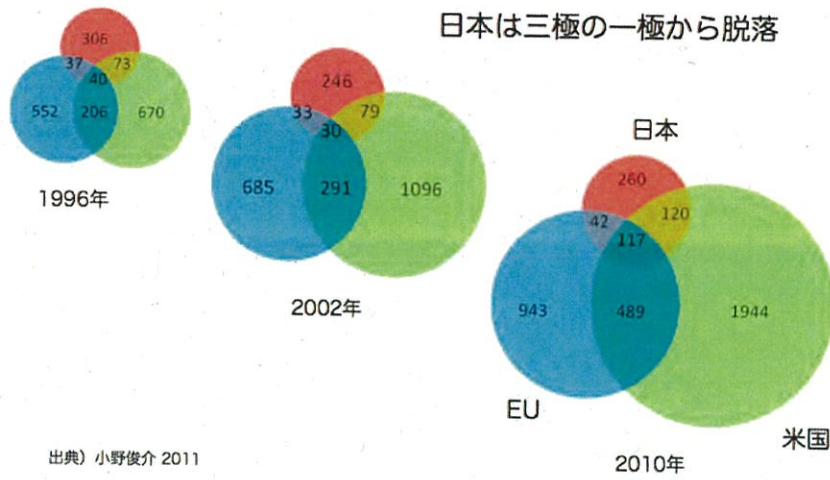


図2：保健制度パフォーマンス分析の枠組み

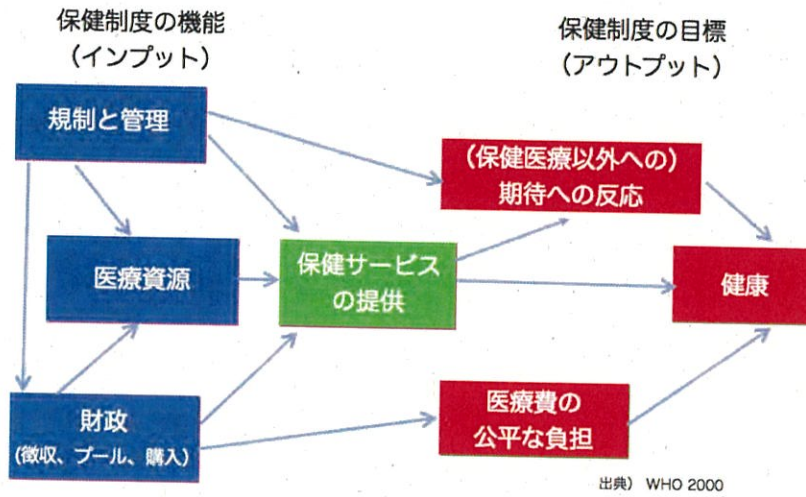


図3：危険因子による死亡数（2007年）

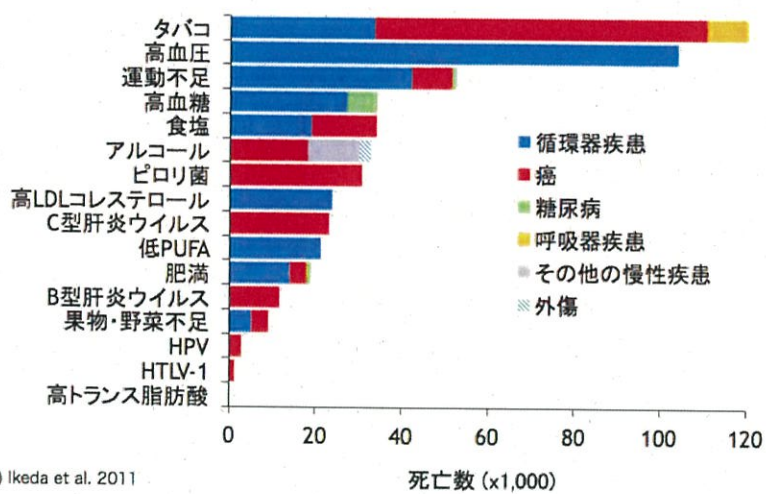
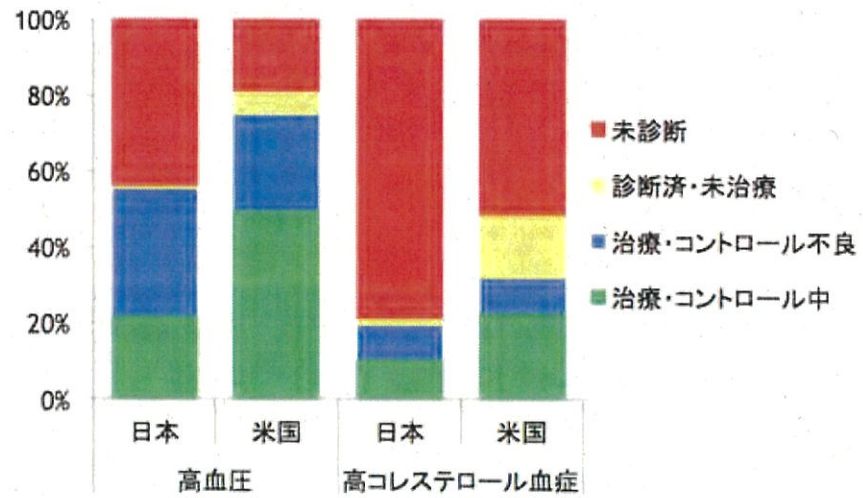


図4：日米の危険因子の診察率と管理の状況



出典) Hashimoto et al. 2011