

厚生労働行政推進調査事業費補助金

(地球規模保健課題解決推進のための行政施策に関する研究事業)

「伊勢志摩 G7 サミットとそのフォローアップにおける我が国の国際保健政策」

(H28-地球規模-指定-002)

平成 28 年度総括研究報告書

総括研究報告書

主任研究者： 渋谷健司 東京大学大学院医学系研究科 国際保健政策学教室 教授

研究要旨 グローバル化が著しい今日、人間の安全保障の実現は、テロの脅威や難民・移民問題、感染症の流行、気候変動などの課題に同時に取り組んでいる指導者が対応すべき主要課題である。ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）の推進は、2014年に西アフリカで起きたエボラ流行と同様な感染症アウトブレイクの予防と、将来の緊急事態にも耐えうる強靱な保健システムの構築に資することになる。そして、強靱な保健システムはUHC 実現の前提条件となる。

そこで研究代表者らは、2016年5月に日本で開催された主要7カ国首脳会議において、全世界の人間の安全保障を実現することを目指してG7各国がグローバルヘルスのために取るべき協同行動として3つの領域、すなわち、

- 1) 公衆衛生上の緊急事態に対する事前対策及び対応を可能にするグローバルヘルス・アーキテクチャーの再編
- 2) 保健システムの強靱性と持続可能性に関するベストプラクティスを共有し、その知見を活用するプラットフォームの構築
- 3) グローバルヘルス・セキュリティのための研究開発とシステムイノベーションの調整及び資金調達の強化

を提案した。

特に、我が国が各国と連携しながら、新たな基金や組織を創設するのではなく、既存の資金調達の仕組みや制度を見直し効率性と有効性を高めることが重要であることを指摘した。各国が賢明な投資を行えば、保健システムの成果と説明責任を監視、追跡、精査、評価する能力が向上し、その結果、グローバルヘルスに起こりうる将来の緊急事態に十分に備えることができる。

A．研究目的

感染症の大流行、テロの脅威、難民・移民問題、気候変動の影響が世界中で実感されるなど、2015 年は人間の安全保障が地球規模で重要な議題であることが明らかになった一年であった。とりわけ、2014 年に西アフリカを中心に発生したエボラ危機は、国境を越える外部性の管理やグローバルな公共財の提供、グローバルなシステムの効果的な指導力や受託責任能力といった各国の協働が必要となるグローバルヘルスの主要な機能の根本的脆弱性を示すことになった。さらに国連に目を向ければ、2015 年の国連総会では「ミレニアム開発目標(MDGs)」に続く世界的な目標として、普遍性、持続可能性、国を超えたグローバル・パートナーシップを重視した持続可能な開発目標(SDGs)を盛り込んだ「持続可能な開発のための 2030 アジェンダ(2030)」が採択されるなど、従来の疾病対策プログラムから、保健システム強化(HSS)、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ(UHC)と保健医療制度の持続可能性までを網羅するようになった変化が見て取れる。

このような、SDGs 時代の幕開けとエボラ危機の余波が残る中で、我が国は 2008 年以来 8 年ぶりの主要 7 개국首脳会議(G7)の議長国を務めた¹。G7 では、国、地域、グローバルレベルで保健システムを強化する協調行動を明らかにすることで、グローバルヘルスにおける協力を推進することが可能であり、グローバルヘルスアジェンダを前進させる重要な機会でもある。この G7 議長国としての機会を最大限有効に活用すべく、我が国では

2014 年 10 月から日本グローバルヘルス・ワーキンググループ(専門分野の垣根を越えたマルチステークホルダーからなる部会)を招集し、グローバルヘルスと人間の安全保障に関する首脳会談の指針作成に尽力してきた。

人間の安全保障は、「人間の生命にとってかけがえのない中核を守り、すべての人の自由と可能性を実現すること」と定義され、長らく我が国の外交政策の柱となってきた²。人間の安全保障を実現するためには、蔓延する重大な脅威から人間を守り、困難な状況に対処する能力を育成する必要があるが、エボラ危機により、個人と集団のレベルでの人間の安全保障にさらに関心を向けていくことの重要性が高まっている。とりわけ、SDGs でも強調されている UHC の達成は、すべての人に医療サービス、必須ワクチン、医薬品へのアクセスを提供することにより、あらゆる個人の健康へのアクセスを保証することで、個人と集団の安全保障を結びつける手段として機能するものであり、低中所得国を中心に UHC 達成に向けた一層の努力が求められている³。

このような背景を踏まえ、本研究では、G7 伊勢志摩サミットに向けてグローバルヘルスにおける課題を検討し、UHC がいかに人間の安全保障に寄与し、SDGs を推進するかについて考察を重ね、さらには G7 伊勢志摩サミットに対して主要国首脳それぞれが取るべき行動について提言を行う。さらに、保健外交に特化したワークショップを開催しグローバルヘルス人材の育成を行うとともに、トレ

ーニングマテリアルの開発を行う。

B．研究方法

本研究は、G7 伊勢志摩サミット及び G7 神戸保健大臣会合という 2 つのサミットプロセスに直接貢献しながら、学際的かつ国際的な分析を行うという点で、これまでに類を見ないほど独自性の高い研究であり、実際の分析、及び、サミットプロセスにおける政策議論への支援に際しては、世界保健機関(WHO)、OECD や世界銀行などの協力を得ながら、内閣官房、厚生労働省、外務省、財務省、政府関係機関(国際協力機構(JICA)、国立国際医療研究センター(NCGM)、国立保健医療科学院(NIPH)、国立社会保障・人口問題研究所、国立感染症研究所等)、市民社会組織、民間セクター(製薬業界等) など広くステークホルダーを巻き込んで議論が行われた。SDGs は人間開発と人間の安全保障の概念を新たな観点からまとめたものであり、本研究では、UHC と人間の安全保障、さらには SDGs の関係性について分析・提言を行ったものである。

実際の分析プロセスにおいては、前述のマルチステークホルダーからなるワーキンググループでの議論を通じて、人間の安全保障に向けた進展を加速するための目標(実行内容) として、1. 人間の安全保障上の脅威に対する事前対策と対応の強化、2. 特に NCDs 及び高齢化社会の観点から、持続可能で良質な保健システムの実現、3. 研究開発及びシステムイノベーションの促進、の 3 つを取り上げた。さらに、これら目標(実行内容) を具体的に実行するための方法として、1. 効果的

な指導力と調整、2. 説明責任、3. 持続可能な資金の 3 つを挙げた。この 3×3 のマトリクスに基づき、筆者らは人間の安全保障に向けた UHC の実現に関わるグローバルヘルス領域における課題の分析を行った。さらには、各目標の詳細な分析に基づき、G7 首脳国に対して、各国首脳が行うべき貢献について提言を行った。

C．研究結果

目標 1. 人間の安全保障上の脅威に対する事前対策と対応の強化

災害や戦争、パンデミックといった脅威に対する脆弱性は、社会経済状況や地域、個人・家庭固有の状況によって異なる。しかしながら、保健医療分野に限ってみれば、2011 年に発生した東日本大震災の事例では、現地の医療機関は壊滅的な被害を受けたものの、UHC に基づき標準化された医療行政情報の提供と自己負担額の一時的免除により、多くの被災地域で国民は途切れることなく医療サービスを受けることができた⁴。こうした経験は、強靱な UHC システムが公衆衛生の緊急事態においても、しっかりとした対応の基盤になっていることを証明するものである。

従って、各国が UHC 導入に向けて取り組む場合には公衆衛生危機事態への対応策も盛り込み、国家または地域の対応力と調整能力を強化することが望ましい。しかしながら、危機時における適切な情報と説明責任の枠組みや、関係諸機関との調整に関する国レベルでの能力は未だ不十分であり、本来であればそれらを技術支援し調整する立場である WHO

についても十分な役割を果たしているとは言えない。

目標 2. 特に NCDs 及び高齢化社会の観点から、持続可能で良質な保健システムの実現

世界各国で高齢化が進み、保健医療サービスがかつてなく多種多様化している中で、UHC の導入を進めている国は人口及び疫学転換を視野に入れたシステムを構築することが必要である。我が国では、2025 年までに包括的な医療サービス及び長期ケアサービスを地域の中で提供する「地域包括ケアシステム (ICCS)」の構築を目指し各種改革を進めている⁵。ICCS の中では、2015 年に設置された大臣の私的懇談会である「保健医療 2035」の中で提言している通り⁶、保健医療システムが、インプットからアウトカムへ、量から質・効率性へ、治癒からケアへ、専門文化からセクター横断的な統合的アプローチへとその価値観をシフトすることが必要である。

持続可能で良質な保健システムの課題は日本のみならずどの国にも当てはまる。日本の ICCS 及び保健医療 2035 の事例にも見られる通り、保健システムの構築においては、保健医療の質と長期ケアの提供を強化するコミュニティにおける統合的な保健医療サービスモデルに基づき、病院中心のケアから患者中心の長期ケアにシフトすることが良い。

目標 3. 研究開発及びシステムイノベーションの促進

近年の医薬品開発費用の大半は先進国を中心とする疾患に割り当てられており、2010 年

に顧みられない熱帯病に配分された保健医療研究開発費は全体のわずか 1% に過ぎなかった⁷。感染症の世界的な蔓延は、こうした途上国を中心に蔓延する疾病に対する研究開発が不十分であることが、世界全体にとっての問題であることを示している。とりわけ、公的セクターからの資金拠出が減少しており (民間セクターからの資金供与は増加) また研究開発の優先順位決定や、支援プロセスの効率化についても、十分な調整メカニズムが存在していない。

D. 考察

以上分析結果を踏まえて、筆者らは G7 伊勢志摩サミット及び神戸保健大臣会合に対して、優先的に取り組むべき行動として以下を提案する。

提言 1. 公衆衛生の緊急事態に対して実効性のある事前対策及び対応を可能にするグローバルヘルス・アーキテクチャーの構築

G7 は独立した立場での監督や、WHO 改革を含めた公衆衛生上の緊急事態に対応する実効性のあるグローバルな事前対策と対応の策定を行うことが望ましいと考える。具体的には、WHO と国連の枠組みを強化する、公衆衛生上の緊急事態と事前対策においてグローバルな調整を図る、UHC に不可欠な構成要素である国際保健規則及び世界健康安全保障アジェンダを実施する中核的能力の構築を支援する、保健システムの監視と評価の焦点をグローバルに制御されたメカニズムから各国独自のものへ変更する、疾病対策イニシアチブを強化し保健システム強化 (HSS) に組

み入れる、といった内容が挙げられる。

提言2. 保健システムの強靱性と持続可能性に関する知見と実践を共有するプラットフォームの構築

G7は、途上国が保健システムのパフォーマンスを向上するために5つの主要領域(保健医療の財源確保と革新的な支払いメカニズムの構築、保健人材とスキルの再編、コミュニティにおける保健医療サービスとソーシャルケアサービスを統合した包括的国際保健システムの構築、健康で活動的な高齢化の推進、保健医療の質と長期ケアサービスの改善)において知見を共有し、連携するための行動を提言することが望ましい。具体的には、保健医療セクターと金融セクターの間の連携及び対話を推進し、保健システムの持続可能性のために国内財源を動員することを低・中所得国に提唱するとともに、こうした低・中所得国が、保健システム分析のための専門的技術及び組織能力を育成できるよう、支援することが望ましい。

提言3. グローバルヘルス・セキュリティ推進のための研究開発とシステムイノベーションにおける調整及び資金調達の強化

G7各国は新薬、ワクチン、診断法(特に顧みられない熱帯病や抗菌剤耐性関連)の研究開発と、そうしたサービスの資金提供及び資金供与を支えるシステムのイノベーションに対する支援を強化していくことが望ましい。具体的には、G7が主導して優先的な取り組みが必要な疾病及びプロジェクトを特定するとともに、グローバルヘルスの研究開発に対

する投資額を倍増させることが期待される。

E. 結論

テロの脅威や難民・移民問題、感染症の流行、気候変動など、世界の課題がますます複雑化する中で、G7は総力を挙げてこうしたグローバルな課題に取り組む必要がある。かつて日本が、国民皆保険制度を通じて個人と集団の安全保障を結びつける効果的なメカニズムを成功させたことは、地球規模での行動にとって重要な教訓となるであろう。資金調達においても、基金や組織を新たに創設するのではなく、既存の資金調達の仕組みや制度を見直し、効率性と有効性を高めることが求められる。

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

1. 論文発表

Japan Global Health Working Group. Protecting human security: proposals for the G7 Ise-Shima Summit in Japan. *The Lancet*. 2016; 387(10033): 2155-2162.

2. 学会発表

特になし

H. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む。)

1. 特許取得

特になし

2. 実用新案登録

特になし

3. その他

特になし

参考文献

1. 外務省. 国際保健のための G7 伊勢志摩 ビジション 2016; <http://www.mofa.go.jp/mofaj/files/000160313.pdf>. Accessed May 31, 2017.
2. Abe S. Japan's strategy for global health diplomacy: why it matters. *Lancet* 2013; **382**(9896): 915-6.
3. Schmidt H, Gostin LO, Emanuel EJ. Public health, universal health coverage, and Sustainable Development Goals: can they coexist? *Lancet* 2015; **386**(9996): 928-30.
4. Tanihara S, Tomio J, Kobayashi Y. Using health insurance claim information for evacuee medical support and reconstruction after the Great East Japan Earthquake. *Disaster medicine and public health preparedness* 2013; **7**(4): 403-7.
5. Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan. Integrated community healthcare system [Japanese]. Tokyo: Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan. http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/ Accessed May 31, 2017.
6. Miyata H, Ezoe S, Hori M, et al. Japan's vision for health care in 2035. *Lancet* 2015; **385**(9987): 2549-50.
7. Rottingen JA, Regmi S, Eide M, et al. Mapping of available health research and development data: what's there, what's missing, and what role is there for a global observatory? *Lancet* 2013; **382**(9900): 1286-307.

