

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）

「我が国の世界保健総会等における効果的なプレゼンスの確立に関する研究」(H29-地球規模-
一般-002)

総合研究報告書

主任研究

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

2016年のG7伊勢志摩サミット・神戸保健大臣会合では、議長国である日本が中心となり世界を巻き込んだ政策形成が行われ、グローバルヘルス分野における我が国のプレゼンスが確実に示された。G7を終えた現在も、我が国が主導してグローバルヘルスの課題を前進させ、主要会合において効果的に議論を先導する役割を果たす必要がある。今年度はまず初めにG7伊勢志摩サミットのプロセスを通じて我が国がグローバルヘルスにどのように貢献したかについて分析を行った。加えて、日本がグローバルヘルス分野優先領域として定めているユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）については、現在世界的にも大きな政策目標となっており、我が国の知見がアジア諸国を中心とした発展途上国から求められている。また、低成長と少子高齢化の中で多くの課題が噴出し、我が国がどのように対応していくかが世界の注目を集めている。このような状況を踏まえ、WHOのAsia-Pacific Health Observatory（APO）の枠組みを活用し、我が国の保健医療制度の現状と課題及び将来像を書籍「Resilient and people-centred health systems: Progress, challenges and future directions in Asia. New Delhi」にて発表した（第7章 Japan Chapter）。さらには、このようにして得られた知見が、今後UHCの達成を目指している各国においてどの程度有用であるかを検証するために、ミャンマーをケースとしてUHC達成状況について評価を行った。なお日本・諸外国共にUHCを含めた今後のグローバル・ヘルスの推進には人材育成が急務であることから、本研究ではタイ公衆衛生省等と協力し、ワークショップの開催並びに人材開発プログラムの策定を実施した。

本研究から得られた知見は、今後UHC達成を目指す各国にとって、社会経済状況や疾病構造の変化とそれが保健医療政策に及ぼす影響についての対処を講じるために有用となるとともに、我が国が国際会議等の場でUHCの議論に参画する際の基盤となる知識を提供するものである。

分担研究者

明石秀親 国立国際医療研究センター、
運営企画部長

三好知明 国立国際医療研究センター、
人材開発部長

阿部サラ 国立がん研究センター、特任
研究員

齋藤英子 国立がん研究センター、研究
員

坂元晴香 東京大学大学院医学系研究科
国際保健政策学教室、特任研究員

野村周平 東京大学大学院医学系研究科
国際保健政策学教室、助教

ミザヌール ラーマン 東京大学大学院医
学系研究科、助教

米岡大輔 東京大学大学院、客員研究員

A. 研究目的

2016年のG7伊勢志摩サミット・神戸保健大臣会合では、議長国である日本が中心となり世界を巻き込んだ政策形成が行われ、グローバルヘルス分野における我が国のプレゼンスが確実に示された。G7を終えた現在も、我が国が主導してグローバルヘルスの課題を前進させ、主要会合において効果的に議論を先導する役割を果たす必要がある。しかし、これまで、国際的議論の場における戦略的介入に関する系統的な分析は我が国では行われていない。

政策分析と定量的分析の2つのアプローチを有機的に用いて、今後のWHO主要会合において我が国がより効果的にイニシアチブを

取るための方策を提案する。先のG7に向けて我が国の国際保健外交政策の現場に参画し政策指針をまとめた実績ある研究者が、政府及びWHO関係者らと共同で分析を行うために、成果が確実に期待できる。さらに、特に若手の政府人材を含む将来の国際保健人材に対し会議等でのスピーチや交渉、ファシリテーションの能力開発、効果的・戦略的介入のためのワークショップ開催を行うとともに、政府代表団に同行し実際の各種会合において直接的な技術支援も提供する。

上記目的を視野に以下4つの研究を実施する。

- 1) 2016年G7伊勢志摩サミットを通じて、我が国のグローバルヘルス分野への貢献に関する分析
- 2) 我が国がグローバルヘルス分野の重点課題としてあげるUHCに焦点を当て、我が国の医療保健制度を包括的に分析し、諸外国がUHC達成を目指すうえで有用な知見の抽出
- 3) 上記2)の成果がどのように諸外国にとって有用となりうるかを検討するために、アジア諸国を中心とした低中所得国におけるUHC達成状況の評価
- 4) 各種国際会議における技術支援及び人材育成

本研究の成果は、我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に直接資するものであり、我が国の国際保健外交戦略とも合致した内容である。主な成果物は、政府へ向けたWHO主要会合のための戦略提

言書、学術論文、効果的・戦略的介入のためのマニュアル開発とワークショップ開催である。若手人材の能力開発や政府代表団への技術支援は、我が国における保健医療政策分析人材の知的・人的貢献のプールを作ることにも視野に入れている。

B. 研究方法

G7 を通じた日本のグローバルヘルスへの貢献に関する分析

坂元と渋谷は、実際に G7 伊勢志摩のプロセスに関わった研究者・行政官と連携しながら、G7 伊勢志摩サミットで主要議題として取り上げられた Universal Health Coverage (UHC) と Global Health Architecture を取り上げ、日本がどのように貢献を行ったか文献調査やインタビューを行い Shiffman's framework を用いて、それぞれの議題における政治的過程の分析を行なった。

我が国の医療保健制度の包括的分析

本研究では、WHO の Asia-Pacific Health Observatory (APO) の枠組みを活用し、我が国の保健医療制度について包括的な分析を行うとともに、都道府県別の疾病負荷分析を行なった。そのために、疫学、統計学、計量経済学、情報工学などの数量分析手法を駆使し、国内外の疾病負荷研究統括の実績のある研究代表者のリーダーシップのもと、異なる学問分野で実績のある研究者が連携して行う学際的な共同研究を推進した。それぞれ関連した研究項目に関して、時空間ベイズモデル、ベイズ統計を用いた小地域推計 (small area analysis)、疾病のマイクロシミュレーション、

系統的レビュー、メタ分析、メタ回帰分析、世帯調査等の個票分析などの数量分析を用いた。

また平成 31 年度にはメルボン大学の協力の元、保健医療制度の現状と課題を正確に理解する上で重要視されている主要死因データの的確性について、Global Burden of Disease (GBD) の枠組みを用いて検証を行なった。

アジア諸国を中心とした低中所得国における UHC 達成状況の評価

国連が新たに採択した「持続可能な開発目標」では、UHC の達成が重要な目標の一つとされており、日本がグローバルヘルス分野優先領域としても定めている。アジア諸国を中心とした諸外国からは我が国の UHC に関する知見が求められている。また、低成長と少子高齢化の中で多くの課題が噴出し、我が国がどのように対応していくか、世界の注目を集めている。このような状況を踏まえ、APO の枠組みで刊行した Japan Health Systems in Transition (HiT) レポートがどのようにアジアの諸外国によって有用となるかを検討するために、アジア各国を中心に UHC の進捗状況の評価を行なった。

具体的には、南アジア 5 カ国における UHC の達成に向けた進捗状況を調査し、保健サービスの不平等と金融リスク保護の指標を評価した。アフガニスタン、バングラデシュ、インド、ネパール、パキスタンの全国代表的な世帯調査データを用いて、健康保険、財政的

リスク保護、富裕層間の保険適用の不平等の相対指標を算出した。普遍的な健康保険の3つの側面、すなわち、基本的なサービスへのアクセス、財政的リスクの保護、公平性の評価を行なった。その後、富裕層の五分位ごとに層別化し、複合的な被扶養率と指標別の被扶養率が推定した。保健サービスと財務指標の不平等を評価するために、格差勾配指数（Slope. Index of Inequality：SII）を用いた。

平成30年度には研究対象を拡大し、マンマの全国代表データを用いて、26の保健サービス指標及び非食費関連世帯消費額の40%を超える高額医療費自己負担の頻度と保健医療費による貧困化をWHO及び世界銀行の手法に基づいて計算した。保健サービスと財務指標の不平等を評価するために、格差勾配指数（Slope. Index of Inequality：SII）を用いた。また、保健サービスのカバー率と貧困化の決定要因について、ロジスティック回帰モデルを用いて調べた。

各種国際会議における技術支援及び人材育成

WHO総会関連会合に備え、国内外の専門家を招聘し議題に関する事前勉強会を開催し、主要課題に関する過去議事録や資料の収集及び分析を行った。

また、これまでの本分野における知見の豊富な国立国際医療研究センター国際医療協力局らとともに各種会合への政府代表団に同行し技術支援を行った。

さらに、国内外の専門家と連携しながら保健関連会合における両国のプレゼンスや貢献

に係る課題を中心に情報交換を行った。また会議における政府関係者のスピーチや交渉、ファシリテーションの能力開発を目的とした国際保健外交ワークショップ（5月：タイ、11-12月：日本）を開催した。

C．研究結果

G7を通じた日本のグローバルヘルスへの貢献に関する分析

主要国際会議の一つであるG7を通じた我が国のグローバルヘルスへの貢献については、まず初年度にUHCを取り上げて分析を行い、その成果はWHO bulletinに掲載された。また、G7伊勢志摩サミットで主要議題として取り上げられたGlobal Health Architectureも翌年度に取り上げ、日本がどのように貢献を行ったか分析を行った。その結果については、Journal of Global Healthに掲載された。その他、Health security, Antimicrobial resistance, 医薬品R&D、結核対策、非感染症疾患(NCD)等の主要課題における我が国の貢献についても引き続き検証を行っている。

我が国の医療保健制度の包括的分析

グローバルヘルスにおける我が国のプレゼンス向上を目指す上で、グローバルヘルスの主要課題について我が国での現状及び課題についても適切に把握することが必要である。平成29度はUHCに焦点を当て、世界で最も高齢化が進んだ日本の医療制度を英語で包括的に取りまとめたJapan Health Systems in Transition (HiT) レポートを刊行した。本レポートは今後広く、日本の保健

医療制度を参照する際の有用なツールとなることが期待される。

東京大学国際保健政策学教室(GHP)並びに、タイ IHPP (International Health Policy Programme) では、WHO が事務局をホストするパートナーシップである Asia Pacific Observatory (APO) のリサーチハブに任命されている。今回の HiT レポートの刊行はこの APO の活動の一環でもある。また、APO は政策研究を通じてアジア太平洋域内における、政策実務者並びに若手研究者の能力強化を行うことをその活動目的の一つとして掲げており、リサーチハブである GHP および IHPP は APO の各種活動を通じて技術支援を提供している。具体的には、APO の board meeting に年数回 (2017 年度 : 3 回、2018 年度 : 3 回、2019 年度 : 2 回、計 8 回) 参加し、APO が実施する各種プロジェクトに対する技術的支援を提供した他、スリランカにおける HiT レポート作成支援も行なった。本レポートは来年度公開予定である。

APO の活動については、2017 年 7 月に日本がホストした日 ASEAN 保健大臣会合成果物に当たる日 ASEAN 保健大臣会合宣言にも明記されており、当教室が実施する研究支援活動は、日 ASEAN 保健大臣宣言の着実な履行を示す一助ともなる。

なお、日本の医療制度研究に並行して、我が国の健康指標についても包括的検証を行なった。少子高齢化及び疾病構造の変化が医療制度にもたらす影響は日本全体の課題であ

るが、その影響は地域 (都道府県) によって大きく異なる。GDB (Global Burden of Disease) の手法を用いて、1990 年から 2015 年の間における各都道府県における平均寿命、健康寿命、主要死因、DALY 及びリスク因子等に関する都道府県レベルでの変化に関する分析を行った。1990 年から 2015 年の間で、平均寿命は 4.3 年、健康寿命は 3.5 年の伸びが見られたが、同時に都道府県間の格差も 2.5 年から 3.1 年 (平均寿命)、2.3 年から 2.7 年 (健康寿命) へと拡大が見られた。都道府県格差が生じる要因としてリスク因子、医療インプット (医療従事者数等) の分析を行ったが有意差は得られなかった。

主要死因データの的確性については、死因として不適切または使用不能な主要死因は、比較研究を行なった 6 カ国の死因データのうち 18% であり、日本では 25% であった。情報が不十分な死因データは 6 カ国全体の 8% を占めており、日本では 11% であった。例えば、日本の 70 歳以上の死因のうち、17% は「高齢」によるものと診断されていた。日本の死因データの約 1/4 が不適切であることは、我が国の疾病負荷を正しく把握し、適切な保健医療制度及び投資をする上で大きな課題となりうる。これらの結果は International Journal of Public Health で発表した。

アジア諸国を中心とした低中所得国における UHC 達成状況の評価

平成 29 年度はアフガニスタン、パキスタン、ネパール、バングラデッシュ、インドの UHC 達成状況の評価を実施。平成 30 年度はさら

に対象国を拡大し、ミャンマーを評価した。基本的なケアへのアクセスは、南アジアのすべての国で大きく異なっていた。金融リスク保護も、南アジアのすべての国で一般的に低水準であった。アフガニスタン、バングラデシュ、ネパール、パキスタンの最も裕福な母親の間では、4回の出産前ケアの受診、施設分娩、分娩時の医療従事者の付き添いが、貧しい母親の間での受診率と比較して少なくとも3倍高かった。施設分娩へのアクセスは、アフガニスタン、バングラデシュ、ネパール、パキスタンでは、富裕層の母親の方が貧困層の母親よりも60～65%ポイント高いのに対し、インドでは21%ポイント高かった。十分な衛生設備、施設分娩、熟練した分娩助産者の存在に関しては、カバー率が最も格差があった。健康保険の適用範囲と財政的リスクの保護は低く、保健医療へのアクセスの不平等は、これら南アジア諸国にとって依然として深刻な問題である。治療や予防サービス、財政的安全保障を改善するためには、さらなる進展が必要である。

これらの結果については、Lancet Global Health などをはじめとして多くのジャーナルに掲載された。

各種国際会議における技術支援及び人材育成

初年度から毎年WHO総会等関連会合に向けて我が国の重要議題や比較優位生がある議題を中心に、過去の議論の経緯を分析し技術的支援をするとともに、分担研究者・研究協力者数名が政府代表団に同行し、会議における討議内容や状況、具体的な進行の様子や、我

が国及び主要参加国（G7・新興国）のプレゼンスや貢献の様子を視察した。また平成30年度及び平成31年度はWHO総会等関連会合を視野に入れて第一線の専門家を交えた勉強会を複数回開催した。

なお、日本・諸外国共にUHCを含めた今後のグローバル・ヘルスの推進には人材育成が急務であることから、本研究ではタイ公衆衛生省等と協力し、ワークショップの開催並びに人材開発プログラムの策定を実施した。本国際保健外交ワークショップ（Global Health Diplomacy Workshop）については、平成29年度から毎年5月にタイで開催されたワークショップには日本から分担研究者がリソースパーソンとして参加し技術支援を提供した。また、毎年11月～12月には日本でワークショップを開催し約25～40（合計105名）が参加した。本ワークショップに於いてはタイ及び中国からアドバイザーを招聘した他、タイ若手実務者・研究者も毎年3～4名（計11名）招聘し能力強化を行った。

D. 考察

1) 本研究の成果は、我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に直接資する。つまりそれは、国際貢献という観点のみならず、我が国の国際保健外交戦略とも合致した内容である。2) 本研究の主な成果物としては、政府へ向けたWHO主要会合のための戦略提言書及び学術論文のみならず、効果的・戦略的介入のためのマニュアル開発とワークショップ開催である。これまで重点的に分析されてこなかった我が国のWHO等会合におけるプレゼンスや優位

性、弱点を包括的に分析し、保健医療研究者と政策決定者の連携をとりながら、より戦略的・効果的なイニシアチブの取り方を提案する。本研究を通して得られた手法や成果はすべて一般公開し、広く社会へ還元していく。

3) 本研究では、若手の政府人材を含む将来の国際保健人材に対し会議等でのスピーチや交渉、ファシリテーションの能力開発を実施した。 今後は、我が国における保健医療政策分析人材の知的・人的貢献のプールを作ること視野に入れる。

今後のWHO主要会合において我が国がより効果的にイニシアチブを取るための方策として、本研究の発見から短中期的な視点で以下の3点においての提案が可能である。

- 持続可能な開発目標(SDGs)の目標の一つであるUHC達成において、G7をはじめとして、WHO関連会合、国連総会、G20/TICAD及びUHC ForumやUHC2030などの国際的プラットフォームを活用して積極的にUHCを促進してきた日本の貢献は大きい。しかしながら、UHCに関連する多くのアクターがいる中、日本が引き続き本領域におけるリーダーシップを発揮していくには、上記のプラットフォームを引き続きうまく活用し、日本の貢献を差別化していくことが必要不可欠となる。中でも、世界的に高齢化が進む中、ケアの質やアクセスの平等を維持・向上する工夫について各国が高齢化大国の日本の取組に注目している。日本がこれら課題に対応しながらUHCを率先していくために

も、高齢化に対する我が国の医療保健システムの再構築と柔軟性が求められる。

-2014年に西アフリカで流行したエボラウイルス出血熱症は、現在のグローバルヘルス・アーキテクチャーの根本的な脆弱性を明らかにし、それをどのように強化するかについて大きな議論を巻き起こした。我が国は、2016年以降、G7議長国であることを機に、日本の著名な政治家の参加を得て、G7メンバー内外のコミュニティの結束力を高めることで、将来の公衆衛生危機に備えたグローバルヘルス・アーキテクチャーの強化に貢献してきた。このようなGHAに向けた機運を維持し、最近の世界的な取り組みが「万人のための健康」へと十分に結実するためには、WHOの感染症対策への改革や資金調達メカニズムを注意深く監視し、評価していく必要がある。

- グローバルヘルス人材育成において、タイと共同にワークショップを開催したことは双方の学び及び交友関係構築に効果的であった。保健外交を行う上では、国内の人材育成の他にも他国関係者との良好な関係構築が重要となるため、引き続き、このような取り組みが望まれる。

なお、タイ及び中国は近年WHO総会で多大なプレゼンスを発揮している。その一つの原因として、大規模な代表団を戦略的に派遣していることがワークショップの講義を通じて判明した。中国は主に主要議題に関するロビー活動のために、タイは保健外交

のプレゼンスを増すとともに若手の育成も兼ねて大勢を派遣している。我が国も、本研究のワークショップで能力強化を受けた人材の活躍の場を増やすとともに、主要議題などに関して中国やタイと同様な戦略を打つことの効果を検討する必要がある。

E. 結論

2016年G7伊勢志摩サミット及び関連会合を通じて我が国はグローバルヘルスを積極的に牽引してきた。とりわけ、現在、グローバルヘルスにおける最重要課題であるUHCへの貢献は大きい。我が国では1961年に国民皆保険制度を達成し、以降人口動態や疾病構造の変化を踏まえて数々の制度改革を繰り返し、現在では世界有数の健康指標を達成している。一方で、アジア地域の多くの国では未だUHC達成の途上であり、我が国がこれまで経験してきた成功例・失敗例の双方が有用となりうる。我が国が今後も引き続き当該分野においてリーダーシップを発揮するとともに、UHC以外の重要課題(Health Security、NCDs等)においても同様のリーダーシップを発揮することが望まれる。

F. 健康危険情報 特になし

G. 研究発表

1. 論文発表

- Sakamoto H, Ezoe S, Hara K, Hinoshita E, Sekitani Y, Abe K, Inada H, Kato T, Komada K, Miyakawa M, Yamaya H, Yamamoto N, Abe SK, Shibuya K. **The G7 presidency and universal health coverage, Japan's contribution.** *Bulletin of the World Health Organization*. 2018; 96:355–359.
- Nomura S, Haruka S, Scott G, et al. (31 co-authors). Population health and regional variations of disease burden in Japan, 1990–2015: a systematic subnational analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *The Lancet*. 2017; 390(10101): 1521-38.
- Sakamoto H, Rahman MM, Nomura S, Okamoto E, Koike S, Yasunaga H et al. **Japan Health System Review**. Vol. 8 No. 1. New Delhi: World Health Organization, Regional Office for South-East Asia, 2018
- Nomura S, Shibuya K. **Improving Population Health in the Era of Superaging: Japan's Challenges and Opportunities**. In: Sean Connell, Shuhei Nomura, Kenji Shibuya and Benjamin Shobert. *Innovative Asia: Innovation Policy and the Implications for Healthcare and the Life Sciences*. Washington: The National Bureau of Asian Research; 2018.
- Rahman SM, Rahman MM, Gilmour S, Abe SK, Shibuya K. Trends in, and projections of, indicators of universal health coverage in Bangladesh, 1995–2030: a Bayesian analysis of population-based household data. *Lancet Glob Health*. 2018, 6(1): e84-e94
- Rahman MM, Parsons A, Rahman MS, Karan A, Abe SK, Bilano, Awan R, Gilmour S, Shibuya K. Progress towards universal health coverage: a comparative analysis in

- five South Asian countries. *JAMA Intern Med.* 2017 177(9): 1297-1305.
- Islam MR, Rahman MS, Islam Z, Zhang C, Sultana P, Rahman MM. Inequalities in financial risk protection in Bangladesh: an assessment of universal health coverage. *International Journal for Equity in Health.* 2017;16:59
 - Sakamoto H, Ezoe S, Hara K, Hinoshita E, Sekitani Y, Abe K, Inada H, Kato T, Komada K, Miyakawa M, Yamaya H, Yamamoto N, Abe SK, Shibuya K. **Japan's contribution to making global health architecture a top political agenda by leveraging the G7 presidency.** *Journal of Global Health.* 2018;8(2).
 - Sakamoto H, Ghaznavi C, Shibuya K. **Country Chapter 7 - Japan.** In Legido-Quigley H, Asgari-Jirhandeh N, editors. Resilient and people-centred health systems: Progress, challenges and future directions in Asia. New Delhi: World Health Organization, Regional Office for South-East Asia, 2018.
 - Han SM, Rahman MM, Rahman SM, Swe KT, Palmer M et al. Progress towards universal health coverage in Myanmar: a national and subnational assessment. *Lancet Glob Health*, 2018, 6(9): e989-e997
 - Mikkelsen L, Iburg, KM, Adair T, Fürst T, Hegnauer M, von der Lippe E, Moran L, Nomura S, Sakamoto H, Shibuya K, Wengler A, Willbond S, Wood P, Lopez AD. Assessing the quality of cause of death

data in six high-income countries: Australia, Canada, Denmark, Germany, Japan and Switzerland. *Int J Public Health.* 2020 Jan; 65, 17–28.

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

参考資料

1. 特になし

