
「グローバル・ヘルス・ガバナンスと日本外交
—アジア地域を中心に—」

研究会

報告書

2017年3月



公益財団法人日本国際フォーラム

まえがき

本報告書は、平成 28 年度における当フォーラムの「グローバル・ヘルス・ガバナンスと日本外交—アジア地域を中心に—」事業に関する成果である。

国際社会においては、グローバリゼーションの進展に伴い、各種の越境的な脅威が地球規模で拡大している。特にグローバル・ヘルスの分野においては、近年のエボラ出血熱や中東呼吸器症候群（MERS）といった感染症の流行を防げなかったこと、経済発展による生活習慣の変化にともない癌、糖尿病などの非感染症疾患が拡大し、これらが高齢化などの問題と相俟って新たな課題として顕在化していることなど、もはや既存のシステムでは十分に対処できないことが明らかとなっている。このようなグローバル・ヘルスの課題は、特にアジアで顕著に現れており、ガバナンスの強化が喫緊に求められているところである。日本は、昨年開催された G7 伊勢志摩サミットで「国際保健のための G7 伊勢志摩ビジョン」を取りまとめるなど、国際社会におけるグローバル・ヘルスの取り組みを主導しており、日本に対する各国からの期待はますます大きくなっている。そのため日本は、これまで以上に国際社会のグローバル・ヘルス分野のイニシアチブをとり、新たなガバナンス構築をはじめとする各種の対応をリードしていかねばならない。

以上のような問題意識を踏まえ、当フォーラムは、下記の主査・メンバーから成る研究会「グローバル・ヘルス・ガバナンスと日本外交—アジア地域を中心に—」を組織し、本事業の実施にあたってきたが、この度その成果を取りまとめたので、発表するものである。

最後に、本事業は、外務省の外交・安全保障調査研究補助金を得て実施することができた。記して深甚なる謝意を表したい。

【主査】	佐藤 禎一	日本国際フォーラム上席研究員／元文部事務次官
【メンバー】	五十嵐 中	東京大学大学院特任准教授
	池田 俊也	国際医療福祉大学教授
	伊藤 剛	日本国際フォーラム上席研究員／明治大学教授
	小川 俊夫	国際医療福祉大学教授
	鬼丸 武士	九州大学准教授
	松田 晋哉	産業医科大学教授
	渡部 晃三	国際協力機構（JICA）人間開発部保健第二グループ長 (五十音順)

2017 年 3 月 31 日

公益財団法人日本国際フォーラム

会長 伊藤 憲一

目 次

はじめに	1
I. 政策提言	5
提言「グローバル・ヘルス・ガバナンスと日本外交—アジア地域を中心に—」	5
II. 論考	9
第1章 グローバル・ヘルス・ガバナンスの実現に向けて	9
第2章 グローバル・ヘルス・ガバナンスと保健システム（Health System）の強化に向けて.....	15
第3章 アジアにおける感染症対策の現状と課題	22
第4章 アジアにおける非感染症対策の現状と課題	27
第5章 アジアにおける日本の保健医療協力	36
III. 事業の記録	41
第1章 事業日程	41
第2章 事業概要	42
第3章 国際シンポジウムの記録.....	45
おわりに—国際公共財としてのヘルス・ガバナンスと日本外交—	78

はじめに

1. 事業の背景

国際社会においては、グローバリゼーションの進展などに伴い、各種の越境的な脅威が地球規模で拡大するようになってきている。これらの脅威は、各地に政治的、経済的、社会的に甚大な影響を及ぼしうるものであるところ、どの国も単独ではその解決を望むことはできず、世界各国が協力して初めて対応が可能となるものである。一方で、国際社会の中では、如何にしてその課題解決に向けたイニシアチブを取るのかを競い合っているのが現在の状況といえよう。なぜなら、地球規模課題の取り組みにおけるイニシアチブをとることは、その国の国際社会における相対的地位を高め、また結果として経済をはじめとした様々な利益をもたらすことになるからである。

では現在、国際社会が直面している最大の地球規模課題とは何であろうか。それはとりもなおさず、人々の生命を脅かし、あらゆる社会的・文化的・経済的活動を阻害するグローバル・ヘルス（地球規模課題としての保健）であるといえよう。わが国は、世界で有数な国民皆保険制度を導入し、健康長寿社会を築き、国民が格差なく基礎的医療サービスを受けられるユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）を維持しており、グローバル・ヘルス分野における各国からの期待は大きい。実際わが国は、G8（7）の枠組みにおいて、2000年の九州沖縄サミットにおいて「世界エイズ・結核・マラリア対策基金」の設立を提唱し、また2008年の洞爺湖サミットにおいて疾患別アプローチを補完する保健システムの強化をはじめとするグローバル・ヘルスへの包括的な取り組みを提唱するなどしてきた。

しかしながら、グローバル・ヘルスの現状は大きな岐路に立たされている。第一に、既存の国際社会における保健システムでは、グローバル化時代の感染症にはもはや対処できないことが明らかとなっている。たとえば、2014年にエボラ出血熱の感染が拡大した西アフリカの3カ国では、基礎的な保健医療インフラが脆弱であったことから、感染の拡大を知りながらも対応が遅れ、その結果、国の保健医療システムそのものが機能不全に陥った。さらに、WHOなどの国際機関や現地のNGOなども初動措置が遅れたことに加え、各機関同士の連携も十分に成立していなかったことから、パンデミックをおさえることが出来なかった。第二に、近年の生活習慣の変化にともない蔓延しつつある癌、糖尿病、心臓病などの非感染症疾患が重大な課題となって顕在化しており、さらに高齢化問題、母子保健の未整備、貧困層への基礎的保健医療サービスのアクセス状況の劣悪さなどの問題が加わり、もはや従来の問題領域別のアプローチでは対応出来ないことが明らかとなっている。このように、現在の国際社会では、改めて「グローバル・ヘルス・ガバナンス」の枠組みの強化、構築が求められている。

そのためわが国は、これまで以上に国際社会のグローバル・ヘルス分野のイニシアチブをとり、新たなガバナンスの構築をはじめとする各種の対応をリードしていかねばならない。近年わが国は、国連においては「持続可能な開発のための2030アジェンダ（SDGs）」にUHCを含めることに尽力し、国内においては2013年の「国際保健外交戦略」の策定以来、2015年に「平和と健康のための基本方針」および「国際的に脅威となる感染症対策の強化に関する基本方針」を策定し、同方針において（1）公衆衛生危機に対する体制を構築すること、（2）強靱で持続可能な保健システムの構築を、日本の経験と専門知識を活用することにより推進すること、の2つに重点をあてて、それらを特にアジア太平洋・アフリカにおいて主導的に推進しようとしているところである。また、昨年伊勢志摩サミットにおいては、新たな国際目標として「国際保健のためのG7伊勢志摩ビジョン」の取り纏めを主導したところである。

このように、わが国は新しいグローバル・ヘルス・ガバナンスの構築に向けてイニシアチブをとっているところであるが、これらを実現させていくためには、官民あげての研究や有益なケース・スタディなどの蓄積が必要となってくるであろう。とくにアジアは、元来多数の熱帯病などの感染症が存在し、さらに疾患の原因となる環境問題や、各国の保健制度を大きく変化させしめる高齢化問題など、国際保健分野の多様な課題が折り重なっている国際保健分野の縮図のような地域といえる。またアジアは、日・ASEAN や ASEAN+3 などの地域制度を通じて、多様な分野における機能的な地域協力を進展させており、保健分野においても更なる取り組みが期待されている地域でもある。そのため、あらたにグローバル・ヘルス・ガバナンスを強化、構築を進めるにあたっては、同分野の世界的な動向に留意しつつも、アジアを重点領域とすることに意義があり、また、そこでの取り組みが世界的に有益なケース・スタディとなる可能性も高い。

2. 事業の成果

以上のような背景のもと、本事業は、既存の国際社会のシステムでは対処することが難しくなった感染症および非感染症疾患からなるグローバル・ヘルスにおいて、今後日本がイニシアチブをとりつつ、特にアジアにおいてガバナンス構築を行うための外交政策を提言することを目的として実施した。

その目的を達成するために本事業では、WHO などによる国際的な取り組みに留意しつつ、感染症、非感染症疾患に対するアジアの現状と課題について明らかにし、それをもとにアジア、特に東アジア地域で構築すべきグローバル・ヘルス・ガバナンスのあり方、さらにその構築に向けてわが国がどのようにイニシアチブをとって推進していくことができるのかについて、提言として取りまとめることを目指した。

そのために、本事業ではまず、各メンバーの調査、研究とともに、研究会合、臨時研究会合を開催し、その中で、内閣官房より「日本の保健・医療戦略」などによる官民一体となった日本の健康・医療に関する国際展開、外務省より「平和と健康のための基本方針」や「国際保健のための G7 伊勢志摩ビジョン」などに基づいた日本の保健外交、JICA より ODA などをはじめとした具体的な日本の対外保健協力などについて、それぞれの担当官より聴き取りおよび意見交換を行い、現在の日本の保健外交やその方針などについて明らかにした。また同時並行的に、WHO 西太平洋地域事務所の関係者などから国際社会のグローバル・ヘルス・ガバナンスの現状、ASEAN+3 各国の医療政策担当者、実務者、外交官、医療関係者、学者などから聴き取りおよび意見交換を行い、各国および各国際機関・組織における保健政策の現状と課題などについても明らかにした。さらに海外側からは、それぞれの国、機関がグローバル・ヘルス・ガバナンス構築において日本に期待することなどについても聴き取りおよび意見交換を行い、各国から日本に対する率直な要請についての知見も得ることができた。

これらの成果から、アジア地域においては、WHO や国連、世界銀行、JICA を含めて日本が主導する様々な医療能力向上プログラムが実施されており、また各国の目覚ましい経済発展に伴い、過去 10 年間でこの地域の医療・保健システムとその能力は向上しつつあることがわかった。しかしその一方で、地域が直面している課題の解決のためには、現在行われているプログラムの実施だけでは不十分であることも改めて認識することができた。

以上の成果から、本事業の後半では、それまでに明らかになったグローバル・ヘルスの課題をもとに、ガバナンスの構築において、具体的に日本が実施すべきかつ実施可能な外交政策を明らかにすることに焦点をあて調査・研究活動を実施した。その活動として、本事業では、引き続き各メンバーによる調査・研究を行いつつ、一部のメンバーを、UHC を導入するなどグローバル・ヘルスの強化を推進している

タイ、WHO 西太平洋地域事務所があるフィリピンなどに派遣して協議を行った。タイでは、保健省にて国際ワークショップが開かれ、同省の複数の部署の実務者や有識者と協議を行い、これまでの研究成果を踏まえて、アジアにおけるグローバル・ヘルス・ガバナンスの今後のあり方などについての更なる知見を深めた。フィリピンでは、WHO 西太平洋地域事務所にて同事務所の複数の担当官などと協議を行い、国際社会におけるグローバル・ヘルスにおける諸問題やその中で今後日本が取り組むべき政策などについての知見を深めた。これらの活動によって、本事業として取り纏める政策提言の要点を固めることができた。それは、引き続き日本がグローバル・ヘルス・ガバナンスの構築に向けてアジア地域全体の医療・保健システムの向上や域内格差の是正などに対してイニシアチブをとっていくこととともに、現在国際社会で最も必要とされていることが、すでにあるシステムや進行しつつあるプロジェクトを有効に運用し、ガバナンスの向上へと導いていく人材の育成であるため、日本が主導してそうした政策を実施していくことが外交的プレゼンス上極めて有効であるということである。こうした要点を踏まえて、本事業の最終段階では、政策提言の作成およびそれを補完する各メンバーによる論考の執筆にとりかかった。またさらにそれを強化するためにも、2017 年 1 月には ASEAN 事務局はじめアジア諸国の実務家および学者を招聘して公開・非公開による国際シンポジウムを開催し、それまでの研究成果を報告しながら、国内外の実務者や有識者からフィードバックを受けて、より研究成果の質を向上させることに成功した。このように本事業の政策提言をはじめとする研究成果は、数度にわたり国内外の実務者や有識者からのフィードバックを受けつつ、学術的でありながらも日本の実際の外交政策と乖離したものではない、日本外交にとって有益なものを生み出すことに成功した。

本事業は、1 年という短い期間でかつ限られた予算の中であつたが、5 回の研究会合、2 回の臨時研究会合、4 回にわたる海外調査・および現地でのワークショップの開催、国内での 2 回の国際セミナー、1 回の国際シンポジウムの開催を実施することができた。また、それぞれの会合では、著名な国内外の有識者、実務者、政府関係者などの参加を得ることができた。特に東京での国際シンポジウムにおいては、公務で参加がかなわなかったが、松本純国務大臣国家公安委員会委員長より祝辞を受けるなど、国内外から大変な関心も受けた。また、タイでの海外調査の際は、わざわざ同国の保健省が本事業メンバーとの間で国際ワークショップを開催して協議に応じてくれた。これらのことは、本事業が如何に目的に向かって精力的に調査・研究を行い、かつ国内外からの高い関心を受けていたことを示すものである。また、これらの実施を通じて、グローバル・ヘルスに関係する日本国内外の国際機関・組織、研究機関、有識者のネットワークを構築することができたことは、当フォーラムの調査・研究能力を高めただけでなく、今後の日本の同分野における研究の進展上大きな成果であつた。

以上のとおり、本事業は、国際社会における喫緊の課題であるグローバル・ヘルス・ガバナンスにおいて、メンバーの調査・研究とともに、国際機関および各国の実務者、国内外の有識者との協議を重ね、学術的な知見に裏付けられながら、実際の日本の外交政策に貢献できる研究成果をまとめあげる事に成功した。そしてその過程で日本の本分野の研究におけるネットワーク構築にも貢献することができた。本事業の研究分野であるグローバル・ヘルス・ガバナンスは、これまで感染症や非感染症疾患などの個別アプローチによるものが多く、日本の外交政策として重要であるにも関わらず十分な研究が進展していなかった。そのため、必ずしも十分な先行研究の蓄積がなかった中で、本事業によってグローバル・ヘルス・ガバナンスに関する研究領域の水準を高めることに大いに貢献できた。このように本事業は、事業開始当初の目標を十二分に達成しただけでなく、日本外交にとっても有益な知見を提供することに成功し、有意義な成果をあげることができたと評価できよう。

最後に、本事業に対しては、国内外から高い評価を受け、特に国際シンポジウムを共催したタイのマ

ヒドン大学をはじめ、海外の大学、シンクタンクより、当フォーラムに対して事業を継続することへの期待が寄せられている。こうした要請にこたえるべく、当フォーラムは、引き続きグローバル・ヘルスに関する調査・研究事業を継続していく。このように本事業は、当フォーラムにとって新たな分野の調査・研究能力を強化することに極めて有効となり、今後その成果は日本および各国のグローバル・ヘルス分野の研究を進展させることに役立つことを確信する。

(主査：佐藤 禎一)

I . 政策提言

提言「グローバル・ヘルス・ガバナンスと日本外交—アジア地域を中心に—」

航空機やインターネットに代表される移動通信技術の進歩により、国境を越えて移動するヒト・モノ・カネ・情報の流れが加速し続けている現代世界において、新興・再興感染症が引き起こすパンデミック(世界規模での感染拡大)は人類社会の安全保障上の大きな脅威である。また、経済発展に伴う都市化、コミュニティの変容、食生活や家族形態の変化などにより、多くの途上国や中進国が高齢化問題や、非感染性疾患(Non-Communicable Disease)のなかでも高血圧、がん、糖尿病などの生活習慣病の増加といった問題に直面しつつある。このような健康上の脅威に対して、国際社会が連携し効果的に対処する仕組み、まさにグローバル・ヘルス・ガバナンスの構築が必要とされている。

日本を含む東・東南アジア地域は、世界の新興感染症の発生源の一つと考えられている。また、地域のレベルでの経済統合の進展により国境を越えたヒトやモノの流れが活発化し、かつ多くの国が急激に経済発展を遂げており、それに伴う健康上の課題の解決が急務となっている地域である。この地域に住む人々が健康で安定的な生活を営むためには、これら健康上の脅威を解決することが必要である。

この地域での健康危機・脅威に対する対策については、世界保健機構(WHO)や JICA を含む日本国政府、アジア開発銀行(ADB)、世界銀行、国連などが主導している様々なプログラムが実施されている。例えば、感染症対策については WHO の西太平洋地域事務局による ASPED(Asia Pacific Strategy for Emerging Diseases)、日本政府による感染症研究国際展開プログラム(J-GRID)、さらには対策を担う人材育成スキームである Field Epidemiological Training Program などがおこなわれている。また JICA などによる病院の施設改善や医療機材の提供などの支援、母子保健対策、科学技術協力 (AMED・JICA) など実施されている。

このようにすでにアジア地域においては、WHO や国連、世界銀行、JICA を含む日本政府などが主導する様々な医療能力向上プログラムが実施されており、また各国が目覚ましい経済発展に伴い、過去 10 年間でこの地域の医療・保健システムとその能力は向上しつつある。しかし、その一方で地域が直面している課題の解決のためには、現在行われているプログラムの実施だけでは不十分な側面がある。それでは、この地域のヘルス・ガバナンスの向上、ひいてはグローバル・ヘルス・ガバナンスの向上に向けて、日本が外交的にすべきことは何なのであろうか。この観点から次のような提言をおこないたい。

**提言 1 アジアにおける実効性の高いグローバル・ヘルス・ガバナンスの実現に向けて、
域内各国と協力しながら、日本が積極的に関与することが必要である。**

アジア地域での実効性のあるグローバル・ヘルス・ガバナンスの構築のためには、地域全体の医療・保健システムが向上し、かつ域内各国との連携が強化されることが不可欠である。そのために日本は、域内各国と緊密に協力しながら、公衆衛生上の脅威から人々の生命と安全を守るために、この地域での実効性のあるグローバル・ヘルス・ガバナンスの構築になお一層関与し続けることが重要となる。

提言 2 医療・保健システムの強化による域内格差の是正が不可欠である。

アジア地域には、病院やクリニック、ラボラトリー、医療技術、医療人材などの面で、いまだに十分な医療・保健システムを備えるに至っていない国々が存在している。このような地域内での医療格差の存在は、感染症の制御やユニバーサル・ヘルス・カバレッジの実現の上で、大きな障害となる。この分野においては WHO や世界銀行、JICA を含むバイドナーなど様々なアクターがこれまでに様々な支援をおこなっている。これまでの取り組みを精査し、医療・保健システムの向上に効果のある取り組みについては、今後とも継続して実施できるようにすることにより、域内格差の是正に努めるべきである。また ICT などの活用により、低コストで医療・保健システムが整備できる技術の開発も有効である。

提言 3 継続的に高度な医療人材を養成し、地域に供給する仕組みを整えるべきである。

医療・保健上の脅威に対処するためには、高度な専門性を備えた医師、看護師、介護士などの人材を継続して養成し、研究や臨床の現場に送り続けることが重要である。アジア各国が直面している医療・保健上の課題は様々であり、この課題にこたえることができる医療人材の数はまだ不足している。日本が引き続き、高度な医療人材をアジア地域に供給する場であり続けることは、この地域での日本のプレゼンスを維持するうえで重要である。

提言4 域内各国が直面する課題に応じた政策を立案できる政策人材を養成すべきである。

政治体制や経済発展の度合い、社会やコミュニティの変化の速度などの面で多様なアジア地域において、域内各国が直面している健康上の課題も国によって様々である。ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ(UHC)や持続可能な開発目標(SDGs)の実現のためには、個々の具体的な政策課題に対して、実効性の高い政策を立案する能力を持った人材が不可欠である。

提言5 地域が直面する医療・保健上の危機に対応する「コーディネーション人材」の養成が必要不可欠である。

コーディネーション人材とは、上で述べた医療人材と政策人材をつなぐだけではなく、省庁間、様々なセクターやステークホルダー間、国と国、国と地域・国際機構などの間の諸問題を調整し、既存のシステムや有限な資源を有効に活用して、問題解決へのフレームを構築することができる人材である。また、既存のシステムが現状に適合しなくなった際には、資源の再配分やシステムの組み換えなどをおこなうことにより、システムの再構築をおこなうことができる人材である。

医療人材と政策人材が「専門家」であるのに対して、この「コーディネーション人材」は医学的知識だけではなく、関連する様々な分野の「学際知」を備え、かつ多様なセクターで働いた「経験知」を持った人材であり、これは「公衆衛生(public health)」が本来目指している目的、「社会の健康上の脅威を予防、もしくは脅威への対処を通じて、社会の安全を守る」という目的の実現には不可欠な人材である。欧米の「公衆衛生」分野での人材育成はまさにここをターゲットに置いた形で行われているが、「公衆衛生」人材の養成が医学部で実施されている日本ではこの手の人材育成は遅れており、その充実は日本のアジア地域、さらにはグローバルなレベルでのヘルス・ガバナンス向上への貢献の厚みを増すためにも必要といえる。

ICTの活用やラボ機能の強化、新しいシステムの構築などもアジア地域のヘルス・ガバナンスの向上に有効であることは間違いない。しかし、これらの側面についてはすでに多くの取り組みがなされており、日本政府もすでに様々な支援をおこなってきている。むしろ現在最も必要とされているのは、すでにあるシステムや、既に進行しつつあるプロジェクトを有効に運用し、ヘルス・ガバナンス向上という

目的へと導いていくことができる人材である。そしてこの人材は、感染症問題だけではなく、非感染性疾患や、自然災害、食の安全など多岐にわたる健康上の脅威や課題への対処においても、活躍が期待できる。

この「コーディネーション」もしくは「公衆衛生」人材の養成を目的としたプログラムを備えた教育機関を設置し、日本が中心となってアジア地域の人材育成を担うことを提言する。具体的には、欧米の公衆衛生教育を参考にプログラムを構築し、医学的知識だけではなく、関連する学問領域の知識を教授することで「学際知」を強化し、かつ WHO 西太平洋地域事務局や地域の公衆衛生の現場での研修を必修化することで「経験知」を備えた人材を、毎年 100 名(内、日本人 50 名程度、留学生 50 名程度)程度養成し、公衆衛生学修士(master of public health)はじめとする関連の学位を取得できる大学院大学を日本国内で設置することが望ましい。この大学院大学から、日本を含むアジア各国の行政機関(中央・地方)、研究機関、公衆衛生の現場、さらには WHO や ADB、世界銀行、国連などで活躍するよう人材を送り出すことにより、グローバルなレベルだけではなく、地域のレベルでのヘルス・ガバナンスの向上・改革に資するだけではなく、日本の国際保健分野におけるアジア地域での外交的プレゼンスの向上にも有効であると考ええる。

Ⅱ. 論考

第1章 グローバル・ヘルス・ガバナンスの実現に向けて

1. グローバル・ヘルス・ガバナンスとは

国際保健の問題は、一国にとどまらず地域あるいは世界全体に影響を与えることも少なくない。このような問題は昔から発生しており、例えば1918年に米国で発生したスペイン風邪は、感染者数が全世界で5億人以上、死者は5000万人から1億人と推計されており、わが国でも40万人近くが死亡したとされている。近年では、HIV/AIDSやSARS、MERS、鳥インフルエンザなどの世界的なあるいは地域単位でのパンデミックが発生している。このような国を越えて影響が広がるような感染症など国際保健上の脅威に対して、WHOなど国際機関を中心に対応が進んでいる。しかしながら、2014年に西アフリカのギニア、リベリア、シエラレオネで発生したエボラ出血熱や、2015年に南米で発生したジカ熱の大流行は、その拡大を食い止めることができなかったと言われており、改めて広範に渡る感染症など、国を越えた国際保健対策の重要性が認識されるようになった。このような背景から、グローバル・ヘルス・ガバナンス（global health governance）が改めて注目されつつある。

ガバナンス（governance）とは、広義では共同行動を促進し、共通の目標を追求する集合的な解決策を提供するために社会が採用する行動と手段と定義されており、ヘルス・ガバナンス（health governance）は、住民の健康の促進をもたらすために組織された行動や手段と定義されている¹。このヘルス・ガバナンスには、公衆衛生法や国際保健規則など公的なもののみならず、NGO/NPOなど非公的なものも含まれている。さらにヘルス・ガバナンスの枠組みは、地方レベル（local/district level）、国レベル（national level）、地域レベル（regional level）、世界レベル（international level）と多岐にわたっている。伝統的には、ヘルス・ガバナンスの主体は国あるいは地方レベルの政府であるが、感染症のように国レベルでは対処しきれない広範な問題に対しては、複数の国の政府が共同して問題に対応する体制をとってきた¹。

グローバル・ヘルス・ガバナンスには様々な概念が存在する。Kickbusch²は、global health governanceとは、WHOなど主として健康に関する明示的な義務を有する機関とガバナンスのプロセスを指すとしている。これに対してglobal governance for healthとは、国連本部や世界貿易機関（World Trade Organization: WTO）、国連人権理事会（United Nations Human Rights Council: UNHRC）など、必ずしも明示的に健康上の義務を負うものではないが、直接的あるいは間接的に健康に影響を与える機関とガバナンスのプロセスを指すものとしている。さらに governance for global healthとは、国レベルあるいは地域レベルのglobal healthに対する戦略のうち、global health governanceあるいはglobal governance for healthに貢献するような国レベルあるいは地域レベルの組織やメカニズムを指すとしている。

本稿は、これらの背景と用語の定義を踏まえつつ、WHOにおけるグローバル・ヘルス・ガバナンスの位置付けについて、global governance for health の概念を用いて論じた上で、わが国としてのグローバル・ヘルス・ガバナンスの実現と発展への貢献について考察を実施する。

2. 現代の国際保健を取り巻く状況と問題点

グローバル・ヘルス・ガバナンス（global health governance）という用語は、多くの研究者により使われているが、その由来は明らかではないと言われている。しかしながら、その概念はグローバル・ヘルス・ガバナンスという言葉が使われるようになる前から、存在していたと考えられる。

1948年に設立された世界保健機関（WHO）は、WHO憲章において健康を幅広く定義し、基本的人権として達成可能な最も高い健康基準を擁護し、現代の健康の概念を確立した。さらに、“Health for All by the Year 2000”イニシアチブにより、プライマリ・ヘルス・ケアへの普遍的なアクセスの促進の実現など、健康への権利を推進する戦略を策定する方向に進んだと考えられる。WHOはこのようなアプローチを用いることで、設立以来、特に天然痘撲滅など感染症との戦いにおいて大きな成功を収めたと考えられる。

一方で、国際保健を取り巻く環境は、近年大きく変容している。第一に、多額の資金が国際保健分野に流れ込んできている点である。Ravishankarら³の分析によれば、1990年から2007年の間に、健康にかかる国際援助資金（Development Assistance for Health: DAH）は、\$5.6 billionから\$21.8 billionへと約4倍に激増している。このうち、HIV/AIDSへの資金投入がもっとも顕著で、1990年には\$0.2 billion（DAH総額の3.4%）であったが、2007年には\$5.1 billion（同、23.3%）と大幅に増加したと推計されている。

さらに、国際保健分野に新たな組織・機関の参入も目覚ましい。WHOに加えて世界銀行やUNICEFなど従来から国際保健分野で活動していた国際機関に加え、Millennium Development Goals (MDGs)の3つの健康に関する目標を達成するために、UN Joint Program on AIDS (UNAIDS)やthe Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis, and Malariaなどが新たに設立されたほか、G8のような主要各国の共同体、国レベルでも米国におけるU.S. President’s Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR)や様々な民間企業、さらにはBill and Melinda Gates FoundationのようなNGOも参入しており、より複雑になっている（表1）⁴。

表1 Global Health Governanceに関与する組織の一例⁴

Multilateral institutions	Bilateral institutions	Philanthropic institutions	Humanitarian institutions
UN system	AusAID (Australia)	Abbott Fund	(MSF) Médecins Sans Frontières
UNAIDS	ADA (Austria)	Bill & Melinda Gates Foundation	Oxfam
UNFPA	CIDA (Canada)	Ford Foundation	(IRC) International Rescue Committee
UNICEF	DANIDA (Denmark)	The Bloomberg Family Foundation, Inc.	Save the Children
World Health Organization	FINIDA (Finland)	The David and Lucile Packard Foundation	Merlin
World Bank	AFD (France)	The John D. and Catherine T. MacArthur Foundation	
Regional multi-laterals	GIZ (Germany)	The Merck Company Foundation	
African Development Bank	Irish Aid (Ireland)	The Rockefeller Foundation	
Asian Development Bank	JICA (Japan)	The Susan Thompson Buffett Foundation	
European Bank for Reconstruction and Development	NZAID (New Zealand)	The William and Flora Hewlett Foundation	
Inter-American Development Bank	NORAD (Norway)	The William and Sue Gross Family Foundation	
Specialized multi-laterals	KOICA (Korea)	Wellcome Trust	
Global Fund for AIDS, Tuberculosis, and Malaria	AECID (Spain)		
GAVI Alliance	SIDA (Sweden)		
UNITAID	SDC (Switzerland)		
	DFID (United Kingdom)		
	USAID (United States)		

国際保健分野においては、上述のように規模の拡大と、組織や機関の数と種類の増加による複雑化のために、新たな問題が発生しているのが現状である⁵。例えば、プロジェクトの目標が健康状態の改善ではなく、ドナー側の定めたパフォーマンス基準を用いて判断されるという問題がしばしば指摘されており、また国際保健関連の事業を実施する組織が増えたことにより、事業の重複や競合などが発生しており、その結果としてドナー主体の開発援助（donor-driven development）が引き起こされているとも言われている⁶。例えば、世界銀行の2006年の推計によれば、サブサハラアフリカにおける医療援助の約半分が目的とした診療所や病院には届かなかったと推計されている⁶。小児用ワクチンや予防接種プログラムに関する調査⁷によると、ワクチンや予防接種に関する優先順位と政策決定に至る際の混乱が原因で不要なワクチンが数多く購入されており、その理由としてWHOやGAVI、Bill and Melinda Gates Foundationなど多数の組織が関与したためと結論づけている。

このような様々な主体が関与するために発生した競合や重複の問題により、発展途上国の政府にとっては、多様なドナーによって持ち込まれた多種多様な事業を管理することが困難になりつつあるばかりではなく、結果として各国政府の当初の期待とは異なった結果を引き起こすこともしばしば観察されている⁶。そのため、世界銀行やWHOをはじめとした国際機関は、その競合的な行動や事業のあり方に対して批判を受けているのが現状である。

このような状況を踏まえて、WHOは2005年に国際保健規則 (International Health Regulation: IHR) を大幅に改訂した。この改訂は、疾病の国際的伝播を最大限阻止することを目的としており、特にそれまでのIHRには、SARSや鳥インフルエンザなどの新興・再興感染症による健康危機に対応できていないことや、グローバル・ヘルス・ガバナンスの視点から各国間の協力体制に関する配慮がなされていないことなどが指摘されたことによると言われている⁸。しかしながら、2005年のIHRでも、上述したようにエボラ出血熱やジカ熱などの問題には十分に対応できなかったのが現状である。

3. WHOにおけるグローバル・ヘルス・ガバナンスの位置付けと役割

WHOは2000年代初頭よりグローバル・ヘルス・ガバナンスに関する研究レポート¹を発表するなど、グローバル・ヘルス・ガバナンスに当初より積極的に取り組んでいる。その後、2013年の第132回執行理事会 (Executive Board) において、WHO事務局長から「WHO's role in global health governance」について報告があった⁹。この報告が現在のWHOが認識しているグローバル・ヘルス・ガバナンスの概念であると思われるため、本稿ではその内容について以下に要約する。

WHOによれば、グローバル・ヘルス・ガバナンスとは、世界中の人々の健康をより効果的かつより公平に改善するための資産 (assets) であるとしている。グローバル・ヘルス・ガバナンスは、もともと国レベルあるいは地方レベルで確立してきたヘルス・ガバナンスが世界規模に拡大したものと捉えることができるが、このような拡大に伴い、グローバル・ヘルス・ガバナンスには、以下のいくつかの特徴を有している。

(1) 複数の意見

ヘルス・ガバナンスを国レベルで排他的に保護する時代は終わり、現代は専門家団体、慈善基金、業界団体、メディア、国家、国境を越えた企業、個人やメディアなど様々なステークホルダーが人々の健康に影響を与え、また意思決定に影響を与える。このような環境下で、WHOが加盟各国の優位性を確保しつつ、様々な関係諸団体との建設的な関係性を見いだすことが重要である。

(2) 新たなアクター

医療を取り巻く環境や制度は非常に複雑になってきており、新たな組織や財源、モニタリングのシステムの構築は、複雑な状況を助長する恐れもある。特に、中・低所得国ではこのような新たな関係団体の参入による問題が生じやすい。

(3) governance of healthからgovernance for healthへ

ヘルス・ガバナンスには二つの概念がある。一つはgovernance of healthで、コーディネートや方向付けなどの機能を意味している。もう一つはgovernance for healthで、健康に影響を与える健康以外のセクターのガバナンスに対しても影響を与えるようなアドボカシーや政策立案機能である。

(4) 2015年以降の開発アジェンダ

MDGsはその目標達成年度を2015年としていたため、WHOや世界銀行をはじめとした各ステークホルダーは、2015年以降の健康に関わる開発のアジェンダについて検討を行っている。その一つが2012

年のリオデジャネイロにおける国連持続可能な開発会議より開発された包括的なプロセスである Sustainable Development Goals (SDGs) である。WHOは、この状況を踏まえて、健康が良好に位置づけられ、その役割が明確に明示されていることを確保することがWHOの主要なガバナンスの課題であり、WHOの優先課題と位置付けている。さらに、SDGsはWHOのガバナンス活動についても、WHO本部と加盟国、さらに他のステークホルダー間の健康に関するベネフィットの獲得に関する効果的なシナジーの達成を示している。また、健康指標はSDGsの実現を推し量る指標の一つと明示されており、その重要性が改めて認識されたと考えられる。

(5) 健康と国連改革

国連が2007年より取り組んでいる国連マネジメント改革は「Delivering as One」¹⁰と呼ばれており、国連機関が開発援助プログラムを実施する開発途上国において、「One UN：ひとつの国連」という枠組みの中で、複数の国連機関の援助戦略、計画、内容の整合性を向上させ、互いに補完できるような仕組みを構築するという提言である。WHOは、健康分野でこのOne UN plansにコミットしている。WHOのOne UN plansにおける優先事項は、地域でのプロジェクトの効果的な遂行のため、他の国連開発グループのチームと地域内での調整メカニズムを支援することであり、さらに国連チームの一員として共同で事業を遂行する当該国の役割と機能を強化することである。

(6) 釜山パートナーシップと開発協力

2011年に韓国・釜山で締結された釜山パートナーシップ¹¹は、開発協力に関与するステークホルダー間の効果的な連携に関する基本原則と位置付けられている。この連携には、先進国と発展途上国の間の連携のみならず、発展途上国間のいわゆる南南協力も含まれており、特に健康問題については、国際保健パートナーシップ (International Health Partnership: IHP+) のようなイニシアチブを通じて、多くのステークホルダーの連携を実現し、当該国の健康戦略に貢献することが求められている。このような国際的な取り組みは、今後さらに重要になると考えられる。

(7) 経済発展と健康の向上との統合

健康に関する取り組みは、経済発展とも密接に関係している。そのため、健康の向上に関するWHOの事業も、当該国の保健省や保健セクターのステークホルダーのみならず、財務省や経済投資省、さらには国連経済委員会や各種開発銀行など経済セクターとの連携が不可欠であり、さらには国レベル、地方レベルの政治家との連携も必要である。そのため、WHOでは保健大臣と財務大臣の対話などを積極的に推進し、このような複合的な連携の実現に努めている。

上記の条件を踏まえた上で、ヘルス・ガバナンスに関するWHOの最も重要な取り組みとしては、第一に重複・競合するステークホルダー間の調整と連携を挙げている。すなわち、governance of healthの実現のために、WHOは、健康に関する取り組みを行っている関係諸機関や国などの対話を通じて、調整と連携を実現する中心的な役割であると位置付けている。さらに、WHOにとってヘルス・ガバナンスに関する戦略的な取り組みとしては、非感染症対策とユニバーサル・ヘルス・カバレッジの達成を掲げている。

非感染症対策は、ヘルス・ガバナンスのうち、governance for healthに関係した典型的な取り組みと位置付けられる。生活習慣病など非感染症対策には、医療のみならず、社会的、経済的、環境要因的な決定要因が相互に関係しており、これらは国際的な商取引、貿易、財政、広告、文化、コミュニケーション、所得、住宅、雇用、交通、農業、教育政策など様々に結びついている。これらのすべての要因を勘案し、社会全体で一貫した対応を調整した上で方向性を定める必要があり、非感染症対策は世界的な健康における課題のうち、最も難しい課題の一つと考えられる。効果的な非感染症対策の実現には、グ

ローバル・ヘルス・ガバナンスが正しく機能していることが必須である。

ユニバーサル・ヘルス・カバレッジはWHOにとってヘルス・ガバナンスに関連した新たな戦略的優先事項である。ユニバーサル・ヘルス・カバレッジには、2つの基本的な要素、すなわち、良好な健康を達成するために必要なサービスへのアクセスの向上と、病気が貧困をもたらすことを防ぐ財政的保護を含んでいる。ヘルス・ガバナンスの視点から、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジは、国レベルで達成すべき目標を表すと同時に、post-2015アジェンダとしての位置付けもあることから、重要である。

これらのヘルス・ガバナンスの視点から戦略的に重要な課題を実現するためには、国際保健規則（International Health Regulation: IHR）の遵守とさらなる浸透が重要であり、感染症サーベイランスの拡充などにも効力を発揮するものと期待される。また、医療サービスへの適切なアクセスの確保も重要である。例えば、正規の医薬品へのアクセスは健康上重要であるが、未だに非正規の医薬品が流通しており、そのために知的財産権が侵害されるなど、**governance for health**の視点からより踏み込んだ対応が必要と思われる。さらに、これらの活動を通じて、国レベルのガバナンスの強化も実現することで、グローバル・ヘルス・ガバナンスの実現と拡充が可能になると考えられる。

4. グローバル・ヘルス・ガバナンスとわが国の取り組み

2015年9月に発表された「平和と健康のための基本方針」及び安倍総理の国連本部でのスピーチにおいて、エボラ出血熱など公衆衛生危機に対応するためのグローバル・ヘルス・ガバナンスの強化について言及されている。具体的には、昨今の公衆衛生危機において初動対応の遅れが指摘されたことから、国際社会の対応能力を改善するようなグローバル・ヘルス・ガバナンスの強化についても、特に公衆衛生危機時に現地政府、国際機関、ドナー国、民間団体がどのような役割分担をし、現場に迅速かつ確実に支援を届けるための明確な方針の策定が必要であり、この点からヘルス・ガバナンスのうち **governance of health** の強化が必要と述べている。さらに、平時においても多様な保健課題に対応しうるシステムを構築し、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジの実現と医療システムの強化を通じてヘルス・ガバナンスの確立が必要であり、そのためにもわが国として **governance for health** の確立と拡充に積極的に貢献する方針である。

5. グローバル・ヘルス・ガバナンスの実現に向けて今後必要な取り組みとは

国際保健上の脅威やそれに対応するステークホルダーの多様化、資金量の増加などにより、今日、グローバル・ヘルス・ガバナンスが重要であると広く認識されるようになっている。また、グローバル・ヘルス・ガバナンスの概念も狭義の **governance of health** から、より幅広い概念である **governance for health** をも包含するものに変化しつつあり、今後わが国やWHOのみならず国際機関や関係諸機関はより多様で複雑なグローバル・ヘルス・ガバナンスの確立に向けて努力する必要があると考えられる。

グローバル・ヘルス・ガバナンスの確立と発展のためには、多種多様なステークホルダー間を調整し、ステークホルダーがある程度の共通認識を持って行動し、その行動や方針が他分野のガバナンスにポジティブな影響を与える必要がある。このようなステークホルダーは、国際保健領域のみならず、経済や政治など様々な領域の専門家や政治家、組織や機関など様々な人や組織が含まれるため、その調整には、幅広い知識と経験を有し、個々の組織や機関が様々なバックグラウンドや目標を有していることを踏まえつつ、課題の解決を共通の目標として、ステークホルダー間の対話を実現できる人材が不可欠と考えられる。

ステークホルダーの調整を実施できうる人材は、現在世界中で大幅に不足しているのが現状である。2016年11月に筆者がWHO西太平洋事務局（WHO/WPRO）を訪問しヒアリングを行った際にも、コーディネート能力を有したWHO職員の確保が重要であり、もはや医学的な専門知識や研究能力のみでは職員の能力を測ることはできないとのことであった。すなわち、グローバル・ヘルス・ガバナンスの中心的存在であるWHOは、ステークホルダー間の調整が可能な人材の確保をすでに進め始めていると考えられる。

このような多様な知識、経験、能力を有した人材は一朝一夕にできるものではなく、長期的な人材育成戦略が必要である。特に、様々な分野を横断的に理解し、行動できるような人材の育成は、既存の大学・大学院教育のいわゆる縦割りのシステムでは困難であると考えられる。具体的には、国際保健領域で必要とされる知識や経験、能力とは、医学的な知識を有しつつ、経済や政治の知識や経験を有している人材であり、そのような人材の育成は、既存の医学部や経済学部などの枠組みよりも、例えば公衆衛生大学院のような学際的な枠組みによる教育が必要と考えられる。

公衆衛生大学院の整備は、わが国でも現在進められつつあるものの、米国や英国に比べると、公衆衛生大学院の学校数も公衆衛生分野の専門家の数も大幅に少ないのが現状である。また、従来の医学部公衆衛生学講座の枠組みでは、グローバル・ヘルス・ガバナンスの達成に貢献できるような人材育成は困難と考えられ、より学際的なアプローチが必要と思われる。このため、現在整備が進みつつある専門職大学院としての公衆衛生大学院のより一層の整備と国際保健分野での教育機会の向上が必要と思われる。一方で、アジア諸国に目を向けると公衆衛生教育はわが国に比べても不十分な国が多いことから、アジア圏でのグローバル・ヘルス・ガバナンスの実現と拡充を目的とした公衆衛生人材の育成を、今後のわが国のグローバル・ヘルス・ガバナンスを視野に入れた貢献の柱の一つとして考えられる。

（小川 俊夫）

<参考文献>

- 1.Dodgson RL, K.; Drager, N. Global Health Governance: A Conceptual Paper: Department of Health and Development, World Health Organization; 2002.
- 2.Kickbusch I. Global Health Governance Challenges 2016 - Are We Ready? Int J Health Policy Manag 2016;5:349-53.
- 3.Ravishankar N, Gubbins P, Cooley RJ, et al. Financing of global health: tracking development assistance for health from 1990 to 2007. Lancet 2009;373:2113-24.
- 4.Bärnighausen TB, D. E.; Humair, S. . Global Health Governance and Tropical Diseases. Germany: IZA; 2013.
- 5.Lee K, Brumme ZL. Operationalizing the One Health approach: the global governance challenges. Health Policy Plan 2013;28:778-85.
- 6.Ruger JP. Global health governance as shared health governance. J Epidemiol Community Health 2012;66:653-61.
- 7.Brooks AC, FT.; Justice, J.; Walt, G. Policy study of factors influencing the adoption of new and underutilized vaccines in developing countries.: USAID; 1999.
- 8.Fidler DP. The Challenges of global health governance. NY, USA: Council on Foreign Relations; 2010.
- 9.WHO. WHO's role in global health governance: WHO; 2013.
- 10.Delivering as One. United Nations Development Groups, 2017. (Accessed 23rd February, 2017, at <https://undg.org/home/guidance-policies/delivering-as-one/>.)
- 11.The Busan Partnership for effective development cooperation. OECD, 2012. (Accessed 23rd February, 2017, at https://www.oecd.org/dac/effectiveness/Busan_partnership.pdf.)

第2章 グローバル・ヘルス・ガバナンスと保健システム（Health System）の強化に向けて

1. 保健システムとは

保健システム（health system）は、人々に保健医療サービスを提供するために必要な資源、組織、財政およびマネジメントを組み合わせた複合的な活動である。また、その目的のために割り当てられた資源を用いて、人々の健康状態の向上に寄与するためのシステムを指す。

この保健システムを分析するためのフレームワークは1990年のRoemer¹により示されたほか、現在までに様々な研究者が論じているが、現在一般的にはWHOが2007年に発表した保健システム分析のフレームワーク²が用いられている。このフレームワークによれば、保健システムの構成要素として、サービス提供（service delivery）、医療の人材（health workforce）、医療情報（information）、医療材料、ワクチン、医療技術（medical products, vaccines and technologies）、財源（financing）、リーダーシップ・ガバナンス（leadership/ governance）であり、その結果として保健システムのアウトカムとして健康状態の向上（improved health）や、迅速な対応（responsiveness）、危機対応（social and financial risk protection）、効率性の向上（improved efficiency）が挙げられている（図1）²。

THE WHO HEALTH SYSTEM FRAMEWORK

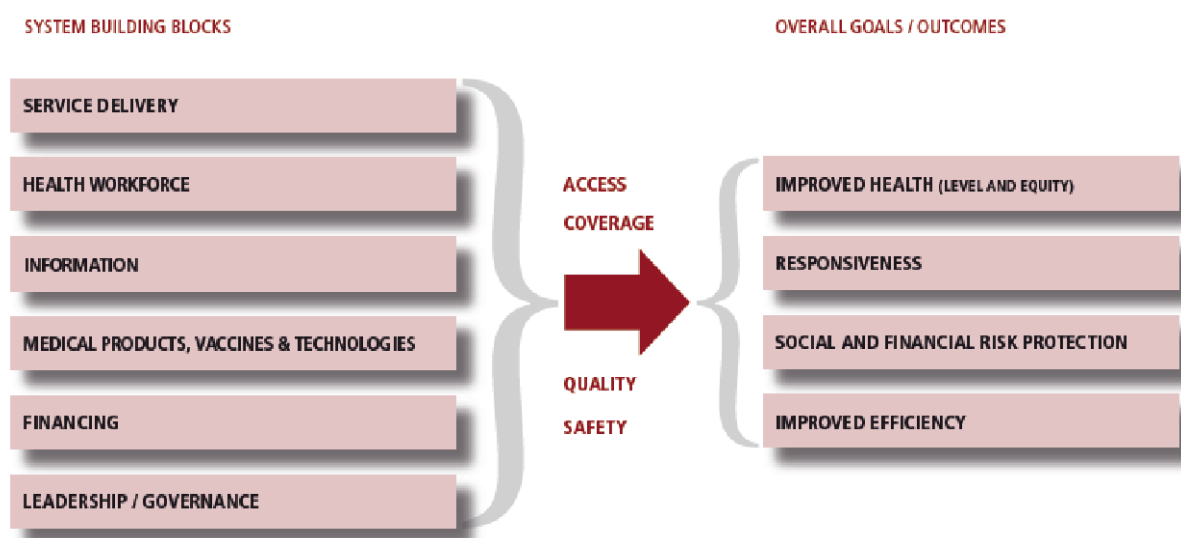


図1 WHOによる保健システムフレームワーク²

2. 保健システムとグローバリゼーション

保健医療サービスの提供体制や各種規制などは国ごとに異なっており、そのため上述した保健システムフレームワークは、主に国単位で用いられている。例えば、保健システムの6つの構成要素の一つであるLeadership/Governanceは、システム全体を俯瞰（oversight）し、適切な規制規制やインセンティブを付与する役割とされており、具体的には各国政府を想定しているものと考えられる。また、その他の5つの構成要素についても、国レベルでの整備や拡充が議論されている²。

一方で、グローバリゼーション（globalization）は国レベルの保健システムに対しても多大な影響を与えている。人材やモノ、サービス、お金が国境を超えて移動するようになり、政府の保健システムに対する影響力の低下を招いているほか、各国の政策にも大きな影響を与えていると言われている³。例えば、ある国で海外からの資金の流入をもたらすために税率を低く抑える政策をとった場合、一般財源から保健システムに配分される額が減少し、医療財源の追加の確保が必要となる可能性がある。また、医療機器や医療材料、医薬品など多くの医療関連の物品が海外から輸入される一方で、国によっては自国で教育した医師や看護師など医療専門家が海外に流出するといった問題が指摘されている。さらに、近年のエボラ出血熱やジカ熱など国境を超えた感染症のアウトブレイクに対して、地域レベルあるいは世界レベルでの対策が必要な事例も多く発生している。また、WHOをはじめとする国連やG7 先進国首脳会議で議論され施行された様々な政策が各国の保健システムにも影響を与えており、先進国で実施された医療制度改革（health system reform）が発展途上国に持ち込まれることもしばしば見られる。

発展途上国の保健システムにおいては、上述した世界全体に影響を及ぼす様々な政策やグローバルビジネス、感染症のアウトブレイクなどの影響に加えて、多国間・二国間援助のドナーによる影響も多大である。例えば、the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis, and Malaria や U.S. President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR)、さらには Bill and Melinda Gates Foundation などのドナーが様々なレベルでの援助を実施しており、多額の資金と大量のモノと人材がこれらのドナーにより発展途上国に持ち込まれているのが現状である。

3. 保健システムとグローバル・ヘルス・ガバナンス

国レベルで維持・発展した保健システムに対して、グローバリゼーションによりもたらされた医療問題の国際化には、これまでとは異なった対応が必要となり、そのためにグローバル・ヘルス・ガバナンス（global health governance）の重要性が議論されている。国レベルでは、全体を俯瞰し必要に応じて規制を設けることのできる政府の存在が、多数のアクターを包含する保健システムのガバナンスの重要な要素の一つである。それに対して、グローバルでは、全体を俯瞰し場合によっては規制できる国レベルでの政府のような存在がなく、その代わりとして WHO をはじめとした国連がその役割を担っていると考えられる。しかしながら、国連には政府のような管理・統制能力はなく、公衆衛生など共通の目的を達成するために国同士をコーディネートする役割を有しているに過ぎない。すなわち、グローバル・ヘルス・ガバナンスの実現のためには、国連のような国際機関が全体を緩やかに統合しつつ、その構成要素である各国それぞれが自国の能力を向上させる必要があり、そのために各国の保健システムの強化が重要と考えられる。

4. 保健システムの強化とユニバーサル・ヘルス・カバレッジ

保健システムの強化（health system strengthen）は、医療政策上の問題点を明らかにしたうえで改善することであり、その結果として住民の健康の向上を図ることが目的である。保健システムの強化には、上述した保健システムの構成要素それぞれについて、各国で異なった状況と問題点を有しているため、各国ごとに必要な強化策が異なっているのが現状である。特に、保健システムの強化には、「そのパフォーマンスを向上させるために重要で目的を持った努力」を伴うことが必要で、単に配分すべき資源を増加させるだけではなく、保健システムが正しく機能するための努力が必要となる⁴。その中で、WHOと世界銀行は、各国共通の課題としてユニバーサル・ヘルス・カバレッジの実現を掲げて、この活動を通じて保健システムの強化を実現しようとしている。

ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（Universal Health Coverage: UHC）とは「すべての人が、適切な健康増進、予防、治療、機能回復に関するサービスを、支払い可能な費用で受けられる」ことを意味し、すべての人が経済的な困難を伴うことなく保健医療サービスを楽しむことを目指している概念である⁵。この概念を達成するためには、医療サービスの公平な利用、医療の質の確保、適切な財源の確保などを実現する必要がある。UHCは、国全体あるいは地域全体で達成すべきことであり、また保健システム全体での対応が必要と言われている⁴。すなわち、保健システムの強化を通じて、持続的で公平なUHCの達成が実現できることから、現在、世界各国の共通の目標として、保健システムの強化を通じたUHCの達成に向け、発展途上国を中心に様々な努力がなされている。

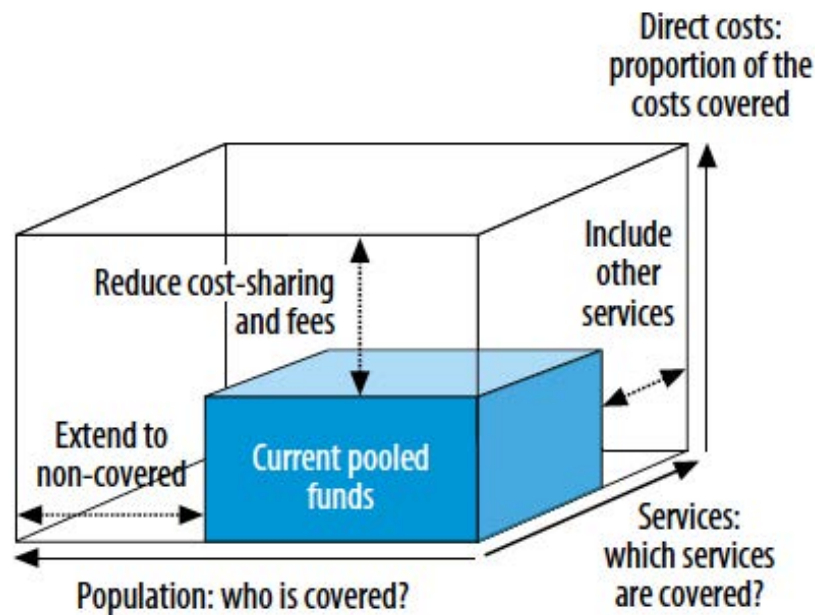


図2 Universal Health Coverageの概念図⁵

5. 医療費自己負担とユニバーサル・ヘルス・カバレッジ

多くの発展途上国にとって、適切な医療費自己負担（out-of-pocket payments）の達成は、UHCの実現のために取り組むべき課題の一つである。発展途上国では、全国民を対象とした医療保険制度は導入されていない国が多く、そのため全医療費に占める医療費自己負担の割合が高いのが特徴である。WHOのGlobal Health Expenditure Database⁶によれば、アジアの発展途上国の総医療費に占める医療費自己負担の割合は、2014年時点で多くの国で40%を超えると試算されており（図2）、これらの国では医療費自己負担が家計にとって大きな負担となっている。一方で、先進国の多くでは20%以下となっている。この医療費自己負担を適切なレベルにすることで、適切な財源の確保と医療サービスへのアクセスの向上が可能となる。

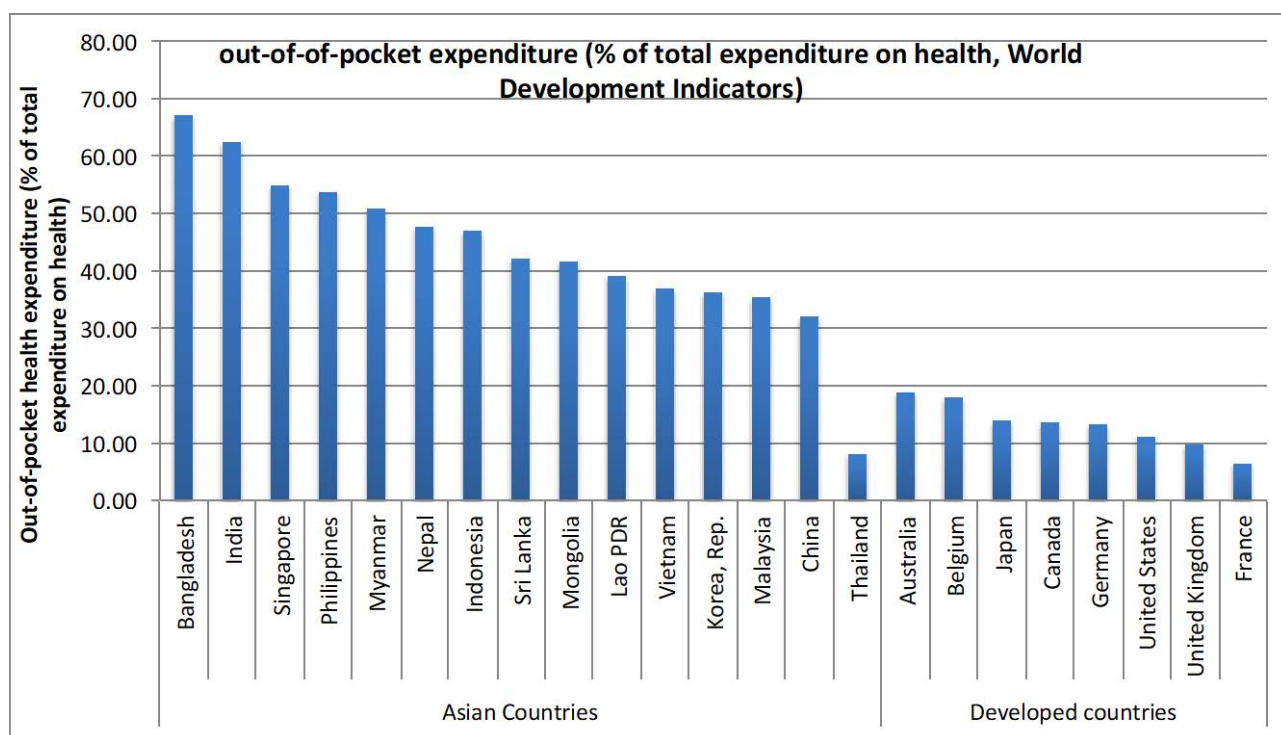


図3 アジア諸国及び先進国の医療費自己負担の割合（2014年データ、WHO Global Health Expenditure Databaseより筆者作成）⁶

6. 発展途上国における医療費自己負担改革：タイにおける事例

図2に示したアジアの発展途上国の医療費自己負担のうち、最も医療費自己負担割合が低いのはタイで、7.94%（2014年）と先進諸国と比較してもほぼ最も低い医療費自己負担を達成したと推計されている。なぜタイではこのように大幅に低い医療費自己負担が実現できたのか。

タイでは、2001年に医療サービスへのアクセス向上を目的とした医療費自己負担の大幅な引き下げを実施した。この政策はいわゆる「30 パーツ医療制度」と呼ばれており、政策導入後のタイでの自己負担額は一律 30 パーツとなった。なお、医療費自己負担の大幅な削減による医療費財源の不足は一般財源から充当した。その結果として、本政策導入前は 30%前後であった医療費自己負担の割合が、導入後には 10%を大きく下回るなど、大きく減少した（図3）⁷。

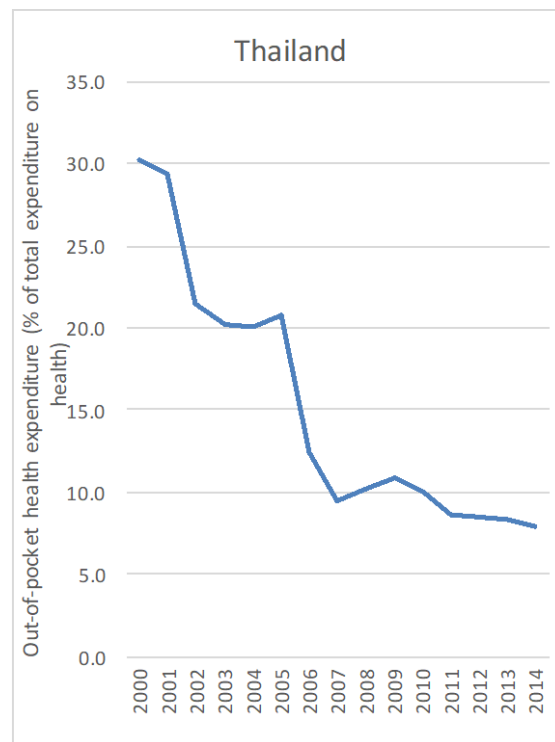


図4 タイにおける医療費自己負担の推移（WHO Global Health Expenditure Databaseより筆者作成）⁶

タイにおいては、この30パーセント医療制度の導入と並行して、プライマリ・ケアへのアクセス向上を目的とした保険加入者へのベネフィットパッケージの提供を始めた。このベネフィットパッケージには、外来や入院の他に各種健康増進活動や各種予防にかかる費用、歯科医療費などが含まれている。さらに、2016年11月に実施したタイ・バンコクでの現地調査におけるインタビューによると、2015年度よりPnP（prevention and promotion）という新たなスキームが導入された。PnPはプライマリ・ケアを基本的に無料で提供するものであり、個々のサービスの選択は、費用対効果を勘案して決定されるものである。しかしながら、2016年11月時点のPnPの利用率は全国民の2割程度に留まっているとの推計されており、今後のより一層の一般市民への浸透が課題と考えられる。

この医療費自己負担の大幅引き下げの影響について、2016年11月に実施したタイ・バンコクでの現地調査におけるインタビューによると、医療費自己負担は、2016年時点ではさらに引き下げられてほぼゼロに設定されており、より一層のアクセス向上を目指しているものの、いくつかの問題が指摘されていた。具体的には、財政的に医療費自己負担の削減分を一般財源から充当しているが、それでは十分ではないことから、保健システムの持続性において問題がある点が指摘された。また、医療費自己負担を大幅に引き下げたが、医療サービスへのアクセスが期待したほど向上していないのも問題とのことである。この医療サービスへのアクセスの向上が十分ではない理由は、タイでは市中薬局で市販薬をはじめ処方薬も入手可能であることから、伝統的にセルフ・ケアとしてそれらの薬剤を自己判断で購入することが多く、正規の医療サービスの利用に繋がらないためである。

7. 保健システムの強化とグローバル・ヘルス・ガバナンスの実現に向けて

保健システムは各国それぞれが異なった特徴を有しており、その強化には各国それぞれの課題に取り組む必要がある。特に発展途上国においては、保健システムの強化に必要な人的・物的資源が大幅に不足しており、課題が山積しているのが現状である。このような状況下で、現在各国は Sustainable

Development Goals (SDGs) の達成とともに UHC の実現に取り組んでいる。保健システムの強化と UHC の実現には、保健システム全体の機能の底上げが必要であり、本稿では UHC の実現と保健システムの強化に積極的に取り組んでいるタイの事例について、特に医療費自己負担に対する取り組みについて概要を取りまとめた。タイと同等レベルの経済力を有している国では、このような積極的な取り組みが可能であることが示唆されたが、経済力でタイに及ばない発展途上国の多くは、タイの事例を学びつつ自国の保健システムの発展と UHC 実現のために取り組むべき課題について、十分に考慮する必要がある。

わが国としては、保健システムの強化を通じた UHC の実現について、2015 年 9 月に発表された「平和と健康のための基本方針」及び安倍総理の国連本部でのスピーチにおいて、エボラ出血熱など公衆衛生危機に対応するためのグローバル・ヘルス・ガバナンスの強化とともに取り組むべき課題としてあげている。わが国は世界に先駆けて 1961 年に国民皆保険を達成しており、医療保険制度の構築と維持の経験を、アジア各国と共有すると同時に、UHC の実現に向けてアジア各国の制度立案と持続的な発展に貢献できると考えられる。また、わが国が現在直面している高齢化社会と生活習慣病など非感染症疾患への対策についても、すでにアジアの多くの国がその問題に直面しつつあり、高齢化と非感染症疾患への対策に関するわが国の経験は、アジア諸国の発展に大きく貢献できると考えられる。

保健システムの強化には、各国の保健システムの状況について、各要素及びアウトカムそれぞれで把握し、包括的に向上させるための検討が必要である。そのためには、各国政府が保健システムフレームワークの構成要素それぞれの現状を常に把握する必要がある、そのために保健や医療、福祉、人口、医療財政などに関するデータの整備が必須である。また、エビデンスを用いた政策立案を実現するためには、収集したデータを維持管理し、また分析する必要がある。このような保健システム分析のノウハウは欧米を中心に蓄積されており、アジア諸国でもわが国やタイなどでも積極的に取り組まれているが、発展途上国ではより一層のデータ整備と分析の能力の向上が必要である。この分野でも、わが国は政府のみならず大学や研究機関などにおいてアジア諸国において先進的な取り組みを行っており、同様に先進的な取り組みを行っているタイなどとも協力しつつ、また比較的安価でデータ整備と維持管理を目的とした ICT の活用も視野に入れつつ、アジア諸国における保健システムに関するデータ整備と分析能力の向上において、大いに貢献できると考えられる。

さらに、国レベルの医療制度や保健システムを維持・発展させるとともに、グローバル・ヘルス・ガバナンスの議論で明らかのように、現代では国レベルを超えた地域レベルあるいは世界レベルで医療資源のあり方やサービス提供の方法を考慮する必要がある。Frenk⁸⁾は、世界レベルでの保健システム、すなわち Global Health System の概念の導入が必要であると論じており、今後この Global Health System の概念の導入が本格的に議論されると思われる。この概念の導入により、国レベルの保健システムを考慮すると同時に世界レベルの保健システムを考慮することで、保健システムのあり方をより正確に把握でき、かつ今後の国際的な感染症のアウトブレイクや非感染症への世界規模での対策に有効であると考えられる。ただし、国レベルの保健システムにおける政府の役割は、上述したように Global Health System では国連が代替するものと考えられるが、その機能は政府よりも大幅に少ないことが想定されるため、Global Health System の実現には、各国の保健システムの強化が必須であると考えられる。また、国連の役割を補完するようなグローバル・ヘルス・ガバナンスの枠組みについても検討が必要と考えられる。わが国としては、わが国の国際保健の取り組みの中心として、グローバル・ヘルス・ガバナンスと UHC を挙げていることから、国レベルのみならず世界レベルの保健システムについて考慮

することが今後必要であり、わが国が政策研究の側面からアジア諸国、さらには世界に貢献できる分野であると考えられる。

(小川 俊夫)

参考文献

- 1.Roemer MI. Public and private sectors in health system development. Asia Pac J Public Health 1990;4:164-8.
- 2.WHO. Everybody business : strengthening health systems to improve health outcomes : WHO's framework for action.: World Health Organization; 2007.
- 3.Lister J. Globalization and Health Systems Change: University of Ottawa 2007.
- 4.Kutzin J, Sparkes SP. Health systems strengthening, universal health coverage, health security and resilience. Bull World Health Organ 2016;94:2.
- 5.WHO. Research for Universal Health Coverage. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2013.
- 6.WHO. Global Health Expenditure Database. World Health Organization.
- 7.Mongkhonvanit PTH, P. The Impacts of Universalization: A Case Study on Thailand's Social Protection and Universal Health Coverage: UNRISD; 2014.
- 8.Frenk J, Moon S. Governance challenges in global health. N Engl J Med 2013;368:936-42.

第3章 アジアにおける感染症対策の現状と課題

はじめに

冷戦終結後、安全保障の対象は国家間の紛争から、越境犯罪やテロ、海賊行為、人身売買、環境汚染など国境を越えて社会の安全を脅かす問題へと拡大する。一般に、非伝統的安全保障問題(Non-traditional Security Issues)や、人間の安全保障問題(Human Security Issues)と呼ばれるこれらの安全保障上の課題は、グローバル化の進展によって、国境を越えて移動するヒトやモノ、カネ、情報の流れが量的にも時間的にも加速していることにその一因がある課題群である。そして、感染症問題は国境を越えてヒトの生命や社会の安定を脅かす安全保障上の課題であると同時に、2014年に西アフリカを中心に広がったエボラウイルス感染症への対応に象徴されるように、現在のグローバル・ヘルス・ガバナンスが直面している大きな課題の一つでもある。

本章では感染症問題がどのような安全保障上の脅威を引き起こすのか、そして現在のグローバル・ヘルス・ガバナンスが感染症対策の面で抱えている課題は何であるのかを、主にアジアにおける感染症問題とその対策に焦点を絞りながら描き出すことを目的とする。

1. グローバル化時代の感染症

人類の歴史は感染症との戦いの歴史であったと言える。14世紀に大流行し黒死病と恐れられたペスト、天然痘やコレラ、マラリア、結核、第一次世界大戦中から大規模感染を引き起こし、日本ではスペイン風邪と呼ばれたインフルエンザなど、人類は繰り返し感染症の大流行にさらされ、大きな被害を受けてきた。19世紀以降の医学・疫学上の課題は、これらの感染症をいかに封じ込めることができるかであった。1980年の世界保健機構(WHO)による天然痘の撲滅宣言は、医学の進歩によって様々なワクチンや治療法が確立された結果、達成されたものであり、人類が感染症を制圧するのにも時間の問題であると考えられるようになっていた。

しかし、天然痘の撲滅が宣言された翌年の1981年にアメリカでHIV/AIDSの初の症例¹が報告され、そのほかにも1970年代半ばからエボラウイルス感染症が、そして1980年代以降はO-157などの腸管出血性大腸菌感染症などの新興感染症(Emerging Infectious Diseases)が登場し、依然、感染症は人類の安全に対する大きな脅威であることが明らかになった。

21世紀に入っても、新興感染症の流行は続いている。2003年に発生した重症急性呼吸器症候群(SARS)、H5N1型鳥インフルエンザ、2009年のH1N1型新型インフルエンザの世界的流行、2012年に発生した中東呼吸器症候群(MERS)、2013年から16年に西アフリカで感染を拡大したエボラウイルス感染症、中国を中心に感染が続いているH7N9型鳥インフルエンザ、中南米を発生源としたジカウイルス感染症など、新興感染症の発生とその流行はその頻度を高めているとさえ言える。

なぜ、現代世界はこのような感染症の脅威にこのような頻度で直面することになったのであろうか。最大の要因は、航空機に代表される移動技術の進歩により、移動するヒトの量が拡大し、その速度も加速していることである。世界の任意の二点間がほぼ3日以内で移動できるようになったことにより、感染者が潜伏期間のうちに、言い換えれば感染していることを自覚しないまま、国境を越えて入国し、その後、発症し感染を広げてしまうという事態が生じる可能性が非常に高くなっている。

次に開発途上国での開発の進展である。とりわけ、これまで人類を寄せ付けてこなかった熱帯地域において、道路を中心とした交通インフラが整備されたことにより、新しいウイルスや病原体と接触する

可能性が高まっただけではなく、それまでは特定の地域での流行にとどまっていた感染症が、世界規模での感染を引き起こす可能性も高まっている。

最後に医療そのものの問題である。開発途上国を中心に、世界にはいまだに十分な医療水準と医療施設を備えることができていない国が多数あり、このような医療資源の乏しさが、適切な感染症対策を阻害する大きな要因となっていることは間違いない。また、比較的、医療水準と医療施設が整っている都市部と、医療施設そのものがほとんど存在していない地方との間に、大きな医療格差が存在している国も多い。このような医療資源の欠如と医療格差の存在は、先の交通インフラの整備と合わさることにより、比較的医療が整備されている都市部に感染者が集中することを生じさせ、さらなる感染拡大を引き起こす要因になりうる。実際に、2013 年からの西アフリカでのエボラウィルス感染症の拡大の要因の一つは、道路が整備されたことにより、感染者が地方から都市部の病院に移動し、都市部での感染が制御できなくなったことにある²。

グローバル化の進展による国境を越えて移動するヒトの量的拡大と、移動速度の加速、開発の進展によるフロンティア地域への人類の進出と新たな感染源との接触の拡大、そして世界的な医療格差の存在、これらが現代において感染症の世界規模での流行が繰り返されている主要な要因であると言える。そして、グローバル化と開発を停止させることが困難であり、医療格差の解消には時間とコストがかかることを鑑みれば、感染症の世界規模での感染拡大であるパンデミックがいつ生じてもおかしくない世界に、我々は暮らしているのである。

それではこのような現状に対して、どのような対策がおこなわれているのであろうか。次節では東アジア、東南アジア地域における感染症対策の現状についてみてみることにしよう。

2. 東アジア、東南アジア地域における対策の現状

21 世紀最初の新興感染症のアウトブレイクであった、2003 年の SARS の流行の際、東アジア、東南アジア地域は多くの感染者と感染死者を出しただけではなく、大きな経済・社会的なダメージを受けた。その後も、H5N1 型鳥インフルエンザ、H7N9 型鳥インフルエンザの流行、MERS の韓国での感染拡大など、感染症はこの地域に住む人々の安全を脅かす、大きな脅威となっている。

感染症問題が東アジア、東南アジア地域で大きな課題となっている理由の一つは、交通網の整備の結果、この地域のヒトの移動が活発化していることにある。1980 年代末以降の経済関係の緊密化に伴い、東アジア、東南アジア地域のヒトの移動は活発化している。羽田や成田、仁川、香港、バンコク、シンガポールという国際航空網のハブ空港が地域に存在すること、東南アジアの大陸部ではベトナムからミャンマーに至る東西回廊、中国の華南からバンコクへと至る南北回廊に代表される道路の整備が進んでいること、そして島嶼部では高速船の航路網が整備されていることなどから、この地域の任意の二点間の移動にかかる時間は大幅に短くなっている。

東アジア、東南アジア地域で感染症問題が大きな課題となるもう一つの理由は、この地域が世界の感染症の主要な発生源の一つであることである。SARSが中国の華南をその発生源とし、ヒトからヒトへの感染を引き起こす新型インフルエンザへの変異が警戒されている、高病原性H5N1 型鳥インフルエンザ、H7N9 型鳥インフルエンザもこの地域を発生源にしている。H7N9 型については今年の 1 月中旬から 2 月にかけて中国で 304 名の感染者が確認され、そのうち 36 名が亡くなっていることをWHOが報告している³。

交通網の整備が進み、ヒトの移動が活発化し、さらには感染症の発生源の一つでもある東アジア、東南アジア地域において、感染症への対処能力を高め、新興感染症が発生した際にはいち早く対応できる

体制を構築することは、この地域の安全保障上の重要な課題である。

東アジア、東南アジア地域にかかわらず、感染症対策を考えるうえで重要になるのは 2005 年に改正され、2007 年から施行されている改正国際保健規則(International Health Regulation 2005)である。批准した国家は、この規則に定められている感染症への必要最低限の対処能力と、サーベイランス能力を強化することが義務づけられている。それではこの改正国際保健規則を受けて、東アジア、東南アジア地域ではどのような対策が実施されているのであろうか。

まず WHO 西太平洋地域事務局(WHO WPRO)が主導する ASPED(Asia Pacific Strategy for Emerging Diseases)がある。これは 2005 年に第 1 フェーズが開始され、現在は 2010 年に開始された第 2 フェーズが展開されている。この第 2 フェーズでは、この地域での公衆衛生上の脅威に対処するべく、次の 8 つの領域に焦点を絞って対策が実施されている⁴。

- (1) サーベイランス、リスク評価と対応
- (2) 研究
- (3) 人獣共通感染症
- (4) 感染防御、感染制御
- (5) リスク・コミュニケーション
- (6) 公衆衛生上の危機への対処能力の向上
- (7) 地域レベルでの対処能力の向上、公衆衛生上の危機への警戒と対応
- (8) モニタリングと評価

このうち、感染症対策を考えるうえで最も重要なのがサーベイランス能力の向上である。西太平洋地域事務局では現在、定点観測を中心としたサーベイランスから、噂も含めた様々な情報を網羅的に収集するサーベイランスへと手法を変化させている。この変化により収集される情報量は飛躍的に増大するため、収集された情報の評価と選別が非常に重要となる。この評価と選別を担当しているのはサーベイランス担当スタッフであり、このスタッフの中には Field Epidemiological Training Program(FETP)で派遣されてきているインターンも含まれている。このインターンは西太平洋地域事務局に所属している各国から選抜され派遣されてきており、西太平洋地域事務局で 2 か月間、サーベイランスの実務を担当しながらトレーニングを積んでいる。この FETP には日本が最も資金を提供している。また、WHO 東南アジア地域事務局(WHO SEARO)でもこのプログラムは実施されており、少なくともミャンマー、タイ、バングラデシュ、インド、インドネシアが参加している。西太平洋地域事務局ではサーベイランスの手法を変化させた結果、地域の感染症の発生状況などの全体像が素早く把握できるようになっているとのことである⁵。

感染症の研究については、日本の大学が東アジア、東南アジア地域に拠点を作り、研究と人材育成をおこなう感染症研究国際展開戦略プログラム(J-GRID)がある。これは 2005 年から 2009 年までの新興・再興感染症研究拠点形成プログラム、2010 年から 14 年までの感染症研究国際ネットワーク推進プログラムを受けて、2015 年から開始されたものである。東北大学がフィリピンに、東京大学が中国に、新潟大学がミャンマーに、大阪大学がタイに、神戸大学がインドネシアに、そして長崎大学がベトナムに拠点を形成し、インフルエンザやデング熱、薬剤耐性菌、下痢症感染症、結核、HIV/AIDS、小児重症肺炎などを対象に研究と人材育成をおこなっている。

サーベイランスについても、感染症研究の分野においても、2005 年以降、上で述べたような改革や

スキームが東アジア、東南アジア地域で展開され、地域としての対処能力は向上しつつあると言える。しかし、この地域での感染症対策にはまだ大きな課題が存在している。

3. 課題

東アジア、東南アジア地域はいまだに地域内、さらには国内で医療水準や医療資源の面で格差が存在している。実効性のある感染症対策をおこなうためには、この格差を解消することは極めて重要であり、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジの推進などを通じてこの問題を解決することが必要である。また、上での述べた感染症研究国際展開戦略プログラム(J-GRID)のような、域内各国の感染症研究の水準を向上させる試みを、今後も持続的に展開させていくことも重要である。

しかし、この地域での感染症対策、さらにはグローバル・ヘルス・ガバナンスの仕組みをより実効性が高いものへと進化させていくことを考えた時、現在、この地域が直面している最大の課題は、必要となる人材が不足していることにある。

WHO西太平洋地域事務局でのインタビュー調査において、多くのスタッフが図らずも指摘していたのが、この人材の不足であった。例えば、西太平洋地域事務局は現在、サーベイランスを、噂を含めた様々な情報網羅的に収集することにより、より現場で起こっている実態を把握しやすくなる仕組みへと変化させている。しかしこの仕組みの変更により、必然的に収集される情報量が非常に増大することになる。この膨大な量の情報から重要なものを的確に取捨選択し、得られた個々の情報をほかのデータやエビデンスと組み合わせることで全体像を把握し、意思決定をおこなうことができる人材は現状、十分ではない⁶。

現在、国や地域だけではなく世界の安全保障において最も恐れられているのは、新興感染症が引き起こすパンデミックである。パンデミックが生じると、多くの人々の命が失われ、社会や経済、政治にも大きな混乱が生じることが予想されている。しかし、パンデミック対策が非常に難しいのは、それがいつ生じるのか、そしてどんな新興感染症が引き起こすのかを事前に想定することができないことにある。新興感染症は、まさに人類が初めて直面する感染症であるために、その毒性や感染力、どのような対策が有効であるのかなどについて、事前に知ることはできない。そのため、実際に発生した後、時々刻々と変化する状況の中、さらには想定外の事態にも直面しながら、その場その場で最善と思われる判断を繰り返していくことが求められるのである⁷。これは感染症だけではなく、東日本大震災やスマトラ沖地震などの未曾有の自然災害にも該当する。このような状況下で必要とされるのは、学問や省庁の枠組みを超えて、必要となる知識や情報、資源を組み合わせ、実効性の高い対策を迅速かつ的確に定め、実行に移すことができる人材、いわば危機管理人材である。

WHO西太平洋地域事務局の専門職員に医師が占める割合は、現在二割を切っているとのことである⁸。これは感染症を含む、WHO西太平洋地域事務局が実施している管轄地域での医学・疫学上の対策には、医学に限らない様々な専門知が必要とされていることの証左である。また、SARSなどの実際の感染症の流行がこの地域に発生した時、地域のレベルでのガバナンスとして必要とされることは、域内外の様々なステークホルダーを巻き込んで、情報を交換し、対策を実施することである。ここで必要とされるのは、異なる領域の専門家を繋ぎ、さらには国と国、国内の様々な省庁や組織を繋ぐことができる人材、つまり高度なコーディネーション能力を持った人材である。そしてこのコーディネーション能力は、まさに危機管理の局面で必要とされる能力である。

それでは上記のようなコーディネーション能力を備えた危機管理人材はどのように養成することができるのであろうか。感染症対策を考えた時、医学・疫学上の知識はやはり不可欠である。しかし、危

機管理人材になるためには既存の大学などでの専門的なトレーニングだけでは不十分である。医学・疫学の専門知を備えた人材に、危機管理の場面で必要とされるほかの学知、例えば政治や経済、社会に関する知識、リスク・コミュニケーションなどを学ばせ、さらには **Field Epidemiological Training Program** がおこなっているような、現場でのトレーニングを積ませることが必要である。そして、このような形で育成した人材を、WHO 西太平洋地域事務局のような、実際にこの地域でのグローバル・ヘルス・ガバナンスの向上に取り組んでいる組織などに提供することが今求められていると言えよう。

おわりに

グローバル・ヘルス・ガバナンス構築といったとき、多くの場合、何らかのメカニズムやシステムを構築することを多くの人は考えるであろう。実際に、多くの途上国で行われているガバナンス改革のプログラムは、新たなシステムの構築に終始している。しかし、どんなに良いガバナンスのシステムやメカニズムを構築したとしても、実際にそれ運用する人材が不足していれば、このガバナンスのシステムやメカニズムは機能不全を起こしてしまう。つまり、ガバナンスの問題とは、本来は人材の問題なのである。

そしてこれは感染症問題についても当てはまる。感染症問題と聞くと、多くの人は医学や疫学の仕事であり、その他の領域の人々が出る幕はないと考えるであろう。事実、医師や医療行政に携わっている行政官の中には、他の領域の人が口を出すことを快く思わない人もいる。しかし、実際に感染症対策の現場で仕事をしている専門家の多くは、医学・疫学だけではなく、様々な学知を総合して、感染症問題に対処していく必要性を強調している。感染症が引き起こす大規模感染、特に新興感染症が引き起こすパンデミックは、医学・疫学の専門家だけでは対処することができない安全保障上の危機であり、この危機への対処には、時々刻々と変化する事態の中で様々な情報から意味のあるものを選び出し、複数の学知を組み合わせ、異なるステークホルダーを連携させ、実効性のある対策を迅速かつ的確に決断できる人材が不可欠である。そしてこの人材は、いまだに不足している。

この必要とされているにもかかわらず、いまだに不足している危機管理人材を養成し、地域の安全と安定に貢献すること、それが今、グローバル・ヘルス・ガバナンスの分野で求められていることであり、日本がこの分野で大きく貢献できることではないだろうか。

(鬼丸 武士)

¹ 人類への感染は 1950 年代ごろからあったことが現在では判明している。

² 2016 年 9 月 28 日、日本国際フォーラムでの押谷仁東北大学教授の報告。

³ <http://www3.nhk.or.jp/news/html/20170221/k10010884201000.html> 最終アクセス日 2017 年 2 月 23 日。

⁴ http://www.wpro.who.int/emerging_diseases/APSED2010/en/ 最終アクセス日 2017 年 2 月 23 日。

⁵ 2016 年 11 月 14 日、WHO 西太平洋地域事務局(マニラ)でのインタビュー調査。

⁶ 2016 年 11 月 14 日、WHO 西太平洋地域事務局(マニラ)でのインタビュー調査。

⁷ 2016 年 9 月 28 日、日本国際フォーラムでの押谷仁東北大学教授の報告。

⁸ 2016 年 11 月 14 日、WHO 西太平洋地域事務局(マニラ)でのインタビュー調査。

第4章 アジアにおける非感染症対策の現状と課題

1. はじめに

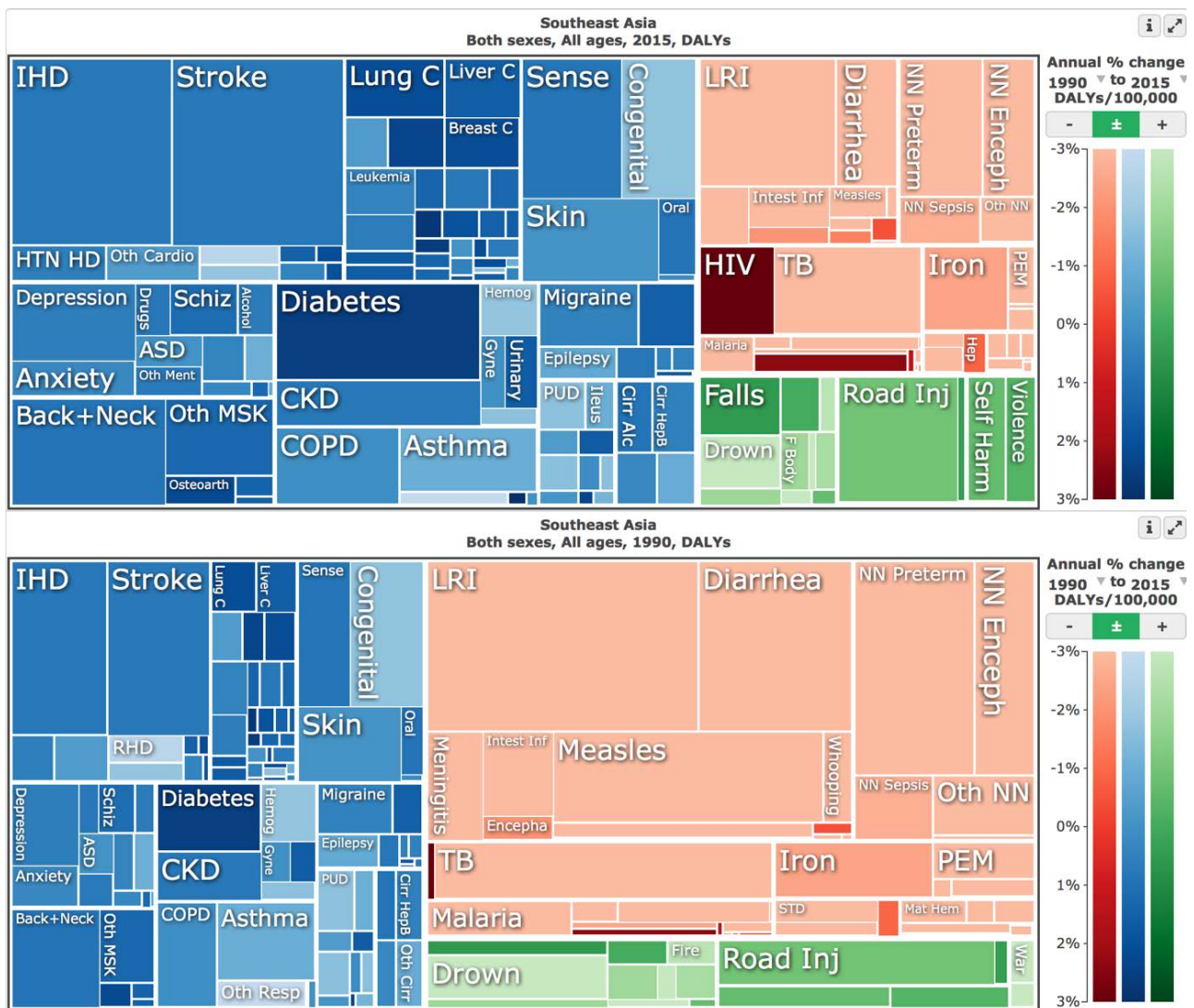
本稿では、非感染症 (non-communicable diseases, NCDs)における日本の貢献可能性について紹介したい。米国 CDC の定義によれば、"communicable diseases"は感染症 (infectious diseases)のうち、迅速に伝播する能力をもち、なおかつヒトからヒトへ伝染しうる疾患を指す。それゆえ、NCDs を「非感染症」と表記することは若干の定義のずれが生じうるが、一般的な表記に従って「非感染症」を NCDs と同義に用いるものとする。

2. NCDs の疾病負担と高齢化

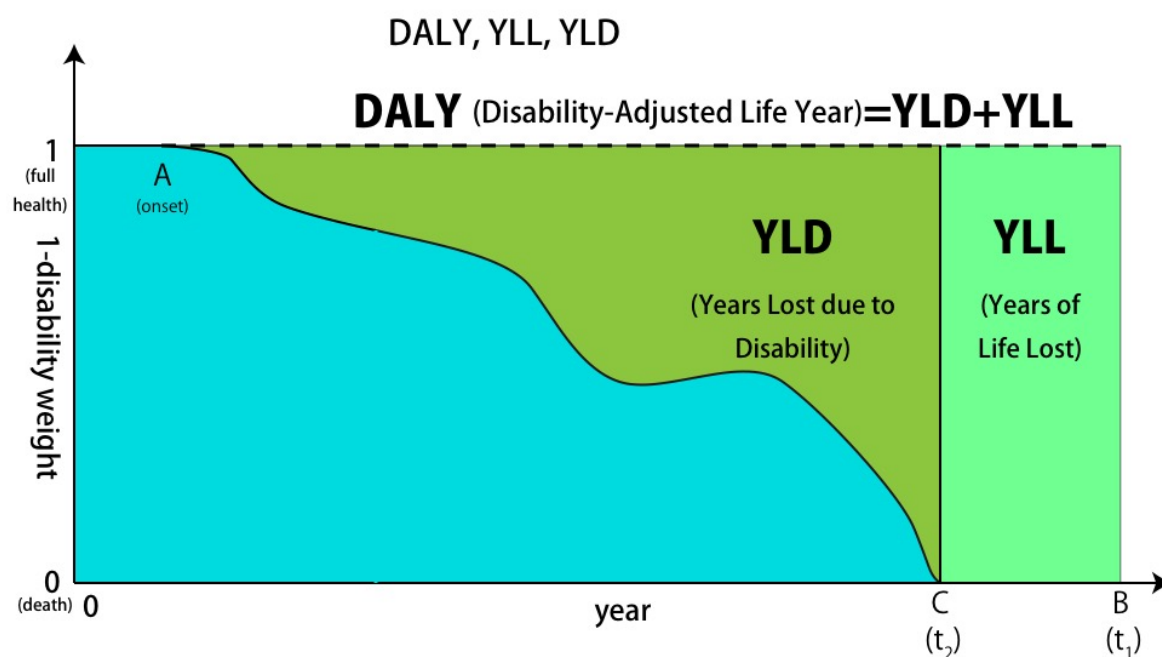
WHOのファクトシート (2015)¹では、全世界での毎年 3,800 万人がNCDsによって死亡し、うち 2,800 万人が低中所得国 (low-and-middle income countries)で起こる。

多種多様な疾患がNCDsに分類されるが、大まかにはcardiovascular diseases (CVDs, 循環器疾患)、Cancers (がん), chronic respiratory diseases (慢性呼吸器疾患・喘息及び COPD)、diabetes (糖尿病)の4領域が主要な位置を占め、4領域で全死亡のうち82%を占める。また NCDs 死亡のうち半数強の1,600 万人は、70歳以下の死亡 (premature death)であり、premature death の82%は低中所得国で発生している。

図1は、東南アジア諸国における疾病負担 (disease burden)の推移を、障害調整生存年 (disability-adjusted life year, DALY) によって示したものである²。青がNCDs、赤が感染症、緑が不慮の事故や自殺などを示している。



DALY は、疾患による QOL の低下部分 (years lost due to disability, YLD) と、疾患による平均余命の減少部分 (years of life lost, YLL) の和として表現されるもので、ある疾患が社会全体へもたらす負担 (disease burden, 疾病負担)を推計する際に用いられる (図 2)。



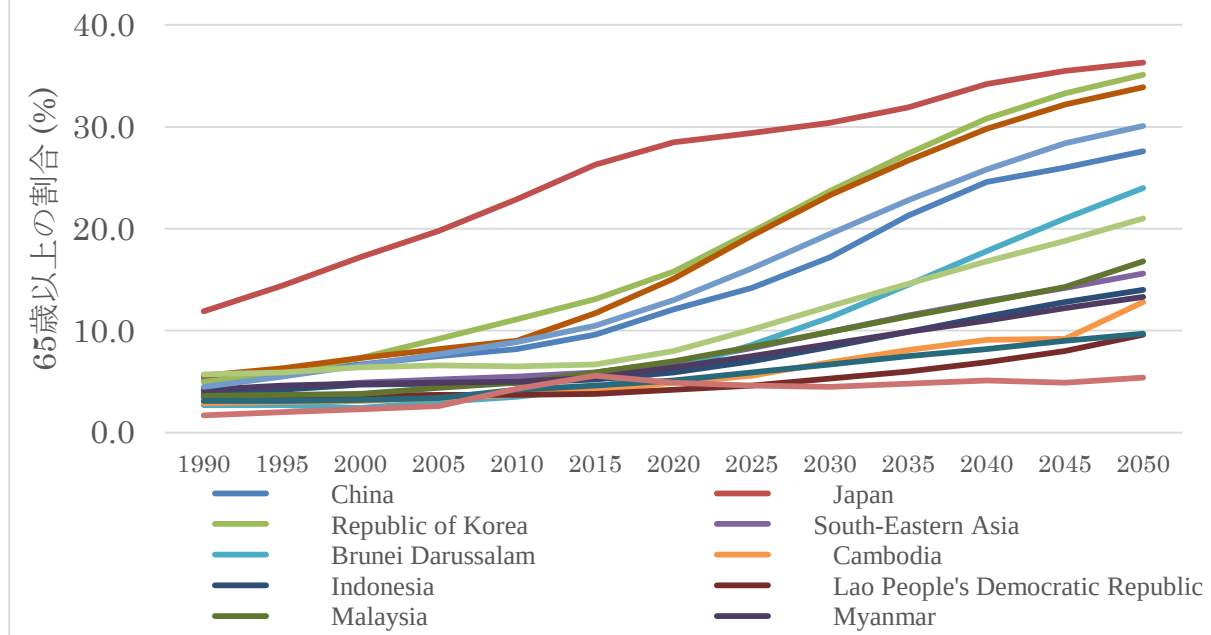
DALYのうちNCDsが占める割合は、1990年の40.4%に比して2015年には67.0%に達し、NCDsの負担割合が年を追うごとに増していることが見て取れる。なお日本の同じ数値は1990年で81.9%・2015年で84.3%であり、低率ながら増大が観測されている。疾病分類で見た場合（図3）、1990年のDALYトップ5は全て感染症・母子保健領域が占めていた（下気道感染症・新生児症候群・消化管感染症・はしか・結核）ものが、2015年には下気道感染症以外はランキングから消え、代わりにNCDs（心血管疾患・虚血性心疾患・糖尿病・腰痛）4疾患が入っている。



NCDs の負担割合の増大には、公衆衛生の向上にともなう感染症の疾病負担減少も相対的に貢献しているが、人口高齢化にともなう生活習慣病・がんの罹患増加も一員である。

図 4 は、国連の人口推計 (World Population Prospect) に基づいて作成した東南アジア諸国および日中韓三国の高齢化率 (65 歳以上の割合) の年次推移予測である³。2025 年には東南アジア全体の高齢化率が 8.3% となり、東南アジア全体でいわゆる「高齢化社会 (高齢化率 7-14%)」を迎える。2050 年には、全体の高齢化率が 15.6% に達し、高齢社会 (高齢化率 14-25%) の状態となる。日本の 36.3% を筆頭に、韓国 (35.1%)・タイ (33.9%)・シンガポール (30.1%)・中国 (27.6%) の各国が、現在の日本の高齢化率 (26.0%) を上回る状態となる。US Census Bureau の推計では⁴、2010 年から 2030 年までの 20 年間で、アジア地域全体での 65 歳以上の総人口は 102.4% 増加 (2.03 倍) する。80 歳以上の超高齢者に限ってみると、増加率は 126.5% (2.27 倍) に達する。

東南アジア諸国＋日本・中国・韓国の高齢化推移 (1990-2050)



3. 共通課題としてのNCDs

高齢化の進展にともない、生活習慣病や認知症など、これまで「先進国の問題」とされてきた疾患が、東南アジア諸国にも徐序に拡大している。

ラオスの三次医療施設における死亡記録を要因別に分類したPhoummalaysithらの分析⁵では、期間中の死亡のうち感染症・傷害が 25%程度を占める一方で、脳血管疾患と腎疾患で半数以上を占めている。現状ではラオスの高齢化率は 5%を下回っており、悪性新生物の寄与は 5%未満と小さいものの、NCDs がすでに軽視できない疾病負担を生んでいることは注目に値する。

生活習慣病のみならず、認知症・軽度認知障害の疾病負担も高齢化にともない増大する。2015 年のデータでは、東南アジア諸国でのアルツハイマー型認知症のDALYは 0.85%と、日本の 4.21%に対して比較的低い値である。しかし 1990 年の数値 (0.35%)からは 2 倍以上に増加しており、今後の高齢化の進展に伴い、負担の増加が予測される。World Alzheimer's Reportの推計^{6,7}では、東南アジア全体での認知症の有病者数は 2010 年現在が 248 万人に対し、2030 年には 530 万人・2050 年には 1,113 万人と、5 倍近くの増加が見込まれる。インドネシアカ国の推計でも、2015 年の 55.6 万人が 2030 年には 230 万人と、15 年間で 4 倍強の増加が予測されている。

高齢化率やNCDsの疾病負担に関して言えば、現在の日本の状況は、期せずして東南アジア諸国の近未来を投射していると考えられる。NCDsで良く言及される潜在患者の問題も同様で、認知症の有病率に関するタイの複数の研究によれば⁸⁻¹⁰、タイにおける認知症の有病率は 1.1%から 9.0%と開きがあり、過少推計（すなわち、潜在的な患者の存在）の問題が指摘されている。患者に対する介護に関しては、家族・地域・自治体の誰が担当するのかや、あるいは都市部と農村部の人口比の違いなどもあり、日本のシステムをそのまま海外に援用することは困難を伴う。しかし、認知症のスクリーニング体制やスクリーニング後の受療体制の整備などは各国共通の課題であり、日本の自治体における取り組み（高齢者

検診における簡便なスクリーニングツールの開発)などは、海外にもある程度応用が可能であろう。

4. UHCの「先進国」日本

医療へのアクセス担保に重要な役割を果たすのが、「全てのヒトが必要な保健サービスを金銭的な困難なく享受できる」Universal Health Coverage (UHC)である¹¹。UHCの達成状況を評価する軸として、「保健システムがカバーする人口」「保健システムがカバーするサービス」「患者が直接支払う医療費」の三つの軸が提示される。より多くの人に、より多くの保健サービスを、自己負担の少ない形で提供するというのがUHCの理想である。

1961年にいわゆる国民皆保険を達成して以来、半世紀以上の長きにわたり、日本の医療保険はUHCの目標に合致するシステムを提供してきた。WHO Health report¹²においても、世界のWHO加盟国の中では総合点でトップと評価されている。

もっとも、一部の領域、とくにワクチンなどの予防医療領域については、「医療保険」が傷病の治療を原則とすることもあり、治療に比して十分な給付がなされていなかった一面もある。医療保険とは別枠の予防接種法において定期接種に指定されれば、公費負担での接種が可能だが、ムンプス・ロタウイルスワクチンなど、任意接種（基本的に自己負担）のままのワクチンも存在する¹³。皆保険制度が十分に整備されていないか、給付対象リスト（ポジティブリスト）を作って限定的に給付していない国でも、むしろ予防接種に関しては優先的に給付プログラムに組み込む例もある。予防の効率性は対象疾患の有病率に大きく依存するため、単純に給付対象を広げることは財政上の問題も伴うが、予防プログラムの給付のあり方については、日本が各国の事例を参考にすべき点も一部存在する。

高く評価される日本の医療保険制度であるが、財政面では大きな課題に直面している。国民医療費は、平成 25 年度には初めて 40 兆円を超え、GDPに占める割合も 8.29%と過去最高になっている¹⁴。平成 22 年の厚生労働省の試算では、2025 年には国民医療費は 52.3 兆円に達するとみられている¹⁵。医療費増大の要因としては、高齢化だけでなく、医療技術の高度化も関与している。

5. 高額薬剤と UHC, UHC と HTA

医療費の増大に対しては、これまでは老人医療費の定額負担→定率負担→現役並み所得の高齢者の負担率引き上げや、保険料率自体の改定、被用者保険の本人負担の自己負担率引き上げなど、「広く薄く」負担を上乗せする形で対応を試みてきた。最初に述べた「日本流の国民皆保険」、すなわち「ほぼ全ての薬を、ほぼ同じ条件で給付する」原則は崩さずに、皆の負担を少しずつ増やす方向を貫いてきた。

諸外国で導入されつつある、医療技術の効率性・費用対効果のデータを援用することで医療資源の適正配分を目指す取り組み。より具体的には、公的医療制度での給付の可否や、給付価格の調整に「効率性」の軸を加えることは、「医療にオカネの話を持ち込むべきでない」「海外と違って費用対効果の考え方はなじまない」のような、ある意味情動的な意見のもとに阻まれることが多かった。しかしこの 2・3 年間に「とてもよく効き、なおかつとても高額」な薬の上市が相次いだことで、議論の風潮は大きく変わった。

議論の風向きを変えるのに大きく「貢献」した 3 剤が、C 型肝炎治療薬のソバルディ（ソフォスブビル）およびハーボニー（ソフォスブビル・レディパスビル配合剤）・抗がん剤のオプジーボ（ニボルマブ）・高コレステロール血症治療薬のレパーサ（エボロクマブ）である。

いずれの薬剤も、薬剤の単価のみならず、患者全体への財政影響の問題が大きく議論された。ソバルディ・ハーボニー・レパーサは、もともと多くの患者が投与対象になることが想定された。一方でオプ

ジーボは、当初はメラノーマ（悪性黒色腫）の適応で、患者数が極めて限られていたが、その後患者数の多い非小細胞性肺がんに適応が広がったことで、薬価の高さと医療財政への影響の双方が議論になった。

高額薬剤の問題、具体的には高額な薬剤と UHC とを両立させることは、先進諸国では大きな議論となっている。本年 1 月 16・17 日に開催された OECD（経済協力開発機構）の保健大臣会議は「The Next generation of health reforms（次世代の保健医療改革）」を主題とし、医療制度・国民皆保険制度を維持しつつ、高額薬剤の問題にどのように対応していくかに関し、より踏み込んだ提言が公表されている。

会合の四つの柱として、「保健医療への非効率な投資・ムダへの取り組み（tackle ineffective health spending and waste）」「医療専門職の役割の近代化（modernize the roles of health professionals）」「ヘルスケア領域でのビッグデータの有効利用（realize the promiss of Big Data in health and health care）」とともに「新規医療技術の持続可能な制度の中での最大限の活用（make the most of new health technology in a sustainable way）」が提示された。

会議後の閣僚声明でも、「新規医療技術・イノベーションへの医療システムの対応」の項で、有効だが非常に高額な治療薬が治療のパラダイムを変えたものの、財政影響も甚大になることを指摘した。そして、新規医療技術の「治療上の価値・その他の利益・費用面に与える影響」について根拠に基づいた情報を提供する手法として、医療の効率性・費用対効果を評価する医療技術評価（Health Technology Assessment: HTA）が鍵になることを明言している。本来の HTA は「医療技術の開発・普及・使用にともなう、医学的・社会的・倫理的・経済的な影響について研究を行う、学際的な政策分析領域」と定義され、幅広い研究を包含するが、本稿での HTA は、「費用対効果評価をもとにして医療技術の給付の判断や価格設定を行うことで、効率的な医療の実現を目指す研究領域」という狭義の定義を用いる。

公的医療制度の効率的な運用をめざす狭義の HTA も、高額薬剤の問題も、むしろ先進国のみの問題ではない。高額薬剤、とくに C 型肝炎治療薬や抗がん剤の給付のあり方については、低中所得国でも大きな議論を呼んでいる。

東南アジア諸国の中で積極的に HTA を政策応用している国としては、タイがある。マレーシアおよびシンガポールも、導入に向けた動きが活発化しつつある。タイにおいて公的医療制度で給付される医薬品は、National List of Essential Medicines (NLEM, 国家必須医薬品リスト)に収載されている医薬品が基本となる。他の項で述べられているとおり、3つの保険システム (UCS, SSS, CSMB)間で給付対象は若干異なってくる。NLEM へ新規の医薬品を収載するか否かを判断するのが HITAP (Health Intervention and Technology Information Service)で、費用対効果や財政的影響を定量的に考慮しつつ、給付の可否を決定する。

HITAPは従来から予防接種やHIV治療薬など、さまざまな評価を実施してきた。2015 年には、C型肝炎治療薬ソバルディや、大腸がんの術後補助療法の評価が新規になされている¹⁶。肝炎は本来のNCDsの定義からは外れるものの、「UHCのシステムを持続可能なものにするために、高額薬剤をどのように扱うか」というより広い概念では、国際協調しつつ政策提言をすべき分野だと考える。

医薬品に関して、承認の可否（その物質を「医薬品」として認めるか否か）の場面では絶対的な有用性（無治療と比較したときの有効性及び安全性）が重視される。一方で、公的医療制度の中でのその医薬品の価値を判断しつつ給付の可否・価格調整を決定する狭義の HTA においては、既存の医薬品（あるいは、すでに給付されている医薬品）と比較した追加的な有用性がむしろ重視される。

追加的な有用性のエビデンスとして最も有用なのが、新たな医薬品と既存の医薬品を直接比較した臨床試験であることは必然である。しかし、無治療やプラセボを対照とした臨床試験に比して、既存薬（実

薬)を比較対照とした臨床試験は数少ない。効率性評価に適したアウトカム指標(生存年数 LY や質調整生存年数など)を採用しつつ、評価に耐えうるだけの十分に長い分析期間をもって評価した前向き臨床研究はさらに限定されてくる。それゆえ、承認後にデータベース研究などを活用しつつ、追加的有用性を明らかにする狭義の比較効果研究 (comparative effectiveness research)や、異なる比較対照の臨床研究を統合し、直接比較がない・乏しい介入間を間接的に比較するネットワークメタアナリシスの活用が議論されている。また臨床的有用性に関しては、人種差がない限りはデータの「国籍」を問わず、質の高いデータを用いることが多くの国で推奨されている。

狭義の HTA が各国に浸透していく現状で、方法論の策定や個別の評価での臨床的有用性データの整備など、日本が各国と協調可能な部分は少なくない。UHC そして高齢社会の「先進国」としての問題点を発信することのみならず、持続可能な UHC を実現する手法の HTA に関しても、主導的な役割を果たすことが期待される。

6. おわりに

OECDの「保健医療のムダな投資への取り組み (Tackling wasteful spending on health)」は、避けるべき「ムダな投資」を「ムダな医療行為」「ムダな運営」「管理上のムダ」の3つに分類している¹⁷。ムダな医療行為としては不適切な薬剤使用による有害事象の発生・抗菌薬の濫用にとまなう耐性菌の発現や高齢者の多剤併用・不要な検査が、ムダな運営としては残薬などが、管理上のムダとしては患者のケアへの貢献が薄い医療資源などが例示されている。これらは、誰が考えても「ムダな投資」に分類される行為であろう。

このような明らかにムダな行為に加えて、「ムダな運営 (operational waste)」中の「価値の低い医療技術」に分類されているのが、「より安い既存の技術よりも真の価値が上回ることを示せない医療技術」や「既存の技術よりも真の価値が上回るものの、あまりに高額な医療技術」である。既存技術に比べて真の価値が上回るかどうかを評価するのは、まさに今まで紹介してきた追加的有用性の概念だ。高いのに追加的有用性を示せない医療技術や、追加的有用性が値段に見合っていない医療技術も、「ムダな投資」に分類されているのである。

「少しでも価値があれば、いくらでもお金は払うべき」という価値観から、「かけるお金に見合った価値があるかを評価すべき」という価値観へ。OECDの提言は、よりよいシステムをどのように持続していくかに関して、重要な考え方の基盤となろう。

認知症の項で述べたとおり、増大していく NCDs の疾病負担にどのように対応していくか、さらには成熟した UHC のシステムを、人口構造と疾病の治療コストが大きく変化していく中でどのように維持していくかの双方が、日本にとって喫緊の課題である。そして、この課題は遠くない将来、東南アジア諸国に共有される(場合によっては、すでに共有されている)ことは確実である。国際協調を通してこの課題に取り組むことは、日本のみならずアジア諸国にとっても、極めて有用かつ不可欠と思われる。

(五十嵐 中、池田 俊也)

1 World Health Organization. Fact sheet: Noncommunicable diseases. WHO, 2015[Accessed on 3 Mar 2017].

[URL:<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/en/>]

2 Institute for Health Metrics and Evaluation. Global Burden of Disease Study 2015 [Accessed on 3 Mar 2017].

[URL:<http://ghdx.healthdata.org/gbd-2015>.]

- 3 United Nations Department of Economic and Social Affairs. World Population Prospects, the 2015 revision. UN, 2015. [Accessed on 3 Mar 2017]. [URL: <https://esa.un.org/unpd/wpp/DataQuery/>]
- 4 He W, Goodkind D, et al. An Aging World 2015. US Census Bureau, 2016.
- 5 Phoummalaysith B, Louangpradith V, et al. Underlying cause of death recorded during 2013 to 2015 at a tertiary general hospital in Vientiane capital, Lao PDR.
- 6 Alzheimer Disease's International. World Alzheimer Report 2010. Alzheimer Disease's International; 2010.
- 7 Alzheimer Disease's International. World Alzheimer Report 2016. Alzheimer Disease's International; 2016.
- 8 Jitapunkul S, Kunanusont C, Phoolcharoen W, et al. Prevalence estimation of dementia among Thai elderly: a national survey. J Med Assoc Thai. 2001; 84(4):461-7.
- 9 Senanarong V, Harnphadungkit K, Pongvarin N, et al. The Dementia and Disability Project in Thai Elderly: rational, design, methodology and early results. BMC Neurol. 2013;13:3.
- 10 Wangtongkum S, Sucharitkul P, Silprasert N, et al. Prevalence of dementia among population age over 45 years in Chiang Mai, Thailand. J Med Assoc Thai. 2008; 91(11):1685-90.
- 11 WHO. Health financing for universal coverage. WHO,2010
[URL: http://www.who.int/health_financing/strategy/dimensions/en/]
- 12 WHO. World Health Report 2000: Health Systems: Improving Performance. Geneva: WHO; 2000:196.
- 13 国立感染症研究所. 日本の定期/任意予防接種スケジュール(平成 28 年 10 月 1 日以降). 国立感染症研究所, 2017. [URL: <http://www.niid.go.jp/niid/images/vaccine/schedule/2016/JP20161001.pdf>]
- 14 厚生労働省. 平成 25 年国民医療費の概況. 厚生労働省, 2015.
[URL:<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-iryohi/13/>]
- 15 厚生労働省. 医療費等の将来見通し及び財政影響試算. 2010.
- 16 HITAP. Cost-Utility and Budget Impact Analysis of Hepatitis C Virus Treatment With Sofosbuvir-based Regimens in Thailand. HITAP, 2016. [URL:<http://www.hitap.net/en/research/163780>]
- 17 OECD. Tackling wasteful spending on health. OECD, 2017.

第5章 アジアにおける日本の保健医療協力

1. 我が国ODAによる保健医療協力の経緯—アジア地域の事例に触れながら

1954年に日本はコロンボプランに加盟し、戦後賠償を進める一方で国際協力が開始された。1962年に海外技術協力事業団（OTCA）が設立された後、63年から国際結核対策研修コースが開設された。70年代から80年代にかけて無償資金協力による医療施設の建設や医療機材供与などの協力が多くなされた。ベトナム南部のチョーライ病院への協力がその代表例である。また、要請に基づき下痢症対策、マラリアや結核などの感染症対策の初期の技術協力のプロジェクトも実施された。70年代には、当時のインドシナ難民問題を契機として、国民の国際協力に対する関心が高まり、基礎生活分野（Basic Human Needs, BHN）に直結する保健医療協力の強化が重要視された。

80年代後半からは、保健医療協力において、無償資金協力による施設・機材の提供と、これをより有効活用するために技術協力と連動して実施する事例が増加した。ベトナム北部の中核病院バックマイ病院やラオスのセタティラート病院等への協力がその事例である。また、90年代には、中国などにおけるポリオ撲滅やタイなどにおけるエイズ対策といった国際社会に共通の課題に取り組む感染症対策の調査研究・実践・普及、乳幼児死亡率や妊産婦死亡率を下げるための母子保健の分野、地方分権化が進む中での地域保健医療の強化、プライマリ・ヘルス・ケア（PHC）を推進するための保健人材の育成、一次医療施設から三次医療施設のつながりを改善するレファラル体制を強化をともなう保健医療サービス強化、生活改善や衛生向上の活動を取り入れた公衆衛生の強化など、保健医療協力の内容が多様化した。

一方、ラオスを最初の派遣国として65年に発足した青年海外協力隊では、70年代にはアフリカの天然痘撲滅に取り組むなどの事例があり、80年代以降、感染症対策や母子保健などの分野で、看護師、助産師、栄養士、医療機材などの多くの青年海外協力隊員が活動してきた。

2000年以降は、ミレニアム開発目標（MDGs）を受けて、タイ・ミャンマー・フィリピンなどでのエイズ・結核・マラリア等の感染症対策と、カンボジア・バングラデシュ・フィリピンなどでの母子保健を中心とする協力が増加した。このころからグローバル・ヘルスへの国際社会の注目が高まるとともに、三大感染症への対策を目指して設立された世界エイズ・結核・マラリア対策基金（グローバル・ファンド）等に代表される大規模な資金が投入される一方、途上国の保健医療の現場ではプログラム毎にパーティカルに提供される多額の資金を吸収して保健医療事業を実施する能力（人材等）が不十分であり、十分な成果を得難いとの認識が広まった。こうした中、日本の保健医療協力では、「自助努力」支援という我が国の国際協力事業を支える理念のもとに、「途上国の保健医療「資源」（人、物、金など）を相手国にあった形で有効活用し、途上国自身に合った形で保健医療の現場を相手国自身の手により運営できるようにするための協力のあり方」すなわち、各国の協力現場で取組んできた相手国の「持続的な保健システムの強化」への支援を重視した協力を行なっている。

今日では、SDGs達成を支援するために、各国のUHC（Universal Health Coverage）達成を支援するための健康保険制度改善のための支援や、途上国でも課題となっている非感染性疾患（Non-Communicable Diseases, NCDs）への対応のための病院建設等の協力（無償資金協力に加え、円借款による協力も拡大しつつある）、新興・再興感染症に対応するための協力（ラボラトリへの支援）なども行っている。

また、母子保健サービスを支えるツールであり住民と保健医療サービスをつなぐ母子手帳の普及をイ

インドネシア等の協力パートナーと協力して各国に普及するための協力（第三国研修）など、我が国による長期間にわたる協力成果を次はパートナー国とともに他国に面的に拡大することにも力を入れている。

さらに、科学技術分野の協力を国内の研究機関とともに地球規模課題対応国際科学技術協力プログラム（SATREPS）でも感染症対策分野が対象となっている。また、草の根技術協力事業や民間連携事業により、我が国の企業・団体等による途上国での保健分野の取組を JICA が支援することも拡大している。

2. 今日のアジアでの保健医療協力の特色

前項で概括した保健医療協力の経緯を踏まえ、今日実施されているアジアを中心とする保健医療協力のさまざまな取組みを、（１）から（８）の 8 つの項目に分類して説明する。ただし、保健医療協力はサブ課題が多岐にわたり、協力相手国の状況もそれぞれであることから、全てを説明することは困難であることをあらかじめ了解いただきたい。

（１）病院をはじめとする保健医療施設への協力

ベトナム南部の中核病院「チョーライ病院」への協力を例にとり、我が国の病院協力の特色を述べる。

チョーライ病院はベトナムのホーチミン市にある 1900 年フランス統治下に創立された 100 年以上の歴史を有する南部ベトナム最高レベルの病院である。同病院と日本の関係は、1966 年から 9 年間脳外科分野の技術協力が行われ、1971 年からは無償資金協力により新病院の建設が始まり、1975 年 1 月に 11 階建ての新病院が完成した。しかし、1975 年 4 月のサイゴン解放による南北ベトナムの統一からは、日本との協力関係が途切れ、建物の老朽化が次第に進んでいった。

1988 年の改革開放政策（ドイモイ政策）の採択から、ベトナムは近代化を目指し、1992 年から日越間の ODA による協力が再開された。その後、チョーライ病院に対し、老朽化した施設の改善や医療機材を供与する無償資金協力、1995 年 4 月から 4 年間技術協力によるプロジェクトを実施し病院管理と臨床分野の改善に協力した。この協力をもとにベトナム南部に協力成果を拡大するため、チョーライ病院が南部ベトナムにおけるトップレファラル病院であるとともに南部の二次病院への技術指導を行なう役割を支援する「現地国内研修」を 1999 年から 5 年間行った。

今日では、ベトナムの経済発展とともに高まる医療サービス提供のニーズに対応するために計画された「日越友好病院（チョーライ第 2 病院）」への円借款による協力を行うための準備調査が行われている。

チョーライ病院は一例に過ぎず、ベトナム北部の中核病院であるバックマイ病院・中部の中核病院のフエ病院への無償資金協力と技術協力を組み合わせた協力により、ベトナム全国の病院の能力強化に果たした日本の協力の意義は大きい。ラオスのセタティラート病院、ミャンマーの新ヤンゴン総合病院、カンボジアの母子病院など日本との協力関係が長く各国で日本との友好関係の象徴としてとらえられている病院は数多い。

また、中核病院や地域中核病院（州・県レベルの二次病院）への協力は、当該病院への施設・機材の供与という資金協力に加えて、病院運営管理やスタッフへの技術研修を内容とする技術協力を伴う支援を行っている。このような技術協力では、協力対象病院による、より下位の保健医療施設を支援・スーパースパイザする機能の強化に取り組むことにより、地域の医療施設間のリファラル体制を高める協力を行うことも多い。北部ベトナムでの地域保健医療強化の協力がその例である。

このように、長年にわたる技術とインフラ支援の両側面にわたる協力の結果、我が国への信頼感が醸

成されているアジア各国の病院等との間で、今後、日本の様々な医療事業者等による活動（ビジネスを含む）が拡大していくことが見込まれる。

（２）保健人材の能力強化

保健医療サービス提供を支える人材の能力強化の重要性にかんがみ、卒後研修の研修制度作りや TOT を通じた指導者/教員の育成を中心とした協力をベトナム、ラオス、カンボジア、ミャンマー等各国で取組んでいる。病院での医療サービス提供と、住民に近い PHC を両側面で支えるためには、医師の他にコメディカル人材が重要であり、看護師をはじめとするこれらコメディカル人材の強化を重視している。人材育成を通じて、中央と地方の保健医療実施体制の連携強化（リファラル体制構築等）にも取組んでいる。

また、UHC 達成には、保健医療人材育成に加え、限りある保健人材が、保健システムの中で活用されるように、保健行政の運営・マネジメント強化や制度作り・政策支援も行う。保健システムの健全な発展のために、限られたリソースを配分するための、政策・制度構築人材育成が重要である。

保健人材の研修の方法としては、技術協力プロジェクトの中で行う OJT や現地研修、本邦や第三国で行う研修事業などがある。また、保健人材の教育・研修施設の強化も資金協力と技術協力の両側面で行っており、ラオスのセタティラート教育病院施設整備、モンゴルの医科大学付属病院建設と運営能力強化などがその例。また、看護学校の施設・機材の整備なども行っている。

（３）母子保健の推進に役立つ母子手帳の普及

母子保健分野の協力は、母子保健サービスを提供する施設・機材の整備、助産師等への研修、医療施設間の連携促進などの取組を、ベトナム、カンボジア、フィリピン等各国で行ってきた。母子保健分野は、保健課題への介入だけではなく、保健施設と家庭の間の道路等のインフラ、水衛生、教育などが総合的に改善されないと根本的な改善が難しい、マルチセクトラルな取組を求められる課題であり、これらの関連領域と連携した取組を強化していく必要がある。

母子手帳は母親の産前・産後の保健医療サービス提供に関する各種情報や子供の予防接種・成長・栄養等の各種の記録や情報が一つにまとまった冊子であり家族の側に所持されるもの（Integrated Home Based Record）である。アジアでは、インドネシアにおいて同国政府による現地の社会・文化に即した母子手帳開発を我が国が支援し全国展開と保健政策の中で確立することを支援した経緯があり、その経験を他の母子手帳導入を進める各国に対する第三国研修を同国政府と JICA が実施している。

（４）感染症対策では診断技術への向上と民間連携を促進

感染症対策の分野では、エイズ・結核・マラリアの３大感染症については、今日ではグローバルファンドによる支援が拡大するにつれて、技術協力プロジェクトは減少傾向にあり、一部の国で政策アドバイザーや感染症対策アドバイザー（ミャンマー、エイズ対策）が相手国政府の計画策定を支援するなどの支援を行っている。技術協力プロジェクトでは、ミャンマーにおいてマラリアの Elimination を目指すための地方部での対策モデルづくりと検証を行うプロジェクトが実施中である。

一方、病院の機能強化や病院間の連携強化を図る協力の中で、院内感染対策等の研修や、診断能力強化に必要な検査（ラボラトリ）技術向上を図る協力を行っている。例えば、ベトナムでは、新興・再興感染症対策として国立衛生研究所と地方保健局のラボラトリの施設・技術・ネットワークの強化に取り組んでいる。

また、感染症対策では、従来 WHO の予防接種拡大計画と連携しながらワクチン供与等の協力を各国に対して実施してきたが、今日では GAVI Alliance 等のワクチンと予防接種を支援する世界同盟（パートナーシップ）に我が国も加盟しており、日本の二国間協力でのワクチンそのものの提供は、パキスタ

ンのポリオ撲滅を目指す取組みなどの重点案件に収束している。一方、インドネシアやベトナムなど大きな人口を抱える国に対するワクチン製造技術の協力も行なわれてきた。ベトナムでは、麻疹風疹ワクチンの自国製造を支援する施設・技術等の協力が約 15 年にわたる協力の結果、ワクチンの自国生産の完成に近づいている。こうしたワクチン製造技術に関しては我が国のワクチン製造企業等の協力が欠かせない。

（５）非感染症疾患（NCDs）対策への取組み

現在、世界各国において非感染性疾患による負荷は増大し続けており、主要な死亡原因となっている。世界保健機関（World Health Organization：WHO）によれば、2012 年には世界の約 3,800 万人が非感染性疾患により死亡したと推測されており、非感染性疾患による死亡の約 4 分の 3 は開発途上国で生じているとされている。しかし、非感染性疾患対策は各途上国における開発課題にはほとんど含まれておらず、非感染性疾患対策についての予算は著しく不足しているのが現状である。

JICA は、非感染性疾患予防・管理に関し、これまで本邦研修を通じた人材育成を中心とした協力を実施してきた。また、草の根技術協力では、NGO・市民団体等との連携により、地域の個別具体的なニーズに沿って協力が実施されてきており、特に子どもを対象としたピアリーダーや学校保健、子どもの肥満予防対策等の実績が多い。例えば、「スリランカ国における生活習慣病対策：特に学校保健を活用した健康増進運動の推進に資するメディア戦略」（草の根技術協力）は、児童を媒介とし教職員や父兄等の生活習慣病に対する知識と問題意識の向上を図っている。幼少期は生活習慣が確立する時期であり、また子どもの健全な発育・発達を促進する意味でもこうした取り組みの重要性は高く、今後発展が期待される。

一方で、技術協力プロジェクト等を通して、国家政策支援も実施されつつある。同じスリランカでは「健康増進・予防医療サービス向上プロジェクト」を実施しており、保健省をカウンターパートとし、循環器疾患予防のための効果的かつ効率的な実施モデルの構築を図っている。またウズベキスタンでは、「非伝染性疾患予防対策支援プロジェクト」を実施しており、非感染性疾患対策強化のための施策を国家レベルで策定・実施することを目標としている。

また、病院の施設・機材の整備に関する資金協力でも NCDs に対応する協力を行っている。

このように、JICA は非感染性疾患予防・管理に関する支援を継続的に実施してきたが、NCDs への協力への増大するニーズにどのように対応するかが課題である。

（６）地球規模課題対応国際科学技術協力プログラム（SATREPS）

JICA による協力の新しい側面が、政府の科学技術外交を推進するために 2008 年に開始された SATREPS である。地球規模の課題の解決につながる新たな知見を日本と途上国の研究者が共同で研究・獲得し、それを途上国の社会で活用を図ることを目指した協力である。感染症対策は一つ分野として対象となっており、アジアでは、ベトナムでの薬剤耐性菌、フィリピンでの小児呼吸器感染症、ラオスでのマラリア等の拡散制御、タイでの結核対策に向けた病原菌ゲノム情報、インドネシアでの抗マラリア薬剤およびオオコウモリを対象とした狂犬病等の対策、などがある（各案件の名称は省略した呼称を用いている）。科学技術協力を通じて、日本の研究者と途上国の研究者の間の協力による研究成果の獲得と途上国の研究分野の人材育成がなされている。

（７）民間連携事業

先進国から途上国への資金の流れは、以前は ODA 関連が大きかったが、今日では ODA よりも民間資金が大きな割合を占めており、開発に資する途上国での企業の投資の意義が高まっている。また、我が国政府として日本再興戦略等の民間企業の海外展開を支援する施策を掲げ、保健医療分野でも本邦企業

の海外展開を支援している。

JICA の民間連携事業のうち、日本企業による途上国でのビジネス連携促進のための企業による提案型の調査として、インドネシアでの衛生事業、ベトナムでの障害者支援、ミャンマーでの薬用植物生産・加工、カンボジアでの殺菌剤入石鹼液等の普及、などの事例がある。また、民間技術普及促進のための実証・販路開拓としては、ベトナムでの栄養士制度普及促進、ミャンマーでの予防医療普及促進、などの事例がある。また、中小企業海外展開支援のための事業としても、タイでの障害者支援、ベトナムでの ICT を用いた遠隔診断、ベトナムでの抗菌病院資材、カンボジアの医療廃棄物処理、など様々な事例が実施されている。

また、海外投融資制度を用いた融資案件として、カンボジアに設立された民間救急救命病院 **Sunrise Japan Hospital Phnom Penh** が建設され、2016 年 9 月に開院している。

民間企業の持つ技術やノウハウを用いて途上国の開発に役立つ、企業のビジネスの途上国での展開を ODA が支援することが、今後ますます重要となっていく見込みである。

(8) UHC を目指す各国の取組への支援とグローバルな学び合いの促進

UHC とは、WHO によれば、すべての人々が基礎的な保健医療サービスを、必要な時に負担可能な費用で享受できる状態とされる。そのためには、医療保障（官民によるものを含む）によって、①カバーされる人口の大きさ、②カバーされる保健サービスの範囲、③カバーされる費用の割合、などを各国でできるだけ拡大することが目指されている。日本の、国民皆保険達成（1961 年）、高齢化対策から学びたいという新興国・途上国は多い。アジアにおいても、ベトナム、カンボジア等で健康保険制度の改善のための協力に着手している。また、タイとの間では技術協力プロジェクト「グローバルヘルスとユニバーサルヘルスカバレッジのためのパートナーシッププロジェクト」を開始している。このプロジェクトでは、日本の経験を活かして高齢化に対応するためのタイ政府の政策と人材の強化を図るとともに、日本とタイの協働により、アジア・アフリカを含む各国の UHC を推進するための「学び合い」と「経験や教訓のグローバルな発信」を促進することを目指している。

おわりに

アジア各国との ODA を通じた保健医療協力に関し、その時々各国の保健医療政策の優先課題を支援し、長期間にわたり取り組んできた協力の歴史と協力相手方の組織（保健医療行政機関や拠点病院等）との強い協力関係・連携関係が存在する。今後は、こうした各国の組織との協力・連携関係を基盤として、ODA だけではなく、アジア各国の保健医療行政機関や拠点病院等と、日本の産官学の様々な主体との間で、グローバル・ヘルスに関する交流関係がさまざまなチャンネルで拡大していくことが期待される。また、こうした交流関係の拡大は、日本と相手国の若手人材の学び合いを通じた育成、日本との協働による各国相互間の学び合いの促進などにつながってことを期待する。

（渡部 晃三）

Ⅲ. 事業の記録

第1章 事業日程

本事業の研究会合・海外調査等の日程については、以下のとおりであった。

年月日	研究会合・海外調査等／場所
2016年07月06日	第1回国際セミナー／赤坂エクセルホテル東急（東京）
07月29日	五十嵐中メンバー他による海外調査／タイ（バンコク）
08月19日	第1回研究会合／日本国際フォーラム会議室（東京）
09月28日	第2回研究会合／日本国際フォーラム会議室（東京）
09月30日	第1回臨時研究会合／外務省（東京）
10月25日	第3回研究会合／日本国際フォーラム会議室（東京）
11月08日	五十嵐中、小川俊夫メンバーによる海外調査／タイ（ノンタブリ）
11月08日	国際ワークショップ開催／タイ保健省会議室／タイ（ノンタブリ）
11月14日 ～11月15日	小川俊夫、鬼丸武士メンバーによる海外調査／フィリピン（マニラ）
11月29日	第4回研究会合／日本国際フォーラム会議室（東京）
12月19日	第2回臨時研究会合／都内（東京）
2017年01月17日	第2回国際セミナー／国際文化会館「講堂」（東京）
01月17日	「国際シンポジウム：東アジアにおけるグローバル・ヘルス・ガバナンスの構築に向けて」開催／国際文化会館「講堂」（東京）
03月07日	第5回研究会合／日本国際フォーラム会議室（東京）

第2章 事業概要

本事業は、「第1章 事業日程」に記載のとおり、「研究会合の開催」、「海外調査」、「国際ワークショップの実施」、「国際セミナーの開催」、「国際シンポジウムの開催」、「政策提言の作成」を行ったところ、それらの概要は以下のとおりであった。

1. 研究会合の開催

以下のとおり計5回の研究会合、計2回の臨時研究会合を実施した。

【研究会合】

回数／年月日	研究会合の概要
第1回 2016年08月19日	ゲストとして招いた藤本康二内閣官房内閣審議官健康・医療戦略室次長より、「日本の健康・医療戦略」について報告を受け、主査・メンバー間で本事業の前提となるグローバル・ヘルスにおける日本外交の現状や方針を共有した。その上で、主査・メンバー間で本事業の背景・目的・意義を改めて共有し、各々が担当する研究テーマおよび問題意識、海外調査先について意見交換を実施した。
第2回 2016年09月28日	ゲストとして招いた押谷仁東北大学大学院医学系研究科教授（元 WHO 西太平洋地域事務局感染症地域アドバイザー）より、グローバル・ヘルにおける「感染症」の現状と課題、渡部メンバーより「非感染症疾患（NCDs）」の現状と課題について報告を受けてメンバー間で共有し、さらに今後の研究方針などについて意見交換した。
第3回 2016年10月25日	主査・メンバー間で各担当分野における研究の進捗状況の報告を行い、最終的に取り纏める政策提言作成に向けて協議を行った。
第4回 2016年11月29日	小川メンバーおよび鬼丸メンバーよりフィリピンおよびタイ出張の成果につき、それぞれ報告を受け、意見交換を実施した。
第5回 2017年3月7日	各メンバーより政策提言案およびそれに付随する論考についての報告がなされ、それらをもとに全体で政策提言の内容について協議を行った。

【臨時研究会合】

回数／年月日	研究会合の概要
第1回 2016年09月30日	メンバーが外務省国際協力局国際保健政策室を往訪し、担当官より「平和と健康のための基本方針」など、保健分野に関する日本の外交方針などについて聴き取りを行い、また意見交換を行った。
第2回 2016年12月19日	来日中の米国、フィリピン、オーストラリア、台湾の専門家より、グローバル・ヘルス・ガバナンスに関する現状、日本に期待する事などについて聴取した。

2. 海外調査の実施

以下のとおりメンバーによる海外調査（有識者などとの協議）を実施した。

日付	出張者	調査国	往訪先 / 主な協議相手
2016 年 07 月 29 日	五十嵐 中	タイ	バンコク市内 / Wiwat ROJANAPITHAYAKORN マヒドン大学ラマティボディ病院保健政策管理センター所長など
2016 年 11 月 8 日	五十嵐 中 小川 俊夫	タイ	タイ保健省 / Thavorn Sakulpanich 健康保険システムリサーチオフィス所長など複数の実務家および有識者
2016 年 11 月 14 日 ～11 月 15 日	小川 俊夫 鬼丸 武士	フィリピン	世界保健機構西太平洋地域事務局（WHO/WPRO） / Hai-Rim Shin 調整官など WHO/WPRO に所属する主に感染症、非感染症疾患などの複数の専門家

3. 国際ワークショップの実施

上記 2. に記載の 2016 年 11 月 8 日のタイ訪問において、タイ保健省にて国際ワークショップを実施した。10 数名を超える政府関係者とともに、アジアにおけるグローバル・ヘルス・ガバナンス構築に向けた課題などについて活発な議論が進められた。

4. 国際セミナーの開催

以下のとおり計 2 回の非公開の国際セミナーを東京で開催し、海外有識者との意見交換を行った。

日付	第 1 回／2016 年 7 月 6 日	第 2 回／2017 年 1 月 17 日
開催場所	赤坂エクセルホテル東急	国際文化会館「講堂」
日本側出席者	小川メンバー、渡部メンバー、福田敬国立医療保健科学院研究員など	本事業の主査・メンバー全員
海外側出席者	IR Por カンボジア（保健省公衆衛生研究所技術局主任）、WANG Yu（中国感染症管理防護センター所長）、MIAO Ji（中国外交学院研究員）、KANG Minah（韓国梨花女子大学校教授）、Phimmasone KOTSAYTHOUNE（ラオス公衆衛生省財政局局長）、LEE Kah Seng（マレーシア保健省薬剤局局長補佐）、LIM Yen Wei（マレーシア保健省薬剤局局長補佐）、San SHWE（ミャンマー戦略国際問題研究所上席テクニカルコンサルタント）、Ida Marie PANTIG（フィリピン開発研究所上級客員研究員）、Phua Kai Hong（元シンガポール赤十字	Ary APRIANTO（インドネシア外務省多国間協力局外交官）、Joel BUENAVENTURA（フィリピン保健省国際保健協力局主任保健プログラム・オフィサー）、FERNANDO Ferdinal（ASEAN 事務局保健局局長補佐）、KANG Minah（韓国梨花女子大学校教授）、Mang Hau THANG（ミャンマー戦略国際問題研究所所長）、Wiwat ROJANAPITHAYAKORN（タイマヒドン大学「グローバル・ヘルス・プログラム」所長）。

	副会長)、Wiwat ROJANAPITHAYAKORN (タイ王立マヒドン大学ラマティボディ病院保健政策管理センター所長)、Do Duy CUONG (ベトナム・バクマイ病院感染症局長)。	
概要	アジア地域のグローバル・ヘルス・ガバナンス構築にあたり、各国が日本に期待することなどについて聴取および意見交換を実施。	参加者より各国のヘルス分野の現状と課題、その中で人的および非人的リソースで何を必要としているか、そうした中で日本に期待することは何かについて適宜報告を受け、さらに WHO などグローバルレベルでの改革の進展がみられていない中で、リージョナル・レベルであるアジアで、どのようにグローバル・ヘルスのガバナンス構築を行うべきなのかについて協議を行った。

5. 国際シンポジウムの開催

2017年1月17日、国際文化会館「講堂」にて開催された一般公開による国際シンポジウム「東アジアにおけるグローバル・ヘルス・ガバナンスの構築に向けて」をタイのマヒドン大学「グローバル・ヘルス」プログラムおよび日本の国際医療福祉大学と共催し、著名な学者やシンクタンク研究者の他、在京の大使館関係者から学生までおよそ50人が参加した。シンポジウムでは、本研究会の主査・メンバーのほか、ASEAN事務局はじめ東アジア諸国の実務家および学者がパネリストとして報告を行い、それぞれの立場（地域、国、機関など）から、グローバル・ヘルスの現状、課題、今後の具体的な取り組みなどについて活発な議論が進められた。なお、シンポジウムでは公務で参加できなかった松本純国務大臣・国家公安委員長からの祝辞が読み上げられた。（シンポジウムの詳細については第3章を参照）

6. 「成果報告書」の作成

前述の1.から5.の活動成果をもとに、アジア地域に焦点をあてながら、日本のイニシアチブのもと、グローバル・ヘルス・ガバナンスの向上に向けて、日本がとるべき具体的な外交政策の提言を取り纏めた（本報告書5ページ参照）。

第3章 国際シンポジウムの記録

1. プログラム

国際シンポジウム International Symposium 「東アジアにおけるグローバル・ヘルス・ガバナンスの構築に向けて」 "Towards Building the Global Health Governance in East Asia" 2017年1月17日 / January 17, 2017 国際文化会館、東京、日本 / International House of Japan (IHJ), Tokyo, Japan 共催 / Co-sponsored by 日本国際フォーラム / The Japan Forum on International Relations (JFIR) マヒドン大学「グローバル・ヘルス」プログラム / Mahidol University Global Health (MUGH) 国際医療福祉大学 / International University of Health and Welfare	
2017年1月17日（火） / Tuesday, 17 January, 2017 国際文化会館「講堂」 / "Lecture Hall" International House of Japan	
開場挨拶 / Opening Remarks	
10:00 - 10:20	
挨拶 (8分間) Opening Remark (8 min.)	島田 晴雄 慶應義塾大学名誉教授 SHIMADA Haruo, Professor Emeritus, Keio University
挨拶 (8分間) Opening Remark (8 min.)	佐藤 禎一 日本国際フォーラム上席研究員 / 国際医療福祉大学名誉教授 SATO Teiichi, Superior Research Fellow, JFIR / Professor Emeritus, International University of Health and Welfare
セッション / Session	
10:15 - 12:30	
議長 (5分間) Chairperson (5 min.)	伊藤 剛 日本国際フォーラム上席研究員 / 明治大学教授 ITO Go, Superior Research Fellow, JFIR / Professor, Meiji University
報告A (12分間) Presenter A (12 min.)	鬼丸 武士 九州大学准教授 ONIMARU Takeshi, Associate Professor, Kyushu University
報告B (12分間) Presenter B (12 min.)	ウィット・ロジャナビティアヤコン マヒドン大学「グローバル・ヘルス」プログラム所長 (タイ) Wiwat ROJANAPITHAYAKORN, Director, MUGH (Thailand)
報告C (12分間) Presenter C (12 min.)	ジョエル・ブエナベントゥラ フィリピン保健省国際保健協力局主任保健プログラムオフィサー (フィリピン) Joel BUENAVENTURA, Chief Health Program Officer, Bureau of International Health Cooperation, Department of Health (Philippine)
報告D (12分間) Presenter D (12 min.)	フェルナンド・ファディナル ASEAN 事務局保健局局長補佐 FERNANDO Ferdinal, Assistant Director of Health Division, ASEAN Secretariat
報告E (12分間) Presenter E (12 min.)	カン・ミナ 梨花女子大学校教授 (韓国) KANG Minah, Professor, Ewha Womans University (Korea)
自由討議 (60分間) Free Discussions (60 min.)	出席者全員 All Participants
総括 (10分間) Summarization (10 min.)	伊藤 剛 日本国際フォーラム上席研究員 / 明治大学教授 ITO Go, Superior Research Fellow, JFIR / Professor, Meiji University

2. 出席者リスト

【海外側パネリスト】

Wiwat ROJANAPITHAYAKORN マヒドン大学「グローバル・ヘルス」プログラム所長
Joel BUENAVENTURA フィリピン保健省国際保健協力局主任保健プログラムオフィサー
FERNANDO Ferdinal ASEAN 事務局保健局局长補佐
KANG Minah 韓国梨花女子大学校教授

【日本側パネリスト】

島田 晴雄 慶應義塾大学名誉教授
佐藤 禎一 JFIR 上席研究員 / 国際医療福祉大学名誉教授
伊藤 剛 JFIR 上席研究員 / 明治大学教授
鬼丸 武士 九州大学准教授

(プログラム登場順)

【出席者】

赤坂 清隆 フォーリン・プレスセンター理事長
APRIANTO Ary インドネシア外務省多国間協力局外交官
ZAIN Alinda FM 駐日インドネシア大使館教育文化部長
ALVES Nuno alvares moniz marques 駐日東ティモール大使館参事官
五十嵐 中 東京大学特任准教授
池田 俊也 国際医療福祉大学大学院教授
石垣 泰司 東アジア共同体評議会議長
石原 由紀 外務省医務官
石田 敏史 外務省国際保健政策室課長補佐
伊藤 将憲 JFIR 事務局長
江木 聡 ニッセイ基礎研究所主任研究員
大塚 健司 アジア経済研究所主任研究員
小川 俊夫 国際医療福祉大学准教授
落合 薫 Corporate catalyst India アソシエイト
勝間 靖 早稲田大学教授
鎌田 恵夫 NTT 東日本部長
菊池 誉名 JFIR 主任研究員
小泉 展子 駐日タイ大使館政治経済アシスタント
近藤 健彦 麗澤大学オープンカレッジ講師
齋藤 智也 国立保健医療科学院上席主任研究官
酒井三千代 三井物産戦略研究所産業情報部研究員
篠原 拓也 ニッセイ基礎研究所主任研究員
白川 良美 帝京大学大学院
高畑 洋平 グローバル・フォーラム事務局長
瀧澤 宏 タキザワアソシエイツ代表取締役
竹中 伸一 法人結核予防会国際部副部長

長尾 和美	長尾産業株式会社社長
仲野 寿人	キッコーマン経営企画室調査渉外担当部長
原田 泉	国際社会経済研究所情報社会研究部長・主幹研究員
松田 晋哉	産業医科大学教授
THANG Mang Hau	ミャンマー外務省戦略研究訓練局局長
箭内 彰子	日本貿易振興機構アジア経済研究所主任研究員
矢野 卓也	JFIR 研究センター長
兪 敏浩	名古屋商科大学コミュニケーション学部准教授
渡辺 繭	JFIR 常務理事
渡部 晃三	JICA 人間開発部保健第二グループ長

など 50 名（五十音順）

3. 速記録

本速記録は、発言者の使用言語の違いなどの理由により、発言内容について発言者全員の確認をとることが不可能であったため、当フォーラム事務局の責任において再生、編集されたものである。

開幕挨拶

渡辺繭（司会） 皆様、定刻の 10 時になりましたので、ただいまより、国際シンポジウム「東アジアにおけるグローバル・ヘルス・ガバナンスの構築に向けて」を始めたいと思います。

私は、本日の司会進行を務めさせていただきます日本国際フォーラム常務理事の渡辺繭と申します。本日は、多数の皆様がこの会合にご参加いただきましたことを、まずは御礼申し上げます。

本日は、日本語、英語の同時通訳により進めてまいります。お手元のイヤホンの日本語はチャンネル 4 で、英語はチャンネル 5 でお聞きください。

さて、本日は、日本国際フォーラム、マヒドン大学「グローバル・ヘルス」プログラム、及び国際医療福祉大学の 3 者共催による会議でございます。

本日のシンポジウム開催に当たりましては、松本純国務大臣国家公安委員会委員長より、祝辞を頂戴しております。私より朗読させていただきたいと思います。

国際シンポジウム「東アジアにおけるグローバル・ヘルス・ガバナンスの構築に向けて」の開催を皆様と共に心からお慶び申し上げます。

真剣な意見交換が、必ずや、東アジアにおけるグローバル・ヘルス・ガバナンスの構築、強化の構築に資することと確信致しています。

日本国際フォーラムの皆様の一層のご奮闘を祈念致します。

国務大臣国家公安委員会委員長衆議院議員松本純。

以上でございます。お手元のプログラムのとおり、まずは主催者を代表しまして、慶應義塾大学の島田晴雄名誉教授より開会の挨拶を申し上げたいと思います。

島田晴雄（慶應義塾大学名誉教授） 皆さん、おはようございます。慶應義塾大学名誉教授の島田晴雄でございます。このたび、タイのマヒドン大学「グローバル・ヘルス」プログラム及び日本の国際医療福祉大学との共催によって、国際シンポジウム「東アジアにおけるグローバル・ヘルス・ガバナンスの構築に向けて」というシンポジウム

を開催することができて、大変喜んでおります。

この会議に参加するため、マヒドン大学「グローバル・ヘルス」プログラムのウィワット・ロジヤナピティアヤコン所長、フィリピン保健省のジョエル・ブエナベントウラ国際保健協力局主任保健プログラムオフィサー、ASEAN 事務局のフェルナンド・ファディナル保健局局长補佐、韓国の梨花女子大学校のカン・ミナ教授の計4名の皆様にパネリストとしてご参加いただきました。まずは心から、遠くからご参加いただいたことに歓迎と感謝の念をあらわしたいと思います。

また、日本側パネリストとして、こちらにお座りの佐藤禎一日本国際フォーラム上席研究員兼国際医療福祉大学名誉教授、それから伊藤剛先生、日本国際フォーラムの上席研究員兼明治大学教授、今日は議長をやっていただきます。また、鬼丸武士九州大学准教授の皆様にもご参加いただきました。そのほかにも、本日の会場には、内外のそうそうたる専門家、研究者等の皆様が、このシンポジウムの参加者としてご出席いただいております。改めて心から深く感謝を申し上げる次第でございます。

国際社会におきましては、グローバリゼーションの進展に伴い、ある種その負の帰結ともいえる各種の国境を越えた脅威が地球規模で拡大しております。中でも、グローバル・ヘルスの分野においては、近年のエボラ出血熱や中東呼吸器症候群（MERS）といった感染症の流行を防げなかったこと、また経済発展によって生活習慣が変わってきて、糖尿病などの非感染症疾患が拡大をして、これが高齢化の問題などとあいまって、各国で新たな課題として顕在化していることなど、もはや既存のシステムでは十分に対処できないことがますます明らかとなってきております。

こうした現状はアジアにおいて特に顕著であり、グローバル・ヘルスについて、アジア地域を重点領域に、いかにグローバルな疾患を防ぐためのガバナンス構築を行うべきかについて協議を進めることが緊急の課題として求められていると思います。

わが国は、昨年開催されました伊勢志摩サミットで「国際保健のための G7 伊勢志摩ビジョン」を取りまとめるなど、国際社会におけるグローバル・ヘルスの取り組みを、官民を挙げたオールジャパンの体制によって積極的に進めております。

本日のシンポジウムは、このようなわが国の機運が高まっているときを捉えて開催するものであり、国際社会、特にアジアにおいて、地球規模の課題であるグローバル・ヘルスについて、いかにガバナンスを構築していったらいいのか、専門家や有識者の皆様が一同に会して、より具体的な議論が深められることを期待しております。

本日のシンポジウムが、実り多い意見交換の場となることを祈念して、また諸外国から参集された専門家の皆様、わが国の専門家の皆様の間で、さらなる緊密な連絡と友情が築かれて、今後に資することを心から祈念いたしまして、開会に当たりまして私のご挨拶にかえさせていただきたいと思っております。本日はよろしくお願いいたします。

（拍手）

渡辺 蘭（司会） ありがとうございます。

続きまして、国際医療福祉大学名誉教授および日本国際フォーラム上席研究員の佐藤禎一先生よりご挨拶を頂戴したいと存じます。

佐藤先生には、当フォーラムが今年度実施しております「グローバル・ヘルス・ガバナンスと日本外交ーアジア地域を中心にー」研究会において、主査としてご指導を賜っております。

それではよろしくお願いいたします。

佐藤 禎一（日本国際フォーラム上席研究員 / 国際医療福祉大学名誉教授） 皆様、おはようござ

います。ご紹介をいただきました佐藤でございます。今回、私どもの準備がややおくれてまして、このシンポジウムのご案内をするのが、時間が大変短い期間のご案内になりましたので、もう少し多くの方にお集まりをいただくことも考えたのですが、結果として、ちょうど親密な対話ができるサイズになったと思っております。どうぞよろしくお願いいたします。

先ほど島田先生のご挨拶の中にもございまし

たように、わが国は、昨年開催されました伊勢志摩サミットの中で、「国際保健のための G7 伊勢志摩ビジョン」ということを取りまとめているわけでございます。こういったことを初め、これまで国際社会におけるグローバル・ヘルス分野での取り組みを進めてきたところでございます。

私どもの日本国際フォーラムでは、こうした日本全体の動きと歩調を合わせまして、昨年より、今ご紹介をいただきましたように、私が主査を務めております「グローバル・ヘルス・ガバナンスと日本外交—アジア地域を中心に—」という研究会を組織し、今日までアジア諸国のシンクタンクの関係者をお招きしての研究会を行ったり、あるいは各国に出かけて関係者のご意見を交換するといった研究活動を実施しているところでございます。

グローバル・ヘルス・ガバナンスの強化あるいは構築ということでは、既に何年も前から、その改革の必要性が取り上げられてきたところでありまして、皆様ご存じのように国連のサステナブル・デベロップメント・ゴールズの中の具体的なターゲットとしての行動計画が示されているところでございます。

ただ、この課題は中身が多岐にわたっております。そしてまた、国によってはそれぞれの国の状況に応じたプライオリティづけにも多様性があるところでございます。例えば、国によっては、国民医療や国民保険といったシステム全体の構築を第一に考えていらっしゃる場所もございますし、感染症対策ということを緊急の課題として対応していらっしゃる場所もありますし、また、非感染症の諸課題、高齢化社会などとも関連をして、そういったことに軸足を置いているところもあるわけでございます。

そういったさまざまな動きがある中でございますが、グローバル・ヘルス・ガバナンスを構築する上では、一つはヒューマンリソース、人材の拡充ということが必要になってくるかと思えます。制度的な改善が進んだといたしましても、それを担う人材の育成がなされていなければ、ヘル

ス分野での強化を進展させることはできませんし、そもそも、そのようなシステムを構築すること自身が、十分な人材なくしてはできないところでございます。

いま 1 つは、非人的なリソースと申しますが、ICT とかビッグデータなどを初めとするさまざまな非人的なリソースについても拡充をしていくことが必要であると考えているところでございます。

このことは決して簡単なことではございませんが、アジアで共有できる体制づくりや、あるいはプラットフォームの構築ということに向けて進んでいくことが期待をされているところでございます。

そういう活動を通じまして、アジア全体のヘルス・ガバナンスを強化し、また世界中に私どもの活動を発信していくことができれば、大変幸いだと思っているわけでございます。

以上のような問題意識のもとに、私どもの研究会は本日まで研究活動が続けているところでありますが、今日のこのシンポジウムは、こうした研究成果も踏まえながら、東アジア各国の専門家とともに、アジアでいかにしてグローバル・ヘルス・ガバナンスの構築に向けた進歩ができるのか、具体的な方策を探ってまいりたいと希望しているところでございます。

本日のシンポジウムが、実り多い意見交換の場となりますことを祈念申し上げまして、開会のご挨拶にさせていただきます。どうぞよろしくお願いいたします。ありがとうございました。(拍手)

渡辺 蘭（司会） ありがとうございます。

本日は、佐藤先生のお話にもございましたが、当フォーラムが実施しております研究会の成果も踏まえて議論をさせていただきたいと存じますが、本日はその研究会の日本側メンバーでおられる先生方にパネリストとしてご登壇をいただいておりますとともに、海外よりもパネリストである ASEAN 事務局、タイ、フィリピン、韓国からお招きの先生方に加えて、ミャンマーとインドネシアからも専門の先生をこのフロアに本

日はお招きいたしております。

それでは、これよりセッションを始めたいと思いますが、これに先立ちまして、シンポジウムの進行について若干の説明をさせていただきたいと思います。

本日の議事進行に当たりましては、時間厳守で進めてまいりたいと思います。パネリストの皆様におかれましては、お1人様12分のご報告をお願いいたします。事務局より、発言時間終了の1分前にリングコールをさせていただきます。また、自由討議においては、ご発言ご希望の方はお1人様3分とさせていただきますので、残り1分のところでリングコールをさせていただきます。発言ご希望の方は、机の上のネームプレートを立てただけでしたら、時間の許す範囲内で順番に指名をさせていただきます。

なお、ご発言の際には、必ずお名前、お肩書、ご所属を述べていただきたいと思います。

本日の会議は逐語的な記録をとっております。この記録は、報告書として取りまとめまして、印刷に付し、広く配布するとともに、私どものホームページにも掲載する予定でございます。したがって、オフレコをご希望される場合には、ご発言の際にオフレコですと一言おっしゃっていただければ、そこは記録から削除させていただきます。

それでは、セッションを始めたいと存じます。ここからは伊藤剛日本国際フォーラム上席研究員・明治大学教授に議長をお願いしておりますので、ここからは伊藤先生にマイクをお渡ししたいと思います。

お願いいたします。

セッション

伊藤剛（議長） 皆様、おはようございます。私、本日議長を仰せつかりました、日本国際フォーラム上席研究員、及び明治大学で教授をしております伊藤剛と申します。よろしくお願いいたします。

この日本国際フォーラムのシンポジウムや会合に定期的に参加なさっている先生方は、私を見まして、伊藤は一体いつグローバル・ヘルス・ガバナンスの専門になったんだという疑問があるのではないかと思います。これ実は私の長らく専門としてやっておりました国際政治・安全保障と非常に密接な関連があることでございまして、この「東アジアにおけるグローバル・ヘルス・ガバナンスの構築に向けて」という研究課題は、もちろん助成元は日本国政府であり、日本の外交の一環として、こういう健康医療の分野に関してどのような貢献ができるのかということに関して、アジア諸国のパネリストの先生方と討議を交わすということが目的でございます。

各先生方の討議及び討論に入る前に、私のほうから2つばかり、思うところを申し上げたいと考えております。

まず1つは、島田先生、それから佐藤上席研究員のほうからお話がありましたが、アジアにおけるグローバル・ヘルス・ガバナンスの構築に関しては、やはり各国の協力、そして人的リソース、非人的リソースという2つの整備及び、その拡充というのが重要であるという冒頭の挨拶がございました。

こういう話を聞きますと私がいつも思い出すのは、私は大学院が上智大学というところに、もう何十年も前に最初に通ったわけですが、緒方貞子先生が難民高等弁務官時代に以下のようなことをおっしゃられたことを覚えています。

難民を幾ら一生懸命救援、支援したとしても、難民そのものがなくなるわけではないのだと。つまり、いろいろなロジスティカルなサポートは一生懸命やるし、それはもちろん取り組むべき課題であるけれども、本来的に難民そのものがなくなるような体制や制度や協力というのがなされない限り、なかなか実際には問題そのものは減らないし、なくならないし、解決することはない、というようなことを思い出す次第であります。

これと同じように、人的及び非人的なリソースや制度の発展というのは、医療がどんどん進み、

協力体制が進んだとしても、もちろんその病気がなくなるわけではないし、新しい感染症、病気の発見もどんどん起こってまいります。

そういう意味で、ロジスティクスとサブスタンスといいますか、ロジスティカルなサポート体制を拡充するというのも大事ですが、やはりいろいろな、ヘルス・ガバナンスといいますか、健康や医療全体のガバナンスに向けての政治的な意思決定や各国間の協力というものがさらに必要とされていくのではないかと考える次第であります。

そういう意味で、今回のシンポジウムは、単に医療分野、健康分野に対する協力を推進するだけではなくて、もっと大きな意味でアジア全体の、このグローバル・ヘルス・ガバナンスに対する協力という政治的な意思といいますか、もっと大きな協力を推進することの契機になればと考える次第であります。

2 つ目は、これは日本の外交といいますか、日本の将来的なプレゼンスとも関係があると私は考えておりまして、日本は経済的な GDP の大きさでいえば、数年前に中国に抜かれて、今や中国の GDP は日本の 3 倍近くになるという状況であります。

そうすると、プレゼンスをどうやって示したらいいかということが、昨今いろいろな国際会議で問題になるわけですが、私は、この 1 月 20 日に就任しますトランプ大統領の先日の記者会見を聞いておりまして思ったことがあります。

今はどこもそうなのですが、アメリカ・ファースト、ロシアもロシア・ファースト、フランスもフランス・ファーストと、自分の国のプレゼンスや国益を一生懸命実現しようということを、躍起になって政治指導者は言うておりますが、この〇〇国ファーストというのは、自分の国だけで達成できるものではなくて、ほかの国との協力がもたなくて初めてうまくいくのだと。だから、ジャパン・ファーストというのは、別にほかの国はどうでもよくて日本だけが 1 番になればいいという話ではなくて、アジア諸国及び世界全体の協力

の中で、そのファーストを実現していくということではないかと思う次第であります。

これ以上話しますと議長ではなくてスピーカーになりますのでやめておきますが、こういった事柄を念頭に置きまして、早速先生方の報告に入っていきたいと思います。プログラムどおり進めていきたいと思いますので、12 分間、早速ですが鬼丸先生、よろしくお願いいたします。

鬼丸武士（九州大学准教授） どうもありがとうございます。九州大学の鬼丸と申します。よろしくお願いいたします。

私自身は、医者でも公衆衛生の専門家でもなく、普段は過去 200 年の東アジア、東南アジア地域の政治を研究している人間です。

それがなぜここに座っているかという、過去 10 年ぐらい、特に安全保障の観点から、H5N1 型の鳥インフルエンザ問題がこの地域にどのようなインパクトを及ぼすのかについて研究をしているからです。このシンポジウムのテーマであるグローバル・ヘルス・ガバナンスという問題を東アジア、東南アジア地域を対象にして考えるとき、まず重要なのは 21 世紀への転換点に起こった SARS です。そして、H5N1 型を代表とするインフルエンザの問題は大きいだろうと思います。

私が調査を始めた 10 年前と今を比べると、この地域での制度構築は進んでいます。昨年末、久しぶりにマニラにある WHO の西太平洋地域事務局に行ってきた、事業統括部長を務められている葛西健さんとお話しする機会がありました。葛西さんには 10 年前にもインタビューさせていただいたのですが、その時と比べてこの地域での対策は、西太平洋地域事務局を中心にかなり進んでいます。ただ、それでは問題が解決しているかというと、そういうわけではない。それでは、どこに問題があるのかという観点から、今日、お話をさせていただければと思います。

グローバル・ヘルス・ガバナンスという、恐らく 2 つのフェーズを考えなければならないでしょう。1 つ目はまさにグローバルなレベルでのヘルス・イシューです。それは例えば、感染症によ

るパンデミックを防ぐために、WHO をより実効性の高い組織に改革しようとする動きです。

感染症対策で鍵になるのは、できるだけ迅速に、発生した段階で情報をつかむことです。つかんだ情報をグローバルなレベルでどうやって共有するのか。実効性の高い国際的なサーベイランスのメカニズムの構築と、情報共有システムの構築。現在も WHO が主導するスキームがありますが、その実効性をより高める必要があります。

さらには、起こり得るパンデミックに対する対処は、一国レベルだけではなく地域のレベルで行う必要があります。実際に新しい感染症が発生した場合、現在の航空機の発達を考えると、水際対策で防げる可能性は高くないでしょう。自分の国の人々を守りたければ、周辺諸国の対処能力の向上、地域や世界のレベルでの協力体制の構築が求められています。

2 つ目です。今、地域という言葉を出しましたが、日本のことを考えれば、日本が位置している東アジア・東南アジア地域での地域協力が重要です。この地域ではすでに様々な協力のスキームが動いています。例えば J-GRID、日本がイニシアティブをとって各国の、特に感染症に対する対処能力を向上するスキームが、過去 10 年ほど実施されています。ASEAN の中でも情報共有の仕組みもないわけではない。しかし、これで十分というわけではない。まだ不十分です。なぜ不十分なのか。その一つの理由は、この地域の中の国々の医療体制や医療水準がいまだに、まちまちであることにあります。

日本を考えてみても、例えば都市部と地方では医療水準が異なります。お医者さんもビジネスですから、やはりもうかるところに行くわけです。東南アジアの場合、自分の国を出てより儲かるアメリカに行ってしまうようなこともあります。こうなると、医療を支える基本的な人的リソースであるお医者さんが足りないという事態が起こります。

また政府の側に目を向けると、医療に割り当てられるリソースが不足していることに問題があ

ります。そしてこの政府のリソースの問題を考えるとときに重要になるのが、日本を含むアジアの国々が直面している医療・保健上の問題が極めて多岐にわたるということです。

アジアではいまだに感染症が流行しています。それと同時に社会経済状況の変化により、糖尿病や高血圧といった慢性疾患もこの地域では問題となっています。さらにアジアの多くの国がものすごい速度で高齢化社会へと進んでいます。そして、これらの医療・保険上の課題について、どれが一番重要であるかについての意思決定が非常に難しくなっているのです。一般的に、医療全体の向上が大切であるとか、ガバナンスの向上が大切だといった言い方をすると誰も反対はしないわけですが、具体的にどこが大切かという話になると、ここは決定が非常に難しくなるわけです。

この意思決定の難しさに関連する問題として、この地域の政府が直面している課題は、医療だけに限られないということです。言い換えれば、限られたリソースを様々な政策課題へと割り当てる際に、医療の問題が必ずしも優先順位一番にはならないということです。この地域で最も大きな政策課題は、やはり経済発展だと思います。経済政策と医療政策を比べた時、どちらがより重要とされているのかは、言うまでもないかと思います。SARS が発生したであるとか、新型インフルエンザが発生したであるとかのような緊急事態の際には、政策上の優先順位が高くなり、対策が進みますが、いったんこの危機的状況を脱すると、途端に政策順位が低下し、ひどい場合は忘れ去られてしまいますこともあります。

その一方で、この地域は近代化、グローバル化の波を大いに受けていて、人の移動、物の移動がものすごく活発化しています。ですので、感染症の流行が起こる可能性は、非常に高くなっていると考えべきなのです。国際航空網や道路網の整備により、世界の任意の二点間を大体 72 時を上限に移動ができる時代になっています。72 時間というと、感染症に仮にかかったとしても、感染症

によっては潜伏期間のまま人が移動することができます。これは水際での探知をすり抜けて、いきなり新しい感染症の第1号患者が、世界中のどこで見つかってもおかしくない状況にあるということです。

このような状況を考えるとやはり、この地域での医療をめぐる協力体制の構築は急務です。そのために、最も必要とされているのは何かといえば、それは人材です。医療に関連する人材といえば、だれもお医者さんの養成を考えるでしょう。しかし、いま必要とされているのは、高度な医療人材だけではなく、医療・保健上の危機が生じた際に、国や地域、さらには世界のレベルで様々なステークホルダーの間の調整を図り、対策を講じることができる人材です。本来、公衆衛生の専門家というのは、このような行政的、社会的な知識を持ち、対策を講じることができる人材のはずです。それがなぜか特に日本ではある疾病の専門家の養成になってしまっていることが大きな問題といえます。WHO 西太平洋地域事務局も、現在スタッフの8割がメディカル・ドクターではないそうです。これは地域の医療ガバナンスの構築には、お医者さんと社会を繋ぐ、国と国を繋ぐ、国と地域を繋ぐといった仕事ができる人材が必要とされていることの証左ではないかと考えます。

このグローバル・ヘルス・ガバナンスの問題というのは、日本で使い古された言葉ですが、学際というか、単一の方法論では解決できない課題に対処する必要がある問題です。そして、この学際という言葉が言われて久しいにもかかわらず、そういった人材があまり排出されていないこと、これは日本の大学を中心とした現行の人材養成メカニズムが、社会のニーズに合っていないことを示していると言えます。そしてこれは日本に限らず、アジア各地にも共通していると思われます。ですので、従来とは違う新しい人材養成モデルを構築することが今、求められているのではないのでしょうか。

時間が来ましたので、私の報告は以上で終わりにしたいと思います。どうもありがとうございます

す。(拍手)

伊藤剛(司会) 鬼丸先生、どうもありがとうございました。

非常に広い範囲にわたって、医療、公衆衛生、そして社会との連携という、非常に広範かつポイントを突いた説明であったと思います。

では次に、タイからいらしてくださいましたウィワット・ロジヤナビティアヤコン先生にお願いしたいと思います。

昨日のディナーで、ウィワット先生の名前が非常に長いので、ウィワット先生と呼んでくれということです。対して私は伊藤剛で一番短いという、そういうちょっと不思議なコントラストになっていますが、早速お願いしたいと思います。

ではウィワット先生、よろしくお願いします。
ウィワット・ロジヤナビティアヤコン(マヒドン大学「グローバル・ヘルス」プログラム所長) 伊藤先生、ありがとうございます。

まず、冒頭に御礼を申し上げます。主催者の方々、マヒドン大学のグローバル・ヘルスも協賛はしておりますが、日本国際フォーラムに心より御礼を申し上げたいと思います。このようなシンポジウムを主催していただきまして、また私も出席させていただきまして、ありがたく思っております。

この問題に対して、この15年ほど、この分野で、いろいろな職責で携わってまいりました。大きな課題がこの地域にはあるという認識を得ております。その主たる理由は明らかであります。まず最初に簡単に、グローバル・ヘルスという言葉について、グローバル・ヘルスとインターナショナル・ヘルスというので混乱があるようなので申し上げます。

グローバル・ヘルスというのは、ある一国で起こることで、ほかの国に影響を与えることで、その解決のためには単一の国だけではできないため、ほかの国との協力が必要になるような課題のことです。グローバル・ヘルスをそこで協力して促進していくということです。

ヘルスの問題というのは、いろいろな分野・要

素に影響を与えます。経済開発にも影響を与えるし、QOL にも影響を与えるということで、非常に重要な点です。問題がどんどん複雑化しています。

多くの国において、NCD がふえているということです。それだけではなくて、感染症のほうも時によっては発生します。それが全世界に影響を与えることがあります。安全保障上の脅威になることもあります。多くの国で高齢化の問題があります。人口動態の変化によってシステムが弱体化することもあります。すなわち、社会が若い人にも高齢者にも対応することが難しくなっているということです。

この数カ月ですが、日本のチームと力を合わせてグローバル・ヘルス・ガバナンスを東アジアで構築しようとしています。これは非常に重要なステップで、地域レベルでよりよいプログラムを、グローバル・ヘルス・プロブレムの解決のためにつくっていかうということなのです。

レジメ（本報告書 75 ページ参照）に、私の話のまとめをしておりますが、地域レベルでのグローバル・ヘルス・ガバナンスを構築するためには、たくさんのことをしなければいけません。少なくとも 10 の分野があると思います。

第 1 に、多くの国が、グローバル・ヘルスとは一体何かということを理解していない。グローバル・ヘルスにあまり注意をしてこず、社会の中でもグローバル・ヘルスの問題を真剣に考えてきた人は一握りだったということです。国別にグローバル・ヘルス戦略を開発すべきだと考えます。この戦略ができれば、それを実施するという運びになります。そして、そのときに国際的な協力が必要だということもわかります。ガバナンスのシステムを策定して、グローバル・ヘルスのポリシーを実施していくということになります。

2 番目に、地域レベルでのネットワーキングが重要です。このシンポジウムで、多くの国が参加していますが、希望としては、より多くの国が参加して、ネットワークの輪を広げて、一緒に膝と膝を突き合わせて、プログラムをそれぞれの国で

実施する際の協力ができればと思います。地域レベルでのネットワーキングが非常に重要だと思います。日本の友人の皆さんが、このようなタイプの地域レベルでのネットワーキングを促進してくださると思います。このシンポジウムがそのいい例であります。

3 番目に、高いレベルでのアドボカシーが必要です。ASEAN の代表の方が今日参加していらっしゃるのをうれしく思います。2 年前、アジア地域の保健大臣がベトナムで一堂に会し、地域レベルのポリシーを策定しました。その中で、作業すべき 10 の分野というのをつくりました。これは SDG が国連によって策定される前に、保健大臣が既にそういった合意をしていたということです。

ハイレベルのアドボカシーというのは、いかに真剣にグローバル・ヘルス・ガバナンスのシステムを開発しようとしているかということの証左になると思います。

4 番目に、ハイレベルのポリシーの協議です。3 つの分野があります。保健システムの教化。ある 1 カ国だけが取り残されてはいけないと思います。2 番目が NCD です。グローバルの NCD ターゲットというのがありまして、9 つあります。この地域の国々が、この 9 つの指標を向こう 10 年で達成するのは、協力しなければなかなか難しいと思います。3 番目に、効果的で実行可能な地域戦略を、新興疾患に対して開発するということです。例えばエボラや SARS などがそれに当たりますが、多くの国々が感染症をコントロールできるようになったというのは、国別・地域別の戦略があってこそです。

次に 5 番目ですが、共同でグローバル・ヘルス・リサーチをするということです。国ごとにやっていたのでは解決しない。共同で、国境を越えてネットワーキングをして、リサーチチームが越境で研究することが、グローバルな課題をこの地域で解決するための重要な一歩になると思います。

6 番目に、国連の SDG、持続可能な開発目標というのを出発点として使うということです。全て

の国が合意していることです。SDG については、向こう 50 年で行うことを合意しているわけですから、この SDG の中でも保健・健康の問題が取り扱われていますので、そこを出発点、エントリーポイントとして、それを突破口としてグローバル・ヘルスのターゲットを促進していきたいと考えます。

7 番目に、グローバルなリーダーとともに、グローバル・ヘルス・プログラムのリンケージを促進するということです。国連もそのリーダーの 1 つですし、そのほかにも JICA や USAID とか ADB といったリーダーがありますので、ほかの専門機関や国と協力する、コーディネーションすることが重要です。

島田先生や佐藤先生もおっしゃったのが、次の 8 番の、個人の能力を構築するということです。人的だけではなく、人材以外のキャパシティを構築するということです。

9 番目は、共同で監視・評価するシステムをつくるということです。特別なメカニズムを使って、グローバル・ヘルス・プログラムに関してどんな進捗状況があったかをトラッキングする。おくらしている国があれば、進んでいる国が助けてあげて、スピードアップをして、グローバル・ヘルスが全ての国において促進されるように確保するということです。

10 番目は、定期的な形でグローバル・ヘルス・プログラム、またはイニシアティブの協議を行うということです。それによって、専門家がそれぞれ作業をして、プライオリティをリストアップし、それをシェアすることができます。成功例や失敗例をほかの国と共有でき、お互いに学び合うことができます。それによって、弱い国、弱点のある国が、みずからのプログラムの中にその学びを生かすことができます。

主催者に感謝を申し上げます。ご招待ありがとうございました。大変うれしく思っておりますし、皆さん方から私もまた学びたいと考えております。私たち全員が同じ方向を向いていくことができます。マヒドン大学から参りましたが、空手で

は帰りたくないの、アドバイスをぜひいただきたいと思っています。また、活動としてこういったことをしたほうがいいというような提案があったら、ぜひ伺いたいと思います。向こう 10 年に向けて、よろしくお願いいたします。(拍手)

伊藤剛（議長） ありがとうございました。

メディカルドクターとして、特にヘルス・イニシアティブについてお話がありましたし、またグローバル・ヘルス・ガバナンスの促進の仕方についてのアイディア、また近隣国との協力も、その目標を実現し、持続させるために必要ということです。

次はフィリピンの方で、ジョエル・ブエナベントゥラ先生です。フィリピン保健省国際保健協力局の主任保健プログラムオフィサーでいらっしゃいます。

ジョエル・ブエナベントゥラ（フィリピン保健省国際保健協力局主任保健プログラムオフィサー）

伊藤先生、ありがとうございます。皆様、おはようございます。

まず、このイベントの主催者である日本国際フォーラムにお礼を申し上げます。この場で発表できることは大変光栄でありまして、非常にタイムリーかつ重要だと思います。特に私の仕事の分野において、私は政府を代表しておりまして、メディカルドクターでもあります。国際保健協力局の者で、特にこのグローバル・ヘルス・ガバナンスを担当しております。

グローバル・ヘルス・ガバナンスは、私にとって個人的な興味もあります。ボストン大学で修士号の勉強をしているとき、ジュネーブの WHO のインターンシップのときに、改革の話も出ておりました。その際、グローバル・ヘルス・ガバナンスというのは、特に WHO の中で重要な問題でしたので、関心があります。

鬼丸先生から話がありましたが、健康というのは非伝統的な安全保障のテーマとなっています。グローバル・ヘルスと言った場合、二重の疾患の負担があるということでしたが、今では三重だと言われています。感染症、非感染症、そして 3 つ

目は都市化がどんどん進み工業化が進んでいるということ、グローバル化で移動が容易になったということで、鬼丸先生からもお話がありましたようにパンデミックの問題もありますし、移民の問題や、精神疾患といった問題もあります。これらは全て、健康が安全保障にとっての脅威になりつつあることと関係します。

また、ウィワット先生からもお話がありました。が、グローバル・ヘルスというコンセプトのいろいろな見方で、ここではグローバル・ヘルス・ガバナンスの話をしていますが、グローバル・ヘルスというのは定義をしていませんので、私の発表の中では、政府の見方、つまり国家主体の見方をご紹介しますと思います。

その前に、何らかの形でグローバル・ヘルス・ガバナンスを定義しなければならないかと思います。最近の文献を見ますと、これはリー・カムラットのものですが、グローバル・ヘルス・ガバナンスには複数の意味合いがあって、3つの分野で使われていると。まず、グローバル化とヘルス・ガバナンスという場合。すなわち、制度、行為者、取り決め、施策、立案、プロセス、ますますグローバル化する世界の中で、健康の問題が関与してきている。

WHO がグローバル・ヘルス・ガバナンスの制度で唯一のグローバル・ヘルス・システムのアクターで、全ての主権国が加盟できるものであります。そういった面において、グローバル・ヘルス・ガバナンスというのは、単に国境を越えた、SARSのような疾患だけではなく、ほかにも鳥インフルエンザ、MERS、エボラ、そしてジカ熱も最近登場しました。それだけではなく、グローバル化する経済の交差の中で登場する、さまざまな健康上の問題があります。

2つ目のグローバル・ヘルス・ガバナンスの使い方は、グローバル・ガバナンスと健康ということで、ここではグローバル・ガバナンスの制度、つまり健康セクター外のセクターが、健康の社会的な決定要因となっている。健康というのは単にヘルスセクターの問題だけではないということ

で、ほかのセクターの影響を受けます。これは、多国間の金融機関、世銀、IMF といったグローバル・ガバナンスの制度が、健康にも関係してくるということです。

3つ目が、グローバル・ヘルスのためのガバナンスということを考えた場合、どういったガバナンスの取り決めがあればグローバル・ヘルスの目標を達成できるのか。例えばユニバーサル・アクセス、医療に誰もがアクセスできるようにすること、あるいはヘルス・エクイティとかプライマリ・ヘルスケアといったようなことが目標になります。

例えばたばこコントロールの枠組み条約というのがありますが、これはグローバル・ヘルス・ガバナンスのメカニズムとして機能するのか。喫煙、たばこの使用をやめることができるのかということになります。こういった3つの定義があると思います。

東アジアにとってはどうでしょうか。グローバル化とヘルス・ガバナンスと言った場合、既存の制度があります。現在あるのが2国間の制度と多国間の制度です。

例えば多国間というのは国連の制度で、先ほどWHO に言及しましたが、地域のヘルス・ガバナンスといった意味において、WHO はユニークで、西太平洋と東南アジア地域、インドをベースに分けています。時にはそれが問題を生じさせます。すなわち、地域のヘルス・ガバナンスに関して言えばそうなります。それからユニセフも国連ファミリーの一員ですが、東アジアと太平洋地域です。

それから、国連システム、多国間機関としては、政府間機関がありますが、ASEAN についてはフェルナンド先生から話があると思います。ワーキンググループがヘルスセクターに関してありまして、ASEAN10 カ国で活動をするというもので、ウィワット先生もおっしゃいましたが、ヘルスセクター・ワーキンググループで、ヘルス・デベロップメント・アジェンダを策定しています。この10 カ国以外にも、ASEAN+3、日中韓が含まれる政府間の関係もありますし、もう1つの層が顕著

になってきておりまして、東アジアサミット、ASEAN+3+5 と呼ばれているものです。5 というのはオーストラリア、インド、ニュージーランド、ロシア、米国です。

さらに、アジア欧州会合、ASEM というのがあります。ここでもパンデミック、公衆衛生の介入について言及しています。公衆衛生のトラックもあるということで、欧州プラスアジア太平洋の国々がかかわっています。

それに加えて、既にたくさん制度が出ていますが、それ以外にも、多国間金融機関、世銀、アジア開発銀行、そして今や AIIB、アジアインフラ投資銀行が登場しました。さらに、専門的な多国間機関、グローバルファンド、例えば TB、マラリア、HIV というものがありますし、またビル&メリンダ・ゲイツ財団といった制度もあります。その他の非国家主体、人道主義的な団体、国境なき医師団、IFRC、セーブ・ザ・チルドレン、ICRC といったようなところもあります。それから 2 国間の制度、JICA、KOICA といったような機関もあります。

このように既存の制度が多々あります。その中で、リージョナルなヘルス・ガバナンスの課題は何か、さまざまな制度がある中で、グローバル・ヘルス・ガバナンスのリーダーシップはどこがとるのかということになります。どこがこの地域のヘルス・ガバナンスの権威になるのか。グローバル・ヘルス・ガバナンスというのは、通常 WHO ということを考えますが、この地域においてはユニークな形で分かれていますので、例えばタイ、ミャンマーも SEARO (WHO 東南アジア事務局) に入っていますし、インドネシアもありますので、こういったことも地域のヘルス・ガバナンスに影響があります。

それから国家の主権という問題もあります。例えば枠組み条約があったとして、国の主権として、国のプライオリティではないということになってしまいますと取り上げられない。今までの演者の方もおっしゃっていましたが、新興疾患というのがありまして、エボラに対する対応はやはり協

力が不足していたのではないかと思います。

さらに興味深いことに、健康と外交の交差するところ、エボラに関して言えば人道主義的なメディカルワーカーが国に帰って、検疫という形で隔離せねばならないというような問題もありました。多くの人が今、移動していますので、そのことも健康の重要な側面であります。移民がいればキャリアとなって感染症を運ぶということも考えられます。

国家という観点から言えば、ますます複雑になってきています。国として、国内の健康問題を理解しなくてはなりませんし、それを地域、そしてグローバルなコンテキストと照らし合わせていなくてはなりません。

また、非国家主体がさまざまなレベルにおいて活動していますので、やはりマルチセクターの協力が必要です。それをどのように行うのかということは、みんなで考えなくてはならないことです。

最後に、キャパシティ・ビルディングを、グローバル・ヘルス外交に関して必要としています。これはマルチセクター、多数の国のアプローチということです。

以上です。ありがとうございました。(拍手)

伊藤剛（議長） ブエナビントウラ先生、ありがとうございました。

最後のほうに出てきたグローバル・ヘルス・ディプロマシーのキャパシティ・ビルディングの必要性ですが、これに関しては、可能性として現在のグローバル・ヘルス・ストラクチャーには制約もある。不足している面があるということと、それからヘルス・ガバナンスの範囲は、ヘルスだけではなくて、それ以外のことも取り込まなくてはならないということ。そして、非常に広い 이슈がかかわっているということ等、さまざまな現在の問題について触れていただきました。

次の方は ASEAN の事務局の方で、フェルナンド・ファディナルさんです。事務局にいらっやいますが、もともとフィリピンの方です。

フェルナンドさん、どうぞ。12 分あります。

フェルナンド・ファディナル（ASEAN 事務局保健

局局長補佐) おはようございます。フェルナンドです。メディカル・ドクターです。また生物学者でもありますし、開発管理に関しても修士号を持っています。また、政府の運営についての修士号も持っています。

ASEAN の観点から、ASEAN のポスト 2015 ヘルス・デベロップメント・アジェンダ、すなわち 16 年から 20 年までのヘルス・ガバナンスをいかに実現するかということについて話します。

グローバル・ヘルス・ガバナンスを考えるときには、ヘルスのチャレンジ、健康上の課題や健康上の脅威に対処しなければいけません。これらは個人の能力に影響を与えます。クオリティ・オブ・ライフにも影響を与えますし、また共同体の中でどういうふうに自分が機能するかということにも、またほかの人との人間関係にも影響を与えます。それは社会でも、地方自治体のユニットでも、国のレベルでも同じです。

鬼丸先生とウィワット先生のペーパーにもありましたが、グローバル・ヘルス・ガバナンスを東アジアで構築するためには、必要不可欠な要因というのがあります。ASEAN のヘルス・パースペクティブという観点から、また ASEAN のポスト 2015 健康増進アジェンダ、そしてそのガバナンスと実施メカニズムという形を通じて、このような要因を適用していくわけですが、この地域でどういうふうにやっているかについて申し上げたいと思います。

すなわち概念実証ということですが、まず第 1 に、機能するヘルス・ガバナンスを ASEAN の地域でサポートする必要があるという、そのマנדレートだということです。ヘルス・チャレンジ、例えば感染症とか活動的な高齢化などは、全てマンドレートに基づいておりまして、ASEAN というプラットフォームに基づいております。ASEAN の「2025 年、互いに前進しよう」というスローガンがあります。これがブループリントなのですが、さまざまな ASEAN 地域におけるセクターに関してのイニシアティブの土台になるものです。ASEAN2025 ブループリントということで、その

うちの 1 つが ASCC、社会文化共同体、2016 年から 2025 年ということで、5 つの特徴がありまして、18 のキーリザルト分野というのがあって、109 の戦略措置があります。これらに向こう 10 年で実行していこうということです。

そのうちの 42 がヘルス関連で、ウィワット先生もおっしゃったとおり、ASEAN 保健大臣会合がありまして、ASEAN のポスト 2015 年健康増進アジェンダを向こう 5 年でつくっていこうという合意につながったわけです。

4 つのクラスターがあります。ヘルシーなライフスタイル、エマージングスレッドに対処すること、ヘルスケアへのアクセス、フードセーフティーです。こういった 4 つのヘルスクラスターへのアプローチを通じて実施していきます。20 のヘルス・プライオリティがリストされていますが、それを実施していくことです。これはよく読めないようなら、私のほうから印刷のはっきりしたものを事務局にお送りします。

ヘルス・ガバナンスを ASEAN で実現するための 2 番目の要因は、ヘルス・ガバナンスのフォロースルーを行うプラットフォームのメカニズム、そのガバナンスということです。そのリーダーシップですが、ASEAN というのはもともと政府間の組織であって、加盟国は 10 カ国です。協力をしてセクター別の実施メカニズムを持っています。その他のステークホルダーのグルーピングも行っています。

ASEAN というのは政治・安全保障部門もあるし、経済部門もあるし、また ASEAN の社会・文化部門というのもあります。ヘルスセクターは社会・文化部門に属します。

2 つ目、ヘルス・ガバナンスと実施のメカニズムということで、ASEAN の保健大臣会合というのが一番上の頂上組織です。これが ASEAN のヘルスセクター協力の方向性を示すものです。高級実務者というのがありまして、SOM という、高級実務者会合というのをやります。その後に技能官というのがありまして、4 つのクラスターを担当しております。それぞれのヘルスクラスターが、

ある特定の戦略的な活動を向こう5年で実施していきます。

それぞれのクラスターの課題に対処していきます。ヘルスクラスターの1は、健全なライフスタイルの促進、アクティブ・エイジングが入っています。栄養その他も入っています。ヘルスクラスターの2は、全ての危険や新興脅威に対応するということです。特に災害時の医療、これはJICAがサポートしてくださっています。感染症や新興感染症に対する管理もあります。健康上の安全保障や生物学上の脅威に対する対処となります。クラスターの3は、ヘルスシステムの強化、HSS。それからヘルスケアへのアクセスです。移民へのヘルスケアなども入っております。4番目が食料の安全保障です。栄養上の安全性も考えます。

もう1つは、ASEANの事務局のサポートというのがあります。ASEANというのは政府間の組織で、事務局というのがあります。事務局の組織図を見てみますと、ASEANのレベルである協力関係を反映させなければなりません。モニター部門もあります。人的開発の事務総局もあるし、持続可能開発の事務総局もあります。適切なモニタリングと評価もしなければなりません。ヘルス・ガバナンスのモニタリングをしています。ヘルスは人的開発の総局の下にあります、この図に書かれているとおりです。

いかにヘルス・ガバナンスをこの地域で実現するかということの3番目として、地域また国際的なヘルスの方向性やポジションやトレンドとのハーモニゼーションということです。ウィワット先生も先ほどおっしゃいましたが、ヘルス・イニシアティブは方向性を一致させなければいけないということで、ASEANのポスト2015ヘルス・デベロップメント・アジェンダは、全体的なASEANの2025のスローガンと一致させなければいけないわけです。ヘルス・デベロップメント・アジェンダはSDGとも一致させなければいけません。

特に、4つのヘルスクラスターというのがありますが、これはSDGの1、2、3、5、7、11、17

と一致させてチェックして回転させていくということです。ASEANのヘルスセクターがいかに積極的に活動しているかということが、これでおわかりいただけると思います。

4番目の土台は、積極的な共同、コラボレーションまたはコーディネーションということです。それも、テーマとしては領域横断的であります。幾つかの例を挙げますと、20のヘルス・プライオリティというのがあるのですが、ASEANのヘルス・デベロップメント・アジェンダのうち、いかにコーディネーションして、ノンヘルスセクターと協力するかということを示しています。

例えば職業安全衛生に関しては、パブリックヘルスという面もありますが、同時に労働部門とも協力しなければいけません。麻薬のないASEANのためには、公衆衛生の側面もありますし、メンタルヘルスもあります。HIV・エイズ、また公的な治安の観点も忘れてはなりません。アクティブ・エイジング、これは高齢化がASEANでも進んでいるからですが、その他のセクター、例えば社会福祉部門や社会開発部門とも協力しなければいけません。

これは瞬間風速的に積極的なコラボレーションがASEANで行われているか、ヘルスセクターの状況を示しています。これはヘルス・ガバナンスをこの地域で実現していくために非常に重要なファクターです。

もう1つ、概念検証の1つとして挙げられているのが、監視・評価のメカニズムの構築です。2つの原則がありまして、リソース・フレームワークが1つ、それからレビュー・モニターのセクターです。ASEANの2025ロードマップというのがあるので、全てのセクター別の活動は、このリザルトフレームワークに結びつけられています。ガバナンス・メカニズムをモニターするときのベースになるのは、KPIの実施状況です。キーリザルトエリアに補足するものであります。

最後になりましたが、全てのセクター別の活動の実施の土台になるのは、PDCAサイクルです。モニターをして、同時に教訓を学んで、評価から

学ぶということです。

概念検証ということを申し上げましたが、これは実際のマンドートの実施をすることの土台になるものです。2025 年までのロードマップが、そのブループリントです。ありがとうございました。（拍手）

伊藤剛（議長） フェルナンドさん、ありがとうございました。感銘を受けました。

非常に広範囲にわたってのトピックをヘルスという大テーマでカバーしています。多くの課題を ASEAN が対処していらっしゃる。プロセス全体、メカニズム全体、実施からモニターまで、評価までカバーされています。非常に感銘を受けました。非常に広範囲にわたってヘルス関連問題をカバーしているということです。

簡単な質問としては、どの程度ヘルスマネジメントができるかということです。あまりにも ASEAN がカバーしている範囲が広いので、感銘を受けました。

次は韓国の演者です。カン・ミナ先生。梨花女子大学教授で、私は初めてお会いします。12 分間、お願いいたします。

カン・ミナ（梨花女子大学教授） ありがとうございます。皆さん、おはようございます。この非常に著名な会議に招待を受け、プレゼンテーションをさせていただきますことを大変光栄に存じます。今までのプレゼンテーションから多く学んでおりますし、また、ほかの議論、午後のセッションからも学びたいと思っています。

さまざまな MDG の成果が上がっておりますが、それでも依然としてグローバル・ヘルスの問題が残っています。東アジアにおいては重要な進捗が MDG4 と 5 において見られましたが、乳児・妊産婦死亡率を削減すること、マラリア、HIV・エイズに対抗することが重要な健康問題として続いています。そして同時に新たな問題が出ています。新しい感染症、SARS、ジカ熱、MERS といったものです。

その結果、今、我々は疾患の三重苦の時代に生きています。それはジョエル先生もおっしゃいま

したが、3 つの種類の感染症、非感染症、そしてけがや交通事故などの社会行動的な疾患です。重要なのは地域間あるいは国家間の健康上の格差がそれほど下がっていない。より深刻になっていきますので、今日はそちらに注目したいと思います。すなわち、東アジア地域に焦点を当てたいと思います。

そして、MDG に多くの努力を払いましたが、なぜ問題が続いているのか。特に地域間、国家間の格差が、実は緩和されたというよりも、むしろ悪化したのではないかと考えられます。それが SDG の時代の大きな問題の 1 つになっています。なぜ格差が持続しているのか。そして、これらの持続的なグローバル健康問題、また格差に対処する上でのバリアはどういうものがあるのか。

回答はいろいろあると思いますが、私は 3 つのガバナンスの問題に注目したいと思います。特にこれは格差の問題にとって重要かと思います。

まず第 1 に、ガバナンスのダイナミックな面に焦点を当てるべきであると。感染症、非感染症、そして負傷といったものがある中で、またさまざまな政策上のオプションや集団が存在する中で、プライオリティを設定しなければなりません。

それから、社会政治的なパワーダイナミクスが各国にあります。グッドガバナンスの問題、政府の効果や汚職をコントロールすることが、健康上の介入に影響すると言われています。それは非常に脆弱な社会の集団の生活の質に影響を与えています。

3 番目として、ガバナンスの能力を高め、非常に脆弱なグループに対応せねばならない。特にこれはモニタリングをするということで、フェルナンド先生も言及されたように、データを収集する。これは計画実施のためだけではなく、グローバルな努力のモニター評価にも必要です。

1 つずつ、この 3 つの要素についてお話ししたいと思います。まず第 1 に強調するのは、いかにプライオリティを設定するかということです。すなわち、さまざまな政策、オプションや集団が存在するからです。有名な UHC キューブモデルが

ありますが、その中には、国民のカバレッジ、給付のカバレッジ、そしてコストのカバレッジという3つの軸があります。ガバナンスの観点から考えるのなら、この3つの軸に関してのプライオリティ設定、すなわち人、コスト、給付、便益という部分です。さらに感染症、非感染症、それ以外の疾患も考えなければなりません。それぞれのファクターの中のプライオリティの設定が必要です。つまり、どのサブグループから始めるのか、どの価値に基づくのか。効率、アクセス、平等といった価値があります。そしてどの原則か。権利に基づくのか、ニーズに基づくのか、それとも効用を主たるドライバーとするのか。

1 つ有用なコンセプトがありまして、それはいわゆるプログレッシブ・ユニバーサリズム、前進的な普遍主義であります。ガトキンとエルゴが提唱しているものです。つまり、ユニバーサリズムを目指すのなら、まず最も貧しい不利な立場の者にアクセスを与えるべきであると。ご存じかと思いますが、これはさらにマーク・ロバーツ、ウィリアム・シャオ、マイケル・ライシュが論文で強調しています。ユニバーサル・カバレッジ・キューブを解体して、エクイティを強調するといった論文が出ています。

そして、社会政治パワーダイナミクスも重要でありまして、政治能力や政府の効果、汚職の管理、制度的な能力、人材の利用可能性といったことです。これは健康の介入にも影響を与えます。特に脆弱な社会の集団の健康や生活の質に影響を与えます。

ハンソンその他が有名な論文を出しておりまして、健康介入のバリアについてでありまして、その際に政治社会的なパワーダイナミクスに注目すべきであるとしています。これは政策の計画、マネジメントのレベルのガバナンスイシューであります。

グッドガバナンスが非常に重要な役割を果たしているという証左は多々あります。例えば政治的な能力、インドなどの州を見てみますと、これが中所得州の死亡率に影響を与えているという

こと。また、政府の効果と汚職によって健康上の結果が異なるといった研究もあります。

しかしながら、世界ガバナンス指標というのがありまして、これは6つの指標があります。発言や説明責任、政治安定、暴力の不在、政府の効果、規制の質、法の支配、汚職の管理ですが、これによるとアジア諸国は平均すると、この6つの指標のパーフェクトスコアの60%にとどまっています。それに対してOECD諸国は80%ほどになっています。これは、アジア諸国はまだ改善の余地があるということであり、よりよいガバナンスを現行システムに関して構築しなくてはならないということです。

そして、非常に脆弱なグループに対して、特に2つの重要なガバナンスの問題に焦点を当てたいと思います。すなわちCRVS、住民登録、人口動態統計のユニバーサル・カバレッジ、それから2つ目がいわゆるデータ革命を始めるということ。これは先ほどのフェルナンド先生のお話にも出てきました。

UHC といった場合、これはSDGの目標3にありますように、あらゆる年齢の人の健康を確保するということですが、誰がこの全てに入るのかということと考えますと、CRVSシステムが1つのベースとなって、政策上の計画を立てることができます。これは人権や市民権という観点からも重要です。そして、このCRVSのシステムで、誰なのかということと同定することができ、そこから情報収集ができます。また、ガバナンスと計画という観点からいえば、このシステムによって重要な統計を得ることができ、それによってエビデンスベースの政策計画が立てられます。したがって、よく機能したCRVSシステムを構築することが重要で、これは出生や死亡、死因といった重要な統計を収集するということです。

しかし、東アジアにおいて、このCRVSのカバレッジは完全なものではありません。国によっては非常に低いレベルにあります。そして、地域間格差、都市と農村地域の格差があり、人種的な格差もあるというのが問題です。

そして、グローバル開発のデータギャップがあり、健康分野に関しての課題となっています。最も脆弱な人たちをサポートするために必要であるということで、3億5,000万人の世界中の人々が、こういった調査の対象となっていないそうです。いわゆるデータ革命が中期的にみずからの価値を立証することができると考えられます。

ガバナンスというのは、ますますヘルスシステム・パフォーマンスの重要なファクターとして認められています。これはグローバルな進捗のための次のステップということで、フリオ・フレックは4つのヘルスシステムの改善の重要なファクターを挙げています。

まず第1に技術です。残りの3つは全てガバナンスに関連するものです。堅固なシステムのデザイン、制度、そしてリーダーシップです。最も意志ある政府であっても、サービスを効率的に提供するにはグッドガバナンスの能力が必要です。そして、対象の人たちがどこに住んでいて、何が 필요한かを知らなくてはなりません。どういう資源が一番大きなインパクトをもたらすかという上でも必要です。

そして、東アジアのグローバル・ヘルスの努力を成功させるためには、いわゆるヘルス・フォー・オールを確保して、格差をなくしていかなくてはなりません。そのための必要条件がヘルス・ガバナンスです。ヘルス・フォー・オールを達成して、誰も置いていかないためには、まずこのプログレッシブ・ユニバーサリズムの戦略を採用すべきだと思います。貧しい脆弱な集団にプライオリティを与えるということです。そして、政治的なパワーダイナミクスに対して敏感であるべきです。

また、質のいいデータをタイムリーに集めるデータ革命も必要です。これは我々全員にとって、つまり東アジア地域全てにとっての課題でありまして、これらの努力が合わさって、意思ある政府、この地域全員の者が備えることができる必要なサービスをコミュニティに提供し、ヘルス・フォー・オールを実現せねばならないと考えており

ます。

ありがとうございました。(拍手)

伊藤剛（議長） カン先生、ありがとうございます。

政治的な側面、社会政治的な次元についての言及がありました。さらに、この地域のガバナンスのマネジメントの重要性についても言及がありました。どういったステップ、政策上の対応がとれるのか、ヘルス・ガバナンス課題に対応する上で必要な措置についても言及がありました。

全ての報告が終わりましたので、質疑応答もカバーしたいと思います。それぞれの報告でたくさんの方がカバーされました。ヘルス関連の問題、国家間の協力の話も出ましたし、ヘルスケア問題のアジェンダという報告もありました。

ということで、早速ですが Q&A セッションということで、討議に入っていきたいと思います。

毎回のことでございますが、いろいろなご意見及び討論を交わすことができたいと思いますので、ご意見のある方はこのネームプレートを縦にしてください、順次ご意見を伺いたく思います。

まずはファーストラウンドということで、何人かの質問を一通り受け付けまして、それでスピーカーの先生方に返したいと思います。

まずは近藤先生、お願いします。

近藤健彦（麗澤大学オープンカレッジ講師） タイからいらしたウィワットさんに質問をさせていただきたいのですが、このペーパーの中での10項目のご提案は素晴らしいビジョンだと私は思います。

この中の2項目にネットワークというのがあるのですが、これについて、日本とアジアの国々とのネットワークで構築するというのも一つの考え方だと思いますが、別の考え方として、こういう機会に APEC というものを使う可能性というのはないのでしょうか。

APEC の次の首脳会議に、例えば台湾の女性の大統領も含めて、この10項目について、今日関係しておられる各国の方々が自国の政府に働きかけて、ぜひ、アジェンダアイテムに加えて、非

常に重要な問題ですので、私はこれをそっくりそのまま、APEC の次の首脳会議のコミュニケに入れてもいいのではないかとさえ思うのですが。

伊藤先生が冒頭におっしゃいました、アメリカ・ファーストとか言っている方がいらっしゃいますが、そうした考え方を国際的な協力に向ける重要な布石、この問題の重要性から見まして、極めて重要な布石になり得るのではないかと思いますのですが、お差し支えなければお考えを聞かせていただきたいと思います。

伊藤剛（議長） 近藤先生、ありがとうございました。

それでは赤阪さん、そしてアリさんで行きまして、それで一回スピーカーに返したいと思います。では早速お願いします。

赤阪清隆（フォーリン・プレスセンター理事長）

赤阪と申します。私は 1990 年代に 4 年ほど WHO で勤務した経験があるのですが、今日の皆さんのお話で、WHO の WPRO、西太平洋アジア地域事務局の役割について、あまり言及がなかったのですが、その活躍というか、このガバナンスの観点からは十分な活動をしていると考えられるのか、それともあれでは足りないということで、新たなイニシアティブが必要と考えられるのか、お聞かせ願いたいのですが。

最近のエボラの場合は、WHO の中央が動かなくて、アフリカという地域に任されていたがために対応がくれたと言われます。この、東アジアにおけるガバナンスを強めるという形で、リージョナルなアプローチがいいのか、それとも WHO のような場合は、世界のグローバルな問題、先ほどから皆さんがおっしゃっておられるような、ヘルスの問題というのはグローバルな問題が多いですから、もっとセントラルなガバナンスが強化されなくてはいけないのか、それについてもお聞かせ願えればありがたいです。

伊藤剛（議長） 赤阪先生、ありがとうございました。

では、アリさん。

アリ・アブリアント（インドネシア外務省多国間協

力局外交官） ありがとうございます。私は質問ではなくて意見です。2 つ強調したいのが、専門とか学者間の細分化されたヘルス・ガバナンス、WHO がある、これはグローバルな国際的な専門機関ですが、そのほかに、グローバル努力はほかにもあります。グローバル健康安全保障アジェンダというのがありまして、地域の中で、国でメンバーであるものもあります。インドネシアがそうです。ASEAN+3 というものもあります。ASEAN のサミットなどもありまして、その話は報告の中で出しました。

第 2 点は、ヘルス問題がいかに複雑であるかという点を強調したいと思います。我々がヘルス、健康保健の問題を討論するとき、そのほかの、例えば安全保障とか政治側面、文化側面、社会側面をよけては通れないということです。

この 2 つの、例えば非国家主体などの話も出ましたが、明確で具体的なアイディアなしには、地域のヘルス・ガバナンスをどう実現していいのかということです。強調すべきは、こういった主体の協力関係、例えば国家主体もありますし、国家に準ずる機関というものもあります。これらの協力が重要だということです。

カン先生がおっしゃったことに私も賛成なのですが、いかに啓蒙するか。政策立案者に対する啓蒙活動です。包括的な、全体的な形で、ヘルスのあらゆる側面をいかに彼らに教育、啓蒙活動するかということが重要だと思います。なぜなら、少なくとも私の国インドネシアにおいては、政治当局が、外交当局も含めてですが、気がついたのはごく最近のことです。ヘルスの問題、健康保健の問題というのは、外交政策立案とは切り離せないのだということによりやく気がついていきます。

地域のヘルス・ガバナンスの話をするときに、3 つの重要な問題のシナジー効果でしょうか、それが重要だということです。

伊藤剛（議長） ありがとうございます。お三方ですが、ひとまずここで一回ファーストラウンドを終わりにして、質問も幾つかございましたので、まずはウィワット先生に一言いただこうと思

います。ウィワット先生に宛てられた質問がございましたので、お願いします。

ウィワット・ロジャナピティアヤコン 近藤先生、ありがとうございました。ご質問をいただきましたことで、私がもっと発言をする機会を与えていただきましたので、感謝したいと思います。

おっしゃるとおり、その他の地域、グローバルなプラットフォームを使って、グローバル・ヘルス・ガバナンスの問題を討議していくという考えには賛成です。APEC というプラットフォーム、そのほかにもたくさんのプラットフォームがあって、重要だと思います。

私は、WHO に対する依存、グローバル・ヘルスは WHO という話はよく聞きます。サポーターとして、主催者としての WHO という話を聞きますが、WHO にいろいろ問題があるということです。WHO そのもの自体も理解しています。すなわち、十全な力を発揮し得ていないのだということです。多くの問題でグローバル・ガバナンスができていないということで、改革の話が出ているわけです。

多くの主要なアクターというのがあります。グローバル・ヘルスだけではなくて、WHO だけではなく、いろいろなアクターがいるわけで、ヘルスという問題をその他の地域やグローバルなディスカッションの中に盛り込んでいくということは重要だと思います。

なぜなら、ただ単にヘルス、保健というのを孤立させた形で取り扱っても解決しないからです。私自身、研究いたしました、日本は平均余命が非常に長い長寿国であるということを学びました。ヘルスシステムがほかの国に比べて日本が特段にすぐれているというよりは、なぜ日本が長寿かということは、リテラシー、つまり教育、識字率ということに関連していると考えています。ですから、社会的な分野のその他の要因をさらに強化する必要があると考えます。すなわち、そのほかのセクターとネットワーキングして、ソーシャルリテラシーをふやしていくことが重要だと思います。ASEAN+3 というのも、地域のネッ

トワーキングの主体として、大きく貢献できていると思っております。

私は、小さなネットワークの事務局長をやっております。ASEAN 大学ネットワーク・ヘルスプロモーションという組織です。このヘルスプロモーション・ネットワーク、AUNHPN と言っておりますが、30 のメンバーがいて、ASEAN の 30 大学がメンバーとして入っています。目的は、ヘルスプロモーション・プログラムを大学の中で強化すると同時に、大学の役割を強化する。すなわち、近隣の地域社会でアドボカシーをする、政府に対してもアドボカシーをする。そのことによって、国民のヘルスリテラシーを向上させることが目的ですから、近藤先生のご意見に賛成です。どのような場、会議でも構いませんが、この 10 の項目、私の推奨項目については、ぜひ提唱していただいて、お使いいただければと思います。ありがとうございました。

伊藤剛（議長） WHO に関して、どなたかご発言はありますか。

ジョエル・ブエナベントウラ 赤阪さんが、WPRO が機能しているかということをお聞きになりましたが、それはイシューによるかと思いますが、WHO が国際的な健康の規則を確立して、それが基本的なメカニズムとなっておりまして、アジア・太平洋においては APSE、アジア・太平洋サーベイランス・フォー・エマージング・ディジーズというのがあります。

ということから、WHO は機能はしていると思いますが、地域のコラボレーション、東アジアの場合、SEARO に入っている国もあるということで、そこに問題があるのではないのでしょうか。例えば、我々の経験で言えば、フィリピンに関して言えば、MERS のときに、フィリピンには多くの移民労働者、特に看護師がおりまして、WPRO としてサウジアラビアの国々に労働者を出していますが、必要なサーベイランス・メカニズムの情報が入手できないということがありました。

ということで、地域間の協力がまだ不足している、不備な部分ではないかと思います。特に、こ

の地域に関して言えば、フェルナンド先生がおっしゃったように、ASEANはASEAN+3を含めた場合、非常にいいヘルス・ガバナンスがあります。しかし、10カ国のうちの3カ国はSEAROに入っているということで、制度的な差異、矛盾があって、協力、コラボレーションの際にこのことを考えなくてはなりません。

APECに関して補足をしますと、私の今の立場上、地域の健康を扱う、すなわちAPECも関係しています。ヘルス・サイエンス・ワーキンググループがAPECにありますので、移民の健康やパンデミックの備え、防災といったものを扱っています。ですから、グローバル・ヘルスの問題は存在するのですが、グローバル・ヘルス・ガバナンスはまだAPECレベルで触れていないのではないかと。

しかしながら、APECには制約がありまして、APECというのは経済のフォーラムであるということで、それに対してASEANのほうは政府の会合であるということで、政府のコミットなら、資源もより動員できるのではないかとということです。一旦、国がコミットしたなら、やはりそれを推し進めなくてはならないということがあります。

つまり、APECは経済、そしてASEANはガバナンス、政府間の会合であるという区別があります。それは、グローバル・ヘルス・ガバナンスの際にも考慮することになります。

ウィワット・ロジャナピティアヤコン 補足で、1つ例を挙げたいと思います。ラオスの国境において、タイ政府から援助を受けることができる。マニラのWPROにコンタクトして、そこからデリーのSEAROにコンタクトして、そこからタイ、バンコクに連絡が行って、タイ国境のオフィシャルに連絡をするというようなループがあります。そこで難しいということです。

ただ、先ほどのお話で、私もそう思っていますのは、APECでは経済と貿易、通商の話が多い。しかし、貿易と健康には密接な関係があります。例えば日本の津波のときに、原子力発電所の事故

があったということで、製品の販売に影響がありました。つまり放射能漏れと関連づけて考えられてしまったということで、経済と健康は密接な関係があります。経済の専門家に、グローバル・ヘルス増進の重要性を知らしめるということが非常に肝要ではないかと思います。いわば警告を発するとか、グローバル・ヘルス・ガバナンスの重要性について知らせる必要があると思います。

伊藤剛 もし何かありましたら名札を立てておいてください。後ほどお当てします。

フェルナンド・ファディナル 3つの質問について、そしてアプリアントさんのコメントについても言及したいと思います。先ほどジョエルさんがおっしゃった、国際機関と協力、ASEANといったような話です。特にASEANヘルス協力というのがありまして、それとWHOとの関連です。

ASEAN10カ国というのは2つの地域オフィスにWHOでは分かれていて、南東アジアが1つ、残りの7カ国はWPROのほうに所属するということで、それぞれのASEAN加盟国はみずからの国のイニシアティブをとります。すなわち、地域オフィスの方向性に沿ってということになります。それが非常に、WHOとの関係において、国の役割ということになります。

ASEANの役割、ASEAN健康協力とWHOはどうかと言えば、2つの地域事務所がかかわる面について、ASEANの保健大臣は既にポジションを表明しており、調和しようとする。つまり、2つの地域事務所のハーモニーをしようということです。そしてWHOという制度は、ASEANの保健大臣が技術的な機関として認定しております。つまり、健康関連の問題に関して助言をするということです。

ということで、技術的な専門知識や援助が、ASEAN加盟国に地域レベルで必要であるような場合は、WHOに対して問い合わせます。しかし、先ほど同僚からも話がありましたように、ASEANには地域上のプライオリティがコンセンサスに基づいて存在してしまっていて、こういった地

域の健康上の優先課題というのは、共通のニーズ、そして ASEAN10 カ国のギャップを見るためのものです。

WPRO では、レプトスピロシスに優先を置いています。しかし、南東アジアのほうはそれは優先していません。ASEAN は地域的なコンポーネントがありまして、擁護された地域の方角性があり、レプトスピロシスを優先的に扱っていません。つまり、WHO が仮にレプトスピロシスを ASEAN 保健大臣会合で主張しても取り上げられません。地域的なプライオリティとして含まれないからです。それが健康の協力に關しての ASEAN のアーキテクチャーです。

そして、健康上のプライオリティに關してはコンセンサスがあり、これから 5 年間の 20 のプライオリティについては先ほど触れましたが、実際に WHO、SEARO、WPRO は、ASEAN ミーティングの中ではコーディネーションをとっています。唯一そのときに話ををして、ASEAN とコーディネーションをとります。

もう 1 つのケースですが、ヘルス・セキュリティ・プログラムがあります。これは生物学的な脅威を ASEAN 地域において軽減するというものです。研究室やキャパシティ・ビルディング、そしてサーベイランスといったものが関わっていますし、バイオディアスポーラーといったことも関係しています。これはカナダのグローバル・パートナーシップ・プログラムがサポートしています。この資金は公衆衛生サイドから来るのではなく、安全保障サイドから来ています。しかし、ASEAN のヘルスセクターから資金が回ってきています。

このグローバル・ヘルス・パートナーシップ・プログラムは、WHO ジュネーブとコーディネーションをとっています。そして WHO ジュネーブは、アフリカのエボラの問題がありましたので、結局、グローバル・パートナーシップ・プログラムの役割を WPRO のオフィスに委譲しました。WPRO は SEARO とのコーディネーションはなかなか難しかったのです。プライオリティの違い

があるからです。

ということで、ASEAN が中間地点で問題の円滑化をしたということがあります。それが ASEAN の比較優位ではないかと思います。地域的なマンドートがあるという話は先ほどしました。それは政治的な首脳からのマンドート、あるいは保健大臣からのマンドートというものがあります。

もう 1 つの事例ですが、健康が非健康セクターに適応されるということ。これはすなわち、健康という観点が公共政策に取り込まれなくてはならないということで、2012 年、2014 年に保健大臣が述べています。WHO もそれを擁護しています。あらゆる政策に健康をとということは、運用という意味において、あるいはプルーフ・オブ・コンセプト、証拠という意味において、ASEAN のヘルスセクターの安全保障上、つまり防衛面も含めて考慮しているところにあらわれていますし、また防災支援、社会福祉、健康タスクフォースが組まれており、防災対応に当たっています。

ですから、健康という原則は、健康以外のセクターにも健康がかかわっているということが認識されています。これは貿易もかかわっているということです。あらゆる政策に健康をとということ、これは一つの適用されている原則で、ASEAN ヘルスセクターの作業計画に取り込まれています。

伊藤剛（議長） 勝間先生からご質問がありがとうございますと思いますが、その前に議長特権を行使しまして、カン先生、鬼丸先生にもぜひご発言をお願いしたいと思います。

鬼丸武士 WHO のことで簡単に。西太平洋地域事務局は明らかに WHO の地域事務局の中で、最も力を持っている事務局だと思います。10 年前と比べても相当進歩しています。

問題は、地域事務局の間でも能力差があるということと、地域事務局と例えば WHO 本部との間のコーディネーションがうまくいっていないことです。エボラ対策がうまくいかなかったのは、WHO 本部とアフリカ地域事務局との間、そしてアフリカ地域事務局と域内各国との間の連携が

うまくいかなかったことが、一つの要因です。

医療の問題、特に感染症の問題は、一番末端にいる患者個人から、国の中の地域のレベル、国のレベル、国を超えた地域のレベル、そして世界のレベルで、情報を共有し、課題を把握し、適切な判断を下していかなければならない。ここに災害対策まで入ってくると、もっと考えなければならぬこと、調整しなければならぬことが増えてしまう。果たしてこのようなことができる人材がどれだけいるのかという問題を考えなければならぬ時代に、今我々は暮らしているのです。

医学もほかの学問と同じで、ものすごく細分化が進んでいます。そうすると、「私はこのことについては判断できるけれど、このことについては判断できない」ということになってしまう。これだと先に述べたような判断はどうにもできないわけです。

それではこのような判断ができる人材は今どこで養成され、世界で何人ぐらいいるのかという話になるのですが、現状は心もとないですねということではないでしょうか。

カン・ミナ 私の質問はモニタリングとエヴァリュエーションに関してです。

私自身はデータレボリュエーションの話をするので、モニタリングとエヴァリュエーションにかかわってきたので、ヘルス・インタベーションについてのモニタリング・エヴァリュエーションですが、そういう立場の人間として、フェルナンド先生の報告に感銘を受けました。モニター・エヴァリュエーションのメカニズムについて、詳細なご報告をいただきました。特に、ご提案の中でブループリント、リザルトフレームワークのお話をなさいましたが、それについて2つ質問があります。

私自身もみずからのプロジェクトを持っているわけですが、まず現在のデータ収集のメカニズムはどうなっているかということです。モニター・エヴァリュエーションということになりますと、地域全体になります。そうすると多くの投資や協力が必要になるわけです。その最善の方法は

何かということで、その協力の現在のメカニズムはどうなのかということを知りたいと思います。これはM&Eに関してです。

2番目に、インセンティブはどうなるのか、またチェックング・メカニズムはどうなるのか。それぞれの目標を達成するためのインセンティブはどうなっているのかということです。非常にこれも大きな課題だと思うのですが、どんな計画がありなのかフェルナンド先生に伺いたいと思います。

伊藤剛（議長） カン先生、ありがとうございました。

第2ラウンドに移りますので、まず、勝間先生と落合さんから質問を受けてからお答えいただきたいと思います。

勝間靖（早稲田大学教授） 非常に示唆に富むプレゼンテーションでした。私からは3つ質問があります。ASEAN加盟国の方に、最初の質問ですが、国際保健規則（IHR）についてです。エボラ出血熱が西アフリカで発生しました。WHOの全ての加盟国はIHRの履行義務を持っていますが、それぞれの国における実施に問題がありました。東南アジアで同様の事が発生した場合、ASEAN事務局で何か計画があるのか。ASEANというプラットフォームの中でIHRのキャパシティのギャップを埋める方策があるのかということです。

2番目の質問は、国際的に懸念される公衆衛生上の危機（PHEIC）へのWHOの対応についてです。西アフリカで発生したエボラ出血熱への対応において、APROのキャパシティにも課題が残ったということです。東南アジアの場合、WHOの2つの地域事務所（WPROとSEARO）がこの地域を担当することになりますが、ASEAN事務局としてはこの2つの地域事務所と調整しようとしているのか。もう1つは、WHO本部がもしPHEICを宣言するのに遅れたら、国際的なレスポンスを促進するため、ASEAN事務局がこの地域に警報を出すことを。考えているかということです。

3 番目に、地域レベルでの保健医療の専門家の標準化についてです。ASEAN の中で、例えば医師や看護師などの資格要件などを標準化することは進めていращやるのかということです。ASEAN 加盟国のそれぞれの国における保健医療人材の資格の相互承認の動きについて近況を教えてください。

伊藤剛（議長） ありがとうございます。

落合さんに続いて、もしいらっしゃればぜひご発言ください。お願いします。

落合薫（Corporate catalyst India アソシエイト）
ご発表、ご報告ありがとうございます。

私の質問はデータマネジメントについてです。カン先生に伺いたいと思いますが、データが多ければ多いほどヘルスアウトカムもよくなるということで、出生証明書やデータ、日本の概念として母子手帳のようなものが普及すれば、これはどんどん評判がよくなっているということで、ヘルスアウトカムの向上に役立っているわけですが、私の問題はビッグデータで、4 つ問題があります。

まず第 1 にテクニカルな問題です。技術的な限界があるということです。例えば第三国の話をするとき、どうやったらビッグデータを取得できるか。インターネット上でどうビッグデータをつくるか。デジタルベースをどう確保するか。

2 番目に、プライバシーの問題、個人情報の問題、それからシビル・レジストレーションの問題というのがあります。残念なことに、医療を受けられる余裕がある人は、なかなか情報を開示しません。自分の所得や納税状況についての情報を開示したくない。どうしたら、医療・ヘルスケアを必要とする人がそれにアクセスすることができるのか。もちろん、納税をしてもらわないと困るわけですが。

3 番目の問題は、最初の立ち上げコストです。

4 番目の問題は情報開示です。個人的には、日本のような先進国であっても、医療情報はなかなか入手しにくい。誰がどういう病気を持っているのか、誰が入院しているのかについては、普通の一般市民としては、こういうことは全くわからな

い。ビッグデータさえあれば、グループとしてビッグデータがあったときに、どのようにこのデータを保管、貯蔵するのか。そして、そのような情報をいかに適切な人に対して科維持できるかという問題があると思います。

こういった問題についてご意見を伺えればと思います。

伊藤剛（議長） 落合さん、ありがとうございます。

ほかにどなたかいらっしゃいますか。コメント、質問があれば受け付けますが。

では、パネリストの方、お答え願います。

フェルナンド・ファディナル ウィワットさんが私のほうを見ていらっしゃいました。

まず最初に、モニタリングと評価、ASEAN の枠組みについてですが、ここで留意しなければならないのは、ASEAN ヘルスセクターとノンヘルスセクターを考えますと、それぞれのワークプログラムが 5 年間について計画され、地域のプロジェクトの活動はそのセクターによって指示されています。一番高い承認が省庁レベルです。ヘルスなら保健大臣です。そして、これらのワークプログラムの中で、キーパフォーマンス指標、キーリザルトを設定しています。そして、アウトカム、アウトプットは ASEAN レベルでということで、もちろんグローバルな目標はあるのですが、それは ASEAN のワークプログラムの中で重複させないということです。この指標に関しては、テクニカルな人たちが指示を承認していますし、保健の担当官や省庁レベルで実務者の承認があります。

キーパフォーマンス指標のモニタリングについて、担当するワーキンググループが存在します。プロジェクト活動の実施に関してテクニカルなワーキンググループがあります。ASEAN ヘルス協力に関しても言えば、ワーキンググループはクラスターにまとめられていて、それぞれタスクフォースがあって、活動の実施を行います。これはタスクフォースの付託事項の中で、進捗を報告するようにとあります。指標に基づいて、ワークプログラムの進捗について報告しなければならない

ということで、このタスクフォースのメンバーは、それぞれの ASEAN 加盟国から出しています、貢献をして報告しなくてはならないということです。

それから、プロジェクト活動の実施についてですが、メカニズムが ASEAN ヘルスセクターに関してありまして、リード国というのを設けています。例えば、ベトナムです。ベトナムはコンセプトペーパーを策定しまして、その中で実施プロジェクトの活動、何をモニターするのかを明記します。それを達成したらタスクフォースに報告し、クラスターに報告し、省庁の実務者、保健大臣に報告をします。これはプラットフォームを通じて行います。すなわち定期会合が行われているということです。そのやり方で、報告という圧力をかけて、1つの国がリーダーシップをとって主導していきます。

では、インセンティブにはどういうものがあるかということですが、これは ASEAN の首脳がブループリントを承認しますが、その戦略措置をどのように実施するか、地域レベルでの実施について示されます。定期的な報告を ASEAN 首脳会合において行っています。それが一つのインセンティブになります。

それから、地域活動というのは、保健大臣は、リード国がない場合は承認できない。必ずリード国が必要です。それはプレッシャーをかける上でも必要ですし、献身的にやる上で必要だということです。そのような形でモニター評価をして ASEAN、ASEAN ヘルス協力の中のプラットフォームで共有しています。

それから、コア能力を強化していくということです。もともとの ASEAN6 カ国と CLMV、カンボジア、ラオス、ミャンマー、ベトナムが存在するわけですが、個別のプログラムが ASEAN にあります。それは IAI、Initiative for ASEAN Integration、ASEAN 統合イニシアティブというものです。これは別のワークプログラムで、別の代表が各加盟国から参加します。この IAI は基本的に格差を埋めるためのもの、すなわち ASEAN

の 6 カ国と 4 カ国の間のギャップを埋めるということ、この開発格差を埋めるということは、社会的・文化的な問題、政治的・経済的な問題、そして健康もかかわっています。

そして、国の中核能力をヘルス安全保障のサーベイランスに関して醸成する、これは IHR というモニター枠組みの中でということで、IAI のプログラムとしてそれを検討するものがあります。さまざまなプログラムがある中で、これは一つ、格差を埋めるためのものです。

勝間先生が質問していただきましたが、これは国のコア能力を育成するためのもので、さまざまな役割に結びついて行われています。健康セクターだけではなく、IAI という形で進めています。

それから、地域の対応、公衆衛生上の緊急事態、あるいは防災援助。ハヤン台風の後、さまざまな教訓を得ました。より強い機能的な地域の対応が必要だという認識が生まれました。1つの ASEAN としての対応です。

ワン ASEAN・ワンレスポンス宣言が最近採択されています。これは 9 月に立案されて、昨年 ASEAN 首脳が採択したのですが、その意味合いとしては、地域の懸念課題、例えば公衆衛生上の危機かもしれませんし、パンデミックかもしれませんし、あるいは自然災害かもしれませんが、その場合、あるメカニズムにのっとることになっています。主たるメカニズムとしては、いわゆる SOP がありまして、ADMA を実施します。これは ASEAN の防災対応の計画です。そういうスタンド・バイ・オペレーションがあります。これは更新をしていきますので、現代的な課題に対応できるように確保しています。

そこで、フィリピンのハヤン台風、あるいはヨランダ台風の後、スタンド・バイ・オペレーションを防災援助に対して発動して、その場合は共同タスクフォースを設立して、そのレスポンスを検討しました。先ほど申しましたように、この共同のタスクフォースは、かかわっているのが防災セクター、防衛セクター、社会福祉開発セクター、またヘルスセクターということになります。

それは自然災害に関してですが、パンデミックの災害はどうか、あるいは新興感染症の災害はどうか。マレーシア、シンガポールのリーダーシップがありまして、ASEAN 内部において、いわゆる ASEAN エマージェンシー・オペレーション・センター・ネットワーク、ASEAN・EOC ネットワークと言っています、ここで地域の対応を検討します。対応だけではなく、備えと新興脅威に対する計画をします。

それに加えて、ASEAN ヘルスクラスター2、これは 2015 年以降の健康開発アジェンダですが、ここで加盟国のイニシアティブをサポートしています、グローバル・ヘルス・セキュリティ・アジェンダ、GHSA のイニシアティブでリーダーシップをとっているところがあり、4 カ国が主導しています。マレーシア、ベトナム、インドネシア、そしてタイです。そのプライオリティは、人獣共通伝染病を扱うということで、EOC がマレーシア、タイが人材ワークフォース、そしてラボの強化を扱っています。このように、健康問題とそれ以外の問題を統合する上で、ヘルスセクターをプロジェクトのイニシアティブに取り込んでいるということと、国際的あるいはグローバルなイニシアティブをリードしている国を支援するということになっています。

MRA についてですが、2016 年 3 月現在、MRA はヘルスセクターで扱うのではなくて、貿易側、経済側で扱っています。相互承認ということですが、もちろん MRA にはヘルスプロフェッショナルも入っていますが、MRA 相互承認の取り決め、8 つのプロフェッショナルサービスがありますが、これは ASEAN 経済共同体部門の柱のもとで扱っています。特にサービス投資部門、あるいはサービス投資セクターで扱っています。

そして、8 つのプロフェッショナルサービスがありまして、エンジニアリング、工学と建築、看護、歯科、ヘルスプロフェッショナルといったものです。建築・工学サービスに関してはかなりの進捗が見られます。例えば地域の登録システムも設立しています。看護のサービスは、地域の登録

システムを設けていません。その方向には行かない。工学と建築とはそこが違うということです。

しかし、看護のセクターは、少数の国の看護師しか動員できていません。メディカルドクター、ナースを含めたヘルスプロフェッショナル、これは ASEAN 加盟国間で MRA はあるのですが、それでも、それぞれの加盟国の基準、ライセンスング手順にのっとらなくてはならないとされています。その上、加盟国によっては、例えば CLMV は難しいと思うのが、マッチングということです。標準のマッチングではなくて同等性、エクイファレンスのほうです。

MRA に関して言えば、スタンダードは追及しません。標準によってはシンガポール、マレーシアなどは進んでいて、ほかで進んでいないというものがあるからです。ですから、同等性のほうを追求するということです。英語の読み書き能力は、国によっては依然として課題です。これは IAI というコンポーネントで扱うことになり、そこで開発の格差を埋めていくことになります。

ここでも ASEAN の経済共同部門が AIA をやっているかということ、サービスが自由に流れるかどうか、これは貿易問題です。貿易障壁、例えばサービスの自由な流れ、これは MRA を担当している人の管轄です。

伊藤剛（議長） ありがとうございます。

多くの質問が集中してフェルナンドさんに行っているようです。ASEAN が多くの課題をカバーしているということもありますし、最後の頼みの綱というよりも、ASEAN の中で課題としてあるのは、何かあると ASEAN の事務局がマネージするということになりますが、ブエナベントゥラさん。

ジョエル・ブエナベントゥラ 包括的なお答えをフェルナンドさんがしてくださったので、私のほうからつけ加えることは多くありません。いろいろな略語を使われましたが、私は略語は追加しないようにしたいと思います、FETN はどうですか。関与していると思います。

これは、ワークプランが出る前に FETN、Field

Epidemiology Training Network の略ですが、ASEAN の中でプラス 3、日中韓の協力を得て設立されました。これは IHR に加えて人材開発を強化するということです。エビデミオロジーとかサーベイランス、疫学とか監視についてです。

フェルナンドさんもおっしゃいましたが、ASEAN の中では、ワン ASEAN・ワンレスポンスと言います。災害であろうと、その原因はジャカルタの AHA センターが統括していますが、協力のメカニズムがあるわけです。ASEAN では 3 本の柱があります。政治・安全保障が 1 つ、2 つ目が経済共同体、そして社会文化が 3 番目で、ヘルスはここに入っています。ただ、バイオセキュリティは政治に入りますし、サービス、医薬品のハーモニゼーションは経済部門に入りますし、社会文化というのは我々が現在話をしている、このトピックです。

ヘルスというのは社会文化だけにとどまるものではない、ACC だけにとどまらない、3 つの柱にまたがって存在するもので、だからこそ課題として大きいわけです。ヘルスというのは非常に複雑な問題だということです。

最後になりましたが、現在の ASEAN の前に、ワーキンググループが、例えばパンデミックの備えと対応にありました。それから感染症に対する ASEAN のワーキンググループというのがありました。これは新しいクラスターになっていますが、その前にもグループがあり、ワークプランがありました。既に達成したワークプランもありますし、持ち越されたものもあります。そのあたりを追加したかったです。

それから、フェルナンドさんもおっしゃいましたが、カナダと協力しているラボの能力構築強化につながるプロジェクトもあります。AEC は AGCCS のほかにあるわけで、また略語がふえてしまいましたが、非常に複雑なのですが、基本的に ASEAN というのは、いろいろなシステムがあるところを、同等性に向かってハーモニゼーションしようとしているわけです。MRA の討論、サービス部門における MRA についてもハーモニゼー

ションを目指しているということを申し上げたいと思います。

カン・ミナ ありがとうございます。非常に重要な質問が提起されたと思います。データ収集やその管理について、異論をとねえる人はまずいないと思います。証拠ベースの政策決定ということが重要なわけですから、質の高い重要な、タイムリーなデータを収集するというのが、いってみれば全ての国の宿題になっている。全てのシステムの課題になっていると思います。

私自身は、ヘルス・アトラス・プロジェクトというのを南米も含む幾つかの国でやっております。東南アジアのグローバル・メンタルヘルス・アトラスについての努力には感銘を受けました。グローバル・ヘルス・アトラスをつくるときに参考にできるわけで、この地域の情報についても興味を持っております。

また、政策立案者に対する啓蒙活動ですが、データを提示するというのはよい手段になると思います。政策立案者にモチベーションを与えて、実際の問題を真剣に考えてもらう、解決策を考えてもらう。ヘルス問題を解決してもらうことにつながると思います。

落合先生もおっしゃいましたが、技術的な問題、プライバシーの問題も非常に重要です。これという解決策はないのですが、プライバシーの問題について、韓国においては非常にすぐれたシビル・レジストレーション、国民登録が完璧です。プライバシーの問題が重要になってくるのは、市民社会としては提起しているわけですが、国の ID カードに 13 ぐらいの数字があるのですが、生年月日やどこで生まれたか、男女の別など、あまりに多くの情報が入っているので、市民社会からは抵抗が大きいところだと思います。プライバシーはどうなるのだと。それを解決せよという声が上がっています。ということで、非常に重要な問題を提起なさったと思います。

よりよいデータに対する需要と、個人のプライバシーを守ることのバランスをとることが重要だと思います。いろいろな規則や法的な問題が、

個人のプライバシー保護に連なってくると思いますが、何らかの形でこのデータをグループレベルで使いたいわけです。ビッグデータレベルで使いたいわけで、ほとんどのデータは、例えば人口動態レベルで重要性を持つので、システムをつかって、個人のプライバシーは守る、同時に証拠ベースの政策立案をするために国や地域のレベルで役に立つような、また ASEAN のレベルで役に立つような情報を得たいと思うわけです。

障壁についてですが、私はアフリカ、アジア、南米を訪問しまして、シビル・レジストレーション、バイタル・スタティスティクスの研究をしています。技術的な変化はどんどんあらわれてきておりますが、残念ながら、アジアの国の中でも、省庁レベルでのシビル・レジストレーションシステム構築の決意があるので、省庁レベルで5年ごとにどんな進捗状況があるかという話をして、全てのシビル、またバイタル・スタティスティクスのシステムをつくらうとしております。国ごとにターゲットを設定するということで、こういったイニシアティブ全体が、希望としてはモチベーションとなって、さらに努力を続けていただきたい。このシステムの完成に向けて作業をしていただきたいと思います。

まだまだ端緒についたばかりです。THS2というのはとてもいいスターティングポイントだと思いますが、おっしゃるとおり、いかに個人のプライバシーを保護するかというのが問題だと思います。ただ、システムはエビデンスベースの施策決定に役立ててほしい。これは我々全員に課せられた課題だと思います。

ASEAN のグループも同じです。あらゆる人にとってのヘルス、健康を達成するという目的に向かって、よりよくデータを活用するということです。

伊藤剛（議長） 鬼丸先生、何か。

鬼丸武士 最後のデータの件ですが、落合さんがおっしゃるとおりで、コインの両面を考えなければいけないのです。

問題は、現代のテクノロジーの進歩が速過ぎる

ことにあります。10 年前、20 年前に使えなかったデータが使えるようになっていて、それがどういう意味を持つのかということを我々があまり深く考えずに、先に進んでいる、そこに危険性があるということです。

例えば、医療や疾病に関するデータが、ある遺伝的な疾患を持っているグループを社会から排除するように使われる可能性もあるわけです。このようなリスクを常に考慮に入れながら、データを活用することを考えなければならない。

医療にかかわっておられる方には、病気によってこのデータは役に立つという側面だけを強調される方が多い。自分のある限られた視点からだけでものを見てみると、この手の問題はどこかでつまづくということは、本当に忘れてはならないことだと思います。

伊藤剛（議長） ありがとうございます。

ウィワット・ロジャナピティアヤコン 勝間先生がおっしゃった点ですが、AUN、ASEAN 大学連合があります。このネットワークは、標準化を高等教育機関の間で進めようとしています。1 つの効果的な、効率的なネットワーク、AUNQA、QA というのは品質保証の QA ですが、協力をして、教授学習、すなわち高等教育機関における標準化をしようということです。その中で、先生の言及された問題も取り上げるということです。

伊藤剛（議長） どうもありがとうございました。

では最後に、この会議の議長として、簡単な総括をしたいと思います。もともとは3つ4つばかり言うことを考えていたのですが、時間の都合上、1 点のみを強調したいと思います。

私は、こういう医療やグローバル・ヘルス・ガバナンスに関して、こういった国際会議で議長をやることはあまりないのですが、聞いていて思ったことは、本当にグローバル化が進んでいて、かつ、専門分化が進んでいて、専門分化が進むと同時に、異なる専門家同士の協力というのも必要でと。

そこからいつも思いますのは、グローバル化が

どんどん進むということは、官の側と民の側、政府の側と非政府の側が協力していろいろなことをやっていかないと、やはりうまくいかないなということを切に感じた次第です。

会議の中でもありましたが、1 人の人がカバーできる専門領域というのは限られている。でも問題のほうはどんどん広がって行って、深刻であるというのが現状ですので、そういったグローバル化に伴う人と人との協力、そして最初に私は申しましたが、アメリカ・ファースト、ロシア・ファースト、フランス・ファースト、自分の国も大事だけれど、それは国と国との協力がベースとなっていてきているのだということをあえて思った次第です。それがまさにグローバル化というものの実態ではないかと考えるわけです。

私個人の話をいたしますと、私は昨年 1 年間に約 150 日以上海外にありまして、そのうちのほとんどを ASEAN のどこかの国で過ごしました。それは日本が国際交流基金、ジャパンファンデーションという財団が援助してくれたおかげですが、その際に思いましたことは、とにかく ASEAN の国それぞれにある問題に関して、今日のテーマはグローバル・ヘルス・ガバナンスですが、私の場合は海の安全とか一般的な国家安全保障に関して研究をやることも多いのですが、そういう事柄に関して、それぞれ非常によく研究して、政策立案を兼ねている専門家が至るところにいるということです。そういった人たちのネットワークというのがさらに一層重要だということを、もう

一回切に感じた次第です。

それを、グローバル化とともに官民と人々と国家同士の協力が必要だということを強調して、このシンポジウムを終わりたいと思います。

12 時半になりました。遠くからいらしてくださった海外のパネリストの先生方、そして日本の中で専門家として活躍されている先生方、実はこのパネリストは、昨晚飲食会を行ったときに私が気がつきましたのは、これは大変ユニークといいですか、異なる専門の先生方が一堂に会して、かつ共通のテーマに関して課題を論じるということで、非常にコスモポリタンといいですか、国際性だけではなくて、異分野にわたる専門家の協力というものがまさに実現された一例だなということを感じた次第です。

こういった事柄を述べて、今日のこの公開の会議を終わりにしたいと思いますが、いつものことですが、この会議をいつも成功に導くためには通訳の方々の協力が必要でございますので、改めて拍手をもってお礼を申し上げたいと思います。

と同時に、これをもちまして、この公開の会議を終わりたいと思います。皆様、どうもありがとうございました。(拍手)

渡辺 蘭（司会） 本日は、皆様、どうもありがとうございました。これにて国際シンポジウムを閉会いたします。

同時通訳のイヤホンは机の上に置いたままご退席くださいますようお願いいたします。

4. 報告原稿

ONIMARU Takeshi Associate Professor, Kyushu University

How can we improve the “Global Health
Governance” in Asia?

1. What is the “Global Health Governance”?
 - Two Components
 - Improving Health Governance at the Global Level
 - Improving Health Governance at the Regional and National Level
2. Current Challenges in Asia
 - Public Health Challenges
 - Political, Economical, and Social Challenges
 - Lack of Resources
3. What should we do?
 - Human Resource Development
 - Surveillance

Wiwat ROJANAPITHAYAKORN
Director, Mahidol University Global Health (Thailand)

How to establish global health governance in East Asia?

Currently, global health problems have become more complex; resulting in increasing public health challenges for all countries around the world. These include the shift from communicable diseases to noncommunicable diseases while many severe infectious diseases have emerged and rapidly spread across the continents. In addition, increasing trends of environmental and occupational diseases are commonly observed. Furthermore, population demography has made countries more vulnerable to socioeconomic and health threats, as there is a trend toward ageing society in both developed and developing countries. The problems have become more difficult to be handled by any single country; and thus global health collaboration is necessary in order to ensure that all countries will be able to achieve the common goal of healthy lives and successfully promote well-being for all at all ages – the third target of the Sustainable Development Goals (SDGs); and to ensure that no country will be left behind.

There are many requirements to reach successful global health collaboration. These include the strengthening of international networking mechanism; promotion of efforts for global and regional policy development; sharing of knowledge, technologies and experiences among global, regional and national stakeholders; and putting global and regional efforts to mobilize resources to support high burden countries. Such collaboration requires strong governance mechanisms at country, regional and global levels.

The following efforts may be needed in order to establish global health governance in the region:

1. Advocate and promote the development of national global health strategy in member countries;
2. Promote, support, and strengthen regional networking specifically on global health program development in the region;
3. Put efforts to organize high level advocacy summit on the need to develop policy direction for setting-up regional governance mechanism;
4. Advocate at high level policy consultations and push forward for the development of regional forums on relevant global health areas:
 - a. Major global health issues: health system strengthening to address global health problems;
 - b. Strengthening prevention and control of noncommunicable diseases with special attention on the need to achieve the 9 global NCD targets by 2025;
 - c. Development of effective and feasible regional strategy for emerging diseases;
5. Promote joint global health research as well as knowledge management for further movement on the global health strategy;
6. Advocate the Sustainable Development Goals (SDGs) as entry point and target for global health;
7. Promote the linkage of global health programs with United Nations and other global and regional stakeholders (WHO, ASEAN, JICA, ADB, etc);

8. Strengthen capacity of individuals and institutions and improve the quality of global health capacity, especially in the area of human resource development;
9. Establish joint monitoring and evaluation system to track the progress of regional global health programs;
10. Promote country consultation on global health initiatives in the region.

Joel BUENAVENTURA

**Chief Health Program Officer, Bureau of International Health Cooperation,
Department of Health (Philippine)**

Towards Building a Global Health Governance in East Asia:
A Perspective from Government

1. Concepts and Definition of Global Health Governance

- Globalisation and health governance
- Global governance and health
- Governance for global health

2. Current Trends in Global Health Governance in East Asia

- Existing institutional arrangements in East Asia
- Issues and challenges on Regional Health Governance
 - o Leadership and Authority of Regional Health Governance
 - o Sovereignty of States
 - o Emerging and Re-emerging Diseases and Migrant Health

3. Perspective from State Actor/Government

- State's role of understanding domestic health issues with regional/global context
- Implications of the increasing role of Non-State Actors at various levels
- Need for building capacity on Global Health Diplomacy

KANG Minah
Professor, Ewha Womans University (Korea)

1. Introduction
2. Global health burden, MDGs accomplishments, and remaining issues.
3. Barriers and Disconnects for successful global health governance¹
 - 1) The discrepancy between static and dynamic governance
 - 2) The inattention to sociopolitical power dynamics
 - 3) The gap between the good governance agenda and existing capacities
4. The discrepancy between static and dynamic governance
 - **Priority setting** of 1) where or with whom to Start, 2) based on which values: Efficiency, Access, equity, and 3) with which principles: Rights-based, need-based, or utilitarian-driven.
 - **Progressive Universalism**²: the most poor and disadvantaged, the first to capture increases in health resources
 - Importance of putting **inequity** into the picture³
5. The inattention to sociopolitical power dynamics
 - Importance of **good governance** for strong health systems and health outcomes: political capacity, government effectiveness and corruption, institutional capacity and human resources, etc.
 - Asian countries still remain at the 60 percentile for all six indicators.
6. Gap between global health governance agenda and capacities
 - Two critical issues of governance capacities: Achieve the **universal coverage of CRVS (Civil Registration and Vital Statics)**, and initiate the so-called **"Data Revolution"**.
 - **"A Scandal of Invisibility"**: A well-functioning civil registration and vital statistics (CRVS) system registers all births and deaths, issues birth and death certificates, and compiles and disseminates vital statistics, including cause of death information.
 - **Data gap in global development**: "Too often the result not of direct observation but of inference, assumptions or extrapolation, or political negotiation"⁴

¹ Revised list from the paper, Brinkerhoff, Derick W., and Thomas J. Bossert. "Health governance: principal-agent linkages and health system strengthening." *Health Policy and Planning* 29.6 (2014): 685-693.

² Gwatkin, Davidson R., and Alex Ergo. "Universal health coverage: friend or foe of health equity?." *The Lancet* 377.9784 (2011): 2160-2161.

³ Roberts, Marc J., William C. Hsiao, and Michael R. Reich. "Disaggregating the universal coverage cube: putting equity in the picture." *Health Systems & Reform* 1.1 (2015): 22-27.

⁴ <http://www.developmentprogress.org/publication/data-revolution-finding-missing-millions>

おわりに

—国際公共財としてのヘルス・ガバナンスと日本外交—

医療や福祉は、一般的に社会全体のベネフィットよりもコスト的側面からアプローチされることが多い。「開発」と「福祉」とを天秤にかける時、政治指導者は前者を優先して、後者をおざなりにする傾向が高い。外部不経済が大きくなって、後者にエネルギーを注がないと前者の成長も危ぶまれる段階になって初めて「福祉」や「医療」に目が向くのである。

人口が増えて、右肩上がりの社会であれば、労働力などいくらでも新しく供給できる。利益を追求する経営者の目から見れば、社員はそのための道具に過ぎない。道具は言い過ぎでも、代わりとなる働き手はいくらでもいることになっていた。

ところが、高齢化が進み、それでも社会全体が成長を続けていきたいと考えるのなら、マクロ的視点からは外部不経済をいかにして未然に予防するかが、ミクロ的視点からはワーク・ライフ・バランスをどう確保するかが、議題となってきた。「能率」を組織単位でなく、社会全体で上げていくためには、何をすればよいかと考えられる状況となった。

それと同時に、これまで開発途上国と呼ばれた国々が経済成長し始めた。G5 が G8 になり、オバマ政権時代には G20 が開催されるようになった。国際社会全体を見れば所得格差は少しずつ平準化されているのである。そうすると、「開発」と「福祉」をうまくバランスさせて社会全体の「能率」を追求することも可能となるし、ある地域や国家でそのバランス政策がうまく追求できていないとなると、それ自体が国際協力案件となってくる。そこに海外医療協力を戦略化しようとする意図が生じることとなる。

以上のような背景から、この「東アジアにおけるグローバル・ヘルス・ガバナンスの構築に向けて」という研究課題が、日本の今後における外交プレゼンスの一環として欠かせない分野になってきたのである。しかし、案件が「グローバル」なヘルス・ガバナンスゆえ、日本一国が頑張っても達成できる話ではない。本案件に関しては、第一に各国の協力、第二に協力の形態も人的リソース・非人的リソースという2つが同時並行で整備・拡充されない限り、進むものではない。

グローバル化が進み、人やモノが国境を超えて往来するようになると、それと同時に病原菌もグローバル化することとなる。エアポート・マラリアという言葉にあるように、かつては地球上の特定地域にしか存在しなかった病原菌が飛行機や船に運ばれてあらゆる所に出現するようになった。耐性がない地域に病原菌が広がると、それが一気にパンデミックになり、対処法がないまま、または遅れてしまって、多くの人が被害を受けることも出てきた。国境を超えた協力が必要だと言われる所以である。

と同時に重要なことがある。国際協力案件は「開発」にしる「福祉」にしる、援助すること自体が目的化すると、いつまで経っても「ドナー」と「レシピエント」の関係は変わらず、後者が自立できない状況が永遠に続くこととなる。例えば難民を幾ら一生懸命救援、支援したとしても、難民そのものがなくなるわけではないように、様々なロジスティカル・サポートを供給しても、サブスタンスに関わる課題が解決しない限り、問題の根本は解決しない。これと同様に、医療がどんどん進み、協力体制が進んだとしても、もちろんその病気がなくなるわけではないし、新しい感染症・病気も次々と発見されていくこととなる。そういう意味で、ロジスティクスとサブスタンス双方がグローバル・ヘルス・ガバナンスにおいて同時並行的に進まないといけないこととなる。つまり、国際社会全体にわたるヘルス・ガバナンスが一種「公共財」のようなものとして国際社会全体に共有されていく必要がある。健康や医療全体のガバナンスに向けての政治的な意思決定や各国間の協力というものがさらに必要とされているの

は言うまでもない。

また視点を変えれば、このような全世界的なヘルス・ガバナンスを展開することは将来的に日本の外交及び日本の将来におけるプレゼンスに大きな影響を与えるものである。経済的な GDP の観点からは、日本のそれは数年前に中国に抜かれて、今や中国の GDP は日本の 3 倍近くになるという状況である。このような状況において、日本自体のプレゼンスをどうやって示したらいいかということが、昨今いろいろな国際会議で問題になるが今日、アメリカ・ファースト、ロシア・ファースト、フランス・ファーストと、どの国も自分の国のプレゼンスや国益を優先的に考え、他国を差し置いて「自国の夢」を実現させようとしている。果たして、この〇〇国ファーストというのは、自分の国だけで達成できるものなのか、ほかの国との協力が前提なのかは、改めて考え直す必要がある。日本のように他国との相互依存関係で生きてきた国にとってみれば、日本だけが 1 番になればいいという話ではなく、アジア諸国及び世界全体の協力の中で、そのファーストを実現していくということが改めて重要な案件となっていることは言うまでもない。

医療そしてグローバル・ヘルス・ガバナンス分野は、理論よりも実態のほうがはるかにグローバル化と同時に専門分化が進んでいる。つまり、異なる専門家同士が国境を超えて協力しないと現実が生じている問題に対処できないということである。そして、グローバル化が進行するということは、官民協力が成り立たないと成功しないということになる。

1 人の専門家がカバーできる領域というのは限られている。しかし、問題や課題のほうがどんどん先に広がっていつているため、むしろ後追いのグローバル化に伴う人と人、国と国の協力が要請されているのがこのヘルス・ガバナンスの分野の特徴である。非常にコスモポリタンなメンバーを揃えた本研究会は、この分野の国際性のみならず、一人ではカバーできない専門家同士の横のつながりを堅固にするという観点からも大きな意義があった。21 世紀に入り、人類の技術がどんなに進んでも、自然災害やパンデミックや新しい病気が必ず起こる。現実にははるかに複雑で高い壁が存在しているが、それを克服するためにも本プロジェクトが構築されたことを切実に感じた次第である。

(伊藤 剛)

禁無断転載



公益財団法人 日本国際フォーラム

〒107-0052 東京都港区赤坂 2-17-12-1301

TEL : 03-3584-2190

FAX : 03-3589-5120

URL : <http://www.jfir.or.jp> E-mail : jfir@jfir.or.jp