

平成29年度
医療政策
シンポジウム

国際社会と医療政策



日本医師会



日本医師会キャラクター 日医君

平成 29 年度 医療政策シンポジウム

国際社会と医療政策

主催 日本医師会

日時 平成 30 年 2 月 16 日 (金) 開催 13:30 ~ 16:30

場所 日本医師会館 大講堂

もくじ

主催挨拶..... 3

日本医師会会長・世界医師会会長 横倉 義武

講演Ⅰ グローバルヘルスの潮流：これからどこへ行くのか？... 5

世界エイズ・結核・マラリア対策基金局長 國井 修

講演Ⅱ グローバル社会と健康格差..... 19

元世界医師会会長 Sir Michael Marmot

講演Ⅲ 日本の医療、課題と将来..... 45

日本医療政策機構代表理事 黒川 清

パネルディスカッション

国際社会と医療政策 67

世界エイズ・結核・マラリア対策基金局長 國井 修

元世界医師会会長 Sir Michael Marmot

日本医療政策機構代表理事 黒川 清

日本医師会会長・世界医師会会長 横倉 義武

司会・座長 東京大学大学院医学系研究科国際保健政策学教室教授

渋谷 健司

主催挨拶



日本医師会会長・世界医師会会長
横倉 義武

皆さん、こんにちは。平成29年度の医療政策シンポジウムに多くの皆さんにお越しいただきましてありがとうございました。

今年は、大変雪が多い冬でありまして、日本海沿岸の先生方に大変ご苦勞があらうかと思えます。心からお見舞いを申し上げます。

さて、昨年10月に、私は世界医師会のシカゴ総会で会長に就任いたしました。この世界医師会は、1947年に設立された114か国の医師会が加盟する世界の医師を代表する組織であります。本部は、ジュネーブ近郊のフランスのフェルネーボルテールにありまして、WHOや国連等の国際機関と連動して、世界中の人々の健康水準の維持、向上に努めております。

今日は、後ほどシンポジストとして、元世界医師会会長のSir Michael Marmot先生、そして、世界医師会の事務総長であるクロイバー先生も同席していただいております。ありがとうございます。

今回、私は世界医師会会長の就任に際しまして、国民の健康寿命を世界のトップレベルまで押し上げた、我が国のすぐれた医療システムを世界に発信し、グローバルなレベルでの健康長寿社会への実現に寄与していきたいという強い思いを述べたところでございました。

そして、様々な分野での医療協力、パートナーシップを深め、人材の能力開発や生涯教育の一層の推進など、世界医師会の果たすべき任務を遂行

していく責任の重さを持っているところであります。

一方、国内に目を向けますと、少子高齢化の一層の進展が予想される中で、社会保障費は医療、介護などを中心に今後も増加することが見込まれ、その財源をどのように賄っていくかについても大きな課題となっています。

我が国の国民皆保険は、1961年に実現し、50年以上にわたり国民の健康を支えているところであります。

また、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジのあるべきモデルとしても、国際的に高く評価されているところですが、この国民皆保険を維持していくためには、先ほど申しましたように、財源の問題もありますし、それを支える人口が徐々に減ってくるという問題もあります。

そういう中で、我々医療側から様々な提案もしていく必要があらうかと思えます。生涯保健事業を体系化することによって、健康寿命をできるだけ延ばしていくということも大きな役割ではないかと思えます。また、各地域で過不足ない医療が提供できるように、適切な医療提言をしていくという、時代に即した改革を進めていく必要もあらうかと思えます。

我が国では、フリーアクセスという外来へのアクセスのよさが、病気の早期発見、早期治療に寄与しています。そして、その中心を担っているのが、かかりつけ医の先生方です。このかかりつけ

医の先生にまず受診するということで、適切な受療行動、重複受診の是正や薬の重複投与の防止等も可能となってきますし、医療費の適正化にも期待できるところでございます。

このかかりつけ医の先生方は、日常の診療のみならず、予防、健康、疾病の早期発見、また、重症化予防や適切な初期対応、専門医への紹介、また、症状改善後の受け入れなどを担っていただいています。

日本医師会としては、かかりつけ医機能の研修制度を3年前から実施しておりますが、この研修制度をより高めることによって、かかりつけ医機能のさらなる向上を目指してまいります。

我々医師の役割は、国民に寄り添い、国民の健康を守っていくことであり、その医師の声をもとに、国に対して様々な政策を提言していくことも、日本医師会の大きな役割の1つであろうと考えております。しかし、医療を取り巻く問題は多様でありまして、国境を越えた協力も必要になります。

世界を取り巻く医療の問題の解決の手段として、こうした困難を乗り越えて、広範な課題に取

り組んでいかなければならないと思っております。

本日は「国際社会と医療政策」をテーマにして、このシンポジウムが実現いたしました。ご案内のように、本日は元世界医師会会長の Sir Michael Marmot 先生、日本医療政策機構代表理事の黒川清先生、世界エイズ・結核・マラリア対策基金局長の國井修先生をお招きし、ご講演いただきます。

また、パネルディスカッションでは、東京大学大学院国際保健政策学の教授であります、渋谷健司先生に座長をお願いして、3人の先生方に様々な角度から忌憚のないご意見を賜りたいと思っております。

実りある成果をおさめることを祈念いたしますとともに、本日もご参集の皆様方が、少しでも健康の大事さに、また国際的な中での日本の医療のあり方についてお考えいただければ幸いに思う次第でございます。

どうぞよろしく願いして、冒頭のご挨拶とさせていただきます。ありがとうございました。

講演 I

「グローバルヘルスの潮流： これからどこへ行くのか？」

世界エイズ・結核・マラリア対策基金（グローバルファンド）
戦略・投資・効果局長

國井 修



演者紹介

中川 それでは、これより講演の部を始めさせていただきます。よろしくお願いいたします。

初めは、國井修先生です。先生の経歴をご紹介します。國井先生は、1988年に自治医科大学を卒業。ハーバード大学公衆衛生大学院修士課程を修了後、東京大学において医学博士号を取得されました。内科医として、病院や奥日光の山間僻地で診療する傍ら、NGOを立ち上げ、国際緊急援助や在日外国人医療援助に従事されました。

1995年、青年版国民栄誉賞とも言われる、人間力大賞で外務大臣賞とグランプリを受賞され、1996年、ペルー日本大使公邸人質事件では、医療班として尽力されました。

国立国際医療センター、東京大学医学系大学院国際地域保健学専任講師、外務省課長補佐などを経て、2004年に長崎大学熱帯医学研究所教授に就かれました。

2006年より国連児童基金ニューヨーク本部、同ミャンマー事務所を経て、2010年より、内戦中のソマリアで子どもの死亡低減のための保健・栄養・水衛生事業を統括されました。

2013年1月には、世界エイズ・結核・マラリア対策基金の戦略・投資・効果局長に就任され、これまで世界110か国以上で活動されていらっ

しゃいます。

本日の演題は「グローバルヘルスの潮流：これからどこへ行くのか？」です。

それでは、國井先生、よろしくお願いいたします。

講演

國井 中川先生、ありがとうございます。皆様、こんにちは。

1. 1980 - 90年代の世界の保健医療の状況

人の命は平等といいますが、現実には世界のどこで生まれるかによって、私たちの健康や寿命は決まっているともいえます。

1980年代、医学生だった私は、アジア、アフリカ、ラテンアメリカを訪ね、貧困や医療の状況を見て回りました。

特に、アフリカ・ソマリアの難民キャンプで短期ボランティアにかかわった時の記憶は、未だに鮮明です。診療所には毎日患者さんが溢れ、診療所に来られない重度の患者さんはキャンプ内のテントに横たわっていました。コレラ、赤痢、破傷風、マラリアなど、現在の日本では滅多にみることのできない感染症も蔓延していました。

当時の統計では、世界の5歳未満の子どもの死亡数は年間1,300万人以上。毎日3万人以上が、栄養不良、下痢症、マラリア、肺炎、麻疹など、予防・治療が可能な病気で死亡していました。

学生時代、私はインドに留学していましたが、当時のカルカッタ（現在のコルカタ）は街全体がスラムのようでした。衛生状態は劣悪で、路上生活者が溢れ、道を歩いていると、指先や鼻先が欠落し、「獅子面」と呼ばれる様相を呈したハンセン病の患者がたくさん物乞いをしていました。路上で人が死んでいても、道行く人は見向きもしないという異様な光景です。

路上で瀕死の状態になっている人を収容して、死ぬ前にせめて体を洗い、食べ物、飲み物を与えて、人間らしく、尊厳のある死を迎えさせてあげたい。そうして創られたのがマザーテレサの施設「死を待つ人々の家」でした。当時医学生だった自分は、そこで多くを学びました。

毎年のように途上国を訪れていましたが、1990年頃からアフリカで「異変」を感じました。

子どもや妊産婦の死亡のみならず、働き盛りの大人が病に倒れ、死亡するケースが急増してきたのです。原因不明ながら、痩せ細って骨と皮のような状態になっていくことから、ウガンダでは「スリム病」と名付けられました。実は、これはHIV感染による全身衰弱、HIV消耗性症候群の拡がりを示していました。

HIVの流行拡大により有病率が40%にも達する国、それによって平均余命が20歳近く低下する国も現れました。

1981年にアメリカで症例報告がなされて、AIDSと名付けられたのが1982年、当時HTLV-Ⅲと呼ばれたHIVウィルスが同定されたのが1983年です。しかし、最近の遺伝子解析に基づく研究では、HIVウィルスの起源はアメリカではなくアフリカで、1920年頃、ベルギー領コンゴのキンシャサですでに流行が始まり、そこからヨーロッパ、そして世界に広がったといわれています。

1990年代にはアフリカでのHIV流行は手が

つけられないほどで、働き盛りである農業の担い手、学校の教員、医療従事者までが次々に亡くなり、遺児が増え、地域ではエイズ遺児が別の遺児の面倒をみる、そんな光景も目にしました。

1987年には最初の抗レトロウイルス剤であるAZTが市場に出回り、1996年にはカクテル療法が確立されました。これにより、HIVの診断イコール死亡宣告といわれていたHIVの致死率が激減しましたが、当時、一人当たり年間100万円以上といわれた高額な治療薬を最も必要とするアフリカの貧困国では入手することができませんでした。人間の命は不平等と言わざるを得ない状況があったのです。

2. 2000年以降の国際社会の貢献と動向

これに対して、世界が本腰を入れ始めたのが2000年。国際社会が本気で一致団結してエイズをはじめとする地球規模課題に向き合い、行動に移さなければならない、との決意を新たにした年です。

2000年1月には国連安全保障理事会で初めて保健医療問題、HIVが議題に取り上げられ、9月の国連ミレニアムサミットでは、ミレニアム開発目標（MDGs）として8つの国際開発目標が設定され、うち3つが感染症流行の抑制を含む保健医療課題でした。

7月には、日本が議長国となり九州・沖縄で開催された先進国首脳国会議（G8サミット）で初めて保健医療問題が主要議題となり、HIVを含む感染症問題が議論されました。国際社会が協力し合って資金を調達し、政府、国際機関、市民社会、当事者などが連携・協働して、世界の脅威に立ち向かうことを合意しました。

これに対して、2001年5月には米国のブッシュ大統領がまず2億ドルの拠出を誓約し、6月には日本も同額の拠出を誓約、7月にはイタリア・ジェノヴァで開かれたG8首脳国会議で新たな機関を設置することが決まり、2002年1月に創設されたのが、私が現在働いている国際機関グ

ローバルファンドです。官民連携に留まらず、ドナー政府、実施国政府、国連・国際機関、市民団体、NGO、当事者まであらゆるパートナーを世界・地域・国レベルで取り込んで、一緒に資金調達、プログラムの計画・実施をしていくメカニズムを作り、実際に動かしているため、「21世紀型パートナーシップ」とも呼ばれています。

さて、世界全体の保健医療セクターに対する援助資金の推移を見てみましょう。図1に示す通り、2000年以降、感染症対策を含む保健医療セクターへの援助資金は増加しました。1990年をベースとして、その伸び率は2000年までは2倍でしたが2010年には5倍です。

しかし残念なことに、近年の世界の経済、政治状況などの変化からこの勢いはストップし、2010年を境に、世界の保健医療援助の年間伸び率は10%以上から1%台に下がりました。特に、最近の先進首脳国の政治・経済事情をみますと、今後さらなる援助の増額は望めないとの見方をす

る人も少なくないようです。

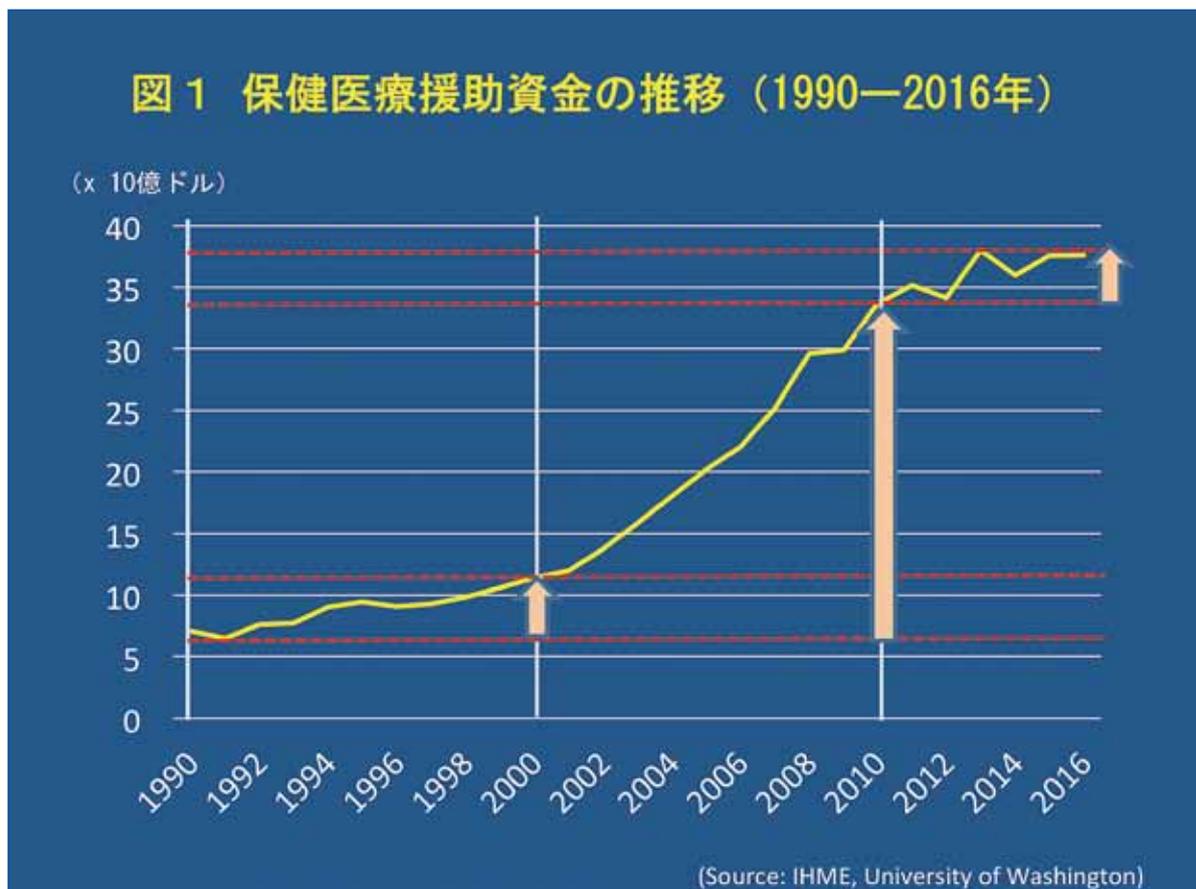
図2を見て頂くと、世界の保健医療援助の資金の流れがよくわかります。やはり先進国政府からの援助が大部分で、特にアメリカからの資金は莫大です。民間ではビル&メリンダ・ゲイツ財団の拠出額は大きく、WHOの予算の2倍以上もあり、WHOへも多額の寄付をしています。

これらの資金は様々な援助機関を通じて低・中所得国を支援しますが、その主要な機関は、実は国連でも政府組織でもなく、民間組織NGOです。特にアメリカ政府は、予算の4割以上をNGOに拠出しており、NGOの中には政府や民間から年間1,000億円以上の資金調達をし、世界100か国以上で活動する組織もあります。

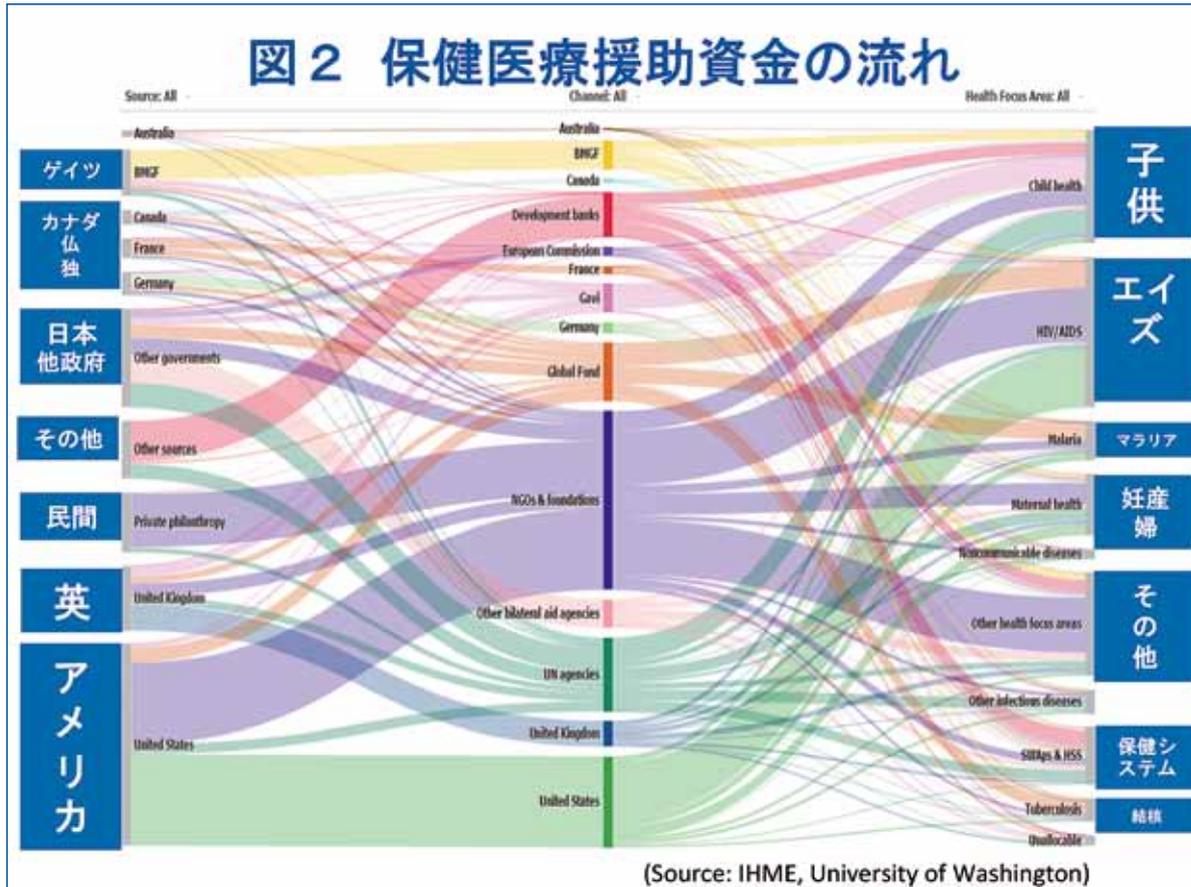
またアメリカ政府は大統領エイズ救済緊急計画(PEPFAR)や大統領マラリア・イニシアティブ(PMI)など、優先課題を絞って集中的に支援する二国間援助も推進しています。

私が所属するグローバルファンド(GF)も保健医療分野の国際機関としては最大の資金を調達

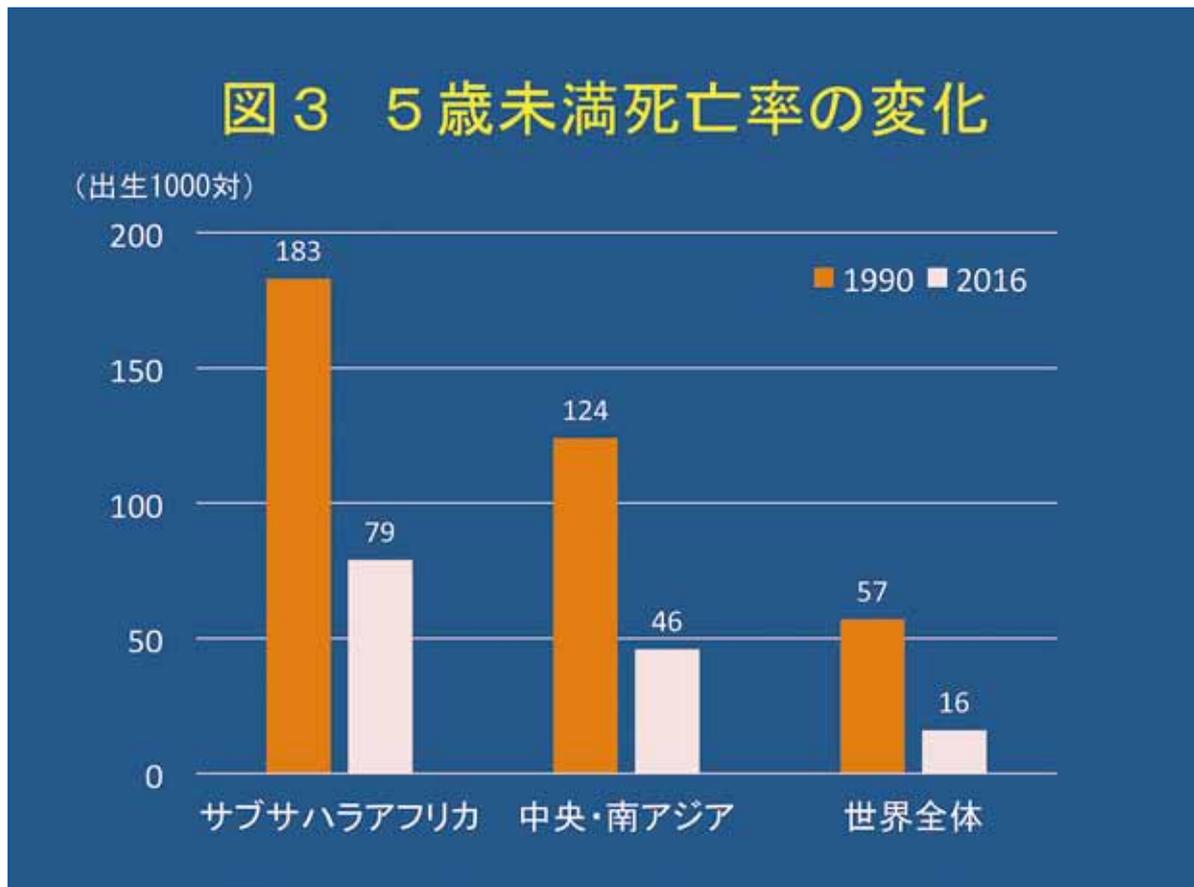
■ 図1



■ 図 2



■ 図 3



し、100 か国以上への支援を行っています。

これら様々な機関により支援されている分野は、エイズ対策、子ども、妊産婦の順で多く、保健システム強化などにも割り当てられています。

その結果、**図3**のように5歳未満死亡率は、1990年に比べ2016年では世界全体として3分の1以下に減少し、妊産婦死亡も大きく減少しました。

グローバルファンドの三大感染症制圧に対する貢献は大きいです。HIV 新規患者数は2000年から15年間で30%以上減少、マラリアも過去15年間で50%の死亡を減らし、600万人以上の死亡を救っています。ただし、マラリアによる感染の減少は18%で、13億人の感染を予防したといわれています。

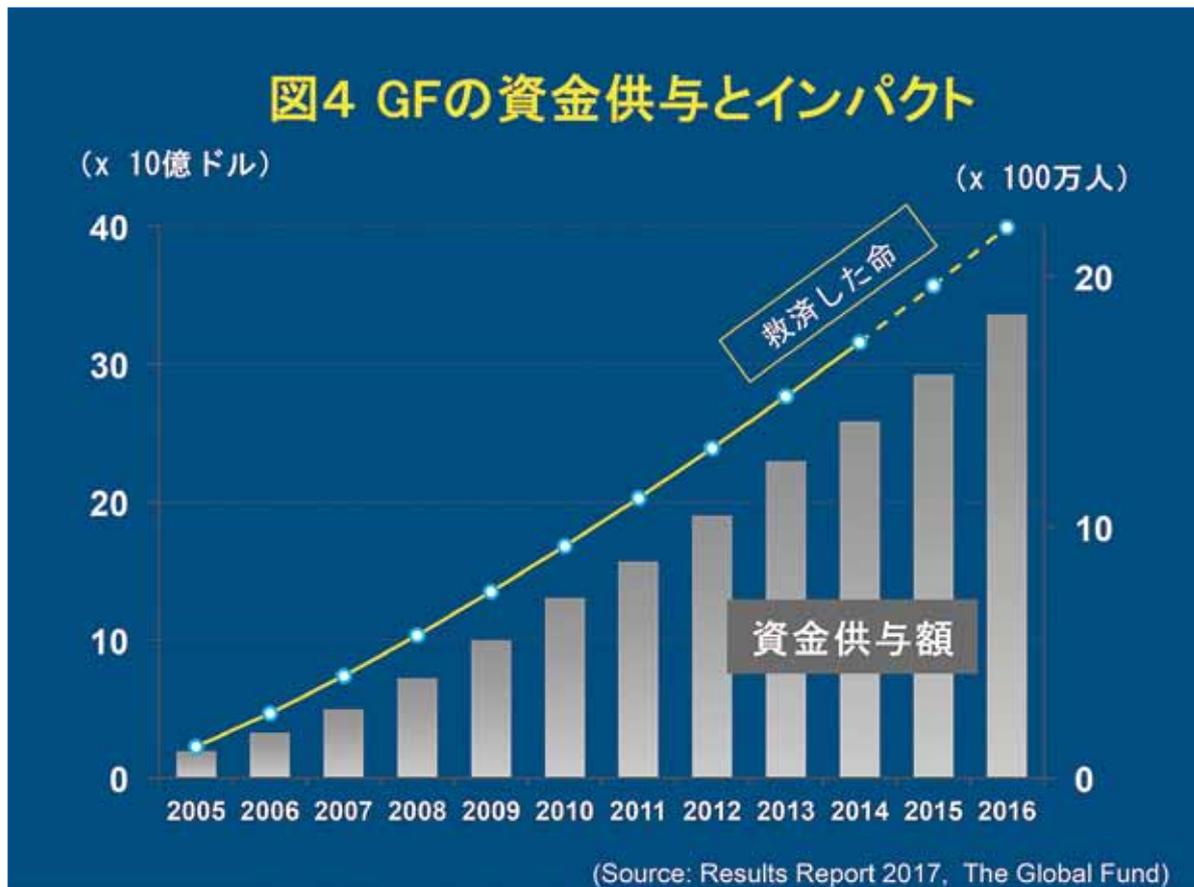
GFは診断・抗レトロウィルス薬（ART）を1,100万人に、最近の5年間で700万人以上に結核治療を拡大しました。その結果、HIVによる死亡はピーク時に年間約200万人だったのが、ほぼ半減しています。ARTは2005年にわずか

世界のエイズ患者の3%しかカバーできていなかったのが、現在では52%に急増しています。

図4にグローバルファンドの支援を示します。これまで360億ドル以上の資金を世界で調達し、2,200万人以上の命を救いました。どれだけの人を救ったかというのは実際には数えることができません。しかし、これまでの調査・研究により、HIVの予防（コンドームや暴露前予防投薬など）、診断・抗レトロウィルス薬（ART）、結核の診断・治療、マラリアのベクターコントロール、診断・治療をどのような人や地域にどれほど拡大すれば、どれだけの感染を予防し、どれだけの死亡を防ぐことができるか、数理モデルなどを使って計算することができます。

特に、巨額の資金を拠出しているドナー国政府は、国民の税金がどのように使われて、どのような結果・成果をもたらしているのか、議会や国民に説明する責任があるので、資金の流れ、詳細な使途、リスク、結果などについて明確に示すとともに、インパクトについては外部の専門家による

■ 図4



第三者評価を行って、ドナーにきちんと説明しなくてはなりません。

インパクトの最もわかりやすい例は、グローバルファンドが支援している国での疾病負担の減少です。図5はかつて世界で最も HIV 有病率の高く、国民の4割以上が HIV に感染していたボツワナの HIV 関連死亡数の推移ですが、2002年にグローバルファンドが設立されて支援を始めたころから死亡数が激減しています。もちろん、これはグローバルファンドだけでなく、ボツワナ政府の自助努力や他の援助機関の支援など、すべての努力の賜物です。

このグラフをみていて、2000年以降の国際社会の努力がなければ、この国はどうなっていたのか、恐ろしくも感じます。逆に、国際社会が一致団結すれば、このような結果ももたらすことに希望も感じます。

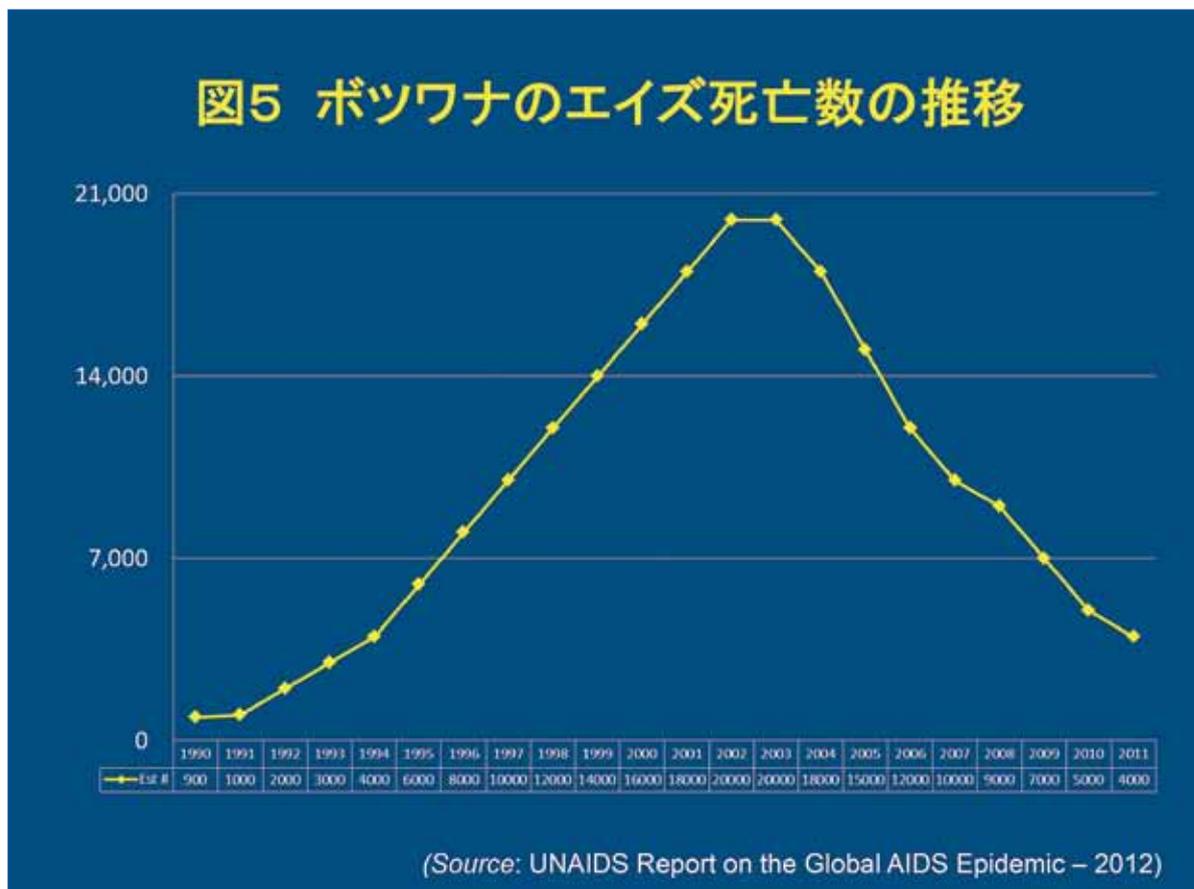
このような国際社会の努力で、ミレニアム開発目標の期限であった2015年までに、1990年に比べて HIV、結核、マラリアの死亡数・感染者

数は減少しましたが、その理由は資金のみではありません。様々なレビューや分析によると、その要因として、低・中所得国の経済・社会発展、政治的意思や保健医療への投資の増加、研究・開発の進展、新技術の保健医療への導入、治療アクセスや市場形成の向上、パートナーシップ・連携協力の促進などが挙げられます。

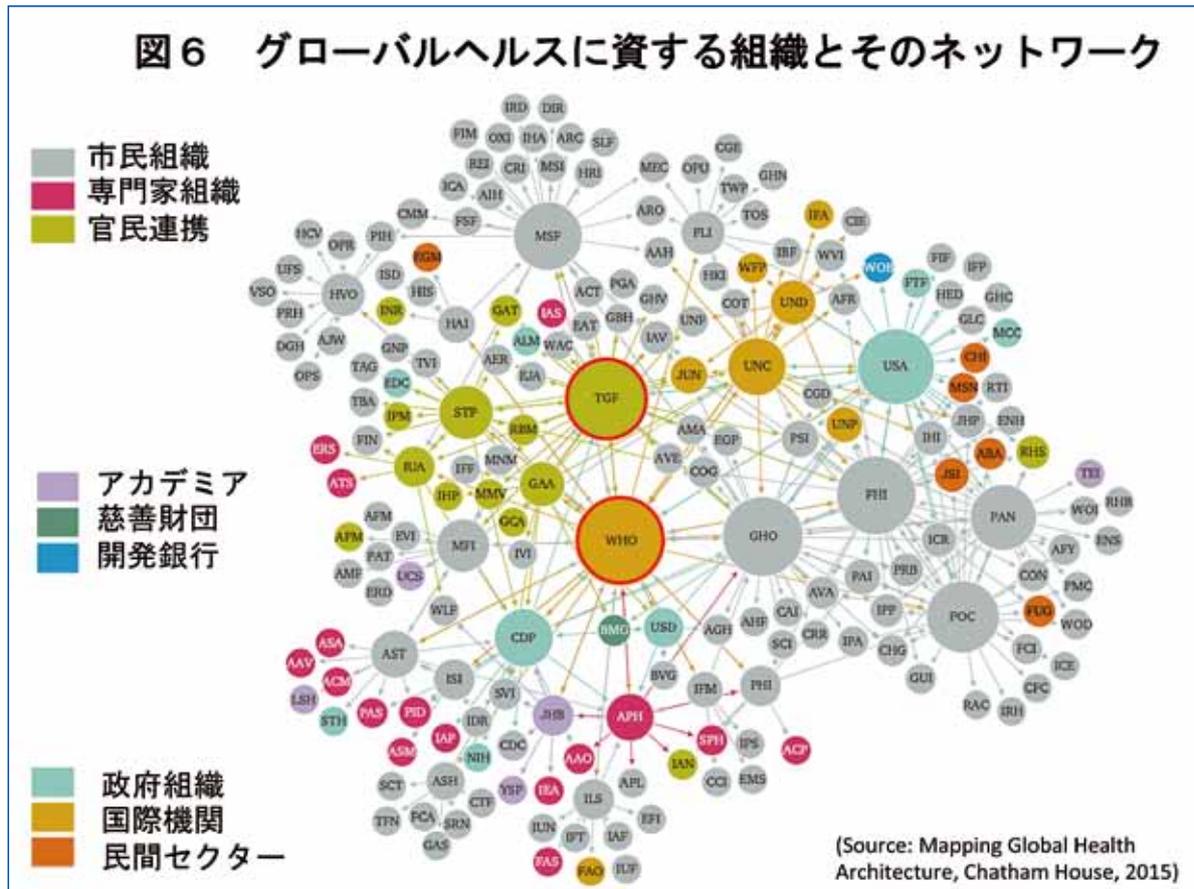
図6を見ると、パートナーシップ、連携協力の重要性がわかります。これは、王立国際問題研究所（通称、チャタム・ハウス）が2015年1月にまとめた調査報告書“Mapping Global Health Architecture to inform the future”から引用した図で、ここにはグローバルヘルスに資するアクターとして同定された203機関とその結びつきが描かれています。

203機関には、国境なき医師団などの NGO や市民社会が138、私が所属するグローバルファンドのような官民連携組織が18、米国公衆衛生学会などの専門機関が16、WHOなどの国連・

■ 図5



■ 図 6



政府間組織が 11 などがあり、その本部の所在地は 135 がアメリカ、23 がスイス、13 がイギリスにあります。

1940 年以前に創設された機関も 20 ありますが、1990 年代に 48、2000 年以降に 47 の機関が設立されています。特に官民連携型の機関は 2000 年以降に設立されたものが多くあります。

専門家に聞き取りをしたところ、グローバルヘルスに最も重要な機関として挙げられたのが、WHO、グローバルファンド、Gavi、ビル&メリンダ・ゲイツ財団、国境なき医師団、ユニセフの 6 機関でした。

日本でグローバルヘルス、保健医療分野での国際協力というと WHO が真っ先に思い浮かぶ方が多いと思いますが、WHO の役割は保健医療分野での国際的な規範・基準の設定、エビデンスに基づく政策課題の提唱などで、実際には途上国の現場では多くの NGO や援助機関が活躍しています。そして、これらの連携・協力がとても重要です。

3. 今後の課題

では、現在、そして今後、どのようなグローバルヘルスの課題があるのでしょうか。

まず第一に、未だに十分解決していない過去から抱えてきた保健医療問題があります。5 歳未満で死亡する子どもの数は未だに 600 万人を超えています。妊娠や出産によって生じる合併症で死亡する女性の数も毎日数百人もいます。

HIV はいまだに毎日 5,000 人も死者をもたらし、サハラ以南のアフリカではエイズ関連死が思春期の若者および 15 - 44 歳女性の死因の第一位となっています。南アフリカには推計で約 700 万人の HIV 感染者がいますが、その半数にしか検査・治療がいきわたっていません。

結核は、世界で単一の病原菌として感染症の死亡原因のトップとなりましたが、年間 1,000 万人以上が発病しながらうち 4 割は検査・治療されていません。

マラリアも容易に診断・治療できる病気でありながら、未だに毎日 1,000 人以上が死亡してい

ます。また、効果的に予防できる手段がありながら、2億人以上が感染しています。

第二の課題は、SARS、新型インフルエンザ、エボラなどの公衆衛生危機、また薬剤耐性の問題です。新興・再興感染症のアウトブレイクはいつどこで起こるかわからず、「見えない敵」との闘いは実際の症例数や死亡数、致死率以上に社会に恐怖やパニックを与え、社会・経済に多大な影響をもたらすことがあります。

また、**図7**に示す通り、薬剤耐性菌（AMR）による死亡数は増加し、2050年にはガンや糖尿病による死亡を超えて1,000万人に達するとの予測もありますが、**図8**の通り、それは我々の住むアジアで最も多く発生するだろうといわれています。

現在、この薬剤耐性菌の3分の1は結核です。**図9**の通り、インド、中国などアジアに多く、推定60万人の薬剤耐性結核のうち8割は検査・治療されていません。また、マラリアに対する薬剤耐性もメコン川流域で増加し、これを食い止めな

いと世界に広がる勢いです。

図10は過去に実際に起こったマラリア再流行を示していますが、現在、ルワンダ、ナイジェリアなど多くの国々でマラリアの再流行が報告されており、一年間で50万人以上の患者が増加した国もあります。

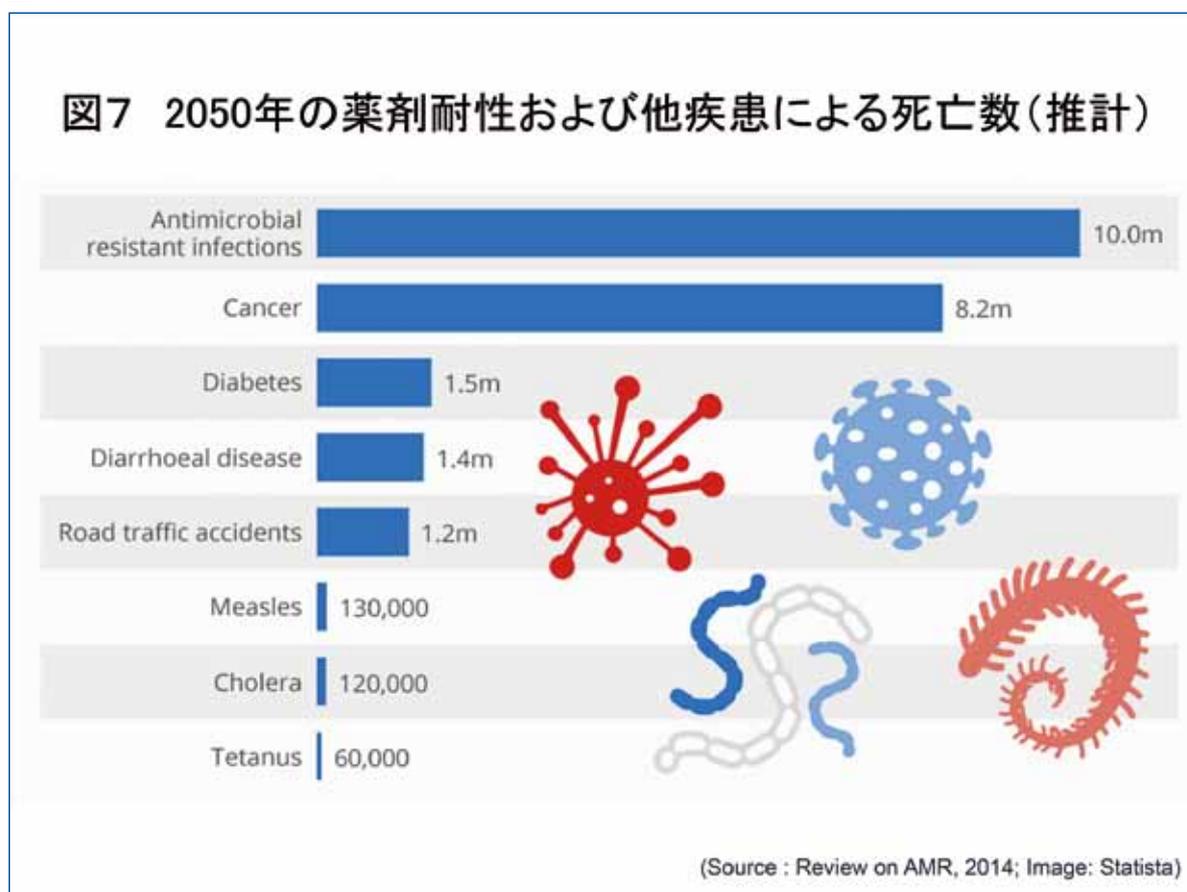
第三は、人口転換、疫学転換に伴う課題です。**図11**に示す通り、1990年に比べ2015年には世界の疾病負担が大きく異なっています。非感染症疾患や交通外傷が増え、高齢化社会に伴う保健医療課題が増加し、開発途上国では感染症とともに「二重負担」になっています。

4. 国際社会の対応、展望

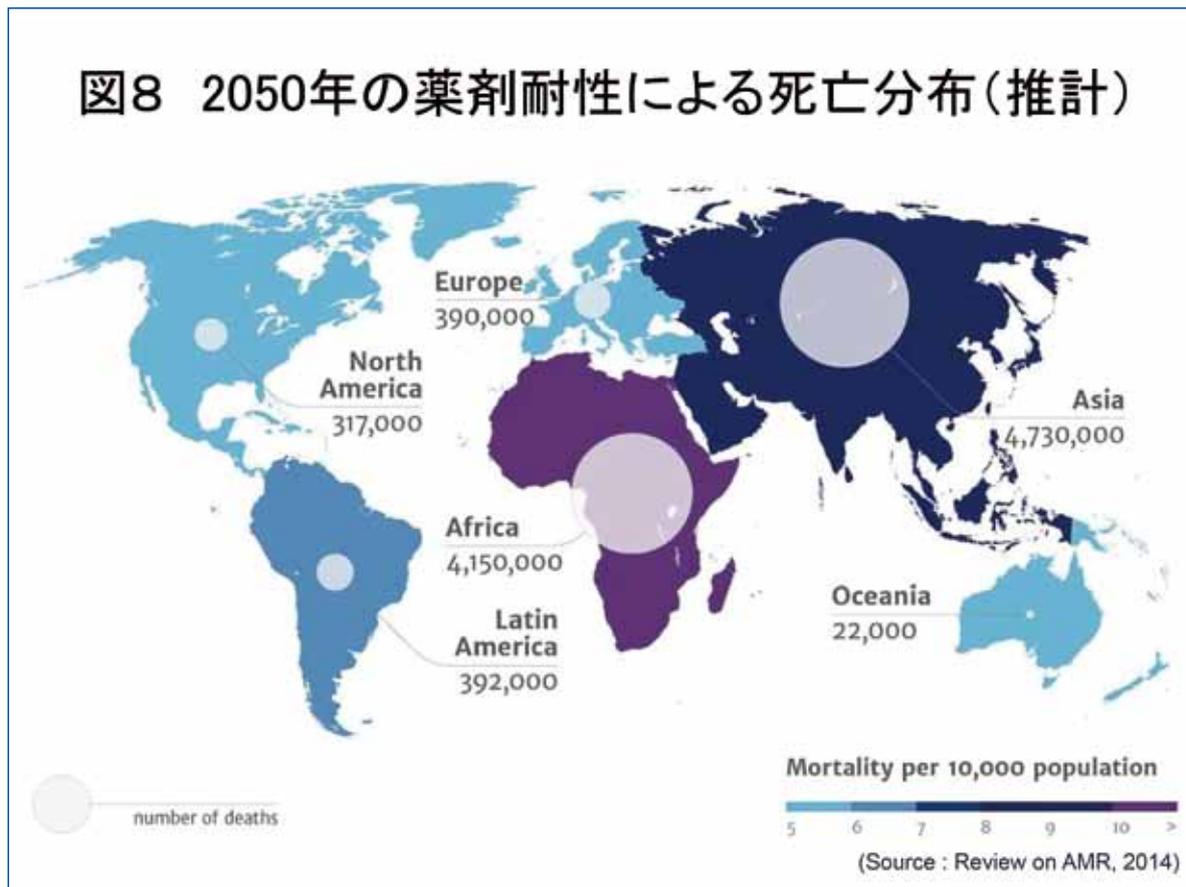
ではどうすればよいのでしょうか。

2015年9月、国連総会で「我々の世界を変革する：持続可能な開発のための2030アジェンダ」が採択されました。持続可能な開発目標（Sustainable Development Goals：SDGs）と

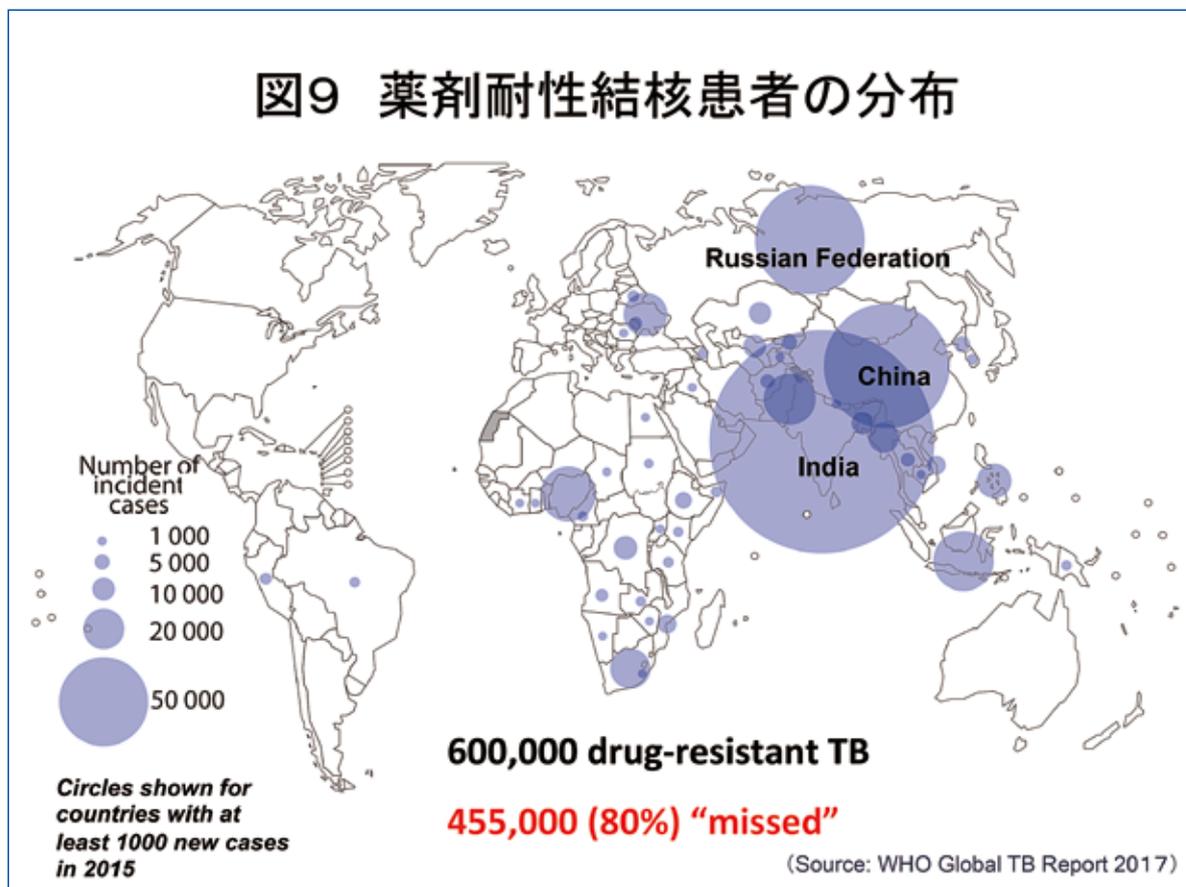
■ 図7



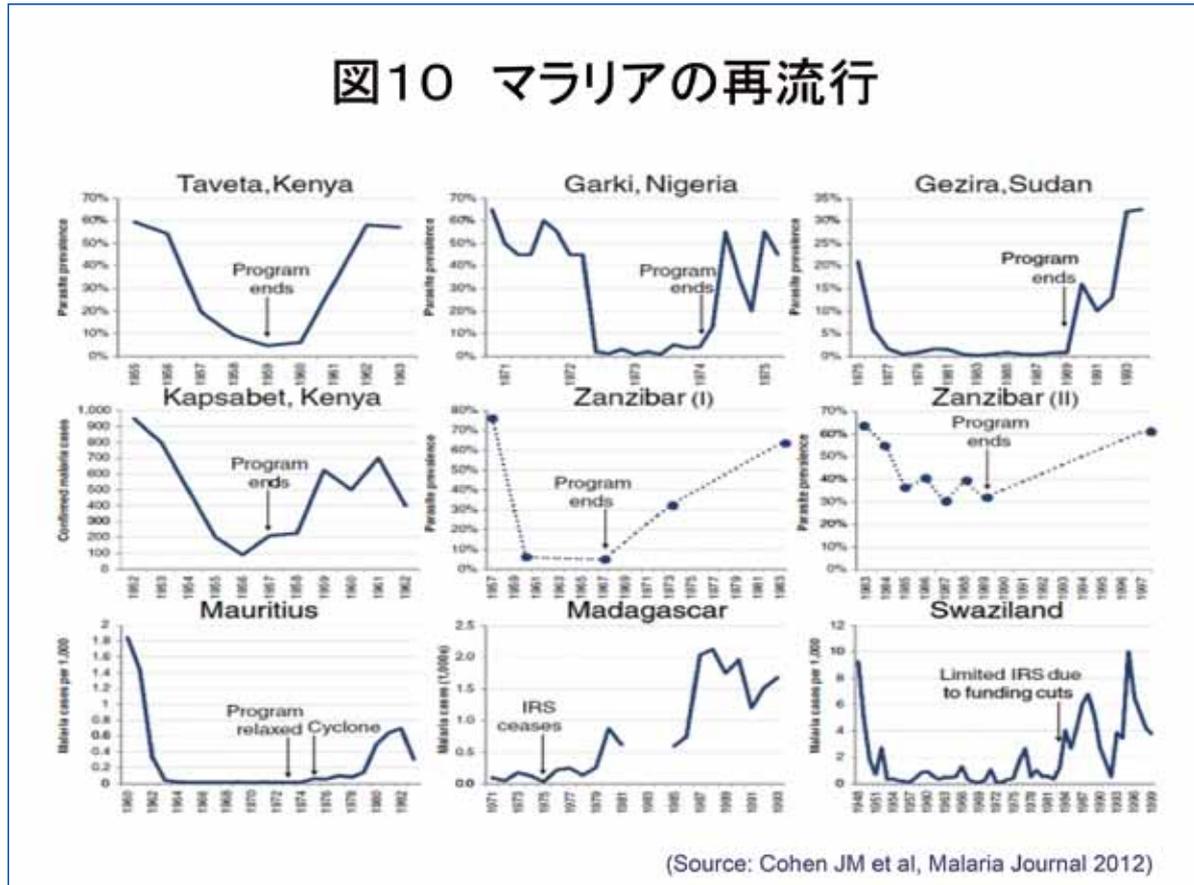
■ 図 8



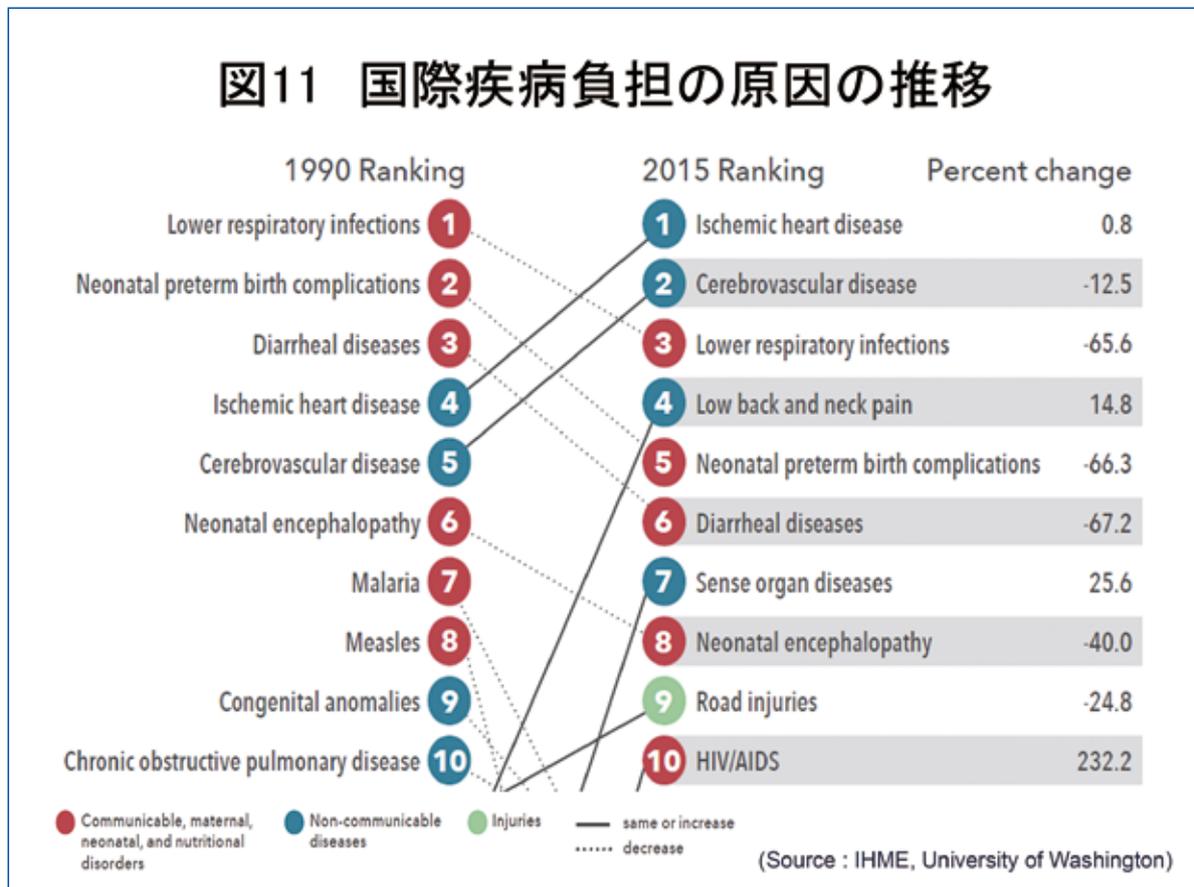
■ 図 9



■ 図 10



■ 図 11



も呼ばれ、持続可能な開発のための 17 の分野別目標と 169 項目のターゲット（達成基準）が設定されました。17 の目標とは、以下のようなもので、そこには経済発展、社会開発、環境保全の三本柱があります。

- 1) 貧困をなくそう
- 2) 飢餓をゼロに
- 3) すべての人に保健と福祉を
- 4) 質の高い教育をみんなに
- 5) ジェンダー平等を実現しよう
- 6) 安全な水とトイレを世界中に
- 7) エネルギーをみんなに、そしてクリーンに
- 8) 働きがいも経済成長も
- 9) 産業と技術革新の基盤をつくろう
- 10) 人や国の不平等をなくそう
- 11) 住み続けられるまちづくりを
- 12) つくる責任つかう責任
- 13) 気候変動に具体的な対策を
- 14) 海の豊かさを守ろう
- 15) 陸の豊かさも守ろう
- 16) 平和と公正をすべての人に
- 17) パートナースhipで目標を達成しよう

保健医療は目標 3 で「あらゆる年齢のすべての人々の健康的な生活を確保し、福祉を促進する」と記載され、13 のターゲットが決められました。感染症については、ターゲット 3.3 として「2030 年までに、エイズ、結核、マラリア及び顧みられない熱帯病といった伝染病を終息するとともに肝炎、水系感染症及びその他の感染症に対処する」と設定されました。

End epidemics を訳すのは難しいのですが、私は「終息」や「終焉」という言葉を使っています。「公衆衛生の脅威」と感じない程度に感染症を抑え込むことを目指しており、必ずしも専門用語として用いる根絶 (Eradication) や排除 (Elimination) を意味するものではありません。

具体的には、疾病ごとに WHO や UNAIDS、Stop TB などを中心となり、国際ターゲットを合意しております。例えば、エイズに関しては 2020 年までに 90 - 90 - 90（感染者の 90%

を診断し、そのうち 90% を治療し、その 90% を（治療）成功させる）、2030 年までに 95 - 95 - 95 を達成する。マラリアについては、2030 年までに 2015 の水準比で、マラリアによる罹患率、死亡率を 90% 減少させ、35 か国でマラリアを排除 (Elimination) する。結核については、2035 年までに 2015 年の水準比で、罹患率を 90%、死亡率を 95% 減少させる、というものです。

しかしながら、これらの国際目標はかなり野心的といえます。結核を例にとると、**図 12** の通り、現在の結核罹患率の減少のペース（年 2%）では、90% 低減の目標に達するのは西暦 2180 年、あと 160 年以上もかかってしまうのです。これを 2035 年までに達成するには 2025 年までに年 10% の減少率、それ以降は 17% の減少率にすることが必要で、それには様々な努力が必要なのです。

結核に関していえば、現存する検査・診断・治療といったサービスを拡大し、発病者に経済的負担をかけずに必要なサービスが行きわたれば罹患率の年 10% の減少は可能と考えられています。実際に日本では未だ経済的に豊かではなかった時代（1950 年～1970 年の間）に結核死亡率や罹患率は年 10% 以上の減少を成功させていました。

では、エイズ、結核、マラリアなどの感染症流行の終息を含め、保健医療分野の SDGs を達成するために必要なことは何でしょうか。

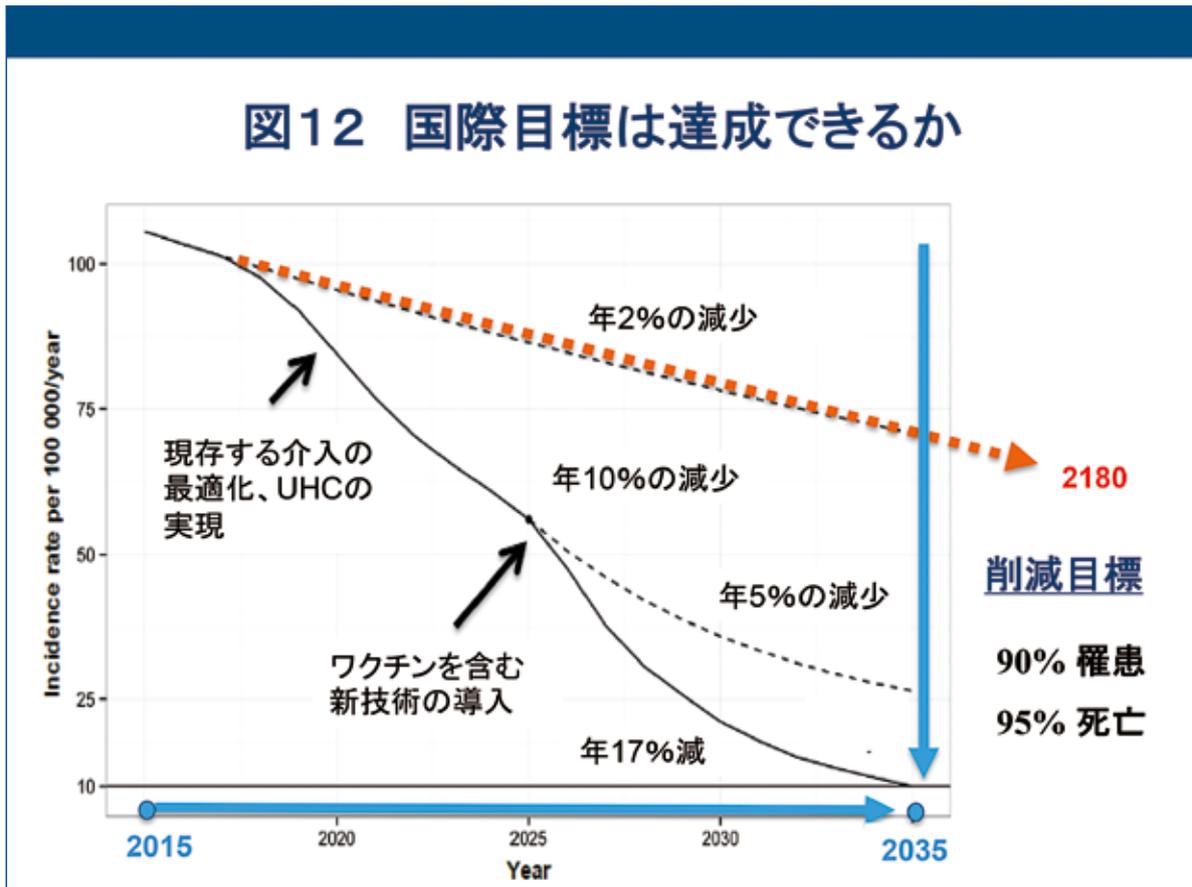
キーとなる要素は 3 つあると思います。

1 つめは、SDGs 達成に必要な資金を確保することです。

SDGs のすべての目標達成に低中所得国で年間 1.4 兆ドルの追加資金が必要と推計されていますが、うち保健医療分野では年間 690 - 890 億ドル（全体では一人当たり 86 ドル）を要するとされています。最近の WHO による新たな推計では、保健医療分野の目標達成に必要な追加資金を年間 3,710 億ドル（全体として一人当たり 271 ドル）としています。

その 8 割以上は国内資金で賄うものとして、対外援助として年間 200 - 540 億ドルを追加資金

■ 図 12



として期待しています。

2つめは、SDGsの政治宣言の中に明示された「誰一人として取り残さない (no one left behind)」を実現するために最貧困層、最脆弱層を念頭に置いた対策をすることです。

これまでの私の経験でも、援助を通じて、途上国の子どもの予防接種、妊婦への安全な分娩介助、マラリア対策としての蚊帳の使用などが30%から50%、50%から80%、80%から90%へと上昇していても、最終的に残りの10%に、実は最もそれらのサービスを必要としている人々（安全な水が入手できず、衛生状態が劣悪で、栄養不良の割合や感染症への罹患が多いような人々）が多くいる場合が多いのです。

図13は、一人当たりGDPの高い国(高所得国)よりも、むしろ低い国(低所得国)で医療費の患者自己負担率が高いことが示されていますが、中所得国になって国内資金が増えても、その分、援助資金が少なくなるために、その負担は減っていないこともわかります。特に近年は、インドや

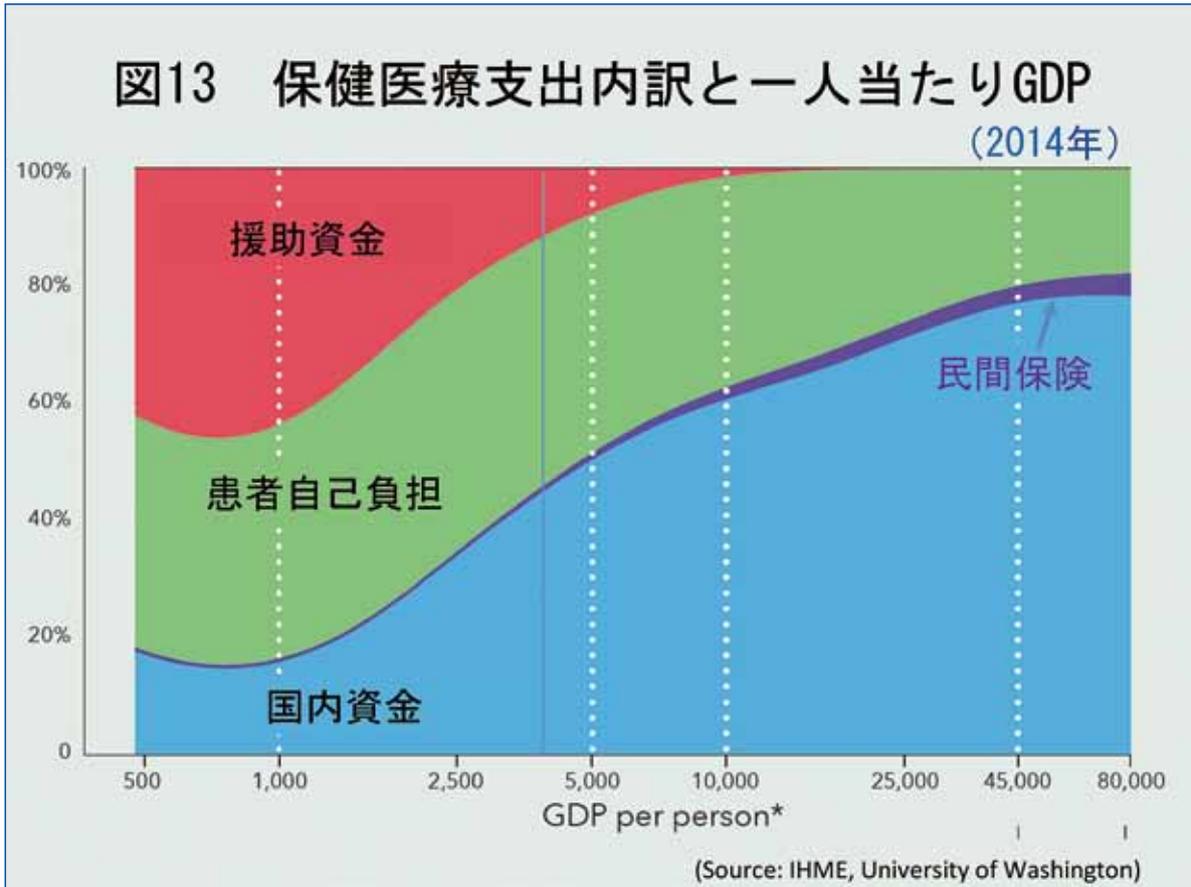
インドネシアなど人口の多い国が低所得国から中所得国に移行し、その貧富格差も大きいため、以前、世界の貧困人口の9割以上が低所得国に住んでいたのが、現在では8割程度が中所得国に属するようになりました。

このような貧困層には医療費を支払えないためにサービスを受けられない、または支払う医療費によって貧困から這い出せない人々が多くおり、推計では医療費の負担が貧困の原因になっている人が低中所得国で1億人いるといわれています。

また、HIVでは静注薬物使用者、性産業従事者、LGBTなど感染リスクが高い「鍵となる人口集団 (Key Populations)」がいるのですが、社会的な差別・偏見、人権侵害などによってサービスが行き渡らず、最後まで取り残されることもあります。

このような人々がどのようなニーズを抱えながら、どのようなところに生活し、どうやったらサービスを享受できるようになるのか。現状も把握できていない国もあります。

■ 図 13



3つめは、各国主体の計画、戦略、そして戦術を作り磨いていくことです。SDGsといっても、国によって問題や背景は異なり、それを取り巻く状況も違ってきます。それを解決するには、その国の主体性やリーダーシップが重要で、現状分析とその解決に向けた戦略・計画、さらにそれを戦術・行動計画に落とししていく必要があります。

では具体的な戦術とはどのようなことでしょうか。

第一は、効果と効率を最大化・最適化するために、それぞれの国で計画と実施を見直すことです。各国の保健医療セクター計画、また各疾病の戦略計画をみると、その介入の組み合わせや予算の分配が必ずしも最大の結果をもたらすように計画されていません。また行動計画や実施をみると、その効率が悪く、無駄が多いケースが多々見られます。適切な評価・分析を行い、効果と効率、Value for moneyを改善する方法を模索し、計画・実施に反映することで、限られた資源を有効に活用して、結果をもたらすことが可能です。

第二は、保健システムやユニバーサル・ヘルス・カバレッジ (UHC) への支援です。この中には、保健医療情報システム、調達・物流システム、人材育成、サービス提供などの強化、保健医療財政計画、医療保険の導入・拡大、社会保障の充実など様々なものが含まれますが、それら各々について、それぞれの国の現状分析に基づいた強化・改善のための具体的な実施計画を国がリードし、援助組織の技術・財政支援で作成し、実施することが必要です。

詳細は割愛しますが、既に世界の様々な国や地域で保健システム作り、UHC実現への好事例が出てきているので、あとは国の政治的意思とリーダーシップ、援助機関の連携・協力にかかっていると思います。

第三はSDGsの実現を考える上で、国際社会、特に主要な援助機関は、世界全体を鳥瞰しながら各国を支援する、つまり、森を診ながら木を診ていく必要があります。多くの保健医療問題や公衆衛生危機を抱えながら国のガバナンスもキャパシ

ティも不足している脆弱国や、国のガバナンスはある程度あるが、疾病負担が大きく、経済レベルの低い低所得国、またもう少しの努力で援助から卒業できる中所得国、それでいながら人権問題や政治問題によって感染症対策が滞っている国など、国の状況は様々です。これらに対して、限られた資金や技術支援を世界全体でどのように分配し、各国の努力だけでは解決のつかない地域の移民や難民による感染拡大、薬剤耐性の発生・拡大などを地域レベルで連携・協力して解決するか、

などの鳥瞰的な取り組みが必要です。

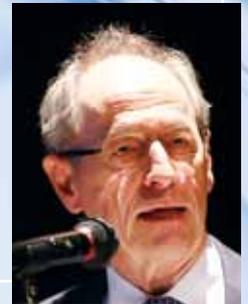
これには、様々な援助機関の個々の努力だけではなく、保健医療全体として、また SDGs 全体として包括的に取り組むため、援助機関間での連携・協力は必須です。これも一般論ではなく、どのような機関同士が、どのような目的で、どのような分野・領域・地域で、いつ、いかなる連携・協力をするのか、具体的な戦術が必要となります。

ご清聴、ありがとうございました。

講演Ⅱ

「グローバル社会と健康格差」

元世界医師会会長 Sir Michael Marmot



演者紹介

中川 続きまして、Sir Michael Marmot 元世界医師会会長より、ご講演をいただきます。

先生の経歴をご紹介申し上げます。Sir の称号をお持ちの Michael Marmot 先生は、2014 年から 17 年で、Harvard Lowen Professorship を獲得。2015 年には、公衆衛生部門でタイ国のプリンスマヒドール賞を受賞されました。18 の大学から名誉博士号を受賞されております。

過去 40 年にわたる健康不公平さに関する研究グループのリーダーとなり、WHO の CSDH 議長として、2008 年に報告書を作成されました。

また、英国政府の要請で、2010 年以降のイングランドにおける健康の不公平さに関する戦略的調査を行い、報告書を 2010 年に発表。2014 年に WHO ユーロ地域のための「European review of social determinants of health and the health divide」を発刊されました。

2010 年から 2011 年に、英国医師会長、2015 年から 16 年に世界医師会会長を務められました。

本日の演題は「グローバル社会と健康格差」です。

それでは、よろしくお願いいたします。

講演

Marmot また日本に来られ、そして、日本医師会の皆さんの前で話ができることをとても光栄に存じます。

保健医療を世界の人々に届けることは非常に重要です。私の著書で、「どうしてせっかく治療した人を、そもそも病気にした環境に送り返すのか」という疑問を呈しております（**図表 1**）。本日は、そのお話をいたします。

同著はイタリアでも出版されましたが、イタリアだからこそ、このように私が両手を広げた写真を使っているのだと思います（**図表 2**）。日本語版や韓国語版などいろいろな国で出版されております（**図表 3、4**）。

「社会的な決定要因」と「犯罪と健康」の関係

まずお話ししたいのは、「社会的な決定要因」と「犯罪と健康」の関係についてです。

殺人とは、公衆衛生の問題と考えてもよいと思います。**図表 5** は、殺人犯について、性別・年齢別に調べたシカゴにおけるデータです。この分布を見ると、若い男性同士が殺し合っています。女性は年齢による違いはありませんが、若い男性が非常に多いわけです。

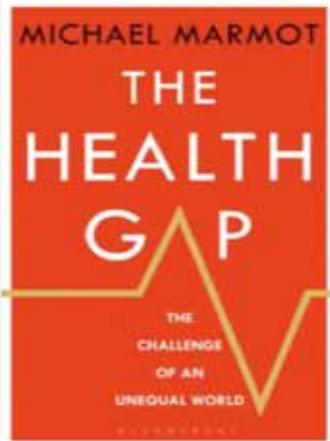
■ 図表 1



UCL Institute of Health Equity



Why treat people and send them back to the conditions that made them sick?



MICHAEL MARMOT
THE
HEALTH
GAP
THE
CHALLENGE
OF AN
UNEQUAL WORLD

■ 図表 2



UCL Institute of Health Equity



Michael Marmot

La salute disuguale

La sfida di un mondo ingiusto

A cura di Simona Gianpaoli e Giuseppe Taverna

Presentazione di Rodolfo Saracini
Presentazione di Walter Ricciardi
Professione di Giuseppe Casati

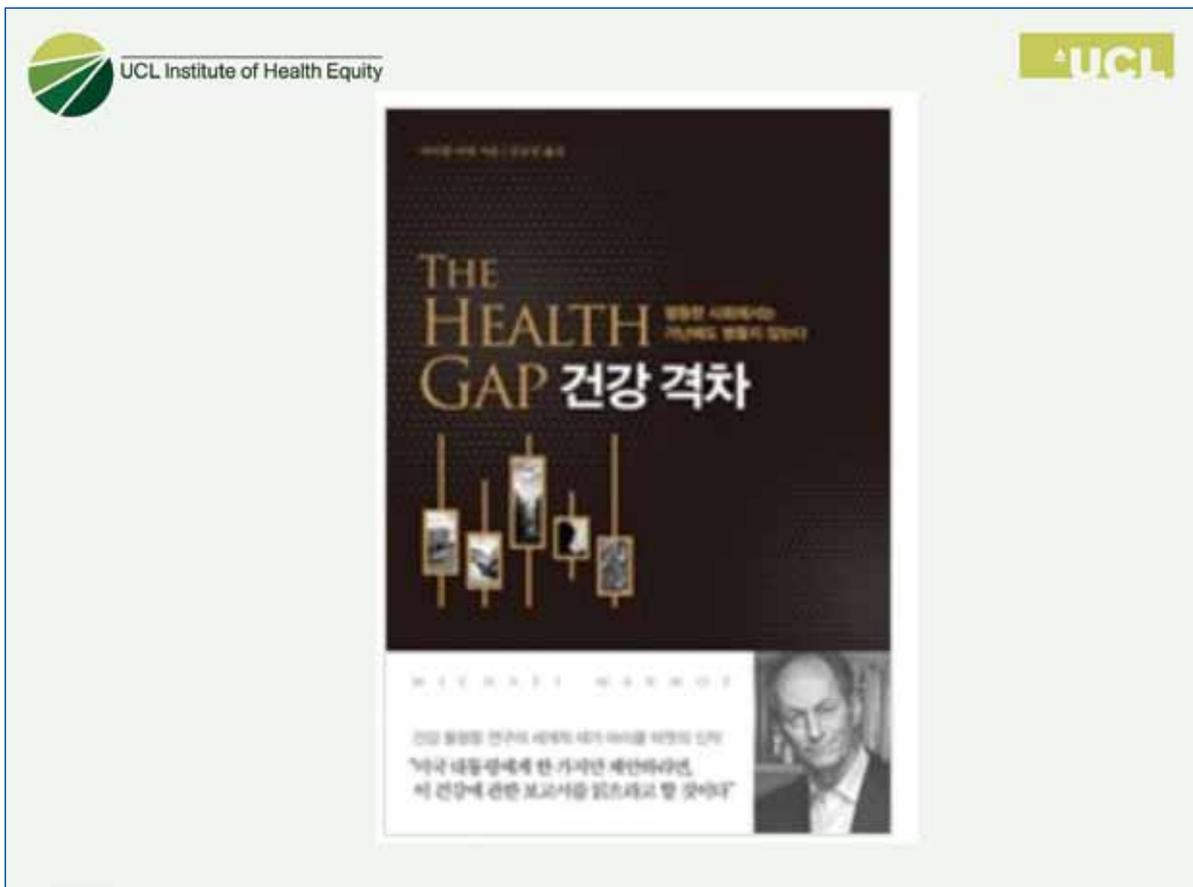


75
Il Persepoli Editore

■ 図表 3



■ 図表 4



図表6はイングランドとウェールズのデータですが、同じ状況を見てとれます。若い男性同士が殺し合っています。「シカゴ」と「イングランドとウェールズ」の2つの曲線を重ねてみると図表7の通りです。

もちろん縦軸は異なり、シカゴは一番多くて100万人当たり約900件、イングランドとウェールズにおいては100万人当たり約30件と規模は違いますが、「若い男性は生物学的にアグレッシブであるため、同じ曲線になっている」ということができるかもしれません。

容易な銃の入手が、健康の社会的決定要因に

しかし、イングランドとウェールズでは、それほど多くないのに、なぜシカゴではこれだけ殺人が多いのか。その理由としては、銃が入手できるかどうかだと考えられます。昨日、アメリカで乱射事件が起り、子どもたちが殺されました。銃が入手できるということが、明確に健康の社会的決定要因なわけです。この生物学的な傾向、つまり、若い男性のほうがより暴力的であるということに対して、公衆衛生上いかに対応できるのが課題です。

交通事故による死亡よりも銃による死亡が多いのがアメリカです。そして、銃による殺害の3分の2は自殺です。つまり、銃がなければ少し考える時間がある、あるいは自殺の仕方を考えなければいけないのに、手元に銃があると落ち込んだときにすぐに自殺ができてしまうということだと思います。

暴力、犯罪、健康はとても緊密に関係しています。シカゴでは、収入格差が最も大きく健康状態が悪い地域において、殺人率が最も高いです。

私は常日頃から「健康における格差」を考えており、他のことはほとんど考えておりません。「貧しい人は不健康で、それ以外の人たちは健康だ」と割り切ってしまうのは簡単ですが、実はもう少し濃淡があります。

健康における「格差」の要因 環境的要因など濃淡がある健康格差

図表8は、白人／黒人、男性／女性、および学歴で見た米国のデータです。学歴が高いほど寿命は長くなっていますが、学歴が低い人は寿命が短いということだけではありません。例えば黒人男性をみると、学歴によって寿命が66歳、68歳、74歳、75歳と、濃淡があるわけです。

もし貧しい人が不健康であるならば、「自分は貧しくはないので、気にしなくてもよいではないか」と思う人がいるかもしれません。また、「日本人は総じて健康であるので、格差のことを心配しなくてもよいではないか」と思われるかもしれません。しかし、健康における格差には濃淡があります。ということは、誰もが何らかの形で影響を受けているわけです。

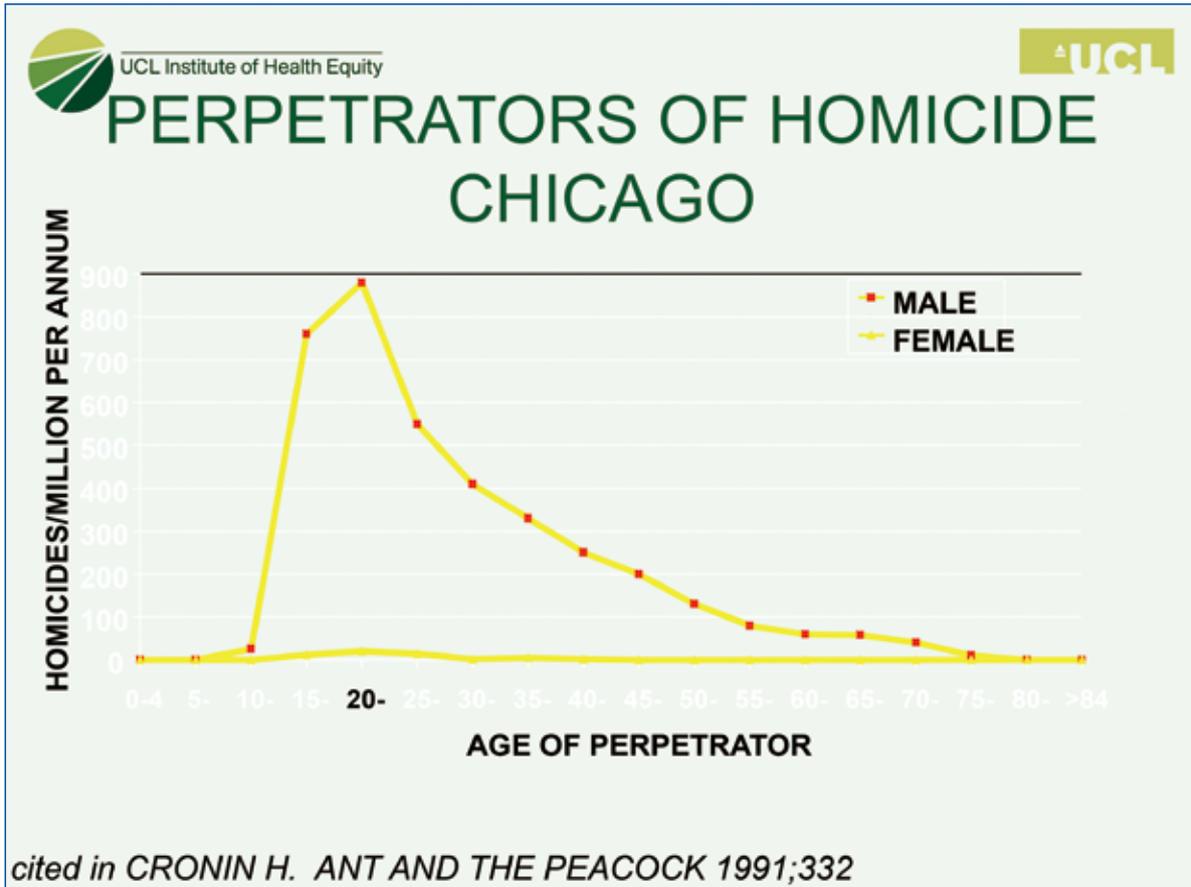
米国の話に戻ります。米国の15歳男子の中から100人を任意に選ぶと、そのうちの13人は60歳の誕生日を迎えられないと言われています(図表9)。100人中13人が亡くなってしまうというのは、数字としては大きいでしょうか。この数字は、スウェーデンの倍あり、スウェーデンは7人未満です。米国の15歳男子が非常に高いということで、何かが起きているに違いありません。

この濃淡はいろいろなところにあります。図表10は、台湾政府が行った調査です。大学、短大、高校、中学校、小学校で見ると、年齢調整死亡率に差があります。さらに、失業している人のほうが年齢調整死亡率は高かったことが、それぞれ見てとれます。このため、教育水準及び失業が要因ということですが、しかし、大学を卒業していれば小学校卒業の人に比べて、失業による影響は少なくなるというように、累積的な影響も考えなければなりません。

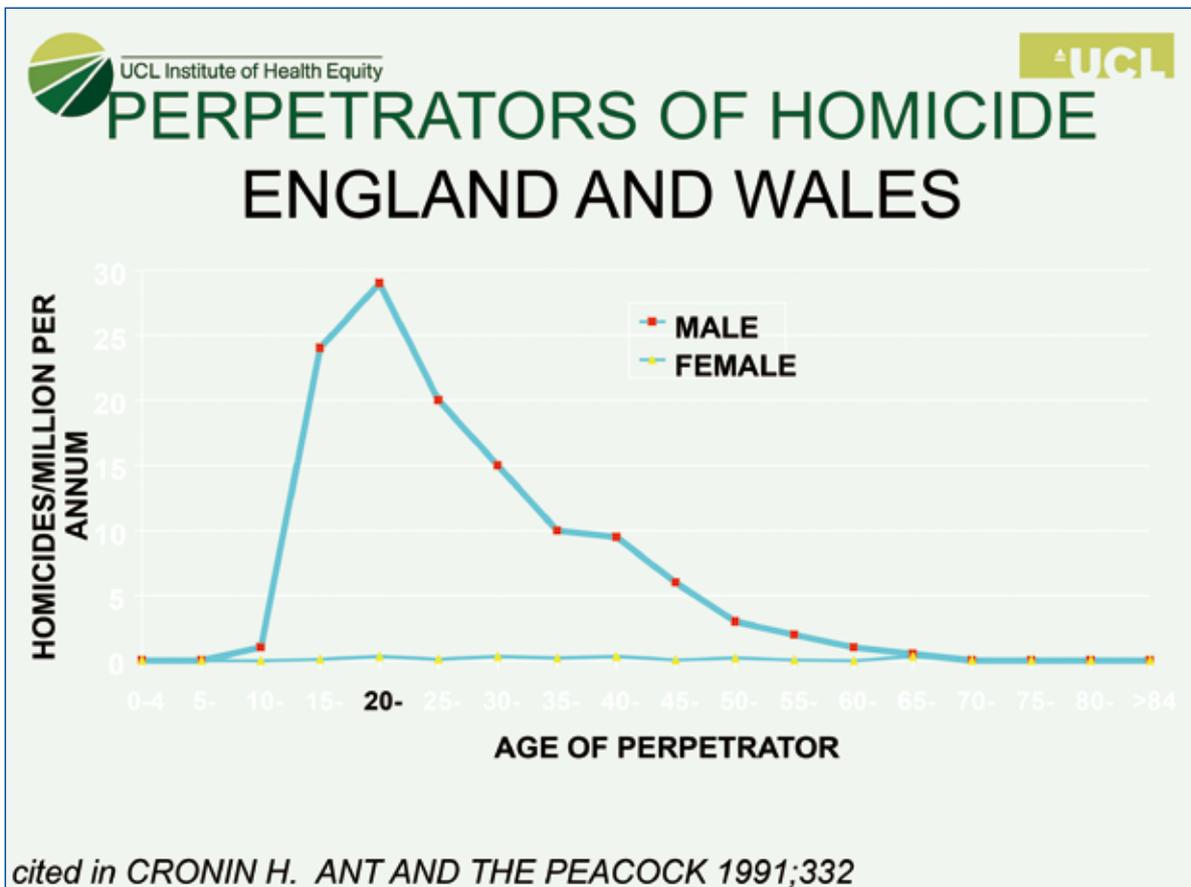
心理社会的な状況が、身体の病気に影響を及ぼす

さて、誰もが影響を受けるというお話をしました。図表11は米国のデータです。45歳～54歳の群における死亡率を、アメリカの非ヒスパニック

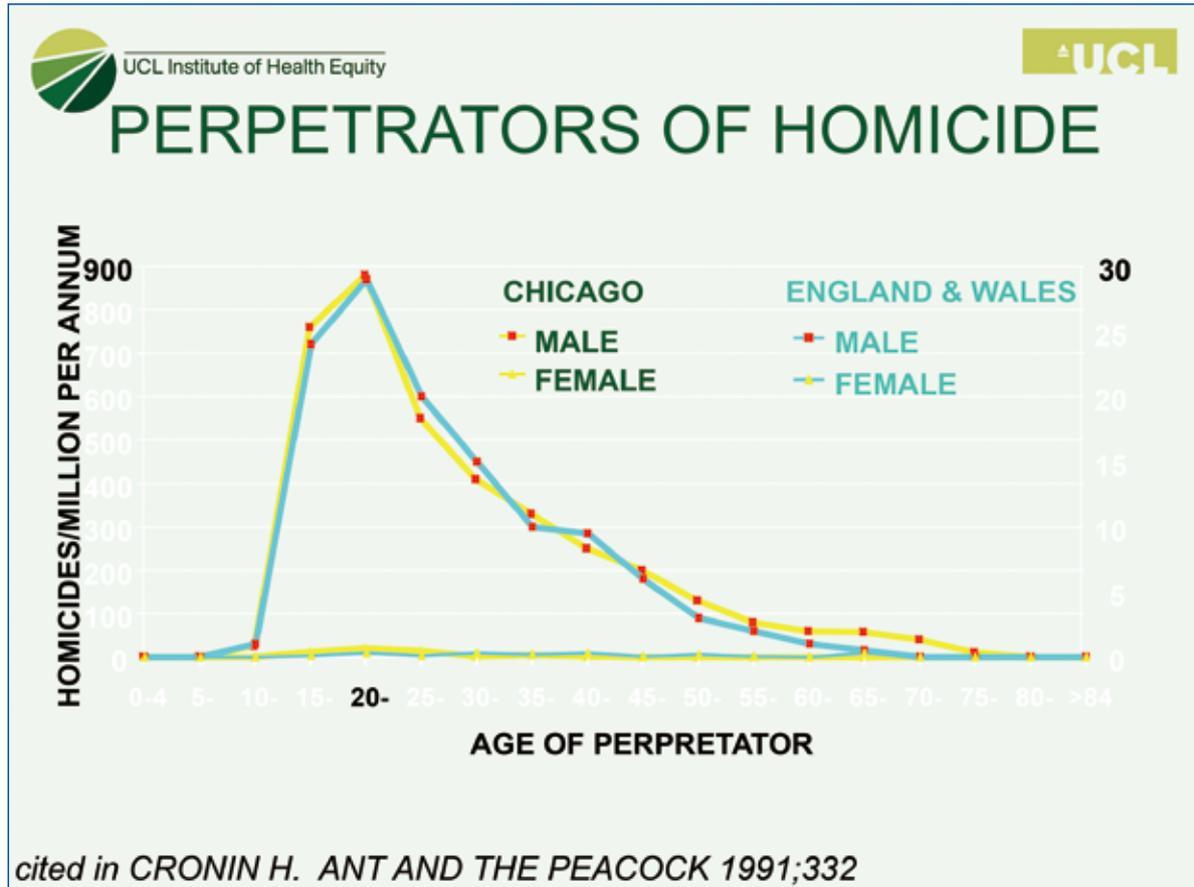
■ 図表 5



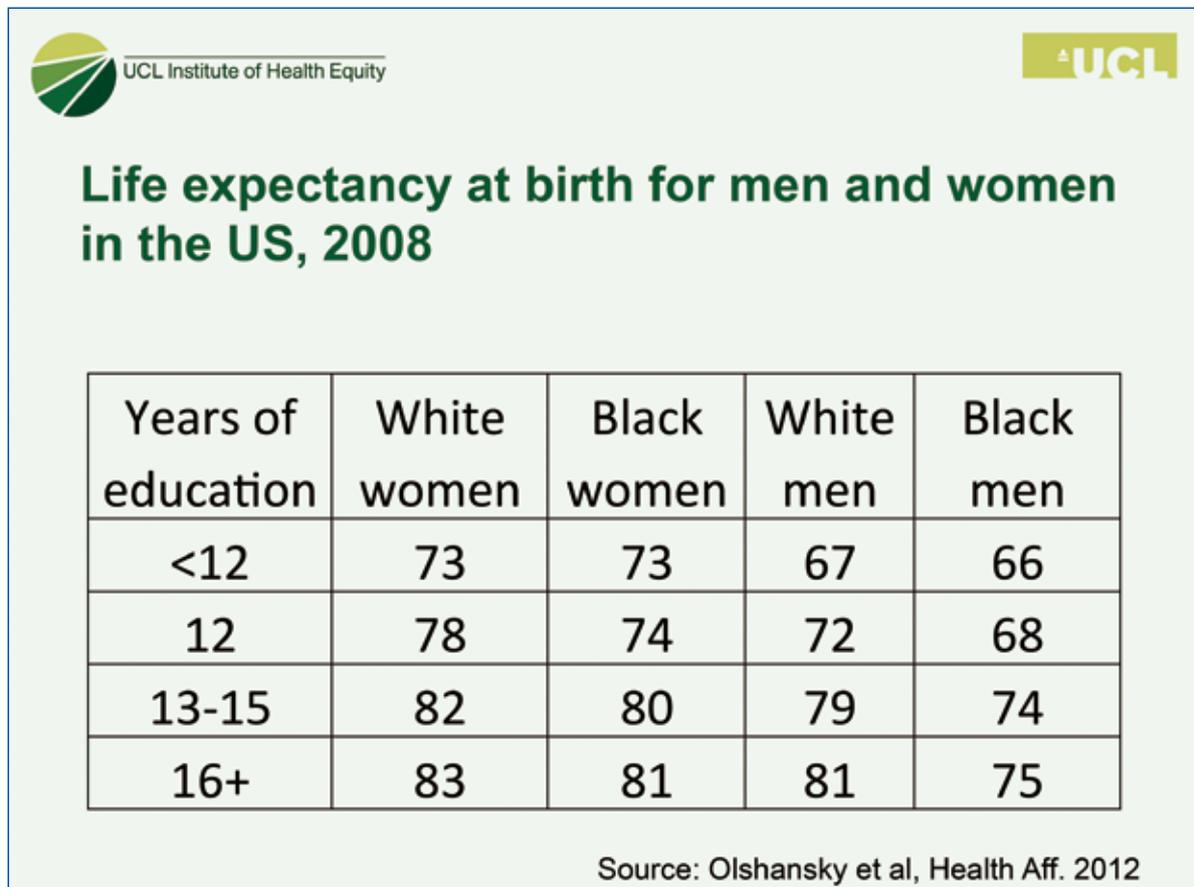
■ 図表 6



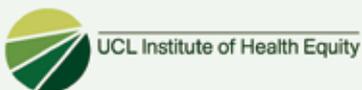
■ 図表 7



■ 図表 8

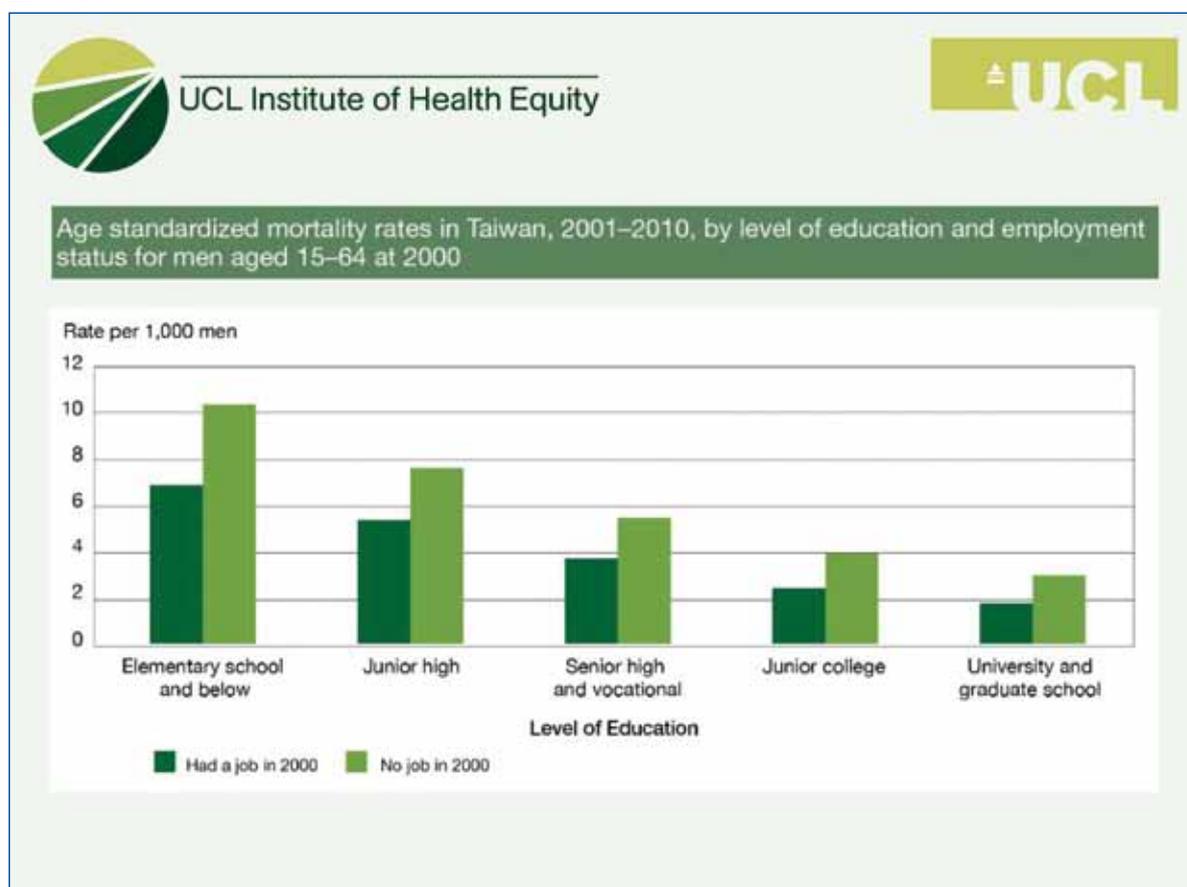


■ 図表 9

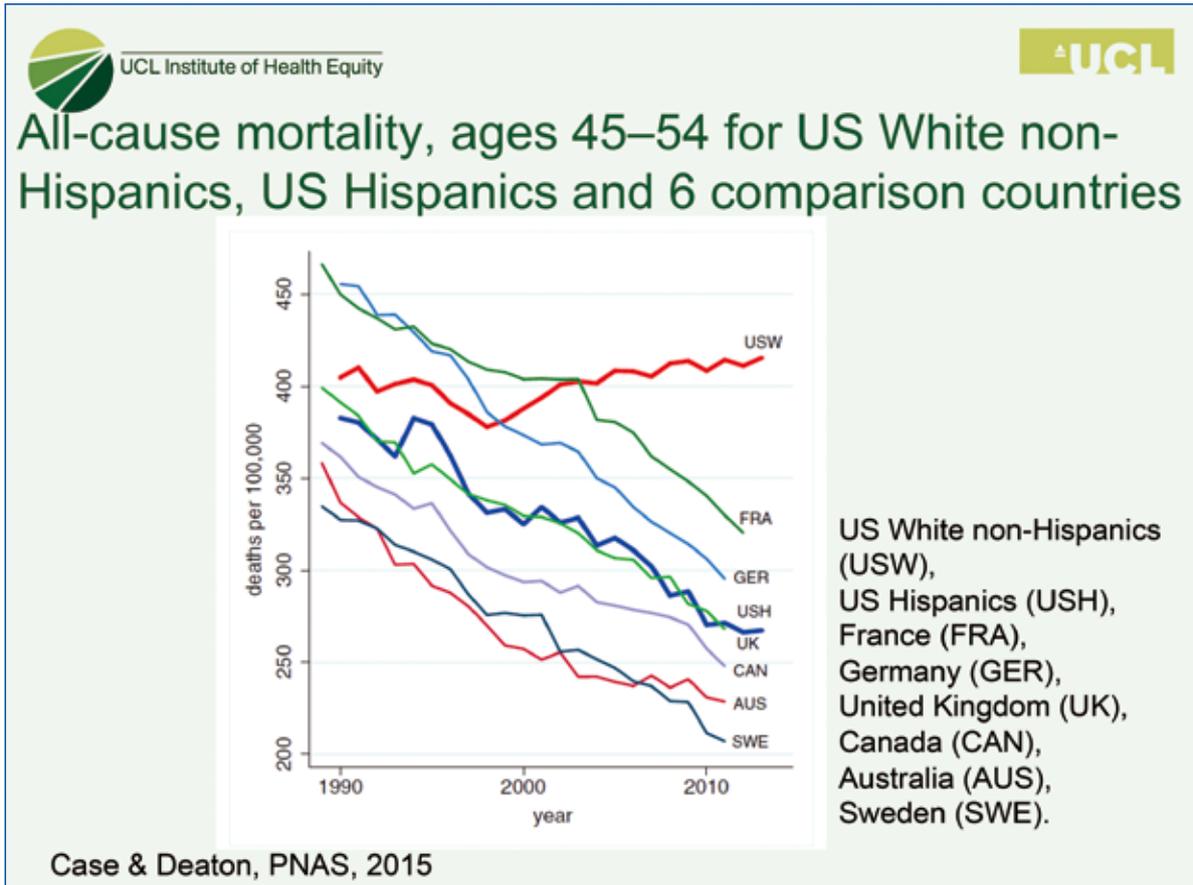



- “Go into a typical American school and count one hundred boys aged fifteen. Thirteen of you will fail to reach your sixtieth birthday.”
- “Is thirteen out of a hundred a lot?”
- “The US risk is *double* the Swedish risk, which is less than seven.”

■ 図表 10



図表 11



ク系とヒスパニック系、フランス、ドイツ、イギリス、カナダ、オーストラリア、スウェーデンと比較しています。

1990年～2010年までの総死亡率は、総じて全ての国で減少しています。フランスとスウェーデンの間には大きな開きがありますが、同じように下がっています。アメリカも、ヒスパニック系は下がっていますが、非ヒスパニック系の白人は逆に上がっています。この上昇の理由として、1つ目は薬物、アルコールの中毒による死亡、そして2つ目は自殺です。自殺については先ほど申し上げたとおり、銃が手元にあるからです。3つ目は、飲酒による慢性的な肝疾患です。つまり社会的な要因です。

ここで申し上げたいのは、心を通じて病気の社会的決定要因は決まってくるということです。精神疾患、健康と幸福、心理社会的な状況が、身体の病気に影響を及ぼしています(図表12)。

図表13のとおりグラスゴーではイギリスの他の都市より非常に死亡率が高くなっています。グ

ラスゴーと、例えばリバプール、マンチェスターを比較しますと、いずれも工業都市で、同じような貧困の度合い、同じような格差があると言われてはいますが、なぜリバプール、マンチェスターよりグラスゴーの死亡率のほうが高いのです。理由としては、ドラッグによる中毒死、飲酒、自殺、外部要因、つまり事故、暴力で、これは先ほど申し上げた米国での状況と同じ理由です。

そしてスコットランドでは、若死にしまうリスクの多くが、心理社会的なもの、精神的なものであると言われてはいます(図表14)。

図表15は先ほどの話にも関係がありますが、強調してお話ししたいと思います。1人当たりGDPを見ると、キューバやコスタリカからルクセンブルクまでこれだけの差があります。コスタリカやチリの1人当たりGDPはおよそ1万3,000ドル～1万5,000ドル(注1)、ルクセンブルクはおよそ7万ドルと高くなっていますが、GDPと平均寿命の間に関係がないということになります。非常に貧しい国であれば豊かになるこ

■ 図表 12



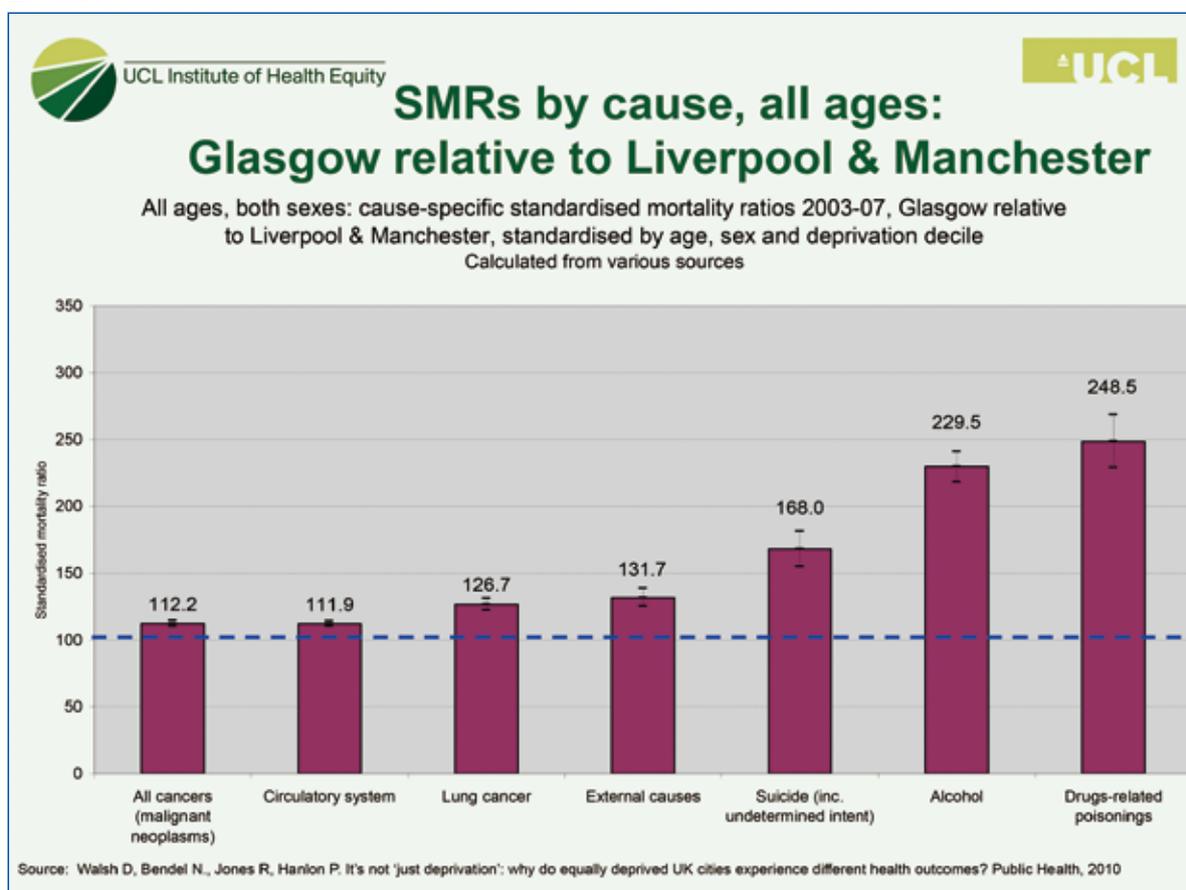
UCL Institute of Health Equity



The mind is gateway by which social determinants affect ill-health.

- Mental illness and well-being.
- Psychosocial pathways to physical illness
 - Behaviours
 - Stress pathways

■ 図表 13



■ 図表 14

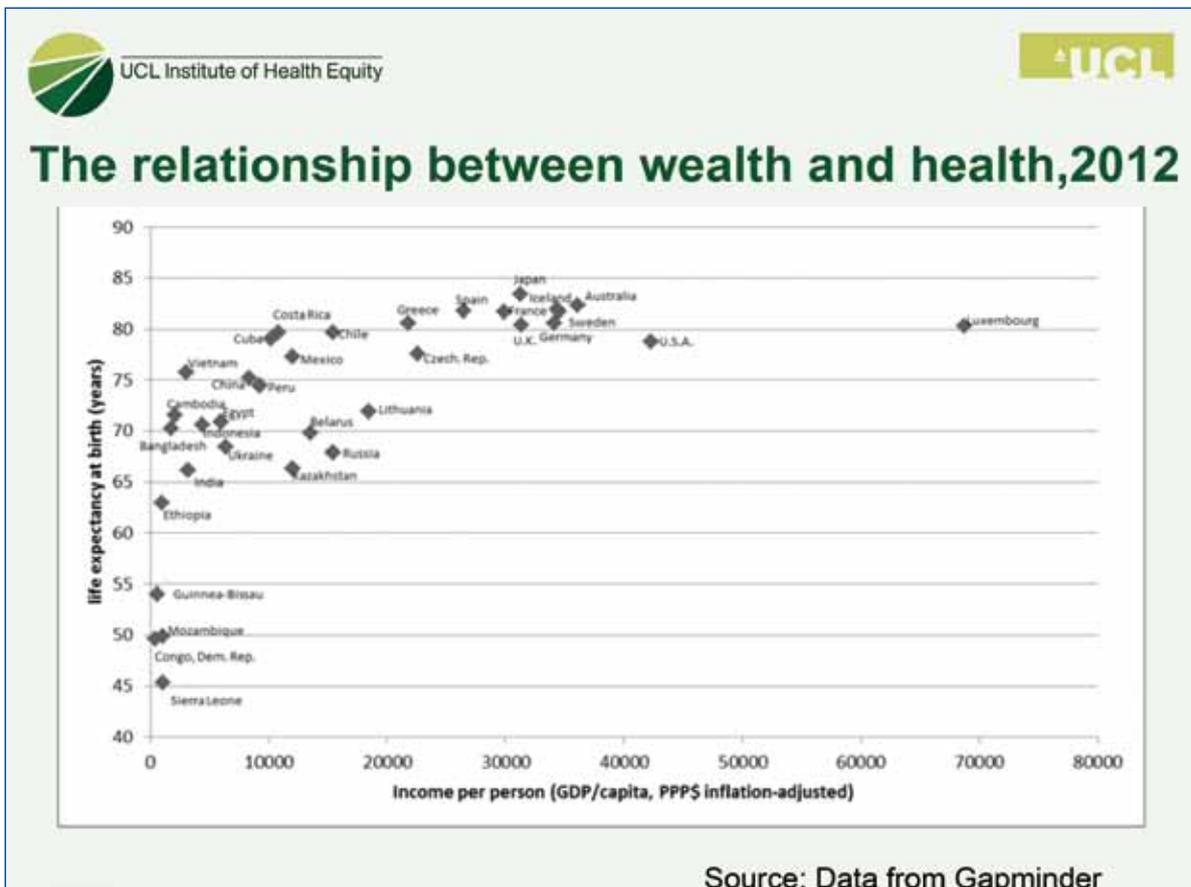



Health improvement in difficult times

- A major element of the excess risk of premature death seen in Scotland is psychosocially determined
- Study evidence of low sense of control, self efficacy and self esteem in population in these areas

H. Burns, CMO Scotland

■ 図表 15



とは重要ですが、すでに中程度の所得であればそれ以上豊かになっても健康にはならないということです。もちろんこういった国の多くは、UHC(ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ)を提供していますが、社会的な要因が非常に重要です。

アダム・スミスによる必需品の定義

近代経済学の父と呼ばれているアダム・スミスは「必需品とは、命をつなぐために必要なものことだけではない」と定義しています(図表16)。それぞれの国の文化によって違うかもしれませんが、「きちんとした人間であれば、どんなに位が低くても、どんなに貧しくても、持つべきものを持たずには恥ずかしくて公の場に出られないようなものを、必需品という」と定義しています。

アダム・スミスは1776年に国富論を出版しましたが、やはりどんなに貧しくとも、例えば、麻のシャツを着なくては公の場には出られない、あるいは革靴を履かなければ恥ずかしくて公の場に出られないというようなことだと思います。ローマ時代であれば靴を履かなくてもよかったのかもしれませんが、現代ではどんなに貧しくても靴を履かずに公の場に出ることはないと思います。社会的に疎外されてしまうということがあるからです。どのような社会にもそうした社会的疎外感があって、必需品を持っていないから公の場に出られない、それが必需品の定義です。

公正な社会、健康な生活のために

さて、私はWHOの社会的決定要因に関する委員会の議長を務め、いかに格差を埋めるかという報告書を出しました。つまり、国内外における格差の解消は、道義的な課題であり、社会正義を推進しなければならないということを訴えたわけです。

また、イギリス政府によって依頼された報告書も翻訳され、いわゆる「マーモット・レビュー」になりました(図表17)。

ここでは、公正な社会、健康な生活として、6つを提唱いたしました(図表18)。

1つ目は全ての子どもに最良の始まりを与えること、2つ目は教育・生涯教育、3つ目は雇用・仕事の環境、4つ目は豊かな国であれば誰もが最低限の収入を得られるようにして、健康な生活を送れるようにすること、5つ目は健康で持続可能な場所と社会の提供、6つ目は予防の役割と影響の強化です。

子どもに「最良の始まりを与える」

いくつか例を紹介したいと思います。まず、どの子どもにも最良の始まりを与えることですが、このWHOの社会的決定要因に関する報告書の作成において、国と国との間に40年の寿命の違いがあるということがわかりました(図表19、20)。国内外の差に関していろいろ分析をし、まずグラスゴーについて研究をしました。

グラスゴーの中でも特に貧しいカルトン地区は、男性の平均寿命は54歳、近くのレンジ地域は82歳です。しかし、決して感染性疾患で死亡しているわけではなく、薬物・アルコール・暴力が理由で亡くなっています。心疾患も大きな要因です。

カルトンで育つジミーという典型的な男性の例です(図表21)。

母子家庭で、母親はパートナーを次々に変え、パートナーは身体的に、もしかしたら性的に、ジミーを虐待します。ジミーは入学時には問題児になっていて、すぐに不良の仲間になり、暴力にさらされ、警察に顔を覚えられ、定職に就けません。稼いだお金は全て薬物に使ってしまう。パブ、ファストフード、アルコールで生きている。そして、彼女も長続きせず、すぐに捨てられてしまう。アルコールで暴力的になるからです。

子どもの発達状態は社会的な要因に起因する

このジミーの抱えた問題を解決するにはどうし

■ 図表 16



UCL Institute of Health Equity



“By necessities I understand not only the commodities which are indispensably necessary for the support of life, but what ever the customs of the country renders it indecent for creditable people, even the lowest order to be without the poorest person would be ashamed to appear in public without them.”

Adam Smith, Wealth of Nations 1776

■ 図表 17

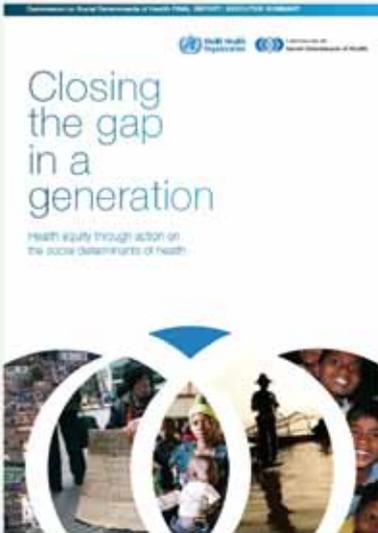


UCL Institute of Health Equity

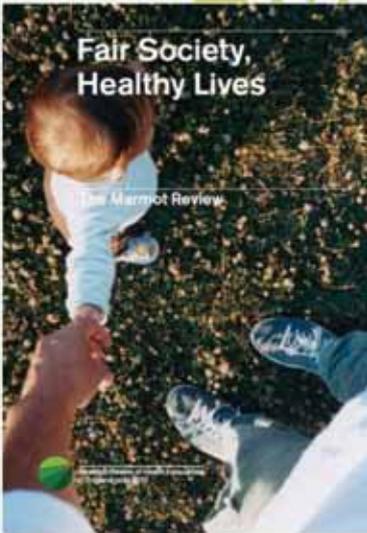
Social justice

Material, psychosocial, political empowerment

Creating the conditions for people to have control of their lives



The CSDH – closing the gap in a generation
2005-2008



Fair Society, Healthy Lives
The Marmot Review
2009/10



■ 図表 18



UCL Institute of Health Equity



Fair Society, Healthy Lives: 6 Policy Objectives

- A. Give every child the best start in life**
- B. Enable all children, young people and adults to maximise their capabilities and have control over their lives**
- C. Create fair employment and good work for all**
- D. Ensure healthy standard of living for all**
- E. Create and develop healthy and sustainable places and communities**
- F. Strengthen the role and impact of ill health prevention**




Strategic Review of Health Inequalities in England post-2010

■ 図表 19



UCL Institute of Health Equity



Lifecourse

So we beat on, boats against the current, borne back ceaselessly into the past.

-F. Scott Fitzgerald, *The Great Gatsby*



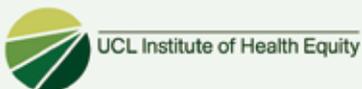
■ 図表 20




Give Every Child the Best Start



■ 図表 21




Jimmy, Calton, Glasgow

- Single mother with succession of partners; physical and ? sexual abuse
- Behaviour problems at school entry
- Delinquency; known to police: gangs and violence
- never had a 'proper' job – temporary manual work
- any money Jimmy gets goes into drink and drugs;
- Diet of pub food, fast food and alcohol.
- a series of short-term girlfriends, alcohol-fuelled violent behaviour.
- Jimmy's life expectancy less than Indian average.

たらいいか。「きちんとしろ」と説教するのか、「禁煙しろ」と言うのか、あるいは単に医療を提供するのか。イギリスの場合には NHS があるわけですが、社会的な決定要因に投資をするしか、彼を助けることはできません。

図表 22 の青い点を見てください。これは 5 歳児のパーセンテージで、発達の良い子を見ています。各地域の状況を豊かさで比較しています。ご覧のように、5 歳の時に、その地域が豊かならばより高い比率で発達状態がよくなっています。子どもの発達をよくするためには、貧困を解消することです。真ん中ぐらいになれば、幼児の健康状態をよくすることができるのです。

一方、赤い点はどういう子でしょうか。英国では、貧困を測る方法として FSM があります。収入で審査して貧しい子どもたちが無料で給食を食べられる仕組みですが、その無料の給食の資格が認定されているかということです。赤い点を見ると、貧しい子どもたちはよい状態でした。つまり、豊かなところよりもむしろ貧困地域のほうが発達状態はよかったという、私の予想外の調査結果が出ました。思っていなかった、反対の結果です。

「このデータはおかしい」と思いましたが、これが現実です。そこで、ロンドンの貧困地域に行きました (**図表 23**)。子どもたちの 6 割は、5 歳時に発達がよい状態です。無料の給食を食べている子たちは 45% 未満で、15.6% の差です。ハックニーは、ロンドンの東の貧しい地域ですが、無料の給食を食べている子も、イギリスの平均並みによくなくて、差が 4% しかありません。

ハックニーの教育担当局長が私に「我々は毎日言っている。貧困は彼らのせいではない。この貧困の連鎖を断ち切れればいい」と言いました。つまり、貧しいから健康状態が悪いということにしなければいいということです。

観光でノース・イースト・サマセットを訪れた方は、美しいバースの町にいらしたことがあるのではないのでしょうか。ここは大きな格差があります。豊かなバースという地域で、貧しい子に何をしているのかと聞くと、「この地域に貧しい子が

いるなんて知らなかった」と、対策していなかったことがわかりました。

貧困地区のハックニーには、貧しい子がたくさんいるので、貧しい子どものために対策することにより、うまくいってました。貧困削減は 1 つのメカニズムです。しかし貧しいことにより必ずしも発達を遅らせるということにしなければいいのです。ここが大切です。

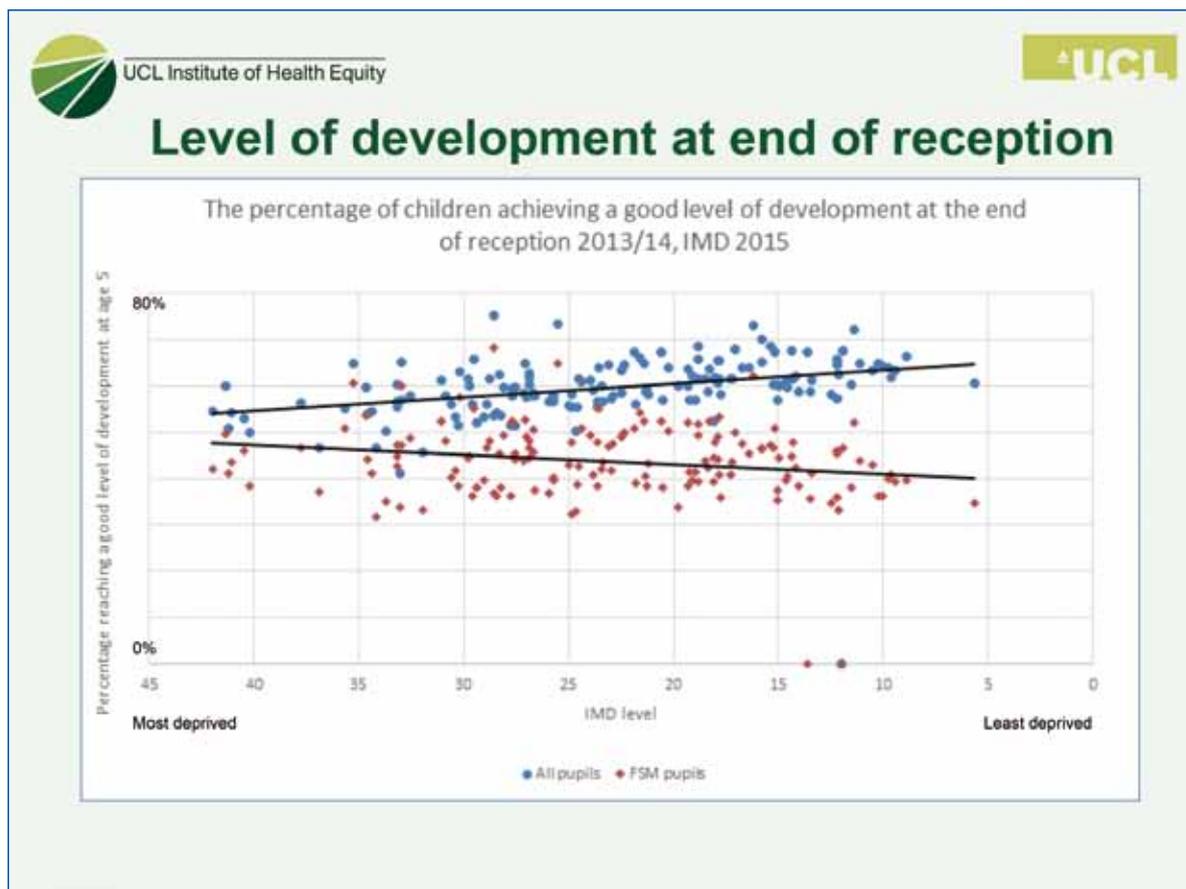
6 歳になるとどうなるのか、その後の将来はどうなるのか。子ども時代によく発達した子は、学校でも優秀な業績を挙げるとか、資格も認定される、所得もよくなって、いい家に住めて、よりよい人生を送ることができ、より健康な大人になります。全てが乳幼児期にスタートするわけなので、そこで差をつけなければなりません (**図表 24、25**)。

逆境的な児童期の体験は成人してからも悪影響を及ぼす

では、子どもの発達についてですが、悪い経験をしている場合どうなるのか。社会発達に関係しており、最も貧しい、恵まれない地域では、数々の子ども時代の悪しき体験 (ACEs / Adverse Childhood Experiences) があります (**図表 26、27**)。例えば、親が刑務所に入っている、家庭内外で虐待される、飲酒している、薬物を乱用している、言葉で虐待をするといった子ども時代の悪しき体験は、社会的な地域の低いほうでより見られます。そして大きなトラウマをもたらし、大人になってからも悪い影響をもたらします。

このような悪い体験をなくしてしまえば、若いうちのセックスを 3 分の 1 ぐらいなくすことができ、意図しない妊娠を 38% も減らせます。喫煙も 16% 減らせ、薬物乱用も 3 分の 1 に減らせる。暴力が繰り返される、暴力を起こす、DV を起こすような人自身が、子ども時代にひどい体験をしてきました。そして、暴力の被害者、DV の被害者、犠牲者になる人たちは、子ども時代にこうした逆境を体験していたということがわかりました (**図表 28**)。

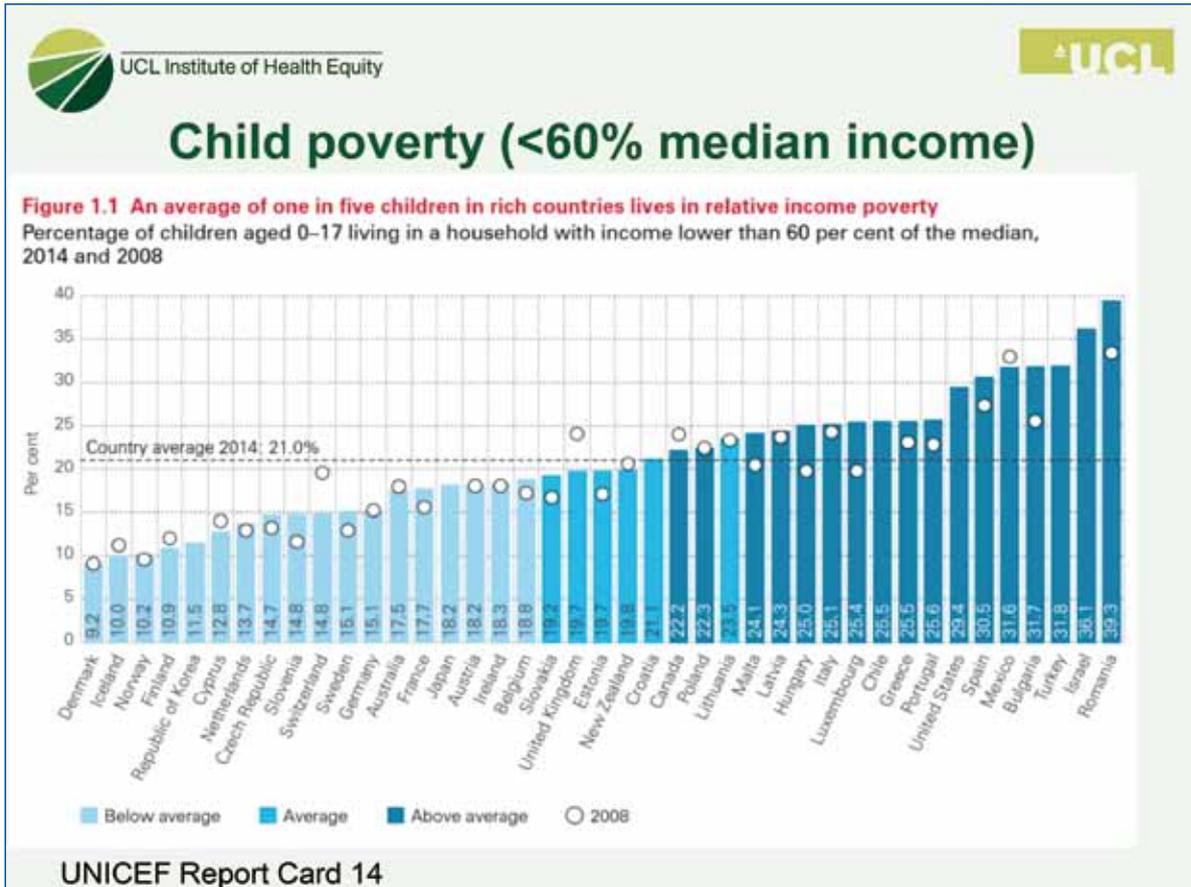
■ 図表 22



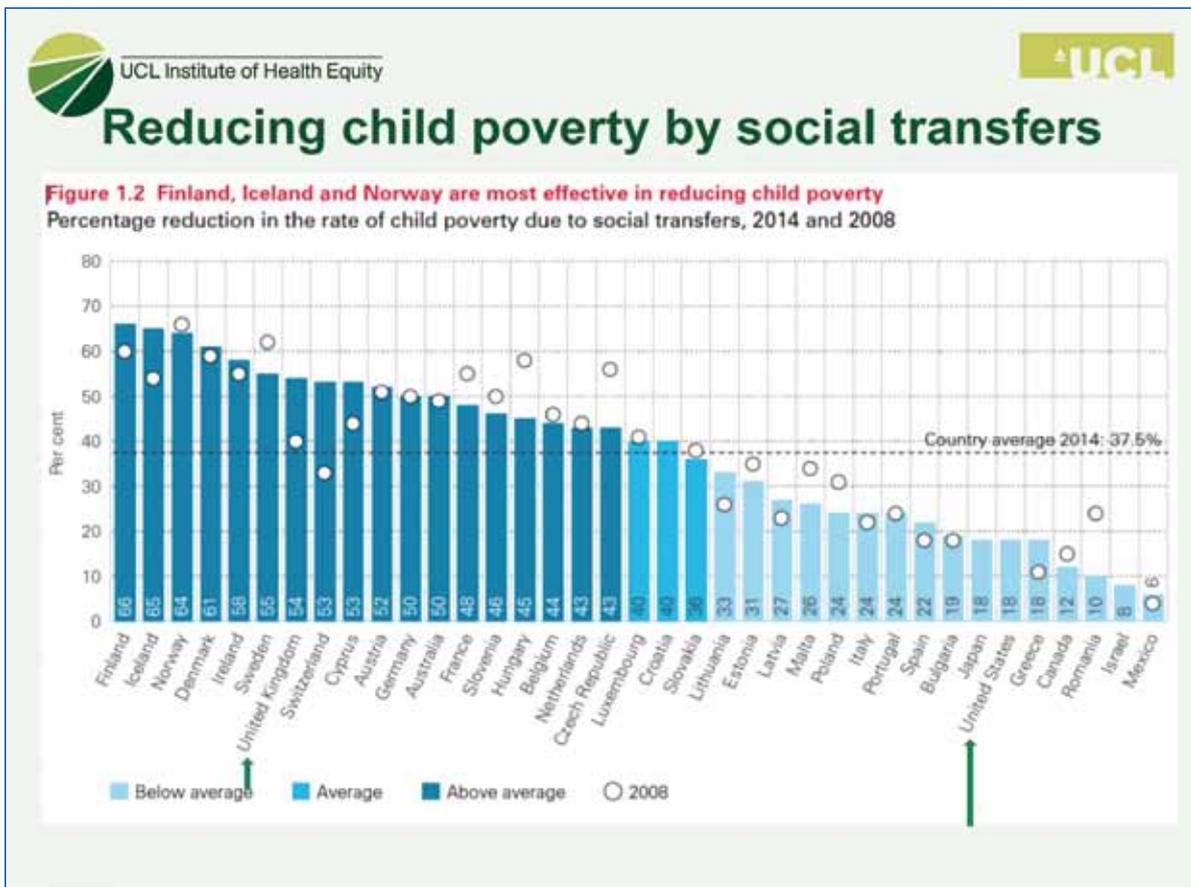
■ 図表 23

England and selected local authority areas	Level of development at age 5, 2013/14		
	All pupils (%)	FSM pupils (%)	Gap between all and FSM pupils (percentage point)
England	60.4	44.8	15.6
Hackney	64.9	60.7	4.2
Bath and North East Somerset	62.5	33	29.5

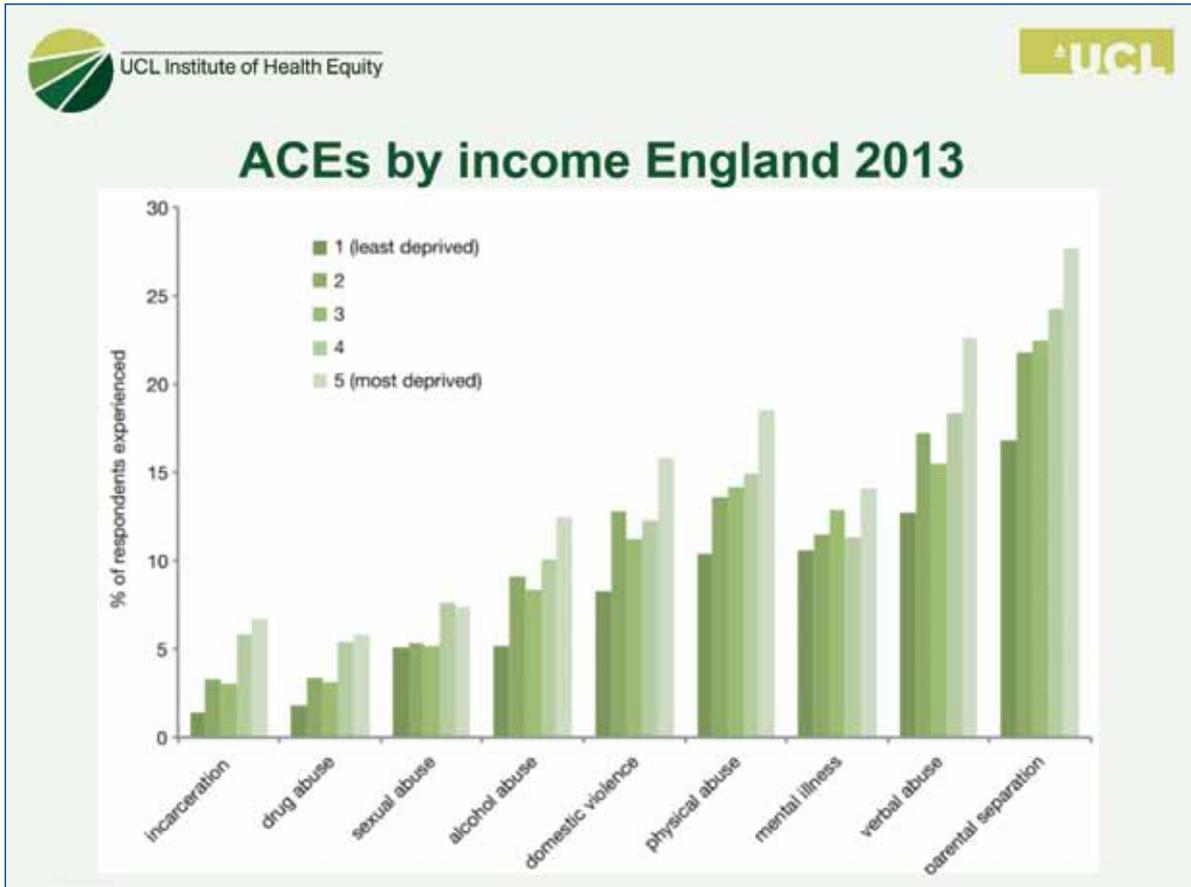
図表 24



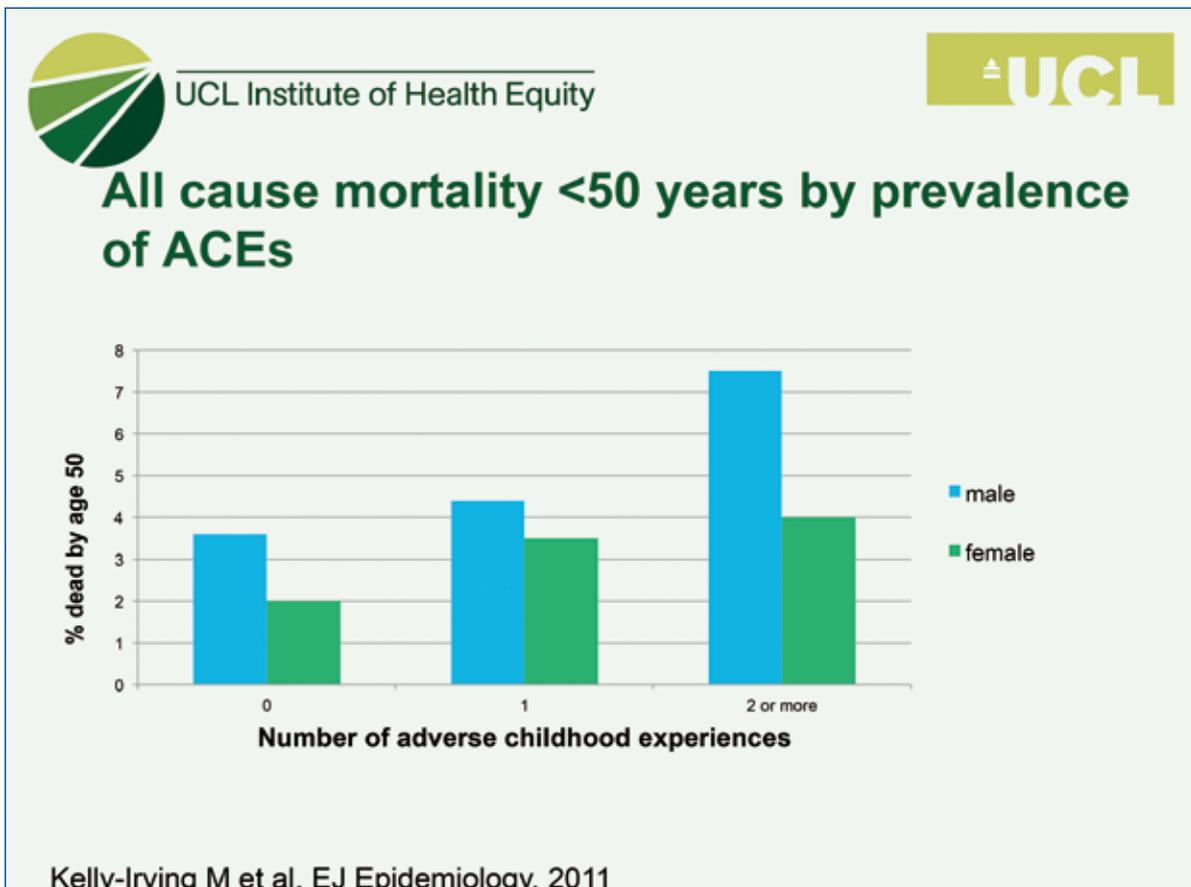
図表 25



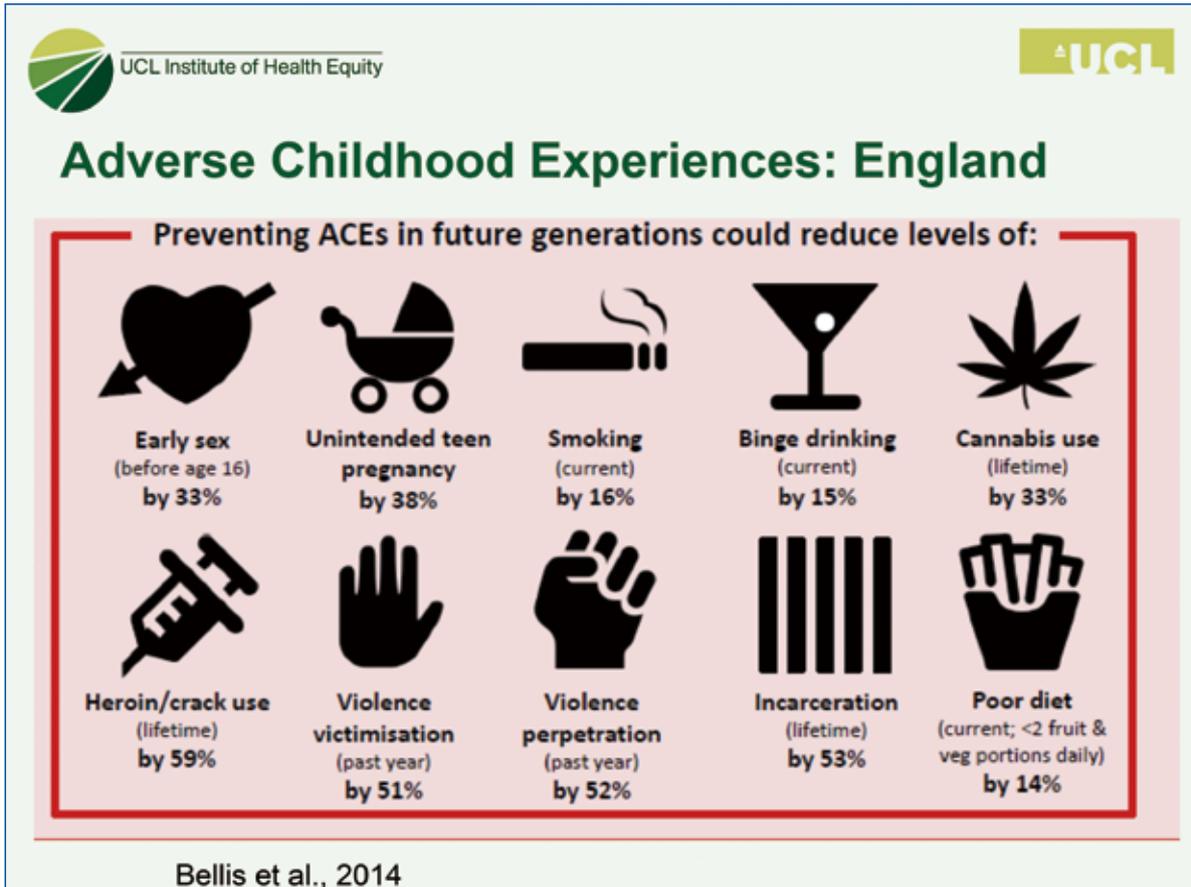
■ 図表 26



■ 図表 27



■ 図表 28



■ 図表 29



世界的に見ても、女性の3人に1人は身体的、性的な暴力を受けています（**図表 29**）。パートナー、あるいは性的暴力はパートナー以外から受けます。これは世界的な問題です。

子ども時代の発育に大切なのは教育

しかしこの多くは予防もできます。子ども時代のよい発育を促せばいいのです。そのためには教育が大切です（**図表 30**）。

図表 31 は、数学の平均点を比較しています。国ごとに見ると、社会的な地位が低ければ低いほど、数学の成績が悪くなっています。しかし、社会的にばらつきがあり、日本は、点数が高いが社会格差は少ない。

つまり子ども時代により発育をすれば、学校の好成績につながり、健康な大人になるということにつながります（**図表 32**）。

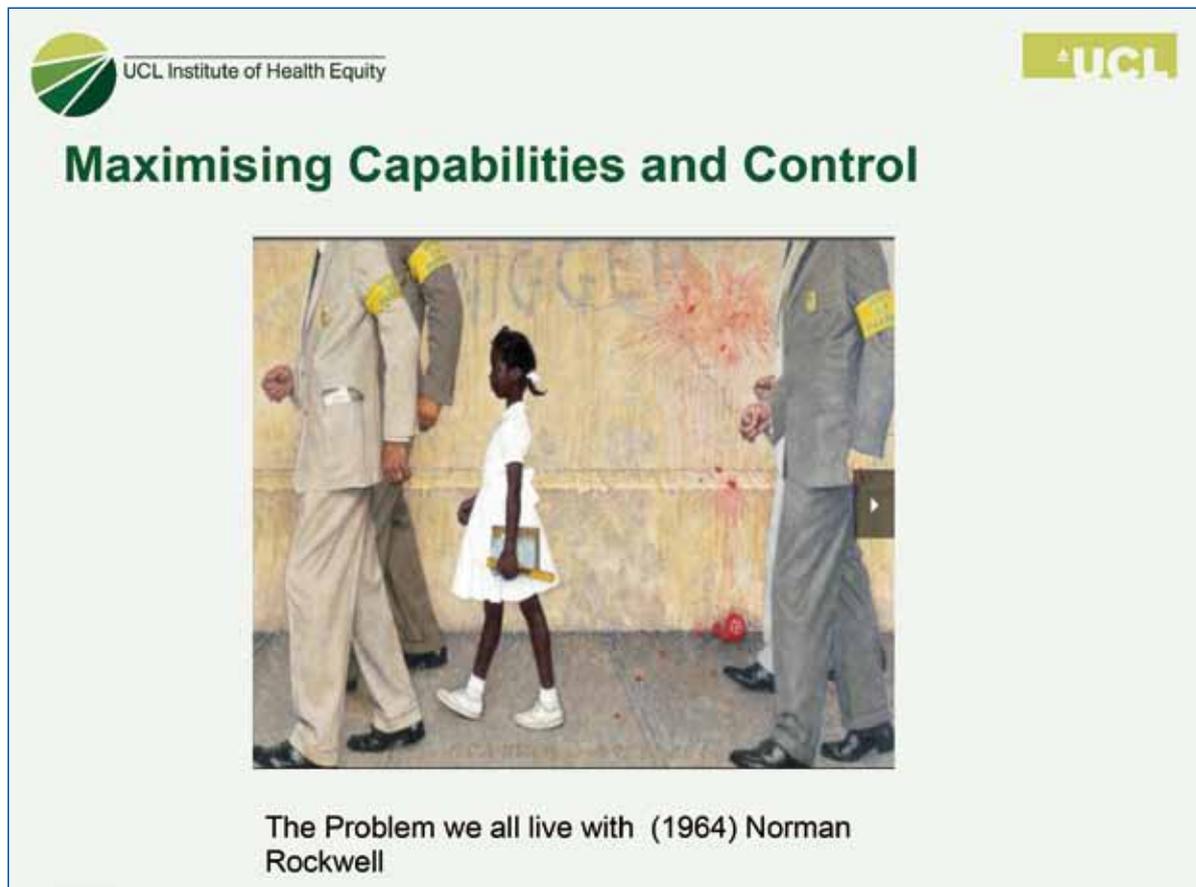
イギリスでは、2013年には貧困率が39%にも上がっています（**図表 33**）。

これは政府の政策によるものです。子どものいる家族が貧困に苦しんでいて、それがますます増えているということです。

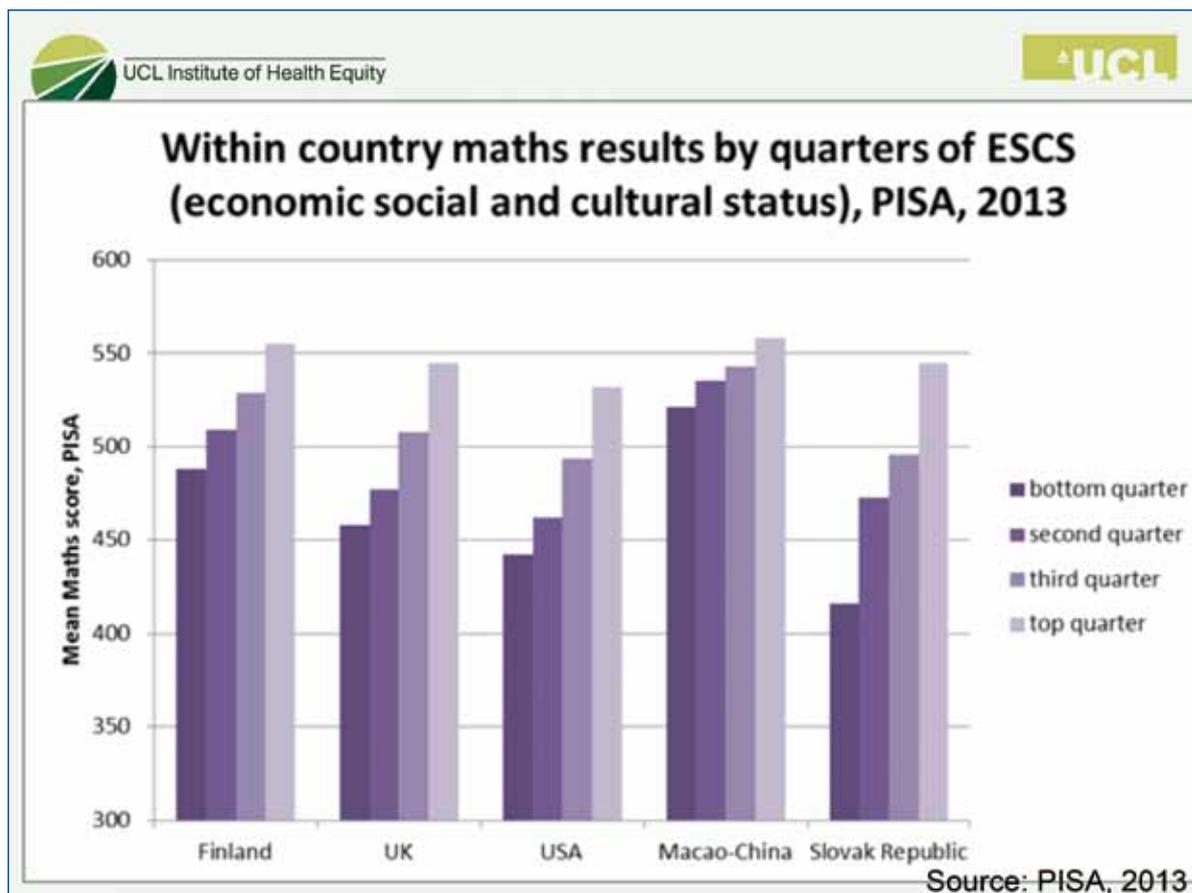
イギリスにおいて、自国の経済は世界の豊かな国にうらやまれていると思っていましたし、そのように聞いていました。しかし、**図表 34** は国際平均の実質賃金を、2007年から2015年に比較したのですが、下がっています。

イギリスは豊かな国でうらやましがられていると思っていましたが、日本はイギリスよりずっといいです。イギリス国民は、政治家のせいどころいった状況になりました。EU 離脱の国民投票の際、政治家は「離脱に投票すれば経済はもっと悪くなる」と言いました。しかし、国民はすでに系統的に貧しくされているのです。ですから、「よくなると言われたら悪くなる。政治家の言うことなんか信じられない」と思うようになり、EU 離脱を決意したわけでした。そのため、イギリスは大混乱しています。国民はうそをつき続けられていたわけでした。

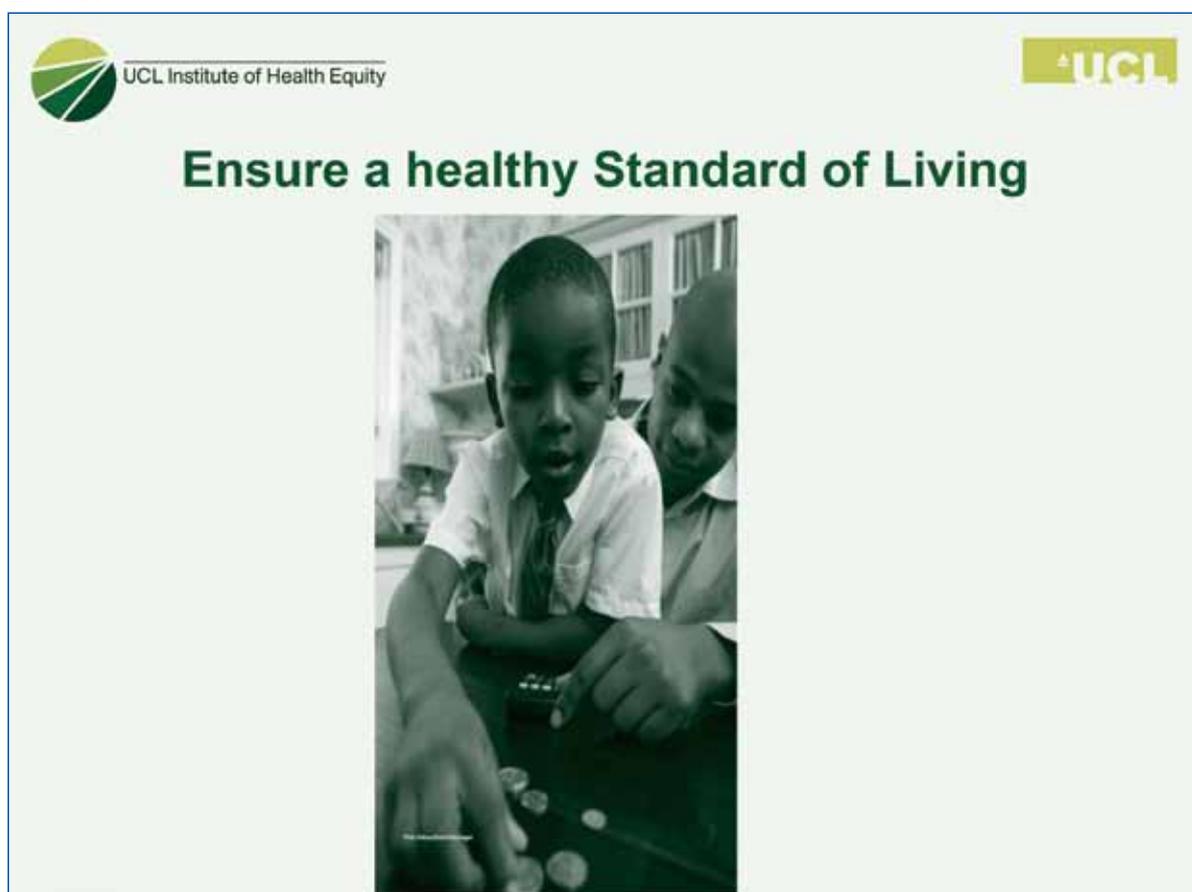
■ 図表 30



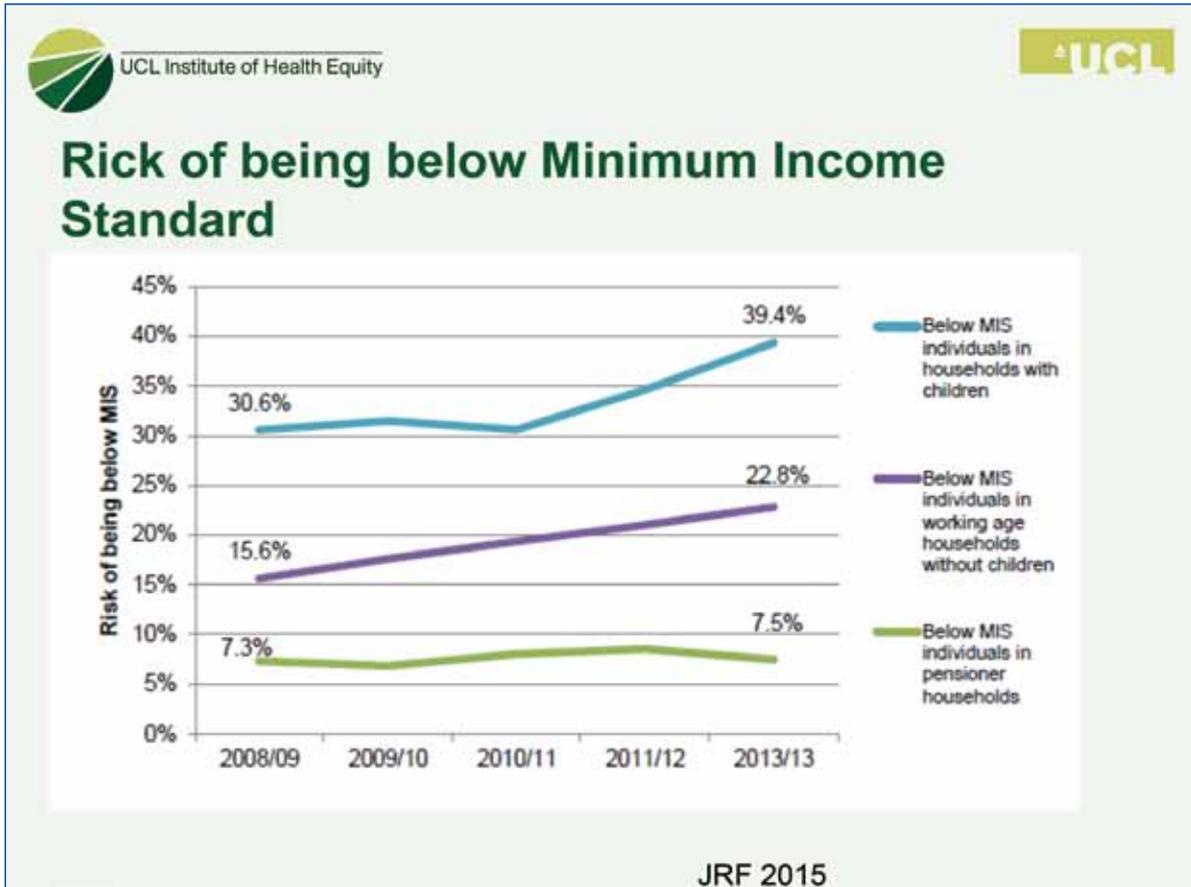
■ 図表 31



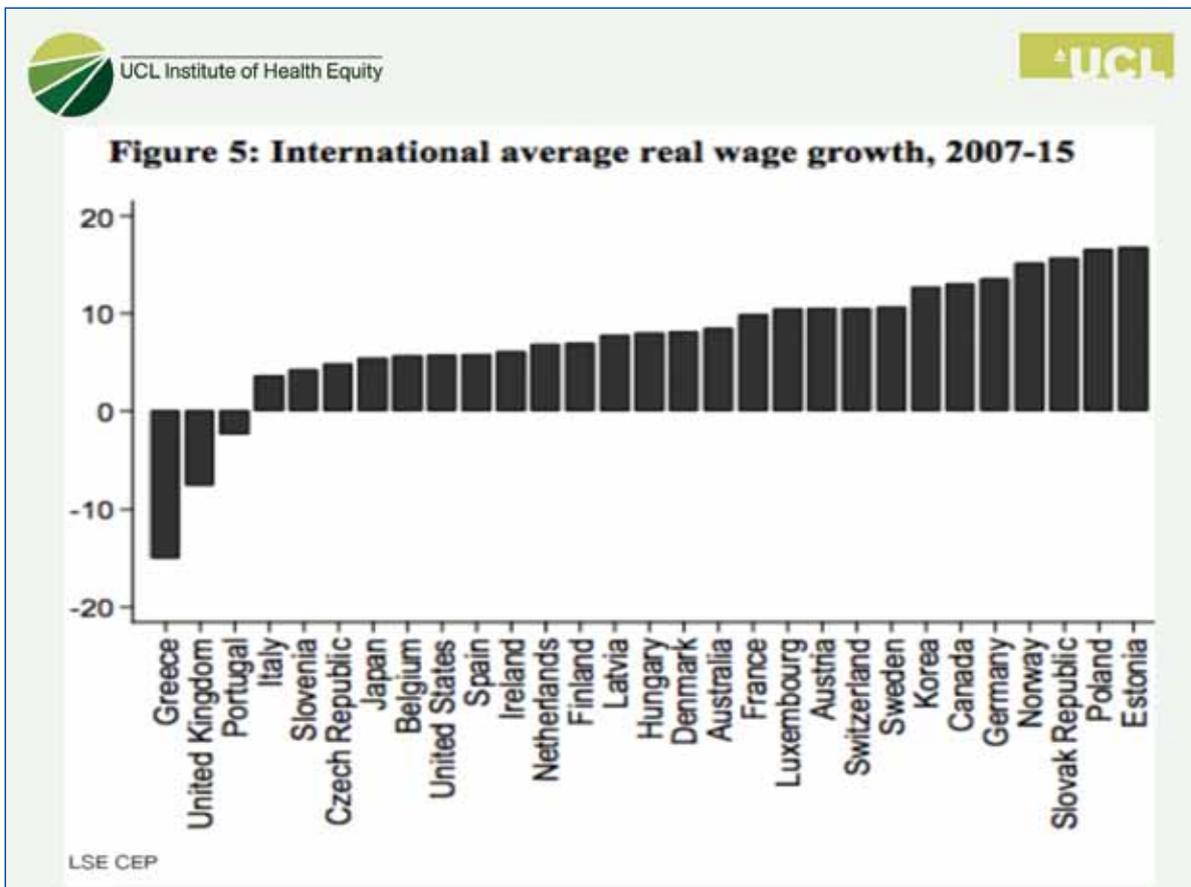
■ 図表 32



■ 図表 33



■ 図表 34



健康、医療に留意する方に、まず慎重を期してと申し上げたいと思います。政党が言うようなことは言いませんが、政府の政策により影響がある、つまり、健康の格差に影響が出るということです(図表 35、36、37)。

脱税を取り締まり、その財源を国民保険の提供や健康に

最後に、我々全員に影響する問題をご紹介します。税金逃れの問題です(図表 38)。例えば、タックスヘイブンというところがあって、そこで不平等が大きくなります。世界的な共通課題です。50%ものタックスヘイブンの富は、先進国の中の0.01%の富裕層に属する収入です。この額は、世界のGDPの5%にも上るわけで、税金逃れが大規模に全世界で行われているという問題です。

それに上乗せする形で、多国籍企業が税を逃れています(図表 39)。これは、何と年間6,000億ユーロ注iにも上ります。3,500億ユーロが欧

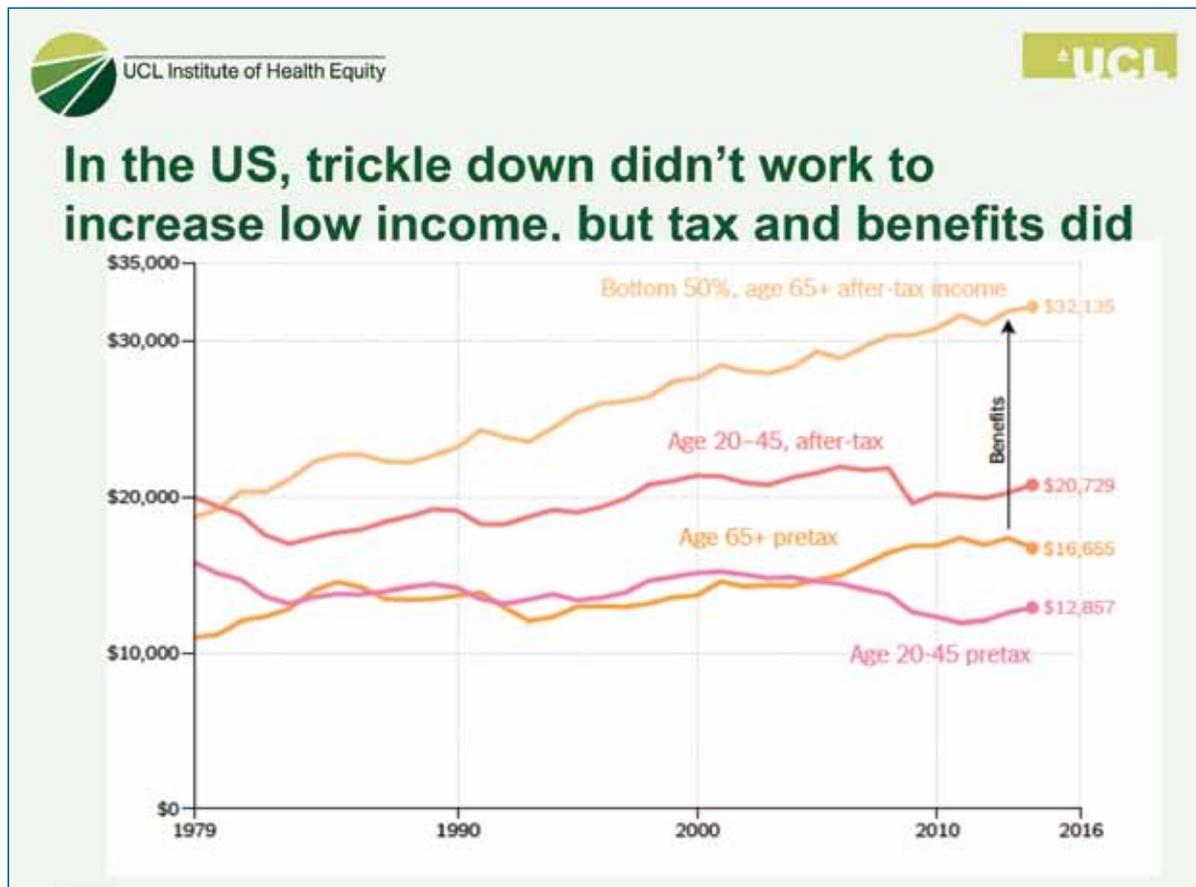
州のタックスヘイブンに移ります。結局、5%以下しか課税されないので、EUのお金がなくなります。つまり、法人税の5分の1が失われる、つまり年間600億ユーロが失われることになり、英国にとっては年間127億ドルもの税収入が失われることになります。つまり、税逃れを止めさせて、国民保険の提供や健康にその財源を回せばいいのです。

世界的な共通課題があります。国は、発展段階もいろいろと異なりますが、自国における社会的な医療、健康を考慮していないのであれば、何か大きな対策をとったほうがいいと思います。そして、日本、スウェーデン、ノルウェーのような、すでにかなり行っている国でも、もっとやるべきだと思います。

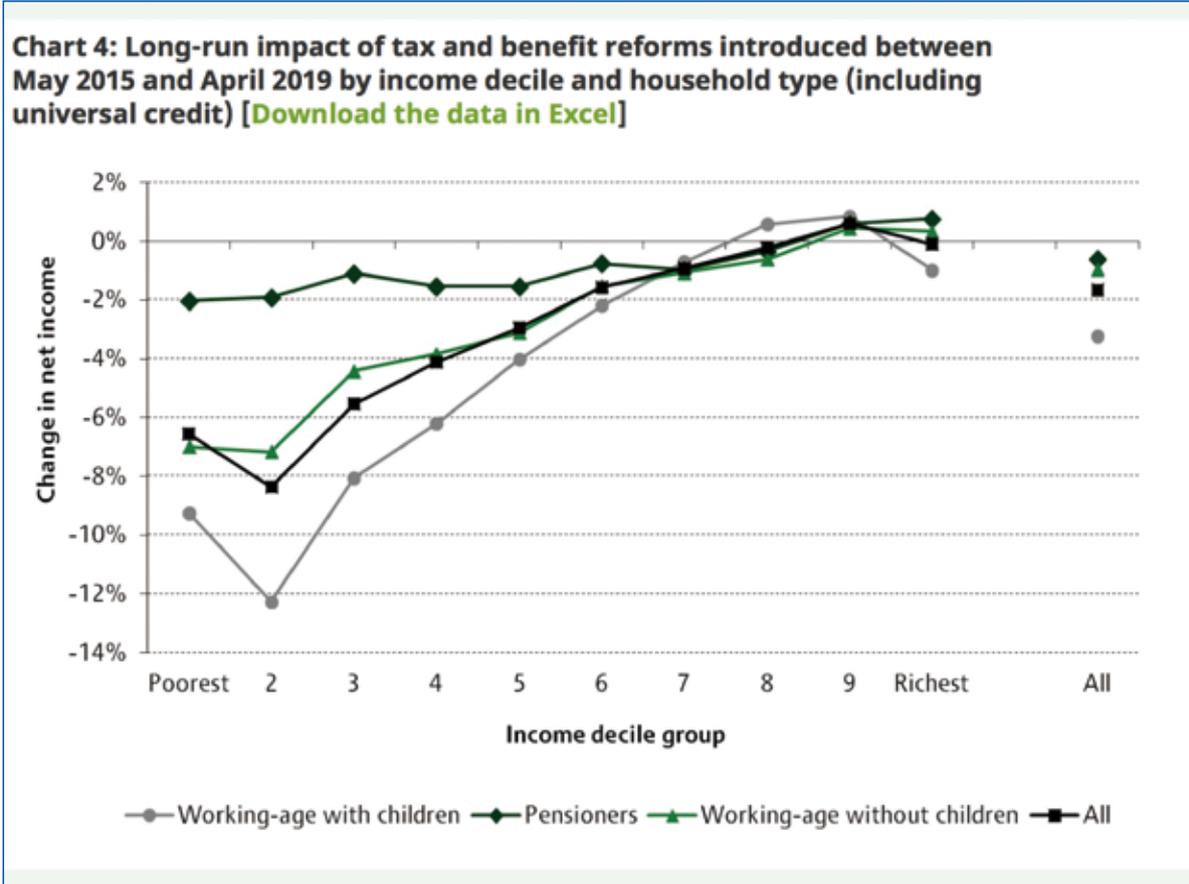
我々はみな、改善の余地があります。「よりよいことをさらにやろう」が私の座右の銘です(図表 40)。

(日本語要約・文責：日本医師会総合医療政策課)

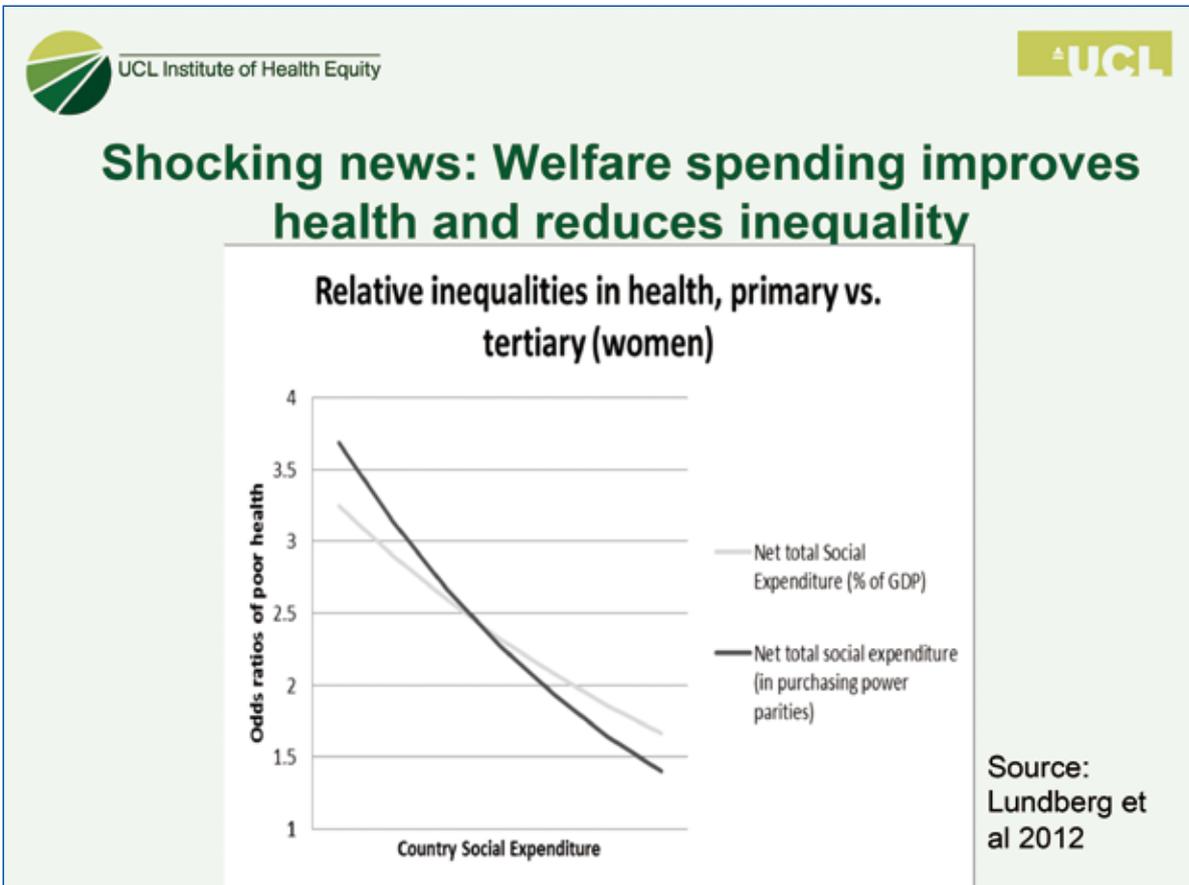
■ 図表 35



■ 図表 36



■ 図表 37



■ 図表 38



UCL Institute of Health Equity



Tax havens increase inequality

- 50% of wealth in tax havens belongs to top 0.01% of people in advanced economies
- That wealth is equivalent to 5% global GDP
- Tax avoidance on massive scale
- Added to that is avoidance of tax by multinationals

Zucman, G. Guardian 8 Nov 2017

■ 図表 39



UCL Institute of Health Equity

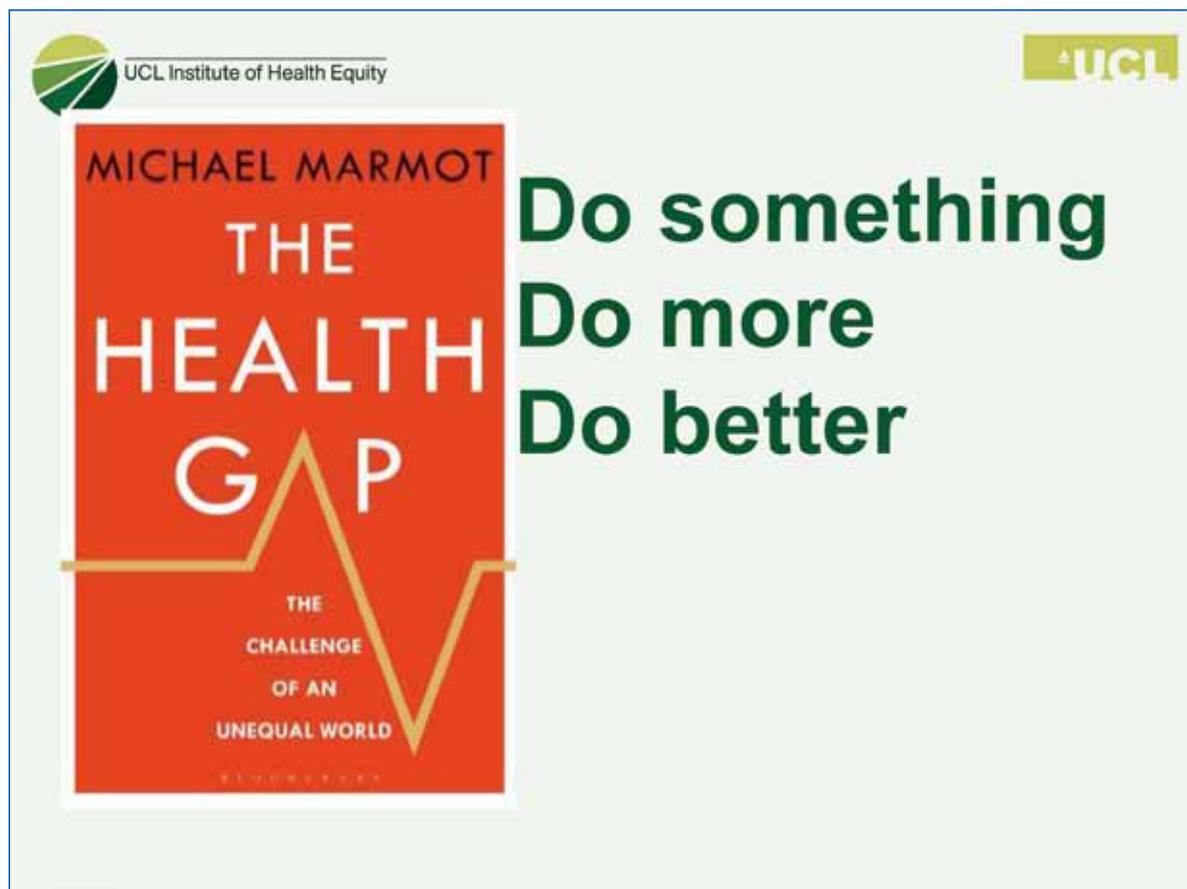


Multinationals' tax avoidance

- €600bn a year shifted to world's tax havens
- €350bn into European tax havens – mainly profits from EU countries. Taxed at 0 to 5%
- Deprives the EU of a fifth of corporate tax revenue: **€60bn a year**
- For the UK **€12.7bn a year**
- Cf £350m a week is £18.2bn a year

Zucman, G. Guardian 8 Nov 2017

■ 図表 40



(注1 1ドル 106.3円 (2018年2月16日現在)

注i 1ユーロ 131.9円 (2018年2月16日現在)

講演Ⅲ

「日本の医療；課題と将来」

日本医療政策機構代表理事 黒川 清



演者紹介

中川 続きまして、日本医療政策機構代表理事の黒川清先生にご講演いただきます。

先生のご経歴を紹介させていただきます。東京大学医学部をご卒業後、同大学院で博士号を取得されました。

1969年から1984年までアメリカにいらっしやいまして、ペンシルバニア大学医学部、UCLA、USC 医学部を経て、1979年、UCLA 医学部内科教授に就任されました。

カリフォルニア州の医師免許を取得され、米国の内科専門医、腎臓内科専門医でいらっしやいます。

その後、1989年に、東京大学第1内科教授、96年に、東海大学医学部長、97年には、東京大学名誉教授になられました。

日本学術会議会長、日本内科学会理事長、日本腎臓学会理事長、国際腎臓学会理事長、内閣府総合科学技術会議議員、内閣府特別顧問なども歴任されています。

2005年から2008年には、WHOのコミッショナーに就任されています。

2011年には、日本の憲政史上初めての、国会の下に設置された独立した東京電力福島原子力発電所事故調査委員会の委員長を務められました。

また、2013年10月からは、内閣官房健康医

療戦略室健康医療戦略参与、2014年4月からは、世界認知症諮問委員会委員を務めていらっしゃいます。

本日の演題は、「日本の医療；課題と将来」であります。黒川先生、よろしく願いいたします。

講演

黒川 今日は、このような機会をいただきまして、本当にありがとうございます。横倉会長をはじめ皆さまに心から感謝いたします。

今日の私の前の講師のマイケル・マーモットさんとは、WHOのコミッショナーとして3年間一緒に仕事をさせていただきました。数年前にも、「健康の社会的決定要因」のテーマでHarvard大学と一緒に講演をしました。そういうアカデミクな方ですので、彼が横倉先生の前の世界医師会の会長だったことを全く知りませんで、最近気がつきました。今日はこのような機会にお目にかかれ、とても懐かしい思いです。

さて、今の世界の状況に関しては、韓国でオリンピックを開催しておりますが、次に何が起こるかわからないという状況です。この写真のような人たちがリーダーで、いろいろやっているわけですが、メディアに出てこないことがたくさんあるという状況です（写真1）。

■ 写真1



グローバリゼーションが内向きになった理由

そこで、一体何が起きているのかということですが、皆さん、ご存じのように、今は、いわゆる「グローバリゼーション」になっています。グローバルというのは、国境がなくなってしまう、どこにでも行けるし、いろいろなことが相互に密接に関係し合っ、よその国で起こったことは、すぐに何らかの格好で、自分たちも影響があるということになります。

それから、いわゆるボーダーレスですが、なぜかみんな、内向きになってしまった。5年、10年前には、「グローバルだ」と言っていたのに、何となくみんなローカルになって、ポリティカルなリーダーも、変な人がなって、予想しないことが起こり出しています。

この理由は何か。この200～300年、ルネサンス、産業革命以来からできた社会の多くの制度のパラダイムが、今ガラガラと変わっていることです。その理由は、デジタルテクノロジーが幾何

級数的に変わり始めているということです。

デジタルテクノロジーというのは、ゼロと1ですから、全てのバリアを超えてしまうという技術であり、それが物凄い勢いで進んでいるのです。

もう1つは、その結果として、いろいろなジオポリティカルなパワーバランスが物凄く変わっています。中国が経済も大きくなって、その後、インドというように、だんだん東、東へと文明の中心と地政学、経済力が動いているように見える。

こういうことを前から予測している人もいました。サミュエル・P・ハンティントンは有名な『文明の衝突』という著書で、日本はそういう意味で言うと、島国根性で、内向きで、外に開かれないマインドがあるということは、意外にまずいのではないかということが、きちんと書いてあります。

日本から世の中を見ているばかりではなく、外から見た日本を自分で感じ取れるというセンスを持っている日本人がどのぐらいいるかというのは、大事な 이슈だと思います。

今後医師に必要とされる5つのM

ちょうど20年前ですが、私が、東京大学の最終講義で言ったことは、「これからの医者さんには5つのMという状況が、自分たちの責任になってくるから大変だよ」ということでした（図表1）。

それは何かと言うと、1つはマーケット (Market)。つまり、市場の圧力で自分たちの診療のありようが、強く影響を受けてくる、今までのように、お医者さんが「これは正しいです」と言っている話だけでは済まないようになってくるということです。

2つ目は、マネジメント (Management) のスキルがどんどん要求されてきている。健康保険にしても何でもそうですが、どういうことをするかというのは、いろいろ制約があっても自分たちの責任になるという話です。

3つ目は、モレキュラー・バイオロジー (Molecular Biology 分子生物学) です。なぜモ

レキュラー・バイオロジーでゲノムを言わなかったかということです。1996年においては、多くの専門家もヒトのゲノムがこんなに早く解読されるとは思ってなかったのです。

ちょうどこの頃に、モレキュラー・バイオロジーによって何が起るかということ、いろいろな実験をするときに、ある実験のシステムにきちんとした仮説を立てると、イエスかノーかという実験の結果が分かるようになってきているから、しっかり実験計画を考えなさいという話をしていました。

4つ目は、マイクロチップ (Microchip) とメディア (Media) です。つまり、インターネットがどんどん広がるぞと言っているわけで、情報がどんどん広がると、どうなるかということ、しっかり考える必要があるということです。

そして、5つ目は、モラル (Moral) です。医療人のモラルというのは、自分たちが決めるのではなくて、社会から猛烈なプレッシャーがかかってくるということです。

■ 図表1

5 M's

Market
Management
Molecular Biology
Microchip/Media
Moral

My Last Lecture at U Tokyo and Plenary Lecture at Japan
Society of Internal Medicine, in **1996**.

東京大学最終講義、内科学会総会 黒川 清

以上のことは、1996年に話したことです。実は、1990年からヒトのゲノム解析の国際コンソーシアムが始まっていて、日本も参加していました。

急速なデジタルテクノロジーの変化

ただ、この1996年には、それがどのぐらいの時間と予算が解析にかかるのか、まだ分かっていなかったのですが、97年になって、ヒトゲノムの1%が解析されたという発表がありました。

そのときに、「7年かけて1%か。あとどのぐらいかかるか」について、レイ・カーツワイル(Ray Kurzweil)は、「これで、もう50%は済んでいる」とコメントしていました。なぜかという、7年間でいろいろなノウハウと技術が蓄積されているので、「もう半分以上行ったな」と彼は考えたわけです。

というように、物凄い勢いで世界が変わってきました。例えば、今の私の話は1996年の話です

が、この時に、1995年には、大学間を繋ぐUMIN(大学病院医療情報ネットワーク)という試みが始まったのです。インターネットが繋がりはじめて、大学の人は、お金をかけずにアクセスできるようになっていました(図表2)。

ただ、その頃は、グーグルやフェイスブックではなく、ネットスケープなどの検索エンジンが出ましたが、普通の人はまだアクセスできなかつたし、大学でも、電話線に繋いでいたわけです。Windows95は1995年です。

そして、1999年には、i-mode、そして携帯電話がどんどん小さくなりました。同時期にBlackBerryが出ましたが、日本では初めは法人として買えるようになり、2005年になると、個人でも買えるようになりました。

このようにして、ネットと携帯電話が繋がるようになったわけです。iPhoneが出たのは2007年です。2010年にはiPadが売り出されました。

そして、2011年には、東日本大震災が起きて、「産学官でグル」になってやっていたことがバレ

■ 図表2

Rapidly Changing World of Digital Technology

- 1995; UMIN began
- 2000; iMode, Blackberry, iPhone
- 2010; iPad, Fukushima
- 2015
- 2030

-- Human Genome Project

--CRISPR cas9

--Alpha Go vs Alpha Go Zero

-- Singularity by 2045 - Ray Kurzweil

てしまった。単なる地震と津波ではなく、たくさん
の利権とスキャンダルが背後にあったことが分
かってしまったのです。

私は、独立した東京電力福島原子力発電所事故
調査委員会の委員長でしたが、委員会は全部ネッ
トで公開し、英語にもして、いつでもオンライン
で見ることができるようにしました。

あの委員会では、日本の「リーダーたち」がど
んな返事していたのか、記者がどんな質問をした
のかが全部見られる、英語でも出している。今で
も日本の原子力でいろいろな問題があると、海外
から私のところに、いろいろ聞いてきます。とい
うことは、世界のリーダーの皆さんがどのぐらい
この委員会の意義を知っているかということです。

これから30年はどうでしょうか。ヒューマン
ゲノムプロジェクトは、97年には、先ほどお話
したとおり、解析はわずか1%だったのです。
それが、レイ・カーツワイルは、「2045年には
シンギュラリティ (Singularity)」ですが、あの
時に、「もう半分以上終わっている」と言いました。

2000年に、ビル・クリントンが大統領として
の最後の年に、フランシス・コリンズという、国
際コンソーシアムを引っ張った人と、クレイグ・
ヴェンター (Craig Venter) というベンチャーが、
競争相手が出てきて、さらに、イギリスの首相の
トニー・ブレア (Tony Blair) が、スクリーン
に出て、4人で記者会見して、「ヒューマンゲノ
ムはほぼ解析された」と発表しました。

そして、2003年にはヒト・ゲノムの全てが解
析されましたから、1%解析された時に、「もう
半分以上解析されている」という発言は正し
かった。そういうことを見ることができたのが、
このレイ・カーツワイルでした。

シンギュラリティにどう対応するか

そして、彼は2045年には、コンピュータの能
力は、世界中の人間のトータルの能力よりもっと
「賢く」なっているということ予測してた、こ
れがシンギュラリティです。

「CRISPR Cas9」は、ゲノムの編集をより正
確に、より容易にできるということで、ゲノムや
卵子などでもいろいろ操作できます。例えば、悪
い遺伝子を取り除く、特定の遺伝子を入れるなど
が可能なのです。

ただ、これについては、モラルの問題があるか
ら、どうしたらいいかというシンギュラリティに
ついて大学のセミナーの機会に話し合ったことが
あります。

その時、私が言ったのは、「あなたたちは、キ
リスト教的な神様がいるから、神様が言っている
『道徳』を考えているのではないか。そうすると、
そうではない人たちはどうすると思うか」という
ことです。

中国で実際にヒトの受精卵での遺伝子改変がす
でに80例ぐらい人間の細胞で行っているそう
です。ですから、「そういう神様がいないところ
では、どんどんやるぞ」と、その前の週に話して
いたわけですが、中国では本当にもう行われて
いたというわけです。

それから、「Alpha Go」というコンピュータ
囲碁プログラミングによって、囲碁の世界では
人間のプロがコンピュータに勝てなくなった。
ところが「Alpha Go Zero」というバージョンは、
ディープラーニングを使って、わずか3日間で
「Alpha Go」を負かしてしまいました。コン
ピュータの能力はそれぐらい物凄いスピードで
進んでいるのです。

日本における経済の停滞と経済・健康 格差の広がり

さて、日本はどうでしょうか (図表3)。

ここにおられるマイケル・マーモット博士
(Michael Marmot さん) が言ったように、日本
は20年前、GDPは世界で2番目か3番目でした。
しかし、この20年間、日本のGDPは増えてい
ません。

1人当たりのGDPを見ると、他のOECDの
国は、それなりに増えていますから、日本は今、
27番目ぐらいになっています。

■ 図表3



そういうことを新聞はあまり書かないですが、日本で多くの人たちが行き詰っているように感じているのは、1つには国内経済が停滞し、貧富の差が拡大しているからです。

もう1つは、その間に、先進国もインカム・ディスパリティ (Income disparity) がどんどん広がっていて、日本も貧困の問題と一部のお金持ちがでて、ということが起こっているからです。

したがって、こういう経済的な格差とともに、健康格差も広がっていることが、日本の問題であると言えます。

それに関して、世界ではどうかと言うと、GDPは全体としてずっと増えていますが、世界中の富は2015年では、資産家のトップの1%の人が、世界の富の50%を持っているという状況です (図表4)。

そのトップの1%の人たちの個人資産とは、約8,000万円から9,000万円以上という値です。

そして、世界の10%の人が世界の富の88%を

持っていますが、その10%とは900万円ぐらいからですから、日本はそれなりの中流の人達も多いとはいえ、国内の格差は広がり、医療、教育とか、いろいろな問題がイシューになるわけです。

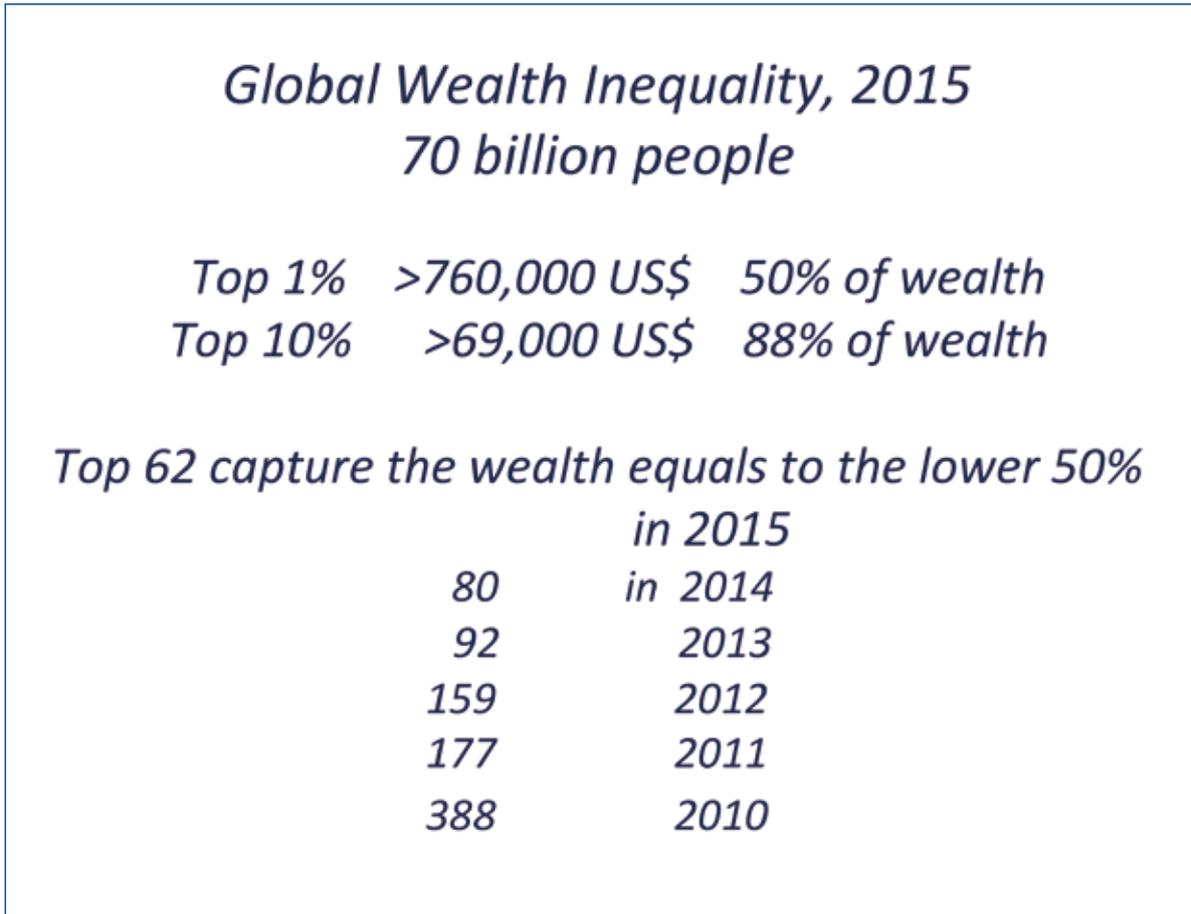
それほど悪いわけではないように見えますが、世界全体で見ると、2010年には、世界のトップのお金持ちの約400人が、世界の個人資産が下半分の人たちが持っている全部の資産と同じぐらいの富を持っていた。そして、世界全体の富は増えています。

次の年の2011年になると、何とトップの約200人が世界の下半分の人を持っているのと同じ富を持っている。

その次の年になると約160人になり、2013年には92人になり、2014年になると、トップの80人となり、2015年はトップの62人のお金持ちが、世界の下半分の人と同じ資産を持っていたのです。

その次の年になると、いくらになったかご存じですか。2016年には、トップの8人の資産が、

■ 図表4



世界の下の半分の人々の資産と同じになってしまいました。

このように、物凄い勢いで超お金持ちがどんどんお金持ちになっていったのですが、去年はどうなったかという、トップの数は少々増えたようですが、中国やインドのお金持ちのデータが出始めたからということのようです。

科学技術の進歩と高齢社会による医療、年金などの社会コストの問題

さて、日本についてももう1つ言いますと、世界最先端の高齢社会になった。また、いろいろなテクノロジーがどんどん進んで、それを使う人が出てきました。

つまり、がんの人でも、「これは効くよ」と言われると、非常に高いお金がかかりますが、オプジーボなどもより多くの人達に使えるようになってきたので、それなりに医療のコストが上がって

きたのです。

そして、科学技術の進歩と長寿、高齢社会による医療、年金などの社会コストがどんどん増えてきていますが、トータルの経済は成長してないので、それをどう分配するか、が問題です（図表5）。

年金にしても医療費にしても、これが大きな政治的なアジェンダ、検討課題になっているということです。

主要疾患の急激な変化

医療制度や年金の問題もそうですが、主要疾患も猛烈に変わってきています（図表6）。

日本は1961年に国民皆保険になりましたが、その時には、何が一番の問題だったか。栄養状態がよくないということもありましたが、結核やいろいろな感染症が問題でしたので、小学校では全員に毎年ツベルクリンの検査をしていました。

実際には、1970年頃までは、感染症と栄養状

■ 図表5

Global and Borderless but more Insular
グローバル化なのに、さらに内向き

Big Paradigm Change
パラダイムの大変化

Digital technology・Exponential デジタルの幾何級数的変化
+ Changes in Global Geopolitical Power Balance

Japan日本

1. Stagnant economic growth 経済の停滞

2. Income disparity within/across the nations – Health Inequity
経済・健康格差の広がり

3. Increasing health/medical and social costs due, in part, to advanced technology in rapidly aging society
科学技術の進歩と長寿・高齢社会による
医療・年金などの社会コストの増加
--社会不安・将来への希望--

■ 図表6

主要疾病の変化 Major Disease Burden

1970年頃まで through 1970
感染症: 産褥熱、ワクチン、抗生剤
Infection; sanitation, vaccine, antibiotics

1970年頃から since 1970s
NCD: ガン、生活習慣病、心血管疾患
Cancer, Obesity, DM, atherosclerosis, etc

2000年ごろから -21st Century
高齢社会、メンタルヘルス・認知症
Ageing, Mental Health, Dementia

態をよくするということが大きな問題で、ワクチンとか抗生剤が中心だったわけです。

それが、この70年頃からは、ガンが最も大きな問題になってきて、ガンの第1次10年計画、第2次10年計画、第3次10年計画が実施されました。

さらに、生活習慣病、心血管疾患の問題が大きくなってきました。太っているとか、糖尿病や動脈硬化などについてです。私が医師になった頃は、2型の糖尿病の人などはほとんどいませんでしたが、そういう人たちがどんどん増えてきた、これは生活習慣の変化によるものです。

太っているにもかかわらず、運動量も少ない。1日3食を食べていても当然と思っているのはおかしい。そういう人たちにも同じ医療を行うのかという話です。

ガンについては、予防、診断など大きく進歩しましたが、さらに良く効く薬が出てきたら、どうするかという話です。

そして、2000年頃になると、これらのガンも含めて疾病はかなり抑えられるようになってきました。しかし、高齢社会になって、ストレスフルな世の中になってきたため、メンタルヘルスが大事になってきました。

認知症に対する医療政策

高齢社会になると、一定の人が認知症になります。60歳から69歳の10年で1～5%が認知症になり、70歳から79歳の間に5～10%になります。そして、80歳から89歳までには、10～20%になり、90歳を超えると、20～40%+（プラス）が認知症になる。

ところで、今、100歳以上の人が何人ぐらいいるのでしょうか。一昨年の終わり頃では、6万5,000人ぐらいいて、そのうちの80%以上が女性ということでした。

女性のほうが長生きをするけれども、同じ年齢では男性より認知症になりやすい。夫婦の場合は、男性のほうが年上の場合が多く、また、女性が認知症の人をケアしているという、GDPに出てこ

ない数字があります。

認知症に関しては、GDPに表わせる「見える」コストとして年に6兆円から7兆円の費用です。しかし、「見えない」コストが5兆円ぐらいあります。これは家族、特に女性の労働力という「見えない」コストです。

同じ年齢では女性のほうが認知症になりやすい。したがって、男性ばかりでなく、特に女性の認知症を何とかすれば“一石四鳥”です。あとで説明しますが、私も認知症対策に取り組んでいます。

2013年、塩崎厚生労働大臣の時に、本日のパネルディスカッションで座長を務めてくださる渋谷健司先生が座長になって、若手のいろいろな人を集めて、役所とは関係なく、「2035年までの医療政策をどうしようか」というテーマの政策提言を作りました（図表7）。

これはすばらしい出来栄で、役所ではなく独立した人たちがこれを作ったので、よいことが書いてありますが、これをどのように活用するかが一番の課題です。

「保健医療2035」の基本理念とヴィジョン

「保健医療2035」には、基本理念としては、「公平・公正、フェアネス」「自立に基づく連帯」「日本と世界の繁栄と共生」とあります。

そして、ヴィジョンは、(1) リーン（Lean）・ヘルスケア：保健医療の価値を高める。これは、無駄のないようなヘルスケアを行って、保健医療の価値を高めるということです。

それから、(2) ライフ・デザイン：主体的選択を社会で支える。これは、寿命100歳の時代の自分たちのキャリアをどうするかということです。

それから、(3) グローバル・ヘルス・リーダー：日本が世界の保健医療を牽引する。この「牽引する」という言葉は、私はちょっと気に入らないのですが、自分たちがお手本になるようなことをすれば、自然に皆さんも行動してくれると思ってい

■ 図表7



■ 図表8

保健医療2035

基本理念 Principles

公平・公正 フェアネス Fairness

自律に基づく連帯 Autonomy & Partnership

日本と世界の繁栄と共生 Japan in the World

ビジョン Vision

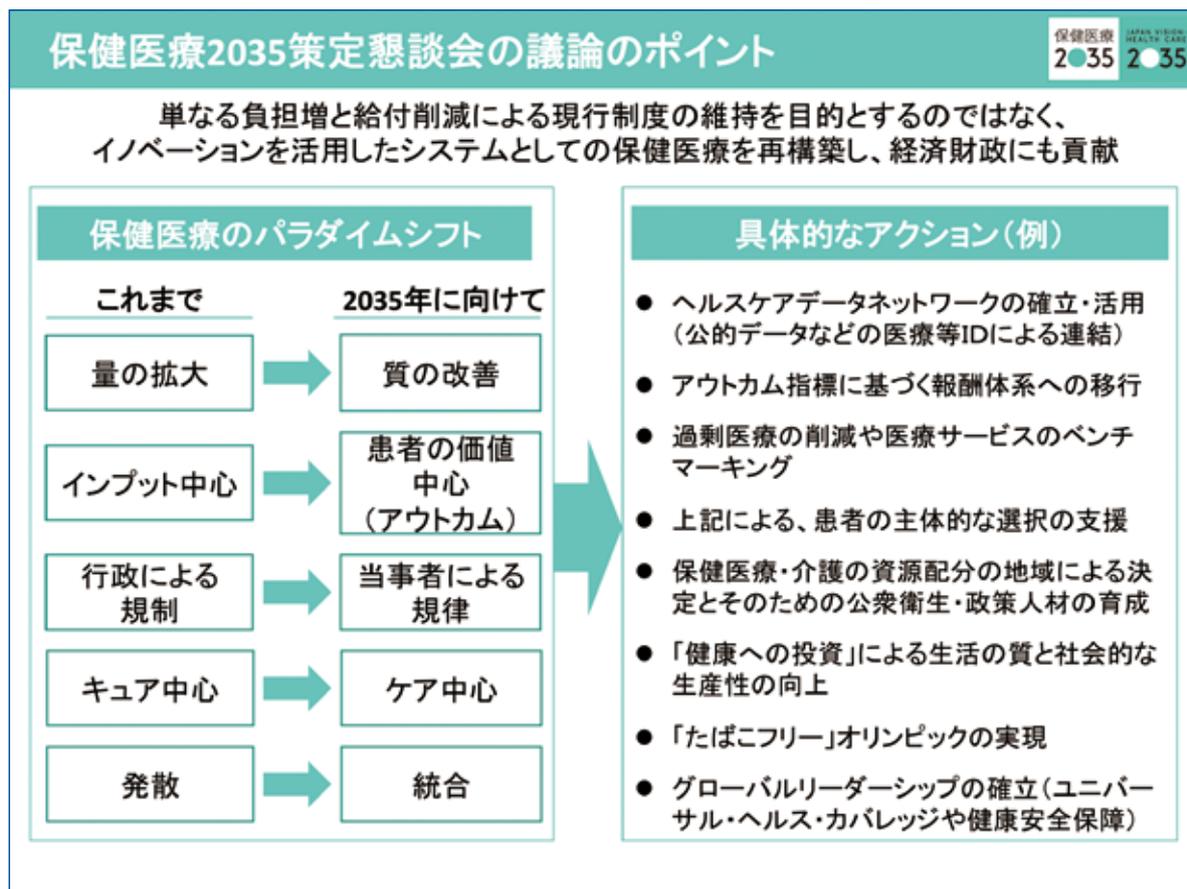
リーンLean・ヘルスケア: 保健医療の価値を高める

ライフ・デザイン: 主体的選択を社会で支える

グローバル・ヘルス・リーダー:

日本が世界の保健医療を牽引する

図表9



ます(図表8)。

そして、これが各論になると、「量の拡大から質の改善」「インプット中心から患者の価値中心(アウトカム)」「行政による規制から当事者による規律」「キュア中心からケア中心」「発散から統合」ということです。すばらしいキーワードです(図表9)。

ただ、これをどう実行していくかということが問題ですが、それに対して、どこにでも抵抗勢力があります。なので、抵抗勢力が少ないところから何を実行していくかということが、すごく大事です。

そこで、具体的なアクションの例としては、「たばこフリーオリンピックの実現」ということが挙げられましたが、あっという間に抵抗勢力につぶされました。誰が抵抗しているのか、どうやって説得するかということが、一番大事なのです。

戦略的な「やり方」が大事になるわけですが、そこまで行かないうちに終わってしまいました。大臣が代わるとかいろいろあったからと思います

が、これは、政治の問題か、と思います。

高齢社会の医療対策

日本の問題は、もちろん高齢社会ですが、高齢者1人当たりにかかる医療費が1年間でどのぐらいかかるかということです。年齢別の年間医療費が、厚労省で作成されています(図表10)。

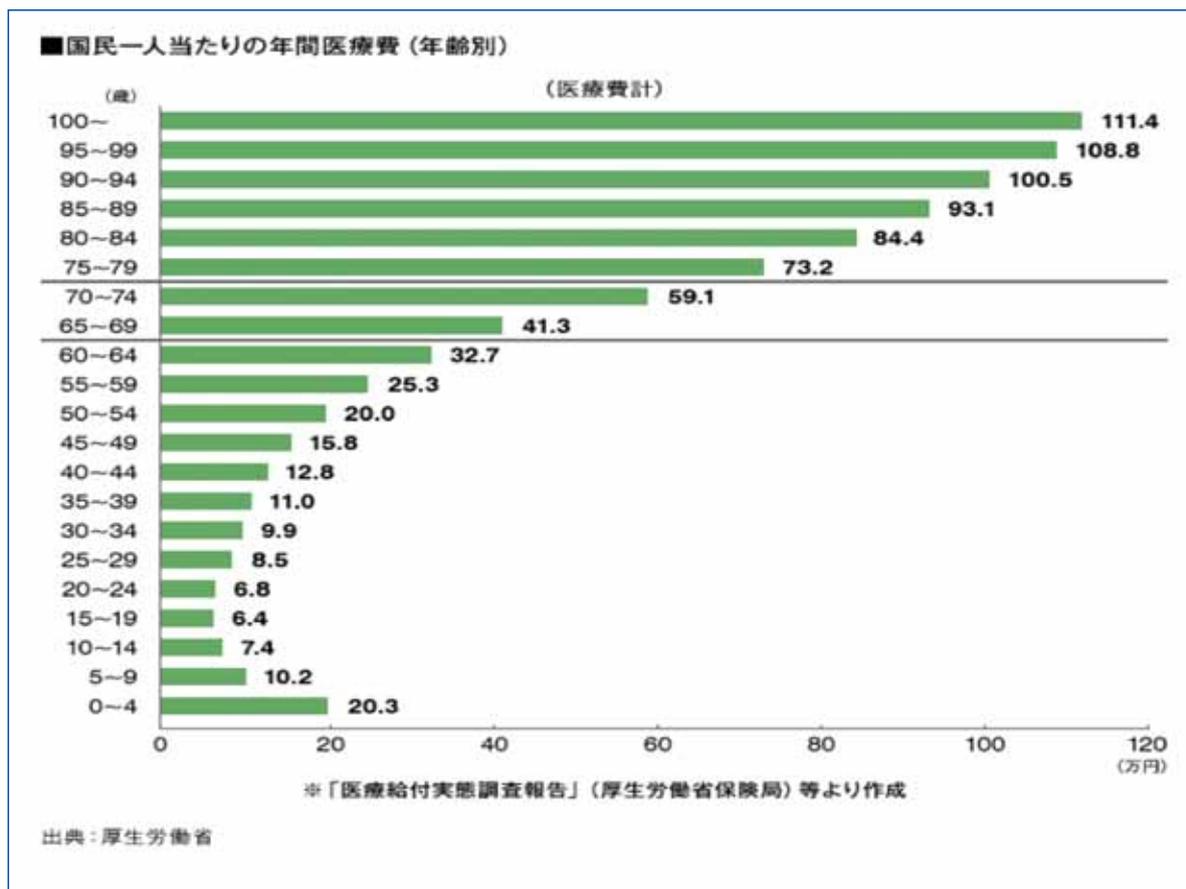
これを見ると、70～74歳では年に60万円、80～84歳では85万円、90歳以上になると100万円以上かかっているのです。

このうちのどのぐらいがターミナルケアなのか、どうやったら減らせるか、などなど難しい問題です。

最近話題になったことは、「胃ろうはやめよう」という話です。これは、メディアが取り上げたからだけではなく、この話がなぜうまくいったように見えるか。これは家族も「胃ろうはやめよう」ということを納得しやすいからです。

今までは、自分の負担が少なければ、病院のほうから、「どういたしましょうか」と言われると、

図表 10



「よろしくお願いします」と、多くの家族が言います。

「よろしくお願いします」とは何か。その場では言えないので、「よろしくというと、何をしたらいいでしょうか」と、別の所でも具体的に、「まあ、楽なほうにして」とか言われる。「これだと、いくらぐらいかかります」ということになります。ただ、格好上は、「よろしくお願いします」ということになるわけです。

ここで、はっきり言うということは、すごく大事ですが、それは家族も分かっているので、「胃ろうはやめましょう」は納得していただきやすいということです。

胃ろうをやめると、患者さんが亡くなります。そのあと、ベッドが空き、待っている人が多いので次の患者さんが入院してきます。医療提供側も受け入れ易いのですね。

このように、ステークホルダーが了解しやすいものは、大体うまくいきますから、どういう政策が打てるか、ということは大変な問題なのです。

認知症対策におけるデジタルテクノロジーの活用

マイケル・マーモット博士が委員長で私も委員をつとめた WHO の「健康の社会的要因：Social Determinants of Health」の 2008 年の報告書にあるように中・低所得のみならず、また多くの経済先進国でも、いろいろな社会的要因が健康格差を生んでいます。英国も日本も例外ではありません。特に英国では「国民皆保険制度」(National Health Service-NHS) を国の誇りとしています。2012 年のロンドンオリンピック、パラリンピックの開会式では NHS をテーマに入れていたぐらいです。このような認識もあって、高齢者が多くなってくると、「認知症が重要だ」ということで、2013 年の英国の G 8 サミットは、「認知症サミット」を取り上げました。(図表 11)。

当時のキャメロン首相、そして厚生大臣ジェレミー・ハント (Jeremy Hunt) さんは、日本語が堪能な人ですが、「これをやるぞ」ということ

■ 図表 11



を強く宣言したわけです。大したものです。そして「世界認知症審議会 World Dementia Council (WDC)」を立ち上げました。

最初のメンバーは14人ですが、その中に私も招かれました。メールが突然来たので、「他のメンバーは誰か」と聞くと、「それは教えられない」ということでしたが、ロンドンに行きました。

それで、私も勉強を始めたのですが、認知症は大変な問題です。私がなぜ呼ばれたのか、少なくとも私は、メディカルだけではなく「デジタルテクノロジーが大事な要件だ」と言っていたからかもしれません (図表 12)。

つまり、私の主張は、1つ目は、これからは、ビッグデータとAIなどが猛烈な勢いで進むので、それをどう認知症対策に使うかということ。

2つ目は、「ケアをする人たちのクオリティ・オブ・ライフには、ロボットの活用だ」ということ。

3つ目は、ニューロサイエンスとデジタルテクノロジーのフロンティアは、猛烈に進んでいると

いうこと。この3点です。

1つ目についてですが、図表 13 は、MIT (マサチューセッツ工科大学) のスタディ (IEEE Trans Biomed Engineer vol 57,1243-1252,2010) ですが、MIT の学生さんを、1週間、24時間中、脳の活動をモニターしたものです。

これを見ると、夜中に寝ている時でも、脳の活動はさかんです。何を意味しているかはわかりませんが、とにかく脳は活発に動いている。

そして、朝起きて、大学に行って、講義を聞いていても、ほとんどアクティビティはないということがわかってきました。

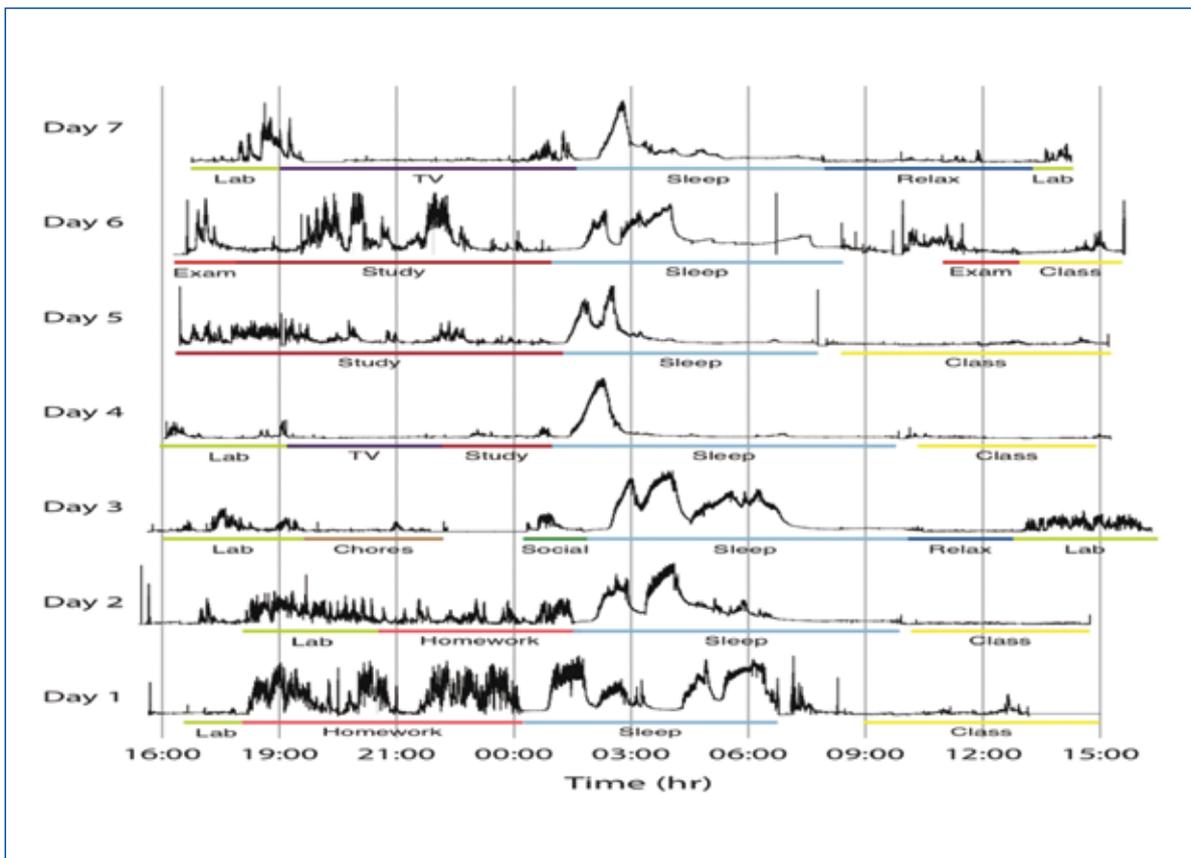
テレビを見ている時も、全然だめです。だから、お年寄りを1人にして、テレビを見てもらってということは、実は最悪なのでしょうね。

だから、授業についても、今は、マイケル・サンデルではないですが、「まず、クラスに来る前にしっかり読んでくる」、先生が話しているのは、90分の講義のうちの10-15%程度で、専らみんな議論しています。ですから、「勉強してこ

■ 図表 12

- 1. Big Data & Artificial Intelligence (AI)**
ビッグデータと“AI”
=厚生労働省戦略研究とビッグデータ
- 2. Social Robots**
=社会的ロボット
- 3. Frontier of Neuroscience and Digital Technology**
脳研究とデジタル技術の最先端

■ 図表 13



ないやつは、来なくていい」ということになるわけです。

ラボの仕事やホームワーク、試験は、脳を使っていますから、授業の形態がどんどん変わってきたということです。

日本の場合は、相変わらず先生が一方的に話して、みんなが寝てしまうけれども、「授業をやりました」というだけで、役に立たないわけです。

それから、2つ目はこれです（図表 14）。

最近の amazon の alexa などは、これを部屋に置いておくと、「テレビは今スポーツ番組どんなのがある？」と聞くと、教えてくれるし、「明日の天気はどうですか？」と聞くと、答えてくれます。

そして、これをどんどん繋ぐことができると、外から電話して、「うちのドアは閉めた？」などと聞くと、ちゃんと確認してくれます。

そこまでできるデバイスが今後どんどん出てくると思います。私たちが言ったことを、口頭や電話などで実行してくれますが、今のサイエンスのフロンティアでは「あなたは何を考えているか」

を、分かろうとしているのです。

どんどん進んで行くと、言う前に分かってしまうわけですが、それを使ったらどうかということ、を、当然考えないといけないのです。

脳科学のフロンティアには「人は、何を考えているか」という研究をしている人達もいる。まだ分からないので、分かるようにしようというわけです。

アジアに向けた高齢社会に対するプラットフォームを

ヨーロッパでは、大きな国同士がお金を出して、認知症についての対策に取り組みはじめ、「EPAD (European Prevention of Alzhemers Dementia Consortium)」というものを作っていますし、「IMI (Innovative Medicines Initiative)」という上部組織もあります。

アメリカでも、財団や企業が中心になって、ニューヨークアカデミーと、「GAP」というプラットフォームを作っています。

■ 図表 14



■ 写真2



「これからは、アジアでも急速に高齢化してくるので、日本でもそれをやらないとだめですよ」ということで、AMED（日本医療研究開発機構）の委託研究を半年やりました。

そして、日本でも、アジアに向けたプラットフォームを、産学官で作ろうとしているところで**写真2**。ぜひ皆さんにも参加していただいて、この大きな問題に対して、社会全体で対応しようということなのです。

英国と日本で、「Dementia Conference」を開催して、この3月に第12回の世界認知症（WDC）を東京で、2日間の会議をやります。

そして、3日目には、イギリスの政府と一緒に、日経とフィナンシャル・タイムズでスペシャルイシューを作るということを行います。3月15日には、六本木ヒルズのアカデミーヒルズでこれを開催しました（**図表15**）。

医師は全員が医師会員に

「医師・医療人の社会的責任は何か」を、最後にお話しします（**図表16、17**）。

私たちは、社会に対する責任があります。

特に、医師は、看護師さんとかいろいろかわるプロの人たちがいますが、自分たちにはどういう責任があるのか、ということが大事です。

まずはじめに、「医師は、医師会員に全部なる」というのが、私の主張です。これは、いろいろな機会に言っています。

例えば、私は、カリフォルニア州の医師免許を持っています。飛行機の中で、「お医者さんはいますか」と言われた時に、自分が医師であることをどう証明できますか。名刺なんて誰でも作ることができます。そこに問題があるということ言っているのです。

つまり、医師であることを証明するカードを常時、手元に持っているか、ということです。私は、カリフォルニア州の医師のカードを持っていて、4年ごとに更新します（10年程前に停止しまし

■ 図表 15

Japan-UK Dementia Conference

Nikkei – FT Joint Project on Dementia

Save the date: March 15
08:15-20:30
Academy Hills
Roppongi, Tokyo



■ 図表 16

医師・医療人の社会的責任 -1
Social Responsibility of Medical Professionals -1
医師は医師会員となる → 自律へ(鹿児島県など)
医師会のあり方

- 独立した法人格へ
- 国家試験、免許(更新)のあり方
- 教育、研修、「専門医」制度のあり方

医師の働き方、数、分布、労働基準法など

- かかりつけ医
- 病院のあり方 → オープンシステムへ
- 公的、私的、医師会病院、

医療人、医療職の連携へ

厚生省の戦略研究の成果

将来の医師 = デジタル・テクのインパクト

図表 17

医師・医療人の社会的責任 -2 Social Responsibility of Medical Professions

医師は医師会員となる → 自律へ(鹿児島県など)

医師会のあり方

→ 独立した法人格へ

→ 国家試験、免許(更新)のあり方

→ 教育、研修、「専門医」制度のあり方

医師の働き方、数、分布、労働基準法など

→ かかりつけ医、

→ 病院のあり方 → オープンシステムへ

公的、私的、医師会病院、

医療人、医療職の連携へ

厚生省「戦略研究」の成果をふまえて

将来の医師 = デジタル・テクのインパクト

た)。その条件としては、毎年 20 時間単位の生涯教育を受け、半日の CPR の実技研修を受けるなどのいろいろな条件があります。

私は、内科学会の理事長の時に、できるだけ医師会と共同して主催する、どちらの単位も会員が取れるように地元の医師会に行って、「これを共催でやりましょう」とお願いしていました。

医師の免許証は誰が責任を持つかというのは、医師会がやるべきだというわけです。役所ではなく、医師会が自発的にやるということです。

医師会の今年の新春号には、横倉先生と私で新春対談をしました。その中でこの話をしたら、「鹿児島県では、97%のお医者さんが医師会に入っている」ということでした。日本医師会がやろうと言っても、「政治的な思惑があるのではないかと、メディアが書きますから、まずは鹿児島県のように、自治体単位で「みんな入りましょう」というようにしていけばいいわけです。

そうすれば、常にカードを持っていて、「生涯

教育は何単位取っていますよ」と証明するようになるればいいのです。

医師会を独立した法人格に

国家試験とか医師免許のあり方も、もっと医師会がコミットしたほうがいいと思います。医師会というか、医師のコミュニティそのものです。

それから、教育、研修、「専門医」制度のあり方もそうですが、日本は、大目標、ビジョンを共有せず、すぐに各論に分離します。日本人の悪いくせです。

だから医師会は独立した法人格になろう、ということ。弁護士会は、役所とは全く関係なく独立しています。医師もそうなるのは当然思っていて、それを横倉先生にも申し上げているところです。

2 番目は、医師の働き方、数、分布、労働基準法などいろいろあります。

「働き過ぎているから、だめだ」ということを、労働基準局が言うから、聖路加国際病院は、土曜日には外来はやらないことになったこともある。

どうしたらいいかということについて、医師会のほうが、「どうあるべきだ」という話をすべきで、医学会の話ではありません。

それから、最近の改定では、横倉先生のお力添えもありましたが、政府としては、かかりつけ医を中心にしていこうという方向に動いていますが、当然のことです。

かかりつけ医がいなくて、セカンドオピニオンは誰が判断するのか。かかりつけ医のお医者さんがいるから、「専門医ではこうなったのですが、どうしましょう」ということがわかるわけです。「かかりつけ医を持って、それから、病院に行きましょう」ということです。

医療機関をオープンシステムに

病院はオープンシステムで、開業医の先生も一緒になって、外来診療ということも大事です。「若い人たちは、主に入院の患者さんに対応する」という話を、私が座長をしていた第2次の医療計画から、「地域の中心的な病院は、国立か日赤かもしれないが、オープンシステムに」ということを言っていました。全く進みません。病院には公立か私立かとかいろいろあります。そういう意味では、医師会病院が一時試みられましたが、これも悪くないシステムと思います。誰が主体になって病院を経営するかということです。

それから、医師人、医療職の連携で、今日、配布した資料の厚労省の「戦略研究の成果を踏まえて」というのは、15年前に、中谷比呂樹さんが厚生科学課長のときに、プロトコルを決めて、戦略的に臨床研究をするプログラムを始めました。この10年ほどで8つの疾患で行った研究は、非常によかったと思っています。学会と医師会が一緒になって参加したことです。

そして、いろいろな自治体と組んで、1つはコントロール、1つは介入するというのもやりま

した。その間に、そういうマインドのお医者さんが増えたことと、大学と学会と自治体と医師会と一緒にやるという政策も実行したのです。

それから、もう1つは、データサイエンスがどんどん進んできたので、最後にはビッグデータでまとめました。

そういうことで10数年の研究が終わったわけですが、医師人、医療職、自治体の連携ということで、戦略研究の中で、そういうマインドの臨床研究をするお医者さんが増えてきて、実際にやってみて、行政からも高く評価されています。

そして、将来の医師には、デジタルテクノロジーのインパクトがあります。ということは、恐らく、ある種のお医者さんは要らなくなると思います。例えば、お医者さんもお年を取ってくると認知症になる可能性もありますから、それをどうするかという課題もある。

最近の自動車事故では、お年寄りが原因という場合が多くなってきましたが、それをどうするか。高齢社会ですから、医師も認知症という場合もあるかと思っています。

医療人、医療食の連携を確立する

そこで、21世紀の保健・医療制度についてです（図表18）。

「ヘルスケアの21世紀」ということで、デジタル革命とデータ科学を使って、透明性を持ちながら、どうやってデータを共有していくかという問題があります。

個人のデータもそうですが、病院などのデータは、個人のデータですから、患者さんが決めることがすごく大事で、カリフォルニアのカイザー病院系などはよく対応しています。

カイザーの病院というのは、全部のデータが一緒になっていて、患者さんがパスワードを持っています。「どういう薬を飲んでいますか」と聞くと、患者さんが自分のパスワードを教えてくれて、その内容を見れば、すぐ分かる。CTなどの大きなデータも、カイザーの病院であれば、どこでも見れます。患者さんが「見てもいい」と言うかどうか

■ 図表 18

21世紀の保健・医療制度 Healthcare of 21st Century - デジタル革命・データ科学 Exponential digital technology, 透明性 Transparency, 個人のデータ Ownership -

1. Prevention and Community and Ownership 予防、社会、自分
2. Access アクセス
かかりつけ医 home doctor →
病院 Hospital & Hospitalists →
オープンシステム Open system
3. Quality 医療の質; Certification and Recertification
家元制 Hierarchical to Independent & professional
4. Cost 費用; choices 選択肢
5. End of Life and Terminal Care 終末期医療
Living Will, DNR, Euthanasia,,, 遺言、安楽死など

かだけの話です。

そしてアクセスは、かかりつけ医から病院へということ。そして、病院では、オープンシステムで対応している先生も、そこで、週に1回でも2回でもいいので、パートで外来を担当したりして、みんなが集まって、24時間複数のお医者さんがいれば、間違いも少なくなるということ。

こういう事例を地域で作ろうということ。

これまでの日本人の常識を超える組織改革を

医療の質についても、医学会ではなく医師会がルールを議論していくべきだと思います。

そして、大学は「家元制」のようになっていますが、2週間前にも日経新聞（1月15日朝刊）に書きました。日本の研究のアウトプットが減ってきたのは明らかです。「お医者さんはみんな医学博士にならないといけないのか」という課題に

も触れています。

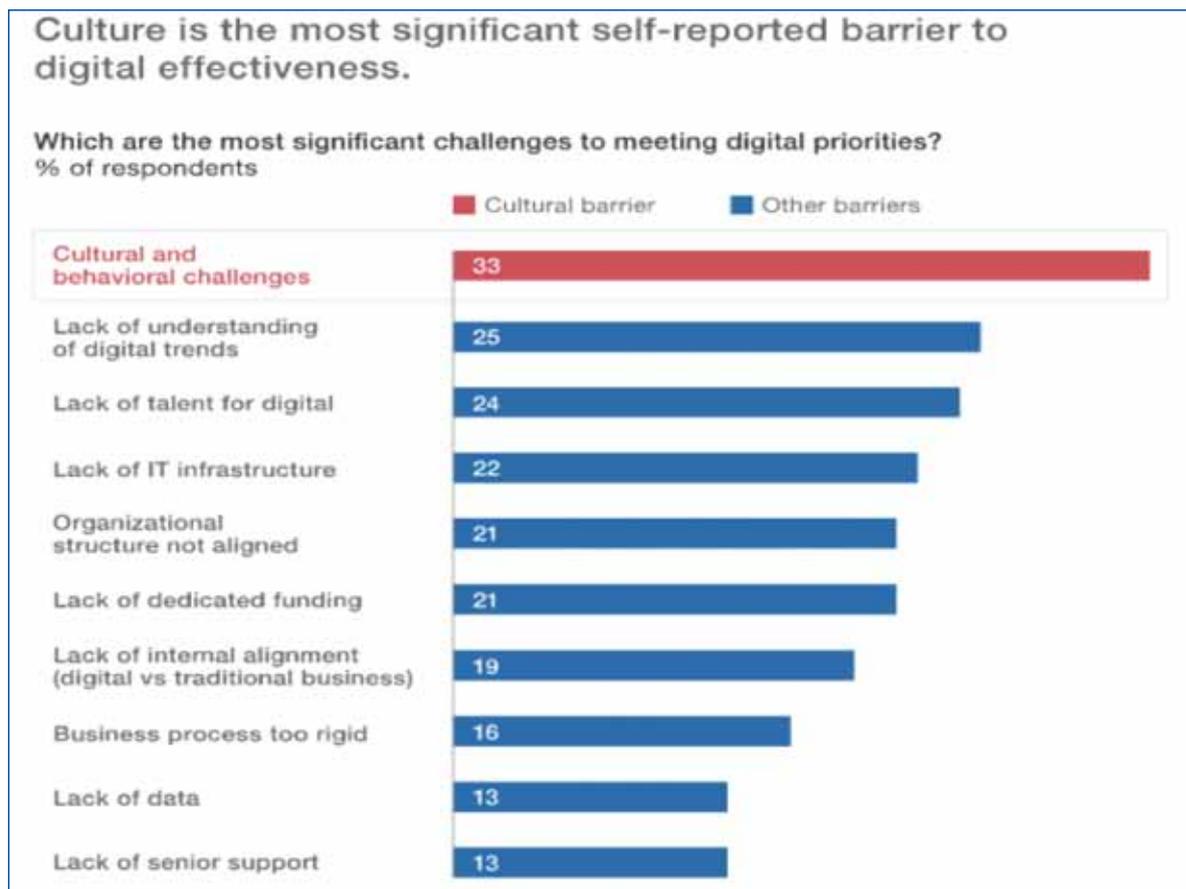
あと、終末期医療はすごく大事で、何かあると、メディアがまた取り上げるといこともあります。しかし、安楽死の話についても、医師会でも国民といろいろな議論をするということが重要と考えます。

そういう意味では、医師会が1つの自律した組織として存在するようにしていくべきだと思っています。

もちろん、いろいろな利益関係者があって、なかなか難しいのですが、最近のマッキンゼーのレポートですと、デジタルの時代になった時、組織としての対応の難しい理由は何かという、今までのカルチャーとか、「いままでの常識」が一番難しい要因だ、と報告されています（図表 19）。

日本の場合、例えば、三菱銀行に入った人は住友銀行に移れますか？日立のエンジニアがパナソニックに移れますか？文科省のキャリアが経産省に移れますか？それは無理というのが、日本人の常識ですが、そういう部分をどうやって越える

■ 図表 19



かということがすごく大事です。これが常識だ、という国が他にありますか？

外へとマインドを変える

もう1つ、グローバルヘルスについて一言コメントします。

私に関わってちょうど5年目のGHIT（グローバル・ヘルス・イノベーション・テクノロジー）の件です。日本の製薬企業には、シードになりうる化合物が沢山ある。しかし、それらを多くの熱帯病やマラリアなどの開発に向けるのはなかなか難しい。そこで日本の政府が50億、ゲイツ財団が25億、日本の6つの製薬企業が25億出して100億円のファンドを作りました（図表20）。これに英国のウェルカム・トラストも参加しました。

GHITは4年で、何と40以上のシードが見つかって開発のパイプラインに乗せることができ、すでに6つの臨床治験がアフリカと南米で行なわ

れています。

同じようなPDP（Product Development Program）が、図表20に示すようにゲイツ財団の主導などでいくつかあります。今まで日本政府の資金も多く寄与していますが、その他に日本の企業や技術やシードの参加は極めて限られています。

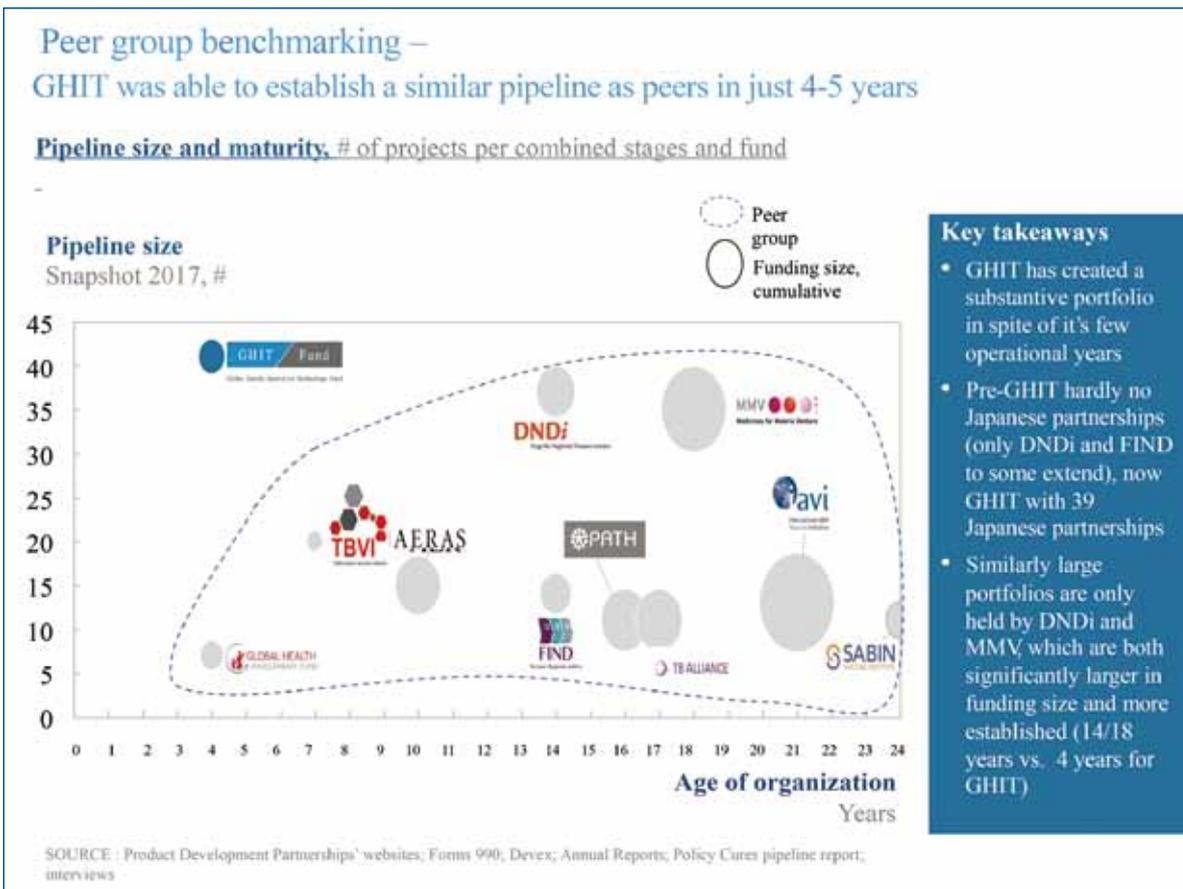
これらのGHITのシードと開発への4年間で実績には、ゲイツ氏もすごく喜んでいるということです。私も理事長をやらせてもらって、非常によかったなと思っています。外へ外へと私たち自身のマインドを向けるということがすごく大事なのです。

ここで私の話を終わりたいと思います。

マイケル・マーモットさんは昔からの僚友で、今日お会いでき、こんな楽しい機会を与えてくださった横倉先生と日本医師会にお礼を申し上げます。

先が見えない世界で私たちは何をするのかという大きな枠組みで、皆さんと大きなビジョンを共

■ 図表 20



有しながら各論を議論することが大事だと思って

います。ご清聴ありがとうございました。

パネルディスカッション

国際社会と医療政策

パネリスト



國井 修

(世界エイズ・結核・マラリア対策基金戦略・投資・効果局長)



Sir Michael Marmot

(元世界医師会会長)



黒川 清

(日本医療政策機構代表理事)



横倉 義武

(日本医師会会長・世界医師会会長)



座長

渋谷 健司

(東京大学大学院医学系研究科国際保健政策学教室教授)

演者紹介

石川 それでは、ただいまからパネルディスカッションを行います。

座長は、渋谷健司先生にお願いいたします。まず、渋谷先生の略歴をご紹介します。

先生は、1991年に東京大学医学部医学科をご卒業後、帝京大学医学部附属市原病院の麻酔科に研修医として勤務されました。

1993年、東京大学医学部附属病院産婦人科を経て、ハーバード大学リサーチフェローに就かれ、1999年に、ハーバード大学より公衆衛生学博士号を取得されました。

ご帰国後、帝京大学医学部産婦人科の助手と、公衆衛生学講師を経て、2001年から、世界保健機関（WHO）に勤務されました。

WHOでは、保健政策のエビデンスのための世界プログラムのシニアサイエンティスト、次いで、評価保健情報システム及び保健統計エビデンスのコーディネーターを務められました。

WHOにおける7年弱の勤務を終えてご帰国後、2008年に、東京大学大学院医学系研究科国際保健政策学教室教授に就任されました。

2012年には、医療領域の課題解決に取り組む政策シンクタンクである、一般社団法人JIGHの代表理事に、2017年には、国立国際医療研究セ

ンター・グローバルヘルス政策研究センターのセンター長に就任されました。

グローバル・バーデン・オブ・ディジーズ2010の研究コアメンバー、WHOの保健統計専門家委員や、ランセット特別号の組織委員なども歴任されています。

なお、時間の都合で、会場の皆さまからの質問をお受けすることができませんので、あらかじめご了承ください。よろしくお願いいたします。

それでは、渋谷先生に進行をお任せします。よろしくお願いいたします。

パネルディスカッション

渋谷 石川先生、ありがとうございました。

皆さま、こんにちは。東京大学の渋谷でございます。

前半は、今回の医療政策シンポジウムのテーマである「国際社会と医療政策」ということで、國井先生からは、グローバルヘルスのお話、マイケル・マーモット先生からは、健康格差のお話、そして、黒川先生からは、それを超越した、非常に大きなお話をいただきました。

後半は、「国際社会と医療政策」というテーマで、パネルディスカッションをしようと思っております。



■ 石川 広己（日本医師会常任理事）



■ 渋谷 健司（東京大学大学院医学系研究科国際保健政策学教室教授）

そして、テーマを3つに分けて、1つ目のテーマとしては、最初の國井先生のお話の中で、グローバルに日本がどのように貢献していったらいいかというお話がありましたが、なぜ改めて、グローバルヘルスに日本は貢献すべきなのかということ伺いたと思います。

黒川先生からもお話がありましたが、国際社会を見渡しますと、イギリスはEUを離脱し、トランプ政権下のアメリカは、非常に内向きになっています。

その一方で、中国は、「一带一路」政策などを通して、国際社会や保健医療への関与を非常に強めています。

日本を取り巻くそうした国際環境というものが激動し、従来の世界の枠組みが激変する中で、日本はどのようにグローバルヘルスに関与すべきでしょうか。

まず、その辺について、マイケル・マーモット教授と黒川先生に伺いたと思います。

では、マーモット教授、いかがでしょうか。イギリスもブレグジット（Brexit）でEUを離脱するなど、非常に大きな変化がある中で、日本は、どのようにグローバルヘルスに関与すべきだと思われるでしょうか。

ビッグプレイヤーの1つとしての日本の重要な役割

マーモット 2つの形でお答えしたいと思います。

まず第1に、國井先生の講演にありましたとおり、イギリスというのは、貢献の度合いということでは、グローバルヘルスに対して、第2位というところでもあります。

私自身は、自分の国の政府をよく批判しますが、1つだけ誇りに思えるのは、海外への開発支援ということで、多額の支援をしているということです。

一方、そういう意味で言うと、日本はまだまだあまりランキングは高くないと言いますか、できることがたくさん残っていると思っております。

その件に関しては、同僚のお2人もおっしゃってくださったとおりです。

それから、もう少し広い視野でもお話をしたいと思います。

世界における大きな課題として、グローバルヘルスに影響を与えるものが2つあります。これは、気候変動と不平等の拡大です。

そして、それに対抗するためには、ビッグプレイヤーが協力しなければいけない、スモールプレイヤーも協力しなければいけないわけですが、日本は、ビッグプレイヤーの1つです。

それで、私が最近聞いた話ですが、歴史学者の方がこんなことを言っていました。

「歴史を振り返ってみると、格差が広がる、不平等が広がるという状況に対しては、4つの反応があり得る。戦争、革命、危機、国家が破たんする」ということです。

この4つとも非常に恐ろしいことでありまして、何か他の方法を考えなければいけないと思います。そのためには、やはり、重要な国々が手を取り合って、協力するということが、この4つの選択肢よりもよいと思います。疫病、戦争、国家の破たんよりもよいと思います。

気候変動に関しては、グローバルでしか対応しようがありません。つまり、個別の国、プレイヤーとしては対応しきれないわけです。

したがって、海外の発展を支援するということが



■ Sir Michael Marmot (元世界医師会会長)

では、このような気候変動とか格差ということに関しては、日本は重要な役割を果たす可能性があるかと、私は思っています。

渋谷 ありがとうございます。

例えば、気候変動などでは、日本を含め、国際社会の協調ということが、ますます重要になるというお話をいただきました。

それでは、黒川先生はいかがでしょう。黒川先生のブログを拝見していると、世界中を飛び回っておられるという印象がありますが、先生は皮膚感覚で世界の変化を感じ取っておられると思います。

そうした中で、日本は内向きであるというお話を、先ほどされていましたが、今後どのようにグローバルヘルスに関与していけばいいかというお話をいただければと思います。

独立した人間として、外から日本を客観的に見る必要がある

黒川 何をするにも、ある程度、時間がかかる。だから、そのぐらいのプランを考えないといけない。だからこそビジョンを共有しているということは、すごく大事なことです。

そうでないと、常に各論に落ちてしまう、何のために医師会があるのかという話を、もう少しみんなまで共有していくことが重要なのに、これが一

般的に欠けていると思います。

そういう意味では、なぜか世界の動きは今までの自分たちの文化とか常識とだんだん合わなくなっているところがあります。私は、日本人の医師としては、家元ではなくて、独立した人間として、日米で相当長くやってきました。そういう人がもっと増えると何が起こるかという、組織ではなく、個人の立場で考える「クセ」がつく、そしてもう1つは、自分のやりたいことに、遭遇する機会が格段に増えます。

「これをやりたかったんだ」ということを、頭で考えるのではなく、実体験から気づくのです。

もう1つは、自分の国は日本だから、「独立した個人」で「外」から日本を見ると、「これはおかしいじゃないか」とか、日本の「よわさ」が見える、ということで、健全な愛国心が出てくるわけです。

だから、渋谷さん、国井さんとか私が、いろいろ発言していることは、「なぜあんなことを言うのだろう」と、思われるかもしれませんが、実を言うと、日本が「外」から見えるからです、気になるからです。ですから、そういう人をもっと増やさないといけない、と考えます。

そういう意味では、政府の審議会などでも、「あの人は変なことを言っている」と思われているけれども、「その人の言っていることは正しい」と、感じる人達もでてきて、今月の終わりには、ついに、自民党の教育部会が、「これから十年先を見据えた教育は何か」ということで、私を招くことになりました。

また、政府の未来投資科学技術イノベーション戦略会議というところにも、私を呼ぶことになっています。

私は変なことを言うのではないかと思われていますが、それが結構正しいということを、みんな感じ始めているのではないかと、これは大事なことだと思います。

そういう意味では、「医師免許の更新などは、ぜひみんな、医師会でやろう」というお話をしていたら、先ほどの話のように、鹿児島県では97%の医師が会員になっているということでは



■ 黒川 清 (日本医療政策機構代表理事)

た。

したがって、そういう意識を持つ医師がどんどん出てくるのが大事です。だから、今、明治維新から150年と言っているけれども、この「事件」は辺境から起こってきたということです。辺境ということは、実は「フロンティア」です。ですから、辺境にいる人こそ、「フロンティア」になるチャンスが多いということを、若い人たちにぜひ認識してもらいたいというのが、私の気持ちです。

渋谷 ありがとうございます。

先ほど、わずか1%達成という時に、実際は50%を達成したと言った人がいるというお話がありましたが、5%も変われば、大きく変わるということも言われています。

國井先生に質問ですが、先生もグローバルヘルスのど真ん中でやっていらっしゃるし、先生のプレゼンの中では、いわゆるグローバルヘルスの領域が、感染症から保健医療制度構築とか、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）に変わってきたということでした。

それから、先進国の援助ではなくて、途上国が自国のリソースを活用しようとか、さらに、持続可能な開発へというように変わってきていることを、我々は学びました。

こうした潮流を踏まえながら、日本は一体何ができるかということ、少しお伺いしたいと思います。

グローバルヘルスに対して日本に期待すること

國井 感染症からUHCと言ったのですが、実は、振り子のように、このグローバルヘルスのトレンドというのはあっちに行ったり、こっちに行ったり行き来しています。

もともとは、途上国で流行していた熱帯病にどう対処するかということで、マラリア対策などをやっていました。それが、もう少しプライマリ・ヘルス・ケアに力を注ぐべきだとして、1978年にグーッと振り子が振れたのですが、疾病対策が弱くなったりしたために、また選択的なものに変

わっていきました。

でもまた「縦型だけじゃまずいよね」ということで、UHCに戻りました。

ただ、日本というのは、そういう極端な欧米の議論を見ながら、結構うまく、「これも大切だけれども、これも大切で、一緒にやっぺいこうよ」とバランスをとることができるのです。

ですから、私は、日本に対しては期待が3つあります。

1つは、実を言うと、2000年以前に、橋本総理が、バーミンガムのG8サミットで、「橋本イニシアチブ」というのを打ち立てました。これは、寄生虫への対策に日本が貢献するものです。

さらに、橋本総理以降、森総理が2000年のG8サミットできちんと誓約し、今まで日本で行われた洞爺湖サミット、伊勢志摩サミットでは、全てグローバルヘルスを取り上げてくれています。

2019年は、G20の議長国ですが、こういう政治的な場で、きちんとグローバルヘルスを強調して、「ヘルスシステムは大切で、縦型と横型をきちんと組み合わせるT字戦略のようなものが重要である」ということを、言い続けることが大切です。

2つ目は、先立つもの、資金です。先ほど言ったように、世界全体で資金は足りないですが、日本はきちんと出してくれています。これは、これ



■ 國井 修（世界エイズ・結核・マラリア対策基金局長）

からも続けてほしいと思います。

3つ目は、やはり日本の技術ですね。結核の新薬というのは、何十年もこの世に出なかったのですが、最近、大塚製薬が「デラマニド」という新薬を作りました。それ以外にも、診断技術についてもいろいろなものが開発されています。

ただ、日本の場合は、マーケット戦略が弱いんです。こんなにいいものを作っているのに、海外での売り込みが下手なんです。だから、これをもっとうまくやってほしいと思います。そして、知的貢献にも力を入れてほしいと思っています。

渋谷 まさに、政治と資金力と技術ということで、どこに行っても大事な3つを言っていただきました。

では、次に、世界医師会長に就任された横倉会長にお伺いしたいのですが、本日いらっしゃるのかかりつけ医の先生方、あるいは一般の方々にとっては、グローバルヘルスというと、遠いアフリカの貧しい人々の話であって、自分にはあまり関係ないのではないかという意見があるかもしれません。

ただ、先進国が途上国に施すとか技術供与するという構図は変わってきていて、日本が途上国などからお互いに学び合うということも、逆に増えていると思います。

そこで、先生から見まして、世界医師会などがグローバルヘルスに関与することで、国内医療政策に役に立つということはあるのでしょうか。もしあれば、具体的なお話を伺えるとありがたいと思っています。

国際保健と地域保健の連携がキーポイント

横倉 今日は、素晴らしい3人のスピーカーから非常にいいお話を聞かせていただきました。ありがとうございました。

先ほどから、「医師会はもっと頑張れ」というお話をいただいています。この会場に300人ぐらいいらっしゃいますが、半分は医師会の先生で、半分は一般の方々だと思っています。

医師会というものを、国民の皆さんから、近く感じていただくようになり、医師会員も「やればできる」という自信をつけたというのは、東日本大震災の被災地のJMATという形で、様々な救援活動を行ったことも、1つの要因としてあります。

渋谷先生から、「海外から学ぶことも多いのではないか」というお話があったように、國井先生をはじめ、いろいろな先生方が厳しい環境の中で医療を行っていらっしゃるということを、通常は日本で経験することはなかったわけですが、大きな災害の時に、我々は初めて経験したわけです。

そういう中で、海外で非常に頑張っておられた先生方が、我々に多くのことを教えてくださいました。こういう災害対応ということでは、国際保健の役割というものが大きかったと思っています。

途上国では当たり前のような、きれいな水がない、トイレも流せない、電気が使えないという状況の中での医療提供ということができたのではないかと思います。

また、本日の講演にも中国の話がたくさんありました。実は、この1月に2回、中国に行ってきましたが、中国は急速に変わりつつあります。

中国は、世界のリーダーとして、いわゆる「一帯一路」という政策を作っていますが、それに伴って、医療についても、一帯一路でアジアからヨー



■ 横倉 義武 (日本医師会会長・世界医師会会長)

ロッパにルートを作っていこうというような活動をしておられるということです。

その時に聞いたことですが、「健康中国 2030」というプランを作られています。これは、日本で作っている「健康日本 21」をよく勉強されて、それをもとに作ったということでした。

ですから、日本のいろいろな医療政策も海外で非常に役に立っていますし、海外での経験がまた、日本でも役に立っているというのが、国際保健と地域保健が連携していくことのキーポイントかなと考えています。

渋谷 非常に具体的な例をありがとうございます。

それでは、2つ目の課題として、今日の主なテーマですが、マーモット教授がずっと関わっていらっしゃる、社会と保健医療の関わりということについて、これからお話をしていただきたいと思います。

日本は諸外国に比べると、社会格差が少ない国だったと思いますが、先ほどのマーモットレビューの中にもありました母子家庭の貧困とか、黒川先生もおっしゃっていました所得の伸び悩みといったものが、非常に多くなって、貧困率も増加しています。

それに伴い、世間一般では、格差の拡大というものの実感が非常に強くなってきていて、社会格差というものが、日々クローズアップされてきていることは、皆さんも承知していることと思います。

さらに、所得などではなくて、マーモット教授のテーマである健康格差というものも、日本の中では少しずつ認識されてきています。

そして健康というのは、個人の自助努力とか、自己責任だけでは達成できなくて、個人を取り巻く環境の重要性については、マーモットレビューの中でも繰り返し言われていて、そうしたものがこれから大事になってきます。

例えば、昨日、フロリダで銃の乱射事件がありました。トランプ大統領は、「メンタルヘルスの問題だ」とおっしゃったと思います。

ただ、銃がある環境で、その犯人においても、

メンタルヘルスになったような、幼少時の環境というのは、この問題は、マーモット教授がおっしゃっているように、個人を取り巻く社会環境というものを注視しないと、根本的な解決にはならないと思っています。

もちろん、そうしたことは分かっていますが、日本の中では、厚労行政、医療行政というものと、健康の社会的決定要因というものを両立させるのは非常に難しいのです。

マーモット教授に伺いたいのですが、1980年代から、まさに健康格差というものが大きな課題となっているイギリスでは、どのようにして、そうした社会的な要因というものが、政策の中に入れ込まれてきたのでしょうか。

そしてまた、世論はそれをどのように受けとめて、対応しているかということ、英国の知見をお示しいただければありがたいと思います。

地方自治体のレベルで受け入れられた『マーモット原則』

マーモット 私は、イギリス政府に招聘されまして、レビューをするように言われました。WHOの社会的な健康の決定要因の研究データに基づいてということです。もちろん、黒川先生もこの委員会に入っていました。

私は、そこで、レビューを作るように言われたわけですが、興味深いことに、労働党政権がそのレビューを依頼しました。

報告した直後に、保守党の連立政権ができて、その後、白書ができました。「政府はマーモットレポートを歓迎する」ということです。そして、健康の不平等を減らすために行動が必要である。それは、医療制度ではなくて、社会的な健康の決定要因に対策が必要だということ、を認めてくれました。

このように、保守党政権は原則としてそういうふうにも認めてくれましたが、必ずやるとは限らないという趣旨もあります。しかし、勇気づけられた点もあります。それは、ローカルレベルでそれが取り入れられてきたということです。

例えば、コベントリー市ですが、そこで宣言をいたしました。`マーモットシティ、と宣言してくれました。

そして、マンチェスター市長ですが、「これは、医療部分の話ではなく、まさに、リーダーシップの、首長レベルの話だ」と言ったのです。

つまり、マンチェスター市長曰く、「マンチェスターにおける改善の方向づけというのは、マーモット原則に基づこう」と言いまして、私を呼んでくれて、講演をさせていただきました。医療担当の長からではなくて、市長が招いてくださったわけです。

これによって、地方自治体のレベルで、私どものメッセージが受け入れられました。英国の政府が今心配しているのは別の話です。ブレグジットが失敗しているということに気を取られて、他のことができない状態で、政府の機能が麻痺しています。

しかし、地方自治体、市町村のレベルにおいて、この原則が受け入れられつつあります。例えば、住宅とか、交通とか、子どもの育児サービスとか、子どもが言った勧告などが取り入れられつつあります。

今の第3の質問のところ、一般の人はどう受けとめているかということですが、これについては、今までは全くうまくやってこられませんでした。一般大衆の教育は全くうまくいきません。啓蒙活動はうまくいっていませんでした。

例えば、一般大衆に、「健康についてどう思いますか」と聞くと、「病院の看護師さんはいい人たちでした。おばあちゃんが入院していた時は、いい看護師さんでした」とか言うのです。あるいは、「病院の予約を取る時はよかった」とか言います。

しかし、住宅、所得、教育とか、近隣社会のことは、全然考えません。つまり、健康というのは、健康だけに限った問題というように見てしまいますので、一般大衆へのいい啓発は促進されていません。

ただ、地方自治体、あるいは市民社会の関与という点ではどうでしょうか。消防士はどうでしょ

うか。私の友人たちが消防士と対話するようにしています。

例えば、実際に人の家に行って、生命を救うために消防隊が頑張りますが、消防隊がどう関わっているか。

つまり、人の命を救ったり、改善したりする。そして、「マーモット原則をもとに、ウエストミッドランドの消防局はやっています」と言っています。

ですから、社会の思わなかった部門において、このような健康の社会的決定要因に関わってくれましたが、今のところ、中央政府のほうは遅れています。

渋谷 ありがとうございます。

黒川先生は、マーモット教授が先ほどおっしゃったように、WHOの健康の社会的決定要因の諮問委員会メンバーをされていましたが、今日いらっしゃっているかかりつけ医の先生方は、医療と社会の接点の最前線にいらっしゃると思います。

今後、我が国において、健康の社会的決定要因というものが、どのように受けとめられて、どのように広がっていったらいいか。

先生のそうした世界的な視点と、日本での医師会との関係も含め、日本の現場で、そうした社会的観点におけるマインドセットというものを、皆さんと共有していくことができるでしょうか。

`黒川シティ、とか作ってもよいのかもしれませんが、何かアイデアがあれば教えてください。

各地区の医師会で、患者さんに向けてのメッセージを待合室に置く

黒川 いろいろありますが、WHOのレポート、「健康の社会的決定要因」の報告書は、非常に厚いものですが、国によって、実現できる政策が違うわけです。

この報告書の提出の直後に、英国政府は、ロンドンにコミッショナー全員を呼んで、いろいろなステークホルダーを500人ぐらいお招きして、一日中ワークショップをやりました。

あのレポートは非常にいいのですが、参加者にとってはどこがいいかわかりにくい。だから、私が皆さんに言ったのは、「この報告書の多くのブルーの枠の内にさっと目を通して、自分たちのところで一番できそうなことを選んでください」と言ったのです。

そういう意味では、できることからまずやっていくことがすごく大事ですが、日本の場合は、役所のタテ割りとか固有の課題があります。

また、今の「2035年」は、非常にいいレポートですが、あれを大臣が受け取っても、政府は何もしないかもしれない。役所が作ったものは何かやっているけれども、それを閣議決定して実行していくわけでもない。

それが問題で、そういうことを皆さんがもっと発言していくことが大事です。医師会の先生方は現場ですごくいろいろやっておられるわけです。ただ、日本医師会から発言すると、メディアが書いて、バイアスがかかることもあり、ある「印象」になってしまうことも多い。

それから、もう1つ、日医総研はいろいろなデータを持っているので、そういうところをうまく使いながら、国民にどう発信していくかということが、大事だと思っています。

そういう意味では、今日言うのを忘れてしまったのですが、**図表1、2**を見てください。世界のシンクタンクのランキングというのがあります。

Domestic Health Policy Think Tank を全部で55機関調べていますが、その中で、今年は私たちのHGPI (Health and Global Policy Institute) が3位に入っていました。信じられないです、10人ぐらいしかいない小さなものですが。

こういう話をしょっちゅう話していることが大事で、政府に陳情する機会が多いですが、むしろ、やらなければいけないことを国民と共有してないと、選挙のときに政治ではいいことが言われますが、普段から言っているのは何なのかということがすごく大事です。

医師の一番の特徴は何だと思いませんか。PRしなくても、患者さんは自分たちの身体が何かおか

しいと思ったら医師のところに来られるという点です。そこには必ず待合室があります。週刊誌とかが置いてありますが、そこに、医師会がやりたいことというのをいくつか書いておいたほうがいいと思います。

坪井先生のときから、私はずっと「わかるように書いて、待合室に置いておく」と言っていました。しかし、「わかるように書きました」と持ってこられたものを見ると、「私でもわからないよ」ということも多い。老若男女が来ているわけだから、言いたいことをたくさん書かないで、2つか3つぐらいを書いて、待っている間に見られるようにしてほしいのです。

それぞれの医師会、あるいは全体としてやりたいことを、2つか3つ書いて、そういうことをくり返していると、それが選挙の時にも効いてくるということがある。時間がかかりますが、ぜひやってもらいたいと思います。

それで、日本のグローバルヘルスの変なところは、他の国では、GDPの何%をグローバルヘルスにコミットするというやり方をしますが、日本の場合は、各省庁が別々にやるわけです。これもまたよくないです。

そういう政治のやり方、政策の通し方、特にこれからは、各地区の医師会で、そういう共有のメッセージを待合室に置いておくということが、大事なことだと思っています。

渋谷 ありがとうございます。

グローバルヘルスの分野でも、アドボカシーやブランディングということが、非常に大事だと思います。國井先生から、そうしたアドバイスがあれば教えていただきたいと思います。

社会と健康の接点とか、例えば、医師会がこうしていこうとか、そうしたいろいろなメッセージを、待合室に置いておくというお話がありました。

グローバルヘルスだったら、どういうアドボカシーをメインにしていますか。医師会へのメッセージがあれば、グローバルヘルスでのアドボカシーの経験から、どうしたらそうしたビジョンとかを共有するために効果的なことができるでしょ

■ 図表 1



■ 図表 2



うか。

地域の中で医師が住民との繋がりを持つこと

國井 まず1つは、途上国の保健大臣にはどんな人がなっているかということ、病院長などが結構多いのです。そのため、「何がこの国で必要か」と質問すると、「病院」と答える方が多いのです。

どうしても医療、治療中心に考えてしまうわけですが、そうすると、私が先ほど言ったように、底辺の人たちや僻地の人たちに届かないことが多いのです。

そこで、横倉会長にお願いしたいのは、地域医療やプライマリ・ヘルスケアの重要性を広めて欲しいということです。

日本で結核が激減した要因の一つは、医師会の先生方が地域と一緒に協力しながらやってきたことです。政治と行政と、そして、地方行政と、それから、医師が1つのリーダーになりながら、地域の保健師さんなどと一緒に結核対策に取り組んだということで、医師会も1つのハブになっていたと思います。

そこで、こういう日本の歴史をもう一度途上国の医師会に見ていただきたいと思っています。

実は、今年の国連総会のハイレベルフォーラムに、結核が議題として登場します。

日本の別所浩郎国連特命全権大使が共同議長なので、日本の結核の歴史が、世界の途上国のために役立つことをPRできるチャンスです。

ただ単に「日本はこうやりました」ではなくて、「なぜ成功したのか」を伝える必要があります。結核対策で鍵となる地域活動がどのようなもので、医師がどのような役割を演じたために成功したのか。きちんとした分析に基づいて途上国の医師会の努力を促して欲しいです。

渋谷 ありがとうございます。

健康と社会という話をしましたが、その社会的決定要因の中には、例えば、自然に健康になる街づくりという観点からすると、医師会には、やはり、受動喫煙防止法案というものを、今一度進め

てもらいたいと、個人的には思っています。

それでは、3つ目のテーマに移ります。

今日の内容は「国際社会と医療政策」という話でしたが、本日の主催者である医師会に関する話題に変えたいと思います。

ご案内のように、各国の医師会は、まさに、専門家集団として、医療の活動を進めるとともに、政治的なロビー団体としての機能も持っております。各国の医師会というのは、国内政策に関与してきたと思います。

他方、グローバルヘルスを見ると、國井先生のお話のような世界基金、あるいはWHOというのは、どちらかということ、公的枠組みがメインなわけでありませぬ。

しかし、世界医師会の総会に行きますと、最近では、例えば、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジとか、抗菌剤耐性、あるいはマーモット会長の時代には、健康の社会的決定要因というように、WHOで話されているようなことが、世界医師会でも話されているという時代になってきています。

そこで、マーモット教授と横倉会長にお伺いしたいと思います。

各国の医師会はなぜグローバルヘルスに関わる必要があるのでしょうか。そして、医師会としては、どういうことを政策的に強調すべきなのでしょうか。

特に、医師会と厚労省とでは視点が違うと思いますので、医師会ならではの政策にはどういうものがあるかということをお2人からお伺いしたいと思います。

まず、マーモット教授からお願いいたします。

医師会は健康の社会的決定要因に関して推進していく立場に

マーモット そうですね。必要ということではないかと思えます。つまり、必ずしも、日本医師会とか世界医師会がグローバルヘルスに関わる必要性はないかもしれませんが、関わるのが望ましいということなのです。

なぜ望ましいかという、我々は、医師、専門家として、健康のリーダーであるからです。つまり、政治家に新しいアイデアを求めることはできないですし、あるいは、政治家に危険なアイデアを求めることもできないわけです。

例えば、危険なアイデアが欲しかったら、黒川先生のところに行かないと出てこないわけですね。よいアイデア、危険なアイデアの両方があると思いますが、それを政治家に求めることはできません。そして、医師会というのは、明らかな役割があると思います。

さて、日本は、非常に強力でよい歴史を持っています。政府と他のセクターの間の協力体制が整っていて、歴史を振り返ってみても、他の国に比べて、よい歴史があったと思っています。

例えば、イギリスやスウェーデンにおいては、中央政府というのは、どちらかというと、追従します。リーダーシップをとりません。そして、民間が政府をプッシュして、「こちらに行け」というわけです。

しかし、日本の場合はちょっと状況が違っています。日本の歴史を振り返ると、政府と他のセクターとの協力が良好にできているからです。それは、いろいろな領域で見とれます。

ただ、一般的には、世界医師会、各国医師会、また、医師全般が、道を示してみせる必要がある、これまでとは違うアプローチが必要かを見せることが大切であるということだと思います。

そして、私のアジェンダで言うならば、医師と医師会というものがどのように、健康の社会的決定要因に関わることができるかということを見せなければいけません。

スイスの内科医の方々とお会いして、フランス語の本を送っていただいたのですが、私はフランス語が読めませんでした。そこで、英語の要約をいただいたのですが、この先生方は、医師としての経験、臨床家としての経験をまとめて、例えば、社会的なこういう状況において、このように患者の健康が規定されているということをもとめたわけです。

そして、やはり、健康の社会的決定要因に関し

ては、各国の医師会が、それを推進していく立場にあると思いますので、非常に重要な役割だと思います。

ですから、必要ではないとしても、やはり、医師会が関わるということは、非常に望ましいと思います。

世界医師会の役割と日本医師会の役割について

横倉 世界医師会の役割としては、私は、大きく2つあると思っています。

1つは、医療倫理や生命倫理に関して、人類として共通の課題に対する、1つの方針を作っていくということがあろうと思っています。

終末期の医療の問題が非常に大きな課題の1つになっていて、アジアの考え、ヨーロッパの考え、アフリカの考え、南米の考えというものを、いろいろな医師会の間で議論していただいているわけです。

日本でも、先日、ある脚本家の方から、「安楽死をもっと簡単にやれるようにして、自分が死ぬ時に楽に死ねるようにしてほしい」という発言がありましたが、本当にそれでいいのか。これが国民的コンセンサスになるのかどうかということがあります。

また、生命というものがどういうふうにならされていくかということを考えて場合、それでいいのかなという思いもあるわけですが、そこに、倫理的な規範というものを作っていくことが重要であると思っています。

もう1つは、社会医学的なものがあります。つまり、今日も様々なお話がありました。医療が危機に瀕しているということもよく言われるわけですし、紛争地域でのいろいろな問題があります。その中で、生命をいかに維持していくかということも重要な問題です。

國井先生の冒頭の写真は、非常に鮮烈な印象を皆さんがお受けになったと思いますが、今でも世界のどこかでああいうことが起きているわけです。

それに対して、我々は、医師の専門職として何ができるかということ、常に考えていく必要があると思っています。

世界中のいろいろな課題について、医師会という組織が関わっていくということが、非常に重要であると思います。

そして、国内的に言えば、黒川先生が終わりのほうで、「全ての医師が医師会に結集せよ」というお話がありました。確かに、臨床に携わる医師がみんな、その地区で顔の見える関係を作っていくということは、非常に重要だろうと思っています。

ですので、日本医師会の取り組みとしては、ここに1枚のカードがありますが、「医師資格証」というもので、これによって医師であるという証明をしようということです。

それと同時に、これを医師免許証の替わりとして認めるという通知をやっと国が出しました。これも1つの大きな進歩だったなと思っています。

そして、この裏には、ICチップが入っています。これによって、今後、ICTの機械を通じて、医療と介護の連携を行う時に、いろいろな個人情報ばらばらに飛んでいってしまうと大変なことになるので、医師にだけ分かるような情報を、このICチップを利用し、医師であるという証明に使えるのではないかと考えています。

こういうものを通じて、全ての医師が医師会に結集する、1つのツールとしても考えられるのではないかと考えています。

渋谷 ありがとうございます。

私はそれを持っていないので、手に入れたいなと思いました。

それでは、またマーモット教授にお伺いいたします。

英国医師会というのは、政治的にも社会的にも学術的にも、大きなインパクトを出されています。

例えば、英国医師会雑誌の「ブリティッシュ・メディカル・ジャーナル」というのは、非常に高いインパクトを持つジャーナルですが、どのようにして、そのようなキャパシティを保っているのか。

そして、医療政策においては、英国医師会というのは、どのような関与、活動をしておられるのかということ、簡単に教えていただけるでしょうか。

マスコミの注目度が大きく影響する英国医師会の意見

マーモット これは、正しくないかもしれませんが、過去には、政府が医療で何かやりたければ、質問をまず投げかけてきます。医師会の声を聞いてきました。

しかし、今は、何かやりたくないときには、医師会の意見を聞かないです。日本もそうかもしれません。

ただ、興味深いことは、例えば、英国医師会がマスコミに注目されているかどうかです。公衆衛生に関する問題、喫煙とかアルコールとか、交通事故、暴力、さらに、先ほどの健康の社会的決定要因とかの場合には、非常に取り上げられます。しかし、医師の支払い条件などについては、マスコミは全く取り上げません。

つまり、英国医師会のプレゼンスというのは、国民の健康に関わる時に取り上げられますが、組織に関するような場合は取り上げられません。

例えば、冬には、ベッド危機ということがありました。患者が長い列を作って、治療を受けようとしたのですが、あまりこういうことは聞いてもらえませんでした。公衆衛生問題などでは、我々の声はよく聞いてもらえますし、マスコミで広く取り上げられます。

それから、英国医師会（BMA）と英国医師会雑誌（BMJ）との関係ですが、この雑誌は、BMAの完全子会社の組織です。しかし、独立した編集部があります。

例えば、英国医師会会長とかがBMJの編集長に電話して、「この記事を書いてください」とか、「ダイエットなどの記事を書きなさい」と言ったとしても、その編集長は、非常に英国的な形で、「そんなことは聞きません」というような感じです。

つまり、実際に編集長が辞めてしまうことがあ

るかもしれませんが、編集部の独立性が担保されているのが英国医師会雑誌の特徴で、インパクトの大きな医学誌のようなものです。

ですから、BMAの指示に従うということではないので、BMJがあるということ、BMAは非常に誇りに思っています。編集部の独立性の維持ということこそが大事だと思います。

渋谷 ありがとうございました。

非常に個人的な興味でお伺いしたいのですが、どうしてマーモット教授のような方が、世界医師会会長になれたのでしょうか。学者がなぜなれたのかなと驚きました。大変失礼ながら、健康の社会的決定要因ということで世界医師会会長になれるとは思えません。

診療報酬とか自分の生活はどうなのかと、みんな考えると思うのですが、マーモット教授はなぜなれたのでしょうか。

「健康の社会的決定要因」について多くの国が関心を示した

マーモット 完全にこれはミステリーですね。私の同僚たちが、BMAの会長候補に挙げたいと言ったとき、私はお断りしました。

それは、今おっしゃったような理由からです。

私は忙しいし、もともとは学者で、科学的な論文を主にしてきて、医療の社会的決定要因の話ですから、世界医師会(WMA)の扱う話題と私の扱う分野は違うのではないかと思います。

でも、「プラットフォームはありますよ。すでにグローバルヘルスについて、いろいろな人と話をしているので、ベースはできていますよ」と言われ、最終的に私が候補になりました。

その前に、このような医療の社会的決定要因については、WMAの理事会とかで話していて、他の人も聞いていてくださっていたわけです。

そして、元のアメロカ医師会の会長の方ですが、彼が世界医師会の就任演説をなさったときに、すでに「健康の社会的決定要因」という言葉を使いました。ですから、「私はもう、死んだら天国に行けるな」と思ったぐらいでした。

そのとき、アメリカ医師会の方に「あなたの国の会長さんは健康の社会的決定要因について語られたのですか」と聞きましたところ、「まさにそうだ」と確認してくれました。そこで、私は納得しました。そして、本当に嬉しかったです。

そして、日本医師会、カナダの医師会、トリニダードトバゴの医師会、台湾の医師会というように、全世界の医師会の方たちが、この健康の社会的決定要因という言葉を使うようになりました。



ですから、私自身も驚いたぐらいです。もともとは学者出身の私が世界医師会の会長に立候補したということになったわけですが、やってよかったと思っています。

ところで、私はよく冗談を言っていました。そして、私はいつも、ある仮説を追跡しています。そして、「医師に健康に関心を持たせるという仮説を追及する」と言いました。

ただ、これはなかなかおかしな提案かもしれません。しかし、多くの医師が関心を持ってくれました。そして、社会的決定要因についても関心を持っている医師の仲間がたくさんいることがわかりました。

日本医師会などもそうですが、あちこちから、「ぜひここに来て、講演してください。このテーマに関心があるから講演してください」と言われました。今日のようなことも、その証しだと思います。

渋谷 ありがとうございます。

それでは、最後に、グローバルヘルスに関して、横倉会長にお伺いしたいと思います。

横倉会長は世界医師会長にもご就任になり、世界的な見地から日本医師会を見た場合、今後の国内政策とグローバルヘルス分野における日本医師会の役割は、先ほども少しお話いただきましたが、何だと思われるでしょうか。

短い時間で申しわけないのですが、簡単にお話しいただけますでしょうか。

ユニバーサル・ヘルス・カバレッジの拡大と社会づくりへの貢献

横倉 1つは、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジを、いかに広げていくかということが、大きなポイントになってくると思います。

国内にいますと、国民皆保険ということで、「保険証があれば何とかなるよ」ということがありますが、そうでない国が多いです。日本においても、昭和30年ぐらいまでは、医療にかかるのに大変な苦勞をいたしました。そういう国がまだまだたくさんあるということです。

ですから、そういう国ができるだけ少なくなって、病気をしたときは、みんなが医療を受けられるという国を広げていこうということが、1つの大きな課題であろうと思っています。

もう1つは、生まれてくる子どもたちが、しっかりと育つような社会づくりに、我々はどう貢献できるかということも、大きな課題だと思っています。

そういうことをしっかり訴えて、世界の共感を得ることができるようにしていきたいと思っています。

渋谷 ありがとうございます。

それがまさにグローバルアジェンダとなっていますね。

では、パネリスト全員から、1人1分ずつメッセージをいただきたいと思います。

まず、國井先生からお願いします。

グローバルヘルスに対し、日本の医師が積極的に参加してほしい

國井 グローバルヘルスというのは、教え、学び合うことができますので、先生方にもぜひ参加していただきたいと思っています。

海外に行くと、感染症の問題、災害医療など、様々なことを学べますので、それらを日本の対策につなげることもできます。

そして、近隣の脅威は、日本にも無関係ではありません。実は、北朝鮮では、つい最近までマラリアが年間20万人も発生していましたし、結核罹患率は、世界屈指の高さで大変深刻な課題になっています。

ですから、グローバルに考えるということは、日本の安全保障にも繋がっているということで、先生方にもぜひ参加して一緒に考えていただきたいと思っています。

あとは、日本の知恵と人材をどんどん世界に出して行っていただきたいということです。

よろしくお願いします。

渋谷 ありがとうございます。

それでは、マーモット教授、お願いいたします。

日本医師会が、グローバルヘルスをテーマに会議を開いたことが重要

マーモット 過小評価してはいけないのが、今回の会議の趣旨、意義であります。

日本医師会は、他の国の医師会と同様に、医師の利害を代表する団体ですが、皆さまが、このようなグローバルヘルスに関するテーマの会議をやるうとして、私のような者を呼んで、健康の社会的決定要因について語り合うことができたということは、特別な機会であったと思います。

ですから、ここで大事なメッセージというのは、本当に特別な会議であったということですし、世界で最も重要な医師会の1つの日本医師会が、グローバルヘルスについて、このように大きな会議を開き、世界における日本の役割ということ、テーマに選ばれたことは、本当に素晴らしいことだったと思います。心から祝福申し上げます。

渋谷 ありがとうございます。

では、黒川先生、お願いします。

日本は「ヘルス」というレガシーを大事にすべき

黒川 グローバルヘルスに関して、戦後で一番大きかった世界の政治的イベントの1つは、G8サミットというものを作り出したことです。

1975年に、最初、フランスで始めたわけですが、そして、4年後の79年に、日本が引き受けました。その時、各国の首脳は宣言に初めて、「ヘルス」という言葉が入ったわけですが、日本はそれぐらい、戦後に結核などに対してみんなで頑張ったことなどを、誇りに思っていたわけですが。

それから、エイズが出たりしましたが、2000年の九州・沖縄 G8 サミットで、日本が、「マラリア、結核や HIV (エイズ)」と「ICT」という、2つのテーマを選んだ。これが国井先生の活躍している「グローバルファンド」の始まり、日本のレガシーです。

そして、その次の日本の G8 の 2008 年洞爺湖サミットは、「ヘルスシステムの強化」でした。

そのすぐ後にエボラ出血熱の問題が起こったわけですが。

そういう意味では、G8 において、日本は常に「ヘルス」という視点を出しているというレガシーをもっと大事にすべきだということ、私は言ってきました。

この前の伊勢志摩の時も、レガシーというのは簡単にはできませんから、そのレガシーを大切にすることが大事だということ、エッセーで書きましたが、そういうことを国民の皆さんとも共有しておくのは大切だと思います。

そして、日本は今、高齢社会の最先端国ですが、そんなことは二十、三十年前から分かっていたわけですが、それに対して何かしましたか。「課題先進国」なんて言っていたけれども。

そういう意味では、今の認知症もそうだし、高齢社会のため、経済が停滞して、収入格差がこんなに広がっている時に、「日本は一体何をやるのだろう」と世界みんなが見ています。

そういうことについて、日本はどういう知恵を絞ってくるかということは、すごく大事な課題ですから、ぜひ皆さんとそういうことを広く共有する必要がありますと思います。

そして、グローバルヘルスは、感染症ではなくて、貧困と高齢社会にどう対応するかということ、大きな問題、アジェンダとして作っていくべきだと思っているので、いろいろやっているところですので、よろしくお願いします。

渋谷 ありがとうございます。

それでは、最後に、横倉会長、お願いします。

健康寿命をいかに延ばすかがキーポイント

横倉 今日は、「国際社会と医療政策」ということで、このように素晴らしいスピーカーに参加していただき、お話を伺うことができました。大変ありがとうございました。

黒川先生が今おっしゃいましたとおり、日本は高齢社会のトップランナーですので、世界中の国々が、日本はこれにどう対処するかということ

を見ています。

私は、明るい長寿社会を作るためには何が大事かということで、健康寿命をいかに延ばすかということが、やはり、キーポイントになると思っています。

ですから、健康社会をどうつくり上げていくかということで、国民のみんなが力を合わせようで

はないかというメッセージを、最後にしっかりと、自分自身に言い聞かせているところであります。

本日はありがとうございました。

渋谷 ありがとうございました。

それでは、最後に閉会の挨拶を、中川俊男・日本医師会副会長のほうからいただけますでしょうか。中川先生、よろしくお願いいたします。

閉会挨拶

日本医師会副会長 中川 俊男



本日は、いつも以上に視野が広くて、衝撃的なお話とディスカッションを聞くことができました。

会場の皆さん、長時間にわたり、熱心にご参加

くださりまして、本当にありがとうございました。

最後に、講演、パネリストの先生方に改めて拍手をお願いして、会を閉めたいと思います。ありがとうございました。