

Health Professional Meeting (H20) 2019
Road to Universal Health Coverage

H20 会合報告書

2019年6月13-14日
ヒルトン東京お台場



The banner features the JMA logo on the left and the WMA logo on the right. The central text reads "Health Professional Meeting (H20) 2019" and "Road to Universal Health Coverage". Below this is a stylized cityscape illustration with the word "TOKYO" in large, colorful letters. The "O"s are red and green, and the "K" and "Y" are blue. The cityscape includes various buildings, a red car, and the Tokyo Tower. Below the illustration, the text reads "Physician pre-conference to the G20 Summit 2019 in Japan" and "June 13th & 14th 2019, Hilton Tokyo Odaiba, Tokyo".

Health Professional Meeting (H20) 2019
Road to Universal Health Coverage

Physician pre-conference to the G20 Summit 2019 in Japan
June 13th & 14th 2019, Hilton Tokyo Odaiba, Tokyo



日本医師会
Japan Medical Association

目次

プログラム	1
歓迎の辞	
横倉 義武 日本医師会長、世界医師会前会長	4
Leonid Eidelman 世界医師会長、イスラエル医師会前会長	6
お言葉	
秋篠宮皇嗣妃殿下	7
来賓祝辞	
安倍 晋三 内閣総理大臣（ビデオメッセージ）	8
根本 匠 厚生労働大臣（鈴木 康裕 医務技監 代読）	9
基調講演／座長 Miguel Jorge	10
基調講演1「健康格差と健康の社会的決定要因」 Sir Michael Marmot	11
基調講演2「UHC 実現のために～何が必要か～」 山本 尚子	17
セッション1「UHC を達成する方法についての見解」 座長 Osahon Enabulele	20
セッション2「健康の安全保障と UHC」 座長 神馬 征峰	25
セッション3「UHC とプライマリ・ヘルスケアの政治的側面－医療専門職の役割」 座長 中谷 比呂樹	30
セッション4「UHC に対する責任の共有と個人の義務」 座長 葛西 健	36
講演「日本における UHC の導入と初期における医師及び医師会の対応の歴史」 横倉 義武	
パネルディスカッション	38
「UHC に関する東京宣言」	43

プログラム

Health Professional Meeting (H20) 2019 Road to Universal Health Coverage

第1日目：6月13日（木）13:00 – 17:30

進行：道永 麻里

日本医師会常任理事、世界医師会理事会副議長

歓迎の辞

横倉 義武 日本医師会長、世界医師会前会長
Leonid Eidelman 世界医師会長、イスラエル医師会前会長

お言葉

秋篠宮皇嗣妃殿下

来賓祝辞

安倍 晋三 内閣総理大臣（ビデオメッセージ）
根本 匠 厚生労働大臣（鈴木康裕医務技監代読）

基調講演

座長：Miguel Jorge

世界医師会次期会長、ブラジル医師会理事

基調講演1「健康格差と健康の社会的決定要因」

Sir Michael Marmot
ユニバーシティ・カレッジ・ロンドン疫学教授、世界医師会元会長

基調講演2「UHC 実現のために～何が必要か～」

山本 尚子
世界保健機関（WHO）事務局長補 UHC/ヘルシア・ポピュレーション担当

提言「プライマリ・ヘルスケアチームにおける役割と機能の定義」

Mukesh Haikerwal WMA 元理事会議長、オーストラリア医師会元会長

セッション1：UHC を達成する方法についての見解

座長：Osahon Enabulele

世界医師会社会医学委員会委員長、ナイジェリア医師会元会長

講演1「UHC の達成についての患者の見解」

Ellos Lodzeni 国際患者団体連合理事/マラウイ

講演2「保健人材：UHC の達成に向けた戦略的投資」

Giorgio Cometto WHO 保健人材担当調整官

講演3「UHC 達成のための医師の役割とは何か？ーグローバルファンドと世界の教訓からー」

國井 修
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

講演4「UHC：医師会の見解」

Jacqueline Kitulu ケニア医師会長

講演5「インドにおける UHC」

Ravindra Wankhedkar WMA 財務担当役員、インド医師会前会長

コメント

Oscar D. Tinio フィリピン医師会元会長

Chukwuma Oraegbunam WMA Junior Doctors Network (JDN) 代表/ナイジェリア

Batool Al-wahdani 国際医学生連盟 (IFMSA) 会長/ヨルダン

パネルディスカッション

第2日目：6月14日（金）8:45 – 16:30

進行：道永 麻里

日本医師会常任理事、WMA 理事会副議長

1日目の要約

Otmar Kloiber 世界医師会事務総長

セッション2：健康の安全保障と UHC

座長：神馬 征峰

東京大学大学院医学系研究科国際地域保健学教室教授

講演1「信頼－健康安全保障と UHC－」

戸田 隆夫 独立行政法人 国際協力機構 (JICA) 上級審議役

講演2「赤十字国際委員会 (ICRC) と UHC」

David Maizlish 赤十字国際委員会 (ICRC) 駐日代表代理

講演3「一人の患者も取り残さない UHC の実現にむけて」

Clara van Gulik 国境なき医師団 (MSF) 日本 医療アドバイザー

講演4「医療制度の回復力：タイにおける UHC と健康保障のための基盤」

Walaiporn Patcharanarumol タイ保健省 国際保健政策プログラム部長

討論

セッション3：UHC とプライマリ・ヘルスケアの政治的側面－医療専門職の役割

座長：中谷 比呂樹

WHO 執行理事、慶應義塾大学グローバルリサーチインスティテュート特任教授

講演1「医療専門職が導く成功への道筋」

Walid Ammar レバノン保健省事務局長

講演2「UHC を超えて：保健システムの将来」

渋谷 健司 キングス・カレッジ・ロンドン

ポピュレーション・ヘルス研究所所長

講演3「UHC 実現の政治的意思、厳しい決断、医師の指導力と義務－AMA の経験から」

David Barbe アメリカ医師会元会長

講演4「プライマリ・ヘルスケアはそれ自体が目的か、それとも包括的なヘルスケア包括システムへ向けた一歩か、プライマリケア・チームは誰が主導すべきか？」

Otmar Kloiber 世界医師会事務総長

講演5「UHCを実現させる上で重要なプライマリ・ヘルスケア」

柏倉 美保子 ビル&メリンダ・ゲイツ財団日本代表

講演6「社会的共通資本と医療」

占部 まり 宇沢国際学館代表

コメント

Chaand Nagpaul イギリス医師会議長

討論

セッション4：UHCに対する責任の共有と個人の義務

座長：葛西 健
WHO 西太平洋地域事務局長

講演「日本におけるUHCの導入と初期における医師及び医師会の対応の歴史」

横倉 義武 日本医師会長、世界医師会前会長

指定発言

Teniin Gakuruh WHO アフリカ地域事務局セーシェル事務所代表

指定発言「共同責任と個人の責務」

Frank Ulrich Montgomery 世界医師会理事会議長、ドイツ医師会前会長

パネルディスカッション

横倉 義武

日本医師会長、世界医師会前会長

Frank Ulrich Montgomery

世界医師会理事会議長、ドイツ医師会前会長

鈴木 康裕

厚生労働省医務技監

平林 国彦

ユニセフ東アジア・太平洋地域事務局保健・HIV・AIDS
部長、地域保健事業アドバイザー

戸田 隆夫

独立行政法人 国際協力機構（JICA）上級審議役

Pem Namgyal

WHO 南東アジア地域事務局事業統括部長

Teniin Gakuruh

WHO アフリカ地域事務局セーシェル事務所代表

Yue Liu

WHO 西太平洋地域事務局コーディネーター

「UHCに関する東京宣言」採択

座長：Frank Ulrich Montgomery
世界医師会理事会議長、ドイツ医師会前会長

閉会の辞

横倉 義武

日本医師会長、世界医師会前会長

Leonid Eidelman

世界医師会長、イスラエル医師会前会長

歓迎の辞

横倉 義武 日本医師会長、世界医師会前会長

Health Professional Meeting (H20) 2019の開催に際しまして、主催者を代表してひとことご挨拶申し上げます。

本日は、秋篠宮皇嗣妃殿下のご臨席を仰ぎ、日本医師会が世界医師会と共に関連する多くの皆様のご参加を得て、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ (UHC) の推進をテーマとする本国際会議を開催することは誠に栄誉あることと受け止めております。



グローバル化の進展と共に、ボーダレス化が急速に進む現代において、感染症の蔓延や気候変動、自然災害の発生に備え、国境を超えた医師の結束がますます重要となり、新しい時代に向けた体制作りが必須となっています。

私は、2017年10月、シカゴにおける第68代世界医師会長の就任挨拶で、日本の健康寿命を世界のトップレベルの水準に押し上げた日本のUHCとしての国民皆保険を世界に発信することにより、世界の人々の健康水準の向上、医療の国際貢献に努めたいとの意思表示をいたしました。

日本政府は同年12月、「UHCフォーラム2017」を世界銀行、WHO、UNICEF等と共に東京で開催し、このフォーラムを通じて国連の“leave no one behind”を理念とする「持続可能な開発目標 (SDGs)」に含まれる「UHCの達成」が世界の保健リーダーにより支持され、グローバルムーブメントとなりました。

そのムーブメントを受け、私は世界医師会長としてWHOテドロス事務局長との間で、翌2018年4月、「UHCの推進」と「緊急災害対策の強化」に関する覚書を締結いたしました。そこでは、UHCの実現、特に医師とその専門組織の役割に焦点を当てた概念の理解と積極的な参加の促進、健康の社会的決定要因への取り組みを通じたすべての人の医の倫理の尊重などを主な協力分野として掲げました。

本国際会議はその覚書の実践をグローバルに展開することを目的に開催するもので、世界医師会・加盟各国医師会、日本医師会、WHO本部・地域事務局、関連国際機関、NGO、患者団体、アカデミア、保健当局等の関係者が一堂に会する機会と位置づけ、UHCの推進と加速における具体的な施策および活動に関する実務的な議論を通じて、低中所得国における取り組みに寄与することを期待しております。

また、本国際会議では、UHCの推進における医師の役割を明確にした「UHCに関する東京宣言」を採択し、今月下旬のG20大阪サミットに提言していきます。先に行われたG20財務大臣・中央銀行総裁会議では、UHCの重要性を認識し、財源の確保策を示して保健医療システムを強化し、低中所得国の経済成長を後押しする内容の声明が採択されました。さらに、本年9月には、国連総会においてUHCに関するハイレベル会合が初めて開催されるなど、UHC推進のグローバルムーブメントは、いっそうの高まりを見せています。

本年5月1日に、日本では新天皇陛下が即位され、それに伴い元号が「平成」から「令和」に代わりました。「令和」とは“Beautiful Harmony”という意味であり、日本のみならず世界が求める平和な未来を象徴的に表現しているように思えます。

この会議を通じまして、ご出席されました皆様方のご尽力を得て、“Beautiful Harmony”の下にUHCの推進がいっそう進むことを祈念いたしまして、私のご挨拶とさせていただきます。

歓迎の辞

Leonid Eidelman 世界医師会長、イスラエル医師会前会長

横倉先生、同僚の方々、友人の皆様、こんにちは。ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）達成を目標としたHealth Professional Meeting（H20）2019の企画、そして多くの方々の参加に対して感謝いたします。

横倉先生は世界医師会（WMA）会長の在職中に、この取り組みに対して積極的な働きかけをしてこられました。UHCがヘルスケア部門のすべての人々の協力を通してのみ実現できることは明らかであります。2030年までに、すべての人々のための普遍的なヘルスケアを確実に実現させるために、われわれ医師は何ができるでしょうか。各国医師会の役割とは何でしょうか。医師や医師会が、すべての人々に対する質が高く負担可能な医療を提供できるよう、この会議を通して実行可能な解決策について討論、議論を重ねていきましょう。ここにお集まりの皆様は、この目標の達成にとって重要な存在であり、協力すればその達成が可能であると私は確信しています。



信じられないことですが、世界の人口の半分以上の人たちが、彼らが必要とする重要な医療を受けることができないのです。国連の持続可能な開発目標（SDGs）の目標の項目3は、すべての人々の健康な生活を保障することであり、このことは2030年までにUHCを達成するという非常に高いターゲットを含んでいます。持続的にUHCを維持していくことは世界の政治にとって最重要課題です。

日本の「国民皆保険」制度は、「すべての人々に対するヘルスケア」を意味しており、すべての人々への医療の提供は正しいことであるという象徴的な証拠でもあります。この制度はすぐれたモデルであり、日本医師会の役割は重要です。日本医師会は、患者や第一線で働く医師たちの福祉を守る公衆衛生政策に対してきわめて強い影響を与えています。われわれは、高レベルのヘルスケアを普遍的に推進することに意欲を見せる多くの日本の医師たちを称賛いたします。

WMAは、UHCを発展させるあらゆる方策、すべてのレベルでの、またすべての場における議論と手段を支援いたします。UHCの達成はわれわれの最大の目標のひとつであります。

横倉先生、WMAとWHOとの関係において、特にUHCに関する事項について緊密化を図っていただきありがとうございます。また、貴会と日本政府との建設的な関係の構築は、こうした活動における大いなる助力になるものと思われま。

横倉先生と日本医師会が今後もUHC推進のリーダーとなっただけのものだと確信しております。

お言葉

秋篠宮皇嗣妃殿下

本日、「Health Professional Meeting 2019 ユニバーサル・ヘルス・カバレッジへの道」が開催され、人々の健康のために、たゆみない努力を続けておられる皆さまにお会いできましたことを、大変うれしく思います。そして、海外から参加していらっしゃる皆さまを歓迎いたします。日本でのご滞在が思い出深いものとなりますようお願いしております。

すべての人々が、基本的な保健医療サービスを、必要ときに、適切な費用で受けられるようにするという重要な課題に、世界各地で取り組んでこられた皆さまに、心から敬意を表します。

20世紀の後半、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジの推進は、日本の発展に大きく貢献してきました。しかし、その過程では、困難の克服を目指す長い歴史がありました。

日本では、20世紀の半ばまで、結核罹患率や乳幼児死亡率が高く、人々の健康は厳しい状況にありました。これを改善するため、1951年に結核予防法が制定され、公的機関と民間が連携して、結核の予防や治療のための包括的な対策が実施されてきました。また、すべての妊産婦と子どもの継続的なケアに必要な情報を家族と医療関係者が共有できるよう、母子手帳が広く使われるようになりました。こうしたことをはじめ、国を挙げての努力によって、結核罹患率や乳幼児死亡率は急激に減少し、1961年には国民皆保険が達成され、国民の生活は大きく改善されました。そして、人口が高齢化しつつある今日、日本医師会を含む様々な組織の健康関連の専門家が協力して、すべての人々の健康に向けて活動しています。

この度の会議における講演やパネルディスカッションでは、医師会、世界保健機関、患者団体、NGO など、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジを推進し、支援する方々がお話しになります。会場には、医療の将来を担う若手医師や医学生も参加しています。この2日間は、お互いの知見を共有し、多様な視点から、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジについて話し合い、それぞれの国や地域に合った進め方を考える貴重な機会となることでしょう。会議に参加された皆さまが、今後一層活躍されますことを、期待しております。

皆さまのご尽力が実りあるものとなり、すべての人々が健康で幸せな暮らしを享受できる世界となりますことを心から願い、会議に寄せる言葉といたします。



来賓祝辞

安倍 晋三 内閣総理大臣（ビデオメッセージ）

みなさん、こんにちは。内閣総理大臣の安倍晋三です。横倉日本医師会会長、エイデルマン世界医師会会長、ご列席の皆様、Health Professional Meeting 2019が開催されますことを心からお慶び申し上げます。

日本は、人間の安全保障の観点から、長年にわたりグローバル・ヘルスを重視してきました。とりわけ、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジの推進は、持続可能な開発目標の理念である、「誰一人取り残さない社会」の実現を図る上で不可欠な要素です。

日本は、これまで、2016年のG7伊勢志摩サミットや2017年のUHCフォーラムといった場で、国際社会の議論をリードしてきました。本年のG20大阪サミットでも、グローバル・ヘルスは重要な議題の一つであり、議長国として、各国の首脳と積極的な議論をしていきたいと考えております。

もちろん、このUHCの達成には、政治的なリーダーシップだけでなく、実際の医療提供を担う医師を始めとする医療専門職や、その専門組織の貢献が必要不可欠です。

本会合は、これらの世界の関係者が一同に介し、医師とその専門組織のUHC達成への貢献が議論されると伺っています。こうしたイベントが、我が国がG20議長国を務める本年この日本で開催されたことを大変嬉しく思っております。

横倉日本医師会会長は、2017年から2018年にかけて世界医師会会長を務められました。この間、世界医師会とWHOの協力覚え書きが締結され、その協力関係が強化されるなど、世界医師会の活動が一層発展しました。

今後とも、世界医師会が、エイデルマン会長、また、ジョルジュ次期会長のもとで、より一層の発展を遂げ、世界のUHCの達成に貢献されることを期待いたします。

最後に、ご参加の皆様による精力的な議論が行われ、本会合が成功裏に終わることを祈念いたしまして、私のメッセージとさせていただきます。



来賓祝辞

根本 匠 厚生労働大臣（鈴木 康裕 医務技監 代読）

横倉義武日本医師会会長、Leonid Eidelman世界医師会会長、ご列席の皆様、秋篠宮皇嗣妃殿下のご臨席を仰ぎHealth Professional Meeting 2019が開催されることをお祝い申し上げます。

世界各国・地域の医師会のリーダー、国際機関、学会、その他関係機関の代表者が参加するこの貴重な会合において、ご挨拶をさせていただくことを大変光栄に思います。

本会合のテーマがUHCの推進であることを歓迎いたします。我が国は、長年国際保健を外交上重視しており、その中でも、特にユニバーサル・ヘルス・カバレッジの推進は、「誰一人取り残さない」という持続可能な開発目標（SDGs）の基本原則を達成するために重要な要素です。

本年、我が国はG20議長国を務めております。今月6月28日及び29日に大阪で開催されるサミットでもUHCを含む国際保健は重要な議題の一つですが、このサミットと同時期に、史上初めて、保健大臣と財務大臣が一同に会し、持続可能な保健財政を議論する合同セッションを行います。更に、10月には岡山市で保健大臣会合を開催し、UHCを含めた国際保健の課題の解決に向けた議論を行ってまいります。

我が国のUHCの歴史を振り返ると、日本がまだ発展途上国であった1961年に国民皆保険が達成され、その後の経済成長と社会の安定に大きく貢献しました。超高齢化社会を迎えた今日もその制度が維持されており、将来もこの仕組みを維持していくための努力が続けられています。こうして時代を超えてUHCが維持されてきた背景には、医師をはじめとする医療専門職やその組織の大きな貢献があります。具体的なお話については、プログラムの中で横倉会長からご紹介があるかと思いますが、こうした我が国の経験や、世界の様々な国の経験が本会合で共有されることにより、世界のUHC達成に向けた関係者の取組がより一層加速されることを期待します。

本会合には、世界各国・地域の医師会のリーダーに加えて、WHOをはじめとする国際機関の代表の方々、大学等の学会の関係者の皆様が参加されています。UHCの達成には国際機関による規範設定や、学会関係者による調査研究も非常に重要な役割を果たします。本会合が、医師等の専門職とこうした国際機関、学会関係者の協力を強化する機会となることを期待しております。

最後に、改めて本会合の開催に祝意を表しますとともに、会合が実り多きものとなるよう祈念いたしまして、挨拶とさせていただきます。



基調講演

座長 Miguel Jorge

世界医師会次期会長、ブラジル医師会理事



[基調講演1]

健康格差と健康の社会的決定要因

Sir Michael Marmot

ユニバーシティ・カレッジ・ロンドン疫学教授
世界医師会元会長



健康危機は社会危機である

単なるヘルスケア・カバレッジだけではなく、国民のより良好な健康状態を達成したいと望むならば、われわれは健康の社会的決定要因のために行動を起こす必要がある。

私の著書『The Health Gap (健康格差)』は、「せつかく病気を治した人々を、なぜその病気にした状況に送り返してしまうのか」という一文で始まる。WHOテドロス事務局長が、Healthier Populationsという新しい部署を設けたのはまさにこのためであり、それは、WHOの対象である30億人に関する彼の考え、すなわち、われわれが救急医療のみでなく、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ (UHC) のみでもなく、環境、健康の社会的要因に対する行動を必要としているということを反映している。

私は世界医師会会長であったときに、この行動計画への医師および他の医療専門職の関与に関する指針を整備した。われわれが重視するのは、5つの分野である。

- ・ 教育と訓練
- ・ 患者をより広い視野で見て個人および地域社会と協力すること、
- ・ 雇用者としての保健部門が地域社会に影響を与える保健システム全体を認識すること、
- ・ 他分野と連携すること、そして
- ・ アドボカシーの担い手として医師も看護師も、患者や住民のために声をあげること。

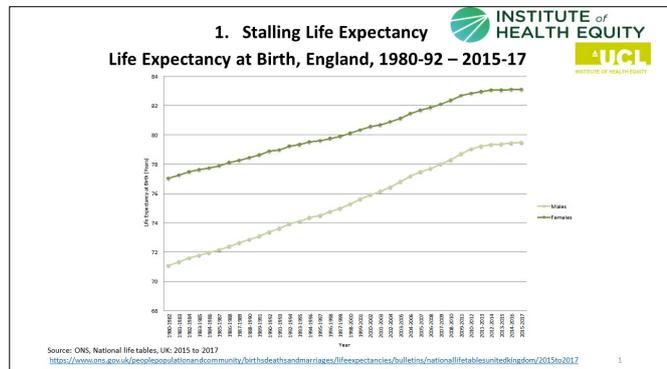


図1

われわれは、健康と健康の公平性に関して様々な国において起こっていることをモニターしてきたが、現状は満足できる状況ではない。平均寿命は、イングランドにおいて、ほとんどの豊かな国と同様に、第一次世界大戦後の1921年以降、4年ごとに1年ほど延びてきた。4年ごとに1年である。これは目を見張るような変化であり、90年間継続してきたが、2011年にその動きが止まった (図1)。男性と女性において、4年につき1年の改善は停滞している。今年のデータを見てみると、イングランドにおいて平均寿命の改善はほぼ停止している。北ア

イルランドでは男性で低下し、スコットランドとウェールズでは男女ともに低下している（図2）。

これは健康危機である。健康は、社会が市民のニーズをどれほど良く満たしているかについて語ってくれているだけに、この健康危機は社会的危機であると言ってもよい。

英国の一地方で健康状態が悪化したのみならず、健康格差も拡大している。図3

が示すように、貧困の十分位群別の平均寿命を見てみよう。豊かでない十分位群で、男性の平均寿命の改善はなく、女性では低下していた。こうして平均寿命の改善は停止し、不平等は広がっている。しかも、いずれの国においても満足のいく状況ではない。

米国では、平均寿命は3年続けて低下している（図4）。不慮の事故による死亡が大きく増加しているが、これには薬物の偶発的過量投与（2016年63,600例の死亡、2017年70,000例の死亡）が含まれる。麻薬危機は、単なる製薬業界側の不正行為だけで説明できるものではない。というのは、これらの死亡例はランダムに分布しておらず、教育年数が少ないほど、死亡率が高いからである。中毒、自殺、およびアルコール、いわゆる絶望死などから来る不平等は、社会的勾配

（Social gradient）に従っており、その勾配はさらに急になっている。

健康格差の拡大を見るために米国をまた例に取り、50歳時での平均余命を収入と生まれた年を十分位群別に見てみたい。1920年に生まれた人々は、1970年には50歳になるが、平均余命には明らかな社会的勾配が見られる。収入が高いほど、平均余命が長い。しかし、30年間にわたって、1920年生まれから1970年生まれの間で、収入の最下位10%群における男性の平均余命はほとんど増加していない。次の10%群では少し増加し、次の10%群でも少し増加した。最も収入が高い群では、平均余命は劇的に増加しており、社会的勾配は急になり、大きな不平等が観察された。

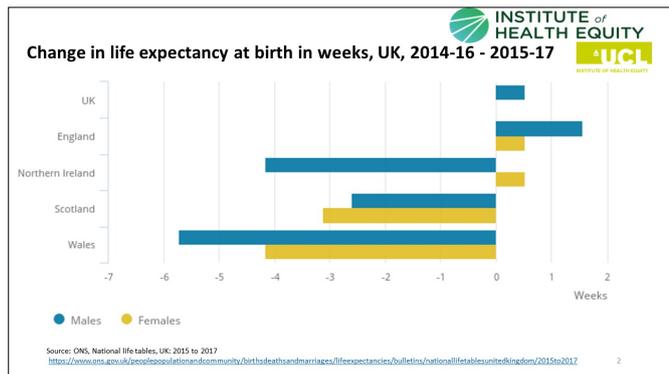


図2

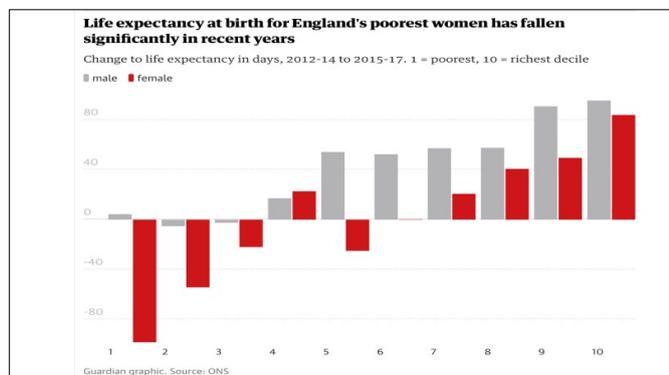


図3

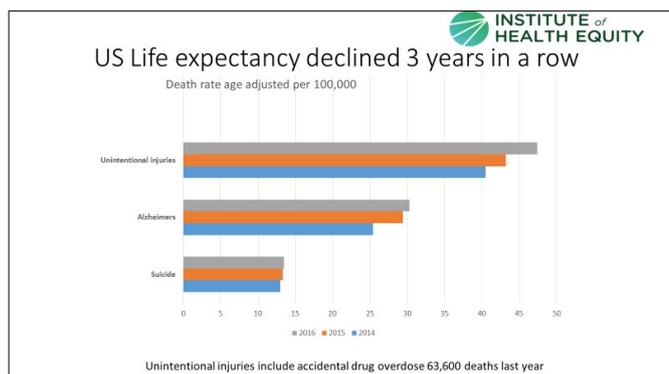


図4

これが男性の場合である。女性においては、平均余命は、収入最下位10%群、次の10%群、3番目の10%群で低下した。女性においては、収入の最下位30%の群において、平均余命が低下した。最も収入が高い群の女性で、平均余命は著しく増加し、不平等は劇的に大きくなった。

健康の社会的決定要因における6つの課題領域での進展

これは健康危機であり、社会危機でもある。われわれに何ができるだろうか？ 私はWHOの健康の社会的決定要因委員会で委員長を務めたことがある。その後、英国政府に招かれ、委員会で作成した国際的レポートの勧告を英国のために「実用化」することを目的として、健康格差に関するイングランド国内調査を行った。また、WHO欧州地域事務局からの要請で、社会的決定要因と健康格差に関するヨーロッパの調査も行った。その国内調査では、UHCに加えて、われわれが行動すべき次の6つの分野があると述べた。

- ・ 幼児の発達、
- ・ 教育と生涯学習、
- ・ 雇用と労働環境、
- ・ 健康的な生活に少なくとも必要な最低所得を誰もが得られること、
- ・ 健康にかつ長く続けて暮らし、仕事もできる場所、そして最後に、
- ・ 予防のために社会的決定要因へのアプローチを行うことである。

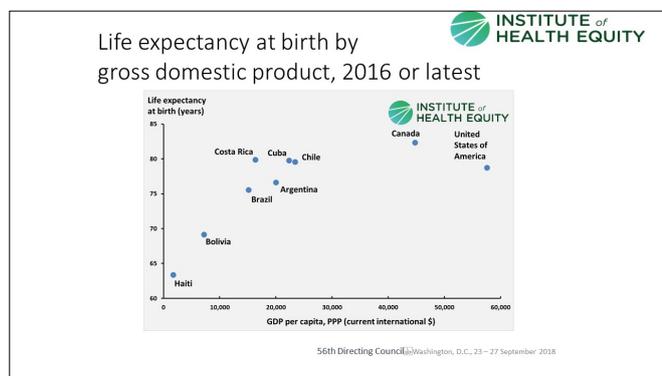


図5

汎アメリカ保健機構（PAHO）の

Commission on Equity and Health Inequalities in the Americas（アメリカ大陸における公平および健康格差に関する委員会）の報告が今年の10月1日に発表される予定であり、その報告書のタイトルを「正しい社会：健康の公平性と尊厳のある命」と称している。この報告書において、われわれは誰もが尊厳のある生活を送れるような策を講じれば、健康が向上し、健康の公平性が強化される、と述べている。

同報告書において、われわれは購買力について調整した「一人あたりの国内総生産」をx軸上にプロットした。y軸は平均寿命である（図5）。貧しい国、例えばハイチでは、所得がボリビアレベルまで大きく増加すれば、平均寿命は向上するようと思われる。もしボリビアがブラジルのような中所得国になれば、平均寿命はさらに向上するだろう。しかし、コスタリカの一人あたり所得が、購買力で調整して約17,000ドルまで到達し、さらに米国の所得60,000ドルまで行き着いたとしても、一人あたりの国民所得と平均寿命の間には関連がなくなる。一旦ある水準に達すると、それ以上国が豊かになっても、健康向上の解決法にはならない。健康の社会的決定要因、そしてUHCにどのように資金を投じるかは大事なことである。

イングランドの調査からの6分野の勧告に戻ろう。すべての子どもに人生最良の始まりの時間を与えるための一つの方法は、子どもの貧困を緩和することである。この分析において、貧

困とは、中位所得の60%未満の所得家庭で暮らすことと定義されている。北欧諸国のデンマーク、アイスランド、ノルウェーでは、子どもの貧困率は各々9%、10%、11%である。韓国では11%である。英国では20%を少し下回る。米国では29%であり、メキシコよりわずかに低いだけである（図6）。

子どもの貧困は完全に回避できる問題である。豊かな国に住んでいる子どもは貧困の中で育つべきではない。北欧諸国と韓国は、貧困率が11%になり得ることを示しているのに、米国では29%である。今年のG20サミットの保健大臣会合では、子どもの貧困について議論するかもしれない。

UHCの資金調達のみでなく、子どもの貧困軽減のためにどのように舵を取るかということは非常に重要である。子どもの貧困対策は、健康の向上と回避できる健康格差の軽減に劇的な影響をもたらすことができる。

UNICEFは、青年期の指標として0~19歳の殺人による死亡率といじめを経験した割合を発表している。そこでは米国は最下位である。香港や日本の平均寿命がなぜ長いのかという問いに対する答えは分からないが、そのために見るべき所は分かる。うまくいっていない米国を見ればよい。小児期と青年期における別の健康指標としては、新生児死亡率、10代の自殺率、11~15歳の子どものメンタルヘルス罹患率、飲酒の割合、および10代の妊娠率がある。米国はここでも最下位近くにいる。

教育と生涯学習の指標として、年齢15歳における読解力、数学および科学に関する標準検査である国際学習到達度調査（PISA）は注目に値する。ヨーロッパではフィンランドが常に最善の結果を示している。最高得点も高いし、社会的勾配も比較的ゆるい。英国はフィンランドよりもすべてのレベルで結果が悪く、勾配も急である。米国の勾配はさらに急である。とりわけ所得の一番下の四分位群にいる人の成績は非常に良くない。マカオでは、成績は非常に良く、格差が少ない。

健康的な生活水準に関して、著しい貧富の格差が米国にはある（図7）。米国人の下位90%が持つ富の総計は全体の27%であり、上位1%の超富裕層が持つ

富の総計は39%と高い。1%の米国人が下にいる90%の米国人よりもずっと多くの富を保有している。これは高くつく。社会的状況におけるこの著しい格差は、著しい健康格差に至る。

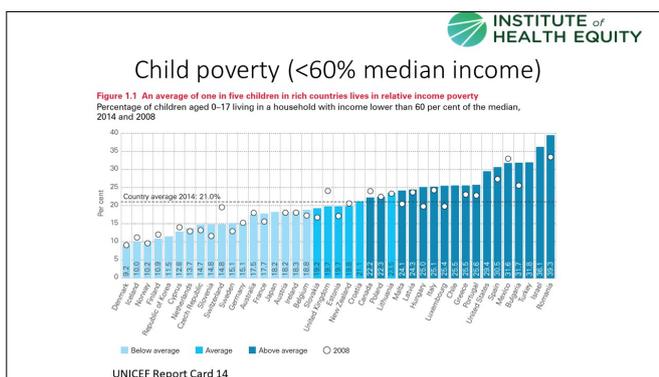


図6

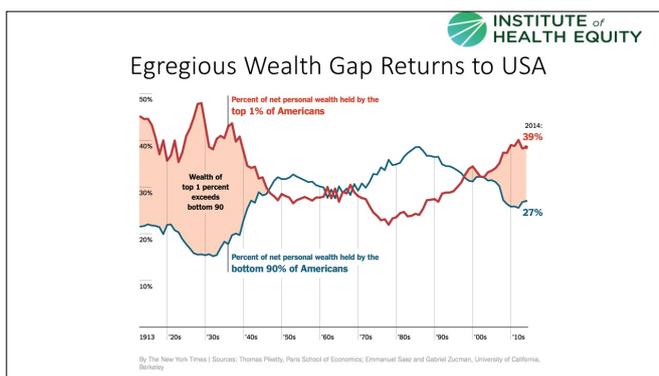


図7

社会的支出を国民総生産（GDP）の%として見てみると、スウェーデンが第一位であり、その後にデンマーク、フィンランド、オーストリアと続く。米国は23位である。一方、保健医療支出は、米国が第一位である。2009年のデータでは、その数値が14%であり、現在は17%以上である。2009年当時、日本の平均寿命は第一位であった。社会的支出と平均寿命との相関は、保健医療費支出と平均寿命との相関よりも強い。

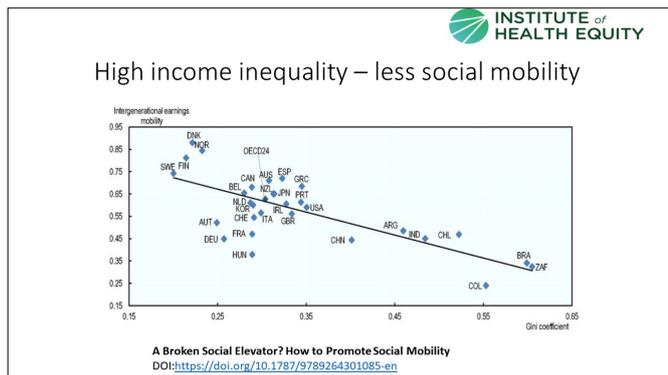


図 8

大きな所得格差が存在すると社会的流動性は少なくなる（図8）。成人した子どもの所得とその親の所得との相関を見ると、Gini係数による格差が大きいほど、社会的流動性が低くなる。Gini係数が小さいということは、格差が小さいということである。そのため、デンマーク、フィンランド、スウェーデンにおいては、親が誰であろうと、あるいは親の収入がどうであろうと、成人した子供は自身の収入にはあまり影響を受けない。しかし、米国は図の中間辺りに位置し、ブラジルは格差の最大端に位置しており、親が誰であるかは非常に重要である。親が裕福であれば、子どもも裕福になる可能性が高い。親が貧しければ、子どもも貧しくなる可能性が高い。北欧諸国はこの社会的流動性の重要性をよく理解している。高所得国の中では、米国の社会的流動性が最も低い。

健康に、そして長く暮らし働ける場所と地域社会について見てみよう。疾病予防の役割とその影響をいかに強化するかについても見てみよう。健康な暮らしを人々に勧めることは大事である。英国には小児肥満をモニタリングするための定期的プログラムがある。貧困レベル別の小児肥満に関するイングランドのデータを見ると、6歳と11歳で明らかな社会的勾配が認められる。貧しい地域に住んでいるほど、肥満の割合が高くなっている。大人の場合であれば、肥満の原因を無責任な行動による自己責任だと批判するかもしれない。しかし、健康的な食事をとらないことについて貧しい子どもを責めることはできない。それは子どもたちのせいではない。それにもかかわらず、小児肥満には著しい社会的勾配が認められる。小児肥満の増加は、多かれ少なかれ、より恵まれた背景を持つ子どもにおいてはなくなっている。しかし、恵まれない背景を持つ子どもにおいては増加し続けている。それが、不平等の拡大として表れている。

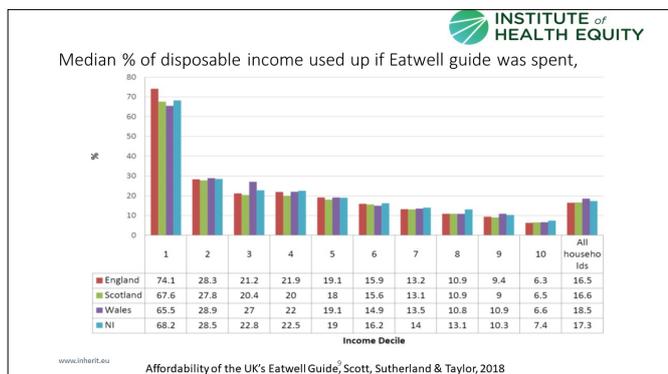


図 9

「健康に良い食べ物を家族に与えよ」とわれわれはよく言っている。ところが、イングランドで世帯収入の底辺10%の人々が健康的な食事のアドバイスに従った場合、世帯収入の74%を食品に費やすことになる。健康的な食品を購入した場合、家賃はどう支払うのか。家賃を支払ったら、住居はどう暖めるのか。住居の問題は食問題でもある。所得の問題は食

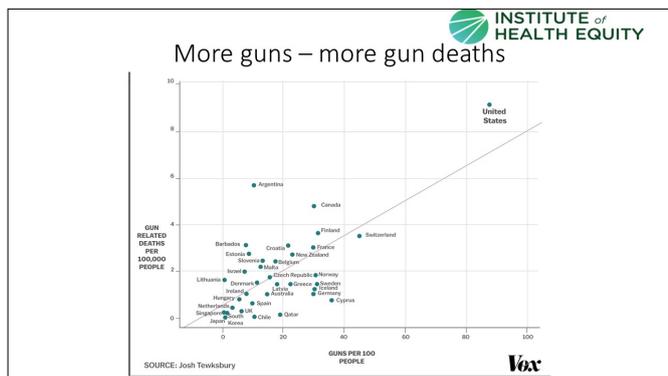


図 10

問題でもある。健康的な食事をするために家計所得の74%を費やさなければならない貧しい人に対して、それをしないからといって責めることはできない（図9）。

米国の話に戻ろう。多くの銃器が周りにあるほど、自殺のために、あるいは他者を殺すために人々はそれらを使う可能性が高くなる（図10）。人々は自殺するために、また他者を殺すために銃を使用する。子どもたちは偶発的な発砲事故に巻き込まれる。健康を改善する方法の一つは、銃器を駆逐することである。

行動しよう、より多く、より優れた方法で

われわれのヨーロッパの調査報告では、社会的発展のレベルが非常に低い国について論じた。そこでは、貧しい国であればこそ健康の社会的決定要因に対して何らかの行動をとるべきであると述べた。発展途上の国であれば、より多く行動すべきである。豊かな国であれば、より優れた方法で行うべきである。誰にでも何かなすべきことがある。行動しよう、より多く、そしてより優れた方法で。

自著を引用することを許してもらえらば、われわれのPAHO Equity Commission報告の最後で、この報告書の核心は、アメリカ大陸におけるすべての人々の権利を保証することであると述べた。日本を含むアジア・太平洋地域においても、尊厳のある生活を送り、到達できる最高水準の健康を享受するために、すべての政府が必要な行動をとるべきである。

[基調講演 2]

UHC 実現のために～何が必要か～

山本 尚子

世界保健機関（WHO）事務局長補

UHC/ヘルシア・ポピュレーション担当



はじめに

2030年までのユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）の実現は、2015年に各国のリーダーが合意した国連の持続可能な開発目標（SDGs）の一つであり、2週間後に大阪で開催されるG20サミットにおいても、重要なテーマである。UHCの実現に向けて何が必要か？私は5つあると思う。

UHC 実現に必要な5つの要件

第一に、政治的リーダーシップである。これまで様々な国際政治・対話の場で、UHC達成の重要性が確認され、コミットがなされてきた。日本も2016年のG7伊勢志摩サミットやTICAD VIなどを通じてこれに貢献している。UHCの実現状況は各国間で差がある。国際舞台でのコミットを自国でのアクションにつなげる必要がある（図1）。

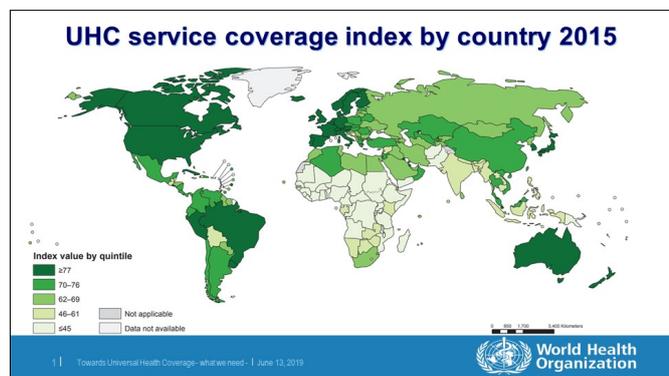


図1

第二に、保健医療分野の資金導入とその効果的活用である。2000年からの政府の保健医療への支出（公的資金）を見ると、先進国以上に中所得国で急激に増加している（図2）。

中所得国では外部資金への依存は限られている（図3）。

政府の保健医療分野の支出が増えると保健医療サービスのカバレッジは良くなる。ただし、同じカバレッジを達成するのに費やしている支出は各国でかなり差がある。効率的な資金の活用が鍵となる（図4）。

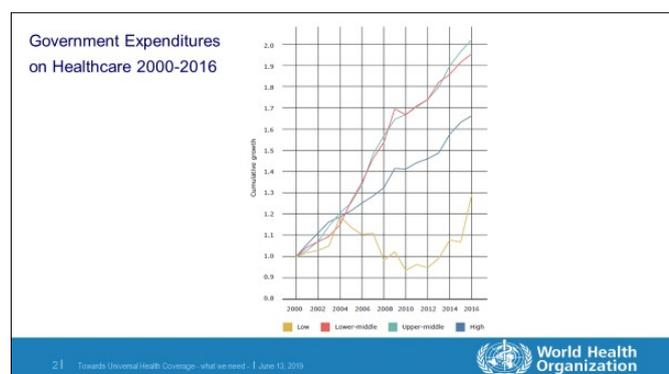


図2

第三に、財源をどこに使うべきか。最

も重要なものは保健人材である。基本的なヘルスサービスを提供するのに、世界で 1800 万人の保健人材の不足が推計されている。一方、医療機関の 40% はきれいな水がなく、40% の医療機関で医療廃棄物が適切に処理されていない。

医療機関の整備、地域偏在の問題、Private セクターと Public セクターの役割、移民の問題、チーム医療のあり方など、各国の取り組みを学びあうことが必要である。

第四に、プライマリ・ヘルスケア (PHC) の重視である。PHC は効率的、効果的であり医療の公平性を高める。アルマ・アタ宣言が出されて 40 年たった昨年、カザフスタンのアスタナで PHC が UHC 実現の核になることが世界中からの参加者によって確認された。

PHC は健康づくりや予防、一次ケア、水や衛生をはじめとした必須の公衆衛生機能であり、コミュニティ・レベルで地域住民の参画のもとに提供されるものである (図 5)。

第五は、革新的な技術の活用である。イノベーションによる効果的で安価な治療薬の開発、エビデンスに基づく保健医療サービスの提供、デジタル・テクノロジーによるアクセスの向上などその可能性は大きい。

医師会に期待すること

終わりに、UHC の実現に向けて、医師会に期待することを述べたい。

第一に、医師会が保健医療分野を超え、環境、教育、食品や栄養分野などの分野へも参加し、人間の健康を重視した取り組みを訴え、支援することが社会を変える大きな力になる。

第二に、医師会にはエビデンスを作り、それに基づく政策立案、実現に尽力する責任がある。

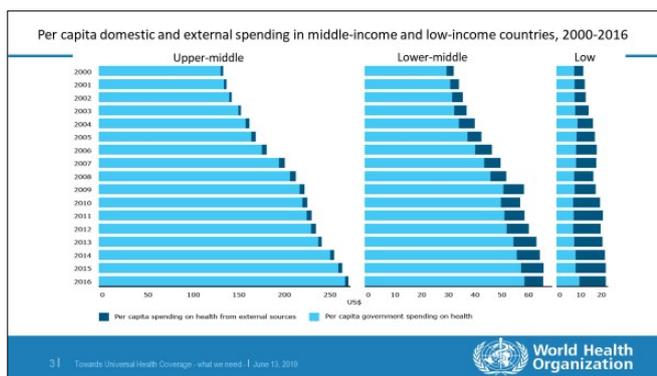


図 3

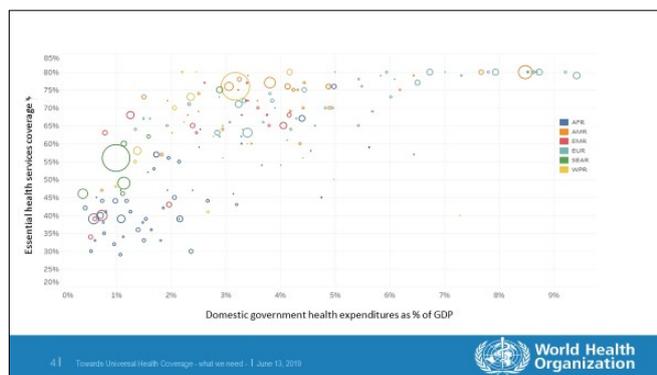


図 4



図 5

第三に、医師は保健医療現場でのチームリーダーとしての役割があり、医師会は各国での人材育成、キャリアパスの構築における役割がある。

第四は、保健医療ケアの質の向上、people-centered care の推進である。患者の安全確保に各国医師会が取り組んでいることに感謝する。

第五は、リハビリテーション、緩和ケア、老年医学、食品安全など、さらなる研究、教育、実践が必要な分野への貢献である。

第六は、新興感染症や災害への対応である。気候変動などの影響で脅威は増大している。

最後に、人々が健康に関する基本的な知識を持ち、健康に暮らせる地域づくりに取り組む環境を作っていくうえで、医師会の先生方の協力、参加が不可欠である。

健康は、人間の権利、社会正義、連帯によるものであり、開発や社会の発展、安全、平和の基礎ともなるものである。この H20 から G20 の世界のリーダーに向けた力強いメッセージが発信されることを期待している。

[提言]

Mukesh Haikerwal

WMA 元理事会議長、オーストラリア医師会元会長

基調講演に続き、Mukesh Haikerwal WMA 元理事会議長、オーストラリア医師会元会長は、さまざまな医療専門職がひとつのユニットとして協働するプライマリケア・チームの役割と機能について述べた。オーストラリアのヘルスケアシステムは、一般診療においてプライマリケアが中心となっていることで、高いパフォーマンスを発揮できている。一般診療において継続的なケアを提供することは重要なことである。さらに、一般診療には予防医療を提供できるという優れた利点がある。しかしながら、その点が医師には十分に認識されていない。ヘルスシステムの課題として、まず予防医療により良い支援を提供し、それをヘルスプロモーションにつなげる必要がある。また、心理的ケアへのアクセスを良くすると一般診療医の負担が減り、診療に集中できるようになる。Dr. Haikerwal は、医師や看護師だけでなく、栄養士、食事療法士、理学療法士等が一つのユニットとして責任を負うことがチームケアを提供するということであり、このようにチームが協力して働くことが患者のケアにとって極めて重要であると強調した。

セッション1

「UHCを達成する方法についての見解」

座長 Osahon Enabulele

WMA社会医学委員会（SMAC）委員長、ナイジェリア医師会元会長



はじめに

世界の人口の推定半数が必須の保健サービスを未だに十分受けられず、約1億人が保健医療の支払いのために極度の貧困に追いやられている（WHOデータ）。Osahon Enabulele WMA社会医学委員会（SMAC）委員長、ナイジェリア医師会元会長は、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）の重要性をこのような背景に照らして強調した。

講演

最初の演者は、Ellos Lodzeni 国際患者団体連合（IAPO）理事（マラウイ）であり、「UHCの達成についての患者の見解」について述べた。脆弱な患者による高額な自己負担費用は、UHCを達成するための大きな足かせとなっている。患者の命は、質の高い手頃な価格で入手可能な必須医薬品や医療用品への公平で普遍的なアクセスを増やすことによるのみ救うことができる。さらに、医療サービス提供の透明性、説明責任、モニタリングをあらゆるレベルで確保するために、患者団体の財政面、技術面の強化が必要であると主張した。そして、利害関係者に対して、患者中心のプ

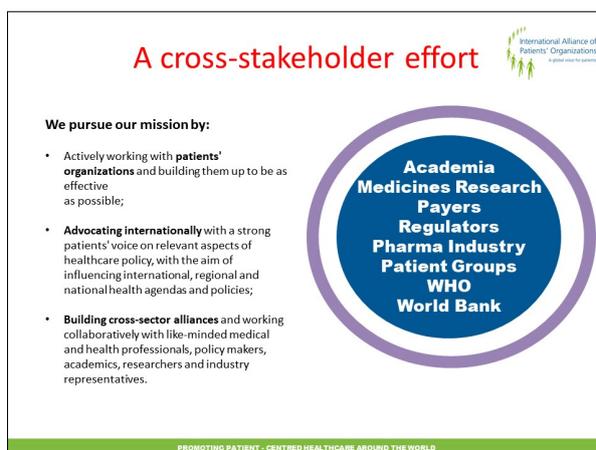


図1

ライマリ・ヘルスケア提供システムの強化に向けた持続可能な資金提供と、患者の安全を最優先とする安全なUHCに向けて努力するよう呼びかけた（図1）。患者の利益になるUHCを実現するために、国際患者団体連合（IAPO）は世界医師会（WMA）および世界中の加盟医師会と協力する用意があると述べた。

次にGiorgio Cometto WHO保健人材担当部調整官は、「保健人材：UHCの達成に向けた戦略的投資」について発表した。UHCを段階的に実現させていくためには保健人材の有無が鍵であること、保健人材を増やし変革することは、健康上のアウトカムの改善、グローバルヘルスの安全向上、雇用機会創出を通しての経済成長という3つの効果をもたらす投資であることを示した。しかし、保健人材の市場では世界的にも各国においても著しいミスマッチがある。そこで、これらのアンバランスに対処する上での最大の課題は、保健人材の教育と雇用

への十分な公的投資の確保である（図2）。必要な政策を支援し、投資決定が包括的かつ費用対効果の高い方法で計画されるように支援するためには、職能団体が重要な役割を果たすことができると主張した。

「UHC達成のための医師の役割とは何か？—グローバルファンドと世界の教訓から—」と題した講演において、國井 修 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・効果局長は、医療専門家の役割はUHCにとって非常に重要であり、UHCの達成に長い道のりを要する国においては、より前向きな取り組みと戦略的なアプローチが必要であると述べた（図3）。さらに、医師会にできることとして、健全な国家保健計画や戦略の策定と実施の支援、効果的・効率的かつ質の高い保健医療サービスへの公正なアクセスの改善、国内資金の増加と国民医療費の自己負担の低下、さらに強靱で持続可能な保健システム構築の促進を指摘した。

次にJacqueline Kitutlu ケニア医師会長は、図3「医師会の見解」について講演した。そして、UHC達成に向けて必ず取り組むべきことは、適切で十分に訓練された人材の確保、予防と健康促進への注力、持続可能な医療費調達メカニズム、そして公的資金による戦略的な医療への支出であると伝えた。また、UHCは官民パートナーシップを構築しながら税金で負担され、官主導かつ患者中心とすべきであると述べた（図4）。

「インドにおけるUHC」の講演において、Ravindra Wankhedkar WMA財務担当役員、インド医師会前会長は、インド医師会が民間部門と公共部門の相乗効果を図り、医療ガバナンスへの情報提供、特に脆弱な人々への医療提供を支援していると伝えた。さらに、医療提供においては高度に熟練した保健人材の配置が重要であると主張した。効率的な調達や償還制度を可能にする効果的な資金調達メカニズムに関しては、保険に基づくシステムの代わりに、直接的な公衆衛生資金を組み入れるべきであると繰り返し訴えた。また、保険主導型スキ-

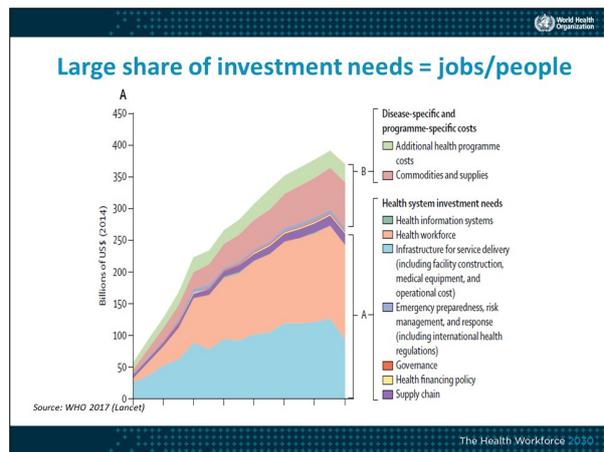


図 2

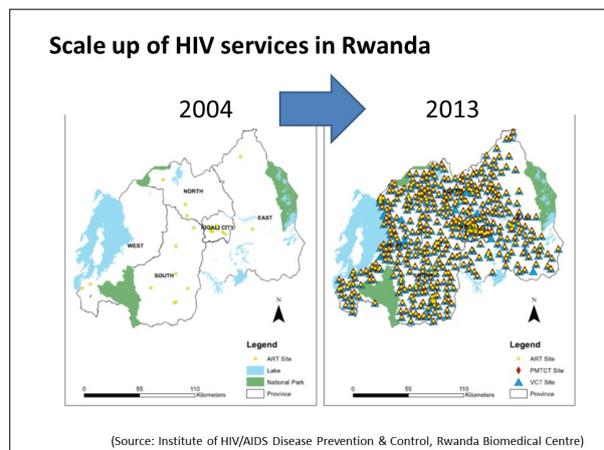


図 3

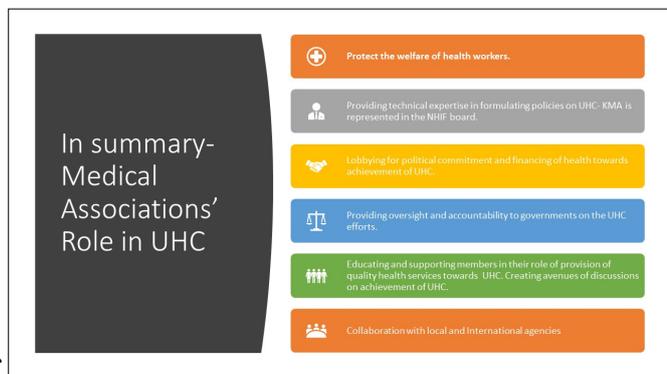


図 4

ムの特徴である供給サイドと需要サイドのモラルハザードは、ゲートキーピングによって規制されるべきであるとも述べた（図5）。Dr. Wankhedkarの意見によれば、UHCのメカニズムは、包括的外来診療に焦点を当て、その役割を二次・三次入院治療の提供に制限すべきではない。



図5

コメント

Oscar D. Tinio フィリピン医師会元会長は、どの国においても医療提供に主要な役割を果たす要素として、資金調達、認定（アクレディテーション）、医療施設の基準とインセンティブの開発、主要機関と利害関係者の役割、すべての人々に対する公平なアクセスの提供および保健人材を挙げた。続いて、UHCの達成という同じ目的を実現するために、各国の医師会がどのように協力すべきかについて述べた。フィリピン医師会は近年、専門的医療よりもプライマリケアの提供に焦点を当てている。さらに、フィリピンは2019年2月20日、ロドリゴ・ロア・ドゥテルテ大統領がUHC法に署名し、UHC実現にむけて取り組んでいる国の一員となっている。

Chukwuma Oraegbunam WMA Junior Doctors Network (JDN) 議長（ナイジェリア）は、一部の低中所得国における悲惨な医療状況について述べ、すべての人々が質が高く経済的負担も可能な医療へとアクセスできることが極めて重要であると強調した。そして、ヘルスケアシステムの質が低いことが、世界規模で多彩な疾患による死亡率が多いことの主たる原因となっていると指摘した。一方、肯定的な側面として、ナイジェリアで2005年6月より開始されたUHCへの取り組みである国民健康保険計画を挙げた。この計画は、過度な医療費自己負担に歯止めをかけることを目的としており、他の低中所得国でも同様の試みは行われている。最後に、英国国民保健サービス（NHS）を高く評価し、他国でも参考にすべきUHCの良い実例であるとした。

Batool Al-wahdani 国際医学生連盟（IFMSA）会長（ヨルダン）は、いくつかの国におけるUHC実現対策として、現状の取り組みの流れを変えるべく自身のアイデアを示した。特に、UHCは社会的に取り残された人々を対象に具対策を講じるよりも、すべての人を対象とした包括的システムとすべきであるとの考えを示した。また、医療への公平なアクセスを阻む主な障壁のひとつとして保健人材不足の危機をとりあげた。その背景として、研修施設において医学生にUHCについて限られた情報しか与えられていないことや、医療従事者に対するインセンティブと適切な労働条件の欠如があることを理由に挙げた。さらに、医療専門職はさまざまな他の専門職とも協力すべきであることを強調した。最後に、この会場に参加している多くの指導者に対して、本会議が建設的な成果を得られるように、UHC実現のためにしかるべき投資をする実例者となって欲しいとの期待を述べた。

議論のまとめ

議論のハイライトは以下の通りである。

- 1) 政府、非政府団体/非国家主体（世界医師会、各国医師会、医療専門家を含む）は、UHC達成への既存のコミットメントを強化する必要がある。
- 2) 各国医師会、医師および他の医療専門家は、それぞれの国や地域の政策や政治的判断の決定過程に積極的に関与する必要がある。
- 3) 世界医師会、医師および他の医療専門家は、UHCをそれぞれの国や地域の政治課題に挙げる方法を探ることを含め、UHCのためのアドボカシーを強化する必要がある。
- 4) 世界中の多くの国々においてUHCの達成を阻む大きな障壁として腐敗の問題がある。腐敗に対しては断固とした措置とすべきである。重要なこととして、資源の利用における透明性の拡大と腐敗およびそのルートを根絶するための包括的戦略の制定が必要である。
- 5) UHCに関する話し合いに患者の声を取り込み、患者団体・集団との協力関係を築く必要がある。
- 6) 現在、世界では8千万人の保健人材が不足している。その弊害が、特にアフリカなど低中所得国に顕著に現れている。UHC達成に向けた進展を推進する時には、保健人材の重要な位置づけを認識しつつ、世界諸国における医師および他の保健人材の産生のために、保健人材発展のためのより包括的な諸政策を策定する必要がある。特にプライマリ・ヘルスケアのために働く医師および他の保健人材に対するインセンティブと動機づけの必要性は大きい。
- 7) UHCについては質の高い医療が重要である。しかし、ほとんどの低中所得国において十分な質は確保されていない。世界医師会、各国医師会、医師および他の保健人材がいる政府、非政府団体/非国家主体に対して、質の改善に向けて、より重点的に取り組むことを求めた。さらに、質のアセスメントと保健上の規制構造および法規の強化と同様に、質の高い医療に対する投資の増加を要請した。
- 8) UHCの遂行における民間の保健施設や病院の役割は重要である。有効な規制をするだけでなく、特に診療器具や消耗品に関する信用販売、助成金、関税削減へのアクセスを容易にするために、民間医療部門に対する政府支援の増加が必要である。
- 9) 低中所得国における貧困をもたらす（高額医療費による）経済破綻と医療へのアクセス制限を加速させる高額な個人負担は大きな問題である。世界の保健システムに対する財政投資の増加と同様に、有効、効率的かつ持続可能な財政危機の保護メカニズムの制定が必要である。



セッション2

「健康の安全保障とユニバーサル・ヘルス・カバレッジ」

座長 神馬 征峰

東京大学大学院医学系研究科国際地域保健学教室教授



はじめに

災害と感染症の流行は、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）達成にとって大きな脅威である。UHCが実現されれば、UHCはこれらの脅威を克服するための強固な土台となり得る。本セッションでは、人間の安全保障とUHCに関する2つの大きな問題を扱った。すなわち、健康への脅威の制御がUHC達成に貢献し得ること、そしてUHCはいかに健康への脅威克服の鍵となれるかである。

このセッションには、異なる機関から以下の4名の講演者が招かれた。戸田 隆夫 独立行政法人 国際協力機構（JICA）「人間の安全保障および国際保健」上級審議役、David Maizlish 赤十字国際委員会（ICRC）駐日代表代理、Clara van Gulik 国境なき医師団（MSF）日本 医療アドバイザー、Walaiporn Patcharanarumol タイ保健省 国際保健政策プログラム部長である。

講演

JICAの戸田氏は、災害、感染症の流行などの健康への脅威に対処するためには「信頼」が重要であり、信頼により個人、地域社会、国に強靱な社会システムを構築することができる、と強調した。そして、2004年インドネシアにおけるインド洋地震と津波、2011年の東日本大震災、2018年のコンゴ民主共和国（DRC）におけるエボラ出血熱流行とその際の医療スタッフの訓練など、異なる国々における災害に対処したJICAの経験を紹介した。これらの活動の他に、JICAは2006年からパキスタンでの拡大予防接種事業（Expanded Programme on Immunization: EPI）とポリオワクチン供給に対する技術支援も行ってきている。ガーナとバングラデシュにおける地域医療従事者に対しても同様の支援を行っている（図1）。これらすべての活動において、「信頼」は鍵となる。「信頼」はUHC達成、健康への脅威克服に大きく寄与するからである。



図1

ICRCのMr. Maizlishによれば、ICRCの使命は、武力紛争やその他暴力の伴う状況によって影響を受けた被害者の支援と保護である。そのため危機に瀕した保健医療システムを支援するための取り組みを強化していくと同時に、人道支援が政治化されることにより、救急医療を含む医療へのアクセスの制限が増す事態には注意すべきである。紛争地域におけるメンタルヘルスと非感染性疾患の両方に取り組むことは特に重要である。これらのサービスを提供するために、保健医療へのアクセスが保護されるまでUHCの達成は困難であり、保健施設および保健人材への攻撃は停止されなければならない（図2）。最後に、紛争と暴力の渦中においては、医療へのアクセスを制限することなしに、すべての被害者を中立かつ公平に治療すべきである。



図2

国境なき医師団（MSF）のDr. van Gulikによれば、MSFはヘルスケアを受けるために苦勞している人々、ケアを拒否されている人々、そしてケアを受けられない人々を見てきた。UHCによって健康ニーズを満たすべく、すべての人々が質の高い医療を利用できるということは、一人の患者も取り残されていないことを医師が確信できるということである。UHCの達成というグローバルヘルスの議論において、医師は患者中心のUHCとなるべく主張すべきである。そのためには、ユーザー・フィーの再導入といった有害な政策を積極的に阻止していくべきである（図3）。さまざまな活動の中で、救命のための救急対応は常に最優先事項である。予防や危機管理戦略は補完的に改善することができる。保健システムの強化は、疾病に焦点を当てたサービスと並行して進めていくべきである。UHC推進のために重要なことは、医療を保護することである。医療従事者は、患者に医療を提供したということで刑事訴追



図3

されてはならない。救命活動は犯罪ではない。

最後に、タイ保健省のDr. Patcharanarumolによれば、タイの医療制度は過去50年以上にわたり変遷を経てきた。タイでは、2001～2002年に全国でUHCを実現することに成功した。これが可能となったのは、レジリエントな医療制度に起因しており、それがさらに制度をレジリエントなものとした。過去20年間に13人という保健大臣の頻繁な交代があったにもかかわらず、UHCは達成され維持された。当初の疾病、保健施設中心の見方から、すべての人々のための全般的健康と福祉へというパラダイムシフトも起こった。これにより、医療費による財政的困難や貧困から家計を守ることも可能となった。UHCの時代に、タイの医療制度は、

2004年の津波、2011年の全国を襲った洪水、また2015年のMERSコロナウィルスの発生などの多くの公衆衛生上の重大危機に対して適切かつ効率よく対応することができた(図4)。また、様々なグループや施設が、医療部門の内外で活発に相互連携を取ることで、効果的なUHC政策を維持し医療制度をレジリエントなものとすることができた。

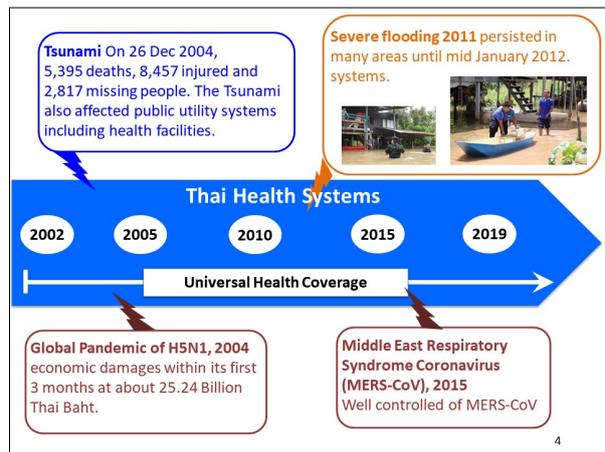


図 4

討 論

討論では、2つの主要な課題が提起された。

1. **UHC強化のチャンスとしての緊急事態**：緊急事態はしばしば、保健システム構築あるいはUHC強化の機会となる。人道危機は、後方支援とサプライチェーン、能力開発の必要性、システムの頑健性の改善など、UHCの鍵となる諸要因を改善できるチャンスとなる。MSFやICRCなどの機関が緊急事態においてUHCの強化のために何に取り組んだかについて議論が行われた。
2. **UHCと緊急事態の統合**：タイなど、UHCがよく発達し実施されている国でUHCと緊急対応活動をどのように統合するかに関して、議論された。

1. UHC強化のチャンスとしての緊急事態

最初の疑問に対する応答は、MSFとICRCによってなされた。まずMSFのDr. van Gulikは、政府と協同し、緊急時の後方支援・供給の改善に努めたフィリピンの事例を共有した。フィリピンは緊急事態への事前準備に重点的に取り組んできたものの、中所得国であるがために難しい課題も残っている。中所得国に比べてより資源が限られているアフリカにおいては、人材の訓練と監督、政府および地方当局との協力などの能力構築が非常に重要である。コンゴ民主共和国(DRC)には、MSFは持続的なサプライチェーンシステムを作り上げたが、首都のキンシャサに大きな倉庫があるだけである。緊急事態が多いため、MSFは効果的に対応策を機能させながら、政府と緊密に連携する必要がある。この活動は一つの外部機関としての任務を超えている。MSFは、持続可能なシステムを創るために、各国の様々な地域において住民へのアクセスを高められるように諸開発機関に働きかけている。

武力紛争国において、ICRCは非常に脆弱な公衆衛生システムの下で働かなければならない。ICRCは、システム内でアセットを動員することにより、既存の地域社会あるいは発展しつつある地域社会が保健医療の主体となれるように支援している。時間が経てばそれによって持続可能性が高まることが証明されている。ICRCはまた、サプライチェーンの後方支援とワールドチェーン管理のためにこれらのプログラムに取り組む高度な訓練を受けた医療後方支援専門家集団を擁している。

2. UHCと緊急事態の統合

タイの場合、UHCと緊急対応の統合は、2011年にタイが洪水に襲われた際に行われた。腹膜透析（PD）液が郵便局を通じて患者の家へ直接届けられた。これによって、より効率的なサプライチェーンが得られた。さらに、1-3-3-0コールセンターが有効なホットラインとして、人々からの質問や苦情を受け付けてくれた。

一方、タイ国内のUHCは機能しているが、UHCと健康保障活動は必ずしも統合されていない。サーベイランス・プログラムを有する国民医療制度においてと同様に、健康保障の管理部門においてもUHC計画における統合の欠如が未だにある。

要約

このセッションでは、「誰一人取り残さない」、そして「一人の患者も取り残さない」という主題が再び提示された。しかし、われわれは、日々の実践の中にこの主題をいかに取り込むかを考える必要がある。MSFとICRCは、紛争地域で一人の患者も取り残さないための活動について共有してくれた。その際、誰一人取り残さないためには、個人レベルの活動に加えて、システムレベルの活動も必要である。

アフリカ諸国において災害後に得られるUHCのためのチャンスについても議論がなされた。災害はしばしば有害な影響を残す。しかし、保健システムあるいはUHCを改善・向上させるチャンスも与えてくれる。

UHCと保健システムは、不安定な政治情勢においても強化することは可能である。過去20年間で保健省の大臣が13人も入れ替わったにもかかわらず、UHCは現在国民のものであるということをタイは証明してきた。政治システムが脆弱な場合、政治に影響されにくい保健システムをどのようにして創るかということは重要な課題である。UHCは自分たちのものであると人々が認識すれば、それは可能となる。

最後に、医療専門職として、われわれは信頼ということを医療専門職と患者との関係のみにおいてとらえる傾向がある。しかしながら、Dr. Patcharanarumolは、「信頼」とは保健施設、保健システム、あるいはUHCと人々との関係においても重要であることを強調した。「信頼」はUHCが達成された後のUHC維持における鍵となる。システムに対する人々の信頼は不可欠である。健康への脅威を克服するためのUHCの鍵は、おそらくは「信頼」である。



セッション 3

「UHC とプライマリ・ヘルスケアの政治的側面 — 医療専門職の役割」

座長 中谷 比呂樹

WHO 執行理事

慶應義塾大学グローバルリサーチインスティテュート特任教授



はじめに

ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ (UHC) とプライマリ・ヘルスケア (PHC) は単なる技術的課題ではない。UHC・PHC が進展するかどうかは、個々の国や医療制度に特有の政治プロセスによって決まる。そして医療政策においては、医療専門職が重要な役割を果たす。本セッションでは著名な講演者 6 名に、政府、国際医学界、医師会、世界医師会、慈善団体、そして社会経済シンクタンクという 6 つの観点から発表していただいた。各講演者による短い発表の後、質疑応答に入った。

講演

1 人目の講演者は、Walid Ammar レバノン保健省事務局長、講演タイトルは「医療専門職が導く成功への道筋：レバノンの場合」である。Dr. Ammar はまず、1978 年にアルマ・アタで開催された歴史的な PHC 会議を振り返り、新パラダイムの独自性を強調した上で、会議後の実施面が不足していると述べた。次いで、アルマ・アタ会議以降に生じた諸課題を指摘した。地政学的情勢の変化、テクノロジーの進歩、医療専門職の増加と多様性、医療需要の拡大、非常事態の発生数の増加、そしてそれらに促された移民の増加と民間部門の力の増大などである。こうした背景を踏まえて、レバノンの例をケーススタディとしてとりあげ、国が医療のアクセスや質に関する指数において比較的高いパフォーマンスを達成するための方策を述べた (図 1)。レバノンではまず、国民の当然

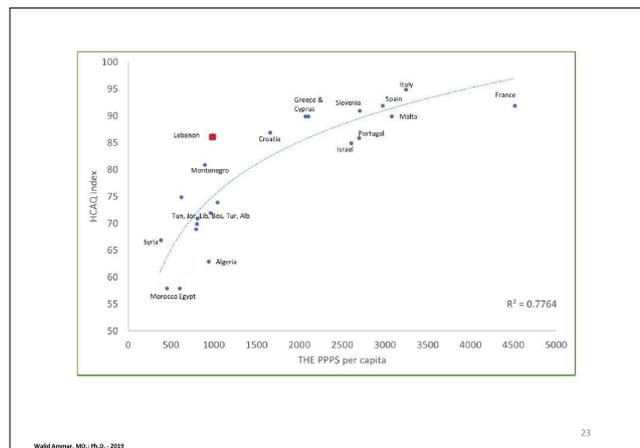


図 1

の期待と自国の医療制度とを把握すること、

国民中心のアプローチを確立することからスタートした。そうすることで、主たる戦略分野の洗い出しに成功した。具体的には、医療サービスの提供・資金調達が断片的に行われている現状の改善や、保健省や医療専門職をはじめとする主な関係者の参加などである。こ

の結果、レバノンでは医療専門職をプライマリ・ヘルスケアの中心的高い提供者として配置する対策が試みられている。

2人目の講演者は、渋谷健司キングス・カレッジ・ロンドン公衆衛生研究所所長、講演タイトルは「UHCを超えて：保健システムの将来」である。渋谷教授は以下の4つのサブタイトルに沿って、保健システムの将来見通しについて述べた。1. 現実について語ろう、2. UHCはゴールではない、終わりのない旅だ、3. システムの再構築：保健システムから社会システムへ、4. 医師：将来の保健システムの最前線、である。現実はときに悲惨な経験を暴き出す。

たとえば、メキシコはWHOの2000年度保健システム評価で低い評価を受けた。UHCに関して、今日、人類は4つの津波に翻弄されている。(1) 高齢化、(2) 慢性疾患、(3) 医療技術の爆発的増加、(4) グローバル化である。これらの深刻な課題を乗り越えるためには、システムの再構築が必要だ。日本と英国はいずれもこうした考えのもとづき、必要

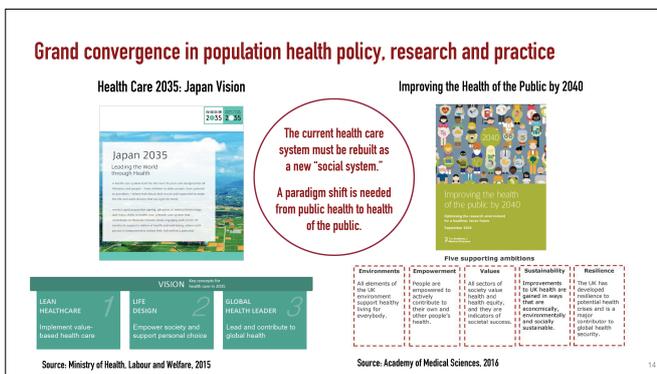


図2

な戦略的方向性を採用して、アクションプランを策定した。日本のプランを「日本のビジョン：保健医療2035」といい、英国のプランを「2040年までに国民の健康を改善」という(図2)。システム再構築には新たな技術、新たなパートナー、そしてライフサイエンスの進歩と教育改革が必要だ。渋谷教授は最後に、将来の保健システムの最前線に立つべき医師の役割を強調した。

3人目は、David Barbe アメリカ医師会(AMA)元会長、テーマは「UHC実現の政治的意思、厳しい決断、医師の指導力と義務」である。Dr. Barbeは、医療制度改革をめぐる最近の激論におけるAMAの努力に触れた。米・医療費負担適正化法(ACAこと「オバマケア」)を継続するか廃止するかをめぐる議論のことだ。Dr. Barbeは、医療技術と科学の推進と国民の健康改善がAMAの使命だと述べた上で、同医師会は、「多元主義・選択の自由・実践の自由・全患者のための普遍的なアクセスという条件のもと、すべての米国民を対象とする医療保険制度を推奨する」とした。ACAを支持するにあたってAMAが目指す目標は次のとおりである。

(1) 医療保険を無保険者にも拡大、(2) 保険サービスの負担可能性向上、(3) 治療拒否や保険適用拒否(既往症のある患者の場合も含め)の防止、(4) 予防・健康増進対策への投資。かつて、米国内の無保険者率は17%にも達していたが、2010年3月23日のACA成立以降はその率が減っている。つまり、ACAは図3に示すような断片

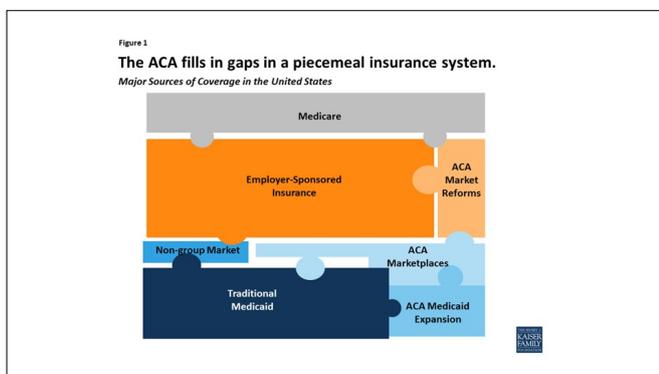


図3

的な保険制度から生じるギャップを埋める働きをしている。ところが、新政権はACA廃止に熱心だ。AMAは、ACA廃止による患者保護低下を阻止すべく、多方面と連携している。AMAのこうした動きは、医療サービスの対象である患者とその家族の利益のためにみずからの使命と価値観を守ろうとして、一国の医師会が新たな活動を開始した例といえよう。

4人目の講演者は、Otmar Kloiber 世界医師会 (WMA) 事務総長である。テーマは「プライマリ・ヘルスケア (PHC) はそれ自体が目的か、それとも包括的なヘルスケアシステムへ向けた一歩か」。Dr. Kloiber は、「PHC チームは誰が主導すべきか」という疑問を提示した。そして1978年のアルマ・アタ会議の成果を振り返った。同会議は、健康は人権であり、PHCはかかる崇高な目標実現に欠かせない手段のひとつであると宣言した。しかし、では誰が、何をすべきかは明らかにされ

図4

なかったことから多くの議論が起きた。だが、HIV蔓延の結果、医師の決定的不足が明白となり、それまで医師が担っていた業務を、医師ほど高度な訓練を受けていないスタッフに移管する試みが始まった。そうした中、2018年にアスタナで「PHCに関する国際会議」が開催された。会議の場で、PHCは誰が提供すべきかの議論が再び活発化した。看護職や地域の医療従事者の役割拡大をめぐる論議も、世界的に盛んになっている。そのため、図4に要約されているように、Dr. Kloiberは、PHCは誰が提供すべきかの議論に医師会ももっと積極的に参加するよう呼びかけた。

5人目の講演者は、柏倉美保子ビル&メリンダ・ゲイツ財団 (BMGF) 日本代表、テーマは「UHCを実現させる上で重要なプライマリ・ヘルスケア (PHC)」である。ゲイツ財団は医療に関しては世界最大規模の慈善団体で、低中所得国に深刻な影響を与えるような医療問題に対する革新的かつ野心的で規模拡大可能な解決策を提供することを目指して、

図5

グローバルな医療プログラムを展開している。PHCはUHC実現に必須であり、財団にとっての優先事項だというのが同財団の見方である。柏倉氏は、図5に示す4分野における持続可能な対策こそ、近いうち日本で開催されるG20サミットにおいて最優先の政治的コミットメントを受けるに値すると力説した。とくに低中所得国の政府は、現時点では全医療予算の36%にとどまっているPHC支出を増やすべきだという。投資に向けた戦略的データも不足している。ゲイツ財団は、データに裏づけられた政策決定を目指して、パートナー諸氏と協力

して PHC パフォーマンス指数 (PHCPI) を開発した。具体的にはバイタル・サイン・プロフィール (VSP) といい、資金・キャパシティ・パフォーマンス・公平性の4側面における PHC システムの力量がわかるようになっている。結論として、保健機関間のパートナーシップ強化の重要性を強調した。

最後の講演者は、占部まり宇沢国際学館代表、講演タイトルは「社会的共通資本と医療」である。占部氏はまず、父親である故・宇沢弘文教授のことに触れた。教授はもともと、最先端の数理経済学の研究者だったが、後に「社会的共通資本」の熱烈な提唱者になった。社会的共通資本とは、「ある国ないし特定地域の住民が、豊かな経済を享受し、すぐれた文化を生み出し、人間的に魅力ある社会を持続的、安定的に維持することを可能にするような自然環境および社会インフラ」をいう。

占部氏によれば、社会的共通資本を構成する要素は、自然環境、社会インフラ、制度資本の3つだという。社会的共通資本という概念が最初に適用されたのは、自動車による大気汚染であった。大気汚染は自然環境と社会インフラに悪影響を及ぼし、高い社会的コストを生じる。宇沢教授はこの概念を医療にもあてはめた。占部氏によれば、社会的共通資本は、持続可能な開発目標 (SDGs) の時代に世界レベル、国家レベルで健康を推進するにあたって利用価値の高い概念である (図6)。

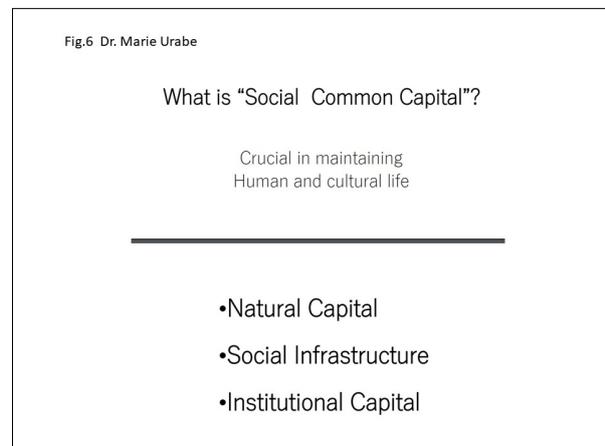


図6

コメント

以上6名の講演につづいて、Chaand Nagpaul イギリス医師会理事会議長が発言した。英国国民保健サービス (NHS) は、社会的良心に従う先見性のあるシステムであり、全国民の健康を守ることを目的として実施されている。Dr. Nagpaul は、NHS の3つの中心的価値観を示した。誰もが利用できる公平なアクセス、低料金による医療サービスの提供、臨床的ニーズの優先、の3つである。。さらに、NHS の財源は一般税収によりどのように賄われているかを示した。つまり、患者はサービスにアクセスした時には費用を請求されることはない。国が医師に直接支払いをする。医師への支払いと良好な労働条件は、国によって保障されているとした。このシステムによって、患者と医師との間には信頼関係が成立している。最後に、Dr. Nagpaul は会議参加者に対し、世界各地からの医療従事者によるコミュニティを代表し、2030年までに世界のすべての国が UHC を達成すべきであるという国連目標を強力に推進するよう呼びかけた。

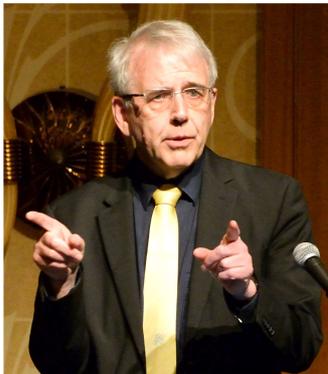
討 論

次いで質疑応答に移った。アフリカからの参加者が、国会議員に医師が何人ぐらいいるかが医療に関する政治的意思の指標になるのではないかと述べた。発言者の国では、医療予算額は医師免許をもつ国会議員数に比例するという。

別の参加者から2点質問があった。ひとつはDr. Ammarに対して、内戦国の苛酷な条件下でも医療のアクセスと質の指数を改善するための主なファクターについて、もうひとつはDr. Barbeに対し、AMA会員のうち、立法機関と関係の深い者の関与についてであった。Dr. Ammarは質問に答えて、認証評価とパフォーマンス指標の開発・実施が大切だと指摘した。Dr. Barbeは、ACAをめぐる議論と米国政党の二極化とが、AMA会員間に深刻な分裂をもたらしていると答えた。

最後の質問者からも2点質問があった。ひとつはコメントをしたDr. Nagpaulに対して、英国の医師の燃え尽き症候群についてであった。Dr. Nagpaulは、リソース配分の不足が問題だと答えた。もうひとつの質問は占部氏に対するもので、社会的共通資本概念を実践している国はあるかというものだった。占部氏は、国レベルではスカンジナビア諸国が実例といえるだろうと答えた。ただしもっと小規模なものなら、知られざる実践例が各国に多々あるのではないかと付言した。

以上の充実した講演と討論を経て、座長が講演者・参加者全員に感謝し、セッションを終了した。



セッション 4

「UHC に対する責任の共有と個人の義務」

座長 葛西 健

WHO 西太平洋事務局長



[講演]

日本における UHC の導入と初期における医師及び医師会の対応の歴史

横倉 義武 日本医師会長、世界医師会前会長



わが国における医療制度は、1927年に大企業の従業員が加入する勤労者保険から始まった。その後、1940年頃から戦時体制の中、一部の市町村の医療保険も始まり、被保険者も増加した。しかし、1945年の終戦後の混乱により医療制度は壊滅的な状況に陥った。

1956年12月、厚生省は健康保険法改正案を再提出した。改正案は医療制度全体に官僚によるコントロールを強め、かつ医師の診療行為を制限して医療費の抑制を図ろうとするものであった。

1961年4月、すべての市町村に健康保険組合が設立され、国民に加入義務が課せられた他、経済的に加入できない人には医療扶助制度が適用された。その結果、すべての国民が公的医療保険に加入するというUHCとしての国民皆保険が達成された。

20世紀の終わりになると、高齢化の進展に伴い、要介護高齢者の増加、介護期間の長期化など、介護ニーズが増大した。高齢者の介護を社会全体で支え合う仕組み、介護も医療の一環であるという日本医師会の主張の下に、1997年12月に介護保険法が成立し、2000年4月、介護保険制度がスタートした。

今後、社会保障費は高齢化に伴い、医療と介護の分野で増加すると見込まれている。一方で、財政緊縮の立場から、成長戦略や規制緩和の名のもとに保険給付範囲を狭める圧力が予想される。

高齢社会を迎え、UHCとしての国民皆保険を堅持していくためにも、日本医師会は国民の安全な医療に資する政策かどうか、公的医療保険による国民皆保険を堅持できる政策かを判断基準として、意見を述べている。そういう中で、医療現場からも過不足ない医療提供ができる適切な医療のあるべき姿を提言していきたい。

[指定発言 1]

Teniin Gakuruh

WHO アフリカ地域事務局セーシエル事務所代表

セッション4では、横倉会長の講演後、座長の葛西 健氏に招かれて、Teniin Gakuruh WHO アフリカ地域事務局セーシエル事務所代表が登壇し、アフリカ地域が直面する主要な問題について説明した。例として、ポリオやエボラのアウトブレイク、また、その影響を受けた国々が緊急事態にどのように対応したかを述べた。また、セーシエルにおける明るい話題として、憲法改正によって健康の社会的決定要因、中でも無償教育やプライマリ・ヘルスケアが法制化されたことを紹介した。これらにより、セーシエルはミレニアム開発目標 (MDGs) を達成し、また持続可能な開発目標 (SDGs) の目標も達成する可能性があると国際的に認識されたという。さらに、UHC の提供者としての医師の役割に関する議論を刺激するような例を挙げ、あらためて医師の役割に焦点を合わせる必要性を強調した。医師の役割の可能性として、治療法の改善やプライマリ・ケアにおけるリーダーシップだけでなく、最前線での勤務を含め、公衆衛生上の緊急事態においてガイダンスを提供することを挙げた。最後に、最前線で働く医師がそのような医療上の緊急事態において主要な犠牲者になっているという悲惨な現実について述べた。

[指定発言 2]

Frank Ulrich Montgomery

WMA 理事会議長、ドイツ医師会前会長

次に、Frank Ulrich Montgomery WMA 理事会議長、ドイツ医師会前会長は、「共同責任と個人の責務」と題して、UHC の資金調達と医療専門職に関連するいくつかの問題に焦点を当てた。Dr. Montgomery は、裕福な国における成功した社会健康モデルについて言及したが、UHC の達成に関して他国に助言するとき、ひとつのモデルがすべての国に適用できるとは限らないので注意が必要であると警告した。次に、教育の重要性と専門職の訓練を行う施設がプライマリ・ケアとセカンダリ・ケア両方の医師の訓練をどう評価すべきかについて議論した。医師は自由主義的アプローチに従って、自らが望むものを学ぶべきであるが、施設はいくつかの方向性を与えて支援すべきであると述べた。次に、医療制度において適用されるワークライフバランスに焦点を当て、新世代のニーズに適應する必要性を指摘するとともに、医師と看護師のチームワークが不可欠であると強調した。最後に、医療専門職をどう引き止めるかについて、官僚主義やオーバーワークを不満として早期退職する例や、医師への暴力が移住とともに主要な原因になっていると述べた。すべての医療専門職をより安全な環境で働けるようにする必要があると訴えて締めくくった。

[パネルディスカッション]

はじめに

パネルディスカッションは、「UHCに向けた共同説明責任」をテーマに以下のパネリストで行われた。

横倉義武 日本医師会長、世界医師会前会長、Frank Ulrich Montgomery 世界医師会理事会議長、ドイツ医師会前会長、鈴木康裕 厚生労働省医務技監、平林国彦 ユニセフ東アジア・太平洋地域事務局保健・HIV・AIDS 部長、地域保健事業アドバイザー、戸田隆夫 国際協力機構（JICA）上級審議役、Pem Namgyal WHO 南東アジア地域事務局（SEARO）事業統括部長、Teniin Gakuruh WHO アフリカ地域事務局セーシェル事務所代表、Yue Liu WHO 西太平洋地域事務局（WPRO）ヘルスシステム部 UHC 及び SDGs ガバナンスコーディネーター。

座長は下記の3つの質問を提起した。

1. UHC 達成のためのイニシアチブとアプローチの共有
2. UHC 達成のための課題と機会
3. UHC 推進のためのソリューションとアクションの提案

1. UHC 達成のためのイニシアチブとアプローチの共有

座長は、鈴木医務技監、平林氏、戸田氏、Dr. Namgyal に対して意見を求めた。鈴木医務技監は、日本が長年にわたって UHC の推進に取り組んできており、なかでも結核対策プログラムは、医療のアクセスの良さと質ならびに患者の財政的リスク保護の観点において UHC の推進に役立っていることを詳しく説明した。葛西座長が、UHC の達成に向けてグローバルなレベルでリーダーシップを日本が発揮していることを付け加えた。

平林氏は、子どもの権利保護に対する UNICEF の使命と UHC 推進の必要性について概要を説明した。UNICEF は以下の5点に取り組んでいる。1) 公平性、2) 医療の質向上、3) 健康の社会的決定要因の改善、4) とくに地方レベルからコミュニティ・レベルにおける医療制度のキャパシティの充実（教育、水、衛生、社会的保護、貧困層削減のための現金給付プログラムなど他のセクターまたは制度との連携を強調）、5) 幅広いステークホルダーまたは専門職（医師、薬剤師、看護師、助産師、NGO など市民社会だけでなく民間企業も含む）に権限を与え、それらと協力して子どもおよび若者に関する取り組み。社会的決定要因の改善に向けた共同の取り組みにおいては、子どもに優しい政策（育児休暇の拡大など）に対する民間企業の参加促進が中心になる。UHC の達成に向けては、このような包括的なアプローチが重要である。

戸田氏は、JICA が半世紀にわたって人的資源の開発やフロントラインにおける医療の質の改善に多分野からアプローチして取り組んできたことを解説した。非感染性疾患、精神疾患、患者の要求の増大といった多様化する医療ニーズに対応するうえで重要なのは、医療の質とマネジメントシステムの改善である。また、地域社会とともにフロントラインでの医療に取り組むうえでは、疾病の予防、健康の増進、患者中心の医療が重要であることを指摘した。

人間らしい医療の提供は、技術的・財政的な効率性・有効性を高め、医療専門職が相互に学び合うことを可能にする。

Dr. Namgyal は WHO 南東アジア地域 (SEARO) 事務局長 (Regional Director; RD) の代理として次のように述べた。SEARO に属する 11 カ国は、世界人口の 4 分の 1 を構成している。SEARO は UHC をその最も重要な目標として掲げ、人口当たりの医師数の少なさを改善するため、基本的医療の促進と医療の人的資源の開発に取り組んでいる。WHO が先頃更新した推計によると、1 万人あたりの世界の医師数は 44.5 人であるのに対し、SEARO は現在 1 万人あたり約 27 人である。基本的医療コストは多くの国々で高くなっており、これに対して SEARO 加盟各国はイノベティブな取り組みを行っている。インドネシアでは健康保険の加入率が人口の 70% に達した。インドの保険制度 (Ayushman Bharat) は 5000 万世帯 (5 億人)、または全人口 12 億人の 50% の加入を目指している。人口の少ない国々 (ブータン、モルディブ、北朝鮮、東ティモールなど) も無料で医療サービスが受けられる制度がある。

2. UHC 達成のための課題と機会

次に、横倉会長、戸田氏、平林氏、Dr. Montgomery、Dr. Liu に対して質問した。横倉会長は日本における医療事故報告制度の導入について述べ、患者と医療専門職のあいだに信頼を築くことの重要性を指摘した。戸田氏は、疾病負荷が多様化し、それによる課題が増え、国内的にも世界的にも人的資源の地理的格差が広がるなかで、人的資源と医療施設の増強を図ることが大きな課題であると述べた。インターネットをグローバルに活用し、医療専門職の国外流出の防止や、医療サービスに要求される高い水準を維持することも、各国の医療システムの課題である。戸田氏は、メンテナンスコストの低いスケールアップの可能なモバイル技術 (遠隔教育、遠隔医療システムなど) の活用にもチャンスがあるとみている。また人を重視する日本のアプローチは、その他の国々でも採用されている。

座長は、いくつかの国々で、急速な経済発展が社会に変化をもたらしており、これらは課題であると同時にチャンスでもあると述べた。平林氏が、子どもや家族の医療ニーズを満たすためには、医療アクセスの公平性と質を高めることが UNICEF にとっては最も重要であり、(予防接種など) 情報アクセスなどの課題解決のためには、データとエビデンスに基づく教育の促進が鍵であると述べた。予防接種、周産期医療、肺炎などの問題解決には、患者が自己負担する費用や支出も障壁となっている。さらなる改善が期待できる分野としては、当事者意識や管理者意識を持った政府の取り組み、医療専門職の積極的参加、各機関 (WHO および UNICEF) の連携などがある。

Dr. Liu は、UHC の達成においては、医師だけでなく高度な訓練を受けた意欲のある医療従事者の存在が根本的に重要である理由を説明した。西太平洋地域の国々は、都市化の進むなかで、遠隔地や農村における医療のカバレッジをどのように確保するかという課題に取り組んでいる。また、医療従事者の意欲を高める施策を含む中国の医療改革に触れ、UHC 達成に向けたシステムアプローチの採用がもたらす利点について述べた。Dr. Montgomery は予防の重要性を強調するなかで、医療従事者の訓練、人材の維持とインセンティブ (とくに先進

国からの帰国を促すもの) について詳しく解説した。UHC を達成するための機会としては、国内での訓練の充実や医療従事者の倫理的な採用の強化などが考えられる。

3. UHC 推進のためのソリューションとアクションの提案

座長は、鈴木医務技監、平林氏、Dr. Montgomery、Dr. Namgyal、Dr. Gakuruh、Dr. Liu に、新技術、訓練、データとエビデンスといった事柄に言及しつつ、UHC を達成するうえで重要な分野または機会についての議論を促した。鈴木医務技監は、資源の乏しい環境において生産性を高めるために新技術やデータを活用することの重要性を指摘した。平林氏は、UNICEF が指標に基づくデータマネジメントだけでなく、イノベティブなアイデアの共同開発を可能にする治療、紹介、サービス主導型のデータマネジメントなど、より洗練されたデータ活用を推進する可能性について述べた。これには研究者、医療従事者、とくに若い医療専門職の声を生かすことも含まれる。

座長は、新技術の急速な発展について述べ、これらのイノベーションをフロントラインの医療に生かすことの難しさを指摘した。Dr. Montgomery もエビデンスベースの医療における医師の教育・訓練の重要性を強調し、高度な技術に基づく教育・訓練を行うことは費用に見合った価値があると述べた。鈴木医務技監は新しいイノベーションやテクノロジーの導入に関わるコストの問題を指摘した。Dr. Namgyal はアルマ・アタ宣言、MDGs、SDGs、アスタナ宣言などのハイレベルなコミットメントについて触れ、UHC 達成に向けた大きな機運の高まりがあると述べた。とくに医療専門職の定着や医療従事者の都市部および遠隔地の分布格差といった分野においては、さまざまな協力や連携が行われているとし、さらに、人的資源の開発や計画におけるグッド・ガバナンスとスチュワードシップの重要性を繰り返し強調した。

パネリストは、民営化が進む地域における医療サービスの公平な提供における課題についても討論した。公平な医療サービスの提供における最大の課題はどのようなインセンティブを設けるかである。座長が、UHC を推進するにあたってはこれらに関わる問題が、急速な経済発展によって悪化することもあると述べた。平林氏は、聴衆に持ち帰ってもらいたい最も重要なメッセージとして、若い医療専門職、明日のリーダー、フロントラインで医療に携わる人々の声を UHC 達成の取り組みに生かすことが何よりも重要であることを繰り返し強調した。Dr. Liu は、UHC 達成に向けてはシステムアプローチを採用することが課題の解決や新しい機会を開拓するための重要な土台であり、Dr. Namgyal が述べたように、各機関の協力がそれを補完すると述べた。Dr. Gakuruh は、医師の役割の重要性について述べた。戸田氏は、子どもやメンタルヘルスに関するデータのオーナーシップといった問題を含め、人間中心のアプローチの重要性を再び強調した。

最後に葛西座長が、「急ぐなら一人で行け。遠くへ行きたいならみんなで行け」という言葉を引用して、各国に対して UHC 達成に向けた継続的な取り組みを求め、ディスカッションは終了した。



6月13、14の2日間にわたり開催された「Health Professional Meeting (H20) 2019 – Road to Universal Health Coverage」は、アフリカ8カ国を含め38カ国、約220名の参加者を得た。



UHC に関する東京宣言

Health Professional Meeting (H20) 2019において、世界医師会（WMA）と日本医師会（JMA）は、世界保健機関（WHO）、各国政府、政府間および国連機関、その他の組織によるユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）推進のためのヘルスケアシステム開発の取り組みを歓迎する。

われわれは、UHCを「すべての人々および地域社会が、効果的かつ十分な質の、ヘルスプロモーション、予防、治療、リハビリテーションおよび緩和ケアに関するサービスを、経済的な困難を伴うことなく確実に享受できること」（WHOによる定義）であると理解している。

UHCは、ヘルスシステム自体の不平等を克服するためのツールである。

UHCは、人々のためのものであると同時に人々によるものでもある。

多くの国では保健人材が不足している。われわれは、医療専門職の教育と定着化への投資を行う責任者すべてに対して、UHCを実現するよう求める。

これには、質の高い教育、継続的専門能力開発の機会、そして地域社会と患者に医療を提供する人々にとって、最も重要かつ安全であり、尊厳をもって魅力的な労働条件や生活状況をもたらすことも含まれる。

WMAは、世界のすべての地域における医師と医師会に対して、UHCの擁護と実現に重要な役割を果たすよう奨励する。

医療提供者側からは、包括的ヘルスシステムの中核部分として質の高いプライマリケアの開発に十分関与し、UHCの概念を受け入れることに躊躇があってはならない。

われわれは、G20の財務大臣¹が「低中所得国における、人的資本の開発、持続可能かつ包括的成長と開発、ならびにパンデミックや抗菌薬耐性などの健康上の緊急事態の予防、発見と対応」に注目し、これらがUHCの発展に貢献するとしていることを歓迎する。

われわれはG20サミットに対し、上に述べたことが、G20諸国のみならず、理由を問わずヘルスケアシステムに未だ十分な投資ができない他の諸国においてこそ、ヘルスケアシステムに対する持続可能な投資への道を鼓舞するという期待を表明する。

¹ https://www.mof.go.jp/english/international_policy/convention/g20/communique.htm
https://www.mof.go.jp/english/international_policy/convention/g20/annex8_1.pdf



Health Professional Meeting (H20) 2019
Road to Universal Health Coverage

