

第3回グローバルヘルス戦略有識者タスクフォース 議事概要

■日時:令和3年10月13日(水)13時00分～15時40分

■場所:WEB会議システムによるオンライン開催

■出席者:

議長	南 博	内閣府健康・医療戦略推進事務局健康・医療戦略ディレクター
	伊藤 聡子	公益財団法人日本国際交流センター執行理事
	稲場 雅紀	特定非営利活動法人アフリカ日本協議会理事
	城山 英明	東京大学大学院法学政治学研究科教授
	藤田 則子	国立国際医療研究センター国際医療協力局連携協力部長
	星野 俊也	大阪大学大学院国際公共政策研究科教授
	原 圭一	外務省国際協力局参事官(地球規模課題担当)
	藤井 大輔	財務省国際局開発政策課長【代理出席】
	井上 肇	厚生労働省大臣官房国際保健福祉交渉官
	田中 一成	経済産業省商務・サービス政策統括調整官
	瀧澤 郁雄	独立行政法人国際協力機構人間開発部審議役
	近藤 尚己	京都大学大学院医学研究科教授
	林 玲子	国立社会保障・人口問題研究所副所長
	馬淵 俊介	ビル&メリンダ・ゲイツ財団シニアアドバイザー
事務局	八神 敦雄	内閣府健康・医療戦略推進事務局長
	西村 秀隆	内閣府健康・医療戦略推進事務局次長
	福地 真美	内閣府健康・医療戦略推進事務局参事官
	江副 聡	内閣府健康・医療戦略推進事務局/ 内閣官房健康・医療戦略室企画官

■議事:

- (1) ポストコロナ時代の UHC について
- (2) 意見交換
- (3) その他

■概要:

○南健康・医療戦略ディレクター それでは、定刻になりましたので、ただいまから第3回「グローバルヘルス戦略有識者タスクフォース」を開会いたします。

内閣府健康・医療戦略推進事務局の南です。議長を務めさせていただきます。よろしくお願いいたします。

皆様におかれては、御多忙の中、御参集いただきまして、どうもありがとうございます。

本日は、構成員各位、外務省、財務省、厚生労働省、経済産業省及びJICA、それから、参考人として、国立社会保障・人口問題研究所の林玲子先生、京都大学大学院医学研究科の近藤尚己先生、ビル&メリンダ・ゲイツ財団の馬淵俊介シニアアドバイザーに御出席いただいております。

議論の透明性を高める観点から、本タスクフォースは記者の傍聴を認め、公開としております。また、撮影は議事に入る前の冒頭のみとさせていただきます。

本配付の資料及び逐語ベースでの議事概要は、後日、公開させていただきますので、よろしくお願い申し上げます。

議事に入る前に、事務局から本日の資料とオンライン会議の注意事項を確認させていただきます。

○福地参事官 事務局でございます。

本日の資料は、議事次第に記載しております資料1から資料3となっております。

事前にメールで送付しております資料をお手元に御準備いただいて、御覧いただければと思います。

資料を画面共有される場合には、御発表者側から操作いただけますよう、お願いいたします。

傍聴の方を除きまして、会議中はカメラをオン、発言時以外はマイクをオフでお願いします。発言のある方は手挙げボタンを押していただくか、画面上にて手を挙げていただければと思います。よろしくお願い申し上げます。

○南健康・医療戦略ディレクター それでは、議事に入る前に、グローバルヘルス戦略策定の進捗状況について、簡単に報告させていただきます。

9月13日に開催しましたグローバルヘルス戦略推進協議会において、グローバルヘルス戦略の骨格が決定され、また、パートナーシップ国として、ベトナム、インド、ガーナの3か国が選定されております。

現在、12月に予定されております戦略の中間とりまとめに向けて作業を進めているところでございます。

今月末、10月29日にはG20の財務大臣・保健大臣会合、30日から31日にG20サミットが行われる予定となっております。

今後そうした場においてパンデミックに備えるグローバルヘルスガバナンスの仕組みについての議論が進むと期待されています。そのような国際的な動向も踏まえつつ、取りまとめを進めてまいりたいと思っておりますので、よろしくお願い申し上げます。

それでは、早速、議事(1)に入ります。

本日は「(1)ポストコロナ時代のUHCについて」をトピックとして、ビル&メリンダ・ゲイツ財団シニアアドバイザーの馬淵さんにお越しいただいております。また、京都大学大学院医学研究の近藤尚己先生にも、スピーカーとしてお話しいただくようお願いしております。

最初は、馬淵さんをお願いしたいと思っておりますけれども、御存じの方は多いかもしれませんが、馬淵さんは世界銀行で勤務された後、ビル&メリンダ・ゲイツ財団に移られ、また、COVID-19を受け

て設置されたWHOの独立パネルのIPPPRにも参加されておられます。

そのような御経験、お立場から、国際的なグローバルヘルスの潮流を踏まえて、グローバルヘルス戦略に盛り込むべき理念、新たな時代のUHCに求められる役割等について、お話しいただきたいと思っております。また、さらに日本が新たな時代のより強靱なUHCを掲げて、貢献していくにあたって必要な視点についても、お話しいただきます。

それでは、馬淵さん、お願いいたします。

○馬淵参考人 馬淵でございます。よろしくお願いいたします。

南大使、御紹介いただきまして、ありがとうございます。

スライドを共有してお話しします。

今、御紹介いただいたので、自己紹介は非常に簡単にいたします。今、ビル&メリンダ・ゲイツ財団では、大体大きく四つのことを行っています。

一つ目は、デリバリー部門のプライマリーヘルスケア戦略、その中でGlobal financing institutionとどうやってパートナーシップを組んでいくかという部分の戦略に関するリーダーを担っています。

コロナのワクチンの途上国への普及を目指す大きなチームがありますが、そのチームの共同リーダーも務めています。

また、ポストコロナのPandemic Preparedness and Response、PPRの検討をしているチームのメンバーにも携わっています。

さらに、世界銀行のヘルスチームとイスラム開銀内にGFFのようなファンドがあるのですが、その保健分野の財団としての取りまとめ役を務めています。

もともとはGlobal Financing Facility(GFF)の取りまとめ役もやっていたのですが、現在はGFFに関しては、チーム内のアドバイザーとして関わっています。

その他、IPPPRに事務局として、ゲイツ財団を休職して、7か月参加いたしました。その際にパネルの提言の取りまとめとワクチン治療薬、検査キット、Essential Suppliesのレビューなどを担当しました。それ以前には、世界銀行に7年間在籍したほか、マッキンゼーに3年、JICAに4年半、2001年から在籍しておりました。

今日は、ポストコロナ時代のUHCについて話してほしいというお題をいただきましたので、目的を二つに設定しています。

一つは、ポストコロナ時代のUHCの在り方、その打ち出し方を御提案する。

もう一つは、UHCの進捗を加速化させるために日本がどんなことができるかということについて、私の考えをお話ししたいと思います。

発言内容は、私見に基づくもので、ゲイツ財団を代表するものではありません。また、私が仕事を通じて見てきたものに偏った内容になってしまうということを御容赦いただいた上で、御指導いただきたいと思っております。

私自身、ゲイツ財団にもともと戦略担当の副リーダーとして、いろいろな戦略策定に関わってきました。その観点から戦略の構成要素と常に直面するチャレンジについて、導入部分としてお話ししたいと思います。

戦略というのは、大体どの戦略も同じような三つの要素があると思うのです。

一つ目は、左側にある今の世界の状況、ベースラインをはっきりと定義すること。

二つ目は、将来のビジョン、戦略が終わったときに世界にどうなっていてほしいかという最終的な目標、ゴールをはっきり描くこと。

三つ目のコンポーネントは、その間にあるTheory of Change、Theory of Actionと呼んでいますけれども、世界がどう変わることによって、目指すべき最終的な世界の姿に行き着くのか、世界が変わっていくロジックを明確に描くことです。

その上で、ゲイツ財団、あるいは日本の戦略であれば、日本が自分のユニークさを生かして、何をすることによって、その変化を促す、あるいは加速させるのか、それについて考えたものがTheory of Actionということになります。

この三つの構成要素は、言うはやすしで、私も様々な戦略に関わっていますけれども、常に二つの課題に当たります。

一つ目は、Theory of Change、Theory of Actionの中で何を実際にするのかというWhatが、これも重要、あれも重要ということで絞り込め切れない。

もう一つは、どうやってやるのかというHowが具体的なアクションのレベルまで落とし込めているかです。それらが常に大きなチャレンジとしてあると思います。

今回のプレゼンでは、Whatの絞り込みとHowの絞り込みと具体化について、私が考えていることをお話しできればと思っています。

戦略のフレームワークの右側の目指すべき姿に関するスライドですが、現状、色々なコンセプトがある中、私なりに整理を試みたのがこの図です。

流れとしては、グローバルヘルスのアーキテクチャー、地域組織も含めて、のサポートがあり、下から各国のヘルスシステムが強くなり、その中でプライマリーヘルスケアとUHCの屋台骨が強化されて、UHCが達成される。それが人間の安全保障の中の非常に重要な一部になることということでした。コロナが起きて、そこにパンデミックへの備え、あるいは強靭性というものを全ての段階で具体的に取り込む必要が出てきていることが言えると思います。

UHCは重要性を落としているのかということですが、全く違って、UHCは非常に重要であり、私はチャンスだと思っています。特にパンデミックへの備え、強靭性をUHCのコンセプトの中に具体的に取り込むことができれば、UHCを世界の最重要課題の一つに持ち上げることも可能ではないかと思っています。

関連して、PPRへの圧倒的な注目、見込まれる資金増というものは、PPRとUHCの達成の両方に資する、日本政府が常に推していた財務と保健の連携を含めた、政府全体としての強靭なヘルスシステムの強化アプローチを確立すれば、PPRの資金も活用しながら、PPRとUHCを同時に加速させることができる非常に大きなチャンスだろうと思っています。ゲイツ財団では、これをデュアル・パーパス・インベストメントと呼んでいます。

つまり強靭なUHCの達成というコンセプトは、日本が打ち出す2030年に目指すべき世界の姿として、非常に大きな意義があるのではないかと私は思っています。

次にWhatとHowの部分に移りまして、それをどうやって絞って具体化していくのかということですが、考えるにあたっては、絞るレンズと実際の絞り方、実際にやるアプローチの三つを組合せて考える必要があると思います。

レンズに関しては、当たり前のことかもしれませんが、UHCを達成するときに必要なインパクト、その大きさがどのぐらいかということ、それから、日本ならではのユニークな強みをどうやって生かしているのかということ、これをやったときに日本のプレゼンスがどのぐらい拡大できるかといったことが、重要なレンズの一部なのかと思います。

絞り方では、国で絞るということもありますし、重要な課題、インパクトの強い課題アプローチで絞るということもできますし、一緒にやるパートナーをきちんと優先順位化して、その優先順位の高いパートナーをしっかり支援して、評価していくという絞り方もあると思います。

国で絞るというのは、先ほど南大使から御紹介がありましたけれども、ベトナム、インド、ガーナといった国がパートナー国として今の戦略の中に入っています。ゲイツ財団も国で絞るというのは非常にはっきりやっています、病気の課題の大きさ、人口の規模とか、そういったものを加味して、ナイジェリア、エチオピア、インド、この3か国が最重要国として指定されています。その上で、ティア2というか、次に重要な国のセットとして、ケニアとか、ブルキナファソ、パキスタン、バングラデシュ、インドネシアといった国が明確に指定されています。

国で絞るというのは、その国でしっかりとしたインパクトを出して、その国のサポートをリードするという意味も非常に大きいのですが、それに加えて、そこで確立したアプローチを世界のほかの国にスケールできるかという観点も重要だと思います。そのスケールのときに重要になるのは、世界の各国で資金を提供している国際機関とのパートナーシップだと思います。

今日は、私が特に御提案できる部分ということで、重要な課題アプローチに関するヒントと、パートナーをレバレッジしながら、パートナーと一緒に大きな結果を出して、その上で日本のプレゼンスも拡大していくといったようなレバレッジのアプローチについて、御提案をしたいと思っています。

まずはPPR、非常にホットなトピックですが、色々な課題の中で、日本がどの部分で貢献するのか、どの部分でリード役を担うのかということを考える必要があると思います。

PPRの機能と機能ごとに必要な役割をPPRについて分析してみると、(1)国のキャパシティーに関しては、いろんなファンクションの部分で大きなギャップがある。(2)ファンディングに関しても、いろんなところで大きなギャップがあります。(3)ワクチン、あるいは治療薬の製造といった部分、そこをサポートするエコシステムについても、大きなギャップがあるということ、それから、(4)サーベイランスなどの国のキャパシティー、ファンディングの部分も非常にニーズが大きいことがいえます。

日本がどこに戦略に貢献をするのかということですが、先ほどあった絞り込みのレンズといったものも参考にしながら考えることになると思うのですが、私の期待も込めて4点お話しします。

一つ目は、世界途上国の強靱なUHC、あるいはヘルスシステムの強化といった部分で、日本は非常に大きな役割は果たせるのではないかと考えています。これについては、後のスライドでももう少し詳しくお話ししたいと思います。

二つ目は、私がIPPPRでレビューを担当した、ワクチン治療薬、酸素といったようなEssential

Suppliesの圧倒的な不平等を今後どのように改善していくのかということです。製造の分野に関しては、もともとワクチンR&DをマニフェストとするCEPIが、今回のコロナで製造の部分にもステップアップして、さらに大きな役割が期待されることになると思います。また、調達をグローバルに担っているGaviとGlobal Fund、アフリカベースのアフリカCDCやAUによる各種イニシアティブ、および世界銀行などどのように調達とデリバリーを改善していくのかということは、大きな課題として日本に積極的に関わって欲しいと思っています。

もう一つは、サーベイランスですが、これも非常に重要な分野であって、日本のセキュリティーにも関わるということで、WHOや世銀などと、日本として優先的に取り組むかどうかということが議論になると思います。

最後は、一番注目されているPPRの全体のガバナンスの仕組み、ファイナンスのファシリティーといったものの設定に、日本はどのように参画していくのかといった点です。

次にUHCの達成に関することですが、コロナもあって、もともとのUHCの達成の進捗も遅れていたということもあって、今後UHCを達成していくには、ヘルスの投資を増やししながら、効率を数倍上げることが不可欠になることが分かっています。

このグラフは、横軸に1人当たりのHealth expenditure、縦軸に5歳以下の死亡率を取って、各国をプロットしたものですけれども、Health expenditureの1人当たりが300ドル以上になってくると、幾つかの例外を除いて、各国はSDGsのターゲットを達成しています。

ただ、問題は、300ドル以下の国が非常にいっぱいあって、かつファイナンスプロジェクトなどを見ていると、それらの国が2030年までに300ドルを超えるような支出をしていくのはまず見込めないという状況です。

そういった国はどうやってSDGsを達成していけばいいのかということですが、セネガルやルワンダが示したように、ヘルス支出を可能な範囲内で増大させていながら、2倍以上の投資効率を高める。ルワンダやセネガルは、コミュニティを中心としたヘルスサービスのモデルを強力に推進したり、アカウントビリティの仕組みを導入したりして、それを達成したわけですが、そういった効率を数倍にするといったことが、今後非常に重要になってくると思います。

それではUHCの進捗を大幅に加速する投資効率の高いサポートというのは、どういうものかということですが、世界銀行もGFFも最近戦略をリフレッシュし、ゲイツ財団も、プライマリーヘルスケアの新しい戦略を作成中で、8割方できてきています。Gaviも5.0の中で新しいアプローチを模索しています。グローバルファンドも戦略の新しい見直しをしているところです。このように、色々な見直しが進んでいるわけですが、幾つか見えていることを御紹介したいと思います。

一つは、ヘルス・ファシリティー、あるいはサービスのデリバリーに非常に近いところになるべくマネジメントの権限を与えて、意思決定や改善策をサポートするアプローチがエビデンスも深まってきて、大きな流れとしてあると思います。世界銀行は、15年間ぐらいやってきていることですが、反省点も含め、改めて重要性を認識しています。グローバルファンドとか、Gaviも同様のアプローチを推進しはじめています。

もう一つは、サービスデリバリーの仕組み自体を顧客の観点から作り直す。Re-designと言って

いますけれども、これは世界銀行の新しい戦略の柱の一つでもあります。Gaviもワクチンを接種していない子供たち、不平等な子供たちにどうリーチするかという観点から、サービスデリバリーの見直しをやっています。その中で、基礎ができている国に関しては、デジタルを使ったイノベーションにも取り組んだ上で、今、サービスデリバリーの効率性を飛躍的に上げるという試みが進んでいます。

また、レジリエンスに関して、強靭性を再評価して、強化するためにどういうことをやったらいいかと、そのアプローチを確立することは恐らく今後非常に重要になってきて、これは幾つかの組織が同時に取り組むことになると思います。

既にいろいろなエビデンスができていて、コロナでも再確認されたことですが、PHC、あるいはUHCの達成と強靭性の改善を両立する非常に投資効果の高いコミュニティープラットフォーム、あるいはコミュニティーヘルスワーカーを活用したデリバリーシステムの強化というのは、どの大きな組織も進めています。

もう一つは、GFFにある意味ユニークなことで、日本の政府が推進してきた考え方とも合っていることですが、政府のリーダーシップの下での優先順位づけと開発パートナーの支援をきちんとアラインさせて、援助効果を上げる、効率を上げるというアプローチもあります。

こういったアプローチの流れの中で、日本は強靭なUHCの達成、加速化にどうやって大きく貢献したらいいのかということですが、私が世界銀行からゲイツ財団に入って一番深く学んだことは、レバレッジという考え方なのですが、レバレッジという考え方、やり方を日本は一つの重要なアプローチとして、本格的に導入してはどうかという提案をしたいと思います。

レバレッジというのは、ファイナンスの用語でもあります。戦略的な小さい投資によって、非常に大きな結果を出してくれる。その結果を出してくれるマシンというのが世界銀行であり、グローバルファンドであり、Gaviであり、大きなファイナシングを持った組織であるということです。

戦略を考えるときに、よくビル・ゲイツに聞かれる質問は、この戦略のフェロートラベラーは誰だということなのですが、私の私見では、強靭なUHCの達成に向けた日本のフェロートラベラーは、世界銀行、GFF、グローバルファンド、Gavi、ADBといったような組織になると思います。

その一つは、規模とカバレッジです。グローバルファンド、世銀、Gavi、GFF全体で保健医療サービスに年間大体90億ドルを投資しています。カバーの国は、グローバルファンドは130か国以上、世界銀行は80か国以上といった国をカバーしています。

保健システム強化だけに絞っても、年間40億ドル規模があります。その中でも、世界銀行は、資金規模の大きさ、また保健のヘルススペシャリストというのは、世界中に330人ぐらいいるのですが、その大きなエキスパートのリソースをレバレッジできるということから、非常に大きな重要なパートナーだと思います。

では具体的にどうやってこうした組織をレバレッジして、大きな結果を一緒に出すのかということですが、大きく三つのアプローチがあると思います。

一つ目は、理事会、戦略タスクチームとか、いろいろなポリシーグループがありますけれども、そこでチェアをしたり、アジェンダづくりをドナーと連携しながらやったりしながら、方向性をつくっていく、

そのアプローチです。

二つ目は、深めて広げてほしいという重要課題、そこをリードできる組織に資金提供をして、戦略策定、アプローチの確立、そのアプローチを組織内で普及するチームの強化を一緒にやる。その強化したチームとアプローチを基にして、世界銀行で言えば、世界各国のIDA、あるいはグローバルファンドのグラントを形成していく支援をやってもらう。そこで改革のスケール化をする。その成果を共同で対外発信していくといったアプローチになります。

これはもともと私が世界銀行にいたときに、財務省さんが非常にうまく世銀を使いながら、UHCの達成、あるいは保健大臣と財務大臣の連携といったような、アジェンダをつくって仕掛けられていたことが非常に印象的でしたが、それに当たるアプローチだと思います。

国のレベルでは、重点国のIDA、グローバルファンド、Gaviのそれぞれが、国の要請に従ってプログラムを組み始めるわけですが、そこにJICAさんなり、ほかのパートナーなりの技術支援を加えることで、一緒にIDAをつくるというようなアプローチをとることができます。また、世銀でいうとファイナンスプラットフォームを提供するというのが基本的なアプローチですが、それを達成してインパクトを出すことに必要な国のキャパシティ、政府のキャパシティを強化する必要があって、そのキャパシティ強化をNGOなり、JICAさんなりが強みを生かしてやりながら、補完することで大きなインパクトを一緒に出すようなことも考えられるのではないかと思います。

レバレッジの考え方に基づく一つの戦略的アプローチの例を私の全くの私案として、ここで御提案したいと思います。一言で言うと、強靱なUHC・ヘルスシステムの強化のアプローチを確立して普及する、そのリードを日本が取るということです。

その際にパートナーになるのは、世界銀行、GFF、WHOといった組織が最初になると思います。例えば世銀に強靱なUHC、あるいは強靱なヘルスシステムの推進に向けたトラストファンドを立ち上げて、また、ゲイツ財団は既に私が管理している世界銀行への大きなトラストファンドがあって、その中でやっていることにも重なるので、ゲイツ財団とも連携しながら、アプローチの評価と強化のアプローチの確立を数か国でやってしまう。それと並行して、ほかのドナーと協力しながら、GFF内にも強靱なヘルスシステムのイニシアチブを立ち上げて、世銀と協働してもらいます。できたアプローチを使い、トラストファンドで強化した世銀、およびGFFのチームによる技術支援で、各国のタスクチームがIDAをつくっていくときのデザインを一緒にやりながら、そこでIDAに強靱なヘルスシステム強化のアプローチをスケールしていく。

それと併せてGFFのカントリープラットフォームなどを使いながら、グローバルファンドなり、ほかのパートナーの資金も呼び込めるだけ呼び込む。同時にWHOとも一緒に協力しながら、世銀、GFFのアプローチと一貫した強靱なヘルスシステム強化のガイドラインなどを確立することもできると思います。

そのような型みたいなものができていくと、自然と世銀内のほかの国のカントリータスクチームが取り入れて、スケール化していくのです。それをグローバルファンドのRSSHや、同じようなスキームがあるADBを通じて、さらにアジアでスケールするというのも可能なのではないかと思います。

この一連のプロセスを通じながら、世銀、GFF、WHOなどと連携して、このアジェンダ、アプローチ

を対外的に発信していくことで、強靱なUHC・ヘルスシステムの強化という今後の重要なアジェンダを日本が取るということを提案したいと思います。

最後に、こういった強靱なUHC、PPRを日本がリードしていく上で、ODAのリソースをどうやって考えていったらいいのかということをお話したいと思います。

保健のODA特別委員会、私も委員として参加させていただきましたけれども、そのときに野村さんと坂元さんが資料としてつくってくださった2017年の保健ODAの金額比較に、G20のファイナシングパネルが試算した、今後のPPRに必要と言われる年間150億ドル、その7割弱をトップドナー8か国で負担すると想定して、2017年のODAの割合に従ってその負担額を配分していくと、こういったグラフになります。

それに加えて、PPRの貢献、あるいは強靱なヘルスシステムの強化、UHCの推進といった面で、日本がさらに貢献を増やしていくと想定して、日本のシェアを2017年ときの6%から11%に引き上げるとこうなるのですけれども、ほかが同じような状況であるという大きな前提が入りますが、日本がドイツを抜いて、保健のトップ3ドナーになります。その上で、保健ODAは倍増、ODAの中の保健の割合は、G7平均にぴったりの11%になります。このPPRの増分を先ほど申し上げたPPRとUHCの両方に資する強靱なUHC、あるいは強靱なヘルスシステムの強化に使うことによって、UHCの加速化もできるという考え方です。

ODAの倍増というのは、非常に難しいということは重々承知しておりますけれども、この先、PPRへの実際の投資の中でいろんな資金貢献の議論が出てくると思いますので、その中で頭の片隅に残しておいていただくと、非常にありがたいと思います。

以上で私からの発表は終わります。どうもありがとうございました。

○南健康・医療戦略ディレクター 馬淵さん、非常に分かりやすいプレゼンテーションをありがとうございました。

それでは、意見交換の時間といたしたいと思います。効率よくお願いいたします。

御意見、御質問のある方は、手を挙げていただくか、あるいは画面上の挙手ボタンを押していただくかのどちらかをお願いいたします。

○南健康・医療戦略ディレクター

林先生、お願いいたします。

○林参考人 UHCにということで、UHCもいろいろあるので、具体的にどこをとか、そういったものがあるのか。これまでも保健システムのかなり大きな支出があったと思うのですけれども、それをどのような形で効果を見える化するのか、今後さらに増やすということであれば、そのモニタリングがすごく問われるとは思っているのですけれども、その辺りも付け加えて教えていただければと思いました。

以上です。

○南健康・医療戦略ディレクター まとめて3人ぐらいお話しただいてから、まとめて馬淵さんから御回答いただこうと思います。

次、伊藤さん、お願いします。

○伊藤構成員 馬淵さん、ありがとうございます。

私は三つコメントと、一つ質問がございます。

まず、最後のスライドのODA倍増の件、改めて提起いただきまして、ありがとうございました。馬淵さんも委員であられた「保健ODAの在り方を考える特別委員会」、まさにその委員会の提言が元となり、グローバルヘルス戦略推進協議会ができ、このタスクフォースができて、流れができたわけですが、日本のグローバルヘルスの官民の様々な方が集まる特別委員会の議論の中で、現在の日本のODAがインフラ、エネルギーに偏り、保健ODAの比率が5%、6%にすぎない、これで保健を主導する国と言えるのかというのが、国会議員も、民間の専門家の皆さんも痛切に感じたポイントでした。これでは日本はまずいだろうという危機意識が非常に高かったことは、もう一度申し上げたいと思います。

今回のタスクフォースで7月の会合、9月の会合では、財源、予算のことは自明のこととして、皆さん、根底にはあったと思いますが、議論に出てこなかったと思います。とても重要なことなので、タブー視せず、この場で今後議論していくことが重要ではないかと思いました。

第2に、UHCの達成は、やり方を根本的に変える必要があるという7ページ目のスライドは大変興味深く拝見しました。グローバルファンドをどうレバレッジしていけるかということも少し加えさせていたいただきたいと思います。

まず、ヘルスシステム強化の方向性という8ページのボックスの中に、コミュニティ・プラットフォームを強化するという言葉がありましたが、そのコミュニティは何ぞや、ということをもよく理解する必要があります。ファシリティ止まりではなく、国中に毛細血管のようにお金が流れ、知恵が流れ、物が流れていくのはコミュニティを通じて行うのが早道です。それができている組織にお金を投資することがとても大事だと思います。

コミュニティは何か、ここでは釈迦に説法かもしれませんが、二つあると思っています。

一つは、地理的なコミュニティです。村落共同体です。日本でいうと町内会、婦人会、青年会といったような仕組みが、感染症に対応する上で人々の意識、行動を変えることに大きく影響しています。これは日本のかつての事例で証明済みであります。

余談になりますが、私が大好きな映画に、『たくましく母親たち』という映画があります。昭和30年代、結核が国民病だったころの大阪の吹田で、地域で結核の集団検診を広げるのに大きな役割を果たした婦人会の人たちを扱った映画です。町の人たちに検診に行こうと声をかけ、飲んだくれのお父さんを説得して、近所の小学校に検診車が来たときに連れていくなど、保健所の所長さんでもなかなかできなかったことが、女の人たちの組織だったパワーで住民の意識が変わり、みんなが結核検診にやってきて校庭に行列ができるほどになりました。そうしたコミュニティにある仕組みが日本全国で、国民病だった結核の検診のカバレッジを広げるのに役立ったということがよく分かる映画です。コミュニティにあるこうした既存のシステム、ソーシャルキャピタルを活用することが一つです。

もう一つ、コミュニティとは、地理的なことに限りません。。例えばイスラムの国では、宗教組織が持っているネットワークはどれだけ人の行動を変えることに役立っているか、計り知れません。地理とは関係ないわけです。あるいは特定の属性を持つ人口集団もそうです。HIVにおけるLGBTコミュ

ニティが自ら自分たちのコミュニティに働きかけることが有効です。これは日本で新宿2丁目を見ていけば分かることで、保健所よりも、当事者たちのグループが発信する情報の方が届きやすいわけで、そういったものがコミュニティであります。そういうところにまで、きちんと物とお金と意識、サービス、情報が届いていくことが大事なのではないかと思いました。そういう意味で、8ページはレジリエンスのところだけではなくて、一番上のサービスデリバリーシステムに、四つ目としてコミュニティを入れてもいいのではないかと思いました。

もう一つ、下段のアライメントのところですけれども、グローバルファンドが持っているCCM(カントリ・コーディネーション・メカニズム)という国の中の調整メカニズムを広げていき、三大感染症、保健システムから範囲をさらに広げた調整メカニズムになるようレバレッジしていく。そこに日本がいろんな形で投資をしていくこともあり得るのではないかと思いました。

最後に一つ、馬淵さんに質問があります。今回、グローバルファンド、Gavi、そういった官民連携基金を「強靱なUHCに向けた日本のフェロー・トラベラー」として挙げていただいて、大変うれしく思います。ただ、稲場さんもそうですけれども、我々民間の者は、こういった官民連携基金に非常に愛着を感じています。それはインパクト重視とか、民間の知恵が入っていると、我々民間が参加するスペースがあるということが大きいからです。世界の市民社会からもサポートを得ている理由だと思います。しかし、予算を管理されている政府の方々には、条約でできた国際機関、政府間協議体などに比べて、正当性に欠け、戸惑いがありになるのも事実ではないかと思います。

馬淵さんは、JICAにおられ、政府もよく御存じで、あるいは世銀や民間企業、コンサルを経てゲイツ財団におられる立場から見て、条約でできたわけではない、政府間協議体でもない官民連携基金という新しいタイプの組織が、なぜ日本が組む相手に値するのか、どこにその正当性があるのか、お考えを伺えますでしょうか。

以上です。

○南健康・医療戦略ディレクター ありがとうございます。

続きまして、藤田先生、いかがでしょうか。

○藤田構成員 途中で接続が悪くて聞こえなかったところがありましたので、皆さんのコメントの繰り返しになる部分があるのかもしれませんが、私から1点だけ、今の状況を考えたときに、投資効率を上げるとか、レバレッジをいかに効かせるかというのは、非常に重要な視点だと思います。そういう意味で、馬淵さんの御発表は大変興味深く拝見いたしました。

ただ、その場合に短期的な成果だけではなくて、基盤をつくっておくことが非常に重要なのではないかと思います。往々にして3年、5年ぐらいの単位でものが見える成果を求めるといことになると思うのです。そういう意味で、例えば長期的に継続して、確実になるような制度づくり、保健人材とか、基本的な、基礎的なインフラとか、住民登録の制度とか、そういった制度づくりみたいなものをどのように考えるか、どういうふうに資金を活用していくかといったところも、重要な視点だと思います。

以上になります。

○南健康・医療戦略ディレクター ありがとうございます。

今までのところをまとめて馬淵さんをお願いいたします。

○馬淵参考人 大変貴重なコメントをいただきまして、ありがとうございます。

幾つか答えられる範囲で答えます。例えばUHCの効果の見える化は非常に難しい問題で、財団内でもGavi、グローバルファンド、世銀、その他のパートナーと一緒にヘルスシステムの評価のアプローチをやっているのですが、かなり苦戦しています。プライマリーヘルスケアの戦略の中でも、どうやって効果を見るのかというのは、難しいテーマで、すばらしく美しい答えというのはなくて、ヘルスシステムの構成要素について、例えばファイナンスのマネジメントのシステム、あるいは資金がどのくらいプライマリーヘルスケアに行っているかとか、いろんなシステムのマチュイティーとか、うまく行っている度合いを測る何らかのプロセスインディケーターの設定を行い、それをしっかり測れるようにしていく。

これまではヘルス・ファシリティーのサーベイをコストを大がかりにかけて大々的に5年に1回実施していましたが、今、グローバルファンドが進めているのは、簡単なスポットチェック的にヘルス・ファシリティーを見ながら、進捗を測るということができないかとか、そういったことをやっています。それと、最終的なインパクトがどうつながるかというのは、いろんなインパクトスタディーをしながらつくっていったって、その確度を高めていくということしかないと考えています。

伊藤さんの質問の中で、日本が新しい官民連携組織と一緒に働く正当性ということがありましたけれども、一言で言うとインパクトです。インパクトサイズの圧倒的な大きい規模がある中で、そこで成功することが世界に対するインパクトは非常に大きいということ、その成功をサポートするいろんなツールがドナー国にあるわけです。理事会でもあり、戦略的な技術チームへの投資でもあり、それぞれの重要な国でのプログラミングのサポートでもあり、実施のサポートでもあり、それらを通じて、投資効果が上がっていきます。

その規模というのは、先ほどのサイズで示しましたけれども、日本の保健ODA全額を足した数倍規模の資金があるということなので、インパクトの考え方、あるいは日本のプレゼンスの考え方次第で、非常に大きな日本のプレゼンスを発揮する機会でもあり、かつインパクトを出せる機会でもあります。考え方の転換をインパクトベースでやっていく必要があるのでは。それをやると、かなり自明にパートナーは絞れるのではないかと思います。

最後の藤田先生のコメントですけれども、まさにおっしゃるとおりで、いろんな観点があると思うのですが、世界銀行の例でいうと、実際に結果ベースでファイナンスをしていく仕組みの中で、保健人材の改革の進捗管理や、どのような制度が必要か、それをどのように動機づけして進めていけばいいかとか、などの組織づくりという視点があります。開発銀行のいいところは、政府にお金が行って、政府の国のプログラムとして実施されますので、その中でインスティテューションビルディングがしやすい状況にある。その観点は非常に重要で、これからも色々な形で模索が続いていくと思います。

もう一つは、ゲイツ財団もよくやっているのですけれども、政府だけにとどまらず、地域に根差した組織をどうやって強化していくか。地域のNGOもそうですし、リサーチインスティテュートもそうですし、そういった地域ベースの組織が国のキャパシティーとなって、政府を引き続きサポートしたり、政府

をモニタリングしたりするので、そういった組織をどうやって中長期的に育てていくかというのは非常に重要な観点です。

○南健康・医療戦略ディレクター ありがとうございます。

引き続きまして、質問等を受けたいと思います。稲場さん、お願いします。

○稲場構成員 ありがとうございます。

私の提出資料が皆さんのお手元に行っていると思いますが、UHCに関しましては、実践的、あるいは理論的な進化があり、一方、COVID-19とPPRに関する展開の整理も進んでいるところで、これらの整理に取り組んだのがこの資料となります。

その中で、一番上の「公平性とUHC」というところで、UHCは国の多数派、主流の人々だけでなく、脆弱な立場にあるコミュニティの中でも実現されなければならない、コミュニティによるボトムアップ型のPHCの取組が重要となります。ここで御質問を1点して話を終えたいと思っているのですが、馬淵さんのプレゼンテーションの中では、世銀とか、G20、あるいはIDAというような機関が非常に大事だということで、これらについてはもちろん私自身も大事だと思っておるのですが、また、先ほどおっしゃられたように、政府にお金が行くので、政府を中心としたインスティテューショナルビルディングを支援し、さらにそこからコミュニティ組織に、という流れだったのですが、コミュニティなどにとって、世銀、GFF、IDAというのは極めて分かりにくいのです。仕組みを理解するのが非常に難しく、一生懸命英語を勉強して、ようやく理解はできるものの、どういう形で、どのようにアプローチをすればいいのかとか、が分からないのです。

グローバルファンドの場合は、市民社会向けに、仕組みを理解してもらうことも含めて、プラットフォームをつくっているわけです。ところが、世銀、GFF、IDAなど関わっている市民社会団体は、政策面で関わっている団体が多くて、現場でかかわっている団体にとっては、国の現場でどのように自分の国のUHCを向上させたり、自分のコミュニティと世銀やGFF、IDAの間をつなげるといったことは非常に難しいために、そもそも極めて遠い存在になってしまうことがあります。

この点に関しまして、もちろん世銀、IDA、GFFは大事なことはよく分かるのですが、どういふふうにコミュニティが理解して、これらの機関と一緒に、また、この機関とつながっている政府の人たちと一緒に仕事をしていけるのかといったときに、かなりの乖離があるような気がするのです。この辺をどのように組めるのか。グローバルファンドの場合は、そこを埋める取り組みは、いわゆる「インセンティブファンディング」の枠内でかなり行っています。世銀、GFF、IDAについては、例えば先進国のNGOがそこを仲介して、途上国の現場で取り組む市民社会団体の実情を理解してもらうということも含めて、どういう形でここを埋めることが大事なのかという、そのところをお伺いしたいと思います。○南健康・医療戦略ディレクター ありがとうございます。

続きまして、星野先生、お願いします。

○星野構成員 馬淵先生、大変示唆に富むお話でありがとうございました。キャパシティビルディングについて、後で質問させていただきますが、まずコメントとして、UHCの難しさであり、またその魅力というのが、この取組が「ユニバーサルである」ということだと思ふのです。ユニバーサルであるということは、期待値はどんどん高くなったり、野心的になろうと思えば、どこまでもいくのですけれ

ども、どこかのところで現地にフィットするかたちを押さえるところ、あまりにもベーシックになり過ぎないで、しっかりと現地のニーズに応えるようなところを掴む必要があります、だから、そういう意味で絞り込みの重要性という点をご指摘されたことは、私も感じておりましたので、先生のおっしゃるところに共感をいたしました。

日本が保健、ヘルス、健康という分野でリードすべきだということでも賛同しております。なぜかという、これが非軍事の分野で平和にかかわるからだと考えます。健康、ヘルスというのは、平和の観点、非軍事の観点でも重要だと思いますし、また、人間中心の安全保障という観点からもそうだと思いますし、また、日本がエッジを持っている技術の面でもポテンシャルがあり、本来いろんなところで活躍できる分野があるし、日本の企業とか、こういうところで活躍できるような、調達のネットワークにも乗るような、そういうところもあると、持続可能にさらになっていくのかと思っています。日本だけではできないので、レバレッジを使ってとか、パートナーということも大変共感をするところがございます。

キャパシティービルディングに関する質問というのは、一つだけなのですが、キャパシティービルディングというのは、様々な分野で、あらゆる分野で必要とされているものです。ですから、ここでいうキャパシティービルディングというのは、ヘルスの分野だけで取りあえずやるということなのか、あるいは隣接分野も含めて、例えば隣接の財源も使ってうまくやっていくものなのか、どうやったらキャパシティービルディングというところがうまくできるのかということを考えております。

保健だけでなく、経済システムをつくる上でもキャパシティービルディングが必要、保護システムをつくるにもキャパシティービルディングが必要だということで、結局、私はタスクフォースでもよく縦割りを排せという話をしているものですから、隣接分野も含めてどうやって効率的にすることができるか、できないものなのだろうかということに常に問題意識があるものですから、そんなことをお話ししたわけです。

先ほどの藤田先生のところともつながるかもしれませんが、ある意味ではインフラになるような分野だと思うのです。日本では例えばマイナンバー制度をつくって、今度、それが保険証になるみたいなことからすると、分野を横断した取組も必要なのかと思います。キャパシティービルディングだったらどうなのかという質問をさせていただきます。

以上です。ありがとうございました。

○南健康・医療戦略ディレクター ありがとうございました。

続きまして、城山先生、お願いいたします。

○城山構成員 どうもありがとうございました。

若干今まで出された質問とも重なる場所もあって恐縮なのですが、2点伺えればと思います。

一つ目のところは、4番目の先生が最初のところで強調されたように、UHCとレジリアンスの重なり合いの部分は大事だという話で、そこは恐らく一般論としてこれまでもずっと議論されてきた中で、本当に重なっているところで、一体何に重点を置いてやったらいいのかという辺りの選択は、まさに選択と集中というお話もありましたけれども、そこは大事だと思います。UHCで議論している中、今

回、レジリエンスのところかというと、結局、どこにプライオリティーを置いたらいいのかみたいところで、少し具体的なところで御意見があれば、伺えたらと思いました。

例えば6ページのマトリックスだと、今も議論がありましたキャパシティービルディングなどというのは、そういうところに関わってくるのだと思いますが、まだかなり広いと思いますし、具体的な議論は、今まで出てきたもので言うと、コミュニティーの話はいろんなところに関わってくるのが一つあり得ると思いますが、その辺りをもう少し突っ込んで御意見があれば、ぜひ伺えたらというのが1点目です。

2点目は、今まさに星野先生がお話になった点と関わってくるのですけれども、戦略的なポイントをプッシュしていくときに、ほかの分野との話というのは、もしかすると、UHCとレジリエンスというだけではなくて、もっと幅広い広がりが出てくるという感じもします。先ほども例に挙げさせていただいた、今まで議論があったコミュニティーの例です。コミュニティーなどは、まさに多元的な広がりを持ち得る話だろうと思います。

そういうことを申し上げたのは、グローバルヘルスの文脈ではなくて、国内の文脈なのですが、一方で環境系統の文脈は、環境省は地域循環共生圏みたいなことを言い、他方、厚労省系は地域包括ケアみたいな話で、地域とか、コミュニティーなどに行き、もともと別々のところで議論していた話が結構重なってくることは、国内などでもあると思うのです。そういうものがここで対象にしているような領域で、どういう形であり得るのかということも、考えてみる意味があるのかと思いますので、そういう観点からお伺いさせていただきたいと思います。よろしくお願いします。

○南健康・医療戦略ディレクター ありがとうございます。

馬淵さん、今までのお三方に対する反応をお願いいたします。

○馬淵参考人 ありがとうございます。

どれも非常にすばらしい御質問で、十分に答えられないと思うのですけれども、幾つか発言したいと思います。

稲場さんの世銀が遠い、あるいはGFFが遠くてよく分からないというのは重要な御指摘で、どう改善すべきかということを実際に考える必要があると思います。世銀のシステムというのは、コミュニティーとか、NGOなどのサポートなしにはあまり効果を発揮しないのです。国の全体の成果を規定して、成果を出せばファイナンスしますということをするわけですが、それを実行するのはローカルガバメントであり、そのコミュニティーであるコミュニティーオーガナイゼーションであるということなのです。そこが抜け落ちているために、計画したファイナンスの結果が出ないということが結構あり、どうやって補完し、そのプラットフォームを本当に効果があるプラットフォームにしていくのかというのは、世界銀行の非常に大きな課題だと思います。

一つのアプローチとして財団では、財団側の重点国で、地域のパートナーと組んだ活動をしています。地域のNGO、パートナーを育てながら、世界銀行とまさに先ほど言ったものですが、ボードレベル、技術的な戦略レベル、それぞれの国のプログラミングと実施レベルで、パートナーシップをちゃんと促しながら、パートナーシップの型をつくってもらおう。こういう形で結果が出ることが分かると、国のチームリーダーはどんどん取り入れて、いろいろな国で広がっていくような形になるので

す。幾つかの国で成功の型をきちんとつくって、それを国から見て可能なものにしていくことは非常に重要なことで、ゲイツ財団もパートナーシップの中でやっていきたいと思っています。

星野先生のコメントで、キャパビルの御質問がありましたけれども、非常に難しい質問で、全ての局面でキャパビルの必要があって、どこをどうやってやったらいいのか、大海の中でどこをサポートしたいのかということは、すごく大事な観点になると思うのです。

一つ言えるのは、国の財務と保健省のリーダーシップのレベルできちんとしたプログラムをつかって、ファイナンスの仕組みとリンクさせて実施していくという、そのキャパシティーはとても重要になるのです。国が限られたリソース等を最大限活用するためにも、そこは本当に重要だと思います。

地域政府のキャパシティーの重要性が増していますし、ヘルス・ファシリティのキャパシティーも重要ですが、一番大事なものは、環境をつくってあげることなのです。きちんとお金が流れて、管理の仕組みやデータシステムをサポートする。そうすると、そこにもともとマネジメントの素質のある人を配置できると、すごくいい結果が出ます。マネジメントができる人にマネジメントをやらせてあげられるような環境をつくるのが非常に重要なことだと思っています。

最後の城山先生の御質問ですけれども、UHCとレジリエンスの接点について、具体的にというお話ですが、私はエボラ対策のチームリーダーの後に、引き続きリベリアとシエラレオネで、特にリベリアでポストエボラのリカバリーのサポートをチームリーダーとして世銀でやっていたのですが、リベリアからいろいろ学んだことがあります。リベリアは、インシデントマネジメントシステムという緊急対策のマネジメントシステムをそのままパブリックヘルスインスティテュートに組織化したのです。その中で保健省とパブリックヘルスインスティテュートのすみ分けをはっきりさせながら、病気のサーベイランスなどの仕組みに関して、パブリックヘルスインスティテュートに平時の役割を持たせます。そのことで、そのインスティテュートのキャパシティーはさらに強まり、今回のコロナでも、すぐに対策ができました。

もう一つは、先ほど先生から御指摘のあったコミュニティーの仕組みです。リベリアは全国規模でコミュニティーヘルスワーカープログラムを世銀、グローバルファンド、Gavi、USガバメントのサポートなどもあって展開して、今も全国規模で広がっています。そのコミュニティーにサーベイランスとヘルスコミュニケーションと基礎的なヘルスサービスの機能を全部統合させて持たせることで両方の効果が出たことがあります。ラボのシステムは、両方に活用できるものでもあるので、そこも重要だと思います。

いろいろ言うのと切りがないのですが、ヘルスセンターやヘルス・ファシリティも、そのサービスのクオリティーを高める中に疾病管理をする場所になるべきで、感染症の感染源になってはいけません。エボラときはなったわけですが、そのための病気のコントロールといったものをしっかり身につけてもらうことも両方の接点になる大事な投資だと思います。

最後の幅広い地域システムの重なりというのは、先ほどの星野先生のコメントとも重なるのですが、CRVSという住民登録の仕組みとか、非常に色々な接点があると思うのですが、そこが難しさでもあって、省庁が横断することによって、責任の所在が明確でなくなって、改善が進まない

という難しさもあります。

○南健康・医療戦略ディレクター ありがとうございます。

引き続き関係各省からの質問等をいただきたいと思います。まず財務省の藤井課長、お願いいたします。

○藤井構成員 ありがとうございます。

馬淵さん、本日はどうもありがとうございます。非常にインプレッシブな資料を頂いて、大変多くの示唆をいただいて、ありがとうございます。

2点、質問、コメントをさせて頂ければと思います。

1点目は、7ページの資料は、グローバルPPRについてのマッピングを示していただいたものだと思っていて、財務省の立場でグローバルなボードを設立するといった様々な議論に、今、参画させていただいている立場で、こういうものを自分でも作らなければと思っているところでございますので、大変非常に良い示唆を頂いて、ありがたいと思っています。

これを見ながら考えたことでもあるのですけれども、UHCは日本が提唱して、UHC自体の重要性というのは全く変わることもないし、むしろ高まっていくことだと思っているのですが、同時にPPRのマッピングの中に現れているように、世界がグローバルPPRに意識があるという世界側からの視点から見て、UHCの重要性をどうプレゼン、ナラティブしていくのかということが大事だと思っています。

それは日本がこれからグローバルヘルス戦略を作るに当たって、もちろん軸としてUHCを据えていくことだと思うのですが、同時に7ページの資料でいうと、例えば馬淵さんのプレゼンの中では、UHCも含めて四つ、こういう分野が日本としてエンゲージできるのではないかとということをおっしゃっていたと思います。

その点、私の立場で考えた時にも、世界で行われている議論なども考えると、例えばグローバルヘルスアーキテクチャーの設立について、日本が貢献していくことも同じぐらいの意味で重要な柱とも捉えられるとは思ってまして、そういったグローバルヘルスを立てるに当たって、世界銀行なり、今、ゲイツ財団にいらっしゃるところから見える風景として、日本のグローバルヘルス戦略としてどういう軸、旗を立てることがいいのかということについて、御意見を頂戴できればと思います。それが1点目です。

2点目は、資料でいいますと9ページに関わってくるようになります。UHCを具体的に推進していくに当たってこういうことをやっていく。それに当たって、例えば世銀やその他の機関と連携してやっていくべきではないか。私も一時世銀にいたことがございますので、その辺のお話は非常にしっかりと来たところです。

その点に関してなのですが、先ほどの議論にも関わりますが、グローバルヘルスボードの話をしていて、WHOがセントラルロールを担うという議論が非常に強いし、それ自体には全く異論はないし、むしろそういう役割を果たしてほしい、もっと役割を増やしてもらいたいと思うのですが、そのスライドで描かれていたUHCを実際に推進、実施していくことに当たってWHOに期待できること、あるいはWHOにこういうことをやってもらうようになってほしいといったところについて、ファイナンス

グサイドの議論だけではなくて、そういうところがあれば、御知見、サジェスチョンをいただけたら、大変ありがたいと思います。どうもありがとうございます。

○南健康・医療戦略ディレクター ありがとうございます。

続きまして、JICAの瀧澤審議役、お願いいたします。

○瀧澤構成員 ありがとうございます。

馬淵さん、いつもながら非常に分かりやすく、また、元気の出るプレゼンで非常に勇気づけられました。ありがとうございます。

特にレバレッジは一つのキーワードになると皆さんと同じく思いました。例えばグローバルヘルスガバナンスの中でのノルウェーとか、カナダとか、日本より少ない金額でも、かなり存在感を示しているところがあるのは、レバレッジを効かせているからだだと思いますので、日本としてももっとできるのではないかと改めて思いました。

二つ質問です。

一つは、私案のところですが。私案なので、ここは突っ込んでほしくないということもあるかもしれないのですが、御提案の中で強靱なUHC・ヘルスシステム推進のためのトラストファンドを世銀につくって、スケール化の部分はGFFと一緒に、となっているのですが、レバレッジを効かせることを考えるなら、トラストファンドをつくり、そのトラストファンドによって、IDAのお金を巻き込み、さらにはその周りにインベスターズグループみたいなものをつくって、他のパートナーの資金も巻き込むような、まさにGFFが母子保健とか、リプロダクティブヘルスでやっている仕組みを、強靱なUHC・ヘルスシステム推進のために作るという発想もあるのではないかと思うのですが、あえてトラストファンドとGFFという既存の枠組みとの連携を、ここで提案されている馬淵さんの心はどこにあるのかということをお願いしたいと思ったのが1点目です。

2点目なのですが、テーマから外れてしまうのかもしれませんが、研究開発でもレバレッジを効かせるお金の使い方がもっとできるのではないかと思うのです。まさにその辺はゲイツ財団がうまくやっていて、直接グラントを出したりとか、研究開発のパートナーシップを通じてお金を出したりとか、しておられると思います。最近では日本もIAVIやCEPI等にお金を出したりしていますけれども、研究開発面でレバレッジを効かせられるやり方みたいなところについて、御提案があれば伺いたいと思います。

以上、2点です。

○南健康・医療戦略ディレクター ありがとうございます。

続きまして、厚生労働省の井上交渉官、お願いいたします。

○井上構成員 厚労省の井上です。

馬淵さん、御無沙汰しております。プレゼンテーションをありがとうございました。大変よく理解できました。

エッセンスとしては、フェロートラベラーを適切に選ぶことを考えろ、選んだら自分の手元のお金を増やすことも大事だけれども、それをフェロートラベラーと一緒にレバレッジして使うことを考えろというのが御提案のエッセンスであったと理解しました。私も全くそのとおりであると思います。この方

向性に賛成いたします。その上で、UHCの達成に向けて、具体的に日本が何をすべきかということに関して、少し思うこととお話しますので、馬淵さんの御意見をお聞かせください。

実際にフェロートラベラーと一緒にやっていく中で、フェロートラベラーにはできず、日本ならできるコンテンツを日本が持ち出してやっていく。それは何だろうかということ私は馬淵さんのプレゼンを聞きながら考えていました。UHC達成に向けて、ローインカムカントリーでやらなくてはいけない要素はたくさんあります。医師、看護師、あるいはコミュニティーヘルスワーカー、こういう人材をつかっていく病院、診療所、ファシリティーをつかっていく薬、ワクチン、物をつくり、輸入し、それを配る医療情報、データシステムを整える、ポリティカルなリーダーシップ、いろんな要素がある中で、私は一番難しいのは、しかも、それはよその組織ではできずに、日本なら役に立てると思うことは何かというと、それぞれの国の中のお金の流れを整えることです。

実際にUHCというのは、もちろん人もいて、物もあって、施設もあるわけですか、一番難しく、一番大事なのは、お金の流れをつくることです。医療サービスにお金がかかります。まずはお金の流れをつくらうと思うと、いの一には何が要るかということ、実は法律がかかります。混沌の中で神様が一番最初に天と地をつくったことと一緒に、まずは混沌の中で一番最初につくるものは法律です。健康保険法をつくらなくてはならない。その法律の中でお金をどう集めるか、ポケットは三つしかないわけです。タックスか、インシュアランスプレミアムか、アウトオブポケットか、三つしかない中で、どう組み合わせるかということを決めなくてはならない。実際にお金を集めなくてはならない、これはそれぞれの国にとっては大変な作業です。

どういう医療サービスに幾ら払うかということを決めなくてはなりません。実際にそのサービスを提供した医療機関からお金を請求してもらわなくてはならない、請求を査定しなくてはならない、査定に応じてお金を右から左に流して払わなくてはならない、払った結果、不正がないかをオーデitingしなくてはならない、それを全部ひっくるめて、一番最後、帳尻を合わせなくてはならないという一連の作業というのは、医者をつくる、病院を造る、薬を作るという作業に比べるとはるかに難しく、はるかに複雑な作業です。私はローインカムカントリーでできるということは想定できない。医者をつくる、看護師をつくる、薬を作るということは想定できても、今申し上げた天と地、つまり法律をつくることから、一番最後、お金の帳尻を合わせるという一連の作業がローインカムカントリーでできることの自分自身の想像がつかないです。

このところがなし得なければ、ローインカムカントリーは到底UHCを達成できず、このところは恐らく世銀、あるいはグローバルファンド、Gavi、こうしたファイナンスエージェンシーではできず、日本の中で過去50年、永遠とこの作業をやって、永遠と維持してきたノウハウが恐らく役に立つのではないかと考えているところです。簡単なことではありませんが、実際にパートナーを選び、フェロートラベラーを選び、レバレッジを効かせるという全体の戦略の後の日本が個別具体的に何をするかということに関して、今、私がこう思うということは申し上げましたが、これに関して、馬淵さんの御意見もいただければ幸いです。

以上です。

○南健康・医療戦略ディレクター ありがとうございます。

続きまして、外務省の原参事官、お願いします。

○原構成員 時間もかなり過ぎていると思いますので、短く述べさせていただきます。

非常に分かりやすい御説明をいただきありがとうございます。まさに国際場裏で健康安全保障の強化が議論されている中で、日本として強みを持っているUHCの達成にどのように新しい光を当てて、その取組を進めていくのかという点について御示唆をいただきました。レバレッジの考え方については、我々役所の世界で昔からバイ・マルチ連携みたいな言い方で、マルチをいかにうまく使って、バイのアジェンダを出していくのかという点を議論し、現場で努力してきたつもりではあるものの、先ほど御説明いただいたレバレッジの考え方、少ない投資でより大きな成果に繋げるということを、より明確な発想で進めていくことの重要性をよく理解できました。

1点だけ御質問をさせていただきたいと思っています。先生の資料の中で、より強靱なUHCというときの強靱性というのは、パンデミックへの備えと括弧の中で書かれております。それはすなわち強靱性というのは、パンデミックへの備えができればより強靱だという定義づけなのかと理解できるのですけれども、果たして今後のポストコロナの時代を考えたときに、より強靱なUHCの中身がパンデミックに備えられていれば、より強靱なUHCなのか、あるいはさらに付け加えるべき要素があるのか、その辺について、御知見をお伺いできればと思います。ありがとうございます。

○南健康・医療戦略ディレクター ありがとうございます。

また、馬淵さん、お願いいたします。

○馬淵参考人 重要な御指摘ばかりでありがとうございます。

藤井課長からの御質問ですけれども、どうやってUHCの旗を立てていけばいいのかということですが、まず注目がグローバルレベルに集まりがちなのだと思います。グローバルの資金や調達メカニズム、ACT-Aが最たる例ですけれども、そこを直していかないといけないところにも議論が寄りがちなのですけれども、そこであえて国レベル、それぞれの途上国がしっかりとした準備をするという、プリペアドネスの観点に立ち戻る。そこを強く推していくというのは、非常に重要なのではないかと思います。

IPPPRの分析に立ち戻って考えると、その前に準備のできていた国とできていなかった国で大きな差が出て、死者数などにも差が出たわけです。ですので、全ての国がきちんと準備ができるというのが、全ての国が安心した保健サービスを受けられるというUHCの観点と非常に合ってくると思います。UHCの旗の中で国のレジリエンスを高めて、国レベルの能力強化をするべきだというナラティブをきちんと強化して、そこに日本の存在を示すというのは、掲げる意義が大きいのではないかと思います。

もう一つは、WHOへの期待ですけれども、WHOの役割はいろんな議論があると思いますが、私はWHOにいたことはありませんので、バイアスがかかっているという前提でお話しますと、やはり全体のグローバルメカニズムのコーディネーションとか、技術的なガイダンスをするといった機能は非常に重要で、その機能に関しては、WHOは強化するべきだと思います。

最後の御質問にもあった強靱性というのは何なのか。強靱性をどう図ったらいいのかというのは、

今までのメジャーメントが役に立たなかったわけですが、そこを現地の経験を生かしながら定義していく、ガイダンスをつくっていくというのは、WHOの重要な役割として引き続きあると思うので、その辺りに対して、世銀なり、ほかの組織との調整をしながらWHOに支援して、役割を期待するというのはいいのではないかと思います。

オペレーションに近い話でいうと、サーベイランスの仕組みはWHOがリードを取って、さらに強化をしていく必要がありますので、そこに投資をするのは重要なことだと思います。

瀧澤さんのコメントと御質問についてですけれども、レバレッジに関して1点申し上げますと、日本の得意なところから始めるというのはいいと思います。必ずしも理事会の議論をドミネートして、議長をやって方向性をつけていくということから始めようとしなくても、戦略的に重要なところに、国際機関の痛いところをしっかりとサポートしてあげながら、そのチームを強化しながら、アジェンダをつくってもらうという、裏側からチームを強化してサポートしていくというのは、まさに財務省さんが世銀と一緒にやってきたことであり、今後さらに重要になってくるアプローチだと思います。

私案についての話ですけれども、世銀が全体の調整をしていくというのは、GFFができてからも世銀のプロジェクトのレベルの責任を超えて、全体の調整役にするということは、非常に困難でもありました。トラストファンドにそれを求めるというのはなかなか難しく、多分一番期待できるのは、トラストファンドのエキスパートが世銀のカントリーチームと一緒にIDAをつくって、IDAのデザインを改善するということまでではないかと思います。せっかくGFFが数年かけてつくり上げてきた、世銀チームに政府へのサポートと調整役を担わせる仕組みがあるわけですから、そこを使って強靱性に関する調整も国ベースの仕組みとしてやるほうが、多分近道なのではないかという観点から、GFFとの連携も提案しています。

研究開発に関しては、ゲイツ財団の仕組みは、サイエンティストのグループがいた上で、中身の議論をしながら、R&Dにどれだけ投資するということをつかっているのです。さらに失敗して結果が出なくても、それはリスクマネーとして問題ないという、財団のお金という、民間財団のよさがかなり生きている分野だと個人的には思います。

井上さんのファイナンスの支援というのは、100%賛成で、お金の流れとお金の管理ができれば、現地のキャパシティーも生きるし、現地の素質のあるマネジャーも活躍ができる状況になるということで、ファイナンスの仕組みを整えるということは、最も重要なことだと思います。

世銀にそれを現場レベルでサポートするキャパシティーはありません。例えばタンザニアでは、世銀のファイナンスのシステムに、USAIDの支援を組み合わせ、ローカルなNGOも含めて、基本的なパブリックファイナンシャルマネジメントの仕組みづくりをヘルスファシリティレベルでやって、データを管理するシステムをつくり、相互補完的にやりましたけれども、同じような形で日本がここを自分の強みにすると決めて、戦略的に経験を高めていって、日本のノウハウも使っていくというのは、戦略の方向として大いにあると思います。

最後に強靱性の話ですけれども、まさに今後定義していく必要があると思うのですが、一つ言えるのは、強靱性イコール基本的なパブリックヘルスの仕組みがあるだけではないのだと思います。IPPPRでは、そういう基本的なパブリックヘルスの仕組みとか、外郭が整っていても、政府全体の

調整をする仕組みとか、地方政府と中央政府の関わりとか、それを支える法制度とかが、きちんと定義されていなければ、機能しないというのが明らかになっていて、強靱性の再定義とサポートのアプローチをしっかりと決めるというのは本当に重要なことです。

○南健康・医療戦略ディレクター 馬淵さん、長時間にわたり大変有益なお話、どうもありがとうございました。

続きまして、近藤先生の御報告に移らせていただきますが、申し訳ございません、タイムマネジメントが悪くて、予定より30分ほど超過しております。3時に終了と考えておりましたが、この状態ですと、3時20分ぐらいまではかかりそうだと思っております。すみませんが、御容赦をお願いいたします。

近藤先生には、本日、戦略の中の各論的な分野について、具体的な事例も含めてお話しいただくと考えております。先生は健康の社会的決定要因の観点とか、格差、高齢化分野において様々な研究などをなされておられます。先ほどの話にも出ていましたけれども、コミュニティーの強化といった観点とか、そういう議論に非常に役に立つものではないかと考えております。

それでは、近藤先生、お待たせしました。よろしく願いいたします。

○近藤参考人 こんにちは。京都大学の近藤尚己といいます。

画面共有させていただきます。

今、御紹介にあずかりましたように、私は社会疫学の研究をしております。健康の社会的決定要因の対応、コミュニティーや国レベルでどう対応していくかといったことを研究してきました。今日はその経験を基に、主にUHCの中でもヘルシーエイジング、日本に非常に期待が込められている分野だと思っておりますので、ここのことを例に話を進めたいと思っております。

簡単に自己紹介ですけれども、私は東京出身ですが、山梨で大学を過ごしまして、学生時代やその後の研修でも地域医療というものを非常につぶさに見させていただきました。

学生のときは国際保健関係のサークルに入って、ベトナムとか、いろいろな国を見て、日本で医者をするより、海外の中低所得国にこそ医療のニーズはあるのだろうと思いつつ、国際保健のキャリアというものがよく分からないと思ひまして、まずはスキルと経験を磨こうということで、公衆衛生の研修をすることに決めて、そのまま大学院に進み、ハーバード大学で社会疫学の基本を学んで、帰ってからもろもろ国内で活動した後、今、京都にやってきたということです。

いろいろ研究はしているのですが、主に高齢者20万人の追跡調査を基に、私たちは自治体の方々とまさにまちづくり型のプライマリーヘルスケアのような活動をしてきました。その部分を今日はお話したいと思ひます。

今日の馬淵様のお話は、主にファイナンスとか、ガバナンス、国レベルでどうやっていくかというお話だと思ひます。

高齢化分野では、イノベーションを活用しようということも国際的には非常に強調されていますが、もう一つ、マーケティングの話があると思ひます。どうやってそういったお金や資源を末端に届けて、顧客目線で、ラストワンマイル問題、つまりサービスが末端までどう届くのかということを考えることが大事だと思ひます。こういうことを国内でやっておりましたら、最近ではWHOのヘルシーエ

ージングの部門との関係もできまして、検討メンバーにも加えていただいております。

私たちは、日本老年学的評価研究、JAGESという調査を行っています。2003年ぐらいから続けていますが、2010年からは10万人規模に増やしました。日本の自治体は3年ごとに介護保険事業計画をつくらなければいけないのですけれども、それをつくるための基本調査として調査費をいただいて、これで研究をしてデータを集めています。

私たちはこのデータをいただいて研究を進めて、どんな町に住んでいると健康長寿かつ健康格差の小さな状況になるかということを見ています。そのデータを集計して、地域診断書という形で各自治体の健康状態や健康をつくるための資源、地域活動であるとか、そういったものも見える化して配っています。自治体はそのデータを基に介護保険事業計画を立てるという形で進めています。

このデータから分かってきたことを幾つかお示しますと、一つは、閉じこもりや社会活動に大きな格差があるということです。これは閉じこもり、週に1回未満の外出をされている方は、どんな方に多いかというデータですが、所得が低い方や教育年数が少ない方、社会的に不利な方は閉じこもりが多いということが分かります。閉じこもりは様々な疫学研究で、その後の要介護のリスクであるということが分かっておりますので、こういった社会的要因も大切だということが分かると思います。

追跡調査をすると、やはり所得が低い方のほうが、その後、死亡や要介護になるリスクがそれ以外に比べると2倍ぐらい高い。言い換えれば、命の格差が2倍あるということが日本の高齢者の間でも認められております。

高齢者の場合は、コロナの後、閉じこもりや社会活動ができなくなってしまったということが非常に問題になっています。そこで私たちは11自治体で緊急アンケートを追加しまして、その状況を把握することに努めました。

驚いたのは、さもありませんということなのですけれども、コロナ流行中、高齢者の半分以上でそれまで行っていた地域活動への参加を諦めているような方がいて、活動が止まってしまっているということです。

そういう方の健康は大丈夫かということを見ますと、地域活動への参加が減少した人は、要介護・要支援である方の割合が最大2倍ぐらい高い。活動によって違うのですけれども、そういうことが分かりましたし、フレイルの割合も高い。抑うつリスクも高いということが分かりました。これはコロナで外出ができなくなったので病気になったのか、それとも逆なのかは分かりませんが、そこに関係性があるということは分かりました。いずれにしても、疾病がある方が特に不活発になっているということで、リスクがさらに増大していく懸念があります。

若い世代でも緊急事態宣言中の活動変化は、鬱に関係しているということも分かってきております。勤務時間が増えた方が特にうつになりやすい。一方で、在宅ワークに移れた方はうつリスクが低いということも分かりました。

在宅ワークに移った方は、むしろ野菜や果物の摂取量が増えた反面、緊急事態宣言中に子育て時間が増えたりした方は、野菜摂取量が減るということも見られて、こういう大きな構造変化が起きると、健康格差が広がりやすく、様々な世代で見られるということが分かっています。

同じような状況はイギリスなどでも論文にして出ておりました、社会経済的に不利な方がうつになりやすいということがデータとしても示されています。

そんなふうに、社会疫学では、健康というのは本人の生活習慣で決まる部分が多いのですが、生活習慣ができるかどうかというのは、その人が住んでいる地域の環境であるとか、御本人の社会経済的な状況、人とのつながり、社会的ネットワークによって大きな影響を受けますし、これがまさにコロナのように大きな社会変化が起きると、強い影響を受けるということも分かります。

先ほどのお話でレジリエンスということもありましたけれども、まさに災害へのプリペアドネス、社会そのもののありようを整えるという意味で非常に大事なのだと思います。

WHOが2008年に出した健康の社会的決定要因に関する最終報告書の中で、健康格差には三つの活動で対応しましょうということを推奨しています。

一つは、生活環境の改善です。よく日本でも健康づくりとなると、いわゆる二次予防事業、メタボ健診と保健指導のような指導であったり、たばこを吸うのをやめましょうという知識の啓発活動、こういったものに注力しがちなのですが、その前に生活環境、特に健康に影響を与える教育とか、労働とか、交通環境とか、休暇の取り方、こういう健康以外の生活を整えることを重視しましょうと言っています。

そのためには、当然連携の強化が必要です。保健セクターはこの辺に対応することができませんので、それができるセクターと連携する。ガバナンスを強化するということを言っています。

ガバナンスを強化するためにも、まずは健康格差がどれくらいあるのか、これを可視化して、その上で何らかの活動を提案したら、それが誰にどれくらい影響があるのかということのアセスメントしながら、活動を改善しながら進めていくというアプローチが必要でしょうと言っております。

私がこれを見たときに、日本国内の高齢者対策でいうと、WH尾の3つの推奨事項は「地域包括ケアシステム」の中に全て含まれていると思えました。高齢者が住み慣れた町で最期まで安寧に生活するために、組織同士が連携して生活環境を整える。そして、それをデータでもってしっかりアセスメントしながら進めていくことになっています。

日本が二次予防から地域包括ケアによる一次予防に舵を切った経緯については、私たちもWHOの雑誌などで報告しました。これが高齢者対策のいいモデルになるのではないかと、日本の失敗も含めたレッスンになるのではないかと思います論文にまとめました。

地域包括ケアが大事にしているのがソーシャルキャピタルという考え方です。先ほどレバレッジの話がありましたけれども、一人ではできないことも、複数でつながれば何倍にもなって効果が上がるという考え方です。健康づくりも一人ではなかなか難しいけれども、複数で一緒にやればできますし、地域包括ケアにしても、組織同士でつながれば、一組織ではできないことが可能になるという考え方です。

どんなことが日本の地域包括ケアの中でやられているかという、一つは通いの場事業です。これは私たちJAGESの中で出したエビデンスがありまして、サロン活動、住民のボランティアが地域におしゃべりとか、住民の集りの場を提供して、そこにいれば、誰かがいて交流ができるという場です。そういうものを近場につくることで、閉じこもりがちな人も人と交流して、うつ予防や、私たちの

分析だと要介護の予防にもなることが分かってきました。今、厚労省の老健局では400億円のインセンティブ交付金を用意して、これを全国で広めようとしております。

サロン活動のいいところは、健康格差対策になっている可能性があるということです。従来の介護予防事業、例えばフレイルな方を健診で見つけて、筋肉トレーニングなどを提供するというプログラムに比べて、サロンの場合は、所得が低い人がより参加していることが分かります。最もサービスを届けたい方に届けられているという部分が一番いいのではないかと思います。

これを地域で戦略的に進めていくことが必要だと思います。先ほどから挙がっている選択と集中です。資源は限られていますので、地域の中でどこで真っ先にサロン事業をやらなければいけないのかということを考えることが必要です。

これは人口2万人弱の熊本県御船町というところで行った事例です。私たちが提供した地域診断書は非常にシンプルなデータです。例えば、参加している自治体の中で、あなたの町は、例えば閉じこもりの割合は上から5番目ですとか、自治体の中で閉じこもりはどこに多いかということも小学校区ごとに示してあります。見てみると、平たん地よりも中山間地のほうが多いということが分かります。データを見ると、御船町では、閉じこもり対策のプライオリティーが高いということが分かりますし、それをどこでやるべきかということ、中山間地でやるといいということが分かります。

そこで、御船町では、現状の平たん地と中山間地の閉じこもりの健康格差を縮めるという戦略を立てまして、3期に分けてちよつとずつこの差を縮めるということをやりました。毎年の予算を中山間地における閉じこもり対策に集中させたわけです。

これは保健部門だけではできませんので、仲間を集めるために、地域ケア会議を行いました。私たちがお渡ししたデータや自治体が持っているデータを使い、高齢化対策のために部署間で一緒に考えましょうという会議をしました。全ての課が高齢化の問題を抱えています。データを基に一緒にできることを探しましょうという会議です。これは、今、厚労省が進めている地域ケア会議というものですけれども、それを全国に先駆けて始めました。

データを見ながら、みんなわいわい、うちの中山間地ではこんなことをやっていますとか、うちの部署ではこういうことをやっていますということを共有する中で、一緒にできることを探していくことができます。

こういう場でよく使われるのがヒートマップです。地区ごとに健康指標のよしあしが色分けされて見えるようになっています。また、それに対応するための地域のリソースも色分けしてあります。

例えばこの辺などは、健康リスクが高くて、リソースは少ないということが一目瞭然です。この辺に優先順位をつけて対応しようということが見えてきます。3年ごとの変化もヒートマップにします。真っ赤になっているところは、3年間、悪化が著しいところということで、てこ入れするべきなのではないかということが一発で分かるようなデータになります。

こういったデータを使って、先ほど言った地域ケア会議などをワークショップ形式で行っています。ガイドブックなども出しまして、いろんな自治体でテキストとして活用していただいております。

御船町ではこれをPHCに落とし込むことに成功しまして、中山間地の地区の中で活性化協議会ができて、今までのサロンには来てくれなかった閉じこもりがちな人も来てくれるような、小学校の

廃校を使った新しいタイプのサロンができました。農業振興関係の補助金を活用して配食サービスをしていたものを、サロンの日は給食形式の会食会としたところ、たくさん住民が集まってくれるとすることができるようになりました。

介護保険課でモニタリングして見ると、9年かけて達成しようと思っていた格差対策の目標値が3年で達成されてしまったといううれしい結果でした。地域ケア会議でも「やった！」と喜びを分かち合うことができました。

こういうまちづくりを進めると、ソーシャルキャピタルが高まります。御船町は熊本地震の被害を受けたところですが、御船町の中で震災前のソーシャルキャピタルを高く保てた地域とそうでないところとを比較してみると、ソーシャルキャピタルが高かった地域のほうが、メンタルヘルスが悪化しづらくなったということが分かってきました。こういうふうにならぬよう人々のつながりを維持することが、レジリエントなまちづくりにつながっていくというエビデンスだと思います。

私たちは、御船町がたまたまうまくいっただけでは意味がないと思いましたので、実際にJAGESに参加している自治体全体で効果があるのかということを検証してみました。16自治体にデータ提供だけではなくて、そのデータの使い方のアドバイスを年3回ぐらい行いました。一方、対照群にはデータだけを渡しました。

そうすると、積極的に支援したところでは、積極的とはいえ、年3回程度ですけれども、そこではなかなか地域活動に参加してくれないと言われている男性の地域活動参加が、統計的に有意に増えたということが分かりました。

このように、ソーシャルキャピタルを平時に育てることで、災害に強い地域ができて、データ活用で限られた資源を有効に使える。評価もできて達成感を得られる。データはシンプルでよい。御船町のような小規模な自治体でもできるということです。ただし、伴走型のコーチング支援、たまにそれを見に来てくれる存在が必要なのだと思います。

私たちは、JAGESのスキームは恐らくいろんな国でも使えるだろうと仮説を立てて、今、ミャンマーとマレーシアに展開して、タイなどが開設しようとしているASEAN諸国でのヘルシーエイジングに向けたアライアンスの中でぜひ活用してほしいということで、コロナが発生する前から相談を始めてきました。実際に一部の地区で活動を始めています。

JAGESだけに限らず、例えば東大の高齢社会総合研究機構等もかなり近い活動をしております。そういった大学と諸外国の大学とでコンソーシアムをつくったり、そういったことをサポートする政府間でのアライアンスをつくったり、産官学でうまく連携しながら進めていくことで、まずはアジア全体でのエイジング対策のアジェンダを具体的なものに落とし込んでいくことができるのではないかと夢見ております。

地域包括ケアは、高齢者に対応するためのPHCです。UHCにおけるラストワンマイル問題を解決するスキームとして使えるのではないかと思います。ここを日本の成功例として海外にも展開していただけるといいのではないかと感じております。

時間もあれなのですが、最後、コロナ後に問題になってくる一つの大事なこととして、デジタルデバインドがあります。あらゆるサービスがインターネット化しますので、インターネットサービスに接続

できているかできていないかが、さらなる健康格差を生むものになると思います。

私たちの調査でも、所得や教育、人口密度、つまり農村、こういったところでインターネットアクセスが悪いということが分かりました。これは日本でもミャンマーでも同じように見られました。

そういうコミュニケーションツールが利用できていない方は、コロナ中、孤立を感じる方が多かったです。

一方、ネット交流ができていたという方は、うつになるリスクが抑えられていたということも分かりました。

こういった状況は様々な国で起きていると思いますので、まずは現状を把握して、日本として高齢者のデジタルアクセスをキープするということも、大事な視点だと考えております。

時間も過ぎましたので、一旦ここでまとめて、終わりにしたいと思います。

UHCはお金の面でのプロテクションだけではなくて、誰もが保健サービスにアクセスできるためのローカルシステムをどうつくり込んでいくかというところが大事だと思います。

そこに関して、得てきた日本の経験を世界に広げていただくための御支援をいただければと思います。

日本はまちづくり型のUHCが昔から得意でしたので、これをいかに科学的・戦略的にするか、そして、それを外にも広げられるモデルにしていくかというところが、グローバル上の課題、ポイントになると思っております。

以上です。

○南健康・医療戦略ディレクター 近藤先生、どうもありがとうございました。豊富なデータを使って、大変説得力のあるプレゼンテーションをありがとうございました。

それでは、討議に移りたいと思います。先ほどと同様、挙手をお願いします。まず社会保障・人口問題研究所の林先生、お願いいたします。

○林参考人 近藤先生、どうもありがとうございました。

去年の12月に国連総会でDecade of Healthy Ageingが採択されたということで、この10年間、ヘルシーエイジングというキーワードで、ヘルシーアンドアクティブエイジングだといふと思うのですが、日本も貢献をするという流れの中にいると思います。

本日の御報告は、ソーシャルキャピタルについてということを非常にしっかりと説明していただきました。日本だと人と会わない高齢者が多いけれども、中低所得国だともっとソーシャルキャピタルがあるのではないかという感想を持つ方もいらっしゃるかもしれませんが、例えばケニアの農村部に行くと、人と会うための交通機関がないので、ずっと家にいるおばあちゃんがいる、とか、インドですと、家族と一緒に住んでいるがために、そこから出ずに、家族の中でいじめというか、ドメスティックバイオレンスと皆さんおっしゃっているのですけれども、そういうものに遭ってしまうとか、そういった意味で、精神の健康を保てる制度をどうするのか。孤立化対策、ロンリネスというものも新たな地球規模のキーワードになっていますけれども、これをいかに見える化したり、きちんと各地域でやっていくかというのは、一つの大きな柱だと、今、報告を聞いて思ったところです。

近藤先生に対する質問で、JAGESは要介護認定がアウトカムということで、調査されていると思

いますけれども、ソーシャルキャピタルからもうちょっと医療寄りに行って、健康増進活動が実際どれだけ効果が出ているのかというエビデンスが今までのところであれば、教えていただきたいということの一つ質問したいと思います。

コメントなのですけれども、日本の経験をどう生かせるかというところで、特にグローバルヘルスという文脈で見たときに、1960年代に日本の第一の死因は結核から脳血管疾患になりました。その頃、脳梗塞でたくさんお亡くなりになっていたところ、1960年代後半からどんどん減って行って、そのきっかけは何かというと、皆保険があって、降圧剤をみんなが使えるようになったという点が一つです。そして、そのときに、脳血管疾患対策という国のプログラムができて、脳血管疾患で亡くなっている人が多い市町村を選んで、そこに対して重点的に血圧を測って、薬を出すなり、医療も介入をしていった。

今日の前半の話とも関わると思うのですが、全ての人の死因が取れている、先ほど出てきたCRVSですが、住民登録と動態統計がきちんとできているかということが、今後の高齢化対策では重要だと思うのです。先ほどちょっとやり取りがあった登録制度とか、どのようにモニタリングするかというところで、昔はアフリカやアジアの国に行くと、パソコンがごろごろ転がっていて、これは何ですかと聞いたら、世銀がお金をつけてどっとくれたのだけれども、壊れて使えなくなってしまったのですということがすごくありました。しかし最近では、例えばコロナのときに、どのぐらい人々が病院へ行ったかとか、そういったことがオンラインの保健センターをつないだシステムで、リアルタイムでたまっていくというのが、結構動いてくるようになりました。

死亡登録、出生登録もなかなか難しかったのですが、最近はオンラインやIDなどのシステムで、アジアですとかなり広がってきている。なので、先ほど来言われていたインフラは世銀などでしっかり引き続きやっていったほうが良いということが一つです。

それから、皆保険ができると、薬が行き渡るだけのファイナンス力ができるということですが、それについては、民間企業といえますか、日本の製薬企業も国際的に展開していくことがますます必要だと思われ、今でも例えばAMEDの地球規模課題、厚労省の地球規模課題の研究ベースでとか、いろいろとされていますが、日本対中低所得国の中で、その仕組み、新たな医療機器や薬剤をとということもありますけれども、それだけだと企業の方も、研究はしたけれども、その後が続かないということもあるので、このところは国際的な枠組みでやっていくことが必要だと思います。

あとは、健康増進の話で、例えば血圧を皆さんが測るようにして、見える化するということ、それから、高齢者の調査についてはいろいろな国ですごい勢いでやられていて、今、全世界に広がっていますので、いわゆるODAですと、高齢化は各国でやって、というのが大方の意見だったのですが、国際的に協調してやる枠組みがあったほうが確実にいいレバレッジが効くだろうということと、各国でやってくださいと言っていた今までのものも、例えば先ほどのトラストファンドのようなもので、若干レバレッジのためのものを日本としてもつくってやったほうが、もしかしたらいいかもしれないと、最近、思い始めているところです。

以上、質問一つとコメントたくさんでした。

○南健康・医療戦略ディレクター ありがとうございます。

先ほどと同じように3人ほどまとめて伺ってから、近藤先生に反応していただきたいと思いますので、続きまして、稲場さん、お願いします。

○稲場構成員 どうもありがとうございます。

私の資料は皆様のお手元で見いただければと思います。近藤先生のプレゼンテーションは素晴らしい内容でありありがとうございました。

特にUHCを必要とする質の高いサービスの提供と、貧困化につながらない無料もしくは安価な支払い負担という二つの要素だけに限定してしまうと、実際にUHCとして我々が想定する効果が上がらないということになります。ですので、保健の社会的、プラスして経済的・文化的決定要因へのアプローチをUHCに含めるということは非常に大事だと、私自身も思っているところです。

実際に人間を包括的に捉えて、分野で縦割りをしないというのが、人間の安全保障の根幹ですし、また、これはSDGsのアプローチとも共通しますので、今回の近藤先生の社会的決定要因やソーシャルキャピタルを強調されたアプローチというのは、日本としてもUHCにしっかり打ち込んでいくべきアプローチだと思います。

以前から申し上げていることではあるのですが、日本の社会保障制度というのは、基本的に公的医療保険、社会福祉、公的扶助、公衆衛生ということになっておるわけで、例えば公的扶助に関していえば、医療扶助は生活扶助や住宅扶助などとセットになっておりますので、医療だけを切り離れたものになっていないのです。つまり医療、福祉、生活を統合的に見るということで、日本の社会保障制度は包括的に出来ている。これが例えばCOVID-19に関して、相対的な強みを発揮したということです。例えばケアと医療・福祉がほかの国に比べてより統合されていたために、高齢者の命を救うということに関しては、ほかの国以上にかなり強みを発揮したということは言えると思います。

また、地域包括ケアの重要性についても、全く同感でございます。

この点で、高齢者だけではなくて、様々な脆弱性を持つ方々がいらっやって、この人たちに関して、例えば日本の保健医療制度がどうなっているのか、特にコロナの影響でどうなっているのかということについて、UHCに関する国際的な調整機関である「UHC2030」が、「UHC誓約進捗状況調査」(State of UHC Commitment)を各国の各種セクターに呼び掛けているのですけれども、私たちもこれに呼応して、この4月から5月に実際に聞き込み調査をいたしました。

特に脆弱なコミュニティ、特に、在日外国人、高齢者、若者、生活困窮者、障害者、女性、セックスワーカー、薬物使用経験者、男性と性行為を持つ男性のリーダー、あと、脆弱層の人々向けの制度運用やケアに取り組むソーシャルワーカーや保健所のスタッフ等へのインタビュー調査をかなりディープに行いました。

その結果として、現在の日本の制度の問題点としてあるのは、個人が経済的・制度的・社会的・文化的に脆弱性が高い状態にあるほど、保健・医療サービスを受けるための時間、コスト、労力、精神的負担が大きくなるという、転倒した状況があります。厳しい状況にある人だからこそ、保健医療は楽に受けられるのではなく、厳しい状況にある人は保健医療へのアクセスもその分苦勞す

る、ということになっています。

もう一つあるのは、日本の市民の多くが、社会保障制度について学校でまともに習うこともなく、社会生活の中でも情報をちゃんと得る機会がない。その結果、大変なことになったときに、何の準備もない状況で申請などをしなければならないということになっている。こういう大きな問題があります。

さらには精神疾患であるとか、あるいはジェンダー暴力や虐待について、必ずしも十分な対処がされていない。それが保健医療のアクセスの阻害要因となっている。大体この三つが結果として出てきました。

こういうことを考えたところで、私どもとして、医療を医療として切り離すのではなくて、包括的にやっていくことが非常に大事である。これは国際的なUHCの中でもしっかり主張されなければいけないということを、私自身、以前から言っているところでございます。

長くなってすみませんが、この点で御質問をしたいのですが、我々としては、だからこそ、いわゆるコミュニティ中心のレジリエンスや、コミュニティの参加する保健システムという要素が大事だと言っているのですが、例えば国際保健の文脈の中では、いわゆる保健と福祉、保健とケアが分断されたりしているところがあるかと思えます。この点に関して、国際的な保健の文脈の中で、保健と福祉、ケアをどう統合していくことができるのか。これは国連機関でも分断があり、保健はWHOがやっていて、社会保障はILOがやっているということがありますので、特に途上国ではなかなかつながらないということがあると思うのですが、この辺りはどういう形で統合していくのか、そこの日本の役割を見いだすことはできないのかというところが1点でございます。

もう一つは、コロナにおいてもレジリエンスということを考える上では、あれだけ大きな被害を受けた中南米などを見ていると、住環境の整備であるとか、NCDs対策としての栄養であるとか、大都市における大気汚染とか、あるいは気候変動の結果、多くの零細農民が農業を断念して都会に流入しているとか、これらの課題に対してどうアプローチしていくのかということが非常に大事だと思っておりますが、この辺りについて、統合的に見るという話になかなかないのです。この辺りをどういうふうにプッシュしていけばいいのか。今の近藤先生のお話だと、レバレッジということでやっていращゃると思うのですが、これをより大きな保健全体のセクターの中で、どういうふうに包括性をつくっていくのか、これらについて、高齢化の側面以外に何があるのか、教えていただければと思います。

長くなって申し訳ありません。

○南健康・医療戦略ディレクター ありがとうございます。

引き続きまして、NCGMの藤田先生、お願いします。

○藤田構成員 近藤先生、御発表ありがとうございました。

お話を伺っていて、テーマは高齢化なのですが、私たちも先生が使われたヒートマップをザンビアで使っておりまして、データを見える化して、現状を把握して、改善ポイントをあぶり出すという、そういう先生が使われていた手法は、高齢化に限らず、ザンビアの場合は一次施設、二次施設のNCDs対策とか、そういったところだったのですが、地域保健行政の強化といったところに使える効

果的なツールだという印象を持ちました。

あわせて、例えば民間企業という話がありますけれども、多くの情報を統合したツールというのは、とても有効なのではないか。そういう支援ツールを企業と一緒に開発していくということも考えてもいいと思いました。ただ、これは複雑化し過ぎて失敗している例がいっぱいありますので、その辺りは注意しなければいけないと思ったりもしました。

2点目、ソーシャルキャピタルについて重要性を指摘していただいて、そのとおりだと思うのですが、ソーシャルボンドが強過ぎたがゆえに、負に働いてしまうような部分はないものなのでしょうか。例えば飲酒ですとか、ワクチン忌避とか、そういったところでそういうことが考えられないのかどうか、先生の御意見を伺えればと思います。

あとはコメントになるのですが、今日のテーマがポストコロナ時代のUHCということなので、具体的にどのような形での強化が必要なのかということを考えてときに、まずは3点、在宅医療、コミュニティベースケア、今日の御発表ですと、地域包括ケアシステムというものがあると思いますが、それが1点です。2点目としては、先ほどお話しした基礎的なインフラの話です。3点目はeヘルスです。この三つをコメントさせていただければと思います。

日本でも今回のコロナで医療崩壊という話が話題になっていますが、それは病院中心の医療提供体制だけを考えればそうなのですが、対応が難しいのであれば、在宅も含めた医療提供体制を考えていく。特に資源の限られたところではニーズが非常に高いと思いますので、日本の高齢化の地域包括システムというものも、ある程度お手本になる部分もあるのかもしれませんが、そういったものを考えていけたらいいのではないかとというのが1点目です。

2点目の基礎的なインフラなのですが、例えばアフリカのセネガルですと、地域の一次病院に当たるところは、水や電気は何とかなっているのですが、酸素がないのです。今回そういう病院では手も足も出ないという状況になっていて、当然コロナだけではなくて、肺炎とか、新生児呼吸器疾患とか、様々なところで必要なものがない。プライマリーヘルスケアを提供する施設の基本的なインフラ整備というのは、先ほどの世銀関係のところにも関わりますけれども、まずやっていくべきところだと思っております。

3点目のeヘルスなのですが、デジタルヘルスの話は先生も御発表されていましたが、一つはサービス提供の面、例えば遠隔診療ですとか、そういったところでのものは今どんどん進んでいます。特にコロナで加速している印象を持っています。一方で、医療スタッフに対するeラーニングですとか、NCDs対策としての行動変容のツールといったものも開発されて、実際に実施されている部分もありますし、そういったところで活用が期待できるのではないかと。

先ほど健康保険の話になりましたが、例えば保険料の財政の管理のところ、支払い、あるいは徴収といったところも電子マネーがどんどん進んでくると、これは十分に応用を考えていっていい分野なのではないか。この点に関しては、はっきり言って、日本はパートナー国候補となっているベトナムとか、インドに比べると遅れているのではないかとというのが我々の持っている印象です。ですので、それに留意しつつ、日本の強みを生かせる部分を生かしていく必要はあると思っております。

以上が保健というところなのですが、そこからちょっと離れたところで2点ございます。

先ほどお話をしましたけれども、住民登録制度、そもそも人が何人いて、どれだけ生まれて、どれだけ死んでいくという制度がない国が多いですので、これが基本だと思いますし、日本は明治時代から始めてきて今に至っている部分があるのだらうと思うのですが、そういったところこそ、グローバルヘルスというか、ODAも含めて、日本の強みを生かして支援できる分野だと考えています。

最後にソーシャルプロテクションの話ですが、近藤先生のお話にもありましたけれども、例えばUHCを広げていったとしても、健康保険でカバーされない脆弱層、先ほど稲場さんのお話にもありましたが、生活そのもので困窮している人たちに、保健医療サービスだけではない、その他の必要なサービスをどう効果的に提供するのがいいかという考え方は、どうしていったらいいかというところがあると思います。例えば日本の場合は、厚生労働省ということで、厚生省と労働省が一緒になっています。これは非常に珍しい、世界的に見るとあまりないやり方ではないかと思いますが、税方式の生活支援ですとか、そういったものと労働、保健、健康が一緒になっているということは、注目すべきところですし、日本が経験を踏まえて貢献できる部分だと思います。

すみません、質問とコメントで長くなりましたが、以上です。

○南健康・医療戦略ディレクター ありがとうございます。

時間が迫られていると聞いておりますので、厚生労働省、井上交渉官、お願いいたします。

○井上構成員 井上です。

先に退室しなくてはいけないので、言いつ放しで退室することを御容赦ください。

まず近藤先生、プレゼンテーションありがとうございました。

先生のプレゼンテーションの中で、最重要のキーワード、ヘルスエイジングを考える上で大事なキーワードは、ソーシャルキャピタルというキーワードだと思います。私もこのキーワードがとても大事だと思います。このキーワードを考える上で、先生はあえてこのプレゼンで含めなかったけれども、私が大事だと思っている点があります。その点を述べます。なぜそれを述べるかという、私はそれが日本のグローバルヘルス戦略を考える上で重要なポイントだと思うからです。

具体的な例から入ります。私の田舎は鳥取県です。両親が村に住んでいます。私の田舎の村の高齢者に、この村はあなたないしはあなたの配偶者が生まれ育った町ですかということを聞いたとしたら、イエスと答える人の割合は95%以上です。私の両親はそういう村に住んでいます。同じ質問を、千葉、埼玉、神奈川の団地に住む高齢者にしたら、イエスと答える人の割合は0%です。10%、20%ではなくて0%です。ですので、千葉、埼玉、神奈川と鳥取の間には95%と0%のソーシャルキャピタルという観点からの差があります。この差は、近藤先生が提示された所得の影響、教育の影響よりもはるかに大きな発射台の違いです。したがって、日本の高齢者のソーシャルキャピタルの問題を考えるときに、もちろん教育の格差、所得の格差も大事です。けれども、最も大事なものは、どこに住んでいるかということだと思います。日本の高齢者のヘルシーエイジングを考える上で、千葉、埼玉、神奈川の通勤圏の住んでおられる方というのは、それ以外の方とは違う特別な問題を抱えておられます。このことがグローバルヘルスを考える上で、私はとても大事だと思っています。

関係者みんなが認識をしているのは、日本は世界一高齢化が進んでいる国であって、1世代、2

世代置いてミドルローインカムカントリーが同じ道筋をたどり、したがって、今、日本が抱えている問題を1世代、2世代遅れて抱えるローミドルインカムカントリーのヘルシーエイジングに、よきも悪きも経験をシェアすることが大事だということは、ここにおられる方の共通認識です。その上で、何を伝えるのかということに関して、まだ議論が進んでいないと思います。

私が一番大事だと思うのは、今、申し上げた千葉、埼玉、神奈川です。千葉、埼玉、神奈川を含めた東京というのは、古今東西の人間の歴史の中で最大都市です。3700万人です。大事なことは、2番目、3番目、4番目はロンドン、ニューヨーク、パリではありません。2番目、3番目、4番目はニューデリーであって、サンパウロであって、メキシコシティです。今、世界全体で人口1000万人以上のメガシティーは100以上あります。その9割がローミドルインカムカントリーになります。

どうやってメガシティーができたのかというのは、千葉、埼玉、神奈川の高齢者の成り立ちと同じです。生まれ育ったわけではない人が、それぞれの国の田舎から若いときに移ってきて、その方がやがて年老いてくる。今はいいです。けれども、30年たてば、千葉、埼玉、神奈川の今日の団地が直面しているのと同じ問題に彼らが直面をする。これは高齢者のヘルシーエイジングを考えると、ソーシャルキャピタルという観点から非常に大事なことで、所得や教育よりももっと大事なことだと私は思います。

そういう観点で、この問題をグローバルヘルス戦略の中に組み込むことが大事だというのが私の意見で、この意見に関する近藤先生の御意見をいただきたいと思います。

すみません、私はこの時点で退室をするので、後で同僚から近藤先生の御意見を聞かせていただければと思います。失礼いたします。

○南健康・医療戦略ディレクター ありがとうございます。

近藤先生、今までの4人の方に対する反応をお願いいたします。

○近藤参考人 ありがとうございます。

一つ一つお答えします。

林様からは見える化の仕組みづくりが大事だという話でしたが、これはまさにそうだと思います。研究者が使える例えばDHS、Demographic and Health Surveysとか、実態把握のためのサーベイがありますけれども、やっていかなければいけないのは、モニタリングとそれに基づく継続的な改善です。ある意味トヨタ生産方式みたいに、見える化して、反省して、みんなで解決策を出して、変えていくということをローカルレベルで続けていくための仕組みをつくらなければいけないので、研究者だけでなく、ステークホルダー全てにとっての関心事でないと続かないと思います。

日本の場合、介護保険事業計画をつくるということが示されていて、自治体もやらなければいけないし、研究者はそこからエビデンスを出したいし、そして、住民の人たちはそういうデータを見て、私たちの町のことを知って、何かやらなければという気分になって、やってみたら楽しかったという、全ての人がウィン・ウィンになる戦略になっていると思うのです。それでうまくいったということがあると思いますので、そういった仕組みを各国でどうやってつくっていくか。それを考えるためのグローバルアライアンスをつくりたいというのが、先ほど私が提示した学術のコンソーシアムと政策面でのコンソーシアムみたいなところなんです。その辺の話は、WHOも報告書にして出してくれていますので、

どうやってこの戦略をつくっていくかというのは、この冊子にまとめられていますので、御興味があれば見ていただければと思います。

次に稲場様の福祉の話はまさにそうです。日本も福祉と医療は分断しています。特に福祉が弱くて、医療化されてしまっているというのが問題です。最終的には福祉が最上位にある人間の幸せのための活動なのですけれども、病気という明確な敵があるために、医療制度がどんどん成長した結果、制度化の弊害が福祉に及んでしまっているという影響があります。それを覆そうとしているのが地域包括ケアであり、地域共生社会だと思います。これはグローバルでどうしようかということ以前に、ドメスティックな経験を積んでいかなければいけないレベルです。

最後に皆様にお伝えしたいと思うのですけれども、シンクグローバリー、アクトローカリーの中でその二つをつなぐチャンネルというのは必ず必要です。日本で思いに研究している身からすると、日本は、この2つがなかなかうまくつながっていないと思います。私も数年前に厚労省からお金をいただいて、世界の高齢者施策推進における日本のプレゼンスを高めようという活動をしたのですが、国内の各部局のサポートはほとんど得られませんでした。なので、国際活動をするのがすごく難しい。日本でのローカルなしくみをつくっていくと、それを国際的に翻訳するときに非常に手間がかかります。地域共生社会なども同様の問題が発生しつつあります。普段から国内の取り組みとグローバルな活動とが交流しつつ、グローバルにもアピールするような国内施策ができれば最高だと思います。

あとは、ヒートマップの話です。これはWHOが2010年くらいに開発したアーバンハート(URBAN HEART)、都市部におけるヘルスエクイティーアンドレスポンスツールというものから応用したものです。ヒートマップをみんなで活用して健康格差対策をしましょうという非常にいいツールで、WHO神戸センターが世界中で研修をやっていました。残念ながら、方針が変わって、今はあまり進んでいないようです。私たちはそのエッセンスを得て、日本国内でやってみたら非常にうまくいったということです。それを別の形で、あらためて海外にも広げたいと思っています。ヒートマップは誰にでも分かりやすく、使えるのではないかと個人的に感じています。

ソーシャルキャピタルの負の部分は当然あって、用意したものがまさにそれで、国内でも古きよきソーシャルキャピタル、ムラ社会的な濃いつながりというのは、もしかしたら体に悪いかもかもしれないというエビデンスはあります。日本における無尽講、お金を基にしたつながりを保つシステムの中には、掛金がすごくものもあります。金銭的なプレッシャーが高い無尽講だと、逆に要介護になりやすくなるという分析結果を以前報告しました。一方、楽しくて緩やかな無尽は健康にいいという結果でした。ソーシャルキャピタルには二面性がありますので、その人にとってよいつながりを主体的にたくさんつくれる仕組みが大事だと思います。

同じことはマイクロクレジットでもあって、例えば南アフリカで行われたマイクロファイナンスにおけるHIVの教育プログラムで、期待していたのは、HIVの感染率が減るということだったのですが、女性ではむしろ増えたのです。外とのつながりができることで、経済的なメリットを得るために身体的な接触が増えてしまったということが原因かもしれないとその論文では考察されていました。つながりづくりにはリスクもありますので、その土地の文化とか、既存の経済の仕組みを踏まえた上でや

っていく必要があると思います。

最後の井上様のコメントについてですけれども、地域差というのは当然あって、そこが非常に大事なので、私は地域包括ケアが大事だと思います。そのエリアに合ったケアの在り方をみんなで考えて、つくっていく。地域包括ケアは、ローカライズされる仕組みをつくるためのスキームになります。各生活圏域でつくってもらって、それを重層的に支援していく仕組みが大事だと思います。

日本でいえば、地域包括ケアづくりは市町村が責任を持ち、現場活動をサポートします。その市町村を都道府県がサポートする。そして、都道府県の活動を国がサポートするということで、仕組み上は屋根瓦式になっています。実情としては、サポート体制がまだ弱いので、今、都道府県向けの市町村支援研修会などをやっているところなのですけれども、そういった国内経験を積んで、その重層的支援体制をどう各国でつくっていくかということも、相談できるといいと感じております。

○南健康・医療戦略ディレクター ありがとうございます。

続きまして、また御質問等をいただきたいと思います。まず城山先生、お願いいたします。

○城山構成員 近藤先生、どうもありがとうございました。

今おっしゃられた点で、国内とグローバルヘルスの話とドメスティックヘルスの話が切れているという話をどうするかということは、すごく大事なポイントだと思います。そういう意味では、今日来ていただいたことはすごく意味があって、日本はUHCをやってきましたとあって、国民皆保険という話がぱっと出て、大体そこで終わってしまう場合が多いわけなのですけれども、まさにその後いろいろな経験があって、今、地域とか、ソーシャルという話に重点を置いているので、そういうことも含めて、UHCをグローバルに発信するときにも考えるという、そういうことを言っていたと思いますので、そういう意味ではすごく重要なポイントを御指摘いただいたのだらうと思います。

その上で、既に議論されている点でもあるのですが、医療と福祉とか、生活支援等をどうやって連携させるかというときに、日本も実はそんなにつながってなくて、課題があるという御意見で、まさに現場としてはそういうことなのだろうと思うのですが、他方、行政とか、政治などを見ている立場で距離を取ってみると、日本の場合、自治体の在り方というのは、いい意味でも悪い意味でも特殊なのだろうと思います。いわゆる総合行政という言い方をするのですけれども、海外などの場合は、自治体がある特定のセクターだけをやる場合も多くて、それに対して、日本は濃淡はあるとはいえ、福祉を中心に、あるいは医療についても一定の関与をする。そういう意味では、まさに地域包括的なことを考える基礎インフラがあるので、逆に言うと、必ずしもそれはどこにでもあるわけではないときに、一体どういう形でグローバル展開を考えていくのかということは、もう少し考えなければいけないことがあると思います。その辺り、ベトナムとか、幾つかのところで、まだ試み的な段階だと思いますけれども、いろいろと関わられていて、もし考えられることがあったら、教えていただければと思います。

もう一点、このタスクフォースのミッションとの関係でいうと、最後に言われていたJAGESの国際展開というのは、すごく大事な活動なのだろうと思うのですけれども、国際的な活動をしていくときに、大学ベースでボランティアにやっていって、政府レベルでも支援をするといったときに、どういう支援が有効なのかとか、あるいは大学ベースでやっていくことのメリットもあると思います。大学ベースで

ネットワークをアカデミックにつくってやっていくことのメリットと、もうちょっと政府間なり、援助機関などが関与していくようなパターンとか、いろいろパターンがあり得ると思うので、そういう中で大学ベースでやっていくためにはどういう支援が必要で、逆に言うと、そのメリットとしてはこういうものがあるみたいなものもあれば、教えていただければと思います。よろしくお願いします。

○南健康・医療戦略ディレクター 続きまして、星野先生、お願いします。

○星野構成員 近藤先生、ありがとうございます。大変充実した内容だったと思っています。

ヘルスの問題で、これに対応するためにメディカルの役割は当然重要ですが、メディカルでない部分、非メディカルというところで、どれだけできるのかということは常々問題意識を持っておりましたので、そういった意味で、今日の御指摘は我が意を得たりという感じです。でも、不勉強だったものですから、地域包括ケアというものがあることすら知らなかったもので、私はこれから勉強をしなければいけないと思っているのですが、これからは高齢者のみならず、全世代型の社会保障という方向に持っていくことがとても重要だと思っています。もしかしたら、まだ道は遠いのかもかもしれないのですが、地域の自治体レベルでもいいのですが、例えばうなぎ登りの医療費ですとか、介護費みたいなものに対して、それを抑制するような効果まで出ているというエビデンスが少しでも出てくると、そちらの方向にドライブがかかるかもしれないので、そういった動きが少しでも出ているのかどうかみたいなことを教えていただければと思います。ありがとうございました。

○南健康・医療戦略ディレクター 続きまして、伊藤さん、お願いします。

○伊藤構成員 大変包括的なプレゼンテーション、ありがとうございました。

まさに国内の問題と国際をどうつなげるかというところで、私も日々感じていることがあるので、一つだけコメントさせていただきます。

私は7月の第1回タスクフォース会合で、二つの立場でこの会に参加すると申し上げましたが、三つ目がありまして、アジア健康構想の下でアジア高齢化問題の政策対話や情報発信事業を行っています。その経験から、先生がご指摘のように日本への期待は高いけれども、日本のプレゼンスは低いということをひしひしと感じています。林先生などにも御参加いただく国際会議の場で必ず言われるのが、「日本の制度は大変すばらしいのだが、それは介護保険制度の中だからできることですよね」というコメント必ず出て、そこで止まってしまうということが非常に多いです。日本は大変いいものを持っていますが、それを国際的に応用する場合は、向こうのニーズがどこにあるか、現地の文脈をまず知ることが大事だと思います。日本にこれがあるからこれを紹介しよう、ではなく、向こうのニーズが何で、それでは日本の何が使えるか、望遠鏡を逆から見てみるような発想でないと、なかなかうまく展開していかないということをひしひしと感じています。

とかく高齢化問題は日本が進んでいると思われがちなのですが、実は学ぶことも多いのではないのでしょうか。特に日本は施設介護からコミュニティ、地域包括ケアへと変遷の過程がありますが、施設での介護がない国は、最初からもうコミュニティで高齢者をケアしているわけなので、そういう土壌やコンテキストも理解して、日本の経験を出していかないといけないと思います。そこがとても重要だと思っています

以上です。

○南健康・医療戦略ディレクター ありがとうございます。

JICAの瀧澤 審議役、お願いいたします。

○瀧澤構成員 ありがとうございます。非常にすばらしいプレゼンテーションと、先生方のコメントからも非常に学ばせていただきました。

近藤先生、私、実はJAGESのメーリングリストに登録させていただいていて、いつもプレスリリースとか、セミナーの案内とか、楽しませていただいています。

研究の中身もすばらしいのですけれども、自治体と研究者が組んで、自治体にも研究者にも地域の住民にもベネフィットがあるという形で動かしていくという仕組みが素晴らしいと思っていて、かねてからぜひ海外へ展開したいと思っていました。まさに今日プレゼンでもおっしゃっていただきましたし、ミャンマーやマレーシアでは、既に同じような仕組みを展開されているみたいなので、ぜひこのノウハウを展開できるといいと思いました。

途上国でも、保健行政の地方分権化は結構進んでいて、地方単位でEBMとか、Evidence based policyなどを回していかなければいけないという状況になっていますので、それをサポートする仕組みとして、こういうものがあるというのは、非常に有効ではないかと考えます。また、高齢化だけではなくて、例えばマラリアの流行に苦しんでいる地域が、マラリアの疫学者と組むとかと、仕組みさえあれば、いろんな組み方ができ得るので、国際協力の中でも使えるといいのではないかと思います。ぜひ引き続き相談させていただければと思います。

質問は一つだけです。この研究会の中でWHO等の規範づくりにいかに日本が関わっていくかというのが一つの大きなテーマになっています。高齢化とか、高齢化における健康というのは、まさに日本が規範づくりに貢献し得るところなのではないかと思うのですけれども、現状、WHOの報告書などを見ても、日本の研究者ががっつき入っているものは多くない印象です。私の探し方が悪いのかもしれないのですけれども、あまり見当たらない状況があるのではないかと思います。高齢化こそ日本ではないかと思ったりするのですけれども、そうならない背景、そうするにはどういう仕組みがあったらいいのかをお聞かせいただければと思います。

以上です。

○南健康・医療戦略ディレクター ありがとうございます。

近藤先生、お願いいたします。

○近藤参考人 ありがとうございます。

まず城山先生のお話で、大学がこういう活動を続けていくにはどうしたらいいかという話なのですが、これも先ほど私が言ったように、それぞれのプレーヤーの関心が何なのかというところがうまく合う、そのインセンティブがうまく合う構造をつくるということに尽きると思います。学者は論文を出していくことが仕事ですので、論文が出せる仕組みが必要です。

私が国際保健関係のプロジェクトで素晴らしいと思ったのは、JICAが行っているSATREPSです。研究機関とJICAの開発部門が連携しながら進めるプロジェクトと理解しています。ネパールで山梨大学が5年間やって、ネパールの安全な水を地域ぐるみで守っていくスキームをつくって、大学研究者は水の浄化システムを提供するプロジェクトに疫学者としてかかわった経験があり、非常に良

い学びになりました。地域のニーズを踏まえながら大学の研究者が、地域に役立つものを開発して、現地のJICAの専門家の方がコーディネーションをしてくれて、すごく好循環になっていました。大学と開発部門が一緒になって、各ステークホルダー同士の合意形成をしながら皆がwin-winになる仕組みを作りやすいシステムだと思いました。

プロジェクトの長さも大切です。一定期間の雇用契約が結べないと、いい研究者が来てくれないという問題があります。そういう意味では、2～3年というよりも、5年とか、長いスパンでプロジェクトが保障されるほうがよいです。5年はいられるという仕組みが大事だと感じております。

言語の問題も当然あるのですが、研究者にとってWHOで何らかのアドバイザーになったりとか、そういう活動が必ずしもメリットにならないことがあると思います。そして、非常に労が多いということです。国際的な活動と国内の政策や研究とがもっとリンクしていれば効率が良いと思います。これは一筋縄にはいかない話なのですが、そういう意味でも、人を育てるという意味でも、国内政策と国際政策をもっとリンクさせてほしいと思います。

最後、伊藤様からいただいた、介護保険があるからではないのかと言われてしまう問題ですが、これはもちろん日本には介護保険があるから生まれる具体的な機会があります。とはいえ、他の国にも、その国においてデータを活用していくための機会はあると思うのです。ただ、それを私たちは知らないのです、日本のスキームを輸出するといっても、全てではなくて、それはある意味地域包括ケアみたいな、大まかなアンブレラ概念であって、その中でどの組織をどうつないで実際のシステムにしていくかというのは、ローカルなところからニーズを掘り起こして考えていくことが大事なのだと思います。

そこに入ってくるべきプレーヤーも当然違います。なので、日本の地域包括ケアを輸出するのであれば、まさにソーシャルキャピタル、組織の連携を重視するということを中心とすべきです。そして、そこでデータを基にPDCAを回せるようにする。そのデータが継続して取るところだけはこだわる。現地のステークホルダーのそれぞれの関心がうまく合う形でデータが取られていく仕組みを考え、ステークホルダー同士の対話をまず始めることが大事だと思います。これで回答になっているでしょうか。

○南健康・医療戦略ディレクター 近藤先生、どうもありがとうございました。

近藤先生のプレゼンテーションを拝聴して、我々がグローバルヘルスを考えていく上で、国内の在り方と整合性を取りながら考えていかなければいけないと、今日はつくづく感じたところでございます。

皆さん、大変時間を超過してしまいましたけれども、本日はこれで終了とさせていただきたいと存じます。

冒頭に申し上げましたとおり、いただきました御意見を踏まえつつ、12月に予定されています中間とりまとめに向けて、事務局としては活動を続けていきたいと思っております。

次回の会合でございますが、日程については、事務局から御連絡をいたしますが、トピックといたしましては、民間連携などを取り上げていきたいと思っておりますので、よろしくお願いたします。

それでは、皆さん、本日はお忙しいところ、長時間どうもありがとうございました。