日医総研　ワーキングペーパー

「国際的潮流」と「我が国の国民皆保険等」を踏まえたグローバルヘルス戦略の研究

－国連・世界銀行等と協調した「ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ」推進と
世界の模範である「我が国の国民皆保険」の持続性確保を－

No. 342

平成 27 年 5 月

日本医師会総合政策研究機構
畑仲　卓司
江口　成美
出口　真弓
矢澤 真奈美

「国際的潮流」と「我が国の国民皆保険等」を踏まえた グローバルヘルス戦略の研究

－国連・世界銀行等と協調した「ﾕﾆﾊﾞｰｻﾙ･ﾍﾙｽ･ｶﾊﾞﾚｯｼﾞ」推進と
世界の模範である「我が国の国民皆保険」の持続性確保を－

主席研究員　畑仲　卓司
主席研究員　江口　成美
研究員　出口　真弓
研究員　矢澤　真奈美

キーワード

◆ﾕﾆﾊﾞｰｻﾙ･ﾍﾙｽ･ｶﾊﾞﾚｯｼﾞ（ＵＨＣ）　◆国民皆保険　◆グローバルヘルス
◆ﾐﾚﾆｱﾑ開発目標　◆ﾎﾟｽﾄ 2015 開発ｱｼﾞｪﾝﾀﾞ　◆ＴＰＰ
◆国際的潮流　◆国連　◆世界銀行

① 現在我が国政府においては、ﾋﾞｼﾞﾈｽの視点を中心とした国際的な「健康・医療成長戦略」を展開しているが、このような戦略は、相手国の国民からみれば、ﾋﾞｼﾞﾈｽに偏った一部の階層のための産業政策とも受け取られかねない問題も内包している。

一方我が国の国民皆保険を基盤とする医療ｼｽﾃﾑは、医療分野で著名な「ﾗﾝｾｯﾄ」誌からも高く評価され、世界銀行からも「ﾕﾆﾊﾞｰｻﾙ･ﾍﾙｽ･ｶﾊﾞﾚｯｼﾞ」（ＵＨＣ）の「世界的模範」であるとして高く評価されている。

本研究は、「我が国のｸﾞﾛｰﾊﾞﾙﾍﾙｽ戦略に向けた提言・課題」を、国民皆保険を中心とした「関係する国内の前提条件整備」も含め行うことを目的とする。

② グローバルヘルスの国際的潮流と国連ポスト２０１５開発目標

1) 第一のｴﾎﾟｯｸ／世界保健機構「ＷＨＯ」の設立
2) 第二のｴﾎﾟｯｸ／「ｱﾙﾏ･ｱﾀ宣言」による「ﾌﾟﾗｲﾏﾘｰﾍﾙｽｹｱ」の重要性の明確化
3) 第三のｴﾎﾟｯｸ／「地球ｻﾐｯﾄ」の開催による「持続可能な開発目標」の重要性の明確化
4) 第四のｴﾎﾟｯｸ／「国連ﾐﾚﾆｱﾑｻﾐｯﾄ」の開催による「ﾐﾚﾆｱﾑ開発目標」の設定
5) 第五のｴﾎﾟｯｸ／「人間の安全保障」と「ﾕﾆﾊﾞｰｻﾙ･ﾍﾙｽ･ｶﾊﾞﾚｯｼﾞ」の国際的「主流化」を目指した活動の顕在化
6) 第六のｴﾎﾟｯｸ／地球(環境)と人間を中心に据えたﾕﾆﾊﾞｰｻﾙ･ﾍﾙｽ･ｶﾊﾞﾚｯｼﾞを含む「ﾎﾟｽﾄ 2015 開発ｱｼﾞｪﾝﾀﾞ」が決議される予定
7) 第七のｴﾎﾟｯｸ／地球規模の新興・再興感染症、大規模自然災害及び原子力災害等のｸﾞﾛｰﾊﾞﾙﾍﾙｽ課題としての「主流化」

③ 我が国の医療保健政策の歴史的経緯とアセアン諸国への示唆

1)国民皆保険誕生までの流れ

1922 年（大正 11 年）に、労働者を対象とした「健康保険法」が成立した。これが

職域保険のはじまりである。1938 年（昭和 13 年）に「国民健康保険法（戦前は「旧国保法」ともいう）」が制定され、同年に施行された。1958 年（昭和 33 年）に「国民健康保険法の全面改正」によって「新国保法」が誕生した。この法律により、市町村は原則として国保事業（国民健康保険）を実施することとなり、1961 年（昭和 36 年）にすべての自治体が加わったことにより「国民皆保険」が達成された。

2)保険施策と併せて展開された補完的保健政策

保険施策と併せて展開された我が国固有の保健対策として、①母子保健対策、②学校保健対策、③結核等の感染症対策、④交通事故等の救急医療がある。

3)医療保健政策の経済発展への寄与

日本は戦後、急速な経済成長を遂げた。特に 1954 年（昭和 29 年）から 1973 年（昭和 48 年）までの約 20 年間は、経済成長率（実質）年平均が 10%前後の高い成長を続けた。我が国の経験からみると、ｱｾｱﾝ諸国が今後経済発展を遂げるためには、国民の健康を守ることを国家的目標とすることが重要である。そのためには第一に、全国一律の医療保険と医療提供水準の整備、すなわちＵＨＣの整備が不可欠である。労働者や全国民の健康を守ることは、将来的な国家の安定的な労働力の確保、さらには経済発展へとつながる。

また、医療の提供を行うためには医師等の保健人材の確保が必要で、さらに医療保険制度を補完する政策の実施も重要である。

④　日本医師会の国民皆保険成立等に関する活動実績と国際的ユニバーサル・ヘルス・カバレッジへの寄与

1)国民皆保険に関する日本医師会の対応・寄与

1957 年（昭和 32 年）4 月に「二重指定制度」や「制限診療」を中心とする、健康保険法が改正されたこと等に対応して、政府提案の国民皆保険の内容是正を提案・展開した。

2)ＷＭＡ・ＣＭＡＡＯ等日本医師会の国際的活動

第 200 回世界医師会理事会で、「貿易協定と国民の健康に関するＷＭＡ声明案」を理事会決議として採択した。この決議は、商業的利益よりも国民の健康の保護や優先をするよう貿易協定に除外例を設けることや、貿易協定よりも国民の健康を保証する政府の活動が優先されること等を勧告した。

3)武見プログラムによるユニバーサル・ヘルス・カバレッジへの寄与

4)日本医師会による国際的災害支援活動

⑤　わが国の国際医療保健と医療産業の国際展開

国際医療保健と産業政策としての医療産業の国際展開は、一緒に議論されることが多いが、それらの目的の違いを踏まえて推進することが重要である。我が国のｸﾞﾛｰﾊﾞﾙﾍﾙｽ戦略を、国際医療保健と、産業政策としての医療産業の国際展開の２つの観点から俯瞰した。

1)国際医療保健

ＪＩＣＡでは開発途上国のさまざまなｲﾝﾌﾗ整備に加え、母子保健や感染症、ＨＩＶなどの分野で多くの国際医療保健事業を継続して行ってきており、さらに経協ｲﾝﾌﾗ戦略会議での「国際保健外交戦略」、厚生労働省、ＮＰＯなどにおける活動等様々な活動が行なわれている。

2)医療産業の国際展開

国際展開のためのｺｰﾃﾞｨﾈｰﾀとして、2011 年に官民による一般社団法人ＭＥＪ（Medical Excellence Japan）が設立された。

また、医療技術・ｻｰﾋﾞｽの国際展開に係る取組を関係府省庁が連携して推進することを目的として、内閣の「健康・医療戦略推進本部 」の中に医療国際展開ﾀｽｸﾌｫｰｽが設置された。その活動の一環として、12 か国との間で医療分野での協力覚書を締結し、研修、医療器材の供与、無償資金協力、官民連携事業（ＰＰＰ）を通じた支援を展開している。

⑥　我が国のグローバルヘルス戦略に向けた提言・課題

1)国連・世界銀行・アジア開銀と協調した「ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ」（ＵＨＣ）整備の推進を

ＵＨＣは国際的潮流として国連・世界銀行において、ｸﾞﾛｰﾊﾞﾙﾍﾙｽの中心的課題として取り上げられていることもあり、我が国としても国連・世界銀行・ｱｼﾞｱ開発銀行と協調してその整備を推進することが重要である。

2)ＵＨＣの世界での模範である「我が国の国民皆保険」の持続性確保を国家的課題に

我が国政府においては、国民皆保険の持続性を確保すべく努力することが求められ、特に、我が国政府は国家的課題として持続性の確保に立ち向かっていくことが求められるものである。

3)ＴＰＰ等貿易協定は我が国をはじめ各国固有のユニバーサル・ヘルス・カバレッジを阻害又は干渉すべきではない

第 200 回WMA理事会決議は、「貿易協定が、健康と医療を規制する、あるいはすべての人々の健康の権利を保証するための政府の能力に干渉しないことを保証する」、さらに「健康の保護促進のための政府活動は、ＩＳＤＳや同様の仕組みを介した抗議の対象とされるべきではない」と勧告した。

4)「我が国の国民皆保険」成立過程等に関し海外の政府・国民・医師等に国際情報発信とＵＨＣ政策立案等に関わる国際的人材育成を

「我が国の国民皆保険」成立過程等に関する国際情報発信を図っていくとともに、ＵＨＣ政策立案等に関わる国際的人材育成を、世界銀行・ｱｼﾞｱ開発銀行等と連携して、教育・研修していくことが重要である。

5)母子保健・学校保健・結核等感染症・交通事故等救急医療対策等の選択と集中による個別医療プログラムの展開とＵＨＣ整備を

今後とも母子保健対策、学校保健対策、結核等の感染症対策、交通事故等の救急医療の 4 つの主要保健対策面について、一層我が国が寄与する分野としていくことが考えられる。これらを中心に、支援対象国による選択と集中によるＵＨＣ整備と個別医療ﾌﾟﾛｸﾞﾗﾑの展開を、その国の事情に応じて展開することが重要である。

6)プライマリーヘルスケアを担う「我が国かかりつけ医」に関する国際情報発信と国際的な人材育成を

我が国の「かかりつけ医師」は、深い専門性を有しつつ総合的な診療能力を有する特質があり、高質なｱｳﾄｶﾑを提供していることから、ＯＥＣＤとの調整や、こうした実態に関する国際的な情報発信を行なっていく必要があると考えられる。

7)地球環境問題への対応と一体となったグローバルヘルスの展開を

ｸﾞﾛｰﾊﾞﾙﾍﾙｽの展開は、「ﾎﾟｽﾄ 2015 年持続可能な開発ｱｼﾞｪﾝﾀﾞ」の考え方をふまえ、地球環境問題への対応と一体となったものとすべきである。

8)国際的大規模災害対策や新興・再興感染症拡大防止等支援を担う体制の発展整備を

「ＪＭＡＴ」の国際版でもある「ｉＪＭＡＴ」を発展させ、我が国においても国際的大規模災害対策や、致死率の高い感染症拡大防止への支援を担う体制整備を図ることが重要である。

9)政府が進める国際的潮流に沿った国際医療保健と

我が国固有の医療産業国際展開の課題

＜政府が進める国際的潮流に沿った国際医療保健の課題＞

ⅰ 現在行われている母子保健など個別事業の協業と強化を行う。また、UHC に関しては、現地医療関係者と協力して人材育成を中心とした支援を強化していく。

ⅱ 国際医療保健の推進のためのわが国の人材不足を解消するため、国際医療保健学講座などの開設を含めた人材育成を行う。

ⅲ JICA 事業内容をより分り易く、広く公表し、国内外での認知度向上に向けて取り組む。

ⅳ 国際問題となっている新興（再興）感染症に対応できる医療人材を国内で早急に育成する。

＜政府が進める我が国固有の医療産業国際展開の課題＞

ⅰ 貧困層などを除いた特定層のみをﾀｰｹﾞｯﾄとする収益性重視のｱｳﾄﾊﾞｳﾝﾄﾞ事業は、現地の保健医療の向上を阻害する可能性がある。

ⅱ ｱｳﾄﾊﾞｳﾝﾄﾞ事業では長期的視野のもと、現地のＵＨＣに資するものとなることを必須条件とすべき。また、対象国の医師会などとの連携も検討すべき。

ⅲ ｲﾝﾊﾞｳﾝﾄﾞ事業については、関係機関・医療機関の間での運用原則・運用ﾙｰﾙ等の検討が早急に必要である。

目　次

Ⅰ　要約編……1

Ⅱ　本編……19
1. 研究の背景・目的・方法 ……19
1) 研究の背景 ……19
2) 研究の目的 ……21
3) 研究の方法 ……22

2. 我が国とアセアン諸国の保健指標等の状況 ……23
1) 我が国の保健関連指標 ……23
2) アセアン諸国におけるミレニアム開発目標(MDGs)の達成度の評価 ……27

3. グローバルヘルスの国際的潮流と国連ポスト2015開発目標 ……31
1) グローバルヘルスに関する歴史的経緯 ……31
2) 国連ポスト2015開発目標（ポストMDGs）の策定動向 ……97

4. 我が国の医療保健政策の歴史的経緯とアセアン諸国への示唆 ……117
1) UHCとしての我が国の国民皆保険と補完的保健政策 ……117
2) 医療保健政策の経済発展への寄与 ……133

5. 日本医師会の国民皆保険整備等に関する活動実績と国際的ユニバーサル・ヘルス・カバレッジへの寄与 ……155
1) 現在の日本医師会設立までの歴史的経緯 ……155
2) 日本医師会の国民皆保険・個別医療制度設立における役割 ……159
3) 日本医師会によるプライマリー・ヘルス・ケア及びかかりつけ医の対応 ……170
4) WMA・CMAAO 等日本医師会の国際的活動 ……177
5) 武見プログラムによるユニバーサル・ヘルス・カバレッジへの寄与 ……183
6) 日本医師会による国際的災害支援活動 ……186

6. 我が国の国際医療保健と医療産業の国際展開 ……189
1) 国際医療保健 ……189
2) 医療産業の国際展開 ……203

7. 我が国のグローバルヘルス戦略に向けた提言・課題 ……221

Ⅲ 参考資料編

参考資料 1 世界保健機関（WHO）憲章前文……参-1
参考資料 2 アルマ・アタ宣言（全文） ……参-3
参考資料 3 ランセット誌への安倍総理寄稿
「我が国の国際保健外交戦略－なぜ今重要か－」 ……参-7
参考資料 4 国連事務総長 持続可能な開発に向けて統合報告書
－The Road to Dignity by 2030－…… 参-11
参考資料 5 SDGs(持続可能な開発目標) OWG(ｵｰﾌﾟﾝﾜｰｷﾝｸﾞｸﾞﾙｰﾌﾟ)
成果文書…… 参-15
参考資料 6 貿易協定と国民の健康に関するWMA理事会決議 …… 参-37
参考資料 7 アセアン諸国の保健指標と我が国との比較 …… 参-41

Ⅰ　要約編

１．研究の背景・目的・方法

１）研究の目的

現在我が国政府においては、ビジネスの視点を中心とした国際的な「健康・医療成長戦略」を展開しているが、このような戦略は、相手国の国民からみれば、ビジネスに偏った一部の階層のための国際協力とも受け取られかねない問題も内包している。

2015 年以後のポストMDＧｓとして、国連においては「持続可能性」の概念を中心とした、「ポスト 2015 開発アジェンダ」の決議が 2015 年秋に予定されている。そして決議の中に「ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（注 1、ＵＨＣ）を達成する」ことが、具体的な開発目標として設定されることが想定される。

一方我が国の国民皆保険を基盤とする医療システムは、医療分野で著名な「ランセット」からも高く評価され、世界銀行からも「ＵＨＣ」の「世界的模範」であるとして高く評価されている。

しかし我が国の医療システムは、経済の停滞等を背景としたこれまで蓄積された財政赤字や、少子・高齢化等によりその持続性の確保が大きな課題となっている。

そこで、「我が国のグローバルヘルス（注 2）戦略に向けた提言・課題」を、国民皆保険を中心とした「関係する国内の前提条件整備」も含め行なうことを本研究の目的とする。

また、本研究による整理・検討のプロセスの成果も含め、グローバルヘルス戦略の提言・課題とともに、我が国の国民皆保険を中心とした保健・医療システムについて、国際的情報発信を目指すことも目的とする。

注１：全ての人が貧困に陥る不安を抱えることなく必要な治療を受けられる状態

注２：国を超えた協力・連携が不可欠となっている国境を超えた地球規模の課題としての保健医療をいう

２）研究の方法

研究の方法は、下記のような方法で資料を収集した上、これを整理・分析・考察等行なった。

＜資料の収集・整理・分析・考察方法＞

①　出版物・インターネットによる文献の収集・整理・分析
②　関係する国際会議・国内会議への出席による情報収集・整理・分析
③　日本医師会内・外の有識者へのインタビューによる情報収集・整理・分析

また、国際的なグローバルヘルス戦略を提案するに際し、主に発展途上国・地域の実態を把握することが重要であることから、アジア・大洋州医師会連合（ＣＭＡＡＯ）の主たる参加地域であるとともに、我が国にとって地勢学的に重要な地域である「アセアン諸国」を取り上げて、ケーススタディ地域として概略的な実態把握・分析を行った。

２．我が国とアセアン諸国の保健指標等の状況

１）我が国の保健関連指標

（１）ＷＨＯ主要加盟の保健システムのランキング評価

2000 年に行なわれた、ＷＨＯによる我が国と先進 9 カ国の保健システムのランキング評価をみると、我が国の保健システムは先進国においては、総合評価が第 1 位に評価されている。これに対し、我が国の保健システムの相対的な評価対象として引き合いに出されるアメリカの水準は、第 15 位となっている。(表 2-1)

また 2012 年に行なわれた、「The Conference Board of Canada」による主要 9 カ国の保健システムのランキング評価についてみると、前記と同様に我が国はスイスと並んでＡランク(点線丸印)に評価されており、アメリカの評価はＤランクとなっている。(表 2-2)

２）アセアン諸国におけるミレニアム開発目標(ＭＤＧｓ)の達成度の評価

「ミレニアム開発目標」は、主に 1990 年を基準年として、2015 年までに達成すべき貧困・飢餓の撲滅を始めとする開発目標を設定したもので、国際的な開発目標として広く認知されている。(表 2-4)

表 2-4　ミレニアム開発目標（ＭＤＧｓ：Millennium Development Goals）の分野

(2000 年・平成 12 年)

ゴール１　極度の貧困と飢餓の撲滅
ゴール２　初等教育の完全普及達成
ゴール３　ジェンダー平等推進と女性の地位向上
ゴール４　乳幼児死亡率の削減
ゴール５　妊産婦の健康の改善
ゴール６　HIV／エイズ、マラリアその他の疾病の蔓延の防止
ゴール７　環境の持続可能性確保
ゴール８　開発のためのグローバルなパートナーシップの推進

資料：「ミレニアム開発目標（MDGs）とは」外務省

「ミレニアム開発目標」の詳細な目標・ターゲットと具体的な指標の中から、主要なものを抽出し、国連が全世界的に評価(2014 年(平成 26 年))した。(表 2-5)

◎ 目標達成済み、または、2015 年までに目標達成が見込まれる。
× 現状のままでは 2015 年には目標達成不可能。
△ 進展なし、または、悪化。
ー データが不十分。

全世界的には、日本を含む「東アジア」が「◎」印が多く、逆に「南アフリカ(サブ・サハラ)」「南アジア」「西アジア」「オセアニア」において、「現状のままでは 2015 年には目標達成不可能」な「×」、及び「進展なしまたは悪化」の「△」印が多くなっている。

「東南アジア」において、保健・医療に関する「×」印の項目としては、「ゴール 5 妊産婦の健康の改善」の「9 妊産婦の死亡率を４分の１に削減(5.1 妊産婦 10 万人当たりの死亡率)」、及び「10 リプロダクティブ・ヘルスへのアクセス(5.5 産前ケアの機会)」、及び「ゴール 6 HIV／エイズ、マラリア、その他の疾病の蔓延の防止」の「11 ＨＩＶ／エイズまん延防止(6.1 15～24 歳の HIV 感染率)」といった指標が上げられる。(表 2-5、6)

３．グローバルヘルスの国際的潮流と国連ポスト２０１５開発目標

１） グローバルヘルスに関する歴史的経緯

① 第一のエポック＜5＞（＜ ＞内の数字は、表 3-1 中の番号に対応している）

～世界保健機構「ＷＨＯ」の設立～

＜5＞1948 年(昭和 23 年)に「世界保健機構（WHO)」が設立され、国際連盟から始まった国際保健の取り組みがさらに広がりを見せた。

② 第二のエポック＜12＞

～「アルマ・アタ宣言」による「プライマリーヘルスケア」の重要性の明確化～

1978 年(昭和 53 年)にWHO、ＵＮＩＣＥＦ の合同会議で、その後の国際保健医療政策の基礎となる、＜12＞「アルマ・アタ宣言」が採択された。「プライマリーヘルスケア」の重要性を明確に示した最初の国際宣言となった。

③ 第三のエポック＜17＞＜21＞＜31＞

～「地球サミット」の開催による「持続可能な開発目標」の重要性の明確化～

「気候変動枠組条約」や「生物多様性条約」の署名など、地球環境の保護や持続可能な開発の考え方に大きな影響を与えた、＜17＞1992 年(平成 4 年)の「国連環境開発会議（地球サミット、ＵＮＣＥＤ)」が、ブラジル・リオデジャネイロで開催された。これを受け、＜21＞1997 年(平成 9 年)に「気候変動枠組条約第 3 回締約国会議（ＣＯＰ3、京都会議)」が開催され、1990 年を基準年とし、2012 年を目標年とする温室効果ガス排出の削減目的を定めた京都議定書が採択された。

そして、「国連環境開発会議（地球サミット)」のフォローアップ会合として開催された、＜31＞2012 年(平成 24 年)の「国連持続可能な開発会議（リオ＋20)」において、持続可能な開発目標（以後、「ＳＤＧｓ」ともいう）がポスト 2015 年開発目標として統合されるべきことが合意された。

④ 第四のエポック＜22＞

～「国連ミレニアムサミット」の開催による「ミレニアム開発目標」の設定～

＜22＞2000 年(平成 12 年)の「国連ミレニアムサミット」で、「国連によるミレニアム宣言及びミレニアム開発目標（以後、「ＭＤＧｓ」ともいう)」が採択された。ＭＤＧｓ(エムディージーズ)により、主に 1990 年を基準年として、2015 年までに達成すべき貧

困・飢餓の撲滅を始めとする、ミレニアム開発目標が設定された。

⑤ 第五のエポック＜23＞＜28＞＜29＞＜30＞＜34＞＜37＞＜39＞＜44＞＜46＞
～「人間の安全保障」と「ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ」の国際的「主流化」を目指した活動の顕在化～

＜23＞2003 年(平成 15 年)に「人間の安全保障委員会」による最終報告書が国連事務総長へ提出され、その後「ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ」の国際的「主流化」を目指した活動が顕在化した。「人間の安全保障委員会」により、プライマリーヘルスケアの完全普及という「ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ」の基礎が築かれた。

その後、＜29＞2011 年(平成 23 年)に「ランセット誌」が「国民皆保険達成から 50 年」という「日本特集号」を組んだのをきっかけに、＜30＞2012 年(平成 24 年)我が国と世界銀行は「ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ(ＵＨＣ)に関する日本・世界銀行共同研究プログラム」を開始し、報告書をまとめた。そして、＜34＞2013 年(平成 25 年)には「ランセット誌」に、安倍総理大臣が「我が国の国際保健外交戦略―なぜ今重要か―」という寄稿を行った。更に＜37＞同年「第 68 回国連総会及びサイドイベント『ポスト 2015 年:保健と開発』」や、＜39＞「保健政策閣僚級会合―ユニバーサル・ヘルス・カバレッジに向けて―」等により、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジの国際的「主流化」を目指した、積極的な活動が我が国を中心になされた。

＜44＞中国が「アジアインフラ投資銀行」（ＡＩＩＢ）の設立を図っているため、我が国の影響力の高い世界銀行・アジア開発銀行の存在意義を高めるためにも、我が国の「国民皆保険」を模範とした「ＵＨＣ」を推進することは非常に重要な意味がある。

また、＜46＞2015 年 4 月、ノルウェー、オスロの第 200 回WMA理事会で、「貿易協定と国民の健康に関するWMA声明案」が採択され、ＴＰＰ等「貿易協定が、健康と医療を規制する、あるいはすべての人々の健康の権利を保証するための政府の能力に、干渉しないことを保証する」ことが求められた。

⑥ 第六のエポック＜42＞＜43＞＜47＞＜48＞
～地球(環境)と人間を中心に据えたユニバーサル・ヘルス・カバレッジを含む「ポスト 2015 開発アジェンダ」が決議される予定～

＜47＞2015 年(平成 27 年)秋の国連総会においてユニバーサル・ヘルス・カバレッジを含む「ポスト 2015 開発アジェンダ」の決議が想定される。この「ポスト 2015 開発アジェンダ」は、＜43＞国連事務総長による「持続可能な開発に向けた統合報告書」―The Road to Dignity by 2030―をもとに、「地球(環境)」と「人間」をそのコンセプトの中心に据えたものとなることが想定される。

さらに、＜48＞2015 年(平成 27 年)年末には「気候変動枠組条約第 21 回締約国会議」(以後、「ＣＯＰ２１」ともいう)がパリで開催され、2020 年以降のCO_2 排出削減目標の国際的枠組に合意することが予定されている。

⑦ 第七のエポック＜27＞＜41＞＜45＞

～地球規模の新興・再興感染症、大規模自然災害及び原子力災害等の
グローバルヘルス課題としての「主流化」～

西アフリカでエボラ出血熱の感染がこれまでになく大規模に拡大し、＜41＞2014 年(平成 26 年)にＷＨＯ事務局長の「国際的に懸念される公衆衛生上の緊急事態宣言」が出されたことから、鳥インフルエンザとともに、感染症対策が依然としてグローバルヘルスにとって、非常に重要な課題であることを示している。

また、地球温暖化等を背景とした大規模「ハリケーン・台風」の増大や、海溝型や直下型の大規模地震とそれに伴う津波、更には急速に増大する「原子力発電所」の事故の可能性等、「地球規模の防災」もグローバルヘルスの課題として「主流化」を図るべきものと言える。

2) 国連ポスト２０１５開発目標（ポストＭＤＧｓ）の策定動向

2014 年（平成 26 年）12 月潘基文（パン・ギムン）国連事務総長は、「ポスト 2015 年持続可能な開発アジェンダに関する事務総長統合報告書」の先行版を国連総会に提出した。この報告書は、「人間」と「地球」を中心に据え、人権に裏づけられた新たなグローバル・アジェンダ策定をめざす、2015 年（平成 27 年）9 月の首脳会議・国連総会決議に向けたたたき台となるものである。

そして、表明とととともに、オープンワーキンググループによって提案された「17 項目の持続可能な開発目標」も合わせて発表した。((再掲)表 3-40)

2015 年（平成 27 年）9 月の首脳会議・国連総会で決議されることになる、「ポスト 2015 年持続可能な開発アジェンダ」は、持続可能な開発目標（ＳＤＧｓ）オープンワーキンググループ報告書の「開発目標の理念」「保健課題」と提案が、色濃く反映されたものになることが予想される。そしてこの報告書の中では、「ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ」に関する開発目標及びターゲットが設定されている。(表 3-38)

表 3-38 オープンワーキンググループ提案の
「目標 3. あらゆる年齢のすべての人々の健康的な生活を確保し、福祉を促進する」に関する具体的な持続可能な開発目標及びターゲット(抜粋) (2014 年・平成 26 年 12 月) (IGES 仮約)

3.7 2030年までに、家族計画、情報・教育、およびリプロダクティブ・ヘルスの国家戦略・計画への組み入れを含む、性と生殖に関するヘルスケアをすべての人々が利用できるようにする。
3.8 すべての人々に対する財政保障、質の高い基礎的なヘルスケア・サービスへのアクセス、および安全で効果的、かつ質が高く安価な必須医薬品とワクチンのアクセス提供を含む、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ(UHC)を達成する。

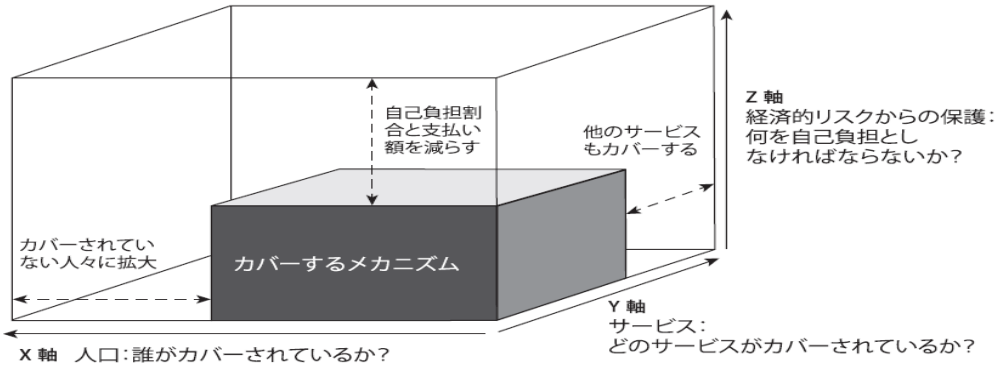
資料：「SDGs(持続可能な開発目標) OWG(ｵｰﾌﾟﾝﾜｰｷﾝｸﾞｸﾞﾙｰﾌﾟ)成果文書」Institute for Global Environmental Strategies (IGES)

４．我が国の医療保健政策の歴史的経緯とアセアン諸国への示唆

１）ＵＨＣとしての我が国の国民皆保険と補完的保健政策

（１）ＷＨＯが提唱するＵＨＣ達成のための評価軸と実現のための４原則

ＵＨＣの達成：あらゆる人が貧困に陥る不安を抱くことなく，質の良い保健医療サービス（予防，健康増進，治療，リハビリ，緩和治療）を受けられる状態を指す。ＵＨＣの実現には，対象サービス，対象費用，対象人口の 3 つの側面において，拡充が見られる必要がある。



＜ＵＨＣ実現に向けた 4 つの原則＞

１．経済的障壁、とりわけ直接支払いの廃止により、公平なアクセスを促進すること
２．前払いの義務化
３．不可欠な大規模リスク・プール
４．資金拠出が困難な層の保健費用は政府負担で

（２）ＵＨＣとしての我が国の国民皆保険の特徴

日本の皆保険では、所得水準に関係なく「誰でも」、「どこでも」そして「いつでも」というフリーアクセスが認められている。「誰でも」という部分は、「職域保険」と「地域保険」という 2 つを柱とした公的医療保険制度によって実現されている。日本はＵＨＣを達成・維持しているとされ、「成熟した制度とプログラムを有している段階」とされている。

（３）国民皆保険誕生までの流れ

①　戦前の医療保険制度

日本の医療保険制度は、社会保険形式を軸にして成り立っているが、ドイツの制度に倣ったものであった。まず 1922 年（大正 11 年）に、労働者を対象とした「健康保険法」が成立した。これが職域保険のはじまりである。

一方、農村における貧困も社会問題化していた。農家を苦しめる負債の原因に医療費があったことを受けて、1938 年（昭和 13 年）に「国民健康保険法（以下、戦前は「旧国保法」ともいう）」が制定され、同年に施行された。その後、日本はまもなく戦時体制に突入し、国の「健兵健民政策」を推進するために、国民健康保険が強化されていった。

② 戦後から国民皆保険成立まで

終戦後の 1946 年（昭和 21 年）、日本国憲法が公布され、第 25 条第 1 項において「すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する。」という、生存権が規定された。

第二次世界大戦後の不況の中、国民健康保険では、保険料の滞納が増加した。また、インフレによる医療費の高騰などによって、制度が立ち行かない状況となっていた。そのような背景で、1948 年（昭和 23 年）に国民健康保険は、それまでの「組合主義」から、「原則市町村公営」とし、同時に国保事業が行われている地区では「原則強制加入」とした。

そして、1958 年（昭和 33 年）に「国民健康保険法の全面改正」によって「新国保法」が誕生した。この法律によって、市町村は原則として国保事業（国民健康保険）を実施することとなり、1961 年（昭和 36 年）にすべての自治体が加わったことにより「国民皆保険」が達成された。

「新国保法」が「旧国保法」と大きく異なる点は「国民皆保険を達成するために、市町村に国保事業の運営を義務づけるとともに、市町村に住所を有する者は被用者保険加入者でない限り『強制加入』とされた」ことである。また、「給付の範囲について、健康保険（職域保険）に比べ著しく劣っていたのを同一とし、給付割合についても引上げを図った。

なお、健康保険（職域保険）と国民健康保険（地域保険）を比較すると、歴史的には健康保険の方が負担は軽く、給付範囲が手厚くなっていた。

平等という観点からこれらのことは問題視され、給付についても窓口負担割合（高齢者を除く）には長年にわたって差があり、完全に統一されたのは 2003 年（平成 15 年）という比較的最近のことである。

③ 加入者割合の推移（医療保険制度別）

日本で最初の医療保険は 1922 年（大正 11 年）に制定された健康保険法で、対象者は工場や鉱山、交通業の事業所などで働く従業員本人のみであり、人口の 3%程度であった。

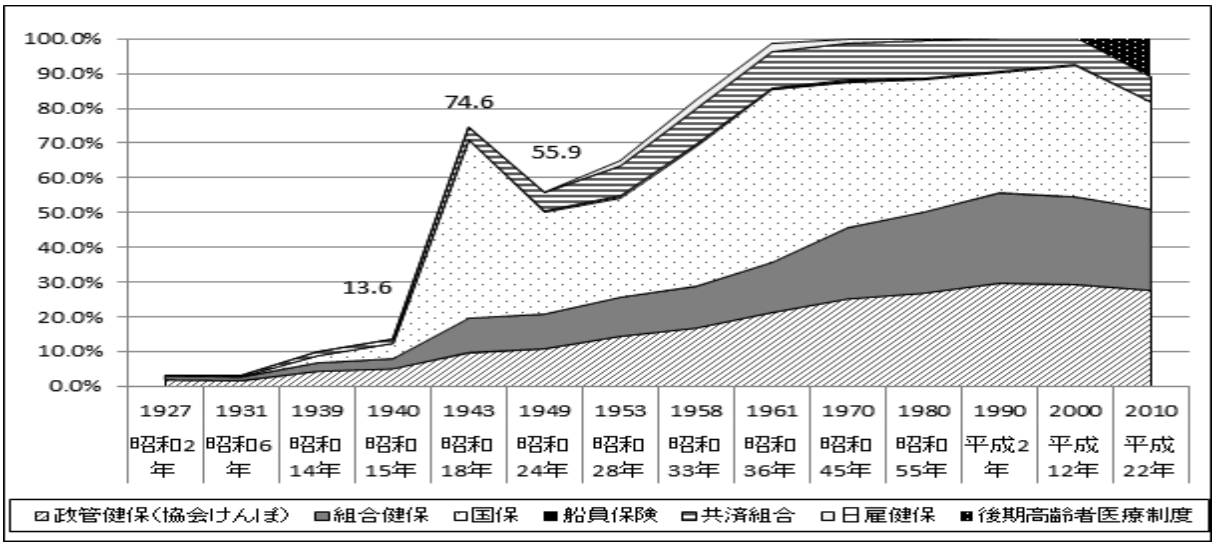
1938 年（昭和 13 年）には厚生省が設置され、同年に国民健康保険法（旧国保法）が制定された。その翌年の 1939 年（昭和 14 年）には人口の 9.9%が医療保険に加入していた。

同年、船員保険法のほか、職員健康保険法が制定され、船員のほかに販売・金融の事業所に勤務する労働者に対しても、医療保険が提供されるようになった。また、健康保険法の改正によって、家族に対しても任意ではあるが医療保険の給付が始まった。

1940 年（昭和 15 年）から 1943 年（昭和 18 年）にかけて、医療保険対象者の範囲が急速に拡大した背景には、1941 年（昭和 16 年）からの太平洋戦争突入が影響している。1942 年（昭和 17 年）には健康保険法が改正され、その中に職員健康保険が統合されると同時に、それまで任意であった家族給付が法定化され、1943 年（昭和 18 年）には人口の 74.6%が加入するに至った。（図 4-2）

しかしながら、1945 年（昭和 20 年）に日本は第二次世界大戦の敗戦国となり、1949 年（昭和 24 年）には 55.9%へと大きく減少した。

図 4-2　加入者割合の推移（医療保険制度別）



資料：1927～1990 年（昭和 2 年～平成 2 年）までは、高木安雄（1994）「国民健康保険と地域福祉」、季刊社会保障研究 Vol. 30, No. 3. のデータによる。平成 12 年および平成 22 年は厚生労働省「医療保険に関する基礎資料」各年版および国勢調査のデータを用いている。
なお、データ上は日雇保険は「法第 3 条第 2 項被保険者」と表記されたものを用いている。また、後期高齢者医療制度は平成 20 年から始まった。総人口は国勢調査における日本人の値を用いている。

（4）保険施策と併せて展開された補完的保健政策

保険施策と併せて展開された我が国固有の保健対策として、①母子保健対策、②学校保健対策、③結核等の感染症対策、④交通事故等の救急医療がある。

現状のアセアン諸国における保健水準等をみると、今後上記のような日本の過去の経験が大いに役立つと思われる。

例えば、①母子保健対策についてみると、戦後にＧＨＱの指令と支援により、母子衛生行政を担当するセクションが設置されるなどを経て、戦時中に制定された「妊産婦手帳制度」を改訂して新たに「母子手帳」（1966 年（昭和 41 年）に「母子健康手帳」に改称された）が導入された。この母子（健康）手帳の導入により、母子保健向上への寄与は大きかったと考えられる。（図 4-3）

また②学校保健対策についてみると、我が国の学校保健の歴史は古く、明治初期である 1872 年（明治 5 年）の学制と同時に開始された。また学校医制度が 1898 年（明治 31 年）に公布され、全国の公立小学校に 1 名ずつの学校医が配置された。

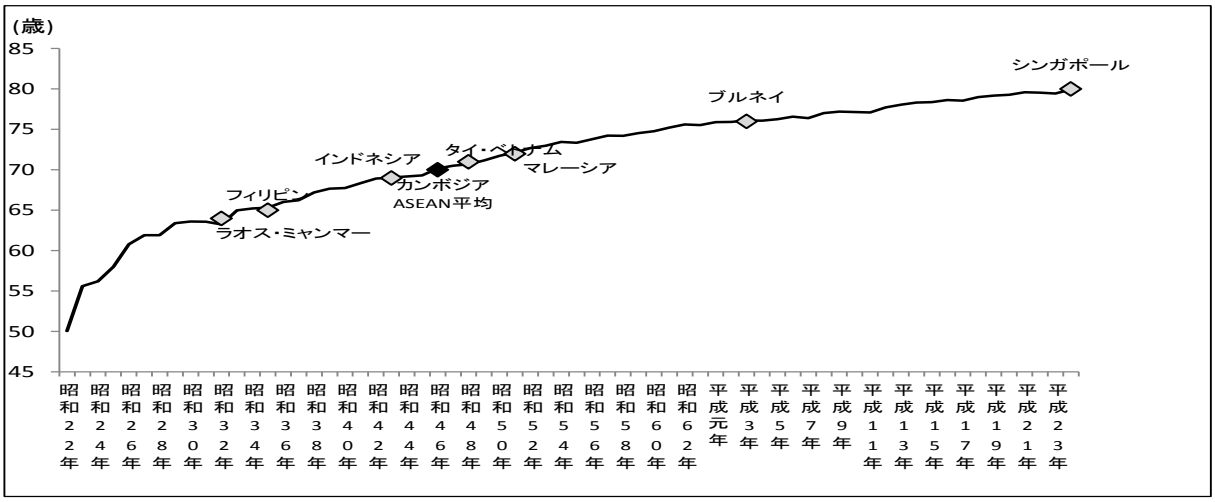
戦後は結核対策としてツベルクリン反応とＢＣＧが、また、回虫等の対策として虫卵検査と駆虫に重点が置かれた。このように、我が国では、学校を軸として、学校・家庭・地域が小児健康保健のコミュニティを形成してきた経験の大きな蓄積がある。

２）医療保健政策の経済発展への寄与

（1）我が国とアセアン諸国における主要な保健指標との比較

日本の平均寿命を、アセアン各国の現状をあてはめると、男性の場合はおおよそ日本の昭和 30 年代前半（1955 年頃）から、昭和 50 年代前半（1945 年頃）の間に相当することがわかる。（図 4-13）

図 4-13　日本の平均寿命（男）の推移およびアセアン諸国の水準



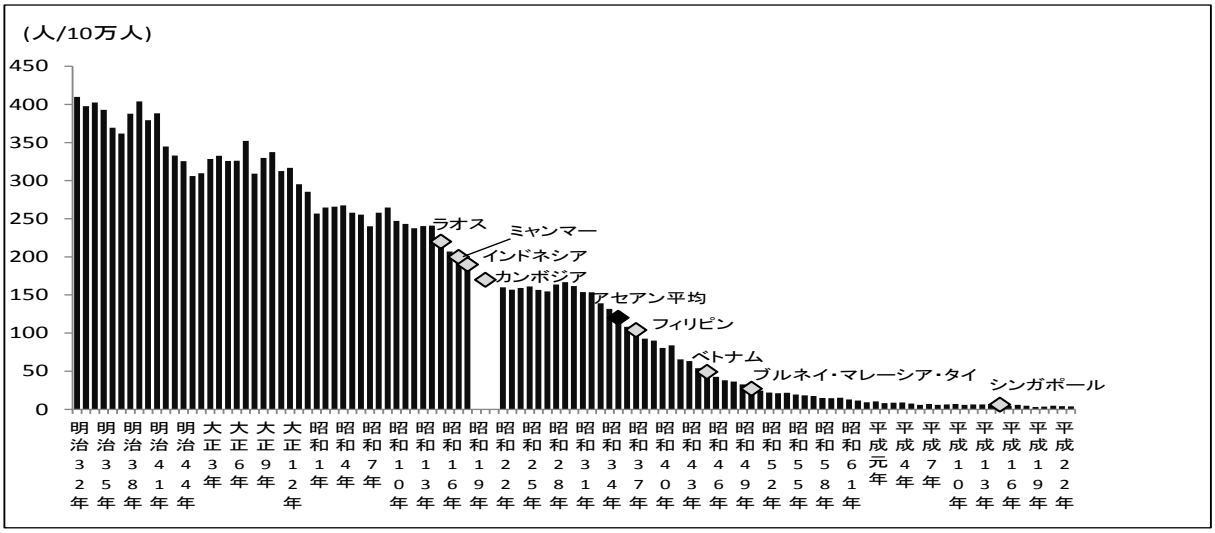
資料：平成 24 年簡易生命表および WHO「WORLD HEALTH STATISTICS 2013」より作成

乳幼児死亡率は、経済水準の低いラオスやミャンマーでは、我が国の昭和 20 年代半ばから、30 年代前半の水準であることがわかる。また、その他多くの国も、昭和 30 年代後半から昭和 40 年代後半までの間の水準にとどまっている。（図 4-15）

妊産婦死亡率は、ラオスやミャンマー、インドネシア、カンボジアでは、昭和 10 年代半ばから 20 年あたりの水準に位置する。ベトナムはアセアン諸国の中では 4 番目に低い経済水準となっているが、妊産婦死亡率は 49 人と昭和 45 年くらいの水準である。（図 4-16）

また、結核罹患率をみると、ラオスやミャンマーは昭和 30 年代の水準に位置する。同様に経済水準の低いカンボジアでは昭和 20 年代後半以前の水準であり深刻な状況である一方、インドネシアはアセアン平均と同程度の昭和 40 年頃の水準である。経済水準の高いシンガポールは 73 人、ブルネイは 94 人と高い水準ではないものの、これはいずれも日本の昭和 50 年代前半頃の水準である。（図 4-17）

図 4-16　妊産婦死亡率（人口 10 万人対）



資料：国立社会保障・人口問題研究所ＨＰおよび「WORLD HEALTH STATISTICS 2013」ＷＨＯより筆者作成

（２）我が国医療保健政策の経済発展への貢献とアセアン諸国への示唆

日本は戦後、急速な経済成長を遂げた。特に 1954 年（昭和 29 年）から 1973 年（昭和 48 年）までの約 20 年間は高度経済成長と呼ばれ、経済成長率（実質）年平均が 10%前後の高い成長を続けた（図 4-27）。

我が国の経験からみると、アセアン諸国が今後経済発展を遂げるためには、国民の健康を守ることを国家的目標とすることが重要である。そのためには第一に、全国一律の医療保険と医療提供水準の整備、すなわちＵＨＣの整備が不可欠である。労働者や全国民の健康を守ることは、将来的な国家の安定的な労働力の確保、さらには経済発展へとつながる。

また、医療の提供を行うためには医師等の保健人材の確保が必要である。医師等の保健人材の養成には一定程度の時間を要することから、それら人材確保のための養成機関の整備や養成スタッフの育成など養成体制の確立へ向けた早急な取組みが求められよう。

そして、医療保険制度を補完する政策の実施も重要である。

５．日本医師会の国民皆保険成立等に関する活動実績と国際的ユニバーサル・ヘルス・カバレッジへの寄与

１）国民皆保険に関する日本医師会の対応・寄与

①　二重指定制度への対応

国民皆保険の達成を進めるに当たり、1957 年（昭和 32 年）4 月に健康保険法が改正され、「二重指定制度」が開始された（表 5-4＜1＞）。

同年 4 月、日本医師会は「二重指定制度」が医師と患者の人間関係を損なうと、健康保険法の改正に反対して、厚生大臣と交渉し、改正健康保険法の政令および省令の発令前に、日本医師会が点検することで同意した（表 5-4＜2＞）。

「二重指定制度」以外に反対した理由として、一人の医者が一日に診る患者の人数や、投薬・注射の使用量について細かに規定され、医師の裁量が制限されたこと等ある。

②　制限診療撤廃に向けての対応

「制限診療」とは、「政府が定めた治療指針（療養規定）や薬の使用基準に従った場合にのみ診療報酬を支払い、それ以外の診療行為に対しては公定の診療報酬を支払わないものとする」ものである。病気ごとに使える薬と使う順序がリストで定められ、効果が認められる薬も一日の使用量が制限されていた。

国民皆保険が達成される前年の 1960 年（昭和 35 年）8 月、日本医師会は、皆保険体制に入るために最低限必要な前提条件として、「現状のまま国民皆保険に突入することは、生命と学術の尊重を捨て、国民の福祉を犠牲に供して、徒らに保険官僚の独善的全体主義統制を強化するものである」として、4 項目の要望書を厚生大臣に提出した。（表 5-4＜3＞、表 5-5）

前記要望書による診療報酬の引き上げが行われなかったり、制限診療の撤廃も見送られたことから、1961 年（昭和 36 年）2 月、全国で一斉休診を実行した。（表 5-4＜5＞）

これを受け、2 月末に自民党三役と医師会長、歯科医師会長で会談が行われ、表 5-6 のような制限診療について一部緩和が認められることになった。（表 5-4＜6＞）

表 5-5 武見太郎日本医師会会長より中山マサ厚生大臣宛ての要望書
（1960 年（昭和 35 年）8 月 18 日　提出）

1. 制限診療の撤廃 指針の取扱を是正してプリンシプルとすること、治療はケースバイケースに医師の判断によるものであって、従って基準はこれを廃止すること。薬品は販売許可あるものはすべて自由に使用すること。
2. 一点単価の引き上げ
3. 事務の繁雑化是正
4. 甲乙 2 表の一本化と地域差の撤廃

資料：日本医師会雑誌　第 44 巻第 4 号（昭和 35 年 8 月 15 日）　1P より抜粋

その後、厚生大臣が約束を履行しなかったため、日本医師会は 8 月以降の再度の保険医辞退（歯科医師も含む）を宣告した。（表 5-4＜8＞）

このため、厚生大臣、自民党三役との間で折衝が開始され、上記の 4 項目合意がなされ、日本医師会は保険医辞退を撤回した。（表 5-4＜9＞）

上記 4 項目合意に従い、「医療懇談会」が設置された（表 5-4＜10＞）。医療懇談会で、11 月から制限診療の緩和（事実上の制限診療の撤廃）と、12 月からの診療報酬の再引き上げが実施された。（表 5-4＜12＞～＜14＞）

③ 政府提案の国民皆保険制度化の是正

国民皆保険の導入について、武見会長は「国民皆保険そのものの流れは避けられない流れ」と考え、制度そのものについて反対はしなかった。「時代は社会保障の成熟期に入ってゆくと判断していた」が、「厚生省の考えている国民皆保険は、役人の介在が多過ぎて医者の職業的自由の障害になっている」、「それをはじき出してすっきりしたものにしよう」というのが活動の意図であった。

２）ＷＭＡ・ＣＭＡＡＯ等日本医師会の国際的活動

（１）世界医師会（ＷＭＡ）における活動

世界医師会（「WMA」ともいう）は、「医学教育・医学・医術および医の倫理における国際的水準をできるだけ高め、また世界のすべての人々を対象にしたヘルスケアの実現に努めながら人類に奉仕すること」を目的として、1947 年（昭和 22 年）9 月に設立された。

直近の 2015 年（平成 27 年）4 月のノルウェー・オスロで開かれた第 200 回世界医師会理事会では、「貿易協定と国民の健康に関するWMA声明案」がWMA理事会決議として採択された。この理事会決議は、商業的利益よりも国民の健康の保護や優先をするため、貿易協定に除外例を設けることや、国民の健康を保証する政府の活動が貿易協定よりも優先

されること等を勧告している。（表 3－29、表 5-17）

（２）アジア・大洋州医師会連合（ＣＭＡＡＯ）における活動

アジア・大洋州医師会連合（ＣＭＡＡＯ）は、1959 年（昭和 34 年）4 月に第 1 回会合が東京で開催された。

2008 年（平成 20 年）の第 44 回ＣＭＡＡＯ中間理事会で、「日本医師会は日本政府の「京都議定書目標達成計画」閣議決定を受け、2008 年（平成 20 年）8 月に日本医師会とその主要関係 4 病院団体で「病院における地球温暖化対策自主行動計画」を策定し、機関決定したことを報告した。

2009 年（平成 21 年）のバリ総会は、リーマン・ショック等で経済危機が世界規模で襲った時期であり、「医療制度に対する経済危機の影響」がテーマであった。

日本医師会は、「世界的な経済危機から国民を守る日本型医療制度」と題した講演を行い、米国等で起きた医療に端を欲した社会不安が日本で起こらなかった大きな理由として、「国民皆保険体制」を基本とした「日本型医療制度の存在」があると報告した。

３）武見プログラムによるユニバーサル・ヘルス・カバレッジへの寄与

「武見国際保健プログラム（「武見プログラム」ともいう）」は、1983 年（昭和 58）年 7 月にハーバード大学公衆衛生大学院に設置された、国際保健に関する学際的研究プログラムである。武見プログラムの参加者は「武見フェロー」と呼ばれ、1984 年（昭和 59 年）～2014 年（平成 26 年）までの武見フェローの国・地域別参加者は、プログラム開始から 30 年で、53 か国・251 人が誕生し、研究を行った。（表 5-20）

武見プログラムの教授を務めているマイケル・ライシュ氏は、「ランセット」誌の国際諮問委員であり、「ランセット日本特集号」の執筆者に名を連ねている。さらに、2013 年（平成 25 年）12 月に開かれた「保健政策閣僚級会合：ユニバーサル・ヘルス・カバレッジに向けて」では、パネル・ディスカッションのモデレーターを務めるなど、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジの推進に大きく寄与した。

４）日本医師会による国際的災害支援活動

「ｉＪＭＡＴ」という新しい災害支援の枠組みの検討も始まった。

「ｉＪＭＡＴ」は、首都直下地震や東南海・南海地震等の未曾有の災害が発生した際、救護活動として外国からの支援を受け入れる場合が想定される。現状は医療チームの日本国内への受け入れが中心となっているが、将来的には、エボラ出血熱といった海外で発生した感染症等へ対応し、海外でｉＪＭＡＴとして活動することも想定される。

６．わが国の国際医療保健と医療産業の国際展開

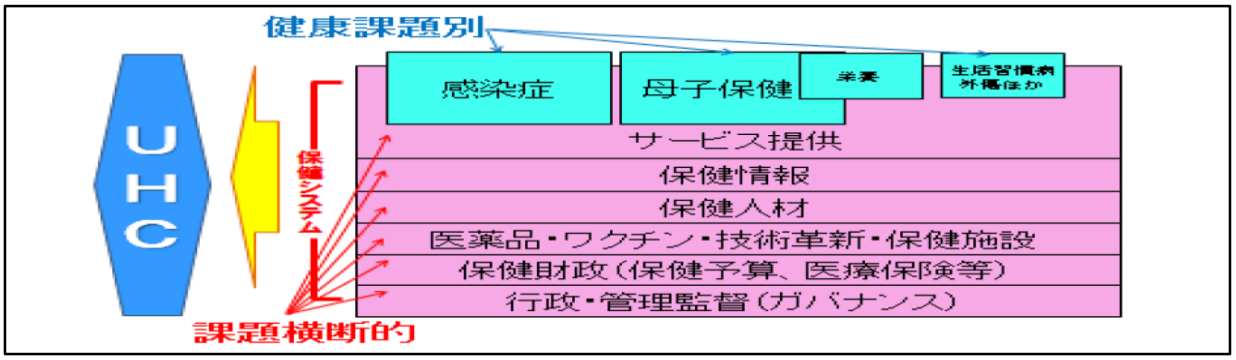
国際医療保健と産業政策としての医療産業の国際展開は、一緒に議論されることが多いが、以下では、我が国のグローバル・ヘルス戦略を、国際医療保健と、産業政策としての医療産業の国際展開の２つの観点から俯瞰する。

１）国際医療保健

①　ＪＩＣＡ（国際協力機構）における継続的なＵＨＣ達成戦略

ＪＩＣＡでは開発途上国のさまざまなインフラ整備に加え、母子保健や感染症、ＨＩＶなどの分野で多くの国際医療保健事業を継続して行ってきた。（図６-1）

図 6-１　ＪＩＣＡにおける保健分野への取組概念図



資料：「JICA の保健分野の協力－現在と未来－」JICA

国際医療保健の在り方については、長年の経験より、母子保健などの医療サービスの提供と並行して、保健情報の構築、保健人材の育成、医薬品や保健施設の整備、保健財政の確保、行政・監理監督の強化を行うことが必要であるとしている。これらの保健システムをベースに将来的にＵＨＣの達成に向けて協力支援する形をとってきた。

②　経協インフラ戦略会議での「国際保健外交戦略」

2013 年 5 月、我が国の海外経済協力（経協）に関する重要事項を議論する第 4 回「経協インフラ戦略会議 」が開かれ、岸田外務大臣が「国際保健外交戦略」を提案した。

国際機関等が行う取組みとの戦略的な連携の強化、国内の体制強化と人材育成、アフリカにおけるミレニアム開発目標（ＭＤＧｓ）達成に向けた支援の継続などが含まれ、国連ポスト 2015 の第 3 項目であるＵＨＣが重点課題として掲げられている。

③　厚生労働省、NPO などにおける活動

厚生労働省でも国際医療保健への取り組みは以前より行われており、例えばＡＳＥＡＮについては、「ＡＳＥＡＮ・日本ハイレベル社会保障会議」は 2003 年から主催してきている。ＡＳＥＡＮ諸国間で、社会保障制度や医療制度の情報交換が必要であることを互いに認識し、実践するための大規模な会議である。また、ミャンマーなどＵＨＣをめざすＡＳＥＡＮ諸国から研修生を受け入れ、情報提供を行う事業も実施している。

国内の専門組織、ＮＧＯ・ＮＰＯによる国際保健医療事業、研究機関や大学あるいは単独の医師・研究者による研究事業も、さまざまなレベルで行われてきている。

ＡＳＥＡＮにおけるわが国の国際医療保健の例を挙げると、母子健康手帳の普及（インドネシア等）、学校保健制度の普及（ミャンマー等）、社会保障制度強化事業によるＵＨＣの推進（インドネシア）などがある。（図 6-2）

２）医療産業の国際展開

①　ＭＥＪの設立

国際展開のためのコーディネータとして、2011 年に官民による一般社団法人ＭＥＪ（Medical Excellence Japan）が設立された。

ＭＥＪの事業目的は、インバウンド事業（海外患者の日本への受入）とアウトバウンド事業（日本の医療サービス・機器等をパッケージで輸出する）の促進である。

②　健康・医療戦略推進本部・医療国際展開タスクフォース

内閣に設置された「健康・医療戦略推進本部 」の中の医療国際展開タスクフォースは、医療技術・サービスの国際展開に係る取組を関係府省庁が連携して推進することを目的としている。2013 年 8 月に、医療の国際展開における関係省庁ならびに団体（外務省、厚労省、経産省、文科省、ＪＩＣＡ、ＭＥＪ等）による協議を開始した （図 6-5)。

また、2014 年 7 月「ＡＳＥＡＮ健康イニシアチブ・ワーキンググループ」が特別に設置された 。(表 6-3)。

①　 産業競争力会議（日本経済再生本部）

2014 年 6 月政府の産業競争力会議は、「日本再興戦略 改定 2014－未来への挑戦-」 の中に医療・介護のインバウンド・アウトバウンドの促進を重要項目の１つとして示した（表 6-4)。官邸主導で医療を産業として積極的に推進する方向性が示され、閣議決定されている。

④ 経済産業省の国際展開事業

経済産業省は、戦略を実現するためのビジネスモデルを構築し、民間事業者、大学、学会との連携を強化している。また、具体的な医療産業の国際展開のための事業として、経済産業省は 2011 年よりインバウンド事業とアウトバウンド事業を含む「医療機器・サービス国際化推進事業」を開始している。

-インバウンド事業

インバウンド事業について必ずしも十分な議論が行われてきたとは言えない。外国人患者を受け入れた医療機関の体制や価格設定など検討項目は多い。また、外国人患者の受け入れについて、感染症の問題など、諸外国での事例等から学び、慎重に行わなければいけない部分もある。税・保険料を負担する日本人（あるいは在日）患者を優先することとのバランスを含めて、早急に議論を深める必要がある（図 6-6)。

-アウトバウンド事業

2014 年度は 21 のアウトバウンド事業が実施された (表 6-6)。これらに加えて補正予算事業とＭＥＪ本体の事業として 13 事業を実施された（表 6-7)。これらの多くは民間事業者（病院も含む）がメーカー、医療機関とコンソーシアムを組み、対象国での病院や検査

センターの設立を行うか高度医療機器の販売・維持を行うことが中心となっている。

従来の「病院丸ごと輸出」型からは進化しているものの、事業の対象が国民の特定の層となる傾向があること、事業継続性が必ずしも担保されないこと等が懸念され、対象国の今後のＵＨＣ構築を支援するという視点を国内の関係者の間で共有することが必要である。同時に、現地の医師会などを巻き込んで、長期的に安定した事業を進めることを検討すべきである。

⑤　外務省･協力覚書

これまで研修、医療器材の供与、無償資金協力、官民連携事業（ＰＰＰ）を通じた支援をしてきたが、新たに医療分野での協力覚書の合意が 12 か国の間で行われている（ＡＳＥＡＮはカンボジア、ラオス、ミャンマー、ベトナムの 4 か国）（表 6-9）

⑥ AEC（アセアン経済共同体）設立の動向

2015 年末に「アセアン経済共同体」（ASEAN Economic Community: ＡＥＣ）の発足が予定されている。域内の人口が 6 億人を超えるＡＳＥＡＮで、地域の政治的な安定や経済的な発展を目指すものである。特に、ヒト、モノ、サービスの自由化が進み、関税撤廃、熟練労働者の移動解禁、出資の規制緩和などが行われ、医療分野にも大きな影響を及ぼすことが予想される。

７．我が国のグローバルヘルス戦略に向けた提言・課題

（１）国連・世界銀行・アジア開銀と協調した「ﾕﾆﾊﾞｰｻﾙ･ﾍﾙｽ･ｶﾊﾞﾚｯｼﾞ」（ＵＨＣ）整備の推進を

国連におけるMDGｓの後継となる「ポスト 2015 年持続可能な開発アジェンダ」は、潘基文国連事務総長による、「ポスト 2015 年持続可能な開発アジェンダに関する事務総長統合報告書」－ The Road to Dignity by 2030 －がたたき台になることが想定される。その「目標 3 : すべての年齢の人々の健康な生活を確保し、福祉を推進すること」の中で、「ＵＨＣ」が大きく位置づけられている。

一方、ジム・ヨン・キム世界銀行総裁が「日本は、ＵＨＣについて世界の模範となってきた」と述べている。さらに、安倍首相は「ランセット誌」への寄稿において、「ポスト 2015 開発目標」について、「第一に、私はＵＨＣをポスト 2015 開発目標における保健の重要課題にすべく努力する」とも述べた。

このように、「ＵＨＣ」は国連・世界銀行・我が国政府において、グローバルヘルスの中心的課題として取り上げられていることもあり、我が国のグローバルヘルス戦略においても、国連・世界銀行・アジア開銀と協調してその整備を推進することが重要である。

（２）ＵＨＣの世界での模範である「我が国の国民皆保険」の持続性確保を国家的課題に

安倍首相がグローバルヘルスにおいてＵＨＣを積極的に進めると述べるとともに、麻生

財務大臣も「保健政策閣僚級会合」において、我が国の戦後の国民皆保険を中心とした医療システムを念頭に、「日本は、自ら歩んできた経験を積極的に共有し、国際社会が共通に抱える課題に貢献していきたい」とも述べた。

ＵＨＣの普及がグローバルヘルスの中心として推進されようとしている中で、一方でその「模範」とも評価されている「我が国の国民皆保険」は、「ランセット誌」の「論説」においても、「医療費の増大と高齢化によって、日本の医師も他国の医師たちと同様に、こうした圧力の下で国民皆保険制度を持続できるのか、不安を抱いている」と指摘されている。

このため、我が国政府においては、国民皆保険の持続性を確保すべく努力することが求められ、特に、日本と世界銀行グループ共同研究プログラムの「国家的な努力が政党間の競争と相まって国民皆保険に結びついた」との指摘を想起し、我が国政府は国家的課題として持続性の確保に立ち向かっていくことが求められるものである。

（３）ＴＰＰ等貿易協定は我が国をはじめ各国固有のﾕﾆﾊﾞｰｻﾙ･ﾍﾙｽ･ｶﾊﾞﾚｯｼﾞを阻害又は干渉すべきではない

2015 年 4 月第 200 回WMA理事会で、「貿易協定と国民の健康に関するWMA声明案」が、理事会決議として採択された。（表 3-29）

その「勧告」において、第一に「商業的利益よりも国民の健康を保護・促進・優先し、かつ公共サービス、特に個々人や国民全体の健康に影響を及ぼすサービスを確保するため、幅広い除外例を保証する」として、幅広い除外例の保障を求めている。また第二に、「貿易協定が、健康と医療を規制する、或いはすべての人々の健康の権利を保証するための政府の能力に干渉しないことを保証する」、さらに「健康の保護促進のための政府活動は、ＩＳＤＳや同様の仕組みを介した抗議の対象とされるべきではない」としている。

したがって、ＴＰＰ等貿易協定は各国のユニバーサル・ヘルス・カバレッジ達成を阻害すべきではなく、また各国固有の既存ＵＨＣの形態に干渉すべきではない。

（４）「我が国の国民皆保険」成立過程等に関し海外の政府・国民・医師等に国際情報発信とＵＨＣ政策立案等に関わる国際的人材育成を

発展途上国の中で注目されていることとして、「我が国の国民皆保険成立に際して、如何にその障害を克服していったか」ということがある。

日本・世界銀行グループ共同研究プログラムの「日本からの教訓」においては、「西欧諸国に追いつこうという国家的な努力が政党間の競争と相まって国民皆保険に結びついた」と分析し、全国民統一の診療報酬の実現に関して「政治的リーダーシップが直接的な役割を担ったこともある。このような交渉プロセスは、他の国にも有効なモデルになる可能性がある」と指摘してもいる。すなわち、我が国の国民皆保険成立の過程では、行政主導の仕組みに対して、医師という自律的職能（プロフェッショナル・オートノミー）を持った団体が、その自律的職能の視点からよりよい仕組みのために、身を呈して対応していった。

こうしたことも含め、「我が国の国民皆保険」成立過程等に関する国際情報発信を図っていくことも重要である。そして、各国のＵＨＣの仕組みについて、ＣＭＡＡＯ加盟の医師

会が各々の政府に積極的に提言することも重要である。

またそのためにも、ＵＨＣ政策立案等に関わる国際的人材育成を、世界銀行・アジア開発銀行等と連携して、教育・研修していくことが重要である。

（５）母子保健・学校保健・結核等感染症・交通事故等救急医療対策等の選択と集中による個別医療プログラムの展開とＵＨＣ整備を

保険施策と併せて展開された我が国固有の保健対策として、①母子保健対策、②学校保健対策、③結核等の感染症対策、④交通事故等の救急医療がある。

我が国の戦前から昭和 40 年代までの水準にある、アセアン諸国の現状の保健水準等をみると、上記のような日本の過去の経験が大いに役立つと思われ、今後とも母子保健対策、学校保健対策、結核等の感染症対策、交通事故等の救急医療の 4 つの主要保健対策面について、一層我が国が寄与する分野としていくことが考えられる。

このため、これらを中心として、支援対象国による選択と集中によるＵＨＣ整備と個別医療プログラムの展開を、その国の事情に応じて展開することが重要である。

（６）プライマリーケアを担う「我が国かかりつけ医」に関する国際情報発信と国際的な人材育成を

ＯＥＣＤの定義で「プライマリーケア」を担う医師は、「ジェネラリスト」（イギリス等の一般開業医、家庭医、その他の総合医（専門医でない医師）をいう）という定義に該当する医師に限定されていて、我が国の診療所医師はこれに該当しない状況となっている。

我が国の「かかりつけ医師」は、深い専門性を有しつつ総合的な診療能力を有する特質があり、わが国のプライマリーケア体制が高質なアウトカムを提供していることから、ＯＥＣＤとの調整や、こうした実態に関する国際的な情報発信を行なっていく必要があると考えられる。

また、我が国の医療システムを大きく担っている、診療所等の医師の「プライマリーケア」に関する活動を理解してもらうため、その診療行為を国際的に情報発信するため、診療所において国際的な視点で医療人材を教育・研修することも必要と考える。

（７）地球環境問題への対応と一体となったグローバルヘルスの展開を

「気候変動に関する政府間パネル（ＩＰＣＣ）第 5 次評価(統合)報告書」を受け、潘基文国連事務総長は、ポスト 2015 年持続可能な開発アジェンダに関する「統合報告書」を、「『人間』と『地球』を中心に据え、人権に裏づけられた新たな「グローバル・アジェンダ」策定に向けた交渉の指針となるものである」と述べ、ＳＤＧｓを背景とした「持続可能性」をキーワードとした目標を、数多く設定している。

今後のグローバルヘルスの展開は、こうした「ポスト 2015 年持続可能な開発アジェンダ」の考え方をふまえ、地球環境問題への対応と一体となったものとすべきである。

（８） 国際的大規模災害対策や新興・再興感染症拡大防止等支援を担う体制の発展整備を

気候変動によって、アセアン諸国等海水の温度上昇が著しい地域においては、これまでにない大規模なハリケーンや高潮等による災害が多発することが予想される。

また、今後世界における原子炉の数は現在の２倍以上に達することも予想され、事故の発生可能性も現状以上に高まることが危惧される。事故の際の放射性物質の拡散に伴う人体への悪影響を極力抑えるとともに、これに対処する医療機能が一層求められることになる。

さらには、今般の「エボラ出血熱」の大規模な感染の拡大にみられるように、致死率の高い感染症が発展途上国の都市等において感染が急速に拡大することから、これまでにない人類にとっての脅威となりつつある。

以上のようなことから、「ＪＭＡＴ」の国際版でもある「ｉＪＭＡＴ」を、国際的受け入れだけでなく国際的支援にまで発展させ、我が国においても国際的大規模災害対策や、致死率の高い感染症拡大防止への支援を担う体制整備を図ることが重要である。

（９）政府が進める国際的潮流に沿った国際医療保健と我が国固有の医療産業国際展開の課題

＜政府が進める国際的潮流に沿った国際医療保健の課題＞

1. 現在行われている母子保健など個別事業の協業と強化を行う。また、UHC に関しては、現地医療関係者と協力して人材育成を中心とした支援を強化していく。
2. 国際医療保健の推進のためのわが国の人材不足を解消するため、国際医療保健学講座などの開設を含めた人材育成を行う。
3. JICA 事業内容をより分り易く、広く公表し、国内外での認知度向上に向けて取り組む。
4. 国際問題となっている新興（再興）感染症に対応できる医療人材を国内で早急に育成する。

＜政府が進める我が国固有の医療産業国際展開の課題＞

1. 貧困層などを除いた特定層のみをターゲットとする収益性重視のアウトバウンド事業は、現地の保健医療の向上を阻害する可能性がある。
2. アウトバウンド事業では長期的視野のもと、現地の UHC に資するものとなることを必須条件とすべき。また、対象国の医師会などとの連携も検討すべき。
3. インバウンド事業について、関係機関・医療機関の間での運用原則・運用ルール等の検討が早急に必要である。

Ⅱ　本編

１．研究の背景・目的・方法

１）研究の背景

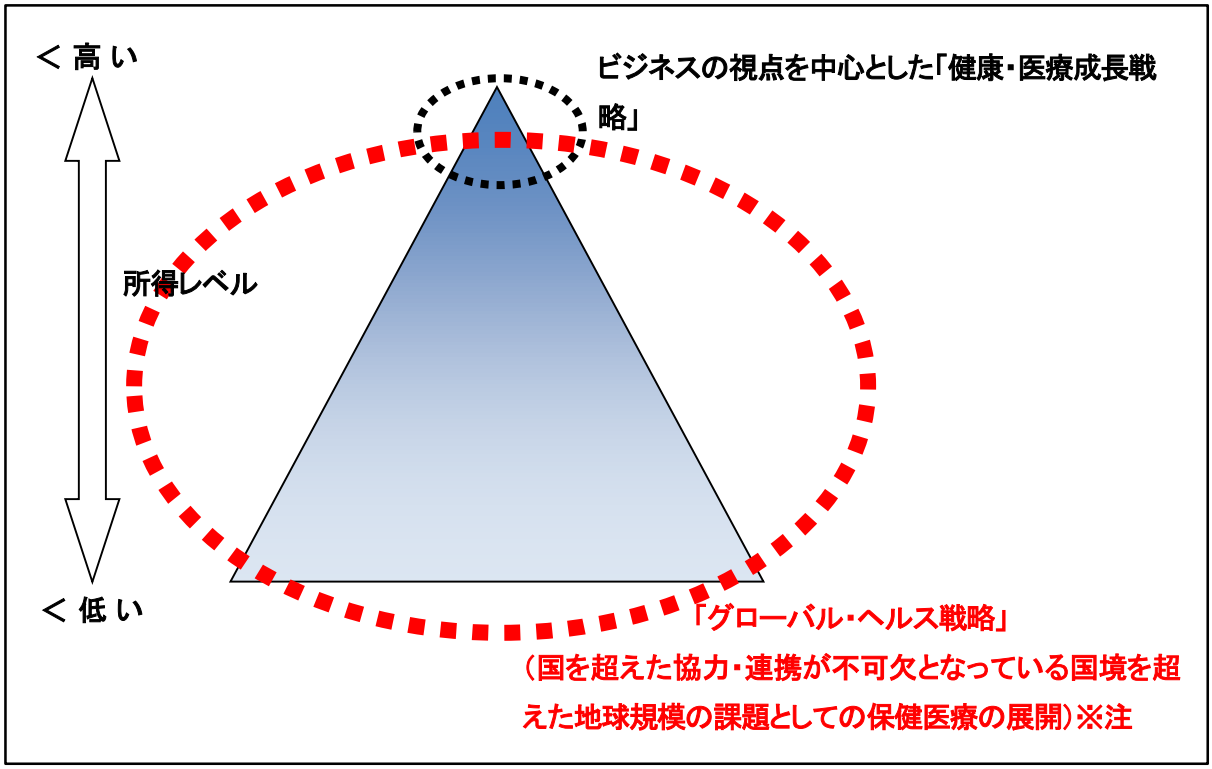
（１）ビジネスの視点を中心とした国際的「健康・医療成長戦略」の問題点

現在、我が国政府においてはビジネス中心の、産業政策の視点からの国際的な「健康・医療成長戦略」が展開されている。

その典型例が、民間の医療機器メーカーや官民の医療機関からなる、「一般社団法人ＭＥＪ(Medical Excellence JAPAN)」の事業で、海外でのビジネス展開を重視した視点から、発展途上国の患者受け入れ・検査等のアウトバウンド・インバウンド事業の展開である。

このようなビジネスの視点中心の医療サービスは、現地の所得水準からみれば高価な医療・検診サービス分野に偏ってしまい、そのサービス提供対象者は高所得者に限定されることが予想される。また、現地に設立される病院や検査施設も高水準・高価なものになり、ＪＩＣＡがかって行った課題(建設後のメンテナンスで問題が発生する等)が再現される可能性もある。上記のような産業政策の視点からの戦略は、相手国の国民からみれば、ビジネスに偏った一部の階層のための国際協力とも受け取られかねない問題も内包している。

図 1-1　ビジネス中心の産業政策の視点からの国際的な「健康・医療成長戦略」の問題点



※注：「グローバル・ヘルス」は、「平成２１年度　日本の国際保健政策に関する調査」（財）家族計画国際協力財団（平成２２年３月）と同様の定義

（２）発展途上国への「プライマリーケア」中心の視点が欠如

現在、国が推進している国際的「健康・医療成長戦略」は、発展途上国での「プライマリーケア」の視点が欠如している。

発展途上国の多くで国民のニーズが高い保健・医療分野は、出産から就労・高齢に至るまでの、安心できかつ安定した生活基盤としての、プライマリーケアを中心とした医療システム全般であると思われる。それは、安価な医療システム、出産から乳幼児までをカバーする安心できる医療体制、初等教育レベルでの保健環境、就労環境として整備された保健・医療といったものであると思われる。これらは、正に我が国が戦後の経済成長の過程で、国民皆保険を中心に保健・医療制度として確立してきた分野である。

（３）国民皆保険等我が国が経験した保健・医療ノウハウ活用の重要性

すなわち、我が国の経済成長を支えてきた、国民皆保険を基盤とした「かかりつけ医」（プライマリーケアを担っている）を中心とした保健・医療に関わる各種ノウハウを活用し、相手国の国民に身近な保健・医療を展開することが重要である。

特に、我が国が世界と協調して推進している「世界銀行」「アジア開発銀行」に対抗して、中国が中心となって「アジアインフラ投資銀行」（「ＡＩＩＢ」ともいう）を新たに設立する等の、国際開発金融面での流れの変化において、我が国の国民皆保険を中心とした保健・医療システムの経験は、我が国の国際協力面での影響力の強化や発展途上国・国民からの広い理解を得ることにつながるものと考えられる。

（４）我が国「国民皆保険」の持続性確保という課題

我が国の国民皆保険は、開発途上国の発展を支援する「ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ」（以下、Universal Health Coverage、「ＵＨＣ」ともいう）（注）の「世界的模範」（世界銀行グループ総裁ジム・ヨン・キムの「保健政策閣僚級会合」での発言）であるとして、世界的に高く評価されている。我が国政府も、国際保健外交の展開としてＵＨＣをその中核に据えることを表明している。

一方現在我が国の皆保険は、経済の停滞等を背景としたこれまで蓄積された財政赤字や、少子・高齢化等によりその持続性の確保が大きな課題となっている。

このため、国際的なＵＨＣの展開を持続性あるものとするためにも、「模範」となる我が国の「国民皆保険」の持続性を国内において確保することが、国際的視点からも求められる。

注：全ての人が貧困に陥る不安を抱えることなく必要な治療を受けられる状態。

２）研究の目的

現在我が国政府においては、ビジネスの視点を中心とした国際的な「健康・医療成長戦略」を展開しているが、このような戦略は、相手国の国民からみれば、ビジネスに偏った一部の階層のための国際協力とも受け取られかねない問題も内包している。

発展途上国の多くで国民のニーズが高い保健・医療分野は、国連が進めてきたミレニアム開発目標（以下、「ＭＤＧｓ」ともいう）で設定された、出産から就労・高齢に至るまでの、安心できかつ安定した生活基盤としての、プライマリーケアを中心とした医療システム全般であると思われる。

さらに、2015 年以後のポストＭＤＧｓとして、国連においては「持続可能性」の概念を中心とした、「ポスト 2015 開発アジェンダ」の決議が 2015 年秋に予定されている。そして決議の中に「ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（ＵＨＣ）を達成する」ことが、具体的な開発目標として設定されることが想定される。

一方我が国の国民皆保険を基盤とする医療システムは、医療分野で著名な「ランセット」からも高く評価され、世界銀行からも「ＵＨＣ」の「世界的模範」であるとして高く評価されている。

しかし我が国の医療システムは、経済の停滞等を背景としたこれまで蓄積された財政赤字や、少子・高齢化等によりその持続性の確保が大きな課題となっている。

そこでまず、一つの地域事例としてアセアン諸国を取り上げ、我が国の保健・医療水準の高さと、国際的な保健・医療環境の違いについて認識する。

さらに、「グローバルヘルス（注）に関する国際的潮流と国連ポスト 2015 開発目標」を整理・検討し、国際的に「主流な」保健・医療政策の動向を整理・検討する。

その一方で、「ＵＨＣとしての日本の国民皆保険」、「経済発展と健康水準の関係」や、「日本医師会の国民皆保険整備等に関する活動実績と国際的ユニバーサル・ヘルス・カバレッジへの寄与」についても整理・検討を行なう。

さらに、我が国の「国際医療保健」「医療産業の国際展開」等、現状における「我が国の国際医療展開の動向」についても整理・検討と課題の抽出を行なう。

以上のような整理・検討等をふまえ、「我が国のグローバル・ヘルス戦略に向けた提言・課題」を、国民皆保険を中心とした「関係する国内の前提条件整備」も含め行なうことを本研究の目的とする。

また、本研究による整理・検討のプロセスの成果も含め、グローバル・ヘルス戦略の提言・課題とともに、我が国の国民皆保険を中心とした保健・医療システムについて、国際的情報発信を目指すことも目的とする。

注：国を超えた協力・連携が不可欠となっている国境を超えた地球規模の課題としての保健医療をいう。

３）研究の方法

研究の方法は、下記のような方法で資料を収集した上、これを整理・分析・考察等行なった。

＜資料の収集・整理・分析・考察方法＞

① 出版物・インターネットによる文献の収集・整理・分析
② 関係する国際会議・国内会議への出席による情報収集・整理・分析
③ 有識者へのインタビューによる情報収集・整理・分析

また、国際的なグローバル・ヘルス戦略を提案するに際し、主に発展途上国・地域の実態を把握することが重要であることから、アジア・大洋州医師会連合（ＣＭＡＡＯ）の主たる参加地域であるとともに、我が国にとって地勢学的に重要な地域である「アセアン諸国」を取り上げて、ケーススタディ地域として概略的な実態把握・分析をおこなった。

２．我が国とアセアン諸国の保健指標等の状況

１）我が国の保健関連指標

（１）ＷＨＯ主要加盟の保健システムのランキング評価

2000 年に行なわれた、WHOによる我が国と先進９カ国の保健システムのランキング評価をみると、我が国の保健システムは先進国においては、総合評価が第１位に評価されている。これに対し、我が国の保健システムの相対的な評価対象として引き合いに出されるアメリカの水準は、第 15 位となっている。(表 2-1)

下記表に、その評価項目が表頭に５つあるが、我が国が高く評価されている項目として、「平均寿命および健康寿命(健康寿命)」第１位、「5 歳未満児死亡の地域分布(平等性)」第３位、「人権の尊重と利用者への配慮のうち、配分」第３位がある。

我が国と、第２位のスイス及びアメリカについて、５項目の順位を単純平均したものを比較してみると、我が国の平均は 4.2 位であるのに対し、スイスは 12.2 位、アメリカに至っては 22.8 位と、我が国の水準の高さが明らかとなった。

表 2-1　WHO による我が国と先進９カ国の保健システムのランキング評価（2000 年）

（単位：位）

	平均寿命および健康寿命（健康寿命）	5歳未満児死亡の地域分布（平等性）	人権の尊重と利用者への配慮のうち、到達度	人権の尊重と利用者への配慮のうち、配分	費用負担の公正さ（公正性）	総合評価
日本	1	3	6	3	8	1
オーストラリア	2	17	12	3	26	12
カナダ	12	18	7	3	17	7
デンマーク	28	21	4	3	3	20
フランス	3	12	16	3	26	6
ドイツ	22	20	5	3	6	14
スイス	8	10	2	3	38	2
イギリス	14	2	26	3	8	9
アメリカ	24	32	1	3	54	15

資料：「the WORLD HEALTH REPORT 2000」 WORLD HEALTH ORGANIZATION

（２）「The Conference Board of Canada」による主要９カ国における保健システムのランキング評価

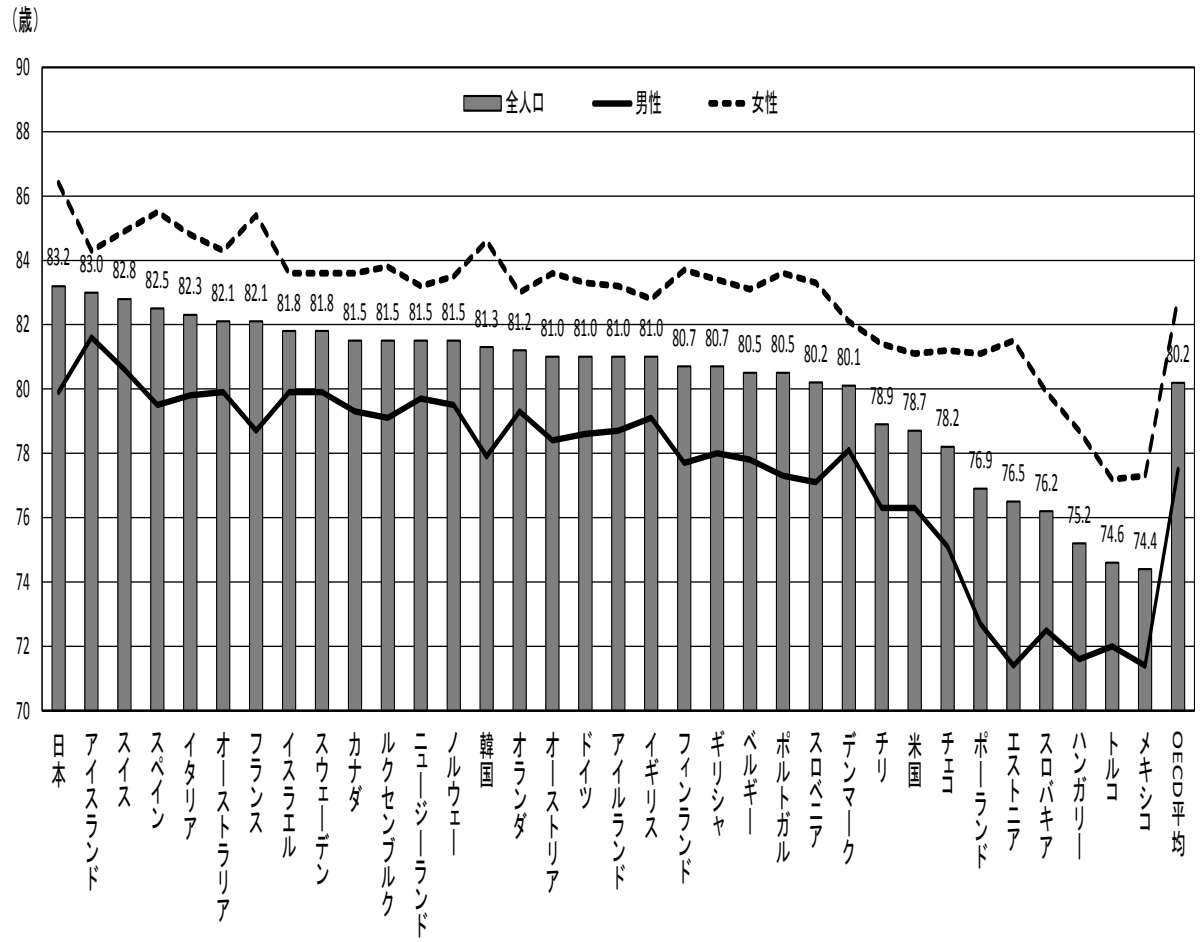
また 2012 年に行なわれた、「The Conference Board of Canada」による主要９カ国の保健システムのランキング評価についてみると、前記と同様に我が国はスイスと並んでＡランク(点線丸印)に評価されており、アメリカの評価はＤランクとなっている。(表 2-2)

表 2-2　「The Conference Board of Canada」（2012 年）による
我が国と先進９カ国における保健システムのランキング評価

	平均寿命	健康状態の自己評価	若年死亡率	小児死亡率	がんによる死亡率	呼吸器疾患による死亡率	医療事故による死亡率	総合
日本	A	D	A	A	A	C	A	A
オーストラリア	B	A	A	B	A	A	D	B
カナダ	B	A	A	C	C	B	B	B
デンマーク	D	A	B	A	D	C	A	D
フランス	B	B	B	B	B	A	C	B
ドイツ	C	B	A	B	B	A	C	B
スイス	A	A	A	B	A	A	n.a.	A
イギリス	C	A	B	C	C	D	B	C
アメリカ	D	A	D	D	B	C	C	D

資料：「The Conference Board of Canada」 ２０１２年

図 2-1　我が国とＯＥＣＤ加盟国の平均寿命の比較（2012 年）



資料：「OECD Health Statistics 2014 Frequently Requested Data」OECD

この評価システムは７つの評価項目で評価されているが、我が国がＡランクとして評価されている項目としては、「平均寿命」「若年死亡率」「小児死亡率」「がんによる死亡率」「医療事故による死亡率」がある。(表 2-2)

一方アメリカの評価は、「健康状態の自己評価」のみがＡランクで、「平均寿命」「若年死亡率」「小児死亡率」が低いＤランクとなっている。

特に、平均寿命を 2012 年のＯＥＣＤ加盟国の値と比較すると、我が国は全人口及び女性の平均寿命が第１位で、男性もアイスランドに次いで第２位となっている。(図 2-1)

これに対しアメリカは、全人口でみた場合第 27 位となっている。

（３）主要９カ国における乳幼児死亡率・出生時母の死亡率

アセアン地域で大きな課題となっている、乳幼児死亡率・生母の死亡率をＯＥＣＤ加盟国の値と比較してみた、(表 2-3)

「乳児（1 歳以下）死亡率（人、出生千人対、2011 年)」「乳幼児（5 歳以下）死亡率（人、出生千人対、2011 年)」では、ＯＥＣＤ諸国中１位と２位グループで、また「母の死亡率（人、出生 10 万人対、2010 年)」についても５位グループと、これら分野において我が国はＯＥＣＤ加盟国の中でトップに近い水準となっている。

表 2-3　我が国とＯＥＣＤ加盟国の乳幼児死亡率・生母の死亡率

	乳児（1歳以下）死亡率（人、出生千人対、2012年）		乳幼児（5歳以下）死亡率（人、出生千人対、2012年）		母の死亡率（人、出生10万人対、2013年）
フィンランド	2	アイスランド	2	イスラエル	2
アイスランド	2	ルクセンブルク	2	ポーランド	3
日本	2	フィンランド	3	オーストリア	4
ルクセンブルク	2	日本	3	フィンランド	4
ノルウェー	2	ノルウェー	3	アイスランド	4
スウェーデン	2	スロベニア	3	イタリア	4
オーストリア	3	スウェーデン	3	ノルウェー	4
ベルギー	3	オーストリア	4	スペイン	4
チェコ	3	ベルギー	4	スウェーデン	4
デンマーク	3	チェコ	4	チェコ	5
エストニア	3	デンマーク	4	デンマーク	5
フランス	3	エストニア	4	ギリシャ	5
ドイツ	3	フランス	4	オーストラリア	6
アイルランド	3	ドイツ	4	ベルギー	6
イスラエル	3	アイルランド	4	日本	6
イタリア	3	イスラエル	4	オランダ	6
韓国	3	イタリア	4	スイス	6
オランダ	3	韓国	4	ドイツ	7
ポルトガル	3	オランダ	4	スロバキア	7
スロベニア	3	ポルトガル	4	スロベニア	7
オーストラリア	4	スイス	4	ニュージーランド	8
ギリシャ	4	オーストラリア	5	ポルトガル	8
ポーランド	4	カナダ	5	イギリス	8
スペイン	4	ギリシャ	5	フランス	9
スイス	4	ポーランド	5	アイルランド	9
イギリス	4	スペイン	5	カナダ	11
カナダ	5	イギリス	5	エストニア	11
ハンガリー	5	ハンガリー	6	ルクセンブルク	11
ニュージーランド	5	ニュージーランド	6	ハンガリー	14
スロバキア	6	米国	7	トルコ	20
米国	6	スロバキア	8	チリ	22
チリ	8	チリ	9	韓国	27
トルコ	12	トルコ	14	米国	28
メキシコ	14	メキシコ	16	メキシコ	49

資料：「WORLD HEALTH STATISTICS 2013」World Health Organization

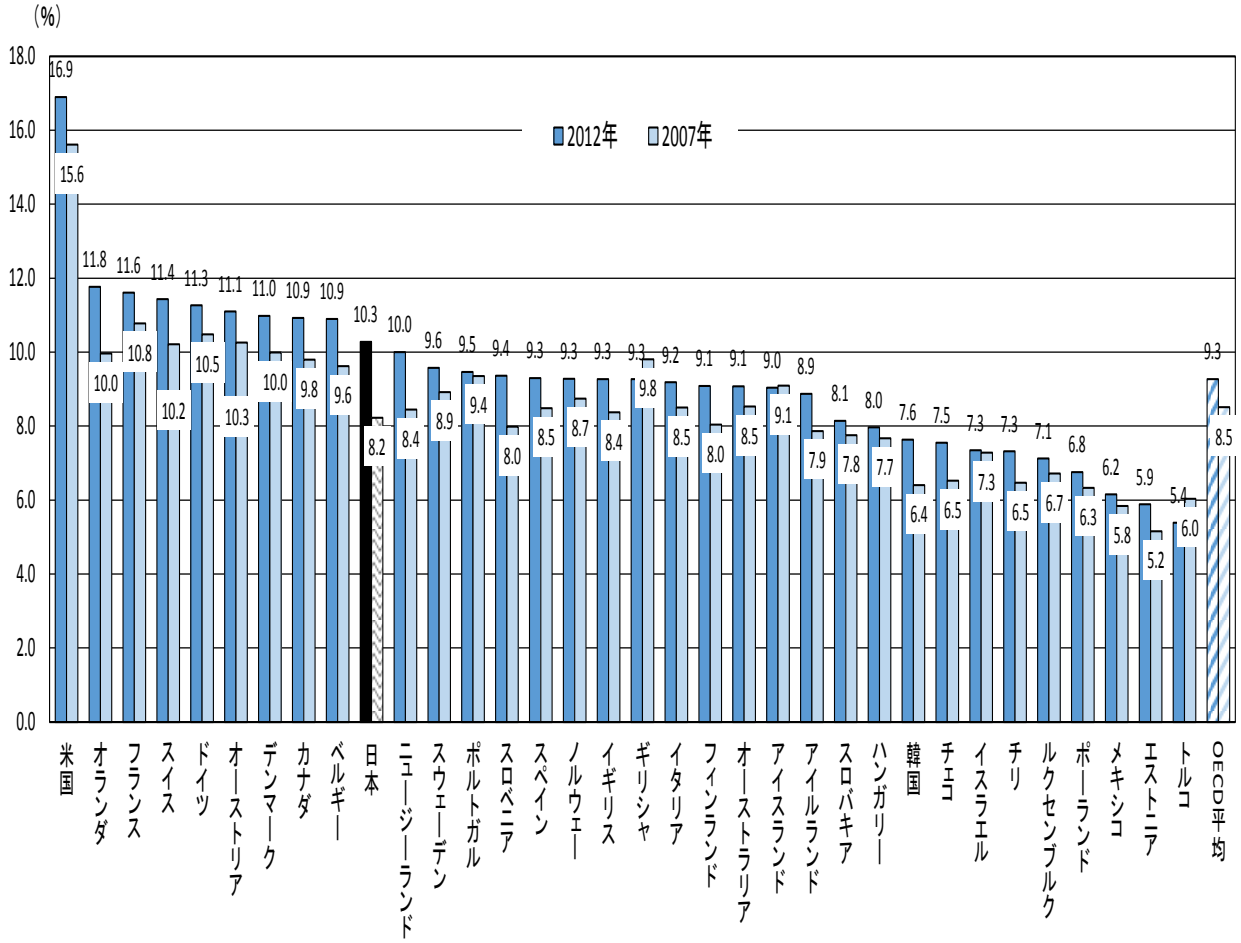
（４）我が国とＯＥＣＤ加盟国のＧＤＰに対する医療費の比率の比較

以上のように、我が国の保健システムの評価は、先進国でトップクラスである。

また参考までに、公的・私的を合わせた全医療費のＧＤＰに対する比率でみた場合、我が国は 2012 年ではＯＥＣＤの中で 10.3％と第 10 位となっているが、5 年前の 2007 年の時点では 8.2％と第 20 位であった。

このことから、我が国の医療はより少ないコストで高い医療システムが維持されてきたと、国際的に評価されてきた。（参考資料参照）

参考資料　我が国とＯＥＣＤ加盟国のＧＤＰに対する全医療費の比率の比較（2012 年）



資料：「OECD Health Statistics 2014 Frequently Requested Data」OECD

２）アセアン諸国におけるミレニアム開発目標(ＭＤＧｓ)の達成度の評価

2000 年(平成 12 年)の「国連ミレニアムサミット」において、「国連によるミレニアム宣言」及び「ミレニアム開発目標」（以後、「ＭＤＧｓ(エムディージーズ)」(Millennium Development Goals)ともいう）が採択された。(詳細は、3・(2)・⑤参照)

この「ミレニアム開発目標」は、主に 1990 年を基準年として、2015 年までに達成すべき貧困・飢餓の撲滅を始めとする開発目標を設定したもので、国際的な開発目標として広く認知されている。(表 2-4)

そこでこのＭＤＧｓの視点から、世界及びアセアン諸国におけるＭＤＧｓの達成度について見てみる。

① 全世界における主要なミレニアム開発目標(ＭＤＧｓ)の達成度の評価

国連による「ミレニアム開発目標」は、大きくは下記のように 8 つのゴール(目標)から構成され、この内「ゴール 4」「ゴール 5」「ゴール 6」が、保健・医療と密接に関係する目標分野である。(表 2-4)

そして、各々のゴールはさらに詳細な目標・ターゲットと具体的な指標から構成されている。(詳細は、表 3-8、9 参照)

表 2-4　ミレニアム開発目標（ＭＤＧｓ：Millennium Development Goals）の分野

(2000 年・平成 12 年)

ゴール1　極度の貧困と飢餓の撲滅
ゴール2　初等教育の完全普及達成
ゴール3　ジェンダー平等推進と女性の地位向上
ゴール4　乳幼児死亡率の削減
ゴール5　妊産婦の健康の改善
ゴール6　HIV／エイズ、マラリアその他の疾病の蔓延の防止
ゴール7　環境の持続可能性確保
ゴール8　開発のためのグローバルなパートナーシップの推進

資料：「ミレニアム開発目標（MDGs）とは」外務省

「ミレニアム開発目標」の詳細な目標・ターゲットと具体的な指標の中から、主要なものを抽出し、国連が全世界的に評価(2014 年(平成 26 年))したものが表 2-5 である。（資料「ミレニアム開発目標（ＭＤＧｓ）とは」外務省)(表 2-5)

この評価は、全世界を 9 地域に分け、次のような 4 つの評価分類をしている。

◎ 目標達成済み、または、2015 年までに目標達成が見込まれる。
× 現状のままでは 2015 年には目標達成不可能。
△ 進展なし、または、悪化。
― データが不十分。

この表をみると、全世界的には、日本を含む「東アジア」が「◎」印が多く、逆に「南アフリカ(サブ・サハラ)」「南アジア」「西アジア」「オセアニア」において、「現状のままでは2015年には目標達成不可能」な「×」、及び「進展なしまたは悪化」の「△」印が多くなっている。

アセアン諸国が属する「東南アジア」は、約2/3の指標が「目標達成済み、または、2015年までに目標達成が見込まれる」ことを意味する「◎」印であるが、全体の約1/3の指標が、「現状のままでは目標達成不可能」な「×」印である。

特に保健・医療分野に該当する、「ゴール4 乳幼児死亡率の削減」「ゴール5 妊産婦の健康の改善」「ゴール6 HIV／エイズ、マラリア、その他の疾病の蔓延の防止」についてみてみると、「北アフリカ」「南アフリカ(サブ・サハラ)」「オセアニア」において、「現状のままでは2015年には目標達成不可能」な「×」、及び「進展なしまたは悪化」の「△」印が多くなっている。

表 2-5　国連による全世界のミレニアム開発目標（ＭＤＧｓ）の達成度の評価

（2014 年・平成 26 年 6 月現在及び推計）

ゴール	目標とターゲット	指標	アフリカ		アジア				オセアニア	ラテンアメリカ カリブ	中央アジア・コーカサス
			北アフリカ	南アフリカ（サブ・サハラ）	東アジア	東南アジア	南アジア	西アジア			
ゴール 1: 極度の貧困と飢餓の撲滅	1 極度の貧困半減	1.1 1日1.25ドル（購買力平価）未満で生活する人口の割合	◎	×	◎	◎	◎	×	×	◎	◎
	2 生産的かつ適切な雇用	1.5 労働年齢人口に占める就業者の割合	×	×	◎	◎	◎	◎	×	×	◎
	3 極度の飢餓半減	1.9 カロリー消費が必要最低限のレベル未満の人口の割合	◎	×	◎	◎	×	△	×	◎	◎
ゴール2: 初等教育の完全普及の達成	4 初等教育の完全普及	2.1 初等教育における純就学率	◎	×	×	×	◎	×	◎	×	×
ゴール3: ジェンダー平等推進と女性の地位向上	5 初等教育における女性の就学率	3.1 初等・中等・高等教育における男子生徒に対する女子生徒の比率	◎	×	◎	◎	◎	×	×	◎	◎
	6 女性賃金労働者の割合	3.2 非農業部門における女性賃金労働者の割合	×	×	◎	×	×	×	×	◎	◎
	7 国会における女性議員の割合	3.3 国会における女性議員の割合	×	×	×	×	×	×	×	×	×
ゴール4: 乳幼児死亡率の削減	8 5歳未満児死亡率を3分の1に削減	4.1 5歳未満児1,000人当たりの死亡率	◎	×	◎	◎	×	◎	×	◎	◎
ゴール5: 妊産婦の健康の改善	9 妊産婦死亡率を4分の1に削減	5.1 妊産婦10万人当たりの死亡率	×	×	◎	×	×	×	×	×	◎
	10 リプロダクティブ・ヘルスへのアクセス	5.5 産前ケアの機会	×	×	◎	×	×	×	×	×	×
ゴール6: HIV／エイズ、マラリア、その他の疾病の蔓延の防止	11 HIV／エイズまん延防止	6.1 15～24歳のHIV感染率	△	◎	×	×	◎	△	◎	◎	×
	12 結核まん延防止	6.10 DOTS（短期科学療法を用いた直接監視下治療）の下で発見され、治療された結核患者の割合	×	×	◎	◎	◎	◎	×	◎	◎
ゴール7: 環境の持続可能性確保	13 森林破壊防止	7.1 森林面積の割合									
	14 安全飲料水のない人口半減	7.8 改良飲料水源を継続して利用できる人口の割合	◎	×	◎	◎	◎	×	×	◎	△
	15 衛生設備のない人口半減	7.9 改良衛生施設を利用できる人口の割合	◎	×	◎	◎	×	◎	△	◎	◎
	16 スラム居住者の生活改善	7.10 スラムに居住する都市人口の割合	◎	×	◎	◎	◎	△	－	×	－
ゴール8: 開発のためのグローバルなパートナーシップの推進	17 インターネット利用者	8.16 人口100人当たりのインターネット利用者数	◎	×	◎	◎	×	◎	×	◎	◎

注:◎ 目標達成済み、または、2015 年までに目標達成が見込まれる。
× 現状のままでは 2015 年には目標達成不可能。
△ 進展なし、または、悪化。
－ データが不十分。

資料：「ミレニアム開発目標（MDGs）とは」外務省
http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/doukou/mdgs/about.html#mdgs_list

② アセアン諸国における主要なミレニアム開発目標の達成度の評価

次に、アセアン諸国が含まれる「東南アジア」における、主要なミレニアム開発目標の達成度の評価をみてみる。(表 2-6)

全体的には、「目標達成済み、または、2015 年までに目標達成が見込まれる」ことを意味する「◎」印が多いが、その中で「現状のままでは目標達成不可能」な「×」印は、「ゴール 2 初等教育の完全普及の達成」「ゴール 3 ジェンダー平等推進と女性の地位向上」「ゴール 5 妊産婦の健康の改善」「ゴール 6 HIV／エイズ、マラリア、その他の疾病の蔓延の防止」にある。

特に保健・医療に関する指標として「×」印の項目としては、「ゴール 5 妊産婦の健康の改善」の「9 妊産婦の死亡率を 4 分の 1 に削減(5.1 妊産婦 10 万人当たりの死亡率)」、及び「10 リプロダクティブ・ヘルスへのアクセス(5.5 産前ケアの機会)」、及び「ゴール 6 HIV／エイズ、マラリア、その他の疾病の蔓延の防止」の「11 ＨＩＶ／エイズまん延防止(6.1 15～24 歳の HIV 感染率)」といった指標が上げられる。(表 2-5、6)

表 2-6　国連のミレニアム開発目標(ＭＤＧｓ)における
「東南アジア」が「×」印(現状のままでは 2015 年には目標達成不可能)の指標
(2014 年・平成 26 年 6 月現在及び推計)

ゴール	目標とターゲット	指標	東南アジア
ゴール2: 初等教育の完全普及の達成	4　初等教育の完全普及	2.1 初等教育における純就学率	×
ゴール3: ジェンダー平等推進と女性の地位向上	6　女性賃金労働者の割合	3.2 非農業部門における女性賃金労働者の割合	×
	7　国会における女性議員の割合	3.3 国会における女性議員の割合	×
ゴール5: 妊産婦の健康の改善	9　妊産婦死亡率を4分の1に削減 (1990年と比較して妊産婦の死亡率を2015年までに4分の1に削減させる)	5.1 妊産婦10万人当たりの死亡率	×
	10 リプロダクティブ・ヘルスへのアクセス (2015年までにリプロダクティブ・ヘルス(性と生殖に関する健康)への普遍的アクセス(必要とする人が利用できる機会を有する状態)を実現する)	5.5 産前ケアの機会	×
ゴール6: HIV／エイズ、マラリア、その他の疾病の蔓延の防止	11　HIV／エイズまん延防止 (HIV/エイズのまん延を2015年までに阻止し、その後減少させる)	6.1 15～24歳のHIV感染率	×

資料：「ミレニアム開発目標 (MDGs) とは」外務省
http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/doukou/mdgs/about.html#mdgs_list

３．グローバルヘルスの国際的潮流と国連ポスト２０１５開発目標

１）　グローバルヘルスに関する歴史的経緯

国連による「ミレニアム開発目標」(以下、「ＭＤＧｓ」Millennium Development Goals ともいう)、及び「ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ」(以下、「ＵＨＣ」ともいう、注1) を取り巻く動向を中心に、そこに至る「アルマ・アタ宣言」等「グローバルヘルス」(Global Health) に関する、主要なエポック(大きな事象・転換点)を整理した。そして、「ミレニアム開発目標」の次の目標となる、「ポスト 2015 国連開発目標」の検討状況の整理や展望等を行なった。

なお、もともと熱帯医学から発展・形成された開発途上国の疾病を扱う学問分野の一つが「国際保健」(International Health) と言われているが、ここでは下記研究 (注2) と同様「国を超えた協力・連携が不可欠となっている国境を超えた地球規模の課題としての保健医療」という、「グローバルヘルス」という視点から整理を行なった。

注１:「ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ」とは、「すべての人が適切な予防、治療、リハビリなどの保健医療サービスを、必要な時に支払い可能な費用で受けられる状態」(WHO による定義)

注２:「平成２１年度　日本の国際保健政策に関する調査」(財) 家族計画国際協力財団 (平成２２年３月)

(１) グローバルヘルスの歴史的経緯におけるエポック

主に第二次世界対戦以後における、国際保健(熱帯医学から発展・形成された開発途上国の疾病を扱う)の時代を含むグローバルヘルスに関する歴史的経緯を、兵井伸行氏の論文「国際保健の潮流」の記載等を活用しつつ、近年の大きな国際的動向を他資料により加え、表 3-1 を作成した。(表 3-1)

この表の流れを検討し、戦後から今日に至るグローバルヘルスを巡る主要なエポックについて、以下整理した。

なお、＜　＞内の数字は、表 3-1 中の番号に対応している。

①　第一のエポック＜5＞

～世界保健機構「ＷＨＯ」の設立～

第一のエポックとしては、第二次世界大戦後、＜5＞1948 年(昭和 23 年)に「世界保健機構 (ＷＨＯ)」が設立され、国際連盟から始まった国際保健の取り組みがさらに広がりを見せたことである。

この前年である、＜4＞1947 年(昭和 22 年)パリにおいて 27 カ国からの医師が一堂に会し、世界医師会(ＷＭＡ)が設立されている。

② 第二のエポック<12>

～「アルマ・アタ宣言」による「プライマリーヘルスケア」の重要性の明確化～

第二のエポックとしては、1978年(昭和53年)にWHO、ＵＮＩＣＥＦ の合同会議で、その後の国際保健医療政策の基礎となる、<12>「アルマ・アタ宣言」が採択されたことである。これにより「2000年までにすべての人々が健康に（Health for All by the Year 2000)」が国際保健の共通認識になり、国際保健の歴史的なパラダイム転換(グローバルヘルス等への転換)となったと言われる。この宣言では、人間の価値を重視し、国際的・国内的公平性、人権としての健康、国家の役割、「プライマリーヘルスケア」（以後、「ＰＨＣ」ともいう）の重要性、国際的パートナーシップが強く提唱され、中でも「プライマリーヘルスケア」の重要性を明確に示した最初の国際宣言となった。

③ 第三のエポック<17><21><31>

～「地球サミット」の開催による「持続可能な開発目標」の重要性の明確化～

さらに第三のエポックが、「気候変動枠組条約」や「生物多様性条約」の署名など、今日に至る地球環境の保護や持続可能な開発の考え方に大きな影響を与えた、<17>1992年(平成4年)の「国連環境開発会議（地球サミット、ＵＮＣＥＤ)」が、ブラジル・リオデジャネイロで開催されたことである。

これを受け、<21>1997年(平成9年)に「気候変動枠組条約第3回締約国会議（ＣＯＰ3、京都会議)」が開催され、先進国及び市場経済移行国の、1990年を基準年とし、2012年を目標年とする温室効果ガス排出の削減目的を定めた京都議定書が採択された。

この会議により、地球温暖化問題に対し人類が中長期的にどのように取り組んでいくのかという、道筋の第一歩が定められた。

そして、「国連環境開発会議（地球サミット)」のフォローアップ会合として開催された、<31>2012年(平成24年)の「国連持続可能な開発会議（リオ＋20)」において、成果文書「我々が望む未来」が採択された。

この会議（リオ＋20）は、後記ミレニアム開発目標(ＭＤＧｓ)を補完するものとして、持続可能な開発目標（以後、「ＳＤＧｓ」(Sustainable Development Goals)ともいう）に関する政府間交渉プロセスを立ち上げるとともに、ＳＤＧｓ(エスディージーズ)がポスト2015年開発目標に整合的なものとして統合されるべきことが合意された。

④ 第四のエポック<22>

～「国連ミレニアムサミット」の開催による「ミレニアム開発目標」の設定～

そして第四のエポックが、<22>2000年(平成12年)の「国連ミレニアムサミット」における、「国連によるミレニアム宣言及びミレニアム開発目標（以後、「ＭＤＧｓ」(Millennium Development Goals)ともいう）の採択である。ＭＤＧｓ(エムディージーズ)により、主に1990年を基準年として、2015年までに達成すべき貧困・飢餓の撲滅を始めとする、ミレニアム開発目標が設定された。

これ以降ＭＤＧｓは、国際社会全体に共通するWHO等の開発目標として位置付けら

れるようになり、国際協力や開発に関する政策や世論に大きな影響を及ぼしてきた。

⑤ 第五のエポック＜23＞＜28＞＜29＞＜30＞＜34＞＜37＞＜39＞＜44＞＜46＞ ～「人間の安全保障」と「ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ」の国際的「主流化」を目指した活動の顕在化～

第五のエポックは、＜23＞2003 年(平成 15 年)に「人間の安全保障委員会」による最終報告書が、国連事務総長へ提出され、その後「ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ」(以後、「ＵＨＣ」ともいう)の国際的「主流化」を目指した活動が顕在化したことである。

「人間の安全保障委員会」は、2002 年(平成 14 年)の国連ミレニアム・サミットにおける日本の呼びかけに応え、緒方貞子氏とアマルティア・セン氏を共同議長として設立された。

「人間の安全保障委員会」により提出された最終報告書は、個人やコミュニティに焦点をあて、人間一人一人の保護とエンパワーメント（能力強化）の必要性を強調し、その中で「基礎保健サービスの完全普及実現により高い優先度を与えること」を提案しており、ここにプライマリーヘルスケアの完全普及という「ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ」の基礎が築かれた。

その後、＜29＞2011 年(平成 23 年)に「ランセット誌」が「国民皆保険達成から 50 年」という「日本特集号」を組んだのをきっかけにして、我が国が成熟した保健・医療制度とプログラムを有していることを背景に、＜30＞2012 年(平成 24 年)我が国と世界銀行は「ユニバーサル・ヘルス・カバレッジに関する日本・世界銀行共同研究プログラム」を開始し、報告書をまとめた。そして、この流れをフォローするように、＜34＞2013 年(平成 25 年)には「ランセット誌」に、「我が国の国際保健外交戦略―なぜ今重要か―」という安倍総理大臣の寄稿がなされた。更に＜37＞同年「第 68 回国連総会及びサイドイベント『ポスト 2015 年:保健と開発』」や、＜39＞「保健政策閣僚級会合―ユニバーサル・ヘルス・カバレッジに向けて―」等により、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジの国際的「主流化」を目指した、積極的な活動が我が国を中心に国際的になされた。

このように、我が国と世界銀行が協調して「ＵＨＣ」を推進しようとする中、世界銀行と密接な連携を持つ「アジア開発銀行」に対抗して、中国が「アジアインフラ投資銀行」(以下、「ＡＩＩＢ」ともいう)の設立を図った。＜44＞これにG7 の英国・ドイツ・フランス・イタリアが参加した（2015 年(平成 27 年)3 月 31 日現在）ことから、我が国の影響力の高い世界銀行・アジア開発銀行の存在意義を高めるためにも、我が国の「国民皆保険」を模範とした「ＵＨＣ」を推進することは非常に重要な意味がある。

さらに、現在ＴＰＰ等貿易協定締結が全世界的に進められているが、＜46＞2015 年 4 月、ノルウェー、オスロの第 200 回WMA理事会で、ＴＰＰ等「貿易協定が、健康と医療を規制するあるいはすべての人々の健康の権利を保証するための政府の能力に、干渉しないことを保証する」等の勧告がなされ、貿易協定は各国のユニバーサル・ヘルス・カバレッジ達成の阻害や、各国固有の既存ＵＨＣの形態への干渉を止めるべきことが示された。

⑥ 第六のエポック＜42＞＜43＞＜47＞＜48＞

～地球(環境)と人間を中心に据えたユニバーサル・ヘルス・カバレッジを含む「ポスト 2015 開発アジェンダ」が決議される予定～

そしてこれらの流れを受け第六のエポックは、＜47＞2015 年(平成 27 年)秋の国連総会においてユニバーサル・ヘルス・カバレッジを含む「ポスト 2015 開発アジェンダ」の決議が想定されることである。この「ポスト 2015 開発アジェンダ」は、＜43＞国連事務総長による「持続可能な開発に向けた統合報告書」―The Road to Dignity by 2030―をもとに、「地球(環境)」と「人間」をそのコンセプトの中心に据えたものとなることが想定される。

さらに、＜48＞2015 年(平成 27 年)年末には「気候変動枠組条約第 21 回締約国会議」(以後、「ＣＯＰ２１」ともいう)がパリで開催され、中国・米国等京都議定書に参加していない国も含め、＜42＞2014 年(平成 26 年)の「気候変動に関する政府間パネル」(以後、「ＩＰＣＣ」ともいう)における「第 5 次評価（統合）報告書」に基づき、2020 年以降のCO_2 排出削減目標の国際的枠組に合意することが予定されている。

⑦ 第七のエポック＜27＞＜41＞＜45＞

～地球規模の新興・再興感染症、大規模自然災害及び原子力災害等のグローバルヘルス課題としての「主流化」～

更に第七のエポックとしては、WHOがこれまで概ねコントロールしてきたと認識してきた「感染症の分野」において、西アフリカでエボラ出血熱の感染がこれまでになく大規模に拡大し、＜41＞2014 年(平成 26 年)にWHO事務局長の「国際的に懸念される公衆衛生上の緊急事態宣言」が出されたことである。このことは、人に感染する可能性が高まる鳥インフルエンザとともに、感染症対策が依然としてグローバルヘルスにとって、非常に重要な課題であることを示している。

また、地球温暖化等を背景とした大規模「ハリケーン・台風」の増大や、海溝型や直下型の大規模地震とそれに伴う津波、更には急速に増大する「原子力発電所」の事故の可能性等、「地球規模」の「大規模災害」が多発するようになっている。このため、我が国主導で国連や世界銀行と連携して、「国連防災会議」が開催(直近は＜45＞「第 3 回世界国連防災会議」(仙台))された。こうした「地球規模の防災」もグローバルヘルスの課題として「主流化」を図るべきものと言える。

表 3-1　ポスト 2015 ミレニアム開発目標(MDGs)のグローバルヘルスに関する歴史的経緯

西暦・和暦		会議・宣言・決議・報告等	概要
19世紀	<1>	−	○植民地に暮らすヨーロッパ人の健康を守るため，熱帯地域特有の疾病に対する医学(熱帯医学)が広まった。
1868年 明治元年	<2>	国際赤十字委員会発足	○国際的な動きもヨーロッパを中心に広まった。
1920年 大正9年	<3>	国際連盟に保健委員会設置	○国際保健に対する取り組みが世界的に広がった。
1947年 昭和22年	<4>	世界医師会(WMA)設立	○1947年9月17日、パリにおいて27カ国からの医師が一堂に会し、第1回総会を開催したことを契機として設立された。
1948年 昭和23年	<5>	世界保健機構(WHO)設立	○第二次世界大戦後，世界保健機関憲章により国連専門機関が設立され，国際保健の取り組みはさらに広がりを見せた。 ○世界保健機構(WHO)が設立された。
1951年 昭和26年	<6>	コロンボ計画が発足	○国際協力の基盤となるコロンボ計画が発足。
1955年 昭和30年	<7>	アジア・アフリカ諸国会議開催	○アジア・アフリカ諸国会議(バンドン)が開催され，植民地支配から独立したアフリカ，アジアの国々の国際的な発言力が増した。
1950～ 1960年代 昭和25年～ 昭和35年代	<8>	基本的ヘルスケアアプローチ (Basic Health Care Approach; BHCA) の推進と 大病院への偏重	○アジア・アフリカ諸国の多くは，農村地域における疾病の予防を重視し，準医師や保健補助員などによる「基本的ヘルスケアアプローチ (Basic Health Care Approach; BHCA)」を推進したが，大都市の大病院への偏重は，変わらなかった。
1961年 昭和36年	<9>	経済開発協力機構(OECD)設立	○欧州と北米が対等のパートナーとして自由主義経済の発展のために協力を行う機構として欧州経済協力機構(OEEC)は発展的に解組され，現在の経済協力開発機構(OECD：Organisation for Economic Co-operation and Development)が設立。
1974年 昭和49年	<10>	※我が国における 国際協力事業団(JICA)設立	○日本も国際協力に積極的に関わるようになった。
1975年 昭和50年	<11>	WHO執行理事会で プライマリヘルスケア(PHC) 推進決議	○WHO執行理事会(第55回)で，プライマリヘルスケア(PHC)推進決議がなされた。
1978年 昭和53年	<12>	アルマ・アタ宣言 (WHO, UNICEF の合同会議)採択 と プライマリヘルスケア(PHC) の重視	○カザフスタンのアルマ・アタで開催された WHO, UNICEF の合同会議で，その後の保健医療政策の基礎となる歴史的な宣言「アルマ・アタ宣言 (Alma Ata Declaration)」が採択された。 ○「2000年までにすべての人々が健康に(Health for All by the Year 2000)」が国際保健の共通認識になり，国際保健の歴史的なパラダイム転換に。 ○人間の価値を重視し，国際的・国内的公平性，人権としての健康，国家の役割、プライマリヘルスケアの重要性、国際的パートナーシップを強く提唱。 ○プライマリヘルスケア(PHC)の重要性を明確に示した最初の国際宣言。
1986年 昭和61年	<13>	オタワ憲章	○ヘルスプロモーション(すべての人々が健康を享受することのできるような社会をめざしたプライマリヘルスケアに関するアルマ・アタ宣言の上に築かれた健康戦略)に関するオタワ憲章によって“Health for All by the Year 2000 and Beyond”のための具体的アクションプランがまとめられた。
	<14>	チェルノブイリ原子力発電所 事故	○1986年4月26日、旧ソ連のウクライナ共和国で運転されていたチェルノブイリ原子力発電所4号炉で事故が起こった。 ○この事故で、一度に大量の放射線を受けた発電所の運転員と消防隊員の28名が死亡。 ○原子力発電所から半径30kmに住む13万5000人が避難・移住した。 ○事故から25年目の2011年2月の国連科学委員会による報告書では、子供の甲状腺がんの発病は6000人以上となり、2005年までに亡くなった人は15名となった。

西暦・和暦		会議・宣言・決議・報告等	概要
1990年 平成2年	＜15＞	国連開発計画（UNDP） 人間開発報告書創刊号	○1990年以降、国連開発計画（UNDP）による「人間開発報告書」は、人間が自らの意思に基づいて人生の選択と機会の幅を拡大させることを開発の目的とした上で、そのためには健康で長生きすることや知的欲求が満たされること、一定水準の生活に必要な経済手段が確保できることといった、人間にとって本質的な選択肢を増やしていくことが必要であるとする、「人間開発」の考え方を提唱した。
	＜16＞	子どものための世界サミット	○1990 年代に最優先すべき政治課題として子どもを位置づけた『宣言』と『行動計画』が策定された。 ○「福祉社会」を目指した『行動計画』である。
1992年 平成4年	＜17＞	国連環境開発会議 （「地球サミット」（UNCED））	○1992年6月ブラジル・リオデジャネイロで開催された、環境と開発に関する国連会議であり、地球温暖化、酸性雨等顕在化する地球環境問題を人類共通の課題と位置付け、「持続可能な開発」という理念の下に環境と開発の両立を目指して開催されたもの。 ○（1）環境と開発に関するリオ宣言の採択、（2）気候変動枠組み条約の署名、（3）生物多様性条約の署名、（4）森林に関する原則の採択、（5）アジェンダ21の採択がなされた。
1994年 平成6年	＜18＞	カイロにおける 世界人口開発会議	○リプロダクティブ・ヘルス（人間の生殖システムおよびその機能と活動過程のすべての側面において、単に疾病、障害がないというばかりでなく、身体的、精神的、社会的に完全に良好な状態にあること），リプロダクティブ・ライツ（すべてのカップルと個人が、自分たちの子どもの数、出産間隔、出産する時期を自由にかつ責任をもって決定でき、そのための情報と手段を得ることができるという基本的権利、ならびに最高水準の性に関する健康およびリプロダクティブヘルスを享受する権利である）の考え方が広く共有されるようになり，一つのパラダイム転換となった。
1995年 平成7年	＜19＞	世界社会開発サミット	○デンマークのコペンハーゲンで開かれた「世界社会開発サミット」で、各国政府は、人間を開発の中心に据える必要性に関する新たなコンセンサスを表す宣言及び行動計画を採択した。 ○この世界各国指導者の最大規模の集い――国家元首または政府首班117人――は、貧困を克服し、完全雇用という目標を達成し、安定した安全かつ公正な社会を育むことを、各国の最重要目標にすると誓約した。
1996年 平成8年	＜20＞	OECDによる 新開発戦略	○経済協力開発機構（OECD）の開発援助委員会（DAC）で採択された「新開発戦略」は、開発において自助努力がその成功の大きな要素であったことや、開発援助が重要な補完的役割を果たしたとの認識の下、2015年までに、貧困人口の半減を図ること、及び全ての国において初等教育を普及させること等の目標が掲げられた。
1997年 平成9年	＜21＞	気候変動枠組条約第3回締約国会議 （COP3、京都会議）	○先進国及び市場経済移行国の、1990年を基準年とし、2012年を目標年とする温室効果ガス排出の削減目的を定めた京都議定書が採択。 ○21世紀以降、地球温暖化問題に対し人類が中長期的にどのように取り組んでいくのかという道筋の第一歩が定められた。
2000年 平成12年	＜22＞	国連ミレニアムサミット 国連ミレニアム宣言 及び ミレニアム開発目標（MDGs）	○国連ミレニアム宣言は、8つのテーマ(1)価値と原則 、(2)平和、安全および軍縮、(3)開発および貧困撲滅、(4)共有の環境の保護、(5)人権、民主主義および良い統治、(6)弱者の保護、(7)アフリカの特別なニーズへの対応、(8)国連の強化に関して取り組むことに合意した。 ○MDGsは、主に1990年を基準年として、2015年までに達成すべき貧困・飢餓の撲滅を始めとする、ミレニアム開発目標が設定された。 ○MDGsは、国際社会全体に共通する開発目標として位置付けられるようになり、国際協力や開発に関する政策や世論に大きな影響を及ぼしてきた。

西暦・和暦		会議・宣言・決議・報告等	概要
2003年 平成15年	＜23＞	「人間の安全保障委員会」 最終報告書 国連事務総長への提出	○人間の安全保障委員会は、2002年(平成14年)の国連ミレニアム・サミットにおける日本の呼びかけに応え、緒方貞子氏とアマルティア・セン氏を共同議長として設立された。 ○「人間の安全保障委員会」報告書は、2003年(平成15年)、コフィ・アナン国連事務総長へ提出された。 ○最終報告書は、個人やコミュニティに焦点をあて、人間一人一人の保護とエンパワーメント(能力強化)の必要性を強調している。
2005年 平成17年	＜24＞	※「保健と開発」に関するイニシアティブ (HDI) ～保健関連ミレニアム開発目標達成への 日本の貢献～	○MDGs達成に一層貢献するため、2005年6月の「保健関連MDGsに関するアジア太平洋ハイレベル・フォーラム」の機会に、「保健と開発」に関するイニシアティブを発表し、本イニシアティブに基づき、今後5年間で総額50億ドルを目途とする協力を行うことを表明した。 ○我が国は、この「保健と開発」に関するイニシアティブに基づき、開発途上国における保健MDGs達成に向け支援。
2008年 平成20年	＜25＞	第四回アフリカ開発会議 (TICAD IV)	○国連ミレニアム開発目標(MDGs)の達成を含む「人間の安全保障」の確立とアフリカの保健課題について取り上げた。その中で，保健医療人材の養成の重要性とそのための協力が強調された。
	＜26＞	G8による 北海道洞爺湖サミット	○広く地球全体において，国際保健分野の課題を取り上げ，国連ミレニアム開発目標(MDGs)など，既に合意された国際目標の達成に向けた具体的な行動計画を示し，既存の取組を補完する包括的戦略を推進することを確認。
2011年 平成23年	＜27＞	東京電力 福島第一原子力発電所 事故	○2011年3月11日に発生した東北地方太平洋沖地震及び津波を端緒として、東京電力の福島第一原子力発電所は、国際原子力事象評価尺度(INES)で「レベル7」という極めて深刻な事故を引き起こした。 ○その結果、放射性物質を大量に外部環境に放出する大事故に至った。 ○津波と原子力発電所事故により、福島県の避難者数は2012年6月7日時点で16.3万人に上った。 ○2012年9月時点の二次甲状腺検査受診対象者は501人であった。
	＜28＞	ユニバーサル・カバレッジ に関する WHO第64回世界保健総会決議	○WHOから「世界保健報告書2010年度版-保健医療システムの財政-:ユニバーサル・カバレッジへの道-」が報告されたことを受け、WHO第64回世界保健総会において、「持続可能な保健財政構造とユニバーサル・カバレッジ」の決議がなされた。
	＜29＞	『ランセット』 日本特集号 「国民皆保険達成から50年」	○日本が国民皆保険達成から50周年を迎え、その経験を国際社会に共有することを目的として出版。 ○日本が短期間で長寿社会を実現した要因、皆保険制度の長所と限界、高品質低コスト医療の実態、急速な高齢化に対応する介護保険制度導入による成果と課題、保健外交における日本の優位性と役割を主要テーマとして科学的分析と検証を行い、国内外に向けて提言。 ○ランセットでは、先進国単独で特集を組むのは日本が初めてである。
2012年 平成24年	＜30＞	ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ (UHC)に関する 日本・世界銀行共同研究プログラム	○ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ(UHC)を実現し、維持していくためのあらゆるアプローチについて、保健財政と保健人材(サービス提供)の両面から包括的に検討することを目的に、2012年1月に開始した事業。 ○研究成果は「包括的で持続的な発展のためのユニバーサル・ヘルス・カバレッジ:11カ国研究の総括」および「包括的で持続的な発展のためのユニバーサル・ヘルス・カバレッジ—日本からの教訓」としてまとめられた。
	＜31＞	国連持続可能な開発会議 (リオ＋20) と 持続可能な開発目標 (SDGs)	○リオ＋20とは、2012年6月にブラジルのリオデジャネイロで開催された「国連持続可能な開発会議」の略称。 ○気候変動枠組条約や生物多様性条約の署名など、今日に至る地球環境の保護や持続可能な開発の考え方に大きな影響を与えた1992年の国連環境開発会議のフォローアップ会合として、国連持続可能な開発会議(リオ＋20)が開催され、成果文書「我々が望む未来」が採択された。 ○所得の増大やディーセント・ワーク(働きがいのある人間らしい仕事)、貧困根絶によってミレニアム開発目標(MDGs)の達成を支援しつつ、健全な環境を守る持続可能なグリーン・エコノミーの追求を宣言した。 ○持続可能な開発目標(SDGs)に関する政府間交渉プロセスを立ち上げるとともに、SDGsがポスト2015年開発目標に整合的なものとして統合されるべきことが合意された。

西暦・和暦		会議・宣言・決議・報告等	概要
2012年～ 2013年 平成24年～ 平成25年	＜32＞	国連による ハイレベルパネル報告書	○2012年7月、国連事務総長は「ポスト2015年開発アジェンダに関する事務総長有識者ハイレベルパネル」を設置した。同パネルは、ポスト2015年開発目標の策定に向けた議論について事務総長に助言を行う役割を担うものとされた。 ○2013年5月、同パネルはポスト2015年開発目標に関するハイレベルパネル報告書を国連事務総長に提出した。同報告書は、ポスト2015年開発目標を普遍的な人権の尊重に根ざしたものであり、かつ、MDGsの目的を完遂すべきものと位置付け、2030年までに極度の貧困を地球上から撲滅することを目指すとしている。
2013年 平成25年	＜33＞	第五回アフリカ開発会議 （TICAD V）	○「強固で持続的な経済成長」「包摂的で強靭な社会開発」「平和と安定」を軸に，特に保健医療分野では，国民皆“保健”（UHC：ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ）や世界の約40億人という低所得者層を対象としたBOPビジネス（Bottom Of the Pyramid）での水や栄養など健康に関連するビジネスの参入などが新たなテーマとして取り上げられた。 ○このような流れの中我が国は，「人間の安全保障」の理念を具現化する上で，国際保健を日本外交の重要課題と位置づけ，日本の経験知見を結集し，すべての人々が基本的保健医療サービス「国民皆“保健”（UHC：ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ）」を受けられることを目指している。
	＜34＞	※ランセット誌への安倍総理寄稿 「我が国の国際保健外交戦略 －なぜ今重要か－」	○安倍総理の国際保健外交戦略に関する寄稿が、G8諸国の首脳級による寄稿としては初めてランセット誌に掲載。 ○世界の保健ニーズに対応する上で、全ての人々が基礎的保健医療サービスを受けられること（ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ:UHC）を目指し、包括的な対策が重要であることを指摘。 ○我が国は、保健を外交の柱の一つと位置付け、UHCを推進。
	＜35＞	※我が国の 国際保健外交戦略の策定	○世界が共通して直面する保健課題に対する我が国の貢献を外交の重要課題として位置付け、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC：すべての人が予防・治療・リハビリなどの基礎的な保健サービスを必要な時に負担可能な費用で受けられる状態）の達成に向けて取組を強化する方針を打ち出す。 ○サブサハラ・アフリカを始め、MDGsの母子保健に関する目標等の達成が遅れていることから、引き続き対処が必要であるとの認識。 ○MDGsでは対象とされていない新たな課題（糖尿病、がん等の非感染性疾患、高齢化）への対処の必要性も高まっているとの認識に立ち、効果的で新たな開発目標の策定が必要であるともしている。
	＜36＞	潘基文国連事務総長 ポストMDGs開発アジェンダの報告書 －尊厳ある人生をすべての人に－	○潘基文国連事務総長は、ポストMDGs開発アジェンダについての報告書「尊厳ある人生をすべての人に：MDGs達成の加速化とポスト2015年」を発表した。 ○2013年5月31日にポスト2015年開発アジェンダ策定のためのハイレベルパネルが発表した報告書、「新たなグローバルパートナーシップ：持続可能な開発を通じた貧困解消と経済の転換」などを参考に、潘氏がポストMDGs開発アジェンダについてのビジョンを示したもの。
	＜37＞	第68回国連総会の「MDGs特別イベント」 及び サイドイベント 「人々のニーズ:ポスト2015年開発目標に関する世界規模協議の報告書」の 開催	○第68回国連総会で、安倍首相がMDGsに関連して、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）の重要性と、防災の主流化を指摘。 ○ポスト2015年開発目標と保健に関するサイドイベントが、国連総会・国連開発グループ（UNDG）により開催。 ○ポスト2015年開発目標におけるユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC:全ての人が基礎的保健医療サービスを受けられること）の有用性を議論。 ○多様化する保健ニーズに対応し，より公平な社会の実現を目指すUHCの重要性があらためて確認。 ○MDGsで目標達成の遅れている保健分野の諸課題に対処するために，人間の安全保障及びそれを具現化したUHCという考えが重要であり，これらの点がポスト2015年開発目標の中に位置づけられるべきことを強調。

西暦・和暦		会議・宣言・決議・報告等	概要
2013年 平成25年	＜38＞	ミレニアム開発目標（MDGs） 特別イベント	○国連総会議長の主催により行われたMDGs特別イベントで成果文書を採択。 ○前文として、MDGsの達成期限を前に、目標へのコミットメントを新たにするとともに、2015年までの目標達成に向けた取組の強化を決意。 ○文書内容として、進捗の加速化、開発のためのグローバル・パートナーシップ推進の重要性、6項目にわたるポスト2015年開発目標関連事項を挙げている。
	＜39＞	保健政策閣僚級会合 －ユニバーサル・ヘルス・カバレッジに向けて－	○日本政府と世界銀行の共催により、「日本政府と世界銀行による保健共同研究」を総括し、開発途上国等のユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）の課題と経験を共有すべく、保健政策閣僚級東京会合が成功裡に開催された。 ○このような国際会議は過去にみられず、日本で開催することは勿論、初めてである。
2014年 平成26年	＜40＞	SDGsに関する オープン・ワーキング・グループ （OWG）報告書	○国連事務総長による、「持続可能な開発に向けて統合報告書」－ The Road to Dignity by 2030 －の骨格となる、開発目標・ターゲットを提案。 ○開発目標として17項目を提案し、その内「目標3」として、「あらゆる年齢のすべての人々の健康的な生活を確保し、福祉を促進する」ことを提案している。
	＜41＞	西アフリカにおけるエボラ発生 に関するWHO事務局長の 「国際的に懸念される公衆衛生上の 緊急事態宣言」	○国際保健規則緊急委員会会合において、ギニア、リベリア、シエラレオネ、ナイジェリアの提供された情報に関して、現状は「国際的に懸念される公衆衛生上の緊急事態」であるという見方で全会一致した。 ○WHO事務局長は、委員会の評価を受け入れ、2014年8月8日に西アフリカにおけるエボラ発生は「国際的に懸念される公衆衛生上の緊急事態」であると宣言した。
	＜42＞	気候変動に関する政府間パネル （IPCC） 第5次評価（統合）報告書	○800人を超える科学者が作成し、過去13カ月にわたって発表された、これまでで最も包括的な気候変動評価の調査結果の要点を取りまとめたもの。 ○これまでの評価よりもさらに明確に、温室効果ガスの排出をはじめとする人的要因が、20世紀中盤から観測されている温暖化の主因であるという事実を指摘。 ○温暖化を2℃以内に抑えられる可能性を十分に保つためには、2010年から2050年までに全世界の排出量を40～70%減少させるとともに、これを2100年までにゼロとすべきと指摘。
	＜43＞	国連事務総長 持続可能な開発に向けた統合報告書 － The Road to Dignity by 2030 －	○2014年12月、「統合報告書（synthesis report）」の先行版を国連総会に提出し、すべての人にとって持続可能な開発の時代を実現するため、包摂的、機敏かつ協調的な行動を求めた。 ○報告書、人間と地球を中心に据え、人権に裏づけられたポスト2015年の新たなグローバル・アジェンダ策定に向けた交渉の指針となるものである。 ○オープン・ワーキング・グループの成果文書も歓迎し、提案された17項目の持続可能な開発目標と169項目のターゲットを、ポスト2015年の新たな目標の基盤とすべきことを指摘している。

西暦・和暦		会議・宣言・決議・報告等	概要
2015年 平成27年	<44>	G7の英・独・仏・伊が 中国主導の アジアインフラ投資銀行に参加	○英国は、中国が主導する「アジアインフラ投資銀行」に、その設立メンバーになることを想定し、主要7ヶ国(G7)として初めて参加を表明した。 ○その後、ドイツ・フランス・イタリアも参加を表明。 ○アジアインフラ投資銀行(AIIB)は、日本が主導している既存の「アジア開発銀行」と競合するもので、「アジア開発銀行」は米国が主導する「国際通貨基金(IMF)」及び「世界銀行」と密接な連携を持った機関であり、これらへの影響も大きい。
	<45>	「第3回世界国連防災会議」で 安倍首相が 「仙台防災協力イニシアチブ」を表明	○我が国は、世界銀行が進める貧困・飢餓・疾病等の削減に、「ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ」という分野で積極的に協力しようとしている。 ○前記に加え「仙台防災協力イニシアチブ」を表明し、積極的に世界銀行の施策を支援しようとしている。
	<46>	貿易協定と国民の健康に関する WMA理事会決議	○2015年4月、ノルウェー・オスロで開かれた第200回WMA理事会において、「貿易協定と国民の健康に関するWMA理事会決議」が採択された。 ○その序文の中で、「(貿易協定の)交渉にあたっては、協定が潜在的に広範に及ぶ影響、特に健康面での影響を考慮すべきであり、潜在的な経済的利益の追求により健康に害が及ばぬことを保証すべきである。」と明記している。 ○各国政府等に対する4つの勧告の中で、「貿易協定が、健康と医療を規制するあるいはすべての人々の健康の権利を保証するための政府の能力に干渉しないことを保証する。健康の保護促進のための政府活動は、ISDSや同様の仕組みを介した抗議の対象とされるべきではない。」と明記している。
	<47>	(予定) 国連総会 ポスト2015開発アジェンダ決議	○これまで様々な視点から検討され、現行のMDGsを引き継ぐことになる「ポスト2015開発アジェンダ」が、国連総会において決議される予定。
	<48>	(予定) 気候変動枠組条約 第21回締約国会議 (COP21、パリ)	○国際社会は2015年のCOP21において、中国・米国等京都議定書に参加していない国も含め、2020年以降の気候変動に関する国際的枠組に合意することとしている。
2016年 平成28年	<49>	(予定) 2016年G7 我が国での開催	○2016年(平成28年)に、我が国で8年ぶりにG7が開催される。 ○「国連総会ポスト2015開発アジェンダ決議」「気候変動枠組条約第21回締約国会議(COP21、パリ)」後、初のG7となる。 ○我が国が国連や世界銀行と協調して推進してきた、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ(UHC)に関し、国際的な開発における「主流化」が期待される。

注：※印は我が国独自の行動。
注：太線枠灰色は世界的にエポック的な行動。
資料：「国際保健の潮流」 兵井伸行 (国立保健医療科学院国際協力研究部長) をもとに、下記資料も活用して作成。
資料：「ポスト 2015 年開発目標策定の背景とその主な動向」 藤生 将治 (外交防衛委員会調査室)
資料：「ヘルスプロモーション」 日本ヘルスプロモーション学会
資料：「リプロダクティブ・ヘルス看護学」 東京医科歯科大学
資料：「開発課題に対する効果的アプローチ　－リプロダクティブヘルス－」 ＪＩＣＡ
資料：「検証・25 年経ったチェルノブイリ原子力発電所事故」 日本原子力文化財団
資料：「『ランセット』日本特集号「国民皆保険達成から 50 年」」 (公財) 日本国際交流センター
資料：「ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ (UHC) に関する日本・世界銀行共同研究プログラム」 日本国際交流センター

資料：「ランセット誌への安倍総理寄稿「我が国の国際保健外交戦略－なぜ今重要か－」外務省
資料：「潘基文国連事務総長がポスト MDGs 開発アジェンダについての報告書を発表」一般財団法人 CSO ネットワーク
資料：「COP3、京都会議」外務省
資料：「「国連環境開発会議」（「地球サミット」（UNCED））（1992 年）」外務省
資料：「ミレニアム開発目標（MDGs）特別イベント成果文書（概要）」外務省
資料：「持続可能な開発目標（SDGs）」公益財団法人 日本女性学習財団
資料：「人間の安全保障委員会」外務省
資料：「『人間の安全保障委員会』報告書の発表」外務省
資料：「ランセット誌への安倍総理寄稿「我が国の国際保健外交戦略－なぜ今重要か－」外務省
資料：「保健政策閣僚級東京会合について（Global Conference on Universal Health Coverage）」財務省開発政策課長　神田 眞人
資料：「IPCC 第 5 次評価報告書が完結：気候変動は取り返しのつかない危険な影響を及ぼすおそれがある一方で、その影響を抑える選択肢も存在」国際連合広報センター
資料：「国連事務総長、持続可能な開発に向けて統合報告書を発表 － The Road to Dignity by 2030 －」国際連合広報センター
資料:「貿易協定と国民の健康に関するWMA理事会決議」第 200 回 WMA 理事会、2015 年・平成 27 年 4 月、ﾉﾙｳｪｰ・ｵｽﾛ

（２）ポスト 2015 国連開発目標に関しエポックとなった国際的会議・宣言・報告・決議等

①　世界保健機関憲章と世界保健機関（ＷＨＯ）設立（1948 年・昭和 23 年）＜5＞注

第二次世界対戦後 1946 年（昭和 21 年）に、世界保健機関憲章 が、ニューヨークで 61 か国の代表により署名され、1948 年（昭和 23 年）4 月 7 日より効力が発生した。

特に次の表のような、「健康の定義」「基本的人権としての健康」「国家の役割」の理念が明記されるとともに、「国際的パートナーシップとして世界保健機関の設立」が国際保健の分野に導入された意義は大きい。（表 3-2）

これにより、1948 年（昭和 23 年）に世界保健機関（以後、ＷＨＯ（World Health Organization）ともいう）が設立され、国連システムの中にあって保健について指示を与え、調整する機関として位置づけられた。

ＷＨＯは、グローバルな保健問題についてリーダーシップを発揮する機関として、健康に関する研究課題の作成、規範や基準の設定、エビデンスに基づく政策選択の明確化、各国への技術的支援の提供、及び健康志向を監視、評価する役割等を担っている。

これにより、国際保健に対する取組みが一層世界的に広がった。

表 3-2　世界保健機関憲章前文におけるグローバルヘルスの主要理念と世界保健機関の設立

（1948 年・昭和 23 年）

健康の定義	● 健康とは、病気ではないとか、弱っていないということではなく、肉体的にも、精神的にも、そして社会的にも、すべてが 満たされた状態にあることをいいます。
基本的人権としての健康	● 人種、宗教、政治信条や経済的・社会的条件によって差別されることなく、最高水準の健康に恵まれることは、あらゆる人々にとっての基本的人権のひとつです。
国家の役割	● 各国政府には自国民の健康に対する責任があり、その責任を果たすためには、十分な健康対策と社会的施策を行わなければなりません。
国際的パートナーシップ	● これらの原則を受け入れ、すべての人々の健康を増進し保護するため互いに他の国々と協力する目的で、締約国はこの憲章に同意し、国際連合憲章第57条の条項の範囲内の専門機関として、ここに世界保健機関を設立します。

資料：「世界保健機関（WHO）憲章」（公益社団法人）日本ＷＨＯ協会

注：表 3-1 の番号に対応している。以下同様。

② アルマ・アタ宣言（ WHO, UNICEF の合同会議）採択とプライマリーヘルスケア（PHC）の重視(1978 年・昭和 53 年) <12>

1978 年 (昭和 53 年) プライマリーヘルスケア (以後、「ＰＨＣ」(Primary Health Care) ともいう) に関する、WHOとＵＮＩＣＥＦ の合同会議国際会議がアルマ・アタ(旧ソ連、カザフスタン共和国) で開催され、全政府・全活動家と世界コミュニティによって世界の全ての人々の健康を守り促進する、「アルマ・アタ宣言」がなされた。

特にこの宣言は世界保健機構（WHO）憲章の主要理念に加え、「プライマリーヘルスケア」の視点を中心に次の表のような、「Ⅰ 健康の定義」「Ⅱ 国際的・国内的公平性」「Ⅲ 人権としての健康」「Ⅴ 国家の役割とプライマリーヘルスケア(ＰＨＣ)の重視」「Ⅵ プライマリーヘルスケア(ＰＨＣ)の定義・内容」「Ⅸ 国際的パートナーシップ」「Ⅹ 国際的な技術的・財政的支援」等の理念を、国際保健の分野に導入した。(表 3-3)

「Ⅴ 国家の役割とプライマリーヘルスケア(ＰＨＣ)の重視」においては、「政府は国民の健康に責任を負っているが、これは適切な保健及び社会政策の保証があってはじめて実現される。政府、国際機関およびすべての国際社会の今後数十年の主要な社会目標は、西暦 2000 年までに世界中のすべての人々が社会的・経済的に生産的な生活を送ることができるような健康状態を達成すること (Health For All by the Year 2000) である。プライマリーヘルスケア（ＰＨＣ）は開発の一環として社会正義の精神に則り、この目標を達成するための鍵である。」としている。

また、「Ⅵ プライマリーヘルスケア(ＰＨＣ)の定義・内容」においては、「プライマリーヘルスケア（ＰＨＣ）とは、実践的で、科学的に有効で、社会に受容されうる手段と技術に基づいた、欠くことのできないヘルスケアのことである。これは、自助と自己決定の精神に則り、地域社会または国家が開発の程度に応じて負担可能な費用の範囲で、地域社会の全ての個人や家族の全面的な参加があって、はじめて広く享受できうるものとなる。ＰＨＣは、国家の保健システムの中心的機能と主要な部分を構成するが、保健システムだけでなく、地域社会の全体的な社会経済開発の一部でもある。ＰＨＣは、国家保健システムと個人、家族、地域社会とが最初に接するレベルであって、人々が生活し労働する場所になるべく接近して保健サービスを提供する、継続的な保健活動の過程の第一段階を構成する。」としている。

「アルマ・アタ宣言」の年に、我が国の「プライマリーヘルスケア学会」が設立された。

ただし、我が国においては一般診療所等の医師が、上記に示したような医療業務を既に「国家保健システムと個人、家族、地域社会とが最初に接するレベル」において、「人々が生活し労働する場所になるべく接近して保健サービスを提供」している。

しかし、国際的な「総合診療医」を中心とした「プライマリーヘルスケア」の定義と、我が国が歴史的に積み重ねてきた現在の「かかりつけ医」の概念は、我が国の「かかりつけ医」が、深い専門性を有しつつ総合的な診療能力を有する特質があり、高質なアウトカムを提供しているにもかかわらず、国際的例えばＯＥＣＤ等に理解されている状況にはない。

表 3-3　アルマ・アタ宣言におけるグローバルヘルスの主要理念と
プライマリーケア（ＰＨＣ）の重視(1978 年・昭和 53 年)

Ⅰ　健康の定義	●　健康とは身体的・精神的・社会的に完全に良好な状態であり、単に疾病のない状態や病弱でないことではない。健康は基本的人権の一つであり、可能な限り高度な健康水準を達成することは最も重要な世界全体の社会目標である。 ●　その実現には保健分野のみならず、他の多くの社会的・経済的セクターからのアクションが必要である。
Ⅱ　国際的・国内的公平性	●　人々の健康に関してとりわけ先進国と発展途上国の間に存在する大きな不公平は国内での不公平と同様に政治的、社会的、経済的に容認できないものである。それ故全ての国に共通の関心事である。
Ⅲ　人権としての健康	●　「新国際経済秩序」に基づいた経済・社会開発は、すべての人々の健康（Health For All）を可能な限り達成し、先進国と開発途上国間の健康状態の格差を縮小するために基本的な重要事項である。 ●　人々の健康を増進させ保護することは、持続した経済的社会的発展に欠くことはできず、またより良い生活の質と世界平和に貢献する。
Ⅴ　国家の役割とプライマリーケア(PHC)の重視	●　政府は国民の健康に責任を負っているが、これは適切な保健及び社会政策の保証があってはじめて実現される。政府、国際機関およびすべての国際社会の今後数十年の主要な社会目標は、西暦2000年までに世界中のすべての人々が社会的・経済的に生産的な生活を送ることができるような健康状態を達成すること（Health For All by the Year 2000）である。 ●　プライマリーヘルスケア(PHC)は開発の一環として社会正義の精神に則り、この目標を達成するための鍵である。
Ⅵ　プライマリーヘルスケア(PHC)の定義・内容	●　プライマリーヘルスケア（PHC）とは、実践的で、科学的に有効で、社会に受容されうる手段と技術に基づいた、欠くことのできないヘルスケアのことである。 ●　これは、自助と自己決定の精神に則り、地域社会または国家が開発の程度に応じて負担可能な費用の範囲で、地域社会の全ての個人や家族の全面的な参加があって、はじめて広く享受できうるものとなる。 ●　PHCは、国家の保健システムの中心的機能と主要な部分を構成するが、保健システムだけでなく、地域社会の全体的な社会経済開発の一部でもある。 ●　PHCは、国家保健システムと個人、家族、地域社会とが最初に接するレベルであって、人々が生活し労働する場所になるべく接近して保健サ ービスを提供する、継続的な保健活動の過程の第一段階を構成する。
Ⅸ　国際的パートナーシップ	●　全ての国々は、すべての人々にPHCを保証するために、パートナーシップと奉仕の精神で協力すべきである。一国の保健目標が達成された場合、これは 他のあらゆる国に直接に影響し、恩恵を与える。 ●　PHCに関するUNICEFとWHOの合同報告書は、全世界でのPHCの将来の発展と実施に向け、確固とした基礎となる。
Ⅹ　国際的な技術的・財政的支援	●　政府、WHOとUNICEF、その他の国際機関、二国間および多国間の援助機関、 非政府組織、資金援助団体、すべての保健ワーカー、および全世界の国々に対して、 PHCを推進するための国家的、国際的なアクションを支援し、とくに開発途上国において、PHCへの技術的、財政的支援を拡大するための方策の道を開くよう要請する。 ●　本会議は上述の全機関と全関係者に対して、本宣言の精神と内容に則ってPHCを導入、発展、維持していくための協力を求めるものである。

資料：「アルマ・アタ宣言」フリー百科事典ウィキペディア（Wikipedia）
資料：ＪＩＣＡ人間開発部、保健医療課題タスクフォース

③ 国連環境開発会議（「地球サミット」(UNCD)）(1992 年・平成 4 年）<17>

1972 年の国連人間環境会議（ストックホルム会議）以来、環境問題への取り組みが本格化する中、1992 年(平成 4 年)に環境と開発に関する「国連環境開発会議」（「地球サミット」、「ＵＮＣＥＤ」(United Nations Conference on Environment and Development)ともいう)がブラジルのリオ・デ・ジャネイロで開催された。(以下、「「国連環境開発会議」(「地球サミット」（ＵＮＣＥＤ)）(1992 年)」外務省資料より引用)

この会議の目的は、地球温暖化、酸性雨等顕在化する地球環境問題を人類共通の課題と位置付け、「持続可能な開発」という理念の下に、環境と開発の両立を目指して開催された。

この会議では、人類共通の未来のために地球を良好な状況に確保することを目指し、人と国家との相互間の関係を規定する行動の基本原則の集大成として、下表のような「リオ宣言」が採択されるとともに、「気候変動枠組み条約」「生物多様性条約」「森林に関する原則」「アジェンダ 21」が採択された。(表 3-4)

「気候変動枠組み条約」は、1990 年代の終わりまでに二酸化炭素等の温室効果ガスの排出を従前の水準まで戻すことの重要性を認識しつつ、排出抑制や吸収源保全のための政策・対応措置を講ずることを中心とした条約である。

また「生物多様性条約」は、生物多様性の保全、生物多様性要素の持続的利用、遺伝資源の利用から生じる利益の公正かつ公平な配分を実施することを目的とするものである。

表 3-4　国連環境開発会議「地球サミット」（ＵＮＣＥＤ）の概要(1992 年・平成 4 年 5 月)

① 環境と開発に関するリオ宣言の採択	
	● 人類共通の未来のために地球を良好な状況に確保することを目指し、人と国家との相互間の関係を規定する行動の基本原則の集大成であり、前文及び27の原則から成る。
② 気候変動枠組み条約の署名	
	● 先進国は、1990年代の終わりまでに二酸化炭素等の温室効果ガスの排出を従前の水準まで戻すことの重要性を認識しつつ、排出抑制や吸収源保全のための政策・対応措置を講ずるとともに、その政策・対応措置と効果予測等についての情報を提出し、締約国会議出の審査を受けること等を主たる内容とした国際条約を採択。UNCED期間中に、155ヶ国が署名（我が国は6月13日に署名）。
③ 生物多様性条約の署名	
	● 生物多様性の保全、生物多様性要素の持続的利用、遺伝資源の利用から生じる利益の公正かつ公平な配分を実施することを目的とし、国家戦略、計画の策定、自国の保全上重要な地域や種のリストの作成、保護区等の設定、遺伝子資源に対するアクセス・保証、技術移転、資金援助等を主たる内容とした国際条約を採択。UNCED期間中に、157ヶ国が署名（我が国は6月13日に署名）。
④ 森林に関する原則の採択	
	● 国家の開発の必要性及び社会・経済成長のレベルに応じた森林を利用する主権的権利を認めるとともに、森林の多様な機能（生物多様性の維持、エネルギー源、炭素の貯蔵等）の維持及び持続的経営の強化、森林政策の在り方、国際法規、多国間合意に基づいた林産物貿易、開かれた自由な貿易の促進、世界の緑化、国際協力等について規定。
⑤ アジェンダ21の採択	
	● 環境と開発に関するリオ宣言の諸原則を実施するための行動プログラムであり、環境・開発の両面にわたる4分野（社会経済的側面、開発資源の保護と管理、女性をはじめとする各主体の役割のあり方、実施手段）の40項目について幅広く各国の行動のあり方をとりまとめ。

資料：「「国連環境開発会議」(「地球サミット」(UNCED)）(1992 年)」外務省

④ 気候変動枠組条約第3回締約国会議（COP3、京都会議、1997年・平成9年）＜21＞

1997年(平成9年)12月京都で開催された、気候変動枠組条約第3回締約国会議（ＣＯＰ3、京都会議）で、先進国及び市場経済移行国の温室効果ガス排出の削減目的を定めた「京都議定書」が採択された。

この京都議定書は、初めて地球温暖化問題に対し人類が中長期的にどのように取り組んでいくのかという、具体的数値目標という道筋を定めたものとして評価できる。(以下、「京都議定書の骨子」外務省資料による)

そしてこの会議では、「1. 数量目的」、「2. 途上国の義務の実施の促進」、「3. クリーン開発メカニズム」、「4. 資金メカニズム」、「5. 発効要件」等が定められ、採択された。(表3-5)

「1.数量目的」に関し、対象ガスの種類及び基準年について主要な二酸化炭素、メタン、亜酸化窒素は1990年を基準年とし、約束期間の第1期は2008年～2012年の5年間として、先進国及び市場経済移行国全体の目標として少なくとも 5%削減というかたちで採択された。すなわち国別には、日本：－6%、米国：－7%、EU：－8%、カナダ：－6%、ロシア：0%、豪州：＋8%、NZ：0%、ノルウェー：＋1%とされたが、世界第二位の排出国である米国及び第一位の中国は最終的には、この「京都議定書」には参加しなかった。

この「京都議定書」では、「クリーン開発メカニズム」という仕組みが導入され、先進国とのプロジェクトにより、途上国の持続可能な成長に資すると共に、このプロジェクトにより生じた温室効果ガス排出の削減を活用することにより、先進国の数量目的達成にも使えることとされた。

我が国は2012年の目標年には、最終的にこの「クリーン開発メカニズム」により途上国で削減された温室効果ガスを使用(購入)して、目標とされた－6%をクリアすることとなった。

この「京都議定書」の課題としては、上記のように世界第二位の排出国である米国及び第一位の中国が参加しなかったことにより、全世界的にみた削減量が限られたということである。

そして、米国が主張した、途上国の自発的な参加についての条文は、途上国の反対により最後の段階で削除され、また米国が主張していたエボルーション（途上国の自発的約束等による途上国の参加を求めること）についても見送られた。

表 3-5　気候変動枠組条約第 3 回締約国会議（COP3、京都会議）の概要(1997 年・平成 9 年)

1. 数量目的

① 対象ガスの種類及び基準年
・二酸化炭素、メタン、亜酸化窒素(1990年を基準年)
・HFC、PFC、SF6(1995年を基準年とすることができる)

② 吸収源の扱い
・土地利用の変化及び林業セクターにおける1990年以降の植林、再植林及び森林減少に限定。農業土壌、土地利用変化及び林業の詳細な扱いについては、議定書の第1回締約国会合あるいはそれ以降のできるかぎり早い時期に決定。

③ 約束期間
・第1期は、2008年～2012年の5年間。

④ 先進国及び市場経済移行国全体の目標
・少なくとも5%削減。

⑤ 主要各国の削減率(全体を足し合わせると5.2%の削減)
・日本:－6%　米国:－7%　EU:－8%　カナダ:－6%　ロシア:0%　豪州:＋8%　NZ:0%　ノルウェー:＋1%

⑥ 次期約束期間への繰り越し(バンキング)
・認める。

⑦ 次期約束期間からの借り入れ(ボローイング)
・認めない。

⑧ 共同達成
・欧州共同体などのように複数の国が共同して数量目的を達成することを認める。

⑨ 排出量取引
・認める。締約国会合において、ガイドライン等を決定する。

⑩ 共同実施
・先進国間の実施。

2. 途上国の義務の実施の促進

① 途上国を含む全締約国の義務として、吸収源による吸収の強化、エネルギー効率の向上等詳細に例示。

3. クリーン開発メカニズム

① 先進国とのプロジェクトにより、途上国の持続可能な成長に資すると共に、右プロジェクトにより生じた温室効果ガス排出の削減を活用することにより、先進国の数量目的達成にも使えることとするもの。

4. 資金メカニズム

① 条約で規定された資金メカニズム(GEF)が引き続きこの議定書の資金メカニズムであることを確認。

5. 発効要件

① 議定書を締結した国数が55カ国以上であり、且つ締結した附属書Ⅰ国の1990年におけるCO_2の排出量が同年における附属書Ⅰ国によるCO_2の総排出量の55%を越えることを発効要件として規定。

＊(採択されなかったもの)

① 途上国の自発的な参加についての条文は、途上国の反対により最後の段階で削除され、又、米国が主張していたエボルーション(途上国の自発的約束等による途上国の参加を求めること)についても見送られた。

資料：「京都議定書の骨子」外務省

⑤ 国連ミレニアム宣言及びミレニアム開発目標(MDGs：Millennium Development Goals)（2000 年・平成 12 年）＜22＞

2000 年(平成 12 年)9 月、ニューヨークで開催された「国連ミレニアム・サミット」において、21 世紀の国際社会の目標として、国連ミレニアム宣言が採択された。

この宣言は、7 つのテーマ「I. 価値と原則」、「II. 平和、安全および軍縮」、「III. 開発および貧困撲滅」、「IV. 共有の環境の保護」、「V. 人権、民主主義および良い統治」、「VI. 弱者の保護」、「VII. アフリカの特別なニーズへの対応」、「VIII. 国連の強化」を設定して、国際社会が連携・協調してこの課題に取り組むことに合意した。(表 3-6)

このミレニアム宣言と、1990 年代に開催された主要な国際会議やサミットで採択された国際開発目標を統合し、「ミレニアム開発目標」(以後、「ＭＤＧｓ」(Millennium Development Goals)ともいう）が、グローバルヘルスが目指すべき共通の枠組みとしてまとめられた。

このＭＤＧｓ(エムディージーズ)は、2015 年(平成 27 年)までに達成すべき 8 つの目標分野を掲げている。((再掲)表 3-7)

そして、この中で国際保健の目標分野に該当する、狭義のグローバルヘルスの目標分野に該当するものが、「ゴール 4　乳幼児死亡率の削減」「ゴール 5　妊産婦の健康の改善」「ゴール６　ＨＩＶ／エイズ、マラリアその他の疾病の蔓延の防止」の三つである。

これら「ゴール 4　乳幼児死亡率の削減」「ゴール 5　妊産婦の健康の改善」「ゴール 6　ＨＩＶ／エイズ、マラリアその他の疾病の蔓延の防止」は、表 3-8 のような「目標とターゲット」から構成され、そして各ターゲットは更に複数の具体的な評価「指標」から構成されている。(表 3-8)

すなわち、「ゴール４　乳幼児死亡率の削減」の具体的な目標とターゲットは一つで、「ターゲット 4.A:2015 年までに 5 歳未満児の死亡率を 1990 年の水準の 3 分の 1 に削減する」ことが目指されている。

「ゴール５　妊産婦の健康の改善」の具体的な目標とターゲットは二つで、「ターゲット 5.A:2015 年までに妊産婦の死亡率を 1990 年の水準の 4 分の 1 に削減する」こと及び、「ターゲット 5.B:2015 年までにリプロダクティブ・ヘルス（人間の生殖システムおよびその機能と活動過程のすべての側面において、単に疾病、障害がないというばかりでなく、身体的、精神的、社会的に完全に良好な状態にあること）への普遍的アクセスを実現する」ことが目指されている。

また、「ゴール６　ＨＩＶ／エイズ、マラリアその他の疾病の蔓延の防止」の具体的な目標とターゲットは三つで、「ターゲット 6.A:　ＨＩＶ／エイズの蔓延を 2015 年までに食い止め、その後減少させる」こと、「ターゲット 6.B:2010 年までにＨＩＶ／エイズの治療への普遍的アクセスを実現する」こと、及び「ターゲット 6.C:マラリア及びその他の主要な疾病の発生を 2015 年までに食い止め、その後発生率を減少させる」ことが目指されている。

なお、ゴール 1 からゴール 8 までのミレニアム開発目標(ＭＤＧｓ)の、全目標とターゲットについては、表 3-9 に示す。(表 3-9)

表 3-6　国連ミレニアム宣言（2000 年・平成 12 年）

I.　価値と原則
II.　平和、安全および軍縮
III.　開発および貧困撲滅
IV.　共有の環境の保護
V.　人権、民主主義および良い統治
VI.　弱者の保護
VII.　アフリカの特別なニーズへの対応
VIII.　国連の強化

資料：「ミレニアム宣言（仮訳）」外務省

（再掲）表 3-7　ミレニアム開発目標（ＭＤＧｓ：Millennium Development Goals）の分野
（2000 年・平成 12 年）

ゴール1　極度の貧困と飢餓の撲滅
ゴール2　初等教育の完全普及達成
ゴール3　ジェンダー平等推進と女性の地位向上
ゴール4　乳幼児死亡率の削減
ゴール5　妊産婦の健康の改善
ゴール6　HIV／エイズ、マラリアその他の疾病の蔓延の防止
ゴール7　環境の持続可能性確保
ゴール8　開発のためのグローバルなパートナーシップの推進

資料：「ミレニアム開発目標（MDGs）とは」外務省

表 3-8　ミレニアム開発目標（ＭＤＧｓ）の中で国際保健の概念に近い
狭義のグローバルヘルスの分野（ゴール 4・5・6）（2000 年・平成 12 年）

ゴール	目標とターゲット	指標
ゴール4: 乳幼児死亡率の削減	ターゲット4.A:2015年までに5歳未満児の死亡率を1990年の水準の3分の1に削減する。	4.1 5歳未満児の死亡率
		4.2 乳幼児死亡率
		4.3 はしかの予防接種を受けた1歳児の割合
ゴール5: 妊産婦の健康の改善	ターゲット5.A:2015年までに妊産婦の死亡率を1990年の水準の4分の1に削減する。	5.1 妊産婦死亡率
		5.2 医師・助産婦の立ち会いによる出産の割合
	ターゲット5.B:2015年までにリプロダクティブ・ヘルス（人間の生殖システムおよびその機能と活動過程のすべての側面において、単に疾病、障害がないというばかりでなく、身体的、精神的、社会的に完全に良好な状態にあること）への普遍的アクセスを実現する。	5.3 避妊具普及率
		5.4 青年期女子による出産率
		5.5 産前ケアの機会
		5.6 家族計画の必要性が満たされていない割合
ゴール6: HIV／エイズ、マラリア、その他の疾病の蔓延の防止	ターゲット6.A:HIV／エイズの蔓延を2015年までに食い止め、その後減少させる。	6.1 15～24歳のHIV感染率
		6.2 最後のハイリスクな性交渉におけるコンドーム使用率
		6.3 HIV／エイズに関する包括的かつ正確な情報を有する15～24歳の割合
		6.4 10～14歳の、エイズ孤児ではない子どもの就学率に対するエイズ孤児の就学率
	ターゲット6.B:2010年までにHIV／エイズの治療への普遍的アクセスを実現する。	6.5 治療を必要とするHIV感染者のうち、抗レトロウィルス薬（ウイルスは根絶されないが、体のほかの部位へのウイルス拡大を阻み、CD4リンパ球数を一定以上まで増加させることで、病気の進行を遅くし、患者の臨床状態を改善する）へのアクセスを有する者の割合
	ターゲット6.C:マラリア及びその他の主要な疾病の発生を2015年までに食い止め、その後発生率を減少させる。	6.6 マラリア有病率及びマラリアによる死亡率
		6.7 殺虫剤処理済みの蚊帳を使用する5歳未満児の割合
		6.8 適切な抗マラリア薬により治療を受ける5歳未満児の割合
		6.9 結核の有病率及び結核による死亡率
		6.10 DOTS（短期科学療法を用いた直接監視下治療）の下で発見され、治療された結核患者の割合

資料：「ミレニアム開発目標（MDGs）とは」外務省

表 3-9　ミレニアム開発目標（ＭＤＧｓ）の全ターゲット（2000 年・平成 12 年）

ゴール	目標とターゲット	指標
ゴール 1：極度の貧困と飢餓の撲滅	ターゲット1.A:2015年までに1日1.25ドル未満で生活する人口の割合を1990年の水準の半数に減少させる。	1.1 1日1.25ドル（購買力平価）未満で生活する人口の割合
		1.2 貧困ギャップ比率
		1.3 国内消費全体のうち、最も貧しい5分の1の人口が占める割合
	ターゲット1.B:女性、若者を含むすべての人々に、完全かつ生産的な雇用、そしてディーセント・ワーク（働きがいのある人間らしい仕事）の提供を実現する。	1.4 就業者1人あたりのGDP成長率
		1.5 労働年齢人口に占める就業者の割合
		1.6 1日1ドル（購買力平価）未満で生活する就業者の割合
		1.7 総就業者に占める自営業者と家族労働者の割合
	ターゲット1.C:2015年までに飢餓に苦しむ人口の割合を1990年の水準の半数に減少させる。	1.8 低体重の5歳未満児の割合
		1.9 カロリー消費が必要最低限のレベル未満の人口の割合
ゴール2：初等教育の完全普及の達成	ターゲット2.A:2015年までに、全ての子どもが男女の区別なく初等教育の全課程を修了できるようにする。	2.1 初等教育における純就学率
		2.2 第1学年に就学した生徒のうち初等教育の最終学年まで到達する生徒の割合
		2.3 15～24歳の男女の識字率
ゴール3：ジェンダー平等推進と女性の地位向上	ターゲット3.A:可能な限り2005年までに、初等・中等教育における男女格差を解消し、2015年までに全ての教育レベルにおける男女格差を解消する。	3.1 初等・中等・高等教育における男子生徒に対する女子生徒の比率
		3.2 非農業部門における女性賃金労働者の割合
		3.3 国会における女性議員の割合
ゴール4：乳幼児死亡率の削減	ターゲット4.A:2015年までに5歳未満児の死亡率を1990年の水準の3分の1に削減する。	4.1 5歳未満児の死亡率
		4.2 乳幼児死亡率
		4.3 はしかの予防接種を受けた1歳児の割合
ゴール5：妊産婦の健康の改善	ターゲット5.A:2015年までに妊産婦の死亡率を1990年の水準の4分の1に削減する。	5.1 妊産婦死亡率
		5.2 医師・助産婦の立ち会いによる出産の割合
	ターゲット5.B:2015年までにリプロダクティブ・ヘルス（人間の生殖システムおよびその機能と活動過程のすべての側面において、単に疾病、障害がないというばかりでなく、身体的、精神的、社会的に完全に良好な状態にあること）への普遍的アクセスを実現する。	5.3 避妊具普及率
		5.4 青年期女子による出産率
		5.5 産前ケアの機会
		5.6 家族計画の必要性が満たされていない割合
ゴール6：HIV／エイズ、マラリア、その他の疾病の蔓延の防止	ターゲット6.A:HIV／エイズの蔓延を2015年までに食い止め、その後減少させる。	6.1 15～24歳のHIV感染率
		6.2 最後のハイリスクな性交渉におけるコンドーム使用率
		6.3 HIV／エイズに関する包括的かつ正確な情報を有する15～24歳の割合
		6.4 10～14歳の、エイズ孤児ではない子どもの就学率に対するエイズ孤児の就学率
	ターゲット6.B:2010年までにHIV／エイズの治療への普遍的アクセスを実現する。	6.5 治療を必要とするHIV感染者のうち、抗レトロウィルス薬（ウイルスは根絶されないが、体のほかの部位へのウイルス拡大を阻み、CD4リンパ球数を一定以上まで増加させることで、病気の進行を遅くし、患者の臨床状態を改善する）へのアクセスを有する者の割合
	ターゲット6.C:マラリア及びその他の主要な疾病の発生を2015年までに食い止め、その後発生率を減少させる。	6.6 マラリア有病率及びマラリアによる死亡率
		6.7 殺虫剤処理済みの蚊帳を使用する5歳未満児の割合
		6.8 適切な抗マラリア薬により治療を受ける5歳未満児の割合
		6.9 結核の有病率及び結核による死亡率
		6.10 DOTS（短期科学療法を用いた直接監視下治療）の下で発見され、治療された結核患者の割合

資料：「ミレニアム開発目標（MDGs）とは」外務省

ゴール7: 環境の持続可能性確保	**ターゲット7.A:**持続可能な開発の原則を国家政策及びプログラムに反映させ、環境資源の損失を減少させる。	7.1 森林面積の割合
		7.2 二酸化炭素の総排出量、一人当たり排出量、GDP1ドル(購買力平価)当たり排出量
	ターゲット7.B:生物多様性の損失を2010年までに確実に減少させ、その後も継続的に減少させ続ける。	7.3 オゾン層破壊物質の消費量
		7.4 安全な生態系限界内での漁獲資源の割合
		7.5 再生可能水資源総量の割合
		7.6 保護対象となっている陸域と海域の割合
		7.7 絶滅危機に瀕する生物の割合
	ターゲット7.C:2015年までに、安全な飲料水及び衛生施設を継続的に利用できない人々の割合を半減する。	7.8 改良飲料水源を継続して利用できる人口の割合
		7.9 改良衛生施設を利用できる人口の割合
	ターゲット7.D:2020年までに、少なくとも1億人のスラム居住者の生活を改善する。	7.10 スラムに居住する都市人口の割合
ゴール8: 開発のためのグローバルなパートナーシップの推進	**ターゲット8.A:**さらに開放的で、ルールに基づく、予測可能でかつ差別的でない貿易及び金融システムを構築する(良い統治、開発及び貧困削減を国内的及び国際的に公約することを含む。)	*以下に挙げられた指標のいくつかについては、後発開発途上国、アフリカ、内陸開発途上国、小島嶼開発途上国に関してそれぞれ個別にモニターされる。*
	ターゲット8.B:後発開発途上国の特別なニーズに取り組む(後発開発途上国からの輸入品に対する無税・無枠、重債務貧困国(HIPC)に対する債務救済及び二国間債務の帳消しのための拡大プログラム、貧困削減にコミットしている国に対するより寛大なODAの供与を含む。)	**政府開発援助(ODA)** 8.1 ODA支出純額(全体および後発開発途上国向け)がOECD開発援助委員会(DAC)ドナー諸国の国民総所得(GNI)に占める割合
	ターゲット8.C:内陸開発途上国及び小島嶼開発途上国の特別なニーズに取り組む(小島嶼開発途上国のための持続可能な開発プログラム及び第22回国連総会特別会合の規定に基づく。)	8.2 基礎的社会サービスに対するDACドナーの分野ごとに配分可能な二国間ODAの割合(基礎教育、基礎医療、栄養、安全な水及び衛生)
	ターゲット8.D:債務を長期的に持続可能なものとするために、国内及び国際的措置を通じて開発途上国の債務問題に包括的に取り組む。	8.3 DACドナー諸国のアンタイド化された二国間ODAの割合
		8.4 内陸開発途上国のGNIに対するODA受取額
		8.5 小島嶼開発途上国のGNI(国民総所得)に対するODA受取額
		市場アクセス
		8.6 先進国における、開発途上国及び後発開発途上国からの輸入品の無税での輸入割合(価格ベース。武器を除く。)
		8.7 先進国における、開発途上国からの農産品及び繊維・衣料輸入品に対する平均関税率
		8.8 OECD諸国における国内農業補助金の国内総生産(GDP)比
		8.9 貿易キャパシティ育成支援のためのODAの割合
		債務持続可能性
		8.10 HIPC(重債務貧困国)イニシアティブの決定時点及び完了時点に到達した国の数
		8.11 HIPCイニシアティブ及びMDRIイニシアティブの下でコミットされた債務救済額
		8.12 商品及びサービスの輸出額に対する債務返済額の割合
	ターゲット8.E:製薬会社と協力して、開発途上国において人々が安価で必要不可欠な医薬品を入手できるようにする。	8.13 安価で必要不可欠な医薬品を継続的に入手できる人口の割合
	ターゲット8.F:民間部門と協力して、特に情報・通信における新技術による利益が得られるようにする。	8.14 人口100人当たりの電話回線加入者数
		8.15 人口100人当たりの携帯電話加入者数
		8.16 人口100人当たりのインターネット利用者数

⑥　「人間の安全保障委員会」最終報告書　国連事務総長への提出

（2003 年・平成 15 年）＜23＞

「人間の安全保障委員会」は、日本の森喜朗前首相とアナン国連事務総長の呼びかけにより、2001 年 6 月に設立され、2000 年のミレニアム・サミットでは、「恐怖からの解放」と「欠乏からの解放」という 2 つの目標を達成することの重要性が強調された。（以下、国連広報センター、及び外務省資料）

そして 2003 年(平成 15 年)5 月 1 日、人間の安全保障委員会は、前国連難民高等弁務官の緒方貞子氏とノーベル経済学賞受賞者のアマルティア・セン氏が共同議長を務める独立した委員会で、ブリーフィングに先立ちアナン国連事務総長に最終報告書を提出した。

「人間の安全保障」を希求する背景として、「国家は安全保障に引き続き一義的な責任を有するが、安全保障の課題が一層複雑化し多様な関係主体が新たな役割を担おうとする中で、われわれはそのパラダイムを再考する必要があろう。安全保障の焦点は国家から人々の安全保障へ、すなわち「人間の安全保障へ拡大されなくてはならない。」ことを挙げている。（以下、「人間の安全保障委員会 最終報告書要旨」人間の安全保障委員会事務局資料）

「『人間の安全保障』の概念及び他との関係性」としては、次のようなことを挙げている。

＜「人間の安全保障」の概念及び他との関係性＞

① 「人間の安全保障」とは人間の中枢にある自由を守ることである。
② 「人間の安全保障」は人間自身に内在する強さと希望に拠って立ち、死活的かつ広範な脅威から人々を守ることを意味する。
③ 「人間の安全保障」は生存、生活及び尊厳を確保するための基本的な条件を人々が得られるようなシステムを構築することでもある。
④ 「人間の安全保障」は「欠乏からの自由」、「恐怖からの自由」、あるいは自身のために行動する自由といった様々な自由を結びつける。「保護」と「能力強化」はこうした目的を達するための総合戦略である。
⑤ 「人間の安全保障」は「国家の安全保障」を補完し、人間開発を伸長させるとともに人権を推進する。
⑥ 「人間の安全保障」は、人間中心の考え方である点、また従前の安全保障概念上は脅威と見なされなかった危険要因に対応する点で、「国家の安全保障」を補い得る。
⑦ 人権の尊重は、「人間の安全保障」の核心を形成する。
⑧ 民主的な原則を推進し、人々が統治に参画するとともに自らの意見を政策に反映させることは、「人間の安全保障」と開発のはじめの一歩である。

資料：「人間の安全保障委員会 最終報告書要旨」人間の安全保障委員会事務局、2003 年 5 月 1 日

そして最終報告書は、「人間の安全保障」を実現するためには、「人々が直面する死活的かつ広範な脅威に幅広く取組むことを通じ、国際社会の取組みの基盤であるミレニアム開発目標を越えていくことが必要である」としている。

さらに検討された各論に基づき、以下のような「人間の安全保障に関する提案」をしている。

この中で、「7　基礎保健サービスの完全普及実現により高い優先度を与えること」として、特にプライマリーケアの完全普及という、「ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ」についてふれ、その優先度を高くすべきことを提案している。

＜人間の安全保障に関する提案＞
1　暴力を伴う紛争下にある人々を保護すること
2　武器の拡散から人々を保護すること
3　移動する人々の安全確保を進めること
4　紛争後の状況下で人間の安全保障移行基金を設立すること
5　極貧下の人々が思恵を受けられる公正な貿易と市場を支援すること
6　普遍的な生活最低限度基準を実現するための努力を行うこと
7　基礎保健サービスの完全普及実現により高い優先度を与えること
8　特許権に関する効率的かつ衡平な国際システムを構築すること
9　基礎教育の完全普及により全ての人々の能力を強化すること
10　個人が多様なアイデンティティを有し多様な集団に属する自由を尊重すると同時に、この地球に生きる人間としてのアイデンティティの必要性を明確にすること。

資料：「人間の安全保障委員会 最終報告書要旨」人間の安全保障委員会事務局、2003 年 5 月 1 日

我が国政府は、「人間の安全保障委員会報告書が提言する理念について、政府としても国際会議やメディアを通じ、その考え方の普及に努めるとともに、人間の安全保障基金や草の根・人間の安全保障無償資金協力を利用し、現場での人間の安全保障の実現に一層力を入れていく考えである。」と表明している。（「人間の安全保障委員会」報告書の発表」外務省）

⑦　スリーマイル・チェルノブイリ及び東京電力福島第一原子力発電所事故等
（1979 年・昭和 54 年、1986 年・昭和 61 年、2011 年・平成 23 年）＜14＞＜27＞

1979 年(昭和 54 年)3 月 28 日、アメリカ合衆国のペンシルベニア州スリーマイル島原子力発電所で、世界で初めて大規模な原子炉冷却材喪失事故が発生した。この事故は、事前に想定されていた事故の規模を上回る過酷事故で、国際原子力事象評価尺度（ＩＮＥＳ）においてレベル 5 であった。

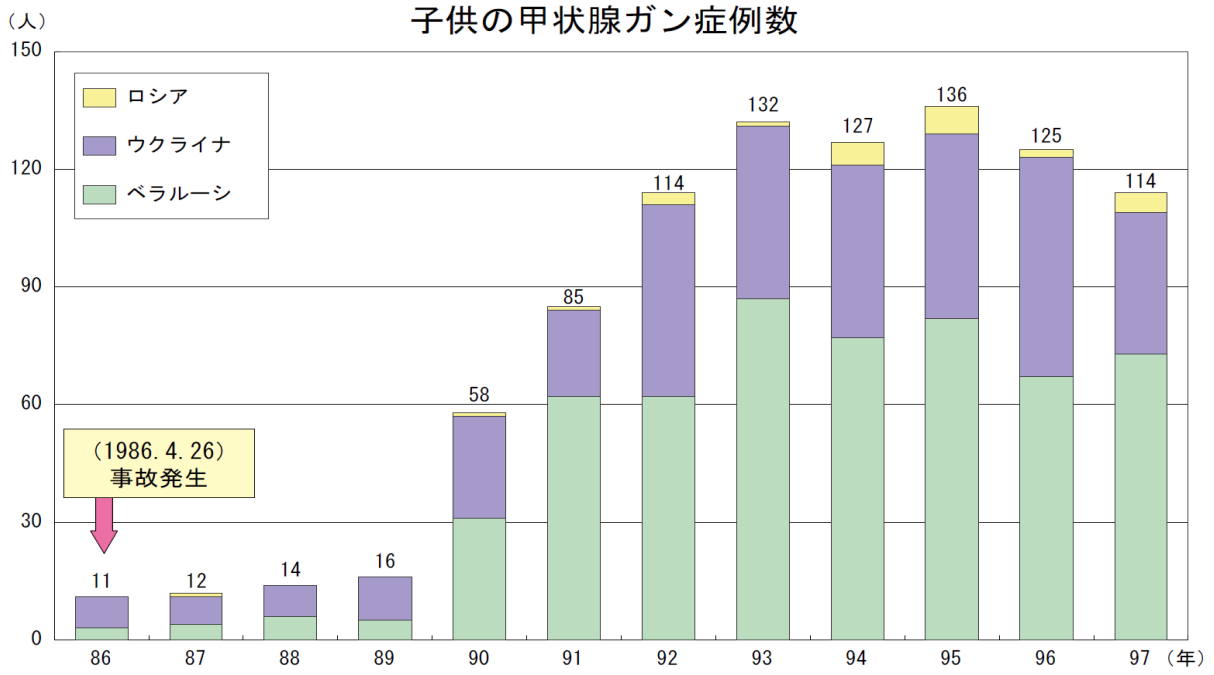
次いで 7 年後の 1986 年(昭和 61 年)4 月 26 日、国境を越えた大規模な市民に被害を与えた原子力発電所の事故が、旧ソ連のウクライナ共和国のチェルノブイリ原子力発電所 4 号炉で発生した。(表 3-10)

この事故で、一度に大量の放射線を受けた発電所の運転員と消防隊員の 28 名が死亡し、チェルノブイリ原子力発電所から半径 30 ㎞に住む 13.5 万人の人々が避難、移住した。

この事故の影響は、旧ソ連のウクライナ共和国に止まらず、ヨーロッパの国々では、チーズなどの乳製品をはじめ、肉や野菜、果物が汚染されるなど、毎日の食卓に欠かせない食品に大きな被害を与えた。

オーストリアではチェルノブイリ事故から 1 カ月ほど後に議会で原子力発電所の廃止を決定。イタリアでは、事故から 1 年ほど後に国民投票を行い、原子力発電所の運転や建設を禁止することを決めた。また、フランスやドイツ、イギリスなどの国々でも、原子力発電所の必要性や安全性に、疑問や不安をもつ人が多くなり、運転や建設に反対する声が高まった。特にドイツでは、CO_2 を排出しない再生可能エネルギーである風力・太陽光発電への傾斜がとみに高まった。

図 3-1　チェルノブイリ原発事故の「子供の甲状腺がん」への影響（2011 年・平成 23 年報告）



資料：国連科学委員会（UNSCEAR）2000 年報告
出展：「検証・25 年経ったチェルノブイリ原子力発電所事故」日本原子力文化財団、2011 年

表 3-10　チェルノブイリ原子力発電所事故の概要（1986 年・昭和 61 年）

1 事故のあらまし	
	①1986年(昭和61年)4月26日、旧ソ連のウクライナ共和国で運転されていたチェルノブイリ原子力発電所4号炉で事故が起こった。 ②この事故で、一度に大量の放射線を受けた発電所の運転員と消防隊員の28名が死亡。チェルノブイリ原子力発電所から半径30kmに住む13.5万人の人々が避難し、移住した。
2 事故の原因	
	①事故を起こしたチェルノブイリ原子力発電所4号炉には、原子炉から放射性物質（放射線を出す物質）が漏れ出したときに、外に出さないようにする安全を守るための設備がありませんでした。原子炉を自動停止する装置も、運転員が簡単に解除できるしくみになっているなど、設計が不十分であった。 ②原子炉の設計が不十分であったことに加え、運転員によるいくつもの規則違反などが重なって大きな事故になった。
3 原子炉のタイプ	
	①チェルノブイリ原子力発電所4号炉は、旧ソ連で独自に開発された原子炉で、日本で運転されている原子炉とはしくみが大きく違う。 ②チェルノブイリ原子力発電所4号炉は、温度が急上昇して蒸気が発生すると、燃料の燃える割合（核分裂する割合）が進み、炉の温度もどんどん高くなって、自己制御性がなくなってしまうという欠点があった。
4 その後の原子炉	
	①4号炉が石棺になって25年になる。雨水などによってコンクリートにヒビ割れができたり、鉄板が腐蝕したりしており、そこで100mのアーチ状のシェルターで石棺をすっぽりと覆う新しい計画も進められている。シェルターは、最低でも100年の耐用期間があるということである。
5 事故と国際社会	
	①ヨーロッパの国々では、チーズなどの乳製品をはじめ、肉や野菜、果物が汚染されるなど、毎日の食卓に欠かせない食品に大きな被害を受けた。 ②オーストリアでは、チェルノブイリ事故から1カ月ほど後に議会で廃止を決定。イタリアでは、事故から1年ほど後に国民投票を行い、原子力発電所の運転や建設を禁止することを決めた。 ③フランスやドイツ、イギリスなどの国々でも、原子力発電所の必要性や安全性に、疑問や不安をもつ人が多くなり、運転や建設に反対する声が高まった。
6 健康への影響	
	①事故から25年目にあたる2011年(平成23年)2月に、国連科学委員会が事故に関する報告書を発表した。 ②それをみると、子供の甲状腺がんの発病は6,000人以上となり、2005年までに亡くなった人は15名となっている。 ③今後も甲状腺がんの増加が予測されることから、その動向を見守っていく必要があるとされている。

資料：「検証・25 年経ったチェルノブイリ原子力発電所事故」日本原子力文化財団、2011 年

健康に関する影響については、2011 年(平成 23 年)2 月に、国連科学委員会(ＵＮＳＣＥＡＲ)が事故に関する報告書を発表した。これによると、「子供の甲状腺がん」の発病は 6,000 人以上となり、2005 年までに亡くなった人は 15 名となっている。また、図 3-1 のように、子供の甲状腺がんは事故後 4 年以降に急増することが明らかになっており、今後その動向を見守っていく必要があるとされている。(図 3-1)

さらに、チェルノブイリ原子力発電所事故の 25 年後の 2011 年(平成 23 年) 3 月 11 日に、東北地方太平洋沖地震及び津波を端緒として、東京電力株式会社の福島第一原子力発電所（以下、「福島第一原発」という）において、国際原子力事象評価尺度（ＩＮＥＳ）で「レベル 7」という極めて深刻な事故が発生した。(表 3-11)

この福島第一原発事故は世界の歴史に残る大事故で、1 号機の原子炉圧力容器への破損が確認され、溶融した炉心の大部分は、1 時間程度で格納容器底部に落下したとみられており（メルトスルー)、世界初の「メルトスルー事故」となった。(以下、「国会事故調 報告書」東京電力福島原子力発電所事故調査委員会、及び「東日本大震災ファクトブック 2012 年版」日医総研ワーキングペーパー NO.295 より引用)

この事故により、ヨウ素換算でチェルノブイリ原発事故の約 6 分の 1 に相当するおよそ 900PBq の放射性物質が放出され、福島県内の 1,800 ㎢もの広大な土地が、年間 5mSv 以上の空間線量を発する可能性のある地域になった。このため、ピーク時の 2011 年 6 月 7 日現在、福島県における津波避難も含めた県内・県外避難者は 16.3 万人に上った。

この事故により、国内の他の原発は全て停止させられ、計画停電が行なわれたり、第三者的性格の強い新しい原子力規制委員会が設置されることとなった。

2011 年 3 月 13 日から、緊急被ばくスクリーニングが福島県内で開始され、スクリーニングを受けた人数は 2012 年 12 月末で 26 万人を超えた。このうち、全身除染を実施する基準となる 100,000cpm を超えた住民は 102 人であった。

18 歳以下を対象にした甲状腺検査は、13.0 万人が 2012 年 11 月 30 日までに受診し、501 人は二次検査の必要ありとの判定を受けた。2012 年 11 月 5 日時点で 83 人が検査を終了し、診療が必要であると判定を受けた 60 人のうち、1 人は悪性腫瘍と診断された。

しかし、チェルノブイリ原子力発電所事故の「子供の甲状腺がん」への影響をみると、事故後 4 年後あたりから急激に増加する傾向が明らかになっており、今後の推移を注意深く見守っていく必要がある。

現在(2014 年)全世界で、「世界原子力協会」(ＷＮＡ,World Nuclear Association) によって把握されている原子力発電所の基数は、運転中のものが 435 基（日本は運転中として扱われている）あり、これに建設中 72 基、計画中 174 基、提案(検討)中 299 基が加わると、全部で 980 基と現在運転中のものの 2.25 倍に大幅に増加することになる。(表 3-12)

この中で上記全部を合わせた増加基数が多い国は、中国、インド、ロシア、米国、日本、ウクライナ、韓国、英国で、現在運転中のものに比べ各々206 基、63 基、59 基、27 基、15 基、13 基、11 基(韓国・英国同数)も増加することが考えられ、原子力発電所事故の発生可能性もこれまで以上に高くなると予想される。

表 3-11　東京電力福島第一原子力発電所事故の概要（2011 年・平成 23 年）

1	**事故のあらまし**
	①事故の直接的な原因は、2011年(平成23年)3 月11 日に発生した東北地方太平洋沖地震及び津波を端緒として、東京電力株式会社（以下「東電」という）の福島第一原子力発電所（以下「福島第一原発」という）は、国際原子力事象評価尺度（INES）8 で「レベル7」という極めて深刻な事故を引き起こした。 ②この東京電力福島原子力発電所事故は世界の歴史に残る大事故である。そして、この国会事故調報告が提出される2011年(平成23年)6 月においても、依然として事故は収束しておらず被害も継続している。 ③1号機は3月11日18時ごろから炉心損傷が始まり、全電源喪失後の4時間30分後の20時頃には炉心溶融（メルトダウン）が始まったとみられている。 ④1号機の原子炉圧力容器への破損が確認された。溶融した炉心の大部分は、1時間程度で格納容器底部に落下したとみられており（メルトスルー）、メルトスルーは世界初の事故であった。
2	**事故の原因**
	①事故の根源的な原因は、東北地方太平洋沖地震が発生した平成23（2011）年3 月11 日（以下「3.11」という）以前に求められる。国会事故調査委員会の調査によれば、3.11 時点において、福島第一原発は、地震にも津波にも耐えられる保証がない、脆弱な状態であったと推定される。 ②この地震動で、東電新福島変電所から福島第一原発にかけての送配電設備が損傷し、全ての送電が停止した。 ③その後、地震動を起因として発生した津波により、非常用ディーゼル発電機（D/G）や冷却用海水ポンプ、配電系統設備、1 号機、2 号機、4 号機の直流電源などが水没して機能不全となり、6 号機の空冷式非常用ディーゼル発電機1 台を除く全ての電力供給機能が失われた。
3	**原子炉のタイプ**
	①福島第一原発（何れも沸騰水型原子炉、略称BWR）の格納容器型式は、1号機から5号機まで初期の型式「マークⅠ」で、米国においては地震発生確率の高い西部(例えばカリフォルニア州等)には設置されていないと言われる。 ②米国や我が国のBWR「マークⅠ」に詳しい専門家や元設計者から、「マークⅠ」の地震等に対する問題点が指摘されている。 ③また、原発災害の背景の一つとして、第一原子力発電所のプラントが地震への対応が十分でなく、老朽化していたことが考えられる。
4	**その後の原子炉**
	①現在、全ての原子炉は停止し、廃炉作業が進められている。 ②原子炉用地への地下水・雨水等の流入により、海洋汚染が進行している。
5	**事故の影響**
	①事故の結果、ヨウ素換算でチェルノブイリ原発事故の約6分の1に相当するおよそ900PBq の放射性物質が放出され、福島県内の1800㎢もの広大な土地が、年間5mSv 以上の空間線量を発する可能性のある地域になった。 ②ピーク時の2011年6月7日現在、福島県における津波避難も含めた県内・県外避難者は16.3万人に上った。 ③国内の他の原発は全て停止させられ、計画停電が行なわれたり、第三者的性格の強い新しい原子力規制委員会が設置され、原子力設置基準を中心に規制が強化された。
6	**健康への影響**
	①2011年3月13日から、緊急被ばくスクリーニングが福島県内で開始され、スクリーニングを受けた人数は2012年12月末で26万人を超えた。このうち、全身除染を実施する基準となる100,000cpm を超えた住民は102人であった。 ②ホールボディーカウンタによる内部被ばく検査については、2011年6月27日から2012年12月31日までに106,096人が検査を受け、預託実効線量 が1mSv を超えた人は26人であった。 ③外部被ばく線量の推計が済んだ人で、放射線業務従事経験者を除いた354,736人の内、外部被ばくの実効線量の最高値は、相双地区の25mSvである。相双地区を除いた最高値は、11mSvである。 ④18歳以下を対象にした甲状腺検査については、130,368人が2012年11月30日までに受診し、501人は二次検査の必要ありとの判定を受け、2012年11月5日時点で83人が検査を終了し、診療が必要であると判定を受けた60人のうち、1人は悪性腫瘍と診断された。

資料：「国会事故調 報告書」 東京電力福島原子力発電所事故調査委員会、2012 年(平成 24 年)7 月 5 日
資料：「東日本大震災ファクトブック　2012 年版」 日医総研ワーキングペーパー NO.295、2013 年(平成 25 年)4 月
資料：「福島県原子力災害に対する損害賠償と復旧・復興のあり方に関する研究」日医総研ワーキングペーパー NO.257 2012 年(平成 24 年)4 月

表 3-12　原子力発電国における原子力発電所開発状況（2014 年・平成 26 年現在）

（単位:基,%）

地域	国名	運転中		建設中		計画中		提案(検討)中		合計	
アジア	中国(6)	20	〈4.6〉	29	〈40.3〉	59	〈33.9〉	118	〈39.5〉	226	〈23.1〉
	日本(3)	48	〈11.0〉	3	〈4.2〉	9	〈5.2〉	3	〈1.0〉	63	〈6.4〉
	韓国(5)	23	〈5.3〉	5	〈6.9〉	6	〈3.4〉	0	〈0.0〉	34	〈3.5〉
	台湾(15)	6	〈1.4〉	2	〈2.8〉	0	〈0.0〉	0	〈0.0〉	8	〈0.8〉
	インド(14)	21	〈4.8〉	6	〈8.3〉	22	〈12.6〉	35	〈11.7〉	84	〈8.6〉
	パキスタン(28)	3	〈0.7〉	2	〈2.8〉	0	〈0.0〉	2	〈0.7〉	7	〈0.7〉
中 東	イラン(27)	1	〈0.2〉	0	〈0.0〉	1	〈0.6〉	1	〈0.3〉	3	〈0.3〉
旧ソ連(CIS)	ロシア連邦(4)	33	〈7.6〉	10	〈13.9〉	31	〈17.8〉	18	〈6.0〉	92	〈9.4〉
	ウクライナ(8)	15	〈3.4〉	0	〈0.0〉	2	〈1.1〉	11	〈3.7〉	28	〈2.9〉
	アルメニア(31)	1	〈0.2〉	0	〈0.0〉	1	〈0.6〉	0	〈0.0〉	2	〈0.2〉
北 米	米国(1)	100	〈23.0〉	5	〈6.9〉	5	〈2.9〉	17	〈5.7〉	127	〈13.0〉
	カナダ(7)	19	〈4.4〉	0	〈0.0〉	2	〈1.1〉	3	〈1.0〉	24	〈2.4〉
中南米	メキシコ(25)	2	〈0.5〉	0	〈0.0〉	0	〈0.0〉	2	〈0.7〉	4	〈0.4〉
	ブラジル(20)	2	〈0.5〉	1	〈1.4〉	0	〈0.0〉	4	〈1.3〉	7	〈0.7〉
	アルゼンチン(24)	3	〈0.7〉	1	〈1.4〉	0	〈0.0〉	3	〈1.0〉	7	〈0.7〉
アフリカ	南アフリカ(22)	2	〈0.5〉	0	〈0.0〉	0	〈0.0〉	6	〈2.0〉	8	〈0.8〉
欧 州	スウェーデン(11)	10	〈2.3〉	0	〈0.0〉	0	〈0.0〉	0	〈0.0〉	10	〈1.0〉
	フィンランド(18)	4	〈0.9〉	1	〈1.4〉	0	〈0.0〉	2	〈0.7〉	7	〈0.7〉
	英国(10)	16	〈3.7〉	0	〈0.0〉	4	〈2.3〉	7	〈2.3〉	27	〈2.8〉
	フランス(2)	58	〈13.3〉	1	〈1.4〉	1	〈0.6〉	1	〈0.3〉	61	〈6.2〉
	ドイツ(9)	9	〈2.1〉	0	〈0.0〉	0	〈0.0〉	0	〈0.0〉	9	〈0.9〉
	スイス(17)	5	〈1.1〉	0	〈0.0〉	0	〈0.0〉	3	〈1.0〉	8	〈0.8〉
	ベルギー(13)	7	〈1.6〉	0	〈0.0〉	0	〈0.0〉	0	〈0.0〉	7	〈0.7〉
	オランダ(30)	1	〈0.2〉	0	〈0.0〉	0	〈0.0〉	1	〈0.3〉	2	〈0.2〉
	スペイン(12)	7	〈1.6〉	0	〈0.0〉	0	〈0.0〉	0	〈0.0〉	7	〈0.7〉
	チェコ共和国(16)	6	〈1.4〉	0	〈0.0〉	2	〈1.1〉	1	〈0.3〉	9	〈0.9〉
	ハンガリー(21)	4	〈0.9〉	0	〈0.0〉	2	〈1.1〉	0	〈0.0〉	6	〈0.6〉
	ブルガリア(19)	2	〈0.5〉	0	〈0.0〉	1	〈0.6〉	0	〈0.0〉	3	〈0.3〉
	スロバキア(23)	4	〈0.9〉	2	〈2.8〉	0	〈0.0〉	1	〈0.3〉	7	〈0.7〉
	ルーマニア(26)	2	〈0.5〉	0	〈0.0〉	2	〈1.1〉	1	〈0.3〉	5	〈0.5〉
	スロベニア(29)	1	〈0.2〉	0	〈0.0〉	0	〈0.0〉	1	〈0.3〉	2	〈0.2〉
合計	31カ国・地域	435	〈100.0〉	72	〈100.0〉	174	〈100.0〉	299	〈100.0〉	980	〈100.0〉

注：2014 年・平成 26 年 8 月 1 日現在。国・地域欄の（）内数字は運転中原発規模の世界順位を示す。
　　世界合計には新規導入国の分も含む。
資料：世界原子力協会（WNA,World Nuclear Association）
出典：「最近の世界の原子力開発動向」日本原子力産業協会,2014 年 12 月 12 日

⑧　ユニバーサル・カバレッジに関するＷＨＯ第６４回世界保健総会決議

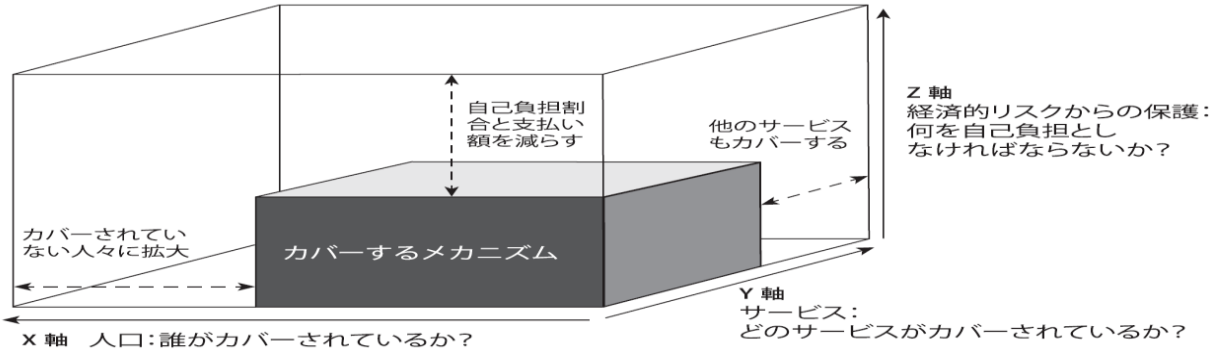
（2011 年・平成 23 年）＜28＞

ＷＨＯにおける「世界保健報告書 2010 年度版−保健医療システムの財政−：ユニバーサル・カバレッジへの道−」の報告を受け、ＷＨＯ第 64 回世界保健総会において、「持続可能な保健財政構造とユニバーサル・カバレッジ」の決議がなされた。

この「世界保健報告書　2010 年版」では、次のような内容が報告された。

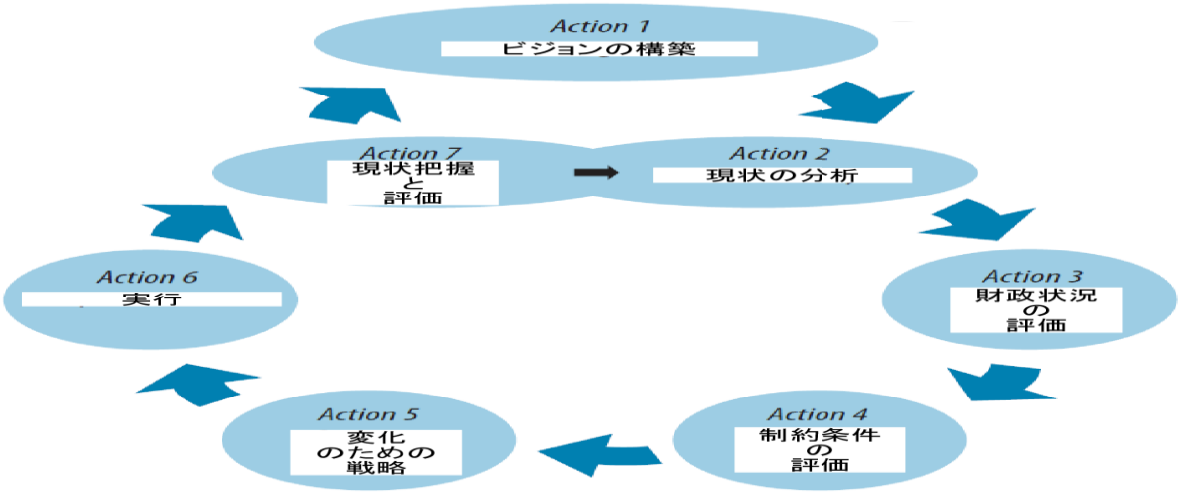
冒頭まず 2005 年に、ＷＨＯの加盟国が、すべての人々が医療サービスへのアクセスを確保されるとともに、その費用支払いの困難な財政状況に苦しまないような保健財政システム、すなわち「ユニバーサル・カバレッジ」（ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ）を発展させるべきことを承認したことを認識すべきであるとした。

そして「行動のためのアジェンダ」が提起されたが、ＵＨＣは次の 3 つの互いに関連する要素から構成されることを示した。すなわち、（ⅰ）必要に応じた広範な医療サービスを享受できること、（ⅱ）利用した医療サービスに対する医療費の直接支払いによる経済的負担から保護されること、（ⅲ）全人口がカバーされていることである。



資料：「包括的で持続的な発展のためのユニバーサル・ヘルス・カバレッジ：11 カ国研究の総括」THE WORLD BANK（出版：（公財）日本国際交流センター）

その上で、「行動のためのアジェンダ」として 7 つの保健財政決定プロセスを示した。



資料：「The World Health Report、HEALTH SYSTEMS FINANCING、The path to universal coverage」World Health Organization、2010

これを受け、2011 年のWHO第 64 回世界保健総会では、表 3-13 に示すような「加盟国に対する要請」が決議され、この決議と併せ事務総長に対し、次の国連総会までに、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジの重要性を議題として取り上げるよう国連事務総長に伝えることが求められた。(表 3-13)

「加盟国に対する要請」としては、まず「(1) 必要なケアを求めた結果として、個人が高額医療費を請求され窮乏することのないようにするため、・・・・・・ヘルスケアおよびサービスのための負担金の前払い方式、ならびに国民の間でリスクをプールする仕組みを導入するよう、保健財政システムを進化させる」ことによって、「(2) ・・・・・公平性と連帯性に基づいた、すべての国民が利用できるユニバーサル・カバレージと普遍的アクセスの実現を目指す」こと、すなわち「ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ」の実現が国際目標として示された。そして、前記MDGs達成のため「(5) ・・・・・サービスの質を守り国民のニーズを満たしつつ、ユニバーサル・カバレージへ向けた保健システムの移行を計画する」ことが要請された。

そして「ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ」と公平な利用を担保するため、「(3) ・・・・・必要に応じて、医療提供システム、特にプライマリ・ヘルスケアおよびサービス、ならびに十分な保健人材と保健情報システムへの投資とその強化を継続する」ことが要請された。

さらに、外部資金による弊害の排除と財政面の持続可能性に関し、「(4) 特定の保健介入のための外部資金によってその国の保健優先事項に向けられる注意がゆがめられることのないようにし、またそれらの外部資金が援助効果の原則により一層従い、予測可能な形で財政の持続可能性に寄与するよう努める」ことが要請された。

また、「ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ」の展開に際しては、「(6) ユニバーサル・カバレージへ向けた保健システムの移行を管理する際には、各国の個別の疫学的、マクロ経済的、社会文化的、政治的状況をかんがみて、それぞれの選択肢を作成しなければならないということを認識する」ことも指摘している。

表 3-13 ユニバーサル・カバレッジに関するＷＨＯ第６４回世界保健総会決議

＜加盟国に対する要請＞　　(2011 年・平成 23 年)

(1) 必要なケアを求めた結果として、個人が高額医療費を請求され窮乏することのないようにするため、保健サービス提供時点での多額の直接支払を避け、ヘルスケアおよびサービスのための負担金の前払い方式、ならびに国民の間でリスクをプールする仕組みを導入するよう、保健財政システムを進化させる。
(2) 公平で持続可能な財源管理の強化によって、十分な範囲のヘルスケアおよびサービス、負担される費用のレベル、包括的で良心的な価格の予防的サービスを提供できるよう、公平性と連帯性に基づいた、すべての国民が利用できるユニバーサル・カバレージと普遍的アクセスの実現を目指す。
(3) すべての国民がヘルスケアおよびサービスを公平に利用できるようにするために、必要に応じて、医療提供システム、特にプライマリ・ヘルスケアおよびサービス、ならびに十分な保健人材と保健情報システムへの投資とその強化を継続する。
(4) 特定の保健介入のための外部資金によってその国の保健優先事項に向けられる注意がゆがめられることのないようにし、またそれらの外部資金が援助効果の原則により一層従い、予測可能な形で財政の持続可能性に寄与するよう努める。
(5) 貧困を削減し、ミレニアム開発目標などの国際的に合意された開発目標を達成するため、サービスの質を守り国民のニーズを満たしつつ、ユニバーサル・カバレージへ向けた保健システムの移行を計画する。
(6) ユニバーサル・カバレージへ向けた保健システムの移行を管理する際には、各国の個別の疫学的、マクロ経済的、社会文化的、政治的状況をかんがみて、それぞれの選択肢を作成しなければならないということを認識する。
(7) 政府を含めた強力な全体的管理のもと、必要に応じて、公共・民間のサービス提供者や保健財政機関の間における協力の機会を利用する。
(8) 保健財政管理システムの効率性、透明性、説明責任を推進する。
(9) 全体的な資源配分において、健康増進、疾病予防、リハビリテーション、ヘルスケア提供の間で適切なバランスをとる。
(10) 国の取り組みを奨励し、意思決定者を支援し、改革プロセスを後押しするため、経験と学んだ重要な教訓を国際的なレベルで共有する。
(11) 標準的な会計フレームワークの適用による保健支出の流れの追跡など、ユニバーサル・ヘルス・カバレージシステムの設計に関する国レベルの根拠と効果的で根拠に基づいた政策決定を実現するために、制度面での能力を確立、強化する。

資料：「WHO(世界保健機関)第 64 回世界保健総会 決議 (日本語訳)」 WHO、2003 年 5 月
http://www.ncgm.go.jp/kyokuhp/library/pdf/who2012_01.pdf(独立行政法人 国立国際医療研究センター国際医療協力局)

⑨ 「ランセット」日本特集号「国民皆保険達成から 50 年」(2011 年・平成 23 年) <29>

2011 年 (平成 23 年) 9 月の「ランセット」誌に、日本特集号「国民皆保険達成から 50 年」が掲載された。

「ランセット」誌は、1823 年(文政 6 年、第 11 代将軍徳川家斉、シーボルト来日)に創刊された英国の医学雑誌で、最も権威ある医学雑誌の一つとされている。医療改革をもたらすような質の高い臨床実験の報告や、グローバルヘルス (国を超えた協力・連携が不可欠となっている地球規模の課題としての保健医療) に対しても深く関与しており、世界のあらゆる地域の研究・分析も幅広く掲載している。(「『ランセット』日本特集号「国民皆保険達成から 50 年」」(公財) 日本国際交流センター資料による)

表 3-14 (公財) 日本国際交流センター「ランセット日本特集号プロジェクト」

<国内実行委員>

[委員長] 武見 敬三	(財) 日本国際交流センターシニア・フェロー
池上 直己	慶應義塾大学医学部教授(医療政策・管理学教室)
尾形 裕也	九州大学医学系学府医療経営・管理学専攻教授
小林 廉毅	東京大学大学院医学系研究科公衆衛生学分野教授
渋谷 健司	東京大学大学院国際保健政策学教授 [幹事]
中村 安秀	大阪大学大学院人間科学研究科教授
橋本 英樹	東京大学大学院医学系研究科臨床疫学・経済学教授
山本 正	(財) 日本国際交流センター理事長
協力機関:	外務省
	厚生労働省
	文部科学省
	国際協力機構(JICA)

<国際諮問委員>

国際諮問委員	
ホセ・M・アキン	メディカル・シティ医療の質向上担当室長(フィリピン)
スーディア・アナンド	オクスフォード大学教授(英国)
アズル・アズワール	インドネシア大学医学部公衆衛生学教授
リンカーン・チェン	米国中華医学基金会理事長(米国)
江 東亮	国立台湾大学公共衛生学院院長
巴 徳年	浙江大学保健科学センター名誉所長(中国)
デービッド・エヴァンス	世界保健機関(WHO)保健システム・ファイナンシング担当ディレクター
ハーベイ・ファインバーグ	米国医学研究所(IOM)理事長
郭 研	北京大学公衆衛生大学院保健政策・管理教授(中国)
クリストファー・マレー	ワシントン大学保健指標・評価研究所所長(米国)
マイケル・ライシュ	ハーバード大学公衆衛生大学院国際保健政策武見太郎記念講座教授(米国)
アダム・ワグスタッフ	世界銀行開発調査部(人間開発・公共サービスチーム)兼東アジア・太平洋地域人間開発部保健担当リード・エコノミスト(米国)
スウィット・ウィブルポルプラサート	タイ公衆衛生省上級顧問
梁 奉玟	ソウル国立大学公衆衛生大学院院長兼経済学教授(韓国)
『ランセット』関係者	
リチャード・ホートン	編集長
ウィリアム・サマースキル	編集主幹

資料:「ランセット日本特集号プロジェクト」(公財) 日本国際交流センター

掲載に先立ち、2010 年(平成 22 年)(公財) 日本国際交流センターにおいて、表 3-14 のような国内実行委員及び国際諮問委員のもと、「ランセット日本特集号プロジェクト」が立ち上げられた。(「ランセット日本特集号プロジェクト」(公財) 日本国際交流センター資料による)(表 3-14)

「ランセット」誌での掲載の形態は、表 3-15 のような「論説/ランセット誌」と、国内外の学識経験者等による「8 本のコメント」「6 本の特集号」からなっている。(表 3-15)

掲載された内容を全体的に集約した「ランセット誌」の「論説」では、表 3-16 のような点が指摘されている。 (以下、「『ランセット』日本特集号「国民皆保険達成から 50 年」」(公財) 日本国際交流センター資料による)

表 3-15 『ランセット』日本特集号「国民皆保険達成から 50 年」(2011 年・平成 23 年)

① 論説/ランセット誌

● 個別テーマに沿った論文6本とコメント8本ではそれぞれ、日本の学者と世界の共同研究者が、戦後日本の保健医療分野における発展を詳細に記し、さらに、昨今積極性を増している日本のグローバルヘルス分野へ関与を扱っている。
● テーマ別の論文では、日本のこれまでの歩みを詳説し、こうした日本の経験が別の条件下でどのような教訓となりうるかを分析している。それぞれの論文はまるで緻密な細工を施した根付のようであり、機能的でありながらもいろいろと考えさせられる。

② コメント

1.健康社会を目指した日本の過去50年/マイケル・R・ライシュ, 池上直己, 渋谷健司, 武見敬三
2.日本の平均寿命はなぜこんなに高いのか/クリス・マレー
3.日本の国民健康・栄養調査の価値/佐々木敏
4.人間の安全保障と国民皆保険/スーディア・アナンド
5.日本の自殺/本橋豊
6.日本の保健医療専門家教育--今こそ変わるべき時/伴信太郎、マイケル・フェターズ
7.日本における保健医療政策策定のための科学と総意形成/森臨太郎, 武見敬三, ハーベイ・V・ファインバーグ
8.災害時循環器リスク予防ネットの開発/苅尾七臣, 西澤匡史, 星出聡, 新保昌久, 石橋幸滋, 國井修, 渋谷健司

③ 特集号

1.なぜ日本国民は健康なのか/池田奈由, 齋藤英子, 近藤尚己, 井上真奈美, 池田俊也, 佐藤敏彦, 和田耕治, アンドリュー・スティックリー, 片野田耕太, 溝上哲也, 野田光彦, 磯 博康, 藤野善久, 祖父江友孝, 津金昌一郎, モーセン・ナガヴィ, マジッド・エザティ, 渋谷健司

2.日本の皆保険制度の変遷, 成果と課題/池上直己, 兪炳匡, 橋本英樹, 松本正俊, 尾形裕也, 馬場園明, 渡邊亮, 渋谷健司, 梁奉玟, マイケル・R・ライシュ, 小林廉毅

3.わが国における医療費抑制と医療の質:トレードオフはあるのか/橋本英樹, 池上直己, 渋谷健司, 泉田信行, 野口晴子, 康永秀生, 宮田裕章, ホセ・M・アキン, マイケル・R・ライシュ

4.人口の高齢化と幸福:日本の公的介護保険政策からの教訓/田宮菜奈子, 野口晴子, 西晃弘, マイケル・R・ライシュ, 池上直己, 橋本英樹, 渋谷健司, 河内一郎, ジョン・クレイトン・キャンベル

5.グローバルヘルスにおける日本のコミットメント再強化:課題と機会/ライデン・ヤノ, 國井修, 森臨太郎, 武井貞治, 佐々木八十子, 中村安秀, 黒川清, 余海, リンカーン・チェン, 武見敬三, 渋谷健司

6.優れた健康水準を低コストで公平に実現する日本型保健制度の将来:国民皆保険を超えて/渋谷健司, 橋本英樹, 池上直己, 西晃弘, 谷本哲也, 宮田裕章, 武見敬三, マイケル・R・ ライシュ

資料:「『ランセット』日本特集号「国民皆保険達成から 50 年」」(公財) 日本国際交流センター

この「ランセット誌」の「論説」をみると、まず「ランセット」が日本特集号を刊行した理由として、「① 2011 年 4 月 1 日に日本は国民皆保険制度達成から 50 年を迎えた。この比較的短い期間で、日本は平均寿命など、いくつかの健康指標において世界一となった。こうした保健医療分野での日本の功績を称え、また検証するために」ということを取り上げている。（表 3-16）

そして、②で「国民皆保険」を取り上げ、「③ 日本では一般的に社会における公平性が協調されており、健康の社会的決定要因においては、日本はとてもうまくいっていた」と評価している。

さらに、費用対効果の面から、「⑧ 効果的な医療を、待機リストなどなしに国内総生産の 8.5%と比較的低費用で提供できるということも、もう一つの教訓である」と評価している。また、併せて東日本大震災における日本の保健システムにも言及し、「⑥ 日本の保健システムは、2011 年 3 月 11 日の東日本大震災によってその真価が試されたが、・・・・・・非常に困難な状況下で、医療器具が不足しながらも責務にあたった医療チームの忍耐強さは、これまでの 50 年間同様、保健医療システムの核を左右するのは保健医療人材の献身であるということを示した」として、日本の保健医療人材を高く評価している。

こうした一方、課題についても「⑤ 医療費の増大と高齢化によって、日本の医師も他国の医師たちと同様に、こうした圧力の下で国民皆保険制度を持続できるのか、不安を抱いている」と指摘している。

また、改善の余地として 「⑨・・・・・国内外の保健医療政策を見直し、慢性疾患の予防医療の改善と、発展途上国や近隣アジア諸国における保健医療において強いリーダーシップを発揮することである」としている。

表 3-16 「ランセット誌」の「論説」での主要な指摘

① 2011 年 4 月 1 日に日本は国民皆保険制度達成から 50 年を迎えた。この比較的短い期間で、日本は平均寿命など、いくつかの健康指標において世界一となった。こうした保健医療分野での日本の功績を称え、また検証するために、『ランセット』誌は本日、日本特集号「国民皆保健制度達成から 50 年」を刊行する。

② 日本のアプローチの核心は、憲法で追求している保健医療の普遍性という目的を国民皆保険制度という形で実現するということであった。

③ 日本では一般的に社会における公平性が協調されており、健康の社会的決定要因においては、日本はとてもうまくいっていた。

④ 現在、不況によって、日本の保健医療の財政的、社会的土台が圧迫されており、社会的格差も広がってしまっている。社会の不公平が増すということは、保健医療の社会的決定要因も悪化し、保健医療サービスへの需要も増える。

⑤ 医療費の増大と高齢化によって、日本の医師も他国の医師たちと同様に、こうした圧力の下で国民皆保険制度を持続できるのか、不安を抱いている。

⑥ 日本の保健システムは、2011 年 3 月 11 日の東日本大震災によってその真価が試されたが、・・・・・・・非常に困難な状況下で、医療器具が不足しながらも責務にあたった医療チームの忍耐強さは、これまでの 50 年間同様、保健医療システムの核を左右するのは保健医療人材の献身であるということを示した。

⑦ 日本の経験の中心的なメッセージは、日本の課題の多くが他国のさまざまな保健システムにも共通に見られるということである。だからこそわれわれが知っていることを明らかにし、それを共有する必要があるのだ。

⑧ 効果的な医療を、待機リストなどなしに国内総生産の 8.5%と比較的低費用で提供できるということも、もう一つの教訓である。

⑨ 改善の余地としては、国内外の保健医療政策を見直し、慢性疾患の予防医療の改善と、発展途上国や近隣アジア諸国における保健医療において強いリーダーシップを発揮することである。

資料：『ランセット』日本特集号「国民皆保険達成から 50 年」」（公財）日本国際交流センター

⑩ ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ(UHC)に関する日本・世界銀行共同研究プログラム（2012 年・平成 24 年）＜30＞

「日本・世界銀行共同研究プログラム」(2012 年・平成 24 年)は、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（ＵＨＣ）（注）を実現し、維持していくためのあらゆるアプローチについて、保健財政と保健人材（サービス提供）の両面から包括的に検討することを目的に、我が国と世界銀行が共同研究として開始した事業である。

注: UHC とは「すべての人が適切な予防、治療、リハビリなどの保健医療サービスを、必要な時に支払い可能な費用で受けられる状態」(WHO による定義)

日本を中心にしながらも、中・低所得国（低中所得国 9 カ国（バングラデシュ、ブラジル、エチオピア、ガーナ、インドネシア、ペルー、タイ、トルコ、ベトナム)、及びフランスにおける研究チーム・研究アドバイザーの関与のもと、事例研究が進められた。

研究成果は、

- **「包括的で持続的な発展のためのユニバーサル・ヘルス・カバレッジ―日本からの教訓」**
- **「包括的で持続的な発展のためのユニバーサル・ヘルス・カバレッジ：11 カ国研究の総括」**

としてまとめられた。

「包括的で持続的な発展のためのユニバーサル・ヘルス・カバレッジ―日本からの教訓」において評価している点として、第一に「国家的努力等」が「国民皆保険を実現」したことを指摘している。すなわち、表 3-17 の「(1) 日本の医療制度の政治的・歴史的背景」で、「日本の医療制度は漸進的に発展した。工業化に伴う新たなニーズの高まりと社会主義の台頭に対する懸念が社会保険制度の設立につながり（1927 年)、戦時緊急措置が制度の拡大をもたらし、西欧諸国に追いつこうという国家的な努力が政党間の競争と相まって国民皆保険に結びついた（1961 年)」としている。(表 3-17)

第二には、医療の現状からみた場合課題はあるが、「(5) 日本の診療報酬改定による医療費の抑制」として、「日本の医療費は高所得国にしては低く、健康指標も全般的に優れている」と評価していることである。その理由は、「2 年ごとに改定する診療報酬制度である。『全体』改定率を設定してから項目別の改定率を微調整し、請求要件を設定するという 2 段階のアプローチが、出来高払いにおいても費用を抑制する独自モデルを形成している」と評価している。

第三は、前記の医療費抑制の機能を果たしている「診療報酬」について、財務省・厚労省と日本医師会を代表とする診療側との交渉によって決められるプロセスが、評価されていることである。すなわち、「(6) 日本の診療報酬の政治経済学」において、診療報酬の決定において「最も重要なのは、支出を抑制しようとする財務省および厚労省と、診療報酬

の引き上げを求める日本医師会を筆頭とした与党の支援を受けた診療側との交渉である。・・・・・このような交渉プロセスは、他の国にも有効なモデルになる可能性がある」と、日本の交渉プロセスを国際的なモデルとして評価している。

第四は、看護労働力拡大の選択肢として「准看護師」をグローバルヘルスの視点から評価していることである。すなわち、「(8) 准看護師：日本の看護労働力拡大のひとつの選択肢」において、現状において議論はあるものの、「2 年間の専門教育を受け、都道府県知事試験に合格するだけで資格を取れる准看護師は、卒業しやすい一方、看護師にステップアップすることもでき、看護師資格を取る要件を満たしていない人材を活用するひとつの選択肢となりうる」としている。

そして第五は、保健所を通じた公衆衛生向上に対する評価である。「(10) 日本における保健所を通じた公衆衛生の向上への取り組み」として、「第二次世界大戦後、人々の健康状態を改善する上で、結核や脳卒中などの予防可能な病気の罹患率を下げることを目的とした効果的な公衆衛生政策が重要であった。そしてその際、保健所が中心的な役割を果たした。こうした政府による予防サービスは、医療保険制度の対象に含まれる医療サービスを補完し、ＵＨＣを達成する上で極めて重要であった」と、ＵＨＣ達成の視点から評価している。

こうした評価の一方、現状における課題として、経済成長の鈍化と高齢化という国の成熟化の中での将来を見据えたＵＨＣのあり方や、国民健康保健制度の財政的弱体化と保険者間の保険料率の格差の問題も指摘している。

表 3-17 「包括的で持続的な発展のためのﾕﾆﾊﾞｰｻﾙ・ﾍﾙｽ・ｶﾊﾞﾚｯｼﾞ―日本からの教訓―」の成果

(1)日本の医療制度の政治的・歴史的背景
日本の医療制度は漸進的に発展した。工業化に伴う新たなニーズの高まりと社会主義の台頭に対する懸念が社会保険制度の設立につながり(1927年)、戦時緊急措置が制度の拡大をもたらし、西欧諸国に追いつこうという国家的な努力が政党間の競争と相まって国民皆保険に結びついた(1961年)。その後、急速な経済成長を背景としながら革新政党の脅威によりさらなる拡大につながったが(1973年)、その後の景気停滞に伴いいくらかの縮小を招いた。
(2)日本のユニバーサル・ヘルス・カバレッジを維持するためのマクロ経済的な状況と課題
第二次世界大戦後の復興から1973年までの急速な経済成長によって、国民皆保険制度におけるサービス給付水準を全国民に拡大する財政余地が生まれた。しかし、これ以降、経済成長は鈍化し、高齢化が進み、膨大な財政赤字の一因となった。また、所得再分配のあり方は、世代内再分配から世代間移転へと変化している。このような傾向は、国が成熟するにつれて必然的であることから、将来を見据えたUHCの設計が必要である。
(3) 日本の社会保険制度間の財政不均衡
日本には3000を超える保険者が存在し、加入者の年齢と所得分布はそれぞれ異なる。財政不均衡は税財源による補助金と高齢者医療費を賄うための制度間移転で緩和されてきたが、地域保険である国民健康保険制度の財政基盤は浸食されつつあり、保険者間の保険料率(所得に対して保険料として徴収される金額の比率)の格差が広がっている。
(4)日本の介護保険制度:中所得国への教訓
日本は急速な高齢化社会に直面し、2000年に社会保険の4本目の柱として介護保険を導入した。保険料を新たに徴収することで追加歳入源が確保され、公的サービスが拡大している。中所得国が早い段階で体系的な介護保険を確立できれば、日本が直面している過度な施設重視主義と医療制度への負荷という2つの制約を軽くする可能性がある。
(5)日本の診療報酬改定による医療費の抑制
日本の医療費は高所得国にしては低く、健康指標も全般的に優れている。その主な理由のひとつは、2年ごとに改定する診療報酬制度である。「全体」改定率を設定してから項目別の改定率を微調整し、請求要件を設定するという2段階のアプローチが、出来高払いにおいても費用を抑制する独自モデルを形成している。
(6)日本の診療報酬の政治経済学
国の政策変更を反映しながら一定の交渉プロセスが徐々に構築された。最も重要なのは、支出を抑制しようとする財務省および厚労省と、診療報酬の引き上げを求める日本医師会を筆頭とした与党の支援を受けた診療側との交渉である。これは通常、ほぼ決まった段取りで進められるが、政治的リーダーシップが直接的な役割を担ったこともある。このような交渉プロセスは、他の国にも有効なモデルになる可能性がある。
(7)日本の医師の配置を規定する要因
日本の経験から、次の方策を取れば、医師をプライマリ・ケアと郡部に割り当てることで、より適切に医師を配置できると言える。すなわち、医師の養成に2つのレベルを設け、複数のキャリアパスを提供する。高度医療病院の開設を制限する。関連病院の医師の配置に対して大学病院の教授が権限を持つ。金銭的報酬と非金銭的報酬のバランスを取る。
(8)准看護師:日本の看護労働力拡大のひとつの選択肢
2年間の専門教育を受け、都道府県知事試験に合格するだけで資格を取れる准看護師は、卒業しやすい一方、看護師にステップアップすることもでき、看護師資格を取る要件を満たしていない人材を活用するひとつの選択肢となりうる。しかし、1978年以降、看護師の数が増えたことを受けてその比重は低下してきている。また、准看護師の役割については、看護師と重複しており、その役割や能力が明確に定義も規定もされておらず、どのような役割を担うことが適当か議論が続いている。
(9)日本における国立病院改革:成果と課題
略
(10)日本における保健所を通じた公衆衛生の向上への取り組み
第二次世界大戦後、人々の健康状態を改善する上で、結核や脳卒中などの予防可能な病気の罹患率を下げることを目的とした効果的な公衆衛生政策が重要であった。そしてその際、保健所が中心的な役割を果たした。こうした政府による予防サービスは、医療保険制度の対象に含まれる医療サービスを補完し、UHCを達成する上で極めて重要であった。

資料:「包括的で持続的な発展のためのﾕﾆﾊﾞｰｻﾙ・ﾍﾙｽ・ｶﾊﾞﾚｯｼﾞ―日本からの教訓」THE WORLD BANK(出版:(公財) 日本国際交流センター)

一方、「包括的で持続的な発展のためのユニバーサル・ヘルス・カバレッジ：11 カ国研究の総括」は、低中所得国 9 カ国、日本及びフランス各国の事例研究を行なったものである。（表 3-18）

その成果として、次のようなＵＨＣ達成のための「主要政策メッセージ」を示している。

まず第一に、前記日本の「国家的努力」と同様であるが、「ｉ）ＵＨＣを達成し維持するためには、国と地方における強力なリーダーシップと長期的なコミットメントが必要である」ことを指摘している。

そして第二に、具体的なＵＨＣ構築の進め方として、「ii）各国は、医療費を管理する一方で、医療へのアクセスを改善するため強固でレジリエンス（しなやかな強さ）のあるプライマリ・ケア制度に投資するべきである」こと、及び「iii）効果的で持続可能なＵＨＣを達成するには、公衆衛生プログラムに投資し、公衆衛生上のリスクを防ぎ、健康的な生活環境を整備することが不可欠である」ことを指摘している。この二点も、我が国の診療所が担ってきたプライマリ・ケアと、前記でも述べた保健所を中心とした公衆衛生環境整備の重要性を示している。

第三には、「経済成長」と「財源の確保」との関係性について、前者については「iv）経済成長はＵＨＣの推進に寄与するが、公平なカバーを保証するにはそれだけでは不十分である。各国は、資源を再分配し、手の届く料金で質の高い医療へのアクセスにおける格差を是正する政策を実施する必要がある」として、公平性を実現するＵＨＣの制度化にかかる政策実施の重要性を指摘している。また後者については、「ｖ）各国は、医療サービスの財源の確保（資金調達）と医療費支出の管理のバランスを取りながら、カバー範囲を広げていく必要がある」として、漸進的なＵＨＣのカバー範囲の拡大を指摘している。そしてこれに関連して、保健医療人材のスケールアップの必要性も指摘している。

このような「主要政策メッセージ」を明らかにした上、この総括は次のことを結論としている。

すなわち、一つは「世界中の全ての国が、国民の健康と福祉を向上させ、包括的かつ持続可能な開発を実現するために、ＵＨＣを目指す可能性がある。医療サービスのカバー範囲が非常に限定的な低所得国であってもＵＨＣを目指すのに時期尚早ということはない。低所得国でも、・・・・・医療サービスのカバー範囲の拡大を加速させることができる」としている。

いま一つは「ＵＨＣに関する優先事項、戦略、実施計画は、現地の状況に応じて国ごとに異なる。・・・・・国際社会はＵＨＣに向けた取り組みにおいて、低所得国と協働し支援することにコミットしている」とした上、「日本政府と世界銀行グループには、各国がこの目標を達成できるよう支援する用意がある」と結んでいる。

表 3-18 「包括的で持続的な発展のためのユニバーサル・ヘルス・カバレッジ
：11 カ国研究の総括」の成果

（概要の「主要政策メッセージ」と「結論」より抜粋）

● 主要政策メッセージ

ⅰ）UHCを達成し維持するためには、国と地方における強力なリーダーシップと長期的なコミットメントが必要である。UHCの目標を見失うことなく、さまざまな利益集団との間で政治的妥協点を探ることができ、幅広い層から社会的支持を動員し維持する能力を備えた、適応力と強靭さを伴ったリーダーシップが必要とされる。

ⅱ）各国は、医療費を管理する一方で、医療へのアクセスを改善するため強固でレジリエンス（しなやかな強さ）のあるプライマリ・ケア制度に投資するべきである。

ⅲ）効果的で持続可能なUHCを達成するには、公衆衛生プログラムに投資し、公衆衛生上のリスクを防ぎ、健康的な生活環境を整備することが不可欠である。

ⅳ）経済成長はUHCの推進に寄与するが、公平なカバーを保証するにはそれだけでは不十分である。各国は、資源を再分配し、手の届く料金で質の高い医療へのアクセスにおける格差を是正する政策を実施する必要がある。

ⅴ）各国は、医療サービスの財源の確保（資金調達）と医療費支出の管理のバランスを取りながら、カバー範囲を広げていく必要がある。

ⅵ）各国は、カバー範囲の拡大に伴って高まる医療サービスへの需要を満たすため、保健医療人材をスケールアップする必要がある。ここでいう「スケールアップ」とは、人材の数を増やすだけではない。労働市場の状態、保健医療人材のキャリア選択の指向性、そして労働環境も含めて考慮するべきである。

● 結論

世界中の全ての国が、国民の健康と福祉を向上させ、包括的かつ持続可能な開発を実現するために、UHCを目指す可能性がある。医療サービスのカバー範囲が非常に限定的な低所得国であってもUHCを目指すのに時期尚早ということはない。

低所得国でも、制度面での能力の構築に着手し、他国の経験から教訓を得て、世界中の革新的なアプローチを採用して、医療サービスのカバー範囲の拡大を加速させることができる。

UHCに関する優先事項、戦略、実施計画は、現地の状況に応じて国ごとに異なる。しかし、上記の主要政策メッセージは、全ての国が発展し、UHCに向けた独自のアプローチ（特にアカウンタビリティを果たした透明性の高い政策策定のアプローチ）を取るのに役立つ。国際社会はUHCに向けた取り組みにおいて、低所得国と協働し支援することにコミットしている。

日本政府と世界銀行グループには、各国がこの目標を達成できるよう支援する用意がある。

資料：「包括的で持続的な発展のためのユニバーサル・ヘルス・カバレッジ：11 カ国研究の総括」THE WORLD BANK
（出版：（公財）日本国際交流センター）

⑪ 国連持続可能な開発会議(リオ＋20)と持続可能な開発目標(ＳＤＧｓ)

(2012 年・平成 24 年) <31>

1992 年の「地球サミット」から 20 年目となる 2012 年 6 月に、ブラジルのリオデジャネイロで「国連持続可能な開発会議」(以後、「リオ＋20」ともいう)が開催された。

この会議開催の背景として、国連総会は「リオ＋20」に対し、持続可能な開発に向けた政治的決意を新たにし、持続可能な開発に関する重要なサミットの成果実施に向けた進捗状況と残る課題を検証するとともに、新たに生じつつある課題に取り組むよう求めた。総会は、持続可能な開発と貧困根絶の関連における「グリーン・エコノミー」と、「持続可能な開発に向けた制度的枠組み」の 2 つを会議のテーマとした。(以後、「リオ＋20 とその後：持続可能な未来に向かって」国際連合広報センター資料より引用) (表 3-19)

かってリオデジャネイロで開かれた 1992 年の「地球サミット」で、全世界の代表が持続可能な開発の青写真として「アジェンダ 21」「気候変動枠組み条約」「生物多様性条約」が採択されたが、その後の 20 年間で「アジェンダ 21」の履行は難しいことが判明した。貧困の削減には前進が見られ、極度の貧困の中で暮らす人々が世界人口に占める割合も、1992 年の 46%から 2005 年には 27%へと低下した。しかし、世界の重要な環境システムは、気温の上昇、干ばつや洪水の頻発、深刻化といった形で未曾有の変化を遂げる一方で、この変化のスピードや規模を緩和するための取り組みは、今のところ成果を上げていない。

このため、「リオ＋20」では、世界が持続可能性の問題に焦点を絞ってアイデアを検討し、解決策を作り上げる貴重な機会として、いくつかの成果が生まれた。

その成果として、まず持続可能な開発に関する国際協力の今後の方向性を定めた。また、政府、企業その他の市民社会パートナーは、700 件を超える具体的なアクションを約束した。これらは持続可能なエネルギーや輸送などの具体的なニーズに取り組み、実地に成果をあげられるものとなった。そして、さらにもう一つの成果として、市民社会の声を反映する提言がある。(表 3-19)

政治文書として、各国は「リオ＋20」で、持続可能な開発に向けた決意を新たにし、地球のために、そして現在と将来の世代のために、経済的、社会的、環境的に持続可能な未来の実現に向けて歩みを進めることを約束した。各国はまた、1992 年地球サミットとそれ以降の持続可能な開発に関する数多くの会議で定められた諸原則も再確認した。(表 3-19)

ＭＤＧｓとの関連では、これを補完する持続可能な開発（以後、ＳＤＧｓ（Sustainable Development Goals）ともいう）が取り上げられた。ＭＤＧｓが、貧困と人間開発の問題への取り組みを活性化させるうえで大きな成功を収めたとの認識に立ち、各国は「リオ＋20」で「アクション志向で簡潔、分かりやすく」、かつ、グローバルな性質を有し、すべての国々に普遍的に適用できる主要な持続可能な開発目標(ＳＤＧｓ)をいくつか設定する必要性について合意した。ＳＤＧｓの目標は、持続可能な開発にとって優先的な領域を中心に、今後 2 年間のうちに策定され、前進を測る尺度として用いられることになる。

また、国連事務総長が任命するパネルは、ＭＤＧｓの達成期限である 2015 年以降に関するオプションを検討するほか、政府間パネルを設置しＳＤＧｓを策定することになった。

表 3-19　国連持続可能な開発会議(リオ＋20)の政治文書の要旨（2012 年・平成 24 年）

① グリーン・エコノミー

●持続可能な開発と貧困根絶の関連で、グリーン・エコノミーを発展させる要素として何が含まれ、何が含まれないのかにつき、各国は初めて、詳しく検討した。
●成果文書には、グリーン・エコノミー政策をいかにして持続可能な開発を推進するツールとすることができるかに関する一節が含まれている。
●ここではすべての国が経済をグリーン化する方法を学びつつあり、経験や教訓の共有によって相互学習が進んでいることが指摘されている。

② グローバルなレベルでの持続可能性への取り組み

●各国はリオで、持続可能な開発に向けた国際的行動の支援体制を強化する以下の2つの措置に合意した。
●グローバルなレベルでの意思決定を促進する新たな機関の設置と、国連が環境問題を監視、評価し、これに取り組む能力の強化が、その具体的な内容。

③ 持続可能な開発目標(SDGs)

●ミレニアム開発目標(MDGs)が、貧困と人間開発の問題への取り組みを活性化させるうえで大きな成功を収めたとの認識に立ち、各国はリオ＋20で「アクション志向で簡潔、分かりやすく」、かつ、グローバルな性質を有し、すべての国々に普遍的に適用できる主要な持続可能な開発目標をいくつか設定する必要性について合意した。
●SDGsと呼ばれるこれら目標は、持続可能な開発にとって優先的な領域を中心に、今後2年間のうちに策定され、前進を測る尺度として用いられることになる。
●これら目標の策定プロセスは、現在のMDGsの達成度を審査し、今後の戦略を練るための取り組みに統合される。
●国連事務総長が任命するパネルは、MDGsの達成期限である2015年以降に関するオプションを検討するほか、総会も30人編成の政府間パネルを設置し、SDGsの策定にあたらせることになった。

④ リソース

●各国は、持続可能な開発目標の達成に向けた取り組みを含め、リオで合意された約束を実現するための持続可能な開発の財源戦略の策定に合意した。
●今後は総会を通じた政府間協議で資金ニーズを査定し、既存の資金調達手段と枠組みの実効性を検討し、追加的な取り組みの評価を行うことになる。
●これにあたっては、リソースの動員と持続可能な開発目標の達成に向けた効果的な活用を促進するための、実効的で持続可能な開発財源戦略の策定を視野に入れて行われる。
●一連のプロセスは、地理的な公平性を念頭に地域グループが指名する専門家30人で構成される政府間委員会に委ねられ、その作業は2014年までに完了する予定。

⑤ 持続可能な消費と生産

●各国がその消費・生産パターンの持続可能性を高めていくための指針として、持続可能な消費と生産に関する「10カ年計画枠組み」が採択された。
●2012年9月に始まる総会では、加盟国で構成される組織を設置したうえで、この枠組みを率先して実施に移すために必要な措置があれば、これを講じていくことになる。

⑥ テクノロジー

●リオ＋20成果文書は、環境上適正な技術に関する国際共同研究の強化を求めるとともに、関連の国連機関に対し、技術移転を促進するメカニズムに関するオプションを明らかにするよう要請している。

⑦ 持続可能な成長の測定

●国内総生産(GDP)をはじめとする現行の尺度は、持続可能な開発の社会的または環境的側面における前進を反映していないとの認識から、各国は、GDPを補完する、より幅広い前進の尺度が必要だという点で合意した。
●国連統計委員会は、既存の取り組みを土台に、この分野の作業計画を立ち上げるよう要請された。

⑧ 企業によるサステナビリティ報告

●リオ＋20は、上場企業や大企業をはじめとする企業に対して、その定期報告に持続可能性に関する情報を含めることを検討するよう促し、大きな一歩を踏み出した。

資料：「リオ＋20 とその後：持続可能な未来に向かって」国際連合広報センター

⑫　ランセット誌への安倍総理寄稿「我が国の国際保健外交戦略－なぜ今重要か－」

（2014 年・平成 26 年）＜34＞

2013 年 9 月、安倍総理大臣の国際保健外交戦略に関する寄稿、「我が国の国際保健外交戦略－なぜ今重要か－」が、G7 諸国の首脳級による寄稿としては初めて「ランセット誌」に掲載された。「ランセット誌」は、「⑨「ランセット」日本特集号「国民皆保険達成から 50 年」（2011 年・平成 23 年）」でみたように、1823 年（文政 6 年）に創刊された英国の医学雑誌で、最も権威ある医学雑誌の一つとされている。

寄稿の内容は大きく、次表に示した６つの分野からなり、我が国の高い評価を得ている国民皆保険をベースとしたＵＨＣの展開の重要性と、我が国の寄与を中心にした今後のポスト 2015 開発目標等、国際保健外交の重要性を訴えている。（表 3-20）

すなわち、まず「① 国際保健に関する問題意識」として、「国際保健は岐路に立っている」とし、「疾患別の縦割りの援助を続ければ、疾病負荷と資金配分との不均衡が大きくなる」ことから、「疾患別アプローチはわかりやすいが、包括的な対策の必要性は明らかである」としている。「そしてポスト 2015 の開発課題の議論が本格化するにあたり、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（ＵＨＣ）を目指すことが必要である」と指摘している。（以下、「我が国の国際保健外交戦略－なぜ今重要か－」外務省資料より引用）

これを受け、「② 三つの目的を目指すＵＨＣ」として、第一に、「特に女性などを含めた脆弱層を含む国民全体の健康改善。ミレニアム開発目標（ＭＤＧｓ）は国内格差の是正に主眼をおいておらず、富裕層と貧困層間における保健医療サービスへの格差を是正することが重要である」と指摘している。

そして第二に、「疾患中心のアプローチから人間中心のアプローチに転換し、すべての人々の保健ニーズに応える。ＵＨＣは個々人の幅広い保健需要を満たす事ができる。これら二点は相互に関連し、個人の保護と能力強化を通じて、人間の安全保障を実現するものである」としている。

第三には、「被援助国が自ら保健課題を検討し、限られた予算で多様化したニーズを満たす保健政策を実施する事である。ＵＨＣによって被援助国はオーナーシップを高め、効率的かつ効果的に政策及び予算の優先順位付けができるようになるであろう」としている。

「③ ポスト 2015 開発目標について」は、「ＵＨＣをポスト 2015 開発目標における保健の重要課題にすべく努力する」とし、「ＵＨＣを実現するため日本の開発援助を強化する」とともに、「未達成のＭＤＧｓへの取組みも放置することでもない」としている。

また国際保健外交を推進する理由として、「⑤ 日本の国民皆保険の評価とＵＨＣへの寄与について」、我が国の国民皆保険を取り上げ、「日本は国民皆保険によって医療格差を減らし、医療費抑制を実現した。日本での経験が示すように、ＵＨＣへの投資は社会へ大きなリターンをもたらす。ＵＨＣを推し進めることで、国の発展段階に応じた国内の所得再分配を促し、社会の安定にも大きく寄与することが出来るであろう」と指摘している。

そしてこれらを踏まえ、「⑥ 国際保健外交について」、「我が国は責任ある成熟国家として、自らの経験に基づき国際社会が抱える課題解決に貢献する用意がある。国際保健外交は、我々のビジョンと意志を実現するための重要な戦略である」としている。

表 3-20　ランセット誌への安倍総理寄稿「我が国の国際保健外交戦略－なぜ今重要か－」

(2013 年・平成 25 年)

① 国際保健に関する問題意識

●国際保健は岐路に立っている。これまでの約10 年間、保健分野の援助額は増加し、新しい官民のパートナーシップが設立され、効果的な支援を実現した。輝ける10 年間であった。日本は2000 年のG8 九州沖縄サミットで議論を主導して、世界エイズ・結核・マラリア対策基金に大きく貢献してきた。しかし、疾病構造は大きく変化し、非感染性疾患は世界的脅威になりつつある。今後もこれまでと同じ疾患別の縦割りの援助を続ければ、疾病負荷と資金配分との不均衡が大きくなるだろう。疾患別アプローチはわかりやすいが、包括的な対策の必要性は明らかである。
●この国際保健の現状を前に、そしてポスト2015 の開発課題の議論が本格化するにあたり、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ(UHC)を目指すことが必要である。

② 三つの目的を目指すUHC(ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ)

●第一に、特に女性などを含めた脆弱層を含む国民全体の健康改善。ミレニアム開発目標(MDGs)は国内格差の是正に主眼をおいておらず、富裕層と貧困層間における保健医療サービスへの格差を是正することが重要である。
●第二に、疾患中心のアプローチから人間中心のアプローチに転換し、すべての人々の保健ニーズに応える。UHC は個々人の幅広い保健需要を満たす事ができる。これら二点は相互に関連し、個人の保護と能力強化を通じて、人間の安全保障を実現するものである。
●被援助国が自ら保健課題を検討し、限られた予算で多様化したニーズを満たす保健政策を実施する事である。UHC によって被援助国はオーナーシップを高め、効率的かつ効果的に政策及び予算の優先順位付けができるようになるであろう。

③ ポスト2015開発目標について

●第一に、私はUHC をポスト2015 開発目標における保健の重要課題にすべく努力する。
●第二に、私は途上国と共にUHC を実現するため、日本の開発援助を強化する。UHC は保健分野の援助を減らすことにはならないし、未達成のMDGs への取組みを放置することでもない。

④ ASEANとUHCへの寄与について

●ASEAN は多様な課題が凝縮する国際保健分野の縮図であり、すべての人の健康のために保健医療関係者が共に取り組む機会を提示している。今後、UHC を効果的に推し進めるため、ASEAN との協力を深化させていきたい。

⑤ 日本の国民皆保険の評価とUHCへの寄与について

●日本は国民皆保険によって、医療格差を減らし、医療費抑制を実現した。日本での経験が示すように、UHC への投資は社会へ大きなリターンをもたらす。UHC を推し進めることで、国の発展段階に応じた国内の所得再分配を促し、社会の安定にも大きく寄与することが出来るであろう。

⑥ 国際保健外交について

●我が国は、責任ある成熟国家として、自らの経験に基づき国際社会が抱える課題解決に貢献する用意がある。国際保健外交はまさしく、我々のビジョンと意志を実現するための重要な戦略である。

資料：「我が国の国際保健外交戦略－なぜ今重要か－」外務省

⑬ 第 68 回国連総会の「ＭＤＧｓ特別イベント」及びサイドイベント「人々のニーズ:ポスト 2015 年開発目標に関する世界規模協議の報告書」の開催（2013 年・平成 25 年）＜37＞

2013 年(平成 25 年)9 月の 第 68 回国連総会の統一テーマは、「ポスト 2015 年開発アジェンダ:土台作り（setting the stage）！」で、ミレニアム開発目標（ＭＤＧｓ）及びポスト 2015 年開発アジェンダについて議論が行われた。そして、9 月 25 日に国連総会議長が「ＭＤＧｓ特別イベント」を開催し、首脳成果文書が採択された。

「ＭＤＧｓ特別イベント」の成果文書では、2015 年の期限に向けてＭＤＧｓの進捗を加速化することを確認するとともに、ポスト 2015 年開発アジェンダの政府間交渉を 2014 年（平成 26 年、第 69 回）国連総会で開始し、2015 年(平成 27 年)9 月に首脳級サミットを開催して採択することが決定された。（以上、「第 68 回国連総会におけるポスト 2015 年開発アジェンダに関する議論（全体像)」外務省資料より引用）

「ミレニアム開発目標（ＭＤＧｓ）特別イベント」において、安倍総理大臣は下記のようなステートメントを発表した。（表 3-21）

挨拶の導入として「現行ＭＤＧｓ及び人間の安全保障について」ふれ、現行ＭＤＧｓはこれまで多くの進展があったが、達成されていない目標はまだ多くあり、2015 年の期限に向け、我々は目標達成のための努力を加速する必要があるとした。そして、ポスト 2015 年開発目標では、国内格差の拡大への対応と、持続可能な開発に配慮しつつ、極度の貧困撲滅を実現し、万人が持続的繁栄を享受できる基盤を作るべきとした。さらに、ポスト 2015 年開発目標において、人間の安全保障を指導理念とすることが不可欠で、開発の果実はあくまで人間一人ひとりにもたらされなければならないとした。

特にポスト 2015 年開発目標との関係で、「ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（ＵＨＣ）の重要性について」ふれ、個別疾病中心から、人間個人を中心に捉える発想に立って、ＵＨＣを推進し、より高い健康、医療のニーズにこたえることを目指すべきで、ＵＨＣを実現する鍵が、女性など脆弱な人々への対策であるとも指摘した。

これらと併せて「防災の主流化」についても触れ、災害に負けない強靭な社会を作るために防災は重要で、東日本大震災等の大災害を経験してきた我が国は、その経験や教訓、防災技術、システムを世界と共有したいと考えていることを表明した。（以上、「ミレニアム開発目標（ＭＤＧｓ）特別イベントにおける安倍総理ステートメント」外務省資料より引用）（表 3-21）

一方、国連総会・国連開発グループ（ＵＮＤＧ）主催のサイドイベント(「人々のニーズ:ポスト 2015 年開発目標に関する世界規模協議の報告書」)において、岸田外務大臣が次のような三つの重要なポイントをステートメントとして表明した。

第一として、経済成長と雇用創出が不可欠で、経済成長の基盤となるインフラを整備し、人材を育成し、成長で生み出された富を更に経済、社会の開発に投資していくことで、極度の貧困の撲滅を目指すことが重要であるとした。

第二として、現行ＭＤＧｓでは必ずしも十分対応できていない、社会の歪みへの対処も必要で、国内格差の拡大への対応、地球環境の限界への考慮なくして、持続可能な開発は

ありえないことを指摘した。

そして第三として、ポスト 2015 年開発目標においては、人間の安全保障こそ指導理念とすべきで、人間の安全保障に直結する課題として、例えばユニバーサル・ヘルス・カバレッジ(UHC)を挙げ、個別疾病中心から、人間個人を中心に捉える発想に立って、UHCを推進し、より高い健康、医療のニーズにこたえることを目標とすべきとした。(以上、「国連総会・国連開発グループ（UNDG）主催サイドイベント「人々のニーズ:ポスト 2015 年開発目標に関する世界規模協議の報告書」岸田外務大臣ステートメント」外務省資料より引用)（表 3-21）

表 3-21　第 68 回国連総会の「ＭＤＧｓ特別イベント」及び国連開発グループ（ＵＮＤＧ）主催「サイドイベント『人々のニーズ：ポスト 2015 年開発目標に関する世界規模協議の報告書』」開催

（2013 年・平成 25 年）

①「ミレニアム開発目標（MDGs）特別イベント」における安倍総理大臣ステートメント		
	現行MDGs及び人間の安全保障について	●現行MDGsの達成に向けて国際社会が協力してきた結果、これまで多くの進展がありました。しかし、達成されていない目標はまだ多くあります。2015年の期限に向け、我々は目標達成のための努力を加速していかなければなりません。 ●MDGsの成功と教訓を踏まえ、ポスト2015年開発目標では、国内格差の拡大への対応と、持続可能な開発に配慮しつつ、極度の貧困撲滅を実現し、万人が持続的繁栄を享受できる基盤を作るべきです。 ●そのような基盤を作るためには、ポスト2015年開発目標において、人間の安全保障を指導理念とすることが不可欠です。開発の果実は、あくまで人間一人ひとりにもたらされなければなりません。
	ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）の重要性について	●ポスト2015年開発目標との関係で私が力を入れている二つのアジェンダを御紹介します。 ●一つは、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ、UHCです。個別疾病中心から、人間個人を中心に捉える発想に立って、UHCを推進し、より高い健康、医療のニーズにこたえることを目指すべきです。 ●そしてUHCを実現する鍵が、女性など脆弱な人々への対策です。私は、UHCの重要性を訴えるため、国際的医学雑誌のランセットに投稿し、また本日、保健と開発に関するサイドイベントを開催します。
	防災の主流化について	●もう一つは、防災の主流化です。災害は開発の成果を一瞬で破壊してしまいます。災害に負けない強靱な社会を作るためにも防災は重要です。 ●東日本大震災等の大災害を経験してきた我が国は、その経験や教訓を、また防災技術、システムを世界と共有したいと考えています。 ●2015年3月には仙台で第3回国連防災世界会議を開催しますので、皆様の協力をお願いします。
② サイドイベント「人々のニーズ:ポスト2015年開発目標に関する世界規模協議の報告書」岸田外務大臣ステートメント		
	総論	●現行MDGsの達成に向けて国際社会が協力してきた結果、これまで多くの進展がありました。しかし、達成されていない目標はまだ多くあります。2015年の期限に向け、我々は目標達成のための努力を加速化しなければなりません。 ●ポスト2015年開発目標のプロセスは、様々なステークホルダーを巻き込んだ包摂的なものであるべきです。そうした観点から、国連開発グループによる世界規模協議を高く評価します。ポスト2015年開発目標は、MDGsの成功と教訓を踏まえ、新たな発想と強い決意で策定する必要があります。日本としては特に以下の3点が重要と考えます。
	各論	●第一に、様々な開発目標を実現していくためには、経済成長と雇用創出が不可欠です。経済成長の基盤となるインフラを整備し、人材を育成し、成長で生み出された富を更に経済、社会の開発に投資していくことで、貧困の削減から更に踏み込んで、極度の貧困の撲滅を目指すことが可能になります。 ●第二に、現行MDGsでは必ずしも十分対応できていない、社会の歪みへの対処も必要です。国内格差の拡大への対応、地球環境の限界への考慮なくして、持続可能な開発はありえません。また、女性、子ども、若者、障害者、紛争地域で苦しむ人々など、社会の脆弱層に配慮し、「誰ひとりとして取り残さない」という覚悟で目標を立てる必要があります。 ●このような社会の脆弱層への配慮を含め、人間を中心にしたアプローチが重要です。また、開発の果実は、あくまで人間一人ひとりにもたらされなければなりません。個人の保護及び能力強化を通じた社会づくり、国づくりなくして、持続可能な開発はありえません。ポスト2015年開発目標においては、人間の安全保障こそ指導理念とすべきであると訴えたいと思います。 ●人間の安全保障に直結する課題として、例えばユニバーサル・ヘルス・カバレッジ、UHCが挙げられます。個別疾病中心から、人間個人を中心に捉える発想に立って、UHCを推進し、より高い健康、医療のニーズにこたえることを目標とすべきです。そしてUHCを実現する鍵は、女性や障害者など、脆弱な人々への対策です。 ●最後に、災害に負けない強靱な社会を作ることも人間中心に考える必要があります。被災者を支援、保護するとともに、人々が被災から立ち上がり、自立していくことは、人間の安全保障の理念そのものです。2年前、未曾有の大震災を経験した被災地の仙台で、2015年3月に第3回国連防災世界会議を開催します。皆様の御協力をお願いします。

資料：「第 68 回国連総会におけるポスト 2015 年開発アジェンダに関する議論（全体像）」外務省

資料：「ミレニアム開発目標（MDGs）特別イベントにおける安倍総理ステートメント 」外務省

資料：「国連総会・国連開発グループ（UNDG）主催サイドイベント「人々のニーズ：ポスト 2015 年開発目標に関する世界規模協議の報告書」岸田外務大臣ステートメント 」外務省

⑭　保健政策閣僚級会合－ユニバーサル・ヘルス・カバレッジに向けて－

（日本政府・世界銀行共催、2013 年・平成 25 年）＜39＞

2013 年(平成 25 年)12 月、我が国は世界銀行と共催で、「日本政府と世界銀行による保健共同研究」を総括し、各国のユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（ＵＨＣ）の課題と経験を共有するために、「保健政策閣僚級会合－ユニバーサル・ヘルス・カバレッジに向けて－」を開催した。（以下、「保健政策閣僚級会合」を開催しました」財務省資料より）

「日本政府と世界銀行による保健共同研究」は、日本が 1961 年にＵＨＣを達成し 50 周年を迎えたことを機に、日本のＵＨＣに関する経験・知見を共有し、各国のＵＨＣに向けた政策への適用可能性を検討することを目的として実施されたものである。

世界銀行は、貧困のない世界を目指して、開発途上国の経済・社会の発展、生活水準の向上、持続的成長を支援するため、資金協力、知的支援などを提供する国際開発金融機関である。長年にわたり国連と協力し、国際社会がミレニアム開発目標（ＭＤＧｓ）を採択して以降、さらに緊密な取り組みを行っている。（世界銀行資料より）

この「保健政策閣僚級会合」の冒頭で、ジム・ヨン・キム世界銀行総裁は、「日本は、ユニバーサル･ヘルス･カバレッジについて世界の模範となってきた」として、次のように述べた。

＜「保健政策閣僚級会合」の冒頭で、ジム・ヨン・キム世界銀行総裁の基調講演＞

ユニバーサル･ヘルス･カバレッジに関する会議を開催する場として、日本ほどふさわしい国はありません。なぜなら日本は、ユニバーサル･ヘルス･カバレッジについて世界の模範となってきたからです。

日本は今から 52 年前の 1961 年に国民皆保険を達成しました。これは国際社会が「すべての人々に健康を」と「社会的正義の精神に則った開発」を掲げたアルマ・アタ宣言を採択する 17 年前のことです。国民皆保険制度として実を結んだ岸内閣と池田内閣の改革は、社会の連帯を強め、日本に高度経済成長をもたらし、繁栄の共有を促進しました。

日本は他国に先駆けて自国民のためにユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（国民皆保険）を達成しただけでなく、世界の貧しい人々に隔たりなく保健医療サービスを提供するという点においても、世界をリードしてきました。G8 サミットでのリーダーシップや様々な国際舞台での役割を通じて、日本は、国際保健・開発援助に多大に貢献し、数え切れないほどの人命を救い、何百万人もの人々の健康と福祉を促進してきました。

現在、途上国では、ユニバーサル･ヘルス･カバレッジ実現に不可欠な包括的な医療改革を進める動きが拡大しています。これを受けて、現在策定されつつある

ポスト 2015 年国際開発アジェンダ（ポストＭＤＧｓ）の中に、ユニバーサル･ヘルス･カバレッジ達成に向けた目標を盛り込む必要があります。

ユニバーサル･ヘルス･カバレッジの追求は、より良い健康状態の追求だけではなく、公平性の向上の追求でもあります。

世界銀行グループは、ユニバーサル･ヘルス･カバレッジを実現し、誰もが平等に医療サービスを受けられるようにすることは、2030 年までに極度の貧困を撲滅し、繁栄の共有を促進するという世界的な目標を達成する上で重要な意味を持つと考えています。

資料：「ジム・ヨン・キム世界銀行グループ総裁による基調講演　ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）に関する日本・世界銀行共同研究プログラム：保健政策閣僚級会合：ユニバーサル・ヘルス・カバレッジに向けて」世界銀行グループ（2013 年（平成 25 年）12 月 6 日）

そして、我が国の麻生財務大臣も、「ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（ＵＨＣ）の意義」「日本の経験の共有」「世界銀行との保健共同研究」等について言及した。（以下、「保健政策閣僚級東京会合について」財務省国際局開発政策課長　神田 眞人資料より引用）（表 3-22）

麻生財務大臣は「ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（ＵＨＣ）の意義」について、「保健は、人々の尊厳を守ると同時に、経済・社会発展の人的基盤を築き、経済インフラの整備と一体となって貧困の削減と経済成長を実現するための大前提となるものである。現在、各国の保健をめぐる環境は、・・・・・疾病構造の変化もあって大きく変貌しており、多様な保健ニーズに対応していくため、保健システム全体の底上げに向けたＵＨＣの重要性が高まっている」と指摘した。

そして、「日本の経験の共有」として、「1958 年に『国民健康保険法』が制定され、1961 年には全国の市町村で「誰でも」「どこでも」「いつでも」保健医療を受けられる、ＵＨＣを達成した」ことを指摘した。なおその一方で、「国民皆保険制度の持続可能性を高めるための改革として、世代間の公平だけでなく世代内の公平も重要との観点から、高齢者の医療費自己負担の見直しや、従来の「年齢別」から「負担能力別」に負担の在り方を切り替えて行くことが検討されている」とも述べた。

その上で、最後の結びとして、「国民皆保険の達成後も、国民が質の高い医療を受けられるようにするために、医療保険制度の持続可能性の維持と公平性の確保に向け、継続的な見直しを行っていくことが重要です。日本は、自ら歩んできた経験を積極的に共有し、国際社会が共通に抱える課題に貢献していきたい」と述べた。

なお、「世界銀行との保健共同研究」については、「研究の集大成であるこの会議が、世界のＵＨＣ改革の起爆剤となることを期待している」とも述べた。

表 3-22　麻生副総理兼財務大臣の保健政策閣僚級会合における講演
－ユニバーサル・ヘルス・カバレッジに向けて－
（日本政府・世界銀行共催、2013 年・平成 25 年）

○ 麻生副総理兼財務大臣講演

ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）の意義	●保健は、人々の尊厳を守ると同時に、経済・社会発展の人的基盤を築き、経済インフラの整備と一体となって貧困の削減と経済成長を実現するための大前提となるものです。現在、各国の保健をめぐる環境は、人口の高齢化に加え、結核等の感染症から、高血圧、糖尿病、がんなどの非感染症疾患にシフトするといった疾病構造の変化もあって大きく変貌しており、多様な保健ニーズに対応していくため、保健システム全体の底上げに向けたユニバーサル・ヘルス・カバレッジの重要性が高まっています。
日本の経験の共有	●日本は、過去約半世紀の間に、国民の健康水準を大幅に改善し、世界一の健康長寿社会を実現しました。1950年には、平均寿命は、男性60歳、女性63歳でありましたが、2012年には男性76歳、女性89歳へと大幅に延伸しました。 ●第二次大戦後、国民所得は低い水準にありましたが、経済成長に先んじ公衆衛生への投資を積極的に進めました。 そして、1958年に「国民健康保険法」が制定され、1961年には全国の市町村で「誰でも」「どこでも」「いつでも」保健医療を受けられる、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジを達成しました。 以降、低所得者の加入する保険者に対する一般財源からの補てんや保険者間の財政調整など、異なる社会グループ間の格差を減らしたほか、全国共通の診療報酬体系導入すること等により、公平性の改善と費用の抑制を図ってきたわけであります。 こうして、日本の保健医療制度は、高度経済成長の担い手である健康な中間層の拡大に大きく寄与しました。 ●一方で、成熟化した現代の日本では、急速な高齢化や医療技術の進歩等により、医療費は年々増大しており、制度の財政的な持続性の向上に向け、医療の適正化・効率化は避けて通れない課題となっています。 国民皆保険制度の持続可能性を高めるための改革として、世代間の公平だけでなく世代内の公平も重要との観点から、高齢者の医療費自己負担の見直しや、従来の「年齢別」から「負担能力別」に負担の在り方を切り替えて行くことが検討されています。 ●日本の第二次大戦後の経験は、どのような経済・社会発展段階にある国でも国民の健康改善に着手することが可能であり、また、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジに対する投資が社会へ大きなリターンをもたらすことを示しています。
世銀との保健共同研究	●「日本政府と世界銀行との保健共同研究」は、世界のユニバーサル・ヘルス・カバレッジ改革を主導し、ナレッジバンク(knowledgebank)として卓越したノウハウを有する世界銀行と連携し、日本のユニバーサル・ヘルス・カバレッジに係る経験・知見を、開発途上国の保健政策に活かして頂くことを目指し、2年間の共同研究を実施しているものです。 研究の集大成であるこの会議が、世界のユニバーサル・ヘルス・カバレッジ改革の起爆剤となることを期待しております。
結び	●たとえ経済・社会発展が遅れている国であっても、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジの改革を開始するのが早すぎるということはありません。 そして、国民皆保険の達成後も、国民が質の高い医療を受けられるようにするために、医療保険制度の持続可能性の維持と公平性の確保に向け、継続的な見直しを行っていくことが重要です。 日本は、自ら歩んできた経験を積極的に共有し、国際社会が共通に抱える課題に貢献していきたい。

資料：「保健政策閣僚級東京会合について（Global Conference on Universal Health Coverage）」
財務省国際局開発政策課長　神田 眞人

参考資料:「世界銀行」と「国際通貨基金（ＩＭＦ）」について

＜世界銀行の沿革＞

1944 年 7 月のブレトン・ウッズ会議（連合国国際通貨金融会議）により、世界銀行は第二次世界大戦後の先進国の復興と発展途上国の開発を目的として、国際通貨基金(IMF、International Monetary Fund）と相互に補完しあうよう設立された。世界銀行は、設立当初の単一の機関から 5 つの開発機関が緊密に結びついたグループへと拡大を遂げました。世銀の使命も、国際復興開発銀行(IBRD）による戦後の復興・開発促進から、姉妹機関である国際開発協会（IDA）ならびに国際金融公社（IFC)、多数国間投資保証機関（MIGA）、および投資紛争解決国際センター（ICSID）と連携し、世界の貧困削減という今日の任務へと移り変わりました。

＜世界銀行の加盟国＞

世界銀行グループを構成する機関は加盟国政府に属し、加盟国は政策、資金、加盟といった各機関のすべての事項について最終的な意思決定権を持っています。世界銀行への加盟にあたっては、IBRD 協定に基づき、まず国際通貨基金(IMF）に加盟する必要があります。IDA、IFC、および MIGA への加盟には、あらかじめ IBRD に加盟することが条件となっています。現在、全世界で 188 ヶ国が加盟しています。

＜世界銀行と国際連合との関係＞

世界銀行は、ほぼすべての地域やセクターにおいて国連と協力してきました。国際社会がミレニアム開発目標（MDGs）を採択して以降、さらに緊密な取り組みを行っています。2000 年に採択されたミレニアム開発目標（MDGs）を通じて、貧困、飢餓、疾病、非識字人口を低減するための 7 つの個別目標に取り組んでいます。

＜国際通貨基金（IMF）とは＞

国際通貨基金は、ブレトン・ウッズ会議で調印された「国際通貨基金協定（IMF 協定)」により、1947 年（昭和 22 年）3 月に業務を開始した国際機関です。2012 年（平成 24 年）4 月末現在の加盟国は 188 か国です。IMF の主な目的は、加盟国の為替政策の監視（サーベイランス）や、国際収支が著しく悪化した加盟国に対して融資を実施することなどです。

＜世界銀行と国際通貨基金（IMF）の関係＞

毎年秋、世界銀行グループと国際通貨基金（IMF）の総務会が年次総会を開催し、貧困削減、国際経済開発、金融に関する幅広い課題について議論を行います。年次総会は、国際協力のためのフォーラムとして、世界銀行と国際通貨基金が加盟国のための活動をいっそう展開できるよう支援する役割を果たします。年次総会は、3 年間のうち 2 年間はワシントン DC で開催され、両機関の国際的な特徴を反映し、3 年目に加盟国で開催されます。

資料：「日本銀行」及び「世界銀行東京事務所」ホームページ

⑮ 西アフリカにおけるエボラ発生に関するWHO事務局長の「国際的に懸念される公衆衛生上の緊急事態宣言」（2014年・平成26年）＜41＞

エボラ出血熱はエボラウイルスによる急性熱性疾患であり、ラッサ熱、マールブルグ病、クリミア・コンゴ出血熱とともに、ウイルス性出血熱（Viral Hemorrhagic Fever：ＶＨＦ）の一疾患である。本疾患が必ずしも出血症状を伴うわけではないことなどから、近年ではエボラウイルス病（Ebola virus disease：ＥＤＶ）と呼称されることが多い。（以後、ＥＤＶともいう）（以下、「エボラ出血熱とは」国立感染症研究所資料より引用）

ＥＤＶで重要な特徴は、血液や体液との接触によりヒトからヒトへ感染が拡大し、多数の死者を出す流行を起こすことである。西アフリカ諸国で起こっているＥＤＶの流行は、2014年3月にギニアでの集団発生から始まり、住民の国境を越える移動により隣国のリベリア、シエラレオネへと流行地が拡大している。ＥＤＶ患者の発生が持続しており、これまで知られている流行のうち最も大きな流行となっている。

今回のＥＤＶの流行が初めて公表された、世界保健機関（ＷＨＯ）の報告は2014年3月23日付けで、アフリカ地域事務局（ＡＦＲＯ）の情報によると、ギニアの保健省は、ギニアの南東部の森林地域でエボラ出血熱の集団発生が急速に広がっているとＷＨＯに報告した。3月22日時点で、49人の患者が報告され、そのうち29人が死亡したとのことである。（厚生労働省検疫所資料より引用）

その後の感染の急速な広がりを受け、西アフリカにおける2014年エボラウイルス病の発生に関して、国際保健規則に基づき事務局長が招集する緊急委員会の初会合が、テレビ会議の形で2014年8月6日、7日に開催された。ここで、提供された情報に関して議論、熟考後、委員会は助言を行い、現状は「国際的に懸念される公衆衛生上の緊急事態」であるという見方で全会一致した。（以後、「西アフリカにおける2014エボラ発生に関する国際保健規則緊急委員会会合についてのWHO声明（概要）」厚生労働省検疫所資料より引用）（表3-23）

そして、こうした助言、影響国からの報告や現在利用可能な情報をもとに、ＷＨＯ事務局長は委員会の評価を受け入れ、2014年8月8日に西アフリカにおけるエボラ発生は「国際的に懸念される公衆衛生上の緊急事態」であると宣言した。事務局長は委員会の助言を是認し、エボラの国際的拡大を減少させるための国際保健規則に基づく臨時勧告を2014年8月8日付で発出した。

2015年2月24日に更新された、ＷＨＯによるエボラ出血熱の発生状況は、流行国3カ国（ギニア、リベリア、シエラレオネ）合計で、累積患者数は23,539名、累積死亡者数は9,541名で、その死亡率は40.5％である。（「2015年02月24日更新 エボラ出血熱の発生状況（第7週）：補足」厚生労働省検疫所資料より引用）（表3-24）

表 3-23　西アフリカにおけるエボラ発生に関する WHO 事務局長の
「国際的に懸念される公衆衛生上の緊急事態宣言」（2014 年・平成 26 年）

① 国際保健規則緊急委員会会合
●西アフリカにおける2014年エボラウイルス病の発生に関して、国際保健規則に基づき事務局長が招集する緊急委員会の初会合が、テレビ会議の形で8月6日、7日に開催された。
●情報セッションでは、WHO事務局から西アフリカにおけるエボラ発生の最新状況と評価が提供されました。ギニア、リベリア、シエラレオネ、ナイジェリアは、迅速な制御戦略を実施するための手段、発生への対応における現実的ギャップや問題を含む各国における最近の進展について発表した。
●提供された情報に関して議論、熟考後、委員会は助言を行い、現状は「国際的に懸念される公衆衛生上の緊急事態」であるという見方で全会一致。
●委員会は、エボラ出血熱が伝播している国々、疑い患者や確定患者がいる国々や伝播国と国境を接した国々、また世界各国の各々に向けて、事務局長がエボラ発生についての考えを述べるための助言を、国際保健規則に従って事務局長に対して行なった。
●また委員会は、こうした勧告の効果的な実施や監視に向けて、WHO、その他の国家、国際パートナーによる継続的な支援の重要性を強調した。
② WHO事務局長
●こうした助言、影響国からの報告や現在利用可能な情報をもとに、WHO事務局長は委員会の評価を受け入れ、2014年8月8日に西アフリカにおけるエボラ発生は「国際的に懸念される公衆衛生上の緊急事態」であると宣言した。事務局長は委員会の助言を是認し、エボラの国際的拡大を減少させるための国際保健規則に基づく臨時勧告を2014年8月8日付で発出した。

資料：「西アフリカにおける2014エボラ発生に関する国際保健規則緊急委員会会合についてのWHO声明（概要）」厚生労働省検疫所(2014年8月8日)

表 3-24　エボラ出血熱の発生状況(2015 年 02 月 24 日更新)

国名	日付	症例定義	累積患者数	累積死亡者数
ギニア	2015年2月21日	確定患者数	2,758	1,699
		可能性の高い患者数	387	387
		疑いのある患者数	10	－
		国別総数	3,155	2,086
リベリア	2015年2月21日	確定患者数	3,153	－
		可能性の高い患者数	1,888	－
		疑いのある患者数	4,188	－
		国別総数	9,229	4,032
シエラレオネ	2015年2月17日	確定患者数	8,223	3,057
		可能性の高い患者数	287	208
		疑いのある患者数	2,645	158
		国別総数	11,155	3,423
流行国3カ国		総数	23,539	9,541

資料：「2015年02月24日更新　エボラ出血熱の発生状況　（第7週）：補足2」厚生労働省検疫所(2015年02月24日更新)

⑯ 気候変動に関する政府間パネル（IPCC）第５次評価(統合)報告書

（2014 年・平成 26 年）＜42＞

2013 年(平成 25 年)9 月から 2014 年(平成 26 年)11 月にかけて、国連環境計画（ＵＮＥＰ）・世界気象機関（WMO）により 1988 年(昭和 63 年)に設置された政府間機関である「気候変動に関する政府間パネル」（以後、「ＩＰＣＣ」（ Intergovernmental Panel on Climate Change、）ともいう)は、「第５次評価報告書」として「第１作業部会」（科学的根拠)、「第２作業部会」（影響・適応・脆弱性)、「第３作業部会」（緩和策）の報告書を公表した。そして、ＩＰＣＣ第 40 回総会（2014 年(平成 26 年)10 月 27 日～31 日、デンマーク・コペンハーゲン）において、第５次評価統合報告書が採択された。(表 3-25)

第１作業部会(科学的根拠)の報告書(2013 年(平成 25 年)9 月)では、気候システム及び気候変動について評価し、「1) 人間による影響が温暖化の支配的な原因である可能性が極めて高いこと」及び「2) 温室効果ガス（ＧＨＧ）の排出がこのまま続く場合、現在から 21 世紀末までに最大 4.8℃の気温上昇、最大 0.82m の海面上昇が予測されている」ことの、二点が主要ポイントとして報告された。

また、第２作業部会の(影響・適応・脆弱性)の報告書(2014 年(平成 26 年)3 月)では、生態系、社会・経済等の各分野における影響及び適応策について評価し、「1) ここ数十年、すでに世界中の生態系と人間社会に気候変動の影響が現れている」及び、「2) 気候変動による８つの主要なリスク（海面上昇、高潮などによるリスク、暑熱によるリスク等）がある」との、二点が主要ポイントとして報告された。(図 3-2)

第２作業部会で検討された「健康のリスク」は、「産業革命以前と比較して 4℃の温度上昇の健康への影響は、2℃の時の二倍以上となる」としている。そして特に、全世界的にみた場合の「『極端な暑さによる死亡率の増加』、『幼年期の栄養と成長等への影響』、食品・水を媒介とした『感染症』等」の問題や、「労働衛生」「メンタルヘルス」の問題発生を指摘している。(図 3-3)

そして、第３作業部会（緩和策）の報告書(2014 年(平成 26 年)4 月)では、気候変動に対する対策について評価し、まず「人為起源の温室効果ガス排出量は 1970 年(昭和 45 年)から 2010 年(平成 22 年)の間にかけて増え続け、この 40 年間に排出された人為起源の CO_2 累積排出量は、1750 年(寛延３年第９代将軍徳川家重の時代)から 2010 年(平成 22 年)までの累積排出量の約半分を占めていると指摘」している。

その上で、気温上昇を産業革命前に比べ 2℃未満に抑えられる可能性が高い 2100 年(平成 112 年)までの「シナリオ」は、「2010 年(平成 22 年)の世界の温室効果ガス排出量と比べて、2050 年(平成 62 年)の世界の温室効果ガス排出量を 40～70%削減(年率 1.27～2.97%減)し、さらに、2100 年(平成 112 年)には世界の温室効果ガスの排出量がほぼゼロ又はそれ以下に削減する」ことが必要であることを指摘している。

表 3-25　気候変動に関する政府間パネル（IPCC）第 5 次評価(統合)報告書の概要

(2014 年・平成 26 年)

(第 1 作業部会)

＜第 1 作業部会(科学的根拠)の報告書概要＞

1) 人間による影響が温暖化の支配的な原因である可能性が極めて高い。
2) 温室効果ガス（GHG）の排出がこのまま続く場合、現在から 21 世紀末までに最大 4.8℃の気温上昇、最大 0.82m の海面上昇が予測されている。

(第 2 作業部会)

＜第 2 作業部会(影響・適応・脆弱性)の報告書概要＞

1) ここ数十年、すでに世界中の生態系と人間社会に気候変動の影響が現れている。
2) 気候変動による 8 つの主要なリスク（海面上昇、高潮などによるリスク、暑熱によるリスク等）がある。

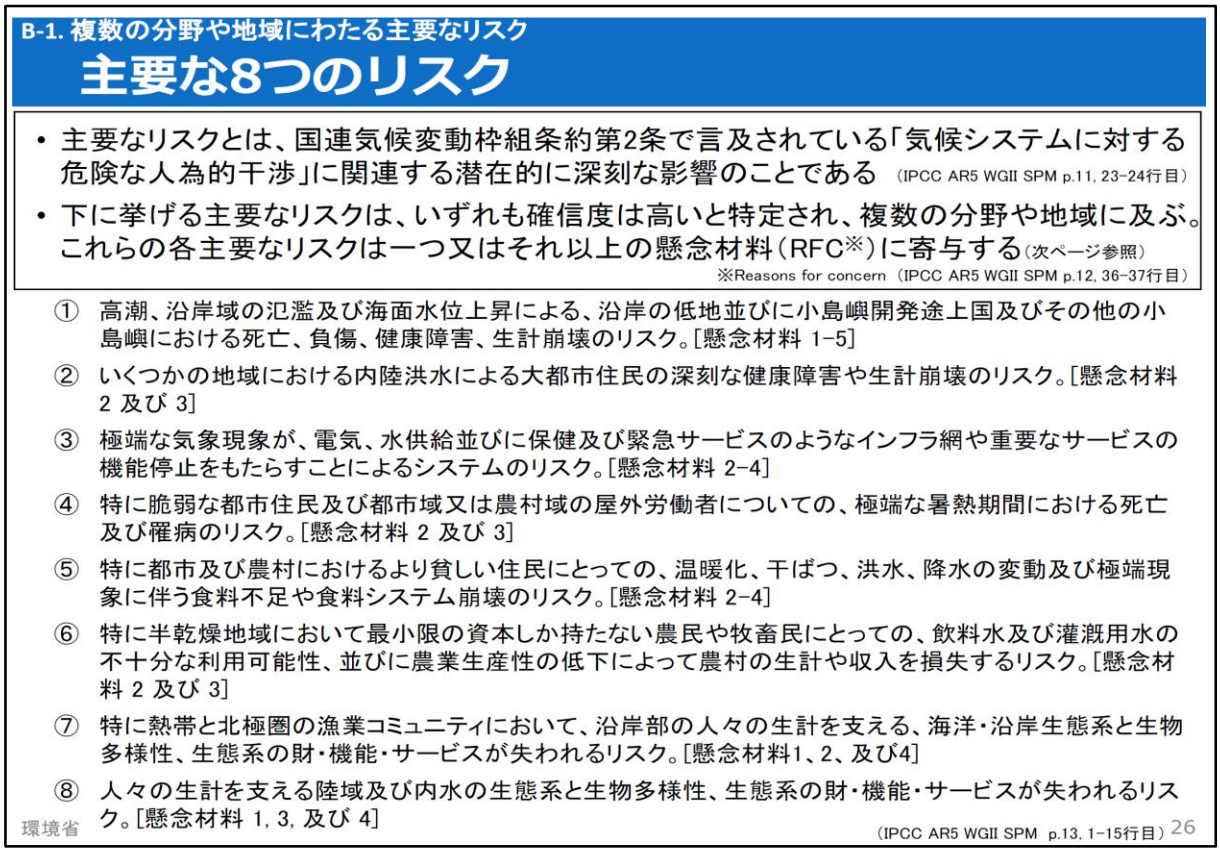
(第 3 作業部会)

＜第 3 作業部会（緩和策）の報告書概要＞

1) 2010 年(平成 22 年)の世界の温室効果ガス排出量と比べて、2050 年(平成 62 年)の世界の温室効果ガス排出量を 40～70%削減(年率 1.27～2.97%減)し、さらに、2100 年(平成 112 年)には世界の温室効果ガスの排出量がほぼゼロ又はそれ以下に削減する。
2) エネルギー効率がより急速に改善され、再生可能エネルギー、原子力エネルギー、並びに二酸化炭素回収・貯留（CCS）を伴う化石エネルギー並びに CCS を伴うバイオエネルギー（BECCS）を採用したゼロカーボン及び低炭素エネルギーの一次エネルギーに占める割合が、2050 年(平成 62 年)までに 2010 年(平成 22 年)の 3 倍から 4 倍近くになる。
3) 大規模な土地利用変化と森林減少の抑制。

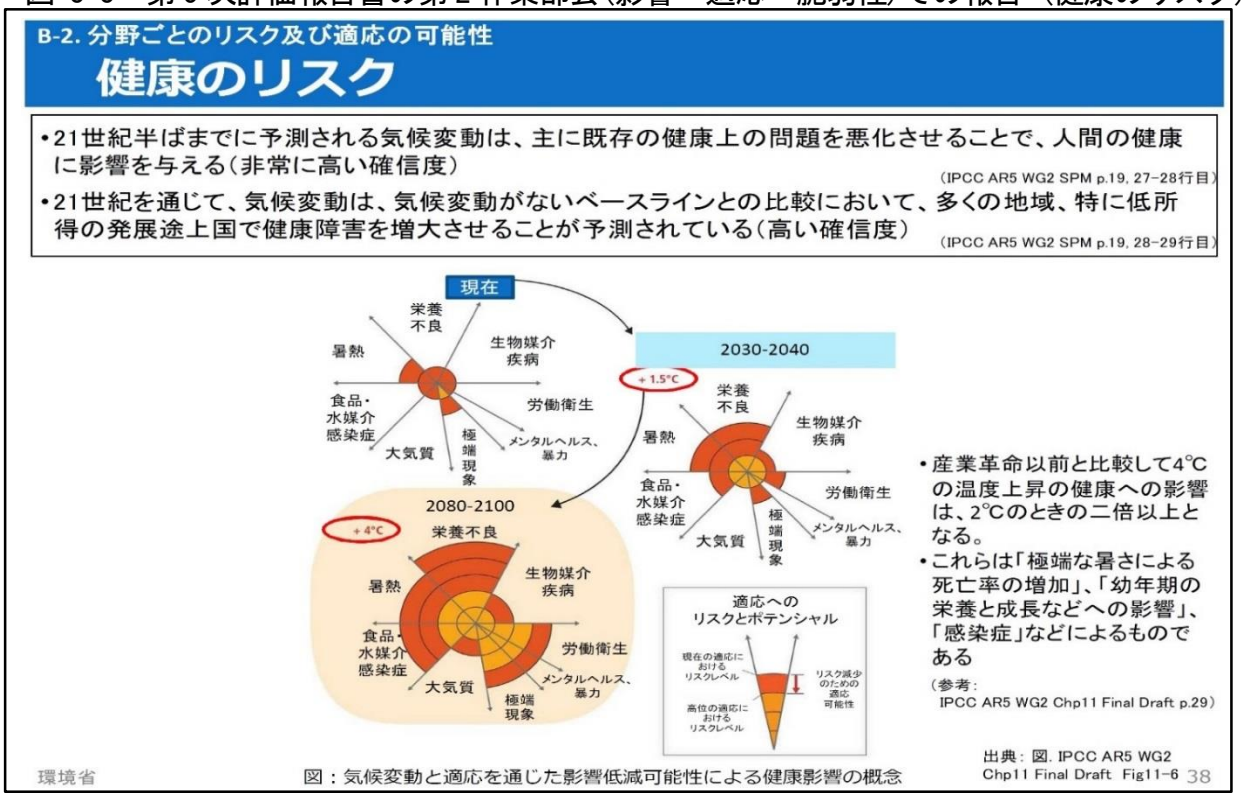
資料:「地球温暖化対策・国際交渉の現状」中央環境審議会地球環境部会2020年以降の地球温暖化対策検討小委員会・産業構造審議会産業技術環境分科会地球環境小委員会約束草案検討ワーキンググループ合同会合(第2回)、平成26年11月12日

図 3-2　第 5 次評価報告書の第 2 作業部会(影響・適応・脆弱性)で報告された主要な 8 つのリスク



資料：「IPCC 第 5 次評価報告書の概要 第 2 作業部会-影響・適応・脆弱性-」環境省、2014 年(平成 26 年)12 月版

図 3-3　第 5 次評価報告書の第 2 作業部会(影響・適応・脆弱性)での報告（健康のリスク）



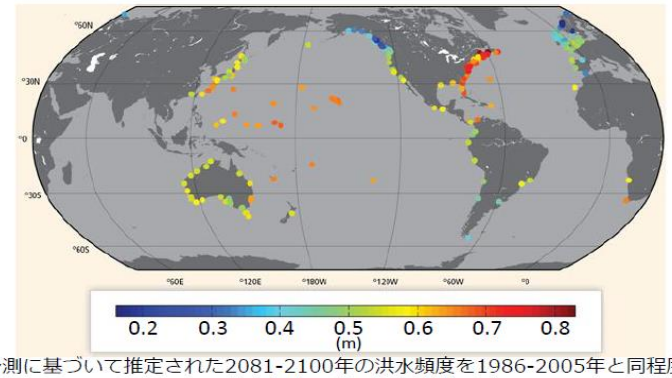
資料：「IPCC 第 5 次評価報告書の概要 第 2 作業部会-影響・適応・脆弱性-」環境省、2014 年(平成 26 年)12 月版

（沿岸システム及び低平地のリスク）

B-2. 各分野のリスク及び適応の可能性

沿岸システム及び低平地のリスク

•21世紀及びそれ以降に予測されている海面水位上昇により、沿岸システムと低平地は、浸水、沿岸域の氾濫、及び海岸浸食のような悪影響をますます経験することになるだろう（確信度が非常に高い）
（IPCC AR5 WGII SPM p.17, 2-3行目）



図中の○は潮位計（182箇所）の位置を表す

図：RCP4.5の予測に基づいて推定された2081-2100年の洪水頻度を1986-2005年と同程度に留めるために必要な沿岸堤防の嵩上げ高（余裕高）
RCP4.5シナリオのもと地域ごとに異なる相対的な海面水位上昇予測を想定している
出典：図. IPCC AR5 WGII Chp5 Fig.5-2

- 洪水増加の予測は、メキシコ南部の熱帯地域での農業や家畜部門から、オハイオ州デイトン・ボストン・カリフォルニアベイデルタ地域など都市部における水関連のインフラ部門までの幅広い部門に影響を及ぼす
- 洪水がより早期に発生し、より早期にピークを迎え、より長期間に渡る可能性がある（例：南ケベック流域）
- 特に、気候変動を考慮した洪水管理設備が存在しない場合、都市化は、気候変動による洪水の影響を増加させる場合がある。
- アメリカにおける河川洪水による年間損害額は、現在およそ20億ドルである。排出シナリオや経済成長率にもよるが2100年までに年間損害額は70億ドル～190億ドルへ増加することが予測されている
（参考：IPCC AR5 WGII Chp26 p.1457）

環境省 31

資料：「IPCC 第５次評価報告書の概要 第２作業部会-影響・適応・脆弱性-」環境省、2014 年(平成 26 年)12 月版

（都市域のリスク）

B-2. 各分野のリスク及び適応の可能性

都市域のリスク

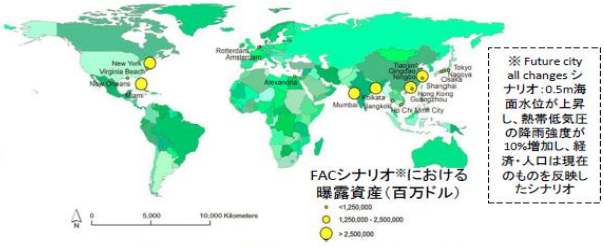
- 気候変動の多くの世界的なリスクは都市域に集中している（確信度が中程度）
（IPCC AR5 WGII SPM p.18, 10行目）
- レジリエンスを構築し持続可能な開発を可能にする手段により、気候変動への良好な適応を世界的に加速できる
（IPCC AR5 WGII SPM p.18, 10-11行目）

気温上昇の影響
暑い日や暖かい期間の頻度の増加は、都市のヒートアイランド効果を悪化させ、熱に関連する健康上の問題を引き起こし、また暖候期における冷房のエネルギー需要の増加を引き起こす。
（IPCC AR5 WGII Chp8 p.554）

干ばつ・水不足の影響
干ばつは都市において多くの影響を与える。影響には、水不足、（水力発電による）電力不足、（汚染された水の使用を通じた）水系感染症、食料供給の減少による食品価格や食料不足の増加がある。これらは、すべて経済に負の影響を与える。
（IPCC AR5 WGII Chp8 p.555）

海面上昇・沿岸域の氾濫による影響
大規模な港湾施設や大規模な石油化学・エネルギー関連産業を持つ都市は、特に洪水の増加によるリスクに脆弱である。2070年代までの0.5mの海面水位の上昇によって、リスクがある人口は3倍以上に、資産のリスクは10倍以上に増加する可能性がある。
（IPCC AR5 WGII Chp8 p.555）

- 現在及び2070年における人口と資産の沿岸洪水によるリスクの上位20都市のランキングは、アジアのデルタ地帯に集中している。資産の上位20都市には東京、大阪-神戸も含まれる。
（IPCC AR5 WGII Chp8 p.555）



図：2070年代の気候変動における曝露資産上位20都市の分布
出典：図. Hanson et al., 2011, Fig.8

内陸洪水等による影響
豪雨や高潮による氾濫は、公共インフラや施設の破壊、水源の汚染、浸水、生計やビジネスの損失、水媒介感染症の増加を引き起こす可能性があることを、多くの研究が指摘している。
（IPCC AR5 WGII Chp8 p.555）

環境省 34

資料：「IPCC 第５次評価報告書の概要 第２作業部会-影響・適応・脆弱性-」環境省、2014 年(平成 26 年)12 月版

⑰　国連事務総長によるポスト２０１５持続可能な開発アジェンダに関する統合報告書
― The Road to Dignity by 2030 ―

(2014 年・平成 26 年) <43>

2014 年 12 月 4 日潘基文（パン・ギムン）国連事務総長は、ポスト 2015 持続可能な開発アジェンダに関する「統合報告書（synthesis report)」(『The Road to Dignity by 2030: Ending Poverty, Transforming All Lives and Protecting the Planet』)の先行版を国連総会に提出した。そしてこの報告書は、「人間」と「地球」を中心に据え、人権に裏づけられた新たなグローバル・アジェンダ策定に向けた交渉の指針となるものであるとも述べた。このことによって、2015 年秋に予定される国連総会において、この「統合報告書」の内容が、ポスト 2015 持続可能な開発アジェンダの素案となる可能性が非常に高いと考えられる。(図 3-4)

報告書では加盟国に対し、2015 年までに極度の貧困と飢餓を削減し、特に女児の教育を推進し、疾病と闘い、環境を保護するために、国連の支援のもとで取り組みが行われてきた画期的なミレニアム開発目標（ＭＤＧｓ）を引き継ぐアジェンダの交渉に「斬新、包摂的かつ機敏に、決意と協調」をもって臨むよう呼びかけた。(以後、「国連事務総長、持続可能な開発に向けて統合報告書を発表 ― The Road to Dignity by 2030 ―」国際連合広報センター資料より引用)

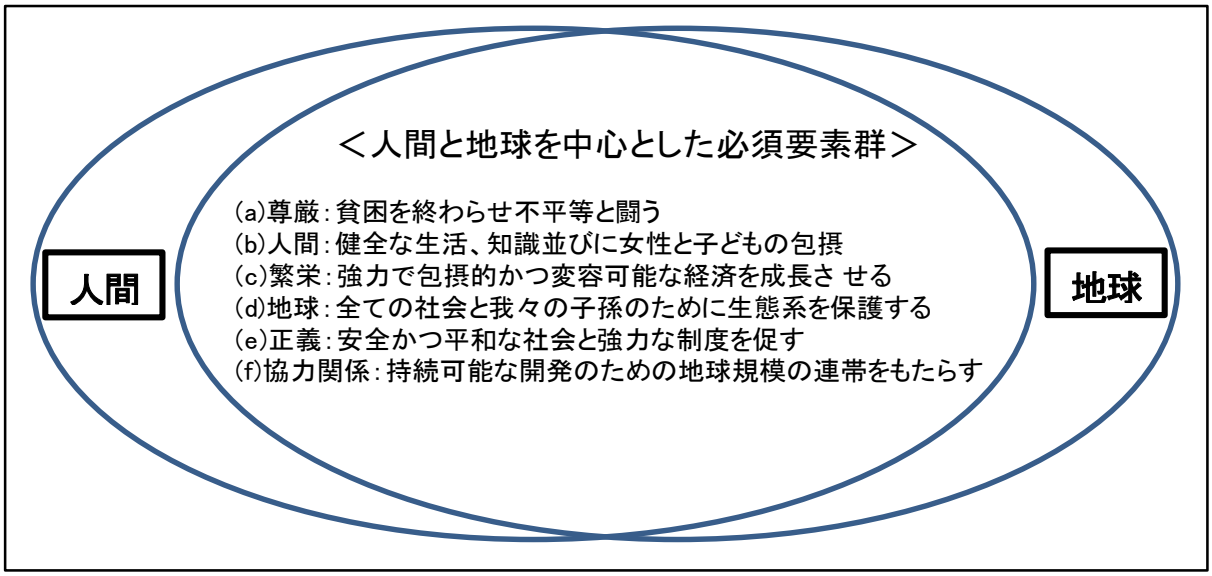
そして報告書の結論として、“[私たちには] 誰も置き去りにすることなく、すべての人にとって尊厳ある生活を現実のものとするため、大胆に、力強く、迅速に行動を起こす歴史的な機会と義務がある”と呼びかけた。

この報告書作成に際して、潘事務総長は、国連持続可能な開発会議（リオ+20）に続く協議に言及しつつ、総会に対し、開発についてこれほど幅広く包摂的な協議が行われたことはないと述べた。そして、統合報告書は「将来を見通して、人間と地球を中心に据え、人権に裏づけられ、グローバル・パートナーシップに支えられた普遍的で大きな変革をもたらすアジェンダの大枠を論じる」ものであると付け加えた。

また、事務総長は、オープン・ワーキング・グループ(2012 年の国連持続可能な開発会議「リオ＋20」で、持続可能な開発目標（ＳＤＧｓ）のオープン・ワーキング・グループ・（ＯＷＧ）の設立が採択)が作成した成果文書も歓迎し、これによって提案された 17 項目の持続可能な開発目標と 169 項目のターゲットは､貧困を終わらせ､繁栄の共有を達成し、地球を守り、誰も置き去りにしないことをねらいとするアジェンダを明確に表現していると述べた。(表 3-26)

さらに報告書は、「尊厳」、「人間」、「繁栄」、「地球」、「正義」、「協力関係(パートナーシップ)」を、開発目標の議論において理念的な指針を提供すべき横断的な「必須要素」群として提示し、どの要素も他の要素と切り離して考えることはできず、また、それぞれの要素が全体と不可分の一体をなしていることも強調した。(図 3-4)

図 3-4　国連事務総長によるポスト 2015 持続可能な開発アジェンダに関する統合報告書の概要　（2014 年・平成 26 年）



注:報告書の趣旨に従って図を挿入するとともに、一部加筆。
資料：「ポスト 2015 年持続可能な開発アジェンダ に関する事務総長統合報告書」国際連合広報センター

表 3-26　持続可能な開発目標に関するオープン・ワーキング・グループの新たな目標提案
（2014 年・平成 26 年 7 月 22 日）

目標1：あらゆる場所で、あらゆる形態の貧困に終止符を打つこと
目標2：飢餓に終止符を打ち、食料の安定確保と栄養状態の改善を達成するとともに、持続可能な農業を推進すること
目標3：すべての年齢の人々の健康な生活を確保し、福祉を推進すること
目標4：すべての人々の包摂的で公平な質の高い教育を確保し、生涯学習の機会を推進すること
目標5：ジェンダーの平等を達成し、すべての女性と女児のエンパワーメントを図ること
目標6：すべての人々に水と衛生施設へのアクセスと持続可能な管理を確保すること
目標7：すべての人々に安価で信頼でき、持続可能で近代的なエネルギーへのアクセスを確保すること
目標8：すべての人々のための持続的、包摂的かつ持続可能な経済成長、生産的な完全雇用およびディーセント・ワーク（働きがいのある人間らしい仕事）を推進すること
目標9：強靭なインフラを整備し、包摂的で持続可能な工業化を推進するとともに、イノベーションを促進すること
目標10：国内と国家間の不平等を削減すること
目標11：都市と人間の居住地を包摂的、安全、強靭かつ持続可能にすること
目標12：持続可能な消費と生産のパターンを確保すること
目標13：気候変動とその影響に取り組むため、緊急の措置を講じること
目標14：海洋と海洋資源を持続可能な開発に向けて保全し、持続可能な形で利用すること
目標15：陸上生態系を保護、回復し、その持続可能な利用を推進すること、また、森林を持続可能な形で管理し、砂漠化に取り組み、土地の劣化を食い止め、逆転させるとともに、生物多様性の損失に歯止めをかけること
目標16：持続可能な開発に向けて安全で包摂的な社会を推進し、すべての人々に司法へのアクセスを提供するとともに、あらゆるレベルにおいて効果的で責任ある包摂的な制度を構築すること
目標17：持続可能な開発のための実施手段を強化し、グローバル・パートナーシップを活性化させること

資料：「持続可能な開発目標、国連総会のオープン・ワーキング・グループが提案 プレスリリース 2014 年 07 月 22 日」国際連合広報センター

⑱　Ｇ７の英・独・仏・伊が中国主導のアジアインフラ投資銀行（ＡＩＩＢ）に参加
（2015 年・平成 27 年 3 月）＜44＞＜45＞

2015 年(平成 27 年)3 月 12 日英国は、中国が主導する「アジアインフラ投資銀行」（以下、「ＡＩＩＢ」ともいう）に、その設立メンバーになることを想定し、先進主要７ヶ国(G7)として初めて参加を表明した。その後、ドイツ・フランス・イタリアも英国と同様、ＡＩＩＢに参加することを表明した。（表 3-27）

アジアインフラ投資銀行（ＡＩＩＢ）は、日本が主導している既存の「アジア開発銀行」と競合する可能性があり、「アジア開発銀行」は米国が主導する「国際通貨基金（ＩＭＦ）」及び「世界銀行」と密接な連携を持った機関で、これらへの影響も大きい。このため、英国の参加は米国や日本の当局者において疑念の声が広がっているとも伝えられている。

中国としては「アジアインフラ投資銀行」を、米国やＧ７が主導してきた、ブレトンウッズ体制の、「ドルを基軸」とした「国際通貨基金（ＩＭＦ）」や「世界銀行」及び「アジア開発銀行」の対立軸として、位置づけることを目指したものと考えることが出来る。このため、特に「ドル一極体制」を主導してきた米国にとって、非常にインパクトが大きいと考えられる。

我が国は戦後一貫して西側の一員として、特に米国に協力して、ブレトンウッズ体制の「ドルを基軸」とした「国際通貨基金（ＩＭＦ）」及び「世界銀行」と協調し、「アジア開発銀行」を主導してきたことから、我が国にとっても非常に大きなインパクトと考えられる。

表 3-27　英・独・仏・伊等 G7 諸国を含む 57 ヶ国が
中国主導のアジアインフラ投資銀行（ＡＩＩＢ）に参加
（2015 年・平成 27 年 4 月 16 日現在）

AIIBへの参加表明国(57ヶ国)					
アジア	中国、韓国、モンゴル、パキスタン、インド、モルディブ、ネパール、バングラデシュ、スリランカ、インドネシア、カンボジア、シンガポール、タイ、フィリピン、ブルネイ、ベトナム、マレーシア、ミャンマー、ラオス、オーストラリア、ニュージーランド	欧州	英国、イタリア、フランス、ドイツ、スイス、ルクセンブルク、オランダ、オーストリア、デンマーク、フィンランド、ノルウェー、スウェーデン、スペイン、ポルトガル、マルタ、ポーランド、アイスランド	旧ソ連	ロシア、カザフスタン、ウズベキスタン、タジキスタン、キルギス、アゼルバイジャン、グルジア
				中東	オマーン、ヨルダン、カタール、クウェート、サウジアラビア、トルコ、イラン、アラブ首長国連邦、イスラエル
		米州	ブラジル	アフリカ	エジプト、南アフリカ

資料：2015 年 4 月 16 日付「日本経済新聞」

	アジア開発銀行	アジアインフラ投資銀行（AIIB）
最大出資国	日本と米国	中国の見通し
総裁	9代連続で日本からの選出	中国から選出する見通し
資本金	1,650億ドル	最終的に1,000億ドル

資料：2015 年 3 月 14 日付「日本経済新聞」

このため、2015 年 5 月アゼルバイジャン東部のバクーで開催された、アジア開発銀行（ＡＤＢ）の年次総会において、中尾総裁は次のような今後の改革方針を明らかにした。すなわち、アジア地域におけるインフラ投資需要の急速な増大に対応した融資枠の拡大とともに、我が国が推進している「保健分野」への融資拡大を「教育分野」とともに推進することを表明した。（表 3-28）

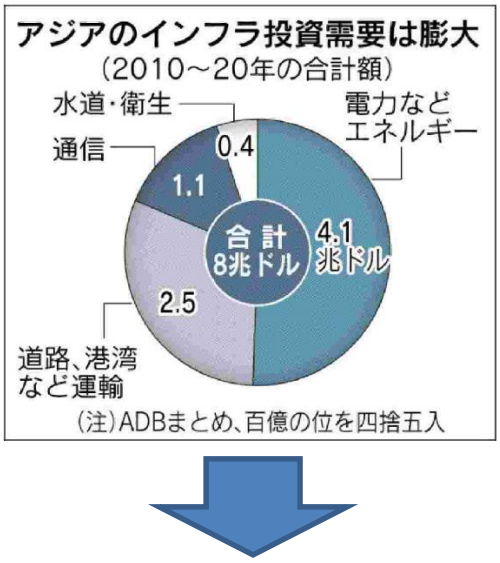
こうした状況において、我が国は世界銀行が進める貧困・飢餓・疾病等の削減や、アジア開銀が改革する「保健分野」に、「ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ」という分野等から協力できる立場にあり、「世界銀行」「アジア開発銀行」の影響力の確保に大きく寄与出来る立場にあることは、我が国の国民皆保険の持続性確保の点からこのことを留意することが非常に重要である。

一方、「国連」や「世界銀行」が進める世界的な異常気象による防災支援策についても、我が国は「第 3 回世界国連防災会議」において、安倍首相が「仙台防災協力イニシアチブ」を表明し、積極的に世界銀行の施策を支援しようとしている。

こうしたことも、「世界銀行」や「アジア開発銀行」に大きく寄与出来る視点からみて、非常に重要である。

表 3-28　アジアのインフラ投資需要とアジア開発銀行（ＡＤＢ）改革の概要

（2015 年・平成 27 年 5 月）



＜アジア開発銀行（ＡＤＢ）改革の概要＞

・ 2017年に融資枠を1.5倍の200億ドルに拡大
・ 特に教育と保健分野への融資を拡大
・ 現地事務所の権限強化などで融資の審査期間を短く
・ 民間金融機関との連携を強化

資料：2015 年 5 月 3 日付「日本経済新聞」

⑲　貿易協定と国民の健康に関するWMA理事会決議　　（2015 年・平成 27 年）＜46＞

2015 年 4 月、ノルウェー、オスロの第 200 回WMA理事会で、イギリス医師会より提出された「貿易協定と国民の健康に関するWMA声明案」が、緊急性が高いとして 10 月のモスクワ総会での審議を待たずに理事会決議として採択された。（以下、WMA理事会決議より引用）（表 3-29）

決議された背景として、我が国が現在交渉している貿易協定「環太平洋連携協定」（ＴＰＰ）のように、参加各国の医師会も環大西洋連携協定（ＴＴＩＰ）、新サービス貿易協定（ＴｉＳＡ）、および欧州連合（ＥＵ）とカナダの包括的経済貿易協定（ＣＥＴＡ）といったものが深く関係している。これらの交渉では、透明性の欠如、および限定された利害関係者による選択的情報共有が行なわれており、民主主義に反している問題がある。

また、協定に含まれる投資家対国家紛争解決（ＩＳＤＳ）は、投資家が政府に対して訴訟を起こし補償を求める機会を提供するもので、既存の説明責任と透明性のシステムの枠外で実行されるものである。こうした幅広いＩＳＤＳを含めることは、医薬品へのアクセス、ヘルスケアサービス、環境保護／気候変動、および労働衛生や環境衛生の改善に影響を与えるよう意図された、国民の健康に関する活動を脅かす可能性がある。そして、このＩＳＤＳは医薬品等の特許により医療行為等を縛る可能性がある。

さらに、医薬品の特許手続きに関するWMA声明は、診断・治療・外科に関した技術の特許権取得は非倫理的であり、「患者への新しい処置の利用を潜在的に制限することにより有効な医療の実践に深刻なリスクを与える」としているが、貿易協定はこうしたリスクを与える可能性がある。

そこで、この「WMA理事会決議」で示された基本方針は、まず「序文」において、「貿易協定は、もし経済構造が十分に構築され、健康促進、医療提供および医療の公平化をいかなる干渉も受けずに法制化し、規制しかつ計画するという政府の能力を保護すること」を前提とすれば、「その経済構造を向上させることによりすべての人々の健康と安寧を促進する力がある」と貿易協定を位置づけている。

そして「勧告」において、各国政府と各国医師会に対する要請として、第一に「商業的利益よりも国民の健康を保護・促進・優先し、かつ公共サービス、特に個々人や国民全体の健康に影響を及ぼすサービスを確保するため、幅広い除外例を保証する」貿易協定を支持するとし、幅広い除外例の保証を求めている。

また第二に、「貿易協定が、健康と医療を規制する、あるいはすべての人々の健康の権利を保証するための政府の能力に干渉しないことを保証する」、さらに「健康の保護促進のための政府活動は、ＩＳＤＳや同様の仕組みを介した抗議の対象とされるべきではない」とし、健康を保証するための各国政府の権利や保健・医療システム・制度への干渉をすべきではないとしている。

すなわち、ここで示されたWMAの基本方針は、貿易協定は各国のユニバーサル・ヘルス・カバレッジ達成を阻害すべきではなく、また各国固有の既存ＵＨＣの形態に干渉すべきではないと、捉えることができよう。

表 3-29　貿易協定と国民の健康に関するWMA理事会決議(抜粋)

(2015 年・平成 27 年 4 月)

序文
① 貿易協定はグローバリゼーションの結果として生じたものであり、貿易自由化の促進を求めるものである。貿易協定は、健康の社会的決定因子に著しい影響を及ぼす可能性があり、それ故に国民の健康と医療の提供への影響もあり得る。
② 貿易協定は、経済的利益を生み出すことを目的として策定される。交渉に際しては、協定が潜在的に広範に及ぼす影響、特に健康面への影響を考慮すべきであり、潜在的経済利益の追求により健康に害が及ばないことを保証すべきである。
③ 経済構造が十分に構築され、健康促進、医療提供および医療の公平化をいかなる干渉も受けずに法制化し、規制しかつ計画するという政府の能力を保護することを前提とすれば、貿易協定にはその経済構造を向上させることにより、すべての人々の健康と安寧を促進する力がある。
背景
① これまで多くの貿易協定交渉が行われてきた。現在交渉中の新しい協定には、環太平洋連携協定(TPP)、環大西洋連携協定(TTIP)、新サービス貿易協定(TiSA)、および欧州連合(EU)とカナダ間での包括的経済貿易協定(CETA)が含まれる。 TPP/ negotiations currently include twelve parties: the United States, Canada, Mexico, Peru, Chile, Australia, New Zealand, Brunei, Singapore, Malaysia, Japan and Vietnam. TTIP/ negotiations currently include the European Union and the United States. CETA negotiations currently include European Union and Canada.
② これらの交渉では、貿易のためのグローバル・ガバナンスの枠組みの確立が求められ、その規模、範囲、および機密性は前例のないものである。透明性の欠如および限定された一連の利害関係者による情報の選択的共有は、民主主義に反したものである。
③ 国家と投資家の間の紛争解決(ISDS)は、投資家が政府に対して訴訟を起こし補償を求めるメカニズムを提供するものであり、説明責任と透明性を求める既存のシステムとは別に実行されるものである。・・・・・広範なISDSのメカニズムでは、・・・・・医薬品へのアクセス、医療、環境保護／気候変動、および労働／環境衛生の改善に影響するよう意図された公衆衛生活動を脅かす可能性がある。これは特に、資源の利用が限られている国々で起こり得る。
④ 手頃な価格の医薬品を利用できることは、感染性・非感染性疾患の世界的負担を抑制する上で決定的に重要な意味を持つ。・・・・・特許の強制裁定実施権を始めとするTRIPSの保障措置と柔軟性は、特許の保護が国民の健康に優先してはならないという保証を求めている。
⑤『医薬品の特許手続きに関するWMA声明』では、診断法、治療法、および外科手術手技の特許権の取得は非倫理的であり、「患者への新しい処置の利用を潜在的に制限することにより有効な医療の実践に深刻なリスクを与える」と述べている。
・・・・・・・・・・
勧告:WMAは、各国政府と各国医師会に対し、以下の通り要請する。
① 商業的利益よりも国民の健康を保護、促進、かつ優先し、特に個人や国民全体の健康に影響を及ぼす公共サービスを確保するため、広範な例外規定を保証する貿易協定を支持する。・・・・・
② 貿易協定が、健康と医療を規制する、あるいはすべての人々の健康の権利を確保する政府の能力に干渉しないことを保証する。健康の保護と促進のための政府による活動は、ISDSや同様のメカニズムを介した抗議の対象とされるべきではない。
③ 医療サービスや医薬品の利用を損なうと考えられるいかなる貿易協定条項にも反対する。これには以下の内容が含まれるが、それらに限定されるものではない。 ・ 診断法、治療法、および外科手術手技の特許権(または特許権の強制) ・・・・・
・・・・・・・・・・

資料:「WMA Council Resolution on Trade Agreement & Public Health」WMA、2015 年(平成 27 年)4 月
資料:公益社団法人　日本医師会訳、2015 年(平成 27 年)4 月

⑳ （予定）「国連総会ポスト 2015 開発アジェンダ決議」及び「気候変動枠組条約第 21 回締約国会議（ＣＯＰ21、パリ）」（2015 年・平成 27 年）＜47・48＞

2015 年（平成 27 年）秋に予定される国連総会において、2014 年 12 月潘基文（パン・ギムン）国連事務総長が国連総会に提出した、ポスト 2015 持続可能な開発アジェンダに関する「統合報告書（synthesis report）」（『The Road to Dignity by 2030: Ending Poverty, Transforming All Lives and Protecting the Planet』）を基本とした素案が、「ポスト 2015 持続可能な開発アジェンダ」として議決される可能性が非常に高いと考えられる。

「統合報告書」は、2016 年を基準年とし 2030 年を目標年とする開発目標で、「目標 3：すべての年齢の人々の健康な生活を確保し、福祉を推進すること」の中に、下記の「3.8 すべての人々に対する財政保障、質の高い基礎的なヘルスケア・サービスへのアクセス、および安全で効果的、かつ質が高く安価な必須医薬品とワクチンのアクセス提供を含む、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（ＵＨＣ）を達成する」等が明記されており、我が国の国民皆保険の持続性を確保することが一層重要となっている。（表 3-26、38）

「目標 3. あらゆる年齢のすべての人々の健康的な生活を確保し、福祉を促進する」に関する具体的な持続可能な開発目標及びターゲット（抜粋）（2014 年・平成 26 年 12 月）（IGES 仮約）

3.7 2030年までに、家族計画、情報・教育、およびリプロダクティブ・ヘルスの国家戦略・計画への組み入れを含む、性と生殖に関するヘルスケアをすべての人々が利用できるようにする。
3.8 すべての人々に対する財政保障、質の高い基礎的なヘルスケア・サービスへのアクセス、および安全で効果的、かつ質が高く安価な必須医薬品とワクチンのアクセス提供を含む、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ(UHC)を達成する。

資料：「SDGs(持続可能な開発目標) OWG(ｵｰﾌﾟﾝﾜｰｷﾝｸﾞｸﾞﾙｰﾌﾟ)成果文書」Institute for Global Environmental Strategies (IGES)

そしてこの報告書は、「人間」と「地球」を中心的キーワードとして、全ての分野で「持続可能性」という概念を非常に重視しており、今後の保健・医療分野に対しても大きな影響を与えることが考えられる。（図 3-3、表 3-26）

また、2015 年（平成 27 年）12 月には、2014 年(平成 26 年)10 月のＩＰＣＣ第 40 回総会で採択された「第５次評価統合報告書」をもとに、ＣＯＰ21(パリ)において、2020 年(平成 32 年)以降の気候変動に関する国際枠組みに全ての国が参加して合意する道筋が、ＣＯＰ17(2011 年(平成 23 年))のダーバン・プラットフォームで承認されている。

既に、2013 年(平成 25 年)のＣＯＰ19 で、全ての国に対しＣＯＰ21 に十分先立ち（2015 年(平成 27 年)3 月末までに）、2020 年(平成 32 年)以降の約束草案提出が招請されており、ＥＵは 1990 年比で 40%削減という提案を表明している。このため、我が国においてもこれまでの目標、2020 年(平成 32 年)の削減目標を 2005 年(平成 17 年)比で 3.8%減とすることを、大幅に修正した約束草案を提出することが求められる状況にある。

2015 年(平成 27 年)末は、「国連総会ポスト 2015 開発アジェンダ決議」及び「気候変動枠組条約第 21 回締約国会議（ＣＯＰ21、パリ）」開催という、国際保健・医療にとっても歴史的な大きな流れが定められる、非常に重要な年になるということが予想される。

㉑ （予定）2016 年（平成 28 年）Ｇ７の我が国での開催

（2016 年・平成 28 年）＜49＞

前記のように、「国連総会ポスト 2015 開発アジェンダ決議」、及び「気候変動枠組条約第 21 回締約国会議（ＣＯＰ21、パリ）」開催という、歴史的な大きな流れが定められる次の年である 2016 年（平成 28 年）に、８年ぶりに我が国でＧ7 が開催されることになっている。

このため、開催国すなわち議長国として、「国連総会ポスト 2015 開発アジェンダ決議」及び「気候変動枠組条約第 21 回締約国会議（ＣＯＰ21）」の結果をふまえた、その実行性の担保という視点から我が国の正式承認が求められるとともに、実行方策の表明等も求められることになると考えられる。

このため、潘基文（パン・ギムン）国連事務総長により「統合報告書」の中に示された、「3.8 すべての人々に対する財政保障、質の高い基礎的なヘルスケア・サービスへのアクセス、および安全で効果的、かつ質が高く安価な必須医薬品とワクチンのアクセス提供を含む、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（ＵＨＣ）を達成する」ことを強調するとともに、我が国としても国民皆保険の持続性を確保することによって、世界的にＵＨＣを普及させていくことを表明する大きな機会になると考えられる。

2)　国連ポスト 2015 開発目標（ポストＭＤＧｓ）の策定動向

2012 年（平成 24 年）から 2014 年（平成 26 年）にかけて、「ポストＭＤＧｓ」である「国連ポスト 2015 開発目標」に関する検討が、様々な機関によりなされてきた。

これらの検討結果は、2014 年（平成 26 年）12 月の国連事務総長による「統合報告書」によって既に総括されているが、最終的な「国連ポスト 2015 開発目標（ポストＭＤＧｓ）」は 2015 年（平成 27 年）秋の国連総会において正式に決定されることから、そこにいたる経過及び、国連事務総長による「統合報告書」について以下整理・検討を行なった。

この整理・検討に際しては、大澤絵里（国立保健医療科学院国際協力研究部）氏の論文「ポスト 2015 国連開発目標の策定プロセスと保健分野の目標・指標のゆくえ」及び、外務省の「ポスト 2015 年開発アジェンダと人間の安全保障」等を参考に整理・検討を行なった。

（1）国連ポスト 2015 年開発目標アジェンダ策定プロセス

①　策定プロセスの大きな二つの流れ

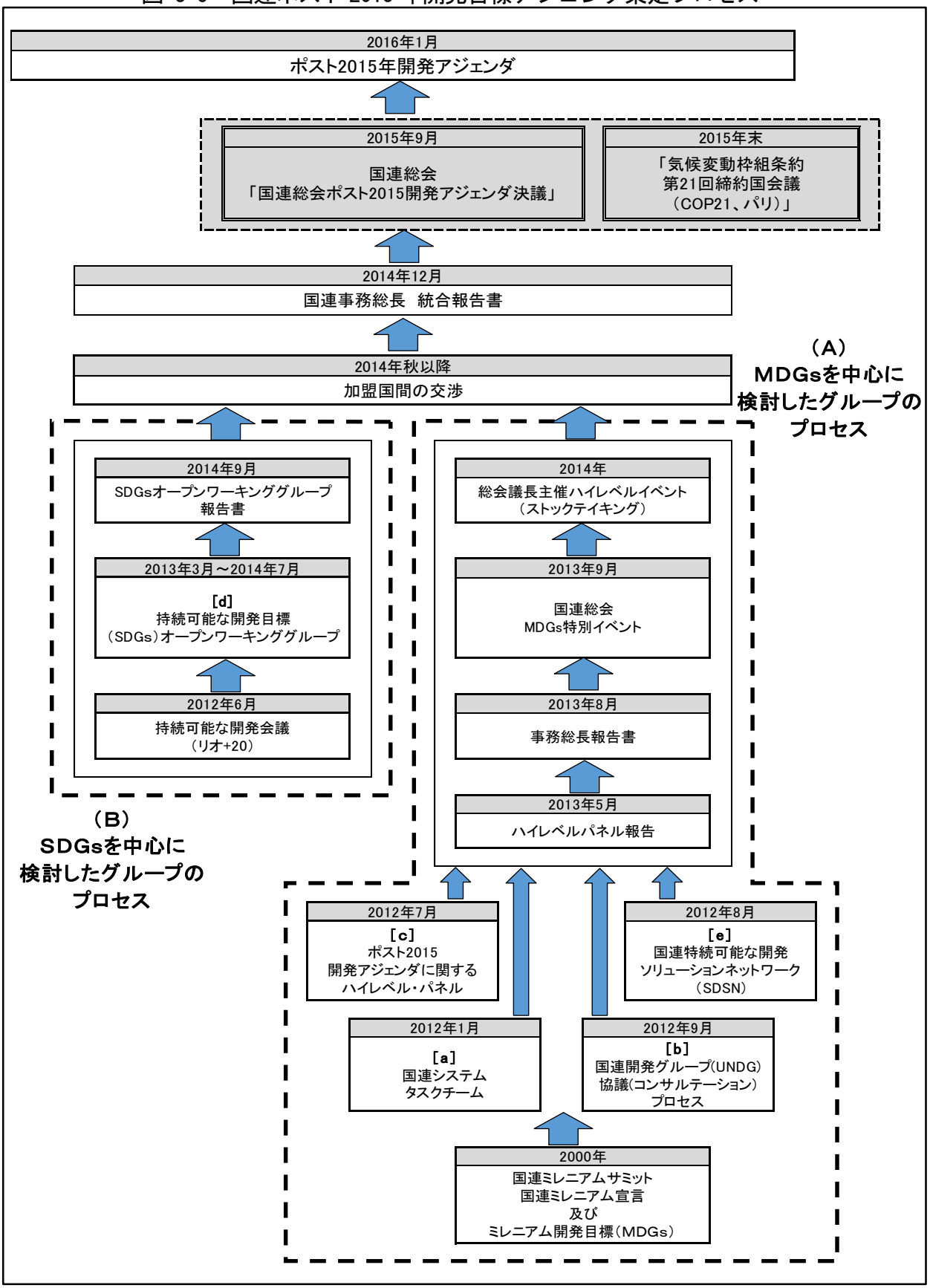
国連ポスト 2015 年開発目標アジェンダ策定プロセスは、図 3-5 にある大きく「（A）の点線で囲まれた部分」と「（B）の点線で囲まれた部分」の二つの流れで検討され、国連事務総長によって統合報告書としてまとめられた。（図 3-5）

（A）の流れは、2000 年（平成 12 年）に策定された「ミレニアム開発目標（ＭＤＧｓ）」の見直しを中心としたもので、2012 年（平成 24 年）から 2013 年（平成 25 年）にかけて設立された、「［ａ］国連システムタスクチーム」、「［ｂ］国連開発グループ（ＵＮＤＧ）協議（コンサルテーション）プロセス」、「［ｃ］ポスト 2015 開発アジェンダに関するハイレベル・パネル」及び、「［ｅ］国連特続可能な開発ソリューションネットワーク（ＳＤＳＮ）」の４つのグループによって検討がなされた。（図 3-5、表 3-30）

それぞれのグループの役割と作業内容は表 3-31 に整理したが、その検討結果がその後 2013 年（平成 25 年）5 月の「ハイレベルパネル報告」、2013 年（平成 25 年）8 月の国連「事務総長報告書」、2013 年（平成 25 年）9 月の「国連総会ＭＤＧｓ特別イベント」、2014 年（平成 26 年）の「総会議長主催ハイレベルイベント」で集約されていった。（図 3-5、表 3-31）

一方（B）の流れは、2012 年（平成 24 年）に開催された「持続可能な開発会議（リオ+20）」での設立採択を受けたもので、2013 年（平成 25 年）に設立された「［ｄ］持続可能な開発目標（ＳＤＧｓ）オープンワーキンググループ」（Open Working Group on Sustainable Development Goals）によって検討が行なわれ、「ＳＤＧｓオープンワーキンググループ報告書」が作成された。前記と同様、このグループの設立と役割・作業内容は表 3-30、31 に整理した（図 3-5、表 3-30、31）

図 3-5　国連ポスト 2015 年開発目標アジェンダ策定プロセス



資料：「ポスト２０１５国連開発目標の策定プロセスと保健分野の目標・指標のゆくえ」大澤絵里（国立保健医療科学院国際協力研究部）、２０１３年９月

資料：「ポスト２０１５年開発アジェンダと人間の安全保障」外務省

表 3-30　ポスト 2015 国連開発目標の策定のために設立されたグループ

	グループ名	設立年月	提案者・指名者	組織	報告書・提言書および議論
[a]	国連システムタスクチーム	2012年1月	国連事務総長	共同議長：UNDPおよび国連経済社会局 構成：国連の各機関	Health in the post2015 UN development agenda Thematic Think Piece by UNAIDS, UNICEF, UNFPA, WHO（保健分野） Realizing the future we want for all Report to the SG（全体）
[b]	国連開発グループ（UNDG）協議（コンサルテーション）プロセス	2012年9月	国連開発グループ	全ての人々，団体に開かれた意見交換のためのプラットフォーラム	The Global Conversation begins emerging views for a new development agenda（Midterm report）（全体） Health in the post2015Agenda（保健分野）
[c]	ポスト2015年開発アジェンダに関するハイレベル・パネル	2012年7月	国連事務総長	27名の有識者	A New Global Par tnership: Eradicate poverty and transform economies through sustainable development（全体）
[d]	持続可能な開発目標（SDGs）オープンワーキンググループ	2013年1月	国連総会	30の加盟国	オープンワーキンググループ第4回セッションに2013年6月「保健および人口」のテーマで議論（保健）
[e]	持続可能な開発ソリューション・ネットワーク（SDSN）	2012年8月	国連事務総長	コロンビア大学ジェフリー・サックス教授を中心とした有識者	An Action Agenda for Sustainable development（全体）

注：表中の［a］～［e］は、図3−5内の［a］～［e］に対応している。

資料：「ポスト２０１５国連開発目標の策定プロセスと保健分野の目標・指標のゆくえ」大澤絵里（国立保健医療科学院国際協力研究部）、２０１３年９月

表 3-31　ポスト 2015 国連開発目標のために設立された各グループの役割・作業内容

	グループ名	役割・作業内容
[a]	国連システム タスクチーム	●潘基文(パン・ギムン)国連事務総長は2012年1月、ポスト2015開発アジェンダ(ミレニアム開発目標:MDGsが達成期限となっている2015年以降の開発目標)に関する国連システムタスクチーム(UN System Task Team on the Post-2015 UN Development Agenda)を設置。 ●国連経済社会局(UNDESA)と国連開発計画(UNDP)が共同議長を務めるこのタスクチームは、全ての国際機関からの支援を得ており、加盟国、市民社会、アカデミア、民間企業を含む様々なステークホルダーとの協議を通し、ポスト2015開発アジェンダ策定に向けた準備。 ●MDGsに関する国連の活動、国際金融機関を含む各ステークホルダーの取り組みを評価し、ポスト2015に向けて国連全体でのビジョンと道筋を策定し、事務総長が任命するハイレベル・パネルへ報告書を提出。
[b]	国連開発グループ(UNDG)協議(コンサルテーション)プロセス	●政府、アカデミア、NGO、民間企業、産業団体や労働団体を含む幅広いステークホルダーに、ポスト2015開発アジェンダに関する有効な議論と意見集約の機会を提供するための取組み。
[c]	ポスト2015年 開発アジェンダに 関する ハイレベル・パネル	●潘基文(パン・ギムン)国連事務総長が設置したもので、インドネシアのスシロ・バンバン・ユドヨノ大統領、リベリアのエレン・ジョンソン=サーリーフ大統領、英国のデービッド・キャメロン首相が共同議長。 ●2013年5月30日、報告書『新たなグローバル・パートナーシップ:持続可能な開発を通じ、貧困の根絶と経済の変革を(A New Global Partnership: Eradicate Poverty and Transform Economies through Sustainable Development)』を発表。 ●2030年までに地球上から極度の貧困を一掃し、持続可能な開発という約束を果たすための普遍的な課題を定める内容となっている。
[d]	持続可能な開発目標 (SDGs) オープンワーキング グループ	●2012 年の国連持続可能な開発会議(リオ＋20)の大きな成果として、持続可能な開発目標(SDGs)のオープン・ワーキング・グループ(OWG)の設立が採択。 ●2014 年秋の第69 回国連総会を目指して報告をまとめる。
[e]	持続可能な 開発ソリューション・ ネットワーク (SDSN)	●潘基文国連事務総長とコロンビア大学のジェフリー・サックス教授が設立した「持続可能な開発ソリューション・ネットワーク」は、持続可能性の問題への解決策を模索するためのグローバル・ネットワークの形成を目指している。

注：表中の［a］～［e］は、図3－5内の［a］～［e］に対応している。
資料：「ポスト 2015 開発アジェンダに向けた取り組み」国連開発計画（UNDP）駐日代表事務所
資料：「国連開発グループ（UNDG）によるコンサルテーション・プロセス」国連開発計画（UNDP）駐日代表事務所
資料：「ポスト 2015 開発アジェンダ：ハイレベル・パネルの提言とは？」国際連合広報センター
資料：「持続可能な開発目標（SDGs）に関する国際動向：オープン・ワーキング・グループ（OWG）における各国ポジションの整理」公益財団法人 地球環境戦略研究機関
資料：「持続可能な経済・環境・社会の開発目標(SDGs)への提言」公益財団法人 地球環境戦略研究機関

② ＭＤＧｓを中心に検討したグループの「開発目標の理念」「保健課題」と その集約化の結果

表 3-30 の［ａ］、［ｂ］、［ｃ］、［ｅ］の各グループが作成した報告書の結果について、「開発目標の理念」及び「開発目標設定に関わる保健課題」を整理したものが、大澤絵里(国立保健医療科学院国際協力研究部)氏の論文「ポスト 2015 国連開発目標の策定プロセスと保健分野の目標・指標のゆくえ」より引用した、表 3-32 及び表 3-33 である。(表 3-32、33)

「開発目標の理念」については、全ての 4 つのグループが指摘している理念が「グッドガバナンス」(政府の良好・公正な統治)、「持続性」(持続可能な開発であること)、及び「包括的」(社会全体の成長(教育、保健医療、質の高い労働などへのアクセスも含む)をもたらす経済へ変革すること)という概念である。(表 3-32)

この「持続性」という概念は、開発だけに止まらず環境面・経済面・政府の対応面・保健活動面等、全ての分野においてその重要性が指摘されたものと考えることが出来る。

これに次いで 3 つのグループが指摘している理念が、「公平性」(全ての人を対象とした格差がない社会)、である。

その他にも、「人権の尊重」、「男女平等」、「相互敬意のパートナーシップ」(相互に敬意や利益をもたらすパートナーシップを創りあげること)が指摘されている。

そして、こうした開発目標の理念を踏まえ、各グループは国連ポスト 2015 の「開発目標設定に関わる保健課題」を指摘している。(表 3-33)

各グループから概ね指摘されている事項として、「現行ＭＤＧｓ」(まだ達成されていない現行ＭＤＧｓの目標(乳幼児死亡の削減、母親の健康の改善、ＨＩＶ、結核、マラリアの感染率の減少)を引き続きターゲットとすること)、「生活習慣病」(疾病構造の変化を背景にした生活習慣病のリスクファクターに焦点をあてた予防重視の目標)、「ＵＨＣ＋Ａ」(すべての人に入手可能な価格で基本的な保健・医療サービスを提供する、Universal Health Coverage＋Access、以下「ＵＨＣ＋Ａ」ともいう)、「生と生殖に関する健康、家族計画、性教育」(現行のＭＤＧｓに含まれていた、普遍的なリプロダクティブ・ヘルスへのアクセスを、家族計画や性教育を含む性と生殖に関する健康と権利へのアクセスとして特出)という 4 つの保健課題がある。(表 3-33)

そして、これらに次いで指摘されているものとして、「精神疾患」、「予防」、「ライフコースアプローチ」、「生活習慣病リスクファクター」に関わる事項がある。

これらの検討結果を集約し、2013 年(平成 25 年)5 月に「ポスト 2015 年開発アジェンダ策定のためのハイレベルパネル」(以下、「ハイレベルパネル」ともいう)は、報告書「新たなグローバル・パートナーシップ：持続可能な開発を通じた貧困解消と経済の転換」(A New Global Partnership: Eradicate Poverty and Transform Economies through Sustainable Development)を発表した。(表 3-34)

この報告書はポスト 2015 年開発アジェンダに対して、次のような 5 つの大きな変化を要請しており、

ハイレベルパネルのポスト 2015 年開発アジェンダへの答申最終報告書
＜新たなグローバル・パートナーシップ：持続可能な開発を通じた貧困解消と経済の転換＞
① 落後者を出さない
② 持続可能な開発を中心に据える
③ 雇用と包摂的な成長に向け、経済を変容させる
④ 平和と、すべての人にとって実効的で開かれた責任ある制度を構築する
⑤ 新たなグローバル・パートナーシップをつくり上げる

特に②として「持続可能な開発を中心に据える」ことを指摘している。(表 3-34)。

この報告書は、国連が主導するポストMDGｓ開発アジェンダ策定プロセスへのインプットとして、潘基文国連事務総長に提出された。そして、潘事務総長はMDGｓ特別イベントで、MDGｓに次ぐ開発アジェンダのビジョンとして「ミレニアム開発目標（MDGｓ）特別イベント成果文書（概要)」を、2013 年(平成 25 年)9 月総会において国連加盟国に向け表明した。(表 3-35)

すなわち、「ミレニアム開発目標（MDGｓ）特別イベント成果文書（概要)」は、「1 前文」、「2 進歩の加速化」、「3 開発のためのグローバル・パートナーシップ」、「4 ポスト 2015 年開発目標」の 4 つの項目からなる。

この成果文書の「1 前文」では、「MDGｓは・・・・これまでいくつかのターゲットが達成されているが、達成の不均等や残された課題を懸念。すべての目標において進捗の加速化が必要」として、特に「2 進歩の加速化」で「特に脆弱層に注目。ジェンダー平等の推進や女性の能力強化が進捗の加速化に資する」ことの重要性を指摘している。

「3 開発のためのグローバル・パートナーシップ」では、国際的な支援や環境が必要とした上、「国民総所得（GNI）の 0.7%をODAに充てることを含め、先進国がこれまでに行った約束を達成するよう要請」している。

そしてこれらを踏まえ「4 ポスト 2015 年開発目標」については、「ポスト 2015 年開発目標は貧困撲滅と持続可能な開発に対する国際社会のコミットメントを強化するべき」とし、「国連事務総長に対し、2014 年末までにすべてのインプットを統合した報告書の提出を求める」とともに、「2015 年 9 月の首脳級サミットでポスト 2015 年開発目標が採択される」ことが報告された。

表 3-32　国連ポスト 2015 開発目標のために設立された各グループの開発目標の理念

グループ名	理念						
	人権の尊重	公平性	男女平等	グッドガバナンス	持続性	包括的	相互敬意のパートナーシップ
[a] 国連システムタスクチーム	○	○	○	○	○	○	
[b] 国連開発グループ(UNDG)協議(コンサルテーション)プロセス	○	○	○	○	○	○	○
[c] ポスト2015年開発アジェンダに関するハイレベル・パネル		○		○	○	○	○
[d] 持続可能な開発目標(SDGs)オープンワーキンググループ	○	○			○		
[e] 持続可能な開発ソリューション・ネットワーク(SDSN)				○	○	○	

注：表中の［a］～［e］は、図3−5内の［a］～［e］に対応している。

資料：「ポスト２０１５国連開発目標の策定プロセスと保健分野の目標・指標のゆくえ」大澤絵里(国立保健医療科学院国際協力研究部）、２０１３年９月

表 3-33　国連ポスト 2015 のために設立された各グループの開発目標設定に関わる保健課題

グループ名	現行MDGs＊1	生活習慣病	UHC＋A＊2	生と生殖に関する健康、家族計画、性教育	精神疾患	高齢化	感染症	外傷・暴行	顧みられない熱帯病	ヘルスプロモーション	予防	ライフコースアプローチ	健康に考慮した政策策定	保健システム強化	生活習慣病リスクファクター	健康の社会的要因
[a] 国連システムタスクチーム	○	○	○		○	○	○	○							○	○
[b] 国連開発グループ(UNDG)協議(コンサルテーション)プロセス	○	○	○	○	○					○	○	○				
[c] ポスト2015年開発アジェンダに関するハイレベル・パネル	○	○		○					○		○（予防接種）	○				
[d] 持続可能な開発目標(SDGs)オープンワーキンググループ	○	○	○	○		○			○				○	○		○
[e] 持続可能な開発ソリューション・ネットワーク(SDSN)	○	○	○	○										○	○	

＊1 乳幼児死亡の削減、母親の健康の改善、HIV、結核、マラリアの感染率の減少

＊2 Universal Health Coverage + Access の略で「すべての人に入手可能な価格で基本的な保健・医療サービス」を意味する。

注：表中の［a］～［e］は、図3−5内の［a］～［e］に対応している。

資料：「ポスト２０１５国連開発目標の策定プロセスと保健分野の目標・指標のゆくえ」大澤絵里(国立保健医療科学院国際協力研究部）、２０１３年９月

表 3-34 ハイレベルパネルのポスト 2015 年開発アジェンダへの答申最終報告書
～新たなグローバル・パートナーシップ：持続可能な開発を通じた貧困解消と経済の転換～
（2013 年・平成 25 年 5 月）

① 落後者を出さない	
	● 私たちは2015年以降、単に極度の貧困を削減することから、そのあらゆる形態に終止符を打つことへと軸足を移すべきです。民族、ジェンダー、地域、障害の有無、人種、その他の身分に関係なく、誰もが基本的な経済的機会と人権を拒絶されないようにすべきです。
② 持続可能な開発を中心に据える	
	● 私たちは、持続可能性の社会面、経済面、環境面を統合しなければなりません。私たちは今すぐ、人類に未曾有の脅威を及ぼしている気候変動と環境破壊の恐ろしいペースを和らげるよう、行動を起こさねばならないのです。
③ 雇用と包摂的な成長に向け、経済を変容させる	
	● 経済を根本的に変容させれば、変革や技術、企業の潜在力を活用することにより、極度の貧困に終止符を打ち、生活を改善させることが可能になります。経済をさらに多様化し、すべての人が平等な機会を得られるようにすれば、特に若者の社会的包摂が進み、持続可能な消費や生産のパターンも育成できるでしょう。
④ 平和と、すべての人にとって実効的で開かれた責任ある制度を構築する	
	● 紛争や暴力からの自由は、人間にとって最も基本的な権利であり、また、平和で豊かな社会を築くうえで欠かせない基盤でもあります。同時に、全世界の人々は、そのニーズに応えてくれる、誠実で責任ある政府を望んでいます。私たちは、平和とよいガバナンスを贅沢なおまけではなく、幸せの中心的要素として認識するという、根本的な意識変革を求めます。
⑤ 新たなグローバル・パートナーシップをつくり上げる	
	●新しい連帯、協力、相互責任の精神で、ポスト2015年アジェンダを支えなければなりません。この新たなパートナーシップは、 私たちが共有する人間性に対する共通の理解と、相互尊重、相互利益に基づくものとすべきです。また、貧困や疎外に苦しむ人々、女性、若者、高齢者、障害者、先住者をはじめ、人間をその中心に据えるべきです。さらに、市民団体、多国間機関、政府や地方自治体、科学者や学識者、企業、民間慈善団体もこれに含まれるべきです。

資料：「ポスト 2015 開発アジェンダ：ハイレベル・パネルの提言とは？」国際連合広報センター

表 3-35　ミレニアム開発目標（MDGs）特別イベント成果文書（概要）

（2013 年・平成 25 年 9 月）

1 前文
(1) MDGsの達成期限を前に、目標へのコミットメントを新たにするとともに、2015年までの目標達成に向けた取組の強化を決意。
(2) MDGsは共通のビジョンを提供し、これまでいくつかのターゲットが達成されているが、達成の不均等や残された課題を懸念。すべての目標において進捗の加速化が必要。
2 進捗の加速化
進捗の加速化の取組においては、包摂性を強調し、特に脆弱層に注目。ジェンダー平等の推進や女性の能力強化が進捗の加速化に資する。
3 開発のためのグローバル・パートナーシップ
(1) 国家のオーナーシップが重要であり、MDGs達成のためにはそれを支える国際的な支援や環境が必要。官民、国内外の資源の動員と効果的使用が極めて重要。
(2) 国民総所得(GNI)の0.7%をODAに充てることを含め、先進国がこれまでに行った約束を達成するよう要請。
4 ポスト2015年開発目標
(1) 共通だが差異ある責任の原則を含む環境と開発に関するリオ宣言など、これまでのコミットメントを再確認。
(2) ポスト2015年開発目標は貧困撲滅と持続可能な開発に対する国際社会のコミットメントを強化するべき。貧困撲滅の中心的緊要性を強調。
(3) ポスト2015年開発目標の採択のための政府間交渉を第69回国連総会冒頭に開始することを決定。
(4) 包摂的で人間中心のポスト2015年開発目標の設定のために、市民社会を始めとする様々なステークホルダーからのインプットを含む透明な政府間プロセスを期待。
(5) 国連システムの強力な支援を期待。国連事務総長に対し、2014年末までにすべてのインプットを統合した報告書の提出を求める。
(6) 2015年9月の首脳級サミットでポスト2015年開発目標が採択される。

資料：「ミレニアム開発目標（MDGs）特別イベント成果文書（概要）」外務省

③ 持続可能な開発目標（ＳＤＧｓ）オープンワーキンググループの「開発目標の理念」「保健課題」と報告書の提案

持続可能な開発会議（リオ＋20）の流れに沿う、表 3-30 の［ｄ］「持続可能な開発目標（ＳＤＧｓ）オープンワーキンググループ」(Open Working Group on Sustainable Development Goals、以下「オープンワーキンググループ」ともいう)の作業結果についても、「開発目標の理念」及び「開発目標設定に関わる保健課題」を整理したものが、前記同様、大澤絵里(国立保健医療科学院国際協力研究部)氏の論文「ポスト 2015 国連開発目標の策定プロセスと保健分野の目標・指標のゆくえ」より引用した、表 3-32 及び表 3-33 である。(表 3-32、33)

「開発目標の理念」について「オープンワーキンググループ」は、「人権の尊重」、「公平性」（全ての人を対象とした格差がない社会)、「持続性」（持続可能な開発であること）を提案している。(表 3-32)

そして、この開発目標の理念を踏まえ、「オープンワーキンググループ」は国連ポスト 2015 の「開発目標設定に関わる保健課題」として、次のような項目を指摘している。(表 3-33)

すなわち、指摘された項目は、「現行MDGｓ」、「生活習慣病」、「ＵＨＣ＋Ａ」、「生と生殖に関する健康、家族計画、性教育」、「高齢化」、「顧みられない熱帯病」、「健康に考慮した政策策定」、「保健システム強化」、そして「健康の社会的要因」といったものである。(表 3-33)

こうした作業プロセスを経て、2014 年 7 月「オープンワーキンググループ」は、「ミレニアム開発目標（MDGｓ）のほとんどの具体的目標が 2015 年末に達成期限を迎える中、新たな目標案は将来の意欲的な開発アジェンダに向けた布石に」なるとして、人々の生活を改善し、将来の世代のために地球を守ることを目的に、経済的、社会的、環境的側面に取り組む一連の目標案を総会に提出した。（以下、国際連合広報センター・プレスリリース、2014 年 7 月 22 日より）

この提案は 17 の目標と 169 のターゲットからなり、貧困と飢餓の終焉、健康と教育の改善、都市の持続可能性向上、気候変動対策、海洋と森林の保護など、幅広い持続可能な開発課題をカバーしている。（(再掲) 表 3-36、参考資料 5 参照）

この「オープンワーキンググループ」による「17 の目標案」と、これまで推進してきた既存の「ミレニアム開発目標」であるMDGｓの「8 つの開発目標」の対応をみたものが、表 3-37 である。(表 3-37)

これをみると、MDGｓの「ゴール１　極度の貧困と飢餓の撲滅」は、「オープンワーキンググループ」の「目標 1：あらゆる場所で、あらゆる形態の貧困に終止符を打つこと」と、「目標 2：飢餓に終止符を打ち、食料の安定確保と栄養状態の改善を達成するとともに、持続可能な農業を推進すること」に分割されて、目標として設定された。

MDGｓの「ゴール２　初等教育の完全普及達成」「ゴール３　ジェンダー平等推進と女性の地位向上」は、各々「オープンワーキンググループ」の「目標 4：すべての人々の包摂的で公平な質の高い教育を確保し、生涯学習の機会を推進すること」と、「目標 5：ジ

ェンダーの平等を達成し、すべての女性と女児のエンパワーメントを図ること」という目標として設定された。

保健に関連の深いＭＤＧｓの「ゴール４　乳幼児死亡率の削減」「ゴール５　妊産婦の健康の改善」「ゴール６　HIV／エイズ、マラリアその他の疾病の蔓延の防止」は、「オープンワーキンググループ」の「目標３：すべての年齢の人々の健康な生活を確保し、福祉を推進すること」という目標に集約された。

そして、大幅に目標項目数が増大したものが「持続可能性」というキーワードに関わる目標である。

すなわち、ＭＤＧｓの「ゴール７　環境の持続可能性確保」は、一気に「オープンワーキンググループ」の「目標６：すべての人々に水と衛生施設へのアクセスと持続可能な管理を確保すること」、「目標７：すべての人々に安価で信頼でき、持続可能で近代的なエネルギーへのアクセスを確保すること」、「目標８：すべての人々のための持続的、包摂的かつ持続可能な経済成長、生産的な完全雇用およびディーセント・ワーク（働きがいのある人間らしい仕事）を推進すること」、「目標９：強靭なインフラを整備し、包摂的で持続可能な工業化を推進するとともに、イノベーションを促進すること」、「目標 11：都市と人間の居住地を包摂的、安全、強靭かつ持続可能にすること」、「目標 12：持続可能な消費と生産のパターンを確保すること」、「目標 13：気候変動とその影響に取り組むため、緊急の措置を講じること」、「目標 14：海洋と海洋資源を持続可能な開発に向けて保全し、持続可能な形で利用すること」、「目標 15：陸上生態系を保護、回復し、その持続可能な利用を推進すること、また、森林を持続可能な形で管理し、砂漠化に取り組み、土地の劣化を食い止め、逆転させるとともに、生物多様性の損失に歯止めをかけること」、「目標 16：持続可能な開発に向けて安全で包摂的な社会を推進し、すべての人々に司法へのアクセスを提供するとともに、あらゆるレベルにおいて効果的で責任ある包摂的な制度を構築すること」、「目標 17：持続可能な開発のための実施手段を強化し、グローバル・パートナーシップを活性化させること」という目標として、個別に設定されることになった。（表 3-37）

こうした状況の中で、保健に関連の深い「目標３：すべての年齢の人々の健康な生活を確保し、福祉を推進すること」という目標の中の、具体的開発目標及びターゲットを整理したものが表 3-38 である。（表 3-38）

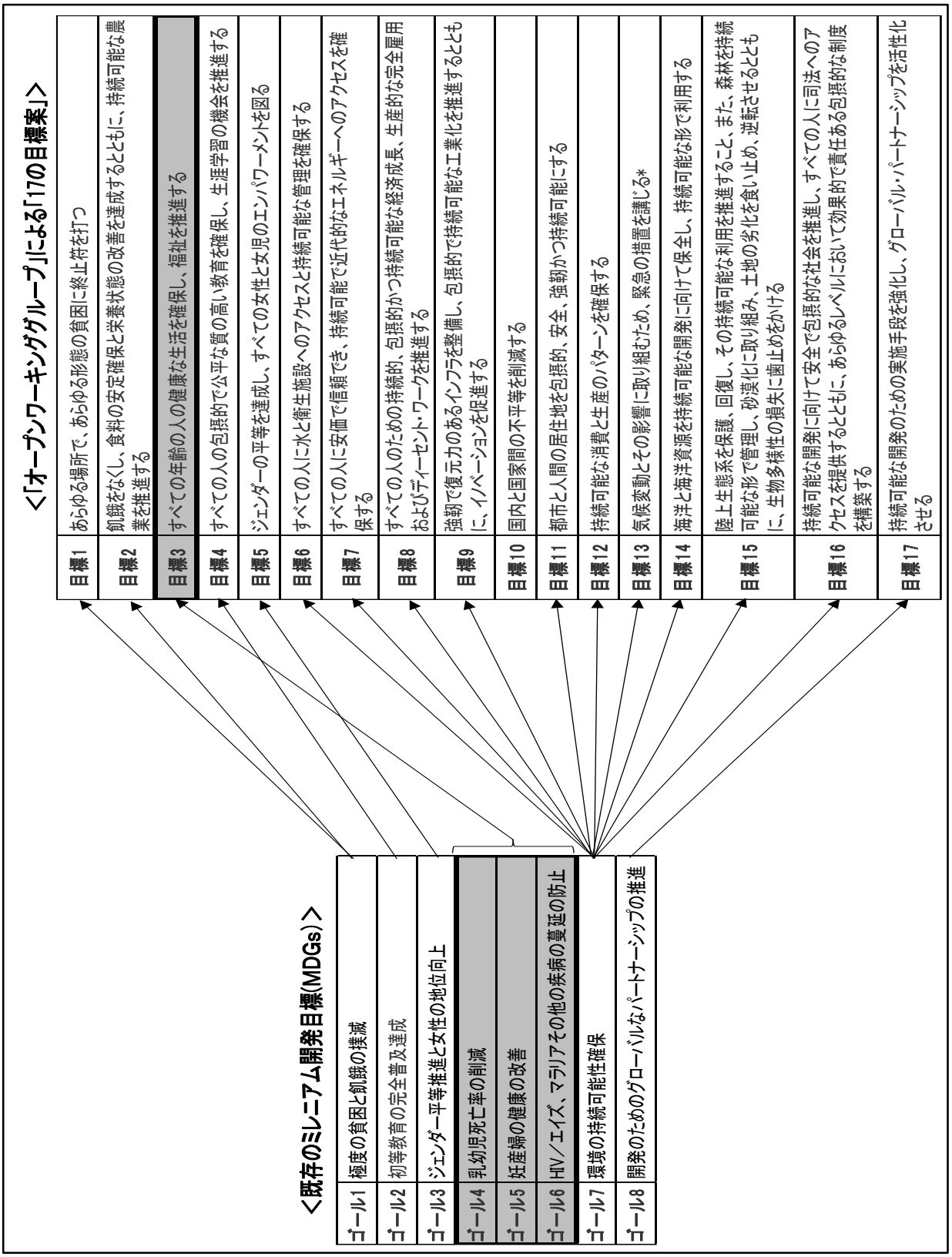
この中で注目すべき点としては、「3.7 2030 年までに、家族計画、情報・教育、およびリプロダクティブ・ヘルスの国家戦略・計画への組み入れを含む、性と生殖に関するヘルスケアをすべての人々が利用できるようにする」、及び「3.8 すべての人々に対する財政保障、質の高い基礎的なヘルスケア・サービスへのアクセス、および安全で効果的、かつ質が高く安価な必須医薬品とワクチンのアクセス提供を含む、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）を達成する」という、「ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ」に関する開発目標及びターゲットが設定されたことは、非常に意味のあることである。（表 3-38）

（再掲）表 3-36　持続可能な開発目標に関するオープン・ワーキング・グループの提案
～ミレニアム開発目標（MDGs）のほとんどの具体的目標が 2015 年末に達成期限を迎える中、
新たな目標案は将来の意欲的な開発アジェンダに向けた布石に～
（2014 年・平成 26 年 7 月 22 日）

目標1：あらゆる場所で、あらゆる形態の貧困に終止符を打つこと
目標2：飢餓に終止符を打ち、食料の安定確保と栄養状態の改善を達成するとともに、持続可能な農業を推進すること
目標3：すべての年齢の人々の健康な生活を確保し、福祉を推進すること
目標4：すべての人々の包摂的で公平な質の高い教育を確保し、生涯学習の機会を推進すること
目標5：ジェンダーの平等を達成し、すべての女性と女児のエンパワーメントを図ること
目標6：すべての人々に水と衛生施設へのアクセスと持続可能な管理を確保すること
目標7：すべての人々に安価で信頼でき、持続可能で近代的なエネルギーへのアクセスを確保すること
目標8：すべての人々のための持続的、包摂的かつ持続可能な経済成長、生産的な完全雇用およびディーセント・ワーク（働きがいのある人間らしい仕事）を推進すること
目標9：強靭なインフラを整備し、包摂的で持続可能な工業化を推進するとともに、イノベーションを促進すること
目標10：国内と国家間の不平等を削減すること
目標11：都市と人間の居住地を包摂的、安全、強靭かつ持続可能にすること
目標12：持続可能な消費と生産のパターンを確保すること
目標13：気候変動とその影響に取り組むため、緊急の措置を講じること
目標14：海洋と海洋資源を持続可能な開発に向けて保全し、持続可能な形で利用すること
目標15：陸上生態系を保護、回復し、その持続可能な利用を推進すること、また、森林を持続可能な形で管理し、砂漠化に取り組み、土地の劣化を食い止め、逆転させるとともに、生物多様性の損失に歯止めをかけること
目標16：持続可能な開発に向けて安全で包摂的な社会を推進し、すべての人々に司法へのアクセスを提供するとともに、あらゆるレベルにおいて効果的で責任ある包摂的な制度を構築すること
目標17：持続可能な開発のための実施手段を強化し、グローバル・パートナーシップを活性化させること

資料：「持続可能な開発目標、国連総会のオープン・ワーキング・グループが提案 プレスリリース 2014 年 07 月 22 日」国際連合広報センター

表 3-37 ミレニアム開発目標(2000 年)と国連事務総長の持続可能な開発目標(2014 年)との対応比較



*: 国連気候変動枠組み条約締約国会議が、気候変動へのグローバルな対応に向けた主たる国際的な政府間フォーラムであることを認識しつつ。

資料:「ミレニアム宣言（仮訳）」外務省

資料:「国連事務総長、持続可能な開発に向けて統合報告書を発表 ― The Road to Dignity by 2030 ―」国際連合広報センター

表 3-38　オープン・ワーキング・グループ提案の
「目標 3.　あらゆる年齢のすべての人々の健康的な生活を確保し、福祉を促進する」に関する
具体的な持続可能な開発目標及びターゲット　(2014 年・平成 26 年 12 月)（IGES 仮約）

3.1 2030年までに、世界の妊産婦の死亡率を10万人当たり70人未満に削減する。
3.2 2030年までに、新生児および5歳未満児の予防可能な死亡を根絶する。
3.3 2030年までに、エイズ、結核、マラリアおよび顧みられない熱帯病といった伝染病を根絶するとともに肝炎、水系感染症およびその他の感染症に対処する。
3.4 2030年までに、非感染性疾患(NCD)による早期死亡を、予防や治療を通じて3分の1減少させ、精神保健および福祉を促進する。
3.5 麻薬乱用やアルコールの有害な摂取を含む、薬物乱用の防止・治療を強化する。
3.6 2020年までに、世界の道路交通事故による死傷者を半減させる。
3.7 2030年までに、家族計画、情報・教育、およびリプロダクティブ・ヘルスの国家戦略・計画への組み入れを含む、性と生殖に関するヘルスケアをすべての人々が利用できるようにする。
3.8 すべての人々に対する財政保障、質の高い基礎的なヘルスケア・サービスへのアクセス、および安全で効果的、かつ質が高く安価な必須医薬品とワクチンのアクセス提供を含む、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ(UHC)を達成する。
3.9 2030年までに、有害化学物質、ならびに大気、水質および土壌の汚染による死亡および病気の件数を大幅に減少させる。
3.a すべての国々において、たばこ規制枠組条約の実施を適宜強化する。
3.b 主に開発途上国に影響を及ぼしている感染性および非感染性疾患のワクチンおよび医薬品の研究開発を支援する。また、ドーハ宣言に従い安価な必須医薬品およびワクチンへのアクセスを提供する。同宣言は公衆衛生保護およびすべての人々への医薬品のアクセス提供にかかわる「知的所有権の貿易関連の側面に関する協定(TRIPS協定)」の柔軟性に関する規定を完全に行使する開発途上国の権利を確約したものである。
3.c 開発途上国、特に後発開発途上国および小島嶼開発途上国において保健財政、および保健従事者の採用、能力開発・訓練、および定着を大幅に拡大させる。
3.d すべての国々、特に開発途上国の国家・世界規模な健康リスクの早期警告、リスク緩和およびリスク管理のための能力を強化する。

資料：「SDGs(持続可能な開発目標) OWG(ｵｰﾌﾟﾝﾜｰｷﾝｸﾞｸﾞﾙｰﾌﾟ)成果文書」 Institute for Global Environmental Strategies (IGES)

④ ポスト2015年持続可能な開発アジェンダに関する事務総長統合報告書(Synthesis report)
― The Road to Dignity by 2030 ―

(2014年・平成26年12月)

前記の②と③をふまえ、2014年（平成26年）12月潘基文（パン・ギムン）国連事務総長は、「ポスト 2015 年持続可能な開発アジェンダに関する事務総長統合報告書」(Synthesis report of the Secretary-General on the post-2015 sustainable development agenda、A/69/700）の先行版を国連総会に提出し、すべての人にとって持続可能な開発の時代を実現するため、包摂的、機敏かつ協調的な行動を求めた。

タイトルは、「2030年までの尊厳への道：貧困に終止符を打ち、全ての人の生活を変容させ地球を保護すること（The road to dignity by 2030: ending poverty, transforming all lives and protecting the planet)」(2030年までに、私たちは貧困を終わらせ、生活を一変させるとともに、地球を守る方法も見出すことができる)である。

この報告書は、「人間」と「地球」を中心に据え、人権に裏づけられた新たなグローバル・アジェンダ策定をめざす、2015年（平成27年）9月の首脳会議・国連総会決議に向けたたたき台となるものである。

すなわち、これに関して国連広報センターから、次のような要旨の国連事務総長のプレスリリースが出された。(表3-39)

潘事務総長は統合報告書の結論で次のように述べ、加盟国に強く働きかけた。「私たちは国連の創設以来、最も重要な開発の年を迎えようとしている。私たちは『人間の尊厳および価値に関する信念を改めて確認』し、世界を持続可能な未来へ導くという国連の誓約に意味を持たせなければならない…。[私たちには] 誰も置き去りにすることなく、すべての人にとって尊厳ある生活を現実のものとするため、大胆に、力強く、迅速に行動を起こす歴史的な機会と義務がある。」

潘事務総長は、国連持続可能な開発会議（リオ+20）に続く協議に言及しつつ、総会に対し、開発についてこれほど幅広く包摂的な協議が行われたことはないと述べた。そして、統合報告書は「将来を見通して、人間と地球を中心に据え、人権に裏づけられ、グローバル・パートナーシップに支えられた普遍的で大きな変革をもたらすアジェンダの大枠を論じる」ものであると付け加えた。

事務総長は、今後数カ月で、ポスト2015年アジェンダの最終的なパラメータが固まるだろうとしたうえで、人権と尊厳に基づき、説得力と原則性を兼ね備えた文言を盛り込む必要性を強調した。また、資金調達その他の実施手段も不可欠になるとして、報告、進捗状況のモニタリング、教訓からの学び、責任の共有の確保のための強力で包摂的な公的メカニズムの整備も求めた。

事務総長は、オープンワーキンググループが作成した成果文書も歓迎し、これによって提案された17項目の持続可能な開発目標と169項目のターゲットは、貧困を終わらせ、繁栄の共有を達成し、地球を守り、誰も置き去りにしないことをねらいとするアジェンダを明確に表現していると述べた。

オープンワーキンググループの議論が包摂的かつ生産的に行われたという認識に基づき、事務総長は、総会も合意しているとおり、ワーキンググループの提案を新たな目標の基盤とすべきことを指摘した。報告書はまた、これら目標は、世界的な認識を高め、各国レベルでの実施を促すよう、加盟国の意欲とビジョンを明確に伝える「焦点を絞った簡潔な」ものとすべきであるとも述べた。

統合報告書は、尊厳、人間、繁栄、地球、正義、パートナーシップを、開発目標の議論において理念的な指針を提供すべき横断的な「必須要素」群として提示しているが、潘事務総長は、どの要素も他の要素と切り離して考えることはできず、また、それぞれの要素が全体と不可分の一体をなしていることも強調した。

そして、事務総長は、ポスト 2015 年プロセスから最大の成果を確保するという決意を改めて表明するとともに、各国が普遍的人権と国際的規範を指針としつつ、異なる国々の異なるニーズに引き続き配慮する必要性を強調した。

さらに、表明とともに前記③で整理した、オープンワーキンググループによって提案された「17 項目の持続可能な開発目標」も合わせて発表した。(再掲)表 3-40)

これらのことから、2015 年（平成 27 年）9 月の首脳会議・国連総会で決議されることになる、「ポスト 2015 年持続可能な開発アジェンダ」は、持続可能な開発目標（ＳＤＧｓ）オープンワーキンググループ報告書の「開発目標の理念」「保健課題」と提案が、色濃く反映されたものになることが予想される。

そしてこのオープンワーキンググループの報告書では、③で述べたように、保健に関連の深い目標としては「目標 3 すべての年齢の人の健康な生活を確保し、福祉を推進する」がある。(再掲)表 3-40)

そしてオープンワーキンググループの報告書の中では、「3.7 2030 年までに、家族計画、情報・教育、およびリプロダクティブ・ヘルスの国家戦略・計画への組み入れを含む、性と生殖に関するヘルスケアをすべての人々が利用できるようにする」、及び「3.8 すべての人々に対する財政保障、質の高い基礎的なヘルスケア・サービスへのアクセス、および安全で効果的、かつ質が高く安価な必須医薬品とワクチンのアクセス提供を含む、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（ＵＨＣ）を達成する」という、「ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ」に関する開発目標及びターゲットが設定されている。

また統合報告書の六つの「必須要素」の内の、「人間：健全な生活、知識並びに女性と子どもの包摂」では、「69」としてＭＤＧｓの未完の作業特に女性と子供に関する権利・環境に関する部分を取り上げている。(表 3-41)

さらに、「70」では、「アジェンダは普遍的な医療ケアの補償、アクセスと価格の手ごろさに対処し；予防可能な妊婦、新生児および子どもの死と栄養不良を終わらせ；必要不可欠な医療品の利用可能性を確実とし」とうたって、言わば「ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ」の導入を取り上げている。(表 3-41)

表 3-39　ポスト 2015 年持続可能な開発アジェンダに関する事務総長統合報告書の要旨

（2014 年・平成 26 年 12 月）

(1) 国連事務総長のプレスリリース要旨

①193の加盟国が出席する総会への非公式ブリーフィングで、統合報告書『The Road to Dignity by 2030: Ending Poverty, Transforming All Lives and Protecting the Planet』(2030年までに、私たちは貧困を終わらせ、生活を一変させるとともに、地球を守る方法も見出すことができる)を発表した。

②統合報告書には、ポスト2015年アジェンダに関する交渉の進捗状況を確認し、MDGsの取り組みから得た教訓を見直すことで、今後の各国による議論を支援するねらいがある。

③事務総長は統合報告書の結論で次のように述べ、加盟国に強く働きかけている。私たちは国連の創設以来、最も重要な開発の年を迎えようとしている。
　私たちは『人間の尊厳および価値に関する信念を改めて確認』し、世界を持続可能な未来へ導くという国連の誓約に意味を持たせなければならない…。
　［私たちには］誰も置き去りにすることなく、すべての人にとって尊厳ある生活を現実のものとするため、大胆に、力強く、迅速に行動を起こす歴史的な機会と義務がある。

④潘事務総長は、国連持続可能な開発会議（リオ+20）に続く協議に言及しつつ、総会に対し、開発についてこれほど幅広く包摂的な協議が行われたことはないと述べた。
　そして、統合報告書は「将来を見通して、人間と地球を中心に据え、人権に裏づけられ、グローバル・パートナーシップに支えられた普遍的で大きな変革をもたらすアジェンダの大枠を論じる」ものであると付け加えた。

⑤事務総長は、オープン・ワーキング・グループが作成した成果文書も歓迎し、これによって提案された17項目の持続可能な開発目標と169項目のターゲットは、貧困を終わらせ、繁栄の共有を達成し、地球を守り、誰も置き去りにしないことをねらいとするアジェンダを明確に表現していると述べた。

⑥オープン・ワーキング・グループの議論が包摂的かつ生産的に行われたという認識に基づき、事務総長は、総会も合意しているとおり、ワーキング・グループの提案を新たな目標の基盤とすべきことを指摘している。報告書はまた、これら目標は、世界的な認識を高め、各国レベルでの実施を促すよう、加盟国の意欲とビジョンを明確に伝える「焦点を絞った簡潔な」ものとすべきであるとも述べている。

⑦統合報告書は、尊厳、人間、繁栄、地球、正義、パートナーシップを、開発目標の議論において理念的な指針を提供すべき横断的な「必須要素」群として提示している。潘事務総長は、どの要素も他の要素と切り離して考えることはできず、また、それぞれの要素が全体と不可分の一体をなしていることも強調している。

⑧事務総長は、持続可能な開発資金に関する政府間専門家委員会の作業を歓迎し、「実施はこのアジェンダの試金石になる。実施には健全な資金的基盤が伴わねばならない」と述べ、各国に取り組みをさらに拡大するよう促している。

(2) 事務総長統合報告書の要旨－ The Road to Dignity by 2030 －

本報告書は、政府間の交渉の情報として、ポスト2015年開発アジェンダに関して可能となる完全な範囲の情報を統合し、2014年末までに統合報告書を提出することを加盟国が事務総長に要請した、総会決議 68/6に従って提出された。

20年間の開発の実践の経験並びにオープンかつ包括的なプロセスを通じて収集された情報を利用して、本報告書は、これからの 15 年の間に尊厳を達成するための指針を示している。

本報告書は、権利に裏づけられまたその中心に人間と地球を据えて、持続可能な開発のための、普遍的かつ変容可能なアジェンダを提案する。以下の6の必須要素の統合された一式が、持続可能な開発アジェンダを形成し強化し、また加盟国によって明らかにされた望みとビジョンが通じ合い、国内で伝えられることを確実とするために定められる:

＜人間と地球を中心とした必須要素群＞

(a)尊厳:貧困を終わらせ不平等と闘う
(b)人間:健全な生活、知識並びに女性と子どもの包摂
(c)繁栄:強力で包摂的かつ変容可能な経済を成長さ せる
(d)地球:全ての社会と我々の子孫のために生態系を保護する
(e)正義:安全かつ平和な社会と強力な制度を促す
(f)協力関係:持続可能な開発のための地球規模の連帯をもたらす

本報告書は、統合された持続可能な開発アジェンダが、持続可能な開発の能力における、資金調達、技術および投資を含み、実施のための、平等に相乗的な手段の枠組を必要とすることをも強調する。さらに、本報告書は、約束が実行されることを確実 とするために、共有された責任という文化の尊重を呼びかける。この趣旨により、本報告書は、新しいアジェンダの挑戦に対応するために、強化された統計上の能力に基づき、また新しく非伝統的なデータ源の潜在性と"目的に合致した" 国際連合システムを利用して、実施を監視し審査することを可能にする枠組を提案する。これからの15年間に尊厳を達成することは、多元的な制度と国家を強化するために、我々が政治的な意思と必要な資源を共同で動員することにより可能となる。

資料:「国連事務総長、持続可能な開発に向けて統合報告書を発表 プレスリリース － The Road to Dignity by 2030 －」国際連合広報センター
資料:「ポスト 2015 年持続可能な開発アジェンダ に関する事務総長統合報告書」国際連合広報センター

(再掲)表 3-40　国連事務総長「統合報告書」の持続可能な開発目標

(2014 年・平成 26 年 12 月)

目標1	あらゆる場所で、あらゆる形態の貧困に終止符を打つ
目標2	飢餓をなくし、食料の安定確保と栄養状態の改善を達成するとともに、持続可能な農業を推進する
目標3	すべての年齢の人の健康な生活を確保し、福祉を推進する
目標4	すべての人の包摂的で公平な質の高い教育を確保し、生涯学習の機会を推進する
目標5	ジェンダーの平等を達成し、すべての女性と女児のエンパワーメントを図る
目標6	すべての人に水と衛生施設へのアクセスと持続可能な管理を確保する
目標7	すべての人に安価で信頼でき、持続可能で近代的なエネルギーへのアクセスを確保する
目標8	すべての人のための持続的、包摂的かつ持続可能な経済成長、生産的な完全雇用およびディーセント・ワークを推進する
目標9	強靭で復元力のあるインフラを整備し、包摂的で持続可能な工業化を推進するとともに、イノベーションを促進する
目標10	国内と国家間の不平等を削減する
目標11	都市と人間の居住地を包摂的、安全、強靭かつ持続可能にする
目標12	持続可能な消費と生産のパターンを確保する
目標13	気候変動とその影響に取り組むため、緊急の措置を講じる*
目標14	海洋と海洋資源を持続可能な開発に向けて保全し、持続可能な形で利用する
目標15	陸上生態系を保護、回復し、その持続可能な利用を推進すること、また、森林を持続可能な形で管理し、砂漠化に取り組み、土地の劣化を食い止め、逆転させるとともに、生物多様性の損失に歯止めをかける
目標16	持続可能な開発に向けて安全で包摂的な社会を推進し、すべての人に司法へのアクセスを提供するとともに、あらゆるレベルにおいて効果的で責任ある包摂的な制度を構築する
目標17	持続可能な開発のための実施手段を強化し、グローバル・パートナーシップを活性化させる

＊: 国連気候変動枠組み条約締約国会議が、気候変動へのグローバルな対応に向けた主たる国際的な政府間フォーラムであることを認識しつつ。

資料:「国連事務総長、持続可能な開発に向けて統合報告書を発表 ― The Road to Dignity by 2030 ―」国際連合広報センター

表 3-41 国連事務総長「ポスト 2015 年持続可能な開発アジェンダに関する事務総長統合報告書」の「人間：健全な生活、知識並びに女性と子どもの包摂」に関する部分

(2014 年・平成 26 年 12 月)

69. 何百万人もの人々、特に女性と子どもは、ミレニアム開発目標の未完の作業の結果として取り残された。我々は、女性とまた若者と子どもが幅広い公共医療サービスにアクセスできることを確実としなければならない。我々は女性と女児に対する暴力または搾取を容赦しないことを確実としなければならない。女性と女児は、金融サービスへの平等なアクセスと自らの土地および他の資産の権利を有さなければならない。全ての子どもと若者は教育の権利を有し、学習のための安全な環境がなければならない。人間開発は人権の尊重をも意味する。
70. アジェンダは普遍的な医療ケアの補償、アクセスと価格の手ごろさに対処し;予防可能な妊婦、新生児および子どもの死と栄養不良を終わらせ;必要不可欠な医療品の利用可能性を確実とし;女性の性と生殖の健康および生殖の権利を実現し;予防注射の適用範囲を確実とし;マラリアを撲滅し、AIDS および結核からの今後の解放という展望を実現し;精神病、神経システムの障害や交通事故を含む、非伝染性の疾病の負担を軽減し;水、公衆衛生と衛生学に関連するものを含む、健康的な行動を促進しなければならない。

資料：「ポスト 2015 年持続可能な開発アジェンダに関する事務総長統合報告書」国際連合広報センター

４．我が国の医療保健政策の歴史的経緯とアセアン諸国への示唆

アジアの中で、最も高度な医療を提供している我が国も、昔から今の医療水準を維持してきたのではなく、一定の発展段階を経て現在に至っている。

その中でも、我が国が 1961 年に達成した国民皆保険は、世界に誇るべきものであるといえよう。

本章では、まず日本の国民皆保険の達成までの課程を概観し、どのような流れを経て皆保険実現に至ったのかを確認し、併せて展開された主要保健対策（母子保健対策、学校保健対策、結核等の感染症対策、交通事故等の救急医療対策）についてまとめる。

後半部分では、日本と地理的にも近く経済的にもつながりの深く、さらには日本が国際貢献を行ううえでの被支援国であるアセアン諸国（ASEAN：東南アジア諸国連合[1]）をとりあげ、アセアン諸国の経済水準および平均寿命、乳幼児死亡率、妊産婦死亡率、結核罹患率といった各種の保健指標を取り上げその水準が、日本のどの時代の水準に該当するのかを確認する。その上で、最終的にはアセアン諸国を経済水準でグループ分けし、経済水準と保健指標の関係をみた上、今後の支援のあり方に資するものとする。また、日本における戦前・戦後の保健医療政策が、労働力の確保という点から経済成長を支えた可能性を指摘し、アセアン諸国への示唆を述べる。

１）ＵＨＣとしての我が国の国民皆保険と補完的保健政策

日本もかつては貧困に苦しんでいた。その時代から徐々に国民皆保険を達成した日本の事例は、これからユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（Universal Health Coverage：以下、ＵＨＣ）を実現しようとしている多くの国々にとって、多くの示唆を与え得るし、教訓になると思われる。ＵＨＣとは、すべての人が支払可能な費用で保険医療サービスを受けられる状態を示す。そして、ＵＨＣを高い水準で達成している日本に着目した研究が行われてきた。

日本が 2011 年に国民皆保険達成 50 周年を迎えたことを受け、ランセット誌で日本特集号が組まれた。また、日本政府と世界銀行グループによる、日本を含む複数の国を対象とした国際研究が実施され、報告書「包括的で持続的な発展のためのユニバーサル・ヘルス・カバレッジ」がまとめられ、公表されている。

日本は、長い時間をかけながら国民皆保険を達成した。達成後も時代の変遷とともに制度の変革を繰り返している。日本の事例および、そこから得られた教訓は、これからＵＨＣの実現を目指す国々にとって、より公平で効率的なＵＨＣの実現にむけての参考となるはずである。

---

[1] 東南アジア 10 か国から成る ASEAN（東南アジア諸国連合）は，1967 年の「バンコク宣言」によって設立された．インドネシア，カンボジア，シンガポール，タイ，フィリピン，ブルネイ，ベトナム，マレーシア，ミャンマー，ラオスの 10 か国が参加している．地域協力としての ASEAN は，過去 10 年間に高い経済成長を見せており，今後，世界の「開かれた成長センター」となる潜在力が，世界各国から注目されている．（外務省ホームページより．
http://www.mofa.go.jp/mofaj/index.html）

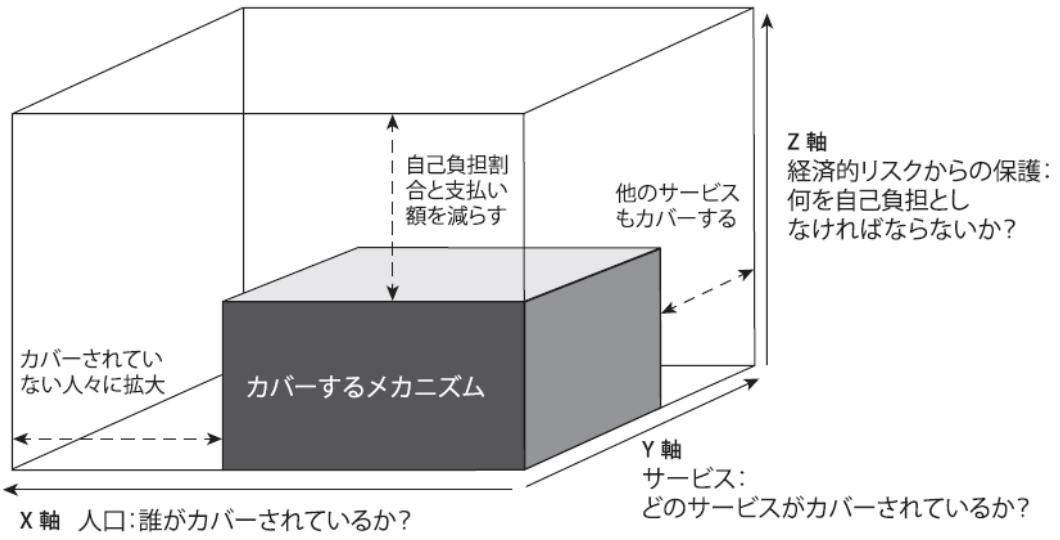
（１）ＷＨＯが提唱するＵＨＣ達成のための評価軸と実現のための４原則

ＵＨＣは、近年の国際保健における重要課題として位置づけられている。ポスト 2015 開発アジェンダにＵＨＣを含めるべきとの主張も高まっている[2]。2013 年のＷＨＯ総会において世界銀行グループのジム・ヨン・キム総裁は、世界銀行グループがＵＨＣにコミットすることを発表しており[3]、世界各国でＵＨＣに向けた取り組みが行われている。

ＵＨＣとは「全ての人が適切な予防、治療、リハビリ等の保健医療サービスを、必要な時に支払い可能な費用で受けられる状態を指す」とされている[4]。さらに、ＷＨＯによれば、ＵＨＣの達成のための評価軸については、下記の図のように説明されている[5]。

ＵＨＣの達成：

あらゆる人が貧困に陥る不安を抱くことなく，質の良い保健医療サービス（予防，健康増進，治療，リハビリ，緩和治療）を受けられる状態を指す．ＵＨＣの実現には，対象サービス，対象費用，対象人口の 3 つの側面において，拡充が見られる必要がある．（下図参照）



ＷＨＯの 2010 年世界保健報告書では、ＵＨＣの実現に向けた 4 つの原則を概説してい

[2] オックスファムブリーフィングペーパー176，2013．10.9.

[3] World Bank ホームページ，http://www.worldbank.org/en/news，（アクセス：2015 年 2 月 27 日）

[4] 財務省報道発表（2015 年 12 月 6 日）『「保健政策閣僚級会合」を開催しました』より引用している．この説明は，WHO の定義が基となっている．

[5] WHO2010 年世界保健報告より．なお，2005 年に開催された第 58 回 WHA の事務局レポートによれば，Universal coverage(Universal health coverage と同義)は以下のように定義されている．

“Universal coverage is defined as access to key promotive, preventive, curative and rehabilitative health interventions for all at an affordable cost, thereby achieving equity in access. The principle of financial-risk protection ensures that the cost of care does not put people at risk of financial catastrophe. A related objective of health-financing policy is equity in financing: households contribute to the health system on the basis of ability to pay. Universal coverage is consistent with WHO’s concepts of health for all and primary health care.”

る。それらの原則とは以下のものである[6]。

＜ＵＨＣ実現に向けた４つの原則＞

１．経済的障壁、とりわけ直接支払いの廃止により、公平なアクセスを促進すること
２．前払いの義務化
３．不可欠な大規模リスク・プール
４．資金拠出が困難な層の保健費用は政府負担で

１つ目の「経済的障壁、とりわけ直接支払いの廃止により、衡平なアクセスを促進すること」という原則の背景には、医療費の自己負担によって多くの人が貧困に陥っているということがある。毎年、全世界で１億５千万人が直接支払の影響で過度な医療費負担に直面し、うち１億人が貧困に陥っており、これは毎秒３人が貧困に陥っているというペースである[7]。よって、その解決のために、直接支払ではない医療費用の負担システムを、効率的かつ公平な保険料等の前払い制度のもとで実現するというものである。

２つ目が、前払いの義務化である。任意加入での保険に頼りＵＨＣと呼べる状況を達成した国は一つもないことが指摘されている[8]。さらに、支払いが可能な人々の保険料の前払いは義務化すべきであり、そうしなければ、富裕層や健康な人々は加入しなくなり、貧困層や病人のニーズを補うだけの資金が枯渇する、と述べられている[9]。

３つ目の不可欠な大規模リスク・プールは、社会的連帯の原則（富裕層から貧困層への所得面での相互扶助、健康な人から病にある人へのリスク面への相互扶助を最大化し、再分配すること）は、任意制度にみられるような限定されたリスク・プールではリスクを十分に分散できないため、大きなリスク・プールでなければ実現できない、というものである。

４つ目は、ＵＨＣ実現のためには、支払が困難な人々の医療費を補うためには、公的資金を政府が調達しなければならず、その根拠として、医療保険制度が確立している先進諸国においてさえも貧困層の費用をカバーするために政府が一般財源を投入しているとしている[10]。

そして、これらの４つの原則によって、持続的な実現の可能性を大きく高めることが期待されている。すなわち、医療へのアクセスを向上させ、医療費による貧困を回避するための公平で効率的な医療保険制度が構築することができるとしている。

ＷＨＯが提唱しているＵＨＣ実現のための４原則は、多くの事例で守られていないことが指摘されている。このことは、医療保険を実際に導入する際に、自己負担の廃止や保険制度加入の義務化が必要となるなど、現実的には４原則を満たした制度の導入が困難であるということが考えられる。しかし、世界的にＵＨＣを達成していくためには、状況改善への取組みが続けられなくてはならない。

---

[6] オックスファムブリーフィングペーパー176, 2013. 10.9. より訳を引用している.
[7] オックスファムブリーフィングペーパー176, 2013. 10.9.
[8] 同上.
[9] 同上.
[10] 同上.

（２）ＵＨＣとしての我が国の国民皆保険の特徴

我が国における国民皆保険制度の歴史は古く、時代区分でいえば、慢性感染症（主として結核）期たる 1938 年には、国民健康保険法が制定されている。

このときのスローガンは、「疾病は貧困の源」というものであり、今なお多くの途上国であてはまるものと思われる。

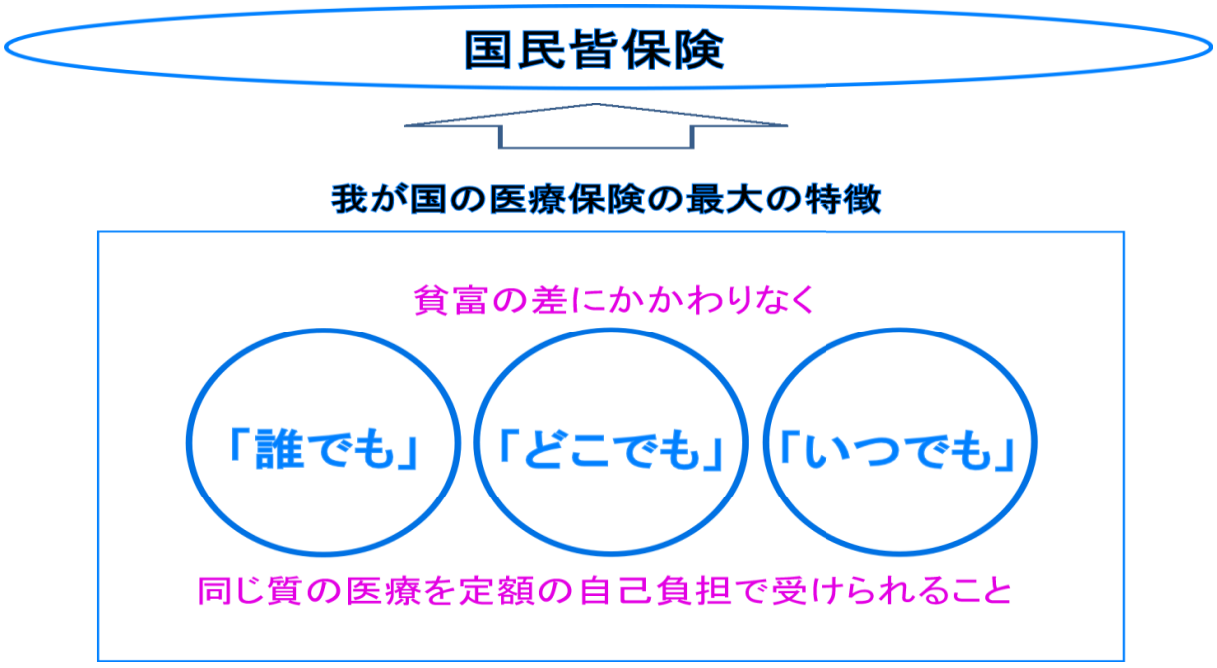
その後、第二次世界大戦によって、戦前の保険制度は大きな打撃を受けたが、戦後わずか 16 年で（したがって高度成長期の前に）国民皆保険が実現した、という背景がある。

このように、「国家・国民の強い意志と熱意があれば、財政的に厳しい状況であっても国民皆保険制度が構築できる」という先例は、途上国において多いに励みになる事例と思われる。その日本の皆保険制度の特徴はいかなるものであろうか。

図 4-1 は、日本の国民皆保険の特徴を概念図として示したものである。日本の皆保険では、所得水準に関係なく「誰でも」、「どこでも」そして「いつでも」というフリーアクセスが認められている。「誰でも」という部分は、「職域保険」と「地域保険」という 2 つを柱とした公的医療保険制度によって実現されている。また、「どこでも」「いつでも」というフリーアクセスは、日本の医療保険制度の基盤形成期において、その礎をみることができる。

日本はＵＨＣを達成そして維持されているとされ、「成熟した制度とプログラムを有している段階」とされている[11]。

図 4-1　我が国の国民皆保険の特徴



[11] 日本・世界銀行共同研究プログラム最終報告書「包括的で持続的な発展のためのユニバーサル・ヘルス・カバレッジ」(2014)の分類による．本報告書では地理的，経済的，歴史的背景が異なる１１ヵ国を対象として行われた研究の成果がまとめられており，世界的なＵＨＣの実現に向けての多くの示唆を与えている．

（3）国民皆保険誕生までの流れ

日本における、国民皆保険という制度が、誕生した背景を整理する。

初めに指摘しておくと、国民皆保険の実現の背景には、戦後の日本経済の急速な復興があることが指摘されている[12]。また、疾病に起因する貧困が社会問題化していたことも影響を与えている[13]。

日本の皆保険制度の成り立ちを理解するためには、明治期から第二次世界大戦の敗戦と、それ以降から国民皆保険の達成にいたるまでの 2 つの期間に区別した方がよい。なぜなら、医療保険制度は戦時中には国家の富国強兵のための基盤づくりのために用いられ、終戦後は経済混乱の中で国民健康保険者の激減等に直面し、制度の立て直しが図られたからである。

また、先述したように日本の医療保険制度は、「職域保険」と「地域保険」という 2 つの柱のもとに発展してきた。職域保険とは、被用者を対象とした保険であり、地域保険は被用者以外の職域保険ではカバーされない人を対象とした地域ベースの保険であり、日本の医療保険の特徴と言われている。その視点を踏まえながら、制度の成り立ちを概観する。

① 戦前の医療保険制度

日本の医療保険制度は、社会保険形式を軸にして成り立っているが、ドイツの制度に倣ったものであった。まず 1922 年（大正 11 年）に、労働者を対象とした「健康保険法」が成立した。これが職域保険のはじまりである。

この背景には、第一次世界大戦が関係している。第一次世界大戦中、日本の工業化と、それに従事する労働者は増加したが、大戦後は大量の失業者が発生した。また、戦時中には急激なインフレーションによる、実質賃金の低下なども生じるなど、社会不安が増大していた。労働争議や労働運動が増加するなか、政府は労使関係の対立の緩和をはかる目的で、労働者を対象とした医療保健制度の検討がなされたのである。健康保険法の成立した翌年に関東大震災が発生したため、施行は 1927 年（昭和 2 年）に見送られた。

一方、農村における貧困も社会問題化していた。農家を苦しめる負債の原因に医療費があったことを受けて、1938 年（昭和 13 年）に「国民健康保険法（以下、戦前は「旧国保法」ともいう[14]）」が制定され、同年に施行された。その後、日本はまもなく戦時体制に突入し、国の「健兵健民政策」を推進するために、国民健康保険が強化されていった。

なお、旧国保法の制定以前においても、地域福祉の維持・向上を目的として、それぞれの地域において医療互助組織や農村部における相互共助的な産業組合が存在しており、それをベースとして旧国保法は実施された[15]。旧国保法のもとでは、保険は市町村の公営ではなく、地区内の世帯主を組合員とする「普通国民健康保険組合」と、同一事業または同

---

[12] 島崎謙治（2012）『日本の医療』東京大学出版会.
同著では，終戦直後の窮乏の中では，孤児対策などの児童福祉，生活保護，傷病者対策の意味も有する身体障害者福祉といった救貧対策が優先されたことが指摘されている．昭和 31 年度版の経済白書には，「もはや『戦後』ではない」と記された.

[13] 同上.

[14] 戦後の国民保険法と区別するために、戦前の国民保険法は旧国保法と呼ばれることが多い。

[15] 高木安雄（1994）「国民健康保険と地域福祉」，季刊社会保障研究 Vi1. 30, No. 3, pp. 249-60.

種の業務に従事するものを組合員として組織される「特別健康保険組合」（現行の医師国保組合や弁護士国保組合等の淵源）の２つによって運営されていた[16]。これは「組合主義」と呼ばれるものである[17]。

表 4-1　国民皆保険の成立まで（戦前）

西暦	和暦	その他の出来事	国民健康保険	職域保健	人口10万人対医師数
1922	大正11年			健康保険法制定 ●適用対象は工場法・鉱業法の適用事業所（従業員常時10人以上）の労働者および年収1,200円以下の職員 ●保険者は健保組合および政府 ●給付は本人の業務上，業務外の疾病，負傷．死亡等 ●給付率10割，期間180日，一部負担なし ●保険料率は一般：40～48/1000，石炭：80/1000， 労使折半（本人は30/1000以下） ●国は給付費の1/50，被保険者1人2円以下補助 ●診療報酬は日本医師会等と団体請負契約（人頭払）	76
1927	昭和2年			健康保健法施行	77
1929	昭和4年			健康保険 ●事業主に協力義務 ●保険者に保険料強制徴収権 ●予算の定めるところにより国は事務費補助	78
1934	昭和9年			健康保険 ●適用範囲の拡大 製造業，工業，電気業，軌道，陸上運送業等で従業員5人以上	81
1938	昭和13年	厚生省設置	国民健康保険法制定（旧国保法） ●保険者は市町村単位の国保組合（地方長官認可） ●組合員は原則任意加入 ●給付と保険料は組合規約で定める		87

[16] 島崎謙治（2012）『日本の医療』東京大学出版会.
[17] 同上.

1939	昭和14年			船員保険法制定 ●適用対象は船員法に定める船員および母船式漁業，トロール，捕鯨等の大型漁船，ただし下船中のものは除く． ●保険者は政府 ●給付は療養の給付(6か月)，傷病手当金(6日)，養老年金(廃疾年金，疾病手当金，脱退手当金，死亡一時金，ただし年収1,800円以上の高級船員は療養の給付は除く． ●保険料率は82/1000，労使折半 ●国は長期給付に要する費用の1/5と事務費を負担 職員健康保険法制定 ●被保険者は指定市町村の金融・保健・商業等の事業所の一般俸給生活者で年収1,200円以下の者 ●原則として8割給付，療養費の支払い(実際には2割負担の現物給付) 健康保険法改正 ●家族に対し任意給付創設 ●結核精神の給付期間1年延長(任意)	88
1941	昭和16年	太平洋戦争突入		健康保険 ●適用範囲の拡大 貨物積卸，航空機，船舶運送業等	91
1942	昭和17年	国民医療法制定	国民健康保険法改正 ●地方長官の国保組合強制設立命令権 ●保険医 契約制→強制指定制 ●診療報酬 契約制→公定制	健康保険法改正 ●健保法と職員健保法統合 ●適用範囲の拡大 法人，団体の職員，年収1,200円以下→1,800円以下 ●家族の5割給付法定 ●本人一部負担導入 ●保険医契約制→強制指定制 ●診療報酬契約性→公定制	80
1943	昭和18年			健康保険 ●保険料率30/1000 ●診療報酬団体請負方式→点数単価方式	…
1944	昭和19年			健康保険 ●給付期間2年に延長 ●一部負担は初診相当額とする	69

資料：医療保険部分については島崎謙治（2012）『日本の医療』東京大学出版会，高木安雄（1994）「国民健康保険と地域福祉」，季刊社会保障研究 Vil.30,No.3．吉原健二・和田勝（2008）『日本医療保険制度史』東洋経済新報社の各種資料をもとに筆者作成．医師数については総務省長期統計系列のデータを用いている．

② 戦後から国民皆保険成立まで

終戦後の 1946 年（昭和 21 年）、日本国憲法が公布され、第 25 条第 1 項において「すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する。」という、生存権が規定された[18]。

戦後、1952 年（昭和 27 年）まで、日本はＧＨＱの占領下におかれ、医療制度も米国の影響を受けることとなり、自由開業医制や患者の医師選択の自由が尊重される制度となった[19]。

1950 年（昭和 25 年）には社会保障制度審議会が設置された。これは、その前年の 1949 年（昭和 24 年）にまとめられた「ワンデル勧告[20]」中での、「社会保障に関する企画、政策決定、法律制定の勧告権を有する内閣と同列の諮問機関を設置する」旨を受けたものであった[21]。同審議会の勧告として、1950 年勧告と 1956 年勧告は、その後の医療制度の指針を示したものとして意味を持っている[22]。これらの中で、社会保険を軸とする方針や、「職域保険（被用者保険）」と「地域保険」の「二本立ての体系」を維持すること、「国庫負担の必要性」、「私的医療機関の普及」と「公的医療機関の体系的整備」等について勧告している。

第二次世界大戦後の不況の中、国民健康保険では、保険料の滞納が増加した。また、インフレによる医療費の高騰などによって、制度が立ち行かない状況となっていた。そのような背景で、1948 年（昭和 23 年）に国民健康保険は、それまでの「組合主義」から、「原則市町村公営」とし、同時に国保事業が行われている地区では「原則強制加入」とした[23]。

国民皆保険の実現に向けた動きが加速してくるのは、昭和 30 年代（1955 年以降）に入ってからのことである。1955 年には、「七人委員会[24]」が設けられ、健康保険の財政対策についての審議が行われた。その報告書および、社会保障制度審議会の 1956 年勧告によって、皆保険への流れが強められることとなった。

そして、1958 年（昭和 33 年）に「国民健康保険法の全面改正」によって「新国保法」が誕生した。この法律によって、市町村は原則として国保事業（国民健康保険）を実施することとなり、1961 年（昭和 36 年）にすべての自治体が加わったことにより「国民皆保険」が達成された。

「新国保法」が「旧国保法」と大きく異なる点は、島崎（2012）が指摘している。すなわち、「新国保法」は「国民皆保険を達成するために、市町村に国保事業の運営を義務づけるとともに、市町村に住所を有する者は被用者保険加入者でない限り『強制加入』とされた」ことである。また、「給付の範囲について、健康保険（職域保険）に比べ著しく劣って

---

[18] 第 2 項では，「国は，すべての生活部面について，社会福祉，社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない.」と国の責務が定められている.

[19] 島崎謙治（2012）『日本の医療』東京大学出版会

[20] 占領下に来日したアメリカの社会保障調査団の団長ワンデル William H. Wandel の名前にちなんで，ワンデル勧告と呼ばれている．社会保障に関する勧告が含まれている.

[21] 島崎謙治（2012）『日本の医療』東京大学出版会

[22] 同上. 詳細については同著を参照のこと.

[23] 島崎謙治（2012）『日本の医療』東京大学出版会．ただし，同著にあるとおり，この改正によって，強制設立・強制加入が達成されたわけではない.

[24] 「七人委員会」とは社会保障制度（健康保険の財政問題を検討）意見具申を行うために 1955 年に設置された厚生相諮問機関。社会保険の実務家や、社会保障研究者など 7 名で構成された。

いたのを同一とし、給付割合についても引上げを図」った。

なお、健康保険（職域保険）と国民健康保険（地域保険）を比較すると、歴史的には健康保険の方が負担は軽く、給付範囲が手厚くなっていた。

平等という観点からこれらのことは問題視され、給付についても窓口負担割合（高齢者を除く）には長年にわたって差があり、完全に統一されたのは 2003 年（平成 15 年）という比較的最近のことである。また、保険料の負担の格差は今も議論されているところである。

表 4-2　国民皆保険の成立まで（戦後）

西暦	和暦	その他の出来事	国民健康保険	職域保健	人口10万人対医師数
1945	昭和20年	第2次世界大戦終戦 国際連合成立			71
1946	昭和21年	日本国憲法公布 第5条に生存権が明定			83
1947	昭和22年			健康保険 ●業務上の疾病労災法へ移管 ●被保険者の年収制限(1800円以下)撤廃 ●本人一部負担任意性 ●保険料率36/1000	90
1948	昭和23年	社会保険診療報酬支払基金法制定 社会保障制度審議会設置	国民健康保険法改正 ●保険者は市町村を原則 ●任意設立強制加入原則 ●保険医指定制→契約制 ●診療報酬　公定制→協議制	健康保険 ●被保険者の権利義務に関する重要事項法定 ●本人一部負担廃止 ●保険医強制指定制→任意指定制 ●診療報酬公定制→協議制 ●保険料率40/1000 (上下一割の範囲で変更できる)	90
1949	昭和24年	「ワンデル勧告」		健康保険 ●一部負担復活 ●保険料率50/1000 (45～55の範囲内で変更できる)	89
1950	昭和25年	社会保険審議会 社会保険医療協議会法 社会保険審査会法 制定 ●社会保険診療報酬算定協議会→中医協			92
1951	昭和26年		●国保税創設(地方税法改正)		99
1952	昭和27年	GHQによる占領の終結	●再建資金貸付法制定(27～29年)		100
1953	昭和28年		●給付費に対する2割国庫負担導入	日雇労働者健康保険法制定 私立学校教職員共済組合法制定 健康保険 ●適用範囲の拡大 土木建築，教育研究，医療福祉，通信事業 ●給付期間2年→3年	104

1954	昭和29年	七人委員会設置		健康保険 ●給付費に対する国庫補助(10億円)	105
1955	昭和30年		●給付費に対する国庫負担法定	健康保険 ●保険料率65/1000	106
1956	昭和31年			公共企業体職員等共済組合法制定	107
1957	昭和32年			健康保険 ●本人一部負担 初診100円, 入院1日:30円, 1月 ●国庫補助の明文化 ●保険医療機関 個人指定制→機関指定制 ●保険医登録制	108
1958	昭和33年		国民健康保険法全面改正(新国保法) ●前市町村に対し実施義務(国の団体委任事務) ●5割給付決定 ●国庫補助20% 調整交付金5% ●事務費全額国庫補助		109
1960	昭和35年			健康保険 ●保険料率引下げ 65/1000→63/1000	111
1961	昭和36年		**国民皆保険(および皆年金)の実施を達成** ●全市町村実施 ●結核・精神の給付率5割→7割 ●給付費国庫負担20%→25%	健康保険 ●分娩費の引上げ	111

資料：表 4-1 に同じ。

③ 加入者割合の推移（医療保険制度別）

図 4-2 は、日本における医療保険の加入者割合の推移を医療保険制度別に示したものである[25]。

日本で最初の医療保険は 1922 年（大正 11 年）に制定された健康保険法によることは先に述べたが、その対象者は工場や鉱山、交通業の事業所などで働く従業員本人のみであり、人口の 3%程度であった[26]。

1938 年（昭和 13 年）には厚生省が設置され、同年に国民健康保険法（旧国保法）が制定された。当時は市町村・職業を単位とする任意設立の保険組合の形態がとられていた[27]。その翌年の 1939 年（昭和 14 年）には人口の 9.9%が医療保険に加入していた。

同年、船員保険法のほか、職員健康保険法が制定され、船員のほかに販売・金融の事業所に勤務する労働者に対しても、医療保険が提供されるようになった[28]。また、健康保険法の改正によって、家族に対しても任意ではあるが医療保険の給付が始まった[29]。

1940 年（昭和 15 年）から 1943 年（昭和 18 年）にかけて、医療保険対象者の範囲が急速に拡大した背景には、1941 年（昭和 16 年）からの太平洋戦争突入が影響している。戦時体制下で、医療保険制度は労働力の保持・増強および「銃後の守り」のひとつとして拡充された[30]。1942 年（昭和 17 年）には健康保険法が改正され、その中に職員健康保険が統合されると同時に、それまで任意であった家族給付が法定化され、医療保険の対象人口は増加し、1943 年（昭和 18 年）には人口の 74.6%が加入するに至った[31]。

しかしながら、その状況は敗戦によって一変する。1945 年（昭和 20 年）に日本は第二次世界大戦の敗戦国となり、敗戦による社会の混乱や不況が日本を襲った。医療保険もその影響を大きく受け制度の継続が立ち行かなくなった。このため、1949 年（昭和 24 年）には 55.9%へと大きく減少した[32]。

戦後、医療保険の再構築が大きな目標となり、徐々に整えられていったのは、先述の通りである。適用人口の拡大を着実に実行していき、1961 年（昭和 36 年）に日本は国民皆保険を達成した。その後、制度の修正を繰り返しながら、現在まで皆保険を維持している。

---

[25] この図表は池上直己(2011)「日本の皆保険制度の変遷、成果と課題」ランセット日本特集号，pp. 44-56. と同様にして作成したものである。

[26] 高木安雄（1994)「国民健康保険と地域福祉」，季刊社会保障研究 Vil. 30, No. 3, pp. 249-60.

[27] 同上.

[28] 同上.

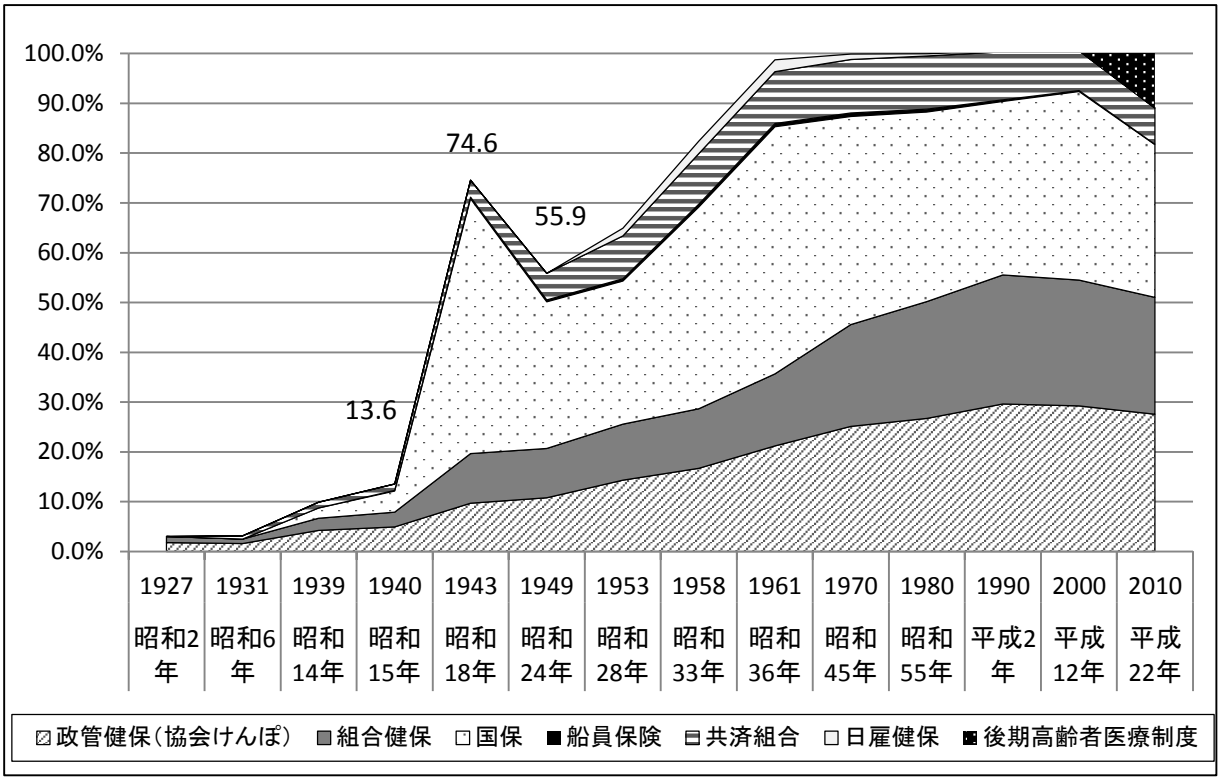
[29] 同上.

[30] 同上.

[31] 同上.

[32] 同上. なお，政管健保や組合健保，共済組合の適用人口が戦前と同じ水準を維持しており，対照的である点が指摘されている.

図 4-2　加入者割合の推移（医療保険制度別）



資料：1927～1990 年（昭和 2 年～平成 2 年）までは、高木安雄（1994）「国民健康保険と地域福祉」，季刊社会保障研究 Vol. 30, No. 3. のデータによる。平成 12 年および平成 22 年は厚生労働省「医療保険に関する基礎資料」各年版および国勢調査のデータを用いている。
なお、データ上は日雇保険は「法第 3 条第 2 項被保険者」と表記されたものを用いている。また、後期高齢者医療制度は平成 20 年から始まった。総人口は国勢調査における日本人の値を用いている。

（4）保険施策と併せて展開された補完的保健政策

保険施策と併せて展開された我が国固有の保健対策として、①母子保健対策、②学校保健対策、③結核等の感染症対策、④交通事故等の救急医療がある。

現状のアセアン諸国における保健水準等をみると、今後上記のような日本の過去の経験が大いに役立つと思われる。

① 母子保健対策

1937 年（昭和 12 年）に「保健所法」と「母子保護法」が公布され、また翌 1938 年（昭和 13 年）には厚生省が創設され、厚生省・保健所という一貫した行政システムに「母子保健対策」が組み込まれた。

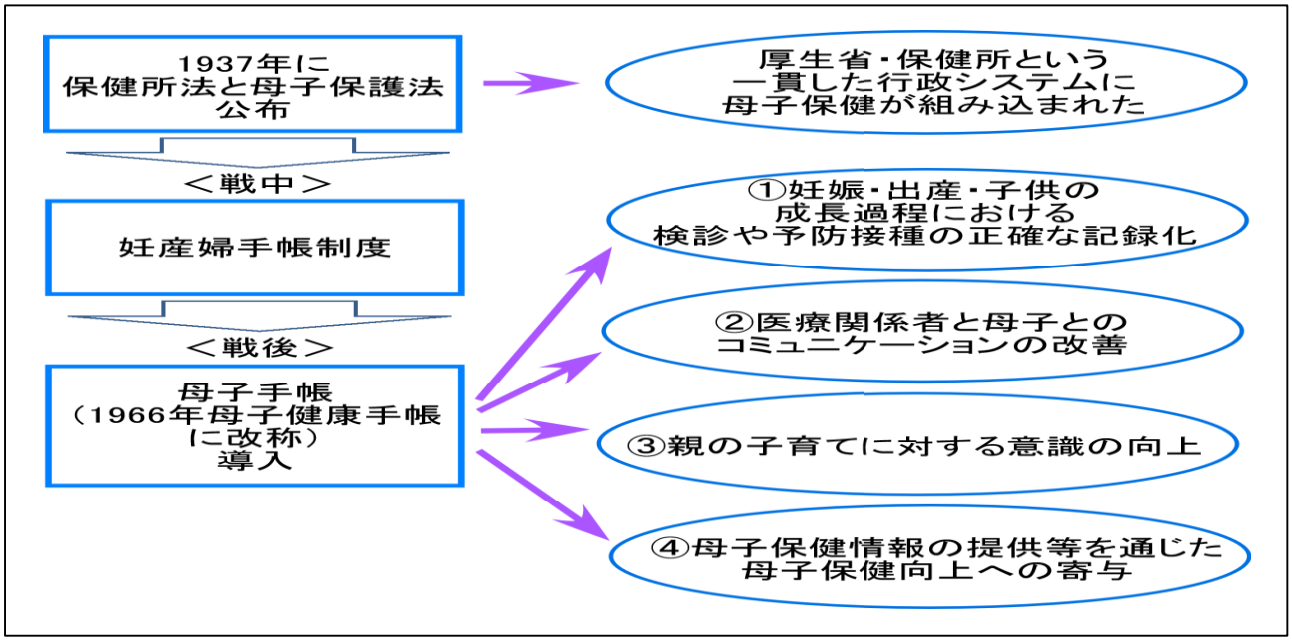
戦後にはＧＨＱの指令と支援により、母子衛生行政を担当するセクション（母子衛生課）が設置されるなどを経て、戦時中に制定された「妊産婦手帳制度」を改訂して新たに「母子手帳」（1966 年（昭和 41 年）に「母子健康手帳」に改称された）が導入された（図 4-3）。

我が国では、戦前からもともと識字率が極めて高かったという事情もあり、この母子（健康）手帳の導入により、①妊娠・出産・子供の成長過程における検診や予防接種の正確な記録化、②医療関係者と母子とのコミュニケーションの改善、③親の子育てに対する意識

の向上、④母子保健情報の提供等を通じた母子保健向上への寄与は大きかったと考えられる。

この母子健康手帳の如く「わずかの工夫で大きな成果」につながる、我が国の誇るべき制度を諸外国にも紹介し広く普及させていくことが重要である。

図 4-3　我が国の母子保健対策の歴史



② 学校保健対策

我が国の学校保健の歴史は古く、明治初期である 1872 年（明治 5 年）の学制と同時に開始された。当時はまだ天然痘やコレラが蔓延しており、最初の学校衛生施策はこれら感染症の予防が中心であった。

また学校医制度が 1898 年（明治 31 年）に公布され、全国の公立小学校に 1 名ずつの学校医が配置された。

戦後は結核対策としてツベルクリン反応と BCG が、また、回虫等の対策として虫卵検査と駆虫に重点が置かれた。

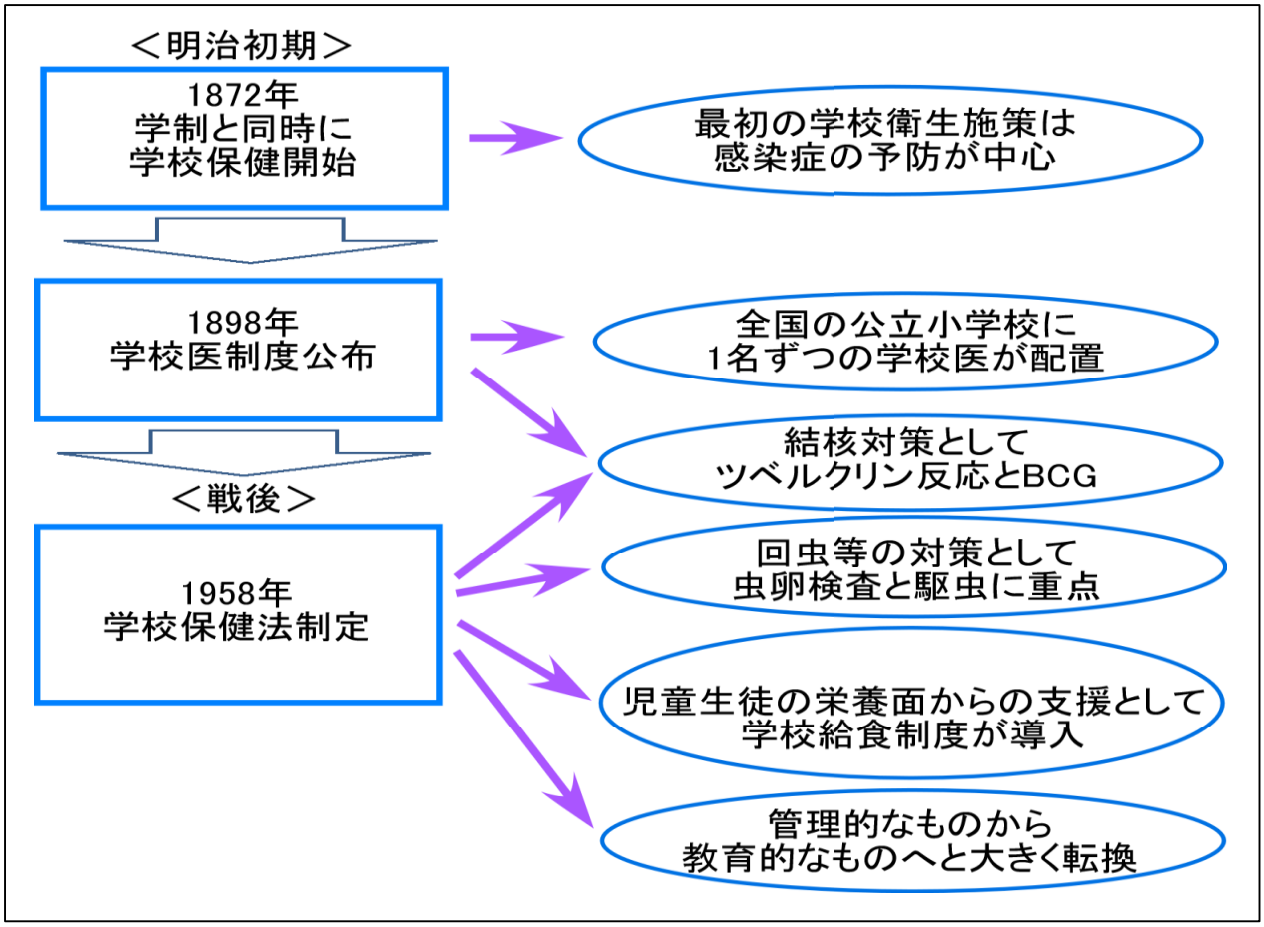
また、当時経済的貧困と食糧不足が社会問題となっていたことから、児童生徒の栄養面からの支援として学校給食制度が導入された。

1958 年（昭和 33 年）には学校保健法が制定され、学校保健がそれまでの管理的なものから教育的なものへと大きく転換した。

このように、我が国では、学校を軸として、学校・家庭・地域が小児健康保健のコミュニティを形成してきた経験の大きな蓄積がある。

途上国等でも、コミュニティ単位でのヘルスセンターの整備に関しては現実的な観点から困難な課題が多いと思われるが、教師は各コミュニティでのリーダー的役割を担っている場合が多いと想定される。このような場合、我が国の経験と蓄積を活かした地域での包括的な取り組みが展開できるのではないかと期待できるところである。

図 4-4　我が国の学校保健対策の歴史



③ 結核等の感染症対策

明治時代、開国と同時に海外との交流が盛んとなり、それに伴って、コレラ・ペスト・痘瘡等の外来の感染症が流行するに至った。

このような状況から明治政府は、1874 年（明治 7 年）に種痘規則を定め、また、コレラ対策のために中央衛生会（1879 年（明治 12 年））やコレラ避病院（1879 年（明治 12 年））等を設置した。

1880 年（明治 13 年）には伝染病予防規則を定め、総合的な感染症予防対策が講じられるに至った。

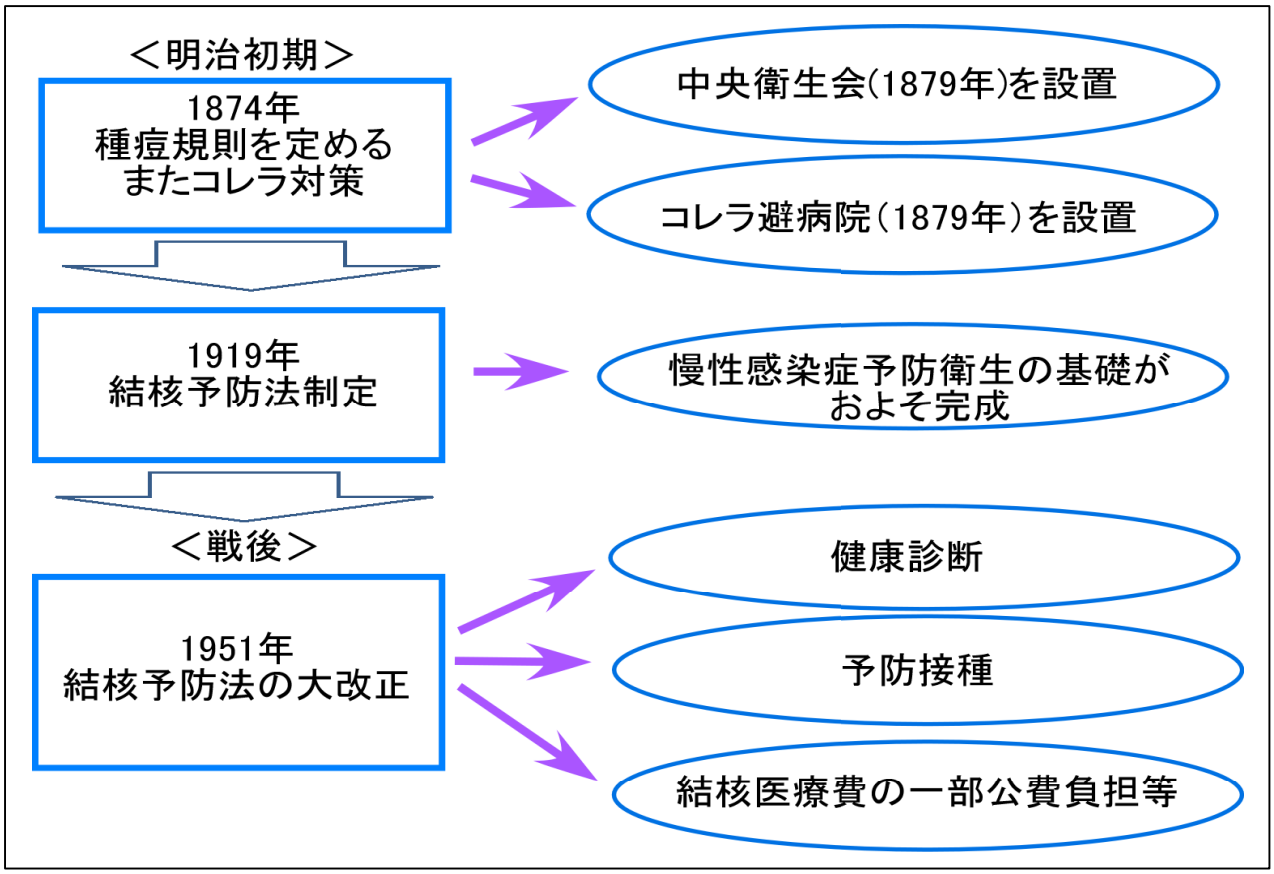
その後、紆余曲折を経て、1885 年（明治 18 年）には地方衛生行政は警察行政の一貫として警察署が行うこととされた。

1919 年（大正 8 年）には結核予防法が制定され、この時期に慢性感染症予防衛生の基礎がおよそ完成した。

戦後になり、結核対策は 1951 年（昭和 26 年）の結核予防法の大改正により健康診断・予防接種・結核医療費の一部公費負担等総合的に体系化され拡充されるに至った。また、特に化学療法の導入により、結核は死の病から治療可能な病となった。このような背景から結核の死亡率は急激に低下し、日本の健康・医療の課題が感染症から癌や生活習慣病へとシフトするに至った。

途上国等では未だ結核等感染症に悩まされている国も多く、このような我が国の政策は大いに参考になると思われる。

図 4-5　我が国の結核等感染症対策の歴史



④ 交通事故等の救急医療

歴史的にみると、日本の救急医療制度は、全国の開業医を中心に自発的に行われてきた。モータリゼーションの進展で交通事故の急増に伴う社会的関心の高まりから、1960 年代になり行政が組織だって救急医療に対応することとなった。

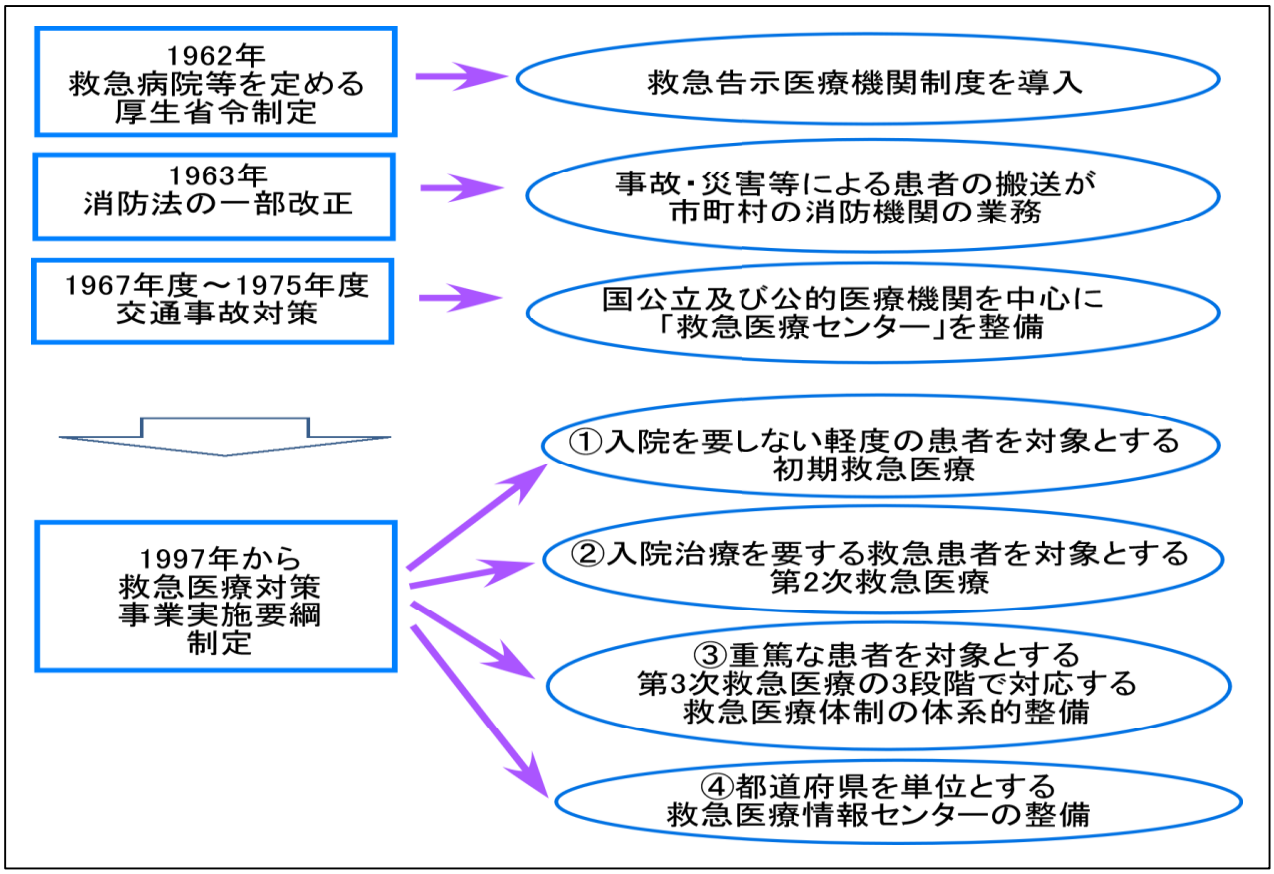
1963 年（昭和 38 年）4 月、消防法の一部が改正され、事故・災害等による患者の搬送が市町村の消防機関の業務として位置づけられた。またこれに先立って、1962 年（昭和 37 年）には救急病院等を定める厚生省令が制定され、一定の条件を満たした病院・診療所を救急病院・救急診療所として知事が告示する「救急告示医療機関制度」が導入された。

1967 年（昭和 42 年）から 1975 年（昭和 50 年）まで、交通事故対策の一貫として国公立及び公的医療機関を中心に「救急医療センター」が整備された。

さらに 1997 年（平成 9 年）からは、救急医療対策事業実施要綱が定められ、①入院を要しない軽度の患者を対象とする初期救急医療、②入院治療を要する救急患者を対象とする第 2 次救急医療、③第 2 次救急医療では対応できない重篤な患者を対象とする第 3 次救急医療の 3 段階で対応する救急医療体制の体系的整備が開始された。同時にこれら各施設と搬送にあたる消防機関との円滑な連携体制を確保するために都道府県を単位とする救急医療情報センターの整備が進められた。

途上国においても、増大する交通事故に対応するための仕組みづくりが求められており、ここでも我が国の知見が役立つといえよう。

図 4-6　我が国の交通事故等救急医療対策の歴史



２）医療保健政策の経済発展への寄与

日本と地理的にも近く、経済的なつながりの深いアセアン諸国をとりあげ、経済発展と健康水準等の関係について実態把握・分析・考察をおこなう。

まず始めに、我が国とアセアン諸国における主要な保健指標に着目し、現況との比較をおこなう。さらに、各保健指標について日本の経年変化を示し、そこにアセアン諸国の現状の水準をプロットすることにより、日本の経験してきた水準を軸としながらアセアン諸国がどの段階の水準であるのかを確認する。

つづいて、それを受けたかたちで、経済水準と保健指標の関係について述べる。経済発展と健康水準の間には、一定の関係性がみられる。そこで、アセアン諸国の経済指標と保健指標等の関係について述べた後、経済水準についても日本の経年変化を示し、保健指標と同様に、日本の経験してきた水準を軸としながらアセアン諸国がどの段階の水準に位置するのかを確認する。

さらに、日本の医療政策等が戦後の経済成長へ貢献した可能性について触れる。戦後の経済成長のためには、労働力の確保が不可欠であったが、それは保健医療政策によって支えられてきたと考えられる。

最後に、ＵＨＣを達成への取組みについて、アセアン諸国に向け日本の経験から得られた示唆を述べる。

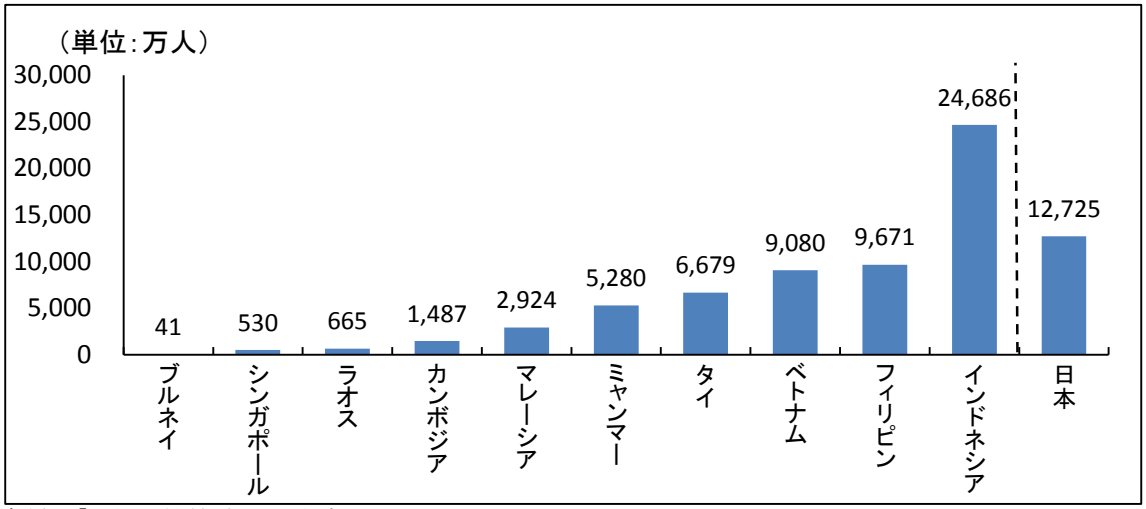
（１）我が国とアセアン諸国における主要な保健指標の現況との比較

① 保健関係指標の比較（人口・平均寿命・死亡率）

まず、我が国とアセアン諸国との人口に関する指標として、総人口および 60 歳以上人口の割合を比較した。(図 4-7、図 4-8)

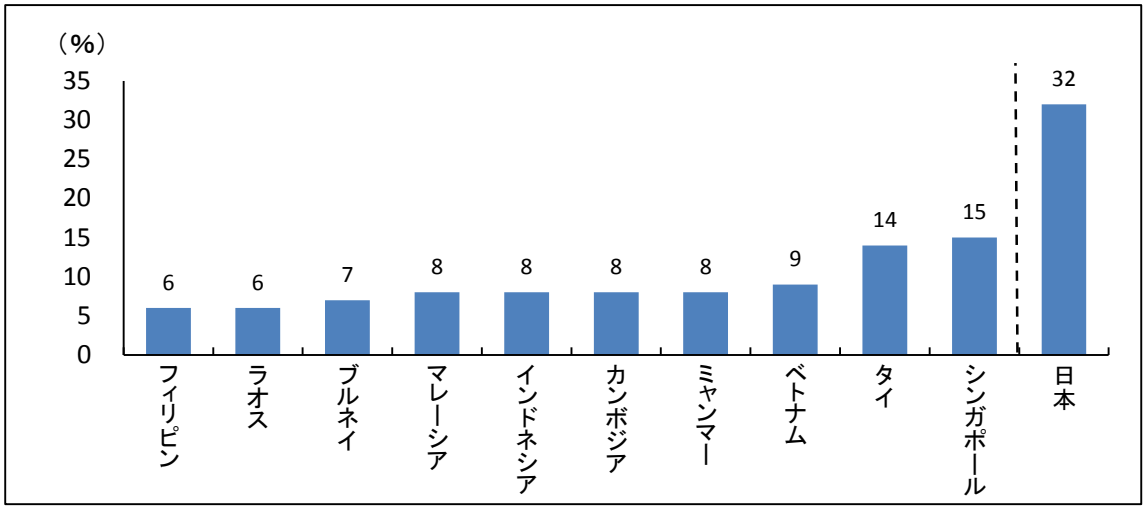
総人口はアセアン諸国の中でのばらつきが見られる。ブルネイやシンガポール、ラオスは 1,000 万人に満たない一方、インドネシアは約 2 億 5 千万人と日本の 2 倍近くである。また、60 歳以上の人々の総人口にしめる割合をみてみると 6～15%程度であり、高齢化の進んでいる日本は 32%である。

図 4-7　我が国とアセアン諸国との総人口の比較



資料：「世界保健統計 2014 年版」WHO

図 4-8　我が国とアセアン諸国との 60 歳以上人口の比較



資料：「世界保健統計 2014 年版」WHO

つづいて、我が国とアセアン諸国との、平均寿命・死亡率に関する下記項目を、「WORLD HEALTH STATISTICS 2013・2014」(World Health Organization)で比較をしたものが、表 4-3 である。

ⅰ）出生時平均寿命（年）
ⅱ）60 歳時平均寿命（年）
ⅲ）死亡率（対千人出生）
ⅳ）新生児死亡率（4 週未満、対千人出生）
ⅴ）乳児死亡率（1 歳未満、対千人出生）
ⅵ）乳幼児死亡率（5 歳未満、対千人出生）
ⅶ）成人死亡率（15～60 歳、対千人）

なお、この表中の枠内の柄は、次のことを示している。

○ 濃い灰色は、アセアン諸国で１番水準が低い地域を示す。
○ 薄い灰色は、アセアン諸国で２番目に水準が低い地域を示す。

全体的な大きな傾向として、「カンボジア」「ラオス」「ミャンマー」、特に「ラオス」「ミャンマー」の水準の低さが明らかになった。

「ⅰ）出生時平均寿命（年）」は、2012 年の我が国男性が 80 歳(100.0)、女性が 87 歳(100.0)であるのに対し、アセアン諸国平均では各々70 歳(87.8)、75 歳(86.6)と、1990 年の水準からかなり上昇してきている。ただし、ラオス・ミャンマーは男性については何れも 64 歳(80.0)、女性については各々67 歳(77.0)、68 歳(78.2)と、1990 年から伸びているもののその水準はまだかなり低い。

「ⅱ）60 歳時平均寿命（年）」については、全体的に前記よりも我が国との格差は広がる状況にある。

「ⅲ）死亡率（対千人出生）」は、2009 年の我が国が 3 人(100.0)であるのに対し、アセアン諸国平均では 10 人(340.0)と、我が国の約 3.5 倍となっている。その中で、ミャンマー・フィリピンは、各々20 人(666.7)、16 人(533.3)と、我が国の約 5 倍から約 6.5 も悪い状況にある。

「ⅳ）新生児死亡率（4 週未満、対千人出生）」は、2012 年の我が国が 1 人(100.0)であるのに対し、アセアン諸国平均では 13 人(1,300.0)と、我が国の 13 倍にもなっている。特に、ラオス・ミャンマーは、各々27 人(2,700.0)、26 人(2,600.0)と、我が国の 26・27 倍も悪い状況にある。

また、国連のミレニアム開発目標(後記 3・(2)・⑤で詳述)でもある、「ⅴ）乳児死亡率（1 歳未満、対千人出生）」及び「ⅵ）乳幼児死亡率（5 歳未満、対千人出生）」は、まず 2012 年の「乳児死亡率」について、我が国が 2 人(100.0)であるのに対し、アセアン諸国平均では 21 人(1,025.0)と、我が国の約 10 倍にもなっている。特に、ラオス・ミャンマーは、各々54 人(2,700.0)、41 人(2,050.0)と、我が国の 20～27 倍も悪い状況にある。

また、2012 年の「乳幼児死亡率」については、我が国が 3 人(100.0)であるのに対し、アセアン諸国平均では 26 人(863.3)と、我が国の約 9 倍弱にもなっている。特に、ラオス・ミャンマーは、各々72 人(2,400.0)、52 人(1,733.3)と、我が国の 17～24 倍も悪い状況にある。

さらに、「ⅶ）成人死亡率(15～60 歳、対千人)」は、2012 年の我が国男性が 82 人(100.0)、女性が 43 人(100.0)であるのに対し、アセアン諸国平均では各々174 人(212.7)、104 人(242.8)と、1990 年の水準からかなり減少しているものの、まだ我が国の 2 倍以上高い水準にある。特に、男性についてはフィリピン・ミャンマーが各々258 人(314.6)、242 人(295.1)、女性についてはミャンマー・ラオスが各々184 人(427.9)、163 人(379.1)と、1990 年から減少しているものの、その水準はまだ我が国の 4 倍前後高い水準にある。

表 4-3　我が国とアセアン諸国との平均寿命・死亡率の比較

			ブルネイ	カンボジア	インドネシア	ラオス	マレーシア	ミャンマー	フィリピン	シンガポール	タイ	ベトナム	アセアン平均	日本
平均寿命（年）	男女合計	1990	74 〈93.7〉	56 〈70.9〉	62 〈78.5〉	54 〈68.4〉	71 〈89.9〉	58 〈73.4〉	66 〈83.5〉	75 〈94.9〉	67 〈84.8〉	67 〈84.8〉	65 〈82.3〉	79 〈100.0〉
		2011	77 〈92.8〉	65 〈78.3〉	69 〈83.1〉	68 〈81.9〉	74 〈89.2〉	65 〈78.3〉	69 〈83.1〉	82 〈98.8〉	74 〈89.2〉	75 〈90.4〉	72 〈86.5〉	83 〈100.0〉
		2012	77 〈91.7〉	72 〈85.7〉	71 〈84.5〉	66 〈78.6〉	74 〈88.1〉	66 〈78.6〉	69 〈82.1〉	83 〈98.8〉	75 〈89.3〉	76 〈90.5〉	73 〈86.8〉	84 〈100.0〉
	男性	1990	71 〈93.4〉	54 〈71.1〉	60 〈78.9〉	53 〈69.7〉	69 〈90.8〉	56 〈73.7〉	63 〈82.9〉	73 〈96.1〉	64 〈84.2〉	65 〈85.5〉	63 〈82.6〉	76 〈100.0〉
		2011	76 〈96.2〉	64 〈81.0〉	68 〈86.1〉	66 〈83.5〉	72 〈91.1〉	63 〈79.7〉	66 〈83.5〉	80 〈101.3〉	71 〈89.9〉	73 〈92.4〉	70 〈88.5〉	79 〈100.0〉
		2012	76 〈95.0〉	70 〈87.5〉	69 〈86.3〉	64 〈80.0〉	72 〈90.0〉	64 〈80.0〉	65 〈81.3〉	80 〈100.0〉	71 〈88.8〉	71 〈88.8〉	70 〈87.8〉	80 〈100.0〉
	女性	1990	76 〈92.7〉	58 〈70.7〉	63 〈76.8〉	55 〈67.1〉	74 〈90.2〉	60 〈73.2〉	70 〈85.4〉	78 〈95.1〉	71 〈86.6〉	69 〈84.1〉	67 〈82.2〉	82 〈100.0〉
		2011	78 〈90.7〉	66 〈76.7〉	71 〈82.6〉	69 〈80.2〉	76 〈88.4〉	67 〈77.9〉	73 〈84.9〉	85 〈98.8〉	77 〈89.5〉	77 〈89.5〉	74 〈85.9〉	86 〈100.0〉
		2012	78 〈89.7〉	75 〈86.2〉	73 〈83.9〉	67 〈77.0〉	76 〈87.4〉	68 〈78.2〉	72 〈82.8〉	85 〈97.7〉	79 〈90.8〉	80 〈92.0〉	75 〈86.6〉	87 〈100.0〉
健康寿命（年）	男女合計	1990	19 〈82.6〉	15 〈65.2〉	16 〈69.6〉	15 〈65.2〉	18 〈78.3〉	15 〈65.2〉	18 〈78.3〉	20 〈87.0〉	17 〈73.9〉	18 〈78.3〉	17 〈74.3〉	23 〈100.0〉
		2011	21 〈80.8〉	16 〈61.5〉	18 〈69.2〉	17 〈65.4〉	19 〈73.1〉	17 〈65.4〉	17 〈65.4〉	25 〈96.2〉	21 〈80.8〉	21 〈80.8〉	19 〈74.2〉	26 〈100.0〉
		2012	21 〈80.8〉	24 〈92.3〉	18 〈69.2〉	17 〈65.4〉	19 〈73.1〉	17 〈65.4〉	17 〈65.4〉	25 〈96.2〉	21 〈80.8〉	22 〈84.6〉	20 〈77.3〉	26 〈100.0〉
	男性	1990	17 〈85.0〉	14 〈70.0〉	15 〈75.0〉	14 〈70.0〉	16 〈80.0〉	15 〈75.0〉	17 〈85.0〉	18 〈90.0〉	15 〈75.0〉	17 〈85.0〉	16 〈79.0〉	20 〈100.0〉
		2011	20 〈87.0〉	15 〈65.2〉	17 〈73.9〉	16 〈69.6〉	18 〈78.3〉	16 〈69.6〉	16 〈69.6〉	23 〈100.0〉	19 〈82.6〉	20 〈87.0〉	18 〈78.3〉	23 〈100.0〉
		2012	20 〈87.0〉	22 〈95.7〉	17 〈73.9〉	16 〈69.6〉	18 〈78.3〉	16 〈69.6〉	15 〈65.2〉	23 〈100.0〉	19 〈82.6〉	19 〈82.6〉	19 〈80.4〉	23 〈100.0〉
	女性	1990	21 〈84.0〉	16 〈64.0〉	17 〈70.9〉	16 〈64.0〉	19 〈76.0〉	16 〈64.0〉	19 〈76.0〉	21 〈84.0〉	18 〈72.0〉	19 〈76.0〉	18 〈72.8〉	25 〈100.0〉
		2011	21 〈75.0〉	17 〈60.7〉	19 〈67.9〉	18 〈64.3〉	20 〈71.4〉	17 〈60.7〉	19 〈67.9〉	26 〈92.9〉	22 〈78.6〉	22 〈78.6〉	20 〈71.8〉	28 〈100.0〉
		2012	21 〈72.4〉	25 〈86.2〉	19 〈65.5〉	18 〈62.1〉	20 〈69.0〉	17 〈58.6〉	19 〈65.5〉	27 〈93.1〉	23 〈79.3〉	25 〈86.2〉	21 〈73.8〉	29 〈100.0〉
死亡率（対千人出生）		2009	6 〈200.0〉	18 〈600.0〉	15 〈500.0〉	14 〈466.7〉	6 〈200.0〉	20 〈666.7〉	16 〈533.3〉	2 〈66.7〉	4 〈133.3〉	13 〈433.3〉	10 〈340.0〉	3 〈100.0〉
新生児死亡率（4週未満、対千人出生）		1990	7 〈233.3〉	37 〈633.3〉	29 〈966.7〉	38 〈1,266.7〉	9 〈300.0〉	42 〈1,400.0〉	22 〈733.3〉	4 〈133.3〉	18 〈600.0〉	22 〈733.3〉	21 〈700.0〉	3 〈100.0〉
		2011	4 〈400.0〉	19 〈1,100.0〉	15 〈1,500.0〉	17 〈1,700.0〉	3 〈300.0〉	30 〈3,000.0〉	12 〈1,200.0〉	1 〈100.0〉	8 〈800.0〉	12 〈1,200.0〉	11 〈1,130.0〉	1 〈100.0〉
		2012	4 〈400.0〉	18 〈1,800.0〉	15 〈1,500.0〉	27 〈2,700.0〉	5 〈500.0〉	26 〈2,600.0〉	14 〈1,400.0〉	1 〈100.0〉	8 〈800.0〉	12 〈1,200.0〉	13 〈1,300.0〉	1 〈100.0〉

資料：「WORLD HEALTH STATISTICS 2013・2014」World Health Organization
注1：濃い灰色はアセアン諸国で1番水準が低い地域を示す。
注2：薄い灰色はアセアン諸国で2番目に水準が低い地域を示す。

			ブルネイ	カンボジア	インドネシア	ラオス	マレーシア	ミャンマー	フィリピン	シンガポール	タイ	ベトナム	アセアン平均	日本
ミレニアム開発目標4	乳児死亡率（1歳未満、対千人出生）	1990	9 〈180.0〉	28 〈560.0〉	54 〈1,080.0〉	102 〈2,040.0〉	15 〈300.0〉	77 〈1,540.0〉	40 〈800.0〉	6 〈120.0〉	29 〈580.0〉	36 〈720.0〉	40 〈792.0〉	5 〈100.0〉
		2000	7 〈233.3〉	21 〈700.0〉	38 〈1,266.7〉	60 〈2,000.0〉	9 〈300.0〉	62 〈2,066.7〉	29 〈966.7〉	3 〈100.0〉	16 〈533.3〉	26 〈866.7〉	27 〈903.3〉	3 〈100.0〉
		2011	6 〈300.0〉	15 〈750.0〉	25 〈1,250.0〉	34 〈1,700.0〉	6 〈300.0〉	48 〈2,400.0〉	20 〈1,000.0〉	2 〈100.0〉	11 〈550.0〉	17 〈850.0〉	18 〈920.0〉	2 〈100.0〉
		2012	7 〈350.0〉	15 〈750.0〉	26 〈1,300.0〉	54 〈2,700.0〉	7 〈350.0〉	41 〈2,050.0〉	24 〈1,200.0〉	2 〈100.0〉	11 〈550.0〉	18 〈900.0〉	21 〈1,025.0〉	2 〈100.0〉
	乳幼児死亡率（5歳未満、対千人出生）	1990	12 〈200.0〉	34 〈566.7〉	82 〈1,366.7〉	148 〈2,466.7〉	17 〈283.3〉	107 〈1,783.3〉	57 〈950.0〉	8 〈133.3〉	35 〈583.3〉	50 〈833.3〉	55 〈916.7〉	6 〈100.0〉
		2000	10 〈200.0〉	25 〈500.0〉	53 〈1,060.0〉	81 〈1,620.0〉	11 〈220.0〉	84 〈1,680.0〉	39 〈780.0〉	4 〈80.0〉	19 〈380.0〉	34 〈680.0〉	36 〈720.0〉	5 〈100.0〉
		2011	7 〈233.3〉	18 〈600.0〉	32 〈1,066.7〉	42 〈1,400.0〉	7 〈233.3〉	62 〈2,066.7〉	25 〈833.3〉	3 〈100.0〉	12 〈400.0〉	22 〈733.3〉	23 〈766.7〉	3 〈100.0〉
		2012	8 〈266.7〉	18 〈600.0〉	31 〈1,033.3〉	72 〈2,400.0〉	9 〈300.0〉	52 〈1,733.3〉	30 〈1,000.0〉	3 〈100.0〉	13 〈433.3〉	23 〈766.7〉	26 〈863.3〉	3 〈100.0〉
成人死亡率（15～60歳、対千人）	男性	1990	147 〈134.9〉	230 〈211.0〉	286 〈262.4〉	351 〈322.0〉	209 〈191.7〉	320 〈293.6〉	271 〈248.6〉	152 〈139.4〉	285 〈261.5〉	227 〈208.3〉	248 〈227.3〉	109 〈100.0〉
		2011	105 〈125.0〉	154 〈183.3〉	200 〈238.1〉	204 〈242.9〉	174 〈207.1〉	231 〈275.0〉	256 〈304.8〉	72 〈85.7〉	207 〈246.4〉	128 〈152.4〉	173 〈206.1〉	84 〈100.0〉
		2012	104 〈126.8〉	147 〈179.3〉	178 〈217.1〉	202 〈246.3〉	172 〈209.8〉	242 〈295.1〉	258 〈314.6〉	68 〈82.9〉	182 〈222.0〉	191 〈232.9〉	174 〈212.7〉	82 〈100.0〉
	女性	1990	110 〈207.5〉	115 〈217.0〉	243 〈458.5〉	303 〈571.7〉	128 〈241.5〉	270 〈509.4〉	153 〈288.7〉	93 〈175.5〉	158 〈298.1〉	176 〈332.1〉	175 〈330.0〉	53 〈100.0〉
		2011	71 〈154.3〉	76 〈165.2〉	166 〈360.9〉	164 〈356.5〉	90 〈195.7〉	181 〈393.5〉	137 〈297.8〉	41 〈89.1〉	102 〈221.7〉	87 〈189.1〉	112 〈242.4〉	46 〈100.0〉
		2012	71 〈165.1〉	74 〈172.1〉	124 〈288.4〉	163 〈379.1〉	89 〈207.0〉	184 〈427.9〉	138 〈320.9〉	42 〈97.7〉	90 〈209.3〉	69 〈160.5〉	104 〈242.8〉	43 〈100.0〉

② 医療提供・支出関連指標の比較

つづいて、我が国とアセアン諸国の医療提供・支出関連指標について図 4-9 から図 4-12 まで、以下の 4 つの項目において我が国との比較をおこなっている。

医療費に関する指標	1 人当たり医療費支出
	医療費の中で自己負担が占める割合
医療提供に関する指標	医師数（人口 1 万人対）
	病院病床数（人口 1 万人対）

医療費に関する指標として、1 人当たり医療費支出（PPP：購買力平価[33]）は、シンガポールが 2,556 ドルと高くなっているが、ミャンマーやラオスの水準は 100 ドルに満たない。（図 4-9）

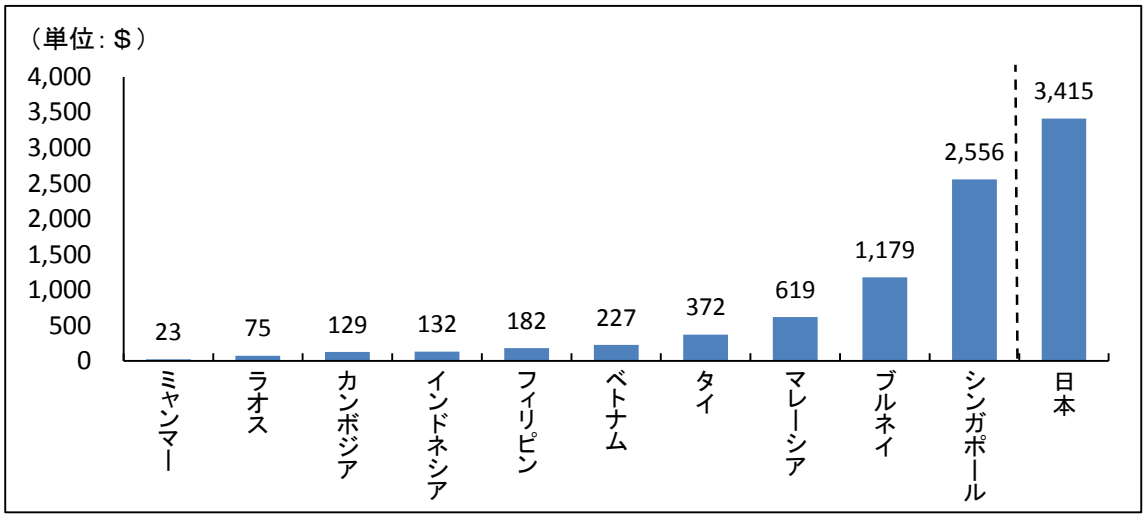
また、医療費のなかで自己負担（OOP）が占める割合については、ブルネイやタイは 1 割前後と日本とほぼ同じ水準であるが、その他の国々では日本の 3 倍以上の自己負担割合である（図 4-10）。特にミャンマーにおける自己負担割合は 7 割を超えている。自己負担の割合が高い場合は、所得水準を反映しやすくなるため、ＵＨＣの観点からは、アセアン諸国の多くの国では、常に病気による経済的リスクにさらされているといえる。

つづいて、医療提供に関する指標では、人口 1 万人対医師数を比較すると、フィリピン、ラオス、インドネシア、カンボジア、タイ、ミャンマーといった国々では 1.8 人～6.1 人と、特に医師数が少ない状況であることが分かる（図 4-11）。国民に十分な医療を提供するためには、充分な数の医師がいなければ実現することはできない。日本の終戦直後における人口 1 万人あたり医師数が 7 人、国民皆保険達成時においては 11 人程度であったことと比較すると、上記に挙げた国々は医師の育成が早急に必要であると考えられる。また、人口 1 万人対病院病床数について、日本は 137 床と国際的にみると多いことが指摘されることがあるものの、（国際的には評価基準や高齢化にばらつきがあり、それぞれの国の事情を反映しているともいえる。ドイツでは 83 床、フランスでは 64 床程度の病床があるとされ、イギリス、アメリカでは 30 床程度である[34]。）フィリピン、ミャンマー、カンボジア、インドネシアは 10 床に満たず、その他のアセアン諸国に関しても十分な病床が確保できていない可能性がある。（図 4-12）

[33] 購買力平価（PPP：Purchasing Power Parity）とは、貿易障壁のない世界を想定した場合には、理論的には異国間における「一物一価の法則」が成り立つとされ、この法則が成り立つ時の為替相場を示す。

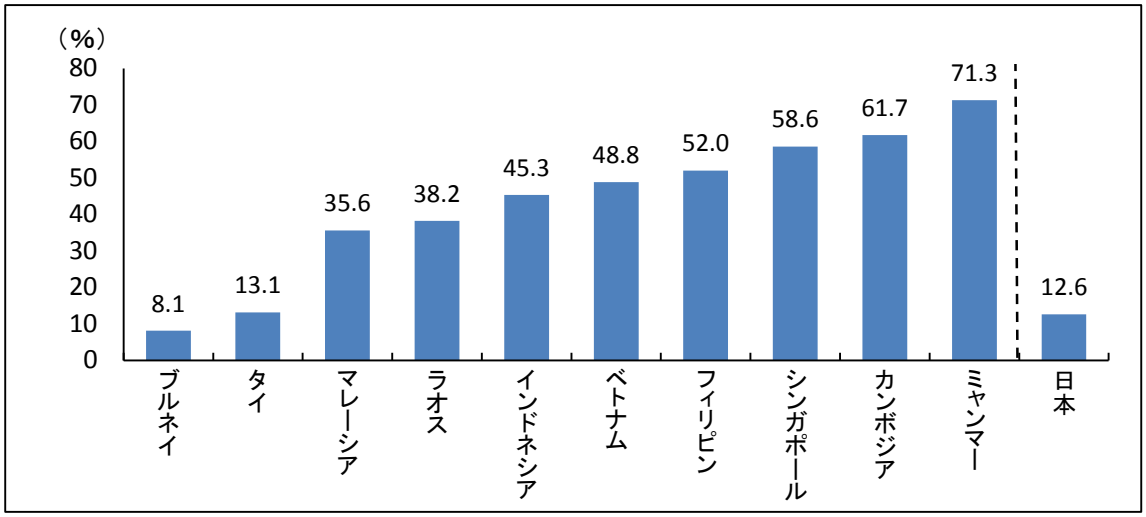
[34] 「第 10 回社会保障制度改革国民会議（平成 25 年 4 月 22 日）」参考資料より。値は 2010 年のものである。

図 4-9　我が国とアセアン諸国との１人当たり医療費支出の比較



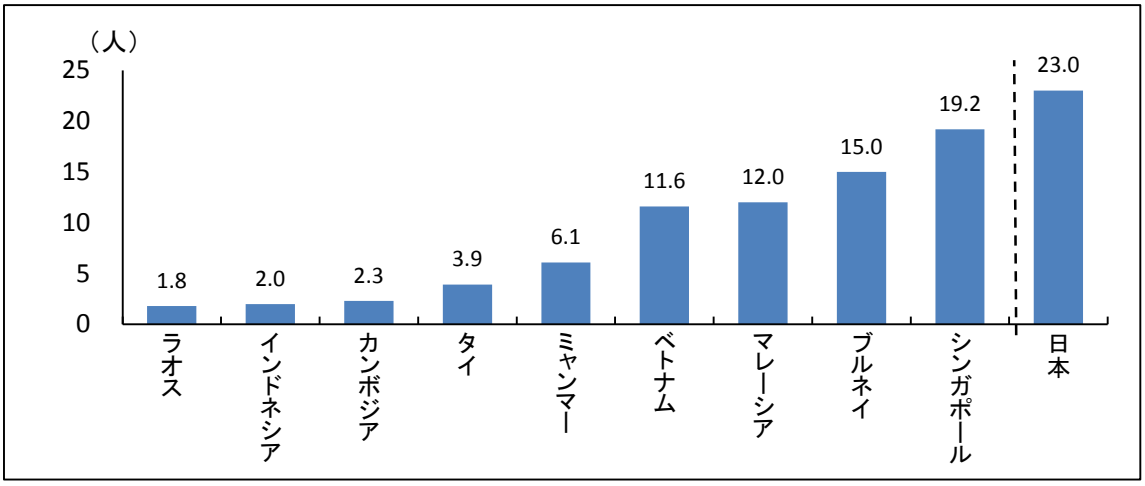
資料：「世界保健統計 2014 年版」WHO

図 4-10　我が国とアセアン諸国との医療費自己負担割合の比較



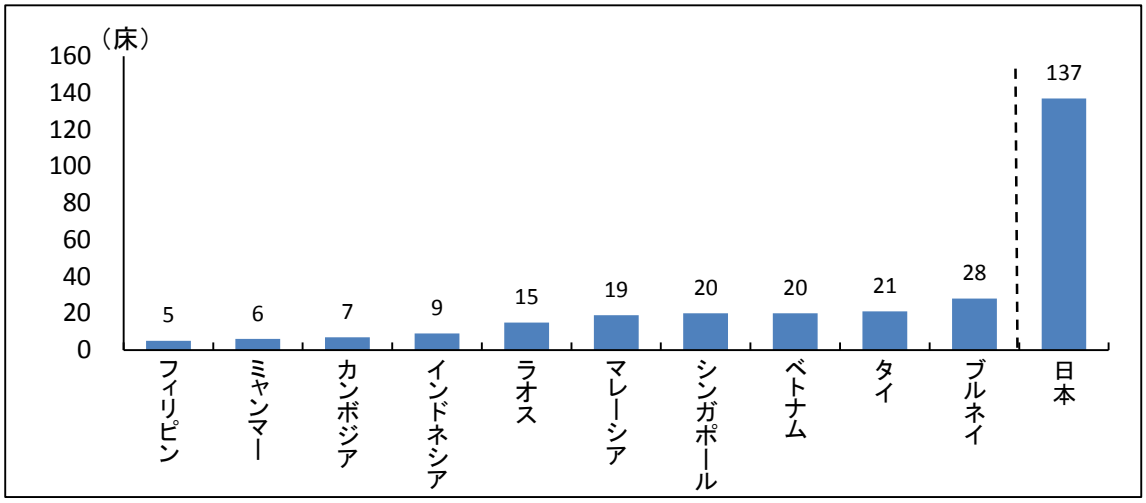
資料：「世界保健統計 2014 年版」WHO

図 4-11　我が国とアセアン諸国との人口１万人対医師数の比較



資料：「世界保健統計 2014 年版」WHO
注：フィリピンのデータが得られないため９か国のデータである。

図 4-12　我が国とアセアン諸国との人口 1 万人対病院病床数の比較



資料：「世界保健統計 2014 年版」WHO

③ 保健指標における我が国の経年変化とアセアン諸国の水準

ここでは、アセアン諸国の 2012 年のデータを日本の時系列データにプロットすることにより、それぞれの国が日本のどの時点と同水準にあるのかを確認する。

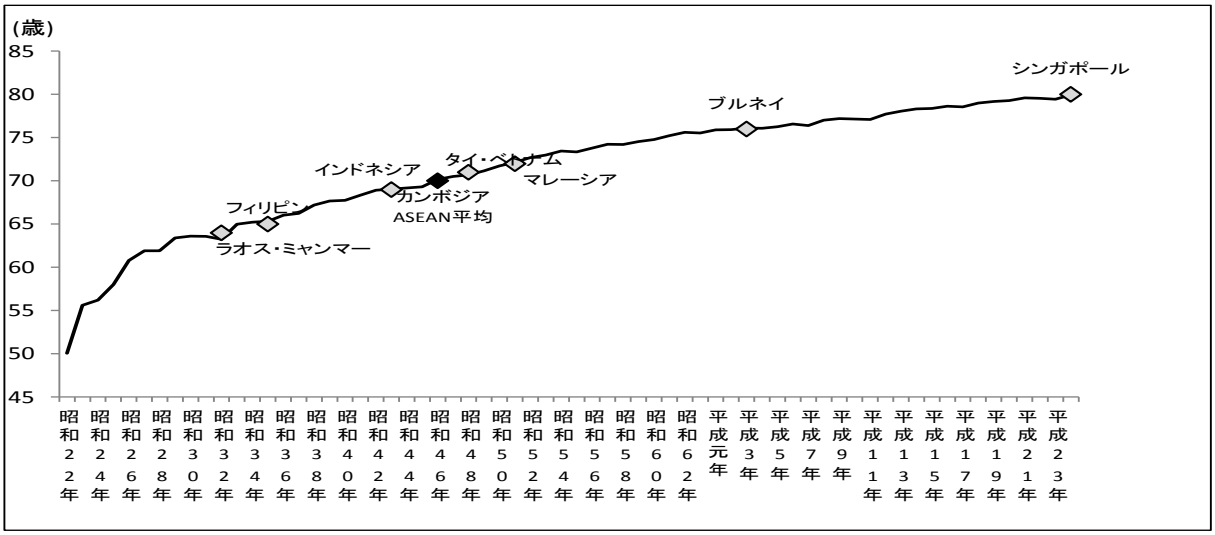
ⅰ　平均寿命

国民の健康保健の最も基本となる指標である、日本の平均寿命を、男女別に時系列でプロットし、アセアン各国の現状をあてはめると、図 4-13 及び図 4-14 のようになる。

これをみると、アセアン各国のおおよその健康水準を日本の時系列にあてはめた場合、男性の場合はおおよそ日本の昭和 30 年代前半(1955 年頃)から昭和 50 年代前半(1975 年頃)の間に相当することがわかる。

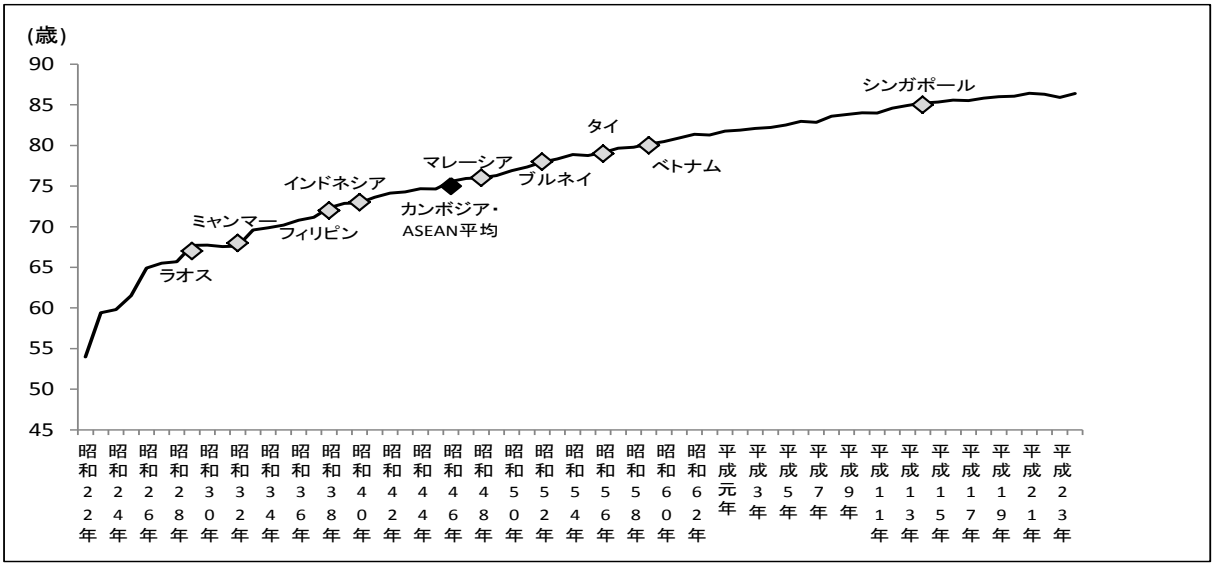
2 つの図を比較すると、女性の方が男性よりもばらつきが大きい傾向がみてとれる。

図 4-13　日本の平均寿命（男）の推移およびアセアン諸国の水準



資料：平成 24 年簡易生命表および WHO「WORLD HEALTH STATISTICS 2013」より作成

図 4-14　日本の平均寿命（女）の推移およびアセアン諸国の水準



資料：平成 24 年簡易生命表および「WORLD HEALTH STATISTICS 2013」WHOより作成

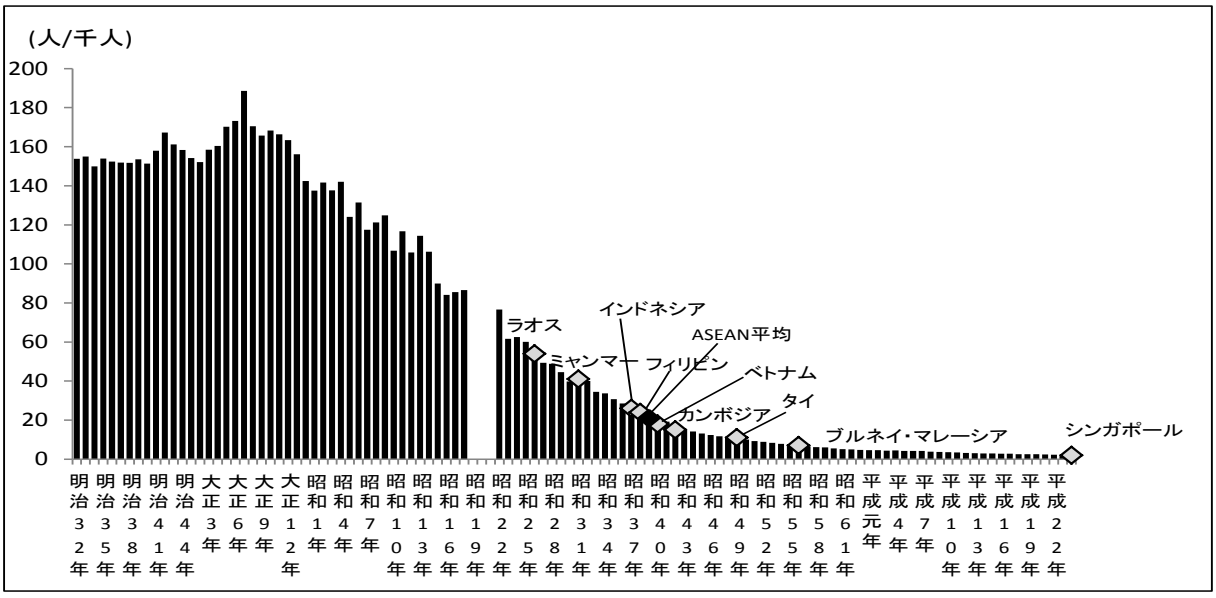
ii　乳幼児死亡率

乳幼児死亡率は、図 4-15 に示したとおり、日本においても、1925 年(大正 14 年)頃までは出生千人当たり 150 人以上もあった。ピークは 1918 年（大正 7 年）の 188.6 人であり、徐々に低下し、現在は千人当たり 3 人程度である。

アセアン諸国をみてみると、ラオスやミャンマーでは、昭和 20 年代半ばから、30 年代前半の水準であることがわかる。また、その他多くの国も、昭和 30 年代後半から昭和 40 年代後半までの間の水準にとどまっている。

経済水準の高いシンガポールは日本と同等の乳児死亡率の水準を達成しているが、ブルネイは昭和 50 年代中ごろの水準である。

図 4-15　乳児死亡率（人口 1000 人対）

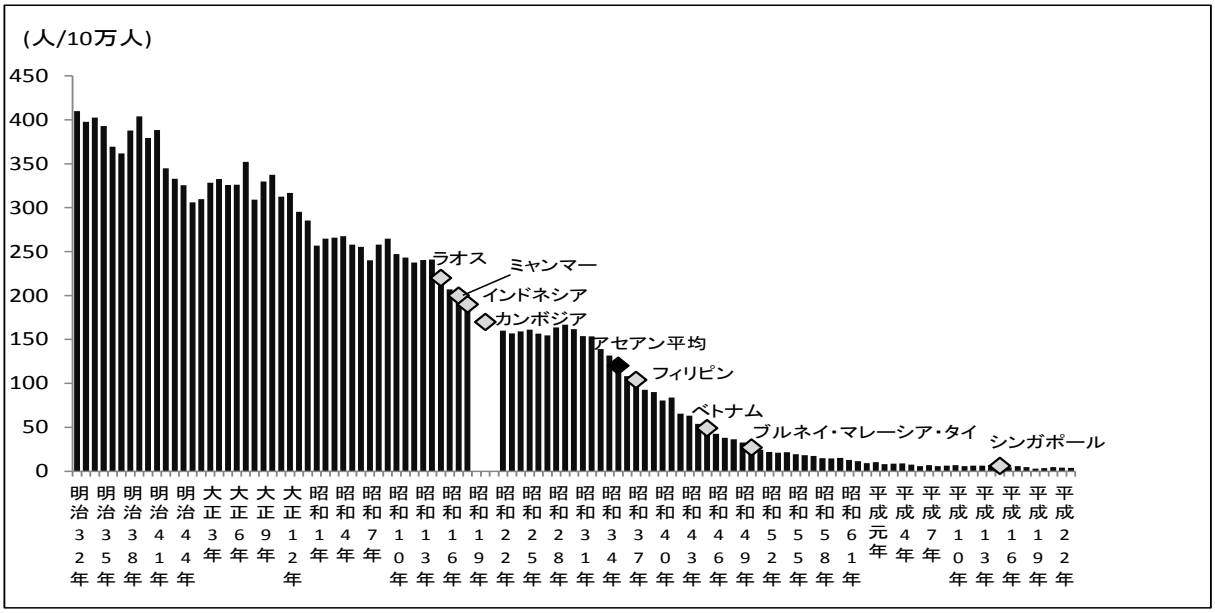


資料：平成 24 年人口動態調査および「WORLD HEALTH STATISTICS 2013」WHOより筆者作成

iii　妊産婦死亡率

図 4-16 は、妊産婦死亡率について示している。人口 10 万人対妊産婦死亡率は、明治 30 年代には 400 人以上あった。徐々にそれは低下し、昭和 10 年代後半には 200 人程度までに改善した。戦後の荒廃期 10 年程度横ばいであるが、その後は順調に低下を続け、2011 年（平成 23 年）時点では 3.8 人である。

図 4-16　妊産婦死亡率（人口 10 万人対）



資料：国立社会保障・人口問題研究所ＨＰおよび「WORLD HEALTH STATISTICS 2013」ＷＨＯより筆者作成

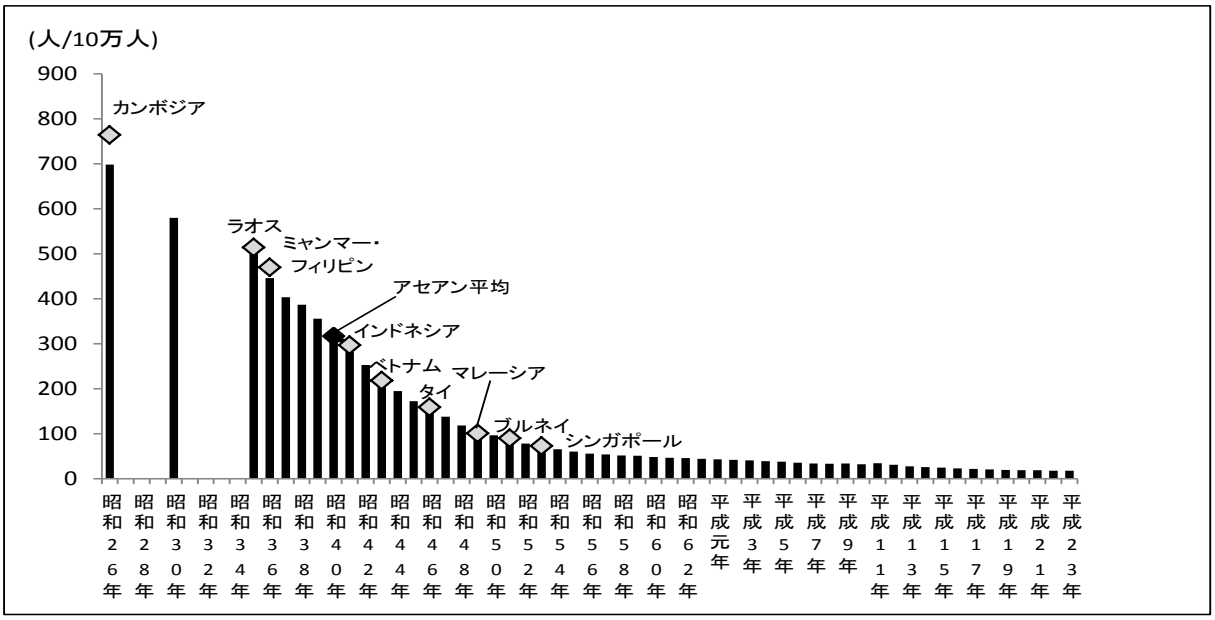
アセアン諸国についてみてみると、ラオスやミャンマー、インドネシア、カンボジアでは、戦前の昭和 10 年代半ばから 20 年あたりの水準に位置する。ベトナムはアセアン諸国の中では 4 番目に低い経済水準となっているが、妊産婦死亡率は 49 人と昭和 45 年くらいの水準であり、アセアン平均の 104 人（これは日本の昭和 37 年の水準と同程度である。）よりも良い状況にあるといえる。また、ブルネイも 27 人と（これはマレーシア・タイと同じ水準である）昭和 50 年頃の水準となっている。

iv　結核罹患率

つづいて結核罹患率をみると、我が国の人口 10 万人対結核罹患率は、昭和 26 年時点では約 700 人近くに達していた。その後徐々に低下し、昭和 35 年には、524 人、昭和 40 年頃には 300 人程度となり、昭和 50 年には 100 人を切る水準にまで改善した。その後も順調に低下を続け、2011 年（平成 23 年）時点では 18 人程度である。（図 4-17）

アセアン諸国についてみてみると、経済水準の低いカンボジアでは昭和 20 年代後半以前の水準で深刻な状況であり、ラオスやミャンマーは昭和 30 年代の水準に位置する。一方、インドネシアはアセアン平均と同程度の昭和 40 年頃の水準である。経済水準の高いシンガポールは 73 人、ブルネイは 94 人と、この面ではまだ低い水準に止まっており、いずれも日本の昭和 50 年代前半頃の水準である。

図 4-17　結核罹患率（人口 10 万人対）



資料：公益社団法人結核予防会結核研究所疫学情報センターの統計資料および平成 24 年人口動態調査および「WORLD HEALTH STATISTICS 2013」WHOより筆者作成

（２）経済水準と保健指標の関係

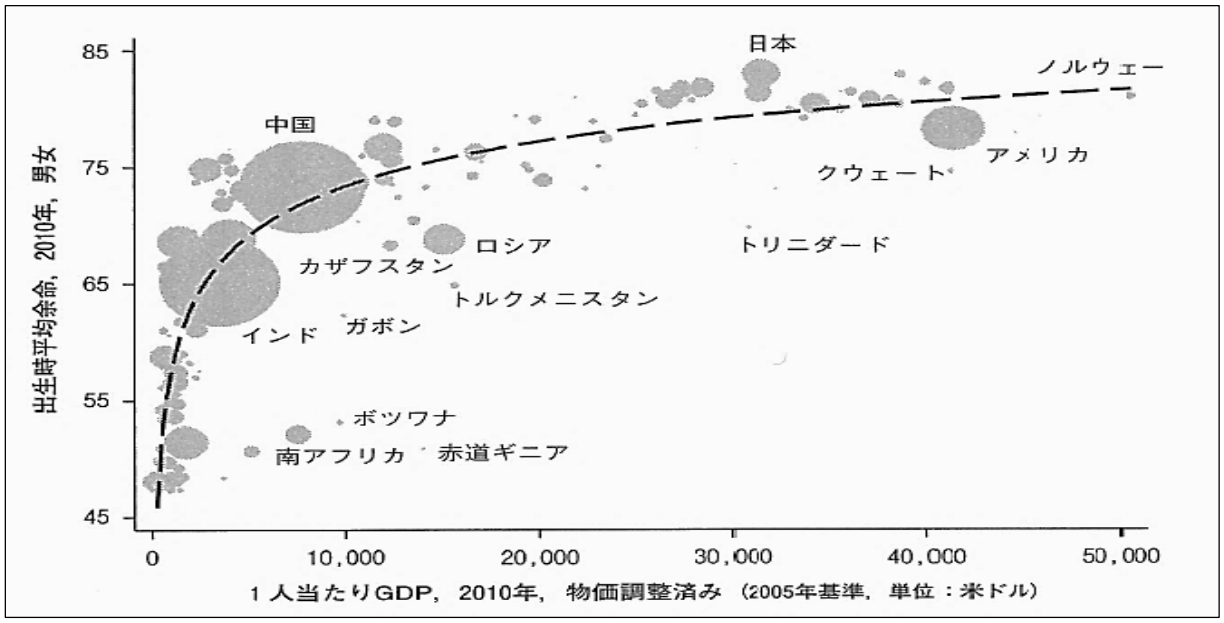
① 経済水準と平均寿命

世界は経済水準の異なる国々の集まりである。経済水準と平均寿命の関係について、アンガス・ディートンの『大脱出―健康、お金、格差の起源』の中に、興味深い研究結果が掲載されている[35]。

本書では、1 人当たりＧＤＰと平均寿命の関係が示されているが（図 4-18)、国の経済発展と健康水準の関係性をみてとることができる。ここでは、横軸に１人当たり国民所得（ＧＤＰ）をとり、縦軸には各国の平均寿命（出生時の平均余命）が示されている[36]。円の大きさには、人口規模が反映されている。曲線では平均寿命と一人当たり国民所得の一般的な関係が示されており、低所得段階の国では急速に上昇し、ある水準をこえた所得水準の国（富裕国）ではほぼ横ばいになるという関係がみてとれる。

中国の円近くに曲線の屈折がみられるが、本書ではそれを「転換点」と示し、疫学的推移であると述べている。すなわち、この地点の左側にある国では「感染症」が死亡の大きな要因となっており、死者の多くが子どもであるということである。その「転換点」を過ぎ、富裕国へと移っていくと、子どもの死亡が非常に少なくなり、死者の多くを高齢者が占める[37]。そして、その死因も感染症ではなく「慢性疾患」が多くなり、中でも多いのが心臓疾患とがんである[38]。

図 4-18　経済水準と平均寿命



資料：A.ディートン（2014)『大脱出』より引用.

[35] Deaton,A(2013),The Great Escape　Health, Wealth, and the Origins of Inequality: Princeton Univ Pr.〔松本裕訳（2014)『大脱出　健康，お金，格差の起源』みすず書房〕

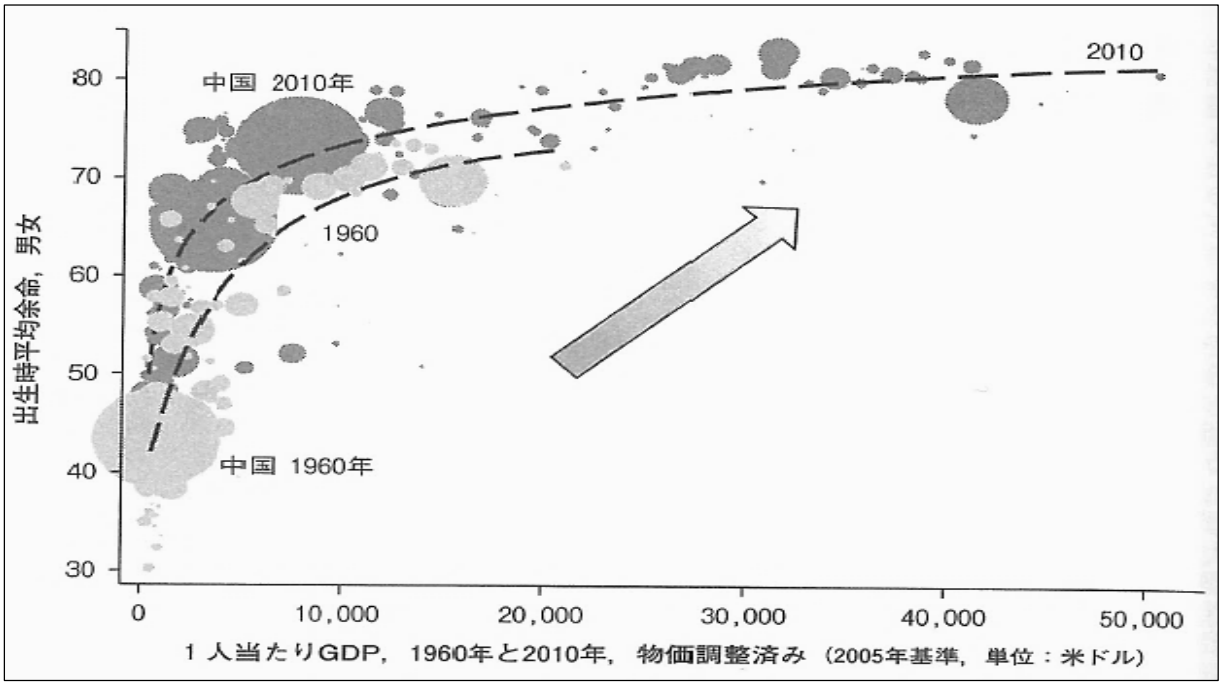
[36] １人当たりＧＤＰはそれぞれの国の平均所得である．この図では 2005 年の国際ドルを基準として各国の１ドルの価値が同じになるように調整されている．本書の説明を借りれば，「ブラジルやタンザニアの１国際ドルは，アメリカで１ドルで買えるのと同じものが買える」ということである．

[37] A.ディートン（2014)『大脱出』みすず書房

[38] 同上.

さらに、経済水準と平均寿命の関係を時代の推移とともにみている。図 4-19 は、1960 年（薄いグレー）と 2010 年（濃いグレー）の円で描かれた、先ほどと同様の図である。この図から、各国の変化をみると、ほとんどの国で 1960 年よりも 2010 年の位置は右上（矢印の方向）にあるという。つまり、ほぼすべての国が、以前と経済水準が同じでも、国民の寿命は延びているということで、保健・医療面での経済効果が効率的になっていると推測することもできる。

図 4-19　経済水準と平均寿命の推移（年代による比較）



資料：A.ディートン（2014）『大脱出』より引用.

② アセアン諸国における経済水準と保健指標の関係

アセアン諸国の経済水準は、2012 年度の値で、1 人当たりＧＤＰ（実質値）は表 4-4 のとおりである。先にも触れたとおりアセアン諸国のなかでも経済水準には差があり、シンガポール､ブルネイを除く 8 か国の 1 人当たりＧＤＰは 10,000 ドルに満たない水準である。

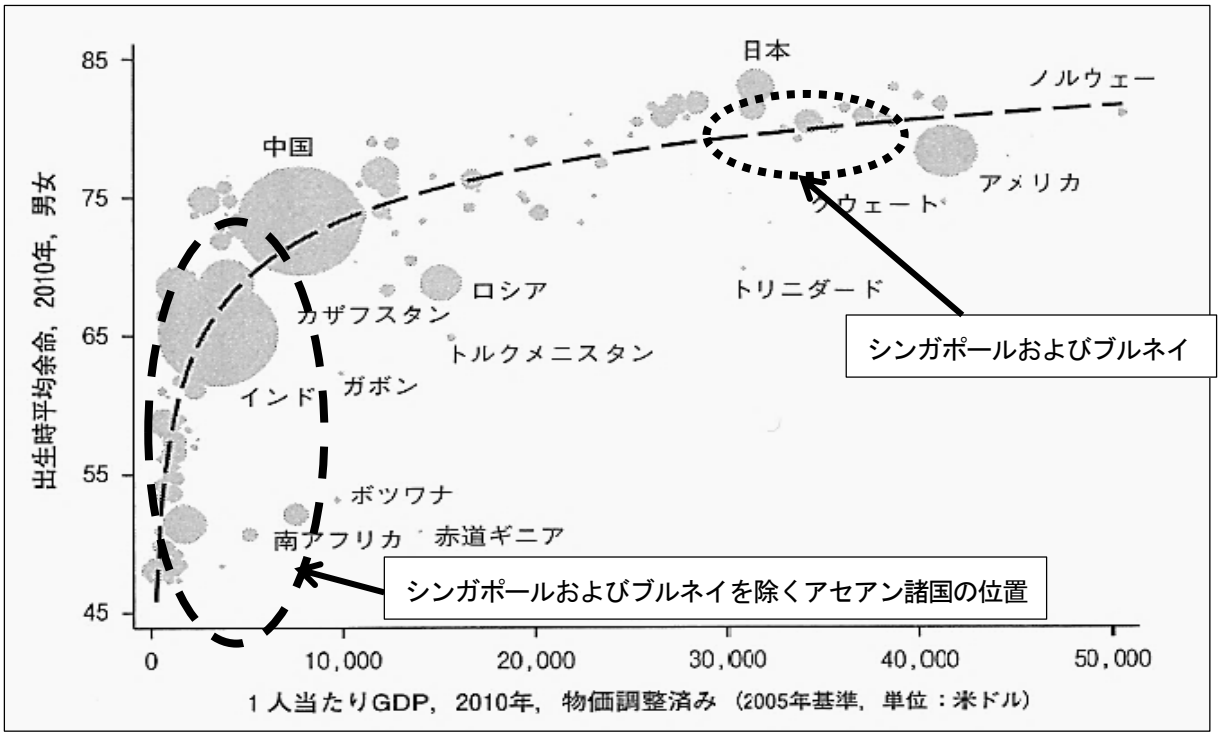
これを、既出の「図 4-18　経済水準と平均寿命」の図にあてはめてみてみると、おおよそ左下の点線で囲んだ位置にある。またシンガポールとブルネイは、右上の点線で囲んだあたりである。（図 4-20）

表 4-4　アセアン諸国の１人当たりＧＤＰ（$，実質値）

	１人当たりGDP（$）
カンボジア	826.0
ミャンマー	984.7
ラオス	1,197.6
ベトナム	1,500.9
フィリピン	2,262.6
インドネシア	3,110.8
タイ	5,050.9
マレーシア	9,114.7
ブルネイ	35,969.3
シンガポール	45,602.8

資料：図 4-26 に同じ.

（再掲）図 4-20　経済水準と平均寿命



資料：A.ディートン（2014）『大脱出』より引用．ただし、図中の四角内の文字および矢印、ならびに点線の楕円は筆者による。

そこで、アセアン諸国の１人当たりＧＤＰと、先ほどみた平均寿命（男女別）および各保健指標の関係をみてみると、そこには『大脱出』でも示されていたように、より高い経済水準の国がより長い平均寿命となっていた。また、保健指標に関しても、同様の傾向―経済水準の高い国が低水準の死亡率や罹患率となっている。（図 4-21、4-22、4-23、4-24、4-25）図では、１人当たりＧＤＰが 2,000 ドルに満たない 4 か国を「○」で示し、30,000 ドルを超えるシンガポールとブルネイを「△」で示した。それ以外の国を「◆」で示している。（表 4-5）

しかし、経済水準と各指標との関係は、おおよそのもので、経済水準が低い国であっても、より高い経済水準の国よりも良い状況を達成できている場合もあるし、またその逆もある。

表 4-5　アセアン諸国の１人当たりＧＤＰ（$，実質値）による分類

	１人当たりGDP（$）	マーク
カンボジア	826.0	○
ミャンマー	984.7	○
ラオス	1,197.6	○
ベトナム	1,500.9	○
フィリピン	2,262.6	◆
インドネシア	3,110.8	◆
タイ	5,050.9	◆
マレーシア	9,114.7	◆
ブルネイ	35,969.3	△
シンガポール	45,602.8	△

資料：図 4-26 に同じ.

図 4-21　平均寿命（男）と１人当たりＧＤＰ

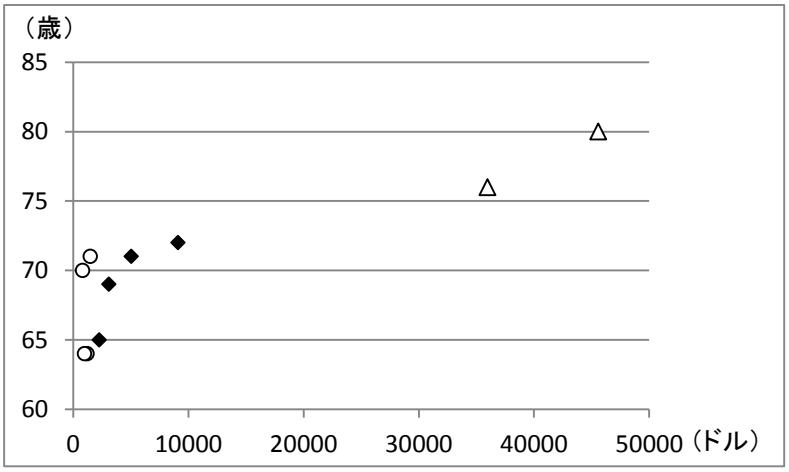


図 4-22　平均寿命（女）と１人当たりＧＤＰ

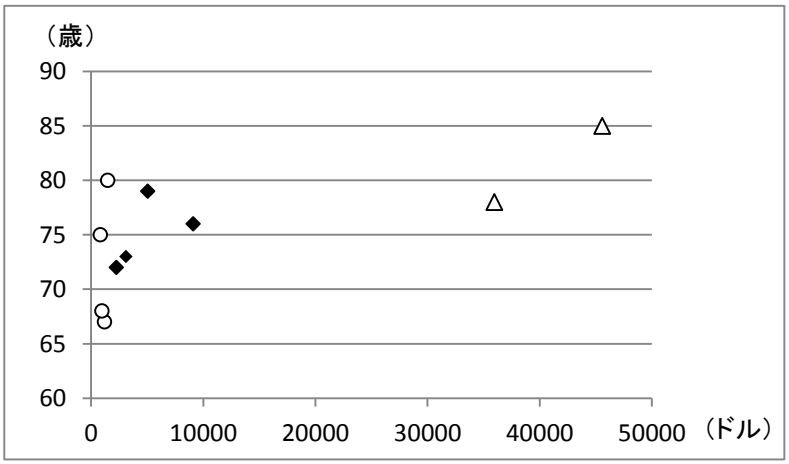


図 4-23　乳幼児死亡率と１人当たりＧＤＰ

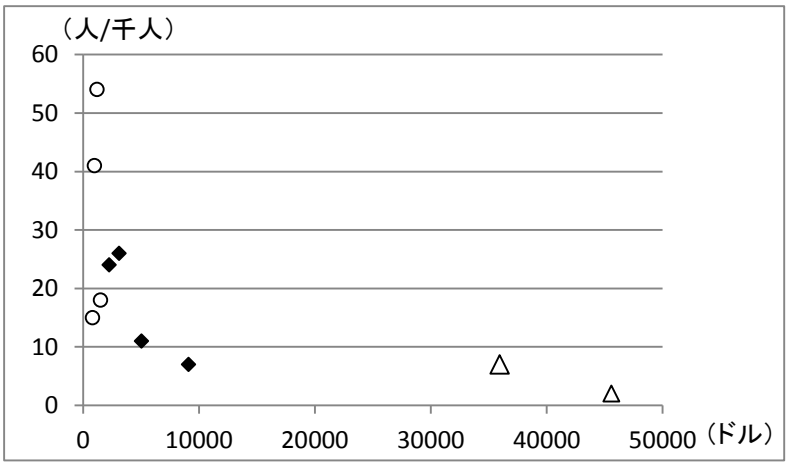


図 4-24　妊産婦死亡率と１人当たりＧＤＰ

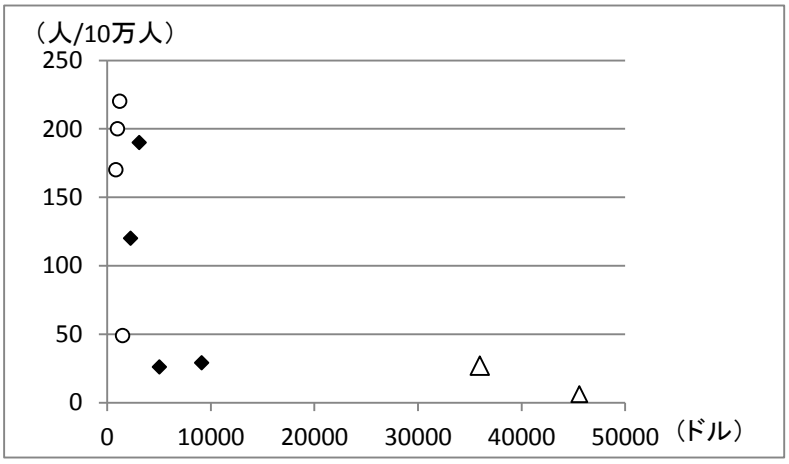
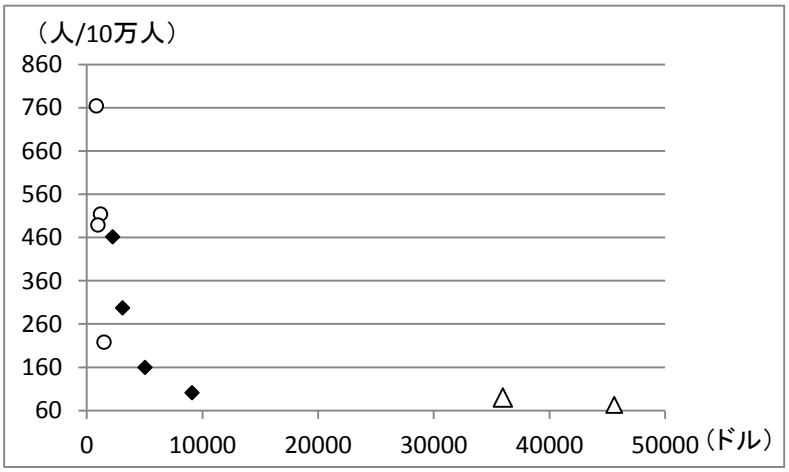


図 4-25　結核罹患率と１人当たりＧＤＰ



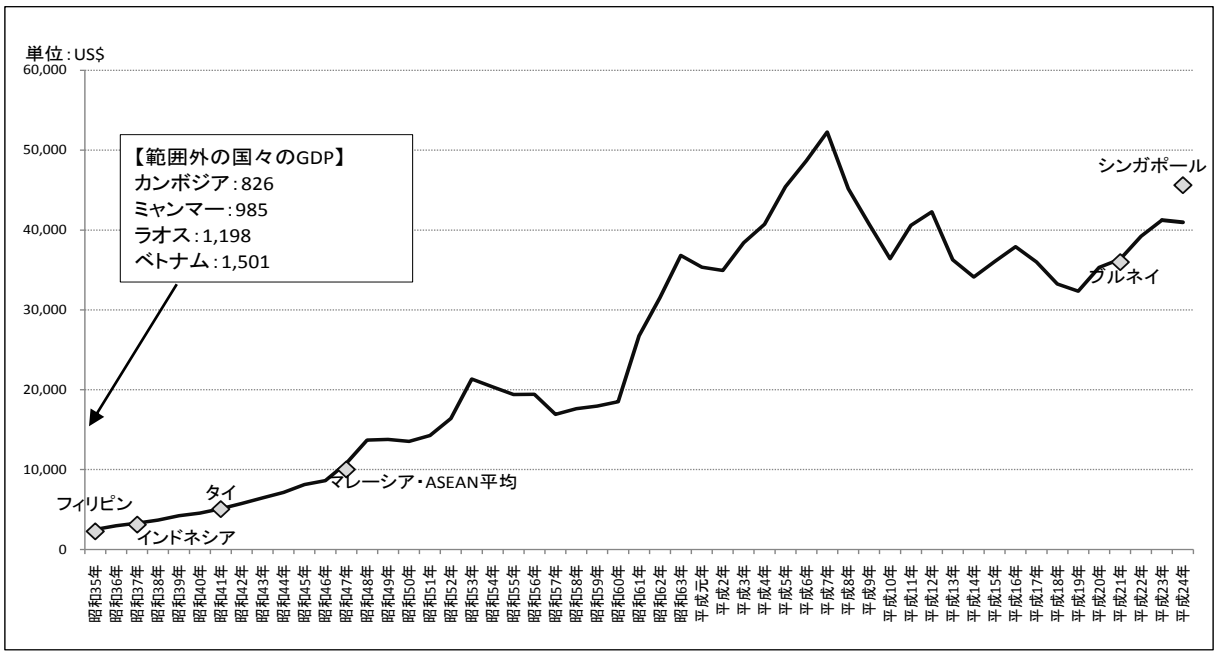
注：図 4-21 から図 4-25 のデータは図 4-13 から図 4-17 および図 4-26 と同じものを用いているため省略している。

③ 一人当たりＧＤＰにおける我が国の経年変化とアセアン諸国の水準

アセアン諸国の現時点での経済水準「一人当たりＧＤＰ」を、日本の時系列上にプロットしたものが図 4-26 である[39]。アセアン平均は 1972 年（昭和 47 年）あたりにプロットされる。しかしながら、これはあくまで平均値であり、アセアン諸国の経済水準には大きな開きがある。シンガポールやブルネイの１人当たりＧＤＰが他のアセアン諸国と比較し非常に高くなっており[40]、平均値を高めていることに留意すべきである。

我が国の 1960 年（昭和 35 年）以前の経済水準にある国々も多く存在し（カンボジア、ミャンマー、ラオス、ベトナム）、フィリピン、インドネシア、タイなども昭和 30 年代後半から 40 年代前半の水準である。

図 4-26　日本の１人当たりＧＤＰの推移およびアセアン諸国の水準（実質値）



資料：1960～1969 年（昭和 35～44 年）の日本の値は「戦後経済日誌」（財団法人　日本生産性本部）、1970 年（昭和 45 年）以降の日本およびアセアン諸国の値（名目値）は国連データベースより筆者作成。アセアン諸国は 2012 年（平成 24 年）の値。なお，実質値への変換は，World Bank データベースより得られたＧＤＰデフレータ（2005 年（平成 17 年）基準）を用いている．

[39] なお，ＧＤＰはドルを用いており，2005 年を基準としたＧＤＰデフレータを用いて実質値に換算している．

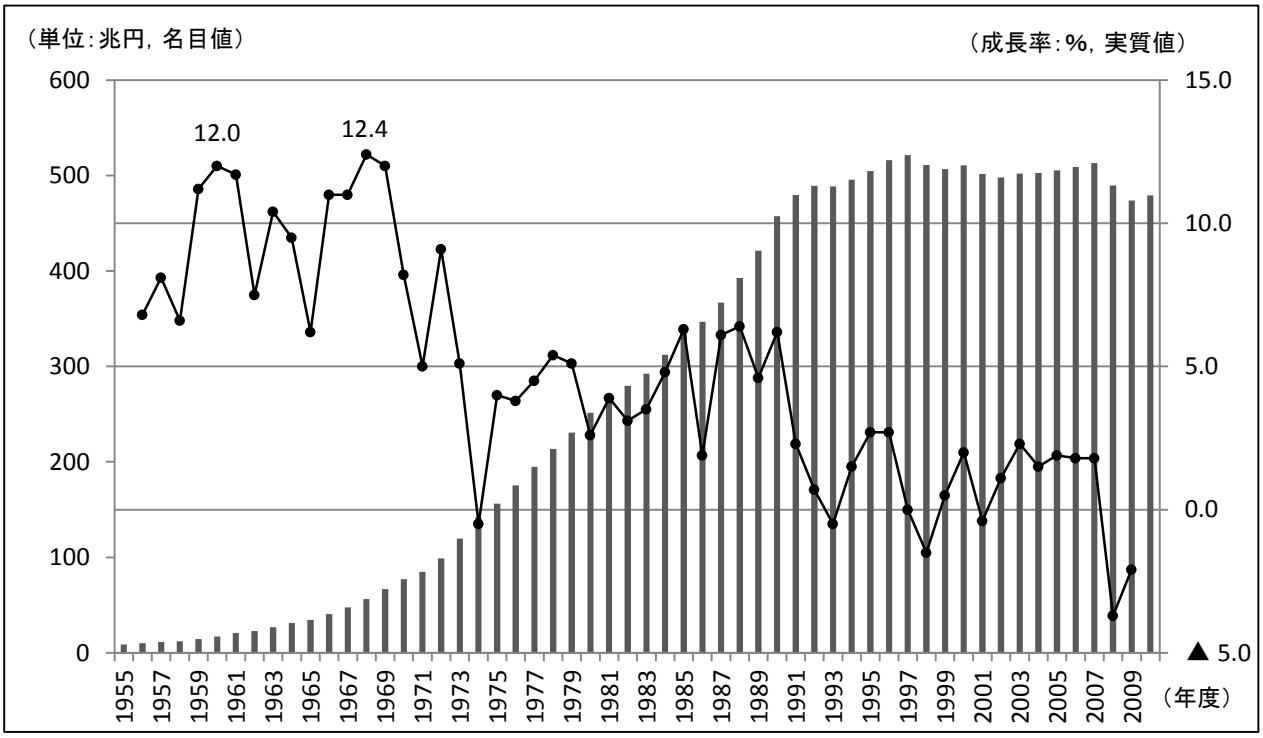
[40] 2012 年（平成 24 年）のシンガポールとブルネイの１人当たりＧＤＰは、それぞれ 45,603、35,969（単位：US$）である。なお、同年の日本の値は、40,965 であり、日本でもっとも１人当たりＧＤＰが高かったのは、1995 年（平成７年）の 52,278 である。

（３）我が国医療保健政策の経済発展への貢献とアセアン諸国への示唆

① 戦後の経済成長の背景

日本は戦後、急速な経済成長を遂げた。特に 1954 年（昭和 29 年）から 1973 年（昭和 48 年）までの約 20 年間は高度経済成長と呼ばれ、経済成長率（実質）年平均が 10%前後の高い成長を続けた（図 4-27）。その背景に、一つは重化学工業分野における技術革新と、1 ドル 360 円という安い固定為替相場制によって、生産力向上に大きく寄与するとともに、輸出が拡大したことがある。それと同時に、国際的に安価で若年の労働力が国内で確保できたために、国内市場が拡大したことも影響していたと考えられる。特に都市部の消費が大幅に増加したが、その背景には都市部における人口の増加と賃金の上昇があったと考えられる。

図 4-27　戦後日本のＧＤＰの推移と成長率



資料：内閣府「長期経済統計」より筆者作成。

② 国際的に安価で若年の労働力の確保

経済成長を可能とする要因として、経済学では労働、資本、全要素生産性(技術進歩等)という要素を用いたアプローチがなされる。戦後日本の高度経済成長の要因の１つとして労働投入の増加があったことが指摘されているように[41]、経済成長を支える企業の労働力の確保という点からみた場合、非常に恵まれていた。

人口をみてみると、日本の総人口は 1950 年の 8,411 万人から 1970 年の 1 億 467 万人へ

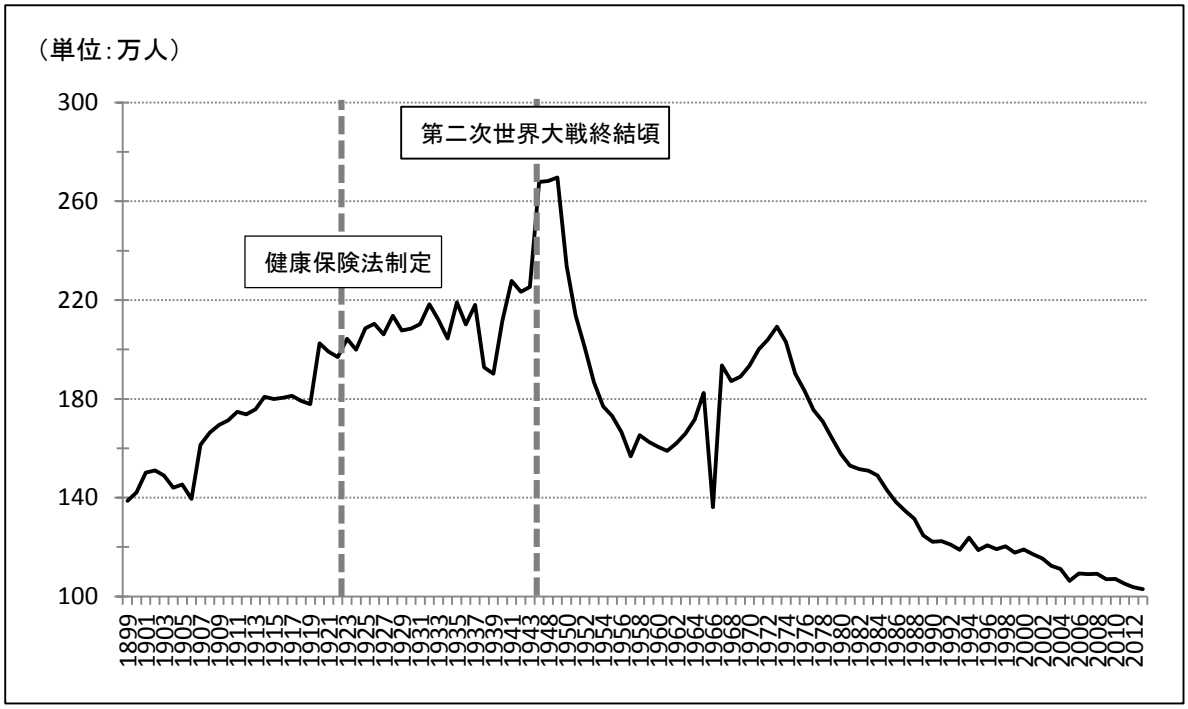
[41] 縄田康光（2008）「戦後日本の人口移動と経済成長」『経済のプリズム』No. 54, pp. 20-37.

と約 2,000 万人（約 24%）増加した。そして労働力人口[42]は 1953 年には 3,989 万人であったのが、1973 年には 5,289 万人となり約 1,300 万人（30%以上）も増加した。その背景には、戦前から戦後における出生率の高さが影響している（図 4-28）。

特に、この時期の日本は若年労働力が豊富で、被扶養人口が相対的に少なかったことが経済成長に寄与したことが指摘されている[43]。また、この時期は急速な技術進歩があったが、若年層が新技術等への適応力が高いということも経済成長を後押ししたとも考えられている[44]。

さらに、労働力人口の量的増加に加え、労働移動が盛んに行われたことが、経済成長の背景にあるという指摘もある[45]。この時期、産業構造が大きく変化し農林漁業が減少し、その他の産業が増加したが（図 4-29）、それには労働者の産業間の移動が不可欠であった。

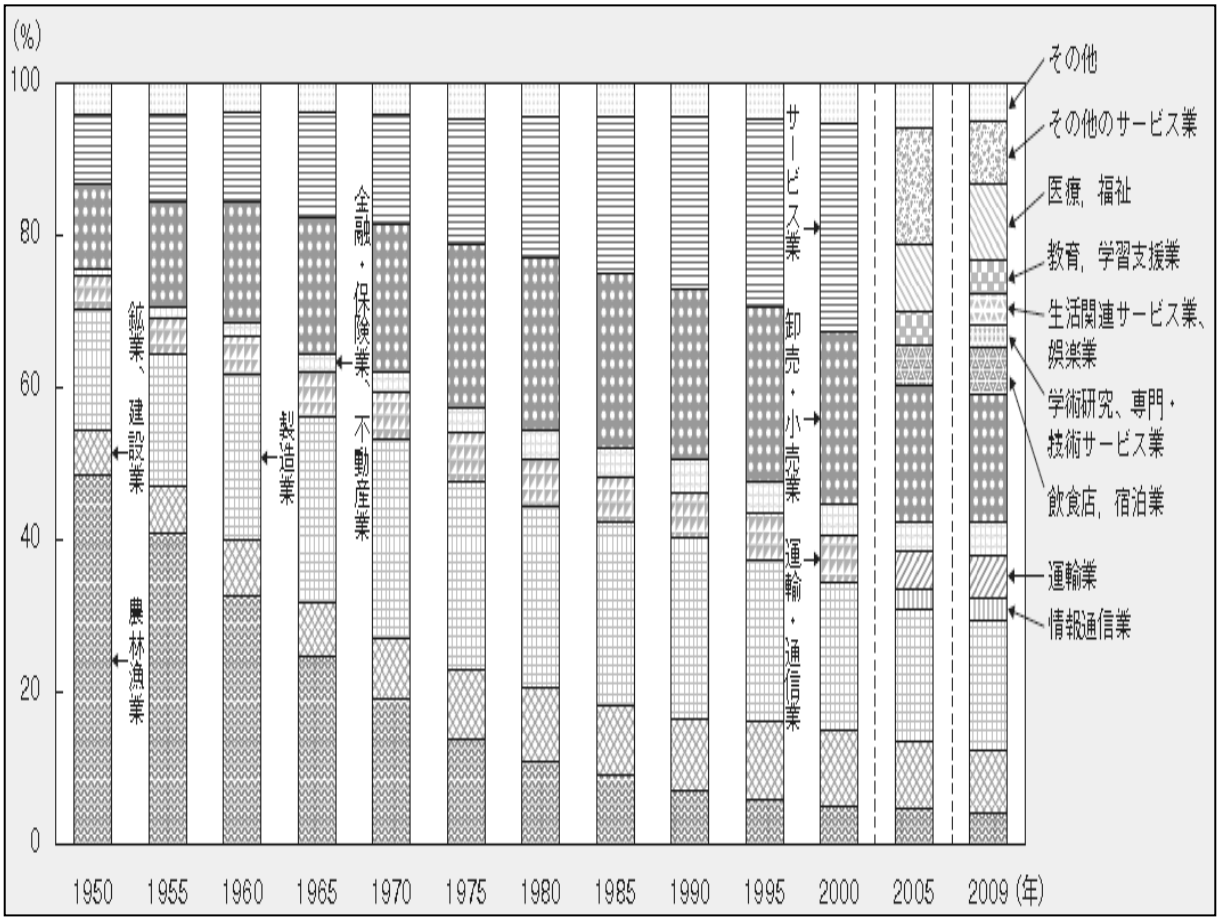
図 4-28　日本の出生数の推移



資料：厚生労働省「平成 25 年人口動態調査」より筆者作成。

[42] 15 歳以上の人口のうち、「就業者」と「完全失業者」を合わせたものを示す。
[43] 縄田康光（2008）「戦後日本の人口移動と経済成長」『経済のプリズム』No. 54, pp. 20-37.
[44] 同上。
[45] 小峰隆夫（2003）『最新日本経済入門第 2 版』日本評論社

図 4-29　日本の産業別就業者構成割合の推移



資料：厚生労働省「平成 22 年版労働経済の分析」より引用。

労働力がより生産性の高い分野に移動すれば、仮に労働力の総量や、個々の業種における生産性の変化がなくとも、経済全体がより高い生産水準を実現することが可能となる。戦後の農村から都市部への大量の人口移動が可能であったことが、戦後の経済成長へとつながったということもできるのである。そして、それを可能とした背景には、戦前から健兵健民政策を基盤とした、都市・農村を問わない全国一律の公的医療保険制度の創設、拡大をはかったことが影響していると考えられる。

③ 労働力の健康の確保

労働者の健康を支えることは、労働力の確保へとつながったはずである。労働者の健康確保のための政策を行うためには、医師などの医療資源の養成・確保が不可欠である。戦後の日本には、国際的にみても、比較的多くの医師が存在していたことが指摘されている[46]。

また政策面では、国民皆保険、感染症対策、産業医の果たした役割は大きいと考えられる。日本の公的医療保険制度の特徴ともいえる国民健康保険は、農村部の健康を支えてきたものであり、都市部への健康な労働力の供給を可能にしたと考えられる。

感染症対策としては特に、当時、若年層の死亡要因の多くを占めていた結核対策への貢

[46] 国際協力機構（2013）「日本の保健人材開発史の考察」では、主要国における医師数（人口 10 万人あたり）の推移（1950 年～1980 年）が示されており、1950 年代の日本の医師数はイギリス、スウェーデン、フランスより多かったことが示されている。

献は大きい。表 4-6 は死亡者にしめる結核による死亡者の割合を年齢階級別（ただし、生産年齢人口である 15 歳から 60 歳未満のみ）に示したものであるが、10 代 20 代の若い層を中心に 1950 年（昭和 25 年）頃まで非常に高い割合を示している。戦後の結核対策により、結核による死亡者を急激に減少させたことは、労働力の確保という点からも、非常に重要な意味を持っていたと考えられる。

表 4-6　死亡者にしめる結核による死亡者の割合

		15～19歳			20～24歳			25～29歳		
		結核死亡者数	死亡者数	割合	結核死亡者数	死亡者数	割合	結核死亡者数	死亡者数	割合
昭和10年	1935	25,125	50,030	50.2%	28,398	56,723	50.1%	18,917	42,718	44.3%
15	1940	33,170	61,010	54.4%	31,080	55,987	55.5%	22,924	47,567	48.2%
22	1947	16,793	36,556	45.9%	29,945	55,246	54.2%	21,685	43,131	50.3%
25	1950	9,764	21,222	46.0%	19,643	35,871	54.8%	18,123	32,906	55.1%
30	1955	1,570	10,992	14.3%	3,647	19,383	18.8%	5,446	19,362	28.1%
35	1960	433	9,829	4.4%	1,024	14,537	7.0%	2,069	15,735	13.1%
40	1965	122	7,374	1.7%	327	10,401	3.1%	672	11,168	6.0%
45	1970	41	6,926	0.6%	122	10,380	1.2%	210	10,371	2.0%
50	1975	13	4,750	0.3%	39	7,336	0.5%	79	8,864	0.9%
55	1980	3	4,043	0.1%	14	4,850	0.3%	28	6,273	0.4%
60	1985	2	4,212	0.0%	3	4,669	0.1%	12	4,725	0.3%
平成 2年	1990	1	4,353	0.0%	7	4,795	0.1%	8	4,277	0.2%
7	1995	－	3,362	－	5	5,087	0.1%	4	4,596	0.1%
12	2000	－	2,397	－	1	4,035	0.0%	4	4,817	0.1%
16	2004	1	1,928	0.1%	1	3,241	0.0%	4	4,157	0.1%

		30～34歳			40～44歳			50～54歳		
		結核死亡者数	死亡者数	割合	結核死亡者数	死亡者数	割合	結核死亡者数	死亡者数	割合
昭和10年	1935	11,635	34,823	33.4%	5,543	42,718	13.0%	4,297	33,806	12.7%
15	1940	13,965	38,128	36.6%	6,378	47,567	13.4%	4,565	34,895	13.1%
22	1947	16,972	38,989	43.5%	9,134	43,131	21.2%	5,890	30,103	19.6%
25	1950	12,806	26,416	48.5%	8,831	32,906	26.8%	6,390	19,774	32.3%
30	1955	4,972	16,659	29.8%	3,854	19,362	19.9%	3,752	14,240	26.3%
35	1960	2,825	15,575	18.1%	2,548	15,735	16.2%	2,860	8,209	34.8%
40	1965	1,196	13,449	8.9%	1,777	11,168	15.9%	1,963	4,533	43.3%
45	1970	433	11,463	3.8%	1,059	10,371	10.2%	1,210	3,809	31.8%
50	1975	142	9,787	1.5%	508	8,864	5.7%	765	3,205	23.9%
55	1980	57	8,772	0.6%	203	6,273	3.2%	519	2,773	18.7%
60	1985	21	6,733	0.3%	102	4,725	2.2%	293	1,791	16.4%
平成 2年	1990	19	5,038	0.4%	63	4,277	1.5%	174	1,377	12.6%
7	1995	16	5,129	0.3%	40	4,596	0.9%	135	1,235	10.9%
12	2000	9	5,596	0.2%	22	4,817	0.5%	101	738	13.7%
16	2004	9	5,969	0.2%	13	4,157	0.3%	73	607	12.0%

資料：総務省統計局「長期統計系列」より筆者作成。

いま一つの経済成長の要因として、産業医[47]の存在がある。産業医は、昭和 13 年（1938 年）の旧工場法の省令で「工場医」としてその原型がつくられ、昭和 47 年（1972 年）に労働安全衛生法により「産業医」が規定された[48]。制度創設の理由は、工場・炭鉱等労働者の傷病の治療と感染症の予防のために医師が必要とされたためである。この制度をもとに、職場での職業性疾病や感染症の予防対策、健康診断等が行われるようになった。また、産業の興隆という観点からは、堀江（2013）が指摘しているように、「産業の興隆には労働者の安全を確保することが条件になることは国の政策と経営の視点から自明」であり、労働者の保護は大きな意味をもつとされた。

このように、国民皆保険の成立過程で年齢・職業・住む地域に関係なく、全国民の健康を支える方向に国として取り組んだこと、また産業医政策を通じて労働者の健康対策を重点的に行ってきたことが、産業間の労働移動、地域の労働者の移動、職場での健康管理という点で総合的に機能し、経済発展の下支えになった可能性は大きい。

④アセアン諸国への示唆

前記視点や我が国の経験からみると、アセアン諸国が今後経済発展を遂げていくためには、国民の健康を守ることを国家的目標とすることが重要である。

そのためには第一に、全国一律の医療保険と医療提供水準の整備、すなわちＵＨＣの整備が不可欠である。財政面を支える医療保険と、国民への医療サービス供給を行う医療提供体制は、その国の医療を支える両輪である。労働者や全国民の健康を守ることは、将来的な国家の安定的な労働力の確保、さらには経済発展へとつながる。

また、医療の提供を行うためには医師等の保健人材の確保が必要である。アセアン諸国の医師数は、終戦直後の日本と比較してもなお、低い水準にあることを確認した。医師等の保健人材の養成には一定程度の時間を要することから、それら人材確保のための養成機関の整備や養成スタッフの育成など養成体制の確立へ向けた早急な取組みが求められよう。

そして、医療保険制度を補完する政策の実施も重要である。戦前戦後の日本においても、医療保険制度を補完するかたちで、様々な保健医療政策がとられてきた。アセアン諸国の保健指標の水準を日本の経年変化とともに確認したが、低い水準の国々も多くみられ、そういった国々には日本のこれまでの保健政策が参考となろう。特に労働力の確保という点からは、結核対策の効果は非常に大きいものであった。

これらの取組みはすぐに達成することは困難かもしれない。しかしながら、ＵＨＣの達成および経済発展のためには、国家のリーダーシップのもと、段階的に、そして着実に取り組んでいく必要がある。

[47] 産業医は現在、日本医師会と産業医科大学によって養成がおこなわれている。

[48] 堀江正知（2013）「産業医と労働安全衛生法の歴史」『産業医科大雑誌』第 35 巻特集号，pp. 1-26.
産業医の歴史については本論文を参考にしている。工場医以前にも、江戸末期において工場に雇われていた診療医が存在していたとされる。

５．日本医師会の国民皆保険成立等に関する活動実績と国際的ユニバーサル・ヘルス・カバレッジへの寄与

本章では、前半は国民皆保険成立やかかりつけ医機能において、日本医師会の活動の役割の歴史的整理を行った。後半は、日本医師会の国際的な役割として、世界医師会やアジア・大洋州医師会連合（ＣＭＡＡＯ）の活動、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジへの寄与を中心に、整理・検討を行った。

１）現在の日本医師会設立までの歴史的経緯

（１）大日本医師会の誕生～第二次世界大戦まで

1916 年（大正 5 年）11 月に全国組織として設立された「任意設立・強制加入」の「大日本医師会」が、現在の日本医師会の始まりである。（表 5-1＜4＞）

大日本医師会が設立された背景の一つに、医薬分業の問題がある。

1889 年（明治 22 年）に制定された「薬品営業並薬品取扱規則」により、「薬剤師の資格」と「薬局制度」が確立されたが、同時に「医師の調剤権」も認められた。

これを機に薬剤師は 1890 年（明治 23 年）4 月に薬剤師の全国的な組織である「日本薬剤師連合会」を結成し、帝国議会へ「医薬分業」を求める法案を提出する政治活動を展開した。

薬剤師側の動きに対応するための組織を作る気運が医師側にも高まり、1906 年（明治 39 年）5 月に制定された「医師法」、および 11 月に制定された「医師会規則」で、「任意設立・強制加入[1]」の医師会の組織が可能となった（表 5-1＜2＞）。これにより、1907 年（明治 40 年）から各府県[2]医師会が発足し、九州や関西といったブロック別医師大会も開かれるようになった。各府県の医師会の全国的な組織として、1914 年（大正 3 年）に日本連合医師会が設立された。（表 5-1＜3＞）

一方、1916 年（大正 5 年）2 月の第 37 回帝国議会に、「内務大臣の適当と認める地方で三年の猶予期間をもつて医師の調剤を禁止する」旨の、薬品営業並薬品取扱規則（薬律）改正案が提出されることになった[3]。この動きに危機感を抱いた医師側は、日本連合医師会を発展解消し、1916 年（大正 5 年）11 月、北里柴三郎を会長とする初の全国的組織となる「任意設立、強制加入」の「大日本医師会」を設立した。（表 5-1＜4＞）

---

[1] 官公立病院以外の医療施設に従事する医師はその所在地の郡市区医師会に加入が強制され、道府県医師会が設立されれば、当該道府県の郡市医師会はその会員となることとされた。

[2] 当該道府県にある郡市区の三分の二以上で医師会が設立されている時に限り、地方長官の認可を受けて設立することができた。

[3] 厚生省医務局「医制百年史（記述編、資料編共）」200-201P　1976 年 9 月 10 日発行　株式会社ぎょうせい

しかし、任意設立制では不十分であるという論調が次第に高まり[4]、1919（大正 8 年）の医師法第三次改正で、「郡市区医師会および道府県医師会は強制設立制」となり、その結果、「強制設立・強制加入」の道府県医師会、郡市区医師会となった。（表 5-1＜5＞）

更に、1923 年（大正 12 年）の医師法一部改正により、道府県医師会が内地を区域とする日本医師会を設立することが出来る旨の規定が追加された（医師法第 9 条の 5）[5]。日本医師会は強制設立制か任意設立制を取るかについて議論が行われたが、「任意設立制」を取ることになった。（表 5-1＜6＞）

これにより、道府県医師会が主体となり、1923 年（大正 12 年）11 月に北里柴三郎を会長とする「任意設立・強制加入」の「日本医師会」が誕生し、これまでの大日本医師会は解散した。そして、道府県医師会の会員は、日本医師会に入会することとなった。（表 5-1＜7＞）

1942 年（昭和 17 年）2 月には「国民医療法」が制定され、強制設立・強制加入の「日本医師会」と「道府県医師会」が成立した。一方、「郡市区医師会」は廃止された。（表 5-1＜8＞）

「国民医療法」により、「国民の体力向上に関する国策に協力すること」が医師会設立の目的となり、「開業医・勤務医を問わず医師会員になること」や、「開業医はその医業が国家目的に十分に沿いうるように規制した上で認めるとされる」など、強い国家統制のもとに置かれることになった[6]。会長の任命も内閣により行われることになった。

1942 年（昭和 17 年）4 月には「日本医療団令」が制定され、特殊法人の日本医療団が発足した。日本医療団は、病院、診療所および産院の経営、医療関係者の指導および錬成を業務内容とし、日本医師会長が日本医療団総裁を兼任することとなった。（表 5-1＜9＞）

[4] 「医制百年史（記述編、資料編共）」210P　1976 年 9 月 10 日発行　株式会社ぎょうせい
[5] 「医制百年史（記述編、資料編共）」厚生省医務局 211P　1976 年 9 月 10 日発行　株式会社ぎょうせい
[6] 「日本医師会創立記念誌－戦後五十年の歩み」日本医師会創立 50 周年記念事業推進委員会記念誌編纂部会編日本医師会 1997 年　7P

表 5-1 戦前の日本医師会設立を取り巻く経緯

番号	年月	主要事項	内容
<1>	1906 年 （明治 39 年） 5 月	**医師会の任意設立制**	「医師法」制定。 医師会については「医師は医師会を設立することを得。医師会に関する規定は内務大臣を定む」と、任意設立を採用。
<2>	1906 年 （明治 39 年） 11 月	**医師会を「郡市区医師会」と「道府県医師会」に分け、「任意設立・強制加入」に**	「医師会規則」制定 ・医師会を「郡市区医師会」と「道府県医師会」に規定。 ・郡市区医師会が設立すれば、官公立病院以外の医療施設に従事する医師は、全員、所在地の郡市区医師会の会員となる。 ・道府県医師会が設立されれば、当該道府県の郡市医師会会員は全員、道府県医師会に入会する。
<3>	1914 年 （大正 3 年） 3 月	**「日本連合医師会」設立**	医師の全国的な組織を目指したが、至らず。
<4>	1916 年 （大正 5 年） 11 月	**任意設立・強制加入の「大日本医師会」設立。**	「日本連合医師会」が発展解消。北里柴三郎を会長とする**医師の初の全国的組織となる。**
<5>	1919 年 （大正 8 年） 4 月	**郡市区医師会、道府県医師会が「強制設立・強制加入」に**	医師法第三次改正。 ・郡市区医師会、道府県医師会に法人格を持たせ、強制設立。 ・官公立病院勤務医の医師会加入が義務付けられる。
<6>	1923 年 （大正 12 年） 3 月	**「任意設立制」の「日本医師会」設立規定**	医師法の一部が改正。 ・道府県医師会が内地を区域とする**「日本医師会」**を設立することができる旨の規定が追加。議論の結果、「**任意設立制**」となる。
<7>	1923 年 （大正 12 年） 11 月	**任意設立・強制加入の「日本医師会」誕生**	初代会長に北里柴三郎就任。
<8>	1942 年 （昭和 17 年） 2 月	**日本医師会、道府県医師会とも「強制設立・強制加入」に**	国民医療法制定。 ・日本医師会、道府県医師会は強制設立制。郡市区医師会は廃止。 ・開業医・勤務医を問わず医師会加入が義務付け。
<9>	1942 年 （昭和 17 年） 4 月	**特殊法人「日本医療団」発足**	「日本医療団令」制定。医師会長が日本医療団総裁を兼任。

資料：「医制百年史（記述編、資料編共）」厚生省医務局 1976 年 9 月 10 日発行　株式会社ぎょうせい

（2）戦後における新生・日本医師会の誕生

1945 年（昭和 20 年）11 月に「医師会令」が改められ、ＧＨＱ（連合国総司令部）から、都道府県医師会および日本医師会の役員を選挙で選びなおすよう指示が出された（表 5-2＜1＞）。このため、1946 年（昭和 21 年）2 月に日本医師会の役員選挙が行われ、これまでの医師会の副会長であった中山寿彦氏が会長に選出された。

1946 年（昭和 21 年）9 月の臨時全国役員会で改組が決定し、医師会改組委員とＧＨＱによる改組懇談会が開かれた。ＧＨＱから医師会へ、強制加入から任意加入にするよう指示が出され、同年 10 月の第 1 回医師会改組審議会で、正式に「任意設立、任意加入」を骨子とする医師会改組要綱案が決定した。(表 5-2＜2＞)

1947 年(昭和 22 年)10 月に「医師会、歯科医師会及び日本医療団の解散等に関する法律」が制定され、11 月から施行された。執行部が未定のまま[7]、旧日本医師会は解散し、「新生・日本医師会」が法律上誕生した。(表 5-2＜3＞)

1948 年（昭和 23 年）3 月の第 2 回定例代議員会で、学術研究団体である「日本医学会」を日本医師会の中に置くことが決定した。（表 5-2＜4＞）

また、1948 年(昭和 23 年)に国民健康保険法が改正され、国保の実施主体が市町村へ移管された。更に、社会保険診療報酬支払基金が設立され、これまで地域医師会が行っていた医療保険における診療報酬の支払いおよび診療報酬明細書(レセプト)の審査は、基金が担うことになった。

表 5-2 戦後の新生・日本医師会を取り巻く経緯

番号	年月	主要事項	内容
＜1＞	1945 年 (昭和 20 年) 11 月	ＧＨＱによる役員選挙の指示	医師会令改正。日本医師会および都道府県医師会の役員を選挙で選ぶよう、ＧＨＱが指示。
＜2＞	1946 年 (昭和 21 年) 10 月	「任意設立、任意加入」の医師会改組要綱案	9 月 17 日の臨時全国役員会で改組決定。10 月 22 日の第 1 回医師会改組審議会で、正式に「**任意設立、任意加入**」を骨子とする医師会改組要綱案が決定。
＜3＞	1947 年 (昭和 22 年) 11 月	任意設立・任意加入の「新生・日本医師会」誕生	**任意設立・任意加入**の新生日本医師会誕生（11 月 1 日）。執行部は翌年の第 2 回定例代議員会で決定。
＜4＞	1948 年 (昭和 23 年) 3 月	「日本医学会」誕生	第 2 回定例代議員会で、日本医師会の中に学術団体の「日本医学会」を設置することが決定。

資料：「医制百年史（記述編、資料編共）」厚生省医務局　1976 年 9 月 10 日発行　株式会社ぎょうせい

[7] 新生日本医師会設立準備委員会が暫定的に執行部の代行となった。

2）日本医師会の国民皆保険・個別医療制度成立における役割

（1）戦後の国民皆保険達成までの経緯

1956 年（昭和 31 年）当時、商工自営業者やその被用者が加入できる保険がなく、無保険者は推計で 3,000 万人といわれていた。これは全国民（約 9,000 万人）の 3 分の 1 に当たる数字である[8]。

政府は、1956 年（昭和 31 年）1 月の鳩山首相の施政方針演説で、「国民皆保険構想」を政府の方針として初めて明らかにした（表 5-3＜１＞）。政府の方針を具体化するため、1956 年（昭和 31 年）7 月、厚生省に医療保障委員会が設置された。委員会は 1957 年（昭和 32 年）1 月、国民健康保険法を改正し、1960 年（昭和 35 年）度までに、すべての市町村が国民健康保険を実施する（「国民皆保険」）等の措置を講じる必要がある旨を厚生大臣に報告した[9]。（表 5-3＜2＞）

これを受け、1958 年（昭和 33 年）3 月、厚生省は従来の国民健康保険法を全面的に改正した「新・国民健康保険法案」を国会に提出した。改正案は、「全市町村に国民健康保険の実施の義務付け」や、「市町村の区域内に住所を有する者は全て国民健康保険の強制被保険者とすること」、「給付割合は一律最低 5 割とすること」等が盛り込まれた[10]。

「新・国民健康保険法」は、医師会からの「都道府県知事が指定した医療機関が療養の給付を担当する」という指定医療機関制度についての修正を行い、1958 年（昭和 33 年）12 月の通常国会で成立し、1959 年（昭和 34 年）1 月から施行された。（表 5-3＜3＞）

新法施行後の 1960 年（昭和 35 年）には 33 都県で皆保険が適用され、1961 年（昭和 36 年）4 月、奄美大島の無医村の 1 町 5 村を除いた全国の自治体で国民皆保険が達成された。（表 5-3＜4＞）

[8] 「日本医療保険制度史【増補改訂版】」吉原健二　和田勝　2008 年　162P　東洋経済新報社
[9] 同上 163P
[10] 同上 165P。

表 5-3 戦後の国民皆保険達成までの経緯

番号	年月	主要事項	内容
<1>	1956 年 (昭和 31 年) 1 月	政府が「国民皆保険」 構想を表明	鳩山首相が国会の施政方針演説で、「全国民を包含する総合的な医療保障を達成することを目標に計画を進める」と、**国民皆保険構想**を政府の方針として初めて明らかにする。
<2>	1957 年 (昭和 32 年) 1 月	厚生省・医療保障委員会 「国民皆保険実施方針」 を報告	厚生省の医療保障委員が、国民健康保険法を改正し、昭和 35 年度までに全市町村が国民健康保険を実施する等の措置が必要なことを厚生大臣に報告。
<3>	1959 年 (昭和 34 年) 1 月	「新・国民健康保険法」 施行	従来の国民健康保険法を全面的に改正。 ・全市町村に国民健康保険の実施の義務付け ・市町村の区域内に住所を有する者は全て国民健康保険の強制被保険者 ・給付割合は一律最低 5 割 等
<4>	1961 年 (昭和 36 年) 4 月	「国民皆保険」 達成	奄美大島の無医村（一町五村）を除き、「国民皆保険」が達成。

資料：「日本医療保険制度史【増補改訂版】」吉原健二　和田勝　2008 年　東洋経済新報社

（2）国民皆保険に関する日本医師会の対応・寄与

① 二重指定制度への対応

国民皆保険の達成を進めるに当たり、1957 年（昭和 32 年）4 月に健康保険法が改正され、「二重指定制度」が開始された（表 5-4＜1＞）。

保険診療を行う医師は「保険医登録」を必要とし、これとは別に病院や診療所も「保険医療機関の指定」を知事から受けなければならず、医師免許だけでは保険診療を行なえないという制度である[11]。政府文書[12]によれば、二重指定制のねらいは、保険医やその他の職員が不祥事を起こした場合、不祥事を起こした医師個人だけでなく、医療機関にも責任を負わせることが必要だということがその理由であった。

同年 4 月、日本医師会は「二重指定制度」が医師と患者の人間関係を損なうと、健康保険法の改正に反対して、厚生大臣と交渉し、改正健康保険法の政令および省令の発令前に、日本医師会が点検することで同意した（表 5-4＜2＞）。

これにより、修正・削除作業が行われ（暁の団交といわれる）、その対象となった項目は、「健保法施行規則の改正政令」、「保険医療機関及び保険薬局の指定並びに保険医及び保険薬剤師の登録に関する政令」、「同省令」、「保険医療機関及び保険医療養担当規則」の 4 つである[13]（表 5-4＜2＞）。

「二重指定制度」以外に反対した理由として、一人の医者が一日に診る患者の人数や、投薬・注射の使用量について細かに規定され、医師の裁量が制限されたこと等ある。

② 制限診療撤廃に向けての対応

「制限診療」とは、「政府が定めた治療指針（療養規定）や薬の使用基準に従った場合にのみ診療報酬を支払い、それ以外の診療行為に対しては公定の診療報酬を支払わないものとする」[14]ものである。病気ごとに使える薬と使う順序がリストで定められ、効果が認められる薬も一日の使用量が制限されていた。日医武見会長の回想録によれば「ペニシリンは・・・・・患者一人につき、一日十万単位以上は使っちゃいけないとされていた。十万単位なんて、ほんとにわずかな量で、いまの使用量の十分の一だ。製造すればいくらでもあるのに、使用を制限していた」と指摘した[15]。

武見会長は、「制限診療を厳しく決めていたのは、国民皆保険を達成するには医療費が増えることを抑える意図が役人にある」として[16]、「制限診療が定める治療指針に縛られたままでは、医師が良心的な治療も出来ず、患者も満足しない」と考えていた。

---

[11] 医院（病院）と自宅が別の場所にある場合、保険医療機関の指定を受けていない自宅では、患者の診療が出来ない。
[12]「戦後の社会保障　資料　七人委員会の報告」　社会保障研究所 1968 年　602P　至誠堂
[13]「日本医師会創立記念誌－戦後五十年の歩み」日本医師会創立 50 周年記念事業推進委員会記念誌編纂部会編 1997 年 57P
[14]「国民皆保険の時代」新村拓　2011 年　60P　法政大学出版局
[15]「実録日本医師会」武見太郎（聞き書き）　1983 年 109 P　朝日出版社
[16] 脚注 15 110 P

表 5-4 国民皆保険に関する日本医師会の対応の経緯

	番号	年月日	主要事項	内容
①二重指定制度への対応	<1>	1957 年 (昭和 32 年) 4 月	「二重指定制度」開始	保険医と保険医療機関の「二重指定制度」[17]を盛り込んだ改正健康保険法が成立。4 月 1 日より施行。
	<2>	同年 4 月	改正健保法の政令案、省令案点検	武見会長が神田厚相に交渉し、成立した健保法改正の政令と省令について、発令前に日本医師会が点検することに同意。官僚統制を強めようとしている内容を修正（暁の団交）。
②制限診療撤廃にむけての対応	<3>	1960 年 (昭和 35 年) 8 月	厚生大臣に「4 項目要望書」提出	厚生大臣に①制限診療の撤廃②1 点単価の引き上げ③事務の繁雑化是正④甲乙 2 表の一本化と地域差の撤廃、からなる 4 項目の要望書を提出。 「現状のまま国民皆保険に突入することは、生命と学術の尊重を捨て、国民の福祉を犠牲に供して、徒らに保険官僚の独善的全体主義統制を強化するものである」
	<4>	1961 年 (昭和 36 年) 2 月	「一斉休診」方針決定	医師会、全国一斉休診の闘争方針を決定。14 日に歯科医師会と共闘会議を開催し、4 項目要求実現を確認。
	<5>	同年 2 月	「一斉休診」実施	医師会、歯科医師会の全国一斉休診実施。
	<6>	同年 2 月	「制限診療」の緩和について合意	自民党三役、日本歯科医師会長、日本医師会長で会談。制限診療の緩和について合意（27～28 日）。
	<7>	同年 4 月	国民皆保険達成	国民皆保険達成。
	<8>	同年 7 月	再度の保険医辞退を通告	8 月 1 日以降に再度の保険医辞退（歯科医も含む）を行う用意があることを通告。
	<9>	同年 7 月	保険医辞退を撤回	自民党と 4 項目合意がなされたため、保険医辞退を撤回。 ①医療保険制度の抜本的改正②医学研究と教育の向上と国民福祉の結合③医師と患者の人間関係に基づく自由の確保④自由経済社会における診療報酬制度の確立
	<10>	同年 9 月	制限診療の撤廃等の了解事項まとまる	8 月から医療懇談会を開催。制限診療の撤廃や、診療報酬の緊急是正等の了解事項がまとまる。

（続く）

[17] 保険診療を行う医師は保険医登録と別に、病院や医院も保険医療機関指定を知事から受けることを必要とする制度。

（表続き）

	番号	年月日	主要事項	内容
②制限診療撤廃にむけての対応	<11>	1961 年 (昭和 36 年) 9 月	中医協で 「制限診療撤廃」 答申	制限診療の撤廃が中医協で諮問通り答申。
	<12>	同年 11 月	高血圧、精神科の 治療薬使用の 制限が緩和	高血圧治療指針、精神科治療指針が改正。新薬の採用や使用制限が緩和される。
	<13>	1962 年 (昭和 37 年) 10 月	ホルモン剤の使用 基準改正	抗生物質、副腎皮質ホルモン、副腎皮質刺戟ホルモン、性腺刺激ホルモンの使用基準が改正。
	<14>	1963 年 (昭和 38 年) 5 月	結核の治療指針 改正	結核の治療指針が改正。

資料：「日本医師会創立記念誌ー戦後五十年の歩み」日本医師会創立 50 周年記念事業推進委員会記念誌編纂部会編　1997 年
「実録日本医師会」武見太郎（聞き書き）　朝日出版社　1983 年
「日本医師会雑誌」第 46 巻 9 号、48 巻 7 号、49 巻 11 号

表 5-5 武見太郎日本医師会会長より中山マサ厚生大臣宛ての要望書
（1960 年（昭和 35 年）8 月 18 日　提出）

1. 制限診療の撤廃
　指針の取扱を是正してプリンシプルとすること、治療はケースバイケースに医師の判断によるものであつて、従って基準はこれを廃止すること。薬品は販売許可あるものはすべて自由に使用すること。
2. 一点単価の引き上げ
3. 事務の繁雑化是正
4. 甲乙 2 表の一本化と地域差の撤廃

資料：日本医師会雑誌　第 44 巻第 4 号（昭和 35 年 8 月 15 日）　1P より抜粋

国民皆保険が達成される前年の 1960 年（昭和 35 年）8 月、日本医師会は、皆保険体制に入るために最低限必要な前提条件として、「現状のまま国民皆保険に突入することは、生命と学術の尊重を捨て、国民の福祉を犠牲に供して、徒らに保険官僚の独善的全体主義統制を強化するものである」として、4 項目の要望書を厚生大臣に提出した。（表 5-4＜3＞、表 5-5）

前記要望書による診療報酬の引き上げが行われなかったり、制限診療の撤廃も見送られたことから、「厚生省（予算）案が一部たりとも採用される場合は、医療国営の基盤をつくるおそれがある。日本医師会は 4 月からの国民皆保険に非協力態勢の実力行使に入る」との方針の下、1961 年（昭和 36 年）2 月、全国で一斉休診を実行した[18]。（表 5-4＜5＞）

[18] 脚注 13　72P

そして、自民党が具体的な回答を出さない限り、日本医師会は 4 月以降の国民皆保険には協力しないとし、3 月に再度の一斉休診の決定、および各都道府県医師会を通じ、会員の保険医辞退届を都道府県知事に提出する運びとなった[19]。

これを受け、2 月末に自民党三役と医師会長、歯科医師会長で会談が行われ、表のような制限診療について一部緩和が認められることになった。(表 5-4＜6＞)

表 5-6 自民党三役と医師会、歯科医師会などによる制限診療の一部緩和についての申し合わせ内容（1961 年（昭和 36 年）2 月 28 日）

①学会が緊急必要と認める医薬品については、指針関係といえども簡素な手続きで保険に採用する
②指針は根本方針であるから患者の個性を尊重するようにする
③手術に使用する機器、器具、検査の種類、回数は実情に即して認める
④歯科の補てつ、ならびに施術、方法、資材の制限等も実情に即するように措置する

資料：「日本医師会創立記念誌－戦後五十年の歩み」日本医師会創立 50 周年記念事業推進委員会記念誌編纂部会編 1997 年 74P

また、診療報酬の引き上げについても約束が取れたため、3 月の一斉休診は取りやめとなった。しかし、その後、厚生大臣が約束を履行しなかったため、日本医師会は 8 月以降の再度の保険医辞退（歯科医師も含む）を宣告した。(表 5-4＜8＞)

このため、厚生大臣、自民党三役との間で折衝が開始され、下記の 4 項目合意がなされ、日本医師会は保険医辞退を撤回した[20]。(表 5-4＜9＞)

表 5-7 4 項目合意書（1961 年（昭和 36）年 7 月 31 日）

①医療保険制度の抜本的改正
②医学研究と教育の向上と国民福祉の結合
③医師と患者の人間関係に基づく自由の確保
④自由経済社会における診療報酬制度の確立

資料：「日本医師会創立記念誌－戦後五十年の歩み」日本医師会創立 50 周年記念事業推進委員会記念誌編纂部会編 1997 年 77P

上記 4 項目合意に従い、「医療懇談会」が設置された（表 5-4＜10＞）。医療懇談会で、11 月から制限診療の緩和（事実上の制限診療の撤廃）と、12 月からの診療報酬の再引き上げが実施された。(表 5-4＜12＞～＜14＞)

[19] 脚注 13　74P

[20] 「日本医師会創立記念誌－戦後五十年の歩み」日本医師会創立 50 周年記念事業推進委員会記念誌編纂部会編 1997 年 77P

表 5-8 制限診療が撤廃された主な治療指針や薬剤

開始日	緩和された治療指針、薬剤	主な内容
1961 年 （昭和 36 年） 11 月	高血圧治療指針、精神科治療指針	高血圧…医学の進歩に伴い、新たな降圧剤を追加収載。 精神科…薬物療法に用いる抗うつ剤等を新規・追加収載。精神療法や作業療法の新設。
1962 年 （昭和 37 年） 10 月	「抗生物質」、「副腎皮質ホルモン、副腎皮質刺戟ホルモン、性腺刺激ホルモン」の使用基準	・「使用製剤」の項目を削除し、「保険医及び保険薬剤師の使用医薬品」に収載されている医薬品は、使用基準に則り使用可能となった。 ・抗生物質及び関係薬剤の使用順序表を削除。 ・結核の治療指針の改正を待たなくても、副腎皮質ホルモンの適応症と判断された場合は、使用可能となった。
1963 年 （昭和 38 年） 5 月	結核の治療指針	・肺結核と腎結核など特定の結核に限定されていた公費負担を全結核性疾患に拡大。 ・化学療法に使用する医薬品を追加。 ・カナマイシン、バイオマイシン、サイクロセリンの使用方法の制限を緩和。

資料：「日本医師会雑誌」第 46 巻第 9 号（昭和 36 年 11 月 1 日）527P-531P　第 48 巻第 7 号（昭和 37 年 10 月 1 日）400P-405P　第 49 巻第 11 号（昭和 38 年 6 月 1 日）1172P-1173P

③ 政府提案の国民皆保険化の是正

国民皆保険の導入について、武見会長は「国民皆保険そのものの流れは避けられない流れ」と考え[21]、制度そのものについて反対はしなかった。「時代は社会保障の成熟期に入ってゆくと判断していた」が、「厚生省の考えている国民皆保険は、役人の介在が多過ぎて医者の職業的自由の障害になっている」、「それをはじき出してすっきりしたものにしよう」というのが活動の意図であった[22]。

また、健康保険法や国民健康保険法には戦前の官僚統制の考え方がそのまま生きていると考え、「いまの医療制度のままで国民皆保険をやろうというのは、軽便鉄道のレールを全国に広げて、そこに特急を走らせるようなものだ」[23]と、これら法律を抜本改正せぬまま、制度を開始することに異議を唱えた。

[21] 「実録日本医師会」武見太郎（聞き書き）1983 年　59P 朝日出版社
[22] 脚注 21 と同じ
[23] 脚注 21　111P

（3）国民皆保険を基礎とした労災保険制度・自賠責保険制度の成立

① 労災診療費算定基準への日本医師会の対応・寄与

労働災害保険制度（以下、「労災保険」ともいう）は、労働者が業務上の事由や通勤により負傷したり疾病にかかった場合に、労災保険から必要な医療が給付される制度である。

労災保険から支払われる診療費は、労働者災害補償保険法（労災保険法。1947 年（昭和 22 年）制定）に具体的な規定がなく、各地で慣行料金による請求・支払が行われていた[24]。

このため、労働省は日本医師会と協議・検討を行い、1961 年（昭和 36 年）に「労災診療費算定基準」を策定した。これは、労働省労働基準局日本医師会長との申し合わせが行われ、その中で「労災診療の適正な発展のためには、労災診療の健保診療に対する特殊性を科学的に明らかにし、その成果に立脚、即応して診療費を決める必要性があるがそれまでの暫定措置として、健保点数に準拠する」となった[25]。

その後、1972 年（昭和 47 年）労働省労働基準局長通達が示され、1976 年（昭和 51 年）の全面改正を経て体系化されたが、「暫定措置」の健保準拠は現在まで継続している[26]。

② 自賠責保険の日医基準の適用

自動車損害賠償責任保険（以下、「自賠責保険」ともいう）は、交通事故被害者を救済するため、加害者が支払うべき経済的負担を補てんすることで、基本的な対人賠償を確保することを目的としている[27]。1955 年（昭和 30 年）に成立した「自動車損害賠償保障法」に基づき、1956 年（昭和 31 年）から実施され、原動機付自転車を含むすべての自動車に加入が義務付けられている強制保険である。

交通事故に関わる患者の治療費は、「自由診療」で扱われており、医療機関や地域によって請求額に格差が生じる問題があった。

このため、1984 年（昭和 59 年）、自動車損害賠償責任保険審議会（大蔵大臣の諮問機関）は、自賠責保険の支払いの適正化を強く求めた結果、日本医師会、日本損害保険協会、自動車保険料率算定会の三者協議による「自賠責保険診療算定基準」（新基準）の早期設定が具申された[28]。

これを受け三者協議の結果、1989 年（平成元年）6 月、交通事故診療にかかる医療費請求の適正化や、被害者の早期社会復帰に資するためのものとして、「自賠責保険診療費算定基準」（新基準）が制定された。

---

[24] 「労災診療報酬点数表の構築」日本医師会労災・自賠責委員会平成 15 年度答申 平成 16 年 1 月 22 日
[25] 同上
[26] 同上
[27] 「自賠責保険について知ろう!」国土交通省自賠責保険ポータルサイト
http://www.mlit.go.jp/jidosha/anzen/04relief/jibai/insurance.html
[28] 「自動車保険診療費算定基準　平成 6 年 11 月 1 日実施（平成 24 年度改訂）」北海道医師会
http://www.hokkaido.med.or.jp/new/juyo/jibai2012r.pdf

新基準の導入は、1990 年（平成 2 年）に栃木県が導入したのを皮切りに、2003 年（平成 15 年）4 月には 45 都道府県まで拡大した。2011 年（平成 23 年）10 月には岡山県で実施が始まり、残る山梨県についても、導入に向けて協議を継続中である。

（4）医療保険制度統合一本化の提案

1967 年（昭和 42 年）11 月、日本医師会は全理事会で、下記の医療保険制度統合一本化の提案を内容とする「健康保険抜本改正案」を了承した。（表 5-9）

表 5-9 日本医師会による健康保険抜本改正案

①老齢健康保険制度を創設して、民族の老齢化対策を講じる。

②産業保険制度を創設して集団健康管理体制をつくり、労災保険を吸収する。

③現在の政管健保、組合健保、共済組合と国保は、都道府県を単位とする地域保険に統合する。
老齢健保は、30 歳から64 歳まで、健康保険料の約1/4程度の保険料を払い込んで、65歳から患者負担のない10 割給付のサービスを受ける。

資料：「日本医師会創立記念誌－戦後五十年の歩み」日本医師会創立50周年記念事業推進委員会記念誌編纂部会編　1997年　105P

これにより、1968 年（昭和 43 年）8 月、日本医師会の「医療保険の抜本改正を調査審議するための特別委員会」は答申をまとめた。その内容は、前年の健康保険の抜本改正案を踏襲したものであった。（表 5-10）

表 5-10 「医療保険の抜本改正を調査審議するための特別委員会」答申

①現行の各医療保険制度は、都道府県を保険者とする地域保険に統合
②個別産業の特性に起因する保障部分は政府か福祉事業団を保険者とする産業保険に任せ、65 歳以上の高齢者を対象とする老齢健康保険を創設すること

資料：「日本医師会創立記念誌－戦後五十年の歩み」日本医師会創立 50 周年記念事業推進委員会記念誌編纂部会編 1997 年 108P

これを受け、同年 10 月、日本医師会は次のような「医療保険の抜本改正に関する意見」を発表し、自民党の調査会に提出した。（表 5-11）

表 5-11 日本医師会の「医療保険制度の抜本改正に関する意見」（抜粋）

①制度の体系は、地域保険、老齢保険、産業保険の三本立てとする。

②一般疾病に関する限り、被用者本人およびその家族を含め、すべて地域保険に統合し、保険者は都道府県とする。

③老齢保険は65歳以上の老齢者を対象とする。

④被用者の業務上の疾病その他産業に起因する疾病は産業保険の対象とする。

資料：「日本医療保険制度史【増補改訂版】」吉原健二　和田勝　2008年
195P - 196P 東洋経済新報社。一部抜粋。

その結果、1984 年（昭和 59 年）8 月、日本医師会、日本歯科医師会、日本薬剤師会は、自民党と、「医療保険制度の統合一本化」など下記の「7 項目合意の覚書」に調印した。（表 5-12）

表 5-12 7 項目合意覚書

①医療保険制度の統合一本化を5年後に行う。特に負担の公平と給付の平等を図る。

②医学の進歩・医療の向上と医療保険制度の整合を図る。

③プロフェッショナルフリーダムの尊重と医療の公共性を確認する。

④医療保険における技術料の適正な評価を行う。

⑤労務管理と社会保障の分離を図る。

⑥民間医療機関の経営の安定を図る。

⑦大学における医学研究には十分な公的補助を行う。

資料:「日本医師会創立記念誌－戦後五十年の歩み」日本医師会創立50周年記念事業推進委員会記念誌編纂部会編　1997年　181-182P

なお、覚書締結から 5 年後の 1989 年（平成元年）の自民党の医療基本問題調査会の中間報告では、統合一本化を「到達目標の一つの理想像」とし、現実には現行制度の枠組みで進むとの方向が示されている。

3）日本医師会によるプライマリ・ヘルス・ケアおよびかかりつけ医の対応

（1）「プライマリ・ヘルス・ケア」および「家庭医」に関する動向と日医の対応

1978 年（昭和 53 年）9 月、カザフスタンのアルマ・アタで開催されていたＷＨＯとＵＮＩＣＥＦの合同会議（アルマ・アタ会議）で、新しい健康に対する概念としてプライマリ・ヘルス・ケア（ＰＨＣ）が提唱され、[29]「アルマ・アタ宣言」が採択された（表 5-13＜3＞）。この宣言は、「人間の基本的な権利である健康に関して格差や不平等は容認されるべきではないという基本精神に基づき、健康教育や母子保健・家族計画などのＰＨＣ基本活動に取り組むこと」[30]を謳ったものである。ここでのＰＨＣは欧米のＧＰシステム（ジェネラル・フィジシャン；欧米の総合医）を基本に据えている。

一方、「アルマ・アタ宣言」が採択される約 3 か月前の 1978 年（昭和 53 年）6 月に、開業医有志で結成していた「実地医療の会」が発展解消し、「日本プライマリ・ケア学会」が設立された。（表 5-13＜1＞）

日本医師会は同年 8 月に「第 1 回プライマリ・ケア委員会」を開催し（表 5-13＜2＞）、翌 1979 年（昭和 54 年）の日医ニュース 1 月 20 日号から、「日本におけるプライマリ・ケアの理論と実践」の連載を開始した。

日本医師会としては、「一番地域社会に密着した 1 次の医療」[31]という意味で「プライマリ・ケア」を用い、欧米のＧＰシステムと日本のプライマリ・ケアは、異なるものであることを強調している[32]。

1980 年代に入ると、「家庭医制度化問題」が起きた。これは、厚生省が 1984 年（昭和 59 年）4 月に発表した「今後の医療政策の基本的方向（厚生省試案）-21 世紀をめざして」の中で、「家庭医の普及を図り、プライマリ・ケアを重視した医療施設間のネットワーク化（診療所 - 一般病院 - 高度・特殊病院）を推進する」[33]と記述されたことから始まる。（表 5-13＜4＞）

同年 8 月、厚生省は①地域保健医療体制のなかでの家庭医の位置付け、②家庭医の養成研修、③家庭医の認定・標榜、④家庭医に関する診療報酬体系上の位置付け、⑤その他、の 5 つの代表的な問題に対処するため、省内に「家庭医に関するプロジェクトチーム」を設置することを発表した[34]。（表 5-13＜5＞）

---

[29] JICA ナレッジサイト「分野課題＞保健医療＞共通＞アルマアタ宣言」 http://gwweb.jica.go.jp/km/FSubject0201.nsf/3b8a2d403517ae4549256f2d002e1dcc/11a8eae10f9f8af849256ddc000a1213?OpenDocument

[30] 同上

[31] 「第 4 回日本医師会病院学会挨拶（日本医師会長　武見太郎）」日本医師会雑誌第 78 巻第 2 号　昭和 52 年 7 月 15 日 145P

[32] 「プライマリー・ケアの日本的展開」日本医師会長 武見太郎　日本医師会雑誌第 78 巻第 3 号　昭和 52 年 8 月 1 日 320P - 324P

[33] 「今後の医療政策の基本的方向（厚生省試案の説明）」社会保険旬報 No. 1466　昭和 59 年 5 月 1 日号　9P

[34] 「健康政策局が方針　「家庭医」の制度化　61 年度にも具体化　医療システムの核に　省内にプロジェクト」日本医事新報 No. 3150（昭和 59 年 9 月 8 日号）100P - 101P

これに対し日本医師会は、①家庭医の認定制度等の実権を厚生省が握るようになるおそれがあること、②家庭医向けの診療報酬点数のマルメを図っていき、医療費抑制につながっていくおそれがあること、について懸念を示した（表 5-13＜7＞）。そして、家庭医制度そのものの合意形成がなされていないまま、制度創設が進んでいくことは時期尚早であるとし、家庭医制度の検討に対する反対意見を提出した[35,36]。（表 5-13＜8＞）

1985 年（昭和 60 年）6 月、「家庭医に関する懇談会」が厚生省内に発足した。「家庭医の機能のあり方」について議論を行い（表 5-13＜9＞）、1987 年（昭和 62 年）4 月に懇談会報告書が厚生省に提出された。

報告書は、①「家庭医機能」の条件に 10 項目を選定、②「家庭医機能」を担う医師の養成、③「家庭医機能」の支援体制、④国民の側にたった医療情報の提供、⑤「家庭医機能」の普及・定着、の 5 章で構成された。

「家庭医の制度化」が報告書に盛り込まれることは無く、「家庭医機能は地域医療を担う医師には程度の差こそあれ、具備すべきものとして期待されるのであって、特定グループの医師の機能を示すものではない」との一文が挿入された[37]。（表 5-13＜10＞）

日本医師会は「懇談会報告書」について、報告書が示した「家庭医機能」の充足を前提とした家庭医機能を担う医師の養成と支援体制は、従来から日医が行ってきた家庭医機能の施策に沿うものであるとの見解を示した[38]。

[35]「第 27 回常任理事会議事録　13. 昭和 60 年度厚生省予算に対する自民党社会部会へ陳情の件」日本医師会雑誌第 93 巻第 6 号　昭和 60 年 3 月 15 日 1156P

[36]「家庭医は創設準備を調査検討費の名称に　来年度早々にも検討会を設置へ」日本医事新報 No. 3168（昭和 60 年 1 月 12 日）141P

[37]「家庭医懇談会　最終報告書を提出　“制度化”は触れず　厚生省、標榜科目に総合診療科の追加示唆」日本医事新報 No. 3288　（昭和 62 年 5 月 2 日）93P

[38]「日医が家庭医懇の報告書に見解発表　「現在ある機能の進展こそ肝要」」日本医事新報 No. 3289　（昭和 62 年 5 月 9 日）95P

表 5-13 1970 年代後半～80 年代後半の「プライマリ・ヘルス・ケア」および「家庭医」に関する動向と日医の対応

番号	年月	主要事項	内容
<1>	1978 年 (昭和53年) 6 月	「日本プライマリ・ケア学会」発足	日本プライマリ・ケア学会発足。
<2>	同年 8 月	日医内で「第 1 回プライマリ・ケア委員会」開催	日本医師会で「第 1 回プライマリ・ケア委員会」開催。
<3>	同年 9 月	「アルマ・アタ」宣言採択	アルマ・アタ会議（WHO，ＵＮＩＣＥＦの合同会議）で、「アルマ・アタ宣言」が採択される。
<4>	1984 年 (昭和59年) 4 月	厚生省が「家庭医構想」を発表	厚生省が「今後の医療政策の基本的方向（厚生省試案）-21 世紀をめざして」を発表。 ＞家庭医の普及を図り、プライマリ・ケアを重視した医療施設間のネットワーク化（診療所 - 一般病院 - 高度・特殊病院）を推進する。
<5>	同年 8 月	厚生省内にプロジェクトチーム発足	厚生省内に「家庭医に関するプロジェクトチーム」発足。
<6>	同年 8 月	厚生省が「家庭医制度創設」の検討に着手	厚生省が「家庭医制度創設」の検討に着手することを発表。制度化の検討費と臨床研修における総合研修方式の導入に係る費用を概算要求に計上。
<7>	同年 9 月	日医常任理事会が家庭医制度に懸念	日医常任理事会が、家庭医制度について厚生省が検討を急ぐことについてはブレーキを掛ける方針で意見の一致。日医の反対理由は①医療界への官僚支配の強化②医療費抑制の 2 点への懸念。
<8>	同年 12 月	日医が厚生省に慎重審議を要請	日医が厚生省に家庭医創設について慎重審議を要請。
<9>	1985 年 (昭和60年) 6 月	厚生省が家庭医制度白紙化を表明	厚生省「家庭医に関する懇談会」発足。事務局は、家庭医の制度化の白紙化を表明。機能のあり方を検討する方針に変更。
<10>	1987 年 (昭和62年) 4 月	「家庭医機能は特定グループの医師の機能を指さない」ことが明文化	「家庭医療に関する懇談会」が報告書を厚生省に提出。制度化ではなく「家庭医機能の普及・定着をはかる」ことで決着。 「家庭医機能は地域医療を担う医師には程度の差こそあれ、具備すべきものとして期待されるのであって、特定グループの医師の機能を示すものではない」の文言が日医の要望により挿入される。

資料：「今後の医療政策の基本的方向（厚生省試案の説明）」社会保険旬報 No. 1466　昭和 59 年 5 月 1 日号　9P　「『家庭医機能の普及』定着を懇談会が提言」同 No. 1576　昭和 62 年 5 月 1 日号　6P - 9P，27 - 34P
「健康政策局が方針　「家庭医」の制度化　61 年度にも具体化　医療システムの核に　省内にプロジェクト」日本医事新報 No. 3150（昭和 59 年 9 月 8 日号）100P - 101P。「日医常任理事会　家庭医制度の検討で厚生省に対して注文　点数包括化の惧れ　日医と十分協議を」同 No. 3150（昭和 59 年 9 月 8 日号）99P　「厚生省が設置　家庭医に関する懇談会　中長期的検討へ初会合　座長に小泉東大教授　“制度化”

は白紙で」同 No. 3189（昭和 60 年 6 月 8 日号）97P。「連載「総合医」の時代は来るか 第 2 回「家庭医制度」問題が生じた背景」同 No. 4612 2012 年 9 月 15 日号 16P - 17P 「第 3 回日医の反対と家庭医懇の報告書」同 No. 4613 2012 年 9 月 22 日号 16P - 17P

（2）日医における「かかりつけ医機能」の推進

1990 年代前半まで、日本医師会の議事録や文書には、「かかりつけ医」という言葉は殆ど出て来ず、「我々日本医師会が提唱しているプライマリ・ケア充実のための開業医制度」[39]あるいは「日本古来のいい意味の家庭医」[40]等の表現がなされていた。

日本医師会が「かかりつけ医」という言葉を用いるようになるのは、1992 年（平成 4 年）から会長を務めた村瀬敏郎執行部からである。

村瀬会長は、日医ニュースの就任インタビュー[41]で、「日本の医療は明治以降「かかりつけ医」を基本として発展」してきたとし、どこまでをかかりつけ医が担い、どこから高度の医療に誘導するかの問題はあるが、「やはり、医療の基本は『かかりつけ医』でなくてはならない」と述べた。その後、国民がかかりつけ医を持つ意義や、かかりつけ医が担う役割について言及を行ってきた[42]。（表 5-14）

1992 年（平成 4 年）度の「日本医師会医療政策会議報告」では、「かかりつけ医」を「患者の日常生活に密着した、傷病発生時に第一に選択する医師のことである（即ち地域社会の中で患者が慣れ親しんでいる行きつけの医師のことである）」と定義した[43]。

高齢化が進む今日、在宅医療や地域包括ケアの推進など、かかりつけ医が担う専門性や役割の重要性は、ますます高まっている。

我が国の「かかりつけ医」は、深い専門性を有しつつ総合的な診療能力を有する特質があり、このことが、わが国のプライマリ・ケア体制が高質なアウトカムを提供している最大の要因の一つになっている。

そして、日本医師会は 1987 年（昭和 62 年）度から生涯教育制度を本格的に稼動し、「かかりつけ医」の専門性のさらなる深化とともに、総合的な診療能力と地域をみる「かかりつけ医」機能を強化するための研修を行っている。

最近の 2013 年（平成 25 年）8 月における日本医師会と四病院団体協議会合同の提言では、「かかりつけ医」は「なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要な時には専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師」と定義された。（表 5-15）

---

[39] 「第 16 回常任理事会議事録」日本医師会雑誌 第 92 巻 第 9 号 昭和 59 年 11 月 1 日　1656Ｐ。

[40] 同上 1657Ｐ。

[41] 「村瀬敏郎日医新会長に抱負を聞く　“かかりつけ医”が医療の基本　「静の医療」から「動の医療」へ転換を」日本医師会　日医ニュース　第 735 号 平成 4 年 4 月 20 日号

[42] 日医ニュース平成 15 年 5 月 5 日号の「日医ニュース 1000 号を顧みて」では、平成 4 年の大きな出来事として、「村瀬敏郎会長就任.「かかりつけ医」の役割が強調された」とある。

[43] 「平成 4 年度 日本医師会医療政策会議報告　診療報酬のあり方－21 世紀に向けて－」日本医師会医療政策会議　1993 年 3 月

表 5-14 日本医師会村瀬会長の「かかりつけ医」に関する発言

発言要旨	「かかりつけ医」について	掲載誌	掲載年月日
「医療の基本は かかりつけ医」	・医療の基本は「かかりつけ医」でなくてはならない。 ・「より高次の医療が必要なのかどうか」の判断も「かかりつけ医」が行う。	「日医 ニュース」	1992 年 （平成 4 年） 4 月 20 日号 （第 735 号）
「国民にもかかりつけ医 を作る行動を」	・「かかりつけ医師」による医療が基本にあって、国民にもかかりつけ医師をつくる行動を示して頂きたい。	日本医事 新報	1992 年 （平成 4 年） 4 月 25 日号 (No. 3548)
「患者から 『かかりつけ医師』 として選ばれる 診療活動を」	・かかりつけ医師の提唱は、医師と患者の人間関係を強化することを基本理念。 ・会員の一人一人が「かかりつけ医師」として患者から選ばれるような診療活動を。	第 88 回定例 代議員会会長 演説	1993 年 （平成 5 年） 4 月 1 日
「かかりつけ医」の 「制度化」はない	・日医が提唱する“かかりつけ医”について、制度化などは毛頭考えておりません。	国民医療年鑑 平成 4 年版－ 21 世紀の国 民医療をめざして	1993 年 （平成 5 年） 8 月 20 日

資料：「村瀬敏郎日医新会長に抱負を聞く　“かかりつけ医”が医療の基本　「静の医療」から「動の医療」へ転換を」日本医師会　日医ニュース　第 735 号 平成 4 年 4 月 20 日号「平成 4 年度 日本医師会医療政策会議報告書」日本医師会　1993（平成 5）年 3 月 15 日　「国民医療年鑑，平成 4 年版－21 世紀の国民医療をめざして」同 1993 年 8 月 20 日「第 88 回日本医師会定例代議員会議事速記録」日本医師会雑誌第 109 巻第 8 号　平成 5 年 4 月 15 日　1149P, 1163P - 1165P

表 5-15 「医療提供体制のあり方　日本医師会・四病院団体協議会合同提言」における「かかりつけ医」の定義（2013 年（平成 25 年）8 月 8 日）

「かかりつけ医」の定義

なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要な時には専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師。

「かかりつけ医の機能」

・「かかりつけ医」は、日常行う診療においては、患者の生活背景を把握し、適切な診療及び保健指導を行い、自己の専門性を超えて診療や指導を行えない場合には、地域の医師、医療機関等と協力して解決策を提供する。

・ 「かかりつけ医」は、自己の診療時間外も患者にとって最善の医療が継続されるよう、地域の医師、医療機関等と必要な情報を共有し、お互いに協力して休日や夜間も患者に対応できる体制を構築する。

・ 「かかりつけ医」は、日常行う診療のほかに、地域住民との信頼関係を構築し、健康相談、健診・がん検診、母子保健、学校保健、産業保健、地域保健等の地域における医療を取り巻く社会的活動、行政活動に積極的に参加するとともに保健・介護・福祉関係者との連携を行う。また、地域の高齢者が少しでも長く地域で生活できるよう在宅医療を推進する。

・患者や家族に対して、医療に関する適切かつわかりやすい情報の提供を行う。

資料：「医療提供体制のあり方　日本医師会・四病院団体協議会合同提言」日本医師会・四病院団体協議会 2013 年 8 月 8 日

4）WMA・CMAAO等日本医師会の国際的活動

（1）世界医師会（WMA）における活動

世界医師会（「WMA」ともいう）は、「医学教育・医学・医術および医の倫理における国際的水準をできるだけ高め、また世界のすべての人々を対象にしたヘルスケアの実現に努めながら人類に奉仕すること」を目的として、1947 年（昭和 22 年）9 月に設立された[44]。

2014 年（平成 26 年）12 月時点で 111 か国の医師会が加盟しており（表 5-16）、日本医師会は 1951 年（昭和 26 年）に開かれた第 1 回ストックホルム大会で加盟が承認された[45]。

表 5-16 世界医師会加盟国一覧（2014 年（平成 26 年）12 月現在）

地 域	加盟医師会数	国 名			
アフリカ	26	1 アンゴラ 2 カメルーン 3 カーボヴェルデ 4 コンゴ 5 コートジボワール 6 エジプト 7 エチオピア	8 ガーナ 9 マラウィ 10 マリ 11 モザンビーク 12 ナミビア 13 ナイジェリア 14 セネガル	15 ソマリア 16 南アフリカ 17 スーダン 18 タンザニア 19 チュニジア 20 ウガンダ 21 ジンバブエ	22 ケニア 23 レソト 24 ザンビア 25 ルワンダ 26 ギニア
アジア・大洋州	22	1 バングラデシュ 2 中国 3 インド 4 イスラエル 5 クウェート 6 ネパール	**7 ベトナム** 8 オーストラリア 9 フィジー 10 香港 **11 インドネシア** 12 日本	13 韓国 **14 マレーシア** **15 ミャンマー** 16 ニュージーランド **17 フィリピン** 18 サモア	**19 シンガポール** 20 スリランカ 21 台湾 **22 タイ**
ヨーロッパ	45	1 アルバニア 2 アンドラ 3 アルメニア 4 オーストリア 5 アゼルバイジャン 6 ベルギー 7 ブルガリア 8 クロアチア 9 キプロス 10 チェコ 11 デンマーク 12 エストニア	13 フィンランド 14 フランス 15 グルジア 16 ドイツ 17 ハンガリー 18 アイスランド 19 アイルランド 20 イタリア 21 カザフスタン 22 ラトビア 23 リヒテンシュタイン 24 リトアニア	25 ルクセンブルグ 26 マケドニア 27 マルタ 28 モンテネグロ 29 オランダ 30 ノルウェー 31 ポーランド 32 ポルトガル 33 ルーマニア 34 ロシア 35 セルビア 36 スロバキア	37 スロヴェニア 38 スペイン 39 スウェーデン 40 スイス 41 トルコ 42 ウクライナ 43 イギリス 44 ウズベキスタン 45 ヴァチカン
ラテンアメリカ	16	1 アルゼンチン 2 バハマ 3 ボリビア 4 ブラジル	5 チリ 6 コロンビア 7 コスタリカ 8 在外キューバ	9 エルサルバドル 10 ハイチ 11 メキシコ 12 パナマ	13 ペルー 14 トリニダードトバコ 15 ウルグアイ 16 ベネズエラ
北米	2	1 アメリカ 2 カナダ			
計	111				

資料:「Members」 http://www.wma.net/en/60about/10members/21memberlist/index.html Wordl Medical Association 太字は、ASEAN加盟国。
注：「アジア・大洋州」の二重下線の国・地域は、表5 - 18のCMAAOに加盟。

[44]「世界医師会」 http://www.med.or.jp/wma/

[45] 入会に際し、戦時中に敵国人や患者に対し行った暴行や虐待行為を遺憾とする声明書の提出が条件とされた。「世界医師会への加入」日本医師会雑誌 第26巻 第1号 昭和26年7月1日 71P

世界医師会の執行部は、会長、次期会長、前会長、理事会議長、理事会副議長、財務担当の6名と、理事会で選出された事務総長（ＣＥＯ）[46]で構成されている。6地域から選出される執行部の下、「医の倫理委員会」、「財務委員会」、「社会医学委員会」の3つの常設委員会が運営され、加盟医師会から起草された社会医学や医の倫理に関する文書等を審議し、総会へ採択のため付託する文書を決定する作業等を行っている[47]。2015年（平成27年）5月現在、横倉義武日本医師会会長、松原謙二日本医師会副会長が理事、石井正三日本医師会常任理事が財務担当役員を務めている。

世界医師会は、毎年春に中間理事会、秋に総会を開催し、様々なテーマについて協議を行っている。

武見太郎第11代日本医師会会長が、第29代世界医師会会長に就任した1975年（昭和50年）には、「医療資源の開発と配分」をテーマとした第29回総会が、東京で開催された。また、2000年（平成12年）には坪井栄孝第16代日本医師会会長が第52代世界医師会会長に就任し、2004年（平成16年）に「先端医療と医の倫理」・「ＩＴの進歩と医療」を主テーマとした世界医師会東京総会が開催された。

2014年（平成26年）4月の世界医師会東京開催では、新たに「大気汚染と車の排出ガス防止に関するWMA声明案」が提案された[48]。

さらに、直近の2015年（平成27年）4月のノルウェー・オスロで開かれた第200回世界医師会理事会では、イギリス医師会より提出された「貿易協定と国民の健康に関するWMA声明案」が、緊急性が高いとして10月のモスクワ総会での審議を待たずに、「貿易協定と国民の健康に関するWMA理事会決議」として採択された。（表3－29）

ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ成立の基礎的事項について、この理事会決議は、商業的利益よりも国民の健康の保護や優先をするため、貿易協定に除外例を設けることや、国民の健康を保証する政府の活動が貿易協定よりも優先されることなどを勧告している。（表5-17）

[46] 「What is the structure of the WHA？」http://www.wma.net/en/60about/30structure/index.html World Medical Association

[47] 「世界医師会（WMA）の組織」日医雑誌第123巻第2号　2000年1月15日　P179－P180

[48] 「世界医師会（WMA）東京理事会開催－安倍総理、田村厚労大臣、安藤東京都副知事から歓迎のあいさつ－」日本医師会日医ニュース第1256号　2014年5月20日。なお、同声明は同年の10月のダーバン総会で採択された。

表 5-17　世界医師会総会・理事会で採択された主な宣言・決議文

宣言名等	主な内容	採択年	最終修正年
「ジュネーブ宣言」	ヒポクラテスの誓いを現代的な言葉で表した。	1948 年 (昭和 23 年) 9 月	2006 年 (平成 18 年) 5 月
「医の国際倫理要綱」	医師の一般的な義務や患者に対する義務、同僚医師に対する義務等を表した。	1949 年 (昭和 24 年) 10 月	2006 年 (平成 18 年) 10 月
「ヘルシンキ宣言」 （人間を対象とする医学研究の倫理的原則）	人体実験に関する倫理規定を定めた。	1964 年 (昭和 39 年) 6 月	2013 年 (平成 25 年) 10 月
「患者の権利に関するリスボン宣言」	良質な医療を受ける権利や自己決定の権利など患者の権利を定めた。	1981 年 (昭和 56 年) 9、10 月	2005 年 (平成 17 年) 10 月
「プロフェッショナル・オートノミーと臨床上の独立性に関するソウル宣言」	医師のプロフェッショナル・オートノミーと、臨床上の独立性の重要性を探求した。	2008 年 (平成 20 年) 10 月	－
「医師主導の職業規範に関するＷＭＡマドリッド宣言」	医師の職業規範を定めた。	2009 年 (平成 21 年) 10 月	－
「災害対策と医療に関するＷＭＡモンテビデオ宣言」	すべての医師専門分野において、災害訓練プログラムの習得を目指し、災害医療に対する標準能力を推進することとした。	2011 年 (平成 23 年) 10 月	－
「貿易協定と国民の健康に関するＷＭＡ理事会決議」	商業的利益よりも国民の健康の保護や優先をするため、貿易協定に除外例を設けることや、国民の健康を保証する政府の活動が貿易協定よりも優先されることなどを勧告した。	2015 年 (平成 27 年) 4 月	－

資料：「WMA の主要な宣言等」日本医師会 http://www.med.or.jp/jma/jma_infoactivity/jma_activity/000503.html

（2）アジア・大洋州医師会連合（ＣＭＡＡＯ）における活動

アジア・大洋州医師会連合（ＣＭＡＡＯ）は、フィリピン医師会のゴンザレス会長が提唱したSoutheast－Asian　Medical　Confederationを1956年（昭和31年）に「ＣＭＡＡＯ」と改称し[49]、1959年（昭和34年）4月に第1回会合が東京で開催された。

ＣＭＡＡＯは「アジア・大洋州地域の医師の交流促進」、「他の世界組織との関係確立」、「情報交換などを通して、この地域の住民の一層の保健水準の引き上げを図ること」を活動の基本方針としている。

武見太郎日本医師会会長や日本医師会の寄付等により、1991年（平成3年）の第17回香港総会から「武見太郎記念講演」が創設され[50]、総会開催国から演者を出し、定例公演が行われるようになった[51]。

加盟国は表5-18のような18か国[52]であるが、ＡＳＥＡＮ10ヶ国のうち、ラオス、ベトナム、ブルネイがまだ参加していない。

事務局は2000年（平成12年）に日本医師会に移設され、2006年（平成18年）から石井正三日本医師会常任理事が事務総長を担っている[53]（任期は2015年（平成27年）まで）[54]。

表5-18　ＣＭＡＡＯ加盟国

① オーストラリア医師会	⑥ インドネシア医師会	⑪ ミャンマー医師会	⑯ スリランカ医師会
② バングラデシュ医師会	⑦ 日本医師会	⑫ ネパール医師会	⑰ 台湾医師会
③ カンボジア医師会	⑧ 韓国医師会	⑬ ニュージーランド医師会	⑱ タイ医師会
④ 香港医師会	⑨ マカオ医師会	⑭ フィリピン医師会	
⑤ インド医師会	⑩ マレーシア医師会	⑮ シンガポール医師会	

資料：資料：List of Member Associations http://www.cmaao.org/cmaao/memberfl/member.html
マカオを除く15か国は、表5-16のWMA加盟国。波線はASEAN加盟国。

2008年（平成20年）の第44回ＣＭＡＡＯ中間理事会は、「地球温暖化」がテーマで、日本医師会は、日本政府の「京都議定書目標達成計画」閣議決定を受け、2008年（平成20年）8月に日本医師会とその主要関係4病院団体で「病院における地球温暖化対策自主行動計画」を策定し、機関決定したことを報告した。

49「日本医師会創立記念誌－戦後五十年の歩み」日本医師会創立50周年記念事業推進委員会記念誌編纂部会編　1997年41P。

50「History」http://www.cmaao.org/cmaao/aboutfl/history.html

51　脚注49と同じ。

52「アジア大洋州医師会連合（CMAAO）50年の歴史と将来展望」石井正三　日医雑誌第138巻第12号　2547P－2551P　2010年

53　脚注52と同じ。

54「アジア大洋州医師会連合（CMAAO）インド総会開催される　石井常任理事がCMAAO事務総長（2013～15年）に再任」日本医師会日医ニュース第1250号2013年10月5日

また、中間理事会後の 2009 年（平成 21 年）4 月に、日本医師会は「環境に関する日本医師会宣言」を採択した。その内容は、環境に配慮した医療活動として、「病院・診療所等の省エネルギー（温室効果ガス削減）対策の推進」、「化学物質の適正管理と感染性医療廃棄物の適正処理の推進」、「都道府県医師会と連携した環境情報ネットワークの構築」に取り組むというものであった。これを受け、2009 年（平成 21 年）のバリ総会で、日本医師会は「環境に関する日本医師会宣言」採択の報告を行った。

2009 年（平成 21 年）のバリ総会は、リーマン・ショック等で経済危機が世界規模で襲った時期であり、「医療制度に対する経済危機の影響」がテーマであった。

日本医師会は、「世界的な経済危機から国民を守る日本型医療制度」と題した講演を行い、米国等で起きた医療に端を欲した社会不安が日本で起こらなかった大きな理由として、「国民皆保険体制」を基本とした「日本型医療制度の存在」があると報告した。

すなわち、日本はユニバーサル・ヘルス・カバレッジの規範となる「国民皆保険」を達成し、全国民は公的な医療保険に加入している。安価な費用で質の高い医療を「現物給付方式」で受けることが出来、「フリーアクセス方式」のため、患者は自身が受けたい医療機関の医師の診察を自由に受けることが出来る。医療圏という地域単位で、診療所から大病院までネットワーク化された「地域医療保健体制」により、患者の状態により、より適切かつ効率的な医療行為がなされる体制が確立されていることを報告した。（表 5-19）

表 5-19　ＣＭＡＡＯで取り上げられたシンポジウムのテーマ（1977～2014 年）

開催年	開催総会・理事会名	シンポジウムテーマ
1977	第10回東京総会	アジア太平洋諸国における老人学および老人医学
1979	第11回台北総会	アジア大洋州の工業化とその住民の健康に及ぼす影響
1981	第12回ソウル総会	ヘルスケアシステムの改善に必要な健康教育、他
1982	第17回東京中間理事会	アジア大洋州における医療過誤
1983	第13回クアラルンプール総会	裕福さの健康と医療に及ぼす影響
1984	第20回台北中間理事会	医療サービスと入院治療のための保健
1985	第14回シドニー総会	20世紀の10年間におけるトータルヘルスケアの供給について
1986	第22回ソウル中間理事会	医学教育界におけるCMAAOの加盟医師会の役割
1989	第16回ジャカルタ総会	産業化：健康，人の行動，より質の高い生活環境に対する影響
1990	第26回ソウル中間理事会	アジア大洋州地域における老齢人口の健康
1991	第17回香港総会	人口老齢化と保険医療/心血管疾患/スポーツ医学，他
1992	第28回東京中間理事会	アジア大洋州における公衆衛生の現状と感染症予防
1993	第18回マラッカ総会	抗生物質に対する耐性菌問題について
1994	第30回台北中間理事会	アジア大洋州における医療廃棄物処理の現状 アジア大洋州における健康保険制度の現状
1995	第19回ニューデリー総会	母体栄養と胎児への影響
1996	第32回ソウル中間理事会	各加盟医師会におけるヘルスケアマネジメント
1997	第20回バンコク総会	環境保健
1998	第34回マニラ中間理事会	医療における情報技術と遠隔通信
1999	第21回ウェリントン総会	マネージドケアに対する考察
2000	第36回東京中間理事会	アジア大洋州における感染症対策の現況
2001	第22回台北総会	医療提供システムに与える医療改革の影響
2002	第38回タイ中間理事会	アジア・オセアニア諸国における伝統医療の役割
2004	第40回クアラルンプール中間理事会	医療におけるリスクマネジメント：医療事故抑制による患者の安全確保とサービスの質の向上
2005	第24回ソウル総会	アジア大洋州における医療保険の現状
2006	第42回シンガポール中間理事会	倫理とプロフェッショナリズムの育成と向上
2007	第25回パタヤ総会	健康寿命のアートとサイエンス
2008	第44回フィリピン中間理事会	地球温暖化は警戒すべき現象，われわれがすべきことは何か？
2009	第26回バリ総会	医療制度に対する経済危機の影響
2010	第46回クアラルンプール中間理事会	タスク・シフティング
2011	第27回台北総会	自殺予防と医師の役割
2012	第48回マカオ中間理事会	悪性疾患の現状
2013	第28回インド総会	児童虐待
2014	第29回マニラ総会	情報社会におけるヘルスデータベース

資料：「アジア大洋州医師会連合（CMAAO）50年の歴史と将来展望」石井正三 日本医師会雑誌 2010 第138巻 12号 2547-2551
「横倉副会長、石井常任理事 第46回CMAAO中間理事会等に出席」日本医師会日医ニュース 2010年10月20日 第1179号
「アジア大洋州医師会連合（CMAAO）台湾総会開催される-原中会長と横倉副会長が講演-」日本医師会日医ニュース 2011年12月5日第1206号
「横倉会長、羽生田副会長、石井常任理事 第48回CMAAOマカオ中間理事会に出席 2013年より毎年総会を開催へ」 日本医師会日医ニュース 2012年12月5日第1230号
「アジア大洋州医師会連合（CMAAO）インド総会開催される 石井常任理事がCMAAO事務総長（2013～15年）に再任」 日本医師会日医ニュース 2013年10月5日第1250号
「アジア大洋州医師会連合（CMAAO）マニラ総会開催される」日本医師会日医ニュース 2014年10月20日第1275号

５）武見プログラムによるユニバーサル・ヘルス・カバレッジへの寄与

（１）武見プログラム設立の経緯

「武見国際保健プログラム（「武見プログラム」ともいう）」は、1983 年（昭和 58）年 7 月にハーバード大学公衆衛生大学院に設置された、「健康改善のために限られた資源をいかに動員、配分、維持するかといった問題を主なテーマとして扱う学際的研究プログラム」[55]である。

「武見プログラム」の設立は、武見太郎元日医会長と、ハワード・ハイアット元ハーバード大学公衆衛生大学院学部長の 2 人によって行われた。

両氏は、長年にわたり医療費の増加に直面する先進国と永続的貧困に苦しむ途上国における健康増進と疾病予防の問題に共通の関心を持っていた[56]。ハイアット氏と武見会長との会談の結果、ハーバード大学における「武見国際保健プログラム」が構想され、1983 年（昭和 58 年）7 月、民間企業からの寄付等により、ハーバード大学で寄付講座が開始された。

（２）武見プログラムの概要

「武見プログラム」は、途上国を対象として、医療の発展のための希少な資源の動員・配分・管理、疾病管理・予防とヘルスプロモーションのための効果的戦略に重点を置いたものである[57]。

当初、武見プログラムの主任指導教授には、ハーバード大学人口科学部長のデビット・ベル氏が就任し、マイケル・ライシュ氏が副教授として、プログラムの企画運営に携わることになった。ライシュ氏は 1988 年（昭和 63 年）に主任指導教授、1997 年（平成 9 年）には国際保健政策タロウタケミ教授に就任し、現在に至っている。

武見プログラムの参加者は「武見フェロー」と呼ばれ、1984 年（昭和 59 年）～2014 年（平成 26 年）までの武見フェローの国・地域別参加者は、プログラム開始から 30 年で、53 か国・251 人が誕生し、研究を行った。（表 5-20）

武見フェロー参加者は、医師だけでなく、経済学や統計学、薬学、栄養学など、バックグラウンドは様々である。大学や官民研究所の研究者や、NGO 関係者等の他、ナフィシア・ムボイ前インドネシア保健大臣のように、国の保健政策の中枢を担う人も輩出した[58]。

---

[55]「武見国際プログラム」2010 年（平成 22 年）1 月　日本医師会国際課

[56]「ハーバード大学公衆衛生大学院武見国際保健プログラム設立 30 周年記念シンポジウム記録集」2013 年 11 月 23 日実施 12P http://dl.med.or.jp/dl-med/people/info/takemi_program30th.pdf

[57] 脚注 56 と同じ。

[58]「石井常任理事ハーバード大学公衆衛生大学院武見国際保健プログラム視察並びに 2014 年アメリカ医師会（AMA）年次総会に出席」日本医師会日医ニュース第 1268 号（2014 年 7 月 5 日）http://www.med.or.jp/nichinews/n260705j.html　。ナフィシア・ムボイ氏は 1990（平成 2）年～1991（平成 3）年の武見フェロー。2012（平成 24）年 6 月から 2014（平成 26）年 10 月まで、インドネシアで保健大臣を務めた。

表 5-20　国・地域別武見フェロー参加者数（1984 年（昭和 59 年）～2014 年（平成 26 年））

国名	人数	国名	人数	国名	人数
東アジア	**100**	**中東**	**11**	**ラテンアメリカ**	**19**
中国	19	エジプト	1	ブラジル	12
香港	3	イラン	3	コロンビア	3
日本	55	イスラエル	4	メキシコ	3
韓国	16	トルコ	2	ニカラグア	1
台湾	7	クエート	1		
中央アジア	**2**	**東ヨーロッパ**	**3**	**アフリカ**	**46**
アゼルバイジャン	1	ポーランド	1	ブルキナファソ	1
キルギスタン	1	ロシア	1	カメルーン	1
		クロアチア	1	コートジボワール	1
南アジア	**31**	**ヨーロッパ**	**13**	ガーナ	2
インド	25	ベルギー	1	ケニア	2
パキスタン	2	デンマーク	1	マラウイ	1
スリランカ	4	フランス	4	モロッコ	1
東南アジア	**14**	ドイツ	1	ナイジェリア	17
インドネシア	4	イタリア	1	シエラレオネ	1
マレーシア	1	スイス	2	南アフリカ	7
フィリピン	3	オランダ	2	スーダン	2
タイ	5	イギリス	1	タンザニア	5
ベトナム	1	**北米**	**12**	ガンビア	1
		カナダ	2	ウガンダ	2
		アメリカ合衆国	10	ザイール	1
				ザンビア	1
				計53か国	**251人**

資料：Takemi Fellows- A Georgraphic Distribution　Geographic Distribution of Takemi Fellows 1984-2014: http://www.hsph.harvard.edu/takemi/takemi-felllows/

武見プログラムの理念は、(1)「研究重視」、(2)「政策志向」、(3)「学際的アプローチ」、(4)「相互尊重」、(5)「個人的自由」、(6)「共同体意識」、(7)「個人の能力開発」の 7 原則で示され、実際の研究もこの理念に沿って行われる。

第一の「研究重視」については、武見プログラムの参加者は、事前に収集したデータに基づき、大学の資源を使って、研究プロジェクトを実施し、プログラム在籍中に医療政策に関する研究論文を 1 本以上執筆することを求められている。

第二の「政策志向」は、医療政策の立案、実施、評価に役立つ研究を行うことを武見プログラムの目的としている点である。参加者は、米国、国際機関、自国の政策立案者に研究成果を提起し、研究成果に基づく政策の変化を求めることが奨励されている[59]。これまで、「インドにおけるタバコに関連するがんの研究」（1984 年（昭和 59 年）-1985 年（昭和 60 年））[60]や「ウガンダにおけるＨＩＶ／ＡＩＤＳ患者の在宅医療の評価」（2002 年（平成

[59] 脚注 55 と同じ
[60] 脚注 55 と同じ

14 年）-2003 年（平成 15 年））[61]等の研究が行われた。

第三の「学際的アプローチ」については、前述のように、プログラムには様々な出身国や専門分野等の参加者が集まっている。疫学や経済学の観点からのみ論じるのではなく、様々な社会科学の観点を公衆衛生問題の分析に応用することを提唱している[62]。これまで、「日本での結核対策プログラムの役割の評価とその手法の他国への応用」（2003 年（平成 15 年）-2004 年（平成 16 年））[63]や「教育事例形式によるアフリカにおけるクロロキン耐性マラリアに対する医療制度の対応」（1987 年（昭和 62 年）-1988 年（昭和 63 年））[64]等の研究が行われた。

フェローや大学教員は、平等を旨として互いに尊重し合う「相互尊重」、グループセミナーや非公式な昼食会への週 1 回の参加と、1 年以内に質が高い論文を書き上げるという最低限の義務がある。それ以外は、フェローの行動を制約しない「個人的自由」、交流を通じてフェロー間に培われる「共同体意識」、開発途上国の関連機関を強化し、健康状態を改善するのに必要な道具として、個人の能力開発を重視する「個人の能力開発」といった原則に沿い、プログラムは進められる。

（3）ユニバーサル・ヘルス・カバレッジへの寄与

30 年間で 53 ヵ国 251 人の武見フェローが誕生し、自国や国際機関の医療政策や健康政策の立案に寄与できる研究成果の発表が行われてきた。資金の関係から参加が難しい発展途上国からの参加者には 2014 年（平成 26 年）から奨学金の支給が決まり、途上国における健康増進と疾病予防の解決の取り組みを進めていく。

また、武見プログラムの教授を務めているマイケル・ライシュ氏は、「ランセット」誌の国際諮問委員であり、日本の国民皆保険を取り上げた「ランセット日本特集号」（2011 年（平成 23 年）9 月）では、第 2 章、3 章、4 章、6 章の執筆者に名を連ねている。さらに、2013 年（平成 25 年）12 月に開かれた「保健政策閣僚級会合：ユニバーサル・ヘルス・カバレッジに向けて」では、パネル・ディスカッションのモデレーターを務めるなど、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジの推進に大きく寄与した。

[61] 脚注 55 と同じ
[62] 脚注 55 と同じ
[63] 脚注 55 と同じ
[64] 脚注 55 と同じ

６）日本医師会による国際的災害支援活動

これまで、海外で発生した災害支援活動については、ＡＭＤＡを通じた義捐金の送付などが、主な支援方法であった。しかし、2006 年（平成１８年）5 月 27 日に発生したジャワ中部地震では、現地で活躍している複数の団体を支援すると共に、復興支援として現地に保健センターを建設した。目に見える形（保健センターの建設）の復興支援は、日本医師会としてこれが初めての試みであった[65]。

2013 年（平成 25 年）11 月に発生したフィリピン台風 30 号の被災地支援では、日本医師会、福山市医師会、ＡＭＤＡで合同復興支援事業に携わり、日医からの義捐金が、被災した旧レイテ医師会館の再建資金や、福山市から被災地に派遣された医師・看護師の活動費用として活用された。新・レイテ医師会館再建事業は、日医からの義捐金が具体的な復興支援事業に結びついた 2 度目の事例となった[66]。

また、「ｉＪＭＡＴ（ＪＭＡＴ国際医療チームともいう）」という新しい災害支援の枠組みの検討も始まった。

「日本医師会災害医療チーム（ＪＭＡＴ）」は、2010 年（平成 22 年）3 月に提言され、2011 年（平成 23 年）3 月 11 日に発生した東日本大震災では、各都道府県から延べ 1,398 の医療チームが参加し、岩手、宮城、福島、茨城の 4 県で救護所・避難所医療や被災地の医療機関の診療支援等の活動を行った[67]。

ＪＭＡＴ活動は 2011 年（平成 23）年 7 月 15 日で終了し、16 日からは、仮設住宅の孤独死防止や、心のケアの必要性等に充分な配慮を置き、災害関連死等の未然防止を目的とした、「ＪＭＡＴⅡ」に活動が引き継がれ[68]、2015 年（平成 27 年）2 月 28 日現在、延べ 1,186 の医療チームが、岩手、宮城、福島の 3 県に派遣された[69]。

さらに、「ｉＪＭＡＴ」は、将来、首都直下地震や東南海・南海地震等の未曾有の災害が発生した際、救護活動として外国からの支援を受け入れる場合が想定される。そして、医師会の機能を活用し外国から医療支援を受けることを想定し、「災害時の医療・救護支援における医師の派遣と支援体制における相互承認に関する日本医師会と各国医師会との間の協定」の条文が策定された[70]。

この協定は、両締約医師会が所在する国や地域におけるこの協定の対象となる災害時の医療・救護活動を促進し、海外の国や地域の医師会との間に医師の派遣と支援体制における相互承認を推進していくためのものでもある。海外から派遣される医療・救護チームは、

---

[65]「ジャワ中部地震災害救援支援」日本医師会 http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20070214_1.pdf

[66]「日医定例記者会見／3 月 25 日／フィリピン台風 30 号復興支援事業 新レイテ医師会館の建設について報告」日本医師会 日医ニュース第 1287 号（平成 27 年 4 月 20 日）

[67]「JMAT、JMATⅡ活動について」日本医師会 http://dl.med.or.jp/dl-med/eq201103/jmat/jmatandjmat220150228.pdf

[68]「JMAT 以降の被災地への継続的な医療支援のあり方に関する研究-JMATⅡ活動の実態把握と課題の検証」日医総研ワーキングペーパーNo.307　2013　出口真弓

[69] 脚注 67 と同じ。

[70]「災害時の医療・救護支援における医師の派遣と支援体制における相互承認に関する日本医師会と各国医師会との間の協定について」日本医師会 http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20150325_2.pdf

被災地域の現地対策本部の指揮下でＪＭＡＴの一員として活動することを想定し、ＪＭＡＴ国際医療チーム（ｉＪＭＡＴ）を組成し、円滑な支援活動を行う[71]ことを視野に入れている。

派遣される医師には、スフィア・プロジェクト[72]「人道憲章と人道対応に関する最低基準」に示されている、「感染症サービス」、「子どもの保健」、「性及び生殖に関する保健」、「負傷」、「メンタルヘルス」、「非感染症」の分野のいずれかを熟知していること等が求められている[73]。

現状は海外から派遣された医療チームの日本国内への受け入れが中心となっているが、将来的には、エボラ出血熱といった海外で発生した感染症等へ対応し、海外でｉＪＭＡＴとして活動することも想定される。

[71] 脚注 70 と同じ。

[72] NGO のグループと赤十字・赤新月社運動によって、「人道援助の主要分野全般に関する最低基準＝スフィア・ハンドブック＝」を定める目的で 1997 年に開始された活動のこと。
https://www.refugee.or.jp/sphere/The_Sphere_Project_Handbook_2011_J.pdf

[73] 日本医師会日医ニュース「災害時医療支援日医と各国医師会との間の協定案を策定」第 1287 号（平成 27 年 4 月 20 日）

６．我が国の国際医療保健と医療産業の国際展開

安倍政権下、医療分野が成長産業として位置付けられ、新たな国際展開が進められている。巨額の財政赤字を抱えるわが国の現状を考えると、「産業政策」として医療の国際展開を行い、経済活性化を図ることは重要な戦略の一つである。

一方、我が国は国民皆保険に基づくユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（ＵＨＣ）を 1961 年に達成し、最高レベルの母子保健制度など個別の医療プログラムを実践してきた。医療の先進国として、世界の健康保険の向上に貢献する役割が求められており、国際医療保健を推進する責務がある。

一般にこの「国際医療保健」と産業政策としての「医療国際展開」は、一緒に議論されることが多いが、実は目的が異なっており、それらの違いを踏まえて推進することが重要である。以下では、我が国のグローバルヘルス戦略を、国際医療保健と、医療産業の国際展開の２つの観点から俯瞰する。

１）国際医療保健

（１）国際医療保健推進の流れ

国民皆保険を構築し、世界でも屈指の健康長寿社会を達成したわが国が、皆保険や母子保健等の個別医療制度の導入における経験や知見を、途上国の国々と共有することは、それらの国々の医療の向上のみならず、わが国の社会保障や皆保険の維持とこれらの国々との共栄にもつながりうる。国際社会の一員として行うべき重要課題のひとつであることは言うまでもない。また、産業政策としての国際展開推進の流れの中で、国際医療保健の重要性も改めて認識されつつある。

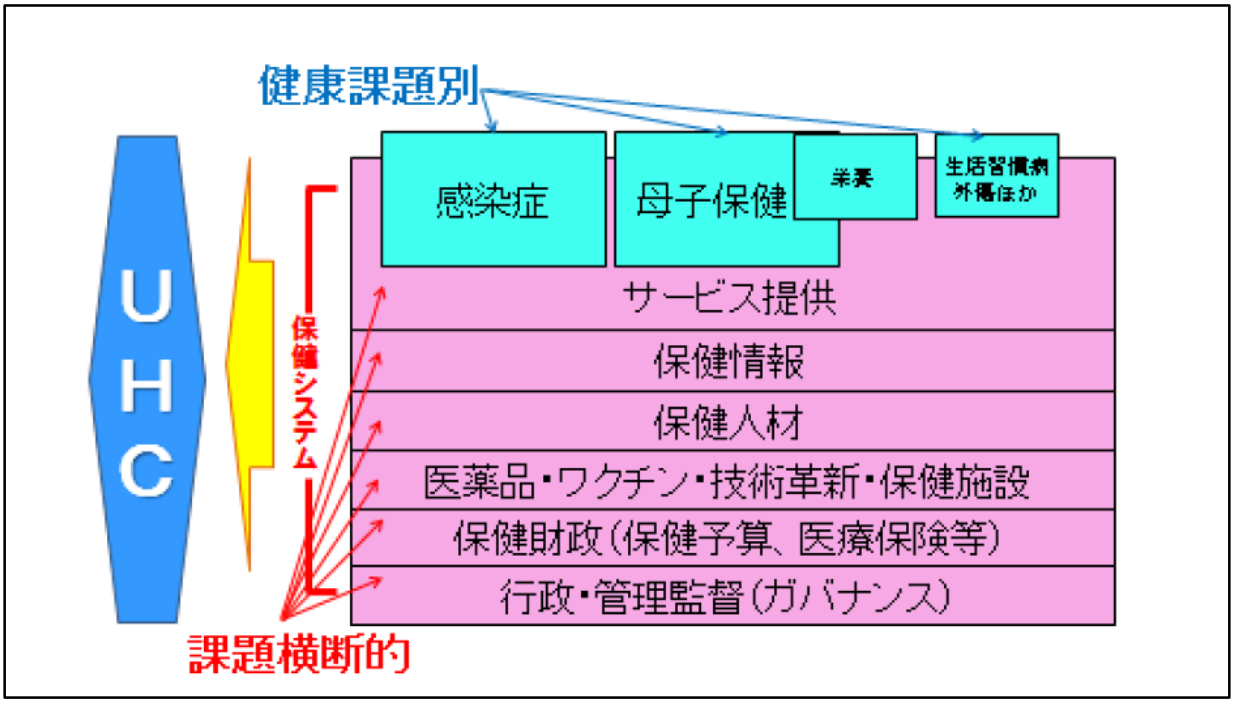
① ＪＩＣＡ（国際協力機構）における継続的なＵＨＣ達成戦略

もともと、わが国では、独立行政法人国際協力機構（ＪＩＣＡ）が日本の政府開発援助（ＯＤＡ[1]）の実施機関として、開発途上国への国際協力を幅広く行っている。ＪＩＣＡでは開発途上国のさまざまなインフラ整備に加え、母子保健や感染症、ＨＩＶなどの分野で多くの国際医療保健事業を継続して行ってきた（添付資料）。

[1] ＯＤＡの支出純額（支出総額－回収額）は 91 億ドル（2014 年（暫））で米国、英国、ドイツ、フランスに次いで 4 位。2005 年は 131 億ドルで米国に次いで 2 位。（外務省）

ＪＩＣＡでは、国際医療保健の在り方について、長年の経験より、母子保健などの医療サービスの提供と並行して、保健情報の構築、保健人材の育成、医薬品や保健施設の整備、保健財政の確保、行政・監理監督の強化を行うことが必要であるとしている。これらの保健システムをベースに将来的にＵＨＣ（ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ）の達成に向けて協力支援する形をとってきた。横断的な保健システムへの協力支援をさまざまな形で実践してきている。

図 6-1 ＪＩＣＡにおける保健分野への取組概念図[2]



資料：「ＪＩＣＡの保健分野の協力－現在と未来－ＪＩＣＡ

② 経協インフラ戦略会議での「国際保健外交戦略」

2013 年 5 月、わが国の海外経済協力（経協）に関する重要事項を議論する第 4 回「経協インフラ戦略会議[3]」が開かれた。そこで、岸田外務大臣が「国際保健外交戦略」[4]を提案し、国際的な保健分野の取組みを外交の重要課題として位置づけることを示した。国際医療保健の推進上、意義深い提案である。世界の健康課題の解決に向けて、関係省庁及び官民が一体となって取り組み、国際社会の信頼を高めていくことが、関係閣僚間で決定されたことになる。

その中には、国際機関等が行う取組みとの戦略的な連携の強化、国内の体制強化と人材育成、アフリカにおけるミレニアム開発目標（ＭＤＧｓ）達成に向けた支援

2 「ＪＩＣＡの保健分野の協力－現在と未来－ＪＩＣＡ　2013 年 9 月
3 http://www.kantei.go.jp/jp/singi/keikyou/
4 http://www.kantei.go.jp/jp/singi/keikyou/dai4/siryou3.pdf

の継続などが含まれている。そして、国連ポスト 2015 の第 3 項目であるＵＨＣが重点課題として掲げられている。

③ 厚生労働省、NPOなどにおける活動

厚生労働省でも国際医療保健への取り組みは以前より行われており、例えばＡＳＥＡＮについては、「ＡＳＥＡＮ・日本ハイレベル社会保障会議」[5]を 2003 年から主催してきている。ＡＳＥＡＮ諸国間で、社会保障制度や医療制度の情報交換が必要であることを互いに認識し、実践するための大規模な会議である。2014 年 10 月の第 12 回会議では、最長寿国であるわが国が医療介護政策を紹介し、施設見学も含めて、ＡＳＥＡＮ諸国と情報共有を行っている[6]。また、厚生労働省では、ミャンマーなどＵＨＣをめざすＡＳＥＡＮ諸国から研修生を受け入れ、情報提供を行う事業も実施している[7]。

一方、政府機関や政府関連機関とは別に、国内の専門組織、ＮＧＯ・ＮＰＯによる国際保健医療事業、さらには、研究機関[8]や大学あるいは単独の医師・研究者による研究事業が、さまざまなレベルで行われてきている。ただし、それらの事業者同士の活動のコーディネートが必ずしも十分でなく、それらのコーディネートを行うことでより効果的・効率的な事業が可能になると言われている[9]。

---

[5] ＡＳＥＡＮ/日本ハイレベル社会保障会議（2013 年 12 月、2014 年 10 月）
http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000064122.html

[6] 高齢化に向けた政策については、「国際的な Active Aging における日本の貢献に関する検討会」（2013 年 国際課）を実施し、世界的な高齢化のなかでわが国の経験や課題を報告書としてまとめ、「国際的な Active Aging における日本の貢献に関する検討会報告書」（2014 年 3 月）を発信している。

[7] 厚生労働省 聞き取り調査に基づく（2013 年 12 月）

[8] 独立行政法人国立国際医療研究センターなど

[9] ＨＡＮＤＳ 聞き取り調査に基づく（2013 年 12 月）

（２）ＡＳＥＡＮにおける国際医療保健の推進例

ＡＳＥＡＮは、国際医療保健のメインプレーヤであるＪＩＣＡが特に重要視してきた地域の一つである。ＡＳＥＡＮ10 か国は、人口構造、経済規模、社会構造、政治、宗教、文化などが大きく異なり、特に、シンガポールなどの経済発展を遂げた国と、ラオス、ミャンマー、カンボジアのような途上国との経済格差は大きい。ＵＨＣに向けた取り組みや母子保健などの個別分野での対応もさまざまで、同じ国内でも地域格差が大きいという課題も抱える。

ＡＳＥＡＮ諸国の現状をＵＨＣの完成段階を 4 分類[10]に分けてみると、カンボジア、ラオス、ミャンマーは第 1 段階である「ＵＨＣ達成に向けた初期段階」にある。また、インドネシア、ベトナム、フィリピンはＵＨＣのカバー率が低く、「人口の多くが経済的に守られた形で医療サービスを利用できるが、格差が残っており、人口カバー率は全人口でない」グループ 2 となる。

タイ、マレーシアについては、ＵＨＣを達成しているが、「全人口をカバーできているものの経済的リスクからの保護と医療サービスの面でまだ改善の余地がある」グループ 3 である。そして、シンガポール、ブルネイ（日本も）については、「全人口が医療サービスへのアクセスと経済的リスクからの保護を享受している」グループ 4 となる。このようにＡＳＥＡＮ10 か国の中でも、ＵＨＣ達成度の差が大きい。

表 6-1 ＡＳＥＡＮ諸国のＵＨＣの発達段階の分類

グループ	1	2	3	4
ASEAN 諸国	カンボジア ラオス ミャンマー	インドネシア ベトナム フィリピン	タイ マレーシア	シンガポール ブルネイ （日本）
グループの説明	UHC達成に向けた初期段階にある	人口の多くが経済的に守られた形で医療サービスを利用できるが、格差が残っており、人口カバー率は全人口でない	全人口をカバーできているものの経済的リスクからの保護と医療サービスの面でまだ改善の余地がある	全人口が医療サービスへのアクセスと経済的リスクからの保護を享受している

資料：「包括的で持続的な発展のためのユニバーサル・ヘルス・カバレッジ：11 カ国研究の総括」日本国際交流センターp. 20 表 2. 1「研究対象国の概要」に基づいて分類

[10] 日本国際交流センター「包括的で持続的な発展のためのユニバーサル・ヘルス・カバレッジ：11 カ国研究の総括」2014. 10 http://www.jcie.org/japan/j/pdf/pub/publst/1453/1453all.pdf

わが国ではＪＩＣＡ、ＮＰＯ、研究機関が中心となり、グループ２とグループ１を中心に、わが国の強みを生かした国際医療保健の協力支援を行ってきている。それらの取り組み例（母子健康手帳、学校保健、ＵＨＣ）と課題を以下に示す。（各国のＵＨＣとＪＩＣＡプロジェクトを本章の最後に掲載）

① わが国が誇る母子健康手帳

わが国の全ての妊婦が周知している母子健康手帳はわが国が誇る個別医療制度の一つである。妊婦、母親、産婦人科医、小児科医、地域の協力のもと、新生児や子の健康記録を１つの媒体に継時的に集めるこの制度は、わが国の周産期医療と母子の健康向上に貢献してきた。妊娠、出産、子育てという母子保健の時期に妊婦健診、母親学級、新生児ケア、乳幼児健診、予防接種などさまざまな保健医療サービスが、さまざまな保健医療機関で、産科医、小児科医、助産師、保健師など種々の専門職によって実施されるため、母子健康手帳に記録することで母子保健サービスの一貫性を担保することができる。この母子健康手帳を途上国で普及・啓発する取組みは、90 年代の初めからＪＩＣＡ主導で行われてきた[11]。

ただし、それぞれの国には、もともと母子保健の記録方式があるケースや、別の国際機関が独自の記録方式を普及させていたケースもある。国際保健協力において重要なのは、日本独自の母子健康手帳を普及させることではなく、その概念が対象国に広く根付き、普及することであり、その考えはＪＩＣＡを含む活動団体の間で広く共有されている[12]。ＪＩＣＡ、特定非営利活動法人ＨＡＮＤＳなどが母子健康手帳の推進に大きく貢献してきている。

例えば、インドネシア[13] [14] [15]版母子健康手帳が開発されたのは 1994 年で、日本で母子健康手帳に関心を持ったインドネシア人医師がきっかけとなり、ＪＩＣＡ母子保健プロジェクトとして始まった。これらは、ＪＩＣＡ技術協力プロジェクト：家族計画・母子保健プロジェクト（1992-1994）、母と子の健康手帳プロジェクト（1998-2003）である（図 6-2）。

その後、国の標準版の作成とそれぞれの地域での確認作業を実施後、2004 年に保健省令が宣言された。また、ＪＩＣＡ技術協力プロジェクト：すこやか親子インドネシアプロジェクト（2005-2008）によって関係職種への研修支援も行い、自立

11 中村安秀「母子健康手帳　−次世代への提言−」保健の科学　2012 年 3 月
12 「母子保健事業における母子手帳活用に関する研究 - 知見・教訓・今後の課題 - 」独立行政法人国際協力機構　人間開発部　2012 年 3 月
13 http://www.jica.go.jp/project/indonesia/0600435/01/index.html
14 篠原都「母と子のいのちと健康を守る、海外の母子健康手帳」保健の科学　2012 年 3 月
15 Azrul A :MCH Handbook and the Millennium Development Goals: Indonesian Experiences MATERNAL CHILD HEALTH (MCH) HANDBOOK　World Report, 2010

発展性を支援した。インドネシアの地方部ではまだ女性の非識字者が多いため、イラストが多用され、誰でも理解しやすく作られている。

もともとインドネシアには、家庭での既存の保健記録は妊産婦カード、子どもカードなどが存在していたため、それらとの統合も大きな事業の一つであった。関係団体は、保健省、職能集団、宗教系医療機関、開発パートナー（WHO、ＵＮＩＣＥＦ、ＡｕｓＡＩＤ、ＵＳＡＩＤ、ＥＵ、ＡＤＢ、ＷＢ、ＷＦＰ、GAVI-HSS、Save the children 等）である。

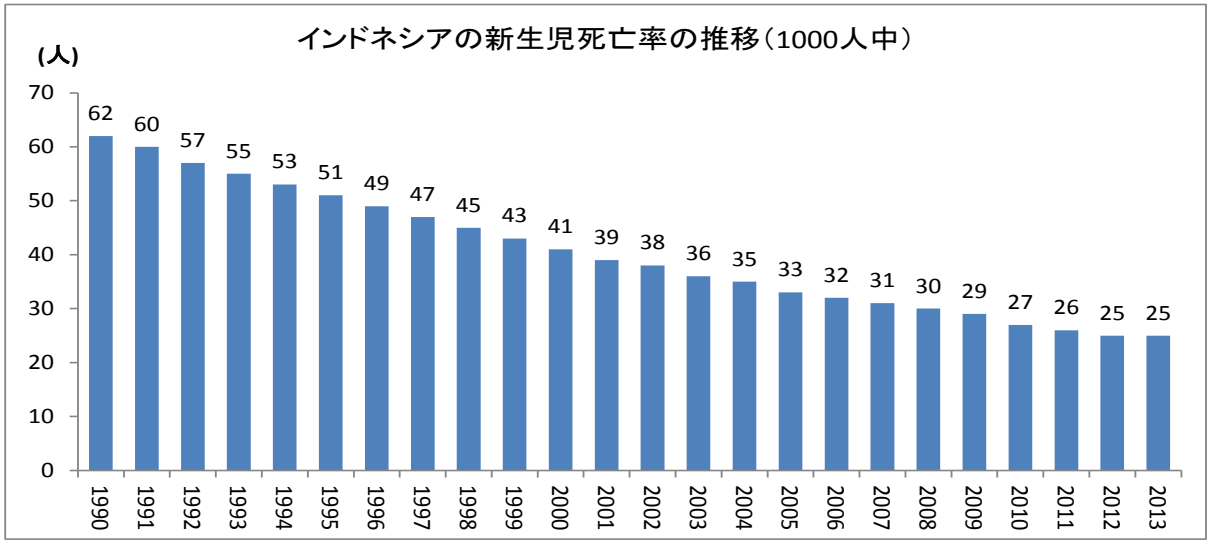
現在、母子健康手帳はインドネシアの全ての州（33 州）で使用されているとされるが、州・県ごとに普及度合いが異なると言われている。特に、一次医療施設（保健センター、村の助産師）では高いが、二次医療施設（病院）あるいは私立医療施設（助産師、一部私立病院）では必ずしも高くないと言われる。とはいえ、過去 10 年あまりで妊婦健診率の向上、乳幼児への予防接種率の向上、栄養面で問題のない子どもの数の大幅増加、新生児死亡率低下などの実績をあげており（図 6-3）、母子健康手帳の普及が一つの要因になっていると推測される。

図 6-2 インドネシアの母子手帳

資料：「世界の母子手帳」HANDS[16]

16 http://mamasnote.jp/sekai

図 6-3 インドネシアの母子保健指標の年次推移



資料：「World Bank Open Data」World Bank, 2014 （Infant mortality rate is the number of infants dying before reaching one year of age, per 1,000 live births in a given year）

その他諸国における母子健康手帳の普及については、例えば、フィリピンでは、ＪＩＣＡの技術協力プロジェクト（家族計画・母子保健プロジェクト（（Ⅰ）（Ⅱ））で母子手帳開発、プリテスト、パイロット地域で試験的に配布（1994～2002 年）し、その後保健省、ＪＩＣＡ、ＵＮＩＣＥＦ、ＷＨＯが標準版作成を始めた。全国版は既存の乳幼児健診カードや妊婦カード等を統合した内容で、英語、タガログ語、ビサヤ語版がある。地方分権のため普及度合いを把握することは困難であるが、地方自治体の予算確保の問題で、必ずしも高くないとされる。一方、ベトナムのゲアン省リプロダクティブヘルスプロジェクト（ＪＩＣＡ）では、妊産婦記録カードに子どもの記録を添付した手帳を使用開始（1997～2009 年）した。ベンチェ省で「ベトナムの子供達を支援する会」が導入提案し、普及拡大した。その後、保健省が標準版を作成したが、全国展開のための費用確保（印刷費、研修費）が課題となっている。

現在までのＪＩＣＡやＨＡＮＤＳ等による積極的な活動の結果、ＡＳＥＡＮの開発途上国では、普及程度の差こそあれ、すでに母子健康手帳の概念が広まっている。しかしながら、途上国における普及活動には表 6-2 に示した様々な課題があり、また、活動を貧富の差なく、「全国民」に「継続的」に普及させるためには、今後のさらなる強化と支援が必要とされている。ＪＩＣＡの母子保健プロジェクトにおいても、現地の医療関係者の技術水準の向上が課題の一つとなっている。

表 6-2 母子手帳導入に係る促進要因・阻害要因

	促進要因	阻害要因
1．前提となる国の特長		
国の政体が中央集権的であること	○	
女性の識字率・教育レベルが高いこと	○	
紛争地、復興国という特殊性があること	○	○
国の規模が大きく多様性があること		○
共通言語の存在	○	
2．開発パートナーとの関係		
国が主体となってパートナーとの調整にかかわること	○	
導入の早期から開発パートナーとの、あるいはスキームの調整にかかわること	○	
開発パートナーの戦略・方針に合致していること	○	
3．保健システムの状況		
保健医療従事者の業務負担が多いこと		○
現場の医療従事者の水準		○
国の保健政策との整合性があること	○	
末端までサービスを提供するためのシステムがあること	○	
1次医療施設と病院の連携がないこと		○
垂直プログラム間の連携がないこと		○
私立・公立部門の連携がないこと		○
基礎的なサービスを提供するための財源・人材が不足していること		○
4．カウンターパートの主体性		
各レベル（地方政府・中央政府・現場）の主体性があること	○	
主管官庁のコミットメントがあること	○	
5．促進する仕掛け		
国の独自色・地域色への配慮があること	○	
既存のツールに対する優位性が高いこと	○	
他国の事例の存在	○	
主管官庁を当初から巻き込んでいること	○	
主管官庁・政策決定者の納得する根拠あるいはロジックが存在すること	○	
導入の時期（タイミング）が国の事情に適合していること	○	
本邦研修にてカウンターパートが母子手帳の利点に納得したこと	○	
他国への発信の機会を設定したこと	○	
6．継続的実施のための予算		
印刷費の継続可能性があること	○	
研修費用が確保されていること	○	

資料：「母子保健事業における母子手帳活用に関する研究」ＪＩＣＡ　p.22

② 学校保健制度の普及

わが国の学校保健制度については、母子健康手帳と同様、個別医療制度の一つとして多大な成果をあげてきていた[17]。ＡＳＥＡＮ諸国での学校保健制度の普及については、一部の研究者やＪＩＣＡ等を中心にタイ、フィリピン、ミャンマーにおいて個別的に普及活動が進められてきた。

例えば、ミャンマーでは、ミャンマーでの学校保健制度の普及活動にあたってきた大妻女子大学・大澤清二氏によると、保健省が発行する「学校保健マニュアル」が学校保健関係者の指針となっている。しかしながら、学校保健活動には大きな地域格差があり、マニュアルと現実との乖離が大きいと言われている[18]。学校保健統計が乏しい状況で、現状に関わる情報が大幅に不足している。

学校健康診断の中の項目の１つである寄生虫の検査は、ＵＮＩＣＥＦが全国で薬品を提供しているため、普及している。一方、予防接種などその他の項目については、全国 324 郡（タウンシップ）のうちの 80 郡以外では普及していない可能性が高いと言われる。また、ヤンゴン市内のデモンストレーションスクールなど都市部の一部の学校では学校保健教育が継続的に行われているが、地方部の学校には普及していない。

大澤氏らの調査によると[19]、学校保健が進んでいる郡として、マンダレー県チャウクパダン郡がある。チャウクパダン郡内には学校が 270 校あり（小学校 255 校、中学校 11 校、高校 4 校)、全ての学校に学校保健委員会が設置され、学校健康診断が実施されていた。とはいえ、多くの学校には保健室が無く、医薬品などが常備されていない状況であった。また学校環境衛生の面では、トイレや教室環境について環境整備が必要とされていた。大澤氏はミャンマーの学校保健制度の普及にあたり、必要な対策として以下の 6 点を指摘している。

---

[17] 1954 年に日本学校保健学会が設置され、学校、行政、医療者、研究者、地域が連携して学校保健活動を啓発する全国的なネットワークが形成された。4 年後の 1958 年には学校保健法の制定により法的基盤が整備された。各地での啓発活動と法的基盤により、きめ細かい学校保健活動が普及しその成果が得られている。

[18] 大澤清二「開発途上国における学校保健協力のあり方～日本の学校保健の経験と途上国における応用～」独立行政法人国際協力機構　国際協力総合研修所　平成 19 年　参考資料 4

[19] ミャンマーの学校の保健活動について大妻女子大学の大澤清二教授らが調査を行った。大澤氏へのインタビューに基づく（2014 年 7 月）

- ✧ 短期的な疾病対策ではなく、長期的な戦略とそのための計画づくり
- ✧ 学校健康診断の実施、学校医、給食制度など個別の制度の導入
- ✧ 教育研修制度の充実：学校保健の指導者養成講習会の開催
- ✧ 学校保健委員会の設置と地域との連携
- ✧ 学校環境衛生の充実　ー飲料水、トイレ、教室環境
- ✧ 学校保健に関する統計・情報の収集

学校保健制度の構築には医療分野の保健省と健康省のみならず、教育分野の教育省や地域行政も含めた多方面の関係者の協力が必要となる。従って、普及を全国でかつ継続的に進めることは極めて困難な事業となる。しかも、その事業を外部から国際協力という形態で実施することの難しさは想像に難くない。母子保健と同様、文化、価値観も大きく影響する。国際協力による普及にあたっては、対象国に信頼関係を築いている関係者の存在が最低条件となっている。

ＡＳＥＡＮ諸国での学校保健の推進にあたって、今後は以下の点について検討することが必要と思われる。まず、地域で保健活動を推進する医師や学校医が必要であり、医師全体への啓発活動、医師の供給体制の整備が必要となっている。そのためには、現地医師会による学校医の組織化が必要である。特に、ミャンマーでは、学校保健についての見識が必ずしも高くないため、学校医そのものの確保が課題となっている。そこで、学校医の組織化を行うため、学校医に関する意識が高い医師の集まりを構築し、学校医育成のためのセミナー等を開催する。さらに、それらのセミナーについてアジア大洋州医師会連合（ＣＭＡＡＯ）での普及活動を実施することで学校医の供給と組織化を推進できる可能性がある。

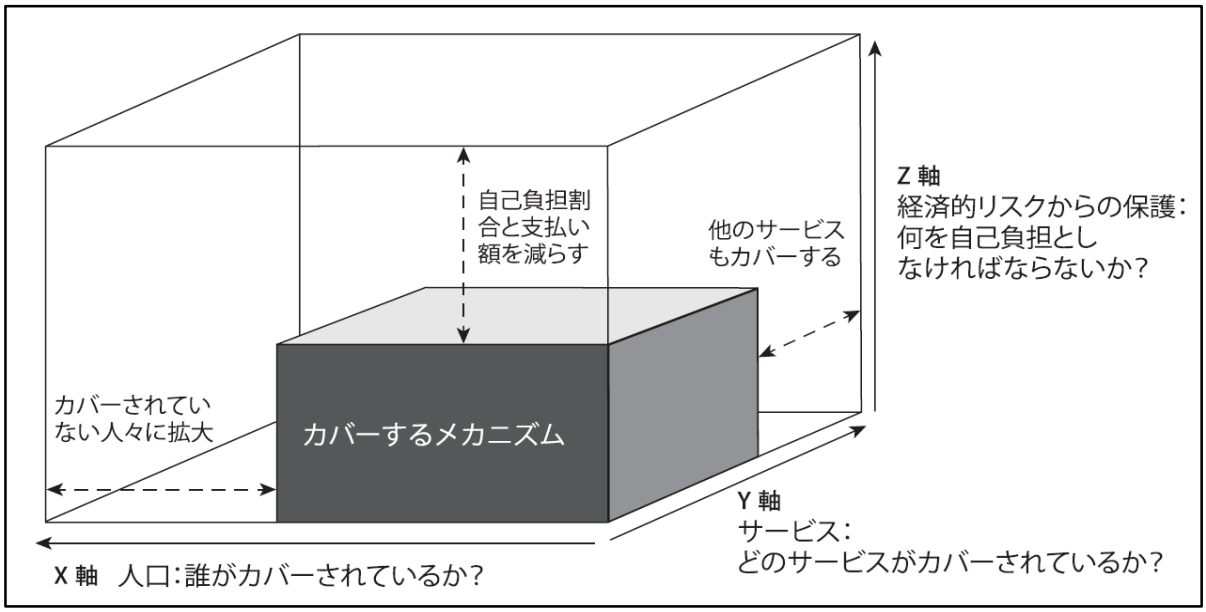
また、今後、学校保健を推進するには、学校保健セミナー開催とモデル校の指定が必要である。ミャンマーでは、学校保健の意識の向上のために、教育省、健康省、保健省への働きかけを行い、学校保健推進のためのセミナーを開催することが今後の普及に役立つと考えられる。その際、現地医師会を通じて行い、できればわが国から学校保健活動の指導的立場としての経験がある医師を派遣することが必要である。最後に、学校保健の普及については、国際学校保健コンソーシアム[20]、日本健康教育学会[21]、そしてアジア太平洋ヘルスプロモーション健康教育学会において検討が行われている。それぞれの強みを生かして、研究者や団体の間での協業を行うことが活動強化に向けた課題である。

[20] http://www.tm.nagasaki-u.ac.jp/schoolhealth/schoolhealth.jp/index.html
[21] http://nkkg.eiyo.ac.jp/portfolio/cn36/pg95.html

③ ＵＨＣの推進（社会保障制度強化事業）

ＵＨＣを達成するためには、母子保健や学校保健などの個別のプログラムの推進と他の保健システムの推進が必要である。特に、保健財政に影響を及ぼす社会保障制度の構築が重要である。ＵＨＣの議論でしばしば示される以下の図は重要な概念を示している。ＵＨＣは３つの互いに関連しあう要素から成り立っており、すなわち、誰がカバーされているか、どのサービスがカバーされているか、そして、国民がどこまで自己負担としなければならないか、の３点が達成のための要素となる。

図 6-4 国際医療保険の基本となるＵＨＣ展開方策（再掲）



資料：「包括的で持続的な発展のためのユニバーサル・ヘルス・カバレッジ：11 か国研究の総括」
WORLD BANK 日本国際交流センター

例えば、ＪＩＣＡでは、2014 年５月から３年計画でインドネシア政府と社会保障制度強化プロジェクトに取り組んできている[22] [23]。もともとインドネシアでは公務員、民間従業員、貧困層など、加入者ごとに保障内容が異なる個別に設計された各種制度を並立して運用してきた。国民皆保険（JKN：Jaminan kesehatan Nasional）は、統一的な実施機関（BPJS-Health）[24]のもと、2014 年１月からスタートした。初年度は国民の約半数の 1.2 億人への保険適用とし、適用の範囲を徐々に広げ、2019 年１月までに全人口をカバーすることを目標としている。そのような状況下、社会保障制度の円滑な適用・運用に向け、インドネシア政府よりわが国の知見を共有する技術協力が要請され、当プロジェクトが発足した。

[22] JICA 年次報告書 2014　http://www.jica.go.jp/about/report/2014/ku57pq00001nohem-att/08.pdf
[23] JICA ナレッジサイト　平成 27 年度
http://gwweb.jica.go.jp/km/ProjDoc006.nsf/VW02040103?OpenView&Start=1&Count=1000&Expand=6&RestrictToCategory=%E3%82%A4%E3%83%B3%E3%83%89%E3%83%8D%E3%82%B7%E3%82%A2#6
[24] 鈴木久子　「インドネシアの公的医療保険制度改革の動向」損保ジャパン総研レポート　2014

内容は、日本の社会保障制度構築の経験に関する情報提供を通じ、インドネシアで新たに導入する公的医療保障制度等の社会保障制度の円滑な適用・運用に向け、関連行政官が適切な知見を得るというものである。そのため、日本国内での研修を通じて、日本の公的医療保険制度をはじめとする社会保障制度に関する講義、関連施設等の視察、関係者との協議等を実施（10～14 日間／回、10～16 人／回、3 年間で 5～6 回）。また、セミナー講師派遣により現地セミナーを実施し、インドネシアで新たに導入する公的医療保障制度等の社会保障制度の円滑な適用・運用に必要な情報等をインドネシア側関係者に提供することを行っている。

具体的には、社会保障関連行政官が日本の社会保障制度構築における経験・教訓を共有、日本の社会保障制度に関するケーススタディーを通じて、インドネシアの社会保障制度の適用・運用におけるポイントや課題の抽出、インドネシアの社会保障制度の適用・運用におけるポイントや課題への対応策の分析を行っている。社会構造が異なる我が国が支援できる部分は限定的とならざるを得ないが、医療人材育成の部分について協力支援は強化していくことがまずは重要と考えられる。

インドネシアの新制度が抱える課題

1. **財源の確保（特に対象者の増加による貧困層向けの予算確保）**[1]
2. **自営業などインフォーマルワーカーの取り込み（自身で保険料を支払いやすくするための仕組み）**
3. **医療施設と医療人材の確保**

④ 新興（再興）感染症対策

わが国はＪＩＣＡを中心として、国際的な感染症対策としてさまざまな貢献を行ってきた[25]。蟻田功氏は、1977 年から 85 年まで天然痘根絶対策本部長としてＷＨＯによる天然痘根絶を主導し、大きな貢献を行っている。

感染症についてこのような国際的な活動が行われてきたものの、新興（再興）感染症に対する昨今の国際協力は必ずしも十分に進められていないのが現実である。2014 年西アフリカエボラ出血熱については、2015 年 1 月に日本人医師 1 名がリベリアに新たに派遣され延べ 14 名となっている。国内外の修羅場で危機管理にあたる医療人材が十分に育成されておらず、その遅れが指摘されている[26]。

[25] http://apps.who.int/iris/handle/10665/138291
[26] 押谷仁「エボラ最前線の現実」朝日新聞　2015.2.7、「感染症　危うい備え（下）」日経新聞　2015.2.17

感染症を人類の安全保障の共通の脅威と考え、新たな枠組みの中で、人材育成を早急に行い、関係医療団体がそれらの医師を支援する協力体制を構築していくことが求められていると思われる。今まで国際保健に貢献してきた関係者や関係機関と共に、産業政策としての医療の国際展開とは別に、新たな流れの中で、国際医療保健のさらなる推進を検討することが求められている。

（２）国際医療保健の課題

わが国は、ＡＳＥＡＮ諸国やその他の途上国において、ＪＩＣＡを中心に、ＮＧＯ、研究機関も含めて母子保健、学校保健など個別のプライマリケア分野における協力支援、ＵＨＣに向けた協力支援など数多くの国際医療保健事業を長年にわたり実施してきている。昨今の医療国際展開の流れで国際医療保健が注目を浴びているが、従来からの地道な活動をさらに強化継続することがＵＨＣを達成した先進国としての責務である。

国際的には、ポスト 2015 に向けたさまざまな動きが急速に進んでいる。ネットワークの構築や国際会議の開催も積極的に進められている（Beyond MDGs[27]、HEALTH FOR ALL EVERYWHERE a global coalition[28]など）。ＡＳＥＡＮ諸国の間でも、域内連携（アセアン＋3[29]ＵＨＣネットワークなど）や人材育成のための研修コースなどさまざまな仕組みが構築されつつある。これらの流れのなかでわが国が果たす役割は大きく、積極的な関わりと発信を行うことが求められる。

特に、ＵＨＣが一定程度達成できている国々においても、今後のスケールアップにむけて、医療保険の人口カバー率向上、地方のプライマリケアの強化による地域格差の是正、給付水準の拡大が望まれている。ＵＨＣが達成できていないカンボジア、ラオス、ミャンマーでは、未達成のＭＤＧｓ（母子保健など）の達成のための支援の強化が求められている[30]。

筆者らの情報収集に基づき、わが国の国際医療保健の今後の展開における課題を以下に示す。

まず、母子健康手帳や学校保健制度などを含めた個別事業は、多くの関係団体によりＡＳＥＡＮで実施されてきているが、その多くがまだ途中段階の状況である。対象国の担当者の変更など、対象国の事情が事業に大きく影響するが、継続性を持

---

27 http://beyond-mdgs-japan.org/index.html
28 世界 108 か国が加盟するネットワーク　http://universalhealthcoverageday.org/welcome/
29 ASEAN 諸国に日本、中国、韓国の 3 国が加わった連合会　http://www.aseanplus3uhc.net/
30 第 208 回 FASID Brown Bag Lunch セミナー「ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）の現状と今後の展望」～ポスト 2015 年開発アジェンダと保健～（2014.10）外務省国際保健政策室　渡部明人

たせるための工夫が求められる。一方、ＵＨＣの推進は、個別事業以上に対象国の政治経済、社会風土、歴史的経緯等が複雑に絡む。社会保障制度を含めたＵＨＣ確立のための支援についても、制度に対する具体的な協力支援策を情報提供と研修を通じて行うことが必要であろう。研修にあたっては、現地医師会にも働きかけ、地域での人材育成を協力して行うことを検討すべきである。

第２に、わが国の国際医療保健の推進において、国際医療保健のための国内の人材不足が指摘されている[31]。また、大学、研究機関、ＮＰＯ支援協力事業については、統括する組織が欠如しているため、さまざまな領域で重複や非効率が発生している可能性がある。各地の大学に国際医療保健講座などを開設して人材育成を推進するとともに、人材や組織がより効率的に事業を進めることができる調整機関の仕組みが求められていると思われる。

第３に、ＪＩＣＡを中心に行われてきた膨大な数の協力支援事業の内容は、一般国民からみて極めて分かりづらいのが現状である。事業内容をわかりやすく公表し、メディアを通じた発信を行い、国民の間での認知度を高めることが重要である。そして、国内だけでなく、わが国の国際医療保健における貢献度について、国外での認知度向上も目指すべきである。これらの働きかけにより国際医療保健への理解が高まり、事業の強化につながりうる。

第４に、新興（再興）感染症への対応である。わが国はＪＩＣＡを中心として、国際的な感染症対策としてさまざまな貢献を行ってきた。しかしながら、昨今のエボラ出血熱のような新たな感染症に対応できる医療人材（医師）が不足していると言われる。国際医療に関わる人材の育成を早急に進める必要がある。

＜国際医療保健を推進するための課題＞

1. 現在行われている母子保健など個別事業の協業と強化を行う。また、UHC に関しては、現地医療関係者と協力して人材育成を中心とした支援を強化していく。
2. 国際医療保健の推進のためのわが国の人材不足を解消するため、国際医療保健学講座などの開設を含めた人材育成を行う。
3. JICA 事業内容をより分り易く、広く公表し、国内外での認知度向上に向けて取り組む。
4. 国際問題となっている新興（再興）感染症に対応できる医療人材を国内で早急に育成する。

[31] ライデン・ヤノ他「グローバルヘルスにおける日本のコミットメント再強化：課題と機会」LANCET 日本特集号「国民皆保険達成から 50 年」2011

２）医療産業の国際展開

（１）推進の現状

医療産業の国際展開は、安部政権の成長産業の中で医療が戦略的に位置づけられた結果、勢いが増している。

① 一般社団法人 MEJ の設立

大きな動きをみると、まず、国際展開のためのコーディネータとして、2011 年に官民による一般社団法人ＭＥＪ（Medical Excellence Japan）が設立された。

ＭＥＪの事業目的は、インバウンド事業（海外患者の日本への受入）とアウトバンド事業（日本の医療サービス・機器等をパッケージで輸出する）の促進である。日本式の医療を世界へ展開する事業の支援を行うために、外務省、経済産業省を含む関係省庁やＪＩＣＡ（独立行政法人国際協力機構）との協議を行うと同時に、民間企業や海外からの窓口として重要な役割を担う（次頁図参照）。

将来的には、ＭＥＪアカデミア（仮称）、人材育成センター、協議会等を設立し、継続的に医師を派遣する仕組みや、海外医療者を受け入れる研修制度、医療者交流の場を構築することを検討している[32]。

＜MEJ の理念＞

1.世界の医療への貢献
事業を行うあらゆる国・地域の特性を踏まえ、日本の医療サービスをパッケージで輸出して、その国・地域の医療水準の向上に貢献する。

2.日本の医療への貢献
日本の医療圏拡大に寄与し、日本の革新的医療技術の早期実用化・普及拡大、医療人材の育成に貢献する。

3.日本経済への寄与
医療機関及び医療関連産業の海外進出、海外事業拡大を支援し、日本経済の成長に貢献する。

4.日本の互恵的国際関係への寄与
事業を行うあらゆる国・地域の医療水準の向上、並びに、難治性疾患患者の日本の医療機関への受入れ支援を通じて、日本の互恵的国際関係の強化に貢献する。

資料：「MEJ の理念」 MEJ[33]

② 健康・医療戦略推進本部・医療国際展開タスクフォース

内閣に設置された「健康・医療戦略推進本部[34]」の中の医療国際展開タスクフォースは、医療技術・サービスの国際展開に係る取組を関係府省庁が連携して推進す

32 「MEJ の取り組み」 MEJ

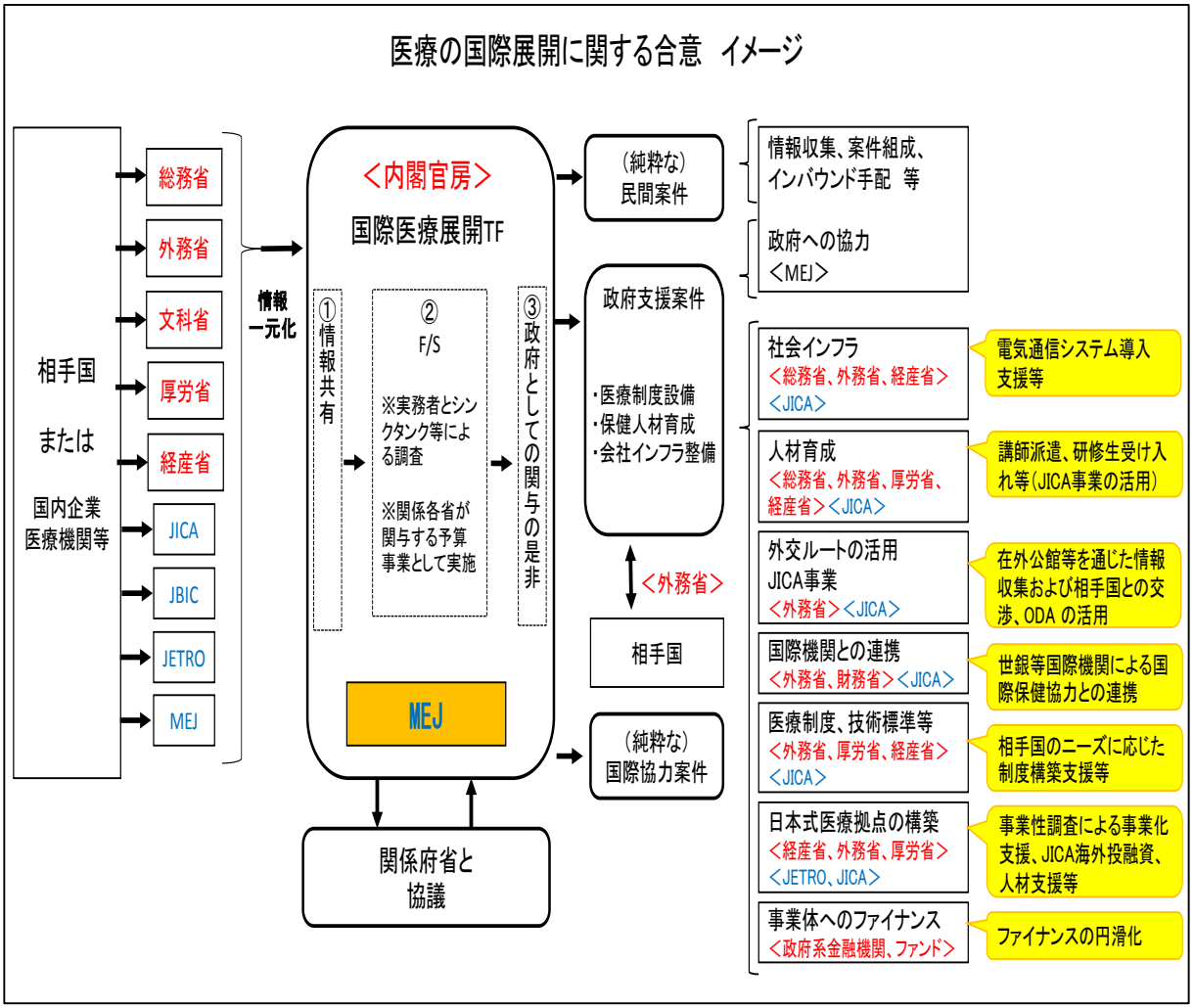
33 http://medical-excellence-japan.org/jp/index.html

34 健康・医療戦略推進本部には、健康・医療戦略参与会合、次世代医療ＩＣＴ基盤協議会、健康・医療戦略推進会議、国際医療展開タスクフォースなど９つの会合が設置されている。

ることを目的としている。2013 年 8 月に、医療の国際展開における関係省庁ならびに団体（外務省、厚労省、経産省、文科省、ＪＩＣＡ、ＭＥＪ等）による協議を開始した[35]。

国際展開においては、さまざまな関係省庁と関連団体との協力が必要で、それぞれの役割分担を明確にすることが求められる。国際医療展開タスクフォースでは、社会インフラの構築、人材育成、外交ルートの活用、国際機関との連携、医療制度の構築、医療拠点の構築、ファイナンスについて、その分担を示した。

図 6-5 医療産業の国際展開に関する合意　イメージ（健康・医療戦略推進本部）



資料：「第 1 回 医療国際展開タスクフォース」健康医療戦略本部（2013 年 8 月 7 日）

[35] 健康・医療戦略推進本部　医療国際展開タスクフォース
http://www.kantei.go.jp/jp/singi/kenkouiryou/kokusaitenkai/pdf/konkyo.pdf

また、健康・医療戦略推進本部の医療国際展開タスクフォースの中には、ＡＳＥＡＮ諸国への取り組みを強化するため、2014 年 7 月「ＡＳＥＡＮ健康イニシアチブ・ワーキンググループ」が特別に設置された[36]。わが国と歴史的、地政学的、経済的に結びつきの深いアジア（特にＡＳＥＡＮ）諸国への国際展開に向けて、検討が行われている。この中では、ＷＨＯによる従来のＭＤＧｓ とは異なる、生活習慣病や予防に関する協力項目も示されている。

表 6-3 ＡＳＥＡＮ諸国への国際医療展開

ワーキンググループ

- 「日・ASEAN健康イニシアチブ」の推進
- 「健康寿命先進地域実現」に向けたASEANの努力を支援
- 保健・医療分野において 5 年間で 8,000 人の人材育成

- ASEANの課題
  - 都市化・食生活の欧米化による肥満
  - 生活習慣病の急増（がん、糖尿病、心臓病等）
  - 医療レベル格差の拡大（公立⇔私立、都市⇔地方）
- 協力項目
  - 健康的な生活習慣の促進（健康的な食習慣・生活習慣作りの支援等）
  - 早期発見・予防医療の推進（生活習慣病対策に関する経験・知見の共有、X 線画像検査等の検診施設の設立支援）
  - より多くの人が医療サービスを受けられる環境整備（病院や保健所の設立・管理の支援、医師・看護師等の育成支援等）

資料：「第３回医療国際展開タスクフォース及び第２回ＡＳＥＡＮ健康イニシアチブ WG 合同会合資料」健康・医療戦略推進本部　に基づく　2014.11

③ 産業競争力会議（日本経済再生本部）

2014 年 6 月、政府の産業競争力会議は、「日本再興戦略 改定 2014－未来への挑戦－」[37]の中に医療・介護のインバウンド・アウトバウンドの促進を重要項目の１つとして示した。官邸主導で、医療を産業として積極的に推進する方向性が示され、閣議決定されている。

具体的には、開発途上国における医師・看護師等の人材育成、ＭＥＪを活用した医療技術・サービス拠点整備などの医療関連事業の展開、日本で承認された医薬品・医療機器について相手国での許認可手続の簡素化等の取組みの推進である。

[36] 第 3 回医療国際展開タスクフォース及び第 2 回 ASEAN 健康イニシアチブ WG 合同会合
http://www.kantei.go.jp/jp/singi/kenkouiryou/kokusaitenkai/dai3/siryou2.pdf
[37]「日本再興戦略」改訂 2014　－未来への挑戦－（2014 年 6 月）

表 6-4 医療のインバウンドとアウトバウンドの促進

④医療・介護のインバウンド・アウトバウンドの促進 外国人患者が、安心・安全に日本の医療サービスを受けられるよう、医療通訳等が配置されたモデル拠点の整備を含む医療機関における外国人患者受入体制の充実を図る。また、外国人旅行者が医療機関に関する情報をスムーズに得るための仕組みづくりを行う。 医療の国際展開については、他国における医師・看護師等の人材育成、公的医療保険制度整備の支援や民間保険の活用の促進、一般社団法人メディカル・エクセレンス・ジャパン（MEJ）を活用した医療技術・サービス拠点整備などの医療関連事業の展開を図るとともに、国際共同臨床研究・治験の促進、日本で承認された医薬品・医療機器について相手国での許認可手続の簡素化等の取り組みをより推進する。 さらに、高齢化対策に関する政府間の政策対話等を通じて、介護事業者の積極的な海外展開に資する必要な支援を講ずる。

資料：「日本再興戦略　改訂 2014　－未来への挑戦－」　産業競争力会議　2014.6　p.96 戦略市場創造プラン

日本再興戦略 KPI では 2020 年に拠点 10 か所、市場規模 1.5 兆円、2030 年に 50 か所・5.0 兆円と目標が示されている。

また、同じく産業競争力会議は、2015 年 1 月に、「成長戦略進化のための今後の検討方針」のなかで、医療分野の国際展開のための方策を改めて提案している[38]。そこでは、日本の医療サービス・機器等を輸出するアウトバウンドは、ＭＥＪ等の関係機関と連携し、医師・看護師等の人材育成、公的医療保険制度整備の支援、医薬品、医療機器等及び医療技術並びに医療サービスの展開を図るとしている。また、海外の患者を日本の医療機関で受け入れるインバウンドについては、「日本国際病院（仮称）」の選定や、来日外国人と医療機関を仲介する「医療渡航支援企業（仮称）」の認証ＧＬの策定を提案している。

38 「成長戦略進化のための今後の検討方針（案）」産業競争力会議
http://www.kantei.go.jp/jp/singi/keizaisaisei/skkkaigi/dai20/siryou3.pdf

表 6-5 成長戦略進化のための今後の検討方針

I.我が国の潜在力の強化　4. 成長市場の創造（1）社会保障の持続可能性確保と質の高いヘルスケアサービスの成長産業化

① 医療の国際展開（アウトバウンド、インバウンド）の促進

一般社団法人メディカル・エクセレンス・ジャパン（MEJ）等の関係機関と連携し、新興国・途上国等に対して、医師・看護師等の人材育成、公的医療保健制度整備の支援、医薬品、医療機器等及び医療技術並びに医療サービスの展開を図るとともに、国際共同臨床研究・治験の推進、日本で承認された医薬品・医療機器について相手国での許認可手続きの簡素化等の取組を推進する。

また、インバウンド（外国人患者受入等）を一気通貫で責任を持つ企業を「医療渡航支援企業（仮称）」として認定するスキームや、がん治療や再生医療など世界最高水準の医療を提供する国内医療機関を一つの仮想「日本国際病院（仮称）」として一体的に売り込む方策等について検討し、医療機関等における外国人患者受入環境の整備を図る。

資料：「成長戦略進化のための今後の検討方針（案）」　産業競争力会議　2015.1.29

この提案を受けて、健康・医療戦略推進本部の医療国際展開タスクフォースの中に、「インバウンド事業に関するワーキンググループ」が設置され、2015 年 4 月にキックオフが行われている。

④ 経済産業省の国際展開事業

経済産業省は、戦略を実現するためのビジネスモデルを構築し、民間事業者、大学、学会との連携を強化している。医療機器を単品で売り切るビジネスからの脱却も図っている[39]。また、具体的な医療産業の国際展開のための事業として、経済産業省は 2011 年よりインバウンド事業とアウトバウンド事業を含む「医療機器・サービス国際化推進事業」を開始している[40]。

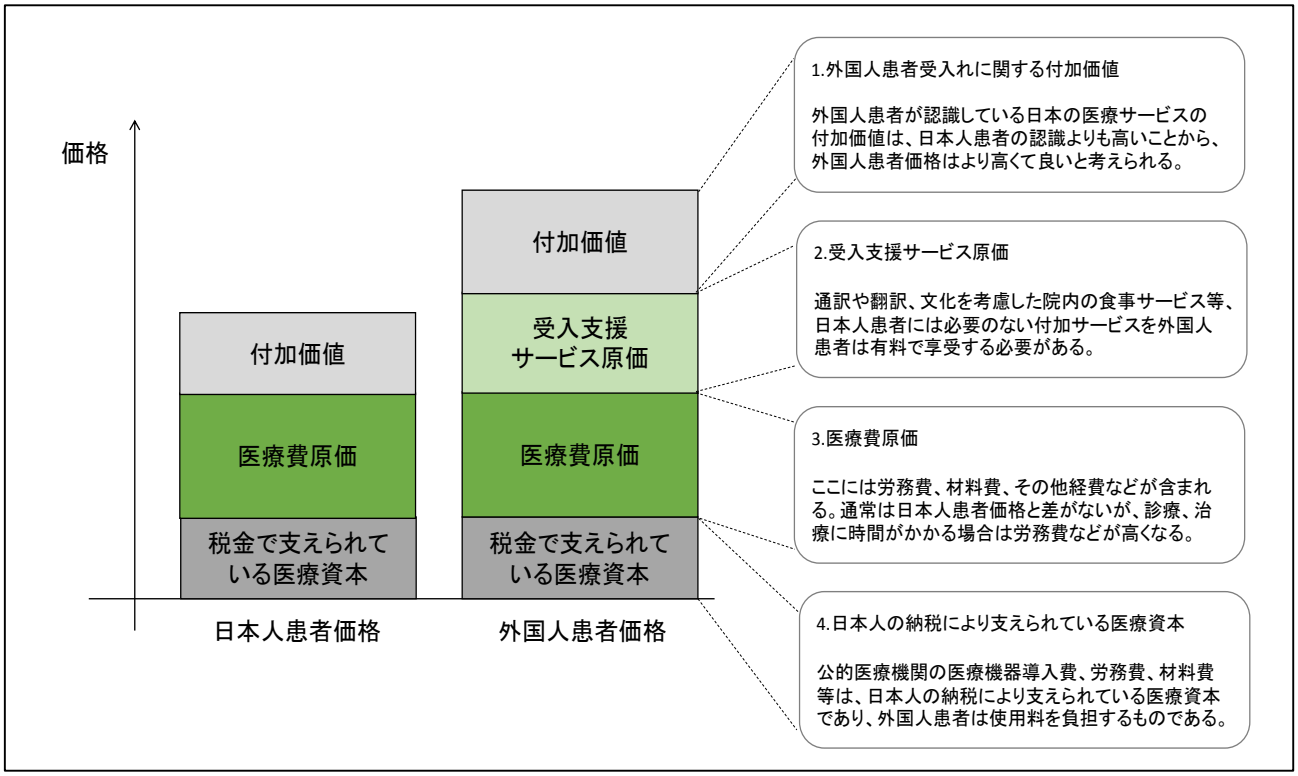
-インバウンド事業

医療のインバウンド事業は、医療ツーリズムの世界的ブームにより、タイなど諸外国がすでに実践していることから、わが国でも関心を集めてきた。一部の病院では、外国人患者の受け入れが行われており、今後もニーズが高まることが予想される一方で、インバウンド事業の具体的な手法について必ずしも十分な議論が行われてきたとは言えない。

39 「第３回医療国際展開タスクフォース及び第２回 ASEAN 健康イニシアチブ WG 合同会合資料」健康・医療戦略推進本部　経済産業省資料より

40 経済産業省　日本の医療機器・サービスの海外展開に関する調査事業
http://www.meti.go.jp/policy/mono_info_service/healthcare/report_kokusaika.html

図 6-6 外国人患者のための価格の検討（経済産業省）



資料：「病院のための外国人患者の受入参考書」経済産業省　part03 より

外国人患者を受け入れた医療機関の体制や価格設定など検討項目は多い。価格については、国民の税金で支えられている医療資本、医療費原価、受入支援サービス原価、付加価値に分けて算出することや価格設定の例を経済産業省はマニュアルに示しているが、このような価格設定が現実的かを議論する必要がある。また、外国人患者の受け入れについて、海外からの感染症のリスクなど、諸外国でのインバウンド事業の事例から学び、慎重に行うべき点がある。いずれにしても、税・保険料を負担する日本人（あるいは在日）患者を優先することとのバランスを含めて、早急に議論を深める必要がある。

-アウトバウンド事業

アウトバウンド事業は、わが国の産業政策として重要な位置付けにあり、経済産業省の平成 27 年度関係予算案でも、医療技術・サービス拠点化促進事業として 新たに 7.4 億円が計上されている[41]。2014 年度は途上国における 21 のアウトバウンド事業が実施された（2013 年度は 29）[42]（表 6-6）。これらに加えて補正予算事業とＭＥＪ本体の事業として 13 事業を実施された。これらの多くは民間事業者（病

[41] 経済産業省の関係予算案（平成 27 年度）「医療技術・サービス拠点化促進事業 7.4 億円（新規）」は、「日本式医療拠点の構築に向け、わが国が高い競争力を有する医療技術とサービスが一体となった戦略的な国際展開を推進するため、実証・事業性調査等を行うほか、その基盤となる外国人患者の受入環境整備を行う。」としている。http://www.meti.go.jp/main/yosangaisan/fy2015/index.html

[42] 報告会 http://medical-excellence-japan.org/jp/seminar/final_report.html

院も含む）がメーカー、医療機関とコンソーシアムを組み、対象国での病院や検査センターの設立を行うか高度医療機器の販売・維持を行うことが中心となっている。

わが国の今後の産業政策として重要な位置付にあり、従来の「病院丸ごと輸出」型からは進化しているものの、事業の対象が国民の特定の層となる傾向があること、事業継続性が必ずしも担保されないこと等が懸念され、対象国の今後のＵＨＣ構築を支援するという視点を国内の関係者の間で共有することが必要である。同時に、現地の医師会などを巻き込んで、長期的に安定した事業を進めることを検討すべきである。

表 6-6 2014 年度「医療機器・サービス国際化推進事業（海外展開の事業性評価に向けた実証調査事業）」採択候補プロジェクト[43]　（経済産業省）

NO	実施地域	事業プロジェクト名	代表団体名	医療機関	メーカー等
1	韓国	呼吸リハビリテーションシステムの技術移転を活用したCOPD在宅ケア関連市場顕在化に関する韓国における実証調査事業	帝人ファーマ株式会社	長崎大学	帝人ファーマ （製薬、医療機器、 栄養食品会社、会社名記載なし）
2	中国	リハビリテーション事業の中国展開プロジェクト	社会医療法人財団慈泉会（相澤病院）	慈泉会相澤病院	日本企業群（会社名記載なし）
3	中国	中国における高齢者サービス事業実証調査プロジェクト	日揮株式会社		日揮㈱ 日系介護事業者
4	中国/ASEAN	認知症介護サービス（グループホーム、小規模多機能型施設、訪問介護）等の海外展開に関する実証調査事業	メディカル・ケア・サービス株式会社	メディカル・ケア・サービスリエイ	医療機器メーカー等
5	中国/インドネシア	日本式・睡眠時無呼吸症候群診療サービスの提供に向けた実証調査	社会医療法人春回会 井上病院	社会医療法人春回会 虎の門病院睡眠センター アンド・メンタル（長崎大学）	日本光電 小池メディカル フクダ電子
6	中国/タイ	中国・タイ王国における再生医療実用化プロジェクト	株式会社ジャパン・ティッシュ・エンジニアリング		J-TEC 富士フイルム
7	ベトナム	ベトナム・日本式健診センター事業	株式会社ドリームインキュベータ	鉄蕉会	富士フイルム 日立
8	ベトナム	ベトナムにおける日本式周産期医療サービス提供推進プロジェクト	医療法人葵鐘会	医療法人葵鐘会 名古屋大学 京都大学	㈱日立メディコ アトムメディカル㈱ 富士通㈱ 東芝メディカルシステムズ
9	ベトナム/ミャンマー	ベトナム及びミャンマーにおける遠隔画像診断・研修センター構築に係る実証調査事業	学校法人　国際医療福祉大学	国際医療福祉大学　三田病院	
10	タイ	タイ王国への粒子線治療装置フルサポート輸出調査事業	医療法人鉄蕉会		みずほ 日立 maruben MEDIVA
11	インドネシア	インドネシアがん化学療法センター実証事業	株式会社キャピタルメディカ	国内医療機関、DIC	㈱キャピタルメディカ 双日
12	ミャンマー	ミャンマー救急医療サービス実証調査	MS＆AD基礎研究所株式会社	社会医療法人　大雄会	日本光電工業 ゼンリンデータコム トヨタテクノクラフト
13	ミャンマー	日本式総合病院設立による日本式医療の提供	特定非営利活動法人国際医療連携機構	国際医療連携機構藤田保健衛生大学 関連大学	東芝メディカルシステムズ 八神製作所
14	インド	日本製医療機器メンテナンス事業調査	鴻池運輸株式会社	玉川病院 大阪大学	鴻池運輸㈱ 医療機器メーカ ディーラーリース会社
15	インド	インドにおける日本式高度放射線医療支援ネットワーク構想	三菱重工業株式会社	京都大学大学院 協力大学	三菱重工業等
16	インド	家庭用医療機器/簡易型医療機器普及促進プロジェクト	株式会社タニタ		タニタ タニタヘルスリンク 医療機器メーカ 食品メーカ スポーツ用品メーカ

[43] 「医療国際化事業　最終報告会」資料より　2015 年 3 月 24 日

17	ASEAN	eラーニングを活用した介護人材育成プロジェクト	日本システムサイエンス株式会社		日本システムサイエンス株式会社
18	ロシア	ウラジオストク北斗リハビリテーションセンター（仮名）プロジェクト	社会医療法人北斗	社会医療法人北斗	ピー・ジェイ・エル㈱
19	サウジアラビア	中東地域日本式心臓カテーテル治療の海外展開事業化実証事業	テルモ株式会社	大阪大学	テルモ株式会社
20	サウジアラビア	サウジアラビア透析センター設立プロジェクト	医療法人財団　松圓会	医療法人財団松圓会	ニプロ その他国内メーカー
21	スーダン	スーダンにおける日本式透析センター事業	特定非営利活動法人ロシナンテス	飯塚病院	ニプロ NPO法人ロシナンテス セントラルユニ 医療機器・診療材料メーカ

表 6-7 アウトバウンド事業、ＭＥＪ事業に関する「医療国際展開加速化促進事業」「医療機器・サービス国際化推進事業」補正予算[44]

NO	実施地域	事業プロジェクト名	代表団体名	医療機関	メーカー等
1	インド	インドにおけるCancer　Centre設立プロジェクト	株式会社日立製作所	提携医療機関	日立製作所 医療機器メーカ
2	ベトナム	日本式内視鏡センター及び検診システム普及プロジェクト	国立大学法人　名古屋大学	医療機関	機材メーカー
3	中国	亀田先進医療・健診システム丸ごと輸出コンソーシアム	医療法人鉄蕉会	鉄蕉会	日立 東芝 富士フイルム オリンパス JBCC NTT シスメックス アルフネッサ 栄研科学㈱
4	ブラジル	日本式大腸がん検診システム普及プロジェクト	国立大学法人　東京医科歯科大学	東京医科歯科大学	富士フイルム 栄研科学㈱
5	トルコ	トルコ共和国病院PPP設備運営事業における入札図書改善事業	アイテック株式会社	大学・医療機構	日本企業群
6	インドネシア	インドネシアへのアドバンス内視鏡トレーニングセンター設立プロジェクト	オリンパスメディカルシステムズ株式会社	日本消化器内視鏡学会 神戸大学	オリンパス
7	ミャンマー	ミャンマー国マンダレーにおける日本式乳がん検診導入プロジェクト	株式会社メディヴァ	医療法人社団プラタナス 岡山大学 亀田総合病院	富士フイルム 医療機器メーカ
8	ロシア	日露循環器病画像診断トレーニングセンター設立プロジェクト	東芝メディカルシステムズ株式会社	日本医療機関 日本医学会	MEJ
9	ロシア	日ロ先端医療センター（仮称）プロジェクト	MEJ	国立がん研究センター東病院	MEJ 住友重機械工場など医療機械メーカ
10	インドネシア	日本式消化器・肝臓病診断治療インドネシアにおける拠点化事業	MEJ	国際フロンティアメディカルサポート	三井物産・SKLTC 富士フイルム
11	クウェート	中東における日本式医療拠点化促進プロジェクト	MEJ		MEJ 日系医療機器メーカ
12	ラオス	ラオス_HHRDプロジェクト	MEJ	医療法人社団KNI	MEJ 医療機器メーカ
13	カザフスタン	日本・カザフスタン「高度がん診断センター」設置プロジェクト	MEJ	医療機関	MEJ 医療機器メーカ

44 「医療国際化事業　最終報告会」資料より　2015 年 3 月 24 日

⑤ 外務省･協力覚書

外務省は言うまでもなく国際展開の中心であり、ＪＩＣＡとの協業による事業展開を推進している。研修、医療器材の供与、無償資金協力、官民連携事業（ＰＰＰ）を通じた支援となる。

表 6-8 国際医療展開

- 人材育成・医療器材の周知や制度の研修（例：タイ等アジア地域で東九州メディカルバレー特区における産官学の連携を紹介し、その後、日本式透析医療拠点形成を支援）
- 日本製医療器材の供与（無償資金協力・円借款）（例：ミャンマーのヤンゴン市内総合病院（通称ＪＩＣＡ病院）等に医療器材を供与予定）
- 日本方式普及ノン・プロジェクト無償資金協力（医療・保健パッケージ）（例：ODA を利用して公立病院等に医療機器を戦略的に供与し、日本企業の参入を支援）
- 官民連携事業（PPP）を通じた支援（例：中小企業海外展開支援の例としてベトナムにおける新生児黄疸診断機器導入を通じた新生児医療向上調査など）

資料:「第3回医療国際展開タスクフォース及び第2回ASEAN健康イニシアチブ WG 合同会合資料」外務省提出資料より 健康･医療戦略推進本部 2014.11

これに先立って、医療分野での協力覚書の合意がバーレーン、トルクメニスタン、カンボジア、ラオス、ミャンマー、トルコ、ベトナム、メキシコ、ブラジル、インド、カタール、イラン・イスラム共和国の 12 か国の間で行われている。それらのうち、ＡＳＥＡＮ諸国（カンボジア、ラオス、ミャンマー、ベトナム）については、日・ＡＳＥＡＮ特別首脳会議（2013 年 12 月）で合意が行われている[45]。安部首相は「日本・ＡＳＥＡＮ特別首脳会議（2013 年 12 月）」において「ＡＳＥＡＮを健康寿命先進地域にすべく、健康イニシアチブを提唱し、医療水準の向上、健康増進及び病気の予防の推進等を目指し、日本の経験・知見を移転していきたい。」と冒頭発言を行っている[46]。

[45] 日・ミャンマー首脳会談時に保健・医療分野の協力覚書に合意(厚生労働省)
http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000032439.html
[46] http://www.mofa.go.jp/mofaj/area/page3_000586.html

表 6-9 医療分野での国際覚書締結国（ＡＳＥＡＮ）

国名	締結	内容	期間
カンボジア	2013/11/16	(1)医療保険制度に係る経験の共有 (2) 医療サービスの強化に係る協力 (3) 先進的な医薬品・医療機器の導入	5年
ラオス	2013/11/17	(1)人材開発:例えば、医師・看護師・保健師等の訓練プログラム (2)ユニバーサル・ヘルス・カバレッジを目指した医療財政:日本の公的医療保険システムについての経験の共有 (3)医療サービスの提供内容:例えば、ケアの質の向上のための専門知識の交換 (4)医療制度における統治や経営:病院・保健所管理のノウハウの移転 (5)医療情報システム:遠隔医療や電子カルテといった日本の経験や技術の紹介	5年
ミャンマー	2013/12/15	(1) ユニバーサル・ヘルス・カバレッジを目指した医療財政:ミャンマー保健省の行政官を日本に送り、日本の公的医療保険システムについての経験を共有 (2) 人材開発:例えば、医師・看護師・助産師・公衆衛生専門職等の訓練プログラムの改善 (3) 医療サービスの提供内容:例えば、ケアの質の向上のための専門知識の交換 (4) 病院・保健所の日本式管理のノウハウの移転	5年
ベトナム	2014/3/18	(1)社会保障制度:日本の公的医療保険システムの経験の共有を通じたユニバーサル・ヘルス・カバレッジの実現 (2)高齢化社会への対応:政策対話と技術支援による知見と経験の共有 (3)新興感染症及び再興感染症の予防及び管理と、災害への対策及び応答 (4)人材開発:医師・看護師・助産師・公衆衛生専門職及びE-ヘルス等 (5) 先進技術:先進的な医療技術・医薬品・医療機器の導入(生活習慣病対応の技術・製品を含む) (6)規制:上記(5).を実現するため、日本の医薬品・医療機器のメーカーがベトナム市場にアクセスする際にかかる規制について、ベトナムが当事者である国際的合意の下でベトナムの責任の範囲内で、改善措置を採ることをベトナム政府に推薦する (7)E- ヘルス:E-ヘルス、特にE-ヘルス基準の開発、公的医療保険、病院情報システム(HIS)、健康管理情報システム(HMIS)及びデータセンターについての日本の経験や技術の紹介 (8)政策対話: 国際保健外交についての情報や経験の交換 (9)相互に関心のある分野について両国の病院、施設および大学の間の協力促進	5年

⑥ AEC（アセアン経済共同体）設立の動向

2015 年末に「アセアン経済共同体」（ASEAN Economic Community: AEC）の発足が予定されている。域内の人口が 6 億人を超えるＡＳＥＡＮで、地域の政治的な安定や経済的な発展を目指すものである。

ＡＥＣの中核となるのは、モノ・ヒト・サービスに関して、域内での貿易の自由化を図る取り組みである。関税の削減や通関作業の簡素化をはじめ、短期滞在ビザの撤廃や出資規制緩和など、国境を越えて経済面での連携を強化する。それによって、周辺国との貿易を活性化させ、安定的な経済成長を目指す。特に、ヒト、モノ、サービスの自由化が進み、関税撤廃、熟練労働者の移動解禁、出資の規制緩和などが行われ、医療分野にも大きな影響を及ぼすことが予想される[47]。

[47] http://g-biz.asia/archives/1673

医療従事者の大幅な不足を抱える途上国から、より経済水準の高い国へ医師を含む医療従事者が移動することが懸念される。途上国の医療者が国外流出することは、途上国の医療提供体制に大きな打撃を与えることが危惧され、国際医療展開のみならず国際医療保健の協力支援にも影響を与えることが予想され、今後の動きを注視する必要がある。

参考資料：ＡＳＥＡＮ Economic Community[48]

ＡＳＥＡＮ経済共同体（ＡＥＣ）は２０１５年末までに地域の経済統合を目標としています。ＡＥＣは以下の実現を目指しています。（ａ）単一市場と生産基地、（ｂ）競争力のある経済地域、（ｃ）公平な経済発展、（ｄ）グローバル経済への統合

域内では、人的資源の開発と育成、技術者の資格承認、マクロ経済と財政政策に関する協議、貿易金融政策、インフラとコネクティビティーの強化、e-ASEAN を通じた電子取引の導入、産業間の域内連携、そしてＡＥＣ発足のための民間セクター活用、などについて協力が行われます。一言で言うと、ＡＥＣによってＡＳＥＡＮ諸国は物品、サービス、投資、熟練労働者、資本の自由化された地域へと変化します。

資料：「Association of Southeast Asian Nations」２０１４ ASEAN Secretariat

（２）ＡＳＥＡＮにおける医療の国際展開事業

経済産業省のアウトバウンド委託事業として、ＡＳＥＡＮ諸国を対象としたものは 2014 年度には 21 件中 11 件を占めた。補正予算とＭＥＪによる事業 13 件中でも 4 件を占める。事業内容は、日本の先進医療機器導入を目標に、様々な健診・検診の普及を図り、技術指導をセットで行うというケースが多くを占める。

例えば、マンモグラフィー関連の医療機器の輸出と技術支援をパッケージ化した「日本式乳がん診療パッケージ実証プロジェクト」がミャンマーで実施されている[49]。乳がんはミャンマーの女性のがん罹患のトップであり、政府の関心も高い分野である。同事業は、株式会社メディヴァ、岡山大学病院、亀田総合病院、富士フイルム等がコンソーシアムを作り、国立病院で乳がん検診と治療を医療パッケージで導入することを目的としている。すでにヤンゴンで事業実施済みで、平成 25 年度はマンダレーで実施を行った。デジタルマンモグラフィー及び周辺機器、マンモグラフィー読影装置一式、超音波検査装置（いずれも富士フイルム社製）をマンダレー市内の国立 Central Women Hospital に設置した。対象は特定の富裕層となる。

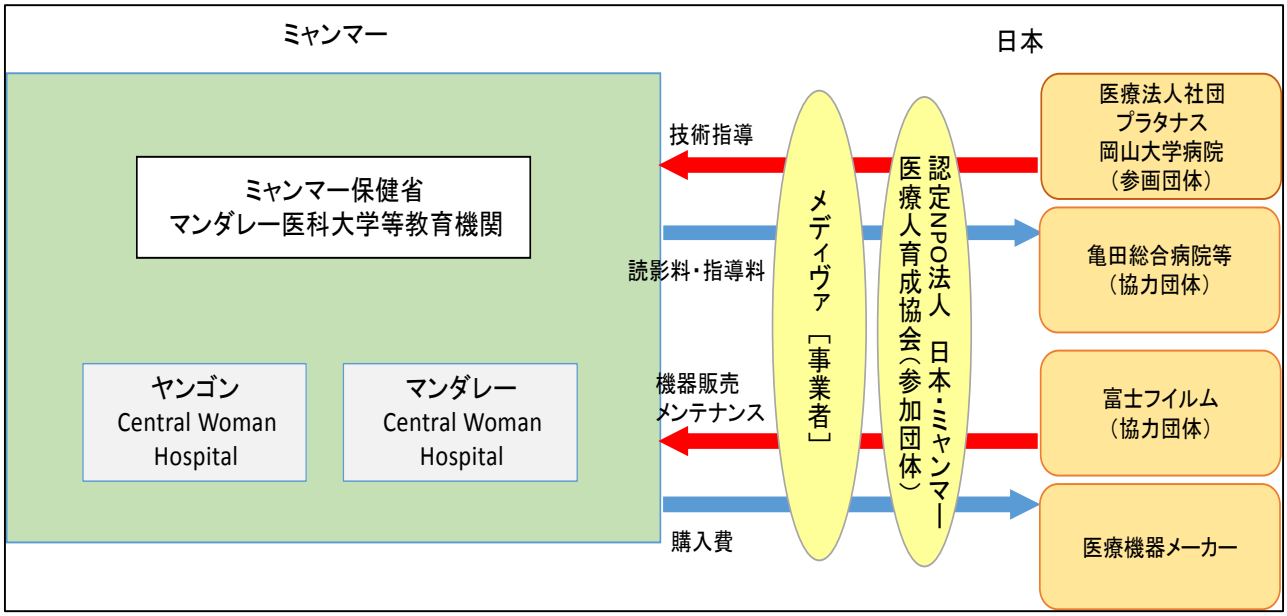
今後の課題は、ヤンゴンとマンダレーにある乳がん検診センターでの教育制度を確立すること、通信回線の敷設による遠隔診断の導入である。現地政府との関わり

48 http://www.asean.org/communities/asean-economic-community#

49 平成 25 年度　日本の医療機器・サービスの海外展開に関する調査事業　「ミャンマーにおける日本式乳がん診療パッケージ実証プロジェクト報告書」（平成 26 年 2 月）ミャンマーにおける日本式乳がん診療パッケージ推進コンソーシアム

を持ち、安定・継続的に行われてきているが、今後は、対象病院や対象患者を拡大していくことが課題と推測される。

図 6-7 日本式乳がん診療パッケージ中央プロジェクト（メディヴァ）の事例



（３）医療産業国際展開の課題

政府と関係省庁の後押しで、産業政策としての医療国際展開は、ここ 2、3 年で急速に進んでいる。ＡＳＥＡＮ諸国への国際医療展開についても、わが国の位置づけの側面から、協力関係を構築することは重要であり、期待は大きい。経済産業省は、経済成長の柱の一つとして引き続き推進することが予想される。ただし、以下のような課題について検討していかなければならない。

まず、医療の国際展開においては、当初、いわゆる「病院丸ごと輸出」と呼ばれる手法が注目された中で、対象国における中長期的発展を視野に入れることの重要性に対する一定の認識は行われていると推測される。また、現地の富裕層が医療を国外で受けるのでなく、国内に高水準の医療機器を整備することは、医療者を国内で育成することにもつながりうる。

しかしながら、産業として医療機器を輸出する事業は、当然ながら、収益性がポイントとなる。経済産業省の医療機器・サービス国際化推進事業においても、個々のコンソーシアムによる事業の収益性が、最も需要なポイントとなっている。従って、対象国で医療機器を利用する「患者」の獲得が重要となるが、機器を利用できる人は、医療サービスの支払ができる一定の層の国民である。つまり、ターゲットは費用負担ができる特定層となるケースが多く、最低限の医療を必要としている貧

困層やインフォーマルセクター（零細企業や行商など）が対象とならない。対象国のＵＨＣを含む社会保障の整備や医療が不足している国民への最低限の医療確保に貢献しづらく、むしろ、富裕層や中間層のために限られた医療費が使われてしまうという危険性がある。

次に、これらの事業の継続性が必ずしも担保されていない点である。いずれの事業も対象国におけるさまざまなハードルを越え実施に至っているが、将来予測は短期的なものにとどまり、長期的予測は必ずしも容易でない。事業によっては現地法人の設立は行われているが、社会的インフラが脆弱な国々での事業安定性には疑問が残る。短期的な収益性を目標とした事業ではなく、長期的に安定した事業を構築する方向性が求められる。

さらに、インバウンド事業については、価格設定の議論も含めて、十分に議論が行われていない。国内患者を優先し、不利益がないことを担保しつつ、海外からの患者を受け入れ、わが国の医療水準を国際的に示すことが必要であるが、その適切な手法を関係機関や医療機関の間で共有できていない状況と思われる。

いずれにしても、わが国の産業政策としての医療国際展開が、貧困層やインフォーマルセクターを含めたＵＨＣをめざしている国々にとって、一部の関係者や国民だけの利益に留まらず、途上国の将来的な経済発展や社会保障基盤の整備を妨げるものとならないようにすべきである[50]。対象国の医師会と連携するなど、国民・地域の医療全体に資することを優先すべきである。今後のさまざまな事業展開における倫理性を再度、関係省庁や関係団体、医療機関、民間企業の間で共有し、深化させることが重要と思われる。

＜医療産業国際展開の課題＞

1. **貧困層などを除いた特定層のみをターゲットとする収益性重視のアウトバウンド事業は、現地の保健医療の向上を阻害する可能性がある。**
2. **アウトバウンド事業では長期的視野のもと、現地の UHC に資するものとなることを必須条件とすべき。また、対象国の医師会などとの連携も検討すべき。**
3. **インバウンド事業について、関係機関・医療機関の間での運用原則・運用ルール等の検討が早急に必要である。**

50 ベトナムでは、全国民に受診が義務付けされているため、低所得者も含めた全国民への医療支援も可能と推測される。（ドリームインキュベータ「ベトナム・日本式健診センター事業」）

参考資料：ＡＳＥＡＮ諸国のＵＨＣと現状

国	UHCの現状	課題・現状
シンガポール	UHC(MediSave, MediShield, MediFunds)	医療の最大の課題はモラルハザードによる過剰な受療と医療供給
ブルネイ	社会福祉として提供	医療施設は全て公的機関で医療費は原則無料。プライマリケアに重点が置かれている。
マレーシア	1980年よりUHC達成（提供体制は官）	医療従事者の不足が激しい。医師数は求人数の60%に過ぎない。国内の医師育成を拡大するとともに、奨学金による海外留学による医学トレーニングも継続
タイ	2002年にUHC達成	医療従事者不足により医療へのアクセスが制限されている。特に、地方部(remote rural areas)では医療従事者の確保が問題となっている。人口あたり医師数は同水準の経済発展の国々と比べて低い。
インドネシア	2014年1月から開始して2019年までに完全普及	インフラ不足（人材、施設設備）が課題。特に医師不足は顕著で、1万人につき4人。
フィリピン	2016年まで達成予定	PhilHealthの給付範囲の拡大を賄う財源確保が課題。施設とサービスの地域格差の拡大も課題
ベトナム	法的には2014年に100%の皆保険。現実には2020年に80%を達成予定	約3分の2の国民が医療保険の対象となっているが、インフォーマル労働者の給付は限定的。自己負担の割合が高く、貧困者への支援策が不足。地方部へのインフラ整備と設備投資の不足。
ラオス	2020年までに達成予定	医療費のなかで公費が占める割合がまだ低く、国民の医療ニーズを満たすには不十分。社会保障制度は地理的に偏りがあり医療へのアクセスが阻害されている。ヘルスセンターなどの医療の質の低さやプライマリケアの不足が課題
カンボジア	UHCに向けた強いコミットメント	財源確保が最大の課題。公務員への医療費制度が未整備。医療保険の概念自体になじみが薄い。
ミャンマー	UHCに向けた医療システムの強化への強いコミットメント	資金不足と医療従事者不足がUHCに向けた最大の課題。政府は近年、医療支出を4倍近く増加したが、2011年時点で対GDP2%に過ぎない。自己負担率は71.3%で、医療費の大半を占める。
日本	1961年にUHC	国民皆保険制度により医療へのアクセスが確保されている。

資料：Progress toward universal health coverage in ＡＳＥＡＮ[51]、WHO Health Indicators 2014[52], World Bank Data, 2012

[51] Hoang Van Minh et al. “Progress toward universal health coverage in ASEAN” Global Health Action 2014 http://www.globalhealthaction.net/index.php/gha/article/view/25856

[52] Global Health Indicators 2014 WHO http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/EN_WHS2014_Part3.pdf

プロジェクト・事業実績年表 （母子保健・リプロダクティブヘルス）

国名	事業区分記号	プロジェクト・事業別	1990～1994	1995～1999	2000～2004	2005～2009	2010～2014	2015～2019
カンボジア	MCH－C－1	母子保健フェーズ2プロジェクト						
	MCH－C－2	地域における母子保健サービス向上プロジェクト						
	MCH－C－3	助産能力強化を通じた母子保健改善プロジェクト						
	MCH－C－4	スバイアントー郡保健行政区における子どもの健康増進プロジェクト						
インドネシア	MCH－I－1	母子手帳による母子保健サービス向上プロジェクト						
	MCH－I－2	地方分権における母子保健向上のための地域保健計画（第三国研修)プロジェクト						
	MCH－I－3	家族計画・リプロダクティブヘルスのためのBCC手法						
	MCH－I－4	地方分権における母子保健向上のための地域保健計画フェーズ２						
ラオス	MCH－L－1	子どものための保健サービス強化プロジェクト						
	MCH－L－2	母子保健統合サービス強化プロジェクト						
	MCH－L－3	母子保健人材開発プロジェクト						
ミャンマー	MCH－M－1	母と子のプライマリーヘルスケアプロジェクト						
	MCH－M－2	地域展開型リプロダクティブヘルスプロジェクト						
フィリピン	MCH－P－1	母子保健プロジェクト						
	MCH－P－2	東ビサヤ地域母子保健サービス強化プロジェクト						
タイ	MCH－T－1	タイ家族計画・母子保健プロジェクト						
ベトナム	MCH－V－1	リプロダクティブヘルスフェーズ2プロジェクト						
	MCH－V－2	リプロダクティブヘルスケア広域展開アプローチプロジェクト						
	MCH－V－3	国立産婦人科病院機材整備計画						
	MCH－V－4	総合的子どもの発達事業(第二フェーズ)						
	MCH－V－5	母子健康手帳全国展開プロジェクト						

JICAプロジェクト実績年表（HIV）

国名	事業区分記号	プロジェクト・事業別	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
ミャンマー	HIV−M−1	主要感染症対策プロジェクト											
	HIV−M−2	主要感染症対策プロジェクトフェーズ2											
タイ	HIV−T−1	HIV/AIDS地域協力センタープロジェクト											
	HIV−T−2	性感染症に係る症例管理技術											
	HIV−T−3	HIV/AIDS予防対策に係る政策・戦略と実施											
ベトナム	HIV−V−1	HIV陽性者自助グループおよび保健医療従事者の能力育成事業											

７．我が国のグローバルヘルス戦略に向けた提言・課題

前記までの検討結果を考察することにより、次のような我が国の「グローバルヘルス戦略に向けた提言・課題」を、「関係する国内の前提条件整備」も含め示す。

(1) 国連・世界銀行・アジア開銀と協調した「ﾕﾆﾊﾞｰｻﾙ･ﾍﾙｽ･ｶﾊﾞﾚｯｼﾞ」（ＵＨＣ）整備の推進を
(2) ＵＨＣの世界での模範である「我が国の国民皆保険」の持続性確保を国家的課題に
(3) ＴＰＰ等貿易協定は我が国をはじめ各国固有のﾕﾆﾊﾞｰｻﾙ･ﾍﾙｽ･ｶﾊﾞﾚｯｼﾞを阻害又は干渉すべきではない
(4)「我が国の国民皆保険」成立過程等の海外の政府・国民・医師等への国際情報発信とＵＨＣ政策立案等に関わる国際的人材育成を
(5) 母子保健・学校保健・結核等感染症・交通事故等救急医療対策等の選択と集中による個別医療プログラムの展開とＵＨＣ整備を
(6) プライマリーケアを担う「我が国かかりつけ医師」に関する国際情報発信と国際的な人材育成を
(7) 地球環境問題への対応と一体となったグローバルヘルスの展開を
(8) 国際的大規模災害対策や新興・再興感染症拡大防止等支援を担う体制の発展整備を
(9) 政府が進める国際的潮流に沿った国際医療保健と我が国固有の医療産業国際展開の課題

（１）国連・世界銀行・アジア開銀と協調した「ﾕﾆﾊﾞｰｻﾙ･ﾍﾙｽ･ｶﾊﾞﾚｯｼﾞ」（ＵＨＣ）整備の推進を

国連におけるＭＤＧｓの後継となる「ポスト 2015 年持続可能な開発アジェンダ」は、潘基文（パン・ギムン）国連事務総長による、「ポスト 2015 年持続可能な開発アジェンダに関する事務総長統合報告書」－ The Road to Dignity by 2030 －がたたき台になることが想定されている。

その「目標 3：すべての年齢の人々の健康な生活を確保し、福祉を推進すること」の中で、「ＵＨＣ」が「2030 年までに、家族計画、情報・教育、およびリプロダクティブ・ヘルスの国家戦略・計画への組み入れを含む、性と生殖に関するヘルスケアをすべての人々が利用できるようにする」、及び「すべての人々に対する財政保障、質の高い基礎的なヘルスケア・サービスへのアクセス、および安全で効果的、かつ質が高く安価な必須医薬品とワクチンのアクセス提供を含む、ＵＨＣを達成する」として大きく位置づけられている。

一方、国連と連携してグローバルヘルスにコミットしている世界銀行グループにおいても、「保健政策閣僚級会合」において、ジム・ヨン・キム世界銀行総裁が「日本は、ＵＨＣについて世界の模範となってきた」と述べるとともに、「ＵＨＣを実現し、誰もが平等に医療サービスを受けられるようにすることは、2030 年までに極度の貧困を撲滅し、繁栄の共有を促進するという世界的な目標を達成する上で重要な意味を持つ」とも述べた。

さらに、我が国の安倍首相は「ランセット誌」への寄稿において、「ポスト 2015 開発目標」について、「第一に、私はＵＨＣをポスト 2015 開発目標における保健の重要課題にすべく努力する」、また「第二に、私は途上国と共にＵＨＣを実現するため、日本の開発援助を強化する。ＵＨＣは保健分野の援助を減らすことにはならないし、未達成のＭＤＧｓへの取組みを放置することでもない」とも述べた。

このように、「ＵＨＣ」は国連・世界銀行・我が国政府において、グローバルヘルスの中心的課題として取り上げられていることもあり、我が国のグローバルヘルス戦略においても、国連・世界銀行・アジア開発銀行等と協調してその整備を推進することが重要である。

（２）ＵＨＣの世界での模範である「我が国の国民皆保険」の持続性確保を国家的課題に

「ランセット誌」の「論説」において、「日本は国民皆保険制度達成から 50 年を迎えた。この比較的短い期間で、日本は平均寿命など、いくつかの健康指標において世界一となった。こうした保健医療分野での日本の功績を称え」と、「我が国の国民皆保険」は高く評価され、世界に情報発信された。

また、前記で示したように、「我が国の国民皆保険」はジム・ヨン・キム世界銀行総裁からも、「日本は、ＵＨＣについて世界の模範となってきた」と、今後ＵＨＣを国際的に推進する際に大いに参考になると高く評価されている。

一方、我が国の安倍首相がグローバルヘルスにおいてＵＨＣを積極的に進めると述べるとともに、麻生財務大臣も「保健政策閣僚級会合」において、我が国の戦後の国民皆保険を中心とした医療システムを念頭に、「日本は、自ら歩んできた経験を積極的に共有し、国際社会が共通に抱える課題に貢献していきたい」とも述べた。

しかし、ＵＨＣの普及がグローバルヘルスの中心として推進されようとしている中で、一方でその「模範」とも評価されている「我が国の国民皆保険制度」は、「ランセット誌」の「論説」においても、「医療費の増大と高齢化によって、日本の医師も他国の医師たちと同様に、こうした圧力の下で国民皆保険制度を持続できるのか、不安を抱いている」と指摘されている。

このため、我が国政府においては、何れの国民も今後とも質の高い医療に公平にアクセス出来るよう、国民皆保険の持続性を確保すべく、努力することが求められるものである。

特に、日本と世界銀行グループ共同研究プログラムの「日本からの教訓」の中の、かつて「西欧諸国に追いつこうという国家的な努力が政党間の競争と相まって国民皆保険に結びついた」との指摘を想起し、我が国政府は国家的課題として持続性の確保に立ち向かっていくことが求められるものである。

（３）ＴＰＰ等貿易協定は我が国をはじめ各国固有のﾕﾆﾊﾞｰｻﾙ･ﾍﾙｽ･ｶﾊﾞﾚｯｼﾞを阻害又は干渉すべきではない

2015 年 4 月、ノルウェー、オスロの第 200 回WMA理事会で、イギリス医師会より提出された「貿易協定と国民の健康に関するWMA声明案」が、緊急性が高いとして 10 月のモスクワ総会での審議を待たずに理事会決議として採択された。（表 3-29）

決議された背景として、我が国が現在交渉している貿易協定「環太平洋連携協定」（ＴＰＰ）のように、参加各国の医師会も環大西洋連携協定（ＴＴＩＰ）、新サービス貿易協定（ＴｉＳＡ）、および欧州連合（ＥＵ）とカナダの包括的経済貿易協定（ＣＥＴＡ）といったものの仕組みに強く反発している。

「WMA理事会決議」で示された基本方針は、まず「序文」において、「貿易協定は、もし経済構造が十分に構築され、健康促進、医療提供および医療の公平化をいかなる干渉も受けずに法制化し、規制しかつ計画するという政府の能力を保護すること」を前提とすれば、「その経済構造を向上させることによりすべての人々の健康と安寧を促進する力がある」と貿易協定を位置づけている。

そして「勧告」において、各国政府と各国医師会に対する要請として、第一に「商業的利益よりも国民の健康を保護・促進・優先し、かつ公共サービス、特に個々人や国民全体の健康に影響を及ぼすサービスを確保するため、幅広い除外例を保証する」貿易協定を支持するとし、幅広い除外例の保証を求めている。

また第二に、「貿易協定が、健康と医療を規制する、あるいはすべての人々の健康の権利を保証するための政府の能力に干渉しないことを保証する」、さらに「健康の保護促進のための政府活動は、ＩＳＤＳや同様の仕組みを介した抗議の対象とされるべきではない」とし、健康を保証するための各国政府の権利や保健・医療システム・制度への、干渉をすべきではないとしている。

したがって、ＴＰＰ等貿易協定は各国のユニバーサル・ヘルス・カバレッジ達成を阻害すべきではなく、また各国固有のＵＨＣの形態に干渉すべきではない。

（４）「我が国の国民皆保険」成立過程等の海外の政府・国民・医師等への国際情報発信とＵＨＣ政策立案等に関わる国際的人材育成を

東京で開催された「保健政策閣僚級会合ーユニバーサル・ヘルス・カバレッジに向けてー」において、発展途上国から注目されていることとして、「我が国の国民皆保険成立に際して、如何にその障害を克服していったか」ということがある。

これについては、「4. 我が国の保健医療制度の歴史的整理とアセアン諸国の水準」の中で制度の成立過程等を分析しているとともに、「5. 日本医師会の国民皆保険整備等に関する活動実績と国際的ユニバーサル・ヘルス・カバレッジへの寄与」の中でも、重要なステークホールダーとして「日本医師会の国民皆保険・個別医療制度設立における役割」について分析した。

また、日本・世界銀行グループ共同研究プログラムの「日本からの教訓」においては、「西欧諸国に追いつこうという国家的な努力が政党間の競争と相まって国民皆保険に結びついた」と分析するとともに、全国民統一の診療報酬の実現に関して「政治的リーダーシップが直接的な役割を担ったこともある。このような交渉プロセスは、他の国にも有効なモデルになる可能性がある」と指摘してもいる。

すなわち、我が国の国民皆保険成立の過程では、行政主導の仕組みに対して、医師という自律的職能（プロフェッショナル・オートノミー）を持った団体が、その自律的職能の

視点から国民にとってよりよい仕組みのために、身を呈して対応していった。

こうしたことも含め、「我が国の国民皆保険」成立過程等に関する国際情報発信を図っていくことも重要である。そして、各国のＵＨＣの仕組みについて、ＣＭＡＡＯ加盟医師会が各々の政府に積極的に提言していくことも重要である。

またそのためにも、ＵＨＣ政策立案等に関わる国際的人材育成を、世界銀行・アジア開発銀行等と連携して、教育・研修していくことが重要である。

（５）母子保健・学校保健・結核等感染症・交通事故等救急医療対策等の選択と集中による個別医療プログラムの展開とＵＨＣ整備を

保険施策と併せて展開された我が国固有の保健対策として、①母子保健対策、②学校保健対策、③結核等の感染症対策、④交通事故等の救急医療がある。こうした対策が、我が国における国民皆保険達成に大きく寄与したと、日本・世界銀行グループ共同研究プログラムの「日本からの教訓」においても指摘されている。

我が国の戦前から昭和 40 年代までの水準にある、アセアン諸国の現状の保健水準等をみると、上記のような日本の過去の経験が大いに役立つと思われ、今後とも母子保健対策、学校保健対策、結核等の感染症対策、交通事故等の救急医療の 4 つの主要保健対策面について、一層我が国が寄与する分野としていくことが考えられる。また、我が国の国民皆保険の歴史的発展の経緯をみても、当初は限定された医療サービスから、経済の発展及び医療の発展に伴って、公的保険でカバーする分野を徐々に拡大してきた。

このため、これらを中心として、支援対象国による選択と集中によるＵＨＣ整備と個別医療プログラムの展開を、その国の事情に応じて展開することが重要である。

（６）プライマリーケアを担う「我が国かかりつけ医師」に関する国際情報発信と国際的な人材育成を

「アルマ・アタ宣言」以来、「プライマリーケア」の重要性が国際的に認識されるとともに、特に発展途上国に対しては日本・世界銀行共同研究プログラムの「11 カ国研究の総括」で、ＵＨＣの達成方法として「各国は、医療費を管理する一方で、医療へのアクセスを改善するため強固でレジリエンス（しなやかな強さ）のあるプライマリーケア制度に投資するべきである」と指摘されている。

しかし、ＯＥＣＤの定義で「プライマリーケア」を担う医師は、「ジェネラリスト」（イギリス等の一般開業医、家庭医、その他の総合医（専門医でない医師）をいう）という定義に該当する医師に限定されていて、我が国の診療所医師等の「かかりつけ医師」はこれに該当しないとされていることから、ＯＥＣＤの統計では「プライマリーケア」を担う医師がカウントされていない状況となっている。

一方、我が国の「かかりつけ医師」は、深い専門性を有しつつ総合的な診療能力を有する特質があり、わが国のプライマリーケア体制が高質なアウトカムを提供していることから、ＯＥＣＤとの調整や、こうした実態に関する国際的な情報発信を行なっていく必要があると考えられる。

また、これらと併せ、世界から評価されている我が国の医療システムを大きく担っている、診療所等の「かかりつけ医師」の「プライマリーケア」に関する活動を理解してもらうとともに、その診療行為を国際的に情報発信するため、診療所において国際的な視点で医療人材を教育・研修することも必要と考える。

（７）地球環境問題への対応と一体となったグローバルヘルスの展開を

もともと国際保健は、「熱帯医学から発展・形成された開発途上国の疾病を扱う学問分野の一つ」に限定されていたが、その後「国を超えた協力・連携が不可欠となっている国境を超えた地球規模の課題としての保健医療」という問題意識から、「グローバルヘルス」へと発展してきた。

さらに、「気候変動に関する政府間パネル（ＩＰＣＣ）第５次評価(統合)報告書」を受け、潘基文国連事務総長は、ポスト 2015 年持続可能な開発アジェンダに関する「統合報告書」を、「『人間』と『地球』を中心に据え、人権に裏づけられた新たな「グローバル・アジェンダ」策定に向けた交渉の指針となるものである」と述べ、ＳＤＧｓを背景とした「持続可能性」をキーワードとした目標を、数多く設定している。

このため、今後のグローバルヘルスの展開は、こうした「ポスト 2015 年持続可能な開発アジェンダ」の考え方をふまえ、地球環境問題への対応と一体となったものとすべきである。

（８） 国際的大規模災害対策や新興・再興感染症拡大防止等支援を担う体制の発展整備を

「気候変動に関する政府間パネル」（ＩＰＣＣ)の「第５次評価報告書」によって、「人間による影響が温暖化の支配的な原因である可能性が極めて高いこと」が明らかにされるとともに、「気候変動による８つの主要なリスク（海面上昇、高潮などによるリスク、暑熱によるリスク等）がある」ことも報告された。

こうした気候変動によって、アセアン諸国等海水の温度上昇が著しい地域においては、これまでにない大規模なハリケーンや高潮等による災害が多発することが予想される。

また、東日本大震災による津波等によって、東京電力福島第一原子力発電所の事故が発生したが、今後世界における原子炉の数は現在の２倍に達することも予想され、事故の発生可能性も現状以上に高まることが危惧される。このため、事故の際の放射性物質の拡散に伴う人体への悪影響を極力抑えるとともに、これに対処する医療機能が一層求められることになる。

さらには、今般の「エボラ出血熱」の大規模な感染の拡大にみられるように、致死率の高い感染症が発展途上国の都市等において感染が急速に拡大することから、これまでにない人類にとっての脅威となりつつある。

こうしたことは、人間に感染する可能性の高い「鳥インフルエンザ」の、発生危険性及びその拡大可能性にも通じるものである。

以上のようなことから、「ＪＭＡＴ」の国際版でもある「*i*ＪＭＡＴ」を、国際的受け入れだけでなく国際的支援にまで発展させ、我が国においても国際的大規模災害対策や、致

死率の高い感染症拡大防止への支援を担う体制整備を図ることが重要である。

（９）政府が進める国際的潮流に沿った国際医療保健と我が国固有の医療産業国際展開の課題

国際的潮流としては、ポスト 2015 に向けたさまざまな動きが急速に進んでいる。これらの流れのなかでわが国が果たす役割は大きく、積極的な関わりと発信を行うことが求められる。

以下の点が、現在政府が進めている国際的潮流に沿った国際医療保健の今後の課題と思われる。

＜政府が進める国際的潮流に沿った国際医療保健の課題＞

1. 現在行われている母子保健など個別事業の協業と強化を行う。また、UHC に関しては、現地医療関係者と協力して人材育成を中心とした支援を強化していく。
2. 国際医療保健の推進のためのわが国の人材不足を解消するため、国際医療保健学講座などの開設を含めた人材育成を行う。
3. JICA 事業内容をより分り易く、広く公表し、国内外での認知度向上に向けて取り組む。
4. 国際問題となっている新興（再興）感染症に対応できる医療人材を国内で早急に育成する。

政府と関係省庁が進めている、我が国固有の産業政策としての医療国際展開は、ここ 2、3 年で急速に進んでいるが、以下のような課題があることを認識しておくべきであろう。

＜政府が進める我が国固有の医療産業国際展開の課題＞

1. 貧困層などを除いた特定層のみをターゲットとする収益性重視のアウトバウンド事業は、現地の保健医療の向上を阻害する可能性がある。
2. アウトバウンド事業では長期的視野のもと、現地の UHC に資するものとなることを必須条件とすべき。また、対象国の医師会などとの連携も検討すべき。
3. インバウンド事業について、関係機関・医療機関の間での運用原則・運用ルール等の検討が早急に必要である。

参考資料１　世界保健機関（ＷＨＯ）憲章前文

（1946 年 7 月 22 日にニューヨークで 61 か国の代表により署名され、1948 年 4 月 7 日より発効）

この憲章の当事国は、国際連合憲章に従い、次の諸原則が全ての人々の幸福と平和な関係と安全保障の基礎であることを宣言します。

健康とは、病気ではないとか、弱っていないということではなく、肉体的にも、精神的にも、そして社会的にも、すべてが 満たされた状態にあることをいいます。

人種、宗教、政治信条や経済的・社会的条件によって差別されることなく、最高水準の健康に恵まれることは、あらゆる人々にとっての基本的人権のひとつです。

世界中すべての人々が健康であることは、平和と安全を達成するための基礎であり、その成否は、個人と国家の全面的な協力が得られるかどうかにかかっています。

ひとつの国で健康の増進と保護を達成することができれば、その国のみならず世界全体にとっても有意義なことです。

健康増進や感染症対策の進み具合が国によって異なると、すべての国に共通して危険が及ぶことになります。

子供の健やかな成長は、基本的に大切なことです。そして、変化の激しい種々の環境に順応しながら生きていける力を身につけることが、この成長のために不可欠です。

健康を完全に達成するためには、医学、心理学や関連する学問の恩恵をすべての人々に広げることが不可欠です。

一般の市民が確かな見解をもって積極的に協力することは、人々の健康を向上させていくうえで最も重要なことです。

各国政府には自国民の健康に対する責任があり、その責任を果たすためには、十分な健康対策と社会的施策を行わなければなりません。

これらの原則を受け入れ、すべての人々の健康を増進し保護するため互いに他の国々と協力する目的で、締約国はこの憲章に同意し、国際連合憲章第 57 条の条項の範囲内の専門機関として、ここに世界保健機関を設立します。

資料：「世界保健機関（WHO）憲章」（公益社団法人）日本ＷＨＯ協会

参考資料２　アルマ・アタ宣言（全文）

（プライマリーヘルスケアに関する国際会議、アルマアタ、旧ソ連（カザフスタン共和国）
1978 年 9 月 6 日～12 日）

1978 年 9 月 12 日 Alma-Ata（アルマアタ）で開催され、全政府・全健康と発展活動家と世界コミュニティによって世界の全ての人々の健康を守り促進するのに緊急な行動の必要性を表明した、プライマリーヘルスケアの国際会議はここに以下のことを宣言します。

Ⅰ

本会議では、健康について以下のように強く再認識する。健康とは身体的・精神的・社会的に完全に良好な状態であり、単に疾病のない状態や病弱でないことではない。健康は基本的人権の一つであり、可能な限り高度な健康水準を達成することは最も重要な世界全体の社会目標である。その実現には保健分野のみならず、他の多くの社会的・経済的セクターからのアクションが必要である。

Ⅱ

人々の健康に関してとりわけ先進国と発展途上国の間に存在する大きな不公平は国内での不公平と同様に政治的、社会的、経済的に容認できないものである。それ故全ての国に共通の関心事である。

Ⅲ

「新国際経済秩序」に基づいた経済・社会開発は*すべての人々の健康* (Health For All) を可能な限り達成し、先進国と開発途上国間の健康状態の格差を縮小するために基本的な重要事項である。人々の健康を増進させ保護することは、持続した経済的社会的発展に欠くことはできず、またより良い生活の質と世界平和に貢献する。

Ⅳ

人々は、個人または集団として自らの保健医療の立案と実施に参加する権利と義務を有する。

Ⅴ

政府は国民の健康に責任を負っているが、これは適切な保健及び社会政策の保証があってはじめて実現される。政府、国際機関およびすべての国際社会の今後数十年の主要な社会目標は、西暦 2000 年までに世界中のすべての人々が社会的・経済的に生産的な生活を送ることができるような健康状態を達成すること (Health For All by the Year 2000) である。 プライマリーヘルスケア（PHC）は開発の一環として社会正義の精神に則り、この目標を達成するための鍵である。

Ⅵ

プライマリーヘルスケア (PHC) とは、実践的で、科学的に有効で、社会に受容されうる手段と技術に基づいた、欠くことのできないヘルスケアのことである。これは、自助と自己決定の精神に則り、地域社会または国家が開発の程度に応じて負担可能な費用の範囲で、地域社会の全ての個人や家族の全面的な参加があって、はじめて広く享受できうるものとなる。PHC は、国家の保健システムの中心的機能と主要な部分を構成するが、保健システムだけでなく、地域社会の全体的な社会経済開発の一部でもある。PHC は、国家保健システムと個人、家族、地域社会とが最初に接するレベルであって、人々が生活し労働する場所になるべく接近して保健サービスを提供する、継続的な保健活動の過程の第一段階を構成する。

Ⅶ

プライマリーヘルスケアは:

1 国家と地域社会の経済状態と社会文化的および政治的特徴を配慮するものであり、かつ、そこから進展する。その基盤は、関連する社会的、生物医学的、保健サービス上の研究成果の応用と公衆衛生の経験にある。

2 地域社会における主要な健康問題を対象とする。それは、健康増進、予防、治療、社会復帰のサービスを適宜提供することであり、したがって、

3 少なくとも次のものを含む・・・・主要な保健問題とその予防・対策に関する教育、食糧供給の促進と適切な栄養、安全な水の十分な供給と基本的な衛生措置、家族計画を含む母子保健、主要な感染症の予防接種、風土病の予防と対策、日常的な疾患と外傷の適切な処置、必須医薬品の供給。

4 保健分野に加えて、国家や地域の開発、特に農業、畜産、食料、工業、教育、住宅、公共事業、通信、その他全ての関連した分野を含み、これら全ての分野の協働した努力が必要である。

5 地域、国家、その他の利用可能な資源を最大限利用し、地域社会と地域住民が最大限の自助努力を行い、PHC の計画、組織化、実施、管理に参加することが重要であり、これを推進する。そして、この目標のために、適切な教育を通じて地域住民がこれに参加する能力を開発する。

6 統合的で機能的な相互支援の体制によって維持されなければならない。そのことにより全ての人々を対象とする包括的な保健を継続的に改善し、もっとも必要とされている人々を最優先する。

7　地域や後方支援レベルにおいても、保健医療チームとして働くために、また地域社会が求める保健ニーズに応えるために、社会的にも技術的にも適格に訓練された保健ワーカー、すなわち、医師、看護婦、助産婦、補助要員、可能であれば地域ワーカーや、必要によっては伝統治療師たちの力を必要とする。

Ⅷ

すべての政府は、PHC を、他の部門と協力し、包括的国家保健システムの一部として着手し維持していくために、国家の政策、戦略、および行動計画を作成すべきである。この目的のために政治的意思を実行し、国内資源を動員し、利用可能な外部資源を合理的に活用することが必要である。

Ⅸ

全ての国々は、すべての人々に PHC を保証するために、パートナーシップと奉仕の精神で協力すべきである。一国の保健目標が達成された場合、これは 他のあらゆる国に直接に影響し、恩恵を与えるのであるから。これに関連して、PHC に関する UNICEF と WHO の合同報告書は、全世界での PHC の将来の発展と実施に向け、確固とした基礎となる。

Ⅹ

現在かなりの部分が軍備と軍事紛争に使われている世界の資源を、十分にかつよりよく利用すれば、世界中のすべての人々の健康水準は西暦 2000 年までに十分達成可能となろう。独立、平和、緊張緩和、軍縮への真の政策は、平和的目的、特に社会・経済開発の促進のために適切に活用されるさらなる資源を生み出すことが可能であり、また、そうすべきである。その中で、PHC は、必要不可欠な要素として、資源が適切に割り当てられるべきである。

「PHC に関する国際会議」は、技術協力の精神のもと、「新国際経済秩序」と協調し、全世界、とくに開発途上国において PHC を発展させ、実施するための緊急かつ効果的な国家的および国際的な活動を要請する。本会議は、政府、WHO と UNICEF、その他の国際機関、二国間および多国間の援助機関、非政府組織、資金援助団体、すべての保健ワーカー、および全世界の国々に対して、 PHC を推進するための国家的、国際的なアクションを支援し、とくに開発途上国において、PHC への技術的、財政的支援を拡大するための方策の道を開くよう要請する。本会議は上述の全機関と全関係者に対して、本宣言の精神と内容に則って PHC を導入、発展、維持していくための協力を求めるものである。

資料：「アルマ・アタ宣言」フリー百科事典ウィキペディア（Wikipedia）
資料：ＪＩＣＡ人間開発部、保健医療課題タスクフォース

参考資料３　ランセット誌への安倍総理寄稿「我が国の国際保健外交戦略－なぜ今重要か－」

（2014 年 12 月 8 日）

国際保健は岐路に立っている。これまでの約 10 年間、保健分野の援助額は増加し、新しい官民のパートナーシップが設立され、効果的な支援を実現した。輝ける 10 年間であった。日本は 2000 年の G8 九州沖縄サミットで議論を主導して、世界エイズ・結核・マラリア対策基金に大きく貢献してきた。しかし、疾病構造は大きく変化し、非感染性疾患は世界的脅威になりつつある。今後もこれまでと同じ疾患別の縦割りの援助を続ければ、疾病負荷と資金配分との不均衡が大きくなるだろう。疾患別アプローチはわかりやすいが、包括的な対策の必要性は明らかである。

2008 年の G8 洞爺湖サミットにおいて、日本は疾患別アプローチを補完する保健システム強化をはじめとする包括的な取り組みを提唱した。武見敬三氏が主導した作業部会は、G8 保健専門家会合の具体的提言策定に貢献した。残念ながら、その後に起こった経済危機によって保健分野への援助を維持する事が困難になった。

この国際保健の現状を前に、そしてポスト 2015 の開発課題の議論が本格化するにあたり、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）を目指すことが必要である。UHC を目指すことは次の３つの目的の実現に役立つからだ。

第一に、特に女性などを含めた脆弱層を含む国民全体の健康改善。ミレニアム開発目標（MDGs）は国内格差の是正に主眼をおいておらず、富裕層と貧困層間における保健医療サービスへの格差を是正することが重要である。

第二に、疾患中心のアプローチから人間中心のアプローチに転換し、すべての人々の保健ニーズに応える。UHC は個々人の幅広い保健需要を満たす事ができる。これら二点は相互に関連し、個人の保護と能力強化を通じて、人間の安全保障を実現するものである。

第三に、被援助国が自ら保健課題を検討し、限られた予算で多様化したニーズを満たす保健政策を実施する事である。UHC によって被援助国はオーナーシップを高め、効率的かつ効果的に政策及び予算の優先順位付けができるようになるであろう。

しかし、UHC を目指す取組みは始まったばかりであり、強い政治的イニシアティブが必要である。そのため、私は本年５月、国際保健外交戦略を打ち出した。

この戦略で第一に、私は UHC をポスト 2015 開発目標における保健の重要課題にすべく努力する。基盤は整いつつある。第 67 回国連総会では外交政策・国際保健イニシアティブ（FPGH）が主導した UHC の決議が採択された。私は、FPGH イニシアティブを主導する仏のオランド大統領と UHC を推進することで合意した。

第二に、私は途上国と共にUHC を実現するため、日本の開発援助を強化する。UHC は保健分野の援助を減らすことにはならないし、未達成のMDGs への取組みを放置することでもない。

アフリカでは、MDGs への取り組みからUHC が始まる。第５回アフリカ開発会議（TICADⅤ）では、UHC の促進を呼びかけ、保健分野に20 万人の人材育成を含めた500 億円を投入することを表明した。ASEAN は、本年、日本との友好協力40 周年を迎える。ASEAN は多様な課題が凝縮する国際保健分野の縮図であり、すべての人の健康のために保健医療関係者が共に取り組む機会を提示している。今後、UHC を効果的に推し進めるため、ASEAN との協力を深化させていきたい。

日本の国際保健外交戦略は外交上の戦略環境の変化に対応するものである。21 世紀は、20 世紀型のハードなパワーを背景にした政治力学を動かす力とともに、国際社会の共通問題を解決していく指導力が、重要になっている。スマートパワーの時代とも呼ばれる。日本はそれにふさわしい力と意志を持っている。

日本は国民皆保険によって、医療格差を減らし、医療費抑制を実現した。日本での経験が示すように、UHC への投資は社会へ大きなリターンをもたらす。UHC を推し進めることで、国の発展段階に応じた国内の所得再分配を促し、社会の安定にも大きく寄与することが出来るであろう。

我々の保健分野への努力はここでは終わらない。UHC 達成の先に、日本は今、健康的な長寿社会の実現に向けて戦略を進めている。日本は、公的介護保険制度を導入し、高齢者が地域の中でより自立して生活できるよう取組んでおり、高齢者の社会参加が推進されている。私は国を挙げて、そして必要に応じて規制緩和を通して研究開発を推進し、健康長寿産業の発展に取り組んでいく。このように官民が手を取り合い、寿命の伸びを上回る健康寿命の大きな伸びをもらたす事が、急速な超高齢化社会への処方箋となるであろう。ポスト2015 に向けた持続可能な開発の視点からも、世界規模の急速な高齢化を見過ごす事はできない。

多くの貧困層が非感染症疾患と感染症疾患による二重の苦しみを受けており、新しい技術がこの解決に貢献している。我が国は、国際保健の研究開発のためのグローバルヘルス技術振興基金（GHIT）という新たな支援モデルを立ち上げた。新たな技術は、すべての人の健康に生かされるべきである。世界経済の持続可能な発展に貢献していくため、このような国際保健課題の解決に向けた諸外国への援助を、日本政府は民間セクターと共に取り組む。

日本は岐路に立っている。2012 年、日本は問われた。一流国家たる意思はあるのか。私は今、強い意志を持って答える。当然だ。我が国は、責任ある成熟国家として、

自らの経験に基づき国際社会が抱える課題解決に貢献する用意がある。国際保健外交はまさしく、我々のビジョンと意志を実現するための重要な戦略である。　（了）

資料：「我が国の国際保健外交戦略－なぜ今重要か－」外務省

参考資料４　国連事務総長 持続可能な開発に向けて統合報告書
－ The Road to Dignity by 2030 －
(2014 年 12 月 8 日)

潘基文（パン・ギムン）国連事務総長は 2014 年 12 月 4 日、いわゆる「統合報告書（synthesis report）」の先行版を国連総会に提出し、すべての人にとって持続可能な開発の時代を実現するため、包摂的、機敏かつ協調的な行動を求めました。この報告書は、人間と地球を中心に据え、人権に裏づけられた新たなグローバル・アジェンダ策定に向けた交渉の指針となるものです。

事務総長は「来る 2015 年は、人類の未来に幸福を確保するため、これまで積み残されてきた遠大でグローバルな行動を起こすうえで、またとない機会になる」と述べました。そして加盟国に対し、2015 年までに極度の貧困と飢餓を削減し、特に女児の教育を推進し、疾病と闘い、環境を保護するために、国連の支援のもとで取り組みが行われてきた画期的なミレニアム開発目標（MDGs）を引き継ぐアジェンダの交渉に「斬新、包摂的かつ機敏に、決意と協調」をもって臨むよう呼びかけました。

“［私たちには］誰も置き去りにすることなく、すべての人にとって尊厳ある生活を現実のものとするため、大胆に、力強く、迅速に行動を起こす歴史的な機会と義務がある”

事務総長は、193 の加盟国が出席する総会への非公式ブリーフィングで、統合報告書『The Road to Dignity by 2030: Ending Poverty, Transforming All Lives and Protecting the Planet［PDF］』を発表しました。同席したサム・クテサ総会議長も各国代表団への挨拶で、2015 年 9 月のサミットでの新たな枠組みに関する合意に向け、たたき台となる統合報告書の編さんに貢献した政府間交渉プロセスに触れ、各国が大きな変容をもたらすアジェンダを実現に導く「歴史的責任」を担っていることを強調しました。

統合報告書には、ポスト 2015 年アジェンダに関する交渉の進捗状況を確認し、MDGs の取り組みから得た教訓を見直すことで、今後の各国による議論を支援するねらいがあります。事実、報告書は、現時点で人々を援助し、かつ、新たなアジェンダに向けた出発点としての役割を果たすために、「仕事を完成させる」必要性を強調しています。

事務総長は統合報告書の結論で次のように述べ、加盟国に強く働きかけています。「私たちは国連の創設以来、最も重要な開発の年を迎えようとしている。私たちは『人間の尊厳および価値に関する信念を改めて確認』し、世界を持続可能な未来へ導くという国連の誓約に意味を持たせなければならない…。［私たちには］誰も置き去りにする

ことなく、すべての人にとって尊厳ある生活を現実のものとするため、大胆に、力強く、迅速に行動を起こす歴史的な機会と義務がある」

潘事務総長は、国連持続可能な開発会議（リオ+20）に続く協議に言及しつつ、総会に対し、開発についてこれほど幅広く包摂的な協議が行われたことはないと述べました。そして、統合報告書は「将来を見通して、人間と地球を中心に据え、人権に裏づけられ、グローバル・パートナーシップに支えられた普遍的で大きな変革をもたらすアジェンダの大枠を論じる」ものであると付け加えました。

事務総長は、今後数カ月で、ポスト 2015 年アジェンダの最終的なパラメータが固まるだろうとしたうえで、人権と尊厳に基づき、説得力と原則性を兼ね備えた文言を盛り込む必要性を強調しています。また、資金調達その他の実施手段も不可欠になるとして、報告、進捗状況のモニタリング、教訓からの学び、責任の共有の確保のための強力で包摂的な公的メカニズムの整備も求めました。

事務総長は、オープン・ワーキング・グループが作成した成果文書も歓迎し、これによって提案された 17 項目の持続可能な開発目標と 169 項目のターゲットは、貧困を終わらせ、繁栄の共有を達成し、地球を守り、誰も置き去りにしないことをねらいとするアジェンダを明確に表現していると述べています。

オープン・ワーキング・グループの議論が包摂的かつ生産的に行われたという認識に基づき、事務総長は、総会も合意しているとおり、ワーキング・グループの提案を新たな目標の基盤とすべきことを指摘しています。報告書はまた、これら目標は、世界的な認識を高め、各国レベルでの実施を促すよう、加盟国の意欲とビジョンを明確に伝える「焦点を絞った簡潔な」ものとすべきであるとも述べています。

統合報告書は、尊厳、人間、繁栄、地球、正義、パートナーシップを、開発目標の議論において理念的な指針を提供すべき横断的な「必須要素」群として提示していますが、潘事務総長は、どの要素も他の要素と切り離して考えることはできず、また、それぞれの要素が全体と不可分の一体をなしていることも強調しています。

事務総長は、持続可能な開発資金に関する政府間専門家委員会の作業を歓迎し、「実施はこのアジェンダの試金石になる。実施には健全な資金的基盤が伴わねばならない」と述べ、各国に取り組みをさらに拡大するよう促しています。

来年、アディスアベバで開かれる開発資金会議は、実施に向けた手段の輪郭を定めるうえで、大きな役割を果たすことになるため、事務総長は、社会で最も貧しく、最も弱い立場に置かれた人々に利益をもたらす国民所得を確保するうえで、各国の政府が果たすことになる「主要な役割」を強調しています。

報告書によると、特に脆弱な国々に供与される政府開発援助（ODA）と国際的な公的指針も「数兆ドルに上る民間資金が変革をもたらす力」を十分に発揮させるうえで不可欠となる一方で、水へのアクセス、再生可能エネルギー、農業、工業、インフラ、輸送の改善による低炭素経済への移行に関するプロジェクトについては、民間投資が特に重要となります。

また、実施は技術格差の解消や、説明責任の共有を確保する新たな枠組みの創出、信頼できるデータの提供にもかかっており、事務総長はこれら要素を「健全な意思決定を支える血液」と呼んでいます。

事務総長は、ポスト2015年プロセスから最大の成果を確保するという決意を改めて表明するとともに、各国が普遍的人権と国際的規範を指針としつつ、異なる国々の異なるニーズに引き続き配慮する必要性を強調しています。

「私たちは、目の前の作業の可能性と機会を認識しなければならない」と事務総長は述べています。

ポスト2015年開発アジェンダの策定を担当するアミーナ・モハメッド事務総長特別顧問はこれに先立ち、UN News Centre のインタビューに応じ、統合報告書から得られる主な「識見」のひとつとして、「2030年までに、私たちは貧困を終わらせ、生活を一変させるとともに、地球を守る方法も見出すことができる」という点を強調しました。

「私たちが、誰も置き去りにしないという普遍的アジェンダについて考えていくうえで、このことは重要だと思います。それは、半数あるいは4分の3の人を対象とするといったことではなく、すべての人々に関わることなのです…。誰も置き去りにしないということは、家族のうちで最も弱く、最も小さいのは誰か、そして、こうした人々を置き去りにしないようにするためには、何をしなければならないのかを見極めることと同じです。それこそまさに、私たちの活動の成否を判定する試金石なのです」

持続可能な開発目標

目標1　あらゆる場所で、あらゆる形態の貧困に終止符を打つ

目標2　飢餓をなくし、食料の安定確保と栄養状態の改善を達成するとともに、持続可能な農業を推進する

目標3　すべての年齢の人の健康な生活を確保し、福祉を推進する

目標4　すべての人の包摂的で公平な質の高い教育を確保し、生涯学習の機会を推進する

目標5　ジェンダーの平等を達成し、すべての女性と女児のエンパワーメントを図る

目標 6　すべての人に水と衛生施設へのアクセスと持続可能な管理を確保する

目標 7　すべての人に安価で信頼でき、持続可能で近代的なエネルギーへのアクセスを確保する

目標 8　すべての人のための持続的、包摂的かつ持続可能な経済成長、生産的な完全雇用およびディーセント・ワークを推進する

目標 9　強靭で復元力のあるインフラを整備し、包摂的で持続可能な工業化を推進するとともに、イノベーションを促進する

目標 10　国内と国家間の不平等を削減する

目標 11　都市と人間の居住地を包摂的、安全、強靭かつ持続可能にする

目標 12　持続可能な消費と生産のパターンを確保する

目標 13　気候変動とその影響に取り組むため、緊急の措置を講じる*

目標 14　海洋と海洋資源を持続可能な開発に向けて保全し、持続可能な形で利用する

目標 15　陸上生態系を保護、回復し、その持続可能な利用を推進すること、また、森林を持続可能な形で管理し、砂漠化に取り組み、土地の劣化を食い止め、逆転させるとともに、生物多様性の損失に歯止めをかける

目標 16　持続可能な開発に向けて安全で包摂的な社会を推進し、すべての人に司法へのアクセスを提供するとともに、あらゆるレベルにおいて効果的で責任ある包摂的な制度を構築する

目標 17　持続可能な開発のための実施手段を強化し、グローバル・パートナーシップを活性化させる

＊ 国連気候変動枠組み条約締約国会議が、気候変動へのグローバルな対応に向けた主たる国際的な政府間フォーラムであることを認識しつつ。

資料：国際連合広報センター

参考資料５ SDGs(持続可能な開発目標) OWG(ｵｰﾌﾟﾝﾜｰｷﾝｸﾞｸﾞﾙｰﾌﾟ)成果文書

持続可能な開発目標に関するオープン・ワーキング・グループの提案
(持続可能な開発目標及びターゲット)

(2014 年 12 月 8 日)

持続可能な開発目標に関するオープン・ワーキング・グループの提案についての序論
(IGES 仮約)

1. 国連持続可能な開発会議（リオ+20）の成果文書である『我々が望む未来』では、決議事項の１つとして、オープン・ワーキング・グループ（OWG）を設置して持続可能な開発目標（SDGs）を設定し、第 68 回国連総会における検討および適切な行動に付すことが定められた。また、同成果文書では SDGs の概念的基盤として、SDGs は国連ポスト 2015 年開発目標と整合・統合されるべきであると定めている。

2. 貧困撲滅は、現在世界が直面している最大の地球規模課題であり、持続可能な開発にとって必須の条件である。リオ+20 の成果文書では、喫緊の課題として貧困と飢餓からの人類の解放に対するコミットメントが再確認された。

3. 貧困撲滅、持続可能でない生産消費形態の変更および持続可能な生産消費形態の促進、ならびに経済・社会開発の基礎となる天然資源の保護と管理は、持続可能な開発の総体的目標であり、不可欠な条件である。

4. 持続可能な開発の中心は人々であり、このためリオ+20 では、正当かつ公平で包括的な世界を目指して努力し、持続可能かつ包括的な経済成長、社会開発および環境の保護を促進し、これを通じ、年齢、性別、障害、文化、人種、民族、出自、居住資格、宗教、経済的地位その他の状況によって区別することなく、世界中の子ども、若者、および次世代の人々をはじめとするすべての人々の利益のために協力して取り組んでいくことを約束した。

5. また、リオ+20 は、とりわけ第 7 原則として規定された「共通だが差異のある責任」を含め、環境と開発に関するリオ宣言のすべての原則を再確認した。

6. またリオ+20 は、リオ宣言、アジェンダ 21、アジェンダ 21 の更なる実施のための計画、持続可能な開発に関する世界首脳会議のための実施計画（ヨハネスブルグ実施計画）、持続可能な開発に関するヨハネスブルグ宣言、小島嶼開発途上国の持続可能な開発のための行動計画（バルバドス行動プログラム）、小島嶼開発途上国の持続可能な開発のための行動計画の更なる実施のためのモーリシャス戦略の完全実施に対するコミットメントを改めて再確認した。そして、2011～2020 年の 10 年における後発開発途上国のための行動計画（イスタンブール行動計画）、アルマトイ行動計画（内陸・通過開発

途上国の通過運輸協力のための新たな国際的枠組みにおける内陸開発途上国の特別なニーズへの対処）、アフリカの開発ニーズに関する政治宣言、アフリカ開発のための新パートナーシップの完全実施に対するコミットメントも再確認した。更に、国連ミレニアム宣言、2005 年世界サミットの成果、開発資金国際会議のモンテレイ合意、開発資金に関するドーハ宣言、国連総会におけるミレニアム開発目標（MDGs）に関するハイレベル本会合の成果文書、国際人口開発会議の行動計画、国際人口開発会議の行動計画の更なる実施のための主要な行動、および北京宣言および行動綱領、ならびに上記のレビュー会議の成果文書を含む、経済、社会、および環境分野に関するすべての主要な国連会議や首脳会議の成果に盛り込まれたコミットメントを再確認した。2013 年 9 月に開催された MDGs 達成に向けたフォローアップのための特別イベントの成果文書では、強固なポスト 2015 開発目標の立案に関する決定を再確認した。国際的な人の移動と開発に関するハイレベル対話の宣言において人の移動と開発に対するコミットメントを再確認した。

7. リオ+20 の成果物は、国際法およびその原則を十分に尊重しながら、国際連合憲章の目的および原則に引き続き従う必要性について再確認した。更に、自由・平和・安全の重要性、そして発展の権利、および水・食糧の権利など十分な生活水準への権利を含む人権の尊重、法の支配、グッド・ガバナンス（良い統治）、ジェンダー平等、女性のエンパワーメント、ならびに開発のための正当で民主的な社会への総合的なコミットメントを再確認した。世界人権宣言をはじめとする人権および国際法に関連する国際的な手段の重要性を再確認した。

8. OWG は、気候変動は国際的な問題であり、世界的な温室効果ガスの排出削減を促進するには、すべての国々による可能な限り広範な協力および効果的かつ適切な国際的対応への参画が求められることを強調した。国連気候変動枠組条約（UNFCCC）において、締約国は、衡平の原則に基づき、かつ各々の共通だが差異のある責任と各国の能力に従い、人類の現在および将来の世代のために気候系を保護すべきであることを想起した。2020 年までの世界の年間温室効果ガス排出量についての締約国の削減目標を総計した効果と、世界の平均気温の上昇を産業革命以前に比べて 2℃または 1.5℃以内に抑える見込みに合致した排出シナリオの総計の間に大きな隔たりがあることを重大な懸念をもって留意するとともに、UNFCCC の下での究極的な目標は、気候系に対して危険な人為的干渉を及ぼすこととならない水準において大気中の温室効果ガス濃度を安定化させることであると、再確認した。

9. 地球とその生態系は我々の故郷である。「母なる地球」は多くの国や地域で共通の表現であり、持続可能な開発の推進との関連で、自然の権利を認識する国もあることに我々は留意する。リオ+20 では、現在および未来の世代における経済的、社会的、環境的ニーズの正しいバランスを達成するためには、自然との調和の推進が必要であると認めている。また、世界における自然および文化の多様性を認め、すべての文化および文明が持続可能な開発に寄与し得ることを認識している。

10. 各国は持続可能な開発の実現に向けて独自の課題に直面している。最も脆弱な国々、特にアフリカ諸国、後発開発途上国、内陸開発途上国、および小島嶼開発途上国は特有の課題に直面している。紛争状態にある国にも特別な注意を向ける必要がある。

11. リオ+20 では、国際協力を強化し、すべての人々、特に開発途上国の人々に対する持続可能な開発に関わる根強い課題に取り組むというコミットメントを再確認した。この点に関し、経済的安定、持続的な経済成長、社会的平等の促進、および環境保護を達成すると同時に、ジェンダー平等、女性のエンパワーメント、およびすべての人々の雇用均等、ならびに子どもの潜在能力を完全に実現すべく教育などを通じた保護、生存、および開発を強化することが必要であることを再確認した。

12. 各国は自国の経済および社会開発に対する第一の責任を負うものであり、国内政策、国内資源および開発戦略の役割の重要性は計り知れない。開発途上国は持続可能な開発のための追加の資源を必要としている。持続可能な開発を促進するためには、さまざまな供給源から多大な資源を動員し、調達金を効果的に利用する必要がある。リオ+20 では、持続可能な開発のためのグローバル・パートナーシップを再活性化させ、そのために必要な資源を動員させることに対するコミットメントを認識した。持続可能な開発資金に関する政府間専門家委員会の報告書では、持続可能な開発資金戦略案を提案する予定である。2015 年 7 月に開催予定の第 3 回開発資金国際会議の実質的成果として、モンテレイ合意およびドーハ宣言の実施進捗状況が評価される予定である。国家および国際レベルでのグッド・ガバナンスと法の支配は、持続可能かつ包括的で公平な経済成長、持続可能な開発、および貧困と飢餓の撲滅に不可欠なものである。

13. リオ+20 では、我々の全般的目標である三次元的な視点からの持続可能な開発を実現するための利用可能なアプローチ、ビジョン、モデルおよびツールは各国の状況や優先事項に従って異なることを再確認した。

14. 持続可能な開発目標の実施は、政府、市民社会、民間セクター、および国連機関の積極的関与を伴った、持続可能な開発のためのグローバル・パートナーシップに依存している。実施レビューの強固な仕組みは、SDGs の成功に不可欠なものである。国連総会、経済社会理事会（ECOSOC）のシステム、およびハイレベル政治フォーラムは、この点において中心的な役割を担う。

15. リオ+20 では、植民地または外国の支配下で暮らす人々の自決権の完全な実現に対する障害を取り除くため、国際法に従い更なる効果的な手段と行動を取ることに対するコミットメントを繰り返し表明した。これらの障害は、こうした人々の経済および社会開発ならびに環境に引き続き負の影響を及ぼしており、人間の尊厳および価値とは相容れないものであるため、撲滅すべく対処しなければならない。

16. リオ+20 は、憲章にあるとおり、国家の領土保全や政治的独立に反する行動に正当性を与え、また助長するものであると見なされないことを再確認した。また、国際法に従い、複合的人道危機やテロリズムの影響を受ける地域に暮らす人々にとっての障害や制約を取り除き、支援を強化し、特別なニーズに対応するために、更なる効果的な手段と行動を取ることを決定した。

17. SDGs の実施モニタリングにあたっては、所得、ジェンダー、年齢、人種、民族、居住資格、障害、地理的位置、およびその他 SDGs の実施モニタリングを支援する各国事情に関連する特性別のデータや統計の入手可能性とアクセスを向上させることが重要である。SDGs の実施から取り残される者が出ないよう、非集計データの質、対象範囲、および入手可能性を向上するため、緊急に措置を講ずる必要がある。

18. 持続可能な開発目標にはそれぞれターゲットが設定されており、更に今後、成果の測定に重点を置いた指標により詳細化される。本目標は行動を中心とし、グローバルな性質を持ち、あらゆる国に例外なく適用できるものである。また、各国の異なる原状、開発能力および開発レベルに配慮し、国内政策と優先事項を尊重している。本目標は、MDGs の成果を基盤とし、MDGs の未達成事項の完了を目指すとともに、新たな課題に対応するものである。これらの目標は、持続可能な開発における世界的な優先事項の統合的かつ不可分な総体をなしている。ターゲットは、世界全体の野心的ターゲットであり、各国政府は世界的な野心のレベルを指針としつつ、国内の状況を勘案して独自の国別ターゲットを設定する。目標とターゲットは、経済、社会、環境面を統合し、あらゆる次元での持続可能な開発の達成において、これらのインターリンケージを内包するものである。

持続可能な開発目標

目標 1. あらゆる場所のあらゆる形態の貧困を終わらせる

目標 2. 飢餓を終わらせ、食糧安全保障および栄養改善を実現し、持続可能な農業を促進する

目標 3. あらゆる年齢のすべての人々の健康的な生活を確保し、福祉を促進する

目標 4 . すべての人々への包括的かつ公平な質の高い教育を提供し、生涯学習の機会を促進する

目標 5. ジェンダー平等を達成し、すべての女性および女子のエンパワーメントを行う

目標 6. すべての人々の水と衛生の利用可能性と持続可能な管理を確保する

目標 7. すべての人々の、安価かつ信頼できる持続可能な現代的エネルギーへのアクセスを確保する

目標 8 . 包括的かつ持続可能な経済成長、およびすべての人々の完全かつ生産的な雇用とディーセント・ワーク（適切な雇用）を促進する

目標 9. レジリエントなインフラ構築、包括的かつ持続可能な産業化の促進、およびイノベーションの拡大を図る

目標 10. 各国内および各国間の不平等を是正する

目標 11. 包括的で安全かつレジリエントで持続可能な都市および人間居住を実現する

目標 12. 持続可能な生産消費形態を確保する

目標 13. 気候変動およびその影響を軽減するための緊急対策を講じる*

*国連気候変動枠組条約（UNFCCC）が、気候変動への世界的対応について交渉を行う一義的な国際的、政府間対話の場であると認識している。

目標 14. 持続可能な開発のために海洋資源を保全し、持続的に利用する

目標 15. 陸域生態系の保護・回復・持続可能な利用の推進、森林の持続可能な管理、砂漠化への対処、ならびに土地の劣化の阻止・防止および生物多様性の損失の阻止を促進する

目標 16. 持続可能な開発のための平和で包括的な社会の促進、すべての人々への司法へのアクセス提供、およびあらゆるレベルにおいて効果的で説明責任のある包括的な制度の構築を図る

目標 17. 持続可能な開発のための実施手段を強化し、グローバル・パートナーシップを活性化する

持続可能な開発目標及びターゲット

提案目標 1. あらゆる場所のあらゆる形態の貧困を終わらせる

1.1 2030 年までに、現在 1 日 1.25 ドル未満で生活する人々と定義されている極度の貧困をあらゆる場所で終わらせる。

1.2 2030 年までに、各国定義によるあらゆる次元の貧困状態にある、すべての年齢の男性、女性、子どもの割合を半減させる。

1.3 各国において最低限の基準を含む適切な社会保護制度および対策を実施し、2030 年までに貧困層および脆弱層に対し十分な保護を達成する。

1.4 2030 年までに、貧困層および脆弱層をはじめ、すべての男性および女性の経済的資源に対する同等の権利、ならびに基本的サービス、オーナーシップ、および土地その他の財産、相続財産、天然資源、適切な新技術、およびマイクロファイナンスを含む金融サービスへの管理を確保する。

1.5 2030 年までに、貧困層や脆弱な立場にある人々のレジリエンスを構築し、気候変動に関連する極端な気象現象やその他の経済、社会、環境的打撃や災害に対するリスク度合いや脆弱性を軽減する。

1.a あらゆる次元での貧困撲滅のための計画や政策を実施するべく、後発開発途上国をはじめとする開発途上国に対して適切かつ予測可能な手段を講じるため、開発協力の強化などを通じて、さまざまな供給源からの多大な資源の動員を確保する。

1.b 各国、地域、および国際レベルで、貧困層やジェンダーに配慮した開発戦略に基づいた適正な政策的枠組みを設置し、貧困撲滅のための行動への投資拡大を支援する。

提案目標 2. 飢餓を終わらせ、食糧安全保障および栄養改善を実現し、持続可能な農業を促進する

2.1 2030 年までに、飢餓を撲滅し、すべての人々、特に貧困層および幼児を含む脆弱な立場にある人々が一年中安全かつ栄養のある食糧を十分得られるようにする。

2.2 5 歳未満の子どもの発育阻害や衰弱について国際的に合意されたターゲットを 2025 年までに達成するなど、2030 年までにあらゆる形態の栄養失調を撲滅し、若年女子、妊婦・授乳婦、および高齢者の栄養ニーズへの対処を行う。

2.3 2030 年までに、土地その他の生産資源、投入財、知識、金融サービス、市場、および付加価値や非農業雇用の機会への平等なアクセスの確保などを通じて、女性、先住民

族、小規模な家族経営の農家、牧畜家および漁師をはじめとする、小規模食糧生産者の農業生産性および所得を倍増させる。

2.4 2030 年までに、持続可能な食糧生産システムを確保し、生産性および生産の向上につながるレジリエントな農業を実践することにより、生態系の保全、気候変動や極端な気象現象、干ばつ、洪水その他の災害への適応能力向上、および土地と土壌の質の漸進的改良を促す。

2.5 2020 年までに、国内、地域、および国際レベルで適正に管理および多様化された種子・植物バンクなどを通じて、種子、栽培植物、飼育動物・家畜、およびその近縁野生種の遺伝的多様性を維持し、国際的合意に基づく遺伝資源および伝統的な関連知識の活用による便益へのアクセスおよび公正かつ公平な共有を確保する。

2.a 国際協力の強化などを通じて、農村インフラ、農業研究・普及サービス、技術開発、および植物・家畜遺伝子バンクへの投資を拡大し、開発途上国、特に後発開発途上国における農業生産の強化を図る。

2.b ドーハ開発ラウンドの決議に従い、あらゆる形態の農産物輸出補助金および同一の効果を伴うすべての輸出措置の並行的廃止など、世界の農産物市場における貿易制限や歪みを是正および防止する。

2.c 農産物商品市場およびデリバティブ市場の適正な機能を確保するための措置を講じ、食糧備蓄などの市場情報への適時のアクセスを容易にすることにより、食糧価格の極端な変動に歯止めをかける。

提案目標 3. あらゆる年齢のすべての人々の健康的な生活を確保し、福祉を促進する

3.1 2030 年までに、世界の妊産婦の死亡率を 10 万人当たり 70 人未満に削減する。

3.2 2030 年までに、新生児および 5 歳未満児の予防可能な死亡を根絶する。

3.3 2030 年までに、エイズ、結核、マラリアおよび顧みられない熱帯病といった伝染病を根絶するとともに肝炎、水系感染症およびその他の感染症に対処する。

3.4 2030 年までに、非感染性疾患（NCD）による早期死亡を、予防や治療を通じて 3 分の 1 減少させ、精神保健および福祉を促進する。

3.5 麻薬乱用やアルコールの有害な摂取を含む、薬物乱用の防止・治療を強化する。

3.6 2020 年までに、世界の道路交通事故による死傷者を半減させる。

3.7 2030 年までに、家族計画、情報・教育、およびリプロダクティブ・ヘルスの国家戦略・計画への組み入れを含む、性と生殖に関するヘルスケアをすべての人々が利用できるようにする。

3.8 すべての人々に対する財政保障、質の高い基礎的なヘルスケア・サービスへのアクセス、および安全で効果的、かつ質が高く安価な必須医薬品とワクチンのアクセス提供を含む、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）を達成する。

3.9 2030 年までに、有害化学物質、ならびに大気、水質および土壌の汚染による死亡および病気の件数を大幅に減少させる。

3.a すべての国々において、たばこ規制枠組条約の実施を適宜強化する。

3.b 主に開発途上国に影響を及ぼしている感染性および非感染性疾患のワクチンおよび医薬品の研究開発を支援する。また、ドーハ宣言に従い安価な必須医薬品およびワクチンへのアクセスを提供する。同宣言は公衆衛生保護およびすべての人々への医薬品のアクセス提供にかかわる「知的所有権の貿易関連の側面に関する協定（TRIPS 協定）」の柔軟性に関する規定を完全に行使する開発途上国の権利を確約したものである。

3.c 開発途上国、特に後発開発途上国および小島嶼開発途上国において保健財政、および保健従事者の採用、能力開発・訓練、および定着を大幅に拡大させる。

3.d すべての国々、特に開発途上国の国家・世界規模な健康リスクの早期警告、リスク緩和およびリスク管理のための能力を強化する。

提案目標 4 ．すべての人々への、包括的かつ公平な質の高い教育を提供し、生涯学習の機会を促進する

4.1 2030 年までに、すべての子どもが男女の区別なく、適切かつ有効な学習成果をもたらす、自由かつ公平で質の高い初等教育および中等教育を修了できるようにする。

4.2 2030 年までに、すべての子どもが男女の区別なく、質の高い早期幼児の開発、ケア、および就学前教育にアクセスすることにより、初等教育を受ける準備が整うようにする。

4.3 2030 年までに、すべての人々が男女の区別なく、安価で質の高い技術教育、職業教育、および大学を含む高等教育への平等なアクセスを得られるようにする。

4.4 2030 年までに、技術的・職業的スキルなど、雇用、ディーセント・ワークおよび起業に必要な技能を備えた若者と成人の割合を X%増加させる。

4.5 2030 年までに、教育におけるジェンダー格差を無くし、障害者、先住民および脆弱な立場にある子どもなど、脆弱層があらゆるレベルの教育や職業訓練に平等にアクセスできるようにする。

4.6 2030 年までに、すべての若者および成人の少なくとも X%（男女ともに）が、読み書き能力および基本的計算能力を身に付けられるようにする。

4.7 2030 年までに、持続可能な開発と持続可能なライフスタイル、人権、ジェンダー平等、平和と非暴力の文化、グローバル市民、および文化的多様性と文化が持続可能な開発にもたらす貢献の理解などの教育を通じて、すべての学習者が持続可能な開発を推進するための知識とスキルを獲得するようにする。

4.a 子ども、障害、およびジェンダーに配慮した教育施設を構築・改良し、すべての人々に安全で非暴力的、包括的、効果的な学習環境を提供できるようにする。

4.b 2020 年までに、開発途上国、特に後発開発途上国および小島嶼開発途上国、ならびにアフリカ諸国を対象とした、職業訓練、情報通信技術（ICT）、技術・工学・科学プログラムなど、先進国およびその他の開発途上国における高等教育の奨学金の件数を全世界で X%増加させる。

4.c 2030 年までに、開発途上国、特に後発開発途上国および小島嶼開発途上国における教員養成のための国際協力などを通じて、資格を持つ教員の数を X%増加させる。

提案目標 5．ジェンダー平等を達成し、すべての女性および女子のエンパワーメントを行う

5.1 あらゆる場所におけるすべての女性および女子に対するあらゆる形態の差別を撤廃する。

5.2 人身売買や性的、その他の種類の搾取など、すべての女性および女子に対する、公共・私的空間におけるあらゆる形態の暴力を排除する。

5.3 未成年者の結婚、早期結婚、強制結婚、および女性器切除など、あらゆる有害な慣行を撤廃する。

5.4 公共のサービス、インフラ、および社会保障政策の提供、ならびに各国の状況に応じた世帯・家族内における責任分担を通じて、無報酬の育児・介護や家事労働を認識・評価する。

5.5 政治、経済、公共分野でのあらゆるレベルの意思決定において、完全かつ効果的な女性の参加および平等なリーダーシップの機会を確保する。

5.6 国際人口開発会議（ICPD）の行動計画および北京行動綱領、ならびにこれらの検討会議の成果文書に従い、性と生殖に関する健康および権利への普遍的アクセスを確保する。

5.a 女性に対し、経済的資源に対する同等の権利、ならびに各国法に従い、オーナーシップ、および土地その他の財産、金融サービス、相続財産、天然資源に対するアクセスを与えるための改革に着手する。

5.b 女性のエンパワーメント促進のため、ICT をはじめとする実現技術の活用を強化する。

5.c ジェンダー平等の促進、ならびにすべての女性および女子のあらゆるレベルでのエンパワーメントのための適正な政策および拘束力のある法規を導入・強化する。

提案目標 6. すべての人々の水と衛生の利用可能性と持続可能な管理を確保する

6.1 2030 年までに、すべての人々の、安全で安価な飲料水の普遍的かつ平等なアクセスを達成する。

6.2 2030 年までに、すべての人々の、適切かつ平等な下水施設・衛生施設へのアクセスを達成し、野外での排泄をなくす。女性および女子、ならびに脆弱な立場にある人々のニーズに特に注意を向ける。

6.3 2030 年までに、汚染の減少、有害な化学物質や物質の投棄削減と最小限の排出、未処理の下水の割合半減、およびリサイクルと安全な再利用を世界全体で X%向上させることにより、水質を改善する。

6.4 2030 年までに、全セクターにおいて水の利用効率を大幅に改善し、淡水の持続可能な採取および供給を確保し水不足に対処するとともに、水不足に悩む人々の数を大幅に減少させる。

6.5 2030 年までに、国境を越えた適切な協力を含む、あらゆるレベルでの統合的な水資源管理を実施する。

6.6 2020 年までに、山地、森林、湿地、河川、帯水層、湖沼などの水に関連する生態系の保護・回復を行う。

6.a 2030 年までに、集水、海水淡水化、水の効率的利用、廃水処理、リサイクル・再利用技術など、開発途上国における水と衛生分野での活動や計画を対象とした国際協力とキャパシティ・ビルディング支援を拡大する。

6.b 水と衛生に関わる分野の管理向上への地域コミュニティの参加を支援・強化する。

提案目標 7. すべての人々の、安価かつ信頼できる持続可能な現代的エネルギーへのアクセスを確保する

7.1 2030 年までに、安価かつ信頼できる現代的エネルギーサービスへの普遍的アクセスを確保する。

7.2 2030 年までに、世界のエネルギーミックスにおける再生可能エネルギーの割合を大幅に拡大させる。

7.3 2030 年までに、世界全体のエネルギー効率の改善率を倍増させる。

7.a 2030 年までに、再生可能エネルギー、エネルギー効率、および先進的かつ環境負荷の低い化石燃料技術などのクリーンエネルギーの研究および技術へのアクセスを促進するための国際協力を強化し、エネルギー関連インフラとクリーンエネルギー技術への投資を促進する。

7.b 2030 年までに、開発途上国、特に後発開発途上国および小島嶼開発途上国のすべての人々に現代的で持続可能なエネルギーサービスを供給できるよう、インフラ拡大と技術向上を行う。

提案目標 8. 包括的かつ持続可能な経済成長、およびすべての人々の完全かつ生産的な雇用とディーセント・ワーク（適切な雇用）を促進する

8.1 各国の状況に応じて、一人当たり経済成長率を持続させる。特に後発開発途上国は少なくとも年率 7%の成長率を保つ。

8.2 高付加価値セクターや労働集約型セクターに重点を置くことなどにより、多様化、技術向上およびイノベーションを通じた高いレベルの経済生産性を達成する。

8.3 生産活動や適切な雇用創出、起業、創造性、およびイノベーションを支援する開発重視型の政策を促進するとともに、金融サービスへのアクセス改善などを通じて中小零細企業の設立や成長を奨励する。

8.4 2030 年までに、世界の消費と生産における資源効率を漸進的に改善させ、先進国主導の下、持続可能な消費と生産に関する 10 カ年計画枠組みに従い、経済成長と環境悪化の分断を図る。

8.5 2030 年までに、若者や障害者を含むすべての男性および女性の、完全かつ生産的な雇用およびディーセント・ワーク、ならびに同一労働同一賃金を達成する。

8.6 2020 年までに、就労、就学、職業訓練のいずれも行っていない若者の割合を大幅に減らす。

8.7 最も劣悪な形態の児童就労を確実に禁止・撲滅するための効果的措置の迅速な実施、強制労働の根絶、また 2025 年までに少年兵の徴募や利用を含むあらゆる形態の児童就労を撲滅する。

8.8 移住労働者、特に女性の移住労働者や不安定な雇用状態にある労働者など、すべての労働者の権利を保護し、安全・安心な労働環境を促進する。

8.9 2030 年までに、雇用創出、地元の文化・産品の販促につながる持続可能な観光業を促進するための政策を立案し実施する。

8.10 国内の金融機関の能力を強化し、すべての人々の銀行取引、保険、および金融サービスへのアクセス拡大を促進する。

8.a 後発開発途上国のための拡大統合フレームワークなどを通じて、開発途上国、特に後発開発途上国に対する貿易のための援助を拡大する。

8.b 2020 年までに、若年雇用のための世界的戦略および国際労働機関（ILO）の仕事に関する世界協定の実施を展開・運用化する。

提案目標 9. レジリエントなインフラ構築、包括的かつ持続可能な産業化の促進、およびイノベーションの拡大を図る

9.1 質が高く信頼できる持続可能かつレジリエントな地域・越境インフラなどのインフラを開発し、すべての人々の安価なアクセスに重点を置いた経済発展と人間の福祉を支援する。

9.2 包括的かつ持続可能な産業化を促進し、2030 年までに各国の状況に応じて雇用および GDP に占める産業セクターの割合を大幅に増加させる。後発開発途上国については同割合を倍増させる。

9.3 特に開発途上国における小規模の製造業その他の企業の、安価な資金貸付などの金融サービスやバリューチェーンおよび市場への統合へのアクセスを拡大する。

9.4 2030 年までに、資源利用効率の向上とクリーン技術および環境に配慮した技術・産業プロセスの導入拡大を通じたインフラ改良や産業改善により、持続可能性を向上させる。すべての国々は各国の能力に応じた取り組みを行う。

9.5 2030 年までにイノベーションを促進させることや 100 万人当たりの研究開発従事者数を X%増加させ、また官民研究開発の支出を拡大させるなど、開発途上国をはじめとするすべての国々の産業セクターにおける科学研究を促進し、技術能力を向上させる。

9.a アフリカ諸国、後発開発途上国、内陸開発途上国および小島嶼開発途上国への金融・テクノロジー・技術的支援の強化を通じて、開発途上国における持続可能かつレジリエントなインフラ開発を促進させる。

9.b 産業の多様化や商品への付加価値創造などに資する政策環境の確保などを通じて、開発途上国の国内における技術開発、研究およびイノベーションを支援する。

9.c 後発開発途上国において情報通信技術へのアクセスを大幅に向上させ、2020 年までに普遍的かつ安価なインターネット・アクセスを提供できるよう図る。

提案目標 10. 各国内および各国間の不平等を是正する

10.1 2030 年までに、各国の所得下位 40%の所得成長率について、国内平均を上回る数値を漸進的に達成し、持続させる。

10.2 2030 年までに、年齢、性別、障害、人種、民族、出自、宗教、あるいは経済的地位その他の状況に関わりなく、すべての人々のエンパワーメント、および社会的、経済的および政治的な包含を促進する。

10.3 差別的な法律、政策、および慣行の撤廃、ならびに適切な関連法規、政策、行動の促進などを通じて、機会均等を確保し、成果の不平等を是正する。

10.4 税制、賃金、社会保障政策をはじめとする政策を導入し、平等の拡大を漸進的に達成する。

10.5 世界金融市場と金融機関に対する規制とモニタリングを改善し、こうした規制の実施を強化する。

10.6 グローバルな国際経済・金融制度の意思決定における開発途上国の参加や発言力を拡大させることにより、より効果的で信用力があり、説明責任のある正当な制度を実現する。

10.7 計画に基づき良く管理された人の移動政策の実施などを通じて、秩序の取れた、安全で一定的かつ責任ある移動やモビリティーを促進する。

10.a 世界貿易機関（WTO）の協定に従い、後発開発途上国をはじめとして、開発途上国に対する差異のある特別な待遇の原則を実施する。

10.b 後発開発途上国、アフリカ諸国、小島嶼開発途上国および内陸開発途上国をはじめとするニーズが最も大きい国々を対象に、各国の計画やプログラムに従って、政府開発援助（ODA）および外国直接投資を含む資金フローを促進する。

10.c 2030 年までに、移動労働者による送金コストを 3%未満に引き下げ、コストが 5%を越える送金経路を撤廃する。

提案目標 11. 包括的で安全かつレジリエントで持続可能な都市および人間居住を実現する

11.1 2030 年までに、すべての人々の、適切、安全かつ安価な住宅および基本的サービスへのアクセスを確保し、スラムを改善する。

11.2 2030 年までに、脆弱な立場にある人々、女性、子ども、障害者、および高齢者のニーズに特に配慮し、公共交通機関の拡大などを通じた交通の安全性改善により、すべての人々に、安全かつ安価で容易に利用できる、持続可能な輸送システムへのアクセスを提供する。

11.3 2030 年までに、包括的かつ持続可能な都市化を促進し、すべての国々の参加型、包括的かつ持続可能な人間居住計画・管理の能力を強化する。

11.4 世界の文化遺産および自然遺産の保全・開発制限取り組みを強化する。

11.5 2030 年までに、貧困層および脆弱な立場にある人々の保護に重点を置き、水害などの災害による死者や被災者数を大幅に削減し、経済成長の損失を y%改善する。

11.6 2030 年までに、大気質、自治体などによる廃棄物管理への特別な配慮などを通じて、都市部の一人当たり環境影響を軽減する。

11.7 2030 年までに、女性・子ども、高齢者および障害者を含め、人々に安全で包括的かつ利用が容易な緑地や公共スペースへの普遍的アクセスを提供する。

11.a 各国・地域規模の開発計画の強化を通じて、経済、社会、環境面における都市部、都市周辺部、および農村部間の良好なつながりを支援する。

11.b 2020 年までに、包含、資源効率、気候変動の緩和と適応、災害に対するレジリエンスを目指す総合的政策および計画を導入・実施した都市および人間居住地の件数を x%増加させ、ポスト兵庫行動枠組に沿って、あらゆるレベルでの総合的な災害リスク管理の策定と実施を行う。

11.c 財政および技術的支援などを通じて、後発開発途上国における現地の資材を用いた、持続可能かつレジリエントな建造物の整備を支援する。

提案目標 12. 持続可能な生産消費形態を確保する

12.1 持続的な消費と生産に関する 10 年枠組みプログラム（10YFP）を実施し、先進国主導の下、開発途上国の開発状況や能力を勘案し、すべての国々が対策を講じる。

12.2 2030 年までに天然資源の持続可能な管理および効率的な利用を達成する。

12.3 2030 年までに小売・消費レベルにおける世界全体の一人当たりの食品廃棄物を半減させ、収穫後損失などの生産・サプライチェーンにおける食品の損失を減少させる。

12.4 2020 年までに、合意された国際的な枠組みに従い、製品ライフサイクルを通じて化学物質やすべての廃棄物の環境に配慮した管理を達成し、大気、水、土壌への排出を大幅に削減することにより、ヒトの健康や環境への悪影響を最小限に留める。

12.5 2030 年までに、予防、削減、リサイクル、および再利用（リユース）により廃棄物の排出量を大幅に削減する。

12.6 大企業や多国籍企業をはじめとする企業に対し、持続可能な慣行を導入し、定期報告に持続可能性に関する情報を盛り込むよう奨励する。

12.7 国内の政策や優先事項に従って持続可能な公共調達の慣行を促進する。

12.8 2030 年までに、あらゆる場所の人々が持続可能な開発および自然と調和したライフスタイルに関する情報と意識を持つようにする。

12.a 開発途上国に対し、より持続可能な生産消費形態を促進する科学的・技術的能力の強化を支援する。

12.b 持続可能な開発が雇用創出、地元の文化・産品の販促につながる持続可能な観光業にもたらす影響のモニタリングツールを開発・導入する。

12.c 破壊的な消費を奨励する非効率的な化石燃料の補助金を合理化する。これは、課税の再編や該当する場合はこうした有害な補助金の段階的廃止による環境影響の明確化などを通じ、各国の状況に応じて市場の歪みを是正することにより行うことができる。また、その際は開発途上国の特別なニーズや状況を考慮し、開発への悪影響を最小限に留め、貧困層や対象コミュニティを保護するようにする。

提案目標 13. 気候変動およびその影響を軽減するための緊急対策を講じる*

*国連気候変動枠組条約（UNFCCC）が、気候変動への世界的対応について交渉を行う一義的な国際的、政府間対話の場であると認識している。

13.1 すべての国々において、気候変動に起因する危険や自然災害に対するレジリエンスおよび適応力を強化する。

13.2 気候変動対策を国別の政策、戦略および計画に盛り込む。

13.3 気候変動の緩和、適応、影響軽減、および早期警告に関する教育、啓発、人的能力および制度機能を改善する。

13.a 重要な緩和行動や実施における透明性確保に関する開発途上国のニーズに対応するため、2020 年までにあらゆる供給源から年間 1,000 億ドルを共同動員するという、UNFCCC の先進締約国によるコミットメントを実施し、可能な限り速やかに資本を投下してグリーン気候基金を本格始動させる。

13.b 女性、若者、および社会的弱者コミュニティの重点化などを通じて、後発開発途上国における気候変動関連の効果的な計画策定や管理の能力を向上するためのメカニズムを推進する。

提案目標 14. 持続可能な開発のために海洋資源を保全し、持続的に利用する

14.1 2025 年までに、陸上活動による海洋堆積物や富栄養化をはじめ、あらゆる種類の海洋汚染を防止し、大幅に減少させる。

14.2 2020 年までに、海洋および沿岸の生態系のレジリエンス強化や回復取り組みなどを通じた持続的な管理と保護を行い、大きな悪影響を回避し、健全で生産的な海洋を実現する。

14.3 あらゆるレベルでの科学的協力の促進などを通じて、海洋酸性化の影響に対処し最小限化する。

14.4 2020 年までに、漁獲を効果的に規制して、乱獲や違法・無報告・無規制（IUU）漁業および破壊的な漁業慣行を撤廃し、科学的情報に基づいた管理計画を実施することにより、実現可能な最短期間で水産資源を、少なくとも各資源の生物学的特性によって定められる持続的生産量のレベルまで回復させる。

14.5 2020 年までに、国内法および国際法に則り、入手可能な最適な科学的情報に基づいて、沿岸・海洋エリアの最低 10%を保全する。

14.6 2020 年までに、開発途上国および後発開発途上国に対する適切かつ効果的な、差異のある特別な待遇が WTO 漁業補助金交渉*の不可分の要素であるべきことを認識したうえで、過剰生産や乱獲につながる漁業補助金を禁止し、IUU につながる補助金を撤廃し、同様の新たな補助金の導入を抑制する。

14.7 2030 年までに、漁業、水産養殖、および観光の持続可能な管理などを通じた、小島嶼開発途上国および後発開発途上国の海洋資源の持続的な利用による経済的利益を増加させる。

14.a 海洋技術の移転に関するユネスコ政府間海洋学委員会の基準・ガイドラインを勘案し、科学的知識の増進、研究能力の開発、および海洋技術の移転を行い、開発途上国、特に小島嶼開発途上国および後発開発途上国の海洋の健全性の改善と、開発における海洋生物多様性の寄与向上を目指す。

14.b 小規模・伝統的漁業者に対する、漁場および市場へのアクセスを提供する。

14.c 海洋および海洋資源保全・持続的利用に関する既存の地域的・国際的枠組みなど、海洋法に関する国際連合条約（UNCLOS）の定めに従い、締約国による国際法の完全な実施を確保する。

提案目標 15. 陸域生態系の保護・回復・持続可能な利用の推進、森林の持続可能な管理、砂漠化への対処、ならびに土地の劣化の阻止・防止および生物多様性の損失の阻止を促進する

15.1 2020 年までに、国際協定の下での義務に則って、森林、湿地、山地、および乾燥地をはじめとする陸域生態系と内陸淡水生態系およびそれらのサービスの保全、回復、および持続可能な利用を確保する。

15.2 2020 年までに、あらゆる種類の森林の持続可能な管理の実施を促進し、森林破壊を阻止し、劣化した森林を回復し、世界全体で植林と森林再生を x%増加させる。

15.3 2020 年までに、砂漠化に対処し、砂漠化、干ばつ、および洪水の影響を受けた土地などの劣化した土地と土壌を再生し、土地劣化ニュートラルな世界の達成に尽力する。

15.4 2030 年までに生物多様性を含む山地生態系の保全を確保し、持続可能な開発にとって不可欠な便益をもたらす能力を強化する。

* 現在行われている WTO 交渉および WTO ドーハ開発アジェンダ、ならびに香港閣僚宣言を考慮

15.5 自然生息地の劣化を抑制し、生物多様性の損失を阻止し、2020 年までに絶滅危惧種を保護および絶滅防止するための緊急かつ重要な対策を講じる。

15.6 遺伝資源の活用による便益を公正かつ公平に共有できるようにするとともに、遺伝資源への適切なアクセスを推進する。

15.7 保護の対象となっている動植物種の密猟および違法な取引を撲滅するための緊急対策を講じ、違法な野生生物製品の需要・供給に対処する。

15.8 2020 年までに、侵略的外来種の移入を防止し、これによる陸・海洋生態系への影響を大幅に減少させる。対策優先種の駆除または排除を行うための対策を導入する。

15.9 2020 年までに、生態系と生物多様性の価値を、国家・地域の計画策定、開発プロセスおよび貧困軽減戦略、ならびに会計に組み込む。

15.a 生物多様性と生態系の保全と持続的な利用のために、あらゆる供給源からの資金の動員および大幅な増加を行う。

15.b あらゆるレベルにおいてあらゆる供給源から多大な資源を動員して持続可能な森林管理の資金を調達する。また、開発途上国に対して適切なインセンティブを提供し、保全や森林再生などの持続的な森林管理の向上を図る。

15.c 地域コミュニティの能力向上を通じた持続的な生計機会の追求などにより、保護種の密猟および違法な取引を撲滅するための取り組みに対する世界的支援を強化する。

提案目標 16. 持続可能な開発のための平和で包括的な社会の促進、すべての人々への司法へのアクセス提供、およびあらゆるレベルにおいて効果的で説明責任のある包括的な制度の構築を図る

16.1 あらゆる場所において、すべての形態の暴力および暴力に関連する死亡率を大幅に減少させる。

16.2 子どもに対する虐待、搾取、人身売買およびあらゆる形態の暴力および拷問を撲滅する。

16.3 国家および国際的なレベルでの法の支配を促進し、すべての人々に司法への平等なアクセスを提供する。

16.4 2030 年までに、違法な資金および武器の取引を大幅に減少させ、盗難された資産の回復および返還を強化し、あらゆる形態の組織犯罪を根絶する。

16.5 あらゆる形態の汚職や贈賄を大幅に減少させる。

16.6 あらゆるレベルにおいて、有効で説明責任のある透明性の高い公共機関を発展させる。

16.7 あらゆるレベルにおいて、対応的、包括的、参加型、および代表的な意思決定を確保する。

16.8 グローバル・ガバナンス機関への開発途上国の参加を拡大・強化する。

16.9 2030 年までに、すべての人々に出生登録を含む法的な身分証明を提供する。

16.10 国内法規および国際協定に従い、情報への公共アクセスを確保し、基本的自由を保障する。

16.a 特に開発途上国において、暴力の防止とテロリズム・犯罪の撲滅に関するあらゆるレベルでのキャパシティ・ビルディングのため、国際協力などを通じて関連国家機関を強化する。

16.b 持続可能な開発のための非差別的な法規および政策を推進し、実施する。

提案目標 17. 持続可能な開発のための実施手段を強化し、グローバル・パートナーシップを活性化する

資金

17.1 課税および徴税能力の向上に向けた国際的な支援などを通じて、開発途上国の国内資源の動員を強化する。

17.2 先進国は、国民総所得（GNI）比 0.7%を開発途上国に、うち 0.15～0.20%を後発開発途上国に提供するという ODA コミットメントを完全実施する。

17.3 複数の財源から、開発途上国のための追加的資金源を動員する。

17.4 必要に応じた負債による資金調達、債務救済および債務再編の促進を目的とした協調的な政策により、開発途上国の長期的な債務の持続可能性の実現を支援し、重債務貧困国（HIPC）の対外債務への対応により債務リスクを軽減する。

17.5 後発開発途上国のための投資促進枠組みを導入および実施する。

技術

17.6 科学、技術、およびイノベーションに関する北南協力、南南協力および地域的・国際的な三角協力を強化するとともにこれらへのアクセスを向上する。また、国連レベルをはじめとする既存のメカニズム間の調整改善や、合意に基づくグローバルな技術促進メカニズムなどを通じて、相互に合意した条件において知識共有を進める。

17.7 開発途上国に対し、譲許的・特恵的条件などの相互に合意した有利な条件の下で、環境に配慮した技術の開発、移転、普及、および拡散を促進する。

17.8 2017年までに、後発開発途上国のための技術バンクおよび科学・技術・イノベーション（STI）キャパシティ・ビルディング・メカニズムを完全運用させ、情報通信技術（ICT）をはじめとする実現技術の利用を強化する。

キャパシティ・ビルディング

17.9 北南協力、南南協力および三角協力などを通じて、開発途上国における効果的かつ的をしぼったキャパシティ・ビルディングの実施に対する国際的な支援を強化し、すべての持続可能な開発目標を実施するための国家計画を支援する。

貿易

17.10 ドーハ開発アジェンダにおける交渉完了などにより、WTOの下での普遍的でルールに基づいた、差別的でない、平等な多角的貿易システムを促進する。

17.11 開発途上国による輸出を大幅に増加させ、特に2020年までに世界の輸出に占める後発開発途上国のシェアを倍増させる。

17.12 WTOの決定に従い、後発開発途上国からの輸入に対する特恵的な原産地規則が透明、簡略的かつ市場アクセスに寄与するものとなるようにするなど、すべての後発開発途上国に対し、永続的な無税・無枠の市場アクセスを適時実施する。

体制面 政策・制度的整合性

17.13 政策協調や政策の首尾一貫性などを通じて、世界的なマクロ経済の安定を促進する。

17.14 持続可能な開発のための政策の一貫性を強化する。

17.15 貧困撲滅と持続可能な開発のための政策の確立・実施にあたっては、各国の政策空間およびリーダーシップを尊重する。

マルチステークホルダー・パートナーシップ

17.16 持続可能な開発のためのグローバル・パートナーシップのマルチステークホルダー・パートナーシップによる補完を促進し、それによるナレッジ、専門知識、技術、および資金源の動員・共有を通じて、すべての国々、特に開発途上国の持続可能な開発目標の達成を支援する。

17.17 さまざまなパートナーシップの経験や資源戦略を基にした、効果的な公的、官民、市民社会のパートナーシップを奨励・推進する。

データ、モニタリング、説明責任

17.18 2020年までに、後発開発途上国および小島嶼開発途上国を含む開発途上国に対するキャパシティ・ビルディング支援を強化し、所得、性別、年齢、人種、民族、居住資格、障害、地理的位置、およびその他各国事情に関連する特性別の質が高く、タイムリーかつ信頼性のある非集計型データの入手可能性を向上させる。

17.19 2030年までに、持続可能な開発の進捗状況を測るGDP以外の尺度を開発する既存の取り組みを更に前進させ、開発途上国における統計に関するキャパシティ・ビルディングを支援する。

資料：Institute for Global Environmental Strategies (IGES)

参考資料６　貿易協定と国民の健康に関するＷＭＡ理事会決議
（2015年4月、ノルウェー、オスロにおける第200回ＷＭＡ理事会で採択）

序文

貿易協定はグローバリゼーションの結果として生じたものであり、貿易自由化の促進を求めるものである。貿易協定は、健康の社会的決定因子に著しい影響を及ぼす可能性があり、それ故に国民の健康と医療の提供への影響もあり得る。

貿易協定は、経済的利益を生み出すことを目的として策定される。交渉に際しては、協定が潜在的に広範に及ぼす影響、特に健康面への影響を考慮すべきであり、潜在的経済利益の追求により健康に害が及ばないことを保証すべきである。

経済構造が十分に構築され、健康促進、医療提供および医療の公平化をいかなる干渉も受けずに法制化し、規制しかつ計画するという政府の能力を保護することを前提とすれば、貿易協定にはその経済構造を向上させることにより、すべての人々の健康と安寧を促進する力がある。

背景

これまで多くの貿易協定交渉が行われてきた。現在交渉中の新しい協定には、環太平洋連携協定（TPP）、環大西洋連携協定（TTIP）、新サービス貿易協定（TiSA）、および欧州連合（EU）とカナダ間での包括的経済貿易協定（CETA）が含まれる。

これらの交渉では、貿易のためのグローバル・ガバナンスの枠組みの確立が求められ、その規模、範囲、および機密性は前例のないものである。透明性の欠如および限定された一連の利害関係者による情報の選択的共有は、民主主義に反したものである。

国家と投資家の間の紛争解決（ISDS）は、投資家が政府に対して訴訟を起こし補償を求めるメカニズムを提供するものであり、説明責任と透明性を求める既存のシステムとは別に実行されるものである。より小規模の貿易協定におけるISDSでは、タバコの簡易包装といったエビデンスに基づく保健法に抗するために利用されてきた。広範なISDSのメカニズムでは、タバコ規制、アルコール規制、肥満の原因となる食品や飲料の規制、医薬品へのアクセス、医療、環境保護／気候変動、および労働／環境衛生の改善に影響するよう意図された公衆衛生活動を脅かす可能性がある。これは特に、資源の利用が限られている国々で起こり得る。

TPP/ negotiations currently include twelve parties: the United States, Canada, Mexico, Peru, Chile, Australia, New Zealand, Brunei, Singapore, Malaysia, Japan and Vietnam.
TTIP/ negotiations currently include the European Union and the United States.
CETA negotiations currently include European Union and Canada.

手頃な価格の医薬品を利用できることは、感染性・非感染性疾患の世界的負担を抑制する上で決定的に重要な意味を持つ。世界貿易機関（WTO）の「知的所有権の貿易関連の側面に関する協定（TRIPS）」では、医薬品の特許を含む知的財産の保護を管理する一連の国際社会の共通ルールが確立された。特許の強制裁定実施権を始めとするTRIPSの保障措置と柔軟性は、特許の保護が国民の健康に優先してはならないという保証を求めている。

新サービス貿易協定（TiSA）は、ライセンス取得と電気通信の規則を変更することにより、eヘルス（医療の情報化）の提供に影響を与えることがある。TiSAによるeヘルスの提供への影響はかなりなものとなる可能性があり、包括的かつ有効で費用対効果の高い効率的な医療の提供を損なう恐れがある。

『医薬品の特許手続きに関するWMA声明』では、診断法、治療法、および外科手術手技の特許権の取得は非倫理的であり、「患者への新しい処置の利用を潜在的に制限することにより有効な医療の実践に深刻なリスクを与える」と述べている。

『医療労働力に関するWMA声明』では、WMAは医学教育への投資の必要性を認識していると述べており、各国政府に対して「全国民の医療ニーズに応えるため、医師の教育、研修、成長、雇用、確保に十分な財源を投じる」よう要請している。

『健康と気候変動に関するWMAデリー宣言』では、世界的気候変動は、これまでも、そして将来においても健康に深刻な影響を及ぼすとして、包括的な行動が要求されていると述べている。

勧告

それ故に、WMAは各国政府と各国医師会に対し、以下の通り要請する。

1.商業的利益よりも国民の健康を保護、促進、かつ優先し、特に個人や国民全体の健康に影響を及ぼす公共サービスを確保するため、広範な例外規定を保証する貿易協定を支持する。これには、eヘルス、Tele-Health（遠隔医療）、mHealth（モバイルヘルス）、uHealth（ユキビタスヘルス）をはじめとする、新しい形の医療提供を含めるべきである。

2.貿易協定が、健康と医療を規制する、あるいはすべての人々の健康の権利を確保する政府の能力に干渉しないことを保証する。健康の保護と促進のための政府による活動は、ISDSや同様のメカニズムを介した抗議の対象とされるべきではない。

3.医療サービスや医薬品の利用を損なうと考えられるいかなる貿易協定条項にも反対する。これには以下の内容が含まれるが、それらに限定されるものではない。

- 診断法、治療法、および外科手術手技の特許権（または特許権の強制）
- 既存の医薬品の「エバーグリーニング」化または軽微な変更に対する特許権保護
- 市場へのジェネリック薬品参入の妨げになる特許リンケージその他の特許期間調整
- 生物製剤のデータ独占権
- ライセンス義務化をはじめとするTRIPSのセーフガードの弱体化またはTRIPSの柔軟性の制限を狙った一切の試み
- 臨床試験データの透明性への制限

4.医学教育に対する公的支援の減少または医学教育の商業化を促進するような貿易協定条項に反対する。

5.貿易協定が環境保護を促進し、気候変動を引き起こす活動を低減させる取り組みを支援するものであることを保証する。

6.すべての貿易協定交渉において、交渉内容の公開や利害関係者が関与するための重要な機会をはじめとする交渉の透明性と公開性を要請する。

資料：「WMA Council Resolution on Trade Agreement & Public Health」ＷＭＡ、2015年（平成27年）4月
資料：公益社団法人　日本医師会訳、2015年（平成27年）4月

(1)平均寿命と死亡率

			ブルネイ	カンボジア	インドネシア	ラオス	マレーシア	ミャンマー	フィリピン	シンガポール	タイ	ベトナム	アセアン平均	日本
平均寿命（年）出生時	男女合計	1990	74 〈93.7〉	56 〈70.9〉	62 〈78.5〉	54 〈68.4〉	71 〈89.9〉	58 〈73.4〉	66 〈83.5〉	75 〈94.9〉	67 〈84.8〉	67 〈84.8〉	65 〈82.3〉	79 〈100.0〉
		2011	77 〈92.8〉	65 〈78.3〉	69 〈83.1〉	68 〈81.9〉	74 〈89.2〉	65 〈78.3〉	69 〈83.1〉	82 〈98.8〉	74 〈89.2〉	75 〈90.4〉	72 〈86.5〉	83 〈100.0〉
		2012	77 〈91.7〉	72 〈85.7〉	71 〈84.5〉	66 〈78.6〉	74 〈88.1〉	66 〈78.6〉	69 〈82.1〉	83 〈98.8〉	75 〈89.3〉	76 〈90.5〉	73 〈86.8〉	84 〈100.0〉
	男性	1990	71 〈93.4〉	54 〈71.1〉	60 〈78.9〉	53 〈69.7〉	69 〈90.8〉	56 〈73.7〉	63 〈82.9〉	73 〈96.1〉	64 〈84.2〉	65 〈85.5〉	63 〈82.6〉	76 〈100.0〉
		2011	76 〈96.2〉	64 〈81.0〉	68 〈86.1〉	66 〈83.5〉	72 〈91.1〉	63 〈79.7〉	66 〈83.5〉	80 〈101.3〉	71 〈89.9〉	73 〈92.4〉	70 〈88.5〉	79 〈100.0〉
		2012	76 〈95.0〉	70 〈87.5〉	69 〈86.3〉	64 〈80.0〉	72 〈90.0〉	64 〈80.0〉	65 〈81.3〉	80 〈100.0〉	71 〈88.8〉	71 〈88.8〉	70 〈87.8〉	80 〈100.0〉
	女性	1990	76 〈92.7〉	58 〈70.7〉	63 〈76.8〉	55 〈67.1〉	74 〈90.2〉	60 〈73.2〉	70 〈85.4〉	78 〈95.1〉	71 〈86.6〉	69 〈84.1〉	67 〈82.2〉	82 〈100.0〉
		2011	78 〈90.7〉	66 〈76.7〉	71 〈82.6〉	69 〈80.2〉	76 〈88.4〉	67 〈77.9〉	73 〈84.9〉	85 〈98.8〉	77 〈89.5〉	77 〈89.5〉	74 〈85.9〉	86 〈100.0〉
		2012	78 〈89.7〉	75 〈86.2〉	73 〈83.9〉	67 〈77.0〉	76 〈87.4〉	68 〈78.2〉	72 〈82.8〉	85 〈97.7〉	79 〈90.8〉	80 〈92.0〉	75 〈86.6〉	87 〈100.0〉
平均寿命（年）60歳時	男女合計	1990	19 〈82.6〉	15 〈65.2〉	16 〈69.6〉	15 〈65.2〉	18 〈78.3〉	15 〈65.2〉	18 〈78.3〉	20 〈87.0〉	17 〈73.9〉	18 〈78.3〉	17 〈74.3〉	23 〈100.0〉
		2011	21 〈80.8〉	16 〈61.5〉	18 〈69.2〉	17 〈65.4〉	19 〈73.1〉	17 〈65.4〉	18 〈69.2〉	25 〈96.2〉	21 〈80.8〉	21 〈80.8〉	19 〈74.2〉	26 〈100.0〉
		2012	21 〈80.8〉	24 〈92.3〉	18 〈69.2〉	17 〈65.4〉	19 〈73.1〉	17 〈65.4〉	17 〈65.4〉	25 〈96.2〉	21 〈80.8〉	22 〈84.6〉	20 〈77.3〉	26 〈100.0〉
	男性	1990	17 〈85.0〉	14 〈70.0〉	15 〈75.0〉	14 〈70.0〉	16 〈80.0〉	15 〈75.0〉	17 〈85.0〉	18 〈90.0〉	15 〈75.0〉	17 〈85.0〉	16 〈79.0〉	20 〈100.0〉
		2011	20 〈87.0〉	15 〈65.2〉	17 〈73.9〉	16 〈69.6〉	18 〈78.3〉	16 〈69.6〉	16 〈69.6〉	23 〈100.0〉	19 〈82.6〉	20 〈87.0〉	18 〈78.3〉	23 〈100.0〉
		2012	20 〈87.0〉	22 〈95.7〉	17 〈73.9〉	16 〈69.6〉	18 〈78.3〉	16 〈69.6〉	15 〈65.2〉	23 〈100.0〉	19 〈82.6〉	19 〈82.6〉	19 〈80.4〉	23 〈100.0〉
	女性	1990	21 〈84.0〉	16 〈64.0〉	56 〈70.9〉	16 〈64.0〉	19 〈76.0〉	16 〈64.0〉	19 〈76.0〉	21 〈84.0〉	18 〈72.0〉	19 〈76.0〉	18 〈72.8〉	25 〈100.0〉
		2011	21 〈75.0〉	17 〈60.7〉	19 〈67.9〉	18 〈64.3〉	20 〈71.4〉	17 〈60.7〉	19 〈67.9〉	26 〈92.9〉	22 〈78.6〉	22 〈78.6〉	20 〈71.8〉	28 〈100.0〉
		2012	21 〈72.4〉	25 〈86.2〉	19 〈65.5〉	18 〈62.1〉	20 〈69.0〉	17 〈58.6〉	19 〈65.5〉	27 〈93.1〉	23 〈79.3〉	25 〈86.2〉	21 〈73.8〉	29 〈100.0〉
死亡率（対千人出生）		2009	6 〈200.0〉	6 〈200.0〉	15 〈500.0〉	14 〈466.7〉	6 〈200.0〉	20 〈666.7〉	16 〈533.3〉	2 〈66.7〉	4 〈133.3〉	13 〈433.3〉	10 〈340.0〉	3 〈100.0〉
新生児死亡率（4週未満、対千人出生）		1990	7 〈233.3〉	19 〈633.3〉	29 〈966.7〉	38 〈1,266.7〉	9 〈300.0〉	42 〈1,400.0〉	22 〈733.3〉	4 〈133.3〉	18 〈600.0〉	22 〈733.3〉	21 〈700.0〉	3 〈100.0〉
		2011	4 〈400.0〉	11 〈1,100.0〉	15 〈1,500.0〉	17 〈1,700.0〉	3 〈300.0〉	30 〈3,000.0〉	12 〈1,200.0〉	1 〈100.0〉	8 〈800.0〉	12 〈1,200.0〉	11 〈1,130.0〉	1 〈100.0〉
		2012	4 〈400.0〉	18 〈1,800.0〉	15 〈1,500.0〉	27 〈2,700.0〉	5 〈500.0〉	26 〈2,600.0〉	14 〈1,400.0〉	1 〈100.0〉	8 〈800.0〉	12 〈1,200.0〉	13 〈1,300.0〉	1 〈100.0〉

資料:「WORLD HEALTH STATISTICS 2013」World Health Organization

注1:灰色はアセアン諸国で1番水準が低い地域を示す。

			ブルネイ	カンボジア	インドネシア	ラオス	マレーシア	ミャンマー	フィリピン	シンガポール	タイ	ベトナム	アセアン平均	日本
ミレニアム開発目標4	乳児死亡率（1歳未満、対千人出生）	1990	9 〈180.0〉	85 〈1,700.0〉	54 〈1,080.0〉	102 〈2,040.0〉	15 〈300.0〉	77 〈1,540.0〉	40 〈800.0〉	6 〈120.0〉	29 〈580.0〉	36 〈720.0〉	40 〈792.0〉	5 〈100.0〉
		2000	7 〈233.3〉	76 〈2,533.3〉	38 〈1,266.7〉	60 〈2,000.0〉	9 〈300.0〉	62 〈2,066.7〉	29 〈966.7〉	3 〈100.0〉	16 〈533.3〉	26 〈866.7〉	27 〈903.3〉	3 〈100.0〉
		2011	6 〈300.0〉	36 〈1,800.0〉	25 〈1,250.0〉	34 〈1,700.0〉	6 〈300.0〉	48 〈2,400.0〉	20 〈1,000.0〉	2 〈100.0〉	11 〈550.0〉	17 〈850.0〉	18 〈920.0〉	2 〈100.0〉
		2012	7 〈350.0〉	34 〈1,700.0〉	26 〈1,300.0〉	54 〈2,700.0〉	7 〈350.0〉	41 〈2,050.0〉	24 〈1,200.0〉	2 〈100.0〉	11 〈550.0〉	18 〈900.0〉	21 〈1,025.0〉	2 〈100.0〉
	乳幼児死亡率（5歳未満、対千人出生）	1990	12 〈200.0〉	117 〈1,950.0〉	82 〈1,366.7〉	148 〈2,466.7〉	17 〈283.3〉	107 〈1,783.3〉	57 〈950.0〉	8 〈133.3〉	35 〈583.3〉	50 〈833.3〉	55 〈916.7〉	6 〈100.0〉
		2000	10 〈200.0〉	102 〈2,040.0〉	53 〈1,060.0〉	81 〈1,620.0〉	11 〈220.0〉	84 〈1,680.0〉	39 〈780.0〉	4 〈80.0〉	19 〈380.0〉	34 〈680.0〉	36 〈720.0〉	5 〈100.0〉
		2011	7 〈233.3〉	43 〈1,433.3〉	32 〈1,066.7〉	42 〈1,400.0〉	7 〈233.3〉	62 〈2,066.7〉	25 〈833.3〉	3 〈100.0〉	12 〈400.0〉	22 〈733.3〉	23 〈766.7〉	3 〈100.0〉
		2012	8 〈266.7〉	40 〈1,333.3〉	31 〈1,033.3〉	72 〈2,400.0〉	9 〈300.0〉	52 〈1,733.3〉	30 〈1,000.0〉	3 〈100.0〉	13 〈433.3〉	23 〈766.7〉	26 〈863.3〉	3 〈100.0〉
成人死亡率（15～60歳、対千人）	男性	1990	147 〈134.9〉	360 〈330.3〉	286 〈262.4〉	351 〈322.0〉	209 〈191.7〉	320 〈293.6〉	271 〈248.6〉	152 〈139.4〉	285 〈261.5〉	227 〈208.3〉	248 〈227.3〉	109 〈100.0〉
		2011	105 〈125.0〉	260 〈309.5〉	200 〈238.1〉	204 〈242.9〉	174 〈207.1〉	231 〈275.0〉	256 〈304.8〉	72 〈85.7〉	207 〈246.4〉	128 〈152.4〉	173 〈206.1〉	84 〈100.0〉
		2012	104 〈126.8〉	212 〈258.5〉	178 〈217.1〉	202 〈246.3〉	172 〈209.8〉	242 〈295.1〉	258 〈314.6〉	68 〈82.9〉	182 〈222.0〉	191 〈232.9〉	174 〈212.7〉	82 〈100.0〉
	女性	1990	110 〈207.5〉	292 〈550.9〉	243 〈458.5〉	303 〈571.7〉	128 〈241.5〉	270 〈509.4〉	153 〈288.7〉	93 〈175.5〉	158 〈298.1〉	176 〈332.1〉	175 〈330.0〉	53 〈100.0〉
		2011	71 〈154.3〉	220 〈478.3〉	166 〈360.9〉	164 〈356.5〉	90 〈195.7〉	181 〈393.5〉	137 〈297.8〉	41 〈89.1〉	102 〈221.7〉	87 〈189.1〉	112 〈242.4〉	46 〈100.0〉
		2012	71 〈165.1〉	161 〈374.4〉	124 〈288.4〉	163 〈379.1〉	89 〈207.0〉	184 〈427.9〉	138 〈320.9〉	42 〈97.7〉	90 〈209.3〉	69 〈160.5〉	104 〈242.8〉	43 〈100.0〉

資料：「WORLD HEALTH STATISTICS 2013」World Health Organization

注1：灰色はアセアン諸国で1番水準が低い地域を示す。

注2：水玉はアセアン諸国で2番目に水準が低い地域を示す。

(2)死因別の死亡率

			ブルネイ		カンボジア		インドネシア		ラオス		マレーシア		ミャンマー		フィリピン		シンガポール		タイ		ベトナム		アセアン平均		日本	
年齢標準化された死因別死亡率（人口10万人対）	伝染性	2008	55	<137.5>	478	<1,195.0>	244	<610.0>	376	<940.0>	185	<462.5>	461	<1,152.5>	231	<577.5>	66	<165.0>	153	<382.5>	122	<305.0>	237	<592.8>	40	<100.0>
		2012	33	<97.1>	227	<170.6>	162	<476.5>	329	<967.6>	117	<344.1>	316	<929.4>	227	<667.6>	68	<200.0>	123	<361.8>	96	<282.4>	153	<449.7>	34	<100.0>
	非伝染性	2008	520	<190.5>	748	<274.0>	647	<237.0>	771	<282.4>	526	<192.7>	667	<244.3>	599	<219.4>	313	<114.7>	675	<247.3>	607	<222.3>	607	<222.5>	273	<100.0>
		2012	638	<261.5>	394	<137.3>	680	<278.7>	680	<278.7>	563	<230.7>	709	<290.6>	720	<295.1>	264	<108.2>	449	<184.0>	435	<178.3>	547	<224.3>	244	<100.0>
	外傷	2008	24	<66.7>	65	<180.6>	70	<194.4>	107	<297.2>	51	<141.7>	347	<963.9>	55	<152.8>	21	<58.3>	106	<294.4>	66	<183.3>	91	<253.3>	36	<100.0>
		2012	36	<90.0>	62	<155.0>	49	<122.5>	75	<187.5>	63	<157.5>	102	<255.0>	54	<135.0>	17	<42.5>	73	<182.5>	59	<147.5>	60	<149.3>	40	<100.0>
5歳未満の子供死者数（単位千人）		2000	0	<0.0>	33	<660.0>	240	<4,800.0>	14	<280.0>	6	<120.0>	83	<1,660.0>	91	<1,820.0>	0	<0.0>	16	<320.0>	42	<840.0>	53	<1,050.0>	5	<100.0>
		2010	0	<0.0>	16	<533.3>	151	<5,033.3>	8	<266.7>	3	<100.0>	56	<1,866.7>	66	<2,200.0>	0	<0.0>	11	<366.7>	34	<1,133.3>	35	<1,150.0>	3	<100.0>
		2012	0	<0.0>	14	<466.7>	151	<5,033.3>	14	<466.7>	4	<133.3>	49	<1,633.3>	69	<2,300.0>	0	<0.0>	9	<300.0>	33	<1,100.0>	34	<1,143.3>	3	<100.0>
5歳以下の子供の死因分布（%）	HIV	2000	0	—	3	—	0	—	0	—	0	—	1	—	0	—	0	—	3	—	1	—	1	—	0	—
		2010	0	—	1	—	0	—	1	—	0	—	1	—	0	—	0	—	1	—	1	—	1	—	0	—
		2012	0	—	0	—	1	—	0	—	1	—	0	—	0	—	0	—	1	—	1	—	0	—	0	—
	下痢	2000	0	<0.0>	13	<1,300.0>	8	<800.0>	13	<1,300.0>	4	<400.0>	12	<1,200.0>	10	<1,000.0>	1	<100.0>	6	<600.0>	14	<1,400.0>	8	<810.0>	1	<100.0>
		2010	0	<0.0>	8	<400.0>	5	<250.0>	10	<500.0>	2	<100.0>	8	<400.0>	6	<300.0>	1	<50.0>	3	<150.0>	10	<500.0>	5	<265.0>	2	<100.0>
		2012	1	<50.0>	8	<400.0>	6	<300.0>	12	<600.0>	2	<100.0>	7	<350.0>	7	<350.0>	1	<50.0>	3	<150.0>	7	<350.0>	5	<270.0>	2	<100.0>
	はしか	2000	0	—	8	—	9	—	13	—	0	—	2	—	0	—	0	—	0	—	7	—	4	—	0	—
		2010	0	—	0	—	5	—	0	—	0	—	1	—	0	—	0	—	0	—	5	—	1	—	0	—
		2012	0	—	0	—	4	—	0	—	0	—	4	—	0	—	0	—	1	—	2	—	1	—	0	—
	マラリア	2000	0	—	2	—	1	—	2	—	0	—	1	—	0	—	0	—	0	—	0	—	1	—	0	—
		2010	0	—	2	—	2	—	1	—	0	—	1	—	0	—	0	—	0	—	0	—	1	—	0	—
		2012	0	—	0	—	2	—	1	—	0	—	2	—	0	—	0	—	0	—	0	—	1	—	0	—
	肺炎	2000	6	<85.7>	19	<271.4>	15	<214.3>	19	<271.4>	9	<128.6>	18	<257.1>	17	<242.9>	9	<128.6>	11	<157.1>	15	<214.3>	14	<197.1>	7	<100.0>
		2010	5	<83.3>	16	<266.7>	14	<233.3>	19	<316.7>	6	<100.0>	17	<283.3>	16	<266.7>	7	<116.7>	9	<150.0>	12	<200.0>	12	<201.7>	6	<100.0>
	未熟児	2000	24	<300.0>	15	<187.5>	22	<275.0>	14	<175.0>	23	<287.5>	20	<250.0>	20	<250.0>	21	<262.5>	23	<287.5>	20	<250.0>	20	<252.5>	8	<100.0>
		2010	25	<312.5>	22	<275.0>	25	<312.5>	21	<262.5>	24	<300.0>	24	<300.0>	23	<287.5>	24	<300.0>	24	<300.0>	18	<225.0>	23	<287.5>	8	<100.0>
		2012	25	<277.8>	16	<177.8>	20	<222.2>	12	<133.3>	24	<266.7>	20	<222.2>	18	<200.0>	26	<288.9>	24	<266.7>	21	<233.3>	21	<228.9>	9	<100.0>
	先天性窒息	2000	5	<100.0>	10	<200.0>	11	<220.0>	9	<180.0>	8	<160.0>	10	<200.0>	13	<260.0>	4	<80.0>	9	<180.0>	8	<160.0>	9	<174.0>	5	<100.0>
		2010	4	<100.0>	11	<275.0>	11	<275.0>	11	<275.0>	8	<200.0>	10	<250.0>	13	<325.0>	7	<175.0>	8	<200.0>	10	<250.0>	9	<232.5>	4	<100.0>
	敗血症	2000	6	<300.0>	7	<350.0>	7	<350.0>	6	<300.0>	6	<300.0>	8	<400.0>	7	<350.0>	1	<50.0>	7	<350.0>	6	<300.0>	6	<305.0>	2	<100.0>
		2010	4	<200.0>	6	<300.0>	5	<250.0>	6	<300.0>	5	<250.0>	7	<350.0>	6	<300.0>	1	<50.0>	7	<350.0>	7	<350.0>	5	<270.0>	2	<100.0>
		2012	2	<100.0>	8	<400.0>	6	<300.0>	7	<350.0>	3	<150.0>	7	<350.0>	7	<350.0>	1	<50.0>	5	<250.0>	5	<250.0>	5	<255.0>	2	<100.0>
	先天異常	2000	26	<66.7>	3	<7.7>	6	<15.4>	4	<10.3>	27	<69.2>	4	<10.3>	9	<23.1>	34	<87.2>	24	<61.5>	14	<35.9>	15	<38.7>	39	<100.0>
		2010	29	<72.5>	6	<15.0>	9	<22.5>	5	<12.5>	31	<77.5>	5	<12.5>	10	<25.0>	33	<82.5>	27	<67.5>	22	<55.0>	18	<44.3>	40	<100.0>
		2012	28	<71.8>	10	<59.0>	10	<25.6>	5	<12.8>	26	<66.7>	6	<15.4>	12	<30.8>	25	<64.1>	29	<74.4>	22	<56.4>	19	<47.7>	39	<100.0>
	その他	2000	19	<73.1>	16	<61.5>	17	<65.4>	15	<57.7>	17	<65.4>	19	<73.1>	17	<65.4>	25	<96.2>	15	<57.7>	13	<50.0>	17	<66.5>	26	<100.0>
		2010	22	<81.5>	20	<74.1>	19	<70.4>	17	<63.0>	20	<74.1>	20	<74.1>	17	<63.0>	23	<85.2>	16	<59.3>	13	<48.1>	19	<69.3>	27	<100.0>
		2012	23	<100.0>	18	<87.0>	17	<73.9>	21	<91.3>	21	<91.3>	18	<78.3>	17	<73.9>	25	<108.7>	17	<73.9>	18	<78.3>	20	<85.7>	23	<100.0>
	傷害	2000	13	<100.0>	4	<30.8>	5	<38.5>	5	<38.5>	5	<38.5>	5	<38.5>	7	<53.8>	6	<46.2>	4	<30.8>	3	<23.1>	6	<43.8>	13	<100.0>
		2010	11	<110.0>	7	<70.0>	6	<60.0>	8	<80.0>	4	<40.0>	5	<50.0>	8	<80.0>	4	<40.0>	4	<40.0>	3	<30.0>	6	<60.0>	10	<100.0>
		2012	10	<71.4>	8	<42.9>	7	<50.0>	8	<57.1>	7	<50.0>	8	<57.1>	8	<57.1>	6	<42.9>	5	<35.7>	4	<28.6>	7	<49.3>	14	<100.0>

資料:「WORLD HEALTH STATISTICS 2013」World Health Organization
注1:灰色はアセアン諸国で1番水準が低い地域を示す。
注2:水玉はアセアン諸国で2番目に水準が低い地域を示す。

			ブルネイ		カンボジア		インドネシア		ラオス		マレーシア		ミャンマー		フィリピン		シンガポール		タイ		ベトナム		アセアン平均		日本	
年齢標準化された成人の(30～70歳)死因別死亡率(30～70歳人口10万人対)	全死因	2008	480	<170.8>	1,189	<423.1>	876	<311.7>	1,221	<434.5>	663	<235.9>	1,320	<469.8>	911	<324.2>	326	<116.0>	827	<294.3>	685	<243.8>	850	<302.4>	281	<100.0>
	がん		107	<89.9>	156	<131.1>	165	<138.7>	173	<145.4>	141	<118.5>	162	<136.1>	134	<112.6>	126	<105.9>	136	<114.3>	168	<141.2>	147	<123.4>	119	<100.0>
	心血管型病・糖尿病		219	<322.1>	384	<564.7>	308	<452.9>	394	<579.4>	217	<319.1>	321	<472.1>	362	<532.4>	115	<169.1>	244	<358.8>	232	<341.2>	280	<411.2>	68	<100.0>
	慢性呼吸症状		26	<433.3>	63	<1,050.0>	64	<1,066.7>	99	<1,650.0>	36	<600.0>	65	<1,083.3>	51	<850.0>	8	<133.3>	37	<616.7>	38	<633.3>	49	<811.7>	6	<100.0>
ミレニアム開発目標5	母親死亡率(10万人出生対)	1990	29	<241.7>	830	<6,916.7>	600	<5,000.0>	1,600	<13,333.3>	53	<441.7>	520	<4,333.3>	170	<1,416.7>	6	<50.0>	54	<450.0>	240	<2,000.0>	410	<3,418.3>	12	<100.0>
		2000	24	<240.0>	510	<5,100.0>	340	<3,400.0>	870	<8,700.0>	39	<390.0>	300	<3,000.0>	120	<1,200.0>	15	<150.0>	66	<660.0>	100	<1,000.0>	238	<2,384.0>	10	<100.0>
		2010	24	<480.0>	250	<5,000.0>	220	<4,400.0>	470	<9,400.0>	29	<580.0>	200	<4,000.0>	99	<1,980.0>	3	<60.0>	48	<960.0>	59	<1,180.0>	140	<2,804.0>	5	<100.0>
		2013	27	<450.0>	170	<2,833.3>	190	<3,166.7>	220	<3,666.7>	29	<483.3>	200	<3,333.3>	120	<2,000.0>	6	<100.0>	26	<433.3>	49	<816.7>	104	<1,728.3>	6	<100.0>
ミレニアム開発目標6	特定要因死亡率(人口10万人対)	HIV 2001	—	—	58	<58,000.0>	0	<100.0>	2	<2,300.0>	20	<20,000.0>	22	<22,000.0>	0	<100.0>	3	<2,700.0>	97	<97,000.0>	3	<2,700.0>	23	<22,766.7>	0	<100.0>
		HIV 2011	—	—	10	<10,000.0>	6	<6,000.0>	6	<6,300.0>	21	<21,000.0>	32	<32,000.0>	1	<500.0>	2	<2,000.0>	33	<33,000.0>	13	<13,000.0>	14	<13,755.6>	0	<100.0>
		HIV 2012	—	—	18	—	11	—	8	—	18	—	22	—	1	—	—	—	31	—	13	—	12	—	—	—
		マラリア 2010	—	—	3	—	4	—	3	—	0	—	7	—	0	—	—	—	0	—	0	—	2	—	—	—
		マラリア 2012	—	—	2	—	4	—	5	—	0	—	5	—	0	—	—	—	0	—	0	—	2	—	—	—
		HIV陰性の結核 2000	3	<145.5>	128	<5,818.2>	56	<2,545.5>	21	<954.5>	7	<313.6>	104	<4,727.3>	41	<1,863.6>	3	<145.5>	31	<1,409.1>	36	<1,636.4>	43	<1,955.9>	2	<100.0>
		HIV陰性の結核 2011	3	<147.1>	63	<3,705.9>	27	<1,588.2>	11	<647.1>	6	<335.3>	48	<2,823.5>	29	<1,705.9>	2	<105.9>	14	<823.5>	33	<1,941.2>	24	<1,382.4>	2	<100.0>
		HIV陰性の結核 2012	3	<600.0>	63	<12,600.0>	27	<5,400.0>	11	<2,200.0>	5	<1,080.0>	48	<9,600.0>	24	<4,800.0>	2	<340.0>	14	<2,800.0>	20	<4,000.0>	22	<4,342.0>	1	<100.0>
	発症率(人口10万人対)	HIV 2001	—	—	49	—	—	—	—	—	33	—	61	—	1	—	—	—	31	—	36	—	35	—	—	—
		HIV 2011	—	—	8	—	—	—	—	—	22	—	18	—	6	—	—	—	14	—	23	—	15	—	—	—
		HIV 2012	—	—	9	—	31	—	—	—	25	—	13	—	2	—	—	—	13	—	15	—	11	—	—	—
		マラリア 2010	—	—	1,353	—	2,274	—	1,113	—	57	—	3,180	—	63	—	—	—	204	—	29	—	728	—	—	—
		マラリア 2012	—	—	1,070	—	2,278	—	1,698	—	34	—	2,743	—	23	—	—	—	205	—	29	—	808	—	—	—
		結核 2000	85	<242.9>	577	<1,648.6>	204	<582.9>	330	<942.9>	95	<271.4>	412	<1,177.1>	329	<940.0>	52	<148.6>	171	<488.6>	205	<585.7>	246	<702.9>	35	<100.0>
		結核 2011	70	<350.0>	424	<2,120.0>	187	<935.0>	213	<1,065.0>	81	<405.0>	381	<1,905.0>	270	<1,350.0>	37	<185.0>	124	<620.0>	199	<995.0>	199	<993.0>	20	<100.0>
		結核 2012	68	<1,172.4>	411	<7,086.2>	185	<3,189.7>	204	<3,517.2>	80	<1,379.3>	377	<6,500.0>	265	<4,569.0>	50	<862.1>	119	<2,051.7>	147	<2,534.5>	191	<3,286.2>	6	<100.0>
	羅患(人口10万人対)	HIV 2001	—	—	672	<13,714.3>	5	<108.2>	59	<1,204.1>	243	<4,959.2>	497	<10,142.9>	3	<63.3>	67	<1,367.3>	986	<20,122.4>	138	<2,816.3>	297	<6,055.3>	5	<100.0>
		HIV 2011	—	—	447	<7,095.2>	155	<2,460.3>	164	<2,603.2>	281	<4,460.3>	455	<7,222.2>	20	<317.5>	66	<1,047.6>	710	<11,269.8>	283	<4,492.1>	287	<4,552.0>	6	<100.0>
		HIV 2012	—	—	514	—	245	—	173	—	280	—	371	—	15	—	—	—	663	—	285	—	255	—	—	—
		結核 2000	109	<242.2>	1,619	<3,597.8>	457	<1,015.6>	961	<2,135.6>	138	<306.7>	831	<1,846.7>	775	<1,722.2>	65	<144.4>	276	<613.3>	344	<764.4>	558	<1,238.9>	45	<100.0>
		結核 2011	89	<342.3>	817	<3,142.3>	281	<1,080.8>	540	<2,076.9>	101	<388.5>	506	<1,946.2>	484	<1,861.5>	46	<176.9>	161	<619.2>	323	<1,242.3>	335	<1,287.7>	26	<100.0>
		結核 2012	90	<1,058.8>	764	<8,988.2>	297	<3,494.1>	514	<6,047.1>	101	<1,188.2>	489	<5,752.9>	461	<5,423.5>	73	<858.8>	159	<1,870.6>	218	<2,564.7>	317	<3,724.7>	9	<100.0>

資料:「WORLD HEALTH STATISTICS 2013」World Health Organization
注1:灰色はアセアン諸国で1番水準が低い地域を示す。
注2:水玉はアセアン諸国で2番目に水準が低い地域を示す。

(3)主要伝染病

			ブルネイ		カンボジア		インドネシア		ラオス		マレーシア		ミャンマー		フィリピン		シンガポール		タイ		ベトナム		アセアン平均		日本	
主要伝染病	コレラ	2011	3	<25.0>	—	—	—	—	—	—	586	<4,883.3>	16	<133.3>	120	<1,000.0>	2	<16.7>	279	<2,325.0>	3	<25.0>	144	<1,201.2>	12	<100.0>
		2012	—	—	—	—	—	—	—	—	282	<9,400.0>	174	<5,800.0>	1,864	<62,133.3>	2	<66.7>	29	<966.7>	—	—	235	<7,836.7>	3	<100.0>
	ジフテリア	2011	0	—	—	—	806	—	0	—	0	—	7	—	—	—	0	—	29	—	13	—	107	—	0	—
		2012	0	—	—	—	1,192	—	130	—	0	—	19	—	—	—	0	—	63	—	12	—	142	—	0	—
	H5N1 インフルエンザ	2012	—	—	3	—	9	—	0	—	—	—	0	—	—	—	—	—	0	—	4	—	3	—	—	—
	日本脳炎	2011	0	<0.0>	55	<611.1>	—	—	24	<266.7>	12	<133.3>	20	<222.2>	—	—	0	<0.0>	53	<588.9>	126	<1,400.0>	35	<388.9>	9	<100.0>
		2012	0	—	—	—	—	—	23	<1,150.0>	22	<1,100.0>	14	<700.0>	—	—	0	—	54	<2,700.0>	183	<9,150.0>	30	<1,480.0>	2	<100.0>
	ハンセン病	2011	—	—	314	—	20,023	—	93	—	216	—	3,082	—	1,818	—	11	—	280	—	748	—	2,954	—	—	—
		2012	—	—	475	<15,833.3>	18,994	<633,133.3>	88	<2,933.3>	325	<10,833.3>	3,013	<100,433.3>	2,150	<71,666.7>	15	<500.0>	220	<7,333.3>	296	<9,866.7>	2,510	<83,670.0>	3	<100.0>
	マラリア	2011	—	—	57,423	—	256,592	—	17,835	—	5,306	—	465,294	—	9,552	—	—	—	24,897	—	16,612	—	106,689	—	—	—
		2012	—	—	45,553	—	2,051,425	—	46,819	—	4,725	—	480,586	—	7,133	—	—	—	32,569	—	43,717	—	272,715	—	—	—
	はしか	2011	4	<0.9>	722	<166.4>	21,893	<5,044.5>	113	<26.0>	1,569	<361.5>	2,046	<471.4>	6,538	<1,506.5>	148	<34.1>	3,066	<706.5>	750	<172.8>	3,685	<849.1>	434	<100.0>
		2012	1	<0.4>	15	<6.6>	15,489	<6,793.4>	32	<14.0>	1,868	<819.3>	2,175	<953.9>	1,536	<673.7>	42	<18.4>	5,197	<2,279.4>	578	<253.5>	2,692	<1,180.7>	228	<100.0>
	髄膜炎	2012	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
		2013	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	おたふく風邪	2011	19	<0.0>	—	—	—	—	54	<0.0>	—	—	—	—	—	—	501	<0.4>	9,901	<7.2>	—	—	2,619	<1.9>	137,060	<100.0>
		2012	14	<0.0>	17	<0.0>	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	521	<0.7>	7,431	<10.4>	—	—	1,736	<2.4>	71,549	<100.0>
	百日咳	2011	3	<0.1>	—	—	1,941	<44.2>	38	<0.9>	248	<5.6>	16	<0.4>	—	—	29	<0.7>	15	<0.3>	105	<2.4>	299	<6.8>	4,395	<100.0>
		2012	3	<0.1>	54	<1.3>	1,329	<32.5>	412	<10.1>	217	<5.3>	2	<0.0>	0	<0.0>	24	<0.6>	14	<0.3>	98	<2.4>	539	<13.2>	4,087	<100.0>
	伝染病	2012	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	小児まひ	2012	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—
		2013	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—
	先天性 風疹症候群	2011	0	<0.0>	9	<900.0>	—	—	—	—	—	—	0	<0.0>	—	—	2	<200.0>	—	—	189	<18,900.0>	40	<4,000.0>	1	<100.0>
		2012	0	<0.0>	32	<640.0>	—	—	—	—	1	<20.0>	—	—	—	—	2	<40.0>	2	<40.0>	92	<1,840.0>	10	<194.0>	5	<100.0>
	風疹	2011	2	<0.5>	1,096	<297.0>	1,959	<530.9>	169	<45.8>	374	<101.4>	140	<37.9>	926	<250.9>	110	<29.8>	514	<139.3>	7,259	<1,967.2>	1,255	<340.1>	369	<100.0>
		2012	1	<0.0>	185	<7.9>	1,020	<43.3>	78	<3.3>	789	<33.5>	21	<0.9>	100	<4.2>	64	<2.7>	493	<21.0>	185	<7.9>	275	<11.7>	2,353	<100.0>
	新生児破傷風	2011	0	—	9	—	114	—	6	—	3	—	5	—	166	—	0	—	1	—	32	—	34	—	—	—
		2012	0	—	15	—	106	—	11	—	9	—	29	—	131	—	0	—	4	—	39	—	33	—	0	—
	全破傷風	2011	1	<0.9>	—	—	210	<189.2>	24	<21.6>	11	<9.9>	10	<9.0>	1,537	<1,384.7>	0	<0.0>	109	<98.2>	186	<167.6>	232	<209.0>	111	<100.0>
		2012	0	<0.0>	15	<12.9>	106	<91.4>	36	<31.0>	34	<29.3>	75	<64.7>	—	—	0	<0.0>	105	<90.5>	253	<218.1>	66	<56.8>	116	<100.0>
	結核	2011	230	<1.0>	38,555	<174.3>	318,949	<1,442.0>	4,306	<19.5>	19,808	<89.6>	10,806	<48.9>	195,560	<884.1>	1,641	<7.4>	65,824	<297.6>	98,804	<446.7>	75,448	<341.1>	22,119	<100.0>
		2012	243	<1.2>	40,185	<192.7>	328,824	<1,576.6>	4,118	<19.7>	21,851	<104.8>	141,170	<676.8>	216,627	<1,038.6>	2,301	<11.0>	60,304	<289.1>	102,112	<489.6>	88,897	<426.2>	20,857	<100.0>
	黄熱	2011	0	—	—	—	—	—	—	—	—	—	0	—	—	—	0	—	0	—	—	—	0	—	0	—
		2012	0	—	0	—	—	—	0	—	—	—	—	—	—	—	0	—	0	—	—	—	0	—	0	—

資料：「WORLD HEALTH STATISTICS 2013」World Health Organization
注1：灰色はアセアン諸国で1番水準が低い地域を示す。
注2：水玉はアセアン諸国で2番目に水準が低い地域を示す。

(4)医療サービス・カバー率

				ブルネイ		カンボジア		インドネシア		ラオス		マレーシア		ミャンマー		フィリピン		シンガポール		タイ		ベトナム		アセアン平均		日本	
ミレニアム開発目標5	家族計画の必要性（%）		2005−2012	−	−	24	−	13	−	27	−	−	−	−	−	22	−	−	−	3	−	4	−	15.5	−	−	−
			2006−2012	−	−	17	−	11	−	−	−	−	−	−	−	22	−	−	−	3	−	4	−	4.8	−	−	−
	避妊具の普及		2005−2012	−	−	51	<94.4>	61	<113.0>	38	<70.4>	−	−	46	<85.2>	49	<90.7>	−	−	80	<148.1>	78	<144.4>	57.6	<106.6>	54	<100.0>
			2006−2012	−	−	51	−	62	−	−	−	−	−	46	−	49	−	−	−	80	−	78	−	39.4	−	−	−
	出産前ケア・カバー率	少なくとも1回訪問	2005−2012	100	−	89	−	93	−	71	−	83	−	83	−	91	−	100	−	99	−	94	−	90.3	−	−	−
			2006−2012	100	−	89	−	96	−	53	−	97	−	83	−	95	−	100	−	99	−	94	−	91.4	−	−	−
		少なくとも4回訪問	2005−2012	100	−	59	−	82	−	−	−	−	−	43	−	78	−	−	−	80	−	60	−	71.7	−	−	−
			2006−2012	100	−	59	−	88	−	37	−	−	−	43	−	78	−	−	−	80	−	60	−	57.5	−	−	−
	熟練した医療関係者立会いの出産		2005−2012	10	<10.0>	71	<71.0>	80	<80.0>	37	<37.0>	99	<99.0>	71	<71.0>	62	<62.0>	100	<100.0>	99	<99.0>	92	<92.0>	72.1	<72.1>	100	<100.0>
			2006−2012	100	<100.0>	71	<71.0>	83	<83.0>	40	<40.0>	99	<99.0>	71	<71.0>	72	<72.0>	100	<100.0>	99	<99.0>	92	<92.0>	85.5	<85.5>	100	<100.0>
帝王切開による出産			2005−2011	−	−	3	<13.0>	7	<30.4>	2	<8.7>	16	<69.6>	−	−	10	<43.5>	−	−	−	−	20	<87.0>	9.7	<42.0>	23	<100.0>
			2006−2012	−	−	3	<15.8>	12	<63.2>	4	<21.1>	16	<84.2>	−	−	11	<57.9>	−	−	−	−	20	<105.3>	10.6	<55.8>	19	<100.0>
出産後2日以内のケア訪問			2005−2011	−	−	70	−	70	−	−	−	−	−	−	−	77	−	−	−	−	−	−	−	72.3	−	−	−
			2006−2012	−	−	70	−	80	−	−	−	−	−	−	−	77	−	−	−	−	−	−	−	16.0	−	−	−
新生児破傷風に対する出産時保護			2011	95	−	91	−	85	−	80	−	90	−	93	−	76	−	−	−	91	−	87	−	87.6	−	−	−
			2012	95	−	91	−	85	−	80	−	90	−	93	−	76	−	−	−	91	−	91	−	78.0	−	−	−
1歳児に対する免疫処置カバー率	ミレニアム開発目標4	はしか	1990	99	<135.6>	34	<46.6>	58	<79.5>	32	<43.8>	70	<95.9>	68	<93.2>	85	<116.4>	84	<115.1>	80	<109.6>	88	<120.5>	69.8	<95.6>	73	<100.0>
			2000	99	<103.1>	65	<67.7>	74	<77.1>	42	<43.8>	88	<91.7>	84	<87.5>	78	<81.3>	96	<100.0>	94	<97.9>	97	<101.0>	81.7	<85.1>	96	<100.0>
			2011	91	<96.8>	93	<98.9>	89	<94.7>	69	<73.4>	95	<101.1>	99	<105.3>	79	<84.0>	95	<101.1>	98	<104.3>	96	<102.1>	90.4	<96.2>	94	<100.0>
			2012	99	<103.1>	93	<96.9>	80	<83.3>	72	<75.0>	95	<99.0>	84	<87.5>	85	<88.5>	95	<99.0>	98	<102.1>	96	<100.0>	89.8	<93.5>	96	<100.0>
	ジフテリア・破傷風・百日咳ワクチン3回接種		2011	97	<99.0>	94	<95.9>	63	<64.3>	78	<79.6>	99	<101.0>	99	<101.0>	80	<81.6>	96	<98.0>	99	<101.0>	95	<96.9>	90.0	<91.8>	98	<100.0>
			2012	90	<91.8>	95	<96.9>	64	<65.3>	79	<80.6>	99	<101.0>	85	<86.7>	86	<87.8>	96	<98.0>	99	<101.0>	97	<99.0>	88.7	<90.5>	98	<100.0>
	B型肝炎ワクチン3回接種		2011	93	−	94	−	63	−	78	−	97	−	52	−	76	−	96	−	98	−	95	−	84.2	−	−	−
			2012	99	−	95	−	64	−	79	−	98	−	38	−	70	−	96	−	98	−	97	−	83.1	−	−	−
	インフルエンザ桿菌タイプBワクチン3回接種		2011	96	−	94	−	−	−	78	−	99	−	−	−	14	−	−	−	−	−	95	−	79.3	−	−	−
			2012	90	−	95	−	−	−	79	−	99	−	−	−	23	−	−	−	−	−	97	−	47.9	−	−	−

資料：「WORLD HEALTH STATISTICS 2013」World Health Organization
注1：灰色はアセアン諸国で1番水準が低い地域を示す。
注2：水玉はアセアン諸国で2番目に水準が低い地域を示す。

			ブルネイ	カンボジア	インドネシア	ラオス	マレーシア	ミャンマー	フィリピン	シンガポール	タイ	ベトナム	アセアン平均	日本
ビタミンAサプリメントを受取った月齢6～59ヶ月の子供の比率（%）		2005-2011	— —	71 —	69 —	18 —	— —	56 —	76 —	— —	— —	83 —	62.2 —	— —
		2006-2013	— —	71 —	61 —	59 —	— —	56 —	76 —	— —	— —	83 —	— —	— —
5歳未満の子供（%）	急性呼吸器疾患症状で医療施設に入られた子供	2005-2011	— —	64 —	66 —	32 —	— —	69 —	50 —	— —	84 —	73 —	62.6 —	— —
		2006-2013	— —	64 —	75 —	54 —	— —	69 —	50 —	— —	84 —	73 —	47.0 —	— —
	急性呼吸器疾患症状で抗生物質を受けた子供	2005-2011	— —	39 —	— —	52 —	— —	34 —	42 —	— —	65 —	68 —	50.0 —	— —
	下痢で口径補液療法を受けた子供	2005-2011	— —	34 —	46 —	51 —	— —	66 —	59 —	— —	68 —	66 —	55.7 —	— —
		2006-2013	— —	34 —	47 —	61 —	— —	66 —	59 —	— —	68 —	66 —	57.3 —	— —
	ミレニアム開発目標6 殺虫剤防護ネットで寝ている子供	2005-2011	— —	4 —	3 —	— —	— —	— —	— —	— —	— —	5 —	4.0 —	— —
		2006-2012	— —	— —	3 —	— —	— —	— —	— —	— —	— —	— —	0.3 —	— —
	ミレニアム開発目標6 発熱で抗マラリア薬の処置を受けた子供	2005-2012	— —	0 —	1 —	8 —	— —	— —	0 —	— —	— —	1 —	2.0 —	— —
		2006-2012	— —	0 —	1 —	2 —	— —	— —	0 —	— —	— —	1 —	0.4 —	— —
母子感染を防ぐために抗レトロウイルス剤を受領したHIV感染妊婦		2011	— —	— —	— —	— —	— —	— —	— —	— —	— —	— —	— —	— —
		2012	— —	— —	— —	— —	— —	— —	— —	— —	— —	— —	— —	— —
ミレニアム開発目標6	HIV感染症が進んだ人に対する抗レトロウイルス剤の治療のカバー率	2011	— —	95 —	24 —	53 —	37 —	32 —	51 —	— —	71 —	58 —	52.6 —	— —
		2012	— —	84 —	17 —	51 —	42 —	48 —	73 —	— —	76 —	58 —	42.0 —	— —
	全型状の結核の発見比率	2000	110 <123.6>	26 <29.2>	19 <21.3>	13 <14.6>	68 <76.4>	17 <19.1>	47 <52.8>	85 <95.5>	32 <36.0>	56 <62.9>	47.3 <53.1>	89 <100.0>
		2011	81 <94.2>	64 <74.4>	70 <81.4>	32 <37.2>	85 <98.8>	74 <86.0>	76 <88.4>	86 <100.0>	76 <88.4>	56 <65.1>	70.0 <81.4>	86 <100.0>
		2012	87 <101.2>	66 <76.7>	72 <83.7>	30 <34.9>	93 <108.1>	71 <82.6>	84 <97.7>	87 <101.2>	76 <88.4>	76 <88.4>	74.9 <87.1>	86 <100.0>
	喀痰塗抹陽性結核の治療成功率	2000	63 <140.0>	91 <202.2>	87 <193.3>	77 <171.1>	78 <173.3>	82 <182.2>	88 <195.6>	71 <157.8>	69 <153.3>	92 <204.4>	79.8 <177.3>	45 <100.0>
		2010	81 <155.8>	94 <180.8>	90 <173.1>	91 <175.0>	80 <153.8>	86 <165.4>	91 <175.0>	80 <153.8>	85 <163.5>	92 <176.9>	87.0 <167.3>	52 <100.0>

資料：「WORLD HEALTH STATISTICS 2013」World Health Organization
注1：灰色はアセアン諸国で1番水準が低い地域を示す。
注2：水玉はアセアン諸国で2番目に水準が低い地域を示す。

(5)アセアン諸国のリスク要因

			ブルネイ	カンボジア	インドネシア	ラオス	マレーシア	ミャンマー	フィリピン	シンガポール	タイ	ベトナム	アセアン平均	日本
ミレニアム開発目標7	改善された飲料水源を利用している人口比率	1990	— —	31 <31.0>	70 <70.0>	— —	88 <88.0>	56 <56.0>	85 <85.0>	100 <100.0>	86 <86.0>	58 <58.0>	71.8 <71.8>	100 <100.0>
		2000	— —	44 <44.0>	78 <78.0>	45 <45.0>	96 <96.0>	67 <67.0>	89 <89.0>	100 <100.0>	92 <92.0>	77 <77.0>	76.4 <76.4>	100 <100.0>
		2011	— —	67 <67.0>	84 <84.0>	70 <70.0>	100 <100.0>	84 <84.0>	92 <92.0>	100 <100.0>	96 <96.0>	96 <96.0>	87.7 <87.7>	100 <100.0>
		2012	— —	71 <71.0>	85 <85.0>	72 <72.0>	100 <100.0>	86 <86.0>	92 <92.0>	100 <100.0>	96 <96.0>	95 <95.0>	81.7 <81.7>	100 <100.0>
	改善された公衆衛生施設を利用している人口比率	1990	— —	9 <9.0>	35 <35.0>	— —	84 <84.0>	— —	57 <57.0>	99 <99.0>	82 <82.0>	37 <37.0>	57.6 <57.6>	100 <100.0>
		2000	— —	18 <18.0>	47 <47.0>	28 <28.0>	92 <92.0>	62 <62.0>	65 <65.0>	100 <100.0>	91 <91.0>	55 <55.0>	62.0 <62.0>	100 <100.0>
		2011	— —	33 <33.0>	59 <59.0>	62 <62.0>	96 <96.0>	77 <77.0>	74 <74.0>	100 <100.0>	93 <93.0>	75 <75.0>	74.3 <74.3>	100 <100.0>
		2012	— —	37 <37.0>	59 <59.0>	65 <65.0>	96 <96.0>	77 <77.0>	74 <74.0>	100 <100.0>	93 <93.0>	75 <75.0>	71.9 <71.9>	100 <100.0>
固形燃料を使用している人口比率		2010	5 未満 <100.0>	89 <1,780.0>	55 <1,100.0>	95 <1,900.0>	5 未満 <100.0>	92 <1,840.0>	50 <1,000.0>	5 未満 <100.0>	26 <520.0>	56 <1,120.0>	47.8 <956.0>	5 未満 <100.0>
		2012	5 <100.0>	89 <1,780.0>	47 <940.0>	95 <1,900.0>	5 <100.0>	93 <1,860.0>	49 <980.0>	5 <100.0>	24 <480.0>	51 <1,020.0>	38.9 <778.0>	5 <100.0>
未熟児出生率（出生100人対）		2010	12 <200.0>	11 <183.3>	16 <266.7>	11 <183.3>	12 <200.0>	12 <200.0>	15 <250.0>	12 <200.0>	12 <200.0>	9 <150.0>	12.2 <203.3>	6 <100.0>
生後6ヶ月間母乳だけで育てられた子供の比率		2005−2012	— —	74 —	32 —	26 —	— —	— —	34 —	— —	15 —	17 —	33.0 —	— —
		2006−2012	— —	74 —	42 —	40 —	— —	24 —	34 —	— —	15 —	17 —	21.5 —	— —
5歳未満の子供の比率（%）	病気による消耗	2005−2012	— —	11 —	12 —	7.3 —	— —	7.9 —	6.9 —	— —	4.7 —	9.7 —	8.5 —	— —
		2006−2012	— —	11 —	12 —	7.3 —	— —	7.9 —	7.3 —	— —	4.7 —	4.4 —	4.5 —	— —
	発育不良	2005−2012	— —	41 —	39 —	48 —	17 —	35 —	32 —	— —	16 —	31 —	32.3 —	— —
		2006−2012	— —	41 —	39 —	48 —	17 —	35 —	34 —	— —	16 —	23 —	22.4 —	— —
	ミレニアム開発目標1 体重不足	1990−1995	— —	— —	30 —	40 —	22 —	29 —	30 —	— —	16 —	37 —	29.1 —	— —
		2005−2012	— —	29 —	19 —	32 —	13 —	23 —	21 —	— —	7.0 —	20 —	20.3 —	— —
		2006−2012	— —	29 —	19 —	32 —	13 —	23 —	20 —	— —	7.0 —	12 —	12.8 —	— —
	肥満	2005−2012	— —	1.9 —	12 —	1.3 —	— —	2.6 —	3.3 —	— —	8.0 —	3 —	4.6 —	— —
		2006−2012	— —	1.9 —	12 —	1.3 —	— —	2.6 —	4.3 —	— —	8.0 —	4.6 —	5.0 —	— —

資料：「WORLD HEALTH STATISTICS 2013」World Health Organization
注1：灰色はアセアン諸国で1番水準が低い地域を示す。
注2：水玉はアセアン諸国で2番目に水準が低い地域を示す。

			ブルネイ	カンボジア	インドネシア	ラオス	マレーシア	ミャンマー	フィリピン	シンガポール	タイ	ベトナム	アセアン平均	日本
25歳以上成人における高血糖の罹患率	男	2008	8.7 〈120.8〉	4.7 〈65.3〉	6.6 〈91.7〉	7.1 〈98.6〉	12 〈161.1〉	6.1 〈84.7〉	6.5 〈90.3〉	7.5 〈104.2〉	7.3 〈101.4〉	7.5 〈104.2〉	7.4 〈102.2〉	7.2 〈100.0〉
	女		5.9 〈125.5〉	5.2 〈110.6〉	7.1 〈151.1〉	7.6 〈161.7〉	11 〈238.3〉	7.1 〈151.1〉	6.6 〈140.4〉	5.4 〈114.9〉	7.1 〈151.1〉	7.9 〈168.1〉	7.1 〈151.3〉	4.7 〈100.0〉
25歳以上成人における高血圧の罹患率	男	2008	24 〈89.4〉	23 〈85.2〉	33 〈123.1〉	28 〈106.4〉	29 〈109.1〉	34 〈128.8〉	29 〈108.7〉	24 〈92.0〉	25 〈93.2〉	29 〈110.2〉	27.6 〈104.6〉	26 〈100.0〉
	女		17 〈101.2〉	17 〈100.6〉	29 〈175.4〉	24 〈143.7〉	25 〈147.3〉	29 〈174.9〉	24 〈141.3〉	19 〈110.8〉	20 〈121.0〉	23 〈139.5〉	22.6 〈135.6〉	17 〈100.0〉
20歳以上の肥満成人	男	2008	8.5 〈154.5〉	1.6 〈29.1〉	2.5 〈45.5〉	1.7 〈30.9〉	10 〈189.1〉	2 〈36.4〉	4.5 〈81.8〉	6.6 〈120.0〉	4.9 〈89.1〉	1.2 〈21.8〉	4.4 〈79.8〉	5.5 〈100.0〉
	女		7.2 〈205.7〉	2.8 〈80.0〉	6.9 〈197.1〉	4.1 〈117.1〉	18 〈511.4〉	6.1 〈174.3〉	8.3 〈237.1〉	6.2 〈177.1〉	12 〈337.1〉	2 〈57.1〉	7.3 〈209.4〉	3.5 〈100.0〉
15歳以上のアルコール消費量（1年間1人あたり純アルコール量・リットル）		2008	1.9 〈24.4〉	4.7 〈60.3〉	0.6 〈7.7〉	7.0 〈89.7〉	0.9 〈11.5〉	0.6 〈7.7〉	6.1 〈78.2〉	1.5 〈19.2〉	7.1 〈91.0〉	3.9 〈50.0〉	3.4 〈44.0〉	7.8 〈100.0〉
		2010	0.9 〈12.5〉	5.5 〈76.4〉	0.6 〈8.3〉	7.3 〈101.4〉	1.3 〈18.1〉	0.7 〈9.7〉	5.4 〈75.0〉	2.0 〈27.8〉	7.1 〈98.6〉	6.6 〈91.7〉	3.8 〈52.9〉	7.2 〈100.0〉
15歳以上成人のタバコ喫煙率	男	2009	32 〈76.2〉	42 〈100.0〉	61 〈145.2〉	51 〈121.4〉	50 〈119.0〉	40 〈95.2〉	47 〈111.9〉	35 〈83.3〉	45 〈107.1〉	48 〈114.3〉	45.1 〈107.4〉	42 〈100.0〉
		2011	32 〈94.1〉	42 〈123.5〉	67 〈197.1〉	48 〈141.2〉	43 〈126.5〉	38 〈111.8〉	44 〈129.4〉	— —	46 〈135.3〉	46 〈135.3〉	39.5 〈116.2〉	34 〈100.0〉
	女	2009	4 〈33.3〉	3 〈25.0〉	5 〈41.7〉	4 〈33.3〉	2 〈16.7〉	8 〈66.7〉	10 〈83.3〉	6 〈50.0〉	3 〈25.0〉	2 〈16.7〉	4.7 〈39.2〉	12 〈100.0〉
		2011	4 〈36.4〉	3 〈27.3〉	3 〈27.3〉	4 〈36.4〉	1 〈9.1〉	7 〈63.6〉	10 〈90.9〉	— —	3 〈27.3〉	2 〈18.2〉	3.9 〈35.5〉	11 〈100.0〉
13～15歳青年のタバコ喫煙率	男	2005-2010	— —	— —	41 —	8 —	35 —	23 —	28 —	— —	24 —	7 —	23.7 —	— —
		2006-2012	— —	8 —	41 —	19 —	35 —	30 —	19 —	— —	27 —	7 —	17.8 —	— —
	女	2005-2010	— —	— —	6 —	4 —	9 —	8 —	18 —	— —	8 —	2 —	7.9 —	— —
		2006-2012	— —	5 —	6 —	6 —	9 —	7 —	9 —	— —	9 —	2 —	4.8 —	— —
ミレニアム開発目標6	15～49歳の成人によるハイリスクセックスでのコンドーム利用率（2014年度は2006-2010）	男	2005-2011	— —	40 —	— —	— —	— —	— —	22 —	— —	— —	— —	31.0 —	— —
		女		— —	— —	— —	— —	— —	— —	— —	— —	— —	— —	— —	— —	— —
	HIV/AIDSの総合的かつ正しい知識を持った15～24歳人口比率（2014年度は2006-2010）	男	2005-2011	— —	44 —	— —	— —	— —	— —	— —	— —	— —	50 —	47.0 —	— —
		女		— —	44 —	— —	— —	— —	— —	21 —	— —	— —	42 —	35.7 —	— —

資料：「WORLD HEALTH STATISTICS 2013」World Health Organization
注1：灰色はアセアン諸国で1番水準が低い地域を示す。
注2：水玉はアセアン諸国で2番目に水準が低い地域を示す。

(6)アセアン諸国の医療体制

				ブルネイ		カンボジア		インドネシア		ラオス		マレーシア		ミャンマー		フィリピン		シンガポール		タイ		ベトナム		アセアン平均		日本	
医療人材	医師数	（人口1万人対）	2005−2012	14	<63.6>	2.3	<10.7>	2	<9.3>	1.9	<8.9>	12	<56.1>	5	<23.4>	—	—	19	<89.7>	—	—	12	<57.0>	8.5	<39.8>	21	<100.0>
			2006−2013	15	<65.2>	2.3	<10.0>	2	<8.7>	1.8	<7.8>	12	<52.2>	6.1	<26.5>	—	—	19	<83.5>	3.9	<17.0>	12	<50.4>	8.6	<37.5>	23	<100.0>
	看護師と助産師		2005−2012	70	<169.6>	7.9	<19.1>	14	<33.3>	8.2	<19.8>	33	<79.2>	8.6	<20.8>	—	—	64	<154.3>	—	—	10	<24.4>	26.9	<65.1>	41	<100.0>
			2006−2013	77	<67.3>	7.9	<6.9>	14	<12.0>	8.8	<7.7>	33	<28.5>	10	<8.7>	—	—	64	<55.6>	21	<18.1>	11	<9.9>	24.5	<21.3>	115	<100.0>
	歯科医師数		2005−2012	2.1	<28.4>	0.2	<2.7>	0.4	<5.4>	0.4	<5.4>	1.4	<18.9>	0.5	<6.8>	—	—	3.3	<44.6>	—	—	—	—	1.2	<16.0>	7.4	<100.0>
	薬剤師数		2005−2012	1	<4.7>	1	<4.7>	1	<4.7>	—	—	3.1	<14.4>	—	—	6.2	<28.8>	3.9	<18.1>	—	—	0.7	<3.3>	2.4	<11.2>	22	<100.0>
			2006−2013	1.2	<5.6>	1	<4.7>	1	<4.7>	1.2	<5.6>	4.3	<20.0>	—	—	8.9	<41.4>	3.3	<15.3>	1.3	<6.0>	3.1	<14.4>	2.4	<11.3>	22	<100.0>
	衛生環境と公衆衛生専門職員		2005−2012	—	—	—	—	1.8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1.8	—	—	—
	コミュニティ公衆衛生従事者		2005−2012	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	0.6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	0.6	—	—	—
	精神科医		2005−2012	0.1	<5.0>	0.1	<5.0>	0.1	<5.0>	—	—	0.1	<10.0>	0.1	<5.0>	0.1	<5.0>	0.3	<30.0>	0.1	<5.0>	0.1	<10.0>	0.1	<8.9>	1	<100.0>
			2006−2010	0.1	<5.0>	0.1	<5.0>	0.1	<5.0>	—	—	0.1	<10.0>	0.1	<5.0>	0.1	<5.0>	0.3	<30.0>	0.1	<5.0>	0.1	<10.0>	0.1	<7.5>	1	<100.0>

資料:「WORLD HEALTH STATISTICS 2013」World Health Organization

注1:灰色はアセアン諸国で1番水準が低い地域を示す。

注2:水玉はアセアン諸国で2番目に水準が低い地域を示す。

				ブルネイ		カンボジア		インドネシア		ラオス		マレーシア		ミャンマー		フィリピン		シンガポール		タイ		ベトナム		アセアン平均		日本	
インフラ及び器材	病院数	（人口10万人対）	2010	1.5	—	0.6	—	0.4	—	2.4	—	0.5	—	0.7	—	1.9	—	0.5	—	1.8	—	—	—	1.1	—	—	—
			2013	1.4	—	0.6	—	0.4	—	2.2	—	0.5	—	0.6	—	1.8	—	0.5	—	1.8	—	—	—	0.9	—	—	—
	病院病床数	（人口1万人対）	2005−2012	28	<20.4>	7	<5.1>	6	<4.4>	7	<5.1>	18	<13.1>	6	<4.4>	5	<3.6>	27	<19.7>	21	<15.3>	22	<16.1>	14.7	<10.7>	137	<100.0>
			2006−2012	28	<20.4>	7	<5.1>	9	<6.6>	15	<10.9>	19	<13.9>	6	<4.4>	5	<3.6>	20	<14.6>	21	<15.3>	20	<14.6>	15.8	<11.5>	137	<100.0>
	精神病床数		2005−2010	1.0	<3.6>	0.1	<0.2>	—	—	0.1	<0.2>	1.8	<6.5>	—	—	—	—	4.2	<15.1>	1.3	<4.7>	1.8	<6.5>	1.5	<5.2>	28	<100.0>
			2006−2010	1.0	<3.6>	0.1	<0.2>	—	—	—	—	1.8	<6.5>	—	—	—	—	4.2	<15.1>	1.3	<4.7>	1.8	<6.5>	1.0	<3.6>	28	<100.0>
	CT器材	（人口100万人）	2010	7.5	<7.4>	1.3	<1.3>	—	—	0.8	<0.8>	6.7	<6.6>	0.1	<0.1>	1.1	<1.1>	9.4	<9.2>	5.8	<5.7>	—	—	4.1	<4.0>	102	<100.0>
			2013	7.2	<7.1>	1.2	<1.2>	—	—	0.7	<0.7>	6.4	<6.3>	0.1	<0.1>	1.1	<1.1>	8.9	<8.8>	6.0	<5.9>	—	—	3.0	<3.0>	101	<100.0>
	放射線療法器材		2010	—	—	0.1	<1.4>	0.1	<1.4>	0.1	<0.7>	1.5	<20.8>	0.1	<1.4>	0.2	<2.8>	3.7	<51.4>	0.9	<12.5>	0.4	<5.6>	0.8	<10.9>	7.2	<100.0>
			2013	—	—	0.1	<1.4>	0.1	<1.4>	0	<0.0>	1.4	<19.4>	0.1	<1.4>	0.2	<2.8>	3.5	<48.6>	1.0	<13.9>	0.4	<5.6>	0.8	<11.3>	7.2	<100.0>
基本的な医薬品	ミレニアム開発目標8	主要なジェネリック医薬品の入手可能性（%）（2014年度は2001−2009）	公的	2001−2012	—	—	—	—	66	—	—	—	25.0	—	—	—	15.4	—	—	—	75.0	—	—	—	45.2	—	—	—
			私的		—	—	—	—	58	—	—	—	43.8	—	—	—	26.5	—	—	—	28.6	—	—	—	39.2	—	—	—
		主要なジェネリック医薬品の消費者物価比率（2014年度は2001−2009）	公的		—	—	—	—	1.8	—	—	—	—	—	—	—	6.4	—	—	—	2.6	—	—	—	3.6	—	—	—
			私的		—	—	—	—	2	—	—	—	6.6	—	—	—	5.6	—	—	—	3.3	—	—	—	4.4	—	—	—

資料：「WORLD HEALTH STATISTICS 2013」World Health Organization

注1：灰色はアセアン諸国で1番水準が低い地域を示す。

注2：水玉はアセアン諸国で2番目に水準が低い地域を示す。

(7)アセアン諸国の医療費

			ブルネイ		カンボジア		インドネシア		ラオス		マレーシア		ミャンマー		フィリピン		シンガポール		タイ		ベトナム		アセアン平均		日本	
医療支出比率	全医療費の対国内総生産(GDP)比率	2000	3.0	<39.5>	6	<82.9>	2.0	<26.3>	3.3	<43.4>	3.1	<40.8>	2.1	<27.6>	3.2	<42.1>	2.8	<36.8>	3.4	<44.7>	5	<69.7>	3.5	<45.4>	8	<100.0>
		2010	2.9	<31.5>	6	<65.2>	2.8	<30.4>	2.6	<28.3>	4.4	<47.8>	2.0	<21.7>	4.1	<44.6>	5	<48.9>	3.9	<42.4>	7	<73.9>	4.0	<43.5>	9	<100.0>
		2011	2.2	<22.0>	6	<56.0>	2.9	<29.0>	2.8	<28.0>	3.8	<38.0>	1.8	<18.0>	4.4	<44.0>	4.2	<42.0>	4.1	<41.0>	7	<68.0>	3.9	<38.6>	10	<100.0>
	全医療費に占める国の医療関係一般会計支出の割合	2000	87	<107.1>	20	<25.2>	36	<44.7>	35	<43.4>	59	<73.0>	14	<16.7>	48	<58.9>	45	<55.6>	56	<69.4>	31	<38.2>	43.0	<53.2>	81	<100.0>
		2010	85	<106.4>	22	<26.8>	36	<45.0>	47	<57.9>	56	<69.1>	12	<15.1>	36	<45.0>	31	<39.1>	75	<93.4>	37	<46.2>	43.7	<54.4>	80	<100.0>
		2011	92	<112.1>	23	<27.5>	38	<46.2>	49	<60.2>	55	<67.2>	16	<19.4>	37	<44.9>	33	<40.6>	78	<94.6>	45	<55.1>	46.6	<56.8>	82	<100.0>
	全医療費に占める民間医療支出の割合	2000	14	<70.3>	80	<414.6>	64	<332.8>	65	<338.0>	41	<213.5>	87	<450.5>	52	<272.9>	55	<287.0>	44	<228.6>	69	<359.9>	57.0	<296.8>	19	<100.0>
		2010	15	<74.1>	79	<398.5>	64	<324.4>	54	<271.6>	45	<225.9>	88	<446.2>	64	<324.4>	69	<348.2>	25	<126.9>	63	<319.3>	56.3	<285.9>	20	<100.0>
		2011	8	<45.5>	77	<439.8>	62	<352.8>	51	<287.5>	45	<254.5>	84	<477.8>	63	<358.5>	67	<379.0>	22	<126.7>	55	<311.4>	53.4	<303.4>	18	<100.0>
	全政府支出に占める医療関連一般会計支出の割合	2000	6	<38.9>	9	<53.7>	5	<27.8>	6	<35.8>	8	<49.4>	8	<50.0>	8	<51.9>	6	<38.3>	11	<67.9>	7	<40.7>	7.4	<45.4>	16	<100.0>
		2010	9	<48.4>	6	<33.5>	6	<34.1>	5	<29.7>	9	<50.5>	1	<7.1>	9	<48.4>	9	<49.5>	14	<78.6>	8	<42.3>	7.7	<42.2>	18	<100.0>
		2011	6	<32.0>	6	<32.0>	6	<32.0>	6	<31.4>	6	<32.0>	2	<7.7>	10	<52.6>	9	<45.9>	15	<78.9>	10	<52.1>	7.7	<39.6>	19	<100.0>
	全医療費に占める国外医療資源	2000	—	—	9	—	—	—	29	—	1	—	1	—	4	—	0	—	0	—	3	—	4.6	—	—	—
		2010	—	—	20	—	1	—	29	—	0	—	—	—	2	—	0	—	0	—	3	—	5.5	—	—	—
		2011	—	—	15	—	1	—	23	—	0	—	7	—	1	—	0	—	1	—	3	—	5.1	—	—	—
	医療関係の一般会計支出に占める医療関係社会保障支出	2000	—	—	—	—	6	<7.4>	1.2	<1.4>	0.7	<0.8>	3	<3.7>	15	<17.3>	5	<5.7>	9	<11.1>	20	<23.2>	6.0	<7.1>	85	<100.0>
		2010	—	—	—	—	17	<19.9>	6	<6.3>	0.7	<0.8>	1.3	<1.5>	26	<29.2>	16	<17.8>	10	<11.6>	38	<44.0>	11.4	<13.1>	87	<100.0>
		2011	—	—	—	—	18	<20.8>	5	<5.6>	0.9	<1.0>	3.0	<3.4>	25	<28.1>	16	<17.7>	9	<10.6>	40	<45.2>	11.6	<13.2>	88	<100.0>
	民間医療支出に占める患者自己負担	2000	99	<123.3>	89	<111.6>	73	<91.0>	92	<114.6>	72	<90.1>	100	<124.3>	77	<96.4>	96	<119.5>	77	<96.0>	96	<119.4>	87.0	<108.6>	80	<100.0>
		2010	99	<120.6>	75	<92.0>	76	<92.4>	78	<95.4>	77	<93.7>	93	<113.0>	84	<102.2>	88	<107.1>	56	<68.0>	93	<113.4>	81.8	<99.8>	82	<100.0>
		2011	98	<121.3>	80	<99.6>	76	<94.7>	78	<97.0>	79	<98.0>	94	<116.3>	84	<103.6>	94	<116.7>	56	<69.2>	83	<103.2>	82.2	<102.0>	81	<100.0>
	民間医療支出に占める民間プリペイドプラン	2000	0.6	<4.7>	0.2	<1.6>	6	<50.4>	0	<0.0>	13	<98.4>	0	<0.0>	11	<87.4>	0	<0.0>	13	<100.8>	—	—	4.4	<34.3>	13	<100.0>
		2010	0.5	<4.0>	0.2	<1.6>	4	<29.6>	—	—	15	<117.6>	0	<0.0>	11	<90.4>	10	<80.8>	31	<251.2>	—	—	7.2	<57.5>	13	<100.0>
		2011	1.1	<8.1>	0.4	<3.0>	4	<26.7>	—	—	18	<133.3>	0	<0.0>	12	<86.7>	4	<26.7>	31	<228.1>	—	—	6.9	<51.3>	14	<100.0>

資料:「WORLD HEALTH STATISTICS 2013」World Health Organization
注1:灰色はアセアン諸国で1番水準が低い地域を示す。
注2:水玉はアセアン諸国で2番目に水準が低い地域を示す。

			ブルネイ		カンボジア		インドネシア		ラオス		マレーシア		ミャンマー		フィリピン		シンガポール		タイ		ベトナム		アセアン平均		日本	
1人当たりの医療支出	10人当たり総医療支出（平均為替レート（US$））	2000	551	<19.4>	19	<0.7>	15	<0.5>	11	<0.4>	125	<4.4>	3	<0.1>	34	<1.2>	663	<23.4>	66	<2.3>	21	<0.7>	150.8	<5.3>	2,834	<100.0>
		2010	915	<23.1>	48	<1.2>	84	<2.1>	30	<0.8>	368	<9.3>	17	<0.4>	89	<2.2>	2,005	<50.7>	179	<4.5>	83	<2.1>	381.8	<9.6>	3,958	<100.0>
		2011	917	<19.7>	49	<1.1>	99	<2.1>	35	<0.8>	384	<8.2>	19	<0.4>	105	<2.3>	2,144	<46.0>	214	<4.6>	93	<2.0>	405.9	<8.7>	4,656	<100.0>
	1人当たり総医療支出（購買力平価（US$））	2000	1,284	<65.0>	58	<2.9>	46	<2.3>	40	<2.0>	282	<14.3>	13	<0.7>	77	<3.9>	956	<48.4>	166	<8.4>	74	<3.7>	299.6	<15.2>	1,974	<100.0>
		2010	1,503	<48.2>	132	<4.2>	123	<3.9>	67	<2.1>	645	<20.7>	26	<0.8>	164	<5.3>	2,592	<83.1>	331	<10.6>	216	<6.9>	579.9	<18.6>	3,120	<100.0>
		2011	1,179	<34.5>	129	<3.8>	132	<3.9>	75	<2.2>	619	<18.1>	23	<0.7>	182	<5.3>	2,556	<74.8>	372	<10.9>	227	<6.6>	549.4	<16.1>	3,415	<100.0>
	1人当たり政府医療支出（平均為替レート（US$））	2000	477	<20.8>	4	<0.2>	5	<0.2>	4	<0.2>	73	<3.2>	1	<0.0>	16	<0.7>	298	<13.0>	37	<1.6>	6	<0.3>	92.1	<4.0>	2,290	<100.0>
		2010	781	<24.6>	10	<0.3>	30	<0.9>	14	<0.4>	204	<6.4>	2	<0.1>	32	<1.0>	629	<19.8>	134	<4.2>	31	<1.0>	186.7	<5.9>	3,179	<100.0>
		2011	844	<22.1>	11	<0.3>	38	<1.0>	18	<0.5>	212	<5.5>	3	<0.1>	39	<1.0>	714	<18.7>	166	<4.3>	42	<1.1>	208.7	<5.5>	3,824	<100.0>
	1人当たり政府医療支出（購買力平価（US$））	2000	1,111	<69.7>	12	<0.8>	16	<1.0>	14	<0.9>	166	<10.4>	2	<0.1>	37	<2.3>	429	<26.9>	93	<5.8>	23	<1.4>	190.3	<11.9>	1,595	<100.0>
		2010	1,284	<51.2>	28	<1.1>	44	<1.8>	31	<1.2>	358	<14.3>	3	<0.1>	59	<2.4>	813	<32.4>	248	<9.9>	80	<3.2>	294.8	<11.8>	2,506	<100.0>
		2011	1,085	<38.7>	29	<1.0>	50	<1.8>	37	<1.3>	341	<12.2>	4	<0.1>	67	<2.4>	851	<30.3>	289	<10.3>	103	<3.7>	285.6	<10.2>	2,804	<100.0>

資料：「WORLD HEALTH STATISTICS 2013」World Health Organization
注1：灰色はアセアン諸国で1番水準が低い地域を示す。
注2：水玉はアセアン諸国で2番目に水準が低い地域を示す。

(8)アセアン諸国の医療サービス不公平度

			ブルネイ	カンボジア	インドネシア	ラオス	マレーシア	ミャンマー	フィリピン	シンガポール	タイ	ベトナム		アセアン平均	日本
			―	2010	2007	2006	―	―	2008	―	2005-2006	2006	2010-2011	―	―
現代的方法による避妊の普及	住居の場所	農村部	―	36	58	―	―	―	33	―	76	62	61	42.3	―
		都市部	―	31	57	―	―	―	35	―	72	56	58	41.0	―
	富の五分位点	最低位	―	35	50	―	―	―	26	―	79	66	65	37.0	―
		最高位	―	31	58	―	―	―	33	―	70	56	58	40.7	―
	女性の教育レベル	無学	―	34	40	―	―	―	9	―	63	58	66	27.7	―
		中・高等教育	―	34	59	―	―	―	36	―	71	62	59	43.0	―
ミレニアム開発目標5	少なくとも4回訪問した出産前ケアのカバー率	住居の場所	農村部	―	55	75	―	―	―	73	―	―	―	51	67.7	―
			都市部	―	80	90	―	―	―	83	―	―	―	82	84.3	―
		富の五分位点	最低位	―	43	61	―	―	―	61	―	―	―	27	55.0	―
			最高位	―	82	96	―	―	―	93	―	―	―	89	90.3	―
		女性の教育レベル	無学	―	40	44	―	―	―	32	―	―	―	6	38.7	―
			中・高等教育	―	78	90	―	―	―	84	―	―	―	66	84.0	―
	熟練した医療関係者のもとでの出産	住居の場所	農村部	―	67	63	11	―	―	48	―	96	85	91	47.3	―
			都市部	―	95	88	68	―	―	77	―	99	98	99	82.0	―
		富の五分位点	最低位	―	49	44	3	―	―	26	―	93	53	72	30.5	―
			最高位	―	97	95	81	―	―	94	―	100	99	99	91.8	―
		女性の教育レベル	無学	―	47	31	3	―	―	11	―	81	60	45	23.0	―
			中・高等教育	―	91	87	63	―	―	73	―	99	97	97	78.5	―

資料：「WORLD HEALTH STATISTICS 2013」World Health Organization
注1：灰色はアセアン諸国で1番水準が低い地域を示す。
注2：水玉はアセアン諸国で2番目に水準が低い地域を示す。

			ブルネイ	カンボジア	インドネシア	ラオス	マレーシア	ミャンマー	フィリピン	シンガポール	タイ	ベトナム		アセアン平均	日本
			—	2010	2007	2006	—	—	2008	—	2005-2006	2006	2010-2011	—	—
1歳児におけるジフテリア・破傷風・百日咳(DTP)ワクチン3回接種(DTP3)のカバー率	セックス	男	—	85	66	40	—	—	87	—	95	79	72	69.5	—
		女	—	85	68	42	—	—	84	—	94	79	76	69.8	—
	住居の場所	農村部	—	84	61	39	—	—	83	—	95	75	70	66.8	—
		都市部	—	90	75	56	—	—	88	—	93	95	82	77.3	—
	富の五分位点	最低位	—	73	45	29	—	—	72	—	95	56	59	54.8	—
		最高位	—	93	82	59	—	—	94	—	93	95	86	82.0	—
	女性の教育レベル	無学	—	67	29	30	—	—	36	—	94	46	35	40.5	—
		中・高等教育	—	92	76	57	—	—	90	—	95	85	77	78.8	—
発育不良の5歳未満児	セックス	男	—	41	—	48	—	—	—	—	16	—	24	44.5	—
		女	—	37	—	47	—	—	—	—	15	—	22	42.0	—
	住居の場所	農村部	—	41	—	50	—	—	—	—	17	—	27	45.5	—
		都市部	—	27	—	32	—	—	—	—	12	—	12	29.5	—
	富の五分位点	最低位	—	49	—	58	—	—	—	—	21	—	41	53.5	—
		最高位	—	22	—	23	—	—	—	—	9	—	6	22.5	—
	女性の教育レベル	無学	—	46	—	55	—	—	—	—	20	—	41	50.5	—
		中・高等教育	—	31	—	31	—	—	—	—	13	—	20	31.0	—
ミレニアム開発目標4	5歳以下の死亡率(出生1,000人当たりの5歳まで死亡する確率)	セックス	男	—	76	55	—	—	—	41	—	—	—	—	57.3	—
			女	—	59	46	—	—	—	34	—	—	—	—	46.3	—
		住居の場所	農村部	—	75	60	—	—	—	46	—	—	—	—	60.3	—
			都市部	—	29	38	—	—	—	28	—	—	—	—	31.7	—
		富の五分位点	最低位	—	91	77	—	—	—	59	—	—	—	—	75.7	—
			最高位	—	30	31	—	—	—	17	—	—	—	—	26.0	—
		女性の教育レベル	無学	—	86	93	—	—	—	135	—	—	—	—	104.7	—
			中・高等教育	—	35	37	—	—	—	30	—	—	—	—	34.0	—

資料:「WORLD HEALTH STATISTICS 2013」World Health Organization
注1:灰色はアセアン諸国で1番水準が低い地域を示す。
注2:水玉はアセアン諸国で2番目に水準が低い地域を示す。

(9)アセアン諸国の人口及び社会経済統計

			ブルネイ		カンボジア		インドネシア		ラオス		マレーシア		ミャンマー		フィリピン		シンガポール		タイ		ベトナム		アセアン平均		日本	
人口	総人口（1,000人）	2011	406	〈0.3〉	14,305	〈11.3〉	242,326	〈191.6〉	6,288	〈5.0〉	28,859	〈22.8〉	48,337	〈38.2〉	94,852	〈75.0〉	5,188	〈4.1〉	69,519	〈55.0〉	88,792	〈70.2〉	59,887	〈47.3〉	126,497	〈100.0〉
		2012	412	〈0.3〉	14,865	〈11.7〉	246,864	〈194.0〉	6,646	〈5.2〉	29,240	〈23.0〉	52,797	〈41.5〉	96,707	〈76.0〉	5,303	〈4.2〉	66,785	〈52.5〉	90,796	〈71.4〉	61,042	〈48.0〉	127,250	〈100.0〉
	中央値の年齢	2011	29	〈64.4〉	23	〈51.1〉	28	〈62.2〉	22	〈48.9〉	26	〈57.8〉	29	〈64.4〉	22	〈48.9〉	38	〈84.4〉	35	〈77.8〉	29	〈64.4〉	28	〈62.4〉	45	〈100.0〉
		2012	30	〈65.2〉	24	〈52.2〉	27	〈58.7〉	21	〈45.7〉	27	〈58.7〉	29	〈63.0〉	23	〈50.0〉	38	〈82.6〉	36	〈78.3〉	29	〈63.0〉	28	〈61.7〉	46	〈100.0〉
	15歳以下人口	2011	26	〈200.0〉	31	〈238.5〉	27	〈207.7〉	34	〈261.5〉	30	〈230.8〉	25	〈192.3〉	35	〈269.2〉	17	〈130.8〉	20	〈153.8〉	23	〈176.9〉	27	〈206.2〉	13	〈100.0〉
		2012	36	〈276.9〉	31	〈238.5〉	29	〈223.1〉	36	〈276.9〉	27	〈207.7〉	25	〈192.3〉	35	〈269.2〉	16	〈123.1〉	18	〈138.5〉	23	〈176.9〉	28	〈212.3〉	13	〈100.0〉
	60歳以上人口	2011	6	〈19.4〉	6	〈19.4〉	8	〈25.8〉	6	〈19.4〉	8	〈25.8〉	8	〈25.8〉	6	〈19.4〉	15	〈48.4〉	13	〈41.9〉	9	〈29.0〉	9	〈27.4〉	31	〈100.0〉
		2012	7	〈21.9〉	8	〈25.0〉	8	〈25.0〉	6	〈18.8〉	8	〈25.0〉	8	〈25.0〉	6	〈18.8〉	15	〈46.9〉	14	〈43.8〉	9	〈28.1〉	9	〈27.8〉	32	〈100.0〉
	年増減率	2001−2011	1.9	—	1.2	—	1.1	—	1.5	—	1.9	—	0.6	—	1.8	—	2.6	—	0.8	—	1.1	—	1.5	—	0	—
		2002−2012	1.7	〈1,700.0〉	1.6	〈1,600.0〉	1.4	〈1,400.0〉	1.8	〈1,800.0〉	1.8	〈1,800.0〉	0.7	〈700.0〉	1.8	〈1,800.0〉	2.5	〈2,500.0〉	0.5	〈500.0〉	1.0	〈1,000.0〉	1.5	〈1,480.0〉	0	〈100.0〉
	都市部での生活者	2011	76	〈83.5〉	20	〈22.0〉	51	〈56.0〉	34	〈37.4〉	73	〈80.2〉	33	〈36.3〉	49	〈53.8〉	100	〈109.9〉	34	〈37.4〉	31	〈34.1〉	50	〈55.1〉	91	〈100.0〉
		2012	76	〈82.6〉	20	〈21.7〉	51	〈55.4〉	35	〈38.0〉	73	〈79.3〉	33	〈35.9〉	49	〈53.3〉	100	〈108.7〉	34	〈37.0〉	32	〈34.8〉	50	〈54.7〉	92	〈100.0〉
住民登録のカバー率	出生児	2005−2011	90	〈100.0〉	62	〈68.9〉	53	〈58.9〉	72	〈80.0〉	90	〈100.0〉	72	〈80.0〉	90	〈100.0〉	90	〈100.0〉	99	〈110.0〉	95	〈105.6〉	81	〈90.3〉	90	〈100.0〉
		2006−2012	—	—	62	〈68.9〉	67	〈74.4〉	75	〈83.3〉	—	—	72	〈80.0〉	90	〈100.0〉	—	—	100	〈111.1〉	95	〈105.6〉	56	〈62.3〉	90	〈100.0〉
	死因	2005−2011	92	〈92.0〉	—	—	—	—	—	—	58	〈58.0〉	—	—	92	〈92.0〉	76	〈76.0〉	75	〈75.0〉	—	—	39	〈39.3〉	100	〈100.0〉
		2006−2012	93	〈93.0〉	—	—	—	—	—	—	55	〈55.0〉	—	—	90	〈90.0〉	75	〈75.0〉	85	〈85.0〉	—	—	40	〈39.8〉	100	〈100.0〉
粗出生率（人口千人対）		2011	19	〈221.2〉	22	〈260.0〉	18	〈210.6〉	22	〈262.4〉	20	〈235.3〉	17	〈200.0〉	25	〈291.8〉	9	〈108.2〉	12	〈140.0〉	16	〈192.9〉	18	〈212.2〉	9	〈100.0〉
		2012	16	〈189.3〉	26	〈308.3〉	19	〈228.6〉	27	〈325.0〉	18	〈209.5〉	17	〈207.1〉	25	〈292.9〉	10	〈117.9〉	11	〈125.0〉	16	〈189.3〉	18	〈219.3〉	8	〈100.0〉
粗死亡率（人口千人対）		2011	3	〈33.7〉	7	〈73.5〉	7	〈70.4〉	6	〈62.2〉	5	〈49.0〉	9	〈86.7〉	6	〈56.1〉	4	〈43.9〉	8	〈76.5〉	5	〈54.1〉	6	〈60.6〉	10	〈100.0〉
		2012	4	〈37.2〉	6	〈60.6〉	6	〈67.0〉	7	〈74.5〉	5	〈53.2〉	8	〈88.3〉	6	〈62.8〉	4	〈46.8〉	8	〈79.8〉	6	〈60.6〉	6	〈63.1〉	9	〈100.0〉
総出生率（1女性当たり）		2011	2.0	〈142.9〉	2.5	〈178.6〉	2.1	〈150.0〉	2.7	〈192.9〉	2.6	〈185.7〉	2.0	〈142.9〉	3.1	〈221.4〉	1.3	〈92.9〉	1.6	〈114.3〉	1.8	〈128.6〉	2	〈155.0〉	1	〈100.0〉
		2012	2.0	〈142.9〉	2.9	〈207.1〉	2.4	〈171.4〉	3.1	〈221.4〉	2.0	〈142.9〉	2.0	〈142.9〉	3.1	〈221.4〉	1.3	〈92.9〉	1.4	〈100.0〉	1.8	〈128.6〉	2	〈157.1〉	1	〈100.0〉
ミレニア開発目標5	若年層の出産比率（15〜19歳少女1,000人対）	2005−2010	18	〈360.0〉	48	〈960.0〉	52	〈1,040.0〉	110	〈2,200.0〉	14	〈280.0〉	—	—	53	〈1,060.0〉	6	〈120.0〉	47	〈940.0〉	35	〈700.0〉	38	〈766.0〉	5	〈100.0〉
		2006−2011	18	〈360.0〉	48	〈960.0〉	48	〈960.0〉	—	—	15	〈300.0〉	—	—	53	〈1,060.0〉	4	〈80.0〉	47	〈940.0〉	35	〈700.0〉	27	〈536.0〉	5	〈100.0〉
15歳以上成人の識字率		2005−2011	95	—	74	—	93	—	73	—	93	—	92	—	95	—	96	—	94	—	93	—	90	—	—	—
		2006−2012	95	—	74	—	93	—	—	—	93	—	93	—	95	—	96	—	—	—	93	—	73	—	—	—

資料：「WORLD HEALTH STATISTICS 2013」World Health Organization
注1：灰色はアセアン諸国で1番水準が低い地域を示す。
注2：水玉はアセアン諸国で2番目に水準が低い地域を示す。

				ブルネイ		カンボジア		インドネシア		ラオス		マレーシア		ミャンマー		フィリピン		シンガポール		タイ		ベトナム		アセアン平均		日本	
ミレニアム開発目標2	ネット小学校進学率	男	2005-2011	—	—	100	—	97	—	98	—	96	—	—	—	88	—	—	—	90	—	—	—	57	—	—	—
			2006-2012	96	—	100	—	95	—	97	—	—	—	—	—	88	—	—	—	96	—	—	—	57	—	—	—
		女	2005-2011	—	—	97	—	93	—	96	—	96	—	—	—	90	—	—	—	89	—	—	—	56	—	—	—
			2006-2012	95	—	97	—	99	—	95	—	—	—	—	—	89	—	—	—	95	—	—	—	57	—	—	—
1人当たり総国民所得（購買力平価(US$)）			2011	—	—	2,230	<6.3>	4,500	<12.7>	2,580	<7.3>	15,650	<44.3>	—	—	4,140	<11.7>	59,380	<168.1>	8,360	<23.7>	3,250	<9.2>	10,009	<28.3>	35,330	<100.0>
			2012	—	—	2,330	<6.4>	4,730	<13.0>	2,690	<7.4>	16,270	<44.8>	—	—	4,380	<12.1>	60,110	<165.6>	9,280	<25.6>	3,620	<10.0>	10,341	<28.5>	36,300	<100.0>
ミレニアム開発目標1	1日1$未満で生活している人口の割合（購買力平価(US$)）		2005-2008	—	—	28	—	19	—	34	—	2	—	—	—	23	—	—	—	—	—	13	—	12	—	—	—
			2006-2012	—	—	19	—	16	—	34	—	2	—	—	—	18	—	—	—	2	—	17	—	11	—	—	—
ミレニアム開発目標8	携帯電話加入者（人口100人対）		2011	109	<103.8>	96	<91.4>	103	<98.1>	87	<82.9>	127	<121.0>	3	<2.9>	99	<94.3>	150	<142.9>	112	<106.7>	143	<136.2>	103	<98.0>	105	<100.0>
			2012	114	<102.7>	129	<116.2>	114	<102.7>	65	<58.6>	141	<127.0>	10	<9.0>	107	<96.4>	152	<136.9>	127	<114.4>	148	<133.3>	111	<99.7>	111	<100.0>

資料：「WORLD HEALTH STATISTICS 2013」World Health Organization
注1：灰色はアセアン諸国で1番水準が低い地域を示す。
注2：水玉はアセアン諸国で2番目に水準が低い地域を示す。

【謝辞】

末筆ながら、以下の方々に専門家のお立場からさまざまなご意見、資料提供、ご協力をいただきました。厚く御礼申し上げます。

HANDS・中村安秀氏、篠原都氏、志澤道子氏、大妻女子大学・大澤清二氏、JICA・牧本小枝氏、国際医療研究センター・三好知明氏、厚生労働省・山内和志氏、東京大学・神馬征峰氏、全国医師国民健康保険組合連合会・山本健一氏、日本医師会・国際課　（順不同）