

21世紀型のパワーポリティックスと わが国のヘルス・デイプロマシー

(財) 日本国際交流センター シニア・フェロー・元参議院議員

武見 敬三



はじめに

21世紀におけるわが国を取り巻く国際政治の様相は複雑を極め、従来の戦争と平和といった二分的思考では対応できないことは明らかである。そのために、外交・安全保障政策に関する国論が、一定の方向で収斂^{しうれん}することを難しくしている。その複雑さは、北朝鮮による核兵器開発、中国の軍事力増強により、20世紀型の地政学的諸条件に基づくパワーポリティックスが北東アジアにおける軍事的緊張を高めていること、また一方において、国民国家間の相互依存の進化により創出される国境を越えた共通課題を抱える国際社会の一地域で

もあることに由来する。

国家間の経済的相互依存の深化および人の移動の急速な拡大、さらには、情報の非対称性の縮小等が、21世紀の国際社会の特徴を作り出している。その特徴とは、気候変動、エネルギー資源、食糧、インフルエンザ・パンデミック等のほかにまだ想定されていない多くの潜在的共通課題を含む多様な国境を越えた共通課題を抱えていることである。この21世紀の特徴が、軍事力や経済力等の地政学的諸条件に基づくパワーポリティックスに加えて、新たなパワーポリティックスを形成し始めたことにより、2次元構造の新たなパワーポリティックスの時代を迎えようとしている。

その新たなパワーポリティックスに求められる能力は、まずは、国境を越えた共通課題を自国内で解決する能力である。その能力が、国際社会において比較優位性を持っていればいるほどこのパワーポリティックスにおける潜在的能力も高くなる。次いで、この潜在性を顕在化させるのが、国内的能力を外交力に転化する外交体制である。例えば、国内にいくら環境に優しい産業および技術があり、政府に効果的な政策立案能力があったとしても、その国内的条件を活用する外交政策立案、決定、実行機能がなければ、その国内的条件は外交政策上、宝の持ち腐れとなるだけである。そして、国際社会における共通課題を解決するルール・メイキングに参画する立場を強固に確保しなければならない。

また、国際社会において国境を越えた共通課題を解決するためには、国境を越えた官官協力および官民協力が必要となる。それらの協力を実現するためには、より多くの政府および民間の関係者が共通課題を解決する政策的イニシアティブを受

け入れなければならない。その際、政策的イニシアティブを裏付ける普遍的価値が求められる。わが国にとって、この普遍的価値を守る政策概念とされてきたのが、基本的人権 (Human Rights) と人間開発 (Human Development) の考えに基づき個々の人間に着目し、その生存、生活、尊厳を守る人間の安全保障という政策概念である。今後、さらに、国境を越える共通課題が噴出することにより、21世紀型のパワーポリティックスがその重要性を増すことが予想される。従って、わが国の外交政策にとり、人間の安全保障の政策概念も確実にその重要性を増すことになるであろう。わが国にとって、人間の安全保障は道義的外交力の基盤ということが出来る。

わが国においてこの外交体制を構築するには、2次元構造のパワーポリティックスに対応し得る総理官邸における2次元総合型外交戦略の策定、外務省と外交課題として選択された国境を越えた共通課題を所轄する関係府省との極めて柔軟な連携機能が求められる。さらに、政府と民間のNG

〇や関連企業などを含む官民協力が必須となる。すなわち、官官協力と官民協力を一体的に進めるオールジャパンの体制が求められることになる。この体制を構築することで新たな外交力を蓄え、国際社会において国境を越えた共通課題を解決するイニシアティブを発揮することが出来るようになる。従来の軍事力、経済力、人口等の規模といった地政学的条件が十分に備わらずとも、一定の新しい国際政治上の影響力を確保することが可能となるのである。

このような現状認識に基づく限り、わが国は、北東アジアにおいて旧来型の地政学に基づく安全保障政策の再強化を進めるとともに、21世紀型のパワーポリティックスにおいて国境を越えた共通課題を解決する外交体制を同時に構築しなければならぬ。その際、二つの次元の異なるパワーポリティックスに同時に対応するために、パワーポリティックスと人間の安全保障のように、一見相互に矛盾する価値観をも包含する、懐の深い2次元総合型外交・安全保障政策が求められる。今後、外

交・安全保障政策に関する国論を収斂させるためには、この複雑な政策概念を分かりやすく国民に説明し理解を求めることが課題となるであろう。

国際的に比較優位性の高い 保健医療分野

その懐の深い2次元総合型外交・安全保障政策の一部と位置付けた上で、わが国は、限られた外交資源を前提として、いかなる国境を越えた共通課題を外交課題として選択し、国内の外交体制を整えるかを考えなければならない。当然に、国際社会において既にわが国が比較優位性を持つ分野を選択すべきであり、また、人間の安全保障に係る分野であることが望ましい。その一つに保健・医療分野があることは明らかである。

わが国は、この20年間で人口の急速な高齢化を迎えた高齢化先進国であるとともに、女性は世界で最高、男性も世界のトップレベルの平均寿命を達成していることが、比較優位性を象徴的に表している。また、国連ミレニアム開発目標にある1

1990年から2015年までの25年間で乳幼児死亡率を3分の1に減少させる目標は、1965年までの15年間で達成しており、同期間に妊産婦死亡率を4分の1に減少させる目標も1972年までの22年間に達成している^①。

また、2009年の世界保健機関（WHO）による疾病ごとの年齢調整死亡率や障害調整生命年（Disability Adjusted Life Years,DALY）によると、わが国はG8諸国の中で、ほとんど全ての疾患につき最も良好な調査結果が報告されている^②。

そして、多くの先進諸国が、経済の発展とともに都市化が始まり中産階級が増え、感染症主体の疾病構造から非感染症主体の疾病構造に変化していくことを経験している。人口の高齢化が非感染症の罹患率の高い人口増をもたらすことから、疾病構造の変化を加速することも学んでいる。

わが国は、1950年から1970年までの戦後復興期から高度成長期までの間、清潔な水を提供する上水道や衛生環境を改善するための下水道の普及を大規模に行った。そして、「選択と集中」

の考え方にに基づき、限られた医療資源を結核対策、母子保健対策に配分し、さらには、各種予防接種の普及にも努めた。その結果、上記の乳幼児死亡率および妊産婦死亡率の急激な減少により平均寿命が著しく向上した。これらの政策と経験は、現在まさに多くの途上国において求められていることである。

さらに、1970年代以降も成人人口の長寿化を実現することで女性の平均寿命は世界一となり、男女合わせて先進国の中でもトップ集団の長寿社会を実現した。ここでは、1961年に成立した国民皆保険制度の下で地域医療が充実し、減塩運動等の公衆衛生上のアプローチに加えて、地域医療を通じた降圧剤治療の普及などが脳卒中の死亡者を抑制し成人人口の長寿化に貢献していることを指摘したい^③。すなわち、非感染症対策では、継続した長期治療が求められることから保健システム強化が重要な柱となる。この点でも、わが国は国民皆保険制度の下で地域医療に重点を置いた保健システム強化に努め、確実にその効果を上げて

いる。このようなわが国の保健・医療分野における比較優位性に着目し、国際的に権威ある医学雑誌「ランセット」は、わが国の皆保険制度成立50周年の2011年9月に、わが国の保健システムを総括する日本特集号を発刊する予定である。

国際社会における グローバル・ヘルス政策の趨勢

近年、「国際保健」という用語は、地球社会の一体感を示すためにグローバル・ヘルスと呼ばれるようになっていく。国連の定めたミレニアム開発目標でも八つのうち三つは健康にかかわる目標となっている。また、インフルエンザ・パンデミックは国境を越えた共通課題の象徴と見なされるようになっていく。このようにグローバル・ヘルスの重要性が高まることにより、グローバル・ヘルスは単なる保健・医療問題でなく、外交課題として、あるいは、非伝統的安全保障の課題として認識されるようになっていく。先進国の主要な国際問題研究所には、政策論としてグローバル・ヘル

スを研究するプログラムが数多く設立されるようになっていく^④。

グローバル・ヘルス政策に関しては、従来からポリオ、結核、マラリア、エイズ等各疾患別に取り組む垂直的アプローチ（vertical approach）と1978年のブライマリー・ヘルス・ケアの重要性をうたったアルマ・アタ宣言に象徴される保健システム強化を求める水平的アプローチ（horizontal approach）との間で長年にわたる神学論争が続いている。実際のドナー側の政策決定では、政策決定者から見ても分かりやすい疾患別アプローチの方が圧倒的に重要視され、財源も優先的に配分されてきた。現に、わが国も2000年沖縄G8サミットにおいて感染症イニシアティブを提唱し、エイズ・結核・マラリア対策の世界基金設立に大きく貢献している。

しかし、21世紀に入ると次第に疾患別アプローチの限界も指摘されるようになった。予防接種のためのワクチンを先進国が安価で大量に購入し途上国に持ち込んでも、保健システムが整っていない

いたために、温度調節装置のない港の倉庫に積み重ねられるだけで必要とされる人々のところに配分されない、保健医療の専門家により接種されることもない、保存状態も悪いことから廃棄されてしまふといったことが、疾患別アプローチの限界を象徴する事例となっている^⑤。

また、世界人口の高齢化、途上国の経済発展および都市化等により、世界の疾病構造は確実に変化し始めている。死亡原因を見ると2030年には、がん、虚血性心疾患および脳卒中が圧倒的に上位3位を占めるようになる^⑥。このような予測が定着することにより、国際社会において非感染症対策強化が認識されるところとなり、2011年9月には国連非感染症サミットがニューヨークにて開催されることとなった。

このようなグローバル・ヘルス分野の疾病構造変化を背景として、2007年9月に世界銀行は「健全な発展のために——健康、栄養と人口分野の成果獲得のための世界銀行の戦略」(Healthy Development: the World Bank Strategy for

Health, Nutrition and Population Results)の中で健康問題と経済発展が表裏一体であり、健康問題に効果的に取り組むために多分野横断型アプローチによる保健システム強化が重要となることを指摘した^⑦。同年11月には、WHOが「みんなの課題——健康改善のための保健システム強化: WHO

の行動枠組み」(Everybody's Business: Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes: WHO's Framework for Action)と題した保健システム報告書を初めて発表した。

この報告書は、保健システムを、①保健情報、②保健財政、③保健人材、④保健サービス提供体制、⑤医薬品・医療設備等の保健・医療製品、⑥保健・医療に関するガバナンス——の六つの分野により構成されるものと定義した。これによって、それまで抽象的で、統一されていなかった保健システム強化アプローチの全体像が提示された。しかし、残念ながらその内容は多くの関係機関等が優先順位を定め、実際の行動計画を策定するための戦略的な枠組みを提示し得てはいなかった^⑧。

従って、既存の疾患別アプローチと共存する形で保健システム強化アプローチの重要性を再認識する傾向が近年確実に広がっている。

わが国の保健システム強化イニシアティブ

わが国は、2008年北海道洞爺湖G8サミットのホスト国政府の立場を利用し、疾患別アプローチと保健システムアプローチの相互補完的融合を進める必要を認め、かつ、保健システム強化のための政策決定上の優先順位を策定する戦略的枠組みを作ることを目標として、G8に初めて保健専門家会合を設置した。ただし、G8の所轄は外務省であるが、国際保健政策の専門家はいない。同省が所轄する国際協力機構（JICA）にもプロジェクト・ベースの保健・医療の専門家はいない。国際保健政策の専門家は十分に養成されていなかった。厚労省は、WHO等健康関連の国際機関を所轄し、若干の政策分野の専門家はいるがG8とは無縁の存在となっていた。財務省は、保健財

政の分野にて主要なアクターとなっている世界銀行を所轄しているものの、健康問題に対する問題意識さえまだ有していない状態であった。

そこで、総理および関係閣僚の了解と支持を得た上で、G8保健専門家会合に政策提言するために官官協力と官民協力を一体的に進める機能を持つ非公式のワーキング・グループ（WG）が設置された。これは、縦割り行政の壁を克服する実験的試みでもあった。さらに、議論に柔軟性を持たせるために事務局はNGOである日本国際交流センターに置かれた。メンバーは、（政府側）外務省国際協力局長、厚労省技術総括審議官、財務省国際局長、JICAおよび国際協力銀行（JBIC）担当理事、国立国際医療研究センター理事長、（民間側）日本国際交流センター理事長、日本財団理事長、ジョイセフ等健康関連NGO代表、大学からの学識経験者等である。このWGをまとめる主査は、筆者が担当した。

また、国外における国際保健政策分野の専門家グループが組織され、特に、ハーバード大学公衆

衛生大学院の教授等を中心に非公式のWGも作られた。このマイケル・ライシュ教授をはじめとするWGの中核メンバーは、ランセット誌上に保健システム強化に関する論文を寄稿し、G8ホスト国であるわが国に対し重要な政策提言を行っている。⁹⁾このようなNGO等を通じた国際ネットワークは、政策立案過程において重要な専門的な助言機能を持つとともに、わが国の保健システム強化イニシアティブを国際的に認知せしめるアドボカシー（政策提言）の分野において、極めて重要な役割を担った。

この官官協力と官民協力を一体的に進めるWGは、G8ホスト国政府としてのアドホックな実験的スキームとして活動を進め、保健・医療分野における比較優位性の高い潜在的外交資源を顕在化させる一時的機能を確保することに成功した。そして、北海道洞爺湖G8サミットの保健専門家会合は、保健システム強化と多分野横断型アプローチの重要性を指摘する報告書を作成し、首脳会議に提出されるとともに、首脳文書の中でも保健シ

ステム強化に言及する文言を組み込むことに成功している。

さらに、WGは、北海道洞爺湖G8サミットにおいてフォローアップすることが決められたことを受けて、わが国がホスト国である期間に保健システム強化に議題を設定し、G8保健専門家会合に対応し活動を継続した。そして、保健システム強化アプローチにおいて保健情報、保健人材および保健財政の3分野を優先的分野とする報告書を作成し、G8保健専門家会合および次のホスト国政府であるイタリア政府にも提出した。¹⁰⁾わが国はG8ホスト国政府の立場を利用し、保健・医療をめぐる国際社会における政策決定において、従来の疾患別アプローチと相互に補完する保健システム強化アプローチを政策課題として主流化するとに大きく貢献したと言える。

しかし、このフォローアップにおいて、保健システム強化を議題とすることについて簡単に合意が形成されたわけではない。特に、国際社会における限られた保健財源が疾患別アプローチから削

減され保健システム強化に再配分されることに對する警戒は根強くあった。ヘルス・エイト(Health 8)と呼ばれる非公式の保健分野の国際機関主体のネットワーク会合では、北海道洞爺湖G8サミットのフォローアップの議題として、保健システムを取り上げることに慎重な意見が多数あり、議論が紛糾している。ヘルス・エイトのメンバーの中に、疾患別アプローチを得意とする国際機関が多く含まれていたからである。最終的には、WHOがヘルス・エイトを代表してフォローアップに協力することになったが、その経緯には複雑なポリティックスが介在したことを指摘しておかなければならない。

また、わが国の厚労省は、2008年にG8のフォローアップに合わせてWHO加入後50有余年を経て、初めてわが国主導で保健システム強化に関する決議案をWHO総会に提出し採択された。しかし、1月のWHO理事会に提案する以前に、共同提案国を募ったところ、中国、韓国、タイ等アジア諸国からはすぐに協力が得られ、アフリカ、中

南米諸国に對し共同提案国となるよう働きかける協力まで得られた。その結果、5月の総会までに43カ国が共同提案国となるまでに拡大したが、欧米諸国からは最後に英国のみが条件付きで共同提案国となっただけであった。欧米主導の政策決定に對するチャレンジと受け止められた場合に、多国間外交の中に介在する複雑なポリティックスがあることはこの例からも明らかである。

おわりに

21世紀型のパワーポリティックスに對し、国際社会において比較優位性が高く人間の安全保障にも密接に関わるグローバル・ヘルスを外交課題と認識し、積極的かつ戦略的に取り組む外交体制を構築する必要を述べてきた。幸い、国民の7割以上がODAを活用すべき分野として、保健・医療を挙げている。⁽¹⁾ わが国がヘルス・ディプロマシーを展開する素地は国内に十分にあると言える。しかし、ODAの中で保健・医療の占める割合は、2・1%と経済協力機構(OECD)の開発援助

国(DAC)の平均値15・5%と比較しても極めて低い⁽¹²⁾。しかも、グローバル・ヘルス政策の趨勢とはかわりなく、現地要請主義に基づくプロジェクト・ベースの支援がほとんどであった。今後、指摘した外交体制を構築するには多くの課題を解決していかなければならない。

その第一は、知的構想力を伴う政治的リーダーシップの確立である。官僚組織の内部から自発的に官民協力と官民協力を一体的に進める政策決定機能を作り出すことは不可能に近い。しかし、既存の官僚組織も人間の集団であり、彼らおよび彼女ら官僚の協力は不可欠である。この政治的リーダーシップが発揮される場所は、2次元総合型外交・安全保障政策の戦略枠組みを作るべき総理官邸であろう。

第二に、グローバル・ヘルスの専門的政策人材の養成である。既存の国内志向の官僚組織内に国際分野で専門的知識を蓄積するキャリア・パスを各府省および国際機関横断型で作ることである。厚労省は2009年に国際担当官房審議官を創設

したが、国立国際医療研究センター、国立保健医療科学院および国立感染症研究所を整理統合し、相互の連携機能を強化し、そこにグローバル・ヘルスの専門人材を養成するキャリア・パスを作ることが求められる。このキャリア・パスは、外務省、JICAおよび国際機関の関連部署とも人事交流等でつながっていなければならない。

第三に、外務省がグローバル・ヘルスの専門人材を活用する政策決定機能をいかに実現するかである。今後、外務省が国内調整および対外交渉をする際に、ますます専門的知見を必要とするからである。既に、先進諸国は、専門的知見を有する人材を政策立案および交渉過程で活用している。外務省も専門的知見を持ったキャリアを育成し、さらに、政府内および民間からキャリアとして専門人材を登用する仕組みを作る必要があるだろう。第四に、グローバル・ヘルスに関連する府省およびJICA等の部署において、府省の壁を越えて連携するネットワーク機能の創出である。現状では、必要な情報共有さえも十分にできていない。

総理官邸の戦略機能を強化し、府省間の関連部署が相互に協力しやすくなる必要がある。

第五に、外務省およびJICAの政策立案および実施過程におけるグローバル・ヘルス関連NGOおよび関連企業とのより密接な協力関係の確立である。保健・医療分野にて拡大する途上国市場にわが国の関連企業が進出し、本業やコミュニティへの貢献を通じて途上国の人々の健康改善に貢献することにつながる官民協力は、必要な検討課題である。

以上述べてきた提言は、グローバル・ヘルスに限られたことではない。健康以外の国境を越えた諸課題が外交課題として選択された場合、それらの外交体制を構築する際にも共通する取り組みがほとんどである。21世紀型のパワーポリティクスに対応するためには、開かれた、かつ柔軟な外交体制を構築しなければならない。待たれるのは、知的構想力を持った政治的リーダーシップである。

(注)

- (1) ランセット日本チーム Population Health 研究チーム資料。
- (2) WHO. Global Health Observatory : Death and disability-adjusted life years (DALY) rates, by country. Geneva : World Health Organization, 2009.
<http://www.who.int/gho/mortality-burden-disease/countries/en/index.html> (2011年1月1日入手)
- (3) ランセット日本特集 Population Health 研究チーム資料。
- (4) 米国では、外交問題評議会 (CFR) のグローバル・ヘルス・プログラム、戦略国際問題研究所 (CSIS) のグローバル・ヘルス・ポリシーセンター、ブルッキングス研究所のグローバル・ヘルス・イニシアティブ、欧州では英国王立国際問題研究所 (チャタムハウス) のグローバル・ヘルス・セキュリティ・センター、フランス国際関係研究所 (IFRI) の「健康と環境」プログラム、スイス国際関係高等研究所 (HEI) の

グローバル・ヘルス・プログラムなどが挙げられる。

- (5) Mills A. *Mass campaigns versus general health services : what have we learnt in 40 years about vertical versus horizontal approaches ?* Bulletin of World Health Organization. April 2005 ; 83 (4).
- (9) Mathers C, Loncar D. *Projections of Global Mortality and Burden of Disease from 2002 to 2030.* PloS Med. 2006 ; 3 (11) : e442.
- (7) The world Bank. *Healthy Development : The World Bank Strategy for Health, Nutrition, & Population Results.* The World Bank. 2007.
- (8) World Health Organization. *Everybody's Business : Strengthening Health System to Improve Health Outcomes. : WHO's Framework for Action.* World Health Organization. 2007.
- (6) Reich MR, Takemi K, Roberts MJ, Hsiao WC, *Global Action on Health Systems : A Proposal for the Toyako G8 Summit.* Lancet. 2008 ; 371 : 865 - 869.
- (10) 保健システム強化に向けたグローバル・アクション・タスクフォース「G8北海道洞爺湖サミット・フォローアップ、保健システム強化に向けたグローバル／アクション：G8への提言」(財)日本国際交流センター、2009年)。
- (11) 内閣府「保健医療分野の国際協力に関する特別世論調査」(2010年6月17日より27日実施)。
- (12) Organization for Economic Cooperation and Development. OECD. stat (www.oecd.org)より2010年8月入手)。

武見 敬三
たけみ けいぞう

(財)日本国際交流センター シニア・フェロー。1974 年慶應義塾大学卒業、1995 年より東海大学教授、1995 年から2007 年まで参議院議員(自由民主党)。外務政務次官、厚生労働副大臣等歴任。2007 年から2 年間ハーバード公衆衛生大学院研究員。