

第6講 保健・医療分野における先導的成熟国家としての日本

— アジアにおける政策的役割と課題

武見敬三（参議院議員，公益財団法人日本国際交流センターシニア・フェロー）

経済大国から先導的成熟国家へ

1993年、世界銀行が「東アジアの奇跡——経済成長と政府の役割」という報告書を発表した。日本は当時、経済大国として大きな役割を担うとみなされていた。特にアジアにおいては雁行型経済成長の単独のけん引車として位置づけられていた。しかし、それから17、18年の歳月を経て、今日のアジアにおける経済状況を見ても、その役割は終わりを告げている。

このような時代になって、日本はアジアを中心とした国際社会の中でどのような役割を担えるのであろうか。また、国内の体制をどのように整えていけば、より持続可能な形でその役割を担うことができるのか。

日本の平均寿命は男女ともに世界のトップクラスであり、女性について言えばここ25年間世界一である。日本はどうやってこのような長寿社会、健康社会をつくりあげることができたのか。この問いに答えることは、わが国が経済ではなく、別の観点から改めて国際社会に貢献することができるという示唆を与えてくれる。

過去を振り返ってみると、戦後の復興・高度経済成長期から現在に至るまで、わが国は社会的格差を一定程度に抑制する仕組みを政策の随所に組み立てることに成功してきた。その結果、多くの国民が自分は中産階級の一員であるという共通認識を持つようになり、格差が社会の不安定要因にならないという大きな成果をあげている。これはまさに、社会保障制度によるところ

が大きい。

社会保障制度にはいろいろあるが、大別すれば、第一は所得保障である年金制度、第二は健康保障、つまり医療保険制度である。第三は生活保障であって、これは多少次元の違いはあるが、介護保障、介護保険制度であり、生活保護も含まれる。こうした社会保障制度を通じて、わが国は社会格差を一定に抑えて、全体として安定的な成長を遂げることに成功した。健康社会をつくり上げることができたのはその一側面である。

こういった日本の社会政策は、これから高度成長期を迎え高齢化を始めとしてさまざまな問題に直面するであろうアジア諸国にとって、非常に参考になる知見であろう。ここでは、保健医療の分野に限定した形で、日本がアジアにおいて政策面でどのような役割を果たすことができるかを考えたい。

日本の国際社会における新しい役割を、わかりやすい言葉で定義するのは大変難しいことだが、私はあえて「先導的成熟国家」と呼びたいと思う。先導的成熟国家の役割とは、自由と平等を尊重する責任ある国家として、アジア諸国が人口の高齢化や社会的格差の拡大などの課題に対応していく際に、わが国の成功のみならず失敗の体験を含め、科学的根拠に基づいて政策的に発信していくことである。

「人間の安全保障」という概念

先導的成熟国家の役割を考えるときに、非常に重要なキーポイントとなるのが、「人間の安全保障」という考え方である。これは、もともとは1994年にUNDP（United Nations Development Programme、国連開発計画）が打ち出したものであるが、非常に抽象的な政策概念であったことから、日本が主導して人間の安全保障委員会を設置して、この概念を構築し提言を行った。

その基本目標は、基本的人権と人間開発に基づいて、個々の人間の生存、生活の尊厳を守ることである。さらに、人間にとっての自由を尊重し、人生のさまざまな選択肢を拡大することで、より有意義な人生を可能とすることを目指している。

政策を決定する基本的な単位は、人間の生活に一番近いコミュニティとす

る。実際の政策では、トップダウンとボトムアップを組み合わせたアプローチが取られる。上からの保護「ヒューマン・プロテクション」と、下からの人間力を強化する「ヒューマン・エンパワメント」という、2つのアプローチである。このアプローチを通じて、コミュニティを単位として政策を立案し実施することによって、政策の効果をより確実に拡大し、その結果として個々の人間が人生の中で有意義な選択肢を広げていくことを可能にする。そういう考え方が成立したのである。

国境を越えたネットワークをつくって活動する際には、誰しものが納得できる共通の理念が必要である。この人間の安全保障という概念は、今後わが国が国際社会でネットワークを構築し、外交を展開しようとするときに求められる、新たな政策概念となるだろう。

保健医療における日本の優位性

グローバルヘルスの議題設定には、疾患別アプローチと保健システム強化アプローチがある。国際社会の中で今まで主流であったのが、ポリオや結核・マラリア、HIV というような疾患別のアプローチであった。1978年、WHO（世界保健機関）によりアルマ・アタ宣言が採択され、プライマリーヘルスケア（病気の予防）の大切さが明確に打ち出され、保健システム強化の重要性が指摘されたにもかかわらず、現実には疾患別アプローチが大勢を占めていた。しかし21世紀に入って、こういった疾患別アプローチの限界が認識されるようになった。

たとえば、先進国が予防ワクチンを大量に購入し、途上国での予防接種に協力するという国際援助についてみても、せっかくワクチンが途上国に届けられたとしても、それが港の倉庫に山積みされたままになって、必要な人の所には届かず、適切に接種されることもない、というようなことが頻繁に発生していた。こうしたことから疾患別アプローチの限界が認識され、保健システムを強化する必要性が徐々に認識されるようになっていった。そうしたなか、WHOは、2005年に「すべての人々が、受け入れ可能なコストで、適切な医療サービスにアクセスできること」という、ユニバーサル・カバレ

ッジに関する総会決議を採択している。

このように、グローバルヘルスにおける保健システム強化が改めて着目されるようになった時期に、日本が2008年の北海道洞爺湖サミットでシステム強化アプローチを主流化させるためのイニシアティブをとったことにより、保健システム強化アプローチが大きく評価されるようになったのである。

さらに、2011年、日本は国民皆保険制度成立50周年を迎えた。健康な社会を低コストで、きわめて平等に実現することができてきたことは、わが国の大きな特徴である。

比較優位性確保の背景

世界で65歳以上の人口が13%以上を占める国、つまり高齢化が進んでいる国は2000年の段階では北半球の一部であった。しかし2030年になると高齢化が進んで、アフリカと南アジアの地域を除いて、ほとんどの国が高齢化社会となることが予測されている（図6.1）。

高齢化社会になれば寿命が延びると同時に、当然さまざまな疾患を抱える患者が増えていく。それによって疾病構造の変化が起こる。死亡原因の将来予測をみると、感染症が脅威である国はだんだん少なくなっていく。がん、虚血性心疾患、脳卒中の三疾患が中心になってくる。

こうした疾病構造の大きな変化に対して、それぞれの国と国際社会がどのように対応していくかが、国際社会共通の認識になろうとしている。日本はこれらの課題にどのように貢献できるのだろうか。

日本の平均寿命の伸びをみていくと、男女ともに終戦の1945年から1960年前後の間に急速に伸びている（図6.2）。これは、乳幼児死亡率、あるいは感染症などによる死亡数を抑制することに成功したことによる。今まさに途上国が直面している問題を、日本はこの時期に経験している。

5歳未満の小児死亡率も、急激に下がっている（図6.3）。母親の出産に関わる教育、安全な出産のための助産師や産婦人科医、あるいは医療機関の確保、予防接種・健康診断を通じた小児の健康管理などが系統的に行われることによって、小児死亡率を下げることができた。その際に大きな役割を果た

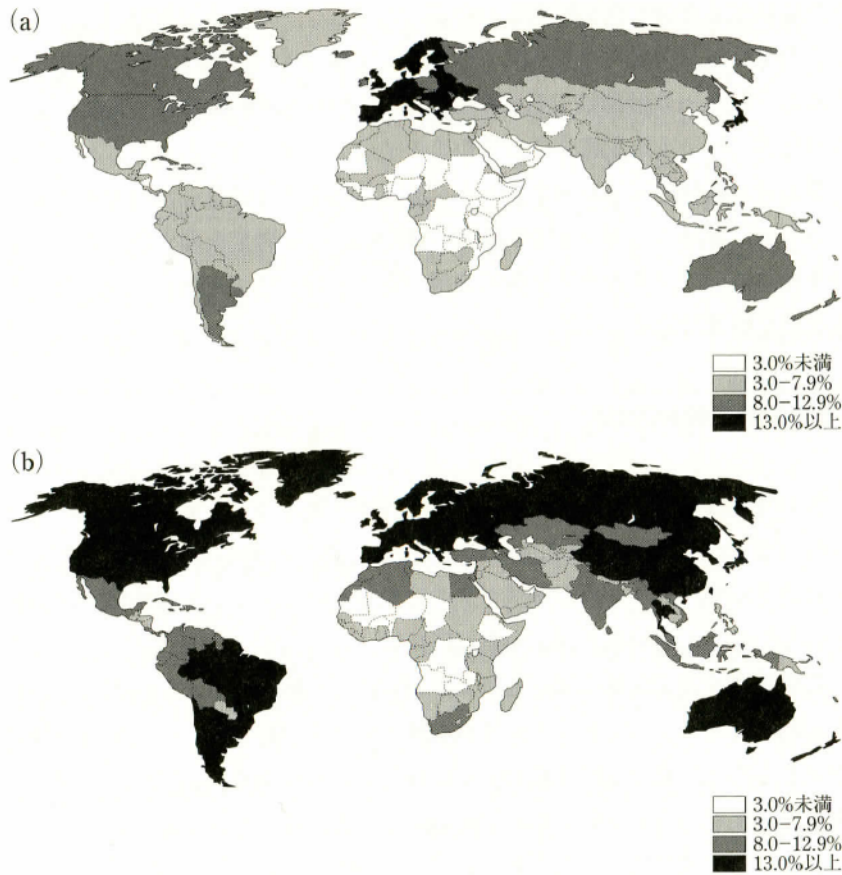


図 6.1 世界の 65 歳人口。(a) 2000 年。(b) 2030 年 (予測) (U. S. Census Bureau, *Ageing World* (2001)).

したのが母子手帳である。母子手帳は、母親の教育から子供の予防接種に至るまで母子両方の健康を確保する役割を果たしたうえ、親子の絆を強める役割まで担った。これはまさに、ヒューマン・エンパワメントという観点に合致する。コミュニティの中でトップダウンとボトムアップがきわめて効果的に組み合わせられる形となった。

なおかつ日本では、成人の死亡率が抑えられることによって平均寿命が延び、一時期は男女ともに世界一の長寿であった。60 歳から 75 歳の高齢者の死亡率をみても、男女ともに高齢者の死亡率を確実に下げていくことに成功

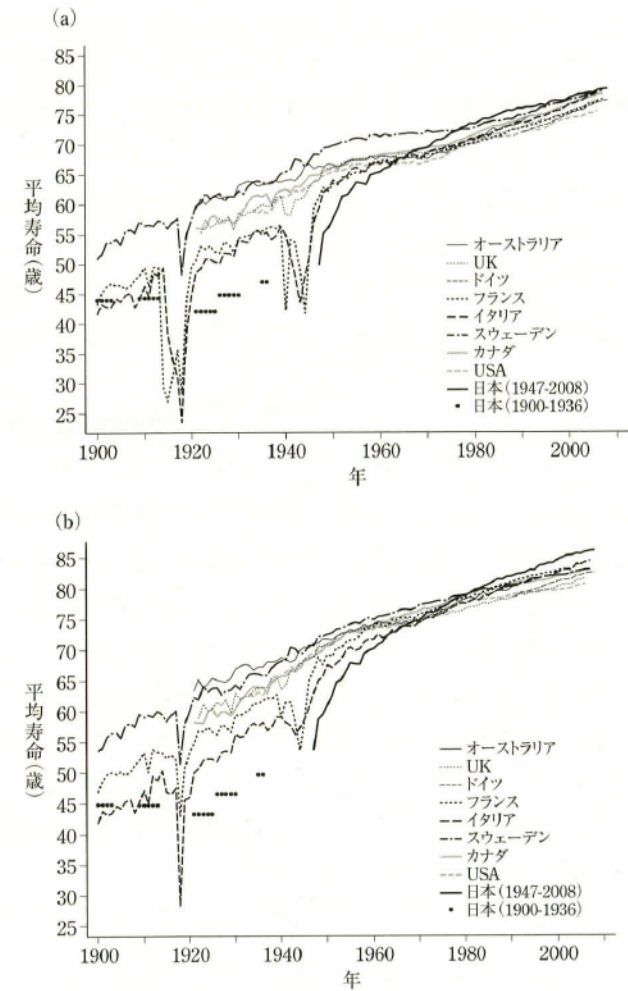


図 6.2 出生時の平均寿命の推移 (1900-2008 年) (Ikeda, N. *et al.*, *Lancet*, 378, 1094-1105 (2011)).

(a) 男性, (b) 女性.

したことがわかる。

たとえば、脳卒中による死亡者数は戦後間もない時期は高かったが、その後急激に下がっている。その原因を探してみると、公衆衛生的なアプローチで言えば、国が一体となって取り組んだ減塩運動があげられる。この運動が大きな影響力を持ったことは明らかだが、実際に統計学的手法で分析して

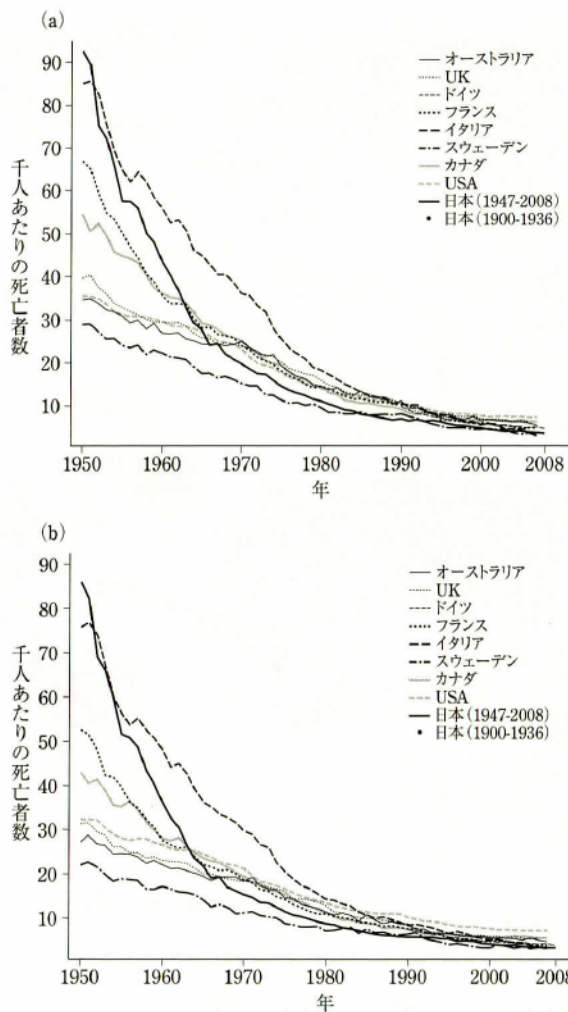


図6.3 5歳未満の小児死亡率の推移（1950-2008年）(Ikeda, N. et al., *Lancet*, 378, 1094-1105 (2011)).
(a) 男性, (b) 女性.

いくと、減塩運動の効果よりも、むしろ降圧剤の服用を通じた血圧の管理によるところが大きい。

これを可能にしたのが、1961年にできた皆保険制度である。この制度によって、貧富の格差にかかわらず国民誰もが一定の医療サービスを受けら

れるようになった。しかも診療報酬がすべての保険者で統一されたことにより、どの保険者に所属していても医療サービスには平等にアクセスすることができるようになった。脳卒中の例で言えば、診療報酬の中で降圧剤が使えるようになり、地域医療においては高齢者が降圧剤を服用して血圧を管理していくことにより、危険因子が除去されて、脳卒中による死亡者数を抑えるのに成功したのである。それは、日本人の平均寿命が延びた一因になっている。ただし、脳卒中による死亡率は現在でも他の先進国に比べれば高く、今後も対策が必要であることを付け加えておく。

皆保険制度の基本構造

ここで、皆保険制度を実現した国民健康保険法という法律を検証してみる。戦前の1922年、健康保険法が制定された。雇用者保険を中心にしたもので、富国強兵の基盤になる国策として重視されたという事情がある。当時は国民のおよそ3%しかカバーされていなかった。その後1937年日華事変が起きると国策がさらに強化され、その結果として1938年にできたのが、国民健康保険法である。市町村を単位として保険者が設定されるようになり、保険制度が急速に拡大していった。驚くべきことに、戦時中の1943年の段階で、7割以上の国民が保険に加入していた。こうして、いい意味での戦前の遺産を相続する形で、戦後の皆保険制度が生まれたのである。

国民健康保険法第5条には、区域内で住所を有する者はそれぞれの市町村が行う健康保険の費用分担をすることが定められている。国民は必ず住んでいる地域の市町村の健康保険に加入することが義務づけられている。第6条で健康保険法の被保険者等を国民健康保険（国保）の被保険者とし、という例外規定が設けられているが、地域社会を基盤にして構築されたという点が、大きな特徴である。

法律の目的としては、第一に、病気にかかったときでも経済的に破綻しないようにすること。第二はアクセスの平等、第三が診療報酬の統一である。どの保険者に所属していても、アクセスできる医療サービスについてできる限りの平等性を確保することが理念となっている。