

厚生労働省

国際協力・協調の在り方 検討プロジェクトチーム

検討結果報告書

平成18年11月に実施された WHO 事務局長選挙では、継続的かつ効果的な国際協力・協調の重要性と、それにより国際的地位を確立することにより国益を確保することの重要性が痛感された。これを契機に、柳澤大臣了解のもと、武見副大臣がチームリーダーとなって「国際協力・協調の在り方 検討プロジェクトチーム」が発足し、本プロジェクトチームにおいて平成 18 年 12 月 4 日以降 11 回にわたり討議を重ねた結果、以下の通りの結論を得たので、報告書としてとりまとめ、武見副大臣より柳澤大臣に提出するものである。

総 論

社会・経済がグローバル化し、国家間の関係の緊密化、相互依存の深化が進展している。厚生労働行政分野においても、国際的な諸要素を考慮しなければならない局面が増加してきた。このため、将来にわたり厚生労働行政を効率的に遂行するためには、国際関係業務の在り方について、包括的に見直す必要がある。

見直しにあたっては、

A：国際社会からの要請 と、

B：我が国にとっての必要

の両面から検討する必要がある。

A：国際社会からの要請

厚生労働分野の国際的潮流は、過去10余年の間に大きく変貌を遂げている。保健・医療分野について見ると、開発・援助全体に占める比重が増大するとともに、先進国・途上国の境を超えた地球全体の課題であると捉えられるようになった。この結果、各国厚労当局は、地球全体の課題としての参画を国際社会から要請されるようになった。

以下に90年代以降の流れを概観し、今日における国際社会から我が国の厚労分野への要請を考える。

① 健康への投資 (Investment in Health) の重要性認識

保健医療分野の開発・援助は、90年代前半までは医療施設など社会資本の整備および地域保健 (Primary Health Care) が中心であった。関与する機関としても、WHO、UNICEF、UNFPA (国連人口基金) といった国連機関や二国間援助機関の保健・医療部門に限られており、先進国の保健医療当局の関与や保健・医療セクターの外への広がりには乏しかった。

しかしながら、1993年の世界銀行の年次報告書が、初めて保健・医療分野を主題として取り上げた (“Investment in Health”) ことを契機として、国際開発・援助における保健・医療分野の取組みの重要性が認識されるようになった。この1993年の世界銀行報告書は、健康への投資による健康水準の向上が、社会・経済の発展にとって必須の前提要件であるとの立場に立つものであり、健康を投資 (Investment) 対象と位置づけた点で斬新なものであった。

これ以降、保健・医療分野をセクター単独で捉えるよりも、むしろ開発全体の中での中心課題と位置づける在り方は広く支持を受けることになる。それに伴いこれまで10余年の間に国際開発・援助全体に占める保健・医療分野への関心は飛躍的に高まっている。

これに加え、特に労働者の健康管理や職場での健康対策の推進の必要性に対する認識が高まってきており、本年のWHO総会でも関連する決議が採択された。これは社会保障制度の支え手となる人々が健康で働き続けられる環境の整備の重要性が認識されるようになったものと言える。

表(1) 保健医療分野(人口・家族計画含む)のための政府開発援助(ODA)の額
(単位:百万ドル)

	1993 年	2003 年	年成長率(%)
保健医療分野 (人口・家族計画含む)	3,107	6,719	8.0
ODA 全体	56,451	99,892	5.9
保健医療分野(人口・家族 計画含む)が ODA 全体に 占める割合	5.5%	6.7%	—

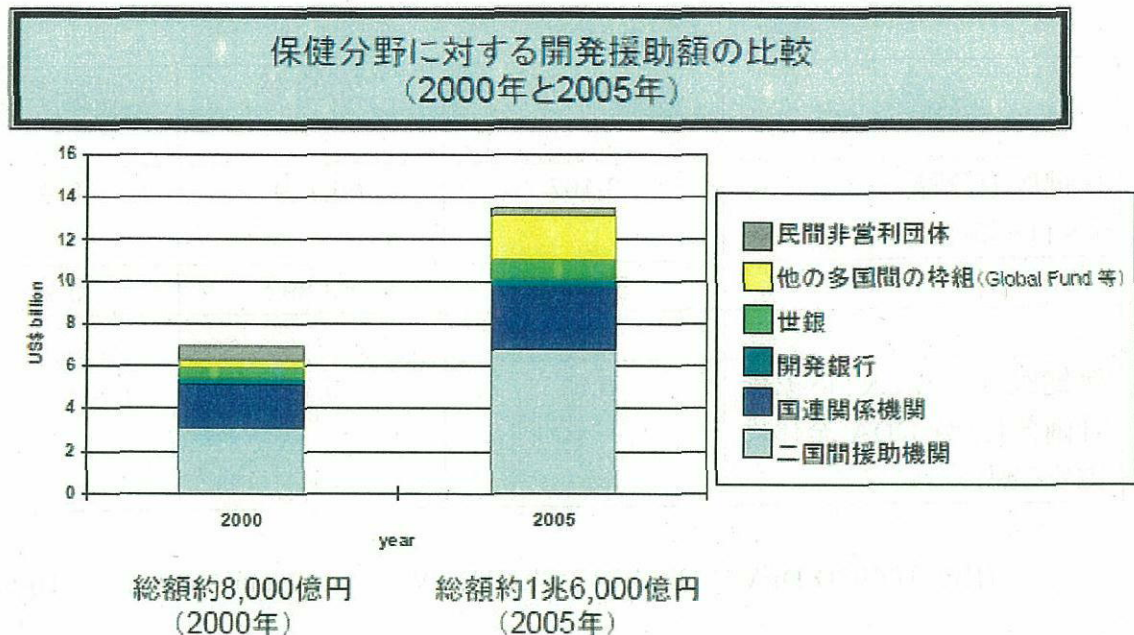
(出典) OECD DEVELOPMENT CENTRE Working Paper No.244 P.10 抜粋

② パートナーの増加と資金の流入

上記①のことは、最近 10 余年で、保健・医療分野に関連する多くの国際機関およびイニシアチブが創設されたこと、及び、開発・援助全体に占める保健・医療分野の資金の割合及び絶対額が飛躍的に増大した事実でも見て取れる。

例えば、従前は保健・医療に係わる国際機関としてはWHO以外には、UNICEFやUNFPA等しかなかった。それに対し、90 年代半ば以降には、国連合同エイズ計画(UNAIDS、1996 年)の発足を皮切りに、Stop TB Partnership(1998 年)、Global Alliance for Vaccine Initiative (GAVI、2000 年)、世界エイズ・結核・マラリア対策基金(The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria、2002 年)、など国連機関内外で保健・医療分野での取組みのための新たな組織・枠組みが次々と立ち上がった。また、世界銀行やアジア開発銀行等の開発銀行においても保健・医療案件が借款事業全体のうち相当のシェアを占めるようになってきている。さらに最近ではビル&メリンダゲイツ財団をはじめとする民間から保健・医療分野での取組みに対する資金の拠出も増えている。

グラフ(1)保健分野に対する開発援助額の比較 (2000年、2005年)



(出典) 世界銀行「The World Bank Strategy for Health, Nutrition, and Population Results」 April 24, 2007 P.82 抜粋

③ 健康が開発・援助の中心課題へ

さらに、2000年に国連総会で採択された Millennium Development Goals (MDGs; ミレニアム開発目標) では、8つの開発目標のうち3つが健康関連(「乳幼児死亡率の削減」「妊産婦の健康の改善」「HIV/AIDS、マラリア、その他の疾病の蔓延防止」)であることは、当該分野が地球規模で取り組む諸課題の中心的存在と位置づけられるようになったことを象徴している。

また、日本政府が提唱し国連に基金を設置している「人間の安全保障」も、同じ流れに位置するものである。これは、国全体の経済的発展よりも、個々人の広義の安全を国際協力・協調の主眼とするもので、多くの関係者の支持を受けている。この中でも、「基礎保健サービスの完全普及」は10の提言のうちの一つに位置づけられ、国際社会全体が取り組むべき課題の中での保健・医療分野の位置づけが一層明確となった。

呼応して、保健・医療セクターの側でも、社会全体との関連を強く意識するようになっている。例えば WHO においては、経済、政治、環境といった社会的要

因が健康に影響を及ぼす現実を踏まえ、社会と健康の関わりを検討する委員会(Commission on Social Determinants of Health)が2005年に立ち上げられ、現在まで、継続的に委員会が開催されている。ここでは、社会的要因としては、人が生きていく上での幅広い要素があるとされているが、例えば雇用/労働環境があり、また、今後取り組むべき分野として、公正な雇用やインフォーマルセクターで働く人々の保護が挙げられている。

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

ミレニアム開発目標(MDGs)

目標1: 極度の貧困と飢餓の撲滅

目標2: 普遍的初等教育の達成

目標3: ジェンダーの平等の推進と女性の地位向上

目標4: 乳児死亡率の削減

目標5: 妊産婦の健康の改善

目標6: HIV/エイズ、マラリア、その他の疾病の蔓延防止

目標7: 環境の持続可能性の確保

目標8: 開発のためのグローバル・パートナーシップの推進

(出典) 外務省 HP 抜粋

④ (先進国をも含めた) 地球規模課題としての保健・医療

最近10余年の、もう一つの新しい潮流としては、HIV/AIDSの汎世界的流行(Pandemic)及び新型インフルエンザの潜在的脅威を背景として、健康問題が発展途上国の開発という枠組みを超え、先進国をも含めた地球規模課題として捉えられるようになったことがある。感染症は、今や専門家のみが扱う課題ではなく、国連総会やG8(主要国首脳会議)といった首脳レベル会議においても主題となっている。

特に重要な鳥・新型インフルエンザとHIV/AIDSについて概況をまとめる。

(事例①)鳥・新型インフルエンザ

インフルエンザは、ウイルス変異により、人に対する病原性・感染性が突如として変化し得る性質を有している。20 世紀には、3 回の世界的流行が発生し、特に 1918 年の、いわゆるスペイン風邪では推定 4,000 万人以上の犠牲者が生じた。

2003 年以降の鳥におけるインフルエンザのヒトへの感染は、WHO の報告によると平成 19 年 6 月 15 日現在で患者数 313 人(うち死亡者数 191 人)となっており、ウイルス変異により、人から人への易感染性を持つウイルスが発生した場合、人の国際的往来の現状を踏まえれば、世界全体に未曾有な人的・経済的損害が生じる危険性が高い。

これを踏まえ、2005 年 9 月の国連総会にて、日米など 5 カ国が中心となり IPAPI(インフルエンザ国際イニシアチブ)を提唱したことに引き続き、欧米各国では、新型インフルエンザ対策を国家の安全保障上の課題として位置づけている。(例えば、米国のインフルエンザ対策プランにおいては、約 8,000 億円規模の予算を確保するとともに、非常時には国内治安維持のための軍隊出動の想定がある。)

我が国は、新型インフルエンザが発生する可能性が最も高い東アジア諸国と近接し、これら諸国との人の往来も活発である現状を踏まえれば、インフルエンザ対策において引き続き、国際協力を強化していく必要がある。また、インフルエンザワクチンの途上国への確保、自国生産時における知的所有権の問題など、従来想定されていなかった新たな課題も提示されている。

(事例②) HIV/AIDS

HIV/AIDS は 80 年代初頭に人類への感染が初めて確認された新興感染症である。それ以来、これまで四半世紀の HIV/AIDS による世界全体の累計死者数は約 2,500 万人に及び、また、現在の感染者数も約 4,000 万人に達している。これは、単一疾病の流行 (Epidemic) による死者数および社会全体に与える影響の大きさとしては、中世ヨーロッパの黒死病 (ペスト、1348 年) や 20 世紀に世界的流行をみたスペイン風邪 (インフルエンザ、1918 年) を凌ぐ人類史上最悪の規模となりつつあり、そのコントロールは人類社会の存立基盤に係わる問題と認識されるようになった。

こうした認識を受け、2001 年には国連エイズ特別総会が開催された。単一の疾病対策を主題とした会議に世界の指導者が一堂に会した史上初めての機会であり、これにより、地球規模課題としての HIV/AIDS の位置づけが明確となった。首脳レベルのコミットメントに伴い、世界全体で HIV/AIDS 対策に投じられる予算も急速に増えている。

我が国は、途上国はもとより、欧米先進諸国と比較しても HIV 感染率が際だって低いものの、HIV/AIDS 対策は喫緊の課題であり、疾病概念の変化や発生動向に対応した施策展開等を図るため、2006 年に後天性免疫不全症候群に関する特定感染症予防指針 (エイズ予防指針) の改正を行ったところである。

エイズ予防指針に基づき、普及啓発及び教育、検査体制の強化、医療提供体制の再構築に施策の重点化を図りつつ、我が国の取組みの経験や成果を踏まえ、世界全体の政策形成に関与していく必要がある。

⑤ 今後の世界の健康課題と日本の役割

～～生活習慣病対策と高齢化社会の健康管理～～

WHO によれば、疾病別の人類に対する負荷 (Burden of Disease) において今後、先進国・途上国を問わず、急速に増大するのが、高血圧、心疾患、糖尿病など生活習慣を背景とする諸疾患である。

我が国においては、急速な高齢化の進展を踏まえ、メタボリックシンドロームという新たな疾患概念の導入のもと対応を急いでいるところである。米国においても肥満を「最大の疫病」と位置づけている。

他方、途上国においては、エイズ・結核・マラリアをはじめとする感染症のコントロールが優先課題である一方で、生活習慣病が急速に広がっている現状を Double Burden(二重の負荷)と捉えている。

表(3) 中・低所得国における疾病負荷 (Burden of Disease) と ODA に占めるその割合

疾病分類	DALYs (障害調整余 命年数) (2001 年)	疾病 負 荷 の 割合	ODA 中に占める保健 医療分野(※)の割合 ※人口・家族計画問題 を含む		障害調整余命年数 1 年 当 た り に 対 す る ODA 配分額 (2002 年) (ドル)	
			直接投資	間接投資 含む	直接投資	間接投資 含む
感染症全体	552,639,000	39.8	54.9	72.9	39.56	48.24
非感染症全体	678,842,000	48.9	0.0	22.1	0.0	2.18
けが等	155,945,000	11.2	0.0	5.1	0.0	2.17
疾病負荷合計	1,387,426,000	100.0	54.9	100.0	—	—

(出典) OECD DEVELOPMENT CENTRE Working Paper No.244 P.14 及び 17 抜粋

**Burden of Disease とは…*

現在の健康状態と、病気や不自由なしに歳を経る理想の健康状態とのギャップ

**DALYs とは…*

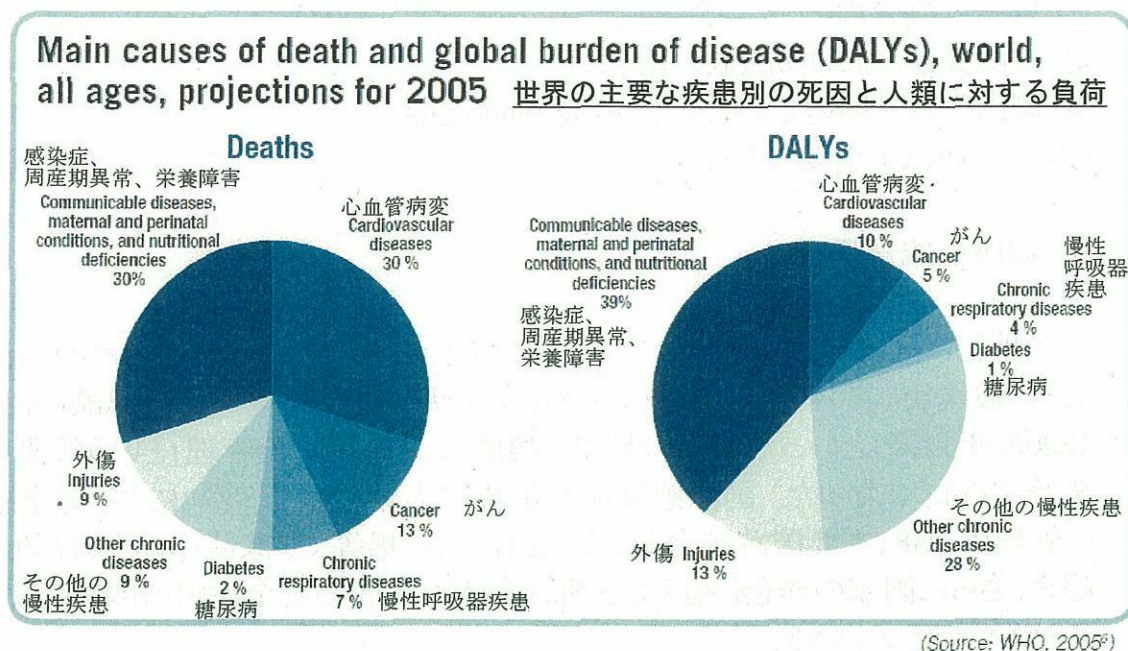
Disability Adjusted Life of Years

寿命と生活の不自由さの両方を考慮した疾病による負担を表す指標

1DALYs = 健康な状態で過ごす 1 年を失うこと

このように、生活習慣病は、先進国・途上国の枠を超えた、これからの共通かつ最大の健康課題である。現状では地球規模課題としての捉えられ方はなされていないものの、HIV/AIDS や新型インフルエンザに続く、新たな Epidemic(疾病の流行)として位置づけることができる。

グラフ(2) 世界の主要な死亡の原因と人類に対する負荷



(出典) World Health Statistics 2006 P19

http://www.who.int/whosis/whostat2006_10highlights.pdf

また、多くの途上国においても、今後急速な高齢化が見込まれており、経済開発を進めていく中で社会保障制度やこれを支える人づくりに課題を有している。我が国は、社会保障の支え手となる人々が健康で働き続けることについて、豊富なノウハウを擁しているが、職場を活用した長期的な健康管理や産業保健制度は、今後の高齢化社会への一つの対応策と言える。1億2千万人の人口を有する国として、医療制度をはじめ、国際的にも誇れる各種制度について、今後アジア諸国を中心に積極的に技術移転など貢献を進める必要がある。

B: 我が国にとっての必要

国内行政遂行上の国際対応の必要性

厚生労働省としての国際対応の必要性は、上述の国際開発への支援や地球規模課題への対応といった世界への貢献もさることながら、第一義的には、国

内行政遂行上の必要性に基づくものである。近年、保健・医療分野を中心に国内行政施策を実施するに当たり、国際対応の必要性が増している。とりわけ、

- ① 健康危機管理
 - ② 国際交渉における国益の確保
 - ③ 国内行政判断の指標としての国際動向把握
- の3つの観点が重要である。

① 健康危機管理

今世紀に入ってから、9. 11 テロ(2001 年)、SARS(2003 年)、スマトラ島沖地震・津波災害(2004 年)、新型インフルエンザの潜在的危機への認識の高まり(2005 年以降)といった一連の事象を契機に、「健康危機管理」という新概念が普及するようになった。国際感染症対策及び大規模災害・テロによる健康危機の管理は、G8(主要国首脳会議)や国連総会の場等で、保健・医療の枠組みを超え、さらに国家の枠をも超えた、地球全体の人間の安全保障の問題として捉えられるに至っている。

これに伴い、G7 主要国の保健担当大臣を中核とした世界保健安全保障グループ(GHSAG : Global Health Security Action Group)の設立(2001 年)や国際的な健康危機管理の在り方を規定する WHO 国際保健規則(IHR : International Health Regulation)の改訂(2007 年発効)など、対応した取り組みを強めているところである。

健康危機管理は、言うまでもなく国内行政と密接不可分の問題であり、上述の国際動向に的確に対応することが、国民一人一人の健康問題に直結する。

② 国際交渉における国益確保

厚生労働分野での国際交渉としては、1980 年代後半より日米 MOSS 協議(市場志向型分野別協議)が開始され、医薬品・医療機器分野に係わる薬事承認や保険適用の在り方を中心に、米国政府当局との交渉を定期的に継続している。これに加え、90 年代からは、日米 EU 医薬品規制調和国際会議(ICH : International Conference on Harmonization of Technical Requirements for Registration of Pharmaceuticals for Human Use)において、医薬品・医療機器の治験データの取り扱いの調和を図る交渉が始まった。

さらに今世紀に入ってから、WHO たばこ規制枠組み条約(FCTC : Framework Convention on Tobacco Control)や、医薬品を巡る TRIPS 協定(知的所有権の貿易関連の側面に関する協定)をはじめとして、厚労分野の国際交渉が質・量ともに増加している。今後とも、インフルエンザウイルスの国際共有やアルコール規制に関するルール策定など、関係者間の利害が激しく対立することが予想される保健・医療分野の交渉案件が予定されている。

いずれの分野においても、国内・国外ともに利害の相反する関係者が存在するため調整が困難な交渉を強いられており、かつ、その帰趨が国内行政及び国内関係産業に大きな影響を与えるものである。

また、労働分野においても、例えば世界的な労働力の国際移動の動向を踏まえ、外国人労働者の問題は、今後、二国間・多国間双方において議論が活発になることが想定される。その他にも、日米構造協議において我が国の労働法制のあり方が幅広く対象となるなど、国際交渉の場での議論も増している。

③ 国内行政判断の指標としての国際動向把握

近年、厚生労働行政の妥当性が司法の場で問われた事案としては、血液製剤によるエイズ・肝炎ウイルス感染、ハンセン病対策が挙げられる。それぞれの事案の検証の過程では、問題発生時点での外国政府の対応との比較が、妥当性判断の要素の一つとなっている。

また、訴訟に至らないまでも、抗ガン剤など医薬品の許認可や医薬品副作用情報の取り扱いの在り方についても、振り返ってみて、当時における諸外国の施策との比較が国内行政判断の妥当性の判断の指標の一つとなっているところである。

これを踏まえれば、特に科学的行政判断にあつては、これまで以上に国際的な動向に注意を払った情報収集とそれに基づく分析、判断が必要となっている。

各 論

上記の総論を踏まえ、厚生労働省の国際協力・協調の在り方を

A：対外的な取り組み（多国間・二国間の協力・協調実施の方策） と、
B：対内的な取り組み（人材育成、キャリアパスや省内体制の整備）

の両面から検討し直す必要がある。

A：対外的な取り組み（各国間・二国間の協力・協調実施の方策）

① プロジェクト型から政策提案型・制度構築型の協力へ

～～ 地球社会が取り組むべき新たな課題の提案 ～～

医療・保健分野における二国間協力の趨勢は、かつての大規模病院無償供与や県単位での特定分野技術協力（プロジェクト型）から、世界全体での援助政策の基本方針策定に基づいて協力対象国の制度構築を図る「プログラム型」に移行しつつある。

他方、他の先進主要国と比較すれば日本の援助は、地域に根ざした支援に強みを発揮する反面、保健・医療専門家のマクロ政策における関与が少ないことが指摘されてきた。かかる政策形成では、これまでの我が国の保健・医療協力を担ってきた臨床・地域保健の専門家に加え、保健医療制度設計に責任を有する厚生労働省が蓄積している知見と人材が果たすべき役割も大きい。

とりわけ、総論で触れたような、今後の世界の健康課題を踏まえれば、生活習慣病対策及び社会保障制度の構築、職域も含めた健康確保対策において貢献していくことが特に重要である。以下、例えば中進国（新興工業国）を協力対象として念頭に置いた上で、具体的に概説する。

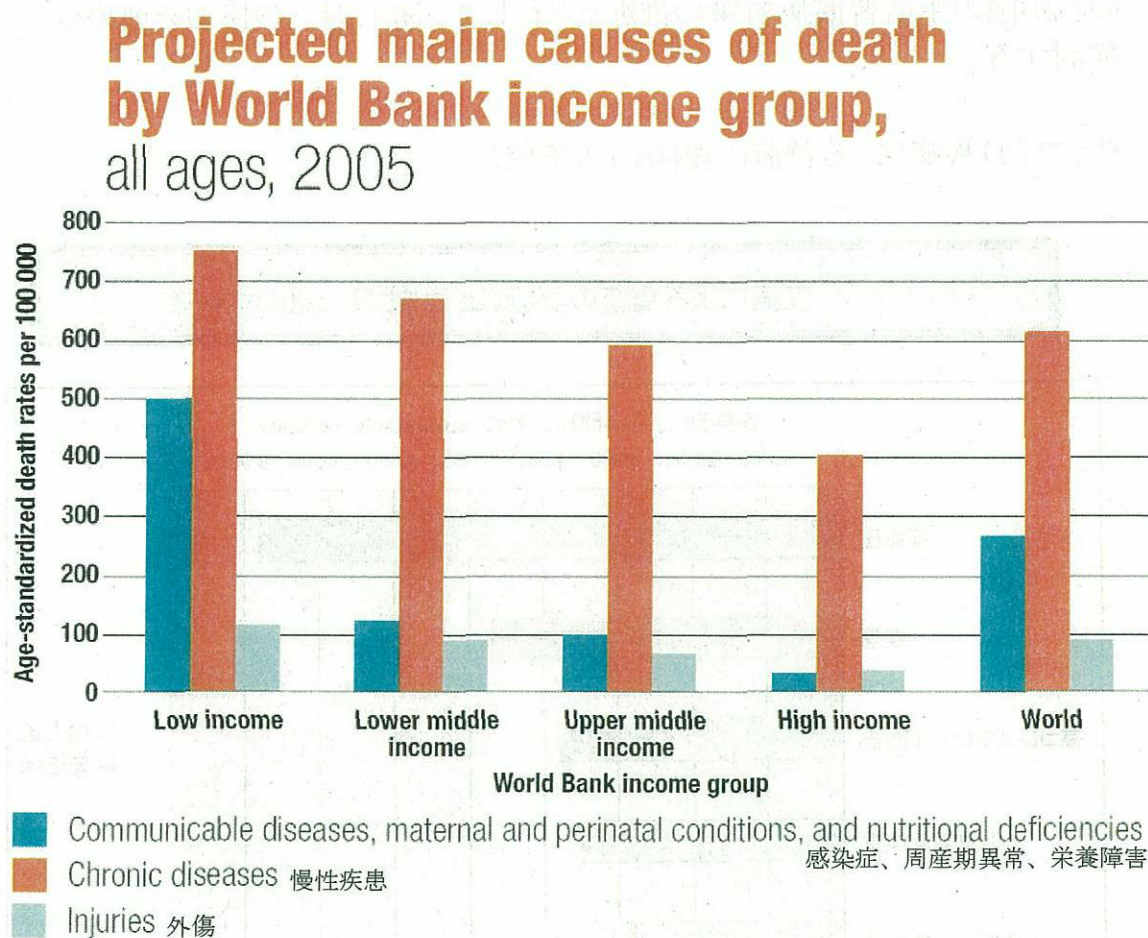
生活習慣病対策

安全な飲料水の確保や基本的保健医療サービスへのアクセスが行き渡るにつれて、社会全体が抱える主要疾患は、下痢や肺炎などの急性感染症やワク

チンによって予防可能な疾患群から、HIV/AIDS、結核、マラリアといった慢性の感染症に、さらには、高血圧・心疾患や糖尿病などの代謝障害に代表される生活習慣病に移行していく。(Epidemiological Transition: 疾病転換)

我が国を含む先進諸国は、20 世紀後半より急性・慢性感染症に代わって生活習慣病が主たる健康問題となっており、それに続いて、東アジア諸国をはじめとする多くの中進国においても、生活習慣病が最大の健康課題となりつつある。

グラフ(3) 所得水準による死亡原因の差(世界銀行の所得区分による)



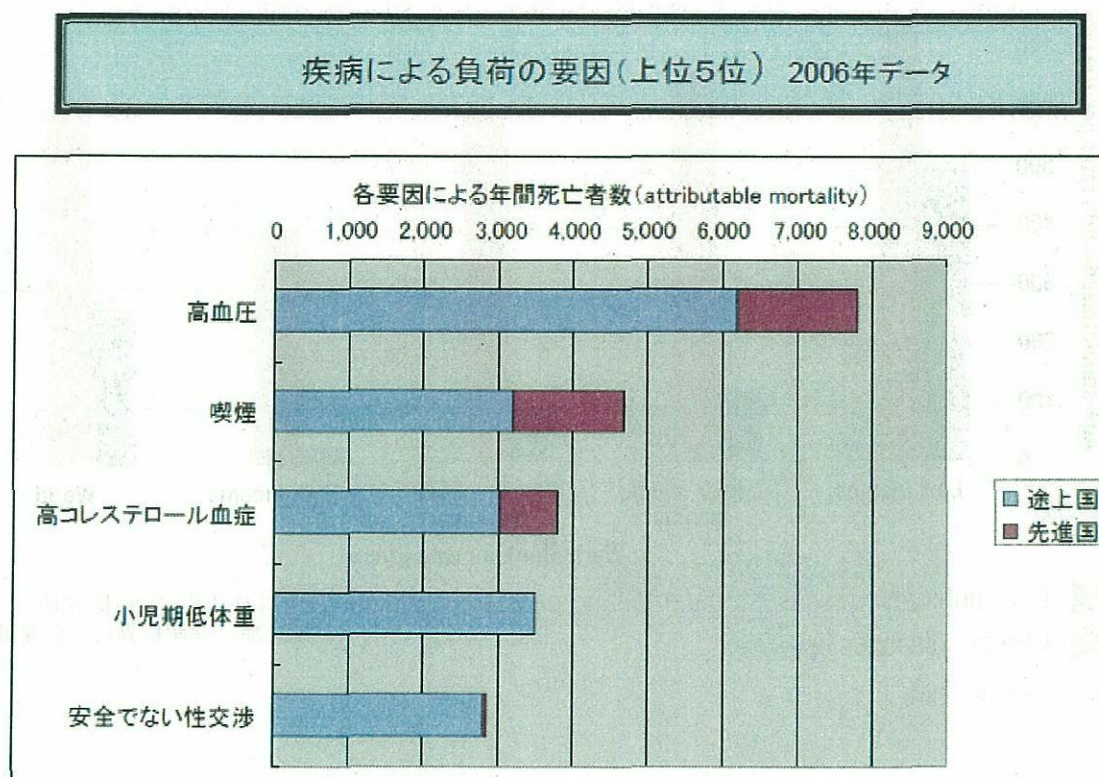
(出典) Preventing Chronic Diseases, a vital investment, World Health Organization P59 http://www.who.int/whosis/whostat2006_10highlights.pdf

また、生活習慣病は、その治療において、急性・慢性の感染症よりもより多額の費用を要することが多く、医療財政上も今後は大きな問題となることが予想される。

日本は、世界で最も急速に高齢化しつつある国として、生活習慣病対策は、世界の保健・医療政策の今後を先取りしている。メタボリックシンドロームという新たな疾病概念を導入し、その予防のため、生活習慣（運動、食事、喫煙・過度の飲酒）の改善を数値目標により国民に対し具体的に啓蒙し、医療保険や検診で制度的な裏付けも与えた。このような我が国の経験について世界に発信し政策対話を促進していくことは、厚生労働省が果たし得る重要な国際貢献である。

我が国としては、生活習慣病対策は、国家を挙げて取り組みつつある課題であり、政策立案者および臨床現場での実務者ともに、専門家の層も厚い。今後の我が国の生活習慣病対策の推進と平行して、途上国への協力を進めることを検討する。

グラフ(4) 疾病による負荷の要因(上位5位)



(出典) 世界銀行「The World Bank Strategy for Health, Nutrition, and Population Results」 April 24, 2007 P.90 抜粋

社会保障制度の構築

多くの途上国においては、今後急速な高齢化が見込まれており、経済開発を進めていく中で社会保障制度やこれを支える人づくりに課題を有している。

こうした中で、我が国は、これまで、公衆衛生、医療保険、年金保険、障害者福祉、児童福祉等を含む広義の社会保障の問題について、我が国の経験や教訓をこうした国々に伝え、それぞれの国々に活かしてもらうべく、ASEAN諸国・日本社会保障ハイレベル会合を開催するなど支援に取り組んできている。

こうした会合と併せて、JICAの技術協力専門家の枠組みを用いて、東アジアのいくつかの国の保健省等に政策アドバイザーなどを派遣し、それぞれに国の保健・医療・福祉分野での政策立案の支援等にも携わってきた。これは関係国においても高く評価されており、今後も継続して取り組むことが必要である。

その際、これまでの全般的な取り組みに加えて、例えば、官民の協力、保健と福祉の連携、予防に重点を置いたコミュニティ・ケアなど、我が国の社会保障の優れた面が東アジアのそれぞれの国の発展段階や経済社会状況に応じてモデルとして役立つことも期待したい。

人々が健康に働き続けるための対策

高齢化への対応策としては、社会保障制度の支え手となる人々が健康で働き続けるための観点も重要である。途上国においては、地域保健制度の普及も今後重要であるが、働く場所の確保と、その環境整備や職域を活用した健康確保対策を進めることを支援していく必要がある。その際、我が国においては、職域での健康確保や、安全衛生対策、産業保健制度について実績のあることから、そのノウハウの活用や途上国等への技術移転を促進することが有効である。さらに、産業医科大学等を活用した、我が国の持つ産業保健専門家育成システムの活用についても検討することとする。

② マルチパートナー・マルチウインドウへの対応

1990年代前半までは、保健・医療分野の多国間の枠組みは WHO および UNICEFに限られていたところである。近年においては、国連本体において保健・医療分野を含む地球規模課題の議論が増えてきたのに加え、Global Fund、Stop TB Partnership 等国連外にも重要な枠組みが広がっている。さらに世界銀

行や地域開発銀行も保健・医療分野への傾斜を強めている。こうした個々の組織の日本政府側の窓口は厚労省(WHO、UNAIDS、Stop TB Partnership)の他に外務省(国連本体、UNICEF、Global Fund)と財務省(世界銀行、アジア開発銀行)が受け持っている。

90年代までは、保健・医療分野の多国間の枠組みとし、WHOが圧倒的な役割を担っており、厚労省としても自らがWHOへの政府窓口となることで十分な対応が可能であった。しかるに、今日、保健・医療分野の多国間の枠組みにおいて数多くの機関・組織が誕生し、それぞれの国内窓口が異なっており、政府内での関係省庁間の意志疎通が不十分なきらいがある。

今後は、外務・財務・厚労の3省庁での情報交換・政策形成を推進するとともに、それぞれのカウンターパートが主催する国際会議には、省庁の枠を超えて日本政府全体として最適の布陣で望めるようにするべきである。

また、職員の交流に関しては、2002年より厚労省からニューヨーク国連代表部に参事官を派遣し、保健・医療分野の地球規模課題を担当しているところである。今後は、それぞれの所管する国際機関(WHO、UNICEF、Global Fund、世界銀行、アジア開発銀行)への官民から有為な人材を派遣する方策を積極的に検討する必要がある。

③ WHO と ILO を活用した国際貢献の推進

保健・医療分野での国際貢献を行うに当たっては、同分野における我が国の行政体制が、従来、厚生省(WHO 窓口)と労働省(ILO 窓口)の2省体制であったものが、厚生労働省の一省体制となったことにより、WHO と ILO を一体として活用した協力の推進が容易となっていることを踏まえつつ、近年、国連改革の中で One UN を目指す動きが具体化していることも考慮のうえで、国際行政の知見を活かせるものにする必要がある。

こうした観点にたって、例えば、途上国における地域の住民・労働者を対象とした健康確保対策に早急に取り組む必要がある。この構想は、感染症、生活習慣病、職業病などについて、職場(企業)の領域とそれ以外の領域(公的保健機関等)でその地域の住民・労働者を対象にして、それぞれ企業と公的保健機関等が中心的な役割を担いつつ、一体的な取組を進めるものである。これはまた、我が国における厚生分野の地域保健制度や労働分野の産業保健制度などの先進的な知見も活用しつつ、WHO と ILO への我が国からの拠出金により、実施するものである。

なお、この構想については、WHO、ILO 両機関とも前向きな反応を示しているところである。

また、WHO や ILO を活用した国際貢献推進のためには、これら国際機関における日本人職員数の増加を図る必要がある。日本の人口や分担金額から算定された WHO における日本人職員適正数 121 人-166 人に対して現状の職員数は 38 名に留まる。こうした大幅な Under-representation の改善を図る必要がある。

表(4) WHO 職員の under - representation 状況について

WHO職員数（2006 年 12 月末現在）

	WHO 全体	日本人職員計
Ungraded	21	1
D2	50	2
D1/P6	205	1
P5	670	17
P4	513	10
P3	194	5
P2	100	2
P1	1	0
専門職計	1754	38

※ Ungraded … 政治任命職相当

※ D1 及び D2 … 局・部長職相当

※ P5 … 課長級相当

<参考>

ILO については、2006 年 12 月末現在で ILO 全体職員 648 人中、日本人職員数は 39 人にとどまっている。（日本人職員適正数は 76 人-102 人）

④ 各国 厚労行政当局や国際機関との意思疎通強化

国際協力・協調を効果的に行うためには、各国、国際機関等との意志疎通強化が重要である。とりわけ、国連等国際機関を補完する意味から、多国間関係についても強化する必要がある。例えば、我が国と利害が一致する局面があるか、密接な関係が重要であるグループの厚労当局（日米、

GHSAG（世界健康安全保障行動グループ）、日中韓、ASEAN）とは双方の国際部局間を軸に一層の意思疎通強化を図る。特に日中韓においては職員の相互交流を検討してはどうか。

また、我が国と利害が潜在的に対立する場面も多いが国際舞台で発言力を持つ国々（途上国グループ）との間でも、対話のチャンネルを確保する必要がある。

さらに、我が国の制度や政策の方向性について各国厚労行政当局や関係国際機関に対し発信し、理解を深めてもらう場として、我が国で開催する国際会議が有効である。安倍内閣として進める「国際会議の開催・誘致推進による国際交流拡大プログラム」とも歩調を合わせ、厚労分野での国際会議の誘致等を積極的に進めることとする。

⑤ 国際保健分野等の人材育成（“Takemi Program Japan”）

我が国の、途上国を中心とした諸外国の人材育成への貢献も重要であり、その一環として、例えば欧米の公衆衛生大学院の修士レベルに比肩し得る1年コースの人材養成プログラムを創設し、内外の人材を育成することを検討する。

具体的には国立保健医療科学院で実施しているWHOやJICAからの研修生受け入れの枠組みを拡充し、有識者懇談会・人材センター（後述）の専門家の協力を求めるとともに日本人学生を積極的に確保する。

また、関連する取り組みを行っている国内外の大学などとの連携も検討する。

B：対内的な取り組み（人材育成、キャリアパスや省内体制の整備）

① 人材育成とキャリアパスの整備

国際業務を遂行できる人材は、

- 事案の国内的コンテキストをまず理解した上で、国際的コンテキストで対応
- 国際的な意思決定プロセスの理解と参加能力
- カウンターパートとの信頼関係の醸成

- 語学力・交渉力

を兼ね備えることが必須条件と言える。

こうした人材を省内外に一定数確保するために、計画的長期的な育成が必要である。そのため、次のような点を中心として、職員の中に国際部門にウエイトをおいたキャリアを形成する“国際派”を養成する。

任期について

現在の、例えば国際課においては、管理職・非管理職を問わず、一ポストあたりの任期は他の国内部署の場合と変わらず、短ければ1年、平均2年程度で異動するという状況にある。

他方、一般に国際関連職務は国内行政の基本的な手法(国会对応、審議会設置、法案作成、関係団体との折衝方法など)を踏まえて国際交渉における技法を新たに習得する必要があるため、人材育成に一定の追加的期間を要する。また、外国のカウンターパートは一ポストに5年程度は在籍することが一般的であることから、我が方の任期の短さは国際舞台での活躍に支障を来すとともに、国際会議において過去の経緯を踏まえ十分な影響力を発揮することを困難にしている。

今後は、職員本人の希望や適性をも踏まえた上で、国際関連職務については通常の国内業務での慣例を超えて長め(3年～5年程度まで)に一ポストに在職させることも視野に入れる。

キャリアパスについて

国際課及び省内国際関係課室・職の管理職においては、多くの場合、それまでに一定の関連職務経験(留学、省内国際関連部局・在外公館勤務、JICA・国際機関派遣)を経ていることが事実上の前提となっている。これは、業務の円滑な推進にとって重要であるので維持すべきである。

また、各局が担う行政分野においてもますます専門性が求められているのと同様に、国際関連業務においても一定の技法と専門性と経験の蓄積が要求される業務が増えてきている。しかしながら、国際課の業務を担う多くの職員は、各局から異動し、これらの習得の時間がないうちに他ポストに異動するため、個人としても、派遣元の組織全体としても国際業務に関するノウハウが効率的に

蓄積されがたい面がある。

近年は国際関連業務を中心に職務経験を積みたいと希望する職員は一定数存在する。そうした職員については、本人の適性を見極めた上で“国際派”として、国際課および関連出向先での業務を中心にキャリアを形成することとしてはどうか。

また、特定の帰属局を持たない一種職相当職員においても、特に技術職を中心に、国際関連職務を志向する職員は多い。近年は、一種職相当職員においても行政の専門化に伴い厚労行政全体の中の特定の一分野を中心に職務経験を積む傾向が強まっていることをも踏まえ、国際関連職務を中心に経験を積む職員集団を形成することとしてはどうか。

このようなキャリアパスを形成し、職員に対し明らかにすることにより、国際業務に携わるインセンティブや目的意識が増すものと考えられる。また、高いキャリアパスの到達点を示すことで、より国際関連業務への帰属意識も増すことができる。

一つのキャリアパスの具体例を提示する；

- 原課での国内業務の十分な経験
- 留学
- 国際課経験
- 海外勤務（在外公館・国際機関）
- 省内関連部局（健康危機管理対策室、結核感染症課、国際課 等）
- 国内関連部局（国立国際医療センター、国立感染症研究所、国立保健医療科学院、JICA）
- 国際機関再出向

② 国際課題に対応できる組織の構築

多分野に渡り質量ともに増大する一方の国際課題に的確に対応するためには、総括審議官及び国際課一課で国際業務を担当している現行組織について見直しが必要である。例えば、複数課からなる国際関係を統括する部組織を創設すること等を検討する必要がある。

とりわけ、高いレベルの出席が求められる国際会議が増えているにもかかわらず十分な対応ができない現状に鑑み、特に以下の点についても検討

する；

- ✧ 審議官又は参事官といった官職にあつて、国際会議対応できる者を配置することを検討する。(米国やタイで設置済)
- ✧ WHO、ILO 等の国際機関での交渉あるいは二国間の交渉のうち、新型インフルエンザ、たばこ、アルコール、知的所有権といった内政上の重要案件については、大臣官房国際課を調整役として、担当局部長、担当課、省外専門家、関連省庁が一体となって対応する体制を構築する。
- ✧ 担当部局の国際業務への国際課からの支援を充実する。

③ 国立国際医療センターの役割の強化

国立国際医療センターは、臨床部門に加えて、研究部門および国際医療協力部門を併せ持ち、国際医療協力に専従する専門家集団として我が国で最大の規模と経験の蓄積を誇る。

これまでの活動は、JICA の実施する二国間技術協力において途上国の地域に根ざした協力に重点を置く一方で、国連・WHO 等における政策形成や、国の保健・医療制度全体の構築には関与が薄い傾向があった。

平成 22 年度の独立行政法人化を控えて、今後の厚生労働省の国際協力・協調の在り方を踏まえ、国際医療センターの強化を図る必要がある。また諸外国からの JICA を通じての人材派遣要請の 70% 程度にしか応えられていない現状に鑑み、センター内の国際協力局の組織拡充が望まれる。

特に、外務省との間においては、

- 在外公館医務官への医療情報支援・国内臨床研修機会の提供
- 医療センター職員の医務官としての派遣
- 在外公館職員の継続的な健康管理・人間ドック
- 在外邦人への医療情報支援・渡航者への医療サービスの充実

といった協力関係の構築を検討する。とりわけ医務官の派遣については、条件の整ったものから順次拡大する。

なお、これまでのセンターから WHO 組織への派遣実績としては、WHO 西太平洋事務局（WPRO）、ベトナム事務所及びパキスタン事務所等がある。これに加えて、今般 6 月初旬より、日本政府が創設し来年 2008 年 5 月に第 1 回表彰が行われる「野口英世アフリカ賞」関連で WHO アフリカ事務局（AFRO）にも医師を 1 名派遣しているところである。

また、国立国際医療センターの専門家を国際課のみならず、国際対応の必要性が比較的高い部署（健康危機管理対策室、結核感染症課、血液対策課、母子保健課）への配置を検討する。

④ 有識者懇談会・人材センターの創設等

厚労分野の国際対応について厚労省幹部等が定期的に意見を聞く有識者懇談会を設け、WHO を始めとする日本政府が経済的に支援している機関に対する評価も実施する。

あわせて、有識者の協力のもと、厚労省の国際会議への参画をはじめとする国際対応を支援し得る専門家人材センターを国立保健医療科学院に設置する。

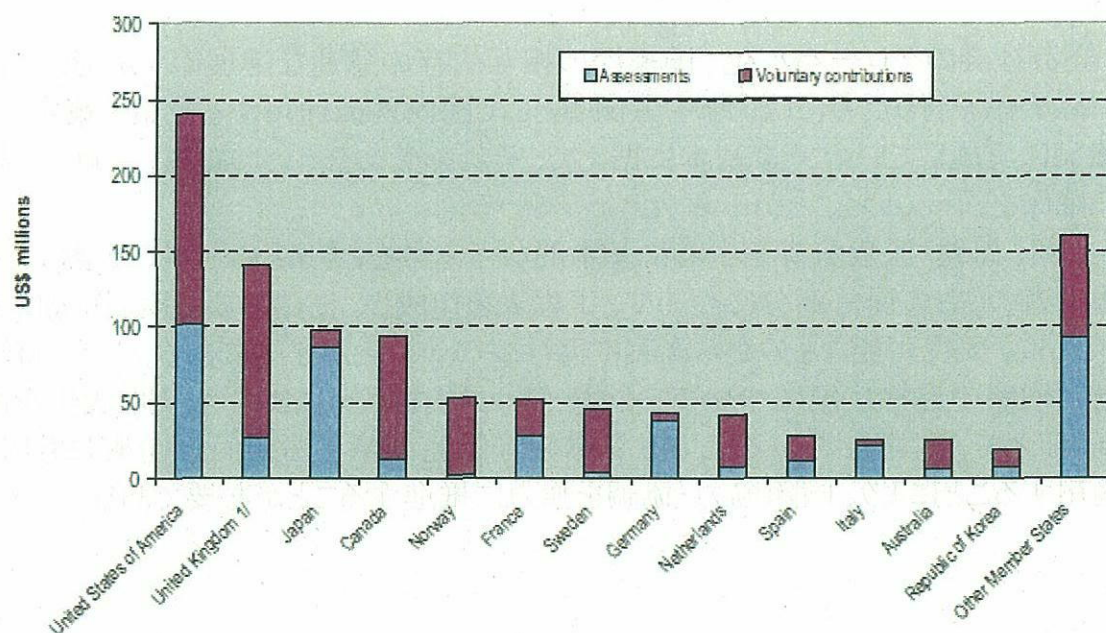
国際機関での Under-representation を踏まえ、大学等に在籍する専門家を、例えば交流人事により省内で経験を積んだ上で国際機関へ送り出すこと等を検討する。

⑤ 予算の戦略的拡充

保健・医療分野は、多国間・二国間の拠出ともに、90年代以降、他の先進諸国がその資金的比重を増している。

それに対し、我が国においては、保健・医療分野の比重を増す対応をとっておらず、かつ、ODA 全体が漸減傾向にあるため、保健・医療分野の拠出は国の経済力に比して均衡を逸した対応となっている。例えば、国家の経済規模は世界第2位、ODA は世界第3位であるのに対して、厚生労働省が予算を管轄する WHO に対する拠出金は10位、UNAIDS に対する拠出金は20位前後に留まる。このことは、国際機関での日本人職員数が少ない（Under-representation）ことと相まって、我が国の国際機関に対する影響力発揮を困難にしている。

グラフ(5)WHO 分担金及び拠出金を合わせた拠出上位国(2006年)



■ 分担金額 ■ 拠出金額

(出典) 2006 年 WHO 世界保健総会資料

WHOをはじめとする保健・医療分野の国際機関は、今や途上国支援組織としての側面のみならず、先進国をも含む地球規模課題への対応や、医薬品など先進国の政策や経済的権益を左右する分野での交渉舞台ともなっている。これを踏まえれば、これらの国際機関への拠出は我が国の国際的な地位に見合うものにしていく必要がある。このような状況は労働分野においても同様である。

今後 WHO、ILO の拠出金事業においては、事業全体の大幅な見直しを行い、我が国の効果的な国際貢献が可能となる事業の拡大を図る。その際、事業はアジア地域を中心とし、国際社会や途上国各国に対して政策提案を行うことや、国際社会のルールや途上国の制度そのものの構築を図るプログラム型への事業へのシフト、我が国が国際的に優位に立つ分野への重点化、WHO と ILO が一体化した取組みの推進などを行う。

厚生労働省としての国際貢献を一層確実なものとするためには、今後の予算措置においては、関係省庁とも十分な意思疎通を図りつつ、我が国が相対的に優位を保つ各分野で必要な予算の確保に務める必要がある。

結 語

経済社会のグローバル化、国家間の相互依存の急速な進展のなかで、真に国際貢献を行うためには、厚生労働省として国内外に通用する政策を策定し、確実に実施していくことを基本に据えて、それを支えるための組織・予算、人材の確保を図っていくことが不可欠となっている。

今回、保健・医療分野を中心に基本的な考え方をとりまとめたが、今後は、本報告書のうちの提言部分について、工程表を作成し、更に必要な検討を加えるとともに、実現可能なものから着実に実行していくことが必要である。また、毎年提言内容の進捗状況についてフォローアップを行う等により、着実な実現を図る。加えて、本報告書の考え方を労働分野等他の厚生労働行政分野にも広く適用することにより、国際協力・協調を強力に推進することが必要である。

国際協力・協調の在り方 検討プロジェクトチームについて

○ 趣旨

今回の WHO 事務局長選挙の教訓等を踏まえ、今後の国際協力の一層の推進のため、現状の取組状況の分析とともに、中長期的なあり方について検討するための検討チームを置く。

○ 関係分野

WHO、ILO 通じた国際協力や国別の国際協力等

○ 体制

下記のコアメンバーを中心に検討チームを設け、検討。
勉強会のテーマに応じて、関係局長・審議官・課長等も参加。

(コアメンバー)

主査 武見 副大臣

メンバー	辻	事務次官
	上村	厚生労働審議官
	松井	総括審議官（国際担当）
	西山	技術総括審議官

事務局長 妹尾 国際課長

事務局長代理	藤井	厚生科学課長
	池永	国際企画官
	井上	国際協力室長

○ 当面の予定

- ・ WHO を中心とした国際医療協力の現状についてレビュー
- ・ ILO を中心とした国際労働協力の現状についてレビュー
- ・ 順次、その後について検討

※ 必要に応じて、JICA 等の外部の関係者からのヒアリング等の実施も検討

