



ジャパン・スポットライト 日本のキーパーソン 独占インタビュー

(インタビューア：小黒一正)

2025年3月18日インタビュー実施

Japan SPOTLIGHT 2025年5/6月号に英文記事掲載

(URL: [https://www.jef.or.jp/journal/pdf/261th\\_Exclusive\\_Interview.pdf](https://www.jef.or.jp/journal/pdf/261th_Exclusive_Interview.pdf))

【日本語版】

## 日本の医療改革の行方

日本の医療は、国民皆保険のおかげで、全ての国民が平等に水準の高い医療を平等に受けられるということで、世界中の国から賞賛の対象となってきた。しかし、観光のインバウンドが、特にパンデミック終息以降、爆発的に増加し、海外からの観光客にとって最も、人気のある国の一つとなったにもかかわらず、医療ツーリズムという形で、日本に長期滞在して、病気の治療や療養に当たる海外からの顧客は、非常に少ない。他のアジアの国が年間 50 万から 100 万人いるにも関わらず、日本には 2、3 万人しかいない。

これはなぜだろうか？優秀な日本の医療を、もっと世界の人の健康に役立てるには、どのような改革が必要なのだろうか？それは、日本人の医療の充実、発展にもつながるのではないだろうか？

医療問題を専門に研究してこられたエコノミストの法政大学教授小黒一正弊誌編集委員が、医療改革における日本のオピニオンリーダーであられ、厚生労働大臣も務められた、現参議院議員会長武見敬三先生にお話を伺った。

### 日本の医療問題の概観

**小黒** 日本の医療サービスはご承知のとおりユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（国民皆保険）であり、誰でも平等にそのメリットを享受できるという、他の国にはない優れた環境にあります。つい最近まで、高齢化の進展で医療費が名目 GDP 成長率を上回って伸びており、医療財政の持続可能性が大きな懸案事項でしたが、日本もインフレ経済に転換し、消費者物価上昇率が 2%を上回り、本格的な人手不足経済に突入するなかで、直近の 1-2 年は「医療費の伸び<名目 GDP 成長率」となる可能性が出てきており、従来の「常識」が変わってきたように思います。こうした状況のなか、医療機関のコストがインフレや賃金上昇の圧力

が増すものの、診療報酬が物価に追いつかず、医療の経営が切迫したり、優秀な若手の医師も低報酬のために離職したりということが起きているとの指摘もあります。このような日本の医療状況についてどのように考えておられるか、お考えをお聞かせください。

**武見** ユニバーサル・ヘルス・カバレッジの基本的な概念は、誰一人取り残さず、全ての人が、負担可能なコストで、予防を含む適切な医療にアクセスできるというのが、WHOの定義になっています。

わが国の場合、この定義に基づく限りにおいては、皆保険制度が達成されています。

その中で新たに人口動態がどう変化していくか、それから、医学・医療がどう進歩して、それがどう医療の高コスト化をもたらしてくるのか、こうした問題が常にあるわけです。わが国の皆保険制度は、戦後の時代を見る限りにおいては、先進国としての臨床レベルのサービスを提供し続けることができた点において、国際的に見ても、常に効果的に働いていました。全体像としては、時代ごとの人口動態の変化や医学・医療の進歩を吸収しながら持続可能な形で医療制度を運用してきた点で、よくやってきたと私は捉えています。

ただ、非常に難しくなってきたのは、人口動態であれば、労働生産人口を15～64歳までと定義して見てみる限りにおいて、2020年代の10年間に国全体で433万人が消滅するということです。東京を中心としたいわゆる大都市圏ではさらに加速化して、2030年代の10年間で860万人強が喪失して、倍以上に高齢化が加速すると言われていています。2040年までは、大都市圏においては間違いなく高齢者人口は増加し続ける。しかもその内訳は80歳以上の超高齢者人口になってくるといふ、動的な分析があります。

また、社会的な特性から見た分析を見ると、過去における高齢者問題の中心は、やはり地方にあります。今や地方ではそうした高齢者人口さえ減少して、人口そのものが減少してきています。しかし、地方における高齢者問題は、家族の支え手や地域社会における支え合いの機能がまだあった時代の問題であったのに対して、近未来に大都市部で起きる高齢者問題には、核家族化は過去よりもはるかに進んでいて、超高齢者に対する家族のサポート機能は著しく低下しているし、いわゆる地域社会の支え手はさらに希薄化している中での問題です。

そうした中で起きる近未来の大都市部を中心とした高齢者問題は、過去の高齢者問題とは全く次元の異なる、より深刻な高齢者問題をつくり出します。と同時に、地方は高齢者人口が減り続けます。そのような意味で医療の需要が下がってくるのに対して、都市部は医療需要が増え続け、かつ、介護需要も増え続けます。しかし、どちらもそれを支えるための働き手の数は少なくなって、稼ぐ人もいなくなっていく。2020年から2040年までの20年間で、東京の人口（約1418万人、2025年現在）に匹敵する約1295万人に生産労働人口が日本から失われます。消費する人の数が減るだけでなく、医療保険の保険料を払ってくれたり年金の保険料を払ってくれたりする人たちの数も急激に減少していくのです。

そのようなことで、わが国の医療保険制度と賦課方式の年金制度は、10年後には大都市部を中心にして極めて難しい局面に立たされることとなります。それが、まさに今日、われわれが捉えておかなければならない保健・医療・介護の課題です。

今、例えば地方において医師の高齢化による医師不足が起きていたり、東京では医療モールのようなものがどんどんできて無秩序に医師が増えてくる状況があったりという問題が起

きています。

また、これから増えてくる超高齢者人口の相当数は、実は独居高齢者です。同時に、その8割は女性になります。こういった人たちを社会的に孤立させずに、しかも地域包括ケアで、在宅医療や在宅介護で人生を最後まで看取る仕組みを都市部で制度設計したとしても、それを実際に実行する担い手の人材が本当に確保できるのかどうか。こういったことをもっと真剣に考えなければいけません。

同時に、医薬品不足に象徴されるように。これはただ単に政府が金を出して備蓄を増やして、それによって当面の不足分を担保するようなやり方では、カンフル剂的な対応しかできません。私は厚生労働大臣のときに、何百社もある製薬会社を5社にまとめることによって、より効率的に安定した生産ができる業界に再編成しようと言いました。

実は、中長期的な改革と当面の改革というものが、今の時代状況では一体化していて、当面の改革だけをやれば当面問題が解決していくとはならない深刻さを伴う時代状況に入ってきています。

だから、あらゆる当面の課題を議論しようとするときに、中長期的な課題と組み合わせて常に解決するように努力をしないと、この国の当面の問題の課題が解決できないだけでなく、10年後、近未来のわが国の医療体制の中で生ずる深刻な課題を将来きちんと解決していく基盤もつくっていくことができません。そのような、非常に難しい時代状況に、私どもは今置かれています。

**小黒** 今、お話のなかで生産年齢人口の減少の指摘がありました。経済産業省の報告書でも、2050年までに生産年齢人口が2000万人以上も減少するという話も出ています。単に医療財政だけの話ではなくて、都市部と地方、その担い手も含めて、非常に厳しい状況であることはおっしゃるとおりに思います。従来の発想や政策で対応できるとお考えでしょうか。

**武見** 私が言いたいのは、都市部における地域医療の設計の仕方と、人口が少なくなっていく地方における地域医療の設計の仕方が著しく異なる時代状況にこれから入っていくときに、今のように地域包括ケアを中心とした地域医療構想というような十把一絡げの考え方で、都道府県ごとに政策を組み立てるやり方で本当にいいのだろうかという問題提起です。

## デフレからインフレへの移行のインパクト

**小黒** 私も同感です。冒頭でもお話しましたが、インフレの影響でここ1-2年は「医療費の伸び<名目GDP成長率」となる可能性が出てきているように思います。また、令和6年度の診療報酬改定は0.88%であったものの、医療関係団体からは、インフレの影響を考慮すると実質的にはマイナス改定になっているという声も出てきています。そのような状況のなかで、例えば高額な医療技術や医薬品、介護ロボットといった新しいテクノロジーが、国内で開発されにくい状況になってきているという指摘もあります。従来のように医療費(対GDP)が膨張するのは困りますが、医療費も中長期的なGDP成長率に沿って伸ばすくらいなら、構わない可能性もありますが、こうした日本の今の医療の状況について、何かご懸念は持っておられますか。

**武見** ものすごく心配しています。まず、高齢化に伴う医療費の増加分は、今まではある程度は配慮され、診療報酬の中にも反映はしてきたけれども、医学・医療の進歩や物価高騰分については触れられることはありませんでした。

むしろ、それでも毎年増え続ける医療費に対する警戒が、財務省を中心にして非常に強く、デフレ下においても常に医療費は抑えられてきました。しかし他方で、ようやくデフレから脱却しようとしている今の時代状況の中で、物価が上がってきても引き続き同じ考え方で医療費を抑えているものだから、その分、病院の経営が、より深刻化してきています。

今まで精神科は比較的黒字でした。けれども、今や一般病床の病院からして、マイナス1%ぐらいの赤字になってきて、精神科も赤字に転落してきています。特に小児病院のようなもともと採算性の良くない病院、都道府県の主要な小児病院は、3割ぐらいの赤字を出して、持続可能性は完全になくなるという状況下にまで事態は深刻化しています。

私が大臣のときは、いかに医療介護の従事者の賃金を他の産業と比較して遜色のないような形にするか、いかに重点的に引き上げるかで、そこに財源を確保することが重要課題でした。

**小黒** 財源確保のヒントはあると思います。異次元の少子化対策の関係で、閣議決定した「こども未来戦略」の脚注 27 に、「保険料率の上昇を最大限抑制する」との記載があります。この閣議決定は見かけ上では厳しそうですけれども、医療と介護に関するマクロ的な保険料率は、分母が雇用者報酬で、分子が医療と介護の社会保険負担となります。このうち、分母の雇用者報酬は GDP のほぼ半分であり、医療と介護の社会保険負担のうち、医療の社会保険負担分は医療給付費の 56、57%で、非常に安定化しています。

言うなれば、保険料率を上昇させないということは、ある意味で、医療の社会保険負担を GDP の範囲内に留めるということと同等ですが、これは、医療給付費を名目 GDP 成長率並みには伸ばしてもいいという話にもつながるのです。にもかかわらず、一時的かもしれませんが、現在は医療費（対 GDP）は縮減しており、医療費の伸びは名目 GDP 成長率に追いついていない形になってしまっていて、このような状況を、どうぞ覧になりますか。

**武見** 基本的なマクロ経済と連動した一定の医療費の支出に対するガイドラインの目安をつくっておられるわけですけれども、それではもう実際の経営は成り立たずに、物価高の圧力に押されて、より深刻な赤字構造が深刻化するだけということは、ほぼ明白に分かったわけですね。

ではこれからどうするかということを考えたときには、物価の上昇というものをまず一つの大きな目安として、物価が上昇すれば、その分、必ず税金は増加するので、それをいかにして社会保障の財源として活用するかという仕組みを、もう一度作り直すということが、今の時代状況の中で求められているというのが、私の実感です。

**小黒** 中長期的に名目 GDP が 3%、4%伸びるなら、当然、税金も保険料収入も 3、4%伸びるわけですね。最終的には政治判断ですが、医療費の伸びを中長期的な名目 GDP 成長率に沿って制御すること自体は、財政的にも中立に思います。

**武見** 消費税などは、社会保障に使うという観点で、実際に消費税の増加分についてもその割り当てを決めて議論してきたわけですから、消費税に関わる増加分は法人税収ほど上がってはいないけれども、確実に社会保障の財源として直ちに活用するといっても、理屈の上からも全くおかしくはありません。

一番簡単なのは、物価の上昇に見合うように、医療費の伸びは許容する。薬価も診療報酬の改定も、そのような形で、許容できると思います。

税の増収の中から、税を負担してくれた国民に対してどのようなサービスを今の時代状況の中で提供することが必要かという議論と全く結びついてこなかったことは、私は財政当局の怠慢だろうと思います。

## 医療ツーリズムを増やすには？

**小黒** 今後の日本の成長戦略を考えたときに、2024年に外国人観光客が過去最高の3400万人ということで、やはり観光産業は一つの重要なセクターだと思います。海外の富裕層の方々に、医療インバウンドをもう少し拡大していくことが重要だと思うのですが、いかがでしょうか。例えば、マレーシアが120万で、日本は2~3万人なので、もっと10倍、20倍ぐらい拡大できる余地があると思います。

**武見** 日本の臨床レベルからいえば、こうした国と比較して遜色がないどころか、特にがんの臨床レベルの高さは際立っています。そのような比較優位性が相当数の診療科についても言えます。

ただ、今までわが国の医療は全部、国内の需要を対象として考えられてきていたという点で、極めて国内志向で、医学部も、医療界も、全部そのような国内志向でものを考えてきていたことが、一つの限界でありました。

これからのわが国の経済のダイナミズムを新たに創出することも考えて、この比較優位性というものを、今後は国内の需要だけを対象とせず、国外の需要にも対応することができる形で、インバウンド、アウトバウンド、それから民間の中の富裕層、こういった人たちを対象として、民間の場合には、民間の医療保険もさらに充実させつつ、例えばインバウンドに関しては、国民皆保険制度を補填する形で自由診療のあり方というものを考えて、その中でインバウンドをより積極的に受け入れる体制を整備していくことが必要だと思います。特に病床規制などを見てもみると、地域医療構造の中で、二次医療圏ごとに医療の需給に基づいて病床の規制をし、管理をしてきて、実はこれは医療費を管理するツールでもあったわけです。

ところが、先生がおっしゃるような海外からのインバウンドの患者は、今は数が少ないけれども、コロナが明けた直後の2023年ぐらいから増え始めて、医療滞在ビザの発給数は1900人ぐらいだったのが、2024年は2500人ぐらいまで上がってきて、急激に増えてきています。

それで何が起きてくるかというと、国内の需要に対応するベッドを使って、実際にそのような海外からの病人で高い金を取れる人たちを入れているという状況があるのです。がん研有明病院などは、アジア全体の中でも非常に臨床レベルの高い病院だという評価があるし、

そこで有名なお医者さんもたくさんいるものだから、多くの海外からの患者が来ています。それで、がん研はついに、外国人の患者の受け入れを一時的に止めているわけです。それは国内の患者が、診られなくなってしまうからです。

その他にも受け入れているところがいくつもあって、実際に観光ビザで来られて検診を受けたり、短期の治療を日本で受けたりする方々が3万人から5万人ぐらいまでいらして、その数は実は把握されていないのです。

私は今、厚生労働省に、まず入院治療でどのぐらいの患者さんが海外から来ているのか、検診で来ている人はどのぐらいなのか、ツーリズムで日本に来た人たちで、実際にけがをしたりして医療の世話になっているような人たちはどのぐらいいるのか。それから、もっと長期に日本に滞在している外国人労働者の医療はどのぐらいの量でどのような疾病が多いのか。外国人に係る医療の実態を全部把握してくれと言って、調査をしてもらっているところです。

このような実態を見てみると、明らかに外国からの患者は増え始めています。価格を上げても同じように来られるので、需要が高い。同時に、徐々に周りの雰囲気にも慣れて、受け入れが容易になってきています。また、医療の値段を高くすると、超富裕層の人たちが来て、ビヘイビアも良くなってきます。外国人の患者を受け入れていた地方の大きな病院などは、日本人の治療が十分できなくなるので、「受け入れはやめた」と言っているところが現実には出てきています。

その中で、一番インバウンドを受け入れようとしているのが NCGM（国立国際医療研究センター）です。ここだけは今、5カ国語ぐらいの国際通訳が実際に対応できるようになっていて、問い合わせをすれば13カ国の翻訳者とタイアップして対応できるような仕組みにしています。

**小黒** 医療インバウンドが拡大すれば、自由診療との関係から、当然に医療業界の収入が少し増えるのではないのでしょうか。

**武見** 今は自由診療分のベッドをつくりたいと言っても、病院が勝手につくれるかといったら、つくれません。自由診療分であったとしても、開設するためには、東京であれば東京都の知事の許可が必要になってきます。そうすると、東京都の都知事は、東京都の医師会長と相談して、それで認めてやるかどうかを決めるわけです。

例えば今、藤田医科大学が羽田で外国人対応の診療所をやっているけれども、全くの自由診療のベッドを5床くらいつくって、3~4日入院するような短期治療に対応できるようにしておきたい、ニーズが既にあるのだからということで都庁へ行ったら、都庁からあちこちへ、たらい回しに遭ったそうです。

それで私のところに相談に来たから、私はすぐに東京都の医師会長に「これからのインバウンドの自由診療では、病床規制の枠の外につくって、国内の保険医療の提供体制を損なうことがないように設計することが大事なので、このような課題について、あえて規制はせずに、むしろ積極的に医師会として認めてあげるようにしてください」と働きかけて、それで受け入れてもらえるようにしました。

そのときに、自由診療でやるなら、ベッドの数の確保は自由に自分たちで考えてやればい

いではないか、このようなものは改めさせなければいけないと私は思いました。

価格も、今は公定価格の約3倍を取っていますけれども、陽子線治療や重粒子線治療、抗がん剤の治療も含めて、日本の臨床レベルの高さからいえば、むしろもっと高く価格設定しても、海外から来る患者さんたちは、十分にいます。ですから、スタッフもある程度増強して、全体の2割ぐらいは自由診療分に回せるようなゆとりをスタッフ機能でも確保して、その分、全く別枠のベッド数で海外の方々に対して、薬事承認はされているけれども保険収載はされていないような高度先進医療は自費で受けられるようにする。それを重ねれば、確実に価格は比較的高いところに落ち着いてきます。価格がある程度高いところで、落ち着いてきたら保険収載に入れるという2段階えにすれば、今のドラッグロスのような問題は解決することができるようになるでしょう。

今の保険制度で、医療の進歩と高コスト化に対応しようとするのは、基本的に無理があります。ですから、自由診療の新しい仕組みと段階的に組み合わせることによって、まずは高度先進医療で自由診療分を引き受けて、そこで数をこなすことによって価格を抑えて皆保険制度の中に吸収していくというような2段階方式で、結果としては国民1人1人が全て先進医療にアクセスできるようになる制度設計をしなければいけないのではないかと、私は考えるようになりました。

自由診療で、金もうけばかりやる医者が出てきてしまっても困る。だから、やはりある一定のスタッフ等も含めた臨床レベルの高い病院を対象として、自由診療分に対応することができるようにするなど、ある一定の規制をかけながらやったらいいと思います。

**小黒** もう一つ、医療インバウンドを増やすためには、ビザの発行であるとか、英語とか外国語を話す医師や看護師、スタッフも重要になると思いますけれども、いかがでしょうか。

**武見** 絶対に必要です。私が厚生労働大臣だったときに、海外から医学部に留学してくる留学生に対する奨学金制度を設けました。これは経済産業省と厚生労働省の両者に連携してつくってもらって、ERIA という ASEAN のシンクタンクにその基金を設けて。そこで、ASEAN 中心にして、日本で医学部に留学したいという優秀な学生に奨学金をフルスカラーシップで差し上げるという制度をつくらせました。来年度からパイロット的に始まります。

これは既に国際医療福祉大学では始めています。彼らは、本当にいい受け入れ体制をつくっているし、それぞれの送り出し国側との MOU もきちんと結んで、日本で医師の資格が取れたら自国でも医師の資格として認めるようなこともしてくれているので、質の良い留学生が集まるようになっていきます。去年、1期生が国家試験を受けましたけれども、15人全員が受かりました。

**小黒** 医師国家試験は英語で受けるのでしょうか。

**武見** 日本語です。その中のベトナムの男の子は、本当によくできる子でした。この子はアメリカの国家資格にも合格しました。英語でアメリカは合格して、日本では日本語でと、同時に去年、両方を受けて受かった。このような優秀な人はぜひ日本で、臨床医としても研

究者としても、とにかく働いてもらったほうがいい。海外の優秀な人材には、ぜひ日本で仕事をやらせてもらえばいい。しかも、これからインバウンドの病院ができてくるとは思いますけれども、そのようなインバウンドの病院で勤務してもらえるようにすれば、外国人の患者が、日本の医師の資格を持った母国語を話す医師の診断治療を、日本で受けることができるわけです。

やはりバンコクの病院を見ても同じことをやっています。バンコクの医師の資格を持った女性の医師が1名いて、あと5名ぐらいは日本の医師の資格を持っていて、それがバンコクの医師の指導の下で、外来等に当たっているわけです。看護師やスタッフにも、14、15名の日本人職員がいます。そうするとバンコクの日本人の患者さんたちから見ると、症状や自分の機微な感情を表現するときにも、日本語で話ができ、医師と患者との信頼関係が作りやすいということで、圧倒的に患者は安心感を持ちます。

日本でも同じように、インバウンドで海外からの患者を迎えようとするときには、できる限りその国の言葉がしゃべれる医療スタッフを育てておく必要があります。そして、インバウンドの対応がよりきめ細かくできるように、医師と患者との信頼関係も形づくりやすいようにしておくことが、臨床レベルの高さと同時に、海外から患者を招くときの必要で重要な要素だと思います。

これらの考え方からすると、特に保健・医療・介護という分野を、もはや国内における医療事業を対象とした狭い観点から議論するのではなくて、むしろ今後のわが国の経済対策としても、産業政策としてこの分野を位置づけし直すことになります。

特に今、アジアの人口構造は、他の地域と比較してもより急速に高齢社会になってきています。高齢社会になれば、当然、疾病構造も大きく変わってきて、慢性疾患の中でも死亡原因はがんや虚血性心疾患、脳卒中になってきます。がんも、最初は日本のように消化器系のがんが多いけれども、肝臓から腎臓というようにだんだんと内部に入ってくるし、またさらにがん自体がより複雑化してきます。

このようなときに、わが国はいち早くそうした状況に対応して臨床レベルの高い医療を開発し、陽子線治療や重粒子線治療などの医療技術を開発していますから、自分の国ではまだそこまでの臨床レベルになっていないうちに高齢者人口が増えてしまったという海外の富裕層に、日本に来てもらって、対応してあげる。そして、医療ギャップを埋めてあげる。

また同時に、海外における医療制度、あるいは医療コミュニティーがきちんと共存できるような体質を持ちながら、アウトバウンドでもそういった病院群をわが国からも展開できるようにしていく。シンガポールのラッフルズグループなどは、資本の3割は今、三井不動産です。それから今度は徳洲会がインドネシアに病院をつくり、セコムはインドで成功して、今度は二つ目の病院をつくると言っています。

ただ、いずれも、現地の医療コミュニティーと共存して連携できるようにしなければ、コストがかかるだけでなかなか利益を上げられないと言っていました。

## グローバルヘルスの展望

**小黒** グローバルヘルスの展望について、トランプ大統領のWHO脱退について、どのようにお考えですか？

**武見** 日本は、22%の分担金 (Assessed Contribution) を、WHO に出してきています。脱退で、アメリカから入ってこなくなり、今はドイツ、フランス、イギリスともに、対外的な援助の予算を全部軍備に回すようになってきています。日本も今はほぼコロナ疲れで、医療費の支出を適正化しようという動きになっていて、対外的な援助は、円安も手伝って軒並み頭打ちという状況です。世界中のどこを見ても、今までのような形での援助をアメリカに代わって新たに提供するという国は、ほとんどなくなりました。

**小黒** そのような意味では、アメリカが内向きになって世界が多極化している状況においては、対外的な援助の問題のみでなく、グローバルヘルスの課題を含め、医療分野でもいろいろな問題が出てくる可能性があります。アメリカがそのような状況だからこそ、日本がもっと世界に貢献できることがあると思いますが、その辺りはどのようにお考えですか。

**武見** おっしゃるとおりだと思います。政府中心にやるような政策分野と、先ほどのインバウンド・アウトバウンドのような形で、民間と連携しながら市場のメカニズムを通じて貢献しようという考え方で、2通りがあると思います。

特に政府を通じたところがまさに WHO に関わる分野です。放漫財政も手伝って、米国の脱退によって一気に 40% ぐらいの歳入不足に陥り始めている今の WHO 体制を、どうやってこれから戦略的にダウンサイジングさせて、持続可能で、しかも意味のある WHO として存続させるかは、グローバルヘルスの世界の中の必須課題になってきました。

第一次トランプ政権のときはまだフランスやドイツも元気で、メルケルが WHO 事務局長のテドロスと組んでベルリンのロベルト・コッホ研究所に、感染症に関わる早期のモニタリングネットワークを促進するためのハブをつくったりしました。

また、フランスのマクロンは、これもテドロスと組んでリヨンに WHO アカデミーをつくりました。アメリカが脱退している間に、この辺りの国でグローバルヘルスのある種の真空地帯ができたものだから、自分たちの役割を大きく広げていったのです。

テドロスが1期目のときに彼に私が言ったのは、「今、マクロンとメルケルと組んで戦略的な拠点をつくって展開しようとしているけれども、WHO は本来、グローバルな戦略をきちんと持ってやるべきだ」ということです。だから、アジアにも、きちんとそうした戦略的拠点を持って展開していくべきです。しかも、フランスやイギリスにつくったものとは次元の違ったもので、G7 の保健大臣会合でも議論しているようなユニバーサル・ヘルス・カバレッジの中の、特にファイナンスに関わるところを中心としたハブを日本につくれと彼に言いました。

さらに、WHO だけでやっては駄目だ、ファイナンスの一番大きなキャパシティを持っているのは世界銀行なのだから世界銀行総裁のアジェイ・バンガとあなたたちが組んで、日本はホスト国で金を出してやるから、日本で世界中の低・中所得国の保険財政の担当者たちが研修を受けるようにしろ、その目的は自国の保険財源も拡大することだ、これによって、より持続可能性の高いユニバーサル・ヘルス・カバレッジを達成する基盤を確立していくことができる。そのような戦略拠点を日本につくらないかと言ったわけです。

テドロスが、「敬三、それはいい考え方だ。ぜひやろう」と言って、アジェイ・バンガと

相談しました。そのアジェイ・バンガが、去年の1月ごろに日本にやってきたときに、ちょうど私が厚生労働大臣をやっていたものだから、そこでアジェイ・バンガとも話をしたら、これはぜひ世銀としてもやりたいということになりました。

世銀としても、従来はフラッグシップコースという保険システムに関わる研修プログラムがあったけれども、これも全部、実はジャパン・トラスト・ファンドという財務省がたくさん持っているポケットのうちの一つだったので、これをこちらで使って、それを大きくして、厚生労働省からも財源をそこに入れて、厚生労働省と財務省とWHOと世銀で、そのための準備委員会を組織して、今年11月から始めることになりました。

これなどは、別にトランプの内向き政策のことを考えたわけではないけれども、結果として、おっしゃるようにトランプがつくったグローバルヘルスのコミュニティーの一つの外交的な真空地帯を、前はドイツとフランスが埋めたけれども、今回は日本が埋めることになるようにした、ということです。それによって日本は保健・医療・介護の比較優位性というところでも政府主導で大きく貢献する、特に、保険のファイナンスの人材育成のところでその役割を負って、それで世界をリードするという、大きな役割を日本が担います。

このような姿があれば、例えば産業として、保健・医療・介護を、インバウンド・アウトバウンドで提供するときにも、市場のメカニズムを通じて、アジアの高齢化の結果として、疾病構造が変わり、そしてそれにまだ対応できない多くの国々の中で生ずる、高齢者に関わる健康格差を是正するために、国は政府のお金やマルチの組織を通じて貢献をするが、民間は市場のメカニズムを通じて、保健・医療・介護のサービスのネットワークをこれらの地域につくって貢献することができます。

ただ単に産業政策だけで見られると、かつてのアメリカやヨーロッパの製薬企業と同じように、自分たちの国で人体実験をしているようにネガティブにしか捉えられないのです。けれども、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジのような大きな目標と組ませて、日本という国は産業政策として自分たちの利益を追求しているところもあるけれども、しかし国際社会全体における人類の健康のあり方についてきちんと考えている国だということで、戦略を全体的に進めていくことが必要だと私は考えています。

**小黒** すばらしいご意見です。日本は世界でも高齢化のトップランナーですし、アジアなどは人種がみんな同じなので、希少疾患のデータも集まったり、いろいろなことができます。

**武見** 経済産業省は、PMDA（医薬品医療機器総合機構）と国立がんセンターに、ブランチをバンコクにつくらせて、臨床治験のネットワークづくりの拠点をバンコクのがんセンターにつくってもらって、薬事承認の拠点をPMDAにつくってもらって、薬事承認と臨床治験を組み合わせ、今、アジア全体の薬事承認のハーモナイゼーションと臨床治験のネットワークづくりとをやっています。

加えて、国内の創薬基盤を、むしろ今一つ国の中ではできませんから、国際的な、例えばボストンであるとか、カリフォルニア、それからロンドン、このようなところとインベスターたちとのネットワークをしっかりと組んで、国際的な創薬のエコシステムの中で、創薬の基盤を提供する先進国の一つとして、日本の将来を考えようと言っています。

世界の創薬のキープレーヤーたちと日本の研究開発でシーズを開発できるような人たちとを直接つなげて、そこに少なくとも 10 年ぐらい金を出して、ある程度のところまでいけば、そこからベンチャーにもつながって、それからファースト・イン・ヒューマン（最初の人間の治験）の施設もつくって、それによってさらにメジャーの製薬企業も入ってくるという仕組みを私は提案しました。

今のシーズの研究開発は国際的なネットワークで進んでいて、大量生産技術や臨床治験、それから最終的な薬事承認に結びついて、メジャーが最終的な配給元になるという仕組みになっています。一つの国の中だけでは完結しないです。一つの国の中から創薬を育て上げようという内側からの発想にはもう限界があります。最初から外のニーズといかに的確に結びつけるかという、新しい創造的なエコシステムにしていかない限りは、日本の国内の研究開発能力も育たないわけです。日本発の創薬が積極的にできるようになると、そのころには PMDA やがんセンターのネットワークももっときちんと張り巡らされていると思いますが、医師主導の臨床治験も、薬事承認の仕方についても日本のルールがアジアの中にしっかりと定着して、アジアに新しい大きな創薬の拠点ができれば、日本の産業の新たな担い手の一つになります。それだけの客層は、これから高齢化するアジアは金持ちになっていくアジアでもあるわけだから、大いに存在すると思います。

このように、医療を産業政策と一体化させることで、おそらく日本は引き続き先進国のレベルを維持できるようになると考えます。

(了)

## インタビュー

小黒一正：法政大学経済学部教授。1974 年生まれ。

京都大学理学部卒業、一橋大学大学院経済学研究科博士課程修了（経済学博士）。

1997 年大蔵省（現財務省）入省後、大臣官房文書課法令審査官補、関税局監視課総括補佐、財務省財務総合政策研究所主任研究官、一橋大学経済研究所准教授などを経て、2015 年 4 月から現職。この間、財務省財務総合政策研究所上席客員研究員、経済産業研究所コンサルティングフェロー、厚生労働省「保健医療 2035 推進」参与、内閣官房「革新的事業活動評価委員会」委員、財務省・財政制度等審議会「財政制度分科会」委員、会計検査院特別調査職、鹿島平和研究所理事、日本財政学会理事、新時代戦略研究所理事、キャノングローバル戦略研究所主任研究員等を歴任。専門は公共経済学。主な著書に、『日本経済の再構築』（単著／日本経済新聞出版社）、『薬価の経済学』（編著／日本経済新聞出版社）等がある。