

国際医療福祉大学乃木坂スクール

世界の医療、日本の医療

厚生労働省からWHOへ出向して得た内部事情と深層

国際医療福祉大学 学長 鈴木康裕
厚生労働省初代医務技監
WHO政府代表執行理事

3つの大きな問い

1 第一部：二つの異なる組織カルチャーと行動原理

日本の「厚労省（内政の典型）」と「WHO（国際政治のハブ）」が、それぞれ全く異なる論理で動く背景を比較・検証。

2 第二部：世界の医療課題と日本の歪んだ現在地

なぜ日本は巨額の財政資金を提供しながらも、WHO内部での決定権（プレゼンス）を持っていないのか。財政構造と人材育成から迫る。

3 第三部：医療ジャーナリストに知ってほしい発表の裏側

WHOの発信するガイドライン、緊急事態宣言の背後に渦巻く国家間の駆け引きや資金のバイアスをいかに見抜くか。



外科医志望から医療行政へ

性格的に外科医が向いていると信じていたが、医学部最終学年で2ヶ月を過ごした南米で、インディオに対する一方的な抗生物質投与の弊害、日本人専門家が引き上げるとホコリをかぶる援助を見て、国際保健を指向。

厚生労働省から国際舞台へ

厚生労働省の医系技官として、国内の医療行政（精神保健、介護保険、医薬品開発、感染症対策、環境保健、診療報酬等）に従事。その後、WHO（世界保健機関）ジュネーブ本部へ事務局長補（局長級）として派遣され、グローバルヘルスの最前線で局長として国際交渉の調整を担った。

第一部：厚労省とWHO、二つの異なるカルチャー

「内政の典型」としての日本行政と
「国際政治の主戦場」としての多国籍機関

意思決定プロセスの構造的な違い

厚生労働省：徹底的な事前合意（ボトムアップ）

- ・ **「根回し」と「合意形成」**：関係省庁、政治家、医師会などの各種利害団体と完全に合意が取れてから初めて公表。
- ・ **無謬性の追求**：発表時の想定問答集は数百ページに及び、一語一句の間違いも許されない文化。
- ・ **合意の重視**：全員が納得するまで時間をかけ、一度決まれば揺るがない堅牢性。

WHO：多国籍ロビーと政治的妥協（トップダウン）

- ・ **リーダー主導と外交交渉**：事務局長や幹部がトップダウンで方針を示し、その後で各国を巻き込んでいく手法。
- ・ **「規範セッター」**：法的拘束力はなくとも、世界が従う「標準（スタンダード）」を先に示して主導権を握る。
- ・ **政治的な落とし所**：科学的根拠を標榜しつつ、最終的には主要拠出国の政治的妥協点が決議文となる。

失敗への評価：減点回避か、アピールか



WHOの「アピール主義」

成果を国際社会に誇示しないと、大口ドナー（国家・巨大財団）からの活動資金（任意拠出）が途絶えてしまうため、常に過激・迅速な発信を好む。

厚労省の「減点主義」

失敗しないことが最も評価される。政策推進によるベネフィットより、1件でも発生するリスク（不作為の責）を極限まで避けるため慎重になる。

広報マインドの非対称性

「黙々と正確に仕事をこなす」ことを美徳とする厚労省と、「やっていなくても、やっている風を世界に示す」ことを重視するWHOの圧倒的差。

報道対応と広報（PR）戦略の落差

厚労省：記者クラブを通じた管理報道

- ・ **「レク」の重視**：公式発表前に、記者クラブ所属記者へ詳細かつ精緻な事前説明（レクチャ）を重ね、報道のズレをなくす。
- ・ **ファクト至上主義**：不確定な未来への予測は絶対に述べず、過去の確証のあるデータのみに基づき回答。
- ・ **メディアを警戒**：不用意な発言が政治問題化するのを防ぐため、基本は守りの広報。

WHO：グローバルメディアを巻き込む情報発信

- ・ **「アジェンダ設定力」**：BBCやCNNなどの主要海外メディアに対し、ドラマチックなメッセージを投下して自組織の存在感を最大化。
- ・ **世論の武器化**：WHOの基準に同調しない加盟国を、メディアや世論の力を借りて背後から包囲・圧迫する。
- ・ **メッセージ優先**：科学的正確性にこだわりすぎて時期を逸するより、スピードと社会的インパクトを優先。

WHOジュネーブ本部の「日常」

多国籍エリート主義と冷酷な官僚機構

アルプスの山々を望むジュネーブ。WHO本部では、世界中から集まった公衆衛生の専門家、外交官、そして多国籍企業の代理人たちが、日夜国連公用語（主として英語）を操って交渉を繰り返している。

しかしそこは、各国の利害関係と拠出金の多寡が見えないヒエラルキーを形作る、極めて洗練された「冷たい国際官僚機構」でもある。



職員構成：ジェネラリスト vs スペシャリスト



厚労省の「ジョブローテーション」

2年おきに医療、年金、労働、さらには内閣府など異なる部門へ異動。あらゆる行政実務を熟知し、調整能力の極めて高いジェネラリストを育成。



意思疎通におけるミスマッチ

「法律と手続き」を軸に考える厚労省出向者と、「医学研究と実証データ」を軸に話すWHO職員。論点がすれ違い、議論で主導権を奪われやすい構造。



WHOの「高度専門医・学者集団」

ひとつの疾病（例：ポリオ、結核、精神保健）を20年研究し続けてきたオタク的スペシャリストの集まり。専門性に裏打ちされたプライドが非常に高い。

語学の壁と非公式ロビーの機能不全

英語という「武器」の致命的不足

- ・ **「発言しなければ存在しない」**：国際舞台では、どんなに優秀な研究成果があっても、議論で反論や対案を示せなければ無視されるのが当たり前。
- ・ **スピードに追いつけない**：激しい議論やロビーの応酬の中で、適切なタイミングで「割って入る」度胸と英語力の壁。

決定は公式会議の「外」でなされる

- ・ **廊下の立ち話と非公式ディナー**：決議やガイドラインの決定に影響を与えるのは、深夜の廊下での立ち話や、特定国同士が募る食事の場。
- ・ **「日本人村」の限界**：自国派遣職員同士や現地邦人で固まってしまい、他国の実力派ロビイストたちとネットワークを構築できない構造。

ガイドラインの「一文字」を巡る暗闘

shall / should

義務規定か努力義務かを巡る各国の攻防

数十億ドル

単語一つの変更で動く製薬・医療産業の市場規模

科学に偽装した各国の国益追求

WHOが発行する「治療ガイドライン」において、推奨薬のステータスが一段階変わるだけで、製薬企業の命運、ドナー国のヘルス産業の莫大な利益が吹き飛び、あるいは爆増。

そのため、WHOのガイドライン策定プロセスには、科学的レビュー会議のメンバー選定の段階から、多国籍企業やドナー国政府による凄まじいロビー活動（利益相反）が張り巡らされている。

本部と現地事務所の決定的な温度差

ジュネーブ本部の「貴族的な理想論」

- ・ **ポリコレと最新テクノロジー**：「AIを用いた遠隔診断の推進」「カーボンニュートラルなグリーン医療」など、先進国が描く最先端のポリコレ的議論に終始。
- ・ **机上の空論**：現場の過酷なリソース不足を実感せず、美しく壮大な国際目標を量産。

途上国現地（アフリカ・南米）の悲惨な現実

- ・ **「電気すら通っていない」**：本部推奨のハイテク診断機が届いても、電圧が不安定で故障、または維持する水や消耗品すら調達できない。
- ・ **基本的なインフラの欠如**：ガイドラインの適用以前に、村に医療従事者が定着しないことや、衛生用手袋の不足という泥臭い問題。

第二部：世界の医療課題と日本の現在地

グローバルヘルスの潮流変化、そして日本型モデルが直面する限界

2015～2030: SDGs

持続可能な開発目標。感染症の「撃破」だけでなく、包括的な保健システム（UHC）の構築を提唱。分野横断的な取り組みへシフト。

2000～2015: MDGs

ミレニアム開発目標。エイズ、結核、マラリアの三大感染症と、妊産婦・乳幼児死亡率の劇的削減を最重要課題とし、縦割りの支援を展開。

2023～現在: 医療の強靱化

次のパンデミック（疾病X）への準備と、気候変動がもたらす新たな健康リスクに対抗できる「強靱な保健システム（Resilience）」の構築。

2020～2022: パンデミック

COVID-19による世界保健危機の到来。UHCの議論から、国際保健安全保障（Health Security）へアジェンダが急旋回。

世界を揺るがすヘルスアジェンダの変遷

UHC：ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ

UHCが目指す「3つの公平性」

- ・ **経済的保護**：病気にかかった際、その支払いのために破産・貧困化しない仕組み（自己負担の抑制）。
- ・ **地理的アクセス**：住んでいる場所に関わらず、適切な医療機関にアプローチできる網羅性。
- ・ **質の担保**：粗悪な薬や不完全な治療ではなく、科学的根拠に基づく安全で質の高い医療を提供。

日本こそがUHCの「世界のモデル」

- ・ **1961年の達成**：日本は戦後の貧困期、医師の不足を乗り越えて「国民皆保険制度」を実現。
- ・ **世界一の長寿を支える基盤**：フリーアクセスと低い自己負担、そして全国均一の公定医療価格という「世界最大の成功事例」。

日本の「フリーアクセス」という奇跡

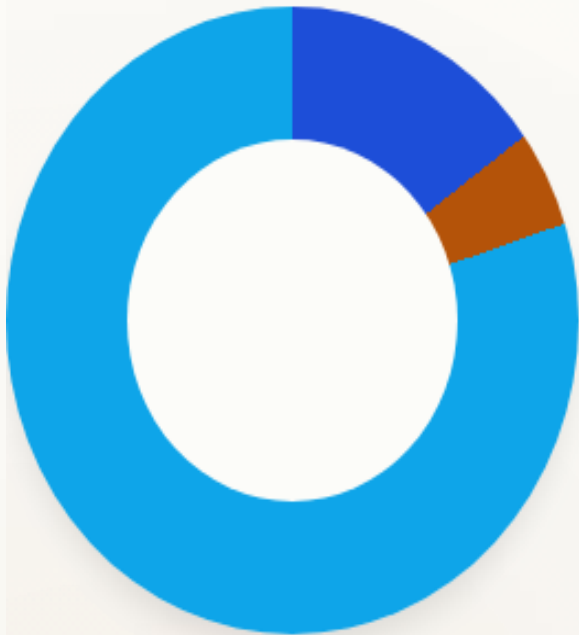


世界が羨む、しかし持続不能な贅沢

日本の国民皆保険を支える最大のメリットが「フリーアクセス」。紹介状がなくとも、国民全員が、その日のうちに、世界最先端の医療機器を持つ大病院や名医の診療を3割の自己負担（収入に応じて月額上限あり）のみで受診できる制度は、欧米では信じられないレベルの特権。

しかし、少子高齢化、医療技術の高度化（高額薬の登場）、そして膨張し続ける医療費により、この奇跡的なフリーアクセス制度は限界を迎えつつある。

WHOの歪んだ財務と主権喪失の実態



義務的

- 分担金 (Assessed Contributions) - 約15%** 加盟国に義務付けられた通常予算。使途の制約がなくWHOが自由に動かせる生命線。
- 使途不特定 任意拠出 (Core Voluntary) - 約5%** 寄付金のうち、使途を大きく制限しない柔軟性の高い資金。
- 使途特定 任意拠出 (Earmarked Voluntary) - 約80%** 「このプロジェクトにしか使ってはならない」とドナーがガチガチに条件を指定した寄付。

【気になる内部事情】 WHO予算の実に約8割は、資金提供者の意向が100%紐付いた「使途特定任意拠出」です。これにより、WHOは「中立的な国際保健のコントロールタワー」としての機動性を自ら放棄せざるを得ない、財務的人質状態に置かれています。

使途特定拠出（Earmarked）の深刻な弊害

80%超

外部ドナーからの使途限定資金の占める割合

特定疾患偏重

小児麻痺（ポリオ）やエイズのみに巨額資金が偏る歪み

ドナー国家・団体の代理機関へ

例えば、途上国全体の保健システム強化（UHC）や看護師の育成がどんなに現地で望まれていても、ドナー国が「ポリオ根絶」に使途を特定して何億ドルも拠出する場合、WHOはそのお金をポリオ対策以外の必要な活動に1円も流用できない。

結果として、現地に最も必要な医療インフラ構築の予算が枯渇し、流行がほぼ去った特定の感染症対策プログラムだけが贅沢に維持されるという、国際保健支援の非効率性が常態化している。

非政府アクターと巨大民間財団の影

ビル&メリンダ・ゲイツ財団の圧倒的プレゼンス

- ・ **国家を凌駕する資金**：ゲイツ財団は単独で、ほぼすべての加盟国を上回る規模の任意拠出金をWHOに提供している筆頭株主。
- ・ **アジェンダコントロール**：ワクチン偏重主義など、財団トップの哲学や技術偏重的なアプローチが、必然的にWHO全体の方向性を規定してしまう構造。

製薬産業との持ちつ持たれつの関係

- ・ **研究・調達スキームの共犯関係**：WHOが新たなワクチン・医薬品の推奨基準を作成し、それが主要な基金（グローバル・ファンド、Gavi）を通じて巨大な購買需要を生むエコシステム。
- ・ **見えないロビイストたち**：非政府組織（NGO）の看板を掲げながら、その実質的な資金源が製薬企業であるフロント組織の横行。

お金は出すが「顔は見えない」日本

世界第3位

日本のWHO分担金比率（数千万ドルの安定拠出）

ごくわずか

意思決定層（D・Pレベル）における邦人職員の少なさ

「サイレント・ドナー」から「アクティブ・プレイヤー」へ

日本はWHOにとって、遅延なく確実に巨額の分担金を支払ってくれる極めて「都合の良いATM」のような存在。しかし、政策方針や国際ルールが決められる要職に日本人の姿は少なく、発言力は極端に弱いのが現状。

国際政治においては、資金提供（カネ）と主導権獲得（ヒト・発言）は表裏一体であるべきだが、日本は優れた医療実績をアピールする交渉技術を欠く場合が多いため、支払った対価としての存在感を必ずしも得られていない。

グローバルヘルスの主導権を握る主要アクター

組織名	機能・役割	資金力	実質的な主導国・アクター
WHO (世界保健機関)	世界の技術的スタンダード、ルール策定	低～中（任意拠出への依存度高）	多国籍事務局、大ドナー国、ゲイツ財団
世界銀行 (World Bank)	医療システム構築のための低利融資・無償資金援助	非常に巨大（融資能力ベース）	アメリカ、財務省主導の先進国グループ
世界基金 (The Global Fund)	エイズ、結核、マラリアの治療薬調達・配布の専門機関	巨大（各国の任意拠出を集積）	欧米諸国、民間財団、NGOアクター
Gaviワクチンアライアンス	途上国へのワクチン普及・調達の特化組織	莫大（官民ファンド形式）	ゲイツ財団、製薬業界、欧州主要国

他に、UNICEF、CEPIなども。

医療技術外交（Health Diplomacy） の胎動

技術と外交を融合する日本のポテンシャル

日本には、世界に誇る「ユニバーサル・ヘルス・カバレッジの歴史」「高度な医療システムと精密な機器」「製薬における研究開発力」という、国際保健の覇権を握りうる強力なカードが存在。

この強力なカードを単なる「国内用」に留めず、アジアや世界の途上国へ戦略的に展開することで、日本の安全保障と経済成長を両立させる「医療技術外交」を本気で育てる時期に来ている。



第三部：医療ジャーナリストに知ってほしい真実

WHOや政府発表をそのまま「垂れ流し」しないための、複眼的な深層取材の技術

WHO公式発表の「行間」と「裏」を読む技術

「誰がこのプレスリリースを最も喜ぶか」

- ・ **カネの動きを追う**：ある感染症への警鐘や、特定治療の推奨が発表された場合、そのプロジェクトの主たる資金源（ドナー）がどこかをWHO財務報告書から逆引きする。
- ・ **国家の思惑を透視する**：特定の食品規制や環境基準が提示された際、それが自国のヘルスケア市場を他国の競合から守りたい特定の欧米政府の要請によるものか分析する。

「発表を垂れ流しする」報道からの脱却

- ・ 『WHOによると…』の危険性：WHOはお墨付きを与える機関であるが、決して無謬ではない。発表の「科学的妥当性」と同時に、「その発表を引き出した政治的力学」の双方を重ねて報じる必要。
- ・ **反論データの存在**：WHOガイドラインに反対した学術集団の少数意見をあえて取材し、議論の対立構造を明らかにする。

科学的根拠（Evidence）が持つ高度な政治性

⚠ 「利益相反（COI）」のブラックボックス

ガイドラインを作成する専門家パネルのメンバーたちが、研究室の資金調達などを通じて特定のドナー団体や大国政府と見えない部分で結びついている現実。

▼ 研究データの「選択的採用」

どの臨床試験を採用し、どれを「除外（不採用）」とするか。選定基準のチューニングだけで、特定の製薬会社に有利な結論を論理的に導き出してしまう罠。

🔍 メディアが持つべき懐疑心

「エビデンスベース」というマジックワードに出会った瞬間に立ち止まり、そのエビデンスを検証した研究資金の「出所（マネートレイル）」を追う執念がジャーナリストに問われる。

「緊急事態宣言（PHEIC）」を巡る地政学

経済的打撃と国家権力の衝突

- ・ **渡航・貿易の自粛という人質**：緊急事態が宣言されると、観光地や新興国は決定的な経済的打撃を被る。したがって、発生国の政府は「過小報告」する強烈なインセンティブを持つ。
- ・ **事務局長への直接的な圧力**：宣言を出すかどうかの最終決定権を持つ事務局長に対し、当事国の大統領や首相から直接深夜に抗議電話がかかるリアル。

ウイルスの起源と名前を巡る暗闘

- ・ **地名の抹消**：「武漢ウイルス」や「南アフリカ変異株」などの名称が経済的・政治的差別を生むとして、中立的なギリシャ文字（アルファ、デルタ、オミクロン）が採用されるに至った外交決着。
- ・ **調査の妨害**：起源を巡る科学的査察は、常に主権侵害を恐れる当事国との政治交渉に完全に左右される。

「情報のパンデミック (インフォデミック)」

デマと科学的検証、そしてジャーナリズムの責任

現代の健康危機において、ウイルスの拡散と同様に恐ろしいのが、SNSを通じて秒速で世界を駆け巡る「デマ、陰謀論、そして不確実な科学的仮説の暴走（インフォデミック）」（例えば、反ワクチン主義）。

メディアは、世間の不安を煽ってアクセス数を稼ぐ誘惑に抗い、WHOや政府の発表、そしてネットの流言を冷静にファクトチェックする「社会のフィルター」として機能する高い専門性を求められている。



「海外の成功事例」を盲信する罠

「移植不能」な社会システムの違い

- ・ 『イギリスではNHSが機能しているから…』：イギリスのように長期間の「専門医受診待ち（数週間）」を許容する国民の忍耐力や税構造を無視して、制度のガワだけ日本に持ち込んでも機能しない。
- ・ **医療費は社会契約の形**：国ごとの自己負担額や医療へのアクセス性（フリーアクセス）は、その国の歴史的な「社会契約（福祉国家としての歩み）」の帰結である。
- ・ 「北欧に寝たきりはいない」：自力で食べられなくなると、自ら医療や介護を拒否するのでは？

「出羽守（でわのかみ）」的報道への警告

- ・ **部分的・一面的な海外賞賛**：北欧のIT医療やアメリカの最新がん治療を、その「部分」だけを切り取って日本の政策決定者や世論を叩く武器に使う安易さ（過ちへの寛容性や必要な場合のプライバシーの制限の受容に言及せず）。
- ・ **トータルのコストとアクセスで比較**：全員に等しく届く日本と、最高だが一部の富裕層しか受けられない米国システムを「総体」として冷静に比較検証する眼。

医療ジャーナリストへの3つの行動提言



1. 行政のレクチャー（官製発表）に「絡め取られない」

厚労省が丁寧に作ってくれた記者資料は、最も都合良く報道してほしい「一枚絵」に過ぎない。その資料作成にあたり「どの選択肢が、どのような理由で、闇に葬られたか」を取材段階で徹底追及してほしい。



2. 国際基準には「誰の利害関係」が織り込まれているか調べる

WHOをはじめとする各種機関の提言・ガイドラインを見かけたら、その作成に関与したタスクフォースの国籍分布、およびドナー資金源（特に非政府団体・企業）の紐付きをファクトチェックする習慣を。



3. 「情緒的な美談」ではなく「制度と持続可能性」を報じる

一人の患者が救われた奇跡をエモーショナルに報じるだけでなく、「その治療を全国民に適用した場合に必要な税負担、皆保険の財務的な持続可能性」をデータに基づき批判的に分析する責任。

第四部：これからの日本の医療政策とメディア

超高齢社会を克服する世界の「フロンランナー」としての挑戦

世界が注目する日本の「2040年問題」

超高齢社会の終着駅へ向けて

- ・ **団塊ジュニアが全て高齢化**：2040年、医療・介護の担い手が劇的に枯渇する一方、需要は極限に達する。もはや「皆保険システムの小手先の修正」では耐えられない崩壊の予兆。
- ・ **「医療の社会化」から「医療の適正化」へ**：何でもかんでも病院で治療するのではなく、在宅看取りや延命治療の選択に関する倫理的な合意形成が急務。

世界の模範となるチャンス

- ・ **高齢化のフロントランナー**：日本が直面している課題は、中国、韓国、そして欧米諸国がこれから必ず直面する未来。
- ・ **「持続可能な超高齢社会医療モデル」の提示**：限られた財源の中で、尊厳ある看取りと高度医療をいかに共存させるか、その解決策こそが日本から世界に輸出できる最大の医療技術。

医療情報の非対称性とメディアの倫理



圧倒的な「知の格差」

医師と患者の間には、埋められない専門知識の溝がある。患者は不安に駆られ、誇大広告や怪しい代替医療（高額自費診療）に搾取されやすい。



「複雑性をそのまま伝える」覚悟

医療に100%の正解はない。リスクとベネフィット、不確実性をありのまま、国民にわかりやすく、かつ誤解を与えずに説明する高度な筆力（通訳能力）が必須。



「わかりやすさ」の暴走

『これを飲むだけで癌が消える』『この食事法で万病を予防』といった極端な単純化をメディアが垂れ流すことは、国民の生命への加害行為に等しい。

まとめ：これからの報道に望むこと

多角的な「国際比較」を日常の報道に織り込む

日本国内の医療トラブルや不祥事を単発で批判するのではなく、諸外国における医療制度設計、コストパフォーマンスの現実と比較し、制度的な原因（病床過剰、医師偏在など）に深く迫る構造的な切り口が必要。

情緒的なパターンリズムから「自立的な患者選択」へ

「医者が全てやってくれる、国が全て払ってくれる」という幻想から脱却し、国民一人一人が、人生の最終段階（終末期医療）における自分の選択と、それに伴うコストを自己決定できるための議論を、メディア主導で盛り上げる時期。

「誰のために、何のために報じるか」の原点回帰

官僚や国際組織の権威（WHO推奨という免罪符）を鵜呑みにせず、常に一步引いて「背後にあるマネーと地政学」を直視すること。それこそが、最も尊い国民の『健康と生存の権利』を守る、唯一無二の医療ジャーナリズム。

付論

- 名古屋プロトコール（生物多様性条約）とパンデミック条約（国家主権は制限されるのか？）
- たばこFIとJTや欧米のたばこ会社
- 米国の「脱退」とそのインパクト
- 初めての非医師の事務局長の後任（分担金増，WHO基金，米国「国旗」対応）
- 国際保健の他のプレーヤーの台頭
- リプロダクティブ・ヘルス／ライツと寛容性
- コアマンデートと一部途上国の要求