

Medical Platform Asia Newsletter



February 2011

Vol.1

CONTENTS

- 01 創刊の言葉 理事長 西山 正徳
- 02 **【特集】** 第1回アジア医療フォーラム報告
 - 第1部
 - 記念講演「韓国の医療」
Yoe Kyu Youn
(ソウル大学医学部外科学主任教授・韓国外科学会会長)
 - 特別講演「アジア人の健康と医療」
尾身 茂
(自治医科大学教授・前世界保健機関西太平洋事務局長)
- 04 ●第2部 シンポジウム
 - 講演1「中国の医療事情と課題」
沈 友敏
(CSD株式会社 ユート・ブレン事業部シニアコンサルタント)
 - 05 講演2「韓国医療の現状と未来」
Chul Joog Kim
(Chosen Daily 医療ジャーナリスト
放射線科医師)
 - 06 講演3「インドネシアにおける健康医療事情」
Mulijono Wirjodiardjo
(Bintaro International Hospital 小児科医師)
 - 講演4「高齢化日本の医療財政の現状と未来」
池上 直己 (慶應義塾大学医学部教授)
- 08 **【特別寄稿】**
 - 「Global Health Agendaとしてのがん」
井上 肇 (千葉県健康福祉部 理事)
- 09 **【海外調査・研究報告】**
 - 「アジアがんフォーラム開催報告」
河原 ノリエ
(東京大学先端科学技術研究センター 特任
研究員)
 - 10 ○「第4回アジア太平洋閉経学会会議報告」
有馬 牧子 (NPO法人女性の健康とメノポーズを考
える会理事・医学博士)
 - 世界保健機関 (WHO) の非感染性慢性
病 (NCD) 会議に出席して
高橋 進
(IKEAJ理事長・日本大学大学院前教授)
- 11 ○「ワイヤレス_在宅健康管理」プロジェクト開始
小野 起代己 (MedPA理事)
- 12 ★MedPA Newsletter定期購読のお申込に
ついて

創刊の言葉

(社)メディカル・プラットフォーム・エイシア 理事長
翠会精神医学研究所長
西山 正徳

欧米諸国に比べて、アジアは、日本などの少数の国を除いて医療過疎地帯となっている。この理由は、もちろん貧困や経済的発展途上であることによるものであるが、それに加えてアジア隣国間の相互作用が、歴史的な背景もあり、欧米諸国より少なくなってしまったからである。そして、こうしている間に、アジアは、結核やマラリアなど従来型伝染病に加え、SARSや新型インフルエンザな



ど新興再興感染症の出現、低栄養に加え過栄養等による生活習慣病や精神疾患の急増、さらには医薬品・医療材料供給を含めた医療提供体制の人的・物的壊滅的状况によるアクセス障害という Triple Burden (三重苦)に陥ってしまった。

そうした中であって、我が国は、アジア医療におけるリーディング・カントリーとしての自覚をさらに持つべきではないだろうか。すなわち、日本の衛生医療が、これまで試行錯誤してきた歴史や多くの苦難を現在も抱えつつ世界一の長寿国を築きあげた道程を、共動地域としてのアジア諸国へ、さらなる積極性を持って発信し、隣国間の相互作用の強化を図るべきではないだろうか。何故ならば、近い将来、アジア諸国も日本と同じ道程を歩むであろうから。

健康なアジア社会をつくるため、アジア人同士の交流をより深めることの必要性—それが民間非営利組織「メディカル・プラットフォーム・エイシア」創設の所以である。

第1回 アジア医療 フォーラム開催



平成22年6月15日、アジア各国との情報交流を目指して「第1回アジア医療フォーラム」が多くの参加者を得て開催されました。第1部ではソウル大学外科学主任教授で韓国外科学会長のYeo Kyu Youn教授、自治医科大学 尾身茂教授の講演が、第2部では「アジア医療の現在・未来」をテーマにシンポジウムが行われました。その要旨をご紹介します。

第1部

記念
講演

■アジアトップをいく韓国の救急災害医療システム

「韓国の医療」

Yeo Kyu Youn

ソウル大学医学部外科学主任教授・韓国外科学会長



従来型の救急医療からの脱却

韓国の人口は4,850万人で世界第25位、一人当たりGNPは2万米ドルで34位である。救急医学や災害医学の確立や救急災害医療システムの構築、外傷医療の充実などを、①入院治療から外来治療への力点の移動、②診断や介入の遅れを是正し、より早期の発見・治療の実施、③患者重視への転換、④専門家ベースから日常診療への転換、⑤日常診療における救急診療の国家レベルでの評価と点数化、などを通じてパラダイム転換を起こそうとしている。特に、従来は、急性心筋梗塞は心臓医が、脳血管障害は神経医が担当してきた。これからは、良く訓練された救急医が診療することになる。それは、従来型であると入院というセッティングにおいては24時間ケアがあり致死率も少ないが、入院前ケアが不十分でコストも高い欠点がある。また、外傷や火傷に対しては、入院医療体制が不十分で施設や人材も少なく、避けられた死



亡率が高い(32%, 2007年)。

これらを背景に、新たに救急医療体系の再構築を行ってきている。緊急医療提供者の教育訓練の充実、緊急ベッドの準備、それには28の脳血管発作センター、27の心臓センター、41の外傷センター、1つの熱傷センターおよび中毒センターの構築である。さらに、12の行政地域に緊急情報の医療センターを設置、あらゆるコールに対応するシステムを構築した。

突然死に対するケアシステムも重要であるとし、OHCA (Out-of-Hospital Cardiac Arrest) に対する除細動処置の重要性はデータの的にも裏付けられた。

アジアにおける災害対処が重要

アジア地域には災害発生のリスクが高いことから、関係各国が共同して災害対処すべき時代である。韓国では、CBRNE (Chemical, Biological, Radiologic, Nuclear and Explosive event) に対処するため様々な取り組みを始めている。初動時間を早期、遅期(72時間程度)、中間期と分けた対処のシステム構築、DMATの組織化、指揮命令系統の確立、標準教育と訓練などの強化である。

我々は、お互い極めて近い距離に位置している。お互いの協力によってさらなる医療の発展が図られ両国民の幸福に繋がることを希求する。

特別講演

■地域に支えられた個人の行動変容が重要

「アジア人の健康と医療」



尾身 茂

自治医科大学教授・前世界保健機関 西太平洋事務局長

第四の波を迎えている現代

病気の歴史を考えれば文明との関連が深いことがわかる。表1にあるように昔はヒトの往来も少ないがために感染症も大きな流行はなかったが、その後歴史を重ね、時にはペストで人口の30%が死ぬほどのこともあった。大航海時代には、アフリカにしか存在しなかったマラリアなどが世界中に伝播された。

そして、現在は、地球規模での人・物の移動や高齢化、人口増加などで感染症の大流行の恐れやこころの問題、生活習慣病を含む非感染症が急激に増加してきている。自殺については先進諸国のみならず、サモアやパプアニューギニアなど発展途上国でも増加している。WHO時代に調査研究したところ、専門家の一致した意見は lack of connectiveness (連帯の欠如) が一つの要因であった。

表1 ■文明と病気の関係

時期	出来事	病気	例
有史前	狩猟民族として生活	主な感染症の流行はなし	
第1の波 (5,000~2,500年前)	農耕民族として“定住”	天然痘、麻疹、水痘、結核、小児麻痺	シュメール、エジプト
第2の波 (2,500~700年前)	交易や旅行者などを通じた文明同士の交流	天然痘、麻疹 “黒死病”(ペスト)	ヨーロッパからアジア(シルクロード) 6世紀からヨーロッパで
第3の波 (700年前頃)	大航海時代(大陸間の移動)	天然痘、麻疹、インフルエンザ、麻疹チフス、梅毒、マラリア、黄熱病	ヨーロッパからアメリカへ アメリカからヨーロッパへ アフリカからヨーロッパへ
第4の波 (現代)	地球規模での人・物の移動 科学技術・産業の発展 高齢化 人口増加 都市化	心の問題、生活習慣病を含む非感染症、感染症大流行の恐れ、環境問題の深刻化	全世界

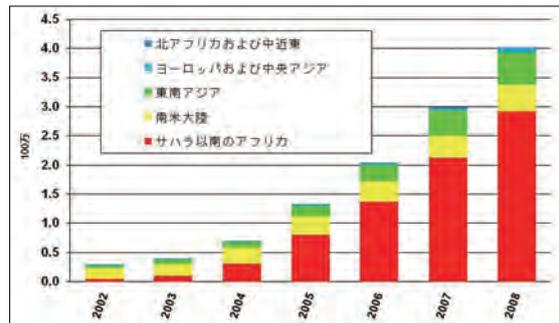
厚生分野のみでは対応できない疾病対策

感染症について言えば、毎年一つずつ新興再興感染症が発見されている。新型インフルエンザやSARSに見られるように、これまでのような厚生行政に任せておけば良い時代は終わった。商務、財務、外務などの官庁の関与がなければ対応できなくなっている。特に、ワクチンなどの知的所有権の問題は、5年以上もかけて議論しているが結論が出ていない。発展途上国の人々は、自分たちの血液でワクチンを作り、パテントを取得し企業が儲けているが、その薬は高く買えないと言ひ、パテント廃止論まで主張している。一方、欧米や日本は、技術革新のためには知的所有権は必要だと主張して両者が譲らない。いずれにしても、価格を安くし、彼らにも入手できるようにしなければ意味がないと思う。

図1は、発展途上国においてエイズ治療薬にアクセスできた患者数である。以前は1人100万円もかかり、容易にアクセス

できなかったが、NGO等のボランティア活動により、飛躍的に伸びてきたことがわかる。

図1 ■発展途上国における地域別に見たエイズ治療薬にアクセスできた人の数

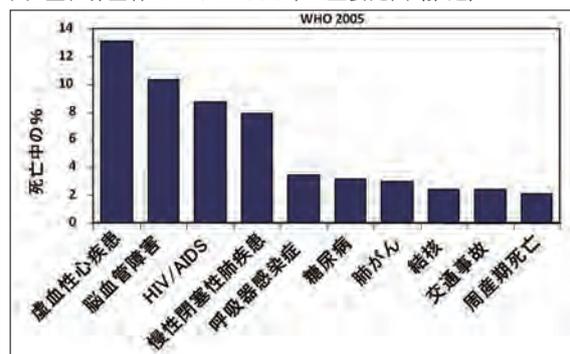


医学部出身者の90%が海外へ

これまでWHOや国連をはじめとする国際機関や先進諸国ODAなどにより、これら貧しい国への支援をかなり行ってきた。しかしながらうまく行ってない。その原因は、各国への補助金が十分に届いていないという、いわゆる汚職の問題。もう一つは、医療技術者への海外流出による医療提供体制の脆弱性である。フィリピンでは医学部出身者の90%が米国等へ移住している。こうした問題を解決しなければならない。

WHOでは2030年の主要死因を図2の通り推計している。これら疾患を予防するために、今後、病気への取り組みをさらに強化する必要がある。それには民間・市民の主体的協力が重要である。政治家や行政を頼るだけの国民では改善されない。自分たちが主体的に意見を言い社会を支えて行くことが重要である。また、近年国際環境も少しずつ変化してきている。「富める国」と「貧しい国」の格差を縮小しつつ、疾病撲滅を図っていくための目標を定めたり (UN development goal)、飛行機代の一部を財源にしたり (innovative finance)、さらには武見敬三氏らが新たに「人間安全保障」という概念を提唱している。

図2 ■世界全体における2030年の主要死因 (推定)



第2部 シンポジウム

第2部の国際シンポジウムでは、4名のパネリストによるアジア諸国の医療事情に関する講演が行われました。

講演1 ■中国の1人当たり医療費は日本の50分の1 「中国の医療事情と課題」

沈 友敏

CSD株式会社 ユート・プレーン事業部 シニアコンサルタント



中国の医療は多くの課題を抱えている。平均寿命は男性 71 歳、女性 74 歳で、1 人当たり医療費は日本の 50 分の 1 の 5,319 円（日本：259,300 円、一元 = 14 円で換算）、総合経済は日本より 50 年遅れている。医療保健費と GDP の関係は図 1 の通りである。

また、医療保険制度は 1950 年代以降整備が進められてきており、公費医療保険、労働医療保険、農村合作医療などの制度を経て、現在は新農村合作医療および都市職員基本医療保険、そして幾つかのモデル事業が試みられている（表 1）。

一方、医療提供体制については、病院数は 20,291、ベッド

数は 236 万床となっている（2009 年）。医師数は総数で 194 万人であり、このうち主任医師が 4.2 万人、副主任医師が 18.8 万人である。人口 1000 人当たりの医師数としては、日本が 1.47 であるのに対して中国は 1.75 と多い。

急増する生活習慣病！

疾病動向は、図 2 の通りであり、高血圧疾患や脳血管疾患、糖尿病患者が急増してきている。

医薬品の動向については、一回当たりの外来医療費・薬剤費比率は 51% で、日本の 37% と比べて大きい。22 大都市病院の大薬効別の薬剤使用状況については、抗生物質、抗ガン剤、

循環器系薬が大きく、伸び率では筋・骨格系用薬や抗寄生虫薬が大きい。また、医療用医薬品上位 15 品目は表 2 の通りとなっている。

図1 ■医療保健費とGDPに占める割合



図2 ■慢性疾患患者数の増加状況

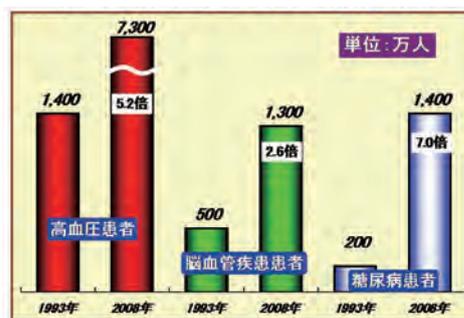


表1 ■中国医療保険制度の歩み

制度名	時期	内容	摘要
公費医療保険	50~90年代初期	・国家公務員全員 ・軍人や学生、芸能関係等	・一人受診、家族服薬 ・医療資源の無駄が目立ち
労働医療保険	50~90年代初期	・国有企業労働者対象 ・（家族も対象となる制度）	・給与から天引きされないため、企業負担が増加
農村合作医療	60~80年代後半	・農村部の末端行政を中心とする合作医療保険制度	・名ばかりの制度で全国ではなく一部の農村地域に限定
新農村合作医療	2000年~現在	・新型農村合作医療	・基本医療を保障する目標
都市職員基本医療保険	1998年~現在	・勤労者本人のみの制度 ・国+企業+個人=3者負担	・普及率が低く仕組みの煩雑 ・重病への対応が不十分
都市住民基本医療保険	2007年からモデル事業	・保険料の徴収や補助など経済状況によって異なる	・都市部の非勤労者を対象 ・児童、小中高生 など
都市と農村医療救助	2007年から試験	・新たな医療保険制度の創設	・生活貧困者を対象する制度

表2 ■医療用医薬品の上位15品目

順	医薬品名	薬効名	金額(億円)	伸び率
1	塩化ナトリウム	補正用製剤	110.1	26.0
2	オメプラゾール	プロトンポンプ阻害剤	106.4	25.5
3	イチヨウ葉エキス(製剤)	末梢血流や脳循環障害改善薬	104.7	24.4
4	ドセタキセル	タキソイド系抗悪性腫瘍剤	78.9	29.8
5	バクリタキセル	抗悪性腫瘍剤	77.8	25.0
6	セフトアム	セフェム系抗生物質	77.7	39.8
7	ヒト血清アルブミン	血液成分製剤	77.1	-4.6
8	レボフロキサシン	ニューキノロン系抗菌剤	73.5	2.5
9	セフトキシムアキセチル	セフェム系抗生物質	71.4	-6.4
10	ガングリオシド	脳機能改善薬	69.7	57.8
11	ダイズ油	脂肪乳剤	66.9	11.2
12	硫酸クロビドグレル	抗血栓薬	64.6	37.5
13	パントプラゾール	プロトンポンプ阻害剤	63.8	40.7
14	サイモシンα1	免疫増強剤	63.5	42.9
15	セフミノクス	セフェム系抗生物質	63.4	30.3

中国の新医療衛生体制改革

中国では、上記のような状況を背景に医療衛生体制改革が実施されつつある。政府の補助金を増やすことによって医療保険加入率を90%まで高め、また、技術サービス料を引き上げ、さらに、基本薬物制度を創設し、「予防治療の重要、安全かつ有効、適正な価格、使いやすさ」の原則に基づいた国家基本薬物リストを2009年8月に公表した。病院の薬剤収益率は原則10～15%と定められているが、薬価差益を細分化する方針が定められ、低価格な医薬品使用を促進する方策が取り入れられている。

中国医療の現状と課題をまとめると表3の通りである。

表3 ■まとめ：中国医療の現状と課題

- ◆ 高度経済成長とは裏腹に地域間格差が大きな問題
- ◆ 豊かになる前に高齢社会が来て深刻な問題を抱える
- ◆ 日本のような医療制度を享受できる国民は3割程度
- ◆ 医療資源に対する調達・分配の公平性が欠如
- ◆ 農村部では経済的な理由で受診抑制が広がる
- ◆ 国民の医療への不満を解消するため抜本改革を推進
- ◆ 薬価差を無くす公立病院の改革は通用するのか
- ◆ 社会環境やライフスタイルの変化で慢性疾患が急増
- ◆ 日本のような医療保険制度に届くには容易ではない

講演2 ■ほぼ完璧な韓国医療保険 「韓国医療の現状と未来」

Chul Joog Kim

Chosen Daily 医療ジャーナリスト・放射線科医師



韓国の病床は45万床

この数十年間、韓国では医療保険制度、医療提供体制、国民に信頼など、あらゆる面で改革を進めてきた。その結果、国民皆保険を達成し、国民の96.3%が健康保険に加入、残る3.7%が生活保護医療保障 (Medical Aid) を受けている。

地域住民は、まず26,265の個人開業医を受診、いわゆるプライマリケアを受けている。その後、問題があれば1,538の病院、302の総合病院を受診、さらに第3次医療として43の高度医療機関を受診する仕組みとなっている。

歯科医療機関などを含めると、図1のように52,283医療機関、450,119病床を有している。ただし、医療費水準は対GDP比で6.8%と低い。

図1



韓国医療の特徴を言えば、その技術の80～90%は米国からのものである。そして、米国を超えた技術もある。特に、がん治療 (表1)、ロボット手術、移植の分野だ。また、コスト面でも米国の25～30%である。

例えば、心臓バイパス手術は、米国では14万4千ドルかかるが、韓国では2万4千ドルである。同様に、心臓弁置換術は、米国17万ドル、韓国3万6千ドル、人工骨頭は米国で4万3千ドル、韓国1万6450ドル、膝関節置換術は米国5万ドル、韓国1万7800ドルである。

以上、述べてきたように、現在の韓国は、質、コスト両面で世界最高レベルを達成しており、年々海外からの受診者も増加してきている。

表1



■インドネシアの医師不足を解消するには40年かかる

講演3 「インドネシアにおける健康医療事情」



Mulijono Wirjodiardjo
Bintaro International Hospital 小児科医師

最大の課題は医師不足

ムルヨノ氏は、インドネシアの健康医療における優先順位について、1) 良質かつ能力の高い医療従事者を養成し、計画的に配置し、偏在を解消する、2) 一般市民の手の届く医療サービスを向上する、3) 一般市民に対し衛生的なより良い環境づくりの指導、教育を行う、の三点を掲げた。

インドネシアでは、医師はすべて国家公務員であり、医師国家試験合格後は厚生省付き非常勤公務員として地方の小規模な病院に配属される。専門医などの資格を獲得した後は、病院管理職、厚生省高級官僚、国際機関などの勤務を経てキャリア職を目指すのが一般的。しかし、給与面でさらに報酬が求めるケースが多く、民間病院などへ勤務する、あるいは自分が開業したクリニックで患者を診ることが許されている。ただ、荒稼ぎを防ぐため、医師開業法で勤務先が制限されている。インドネシアの医師数は87,337人(2010年1月現在)で、人口10万人に対して4人である(シンガポール180人、フィリピン120人、ブルネイ80人、ベトナム40人、ミャンマー、カンボジア、ラオス、タイ20人/図1)。

アジア諸国間の医療情報交流の場が必要

教育機関として医科大学は国立27校、私立35校とここ数年

大きく増加した。しかしながら、医師より給与の良い職業に就く医師も多くなってきている。ムルヨノ氏は、人口の増加と医師の増加がアンバランスで医師絶対数不足が益々深刻化、充足するには40年かかると問題点を指摘した。さらに、健康保険の普及率は30%、重い病気に罹ったら、田畑を売却して治療費を工面しなければならない。また、医療機関の情報開示が遅れており、病院年報の類も発行されていないことも重要問題と指摘した。最後に、アジア圏の国の間にアカデミックな情報交換の場が欲しいとして、1) アジア圏の国の医療評議会または医療協議会の総合情報センターの設立、2) アジア圏の国の卒後教育のコレギウム協力の向上、3) 専門家交流を促進し、伝染病、ワクチン、医薬品の開発等について先進国の影響力や干渉から脱皮し、アジア独自の開発政策を進める、と提言した。

図1

1.	シンガポール	180人、
2.	フィリピン	120人
3.	ブルネイ	約80人
4.	マレーシア	60人
5.	ベトナムは約	40人
6.	ミャンマーとカンボジア、それぞれ	約20人
7.	ラオスとタイ	約20人
8.	インドネシア	4人
9.	日本(京都市)	270人
10.	OECD加盟国平均	300人

■医療費の3分の2を高齢者が消費する時代に突入…2025年

講演4 「高齢化日本の医療財政の現状と未来」



池上 直己
慶應義塾大学 医学部教授

2025年には65歳以上人口が30%となり、また、医療費の3分の2をこれら高齢者が使う時代になる。私は、医学生に「君たちは老人としゃべることが好きかどうか。好きでなければ医師になるべきではない」と言っている。高齢者は多様な疾患を持っているからDisease managementという手法も有効ではない。こうした時代の保険財政について5つの問題を提起したい。

①若人の負担は軽減できるか? ②医療費は抑制できるか?

③高齢者医療制度を改革できるか? ④終末期ケアコストは抑制できるか? ⑤介護保険は維持できるか? の5点である。

日本の医療費が抑制されているのは診療報酬制度にある(図1)。全体の改定率は総理によって決められるが、その後、薬価や材料の市場調査に基づき薬価や材料価格が決定される。そして医療技術についても個々の価格が決められるが、これらの点数の根拠はないと言える。75歳以上の死亡が急激に増加

するものの、末期ケアコストについては、本人たちが濃厚な治療を望まないことから、それほど増えるとは考えづらい。

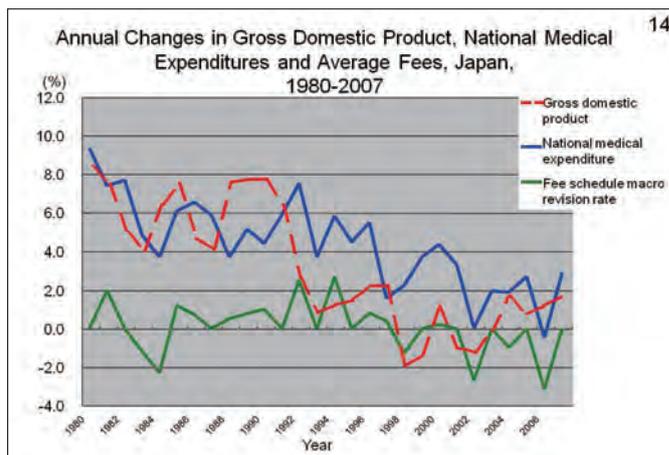
特別養護老人ホームの住居部分は自己負担に!

介護保険は、申請者の98%が認定されている。ドイツでは30%が却下されている。介護保険は、ある意味で成功しすぎたと言えるが、このことによる財政圧迫が大きな課題だ。つまり日本の介護保険は認定基準が甘い。これは、旧来の福祉制度を引きずった制度であるためである。興味深いことに、日本人は医療費が増えることには相当敏感であるが、介護費用の増加には寛大である。この財政問題を解決するためには、特別養護老人ホームの住居費部分を自己負担にすべきである。施設を作る政策は間違っている。

アジアは日本の経験から学ぶべき

日本で起こっていることは、20年後のアジアの姿である。日本

図1



で行ってきたことをアジア諸国も考えていく必要がある。総括すれば、①若人の負担は抑制可能、②医療費は抑制可能、③高齢者だけをターゲットにした医療費抑制は国民が反対する、④終末期ケアコストはそうは増えない、⑤介護保険制度は正しくデザインされれば存続可能である。

質疑応答

波多野氏：インドネシアにおけるジェネリックの採用は増えているのか、今後の方向性は？

Mulijono氏：ジェネリックはまだまだです。抗生物質や高血圧、糖尿病などの薬が中心。抗がん剤などは高くして入手できない。こうした分野のジェネリックはインドネシアでも求められている。また、自国ではワクチンを作ることができない問題も抱えている。

西山：中国においても薬価差縮小の努力はどのように行われているのか？

沈氏：中国はこれまで薬価差によって病院経営が成り立っていた。12~15%は認められており、特別な場合には25%。薬価差をなくそうというインセンティブは、薬に対する患者の不信感から生じている。薬剤比率は日本は20%程度であるが中国は50%。これを減らして、技術料とか調剤技術料に振り替えて行こうとしているが、患者サイドから見れば依然自己負担は減らない。現在、16都市の2~3の病院でモデルケースとして実施されている。

(注：本記録は、フォーラムの講演記録から事務局が短縮化等を行ったものです。従って、編集に伴って講演者の本旨と異なってしまった場合、その責任は事務局にあることをお断りしておきます)



■グローバルヘルスの潮流

Global Health Agendaとしてのがん

井上 肇

千葉県健康福祉部 理事

近年、がんを、先進国のみならず世界全体の健康課題として捉える動きが進んでいる。これは、10年前にミレニアム開発目標 (Millennium Development Goals ; MDGs) を定めた動きと対比すると興味深い(図1)。90年代後半から今世紀初頭にかけて、母子保健および HIV/AIDS・結核・マラリアをはじめと

図1



する感染症に対する関心が高まり、Global Health の中心的課題として数多くの組織・イニシアティブが発足した。これに伴い、母子保健・感染症対策への官民合わせた国際社会からの資金流入も大幅に増加し、徐々に成果を上げつつある。

MDGsにおいて取り上げている母子保健や感染症はサブサハラアフリカを中心とする低開発国においては依然として重要な課題ではある。他方、急速に経済発展を遂げつつある中所得国にて疾病負荷が非感染症に急速に移行しつつあることを背景として、がんをはじめとする非感染症 (Non-Communicable Diseases ; NCDs) に対する関心が急速に高まっている。今年9月には国連総会において、はじめて NCDs をテーマとするハイレベル会議が開催される予定である。

2015年にMDGsの目標年を迎えることにより、母子保健・感染症対策の区切りを迎える。この区切りに向けて、今後の数年間は国際社会が世界全体の健康課題を捉えなおす時期となる。母子保健・感染症の問題は解決にいたらず、依然として重要な課題であり続けるだろう。それとともに、途上国を含めた世界全体の疾病負荷が急速に母子保健・感染症から非感染症問題に移行しつつあることを踏まえ、これまでは Global Health の中で軽視されがちであった、がんをはじめとする非感染症の分野にも、しかるべき対策がとられなければならない。

これからの Global Health 課題としての非感染症対策は、これまでの母子保健・感染症対策との対比においてどのような特徴を持つであろうか。図2において示したように、母子保健・感染症は低所得国において大きな課題ではあるが、これを上回

る人口規模をもつ中所得国においては、すでに非感染症の疾病負荷が母子保健・感染症による疾病負荷を凌駕している。非感染症対策における epi-center は、急速に経済発展を遂げつつある中所得国であることを踏まえれば、今後の協力のあり方は、MDGsにおける中心課題であった母子保健・感染症対策と比較すると、より非資金的な支援に重点が移ることになるのではないだろうか。

我が国は90年代を通じて政府開発援助 (ODA) 拠出額において国別で第一位を誇っていたものの、現在はその相対的位置を下げつつある。仮に、今後ともに資金面での国際協力に制約があるとすれば、非資金的な協力の要素が強まる中進国に対する非感染症対策は、我が国にとって役割を果たせる潜在的余地の大きい分野となるだろう。図3に示したように、日本は他の先進諸国と比較して今後の Global Health の課題である非感染症分野において最も優れた成果を上げている。新たな Global Health Agenda としてのがんは、自国内における実績を直接生かすことのできる分野でもある。

図2

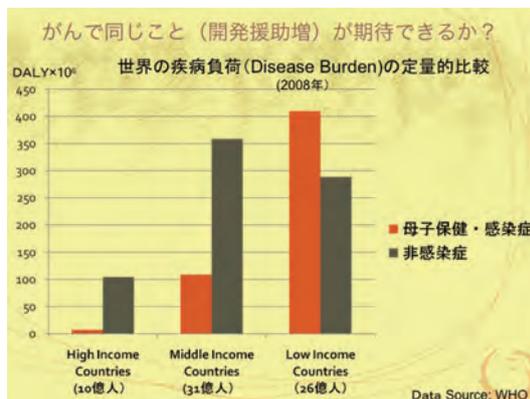
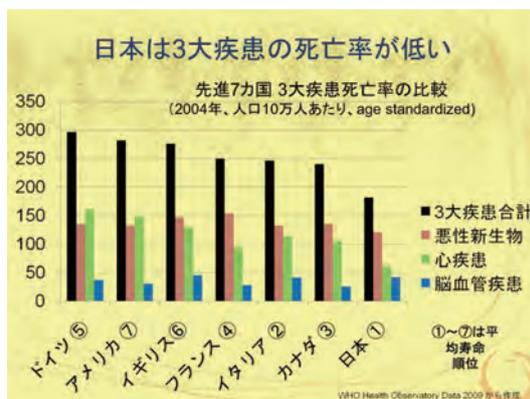


図3



2010年度は第6回・第7回を開催

アジアがんフォーラム開催報告

河原ノリエ

東京大学先端科学技術研究センター 特任研究員



(写真1) 中国シンセンにて第6回を開催

アジアがんフォーラムは、設立当初より、西山理事長にご尽力いただき、共催支援もいただいている。2010年度は、中国シンセンと東京において、第6回と第7回を開催しているので、その開催概要を報告する。

8月21日、中国シンセンのUICC世界がん会議において、第6回アジアがんフォーラムを、各国の有識者を交え「がんをグローバルヘルスアジェンダにするためにはなにをすべきか」という議題にて、「情報」の問題にテーマを絞って討議を進めた(写真1)。途上国も含めたがんの急増に、従来の感染症対策のような線形的な思考では対応できず、しかも、感染症対策のように、対策の即効性が示しにくい、投資効果が短期に見えにくい



(写真2) 第7回は東京大学先端科学技術研究センターにて行われた

案件をいかに国際機関をまきこんでいくかという悩ましい問題である。

この中国での議論をうけ、第7回アジアがんフォーラムを11月3日東京大学先端科学技術研究センターで行った。

人間の安全保障という観点からアジアでどのような連携が可能なのか、また、がんをグローバルヘルスアジェンダとして捉えることの意義について、包括的な討議を行った(写真2)。

中国・韓国からの研究者も交えたラウンドテーブルディスカッションにおいては、世界で最大のミドルインカム人口を有するアジアにおいて、ODA等の国外からの継続的な資金援助によらず、

各国が自力で実施可能ながん対策(啓蒙・予防・早期発見・治療・緩和ケア)のありかたについて検討するためのプラットフォームの必要性が、出席者たちから語られた。

グローバルヘルスとしてがんを捉えた場合、がんは貧困問題ではなく中進国が自力でまかなえる年間一人数百ドルの医療費でいかにケアするか、また超高齢化社会を迎え相対的医療資源が限られてくる先進国の医療の向上とコストの低下をいかに中進国の医療水準の底上げとを結び付けることができるかということが当面の課題である。

先進国の抱える現状の課題を丁寧に読み解くことで途上国支援に生かされるという、課題先進国としての問題解決のフレームのもとに、限られた医療資源の中で、日本のがん医療がアジアになにを貢献できるのかが問われている。アジア経済は、大きなダイナミズムを伴い成長を続けている一方、北東アジアの政治状況は不確定要素を孕んでいる。

グローバリズムとナショナリズムのねじれのある日本の立ち位置を踏まえ、2011年度は、がんをグローバルヘルスアジェンダとしてとらえ、アカデミアとしてできることを深掘りさせていく方針であり、民間としてのユニークなプラットフォームを形成しているMedPAとの連携に期待している。

● 「アジア女性の健康づくりプロジェクト」に向けて

第4回アジア太平洋閉経学会会議報告

有馬 牧子

NPO法人女性の健康とメノポーズを考える会理事・医学博士

平成 22 年 9 月 26 ～ 29 日に、第 4 回アジア太平洋閉経学会 (Asia Pacific Menopause Federation 略称: APMF) がオーストラリアのシドニーにて催されました。当会からは 2 名が参加し、有馬牧子が発表を致しました。そこで今回は、学術集会の参加報告と、学会発表の報告をさせていただきます。

学会には全体で約 500 名、日本からは 30 名以上が参加しました。参加国は日本、中国、インド、インドネシア、タイ、マレーシア、韓国、台湾、シンガポール、ベトナム、オーストラリア、ニュージーランド、スロベニアなどアジア・パシフィック諸国の 13 カ国以上に及び、非常に内容の濃い会議となりました。

また、次回の第 5 回アジア太平洋閉経学会は日本の更年期医学会がホストとして、2013 年 10 月に東京で開催いたします。そのプロモーションとして、日本の更年期医学会が「ジャパンブース」を開設したり、学会 2 日目の夜に「ジャパンナイト」を開催して、参加者に日本のグッズを配布したり、第 5 回学会の案内を配布するなどの宣伝活動を行っていました。「ジャパンナイト」では日本からの参加者が一同に集まり、当会からも 2 名とも参加し、次回学会のプロモーションを、参加者全員で一緒に盛り上げました。

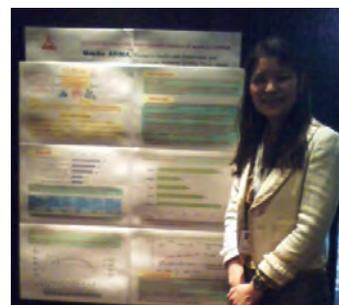
学術集会には、各国から婦人科領域の医療従事者や、各国の更年期医学会のメンバーが参加し、アジア・パシフィック諸国における中高年世代女性の健康(乳がん、更年期、早期閉経、

加齢、脳、心疾患、骨の健康、セクシャリティ、ヘルシーエイジング、等々)のテーマについて、専門家や参加者との討論や意見交換が行われました。

当会からは、「働く更年期女性の健康の状況とニーズ (“Current Situation of Menopausal Women at Work in Japan”)]をテーマに、ポスターによる発表を行いました。更年期世代女性が心身の不調を感じたときに職場において困ったことや、働く女性が望む職場での健康支援について、当会が行った調査結果を紹介いたしました。アジア各国の医療従事者と、各国の中高年女性の疾病動向や疾病構造について意見交換や情報の共有化を行うことができました。

実際に日本の働く更年期世代女性人口は、日本女性人口の約 20%を占めており、この世代の女性の労働力率は 20 代と肩をならべています。このことから、今後のこの世代が必要とする更年期医療のニーズは非常に高いと推察されます。

今後も、情報の発信や調査活動を女性の視点に立って定期的に行って参りたいと存じます。



● MedPA Action Plan

世界保健機関 (WHO) の 非感染性慢性病 (NCD) 会議に出席して

高橋 進

IKEAJ 理事長・日本大学大学院前教授

WHO は戦略の一つとして NCD 対策を重要課題としている。NCD による死亡が総死亡統計の 60% (3,500 万人) となり、今後も増加すると想定される。NCD のフォーカスとなっている主要疾患は、循環器系疾患、がん、糖尿病、慢性呼吸器疾患の 4 つであり、これらは密接にタバコ、不健康な食事、運動不足、およびアルコール摂取などの生活習慣共通のリスクの関与が明白である。WHO はこれらの限られた疾病に目を向けているのは、公衆衛生の視点、また、このように包括的にとらえていくことが、人の健康を守っていくことに不可欠であるとしている。また、環境のなかの都市化、グローバル化および加齢ということも NCD の重要な因子となっている。もうひとつ留意すべき点は、NCD の増加は、低所得国中心であり、今後 10 年間に低所得国で NCD による死亡が大幅に増加し、低所得国ではニ

ズに対応できるだけの資源が十分に備わっていない問題が浮き彫りとなってきていることである。IKEAJ が WHO とのコラボレーションを基に諸会議に参加している。

WHO は国単位での調査、調査データを基に新戦略構築等を実施するために、

- 1) 2010 年 2 月に NCD ネットワークを設立した。
- 2) 2010 年 10 月には低所得国が中心的かつ指導的な役割を果たす NCD の予防と管理に対する世界規模の優先的研究課題研究を目的とし、専門会議が開催された(写真 1)。参加者は政府関係、WHO 協力センター、大学・研究所・財団関連、NGO および WHO 関係者で計 200 名以上であった。

会議では、NCD 優先調査事項の実地計画が議論され、具体案として、①タバコに関してはタバコ増税で抑制成果が上がっ

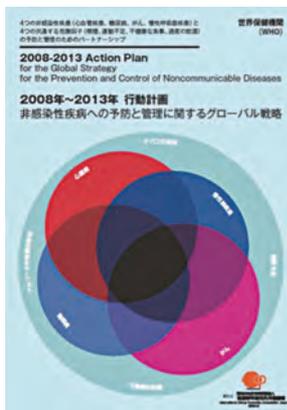


(写真1)
WHO・非感染性慢性
病 (NCD) 会議風景

ているが経済的な効果やタバコ農業へどのような影響があるか、一般家庭で生活している非喫煙者の女性への影響、また慢性呼吸器疾患発症率にどのような影響を与えているかも調査対象とした。食事に関わる内容としては食文化、価格、社会等の違いを調査項目とした。最終的にはコスト効率を上げるため、新技術や薬の開発である。② NCD については、栄養過多、栄養不足のグループ別の調査などである。これらの NCD 優先調査項目についての検討は、2010 年末までに優先順位を決め、

これらの調査状況は世界保健総会 (WHA) に提出される「世界規模の NCD 行動計画」進捗状況報告書で 2012 年とその後 2 年ごとに報告される予定である。

IKEAJ は WHO の“NCD への予防と管理に関するグローバル戦略に関する行動計画”の翻訳権を得て出版 (写真2) し、今後も NCD の公衆衛生・啓蒙活動に協力していく。



(写真2)
『2008年～2013年行動計画 非感染性
疾病への予防と管理に関するグロー
バル戦略』(WHO)

● 研究事業

『ワイヤレス _ 在宅健康管理』プロジェクト開始

小野 起代己

MedPA理事

MedPAは本年7月、ワイヤレスブロードバンドテクノロジーで世界最先端の技術力を誇るQualcomm Inc. (本社:米国カリフォルニア州サンディエゴ) と提携して『ワイヤレス_在宅健康管理』プロジェクトを開始しました。以下、本プロジェクトについてご報告します。

本プロジェクトは、Qualcomm Inc. の社会市民活動の一環である「Wireless Reach イニシアチブ」に基づくもので、Qualcomm Inc. のワイヤレス技術の提供を通して国或いは地域の経済的・社会的発展の促進をサポートすることを目的としています。これまでに、教育、医療、環境、公衆安全の分野を中心に、世界 28 カ国 56 プロジェクトが実施されていますが、本プロジェクトは日本における第 1 号案件です。

この度のプロジェクトでは、医療アクセスの改善に向けて、ワイヤレスネットワーク技術を用いた遠隔での在宅健康管理を実現することを目的としています。地方の高齢者約 300 名を対象に、血圧計や歩数計・体重計といった健康・医療測定機器と専用通信機器を寄贈、さらにワイヤレスサービスを 1 年間提供します。高齢者は日々の家庭血圧などの測定データをワイヤレスネットワークを通じて送信し、遠隔地の専門医がそのデータを閲覧し、アドバイスなどを行うことで、高齢者の健康管理を支援します。利用する各種機器およびワイヤレスサービスは、ヘルスケア・医療機関での導入実績を有するケルコム株式会社の「ぼちっとらいふ」を採用し

ています。

これまでに、札幌医科大学、株式会社エバンスと機器寄贈の契約を交わし、札幌医科大学では北海道壮瞥町の住民の方々、エバンスでは地元の診療所を通して奈良県斑鳩町の在宅医療患者を対象とした取り組みが始まっています (写真1)。

またプロジェクトの実施に先立って、7月22日(木)には



(写真1) 北海道壮瞥町住民を対象とした参加者説明会の様子

Qualcomm Inc. と合同の記者発表会を開催しました。当日は、札幌医科大学島本和明学長にもお越し頂き、家庭血圧測定的重要性と本プロジェクトの意義に関してご講演を頂きました。この記者発表会には多くのプレス関係者にご出席頂き、8月2日(火)付朝日新聞朝刊などの新聞や、日本経済新聞社電子版などのインターネットニュースにおいて多数の紹介記事が掲載されました(写真2)。

MedPAでは、今後も多くの関係者の方々と協力して本プロジェクトを継続・拡大していき、アジアの医療におけるIT化の推進および家庭血圧管理の有用性の啓蒙等に貢献していきたいと考えています。



(写真2)
記者発表会にて、左からクアルコムジャパン山田代表取締役会長兼社長、島本学長、Qualcomm Inc. エリン・ガヴィン氏、MedPA 西山理事長

MedPA Newsletter 定期購読(非会員様向け)の申込について

MedPA Newsletterは、会員様以外の方にもご購読いただけます。

MedPAの活動報告やアジアの医療を取り巻くさまざまな情報を発信してまいります。

ご購読を希望される方は、下記の要領にてお申し込みください。

- 発行：随時
- 購読料：年3,600円
*お申し込んだ後、振込先をご案内いたします。
- 申込方法：下記申込書に所定の事項をご記入のうえ、本ページをコピーし、

ファックス番号 **03-3939-3299**

まで、ご送信ください。

- お問合せ：MedPA事務局
電話番号 03-3939-3299
e-mail info@medpa.jp

主な掲載内容(予定)

- ◆新春セミナー講演録
- ◆定期勉強会 講演録(年3回程度開催)
- ◆第2回アジア医療セミナー(6月開催予定)講演録
- ◆海外調査記録
- ◆その他(特別寄稿等)

申 込 書

MedPA Newsletterの定期購読を申し込みます。

ご芳名		所 属	
ご連絡先住所	〒 —	電話番号	— —
Newsletter ご送付先住所 (上記連絡先と異なる 場合のみご記入ください)	〒 —	e-mail アドレス	