

Medical Platform Asia Newsletter



May 2012

Vol.2

C O N T E N T S

- 01 MedPA 2年の活動を振り返って
理事長 西山 正徳
- 02 【アジア医療勉強会報告】
●第8回アジア医療勉強会
中国の医療体制をめぐる現状と課題
～医療分野の日中交流について～
若林 健吾 (厚生労働省 人事課)
- 08 【研究事業】
『ワイヤレス_在宅健康管理』プロジェクト
について
小野 起代己 (MedPA理事)
- 09 【MedPA Action Plan】
「世界腎臓デー」の活動から
高橋 進
(IKEAJ理事長・日本大学大学院前教授)
- 10 【外国人看護師・介護福祉士支援活動】
外国人看護師・介護福祉士の
日本定着を目指して
柴田 雅代
(公益社団法人 日本・インドネシア経済協力事業
協会 (JIAEC) 理事長)、一般社団法人 外国人
看護師・介護福祉士支援協議会 (BimaCONC)
理事
- 11 【アジアの女性の健康】
NPO法人 女性の健康とメノポーズ協会の
活動から
三羽 良枝
(NPO法人 女性の健康とメノポーズ協会 理事長)
- 12 編集後記
理事長 西山 正徳

MedPA 2年の活動を振り返って 一般社団法人 メディカル・プラットフォーム・エイシア 理事長 西山 正徳



平成 23 年 12 月 18 日で、一般社団法人メディカル・プラットフォーム・エイシアは、2 周年を迎えました。これもひとえに会員、理事、監事、相談役の皆様方のご支援、ご協力の賜物であり、心から感謝申し上げます。また、新しい IT を活用した遠隔地医療のモデル的試みの機会を与えて下さった株式会社クアルコム
の山田会長はじめスタッフの方々にも感謝申し上げます。

平成 22 年 1 月に開催した設立記念新春セミナーを皮切りに、アジア諸国から講師を招いてのアジア医療フォーラムの開催、国内の有識者、行政官、マスコミの方々を招いてのアジア医療勉強会、そして海精会（海外の精神医療を通じて日本の精神医療を考える会）との共同で開催したアジア精神医療フォーラムと、これまで通算 11 回開催することができ、多くの方々の参加を得ることができました。こうした勉強会を通じて感じたことは、一つにはアジアからの招待者が、気持ちよく、また、喜んで来日して下さい、本音で語り合うことができたことです。医療保険制度の違い、価格体系とも言える診療報酬や薬価基準の違い、財源の問題、混合診療問題やメディカルツーリズム問題など多くの解決すべき問題がそれぞれの国で抱えていることがわかりました。そこでの共通の理解は、お互いの国の歴史的経緯や現状分析等について、さらなる意見交換の場が必要だということでした。こうしたことについて各国に任せておけば良いではないかとお考えの方も多いと思います。それはそれで非干渉ということ
で理解ができるのですが、今日のアジア社会を見てみると、医薬品や医療機

器の貿易流通の拡大、EAP に基づく、あるいは基づかない看護師等の人的交流の拡大、「老いるアジア」に象徴される時代を迎えての介護問題、そして何よりもアジア最先端に行く我が国の医療への留学・研修を求める方々の多さなどからすれば、自由意志に基づく意見交流の場はさらに重要性を増すと考えています。東日本大震災後、しばらく途絶え気味だった交流ですが、今後は、未だ比較的交流の少ないカンボジアやミャンマーなどの国との医療情報交流を行ってまいりたいと考えています。

調査研究事業については、中国、韓国、タイをはじめとする医療保険制度の調査研究に着手していますが、特に中国については、北京政府と各省政府の役割や考え方の開きが大きく、沈氏や若林氏の講演にもありましたが、農民対象の健康保険制度が本当にワークするのか注意深く見てゆく必要があると感じています。我が国のように人口が 1 億人程度で、公的医療保険を有している国と違い、13 億人を抱える中国や 6 億人のインド、3 億人のインドネシアなどの国の医療保険制度を知ることは、その国の基礎的データの不足もあり時間がかかる作業になると思います。

さて、MedPA も 3 年目を迎えました。ますますアジアは激動的变化を迎えています。これからの活動ですが、引き続きアジア医療の勉強会の開催や調査研究事業を実施して行きたいと考えています。会員の皆様のご提案、叱咤激励を戴きたくお願いする次第です。

● 第8回アジア医療勉強会…2011年6月17日開催

中国の医療体制をめぐる現状と課題

～医療分野の日中交流について～

若林 健吾

厚生労働省大臣官房総務課／前中国日本大使館一等書記官



1. 中国社会の現状と課題

今、日本の GDP を超えて中国は世界第 2 位の GDP の国になっていますが、人口が日本の 10 倍いますから、一人あたりの GDP は 10 分の 1 です。

第一次産業、農業が 4 割の産業別人口割合や、10% 近い高い経済成長率、人口の一極集中のはじまりなど、日本の昭和 30 年代、40 年代と同じような状況にあるといえます。

我々が報道で目にするような高い成長率の話などはほとんど都市部のことで、人口の大半を占める農村部がどうなっているかを見ないと中国の状況はわからない。

中国の人口は 13 億人です。高齢化率は 13% とまだまだ低い数字になっていますが、日本と同様今後急速に高齢化が進むと予測されています。率的には 2050 年で 25%、それでも日本よりは低いのですが、注目したいのは絶対数が多いということです。13 億人の国で 25%、老人だけで 2 億人以上いるという国が、地球上初めて存在するというのが、今後、起きるわけです。

また、一人っ子政策を続けている関係で少子高齢化のカーブがきつくなるというのは間違いない。

出生性比、男の子と女の子が生まれる比率ですけれども 120 という数字です。これは自然ではあり得ない。神様にまかせるのであれば 105 くらいの数字で、ちょっと男の子が多いくらいの数字だそうです。数字が間違っているのか、意図的に操作しているのか、そういう意味では男の子が余って高齢化して、ゆがんだ形で少子高齢化が進んでいくことが予想されます。

一見して華やかな経済成長の陰で、かなり所得の格差が拡大してきています。ジニ係数、専門的ですが、これが高いほど社会は不平等である、簡単にいってしまえばそういう数字ですが、0.49 という数字です。2001 年でも 0.4 を超えている。0.4 という数字は社会に動乱を引き起こす警戒ラインと専門学者からはいられています。

それを超えてずいぶん経っています。したがってかなり不満に思っている人が多い。一部の成功者と大多数の労働者や農民といった、成功できない者がいる。

物価・地価の高騰、所得の格差と社会保障の不備、公務員の腐敗の結果、ひずみの部分というのが高まってきている。暴動件数が増えているといわれています。暴動は一日に平均 200 ～ 300 件起きているという数字で、どこかでいつか爆発するんじゃないかといわれている状況です。

特に社会保障制度は、昔は共産主義ということで、人民公社などの互助的なつながりや小さなコミュニティの中に、働く場所もあれば病院もあるといった社会保障も含めた完結型のコミュニティが存在していました。

それが 1979 年の改革開放とともに崩壊していき、社会保障は基本的に自分でまかなう、というのが 30 年の流れです。下の図は今の厚生労働省が担っている業務について、中国ではどれくらい整備されているかの比較ですが、比較的整備されているのは働く条件などで、健康や食の安全、公衆衛生系はまだまです。

福祉にいたっては、福祉はもともと中国では家庭でまかなうもの、親の面倒は子供、子供の面倒は親じゃないですけども、家庭内扶養という考え方が強いです。日本も昔はそうだった

課題① 増大する社会矛盾

■ 所得格差の拡大

- ・ 都市部と農村部。一握りの成功者。特権階級？
- ・ ジニ係数 1978年0.31 → 2006年0.49
- ・ 1%の家庭が47%の富を独占
- ・ 物価、地価の高騰

■ 社会保障制度の不備

■ 公務員の腐敗



【社会の不満の増大】

報道によれば、2006年の暴動件数は8万7000件で13年前の10倍に増加。最近公表せず。

課題② 社会保障制度の不備

国営企業内、人民公社等の互助的な社会保障制度

→ 改革開放とともに崩壊。医療費等は自己負担が基本。

厚生労働省の諸業務と中国の社会保障制度の比較イメージ

○対応あり △整備中 ×ほとんどなし

子育て支援	職業能力開発	雇用政策
男女雇用均等	雇用保険制度	労働条件確保
健康対策	食の安全	医薬品の安全
障害者福祉	介護保険制度	医療保険制度
年金制度		

たと思いますが、そういう意味で、福祉というのは中々手がつけられないという状況です。

今日テーマにする医療保険についてはようやくこの10年、皆保険にむけて急速に制度の改革を進めているという状況です。ただ現在ではまだまだ不十分な体制で、これが国民には不満の材料になっているというふうに思います。

2. 中国の医療に関する現状と課題 ～医療制度改革に向けた取組み

中国の社会保険は、養老保険(年金)、失業保険、工傷保険(労災)、生育保険(出産)、医療保険の5つがあります。日本と同様労働者を対象にしたものが中心で、福祉施策は日本に比べて十分ではありません。

医療保険については、1998年以前は公務員や軍、一部の特権階級の制度しかありませんでした。

この10年で、都市部においては「都市労働者基本医療保険」「都市住民基本医療保険」、農村部では「新型農村合作医療」といった医療保険制度を整備してきています。

各制度の内容			
	都市労働者基本医療保険	都市住民基本医療保険	新型農村合作医療
対象者	都市部労働者 (強制加入)	非就業者の都市部住民 (労働者保険の対象外の者、 学生、子ども等)(任意加入)	農村部住民 (任意加入)
保険者	都市労働者	非就業者の都市部住民	農村部住民
財源	個人口座分(外資、重病) 基金分(入院向け)	個人負担+政府補助	個人、中央政府、地方政府
保険料	労働者: 賃金の2% (全て個人負担) 使用者: 賃金の10% (うち7%は基金に充て、3%は個人負担) (国の基準は5%)	大人700~1500元 (うち220~1260元を政府が補助) 児童260元 (うち200元を政府が補助)	100元(年)~250元へ (うち個人負担20元(50元へ 引上げ予定)、政府負担80元 (200元へ引上げ予定))
給付対象	外来、入院	外来、入院	入院(外来にも範囲拡大中)
給付額	【外来】個人口座+定額1500元控除後の50%~70%を給付 【入院】定額1500元控除後、最高給付額まで85%を給付 (国の基準では地域の平均賃金の4倍、上海市では70000元) 【高額療養費の仕組みあり】	【成人(外来)】定額1000元控除後の50%を給付 【児童(外来)】定額300元控除後の50%を給付 【入院】年齢に応じて50%から70%を給付	年収の6倍程度、入院費用の60~70%程度を給付 (最高給付額は3万元から5万元へ引き上げ予定)
個人負担			
病院・薬局	指定された医療機関・薬局を利用		

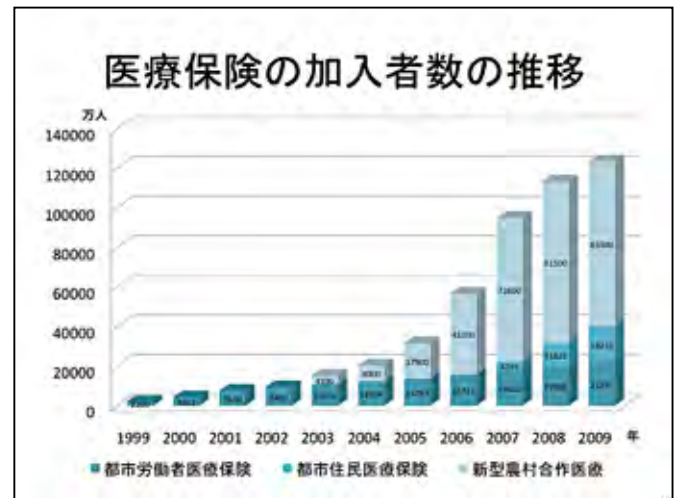
都市部・農村部と住んでいる場所で加入する保険が分かれているのが特徴です。

都市部は労働者と住民で2種類、国保と健保みたいな感じです。農村部は日本なら国保ですけども、それをまた別に切り離している。

それから生活保護に相当するもの(医療扶助)があります。2002年から、民生を重視した胡錦濤政権のもとでだいぶ整備が進められてきたという状況があります。

結果として、ものすごい勢いで医療保険の加入者というのは増え、合計すると12億人ちょっとのかなりの参加率になっています。ようやく制度上は皆保険が整備されている状態です。日本の昭和36年が今中国で起きているという状況だといえます。

中国の医療保険制度は、地域によって加入する制度が違いため、その地域の経済状況によって保険料額も給付内容も違います。農村部だと入院が給付の範囲で外来は対象にならな



いなど、たくさん給付を出せるところとそうでないところに分かれます。

また、医療保険制度が町ごとに、省ごとに違うので、違う省に行くと基本的には使えません。日本のようにどこで診療を受けても同じということではなく、自分の加入している保険で決められた病院でのみ使える保険です。

ですから「皆保険」とはいえ、かなり限定された形での保険、限定された皆保険となっています。

日中の医療関係データを比較すると、看護職員が少ない、個人負担は約4割、日本の倍くらいです。かなり限定された保険ですので個人負担はどうしても高くなってしまい、フリーアクセスとは程遠い状態といえます。

医療関係データの日中比較			
項目	中国	日本	
人口千人当たり病床数	3.3床	急性期病床 8.1床 (米2.7、英2.7、独5.7、仏3.5)	
人口千人当たり医師数	1.75人	2.2人	
人口千人当たり看護職員数	1.39人	9.5人	
平均入院日数	8.6日	18.8日(急性期)	
医療関係支出	中国 16,500億元 うち政府支出 5,500億元(34.7%) うち事業主等支出 5,000億元(31.9%) うち個人負担 5,870億元(36.5%)	個人負担17%	
一人当たり医療費(年間)	1,095元 都市1,862元、農村455元	27.6万円	
一回当たり平均医療費	病院外来 152元 入院 5,684元	医科(入院) 29,200円(1日) 医科(外来) 7,400円(1日)	
医療費のうち薬剤費(割合)	病院外来 78元(51.5%) 入院 2,481元(43.6%)	おおむね20%前後	

出典: 中国「2009年衛生事業発展統計公報」、日本「OECD Health Data2010」等

疾病の状況は、まだまだ様々な感染症で亡くなる方が多い。狂犬病で2千人の方が亡くなっている状況で、公衆衛生など基礎的なところに課題がまだまだ多いのが現状です。

もっぱら狂犬病で亡くなるのは農村部であり、北京などの都市部では、ひとりっ子ということもあって甘やかされた子供、例えば太っている子供が多いです。食生活も中華料理がもともと油っこいものを食べますから、それがコーラとかマクドナルドとか食べている機会が増えていて、癌の患者も増えています。

生活習慣病も全般的に増えていて、そういう一部の都市部の先進国型の疾病構造と大多数の農村の発展途上国型が併存している状況です。

こういう状況から、よくいわれている課題が「看病難、看病貴」で、中国人はみんな知っているキーワードです。「看病難」というのは病気を診てもらうのが難しい、「看病貴」は病気を診てもらうのは値段が高いという意味。アクセスに格差がある状況で、病院については大都市が中心で農村部に少ない。行こうにも個人負担が非常に高い、4割の負担で払っていいのか、入院になると補償金が大体30万円くらい必要だったりします。救急車も有料で、乗るのにお金を払うという状況なので、そういう個人負担が非常に高い。病院のアクセスも悪くて、病院は恵まれた人だけが行けるというのが中国の状況です。

病院の収益の構造を見ると薬価差益や検査費用が中心になっています。日本のような診療報酬体系が整備されていなくて、薬や検査で収益をまかなおうという意識が中国の医者是非常に強い。

それから、基礎的な公衆衛生サービスが不足しています。村から何キロ、一日かかって病院に着くといった村が多い中で保険だけ整備してどうするのか、など、かつての日本と同じ問題が中国にもあると思います。

医療の問題が社会不安につながって体制をおびやかすような問題になると政府の対応は違ってきます。病院に行けなくて苦しんでいる人が大勢いる一方で、お金持ちはどんどん臓器移植などをしている。

そういう世界になっていくと、これはなんでこんなことが起きるんだと、特にインターネットで世界の状況がわかるとこの国はおかしいんじゃないかと当然思うわけでして、体制をゆるがす状況につながります。

農村部でそういうことが起きると非常に危ないわけです。中国の革命はすべて農村から起きているといわれています。という状況のもとで何とか始まったのが、医療衛生体制改革です。これは医療保険の整備だけではなくて、衛生体制の充実も含めたすべての改革を狙っています。この改革は、胡錦濤主席の次のリーダーとなる李克強副総理がトップとなり取り組んでいます。

中国は2012年に共産党の党大会があって政権が変わります。改革期間が2009年から2011年までの3年間ですが、2011年までに何とか成功させ、それを成果として立場を固めたい、ということから結構必死でやっているという印象があります。

改革の5つの重点項目が設定されていますが、1番目の項目「基本医療保障制度の構築と加速」は、とにかくますます皆保険をすすめるということ。それから、移転・旅行で違う地域に行った場合でも保険を利用できる手続きをしましょうといっています。

2番目の項目「国家基本薬物制度の基礎の確立」では、貧

しい農村部でも必ず、最低限この種類の薬は用意しましょう、という制度を定めています。

3番目「基本医療衛生サービス体系の健全化」は、病院や、農村部の衛生院などの医療機関の量を整備しましょうという目標です。

4四番目「基本公共衛生サービスの平等化の促進」は、公衆衛生、母子保健や検診、生活習慣病対策をきちんとやりましょうという目標です。

そして5番目の「公立病院改革テストの推進」は、公立病院改革です。薬価と検査に頼った収益構造を改めようという問題ですが、これが一番難しい。では何で収益をあげるのか。結局それは保険でまかなうのか公費なのか。自己負担しないので、その解決がついてない。これが一番問題で難しいです。

3. 医療をめぐる今後の予想

最後に、医療をめぐる予想と私の意見をいくつかお話しします。

中国の医薬品の市場の推移は、ものすごい勢いで伸びています。国民の多くが保険に加入して、保険を使えば、当然その薬も使うので伸びる。そういうことで、今後どんどん医療費が伸びていくだろうと思います。



今のところ国民にとっても、保険に加入しないメリットはないですし、医療へのアクセスも近くなれば、保障水準が上昇すると思います。

今は100元、200元という保険料での範囲内ですが、それも今年は2倍にするとか3倍にするという話が出ています。それぐらいのスピードで医療保険の保障の範囲が広がっていくと当然関連費用というのも増えていきます。そういう意味では医薬品とか医療機器、13億人が使う市場というのは当然伸びていくだろうと思います。

それから、今もすでにそうなのですが、所得の格差がもっと激しく拡大して、国内での医療に飽き足らない患者がで

くれば、海外での治療を希望するという人も増えていく。いわゆるメディカルツーリズムの話がこの辺から出てきている状況です。

日中の医療分野における人の動き①

① 中国から日本へ(いわゆる医療ツーリズム)

・ 念頭にあるのは中国人の富裕層

＜医療ツーリズムが生まれる需要要因＞

- ① よりよい治療法(臓器移植等)を求めて移動(アメリカへ)
- ② 自国の足りない医療サービス(医師の説明、看護サービス、薬の品質等)が原因で移動(途上国から世界へ)
- ③ 安い治療費を求めて移動(タイやシンガポールへ)
- ④ 長い待ち時間を避けて移動(カナダ、イギリスから)
- ⑤ 観光との結合で移動(タイ、フィリピンへ)

→ 富裕層が日本に期待するのは日本でしか受けられない治療、検査(ex 最先端、特徴的な治療法)

→ 患者受入れには様々な準備が必要

(コーディネーター、医療通訳、苦情相談などのアフターケア体制、医療紛争が発生した際のガイドライン、調停制度、民間保険の検討、カード会社による回収確保 等々)

現在の中国の医療は、漢方医療だけでなく、西洋医学の分野で欧米や日本などの先進国と変わらないレベルの治療をしています。医師の欧米からの知識吸収も貪欲ですし、欧米の大きな製薬会社、医療機器メーカーが進出していますから、いい機械とかいい薬も使っています。

足りないのは、リハビリや障害者関連で、傍目からみても取り組みが遅れていると思います。

慢性期、特にリハビリは今後相当伸びるだろうし、この分野は日本の協力もはいつてくる可能性が高いと思います。障害者は中国政府の統計では8千万人いると推計されていますが、街を歩いていてもまったく会わない、どこにいるんだろうという状況です。そういう意味ではバリアフリーとか、ノーマライゼーションという形、地域で一緒に暮らすというのはまだまだこれからです。障害者の置かれた立場などは、昭和30年代40年代の日本と同じです。社会保障制度の整備については、まずは医療制度から、というのが中国の状況です。

それから、介護ニーズの増加があります。中国人は、とても両親を大切にしますので、介護へのニーズが増えています。都市部ではかなり顕著に増えています。現状では介護保険などはまったく無く、民間まかせの野放し状態です。

一部の敏い人がどんどん民営の老人ホームを造ってお金持ちをいっぱい入れるということが起きています。

当然そこに日本の企業の進出話もあって、今後介護分野への需要は増えていくと思っています。

それから、日中間の人や企業の往来は激しくなっています。特に富裕層が最先端や特徴的な治療を求めてどんどん日本にくる。中国人は最先端の話、放射線や重量子線といった新しいものが好きです。インターネットなどで調べて、金はどれだけかかってもいい、癌センターのこの治療法を、という話もありました。そういう意味では大挙してツーリズムの一環

として治療に来る、というのはあまり想像できなくて、特殊な金持ちが特殊な治療を期待して来るというのは今後増えていくと思います。

日本が受け入れるのであれば、何か特徴的なものがないと中々難しいのではないかと。受け入れるとしても様々な準備が必要になります。

逆に、日本から中国への人の流れがあります。中国では医療がどんどん伸びるので医療機関が足りない状況にあり、中国政府は医療機関をどんどん造ってくださいと、外資も歓迎ですという態度をようやく去年くらいから出しています。合資や共同でクリニック、病院を運営するといった話も出てくると思います。いくつかそういう話も耳にしますし、これまであまりうまくいかなかったようですが今は増えていくと思います。

日中の医療分野における人の動き②

② 日本から中国へ(日本の医療機関の中国への進出)

＜現状＞

- 外国人単独の医療機関の開設は不可。中国側との合資であることが必要。
- 北京や上海など大都市では中外合資で外国人向けクリニックが存在。民営で営利性。費用は高い。

＜中国で活動する際の留意点＞

- 独特の人脉社会、官僚社会
 - ・ 中国では「パートナー選び」が最重要。
 - ・ 特にこの分野は完全に政府が規制しており、地元政府(衛生局)とのつながりは必須。
- 営利病院か、非営利病院か
 - ・ 医療保険は、本年ようやく皆保険体制が始動したところで、農村部の新型農村合作医療も含めて保障水準はまだ。
 - ・ 高い個人負担、薬と検査に頼らざるを得ない収益構造をどう考えるか。
 - ・ 公立病院のような運営費補助がない民間の非営利病院がどのように安定した収益をあげるか。

企業、特に医薬品・医療機器の企業の中国進出を考えた場合、日本の市場はある程度成熟していますから、中国市場が目にはいつてくるわけです。

4. 日本企業の競争力強化に向けて

2010年6月の新成長戦略で、政府も後押しするといっていますが、医薬品の海外販売、アジアの流通、検診治療も促進しています。

中国でややこしいのは、医療分野の所管省庁は関係省庁がまたがっていて、日本だと厚生労働省で済むことが中国では1つの省庁では済まないというのが特徴です。

特に薬関係ですが、中国では薬事関係で所管している役所が全部で4つで担当が違います。

「国家食品薬品监督管理局(SFDA)」は日本でいうと医薬食品局がやっている仕事、「国家発展改革委員会(NDRC)」は保険局の医療課、「衛生部」は薬物リストや医薬品の共同入札などで医政局、「人力資源和社会保障部」は医療保険リストへの掲載で保険の対象範囲を決めており、これは保険局保険課や医療課に相当する仕事をしています。

薬事関係の4つの役所

- ① 医薬品の許認可、薬事行政
→ 国家食品薬品监督管理局(SFDA)
- ② 医薬品の価格
→ 国家发展和改革委员会(NDRC)
- ③ 基本薬物リストの制定、医薬品の共同入札
→ 衛生部
- ④ 医療保険リストへの掲載
→ 人力资源和社会保障部

役所間の縦割り、複雑な法体系、地方の独自性等により予測可能性が低いビジネス環境

我が国でいうと、これらは厚生労働省が協調性をもって政策を運営していますが、中国では縦割りで協調しない。しかも複雑な法体系、中央と地方の独立的な関係を見ても、ビジネスをやる上での予測可能性が非常に低い。

薬関係でも通知や弁法、規範などは、日本の法律、政令、省令、規則と比較してどっちが強いというのは私にもよくわかりません。全部法律ぐらいの価値が多分あります。適用の範囲も多分重なっていたりとか、ずれていたり、あるいは穴があいていたり、色々あるのですが我々にはよくわかりません。これくらい頭に入っていないととにかくトラブルが起きるかもしれないという感じです。

通知・規則も同様で、相当勉強しないと対応できません。これはもう日本人が単独で進出しても無理だろうなとは思っています。

国家食品薬品监督管理局(SFDA)

医薬品に関する法律・局令

薬品管理法 第45号法律(2001年12月1日施行)
薬品管理法实施条例(2002年9月15日施行)

薬品登録管理弁法 (局令17号) 2005年8月1日 → 薬品登録管理弁法の改正 (2007年7月局令第29号) → 《薬品登録管理弁法》実施に関する通知 (2005)328号 2005年6月22日 → 薬品輸入管理弁法 (局令4号) 2004年1月1日 → 《薬品輸入管理弁法》実施に関する通知 (2003)320号 2003年11月19日 → 薬品経営許可証管理弁法 (局令6号) 2004年4月1日 → 薬品経営品質管理規範(GSP)	薬品生産監督管理弁法 (局令14号) 2004年8月5日 → 薬品生産品質管理規範(GMP 1998年版) (局令9号) 1999年8月1日 → 薬品生産品質管理規範管理弁法 (2005)3437号 2005年10月1日 → GMP認証過程の関連事項に関する通知 (2004)105号 2004年4月12日 → 薬品に直接接触する包装材料及び容器の管理弁法 (局令13号) 2004年7月20日 → 薬品副原料登録管理弁法	薬物非臨床研究品質管理規範(GLP) (局令2号) 2003年9月1日 → 薬物臨床研究品質管理規範(GCP) (局令3号) 2003年9月1日 → 薬品副作用報告及び監視管理弁法 (局令7号) 2004年3月4日 → 定期報告及び輸入薬品の海外における副作用報告に関する問題解釈の通知 (2005)89号 2005年2月25日
---	--	--

中国は日本のお隣にあって、日本人と同じ箸を使って、漢字という同じ文化なのに、何かが全然違います。行動様式というか考え方が全然違います。

一言でいうと「二面性」、なんでも原則と例外、表と裏と二つあると思っています。原則は堅い。縦割り、書面がな

国家发展和改革委员会(NDRC)

医薬品価格に関する政府規定

- ◆ 薬品価格管理改革に関する通知
[2000] 961号 (2000年7月20日)
- ◆ 薬品の政府価格設定弁法
[2000] 2142号 (2000年12月25日)
- ◆ 乙類薬品の価格制定の調整に関する問題の通知
[2000] 2143号 (2000年12月25日)
- ◆ 薬品価格差額比較規則(試行)公布に関する通知
[2005] 9号 (2005年1月14日)
- ◆ 薬品価格差額比較規則(試行)実施に関する通知
[2005] 605号 (2005年3月28日)
- ◆ 政府定価薬品目録に関する通知
(2005年8月1日)
- ◆ 薬品定価弁法(意見募集稿) (2006年1月17日)
「薬品定価弁法制定に関する説明」

いとダメ、上がいったら絶対ダメなど、非常にギチギチしてドライな感じです。

他方で人脈があったらいいよとか、法律はこう書いてあるけどまあ運用でいいよとかですね、要するになんでもいいよというすごくウェットな世界があります。

それから地方でも、中央はこういってるけどうちはどういうよ、ということが起きます。

これが局面、局面で、相手が出てくるのが表の顔だったり、裏の顔だったり、ということがあります。この表と裏があるということを知り、それを日本側もうまく使いわけることが非常に大切だと思います。

日本の製薬企業など医療関係企業が中国における競争力を強化するために必要な取り組み(私案)をお話したいと思っています。

日系医療関係企業(製薬企業等)の中国における競争力強化に向けて(私案)

【必要な取り組み】

1. 中国社会、中国政府の特徴に対応した理解・対処
 - 中国政府(含む地方政府)の「規制」や「参入障壁」をきちんと収集、分析し、官製市場のゆがみを正して製品の本来の実力で勝負できる市場の整備に取り組むことが必要。
 - 中国人が得意なことは中国人にまかせる。パートナー選び、中国人幹部の育成。
2. 業界の結束
 - 1社での活動には限界があり、共通利害に対して共同で行動することが必要。
3. 官と民の協働の充実
 - 官民による対中国戦略・行動計画の共同策定、行動
 - 例 ① 認可、規制等のルールの明確化
 - ② 日本が不利にならない製品スタンダードの採用、価格設定の働きかけ
 - ③ 知的財産保護の申入れ
 - 日中政府による水平交流(日中双方がウィンウィンの関係となる交流)の構築、政府の情報・意見交換の場の定期化、セミナーやシンポジウム開催等。
 - 交流の基礎となる新たなプラットフォームの構築へ
4. 中国とどう付き合うのか、共生の理念
 - 真のウィンウィンの関係の構築

一つはやはり、この市場は官、すなわち政府が作っている市場であるということです。つまりトヨタ車とかヤクルトみたいに、消費者がいいと思ったら売れるものじゃなくて、政府が認めたものだけが売れる、という市場です。そして前述した「二面性」、そういうのをうまく知らないと多分市場に

参加できないし、政府との付き合いもうまくいかないと思います。

それから、もっと官民が連携しなきゃいけない。

ほかの国、フランスなんか大統領が原発を売っているなんていいですけども、やっぱりもっと日本政府が関与する必要があります。

これも、そういう意味では表と裏の対応です。私も中国でよく使っていましたが、表では日本政府がこのルールはおかしい、国際ルールに違反しているときちんという。裏では各社のつながりや人脈などの努力を通じて市場参入を図るといって、この両方がないとダメです。

各社の個別努力だけではおそらくルールは変わらないし、政府だけがギャンギャンいっても実態は変わらない。やはり両方やっていかなくちゃいけないと思います。

また、中国に特有の複雑な事情など中国人に得意なことは中国人に任せるというのが重要だと思います。中国人幹部がいる会社は強いですね。現地においてそう思いました。言葉の問題だと思うんですけども、言葉というのは、非常に重要だと思います。

中国政府との関わり方について、問題のレベルによっていろいろあって、どこでどうやって解決するかです。

共通の問題は中央政府レベルで表の正攻法できちんと申し入れる。それから担当官の嫌がらせなどは正攻法でいってもうまくいかないで、裏のほうの人脈やコミュニケーションを使わなければならないで、そういう意味では日頃の交流はとても重要です。

中国の役人も先輩を大切にしますので、政府 OB、OG と

の交流がとても大切です。こうした役人出身の OB、OG というのが、中々いいパイプになると感じたことはありました。

そして、トラブルにならないことが非常に重要です。訴訟になった場合、勝っても執行されなかったり、勝つまで 10 年とか、そのころには相手もいなくなった、ということが起きるので訴訟になるということ自体が既に負けなのではないかという気がします。

それでもやっぱり筋を通さなければいけないこともあるので、筋を通しつつ、表と裏というか、いろいろな側面支援などを使って、両方使いわけることが必要だと思います。

日本に帰ってきて残念なのは、中国人のことを嫌な日本人が増えているというのを聞くのですが、嫌になっても仕方がなくて、敵を知り己を知るじゃないですけども、相手がどう考えているのかきちんと理解して、そのうえで日本人も日本人の考えを出して、お互い対等な形での付き合い、良い面も悪い面も含めた付き合いが必要だと思います。

実際に中国に行かれ、是非、10 日間でも 1 週間でも現地の空気に触れられ、皆様の中国に関する関心が高まるといいなと思っています。

● profile ●

若林健吾（わかばやし けんご）

平成 10 年厚生省入省。年金局、財務省主計局、社会・援護局、政策統括官付、障害保健福祉部、保険局、医政局等を経験し、平成 19 年から平成 22 年まで在中国日本大使館に一等書記官として出向し、保健医療衛生分野を担当。



質疑応答

中国には西洋医の他に中医という制度がある。保険診療を受けるのに、今の西洋医と中医に同等の保険適用があるのかどうかを教えて戴きたい。（ノルメカエイシア 千田社長）

若林氏：中国における中医というのは、これは西洋医と同じくらいに重要視している。診療報酬もきちんと保険適用になると思う。人数も病院の数も西洋医と同じくらいあり、費用も安く、軽い風邪や慢性疾患などはほとんど中医に行く傾向にある。

電子カルテなどの IT、ヘルスケアに関する中国の政府の考え方は？（亀田総合病院 亀田先生）

若林氏：中国人では IT などの技術の進歩へ関心が非常に高く、文明の進歩や成果を導入したいという思いがある。一般的に新しいものを導入する時にはモデル地区をつくらせてやる。もし政府が本当に全国展開を考えているのであれば、全国に試行地域を 30 か所くらいつくり、その地域で実験的に導入してみる。大体そういうやり方で中国政府は医療政策でもやっている。打ち上げられているいろいろな計画については、政府の基本方針に基づいて試行地域に選ばれてやっていると市などが独自に勝手に打ち上げてやっているのかの見極めが必要と思われる。私の知る限りでは、電子カルテの導入などが政府の方針として決まっている状況にはない。

研究事業

『ワイヤレス _ 在宅健康管理』プロジェクトについて

小野 起代己

MedPA理事

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) とのパートナーシップのもと、2010 年 7 月に開始した「ワイヤレス _ 在宅健康管理」プロジェクト（以下、本プロジェクト）は、当初 1 年間限定だった計画をさらに 1 年間延長することになりました。

Qualcomm Inc. は、自社のワイヤレス技術の提供を通して、医療・教育・環境・公衆安全の分野を中心に経済的・社会的発展の促進をサポートすることを目的とした社会市民活動「Wireless Reach イニシアチブ」を世界 27 カ国で 64 プロジェクト実施しています。本プロジェクトは、日本における第 1 号案件です。

本プロジェクトは、国内でも特に地方やへき地における医療アクセスの改善に向け、ワイヤレス（無線通信）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。初年度は、札幌医科大学、株式会社エバンスのほか、地方自治体の大阪府箕面市および群馬県中之条町と契約を交わして、北海道壮瞥町や奈良県斑鳩町などの地方にお住まいの高齢者 300 名を対象に、血圧計や歩数計・体重計といった機器並びに専用通信機器を寄贈すると共に、ワイヤレスサービスを 1 年間無償で提供しました。

個別プロジェクトにおける成果を簡単に紹介します。

北海道壮瞥町での取り組みは、札幌医科大学と連携して進めています。壮瞥町は人口 3,000 人ほどですが、そのうち本プロジェクトへの参加を希望した 120 名の高齢者へ血圧計と専用通信機器、およびワイヤレスサービスを提供しました。参加者は、日々家庭血圧を測定し、測定データをワイヤレスネットワークを通じて送信します。測定データを受けた札幌医科大学では、毎月 1 回のペースで参加者全員の家庭血圧データを確認し、1 カ月間の家庭血圧のグラフに血圧管理に関する個別のアドバイスや、家庭血圧が高く推移している参加者には地元のかかりつけ医への受診を勧奨するコメントを添えた血圧管理レポートを作成し、参加者のご自宅へ 1 軒 1 軒送付しています。この取り組みによって、参加者は自身の血圧の動きを客観的に知ることができ、必要に応じてかかりつけ医にレポートを持参することが可能となりました。壮瞥町保健センターの保健師の方々は、住民との接点が増加したことでコミュニケーションが取り易くなったことや血圧管理の動機付けに有用であることを高く評価して下さっています。一方、札幌医科大学においては、参加者の家庭血圧と毎年の健診時に測定した血圧を比較分析することで、白衣高血圧および仮面高血圧がそれぞれ 10% ほど含まれていることを見出しています。この研究成果は昨年 10 月に宇都

宮で開催された第 34 回日本高血圧学会総会において口演発表されました。

また、奈良県斑鳩町では、株式会社エバンスが業務提携している診療所を通して、在宅医療を受ける慢性心疾患患者 51 名に機器とサービスを提供しました。この取り組みでは、患者やその家族だけでなく、より安定した患者管理が可能となることで訪問医師・看護師といった医療側も安心感を得ることにつながりました。そして、医療側から患者側への訪問診療・電話連絡といった観察行為が増加したことで、1 名の患者の急性心筋梗塞を早期に発見することができました。本件は 1 年間で終了となりましたが、その後も数名の患者さんが自費で継続されています。

このほか、大阪府箕面市では、親や配偶者といったご家族を介護する中高年の男性介護者の健康状態を把握し保健指導へと結びつけるための取り組みに活用して頂きました。また、群馬県中之条町では、町の職員ならびに高齢者合計 110 名に対して機器とワイヤレスサービスを提供し、保健指導における自己管理の動機付けに役立てられました。こうした自治体での取り組みでは、これまで把握することが難しかった地域住民の在宅時の健康状態を簡単に入手できるようになったことで、住民とのコミュニケーション機会が増加し保健指導などの行政サービスが提供し易くなったとの評価をいただいています。

以上ご紹介したそれぞれの活動内容が Qualcomm Inc. の米国本社においても高く評価され、その結果として、発展的



日々、患者さんが自宅で測定した血圧データは自動的に無線送信され、主治医や大学の専門医により管理されています。

に本プロジェクトの1年間の延長につながりました。

現在、札幌医科大学との連携による北海道壮瞥町での取り組みが継続しており、更なる有益な成果が本学を通じて発信されることが期待されています。

また新たな実施地域として、まず静岡県下田市とその近隣町村を含む南伊豆地区が選定されました。この地区は、過疎化が進み高齢者の占める割合が全国平均を大きく上回っており、南伊豆町や西伊豆町では約35%に達しています。そのため、高血圧、糖尿病などの生活習慣病患者が非常に多く、また山坂が多いため通院困難者も多数いることから、特に自己管理が難しい高齢者の高血圧患者を対象とした取り組みをスタートしました。この取り組みでは、患者が測定・送信した家庭血圧データを診察日に医師または看護師がアクセスし閲覧しながら健康状態を説明し、生活習慣改善のための支援や指導を行っています。

昨年3月11日に起きた東日本大震災は、東北地方を中心として甚大な被害をもたらしました。特に太平洋側の沿岸部は津波で多くの被害を受けたことはご存知のとおりです。

その結果、被災地や仮設住宅での生活をやむなくされた高齢者の中には、これまでの定期的な外来受診や日々の健康管理もままならない状況になってしまった方が数多くいます。特に、冬季に入り、寒さが厳しい気候では、脳卒中などの発症リスクが高まり、家庭血圧管理が重要になります。そこで、岩手医科大学との連携のもと、本プロジェクトの対象を、岩手県沿岸部の被災地へと拡大することを決めました。岩手医科大学では、震災発生直後より被災高齢者の健康データを収集・分析するコホート研究を進めており、これまでに1,500名弱の血圧データを蓄積しています。その患者さんたちの中から特に有益と判断される200名の患者に対して機器とワイヤレスサービスを提供する計画です。

以上のように、本プロジェクトは2年目を迎えて国内の在宅健康管理における様々なニーズに応えるかたちで計画を延長、拡大してきました。本プロジェクトにより参加者自身の健康管理に貢献できることは勿論、ここで得られた成果が、家庭血圧管理における保険点数化や遠隔診療などの新しい医療の発展へとむすびつくことを期待しています。

MedPA Action Plan

「世界腎臓デー」の活動から

高橋 進

IKEAJ理事長・日本大学大学院前教授

慢性腎臓病といえば、即、透析というイメージが強い。わが国の透析患者数は30万人に達して、それに伴い医療費は指数関数的に増えてきている。

腎臓病対策は透析療法と飛躍するが、この恐怖、強いては透析患者を減らすためにはどのようにすればよいか、それには慢性腎臓病（CKD）の認知度を高めることが第一歩と考え、国際腎臓学会および国際腎臓財団連盟が、毎年3月の第2木曜日を「世界腎臓デー」と制定して腎臓病の啓発活動を行っています。

世界保健機関（WHO）では、慢性非感染性病（NCD）のメジャーな病気として心血管系疾患、糖尿病、慢性呼吸器疾患およびガンにフォーカスをあてて予防と対策を行っていますが、腎臓病はこれらの疾患との関連が強いにも係わらず、フォーカスが当てられていません。このことが腎臓病の認識向上への障害を招き、且つ予防と対策に遅れを生んでいると思います。

CKD認知度を高めるには、グローバルにフォーカスが当てられることを希望し運動を行ってきました。

WHO推計によれば、2008年の世界の死亡の主要な死亡原因の63%がNCDであり、WHOは日本の2008年の死者全



第7回IKEAJ-CKD講演会 国際CKDシンポジウム

体の約80%に当たる計908,700人がNCDによる死亡としています。また、15歳以上の約65%が、「運動不足」となっていることが要因と指摘しています。

NCDは、地域レベルおよび世界レベルの優先課題であり、昨年9月開催された「NCDの予防と対策」をテーマとした国連総会ハイレベルサミットの政治宣言では、主な4つのNCDは4つの改善可能な危険因子（喫煙、不健康な食事、運動不足、過度の飲酒）に関連し、この改善可能な危険因子を減らし、NCDの管理を改善することは、糖尿病と高血圧が原因の70%を占めるCKDにきわめて大きな影響を及ぼすことが宣言されました。初めて腎臓病をNCDの蔓延と社会経済などに関

する課題として織り込まれたことは一歩前進と捉えています。これを機会に NCD の共通したリスクファクターとの悪循環を断ち切るような世界規模での腎臓病の予防と対策に取り組む必要があります。つまり、CKD の認知度の啓発と共に、食事、運動、禁煙、飲酒など生活習慣を改善するにより、腎臓病の予防や病状の悪化を防ぐことが可能と改めて指摘されました。

腎臓病早期発見推進機構 (IKEAJ) は、毎年 3 月を「腎臓病早期発見推進啓発月間」と位置づけて公衆衛生活動に取り組み、本年も CKD 国際シンポジウム (総合司会;西山正徳先生) および腎臓病健診事業、生活習慣改善を旗印にキドニーウォークおよび市民公開講座等を開催しました。

これらの企画は今回で 7 回目を迎えますが、各国の CKD 対策の現状、CKD 発見のためのスクリーニング健診事業、つまり、各国の健診の規模、標的集団、ハイリスク群に特定しているか否か、CKD の診断のパラメータ、CKD の分類基準、有病率、リスクおよび問題点などについて統一したテーマで情報交換を行いました。

世界の CKD の有病率と発生率は毎年増加し、医療制度および社会にとって負担が大きくなっています。今までは CKD の発生率の多い国は、米国、日本および台湾と公表されていましたが、今回中国の現状の報告を拝聴し、既成概念を変える如く、目を見張るもの、つまり中国人の CKD 有病率は 10 ～ 12% で



▲ IKEAJ 健康フォーラム 2012



キドニーウォーク▶

あるが総数で 1 億人を超えると推定され驚かされました。

国民の 1 割以上が不治の病に犯されている国には未来があるとは思えないとも述べられ、重要な公衆衛生活動として、農村地帯を経済的にモニターする必要性が強調され、我々日本人にもあてはまると思い、また、アジア地区へも視線を向けて、この分野の体制強化プログラムの必要を痛感しています。

● 外国人看護師・介護福祉士支援活動

外国人看護師・介護福祉士の 日本定着を目指して

柴田 雅代

公益社団法人 日本・インドネシア経済協力事業協会 (JIAEC) 理事長
一般社団法人 外国人看護師・介護福祉士支援協議会 (BimaCONC) 理事



大学卒業後、約 8 年間のテレビ番組制作会社勤務を経て、インドネシア・バリ島で日本のアニメーション制作会社を設立。日本のテレビ番組・映画のアニメーション制作の下請け会社として、インドネシア人スタッフとともに 16 年間、インドネシアでは初めてのアニメーション制作に携わりました。この経験が買われ、1983 年から公益社団法人日本・インドネシア経済協力事業協会の監査役に就任させていただき、2003 年に専務理事、2011 年に理事長として現在に至ります。

一方、EPA 協定が締結される以前にインドネシアの看護師を日本の介護施設へ研修させるという試みをし、人を労わるインドネシアの心を改めて感じとったことをきっかけに看護・介護分野での支援を行っていく目的で BimaCONC を JIAEC 会長の黒木氏と設立し、外国人看護師・介護福祉士が日本の病院、介護施設に定着していけるよう活動を続けています。

BimaCONCの活動

この公益法人は、海外から来日した看護師・介護福祉士候補者の国家資格取得を目標とした日本語に関する教育を実施し、受入施設への定着を図るほか、それぞれの出身国はもとより、広く国際的にも日本の看護・介護技術の移転が行われることを期待し、各国との友好親善に資することを目的としています。

現在、各受入施設において最重要視されているのが「日本語能力の向上」です。BimaCONC では個人の能力を最大限高めるために、個別指導に重点を置いた日本語教育を実施、その他、施設と候補者との意思疎通の円滑化を図るための各種相談、国内外の情報を盛り込んだニュースレターの発行、病院・特養・老健など施設形態の壁を越えた横断型のネットワークの構築などを通じて、EPA による看護・介護分野での国際交流を成功させるための支援を行っております。昨年末、国家試験に合格できず帰国を余儀なくされる看護師候補者の救済策として「准看護師試験受験」を BimaCONC 会員病院の協力のもと実



施いたしました。初回であるため 20 名の受験までとなりましたが、7 名が合格し他候補者への希望のメッセージとなると思います。今後も准看護師試験受験について推進し支援を行っていく予定です。

現地日本語教育 (財団BIMA)

EPA 応募以前の現地教育が大切という認識の下、EPA にて看護師・介護福祉士候補をめざす看護学校卒業生に対し、インドネシアにて集中的な日本語コースを実施しています。それに先立ち、2009 年より提携看護学校カリキュラム内に日本語の科目導入や、卒業生向け日本語コース設置などを行ってまいりましたが、国家試験合格や看護介護の現場で求められる高いコミュニケーション能力を考え、2010 年よりジャカルタにて全寮制の長期研修を本格的にスタートさせました。政府研修との大きな違いは、日本語のみでなく、道德、報連相、日本式的生活習慣など日本で生活し働く上で身に付けておくべき

ことを徹底的に指導することです。また、日本の BimaCONC からフィードバックを受け、EPA 応募前に必要な情報の提供を行っています。例えば、日本の病院や介護施設の紹介、社会保障制度、給与システム、国家試験についてなどです。日本の状況や自分の行う仕事について、十分な予備知識と準備を行うことで、少しでもスムーズに現場に適應できることを目指しています。

第 3 陣は看護師候補 2 名、介護福祉士候補 13 名、第 4 陣は介護福祉士候補 13 名、第 5 陣は看護師候補 2 名、介護福祉士候補 12 名が財団 BIMA の研修を経て日本へ向かっています。第 4 陣、5 陣候補に対しては 3～5 ヶ月の研修期間でしたが、

現在は第 6 陣を目指す 21 名の看護学校卒業生が 10 ヶ月の研修に励んでいます。財団 BIMA の研修は奨学金プログラムという形で、生徒から研修費や寮費を免除する形で実施しています。約 20 名程度の募集に対し、インドネシア全国から 160 名近い応募があり、EPA 参加への強いモチベーションを持った、非常に優秀な候補生が集まっています。

過去 BIMA 財団の研修を終了した候補者たちは、その後の政府による日本語研修でも既習の上級クラスにて勉強を続け、「いい意味で全候補者リードしてくれている」という評価を政府研修担当者より受けています。第 4 陣、第 5 陣ではすべての EPA 候補者を代表して BIMA 財団卒業生が政府研修の開会式や在インドネシア日本大使館での挨拶に立っています。

第 4 陣 BIMA 卒候補者の中には、老人施設配属前に日本語能力検定試験 N2 級に合格した候補生も出ており、より長期の研修に望む今期候補者に対しては、全員配属前 N2 合格の期待もかかっているところです。

アジアの女性の健康

NPO法人 女性の健康と メノポーズ協会の活動から

三羽 良枝

NPO法人 女性の健康とメノポーズ協会 理事長

NPO 法人 女性の健康とメノポーズ協会は、1996 年に発会し、女性の生涯を通した健康づくりとより良い働き方の啓発とサポート活動を女性の視点で行っております。

女性が、「家庭・職場・地域などで、元気に自らの持てる力を発揮しながら、生涯にわたり QOL (生活の質) の高い前向きな生き方とより良い働き方をしていくこと」を目標に、医療・運動・食事、ライフスタイル、ワーク・ライフ・バランスの 5 項目について、適切な情報の収集・発信、提案などを続けております。

活動は、電話相談・女性の健康検定・フォーラム・語り合い

の会の開催、健康調査、書籍・会報発刊、ウェブ・メールマガジン作成、女性健康教室等での講演・講師派遣、女性検診受診率向上運動の 9 部門を

女性ボランティア・スタッフで実施しております。

当電話相談 (無料) には、ミドルエイジ・更年期世代を中心





に健康問題を中心に全国の女性たちの声や実情がオンタイムで寄せられており、電話相談カードは約4万件に上っています。ご相談には、当協会の研修・実習・試験を経て認定を取得した健康相談対

話士が当たり「ご相談者のお話を共感して聴き、一緒に考えながら対話させていただくこと」を心掛けております。また昨年より東日本大震災被災支援活動の一環として、被災女性の方々を対象の電話相談も設置させて頂いております。

いま、働く女性は増え、20代、40・50代女性の労働力率は7割強を超えるなど、少子高齢社会において女性は働き手としても益々必要とされています。このような中で、女性の健康と働き方の関わりも重要になっています。

女性の一生は、女性ホルモン(エストロゲン)サイクルの変化に応じて、思春期、性成熟期、更年期、高齢期と、特有のライフステージに分かれ、その中で体と心が大きく変化し、また年代ごとに生じやすい疾患なども挙げられています。中でも、妊娠・出産・不妊、更年期に関する問題点は多く、例えば更年期女性の複数科受診や30代女性の不妊退職など、一人悩んでいる女性たちからの電話相談が後を絶ちません。正確な医療情報や健康づくりの知識や理解が女性自身のみならず、医療関係者、社会的にも十分に周知されていない状況が当協会

調査からも推察されています。

また女性の働き方やライフスタイルは多様化・個別化しており、女性はもとより企業や社会においても、女性の生涯を通した年代ごとの健康づくりやワーク・ライフ・バランス(仕事と生活の調和)を理解することが急務となっています。職場やコミュニティでは、女性の健康・ライフイベント(育児、介護、他)・働き方等についての相談体制づくりを総合的視点でプランニングやアドバイスができる企業人も求められています。

このような背景を受けて当協会では、16年の活動で把握した日本女性の健康問題や2002年以来実施している勤労女性対象の健康調査等を基に、この度「女性の健康検定」を発足しました。生涯を通した女性の健康づくりとより良い働き方の知識と理解の啓発を目指し、本年5月13日(母の日)に第1回を東京・大阪で実施し、女性・男性、学生～社会人までの幅広い年代・職業の方々が受検されました。合格者は「女性の健康推進員」の認定者として、得られた知識や情報を職場・地域・家庭等での推進やプランニングに活用して頂き、キャリアアップにも繋げて頂きたいと願っております。

また本年1月に発刊した参考書『年代別 女性の健康と働き方マニュアル』は、女性の体の変化とワーク・ライフ・バランスの視点を併せた日本初の書籍として、当検定と共に各新聞・雑誌・NHKニュースなどでも報道されました。

当協会の活動によって女性の生涯を通した健康づくりとより良い働き方が促進され、ひいては日本の社会経済の発展に役立てることを願っております。

編集後記

3月16日、荒木先生(荒木脳外科病院:広島)のお計らいで、ベトナムのダナン病院副院長、N.N.Ba 副院長を招いて講演会を開催することができた。講演の詳細は別冊をご覧いただきたいが、本講演を通じて強く感じたのは、ベトナムと日本との交流がまだまだ希薄で、お互い何を求めて、また、何が提供できるかもはっきりしていないのではないか、ということである。私が、医学部卒業した頃は、米国帰りの教師が、「米国では…」といった口調で、その医療水準の高さや新技術について講義するシーンが多く見られた。私の同期生達も、こぞって米国留学の道を歩んだ。しかし今、米国で日本人を見るより、中国人や韓国人、他のアジア人を探す方がたやすくなってきている。日本の学生は内向きだと批判する輩もおられるが、けしてそうではないと感じている。日本が裕福になり、必要な情報はインターネットを通じて入手ができ、また、医療レベルも米国と同等のものとなった今日、あえて留学する必要性を感じない人が多くなってきたことが本当の理由ではなかろうか。これからは、「米国留学」ではなく「日本留学」を希望するアジア人が増えて欲しい。そのために、日本の大学や日本の社会・文化・環境はもっと魅力的になって欲しい。アジア人に選ばれる日本になって欲しい。

残念ながら Ba 先生は日本ではなくフランスへの留学を選ばれた。

(西山)