横倉参与提出資料

第9回　健康・医療戦略参与会合

グローバルヘルスと日本の貢献について

2014年12月8日
公益社団法人 日本医師会
会長　横倉 義武

日本の経験を生かし世界の健康改善に貢献を

1．グローバルヘルスへの期待(注1)

・最近のエボラ出血熱等、感染症の拡大は、グローバルヘルスが、先進国と発展途上国に共通する地球規模の共通課題であることを示している。
・ボーダーレス化する世界のなかで、従来の概念の安全保障のみでは自国の国民の安全を維持できない。

2．保健医療における日本の経験と技術を世界に還元

・日本の医療保険制度は公平性を保ちつつ、低コストで世界でも最高レベルの健康水準を実現したことで、世界に誇る優れた制度として高く評価されている。また、医療の拡充による国民の健康水準の向上が、経済成長と社会の安定に寄与してきた。
・日本は、医療保険制度と医療における経験と技術を、開発途上国に移転してグローバルヘルスに積極的に取り組むべき。

（注1）グローバルヘルス=「地球規模の保健医療」。
豊かな国から貧しい国への単なる資源の譲渡ではなく、健康に影響する国境を越える課題。
政府は日本が主催したG8九州沖縄サミット(2000年7月)及びG8北海道洞爺湖サミット(2008年7月)において、グローバルヘルスを主要なアジェンダのひとつに組み込んだ。

3. グローバルヘルスの一層の推進

・開発途上国においては、公衆衛生の向上に向けた健康投資が経済成長のみならず、外交安全保障に直結。
・グローバルヘルスは、「未来志向の平和主義」を貫く日本にとって、重要な国家戦略であり、併せて成長戦略の一翼を担うもの。
・健康・医療戦略推進本部が日本の司令塔として、グローバルヘルスを強力に牽引することを期待。⇒ 外務省、厚生労働省、JICA（国際協力基金）、GHIT Fund(グローバルヘルス技術振興基金)等と連携。

4. 新興・再興感染症の予防法と治療法の研究開発強化

1）『感染症対策並びに診断薬、治療薬及びワクチン開発を一体的に推進する。』
2）『2014年5月に採択されたWHO（世界保健機関）の結核対策に関する新戦略を受け、2020年までにわが国が結核「低蔓延国」入りできるよう、結核に関する研究を推進する。』

（出典：「医療分野の研究開発推進計画」 2014年7月22日　閣議了解）

（参考１）未承認の治療とエボラウィルスに関する世界医師会総会緊急決議

2014年10月　ダーバン総会（南アフリカ）で採択

WMA は、エボラウィルスの治療に際して、ヘルシンキ宣言第37 項の内容に準拠することを医師に求める。

臨床における未実証の治療
第37 項
　個々の患者の処置において証明された治療が存在しないかまたはその他の既知の治療が有効でなかった場合、患者または法的代理人からのインフォームド・コンセントがあり、専門家の助言を求めたうえ、医師の判断において、その治療で生命を救う、健康を回復するまたは苦痛を緩和する望みがあるのであれば、証明されていない治療を実施することができる。この治療は、引き続き安全性と有効性を評価するために計画された研究の対象とされるべきである。すべての事例において新しい情報は記録され、適切な場合には公表されなければならない。

（出典：ヘルシンキ宣言－人間を対象とする医学研究の倫理的原則－
2013年10月 世界医師会フォルタレザ(ブラジル)総会改訂版）

（参考2）感染症対策への日本の貢献

＜新興感染症＞ ⇒エイズ、プリオン病、高病原性鳥インフルエンザ、SARS（重症急性呼吸器症候群）、エボラ出血熱他	☆エボラ出血熱の感染拡大対策 1.西アフリカ地域(注2)において活動するWHO等の国際機関に対する国際社会と連携した資金的・人的な支援の実施。 2.一類感染症(注3)指定医療機関の研修、臨床研究としての効果が期待される未承認薬による治療方法検討、防護服の着脱訓練、第三者監視など医療関係者の二次感染の万全の防護策とBSL-4(注4)の研究施設の稼働など。
＜再興感染症＞ ⇒結核、マラリヤ、デング熱、麻疹、狂犬病他	☆結核制圧に向けた取り組みの一層の強化を ・病巣中の結核菌は長年生き残る。多剤耐性結核も登場。 ・世界で年間860万人が結核に罹患し、130万人が命を落としている。（WHO：2012年） ・日本でも、毎年約2万人が発病し、2千人以上が亡くなっている。→決して過去の病気ではない。 ・日本は先進国中では唯一の「結核」中蔓延国であり、経験と最新の技術を保有している。 ・結核予防会とJICAは1960年代から結核技術研修を実施。 ・世界的な連携や取組みなしには、日本の結核も減らせない。⇒結核撲滅対策の強化を！

（注2）西アフリカ地域=リベリア、ギニア、マリ、シエラレオネ　主な流行地はリベリア、ギニア。
（注3）一類感染症=エボラ出血熱、クリミア・コンゴ出血熱、痘瘡、ペスト、マールブルグ病、ラッサ熱
（注4）バイオセーフティレベル4=WHOが定めた4段階のうち最高度の安全実験施設
　　国立感染症研究所、理化学研究所筑波研究所の2か所がBSL-3で運用中。

（参考3）ハーバード大学公衆衛生大学院　Harvard School of Public Health（HSPH）
武見国際保健プログラムとグローバルヘルス

日本医師会は30年以上にわたり、未来に向けてグローバルヘルスをリードする人材育成を支援してきた。

・武見太郎日本医師会元会長とハーバード大学との協力により、1983年にハーバード大学公衆衛生大学院に設置。
・国際保健に関する知識の向上が目的。
・毎年、世界各国より10名程度の中堅の医療従事者・研究者が選ばれて研究活動を実施。これまで51ヵ国、250名に及ぶ武見フェローは、国際保健や医療政策をはじめとする幅広い分野で活躍。
・1984年に第1回のフェローの受け入れが行われて以来、日本からも毎年フェローを派遣。
・日本製薬工業協会殿の支援を受けている。

（参考4）結核制圧に向けた日本の貢献

WHOの結核制圧に向けた新「世界戦略」と2020年を目標とする日本の罹患率の低蔓延化

○結核は毎年、世界全体で860万人が新たに発病し、130万人が死亡（2012年）している感染症。このため、2014年5月のWHO総会において、2015年以降、2035年を達成目標とする新たな結核制圧に向けた「世界戦略」が採択された。

○日本の結核罹患率は人口10万対16.1（2013年）で、先進国中では唯一の中蔓延国。2014年7月22日に閣議決定された「医療分野研究開発推進計画」でも、東京オリンピックが開催される2020年までに低蔓延国（人口10万対10以下）にすることが求められた。

（出典：結核予防会）

目指す道のり

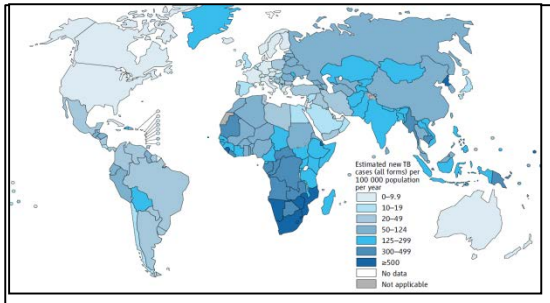
ターゲット	ターゲット	ターゲット	ゴール
• 結核による死の35% 減少 • 結核の有病率20%減少 (≤85/100 000) • 結核のために医療費のかかる家族がいないこと	• 結核による死の75%減少 • 結核の有病率50%減少 (≤55/100 000) • 結核のために医療費のかかる家族がいないこと	• 結核による死の90%減少 • 結核の有病率80%減少 (≤20/100 000) • 結核のために医療費のかかる家族がいないこと	• **結核による死の95% 減少** • **結核の有病率90%減少 (≤10/100 000)** • 結核のために医療費のかかる家族がいないこと

（出典：中谷比呂樹WHO事務局長補作成資料）

GLOBAL TB PROGRAMME

World Health Organization

世界の結核の現状（2012年）



	有病患者の推定数	死者の推定数
すべての結核	860万人 (8.3-9.0) • 50万人が子ども • 290万人が女性	130万人 (1.0-1.6) * • 74.000 人が小児 • 410.000 人が女性
HIVに関連した結核	11万人 (1.0-1.2) (13%)	320,000人 (300k-340k)
多剤耐性結核	450.000人 (300k-600k)	170,000人 (102k-242k)

Source: WHO Global Tuberculosis Report 2013

（出典：中谷比呂樹WHO事務局長補作成資料）

GLOBAL TB PROGRAMME

World Health Organization

WHOの地域別結核の患者発生及び発見状況（2012年）

	西太平洋	南東アジア	アフリカ	東地中海	欧州	アメリカ	世界合計
死亡者数	115,000	501,000	480,000	104,000	40,000	25,000	1,260,000
推定患者数	1,600,000	3,400,000	2,300,000	670,000	360,000	280,000	8,600,000
発見患者数	1,811,000	2,130,000	1,345,000	421,000	270,000	219,000	5,695,000
患者未発見率	24%	37%	42%	37%	25%	22%	34%

＊推定患者数：患者新発生数（incidence）
＊発見患者数：発見された新患者数（total new tuberculosis cases）
＊患者未発見率：未発見患者の推定患者に対する割合
　死亡者数：HIV/エイズとの重複感染を含む

（出典：WHO Global Tuberculosis Report 2013）

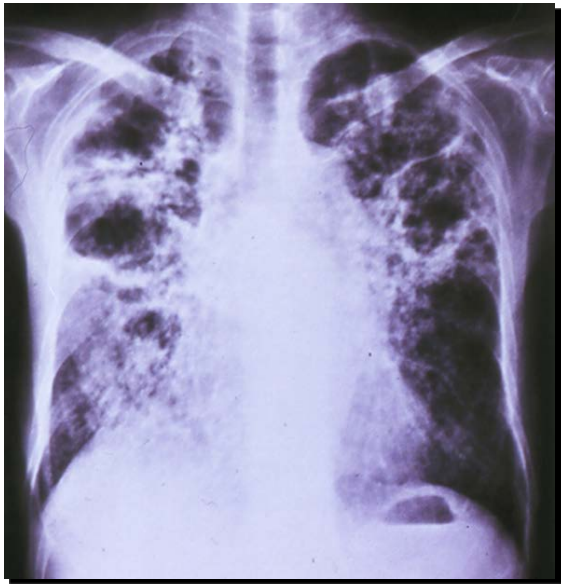
日本の国際貢献：結核対策技術や新抗結核薬をアジア・アフリカの高蔓延国に

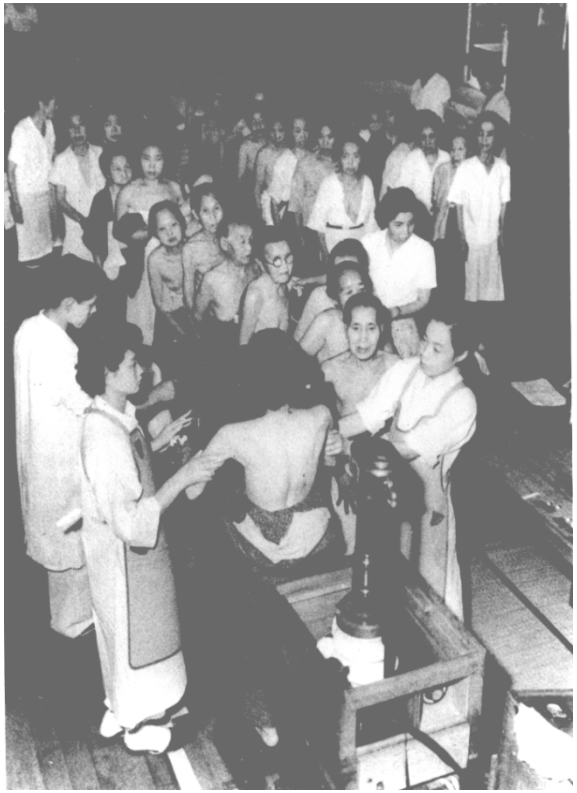
○約40年ぶりに開発された多剤耐性結核を対象にした大塚製薬の抗結核薬デラマニド（薬品名デルティバ錠。2014年春ヨーロッパで承認、2014年9月2日に日本の薬価基準収載）や結核菌検出と抗結核薬（INH, RFP）への耐性の有無を知るための栄研化学のLAMP法、NIPRO社のジェノスカラー法等が世界の期待を集めている。

○また、日本は結核対策によって公衆衛生の向上を図り、国民皆保険制度を完成させた歴史を持ち、第二次世界大戦後の10万対700近かった罹患率を40分の1まで低下させた経験と対策技術を持っている。

○これら日本の化学技術をアジア・アフリカをはじめとした地球規模の結核対策に活かさなければならない。

（出典：結核予防会）





1954年
結核検診風景
東京都老人医療施設

（出典：結核予防会）

1954年

国民総医療費
2134億円

結核医療費
592億円
（28％）

結核罹患率
600/10万

2010年

国民総医療費
37兆円

結核医療費
313億円
（0.08％）

結核罹患率
18/10万

2013年日本国内結核の概況

○日本の新登録結核患者数及び罹患率はともに減少傾向にあるとはいえ、依然として欧米諸国と比較して高く、中蔓延国の水準にある。

- 新登録結核患者数　20,495人（対前年比788人減）
- 同罹患率（人口10万対）　16.1　（同0.6%減）
- 死亡者数　2,084人（同26人減、死亡順位26位）

○諸外国の罹患率との比較

- 米国3.1（5.2倍）
- ドイツ4.9（3.3倍）
- オーストラリア5.7（2.8倍）

（出典：結核予防会）

日本国内結核の年齢階級別新登録結核患者数（2012年）

日本における著しい特徴は結核患者の高齢化が進んでいること。新登録患者のうち69.8%が60歳以上の患者（70歳以上でみると55.6%）。

	39歳以下	40～49歳	50～59歳	60～69歳	70～79歳	80歳以上
新規結核患者数	3,044 （14.3%）	1,600 (7.5%)	1,795 (8.4%)	3,012 (14.2%)	4,595 (21.6%)	7,237 (34.0%)
罹患率 （人口10万対）	5.6	9.1	11.5	16.3	33.7	81.0

（（　）内は構成比率）

（出典：結核予防会）

結核罹患率の高い地域は都市部に集中（2012年）

	大阪市	堺市	名古屋市	神戸市	東京特別区
罹患率（人口10万対）	42.7	27.9	25.4	24.4	24.3

新登録結核患者数に占めるハイリスク者の割合は高齢者以外では、下表のように、糖尿病との合併症患者、外国生まれ、医療従事者と無職臨時日雇等（いわゆる路上生活者層）となっているが、今後人口減社会が進行していく中で、著しい増加が予想されるのは外国生まれの方々。（2012年（　）内は構成比率）

糖尿病	3,036	（14.3%）
外国生まれ	1,069	（5.0%）
医療従事者	636	（2.9%）
無職臨時日雇等	1,637	（26.4%）

＊外国生まれの新登録患者の8割強は20～40歳台。
＊医療従事者とは、看護師・保健師・医師・理学療法士・検査技師・放射線技師等の合計。
＊無職臨時日雇い等とは、接客業、医療従事者、他の常用勤労者、自営業等、家事従事者、学生を除く。合計は20～59歳の計。

（出典：結核予防会）