



ハーバード大学公衆衛生大学院  
武見国際保健プログラム設立30周年  
記念シンポジウム

地域から世界へ、世界から地域へ — 武見プログラムの過去・現在・未来 —

主催：日本医師会、ハーバード大学公衆衛生大学院

2013年11月23日(土) 日本医師会館

記録集

**Takemi Program**  
**30<sup>th</sup> Anniversary**  
**Symposium**

November 23, 2013, Tokyo, Japan  
Japan Medical Association Auditorium

**JAPAN MEDICAL ASSOCIATION**  
**HARVARD SCHOOL OF PUBLIC HEALTH**

ハーバード大学公衆衛生大学院  
武見国際保健プログラム設立30周年  
記念シンポジウム

地域から世界へ、世界から地域へ  
—武見プログラムの過去・現在・未来—

日本医師会

ハーバード大学公衆衛生大学院

2013年11月23日（土）14：00～17：00

日本医師会大講堂

# 目次

巻頭言 .....	1
プログラム	
歓迎の辞 .....	2
来賓挨拶 .....	3
基調講演 .....	7
武見フェロー講演 .....	19
講演 1 .....	20
講演 2 .....	28
講演 3 .....	35
講演 4 .....	42
講演 5 .....	49
パネルディスカッション .....	55
閉会の辞 .....	61
日本医師会・東洋文庫共催展示会 .....	63
日本医師会展示物 .....	67
東洋文庫展示物 .....	83

ハーバード大学公衆衛生大学院  
武見国際保健プログラム設立30周年記念シンポジウム

1. 日 時 平成25年11月23日（土）14時-17時
2. 場 所 日本医師会大講堂
3. 主 催 公益社団法人 日本医師会  
ハーバード大学公衆衛生大学院（HSPH）武見国際保健プログラム
4. 企 画 日本医師会国際保健検討委員会
5. 目 的 武見プログラムの果たす国際保健への貢献及び日本医師会にとっての重要性の確認
6. 対 象 日本医師会会員、武見フェロー、日本製薬工業協会他医療関連団体、政府関係者、米国大使館、医療関係者、大学関係者、研究者、メディア等
7. 主 題 地域から世界へ、世界から地域へ：武見プログラムの過去・現在・未来
8. 関連イベント 日本医師会・東洋文庫共催展示会の開催  
「幕末から明治初期の医学関係文書・日本医師会の国際活動に関する展示会」  
東洋文庫：藤井尚久文庫を中心に医学関連の貴重書の特別展示  
日本医師会 1 階：武見太郎元会長関連資料、日本医師会の国際活動資料の展示

## 次 第

全体進行：石井正三 常任理事

- 14：00 開 会 石井正三 日本医師会常任理事  
歓迎の辞 横倉義武 日本医師会長  
来賓挨拶 田村憲久 厚生労働大臣（代読：原 徳寿医政局長）  
カート・トン 在日米国大使館首席公使  
武見敬三 参議院議員  
手代木功 日本製薬工業協会会長

進行：藤川謙二 常任理事

- 14：15 基調講演  
座長 石井正三 常任理事  
講演 「武見プログラムの概観、過去と未来」  
マイケル・ライシュ 武見プログラム指導教授、HSPH

- 14：30 武見フェロー講演  
座長 鈴木邦彦 常任理事、菊地 勤委員／石川県医師会理事  
講演 1 「国民皆保険制度の実現に果たした地域保健の役割」  
神馬征峰委員長／東京大学大学院国際地域保健学教授  
コメンテーター：赤上 晃委員／東京都医師会監事  
講演 2 「国際保健から日本の災害医療を考える－JMAT は武見プログラムから生まれた－」  
永田高志委員／九州大学大学院災害・救急医学分野助教  
コメンテーター：橋本 省委員／宮城県医師会常任理事  
講演 3 「母子保健 世界に広がり、世界から学ぶ、母子手帳」  
中村安秀委員／大阪大学大学院人間科学研究科教授  
コメンテーター：石黒成人委員／高知県医師会常任理事  
座長 倉増秀昭委員／北海道医師会理事  
波多江正紀委員／鹿児島県医師会理事  
講演 4 「日本はなぜ健康になったか？地域社会の取り組みと国の政策の貢献」  
近藤尚己委員／東京大学大学院保健社会行動学分野准教授  
コメンテーター：窪田良彦委員／山梨県医師会理事  
講演 5 「ポスト 2015－現代的課題 肥満を例に」  
山本太郎委員／長崎大学熱帯医学研究所教授  
コメンテーター：竹村恵史副委員長／奈良県医師会副会長

- 15：50 パネルディスカッション  
座長 石井正三 常任理事、菅波茂委員／AMDA 理事長  
パネリスト ライシュ教授、神馬委員長、中村、山本、永田、近藤各委員

- 16：50 閉会の辞 高久史磨 日本医学会長

以上

# 巻 頭 言

本書は、2013（平成25）年11月23日に、日本医師会がハーバード大学公衆衛生大学院武見国際保健プログラムと共催した「武見プログラム設立30周年記念シンポジウム」の内容をまとめたものです。

武見プログラムは、新たな効果的な医療資源の開発、配分方法の改善を提唱した武見太郎元日本医師会長の構想に着目したハーバード大学が、1983（昭和58）年に武見元会長の名を冠して同大学公衆衛生大学院に設置した学際的研究プログラムです。

2013（平成25）年は、武見プログラム設立30周年およびハーバード公衆衛生大学院創立100周年に相当することから、同年10月11、12日、ボストンのハーバード大学において、記念シンポジウムが多くの祝賀行事の一環として開催されました。

日本医師会が企画した本行事は、会内の国際保健検討委員会のプログラム委員会によって、国際保健と地域医療をつなぐ活動が会員や国民の目にも身近に見えることになるように、そしてまた今後いっそうの事業継続の機会となるように、という意思で企画立案されました。

シンポジウムの中で、武見プログラムのマイケル・ライシュ指導教授は、「アメリカの大学と日本の医師会が協力して世界の健康状況の改善に貢献するという他に例のないプログラム」と当プログラムを評し、概観、過去そして未来について論じました。5名の日本人武見フェローの講演、医師会委員によるコメント、パネルディスカッショ

ンでは、総じて、政府と地域での取り組みを融合させ、優れた医療保険制度を構築してきた日本の経験を世界に発信していくとともに、課題への克服の必要性が論じられました。

日本は今、アベノミクスにより経済的に明るい兆しが見えてきています。そのなかで、安倍総理は「医療の国際貢献」として、日本の優れた医療システムを世界に積極的に展開していく政策を打ち出しております。日本医師会もこれに呼応し、「医療の国際貢献」を喫緊の課題の一つとして掲げ、鋭意取り組んでおります。こうした課題は、まさにグローバルでダイナミックな視点を持って取り組むべきものあり、このような形での医療の国際貢献のひとつとして武見プログラムがあり、将来にわたり大きく寄与していくのではないかと期待しております。

本小冊子に取りまとめました講演並びに真摯な討論からの提言が、我が国、そして世界の医療が直面している諸問題の解決の一助となることを期待するとともに、武見プログラムの今後ますますの発展を祈念いたします。

最後に、ライシュ教授をはじめ、企画及び講師、コメンテーターを務められました国際保健検討委員会の委員の先生方、ご出席いただきました皆様方に心より感謝申し上げます。

日本医師会常任理事  
名誉武見フェロー  
石井正三

# 歓迎の辞

日本医師会長  
横倉義武



武見プログラムが設立 30 周年を迎え、記念シンポジウムを開催するにあたりまして、日本医師会を代表して、ひとことごあいさつを申し上げます。

このプログラムは、元日本医師会会長の武見太郎先生の名前を冠した講座であります。先生は、日本の医療を向上させていくには、何よりも、幅広いグローバルな知識と経験を持った有能な指導者を育てることが重要であるとの認識のもとに、ハーバード大学にこのプログラムを設置されました。武見太郎先生は、当時、医療資源の開発と配分というテーマを土台に、今で言う国際保健の立場から、国内外の諸問題を解決していくことが重要であると訴えられました。

その後、「医療資源の開発と配分」というテーマは、世界医師会の永遠の課題として、世界の医師会が取り組んでいる、包括的な、基本的な問題であり、医療に携わる私たちがその重要性を再認識しなければならない課題であります。

私はこうした武見先生の見識が尊重され、武見プログラムを長年にわたり支えてこられましたハーバード大学公衆衛生大学院の歴代の先生方、特にその中心的な役割を担ってこられましたマイケル・ライシュ教授に心から敬意を表し、厚く御礼とお祝いの言葉を申し上げたいと存じます。本当に長いことありがとうございます。また、このプログラムに対して、20年にわたり運営資金を提供され、プログラムを支えてこられました日本製薬工業協会に対しましても心から感謝を申し上げ

たいと存じます。

日本医師会は、現在までに世界 51 カ国にわたり、242 人という多くのフェローを輩出してきた卓越した実績を持つ武見プログラムに大きな期待を寄せており、長年にわたりプログラムの内容の充実と発展に努めてまいりました。日本は現在、超高齢化社会の到来と少子化という現実と直面し、そのなかで国民皆保険のもとで国民の健康をいかに守っていくかということが極めて大きな、また、喫緊の課題となっております。こうした問題は、単に国内からの視点だけでは解決できず、国際的な観点からダイナミックな視点をもって、長期的な視野で取り組む課題でもあります。

国内問題の解決に臨みつつ、感染症の国際的な広がり、自然災害などの医療従事者の国境を越えた協力体制など、世界はまさに各国の協力のなかで、医療問題を常に国際的な視点から解決をはかっていかなくてはなりません。武見フェローの先生方は、武見プログラムという国際的に高い貢献度を持つ講座に在籍した経験を生かし、これから大いに飛躍していただきたいと思います。

日本医師会もそのための活動を積極的に支援してまいりたいと思っておりますので、皆様ますますのご協力をお願い申し上げます。この 30 周年記念大会をひとつの区切りとして、このプログラムが国際保健の向上によりいっそう寄与していくことを祈念いたしまして、私のお祝いの言葉とさせていただきます。本日は、多くの皆様にご出席いただきありがとうございます。

# 来賓挨拶

厚生労働大臣  
田村憲久

(代読：原徳寿厚生労働省医政局長)



厚生労働省医政局長の原でございます。田村憲久厚生労働大臣は、現在、日中韓保健大臣会合で韓国へ行っておりますので、大臣のご挨拶を代読させていただきます

本日、ハーバード大学公衆衛生大学院武見国際保健プログラム 30 周年記念シンポジウムが盛大に開催されますことに、心よりお祝い申し上げます。

武見国際保健プログラムは、これまで 50 人もの日本人フェローに加え、200 人もの外国人フェローを送り出され、フェローの皆様は習得した知識、貴重な経験を生かし、各方面でご活躍されております。30 年間という長期にわたり、学際研究プログラムとして、日本のみならず途上国を中心に世界で活躍する医師等の国際保健に関する知識の向上に寄与されたことに、心より敬意と感謝の意を表します。

日本の医療は、こうした優れた医療関係者の長年にわたる努力やすぐれた研究を基盤として、国民皆保険制度、フリーアクセスのもと世界最長の平均寿命を達成するなど、世界のなかでも高い保健医療の水準を実現しています。

厚生労働省としては、省内に医療国際展開戦略室を立ち上げ、関係省庁等とも連携しながらこうしたすぐれた医療保険制度の経験や日本発の医療機器、医薬品も一体的に国際展開できるよう取り組みを進めているところです。

一方で、日本の医療は、地域や診療科間の医師の偏在、勤務医を中心とした厳しい勤務環境など、さまざまな課題を抱えております。また、今後、高齢化により、さらに医療需要が高まると考えられることから、それぞれの地域で必要な医療を確保していくためには、医療機関の機能分化連携による効果的、かつ効率的な医療提供体制の構築が必要です。

今後とも、日本医師会の皆様と率直で建設的な議論を進めていくことが必要と考えております。国民が安心して医療を受けられる医療提供体制の確立に向けて、よりいっそうのご協力をたまわりますよう、よろしくお願い申し上げます。

最後に、今後の武見国際保健プログラムのますますの発展を祈念いたしまして、お祝いの言葉とさせていただきます。

本日は大変、おめでとうございます。

# 来賓挨拶

## 在日米国大使館首席公使 カート・トン



皆様こんにちは。キャロライン・ケネディ大使の代理として、また、在日米国大使館を代表してこのような大切な場でご挨拶をさせて頂けることを大変嬉しく思います。

今回のシンポジウムは、大変重要な会議であると考えています。日本全国および米国から、医師、保健専門家、政策担当者の方々が武見プログラム設立 30 周年を記念するために一堂に会し、議論をするという機会を得ているわけです。

武見プログラムは、過去 30 年にわたり、医療や健康増進に係る政策の策定において、世界各国に貢献されてきたことを本日学びました。その記念すべきシンポジウムに、皆様のような重要な方々が集まるということは、大変素晴らしいことだと思います。

日本医師会は、皆様ご存じの通り、日本全国の医師を代表する組織として設立されました。そして、医師としての最も高い水準の倫理教育の下、すべての日本国民の健康を守ることを使命として活動しておられます。ハーバード大学もまた、米国でも一流の教育機関として、最高水準を目指すという同じ価値観を理念として掲げております。

ハーバード大学公衆衛生大学院と日本医師会は、武見プログラムのパートナーとして、共通の目標を実現するために長年にわたり共に活動をしてま

いりました。日本と米国は、世界における科学の振興と健康増進というビジョンと目標を共有しています。

その目標を世界の中で適切に実現させていくためには、より良い政策、科学、そして倫理が一体となって取り組んでいかねばならず、それらすべての土台となるものが優れた教育システムです。

しかし、政府だけでは、必要とされる市場、科学、そして教育を支援し育成することはできません。その実現には、ある種の国際協力が必要となります。そして、それこそがまさに日本医師会とハーバード大学公衆衛生大学院が武見プログラムを通じて行ってきたことではないでしょうか。

このプログラムに多大なるご支援を頂いている日本製薬工業協会の皆様にも深く感謝しております。おかげさまで、このプログラムの意義が高まり、毎年能力の高いフェローを生み出しています。また、武見プログラムの継続的活動により、日本と米国がますます密接になっており、私共も高く評価しております。

最後に、大使ならびに大使館の全員を代表いたしまして、改めてこの重要な活動の 30 周年をお祝いするとともに、今後の継続したご支援をお願いします。この会議でのご成功をお祈りしています。

# 来賓挨拶

参議院議員  
武見敬三



本日は、日本医師会がハーバード大学における武見プログラムの30周年を記念して、このように意義のあるセミナーを開催していただきましたことに、心からお喜びと御礼を申し上げたいと思います。

30年間というのは、長いようであつという間に過ぎ去るものだという事を今改めて感じております。私の父親が、当時のハーバード大学公衆衛生大学院の学部長をしておられましたハワード・ハイアット先生とこの医療に関して、いかに学際的に、しかも自然科学のみならず社会科学も動員した形で、非常に広い視点から医療資源の開発と配分をテーマに、こうしたプログラムの創設を議論をしていたのが、つい昨日のような気がいたします。

このときの大きな目的は、ミドルキャリアのエキスパートの皆様方に対して、改めてこうした非常に多分野にわたった広い視点から、自らの知見をあらためて再構築する機会を与えるということでございました。しかもただ単に日米両国にとどまらず、幅広く途上国の人々に向けてこうした機会を提供することがその目的とされていたわけでありました。

そして、この30年間を通じて既に240人以上の武見フェローが生まれ、その多くの方々がそれぞれの国で保健医療分野の指導者として育てこられたわけでありました。なかには保健大臣をも経験されておられる方々もいます。そうした大きな役割をこの30年間で果たすことができました。

このプログラムのひとつの大きな特色は、大変に幅広い学際的な見地からの取り組みということでありました。加えて、このプログラムを通じて、日米両国が、今や国際社会の共通課題として広く認識されるようになったグローバルヘルスという分野において、共に取り組むというひとつの原型を形作ってきたことでもあります。

今や、政府がこうした日米両国間において国際社会、共通課題に取り組むことを、その一つの大きな方法として考えるようになってきました。しかし、武見プログラムはそれをはるか以前から、30年前からこうした形で、日米両国を通じて世界の共通課題に取り組むという姿勢を示したものでありました。

このプログラムを創設したときに私の父親が言っておりましたことは、「これから、日本の医療は、間違いなく、より多く国際的な視点から見直す必要性が出てくる。そのようなときに、日本医師会にとっても必ずや武見プログラムは役に立つ存在になることだろう。その日まで、お前はしっかりと維持すべく努力している」と、こういうふうに言っておりました。

これらはいずれも、多くの関係者の皆様方のご支援で、維持し、継続することができました。途中、何度か危ない時期もあったわけですが、そういうときになりますと、当時の日本医師会長の村瀬先生からご協力いただき、当時の日本製薬工業協会の会長であった森岡様にお助けいただき、そして、日本医師会が要となり、日本製薬工業協会のご支援を得る形で、その支援体制も継続し今日にいたったところでございます。

多くの関係者のみなさまに対して、家族の一員として、心から、御礼を申し上げたいと思います。そして、このプログラムのおかげをもちまして、ランセット誌にも、日本特集号というものを編纂することができました。確実に日本医師会のみならず、わが国の医療を考えるうえでも、武見プログラムは引き続き大きな役割を担っていくものと確信しております。

ますますの発展を祈念いたしまして、私の御礼のごあいさつとさせていただきます。

ありがとうございました。

## 来賓挨拶

### 日本製薬工業協会会長 手代木 功



このたびは、武見国際保健プログラム 30 周年、誠におめでとうございます。このような記念すべき場にお招きをいただき、大変光栄に存じ上げております。

先ほどは、横倉会長はじめ、ご来賓の皆様から私ども協会のことにお言葉をいただき、本当にありがたく思っております。はなはだ恐縮ではございますが、日本製薬工業協会を代表してひとことお祝いを申し上げます。

先ず、医療資源の開発と配分という重要なテーマから発展途上国を含めた世界全体の医療を考えてこられました故武見太郎先生と、その志を継承されまして世界中に多くのフェローを輩出されてこられましたマイケル・ライシュ教授をはじめ、ハーバード大学公衆衛生大学院の先生方、そして実際にプログラムに参加され、現在も本当に世界の最前線で活躍されておられるフェローの先生方に本当に、多くの敬意を表させていただきたいと思っております。

疾病構造、人口動態、政治あるいは経済情勢などの状況が目まぐるしく変わっていくこの国際社会において、このプログラムの目的でありますグローバルヘルスに関する知識を高め、国の政策の

制度的発展や改革に資することは非常に重要なことであります。本当にこれが 30 年前に考えられていたのかということを考えますと、正に時宜を得た取り組みだと思っております。

私たち製薬協は、積極的にグローバルヘルス向上に向けて取り組んでおります。国や地域にこだわらず、すべての立場の方々が国際レベルで協力していくことが重要であるという認識を私たちは持っております。

医薬品のアクセスの改善—これは私たちがさせていただけることではありますが—それ以外にもさまざまな形で貢献をして参りたいと思っております。特に武見プログラムのように、大変有意義な取り組みには、ますますのご発展を期待し、これまでも、そしてこれからも喜んでご支援をさせていただきたいと考えている次第であります。

本日は記念すべき 30 周年の席ではありますが、これをひとつの通過点ととらえさせていただき、当プログラムのますますのご発展とグローバルヘルスの向上を心より祈念いたしまして、はなはだ簡単ではございますが、本日のお祝い、ごあいさつとさせていただきます。

## 基調講演

### 「武見プログラムの概観、過去と未来」

講演：マイケル・ライシュ

ハーバード大学公衆衛生大学院武見プログラム指導教授



全体進行：藤川謙二 常任理事  
座長：石井正三 常任理事

## はじめに

### マイケル・ライシュ教授

ハーバード大学のライシュです。よろしくお願いいたします。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は、日本の武見太郎先生と米国のハワード・ハイアット先生の共通の関心のもとに、1983年に設立されました。両先生は、長年にわたり医療費の増加に直面する先進国と永続的貧困に苦しむ途上国における健康増進と疾病予防の問題に取り組んでいました。武見プログラムは、設立以来、毎年世界各国から10数名の中堅の専門家、研究者が少数精鋭の武見フェローのグループとしてハーバード大学に集い、国際保健を改善するための研究に取り組んでいます。

過去30年間に、51か国から242名の武見フェローがプログラムに参加してきました。武見フェローの多くは、それぞれの国で、また国際機関において指導的立場にあります。この講演では、武見プログラムの歴史、武見フェローの業績、そして武見プログラムの将来について概観していきます。

基調講演の前にビデオ・インタビューから始めたいと思います。本年10月11、12日、ボストンのハーバード大学で開催された武見プログラム設立30周年記念シンポジウムに参加した武見フェロー数名が、武見プログラムが30年間の歴史の中で何をなし得てきたか、武見プログラムとはどのようなものであるか、武見フェローが自身の国に、そして世界にどのような影響を及ぼしてきたかについて語っています。

## ビデオ・インタビュー



### ハーベイ・ファインバーグ教授、HSPH 元学部長

武見先生とハイアット先生は、世界が必要とする変革を実現するためには、指導者を育成しなければいけないという共通の信念を持っていました。2人の先生がまとめあげた構成要素が、未だに武見プログラムを支えています。これはある意味で、HSPHの理念の縮図となっています。世界中から来た人たちを育成することによって、公衆衛生に対する貢献を増進しているのです。



### 武見敬三参議院議、2007-08,09-09 武見フェロー

80人ほどの武見フェローがハーバードに戻ってきました。話を聞きながら、私の父とハイアット先生の夢が実現していると感じました。



### マイケル・ライシュ教授

このプログラムは、私自身が参加したいものにしたかったと思いました。



### Uche Amazigo, 1991-92 武見フェロー

毎週のようにマイケル・ライシュ先生は、私たちに世界の医療の政策立案者と会わせてくれました。そうした政策についての議論をするとともに、私たちがどのような方向性にそれを持っていくべきなのか、という議論ができました。声なき人たちの人生に触れるためには、私たちの声も必要だと思うのです。このようなプログラムは他にありません。



### 後藤あや、2013-14 武見フェロー

自分に自信がつかめましたし、グローバルに働けるということに自信が持っています。自分の職場に国際的な視点を持ち込むことができるという点で、貢献できていると思います。



### Adetokunbo Lucas HSPH 教授

武見フェローたちの個人的な行動も変わります。難題に取り組むという機会を与えるプログラムです。武見フェローは、帰国した後、それぞれの国において専門性をもって、しっかりと意味のある行動を行うことができます。武見プログラムは、一人ひとりのフェローのニーズに個別に応えるという画期的なプログラムです。



### Bong-Min Yang, 1989-90, 95-96, 06-07 武見フェロー

専門的なトレーニングを受けるうえで最適な場です。幅広い考察力をつけたいと思うのであれば、武見プログラムに参加すべきです。韓国では、多くの同僚たちが、武見プログラムへの参加を希望しています。



### Friday Okonofua, 1991-92 武見フェロー

私は、ナイジェリアのオルシュグエ・オバサンジョ元大統領のアドバイザーとして、国の保健政策にかかわることができました。当時の私の研究をベースに、今や大統領は保健を変革しようとしています。能力ベースの分析をもとに、問題に対処するための姿勢や能力を育てているのです。



### M. Prakasamma, 1992-92 武見フェロー

武見プログラムに参加して帰国してからは、自らの信条を守ることができましたし、自分に何かができるという信念を強めることができました。武見プログラムに参加することによって、私は自らを向上させることに責任感を持てるようになったのです。



### 中村安秀教授、1996-97 武見フェロー

韓国、タイ、ブラジル、シエラレオネ、ガーナから来た同僚たちと1年間ここで過ごすことになって大変うれしく思いました。彼らの文化や行動は違うかもしれませんが、だれもが同じ使命感を持っているのです。



### Julio Frenk HSPH 学部長

武見プログラムにおいて、グローバルヘルスにかかわる新しい考え方が生まれました。世界全体で医療というのは、お互いに依存しながら保健を増進しているのです。武見フェローであることは自らの誇りであり、このプログラムから得たことは非常に大きいと思います



### Uche Amarigo, 1991-92 武見フェロー

武見フェローは皆、それぞれの国において、このプログラムをさらに大きくし、各国への貢献を深めることに協力したいと思っています。



### 石井正三常任理事、名誉武見フェロー

武見プログラムでもっとも基本的なのは、人のネットワークです。とても意味のあるネットワークだと思います。今もそうですし、将来においてもそうあり続けるでしょう。まさに、それが武見先生のビジョンだったと思います。



### マイケル・ライシュ教授

私たちはハーバードの環境を世界の有能な人材に開放したのです。現役の社会人としてここにやってくる学び、充電し、成長し、コンセプトの強化を行い、そして帰国するのです。それからがさらに大変です。実際の国において、貧しい人たちの福祉の改善のための実践をしなければならないからです。彼らがこれまで達成したことを聞くと、文字通り心が温まります。



## 基調講演

### マイケル・ライシュ教授

彼らのことばを直接聞き、彼らの顔を見て、それで武見プログラムの意味を少しでも理解できるのではないかと考えています。

### 武見プログラムの歴史

武見太郎先生は、1957年から25年間にわたり日本医師会の会長を務められ、ハーバード大学に武見プログラムを設置する主導的役割を果たされました。武見先生は、医学、公衆衛生学、経済学、法学、政治学、その他の分野の専門家を結集して、医療資源の開発と配分に向けた効果的で公正な解決策を探る必要性を訴えました。ハイアット先生も同様に、ハーバード大学公衆衛生大学院（以下、HSPH）の学部長として、医療問題と医療政策の研究のための学際的なアプローチを開発するよう強く主張しました（図1）。

(図1)

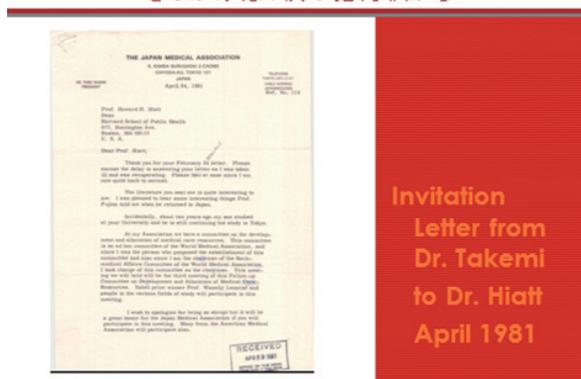
### 武見太郎会長



1981年4月、武見先生は、東京で開かれる医療資源の開発と配分に関する世界医師会の会合における講演をハイアット先生に依頼しました。我々は、最近になって武見プログラムの資料の中からこの依頼状の写しを発見しました。（図2）

(図2)

### きっかけは1枚の招待状から



ハイアット先生は、武見先生からの依頼を受け入れ、日本を訪問しました。1981年の両者による議論を通じて、ハーバード大学における武見国際保健プログラムの構想が育まれました。この構想を前進させるため、ハイアット先生は、人口科学部長のデビット・ベル教授と共に1981年12月に東京を訪問しました（図3）。

武見先生とハイアット先生は、途上国を対象に、同プログラムが医療の発展のための希少な資源の動員・配分・管理、疾病管理・予防とヘルスプロモーションのための効果的戦略に重点を置くことで合意しました。そして、特に途上国からの参加に重きをおいて、毎年、少数の武見フェローを途上国から招くことになりました。

武見プログラムは、日本の民間企業2社からの寄付金をもとに、武見太郎先生の名前を冠して1983年7月にスタートしました。寄付金は、武見太郎先生の名前を冠した寄附講座に提供され、武見プログラムの設立資金に充当されました。ベル教授がプログラムの主任指導教授として、私が副主任としてプログラムの企画運営に携わりました。

(図 3)



1986年、HSPHのハーベイ・ファインバーグ学部長が、リンカーン・チェン先生をハーバード大学の初代国際保健 Taro Takemi Professorとして採用しました。彼らは、1980年代後半に、武見国際保健シンポジウムに出席するために東京を訪問し、武見夫人、東京大学元総長で当時武見プログラム日本側委員会の議長であった茅誠司教授に面会しました。(図 4)

(図 4)



武見プログラムが今まで存続してきた中で、武見ファミリー代表の武見敬三氏による支援(図 5)、そして、武見プログラムの主要パートナーである日本医師会から中核的な支援を受けてきました(図 6)。

私は、1988年に武見プログラムの指導教授に、そして1997年には国際保健政策 Taro Takemi Professorに任命され、現在に至っています。

(図 5)



(図 6)



### 武見フェローの業績

1984年の夏の終わり、最初の武見フェローとして5人の研究者がHSPHにやってきました。インドネシアのLukas Hendrata、韓国のHa-Cheong Yeon、インドのPrakash Gupta、中国のHong-chang Yuan、そして日本から田中慶司先生という5人です(図 7)。彼らの研究テーマは、30年を経た今日にも通じるものでした。それらは、「インドネシアにおける効果的な家族計画と住民参加」、「韓国医療制度の経済分析」、「インドにおける煙の出ないたばこ使用による健康被害の管理」、「中国における住血吸虫症対策」、そして、「医師への支払いに係る日本の診療報酬制度の仕組み」というものでした。

(図 7)

最初の武見フェローのグループ, 1984-1985



左から、Lukas Hendrata, Ha-Cheong Yeon, Prakash Gupta, Hong-Chang Yuan, 田中慶司先生

今日に至る 242 人の武見フェローの業績は素晴らしいものです。多くの武見フェローは、自国において指導的立場にあり、多くの分野で知識と行動の最前線で活躍してきました。

武見フェローの業績の一端を示す意味で、国際保健の分野で指導的役割を果たしているの方々をご紹介します。

まず、田中慶司先生です。田中先生は、先ほどご紹介したように、最初の武見フェローグループの一人で、日本の厚生省（当時）において指導的立場に就きました（図 8）。

(図 8)

国際保健分野のリーダーとしての武見フェロー



田中慶司  
武見フェロー、1984-85

初代武見フェロー  
東京大学医学部卒業後、厚生省（当時）入省、後に健康局長を務めた。前東京医科大学理事長、現在は、東京医科大学評議員を務めている。

次に、韓国の Bong-min Yang 先生。先生はソウル国立大学公衆衛生学部長を務め、また、韓国の医療政策の様々な分野で改革を推進されました（図 9）。

(図 9)

国際保健分野のリーダーとしての武見フェロー



Bong-min Yang  
武見フェロー、1989-90,95-96,06-07

ソウル国立大学医療経済学教授  
前公衆衛生学部長。  
現在も各機関の責任者として第一線で活躍

次に、インドネシアの Nafsiah Mboi 先生。先生は、現在インドネシアの保健大臣であり、世界エイズ・結核・マラリア対策基金評議会議長を務められております（図 10）。

(図 10)

国際保健分野のリーダーとしての武見フェロー



Nafsiah Mboi

武見フェロー、1990-91年

30年以上にわたり、HIV/AIDS、母子保健に尽力。2012年よりインドネシア国保健大臣。世界エイズ・結核・マラリア対策基金評議会議長も務める。

次に、ナイジェリアの Uche Amazigo 先生。先生は、アフリカ・オンコセルカ症対策プログラムの責任者で、地域密着型の感染症治療を推進した功績に対し、荣誉あるプリンス・マヒドン賞（公衆衛生部門）を受賞されました（図 11）。

(図 11)

国際保健分野のリーダーとしての武見フェロー



**Uche Amazigo**  
武見フェロー、1990-91年

アフリカ・オンコセルカ症対策プログラム責任者。地域密着型の感染症治療を推進した功績に対し、栄誉あるプリンス・マヒドン賞(公衆衛生部門)を受賞。

最後に、インドの Ranganayakulu Bodavala, 先生。先生は、THRIVE という NGO を立ち上げ、インドやアフリカ、そして世界の国々における最貧困の人々のために、太陽光 LED ポータブル電灯を開発し、その普及に務めています (図 12)。

(図 12)

国際保健分野のリーダーとしての武見フェロー



**Ranganayakulu Bodavala**  
武見フェロー、1999-2000年

16年の公衆衛生のコンサルタントとしての経験の後、社会企業家となる。インド発、彼が開発した太陽光LEDポータブル電灯は、世界の子供たちの夜を明るく照らしている。

また、242 人の武見フェローのうち、52 人が日本人フェローであることは注目に値します。これらの日本人フェローは、大学の教授として、また、病院、国際保健機関、政府機関等において指導的役割を担っています。そして、過去 30 年にわたり、日本における国際保健の構築に貢献してきました (図 13)。

(図 13)

日本からの武見フェロー 1984-2013, 52名

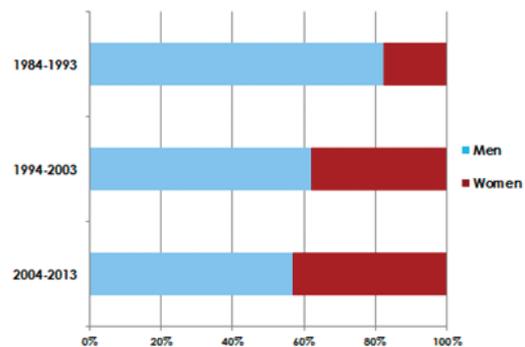
フェロー終了後は、日本政府、大学・学術機関、民間企業、日本医師会、日医総研、医療機関等の重要ポストに就いている。



武見プログラムの目標の一つであった女性フェローの参加は、時間の経過と共に増えてきました。男性 7 人と女性 1 人で構成された 4 年目 (1987 年～88 年) までは、女性は 1 人もいませんでした。また、1998 年から 99 年のグループに至るまで、単年度で女性が男性を上回ることはありませんでした。しかし、2008 年から 09 年のフェロー以降、現在までの 6 年間のうち、4 年間で女性の数が男性を上回っています。10 年単位で見ると、女性の割合は最初の 10 年間で 20% を超え、次の 10 年間では 37%、そして次の 10 年間では 48% となっています (図 14)。

(図 14)

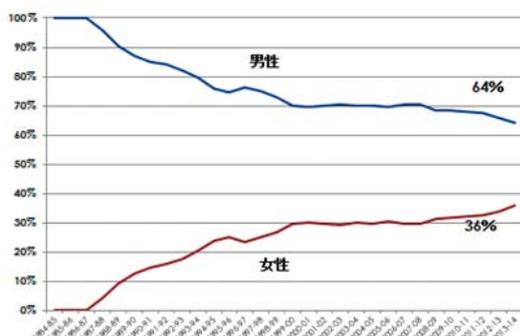
武見フェローの男女構成数推移 (年代別)



累積割合を見ると、武見フェローとしての女性の存在が大きくなっていることが分かります。2013 から 14 年の現在の武見フェローの構成は、明らかにこのパターンを表しています (図 15)。

(図 15)

武見フェローの男女累積割合の推移 (年別)



将来への挑戦

過去 30 年間、武見プログラムの活動を多くの組織が支えてくれました。特に、日本の二つの組織が特筆されます。日本医師会との長年にわたるパートナーシップは、武見太郎先生との特別な関係を反映して、プログラムの強固な基盤を築いてくれました。日本製薬工業協会からは、毎年寛大なる寄付金をご提供いただき、長年にわたるプログラムの運営資金提供者として大いに貢献していただきました (図 16)。

(図 16)

長年にわたる日本のパートナー



この 10 年間、フェローの多くは様々な助成を通じてプログラムへの参加費用を自から捻出してきました。設立後 10 年から 20 年は、ニューヨークのカーネギー財団およびメルク財団から寛大なる寄付を受け、低中所得国からのフェローへの財政支援となりました。これらの貢献に感謝いたします。

武見プログラムの将来の課題の一つとして、低所得国からのフェローを支援するための財源の確保があります。2013 年 10 月 11, 12 日にハーバード大学で開催された武見プログラムの設立 30 周年記念式典には、イベントを祝うために約 80 人の武見フェローが参集しました。

ボストンでの大会における成果の一つは、低所得国からのフェローのために自らの資金を拠出することで、より積極的に武見プログラムの支援に関わるようにしたいということが、武見フェローたちによって決定されたことです (図 17)。

(図 17)

We are helping you!



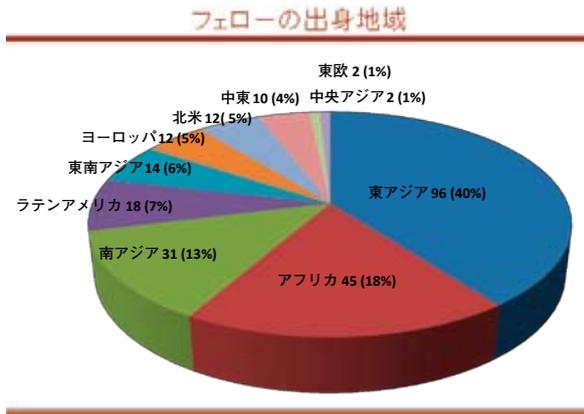
武見フェロー修了者が、将来の武見フェローを援助しようとする動きが出ている。

また、民間の財団で働く武見フェローの一人は、女性の健康や思春期の発達に関する分野で、西アフリカからのリーダーを育成するための助成金申請を進めています。この助成金が承認されることが期待されます。

武見フェローとしての財源が調達できるかどうかは、プログラム参加者の地理的分布に影響します。東アジアからの武見フェローの数が 40% と多いのは、日本からの強力な財政支援や韓国の大学のサバティカル (特別休暇) 制度によるものです。

相対的に少ないアフリカからの参加者は、武見プログラム設立後の 10 年～ 20 年にかけては、前述の基金により支えられていました。低所得国からの武見フェローに対する今後の財政支援は、保健分野での指導者育成を特に必要とする地域からの参加を後押しするものと大いに期待をします (図 18)。

(図 18)



30年間の活動を通じて、武見プログラムは、途上国の福利向上を目指した米国と日本の民間協力により、国際保健における指導者を育成する他に類を見ない事業として発展してきました。

武見プログラムにおける武見太郎先生とハイアット学部長の夢の実現に貢献していただいたフェローの先生方、日本の主要パートナー、ハーバード大学、そして世界各国の多くの皆様に心より感謝いたします。我々は、将来にわたり武見プログラムの活動が継続できるよう、いっそうのご支援を期待しています。



## 武見フェロー講演

講演 1：「国民皆保険制度の実現に果たした地域保健の役割」

講演 2：「国際保健から日本の災害医療を考える  
—JMAT は武見プログラムから生まれた—」

講演 3：「母子保健 世界に広がり、世界から学ぶ、母子手帳」



座長：鈴木邦彦 日本医師会常任理事  
菊地 勤 日本医師会国際保健検討委員  
石川県医師会理事

## 【講演1】

# 国民皆保険制度の実現に果たした 地域保健の役割

神馬征峰

日本医師会国際保健検討委員会委員長  
東京大学大学院国際地域保健学教授



私は2001～02年まで、武見フェローとしてボストンにいました。それまでは、パレスチナに2年、ネパールに5年いまして、やっと安心できる場所ですっかり勉強ができると思っていました。ところが、ボストンに着いて1週間後に9.11事件が起こりまして、やはり私が行くところには危険がついてくるな、と思いながらも、1年間、非常に有意義な時を過ごすことができました。

今日のテーマは、国民皆保険です。日本語の国民皆保険という言葉は、国際的には、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ (Universal Health Coverage) と表現されています。現在、国際保健の最もホットな話題です。Universal Health Coverage は UHC と略されることもあります。

多くの途上国では、医療費自己負担額が非常に高く、それによって毎年1億5,000万人の人た

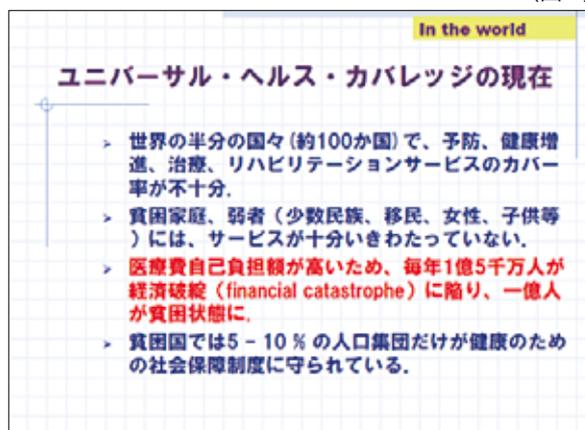
ちが経済破綻に陥っていると言われていています。そして、1億人が貧困状態に陥っているとも言われています (図1)。

医療と貧困は非常に関係が深いため、UHCは貧困対策としても非常に重要です。医療費自己負担割合は、世界的には平均が約35%です。UHCによって、これを10～15%に減らそうというのが一つの目標です。日本は15%程度とされています (図2)。

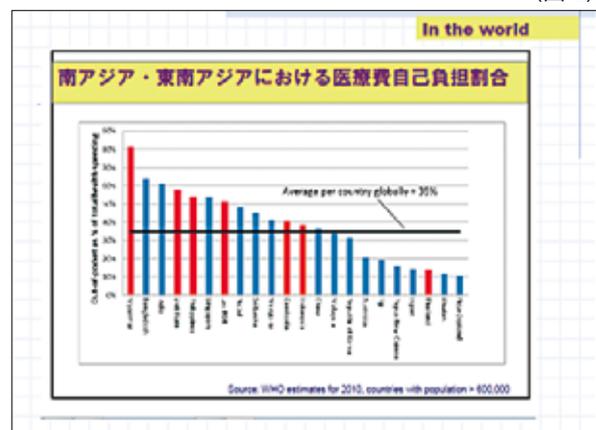
医療費が貧困を招くということは、日本でも50年くらい前に大きな問題でした。厚生省の衛生年報によりますと、1956年の生活保護者は177万人、その原因は64.5%が傷病だったという記録が残っています (図3)。

また、医療は非常にお金のかかる贅沢なものだとも思われていました。このUHCを世界で達成させるために、以下のような目的が立てられてい

(図1)



(図2)



【講演1】 国民皆保険制度の実現に果たした地域保健の役割

ます。「すべての人々が経済的困難に陥ることなく、人々のニーズに合った質の高い保健サービスを受けられること」(図4)。

どの国においても、すべての人々を UHC 制度全体のなかに取り込んでいく、そして医療費支出による経済破綻が起こらないようにしようという動きです。

(図3)

**In Japan**

**疾病が貧困の最大原因**  
(社会保障制度審議会・医療保障特別委員会: 医療保障制度に関する報告 1956年11月)

- 50年以上前の日本:厚生省「衛生年報」1956年
  - 生活保護者: 177万5971人
  - 生活保護開始理由:64.5%が傷病

**農村では:**  
...医者を往診に呼ぶことを「医者を揚げる」といっていましたが、それは「芸者を揚げる」と同じで、非常に贅沢なことだった...若月俊一

(図4)

**From the world**

**UHC: すべての人々の健康のため**

- すべての人々が経済的な困難に陥ることなく、人々のニーズにあった質の高い保健サービスを受けられること
- 全体性 = どの国においてもすべての人々を制度全体として取り込む
- 効果的なカバー率 = すべての人がニーズに基づいて、すべての人がサービスを利用できる: 健康改善できるような十分な質を伴ったサービスである
- 財政保護 = 医療費支出によって経済破綻や貧困に陥らない

(図6)

**In Japan**

**日本はどうか? 国民皆保険制度の成立**

- 1961年4月皆保険制度成立:全国市町村に「国民健康保険」成立(奄美大島の無医村1町5村を除く)
- 成果
  - 平等性の確保
  - 医療費抑制と医療サービスの質
  - 高齢化に対応した政策-介護保険
  - 高い健康水準

(Reich M, 2011)

UHC は最近、注目を浴びていますが、決して新しい動きではありません。1948 年の WHO 憲章からの WHO の動きを見てみましょう (図5)。

とりわけ、1978 年のアルマ・アタ宣言の後に提唱されたスローガン Health For All はずっと続いていて、それが今 UHC の実現として、注目を浴びています。日本では、1961 年に国民皆保険制度がすでに成立しています。その成果として、平等性その他のことが各専門誌でとりあげられています (図6)。

2011 年の Lancet 誌でも、日本の国民皆保険制度はとりあげられました。1922 ~ 61 年までの日本の UHC の歴史的経緯を振り返ると、強いエビデンスに基づいて、UHC の実現が計画的に進んだというよりは、むしろつぎはぎの歩みだったと言われております (図7)。

この 1922 年から約 40 年の間に注目してみると、この間、「国際保健 Global Health」という

(図5)

**From the world**

**UHCへの世界の動き**

- WHO憲章 (1948)
- アルマ・アタ宣言 (1978) (Health for All)
- 世界保健総会決議 (2005)
- PHC世界健康報告書 (2008)
- アジア太平洋地域における保健財政戦略 (2009)
- 保健財政世界健康報告書 (2010)
- 国連総会決議 (2012)
- UHCに関するハイレベル国際閣僚会議 (2012-)
- UHC研究世界健康報告書 (2013)
- Post-2015 アジェンダ

(図7)

**From Japan**

**日本の貢献?**

**THE LANCET**

- さまざまな事業を行い少しずつ達成に向かっていった。
- 合理的に計画されて進展したというよりはつぎはぎの連続であった
- 1922年から1961年までほぼ40年の年月を要した。

\*この40年間の間、国際保健という言葉はなく、日本の国民皆保険制度はとりわけ国際貢献をめざしたものではなかった。  
\*日本の全地域を対象とした活動が、今、世界的意義を持ってきている。

言葉は、ほとんど科学的文献のなかには現われていません。なかったわけではありません。しかし、さほど頻繁に使われているわけではありませんでした。日本の国民皆保険制度も当初は世界を意識していたわけではなかったのです。日本の国民のためにひたすら頑張って作った制度。それが今、国際的に意義があると注目されています。地域医療と国際保健が裏表ということが昨日言われておりました。日本の人々のために地域でひたすら歩んできたことが世界に通じる、その典型的な例が、この日本の国民皆保険制度です。その後、この制度が広がるにつれ、無医地区、あるいは「たらい回し」ということが注目された時期があります(図8)。

国全体に広がるシステムに基づく実践がなされることにより、これまで見えてこなかった問題が見えてきたためです。システムが整えられることによって、そしてそれが実践されることによって、

(図8)

(図9)

(図10)

隅々にあった問題が見えてきました。これにどう取り組んでいくか。国民皆保険制度を始めたということは非常に意義のあることです。しかし、それを実現させるのは大変なことです。武見プログラムも始まってからさまざまな苦難がありましたけれども、国民皆保険制度もそうでした。そこで、苦難を乗り越える上で、地域保健が果たした役割は何か、という点に注目したいと思います。

これは一つの村の事例です。まだ全国に国民皆保険制度が普及する前の1957年、国民健康保険制度の改定がありました。医療費自己負担分の窓口徴収を国の制度として開始しようというものです。これに対して長野県の八千穂村(現佐久穂村)が反対しました。それまでは村が医療費自己負担分を立て替えてくれていて、現金ができたところで村に返せばよく、それによって、村の人たちは安心して医療機関にかかっていたところ、窓口徴収が始まってしまうと、立替ができません。そうすると、村の人たちは取り返しのつかない重病にならないかぎり医療機関にかからないかもしれません。それを憂えて、八千穂村では反対運動を1年間行いました(図9)。

しかし、抵抗はいつまでも続けられません。そこで発想転換を行います(図10)。

窓口徴収が大変だというのなら、いっそ病人を作らないにしよう。これを契機に健康づくり運動が始まりました。まずは健康手帳とか、健康台帳の導入です。特に健康台帳は家畜台帳からの発想です。当時、村には多くの家畜がいました。

家畜に関しては健康をチェックするシステムがよくできていました。家畜が死ぬと、財政難になるからです。病人を作らないようにしようという発想のなかで、この台帳を人間に使用するというアイデアです。こういう発想は、日本だけに見られるものではありません。西アフリカでポリオ対策をしている専門家に会いましたら、こんな話を聞きました。予防接種を受けようとしないう少数民族がいて、彼らに予防接種を受けてもらうために同様なことをしたというのです。八千穂村と同様、彼らもまた家畜には予防接種を打たせ、健康管理させているという情報を手に入れて「家畜にやるなら、子供たちにもやりましょう」ということで、予防接種がうまくいったということです。

こういう活動を行った結果、八千穂村では医療費を大幅に削減することができました。50年間の活動成果として、高齢者1人当たり20万円の医療費を節約、村の人口1,000人になると2億

円の節約になったというデータがあります。国の政策に対しても大きな影響をもたらしました(図11)。

この活動を支えていたのは佐久病院です(図12)。佐久病院についてはほとんどの方がご存じかと思いますが、注目したいのが、演劇とか映画とかの活動です。これが人々との信頼関係を作り、地域医療を実践するうえで非常に役に立ちました。

そのもとになっているのが、宮沢賢治です。「農村で文化活動をするうえで二つのことを君たちにおくる、小作人たれ、農村演劇をやれ。」(図13)

この宮沢賢治のことは刺激を受けて、若月俊一先生は演劇活動をやリ、映画を広めました。これが日本だけの活動かと言いますと、実はイギリス、オーストラリア、南アフリカ等でも、同じようなことがなされています。“Arts Develop-

(図 11)

(図 12)

From community

### 八千穂村の活動成果

- ◆ 医療費を縮減: 国保医療費 ↓
- ◆ 健康に対する意識の高揚
- ◆ 健康長寿
- ◆ 国の保健政策への影響
  - 1978 : 第一次国民健康づくり対策
  - 1988 : 「アクティブ 80 ヘルスプラン」
  - 2000 : 「健康日本 21」
  - 2002 : 「健康増進法」

(図 13)

From community

### 佐久病院による地域保健活動支援

- ◆ 若月俊一
- ◆ 昭和20年3月-1年間の投獄生活を終えて佐久へ
- ◆ 農民とのコミュニケーションに苦勞
  - 信玄とごま
- ◆ 佐久病院演劇班と地域医療
  - 早期受診、介護...
  - 地域医療の先駆的活動 (健診、給食...)



(図 14)

From community

### 宮沢賢治のことは



- ◆ 農村で文化活動をするに当たって、二つのことを君たちにおくる。
- ◆ 一、小作人たれ
- ◆ 二、農村演劇をやれ

宮沢賢治 (1896.8.27-1933.9.21. 37歳)

From the world

### 地域保健と芸術: 世界の動き



- ◆ 保健と芸術
  - 芸術を基盤としたアプローチにより個人やコミュニティの保健活動を改善するための創造的な活動。
  - 芸術作品や演劇を介してヘルスケアの環境改善を追求する活動 (Mike White, 2009)

ment in Community Health: A Social Tonic” という本のなかで、地域保健において芸術活動がいかに重要かということが提言されています(図14, 15)。

このように、日本のみならず、世界で若月先生がやられていた活動が広がっています。

現代に目を向けてみましょう。日本の国民皆保険制度は、今まで比較的よく維持されています。しかしながら、高齢化などの問題があり、これらをどのように解決するのが大きな課題となっています(図16)。

この制度がもたらした心理的な課題を指摘する研究者もいます。この制度が広まることによって、健康に対する自己管理の意識が低下しているのではないか。安易に受診できる、専門家に任せればいい。それによって、国民医療費がどんどん高くなってきているのではないか。

例えば、便利に慣れすぎた患者が増え、救急搬

送が非常に増えています。1996年と2006年を比較してみると、患者数が324万人から489万人に増えています。65歳以上を見ると、106万人から220万人に、約2倍増加しています。

便利に慣れ過ぎた患者、それに伴う医療費の高騰、それに対して、地域保健で何ができるか、これが今の課題だと思います(図17)。

別の言葉で言い換えてみましょう。社会学におけるコミュニティ研究の専門家がこういうことを言っています(図18)。

国民皆保険制度のようなシステムが強くなれば強くなるほどコミュニティが弱くなる、管理が強化されると、合意に基づく意思決定が弱体化する、標準化が進むと創造性が失われる、消費者やクライアントが増えると、市民としての力が弱くなる。

制度の強化は大事です。しかし、それと同じくらいコミュニティが強くないと、バランスのとれた社会はやってこない。そのような問いかけ

(図15)

**From the world**

**コミュニティを基盤とした芸術と保健活動**

- ◆ 1998年に英国でなされていた200以上のコミュニティを基盤とした「芸術と健康プロジェクト評価」(医療機関中心ではない)
- ◆ 90カ所から回答
  - 精神保健の向上(53%)
  - ストレス軽減(53%)
  - 治療効果あり(57%)
  - 社交性の向上(59%)
  - 生活技術の向上(70%)...

(図16)

**From Japan**

**日本の国民皆保険制度の現在の課題**

- ◆ 社会の高齢化(移転支払いの増加)
- ◆ 雇用形態の変化(非正規雇用者の増加)
- ◆ 無保険者(人口の1.3%)

(Ikegami et al, Lancet, 2011)

地域保健に何ができるか?

(図17)

**In Japan**

**日本の国民皆保険制度の心理的課題**

- ◆ 健康の自己管理に対する意欲の低下
  - 安易な受診と専門家任せの心性
  - 国民医療費の高騰
- ◆ 便利に慣れすぎた患者
  - 救急搬送患者の急増:
    - 全住民 : 324万(1996) → 489万(2006)
    - 65歳以上 : 106万(1996) → 220万(2006)

(新村拓, 国民皆保険の時代, 法政大学出版局, 2011, p55)  
(山岡淳一郎, 国民皆保険が危ない, 平凡社 2011, p35)

国民皆保険制度の危機

(図18)

**From the world**

**システム(制度)とコミュニティのバランス**

- システムの力が強くなると、コミュニティの力が弱まる。
- 管理が強化されると、合意に基づく意思決定が弱体化する。
- 標準化がすすむと、創造性が失われる。
- 消費者やクライアントが増えると、市民としての力が弱くなる。

\*健康的な社会のためには2つのものが必要である:  
システムとコミュニティである。  
(Mcknight JL. Two tools for well-being: health systems and communities. Am J Prev Med. 1994;10 (3 Suppl):23-5.)

に対して、日本では「コミュニティヘルスのある社会へ」という本が出ており、大変参考になります（図19）。この中ではさまざまな日本のコミュニティヘルスの実例が紹介されています。

例えば、高知県の「いきいき百歳体操」というのがあります。先日、ガーナに行ったのですが、ガーナで「よさこい音頭」が行われていました。「いきいき百歳体操」がひょっとしたら、ガーナやタイとか、いろいろなところで健康づくりのために始まるかもしれません。非常にすぐれた地域医療、地域保健、これは世界に発信するに値するものであります。その意味で、地域医療と国際保健は表裏であるということがますます確かな時代

になってきているのではないかと思います。

制度は大切です。しかしそれを実現するのは全員の力です。最初のほうでHealth for Allという言葉を紹介させていただきました。今大事なメッセージはUniversal Health Coverage for Allではなくて、Universal Health Coverage by Allです（図20）。

そのために、地域医療、地域保健が果たす役割は非常に大きい。地域医療の実現に携わっている都道府県の医師会の皆様の今後の活躍は非常に大きいものと思います。皆様が今やられていることがやがて世界にも通用するという思いで、頑張ってやっていただければ幸いです。

(図19)



(図20)



## コメント

赤上 晃

日本医師会国際保健検討委員会委員  
東京都医師会監事



ただいまの神馬先生の講演は、途上国の地域保健医療システムを構築するうえでは、トップダウンとボトムアップの両面からの政策のアプローチが必要であり、日本における皆保険制度の創設時の長野県八千穂村の活動の例をあげて、ボトムアップの果たす役割の重要性を強調されていました。現在の国民皆保険制度の抱えている様々な問題を併せ考えますと大変勉強になった講演であるという感想をもちました。

さて、少子高齢化が年々進むわが国の社会環境のなかで、地域医療の重要な役割は、それぞれの地域の実情に即した地域包括ケア態勢を構築することにあります。高齢者救急医療と24時間在宅診療体制について地区医師会の取組を紹介させていただきます。

まず、高齢者救急医療について紹介します。私の地元は東京都八王子市ですが、高齢化に伴い高齢者患者の救急搬送が増加しています。先ほどの神馬先生の講演に「たらい回し」という話がありましたが、搬送先の病院がなかなか決まらない搬送困難例が増加しています。八王子市では、高齢者の救急要請に対し、安心安全な救急搬送体制を確立するための対策の一つとして、八王子市高齢者救急医療体制連絡会（八高連）を立ち上げ

「救急医療情報用紙」を作成しました（図1）。参画機関は、救急病院、精神科病院、高齢者施設、介護事業者、消防署、八王子市、医師会です。この「救急医療情報用紙」の特徴は、一般的な医療情報の他に、もしもの時に医師に伝えたいこととして、できるだけ救命、延命してほしい、苦痛をやわらげる処置なら希望する、なるべく自然な状態で見守ってほしい等のチェック項目を設けた点にあります。65歳以上の高齢者が対象ですが、終末期医療に対してどのような医療を望むか事前にご家族と話し合っておくことも大切かと思えます。

次に、24時間在宅診療体制についてです。昨年度より東京都から東京都医師会に在宅相互支援体制構築事業が委託されました。八王子市医師会ではこれを受け、会員の先生方を支援するための在宅診療体制の構築を検討していますので紹介します。

在宅診療に関しては、外来が忙しく訪問診療は無理、休日や夜間、あるいは旅行中の対応が困難等の理由で訪問診療に対し消極的になってしまう医師も多いと思われます。そこで、かかりつけ医と訪問看護ステーション、強化型在宅支援診療所の三者の連携を検討しています。

ステップ1として、在宅診療する患者さんには、24時間体制の訪問看護ステーションを導入する（図2）。これによりステーションには医師の訪問指示書、訪問看護記録等の医療情報があります。ステップ2はかかりつけ医が休日、夜間、

(図1)

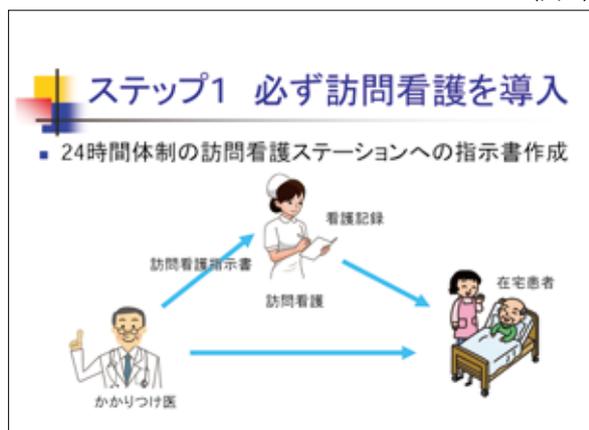
The image shows a form titled "救急医療情報用紙" (Emergency Medical Information Sheet). The form is divided into several sections: "救急医療情報" (Emergency Medical Information) at the top, followed by "救急医療への申し送り事項" (Handover items for emergency medical care). The "申し送り事項" section includes a table for "希望する処置" (Desired treatment) with columns for "処置" (Treatment) and "希望" (Desired/Not desired). Below this is a "注意事項" (Notes) section with numbered instructions. The form also includes fields for "患者氏名" (Patient name), "年齢" (Age), "性別" (Gender), and "住所" (Address).

【講演1】 国民皆保険制度の実現に果たした地域保健の役割

旅行中等に緊急往診依頼された時の体制です（図3）。ファーストコールとして訪問看護ステーションが、かかりつけ医に連絡します。かかりつけ医が対応困難な場合はセカンドコールとして強化型在宅支援診療所（輪番体制）に連絡し、当番支援診療所が対応します。翌日かかりつけ医に経過を報告するシステムです。今後の課題として、行政や後方支援病院との連携を深めることや、情報共有のための安全性を考慮したIT整備また在宅診療により多くの先生方が参加できるよう周知していく必要があると考えています。

最後に、地域包括ケア体制を構築するための医師会の立場について示します（図4）。東京都医師会の野中博会長が作成したイラストです。東京都医師会は、地域の生活者を地区医師会と多職種団体との連携により医療提供体制と地域包括ケアの具現化を積極的にサポートすることを表しています。住民の視点に立った医療活動がボトムアップの政策を地区医師会から東京都医師会そして日本医師会へ上げることが地区医師会の役割であると思います。

（図2）



（図3）



（図4）



## 【講演2】

# 国際保健から日本の災害医療を考える —JMATは武見プログラムから生まれた—

永田高志

日本医師会国際保健検討委員会委員  
九州大学大学院災害・救急医学分野助教



今日は、国際保健の立場から、日本の災害医療を考えるというテーマでお話しさせていただきます。災害医療と申しますと、通常はけが人が多数出る多数傷病者を前提とし、トリアージであるとか外傷診療を考えます。多数傷病者対応は災害医療の一つの柱ですが、東日本大震災を経験したこれからの日本の災害医療、特に大規模災害を考えた場合、三つのHが大事ではないかと思えます。一つ目はPublic HealthのH、二つ目はCommunity Health 地域医療のH、三つ目は国際保健 Global HealthのH。この三つのHがこれからの日本の災害医療を理解するうえでは大事だと思います（図1）。

それでは、個人的な話も含めまして、私が武見プログラムで何を学んだかをお話しします。私は1970年生まれで、父は中南米のニカラグアで1970～76年まで、企業のエンジニアとして派

（図1）

### 災害医療に求められるもの

- 公衆衛生 Public Health
- 地域医療 Community Health
- 国際保健 Global Health

遣されました。これはその時の写真です（図2）。

ニカラグアという国で幼少時を過ごしました。そこで私は被災者の経験をしました。ニカラグアという国は、1972年に大規模な地震が起こり、私は首都マナグアで生活をしておりましたが、死者6,000人以上が出る大規模な地震でした。当時、日本人は大使家族、3等書記官家族、そして私たちの3家族しかいない状況でした。

ニカラグアのような貧しい国で大規模災害が起こると、非常に治安が荒れ危険な状況になります。大使の判断ですぐに国内を脱出しようということになりました。邦人保護の立場から、3家族が大使の手配したタクシー2台に乗って20時間の道のりを経て、ニカラグア・コスタリカ国境線まで逃げて、一命をとりとめたことがあります。このころから災害と関わるのが宿命づけられていた、と思えます。

（図2）



【講演2】 国際保健から日本の災害医療を考える — JMATは武見プログラムから生まれた—

その後、私は大学で普通の医学生として過ごしてきたのですが、20代後半のころ、冒険心にかかれまして、福岡県にありますペシャワール会という医療NGOに支援をいただき、パキスタンとアフガニスタンで合計4回医療支援にかかわりました。

これは、アフガニスタンの医師に対して腰椎穿刺のやり方を指導しているところで2000年の写真です(図3)。

この時期のアフガニスタンは干ばつのひどい時期で、タリバン政権ではありましたが、私たちは運よくアフガニスタン国内に入ることができました。そこで見たものは、干ばつにより地域が崩壊しているかのような状況でした(図4)。

アフガニスタンというと、タリバンという言葉が浮かびあがります。黒いターバンをしているのがタリバンでありまして、タリバンと言いますと悪いイメージがあるかと思えます。しかし、私が

見てきた風景というのは、タリバンはいわゆる公共に関わる人、公務員に近い位置づけでして、その構成員は軍であったり政治家であったり、自治体の職員、地域の長老会、そして宗教指導者など幅広いものでした。国が崩壊寸前のところを、古い宗教規範に基づいて、地域を支える状況を目の当たりにしました。この様な極限状態において、タリバンや地元の住民が協力して井戸掘りや灌漑事業をしている風景を見てきました(図5)。

灌漑事業がうまくいったところは、このように麦も育ち、地域が再生するというところを見ることができました。ただ、この現実には、30代前半の私にはあまりにも重すぎる風景で、挫折をし、結局普通の日本の医療に戻って生活することになりました(図6)。

そういうなかで、本日も来られている福島県の星北斗先生の推薦を受けまして、武見プログラムで勉強をする機会をいただきました。(図7)

(図3)



(図4)



(図5)



(図6)



プログラムを通じて、本当にたくさんの方のことを勉強させていただきました。それだけではなく、素晴らしい友人にも恵まれました。彼女はステファニー・ロズボロー、現在はステファニー・ケイデンと申しまして、ボストンのブリガム・アンド・ウイメンズ病院救急部で働く救急医です（図8）。日本医師会に縁のある方で、東日本大震災

(図7)



(図8)



(図10)



のとき、米軍の飛行機を借りて薬を届けるオペレーションをした有井麻矢先生の上司にあたる人です。彼女も震災直後から日本のことをぜひ支援させてほしいと申し出があったのですが、元をたどればボストン時代の友人で、そういう人との縁が大きな力になるのだな、と実感しました。

もう一つアメリカで大きかったのは、2005年にハリケーン・カトリーナという大規模災害が起こったことです（図9）。ハリケーン自体はそう大きくなかったのですが、通過後にニューオーリンズという大きな街が水没し、その結果、街の機能が破壊されました。日本の震災と同じですね。

これは、高齢者福祉施設から生活ができなくなって、急ぎよ飛行機に集められて脱出する風景です（図10）。老人保健施設から来た患者さんは、このように寝かされ、このような形で軍の飛行機で運ばれるという事態がありました（図表11,12）。残念ながら、待っている途中で亡くな

(図9)



(図11)



る人もいたと聞いています。

実はこの写真は、日本の災害医療の関係者、日本 DMAT の幹部にお見せしました。アメリカのような先進国が、途上国以下の災害の対応しかなかったことがショックであり、この事実をお見せしたのですが、ひとことで言いますと、鼻であしらわれ、一顧だにされませんでした。私はひどく失望しました。

そういうなかで、日本に帰ってきて日医総研、日本医師会の救急災害医療対策委員会に入れていただいて、JMAT (Japan Medical Association Team) の企画立案にたずさわることができました。そのときにハーバードで学んだこと、そして私個人が目にしてきたことを参考にしました。同時に日本で起こりましたさまざまな災害、一番大きいのは、1995年の阪神淡路大震災です。それだけではなくて、さまざまな地域で起きた災害に対して、地域医師会がどのように活動したか、地域の医師会から様々な報告書を集めて丁寧に読んだところ、やはり地域医師会が核となって、さまざまな活動ができたということが浮かび上がりました。JMAT というのは、地域の医師会を核にし

て、全国から応援するようになればいいなどの願いを込めてのアイデアをあたためていきました。

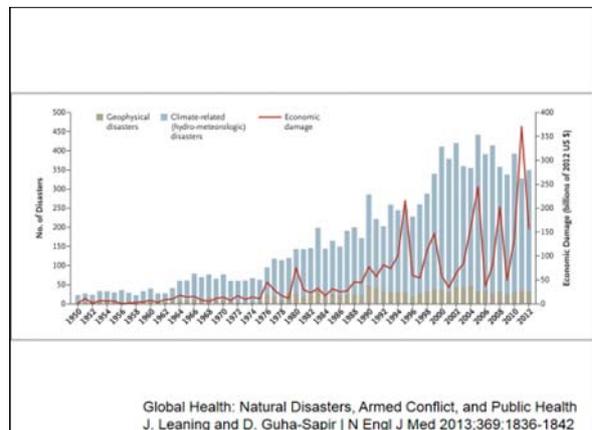
時系列でみた災害の発生頻度です (図 13)。この青の線は気候変動に伴う災害。赤の線は経済的な損失です。1980年代に比べて2000年代は、いわゆる地球温暖化に関する災害は3倍発生しています。それにしただがって、経済的な影響は非常に大きくなってきています。今も、これからも、自然災害も含めた災害対応は、医療の中心になり得る、中心にしなくてはならないと思います。Public Health、Community Health、Global Health の考えをもとに、災害医療をとらえていかなければならないと思います。

私は現役の救急医でありまして、武見フェローとして、日本の医療の前線に立って頑張っていきたいと思います。最後になりましたが、私を快く送りだしていただいた日本医師会、快く受け入れていただきましたハーバード大学、そして日本製薬工業協会の皆様、多くの関係者の方に御礼を申し上げて、私のお話を終わらせていただきたいと思います。

(図 12)



(図 13)



## コメント

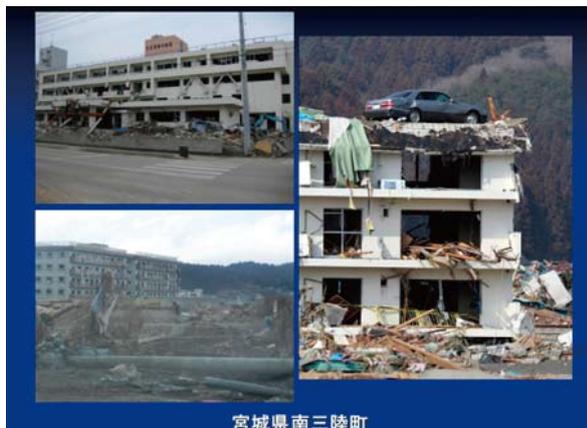
橋本 省

日本医師会国際保健検討委員会委員  
宮城県医師会常任理事



今の永田先生の講演に関係のあることについて、  
2年8カ月前の東日本大震災に関連付けてお話し

(図1)



(図3)



をしたいと思います。

まず、津波の動画をお見せします。見た方もい  
らっしゃるかと思いますが、もう一度この動画で  
津波の恐ろしさを思い出していただきたい。宮城  
県も岩手県も、まだこの津波の災害からは全然復  
活していません。惨澹たる状況がまだ続いている  
ということで、これからはますます医療も含め  
まして復興が急がれるような状況です。

スライドを見ると津波の高さがわかるとしま  
す。宮城県南三陸町の公立病院ですが、4階まで  
水に浸かったということです(図1)。次のスラ  
イドは南三陸町を上から見たところで、このまま  
ほとんど変わっておりません(図2)。

仙台空港は津波にやられてしまいました。米軍  
と自衛隊の協力で、震災が3月11日でしたが  
14日か15日くらいにはもう滑走路が使えるよ  
うになりました(図3)。ここで永田先生のお話  
にもありました有井先生が、いろいろと尽力され、

(図2)



(図4)



【講演2】 国際保健から日本の災害医療を考える — JMAT は武見プログラムから生まれた—

ハーバード・ヒューマニタリアン・イニシアチブが協力して、日本医師会が手配してくれた医薬品を積んだ米軍の輸送機 C130 が降りてきたわけです（図 4）。陸上自衛隊の米軍調整官で眼科医の後藤先生と、私と、宮城県の嘉数会長（当時は副会長）と一緒に写真に写っています。届けていただいた薬を、当時の伊東会長を中心にして

薬局に届けたという状況でした。

避難所は、1 カ月、2 カ月経ちますと、皆プライバシーを保とうと思って一生懸命やっている状況が続きました（図 5,6）。被害総額は 17 兆円と言われておりました（図 7）。避難者は 8 万人です。

この状況に対して、一番役に立ったのはやはり

(図 5)



宮城県南三陸町

(図 6)



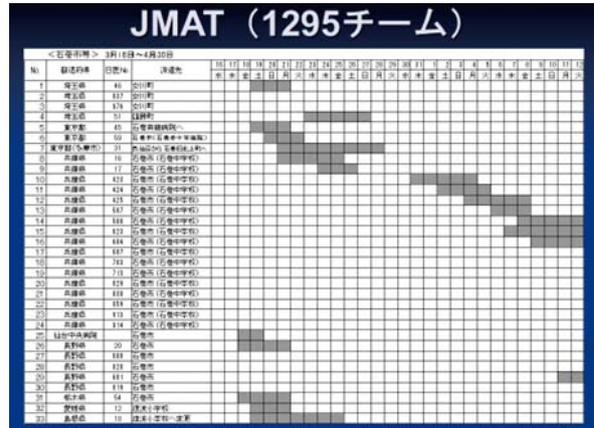
避難所

(図 7)

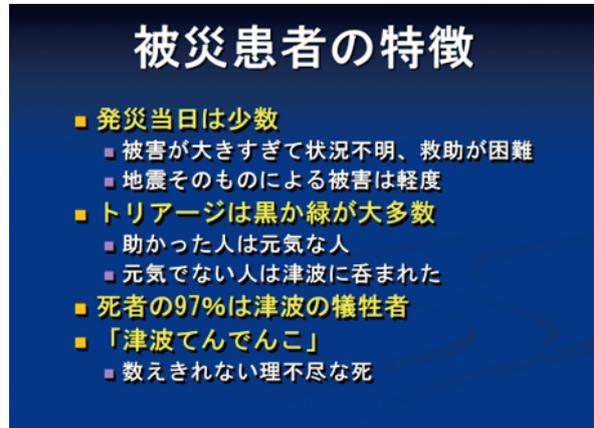
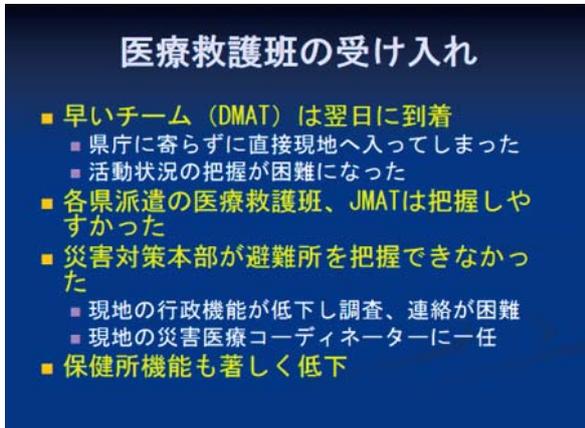


(図 9)

(図 8)



(図 10)



JMAT でした。JMAT は一つの場所に次々と一つのチームが 3～4 日ずつ、しかも同じ県からずっと続けて来てくれますので、いちいち引き継ぎをする必要もないくらい、皆その地域を極めて、効率的にみてくれました（図 8～10）。日本医師会の JMAT、これは先ほどの永田先生のお話にありましたように、武見プログラムから生まれたというお話がありましたが、それが非常に役に立ったということです。DMAT はどこにいったか、何をやっているか全然わからなかったのですが、JMAT は非常に統制がとれていて、すべてきっちりしていました。以上です。

【講演3】

# 母子保健 世界に広がり、世界から学ぶ、母子手帳

中村安秀

日本医師会国際保健検討委員会委員  
大阪大学大学院人間科学研究科教授



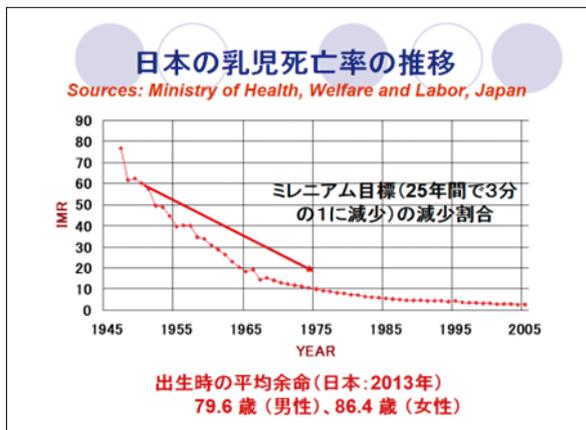
私自身が武見フェローで勉強させてもらったのは、かなり前になりますが、武見フェローは私の人生のなかでも、本当に素晴らしい体験でした。いろいろな人との出会いがあり、学びがあり、私自身が気付かなかったいろいろなことに気づかされた1年間でした。そのときに、各国の俊英たちが来ていました。今、彼らはタイ、韓国、ブラジルの教授になったりして活躍しています。その人たちと毎日顔を突き合わせ、議論するなかで私が教えられたのは、日本が途上国だったときの話を聞きたい、日本がどうして今のような素晴らしい医療をするようになったのか、そのプロセスを教えてほしいということでした。それに対する答えは、当時、私にもなくて、彼らとの議論の中から、「日本はもっと自分たちの歴史を大事にしなければならぬ」ということを教えられました。そういうなかで気づかされたのが、日本の乳児

死亡率の推移の素晴らしさです（図1）。

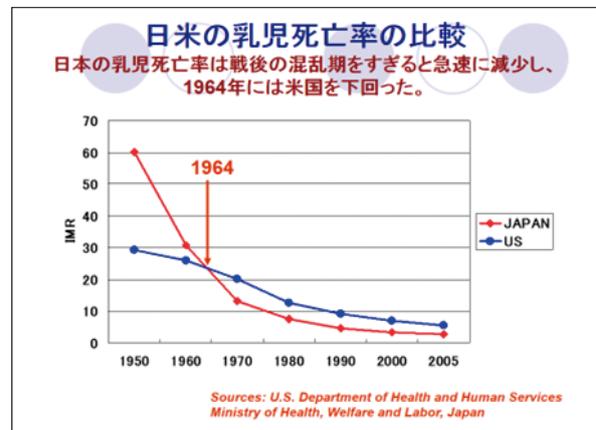
今、国連ミレニアム開発目標で、25年間で3分の1に乳児死亡率を下げることが国際目標になっています。2015年をめざして各国が取り組んでいますが、なかなかうまくいかないという国が多いです。日本はその2倍の速度、25年間で6分の1に乳児死亡率を下げました。誰からも命令されていないのに、この素晴らしさです。現在、出生時の平均余命、女性の86.4歳というのは、世界のだれから見ても驚くべき数字です。「どのように達成したのか」と世界のだれからも尋ねられるわけです。そのプロセスを大事にしたいと思いました。

日米の乳児死亡率を比較してみます（図2）。日本は戦後の混乱期を過ぎると、急速に下がり、1964年にはアメリカを下回っています。ちょうど東京オリンピックの年でした。当時、日本はま

(図1)



(図2)





【講演3】 母子保健 世界に広がり、世界から学ぶ、母子手帳

が生まれました。母親の手帳、妊娠、出産の手帳、子供の手帳を一緒にしたのは世界で初めてでした。日本では母子保健法で母子手帳が法整備されるのが、17年後です。その後、母子健康手帳に改称されています。

この手帳の役割をグローバルヘルスの見地から考えてみますと、これは単なる手帳ではないことがわかります(図6)。

妊婦健診は、産婦人科医、助産師によって行われます。出産があり、その後、新生児の訪問は、家庭で助産師、保健師さんが行います。乳幼児健診はクリニック、予防接種もクリニックで行います。妊娠して、出産して、子供が生まれるまで、一つの流れに多くの異なる専門家が携わります。場所も異なります。時期も異なります。このように異なる医療サービスにおいてどのように継続性を担保するか、というのは途上国だけでなく、先進国でも大きな課題になっています。ところが、

(図7)

(図8)

日本は60年前から母子健康手帳というツールを持っていたので、継続ケア(Continuum of Care)という点で、母子手帳を見ればこの一連の流れがほとんどわかるということが担保されています。

こんな素晴らしいものはない、と行って今、いろいろな国で母子手帳の取り組みが始まっています(図7)。すでに30カ国以上で取り組んでいますが、2012年10月は、ナイロビで母子手帳国際会議が行われました。黒川清先生にもケニアの保健大臣にも来ていただきました。保健大臣が手にしているのはケニア版の母子手帳で、これを作ったのは日本の東京女子医大に留学し、日本の母子手帳のことをよく知っているケニア人の小児科医です。その医師は、ケニアでエイズ対策などを含めた母と子の継続ケアをするためには、母子手帳が一番だと言いました。この会議には、アフリカ各国で母子手帳を開発した国、これから導入しようとしている国々が集まり、25カ国、300人でディスカッションさせてもらいました。

世界の母子健康手帳は、いろいろな意味で楽しいです(図8)。途上国だけではなく、先進国でも導入されています。米国ユタ州では、親から子供への思い出の品(Keepsake)として、母子手帳を導入しました。担当者の方は「日本の母子手帳をまねしました」と言っていました。インドネシアの母子手帳では、お父さんが表紙に出てきています。

そういうなかで、国際協力で大切なことは、

(図9)

“Lessons Without Borders“だと思っています(図9)。

「教訓は国境を越える」、まさに、東日本大震災のときに、私たちは援助する国から、援助される国になりました。私がよく行くスーダンでは、高校生が東日本大震災スペシャル・ウィークといって、自分たちの仲間を集め、集まったお金を大使館に寄付しました。皆で1週間頑張っ、被災した人たちのためにお金を集めてくれる。この気持ちはありがたい。そのお返しとして、私たちは、「援助する国」、「援助される国」という立場ではなく、どんな国ともお互い学びあい、協力しあう、そういう関係になりたいと思いました。

母子手帳に関しては、途上国の経験が、日本の母子手帳の改善にも生かされています。厚生労働省が行った母子手帳の調査は、インドネシアの調査票を応用したものでした。2012年の4月の改訂で、母子手帳に初めてカラーページが入りましたが、途上国では、ほとんどの国でカラーで作られています。その事実を知って、日本もカラーページを作るようにしました。

母子手帳は誰のものか、という途上国からの問いかけに対して、日本では「お子さんが成人したときに、お母さん、お父さんから手渡してあげる

ことも有意義です」ということが初めて書き加えられました。このように学びあう時代になったと考えています。

宣伝になりますが、2014年には世界で初めて英語とフランス語のバイリンガルの母子手帳を作ったカメルーンで第9回の母子手帳国際会議を行う予定になっています(図10)。

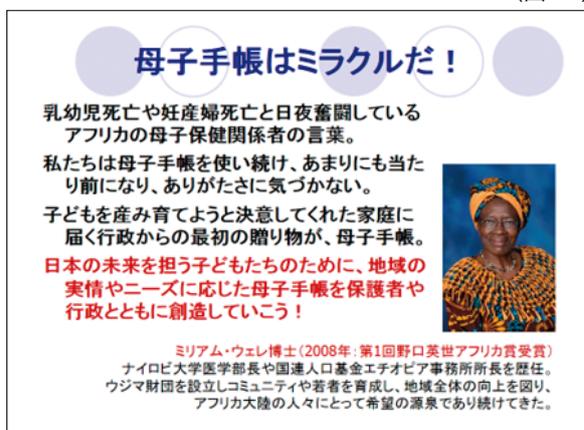
国外で母子手帳の普及活動をするなかで教えられたのは、日本の問題です(図11)。ミリアム・ウエレ博士(ナイロビ大学医学部長、国連人口基金エチオピア事務所所長を歴任)は、「母子手帳はミラクルだ」と言っています。私たち日本人は、母子手帳をあまりにも当たり前に使って、ありがたさに気づいていないのではないのでしょうか。アフリカの人たちは、こんなに素晴らしい母子手帳を持っている日本という国は本当に素晴らしいと言ってくれます。

私たちこそ、母子手帳のよさにもっと気づくことが必要だろうと思います。ここに集められた医師会の先生方、ぜひ日本の未来を担う子供たちのために、地域の実情やニーズに応じた母子手帳を、地域のなかでもう一度作り直す、そういう努力も必要なのではないか、そんなことを途上国の方との共同のなかで教えられた気がします。

(図10)



(図11)



## コメント

石黒成人

日本医師会国際保健検討委員会委員  
高知県医師会常任理事



母子健康手帳は、私たち小児科医にとりましては、お母さんと子供のリレーションシップを知るうえで非常に重要な情報源です。特に、妊娠中の母体管理の状況であるとか、出生後の健診、予防接種等の情報が加えられ、予防接種などの制度が変わるたびに改訂が加えられ、使いやすくなっています。私も過去に母子手帳の改訂にたずさわったことがありますが、本日のようなお話を聞き、特記すべきことは何かと言うと、先ほど中村先生がおっしゃったように、母親から子供へのメッセージが込められている物、贈り物だということです。育児中の不安、喜び、期待、さまざまな思いをそのときそのとき書き加えていって、それをまたお子さんに渡されるということを先生がお話しされました。

このような母子手帳は、愛情あふれる贈り物であると同時に、学校保健とか地域保健、成育保健といった、ライフスパンのすべてにかかわる保健につながる非常に重要な情報を含んでいるということを知っていただきたいと思います。成人した後も、母子手帳の内容が利用されることもこれから出てくると思います。

国連のミレニアム開発目標は8つありまして、4番、5番が母子保健に関係することです。

特に4番は乳幼児死亡の削減で、日本は戦後、新生児の死亡率が1,000出生に対して78とか、80とかいった時代がありましたが、今では2、3前後になり、世界一乳幼児死亡の少ない国になりました。一方、途上国においては、日本の戦後のような数字80くらいをたどっているところが多く、特に南サハラ地区では157といった高い数字を示している国もあります。

国連ミレニアム開発目標の5番目の妊産婦の健康改善についてですが、途上国では10万人の妊婦さんに対して出産関連死が480という、考えられないような高い数字があります。このような国においても、母子健康手帳を活用していくということは非常に大事なことです。

特に、その価値を高めるためには、私は3つの条件が必要だと思っています。まず、国民の識字率を上げること。特に女性の識字率を上げること。2番目に公衆衛生知識の向上。最後に、一番大事なことは、子供を安心して産み、育てられる国づくり、つまり紛争のない平和な社会を作ること。母子手帳を使う国にとって、これが一番大事なのではないかと思います。



## 武見フェロー講演

講演 4：「日本はなぜ健康になったか？地域社会の取り組みと国の政策の貢献」

講演 5：「ポスト 2015 —現代的課題 肥満を例に」



座長：倉増秀昭 日本医師会国際保健検討委員会委員  
北海道医師会理事  
波多江正紀 日本医師会国際保健検討委員会委員  
鹿児島県医師会理事

【講演4】

# 日本はなぜ健康になったか？ 地域社会の取り組みと国の政策の貢献

近藤尚己

日本医師会国際保健検討委員会委員  
東京大学大学院保健社会行動学分野准教授

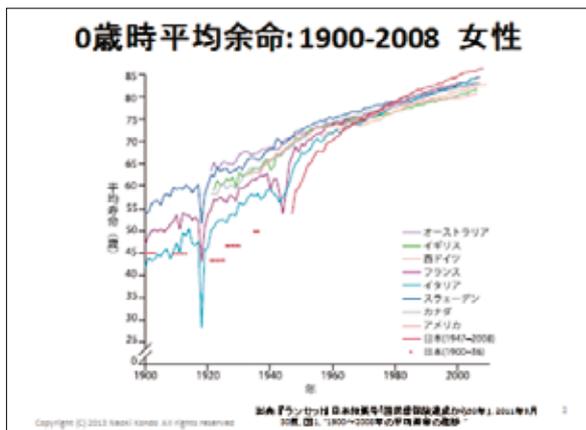


私は2006～07年に武見フェローで、その後2年間ほど別のフェローシップでハーバード大学に在籍させていただきました。武見プログラムは、私が今やっている研究の方向性を決めてくれました。

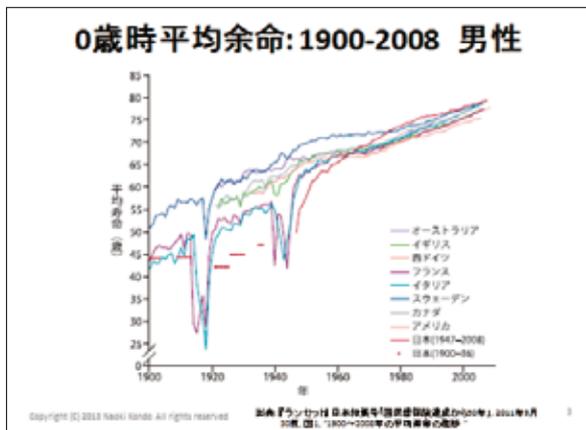
私の主張は、神馬先生や中村先生とほぼ同じで

国のユニバーサル・ヘルス・カバレッジというすばらしい制度を、しっかりと地域医療が受け止めたこと、それが日本を健康にしてきたと思っています。本日は、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジを達成した後、どうして日本は健康になったかという点を現存するデータを使ってお見せしたいと思います。

(図1)



(図2)

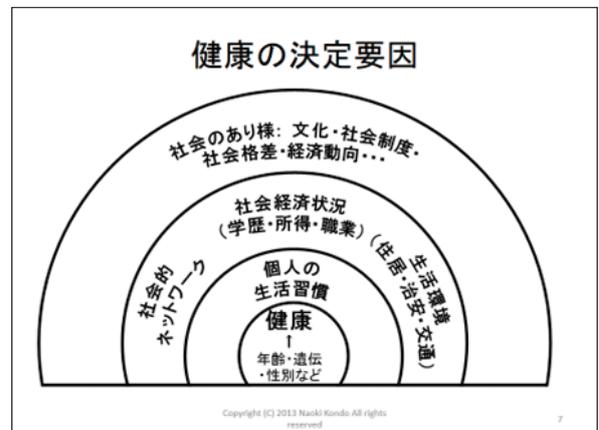


日本の女性は、今世界で第1位の健康平均寿命です(図1)。それを達成したのは、1980年代後半で、戦後はわずか55歳の寿命でした。それがあつという間に主要な国々を通りこして、1位になった後もずっとトップランナーで走り続けています。男性についても同じような傾向が見られます(図2)。

これはなぜか。健康は何で決まるのかという話になります(図3)。

もちろん、遺伝や年齢等によるリスクファクタ

(図3)



一もありますが、日本人が長寿になるような特別な遺伝子を持っているわけではないことはわかっています。その次に生活習慣の違いが挙げられます。食事や運動、喫煙とかそういったことです。そして、さらにそれを決めている、より「上流」の社会的な要因があります。つまり、貧困や生活環境、そして人のつながりです。そういったもの

(図4)

### 何が日本を健康にしたのか?

可能性のある要因 (Marmot & Smith, BMJ 1989など)

- ・ 制度
  - 皆保険
  - 公衆衛生施策
- ・ マクロな社会経済要因
  - 強い経済(1960s-1980s)
  - 安定した雇用
  - 公平な教育機会の
- ・ 社会的・文化的要因
  - 食文化
  - 清潔を大切にす規範
  - 小さな社会格差
  - 結束と「思いやり」の規範



寺子屋：18-19世紀の「私塾」。就学率は1850年当時70-86と世界有数であった (Yakuwa, 2003)

Copyright (C) 2013 Naoki Kondo All rights reserved.

(図5)

### 内容

- ・ 日本の健康状態の変遷と、地域や国による保健施策との関係についてデータで振り返る
  - 死因(感染症・脳卒中など)とその危険因子(高血圧・喫煙など)に関する長期データから国全体の健康状態の変遷を振り返る
  - 戦後を3期に分けて紹介
    - 1950-1965
    - 1965-1980
    - 1980以降
- ・ 現在の保健課題

Copyright (C) 2013 Naoki Kondo All rights reserved.

(図7)

### 生活環境の改善と感染症予防の取り組み

- ・ この時期に22の保健関係の法が施行
  - 例: 1951 レントゲン健診と治療の無料化(結核予防法の大幅改訂)
- ・ 1961国民皆保険の達成



レントゲンバス, 滋賀県, 1954



保健師の自宅訪問指導

Photo: Downloaded from Shiga Prefecture website  
Copyright (C) 2013 Naoki Kondo All rights reserved.

を規定している「さらに上流」のものとして、皆保険を含めた国の制度などが関与します。

私の研究は、こういった社会的な要因がどれくらい健康に影響を与えているのかということの研究する分野です。実際に、こういったものが日本人を健康にしてきたのでしょうか。戦後を3期に分けて、できるだけ客観的なデータを使ってその健康状況の変遷を説明したいと思います。そのうえで現在の保健課題は何か、それをどうやって解決すればいいのかを私なりに説明したいと思います (図4,5)。

1950年は、戦後復興と高度経済成長が始まった頃です。マンモス団地が全国ででき始めたのもこの頃です (図6)。この時期に、国は多くの保健関係の法律を成立させました (図7)。たとえば、レントゲン健診の普及などの予防戦略です。結核の治療が無料化されたのが1951年、そして1961年に国民皆保険が達成されました。

(図6)

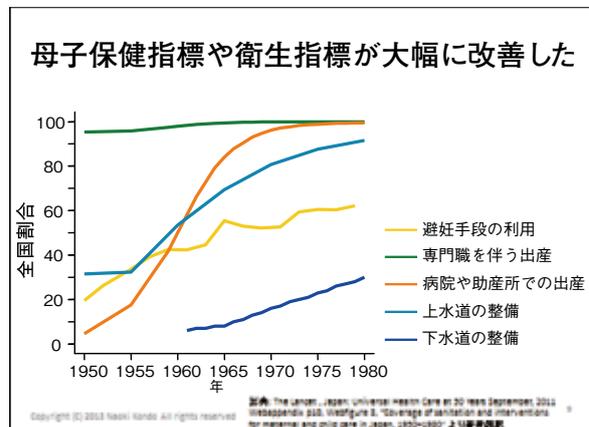
### 1950-1965 戦後復興と経済成長



2万世帯が暮らす埼玉のマンモス団地(1961)

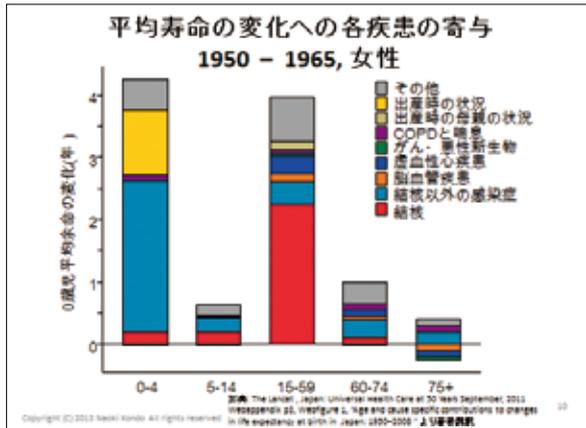
Photo: downloaded from Saitama Prefecture website

(図8)

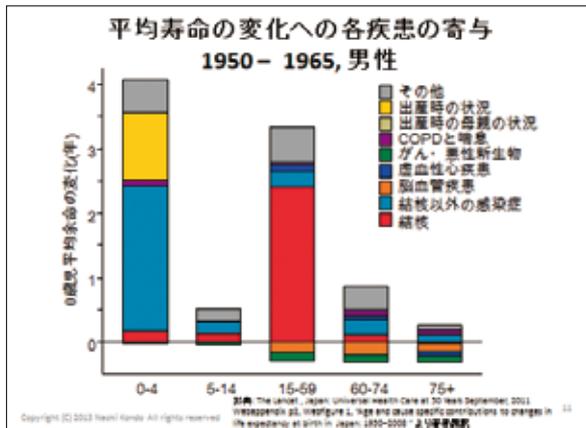


しかし、制度を作っただけでうまくいくわけではありません。こういった制度の担い手として、地域の住民の皆様と医師や医療関係者が一緒になって検診などの取り組みを支えてきたのです。その結果、たとえば、病院や助産所での出産をする人が急激にこの時期に増えて、衛生環境もずいぶん改善されました（図8）。

(図9)



(図10)



(図12)

### 高血圧とのたたかい

- 日本食は塩辛い!
- 1969年から政府の脳卒中予防戦略開始
  - 降圧薬を医療保険適用
  - 塩分摂取制限のための健康教育や啓発活動の広がり
- 1972年: 地方自治体への健診の義務化
- ...一方で冷蔵庫が普及し、塩蔵の必要性は低下

住民健診の風景

Copyright (C) 2013 Naoki Kondo. All rights reserved.

この時期、平均寿命の延びに貢献したのは、まず、成人の結核による死亡の減少です。これにより、女性は2歳以上平均寿命が延びました（図9）。

また、乳幼児の感染症による死亡が激減したことによって2～3歳程度平均寿命が延びました。男性も同様の傾向です（図10）。

1965年以降。高度成長が進み、医療費が上がりました（図11）。

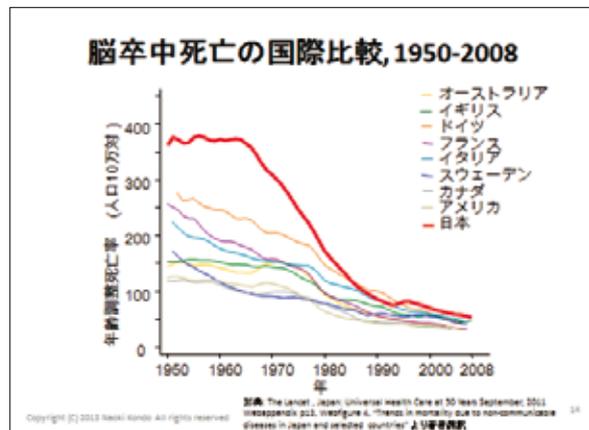
感染症が一定克服された後、この時期に問題となったのは慢性疾患です。特に、日本の場合は、塩辛い食事と関係して、脳卒中の死亡が非常に深刻で、それが医療費を押し上げていました（図12）。

そのために国にとっての施策は、降圧薬など、予防のための薬を保険適用にしたことです。そのことで、医師が病気を予防できるようになりました。そして、塩分制限のための健康教育や啓発活動、

(図11)



(図13)

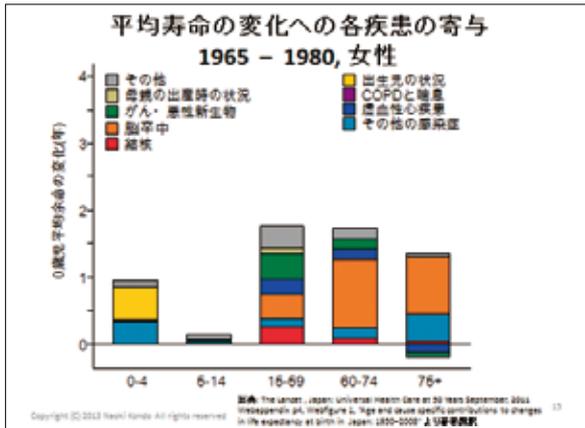


【講演 4】 日本はなぜ健康になったか？ 地域社会の取り組みと国の政策の貢献

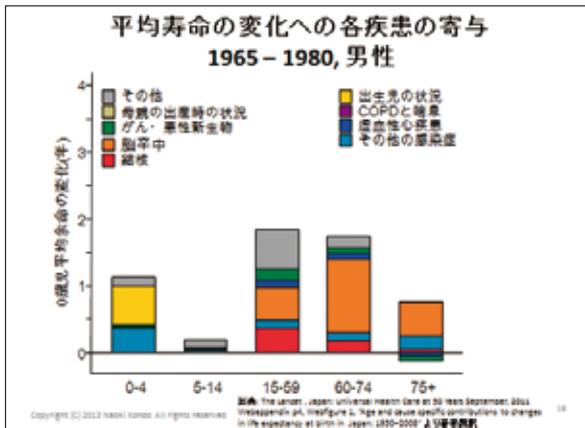
これがまた住民と医師、保健所などの皆様が手を組んで地域で続けられてきました。また、健診の義務化もなされました。その結果、1965 年以降、驚くべきスピードで脳卒中が低下し、ほぼ先進諸国と同じ水準に達しました（図 13）。

平均寿命との関係でみますと、成人 15 歳以上の脳卒中の死亡が減少したことによって、平均寿

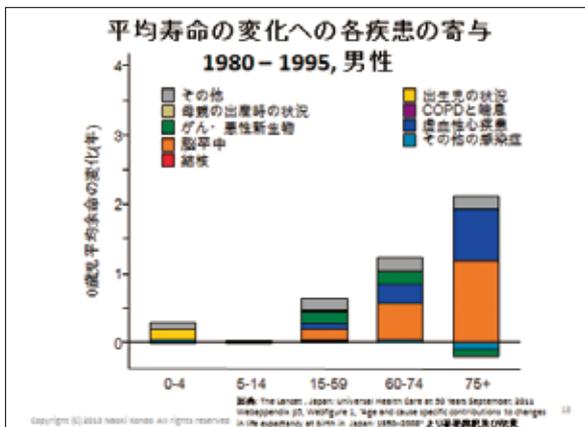
(図 14)



(図 15)



(図 17)



命がおおよそ 4～5 年延びたことがわかっています（図 14）。男性も同じような結果です（図 15）。

ここで私が言いたいことは、法律の整備によって確かに病気が減ったのですが、そこに必要だったのは、地域の人材だったということです。制度の受け手となる地域の基盤がなければ日本の長寿達成はかなわなかった、言い換えれば、日本にはそういうものがしっかりと備わっていたということです。このように、トップダウンとボトムアップのアプローチがうまくマッチしたことにより達成されたのだと思います。

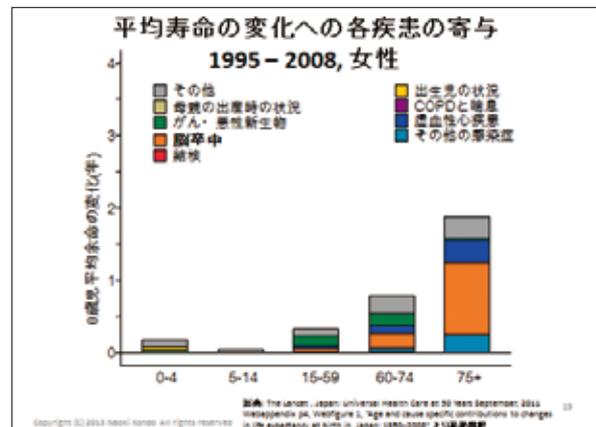
1980 年代以降、医療費を抑制しないとイケないような厳しい時期になっていきましたが、依然日本は、世界一の平均寿命を維持し、まだ寿命は延び続けています（図 16～18）。これが維持されているのも地域保健の基盤が歴史のなかで構築されてきたからではないでしょうか。

最後に、現在の保健政策の課題について考えま

(図 16)



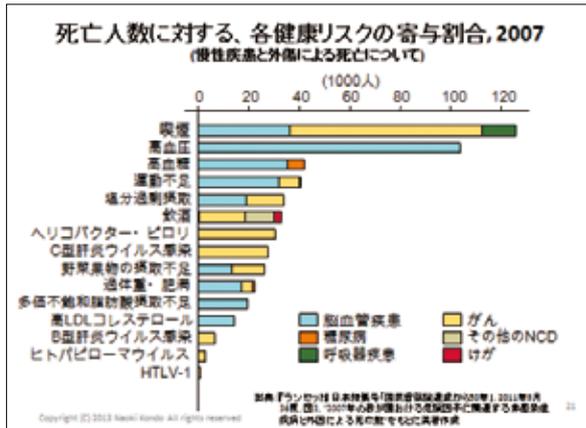
(図 18)



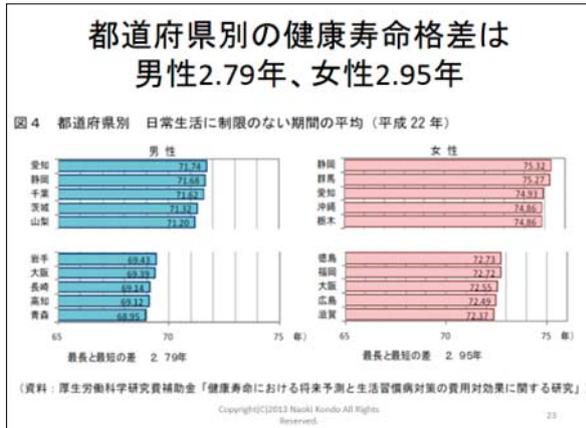
す。直接的なリスクでいいますと、喫煙と高血圧です(図19)。これが今、死亡にもっとも寄与しているリスクファクターであることが知られています。喫煙や高血圧を克服することで、日本人の死亡は年間20万人以上減らせるという推定結果があります。

これらの解決を目指す際に、さらに考えなけれ

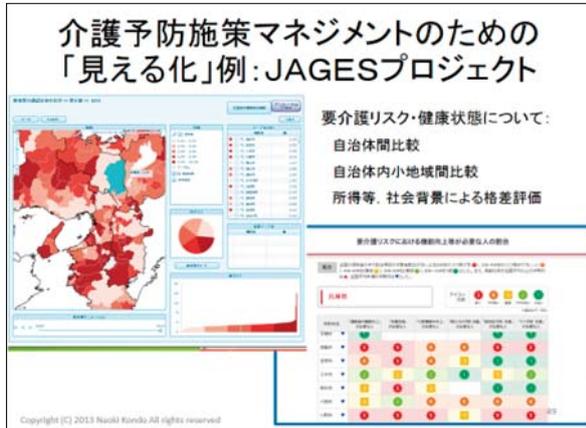
(図19)



(図21)



(図23)



ばならないのが、高齢化と介護予防の問題です(図20~24)。また近年懸念されている、いわゆる健康格差の問題もあります。皆保険を含め、世帯単位でデザインされてきた日本の社会保障制度が、ライフスタイルの多様化によって、うまく全員を包摂できなくなり、制度にぴったりとあてはまらない人がでてきています。たとえば、ひと

(図20)

### 現在の保健課題

- 高齢化と介護予防
- 健康格差への懸念
- 新しい「社会的排除」によるセーフティネットからの脱落: 非正規雇用・母子/父子家庭・地域社会からの孤立

現状把握が不十分→「見える化」の推進を

(図22)



(図24)

### まとめ: 日本はなぜ健康になったか?

期間	主要な死因	重要な寄与因子
戦後-1965	結核・その他の感染症疾患	衛生環境の改善 公衆衛生活動 経済成長
1965-1980	脳血管疾患(全成人)	様々な高血圧対策の成功と塩分の減少
1980-現在	脳血管疾患と虚血性心疾患(高齢者)	継続的な制度改定による公平な医療制度の維持

り親家庭や非正規雇用の問題、地域社会から孤立している若い成人男性などです。生活の多様化に対応できる新しいセーフティネットを構築することがこれからの課題でしょう。

厚生労働省が昨年、「健康格差の縮小」を健康日本21（第2次）の目標に掲げました。それを実際にどうやっていくのか、ということこれから考えなくてははいけません。

以上のように、課題は少なくありません。しかし、反対に考えれば、それを解決すれば日本人はさらに健康長寿になれる、ということです。試算上は、喫煙や代謝系のリスクファクターを解決することで、寿命はまだ3年以上の伸びしろがあ

る、とされています。そういったリスクが社会のなかのどういう人たちに集積しているのか、その対策のターゲットは誰なのか、ということをはっきりと明かにしていかなければならないと思います（図25）。

したがって、「見える化」の推進、つまり、現存するデータを可能な限り有効活用して、どこの誰にリスクがあるのか、限られた資源を優先的に渡していくべき人は誰なのかを考えるための情報基盤を構築していく必要があると思います。

このようにして、日本が誇る公正な保健医療システムの継続のためのたゆまない改革が重要なのではないかと思います。

(図 25)

### 日本はさらに健康になれる

- 優先度の高いリスクへのアプローチ: 喫煙・高血圧など代謝系リスク・がんの要因となる感染症
  - 平均余命は:
    - ・ 喫煙対策で最大1.8年
    - ・ 代謝系リスクの解決で最大1.4年
- 高齢化・自殺・健康格差など新しい課題への対応が必要
  - 公正なシステム継続のための改革
  - 「見える化」の推進: モニタリングのためのデータ利用の推進と分析体制の強化を

Copyright (C) 2013 Naoki Kondo All rights reserved 53

## コメント

窪田良彦

日本医師会国際保健検討委員会委員  
山梨県医師会理事



誰でも公平に医療を受けられる国民皆保険制度や医学の進歩により、日本は現在長寿国であり続けています。しかし、高度な医療技術や設備が整った大都市の病院に医師が集中してしまう傾向があり、特に地方病院の医師不足は問題となっています。私の住む山梨県内でも、特に僻地の病院の医師不足は深刻です。卒後の研修医制度により、若い医師がより魅力的な県外の病院に流出してしまうことで、地元の病院に派遣する医師が不足しています。そのために、必要な医療を受けられないという医療格差も生じているのが現実で、地方病院の医師確保は医療水準を低下させない為にも必要です。さらに地元のかかりつけ医を担う開業医の高齢化も進んでいます。我々開業医も万が一休診せざるを得ないときに、短期でも長期でも日本医師会から医師を派遣出来るようなシステムがあれば心強いと考えます。

全国的に高齢化が進んでおり、平成 25 年 4 月 1 日現在、65 歳以上の高齢化率は全国では 24.7%、山梨県は 25.7%ですが、特に私の住む南巨摩郡では 34.8%と高率です。また、夫婦健在であればまだしも、在宅でのひとり暮らし、寝たきり高齢者、認知症高齢者は年々増加しています。

そこで、我々地域医師会では現在このような取り組みをしています。地理的に山間地でもあり、受診が困難な方には、医療をサポートする目的で病院と開業医が連携して峡南在宅医療支援センターを設置し、在宅医療が必要な時には主治医や副主治医、さらには各科の協力医の紹介、また入院が必要な時には病院調整などを支援しています。

さらに、今後は IT を利用し、歯科医師、看護師、薬剤師、ケアマネージャー、ヘルパーなどと情報を共有できる健康管理システムを導入し、活用できるよう準備を進めています。

日本が健康長寿国を維持するには、一人ひとりの状況をいろいろな分野の専門家が把握し、そこから知恵を出し合っつきめ細かな医療を提供することがこれからの時代必要と考えます。

【講演5】

ポスト2015—現代的課題 肥満を例に

山本太郎

日本医師会国際保健検討委員会委員  
長崎大学熱帯医学研究所教授



私の発表は、視線を先に移した2015年以降、もう少し先の健康課題、どのような社会、問題を迎えようとしているかということの皆様と共有してみたいと思っております。

先ほどから話に出ていますミレニアム開発目標。保健目標が3つ出ていますが、それが2015年

で終わること。さらには、リオ+20で、2015年以降もすべての国で普遍的に適用できる主要な持続可能な開発目標の設定が合意されました。持続可能な開発とは、将来世代のニーズを満たす能力を損なうことなく、今日の世代のニーズを満たす開発ということです(図1)。

(図1)

### 背景

- 背景として、
  - 保健関連で3つの目標を定めたMDGsが2015年で終わること、
  - リオ+20で、2015年以降も、すべての国で普遍的に適用できる主要な持続可能な開発目標の設定が合意されたことがある。

持続可能な開発  
「将来の世代のニーズを満たす能力を損なうことなく、今日の世代のニーズを満たすような開発」  
(1987年 環境と開発に関する世界委員会の報告書より)

現在、私たちが住む世界を見たものが、このスライドです(図2)。ミレニアム開発目標が設定された2000年、私たちは内戦、基金、債務危機、南北間格差、エイズ等、急性で喫緊の対処をする問題に直面していました。それから15年が経ち、現在、南北間格差はありながら、国内の格差の問題、若年失業の問題、気候変動に伴う災害の多発、高齢化、慢性疾患という世界全体がより慢性化、あるいは構造化した問題への対処が求められている時代だと思います。

そういうなか、慢性疾患の一つである肥満のこ

(図2)

### いま、私たちが住む世界

☆世界が直面する脅威の変化

(出展: 動く・動かす 稲場氏、改変)

(図3)

### 例えば、慢性疾患の基礎となる肥満

世界の現状

- 20歳以上の成人人口のうち14億人以上がOverweight  
そのうち2億人の男性と3億人の女性が肥満 (2008年)
- 5歳以下の4000万人の子どもがOverweight (2010年)

Global status report on non communicable diseases, WHO, 2010  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html>

とを考えると、現在の世界の状況は以下のようになっております（図3）。たとえば、20歳以上の人口のうち、14億人以上が過剰体重、そのうち2億人の男性と3億人の女性が肥満という状況になっています。5歳以下の子供の4,000万人が過剰体重にある、という状況にあります。そういった状況が将来の糖尿病、心疾患、悪性腫瘍のリスク要因となる可能性が指摘されていますし、開発途上国では感染症と慢性疾患の二重の負担という問題に直面する状況を呈しているということになるわけです。

現在の状況としてアメリカ、オーストラリアを中心とする先進国では、BMIが25以上という過剰体重の人口は、60～70%に達しています。メキシコ、南アフリカ、フィジー、ブラジルといった旧低所得国においても、過剰体重、肥満の割合が増えています。肥満が途上国の二重の負担となるとともに、先進国と共通の課題になりつつある

(表 1)

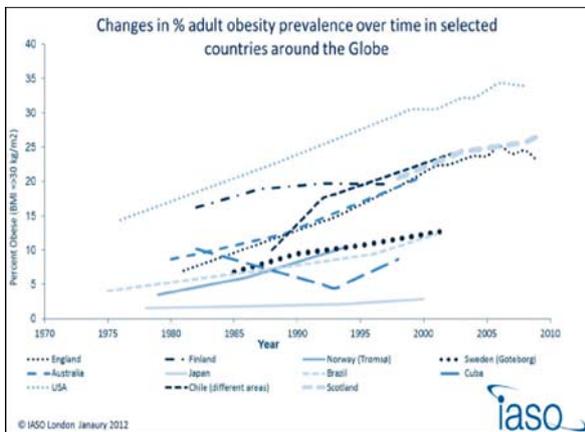
国名	BMI ≥ 25 (%)		BMI ≥ 30 (%)	
	男	女	男	女
インド	10.0	12.5	1.3	2.5
フィリピン	24.5	29.1	4.5	8.3
中国	25.1	24.9	4.6	6.5
ブラジル	53.5	52.0	16.5	22.1
フィジー	60.1	72.9	21.3	42.2
南アフリカ	62.0	73.6	23.2	42.8
メキシコ	67.8	70.3	26.7	38.4

国名	BMI ≥ 25 (%)		BMI ≥ 30 (%)	
	男	女	男	女
日本	25.9	15.9	5.5	3.5
イタリア	58.3	40.1	19.3	14.9
ドイツ	62.8	46.6	23.1	19.2
オーストラリア	66.5	56.2	25.2	24.9
アメリカ	72.5	66.3	30.2	33.2

Global status report on non communicable diseases.

(図 5)



(図 4)

という状況がみてとれると思います（表1）。

こういった状況はいつ始まったのでしょうか。1980年以降、肥満人口は急激に増加をしてきました。現在、世界で5人に1人が過剰体重と言われています。この状況は、エイズが世界的流行になったそのスピードをはるかに上回る状況で拡大しています（図4）。世界全体が肥満に苦しむ状況にいるのかもしれませんが。これは、成人の肥満のパーセントを時間軸とともに示したものです（図5）。非常に速い速度で肥満率が増加しているのがわかります。

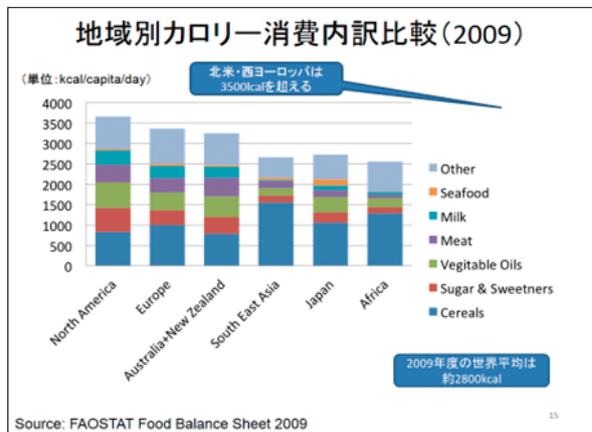
地域別カロリー消費をみてみます（図6）。北米、西ヨーロッパでは、1日当たり摂取カロリーが3,500キロカロリーを超えています。2009年の世界平均は2,800キロカロリー、このような中で肥満が増えています。

一人当たりのGDPと一人当たりの消費量を見ると、一人当たりの名目GDPが上がると、摂取

1980年以降、肥満人口は急激に増加している。現在、世界で5人に1人は、過剰体重(=BMI>25)とされている。

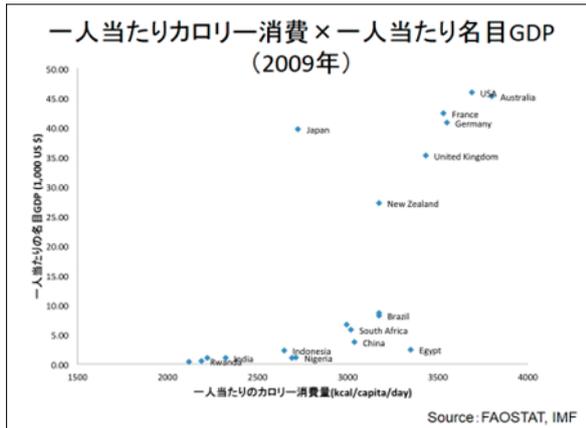
肥満の流行拡大の様相は、エイズが世界的流行になった、そのスピードを上回る。

(図 6)

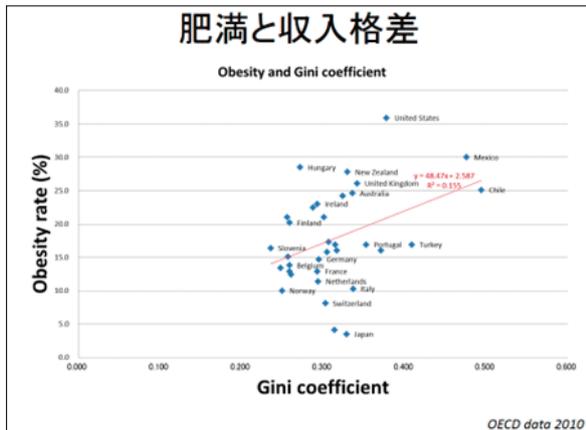


カロリーが増えていく（図7）。そのような中で先進国に肥満があります。一人当たりの消費量が少ない国でも肥満人口が増加しています。少ないカロリー消費国の中で、相対的に多くカロリーを消費する人の割合が増えています。逆に言うと、一方で、カロリーの消費が少ない人がいることを示唆する結果になっています。

(図7)



(図8)



(図10)

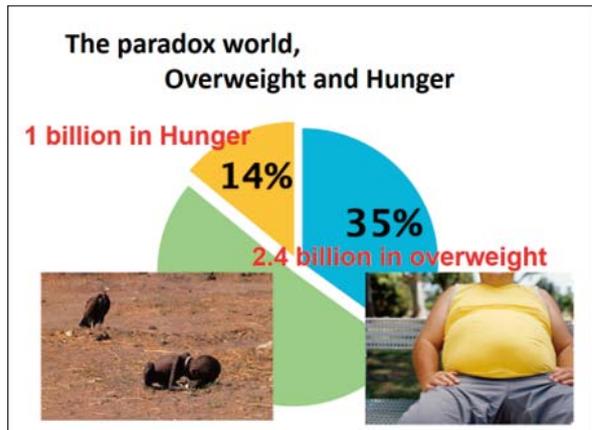
肥満と収入格差をみますと、経済格差が高くなるほど肥満が増えるという結果を示しています（図8）。

こういったことから見える世界は、ある種のパラドックスなのかもしれません。35%、約24億人の人が過剰体重である一方、世界のなかで10億人が飢餓に苦しんでいる（図9）。それが同じ世界、同じ地域、同じ国に併存している状況が、今の世界なのかもしれません。

アメリカのボストンのホームレスを調査した結果では、3人に1人が臨床上の肥満に分類される結果を示しています。やせていることが栄養失調を示していたのは、それほど昔のことではありませんが、現在では肥満が栄養不良の隠れ蓑になっている可能性が指摘されています（図10）。

0～5歳児の肥満人口の推移をみますと、1990年に約2,000万人だった途上国の小児肥満の人口は、2010年には3,500万人、2020年に

(図9)



(図11)

米国のボストン周辺にいるホームレスの3人に1人が、臨床上の肥満に分類されるという新たな調査の結果が発表された。

やせていることが栄養失調を示していたのは、それほど昔のことではないが、現代では肥満が栄養失調の隠れ蓑になっている可能性が高まっている。

0～5歳児の肥満人口の推移(単位:100万人)

	1990	1995	2000	2005	2010	2015	2020
開発途上国	20.7	22.4	25.0	28.9	34.7	42.0	49.9
先進国	6.2	6.3	6.4	7.1	8.1	8.8	9.5

小児肥満は、成人肥満の原因となり、また、妊婦の肥満は小児肥満の原因として知られている。1980年以降、世界で急増中。

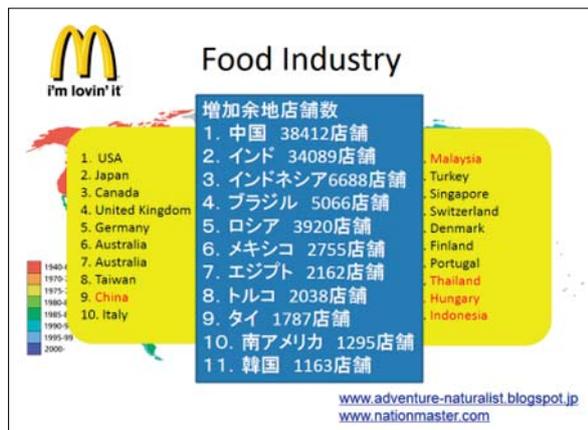
DE ONIS, M., BLOSSNER, M. & BORGHJI, E. 2010. Global prevalence and trends of overweight and obesity among preschool children. *Am J Clin Nutr*, 92, 1257-64.

は5,000万人に迫ると推定されています(図11)。小児の肥満は、成人肥満の原因で、妊婦の肥満は小児肥満の原因として知られております。こうした小児の肥満は、次世代に長く影響を及ぼすことが指摘されています。そして、肥満が多く慢性疾患の原因だとすれば、我々は、将来に向けた大きな健康問題に対する時限爆弾のようなものを抱えつつあるのかもしれない。

一方で、グローバリゼーションはさまざまなことをもたらしています。マクドナルドの出店数の世界的状況を見ますと、店舗数はアメリカが一番多く、二番目に日本、カナダ、イギリス、ドイツと先進国が続いていますが、マクドナルドが今後20年間に新店舗があると考えた国とその店舗数を見ますと、中国で38,000店くらいは十分採算が合う出店、インドでも34,000店くらいと途上国が続いています(図12)。

そういうなかで、肥満、脂肪蓄積について考え

(図12)



(図14)



ました(図13)。非常に興味深いことに、肥満で引き起こされる代謝の変化が、動物が冬眠を行う際のエネルギー代謝の変化に非常によく似ているということが指摘されています。それが、何を意味するかというと、肥満を志向する人類の適応というのは、私たちが長い期間、食物の乏しい時期を乗り越えるための適応のプロセスだったと考えられています。それが、飽食を迎えた今、不適応となっている可能性が高く、専門用語でミスマッチパラダイムとありますが、こういった複雑な健康問題を、今の世界は抱えつつあるのかもしれない。

肥満は昔からありました。肥満は、まれな事象で、美や富の象徴であったと考えられています。2万年以上前にドイツの遺跡から出てきたビーナスの像、イギリスのダニエル・ランバート、今まで一番肥満だったかもしれない一人の肖像画です(図14)。美や富の象徴であったわけです。

(図13)

### 肥満あるいは脂肪蓄積の意味論

- 興味深いことに、冬を迎える前にエネルギー貯蔵を増加させる動物(冬眠を行う動物)のエネルギー代謝の変化は、肥満によって引き起こされるⅡ型糖尿病の代謝変化とよく似ている。(Scott and Grant, 2006)
- すなわち、私たちの祖先のが、食物が乏しい時期を生き延びるために、食物が豊富な時期を利用する能力を増加させたという仮説は合理的だと考えられる。
- 肥満を志向する人類の適応の方向は、私たちの祖先が、食物が乏しい時期を生き延びるために選択してきた、過去の歴史への適応の一つの可能性が高い。
- …それが現在の不適応となっている可能性がある。
- 過去の適応が、現在の不適応を導いている可能性がある。  
これを専門用語で、**ミスマッチ・パラダイム**という

(図15)

### 肥満、近未来的課題

- 1980年以降、世界で急増中。10-13億人(世界人口の5人に1人)が肥満の定義(=BMI>25)。エイズに続く**パンデミック**の様相。感染症のように集積性あり・感染症学、数理モデルの応用ができる可能性がある
- 米国では、1980年以降、急増。…肥満や極端な肥満の割合が増加。BMI>40=1200万人、BMI>70=100万人。成人女性の63%が過剰体重、うち半数が肥満。ただし、割合は横ばいになりつつある。近代の環境における飽和か? 今後の日本は、世界はどうか?
- 南太平洋島嶼地域では70%が肥満。40%がⅡ型糖尿病。
- チベットなど高地では、高地適応した人々ほど、肥満と糖尿病のリスクが高い可能性がある。俊約遺伝子か? …過去の適応が現在の不適応か?
- 摂食を抑制するペプチドに抗菌効果あり…肥満と感染症の関係は?
- ヒトの赤ん坊は、哺乳類のなかで最も脂肪量が多い。それは大きな脳を支えるため。…出産後の、赤子の脳の成長に必須だった可能性もある。
- 脂肪組織は、免疫系にも関与し、余分な脂肪を持つことは、過去、感染症に対する防衛的効果を持った可能性がある?
- 肥満は、ヒトの進化の向かうべき方向か? …とすれば、我々は何を考えるべきか?

そうした状況を考えたうえで、肥満が示す近未来的な課題を最後に挙げたいと思います（図15）。1980年以降、肥満は世界で急増しています。現在、10億から13億の人が肥満の定義にあてはまります。これは、エイズに続くパンデミックの様相を呈しています。肥満の分布を見ると、感染症のように集積があり、何らかの文化的な感染因子のようなものを想定すると、感染症で培ってきた感染症学や数理モデルが応用できるかもしれない、ということをお我々に示してくれます。

アメリカでは1980年以降、肥満が急増しております。BMIが40を超える人が1,200万人、BMIが70を超える人が100万人程度いると言われております。成人女性の63%が過剰体重で、その半分が肥満と言われております。しかし、割合は横ばいになりつつあります。これが近代の環境における肥満の飽和を表すのか、今後日本はどうなるのか、世界はどういうふうな肥満の広がりを迎えていくのかという課題があるかもしれません。

一方、南太平洋の地域では、70%が肥満、40

%がII型糖尿病、この問題をどう考えるか。チベットなどの高地では、高地に適した人ほど、肥満や糖尿病のリスクが高い可能性があるという指摘があります。儉約遺伝子の存在があるのかもしれませんが、これは、過去の適応が現代の不適応になった例かもしれません。一方、肥満に関する摂食を抑制する消化管ペプチドに抗菌作用があり、肥満と感染症の関係が、最近ホットなトピックの一つとして注目されておりますが、この問題とどう向き合うか。あるいは、もう少し根源的になるかもしれませんが、人間の赤ん坊は、哺乳類のなかで最も脂肪量が高いのですが、それは大きな脳を支えるために必要な適応だったと言われております。そうした脂肪組織は、免疫系にも作用して、感染症に対する防御に効果があったとも指摘されております。今後、迎えるべき肥満は、人の向かうべき進化の方向なのか、あるいはそうでないのか、そうしたことも含めて、われわれは今、何を考えるべきなのか、そういうことを考える時期に来ているのではないかと思います。

## コメント

### 竹村 恵史

日本医師会国際保健検討委員会副委員長  
奈良県医師会副会長



当時、乳児死亡率日本一であった沢内村を「これは何とかしなくては」ということで、行政と村民が一体となって乳児死亡率ゼロを達成した話があります。医師だけでなく、保健師などとも協力しながら、八百屋さんも、お米屋さんも、お菓子屋さんも住民全員で声を出し合って、良い地域を作っていくことが大事だと思います。そういう考えを基に地域医師会は在るべきだと思っています。私はいつも、ロータリークラブでこのような話をしているのですが、なかなか企業の方と接点が折り合わないというところがありまして困ることも多いのです。しかし、今後も問題に向き合っていきたいと思います。

実はここに山本先生が執筆された岩波新書「感染症と文明」があります。その前に、新型インフルエンザのお話も書いておられます。今のお話は、この次の岩波新書で書かれるかと思います。

今後肥満症をどう考えるか。遺伝子組み換えの食品とか、小麦、コーンスターチなどが日本に輸入されておりまして。コーンスターチの工場は、奈良にもあり、産業保健で見学に行った際に「このトウモロコシは遺伝子組み換えですか」と聞くのですが、企業秘密として答えてくれないのが現状だと思います。

私たちは子供のころ、田植えの時期は農繁休暇というのがありまして、田んぼを持っている家の子供は、幼稚園、小学校くらいのおきから田植えをします。田を持っていない家庭は、掃除をなさいとさんざん体を動かして働くということをやっていました。昭和40年、50年くらいまでは食糧不足が問題でしたが、ここに来て、色々な要因で高カロリーが問題になっています。これに対し、国や教育であるとか、我々医療に携わる皆が頑張っって取り組んでいかななくてはならないと思います。

中村先生の講演で乳児死亡率の話がありました。岩手県沢内村の元村長だった深沢晟雄さんが、

# パネルディスカッション



司 会：鈴木邦彦 常任理事

座 長：石井正三 常任理事

菅波 茂 委員 / AMDA 代表

パネリスト：マイケル・ライシュ武見プログラム指導教授、HSPH  
神馬征峰委員長 / 東京大学大学院国際地域保健学教授  
永田高志委員 / 九州大学大学院災害・救急医学分野助教  
中村安秀委員 / 大阪大学大学院人間科学研究科教授  
近藤尚己委員 / 東京大学大学院保健社会行動学分野准教授  
山本太郎委員 / 長崎大学熱帯医学研究所教授

**鈴木常任理事** これよりパネルディスカッションを行います。座長は、石井先生と国際保健検討委員会委員でAMDA代表の菅波茂先生です。ご存知のようにAMDAは、先のフィリピンにおける大規模台風の災害において、現地にて救援活動に携わり日本医師会からもその活動を支援するための資金提供をさせていただいております。それではよろしくお願いいたします。

**石井常任理事** AMDAの話になりますが、フィリピンの台風被害支援で、今現在フィリピンの奥まで入っている自衛隊とAMDAのチームが現地でコラボをする形に昨日ようやくなりました。安全を担保しながら人道支援にあたるということが今現在進みつつあるということです。日本医師会はAMDAを継続的に支援していきたいということで第一回の資金提供を行ったところです。会員の皆様からも、募金の話はどうなっているのかというお話をいただいています。状況がはっきりしましたら、その時点でまたお知らせし、お願いしたいと思います。

さて、それでは本論に入りたいと思います。これまでの講演から、「地域から世界へ、世界から地域へ」という今回のテーマが十分見えてきましたが、さらに演者間で何か追加したいことがありましたらお出しただけたらと思います。

**近藤委員** 神馬先生のお話にもありましたが、日本は途上国から保健の先進国に仲間入りすること

ができました。これには確かにユニバーサル・ヘルス・カバレッジを達成したということも強く関係するのですが、それだけで世界一になれるわけではないですね。では、日本には更に何があったのか、なぜ、多くの感染症を克服できたのか。私は地域に備わっていた基盤や地域活動という話をしましたが、そのような日本の経験をもっと世界に伝えていきたいなと思います。では、どのように世界に伝えていけばいいのか、あるいはそのような活動が現在どうなっているのかについて神馬先生にお伺いしたいと思います。

**神馬委員長** 制度を整えただけではなく、それを実現し得た地域保健活動や地域医療の実践が大きいと思います。ところが、今回の講演を準備して気づいたことですが、日本のコミュニティヘルスに関する英語の文献が非常に少ない。ほとんどが日本語の本とかエッセーという形でしか残されていません。これでは世界の人たちが、日本のコミ



石井正三日本医師会常任理事



鈴木邦彦日本医師会常任理事



近藤尚己委員／東京大学大学院保健社会行動学分野准教授

ユニティヘルスの活動を知るのには難しいのではないかと思います。その点に関しては、我々の努力が足りなかったということは反省しなくてはなりません。

なお、八千穂村に関しては、村の健康づくり活動の発端になったのは1953年の赤痢の流行でした。赤痢の流行で222人が亡くなっています。赤痢対策として、衛生指導員というものができ、その経験をもとに先ほど紹介したような活動が始まりました。赤痢対策、あるいは感染症対策として働いた衛生指導員が、今度は高血圧対策、慢性疾患対策のための健康指導員として働くようになるわけです。疾病パターンが感染症から慢性疾患へ移ってきている途上国において、このような活動は非常に有効な事例として紹介できるのではないかと思います。ところがこういった活動は、英語の文献としてきっちり残っていない。これを直せば、日本の地域での活動が世界にもうまく発信できるのではないかと。日本語の文献はたくさんあるので、それをうまくまとめて発信していかないといけないと思っています。

**中村委員** 今のお話にも、母子保健の面から2つのことを追加したいと思います。戦後の母子保健の改善には、保健師や助産師と医師とのコラボレーションがとても大切だったと思います。最近では、チーム医療という言葉がありますが、もっと前から地域医療では、かなりコラボレーションができています。70、80歳代の助産師さんに聞くと、



神馬征峰委員長／東京大学大学院国際地域保健学教授

「昔、何もなかった時代にお世話になったのは、地域の産婦人科の先生」と言っていました。そういう地域のなかのコラボレーションがありました。それがきちんとしたエビデンスをもって何も残っていないというのが現状です。

もう一つは、地域で働いている人の下からのパワーです。それだけではなくて、政府、厚生労働省というより、地方自治体が上から、こういうふうにしたらどうだと言ってくれる。これらがうまく具合にマッチングしたのだと思います。これは武見敬三先生が言われる人間の安全保障の概念で言うと、上からのプロテクションとコミュニティからのエンパワメントがちょうどよい形で、接点をもっていたのが日本の地域医療の真髄だったのでは、という気がします。

**石井常任理事** 武見太郎先生が会長になられた1957、58年ころから何が起きていたかということ、学校保健、地域保健、健診、職場健診、こういうものが地域でいろいろなネットワークを構成し、これらが地域力と絡みあったところで何か起きたのではないかな、と思います。国民皆保険がそれを後押しするツールになった。それによって医療にアクセスするのをためらっていた人たちが、随時、ためらわずにかかわれるようになったというポジティブな側面がそこにあったのかな、と思います。

**ライシュ教授** これは非常に重要な質問だと思



中村安秀委員／大阪大学大学院人間科学研究科教授

ます。日本の健康状況が世界一ということはどうやって説明するか。先生方の話を聞くと、一つの結論として、「簡単に説明することはできません」ということです。一つの条件だけで、成功したということは言えます。しかし皆保険制度の影響はどうか。皆保険制度は必要条件だけれど、それだけでは成功するには不十分と考えます。考えてみれば、イギリスではもっと前に皆保険ができたのです。しかし、それだけで、健康状況がトップになるわけではありません。結局、何が必要になるかということ、マルチファクトということ、つまり政治状態、経済状態、開業医の役割、薬の使い方、食べ物、運動など、たくさんの要素がうまくいくと健康状況がよくなります。そして、次に大切なのは日本の状況が将来、どうなるか。ということです。日本の皆様がメキシコやアメリカの人々のように太ってくると状況はどうなるのか。そうすると、結局、人間の行動に影響を及ぼすことも必要になってきます。では、そのとき、誰が何をするか、開業医の役割は、日本医師会の役割はどうなるか、ということになります。これが一つの共通的なテーマではないかと思えます。

**石井常任理事** 武見プログラムができた1980年代は、日本の医療がある高さまで来たところですよ。そのとき、武見太郎先生は何を考えたかという、国際保健との強い結びつきという概念を持って、外と内が、日本の情報を外に持って行って、外から持ってきた情報がまた日本に反映され

るような、ハーバードにおけるプラットフォームを作りたいと思われたと思います。実際に、そういうところに行ったら何が見えるのか。そのあたりのことについてコメントをいただきたいと思えます。

**永田委員** 武見プログラムで得たものは、さまざまな国のフェローとの会話です。母子手帳が素晴らしいというのは、我々だけでは気づくことではなくて、もう一つの視点から指摘されて再認識できたと思います。そのような新しい視点を得られる場であるということが武見プログラムの強みであったかと思えます。

**中村委員** 私が武見プログラムで感動したのは、こういうことでした。私の同期にいたのは、韓国のヘルスエコノミストでした。医師ではありませんでした。エコノミーをやっている人が医学部、パブリックヘルスのなかに入って、そこで医療経済を論じる。こういうような人があちこちにいるのだ、と。日本はずっと医師が医師だけでいろいろなことをやってきたような気がします。そうではなくて、プログラムでは、いろいろなバックグラウンドを持った人、社会学者もいましたし、ジャーナリストもいました。彼らが保健のことを語っていく。医療者だけでなく、いろいろな分野の人と一緒にこういうディスカッションを重ねることで医療というのはよくなっていくのだということ学びました。そういう部分では、途上国と言



マイケル・ライシュ 武見プログラム指導教授、HSPH



永田高志委員／九州大学大学院災害・救急医学分野助教

われた国々の方がむしろ進んでいると思いました。

**神馬委員長** 私はハーバード大学に2回行っていますが、感銘を受けたのが、さまざまな価値観が同じように評価されているということでした。たとえば、修士号も持たず、博士号も持たず、研究が大好きということで、日本の教授以上に論文を書いている研究員がいました。彼はそのポジションに非常に満足している。ハーバードで教授とならなくても、講師としてフィールド活動を非常に熱心にやって、自分のポジションに満足して充実した人生を送っている人もいました。日本の大学に来ると、教授になることだけが目的のようなところがありますけれども、そうではない懐の深さを素晴らしいと思いました。個人的には、私は現場と大学をつなぐ役割を果たしてほしいと前の教授に言われました。医療保健活動の現場にいる人は論文を書けない、大学にいる論文を書ける人は現場を知らない。その二つを備える人がこれからの日本に求められると言われていました。そのための足腰を鍛える作業を武見フェローでやらせていただいたことに感謝しております。

**石井常任理事** 菅波先生は地域医療と災害の国際貢献をやっておられるので、その面からコメントをお願いします。

**菅波委員** 私は、武見太郎先生だったらどうするかな、といつも考えるのですが、武見先生の「根源的にして、敷衍的にして、永遠」という一句があります。それから、「プロフェッショナルフリーダム」というのがあります。医師免許は、患者さんの命を助けろ、救え、見放すなということですが、ここでリバティーではなく、なぜ、フリーダムを武見先生は使われたかということについて非常に興味があります。フリーダムというのは束縛をさせない、解放するという意味があります。たぶん患者さんの命を守るためには束縛するあらゆるものを解放しろということだと思います。そのためにプロフェッショナルとしてのフリーダム

を使われたかと思いますが、そこには、医師としてのノブレス・オブリージュ（高貴なる義務）というのを感じます。なお、私は、プロフェッショナルフリーダムの言葉のはしばしから高貴なる義務を感じます。これは、地域医療、災害医療もそうです。民族、宗教、国境を越えていく、それがノブレスオブリージュとしての、プロフェッショナルフリーダムとしての、武見先生の真髓だと思っています。何かあると、プロフェッショナル・フリーダムがどういうものかということを考えながら、地域医療、災害医療に取り組んでいます。

**石井常任理事** 会場からの質問です。日本が直面する課題と、途上国と学びあうというところで、日本が国内の人材や知恵を総動員していくためには、どういう体制を作っていけばいいのでしょうか。これは、先ほど山本先生の未来を見通すようなお話のなかで、さまざまなデマンドがわれわれの現場にきていますし、国としてどのようにできるか、その辺についてどうでしょうか。

**山本委員** 神馬先生の話だったかと思うのですが、システムが強くなるとコミュニティの力が弱くなる。よい制度が与えられれば、そこに参加する人の意思決定の力が落ちてくる。逆に言うと、よい制度というのは、それによって利益を受ける人が声を上げなくても、確実に利益を得る制度を作ろうということなのに、制度が動き始めるとそれに



菅波茂委員／AMDA 代表

参加するそういう人の力も弱めていく方向に働く。日本は戦後、非常によいシステムを作ってきたのですが、よい制度を作り、うまく運営されたことによってある問題に直面しつつあるのかなという気がしています。実は日本が本当に世界に向けて発信すべき教訓や学びは、それをどういうふうに克服していくか、どう向き合っていくかということなのかもしれないと、本日の講演を聞いていて思いました。武見太郎先生が30年前、現代的課題であるかもしれない萌芽のようなものを感じて、武見プログラムを作って、それがやはり30年後に現実的になってきた。そこに教訓があって、我々が現代的課題としてよい制度に参加する人の相克のような問題に、もし気づきつつあるとすれば、30年後にそれがどのように越えられるべきなのか、どう具体的な課題として出てくるのかという問題を考えるべきということ、武見先生がプログラムを作り教えてくれたのかな、とそんなことを思いました。

**石井常任理事** ちなみに、日本医師会の国際保健検討委員会では、地域医療の先生方、専門家の先生方、またオブザーバーとして、日本プライマリ・ケア連合学会理事長の丸山先生、外務省、厚労省からの方々に参加をいただいているほかに、ジュニア・ドクターズ・ネットワークという世界の若手のネットワークを作ろうという方々に参加いただいて、運用させていただいております。今、われわれが持っているものは、実は武見プログラ

ムによる世界の、そして日本の専門家を含めたネットワークです。これを今地域医療で頑張っている研修医の先生方が、それを丸ごとどう利用するかということが次のフェーズだと思います。ライシュ先生、全体を見通しながら締めコメントをお願いします。

**ライシュ教授** 武見プログラムの一つの前提として、地域とグローバルの関係を、結局、人間一人ひとりがそういう関係を作るわけです。武見プログラムの一人ひとりが成長して、組織に帰っていく。すると組織がよくなるし、組織がよくなると地域がよくなる。地域がよくなると国がよくなる。国がよくなると、世界がよくなる。皆一人ひとりから始まります。武見プログラムで1年間勉強できることは贅沢です。人生のなかで1年間、自分一人で自由に何を勉強したいか、どうやって成長するか、ということに集中できます。それは人生のなかで、非常にまれな1年です。それによって世界がよくなるという考え方です。本日の5人の武見フェロー講演を聞きまして、かなり成功しているのではないかと私を私は結論として申し上げたいと思います。



山本太郎委員／長崎大学熱帯医学研究所教授

# 閉会の辞

日本医学会会長  
高久 史磨



武見国際保健プログラムの30周年を記念したシンポジウムは、ライシュ先生も言われたように非常に成功だったと思います。特別講演でライシュ先生が、ボストンで行われた武見フェローのいろいろな国の人々のスピーチを紹介されましたし、5人の武見フェローの先生方のお話を聞いて、本当に、30年前にこの国際保健プログラムを計画された武見太郎先生の先見の明に、心から感動しました。昨日のレセプションでも、もう30年続けようというお話もありました。プログラムがさ

らに続くことを信じていますが、若い人々がこぞって参加して、外国の状況なども勉強してきてくださればと思います。せっかくこのようなよいプログラムを日本医師会と日本製薬工業協会で行っているわけですから、成果をもう少しPRする必要があるのではないかと思います。改めて特別講演をされたライシュ教授、講演された5人のフェローに感謝の意を表し、閉会の辞とさせていただきます。本日は本当にご苦労さまでした。



# ハーバード大学公衆衛生大学院武見プログラム 設立 30 周年記念シンポジウム関連イベント 日本医師会・東洋文庫共催展示会



画像①:解体新書(常設展示)  
杉田玄白ほか訳 安永3(1774)年頃  
江戸須原屋市兵衛版



画像②③:桃山時代解剖の図〔善物〕他28点展示予定



## ■会場地図■



● **日本医師会国際活動の展示会** 平成25年11月23日(土)  
会場: 日本医師会館

● **幕末から明治初期の医学関係文書の展示会**  
平成25年11月22日(金)～11月24日(日)  
会場: 東洋文庫ミュージアム

日本医師会・東洋文庫共催特別展示会

ハーバード大学公衆衛生大学院武見プログラム  
設立30周年記念シンポジウム関連イベント

東洋文庫ミュージアムでは通常の展示に加え、医学関連の貴重書を特別にご覧いただける、お得な3日間です。是非お見逃しなく！

# ハーバード大学公衆衛生大学院武見プログラム 設立 30 周年記念シンポジウム関連イベント 日本医師会・東洋文庫共催展示会

「日本医師会の国際活動」  
平成 25 年 11 月 23 日（土）（於：日医会館）

「幕末から明治初期の医学関係文書」  
東洋文庫藤井尚久文庫を中心とした医学関連の貴重書特別展示  
平成 25 年 11 月 22 日（金）～ 24 日（日）（於：東洋文庫）

この展示会は、医療・医学の発展に長年に亘り貢献してきた日本医師会と、医学関連の蔵書を数多く有する東洋文庫が、ハーバード大学公衆衛生大学院武見プログラム設立 30 周年記念シンポジウムの関連イベントとして共同企画したものです。

東洋文庫の展示では、幕末から明治にかけての時代に製作された解剖図など、藤井尚久<sup>1</sup> 文庫に収められた医学関係の貴重書を公開しました。

日本医師会では、記念シンポジウムが開催された 11 月 23 日（土）に、会館 1 階ロビーにおいて、武見太郎元日本医師会長に関する展示、後藤新平から北里柴三郎日本医師会初代会長に寄贈された扁額、及び日本医師会の国際活動を紹介する展示を行いました。

---

<sup>1</sup> 藤井尚久（1894-1967）医史学者。富山県婦負郡千里村。東京医科大学教授。わが国の医学文化の史的研究に努める。著書に『明治前本邦内科史』等。1957 年、旧蔵和漢洋医学書およそ 1,800 部を東洋文庫に寄贈。（出所：財団法人東洋文庫）

蔵書家としても有名で、初版解体新書、1731 年版ターヘル・アナトミアを始め、古書蒐集では、医師学研究の資料として、特に西洋医学の導入発達に関するものを主体とする組織的なものへの努力が払われた。（出所：田川孝三記より引用、藤井文庫分類目録、国立国会図書館）

## 日本医師会・東洋文庫共催展示会に寄せて 石井 正三

ハーバード大学公衆衛生大学院武見プログラム設立 30 周年記念シンポジウムの関連イベントとして、近隣の東洋文庫の協力を得て、共催展示会を開催しました。シンポジウムの配布資料には東洋文庫側のチケットを添えて、参加者が両方の展示を見比べることができるようにしました。

東洋文庫側には、「幕末から明治初期の医学関係文書の展示会」というサブタイトルのもとに、藤井尚久文庫の収蔵コレクションから医学関連図譜を中心に、展示していただきました。藤井文庫のなかでは「解体新書」がその白眉をなすものと言えます。これは、江戸時代の蘭学の成果として解剖書からその用語の日本語訳を定めたのみでなく、図譜の方も秋田に興隆した細密画の成果を示す我が国近代化の橋頭堡となる仕事でした。

しかし、今回のコレクションに見られるのは、そればかりではありません。古いものでは、「桃山時代解剖之図」という彩色画にも、実証主義に寄った臓器の描写が見られます。これは、レオナルド・ダ・ヴィンチの画業を嚆矢とする近代絵画の息吹と対比しても、貴重な記録にもなるでしょう。

華岡青州の関連にも見るべきものがあります。記録に残る世界最古の全身麻酔手術と言われる、乳がん手術のスケッチが、写本に残されています。これは「乳岩図説」という彩色画となっていて、乳頭を避けた放射状皮膚切開によって見事に腫瘍を摘出したことがわかる手術記録になっています。青州関連では、包帯法の図説「青州縛帯図」も貴重です。もう一編、長崎という地名が残る「繃帯図及解」という文書と併せて考察すれば、江戸時代には、すでに西洋の包帯法が実践されていたことがわかります。

前記の桃山時代のスケッチからも、西洋医学は先ず導入されて、対外的な窓口が長崎に限定されてからも医学関連の情報は、我が国の医学界に受け継がれ続けていたと考えられます。それであるからこそ、華岡青州の全身麻酔法についての探究心と、腫瘍摘出術の遂行そして正確な記録を残すという実証主義的な姿勢が、全て高度なレベルで行われ、それらの基本の上に、シーボルトの来日や、明治維新前後での西洋医学導入までが、非常に速やかに遂行されたと推察されます。展示品の中には、「虞列伊（グレイ）氏解剖訓蒙図」と「布列私（フレス）解剖図譜」という解剖書も二種類あり明治 5 年（1872 年）の刊行となっています。

葛飾北斎や安藤広重の画業の中に、西洋透視図法やプルシアンブルーの深い青などに東西交流の影響を実感しますが、その流れで見れば、「ブランカルト解剖の図」銅版画には、亜欧堂田善の門人、新井令恭刊（1808 年）という記載を見つけて、この時代における意欲的な西洋絵画の技法導入への意欲と一つの成果を見つけることもできます。

さて、ヒポクラテスの像や北里柴三郎初代日本医師会長のブロンズ像が常設されている日本医師会館一階ホールには、「日本医師会国際活動の展示会」と題して、「地域医療 Community Health と国際保健 Global Health との関わり」、そして「世界から地域へ、地域から世界へ」という国際的で多面的な活動が写真やパネルで展示されました。

3 階小講堂に常時掲げられている後藤新平から北里柴三郎に 1927 年に贈られた扁額「福星開壽域」も日本医師会の歴史を物語るもので、これに付けた私の解説文も展示されました。

日本医師会は、1951 年に世界医師会（World Medical Association : WMA）に加盟しました。WMA の活動の成果である、「ヒポクラテスの誓い」の現代版「ジュネーブ宣言」、プロフェッショナル・オートノミーについての「ソウル宣言」と「マドリッド宣言」、そして足かけ 3 年にわたる改訂作

業を経て議決された「ヘルシンキ宣言」の採択の記録が展示されました。アジア大洋州医師会連合（Confederation of Medical Associations in Asia and Oceania：CMAAO）も、先に創設50周年を迎えていて、その足跡がパネルに示されました。日本医師会英文誌JMAジャーナル（Japan Medical Association Journal：JMAJ）の前身であるAsian Medical Journal（AMJ）には、1959年、アルベルト・シュバイツァー（Albert Schweitzer）の寄稿文が寄せられています。

日本医師会では、ネパール支援という国際活動に直接関与したこともあり、JICAなどを通じて様々な国際支援活動を応援してきました。その一端として、インドネシアの地震被害地に向けて、会員からの寄付金で非政府組織AMDAの助けを借りて2006年に作られた、バングンタパン第3保健センターのクリニックがジョグジャカルタ近郊で現在も地域医療に貢献している様子が展示されました。

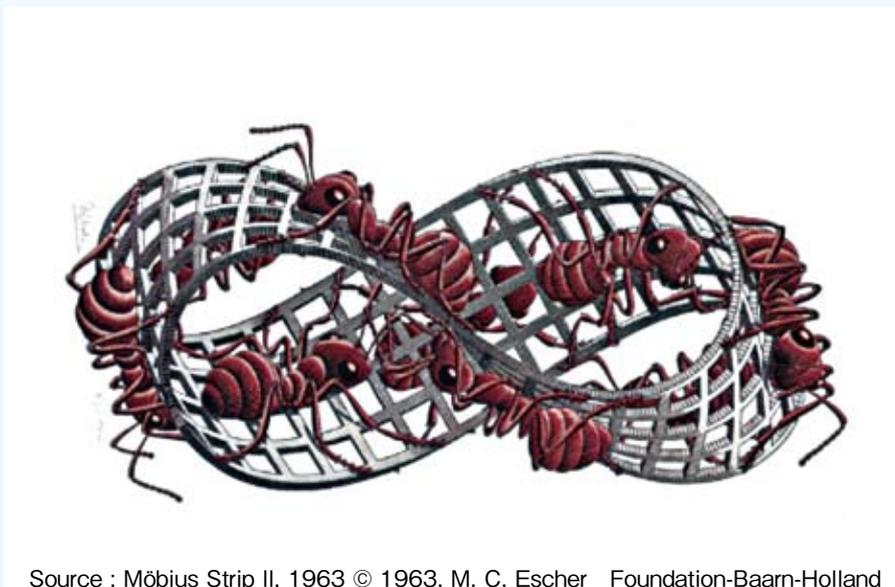
ハーバード大学公衆衛生大学院武見プログラムの30周年記念行事は、平成25（2013）年10月11日と12日に、日本に先行して、ボストンで行われました。武見太郎元会長の設立における尽力の足跡とその後積み上げてきた成果も、様々な写真とパネルに展示されました。今や、武見プログラムは、51カ国242名の武見フェローを世界に送り出し、重層的なヒューマンネットワークを世界に形成しています。

今回の共催展示会において、日本医師会が世界の中でも地域医療の確保に心を砕いてきた特徴が表現されていました。両展示を見れば、日本が周囲を海に囲まれたロケーションで、常に海外との交流に心を配り、国民のための医療と医療提供体制を作り上げてきたこれまでの歴史が通覧できました。

このような概括的展示を、ハーバード大学公衆衛生大学院武見プログラム30周年東京シンポジウムの機会に開催できたことについて、この紙面を借りて東洋文庫ミュージアムを始めとする全ての関係者方々にお礼を申し上げます。

「日本医師会の国際活動」  
平成 25 年 11 月 23 日（土）（於：日医会館）

**地域医療と国際保健**  
**—世界から地域へ、地域から世界へ—**



Source : Möbius Strip II, 1963 © 1963. M. C. Escher Foundation-Baarn-Holland

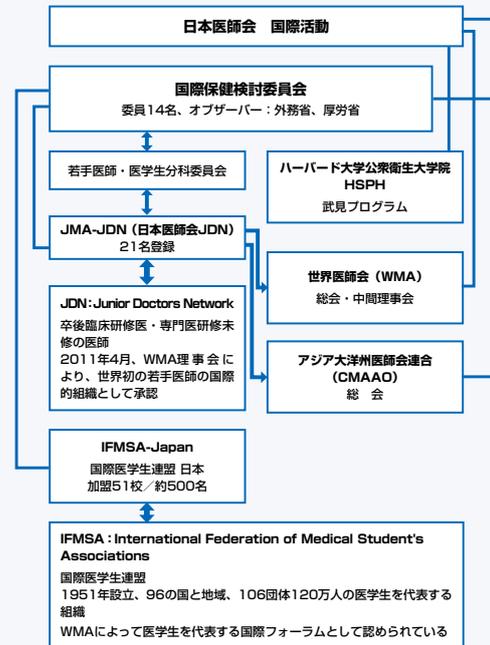
- 日本の医療の維持・発展には、「国際」の視点が不可欠
- 欧米から何かを学ぶということだけではない、途上国での経験からも学べることはある
- 日本から国際社会へメッセージを発信することもまた「国際」の視点を持った活動強化には重要
- 「地域」と「国際」との間には強いつながりがある、「地域医療」をたどって行くと「国際保健」に通じ、「国際保健」をたどって行くと「地域医療」に通じるものがある

## 国際保健検討委員会 日本医師会の国際活動への若手医師・医学生の参加について

### 国際保健検討委員会 Global Health Committee

- 平成20年 日本医師会常設委員会として設置
- 検討テーマ
  - ・世界に共通な医療課題への対応
  - ・国際協力による医療貢献
  - ・日本から世界への情報発信
  - ・国際的視野を持った若手医師（JDN）の育成を目指すネットワークの構築
- 平成24,25年度会長諮問
  - ・「世界医師会（WMA）の活動を中心とした国際貢献と地域医療」
- 今後の課題
  - ・混迷する世界
  - ・世界の中で日本を代表する唯一の医師団体としての日本医師会
  - ・その責任・義務の遂行には、国際分野の活動の充実が必要
  - ・このことが、世界の医療界からの要望と捉える

### 日本医師会の国際活動への 若手医師・医学生の参加について



### 日本医師会の国際活動への 若手医師・医学生の参加について



日本医師会JDNのメンバー 現在21名  
JDN=Junior Doctors Network

- 日本医師会
  - ・当初より武見プログラムを支援
  - ・1994年以降、日本人フェローの選考及び奨学金の支給等を通じ、当プログラムへの支援体制を強化
- 課 題
  - 国際的視野を持った若手医師（JDN）の育成を目指すネットワークの構築
- 実 績
  - 2013年4月WMAバリ中間理事会に1名、同年10月フォルタレザ総会（ブラジル）に2名が参加、各国のJDNとの交流、意見交換を行った

世界医師会  
World Medical Association : WMA

世界医師会  
-World Medical Association : WMA-



- ・1947年 設立
- ・1951年 日本医師会加盟
- ・2013年 現在、106カ国医師会加盟

- 医師の独立性を確立し、常に最高水準の医の倫理のもとで医療に従事出来るようにすることを目的
- ジュネーブ宣言、医の国際倫理綱領、リスボン宣言、ヘルシンキ宣言、ソウル宣言など約180件の文書を採択
- 「WMA医の倫理マニュアル」を作成。18カ国語に翻訳、医の倫理の基本的テキストとしての位置づけ

WMAヘルシンキ宣言改訂東京専門家会議

2013年2月28日、3月1日、東京



- 目的  
アジアの専門家からの意見をヒアリング  
ヘルシンキ宣言改訂草案の検討・作成
- 参加者：22カ国より134名
- 審議テーマ：
  - ・バイオ・バンク
  - ・保険・補償・保護
  - ・資源不足・臨床研究終了後の諸問題
  - ・社会的弱者グループ
  - ・医の倫理委員会

ヘルシンキ宣言改訂草案採択

2013年10月16日～19日、WMAフォルタレザ総会、ブラジル



ヘルシンキ宣言作業部会メンバー

2013年ヘルシンキ宣言改訂版の焦点

- 研究に関与した弱者集団の保護を一層高めること
- 研究に参加した結果として、損害を受けた被験者が適切な補償と治療を受けられるようにすること
- バイオバンクなどにおける研究試料の再利用に関するインフォームド・コンセントについての言及
- 被験者に対する研究結果の通知、試験中に有益であると証明された医学的措置へのアクセスを保証する条項を事前に策定するよう、研究後の取り決めの拡大
- 研究倫理委員会の権限強化（監視情報、有害事象報告、研究資金・研究結果の概要のレポート提出等）

アジア大洋州医師会連合  
Confederation of Medical Associations in Asia and Oceania : CMAAO

アジア大洋州医師会連合  
(Confederation of Medical Associations in  
Asia and Oceania: CMAAO)



CMAAOインド総会、2013年9月12日～14日、デリー、インド

- 創設：1956年
- 事務局：日本医師会（2000年～）
- 加盟：18各国医師会（2013年現在）
- 目的：
  - ・CMAAO地域の人々を対象とした最良のヘルスケアの提供
  - ・各国医師会のより緊密な関係の確立を促進
  - ・WMAの地域医師会連合として、WMA内におけるアジアからの発言力の強化を図る



CMAAOインド総会

2013年9月12日～14日、デリー、インド



総会議事

- 9月12日（木）
  - ・開会式 / CMAAO新会長就任式
  - ・理事会
- 9月13日（金）
  - ・第11回武見太郎記念講演
  - ・シンポジウム: テーマ「児童虐待」
  - ・幼児虐待に関する討論
  - ・決議委員会による幼児虐待に関する決議案の作成
  - ・カンントリーレポート
- 9月14日（土）
  - ・全体会議
  - ・「児童虐待に関するCMAAOデリー決議」採択
  - ・記者会見

アジア大洋州医師会連合  
(Confederation of Medical Associations in  
Asia and Oceania: CMAAO)



AMJ vol.2 No.3 1959年3月

JMA ジャーナル  
Japan Medical Association Journal

Asian Medical Journal



AMJ創刊号1958年10月



AMJ vol.2 No.3  
1959年3月



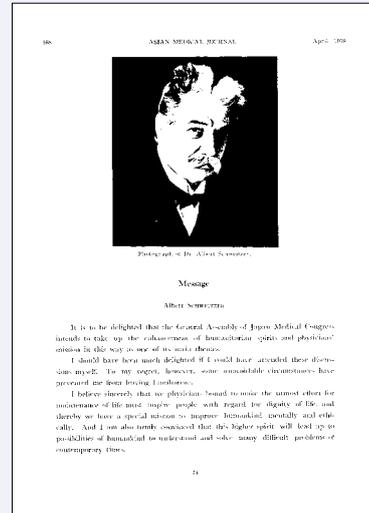
AMJ vol.2 No.4  
1959年4月

- 武見太郎元会長が、アジア諸国を始め、諸外国との医学交流の重要性を認識し、日医の主張や活動を海外へ広めることを目的として、1958年10月に創刊

当時の主な記事

- アジア大洋州医師会連合（CMAAO）設立の背景  
AMJ vol.2 No.3 1959.3
- 第15回日本医学会総会、アルベルト・シュバイツァーの寄稿  
AMJ vol.2 No.4 1959.4
- 武見太郎 元日本医師会長が提唱したメディコ・エコノミクスの概念や医療資源の開発と配分に関する論文  
AMJ vol.18 No.9, 1975.9, vol.19 No.10, 1976.10

アルベルト・シュバイツァーからの寄稿



〔中略〕生命を持續させる事に最大の努力を傾ける様に義務付けられている、我々医師達は、生命の尊厳という事について人々に注意を喚起しなければならない、そしてそれによって、精神的及び倫理的に人類を向上させる特別な使命を持っていると、私は心から信じている。そして、この高い精神こそが、現代における多くの困難な問題について、人類の可能性を理解と解決に導くであろうと、強く確信している。—日本医学会総会開催に寄せて—

Asian Medical Journal, April 1959

Japan Medical Association Journal



- 現在、世界約110カ国の医学研究者や医療関係組織へ配布
- 日本医師会英文ホームページ上で無料公開
- 日本医師会の政策、日本の医療および国際保健に関する最新情報を世界に発信するうえで重要な役割

- 1956年 Asian Medical Journal として創刊
- 2001年 Japan Medical Association Journal へ変更
- 内 容
  - ・日本医師会の政策
  - ・日本の医療・国際保健に関する最新情報
  - ・日本医師会雑誌からの論文転載
  - ・CMAAOの活動報告
  - ・委員会答申、調査
  - ・日医総研レポート
  - ・シンポジウム、研修会、講習会等の記録

## バングンタパン第3保健センター

### バングンタパン第3保健センター概要



- 平成18年5月27日に発生したジャワ島中部地震（マグニチュード6.2）に対する被災地支援
- 都道府県医師会、郡市区医師会、一般会員の義援金（約3500万円）を資金援助
- AMDAの復興支援事業を通じ平成19年2月末建設、インドネシア、パントゥール県へ委譲
- インドネシア医師会が医療面で支援
- 当センターの患者数は、1日約80名、年間約24,000人（現在）

### バングンタパン第3保健センター概要



#### 現地の人々からの感謝の表現

- 保健センター内部中央に日本医師会とAMDAへの感謝の銘板
  - プレート「友として、地震に被災された人々への健康と幸せを祈る」
- 当事業は、本会が、保健センターの建設という具体的な復興支援事業に協力した初めてのケース

### バングンタパン第3保健センター概要



保健センターの中では、日医のロゴマークを貼って備品を大事に使用。

- 今回の訪問（平成25年4月）を通じ、地域住民の健康・管理に役立つセンターとして機能していることを確認
- AMDAが、当センターの事業の拡充を図るなど、継続して支援

ハーバード大学公衆衛生大学院武見国際保健プログラム  
設立 30 周年記念シンポジウム  
ハーバード大学、ボストン  
2013 年 10 月 11、12 日

ハーバード大学公衆衛生大学院武見国際保健プログラム  
設立30周年記念シンポジウム

ハーバード大学、ボストン  
2013年10月11、12日



シンポジウムには、28か国から77名（日本人19名）の武見フェロー、及びHSPHの歴代及び現役の学部長、教授陣等計約140名が参加し、成功裏に終始した。

ハーバード大学公衆衛生大学院武見国際保健プログラム  
設立30周年記念シンポジウム

ハーバード大学、ボストン  
2013年10月11、12日



横倉会長、武見敬三参議院議員、ライシュ教授

- ハーバード大学において、2013年10月11日（金）、12日（土）の両日に亘り、武見プログラム設立30周年記念シンポジウムが開催された。
- 横倉会長は、挨拶で、同プログラムの国際保健における多大なる貢献と各フェローの今後ますますの活躍を祈念し、併せて将来に亘り、当プログラムの活動を日医として支えていくことを述べた。
- 武見プログラム設立30周年記念シンポジウムは2日間にわたり開催され、15題の講演、ライシュ指導教授のプレゼンテーションが行われた。

ハーバード大学公衆衛生大学院武見国際保健プログラム  
設立30周年記念シンポジウム

ハーバード大学、ボストン  
2013年10月11、12日



- 石井常任理事は、武見プログラムの視察を通じてフェローの研究に適切な助言を与えてきた長年の功績が称えられ、当プログラム設立当初のハイアット元学部長等と共に名誉武見フェローの称を授与された。
- 同常任理事は、閉会に際し、武見プログラムを支えてきたマイケル・ライシュ指導教授に感謝を述べ、30周年を契機としてさらに同プログラムが発展していくことを期待すると述べた。

十月二十日朝、日経新聞とNHKの報道から始まった「武見会長のハーバード大学行き」の話題が日本中を飛び回った。

二十四年間医師会を学術団体として位置づけ、育てあげてしまった武見会長は、医師会長を辞任すると、武見会長のため世界をまたに新しい道を進まされるということは、何にも増してふさわしいことであり、素晴らしいことである。その内容はどうかと質問が多いが、その内容は次の通りである。

### ハーバード大学における Dr. Taro Takemi プログラム 設立提案について

日本医師会長 武見 太郎  
(昭和五十六年十月二十日)

ハーバード大学公衆衛生学部Haut部長から、私のところにDr. Taro Takemi プログラム計画の第一次草案が送られてきた。このTaro Takemi プログラ

ムが他にある。

【要旨】  
保健サービスを充実・改善する世界的な必然性と、限られた資源の問題を提起するため、武見が過去数年間にわたって明解に指摘したものを、実質的に受け入れて新しく、かつ効果的な保健資源の開発、また配分方法の改善のために努力しようとするものである。工業国家と発展途上国すべての国が直面しているこの必要性が、武見計画の基礎となっている。

ハーバード・スクール・オブ・パブリック・ヘルスでは、すでに医師、生物学者、化学者、経済学者、統計学者、社会学者、行動科学者並びに経営学の訓練を受けた人間を招集して、保健の改善と病

気の予防を目的とした諸問題について検討している。そして、保健資源をより効果的、効率的に配分しようということも考えている。

今度の武見計画によって、世界中の政府、大学及び産業界から現在及び将来の指導的な保健専門家及び学者を招集して、これらの分野における研究、訓練計画に参加させる。武見計画は、ハーバードの既存の教授及び関連計画を利用して、武見計画の国際的規模を認識するため、新しい計画を調整し、新しい教授を補充することも考えている。

また、日本の指導的保健当局者がハーバードの学部の構成員として参加する機会を継続的に与えてもよい。ハーバードのこの学問上の設定は、世界中

の諸国が得た、または得なかつた経験に関する情報交換を促進し、それによってすべての国が利用できるものと確信する。これは世界中の保健管理の向上にとつて必要であるだけである。世界中の人々の間の理解の向上に寄与するであろう。

東京での武見との会談で、ハーバードは国際訓練計画に相当な経験を積んでいることを話した。武見計画の可能性についてハーバード大学のDean C. Bok理事長と討議したが、同氏は非常に乗り気である。Bok理事長は法律学者であるが、武見の医学上の業績、その将来についての考え及びハーバードにおける武見計画の設立の可能性に関して詳細な話を聞いて非常に喜んでい

る。また、Haut学部長は同僚とも討議したが、けれども、ことに政治経済学のRoberts教授、フォード財団のBall氏、数理統計学のLee教授、その他の教授ともいろいろ検討を行ったが、全員が喜んでこの計画に参加すること

以上申し出に對し、詳細に検討した結果、私は受諾の用意がある旨の返事をしてある。しかし、Haut教授は現在欧州旅行中であるため、またその返事はきいていない。

このようなきわめて大規模な、あらゆる自然科学、社会科学を統合して保健事業を効率的に世界的な展開をはかるものであり、もしこれが成功すれば、世界の情勢は大きく変わらぬと思う。また、日本ではいままですのよう

な計画に遭遇したことがないので、全く新しい試みである。ハーバード大学の案に従えば、形態は次のようになる。

- 1) 形態：ハーバード大学大学院大学課程
- 2) 研究要旨：新しい保健計画及び医療資源の開発、配分、活用の科学の実践の研究
- 3) 目的：世界各国の医療政策指導者養成
- 4) 研究ボード：指導教授1名、武見太郎、Professor Taro Takemi教授、その他教授三名
- 5) 教授陣：教授二名（経済及び医学）、客員教授一名
- 6) 参加資格：各国の大学、学術団体、政府または国際、国連団体の推薦による
- 7) 開設：小規模から
- 8) 養成目標：二〇名（当初五カ年）



## ハーバード大学公衆衛生大学院武見国際保健プログラム

### ハーバード大学公衆衛生大学院 武見国際保健プログラム



ベル教授、ハイト学部長、武見会長（1981年当時）

#### ●武見太郎元日本医師会長

- ・保健サービスを充実・改善する世界的な必然性と限られた資源に起因する世界規模の問題を指摘
- ・新しい効果的な保健資源の開発、配分方法の改善を提唱

#### ●ハーバード大学

- ・武見元会長の構想に着目
- ・1983年、その功績を称え、日本人の名を最初に冠してハーバード大学公衆衛生大学院（HSPH）に武見プログラムを設立

### ハーバード大学公衆衛生大学院 武見国際保健プログラム



#### 武見太郎元会長の構想

- 世界中の政府、大学及び産業界から、現在及び将来の指導的な保健専門家及び学者を招聘
- ハーバード大学の教授陣及び関連計画を利用した研究や訓練計画等を通じた、あらゆる自然科学、社会科学を統合した保健事業の効率的で世界的な展開を図る
- 研究要旨：新しい保健計画及び医療資源の開発、配分、活用の科学の実践の研究
- 目的：世界各国の医療政策指導者養成

## ハーバード大学公衆衛生大学院武見国際保健プログラム

### ハーバード大学公衆衛生大学院 武見国際保健プログラム



1990-91年武見フェロー



インドネシア保健大臣  
Dr. Nafsiah Mboi  
2013年4月WMAバリ総会にて

### ハーバード大学公衆衛生大学院 武見国際保健プログラム



日本医師会役員による武見プログラムの視察

#### ●日本医師会

- ・当初より武見プログラムを支援
- ・1994年以降、日本人フェローの選考及び奨学金の支給等を通じ、当プログラムへの支援体制を強化

#### ●日本製薬工業協会が1994年以降、当プログラムの運営面を財政支援

### 「日本の医療貢献 人材育成に期待」 マイケル・ライシュ教授に聞く



#### マイケル・ライシュ教授 (ハーバード大公衆衛生大学院)

国際保健に取り組む研究者らの研究活動を支援するため、日本医師会（日医）がハーバード大学公衆衛生大学院に設立した「武見国際保健プログラム」が30年の節目を迎えた。当初から指導に携わってきたマイケル・ライシュ教授に、日本の医療貢献への期待などを聞いた。

ハーバード大学公衆衛生大学院の  
マイケル・ライシュ教授=2月26日午後、  
東京都港区（桐原正道撮影）

#### —— 武見プログラムの設立に関わってこられた

「日米と開発途上国という3者の協力で、途上国の健康状態をよくしようという世界的にみて非常に珍しいプログラムだ。長年、日医会長を務めた武見太郎先生の「学際的な研究が必要」という考えで始まった。単に医学だけではなく、社会学、経済学、政治学などあらゆる観点からの分析があって健康状態をよくすることができるというのが武見先生の考え方だ」

#### ■本当に役立つ研究が重要 —— 30年間の成果は

「多くの世界的なリーダーが育ち、活躍している。プログラムの目的の一つは、一人一人の人材を強くすれば、彼らが社会に入って組織を強くできるということにある。研究のための研究ではなく、本当に役立つ研究が重要だ。特に途上国の組織と人間を強くしてきたことが大きな成果といえる。ただ、日本から学びに来る人も多く、日本の製薬会社がお金を出しているのに、プログラムの成果は日本であまり知られていない」

出所：SANKI EXPRESS

被災地への医薬品の搬送—ハーバード大学との連携  
米軍との協力 “Operation Tomodachi”

被災地への医薬品の搬送—ハーバード大学との連携  
米軍との協力 “Operation Tomodachi”

3月16日（水）

被災地の医薬品不足。日本医師会から日本製薬工業協会へ医薬品の提供を要請。

3月17日（木）

日本製薬工業協会が、全国の医薬品メーカーに問い合わせ、各医薬品メーカーが無償で医薬品の提供を行うことを決定。各地の医薬品メーカーがただちに日本医師会館へ医薬品輸送を開始。

事態の緊急性やガソリン不足のため、東京から（宮城、岩手）へ陸路で輸送することが困難であることから、アメリカ軍の協力を得て被災地に送ることを検討。

3月18日（金）

ハーバード大学人道支援イニシアチブ有井麻矢医師と連携

アメリカ大使館緊急指令センターから、横田基地の大使館リエゾン アメリカ軍指令センターに連絡。アメリカ軍の協力要請申請書を提出。提出から数時間後、正式に許可が下り、横田基地からアメリカ軍の航空機で岩手花巻空港と、仙台空港へ空輸することが決定し、“Operation Tomodachi” 開始。

被災地への医薬品の搬送—ハーバード大学との連携  
米軍との協力 “Operation Tomodachi”



3月19日（土）

- 合計8.5トン分の医薬品が日本医師会館に到着。
- 日本医師会役職員、学生ボランティアにより、医薬品の仕分けを行う。



- 有井医師が同乗し、正午、3台のトラックにて、警察の先導により米軍横田基地に向けて出発。
- 米軍横田基地にて医薬品を米軍機に搬入。

被災地への医薬品の搬送—ハーバード大学との連携  
米軍との協力 “Operation Tomodachi”



3月19日（土）

- 18時頃、横田基地より米軍機が花巻空港に向けて出発
- 同時並行で、愛知県医師会が医薬品800キロを小牧空港から福島空港まで、ジェット機2機で空輸



日本医師会、日本製薬工業協会、各医薬品会社、民間運送会社、警察、自衛隊、米軍等枠を超えた協力体制により被災地に医薬品が届けられた。

被災地への医薬品の搬送—ハーバード大学との連携  
米軍との協力 “Operation Tomodachi”

東日本大震災では米軍による支援活動「トモダチ作戦」が大きな成果を上げたが、その先駆けが被災地への医薬品の搬送だったことはあまり知られていない。東京・本駒込の日本医師会（日医）に医薬品が集まるめどが立ったのに、輸送手段が見つからない。厳しい局面で機転を利かし、米軍に直接交渉したのは、米ハーバード大学の人道支援組織の一員として派遣された有井麻矢医師（31）だった。

震災発生から1週間もたない昨年3月16日、被災地から「医薬品が足りない」との声が目医に届いた。製薬各社の協力で確保できたが、問題は膨大な量をどう迅速に運ぶかだった。期待した航空自衛隊から色よい回答を得られず、海路が広がった。「米軍に協力要請できるかもしれません」。声を上げたのは、たまたま居合わせた有井だった。

当時、米エール大学に所属していた有井が、人道支援組織「ハーバード・ヒューマンタリオン・イニシアティブ」のメンバーとして一時帰国した

のは前日15日だ。初対面の有井の提案を日医幹部は即座に受け入れた。有井は「絶対に成功させよう」と腹をくくった。

米軍を出発する前にエール、ハーバード両大学の関係者から紹介された人々に電話やメールを送り続け、18日未明、米国大使館から返事が来た。交渉の末、米軍機による輸送は16日と決まった。「アリガトウ」。連絡を取り合っていた米軍担当者からの言葉に有井は戸惑った。自分たちが頼んでいるのに、な

米軍に直接交渉

せ感謝されるのか。医薬品輸送は大震災発生後、横田基地からの支援としては初めての大型作戦だった。米軍も活躍の場を求めているのだと感じた。アクションが起きたのは輸送前日だった。横田基地からのメールには「USAID（米国国際開発局）が最終的に承認しなければ、われわれは動けない」とあった。輸送要請の申請書を送入してほしいという。寝目に水だった。急ぐしかない。夢中で書類を書き、1時間後にソーサインが出た。



トモダチ作戦の医薬品輸送を成功させた有井麻矢医師（中）。自衛隊と米軍の連携をしながら現地での輸送も行った。平成23年3月19日、若手真の花巻空港（米軍撮影）

奔走した日本人女性医師

連絡を取っていた有井に母親から電話が入った。祖母が亡くなった知らせだった。輸送機には英語が堪能な有井が1人同乗することになっている。「しっかりとしなければ」。5分は1人トイレで泣いた。

各部署の総力結集

集まった医薬品8・5トンは、横田基地までパトカーが先導した。横田基地でも特別扱だった。ゲートはノーチェック。荷降ろし、梱包、輸送機は若手真の花巻空港に無事降り立った。しかし、次に向かった仙台港は闇に包まれ霧降で看不清。管制塔とのやり取りが緊迫感を増す

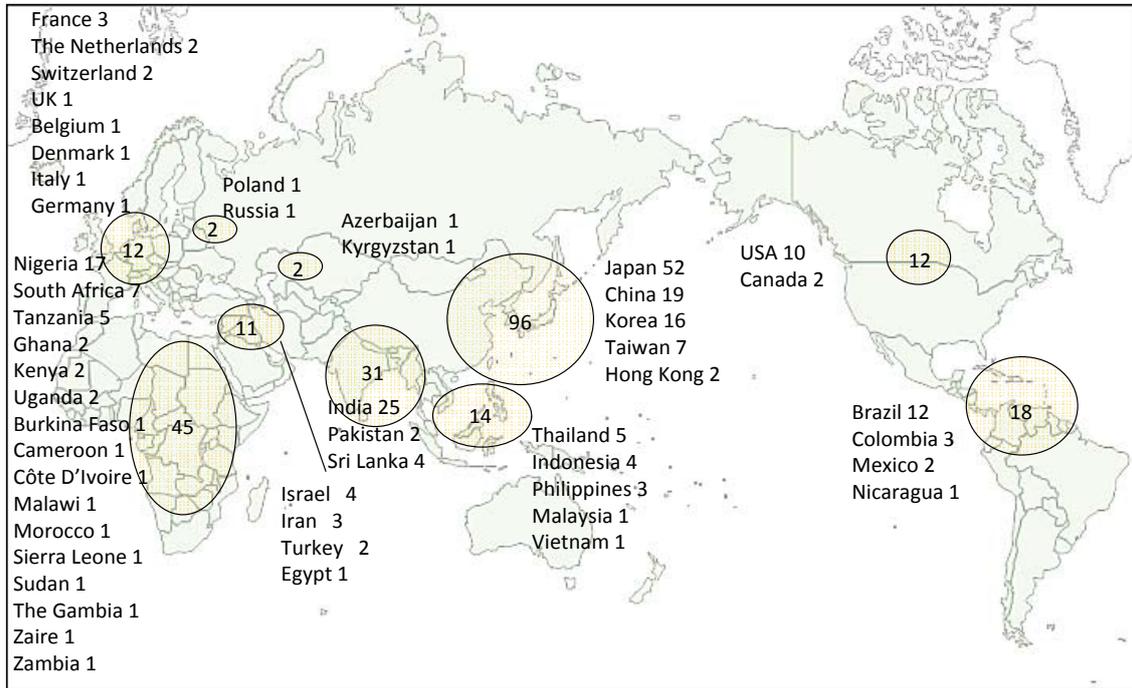
祖母の悲報乗り越え任務遂行

中、誘導の明かりがとまらず。自衛隊は降ろされた医薬品を被災地に陸送する任務を引き受けた。数日後、有井の姿は宮城県気仙沼市の被災地であった。そこには医薬品だけでなく、食料や水、トイレが足りず、プライバシーが確保できていない避難所が広がっていた。当時を振り返って有井はこう語る。「災害医療では、医療や薬だけでなく、公衆衛生を含めて現地ニーズを迅速に把握し、対応できる協力体制が必要。知識とトレーニング、そして行政との連携が重要です」

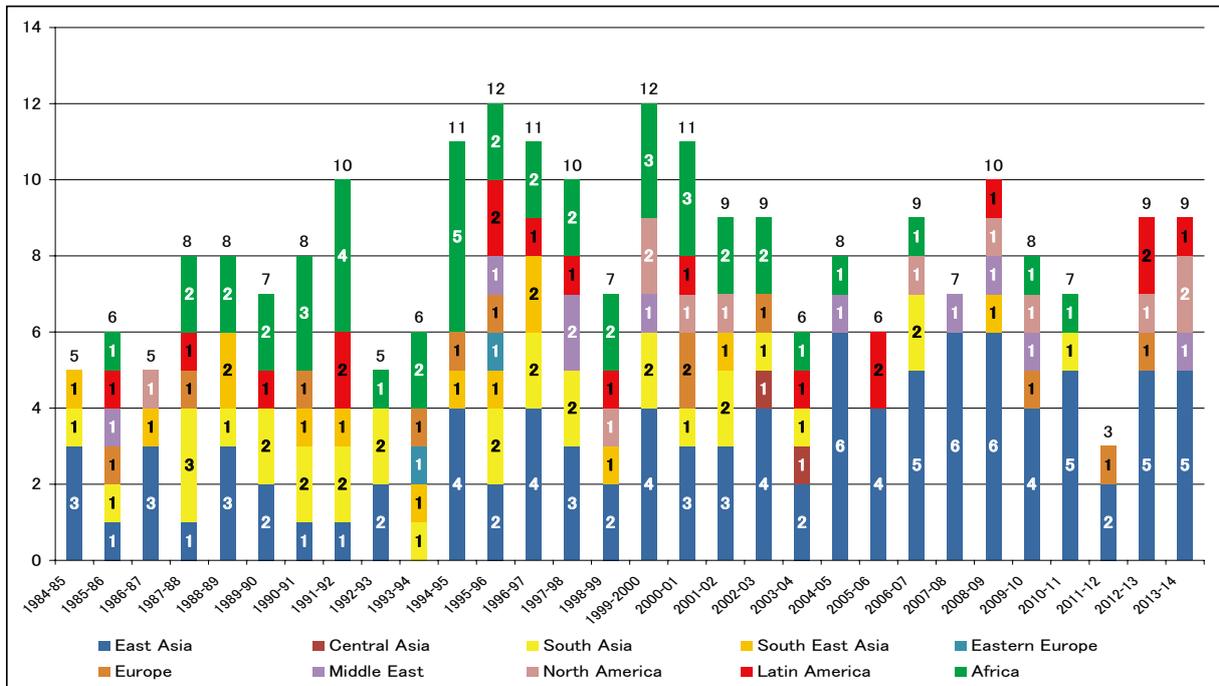
「被災地へ薬を」

逆「アリガトウ」  
米軍を出発する前にエール、ハーバード両大学の関係者から紹介された人々に電話やメールを送り続け、18日未明、米国大使館から返事が来た。交渉の末、米軍機による輸送は16日と決まった。「アリガトウ」。連絡を取り合っていた米軍担当者からの言葉に有井は戸惑った。自分たちが頼んでいるのに、な

## 武見フェロー地域別分布 1984年～2004年、242人、51カ国



## 出身地域別武見フェロー年次推移





「福星開壽域」

日医会館3階の小講堂に、「福星開壽域昭和二年春日新平」と書かれた大きな扁額（へんがく）が掲げられ、歴代医師会長の写真と共に医師会活動を常に見守っている。温故知新の喩えにあるごとく、この来歴を尋ねることが日医の歴史に思いを馳せるのみならず、これからの医師会活動を考える一助になるとも思われたので、そのあらしを、ここに記載してみる。

この扁額を揮毫（きごう）した後藤新平（1857－1929）は、医師にして行政官・政治家として勇名を馳せた人物である。昭和2（1927）年という年号から、この扁額は彼の晩年の揮毫ということになる。

新平は新生日本の創生期に旧水沢藩の地に生を受けた。江戸時代後期の蘭学者・高野長英は大祖父に当たるようである。現在の福島県立医大の前身である須賀川医学校で医学を学んだ後、明治15（1882）年内務省衛生局に入り衛生行政に携わる道を選択した。明治23（1890）年にはドイツに留学し、医学博士号を授与されて戻ると、明治25（1892）年には内務省衛生局長に就任している。幾多の曲折とそれを上回る多彩な経歴を重ねることになるが、中でも特筆されるべきものの一つは、台湾総督府民政長官として現在の台湾大学医学部を創設したことであろう。

その後、いくつかの大臣や東京市長職などを歴任し、関東大震災後に改めて内務大臣兼帝都復興院総裁として東京の復興を図り、現在に至る首都の都市計画づくりに尽力した。これらのマスタープランや植民地計画などに見られる壮大さから、人呼んで「大風呂敷」とのあだ名を得たのは、彼にとってある種の尊称であったとも思われる。

一方、この書が寄贈された時期に日医では北里柴三郎（1853－1931）が初代会長を務めていた。熊本県阿蘇郡小国町出身とされ、熊本医学校および東京医学校に学び、卒業後内務省衛生局に就職。明治18（1885）年にはドイツ・ベルリン大学に留学してロベルト・コッホ教授に師事し、破傷風の研究によって勇名を馳せた。後藤新平のベルリン留学に際しては、公衆衛生学のみならず、当時最先端の学問であった細菌学の研修のためにコッホ教授を彼に紹介したのは北里柴三郎だったと言われる。帰国してからも研究活動に邁進していた北里は、やがて研究所を巡るさまざまないきさつを経て、大日本医師会会長に推戴（すいたい）され、大正12（1923）年制定された医師法に基づいて成立した日本医師会の初代会長に就任した。「ドンネル先生」と畏れ親しまれたのは、いわゆる“雷親父”を洋風にひねったあだ名だったようである。

冒頭に挙げた扁額にある、「福星」とは、中国的伝統によれば裕福な官服を着た老人で表され、木星としても象徴される神であり、一方「壽域」はよく取まった世という意で、台湾医師会前会長の呉運東先生によれば、ヘルスシステムとも解し得るとのことで、この五文字全体では「新生医師会長もしくはその統率下の医師会によって、善き社会そしてヘルスシステムがかれていくように」という願いが込められていると思われる。

明治というわが国の近代化を担った時代に、行政をはじめとしたさまざまな社会活動に、それぞれの立場で献身してきたこの両者の関係に基づき、正式な医師会長就任という節目に当たって、後藤新平から日医を率いる北里柴三郎に対して、医療者としての共通の立場に立ち返りながら贈られたものと思われる。それは、両者の晩年において、ひとときの精神の触れ合いの証のようなものではなかったかと考えられる。

この扁額が、われわれの活動を静かに見つめていると改めて心に銘記することは、混沌に満ちた現状を啓（ひら）こうと行動する今日においても、また、来るべき未来を語る際にも意味があるのではないだろうか。

日本医師会常任理事 石井 正三  
日医ニュース第1175号（平成22年9月20日）  
（自著英文より自由に翻訳、MasamiSHII:ThecalligraphyintheJMAHall,JMAJ.2010.53.62）

『医科学大事典』の編纂にあたって  
現代医学の水準を体系的に編纂、全50巻、1982年3月発行

## 編纂にあたって

武見太郎

編集主幹



現代医学がその領域を大きく拡大している姿は、まさに目を見張るものがある。地球的なレベルでの医学、あるいは宇宙的なレベルへと発展した宇宙医学などの展開を考えれば、マクロの世界における医学の領域拡大は、かつての時代には想像もおよばないものがある。そして、そのような巨大科学への発展が、医学以外の社会的な因子や経済的な因子、あるいは政治的な因子によってなされたことを考えなければならない。

一方ミクロの世界においては、分子生物学の発展によって人類の遺伝機構が解明され、同時にまた環境への対応もその中で考えられるようになった。過去の臓器的な医学の領域では考えられなかった問題が、いまや分子・原子レベルで考えられるようになり、さらに原子力関係の医学への応用も加わってきて、人間の医学は、まさにすべての科学の進歩をその中に包括して、人類の新しい生存と福祉に向かって方向づけをする、新しい時代の科学へと発展しつつあるのが事実である。

たとえば、単なる記載が医学であるという記載科学の時代からすすんで、上述したような広範なヒューマンバイオロジーを形成するに至った。しかも、この新しい医学の分野を全体としてとらえるような事典は、まだ世界のいずこにおいても刊行されていない。現段階の医学の水準を、一つの体系的な事典としてまとめあげることは、将来の医学の進歩に対する大きな寄与でもある。また一般開業医家や医学に関連する職種の人々にとって、このような事典の出現が切に望まれてきたのも事実であった。このたび、日本の全医学者が中心となり、関係諸科学の専門家の協力を得て現代の医学の体系的事典を編纂する話が出て、私が相談にのることになった。外国でも例をみないこのような画期的な出版物が日本で刊行されるということは、日本文化の世界における水準を示すものであると同時に、日本医学界の地位を確認するものであるとも考えられる。

本事典の特色は、医学に関係のある日本の全学界の専門家が参加していることと、その人々によってなされた業績が全体としてどのような位置づけがなされ、骨格形成がされているかが理解されることである。この事典の活用によって、医学の中に内在する思想的な問題や人間への理解がいちだんと深まることは、21世紀へ向かっての大きな文化的事業であると考え、また、海外出版社との提携によって、すでに本事典の海外版の刊行も企図されていると聞いているので、ことに嬉しく思っている。この世紀の医書出版が、一日も早く完成されることを願ってやまない。

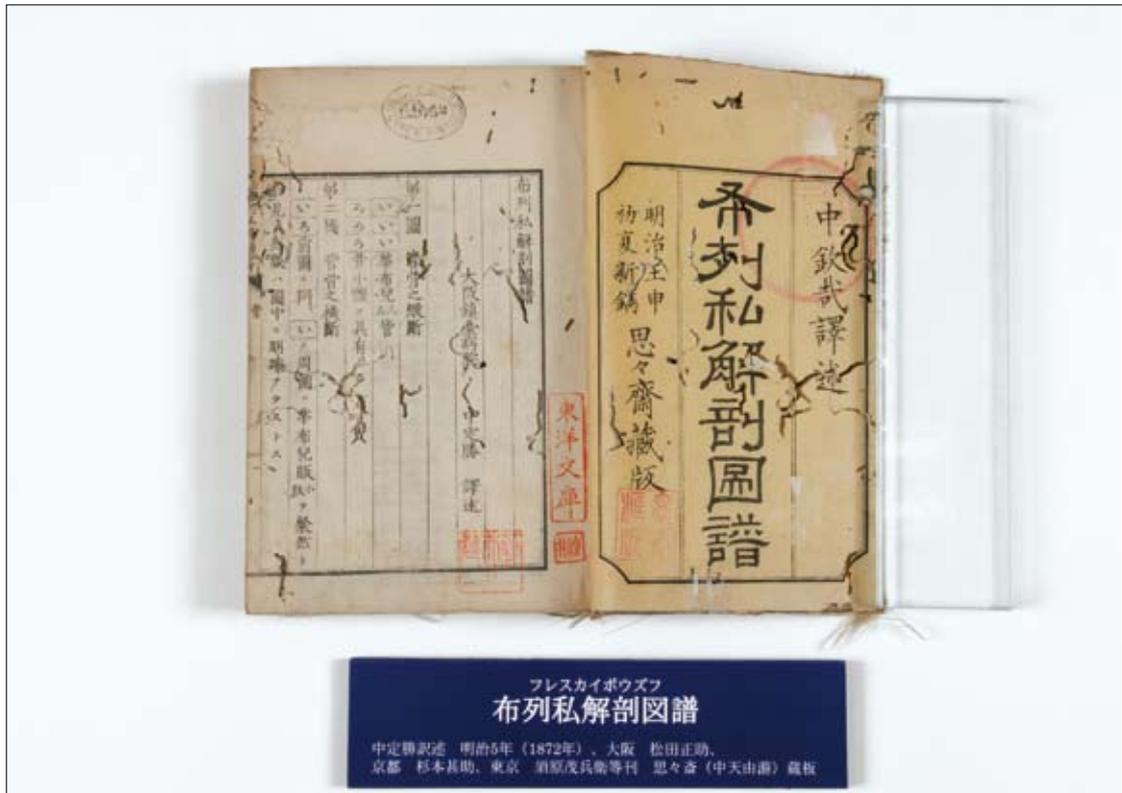
## 「幕末から明治初期の医学関係文書」

東洋文庫藤井尚久文庫を中心とした医学関連の貴重書特別展示

平成 25 年 11 月 22 日（金）～ 24 日（日）（於：東洋文庫）



中欽哉訳述 明治5年（1872年）、大阪、東京、京都刊、思々齋蔵板



中定勝訳述 明治5年（1872年）、大阪 松田正助、京都 杉本甚助、  
東京 須原茂兵衛等刊 思々齋（中天由游）蔵板



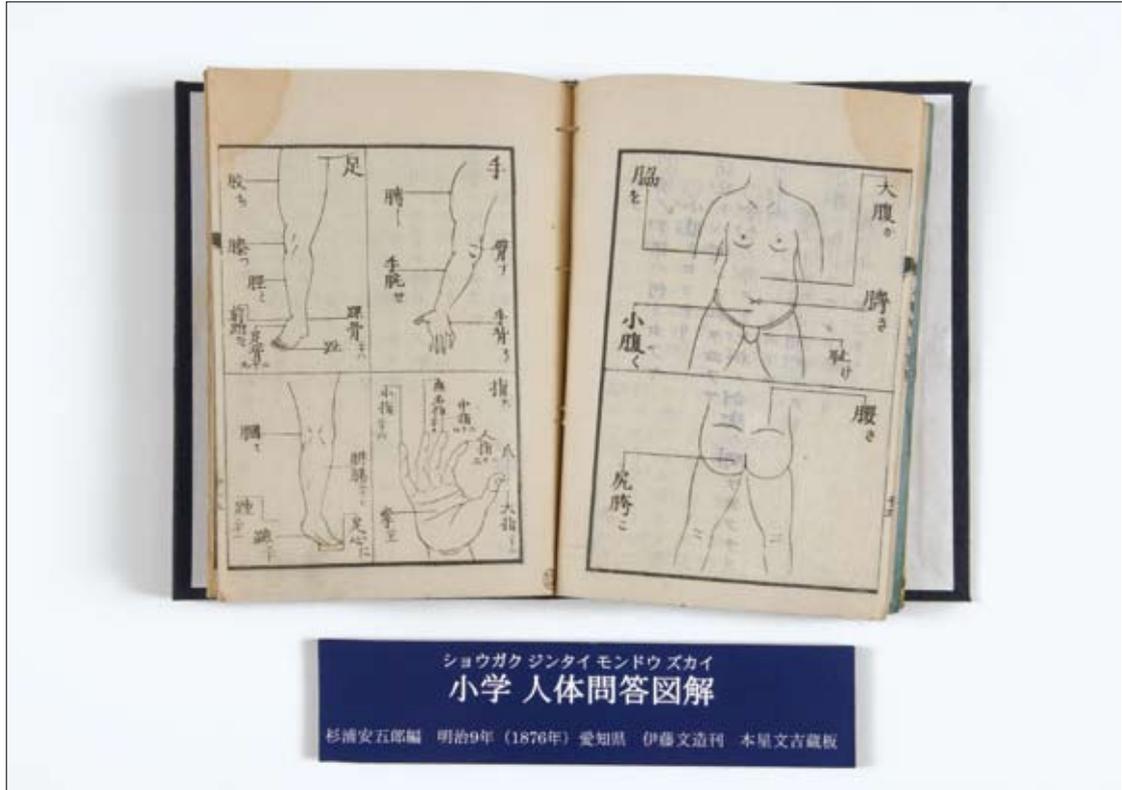
松村矩明等訳著 明治5年(1872年)大阪 龍章堂浅井吉兵衛刊  
 啓蒙義舎蔵板 銅版



松村矩明等訳著刊 明治9年(1876年)大阪 啓蒙義舎蔵板 銅版



(米) 賢理斯密士 (ヘンリー・スミス) 著 浦谷義春訳  
 明治6年 (1873年) 刊



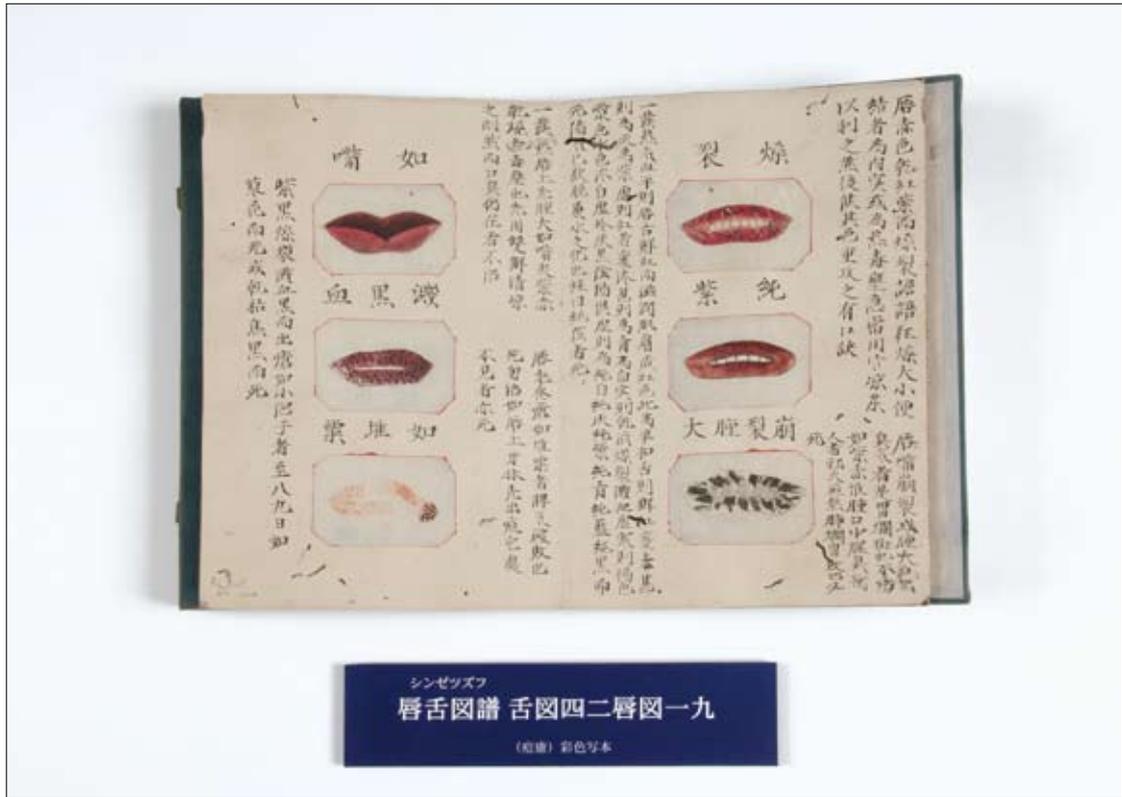
杉浦安五郎編 明治9年 (1876年) 愛知県 伊藤文造刊 本星文吉蔵板



物部誠一郎訳 明治11年(1878年)大阪 文海堂松村九兵衛刊



(独)海都満原圖 山崎元脩模写 明治17年(1874年)  
東京 英蘭堂島村利助



シンゼツズフ  
 唇舌図譜 舌図四二唇図一九  
 (複製) 彩色写本

「唇舌図譜 舌図四二唇図一九」(痘瘡) 彩色写本



ザツリンズ  
 舌診図  
 編者 3枚1巻

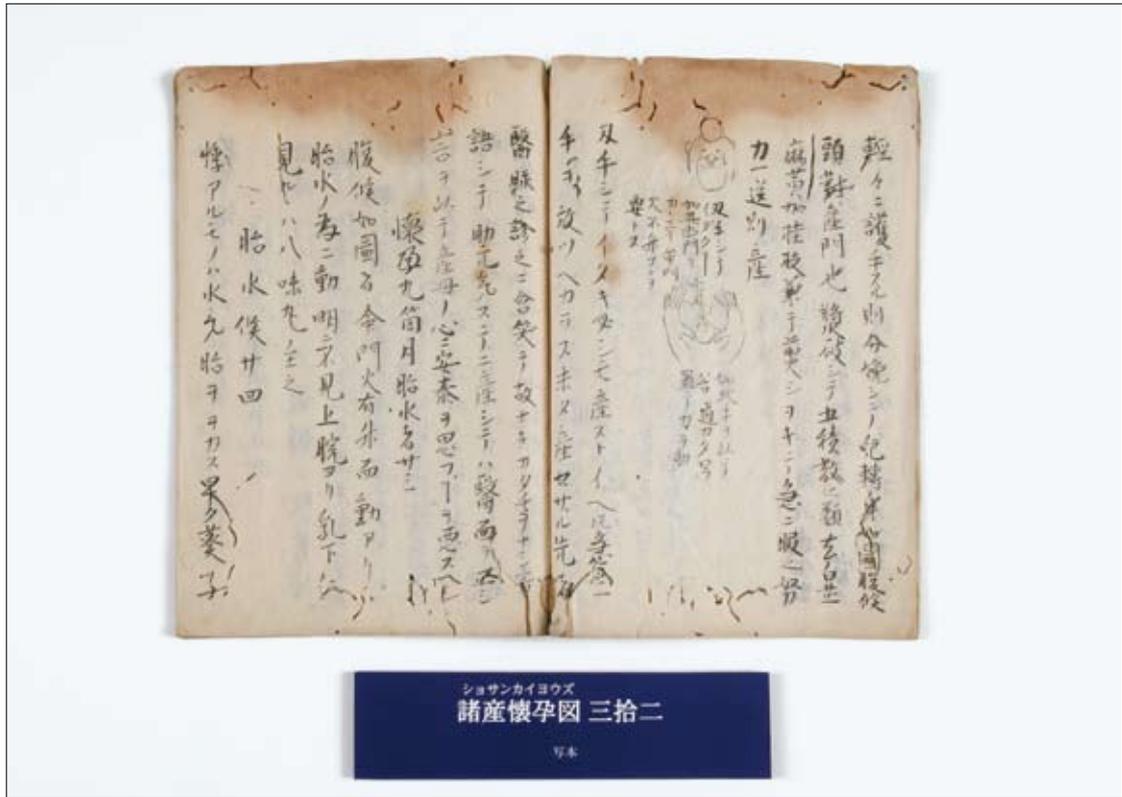
「舌診図」複写 3枚1巻



華岡震 (青州) 口授 文化7年 (1810年)、10年 (1813年)、12年 (1815年)  
野村鄂書写



「痘瘡産婦金瘡五十腹図」写本



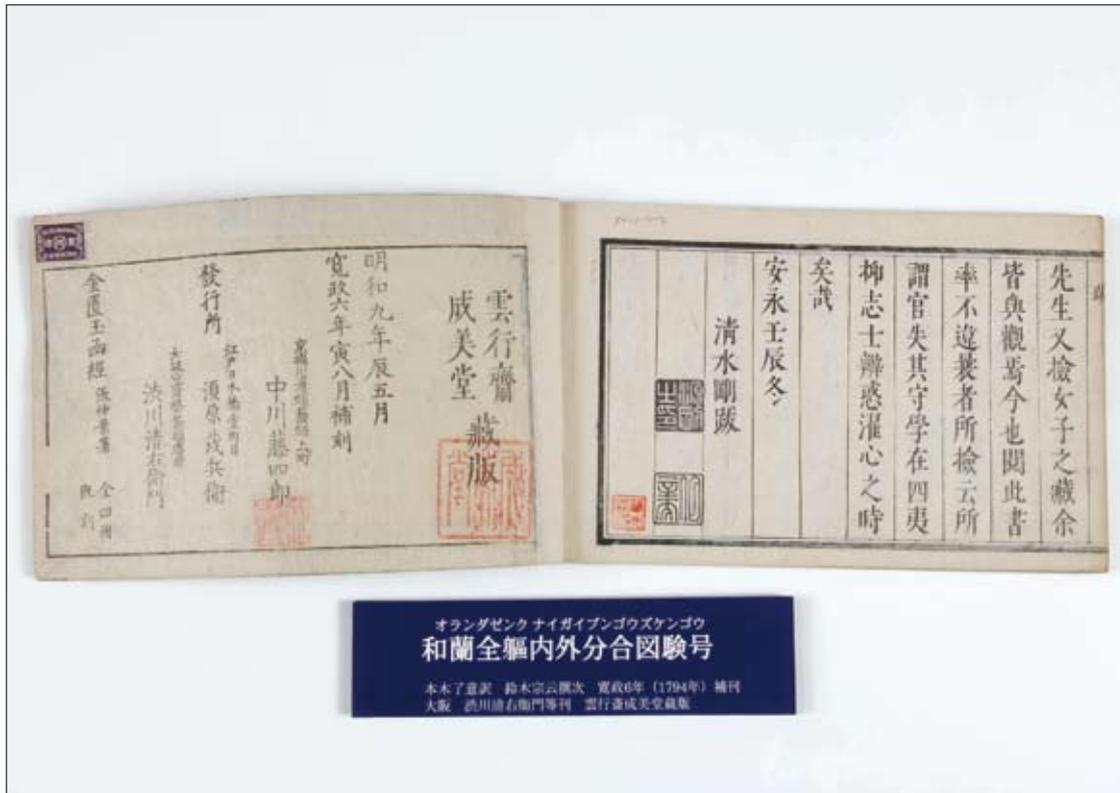
「諸産懷孕図 三拾二」写本



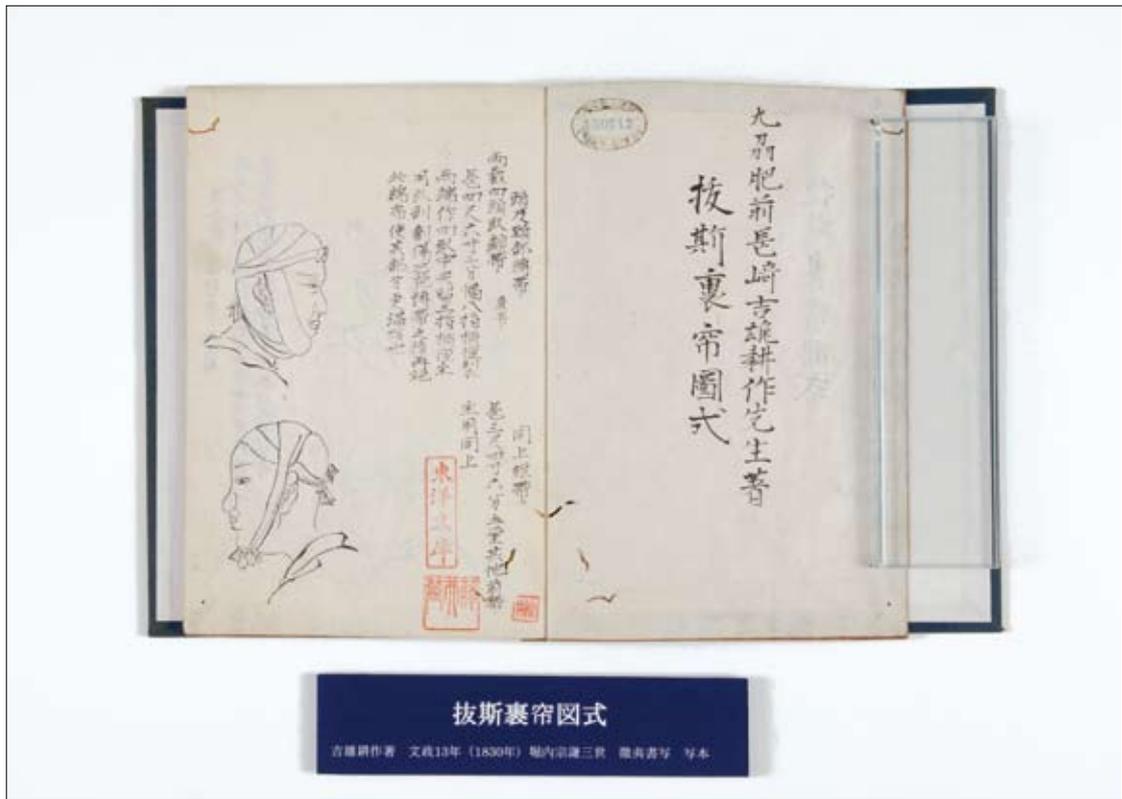
文化5年(1808年) 亞歐堂田善門人新井令恭刊 銅版 1枚



「阿片製出の図 (彩色)」1枚1巻



本木了意訳 鈴木宗云撰次 寛政6年(1794年)補刊  
大坂 浪川清右衛門等刊 雲行齋成美堂藏版



吉雄耕作著 文政13年(1830年)堀内宗謙三世 微夷書写 写本



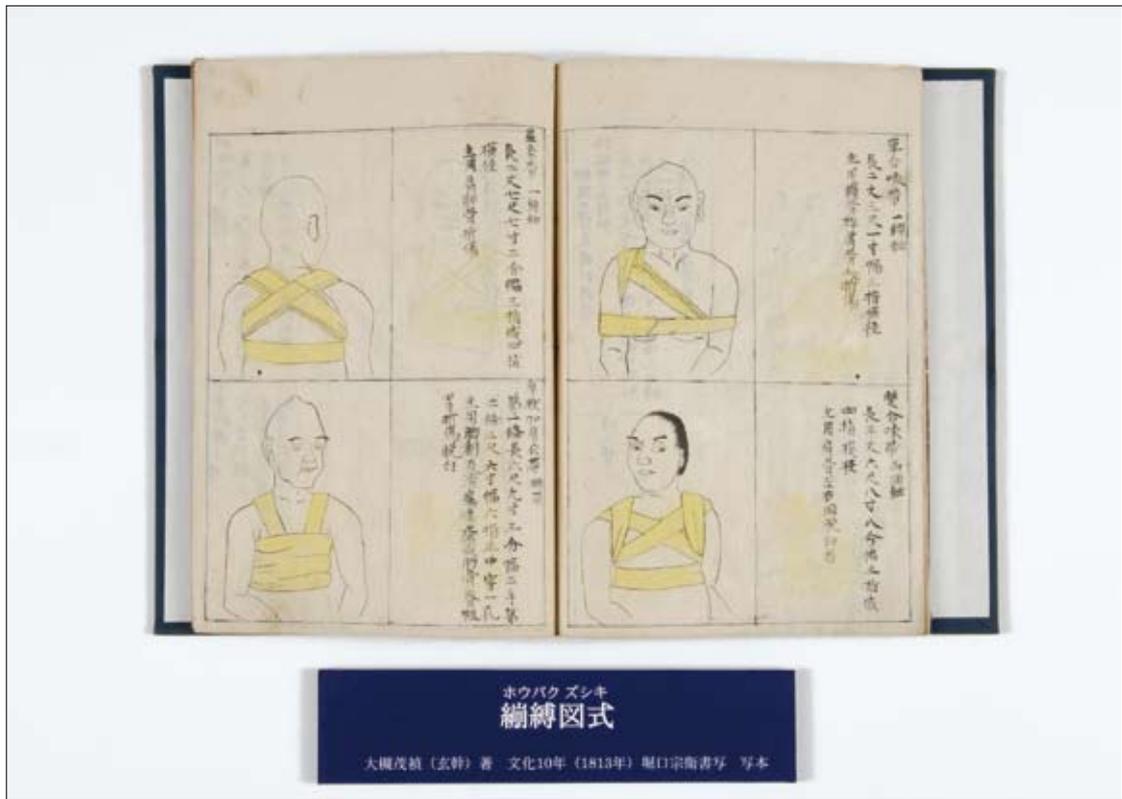
江州阿閉正骨口訣 杏蔭齋正骨圖 死活 華岡青州他口授  
文政2年(1819年)書写 写本



華岡青州著 写本



華岡震 (青州) 著 写本



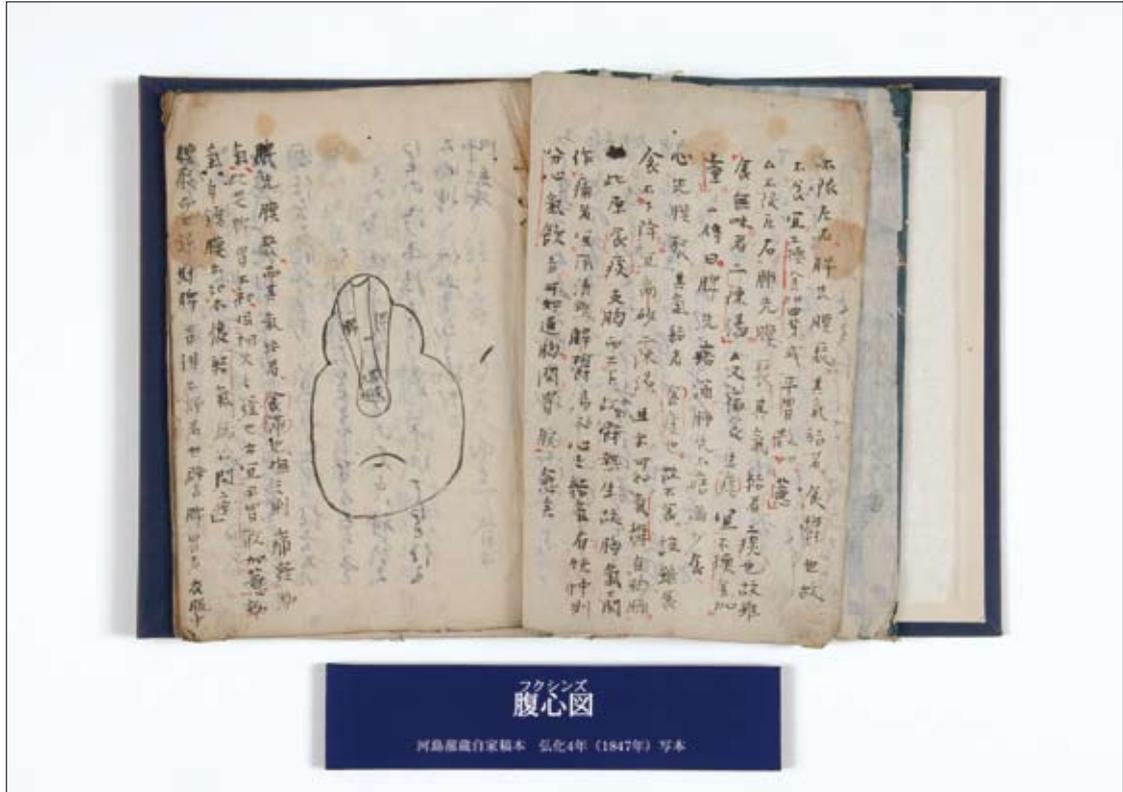
大槻茂禎 (玄幹) 著 文化10年 (1813年) 堀口宗衛書写 写本



大槻茂禎 (玄幹) 著 写本



文化11年(1814年)長崎芙蓉園僑居書写 写本 山行齋蔵自家蔵本



河島藤蔵自家稿本 弘化4年(1847年)写本



田代一徳訳述 慶応4年（1868年）江戸 島村利助等刊 柳柳亭蔵板



土岐頼徳編 東京刊本



桃山時代解剖之圖（彩色）  
卷物



女刑屍解剖之圖錄（彩色）20 枚  
傳大矢孝靖（尚齋）画

ハーバード大学公衆衛生大学院武見プログラム設立 30 周年記念シンポジウム  
関係役員・事務局

日本医師会役員

会 長	横倉 義武					
副 会 長	中川 俊男	今村 聡	松原 謙二			
常任理事	今村 定臣	石井 正三	葉梨 之紀	高杉 敬久	小森 貴	
	石川 広己	藤川 謙二	鈴木 邦彦	道永 麻里	大野 和美	

国際保健検討委員会 ◎委員長 ○副委員長

委 員	◎神馬 征峰	○竹村 恵史	赤上 晃	石黒 成人	菊地 勤
	窪田 良彦	倉増 秀昭	近藤 尚己	菅波 茂	中村 安秀
	永田 高志	橋本 省	波多江正紀	山本 太郎	
	丸山 泉 (若手医師・医学生分科委員会委員)				
オブザーバー	山内 和志	小沼 士郎			

国際課

能登 裕二	鶴岡 慶	今村 真帆子	五十嵐 和絵
-------	------	--------	--------

日医総研

内山 周作
-------

広報・情報課

菅生 史子
-------

施設課

小林 和喜	高橋 渉
-------	------

IFMSA-Japan (国際医学生連盟—日本)

井川 弥生	亀谷 智子	角和 珠姫	金 美希	鈴木 杏奈	高橋佑里亜
田中 都	宏洲あさひ				

東洋文庫

榎原 稔 (理事長)	斯波 義信 (文庫長)
山川 尚義 (専務理事)	平野健一郎 (常務理事 (普及展示部長))
牧野 元紀 (普及展示部主幹研究員)	岡崎 礼奈 (普及展示部学芸員)
池山 洋二 (普及展示部運営ディレクター)	山村 義照 (図書部閲覧複写課複写係)

#### **武見プログラムに対する財政支援**

日本製薬工業協会は、1994年以來約20年間にわたり、当プログラムの運営面で財政支援をしていただいております。

#### **ハーバード大学公衆衛生大学院武見プログラム設立30周年記念シンポジウム財政支援**

2013年10月11日、12日に米国ボストンのハーバード大学で開催された武見プログラム設立30周年記念シンポジウムの開催にあたり、日本製薬工業協会からの資金援助、及び日本医療機器産業連合会、米国研究製薬工業協会（PhRMA）より寄付金をお寄せいただきました。



**公益社団法人日本医師会**

〒113-8621 東京都文京区本駒込2-28-16  
Tel:03-3946-2121 Fax:03-3946-6295  
Email:jmaintl@po.med.or.jp  
<http://www.med.or.jp>

**Japan Medical Association**

2-28-16 Honkomagome, Bunkyo-ku, Tokyo, 113-8621, Japan  
Tel:+81-3-3946-2121 Fax:+81-3-3946-6295  
<http://www.med.or.jp/english>