

## アジア大洋州医師会連合（CMAAO）の活動

### （1）CMAAO 3医師会（日本医師会、韓国医師会、台湾医師会）打合せ会

平成30年7月14日、CMAAO 3医師会（日本医師会、韓国医師会、台湾医師会）による打合せ会を、福岡市で開催した。本会議は、平成24年、27年に引き続き、3回目の開催である。本会からは、横倉義武会長、道永麻里常任理事、星北斗参与が出席した。CMAAO組織の潜在的能力の強化、会費構成に基づく財政基盤の確立、新規加盟医師会の獲得に向けた取り組みや、WMAにおける活動についての議論を行った。

### （2）CMAAO マレーシア総会

平成30年9月12日から14日、マレーシアのペナンにおいて、CMAAO マレーシア総会が開催され、横倉義武会長（CMAAO 会長）、道永麻里常任理事（CMAAO 事務総長）、星北斗参与、村田真一弁護士（CMAAO 法律顧問）、ジュニアドクターズネットワークが出席した。参加は15医師会（日本、オーストラリア、バングラデシュ、香港、インド、インドネシア、韓国、マレーシア、ミャンマー、ネパール、パキスタン、フィリピン、シンガポール、台湾、タイ）、欠席は4医師会（カンボジア、ニュージーランド、スリランカ、マカオ）であった。世界医師会（WMA）、ブラジル医師会、ラトビア医師会がオブザーバーとして出席した。参加者は約100名であった。

12日、理事会で道永常任理事がCMAAO 事務総長報告を行った。総会式典は道永事務総長による出席点呼で開始し、マレーシア医師会モハメッド・ナマジー・イブラヒム会長の歓迎挨拶、横倉会長によるCMAAO 会長開会挨拶、オトマー・クロイバー WMA 事務総長の祝辞があった。横倉会長のCMAAO 会長報告では、この1年間、日本医師会長、CMAAO 会長、WMA 会長と3つの会長職を務め、UHCの推進を目的とした活動に注力してきたことを述べた。第36代CMAAO 会長（2018－2019年）には、ラビンドラン・ナイデュ マレーシア医師会前会長が就任した。カントリーレポートでは、道永常任理事が「日本医師会の役割と将来のビジョン」と題し、健康日本21、日本健康会議、糖尿病対策推進会議等を通じた健康づくりの取り組み、健康寿命延伸、健康増進と福祉の向上、社会格差をなくすための医師会の役割、地域医療におけるかかりつけ医を中心とした医療と介護の連携について紹介した。

13日、武見太郎記念講演として、ノア・イシャム・アブデュラ マレーシア保健局長がマレーシアの医療事情とユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）について講演を行い、横倉会長からコメント及び記念の盾が贈られた。その後、クロイバー WMA 事務総長より、10月のアルマ・アタ宣言採択40周年を記念して行われる「プライマリヘルスケアに関する国際会議：アルマ・アタからUHCとSDGsに向けて」に関して、プライマリケアは医師が主導すべきであるという論点から、特別講演「プライマリケアとUHC」が行われた。引き続き、「UHCへの道」をテーマにシンポジウムが開催され、各医師会から発表が行われた。横倉会長は、人口、死因の推移、がん対策など日本の現状を紹介

し、東京で開催された UHC フォーラム 2017 で UHC への進展を加速するため東京宣言が採択されたこと、WMA 会長として 2018 年 4 月、UHC の推進と緊急災害対策の強化を目的とした覚書をテドロス WHO 事務局長との間で締結したことを報告した。

14 日、総会冒頭、クロイバー WMA 事務総長の先導により参加者全員で WMA ジュネーブ宣言を唱和した。議事では、議長、副議長、財務担当役員に各医師会代表である CMAAO 理事以外からも選任できる定款施行細則の修正案が採択された。シンポジウムの成果物として、「UHC に関する CMAAO ペナン決議」が採択された。その他、道永常任理事より、母子手帳の普及に関して、日医が WMA に提出している「WMA 母子健康手帳の開発と普及に関する WMA 声明案」の支持を呼びかけた。また、菅波茂 AMDA 代表より、WMA 災害医療ネットワークに関する説明が行われ、まず、災害の多い CMAAO 地域で取り組みを開始し、WMA へ示していきたいと説明した。

#### 今後の総会日程

2019 年 9 月 インド

2020 年 9 月 台湾

### 別掲 1. カントリーレポート「日本医師会の役割と将来のビジョン」

道永 麻里

日本医師会常任理事

2018 年 6 月、横倉会長が日本医師会会長に再選され、4 期目を迎えた。就任披露パーティーには、安倍晋三内閣総理大臣を含む 1,000 名以上が出席した。

日本では、2000 年から、「健康日本 21」として、生涯を通じる健康づくりが推進されてきた。2013 年、その実効性をさらに高めるため、健康日本 21（第二次）が示された。健康日本 21（第二次）は、国民の健康づくり運動を浸透させ、健康増進の観点から、すべての国民が共に支え合い、健やかで心豊かに生活できる社会の実現を目指す運動である。健康日本 21（第二次）では、5 つの柱として、①健康寿命の延伸と健康格差の縮小、②生活習慣病の発症予防と重症化の予防の徹底、③社会生活を営むために必要な機能の維持・向上、健康を支え、守るための社会環境の整備、④栄養・食生活、身体活動・運動、⑤休養、飲酒、喫煙及び歯・口腔の健康に関する生活習慣及び社会環境の改善、が挙げられている。

2015 年、経済界、医療関係団体、自治体のリーダーが手を携え、健康の延伸とともに医療費の適正化を図ることを目的とし、「日本健康会議」を発足させた。これは、自治体や企業、保険者における先進的な予防・健康づくりの取組を全国に広げるための、民間主導の活動体である。「健康なまち・職場づくり宣言 2020」を採択し、2020 年までの数値目標（KPI）を設定している。①取組ごとにワーキンググループを設置し、厚生労働省・経済産業省も協力して具体的な推進方策を検討し、ボトルネックの解消や好事例の拡大を行う、②「日本健康会議 ポータルサイト」を開設し、例えば、地域別や業界別などの形で取組状況を「見える化」し、競争を促すことにより、目標の達成を目指している。

糖尿病は、厚生労働省において、生活習慣病その他の国民の健康の保持を図るために特に広範かつ継続的な医療の提供が必要と認められる疾病のひとつとして挙げられている。2005 年、日本医師会は、

糖尿病関連団体と「日本糖尿病対策推進会議」を設立し、①かかりつけ医機能の充実と病診連携の推進、②受診勧奨と事後指導の充実、③糖尿病治療成績の向上に取り組んできた。2016年には、日本医師会、厚生労働省、日本糖尿病対策推進会議で、糖尿病性腎症重症化予防に向けた取り組みについて、3者の役割と連携・協力の内容などを定め、地域における取り組みの促進を図ることを目的として、「糖尿病性腎症重症化予防に係る連携協定」を締結した。目的を達成するため、3者で「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を速やかに定めるとしている他、日医の役割として、プログラムを都道府県・郡市区医師会に周知するとともに、かかりつけ医と専門医等との連携の強化や、地域における都道府県、市町村（特別区を含む）及び後期高齢者医療広域連合との連携体制の構築に協力することを挙げている。

日本には、あらゆるライフステージにおいて健康診断システムがあるが、それらは統合されているわけではない。日本医師会は、平均寿命と健康寿命の格差を縮めるように、医療記録の統合を提案した。健康な高齢者を増加させることは、医療費を低く抑えることにもなる。

社会格差をなくすため、医師会は重要な役割を果たしている。学校では、学校医が子どもの貧困への対応を担っている。学校医と、健康教育と社会意識の向上のための活動の強化が必要である。職場では、産業医が収入、雇用による貧困への対応を担っており、職場の規模に応じ、その役割と機能の強化が重要である。かかりつけ医は、生活習慣の改善とヘルスケアへのアクセスへの対応を担っている。単身者、高齢者、子どもがいる家庭など、それぞれに対し、かかりつけ医の活動の強化が重要である。医師会は、それぞれの場で活動し、住宅や都市政策といったコミュニティ開発をつなぐ役割を果たしている。

かかりつけ医は、「シームレスな医療と介護」において、中心的な役割を果たす。日本が超高齢社会に近づくにつれ、災害に強い医療提供体制を確立するためには、老人医療を日常業務の中心とする、地域密着型の包括的医療を組み込む必要がある。日本医師会は、日本の人々が安全に頼ることができる持続可能な医療を実現するためのかかりつけ医の機能を強化するよう努めている。

日本医師会では、かかりつけ医の定義を「なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要な時には専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師」としている。

平成28年4月1日より実施している日医かかりつけ医機能研修制度の目的は、今後のさらなる少子高齢社会を見据え、地域住民から信頼される「かかりつけ医機能」のあるべき姿を評価し、その能力を維持・向上するためのものである。実施主体は本研修制度の実施を希望する都道府県医師会である。かかりつけ医機能とは、①患者中心の医療の実践、②継続性を重視した医療の実践、③チーム医療、多職種連携の実践、④社会的な保健・医療・介護・福祉活動の実践、⑤地域の特性に応じた医療の実践、⑥在宅医療の実践である。

## 別掲2. シンポジウム「ユニバーサル・ヘルス・カバレッジへの道」

横倉 義武  
日本医師会会長

日本の平均寿命の推移について、2016年の平均寿命は、男性80.98歳、女性87.14歳であった。健



健康寿命は、男性 72.14 歳、女性 74.79 歳であり、日本医師会では健康寿命の延伸に向けた取り組みを行っている。

日本の総人口の推移について、2017 年は 1 億 2701 万人で、人口のピークは 2008 年の 1 億 2,808 万人であった。今後、日本の総人口の減少傾向は少子高齢化に伴い顕著になっていくと思われる。

日本の人口構造を年齢層別人口割合の推移で見た場合、人口構成は 1868 年～1960 年までは、19 世紀型で安定した年齢層別人口割合であった。1960 年以降、バブル経済期の 1990 年にかけて、少子高齢社会への進行が顕著になった。そして、この期間に現行の社会保障制度がつくられた。現在も少子高齢社会の趨勢が続いており、2040 年代後半から年齢層別人口割合は 21 世紀型となって安定してくることが予想される。

年齢層別人口割合の推移を高齢者のグラフにおいて、高齢者の基準を 75 歳にした場合、つまり、75 歳までを労働人口としてカウントし、社会において支えられる側から支える側の人口とすると、今後 4 人で一人の高齢者を支える社会を構成することができるようになる。

日本の死亡率について、2016 年の主な死因別死亡率（人口 10 万対）は、癌が 298.3、心臓病が 158.4、肺炎が 95.4、脳卒中が 87.4 である。癌は一貫して上昇し続けており、1981 年以降、主な死因となっている。脳卒中は 1970 年以降減少し、1991 年以降は横ばいであった。1995 年には増加したが、それ以降減少している。1947 年に死亡者数 146,000 人であった結核は、1951 年の結核予防法制定後、減少した。これが、1961 年の日本の国民皆保険の達成に大きく貢献したことがわかる。

我が国では、国が推進する生活習慣病の予防を目的とした健康日本 21、日本医師会が主導する民間ベースの日本健康会議及び糖尿病対策推進会議等を通じて、健康寿命の延伸に取り組んできた。外科治療、化学療法、放射線療法といったがん治療は進歩しており、全がんの 5 年生存率については向上している。しかし、臓器別の 5 年生存率でみると、すい臓がん、肝臓がん、胆嚢がんの予後は不良である。

がん対策基本法は、2006 年に制定され、2007 年に発効した。適切な予算措置の下に、がん予防、早期発見の推進、がん医療の均霑化の促進、研究の推進が基本的施策とされた。がん対策推進基本計画は 5 年ごとに見直され、2016 年改正法が制定、2017 年には「第 3 期がん対策推進基本計画」が閣議決定された。新計画は「がんの予防」「医療の充実」「がんとの共生」を三つの柱とした。

続いて、UHC の推進について話をする。

2015 年 9 月、国連総会は、17 の持続可能な開発目標（SDGs）を含む持続可能な開発のための 2030 アジェンダを採択した。「誰一人取り残さない」という原則に基づき、新しいアジェンダは、すべての人にとって持続可能な開発を達成するための総合的なアプローチを強調している。

2017 年 12 月、日本は「UHC フォーラム 2017」を東京で開催した。UHC に関する宣言は、安倍晋三首相、アントニオ・グテーレス国連事務総長、世界銀行、ユニセフ、WMA 等、世界的リーダーによって支持されてきた。このフォーラムを通じて、UHC は各国の国民健康政策の国際的な目標となった。目標 3 は「あらゆる年齢のすべての人々の健康的な生活を確保し、福祉を推進する」としている。WHO の定義によると、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジまたは UHC とは、「すべての人が、適切な健康増進、予防、治療、機能回復に関するサービスを、支払い可能な費用で受けられる」ことを意味する。

私は、世界医師会長として、114 加盟医師会と共に UHC を推進していきたいと述べた。また、日本の健康寿命を世界トップレベルにまで押し上げた日本の医療システムの背景には、UHC としての「国民皆保険」があったことを強調した。世界の人口の少なくとも半分は、依然として、健康を守り、増進するために必要なサービスにアクセスすることができない。フォーラムでは、「すべての人々に

健康を」を再確認する「UHC 東京宣言」が採択された。この宣言では、UHC を加速するためのさらなるコミットメントを求めている。それには、グローバルレベルでの UHC 推進のモメンタム強化、国レベルでの政府主導のプロセスの促進、UHC へのイノベーションなどの取り組みが含まれている。

2018 年 4 月 5 日、ジュネーブの WHO 本部において、テドロス WHO 事務局長の間で、UHC の推進と緊急災害対策の強化に関する覚書（MOU）が締結した。協力分野として、1. UHC の実現、特に医師とその専門組織の役割に焦点を当てた概念の理解と積極的な参加の促進、2. 保健医療従事者の教育、雇用及び管理の強化、3. 健康関連の人権の積極的推進、健康の社会的決定要因への取り組みを通じたすべての人の医療倫理の尊重、4. 医師およびその専門機関の役割に重点を置いて、国内および国際レベルでの緊急災害対策準備システムを強化し発展させることなどが掲げられている。

覚書締結後、WHO の上級顧問より、UHC 推進に関する講演があった。1 国における UHC のロードマップが示された。WHO は、医師の能力向上と医療従事者に関する政府との政策協議に向けた取り組みを行おうとする WMA の関与を支持する。また、WMA が、例えば 2019 年 6 月の G20 大阪サミットの際に、政策協議と医療従事者への投資に向けたグローバルな主張を支持することを提案した。

日本医師会では、G20 の開催に併せて、Health Professional Meeting（H20）2019 を UHC の推進を目的として開催する予定である。WHO の地域事務局と WMA の相対する地域における努力によって、世界における UHC が確立されることを期待している。積極的な参加をお願いしたい。

### 別掲3. 「UHC に関する CMAAO ペナン決議」

健康への権利は現在、ほとんどの国で基本的に認められている。持続可能な開発目標（SDG 3）は、各国政府に対して「あらゆる年齢のすべての人々の健康的な生活を確保し福祉を推進する」ことを義務付けている。

ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）とは、すべての人々やコミュニティが、必要とされる健康増進、予防、治療、リハビリそして緩和的保健医療サービスで、質が高く効果的でありかつ利用者にとって金銭的に困難とならないように保証するようなサービスを受けることができることを意味する。

ユニバーサル・ヘルスケア・カバレッジの基礎はプライマリケアにあり、理想的にはプライマリケア医を中心とした主に患者や地域社会の医療ニーズに対処する医療専門家や医療従事者のチームにより提供されるものである。このチームは他の専門家から支援を受けるべきであり、第2次および第3次医療ならびに専門的、社会的サービスへのアクセスを提供すべきである。

そのようなシステムの資金はさまざまな手段によって提供される。これには、税金調達によるもの、民間ないし社会保険、健康貯蓄、自己負担あるいはこれらを組み合わせたものがある。

#### 政府の役割

政府は健康の社会的決定要因（SDH）に基づいて行動すべきであるが、これは健康的な生活の開始、

適切な生活条件、質の高い教育、そして健康的栄養、安全な職場および交通機関へのアクセスを含む健康的な環境を実現することによって可能となる。

選択された方法にかかわらず、政府は、患者が必要な時にそして経済的な困難なしに、タイムリーで、有能かつ質の高い医療サービスへのアクセスを保証する必要がある。

ヘルスケアへのアクセスには、必要不可欠な診断、投薬および医療機器、さらにリハビリと緩和ケアが含まれる。患者は、特にプライマリケア医を選ぶ場合は、アクセスの選択の自由を持つべきである。

資金調達の仕組みは国や年代によって異なるが、政府は透明な保健システムを常に確実に整備すべきである。そのようなシステムは、社会のすべてのメンバーをカバーしなければならず、先天性または既往の疾患を持った人々を差別してはならない。医療機関、保健医療専門家、医療従事者への支払いや払い戻しは公正かつ適切に行われなければならない。

疾病パターンは急性期のエピソードから慢性期へと変化するが、医療制度は一つのサイロ構造から別のサイロ構造に落ちてはならない。ユニバーサル・ヘルス・カバレッジでは、患者を家族、グループ、地域社会の一員として理解するために、普遍的または全体的なアプローチが必要となる。

したがって、医師の役割は、地域社会のすべての人々の健全な生活条件、健康的なライフスタイルおよび安寧を擁護することにまで広がっている。注意すべき点は、健康の社会的決定要因であり、疾病や怪我の特定可能な原因であり、さらに一般的な健康増進、健康教育、特定の疾病予防にまで及ぶべきである。

#### 各国医師会（NMA）の役割

NMAは、UHCが患者および地域社会に与える利益を医師に説明し、医師がこれを可能にするためリーダーシップの役割をとるよう働きかけることで、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジを促進してゆくべきである。

NMAは、人々の現在および予測可能な健康要求を分析し、その後、予防、健康促進および栄養に関する保健医療専門家のための教育プログラムを目標とすべきである。

NMAは、ユニバーサル・ヘルスケアを擁護する政治家、メディア、利害関係者にアプローチし、医療費支出は単なる費用ではなく、あらゆる社会の将来に対する投資であることを説明する必要がある。