

国際交流基金アジアセンター
アジア・文化創造協働助成プログラム

「東アジアにおける強靱な保健
協力ネットワークの構築に向けて」

報告書

Report of the

“Towards Building a Resilient Network for

Regional Health Cooperation in East Asia”



東アジア共同体評議会



助成：国際交流基金アジアセンター

2018年3月

まえがき

本報告書は、2017（平成 29）年度において、当評議会が実施した「東アジアにおける強靱な保健協力ネットワークの構築に向けて」研究会の成果である。

近年、世界の「成長センター」として目覚ましい発展を遂げている東アジアであるが、この地域の持続的発展の鍵は、経済分野のみならず、その隣接分野における域内各国の連携強化にあり、なかでも喫緊の協力分野が保健分野である。現在、東アジアでは、グローバリゼーションの負の側面ともいえる、気候変動等による自然災害とその被災者の増加、地域の連結性向上による感染症の蔓延、そして医療の進歩による少子高齢化の加速などが顕著である。どの国も、これら保健分野の課題に単独で対処することは困難であり、地域レベルでの強靱な保健協力ネットワークの構築が急務といえよう。

以上のような問題意識の下、当評議会は、下記の主査・メンバー・顧問から成る「東アジアにおける強靱な保健協力ネットワークの構築に向けて」研究会を組織し、本事業の実施にあたってきたが、この度その成果を取りまとめたので、報告するものである。

【主査】	池田 俊也	国際医療福祉大学教授／東アジア共同体評議会有識者議員
【メンバー】	伊藤 剛	日本国際フォーラム研究主幹 / 明治大学教授
	小川 俊夫	国際医療福祉大学准教授
	小林 美亜	千葉大学医学部附属病院特命病院教授
	中島 一敏	大東文化大学スポーツ・健康科学部健康科学科教授
	真野 俊樹	多摩大学教授
	和田 耕治	国立研究開発法人国立国際医療研究センター
	渡部 晃三	JICA 人間開発部保健第二グループ長

（五十音順）

なお、この報告書に記載されている見解は、すべて上記研究会のものであり、当評議会の見解を代表するものではない。

最後に、本事業は、国際交流基金アジアセンターより、「アジア・文化創造協働助成プログラム」の助成金を得て実施することができた。記して深甚なる謝意を表したい。

2018 年 3 月 31 日
東アジア共同体評議会
会長 伊藤 憲一

目 次

第Ⅰ部 調査・研究活動の概要

1. 背景と目的	1
2. 研究会合、交流一覧.....	2

第Ⅱ部 政策提言

1. 政策提言（日本語版）	3
2. 政策提言（英語版）	6

第Ⅲ部 国際シンポジウムの記録

1. 非公開会合概要	11
2. 公開シンポジウム概要	12
(1) プログラム	12
(2) 出席者名簿	14
(3) パネリストの横顔	16
(4) 速記録	22
(5) 報告原稿.....	68

第 I 部 調査・研究活動の概要

1. 背景と目的

東アジアでは、1997 年の ASEAN+3 (APT) や 2005 年の東アジア・サミット (EAS) の制度化、2015 年の ASEAN 共同体の設立などにみられるように、経済、金融、教育、防災などの分野を中心に地域協力・統合が進められている。とりわけ、東アジアは急速な経済発展とともに域内のサプライチェーンが構築され、経済的相互依存関係が進んでいる。その一方で、これら統合の進展に伴い、その負の帰結ともいえる各種の越境的な脅威が地球および地域規模で拡大するようになってきている。これらの脅威は、地域に政治的、経済的、社会的に甚大な影響を及ぼしうるものであるところ、どの国も単独ではその解決を望むことはできず、各国が協力して初めて対策が可能となるものである。

では現在、東アジアが直面している地球および地域規模課題とは何であろうか。それはとりもなおさず、人々の生命を脅かし、あらゆる社会的・文化的・経済的活動を阻害する保健分野の課題である。というのも、ひとつには、既存の保健システムでは、もはや新興感染症には対処できないことが明らかとなっているからである。アジアでは近年、鳥インフルエンザ、SARS、MERS といった新興感染症が出現したが、特に SARS、MERS はいずれも先進的な高い技術のある大病院で院内感染が起きて流行し、また初動措置としての WHO や世界銀行の資金提供メカニズムも機能しなかった。さらに今後、アジア発の新型感染症が出現する可能性もある。二つには、近年の生活習慣の変化にともない蔓延しつつある癌、糖尿病、心臓病などの非感染症疾患が重大な課題となって顕在化しており、さらに高齢化問題、母子保健の未整備、貧困層への基礎的保健医療サービスのアクセス状況の劣悪さなどの問題も加わって、従来の問題領域別のアプローチでは対応出来ないことが明らかとなっているからである。

このように、東アジアにおいては保健分野の課題に対する早急な対処体制の構築が不可欠であるが、すでにいくつかの取り組みがなされてきていることも確かである。例えば APT においては、2004 年以降ほぼ 2 年に一回のペースで保健大臣会合を開催し、APT が感染症疾患と非感染症疾患の二重の課題に直面しているとの認識を共有し、域内連携の強化、保健人材育成への協力の他、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ(UHC)の重要性への認識などが共有されてきた。そして APT 保健開発 SOM(APTSOMHD) により ASEAN+3 UHC ネットワークが 2014 年に設立され、今後、地域における UHC の進展が期待されている。このように、東アジア地域においては、新たな展開をみせている保健分野の諸課題に対して、ネットワークを築き、共同した対応が始まりつつある。今後、東アジア地域が保健協力を進展させ、持続可能な発展をすることが出来れば、地域の繁栄のみならず、保健分野における国際社会の課題解決にも大いに貢献することとなり、この分野の地域協力を進める意義は大きい。

本事業は、以上の背景に基づき、「東アジアにおける強靱な保健協力ネットワークの構築に向けて」をテーマとして、感染症および非感染症疾患などの保健分野の課題に対して、東アジアでどのような協力ネットワークを構築して共同で対処するための体制を築くことが可能なのか、またそのあり方について、APT の専門家とともに研究交流活動、また国際シンポジウムを実施し、それらの成果をもとに、本事業に参加する APT の各国の専門家による協働の政策提言を取り纏めるものである。そして、アジア地域および地球規模課題である保健分野の課題への対応に寄与し、かつ広く世の中に発表することで市民から政府にいたるまで問題意識を高め、この分野の進展に貢献することを目的に本事業を実施するものである。

2. 研究会合、交流一覧

前述の1.の背景と目的のもと、本事業は、以下に記載の研究会合、海外訪問による調査・研究交流、東京での国際シンポジウムの開催などを実施した。そしてそれらの成果をもとに、国際シンポジウムに参加したASEAN+3の有識者と共同による政策提言を取り纏めた。その政策提言については第Ⅱ部、東京での国際シンポジウムについては第Ⅲ部に掲載されている。

年月日	研究会および交流内容／開催場所（開催地）
2017年8月7日	国内研究会合／都内（東京）
2017年8月8日	国内研究会合／都内（東京）
2017年10月17日	国内研究会合／都内（東京）
2017年11月8日	国内研究会合／都内（東京）
2017年12月27～ 2018年1月1日	研究メンバーのマレーシア訪問による調査・研究交流／（クアラルンプール）
2018年1月11日	国内研究会合／都内（東京）
2018年1月15日	「国際シンポジウム非公開会合：東アジアにおける強靱な保健協力ネットワークの構築に向けて」／都内（東京）
2018年1月15日	「国際シンポジウム：東アジアにおける強靱な保健協力ネットワークの構築に向けて」／ホテルオークラ「オーチャード・ルーム」（東京）
2018年3月10～12日	研究メンバーのタイ訪問による調査・研究交流／（バンコク）
2018年3月11～13日	研究メンバーのベトナム訪問による調査・研究交流／チョーライ病院等（ハノイ）

第Ⅱ部 政策提言

1. 政策提言（日本語版）

東アジアにおける強靱な保健協力ネットワークの構築に向けて

政策提言

はじめに

東アジア各国では、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジの実現などを通じて、保健医療システムの拡充に取り組んでいる。また各国では、高齢化の進展や疾病構造の変化などを考慮しつつ、さらに国境を超えた地域レベル、グローバルレベルでの保健分野での対策が必要な局面にも柔軟に対応する必要がある。特に、災害や新興・再興感染症の勃発などの危機には国レベルを超えた対応が必要であることに加え、平時から地域内の各国が協働できるような体制を構築する必要がある。また、高齢化や疾病構造の変化など東アジア諸国で共通の保健医療の課題に対しては、日本や韓国のように他国に先駆けてこの課題に直面し、それに取り組んでいる国の経験を生かし、地域として取り組むべきである。このような視点から、東アジアにおける強靱な保健協力ネットワークの構築が必要である。

東アジアにおいて保健協力ネットワークを構築するためには、様々な要件の整備が必要である。保健協力ネットワークの構築には、ネットワークにおいて主体的に活動する人材の育成と確保が必須である。特に、平時および危機時それぞれに医療の専門家の確保と活用が必要で、さらに保健協力ネットワークの維持・発展のために各国の保健医療政策に携わる担当官も必要となる。また、保健協力ネットワークを効果的に運用するための各種資源の確保・拡充も必須である。具体的には、ICT による医療情報の整備に加え、各種医療資源の確保と拡充、災害時における医療物資の最適な配分などを実現する必要がある。

東アジアにおける保健協力ネットワーク構築は、各国の医療システムの向上に繋がり、WHO などのグローバルレベルの保健分野の発展にも寄与し、グローバル・ヘルス・ガバナンスの構築に貢献することができる。さらに、保健協力ネットワークの構築に向けて、東アジア各国の研究者のネットワークの構築も実現できる。

本提言は、上記のような問題意識のもとで開催されたシンポジウム「東アジアにおける強靱な保健協力ネットワークの構築に向けて」（2018 年 1 月 15 日開催、於東京）で議論された内容を取りまとめ、東アジア諸国における保健協力ネットワーク構築と維持発展に向けた提言を取りまとめたものである。

提言 1 平時より災害医療を視野に入れた保健医療システムの構築・拡充と、国際的な協力体制の整備が必要である

規模の大きな災害医療への対応は、各国においてはユニバーサル・ヘルス・カバレッジの実現の一環として取り組むべき重要な課題である。特に、平時から災害の発生と災害医療の提供の必要性を視野に入れた対策が必要である。

災害医療の適切な提供には、災害医療を担当する人材育成が重要であり、そのための専門教育のカリキュラム整備が必要である。東アジア諸国では、災害医療教育が十分に提供されているとは言えず、東アジア各国が協力して災害医療教育のためのカリキュラム整備などその拡充に取り組む必要がある。災害医療に必要とされる人材は、災害医療を現場で提供する医師や看護師などの医療スタッフはもちろんのこと、災害時のマネジメントを担当する行政官や情報収集・伝達の担当官など多様であることから、様々な分野の人材育成が必要である。また、東アジア全体で災害医療に携わる人材の確保が重要であり、地域全体で取り組むべき課題である。さらに、規模の大きな災害医療への対応には、国レベルのみならず国際的な協力が不可欠で、国際チームの受け入れ態勢の整備など、国を超えた人材の活用が可能となるネットワークの構築が必要である。

災害発生時には、迅速かつ適切な対応が必要であり、正確な情報を迅速に入手することに加えて、例えば災害発生地域への医療スタッフの派遣や mobile hospital や病院船などの運用、さらには災害対策に出動する軍隊等との協力体制の整備などを迅速に行う必要がある。また、災害発生時およびその直後には、当該地域において一次的な医療資源の大幅な不足が発生することがあり、その後に医療資源の集中的な供給が短期間に行われることもある。このような災害発生時の災害医療の適切な提供には、国全体また地域全体でのシステムとしての対応が重要である。災害医療への対応には、WHO を含む UN 関係の国際機関などの国際機関、各国の中央政府、地方政府、医療機関、NGO など様々な組織が複雑に関与し、時として東アジア地域のみならず全世界が関与することもある。このように多様な stakeholder と資源が短期間で増減するような災害時およびその直後の特殊な状態にも対応し、また適切なマネジメントできるようなインフラの整備が必須である。さらに、災害時には適切な情報の収集と伝達が不可欠であり、平時から適切な情報収集と伝達を可能とする東アジア諸国を網羅した省庁・地方政府・医療機関などを結合した情報ネットワークの整備も重要である。

提言2 東アジアにおけるより強固な感染症対策ネットワークの構築が必要である

東アジアは、世界の新興感染症の発生地域の一つとして知られており、東アジア諸国としてはその対策が急務である。東アジア地域における感染症対策については、WHO など国際機関や各国政府、また JICA などの援助機関による各種人材育成や制度整備支援等が実施されており、感染症対策ネットワークの構築については、WHO 西太平洋地域事務局による ASPED (Asia Pacific Strategy for Emerging Diseases) や日本政府による感染症研究国際展開プログラム (J-GRID) などが実施されているが、未だ十分な対策ができていないと言いが難いのが現状である。

東アジアにおける感染症対策としては、国際連携と専門家育成の拡充が重要である。感染症サーベイランスシステムは各国での整備と並行して WHO など国際機関を中心として国際連携が実現されつつあるものの、迅速かつ正確な情報収集と伝達のため、東アジア全体を網羅するより強固な国際連携システムの構築が必要である。

感染症サーベイランスシステムの拡充を含む感染症対策の強化には、感染症専門家の育成が重要である。そのためには、東アジア諸国で感染症専門家を育成するプログラムの拡充が急務であり、各国の大学医学部や公衆衛生大学院など教育機関の協力が必要である。また、大規模な感染症発生時などに、感染症専門家が有機的に協力できるようなネットワークの構築が平時から重要である。

東アジア地域においては、十分な医療システムを備えるに至っていない国も存在しており、地域内の医療格差が感染症の制御に大きな障害となる。そのため、感染症対策の視点からも医療システムの拡充が重要であり、域内格差の是正に努める必要がある。

平時からの感染症対策として、薬剤耐性（AMR）対策の重要性が認識されている。東アジア地域においても、薬剤の適正使用に関する各国のガイドラインの策定などが急務であり、東アジア各国が協調した対策が求められている。また、ワクチンの整備と質の向上にも取り組むべきである。さらに、東アジア地域の感染症の特性を改めて確認し、当該地域に適した感染症対策について検討するための、各国や国際機関を交えた枠組みの整備が必要である。

提言 3 高齢化社会に適応した社会・医療システムの構築が必要である

東アジア各国は、高齢社会・高齢化社会に突入しつつあるがその進展は各国で異なっており、それぞれの国でより正確な状況を把握した上で、対策を講ずる必要がある。高齢社会・高齢化社会への対応には、高齢者特有の疾病への対策を可能とする医療システムの構築が必要であり、また高齢者が生活しやすい社会システムの構築と元気な高齢者が暮らしやすい社会を目指した Active Aging の実現が重要である。

東アジア各国における高齢化社会の到来により、従来の感染症対策に加えて生活習慣病など高齢者に多い疾患への対策が必要である。生活習慣病は長期にわたるケアが必要であり、また認知症の増加など高齢化に伴った疾病構造の変化にも対応が必要である。そのため、病院や診療所での医療サービスの提供に加えて、在宅医療の拡充など多様なサービス提供体制の実現が求められる。そのためには、慢性期や介護ケアを提供する人材の確保と、ICT などを活用した在宅でも適切で質の高い医療サービスを提供できる技術導入も有効である。また、がんや循環器系疾患の効果的な治療薬の開発や漢方・東洋医学の活用など、生活習慣病対策に向けた様々な資源の確保と活用が必要である。さらに、効果的な生活習慣病ケアの実現と人材の活用を目的とした medical tourism の活用も推進すべきである。

また、東アジア各国では、生活習慣病の予防にも力を入れる必要がある。Active Aging の実現も視野に入れ、若い世代から食習慣や運動習慣を改善し、生活習慣病への予防につながるような方策が必要である。そのためには、生活習慣と疾病との因果関係を明確にし、エビデンスに基づいた予防対策の実施、また早期発見・早期治療を実現できるような医療技術の開発と活用を実現する必要がある。

高齢化は、東アジア各国に共通した課題である。そのため、各国の経験を持ち寄り、また問題点を共有することで、より効率の良い対策を講ずることが可能になると考えられる。そのため、高齢化に関連した保健協力ネットワークを東アジアで構築し、生活習慣病や認知症対策などを地域全体として取り組む体制づくりが重要である。

以上

2. 政策提言（英語版）

Towards Building a Resilient Network for Regional Health Cooperation in East Asia

Policy Recommendations

Introduction

East Asian countries undertake enhancing health systems through achievement of the universal health coverage. In each country, as it is necessary to take into account of the aging and a change in disease structure, it is important to respond flexibly to take measures for tackling these issues at the regional and/or the global level. In particular, as it is necessary to respond to emergencies such as occurrences of natural disasters and infectious disease outbreaks beyond the national level, it is necessary to establish a collaborative system between countries in this region from ordinal situation towards emergencies that enables countries to respond these issues. In order to tackling common issues within this region such as aging and changes in disease structure, countries may make use of the experiences of the efforts in Japan and Korea where are working on the issues ahead of other countries. For confronting these issues, therefore, it is necessary to construct a resilient network for health cooperation in East Asia.

In order to establish a health cooperation network in East Asia, it is necessary to adjust various conditions. In building a health cooperation network, it is essential to nurture and secure personnel who act actively in the network. Especially, it is necessary to secure and utilize health care experts in both ordinary time and emerging situation, as well as policy makers and bureaucrats who make health policies related to developing and enhancing health cooperation network. It is also essential to secure and expand various resources to operate the health cooperation network effectively. Specifically, it is important to maintain health information networks using ICT, and to secure and expand various healthcare resources, and to achieve optimal allocation. These will be achieved through health system development.

Building a health cooperation network in East Asia leads to enhancements in health systems in each country, contributing to the improvement of the global health led by WHO, and contributing to the development of global health governance. Furthermore, it is possible to establish a network of researchers in East Asian countries to improve health research capabilities through building a health cooperation network.

This policy recommendations are based on the discussions at the symposium "Towards

Building a Resilient Network for Regional Health Cooperation in East Asia" (January 15, 2018, Tokyo) under the above-mentioned awareness of the issues for establishing and maintaining health cooperation networks in East Asian countries.

Recommendation 1: It is necessary to construct and expand a health care system considering disaster medical care from ordinal time and improve international cooperation system.

Responding to health care in large-scale natural disasters is an important issue to be addressed in each country as a part of achievement of universal health coverage. Especially, it is necessary to prepare the occurrence of disaster and the necessity of provision of disaster medical care from ordinal time.

For providing disaster medical care properly, it is important to train personnel in charge of disaster medical care. In particular it is necessary to develop curriculum for professional education of disaster medical care at medical schools in this region. As it cannot be said that there are enough resources to provide medical education for disastrous situations in East Asian countries, it is necessary to cooperate each other to establish and enhance of curriculum of disaster medical care. It is necessary to establish and maintain various human resources for disaster situations. For providing disaster medical care properly, it is necessary to have not only medical staff such as doctors and nurses who provide disaster medical care on site but also administrative officials and bureaucrats in charge of management at times of disasters, and information officials of gathering and disseminating appropriate information to the society and so on. Also, it is important to secure personnel engaged in disaster medical care throughout East Asian countries. For dealing with large-scale disasters, it is important to establish an international networks for providing disaster medical care among East Asian countries for enabling utilization of human resources beyond national borders, including improvement of the acceptance of international teams for the disastrous situations.

In the event of a disaster, it is necessary to respond promptly and appropriately. In addition to obtaining accurate information quickly, for example, it is necessary to dispatch medical staff to the disaster occurrence sites, to operate mobile hospital and hospital ship, to promptly improve the cooperation system with the military, the Self-Defense Forces, and other stakeholders. Also, at the time of the occurrence of a disaster and immediately thereafter, there may be a major shortage of primary medical resources in the area, then there may be intensive supply of medical resources in a short period of time. In order to provide disaster medical care appropriately, it is important to establish a system dealing with whole country or whole region. As various organizations such as UN, WHO and

other international organizations, central and local governments, medical institutions, NGOs and others, sometimes not only from the East Asia region but from the whole world, involve in the disaster medical care with complex relationships. For dealing with the special situations at the time of disasters with diversified stakeholders and resources, it is important to develop appropriate infrastructure to manage them properly. Furthermore, it is important to collect and disseminate appropriate information at the time of a disaster and to develop an information network that combines various organizations including international organizations, national and local governments, and medical institution covering East Asian countries. It is also important to establish such a network at ordinal time to enable appropriate information gathering and communication during the disaster.

Recommendation 2: It is necessary to construct a more robust infectious disease control network in East Asia.

As East Asia is known as one of the regions where emerging infectious diseases in the world, it is important to consider the countermeasures of controlling infectious diseases in East Asian countries. Regarding combating infectious diseases in this region, various countermeasures have been implemented by various organizations such as WHO, national and local governments, and donor agencies such as JICA. As a part of the countermeasures, various infectious disease control networks have been established such as Asia Pacific Strategy for Emerging Diseases (ASPED) developed by the WHO Western Pacific Regional Office and the International Development Program on Infectious Diseases Research (J-GRID) by the Japanese government. However, it is difficult to say that sufficient measures have yet to be taken.

For improving infectious disease control in East Asian region, it is important to expand international collaboration and to increase opportunities of the training of experts in infectious diseases. Although the international collaboration for the infectious disease surveillance is being implemented mainly by international organizations such as WHO in parallel with implementation in each country, it is necessary to construct a robust cooperative system to cover entire East Asian countries in order to collect and disseminate information quickly and accurately.

It is important to provide appropriate professional trainings for the experts in infectious diseases for strengthening infectious diseases control including expansion of infectious disease surveillance system. For achieving it, it is urgent to expand programs to train experts in infectious diseases in East Asian countries with the cooperation of educational institutions such as medical schools and schools of public health in each country. Moreover, it is important at ordinal times to construct an infectious disease control network that allows experts in infectious diseases to cooperate

effectively for the occurrence of a epidemic and pandemic situation.

In East Asian region, some countries have not yet developed health systems for achieving proper infectious diseases control. The disparities of health systems development within the region make difficult to control infectious disease effectively. Therefore, it is important to enhance health systems and to reduce disparities of health systems development within the region for against infectious diseases.

Internationally it is recognized the importance of the measure against antimicrobial resistance (AMR) of infectious diseases. It is urgent to formulate guidelines concerning the proper use of drugs at national and regional level, and it is necessary to cooperate between countries for reducing AMRs. It is also important to prepare high quality vaccines for reducing infectious diseases in this region. Furthermore, it is necessary to establish a framework to survey occurrences of infectious diseases in this region and to consider measures for infectious diseases control suitable for the region based on the evidence.

Recommendation 3: It is necessary to construct a social and health systems adapted to the aging society.

As East Asian countries are reaching aging society with different progress between countries, it is necessary to make proper policies based on accurate analysis of the aging situation in each country. In order to respond to the aging society, it is necessary to construct a health system that can take measures against diseases peculiar to the elderly. Furthermore, it is important to build a social system that makes it easy for the elderly to live, and achieve Active Aging that aims at a society where healthy elderly is easy to live.

With becoming an aging society in East Asian countries, it is necessary to take measures against diseases peculiar to the elderly, such as lifestyle-related diseases, in addition to conventional infectious disease controls. Lifestyle-related diseases require long-term care and it is necessary to respond to changes in disease structure due to aging such as an increase in dementia. Therefore, in addition to providing health care services at health care institutions such as hospitals and clinics, it is necessary to expand various forms of care including home care to provide long-term care effectively. For providing various types of care, it is necessary to secure human resources to provide appropriate long-term care and to introduce technologies that can provide adequate and high-quality care at home using ICT or else. In addition, it is necessary to secure and utilize various resources for the treatment of lifestyle-related diseases, such as development of innovative medicines for cancer and cardiovascular

diseases as well as utilization of traditional medicine. Furthermore, it is better to enhance the use of medical tourism for providing effective care of lifestyle-related diseases and effective usage of human resources.

In East Asian countries, it is important to expand preventive activities of lifestyle-related diseases. For achieving Active Aging, it is better to improve eating and exercise habits from young generations to lead to prevention of lifestyle diseases. For achieving it, it is necessary to clarify the causal relationship between lifestyle and diseases, then promote evidence-based preventive measures. It is also important to promote the development and utilization of medical technology for the early detection and early treatment. Aging is a common issue among East Asian countries. It is better to collaborate between countries for achieving more efficient measures by sharing experience of each country. Therefore, it is important to establish a health cooperation network related to the aging in East Asia for establishing a system within the entire region to address diseases related to aging including lifestyle-related diseases and dementia.

第Ⅲ部 国際シンポジウムの記録

1. 非公開会合概要

ASEAN+3 諸国より専門家を東京に招いて、2018 年 1 月 15 日、10 時 30 分から 12 時 30 分まで、日本国際フォーラム「会議室」にて、以下 14 名の出席者のもと非公開会合が開催され、本事業で取りまとめる政策提言について討議が行われた。なお、その討議の詳細については、非公開のため割愛する。

【日本側】

池田 俊也	国際医療福祉大学医学部教授／東アジア共同体評議会有識者議員
小川 俊夫	国際医療福祉大学大学院准教授
渡部 晃三	JICA 人間開発部保健第二グループ長
真野 俊樹	多摩大学教授
小林 美亜	千葉大学医学部附属病院特命病院教授
和田 耕治	国立研究開発法人国立国際医療研究センター医師
中島 一敏	大東文化大学スポーツ・健康科学部健康科学科教授
渡辺 繭	東アジア共同体評議会常任副議長 / 日本国際フォーラム常務理事
菊池 誉名	東アジア共同体評議会副議長・事務局長 / 日本国際フォーラム主任研究員

【海外側】

Wiwat ROJANAPITHAYAKORN	マヒドン大学「グローバル・ヘルス」プログラム所長
Susiana NUGRAHA	アフマド・ヤニ健康科学スクール研究員
馬 利中	上海大学東アジア研究センター所長
金 哲中	朝鮮日報論説委員兼健康医学編集長
Firdaos ROSLI	マレーシア戦略国際問題研究所研究員
LE Tran Ngoan	元ハノイ医科大学准教授
Muhammad Nurhasanuddin ABDULLA KELALI	ブルネイ保健省コンサルタント
Nwe Nwe Oo	元ミャンマー保健省保健専門発展管理局長
Sengchanh KOUNNAVONG	ラオス国立公衆衛生院副センター長

【オブザーバー】

Jong-In LEE	Yeosijae Future Consensus Institute 副理事長
Sehee HWANG	Yeosijae Future Consensus Institute 対外協力チーム長
Choomplang Nattadech	国際医療福祉大学講師

2. 公開シンポジウム概要

上記非公開会合の後、ホテルオークラ「オーチャードルーム」にて、76名の出席者のもと、マヒドン大学「グローバル・ヘルス」プログラム、国際医療福祉大学、日本医療・病院管理学会との共催による公開シンポジウム「東アジアにおける強靱な保健協力ネットワークの構築に向けて」が開催された。当日のプログラム、出席者リスト、パネリストの横顔、当日の議論を取りまとめた速記録、パネリストによる報告原稿は以下の（１）から（５）のとおりであった

（１）プログラム

International Symposium 国際シンポジウム "Towards Building a Resilient Network for Regional Health Cooperation in East Asia" 「東アジアにおける強靱な保健協力ネットワークの構築に向けて」 15 January, 2018 / 2018年1月15日 於 Hotel Okura / ホテルオークラ Tokyo, Japan / 東京 Co-sponsored by / 共催 The Council on East Asian Community (CEAC) / 東アジア共同体評議会 Mahidol University Global Health (MUGH) / マヒドン大学「グローバル・ヘルス」プログラム International University of Health and Welfare (IUHW) / 国際医療福祉大学 Japan Society for Healthcare Administration (JSHA) / 日本医療・病院管理学会 Supported by / 助成 Japan Foundation Asia Center / 国際交流基金アジアセンター	
--	--

Monday, 15 January, 2018 / 2018年1月15日(月) Hotel Okura "Orchard Room" / ホテル・オークラ「オーチャードルーム」	
Opening Session / オープニングセッション	
13:30-13:50	
Opening Remarks (7min.) 開会挨拶(7分間)	ISHIGAKI Yasuji, President, CEAC 石垣 泰司 東アジア共同体評議会議長
Opening Speaker (7min.) 基調報告(7分間)	SUMI Manabu, Director, Global Health Policy Division, International Cooperation Bureau, Ministry of Foreign Affairs 鷺見 学 外務省国際保健政策室長
Session I / 本会議 I	
13:50-15:05	Towards Building a Cooperation Network for Disaster Medicine 災害医療における東アジアの協力ネットワーク構築に向けて
Co-Chairperson (10min.) 共同共同議長(10分間)	OGAWA Toshio, Associate Professor, IUHW Graduate School (Japan) 小川 俊夫 国際医療福祉大学大学院准教授(日本) Wiwat ROJANAPITHAYAKORN, Director, MUGH (Thailand) ウィワット・ロジャナピティアヤコン マヒドン大学「グローバル・ヘルス」プログラム所長(タイ)
Speaker A (5min.) 報告者A(5分間)	Susiana NUGRAHA, Researcher, Jenderal Ahmad Yani School of Health Science (Indonesia) スシヤナ・ヌガラハ ジェンデル・アフマド・ヤニ健康科学スクール研究員(インドネシア)
Speaker B (5min.) 報告者B(5分間)	Danica Aisa ORTIZ, Research Specialist, Philippine Institute for Development Studies (Philippines) ダニカ アイシャ・オルティス フィリピン開発研究所専門研究員(フィリピン)
Speaker C (5min.) 報告者C(5分間)	FERNANDO Ferdinal, Assistant Director of Health Division, ASEAN Secretariat (ASEAN Secretariat) フェルナンド・ファディナル ASEAN 事務局保健局局長補佐(ASEAN事務局)
Speaker D (5min.) 報告者D(5分間)	WATANABE Kozo, Deputy Director General, and Group Director for Health 2, Human Development Department, Japan International Cooperation Agency (Japan) 渡部 晃三 JICA人間開発部保健第二グループ長(日本)
Free Discussions (35min.) 自由討議(35分間)	All Participants 出席者全員
Summarization by Co-Chairperson (10min.) 議長総括(10分間)	OGAWA Toshio, Associate Professor, IUHW Graduate School (Japan) 小川 俊夫 国際医療福祉大学大学院准教授(日本) Wiwat ROJANAPITHAYAKORN, Director, MUGH (Thailand) ウィワット・ロジャナピティアヤコン マヒドン大学「グローバル・ヘルス」プログラム所長(タイ)

Session II / 本会議 II	
15:05-16:30	Towards Building a Cooperation Network for Aging Society 高齢化社会における東アジアの協力ネットワーク構築に向けて
Co-Chairperson (10min.) 共同共同議長 (10分間)	MANO Toshiki, Professor, Tama University (Japan) 真野 俊樹 多摩大学教授 (日本) MA Lizhong, Director, Research Center for East Asia, Shanghai University (China) 馬 利中 上海大学東アジア研究センター所長 (中国)
Speaker A (5min.) 報告者A (5分間)	KIM Chul Joong, Chief Editor Health and Medicine and Editorial Writer, Chosunilbo Daily Newspaper (Korea) 金 哲中 朝鮮日報論説委員兼健康医学編集長 (韓国)
Speaker B (5min.) 報告者B (5分間)	Firdaos ROSLI, Fellow, Institute of Strategic and International Studies (Malaysia) フィルダオス・ロスリ マレーシア戦略国際問題研究所研究員 (マレーシア)
Speaker C (5min.) 報告者C (5分間)	LE Tran Ngoan, former Associate Professor, Hanoi Medical University (Vietnam) レ・チャン・グァン 元ハノイ医科大学准教授 (ベトナム)
Speaker D (5min.) 報告者D (5分間)	Muhammad Nurhasanuddin ABDULLA KELALI, Consultant Geriatrician & Deputy Medical Superintendent of RIPAS Hospital, Ministry of Health (Brunei) ムハマド・ヌラサヌディン・アブドゥラ・ケラリ ブルネイ保健省RIPAS病院副医療長官兼老年科医コンサルタント (ブルネイ)
Speaker E (5min.) 報告者E (5分間)	KOBAYASHI Mia, Specially-appointed Professor, Chiba University Hospital (Japan) 小林 美亜 千葉大学医学部附属病院特命病院教授 (日本)
Free Discussions (35min.) 自由討議 (35分間)	All Participants 出席者全員
Summarization by Co-Chairperson (10min.) 議長総括 (10分間)	MANO Toshiki, Professor, Tama University (Japan) 真野 俊樹 多摩大学教授 (日本) MA Lizhong, Director, Research Center for East Asia, Shanghai University (China) 馬 利中 上海大学東アジア研究センター所長 (中国)
16:30-16:40	Break
Session III / 本会議 III	
16:40-17:45	Towards Building a Cooperation Network for Controlling the Emerging Infectious Diseases 感染症対策における東アジアの協力ネットワーク構築に向けて
Chairperson (10min.) 議長 (10分間)	WADA Koji, Medical Officer, Bureau of International Health Cooperation, National Center for Global Health and Medicine (Japan) 和田 耕治 国立研究開発法人国立国際医療研究センター医師 (日本) Nwe Nwe Oo, former Director General, Department of Health Professional Development and Management, Ministry of Health (Myanmar) ヌエ・ヌエ・ウー 元ミャンマー保健省保健専門発展管理局長 (ミャンマー)
Speaker A (5min.) 報告者A (5分間)	Sengchanh KOUNNAVONG, Vice Director, National Institute of Public Health (Laos) センチャン・コナボン ラオス国立公衆衛生院副センター長 (ラオス)
Speaker B (5min.) 報告者B (5分間)	NAKASHIMA Kazutoshi, Professor, Department of Health Science, Faculty of Sports and Health Science, Daito Bunka University (Japan) 中島 一敏 大東文化大学スポーツ・健康科学部健康科学科教授 (日本)
Free Discussions (35min.) 自由討議 (35分間)	All Participants 出席者全員
Summarization by chairperson (10min.) 議長総括 (10分間)	WADA Koji, Medical Officer, Bureau of International Health Cooperation, National Center for Global Health and Medicine (Japan) 和田 耕治 国立研究開発法人国立国際医療研究センター医師 (日本) Nwe Nwe Oo, former Director General, Department of Health Professional Development and Management, Ministry of Health (Myanmar) ヌエ・ヌエ・ウー 元ミャンマー保健省保健専門発展管理局長 (ミャンマー)
Closing Session / クロージングセッション	
17:50-18:00	
Summarization (10min.) 総括 (10分間)	IKEDA Shunya, Professor, School of Medicine, IUHW / Individual Member, CEAC (Japan) 池田 俊也 国際医療福祉大学医学部教授 / 東アジア共同体評議会有識者議員

(2) 出席者名簿

【日本側パネリスト】

池田 俊也	国際医療福祉大学医学部教授／東アジア共同体評議会有識者議員
石垣 泰司	東アジア共同体評議会議長
鷺見 学	外務省国際保健政策室長
小川 俊夫	国際医療福祉大学大学院准教授
渡部 晃三	JICA 人間開発部保健第二グループ長
真野 俊樹	多摩大学教授
小林 美亜	千葉大学医学部附属病院特命病院教授
和田 耕治	国立研究開発法人国立国際医療研究センター医師
中島 一敏	大東文化大学スポーツ・健康科学部健康科学科教授

【海外側パネリスト】

Wiwat ROJANAPITHAYAKORN	マヒドン大学「グローバル・ヘルス」プログラム所長
Susiana NUGRAHA	アフマド・ヤニ健康科学スクール研究員
Danica Aisa ORTIZ	フィリピン開発研究所専門研究員※
FERNANDO Ferdinal	ASEAN 事務局保健局局长補佐（ASEAN 事務局）※
馬 利中	上海大学東アジア研究センター所長
金 哲中	朝鮮日報論説委員兼健康医学編集長
Firdaos ROSLI	マレーシア戦略国際問題研究所研究員
LE Tran Ngoan	元ハノイ医科大学准教授
Muhammad Nurhasanuddin ABDULLA KELALI	ブルネイ保健省コンサルタント
Nwe Nwe Oo	元ミャンマー保健省保健専門発展管理局長
Sengchanh KOUNNAVONG	ラオス国立公衆衛生院副センター長

※Danica Aisa ORTIZ、FERNANDO Ferdinal は、諸般の事情のため急遽来日が叶わなかったため、レジメの提出などによってシンポジウムに参加した。

(プログラム登場順)

【出席者】

池尾 愛子	早稲田大学教授
伊藤 将憲	日本国際フォーラム事務局長
岩本 高明	日韓文化交流基金企画部長
遠藤 克彦	フリーコンサルタント
尾白 有加	アイ・シー・ネット・コンサルタント
大塚 進	作業療法士
勝川 照夫	日本国際フォーラム研究員
加藤 貴子	三井物産戦略研究所シニアプロジェクトマネージャー
金井 進	日中関係学会正会員
亀井 恵里	国際交流基金アジアセンター文化事業第2チーム
河口 豊	滋慶医療科学大学院大学特任教授
川田 沙姫	国際開発ジャーナル社出版グループエディター
河村 洋	外交評論家

菊池 誉名	東アジア共同体評議会副議長・事務局長
木下 美香	三井物産戦略研究所シニアプロジェクトマネージャー
國谷 昇平	ローズ訪問看護ステーション高円寺作業療法士
古閑比斗志	春日部さくら病院院長
近藤 健彦	元大蔵省副財務官
坂口 美佐	日本医療機能評価機構 医療事故防止事業部部長
佐藤 裕美	城西国際大学非常勤講師
Cassandra B. SAWADJAN	駐日フィリピン大使館二等書記官
四方 立夫	エコノミスト
朱 榮生	中国外交学院学生
宿利真由美	杏林大学保健学部特任教授
Choomplang NATTADECH	国際医療福祉大学医学部助教授
白井 基浩	渋沢栄一記念財団会員
鈴木 知子	国際医療福祉大学助教
Sopak SUPAKUL	東京医科歯科大学医学部4年
高畑 洋平	日本国際フォーラム主任研究員
竹田 明弘	和歌山大学准教授
竹中 伸一	結核予防会審議役（国際・学術研究推進・データヘルス計画担当）
田中 翔子	日本国際フォーラム研究助手
佃 義文	シンガポール国立大学 ASEAN 研究所研究員
手塚 浩通	石本建築事務所業務企画部門次長
鳥羽三佳代	東京医科歯科大学附属病院プロジェクト講師
永井 和範	永井企画代表
中川 十郎	名古屋市立大学 22 世紀研究所特任教授
長澤 泰	東京大学名誉教授／工学院大学名誉教授
成田 弘成	桜花学園大学教授
平川 幸子	三菱総合研究所主任研究員
平野 正樹	国際交流基金アジアセンター文化事業第2チーム長
黄 洗姫	與時齋（Future Consensus Institute）対外協力チーム長
堀江 瑠美	順天堂大学大学院医学研究科公衆衛生学講座研究生
牧本 小枝	JICA 研究所上席研究員兼参事官
松本美智子	ソサエティ代表取締役
丸山 達也	内閣府消費者委員会事務局参事官
森山ますみ	国際医療福祉大学成田看護学部国際看護学領域准教授
Sejo MONTSHO	駐日ボツワナ大使館次席代表
矢野 卓也	日本国際フォーラム研究センター長
山口 悦子	大阪市立大学大学院医学研究科准教授
山口 将太	三菱総合研究所研究員
李 鍾仁	與時齋（Future Consensus Institute）副院長
渡辺 孝浩	西松建設建築営業部部長
渡辺 蘭	東アジア共同体評議会常任副議長／日本国際フォーラム専務理事 など76名（五十音順）

(3) パネリストの横顔

【海外側パネリスト】

Wiwat ROJANAPITHAYAKORN

Director, Mahidol University Global Health (Thailand)

He used to work for the World Health Organization between 2002 – 2012 in the capacities of Medical Officer of WHO Mongolia (2002-2004), Senior Advisor and HIV/AIDS Team Leader of WHO China (2005-2008) and the Representative of the World Health Organization in Mongolia (2009-2012). Before joining WHO he was the Team Leader of UNAIDS Southeast Asia and Pacific Inter-Country Team based in Bangkok (for 2.5 years). He had worked in Ministry of Public Health of Thailand for 23 years from 1977-1999 in different capacities such as director of 2 community hospitals, chief of epidemiology section of venereal disease division in the Thailand's communicable disease control department (CDCD), chief of Epidemic Intelligence Section of the Technical Coordination Center of CDCD, the first director of national AIDS program, the director of a regional office of communicable disease control, the first director of the national dengue control office, a chief medical officer and a senior advisor in disease control. Currently, he is also Director, Center for Health Policy and Management, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University and Executive Director of AUN-Health Promotion Network.

Susiana NUGRAHA

Researcher of Public Health Study Program,

Jenderal A Yani, School of Health Sciences (Indonesia)

Received Bachelor degree in Public Health from the School of Health Science General Ahmad Yani, and completed a course at the Graduate School of Biomedical Science, Health Science Department, Nagasaki University. Worked as a Program Manager at National AIDS Commission, Kutai Timur, Indonesia, and as a Research and Teaching Assistant at the Department of Public Health and Nursing, Faculty of Biomedical Science, Nagasaki University, prior to the current position. . She is also a Director and Founder of Organisasi Amanah Sehat, a health sector NGO based in Kutai Timur.

Danica Aisa ORTIZ

Research Specialist,

Philippine Institute for Development Studies (Philippines)

Received BA in Development Studies and Master of Public Administration from the University of Philippines, then Master of Public Policy from the National Graduate Institute for Policy Studies in Tokyo, Japan. Worked as a Research Analyst for several institutions including ASEAN from 2008, with experiences in external/consultancy work commissioned by the World Bank. Her recent publications are: The Triple Burden of Disease (2017); Do Capital Investments in Health Increase Local Service Utilization? (2016); Furthering the Implementation of AEC Blueprint Measures (2015).

FERNANDO Ferdinal

Assistant Director of Health Division (ASEAN Secretariat)

He received a doctorate degree from the University of Santo Tomas (UST), Philippines as Doctor of Medicine and Surgery. He also has a degree on Bachelor of Science in Biology-Accelerated Class in UST; and a Master on Development Management (MDM) from the Asian Institute of Management (AIM). He clinically practiced medicine through health institutions providing services in family medicine, occupational health, communicable diseases, and reproductive and sexual health. Before focusing on public health management at international level, he was a medical director and a programme manager of One-Stop Reproductive Health Centers in the Philippines, and also the programmes on Integrated Health, Population and Resource Management. Further studies were completed on quality management, improvement of health services, reproductive and sexual health,

research and communications from international institutions and universities such as the East West Center in Hawaii; University of Heidelberg in Germany and Harvard School of Public Health in USA.

MA Lizhong **Director, Research Center for East Asia, Shanghai University (China)**

He has been serving as Director at Research Center for East Asia of Shanghai University since 2002 and as a visiting professor in Osaka City University in Osaka, Japan. He also served as Deputy Director at Shanghai Research Center on Aging (1998-2002), a guest researcher at Japan Aging Research Center (1990-1991), a researcher and Deputy Director at Shanghai Population and Research Center (1986-1998) and a researcher at China Population and Research Center (1982-1985). He holds PhD in public health from Graduate School of Medicine of Toho University located in Tokyo, Japan in 1996 and received his BA from Shanghai International Studies University in 1982.

KIM Chul Joong **Medical Journalist, Chosunilbo Daily Newspaper (Korea)**

Became Medical Doctor (M.D) graduated from College of Medicine, Korea University and completed Master courses at the Department of Broadcasting and Newspaper at Korea University Graduate School. Worked as a Captain and Director of the Department of Radiology at Korea Army Hospital and as a Instructor and Clinical Fellow at Korea University Hospital, prior to the current position at Chosunilbo Daily Newspaper which is the oldest and largest newspaper company in South Korea, issuing 1.5mil copies per day.

Firdaos ROSLI **Director, Institute of Strategic & International Studies (Malaysia)**

Completed Business Foundation Programme at St. Andrews College, Cambridge University, before pursuing a degree in Accounting and Finance at Lancaster University, U.K. Worked in the accounting and banking sector as well as the public sector as an Assistant Director, and as the Senior Private Secretary to the Deputy Minister of the Ministry of International Trade and Industry, Malaysia. His responsibilities included bilateral and regional relations, APEC, the Malaysia-US Free Trade Agreement negotiations.

LE Tran Ngoan **former Associate Professor, Hanoi Medical University (Viet Nam)**

Associate Professor Le Tran Ngoan is an epidemiologist, especially on Preventive Medicine and Public Health at the Hanoi Medical University, Institute of Preventive Medicine and Public Health, Department of Occupational Health. He received a degree of MD from the Hanoi Medical University in 1987, completed residency on Preventive Medicine and Public Health in 1990 and received PhD degree from the University of Occupational and Environmental Health, Kitakyushu, Japan in 2003. He completed working at the Harvard TH Chan School of Public Health for one year (2013-2014) and half year in 2015 as a Visiting Scientist to perform study on the association between diet, and risk of cancer. He was appointed as an Associate Professor from 2009 to date at the Hanoi Medical University. His research career was focused on population health, especially non-communicable diseases and injury in Viet Nam, Laos, Cambodia, Japan, and in the US at the Harvard TH Chan School of Public Health. Both injury and NCDs were associated with urbanization, transport, industrialization, and aging population. For cancer, his primary research efforts focus on how nutritional, host, and environmental factors are related to various malignancies, especially those of the stomach, colorectal and lung cancers. Much of this work is based on prospective cohort studies (the Nurses' Health Study, the Health Professionals Follow-up Study) and a Case-control study on stomach and colorectal cancers; cohort study (Retrospective and prospective cohort studies) in Viet Nam from 2003 to date. Now, he is acting as a Professor, IUHW.

Muhammad Nurhasanuddin ABDULLA KELALI**Consultant Geriatrician and****Deputy Medical Superintendent of RIPAS Hospital, Ministry of Health (Brunei)**

Graduated from Dundee Medical School in 2002 and later completed higher Specialty Training in Geriatric Medicine in the UK. He joined the Ministry of Health of Brunei in 2014 and he is one of the only two geriatricians in Brunei that is involved in developing the Geriatric Care Services in Brunei. He is also involved in developing the Geriatric Medicine Modules for the undergraduate and postgraduate studies in the University of Brunei Darussalam.

Nwe Nwe Oo**former Director General, Department of Health Professional Development and Management, Ministry of Health (Myanmar)**

She is a medical Doctor, graduated from the University of Medicine 1, Yangon, Myanmar in 1980. She received Master degree of Preventive and Tropical Medicine from the same university and Master degree of Public Health from Mahidol University, Thailand. She also holds a PhD (Public Health) and received a Diploma in Medical Education from the University of Medicine, Mandalay. She had an experience on teaching of Public Health in Medical Universities in Myanmar for more than ten years. She worked as a Professor and Head of the Department of Preventive and Social Medicine at the University of Medicine Magway, Myanmar for five years. Then she was promoted to Rector of the University of Nursing, Yangon. After that she was promoted to the Director General of the Department of Health Planning, Ministry of health, Myanmar for two years. She retired as the Director General of the Department of Health Professional Resource Development and Management, Ministry of Health, Myanmar in 2016. Now, she is acting as a Professor of Public Health at the School of Medicine, Narita Campus, IUHW.

Sengchanh KOUNNAVONG**Vice Director, National Institute of Public Health (Laos)**

Sengchanh Kounnavong holds a PhD (Medical Science in Infection Research) from the International Health Department within the Institute of Tropical Medicine, Nagasaki University Japan and a Master in Nutrition Sciences from the Human Nutrition Unit at Sydney University. She also trained as Medical Doctor-Paediatrician and was Head of Paediatrics ward at Mittaphab Hospital for six years (1987-1994). She was assigned also as Chief of National Health Research Coordination Office and currently is Deputy Director of the National Institute of Public Health (NIOPH), within the Government of Lao's Ministry of Health, where she has been based for the past 20 years (1997-2007). NIOPH is the national focal point for health research and training activities in Lao PDR. Hence, NIOPH, via Sengchan's cooperation and leadership, is a critical current and future current partner for coordination work in Lao PDR. She was assigned additional new role in leading the former Francophonie institute of tropical medicine and international health for postgraduate training in Lao PDR since September 2017. In addition to her research work, Sengchanh is also Lecturer at the Lao University of Health Sciences, where she currently teaches and supervises post-graduate and under-graduate students under the courses: nutrition, anthropology, and research protocol. She is a member of core group working on Lao Health research management strategy up to 2020; nutrition and food security framework for Lao PDR (2016 to 2020), Lao-American Nutrition Institute (LANI) since 2016. She led research projects: 1) Lao zinc study (2014-2017), 2) SMILING project (2012-2014), 3) Randomized control trial aiming to test the clinical and cost-effectiveness of community-based nutrition interventions to provide evidence for national scale up, etc. Much of her academic and research work and publications have looked closely at the results of the improving access to drugs and therapeutics in rural hospitals in Laos. In her role as Deputy Director of NIOPH, Sengchanh oversees the Malaria team driving the MoH public health research, interventions and policy. Most of her own malaria research work is from a public health perspective. Sengchanh is the author of

several publications/articles on combating Malaria drug resistance in the Greater Mekong Sub-region countries and other issues specific to the Mekong river basin populations. In addition, her area of interest is in health systems research, in particular into how to strengthen health system research capacity by developing a long term strategy for Lao PDR and with the role of village health volunteers in contributing to Lao social capital.

【日本側パネリスト】

ISHIGAKI Yasuji

President, The Council on East Asian Community (CEAC) /
Trustee, The Japan Forum on International Relations (JFIR)

Graduated from Tohoku University. He joined the Ministry of Foreign Affairs of Japan in 1959 and has held several high posts such as Deputy Director of Regional Policy Division, Director of Southwest Asia Division of Asian Affairs Bureau, and Deputy Director-General of United Nations Bureau, and senior Counselor and Minister postings at the Embassy of Japan around the East Asian and Pacific region. He served from 1993 until the end of 2000, ambassadorships in the Dominican Republic, Jamaica and Bahamas, Lebanon, and Finland and Estonia. He was later appointed the Special Assistant to the Minister for Foreign Affairs and the Representative for Japan to the AALCO (Asian African Legal Consultative Organization) (2007-2016 March). In addition, He served as Professor of international law at Tokai University, Japan (2001-2009), and also served also Councilor of JFIR, before he assumed the above present positions of JFIR.

SUMI Manabu

Director, Global Health Policy Division,
International Cooperation Bureau, Ministry of Foreign Affairs

Graduated from School of Public Health, Harvard University in 2004 and Nagoya University, Graduate School of Medicine in 2007. He joined the Ministry of Health, Labour and Welfare in 1997 and has held several posts such as Deputy Director of Standards and Evaluation Division, Department of Environmental Health and Food Safety, Pharmaceutical Safety and Environmental Health Bureau, Deputy Director of International Affairs Division, Minister's Secretariat, External Relations Medical Officer of General Affairs Bureau, World Health Organization (Geneva, Switzerland), Director of Cancer and Disease Control Office, Health Service Bureau, Director of International Food Safety Office, Department of Environmental Health and Food Safety, Pharmaceutical Safety and Environmental Health Bureau, Counsellor of Permanent Mission of Japan to the United Nations.

OGAWA Toshio

Associate Professor,
International University of Health and Welfare Graduate School

Public health specialist/health economist, Obtained a MSc. in Health Services Management from London School of Hygiene and Tropical Medicine (LSHTM) and a PhD in Medicine from Nara Medical University. Worked in various institutions including World Health Organization as a Technical Officer, Imperial College London as a Research Associate, Stanford University as a Visiting Research Fellow, and Nara Medical University as a Lecturer.

WATANABE Kozo**Deputy Director General, and Group Director for Health II,
Human Development Department, Japan International Cooperation Agency**

Graduated from Kyoto University, Faculty of Law, worked for NEC Corporation and, since 1994 to the present, Japan International Cooperation Agency (JICA). As JICA staff, work for Health sector cooperation as Deputy Resident Representative, JICA Vietnam Office (1999-2002) and as Director, Health Systems Division, Human Development Department (2006-2011). Present Position is Deputy Director General, and Group Director for Health 2, Human Development Department in charge of JICA's Health sector cooperation projects in Asia and Pacific countries.

MANO Toshiki**Professor, Tama University**

Toshiki Mano has been working at Tama Graduate School as the professor for Hospital and Healthcare (risk) management, MBA program (2006-), and as the director of Tama University Institute for healthcare and long term care solution (2012-). In addition, he also contributes to public works; member of Evaluation Committee for Public Agency of MHLW in Japan and Joint Commission International Advisory Board member of Asia Pacific region. He received Ph.D. of Medical Science (endocrinology) at Fujita Health University, Aichi and Ph.D. of Economics at Kyoto University. He also has various research experiences; as the post-doctoral researcher of pharmacology at Cornell University Medical College; Co-researcher, at Department of Public Health, national Institute of Hospital Administration; Director of Daiwa Research Institute and so on.

KOBAYASHI Mia**Specially appointed professor, Chiba University Hospital**

Graduated from Florence S. Downs PhD Program in Nursing Research and Theory Development in New York University in 2006. She worked as an assistant professor at International University of Health and Welfare. As Vice-Director, she engaged in the Database Center of the National University Hospitals of the University of Tokyo. After that, she acted as senior researcher in National Hospital Organization, and served as associate professor in the Graduate school of Nursing, Chiba University. She's currently engaged in the department of Quality Improvement Headquarters, and department of Welfare and Medical Intelligence in Chiba University Hospital.

WADA Koji**Medical Officer, Bureau of International Health Cooperation,
National Center for Global Health and Medicine**

Koji Wada has been working as a medical officer in the Bureau of International Health Cooperation, National Center for Global Health and Medicine, Japan since 2013. Dr. Wada used to work as an associate professor in Department of Public Health of Kitasato University to conduct various research projects such as pandemic flu response funded by the Ministry of Health, Labour and Welfare, Japan. He had also served as the expert panel for pandemic flu in the Ministry of Health, Labour and Welfare from 2008 to 2015. He has been working for the JICA Project for Improvement of Hospital Management Competency in Cho Ray Hospital in Vietnam as the chief advisor since January 2017. He had also worked in Myanmar as the advisor for HIV in 2014. He was also dispatched for Democratic Republic of the Congo as an expert for public health response of yellow fever in 2016 as a member of Japan Disaster Relief Team. Dr. Wada has numerous scientific publications, including authorship of risk assessment of infectious diseases for Tokyo 2020 Olympic and Paralympic Games. He has received several noteworthy awards by the Japan Medical Association, the Japanese Society of Public Health, and Japan Society of Occupational Health.

Field epidemiologist, MD, PhD. After the clinical services in internal medicine and microbiological research from 1990 to 1999. A long-term expert in microbiology of a JICA bilateral cooperation project on gastro-intestinal diseases in Dominican Republic from 1995 to 1996. Completed the field epidemiology training program (FETP) in 2001 as the first cohort which was established at the National Institute of Infectious Diseases (NIID) in 1999. Served as senior epidemiologist and FETP coordinator at NIID from 2004 to 2014, and as Medical Officer at WHO headquarters from 2007 to 2009. Responded in the field to various public health emergencies in infectious diseases (IDs) both internal Japan and at the international settings including ID outbreaks of community-base, vaccine preventable diseases, unidentifiable diseases, associated with healthcare, related to the Great East Japan Earthquake and Tsunami Disaster, poliomyelitis importation in China (2000), SARS in Hong Kong (2003), polio eradication field missions in India(2008), Ethiopia(2008), South Sudan (2008), Tajikistan (2010), pandemic influenza (global response, 2009), MERS in UAE(2014), and Ebola Virus Disease in Sierra Leone (2014). After working as Assistant Professor/vice director of the department of clinical laboratory of Tohoku University Hospital (2014-2016), having served as professor in Daito Bunka University.

He graduated from Keio University School of Medicine in 1987. He obtained a MSc. in Health Policy and Management from Harvard School of Public Health (HSPH) and a PhD in Medical Sciences from Keio University. He has been working in Keio University School of Medicine as an Assistant Professor. Currently, he serves as a professor of Public Health in International University of Health and Welfare. Also, he has appointed as a Director of the Graduate School of Public Health at International University of Health and Welfare. His research interest includes global health, health services research, health technology assessment. He served as president of the 52nd annual conference of the Japan Society for Healthcare Administration (JSHA).

(In order of appearance in the "Program")

(4) 速記録

本速記録は、発言者の使用言語の違いなどの理由により、発言内容について発言者全員の確認をとることが不可能であったため、当評議会事務局の責任において再生、編集されたものである。

オープニングセッション

菊池 誉名（司会） 皆様、定刻の 1 時 30 分になりました。ただいまから、国際シンポジウム「東アジアにおける強靱な保健協力ネットワークの構築に向けて」を始めます。

私は、本日の司会進行を務めさせていただきます。東アジア共同体評議会副議長・事務局長の菊池 誉名と申します。

本日は、多数の皆様がこの国際シンポジウムにご参加いただきましたこと、まずは御礼申し上げます。

本日のシンポジウムは、日本語・英語の同時通訳により進めてまいります。お手元のイヤホンの日本語はチャンネル 1 で、英語はチャンネル 2 でお聞きください。なお、同時通訳のイヤホンは、ご退席の際にそのままお席に置いておいてくださいますよう、お願いいたします。

さて、本日のシンポジウムは、国際交流基金アジアセンターの助成のもと、東アジア共同体評議会、マヒドン大学「グローバル・ヘルス」プログラム、国際医療福祉大学、日本医療・病院管理学会との共催による会議でございます。

お手元のプログラムのとおり、まずは主催者を代表し、東アジア共同体評議会議長の石垣泰司より、開会のご挨拶をお願いしたいと存じます。

石垣泰司（東アジア共同体評議会議長） 皆様こんにちは。東アジア共同体評議会議長の石垣泰司でございます。

この度、国際交流基金アジアセンターのご助成を受けて、マヒドン大学「グローバル・ヘルス」プログラム、国際医療福祉大学、日本医療・病院管理学会との共催により、国際シンポジウム「東アジアにおける強靱な保健協力ネットワークの

構築に向けて」を開催することができ、大変うれしく思います。

この会議に参加するため、はるばるお越しいただいた、ウィワット・ロジャナビティアヤコン・マヒドン大学「グローバル・ヘルス」プログラム所長、馬利中・上海大学東アジア研究センター所長、センチャン・コナボン・ラオス国立公衆衛生院副センター長、その他ご参加いただいているパネリストの皆様、会議にお越しいただきました全ての皆様に対し、主催者を代表して、深く感謝申し上げます。皆様のお知恵をかりて、本日のこのシンポジウムを実り多い、成果に富むものとしたいと願っております。

近年、世界の「成長センター」として目覚ましい発展を遂げている東アジアですが、この地域の持続的発展の鍵は、経済分野のみならず、その隣接分野における域内各国の連携強化にあります。中でも、喫緊の協力分野は保健分野でございます。現在、東アジアでは、グローバリゼーションの負の側面とも言える、気候変動等による自然災害とその被害者の増加、地域の連結性向上による感染症の蔓延、そして、医療の進歩による少子高齢化の加速などが顕著であります。どの国も、これら保健分野の課題に単独で対処することは困難であり、したがって、地域レベルでの強靱な保健協力ネットワークの構築が急務となっています。

そのような中、「積極的平和主義」をその外交理念として掲げた日本は、昨年の伊勢志摩サミットで、「国際保健のための G7 伊勢志摩ビジョン」を提唱するなど、保健分野における国際協力のイニシアチブをとりつつありますが、東アジアにおける保健協力ネットワークの構築に当たっても、そのリーダーシップを遺憾なく発揮することが大いに期待されております。

以上のような問題意識のもとに、東アジア共同体評議会は、当評議会有識者議員の池田俊也・国際医療福祉大学教授を主査に据え、本日お集いの日本側パネリストの方々とともに、昨年より、「東アジアにおける強靱な保健協力ネットワークの構築に向けて」をテーマとする研究会を発足させ、調査・研究に従事してまいりました。

本シンポジウムは、こうした研究成果も踏まえて、保健分野の課題に対して、東アジアでどのような協力ネットワークを構築して、共同で対処するための体制を築くことが可能なのか、また、そのあり方について、縦横に議論を交わしていただくものでございます。なお、このシンポジウムでの議論の成果は、政策提言として取りまとめ、広く公開する予定であります。

本日の会議が実り多い意見交換の場となることを祈念して、開会の辞とさせていただきます。ありがとうございました。（拍手）

菊池 誉名（司会） ありがとうございました。

続きまして、外務省より鷺見学・外務省国際保健政策室長に、基調報告をお願いいたします。

鷺見学（外務省国際保健政策室長） 皆さんこんにちは。外務省国際保健政策室長の鷺見でございます。どうぞよろしくお願いいたします。

まず最初に、本日はお招きをいただきまして、まことにありがとうございます。私から、開会に際しまして、一言ご挨拶申し上げたいと思います。

皆さんご存じのように、我が国は、人間の安全保障の考え方を推進するという考え方に基きまして、保健を外交政策の主要な柱として位置づけてまいりました。皆様ご存じのように、過去の2000年、2008年、2016年のG7、G8におきましても、保健を主要アジェンダの一つとして位置づけ、2000年には感染症を、2008年には保健システムを、そして2016年、先ほど石垣議長からお話がございましたが、伊勢志摩ビジョンにおきましては、AMR、UHC、そして健康危機管理、こうしたものに焦点を当てて進めてきたわけでございます。

この中には、2002年のグローバルファンドの設

立につながった、2000年の九州・沖縄サミットもございますし、引き続き日本政府としては、保健分野を主要なアジェンダとして、主要議題、外交政策の主要な柱として位置づけて進めていきたいと考えております。

また、保健分野は、2015年に採択されました2030アジェンダSDGの中でも、UHCは3.8のゴールとして入っておりますし、保健分野はゴール3として位置づけられております。保健分野というのは、2030アジェンダの誰一人取り残さないという考え方につながる、最も重要な、不可欠な要素だと考えております。クロスカッティングな 이슈ですので、ほかの分野にも非常に影響する、そして、ほかの分野の力もかりながら保健分野を推進する、そうした分野であると考えております。

今回、テーマとしましては、東アジアのネットワークを構築するということで、3つのテーマを議論されるとお聞きしております。この中で、いずれにも共通するのはUHCだろうと考えます。UHCというのは、保健システムを向上させる、こうしたことを通じてUHCを達成していくわけなんです。が、平時だけではなく有事、例えば感染症の流行であるとか、災害などに備えるということに対して、例えばサーベイランスなども、UHCの一つのコンポーネントとして位置づけながら進める。こうした中でUHCを達成するということは、極めて重要だろうと思っています。

これは2014年に起きました西アフリカのエボラ出血熱の流行、このときも、ダメージを受けた3カ国というのは保健システムの極めて脆弱な国、ここにおいてエボラが広く広がった。このため世界中に非常に大きなインパクトを与えたというのが、2014年のエボラ出血熱だったわけですが、皆様の記憶にも新しいところではないかと思えます。

こうした中、昨年末、先月でございますが、日本政府はUHCフォーラム2017を開催しました。こちらには、グテーレス国連事務総長、国連事務総長になられてから初めて来日されたわけす

が、そして、WHO 事務局長、世界銀行総裁、ユニセフ・レーク事務局長、こうした方々にお集まりいただくとともに、首脳、閣僚、多くの方々に お集まりいただきまして、合計で 600 名程度の参加を見ながら、UHC の重要性、推進、これは各機関が連携しないといけない、そして、各国のイニシアチブ、各国のオーナーシップのもと、進めて いかないといけない、こうしたことが議論された わけでございます。

この中で、安倍総理は、29 億ドルの資金コミットメントを今後、UHC の分野に出すことをお約束 させていただいたわけでございます。また、東京宣言も採択されました。この中では、UHC の基 盤となる基礎分野であります、水・衛生分野であるとか栄養分野についてもきちんと進める必要 があるだろう。そして、この関連で、2020 年には 栄養サミットを日本政府として主催するという ことを、安倍総理から発表させていただきました。

そして、これと時を同じくして、12 月 12 日には 国連総会におきまして、12 月 12 日自体を UHC デーとする。国連の正式な日とするということを 決定するとともに、来年 2019 年には、UHC に関 する国連ハイレベル会合を開催する。首脳レベル の会合を開催するということを、国連総会決議に おいて決定したわけでございます。

また、東京宣言の中には、2030 年の UHC 達成 に向けた中間目標を設定いたしました。現在、世 界の人口の約半分の方々が、必要不可欠な基本的 な保健サービスにアフォダブルな形でアクセ スできていないというようなことから、そうした 人たちを、少なくとも 10 億人は減らす。10 億人 の人たちについては、基本的な医療サービスに負 担可能な範囲でアクセスできるようにことを達 成させる、これが一つの間目標。もう一つが、 現在、医療費のために極度の貧困に陥る人たちが 毎年約 1 億人います。こうした人たちを半減させ よう、こうした目標を立てたわけでございます。

加えて、イノベーションの役割も非常に重要だ と考えております。我が国は、GHIT という R&D の機関を立ち上げておりますが、これは、製薬企

業やビル・ゲイツ・ファウンデーション、そして ウェルカム・トラスト、こうした方々と連携しな がら立ち上げているわけですが、熱帯病 に対する新しい薬、こうしたことももちろんイノ ベーションになりますし、また、新たにワクチン などを末端まで届ける、ドローンのようなイノ ベーションもございます。加えて、新しい財政的 な枠組み、新しいパートナーシップ、こうした形 の制度的なイノベーションというものも、今後ま すます進めていく必要があるだろうと考えてお ります。

また、財政的な面におきましては、ちょうど麻 生副総理、麻生財務大臣から、『ランセット』に 12 月に寄稿いたしました。保健大臣と財務大臣が力 を合わせながら、日本政府としましては国民皆保 険制度を維持してきたわけですが、財務 大臣、財務省の役割は極めて重要ですので、財務 省と保健省が力を合わせながら、UHC を策定す る計画を、中長期的な計画を策定しながら進めて いく必要があるだろうということを主張したわ けでございます。

今回の議論はまた、東アジアにおけるネット ワーク構築ということでございますが、我が国は 一昨年、アジア健康構想という考え方を打ち上げ ました。これは、国民皆保険制度や介護保険制度 といった、高齢化社会における UHC の経験をこ うした形で培ってきたものを、アジア諸国と適切 な形で共有するとともに、我が国としても、学ぶ べきところを学びながら、今の制度自体をいい形 で維持していく必要があるだろうと考えており ます。

最後となりますが、本日の国際シンポジウムが、 既存の東アジア諸国におけるネットワークをさ らに強化する、そして、新たな協力の枠組みを考 える、よい機会になるということを祈念いたしま して、私の冒頭のご挨拶とさせていただきたいと 思います。

ご清聴ありがとうございます。(拍手)

菊池誉名(司会) ありがとうございます。

これにてオープニングセッションを終了させ

ていただきます。

本日は、お手元の会議資料のプログラムに沿って進行いたしますが、フィリピンより出席を予定しておりましたダニカアイシャ・オルティス・フィリピン開発研究所専門研究員、ASEAN 事務局より出席を予定しておりましたフェルナンド・ファディナル同保健局局長補佐は、公務などの諸般の事情により、急遽ご来日することができなくなりました。ダニカアイシャ・オルティス・フィリピン開発研究所専門研究員のレジュメにつきましては、会議資料の 19 頁（本報告書 81 頁）をごらんください。

本日は、パネリストのみならず、ご出席の会場の皆様から積極的なご発言を歓迎いたします。本日の議事進行に当たりましては時間厳守で進めてまいります。パネリストの皆様におかれましては、お一人様 5 分間のご報告をお願いいたします。事務局より発言時間終了の 1 分前にリングコールをさせていただきます。また、自由討議においては、ご発言ご希望の方はお一人様 2 分とさせていただきますので、残り 1 分のところでリングコールいたします。発言ご希望の方は、ネームプレートを机の上に立てていただけましたら、時間の許す範囲内で順番に指名させていただきます。

なお、ご発言の際には必ず、お名前、お肩書、ご所属を述べていただきたく存じます。ただし、お時間が限られておりますので、パネリストのご報告の内容を中心にご意見をいただきたいと存じます。また、本シンポジウムでなされました議論の全容及びその要約につきましては、後日、報告書として取りまとめ、一般公開する予定です。オフレコをご希望される場合には、ご発言の際に、「オフレコです」と一言おっしゃっていただけましたら、そこは記録から削除させていただきます。

それでは、ただいまから、セッション I「災害医療における東アジアの協力ネットワーク構築に向けて」を始めたいと思います。ここからは、このセッションの共同議長であります小川俊夫・国際医療福祉大学大学院准教授、ウィワット・ロジャナピティアヤコン・マヒドン大学「グローバ

ル・ヘルス」プログラム所長にマイクをお渡ししたいと思います。

それでは、お願いいたします。

セッション 1：災害医療における東アジアの協力ネットワーク構築に向けて

小川俊夫（共同議長） どうもありがとうございます。

ただいまご紹介いただきました、国際医療福祉大学の小川と申します。本日はお越しいただきまして、どうもありがとうございます。本日、セッション I の「災害医療における東アジアの協力ネットワーク構築に向けて」のコーチェアを担当させていただきます。

最初に、私どもコーチェアを簡単にご紹介させていただきますと思います。隣に座っていらっしゃるのが、同じくコーチェアのウィワットです。

ウィワット・ロジャナピティアヤコン（共同議長） 皆さんこんにちは。ありがとうございます。私、ウィワット・ロジャナピティアヤコンと申しますが、単にウィワットと呼んでください。あまりに長い名字です。

私、タイから参りました。マヒドン大学から参りました。「グローバル・ヘルス」プログラムの担当をしております。

以上です。

小川俊夫（共同議長） このセッションは、日本人の方からの発表、それから、海外からのゲストの発表とありますので、私は日本語を主に担当させていただきます。隣のウィワットが英語担当というふうに分けさせていただきますと思います。

最初に、私ども共同議長のほうから、簡単にこのセッションの概要についてお話ししたいと思います。

まず、災害医療に関しましては、さまざまな難しい問題がございますけれども、最初に私どもがお話を申し上げたいのは、災害の起こる前の準備、いわゆるプリペアドネスがどれぐらい大切かと

いうことをお話しさせていただきたいと思います。

続いて、災害が起こってから、災害のオンサイトでのマネジメント、特に医療に関するマネジメントについて、どのようなことが必要で、かつ、現在問題になっているかといったこともご議論させていただきたいと思います。

最後に、災害が起こった後ですけれども、実際に災害が起こった後に、さまざまな物資が必要になる。あるいは、医療に関して言いますと、医薬品であったり、それから、医療スタッフが必要になるといったような災害後の対応が必要と考えられます。

このような、災害と一言で申し上げましても、多様な面がある事象に対しまして、現在、ASEAN 諸国、それから、世界的にどのような対応が行われているかといったことをまとめさせていただいた上で、皆様のご議論の土台としたいと考えております。

本日は、各国の対応ということで、もともとフィリピンの方もご出席いただく予定でしたが、残念ながらご欠席ということで、先ほどご紹介がありましたけれども、フィリピンの方からの発表に関しましては、私ども共同議長のほうで、後で簡単に要約をさせていただきたいと思います。

フィリピンの方以外といたしましては、インドネシアからのご報告がございまして、インドネシアの国として、特に地震ですとか津波といったような災害をご経験されている国からのこれまでの取り組みといったことをお話ししていただいた後で、我が国の国際的な取り組みとして、JICA の渡部先生のほうからご発表いただくということで、国内での対応、それから国際的な対応といったことをご議論いただきたいと思いますと考えております。

各先生方のご発表に先立ちまして、ウィワットのほうから、災害医療についてどういったことが必要かといったことを簡単にまとめさせていただきましたので、そちらをまずはごらんいただ

ればと思っております。

ウィワット・ロジャナピティアヤコン(共同議長)

ありがとうございます。

まず最初に、東アジア共同体評議会におかれましては、今回、共催をいただきまして、ほんとうにありがとうございました。

ここ1年間、前回の会議以来、ネットワークを構築し、そして、重要な医療関係の問題、この地域において取り組んでいました ASEAN、また、プラス 3 諸国で特に期待しておりますけれども、スライド(本報告書 68 頁より参照)にありますように、私の名前はこちらに書いてあります。私は AUN の ASEAN のヘルス・プロモーション・ネットワークにもかかわっております。それから、マヒドン大学で「グローバル・ヘルス」プログラムの担当も務めております。

幸いなことに、この重要な分野については、皆さんご存じのように、災害におきましては、例えば地震、津波といった自然のもの、また、人為的な、例えば原子力、あるいは核爆弾とか、そういったものもあるわけですが、グローバルな段階で、医療問題に対しまして、これは国境を越えるという性格を持っております。大きな災害となりますと1カ国では対応できない。ですから、その影響をできるだけ減らすために、被災者も含めて、やはり準備が大切です。

この危機対応については、先ほどご挨拶のときにお話がありましたけれども、多くの国々がその会議にも参加をいたしました。非常に重要な問題です。この会合においても、我々、いろいろお話ができてうれしいと思っております。

次のスライドをごらんください。

それから、実際に災害が起きたとき、3つの段階に分けて考えることができますと思います。

まず最初は災害の前です。起こる前です。サーベイランス、予測、早期警戒、これが重要です。それから、準備体制も重要です。この準備体制というものはいろいろなことをやらなければいけません。医療の分野におきまして、例えば、能力構築、調整、ネットワーキング、社会情報、それ

から、情報の管理とかデータ共有、ロジスティクス、また、ハンドブックとかガイドラインがあれば非常にいいということも言えると思います。被災地域がこういったものを使う。そして、適切な形で対応し、災害管理を行うことができます。

次の段階ですけれども、実際に災害が起きた時でありますけれども、やはり積極的な対策をとる必要があります。例えば、情報共有、サポートチームの動員、災害医療、調整、この中には、医療、あるいは保健のサポートがあります。この中には医療そのものもありますし、委託システムのサポート、また、予防対応、それから、ほかの関連分野、例えば、きれいな水の供給とか衛生、あるいは、きれいな食料の提供といったもの、そういった分野との協力も重要です。それから、ほかの分野、例えばシェルター、住宅、輸送、通信、情報共有といったところとの協力、連携も非常に重要です。

最終的には、次のスライドですけれども、災害が起こった後で、スムーズな復旧、回復が必要です。例えば、継続的に医療を続けるとか、あるいは復興を提供する。また、保健システムの再建も重要です。こういった分野というのは、災害が起きますと、例えば、病院が倒壊するとか、あるいは、洪水になりますと医療施設が崩壊してしまうということもあります。システムをやはり改善する。そして、そういったことをやろうとしてもなかなか難しいということでもありますので、危機が起こりますと、災害の後でも、保健システムの再構築が重要でありますし、また、医療スタッフ、保健スタッフのサポートが重要です。非常に疲れてしまうということもあるわけです。こういった人たちも被災者になり得るということで、スタッフの対応も必要です。

今日の午後は3つのプレゼンテーションがあります。まず最初のプレゼンターの方は、インドネシアの友人の方です。2人目のプレゼンテーションを行われますのは、フィリピンの、これは実はプレゼンテーションが我々のところに届いております。3番目の方は、JICAの方でありまして、

この地域のサポートをしていらっしゃる方です。

まず最初に、次のスピーカーをご紹介しますと行いますが、5分でもお願いいたしたいと思います。スシャナ・ヌガラハ博士です。日本語もおできになると聞いております。通訳は必要ないかと思えますけれども、この方は健康科学スクール研究員でありまして、包括的な経験をお積みの方です。また、ディレクター、保健プログラム、インドネシアの Kutai Timur のことも対応されております。

それでは、バトンタッチをいたしますので、5分でもお願いしたいと思います。

スシャナ・ヌガラハ（アフマド・ヤニ健康科学スクール研究員）

皆様こんにちは。私はスシャナと申しまして、アフマド・ヤニ健康科学スクール、インドネシア・バンドンにありますけれども、その研究員です。

本日は、我が国の防災システムの経験についてお話をしたいと思います。

スライド（本報告書 73 頁より参照）をどうぞ、次に進んでください。

インドネシアの位置ですが、環太平洋火山帯に位置します。インドネシアとしては、常に火山の噴火のリスクを抱えているし、地震もあれば洪水や津波というの也被考えられます。この 20 年間を振り返って、インドネシアは大きな世界の話題になりました。甚大な自然災害がたくさんあって、何十万人もの人が亡くなったり、また、土地に大きな影響を与えられた、2004 年のアチェの事件を覚えていらっしゃると思います。環太平洋火山帯でありまして、インドネシアはちょうどその火山帯に当たっている地域にあるわけで、多くの自然災害が起こりやすいということです。

次、どうぞ。

こちらは、国のプロフィールです。2 億 2,400 万人の国民がおりますが、その分散は不均一でありまして、複数の民族が住んでいますし、コミュニティも、グループもあるし、宗教もたくさんあります。さまざまな慣習もあります。

それから、地すべりとか洪水というのが雨季に起こるわけで、多くの死傷者が出ます。北スマト

ラ、カリマンタン、中央、東ジャワ、そしてスラウェシ島などで多くの影響を与えてしまいます。

483 地区のうち 383 の地区が災害多発地域になっておりまして、これは、人口も多いし、人口密度も高い。それから、人口の分布も不均一であるということ、それから、貧富の差が大きいということもありますし、建蔽率もどんどん高くなっていて、水とか衛生状況が悪くなっています。

こちらが、2017 年にインドネシアが経験をした自然災害でありまして、2,341 件ということになりました。これは 1 日 1 件以上という計算になりますので、地すべりとか津波、そのほか多くの災害があります。377 名が行方不明、350 万人の人が被災者ということで、家を失ったり、また、家から離れなければいけなかったという方です。

こちらが防災システムということですが、トレーニングを行ったり準備をするという、災害前の段階というのがあります。これが災害の準備、防災準備ということになります。

実際に災害が起こっている最中は、緊急時対応をいたします。例えば医療もありますし、ロジのサポートというのも行います。これは災害発生中の話です。

それから、災害の後で、シェルターを提供したり、救急医療サービスを提供、その他もたくさんのサービスを提供いたします。

これがサイクルであります。準備から始まります。指令センターをつくっておく。いろいろな出版物をやったり、トレーニングを行ったりする。それから、早期警報を出すというのもそのうちです。次に軽減、これはマッピング、地図をつくったり、インフラや施設を立ち上げておくこと、それから、ロジスティクスサポートというのもあります。リハビリテーション、復旧のところですけども、これは環境的なサポートも行いますし、復興のところでは、さまざまな居住地区の修繕をしたり、施設やインフラを改善したりします。

次のスライドをどうぞ。

こちらが、どんなステップをとって救急医療サービスが行われるかということを示しており

ます。公衆衛生対応として、水とかトイレを提供します。監視をやったり、疾病管理をやったりし、また、疾病管理、免疫法をとったり、基本的なヘルスサービス、保健サービスを提供したり、栄養物を提供したりします。

次、どうぞ。

これが、災害が起こっているときの状況、そのときに何をやるかということを示しております。

次、どうぞ。次もどうぞ。次、どうぞ。

こちらです。こちらが現状です。インドネシアの防災準備の現状です。防災、また、準備システムというのがありますけれども、それでも、実施するのが大きな課題であります。

例えば、早期警報システムというのがうまく機能していないということです。すなわち多発地区、例えば地震とか地すべり、干ばつが起こるような多発地域におけるインパクトを軽減するのにつなげていないということです。

2 番目に、土地利用計画を実施するのが、矛盾があるということです。それで、自然災害が悪くなって、助長されてしまうということがあります。

3 番目、政策、法律、また、規制上の枠組みがまだ十全に整備されていない。だから、減災がうまくいっていないということがあります。すなわち、通常であれば地方がやらなければいけないことが、できていないということです。地方のユニットが単発的にコーディネーションなしに動いてしまうということがあるということです。

これが私の発表です。ご清聴ありがとうございました。(拍手)

ウィット・ロジャナピティアヤコン(共同議長)

ありがとうございました。非常に時間も守っていただいて、ありがとうございます。5 分以内に終わりました。

それでは、小川先生のほうから、簡単に、フィリピンの友人の方、今回、来られませんでしたけれども、まとめていただけますでしょうか。

小川俊夫(共同議長) ここからは日本語のほう、皆さん多いと思いますので、日本語で、フィリピンの方のペーパーの解説をさせていただきます

たいと思います。

お手元の資料 19 頁（本報告書 81 頁より参照）をごらんいただければと思います。

フィリピンは、ご存じのように自然災害が非常に多い国でございまして、そういった意味で、災害への対応について、国を挙げて対策をしているというふうにまとめていただいております。

具体的には、自然災害に対する対策としては、3 番目のパラグラフの上から 2 行目にあるんですが、The Philippine Disaster Risk Reduction and Management Act という法律が 2010 年に施行されております。この法律に基づきまして、さまざまな災害に対する対策が行われています。

その中で特徴的なのは、その 3 行ほど下にありますが、地方政府に対して、災害に対しての対応の主体として認識されているというのが、フィリピンのアクトの特徴だと考えられます。

この災害に対する法律というのは、全分野に対してですけれども、特に医療に関しましては、4 番目のパラグラフにありますとおり、Philippine Health Agenda という、いわゆる医療政策の 2017 年から 2022 年の計画がございしますが、そこで、災害に対しての対応ということも議論されております。

内容といたしましては、特に、19 頁の一番下のパラグラフにございますけれども、各部署、災害に対処すべき部署のコーディネーションが大変重要であるということが述べられていて、同時に、その 1 つ下の行にありますけれども、災害対応のためのファンド、いわゆる資金を確保しておくといったことも重要であるということが述べられております。

これが、フィリピンの現在取り組んでいる災害への対応ということになるかと思います。

以上、簡単ではございましたけれども、フィリピンの対応についてまとめさせていただきました。

続きまして、我が国、JICA の対応といたしまして、渡部晃三先生にご発表をお願いしたいと思います。

では、よろしくお願いいたします。

渡部晃三（JICA 人間開発部保健第二グループ長）

JICA 人間開発部の渡部と申します。本日はよろしくお願いいたします。

JICA は、日本政府の ODA の実施機関であると同時に、災害時の国際緊急援助隊の派遣を日本政府の元で行っております。

まず、最初のスライド（本報告書 82 頁より参照）は、国際緊急援助隊、Japan Disaster Relief、JDR の中で、特に医療チームを紹介しています。約 30 年の歴史がありますが、その間、60 回ほど世界各地に派遣しています。今日では、新たに感染症対策チーム、Infectious Diseases Response Team というグループも新しく設置され、感染症の危機の際の対応に備えています。それから、今日、WHO を中心に、国際協調が進んでおりまして、WHO の認証システムのタイプ 2 を受けています。

フィリピンの台風災害の医療チーム派遣の際に、非常に大きな教訓がありまして、たくさんのチームが派遣されましたが、現場が非常に混乱したことを踏まえて、その後の国際協調の中で、日本が貢献したといった経験もあります。これをうけて、WHO と協調しながら、医療チームが活動日報を国際基準として進めるといった取り組みを行いました。

大災害の後に、たくさん医療チームが現地に入りますと、現場で非常に混乱する。共通の物差しとかルールがなくて、その日にどんな患者さんがどれだけ集まって、どんな治療を行ったかという、取りまとめができなかったといったようなことがあり、日本チームが各チームの間で共通するフォームを使うことに関し、フィリピンとともに提案し、各国のチームがそれを使われることになりました。それがもとになって、フィリピンの国内で、災害のときに用いるフォームが完成したり、日本の中でも用いられる日本の共通フォームができたりしたことがありまして、それがさらに世界的なスタンダードに用いられたという経緯がございました。

次のスライドでは、JDR の派遣だけではなく、国際協調、ドナー間の連携に加えて、平時からの人材開発に積極的に進めております。JICA は開発途上国の開発支援機関として、特に組織開発や、人材開発にさまざまな分野で取り組んでおりますので、災害医療の分野のキャパシティー強化に関しても、アジア、ASEAN 地域でプロジェクトを新たに開始しております。

これは、ARCH プロジェクトと呼ばれているもので、The Project for Strengthening the ASEAN Regional Capacity on Disaster Health Management、すなわち ASEAN 各国と一緒に、災害医療のマネジメント能力強化にとりくむ人材育成のプロジェクトです。このプロジェクトは、ASEAN 各国が持っている保健医療強化のプログラムの中で、1 つの一環として位置づけられており、プロジェクトの目的は、災害時の医療対応における知恵を学び合って継続発展させる、国際的な共有の知をつくる情報プラットフォームを目指そうというものであります。ASEAN 事務局や各国と連携しながら、人材育成や制度づくりの取り組みを行っています。

これらの写真は、プロジェクトが行なった、何か災害が起きてからでは遅いため、平時のうちにやる訓練、Drill を各国共通で行なった模様です。訓練の中で、わかってきたことを話し合う、Regional Collaboration Drill を行い、同じルールを各国が参加して作っていくことに取り組んでいるプロジェクトです。

最後のスライドでは、ARCH プロジェクトの活動を通じて、災害医療において、ASEAN 地域の各国の間の対話を進め、連携の強化に取り組んでいます。災害が起きる前の平時から、このプロジェクトのような枠組みを用いて情報共有であったり、各国専門家の間のネットワークの枠組みをつくる、お互い顔見知りになっておくことにより、いざ、大きな災害が起こったときに、緊急援助活動の際に、各国が連携して、共通の制度や枠組みを使いながら、また、「共通の言葉」と言われますが、「共通のルールやその意味するところ」

を共有しながら、お互いに訓練を行ったことのある複数のチームが、お互いに協力しながら災害現場で活動することを目指している訳です。

この概念図は、プロジェクトを始めるときに準備した案ですが、各国が学び合いながら、話し合うことによって、より ASEAN に適した形で、こうしたフレームワークをつくっていきたいという取り組みが、現在、進捗しております。

私からのご報告は、以上でございます。(拍手)
小川俊夫（共同議長） 渡部先生、どうもありがとうございました。

それでは、フロアの皆様からのご質問、ご意見などを、まずはお聞きしたいと思いますけれども、よろしくお願いします。マイクを。

近藤健彦（麗澤大学オープンカレッジ講師）

私、名前は近藤と申しますが、定年まで明星大学の教授をしておりました。これでも、ヨーロッパ統合の父であるジャン・モネの回想録をフランス語から日本語に全訳した者であります。

そのジャン・モネの回想録の中に、ラジックマンという人の名前が出てきまして、スペルは Rajchman、ファーストネームはルードビッヒという方ですけれども、ラジックマンはもともとポーランドのお医者さんで、世界保健機構、先ほどお話がございました、WHO の設立者というふうに言われております。この回想録の中では、この人は、ジャン・モネが戦前の上海で、時の財務大臣のアドバイザーとして大活躍するんですけども、その仲立ちをしたというふうに書かれております。

そこで、伺いたかったのは、この人のラジックマンという名前は、本日のスピーカーの方々にとっては知られている名前なんではないでしょうか。もしご存じの方がおられたら、彼のエピソードなんかもお話いただければと思います。

以上です。

小川俊夫（共同議長） ご質問ありがとうございます。

どなたか、ラジックマンという名前を聞いたことがある方、いらっしゃいますでしょうか。WHO

の創立者と言われていますが、どなたか。

申しわけございません、ちょっと、あまり知られていなかったような。ご質問はそれでよろしいでしょうか。

ほかに。

レ・チャン・グァン（元ハノイ医科大学准教授）
すばらしいプレゼンテーションをありがとうございます。

災害対策についてですが、ベトナム災害医療に関しましては、医学校で学ぶわけですが、30年前は、特に対応策はとれなかったということがあります。私たちのネットワークを持つことによって、そして、これを続けることによって、教育ですとか訓練を、災害医療、医学校におけます、アジア諸国における教育訓練が、医学校で続けることができればと思います。

小川俊夫（共同議長） どうもありがとうございます。

教育に関して、ベトナムでは、特に災害に特化した教育に取り組んでいらっしゃるというご発言がございましたけれども、ほかにいかがでしょうか。特に、今回のテーマが災害医療における東アジアの協力ネットワーク構築ということでございますので、国ベースの災害対策、それから、先ほど JICA の渡部先生からのご発表があったように、国際的な対応ということも必要になるかと思えますけれども、いかがでしょうか。

朱榮生（中国外交学院学生） 中国外交大学から来ました。

渡部先生に質問です。日本と中国は、お互いに競争していると聞いています。援助あるいは協力という意味で、競争しているといえます。災害医療の分野におきまして、日本と中国が協力しているというようなプロジェクトはありますでしょうか。それとも、日本と中国は、やはりこの分野においても競合しているのでしょうか。

渡部晃三 ありがとうございます。

災害対策では、各国間の協力が必要です。日本と ASEAN の枠組みのプロジェクトについてご説明をしました。しかしながら、緊密なコミュニ

ケーションを、WHO、そのほかの国際的なドナーとも持っていますので、教訓を共有することができます。プロジェクトの成果を、中国、そのほかの国とも共有し、協力していく必要があると思います。

小川俊夫（共同議長） ほかにいかがでしょうか。

はい、お願いします。

長澤泰（東京大学名誉教授） 長澤と申します。東京大学で病院建築の研究と教育を長年やって来ました。既に名誉教授になっておりますが、最近いろいろな災害で、病院自体の対策をどうしようかという話がほとんどです。実際には、現地の病院は建物自体が被害を受けていることが多く、診療能力を 100% 発揮できない状況です。その場合に、島国の日本では病院船が有効です。そしてヘリコプターによる医療チーム輸送、あるいはトレーラー手術室などモバイルホスピタルという発想で対応することが考えられます。このような発想に関して、皆さん、ご意見はいかがでしょうか。

小川俊夫（共同議長） では、インドネシアはどういう準備体制になっていますでしょうか。

スシャナ・ヌガラハ 質問にお答えする機会をいただきまして、ありがとうございます。

モバイル病院を使って、遠隔地に救済の手を差し伸べるということについてですが、インドネシアにおきましては、既にモバイル病院の考え方を取り入れています。クルーズモバイルホスピタルという言い方をしているんですが、つまり、災害のときだけではなく、感染症の大規模発生の際にも、1 カ所から別の箇所へと移動していきます。

熱帯病の大規模な発生というのはインドネシアで多くあります。一方で、領土が広いということですので、通常の病院が遠隔地にサービスを提供することができませんので、モバイル病院というのは非常に役に立ちます。特に島国で、1 万 7,000 の島がインドネシアにはありまして、それぞれの島にアクセスが必要です。それでも、モバイル病院の数はまだ限られています。

小川俊夫（共同議長） ありがとうございます。

本日は、ほかのさまざまな国からの参加者の方がいらっしゃいますけれども、そういった施設に関して、何かご用意をなさっている国とかというのはございますでしょうか。モバイル病院その他の施設について、お話しいただける方はいらっしゃいますか。

ウィワット・ロジャナピティアヤコン（共同議長）

ちょっと見回してみますと、私は、多くの国のこれまでの災害から学ぶことができたと思います。災害が起きると、外国人チームが入っていくことを政府が認めないということがあります。協力の話が出たんですけれども、支援が全く要請されなかった場合に、どのように協力できるかということについての経験のある方がいらっしゃいますでしょうか。それが第1の質問。

第2、国連のシステムを通して、いろいろなアクションがとられています。迅速に行動をとって国に支援を提供するチャンネルになると思います。特に UNDP が調整をしたりしています。そして、医療サービスを被災国、被災地に提供できます。特に大規模な発生が被災国で起きたという場合の事例があったら、ぜひ学びたいと思います。こういった問題にどのように対応するのか、皆さんのご経験、あるいは、特に JICA の方、何かご経験ありますでしょうか。

支援を要請しなければ支援は提供できない。しかし、支援はいろいろできるし、やりたいと皆思っているわけです。ただ、私はそれにどのように対応したらいいのかわかりません。災害の起こる前に、共同研究をしていたり、例えば情報センターをつくるとか、データベースを使う。あるいは、ハンドブックですとかガイドラインをつくる。あるいは、キャパシティービルディングの行動をやっている。そういったことを災害前にやっていたら、災害の後、いろいろな支援が提供できると思うんですが、いかがでしょうか。

渡部晃三 ヨランダの台風の際に現場で業務を行っておられた結核予防会の竹中先生にお話をいただきたいと思っています。

今ご指摘の点については、確かに事前の準備が必要だと思います。国際的な枠組み、UNOCHAなどの、調整を担う機関のもとで各国の援助隊は災害救助に協力してあたります。WHO は医療面でコーディネーションをします。各国においてどの省庁が災害援助の際の窓口になるのかを、事前に各国間で情報として共有している必要があります。また、それぞれの国内での省庁間のコーディネーション、調整も重要だと思います。

JICA も、そうした各国の情報を収集していますが、このような情報は各国間で、共有しておく必要があると思います。先ほど、トレーニングやルールの設定、ガイドブックや資料を用意するという話がありましたが、そういった準備活動に関しても、ARCH プロジェクトの活動の一つですが、3年のプロジェクト期間にできることは限られています。ただし、このような活動を続けていく必要があると思いますし、また、お互いに学び続けていく必要があると思います。

もしよろしければ、竹中先生にコメントをお願いできますでしょうか。

竹中伸一（結核予防会審議役） ありがとうございます。

竹中伸一と申しまして、私は JICA 保健アドバイザーとして、2013年11月のヨランダ台風のときにはフィリピン保健省(DOH)に勤務しておりました。渡部先生もおっしゃいましたけれども、ヨランダ台風の時、DOHも緊急対応しました。特に海外医療チーム(FMT)の受入などを行いました。ヨランダ台風災害緊急支援からのフィリピンの教訓の一つとしては、FMT登録です。台風災害後、FMTの事前登録をはじめました。事前登録することによりFMTの交通整理を行えるようになりました。日本の他いくつかの国は、海外医療チーム(FMT)として事前登録済みです。現在は、災害が起これば、DOHがそれぞれの登録済み医療チームにコンタクトをとって、派遣を依頼する仕組みとなっているわけです。これが台風ヨランダ災害からフィリピンが学んだ教訓の一つです。

先ほど医療施設について質問がありましたが、

台風ヨランダ災害復興支援においても、東北の震災の経験が活かしています。ビルド・バック・ベターというコンセプトの下、JICA でその当時、支援をやりました。まず、可能であれば、海岸から離れたところに施設をつくる。それができない場合、たとえば土地が見つけれない場合など、高床式の施設とする。その場合はどのぐらいの高潮が来たのかというところを踏まえて建物を作りました。台風ヨランダ災害復興支援において、JICA は、東ビサヤ地域医療センター(病院)の他、ヘルスセンター4 か所ほどを建て直したりしています。

また、病院船に関しての質問ですが、ヨランダ台風のときに派遣した国が2つありました。中国とアメリカです。中国は病院船を派遣しました。アメリカは、やはり距離の問題などがあったのか、結局、病院船は到着できませんでした。その後に、フィリピン保健省からも、病院船をつくりたいという相談があったのですが、そのときに問題となったのは、スピードの問題です。災害後3日以内に到着できるのかと。1週間も2週間もかかるようなら、災害対応で使えない。あと、中国の病院船で問題になったのは、船の船底です。底が深いと港に着けない。港に着けないようなところもあることから、スピードがあって、船底が浅いものが必要ということになりました。

病院船ですが、今のところ、フィリピン保健省では持っていません。導入するに当たり、災害時以外のときに病院船をどうするか、誰の責任で維持するのかというところが問題解決できなかったために、当時、導入まで至りませんでした。

今現在は、フライング・ドクターということで、企業さんと協力して、各地域でヘリコプターを飛ばすというシステムが構築されていると聞いています。

以上です。

ウィット・ロジャナピティアヤコン(共同議長)

大変よいお話をいただきまして、様子がだんだんつかめてきました。渡部先生のほうから、国の中のフォーカルポイントを決めるということとし

たが、明らかなのは、何か災害が起こると、いろいろな国によって、それぞれ違うユニットを持っているわけで、そのやり方はさまざまです。国によっては、厚生労働省みたいなのがやるし、または、特別の委員会を立ち上げる国もあります。そうすると、複数の省庁のつくる委員会ということもあります。

ですから、ネットワーキングをするということが非常に重要になってくると思います。よりよいネットワークをつくる。災害時の協力におけるネットワーク、例えば JICA の ARCH というプロジェクトもありますけれども、また、共催の組織の方々からも何か情報を下さるとか、また、データベースとか、情報のハンドブックとか、いただければと思うわけです。ある特定の国で災害があったら、何をすべきか、どこに何を送るべきかということが、すぐわかるような形にしておくことが必要だと思います。

何かコメントありますか。私のほうからも、よろしければ近藤先生に伺いたいのですが、1 人の人の名前をおっしゃいましたね。ラジットマンですか。ご質問なさったときの災害のトピック、本を翻訳なさったということですけど、そこから何を学べるでしょうか。我々がそこから何を学べるかということで、先ほど先生がご指摘なさった点から、我々が学ぶべき教訓を教えてくださいませんか。

なぜかといいますと、ご質問の中では、翻訳をなさったというお話がありました。ラジットマンとおっしゃいましたか。何を指摘なさりたかったのか、もう一回おっしゃっていただけますか。

近藤健彦 僭越ですけれども、こういうネットワークについては、やっぱりヨーロッパはかなり進んでいる、あるいは、前もって経験している点があると思うんです。そこで、ほかの領域についてもそう思うんですけれども、長い時間をかけて、第二次大戦後、やってきたことというのは、それなりにやっぱり重みがありまして、そこで、アジアの場合、これから、このテーマのように強靱な保健協

力ネットワークの構築が必要なことは、全くそのとおりでありますし、大いに賛成するんですけれども、ほかの国の例、あるいは、ほかの地域の例というのも多少、もちろんアジアの人たちの集まりで、アジアのことが中心ですけれども、差し当たりのアジアのことプラス、そのバックグラウンドとして、これまでの経験というの、やっぱりこういうことを知るということも、かえって結果的には、今後つくるネットワークについて非常にプラスになる。結果的にはその作業を早めることになるのではないかと思います、先ほど、すごく僭越で、どなたもご存じないのに大変失礼して、申しわけなかったと思っているんですけれども、私としてはそんなことを考えて、さっき質問させていただきました。

小川俊夫（共同議長） ありがとうございます。

先ほどから何回か、災害には準備が大変重要であるというお話がありましたけれども、災害への準備に対して、各国でさまざま取り組んでいらっしゃるのではないかと思いますので、せっかくいろいろな国からいらしていただいていますので、災害の準備について、まずは日本の準備については、どなたでしょうか。中島先生ではない。違いますか。

災害時の対応、その準備、特に教育とかについて、では、韓国から、まず。

金哲中（朝鮮日報論説委員兼健康医学編集長）

韓国から参りました医療ジャーナリストであります。朝鮮日報です。

例えば大規模な災害が東南アジアであったとかいう場合には、多くの災害対応チームというのがあって、被災地にすぐ行こうとするわけですが、政府がお金を出しているチーム以外にも、教会とか多くの組織、また大学病院なども、多くの災害対応チームを派遣しようとするということで、混乱が起こることがあります。

あまり効率的ではないということで、それで、渡部先生、JICA のグループ長に伺いたいんですが、日本ではどうやってその辺の問題を解決なさっているのか、例えば災害対応チームを事前登録し

ておくのか、だから要請があったらすぐ行けるようになっているのか、JICA の経験をお聞かせいただければと思います。

渡部晃三 災害派遣チームは、相手国から要請があったとき、被災国が認めたときに動くということが第1点、それから第2点として、これは私の先ほどの説明でも申し上げた点であります、WHO が国際基準を設けております。これは事前に、1、2、3 というタイプ別の分類をしています。日本の国際緊急援助隊医療チームはタイプの国際分類になっています。また、単にそのような分類をするだけではなくて、日本は WHO と緊密に連携し、ほかの国々の緊急援助隊に対しまして、日本の経験に基づいて訓練等を行うわけです。国際社会と協力し、このような取組を行っております。

金哲中 すみません、もう一つ、JICA に質問があります。ジャーナリストとしてお聞きしたいと思います。

フェイクニュースというのが最近、災害においては出てきます。人が敵をつくりたい、怒りの矛先をそちらに向けたいということがあるわけです。最近、そういうふうなフェイクニュースの伝播のスピードが非常に高速化しつつあります。ソーシャルメディアが使われる。それから、SNS が使われるからです。

それで、SNS の対応ガイドラインとか、あるいは、ソーシャルメディアに対する対応のガイドラインの災害のときにおけるようなものはあるんでしょうか。

渡部晃三 フェイクニュースにどう対応するかというガイドラインは特にありません。

ただし、被災地で業務を行う際には、UNOCHA などと調整しながら活動します。各国の緊急援助隊は日常的に、そうした本部機能をもつ調整機関と現地において緊密に連携し、情報を共有しています。ですから、フェイクニュースやうわさに、惑わされないようにしております。

また、援助隊のメンバーにはコーディネーターが派遣されます。この人材は医療スタッフではな

く、JICA やその他の国際的な経験あるスタッフがチームに加わり調整機能を果たす体制を構築しております。

小川俊夫（共同議長） ありがとうございます。

フェイクニュースに関しては、通常のサーベイランスとかでも問題になっておりますので、いかに正しい判断をするかということが、各国際機関を含め、問題になっていると思います。

それでは、河村様からご質問をいただいていると思います。

河村洋（外交評論家） さっきから聞いていると、ちょっと出ていなかったかと思うのは、災害の救済で、軍による災害の救済について伺いたいんですけれども、それで、病院船について、アメリカなど遠くの国は、ちょっと来るまで時間がかかったとかいうんですけど、軍の場合だと、アメリカやイギリスなんかでも、その近くで作戦をやっていたり、演習をやっていたりで、すぐ近くに駆けつけられるということが、そういう便利さもある。

その一方で、軍が入るということは、各国の間のクイックレスポンス、即応性のデモンストレーションの競争になってしまうというおそれがちょっとあるかなということで、そういう面からいうと、アメリカなり西側と中国の間で、ちょうど東南アジアの国というのは両勢力の競合の場なので、そういう便利さと欠点で、そういうところはどこにあるかということをお伺いしたいんですけれども。

小川俊夫（共同議長） では、渡部先生、お願いします。

渡部晃三 日本の場合、自衛隊があたります。日本国政府が、自衛隊部隊を国際緊急援助で派遣するケースがあります。ただ、これは JICA の仕事ではなくて、自衛隊の仕事となりますが、JICA はそのコーディネーターとして一部関与することがあります。

自衛隊の場合は、非常に大規模な災害に、外務大臣が特に必要であると認めて、協力することが必要である場合に、防衛大臣と協議を行って実施

するということになっています。被災範囲が非常に広範囲で大規模な場合や、現地で自己完結的な活動が求められる場合に、様々な必要物資を持っていくことが必要な場合に、自衛隊の方を数十名から数百人程度、派遣するというケースがあります。

小川俊夫（共同議長） ありがとうございます。

参加者の方で、軍の経験、医療における災害対応で、軍の関係についてご存じの方、いらっしゃいますか。いらっしゃいませんか。

ちょっと中国の方が今、席を外されているということもありまして、ほかにいかがでしょうか。お願いいたします。

佐藤裕美（城西国際大学非常勤講師） 佐藤と申しますが、今、城西国際大学で異文化適応論という講義を持っている者です。これまで伺った話では出てこなかったと思いますが、アジア地域にはいろいろ複雑な宗教的問題があります。先ほどインドネシアの方がおっしゃいましたけれども、特にこれまでの皆様のご経験で、災害の救済活動をするに当たって、イスラムであるからとか、仏教徒であるとか、あるいはそのほかの、ヒンズーだとか、いろいろな要素が原因となって救助活動がうまくいかないというようなケースが、果たしてあったのかどうかを知りたいのと、そのような事態に備えて、どのような努力をなされているのか、そういうことを、もしご説明をどなたかしていただいたらありがたいと思います。

スシャナ・ヌガラハ ご質問ありがとうございます。

そうですね。お気づきになったと思いますけれども、いろいろな宗教、それから、いろいろな民族が地域にはございます。もちろん、災害ということになりますと、全てみんなまとまる、そして、お互いにサポートし合うわけです。ただ、場合によっては、宗教問題は脇に置く、そして災害対応をするという必要があります。ただ、災害によっては、人為的な災害の場合、例えば民族紛争とか宗教紛争、あるいは、ここ 20 年間に起きても、こういった問題を何とかなくするという努力

は行われておりますけれども、そういった問題もあるわけです。

小川俊夫（共同議長） ありがとうございます。

ほかのご参加者の方々と、複数の宗教がある、例えばマレーシアなんかどうでしょうか。

フィルダオス・ロスリ（マレーシア戦略国際問題研究所研究員） マレーシアについては、その

理由として、最近の災害としては、例えば半島部の北部で、2 カ月前にある災害がありました。これは最悪の洪水ということ、少なくとも 10 年ぶりの大きな災害ということになっております。陸軍、海軍が救援物資を届けました。スピードが理由です。ほかには特に、軍が入った理由はありません。

ただ、それ以外は、意思決定ということについては、大体ほかの災害と同じです。小さなマレーシアにおける災害と、意思決定の過程は同じです。

ウィワット・ロジャナピティアヤコン（共同議長）

それでは、そろそろこのディスカッションも終わりたいと思います。小川先生のほうから、まとめをお願いしたいと思います。どういう内容が話し合われたか、それから、今後はどういうふうにするのかということについて、お願いします。

小川俊夫（共同議長） ありがとうございます。

本日のこの第 I セッション、災害医療に関しましては、ほぼ、皆様からのご質問、それから議論も、ある程度まとまったように思うのですが、もし最後に一言、二言、何かございましたら、最後のチャンスですけれども、いかがでしょうか。よろしいですか。

ソパック・スパクル（東京医科歯科大学学生）

パネリストの方々、すばらしいプレゼンテーションをありがとうございます。ソパックと申します。東京医科歯科大学から参りました。

医学的な教育制度についてですが、医学校のほとんどにおいては緊急医療といいますと、災害のときにどうするのかということが含まれていなかったと思います。学生は将来的には医師になるという人たちですけれども、災害のときにどうなのかということが想像しにくいわけです。災害

が起こるとスタッフはたくさん必要になってきます。迅速に行動がなかなかとれない。現場に行って効果的に活動ができるということが必要です。

教育制度についてですが、私自身の個人的な見解なんですけど、学生のほとんどは、十分な教育をその点については受けていないと思います。その状況はどのように改善したらいいのでしょうか。私が言ったことの中で間違っていることがありましたら、その指摘もお願いしたいと思います。

小川俊夫（共同議長） ありがとうございます。非常にいい質問だと思います。

ベトナムのケースも一つの例だと思います。災害管理におけます医療教育についてですが、ベトナムの例をもう少し話していただけますでしょうか。一方で、ほかの国からも聞きたいと思います。

レ・チャン・グァン 緊急時と災害医療は違います。災害医療においては、15 時間、ベトナムでは災害医療について教えています。最初の 1 時間は疫学について学びます。ハザードマトリックス、それから、防災を学びます。それから、病院に来る前のケア、災害前、災害中のケアということですけれども、それから、1 時間、2 時間、災害前の準備体制についても学びます。

しかし、もちろんベトナムでは、災害医療はもともとベトナムの軍の医療学校から始まっています。ベトナムにおいては、昔は戦争があったんですけれども、その戦争は今、終わりました。そこで、災害管理という考え方に、軍の医療という考え方から変わってきたわけです。そこで、災害に関するトレーニングはカリキュラムの中に含まれています。

ただ、参加者の方々の話を聞いていますと、災害というのは公衆衛生の中に含まれているかと思しますので、ネットワークを通して、それぞれの国がその状況に対応して行って、次のミーティングでお互いに共有することができればと思います。科学、あるいはエビデンスベースでやっていくことが必要だと思いますので、ネットワーク

を通して共同プロジェクトをやっていくことも考えていけたらと思います。カントリーレポートをつくって、それぞれの国で災害にどのように対応しているのかということをまとめる。そして次のミーティングで、次のアクションのステップとして何をすべきなのかということを提案できればと思います。

私は疫学者ですので、適切なデザインは必要だと思います。次の会合では、カントリーレポートとして詳細に、それぞれの国で災害にどのように対応しているのか、発表できればと思います。そして、次はどのような行動をとるかということだと思います。

小川俊夫（共同議長） ありがとうございます。
どなたかマイクを。

センチャン・コナボン（ラオス国立公衆衛生院副センター長） おっしゃるとおりだと思います。医療の教育の重要性ということは全く賛成です。

私どもの施設でも、新しいカリキュラムを提案しています。それは、救急医療と災害医療に関するものでありまして、現在、カリキュラムを作成中であります。そして、修士号レベルの学生にこれを導入する予定であります。彼らも、災害医療、また、救急医療、両方に備えができていようようにしようとしているところです。

ありがとうございました。

スシャナ・ヌガラハ 我々の経験から申し上げたいと思います。

インドネシアにおいて、特に津波の被害があった2004年の後なんですけれども、多くの変化が起きました。これは準備をするということで、教育分野について、特にそれが言えます。初等教育から大学に至るまで、教育を受けています。すなわち、対応策の教育を受けています。災害が来たときに何をすべきかということです。特に医学生、介護の学生、看護の学生などは、医療の災害管理ということについて学ぶわけで、それぞれのレベルについて、教育レベルで、それぞれの教育をしているわけですが、国全体でカリキュラムが、すなわち、医学的な災害管理というのは、これは

必須科目として入っております。

ウィワット・ロジャナピティアヤコン（共同議長）
少し追加したいと思います。

JICAのARCHプロジェクトの中で、学術的なネットワークがあったと思います。これをネットワークに入れたらどうでしょうか。ASEANプラス3の枠組みがあるので。多くの国で、まだ気づいていないことがあると思います。すなわち、インドネシアの場合は、統計を見れば、1日に6回ぐらい災害が起こるということがあられるわけです。すなわち、1年間に2,000以上ということは1日に6件以上ということになります。ということは、医学生について、災害についての教育をすべきです。

ただ、インドネシア以外の国では、例えば、洪水は1年、2年、3年に1回ぐらいしかないので、そうすると、それほど重要だと思わないかもしれません。準備、備えというのは非常に重要です。我々の勧告の中に、ASEANを巻き込んで、大学のネットワークもありますし、ARCHプロジェクトなどもあるので、学会、学術部門におけるネットワークとか、医師だけではなくて、看護生とか介護を行う医療従事者のための教育の中にも、災害の側面を入れるべきだと考えます。

小川俊夫（共同議長） それでは、日本語になりますけれども、これまで皆様にご議論いただきました内容を、簡単に私のほうでまとめさせていただきますと思います。

まず、災害医療、特に規模の大きな災害に対しては、国レベル、地域レベルのみならず国際的な協力が不可欠であるということで、皆様のご意見が一致したと考えております。特に保健医療システムにおける災害時の迅速な対応というのは、UHCの実現の一環として、各国が取り組むべき課題であると認識しております。

災害医療への対応といたしましては、平時からの対応が非常に重要であるということでも皆様のご意見が一致いたしました。その中でも特に、皆様の議論の中で、主に言及されたものが教育に関してでございます。ディザスターメディシンな

どへの教育課程、カリキュラムの変更あるいは改善も含めて、平時から災害医療に対する対応というのを、国を挙げて、それから、アカデミアを挙げて取り組むべき課題だというふうに皆様の意見が一致したと考えています。

それから、平時の対応といたしましては、平時からの情報収集が非常に重要である。例えば、関係省庁とのネットワークなどを平時から構築し、災害時にはそういったネットワークを活用して、迅速に、災害が起こった場所での保健医療活動の実現が可能であると考えられます。

災害発生時については、もちろん、迅速かつ適切な対応が必要となります。その際には、例えば施設の充実、先ほどもご議論いただきましたモバイルホスピタルですとか病院船といったような、災害時の施設の利用可能性も含めて考えると同時に、通常の病院、診療所の活用といったものも、今後、災害時の対応という視点から改めて見直す必要があるかなと考えられます。

それから、医療チームの受け入れに関しましては、さまざまな問題点をクリアする必要がありますけれども、それをいかに柔軟に対応するか、あるいは、問題なく対応していただけるかといったことが重要になろうかと思えます。

災害時、特にさまざまな情報が流れますので、その情報を適切に把握し、それを適切に国民に、あるいは災害時の地域の方に提供するといったことも必要になろうかと思えます。

といったようなことを踏まえまして、では今後、我々として、災害医療の対応として何が必要かということに関しましては、まず、災害医療が起こったときには、国連、あるいはWHO、あるいはJICAのようなさまざまな機関が複合的に参加するということが考えられますので、そのコーディネーションが必要になろうか考えられます。

それから、災害医療に関しましては、WHOがスタンダードを提供しているというお話がございましたけれども、そのような災害医療のあり方について、国際的な同意が必要だと考えられます。

さらに、先ほども申し上げましたが、国レベル

で関係省庁ですとか、災害医療に対応する窓口となる部署、あるいは組織を各国で共有し、その情報を各国が共有することによって、適切な災害医療の対応が可能になると考えられると思われま

す。

最後に、災害医療の対応につきましては、先ほども申し上げました教育の問題で、平時からの準備といったものが、これからさらに重要になろうかと考えております。

ごめんなさい、1点忘れました。災害時の対応といたしましては、自衛隊や軍などさまざまな、通常の医療サービスを提供しているセクション、あるいはシステムではないところも、有機的にと

いいますか、適切に活用して災害時対応に当たること必要だということもご議論いただいたと思います。

といったようなところで、本日ご議論いただいた内容をまとめさせていただきましたけれども、今のものに、最後にこれをつけ加えたほうがいいといったようなご意見、ご指摘点、ございますでしょうか。

よろしいですか。それでは、セッションI、時間を多少超過いたしましたけれども、これにて終わらせていただきます。どうもありがとうございます。（拍手）

セッション2：高齢化社会における東アジアの協力ネットワーク構築に向けて

菊池誉名（司会） ありがとうございます。

それでは続きまして、セッションII「高齢化社会における東アジアの協力ネットワーク構築に向けて」を始めます。

このセッションは、真野俊樹・多摩大学教授、馬利中・上海大学東アジア研究センター所長に共同議長をお願いしております。馬先生、真野先生、お願いいたします。

真野俊樹（共同議長） よろしく申し上げます。

最初に私のほうからちょっとイントロダクションをして、馬先生に詳しくお話しいたいて、

その後、最後のほうのまとめは私のほうでというふうな役割分担をしていきたいと思いたくても、我々のところは、最初のセッションに比べると出席者が多いものですから、ちょっと時間が押すかもしれませんが、いろいろ議論していきたいと思いたく。

実は最初、高齢化というテーマを、今回のシンポジウム、いわゆる東アジアの保健協力というところで、入れるかどうかということもかなり議論になりました。というのは、感染症とか今の災害の災害医療等は、新興国にも共通の話題なんですけど、高齢化というのは、もちろん今後、ほとんどアジアの国で重要な問題になってくるんですけども、現時点では、日本はもちろん大きな問題ですし、後で出ますが、韓国とか中国なんかは結構取り組みがあるかもしれませんが、ほかの国でどの程度問題になっているんだろうというところの議論も、日本側でプログラムを議論していたときに出了た。

ただ、今日午前中にいろいろ議論していると、今の問題かどうかは別として、近々問題になることは間違いない。日本と比べると10年、20年遅れのスパンなので、日本から見ると、例えば2035年にとかなわれると、ちょっと先のことかなと思ったりしますが共通の課題ということで、いい議論ができるのではないかなと思っております。

では最初に、馬先生から、共同座長でありますけれども、中国からのいろいろなお話もあると思いますので、お願いします。

馬利中（共同議長） 皆さんこんにちは。ご紹介にあずかりまして、上海から参りました、上海大学東アジア研究センターの馬です。

セッション II は、「高齢化社会における東アジアの協力ネットワーク構築に向けて」というテーマです。東アジア、アジアは今、日本と同様の人口変化の体験をしております。その直面している高齢化の中で、幾つか東アジア、ASEAN の特性をもっております。

1つは、低下に転じる生産年齢人口の比率です。アジア各国は1970年代以降、人口ボーナスの恩

恵を受け、持続的な経済成長を実現してきましたが、しかし、出生率の低下などにより、アジアの今、生産年齢人口の比率は2015年からピークになって、減少に転じることが見込まれております。日本では2000年から生産年齢人口比率が減少しておりますが、アジア最大の人口を持っている中国では、2015年からも同比率の減少をする見込みであります。インドにおいては、2045年をピークに生産年齢人口の比率が減少に転じて、そのほかのASEANの国々においても、2020年ごろまで同比率の減少に転じると予想されております。

第2の特性は、東アジアの高齢化が速いペースで進んでおります。高齢化社会から高齢社会になるまでの期間を見ると、その所要期間は、フランスでは115年、スウェーデンが85年、イギリスが短いんですけど47年という中で、日本は、24年という比較的短い期間で高齢社会となったのです。中国は日本と似ている、26年間しかありません。そのほかのアジア諸国を見ると、シンガポールでは17年、韓国では18年、タイでは22年など、日本以上のスピードで高齢化が進展することが予想されております。

第3点の特性というのと、アジアで直面している高齢化は、その経済水準が先進国と比較して低い状態であります。アジアの中には、1人当たりGDPがそれほど高くないまま人口ボーナスが終了した国が多いが、豊かさが十分に達成していないうちに人口オーナスが到来しました。中国語で言うと、「未富先老」、つまりまだ豊かになっていないうちに高齢化社会が到来、このような国がアジアで少なくないと予想されております。日本、韓国、シンガポールなどは、比較的高い所得に達してから人口オーナスの時期を迎えましたけど、中国、インド、また、ほかの国々は、1人当たりのGDPは1万ドル以下のままで人口オーナスの局面に入っていると言われております。

第4は、アジアの国々には、高齢化の対応策づくりという課題には、経験が少ない国が多いと思われます。中国と韓国の人口高齢化は2000年からスタート、日本ではこの30年前の1970年にも

う先駆けて高齢化社会に突入されました。ですから、東アジアが迎えている高齢化の中で、日本の対応策づくりの経験を活用することは大変重要です。中国を含め東アジアでは、年金、医療、介護などの社会保障制度がまだ完ぺきに整備されておられません。社会保障制度づくりは大きな課題ですが、その整備中、日本の積み重ねたいろいろな経験・知識、また失敗した教訓は、我々に対して、勉強・参考になるものであります。例えば中国では、2018年1月から、日本の介護保険制度のありかたを勉強・参考にして、上海市を含む15の都市で介護保険制度のテストが始まりました。

日本の高齢化の対応策づくりでは多大なる経験と知識を積んできましたが、例えば介護保険制度、成年後見制度は2000年より実施されました。2010年6月、日本政府の「ライフ成長戦略」では、「世界最高水準の医療・福祉の実現プロジェクト」を銘打って、2020年までに医療・介護・健康関連サービスの需要に見合った産業の育成を通じて、新市場、新規雇用などいろいろな目標が出されました。2011年10月に国土交通省と厚生労働省との連携で、「高齢者住まい法」を修正したことにより、「サービス付き高齢者向け住宅」制度が設立されました。また、2015年2月に、厚生労働省では、急激的な少子高齢化や医療技術の進歩など医療を取り巻く環境が大きく変化する中で、2035年を見据えた健康先進国への政策のビジョンとその道筋を示された「保健医療2035」が公表されました。

上記のような日本の高齢化対応策づくりの経験と知識は、我々に対しては勉強しなければならないものであります。当然、日本が失敗した教訓も、東アジア国々に対して参考になる財産だと思われております。

以上です。ありがとうございます。(拍手)

真野俊樹（共同議長） ありがとうございます。

それでは早速、シンポジストの方にお話しいただきたいと思います。

最初は、韓国のほうから、金先生、お願いいた

します。

金哲中 ちょっとスライド（本報告書86頁より参照）が見にくいので、申しわけございません。ここで発表させていただきたいと思います。高齢化社会としての韓国の医療の見通しです。これについてお話しします。

我が国におきまして、2つの危機がありました。1つは北朝鮮の核兵器、これは安全保障上の危機ですけれども、私、どうすることもできません。心配ではありますけれども、何もできません。それから、2つ目の大きな問題は、超高齢化社会です。近々到来します。ご理解にかたくなと思いますが、どうしてか、これは社会的な危機です。

スライドをごらんください。65歳以上の人口が、2000年におきましては7.2%ですけれども、去年の末におきまして14%を超えております。人口の14%以上です。ですから、高齢化社会から、これから2026年、あるいは2020年、2026年ぐらいには韓国は超高齢化社会になります。非常に急速にこういう事態が進んでおります。韓国といたすのは一番スピードが速いんです。7%から20%、21%になるスピードです。今、馬先生がおっしゃいましたけれども、フランスは154、日本は36、そして、韓国はたった26年で到来しています。ですから、高齢化社会に到達するスピードが一番速いんです。

こういうことで非常に急速に超高齢化社会に向かっているわけですが、ということは医療、それから医療費も、非常にスピードが速く伸びております。高齢者に対するケア、2010年は30%だったものが、医療費が2020年になりますとほぼ50%になります。医療費、これは高齢者のケアのためのものです。

次ですけれども、これは韓国語で書かれていて申しわけございません。こちらは、何人の人たちが毎年、61ですけれども、このデータは2年前のデータです。50から60、毎年大体100万の人たちが、団塊の世代、ベビーブーム世代の人たちが65歳とか70歳のほうに近づいているわけです。シフトが起きています。このグラフを私は見ます

と、イメージが湧きます。

それはどういうものかといいますと、次のスライドをお願いします。超高齢化社会というのは、こういう津波です。これは韓国の映画で津波を描いたものです。同じような状況ではないかと私は想像しています。

次のスライドです。もう既にいろいろな変化が起きています。死因も変わってきました。まず第1のがん、2つ目は心臓病、3つ目は脳溢血、そして、5番目が糖尿病、7番目が慢性の下部呼吸器疾病、そして、10番目が高血圧です。ですから、こういうふうな主要な死因が慢性病なんです。

次のスライド。高血圧、高血圧病、それから脳溢血、この治療費が非常に増えてきています。

次。また、骨粗しょう症ですけれども、どんどん増えています。

次。サルコペニア、これは骨格筋量の低下、80歳になりますと大体半分がサルコペニアです。これに対する対応策はとれておりません。

次のスライド。70歳以上の人たち、高齢者の人たち、大学病院の外来患者の中で相当数を占めている、どんどん増えているということです。

次は、入院患者ですけれども、やはりそれでも、70歳以上の人たちの割合が増えているということです。

それから、緊急治療室、70、80歳代の人たちがやはり多い。

次のスライド。65歳以上の人たちは緊急治療室にいる期間が長いわけです。複数の疾病を抱えています。ですから、治療にかかる時間も長い。そうすると、治療室自体で問題が起きます。

次のスライド。これは去年、私、緊急治療室で、東京医大の大学病院に行きました。

次は集中治療室ですけれども、別に集中治療室に見えないかと思うんですけれども、おそらく韓国の医療センターはこういうふうに変わっていくんだと思います。集中治療室が変わっていきま。といいますのも、加齢、また、複数の疾病、また、重度の疾病ということで、大きな問題になります。

次のスライド。ですから、ホームハンドレッドということは、保護ベシエント。

次のスライドです。ですから、非常にこれは心配です。我々の医療制度、これは活動的な加齢、すなわち、転ぶな、骨折するな、動けなくなるなということを言っております。我々の考え方を変えようではないかということを言っております。活動を続けるということが治療よりも重要だということです。ですから、持久力が重要である。筋骨格系の病気、これをなくすということです。こちらは重要です。

次のスライド。今、大きなシフトが起こりつつあります。急性疾病から慢性疾病のほうに動きつつあるわけです。大きく変革する、急性から慢性へということです。ですから、国家の老齡診断制度とか、あるいは、高齢化研究所をつくりたいと考えています。今年とか来年を考えております。

ここで提案です。次のスライドをお願いします。我々としては、日本の経験、成功とか、あるいは失敗例の共有化を図りたい。高齢化社会でどういうことを経験したか。日本というのはすばらしい高齢化社会、超高齢化社会になりつつあるということで、それを、ネットワークを通じてシェアいただきたい。中国とかシンガポール、台湾は同じような状況にあります。ですから、こういう日本の経験を共有していただきたいということ。

次のスライド。国際諮問委員会に、東アジアからも委員を派遣する。そして、新しい政策、あるいは、新しい高齢化社会に向けての政策を策定していきたいということです。そのために、国際的な諮問委員会が必要ではないか。

これが最後のスライドです。ということで、高齢化社会につきましては、一方でチャンスでもある。医療、また、福祉関係の産業の推進にもつながるということです。ですから、ここでもやはり、日本はすばらしい高齢化社会の先輩ですから、日本の成功、あるいは失敗を共有していただきたいと思うわけです。ですから、アジア諸国のネットワークの構築が重要だということです。

以上です。ありがとうございました。(拍手)

真野俊樹（共同議長） 金先生、ありがとうございました。

それでは、何か質問があればと思いますけれども、全体討議は後なので、またそのときでよろしいですか。

では、ちょっと演者が多いものですから、次に移りたいと思います。

次は、マレーシアのほうから、フィルダオス・ロスリ・マレーシア戦略国際問題研究所研究員の方からお話しいただきます。お願いします。

フィルダオス・ロスリ ありがとうございます、議長。

我々全員、ほとんど、より多くの医師が欲しいと思っているときに、インドネシアは患者の数が大きいので、何でこんなことを言っているかといいますと、私のスライド（本報告書 98 頁より参照）は 1 枚だけなんですけど、出ますか。後ほどでも結構なんですけれども、5 つ、申し上げたいことがあるということです。マレーシアの経験から、5 点申し上げます。

先ほどの第 1 セッションで、災害、防災の話をしました。マレーシアの文脈で見ると、我々は大規模な災害というのがあまりないんです。すなわち、環太平洋火山帯に位置しないということもありますし、また、マレーシアはそのほかの関連の災害、例えば台風その他とも切り離されている、スマトラがあるので。それで、非常に切迫した危機感というのがあまりないんですが、この問題を見るときに、災害とか保健の問題、ですから、即座に対処しなければいけないという観念があまり強くないんです。災害が起こると、季節的なものだから予測可能だし、予見可能だということです。モンスーンのときだけ災害が起こるからです。

ただ、我々の問題はスピードの問題です。どのぐらいの問題をいかに迅速に解決するかということです。高齢化の話もありましたけど、すみません、社会の高齢化と同じく、見えないんですね。目の前に高齢化というのは見えないのと同じです。災害もあまり起こらないので、よく見えないということです。

政治的に動きはあります。そろそろ災害についての手を打とうという動きは見え始めているんですけども、高齢化の場合は、単一の当局がやっているわけではない。マレーシアでは厚生省というのがあります。保健関連の調整、コーディネーションというのは厚生省がやっていることが多いんですけども、ただ、あまり率先してやってくれていない。どんな政策でも、例えば支出にかかわることだと財務省を通さなければいけないし、または首相直轄であればできるかもしれませんが、あまり厚生省のほうはお金を動かさないで、あまりコーディネーションがないような中で、制度的にうまく、まだ仕組みができていないので、なかなか問題解決が我々にとっては難しいのです。

では今、マレーシアは何をやっているか。まず、意識を覚醒しようとしています。前のスピーカーの方もおっしゃっていますけれども、高齢化社会のスピードが毎日加速化しているということ、マレーシアでも同じです。ほかの国よりも速いです。例えば今、現時点でも、平均余命が延びまして、ただ、出生率は毎年下がっているということです。ということで、意識覚醒が第 1 点。

2 番目、コミュニティーベースプログラムをたくさんやっています。政府というのは、非常に補助金、助成金をたくさん出している業界というのがあって、英国のシステムに依拠するからかもしれませんが、ヘルスケアに関しても例外ではないので、エンパワーメント、これはコミュニティーベースでやっています。政府が唯一、あまりにも政府予算に過度に依存しないで済むためには、コミュニティーベースでやらざるを得ないということです。

それから、健全なエージングを進めるということで、コミュニティーのヘルスセンターというのがありまして、モニタリングをしようとしています。

それから、ほかの国の経験からフィードバックを得て、教訓を得ようとしています。新しい法令などを使って、将来的に備えようとしています。

もう一つ、マレーシアの問題は、人口動態が変わっているということです。10年ごとに我々の人口動態は変わってきていて、毎回違ってきます。最初は移民の問題、移動の問題でしたけれども、そうではなくて、都市化の問題になっています。マレーシアにおける都市化の強度ということが問題になっております。制度的な、法的な枠組みが弱いということで、まず、対話を始めようとしています。あまり政治的な反応がないので、討論をまず始めようということで、これは切迫している問題だという意識を覚醒しようとしていますし、協力も、地域レベルでの協力をしていきたいと思います。ASEANでもAPECでもそうです。

私のほうはこのぐらいです。ありがとうございました。(拍手)

真野俊樹（共同議長） ありがとうございました。

では、時間管理もしているものですから、引き続き、次に移っていききたいと思います。

次は、ベトナムのほうから、レ・チャン・グァン・元ハノイ医科大学准教授の先生をお願いいたします。

レ・チャン・グァン 高齢化と公衆衛生というのが気になっていますので、今日はベトナムのケーススタディーをお話します。

ベトナムの人口ですけれども、9,000万人以上になっています。しかしながら、どんどん増えています。近い将来、しかしながら、例えば30年たったら、全国的に高齢化するかもしれません。

こちら（本報告書99頁より参照）ですが、この1世紀の平均寿命となっています。3倍になっています。ベトナムでの状況ですが、平均寿命が長くなるということは、例えば、西洋式の食事ですとか、喫煙ですとか、飲酒、それから、大気汚染、あるいは水の汚染、また、健康的でない食事、そういったものが導入されたことによって迅速に、急速に非感染性疾患も増えています。平均寿命の延長というのは代理指標と見ることができます。人口1,000人当たりの医師の数は、大体、アジア諸国の中では平均的かもしれませんが、ラオス、

タイ、ミャンマーが少なく、一方で、韓国や日本は多くなっています。

こちらは死亡率のデータです。こちらは口頭剖検をコミュニティでやった結果です。大体、韓国のプレゼンテーションと似た状況になっています。例えば感染ですとか、寄生虫ですとか、ウイルス、細菌感染による死亡というのは5%以下になっています。一方で、冠動脈系の疾患は多いわけです。一番多いのが心血管系、2番目ががんとなっています。間もなくがんが循環器系を上回ると予想されています。そして、次に負傷となっています。冠動脈疾患、そして負傷が、現在、ベトナムにおけます死亡原因としては一番大きなものとなっています。

感染症となりますと、HIV、エイズは急速に少なくなっています。一方で、糖尿病、がんは急速に増えています。心血管系の疾患については減っている一方で、負傷も減っています。

得られた教訓ですが、ベトナムにおけます医療体制は、医学校におけます医学的な教育ですが、主としてハノイとサイゴン、ホーチミンが中心となっています。遠隔地の非感染性疾患の患者は病院へのアクセスが難しくなっています。ですから、非感染性疾患への対応が難しいわけですが、今までのところ、ベトナムの医療制度は、主として地区での保健管理という形になっています。プライマリーヘルスケアとしては、母親の死亡率、あるいは結核、HIV、エイズは少なくなっている。

現在大きな問題となっているのは非感染性疾患となっています。将来的には、非感染性疾患を高齢化する社会の中で予防するというのが一番重要になってきます。また、非感染性疾患への治療体制も強化する、改善する必要があります。

ありがとうございました。(拍手)

真野俊樹（共同議長） ありがとうございました。

では次いで、ブルネイのほうから、ムハマト・ヌラサヌディン・アブドゥラ・ケラリさん、ブルネイ保健省RIPAS病院副医療長官兼老年科医コ

ンサルタントということでございます。

お願いします。

**ムハマド・ヌラサヌディン・アブドゥラ・ケラリ
(ブルネイ保健省RIPAS病院副医療長官兼老年科
医コンサルタント)**

こんにちは、皆さん。今日、私のほうからは、高齢者の医療についてお話ししたいと思います。

今までどういう状況かということですが、ごらんのように、我が国は小さな国でありまして、人口も少ない。50 万をまだ下回っております。しかしながら、高齢化率が高まってきております。ごらんのように、2013 年、たった 3.4% の人たちが 65 歳以上だったのが、2016 年になりますとほぼ倍になりました。3 年間で倍増です。それから、寿命は男性で 76.9 年、女性は 78 歳です。記録によりますと、60 歳以上の人たちで 3 万 1,696 人が老齢年金を受けております。おそらく、この額は 10 年で倍増すると考えられます。

政策、法制度につきましては、特に、特別な高齢者、あるいは障害者の保護のものはありません。ただ、金銭的な援助はあります。

例えば 1954 年の老齢・障害者年金法というのがありまして、国民、また在住者は、250 ブルネイ・ドルを 1 カ月に受けることができるということになっております。

また、従業員信託基金というのがあります。これは以前の従業員年金制度に代替するものです。

もう一つは、補完的年金拠出令というのがあります。これも、従業員、また、政府、両方が拠出するものです。基本的には、貯蓄をするというものです。

また、定年が 55 歳から 60 歳になっております。こういう変化もありました。

また、社会、保健につきましては、家族制度強化のためのブルネイ宣言、高齢化ケアといった文書が出ております。これは 2010 年に出されました。基本的には、この宣言の中で強調されていまして、家族が高齢者のケアを行うということです。また、政府と非政府組織 NGO が連携をすべしということになっております。

全ての国民、また在住者は、無料で医療を受けることができます。年齢は関係ありません。ですから、生まれる前から死亡までということです。また、病院におきまして、専門医による高齢者医療を行っております。私はイギリスで研修を受けてまして、同僚はニュージーランドで訓練を受けております。ですから、2 人とも海外で教育を受けておりますけれども、そういうノウハウを国民に対し適用していきたいと考えております。また、認知症者支援グループというのがあります。これは最近つくりましたけれども、ケアプロバイダーの訓練をしております。また、マレーシア認知症協会というのがありまして、そこでケアの提供者の訓練を行っております。

また、文化・青少年・スポーツ省というのがありまして、そこが、自宅ベースのボランティアプロジェクトというのがあります。ボランティアの人たちが障害者、高齢者のケアをするもので、これはまだまだできたばかりです。それから、活動的な高齢化ということにつきましては、2 つのアクティビティーセンターがあります。これが、やはり活動的な高齢化というのを重視しております。

また、政府といたしましても、国民が一旦退職しても、再雇用されることも奨励しております。

また、月例の、高齢者の中で恵まれない人たち、また、ケアギバーに対する支援もあります。

まだまだ我が国におきましては、こういうサービスの構築はおくれていると思います。まだデータがありませんし、特に高齢者に対するデータが不足しております。現在、データの収集を積極的に行っているということで、もう一つは、活動的な高齢化について議論がよく行われております。忘れてはいけないのが、高齢者、あるいは病気の人たち、また、認知症の人たちをどういうふうに我々はケアをすればいいのか、社会としてケアすればいいのかということ、これはまだまだ課題でありますので、今後もさらに検討していきたいと思っております。

以上です。(拍手)

真野俊樹（共同議長） ありがとうございました。
た。

それでは、プレゼンターの最後になりますが、学ぶネタが多そうな日本からということで、千葉大学医学部附属病院特命病院教授の小林美亜先生にお願いしたいと思います。

小林美亜（千葉大学医学部附属病院特命病院教授）

私のほうからは、日本における高齢者対策についてお話をさせていただきます。

既に、日本では、2010年時点で高齢化率は30%を超えています。2025年には35%を超えるということが予測されています。ASEAN諸国でも、2010年時点で既に高齢化が進んでいます。例えば、タイでは12%、中国では12.4%、ベトナムでは8.9%となっています。2025年の高齢化率の推計では、タイと中国の高齢化率は20%以上、ベトナムでは15%を超えることが予測されております。また、国々の平均余命も延びてきています。タイ、中国、ベトナム、マレーシアでは、出生時の平均余命が男女ともに70歳以上です。

日本は、世界で最も高齢化が進んでいる国です。このため、これまで、さまざまな高齢化対策を行ってきました。ASEAN諸国でも、日本が過去に経験したのと同じか、それ以上の速さで高齢化社会を迎えることが予測されています。日本では高齢化率が7%から14%まで上昇するのに25年かかっていますが、ベトナムでは15年、インドネシアでは17年と、かなり早いペースで高齢化が進展します。高齢化対策は、高齢者の健康や福祉や社会保障ニーズへの対応、高齢者が生涯現役で生きがいをもって安心して暮らすことのできる社会全体の仕組みの再構築などを含む大きな課題になります。早い段階から取り組みを進めていくことが非常に重要になってきます。

ここで、WHOが提唱したActive Agingの概念をご紹介します。効果的な政策やプログラムの策定を行うためには、この概念が非常に重要になってくると思います。Active Agingは、人々が年を重ねても生活の質が向上するように、健康の維持、家族や地域社会の営みへの参加、安

心できる社会づくりのためのさまざまな機会を最大限に高めるためのプロセスです。参加、健康、安全の観点から、高齢者の生活の質の向上のための取り組みを行うことが重要だと思います。

ASEANでは、ASEAN Strategic Framework on Social Welfare and Development というものが策定されています。ここには、高齢者の関心、権利、機会均等、生活の質と水準の向上を守り、人間中心のASEANを構築するために各国に求められる優先事項が示されています。その中には、年金の問題、また、健康と高齢化に関して、関係者間できちんと政策対話を行っていくこと、また、介護実施者の育成などの活動などがあげられています。

日本では、政策の中にActive Agingという言葉は使われていませんが、高齢社会対策基本法の中に、類似した概念を踏まえた方針が示されています。

具体的には、「高齢者の捉え方の意識改革」「老後の安心を確保するための社会保障制度の確立」「高齢者の意欲と能力の活用」「地域力の強化と安定的な地域社会の実現」「安全・安心な生活環境の実現」「年期からの人生90年時代への備えと世代循環の実現」を行うことがあげられています。これらに基づいて高齢社会対策が推進されています。

日本では、2000年に、社会的入院の解消や、家族の介護負担の軽減を目的に、社会保険方式による介護保険が導入されています。現在、財政的な負担が増大していることから、居宅サービスの効果的・効率的な提供対策の構築が課題となっています。そのため、近年では地域包括ケアシステムと呼ばれる、総合的なケアを提供するための地域での仕組みづくりが進められています。

1970年代以降から、日本は、高齢化に対応するために数多くの施策を展開してきました。この取り組みは、ASEAN諸国の方々と、今後、共同して何かを進めていくときに非常に役立つと思います。日本で上手くいっているものは成功要因、上手くいっていないものは失敗要因として分析を

行い、ともに高齢社会に対する対策を講じていきたいと思っています。現在、日本では、地域社会のつながりや関係性の希薄化が問題になっています。経済成長の中で、このような機能が失われてきています。このような側面では、ASEAN 諸国から学ぶことができると思います。

以上になります。(拍手)

真野俊樹（共同議長） ありがとうございます。
た。

それでは、ディスカッションに入りたいと思いますが、馬先生はもちろん中国という立場でもお答えいただけますので、もうかなりの国が網羅されておりますので、どんなご質問でも構いませんが、どうでしょうか。

中川先生、お願いします。

中川十郎（名古屋市立大学 22 世紀研究所特任教授） 名古屋市立大学の中川と申します。私は伝統医療にも興味を持ち勉強しているものです。

2 点お聞きしたいと思っています。どなたでも結構です。1 つは、ガンについてです。日本ではガンの罹患者が急速に増加しつつあります。2 人に 1 人がガンに罹り、3 人に 1 人が死んでいるといわれております。女性でも、10 人に 1 人が乳ガンに罹っているとのことです。日本ではガンは国民病の様相を呈しています。いずれアジア諸国にも同じように、ガンが増えるのではと推測されます。食生活の近代化や生活習慣も含めて、ガンが増加していくと見られています。日本としては、ガン撲滅対策を国家プロジェクトとして真剣に対応策を検討すべきだと思います。その意味で、日本と ASEAN 諸国、特にアジア諸国とのガン対策の共同研究の実情はどうなっているのか。ご教示いただきたいと思います。

質問の二つ目は、World Health Organization（世界保健機構）で伝統医療、特に東洋医療を医療として認める動きがあるということです。漢方や鍼灸なども医療法として認められると聞いております。そうすると、アジアはユナニ、中医、漢方、薬草、ハーブ、鍼灸などの伝統医療発祥の地ですので、アジアの伝統医療に医療面で画期的な影響

を与えるのではないかと思います。このような趨勢の下、特にアジアにおいて、伝統医療の共同研究を強化すべきではないかと思います。疾病や難病を漢方や、鍼灸など伝統医療で治療することが期待されています。この点について、どなたでも結構ですので、ご見解をご教示いただければ幸いに存じます。

真野俊樹（共同議長） ありがとうございます。
た。

ご質問は今、2 人しか出ていませんので、1 カ国ではなくて、何カ国かからお話したいと思いますが、最初に、馬先生、どうでしょうか。

馬利中（共同議長） そうですね、先生のご質問の中でおっしゃったように、日本のがんの治療は隣人諸国との協力、特に東洋医学、伝統医学との連携でやるべきだと思います。がんの治療はただ西洋医学での手術だけではなくて、伝統的な医学の面でも、もっといろいろな方法を研究開発しなければならぬと思います。日本の漢方薬の製品は、海外でよく評価されています。ある意味でいうと、中国民間で伝統医学の治療法がありますけれども、漢方薬の製品になっていないものがたくさんあります。その方面の研究開発にもっと力を入れて、その治療法を普及させる必要があります。これまでその方面の研究は弱かったと思います。2015 年、中国自身が開発したマラリア特効薬アルテミシニンという漢方による屠ユウユウ氏（85）がノーベル賞をもらった。

そのことは中国で伝統医療を重要視する大きなきっかけになると思います。2015 年に屠ユウユウ氏がノーベル生理学・医学賞を受賞した理由は 1960-1970 年代に伝染病であるマラリアに中国伝統医学で治療されたとのことです。当時、アフリカとアジアでいろいろな治療法で効かない流行疾患マラリアは、中国漢方で治されたのです。ノーベル賞を受賞するまでのけっこう長い期間は漢方など伝統医学の重要さがあまり意識されていなかったのも、伝統医学にどこまで評価すべきかもわからないのです。ノーベル賞の受賞は、普通 30 年以上前のことを取りまとめて評価する

ことであります。屠ユウユウ氏がノーベル賞を受賞したことは漢方など伝統医学による治療法の重要性を物語ったと思います。

もう一つは、人間ドックみたいな日本の「早期発見、早期治療」のありかたが健康づくり非常に役立つ方法であります。早く発見すれば、疾病を治せるいろいろな治療法があると思います。遅く発見すると、疾病の治療も無理になると思います。がんの治療はやっぱりアジア諸国での研究協力を強化すべきだと思い、日本の進んだ人間ドックなどの健診方法と西洋医療、東洋医療・伝統医学とよく結びついて、がんのような難病を伝統医療で鍼灸や漢方で治療すれば、完璧になる方法ではないかと思います。

真野俊樹（共同議長） ありがとうございます。
た。

ほかのご意見も、ありますね。お願いします。

小川俊夫（国際医療福祉大学大学院准教授）
ご質問ありがとうございます。

まず、漢方がICDに組み込まれるというお話だと思いますけれども、私はWHOのICDプロジェクトに参画しておりますので、その立場でちょっとご説明させていただきたいと思います。

これまで、ICD-10までにおきましては、いわゆる西洋医学の概念での疾病というものが適用されておりましたけれども、今年6月に発表される予定のICD-11におきまして、伝統医学、Traditional Medicineとして、Gチャプターになると思いますけれども、漢方がこのたび適用されるということになりました。

この漢方の章の作成に当たりましては、日本、中国、韓国の専門家の方々が、もともととはあまり一堂に会することがなかったらしいんですけども、一堂に会して、各国共通の漢方の概念をつくり上げるという大変な作業をなさって、今年6月の発表に至るという形になっておりますので、これから、伝統医学、特に漢方に関しては、世界標準となるような形になるのかなと思っております。

がんに関してですけれども、これも、また別の

プロジェクトでがん研究に携わっておりますので、その視点からの発言になりますけれども、我が国は、アジアの中ではがん医療、がん研究に関してはリードしているという形になりますので、ASEAN各国に対して、さまざまな共同研究の機会をご提供しているというのが現在の姿だと思います。

ただ、ご存じのように、中国、韓国からのがん研究がかなり今、広がっておりますので、そういった国々とも共同しながら、今後、ASEANの中で、もちろんASEANだけではなくて、アメリカ、欧州なども一緒にやりながらのがん研究活動というのが進んでいくのではないかと考えております。

以上でございます。

真野俊樹（共同議長） ありがとうございます。
た。

ほかの国から、何かご意見ありますか。お願いします。

レ・チャン・グァン ご質問ありがとうございます。

アジア諸国におけます、がんの問題について、そして、伝統医療についてでした。ベトナムについては、データを見たことがありました。女性におけるがんの死亡率は男性の半分にすぎないということです。これは非常にいい例ではないかと思います。一次的な予防のいい例だと思います。ベトナムの女性は、一般的にはあまり飲酒も喫煙もしません。そして、家で食事をする人が多いです。ベトナムにおけるがんの研究プロジェクトがありまして、ベトナムにおけますがん対策ということで、普通の国ですと大体、がんの死亡率は男女で似ていると思いますけれども、ベトナムの場合はそうではないわけです。

伝統医療については、気をつける必要があります。患者の中には、伝統医療を使って高血圧を治そうとする人がいます。しかし、非常に逆に低血圧になってしまうという場合があります。一方で、がんの患者が6カ月、伝統医療を使って、病状が悪化して病院に来て、遅過ぎたということがあり

ましたので、伝統医療は気をつけて使うことがあります。ベトナムは伝統医学大学があります。ベトナムでは認可制になっておりますので、伝統医療にはメリットもありますが、ケース・バイ・ケースで伝統医療は使うということが重要だと思います。

金哲中 コメントを追加したいと思います。

日本の女性で10人に1人が乳がんになるということを聞きまして、ショックを受けました。日本のがん発症率と私どもの国の間の関係を考えますと、10年おくれで韓国にやってくるということです。なので、今の日本のがんの発症率は10年後に韓国に来るということだと思いますので、韓国に戻りましたら韓国の女性に対して、乳がんに気をつけろ、日本は今、10人に1人だということを伝えたいと思います。

伝統医療についてですが、伝統医療はウイークポイント、弱点が幾つかあると思います。まず、疾患の診断、それから、緊急時に対応できないという弱点があります。伝統医療を高齢者に使うことについては、診断後、それから、緊急時は別として、補完的な方法として使うことはできると思います。ただ、強みとしては、伝統医療は患者の家で使いやすい。器具が要りませんので、患者の家で提供することが容易である。高齢化社会においては新しいモデルになり得るかもしれません。在宅で提供できるということです。そういう意味では、伝統医療と在宅医療はマッチしていると思います。

フィルダオス・ロスリ ありがとうございます。

中川先生も食事のことをおっしゃいましたけれども、マレーシアの場合は、2010年ぐらいだったでしょうか、相当、糖尿病が増えているなということに気づきました。政府のほうで調べたんですけれども、会社に対していろいろな補助金を出している。特に、水のボトルとかキャンディーといったところのメーカーに対しまして、砂糖価格、また、これは家庭に対しても補助金を出しているんですけれども、ということで、補助金をやめた後、その結果につきまして、砂糖の消費量は同じ

です。やはり砂糖は使われております。補助金の撤廃の前と同様な量が使われております。砂糖、これはどういうふうに対応していいかわからなかった。ただ、結局、政府レベルでしか腎臓の治療が行われていなかったのが、今、民間でも行われるようになってきたということでもあります。

真野俊樹（共同議長） ありがとうございます。

では、1つ目は、時間が大分過ぎましたので、まだ、ありますか。どうぞ。

ムハマド・ヌラサヌディン・アブドゥラ・ケラリ ちょっと私も追加したいと思います。

伝統医療につきまして、やはり伝統医療という言葉に気をつけるべきだと思います。といいますのも、国際的な研究というのは、これは中国の漢方ということでありまして、各国において伝統医療がありまして、こちらのほうはあまり研究はなされておられません。ですから、漢方は研究はされております。ICD-11が出てくるとき、やはり強調しなければ、これは漢方のことである、伝統医療のことではないということです。

それから、ブルネイの研究会、2つ目の大きな病因として、死因として、多くの人たちが、例えば病院において診断を受けても、病院で治療を受けるというよりも在宅医療を好むという人がいて、ただ、病院に来てくれるとほぼ遅過ぎる、亡くなってしまうということ、こういうふうな形で、伝統医療のほうをよく信じている。病院の医療よりもそのほうがいい、自然であると。

実はあまり伝統医療というのは研究がなされていない。研究されているのは漢方なわけです。ですから、この伝統医療という言葉については、もっと慎重に扱わなければいけないということが言えると思います。

以上です。

真野俊樹（共同議長） それでは、次の質問に移りたいと思いますが、四方先生、お願いします。

四方立夫（エコノミスト） 三井物産社友の四方と申します。

冒頭、馬先生のお話に大変興味深く思ったもの

ですが、馬先生はじめ、ほかの先生方からもコメントをいただければ幸いです。

人口ボーナスが人口オナーズへというお話でございますけれども、1つ、ビジネスのポイントからいたしますと、これは一つのチャンスでもある。特に日本は、よい意味でも悪い意味でも、高齢化先進国ということで、例えば老人ホームとかケアハウスといったようなものを、他のアジア諸国に先駆けて準備をしております、既に海外、例えば中国に対して、こうした老人ホームのノウハウを提供する。あるいは、病院をジョイントベンチャーでもって、マレーシア、シンガポール等々に新たに建設をして、そこで医療事業を始める。その中で、特に病院においては、ネットワーク化することによって患者の情報をお互いに共有できるというようなメリットがあると考えております。

もう一つは、小林先生がアクティブエージングということをおっしゃいましたが、日本では生涯教育、生涯現役ということが今、強く言われておりますけれども、これによって、社会保障費を削減するとともに、高齢者の生きがいというのをさらに活性化することによって社会全体が活性化していくということがあると考えております。特に日中韓3カ国は、いわゆる儒教の影響を受けている国と考えておりますけれども、そうした中で、高齢化にどう向かっていくのかということは、ぜひアジア全体で考えていくべきことではないかと考えている次第です。

どなたからでもコメントをいただければ幸いです。どうもありがとうございました。

馬利中（共同議長） 四方先生がおっしゃったように、人口オナーズになると、生産年齢人口も減りつつあるんですけど、しかし、ビジネスの視点からいうと、その方面での対応策をうまくつくれば、高齢者人口をうまく活用すれば、これは一つのチャンスにもなると思います。

シルバー産業分野では、日中企業が連携協力できる部分が大きいと思います。私は中国で日本のその「新産業」の経験をよく広報教育します。日

本のシルバー産業に対する分類は、下記のような幾つかの分野があります。(1) 住宅・施設関連産業。老人ホーム、高齢者住宅は、普通の住宅・施設の建設・管理と違います。高齢者向け住宅・施設を設計・建設する場合、その関係の建築計画学、建築行為学と建築心理学の理念・知識をよく勉強する必要があります。(2) 養老関係のソフトウェアと情報システム関連産業、(3) 介護福祉士・ヘルパー養成関連産業、(4) 福祉機器産業、(5) 包括ケア関連産業、(6) スポーツ・レジャーなど文化活動関連産業、(7) 老年金融・保険関連産業、(8) 家政とその他のサービス産業などいろいろあげられますが、まだ開発されていない「新産業」分野も多い。その「新産業」分野での連携は、おっしゃったように、やっぱり日中韓という東アジア地域の高齢化が進んでいる国々が、一堂に会して研究テーマをしぼって、研究交流を行ったほうがいいと思います。

実は、少子高齢化、社会保障分野で日中韓の研究交流は20、30年前からもう開始されたのですが、最近五、六年は、日中関係が悪くなり、韓日関係も悪くなって、その研究交流は中止になりました。政治家は人民に福祉づくりとのことをつねに忘れて、けんかすることのほうがおもしろいと思われるだろう。それは、本当に残念に思います。最近、日中関係は改善になりつつありますが、少子高齢化にどう向かっていくのかとのことについて、日中韓3カ国が共同研究が可能になりました。どのようにして共通の関心をもつ課題について研究交流を行うか、一緒に考えましょう。

真野俊樹（共同議長） ありがとうございました。

ほかはいかがでしょうか。後ろから。

金井進（日中関係学会正会員） 日本と中国との日中関係学会の金井と申します。よろしく願います。

私は医学の分野の専門家ではないんですが、高齢者の医療の面で、やはり先ほどブルネイの方が、テーマの中にも出ていましたが、認知症対策について、1つ提案といいますか、させていただけれ

ばと思います。

具体的には、東アジアのまさに認知症に関するネットワークを、ただ民間だけではなくて、官と民、官民合同のネットワークができればいいのではないかと思います。2015年に厚生労働省が新オレンジプラン、つまり認知症施策推進総合戦略というものを発表いたしました。簡単に言いますと、実は日本における認知症の患者が、2015年の時点では約400万人ぐらいで、2025年問題で700万人に増えるのではないかとされています。

ここでちょっと私が皆さんに、ご存じだと思いますけれども、軽い度合いの軽度認知障害というのがあります。それは、M、C、Iで、ご存じの方が多いと思いますが、いわゆる、Mild Cognitive Impairment、このMCIというものに注目すべきではないかと思います。つまり、MCIは認知症に、その措置がよければ必ずしも移行しません。もう一度、それが、MCIの患者が健常者に戻ることもできます。そういう意味で、このMCIというキーワードに注目して、東アジアの中で、日本のいろいろな経験とか知識がありますので、交流していればいいのではないかと思います。

以上です。

真野俊樹（共同議長） ご意見ということですね。ありがとうございます。

では、さっきの進出の話も含めて、今のMCIや、認知症ですね。何かこちらのほうから、意見がある人はおられませんか。お願いします。

ムハマド・ヌラサディン・アブドゥラ・ケラリ ありがとうございます。幾つか申し上げたいことがあります。

現在、まだまだ理解が進んでいないんです。認知症が一体どのような形で悪くなるのか、わかっていないことが多いわけです。いろいろな研究はなされておりますけれども、どうやって認知症をストップさせて逆行させるか、または進行を減速させるか、まだまだ研究段階です。

MCIという話が出ましたが、早期に発見できれば多くのことができます。認知レベルでのトレーニングができます。ここでアクティブエイジング

がきいてくると思います。身体的な健康状態だけではなくて、メンタルな部分も重要だということです。社会的な孤立を避けようということです。社会的な孤立こそが最悪の認知力の衰退の原因になるからです。ですから、社会的な孤立についてもフォーカスを与えるべきだと思います。

認知症の進行を遅くするやり方があります。そういった医薬品もあります。しかし、心配なのは、認知症になると、この認知症という病気ですけれども、身体的には動けるんだけど、精神的に何もできなくなってくるということになりますので、ということは、ほんとうに一見普通の人で、食べたり飲んだり、動いているんだけど、ほんとうは与えられた仕事はできなくなるということなんです。

どうやってケアするのか。認知症の問題というのは、徘徊してしまうことがあるんです。外に行って、どこでも好きなところをうろうろしてしまう。それで家に戻れなくなるということがあるので、身体能力はあるんだけど、メンタルな部分が問題を起こすということです。ですから、どうやってこういったタイプの人たちのケアをするのかというのは問題です。何かタスクとかルーチンを提供して、そのルーチンを変えないようにするとか、まだまだ研究しなければいけない部分が認知症にはあると思います。適切な答えはまだ出ていないというのが現状です。

真野俊樹（共同議長） ありがとうございます。

ほかはいかがでしょうか。お願いします。

小林美亜 認知症の方が社会的孤立に陥らないようにサポートするためには、認知症の方に対する社会の見方を変えていかなければならないと思います。その教育が非常に重要です。例えば「認知症の方は、何もできない、何もわからない」というレッテルを貼ると、本当にそのような役割行動をとるようになり、どんどん認知機能が低下してしまいます。またそのようなレッテルを貼られることへの抵抗やストレスがBPSD（行動・心理症状）を引き起こすこともありますし、BPSD（行

動・心理症状)を悪化させます。

認知症の方ができることを見つけ、社会の中で役割を持ち、感謝されることで、やりがいや生きがいをもち、地域の中で一緒に暮らすことのできる、住みやすい社会をつくり上げることが重要だと思います。

真野俊樹(共同議長) ありがとうございます。
た。

それでは、どうぞ、長澤先生ですね。

長澤泰 どうもありがとうございます。私は東大病院の建築計画を手掛けましたけれども、そのような大規模病院はそろそろ不要になってくる時代だと思います。地域包括医療が叫ばれていますが、そうすると、もっとハウジング、住宅をどう計画するかが問題です。それから、私も MCI に近くなっているかもしれませんが、やはり環境が問題。ICF でもやっぱり環境の要素が入ってきました。環境次第によって、その人の障害のレベルが変わるというのは皆さんご承知のとおりだと思いますけど、今後、住宅をどうするか、さらに住宅の周りのタウン、街をどうするかという議論が必要です。この点についてのご意見があれば、ぜひ伺いしたいと思います。

真野俊樹(共同議長) いかがでしょうか。お願いします。

スシャナ・ヌガラハ ありがとうございます。

提案したいと思って手を挙げたのですが、介護のシステムということです。

ASEAN 諸国全て、日本、韓国その他、インドネシアもそうですけれども、現在、社会の高齢化に直面している。そして、ご案内のとおりですが、介護職員というか、介護する人たちは、フィリピンやインドネシアはベトナムのほうからやってきてもらっているということがあります。

ですから、例えば国際的な協力は、介護システムの国際標準、基準というのをつくったらどうでしょうか。外国から来た人であっても、介護要員であっても、簡単に外国で仕事ができるようになるということができるのではないかと。または、コミュニティベースの介護システムをつくるべ

きです。認知症対策ということですが、そして、アクティブエイジングを ASEAN 諸国でぜひ促進していきたいと考えます。

真野俊樹(共同議長) ありがとうございます。
た。

私も、長澤先生の文脈でいくと、隣に金先生がおられるんですけど、韓国なんかはよく病院に行くと、中国ももちろん大きい病院が多いんですが、中国は人口が多いのでいいとしても、韓国の場合、どこでもいいんですけど、ヒュンダイにしても、ヨンセイにしても、どこでも非常にベッド数も大きくて、ちょっと失礼な言い方かもしれませんが、今後の高齢化社会にあれだけの大きな病院をどうするんだろうと思ったりもするんですが、何かご意見ありますか。

金哲中 大きな病院は確かにあります。1 万床以上の病床などがあります。これは救急患者用の病院であって、2000 年初頭、介護保険を導入いたしました。当時、介護を行う病院がたくさん立ち上げられたということです。政府のほうが大学附属病院のコントロールをしていたりして、だから、病床数を増やせないんです。ほんとうは増やさなきゃいけないので。それを変えて、急性から慢性のケアに切りかえています。

韓国の問題というのは、ケアのチェーンができていないということです。トータルケアチェーンができていないというところに問題があります。日本だったら、急性、それから亜急性とか、そして慢性、長期的な介護というふうに、小規模の施設、それから在宅ケアとか、だんだんめぐらせているということでチェーンができています。その重篤性に応じてです。

ただ、韓国は、こういっためぐるることのできる、循環するチェーンができていないので、大きな問題だと思っています。日本から学びたいと考えています。すなわち、トータルケアの循環するケアチェーンをつくりたいと考えています。

真野俊樹(共同議長) ありがとうございます。
た。では、お願いします。

小川俊夫 今のご質問で、ICF に環境が組み込

まれたというのは、まさにそのとおりなんですけれども、これまでICFにかかわる既存の研究などを見ておきますと、環境の因子というものが患者さんのケアにどれくらい影響を与えているかというのが、実はあまりまだ議論されていない。これからの問題ではないかなと個人的には思っております。

ただし、我が国の状況を見ますと、介護保険の認定のところで、何ができるか、何ができないか、あるいは、家の中の環境はどうなっているかということ、実は評価をしているんですね。そういった部分は、我が国が、ICFとかの範疇にはないところで先行してしまっているというか、先行している部分だと思いますので、いかにそれを国際標準に持っていくかというのが、おそらく我が国の貢献につながるのではないかなと個人的には思っております。

以上です。

真野俊樹（共同議長） ありがとうございます。それでは、お願いします。

中川十郎 名古屋市立大学の中川です。追加して、もう1点だけ、ご参加の皆さんにお聞きしたいと思います。

現在、日本では世界最高速で少子高齢化が進み、看護師や介護士が不足し、社会問題になっております。

そういうことで、例えば、アウトバウンドのメディカルケア、すなはち、日本からフィリピンとかタイ、マレーシア、ベトナム、インドネシアなどに高齢者を送り、現地で介護するというような可能性はないものでしょうか。アジアからご参加の皆さんのご意見をお聞かせいただければと思います。

真野俊樹（共同議長） それでは、どなたでもいいですし、国としては、マレーシアは非常にこういうあたり、MM2Hでしたか、外国の人を呼び込むことは熱心だと思いますけれども。

フィルダオス・ロスリ 今、データはないんですけども、確かに、私たちも医療ツーリズムを促進しようとしています。過去においてはマレー

シアの南部で促進しようとしていたんですけども、今は東部でも促進しようとしています。

私たちの国では、介護者をもっと訓練するという制度はあるんですけども、需要よりも、今は供給が多い状態です。今は民間のクリニックをより多くというふうに考えられています。ただ、あまりオープンに議論はされていません。ただ、私が見るところ、問題だと思うんですが、オープンに議論はされていません。あまり今、フォーカスが当たっていない領域だと思います。

真野俊樹（共同議長） ほかの国はどうでしょうか。タイもされていますものね。

ウィワット・ロジャナピティアヤコン（マヒドン大学「グローバル・ヘルス」プログラム所長）

昨年7月に、私はASEANプラス3のミーティングの主催をしました。13カ国全てから参加者が来ました。全員が高齢化に関する懸念を表明しました。ですから、高齢化については懸念であるということは明確なわけです。

3つの領域で協力が必要だと思います。そのミーティングでは3つ出てきました。まず、高齢化する人たちを医療サービス、それから、いわゆる医療、ヘルスケアでサポートしていくということが必要である。病気になるまで待つのではなく、健康増進を進めるために、UHCに医療サービスを含める。今まで予防というのは対象となっていなかった。さらに健康増進もカバーされていなくて、治療だけが対象となっています。アメリカや日本もそうだったと思います。

通常の健診ですとか、高齢者の健診を促進して、政府が支援するという国は少ないと思います。タイではそのための予算があります。とにかく無償で健診を受けてもらう。そして健康増進サービスを受けてもらうという制度があります。大体20項目ぐらいあって、それらについては無償で提供されています。病気になる前に、そういったことを受けられるわけです。

また、家族に対して、家族が高齢者のケアができるように支援をしていく。そして、労働力、労働者が高齢化している人たちのケアができるよ

うに、ほかの国と協力をしていく。それから、高齢者の経済的なエンパワーメント、さらに環境も改善していく。そして、高齢者を社会のアクティブなメンバーとして受け入れるということです。アクティブエイジングを促進するというのが最後の2点のポイントになります。

真野俊樹（共同議長） ありがとうございます。いろいろと議論が尽きないところもあるかもしれませんが、すみません、時間なものですから、最後に若干まとめさせていただいて、このセッションを終わりたいと思います。

いろいろなお話が出まして、国も、ちょっと参加国が多かったせいもあって、いろいろなお話が出ましたが、おもしろいなと思ったのは、やっぱり中国でも介護保険のスタートが、まだ全国ではないんですね。ですから、やめる可能性もあるのかもしれないです。あるかもしれませんが、一応、やろうという話になったというお話をいただきましたし、韓国は、さっきもちょっと追加の発言もいただきましたけれども、高齢化が非常に進んでいる中、今までの医療の提供体制を変えなきゃいけないのかなというような議論もあるというところもあるし、一方、進んだところでは、フレイルのチェックアップのプログラムを国でも主導しているみたいなお話もありました。

この2国は、高齢化の意味では日本に次ぐ先進国かもしれませんが、ほかの国、マレーシア、ベトナム、ブルネイからもお話をいただいたんですが、これも微妙にニュアンスが違っていて、ベトナムはユニバーサル・ヘルス・カバレッジがまだ、一応、保険はあると思うんですけども、実態としてちょっと厳しいのかなという部分もあり、実際の障害も、外傷とか事故が多いというようなこともあり、今後に期待するところが結構あるのかなと感じましたし、マレーシアの場合は、もちろんまだまだ、いろいろ外部から学ぶというお話ではあるんですけども、少しベトナムよりは、これは進んでいるとか進んでいないという話じゃないんですけど、ちょっと違うニュアンスを感じました。

一方、ブルネイは、午前中、議論もしたんですけども、ファイナンシャルに豊かな国ということもあり、もう既にユニバーサル・ヘルス・カバレッジは達成されているわけですね。そんな中で、ペンションの話であるとか、高齢化はまだそれほどひどくはないんですが、結構迎える準備はできつつあるのかなと。そんな中で、認知症のサポートプログラムを持っているというようなことでしたので、非常に進んでいるのかなと。もちろんマレーシアも、ウエルネスとかヘルシーエイジングに対しての取り組みとかされているわけですが、やはりユニバーサル・ヘルス・カバレッジという意味でいくと、ブルネイの話なんかも、私はいままではあまり縁がなかったんですが、非常におもしろくお聞きしたというところです。

あと、議論のほうでは、がんの話とかいろいろ出たんですが、ちょっと時間の都合で、まとめとしては省かせていただきます。

馬先生、何か追加ありますか。大丈夫ですか。

それでは、ちょうど時間になりましたし、長時間になっていて、トイレ休憩なんかもあるようですので、一回、我々のセッションはクロージングさせていただきます。どうもありがとうございました。（拍手）

菊池誉名（司会） ありがとうございました。

それでは、これより16時40分まで、10分間の休憩とさせていただきます。また、10分後にお戻りいただければと存じます。ありがとうございます。

（ 休 憩 ）

セッション3：感染症対策における東アジアの協力ネットワーク構築に向けて

菊池誉名（司会） それでは、セッションIII「感染症対策における東アジアの協力ネットワーク構築に向けて」を始めます。

このセッションは、和田耕治・国立研究開発法人国立国際医療研究センター医師、ヌエ・ヌエ・ウー・元ミャンマー保健省保健専門発展管理局長

に共同議長をお願いしております。

和田先生、ウー先生、お願いいたします。

和田耕治（共同議長） 国立研究開発法人国立医療研究センターの和田です。

ヌエ・ヌエ・ウー（共同議長） ヌエ・ヌエ・ウーと申します。ミャンマー保健省保健専門管理局長をしています。和田先生と一緒に議長を務めさせていただきます。

和田耕治（共同議長） セッション III ですが、それでも、「感染症対策における東アジアの協力ネットワーク構築に向けて」というセッションになります。

スピーカーの方々をお願いする前に、このセッションの概略、そして、私自身のプレゼンテーションをしたいと思います。

次のスライド（本報告書 109 頁より参照）をお願いします。

こちらがバックグラウンドです。アジア諸国においてはさまざまな感染症が、ローカル、そしてグローバルのコミュニティに脅威をもたらしています。鳥インフルエンザ、SARS、MERS がありますので、これらの疾患対策として協力ネットワークは重要です。

こちらが、このセッションの目的になります。ミャンマー、ラオス、日本がどのようにして協力ネットワークを近隣諸国でつくっていくのか、そして、国内でつくっていくのかに関する情報を共有していきます。さらにまた、新興感染症を管理するために必要なアクションを議論します。

こちらは、4 人のパネリストの方々のお名前です。今日のプレゼンテーションでは、中島先生が、日本がどのようにして感染症対策をしているのかという話をいただきますので、私のほうからは、日本特有の大きなイベント、2020 年に東京オリンピックを迎えるに当たっての課題をお話したいと思います。

2020 年のオリンピック大会では、さまざまな国から多くの人たちが東京にやってきます。日本で一番大きな人口の都市です。主要なサイトは東京の中心部にあります。そのほか幾つかの会場が、

日本の幾つかの主要都市で予定されています。

東京ではどのようにして、東京オリンピック期間中の疾患の大量発生へのサーベイランスの対応を検討しています。症候群サーベイランスとイベントベースのサーベイランスを東京で行っていきます。また、東京は検査能力も高めようとしています。さらに、日本において発生の多くない疾患の対応も考えていきます。東京では、意思決定メカニズムを明確化しています。これはサーベイランスデータに基づいてやっていきます。さらに、もっとシミュレーション、あるいは演習をして、潜在的にイベントへの対応を考えていく必要があります。そして、アクションプランを策定していかなければなりません。

東京以外に 200 ぐらいの都市で各国の方々と、大会前あるいは大会中にお迎えすることになります。こちらは福岡県の地図になります。日本の南部にある場所で、私の出身地でもあります。多くの国々が福岡県で大会前の練習を行うことになっています。これらの地域で、草の根レベルで日本と各国の間の相互の友好関係が進められます。

しかしながら、それぞれの日本のホスト都市は、選手そのほか随伴する人たちの病気対応をしなければなりません。マラリアですとかデング熱の発生率の高い国々から来た人たちが発熱した場合には、病院の対応が必要になってきます。マラリアもデング熱も、日本で流行したことはありません。したがって、それぞれの地方都市の主要な病院は、その検査にもなれていません。東京オリンピックを契機に、診断と感染症の治療の質を高める機会になります。大都市だけではなく、日本全国各地でそれを行う機会が出てきます。

日本は幸運にも、大規模な感染症の発生、例えば SARS、MERS といったことはありませんでした。日本は感染症対策の経験はあまりありません。近隣諸国は、SARS、MERS 対策の経験を持っています。中国、韓国は経験を持っています。パネリストの出身国、ラオス、ミャンマーも、幸運にも大規模な SARS、MERS の発生という経験はして

いません。

日本においてはしばしば、有名な寺田寅彦先生、つまり日本の物理学者でエッセイストの方の言葉を引用して、天災と感染症のリスクについて話をします。1935 年、寺田先生は、火山噴火への対応について次のように書いています。怖がらなさ過ぎたり、怖がり過ぎるのは易しい。正當に怖がるのは難しいと言っています。

もう一回クリックをお願いできますか。

さらに寺田先生は、天災は忘れたところにやってくると言っています。

大規模発生のリスク、それから、インパクトの予測は常に難しいものです。日本は新興感染症の経験がないので、疾患の予防については、特に地方においては資金を得るのが難しいと言う人もいます。東京の 2020 年オリンピック大会は、こういった疾患に対応する日本の能力を高めるいい機会になると思います。日本は非常にいい医療上の成果を出しています。例えば麻疹は既に排除されておりますけれども、時々、発生はあります。というのは、輸入症例があるからです。

2013 年、日本において風疹の大規模発生がありました。特に中年の男性、そして、春に多かったわけです。1 万 4,000 例以上の症例があって、45 の先天性の風疹症候群が報告されています。また、大規模発生する可能性は、特に 30 歳から 49 歳の男性の間ではあります。したがって、風疹の予防接種をすることによってリスクを下げるができます。日本に来る人たちについては、定期接種を麻疹や風疹について、とることをお勧めしたいと思います。あるいは、オリンピックの直前の 2020 年の春に風疹の大規模発生があったら、東京オリンピックに大きな影響が出てきます。

皆さん覚えていらっしゃると思いますがけれども、2016 年 2 月に WHO は、国際的に懸念される公衆衛生上の緊急事態を宣言しています。これは、ブラジルにおけます小頭症のクラスターについてです。時期的には、2016 年のオリンピックの 6 カ月前でした。オリンピックのためにリオに行くことに対する懸念が提示されました。2016 年の

オリンピックをキャンセルする、あるいは場所を変えるという議論も出たほどです。

WHO は後になって、2016 年のオリンピック大会をキャンセルしたり、場所を変更したりしても、国際的なジカウイルスの感染拡大に大きな影響を与えないと言っています。しかしながら、ジカウイルスのためにリオに行かないという決断をした選手もいました。アメリカの選手の中にも、ジカ感染を恐れて、リオに行かないという判断をした人たちもいます。

東京オリンピックを契機に、メディアの報告がどのように影響を与えるのかということを学びましたので、健康上のイベントがあった場合のリスクを伝えるための能力増強が必要です。日本だけではなく、近隣のアジア諸国の人たちにも東京大会を楽しんでほしいと思います。アジアにおいては、多くの人たちが集まるほかの大きなイベントもあります。感染症対策を複雑な状況の中で行っていくための経験を共有する必要があると思います。

それでは、ヌエ・ヌエ・ウー先生に、ミャンマーの新興感染症についてお話しいただきます。スライドの用意をお願いします。

ヌエ・ヌエ・ウー（共同議長） 皆さん、こんにちは。ミャンマーにおけます新興感染症について、お話をします。

次のスライド（本報告書 118 頁より参照）をお願いします。こちらはミャンマーの地図です。

次のスライド。ミャンマーは、SARS、エボラの経験はありませんけれども、鳥インフルの経験はあります。大規模発生が何回も起こっています。2006 年以降、多く経験しています。大規模発生の数、ミャンマーにおいてそれぞれの都市でどのくらいあったのか、このスライドでご説明しました。

次のスライドをお願いします。最近、2017 年 7 月、インフルエンザが雨季に 2 回起こっています。季節性インフルエンザ、H1N1、豚インフル、もう一つが鳥インフル、H5N1 です。

次のスライドをお願いしますか。次。検査機関で確認された症例は 307 例、そのうち 33 例が

季節性のインフルエンザで死亡しています。この大規模発生の際に、保健・スポーツ省の指導のもとで、免疫学ユニットが伝染のサーベイランス、それから、レスポンスを担当しています。その活動の中で、一般の人たちの認識向上に取り組んでいます。さらに、保健に関する教育も行っています。自己防衛、また、自己対策についての教育の提供をしています。さらに、各省庁が出す指令を厳格に守ることが重要であるということを教えています。

こちらは、豚インフルのときのスタッフの活動です。この大規模発生があったときに、多くの人が集まる、ミャンマーの中心部で行われる宗教的なお祭りがキャンセルされています。さらに、各組織との協力も進めています。鳥インフルエンザ、それから豚インフル、どちらの場合にも農林水産省との協力をしています。予防、保護、サーベイランス、治療は、政府の病院だけではなく、民間の病院やクリニックでも実施をされています。また、医師会とも協力をしています。

国内の準備、それから対応を、鳥インフルの例でお示ししています。まず、国家のステアリング委員会があります。そして、小委員会が各草の根レベルで設定されています。こちらが、各地域レベル、町レベルでの組織になります。

国家パンデミック準備計画が、豚、鳥インフルについてつくられています。保健省が主導しています。保健省のもとで、サーベイランス、早期警戒、そして、アクティブ・レスポンス・システムを導入しています。これは、重症急性呼吸器感染症のクラスターをコミュニティ、それから、病院の中で検知するというのが目的となっています。

それから、迅速対応チームもあります。このチームで働く人たちの能力は、州レベル、地域レベル、それから、町のレベルで強化されています。トレーニングを提供しているわけです。2種類のトレーニングプログラムがあります。

まず、実地疫学教育プログラムです。こちらは実地疫学の能力を高めることを目的としていま

す。サーベイランス、対応活動、また、新興・再興感染症への対応能力を高めています。

次のスライドをお願いします。もう一つのトレーニングは、ワンヘルスというアプローチです。これは共同の実地疫学トレーニングプログラムです。ワンヘルスというのは、人と動物と環境を一体として考えるということです。効果的な家畜部門、人の健康部門、それから、野生の部門の協力が生命を守るためには必要です。

では、検査機関はどうでしょうか。検査機関というのは、診断を確定するために非常に重要です。

次のスライドをお願いします。国家インフルエンザ研究所、地域研究所、また、医学研究所があります。これらの検査機関を通して症例の確認をしています。豚、鳥インフルだけではなく、ほかの新興感染症についても行っています。WHO がロジスティクス、あるいは技術的なサポートを提供してくれています。

また、トレーナーのトレーニングを提供しています。例えば呼吸器感染症の管理のために、院内感染を予防する。これは政府の病院だけではなく、民間の病院においても、感染症が病院スタッフ、患者、それから、家族の間で伝染するのを防ごうということです。

ネットワークも通して、大規模発生に対応しています。ASEAN 疾患サーベイランスネットワークが既にあります。サーベイランスシステムは国内で既に強化されておりますので、地域サーベイランスシステムに参加する必要があります。そして、地域サーベイランスシステムと協力する必要もありますし、また、WHO のメコン流域疾患サーベイランスネットワークもあります。また、ASEAN プラス 3 の保健協力もあります。また、疾患サーベイランスネットワークも ASEAN プラス 3 であります。

ASEAN プラス 3 の実地疫学トレーニングネットワーク、ASEAN プラス 3 のパートナーシップラボもあります。これらのネットワークは既にあります。ネットワーク情報システムの改善はまだ必要です。そして、初めて効果的な対応を鳥

インフルそのほかの疾患の大規模発生に対応することができるわけです。

こちらが最近のミーティングです。第 7 回 ASEAN プラス 3 の保健大臣会合です。この会合において、日中韓との協力の合意がなされています。そして、ASEAN と日中韓の協力を通して、新興感染症に対応しようということになっています。感染症対策として、また、新興あるいは再興の感染症に対して他国と協力するという合意がなされています。

以上です。ありがとうございました。(拍手)

それでは、センチャン・コナボンさん。ラオス国立公衆衛生院副センター長に発表をお願いします。

センチャン・コナボン 皆さん、こんにちは。スライドを出していただけますでしょうか。ミャンマーのプレゼンテーションを聞きましたけれども、我々も、鳥インフルエンザとか同じような経験をしています。また、我々もネットワークに入って、ラオスにつきましては、2 枚目のスライドに移っていただけますか。

ラオスの場所ですけれども、5 カ国に囲まれています。重要なことは、国境を越えた状況、それから、分野にまたがる連携が極めて重要だという点です。ラオスは WHO の加盟国です。また、国際保健規則に基づいて感染症の予防等に努めています。

今年ですけれども、それにビジット・ラオ、ラオ観光年が始まります。多くの観光客がやってくるわけで、こういう感染症をどのように予防するかということが重要になります。

そういう中で、全体的なこれから 2020 年までのロードマップについて申し上げます。感染症予防部というのが保健省の中にありまして、これが緊急対応センターを有しております。もし感染症が発症した場合に、対応する機関となっております。鳥インフルの話がありましたけれども、ラオスにおいても発症していますし、例えばデング熱も発症しております。

分野横断型の協力が極めて重要です。4 つ、5 つ

ぐらいの省庁が協力をする。また、国内委員会でもこういう疾病の対応を図っております。ただ、もっと必要なのは中核能力を強化する。そして、政治的なコミットメントを強化し、財政的な持続可能性を研究、感染症に対応するために持つということが重要です。また、我々の活動につきましても、どういうふうな体制を持つべきかということとを常に考えながら、今まで、あるいは今後の問題に対処すべきだと考えております。また、評価制度を強化する。また、過去に起きた発症の検討が必要です。例えばポリオの絶滅を数年前、図ったわけではありますが、ただ、また発症例が見られています。ただ、対応体制は改善してきたと思いますので、非常に迅速に、実際に起きたケースに対処することができました。

しかし、5 カ国と国境を接しておりますので、国境を越えた協力が極めて重要です。ネットワークも重要です。各県におきましても、ベトナム、カンボジア、ミャンマー、中国といった国々で、国境を越えた協力を進めております。また、県レベルにおきましても、国境を越えた協力を行っております。こういうことで、今、単に 5 カ国だけではなく、関連するネットワークということで、アジアのネットワークにも入っておりますし、今後もこうしたネットワークに加盟ができれば加盟していきたいと。地域ネットワークについても加盟を図ってまいります。

特に我々が注力していますのは、準備体制です。緊急の感染症が発生した場合にです。緊急に対する対策は極めて重要だと思っています。

以上です。ありがとうございました。(拍手)

ヌエ・ヌエ・ウー（共同議長） 次の報告者ですが、中島一敏教授です。大東文化大学スポーツ・健康科学部健康科学科の教授でいらっしゃいます。中島先生。

中島一敏（大東文化大学スポーツ・健康科学部健康科学科教授） ご紹介どうもありがとうございました。大東文化大学の中島と申します。

私は、過去 20 年の日本が、国際的なアウトブレイクの状況でビジブルパートナー、目に見える

協力をするパートナーになるために、どのような対策が行われてきたか、それを幾つかの事例を交えながらご紹介したいと思います。

次のスライド（本報告書 133 頁より参照）をお願いします。これはちょっとスキップしてください。次のスライドをお願いします。

アウトブレイク以外に、日本はアジアを含む諸外国の感染症対策に長く取り組んできました。その中には、このスライドに示したような、例えば感染症に特化していないにしても、病院のプロジェクต์であったり、右下は、ベトナムのチョーライ第二病院の写真ですが、そういう病院プロジェクトであったり、あと、長期の対策として、Polio Eradication Program、ワクチン予防可能疾患、Vaccine Preventable Diseases の特にエラディケーションに対する対策であったり、その他さまざまな対策、結核対策であったり、いろいろ行われてきましたが、最近は、上のスライドにありますように、エボラであったり、あと、アフリカのコンゴ民主共和国の黄熱病対策であったりという、アウトブレイクに対する対応というのも積極的に行われるようになってきました。

次のスライドをお願いします。

オープニングで和田先生がおっしゃられたように、日本はさまざまな感染症対策を行って、感染症のアウトブレイクが少なくなってきました。同様にアジアのさまざまな国でも、通常のパブリックイシュー、医療の対策、また、MDG や SDG に沿った取り組みによって、感染症のインパクトというのは非常に小さくなってきております。

その一方で、このスライドで示しているように、MERS、エボラ、ジカウイルスのように、新たな感染症のアウトブレイクに対する懸念、コンサーンというのは非常にインクリースして、増えてきている状況にあります。

新興感染症に対する対策が、日本では重要だと認識されたのは、左下にあります Enterohemorrhagic E.coli、腸管出血性大腸菌 O157 のアウトブレイクがありました。これは 1996 年に大阪の堺市を中心に起こった、学校給食

の関連で起こった事例ですが、実に症例が 1 万人、そして、入院患者が 800 人、791 人、死亡 3 人という大規模なものでした。

ところが、そのときに批判されたのは、アウトブレイクの現場で調査をする field epidemiologist、疫学者がいないということが大きな批判になりました。その関連で、現場での調査がおくれ、対応のおくれになったのではないかということが反省されたわけです。

実は、それがきっかけになって、2 年後の 1999 年に国立感染症研究所に、アウトブレイクの現場調査を行う、Field Epidemiology Training Program というものが立ち上がるきっかけになった事例です。

次のスライドをお願いします。

このような日本の bitter experience によって、感染症のアウトブレイクの現場で調査をする field epidemiologist が育成されるプログラムができたわけですが、これは 2003 年の SARS の事例ですが、この SARS の事例は、800 人の死亡と 8,000 人の患者の規模に比して、非常に大きな social economic impact があったわけです。世界中がそれに緊張を持って対応していったわけですね。

日本ではそのときに、個別の専門家を派遣する仕組みというのはなくて、これは私が香港の調査チームに加わったときですけれども、WHO がオーガナイズする GOARN というネットワークによって現地に派遣されました。私がたまたま派遣されたときのチームメンバーは、米国、ドイツ、オーストラリアから集まった疫学者がその場に会して調査を行うというものでしたが、全員が、各国で同様の 2 年間の FETP と同様のプログラムを卒業していたことから、現場に入ったその日から共通のランゲージを持って、同じ目的、同じ手法で対策をすることが、現地調査を行うことができました。

このように、現場での同じバックグラウンドを持った、同じスキルを持った人たちが対応するというのは、迅速な対応で、すごく重要であったと

いうことを感じた次第です。

次のスライドをお願いします。

次に、エポックメイキングなイベントといえば、やはり 2014 年、15 年のエボラアウトブレイクであったと思います。それまで、過去のエボラというのは多くて 500 人程度の感染者だったものが、この事例のときには、約 3 万人の患者と 1 万人の死亡という未曾有の規模のアウトブレイクでありました。これは WHO が構築した GOARN の派遣の仕組みで、現場に専門家を派遣するという仕組みのキャパシティを大きく超えておりまして、とても迅速な対応ができるような規模ではなかったと考えます。

英国、米国、中国などが、国としてのチームを派遣したのに対して、日本は国として派遣する仕組みがなかったことから、日本から派遣された専門家は基本的に全て個人ベースでの派遣でありました。このことがきっかけになって日本は、日本独自のナショナルチームを派遣する仕組みというのを構築します。

スライド、次、をお願いします。

日本が過去 20 年の間につくってきたキャパシティビルディングの仕組みと派遣の仕組みをちょっと整理します。先ほどお話ししたように、FETP が 1999 年に立ち上がります。2015 年には厚生労働省が、Infectious Disease Emergency Specialist Training Program という、主にアウトブレイクのコーディネーターを育成する、2 年間のプログラムを立ち上げます。同じ年、2015 年には、先ほどのエボラの経験がバックグラウンドになって、JICA が Japan Disaster Relief の中に、Infectious Diseases Response Team というものを立ち上げて、日本独自の専門家チームを派遣するという仕組みをつくりました。

スライド、次をお願いします。最後のスライドです。

WHO は 1996 年の World Health Report で、感染症のインパクトは世界全体で下がっているにもかかわらず、感染症の危機の時代にあって、連携して戦う必要があるということを訴えていま

す。日本は従来行ってきた ODA や技術協力を通じたアジア諸外国の基盤整備、キャパシティビルディングに加えて、感染症アウトブレイクに対する緊急対応において、顔の見えるパートナーとして東アジア地域の機関に、より貢献できる体制が徐々につくられ、許可されてきているということになります。

以上です。ご清聴ありがとうございました。(拍手)

和田耕治（共同議長） ありがとうございます。
た。

では、ディスカッションに入りたいと思います。時間としては 30 分ぐらいしかないので、少しトピックを絞ってということで行くと、今日のお題にあるように、連携をどう強めていくのか、その中で、感染症の中では、いわゆる、emerging infectious disease といったものをどう考えるのか、災害とも似たところがありますが、そういった新しい感染症が出てきた場合の有事に対して、どうするか。そして、それは多分、平時からも大事だという中で、より具体的なところをディスカッションできればと思います。

今日はいろいろな方が来られておりますので、オープンで皆様から意見をいただきながら進めてまいりたいと思います。もしよろしければコメントなど、いかがでしょうか。

では、どうぞ、スパクルさん。

ソバック・スパクル プレゼンテーションありがとうございます。東京医科歯科大学から来ています。

感染症に関しては、それぞれの国でサーベイランスシステムを持っています。それぞれのシステムで、未報告の症例が出てきます。そして、後で追跡すると、その当時、例えば予算ですとか、十分な人材がなかったとか、人が不足していたとか、いろいろな問題で報告されないということがわかります。

ですから、いろいろな国のご意見を伺いたいと思います。サーベイランスシステムがどのように機能しているのか、どういう問題があるのか、未

報告の症例があった場合にはどのように対応するのか、どのようにそれをなくそうとしているのかを伺いたいと思います。

和田耕治（共同議長） ありがとうございます。

一個一個の質問に対応してもいいのですが、もしよろしければ、もうお二方、手が挙がっているので、3つ質問をいただいて、その後にパネリストそれぞれにお聞きする形でいきたいと思います。

では次、グアンさん、いきましょか。

レ・チャン・グアン ありがとうございます。

新興感染症については、WHOのガイドラインに基づいてやっているというだけではなく、無視されている感染症があるのではないかと。ベトナム、ラオス、カンボジアで見えていきますと、何千人の人たちが狂犬病で死んでいます。犬にかまれて死ぬわけですね。それから、メコン川沿いの中国、ミャンマー、ラオス、カンボジア、ベトナム、そういった国々の間でネットワークを構築して蚊の対策をしないのか。蚊の対策をすると、デング熱、マラリア対策になります。ほかの疾患、あるいはジカなどもそうですが、対策できます。これは新しいトピックではありません。ネットワークとしては、そういった蚊の疾患を抱えているところもネットワーク化するということを考える必要があると思います。メコンデルタ沿いで非常に深刻な問題になっていますので。

それから2つ目、ベトナムにおけるワクチンについてですが、ワクチンの接種の後、死ぬ人が多いわけですね。韓国から輸入される、あるいは国内のワクチンを使っているわけですが、韓国からB型肝炎ウイルスなどが入ってくる。また、フランスですとかヨーロッパからのワクチンの輸入も今、求められています。例えば、あるいは日本から輸入できないかと病院に聞かれることが多いわけですね。日本からベトナムにワクチンを輸出できるところがあれば、ぜひ教えていただきたいと思います。

ベトナムにおきましては、63の県があります。

ベトナムの厚生省の認可を受けた病院があるわけですが、目を向けられない疾患について懸念を持っているということだけ申し上げたいと思います。

和田耕治（共同議長） ありがとうございます。

では、もう一つ質問をいただいて、パネリスト順番にコメントをしたいと思います。

竹中伸一 ありがとうございます。

薬剤耐性（AMR）についての質問です。アジア地域でも問題となっているので、みなさんに現状をお聞きしたいと思います。

薬剤耐性に対する対応はどうでしょうか。抗生物質に関して、皆さんの国ではどういった対応をしていられちゃいますでしょうか。

和田耕治（共同議長） どうもありがとうございます。

トピックとして広目にいただいて、サーベイランスのお話、ワクチンのお話、そして、antimicrobial resistanceの話をしていただきました。得意な分野もあるでしょうし、そうでないところもあるかもしれませんが、1人ずつ、パネリストにお話を聞いてまいりたいと思いますが、どなたからいきましょか。

では、中島先生から行って、センチャンさんへ行って、ヌエ・ヌエ・ウーさんへ行きましょか。

中島一敏 では私、一番最初の質問に対してお答えしたいと思います。アウトブレイクの探知とサーベイランスのギャップに関してのご質問でしたが、これは2005年以降、大きく変わっています。というのは、2005年、SARSが2003年、その2年後ですけども、WHOが、International Health Regulation、国際保健規則を改正しました。これは、WHOに加盟した国に法的拘束力を持つ、いわゆる条約の該当する仕組みで、その中で、さまざまな感染症のアウトブレイク、public health emergencyに対して、各国が対応する仕組みというものが決められています。

その中に、core capacity というのがあって、各国は、その core capacity requirement を達成する

義務がある。その中には、アウトブレイクを感知する仕組み、そして、リスクアセスメントをする仕組み、迅速に対応する仕組み、inter-ministerial coordination をする仕組み、そして、WHO とコミュニケーションをする仕組みで、どういう条件があればWHOにレポートしなければならないのか、どうやってWHOとか国際社会との透明性を担保するのかという仕組みができてきています。

ですので、各国はそのcore capacity requirementに沿って、サーベイランスを強化しなければいけないという義務を負っています。それをサポートするのがWHOということになりますので、各国はIHRに基づいて能力強化をするということが、ガイダンスが決まっていますので、それに沿って対策をするという仕組みが構築されています。

実際には、各国の実際の能力にギャップがあるのは事実ですけれども、それに沿って対応するということができ上がっていますので、それに沿って対応するということになるかと思えます。

和田耕治（共同議長） ありがとうございます。

続きまして、センチャン先生のほうから、もし、お答えいただける範囲でお願いします。

センチャン・コナボン ご質問ありがとうございます。

申し上げたように、WHOのガイドラインに基づいてやっています。やはり弱点としては、症例の報告がなされない場合があるということが上げられますので、それぞれの国でWHOのガイドラインのもとで、ロードマップをアジェンダに基づいてつくっていく必要があると思います。例えば薬剤耐性ですとか、サーベイランスシステム、今後5年間、取り組んでいく必要があります。

ラオスでもロードマップを考えています。ベトナムでは既にロードマップがあると思います。カンボジアもそうだと思います。今、ラオスはまだ継続中というところです。サーベイランスシステムを報告されていない場合に、サーベイランスシステムをどのように改善するのかということを

検討しています。年末までにロードマップを作成して、フォローアップで、モニタリングがどうなっているのか、プロセスがどうなっているのかということが見られると思います。

ラオスの保健省、そのほかの組織が、疾患対策、特に感染症対策に取り組んでいます。目を向けられていない疾患についてですが、ベトナムから話がありましたように、新しい戦略が策定されてくると思います。どのようにコントロールするのか、目を向けられていない感染症をどのように対策するのか、データがあれば、どのように対策するのか、確認できると思います。

抗生物質耐性AMRについてですが、人だけではなく、動物のことも考える必要があると思います。肉ですとか、鳥肉の供給とも関連しておりますので、ロードマップを作成して、今後5年間の対策を立てていこうというところです。

ヌエ・ヌエ・ウー（共同議長） 最初の質問に対して、私どもの国におきましては、サーベイランスシステムはもう既に確立されております。中央から町レベルまで確立されておりますが、しかし、依然として報告されていないアウトブレイクはあります。したがって、我々のスタッフの能力を構築し、そして、症例を逃さないようにする、それが必要です。もう既に、国民に対しまして、疾病については連絡をする。もし、例えばインフルエンザの兆候があれば、その町の担当者に連絡をする。その後で、この情報は中央レベルまで行きます。既に国際保健規則のガイドラインに従っております。

我々のサーベイランスの体制は強化しておりますけれども、しかし、我々としては、地域のサーベイランスチームの強化も必要です。といいますのも、データの、あるいは、その発症の情報を近隣諸国、その他の国にも伝える必要がある。そうすると、そうした国々におきましてもアウトブレイクの可能性が出てきますから、我々もそういう情報をリアルタイムでシステムを通じて流しております。今、我が国においてはそういったものを実施しております。

もう一つは、顧みられない熱帯病ですけれども、既に、顧みられない熱帯病については懸念を有しております。今、顧みられない熱帯病のプロジェクトがあります。このプロジェクトは、公的プログラムショーのもとで行われておりますけれども、しかし、全国はカバーできません。このプロジェクトは限定的な地域のみが対象になっております。

もう一つは、ワクチンです。もう既にワクチンバットがあります。ワクチンについては問題がありません。ワクチンがあります。これは、WHO その他の NGO のサポートを受けております。しかし、副作用、それから、ワクチンについては問題はありません。というのが私のお答えになります。

和田耕治（共同議長） ありがとうございますた。

私のほうから何点か回答したいところがあるんですが、1 つ目は、グアンさんからあった、ベトナムでのワクチンを接種した後に子供が死亡したというのが何件か、2 年ぐらい前でしたか、地元では大きな話題になりました。ワクチンと死亡との因果関係は難しいところもあります。安全性の高いワクチンの協力については、JICA が MR ワクチンの国産化を支援したというのがあります。もしこの後、渡部先生からお一言、二言あれば、お話しいただければと思います。

AMR については、まさに今、火がつきつつあるという感じで、実は私、ベトナムのチョーライ病院という病院のプロジェクトにも参画しておりまして、そこでは、AMR 対策は大きな課題として取り上げています。国も、ベトナム政府もこれは大きな課題だと認識していますし、病院も大きな課題だと認識しています。

その中で、抗生剤の使用に当たっては、コリスチンという薬についてはちゃんと届け出をして、許可をして使うようにといったようなことをやっているところもありますし、薬局に行ってもすぐには買えないようなところが今、少しずつ入ってきている。特に JICA も今度、ミャンマーも含めて AMR を支援するという話もあるやの話

もありますので、まさにこれから大きく動いていくのではないかなと期待しているところです。

もし、渡部先生から、ワクチンについて、どういった支援が JICA よりあったかをお話しいただければ幸いです。

渡部晃三 ワクチン予防接種、非常に重要な問題ですが、WHO やユニセフと協力し、ワクチンそのものを提供する協力の他に、これまでインドネシアとベトナムでは、ワクチン製造のための協力を実施した経緯があります。両国は、非常に人口規模が大きく、お金と手間をかけてもワクチンを自国でどうしてもつくりたいという強い意思のある国です。このような国でなくては、なかなかワクチン製造に関する協力はうまくいきません。

あとは、ワクチンのもとになる原液、株を日本の協力企業からビジネスベースで提供していただく必要があり、これも含めて幾つかの条件が揃ったときに、自国でワクチン生産を行うための協力を実施しております。

例えばベトナムでは MR ワクチン、はしかと風疹の混合ワクチンを製造するまでには、15 年もの月日がかかっています。今日、ようやくベトナム国内で製造承認がおり、さらには WHO から承認してもらうことにより、その周辺の国にも提供できるような形で展開することが可能となります。インドネシアのワクチン製造会社は、既に各国に提供するようになっており、このような形で、安全なワクチンを他の国に提供する会社が世界の中で増えていくというのは、非常に重要と考えております。

和田耕治（共同議長） ありがとうございますた。

では、私のほうから、今日のテーマに沿った質問を、皆さんに 1 つお聞きします。いろいろプレゼンテーションにもあったように、emerging infectious disease に対して、どういうふうに我々や国が連携を深めていくのかということで、特に ASEAN の事例がいろいろと出てきましたが、ASEAN の中で、例えばこういうふうに他国との

連携を深めておられるだとか、あとは、特にミャンマーやラオスは WHO だとか米国の CDC などとの連携の中での仕事をされておられると思うんですが、どういうふうに連携を深め、信頼を深めておられるのか。

中島先生におかれましては、逆に支援に行かれるという立場で、プレゼンテーションにもありましたけれども、現地でどういうふうに信頼を得ながら活動をされておられるのか、お一言ずついただければと思っています。

どなたから、センチャンさんからいきましょうか。

センチャン・コナボン 協力強化ですね。連携協力の強化につきましては、実際、重要な点は、我々も CDC と保健省の協力があります。また、緊急対応センター、対策センター、これは MH、これは内閣のほうにありますけれども、それから、研究所との協力も行われております。国立研究センターです。そして、FAO、これは食糧供給等の健康関係の対応です。それから、SADE、USAID のプロジェクトもありまして、特にサポートいただいております。それから、emerging infectious disease についての国内委員会がありますけれども、そこでどのように協力関係を強化するか、改善するかということにつきましては、実際に協力しております。とにかく、協力をする。そして、月例で、いわゆるマルチというか、開発パートナー、それから政府、セクターが月例で会議を開催しております。何か対応、あるいは緊急事態がある場合には、非常に今、こういったところにも早く取り上げることができます。定期的な会議で情報提供をお互いにし合う。そして、連携のための会議です。

今のご質問にお答えできていればよろしいんですけれども。

和田耕治（共同議長） それでは、ヌエ・ヌエ教授、何かいい連携の例は ASEAN でありますでしょうか。

ヌエ・ヌエ・ウー（共同議長） 多くの国々と連携をしております。そして、感染症の対策を

とってまいりました。例えば中心的な省庁がありまして、中央疾病対策ユニットと呼ばれます。例えば何かアウトブレイクがあると、あるいはアウトブレイクの可能性があるといったときに、その情報を近隣諸国に伝えます。場合によっては、ミーティングと呼びますけれども、議論して、どのようにアウトブレイクを阻止するか、あるいは防止をするかということ、要は、アウトブレイクに対する準備体制を考えるわけです。定期的な会議ではありません。臨時で開くものです。こういった形で協力し、そして対策を考えるということをやっております。それが今、我が国においては行われております。

私のほうから提案したいのですけれども、国境を越えたプランニングというのが重要だと思います。コーディネーションが必要です。国境を越えてのコーディネーションが必要、私の国だけではなくて、近隣諸国もコーディネーションをして、アウトブレイクに対応するということが重要だと思います。プロフェッショナルな、また個人的な関係を築いておくということが重要だと考えます。ということは、共同戦線を張るときに、アウトブレイクに対して、有効な形で対応できるようになると思うからです。また、国家の準備の体制というものもコーディネーションすべきだったわけです。それによって、国と国の間のネットワークの強化を通じてそれができればと思います。

和田耕治（共同議長） ありがとうございます。

中島先生から、支援をする立場ということで、どういうところに気をつけておられるのかと。お願いします。

中島一敏 ご質問どうもありがとうございます。

ビルディングトラストというのをキーワードに、ちょっとお話しさせていただきます。感染症はおおむね恐ろしいです。感染症にまつわる情報というのは非常にセンシティブで、それが特に世界で初めてのアウトブレイクであったり、あと、非常に死亡率が高かったり、社会にすごく取り上

げるような疾患の場合には、発生の情報そのものもそうですし、それに伴う内部情報の取り扱いも非常にセンシティブになります。時にはस्कandalになって、そのアウトブレイクを起こした地域であったり、施設であったり、公衆衛生当局者であったり、医療関係者であったりというものが、社会的に非常にクリティサイズされることもあります。

SARS の事例を先ほどお話ししましたが、ソシオエコノミックインパクトというのはものすごく大きい。経済的なインパクトが大きいので、とてもアウトブレイクに関する情報の取扱いはナーバスになります。ですので、どうしても、トラストビルディングというのが大事なと常々考えています。

WHO は、アウトブレイクに対するベストプラクティスとして、4 つの項目が重要だと言っています。1 つは、コンシステンシー、一貫性があること、1 つは、タイムリネスがあること、迅速に対応ができるということ、テクニカルエクセレンス、科学的に妥当な手法を用いているということ、あと、トランスペアレンシーとアカウンタビリティ、説明責任と透明性、この4つが担保されることが大事だというふうに言っています。

私は、こういう国際的に協調したアウトブレイク対応が行われる場合には、システムとしてのビルディングトラストと、あと、一人一人のエキスパートなビルディングトラストの両方が重要なのではないかと思います。ですから、システムを構築する場合には、その中でどうやってセンシティブなところの取り扱いをきちんとできるようにするか。

例えば、WHO が行っている GOARN の仕組みの中では、派遣される専門家は WHO とコントラクトをします。契約をするんですね。契約は1派遣につき収入は1ドルなので、収入は形だけのものですが、そのかわり、コントラクトを結ぶことによって派遣される専門家は、WHO に対して守秘義務を負うことになります。それで、WHO の行う仕組みに対して、守秘義務、情報の取り扱い

に対しては、フルに守る必要が出てくるということです。

また、仕組みとしてはこのようなトラストビルディング、透明性とかアカウンタビリティが担保できるような仕組みの構築が大事だと思いますし、同時に、専門家一人一人のトラストビルディングは、派遣の経験に基づいてつくられるものだと思います。ですので、1 回目に、初めてミッションに参加する場合には、誰も信用してくれないわけですね。だから、仕組みの中で、信用されるような仕組みの中にのっとって、対応することが大事だと思いますし、派遣の経験を積み重ねることによって、この人は大丈夫な人だということを積み上げていくことが大事だと思います。

ですので、結論としては、派遣というか、アウトブレイクに対するミッションを積み重ねることによって実績を構築して、それはシステムの構築でもあり、また一方で、個々のキャパシティビルディングにもつながるということが必要なのではないかと思います。

和田耕治（共同議長） ありがとうございます。

中島先生にしっかりとまとめていただきました。私もお話を聞いておりまして、思い出したことは、私が前任地ミャンマーで仕事をしていた時のことです。当時、エボラの感染疑いの人がミャンマーにいて、対応する職員の保護具がないということで、JICA のチャンネルで供与しました。こうしてほしいという要望にさっと対応できるとすごく喜ばれるというのを経験しました。また、コンゴ民主共和国で黄熱病のミッションの際にも検査用の試薬がないというのを、日本政府からの依頼のもと国立感染症研究所が迅速に JICA の緊急援助隊のスキームで、試薬を現地に届け、検査ができるようにしたということもありました。何かこうしてほしいというところに迅速に対応できる。それはふだんからの交流やコミュニケーションがあることでできるとも言えます。今後も、こうした交流やコミュニケーションなどが積極的に行われることが期待されます。

最後に、ヌエ・ヌエ・ウー局長、いかがですか。
ちょっと時間が来たようなので、すみません。

ヌエ・ヌエ・ウー（共同議長） 私が発表をまとめたいと思います。

最初の和田先生ですが、セッションの目的は何か、すなわち、感染症対策で協力ネットワークをどう構築するかということです。これは出現しつつある感染症対策にとって非常に重要だということです。近隣国の協力ということです。例えば2020年東京オリンピックが開催される予定ですが、日本としては、潜在的にアウトブレイクがあるのではないかと、感染症、アウトブレイクがこのオリンピック期間中にあるのではないかと懸念を持っています。オリンピック経験者は、怖くてオリンピックに行かないという人も出てくるかもしれない。ということで、日本としてはそれを防止したい。そして準備をしたいと思っています。感染症、新しい感染症のアウトブレイクは防止したいと考えています。非常に重要な点を指摘なさったと思います。

また、和田先生によりますと、日本においては、風疹がオリンピック期間中に発生するのではないかと心配しています。私の発表の中で、我々としては、SARSとかエボラとかMERSの経験はないんですけれども、でも、鳥インフルエンザの経験はあります。最近のことですけれども、季節性のインフルエンザが起こったばかりです。我々の政府としてもお助けができると考えておりますし、既に運営委員会というのがあります。すなわち感染症アウトブレイクに対する運営チームというのがあります。ほかの国とのネットワークを持っていますけれども、これをぜひ強化しなければいけないと考えています。効果的な形で、そのほかの感染症のアウトブレイクに対策をとれるようにという目的です。

ラオスの教授、失礼、お名前、ごめんなさい。センチャン・センター長ですけれども、ご提案では、国は既にグローバルなヘルスセキュリティ計画を持っている。ヘルスセキュリティを上昇

するとき、特に新しい感染症対策としてということですが、クロスマニフェス、横断的な協力は非常に重要です。公衆衛生とか保健の担当者がコーディネーションをとるのが非常に重要なので、法的なロジスティクス上の障害を乗り越えなければいけないと考えました。また、リアルタイムの監視システムがあるとおっしゃいました。迅速な形でアウトブレイクを探知できるということです。効果的なコーディネーションをすることによって、アウトブレイクのコントロールをうまくできるようになるのではないかとのお話をなさったということです。

中島教授のほうからも、国際的な協力政策、これは東アジア地域においてですが、日本とインドネシアの貢献について述べられまして、アジアの諸国、例えば、これはポリオの撲滅とかいう形で、そういう分野の中で79億ドルほど、日本はODAを通じて貢献してくださっているというお話をなさいました。また、アウトブレイクが起こったときに、日本からの専門家の派遣、個人ベースでやっていたものが、2年前に日本が全国的なナショナルチームの派遣というやり方をするようになったと。ナショナルチームは、もしアウトブレイクがどこで起こっても、国として派遣できる。それから、エボラのアウトブレイクのケースをお話しになりまして、1995年、これはO157のアウトブレイク、2014年、2015年のエボラの西アフリカにおけるアウトブレイクの例も挙げられまして、特に専門家を派遣するメカニズムが必要だということが非常に強く感じられて、また、日本はインフラ整備でも貢献なさっている。キャパシティビルディングでも貢献をなさっているという話をなさいました。

聴衆の皆様方、参加者の皆様方の発言ですが、監視システムをどう強化できるかという話が出ました。報告が足りない。アウトブレイクのときに報告を控えてしまうことがある。これは財務的、金銭的な問題もあるが、または、スタッフ不足ということもあるだろう。それに対しては既にお答えしておりますけれども、国際的な規則、全ての

国は国際的な規則とかガイドラインに従います。全ての国は監視システムを持っていて、既にこれは確定していて、強化しているということで、国家間の協力が重要、コーディネーションが重要ということになります。

信頼を構築することが非常に重要。例えば、アウトブレイクの防止に関してです。情報を控えるのではなくて、正確にリアルタイムで提供することが重要です。タイムリーに情報を提供することが重要です。それによってこそアウトブレイクを防止できる。またはコントロールできるわけです。それもタイムリーな形でできるということです。人命を失うことは避けなければいけません。ですから、信頼の構築が非常に重要ですし、相互の信頼関係を築くことが重要だということです。それがアウトブレイクの防止コントロールにきくんだというお話でした。

もし何か私が見逃したことがあれば、どうぞ。

ありませんか。時間も無いということで、このセッションをこれにて終了させます。パネリストの皆様、そして参加者の皆様、非常に貴重なアドバイス、ご意見、ありがとうございました。

では、セッション III をこれにて成功裏に閉じたいと思います。この第 III セッションをこれにて終了いたします。

クロージングセッション

菊池 誉名（司会） ありがとうございました。

それでは、本日の議論の総括を、池田俊也・国際医療福祉大学教授、東アジア共同体評議会有識者議員にお願いしたいと思います。

池田先生、お願いいたします。

池田俊也（国際医療福祉大学医学部教授 / 東アジア共同体評議会有識者議員） ただいまご紹介をいただきました、国際医療福祉大学の池田でございます。

今回、このようなシンポジウムが開かれましたのは、冒頭でもご説明がありましたように、国際交流基金アジアセンターのサポートによりまし

て、研究会を発足したわけでございます。「東アジアにおける強靱な保健協力ネットワークの構築に向けて」という研究会でございます。研究会には、本日まで登壇、あるいはチェアを務めていただきました小川先生、渡部先生、真野先生、小林先生、和田先生にご参画をいただきまして、本日のシンポジウムのテーマ、そして、今後、東アジアにおいて必要な保健協力ネットワークの重要な論点といったものについての議論をしてまいったわけでございます。

本日もちょっと欲張って、3つのトピックスについて先生方にご発表、ご議論いただいたわけでありまして、やや時間的にタイトなところがございまして、先生方、あるいはご参加された皆様におかれましては、ご迷惑をおかけいたしまして申しわけございませんでした。

既に共同議長の先生方がうまくといたしますか、適切なまとめをされておりますので、私からの総括というのはごく簡単にさせていただきますと思います。

最初のセッションでは、災害医療をテーマに議論していただきました。規模の大きな災害医療への対応は、国レベルのみならず国際的な協力が不可欠であること、また、災害時の医療対応というのは、UHC、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジの実現の一環として取り組むべき重要な課題であること、また、平時からの準備が重要であること、発生時には迅速かつ適切な対応が必要であること、そして、今後の災害医療に対して、システムとしての対応が必要であることなどが議論され、確認をされたというところでございます。

2つ目のセッションでは、高齢化社会をテーマに議論していただきました。この中では、高齢化の状況というのはアジア共通の課題ということでございます。日本等で導入されております介護保険であるとか、地域包括ケアといったもの、これを海外の状況とも合わせながら意見交換をして、今後の高齢化社会にどう対応するかということが共通の課題であるということが確認されたかと思っております。また、アクティブエイジングと

いったこと、あるいは認知症に関することもディスカッションされまして、非常に多岐にわたる有意義なディスカッションであったと思います。

また、ただいまの最後のセッションでは、感染症対策に関してディスカッションをしていただきました。感染症に関しましても国際連携が非常に重要であること、専門家の育成が重要であること、また、サーベイランスシステムの現状の課題、今後の強化、効果的な運用といったものについてのご意見もいただいたところでございます。また、いわゆる耐性菌に対する対策といったものも、これはアジア共通の課題ということで議論がなされました。

このようなさまざまな各国での取り組みやアジアにおける問題意識が共有できたということで、今後、研究会のメンバー、そして本日まで発表、あるいはチェアをしていただいた先生方と、政策提言といったものをまとめていきたいと考えております。

本日は、特にアジア各国、遠方からも多くの先生方にご参加いただきまして、パネリスト、そして議長、さらにはフロアから、さまざまな活発なご意見をいただきまして、成功裏に会が終了しますことを、大変ありがたく存じております。

また、今回の会議の実施に当たりましては、東アジア共同体評議会のスタッフの皆様大変お世話になりまして、この場をおかりして感謝を申し上げます。

最後にちょっと事務連絡でございまして、今回は日本医療・病院管理学会との共催ということで実施をいたしました。例えば医業経営コンサルタント協会その他、病院関連の例会で認定証が発行されますので、もし必要だという方、病院管理学

会の会員の方で、そうした認定証が必要だという方は、終わりましたら私のほうまでお申し出いただきたいと思います。

私も、本日の議論で大変勉強になりました。また、このような機会を持ち、アジアの各国の状況に関する意見交換ができればと思っているところでございます。

本日はご参加いただきまして、まことにありがとうございました。(拍手)

菊池 誉名(司会) ありがとうございました。
これで本日の会議を終了いたします。

皆様、本日はご参加いただき、この会議を実りあるものにしていただきましたこと、改めて感謝申し上げます。

それから、この会議を成功させるために、縁の下の力持ちで、本日、同時通訳を務めていただきました、児玉江身子様、斉藤由美子様、友田淳治様の3名に感謝の拍手をお願いいたします。(拍手)

また、本日、速記録をとっていただいております、大和速記情報センター様にも拍手をお願いいたします。(拍手)

それでは、定刻となりましたので、これで閉会いたします。皆様、本日はどうもありがとうございました。(拍手)

— 了 —

セッション I : 災害医療における東アジアの協力ネットワーク構築に向けて

Wiwat ROJANAPITHAYAKORN
Director, Mahidol University Global Health (Thailand)

**Towards Building a Cooperation Network
for Disaster Medicine**

Dr. Wiwat Rojanapithayakorn

- Executive Director, ASEAN University Network on Health Promotion (AUN-HPN),
- Director, Center for Health Policy and Management, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University
- Director, Mahidol University Global Health

Disaster

- **Disasters, natural and man-made are major Global Health Problems with transnational in nature and usually require international collaboration**
- **Disaster management is an important issue of crisis management and health security which was a topic raised during the Northeast Asia Think tank (NEAT) meeting 2016**

Disaster Health Management: Issues to be considered

A. Before the disaster:

- **Surveillance and forecasting**
- **Preparedness:**
- **Capacity building**
- **Co-ordination and networking**
- **Management information and data sharing**
- **Logistics**
- **Availability of handbooks and guidelines**

Disaster Health Management: Issues to be considered

B. During the disaster: active response on the following

- **Information sharing**
- **Mobilization of support team**
- **Disaster health management and coordination**
- **Medical and health support:**
 - **Medical care**
 - **Referral system support**
 - **Outbreak prevention and response**
 - **Collaboration with other related sector: clean water supply sanitation, clean food, etc.**
- **Collaboration with other sector for assistant coordination:**
 - **Shelter, housing, transportation, communication, information sharing, etc.**

Disaster Health Management: Issues to be considered

C. After the disaster: smooth recovery and rehabilitation:

- **Continued medical service and rehabilitation**
- **Rebuild the health system**
- **Support to medical and health staff**

Susiana NUGRAHA
Researcher, Jenderal Ahmad Yani School of Health Science (Indonesia)

DISASTER PREPAREDNESS SYSTEM IN INDONESIA

(From Medical and Public Health perspectives)

Author :

- 1. Susiana Nugraha, Jenderal A Yani School of health Sciences, Cimahi, Indonesia**
- 2. Robby Nuraditya, Head of Quality and Monitoring Division, Central blood transfusion, Indonesia Red Cross**

Indonesia is located on the four tectonic moving plates and in the heart of the Pacific Ring of Fire, had experienced several major emergencies from various hazards in its history and more evidently in the past decade. Emergencies and disasters unpredictable as they are, pose a challenge to humanitarian actors to address needs in order to provide interventions in an effective and efficient manner. In all these events, many lessons had been drawn but not many had been truly learnt. Among these lessons, improving coordination, writing out standard operating procedures, preparedness and contingency planning stand out(1).

Disaster management system in Indonesia is managed under the Ministry of health guideline, in collaboration with other ministries and national board for disaster preparedness. Referring to the Minister of Health Decree Number 066 of 2006, health human resource mobilization incorporated in a Team Crisis Prevention team which includes: 1) Quick Reaction Team, 2. Rapid Assessment Team (RHA Team), 3) Health Assistance Team. Those team is led by the Head of the Health Service Province / Regency / City level. Through the experience of many disasters in Indonesia, the Ministry of Health has been better able to identify the gaps in health services nationwide. One of the positive consequences of a natural disaster is that it reveals the vulnerabilities of the public health system, especially at community level.

The Indonesian Ministry of Health requires each hospital in the country to have an emergency department. In each region of the referral system in Indonesia, these emergency departments work in cooperation with each other. The cooperation involves all hospitals (government, private and armed forces hospitals) and is the basis for the emergency medical service system (2). When disaster strikes this basic referral framework becomes the emergency medical service and the Crisis Centre is activated to mobilize and to coordinate all resources needed for disaster management(3). Indonesia's disaster management structure is based on the referral system in the national health system. Disaster management starts with the affected community, and then involves the community health center, the class C hospital, class B hospitals and class A hospitals. The Ministry of Health of Indonesia has developed a crisis center which is the center of command, control and coordination during the emergency phase of a disaster. The crisis center can dispatch a disaster management assistance team from two top referral hospitals in Jakarta and Surabaya to cope with disasters(2).

Strengthening the routine daily emergency medical services for expanding the role in disaster management is considered both effective and efficient. The standard operating procedures and policy that should be prepared for facing disasters were not available in any of the Public Health Centers. If the daily

provision of health care is comprehensive and health care providers are well educated and trained, then at the time of a disaster they will be better able to cope and care for their communities (2,4,5). They will also be able to identify the gaps in resources required from other levels of the system. One of the greatest challenges for the Ministry is to ensure an appropriate disaster management system which will utilize the emerging community-based health program as the focus for disaster relief.

Been learned from the west Sumatera earthquake, the public health centers (PHC'S) implemented a disaster response by themselves and there was no clear coordination between the PHCs, NGOs, and the local government. The public health centers had not even thought about how the system will be built if disaster struck. This indicated that the public health center were not ready to serve as health facilities in the face of disasters and that there had been no effort to implement disaster preparedness procedures. Having observed several health centers, the need was identified to build the system, and support in doing so is required from the government and health organization policy (4)

References :

1. Office of Foreign Disaster Assistance UU. Indonesia: Disaster Response and Risk Reduction. 2014 [cited 2017 Dec 19]; Available from: https://www.usaid.gov/sites/default/files/documents/1866/FactSheet_Indonesia_DRRR_2014.pdf
2. MOHRI M of HR. Technical Guideline for Health Cisis Response on Disaster. 2010.
3. Idris F. Pre-conference Seminar Disaster Medicine—Epidemic Disease, Earthquake, Tsunami and Nuclear Disaster The Natural Disaster Related to Health Problem: Indonesia experience. 2012 [cited 2017 Dec 19];55(1). Available from: https://www.med.or.jp/english/journal/pdf/2012_01/022.pdf
4. Fuady A, Pakasi TA, Mansyur M. Primary Health Centre disaster preparedness after the earthquake in Padang Pariaman, West Sumatra, Indonesia. BMC Res Notes [Internet]. BioMed Central; 2011 Mar 25 [cited 2017 Dec 19];4:81. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21435271>
5. UNESCO. Natural Disaster Preparedness. Bangkok: UNESCO; 2005. 19-25 p.

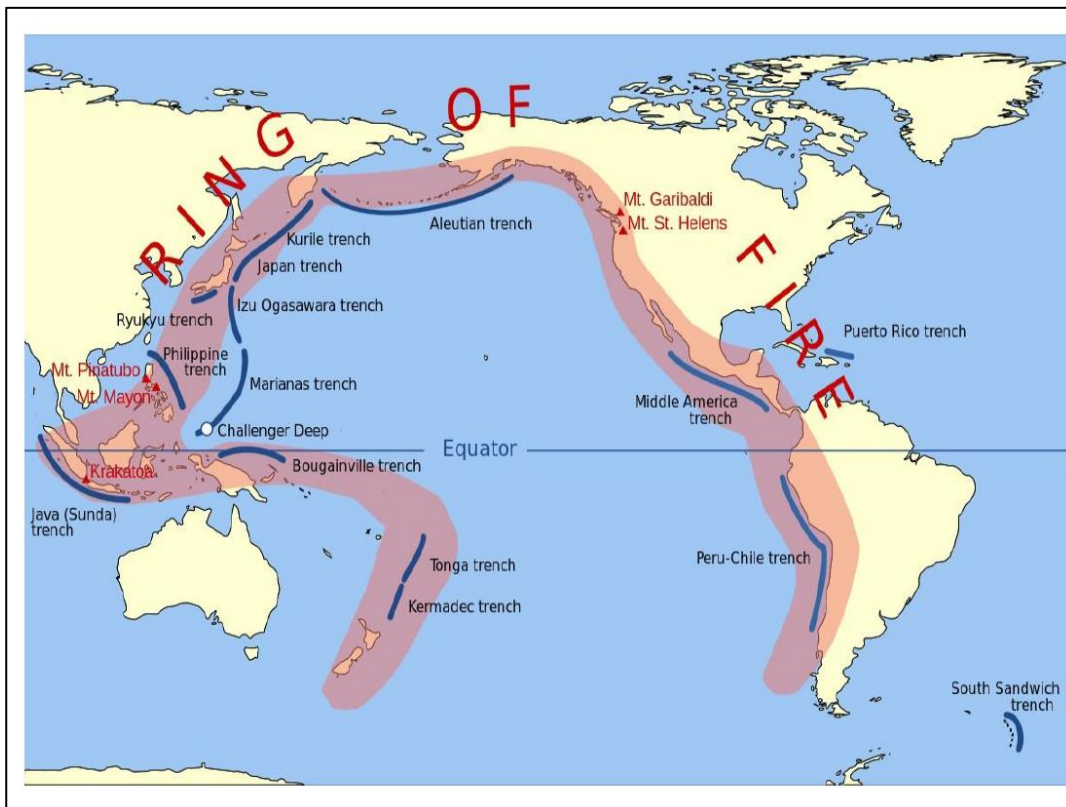
DISASTER MANAGEMENT AND PUBLIC HEALTH

SUSIANA NUGRAHA

Introduction

- ▶ **Being located on the Pacific Ring of Fire (an area with a high degree of tectonic activity), Indonesia has to cope with the constant risk of volcanic eruptions, earthquakes, floods and tsunamis.**
- ▶ **During the past 20 years, Indonesia has made global headlines due to devastating natural disasters that resulted in the deaths of hundreds of thousands of human and animal lives, plus having a destructive effect on the land area (including infrastructure, and thus resulting in economic costs).**





Indonesia as a Disaster Prone Country

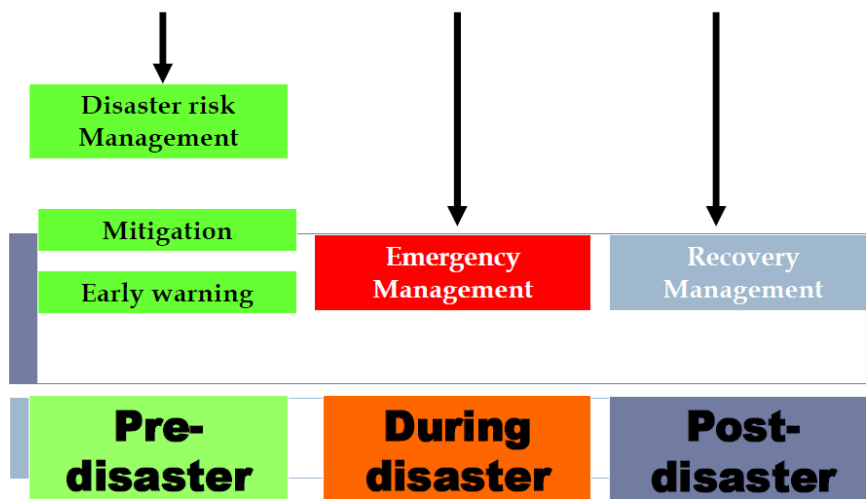
1. Consist of approx. 224 million inhabitants, disproportionately distributed, comprises a mix ethnicities, community groups, religious denominations, customs and traditions
2. Flood and landslides also very common in the forest fringe areas in the rainy season with number of casualties and damaged settlements (N Sumatra, Kalimantan, Central and East Java, and Sulawesi)
3. Most of the main river banks are crowded with low-income squatter with high population density, increasing uncontrolled sedimentation
4. 383 out of 483 districts/cities are disaster prone areas, for the reason of high number of population, high density areas with unevenly population distribution, high income disparity, increasing percentage of building coverage at urban and settlement area, decreasing water and sanitation quality



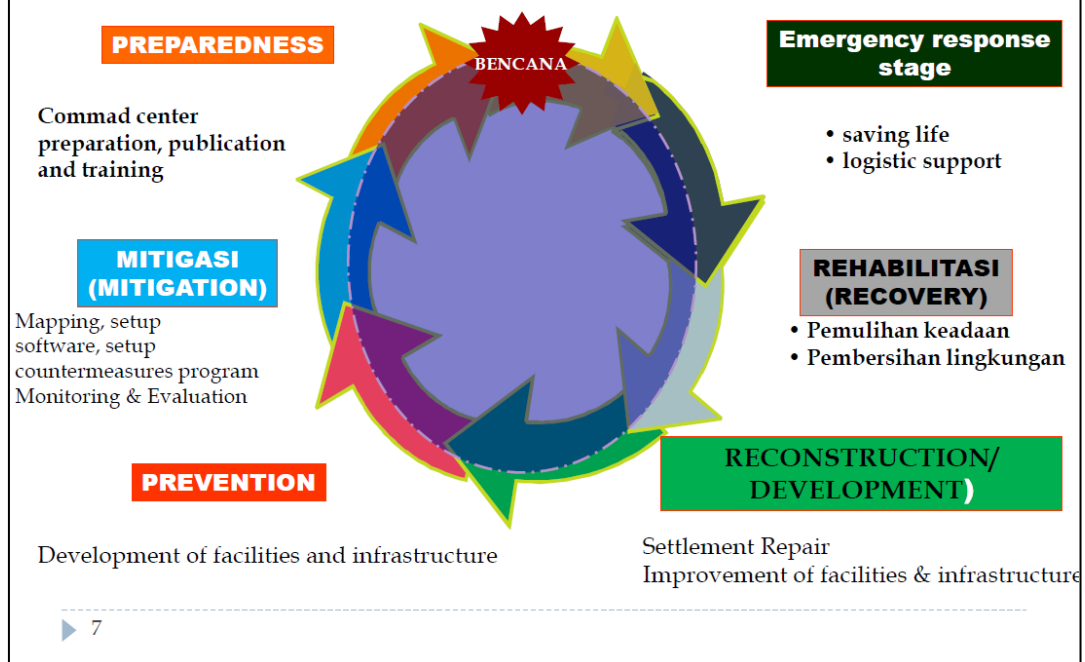
2017 INDONESIA HIT BY MULTIPLE DISASTER



Disaster Management

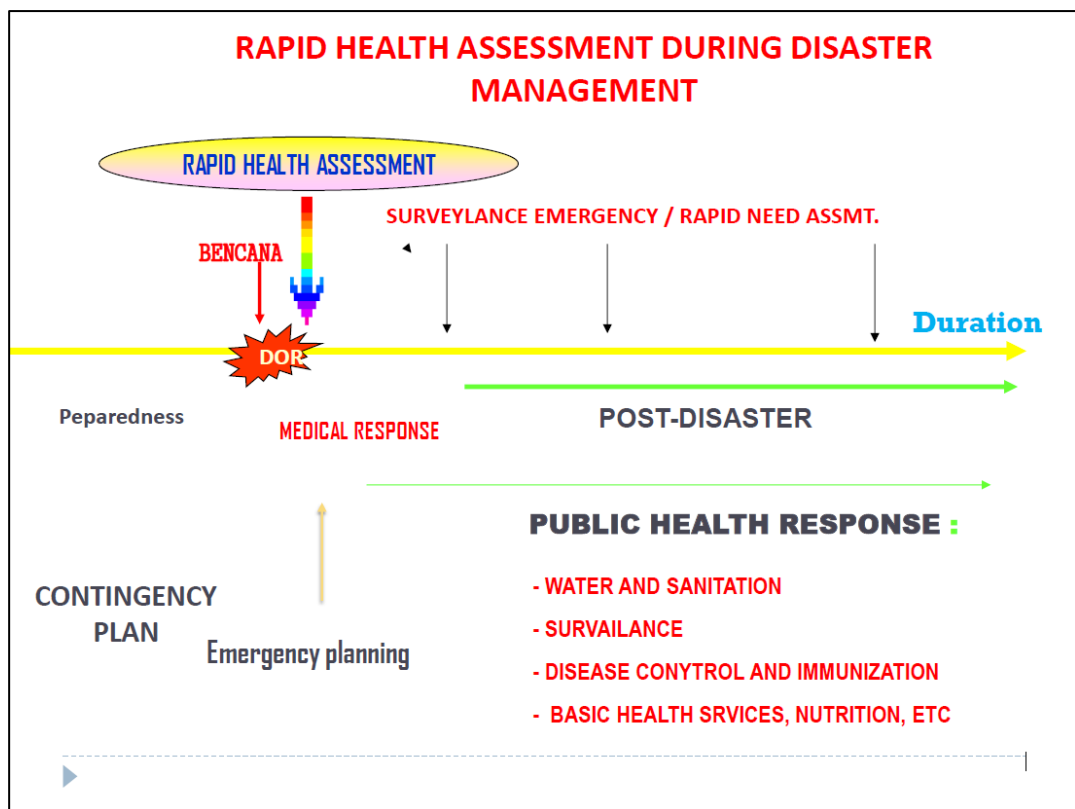


DISASTER MANAGEMENT CYCLE



Rapid health assessment

- ▶ Rapid needs assessment is an essential component of disaster relief operations
 - ▶ Rapid needs assessments allow public health officials to quickly identify and prioritize areas of need
 - ▶ Methods used with rapid needs assessment can be extended to other areas of public health
- ▶



Information needed for rapid health assessment

Life Safety Information

- ▶ Persons affected
- ▶ Fatalities
- ▶ Injuries
- ▶ Displaced Individuals
- ▶ Evacuation Concerns
- ▶ Search & Rescue Concerns



Status of Lifelines

- ▶ Transportation
- ▶ Communications
- ▶ Gas
- ▶ Electricity
- ▶ Water
- ▶ Sewer



Status of Facilities

- ▶ Fire
- ▶ Police
- ▶ City Hall
- ▶ EOC
- ▶ Public Works
- ▶ Emergency Communications



following information as you are able...

- ▶ Homes (affected, minor, major, destroyed)
- ▶ Businesses (affected, minor, major, destroyed)
- ▶ Roads
- ▶ Bridges
- ▶ County Buildings

- ▶ When possible: Utility Company damages for possible Public Assistance



CURRENT PREPAREDNESS IN INDONESIA

1. Early warning system is not ready available and ready to lowering the risk and impact in the prone areas of disasters, such as earthquake, landslides, and drought
2. Implementation of spatial plan for land use management were somewhat inconsistent and contributed to the high risk of natural disaster .
3. The policy, legal or regulatory framework is not fully in place that makes disaster risk reduction a normal part of the decentralized, local level development process.



Thank you

Danica Aisa ORTIZ
Research Specialist, Philippine Institute for Development Studies
(Philippines)

“Strengthening Disaster Response in Health in the Philippines”

Outline

Climate change and natural disasters have gained the attention of the international community in recent years. Their impacts worldwide have turned global efforts to focus on intensifying environmental protection measures, strengthening disaster risk reduction management (DRRM), and increasing disaster resilience. One primary concern is addressing health issues related to- and caused by disasters. Every year, about 60,000 deaths have resulted from disasters, mostly in developing countries (WHO Fact Sheet, 2017). The Second Global Conference on Health and Climate Change organized by World Health Organization in July 2016 recognized the need to address health risks, and opportunities and organized support for health and climate change action.

The Philippines is highly vulnerable to natural disasters and impacts of climate change due to its geographical characteristics. It was identified as the second most disaster-prone among 171 countries in the 2014 Global Climate Risk Index Report. The country is susceptible to extreme weather events and subsequently places its people to direct and indirect health impacts including increased incidence of infectious disease and heat stress (WHO, 2015).

Various measures have been done by the government to address disasters and environmental threats, and related problems such as health risks. The Philippine Disaster Risk Reduction and Management Act of 2010 is a key policy, which emphasizes the need for DRRM planning and the importance of institutional framework and coordination mechanisms for disaster response. This law also highlights the significant role and the need to strengthen capacities of local government units (LGUs) in disaster mitigation, response and recovery. Specific LGUs have already set example on how local government and communities can work together to effectively implement DRRM initiatives. The “Zero Casualty” program in Albay is a holistic approach which covers disaster risks assessments, improvement in DRR management and governance, and capacity-building and social preparations done in partnership with private institutions and non-profit organizations.

In terms of health efforts, the Philippine Health Agenda 2017-2022 specifies goal to achieve quality health care through improved service delivery network and health facilities all over the country. DOH has also developed guidelines to ensure better health service delivery. Some of these guidelines include enhancing management and organization of service delivery network to ensure effective referral system for health care, designating health emergency management office in the localities, institutionalizing health surveillance system and logistics management during disasters and emergencies.

Despite various policies and programs, implementing an effective disaster response system remains a challenge for the country. There is a need to improve coordination and harmonize functions

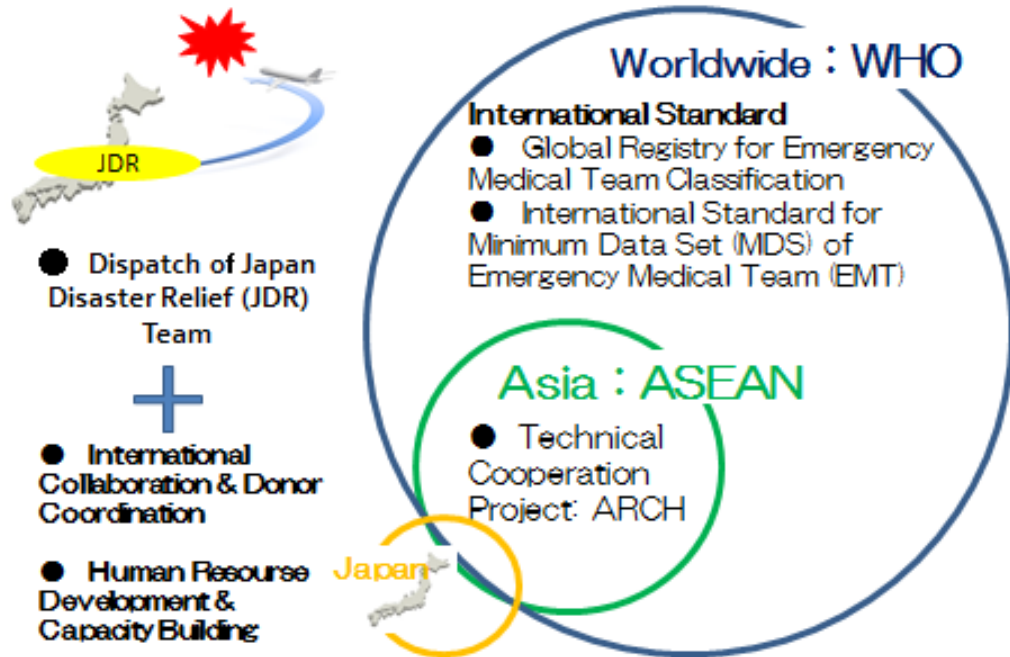
among government agencies during disasters, and to ensure efficient utilization of DRRM funds (Domingo & Olaguera 2017). In addition, human resource is another aspect that must be considered in terms of strengthening institutions and building capacities.

Thus, the presentation emphasizes the advantage of having programs and policy framework that guide systems and establish mechanisms for effective and timely response on health risks during disasters. However, it also raises issues that continue to challenge efforts in building and effective and timely health response during disasters in the Philippines.

WATANABE Kozo

Deputy Director General, and Group Director for Health 2, Human Development Department, Japan International Cooperation Agency (Japan)





JDR Philippine Mission (2015)

SPEED concept of the Philippine to be a core concept of International



*Challenge: No common reporting form, difficult to summarize.
*JDR team proposed to use common form and every team joined.



The Project for Strengthening the ASEAN Regional Capacity on Disaster Health Management

The ARCH Project

"One ASEAN, One Response" ASEAN Summit in 2016

► Project Purpose

Regional coordination on disaster health management is strengthened in ASEAN.

► Outputs

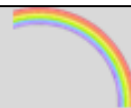
1. **Coordination platform** on disaster health management (DHM) is set up.
2. **Framework** of regional collaboration practices is developed.
3. **Tools** for effective regional collaboration on DHM are developed.
4. **Academic network** on DHM in AMS is enhanced.
5. **Capacity development activities** for each AMS are implemented.



EMT Initiative, ASEAN's approach, and National action

4

Project Overview



Officially endorsed as ASEAN Project in Jan 2016.

► Period

July 2016 – July 2019 (3 years)

► Implementing Agencies

- National Institute for Emergency Medicine, NIEM (Thailand)
- Ministry of Public Health (Thailand) + under the procedure of additional implementing agency
- Japan International Cooperation Agency, JICA (Japan)

► Lead countries

Thailand, Viet Nam,

► Major Concerned Agencies

- Ministries of Health in ASEAN Member States
- ASEAN Secretariat (Health Division, DMHA Division)
- AHA Centre



1st Regional Coordination Committee Meeting
(September, 2016, Bangkok.)

5



Start-up Drill (Jan 2017)



1st Regional Collaboration Drill (Jul 2017)



1st Training for AMS (May 2017)



6



Way forward

► Discussion on “the Regional Collaboration Mechanism on DHM”

<Peace time>

- Information sharing
- Networking
- Joint Trainings
- Regional Meetings
- Developing/Maintaining Regional collaboration tools

<Disaster time>

- Information sharing
- Pre-deployment coordination among ASEAN EMTs
- On-site Coordination among ASEAN EMTs

“Who” Does “What” “When” “How”?



Regional Collaboration Mechanism on DHM

7

7

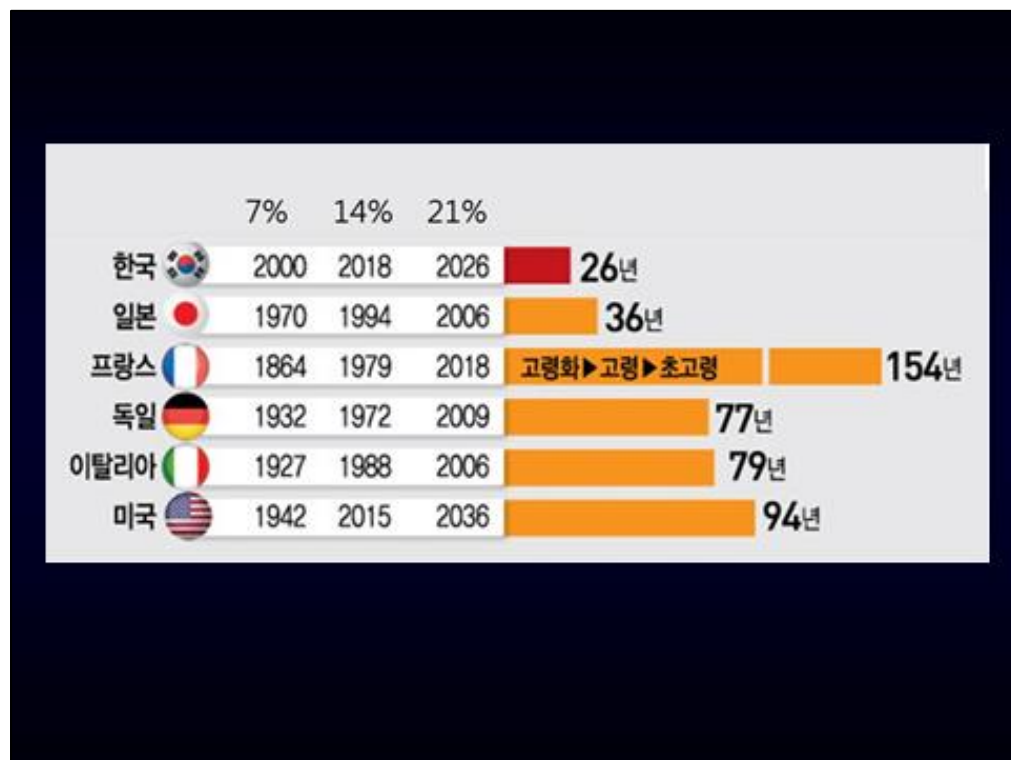
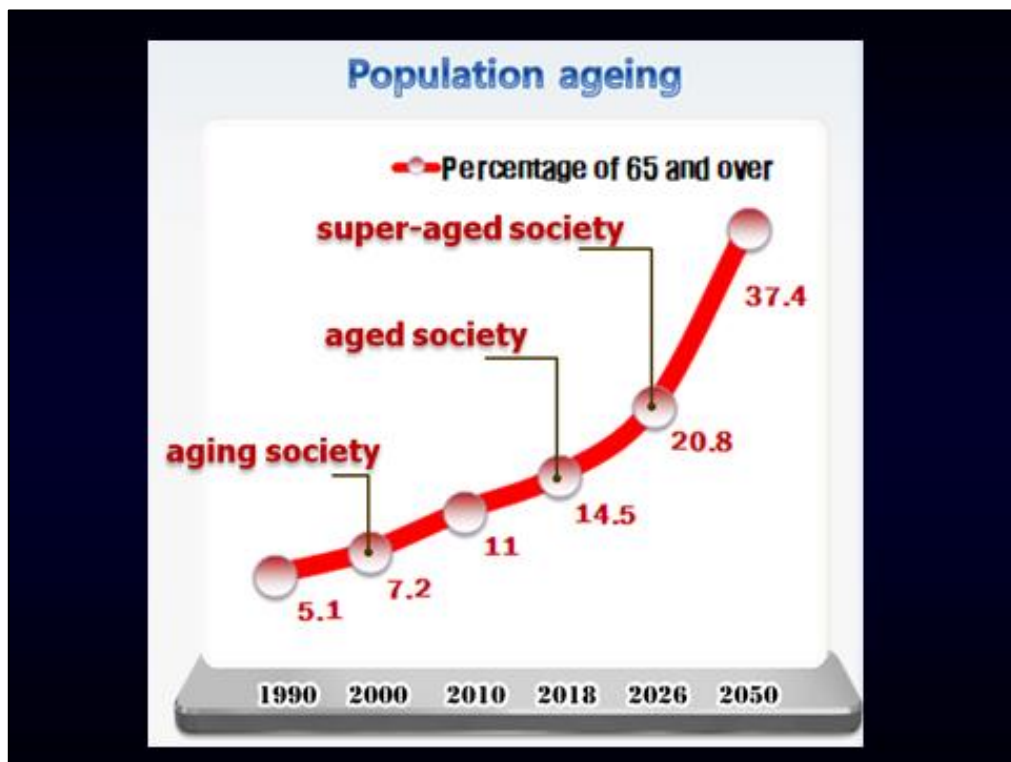
KIM Chul Joong
*Chief Editor Health and Medicine and Editorial Writer,
Chosunilbo Daily Newspaper (Korea)*

Healthcare Outlook In Korea as Aging Society : Network for Cooperation in East Asia

• Kim, Chul Joong M.D & Ph.D

- Chosunilbo daily newspaper
- Chief Medical Correspondent
- Editorial Writer





Ageing Population

- Global phenomenon, many countries are super aged societies by 2030
South Korea is a super-aged society in 10 years at the fastest speed in the world

- Expected an aged society in 2017
- (elderly, 14% of the entire population) and a super aged society in '26 (20%)

- Fastest growth of health expenditures among OECD countries (7.1% of GDP)

- Mostly by the increase in elderly care

* 30.9% (2010) → 37.9% (2015) → 45.6% (2020)





Increasing chronic diseases

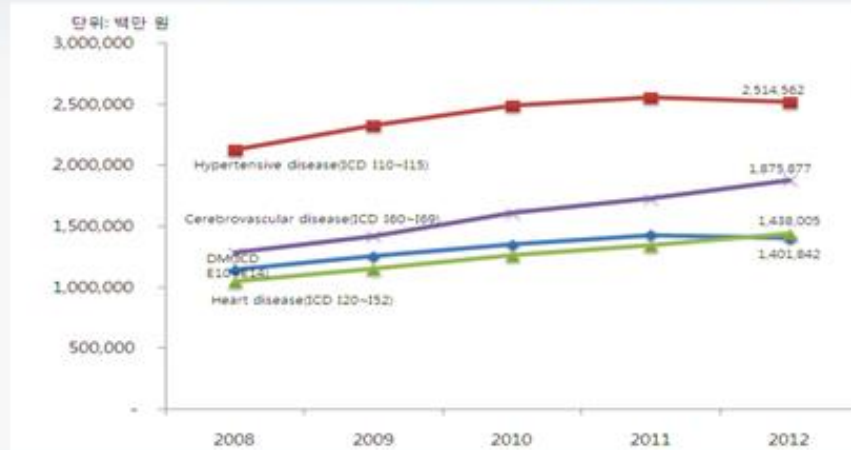
• Major chronic illnesses are the primary cause of deaths

* One third of adults aged 30+ have diabetes or pre-diabetes
; 3 out of 10 high blood pressure

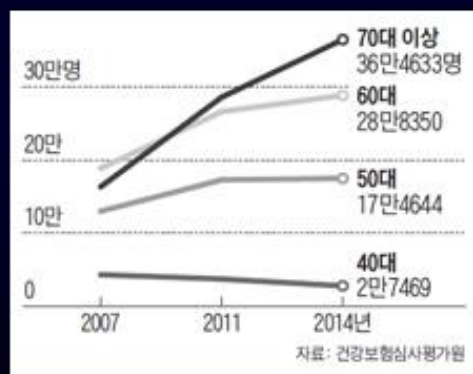
#1	#2	#3
Malignant tumor	Heart diseases	Cerebrovascular diseases
(27.6%)	(9.9%)	(9.6%)
#5	#7	#10
Diabetes	Chronic lower respiratory diseases	Hypertensive diseases
(4.3%)	(2.9%)	(2.0%)

Increasing chronic diseases

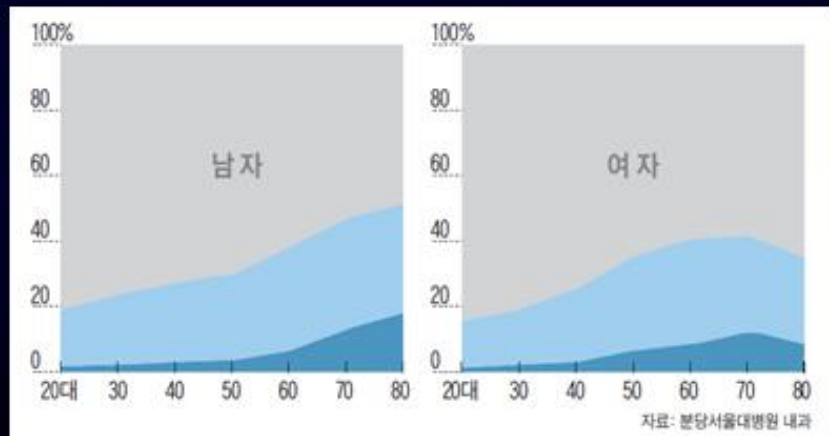
Payments Trend for Hypertensive Diseases, Diabetes, Cerebrovascular Diseases, and Heart Diseases



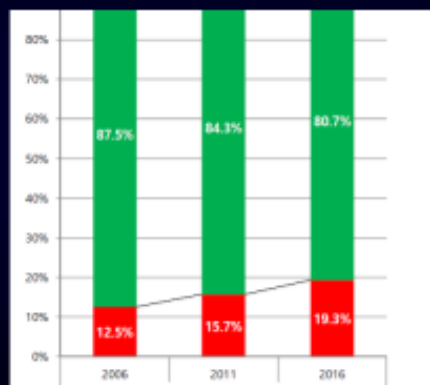
Osteoporosis Patients



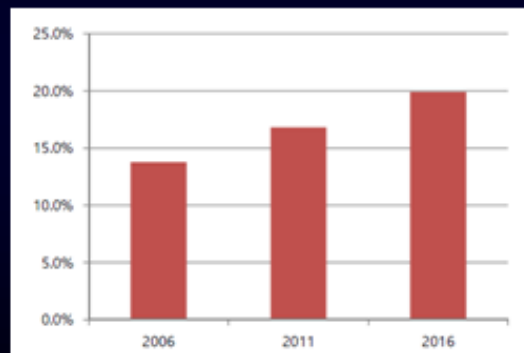
■ Sarcopenia



Ratio of 70 more Aged People Out - Patients in University Hospital

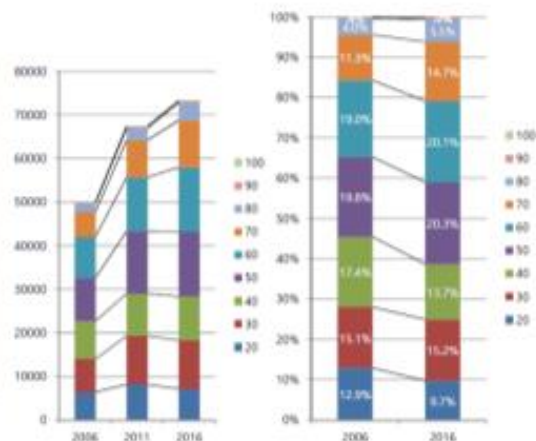


Ratio of 70 more Aged People among Admission Patients in University Hospital

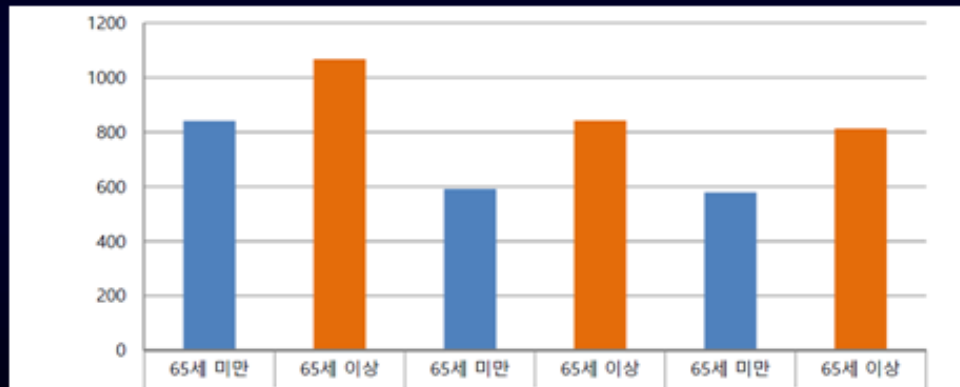


Ratio of Aged People in Emergency Room

	2006	2011	2016
20	12.9%	12.1%	9.7%
30	15.1%	16.5%	15.2%
40	17.4%	14.4%	13.7%
50	19.8%	21.3%	20.3%
60	19.0%	18.3%	20.1%
70	11.3%	12.7%	14.7%
80	4.0%	4.2%	5.5%
90	.4%	.5%	.7%
100	.0%	.0%	.0%



Increased Stay Time in Emergency Room



■ **Homo Hundred**

=

Homo Patient



■ **Never Fall Down
Never Fracture
Never Immobile**

Active Aging



- **Maintain Activity > Cure**

**Importance of Durability
: Musculoskeletal Medicine**



- **Huge Shift**
Acute cure healthcare system
to Chronic long term care



- **Huge Shift**
National disease control center
 - **National Aging Institute**
 - **National Frail Check up Program.**

International Network & Collaboration for Aging Society

- Share the Japanese experience of success or failure during aging society

International Network & Collaboration for Aging Society

- Advisory International Committee to participate from East Asian that approaching to Aged Society.

International Network & Collaboration for Aging Society

- Regarding of Aging Society,
Create a Opportunity to Promote the
Healthcare and Welfare Industry.

Firdaos ROSLI
Fellow, Institute of Strategic and International Studies (Malaysia)

Towards Building a Cooperation Network for Aging Society

1. We are blessed not to face major disasters apart from flood
 1. Seasonal
 2. Expected, predictability
 3. Problem: Speed
2. Policy response:
 1. National Security Council
 2. Aging: There is no one single authority to address this. Discussion is still developing
3. What are we doing?
 1. Awareness
 2. Empowerment through community based programmes
 3. Healthy Ageing and Community Health Care
 4. Strengthening support system
 5. Monitor, enforce, introduce new legislation related to nursing homes, healthcare homes etc
4. Demographic is still changing
5. Way forward
 1. There is a lack of discussion on the topic due to minimum political pressure
 2. Participate in more aging society related initiatives either bilaterally, regionally (ASEAN, APEC) etc and multilaterally.

LE Tran Ngoan
former Assistant Professor, Hanoi Medical University (Vietnam)

Aging and Public Health: A Case Study from Viet Nam

1

Le Tran Ngoan (レ チャン グァン)

Hanoi Medical University, Viet Nam

International Symposium, "Towards Building a Resilient Network for Regional Health Cooperation in East Asia"

1/12/2018

2

1. Viet Nam profile

- Population 2014: 90,728,900
- Administration: 63 provinces
- Population grow-up: 1.08%
- GDP per capita: 2,052 USD
- Health budget per capita: 67 USD
- Health Insurance covers: 71%

Map of Viet Nam



International Symposium, "Towards Building a Resilient Network for Regional Health Cooperation in East Asia"

1/12/2018

3

2. Improving Life Expectancy at birth

Life Expectancy at birth

Year	Female	Male	Both
2015	81	71	76
2000	78	68	73
1975	67	57	62
1950	57	50	54
1925	34	27	31
1900	27	20	24

There has been sharply increased life expectancy at birth that results in **increased non-communicable diseases** in Viet Nam,

MD per 1,000 inhabitants (who):

Laos:	0.179 (2012)
Thailand:	0.394 (2010)
Myanmar:	0.568 (2012)
Philippines:	1.110 (2014)
Viet Nam:	1.180 (2013)
China:	1.490 (2011)
Korea:	2.231 (2014)
Japan:	2.297 (2012)

International Symposium, "Towards Building a Resilient Network for Regional Health Cooperation in East Asia"

1/12/2018

4

3. Mortality patterns

Verbal Autopsy based mortality in 3 provinces (see next slide)

No	Cause group (ICD-10), 2008	Case	%	Crude#	ASR#	ASR Men	ASR Women
1	Bacterial diseases (A00-A99)	162	2.9	11.7	11.6	14.3	9.1
2	Virus & parasitic (B00-B99)	70	1.2	5.1	4.4	7.3	1.6
3	Cancer (C00-D48)	1,244	22.2	90.2	96.1	129.7	64.2
4	Blood diseases (D50-D89)	4	0.1	0.3	0.3	0.3	0.3
5	Endocrine (E00-E90)	153	2.7	11.1	10.7	7.6	13.6
6	Mental (F00-F99)	43	0.8	3.1	2.8	4.0	1.6
7	Nervous (G00-G99)	51	0.9	3.7	3.6	3.7	3.4
8	Circulatory (I00-I99)	1,676	29.9	121.6	114.3	124.7	104.2
9	Respiratory (J00-J99)	400	7.1	29.0	25.8	29.7	22.2
10	Digestive (K00-K93)	238	4.2	17.3	16.6	22.0	11.4

Abbreviations: ICD-10, International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems; ASR, age-standardized mortality rate; # Crude and ASR rates per 100,000; * Mortality rates were estimated with a denominator of 20,307 cases of live births; Number of newborn deaths was 56, giving mortality rate was 275.8 per 100,000 live births, male and female combined. Maternal mortality rate was 9.8 per 100,000 (2 / 20,307)

International Symposium, "Towards Building a Resilient Network for Regional Health Cooperation in East Asia"

1/12/2018

5 Verbal Autopsy based mortality in Viet Nam (Cont.)

No	Cause group (ICD-10), 2008	Case	%	Crude#	ASR#	ASR Men	ASR Women
11	Skin (L00-L99)	10	0.2	0.7	0.7	0.3	1.2
12	Musculoskeletal (M00-M99)	40	0.7	2.9	2.5	1.7	3.2
13	Urology (N00-N99)	73	1.3	5.3	5.2	5.6	4.8
14	Maternal (O00-O99)*	2	0.0	-	-		
15	New-born (P00-P96)*	56	1.0	-	-		
16	Abnormality (Q00-Q99)	49	0.9	3.6	4.4	4.8	4.0
17	Symptom (R00-R99)	579	10.3	42.0	34.4	31.2	37.2
18	Injury & Accident (S00-Y89)	763	13.6	55.3	52.3	76.9	28.4
	Total	5,613	100	407.1	391.1	471.4	313.4

Abbreviations: ICD-10, International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems; ASR, age-standardized mortality rate; # Crude and ASR rates per 100,000; * Mortality rates were estimated with a denominator of 20,307 cases of live births. Number of newborn deaths was 56, giving mortality rate was 275.8 per 100,000 live births, male and female combined. Maternal mortality rate was 9.8 per 100,000 (2 / 20,307)

International Symposium, Towards Building a Resilient Network for Regional Health Cooperation in East Asia

1/12/2018

6 4. Trends of some infectious diseases, 2005-2014

- **Infectious excluded HIV/AIDS and TB:** Registered 795 cases (0.6% of 140,670 deaths)
 - ASR rate 2.8 per 100,000.
 - ASR rates per 100,000 was changed from 2.6 to 3.1. Trends of mortality rates ratios was MRR=0.97, 95%CI: 0.90-1.01; **P for trend**=0.144;
- **HIV/AIDS:** Registered 2,268 cases (1.6% of 140,670 deaths)
 - ASR rate 7.8 per 100,000.
 - ASR rates per 100,000 **decreased** from 7.4 to 5.9. Trends of mortality rates ratios was MRR=0.96, 95%CI: 0.93-0.99; **P for trend**=0.005;
- **Tuberculosis Mortality:** Registered 1,100 cases (0.8% of 140,670 deaths)
 - ASR rate 3.7 per 100,000.
 - ASR rates per 100,000 **decreased** from 4.2 to 3.1. Trends of mortality rates ratios was MRR=0.86, 95%CI: 0.81-0.91; **P for trend**=0.000

International Symposium, Towards Building a Resilient Network for Regional Health Cooperation in East Asia

1/12/2018

7

5. Trends of some Non-Communicable Diseases, 2005-2014

- **Diabetes:** Registered 993 cases (0.7% of 140,670 deaths)
 - ASR rate 2.8 per 100,000. Trends of mortality rates ratios was MRR=1.18, 95%CI: 1.11-1.25; *P for trend*=0.000; **Significantly increased trend**
- **All cancer:** Registered 29,346 cases (20.9% of 140,670 deaths)
 - ASR rate 102.4 per 100,000. Trends of mortality rates ratios was MRR=1.03, 95%CI: 1.02-1.04; *P for trend*=0.000; **Significantly increased trend**
- **All heart diseases:** Registered 44,603 cases (31.7% of 140,670 deaths)
 - ASR rate 135.5 per 100,000. Trends of mortality rates ratios was MRR=0.94, 95%CI: 0.93-0.96; *P for trend*=0.000; **Significantly decreased trend**
- **Injury:** Registered 16,885 cases (12.0% of 140,670 deaths)
 - ASR rate 56.9 per 100,000. Trends of mortality rates ratios was MRR=0.95, 95%CI: 0.94-0.96; *P for trend*=0.000; **Significantly decreased trend**

International Symposium, "Towards Building a Resilient Network for Regional Health Cooperation in East Asia"

1/12/2018

8

6. Lessons learned from Health Care in Viet Nam

- Medical Schools and Central Hospitals are mainly located in the two cities of Hanoi and Ho Chi Minh (Sai Gon):
 - Limitation and lack of care for patients suffering from non-communicable diseases at remote areas;
- Health care systems and Medical Education have been conducting to build up a model of **"District Health Management"**:
 - Primary health care,
 - Decreased trends maternal mortality, tuberculosis, HIV/AIDS
 - Outpatients clinics,
 - Inpatients hospitals,

International Symposium, "Towards Building a Resilient Network for Regional Health Cooperation in East Asia"

1/12/2018

7. Perspectives

► Towards Building a Resilient Network for Regional Health Cooperation in East Asia:

- Advancements of Preventive Medicine and Public Health,
- Improving diagnosis and treatment of NCDs,
 - Training Human Resources for Health Care (IUHW),
 - Exchanges Experts and MDs,
 - Cooperation of Research and Study between Countries,
 - Coordination and sharing Health Information,
 - Investment of Finance for a Permanent Developments.

International Symposium, "Towards Building a Resilient Network for Regional Health Cooperation in East Asia"

1/12/2018



Ha Long Bay-Natural Wonder of the world

International Symposium, "Towards Building a Resilient Network for Regional Health Cooperation in East Asia"

1/12/2018

Muhammad Nurhasanuddin ABDULLA KELALI
Consultant Geriatrician & Deputy Medical Superintendent of RIPAS
Hospital, Ministry of Health (Brunei)

Brunei Darussalam – the Journey so far

- Current population ~ 422,678 (2016)
 - Male 216.8K (51.3%) / Female 205.8K (48.7%)
 - Over 65: 24,821 (5.9%) (13,868 over 65 years (3.4%)-2013)
- Life expectancy – Male 76.9 year old/ Female 78.0 year old (Total: 77.4)
- There are 31,696 of people receiving old age pension (i.e. >60) – from MCYS 2017 record.
- It is estimated that this number will be doubled in 10 years time

Legislation and Policy on Older People

- The old age and Disability Pensions Act 1954
 - All citizens and PR reaching the age of 60 receive an old age pension of \$250 regardless of their economic status.
- Employee Trust Fund (TAP) – ‘Tabung Amanah Pekerja’ Act Chapter 167
 - Introduced 1993 to replace employees Pension scheme
 - All employees are deducted 5% from their salary with additional 5% contribution from government
- Supplemental Contributory Pensions Order 2009:
 - Subsidiary Contribution Plan (SCP) - Financial saving scheme introduced in 2010
 - The contribution has a minimum of 3.5%. 3% goes into your SCP account and 0.5% goes into what’s called the “Survivorship Protection Fund”.
- Retirement age raised from 55 to 60 years

Social and Health Development

- *Brunei Darussalam Declaration on Strengthening Family Institution: Caring for the Elderly – signed 25/11/2010*
- FREE medical care and services to all Brunei citizens regardless of age.
 - Specialist Geriatric Medical Services
 - “Dementia Support Group” Programme at PACS centre
- Ministry of Culture, Youth & Sports (MCYS) via Social Services Dept:
 - Home-based Volunteer Project 2005
 - Elderly Association
 - Activity Centers for Elderly (Lambak Kanan 2013 & Tutong 2017)
 - A National Plan for Elderly and Persons with Disabilities
- Re-employment of elderly as daily-paid Government employee
- Monthly welfare Assistance Allowance:
 - For vulnerable elderly and family caregiver can access this benefits fund for additional financial assistanc

KOBAYASHI Mia
Specially-appointed Professor, Chiba University Hospital (Japan)

Measures for the Aging Society in Japan

Chiba University Hospital
Mia Kobayashi

Indicators of aging in ASEAN + 3 countries

	Aging rate 1990 (60+) (%) ⁽¹⁾	Aging rate 2010 (60+) (%) ⁽¹⁾	Prospect of aging rate 2025 (60+) (%) ⁽²⁾	Prospect of aging rate 2050(60+) (%) ⁽¹⁾	Total fertility rate ⁽¹⁾	Life expectancy at birth ⁽¹⁾		Labor-force participation ratio (60-64year-old) ⁽²⁾		Per capita GDP (US\$) ⁽³⁾	Income disparity (Richest 10% to poorest 10%) ⁽⁴⁾
						Male	Female	Male	Female		
Japan	17.4	30.7	35.8	42.7	1.34	79.2	86.0	75.6	45.8	46,720	4.5
Republic of Korea	7.7	15.6	27.0	41.1	1.23	76.5	83.2	70.2	41.5	22,590	7.8
Singapore	8.4	14.1	24.2	35.5	1.26	78.7	83.7	67.5	35.4	51,709	17.7
Thailand	7.1	12.9	23.1	37.5	1.49	70.0	76.7	50.1(60-)	29.5(60-)	5,480	12.6
China	8.6	12.4	20.0	32.8	1.63	73.2	75.8	58.3	40.6	6,091	21.6
Brunei Darussalam	4.0	6.2	15.6	28.3	2.11	75.6	79.5	45.5	11.2	41,127	-
Vietnam	8.1	8.9	15.5	30.6	1.89	70.2	79.9	69.4	58.2	1,755	6.9
Malaysia	5.6	7.8	12.5	23.1	2.07	71.8	76.4	52.3	17.1	10,432	22.1
Myanmar	6.7	7.7	12.2	22.3	2.07	62.1	66.2	-	-	880	-
Indonesia	6.1	7.6	12.0	21.1	2.50	67.6	71.6	78.9	47.3	3,557	7.8
Cambodia	5.1	7.2	11.1	21.2	3.08	66.8	72.1	69.5	33.0	944	12.2
Philippines	4.7	5.9	8.7	13.7	3.27	64.5	71.3	79.0(55-64)	54.8(55-64)	2,587	15.5
Laos PDR	5.6	5.6	7.4	15.7	3.52	64.5	67.0	-	-	1,417	8.3

Source: International Affairs Division Minister's Secretariat; report of the Study Group for Japan's International Contribution to "Active Aging"

ASEAN + 3 countries indicators of aging and Doubling Time

	Population	Aging rate(65+) 7%	Aging rate(65+) 14%	Doubling time Number of years required for the proportion of the aged population from 7% to 14 %	Aging Rate(65+) 21%
		Aging Society	Aged Society		Super Aged Society
Japan	127.82	1970	1995	25	2008
Korea	49.78	1999	2017	18	2027
Malaysia	28.86	2020	2046	26	2073
Vietnam	87.84	2018	2033	15	2047
Brunei	0.41	2023	2041	18	2063
Philippines	94.85	2032	2062	30	2088
China	1344.13	2000	2025	25	2037
Cambodia	14.31	2030	2053	23	2068
Thailand	69.52	2001	2024	23	2038
Myanmar	48.34	2021	2041	20	2060
Singapore	5.18	1999	2019	20	2027
Lao PDR	6.29	2034	2053	19	2065
Indonesia	242.33	2021	2038	17	2056

Source: International Affairs Division Minister's Secretariat, report of the Study Group for Japan's International Contribution to "Active Aging"

Doubling time: The number of years required for the proportion of the aged population(65 years and older) from 7% to 14%, and it is used as an indicator of the speed at which aging is progressing.

Active Aging

What is "Active Ageing"?

WHO

Active ageing is the process of optimizing opportunities for health, participation and security in order to enhance quality of life as people age.

The three pillars of a policy framework for Active Ageing



Source: Active ageing: a policy framework

ASEAN Strategic Framework on Social Welfare and Development (2011-2015)



Special emphasis on the protection of the interests and rights, equal opportunities, high quality of life and standard of living for the elderly

Active Aging in Japan

- For comprehensive promotion of measures based on the basic principle of the Basic Act on Measures for the Aging Society, we will promote measures for the aging society based on the following 6 fundamental thoughts

① Change in ways of thinking about elderly awareness

② Establishment of social security system for securing peace of mind in people's old age

③ Utilization of the will and capabilities of the aged

④ Strengthening regional power and effectively stabilizing regional society

⑤ Realization of a safe and peaceful living environment

⑥ Preparation for life in one's 90s beginning at younger ages and realization of generation cycles

Source: Diet. The State of Aging and Implementation of the Measures for an Aging Society in FY2015

Implementation of Measures for the Aging Society Health, Long-term Care and Healthcare

Steady implementation of long-term care insurance program

Securing of necessary nursing care services

Implementation of measures to support the elderly with dementia



Integrated and sustainable provision of home medical and nursing care in the community

Source: Diet. The State of Aging and Implementation of the Measures for an Aging Society in FY2015

Recommendations for Future Collaboration



Source: International Affairs Division Minister's Secretariat; report of the Study Group for Japan's International Contribution to "Active Aging"

WADA Koji
*Medical Officer, Bureau of International Health Cooperation,
National Center for Global Health and Medicine (Japan)*

Towards Building a Resilient Network for Regional Health Cooperation in East Asia
16:35-17:40, 15th January 2018

Session 3: Towards building a
cooperation network for controlling
the emerging infectious diseases

Koji Wada (National Center for Global Health and Medicine, Japan)
Nwe Nwe Oo (Director General, Department of Health professional
Development and Management, Ministry of Health, Myanmar)

Background

- In Asia, there have been various infectious diseases which threaten local and global communities such as avian flu, SARS and MERS.
- It is important to have a collaborative network for combating these diseases.

Objectives

- We would share how Myanmar, Laos and Japan would work for building a cooperative network with neighboring countries and within the country and discuss for further necessary actions to control emerging infectious diseases.

Panelists

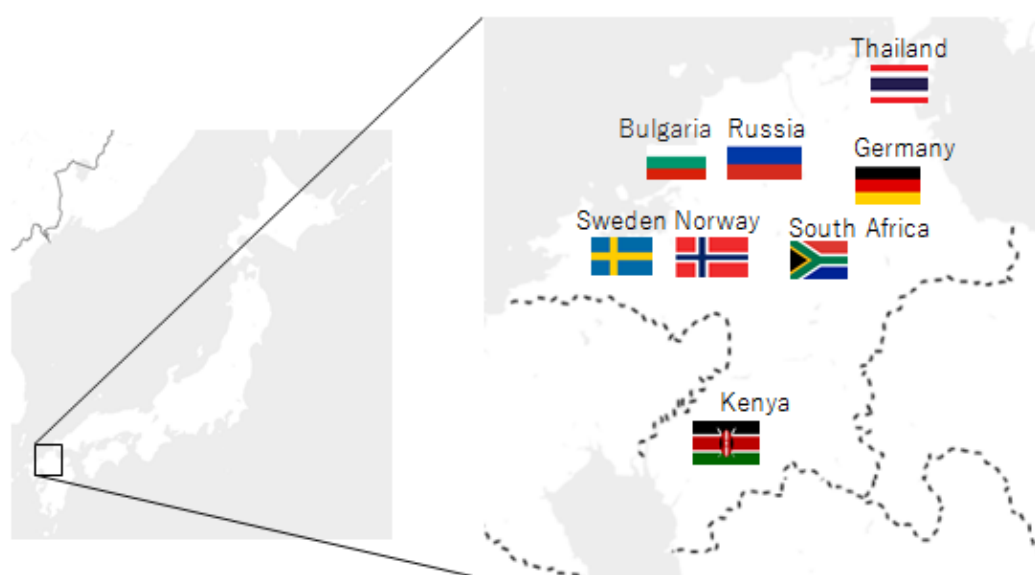
- Dr. Koji Wada, National Center for Global Health and Medicine, Japan
- Dr. Nwe Nwe Oo, Director General, Department of Health professional Development and Management, Ministry of Health, Myanmar
- Dr. Sengchanh Kounnavong, Vice Director, National Institute Of Public Health, Lao People's Democratic Republic
- Dr. Nakashima Kazutoshi, Professor, Department of Health Science, Faculty of Sports and Health Science, Daito Bunka University, Japan



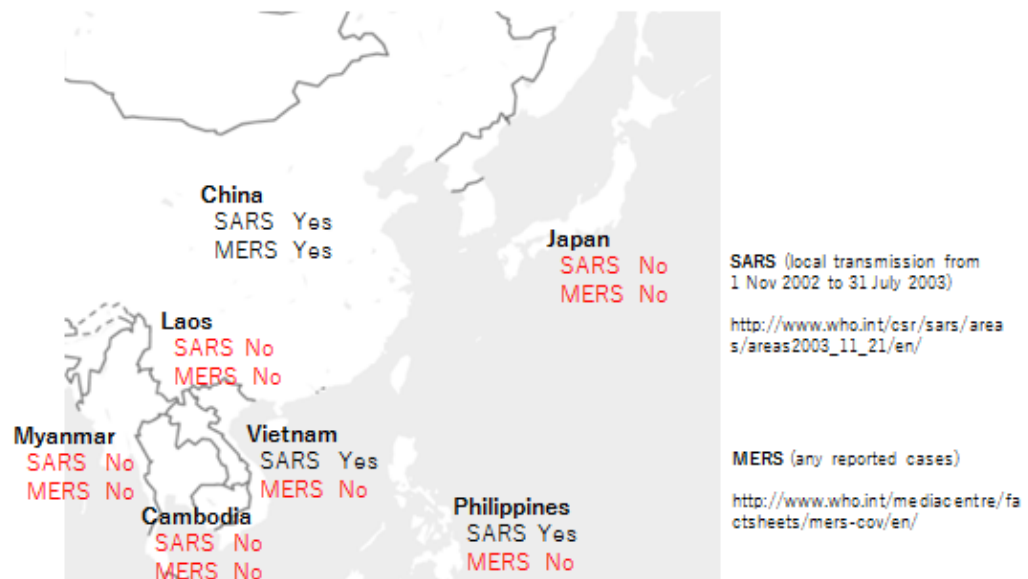
Detailed plans for infectious diseases during Tokyo 2020

- Strengthening surveillance for infectious diseases during the Tokyo 2020 Olympics, including event-based surveillance
- Improving laboratory capacity to respond to large-scale outbreaks and diseases not prevalent in Japan
- Clarifying decision-making mechanisms, based on surveillance data
- Conducting simulation exercises of the response to potential events

Host cities in Fukuoka Prefecture, Japan



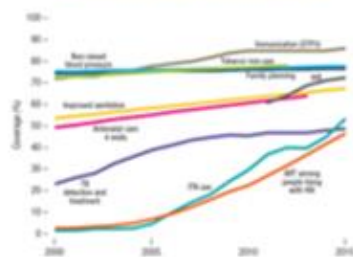
Experiences of controlling SARS and MERS



- Dr. Torahiko Terada (1878–1935), physicist and essayist
- “It is easy to fear a thing too much or too little, but it is difficult to fear it appropriately.”
- “Disasters will come after we have forgotten past disasters.”

Japan has the highest life expectancy - the World Health Statistics 2017 report

Global trends in tracer indicators of coverage of essential health services



MAY 22, 2017 - Japan's average life expectancy at birth is still the highest in the world, with 83.7 years, according to the World Health Statistics 2017 report, released by WHO on May 17th.

http://www.who.int/kobe_centre/mediacentre/whs/en/

Brunei Darussalam, Cambodia, Japan verified as achieving measles elimination

Western Pacific Region achieves progress towards measles elimination, but challenges remain

News release

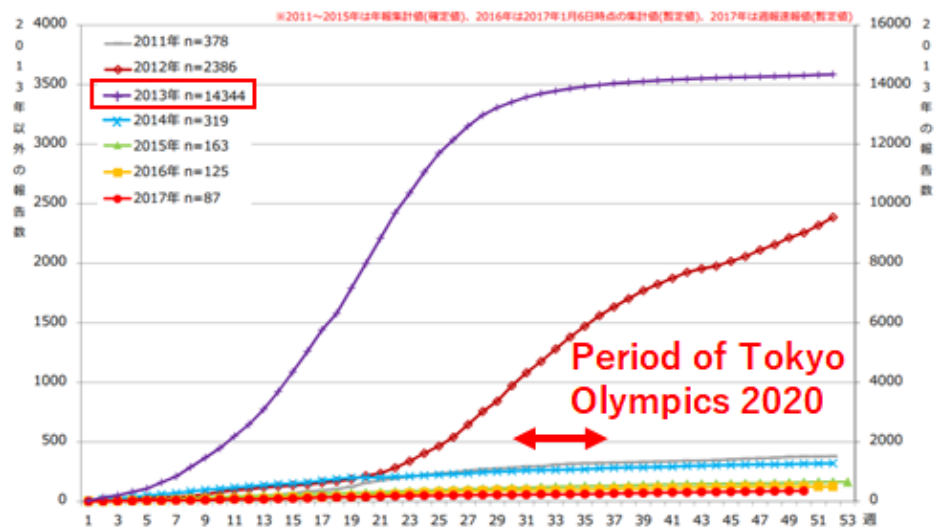
MACAO SAR (CHINA), 27 MARCH 2015 - Brunei Darussalam, Cambodia and Japan have been verified as having achieved measles elimination by the Measles Regional Verification Commission. The three countries join Australia, Macao SAR (China), Mongolia and the Republic of Korea as countries and areas in the Western Pacific Region that have successfully eliminated measles.



WHO/B. Bayutas

<http://www.wpro.who.int/mediacentre/releases/2015/20150327/en/>

Cumulative cases of rubella in Japan



<https://www.niid.go.jp/niid/images/idsc/disease/rubella/2017pdf/rube17-50.pdf>

WHO Director-General summarizes the outcome of the Emergency Committee regarding clusters of microcephaly and Guillain-Barré syndrome

WHO statement on the first meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee on Zika virus and observed increase in neurological disorders and neonatal malformations

1 February 2016

Members of the Committee agreed that the situation meets the conditions for a Public Health Emergency of International Concern.

I have accepted this advice.

I am now declaring that the recent cluster of microcephaly cases and other neurological disorders reported in Brazil, following a similar cluster in French Polynesia in 2014, constitutes a Public Health Emergency of International Concern.

<http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2016/emergency-committee-zika-microcephaly/en/>

WHO public health advice regarding the Olympics and Zika virus

28 MAY 2016 | GENEVA - Based on current assessment, cancelling or changing the location of the 2016 Olympics will not significantly alter the international spread of Zika virus. Brazil is 1 of almost 60 countries and territories which to date report continuing transmission of Zika by mosquitoes. People continue to travel between these countries and territories for a variety of reasons. The best way to reduce risk of disease is to follow public health travel advice.

<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/zika-health-advice-olympics/en/>

Japanese golfer does not attend the Rio Olympics because of concerns about Zika and local security

ゴルフ松山英樹、リオ五輪辞退 ジカ熱・治安不安理由に

2016年7月4日 10時44分

シェア ツイート ブックマーク メール 印刷

389

list

1



男子プロゴルフの松山英樹(24)は4日、8月のリオデジャネイロ五輪の出場を辞退すると所属事務所を通じて発表した。ジカウイルス感染症(ジカ熱)と治安の不安、虫さされに強い反応が出る体質を理由に挙げ、「不安を抱えながらではベストなコンディションで臨めない」とした。

<http://www.asahi.com/articles/ASJ742V2RJ74KTQ2003.html>

Rio Olympics: which athletes have withdrawn over Zika fears?



Milos Raonic, Rory McIlroy and Jason Day will not take part in the Rio Olympics. CREDIT: GETTY IMAGES

By Chiara Palazzo, STAFF

4 AUGUST 2016 - 10:24AM

World number one Jason Day became the latest top golfer to withdraw from August's Rio de Janeiro Olympic Games because of Zika virus concerns in late June.

<http://www.telegraph.co.uk/sport/0/rio-olympics-which-athletes-have-withdrawn-over-zika-fears/>



TOKYO 2020



TOKYO 2020



DATE 24 JUL - 09 AUG	COUNTRY JAPAN	COUNTDOWN 936 DAYS TO GO	WEBSITE TOKYO2020.JP
--------------------------------	-------------------------	------------------------------------	--------------------------------

<https://www.olympic.org/tokyo-2020>

Nwe Nwe Oo
*former Director General, Department of Health Professional Development
and Management, Ministry of Health (Myanmar)*

Emerging infectious diseases in Myanmar

Nwe Nwe Oo

The Republic of the Union of Myanmar



Avian influenza



1/17/2018

nno

3

Avian influenza

- Myanmar has experienced of Avian Influenza outbreaks in poultry since 2006.
- first - during the year 2006
- second - February and September 2007
- third - November 2007, only one human case of AI was detected who was a seven years old girl, cured and survived
- Fourth – February and March 2010
- fifth - January 2011

1/17/2018

nno

4

- In 2017, two influenza attacks in the rainy season of July, namely A/H1N1-2009 (swine flu) and H5N1 (avian flu)
- The swine flu broke out on July 21 mainly in Yangon.
- The avian flu occurred on July 26 in Dawei township, southern Tanintharyi region.

1/17/2018

nno

3

Seasonal influenza



1/17/2018

nno

6

Seasonal influenza

- H1N1 strains of flu has been circulating in Myanmar seasonally since a global pandemic in 2009, although deaths from the virus had not been reported in recent years.
- Seasonal influenza H1N1 (Influenza A (H1N1)pdm09) outbreak occur starting from July 2017 to September 2017.
- Number of cases confirmed by laboratory = 307
number of death = 33 (21.7.17 to 23.8.17)

1/17/2018

nno

7

Prevention and control of influenza

Under the stewardship of the Ministry of Health and Sports, the Central Epidemiology Unit (CEU) is the National Focal Point for the Communicable Disease Surveillance and Response.

- public awareness
- Health education on self-protection plus self-control and strict observance of the directives issued by the ministry

1/17/2018

nno

8

Department of Public Health staff put up pamphlets about swine flu at Lanmadaw township in Yangon, Myanmar, Aug. 02,



1/17/2018

nno

9

- postpone a popular religious festival to prevent huge crowd gathering
- cooperate with departments and organizations
 - Livestock Breeding and Veterinary Department
 - Ministry of Agriculture, Livestock and Irrigation

1/17/2018

nno

10

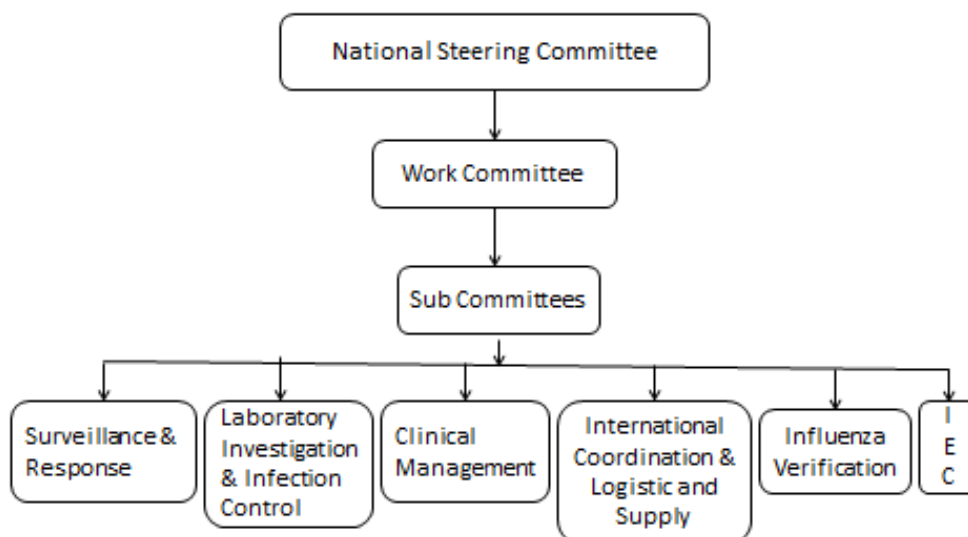
- prevention, protection, surveillance, and treatment measures are being implemented not only in government hospitals but also in private hospitals and clinics, and collaboration with Myanmar Medical Association and GP society

1/17/2018

nno

11

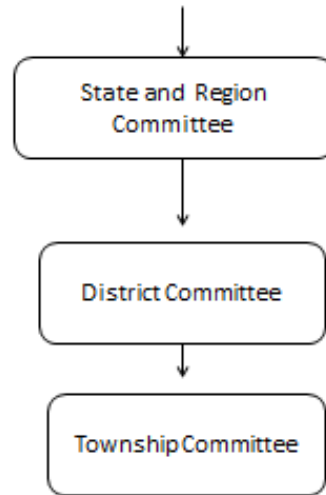
NATIONAL PREPAREDNESS AND RESPONSE ON AVIAN INFLUENZA



1/17/2018

nno

12



1/17/2018

nno

13

National pandemic preparedness plan for avian and human influenza

- **Surveillance, early warning and active response system**
 - to detect clusters of severe acute respiratory infections at community and hospital settings, which can determine possible clues to detect suspected outbreak of avian and human Influenza

1/17/2018

nno

14



- **Rapid Response Teams** has been strengthened at state/region and district level by providing training
- **Field Epidemiology Training program(FETP)**
 - to have competency in field epidemiology, including surveillance and response activities for emerging and re-emerging infectious diseases

1/17/2018

nno

15

- **One health approach- Joint Field Epidemiology Training Program**



- One Health - human health, animal health and environment
- effective collaboration and cooperation from Animal Health sector, Human Health sector and Wildlife sector in helping protect lives of humans, animals and wildlife

1/17/2018

nno

16

laboratories



1/17/2018

nno

17

- **National Influenza Laboratory (National Influenza Center)**
 - **regional laboratories and Department of Medical Research laboratory**
 - for Influenza Like Illness (ILI) surveillance
 - diagnosis of avian and human pandemic influenza, as well as other emerging and re-emerging diseases
- (WHO provided logistic and technical support)

1/17/2018

nno

18

- **Training of Trainers (TOT) training on Respiratory Infection Control**

- to prevent nosocomial infection and transmission of communicable diseases including Avian and Human Pandemic Influenza among the hospital staffs, patients and family members in the hospital settings

1/17/2018

nno

19

Networking

- ASEAN Disease Surveillance Network (ADSNet) (regional surveillance systems)
- WHO, Mekong Basin Disease Surveillance Net (MBDS) Network.
- ASEAN Plus Three health cooperation
- ASEAN Plus Three Disease Surveillance Network

1/17/2018

nno

20

- ASEAN Plus Three Field Epidemiology Training Network (FETN)
 - ASEAN Plus Three Partnership Laboratories
- Networking information system still needs improvement for more effective response to avian influenza outbreak

1/17/2018

nno

21

ASEAN Plus Three health cooperation



- **7th ASEAN Plus Three health ministers meeting**
- The meeting agreed to collaborate with the People's Republic of China, Japan and Republic of Korea for 2017-2018 and ASEAN countries in responding to emerging infectious diseases.

1/17/2018

nno

22

Sengchanh KOUNNAVONG
Vice Director, National Institute Of Public Health (Laos)

The International Health Regulations (2005) (IHR) have been in force since 15 June 2007, ensuring that national, regional and international capacities are in place to manage public health events and emergencies in a collective, coordinated and effective manner. Therefore, Lao PDR as one of the World Health organization's member states and member of the ASEAN + 3 countries (APT) has been prepared the Global Health Security Agenda Roadmap to enhancing health security, with a focus on strengthening resilience to threats such as priority infectious diseases, emerging disease outbreaks and other emergencies with health consequences in particular where possible, Lao PDR will actively support activities that enhance collaboration between countries, such as joint missions and exchange of technical expertise through different mechanisms.

Ministry of Health, Lao PDR continue to maintain and improve IHR core capacities and work to obtain or renew political commitment to enhance financial sustainability of those capacities; continue to review preparedness and response systems to identify and address gaps in light of MERS, avian influenza and other public health events; and continue to Test and evaluate functional capacities through strengthened self-assessment systems, outbreak reviews, discussion-based and operations-based exercises.

Cross-sectoral collaboration is important when preparing for and responding to disease outbreaks and other public health events. Some of the following desired impact are expected from the GHSA Roadmap for Lao PDR:

Deployment: Countries will have the necessary legal and regulatory processes and logistical plans to allow for the rapid cross-border deployment and receipt of public health and medical personnel during emergencies. Regional (international) collaboration will assist countries in overcoming the legal, logistical and regulatory challenges to deployment of public health and medical personnel from one country to another.

Real Time Surveillance Systems: A functioning public health surveillance system will capable of identifying potential events of concern for public health and health security, and country and intermediate level/regional capacity to analyse and link data from and between strengthened real-time surveillance systems, including interoperable, interconnected electronic reporting systems. Countries will support the use of interoperable, interconnected systems capable of linking and integrating multi-sectoral surveillance data and using resulting information to enhance the capacity to quickly detect and respond to developing biological threats. Foundational capacity is necessary for both indicator-based (including syndromic) surveillance and event-based surveillance, in order to support prevention and control activities and intervention targeting for both established infectious diseases and new and emerging public health threats. Strong surveillance will support the timely recognition of the emergence of relatively rare or previously undescribed pathogens in specific countries.

Preparedness: Emergency response operation up to sub-national (local and intermediate) level during public health emergency is successfully conducted in line with the emergency response plan with

adequate support of resources and capacities.

Emergency Response Operations: Effective coordination and improved control of outbreaks as evidenced by shorter times from detection to response and smaller numbers of cases and deaths.

Toward Building a Cooperation Network for Controlling the Emerging Infectious Diseases

INTERNATIONAL SYMPOSIUM "TOWARD BUILDING A RESILIENT NETWORK FOR REGIONAL HEALTH
COOPERATION IN EAST ASIA"

TOKYO, JAPAN

15 JANUARY 2018

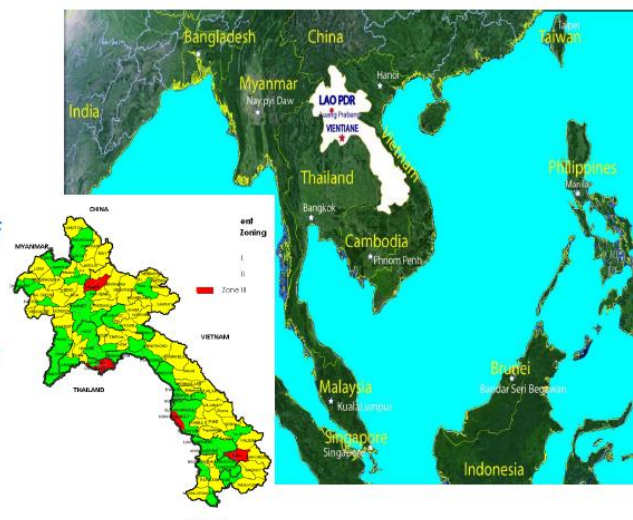
SENGCHANH KOUNNAVONG, PhD

Deputy Director General of Lao Tropical Medicine and Public Health Institute



INTRODUCTION

- The International Health Regulations (2005) (IHR) have been in force since 15 June 2007,
- Lao PDR as one of the World Health organization's member states and member of the ASEAN + 3 countries (APT)
- Strengthening resilience to threats such as priority infectious diseases, emerging disease outbreaks and other emergencies
- Lao PDR will actively support activities that enhance collaboration between countries



VISIT LAO YEAR 2018



Overall ROAD MAP up to 2020

- ❖ Ministry of Health, Lao PDR continue to maintain and improve IHR core capacities
- ❖ Working to obtain political commitment to enhance financial sustainability of those capacities;
- ❖ Continuing to review preparedness and response systems to identify and address gaps in light of MERS, avian influenza and other public health events;
- ❖ Strengthened self-assessment systems, outbreak reviews, discussion-based and operations-based exercises.

ROAD MAP for Cross-sectoral collaboration

Deployment:

- Legal and regulatory processes
- Logistical plans to allow for the rapid cross-border deployment and receipt of public health and medical personnel during emergencies.
- Assistance of Regional (international) collaboration

Real Time Surveillance Systems

- A functioning public health surveillance system
- Strengthened real-time surveillance systems
- Foundational capacity is necessary for both indicator-based (including syndromic) surveillance and event-based surveillance, in order to support prevention and control activities and intervention targeting for both established infectious diseases and new and emerging public health threats.

Preparedness

- Emergency response operation up to sub-national (local and intermediate) level
- Emergency response plan with adequate support of resources and capacities.

Emergency Response Operations

- Effective coordination and improved control of outbreaks



<http://tourismloaos.org/>



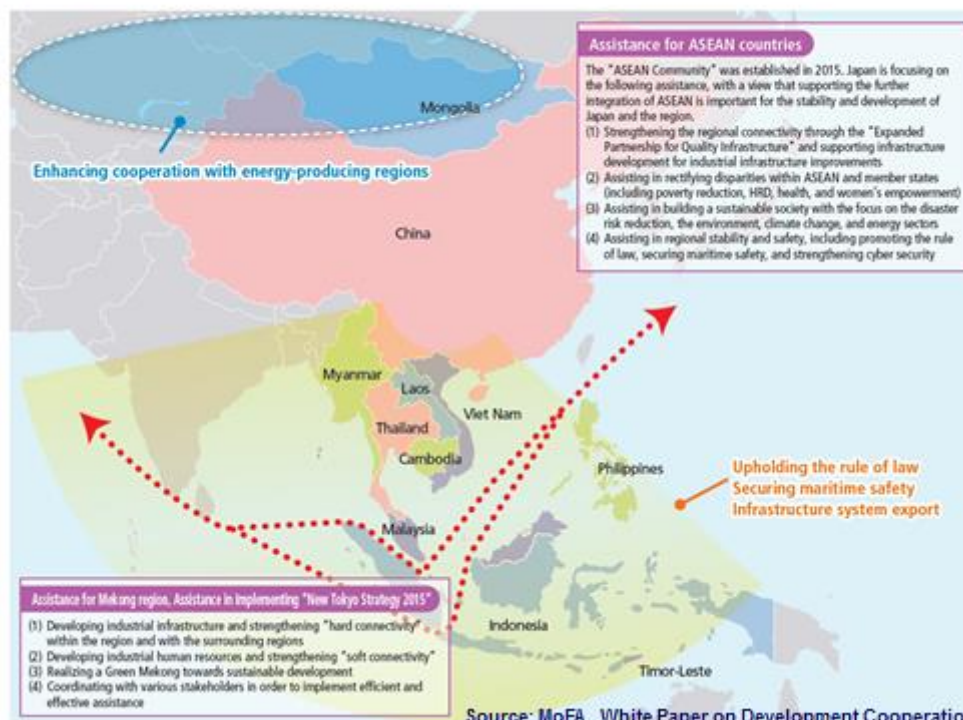
NAKASHIMA Kazutoshi
*Professor, Department of Health Science, Faculty of Sports and Health
Science, Daito Bunka University (Japan)*

*International symposium:
Towards Building a Resilient Network for Regional Health Cooperation in East Asia,
15 Jan 2018*

RESPONSES TO INTERNATIONAL INFECTIOUS DISEASE EMERGENCIES AND CAPACITY BUILDING IN JAPAN

**KAZUTOSHI NAKASHIMA, MD, PHD, FIELD EPIDEMIOLOGIST
DAITO BUNKA UNIVERSITY
DEPARTMENT OF HEALTH SCIENCE
KNAKASHIMA@IC.DAITO.AC.JP**

Japan's international cooperation policy in the East Asia Region



JAPAN'S INTERNATIONAL CONTRIBUTION IN HEALTH, 2016

- ODA total budget: 1.1673 trillion JPY (Approx. 9.7 billion USD)



Personal protective equipment against the Ebola virus disease provided to Mali.



IDR Infectious Diseases Response Team members support yellow fever vaccination campaign. (Assistance in responding to the yellow fever outbreak in the Democratic Republic of the Congo)



The Japanese International Cooperation (JICA) carries out the project for strengthening of the local health system in order to improve the national and oral health in the rural area of the Democratic Republic of the Congo (DRC). (Photo courtesy of JICA)



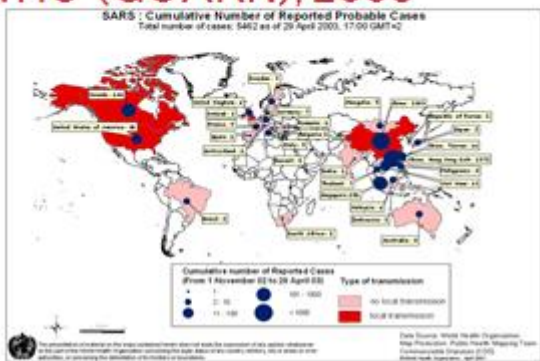
Kick-off ceremony of the project—Improvement of Hospital Management Capacity, Cho Ray Hospital, Viet Nam.

MoFA: White Paper on Development Cooperation 2016
NCGM: Technical Cooperation Overseas and Support for Japan, 2016



SARS: ID EMERGENCY RESPONSE THROUGH WHO (GOARN), 2003

SARS: Cumulative Number of Reported Probable Cases
Total number of cases: 5442 as of 29 April 2003, 17:00 GMT+02



Cumulative number of Reported Cases
From 1 November 02 to 29 April 03

- 1 - 100
- 101 - 1000
- 1001 - 10000
- > 10000

Type of transmission

- no local transmission
- local transmission

Data Source: World Health Organization
Map Production: Public Health Mapping Team
Communicable Diseases Unit
Address: World Headquarters, WHO, Geneva





Source: WHO (map)
Photos in Hong Kong, April 2003

EBOLA OUTBREAK, WEST AFRICA, 2014-15

World Health Organization

Health topics Data Media centre Publications Countries Programmes Governance About WHO Search

Ebola outbreak 2014-2015

Liberia and Guinea discharge final Ebola patients in latest flare-up and begin 42 days of heightened surveillance

2 May 2016 – Liberia's Ministry of Health, WHO and partners held a ceremony at the Ebola treatment facility in Monrovia to celebrate the recovery and discharge of a 2-year-old boy, the final patient in a latest flare-up in Liberia. His 5-year-old brother recovered a week earlier.

[Read the story from Liberia](#)





Source: WHO, photos taken by the speaker

STRENGTHENING JAPAN'S ID EMERGENCY MANAGEMENT CAPACITY

MoHLW: Infectious Disease Emergency Specialist Training Program (IDES)
Since: 2015

「感染症危機管理専門家養成プログラム：Infectious Disease Emergency Specialist Training Program (IDES)」採用案内
平成28年度の募集は終了しました。



NIID: Field Epidemiology Training Program (FETP)
Since: 1999

NIID 実地疫学専門家養成コース
Field Epidemiology Training Program

FETP

概要
平成13年に感染症法が施行され、新法適用での感染症予防に際する義務が重要となり、そのための実地疫学専門家が必要とされるようになった。そのための専門家を養成するための2年間の実務研修である本コースが平成11年に設置された。

目的
感染症危機管理事例を迅速に推知して適切な対応を実施するためのコアとなる実地疫学者を養成し、その全体的ネットワークを確立する。



JICA: Japan Disaster Relief (JDR) Infectious Disease Response Team (IDRT)
Since: 2015

JICAは、感染症対策に係る幅広い分野での支援を可能にするため、疫学、検査診断、治療・感染制御、公衆衛生の5つの分野において知識・経験を有する専門家を、派遣隊員候補者として募集し、登録します。

【リンク】国際緊急派遣隊員候補者登録システム (JICA/WHO/JV)

WHO 1996

"We are standing on the brink of a global crisis in infectious diseases. No country is safe from them. No country can any longer afford to ignore their threat,"

the Director-General of WHO, Dr Hiroshi Nakajima,

World Health Report, 1996



禁無断転載

CC-J-IV-0042

東アジア共同体評議会

〒107-0052 東京都港区赤坂 2-17-12-1301

TEL : 03-3584-2190

FAX : 03-3589-5120

URL : <http://www.ceac.or.jp> E-mail : ceac@ceac.or.jp