

主要国・地域の健康長寿関連市場の動向調査

2016年3月

2017年3月（追補）

日本貿易振興機構（ジェトロ）

サービス産業部

【免責事項】

本調査レポートで提供している情報は、ご利用される方のご判断・責任においてご使用ください。

ジェトロでは、できるだけ正確な情報の提供を心掛けておりますが、本調査レポートで提供した内容に関連して、ご利用される方が不利益等を被る事態が生じたとしても、ジェトロ及び執筆者は一切の責任を負いかねますので、ご了承ください。

禁無断転載

はじめに

政府の成長戦略「日本再興戦略」では、世界や我が国が直面している社会課題のうち、「日本が国際的に強み」を持ち、「グローバル市場の成長が期待」でき、「一定の戦略分野が見込めるテーマ」の一角として、健康寿命延伸産業の育成等を掲げている。国内の医療関連産業の活性化に加えて、医療の国際展開を進める方針である。

医療、健康分野は多種多様な品目、サービスがあり、中小企業が担う役割が大きい。日本の健康長寿にはアジアをはじめ世界が関心を示しており、健康長寿を支える中小企業の関連製品や技術、サービスを速やかに海外に紹介していくことが求められている。

本調査は、世界各国の経済・人口・医療データや健康関連指標等を各国横断的に比較することで、日本の健康長寿関連産業にとり特に有望な海外市場を抽出する目的で実施した。データは原則として、国連、世界銀行、OECD 等国际機関をはじめとする公開情報を用いた。また有望市場の見極めにあたっては、データだけでは計りきれない面もあるため、各国の政策や市場動向、生活習慣などといった個別事情なども可能な限り織り交ぜて分析した。

本報告書は3つの章で構成される。第1章ではマクロデータ・健康指標を用いて世界の地域ごとに状況を比較した。第2章では、第1章の比較結果を基に、地域ごとに傾向を分析した上で、海外展開に有望と考えられる国を抽出した。第3章では、第2章で選んだ有望国について、各国の直面する健康関連の課題や現地政府の取組、その他健康長寿に関する話題等を紹介した。

日本の健康長寿関連産業の海外展開先として、必ずしも、本報告書で取り上げた17か国のみが重要市場に限られるわけではないが、海外の需要の取り込みに意欲ある中小企業各位におかれては、有望市場の一つの捉え方として参照いただきたい。

本報告書の調査結果が、健康長寿関連産業に係る今後の海外展開の一助となれば幸いである。なお、本書は米国ワシントン DC にある調査会社ワシントンコアの協力を得てとりまとめた。

(2017年3月 追補) 本報告書の分析構造は2016年時点のものを維持しつつ、第1章の一部アップデートを行うと共に、日本企業からの情報ニーズある国・地域として第3章でフィリピン、シンガポール、韓国、台湾の項目を追加した。

2016年3月

2017年3月<追補>

日本貿易振興機構(ジェトロ)

サービス産業部

<ジェトロのヘルスケア分野における海外展開支援のご案内>

ジェトロのサービス産業部ヘルスケア産業課では、バイオ医薬品関連、医療機器、健康長寿関連製品・サービス等の海外展開を、海外見本市での商談機会の設定などを通じてサポートしております。各種サービスのご案内は以下ウェブサイトをご覧ください。

(ジェトロ ライフサイエンス分野の取組に関するご案内)

https://www.jetro.go.jp/industrytop/life_science/

目次

はじめに	ii
サマリー	6
第1章 マクロデータ・健康指標の比較.....	8
1.1 アジア、オセアニア	9
1.2 北米	12
1.3 中南米	13
1.4 欧州	15
1.5 中東	19
1.6 アフリカ.....	21
第2章 マクロデータ・健康指標の分析と、有望市場の絞り込み.....	23
2.1 栄養不足.....	23
2.2 アルコール摂取量.....	26
2.3 喫煙	28
2.4 塩分摂取量.....	30
2.5 野菜・果物摂取量.....	31
2.6 運動不足人口の割合.....	34
2.7 高コレステロール人口の割合.....	36
2.8 高血圧人口の割合.....	38
2.9 体重過多・肥満人口の割合.....	42
2.10 糖尿病人口の割合.....	45
2.11 医療費	46
2.12 GDP	48
2.13 高齢者の暮らしやすさ指数.....	49
2.14 分析結果に基づく有望市場の絞り込み.....	52
第3章 有望市場の状況	57
グループ A	57
3.1 米国	57
3.1.1 健康長寿に関する課題	57
3.1.2 政府の取組	60
3.1.3 国民のライフスタイルの変化と民間の取組事例.....	62
3.2 中国	65
3.2.1 健康長寿に関する課題	65
3.2.2 政府の取組	68
3.2.3 国民のライフスタイルの変化と民間の取組事例.....	69
3.3 ドイツ	71
3.3.1 健康長寿に関する課題	71
3.3.2 政府の取組	77
3.3.3 国民のライフスタイルの変化と民間の取組事例.....	79
3.4 ブラジル.....	80
3.4.1 健康長寿に関する課題	80
3.4.2 政府の取組	85

3.4.3	国民のライフスタイルの変化と民間の取組事例.....	87
3.5	インド.....	88
3.5.1	健康長寿に関する課題.....	88
3.5.2	政府の取組.....	92
3.5.3	国民のライフスタイルの変化と民間の取組事例.....	94
3.6	メキシコ.....	97
3.6.1	健康長寿に関する課題.....	97
3.6.2	政府の取組.....	100
3.6.3	国民のライフスタイルの変化と民間の取組事例.....	102
3.7	トルコ.....	103
3.7.1	健康長寿に関する課題.....	103
3.7.2	政府の取組.....	106
3.7.3	国民のライフスタイルの変化と民間の取組事例.....	110
	[コラム] トルコ健康関連市場の現況.....	111
3.8	サウジアラビア.....	115
3.8.1	健康長寿に関する課題.....	115
3.8.2	政府の取組.....	118
3.8.3	国民のライフスタイルの変化と民間の取組事例.....	119
3.9	UAE (アラブ首長国連邦).....	121
3.9.1	健康長寿に関する課題.....	121
3.9.2	政府の取組.....	124
3.9.3	国民のライフスタイルの変化と民間の取組事例.....	126
3.10	マレーシア.....	129
3.10.1	健康長寿に関する課題.....	129
3.10.2	政府の取組.....	132
3.10.3	国民のライフスタイルの変化と民間の取組事例.....	133
グループ B.....		136
3.11	ロシア.....	136
3.11.1	健康長寿に関する課題.....	136
3.11.2	政府の取組.....	139
3.11.3	国民のライフスタイルの変化と民間の取組事例.....	141
3.12	インドネシア.....	144
3.12.1	健康長寿に関する課題.....	144
3.12.2	政府の取組.....	151
3.12.3	国民のライフスタイルの変化と民間の取組事例.....	152
3.13	カンボジア.....	153
3.13.1	健康長寿に関する課題.....	153
3.13.2	政府の取組.....	157
3.13.3	国民のライフスタイルの変化と民間の取組事例.....	159
3.14	ナイジェリア.....	160
3.14.1	健康長寿に関する課題.....	160
3.14.2	政府の取組.....	161
3.14.3	国民のライフスタイルの変化と民間の取組事例.....	162
3.15	タイ.....	164

3.15.1	健康長寿に関する課題	164
3.15.2	政府の取組	166
3.15.3	国民のライフスタイルの変化と民間の取組事例.....	167
	[コラム] ジェトロ 健康長寿広報展 in タイ (2016年3月)	170
3.16	ベトナム.....	172
3.16.1	健康長寿に関する課題	172
3.16.2	政府の取組	173
3.16.3	国民のライフスタイルの変化と民間の取組事例.....	176
	[コラム] ジェトロ 健康長寿広報展 in ベトナム (2015年9月)	178
3.17	ミャンマー.....	181
3.17.1	健康長寿に関する課題	181
3.17.2	政府の取組	183
3.17.3	国民のライフスタイルの変化と民間の取組事例.....	184
	[コラム] ジェトロ 健康長寿広報展 in ミャンマー (2015年3月)	187
3.18	フィリピン.....	189
3.18.1	健康長寿に関する課題	189
3.18.2	3.18.2 政府の取組	191
3.18.3	国民のライフスタイルの変化と民間の取組例	193
3.19	シンガポール.....	195
3.19.1	健康長寿に関する課題	195
3.19.2	政府の取組	197
3.19.3	国民のライフスタイルの変化と民間の取組事項.....	200
3.20	韓国	202
3.20.1	健康長寿に関する課題	202
3.20.2	政府の取組	206
3.20.3	国民のライフスタイルの変化と民間の取組事例.....	207
3.21	台湾	211
3.21.1	健康長寿に関する課題	211
3.21.2	政府の取組	213
3.21.3	国民のライフスタイルの変化と民間の取組	215
	総括	218

サマリー

本調査の狙い

- 政府の成長戦略「日本再興戦略」（平成 25 年 6 月 14 日閣議決定）では、戦略市場プランの一つに、健康寿命延伸産業の育成等が盛り込まれ、医療の国際展開もこの一環に位置づけられている。先進医療、高齢化対応など、日本には健康長寿を支える多様な技術・ノウハウがあり、関連製品・サービスは海外市場でも十分なポテンシャルがある。
- マクロの経済データや各種の健康指標、さらに各国における政策、市場動向等から、中小企業をはじめとする我が国健康長寿関連製品・サービスの展開先として有望性の高い市場を抽出し、その特徴を分析する。

調査の手法

- マクロデータ、健康指標 17 項目で各国を横比較。

<比較に使用したデータ・指標>

GDP、医療費（総額/GDP 比/1 人当たり）、栄養不足人口の割合、5 歳以下の低体重人口の割合、体重過多人口の割合、肥満人口の割合、高血圧人口の割合、高コレステロール人口の割合、塩分摂取量、野菜の摂取量、喫煙者の割合、アルコール摂取量、糖尿病人口の割合、運動不足人口の割合、高齢者の暮らしやすさ

- 海外展開先としての有望さをみる上で、まずは市場規模（GDP、医療費）、生活習慣病等健康面の課題の多さ（肥満、糖尿病の割合）の点から地域別に特徴的な国を 10 カ国抽出。（米国、中国、ドイツ、メキシコ、トルコ、インド、サウジアラビア、ブラジル、マレーシア、UAE）
- 上記 10 カ国に加えて、その他の指標や現地の政策、市場動向も加味すると有望性が見込める国を 7 カ国抽出。（インドネシア、カンボジア、ロシア、タイ、ベトナム、ミャンマー、ナイジェリア）

有望市場の共通点

健康長寿関連製品・サービス市場としての有望性が認められる国・地域の多くには、程度の差こそあれ、主に以下のような 2 点の特徴がみられる。

本報告書では有望市場として 17 カ国をリストアップしたが、日本の健康長寿関連産業の海外展開先として有望な市場がこれらに限られる訳ではなく、以下特徴が同時に認められる国・地域では同様に、潜在的なビジネス機会があると考えられる。

特徴 1：高齢化や生活習慣病の拡大等、深刻な健康問題に直面している

高齢化、食の欧米化、野菜摂取不足、運動不足等が、体重過多・肥満増、糖尿病増、高コレステロールの拡大につながっている。

特徴 2：現地における健康意識の高まりを反映する、官民双方での前向きな取組が存在する

現地政府による健康関連イニシアチブ（例：健康に関する戦略、教育・啓蒙活動）の他、大手企業を中心に従業員向けの健康プログラムの充実、主に中・高所得層がけん引する形でオーガニック等健康食やスパ・フィットネス等の身体ケアへの関心が拡大している。

有望市場
主な共通点

【高齢化や生活習慣病の拡大等、深刻な健康問題に直面】

高齢化	食の欧米化	野菜摂取不足	運動不足
体重過多・肥満増	糖尿病増	高コレステロール	

【現地の健康意識の高まりを反映する、前向きな取組の存在】

政府の健康関連イニシアチブ	大手企業による従業員向け健康事業
オーガニック等健康食に関心	スパ・フィットネス等の身体ケアに関心

米国	<ul style="list-style-type: none"> GDP、医療費、体重過多、糖尿病の割合で軒並み世界1位 医療保険制度改革を受け、健康管理、予防医療にも関心 ウェアラブルデバイス等、革新的機器のトレンド発信地 オーガニック等健康重視の食品市場に広がり
ドイツ	<ul style="list-style-type: none"> 少子高齢化が進行、高齢者の共同生活後押しする施策も 介護人材不足に課題、東欧の施設に入所する視察も 食の健康に高い意識(農薬、遺伝子組換え食品への抵抗感、オーガニック、ベジタリアン食の人気)
トルコ	<ul style="list-style-type: none"> 中東地域でGDP、医療費は1位 政府は2003年から医療保険制度改革、公的医療が充実化 医療インフラ充実に向けて、60件以上の病院PPP案件創出 中堅の高所得層の間でフィットネスクラブやオーガニック食への関心大
サウジアラビア	<ul style="list-style-type: none"> 中東地域でGDPはトルコに次ぐ2位 人口の7割が体重過多、3割は肥満、糖尿病は4人に1人、運動不足は6割 健康食市場は堅調に拡大、エナジードリンクがカフェイン代替品で人気 女性専用フィットネス施設が相次ぎ開設
マレーシア	<ul style="list-style-type: none"> 国民の16%が肥満、肥満率の低いアジアでは突出した数値。糖尿病人口の割合は1割超とアジア・オセアニアで1位。国民の半数以上が運動不足 体重、BMIを学校の成績の一部に加える政策が発表されたことも 政府は糖尿病、喫煙、飲酒、薬物対策強化 病院との連携や、サッカー等スポーツ振興に熱心な地場大手企業も
ロシア	<ul style="list-style-type: none"> 若いうちの死亡率が欧州諸国の2倍、アルコール消費量世界最多水準 政府は成人病予防のガイドライン作成等、生活習慣改善対策に熱心 欧米の流行に敏感な大都市圏の高所得層を中心に健康意識の高まり。 オーガニック食市場は小さいながら活況、その他薬草等も成長拡大傾向
カンボジア	<ul style="list-style-type: none"> 基礎的医療インフラ整備に向け、これまで公的医療施設増に注力 ファストフードの流行と同時に、オーガニック野菜にも堅調な需要 アンコールワット周辺には、スパ、フィットネス等に重きを置いた癒し系施設 2013年に日本とカンボジアは医療分野の協力覚書署名
タイ	<ul style="list-style-type: none"> 高齢者増加速度が加速、2040年には65歳以上が4人に1人へ タイ政府は「治療から予防へ」の方針掲げ、国民の健康増進対策 オーガニック食品や、ノンカロリー、シュガーレス製品への関心高まり 大都市の消費者によるモール、スーパー、コンビニ利用拡大
ミャンマー	<ul style="list-style-type: none"> 平均寿命66歳はASEANで最長、1歳未満乳児死亡率はASEAN最多など、基礎的医療インフラの整備が優先 同時に成人病も増加し始め、医療の充実と、予防や健康維持・増進を同時並行で進める必要高まる 政府はスパ・ウェルネス産業の活性化を企図

中国	<ul style="list-style-type: none"> GDP、医療費、肥満人口数は米国に次いで世界2位 65歳以上は2015年の約10% ⇒ 2050年に1/4以上の3億人超へ 糖尿病0.9億人、糖尿予備軍1.5億人 2011年「中国高齢事業発展12次5カ年計画」決定、関連施策多数
ブラジル	<ul style="list-style-type: none"> 中南米地域最大のGDP、医療費 塩分摂取量は中南米地域で突出 国民の半数以上が体重過多・肥満、約4割が高コレステロール ジム施設は米国に次ぐ世界2位と、フィットネス文化が定着、今後も拡大へ
インド	<ul style="list-style-type: none"> 人口は世界2位、肥満人口は米中に次ぐ3位、糖尿病人口は中国に次ぐ2位。 エアインディアは客室乗務員の肥満防止に着手 1人当たりの飲酒量が急増、飲酒開始時期は低年齢化 がんの早期発見・治療は少なく、治療開始が後手に 政府は成人病の予防・管理に関する計画策定
メキシコ	<ul style="list-style-type: none"> 栄養不足人口の肥満化 2014年から、砂糖を含む飲料、脂肪を含む食料等に新規課税 市販飲用水の1人当たり消費量は年67.3ガロンで世界1位 メキシコシティではスクワット10回で地下鉄・バス無料券発行等の取組も
UAE	<ul style="list-style-type: none"> 7割以上が体重過多、3割以上が肥満、心臓発作患者の低年齢化 主要疾患の筆頭にうつ病、効果的な治療見出せず 政府は効率的な医療モデル実現のため「ドバイ健康戦略2016」策定。医療ツーリズム、生活習慣病対策等に重点。子供に焦点を絞った肥満対策も 生活習慣変える意思はあるが菓子等食の誘惑には勝てない面も
インドネシア	<ul style="list-style-type: none"> 喫煙率が高く、高コレステロール割合はアジア・オセアニアで1位の6割弱 成人病等による経済損失はGDP比で中国、インドを上回るとも 深刻な医師、医療インフラ不足 機能的食品に人気、フィットネス等スポーツ熱にも盛り上がり
ナイジェリア	<ul style="list-style-type: none"> アフリカでは人口1位、GDP1位 医療費のGDP比は域内で低く、低体重児が多いなど医療の充実度に課題 1人あたりアルコール摂取量はアフリカでは最も多い 予防に関心、特に健康サプリメント市場が活況、女性用フィットネスも進出
ベトナム	<ul style="list-style-type: none"> 日本企業の関心高いASEANで3位の人口、二人っ子政策転換の議論も 政府は喫煙規制を強化、2020年の若年層・男女別の喫煙率目標設定 公的医療保険の加入率拡大、2020の国民加入率8割目標 スパを中心としたウェルネス観光需要が拡大 モールやスーパー等に外資系ファストフード、カフェ等が進出、若者の支持

【注】 ここでは17か国を挙げたが、中小企業をはじめとする日本の健康長寿関連産業の海外展開先として有望な市場がこれらに限られる訳ではない。上記の課題や現地の状況が生じる国・地域では同様に、潜在的なビジネス機会があると考えられる。

第1章 マクロデータ・健康指標の比較

第1章では、世界103カ国を対象としたマクロデータおよび健康指標17項目に関するデータを地域別にまとめた。調査対象103カ国を以下6つの地域に分ける。

- ① アジア・オセアニア
- ② 北米
- ③ 中南米
- ④ 欧州
- ⑤ 中東
- ⑥ アフリカ

また、本調査では以下のデータ・指標を用いる。

(マクロデータ)

- GDP (名目)
- 医療費 (国全体) と GDP に占める割合
- 医療費 (国民一人当たり)

(健康指標)

- 栄養失調人口の割合
- 5歳以下の低体重人口の割合 体重過剰人口の割合
- 肥満人口の割合
- 高血圧を患う人口の割合
- 高コレステロール人口の割合
- 塩分摂取量 (g)
- 野菜の平均摂取量 (年間一人当たり) (Kg)
- 喫煙者の割合
- 平均アルコール摂取量 (リットル)
- 糖尿病人口の割合
- 運動不足人口の割合
- 高齢者の暮らしやすさ

1.1 アジア、オセアニア

	名目 GDP (10億ドル) 1	医療費 (10億ドル) 2	GDPに占める 医療費の割合 (%) ³	一人当たりの 医療費 (PPP int. \$) ⁴	全体に占める 栄養失調人口 の割合 (%) ⁵	5歳以下の低 体重人口の割 合 (%) ⁶
中国	\$11,007.72	\$637.55	5.5%	\$578	9.30%	3.40%
日本	\$4,383.08	\$473.95	10.2%	\$3,632	NA	NA
インド	\$2,095.40	\$87.30	4.7%	\$196	15.20%	43.50%
オーストラリア	\$1,339.14	\$136.65	9.4%	\$3,855	<5.00%	0.20%
韓国	\$1,377.87	\$100.29	7.4%	\$2,244	<5.00%	0.60%
インドネシア	\$861.93	\$27.05	2.8%	\$273	7.60%	19.90%
台湾	\$529.59 ⁷	\$34.95	6.9% ⁸	\$784.4 ⁹	3.98% ¹⁰	NA
タイ	\$395.17	\$17.18	6.5%	\$630	7.40%	9.20%
マレーシア	\$296.28	\$13.52	4.2%	\$894	<5.00%	12.90%
シンガポール	\$292.74	\$13.79	4.9%	\$662	<5.00% ¹¹	3.30%
フィリピン	\$292.45	\$13.17	4.7%	\$271	13.50%	20.20%
パキスタン	\$271.05	\$7.59	2.6%	\$122	22.00%	31.60%
バングラデシュ	\$195.08	\$7.49	2.8%	\$85	16.40%	36.80%
ベトナム	\$193.60	\$11.93	7.1%	\$292	11.00%	12.00%
ニュージーランド	\$173.75	\$18.27	11.0%	\$3,291	<5.00%	NA
スリランカ	\$82.32	\$2.54	3.5%	\$270	22.00%	26.30%
ミャンマー	\$62.60	\$1.16	2.3%	\$35	14.20%	NA
カンボジア	\$18.05	\$1.33	5.7%	\$209	14.20%	29.00%
ラオス	\$12.37	\$0.25	1.9%	\$86	18.50%	26.50%
モンゴル	\$11.74	\$0.74	4.7%	\$530	20.50%	4.70%

¹ 2015年データ (10億ドル) <http://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.MKTP.CD>

² 2013年データ (公共支出と私的支出を合計した医療支出) (10億ドル)。名目GDP (2013年) をGDPに占める医療費の割合 (2013年) で割って算出

³ 2014年データ (%) <http://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.TOTL.ZS>

⁴ 2012年データ (PPP int.\$ グスタフ・カッセルドル: 米ドルと同じ購買力平価を持つ仮想通貨)

http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/EN_WHS2015_Part2.pdf?ua=1

⁵ 2014~2016年データ (1日のカロリー摂取量が1日の必要摂取量を下回る人口) (%) <http://www.fao.org/3/a-i4646e.pdf> p46~

⁶ データ年は、国によって異なっているため、それぞれの年を表内に明記している。(0歳から5才で、平均体重よりも1才: 2kg、2才: 3kg、4才及び5才: 4kg以上体重が低い人口) (%) <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/rankorder/2224rank.html>

⁷ 台湾は国際機関の正式な加盟国ではないため、別ソースを利用。GDP: 2015年データ

<http://eng.stat.gov.tw/ct.asp?xItem=37666&ctNode=2008&mp=5>

⁸ 2012年データ http://gnhe.org/blog/wp-content/uploads/2015/05/GNHE-UHC-assessment_Taiwan.pdf

⁹ 2012年データ http://gnhe.org/blog/wp-content/uploads/2015/05/GNHE-UHC-assessment_Taiwan.pdf

¹⁰ 2010年データ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19807939>

¹¹ 脚注5に入っていないため、国連データベースより2014年~2015年データを確認

<http://data.un.org/Data.aspx?d=MDG&f=seriesRowID%3A566>

	全体に占める 体重過多人口 の割合 (BMI >25) (%) ¹²	肥満人口の 割合 (BMI >30) (%) ¹³	高血圧人口の 割合 (%) ¹⁴		高コレステ ロール人口の 割合 (%) ¹⁵	塩分摂取量 (g) ¹⁶	野菜・果物 の 平均摂取量 (国民一人 当たり) (kg) ¹⁷
			男性	女性			
中国	34.40%	2.90%	22.5%	18.60%	33.40%	12.29	326
日本	23.20%	NA	29.9%	23.7%	57.10%	12.44	100
インド	22.00%	0.70%	24.2%	22.7%	27.90%	9.46	75.5
オーストラリア	64.00%	16.40%	21.0%	16.9%	55.20%	8.70	96.9
韓国	33.50%	3.20%	15.5%	11.2%	42.50%	13.25	212
インドネシア	24.50%	2.40%	22.5%	21.4%	57.10%	8.55	40.7
台湾	13.26% ¹⁸	10.5% ¹⁹	21.00%	29.00% ²⁰	NA	3.74	113
タイ	29.70%	7.80%	26.2%	23.8%	55.50%	13.51	49.3
マレーシア	38.50%	16.30%	23.2%	18.1%	52.10%	9.08	63.2
シンガポール	32.5%	6.9%	19.7%	13.7%	57.50%	4.92	72.3 ²¹
フィリピン	23.60%	4.30%	20.4%	17.7%	43.30%	10.91	64.0
パキスタン	23.00%	3.40%	26.9%	23.8%	31.00%	9.95	29.8
バングラデシュ	18.10%	NA	21.6%	20.2%	25.70%	9.00	26.2
ベトナム	20.60%	0.50%	23.0%	21.5%	36.10%	11.67	91.4
ニュージーランド	64.00%	26.50%	22.5%	17.9%	56.20%	8.83	125
スリランカ	25.20%	NA	23.8%	23.8%	35.80%	9.84	39.2
ミャンマー	17.60%	NA	22.6%	22.4%	30.40%	11.42	82.2
カンボジア	17.60%	NA	22.4%	22.8%	30.70%	11.22	35.4
ラオス	19.00%	1.20%	19.4%	19.2%	31.40%	11.32	129
モンゴル	50.40%	9.80%	27.9%	21.7%	37.30%	13.07	43.3

¹² 2014年データ (BMI \geq 25) (%) <http://apps.who.int/gho/data/view.main.CTRY2430A>

¹³ 2014年データ (BMI \geq 30) (%) <http://apps.who.int/gho/data/view.main.CTRY2450A>

¹⁴ 2015年データ (収縮期血圧 \geq 140又は拡張期血圧 \geq 90) (%) <http://apps.who.int/gho/data/node.main.A875?lang=en>

¹⁵ 2008年データ (総コレステロール \geq 5.0 mmol/L) (%) <http://apps.who.int/gho/data/node.main.A884>

¹⁶ 2010年データ塩分摂取量 (20歳以上における一日当たり摂取量)。ここでの塩分摂取量は、下記リンクのナトリウム摂取量 (g) に2.5435をかけて算出。 <http://bmjopen.bmj.com/content/3/12/e003733/T2.expansion.html>

¹⁷ 2012年データ (年間一人当たり) (kg) <http://www.helgilibrary.com/indicators/index/vegetable-consumption-per-capita/world>

¹⁸ 2005年データ (BMI $>$ 24) (%) <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16246212>

¹⁹ 2005年データ (BMI $>$ 27) (%) <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16246212>

²⁰ 2002年データ [http://www.jcma-online.com/article/S1726-4901\(14\)00315-3/pdf](http://www.jcma-online.com/article/S1726-4901(14)00315-3/pdf)

²¹ 2007年データ [http://www.ifrj.upm.edu.my/16%20\(2\)%202009/01-%20IFRJ-2008-148%20Tey%20Malaysia%202nd%20proof.pdf](http://www.ifrj.upm.edu.my/16%20(2)%202009/01-%20IFRJ-2008-148%20Tey%20Malaysia%202nd%20proof.pdf)

	喫煙者の割合 (%) ²²	平均アルコール 摂取量 (リットル) ²³	糖尿病人口の 割合 (%) ²⁴	運動不足人口 (%) ²⁵	高齢者の 暮らしやすさ ²⁶
中国	25.90%	5.78	9.02%	24.10%	71.8
日本	22.80%	7.55	5.12%	33.80%	75.0
インド	12.40%	3.07	9.09%	13.40%	65.3
オーストラリア	16.00%	9.71	7.77%	23.80%	72.5
韓国	27.40%	9.33	7.48%	33.40%	64.1
インドネシア	38.50%	0.09	5.84%	23.70%	79.0
台湾	18.00% ²⁷	2.60 ²⁸	10.00% ²⁹	42.9% ³⁰	NA
タイ	21.50%	6.41	5.67%	14.80%	78.2
マレーシア	22.30%	0.52	10.85%	52.30%	NA
シンガポール	16.2%	1.79	10.5% ³¹	33.1%	NA
フィリピン	26.70%	4.5.2	6.86%	15.80%	77.3
パキスタン	22.60%	0.04	7.90%	26.00%	56.0
バングラデシュ	21.80%	0.01	6.31%	26.80%	67.5
ベトナム	23.70%	4.09	5.81%	23.90%	71.3
ニュージーランド	17.60%	8.70	9.01%	39.80%	71.5
スリランカ	14.10%	2.37	7.60%	23.80%	72.9
ミャンマー	20.00%	0.70	6.11%	9.90%	NA
カンボジア	23.00%	2.12	2.95%	10.30%	72.2
ラオス	34.00%	5.39	5.48%	10.30%	75.5
モンゴル	26.80%	5.80	7.80%	21.40%	62.9

²² 2013年データ（15歳以上で日常的又は非日常的にたばこや葉巻などたばこ関連商品の消費をする人口）（%： Current smoking of any tobacco product (age-standardized rate)）<http://apps.who.int/gho/data/node.main.1250?lang=en>

²³ データ年は、国によって異なっているため、それぞれの年を表内に明記している。（15歳以上における一人当たりの年間アルコール消費）（リットル）<http://apps.who.int/gho/data/node.main.A1026?lang=en>

²⁴ 2015年概算データ（20歳から79歳における糖尿病及び耐糖能障害の人口）の割合（%）
<http://www.diabetesatlas.org/p112~>

²⁵ 2010年データ（18歳以上で一週間に穏健運動時間が150分以下又は激甚運動時間75分以下の人口）の割合（%： Prevalence of insufficient physical activity among adults aged 18+ years）

<http://apps.who.int/gho/data/node.main.A893?lang=en>

²⁶ 2015年データ（高齢者の公共交通機関へのアクセス、治安、社会的つながり、市民としての自由の4つの指標を加味して算出した高齢者の暮らしやすさを示す指数）<http://reports.helppage.org/global-agewatch-index-2015-insight-report.pdf> p22~

²⁷ http://www.hpa.gov.tw/English/file/ContentFile/201502140516082231/2014_Taiwan%20Tobacco%20Control%20Annual%20Report_eng.pdf

²⁸ 2013年データ（18歳以上の1人当たりのアルコール消費量）<https://eng.stat.gov.tw/mp.asp?mp=5>

²⁹ 2003年データ <http://www.idf.org/membership/wp/taiwan>

³⁰ 2013年18歳以上で過去1か月に全く運動をしなかった割合 <https://eng.stat.gov.tw/mp.asp?mp=5>

³¹ 2015年データ http://data.worldbank.org/indicator/SH.STA.DIAB.ZS?end=2015&name_desc=false&start=2015

1.2 北米

	名目 GDP (10億ドル)	医療費 (10億ドル)	GDPに占める 医療費の割合	一人当たりの 医療費 (PPP int. \$)	栄養失調人口 の割合	5歳以下の低 体重人口の割 合
米国	\$18,036.65	\$2,867.34	17.1%	\$8,845	<5.00%	0.5% (2012)
カナダ	\$1,550.54	\$200.45	10.4%	\$4,610	<5.00%	NA

	体重過多人口 の割合 (BMI \geq 25)	肥満人口の割 合 (BMI \geq 30)	高血圧人口の 割合 男性 女性		高コレステ ロール人口の 割合	塩分摂取量	1年間の野菜 平均摂取量 (国民一人当 たり)
米国	64.40%	33.90%	18.00%	15.00%	53.80%	9.16	118
カナダ	67.30%	23.10%	18.8%	15.7%	53.40%	9.43	113

	喫煙者の割合	平均アルコール 摂取量	糖尿病人口の 割合	運動不足人口 の割合	高齢者の暮らし やすさ
米国	18.10%	8.82 (2012)	9.21%	32.4%	76.8
カナダ	16.20%	8.1 (2014)	7.91%	23.2%	78.9

1.3 中南米

	名目 GDP (10億ドル)	医療費 (10億ドル)	GDPに占める 医療費の割合	一人当たりの 医療費 (PPP int. \$)	栄養失調人口 の割合	5歳以下の低 体重人口の割 合
ブラジル	\$1,774.72	\$232.03	8.3%	\$1,388	<5.00%	2.20%
メキシコ	\$1,143.79	\$78.04	6.3%	\$1,062	<5.00%	2.80%
アルゼンチン	\$583.17	\$44.85	4.8%	\$1,550	<5.00%	2.30%
コロンビア	\$292.08	\$25.84	7.2%	\$808	8.80%	3.40%
チリ	\$240.80	\$21.30	7.8%	\$1,610	<5.00%	0.50%
ペルー	\$189.11	\$10.70	5.5%	\$575	7.50%	3.50%
エクアドル	\$100.18	\$7.11	9.2%	\$652	10.90%	6.20%
ドミニカ	\$51.72	\$3.31	5.5%	\$577	12.30%	3.40%
ウルグアイ	\$53.44	\$5.06	8.6%	\$1,594	<5.00%	4.50%
グアテマラ	\$63.79	\$3.44	6.2%	\$502	15.60%	13.00%
コスタリカ	\$54.14	\$4.87	9.3%	\$1,350	<5.00%	1.10%
パナマ	\$52.13	\$3.07	8.0%	\$1,299	9.50%	3.90%
ボリビア	\$33.00	\$1.87	6.3%	\$835	15.90%	4.50%
パラグアイ	\$27.09	\$2.62	9.8%	\$690	10.40%	3.40%
エルサルバドル	\$25.85	\$1.68	6.80%	\$508	12.40%	6.60%
ホンジュラス	\$20.42	\$1.61	8.7%	\$425	12.20%	7.10%
ニカラグア	\$12.69	\$0.91	9.0%	\$355	16.60%	5.70%
ベネズエラ	NA	NA	5.3%	\$835	<5.00%	2.90%

	体重過多人口 の割合 (BMI \geq 25)	肥満人口の 割合 (BMI \geq 30)	高血圧人口の 割合		高コレステ ロール人口の 割合	塩分摂取量	1年間の野菜 平均摂取量 (国民一人当 たり)
			男性	女性			
ブラジル	54.10%	11.10%	26.0%	20.4%	41.10%	10.45	52.9
メキシコ	64.40%	32.80%	20.0%	16.6%	50.70%	7.02	54.3
アルゼンチン	61.70%	NA	27.9%	20.7%	50.50%	7.63	67.6
コロンビア	56.50%	13.70%	20.1%	16.4%	42.40%	10.40	38.7
チリ	63.10%	21.90%	26.4%	16.4%	48.60%	7.12	71.9
ペルー	58.20%	16.30%	14.7%	10.4%	38.60%	7.81	64.5
エクアドル	54.10%	NA	18.5%	15.1%	39.80%	7.71	26.6
ドミニカ	56.30%	16.40%	26.0%	20.9%	32.10%	6.61	49
ウルグアイ	61.70%	17.00%	26.8%	22.3%	42.30%	6.94	52.8
グアテマラ	52.00%	NA	18.0%	16.1%	27.70%	7.48	63.3
コスタリカ	60.40%	NA	20.3%	16.1%	41.10%	8.09	49.6
パナマ	62.20%	34.70%	21.5%	17.1%	42.80%	8.62	28.9
ボリビア	52.10%	NA	16.7%	13.6%	36.20%	8.93	32.5
パラグアイ	48.50%	NA	24.9%	18.4%	38.30%	10.96	51.1
エルサルバドル	56.70%	NA	18.0%	15.9%	34.90%	8.11	63.1
ホンジュラス	51.50%	NA	18.7%	15.9%	30.10%	7.50	53.1
ニカラグア	49.40%	NA	18.2%	16.2%	30.00%	8.19	10.3
ベネズエラ	62.30%	NA	20.1%	14.8%	38.40%	9.03	54.8

	喫煙者の割合	平均アルコール 摂取量	糖尿病人口の 割合	運動不足人口の 割合	高齢者の暮らし やすさ
ブラジル	16.10%	7.32 (2014)	9.19%	27.80%	54.6
メキシコ	14.50%	5.26 (2014)	12.63%	26.00%	66.7
アルゼンチン	25.30%	7.93 (2014)	5.67%	39.20%	61.7
コロンビア	11.60%	4.38 (2014)	7.27%	63.60%	67.5
チリ	38.90%	7.16 (2014)	9.50%	21.30%	66.0
ペルー	NA	5.38 (2013)	4.53%	NA	56.9
エクアドル	9.00%	3.82 (2014)	5.91%	25.20%	63.4
ドミニカ	14.50%	5.46 (2011)	11.35%	35.90%	67.3
ウルグアイ	24.80%	6.03 (2014)	5.58%	31.70%	63.5
グアテマラ	NA	1.88 (2014)	10.87%	13.30%	70.2
コスタリカ	14.20%	3.45 (2014)	7.08%	NA	71.6
パナマ	7.40%	6.74 (2014)	8.11%	NA	66.4
ボリビア	NA	3.62 (2014)	7.28%	NA	57.1
パラグアイ	19.50%	5.03 (2013)	7.00%	24.60%	57.5
エルサルバドル	NA	2.52 (2014)	10.50%	NA	65.3
ホンジュラス	18.90%	2.87 (2014)	7.74%	NA	62.0
ニカラグア	NA	3.55 (2014)	12.45%	NA	70.6
ベネズエラ	NA	6.47 (2014)	6.96%	NA	49.5

1.4 欧州

	名目 GDP (10 億ドル)	医療費 (10 億ドル)	GDP に占める 医療費の割合	一人当たりの 医療費 (PPP int. \$)	栄養失調人口 の割合	5 歳以下の低 体重人口の割 合
ドイツ	\$3,363.45	\$423.22	11.3%	\$4,635	<5.00%	1.10% (2006)
フランス	\$2,418.84	\$328.80	11.5%	\$4,213	<5.00%	NA
英国	\$2,858.00	\$246.82	9.1%	\$3,235	<5.00%	NA
イタリア	\$1,821.50	\$194.15	9.2%	\$3,153	<5.00%	NA
ロシア	\$1,331.21	\$135.14	7.1%	\$1,523	<5.00%	NA
スペイン	\$1,199.06	\$121.86	9.0%	\$2,925	<5.00%	NA
オランダ	\$750.28	\$111.48	10.9%	\$5,395	<5.00%	NA
スイス	\$670.79	\$78.77	11.7%	\$5,992	<5.00%	NA
スウェーデン	\$495.62	\$56.14	11.9%	\$4,041	<5.00%	NA
ポーランド	\$477.07	\$35.11	6.4%	\$1,509	<5.00%	NA
ノルウェー	\$386.58	\$50.15	9.7%	\$6,060	<5.00%	NA
ベルギー	\$455.09	\$58.40	10.6%	\$4,345	<5.00%	NA
オーストリア	\$376.95	\$47.16	11.2%	\$4,812	<5.00%	NA
デンマーク	\$295.09	\$35.60	10.8%	\$4,615	<5.00%	NA
フィンランド	\$231.95	\$25.30	9.7%	\$3,497	<5.00%	NA
ギリシャ	\$194.85	\$23.47	8.1%	\$2,355	<5.00%	NA
アイルランド	\$283.70	\$21.21	7.8%	\$3,817	<5.00%	NA
ポルトガル	\$198.92	\$21.93	9.5%	\$2,522	<5.00%	NA
チェコ	\$185.16	\$15.00	7.4%	\$2,038	<5.00%	2.00% (2007)
ルーマニア	\$177.95	\$10.15	5.6%	\$982	<5.00%	3.50% (2002)
ウクライナ	\$90.61	\$14.30	7.1%	\$634	<5.00%	0.90% (2002)
ハンガリー	\$121.72	\$10.75	7.4%	\$1,766	<5.00%	NA
スロバキア	\$87.26	\$8.04	8.1%	\$2,065	<5.00%	NA
ベラルーシ	\$54.61	\$4.46	5.7%	\$867	<5.00%	1.30% (2005)
ルクセンブルグ	\$57.79	\$4.39	6.9%	\$6,379	<5.00%	NA
クロアチア	\$48.73	\$4.22	7.8%	\$1,477	<5.00%	NA
ブルガリア	\$50.20	\$4.23	8.4%	\$1,171	<5.00%	1.60% (2004)
スロベニア	\$42.77	\$4.39	9.2%	\$2,618	<5.00%	NA
リトアニア	\$41.17	\$2.88	6.6%	\$1,583	<5.00%	NA
セルビア	\$37.16	\$4.83	10.4%	\$1,242	<5.00%	1.60% (2010)
ラトビア	\$27.00	\$1.72	5.9%	\$1,256	<5.00%	NA
エストニア	\$22.46	\$1.44	6.3%	\$1,416	<5.00%	NA
ジョージア	\$13.97	\$1.52	7.4%	\$644	<5.00%	1.10% (2009)
アイスランド	\$16.60	\$1.40	8.9%	\$3,485	<5.00%	NA
アルバニア	\$11.40	\$0.75	5.9%	\$506	<5.00%	6.30% (2009)
アルメニア	\$10.53	\$0.50	4.5%	\$332	<5.00%	5.30% (2010)
マルタ	\$9.75	\$0.84	9.7%	\$2,522	<5.00%	NA
タジキスタン	\$7.85	\$0.58	6.9%	\$152	18.20%	13.30% (2012)
モルドバ	\$6.57	\$0.94	10.3%	\$498	<5.00%	3.20% (2005)

	名目 GDP (10億ドル)	医療費 (10億ドル)	GDPに占める 医療費の割合	一人当たりの 医療費 (PPP int. \$)	栄養失調人口 の割合	5歳以下の低 体重人口の割 合
キルギスタン	\$6.57	\$0.49	6.5%	\$209	6.00%	3.70% (2012)
モンテネグロ	\$3.99	\$0.29	6.4%	\$980	<5.00%	1.00% (2013)

	体重過多人 口の割合 (BMI \geq 25)	肥満人口の 割合 (BMI \geq 30)	高血圧人口の 割合		高コレステ ロール人口の 割合	塩分摂取量	1年間の野 菜 平均摂取量 (国民一人 当たり)
			男性	女性			
ドイツ	54.80%	12.90%	30.7%	24.8%	65.60%	9.00	92
フランス	60.70%	16.90%	33.0%	24.5%	62.00%	9.59	104
英国	63.40%	22.70%	21.9%	18.8%	63.40%	9.18	91.9
イタリア	58.80%	9.80%	31.8%	27.8%	62.20%	11.24	155
ロシア	58.70%	NA	34.5%	29.4%	50.60%	10.61	107
スペイン	60.90%	15.60%	28.2%	22.3%	56.10%	10.22	141
オランダ	55.90%	10.00%	28.4%	21.7%	60.50%	8.44	83.5
スイス	54.70%	8.20%	26.9%	20.2%	59.20%	9.18	104
スウェーデン	55.90%	12.00%	29.5%	22.3%	51.80%	9.28	91.1
ポーランド	61.10%	18.00%	38.2%	30.6%	57.10%	9.77	123
ノルウェー	58.50%	10.00%	28.9%	21.0%	61.90%	9.67	75.8
ベルギー	56.90%	10.80%	27.5%	19.8%	62.40%	8.78	125
オーストリア	53.10%	11.00%	30.2%	24.7%	59.70%	10.05	105
デンマーク	55.20%	11.40%	32.1%	22.1%	65.20%	8.32	120
フィンランド	55.20%	15.70%	29.7%	23.5%	59.00%	9.79	84.4
ギリシャ	60.50%	22.50%	28.2%	23.9%	48.20%	9.59	233
アイルランド	60.30%	13.00%	25.4%	20.2%	62.60%	9.51	92.1
ポルトガル	55.60%	14.20%	35.0%	28.6%	55.90%	10.78	184
チェコ	63.40%	15.10%	39.2%	29.3%	53.90%	10.12	72.2
ルーマニア	57.60%	8.60%	38.4%	32.6%	45.80%	10.48	179
ウクライナ	54.20%	NA	34.9%	30.4%	44.40%	10.66	149
ハンガリー	59.60%	17.70%	40.5%	33.3%	55.20%	10.76	89.8
スロバキア	61.00%	14.30%	37.1%	29.2%	52.50%	10.76	94.3
ベラルーシ	58.00%	NA	35.2%	29.1%	55.20%	11.06	150
ルクセンブルグ	58.00%	9.00%	31.5%	21.1%	66.90%	10.35	99.7
クロアチア	58.80%	22.30%	44.7%	37.6%	49.80%	9.44	86.6
ブルガリア	59.10%	12.40%	39.5%	33.3%	67.10%	9.21	75.4
スロベニア	60.60%	15.00%	41.8%	34.8%	56.30%	10.76	80.7
リトアニア	60.10%	19.70%	38.5%	31.2%	54.80%	10.35	111
セルビア	54.50%	17.40%	37.8%	32.5%	49.80%	9.33	119
ラトビア	57.90%	15.60%	40.0%	33.2%	55.70%	10.66	123.00
エストニア	56.70%	14.40%	38.3%	31.0%	56.70%	10.05	122.00
ジョージア	55.20%	NA	31.9%	31.1%	37.10%	13.48	59.00

	体重過多人 口の割合 (BMI \geq 25)	肥満人口の 割合 (BMI \geq 30)	高血圧人口の 割合		高コレステ ロール人口の 割合	塩分摂取量	1年間の野 菜 平均摂取量 (国民一人 当たり)
			男性	女性			
アイスランド	57.90%	12.40%	29.4%	16.9%	69.80%	9.11	71.40
アルバニア	52.70%	NA	34.8%	28.5%	45.30%	9.33	251.00
アルメニア	55.50%	NA	28.1%	26.8%	40.80%	12.51	311.00
マルタ	64.00%	20.70%	29.0%	20.8%	59.00%	10.43	204.00
タジキスタン	44.90%	NA	21.4%	20.0%	24.00%	13.73	158.00
モルドバ	46.60%	NA	23.1%	17.0%	36.50%	10.05	113.00
キルギスタン	47.20%	8.70%	23.2%	22.3%	30.10%	13.68	148.00
モンテネグロ	55.80%	NA	37.9%	30.2%	48.30%	9.23	242.00

	喫煙者の割合	平均アルコール 摂取量	糖尿病人口の 割合	運動不足人口 の割合	高齢者の暮らし やすさ
ドイツ	30.70%	11.03 (2014)	8.27%	21.10%	78.6
フランス	28.10%	11.5 (2014)	5.42%	23.80%	74.2
英国	20.30%	10.66 (2015)	4.92%	37.30%	81.8
イタリア	24.20%	7.56 (2014)	5.13%	33.20%	58.5
ロシア	39.50%	10.12 (2014)	8.28%	9.50%	55.5
スペイン	30.30%	9.25 (2013)	8.15%	30.50%	74.7
オランダ	25.70%	8.68 (2013)	5.24%	15.50%	79.6
スイス	24.10%	9.61 (2014)	5.86%	NA	83.7
スウェーデン	21.90%	7.3 (2014)	4.69%	28.70%	79.4
ポーランド	29.40%	10.71 (2014)	5.21%	18.70%	69.2
ノルウェー	24.10%	5.97 (2015)	4.70%	25.80%	80.1
ベルギー	23.90%	12.6 (2014)	4.77%	33.20%	73.4
オーストリア	NA	12.32 (2014)	6.57%	23.80%	82.7
デンマーク	18.90%	9.64 (2014)	6.29%	24.30%	77.7
フィンランド	21.80%	8.8 (2014)	5.78%	23.50%	76.1
ギリシャ	43.40%	7.53 (2014)	4.80%	12.90%	49.6
アイルランド	23.20%	11.75 (2014)	5.50%	35.10%	77.0
ポルトガル	22.60%	9.88 (2014)	9.57%	34.90%	65.4
チェコ	33.40%	12.68 (2014)	6.89%	23.80%	65.8
ルーマニア	30.50%	9.59 (2013)	4.04%	25.30%	62.0
ウクライナ	30.70%	8.06 (2014)	2.45%	12.20%	54.8
ハンガリー	29.60%	10.88 (2013)	6.03%	18.10%	63.1
スロバキア	28.80%	10.6 (2014)	7.90%	17.80%	56.8
ベラルーシ	27.90%	13.94 (2014)	5.07%	NA	67.1
ルクセンブルグ	24.40%	11.12 (2014)	4.56%	28.50%	76.1
クロアチア	36.00%	12.14 (2014)	5.60%	16.20%	58.9
ブルガリア	36.80%	12.03 (2014)	5.31%	21.00%	59.8
スロベニア	20.90%	10.46 (2014)	7.48%	21.30%	79.2

主要国・地域の健康長寿関連市場の動向調査

	喫煙者の割合	平均アルコール 摂取量	糖尿病人口の 割合	運動不足人口 の割合	高齢者の暮らし やすさ
リトアニア	30.10%	15.19 (2014)	3.89%	18.40%	52.6
セルビア	42.10%	9.09 (2014)	9.92%	38.70%	60.2
ラトビア	35.90%	10.37 (2013)	4.58%	22.00%	60.1
エストニア	33.20%	14.97 (2010)	5.71%	11.90%	68.1
ジョージア	30.00%	6.13 (2014)	2.45%	20.60%	67.1
アイスランド	17.50%	7.45 (2014)	3.20%	NA	78.8
アルバニア	29.70%	4.51 (2014)	2.47%	NA	54.7
アルメニア	28.00%	3.91 (2014)	2.46%	NA	58.9
マルタ	25.90%	8.49 (2014)	6.64%	42.90%	66.4
タジキスタン	NA	0.32 (2011)	6.45%	NA	63.1
モルドバ	23.80%	9.99 (2014)	2.44%	12.30%	57.7
キルギスタン	26.40%	3.28 (2011)	6.31%	13.30%	69.6
モンテネグロ	NA	6.56 (2011)	10.11%	NA	58.9

1.5 中東

	名目 GDP (10億ドル)	医療費 (10億ドル)	GDPに占める 医療費の割合	一人当たりの 医療費 (PPP int. \$)	栄養失調人口 の割合	5歳以下の低 体重人口の割 合
トルコ	\$717.88	\$46.10	5.4%	\$971	<5.00%	1.70% (2008)
サウジアラビア	\$646.00	\$23.82	4.7%	\$1,990	<5.00%	5.30% (2005)
イラン	\$511.62	\$34.28	6.9%	\$1,218	<5.00%	4.60% (2004)
アラブ首長国連邦	\$370.30	\$12.39	3.6%	\$1,718	<5.00%	NA
イスラエル	\$299.42	\$21.05	7.8%	\$2,315	NA	NA
イラク	\$180.07	\$12.09	5.5%	\$629	22.80%	8.50% (2011)
カタール	\$164.64	\$4.44	2.2%	\$2,851	NA	NA
クウェート	\$114.04	\$5.05	3.0%	\$2,249	<5.00%	2.20% (2012)
オマーン	\$69.83	\$2.03	3.6%	\$710	<5.00%	8.60% (2009)
レバノン	\$47.08	\$3.19	6.4%	\$1,150	<5.00%	4.20% (2004)
イエメン	\$37.73	\$1.94	5.6%	\$218	26.10%	43.10% (2003)
ヨルダン	\$37.52	\$2.42	7.5%	\$828	<5.00%	3.00% (2012)
バーレーン	\$31.13	\$1.61	5.0%	\$1,651	NA	NA
アフガニスタン	\$19.33	\$1.66	8.2%	\$159	26.80%	32.90% (2004)

	体重過多 人口の割 合 (BMI≥ 25)	肥満人口の 割合 (BMI≥30)	高血圧人口 の割合		高コレステ ロール人口の 割合	塩分摂取量	1年間の野 菜 平均摂取量 (国民一人 当たり)
			男性	女性			
トルコ	66.30%	16.10%	19.2%	20.4%	39.70%	10.43	234
サウジアラビア	69.60%	35.60%	21.0%	16.2%	39.00%	8.14	93.3
イラン	62.30%	14.20%	18.1%	16.1%	54.10%	10.22	230
アラブ首長国連邦	74.00%	33.70%	14.6%	8.7%	57.60%	9.33	80.4
イスラエル	63.50%	22.90%	21.8%	15.7%	53.50%	9.64	169
イラク	57.90%	NA	20.2%	18.6%	44.00%	9.56	131
カタール	78.10%	NA	16.4%	11.5%	57.00%	10.71	NA
クウェート	75.40%	28.80%	20.2%	13.4%	56.20%	9.87	161
オマーン	67.40%	NA	16.7%	15.0%	49.60%	9.61	133
レバノン	68.70%	13.50%	22.9%	16.5%	44.20%	7.96	188
イエメン	46.80%	NA	22.7%	22.4%	32.30%	8.57	33.3
ヨルダン	65.90%	19.50%	18.9%	13.8%	48.80%	10.50	118
バーレーン	71.70%	28.90%	17.6%	14.0%	53.40%	13.68	NA
アフガニスタン	16.20%	NA	23.6%	22.4%	21.90%	8.62	34.1

	喫煙者の割合	平均アルコール 摂取量	糖尿病人口の 割合	運動不足人口の 割合	高齢者の暮らし やすさ
トルコ	27.00%	1.45 (2014)	14.85%	32.80%	67.6
サウジアラビア	17.10%	0.09 (2014)	23.87%	61.00%	NA
イラン	11.70%	0.03 (2011)	9.94%	33.50%	NA
アラブ首長国連邦	NA	1.91 (2014)	18.98%	38.40%	NA
イスラエル	23.20%	2.62 (2014)	5.68%	NA	69.6
イラク	NA	0.17 (2011)	9.50%	49.30%	49.6
カタール	NA	1.15 (2014)	22.87%	25.30%	NA
クウェート	NA	0.02 (2011)	23.09%	56.60%	NA
オマーン	13.50%	0.4 (2014)	14.24%	NA	NA
レバノン	37.00%	1.32 (2014)	14.99%	38.80%	NA
イエメン	NA	0.04 (2013)	8.45%	NA	NA
ヨルダン	38.40%	0.41 (2014)	11.40%	15.60%	70.6
バーレーン	30.30%	1.57 (2014)	21.84%	NA	NA
アフガニスタン	NA	0.01 (2013)	8.27%	NA	47

1.6 アフリカ

	名目 GDP (10億ドル)	医療費 (10億ドル)	GDPに占める 医療費の割合	一人当たりの 医療費 (PPP int. \$)	栄養失調人口 の割合	5歳以下の低 体重人口の割合
ナイジェリア	\$481.07	\$20.08	3.7%	\$184	7.00%	31.00% (2013)
南アフリカ	\$314.57	\$32.60	8.8%	\$1,091	<5.00%	8.70% (2008)
エジプト	\$330.78	\$13.97	5.6%	\$532	<5.00%	6.80% (2008)
ガーナ	\$37.54	\$2.58	3.6%	\$195	<5.00%	13.40% (2011)
タンザニア	\$45.63	\$3.24	5.6%	\$117	32.10%	13.60% (2011)
ザンビア	\$21.15	\$1.34	5.0%	\$175	47.80%	14.90% (2007)
ウガンダ	\$27.53	\$2.42	7.2%	\$141	25.50%	14.10% (2011)
モザンビーク	\$14.81	\$1.09	7.0%	\$58	25.30%	15.60% (2011)
モーリシャス	\$11.68	\$0.57	4.8%	\$123	<5.00%	NA
ルワンダ	\$8.10	\$0.83	7.5%	\$158	31.60%	11.70% (2011)
マラウイ	\$6.40	\$0.32	11.4%	\$91	20.70%	13.80% (2010)

	体重過多人 口の割合 (BMI \geq 25)	肥満人口の割合 (BMI \geq 30)	高血圧人口の 割合 男性女性		高コレステ ロール人口の 割合	塩分摂取量	1年間の野菜 平均摂取量 (国民一人 当たり)
ナイジェリア	33.30%	NA	17.8%	18.6%	16.80%	7.17	64.6
南アフリカ	68.90%	21.60%	23.6%	24.4%	35.50%	6.31	4.3
エジプト	62.00%	30.30%	22.4%	22.9%	39.90%	9.36	223
ガーナ	33.60%	3.10%	19.8%	17.5%	18.10%	5.98	35.7
タンザニア	25.60%	NA	21.0%	20.9%	23.70%	6.99	39.9
ザンビア	29.20%	NA	21.0%	18.0%	27.70%	5.77	25.1
ウガンダ	21.80%	NA	20.0%	19.0%	22.20%	5.37	24.9
モザンビーク	21.80%	NA	22.1%	23.4%	26.00%	5.70	17.3
モーリシャス	45.10%	14.40%	27.6%	26.5%	47.10%	13.86	78.8
ルワンダ	19.80%	NA	19.2%	20.0%	23.00%	4.07	56.8
マラウイ	21.90%	NA	21.3%	22.1%	24.10%	4.22	21.4

	喫煙者の割合	平均アルコール 摂取量	糖尿病人口の 割合	運動不足人口の 割合	高齢者の暮らし やすさ
ナイジェリア	8.90%	8.3 (2013)	5.82%	22.30%	58.3
南アフリカ	18.90%	7.38 (2014)	9.27%	46.90%	55.0
エジプト	23.80%	0.21 (2014)	16.80%	32.30%	NA
ガーナ	6.30%	1.64 (2011)	3.83%	15.60%	63.7
タンザニア	16.30%	4.2 (2013)	9.00%	6.90%	54.5
ザンビア	15.90%	2.41 (2013)	3.79%	20.50%	54.8
ウガンダ	10.30%	10.22 (2011)	4.84%	NA	58.9
モザンビーク	18.80%	1.16 (2013)	2.81%	5.80%	45.1
モーリシャス	21.90%	3.03 (2011)	14.76%	25.20%	69.2

	喫煙者の割合	平均アルコール 摂取量	糖尿病人口の 割合	運動不足人口の 割合	高齢者の暮らし やすさ
ルワンダ	NA	8.34 (2011)	5.01%	15.30%	78.2
マラウイ	16.30%	1.23 (2011)	5.53%	7.50%	48.4

第2章 マクロデータ・健康指標の分析と、有望市場の絞り込み

本章では、第1章で取り上げた17項目のマクロデータ・健康指標について、地域ごとの傾向を分析する。また類似項目については以下のとおり一括りにして分析を行う。

(類似項目)

第1章	第2章
<ul style="list-style-type: none"> 医療費（名目） GDPに占める医療費の割合（全体） 医療費（一人当たり） 	<ul style="list-style-type: none"> 医療費
<ul style="list-style-type: none"> 栄養失調人口の割合 5歳以下の低体重人口の割合 	<ul style="list-style-type: none"> 栄養不足
<ul style="list-style-type: none"> 体重過多人口の割合 肥満人口の割合 	<ul style="list-style-type: none"> 体重過多・肥満

以上を踏まえ、本章では以下13項目に関して地域ごとの傾向分析を行う。

- GDP
- 医療費
- 栄養不足
- 糖尿病
- 体重過多・肥満
- 高血圧
- 高コレステロール
- 野菜・果物の平均摂取量
- 塩分摂取量
- 運動不足
- 喫煙
- 平均アルコール摂取量
- 高齢者の暮らしやすさ

また、同13項目の分析を基に、日本の健康長寿関連産業の海外展開にとって有望と考えられる国の絞り込みを行う。

2.1 栄養不足

(1) 世界的傾向と考察

国際連合食糧農業機関（Food and Agriculture Organization：以下、FAO）の2014～16年の統計によれば、世界人口の10.9%、約7億9,500万人が栄養不足である。栄養不足人口のほとんどは開発

途上国に集中しており、開発途上国人口の12.9%が栄養不足である。この統計値は1990年に比べると大幅に改善しており、当時の栄養不足人口の割合は、世界で18.6%、途上国地域で23.3%であり、現在のほぼ2倍であった³²。

以下の図の灰色の点線とオレンジ色の点線はそれぞれ、ミレニアム開発目標³³と世界食料サミット（World Food Summit）目標³⁴によって示された、途上国における栄養不足人口（左側の縦軸）と、総人口に占めるその割合（右側の縦軸）の各年の目標値と推移を示している³⁵。オレンジ色の実線は、途上国における各年の実際の栄養不足人口（単位は100万人）とその推移を表しており、グレー色の実線は、途上国の総人口に占める各年の実際の栄養不足人口の割合とその推移を示している。この図より、1990年代前半から現在にかけて、栄養不足人口もその割合も、2000年代中盤に一時的な上昇はあったものの、総じて減少傾向にあることが分かる。しかしながら、栄養不足人口に関しては、世界食糧サミットの達成目標から大きくかけ離れ、目標値よりも多くの人々が栄養不足に見舞われていることが分かる。

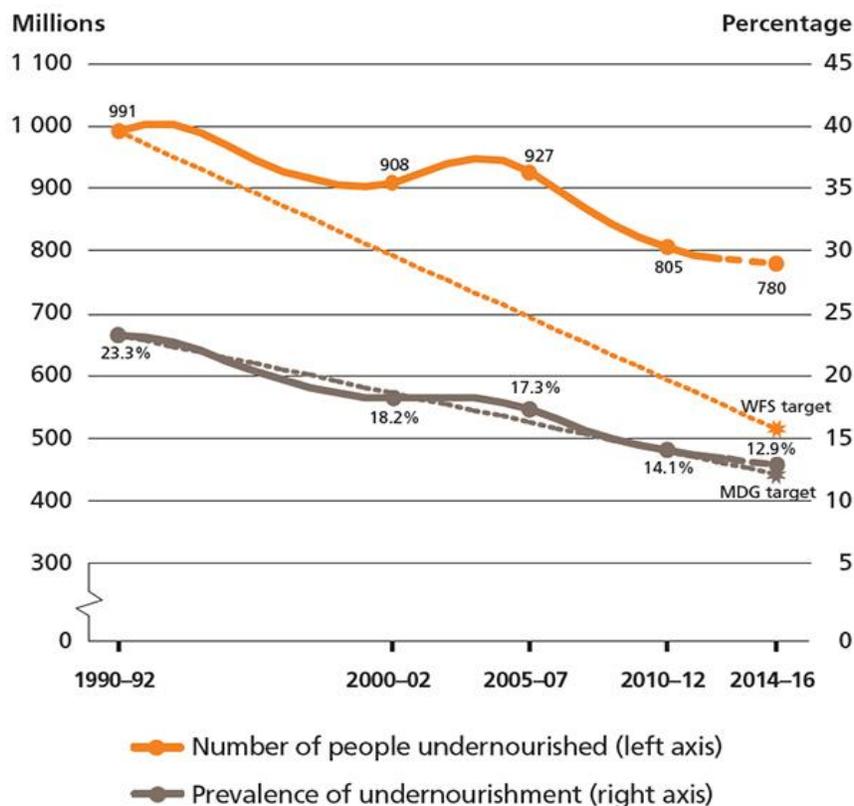
³² <http://www.fao.org/3/a-i4646e.pdf>, p.3

³³ ミレニアム開発目標（Millennium Development Goals, MDGs）は2000年に国連によって提唱されたイニシアティブで、8つの国際開発目標を掲げている。8つの目標には、飢餓や貧困の撲滅、男女間の不平等撲滅（男女共同参画）、エイズやマラリアなどの撲滅などが含まれる。同イニシアティブには現在193カ国が参加している。
<http://www.un.org/millenniumgoals/>

³⁴ 世界食料サミット（World Food Summit）は国際連合食糧農業機関によって1996年に開かれた国際会合で、同サミットの目標として、十分な食料へのアクセスを世界共通の基本的人権とし、飢餓撲滅や栄養不足人口の低減が目標として掲げられた。
http://www.fao.org/wfs/index_en.htm

³⁵ <http://www.fao.org/3/a-i4646e.pdf>, p.9

図 1：上国における栄養不足人口の推移



出典：Food & Agriculture Organization of the United Nations³⁶

栄養不足人口を多く抱える国の政府は、まずは、豊かな国の市場に流通する洗練された健康長寿関連製品・サービスよりも、より基礎的な医療関連製品・サービスの普及に重点を置くと考えられる。最貧国にも富裕層は存在し、そうした層は可処分所得が多く一定の健康長寿関連製品・サービスの利用も見込まれるが、先進諸国に比べれば市場規模が限られる。こうした国では、栄養不足を解決する基本的なニーズが国レベルで満たされるまでは、大規模な市場拡大を見込みにくい。健康長寿関連製品・サービスの有望市場としては、基礎的な栄養問題が解消され、より豊かな食生活を楽しむ、或いはこうした段階に入りつつある国が中心に挙げられよう。

(2) 地域別傾向

アフリカにおける食料確保は、世界的に見ても深刻な問題である。同地域では、栄養不足人口の割合が桁違いに高い上に、世界中でこの地域だけ、栄養不足人口の増加傾向が見られるからである。アフリカにおける栄養不足人口の割合は、1990年の27.6%から2014年の20.0%まで着実に減少しているものの、それ以上に栄養不足人口の増加の速度が速く、アフリカにおける栄養不足人口は1990年の1億8,270万人から2014年には2億3,250万人にまで増加している³⁷。

³⁶ <http://www.fao.org/3/a-i4646e.pdf>, p.9

³⁷ 同上 p11

元々人口が多いアジアは、栄養不足人口も世界で最も多い地域である。ただし、経済の発展状況等に応じて栄養不足人口が多い国と少ない国に分かれており、例えば栄養不足人口が集中する南アジア諸国では、アフリカ諸国と同等の割合の栄養不足が見取れ、FAOの推定では2014~2016年の栄養不足人口の割合は15.70%である。一方で東アジアの先進諸国は、比較的、栄養不足人口の割合が少なく、2014~2016年の推定割合は9.60%程度である。このようにアジアの中でも違いが見られる中、先進国並みの水準に改善する国々もみられる。特に中国は、貧困撲滅に向けた取組が効果を発揮し、栄養不足人口を大きく減らすことに成功した。2014~2016年におけるアジア全体の栄養不足人口の推定は、約5億1,170万人（総人口の12.1%）である³⁸。

欧州は経済発展した地域であるため、栄養不足の人口の割合は、全人口の5%未満と限定されている。これは、欧州地域ではほとんどの人々に食品を購入する経済力があり、経済力がない人々に対しては福祉が提供されているためと考えられる。欧州の周辺地域には栄養不足が見られるものの、途上国の状況に比べれば深刻ではないと考えられる³⁹。

中南米では、これまでの栄養不足への対策が功を奏していると考えられ、この25年間に栄養不足人口は14.73%（6,610万人：1990~1992年）から5.5%（3,430万人：2014~2016年）に減少した。この改善は、この間の中南米諸国における貧困対策や食料供給に重点を置いた政策によるところが大きいと考えられる⁴⁰。

中東（西アジア）における栄養不足人口の割合は、2014~2016年の推定で8.40%と比較的小さいと見られ、FAOの資料によれば、イラク、イエメン、ヨルダンなどにおける栄養不足人口の割合は5.0%未満とされている。ただし、近年の栄養不足人口のデータが提示されていない国も多々存在し、またFAOによれば、紛争や不安定な政治状況などは食料不足の問題を引き起こしやすい傾向にあり、中東地域における栄養不足の状況には不透明な部分も多いと言える⁴¹。

北米では、欧州と同様に栄養不足の人口の割合は、全人口の5%未満と限定されており、この地域の大部分の人々にとって、栄養不足や食料供給の問題は比較的深刻ではないと考えられる⁴²。

2.2 アルコール摂取量

アルコールの過剰摂取は、世界の多くの地域において、健康に悪影響を及ぼす要因の一つとして懸念視されている。米国立衛生研究所（NIH）によれば、適量範囲内の飲酒は動脈性心疾患の悪

³⁸ <http://www.fao.org/3/a-i4646e.pdf> p9

³⁹ 同上 p.44

⁴⁰ 同上 p.20

⁴¹ 同上 p.38-39, 46

⁴² 同上

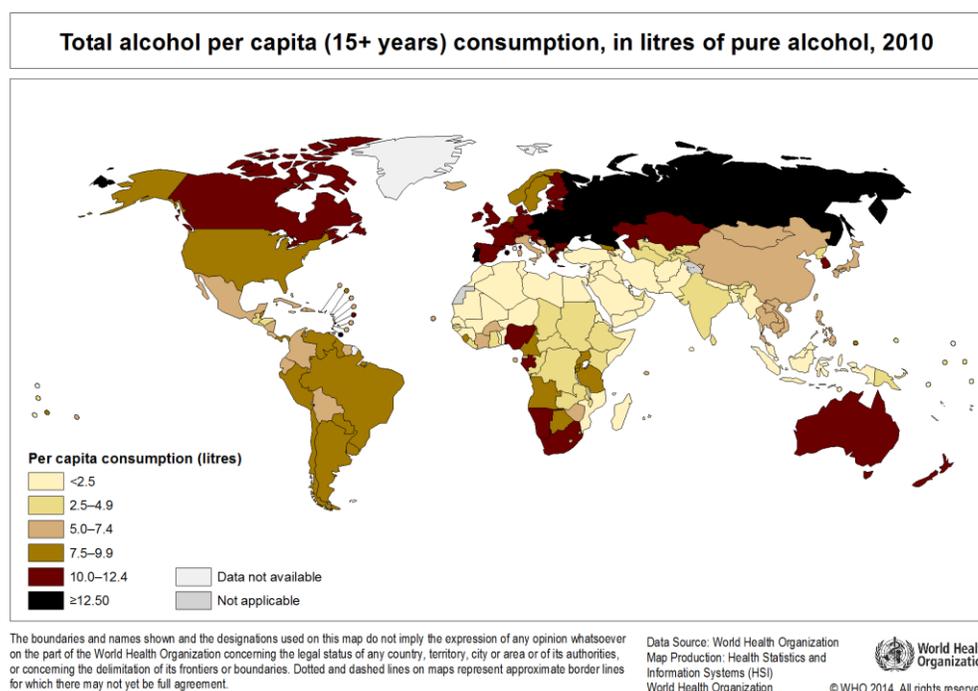
化を防ぐ効果もあるとする研究結果も存在しているが、長期に亘り継続的に多くのアルコールを摂取すると、健康状態が悪化し、肝臓病、心臓病、がんなど様々な疾患に繋がりが得る⁴³。

(1) 世界的傾向

アルコールの消費量は、各地域や各国の経済状況や文化、宗教、気候、政府の施策等の様々な要素の影響を受けていると考えられる。以下の図は、各国の15歳以上の一人当たりのアルコール消費量（2010年調べ）を示しており、濃い色はアルコール消費量が多いこと、薄い色はアルコール消費量が少ないことを示している。

平均アルコール摂取量が多い国やその改善に関する政府の取組が行われている国では、健康長寿関連製品・サービスへの需要が今後増加していくと考えられる。

図2：各地における15歳以上の1人あたりのアルコール消費量、2010年



出典：WHO⁴⁴

(2) 地域別傾向

アフリカの国々は、比較的アルコールの消費量が少ない傾向にあるが、ナイジェリアや南アフリカ共和国においては、15歳以上の一人当たりの消費量がそれぞれ8.9リットルと8.09リットルとされており（2010年調べ）、他の国よりも消費量が多いのが特徴的である⁴⁵。

⁴³ <http://www.niaaa.nih.gov/alcohol-health/alphabets-effects-body>

⁴⁴ <http://www.who.int/gho/alcohol/en/>

⁴⁵ http://gamapserver.who.int/gho/interactive_charts/gisah/consumption_adult/atlas.html

アジアにおけるアルコール摂取量は、各国の経済発展の度合や宗教上の理由等に影響されていると考えられる。日本や韓国、中国等の比較的経済発展度の高い国々では、アルコール摂取量が多くなる傾向にある。一方、イスラム教徒が多い国では、イスラム教がアルコール摂取を厳しく禁じているため、国全体を見てもアルコール摂取量が少なめである。

国民のアルコール摂取量が多い国として、ランキングの上位につける国の多くは欧州に属しており、特に中東欧に多い。欧州は経済的に発展している国が多く、国民の可処分所得が多いことが、アルコール摂取量の多さと関係していると考えられる。また、旧共産圏における飲酒量の増大には、雇用や日常生活における不安、寒冷な気候等が寄与している可能性がある。

中南米におけるアルコール摂取量は、世界的に平均水準である。国によってばらつきが見られ、摂取人口の割合が30%にとどまるエルサルバドルから、83%に上るベネズエラまで様々である⁴⁶。

中東は、他の地域に比べてアルコール摂取人口の割合は低い。これはイスラム教の影響と見られ、アルコール摂取が厳格に禁じられている国もある。中東においては宗教的、社会的理由が支配的である。

米国のアルコール摂取者は大きく分けて、1) 全く飲酒しない者、2) 飲酒頻度が週に1回未満の者、3) 週に2回以上の飲酒、そして4) アルコール中毒の4つに分類することができる。1) ~3) はそれぞれ全体の約30%を占めており、米国人口の約10%がアルコール中毒者とされている。このグループに属する者は、1日に平均10杯以上のアルコール飲料を飲んでおり、米国のアルコール消費量の約半分をも占めており、健康への影響が懸念されている⁴⁷。

2.3 喫煙

(1) 世界的傾向

たばこはほとんどの臓器にとって有害であり、数多くの病気を引き起こし、喫煙者の健康を損なうことにつながる⁴⁸。但し、その中毒性や健康への長期的な悪影響はまだ十分に理解されていない可能性がある。

たばこの使用率が高い国においては、健康長寿関連製品・サービスへの需要も増加する。たばこの使用率が高ければ、一般にその国では健康問題が増加する可能性が高まるし、禁煙への意識が高まればニコチンパッチやニコチンガムといった関連製品の市場が広がる。

(2) 地域別傾向

⁴⁶ <http://en.mercopress.com/2012/05/25/alcohol-consumption-in-latin-america-is-considerably-less-than-in-europe-and-us>

⁴⁷ <http://www.inc.com/jeff-haden/the-top-10-percent-drink-way-more-than-you-think.html>

⁴⁸ http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/health_effects/effects_cig_smoking/

アフリカにおける喫煙の普及は、初期段階にあると言われている。アフリカの大半においてたばこ利用率は、所得が比較的低いことや文化的背景、政治の状況、宗教規則、慣習等⁴⁹の理由で、比較的低い水準にとどまる。現状、アフリカでの喫煙やたばこの広告にはほとんど制限がなく、特にサブサハラ・アフリカ地域では若い女性を中心にたばこの消費が増えているが、より多くの層にたばこの様な嗜好品が広まるまでは、まだ時間がかかると見られる^{50 51}。

アジアにおけるたばこの使用率は、国ごとにばらつきがある。東アジアは、世界でも喫煙の広がり大きい地域である。男性のたばこ使用率は非常に高いが、女性のたばこ使用率は、男性のたばこ使用率が同程度である他の地域の国と比べても、比較的低い。世界最大の喫煙人口を擁する中国においては、喫煙対策が進められているものの、施策の実施権限を有する組織間の協調が取れていない等の理由で、十分な効果は得られていない。喫煙に関連した死亡数や健康問題は、引き続き中国の社会問題であり続けるとみられる⁵²。

一方、東南アジアにおける喫煙問題への対処はまだ初期段階にある。インドネシアやマレーシアなどは、東アジア諸国と比べ国民の可処分所得は低いものの喫煙率は高い。これらの東南アジア諸国はイスラム教徒の割合が高く、アルコール摂取の代替としてたばこ製品を求めていることが考えられる。特にインドネシアでは3人に1人以上が喫煙者であり、肥満の広がりとも合わせ、今後の生活習慣病人口の増加が懸念されている。

欧州は、アフリカや東地中海の諸国などに比べて喫煙を原因とする死亡率が高く（30歳以上の成人について16%）また、女性の喫煙率が男性の喫煙率に拮抗するか、それより増加しているのが特徴である。一方で欧州諸国における喫煙率は、国によって異なる。英国や北欧諸国においては、たばこ消費の減少が進んでいるが、東欧諸国においては、喫煙率が上昇している国が多々見受けられる。今後も長期に亘りたばこに起因する健康問題は続くだろうが、欧州全体では、たばこの消費は着実に減少へと向かっている⁵³。

中南米では、喫煙率は低下傾向にある。例えば、アルゼンチンでは、2000年から2015年の間に喫煙率は37.9%から23.2%へと半分近くに低下した。ウルグアイも同様に、過去15年間で喫煙率が50%ほど低下したことで知られているが、同国で販売されているたばこの箱に健康への影響の可能性が明記されていることに対し、米たばこメーカーのPhilip Morrisは、同社のブランド・イメージが損なわれているとして、異議を申し立てている⁵⁴。

⁴⁹ 例えば、リビアやモロッコ等では、年長者の前での喫煙することは、社会的なタブーとされている。

⁵⁰ <http://mgafrika.com/article/2015-06-03-smoking-prevalence-cultural-acceptance-and-the-big-tobacco>

⁵¹ <http://pressroom.cancer.org/TobaccoUseinAfrica>

⁵² <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22755266>

⁵³ <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/tobacco/data-and-statistics>, <http://www.healthdata.org/news-release/despite-declines-smoking-rates-number-smokers-and-cigarettes-rises>

⁵⁴ <http://fivethirtyeight.com/datalab/latin-america-is-quitting-smoking-and-africa-is-taking-it-up/>

中東における喫煙率は比較的高く、また東アジアとよく似ており、男女の使用率に大きな差がある。中東の男性の喫煙率は世界でも有数の高さだが、女性の喫煙率は比較的低い。ほとんどの中東諸国は、WHOの「たばこ規制枠組み条約（WHO Framework Convention on Tobacco Control）」に署名しており、中東諸国が喫煙率低下に向けて強い意志を示した証として期待されているものの、同枠組みによって推奨されている規制に批准するだけの取組が行われていないのも実状である⁵⁵。

北米は、比較的早い段階でたばこが大衆化された地域であると同時に、喫煙率を大きく下げることにも成功した地域でもある⁵⁶。米国のたばこ消費は長い成長期を経て、1980年代はじめにピークを迎えた後、低下を続けている⁵⁷。

2.4 塩分摂取量

(1) 世界的傾向

WHOなど主要な医療関連機関は、推奨摂取量⁵⁸以上の塩分摂取は高血圧の原因となり心臓病のリスクを増加させるとしており、塩分摂取量の低下に焦点を当てた大規模な対策が世界中で推進されている^{59 60}。

(2) 地域別傾向

アフリカ諸国においては、人々の塩分摂取量は世界的にみても少なめであるが、調査対象11カ国のうち9カ国で推奨摂取量を上回っており、今後経済成長を遂げ生活が豊かになれば、ライフスタイルも変化し、塩分摂取量は増加する可能性もある。

東アジアは塩分摂取量が世界的に多い地域であり、調査対象国すべてが推奨摂取量を大幅に上回っている。また、アジア・オセアニア全体でみてもすべての国の国民が塩分を過剰摂取している。

欧州においては、ほとんどの国においてが推奨摂取量の2倍前後の塩分を摂取している。

中南米の塩分摂取量も推奨レベルを上回っている。所得の向上により食生活が豊かになり、塩分摂取量も比例して増加する可能性がある。

⁵⁵ http://www.ispu.org/pdfs/326_PB_Tobacco%202.pdf

⁵⁶ カナダや米国は、1980年の喫煙率20%以上から、2012年までにそれぞれ年率3.0%減、2.1%減のペースで喫煙率を下げることに成功した：<http://www.washington.edu/news/2014/01/08/despite-declines-in-smoking-rates-number-of-smokers-and-cigarettes-rises/>

⁵⁷ <http://www.surgeongeneral.gov/library/reports/50-years-of-progress/exec-summary.pdf> p.12

⁵⁸ WHOは、1日5グラム以下を推奨している。<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs393/en/>

⁵⁹ <http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2014/salt-reduction/en/>

⁶⁰ http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=6152%3A2011-countries-americas-taking-action-reduce-salt-consumption-save-lives&catid=740%3Anews-press-releases&Itemid=1926&lang=en

中東は、世界的には平均的な塩分摂取量であるが、他の地域と同様に、すべての国で推奨量を超えて摂取されている。中東諸国では肥満や糖尿病人口の割合も高く、健康へのリスクが増大する恐れがある。

北米における塩分摂取量は、推奨量を大幅に超えている。塩分摂取量削減のキャンペーンも行われているが、著しい効果は上がっていないと見られる。

2.5 野菜・果物摂取量

(1) 世界的傾向

野菜・果物は健康的な食事には欠かせない要素であり、日常的に十分摂取すれば、心血管疾患やある種のガンなど重要な病気の予防に役立つ。野菜・果物の摂取不足に起因する障害調整生存年⁶¹（Disability adjusted life years 以下、DALYs）は世界で約 1,600 万年（全体の 1.0%に相当）、死者は 170 万人（同 2.8%）に上るといふ。さらに、世界中で胃がんの約 14%、虚血性心疾患の約 11%、そして脳卒中の約 9%は、果物と野菜の摂取不足によるものと推定されている。国連世界保健機関（WHO）は一日あたり最低 400g の野菜と果物の摂取を推奨している（ジャガイモなどの澱粉質を含む芋類を除く）。これは、心臓疾患、がん、糖尿病、肥満といった慢性疾患を予防するとともに、開発途上国における栄養不足の予防と緩和のためである⁶²。

世界の大半の人々は、1日に推奨される量の果物や野菜を摂取していない状態が続いている。摂取状況は地域及び国ごとに異なるが、野菜と果物の摂取量が最も多い中国やインドといった国においては、人口規模や経済成長の観点から摂取量はさらに拡大が見込まれる。一方、野菜と果物の消費量は、人々の健康状態を示す重要な指標であり無視できない。野菜と果物の消費が低下すれば、健康が損なわれ、やがて生活習慣病につながる恐れがある。

(2) 地域別傾向

アフリカにおける果物と野菜の消費は、世界的な標準から見ると少ない。貧困地域では富裕地域よりも果物と野菜の消費量が少ない傾向にあるが、アフリカでもこうした傾向が見られる。ただし、英市場調査会社である Euromonitor International によれば、経済発展や健康志向の食生活の普及により、アフリカにおいても今後、野菜の消費量が増える可能性がある⁶³。

アジア地域においては、都市部と農村部において野菜・果物の摂取量格差が顕著な国もある。例えばインドの農村部では、平均的な 1 人当たりの野菜・果物摂取量は少なく、人々の食事は根菜類と豆類が中心となっている。一方で、収入が増え続けており、多様な食品が選択できる都市部では

⁶¹ WHO によれば、障害調整生存年とも呼ばれ、早死により失われた年数と障害により健康な生活が奪われた年数を合わせた指標 http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/metrics_daly/en/

⁶² <http://www.who.int/dietphysicalactivity/fruit/en/>

⁶³ <http://www.pma.com/~media/pma-files/fc-south-africa-2014/protea-hirschel.pdf?la=en>

事情が異なっている。また、国内各地の多様な気候条件により果物や野菜の生産は盛んである一方、保管や包装、輸送などで傷んで廃棄処分となる作物が30～35%あるほか、野菜・果物がジュースやジャムなど、付加価値のある商品に加工される割合が2%と低いことが指摘される⁶⁴。家庭における冷蔵庫の所有が都市部で39%、農村部で7%と低いことも野菜・果物の摂取増の妨げとなっている可能性がある。一方急速な経済発展を遂げた中国では、その摂取量は大きく増加した⁶⁵。

欧州では、果物と野菜の消費量は世界的な標準から見て比較的高い水準にあるが、それでも、推奨される一日あたり平均消費量に達しているのは数カ国にすぎない。欧州では、野菜は手に入りやすく、特に南欧では北欧よりも入手しやすいと考えられる。欧州全体だけでなく国単位でも、野菜・果物摂取量を増やすための様々な取組が行われている。年齢によっても野菜の消費量に差異が見られ、子供から成長し成人に達するまでは徐々に減少し、その後、成人で徐々に増加する傾向にある⁶⁷。また、性別によっても差が見られ、以下の図から見て取れるとおり、ほぼすべての国においても野菜・果物両方において女性の摂取量（グレー色の棒）が男性（青色の棒）を上回っている⁶⁸（EU全体のみ男性が斜線の棒、女性が濃いグレーの棒）。

⁶⁴ 同割合は、米国、中国、南アフリカ、ブラジル、チリ、フィリピン、マレーシア、タイなどにおいては30～80%。
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3831687/>

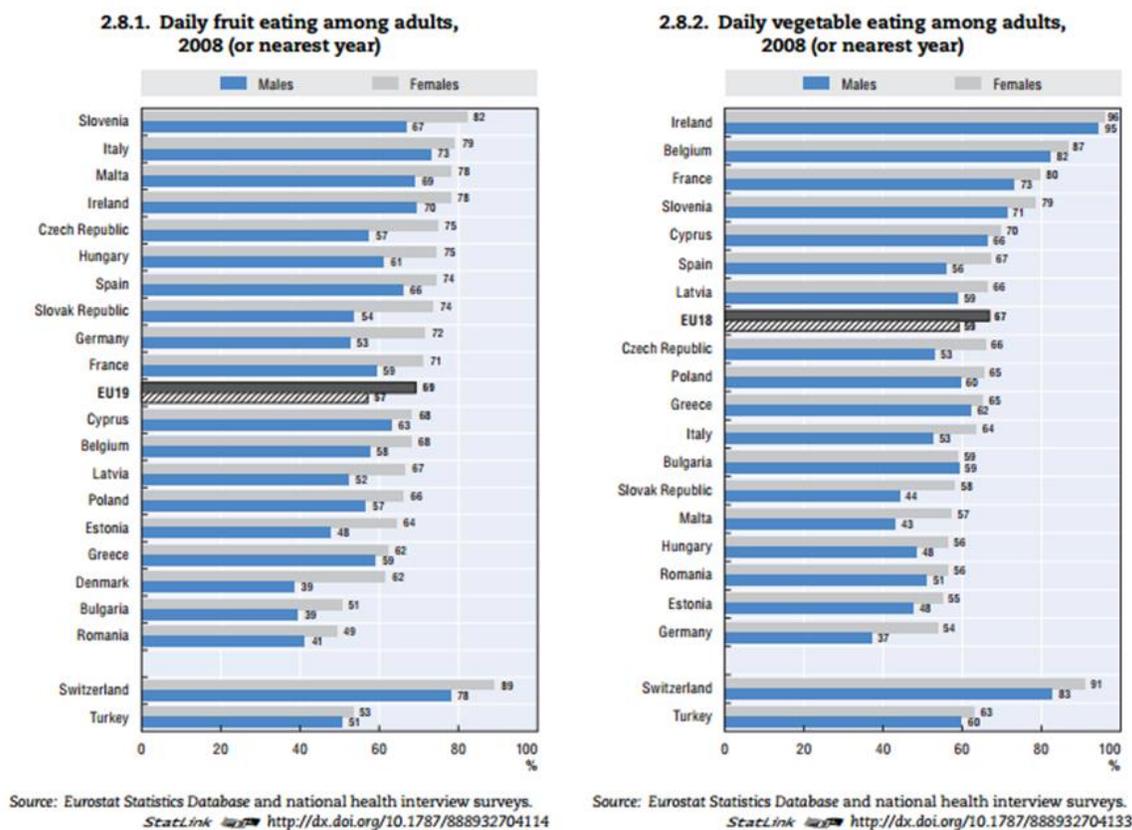
⁶⁵ 同上

⁶⁶ http://www.who.int/nutrition/topics/3_foodconsumption/en/index5.html

⁶⁷ <http://www.eufic.org/article/en/expid/Fruit-vegetable-consumption-Europe/>

⁶⁸ 同上

図 3： 欧州諸国における成人一日あたりの野菜（左）・果物（右）の平均摂取量（2008 年）



出典：OECD⁶⁹

中南米諸国の果物と野菜の消費量は他の地域と比べて総じて少なく、開発途上地域の中でも少ない。しかし、この傾向は近年では徐々に変化しつつある。他の地域と同様に収入が増加するにつれ、果物と野菜の消費は増加している。ブラジルにおいては、都市化と収入の増加に伴う生活習慣の変化を反映して、1人当たりの食品の消費が増加しており、中でも豆などの主食に比べて肉類、野菜、果物、牛乳の消費が大きく伸びている⁷⁰。

中東における果物と野菜の消費量は、先進国の水準とほぼ同等である。しかし、国の経済成長と近代化によって国民の生活が豊かになり、肥満や糖尿病などの弊害が見られるようになった。今後生活習慣病対策としても、人々の食生活を改善し野菜・果物の摂取量を増加させる取組が必要となってくると考えられる。

⁶⁹ <http://www.oecd-ilibrary.org/sites/9789264183896-en/02/08/index.html?contentType=%2fns%2fStatisticalPublication%2c%2fns%2fChapter&itemId=%2fcontent%2fchapter%2f9789264183896-27-en&mimeType=text%2fhtml&containerItemId=%2fcontent%2fserial%2f23056088&accessItemIds=>

⁷⁰ <http://www.choicesmagazine.org/magazine/article.php?article=79>

北米、特に米国において、推奨されている量の果物と野菜を摂取している人口はごく一部である。野菜と果物の両方について推奨摂取量を満たしているのは、未成年の0.9%、成人男性の2.2%、成人女性の3.5%にすぎない。この数十年間で、野菜と果物の摂取量を増加させる必要があるという認識は著しく高まったが、実際の米国の食事はそれに見合うだけの改善を示していない⁷¹。

2.6 運動不足人口の割合

(1) 世界的傾向

運動不足は、人々の健康にネガティブな影響をもたらし、後の非感染性疾患などにつながる恐れがある。疾病の予防や健康長寿を考える上で無視できない指標の一つである。

人口の運動不足の状況は、国や地域により異なるが、全般的に男性よりも女性の運動不足の割合が大きい傾向がある。運動不足になる共通の原因としては、職場及び家庭での習慣が座りがちになっていることや、交通手段として運動を必要としない車などの使用が増加していること、公園が少ないこと、大気汚染などにより運動する場が少ないことなどが挙げられる⁷²。

特に先進国などにおいて、健康と運動を関連付けてとらえ、健康のため余暇を運動に活用しようとする意識が高まりつつある。米国の調査は、医師や医療専門家から運動を薦められる人が増える傾向を示している⁷³。身体的な活動量の減少が健康リスクにつながるという認識が人々の間に広まり、運動教育が普及し、健康に費やす時間的、資金的余裕が増すことは、運動不足人口の減少に資すると考えられる。

(2) 地域別傾向

アフリカは他の地域に比べ、運動不足人口は比較的少ない。これはいまだ同地域において、食料や水の確保に、多大な労働を要する地区や人口がまだ多く存在しているためと考えられる。

アジア諸国における運動不足人口の割合は、国によりばらつきがある。日本や韓国といった先進国では、人々の運動が比較的少なく、国民のおよそ3人に1人が運動不足である。さらに、マレーシアでは、人口の半分以上（約52%）が運動不足であり、肥満の蔓延に繋がっている。一方で、ミャンマーやカンボジア、ラオスといった経済発展の途上段階にある国では運動量が多い傾向にある。

欧州では、人口の半数以上が健康上推奨される運動量を下回っており、運動量は減る傾向にある。また、国家間の格差も広がっており、東欧での運動不足がより深刻になっている。社会経済的な格

⁷¹ <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3831687/>

⁷² http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_inactivity/en/

⁷³ <http://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db86.htm>

差もあり、経済的に貧しい人々ほど、健康維持・向上を目的とした運動をするための余暇時間や、運動できる施設へのアクセスが少ない傾向がある⁷⁴。

中南米諸国は、世界的に平均的な運動量を確保している。この地域の人口の運動量に関する調査は限定されているが⁷⁵、経済発展に伴い慢性病が近年増加していることについて、運動不足との関連が指摘されている⁷⁶。

中東における運動不足は顕著である。中東諸国の多くに急速な発展をもたらした 1970 年代の産油ブーム以降、人々の運動不足は定着していった。以前、この地域の多くの人々は生活のために重労働を強いられていたが、生活が豊かになった現在は、体をあまり動かさない生活に慣れている。女性については、宗教的な理由により肌を見せない服装をすることが多く、これが運動の機会減少につながっているという見方もある⁷⁷。

米国は、疾病対策センター（Center of Disease Control : CDC）を中心として運動不足が慢性病などの健康に与える影響に着目して 50 年以上にわたって国家的な取り組みとして市民への運動推奨を進めてきた⁷⁸。そうした取組により国民の運動量は着実に増えている。以下の図は米国における運動量ガイドラインを満たす成人の割合を示している。2003 年から 2005 年にかけて一時的に減少したものの、その後回復を見せ、2012 年以降約半数の米国人がガイドラインを満たすまでになっている。

⁷⁴ <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/physical-activity/data-and-statistics/10-key-facts-on-physical-activity-in-the-who-european-region>

⁷⁵ http://www.fitnessforlife.org/AcuCustom/Sitename/Documents/DocumentItem/01_jpah_Hallel_Editorial%201.pdf 2 ページ目
図表

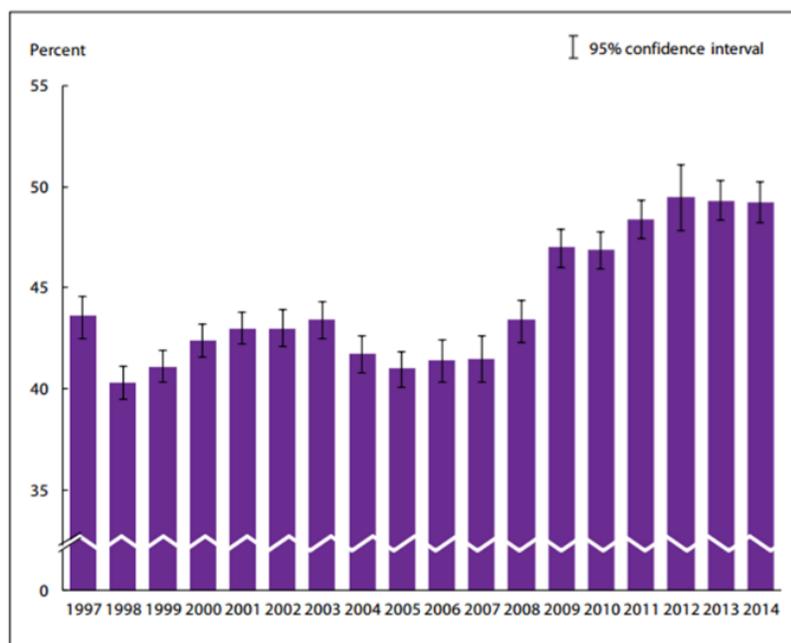
⁷⁶ <http://www.worldbank.org/en/news/feature/2013/09/04/latin-america-burden-of-health-longer-life>

⁷⁷ <http://qscience.nature.com/article/74/the-lack-of-physical-exercise-in-arab-states>

⁷⁸ http://www.cdc.gov/nccdphp/dnpa/physical/pdf/PA_into_public_health.pdf

図 4：米国における運動量ガイドラインを満たす成人の割合（％）

Figure 7.1. Percentage of adults aged 18 and over who met the 2008 federal physical activity guidelines for aerobic activity through leisure-time aerobic activity: United States, 1997–2014



出典：CDC⁷⁹

2.7 高コレステロール人口の割合

コレステロールには善玉コレステロールHDLと、悪玉コレステロールLDLの2種類がある。HDLは動脈からLDLを肝臓に運ぶ役割を担う一方、LDLは肝臓で処理されるはずだった余分なコレステロールを体内に運び、動脈硬化を引き起こす原因になりうる。これにより、後々の心臓病や脳梗塞などのリスクが高まる⁸⁰。

(1) 世界的傾向

世界的には、虚血心患者の3人に1人は、高コレステロールに悩んでいる。また、高コレステロールは全世界年間260万人（総死者数の4.5%）の死亡を引き起こしている^{81, 82}。個人のコレステロール値は、食事や運動、遺伝によって決まるとされているが、WHOによれば、国民のコレステロール値の水準は国の経済発展度合いや所得水準にも影響されている。高所得国ほど、高脂質・高コレステロールの食品を購入できる層が多いことから、コレステロール値の高い人の割合が高くなる傾向がある⁸³。以下の図は、WHOが発表しているものであり、2008年の調査に基

⁷⁹ http://www.cdc.gov/nchs/data/nhis/earlyrelease/earlyrelease201506_07.pdf

⁸⁰ http://www.cdc.gov/cholesterol/cholesterol_education_month.htm

⁸¹ <http://www.nhlbi.nih.gov/health/health-topics/topics/hbc>

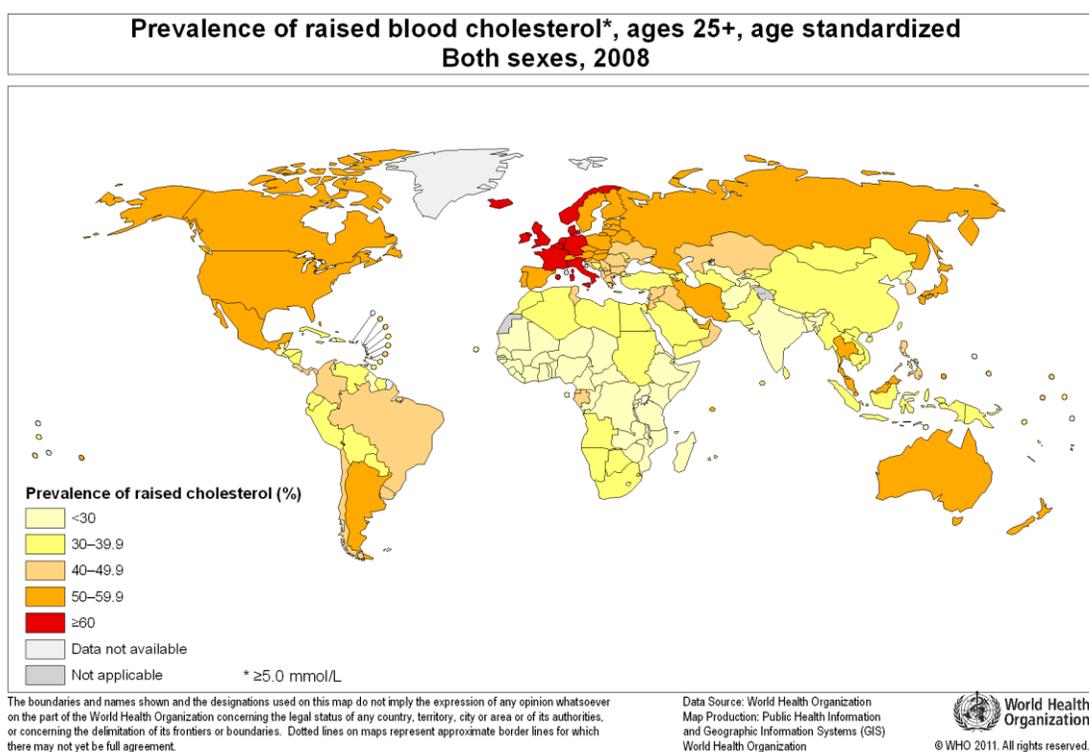
⁸² http://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/cholesterol_text/en/

⁸³ 同上

づいて、世界における高コレステロールを患う 25 歳以上の人口の割合を示している（薄い黄色から濃いオレンジ色、赤色にかけて割合は上昇）。こうした層は先進国に多く、とりわけ欧州には 6 割以上が高コレステロールに悩む国が多く見受けられる。

高コレステロールは、生活習慣病につながり得ることから、健康長寿関連製品・サービス市場の成長を見極めるうえで重要な指標の一つとなる。

図 5：世界各国における高コレステロールを患う人口の割合（%）



出典：WHO⁸⁴

(2) 地域別傾向

アフリカは世界的に見て、高コレステロールを患う人口の割合は少ない。しかしながら、長期的に見れば、国の経済成長が進み、国民の生活が豊かになるにつれて、他の地域と同様に、高コレステロールに悩む国民が徐々に増えていく可能性はある。

アジアでは、既に多くの国において、国民のコレステロール値の上昇が見受けられる。過去には、高コレステロールは主に高所得層で顕著であったが、近年この傾向は変化している。多くのアジア諸国で中間所得層が増加しており、こうした層の間でコレステロール値の上昇につながる食品を手

⁸⁴ http://gamapserver.who.int/gho/interactive_charts/ncd/risk_factors/cholesterol_prevalence/atlas.html

にする機会が増えていると考えられる。米 American College of Cardiology が 2015 年に発表した論文によれば、欧米では高コレステロールや高血圧等の問題は緩和されつつあるが、アジア地域では逆にリスクが高まる傾向にあるという⁸⁵。

欧州は、世界で最もコレステロール値の上昇が深刻な地域である。欧州における高コレステロール値の広がり、国民の所得水準に概ね比例しており、特に北・西欧において高コレステロール人口の割合が際立っている。

中南米諸国では、世界的にみて所得レベルが中位にあり、世界全体におけるコレステロール値の上昇度も平均的である。メキシコやアルゼンチンなどの経済発展が進んでいる国々では高コレステロール人口が多い一方、開発途上のアンデスおよび中米諸国では、高コレステロール人口の割合は比較的少ない。

中東諸国では、高コレステロールが肥満や糖尿病といった生活習慣病の原因の一つとなっている。他の地域と同様に、同地域の人々の間で見られるコレステロール値の上昇は、運動不足と高カロリー食品の多量摂取に起因していると考えられる。特に、アラビア半島の産油国において、国民所得の上昇がこの傾向に拍車をかけていると考えられている。

北米の高コレステロールに悩む人口の割合は、世界平均を超えているが、欧州諸国と比べるとやや低めとなっている。米国においては、CDC が毎年 9 月を米国コレステロール教育月間として知識の普及に努めるほか、1990 年代から心臓病予防に関連してコレステロール対策を続けている⁸⁶。

2.8 高血圧人口の割合

(1) 世界的傾向

高血圧は脳卒中や心疾患、腎臓病の進行を進める要因となる。世界では、成人のおよそ 22% が高血圧であると推定されている。一般に、男性は女性よりも高血圧になりやすい傾向にある。これは、女性ホルモンが血管の弾性を高める働きがあることに関係するとされる⁸⁷。高血圧リスクを高める要因として、塩分の過剰摂取、脂質の多い食事、アルコールの過剰摂取、喫煙、運動不足などが挙げられる。

以下の図は世界各地における 18 歳以上の男性（上）と女性（下）の平均心臓収縮期圧を示している。米国立衛生研究所（National Institute of Health 以下、NIH）の米国立心肺血液研究所（National Heart Lung, and Blood Institute）は平均心臓収縮期圧 120 未満を正常値、120～139 を正常高値、140～

⁸⁵ <http://www.acc.org/about-acc/press-releases/2015/07/06/13/52/hypertension-high-cholesterol-other-heart-disease-risk-factors-increasing-in-asia>

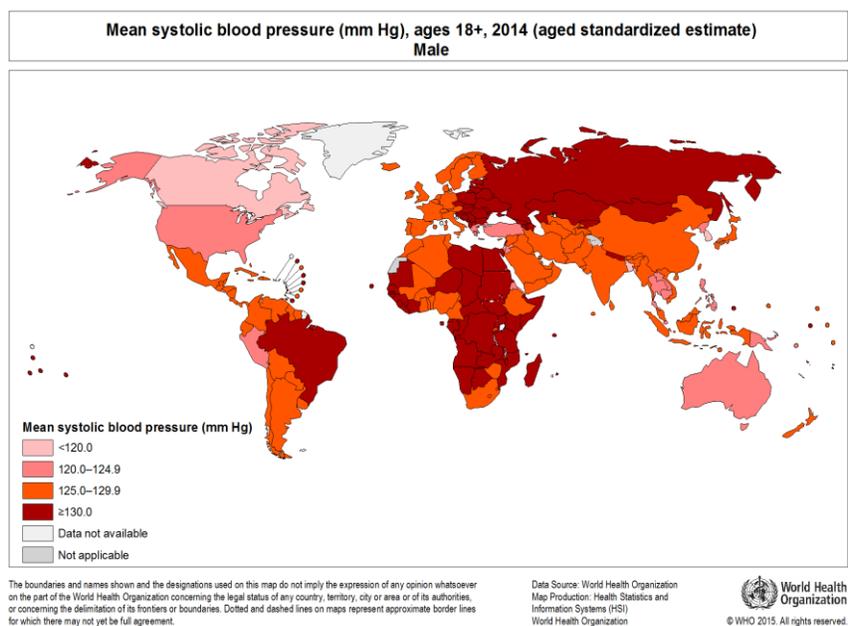
⁸⁶ http://www.cdc.gov/cholesterol/cholesterol_education_month.htm

⁸⁷ <http://www.webmd.com/hypertension-high-blood-pressure/guide/blood-pressure-causes>

159を高血圧ステージ1、160以上を高血圧ステージ2と定義している（薄いピンク色から濃いオレンジ色にかけて収縮期圧は上昇）⁸⁸。図から見て取れるとおり、高血圧が多く見られるのは、アメリカ諸国の多くや東欧、ロシアなどであり、豊かな生活を享受し、高脂質の食事や運動不足が顕著な先進国に限るものではない。多くの地域では症状に対する認識レベルが低く、高血圧患者の大部分が高血圧を自覚していないと考えられる。

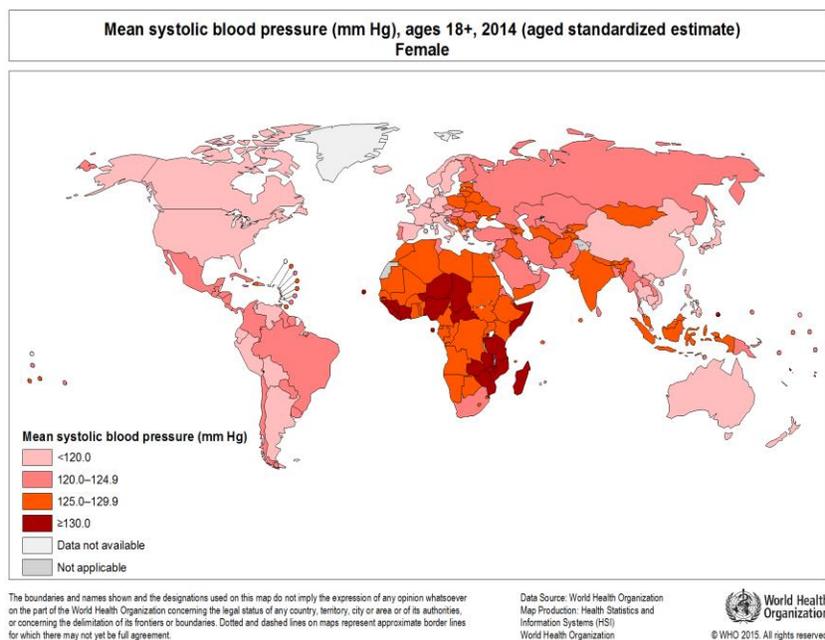
⁸⁸ <http://www.nhlbi.nih.gov/health/health-topics/topics/hbp>

図 6 : 2014 年度における 18 歳以上男性の平均心臓収縮期圧 (mm Hg)



出典 : WHO⁸⁹

図 7 : 2014 年度における 18 歳以上女性の平均心臓収縮期圧 (mm Hg)



出典 : WHO⁹⁰

⁸⁹ http://gamapserver.who.int/gho/interactive_charts/ncd/risk_factors/blood_pressure_prevalence/atlas.html

⁹⁰ 同上

(2) 地域別傾向

アフリカは、他のどの地域よりも高血圧の割合が高い。世界平均の高血圧率は男性が 24%、女性が 20.5%であるのに対して、アフリカの高血圧率は男性で 29.7%、女性で 29.5%と高い。特に女性の割合が高いのが特徴であり、子供が多く、家事の大変な生活環境が影響しているという見方もある⁹¹。

アジアの多くの地域、特に急速に発展が進んでいる地域で、高血圧は増加している。しかし、高血圧に関する理解が浸透していないため、どの程度の広がりがあるかを正確に把握することは難しい。世界保健機構（WHO）の調査によれば、高血圧である中国人の 40%以上は自分が高血圧であることを知らず、約 50%は何の治療も受けておらず、約 80%は高血圧を十分に抑制できていない。アジア地域の多くの政府は高血圧に真剣に取り組み始めたばかりであり、高血圧症状に対する取組は、今後本格的に増加するものとみられる⁹²。

欧州では全般的に高血圧症が多い傾向があるが、様々な面からの予防活動と適切な診療を普及することにより高血圧を減らす取組を続けており、国民の健康の増進と高血圧症の減少を成功した例もある。WHO の欧州地域事務局は各国政府への勧告として、塩分摂取量の監視システムをつくること、食品業界との協業により塩分の目標を策定すること、一般への知識普及の 3つを高血圧予防政策の柱とすること、たばこ税増税は効果的であることなどを示している⁹³。

中南米諸国の高血圧率は、先進国のように漸減するのではなく、横ばい、あるいは増加する傾向にある。これは、先進諸国では減少傾向にある心血管系疾患が、この地域では減少傾向にはないことと関連している。アルゼンチン、メキシコ、ブラジルの有識者が行った合同調査によれば、中南米においては、全般的な医療ケアや健康については向上しているにもかかわらず、高血圧症は増加傾向にあることが示された。今後も経済発展が見込まれるなか、高血圧症の増加による医療費の増大が負担になる可能性が指摘されている⁹⁴。

中東では生活習慣病の多さがとりわけ顕著だが、他国と同様に高血圧症が心血管系リスクなどに結びついている。この地域の高血圧に関する研究報告は少ないが、人口の平均年齢が先進国より 10～15 歳低いにもかかわらず、他の国・地域より平均心臓収縮期圧が低くはない状況から、全般的な高血圧の健康リスクは高いと考えられる⁹⁵。

⁹¹ <http://mgafrica.com/article/2015-05-14-the-strange-story-of-hypertension-in-africa>

⁹² <http://www.who.int/bulletin/volumes/92/1/13-124495/en/>

⁹³ http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/185903/e96816.pdf

⁹⁴ <http://www.defeatdiabetes.org/rising-hypertension-cardiovascular-disease-latin-america/>

⁹⁵

https://www.researchgate.net/publication/51061974_Hypertension_and_its_management_in_countries_in_Africa_and_the_Middle_East_with_special_reference_to_the_place_of_b-blockade

北米においては、比較的高血圧率が低く、米国、カナダ両国とも、高血圧率は 17%を少し越える程度である。米国においては、複数の生活習慣病が社会問題となっているが、世界的に見ても低めの高血圧率は、興味深い傾向である⁹⁶。

2.9 体重過多・肥満人口の割合

(1) 世界的傾向

体重過多（BMI⁹⁷≥25）は、かつては先進国だけの問題であると考えられていたが、現在では世界中で見られる健康管理上の問題となっている。

以下の図は世界における 18 歳以上の肥満（BMI≥30）人口の割合（%）をそれぞれ男女別に（上が男性、下が女性）表している。WHO によると、統計対象全地域において、女性の方が男性よりも肥満になりやすいとされている⁹⁸。

⁹⁶ <http://apps.who.int/gho/data/node.main.A875?lang=en>

⁹⁷ BMI(Body Mass Index) = 体重 (kg) ÷ (身長 (m) × 身長 (m))

⁹⁸ http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854_eng.pdf?ua=1 p77~

図 8 : 2014 年度における世界の男女別肥満蔓延状況

Fig. 7.1 Age-standardized prevalence of obesity in men aged 18 years and over (BMI ≥ 30 kg/m²), 2014

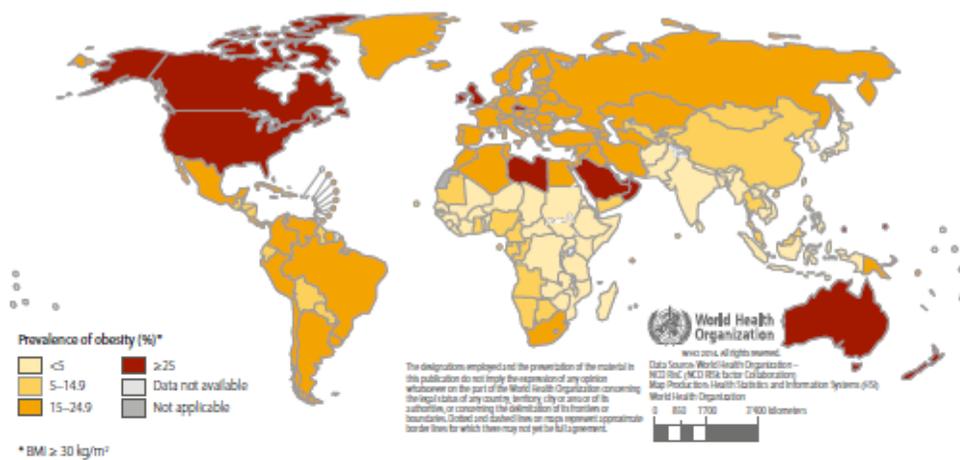
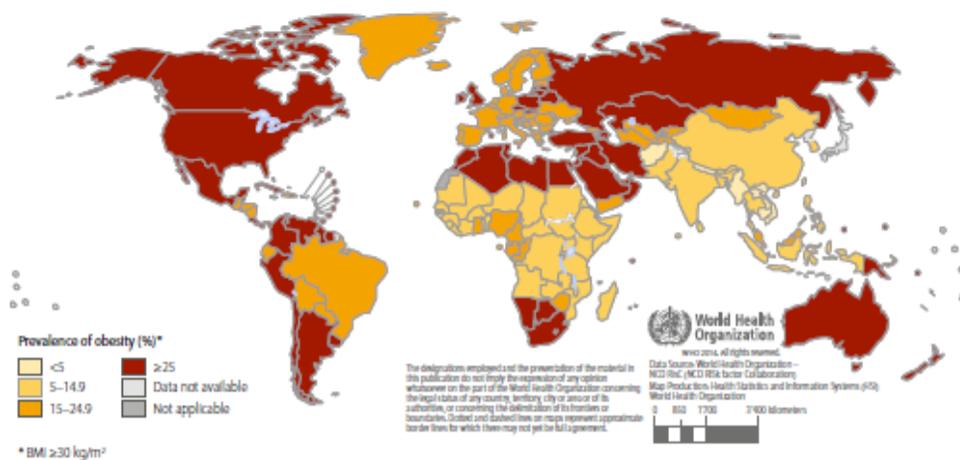


Fig. 7.2 Age-standardized prevalence of obesity in women aged 18 years and over (BMI ≥ 30 kg/m²), 2014



出典：WHO⁹⁹

WHOによれば、体重過多や肥満の主な原因は、カロリー消費と摂取のバランスが崩れ、カロリー一摂取が消費を大きく上回ることである。具体的には、脂肪の多い高カロリー食材の大量摂取や、仕事や移動中の運動不足、都市化に伴うライフスタイルの変化、マーケティングや教育の変化等の様々な社会経済的な要素に起因している¹⁰⁰。

⁹⁹ http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854_eng.pdf?ua=1 p80~

¹⁰⁰ <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>

(2) 地域別傾向

アフリカは、依然として栄養不良が体重過多の蔓延よりも大きな健康上の問題となっているが、北部のアルジェリアやモロッコ、リビア等の国や、南部の南アフリカやナミビア等の国では、男女共に比較的肥満率が高い状況となっている（前述の WHO の図参照）。

アジアの多くの国では、体重過多と肥満が急激に増加している。これまで、体重過多のアジア人の大半は、国の中でも僅かな中上流層の一部であり、一般的に体重過多の問題は抑えられてきた。しかし近年、この傾向に変化が見られており、経済成長や食生活の変化等に伴い、中国やマレーシア、ベトナム等のアジア諸国において、過去 10~20 年の間に、国民全体に占める体重や肥満の割合が増加傾向にある¹⁰¹。

欧州では、1980 年以降肥満は倍増した。ほぼすべての国で半分以上の男性は体重過多であり、今後数十年間この傾向は続くものとみられている。例えば、アイルランドでは、2030 年にもほとんどの成人男性が体重過多、約半数が肥満になると見込まれている¹⁰²。オランダなどいくつかの国では、体重過多人口の増加を阻止しようとしており、増加のペースを下げることに成功しているが、問題は解決していない¹⁰³。

中南米では近年、食の重要課題は栄養不良から体重過多・肥満に移行しつつある。同地域はかつて、深刻な貧困や栄養不良の問題に陥っていたが、1990 年代以降、徐々に解消されていった。特に直近の 10 年間では、急速な経済成長や政府機関の取組の効果もあり、メキシコやコロンビア、ブラジル等の国において、中流層が増加し、それに合わせて貧困や栄養不足の問題は解決されていった。しかしながら、中流層の人々は同時に、大量の食塩や砂糖、脂肪を含む加工食品を求めるようになり、相応に肥満率が増加し始めた。現時点では、肥満や体重過多の蔓延を防ぐ様な取組は初期段階にあり、メキシコやウルグアイ、コロンビア等の国では、健康的な食生活や、定期的な運動の普及を目指す様な政策やキャンペーンが発足しているが、大手の飲食料品メーカーの広告や政治活動等の影響もあり、その効果は限定されている¹⁰⁴。

中東は、豊かな産油国を中心に、体重過多・肥満の蔓延がきわめて深刻な問題となっている。他の地域と同様に、体重過多人口の増加は、運動量が少なくカロリーの高い食事を多く摂る欧米食の広がりと同様に関連がある。とりわけアラビア半島の産油国では、石油輸出による急速な国富の増大が生活環境の変化を加速してきた。座りがちな生活習慣や不健康な食事以外の中東における共通要因としては、都市化、技術進歩、ふくよかな女性に好意的な文化が挙げられる¹⁰⁵。

¹⁰¹ <http://www.genre.com/knowledge/publications/uwfocus14-2-cheong-en.html>

¹⁰² <http://www.thejournal.ie/who-obesity-ireland-2086191-May2015/>

¹⁰³ <http://www.irishexaminer.com/ireland/dutch-turn-around-obesity-epidemic-trend-329090.html>

¹⁰⁴ <http://www.reuters.com/article/us-latam-obesity-idUSKBN0LH13520150213>

¹⁰⁵ <http://www.toptenz.net/top-10-countries-celebrating-female-obesity.php>

北米では、多くの男女が体重過多や肥満の問題を抱えており、相応に同地域では体重過多改善に向けた取組が活発である。例えば、米国の肥満対策費用は、一説に年間 1,470 億ドルから 2,170 億ドルに上ると言われる¹⁰⁶。米国では、経済的に苦しい状況に置かれている女性ほど肥満になりやすい傾向にあるが、男性については肥満と収入の間に相関はなく、収入と共に肥満が増加しているケースもある¹⁰⁷。最近では、単純に食事だけに注目するのではなく、健康であるためには何が必要かという生活全体を見渡す見地からこの問題が考えられるようになりつつある。

2.10 糖尿病人口の割合

糖尿病で最も多い 2 型糖尿病は、糖尿病全体の 90% 以上を占めており、世界的に患者数の増加が続いている¹⁰⁸。

(1) 世界的傾向

糖尿病は、世界で拡大している健康問題であり、2013 年には世界で約 3 億 8,200 万人が罹患しており、これは世界成人人口の約 8.3% に及ぶ。世界各地での肥満人口の増加、運動不足、栄養不足が糖尿病人口の増加に寄与しているとみられている¹⁰⁹。生活習慣の改善は症状の改善に資するとみられており、糖尿病罹患率の高い国において、症状改善に向けた取組がなされる中で、我が国の関連製品・サービスが参入する余地は十分あると考えられる。

(2) 地域別傾向

アフリカは、糖尿病の発症率が世界平均をやや下回る程度である¹¹⁰。糖尿病は経済開発や近代化との相関が強いため、開発途上地域であるアフリカでは、糖尿病患者は少ない。しかし、経済発展とともに国民の生活も豊かになり、糖尿病人口の増加が懸念されている。

アジア南東地域と太平洋沿岸地域の糖尿病罹患率は、世界平均をやや下回っている¹¹¹。アジアで糖尿病は、これまで欧州や北米ほど問題にならなかったが、その傾向が近年変化し、各地で拡大している。特に、中国の糖尿病罹患率は 9.02% とマレーシア、インドに次いで、アジア南東地域と太平洋沿岸地域において高水準となっている。

欧州では、他の地域と比較して糖尿病罹患率は最も低い水準となっており、同地域の平均糖尿病罹患率は 5.64% に収まっている¹¹²。しかし、多くの国において国民の約 60% が体重過多であり、今後糖尿病患者が増加することが予測される。

¹⁰⁶ <http://stateofobesity.org/healthcare-costs-obesity/>

¹⁰⁷ <https://www.sciencedaily.com/releases/2016/02/160208112603.htm>

¹⁰⁸ https://www.idf.org/sites/default/files/EN_6E_Atlas_Full_0.pdf

¹⁰⁹ <http://www.diabetesatlas.org/resources/2015-atlas.html>

¹¹⁰ 1 章のデータを基に各地域の平均を算出。アジア・オセアニア=7.04%、北米=8.56%、中南米=8.32%、欧州=5.64%、中東=14.86%、アフリカ=7.41%、世界平均=7.83%

¹¹¹ 同上

¹¹² 同上

中南米における糖尿病の広がり地域によって異なり、中米とカリブ諸国が最も高く、一部の国では、成人人口の10%以上が罹患している。一方で、南米は比較的罹患率が低く、メキシコの半分程度となっている。

世界において糖尿病が最も深刻化しているのが中東である。中東地域の平均糖尿病罹患率は14.86%と世界中で最も高く、特に湾岸諸国で深刻化している¹¹³。

米国の糖尿病罹患率は9.21%、カナダの糖尿病罹患率は7.91%と他の先進国と比べて高めである。1960年当時における米国成人の糖尿病罹患率は人口の1%にも満たなかったが、その後、継続的に増加を続け、現在の水準にまで上昇している。

2.11 医療費

(1) 世界的傾向

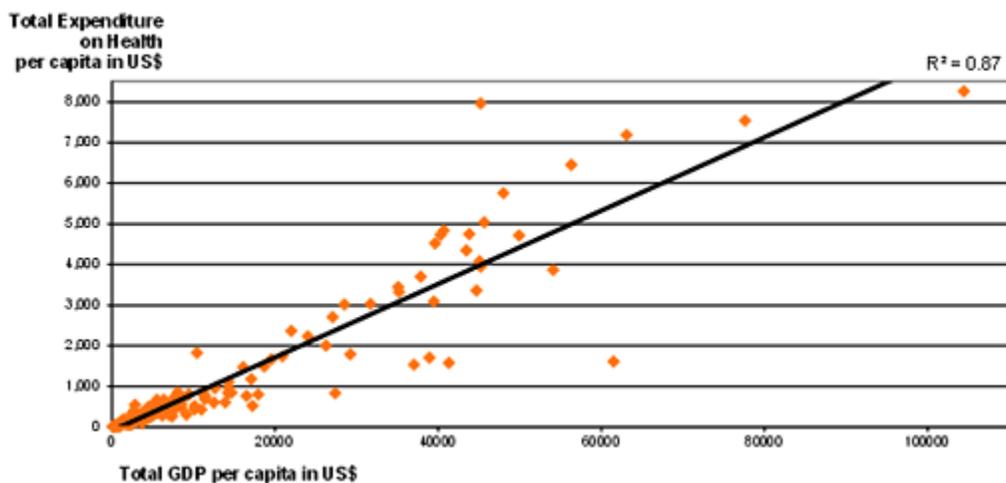
2012年4月時点のWHO資料によれば、世界全体の医療費は年間6兆5,000億ドル、人口1人当たり948ドルであった。このうち大部分が先進国の医療費であり、ほとんどの先進国において医療費がGDPの約10%を占めている。これに対し、途上国の医療費はGDPの5%前後にとどまる。医療システムや高齢化の進行度合い、国民の健康状態など各国の状況はさまざまであり、医療費支出は国によって異なる¹¹⁴。ただし、程度の差こそあれ、医療費の削減はいずれの国にとっても財政への負担を軽減する観点から重要な政策課題となっている。特に医療費負担が拡大している国を中心に、医療を必要とする前段階にあたる予防、日常から可能な生活習慣の改善、健康増進に関する製品・サービスに対する潜在需要は大きいと考えられる。

以下の図は1人当たりのGDP（GDP per capita）と1人当たりの医療費（Expenditure on Health per capita）の相関を示す。

¹¹³ 1章のデータを基に各地域の平均を算出。アジア・オセアニア=7.04%、北米=8.56%、中南米=8.32%、欧州=5.64%、中東=14.86%、アフリカ=7.41%、世界平均=7.83%

¹¹⁴ <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs319/en/>、
http://gamapserver.who.int/gho/interactive_charts/health_financing/atlas.html

図 9：1人当たり GDP と医療費の相関性



出典：WHO¹¹⁵

(2) 地域別傾向

アフリカ諸国における医療費の総額、GDP比は共に低い。これはアフリカ全土に共通だが、人口が多く貧しい地域においては国民が基本的な保健サービスすら受ける経済的余裕がないこと、また国の医療インフラ自体が十分に整備されていないことなどが理由であると考えられる。

アジア諸国における医療費は、国により違いがある。南アジアでは特に低い一方で、東アジアでは比較的高い傾向にあり、中国では、GDPの成長を上回る速さで医療費は増加しているが、1人当たりの医療費について欧米諸国にはまだ及ばない。

欧州諸国における医療費は、世界的にも高水準であり、GDPの10%前後に集中している。特に、ドイツなど高齢化が進んでいる国では高い傾向にある。

中南米諸国の医療費は、世界的に見て中位にあり、ほとんどの国でGDPの5~10%である。これは、同地域の1人当たりGDPがアフリカやアジアよりも高い一方、先進諸国より低く、中進国と位置づけられていることと対応している。

中東諸国の医療費は、世界的に見てやや低めである。GDPに対する医療費の割合は、イエメンなどのGDPが小さい国々だけではなく、トルコやサウジアラビアのようにGDPが大きい国においても、アジア・オセアニア地域や欧州、北米の先進諸国に比べて少ない。

北米における医療費は、非常に高い。特に、GDP比医療費において、米国は他の先進諸国と比べても大きな差をつけている¹¹⁶。

¹¹⁵ <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs319/en/>

¹¹⁶ <http://www.oecd.org/unitedstates/Country-Note-UNITED%20STATES-OECD-Health-Statistics-2015.pdf>

2.12 GDP

(1) 世界的傾向

GDPは経済生産全体の指標であり、2014年時点で全世界のGDPは78兆2,800億ドル（2014年名目GDP）で、購買力平価（Purchasing Power Parity 以下、PPP）調整後は109兆3,000ドルに上る。また、全世界の1人当たり平均GDPは1万6,400ドルである（PPP調整後）。過去数年間の全世界GDP成長率は3%を若干超える程度で推移しており、2014年の成長率は3.4%であった¹¹⁷。世界のGDPの大部分は、北米、中国や日本などの東アジア、ドイツなど欧州の先進国で占められている¹¹⁸。

(2) 地域別傾向

アフリカのGDPは、世界でも最も低い水準となっている。近年の経済成長率は将来の発展を期待させるものの、依然として貧困が広範囲で見受けられる。アフリカにおいて最大の経済規模を有するのはナイジェリアである。

アジアの経済は国・地域毎に様相が異なり、日本やシンガポール、韓国、香港、台湾といった先進経済地域から、バングラデシュやアフガニスタンといった生活水準の低い国まで幅広い。ここ数十年間で最大の発展は中国経済の台頭であり、中間所得水準（2014年の1人当たりGDPで7,590ドル）が上昇したことで健康、医療関連を含む様々な製品・サービスへのアクセスが拡大している。

欧州のうち、GDPが最も高いのは北・西欧であり、これに南・東欧の順で続く。EU全体の成長率は世界金融危機の影響により2009年にマイナス4.5%と大幅に落ち込み、その後2010年には2.0%伸びたが、以後2%を越える伸びは達成できていない。

中南米は、先進国ほど豊かではないものの、アフリカやアジアの多くに見られるような貧困に悩む国はほとんどない。この地域最大の経済大国であるブラジルは、人口はアフリカ大陸の2割程度であるが、GDPはほぼ同等である。

中東は、同地域最大の経済大国であるトルコをはじめとした非産油国と、サウジアラビアをはじめとした産油国の2つに分類される。この2カ国のGDPは、ほぼ同等で、8,000億ドル弱である。

北米については、2014年時点で米国はGDP1位、カナダが11位となっている。但し、中国経済の成長や、他の地域における新興国の躍進などにより、世界全体のGDPに占める割合は徐々に減少傾向にある¹¹⁹。

¹¹⁷ <https://www.imf.org/external/pubs/ft/weo/2016/update/01/>

¹¹⁸ <https://www.imf.org/external/pubs/ft/weo/2015/02/weodata/download.aspx>

¹¹⁹ <http://databank.worldbank.org/data/download/GDP.pdf>

<http://www.oecd.org/dev/pgd/economy/developingcountriesettoaccountfor60ofworldgdpby2030accordingtonewestimates.htm>

2.13 高齢者の暮らしやすさ指数

(1) 世界的傾向

世界の人口は高齢化に向っている。経済が発展すれば、所得が増え、医療・健康分野への国民アクセスが拡大し、ひいては寿命が延び、高齢者が増えることにつながる。そして高齢者は、若年層に比べて体のメンテナンスが必要な傾向が強まることから、家庭での健康維持管理に関する需要から専門的な医療需要まで多岐にわたるヘルスケア関連製品・サービスの需要も増してくることとなる。

以下の図は、2015年と2050年の世界各地における60歳以上の人口割合を示している。濃い赤色は、60歳以上の人口の割合が高いことを示している。2015年時点では、日本のみ30%以上、その他欧州諸国が25%以上となっているが、2050年には世界各地の先進国の多くで、60歳以上人口の割合が30%を超えると予測されている。

図 10：60歳以上の人口比率¹²⁰

Fig. 3.1. Proportion of population aged 60 years or older, by country, 2015

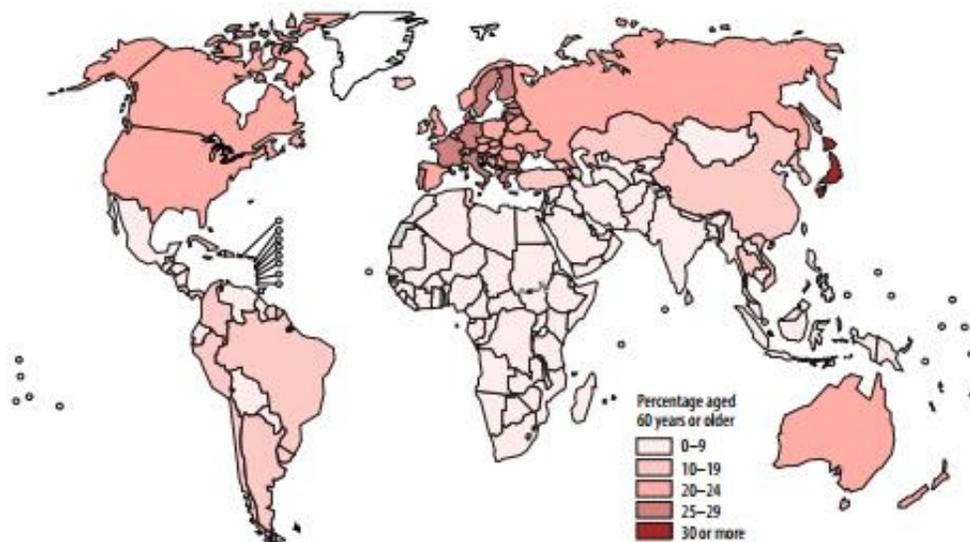
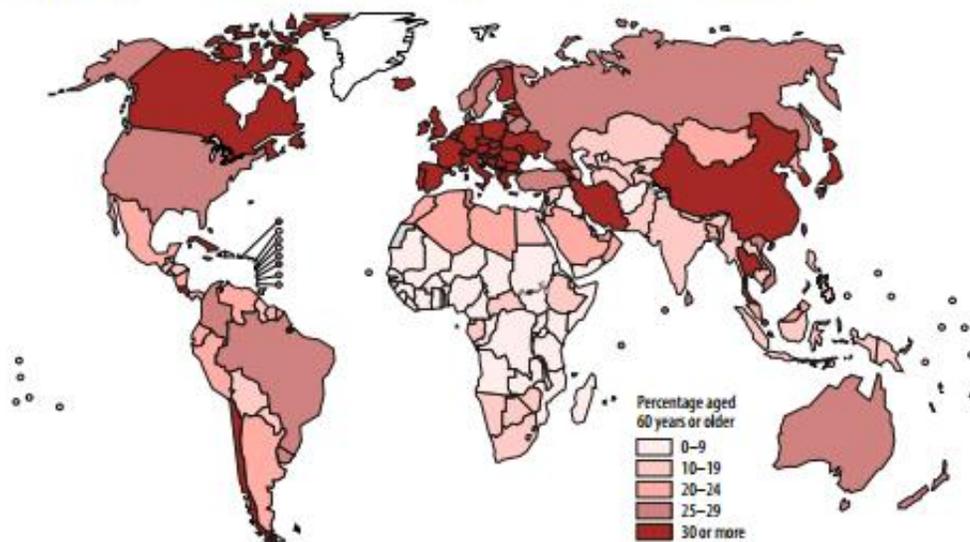


Fig. 3.2. Proportion of population aged 60 years or older, by country, 2050 projections



出典：WHO¹²¹

本報告書では、国際 NGO の HelpAge International が発表している、「高齢者の暮らしやすさ指数 (Enabling Environment Index)」を基に第一章の各国の比較表を作成し、本章における分析を行う。この指数は、36 カ国の高齢者グループを対象に、高齢者の公共交通機関へのアクセス、治安、社会

¹²⁰ <http://reports.helpage.org/global-agewatch-index-2015-insight-report.pdf> p6~

¹²¹ http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186463/1/9789240694811_eng.pdf?ua=1 p44~

的つながり、市民としての自由の4つの指標を加味して算出したもので、高齢者の暮らしやすさを示すものである。

(2) 地域別傾向

暮らしやすさの判断指標は各国の発展度と相関があるために、発展度において他の地域に遅れを取っているアフリカの暮らしやすさ指数は低くめである。アフリカでは、高齢者の生活水準を改善するために費やせるリソースが他の地域よりも限られているため、高齢者の暮らしやすさにもリソースが十分割かれていないことなどが要因として考えられる¹²²。

アジア諸国における高齢者の暮らしやすさは、他の地域の先進国と比べ平均的だが、国のGDPが必ずしも高齢者の住みやすさと比例していないことが見て取れる。例えば、韓国の一人当たりGDPはインドよりも高いにも関わらず、韓国とインドの高齢者の暮らしやすさ指数は、各々64.1ポイント、65.3ポイントとほとんど変わらない。

欧州には、高齢者が暮らしやすい環境と評価される国が多数存在する。国のGDPは平均して他地域より高く、高収入の現役世代からの財源を高齢者へ給付するために必要な所得再配分制度を、国家福祉として備えている国が多い。一方で、欧州における財政の逼迫は、高齢者の暮らしやすさにネガティブな影響を及ぼしていると考えられる。英国でも、公共支出削減策、政府の支援なしには生活が成り立たない高齢者がさらに深刻な状況に陥る恐れがある¹²³。

中南米では、欧州や北米が人口動態変化に直面したときよりもさらに速いペースで高齢化が進んでいる。中南米諸国においては、高齢化率が同レベルに達した時期の日米と比べても、一人当たり収入は10分の1程度しかない。高齢者1人当たり支出を現状維持するだけでも高齢者支援の財源レベルを大幅に引き上げなければならない¹²⁴。

中東地域では、ここ数十年間に人口が急増したが、近年の人口増加率は停滞しつつある。その結果、高齢層や若年層に比べて青年層が突出して多い。数十年後には、青年層が高齢層となり、高齢者の比率が一段と高まるとみられる¹²⁵。

北米は、欧州と同様、高齢者が暮らしやすい地域と評価されている。高齢化は進むものの、他の先進諸国と比べれば、高齢化の進行は遅い¹²⁶。

¹²² <http://www.afdb.org/fileadmin/uploads/afdb/Documents/Publications/Aging%20Population%20Challenges%20in%20Africa-distribution.pdf>

¹²³ <http://www.independent.co.uk/life-style/health-and-families/health-news/care-for-elderly-in-state-of-calamitous-decline-amid-lbn-of-austerity-cuts-9991321.html>

¹²⁴ <http://www.prb.org/Publications/Reports/2014/latin-america-life-expectancy.aspx>

¹²⁵ <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3767158/>

¹²⁶ <http://www.prb.org/Publications/Reports/2011/americas-aging-population.aspx>

2.14 分析結果に基づく有望市場の絞り込み

これまで健康長寿主要データに着目し、世界6つの地域ごとの傾向をみてきたが、これらを踏まえ、日本の健康長寿産業にとって有望と考えられる海外市場を以下17か国、抽出した。このうち、定量データから明らかに有望であると導かれる10か国をグループAとし、定量データのみでは必ずしも明らかではないが、健康長寿市場の潜在性を考える上で関連性の多い現地の政策や民間の取組等を加味すれば、市場潜在性が十分あると考えられる7か国をグループBとした。

日本の健康長寿関連産業の海外展開先として、必ずしも、これら17か国のみが重要と限られるわけではないが、有望市場の一つの捉え方として参照いただきたい。

表1：重点主要17カ国

分類	国名
グループ A 定量データから明らかに有望であると考えられる海外市場	米国
	中国
	ドイツ
	メキシコ
	トルコ
	インド
	サウジアラビア
	ブラジル
	マレーシア
	UAE（アラブ首長国連邦）
グループ B 定量データのみでは明らかではないが、定性分析を加味することで有望であると考えられる海外市場	インドネシア
	カンボジア
	ロシア
	タイ
	ベトナム
	ミャンマー
ナイジェリア	

(1) グループ A

グループ A は、定量データから明らかに有望であると考えられる10か国である。定量データの中でもとくにインパクトが高いと考えられる以下4つを「重要指標」とみなし、地域ごとにこれらの指標で上位にランク付けされる諸国を抽出した。

- GDP：
 - 健康長寿関連製品・サービスの展開先として人口や購買力等、一定の市場規模があることを意味する。
- 医療費：

- 公的保険、民間保険のいずれにせよ、健康に係る支払いの仕組みが整備されていることは健康長寿関連製品・サービスを利用可能な環境が整っているとみなせる。
- 肥満の割合：
 - 運動不足や高カロリー食等の過剰摂取といった健康上の課題を抱えており、生活習慣の改善等に対する需要が多いとみなせる。
- 糖尿病の割合：
 - 眼病やその他多くの合併症を引き起こす糖尿病の状況により、当該国における健康問題の深刻度、生活習慣の改善ニーズの多さをうかがうことができる。

今回 103 カ国を対象に、地域ごとに以上 4 項目の順位づけを行ったところ、以下の 10 カ国がいずれの項目においても上位に位置する国として浮かび上がってきた。表で示されている数字は、各国の属する地域における順位を表している。

表 2：A グループ 10 か国とそれぞれの属する地域における順位

	GDP* **	医療費* **	肥満* **	糖尿病* **
米国（北米）	<u>1位</u>	<u>1位</u>	<u>1位</u>	1位
中国（アジア）	<u>1位</u>	<u>1位</u>	—	3位
ドイツ（欧州）	<u>1位</u>	<u>1位</u>	—	—
メキシコ（中南米）	2位	2位	2位	1位
トルコ（中東）	1位	1位	—	—
インド（アジア）	2位	—	—	2位
サウジアラビア（中東）	2位	3位	<u>1位</u>	<u>1位</u>
ブラジル（中南米）	1位	1位	—	—
マレーシア（アジア）	—	—	3位	1位
UAE（中東）	—	—	2位	—

* 下線付き太字は世界でも 3 位以内であることを示す（日本を除く）。

** “—” は 4 位以下。

米国は、GDP、医療費、肥満人口数で（約 8,700 万人）において世界第 1 位（肥満人口の割合では世界第 3 位）、糖尿病患者数においても世界第 3 位（約 2,440 万人）と、4 つの項目すべてにおいて北米のみならず世界ほとんどの国々と比べて突出している¹²⁷。さらに、オバマ政権の下で医療保険制度改革が進み、かかりつけ医師制度の導入、予防医療の普及、食事の改善、運動の奨励など、健康長寿への関心が高まってきている。健康に良くない食品にあふれた市場とみられがちであり、実際に課題は山積ではあるものの、有機食材を含むヘルシーな食生活を目指す人口も徐々に増え、またアップルウォッチや FitBit などのウェアラブルデバイスを利用して日々の健康管理に取り組む人口も増加している。

¹²⁷ 糖尿病を患う人口の割合では 74 位。 <http://healthintelligence.drupalgardens.com/content/prevalence-diabetes-world-2013>

中国は GDP、医療費において米国に続いて世界第2位であり、また肥満人口数も 6,200 万人と米国の 8,700 万人に次いで世界第2位となっている。2013 年の糖尿病患者数（20 歳～79 歳）においては世界 1 位の 9,800 万人と、国民の健康において明らかに重大な課題を抱えている。さらに、大気汚染などの影響で外出頻度が減り、国民の運動不足に拍車がかかるリスクもある。また国民の 5 人に 1 人が高血圧であり、高血圧症患者の約 4 割は症状の認識に欠け、また高血圧症患者の約半分は何も治療を行っていないなど、国民の健康に関する課題は山積みである¹²⁸。

ドイツは欧州圏において GDP 第 1 位、医療費第 1 位、糖尿病の割合第 2 位である。2060 年時点の平均寿命は 2060 年時点で男性 88 歳、女性 84.8 歳と、今後も伸び続けることが予想されるかわら、出生率及び人口増加率の低下が予測されており、日本と同様に国民一人当たりの医療費負担が増加していく見込みだ。高齢者の割合が高くなる中で、国民の健康維持・増進と、医療費の抑制のバランス確保が今後の課題となる。

メキシコは糖尿病患者数で世界 6 位（870 万人）、また肥満人口の割合でも 2013 年に国連から発表された最新の統計によれば 32.8%と近年米国の 31.8%を抜き OECD 諸国で 1 位となり、国民の健康に関する問題、特に生活習慣によって引き起こされる疾病等において深刻な課題に直面している。メキシコにおける健康問題は多くの場合食生活や運動不足など国民のライフスタイルが原因になっているとみられ、政府も健康に悪影響を及ぼすと考えられる食品・飲料に課税を始めるなど、国主導で課題に向き合っている。

トルコは中東において GDP、医療費ともに第 1 位であり、中東における立ち位置として、欧州におけるドイツと類似している。トルコは国民の 3 人に 2 人が体重過多、6 人に 1 人が肥満であり、国民の健康に関する課題は多い。政府は医療インフラの整備に注力するほか、国民の間では主に高所得層がけん引する形で、徐々に健康維持・増進に対する意識の高まりが見え始めている。また、トルコでは、欧州と中東の交流点として文化が混ざり合い、国民のファッションや美に対する意識も高い。

ブラジルもドイツやトルコと同様に、域内において GDP、医療費ともに 1 位となっており、また、国民の半分以上が体重過多、約 2 割が高血圧、約 4 割が高コレステロールに悩まされているなど国民の健康においても多くの課題を抱えている。塩分摂取量は中南米地域で突出して高く、先進諸国と比較すると野菜の摂取量が少ない。

インドは、現在中国に次いで世界第 2 位の人口を誇り、2015 年の時点で人口は 12 億 5,000 万人に及ぶ。成長率においても BRICs 諸国の中では比較的経済の好調さを維持しているが、未だ貧困層が国民の大部分を占める。肥満人口は 3,000 万人に及び、米国、中国に次いで世界で 3 位。糖尿病患者人口は 6,500 万人と、中国に次いで世界第 2 位となっており、生活習慣改善の余地がおおいにある。

¹²⁸ <http://www.news-medical.net/news/20131010/Hypertension-affects-over-4025-of-Chinese-adults-shows-WHO-report.aspx>

サウジアラビアは中東地域において GDP ではトルコに次ぐ 2 位。人口の約 70% が体重過多であり、肥満人口の割合は 35.6% と世界で 1 位、また、糖尿病患者は国民の 4 人に 1 人（約 24%）に上る。さらに国民の約 6 割が運動不足であり、生活習慣病患者のさらなる増加が懸念される。

UAE は、GDP や医療費においてサウジアラビアをやや下回るが、3 人に 1 人が肥満（33.7%）、また 5 人に 1 人が糖尿病を患うなどサウジアラビアとの類似点が多い。また、その他の健康指標において必ずしも良い結果は出ていないものの、国民の健康や美への意識は高い。政府は 2016 年 1 月、ヘルスケア部門の効率化を進め、患者中心の医療モデルをドバイに導入するドバイ健康戦略 2016 を発表した。

マレーシアは、国民の約 16% が肥満、世界的に見渡すと肥満率の低いアジアにおいて突出した数値を示す。また糖尿病を患う人口の割合は 10% 超と、アジア・オセアニア地域で最も高い。これには国民の 5 割超が運動不足であることなどが起因していると考えられ、数年前には体重や BMI を学校の成績の一部に加える政策を発表するなど、国全体として問題意識を有している。

(2) グループ B

上記の GDP、医療費、体重過多・肥満、糖尿病の観点からは、各地域で 3 位内に入るほどの特徴は示さないものの、その他の健康指標で特徴があったり、現地の政策、我が国との関係などの点から、今後健康に関する課題をより多く抱えることになりそうな国や、健康長寿関連製品・サービスに対して市場開拓の機会が見いだせそうな国をグループ B とし、以下に挙げる。

- ロシア
- インドネシア
- カンボジア
- ナイジェリア
- タイ
- ベトナム
- ミャンマー

ロシアでは、心血管疾患やがん、肺疾患、糖尿病などの非感染性疾患による死が全体の 75% を占めており、また 2010 年の 25 歳から 64 歳の間の死亡率は欧州の約 2 倍に上る。非感染性疾患の予防に関するガイドラインの発表や、WHO の非感染性疾患に対するアクションプランに沿った医療発展プログラムの策定など、悪化の一途を辿る国民の健康・生活習慣に政府が進んで介入し始めている。

インドネシアは喫煙率が高く、また高コレステロールの割合は、アジア・オセアニアで最も高い 57.1% となっている。非感染性疾患によるインドネシアへの経済的損失は、GDP 比で、中国やインドを上回るという研究結果もある。また、医師不足も最重要課題の一つとして認識されており、現

在国民 3,500 人に対し医師一人と、他国に比べて極めて少ない水準である。医療インフラの整備が十分でないことから、各自日常から健康に配慮した生活を送る必要がある。

カンボジアについては、基礎的な医療インフラの整備が課題であり、同国では医療関連予算を 90 年代以降充実させ、公的医療施設数の増加等に努めてきている。GDP に占める医療費の割合は 7.5% とタイ、マレーシア、フィリピンらの 4% 台と比較しても高い。新生児や妊産婦の死亡率は、先進諸国に比べればまだかなり高い水準にあるものの、大幅な改善をみている。GDP や医療費総額、肥満、糖尿といった点ではアジア・オセアニアで最低水準だが、国民の半数が 24 歳以下と若く、これら若年層が今後の経済成長とともに、中年化、高齢化する過程で今は顕著にみられない生活習慣病のリスクに晒される可能性はある。長期的な視野に立つ際、目が離せない市場である。なお、我が国は 2013 年にカンボジアとの間で医療分野の協力覚書に署名している。

ナイジェリアはアフリカ最大の人口、GDP を擁し、市場規模の大きさは際立つが、医療費の GDP 比はアフリカ主要国の間では低く、5 歳以下の低体重の割合は極めて高いなど医療の充実度において課題を抱える。喫煙者の割合は 1 割に満たないが、平均アルコール摂取量はアフリカ主要国では最も多い。都市化の進展による運動量の減少や食生活の欧米化に伴う肥満の増加なども指摘されている。

タイは高齢者の増加速度が世界で最も早い国の一つである。65 歳以上は現在国民 10 人に 1 人のところ、2040 年には現在の日本に近い 4 人に 1 人まで増える。社会の成熟、そして高齢化の加速の中、国民の健康への関心が高まっている。タイ政府も、医療費の抑制、国民の健康増進の観点から、「治療から予防へ」の方針を掲げ、国民の健康増進に向けた取組を行っている。ASEAN 内で屈指の市場規模を誇るとともに、タイ市場でのビジネス拡大はメコン地域への浸透につながる事が期待される。

ベトナムについては、人口は約 9,000 万人と日本企業が海外展開先として注目する ASEAN 地域で 3 位、過去 10 年間の経済成長率が平均 6.60% と着実に成長を続けている。国内所得水準も上昇傾向が続いており、有望な消費市場として期待されている。平均寿命は 75 歳程度と着実に伸びている。2014~19 年の 5 年で医療機器市場は年率 16.6% 増、病床数は年率 5.5% 増と ASEAN 最高水準のペースで医療インフラの整備が進む。

ミャンマーについては、平均寿命が 66 歳と ASEAN の中で最も短い。タイ、マレーシア、ベトナムなど 70 歳台半ばが並ぶ。1 歳未満乳児死亡数 1,000 人当たり 39.8 人は ASEAN で最も多い。感染症対策をはじめ、基礎的な医療インフラの整備がまず優先される状況だが、心臓疾患や糖尿病など非感染性疾患も同時に増え始め、医療に続く、日常からの健康維持・増進に向けた取組も同時並行で進めなければならない状況が生まれつつある。

第 3 章ではこの 17 カ国についてより詳しくみていく。

第3章 有望市場の状況

本章では、第2章で抽出した17カ国について以下の観点から各国の状況をみていく。

- ① 健康長寿に関する課題（高齢化や出生率の低下等による人口構成の変化、肥満、その他喫煙や、飲酒、非感染性疾患の広まり等）
- ② 政府の取組
- ③ 国民の生活習慣、民間セクターの取組等

グループ A

3.1 米国

3.1.1 健康長寿に関する課題

(1) 高齢化

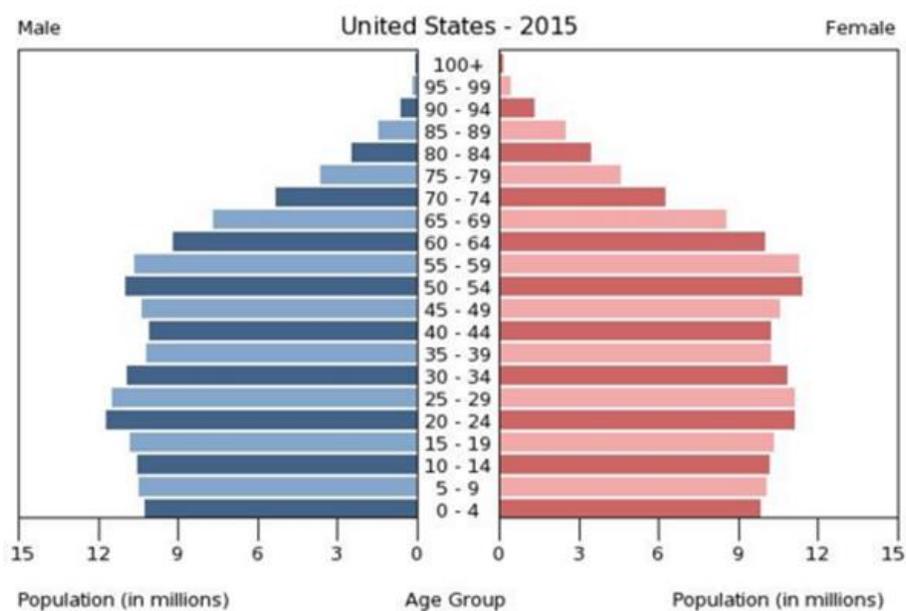
米国は毎年多くの移民を受け入れており、出生率も他の先進国と比べて高いことから、他の先進国と比べると比較的若者層の厚みがある。とは言え、医療の発達に伴い高齢者の人口が増加している点は他の先進国と同様である。2015年の65歳以上の人口は全体の14.88%と約7人に1人が高齢者となっている。米国の2013年の65歳以上の人口は2003年の3,590万人から2013年の4,470万人に24.7%増加している。米国における65歳の平均余命は19.3年（女性は20.5年、男性は17.9年）。2013年に100歳以上の人口は6万7,347人（65歳以上人口の0.15%）と、日本の6万1,500人を上回っている。また65歳以上の高齢女性は2,670万人と、男性の2,113万人を上回る^{129, 130}。

¹²⁹ http://www.aoa.acl.gov/Aging_Statistics/Profile/index.aspx

米国高齢者プロフィール2014年版：http://www.aoa.acl.gov/Aging_Statistics/Profile/2014/docs/2014-Profile.pdf

¹³⁰ http://www.aoa.acl.gov/Aging_Statistics/Profile/2014/2.aspx

図 11：米国の人口ピラミッド 2015 年



注：左が男性、右が女性、単位は 100 万人。中央の数値は 5 歳刻みの年齢層。

出典：CIA

2013 年の 65 歳以上の高齢者の年収中央値は男性 2 万 9,327 ドル、女性 1 万 6,301 ドルであった。男性と女性の間で大きな差が見られ、特に米国においては女性が年収中央値の水準で通常の生活を送るのは困難であることが分かる。賃金により得た収入はあくまで補助的な収入程度にしかならず、社会保障に頼る高齢者が多いのが現状である。2012 年の高齢者の主な収入源は社会保障（86%）、資産収入（51%）、私的年金（27%）、公務員年金（14%）、賃金（28%）である。2012 年に、社会保障の受取人の 36%において、社会保障が収入の 90%以上を占めた（夫婦で 22%、未婚者で 47%）。

貧困ライン以下の高齢者は、2013 年に 420 万人以上、人口の 9.5%に上る（例えば、65 歳以上の夫婦世帯の場合、2013 年の定義では年収 1 万 4,095 ドル以下）。また、正式な貧困ラインに加えて、米国国勢調査局が 2011 年に報告した、より実態に即した貧困ラインを示す補助的貧困値

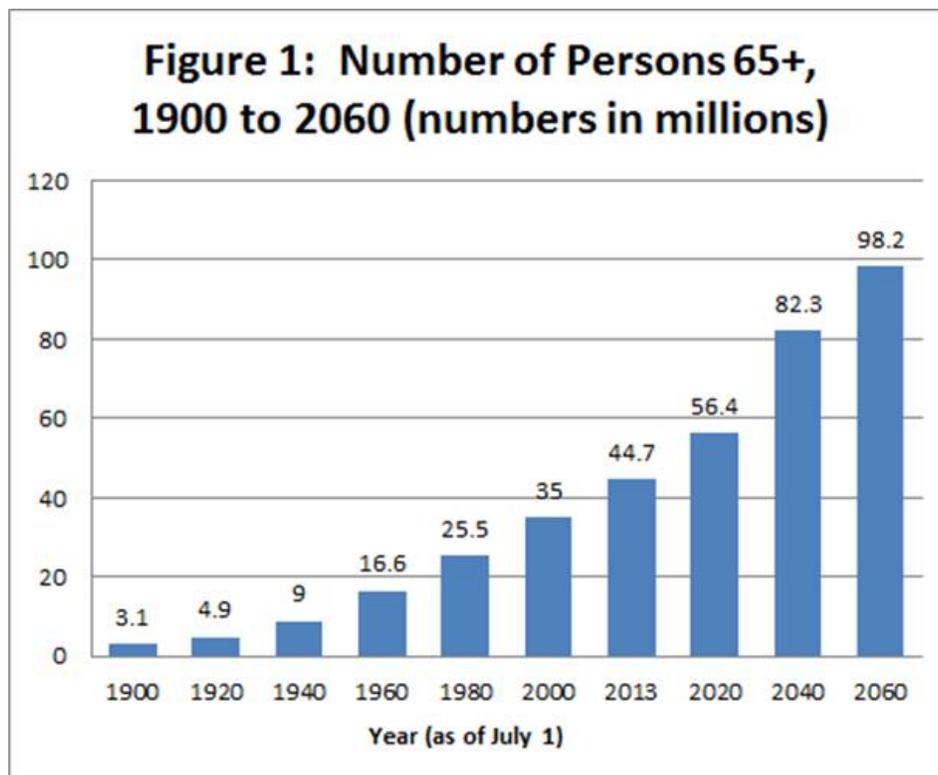
（Supplemental Poverty Measure：SPM）¹³¹以下の高齢者はさらに多く、2013 年で 14%に上る。これは主に医療費の窓口負担が含められたことによると考えられる。医療費負担によって、台所事情が厳しい家庭は、正式な貧困ラインで把握できるよりも実態として多いことが分かる。

米国の高齢化は、第 2 次世界大戦後のベビーブーム世代の存在により今後急速に増加する。65 歳以上の高齢者は、2013 年の 4,470 万人から 2060 年に 9,800 万人に倍増すると予測される。また、65

¹³¹ 地域による物価差や現金以外の福利などを考慮した新たな参考指標。従前の貧困ラインと異なり、所得税や社会保障給付税、育児やその他の業務費用（work expense）、養育費、医療費、医療保険料などの諸費用が差し引かれたもの。<https://www.census.gov/newsroom/releases/archives/poverty/cb12-215.html>

歳以上が占める割合は2013年の14.1%から2040年までに21.7%に上る見込みである。さらに、85歳以上の人口は2013年の600万人から、2040年には1,460万人と3倍近くになる。人種別にみると、2013年から2030年の65歳以上の高齢者の増加率は、白人の50%増に対し、マイノリティは123%増に上る。中でも増加率が高いのは、ヒスパニックの153%増、アジア系の121%増である。高齢者人口の予測は以下の図に示される¹³²。

図 12：米国における65歳以上の人口予測 1900～2060年
(単位：百万人)



出典：米国センサス局「人口予測 (Population Estimates and Projections)」

(2) 肥満

米疾病対策センター (Center of Disease Control 以下、CDC) の2012年のデータによると、20歳以上の成人のうち肥満の割合は35.1%で、体重過多を含めると69%に上る。これらの数値は世界的にみても非常に高く、肥満人口では世界1位である^{133,134}。ニューヨーク大学の人口研究者であるバージニア・チャン博士は、米国では、肥満の傾向が強く、長期にわたり、心臓病やその他の慢性病を抱えながら生きる高齢者人口がますます多くなるだろうと分析し、「肥満の増加から発する主な問題は、死亡率の急増ではなく、障害を抱える人口の増加だと考えられる」と述べている。学識経験

¹³² http://www.aoa.acl.gov/Aging_Statistics/Profile/2014/4.aspx

¹³³ <http://www.cdc.gov/nchs/fastats/obesity-overweight.htm>

¹³⁴ <http://health.usnews.com/health-news/health-wellness/articles/2014/05/28/america-tops-list-of-10-most-obese-countries>

者らによれば、そうした現象はすでに顕在化していて、慢性的な肥満により、障害を抱えた高齢者の割合を下げるのが難しくなっている。肥満、特に高齢者の肥満は費用のかかる疾病である。米 *The Fiscal Times* 誌の 2015 年 3 月の記事によれば、肥満の 70 歳は、同年代の健康体重の人と寿命は同じだが、生涯通じての医療費用が 3 万 9,000 ドル多くかかる。また、健康状態が悪く、障害を抱えるようになることで、肥満の人々はより若い時期から介護ケア施設に入り、より長期間滞在する傾向がある¹³⁵。また、若年層の間の肥満率も高く、CDC の 2012 年データによると、2~5 歳の子どもの肥満率は 8.4%で、6~11 歳は 17.7%、12~19 歳は 20.5%である¹³⁶。

(3) 認知症

米国では、認知症患者が増え続け、国の医療費増大に大きく関係している。脳の障害や脳卒中、アルツハイマー病などが、認知症の主な原因である。CDC によれば、アルツハイマー病は 2013 年時点で、米国での死因順位の第 6 位である¹³⁷。2015 年 2 月に *Neurology* 誌に掲載された研究では、アルツハイマー病患者数が、2010 年の 470 万人から 2050 年までに 1,380 万人へと約 3 倍に増加すると予測している。非営利の研究機関であるアルツハイマー病協会によれば、65 歳以上の 3 人に 1 人に認知症の症状が出て死亡するという。認知症を患っていると、がんや心臓病など他の疾患の治療の妨げになることも考えられ、医療費をさらに増大させる可能性があると言われている。2013 年 4 月に *New England Journal of Medicine* 誌に発表された研究によると、認知症患者一人当たりの年間の医療関連費用は、平均で 4 万 1,689 ドルから 5 万 6,290 ドルの範囲、全米規模でみると年間 1,590 億ドルから 2,150 億ドルの範囲であると指摘されている¹³⁸。そのうち、110 億ドルは高齢者等を対象とする公的医療保険のメディケア¹³⁹から支払われる。このコストはさらに増加する見込みであり、2040 年までに成人 1 人当たりの社会的な総コストは 2010 年比で 80%近く増加すると予測されている。

3.1.2 政府の取組

(1) 健康長寿に関する主な取組

<高齢化への取組>

米国では高齢化対策として、1965 年に高齢米国人法（Older Americans Act 以下、OAA）が制定され、それに伴い、保健福祉省の中に高齢者に対する政策を実施する高齢者局（Administration on Aging 以下、AOA）が設立された。AOA では、統計の整備に加え、さまざまな米国の高齢者ケアに

¹³⁵ <http://www.thefiscaltimes.com/2015/03/04/Obesity-Aging-Costly-Double-Whammy-America>

¹³⁶ <http://www.cdc.gov/nchs/fastats/obesity-overweight.htm>

¹³⁷ 1 位 心疾患、2 位 がん、3 位 慢性下気道疾患、4 位（予期せぬ）事故、5 位 脳血管疾患
<http://www.cdc.gov/nchs/fastats/leading-causes-of-death.htm>

¹³⁸ <http://www.cbsnews.com/news/dementia-costs-us-up-to-215-billion-per-year-study-finds/>

¹³⁹ 2014 年時点、メディケアの総支払い額は 6,187 億ドルに上り、全米医療費総額の 20%を構成する。

<https://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Statistics-Trends-and-Reports/NationalHealthExpendData/NHE-Fact-Sheet.html>

関する施策が実施される。また、同局の設立に伴い、地域計画および社会サービス、研究開発、高齢者関連職の訓練などの予算が配分される仕組みができた¹⁴⁰。

<健康長寿と予防ケア>

米国では、健康長寿と疾患予防の一環として、『ヘルシー・ピープル 2020』という取組が行われている。この取組において保健福祉省は、2011年から、高齢者等向け公的医療保険のメディケアの患者を扱う医療機関について「説明責任を果たせる医療機関」(Accountable Care Organization 以下、ACO) 事業¹⁴¹を開始した。これは、特に慢性疾患に関して医療機関の間で患者の情報を共有し、医療サービスの効率化とコストの削減を狙いとするものである¹⁴²。

<ヘルシーブレイン>

CDCの健康長寿プログラムの1つとして、『ヘルシーブレイン』という取組がある。アルツハイマー病などの認知症を含む認識機能障害が著しく生活の質を下げることや、高齢化に伴って患者が増加して社会的・経済的な負担が増大することへの危機感から生まれたものである。2007年にロードマップが策定され、2013～2018年を期間とする第2弾のロードマップが策定された¹⁴³。ヘルシーブレインに先立ち、認知症への取組として、2011年1月に国家アルツハイマー病プロジェクト法(National Alzheimer's Project Act 以下、NAPA) が成立した。2012年5月に発表されたアルツハイマー病に関する国家計画¹⁴⁴は、アルツハイマー病の負担を解消するための連邦政府の具体的な目標と戦略、行動の計画を示した¹⁴⁵。

<米国におけるヘルスケア改革>

米国は2014年のGDP、医療費(総額とGDPに占める割合ともに)において世界第1位となっており、政府や国民、企業、その他ステークホルダーから医療費削減を求める声が高まっている^{146,147}。2010年には医療保険制度改革法(Affordable Care Act (ACA、以下 オバマケア)) が成立した。保険会社は民間の営利企業であるため、「保険料を負担できない」「保険に入りたくない」「既往症のために入れたい」などの理由で無保険の米国人が多数存在する。オバマケアはこの問題を解決しようとしたもので、以下のような規定がある。

- 保険事業者は既往症を理由に契約を拒んではならない
- 医療保険ポリシーの最低基準を確立
- 低所得層等向け公的医療保険のメディケイド¹⁴⁸の適格条件を広げる

¹⁴⁰ http://www.aoa.gov/AOA_programs/OAA/

¹⁴¹ <https://innovation.cms.gov/initiatives/aco/>

¹⁴² <http://digitalresearch.eiu.com/healthyageing/country-profiles/united-states>

¹⁴³ <http://www.cdc.gov/aging/pdf/2013-healthy-brain-initiative.pdf>

¹⁴⁴ <https://www.whitehouse.gov/blog/2012/05/17/national-plan-address-alzheimers-disease>

¹⁴⁵ <http://alzheimers.gov/pdf/NationalPlanToAddressAlzheimersDisease.pdf>

¹⁴⁶ <http://databank.worldbank.org/data/download/GDP.pdf>

¹⁴⁷ <http://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.TOTL.ZS>

¹⁴⁸ 2014年時点、メディケイドの総支払い額は4,958億ドルに上り、全米医療費総額の16%を構成する。

- 高齢者等向け公的医療保険のメディケアの効率を高めるための改革実施
- 雇用主提供の保険に加入していない個人は医療保険を購入しなければならない
- 「ヘルス・エクスチェンジ」という医療保険の検索および、補助金申請のオンラインの窓口の創設¹⁴⁹

<レッツムーブ (Let's Move) >

ミシェル・オバマ大統領夫人は、子どもの肥満防止キャンペーン「レッツムーブ (Let's Move)」を主導している。同キャンペーンは、子どもに健康的な食事をさせ、運動をもっと取り入れるよう支援する内容で、以下がその5つの柱である¹⁵⁰。

- ① 子どもが健康なスタートを切る環境づくり：家族と一緒に健康的な食事をしよう推奨する。個人の食生活は子どもころの食習慣に大きく影響を受けるものであり、子どもに家庭で作った食事を与えて、安価な加工食品の摂取を減らす。
- ② 保護者への知識普及：保護者の知識の欠如が子供の肥満防止対策の大きな障害の一つとなっているため、保護者に対して知識を普及するよう取り組む。
- ③ 健康的な給食の提供：多くの子どもたちが給食に頼っているなかで、給食が確実に健康的な水準を満たし、適切な栄養を子供たちに供給することができるようにする。
- ④ 健康的で安価な食品へのアクセスの向上：健康的な食品へのアクセスが限られている地域が多く存在することに着目し、健康的な食品を安価でより手に入りやすいようにする。
- ⑤ 身体活動を増加：子どもがもっと身体的に活発になるよう促進する音楽ビデオの制作や、有名人を起用した周知活動などが行われている。

3.1.3 国民のライフスタイルの変化と民間の取組事例

<食生活>

米国人の食生活は、高所得者層を中心に、徐々に健康的なものに変化している。1日当たりの平均消費カロリーは2003年にピークとなり、その後下降傾向にある。米国人全体の肥満率は横ばいである一方、年齢の低い子どもの間では下がっており、消費カロリーはピーク時である2003年の12%から、2013年には8%まで改善した。子どもの肥満は肥満全体の先行指標となることから、肥満率の低下は人口全体に広まっていくと考えられる。

米国では徐々に健康的な食事が好まれるようになってきたため、食品業界としても変化の必要性を感じ始めている。カロリーの高い、いわゆる「ビッグフード」に疑問を抱く消費者がますます増えており、今まで米国の食品スーパーの品揃えの大部分を占めていた加工度が高く大量生産される

<https://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Statistics-Trends-and-Reports/NationalHealthExpendData/NHE-Fact-Sheet.html>

¹⁴⁹ <http://www.bloombergvew.com/quicktake/health-insurance-exchanges>

¹⁵⁰ http://www.letsmove.gov/sites/letsmove.gov/files/TaskForce_on_Childhood_Obesity_May2010_FullReport.pdf

食品は、多くの消費者から不健康で環境に悪影響を及ぼすと捉えられるようになった。これにより、これまで市場を支配してきた巨大な食品・飲料メーカーは、より健康な食品を取り扱うよう変化を求められている。2014年、米国の主要加工食品業者らは、約40億ドル相当の市場シェアを失ったとされる¹⁵¹。その一方で、ヨーグルトメーカーのChobani、技術を用いて植物性食品の画期的な利用に取り組むHampton Creek、オーガニック食品及び植物性食品のみ取り扱うNature's Path、オーガニックまたはNon-GMO¹⁵²にこだわった食品を提供するAmy's Kitchen、ケフィア（発酵乳飲料）を取り扱うLifeway Foods社などの健康的で話題性の高い食品を提供する新興中小企業が躍進している。「自然派」や「オーガニック」を称する食品の売上は急速に伸びており、オーガニック食品の売り上げは2014年の1年間だけで前年比11%成長した。こうした市場のシフトは、ウォルマートやセーフウェイ、ターゲットなどの大手流通小売企業が、将来性を見込めない従来のサプライヤーから、健康を重視した新たな企業に乗り換え、健康重視商品専用の陳列棚スペースを拡大し始めたことで加速されている。既存の食品メーカーも同様に、市場の求めに合った製品のラインアップに移行しようとしている¹⁵³。

<運動習慣>

米国人の運動習慣は、推奨される運動量を著しく下回っている。1955～2005年の間に、米国では肉体労働が減り、輸送・交通手段を動力に頼ることが増え、家事労働を削減する機器が発達し普及したことから、全体的な運動量は確実に下がっていった。2005年以降の運動量はほとんど横ばいであったが、ごく最近のデータでは目立った上昇がみられる。世論調査会社のギャラップ社によれば、2015年6月時点、米国人の55.5%が、少なくとも週3回、30分以上の運動を取り入れており、2008年の調査開始以来最高値を記録した¹⁵⁴。同調査によると、運動を取り入れている割合は、人口の属性により違いが見られる。男性は女性よりも運動の頻度が多く、18～29歳の若者層は、その他の年齢が高い層よりも著しく運動の頻度が多い。また、ヒスパニック系は白人系よりもわずかに頻度が多く、黒人よりはるかに多い。所得層別では、所得が高いほど運動の頻度は多く、所得が低いほど運動の頻度は少ない傾向がある。地域別では、米国西部地域では他の地域より運動の頻度が多く、南部地域では最も運動の頻度が少ない。

<健康的な生活習慣に関する知識>

米国人の健康的な生活習慣に関する知識は、まだ高所得者層や一部の若い世代のみに限られているものの、今後改善の兆しが見える。フィットネス機器のノーチラス社によれば、栄養と健康、フィットネスに関する質問への平均的な正解率は42%であったが、同じ調査の結果によれば、若者の正解率が高く、高齢者になると低いことが分かった¹⁵⁵。少なくとも、全くそうした教育を受けていない高齢者層に比べて、若者層では健康に関する知識水準が確実に上がっていることが窺える。ま

¹⁵¹ <http://fortune.com/2015/05/21/the-war-on-big-food/>

¹⁵² 遺伝子組み換えでない

¹⁵³ <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1832542>

¹⁵⁴ <http://www.gallup.com/poll/184403/far-2015-americans-exercising-frequently.aspx>

¹⁵⁵ <http://www.brandpointcontent.com/printsites/health-and-wellness/americans-flunking-fitness-survey-reveals-lack-of-basic-diet-and-exercise-knowledge-infographic-.22052>

た、将来的に健康意識の高い世代が人口構成の大半を占めるようになれば、米国人の健康な習慣に関する全体的な知識レベルも上がっていくと考えられる。

<遺伝子組み換え食品（GM）の表示>

近年、米国内で遺伝子組み換え作物（Genetically Modified、以下 GM）使用食品の表示の義務づけが議会で物議をかもしている。消費者団体から GM 食品に対する健康リスクの懸念が提起されたが、それに対して食品メーカーや関連研究分野の科学者たちの中には、そうした懸念が誇張されすぎだともみなす意見も多い。しかし、GM 食品に関する懸念は払拭されず、表示の義務づけの法制化に向けたロビー活動が行われている。食品メーカーは、商品への表示が義務づけられれば、いたずらに消費者の不安を煽り、正当な理由なくメーカーの事業活動を阻害するものだと主張する。現在までに、バーモント、コネチカット、メーンの3州で GM 食品の表示を義務づける法律が成立しており、最初に成立したバーモント州では 2016 年 7 月に施行予定である。食品メーカーは、全米で GM 食品の表示をすれば売上に影響する恐れがあり、州によって製品表示を変えればコストが増加することから、連邦議会に対して、州による GM 食品表示義務づけを禁止するよう強力にロビー活動を行っている¹⁵⁶。

<企業による健康管理の取組>

米国において、雇用主による健康推進プログラムが増加している。米国では、企業の多くが社員に対して民間保険会社からの保険を提供しているが、年間保険料が平均で社員一人当たり 1 万ドルに及ぶなど、家計支出の大きな部分を占めている。そこで、大企業の間では第三者の提供する保険を提供せず、自ら社員に保険を提供する雇用主提供医療保険（自家保険）を取り入れる企業が多い。そのため、自家保険を取り入れている企業では、社員を健康に保つインセンティブが大きく、スポーツクラブと提携して社員にジムに通うことを奨励するなど、社員のための医療コストを削減する努力をしている。2012 年時点で、社員数 50 人以上の企業のおよそ半分が健康推進プランを提供しており、まだプランを提供していない企業のうちの半分は、今後導入していく予定である。なお、社員数が 300 人以上の企業の場合、自家保険の方がメリットを受けられると考えられている¹⁵⁷。

しかし、これらの健康推進プログラムには盲点があり、実際には期待どおりに成果を上げていないとも言われている。米シンクタンクのランド研究所（RAND Corporation）による 2012 年の調査報告によれば、健康推進プログラムへの 1 ドルの投資から 3 ドルの利益が得られるという謳い文句とは裏腹に、ほとんどのプログラムにおいて投資に見合った効果は得られていないという。健康推進プログラムは生活習慣管理プログラムと疾病管理プログラムに分けられるが、調査結果を詳細に分析すると、これらの間でかなり結果に差が出ていることが分かる¹⁵⁸。

<Bank of America Merrill Lynch による取組>

¹⁵⁶ <http://www.nacsonline.com/News/Daily/Pages/ND1217154.aspx#.VnRLV7YrLcs>

¹⁵⁷ <http://www.benefitspro.com/2015/03/09/the-rise-of-self-funding>

¹⁵⁸ http://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/research_reports/RR200/RR254/RAND_RR254.pdf

米大手銀行 Bank of America Merrill Lynch は、職場環境が社員の健康に与える影響について理解を深め、社員の健康増進を図る目的で、2015年7月に独自の長寿トレーニングプログラムを開始した。これは同行の人事や、社員の福利厚生を対象に、高齢化に関する最新の研究結果から長寿の大切さ、退職計画について学ぶものである¹⁵⁹。

<コネクテッドヘルス>

米国内の多くの医療機関ではこれまで、患者の退院後や術後のケア、また退院後の高齢者に向けた定期的な検診などが必ずしも十分行われてなく、再入院率の低減などにあまり関心が払われてこなかった。しかし、多くの医療機関の間で ACO が導入されてきたことや、メディケアやメディケイドを司る CMS (Center for Medicare and Medicaid Services) によって定められた再入院基準を病院側が満たさない場合にはペナルティーが科されるようになり、医療コストの削減とケアの質の向上の双方に熱心に取り組まざるを得なくなっている。

現在米国内の多くの病院においては、医療の効率性の改善やケアの質向上を目指して、ヘルスケア IT が導入されている。その中には、コネクテッドヘルスと呼ばれる、様々な医療システムを融合し、電子カルテやその他の臨床アプリケーション、データ保管、分析ツール、医療機器、その他の遠隔医療などを相互に連携させる技術を取り入れている医療機関も多い¹⁶⁰。コネクテッドヘルスにより、医療情報技術やデジタルメディア、モバイル機器をつなぐことによって、患者は病院に足を運ばなくとも医療サービスを受けられるようになる。また、情報共有の迅速化によりケアの品質や効果をより高められると考えられている。全米に点在する ACO の中でも規模が大きく、成功を収めている医療機関の一つである Partners HealthCare は、同分野における草分け的な存在であり、同機関のコネクテッドヘルス部門はハーバード大学メディカルスクールの教育附属病院として研究開発を続け、医療業界に大きく貢献している¹⁶¹。

3.2 中国

3.2.1 健康長寿に関する課題

(1) 高齢化

中国には高齢化の波が押し寄せている。30年程前には65歳以上の人口は全体の5%に満たなかったが、CIAの最新統計データによると、2015年6月時点で中国の全人口は13.6億人で、65歳以上の人口の割合は10.1%を占めている。中国社会科学院 (Chinese Academy of Social Sciences) が2013年に発表した報告書によると、中国は2030年までに世界で最も高齢化した国となり、2050年までに

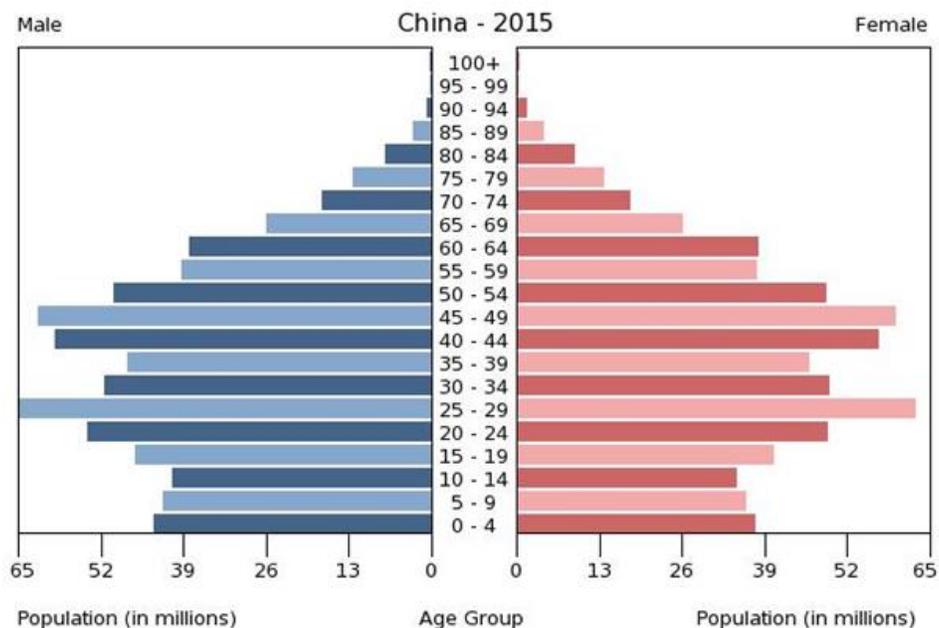
¹⁵⁹ <http://newsroom.bankofamerica.com/press-releases/global-wealth-and-investment-management/bank-america-merrill-lynch-introduces-groundb>

¹⁶⁰ <http://www.himss.eu/sites/default/files/Accenture-Connected-Health-Global-Report-Final-Web.pdf>
p190~

¹⁶¹ <http://connectedhealth.partners.org/about/what-is-connected-health/default.aspx>

高齢者は全人口の4分の1を超えて3.3億人に達するという¹⁶²。また、高齢化が進むにつれて、国の医療費も膨らんでおり、同国における2014年度（2014年1月1日～2014年12月31日）の医療費は5,902億ドルと、2004年の908億ドルに比べ6倍以上となった¹⁶³。

図13：中国の人口構成（2015年）



注：左が男性、右が女性、単位は100万人。中央の数値は5歳刻みの年齢層。

出典：CIA¹⁶⁴

(2) 肥満

中国では、特に都心部において肥満が増加し、社会問題として広く認識されつつある。中国のテレビやラジオの番組でも、結婚や学生の成績、就職などの話題の中に肥満の問題が頻繁に取り上げられる。米国ワシントン大学（University of Washington）は、2012年のデータで、全人口12億人のうち3億人が体重過多で、4,600万人が肥満にあたり、肥満人口は米国に次ぎ世界で2番目に多いと発表した¹⁶⁵。また、日常の食事の摂取カロリーの高さや運動不足を理由に、富裕層の子どもの肥満率の増加も問題となっており、蘇州大学（Soochow University）が中国統計局のデータをまとめた2014年の報告書において、中国国民の7歳から18歳までの子どものうち19.2%が体重過多または肥満で、8.1%が肥満であることを明らかにした¹⁶⁶。さらに、米ノースカロライナ大学が2012年に

¹⁶² <http://thediplomat.com/2013/11/population-aging-in-china-a-mixed-blessing/>

¹⁶³ <http://blog.marketresearch.com/chinese-healthcare-spending-hit-590.2-billion-across-2014>

¹⁶⁴ <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/ch.html>

¹⁶⁵ <http://blogs.wsj.com/chinarealtime/2014/05/29/as-obesity-rises-chinese-kids-are-almost-as-fat-as-americans/>

¹⁶⁶ <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0105469>

発表した研究結果によれば、中国の子ども（7～18歳）のうち170万人が糖尿病で、2,770万人が糖尿病予備軍だという¹⁶⁷。

このような課題を抱えながらも、肥満の危険性に関する中国人の認識は十分でないようだ。例えば、中国衛生部（Ministry of Health）によると、「高血圧症は治療を要する」と理解している中国人は3割程度とされ、実際は、それより少ないとも言われている。また、中国全土において、糖尿病は10%（9,240万人）、糖尿病予備軍が16%（1億4,820万人）に迫ると推定されている¹⁶⁸。

中国では、健康長寿に対する予算がまだ十分に充てられておらず、栄養管理やスポーツ参加における取組が限定的であるとみられている。中国スポーツ科学研究所のディレクターを務める Tian Ye 氏によると、体重と運動能力の低下は運動不足も原因であるが、スポーツ参加を推進するプログラム向けの財源は今後増える見込みはないという。また、中央政府の政策方針と財源配分は5ヶ年計画で決定されるため、柔軟性に欠け、対策が後手に回りがちであるという。しかも肥満対策については、他の健康長寿対策よりもその傾向が強いように見受けられ、事実、同国政府は2005年に大規模なヘルスケア改革を実施したが、肥満対策には十分な予算が配分されなかったという。過去には、政府の対策が十分機能していない事例も見られる。例えば、2007年に、学校で1日に1時間のスポーツを義務付ける法律を制定したが、運動場の数は増えたものの使い勝手が悪いことや、スポーツよりも学業を優先してほしいという保護者の要望も高いことから、学校側の判断でその規定を無視したり、単純な集団体操のみで終わらせるケースが多く見られた。また、職場での運動を奨励する政府の取組も定着しなかった¹⁶⁹。

(3) 大気汚染

中国都市部においては、工場での過剰な生産活動などにより、大気汚染問題が深刻化している。中国国民の約80%が米国環境保護局（Environmental Protection Agency）の推奨安全レベルを超過した大気汚染下での生活を強いられている。特に北京周辺では外での通常の呼吸が一日に40本のタバコの喫煙と同程度のダメージを身体に及ぼすとされており、大気汚染を原因とする死者数が一日あたり4,000人に上るといった調査結果も出ており、これは中国全体の死者数の約17%に当たる¹⁷⁰。

¹⁶⁷ <http://global.unc.edu/news/child-diabetes-levels-higher-in-china-than-in-u-s-study-finds/>

¹⁶⁸ <http://www.theguardian.com/global-development-professionals-network/2015/feb/12/chinas-body-mass-time-bomb-policymakers-tackling-rising-obesity>

¹⁶⁹ <http://www.theguardian.com/global-development-professionals-network/2015/feb/12/chinas-body-mass-time-bomb-policymakers-tackling-rising-obesity>

¹⁷⁰ <http://www.cnbc.com/2015/08/18/china-air-pollution-far-worse-than-thought-study.html>

3.2.2 政府の取組

(1) 健康長寿に関する主な取組

<中国高齢者事業発展の第十二次五ヶ年計画>

中国国務院¹⁷¹の常務会議は、2011年8月に「中国高齢者事業発展の第十二次五カ年計画」を採決したが、これ以前から中国では高齢者関連施策の体制整備が進められていた。

1999年には国務院直属の委員会として高齢者事業全般を統括する「全国老齡工作委员会」が設立された。主な役割は、1) 高齢者事業の発展戦略、重大政策の策定、計画の実施を推進、2) 関連部門との連携を推進し、高齢者の合法的権利を保護、3) 高齢者事業を総合的に管理、高齢者事業を支援、4) 各省・直轄市など地方政府による高齢者事業の管理・監督、5) 国連や国際的な活動との交流促進、とされる¹⁷²。

また、2005年には衛生部内に全国老齡工作委员会の事務局として「全国老齡工作委员会弁公室」を設立して体制の強化をはかった¹⁷³。

2011年8月の「中国高齢者事業発展の第十二次五カ年計画」に基づき、各地方政府はそれぞれ第十二次五カ年高齢者事業計画を策定する。例えば、北京市では、2020年を目標年として高齢者のうち90%は自宅で家族の協力を受け、6%は自宅の属するコミュニティ内で社会的な協力を受け、4%は高齢者施設に入居する、という「9064 発展戦略」を策定し、高齢者ケアの受け皿づくりに取組んでいる¹⁷⁴。

<喫煙対策>

中国は米国からの協力を受けながら、2012年9月に職場における禁煙を促すイニシアティブ「China-U.S. Smoke-free Workplace Initiative (以下、CUSW)」を実施した。CUSWは、中国政府と民間セクターによる官民連携イニシアティブで、喫煙を禁ずる職場環境を中国全土で広げていく取組である¹⁷⁵。衛生部が同イニシアティブを発表した2012年時点では、中国では約3億人の喫煙者がいることに加えて、7.4億人以上が職場で受動喫煙を受けていると推測されており、喫煙による健康への影響が懸念されている。また、中国疾病予防管理センター(The Chinese Center for Disease Control and Prevention : CCDC) スポンサーとなり、2011年に作成された報告書「Tobacco Control and the Future of China」によると、もし政府が同国で蔓延する喫煙に対し何も対処しなかった場合、

¹⁷¹ 日本の内閣に相当

¹⁷² https://www.jetro.go.jp/ext_images/jfile/report/07001397/ChinaKoreishaRev.pdf p12~

¹⁷³ <http://www.cbichina.org.cn/cbichina/upload/fckeditor/Full%20Translation%20of%20the%2012th%20Five-Year%20Plan.pdf>;
http://www.wpro.who.int/health_services/china_nationalhealthplan.pdf http://open_jicareport.jica.go.jp/pdf/12153276.pdf p20

¹⁷⁴ <http://www.isaet.org/images/extrimages/S1213011.pdf>

¹⁷⁵ <http://www.globalhealth.gov/world-regions/asia-and-pacific/uschina.html>

喫煙を原因とする死亡者数は2005年時点の約120万人から2030年には約3倍の350万人にまで膨れ上がると予測されている^{176 177}。

<高齢者に対するICT活用政策>

浙江省の杭州市では、政府主導でICTなどを活用して高齢者を支援する「高齢者智能プラットフォーム」が構築・運営されている。同プラットフォームは、高齢者向けのコールセンター、情報サービスセンター、智能クラウドコンピューティング・サービスセンターから構成される。コールセンターのシステムとは、緊急時に高齢者の家に設置された赤いボタンを押せば、24時間対応で担当者が駆けつけるものである。緑のボタンを押せば、一般的な相談への対応を在宅で受けることができる。すでに約1万世帯が加入している。サービスセンターでは、対象エリアの高齢者の基礎情報に基づいて健康チェックや政府補助金の申請などの支援を行う。さらに2015年5月から西湖区で運用が開始された智能クラウドコンピューティング・サービスセンターでは、各種のICTを全面的に活用して、遠隔医療保険、遠隔在宅介護、インターネット通販、遠隔娯楽、遠隔教育、バーチャル（仮想）サークルなどの高齢者向けの幅広いサービスを提供する¹⁷⁸。

3.2.3 国民のライフスタイルの変化と民間の取組事例

<食の欧米化>

中国では高カロリーを特徴とする欧米の食事文化が急速に進んでおり、慢性疾患の増大が懸念されている。20世紀には中国国民の大部分が栄養不足で苦しんでおり、同国は食糧危機や高死亡率、また平均寿命の低さで悩んでいた。この時期、国民は主に全粒穀物（whole grains）を食しており、脂質は摂取カロリーの10%以下に留まっていた。しかし、同国の経済成長やグローバリゼーションに伴い、動物肉や化学調味料の消費量増加とともに高脂質で糖分、塩分、そしてカロリーの高い食事にシフトしていった。肥満の危険性を訴える国際団体 World Obesity Federation が2014年に調査した結果によると、1991年には29歳以上の成人で体重過多及び肥満の割合は11.7%であったが、2009年には29.2%まで増加している¹⁷⁹。これらの食文化のシフトは特に富裕層の間で見受けられていたが、都市部の中間層でも徐々に見受けられるようになってきた¹⁸⁰。特に都心部の中間所得層で、脂肪、塩分、糖分の高い加工食品の売り上げがここ15年間で急増し、その伸び率は野菜・果物類の伸び率の2倍である。こうした世相の変化について、ある中国人の栄養士は「1世代で飢餓から暴飲暴食の時代が変わった」と表現している。

¹⁷⁶ <http://www.globalhealth.gov/world-regions/asia-and-pacific/uschina.html>

¹⁷⁷ <http://www.independent.co.uk/life-style/health-and-families/china-smoking-deaths-could-triple-by-2030-report-warns-2179527.html>

¹⁷⁸ <http://www.cn.undp.org/content/china/en/home/presscenter/pressreleases/2015/06/ict-for-resilient-communities-initiative-launched.html>

¹⁷⁹ http://www.chinadaily.com.cn/china/2014-07/25/content_17927772.htm

¹⁸⁰ <http://www.telegraph.co.uk/foodanddrink/9850858/Chinas-changing-eating-habits.html>

<運動不足>

中国国民の間で運動不足が問題視されつつある。日々の生活の利便性が増してきたことや、オフィスワークなどの肉体労働を必要としない職に就く人の割合が増えたことなどが要因と考えられる¹⁸¹。また、都市部では開発が進み、公園や緑地、スポーツジム、その他人々が体を動かすことのできる空間に恵まれていない。毎日平均 30 分、中程度の以上の体を動かす活動に従事する人の割合は農村部で 78%なのに対し、都市部では 22%に留まっている¹⁸²。余暇の過ごし方にも変化が見られ、特に若年層において外で体を動かすよりも、室内でゲームなどを楽しむ傾向があり、運動不足に拍車がかかっている¹⁸³。このような状況に対して中国政府も対策に取り組んでいる様子が見られ、2007年に「栄養に関する国家計画（National Plan of Action for Nutrition in China）」を立ち上げて以降、地域で健康を増進するプログラムを実施している¹⁸⁴。同プログラムは良い食事と生活習慣の教育普及や、食品生産者に対して、衛生的で健康的な食品の生産を推進するインセンティブを設けるなどしている¹⁸⁵。

<上海の健康ブーム>

現在中国では、上海などの大都市などを中心に、運動への意識の高まりが見られるようになってきている。ジェトロ発行の「上海スタイル」¹⁸⁶によれば、中国の企業の定年は男性 60 歳、女性 50 歳（幹部は 55 歳）であり、上海では退職した層が地域の運動サークルの活動に参加している姿がよく見られるという。退職者で構成される運動サークルでは、太極拳や剣術、ダンスといった様々な活動が行われており、これらの活動は早朝から午前 9 時頃まで行われる¹⁸⁷。また、上海では健康ブームが継続しており、スポーツ施設の増加も続いている¹⁸⁸。

<企業による健康プログラム>

中国において、企業による健康促進プログラムは比較的新しいコンセプトである。中国で見受けられる社員向けのプログラムはこれまで、労働者の安全確保を目的としたものが多く、先進国などで見受けられるオフィスワーカーのための健康プログラムとは異なる。しかし、中国にオフィスを構える多国籍企業などの間では社員のための健康プログラムなどを取り入れているところが多く、また、多くの現地企業が労働者の健康管理に重要性を感じ、目を向け始めている¹⁸⁹。中国に本社を置く企業の多くは、国内または他国から移民してきた優秀な人材を引き付けるために、オフィス内に社員向けジムの設置やウェルネスプログラムを導入するなどしている。例えば、モバイル大手の

¹⁸¹ <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/obr.12127/abstract>

¹⁸² <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1449408/>

¹⁸³ <http://www.nature.com/ijo/journal/v27/n9/full/0802377a.html>

¹⁸⁴ <http://cip.cornell.edu/DPubS?service=UI&version=1.0&verb=Display&handle=dns.gfs/1200428159>

¹⁸⁵ 同上

¹⁸⁶ https://www.jetro.go.jp/ext_images/jfile/report/07001644/5-whole.pdf

¹⁸⁷ 同上、P.43

¹⁸⁸ 同上、P.42

¹⁸⁹ <http://www.businesswire.com/news/home/20140409005849/en/Cigna-Global-Survey-Finds-China-Employers-Promote>

Nokia は、仏系の社員向けサービス事業者大手 Sodexo¹⁹⁰と提携し、北京本社においてフィットネスや健康プログラムを導入している¹⁹¹。

<健康食品市場>

中国では、食習慣や生活習慣の変化により健康問題が生じたことから一部の国民の間で健康への関心が高まったこと、また、時代に伴い国民の平均収入の上昇に伴って安全で高品質な製品が好まれる傾向が進み、健康長寿市場の規模も年々高まってきているという。以下の表では、同国の健康長寿市場の規模の経年変化のデータを示しており、2005年以降、様々な健康長寿市場において売上が大幅に増加していることがわかる¹⁹²。

表 3：健康長寿関連市場売上高

(単位：百万米ドル)

	2005年	2007年	2009年
健康長寿関連製品（栄養補助食品）	9,648.9	11,484.7	12,957.0
健康長寿関連製品（食品・飲料）	19,750.3	25,638.3	32,189.3
オーガニック食品・飲料	8.7	19.6	21.1
栄養強化／機能性食品・飲料*	5,696.4	7,854.4	9,504.1
健康増進食品・飲料**	1,373.6	1,755.0	2,184.9

*栄養成分の添加した食品・飲料や、消化や免疫など特定の機能を増進する食品・飲料

**脂肪、砂糖、塩、炭水化物など過剰摂取が健康に良くない成分を減らしたパッケージ化された食品・飲料

3.3 ドイツ

3.3.1 健康長寿に関する課題

(1) 高齢化

<人口構成>

ドイツでは、平均寿命の伸びと出生率の低下により、60歳以上の人口がどの年齢層より急速に伸びている。ドイツの少子高齢化は他国に比べて早い時期からはじまり、1975年から女性1人当たりの出生率は約1.3~1.4という低い水準が続き、総人口が減少するなかで高齢者が増加することにより

¹⁹⁰ 同社は1966年に創設され、学校や病院、及び企業のオフィスにおいてレストランを運営していた。同社は現在 Fortune 500 企業の一つであり、フランス系多国籍企業として2番目の従業員数（約42万人）を誇る。

<http://fortune.com/global500/sodexo-485/>

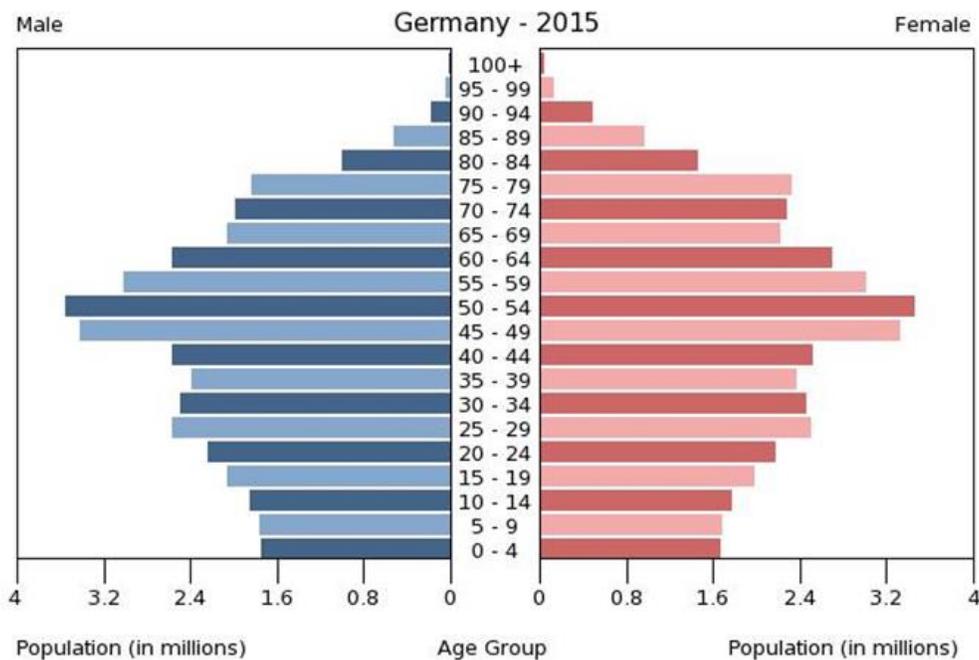
<http://www.sodexo.com/en/default.aspx>

¹⁹¹ <http://www.sodexo.com/en/services/wellness/sodexo-wellness-china.aspx>

¹⁹² <http://www.agr.gc.ca/eng/industry-markets-and-trade/statistics-and-market-information/by-region/asia-pacific/health-and-wellness-trends-in-china/?id=1410083148678>

高齢化率は上昇を続けている¹⁹³。1990年代初めには、ドイツの従属人口指数は22%前後であったが、2000年代後半には、30%代までに上昇している¹⁹⁴。この様な背景から、ドイツ社会の福祉と家族政策に関する最大の課題となっている。そのほか、出生率を上昇させる取組として、児童手当の増額や保育施設の増加などの政策が行われている¹⁹⁵。

図 14：ドイツの人口ピラミッド 2015 年



注：左が男性、右が女性、単位は100万人。中央の数値は5歳刻みの年齢層。

出典：CIA

2015年4月にドイツ連邦統計室が発表した人口の長期予測によると、今後10年間で人口は微増するが、その後徐々に減少していき2060年には6,460~7,310万人になるという。この予測データは、移民流入数が高い場合と低い場合の2つのバージョン（以下の図を参照）で作成されているが、いずれの場合も人口減少・高齢化を示しており、2060年には20歳以下の若年層が16%に減少し（2015年は18%）、65歳以上の高齢層が30%以上を占める（2015年は21%）とされている。さらに、生産年齢の20~64歳は同61%から約50%（高移民数の場合）まで大きく減少すると予測されている。さらに、ベビーブーム世代が退職年齢になる2025~2035年に、特に生産年齢人口が顕著に減少すると予測されている。高齢化は、進行速度を幾分緩めることは可能であるとしても現実的には進行自体を止めることは難しい。というのも、出産年齢の女性がすでに大きく減少してしまった

¹⁹³ <http://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.TFRT.IN>

¹⁹⁴ <https://research.stlouisfed.org/fred2/series/SPPODPNDOLDEU>

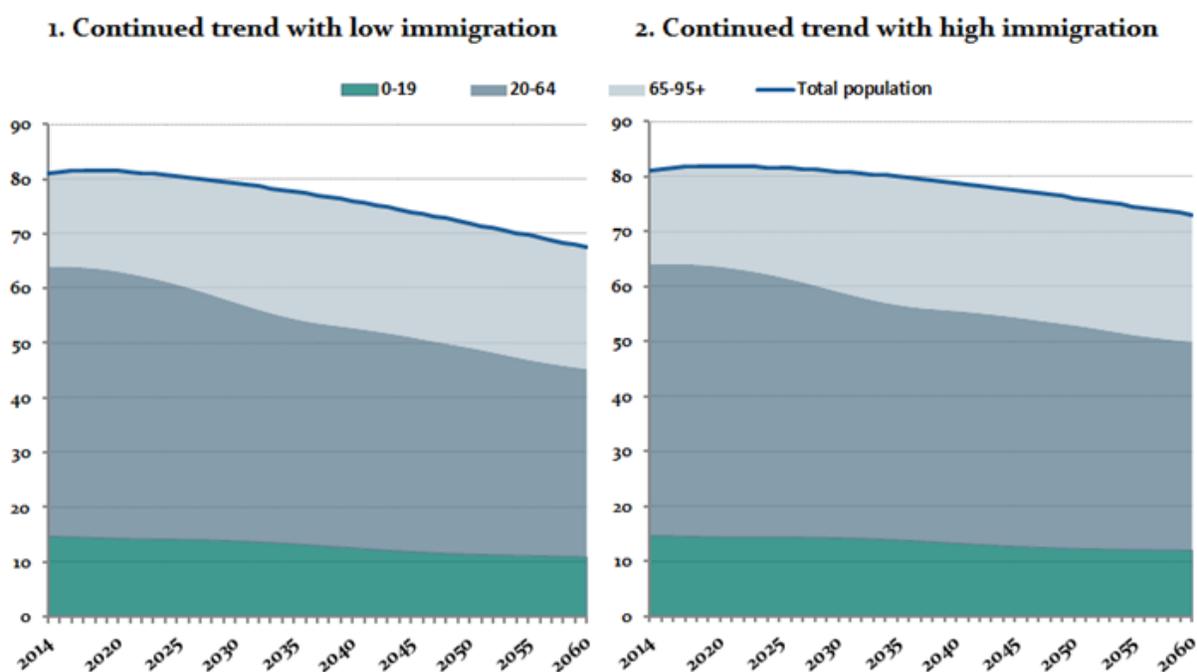
¹⁹⁵ <https://www.internations.org/germany-expats/guide/15985-family-children-education/childcare-and-kindergartens-in-germany-15989>

ために出生率が増加しても高齢化の歯止めとしては効果が薄い。しかし、年間 30 万人の移民が長期的に続けば人口増加が可能であるという見解もある¹⁹⁶。

この予測データには、前述したように、移民数が多いバージョン（想定 1）と少ないバージョン（想定 2）が明示されている。いずれの場合も、初年度¹⁹⁷の移民数が 50 万人から 2021 年までに減少していくが、想定 1 では 10 万人、想定 2 では 20 万人まで減少すると想定されている。この他に複数の予測条件を設定しており、平均特殊出生数 1.4 人で、初産年齢は 2028 年までに 31.8 歳にまで増加し（2028 年以降は安定）、平均寿命は、2060 年までに男性は 7 歳増加（2015 年比）して 84.8 歳となり、女性は 6 歳増加して 88.8 歳（2015 年比）となる条件が適用されている。これらの条件は、前回の 2009 年の予測時とほぼ大差ないものの、2015 年の予測では初年度の移民流入数が前回は上回っており、前回よりも全体的に楽観的予測（optimistic projection）な結果となっている。

図 15：ドイツ人口の長期予測

（移民数が少ない場合：左、移民数が多い場合：右）（単位：百万人）



出典：ドイツ連邦統計室

¹⁹⁶

http://www.diw.de/de/diw_01.c.514092.de/presse/diw_roundup/population_ageing_and_its_effects_on_the_german_economy.html

¹⁹⁷ ドイツの会計年度は 1 月 1 日～12 月 31 日

<ドイツにおける高齢化の特徴と背景>

ドイツでは、伸び続ける平均寿命、そして出生率の低下が高齢化社会の誘因になっている。ドイツ国民全体の平均年齢は46歳で日本に次いで世界第2位であり、ドイツ人の20人に1人は80歳を超えている。国連のデータによれば、2050年には同6人に1人になると予測される。また、ドイツの出生率は現在1.4人で、長期的に人口を維持するために必要な出生数（2.1人）を大幅に下回り、フランスの2人、英国の1.8人、EUの平均1.6人に比べても突出して低い。このようなドイツの高齢化が欧州の中でも早く進行した歴史的背景には、第二次世界大戦後の旧西ドイツの政策がある。当時の政府は、女性は家庭で育児をすべてきあるという価値観を守っていたため、働く母親のための公的な子供のケア施設やサービスはフランスや英国に比べて普及しなかった。そうした環境のなかで仕事か子供かの選択を迫られた女性の多くが仕事を選んでいった。1990年に東西ドイツが統合した後、連邦政府は幼稚園のサービスを拡大するなど、子供のいる女性の社会進出を支援したが、子供を持たないライフスタイルがすでに定着していたため、出産率が大幅に改善する様子は見られなかった¹⁹⁸。

現在のドイツでは、子供よりもキャリアが大切と考える女性が多くなっている。2015年4月にAmerican Institute for Contemporary German Studies（以下、AICGS）によって発表された報告書によると、多くのドイツ人女性にとって家庭を築くことは人生の目的ではなくなっており、子供よりも自分のキャリアに投資する傾向が高いことが明らかになった。このような考え方は特に女性の研究職の間で一般化している¹⁹⁹。また、独身者の間の男女間の関係にも変化がみられ、30～44歳の独身者の3分の2は、自分に適したなパートナーを見つけることが出来ないでいる。現在のビジネス環境は男女ともに独立し、自由に移動して柔軟に働くため、長期的な人間関係を築くのが益々難しくなっているほか、自由と個人の束縛を避けたいと望む傾向も強いいため、子育てとは無縁なライフスタイルが確立してしまっている。それを裏付けるデータとして、米国現代ドイツ学協会（American Insitute for Contemporary German Studies）の調査によって、「子供のいない生活が合っている」という回答が、30～40代の家庭や個人が子供を作らない理由の上位にあがった²⁰⁰。

さらに、子供とは「負担（burdgen）」であり、国家によって（部分的にでも）補償されるべきであるという強い社会通念があることや、人口過剰による環境への悪影響を懸念する声も高く、女性が子供を持たない状況に拍車をかけている。一方で、近年の仕事の要求度が高くなり、母親・父親業よりも高給職の社会的地位が評価されるなかで女性は、「子供を持たない」あるいは「子供を産む数を少なくする」という選択肢を持ってきた。多くの兄弟姉妹の中で育った人は2人以上の子供を持つ傾向があるのに対し、一人っ子の家庭で育った人は自分の子供も1人か、子供を持たない傾向があるため、ドイツ家庭における一人っ子の割合が進めば、更に少子化を食い止めることが困難になる²⁰¹。

¹⁹⁸ <http://www.ft.com/intl/cms/s/0/b30c8de4-4754-11e5-af2f-4d6e0e5eda22.html#axzz3wJjQPOP>

¹⁹⁹ <http://www.aicgs.org/publication/an-aging-germany-in-a-young-world/>

²⁰⁰ 同上

²⁰¹ 同上

<ドイツの人口動態>

ドイツの人口は全体的に減少傾向がみられるものの、都市の一部では人口が増加している。ひと昔前のドイツでは、伝統的に生まれ育った地域で就職するのが一般的であったが、近年、地元の工場などで実習生になるよりも、都市部の大学に進学し、そのまま都市部で就職を希望する若者が増加している。事実、2000年以降、ドイツ全体の人口は減少傾向にあるが、ベルリン、ミュンヘン、ハンブルク、ケルン、フランクフルトなどの都市部の人口は10%近くの伸び率で増加している²⁰²。また、人口減少や少子高齢化に一定の歯止めをかけていた東欧諸国からの移民流入数にも変化がみられる。近年は東欧諸国で人口が減少しており、以前のようなレベルで移民流入数が続くことが難しくなってきたため、ドイツの人口数に影響があると見られている^{203, 204}。

(2) 肥満

ドイツでは肥満人口の割合は他の先進国と比べて低いものの、成人の半分以上が体重過多である。2014年にOECDによって発表された報告書によると、ドイツの成人の肥満率は14.7%で、性別毎にみると、女性は13.8%、男性は15.7%であるという²⁰⁵。また、米コンサルティング会社のギャラップ社(Gallup Inc.)が2011年に行った調査では、18歳以上のドイツ国民の約半数(51.1%)が体重過多(BMI値25以上)または肥満(BMI値30以上)という数値データが公開されたが、肥満人口の割合は米国や英国よりも小さかった。ギャラップ社の見解によると、肥満・収入・年齢に相対的な関係があり、収入の低い国民(年収1,400ユーロ以下)に高い肥満率(肥満率21.4%)が見られた他、年齢層が高くなるほど体重が多い割合が高くなり、体重過多人口の割合は65歳以上が最大(59%)で、肥満人口の割合は45~64歳の世代で最大(17.2%)となっている。ちなみに、18~29歳の若者は、体重過多および肥満率が最も低かった²⁰⁶。

表4：ドイツの年齢層別体重過多・肥満人口

年齢	体重過多人口* (%)	肥満人口 (%)
18~29	26.3	6.4
30~44	48.1	10.9
45~64	56.5	17.2
65以上	59	16.5

*肥満人口(BMI>30)を含む

出典：ギャラップ社の情報を基にワシントンコア作成²⁰⁷

²⁰² <http://www.ft.com/intl/cms/s/0/b30c8de4-4754-11e5-af2f-4d6e0e5eda22.html#axzz3wJjQPOP>

²⁰³ 同上

²⁰⁴ <http://www.economist.com/news/europe/21646213-responding-creatively-shrinking-populations-ageing-supple>

²⁰⁵ <http://www.oecd.org/health/Obesity-Update-2014.pdf>

²⁰⁶ <http://www.gallup.com/poll/150359/half-germans-obese-overweight.aspx>

²⁰⁷ 同上

表 5：ドイツの収入別体重過多・肥満人口の割合

一ヶ月あたりの収入 (ユーロ)	体重過多人口* (%)	肥満人口 (%)
0~1,400	57.4	21.4
1,401~2,750	53.8	14.3
2,751~5,450	50.7	12
5,451 以上	43.9	9.7

*肥満人口 (BMI>30) を含む

出典：ギャラップ社の情報を基にワシントンコア作成²⁰⁸

(3) 高齢者のライフスタイルの変化

<独立した生活を送り活動的な高齢者>

ドイツは日本やイタリアに次いで人口に占める高齢者の割合が大きいが、社会的に活動的な高齢者が多い²⁰⁹。ドイツの高齢者の大多数は独立しており、子供や親戚との関わりを持ちながら、自分の生活について決定権を持って暮らしている。経済的には、1957年の年金改革によって高齢者は国家の年金で生活できるようになり、他の年齢層に比べて貧困率は低い。ただし、77歳以上の高齢者においては年金を減額される寡婦が増加するため、貧困率は平均を超える²¹⁰。

<高齢者の共同生活>

ドイツでは、高齢者の間で共同生活が見受けられる。ドイツ人の高齢者らは、高齢者施設に入居するかわりに、高齢者が共同生活をする傾向が増えており、認知症状のある8人の80~100歳の高齢者が、24時間の看護サービス付きの住宅で共同生活をする例もある。ドイツは世界的にも最も高齢者人口が多い国の一つであるが、2013年に行われた公的保険機関による調査によれば、ドイツ人の82%が介護施設で老後を過ごしたくないと回答した。政府はこのような国民の声の後押しもあり、2013年以降、高齢者に対して共同アパートの設立に最大1万ユーロ、入居者1人当たり毎月200ユーロの助成金を支給するようになった²¹¹。

2013年6月時点で、2005年以降、長期ケアが必要な人口は増えているが、介護施設への入居者は減る状況にある。高齢者の共同アパートが初めて設立されたのは1990年代半ばであるが、2013年6月現在は、ベルリンだけで2,000人が高齢者の共同アパートで生活している。また、家族以外の異なる世代同士が共同生活する取組も存在する。その事例として、ケアサービスのある高齢者用アパートと保育園が同じ建物のテナントとなり、高齢者は住み慣れた地域で老後の生活を送れるようになっている。長期ケアサービスを提供するドイツ基金のBremer Heimstiftungのチーフエグゼクティ

²⁰⁸ <http://www.gallup.com/poll/150359/half-germans-obese-overweight.aspx>

²⁰⁹ 2014年のデータでは、65歳以上の高齢者人口は日本が3,300万人、イタリアが1,300万人、ギリシャが230万人、ドイツが1,700万人である：<http://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.65UP.TO.ZS>

²¹⁰ <http://www.inequalitywatch.eu/spip.php?article113&lang=fr>

https://www.destatis.de/EN/Publications/STATmagazin/IncomeConsumptionLivingConditions/2012_12/IncomeConsumptionLivingConditions2012_12.html

²¹¹ <http://edition.cnn.com/2013/06/19/world/europe/german-senior-citizens/>

ブの Alexander Künzel 氏によれば、過去 10 年間で介護施設は作っておらず、その代わりに多世代同居施設を展開しているという。同氏は、「子供を育てるには村全体の協力が必要だというアフリカのことわざがあるが、高齢者が生活するには村全体の協力が必要だ」とインタビューにて回答した²¹²。

< 国外の介護施設の利用 >

介護の必要なドイツの高齢者の間で、ポーランドの介護施設に入所するケースが増えている。ポーランドの高齢者介護施設への入所を斡旋する業者によると、ポーランドの施設は費用が安だけでなく、ケアの内容も一般的な国内の施設よりもきめ細かい個別対応のサービスを提供するため希望者が増えているという。ある高齢者の話は、ドイツ国内の施設では投薬されて 1 日中ほとんど眠っていたが、ポーランドの施設では活動的な生活を送っているという。また、テレビ広告をきっかけにポーランドの施設「サン・ハウス (Sun House)」に入所したドイツ高齢者は、家族から遠く離れてしまったことに加えて、期待していたよりもドイツ語を話す職員が少なかったものの、個室やその窓から見える景色が気に入っているという²¹³。

ドイツでは 2050 年までに 3 分の 1 の人口が 65 歳以上になる見込みで、介護職員の不足がさらに深刻になると予測されているおり、このような海外の介護施設への需要は更に高まっている。連邦統計局によると、老人ホームに入居する経済的余裕がない高齢者は 2011 年時点で 40 万人以上おり、その数は年平均 5% ずつで増加している²¹⁴。2011 年時点、東欧の老人ホームで老後を過ごすドイツ年金生活者は、ハンガリーに 7,146 人、チェコ共和国に 3,000 人、スロバキアに 600 人いると推測される。そのほか、スペイン、ギリシャ、ウクライナ、さらに、タイやフィリピンについても、老後を過ごしたいと希望するドイツ人が増えている²¹⁵。

しかし一方で、ポーランドやスロバキアなどの近隣諸国の施設で親族が老後を送ることについて、高齢者を見放すようで不憫であるとの同情の声や、安上がりな施設を利用することで遺産相続の取り分を増やしたいのだとする批判的な意見もある²¹⁶。さらに、専門家のなかには、認知症の高齢者は慣れ親しんだ言葉や環境のなかでアイデンティティを維持することが出来るのであって、環境の大きな変化に順応出来なくなるとの見解を示す声もある。現在 EU 法は政府による公的医療保険が海外の介護施設と直接契約することを禁じているが、欧州の高齢化が進むにしたがって、法律の改正を迫られるかもしれないといった指摘もある²¹⁷。

3.3.2 政府の取組

²¹² 同上

²¹³ <http://www.npr.org/sections/parallels/2013/10/17/236033133/grandma-exodus-german-seniors-look-east-for-care>

²¹⁴ <http://www.theguardian.com/world/2012/dec/26/german-elderly-foreign-care-homes>

²¹⁵ 同上

²¹⁶ <http://www.npr.org/sections/parallels/2013/10/17/236033133/grandma-exodus-german-seniors-look-east-for-care>

²¹⁷ <http://www.theguardian.com/world/2012/dec/26/german-elderly-foreign-care-homes>

<健康長寿に関する主な取組>

ドイツでは、政策立案者や民間企業をはじめ社会全体が、少子高齢化に対抗するための施策を講じている。同国では長年に亘って労働市場改革が行われており、人口減少や少子高齢化が進展するなかで、市場競争力を維持し高めている。具体的には、退職年齢の引き上げに関する法律が施行されたほか、女性や高齢者の労働力の著しい増加、移民受け入れによる労働力ギャップの解消、Pisa 評価（学習到達度調査）での学力向上などの効果が見られた。しかし、ドイツが抱える問題を解決するためには更なる政策が必要だとされており、家族政策や社会保障制度の改革をはじめ、技能労働者の確保、地域社会と地域経済の変革なども重点的に取り組むべき課題とされている。家族政策については、ドイツでは、結婚や家族に関する助成制度は 160 種類ほどあるが、人口減少を食い止めるような出生率の増加には結び付いていない²¹⁸。

<非感染性疾患対策>

ドイツでは、国民の生活習慣を正し、健康増進を図るために様々な取組が行われている。ドイツ保健省と食品・農業・消費者保護省は、特に体重過多や肥満を減らすことを目的として、健康的な食生活と運動を取り入れたライフスタイルを推進する、保健と栄養に関する政策の目標を 2008 年に発表した²¹⁹。また、保健省傘下のドイツ連邦健康教育局（BzgA）が運営する連邦保健教育センターの「Feeling Good」キャンペーンは、12～18 歳の青少年が頻繁に出入りする学校、ゲームセンター、ユースホステルなどと提携して、食事や運動などに関する基準を設けて、健康に良い習慣を日常生活に取り入れるための環境づくりをした²²⁰。

<IT ソリューション政策>

ドイツ連邦政府は 2014 年 9 月に高齢者の生活の質を高めるための革新的な IT ソリューションを介護現場に取り入れるためのインセンティブを立ち上げ、様々なプログラムを実施している。欧州を中心に研究されている「独居高齢者の自立生活を支援する技術（Ambient Assisted Living : AAL）」は、ドイツ政府が主導する代表的なプログラムである。また、研究機関や中小企業、ケア事業者の自由な発想に基づくボトムアップ型研究も支援しており、教育研究省の「ケア・イノベーション 2020」では、高齢者および高齢者介護に携わる介護員や家族などの全ての介護関係者を支援する目的で、2020 年までに市場化できる技術に助成を行う。これらの助成支援を受けている研究開発技術には、床ずれを防止するためのインテリジェント・マットレスや患者の水分補給を支援するスマート杯、遠隔地とライブで患者の状態をモニターし、適当な音楽を流したりするヘッドフォンなどがある²²¹。

²¹⁸ <http://www.berlin-institut.org/en/publications/discussion-papers/demographic-strategy-20.html>

²¹⁹ http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/243299/Germany-WHO-Country-Profile.pdf?ua=1

²²⁰ http://www.bmel.de/SharedDocs/Downloads/EN/Publications/InForm.pdf?__blob=publicationFile_p14~

²²¹ http://www.himssinsights-digital.com/insights/vol_3_number_3?pg=40#pg40

3.3.3 国民のライフスタイルの変化と民間の取組事例

<働き続ける高齢者>

ドイツでは、退職せず働き続ける高齢者の人口が増加している。1991～2012年の間に、ドイツの60歳以上の勤労人口は123万人から318万人に、160%増加した。これは60歳以上の人口の伸び率である34%を大きく上回る。また、法律によって定められている定年の65歳を過ぎて働く人口も、2012年に82万6,000人となり、20年前の32万人から大幅に増加した。高齢の労働者が増えている最大の要因は、年金の減額と定年引上げを伴った過去20年間の労働市場と年金の改革の影響であると考えられる。しかし、定年退職制度について63歳に引き下げの見通しもあり、今後方向性が変わる可能性も示唆されている。また、高齢労働者については、学歴が高いほど働き続けている率が高いという特徴がある。ドイツの労働研究所（Institute of Labour Research）が2007年に行った調査によれば、大学レベルの学位を持つ60～64歳の67.5%が働いているのに対し、未熟練労働者（unskilled worker）のそれは35%にとどまった。同報告書の予測では、大卒人口が増えていけば長期的には働く高齢者も増えていくと考えている。さらに、高齢労働者のうち女性が大きな割合を占めているという特徴もある。男性が生計を稼ぐという役割分担が崩れており、より多くの女性が働き、長く働き続けていると考えられる²²²。

<オーガニック食品人気>

ドイツでは、健康に対する関心の向上、農薬や遺伝子組み換え食品に対する抵抗感に伴い、オーガニック食品の需要が堅調となっている。食品の味と質に加え、オーガニック食品の加工プロセスがより環境に優しいという認識も需要の大きな一因を担っている。米国の市場調査会社 TechSci Research によれば、ドイツにおけるオーガニック食品市場は2019年までに9%の成長が見込まれている。特に、若年層の間でオーガニック食品への関心が高く、2012年において、30歳以下の人口によるオーガニック食品市場は前年比12%増となった。近年では病院やレストランも積極的にオーガニック食品を取り入れており、スーパーマーケットなど物流からの需要も堅調で、これからも大きな成長が期待されている²²³。

<ベジタリアンブーム>

ドイツでは近年、ベジタリアンブームが見受けられる。2014年の国民一人当たりの年間肉消費量は60.1kgで、2011年（62.8kg）から2.7kg減少した。英国の市場調査会社 Euromonitor によると、この傾向は今後も継続し、2019年までには2.9%の減少が見込まれている。このブームの背景には、ドイツでの度重なる食品不祥事に加え、動物保護に対する関心などがある。家畜に使用される抗生物質、大規模な工場式畜産、また家畜飼料栽培のために進む森林伐採など関心は多岐に渡る。ベルリンはその運動の中心地として、デモやフェスティバルが多く開催されるようになった。ロイター通信による2015年の記事では、ベジタリアンの数は過去7年で2倍となり、国民の60%が動物愛護の理由で肉消費量を減らしても良いと考えているという調査結果を公表した。ソーセージやビー

²²² <http://www.thelocal.de/jobs/article/elderly-germans-stay-on-in-jobs>

²²³ <http://www.foodmanufacturing.com/news/2014/04/consumer-trends-organic-products-gain-popularity-germany>

ルが有名なドイツだが、ベジタリアンの増加に伴い、ベジタリアンに対応した施設やレストランが多く見られる。世界で初めてのベジタリアンスーパーマーケット **Veganz** は 2011 年にベルリンに開業したが、今ではベジタリアンに限らず新鮮で安全な食品を求めて消費者が集まるという^{224, 225}。

<企業の意識変化>

ドイツの企業は、医療保険コストの増大に加え、社会の高齢化により熟練労働者の確保が困難になっていく状況で、従業員の健康管理への関心を高めている。医療保険基金の専門家によれば、従来は職場環境を良くして従業員の健康に気遣うよりも、病気になった従業員は解雇する傾向があったが、現在では、雇用者は勤務状況を分析して欠勤を防止するプログラムを実施しようとするという。また、ドイツ医療保険大手の **Allianz** の幹部によれば、企業は高齢化の影響を理解し始めており、最近までは職場に健康な従業員を保つために早期退職を推奨していたが、経営者はその考えを改めて、従業員の健康管理プログラムを提供するための協力を求めてくるようになったという²²⁶。

3.4 ブラジル

3.4.1 健康長寿に関する課題

(1) 高齢化

<ブラジルの高齢化と課題>

ブラジルの全人口は 2015 年 7 月時点で全人口は 2 億人で、CIA の統計では 238 カ国・地域中 6 番目に多い人口を誇る。同年の人口増加率は前年比 0.77% 増であり²²⁷、2040 年代の初めにもピークの 2 億 1,900 万人となり、その後減少していく見通しである（非営利団体 AARP, Inc. 予測）。2015 年時点でのブラジル人の中央年齢は 31 歳、65 歳以上の高齢者人口は 6.9%（1,320 万人）に留まっているが、2050 年には 65 歳以上の人口は 4,890 万人（22.7%）以上となり、14～64 歳の人口 100 人に対する 35 歳以上の人口は、現在の 10 人から 2050 年には 36 人となる²²⁸。ブラジルの高齢化は先進諸国の場合と異なり、ブラジル国民、特に、高齢者が金銭的に豊かになる途中の段階で高齢化が進んでいる。ブラジルは 2014 年時点で世界第 8 位の経済大国になったが、いまだに貧富の差が大きく、人口の 8.5% にあたる 1,620 万人が 1 日当たりの生活費 1.25 ドル未満で生活をしている^{229 230}。

²²⁴ <https://www.yahoo.com/food/germans-ditch-sausage-for-soya-over-health-117689951236.html>

²²⁵ <http://www.thelocal.de/20140605/jan-bredeck-boss-of-worlds-first-vegan-supermarket-veganz#.U5TqqxEK3g.facebook>

²²⁶ <http://digitalresearch.eiu.com/extending-healthy-life-years/report/section/the-role-of-employers-workplace-initiatives-to-tackle-chronic-disease>

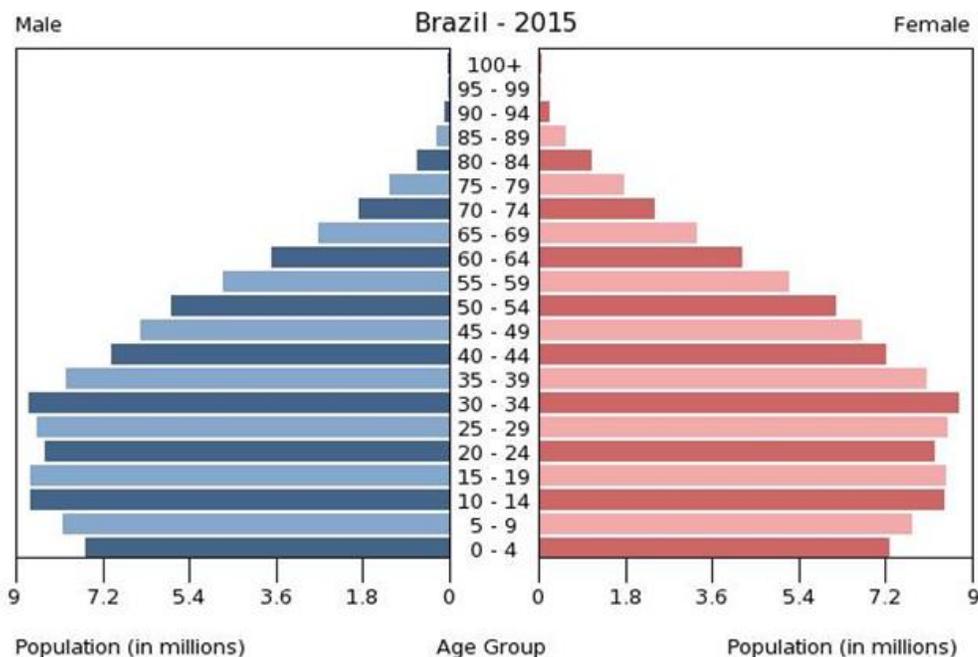
²²⁷ <http://journal.aarpinternational.org/a/b/2011/03/Living-Longer-and-Better-in-Brazil-Challenges-and-Opportunities-Faced-by-a-Graying-Society>

²²⁸ 同上

²²⁹ 国連の定める貧困ラインは、2015 年に 1 日 1.25 ドルから 1 日 1.90 ドルに改定された。当資料は 2014 年に発表されたもので、当時の貧困ラインを念頭に書かれている。<http://blogs.worldbank.org/developmenttalk/international-poverty-line-has-just-been-raised-190-day-global-poverty-basically-unchanged-how-even>

²³⁰ <http://www.medicalexpress.net.br/details/36/costs-of-elderly-health-care-in-brazil--challenges-and-strategies1>

図 16：ブラジルの人口構成 2015 年



注：左が男性、右が女性、単位は 100 人。中央の数値は 5 歳刻みの年齢層。

出典：CIA

<年金システム>

ブラジルでは近年、高齢化に伴い年金受給者が増加し、年金システムの維持が大きな問題となっている。現在まで、公的年金により高齢者の貧困が軽減され、ルーラ前大統領のもとで始められた貧困層への家族手当「ボルサ・ファミリーア」などの政策により、千万人単位の貧困層が恩恵を受けた²³¹。しかし、平均寿命の伸長により、退職後に過ごす年月が一般に長くなるため、年金システムの財政維持が難しくなっている。ブラジル政府の社会保障費は GDP の 12.2% にのぼり、3 人の労働者が 1 人の年金受給者を支えている。この年金受給者の割合の高さはイタリア以外の G7 諸国を凌ぐ状況で、すぐにでも改革を行わなければ高齢者の生活を孫の世代が負担することになるといわれている。ブラジルの公的年金制度には、公務員を対象とした公務員社会保障制度と民間セクタの労働者を対象とした一般社会保障制度の 2 つに大別できるが、いずれも年金の納付を開始してから男性は 35 年、女性は 30 年以上になると満額の納付資格が付与される²³²。

一般社会保障制度については支給開始年齢に関する規定がなく、定年退職年齢も定められていないため、大体、この年金の満期がくる時期に定年退職年齢となる。このような背景から、ブラジル

²³¹ <http://www.worldbank.org/en/news/opinion/2013/11/04/bolsa-familia-Brazil-quiet-revolution>

²³² ブラジルの年金制度では、男性 35 年・女性 30 年の支払い期間に達していなくても、15 年間の加入義務を果たせば、男性 65 歳・女性 60 歳で年金を支給される。 <http://www.oecd.org/els/public-pensions/PAG2013-profile-Brazil.pdf>

の平均退職年齢は男性平均で 54 歳、女性平均で 52 歳であり、諸外国よりも早めの退職に繋がっている。これに平均寿命の伸長が重なり、ブラジル国民の年金受給年数は女性平均で 33 年間、男性平均で 26 年間である。年金受給額は月平均 665 ドルであり、低めの水準であるとはいえ、ブラジルでは大きな財政負担となっている。事実、2014 年に、一般社会保障制度の年金給付額は 210 億ドルの赤字が見込まれた²³³。一方で、公務員社会保障制度に関しても賦課方式 (pay-as-you-go) のため年金会計の維持可能性が危ぶまれている²³⁴。

このような課題は以前から問題視されており、過去の年金改革 (1998 年、2003 年、2012 年) において、ブラジル政府は財政負担軽減のために、公的年金受給者に対する最低年齢の設定や、早期退職にペナルティーを課すなどの改革を試みたが、その度に利益団体からの圧力などにより妥協を余儀なくされた。改革に激しく抵抗するのは給付水準が高い公務員である。その結果、ブラジルの公務員 100 万人の退職者に支払われる年金の総額は、民間セクター 2,700 万人への給付総額と同水準となっている。高齢者の増加により、財政の年金負担はますます大きくなっていく一方である²³⁵。

<増加する医療費>

ブラジルの医療費は年々増加の一途を辿っている。同国の 2013 年度 (2013 年 1 月 1 日～2013 年 12 月 31 日)²³⁶の医療費関連支出は 2,080 億ドルに及び、GDP の 9.1% を占めている。また、国民の 4 分の 3 が国の医療保険システム (国が全額負担) に頼っており、残りの 25% は民間保険に加入している²³⁷。ブラジルでは、体重過多・肥満人口率、及び糖尿病患者率は、周辺諸国また先進国と比べて軒並みであるが、高齢化により、今後医療費が増え続けることが見込まれている。財政難により、高齢者のための公的医療サービスが不十分であり、中流から富裕層の間で民間医療保険に頼るケースが増えている²³⁸。

²³³ <http://www.bloombergtview.com/articles/2014-11-20/will-retirees-bankrupt-brazil>

²³⁴ <http://www.pensionfundsonline.co.uk/content/country-profiles/brazil/123>

²³⁵ <http://www.bloombergtview.com/articles/2014-11-20/will-retirees-bankrupt-brazil>

²³⁶ 一般にブラジルの会計年度は 1 月から始まる。

²³⁷ 民間保険加入者の中にも国の公的保険と民間保険を併用している者が多くいる。

<http://www.kantarhealth.com/docs/publications-citations/piedade---impact-of-federal-regulation-on-access-to-oc-and-ht-in-the-brazilian-phs---ispor-2015.pdf?sfvrsn=0>

²³⁸ <https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/global/Documents/Life-Sciences-Health-Care/gx-lshc-2015-health-care-outlook-brazil.pdf>

<出生率の低下>

ブラジルでは1960年代以降、出生率の低下が著しく、2015年度は1.77であり、人口置換水準の2.1を下回っている。同国では2025年ごろから労働力人口が減少し始めて高齢化がさらに進むと予測される。少子化が進むにつれて、保育施設や学校への投資は減っていくという見方、逆に教育レベルを上げるために教育関係の予算は減らないとする見方の双方が混じる²³⁹。

(2) 肥満

<飢餓から肥満へ>

ブラジルでは近年、肥満人口が増加してきている。1980年代、ブラジルの医療が十分でないことを示すデータとして、乳児死亡率が高いこと、体重が年齢基準値を満たさない子どもが多いことなどが挙げられていたが、最近では貧困層の間でも肥満が増加している。ブラジル地理統計院（The Brazilian Institute of Geography and Statistics）が2008～2009年に亘って集計したデータによると、成人の半分以上と5～9歳児の3分の1が体重過多という²⁴⁰。国の経済成長によって大部分の国民の生活が豊かになったせいか、塩分摂取量が中南米において高めであり、また野菜・果物摂取量も同大陸の途上国らと比べて少なくなっている。肥満の問題は富裕層だけでなく、むしろ、ブラジルの低所得層において炭水化物や砂糖を多く含む食品に依存するようになってきており、体重増加やそれに伴う健康問題に結びついている²⁴¹。

ブラジルの肥満傾向を示す事例として、米国ケーブルテレビ会社CNNの2014年7月の記事の中で、肥満治療の手術を10年にわたり施術している医師へのインタビュー内容を紹介している。同医師によると、肥満手術を希望する患者の数は、10年前は1週間に1人くらいであったが、最近（年度不明）では週5～10人が来院するという。昔は美容的な理由による希望が多かったが、今は健康の問題を抱えた患者が全国から訪れるという。健康的な食品は価格が高く、一般の人々の食事は肉や加工食品に偏っており、果物や野菜の摂取量は減少していることが肥満の原因になっている²⁴²。そのほかの事例として、2014年に開催されたサッカー・ワールドカップのために建設されたスタジアムには約4,750人分の肥満の人用の大型客席が設置された。これは、ブラジルでは法律により肥満は障害と分類されており、公共施設は障害者も健常者に準じて使用できるようにすることが義務付けられているためである。2012年現在の肥満の割合は7人に1人であり、米国などと比べると低い水準であるが、肥満増加のスピードは非常に速い²⁴³。

²³⁹ <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/br.html>

²⁴⁰ http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2008_2009_encaa/comentario.pdf

²⁴¹ <http://edition.cnn.com/2014/07/09/health/beating-the-bulge-brazil-obesity/>

²⁴² 同上

²⁴³ 同上

このような傾向を助長させる要因には食品市場にもある。新しい市場に着目した企業は、販売訪問を行うなどしてスーパーマーケットがない地域にも食品を流通させて栄養不足の解消に貢献したが、食生活は加工食品に偏るようになった。たとえばネスレが2010年頃から展開している船上スーパーは、「北部の僻地に栄養と健康、豊かな生活を提供する」と謳うキャンペーンを展開しているが、保存期間の制約もあり、主に販売した製品はヨーグルトやアイスクリーム、チョコレートなど、結果として脂質の高い食品が中心となっている。今後、ブラジル政府が食品の品質面を重視することで、健康、栄養バランス面でも充実した食品へのアクセスがどれだけ確保されるかが焦点になるとみられている²⁴⁴。

(3) その他

<医療制度と医療費コスト>

ブラジルでは、過去20年間で、社会と保健のさまざまな指標が大きく改善した。2004～2009年の5年間で、貧困率は20%から7%になり、乳児死亡率は1,000人当たり48人から17人になった。その他、糖尿病と脳卒中の入院は25%減少し、5歳未満児の低体重は67%減少、75%以上の妊婦が7回以上の訪問検診を受け、ジフテリア、チフス、百日咳の予防接種率は95%以上、インフルエンザ予防接種は人口の80%以上が受けている。

広大な国土を持つブラジルにおいて、これらの保健・衛生環境の向上はケア提供の分散化（decentralization of care）、特に医療チームの家庭訪問に拠るところが大きい。これは、地域レベルで一次ケアの総合医療チームが組織され、1チームがおよそ120家庭を毎月訪問するプログラムである。このプログラムは1994年に開始してから15年目にして²⁴⁵、25万人の地域保健職員と3万人の家庭医が活動している。本プログラムの予算は国民1人当たり31～50ドルである。

ブラジルの保健サービスは著しく向上したが、まだ国が貧しい中で高齢化が急速に進んでいるため、医療改善に向けた資金が不足している。高齢者は慢性的な病気を持つ場合が多く、2011年の調査によれば、ブラジルの60歳以上の高齢者は77.4%に持病があり、その割合は75歳以上では81.3%であった。多い持病は高血圧症、腰痛、変形性関節炎などである。高齢者向けに、慢性病の管理、障害、外傷予防、保健知識の普及などへの投資が必要である²⁴⁶。

²⁴⁴ <http://www.nestle.com/Media/NewsAndFeatures/Nestle-sails-supermarket-on-the-Amazon>

²⁴⁵ <http://phcperformanceinitiative.org/promising-practices/brazil>

²⁴⁶ <http://www.medicalexpress.net.br/details/36/costs-of-elderly-health-care-in-brazil--challenges-and-strategies1>

3.4.2 政府の取組

(1) 健康長寿に関する主な取組

<高齢者国家政策>

ブラジルでは高齢化対策の一環として法整備や様々な取組が行われている。ブラジルの高齢者に関する主な法律は、1994年の高齢者国家政策法と2003年の高齢者法である²⁴⁷。高齢者国家政策法の主な目的は、高齢者の市民としての自主性、社会参加を保障することである。60歳以上を高齢者と定義する²⁴⁸。同法施行のガイドラインは、州政府と州や市が政府や非政府組織と連携しながら、政策を実施するよう定めているほか、高齢者が所属する家族や社会、さらに州は、高齢者が地域社会に参画する権利、及び尊厳や生活の福利と権利を守らなければならないという原則を定めていることが特徴である。そして、高齢者の位置づけは社会に依存するものであり、高齢者はいかなる差別も受けず同法が示す変革の主体でありかつ受け手であるとしている。一方で公共機関と社会一般については、経済、社会、地域による違いを考慮して同法を施行する責任があると定めている。また、高齢者法は、2002年に国連で採択された高齢者に関する「マドリッド国際行動計画」に沿った法律であり、高齢者の権利保障を制度化したものである²⁴⁹。

<肥満に対する取組>

2011年には、「肥満の管理と防止のための部門横断的戦略（Intersectoral Strategy for Control and Prevention of Obesity）」を策定し、学校における食育などを展開している他²⁵⁰、増加する肥満への対応として「ブラジル人のための食事ガイド」を作成しており、2014年には同ガイドの第2版を発表した。本ガイドには、地元の食材や伝統的な食材を使って食事を手作りし、家族で食事をすることや、加工食品を避けること、広告に惑わされないようにすること、などについて、具体的に写真を交えて詳しく解説する。このガイドは3年かけて制作された。学校や、定期家庭訪問の拠点となる4万の保健クリニックに配布されて、知識普及に活用されている²⁵¹。

しかし、このような取組のなかで中々成果が上がっていないと嘆く意見もある。ブラジルで妊婦と乳幼児の健康を向上させる活動を行うNGOの職員によれば、低栄養が蔓延しているときに新しい食生活を導入するのは簡単だが、ひとたび家庭で定着しまうとその食生活を変えることは難しいという。また、貧困層にとって飲料や食品の広告の影響力は大きく、たとえば糖分を多く含む飲料メーカーの広告は、製品と幸福を結びつけたメッセージ発信を行っている。食欲を満たし幸せな生

²⁴⁷ <http://digitalresearch.eiu.com/healthyageing/country-profiles>

²⁴⁸ 同上

²⁴⁹ http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n6/en_29.pdf

²⁵⁰ <http://www.theguardian.com/global-development-professionals-network/2014/may/19/brazil-obesity-nutrition-malnutrition>

²⁵¹ <http://www.theatlantic.com/health/archive/2016/01/the-brazilian-guide-to-food-and-life/422301/>, ガイド：
<http://www.foodpolitics.com/wp-content/uploads/Brazilian-Dietary-Guidelines-2014.pdf>

活を送ることの重要性と、健康に生活するために摂生をすることの重要性、いずれが優先されるべきかはバランスとりが難しい問題であり、肥満対策は飢餓対策よりも困難だという声もある²⁵²。

<高齢者へのトレーニングジム利用の推進>

ブラジルでは、高齢者の健康増進のために、連邦保健省と各自治体（municipality）が連携して「高齢者のトレーニングジム」プログラムを展開している。2013年の時点で、全国に1,000以上のトレーニング施設があり、リオデジャネイロ州だけでも2009～2013年の間で130の施設が開設された。トレーニング施設では1日2回トレーナーによる指導がある。同プログラムの効果として、南部のパラナ州では、利用者の生活の質向上やADL（activities of daily living 以下、日常生活動作）の向上がみられ、高齢者自身の自主性が高くなっているなどの報告がある²⁵³。

<予防接種、一次ケア>

ブラジル政府は予防ケアのキャンペーンに注力しており、それが同国の世界的な成人の予防接種率の高さに繋がっている。インフルエンザ予防接種については、60歳以上の約90%が予防接種を受けており、この割合は世界で最も高い接種率といわれている。4～5月の接種シーズンには多くの高齢者が予防接種キャンペーンに参加しており、同キャンペーンにおいて、人気テレビドラマのストーリーに予防接種を織り込むなどしたことは特に効果があった。また、国民のおよそ40%に基本的な医療を提供する家族保健戦略は、一次ケアを重視し、慢性病への関心を高めるよう呼びかけを行っている。一次ケアへのアクセス向上と禁煙が普及したことも寄与して、1996年に比べて年齢標準化死亡率が1.8%減少した²⁵⁴。

<その他：各州、各地の取組>

ブラジルでは、連邦政府のみならず、州・都市などあらゆる自治体において高齢者のための様々な取組が行われている²⁵⁵。

- サンパウロ州は、2012年にWHOの「高齢者にやさしい（エイジ・フレンドリー）街」のプログラムを実施。州政府内に専門委員会を設置して各省の取組をうながした。取組に参加した自治体はそれぞれの目標に沿って取組を実施し、その達成により金、銀、銅のエイジ・フレンドリー認定が与えられた。
- リオデジャネイロ市では「健康長寿と生活の質事務官」を任命し、高齢者へのトレーニングジム利用の推進などの取組を行った。その後2012年にリオデジャネイロ州でも同様の事務官職が任命された。
- リオデジャネイロ市は、40歳以上を対象として無料の訪問眼科検診を実施。眼鏡の支給や必要な専門医への紹介などを行った。

²⁵² <http://www.theguardian.com/global-development-professionals-network/2014/may/19/brazil-obesity-nutrition-malnutrition>

²⁵³ http://www.ilcbrazil.org/wp-content/uploads/2014/03/health_and_health_care_country_Brazil.pdf

²⁵⁴ <http://digitalresearch.eiu.com/healthyageing/country-profiles>

²⁵⁵ http://www.ilcbrazil.org/wp-content/uploads/2014/03/health_and_health_care_country_Brazil.pdf

- サンパウロ州では中南米で最大規模の高齢者専門病院設立の取組が行われている。
- 全国各地に地域センターを設立。主に高齢者向けの体操やヨガ、ダンス、コンピュータ、美術などの講習を実施。
- 全国各地に老人学センターを設立。サンパウロのセンターでは、一次ケアの専門家のチームや地域センターと連携して地域の高齢者の生活を向上する取組も行う救急ケアセンターとして機能している。
- リオデジャネイロで、体温や血圧、血糖値などの複数の健康指標を同時に測定できる E ヘルスキット (e-health kit) のパイロット実証が行われた。100 人の丘陵地に住む低所得の高齢者を対象に、健康指標を測定するバックパック型の装置をつけてもらい、専門家が遠隔地から指標を監視する。タイムリーで費用対効果よい健康管理が可能であるほか、医薬品試験にも役立てることができる。

<日・ブラジル首脳会談時に医療・保健分野における協力関係について一致（2013年）>

2013年8月1日、ブラジル大統領府において、安倍総理大臣とルセーフ ブラジル連邦共和国大統領の立ち会いのもと、厚生労働省は、両国の医療・保健分野の協力推進のため、「日本国厚生労働省とブラジル連邦共和国保健省との間の医療・保健分野における協力に関する覚書」の交換を行った。医薬品・医療機器の規制関係や公的保健制度の知見と経験の共有、高齢化社会への準備を含む、健康的なライフスタイル及び予防医療の促進のための政策と戦略関係、保健人材の強化等の分野において、相互協力を行うことを確認した²⁵⁶。

3.4.3 国民のライフスタイルの変化と民間の取組事例

<健康と環境を重視>

ブラジルでは、10年前に比べて健康により気遣うようになった国民が増加しているという。2014年のジャーナル誌「Natural Product Insider」のインタビュー調査では、回答者の3分の2が長生きしたいという気持ちがあり、しかも、高齢になっても家族の負担にならずに自立していきたいと考えていると応えた。このようなブラジル人には疾病予防や長寿、独立した生活に関わる製品やサービスに対するニーズが今後高まると考えられる。

経済発展のめざましいブラジルでは、フルタイムで働く人が多く、他国に比べて健康的であるとされるブラジルの伝統的な料理をつくっている時間がない人が多い。手軽で健康的な食品を求める消費者が多いが、味覚を妥協しないという意見が多数を占めており、特にミレニウム世代は高齢世代と比較して「美味しい健康食品」でなければ商品への購買意欲が低いと言われている。また、消費者は無添加や自然食品などを好むようになってきており、それに対応して食品市場にも変化が出ている。

²⁵⁶ http://www.itamaraty.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=5775:atos-assinados-por-ocasio-da-visita-ao-brasil-do-primeiro-ministro-do-japao-shinzo-abe-brasilia-1-de-agosto-de-2014&lang=pt-BR

また、ヘルスケア産業や関連市場の動向等について伝えているメディアの **Natural Product Insider** の記事によれば、ブラジル国民の間では、健康維持のためには運動が重要であるとの考え方が広まっているという。**Natural Product Insider** が実施した独自のインタビュー調査（インタビュー規模は不明）では、10名中4名が「健康のためには運動が不可欠であることに強く同意する」という回答することが判明した。同記事では、ブラジル国民は平均で週 2.5 回激しい運動をしており、さらに強く健康を意識する人であれば平均 3.5 回以上の運動を取り入れていることが判明した。また同誌では、ブラジル国民が、環境変化と健康被害への関係性に対して高い危機意識を抱えていると述べており、2013 年に実施した調査では、同国国民の約半数が気候温暖化を防ぐために行動を変えたと答えており、2010 年の調査よりも 37% 増加したという。ブラジル人の 10 人に 7 人が、企業は収益を上げるだけでなく環境や社会への影響にも気遣うべきであると考えていることが分かった²⁵⁷。

<健康・ストレス解散のためのジム・スパ施設>

ブラジルでは体型美に対する意識が高く、プロポーションを保つために運動する人が多かった。しかし、忙しい生活や、オフィスワーカーの増加による日常的な運動不足により、健康とストレス解消のためのフィットネス施設が人気を博している。従来のジムに加え、東洋マッサージ、サンパウロを見渡すスウィミングプール、更には内接の整形外科など、都会の喧騒から逃れたい現代人のニーズを捉えている。ブラジルフिटネス連盟の **ACAD**（*Associação Brasileira de Academias*）が実施した調査（実施年度不明、情報源は 2013 年）では、ブラジル国民の 3% に当たる 500 万人以上がジム施設を利用しており、今後、ジム施設利用者の数は増加すると予測している²⁵⁸。

3.5 インド

3.5.1 健康長寿に関する課題

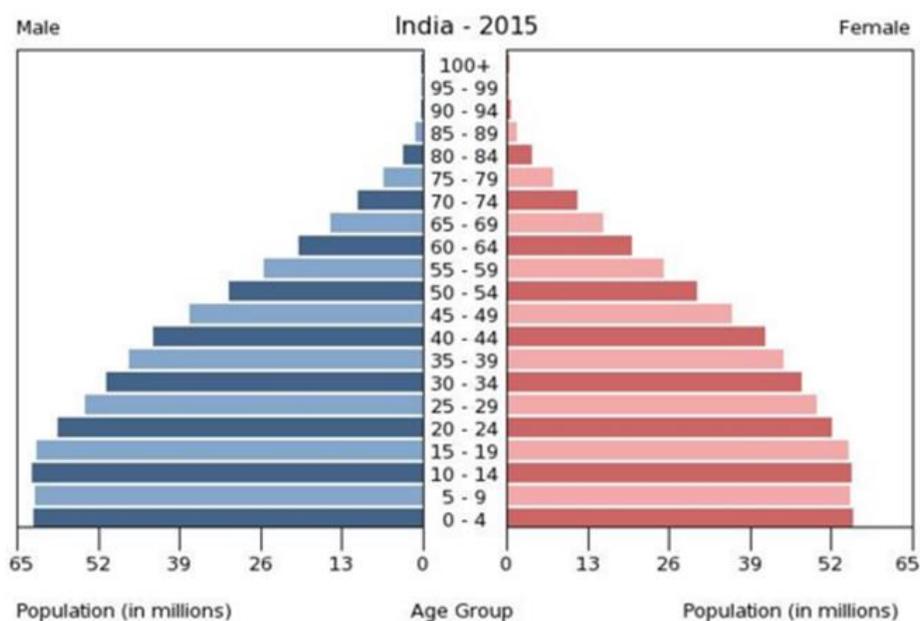
(1) 高齢化

インドは中国に次いで世界で第 2 位の人口を誇り、近年の経済成長も目覚ましい。CIA の統計データによると、2015 年 7 月時点でのインドの人口は約 12 億 5,000 万人に及び、中国の人口 13 億 7,000 万人に迫る勢いである。同国の人口構成は、開発途上国の間で見受けられる富士山型であり、若年層（0～14 歳）の割合が 28.09% で、65 歳以上の高齢者の割合である 5.95% に比べてかなり高くなっている。インドの 65 歳以上の高齢者の絶対数は日本や米国を上回り 7,000 万人余りとなっているが、全人口の割合でいうと、約 5.95% であり、全体としては若い国と位置づけられる²⁵⁹。

²⁵⁷ <http://www.naturalproductsinsider.com/articles/2014/04/emerging-trends-in-brazil-health-and-environmenta.aspx?pg=2#content>

²⁵⁸ <http://thebrazilbusiness.com/article/the-gym-industry-in-brazil>
<https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/in.html>

図 17： インドの人口ピラミッド 2015 年



注：左が男性、右が女性、単位は 100 万人。中央の数値は 5 歳刻みの年齢層。

出典：CIA

<高齢化の要因>

インドにおける高齢化の主な要因として、平均寿命の延長と出生率の低下が挙げられる。乳児死亡率の低下と公衆衛生の向上に伴う高齢者の生存率の上昇により、平均寿命は 1950 年の 37 歳から 2011 年の 65 歳に大きく伸びた。2050 年までに平均寿命は 74 歳まで伸びると予測されている。2011 年に WHO の人口部によって実施された研究によると、インドの出生率は 2.6 であり、1950 年代の 5.9 の半分以下となった。また 15～59 歳に依存する 60 歳以上の被扶養者割合は、2011 年の 12% から 2050 年には 31% になると予測されている。また、2042 年までに 60 歳以上人口は 14 歳以下人口を超えるという。一方、地域による高齢化の進行状況の違いは大きく、例えば南部のケララ州やタミルナドゥ州に比べ、北部のビハール州やウッタルプラデシュ州での出生率は 2 倍であり、人口構成の変化と高齢化のインパクトは国内で一様に現れるわけではない²⁶⁰。

<インドで進む核家族化>

インドでは核家族化が進んでおり、高齢者への負担が増加している。2011 年に行われた国勢調査によると、ここ 10 年の間に世帯数は大幅に増加する一方、世帯の構成人数は顕著に減少した。60 歳以上の高齢者が一人または配偶者のみと暮らす割合は、1992～1995 年に比べて 2005～2006 年には倍増しており、それぞれ一人暮らしの割合は 2.4% から 5.0% に、配偶者のみと暮らす割合は 6.6% から 13.7% に増加した。また、同時期に子どもと同居する高齢者は 7% 減少している。これらは、農村部から都市部への労働人口移動や、社会通念（例えば、子どもは高齢の両親の世話をする

²⁶⁰ <http://www.prb.org/pdf12/TodaysResearchAging25.pdf>

義務があるなど)の変化などが要因であると推測される。加えて、高非識字率や高貧困率を抱える農村部のこうした世帯の高齢者に対しては、様々な経済的、社会的、そして精神的支援が必要となってくるだろう²⁶¹。

<医療へのアクセス>

インドにおける高齢者への医療サービス、または高齢者の医療へのアクセスは今もなお限定的である。2008年に発表された関連論文「中国とインドにおける医療保険、官民資金調達の細分化された役割 (Health Insurance in China and India: Segmented Roles for Public and Private Financing)」によると、民間及び公的医療保険への加入率は全人口の11%程度であり、医療費の約80%が窓口での自己負担による。インドの貧困層向けの公的医療保険は65歳以下のみカバーし、65歳以上の高齢者への医療は特に手薄になっており、特に女性高齢者は男性高齢者に比べ、健康状態が比較的悪い上に医療ケアへのアクセスに欠けるなど、さらなるリスクを背負うことになっている。また、貧困層や農村部の高齢者の医療アクセスは特に悪く、そうした格差を減らす医療制度改革が望まれている²⁶²。

(2) 肥満

世界五大医学雑誌のうちの一つであるLancetは2014年6月、インドの肥満人口は中国、米国に次ぐ世界第3位であると報告した²⁶³。また一方で、インドの貧困問題は根深く、そのため肥満とは真逆の飢餓問題も大きい。現在でも貧困層が国民の大半を占めており、国民の約5%は税金を払うに足りない給料で生活している。また2014年のインド政府計画委員会の報告によれば、2011~12年の時点で人口の約30%を占める3億,6,300万人が貧困線以下の生活水準にあるという²⁶⁴。更に2015年の国連食糧農業機関(FAO)の報告によると、インドの飢餓人口は世界第1位(2億人弱)であり、その原因に貧困層が経済成長の恩恵を受けられていない可能性を指摘した²⁶⁵。

このようにインドは貧困とそれに関する飢餓問題を抱える一方で、冒頭で述べたとおり指折りの肥満大国でもある。割合でいうとインド国民の約5%程度にしかすぎないが、肥満人口は約3,000万人に及び、中国の肥満人口4,600万人と合わせて世界の肥満人口の約15%を占めている²⁶⁶。

(3) その他

<飲酒習慣の低年齢化>

インドにおける飲酒の若年層への浸透も問題になっている。2015年5月に発表されたOECDの報告書によれば、インドにおける1992年から2012年のひとり当たりのアルコール飲料消費量は55%増加し、増加率はロシアとエストニアに次いで世界第3位であった。また、WHOによれば、インド

²⁶¹ <http://countryoffice.unfpa.org/india/drive/LivingarrangementinIndia.pdf>

²⁶² <http://content.healthaffairs.org/content/27/4/1005.full>; <http://www.prb.org/pdf12/TodaysResearchAging25.pdf>

²⁶³ <http://indiatoday.intoday.in/story/obesity-india-weighs-third-on-obesity-scale/1/365876.html>

²⁶⁴ <http://www.cnn.com/2015/08/02/asia/india-poor-census-secc/>

²⁶⁵ <http://www.thehindu.com/news/national/india-is-home-to-194-million-hungry-people-un/article7255937.ece>

²⁶⁶ <http://indiatoday.intoday.in/story/obesity-india-weighs-third-on-obesity-scale/1/365876.html>

人の約3割が飲酒し、そのうち4～13%は毎日飲酒し、さらにその約半数は身体に重度の悪影響を及ぼす危険飲酒の域にある。その他の懸念点として、飲酒を始める平均年齢が1980年の28歳から2007年の17歳に大幅に低年齢化していることがある。飲酒による社会的な問題も大きく、交通事故の25%近くが飲酒に関連するほか、家庭内暴力の増加傾向の要因ともなっている。タタ記念病院の医師によれば、インドでは、飲酒の危険性が周知されないまま、若者たちをターゲットとしたアルコールの広告がされているという。今のところ、飲酒は健康問題として捉えられておらず、公衆衛生面からの飲酒管理の政策は必ずしも十分とられていないという²⁶⁷。

<喫煙>

インドでは、喫煙だけでなく噛みタバコなどの使用も多く、生産量では中国に次いで世界第2位、また消費量では世界第7位である。全体で約2億7,500万人の喫煙者がおり、非伝染性疾病による早死にを招いている。また、若者、女性、貧困層の間でも喫煙者が増加しており、勤労年齢層の死亡や疾病の医療費などによる経済的な悪影響も大きいと考えられる²⁶⁸。

<非伝染性疾病の増加>

インドにおいて、非伝染性疾病（Non communicable disease - NCD）は死因全体の53%を占め、障害調整生存年数（Disability Adjusted Life Year - DALY）²⁶⁹の減少の44%に関わるとされる。死因に占める割合は2030年に67%に増加すると見込まれる。心疾患は死因全体の29%、非伝染性疾病による死亡の52%を占める。先進国と比較して、インドにおける心疾患や糖尿病関連の死亡は若年層に多い傾向があり、経済や社会にも影響が大きい。先進国に比べて罹患年齢が少なくとも10歳は低く、死亡率も高い²⁷⁰。

さらに、貧困層でも喫煙が広がりを見せており、高血圧症や心疾患、糖尿病が増加している。35～64歳の生産年齢の心疾患による死亡数が多く、2000年には920万人であったが、2030年には1億790万人に達すると推測される。貧困層では罹患時に高額な治療へのアクセスが限られることから、生産年齢の死亡率の高さは、社会的な格差がさらに拡大する要因となり得る。

インドにおいて、2014年1月時点での心疾患による年間死亡者数は270万人であり、2030年までにさらに150万人の増加が見込まれる。推定によれば、3,000万人の冠状動脈性心疾患（Coronary heart disease：以下、CHD）患者がおり、そのうち1,400万人が農村部、1,600万人が都市部の住人である。また20歳以下のCHD患者の割合は、農村部で2.1～4.3%、都市部で6.6～12.7%であり、ここ20年ほどで患者数自体は農村部で4倍、都市部で6倍に増えた。脳卒中は人口100万人当たり、都市部で334～424人、農村部で244～262人と推定されるが、インドでは全ての脳卒中による死亡

²⁶⁷ <http://indianexpress.com/article/india/india-others/alcohol-consumption-rising-fast-in-india-oecd-report/>

²⁶⁸ <http://www.reuters.com/article/us-india-tobacco-idUSBRE98B08K20130912>

²⁶⁹ 障害の程度や障害を有する期間を加味することによって調整した生存年数

²⁷⁰

http://cgd.swissre.com/risk_dialogue_magazine/Cardiovascular_risks_in_HGM/Chronic_Diseases_in_India_Burden_and_Implications.html

のうち10～12%は、家計や経済への影響が大きい40歳未満に起こっている。2型糖尿病は急速に増加しており、2013年時点で6,500万の患者がいると推定されており、2035年までに1億900万人に上ると予測される。また糖尿病による年間の死亡者数は約100万人である²⁷¹。

高血圧症は心血管疾患（Cardiovascular Disease：以下、CVD）の主なリスク要素であり、死因のおよそ10%に上る。2014年1月現在、都市部の20～40%、農村部の12～17%が高血圧症を患う。患者数は2000年の1億1,800万人から2025年には2億1,300万人に増加すると見込まれる。また、40%近くの成人が放置すれば高血圧症になる高血圧症予備軍とされる。慢性閉塞性肺疾患（Chronic obstructive pulmonary disease：以下、COPD）は喫煙が主な要因とされ、男性に患者が多いが、屋内における調理用固形燃料の煙が主な要因と見られる女性の患者も増加している。患者数は1996年の1,300万人から2016年までに2,200万人になると見込まれ、入院を要する患者も多いことから、患者や行政を金銭的に圧迫するおそれがある。

また毎年80万人が新たにがんを患い、毎年55万人ががんで死亡している。男性では口腔、食道、肺のがんが多く、女性では子宮頸がん、乳がん、子宮体がんが多い。早期の発見・治療は少なく、75%は進行した段階から治療を開始するため、良好な治療結果が得にくい。

3.5.2 政府の取組

(1) 健康長寿に関する主な取組

インドでは、1999年に「高齢者に関する国家政策」（National Policy on Older Persons - NPOP）」が打ち出され、その後いくつかの改革を経て、現在、社会正義・エンパワーメント省が高齢者政策を陣頭指揮している²⁷²。一連の改革では、高齢者ホーム、デイケアセンター、そして物理療法治療院などのボランティア組織向けの補助金等からなる「高齢者のための総合的プログラム」の導入が検討されてきた。2010年の高齢者の健康長寿に関する国家プログラムでは、8つの地域老齢期センターを設立して、100地区にある様々なレベルの高齢者向け施設を強化する計画が作られ、さらにこれらの取組は第12期5か年計画（2012年～2017年）において拡大される予定であった。しかしながら、老齢期センターに指定された施設においてまだ計画実現のためのスペースを確保できないままである²⁷³。

(2) その他の法律・政府による取組

²⁷¹

http://cgd.swissre.com/risk_dialogue_magazine/Cardiovascular_risks_in_HGM/Chronic_Diseases_in_India_Burden_and_Implications.html

²⁷² 2011年には、変化するインドの人口構成や成長を続ける同国の経済などを考慮し、“National Policy for Senior Citizens”が発表され、変化するインドの人口構成や成長を続ける同国の経済などを考慮し新たに制定された。

<http://socialjustice.nic.in/pdf/dnpsc.pdf>

²⁷³ <https://www.kpmg.com/IN/en/IssuesAndInsights/ArticlesPublications/Documents/Old-age-security.pdf>

<NCDに関する国家プログラム>

政府は2010年10月、高齢者のがん、喫煙、メンタルヘルスなど、健康長寿全般に対する政府の取組として、「がん、糖尿病、心疾患、脳卒中の予防と管理に関する国家プログラム」(National Programme For Prevention and Control of Cancer, Diabetes, Cardiovascular Disease and Stroke - NPCDCS)を策定した。同プログラムは高血圧症と糖尿病を重点対処領域として位置付ける。同プログラムは100地域で実施されており、第12期5ヵ年計画の期間中に国内の残りの地域にも実施対象を広げる。NPCDCSは、(1)リスク要因の評価、早期診断、高リスク集団に対する疾病管理、(2)一般市民への保健促進を目的とする²⁷⁴。

WHOの「NCD予防と管理のためのグローバル行動計画2013-2020」に沿って、インドは²⁷⁵グローバル行動計画において、2025年までにNCDによる早死を25%削減する目標を定めたが、このような具体的な数値目標の設定は世界初であった。グローバル行動計画は、各国が9つのターゲットを設定することを定めるが、インドはそれに加えて、屋内における煙害に取り組むターゲットを掲げる。インドの「NCD予防及び管理のための国家監視フレームワーク」は、2025年までに家庭内での固形燃料の使用を50%削減し、喫煙を30%削減する目標を掲げる。

さらに、インドはWHOタバコ管理に関する枠組み条約(FCTC)の最初の署名国であり、2003年に制定した「喫煙及び他のタバコ製品に関する法律」(COTPA)を施行している。同法は、公共施設や職場での喫煙禁止を義務付けるほか、広告の禁止、未成年者への販売と未成年者による販売の禁止、タバコ製品の成分の規制や、視覚的な健康への警告を包装に記載することを義務付けることなどを定める²⁷⁶。

<日・インド首脳会談時に医療・保健分野の協力覚書に合意(2014年)>

日本の厚生労働省は2014年9月1日、迎賓館赤坂離宮において、安倍晋三内閣総理大臣とナレンドラ・モディ・インド共和国首相の立ち会いのもと、「日本国厚生労働省とインド共和国保健家族福祉省との間の医療・保健分野における協力に関する覚書」の交換を行った。人材開発、ユニバーサル・ヘルスカバレッジを目指した医療財政、医療サービスの提供内容等の分野について、相互協力を行うことを確認した²⁷⁷。

<小児糖尿病改善に向けた取組>

インドの首都ニューデリーの学校では2013年4月から2015年11月まで、KiDS(Kids and Diabetes in Schools)という小児糖尿病を改善するためのプロジェクトが行われた。同プロジェクトでは、すべての小児糖尿病の児童・生徒に向けた個別のヘルスケアプランの提供、そして全児童・

²⁷⁴ http://cgd.swissre.com/risk_dialogue_magazine/Cardiovascular_risks_in_HGM/Chronic_Diseases_in_India_Burden_and_Implications.html

²⁷⁵ <http://www.who.int/features/2015/ncd-india/en/>

²⁷⁶ http://cgd.swissre.com/risk_dialogue_magazine/Cardiovascular_risks_in_HGM/Chronic_Diseases_in_India_Burden_and_Implications.html

²⁷⁷ http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/topics/tp140902-1.html

生徒に対する健康な生活と2型糖尿病の予防に関する教育が行われる。Public Health Foundation of India (PHFI) を含む複数の団体によって運営され、International Diabetes Foundation が支援した。パイロットプログラムとして15の学校で約2年半、921人の教員と2万7,000人以上の児童・生徒が指導を受けたほか、3つのトレーニングプログラムを通じて228人の教員を追加で育成し、血糖値モニターの配備や、学校での食事の質の改善、食事の選択肢の幅を広げるなど、多くの取組がなされた。本プロジェクトを参考に、参加した提携団体らは、インド政府に対し、教育現場における糖尿病に関する法の整備やガイダンスの作成を求めている²⁷⁸。

3.5.3 国民のライフスタイルの変化と民間の取組事例

(1) 国民のライフスタイルの変化

<食生活>

インドでは、中間層を中心にライフスタイルが大きく変化し、とりわけ食生活への影響が強く出ている。ファストフードを中心に健康に悪影響を及ぼす加工食品がますます身近なものになってきた。このことが中間層の収入増加とあいまって、平均摂取カロリーが増加している。その結果、他の先進国がかつてそうであったように、着実に肥満が増加している²⁷⁹。

インドのファストフード市場は2013年から2016年にかけて2倍になると予測されているが、それでも人口12億人に対して2,700店舗にすぎず、中国市場に比べると10分の1の規模である。過去に、欧米のファストフード各社の商品は、インドの消費者からは風変わりな馴染みが薄く、高価だとみなしていたが、インド人の多くが欧米の文化に慣れ親しみ、またファストフードが便利だと感じる生活環境になってきた。これまでに成功しているファストフードチェーンの代表例はドミノピザであるが、KFC、マクドナルド、そしてダンキンドーナツなども市場で大きな存在感を示している²⁸⁰。

<運動習慣>

インドでも肥満人口は増えているが、その背景に、座っている時間が長めとなる、近代的な生活習慣の広がりがある。10代のインド人は、身体的な活動量が多かった上の世代に比べ、PC操作や携帯電話などで多くの時間を過ごし、身体を動かすことが少なくなっている²⁸¹。

とり過ぎの人口が増えるに従い、減量を支援するサービスへの需要が爆発的に増えている。定期的にトレーニングジムに通うインド人が大幅に増え、国内外の関連サービスも急速に伸びている。

²⁷⁸ <http://www.thehindu.com/news/cities/Delhi/city-schools-wake-up-to-diabetes-threat/article7953763.ece>

²⁷⁹ <http://www.dailymail.co.uk/femail/article-2394423/BBC-documentary-Indias-Supersize-Kids-Obesity-epidemic-swelling-thanks-Western-fast-food-McDonalds-KFC.html>

²⁸⁰ <http://www.cnbc.com/2015/04/02/indias-fast-food-industry.html>

²⁸¹ <http://www.cnn.com/2015/09/17/opinions/potarazu-india-obesity/>

従来、インドのトレーニングジムでは、文化・習慣から女性の利用が妨げられていたため、利用者は男性に限られていたが、今ではすっかり様変わりし、若い世代の利用者では男女の割合は半々になっている。アンティー（おばさん）と呼ばれる40歳以上のインド人女性の間ではジム通いはまだ一般的ではないが、若い女性は男女混合のトレーニングジムの環境にも抵抗がないようである²⁸²。

<肥満治療手術>

インド人が減量するため取る手段はトレーニングジムに通うだけにはとまらず、肥満治療手術を選択する層も増えてきている。現在マックスヘルスケア病院（ニューデリー）で肥満治療のチーフ外科医を務めるプラディーブ・チョウビー氏によれば、5年前に年間800件だった減量のための手術は、2014年には1万8,000件となった。増え続ける中間層の多くが、太り過ぎにどう対処してよいか分からず、自暴自棄になるかまたは手っ取り早くて簡単な解決策として手術を選ぶことがある。手術費用は約5,000米ドルであり、米国における価格からすると破格であるが、ほとんどのインド人にとっては手の届かない値段である。費用が払える人々は手術に救いを求める上に、政府が300万人の公務員全員を対象として、肥満治療手術の費用の公的負担を約束したことで、更に希望者が増えた²⁸³。2014年、インドのアルン・ジェートリー財務大臣が、糖尿病の管理のためにこの手術を受けたことが話題となり、一般人の間でも同手術に関心を示す層が増加している。

<ボリウッド>

ボリウッド映画（主にムンバイで製作されるインドの大衆向け映画）が、民衆に健康管理が大切であることを訴える効果をもたらしている。インドにおいてボリウッド映画は大変人気があり、映画の出演者は健康的な体つきをしている。女性はスリムで、男性は筋骨隆々としており、太り過ぎの人はほとんど出てこない。先進国でもよく見られるように、こうした大衆文化が、一般人にとっての理想的で魅力的な身体像に与える影響は非常に強く、一般の多くがボリウッドに刺激されフィットネスに取り組むようになってきている²⁸⁴。

(2) 民間セクターによる取組

<企業による健康推進プログラム>

近年、インドでは企業による健康推進プログラムがブームになっている。インドの企業は、社員が欧米諸国の従業員と同じように生活習慣に関わる疾病の問題を抱えていることに気づいており、その対応についても欧米企業の方法を取り入れようとしている。人事部門が健康促進活動を、インドで全国的に増えている健康長寿関連の新興企業に外部委託するケースも増えている。こうしたプログラムは、中間層のオフィスワーカーのライフスタイルにまだ慣れていない社員に対して、健康を保つための基本的な知識を教育するといった内容が多い。

²⁸² <http://www.ft.com/cms/s/0/5e668b02-748f-11e4-b30b-00144feabdc0.html#axzz3usIpnvAH>

²⁸³ https://www.washingtonpost.com/world/asia_pacific/obesity-is-rising-in-india-so-are-weight-loss-surgeries/2015/01/22/663ed7f8-69b8-46bb-acbf-e787df2b1aae_story.html

²⁸⁴ <http://www.desiblit.com/content/impact-bollywood-indian-culture>

Truworth Wellnes という健康長寿の新興企業は、「理想的な食事や健康を保ち幸せになるには」などといったトピックについて、企業にさまざまなプログラムを提供している。2008年にバンガロールで創立された同社の現在の顧客には、現地 IT サービス大手のインフォシス、ウィプロのほか、ヒューレット・パッカード、メルク、ワールドプール、CSC、ピアソンなど欧米系の大企業が名を連ねている。同社は、若い従業員が新たに手に入れた購買力を、健康を害するような消費に使わないよう、また不健全な生活スタイルに陥らないようにするための社員向けサービスを展開している²⁸⁵。

同じくバンガロールで創設された Uber Health Tech Pvt Ltd は、企業向けの Zoojoo.be という健康推進のためのアプリを作成した。このアプリのプロジェクトは 2013 年に始まり、職場の仲間同士で楽しむ娯楽ゲームを通じて、健康的な食習慣を身につけられるよう支援するものである。同社は社員数 8 名の小企業であるが、インドだけでなくアラブ首長国連邦でも事業を展開しており、3 万 5,000 人のユーザーがいるという²⁸⁶。

<コールセンター勤務による座りっぱなし>

近年では世界中の様々な企業がインドに情報通信サービスを利用したアウトソーシング拠点を設置しているが、例えば米国企業の中には、本国時間の真夜中でも顧客対応できるなどの利便性を追求するためコールセンターをインドに配置するところもかなりある。このように、現地のコールセンター勤務は、多くの現地社員に対して長時間の座りっぱなしを強要するため、体重増加の大きな要因の一つとなっている²⁸⁷。

<エア・インディア>

インド最大の航空会社であるエア・インディアは、2013 年、職員 3,000 人分の健康データを取り、職員の約 20%が体重過多という結果が出たことを受け、客室乗務員の肥満防止に努めている。同社は、スリムな客室乗務員のみを雇用することで「トリム」（バランスの良い）で「スマート」な航空会社のイメージを反映するという理念を掲げ、太り過ぎの乗務員は安全上の問題もあるという理由で、スリムな客室乗務員のみを雇用している。2015 年 9 月には、125 名の乗務員をフライト任務から解除した。これら乗務員を含む 600 名は 2014 年、同社で働き続けたければ減量するよう命じられていた。この業務命令は従業員をスリムに保つための一連の取組の一つであり、2009 年には 9 名の客室乗務員を解雇している²⁸⁸。

²⁸⁵ <http://www.franchiseindia.com/content/India-s-Wellness-start-ups-seeing-new-avenue-of-growth-in-corporate-wellness-programme.5799>

²⁸⁶ <http://www.wellnessindia.com/article/business-and-investments/pe-vc-funding/Social-wellness-app-builder-Zoojoo-be-raises-US-1million-from-VC-RoundGlass-partners.a531/>

²⁸⁷ <http://articles.latimes.com/2008/apr/27/news/adfg-indiastress27>

²⁸⁸ <http://www.dw.com/en/too-fat-to-fly-air-india-sacks-overweight-flight-attendants/a-18722651><http://edition.cnn.com/2015/09/15/travel/air-india-grounds-cabin-crew/>

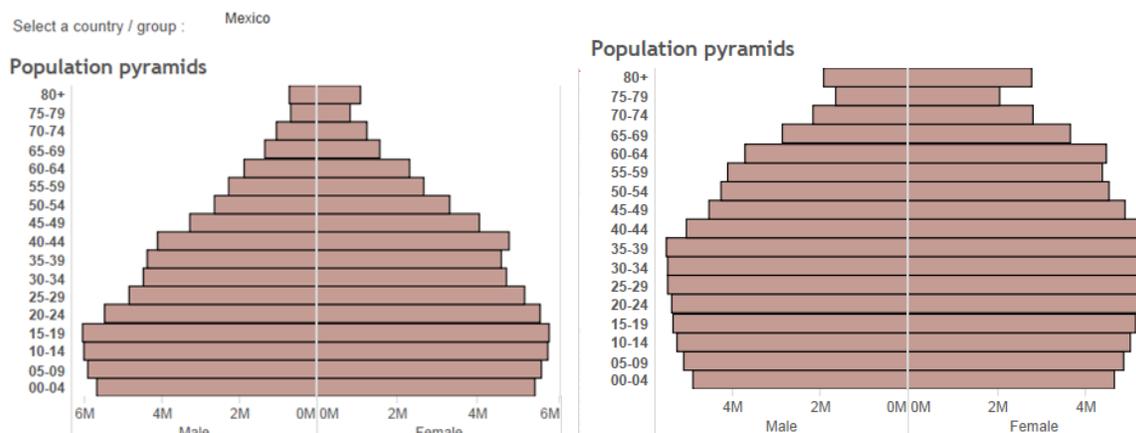
3.6 メキシコ

3.6.1 健康長寿に関する課題

メキシコの2015年時点の人口は、1億2,524万人と推定されており、日本に次いで世界第11位の人口を有している。下の図はメキシコの年齢別構成を表す²⁸⁹。

図 18：メキシコの人口構成

(左：2015年、右：2035年、単位：百万人)



注) 縦軸は5歳刻みの年齢層。横軸は男(左)・女(右)別人口(単位：百万人)

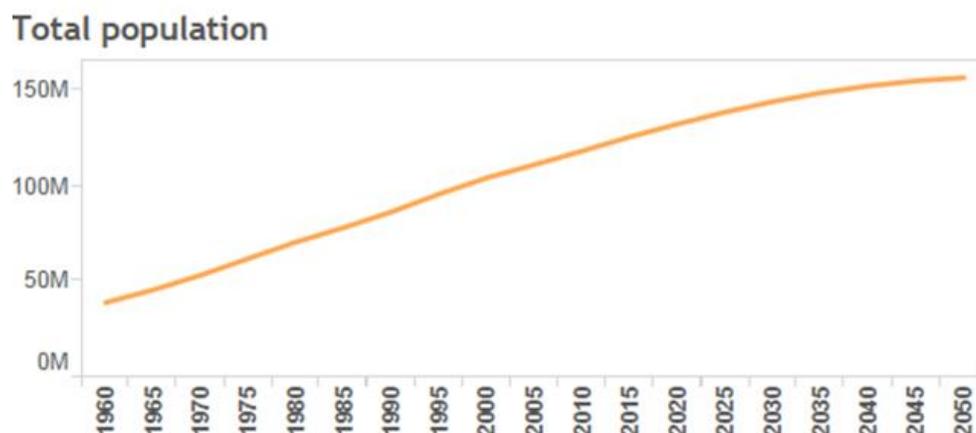
出典：世界銀行

世界銀行の将来予測によれば、メキシコの10年後(2025年)、20年後(2035年)の総人口はそれぞれ1億3,820万人、1億4,723万人と増加し続け、さらに2050年には1億5,610万人となると見られている。一方、人口増加率は年々低下しており、この傾向は今後も続くと予測されている。年齢別構成では、高齢者の割合が高くなり、図のように釣り鐘型に変化していくと予測される。

²⁸⁹ <http://datatopics.worldbank.org/hnp/popestimates>

図 19：総人口推移 1960～2050 年

(縦軸の単位：百万人)



出典：世界銀行

一方、メキシコ人口評議会（Consejo Nacional de Población：以下、CONAPO）の2010年における予測によれば、出生率は2010年の1,000人あたり19.7人から、2050年には同14.0人に減り、同期間に死亡率は高齢化にともなって同5.6人から同9.2人に増加するとされ、結果として人口の自然増は2010年の前年比1.41%増から2050年の0.48%増にペースダウンする。さらに、2070年までに人口の自然増はマイナスになると予測されている。CONAPOは出生率、死亡率、移民（出国）の予測を総合的に捉えると、毎年の人口増は2017年に100万人を下回り、2032年までに50万人、2049年までに10万人を下回り、2053年に1億3,760万人でピークを迎えた後は、徐々に人口が減少するとしている²⁹⁰。

(1) 高齢化

近年、メキシコにも他国と同様に高齢化の波が押し寄せている。1990年代は60歳以上の高齢者の割合は6.35%であったが、現在は10%となっており、CONAPOによれば、今後10年間で15%に達するという。60歳以上の人口は1990年から2015年にかけて118%増加したが、北部地域では特に増加率が高く、189%の増加がみられた。総人口はこれと同じ1990年から2015年の間メキシコ全体で39%、北部地域で57%増加した。25年前に554万人であった高齢者の数は現在1,200万人であり、2030年までに2,000万人に達する見込みである。平均寿命も1960年の57歳から現在は75歳に伸びた。高齢者人口の急増に対して、政府の対応が追い付いていないと言われている。最近のメキシコ国立保健高齢化研究所（Mexican Health and Aging Study 以下、MHAS）²⁹¹の研究によれば、メ

²⁹⁰ <http://geo-mexico.com/?p=8755>

²⁹¹ The Mexican Health and Aging Study (MHAS)、スペイン語：Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México, ENASEM

キシコの高齢者の70%が適切な医療を受けていないという。高齢者の平均月収は120米ドルであり、退職後の年金を受給しているのは25%程度にすぎない²⁹²。

国際的な基準では2,000～2,500人の高齢者に対し1人の医師が必要であるが、現状は2万2,000人あたりに1人しかいない。高齢者の30%が慢性疾患を持つ可能性があり、高血圧症、がん、糖尿病、循環器疾患などを抱える高齢者が多い。世界の多くの国に比べ、メキシコ政府の高齢化に対する取組は遅れているとの指摘もある²⁹³。

(2) 肥満

メキシコは現在世界でも有数の肥満大国となっており、国民の肥満人口は増加の一途を辿っている。メキシコの保健省はこのまま問題が放置されれば、将来的に平均寿命が短くなるだろうと懸念を示している。2013年6月に発表された国連の報告書によれば、メキシコの成人（年齢層不明）のおよそ7割が体重過多及び肥満で、32.8%が肥満に相当する。肥満率については、メキシコは米国の31.8%を超えて初めてOECD諸国のなかで第1位になった²⁹⁴。2012年の調査によれば、首都メキシコシティでは市民の56%にあたる1,200万人が体重過多か肥満であり、肥満については2000年以降急激に増加し、2000年の16%から2006年に19%、2012年に26%となっている。同市中心部では2012年時点で女性の28%、男性の24%が肥満であり、また、5～11歳の子供の35%が体重過多か肥満であった。この状況に対し、メキシコシティでは、総人口の10%が糖尿病、22%が高血圧症と診断されている²⁹⁵。

さらに、メキシコ特有の問題として、栄養不足人口の肥満化が挙げられる。とくに、貧困層の若年世代の肥満が問題視されている。メキシコでは人口の約半数が貧困層に属しており、子供たちは、栄養不足であるが、肥満予備軍になるという。メキシコ国立栄養研究所のAbelardo Avila医師によると、「貧困層の両親が肥満になっているケースが多く、彼らの子供たちは栄養不足であるものの、将来肥満になるよう条件づけられている」と警鐘を鳴らしている。その結果として循環器疾患がメキシコの死因の上位となっている。

これには、メキシコ人の食生活などのライフスタイルの変化が関係すると考えられる。脂肪と糖分の多い食生活と、座っていることの多い生活習慣が、増加する肥満の原因であるとみられている。また、以前は特別な食事であった、Tフードと呼ばれるタコス、タマル、トスターダなどの高炭水化物、高ラード含有のメニューを日常的に食べるようになったことも要因とみられている。一方、伝統的な食事として野菜スープや新鮮な魚などの健康的なものもあるが、安価なスナック菓子等に比べて高価である²⁹⁶。

²⁹² <http://mexiconewsdaily.com/news/an-aging-population-with-limited-services/>

²⁹³ 同上

²⁹⁴ <http://www.dailymail.co.uk/news/article-2358472/How-Mexico-got-fat-obese-America.html>

²⁹⁵ <http://www.theguardian.com/cities/2015/nov/13/fat-city-obesity-crisis-mexico-capital-sugar-tax>

²⁹⁶ <http://www.dailymail.co.uk/news/article-2358472/How-Mexico-got-fat-obese-America.html>

英紙 The Guardian が紹介した 2012 年のデータでは、10～14 歳の子供のうち、前年にダンスやスポーツなどの運動をしたのは 33%にすぎなかった一方、74%の子供は平日に毎日 3 時間以上、テレビなどの画面を見ていたという。成人についても、2014 年の調査で 29%が座ったままの仕事をしているという。こうした慢性的な運動不足は、メキシコシティの都会の環境とライフスタイルに原因があると考えられ、具体的に以下が挙げられる²⁹⁷。

- 運動する時間がない
 - 世界的に見てもメキシコシティの人々は就業時間と通勤時間が長いため、運動したり、健康に良い食事を用意したり、家族と過ごしたりする時間があまりないと考えられる。15～69 歳の平均睡眠時間は 6 時間以下である。
- 自動車の増加により、運動を取り入れた生活が妨げられる
 - 2007 年から 2014 年の間に、メキシコシティ中心部の人口は 1.1%減少したのに対し、同都市中心部の自動車は 39%増加した。メキシコシティ政府は自転車シェアプログラム「Ecobici」を開始し、2015 年 11 月時点でシティ中心部の人口の 3%にあたる 17 万 6,000 人が同プログラムを利用している。
- 緑地が少なく、夜間は閉鎖される
 - ジムやダンス教室などの設備は十分あるが、あまり活用されていない。また、WHO は居住者 1 人あたり 9～16 平方メートルの緑地を推奨しているが、メキシコシティは 5.4 平方メートルしかなく、運動や散歩をするスペースが少ない。
- 治安が悪くあまり出歩かない
 - 2013 年に the National Survey of Victimization and Perception of Crime によって行われた調査によると、市民の 32%が犯罪に遭遇するのを恐れて街路を歩かないという。また、82%が子供をひとりで外に出さない。そのため、子供たちは外で遊ぶことをせずに、自宅にこもってビデオゲームなどをして時間を過ごしていると考えられる。

3.6.2 政府の取組

<砂糖・脂肪に課税>

メキシコ政府は深刻化する肥満問題に対抗するため、2013 年に砂糖税 (Sugar Tax) と称される糖分を多く含む飲料と脂肪などを多く含む食品への課税政策を打ち出した。法案は 2013 年 11 月にメキシコ議会で可決され、エンリケ・ペニャ・ニエト大統領が署名した。同年、国連食糧農業機構 (FAO) が、メキシコの肥満成人の人口比率が米国の 31.8%を抜き、32.8%になったことを受けた対応策である。糖尿病と心臓疾患による医療費の負担は現時点でもすでに膨大であるが、今後も増

²⁹⁷ <http://www.theguardian.com/cities/2015/nov/13/fat-city-obesity-crisis-mexico-capital-sugar-tax>

え続けると見られており、国としても本腰を入れて取り組む必要に迫られたと言える。この課税により、2014年1月から飽和脂肪酸や砂糖、塩等を多く含むいわゆるジャンクフードには8%の税金が加算されている。また、市民がより健康的な飲料を選択するよう、メキシコ人が1年に1人当たり43ガロン消費しているとされる甘い飲料には1リットルあたり1ペソ（1ペソ=約6円）課税される。

砂糖税の税収は2014年、予測より76%多い320億ペソに上った。国立保健研究所は、この課税により2014年末時点で甘味飲料の購入が平均6%減少したとする調査を発表した。British Medical Journal 発表の論文によれば、課税から1年で、課税対象飲料の売り上げは、課税前の予測に比べて12%減り、同時に非課税対象飲料の売り上げは4%増加し、税金の効果が顕著に現れている²⁹⁸。北欧などでは、既に健康に支障をきたす食品や甘味飲料に課税する政策は存在するが、その税率は僅かであり、食品・飲料業界からの強力な反対を押し切って課税を断行したメキシコほど大規模のものではない。メキシコ政府は、今後10年間について、課税による経済的な悪影響と、肥満がこのまま続くことによる損失を比較検討した上で、課税の実施に踏み切った²⁹⁹。

大統領はメキシコの「文化を変えよう、すべてのメキシコ人が少なくとも1日に1時間運動するように」などと呼びかけている。また、税収は健康プログラムや学校に飲料水を提供するために使用される予定であり、スーパー店頭で販売される健康的な食品に対する認定マークも導入予定である³⁰⁰。この税金についてはさまざまな議論が展開されており、政府は肥満対策の大きな一歩であるとするのに対し、食品・飲料業界はまだ納得していない。税収のもっと多くを肥満防止対策に回すべきであるという意見も多い。また、税率を倍にして消費をもっと抑制すべきであるとの意見もある。また、国民の多くは、食品の値が上がったことには気づいているが、その理由については知らない、健康関連のジャーナリストは言う³⁰¹。

<医療システムの改革>

メキシコの医療システムは、社会保障を運用する機関、民間の医療サービス提供機関、国民医療保険プログラムを実施するためのセグロ・ポピュラー（Seguro Popular：以下、SP）を中心とする保険に関する社会保障システムから構成される。政府は2003年、社会保障で医療費がカバーされない多数の無保険者をなくすために、医療システム改革を実施した。同改革によって失業者や低所得者もSPへの加入が可能になり、複数の研究者による分析によれば、メキシコ政府はSPにより、それまで無保険であった5,000万人以上をカバーして、2012年に皆保険を達成したとする。しかし一方では、SPの実際の加入者の範囲が達成範囲より少ないこと、カバーされる医療サービスとして多くの疾病の入院や診断、治療費が含まれないことなどから、皆保険が実現されたとはいえないといった批判もある。また、専門医療資源の分配が不十分であることや、農村や僻地における医療への

²⁹⁸ <http://medicalxpress.com/news/2016-01-sugary-tax-mexico-linked-percent.html>

²⁹⁹ <http://www.theguardian.com/world/2013/nov/01/mexico-obesity-taxes-junk-food-sugary-drinks-exercise>

³⁰⁰ 同上

³⁰¹ <http://www.theguardian.com/cities/2015/nov/13/fat-city-obesity-crisis-mexico-capital-sugar-tax>

アクセスが限定されていることなど複数の課題が指摘されている。公表された SP の加入者数は多いものの、質の高い医療への実際のアクセスにはつながっていないといった批判がある³⁰²。

<日・メキシコ首脳会談時に医療・保健分野の協力覚書に合意（2014年）>

2014年7月25日、メキシコの国立宮殿において、安倍総理大臣とペニャ・ニエト・メキシコ大統領の立ち会いのもと、日本の厚生労働省は、「日本国厚生労働省とメキシコ合衆国保健省との間の医療・保健分野での協力に関する覚書」に合意した。医療・保健サービスの改善や公的医療保険制度、リハビリテーションの技術開発と包括的ケアモデル等の分野において、相互協力を行うことを確認した³⁰³。

3.6.3 国民のライフスタイルの変化と民間の取組事例

<メキシコ人の女性、子供の運動習慣>

メキシコでは特に女性の間で運動不足が顕著にみられる。メキシコ国家統計局が2014年に行った調査では、43.6%のメキシコ国民が定期的に運動を行うと回答しており、これは米国の51.4%、カナダの54%を下回る。メキシコの運動不足人口の約3人に2人は女性である³⁰⁴。また、イリノイ大学のアンジェラ・ワイリー准教授（Angela Wiley）が2008年から2011年にかけて行った研究調査³⁰⁵によると、同国の肥満や糖尿病の有病率・罹患率は比較的高いにもかかわらず、10代の子供を持つメキシコ人保護者の多くが、運動の時間を勉強に費やしたほうがよいと考えており、国民のライフスタイルやメンタリティを変えるまでには、引き続き多くの課題があることが示唆されている³⁰⁶。

<ミネラルウォーター>

メキシコでは市販飲用水の消費量が高く、国民一人当たりの年間ペットボトル詰め飲用水消費量は2013年に67.3ガロン（1ガロン＝約3.8リットル）と、世界第1位だった³⁰⁷。理由の一つとして国民の水道水に対する不信感などが挙げられる。また、2014年から施行された糖分を含む飲料に対する課税も市販飲用水へのシフトを助長している³⁰⁸。

<職場での健康管理に向けた取組>

年々顕著となる肥満や生活習慣病に対抗するため、メキシコでは近年、大企業を中心に社員への健康管理に向けた取組が展開されている。Workplace Wellness Council MexicoはGlobal Fortune 2000の企業のうち、約100社を代表する健康問題に取り組む企業フォーラムで、年々増加する企業の医

³⁰² <http://www.justice.gov/sites/default/files/eoir/legacy/2014/07/14/2014-010632%20MX%20RPT%20FINAL.pdf>

³⁰³ http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/topics/tp140728-1.html

³⁰⁴ http://www.huffingtonpost.com/2014/03/27/mexican-adults-exercise_n_5043037.html

³⁰⁵ <http://news.acs.illinois.edu/news/why-do-some-mexican-parents-discourage-teens-physical-activity>

³⁰⁶ <http://www.futurity.org/mexican-parents-may-derail-teens-exercise/>

³⁰⁷ http://www.bottledwater.org/public/2011%20BMC%20Bottled%20Water%20Stats_2.pdf#overlay-context=economics/industry-statistics

³⁰⁸ <http://archivo.eluniversal.com.mx/nacion-mexico/2015/impreso/sed-de-plastico-mexico-lidera-consumo-de-agua-embotellada-226902.html>

療保険ヘルコストに対処するために2008年に設立された³⁰⁹。同フォーラムの狙いは、最先端の疾病予防キャンペーンの導入とベストプラクティスの共有、また企業人事部をトレーニングし、職員がそれぞれの健康に気を配るようなインセンティブの与え方や教育を行い、最終的に企業の医療保険コストを削減しようというものである³¹⁰。

<メキシコシティ、スクワットで交通チケットを配布>

メキシコシティでは、肥満対策の一環として、スクワット10回の運動をした人に地下鉄やバスの無料チケット、または Condom 配布する取組をしている。メキシコシティ内の15の駅で実施されており、メキシコ飲料メーカー大手の FEMSA から寄付された30台のエクササイズ・マシンが設置されている。希望者はスクワットを計測し、10回完了するとレシートが出てくる仕組みになっている。また、同市では今後無料の健康診断も実施していく予定である³¹¹。

3.7 トルコ

3.7.1 健康長寿に関する課題

(1) 高齢化

トルコの人口は2015年時点で約7,940万人で、世界で19番目の多さである。0~14歳が総人口の約4分の1を占めており、また、25~54歳の労働層が全体の約40%を占めている。また、65歳以上の人口の割合は、2015年時点で7%強である。下の図は、2015年時点のトルコの人口構成を表している。図では、まだピラミッド型が原型を保っているものの、今後出生率の低下や医療の発達による平均寿命の延長などにより、徐々に釣り鐘型に変化する可能性もある³¹²。

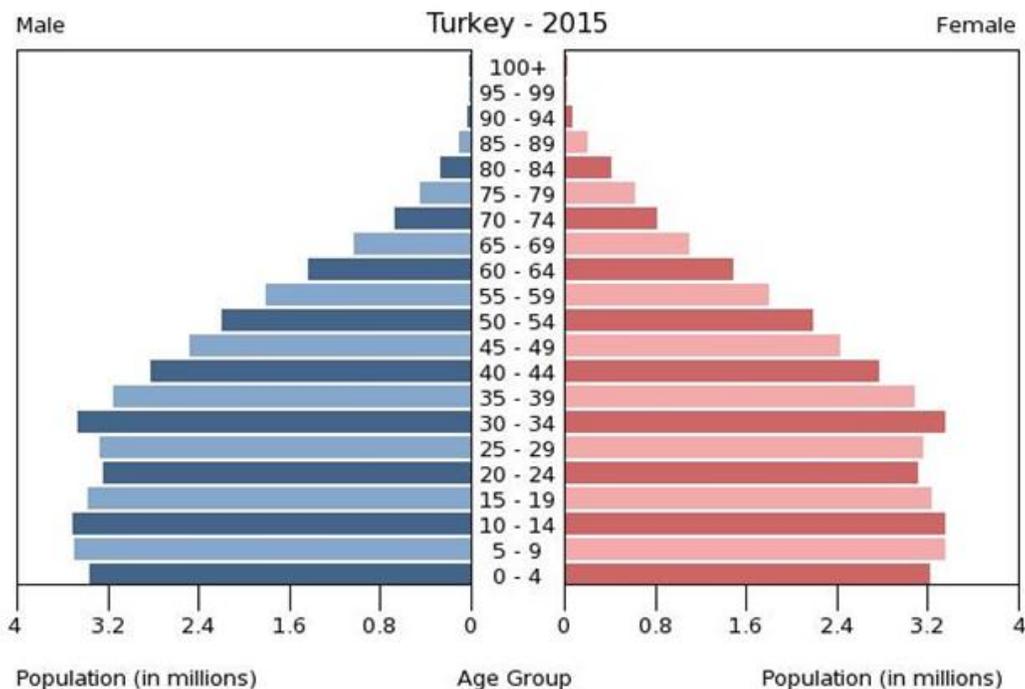
³⁰⁹ https://gust.com/companies/workplace_wellness_council_of_mexico

³¹⁰ http://ssir.org/articles/entry/mexicos_businesses_cooperation_a_global_model_for_health_care_innovation

³¹¹ <http://latino.foxnews.com/latino/health/2015/07/22/mexico-city-fights-obesity-by-offering-free-condoms-and-transportation-for-10/>

³¹² <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/tu.html>

図 20：トルコの人口ピラミッド 2015 年



注：左が男性、右が女性の人口（単位は 100 万人）。中央の数値は 5 歳刻みの年齢層。

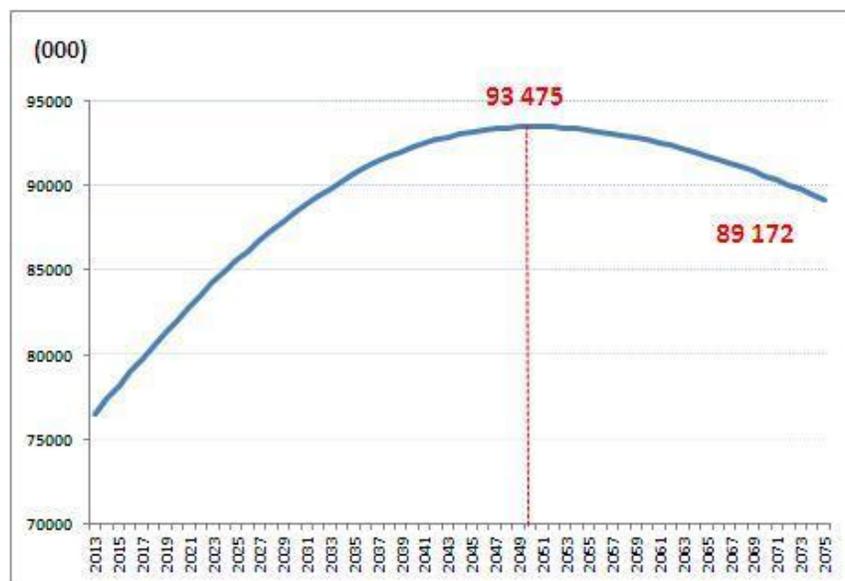
出典：CIA

以下に示すトルコ統計研究所の人口予測は、合計特殊出生率が 2013 年の 2.02 から減少していき、2050 年に 1.65 まで下がった後に、2075 年に 1.85 まで徐々に上昇するという基本シナリオに基づいている。2013 年のトルコ統計研究所の予測によると、トルコの人口は 2015 年時点で 7,941 万人と推計され、今後も増加傾向となり、2050 年にピークの 9,348 万人を迎えた後、減少していくとみられる³¹³。

³¹³ <http://www.turkstat.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=15844>

図 21：トルコの人口予測（基本シナリオ）

（単位:百万人）



出典：トルコ統計研究所

以下の表では、基本シナリオのほかに 2050 年までに同出生率が 2.50 となって安定するシナリオ 2 と、同 3.0 となり安定するシナリオ 3 について、将来の高齢者人口を試算している。下の表が基本シナリオに加えてシナリオ 2 とシナリオ 3 の場合のトルコの総人口と高齢者率の予測について示している。上記 3 つのシナリオのいずれにおいてもトルコの人口は 2023 年までに 65 歳以上の高齢者の割合が 10% を超えて高齢化が本格化するとみられる³¹⁴。

表 6：トルコの高齢者人口割合の予測

		2013 年	2023 年	2050 年	2075 年
基本シナリオ	総人口	76,480,847	84,247,088	93,475,575	89,172,088
	65 歳以上人口割合 (%)	7.7	10.2	20.8	27.7
シナリオ 2	総人口	76,481,847	85,153,647	104,309,596	119,344,690
	65 歳以上人口割合 (%)	7.7	10.1	18.7	20.7
シナリオ 3	総人口	76,481,847	85,598,777	110,546,401	140,672,782
	65 歳以上人口割合 (%)	7.7	10.1	17.6	17.5

出典：トルコ統計研究所

また、トルコの 2013 年における人口全体の増加率は、年平均 1.37% であるのに対し、高齢者（年齢定義なし）人口の増加率は約 3 倍の 3.62% となっている。イスタンブールの国立ボアズィチ大学

³¹⁴ <http://www.turkstat.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=15844>

65 歳以上の人口が 7% を超えると高齢化社会と呼ぶ定義に従う。

アタチュルク研究所の Asım Karaömerlioğlu 教授は、トルコ政府に対し、従属人口指数³¹⁵が小さい現時点から次の 20 年間で、適切な政策が必要であると訴えている³¹⁶。

(2) 肥満

<体重過多と非感染性疾患患者の増加リスク>

トルコ統計研究所が 2012 年に実施した調査によると、トルコ国民の約 6 人に 1 人が肥満である³¹⁷。これは中東においては平均的であるものの、他の先進国や新興国・途上国と比べると高めである。また、肥満と併せて、国民の 4 人に 1 人が喫煙していることなどを考えると、今後非感染性疾患を患う人口が増加するリスクが十分にある³¹⁸。

2001～2011 年にトルコ国内の各地で実施された調査の結果によると、太りすぎの子どもの割合が地域によってバラツキがあり、体重過多は 8.3%～22.4%、肥満は 1.6～10.6%であると推定されている³¹⁹。

3.7.2 政府の取組

(1) 健康長寿に関する主な取組

<医療保険制度改革>

かつてのトルコの医療サービスは、非効率なサービス提供や、十分に訓練された医療従事者の不足、高額な費用等の問題を抱えていた。これらの問題を受けてトルコ政府は 2003 年、医療改革プログラム（Health Transformation Program 以下、HTP）を開始した。トルコの HTP は、類似の改革プログラムの中でも成功例の一つとして扱われており、世界銀行は、トルコの例を、バーレーンにおける医療改革プログラムに応用する事も検討している³²⁰。

トルコは HTP により、2010 年までに医療関連予算の分配を改善することができ、これによりほとんどの国民が公的医療サービスを受けられるようになった。加えて HTP の恩恵もあり、トルコは国連が 2015 年を達成目標とした医療関連のミレニアム開発目標を、前倒しで達成した。例えば妊婦の死亡率を 1990 年の水準の半分にする目標については、2013 年に出産 10 万人あたり約 20 人を達成し

³¹⁵ 従属人口とは、働き手である生産年齢人口が年少者と高齢者を何人支えているかを示す指標である。従属人口指数 = (年少人口 + 老年人口) ÷ 生産年齢人口 × 100

<http://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.DPND>

³¹⁶ <http://www.hurriyetdailynews.com/turkey-can-adapt-to-ageing-population.aspx?pageID=238&nID=64206&NewsCatID=341>

³¹⁷ <http://www.turkstat.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=13490>

³¹⁸ <http://apps.who.int/gho/data/node.main.1250?lang=en>

³¹⁹ http://ac.els-cdn.com/S2214762415300049/1-s2.0-S2214762415300049-main.pdf?_tid=31e87d7e-b74b-11e5-a63d-00000aab0f26&acdnat=1452397109_2eb08e46f7ed21f8e8ad4c6d15c545fc

同資料には、各地で実施された大人の肥満率のデータも表にまとめられている。

³²⁰ <http://www.worldbank.org/en/news/feature/2015/02/17/lessons-from-turkey-how-bahrain-is-looking-to-improve-its-healthcare>

ているほか、1歳未満の乳児死亡率については、1990年の1,000人当たり55.7人から、2012年に1,000人当たり16.5人まで減少した³²¹。

世界銀行が提示している、トルコのHTPの成功から学べる反省・レッスンは以下の通り³²²。

① 順序よく改革を実施することで、政治的反発・影響を和らげる

改革の初期から、トルコ政府は医療セクターの変革に関する政治的課題を十分に理解し、手始めに世論の理解や支持が得やすい、シンプルで費用対効果が高く、わかり易い改革を実施した。例えば、医療費の支払いが確認できるまでは、患者を医療施設から退院させない慣行を禁止した。こうした改善を糸口として、徐々に大きな改革に着手していき、改革の方針を柔軟に調整していった。

② 改革のペースが成否を分ける

改革を迅速に行うことも重要である。トルコ政府は野心的なスケジュールを示し、その進捗をつぶさに確認していった。トルコでは以前、医師が民間における、いわゆる重複診療に多くの時間を割いていたため、公共セクターの病院におけるサービスの提供体制に弱点があった。トルコ政府はまず、医師の昇給を、公共セクターの病院で行う診療実績にリンクさせることとし、その後、重複診療を自発的に止める医師が多くなってきた頃（2010年）に、重複診療を禁止する措置をとった。

③ マクロ経済と財政の好環境が必要

2003～2013年の間にトルコ経済は急速に成長した。そうした中でトルコ政府は、医療関連サービスの提供を目指した財政支出に重点を置くことで、必要な資金を調達した。2003年に政府歳入の5.3%だった医療費は、2013年に6.3%となった。トルコ政府はこの資金を、貧困層向けの費用負担のない保険「グリーンカード・プログラム（Green Card Program）」の拡大に割り当てた。

④ 複数の医療給付制度を集約して医療費のムダを削減

トルコ政府は、当初5種類に分かれていた医療保険機構を、社会保障機構（Social Security Insurance 以下、SSI）に集約した。これも段階的に実施され、企業向け保険（Sosyal Sigortalar Kurumu 以下、SSK）、自営業者向け保険（Bag-Kur）、公務員退職者向け保険（Emekli Sandigi）の3つを2006年にSSIに統合し、その後2010年に公務員の保険をSSIに統合、さらに2012年にグリーンカード・プログラムを統合した。これにより、給付内容が融合され、また保険料負担は収入を基準に決定されるようになった。

⑤ 医療財政改革は、医療サービスの提供方法改善を伴って実施

公的保健サービスの重複や、断片化されたサービス提供を解消するために、SSK傘下の病院ネットワークは2005年、保健省のシステムに統合された。家庭医療プログラム（Family Medicine Program 以下、FMP）は2005年からパイロット事業として実施され、2010年から全国展開された。

³²¹ <http://www.worldbank.org/en/news/feature/2015/02/17/lessons-from-turkey-how-bahrain-is-looking-to-improve-its-healthcare>

³²² 同上

⑥ 効果的な一次医療ケア改革

現在トルコでは、20 万人以上の家庭医が、一次ケアと予防ケアを無料で提供している。家庭医は、妊婦と子どもに対するケアや、遠隔地におけるケアを行えば割増の報酬を受けることができる。トルコにおける公共医療サービスの提供はいまだ十分ではないものの、この一次医療ケアのシステムは効果的に機能しており、国民からは支持されている。

<家庭医プログラム>

上述の HTP の一環としてトルコでは、2005 年から家庭医プログラム（The Family Medicine Program 以下、FMP）が実施されている。FMP を通してすべての国民は、公務員である家庭医を指定される。指定された家庭医が提供する医療サービスは原則無料であり、自宅から徒歩圏にある家庭保健センターで受けることができる。トルコ政府は、このような一次医療サービスの提供体制を敷いた上で、全国規模の医療システムの改革を試みており、国民の健康増進と基本的なヘルスケアサービスへのアクセス強化を目指している³²³。

医療システム改革の方法は一般的に 2 通りあり、1 つは被保険者の支払い能力に応じて医療費を負担させる需要側の改革が挙げられる。もう 1 つの方法は、政府が医療費のカバー範囲を拡大する、もしくは医療機関が提供サービスを広げるよう政府が働きかける、供給側からの改革である。トルコで取られたのは 2 つ目の供給側からの改革であるが、同改革により、死亡率と出生率がともに低下したことが報告されている。特に乳幼児と高齢者の死亡率と 10 代の出生率が下がった。また、もともと死亡率が高かった地域での低下が著しかったため、FMP が地域による死亡率の格差の解消に役立ったことが示唆されている³²⁴。

(2) その他の法律・政府による取組

<学校における糖尿病プログラム>

トルコでは、子供たちの糖尿病を軽減するための取組が行われており、例として、2010 年にトルコ小児内分泌糖尿病協会が教育省および保健省との提携で始めた「学校における糖尿病プログラム」が挙げられる。欧米では、日本に比べて小児糖尿病ともよばれる、インシュリンを分泌できない I 型糖尿病患者が多く、トルコでも、学校の生徒・児童のうち約 2 万人が I 型糖尿病患者とされている。しかしながら、トルコでは一般的に同病気への理解が進んでおらず、患者は通常の学校生活を送れないと誤解されることも多かった³²⁵。

³²³ <http://www.pnhp.org/news/2015/september/turkey%E2%80%99s-phenomenal-success-with-socialized-medicine>

³²⁴ 同上

³²⁵ https://www.idf.org/sites/default/files/attachments/2013_3_Hatun_EN_0.pdf, <http://www.idf.org/national-programme-turkey-diabetes-school>

加えてトルコの子供たちの間では、肥満等の結果発症するⅡ型糖尿病も増加傾向にある。6～16歳の子どもの肥満率は、2010年までの8年間に5%から10.5%に増加し、中でも高所得層の子どもではさらに高い16.3%となった。こういった現状を受け、学校における糖尿病プログラムは、学校の教師に糖尿病の知識の普及活動を行い、教育用資料やビデオを作成して生徒・児童に対して肥満を防ぐ食生活指導をするなどした。その結果、2年間で児童・生徒のうち本人も知らずにⅠ型糖尿病にかかっていた40人について、教師が病気に気付いて適切な治療につながる例があった³²⁶。

<高齢者向け医療ツーリズムの振興>

トルコでは、欧州からの医療ツーリズムの受け入れについて、特に高齢者ケアや長期ケアの分野で国をあげて振興していく動きがある。2012年に医療目的でトルコを訪れた外国人は13万人であり、そのほかに25万人が温熱ケアやリハビリ、高齢者サービスを受けるために同国を訪れた。歯科医療についてもトルコの技術は質が高く安価であり、欧州などの海外から訪れる人々の需要を取り込もうとしている。なお、世界の医療ツーリズムの売上は1,000億米ドルとみられ（2012年現在）、トルコの売上は現状まだ1%に満たないほどとされている³²⁷。

Mehmet Müezzinoğlu 保健相によると、2023年までにトルコは医療ツーリズムのトップになることを目指すとしている。この実現に向け、医療サービスの向上・拡大だけでなく新しい救急飛行機やヘリコプターなども配備されるなど、医療ツーリズムをサポートするインフラ整備も含めて推進されている³²⁸。

<日・トルコ首脳会談時に保健・医療分野の協力覚書に合意（2014年）>

2014年1月7日（火）、迎賓館赤坂離宮において、安倍総理大臣とエルドアン・トルコ首相の立ち会いのもと、厚生労働省は、両国の医療・保健分野の協力推進のため、「日本国厚生労働省とトルコ共和国保健省の間との意図表明文書」の交換を行った。医療・保健システムや、老人介護制度及び在宅医療サービス、人材教育等の分野において、相互協力を行うことを確認した³²⁹。

³²⁶ 同上

³²⁷ <http://www.hurriyetdailynews.com/turkey-welcoming-europes-elderly-as-health-tourism-rises.aspx?pageID=238&nID=21792&NewsCatID=349>

³²⁸ <http://www.dailysabah.com/economy/2014/12/18/turkey-aims-to-become-center-for-elderly-care-in-the-region>

³²⁹ <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000034144.html>

3.7.3 国民のライフスタイルの変化と民間の取組事例

<トルコのフィットネスクラブ>

近年、トルコでは近代化されたフィットネスクラブが注目されている。首都イスタンブールにはフィットネスクラブがいくつかあり、ハمامと呼ばれるトルコ式風呂³³⁰や屋外プール、バスケットボール施設、映画館なども備わったクラブもある。スタジオではDJが音楽を流しており、ディスコのようにしているクラブもある。こういったクラブの一例であるMAC（Mars Athletic Clubs）は、2014年6月現在13施設を開設済み、5施設が準備中であり、2017年までに60拠点を展開する計画である。Jatomは14施設をオープンしている。D-Gymは、ハイテクを駆使した高級志向の施設であり、衛生管理面で群を抜いている。2014年秋に1,000万ドルを投資した2番目の施設をオープンさせた³³¹。

<トルコの高級品購買層>

トルコでは、引き続き経済成長が見込まれ、国民の可処分所得も増加していることから、高級品市場が大きくなりつつある。トルコの高級品市場は、2008~2012年で37%成長し、2013年には30億ドルとなった。しかし、同市場規模は、世界全体の高級品市場規模の1%程度であり、今後も成長が見込まれている。トルコにおける国民の可処分所得は、2013年の6,520億ドルから2017年には9,060億ドルへと成長すると予想されており、相応に同国の高級品市場も、2018年までに54億ドル規模に成長する可能性がある。こういった高級品市場の成長は、トルコの人口（7,600万人）の0.13%を占めると言われる国内の高級品購買層（100万ドル以上の資産を持ち、年間の世帯収入が50万ドル以上の層）のほか、海外からの旅行者にも牽引されると見られる。トルコを訪れる海外旅行者は、2013年に3,800万人であり、ドイツや英国、タイなどより多い。旅行者の予算はさまざまであるが、トルコの高級品市場の10~20%を旅行者が占めると推測されている³³²。

<若者の失業率>

OECDのトルコの若者の就業状況に関する報告書によると、トルコでは高所得者層が存在する一方、2011年、トルコの15~29歳の人口のうち約37%が、就学もせず、就職もしていないNEET³³³であった。また、EuroStatによると、2012年のトルコの15~24歳のNEETの割合は28.7%であり、NEETの割合は全体的に男性よりも女性の間で高い傾向がみられる³³⁴。

³³⁰ 大理石で建てられた高級スパのような蒸し風呂で、マッサージ師や垢すり師によるサービスを提供するものもある。ハمامはアラビア語で温めるの意味。

³³¹ <http://fitnessbusinesscanada.com/latest-news/fitness-business-canada-article-istanbul-turkey/2331>

³³² <http://www.mckinseyonmarketingandsales.com/size-isnt-everything-turkeys-fast-growing-luxury-market>

³³³ “Not in Education, Employment or Training”の略語。

³³⁴ https://www.oecd.org/edu/Turkey_EAG2013%20Country%20Note.pdf

【コラム】トルコ健康関連市場の現況

トルコは、日本がたどったのと同じようなペースで高齢化が進み、2035年には「高齢社会」を迎えると予測されている。政府はそうした将来を見据え、医療・保健分野への投資、健康な生活を送るための啓発活動に着手している。

また、国民の健康意識の高まりとともに、オーガニック商品やフィットネスクラブなどのビジネスが活発になっている。いずれの分野も牽引するのは中高所得層だ。国民の1割を超えるとみられる糖尿病をはじめ、生活習慣病に着目したビジネスも動き始めようとしている。

ジェトロが2015年12月に実施した現地政府や企業などへのヒアリングを基に、トルコの健康関連市場の現況を報告する。

① 政府は医療・保健分野の投資や啓発活動に着手

<2035年には「高齢社会」になると予測>

医療・保健関連市場の将来性をみる上でのカギとして、世界のいずれの地域においても、高齢者をはじめとする人口や経済の規模・伸び、中間所得層の規模、生活習慣病の広まり、医療保険の加入状況、医療インフラの整備、さらに健康増進やダイエット、食など健康に対する国民意識などが挙げられる。これらの尺度に照らすと、トルコ市場は総じて有望だといえそうだ。

人口は、2014年時点で約7,770万人であり、1,438万人の経済都市イスタンブール、515万人の首都アンカラ、411万人のイズミルなど100万人以上の都市が20あり、毎年約100万人のペースで人口は増えていく見込み。1人当たり名目GDP（2014年）は1万404ドル（イスタンブールは2万2,000ドル超）で、中長期的には購買力のある中間層が拡大していくことが期待できる。

人口の年齢構成をみると、目下のところは中位年齢が30.4歳と比較的若い国だが、高齢化の波はひたひたと押し寄せてきている。国連によると、人口に占める65歳以上の割合が2010年には「高齢化社会」といわれる7%超だったが、2035年には「高齢社会」といわれる14%超になると予測されている。日本が経験したのと同じようなペースで、高齢社会に突入することを示している。

<経済規模は中東1位、3%台の成長続く見通し>

IMFによると、2015年の名目GDPは7,222億ドルで、中東では1位。成長率は2015年が3.0%で、2020年にかけてはおおむね3%台前半の伸びとなる見込みだが、政府は建国100周年の2023年に向けた成長戦略「ビジョン2023」を掲げ、GDP世界10位、1人当たりGDP2万ドルなどの達成を目指している。同戦略ではヘルスケア分野について、1次診療を支える家庭医の増加、医療ツーリズムの拡大、遠隔医療と在宅ケアサービスの拡大などを目指すとしている。

国民の健康状況をみると、目を引くのが肥満の多さだ。肥満判定の国際基準BMI値〔体重（キロ）÷身長（メートル）の2乗〕では「25」以上が肥満とされるが、トルコでは「30」以上が2割を超

えている。羊、牛など肉料理が多く、塩分と糖分がしっかり含まれた食文化も要因の1つと考えられる。

医療インフラについて、制度面では2008年には国民皆保険制度の導入が始まり、保健省によると、公的保険の国民カバー率が現時点で100%となっている。以前にも増して多くの国民が医療サービスを受けられるようになってきた。しかし、設備投資はまだ十分とはいえない。世界保健機関（WHO）によると、1万人当たりの病床数（2006～2012年の平均）は25床にとどまっている。1人当たりGDPが同じような水準の国と比べるとメキシコの15床、マレーシアの19床よりは多いが、周辺欧州諸国のドイツ82床、ギリシャ48床、イタリア34床などに比べ見劣りする。

<医療・保健分野の改善や投資を評価>

エルドアン政権による医療・保健分野の改善や投資姿勢について、現地の政府関係者や企業関係者らは「積極的だ」と口をそろえる。最たる例は病院の官民連携（PPP）事業の推進だ。案件は60以上あり、公募済みが25件、このうち18件は採択済みだ。最大では3,000床規模の計画もあり、政府は2023年までに多くの案件を実現することを目指している。なお、政府は病院PPP事業では調達の2割を現地企業から行うことを求めている。国民向けの医療・保健インフラを整えるのと同時に、自動車や白物家電に加え、医療機器などヘルスケア分野でも産業の多様化を図ろうとしている。

社会的にはまだ、高齢化や介護問題などはあまり話題にならないが、行政関係者に聞くと、保健・医療の充実、国民の医療、高齢化や肥満対策に問題意識を有している。保健省のある幹部は肥満や糖尿病などの生活習慣病の拡大を念頭に、最優先課題として「健康な生活習慣を一種のカルチャーにすること」を挙げる。

そのためには何が必要か。1つの手法は、どのようにしたら健康な生活を送れるかといった正しい情報の発信、啓発だろう。例えば、保健省管轄の国民健康研究所（Public Health Institute）では、WHO、NGO、各種研究機関らと協力して、栄養や運動などに関するガイドラインなどを策定している。（1）肥満の定義や予防方法などを解説した地域の医療機関向けガイドライン、（2）子供の健康に供する食事や提供しないほうがいい食事などに関する学校向けガイドライン、（3）年齢層ごとや障害者向けに推奨される運動や健康維持管理方法の解説集、などだ。

これらはいずれも自主的な取り組みを促すものだが、保健省管轄の地域医療機関や教育機関などに配布している。同研究所の幹部らは、日本人はなぜ健康寿命が長いのか、先進国でありながらBMI値が低いことなどについて、法規制などから食の嗜好、生活文化に至るまでさまざまな面に関心があるという。

<訪問や通所型介護市場が有望>

自治体も独自の取り組みを進める。イスタンブール県は約15年前から保健分野の産業振興などを担う公社を通じて、低所得層の自宅へ、高齢者の介護や身の回りの世話をするため医師や看護師、

スタッフを派遣している。介護だけでなく、高齢者の話し相手となり、ひげそり、洗濯、公共料金の支払いなどの世話をしている。同公社幹部は「訪問介護市場は商業ベースでもまだ未成熟だが、中間所得層の厚みがどんどん増しており、需要が供給を上回る水準で拡大する。今後盛り上がる分野だ」と見通している。ちなみにトルコでは一般的に、高齢者の世話は家族がするものという意識が強いという。そのせいか今後需要が見込まれる介護について、公社の本事業を支えるある医師は「完全入居型の介護施設事業よりも、訪問介護あるいは通所型が有望」と語っていた。

行政には、医療・保健分野において早晚本格的な対策が必要との高い問題意識がある。日本の関連製品・サービスをトルコで展開するに当たっては、なぜその製品やサービスが日本の消費者の気持ちをつかんでいるのかの背景についても丁寧に説明することが重要だろう。

② オーガニック商品やフィットネスクラブの需要高まる

<中高所得層が牽引する新たな市場>

中高所得層が牽引する新たな市場が生まれ始めている。まず、食品を中心としたオーガニック商品だ。高級スーパーマーケットの「マクロセンター」に入ると、蜂蜜、牛乳、ヨーグルト、卵、コメとあらゆるコーナーで、オーガニック食品だと宣伝している。

オーガニックを売りにするスーパーの「シティーファーム」には、同様の食品に加え、野菜や果物に付着した農薬の専用洗剤や、オーガニック素材のシャンプーなど幅広いオーガニック商品が並んでいる。トルコでは生野菜にレモンやオリーブオイル、食酢などをかけて食べる習慣があり、自然栽培の野菜は体に良いという考え方もある。コストが見合えば、オーガニックがすんなり受け入れられる土壌があるといえそうだ。



蜂蜜コーナーではオーガニックを前面に宣伝（左）シティーファームのオーガニック卵（右）

<フィットネスクラブも徐々に浸透>

フィットネスクラブはオフィス街で働く30～40代の、いわばヤングエグゼクティブ層を中心に浸透し始めている。トルコでは草分け的存在の「マーズ・アスレチッククラブ」は、2006年にイスタンブールの最高級ショッピングモール「カンヨン（Kanyon）」内にオープンした。年会費は3,000トルコ・リラ（約11万7,000円、1リラ=約39円）で、ピーク時には1日1,200人が訪れる。入り

口はカフェになっていて、ジムには体組成計など健康状態を測定する機器、ランニングマシンやベンチプレス、スタジオ、バスケットボールコート、プールなどが備わる。レッスン（20分～1時間）で一番人気は、サイクリングマシンを使った体操だそうで、利用者は音楽やスタッフの掛け声を受けながら35台のマシンを一斉にこぐ。スタッフは「1人でテレビを見ながら黙々とこぐよりも、大勢で一緒に体を動かすのが好きなようだ」と説明する。

最近では外資系企業を中心に、従業員の福利厚生の一環として法人会員になる企業が増えてきたという。高所得者のみならず、企業単位で健康維持・増進に取り組む動きが出始めているようだ。会員は同じショッピングモール内に入居するスポーツ用品店で割引を受けられるようになっている。フィットネスクラブは、年々増えて顧客獲得競争が激しくなっているというが、こうしたフィットネスクラブと提携した健康関連製品・サービスの現地展開という手もありそうだ。

<生活習慣病に着手したビジネスも>

糖尿病など生活習慣病に着目したビジネスも出てきそうだ。主に高所得層をターゲットとするある病院グループは、生活習慣病患者への対応では、体調に異変が生じた際の一時的な対処だけでなく、食事や運動など日常生活での継続したケアが重要だという点に着目しており、専門知識のある医療スタッフがコーチや伴走者のように患者の行動を見守り、アドバイスするサービスを検討しているという。保健省によると、糖尿病患者はトルコ国民の1割を超えともいわれており、こうしたサービスには潜在的な需要がありそうだ。

民間の取り組みはまだ散発的、断片的にみえ、急速に進む高齢化、経済規模の大きさ、中間層の厚み、生活習慣病の広がりなどを考えれば、トルコの医療・保健関連市場が拡大する素地は十分あるといえそうだ。

(2016年1月 ジェトロ・イスタンブール事務所、サービス産業部)

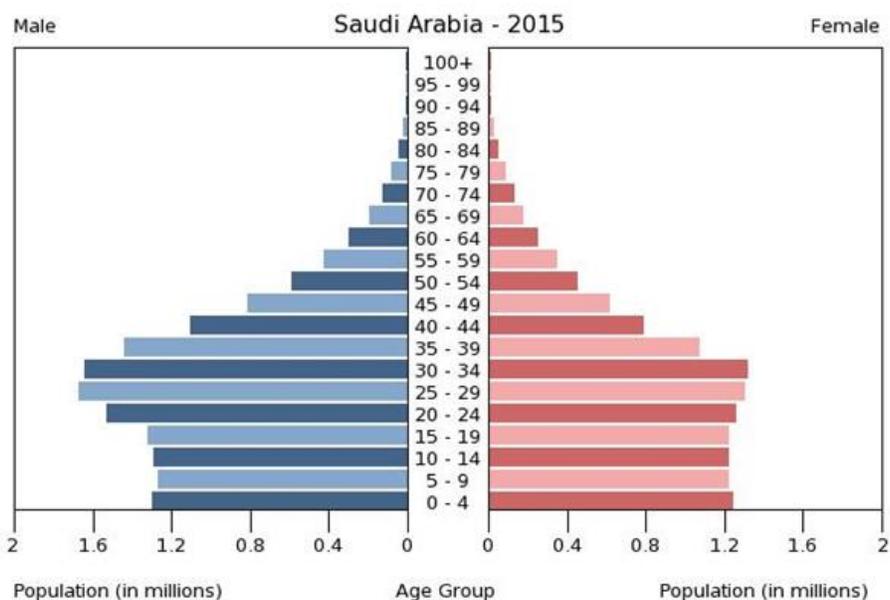
3.8 サウジアラビア

3.8.1 健康長寿に関する課題

(1) 少子高齢化

サウジアラビアの人口は2015年7月時点で2,775万人、世界238カ国中第47位である。全人口のうち3割が移民で、この割合は増加すると見込まれており、今後のサウジアラビアの社会・経済活動にも大きな影響を与えていくと言われる。また、2015年時点の人口の男女構成比は男性1.3、女性1であり、今後も男性比率が上昇し、2030年にはピークで男女は1.5:1になると予測されている³³⁵。平均寿命は男性73歳、女性77.2歳であり、人口増加率は1.46%である。合計特殊出生率は1980年代後半(7.0以上)を境に大きく減少しており、2015年時点(2.12)は辛うじて人口置換水準(2.1)を超えているものの、今後は更に減少し、2050年頃には1.8前後にまで下がると予想されている³³⁶。また、将来的な少子化予測に加えて、2015年に発表された国際連合の人口に関する調査によると、サウジアラビアの高齢者人口の割合は今後上昇していくと予想されており、2015年には(60歳以上の年代は)全人口の5%の割合に留まっているものの、2030年には11.1%にまで上昇すると予測されている³³⁷。

図 22：サウジアラビアの人口ピラミッド 2015年



注：左が男性、右が女性、単位は100万人。中央の数値は5歳刻みの年齢層。

出典：CIA

³³⁵ <http://www.aranca.com/images/knowledge-centre/articles-and-publications/31082015/Demographic-in%20Saudi-Arabia.pdf>

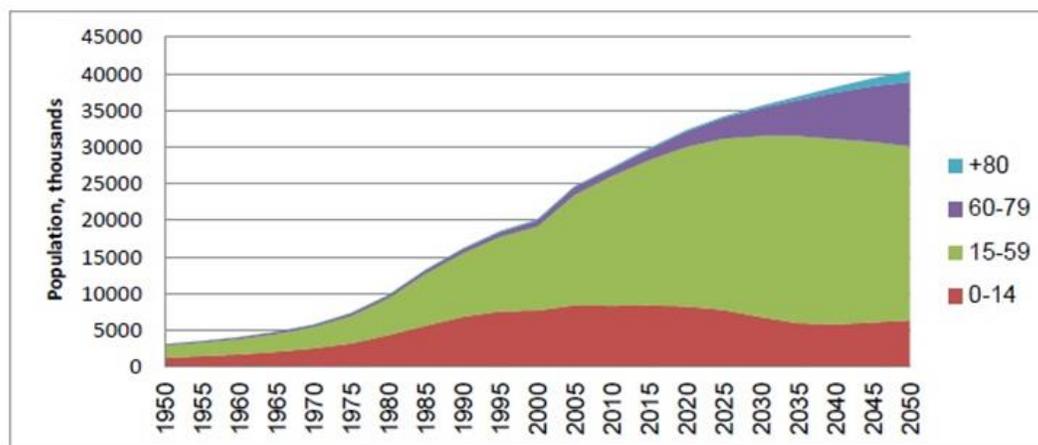
(移民：p.14、男女構成比：p.12)

³³⁶ <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/sa.html>

³³⁷ http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2015_Highlights.pdf

図 23： サウジアラビアの年齢層別人口の推移 1950～2050 年

(単位：1,000 人)



注) 1950～2050 年 (横軸) に亘る年齢層別人口推移 (縦軸) を表している。

(赤色：0～14 歳、緑色：15～59 歳、紫色：60～79 歳、水色：80 歳以上)

出典:国連

また、国連西アジア社会委員会 (Economic and Social Commission for Western Asia) は、サウジアラビアや近隣の中東諸国の高齢化に関する課題として以下を挙げている³³⁸：

- 保健に関する国民の登録・記録データがない
- 文化習慣により、関連プログラムの実施やモニターができない
- 高齢者における識字率と知識の普及率が低い
- 高齢者に悪影響のある様々なライフスタイルの変化が急激に起きている
- 働けない高齢者人口が多く、経済的に従属している

<消費人口の増加>

国連が 2015 年に発表したデータによれば、サウジアラビアの 15～64 歳の生産年齢人口の割合は、2010 年の 66%から 2025 年までに 72%に増加すると見込まれる。この年齢層は消費が旺盛である消費人口 (Consumer Population) に相当し、この世代の人口割合が増加するに従って消費傾向は強まっていくとされる³³⁹。

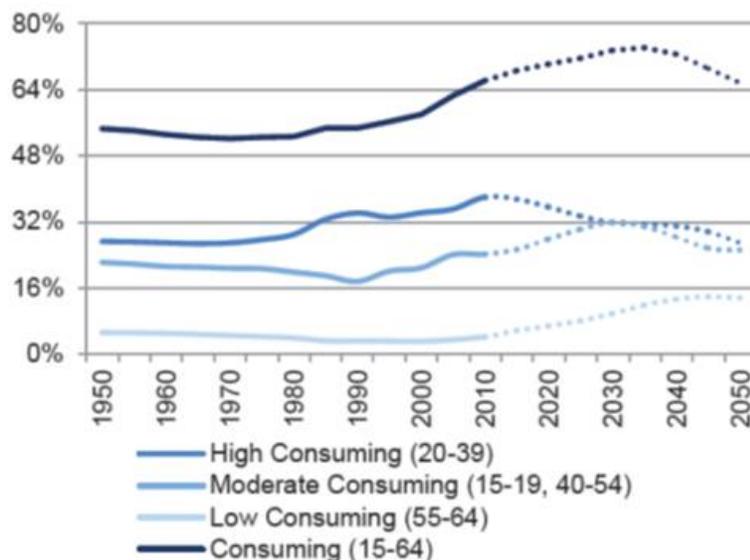
15～64 歳の消費人口をより細かく分類すると、20～39 歳を最も消費が盛んな「高消費」人口 (以下の図の High Consuming)、55～64 歳をあまり消費が活発でない「低消費」人口 (同 Low Consuming)、15～19 歳および 40～54 歳を両者の中間の「中消費」人口 (Moderate Consuming) となる。2010 年～2030 年にかけて消費人口の増加は主に「低消費」人口と「中消費」人口において顕

³³⁸ <http://www.ohchr.org/Documents/Issues/OlderPersons/Submissions/ESCWA.pdf>

³³⁹ <http://www.aranca.com/knowledge-library/special-reports/demographics-in-saudi-arabia-new-age-of-opportunities>, p.8

著であることが分かる。この間、「低消費」及び「中消費」人口は最大 700 万人増えることが予想されている（「高消費」人口は最大 100 万人増）³⁴⁰。

図 24：消費人口（合計、高消費、中消費、低消費）の全人口に占める割合・推移
（棒、単位：百万リアル；線、単位：％）



出典：国連、SAMA、Aranca research

(2) 肥満

中東地域では、どの国においても肥満の多さが目立つ。その中でもサウジアラビアは国民の約 3 人に 1 人が肥満であり、事態は深刻である。2013 年にサウジアラビア保健省とワシントン大学保健指標評価研究所（Institute for Health Metrics and Evaluation, University of Washington）の共同事業により行われた 2013 年のインタビュー調査によれば、サウジアラビアの 15 歳以上の肥満人口（BMI 値 30 以上）の割合は、女性が 33.5%で男性の 24.1%より大きく、全体で 28.7%であった。年齢層が高くなるほど肥満の割合は高く、55～64 歳では 48.0%であった³⁴¹。急速な経済発展に伴い、ライフスタイルの変化によりサウジアラビアでも一層肥満が増加傾向にあることが懸念されている。ファストフードや砂糖を多く含む飲料の普及や、食事の量が増えたこと、自動車やエレベーター、エスカレーターの利用が多くなったことなどにより運動量が減少していることが原因とみられている³⁴²。

なお、サウジアラビアにおいては成人の肥満のみならず、子供の肥満も深刻である。2013 年の National Center for Biotechnology Information（以下、NCBI）による論文では、サウジアラビアの 15～19 歳未満の男女の 32.5%が、BMI25 以上であるとする統計結果が紹介されているほか、2014 年の

³⁴⁰ <http://www.aranca.com/knowledge-library/special-reports/demographics-in-saudi-arabia-new-age-of-opportunities>, p.8

³⁴¹ http://www.cdc.gov/pcd/issues/2014/pdf/14_0236.pdf

³⁴² <http://www.obesitycenter.edu.sa/Patients---Public/Obesity-in-saudi-Arabia.aspx>

Huffington Post 紙の記事によれば、学齢期人口の約 10%が肥満であるという調査結果もある^{343,344}。また、子どもの肥満の治療として 14 歳以下の子どもにも胃切除手術を行う例もあり、サウジアラビアの首都リヤドで医師を務める Aayed Alqahtani 氏は 2014 年までの 7 年間で、14 歳以下の子供に対して 100 例以上の手術を行ったと話している³⁴⁵。

3.8.2 政府の取組

<健康長寿に関する主な取組>

サウジアラビアでは、国家レベルの戦略文書に高齢者向け対策の施策が盛り込まれている。国連西アジア社会委員会（Economic and Social Commission for Western Asia）が 2013 年に発表した報告書によると、サウジアラビア国家計画（年度不明）では、保健施設の設計を高齢者にも適したものに見直す作業を行っているという。またサウジアラビアは、高齢者が慣れ親しんだ環境下で診療を受ける事ができるように、「モバイル・クリニック（Mobile Clinic）」と呼ばれる移動式の診療所を開設し、高齢者に歩み寄る努力をしている。さらに、高齢者に向けた医療改の改善を図るため、高齢者向けのデータベースを作成することも国家計画に含まれている³⁴⁶。

<喫煙禁止区画の拡大>

サウジアラビア政府は、非感染性疾患対策の一部として、政府機関によって管理される施設、また公共空間における禁煙政策などを実施している。例えば、2011 年には空港において禁煙が義務付けられたほか、翌年の 2012 年 7 月には政府機関と、レストランやスーパー、ショッピングモールなどの公共施設での喫煙と水たばこを禁止とした。同国の喫煙人口率は 17%強と、他国と比べて特に高いというわけではないが、肥満と喫煙の共存は非感染性疾患のリスクを倍増させることなどを考えると、禁煙を推進することは肥満対策と合わせて将来的に重点とすべき施策としている³⁴⁷。

<非感染性疾患に対する防止対策>

サウジアラビアでは、肥満をはじめとして、不健康な食事や運動不足、喫煙、過度の飲酒などの原因として起こり、生活習慣の改善により予防可能な疾患「非感染性疾患」に悩む国民が多く、それらに対抗するため同国政府は様々な政策を打ち出している。例えば、保健省は 2011～2012 年、サウジアラビア北部地域の一次医療施設を拠点として非感染性疾患の予防キャンペーン「クラウンヘルスプログラム（Crown Health Program）」を行い、非感染性疾患の予防に関する広報活動、定期検診の実施、医療スタッフへの研修などを提供した。同プログラムの実施前後にアンケート調査を実施して意識変化を評価したところ、一定の効果が見られたことから、今後同プログラムを更に拡大していくことも検討されている³⁴⁸。

³⁴³ <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4779578/>

³⁴⁴ http://www.huffingtonpost.com/2014/04/10/saudi-arabia-obesity_n_5127873.html

³⁴⁵ <http://www.foxnews.com/health/2014/02/17/as-obesity-rates-soar-in-middle-east-more-doctors-turn-to-knife.html>

³⁴⁶ <http://www.ohchr.org/Documents/Issues/OlderPersons/Submissions/ESCWA.pdf>

³⁴⁷ <http://www.no-smoke.org/goingsmokefree.php?id=750>

³⁴⁸ <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4317992/>

3.8.3 国民のライフスタイルの変化と民間の取組事例

(1) 国民の生活習慣の変化

<ファストフード>

先進国や多くの途上国と同様にサウジアラビアにもファストフードチェーンの波が押し寄せている。サウジアラビアにおけるファストフード市場は2015年に45億米ドルになると見込まれている(2012年時点の予測)。マクドナルド、ピザハット、バーガーキング、サブウェイ、ダンキンドーナツなどの外資チェーン店のほか、Al-Baik、Shawerma Johaといった国内ブランドのチェーン店も軒を連ねている³⁴⁹。

また、プリンセス・ヌーラ・ビント・アブドゥッラハマン女子大学(Princess Nourah Bint Abdulrahman University)とカシーム大学(Qassim University)が共同調査を行い、若年層のなかでも特に女性の間でファストフードの消費傾向が高まっており、肥満などの非感染性疾患へのリスクが高まる可能性を示唆した。2014年に発表された本報告書は、大学周辺地域(上記2大学)の13~18歳の女子127人(Aグループ)と19~29歳の女性69人(Bグループ)を対象にファストフード店利用について、2010年に聞き取り調査を実施した結果をまとめている。同調査では、全体の79.1%が週1回以上ファストフードを食べていることが判明した(週1回利用:Aグループで52.8%、Bグループで60.9%、週2回以上利用:Aグループで25.2%、Bグループで20.3%)。また、ファストフード店での食事摂取量や利用頻度に比例してウェストサイズが大きくなっている背景から、若い女性たちの間で高カロリーな食文化が浸透している一方で、前述したようなスポーツをしない文化が根付いていることが原因となり、サウジ女性の体重過多や肥満を増進しているとの見解を述べている。本報告書では、若年期の食文化は大人になっても変わらない傾向があることから、若い女性に対する食育へ栄養教育プログラムの提供の必要性を強調していた³⁵⁰。

<エナジードリンク>

近年サウジアラビアではエナジードリンクに対する需要が高まっている。飲酒が禁止されている同国において、エナジードリンクはカフェインの代替品として人気を博していたが、健康への悪影響を懸念した政府は2014年3月以降、エナジードリンクの広告の全面禁止と共に、教育・スポーツ関連及び政府関連施設内での販売を禁止している³⁵¹。しかし、2014年の市場成長率は前年比12%増と堅調であり、今後も年平均成長率8%で成長していくという³⁵²。近年のフィットネスブームとの関連や忙しいライフスタイル、欧米から受ける文化的影響などがあり、同規制は需要の大部分を占める若年層に対しては大きな影響を及ぼさないと予測されている³⁵³。

³⁴⁹ <http://www.tradeandexportme.com/trade-talk/ksas-fb-industry/>

³⁵⁰ <http://www.foodandnutritionresearch.net/index.php/fnr/article/view/26488>

³⁵¹ <http://www.beveragedaily.com/Regulation-Safety/Red-Bull-surprised-by-Saudi-Arabia-energy-drinks-advertising-ban>

³⁵² <http://www.beveragedaily.com/Markets/Work-hard-play-hard-Tough-Saudi-Arabia-energy-drink-market-could-reap-rewards>

³⁵³ <http://blog.euromonitor.com/2015/02/energy-drinks-in-saudi-arabia.html>

<健康食とオーガニックフード>

サウジアラビアでは肥満や糖尿病が蔓延する一方で、より健康的な食生活に関心を持つ消費者も増加している。同国の消費者は以前に比べ、フードラベルにある栄養表示を読んだ上でどの食品を買うか決断するようになった。しかし、消費者は依然として栄養表示に対して難解さを感じており、簡素なフードラベルで健康志向をアピールできる商品に需要が集まると見込まれている³⁵⁴。また、オーガニックフードに対する需要も急増し、スーパーマーケットには専用のコーナーが設置されるようになった。サウジアラビアにおける健康食マーケットは年率 11.8%の成長を見込んでいる。顕著な国内プレーヤーがないため、市場の大半は海外プレーヤーに占められている。健康に対する関心が高まると共に、オーガニックフードが一般消費者にも認知されるようになり、多少割高でも健康で安全な食品を求める需要は高まると予想されている³⁵⁵。

<フィットネス施設への参加>

サウジアラビア国民の一部に普及する健康志向の上昇に伴い、海外のフィットネス産業が同国に進出を果たしている。米国フィットネスジムの World Gym は、2013 年 9 月にサウジアラビアの既存フィットネスジム 2 ヶ所をフランチャイズ店舗としてリニューアルオープンし、初めてサウジアラビアに進出した。World Gym Sayrafi Mall³⁵⁶および World Gym Gold Moor Mall³⁵⁷は、トレーニング施設のほか、レストランやジャグジーなども備え、さまざまなスタジオプログラムや個人プログラムを提供する³⁵⁸。

サウジアラビアの女性のスポーツ参加やジム通いが徐々に認められ始めていることも、同種のビジネスにとって今後追い風となることが考えられる。サウジアラビアでは 2013 年まで正式な女性のフィットネス施設の営業許可制度自体がないままであった³⁵⁹。しかし、欧米のライフスタイルの流入に伴って、施設拡大の投資が活発となり、現在では首都リヤドにおいて女性専用フィットネス施設をみつけることができるようになった³⁶⁰。ジム通いをする女性の中には、流行していて格好いいからというだけの人もいれば、水泳やヨガ、その他のスタジオプログラムを生活に取り入れて健康的な生活を送るのに役立てたり、減量に励んだりする人もいる。ジムに通いスポーツを楽しむことが身近になりつつある³⁶¹。

³⁵⁴ <http://www.thenational.ae/news/uae-news/health/consumers-more-health-conscious>

³⁵⁵ <http://www.arabnews.com/saudi-arabia/news/654706>

³⁵⁶ <http://worldgymmiddleeast.com/gym/sayrafimall/show>

³⁵⁷ <https://www.worldgym.com/goldmoormall/>

³⁵⁸ <http://clubindustry.com/world-gym-expands-saudi-arabia>, <http://clubsolutionsmagazine.com/2013/08/world-gym-expands-to-saudi-arabia/>

³⁵⁹ <http://www.reuters.com/article/us-saudi-women-sports-idUSBRE92T05620130330>

³⁶⁰ <http://www.bloomberg.com/news/articles/2015-11-03/in-saudi-arabia-women-s-fitness-boom-defies-norms>

³⁶¹ <http://english.alarabiya.net/en/life-style/healthy-living/2015/08/08/Many-Saudi-women-keeping-up-with-gym-trend-but-skip-healthy-eating.html>

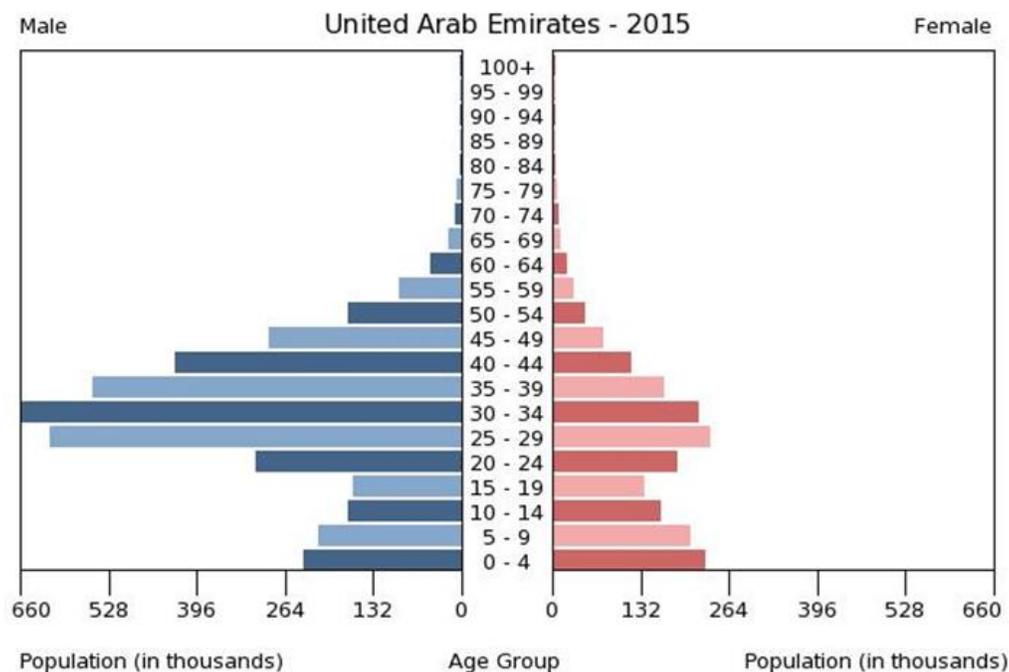
3.9 UAE（アラブ首長国連邦）

3.9.1 健康長寿に関する課題

<人口構成>

アラブ首長国連邦（以下、UAE）の人口構成は非常に特徴的である。UAEの年齢・性別の人口構成をみると、0~19歳までは男女の比率のバランスが取れているが、25~54歳の間の男女比率は男性3.21：女性1と男性の方が女性よりも3倍以上多い。この理由は、同国の人口の80%以上が同国の国籍を保有していない移住者である点にある。同国において国籍を有する在来アラブ人（Emirati）は13%程度にしかすぎず、人口の大部分は周辺国、または南アジアや欧州からの移民で構成されている。移民グループの中でも南アジア系が6割と大部分を占めており、次いでその他アジア系が2割、欧州からの移民が1割程度となっている。移住者の多くが男性の出稼ぎ労働者であり、UAE人口の若年~中年男性層の増加に寄与している。なお、UAEへ移住した者は同国において市民権を得るために20年以上犯罪歴なしで居住する必要があるとあり、また、アラビア語を話すことが前提とされているなど、市民権獲得へのハードルは高くなっている^{362, 363}。

図 25：UAE の人口構成



注：左が男性、右が女性、単位は100万人。中央の数値は5歳刻みの年齢層。

出典：CIA

³⁶² <http://worldpopulationreview.com/countries/united-arab-emirates-population/>

³⁶³ <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/ae.html>

<社会変化による疾患・死因の変化>

UAE では、経済成長などによる社会の変化に伴い、疾患や死因において変化が見られるようになってきた。過去数十年間で、UAE は急激な経済成長を経て、高い生活水準や多くの雇用創出などを実現してきたが、その結果、デスクワークを中心とした長時間労働など不健康な生活習慣が加わり、心身ともに健康への悪影響が懸念されている。ドバイ保健局（Dubai Health Authority 以下、DHA）によると、1990年代の主要疾患は、心臓病、怪我、うつ病であったが、過去20年間でその順位が入れ替わり、うつ病がトップとなり、そのあとに怪我、心臓病と続く³⁶⁴。

まずうつ病であるが、同国の人口の18%近くが罹患していると推定されており、現代的な生活習慣によるストレスや精神衛生面での負担が要因であると考えられている。うつ病が国民の間で広がりを見せているにも関わらず、UAE では精神療法はもとより抗うつ剤の処方なども通常、民間医療保険の対象となっておらず、うつ病に対して必要な治療を施す環境が十分には整備されていない³⁶⁵。

次に、UAE 保健省によって発表された2010年の報告書によると、怪我はUAEでの死因の17%を占めている。多くは交通事故、転落、溺死だという。年間の損失は、直接・間接の医療費を含み、35億AED（2016年2月7日現在1AED=約31.8円）にのぼる³⁶⁶。

さらに、2015年にUAEの地元メディア bayzat によって発行された記事によると、近年、心臓血管疾患が大幅に増えており、これは半遊牧民的生活習慣から都市化された現代生活に移行してきたことが要因であると考えられている。UAEの心臓血管患者は、欧米の同患者よりも15年程度寿命が短いと推定されており、また、時期は明確にされていないが、Emirates Cardiac Society が実施した調査では、UAEの10人に9人が潜在的な心臓血管疾患のリスクに晒されているといった報告もされている³⁶⁷。

<肥満の蔓延>

UAE は世界でも有数の肥満大国である。WHOによって行われた調査によると、UAEの人口の74%が体重過多および肥満で、約3分の1が肥満となっている。また、Global Burden Of Disease によって2013年に実施された調査によると、男性の66%、女性の60%以上が肥満または体重過多であった。UAE では年齢層に限らず、肥満はあらゆる年齢層で蔓延している。これは、糖尿病やがん、心臓血管疾患の多さにつながっていると見られている³⁶⁸。肥満によるUAEへの経済負担は年間60億ドルにも及ぶとも推定されている³⁶⁹。

³⁶⁴ <https://www.bayzat.com/blog/leading-health-problems-in-the-uae>

³⁶⁵ 同上

³⁶⁶ 同上

³⁶⁷ 同上

³⁶⁸ <http://www.thenational.ae/uae/health/obesity-in-the-gulf-disturbing-new-survey>

³⁶⁹ <http://www.thenational.ae/uae/health/special-report-obesity-rate-in-the-uae-double-the-world-average#page1>

アブダビ健康局（The Health Authority Abu Dhabi 以下、Haad）によると、UAEの6~18歳の子どもの約30%が体重過多もしくは肥満であり、この割合は、米国の1.8倍に上るとされている。原因としては、不健康な食品の摂取、食事がぜいたくの一環として奨励される文化、テレビコマーシャルなどのメディアの影響、一食の量の多さ、肥満が健康に与える問題などの理解不足、ゲームやパソコンなどといった不健康な生活、家や学校における運動不足があげられる。また、ファストフードの摂取も増えており、塩分や糖分の多い食事でのカロリーの過剰摂取が日常的になっている。若年層での体重過多・肥満は成人後の生活習慣病にかかるリスクを増大させると考えられ、今後糖尿病や心疾患などの非感染性疾患患者の増加が懸念されている^{370,371}。

<生活習慣病の蔓延による心臓発作の若年化>

近年 UAE では、心臓発作の発生年齢の若年化が進んでいる。ドバイの大手公立病院 Rashid Hospital では、2013年に850人が心臓発作を理由に入院しており、世界平均が65歳のところ、この病院の心臓発作患者の平均年齢は45歳。欧米と比べても10歳若い年齢で発生しているという。ある病院では心血管疾患患者のうち40%以上が40歳以下の若者であったというケースまで出てきている³⁷²。

また、前述した850人の入院患者のうち、40%が糖尿病、40%が高血圧、25%が高コレステロールを患っていた。WHOによって発行された2013年のデータによると、UAEの人口の約19%が糖尿病を患っており、高コレステロール値や高血圧などと併せて、心臓発作の主な要因になっているとみられる。UAEの人口の74%が体重過多、約3分の1が肥満であることも心臓発作につながっていると見えよう。さらに、Rashid Hospitalの医師によると、心臓発作で運ばれた患者の約半数が喫煙者であった。UAEの4人に1人が心血管疾患によって命を落としており、今後心血管疾患の治療や定期的な健康診断の促進などの取組が必要であるという声が上がっている³⁷³。

<児童の高コレステロール>

2008年にWHOによって発表されたコレステロールに関するデータによると、UAE人口の約58%が高コレステロールに悩まされており、また、同調査後この数字は上昇しているとも言われる。さらに、UAEの高コレステロールに悩む人口は成人だけには留まらず、子どもの間でも見受けられる。高コレステロールと診断を受けた子どもの中には、高齢者に見られるような高いコレステロール値が確認されることもある³⁷⁴。高コレステロールは、将来的に動脈の梗塞を引き起こす可能性があり、若くして高コレステロールや高血圧を患うことは、将来的に心臓血管疾患のリスクが増加につながる。そのため、両親が健康的な食生活について子供を教育する必要があるが、国の体重過多率は

³⁷⁰ <http://www.thenational.ae/news/uae-news/health/uae-children-more-obese-than-us-with-30-in-abu-dhabi-overweight>

³⁷¹ <http://www.intelligenthealth.ae/hic/7-seriously-crazy-uae-health-statistics/>

³⁷² <http://www.thenational.ae/uae/health/heart-attacks-strike-20-years-earlier-in-the-uae>

³⁷³ 同上

³⁷⁴ 本情報の出典元において子供の具体的な定義（年齢等）は示されていない

74%、肥満率は34%と、当の両親も体重過多及び肥満である可能性が高いため、これまでよりもより積極的な政府や保健機関による介入・支援が求められているところである³⁷⁵。

3.9.2 政府の取組

(1) ドバイ健康戦略 (Dubai Health Strategy) 2016-2021

UAE 政府は 2016 年 1 月、ドバイのヘルスケアセクターの効率化を進め、患者を中心とした世界基準の医療モデルをドバイに導入することを定めた 5 年間にわたるドバイ健康戦略 2016 を開始する旨を発表した。同戦略においては、4つのプロジェクト領域、6つの目標、15つのプログラムと 93 の構想が制定されている³⁷⁶。

- プロジェクト領域
 - 健康と生活習慣 (health and lifestyle)
 - 優れたサービス提供 (excellence in providing service)
 - スマートヘルスケア (smart healthcare)
 - ガバナンス (governance)

- 目標
 - 健康的で安全な環境の確保 (ensuring a healthy and safe environment)
 - 高品質で包括的な統合ヘルスケアシステムの提供 (providing a high quality comprehensive and integrated health service system)
 - イノベーションの達成 (achieving innovation)
 - ヘルスケアにおける効率性の改善 (improving efficiency in providing health care)
 - 政策判断を下す際に有益となる統合データベースの構築 (creating an integrated databas)
 - 官民協力のもとヘルスケアセクターに有効なエコシステムの構築 (developing an effective ecological system in collaboration with the private and public sectors)

- プログラム
 - 医療モデルの創設
 - 健康的な生活
 - 社会全体で予防医療に焦点を当てる
 - プライマリケアの発展
 - 精神障害や社会障害に対する治療プログラム
 - 高度なフォローアップシステム

³⁷⁵ <http://www.intelligenthealth.ae/hic/7-seriously-crazy-uae-health-statistics/>

³⁷⁶ <http://www.gulfbusiness.com/articles/industry/health/dubai-s-ruler-launches-new-five-year-health-strategy/>

本情報の出典元において、各目標およびプログラムについての具体的な情報は示されていない。また、「ドバイ健康戦略」へのリンク情報なども示されていない。

- 医療の高度研究センター創設
- 医療ツーリズムの促進
- 患者満足度
- 医療ガバナンス
- 情報技術
- 医療開発手法
- 医療保険
- 官民による戦略的パートナーシップの促進

このように、同政策では医療ツーリズム、生活習慣病、そして医療分野におけるイノベーションに焦点が置かれている。最終的には世界で最も先進的な医療システムを持つ都市モデルとなることを目標に掲げており、事務、医療、技術、看護のエリアで最先端の技術を有する医療機関や研究施設の設立が同政策の鍵となる。また、同健康戦略の開始に伴い、具体的な政策制定が急務となっている。2016年1月27日には健康戦略に基づいた9つの新しい規制・ガイドライン等が発表された³⁷⁷。

- 腫瘍治療に関する規制
- 高圧酸素療法に関する基準
- レーザー及び IPL 脱毛に関する基準の改定
- 睡眠研究所に関するガイドライン
- 毛髪移植術に関する基準
- 腸洗浄に関するガイドライン
- Scope of Practice and Clinical Responsibilities in Family Medicine の改定
- Scope of Practice and Clinical Responsibilities in General Practitioner の改定
- Scope of Practice and Clinical Responsibilities in Obstetrics and Gynaecology の発表

<医療スタッフの増員>

UAE の DHA は、高まる医療需要とドバイ健康戦略 2013~2025 (Dubai Health Strategy 2013-2025) に沿ったプログラム遂行のために、2014年より医療スタッフの増員を図っている。2014年、DHA は医療スタッフを 1,600名増員し、合計 1万 1,135名とした。新たに加えられた 1,600名のうち 328名は管理部門スタッフで、224名が医師、534名が看護師、222名がパラメディカル、26名が医師研修生であった。2014年、Dubai、Rashid、Latifa、Hatta の病院や Dubai Diabetes Centre、Thalassemia Centre、Airport Medical Centre、Dubai Gynecology Centre などの専門施設など DHA が運営している公的医療機関において、100万人以上が診療を受けている。それに加えて、同年、Al Jalila Children's Specialty Hospital (200床) が開院し、Trauma Centre の増床も完了見込みである³⁷⁸。

<子供の肥満対策 "Eat Right, Get Active">

³⁷⁷ <http://www.khaleejtimes.com/nation/uae-health/dubai-health-authority-launches-9-healthcare-regulations>

³⁷⁸ <http://www.arabianbusiness.com/dubai-health-authority-adds-1-600-medical-staff-in-2014-585453.html>

前述のとおり、成人のみならず、子供の肥満が広がりを見せる UAE では、子供の健康な食生活や運動を促すことを目的に“Eat Right, Get Active”と呼ばれる政府プログラムが導入されている。2011年に創設された同プログラムは、学校単位で様々な試みがなされている。例えば、体育の授業の時間数増加や、放課後のスポーツプログラムへの参加、毎月行われる健康な食生活について意識を高めるセッション、そしてより健康的な食品を取り扱う自動販売機の増加などである。同プログラムは Haad、Abu Dhabi Education Council、Abu Dhabi Food Control Authority and Ambulatory Healthcare Services との協力により実施されている。同プログラムの創設時には、約 60 校が参加しており、参加学校数は毎年増加し続けている。また、プログラム実施以前と実施後の状態を評価したところ、多くの点において改善が見受けられた³⁷⁹。以下が、同プログラムの導入により改善された点である。

- 週に 40 分以上の体育の授業を 3 コマ以上取り入れている学校が全体の 33% から 60% に増加。
- 放課後のスポーツプログラムを導入している学校が全体の 26% から 46% に増加。
- 毎月行われる健康的な食への意識を高めるセッションを導入している学校が全体の 78% から 92% に増加。
- 健康的な食品を取り扱う自動販売機を導入している学校は全体の 64.3% から 71.4% に増加。

しかし、健康な食生活や運動を学校で推進しても、家に帰れば家族と不健康な食生活に戻ってしまうなどとして、子供の両親も協力的にならなければ真の効果は得られないと危惧している専門家も多い³⁸⁰。

3.9.3 国民のライフスタイルの変化と民間の取組事例

(1) 国民の生活習慣・意識変化の事例

<健康長寿意識の高まり>

UAE では、不健康な生活を送る国民が大部分を占めているものの、健康への意識の高まりは徐々に見受けられるようになってきている。マーケティング調査会社 Nielsen が 2015 年 1 月に発表した実施した調査（Global Health & Wellness Survey³⁸¹）で、健康促進効果のある食物に関する問いに対して、価格が高くても購入するとの回答が UAE の回答者の 83% に及んだ。さらに、健康効果として最も重視するのは、新鮮さ、自然由来のものであること、最低限の加工などが挙げられ、回答者の 56% が自然の原料と 53% が豊富な食物繊維と回答し、機能面では、47% がビタミン成分の増強、

³⁷⁹ <http://www.thenational.ae/news/uae-news/health/uae-children-more-obese-than-us-with-30-in-abu-dhabi-overweight>

³⁸⁰ 同上

³⁸¹

<http://www.nielsen.com/content/dam/nielsen-global/eu/nielseninsights/pdfs/Nielsen%20Global%20Health%20and%20Wellness%20Report%20-%20January%202015.pdf>

46%が全粒粉の使用、46%がカルシウムの増強、44%がタンパク質の増強が重要であるなどとしている³⁸²。

また、回答者の多くが、体重を減らすための方法として食事療法（72%）と運動（69%）を挙げている。ダイエット用錠剤／バー／シェークを挙げたのは6%、処方薬を挙げたのは5%、その他の減量法を挙げたのは5%にとどまった。食事療法を挙げた回答者のうち67%が脂肪摂取を減らし、61%がチョコレートや砂糖菓子の摂取を減らすと回答している。反対に、59%が自然の生鮮食料の消費を増やすとしている。また、（食事療法を挙げた回答者のなかには）食事の減量と回答したのは48%、加工食品の減量は34%、炭水化物の減量は30%であった。Weight Watchersのような有料減量プログラムを挙げたのは10%であった。また、UAEの全回答者の中で、調査後6カ月間に果物の消費を増やすとしたのは47%、野菜は44%、水は43%であった。さらに、33%がジュース、31%が魚介類、27%がヨーグルト、27%がナッツ類をより多く消費すると回答している³⁸³。

このように、国民の間で健康志向の強い食事を取り入れようとする意思が見られる一方で、アンケート対象全員が、菓子類の消費は減らさないと回答しており、42%がアイスクリームやその他氷菓子、42%がクッキーやケーキ、37%がポテトチップス／塩分のあるスナック類の消費は同程度維持すると回答している³⁸⁴。

このように、UAEの消費者の多くは体重過多や肥満について意識が高まっており、60%以上が生活習慣を変えようとはしているものの、肥満の問題を解消するために実際に取り組もうとする傾向は概して小さい。消費者の意識と行動が一致するまでには、まだしばらくの時間がかかると考えられている³⁸⁵。

<アンチエイジング業界の成長>

近年 UAE では、アンチエイジング業界が成長を遂げている。その中でも、アンチエイジングマーケットの1つとしてスキンケア業界が挙げられ、関連市場規模は2013年に5億3,200万 AED となり、前年比7%の成長が見られた³⁸⁶。

若年層では、目新しい商品を求め、それ以外の世代では、世間から自分がどう見られているかにより関心が持たれている。UAEでのスキンケア市場の成長は、増加している外国人が購買層となっていることが要因の一つであると考えられ、同市場は今後も成長が期待されている。世界的に有名なブランドは、「品質が高く信頼が置ける」といったイメージが浸透しており、消費者に好まれる

³⁸² <http://www.nielsen.com/ae/en/press-room/2014/growing-uae-health-awareness-could-mean-big-business-for-manufacturers.html>

³⁸³ 同上

³⁸⁴ 同上

³⁸⁵ 同上

³⁸⁶ <http://ideasmakemarket.com/2015/12/analysis-anti-ageing-industry-uae.html>

傾向が高い。以下が、UAE で徐々に見受けられるようになったアンチエイジング市場の特徴である³⁸⁷。

- サプライヤーの交渉力
 - アンチエイジング市場でのサプライヤー／ディストリビューターの交渉力は強力であり、メーカー／ブランド側は、その販売ネットワークに依存しなければならない。ドバイでは、個人経営の商店が増加しており、ブランド側は、自社商品が確実に顧客の目につき、手に取りやすいように陳列されるようにする必要がある。価格面では、ブランド間にさほど差はないため、消費者目線で、手に取りやすいかどうか、他社商品とのポジショニングが、消費者に購買決定させる重要な要素である。

- 購買者の交渉力
 - ソーシャルメディアの拡大は、消費者に対する知名度向上を図る重要な手段となってきた。消費者は、これまで以上に商品知識を持ち合わせ、交渉力を増している。今日の消費者は、国際的なブランドを見て、価格や入手のし易さ、他者にはない特徴の比較を行ってから購買決定をする。価格にもシビアであり、最大限の付加価値を得ようとする。価格面や品質面で同等の商品が多いという現状は、消費者の交渉力をより強くするという方向に流れている。

- 新規参入者の脅威
 - 主要ブランドはほとんどがすでにドバイ市場に参入しており、新規参入者の脅威は低い。また、効果的な販売網を構築するには大きな時間的・金銭的投資が必要で、参入のハードルは高いと考えられる。日用消費財（FMCG：Fast Moving Consumer Goods）業界では、長年にわたって構築されてきた取引関係が重要で、それも市場参入を難しくする要因の一つとなっている。比較的利益率の低い業界であるということからスケールメリットも重要で、それも新規参入を難しくしている。

- 代替品の脅威
 - 手術の技術が向上し、アンチエイジング治療を導入するクリニックが増えている。ドバイは可処分所得も高いことから、高級なアンチエイジング商品の有望市場となっている。

(2) 民間の取組事例

<Prime Hospital による健康啓蒙活動>

UAE の民間大手医療機関である Prime Hospital は、国が直面する健康課題について国民の認識を高めるために医療キャンペーンを開催し、啓蒙活動に取り組んでいる。ドバイでの医療ツーリズム

³⁸⁷ <http://ideasmakemarket.com/2015/12/analysis-anti-ageing-industry-uae.html>

促進にも積極的だ。同病院が行った医療キャンペーンは2015年10月と11月に行われ、主に母乳による授乳、乳がん、世界糖尿病デーの3つのテーマについて取り上げている³⁸⁸。

母乳による授乳プログラムでは、200名の参加があり、母乳の長所に関する集中教育活動を開催した。また、乳がんプログラムでは、無料相談の機会の提供と、超音波検査やマンモグラフィ検査を乳がん啓発週間（Breast cancer awareness week）に実施し、500名が参加した。さらに、世界糖尿病デープログラムでは、病院のスタッフとボランティアが、相談サービスとスクリーニング検査を実施。血糖値や血圧、肥満指数であるBMI、血糖値を示すHbA1cなどの検査、糖尿病網膜症、眼科相談を実施し、200名が参加した³⁸⁹。

<社員の健康への関心の高まり：duの取組>

UAEでは近年、社員の健康への投資を行う企業が増加している。UAEの企業の多くは、持続的な健康増進プログラムへの投資が企業の成長と社員の満足度にプラスの影響があるということに徐々に気づき始めている。Informa Middle East³⁹⁰が実施した2014年のA GCC Compensation and Benefits Trendsの調査でインタビューを受けた160人の経営者のうち、半数以上が何らかの社員向け健康増進プログラムを実施していると回答しており、さらに社員への調査を基に導入や改良を検討中とした³⁹¹。

UAEの通信会社duで家庭医兼産業医を務めるMansoor Anwar医師は、1年を通じて社員の健康増進に取り組むため、2010年にフルタイムの医師と看護師を配置して社内クリニックを立ち上げ、フィットネスジムと健康食品の自動販売機を設置した。2013年には健康増進部門を創設し、2014年には同戦略が確実に実行されるよう委員会を立ち上げた。duのプログラムには減量チャレンジ、歩数競争、ヨガクラスなどが含まれ、2014年には、参加社員が減量した総重量は500kgに達したという³⁹²。

3.10 マレーシア

3.10.1 健康長寿に関する課題

(1) マレーシアの人口動態と高齢化

マレーシアの人口は、2015年7月時点で3,051万人と見られており、その内訳をみると25～54歳が41.12%で最も大きな割合を占めており、14歳以下の国民は全体の28.49%で、15歳以上24歳以

³⁸⁸ <http://www.dubaiprnetwork.com/pr.asp?pr=105604>

³⁸⁹ 同上

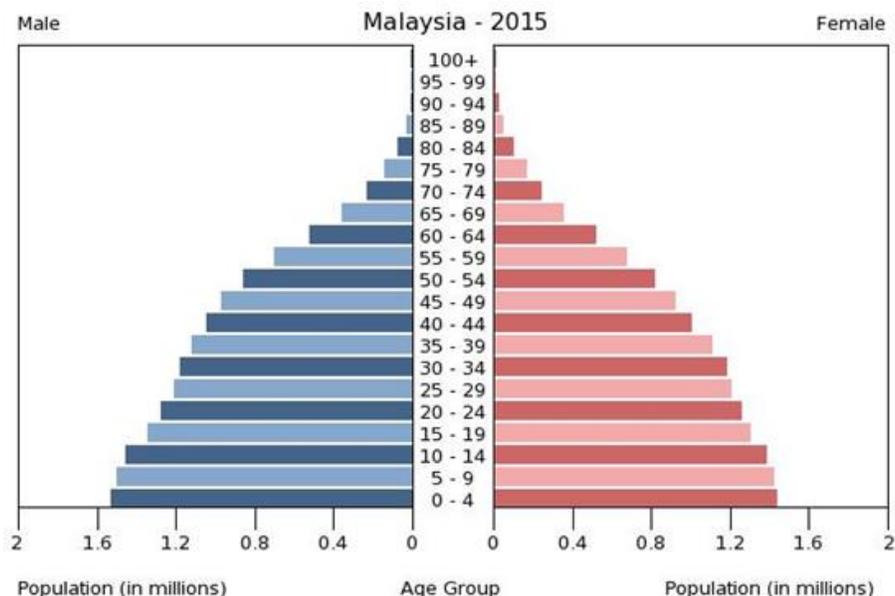
³⁹⁰ <http://ww2.informa-mea.com/compensation>

³⁹¹ <http://www.thenational.ae/arts-lifestyle/well-being/sustainable-wellness-programmes-proving-popular-in-the-uae>

³⁹² 同上

下は 16.91%である。さらに、65 歳以上の高齢者の割合は 5.65%と非常に低く、中央年齢も 27.9 歳と非常に若い。人口増加率は 1.44%である。国民の平均寿命は 74.75 歳（男性：71.9 歳、女性：77.73 歳）である。以下の図はマレーシアの人口構成の内訳を示している³⁹³。

図 26：マレーシアの人口ピラミッド 2015 年



注：左が男性、右が女性、単位は 1,000 人。中央の数値は年齢グループ。

出典：CIA³⁹⁴

マレーシアは多民族国家であり、その内訳はマレー系 50.1%、中華系（華人系）22.6%、マレー系以外の地元民族 11.8%、インド系 6.7%などとなっている³⁹⁵。マレーシアの調査機関カザナ調査研究所（Khazanah Research Institute）は、民族により高齢化の度合いは異なり、中華系やインド系の高齢化が全体よりも高く推移し、今後も高齢化が速く進むと予測している。同社が 2015 年に発表した報告書の中で引用されているマレーシア統計省（Department of Malaysia）の統計データでは、マレーシア国民の 60 歳以上の割合について、2035 年には 15%を超える水準に達すると予想されているが、一方で中華系に限ればそれに先立ち 2020 年（今から 5 年後）、インド系は 2030 年（15 年後）に同様の水準に達すると予測されている。これは、中華系、インド系の合計特殊出生率がマレー系に比べて低いこと（それぞれ 1.7、1.5、2.7）や、中華系の平均寿命が長いことがその要因と考えられている。生活・行動スタイルの違いや栄養状態、医療、教育の水準の違いにより平均寿命が異なることが確認されている³⁹⁶。

³⁹³ <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/my.html>

³⁹⁴ 同上

³⁹⁵ 同上

³⁹⁶ <http://www.krinststitute.org/Articles-@-Population-Ageing-:Can-We-%E2%80%9CLive-Long-and-Prosper%E2%80%9D%5E.aspx>

(2) 肥満

マレーシアでは現在、生活習慣病が最大の課題となっている。アジア地域はこの問題の中心となっており、アジア経済の中で比較的早く発展を遂げてきたマレーシアは、その先端に行く。マレーシアが今直面している問題は今後、経済成長や人々のライフスタイルの変化によって、近隣諸国にも広がっていくと考えられる。

<肥満に関する最近の動向>

マレーシアはアジアでは群を抜いて、肥満人口が多い国である。マレーシアの Public Health Institute が発表した国民健康・疾病調査 (National Health and Morbidity Survey) の 2015 年統計データによると、マレーシアの人口のうち 30% が体重過多 (BMI が 25 以上) で、17.7% が肥満 (BMI が 30 以上) であった。マレーシア人の平均 BMI は過去十年で大幅に増えており、糖尿病を患う成人の割合は 1996 年の 11.6% から 5.9% 増加して、2015 年には 17.5% となった³⁹⁷。英国の医学誌 Lancet に 2014 年に掲載された研究によると、マレーシア人男性の 43.85%、女性の 48.6% が体重過多または肥満であり、世界基準の 30% を大幅に上回っていた³⁹⁸。

マレーシアは、多くの新興国と同様に、所得が増え、栄養不足や飢餓が克服されるにつれて、食生活の変化や座りがちな生活などライフスタイルの変化が広まり、肥満人口の増加が顕著になってきている。特にマレーシアでは脂肪を多く含むココナッツミルクを使った濃厚な味覚のカレーや揚げ物などが好まれていることから、その食習慣から肥満が増加しているとみられている³⁹⁹。

<深刻化する小児肥満>

マレーシアでは、子どもの肥満も社会的な問題となっている。例えば 2013 年に発表された論文によれば、2006 年にマレーシア国内で調査を行った際、約 19.9% の子どもが肥満と診断され、若年層における糖尿病や高血圧症など、肥満に関連した疾患のリスクが高まっていることが示された。子供の肥満は、成人の肥満につながり、更にその子供の肥満につながるという悪循環に陥りやすくなるため、成人肥満よりも深刻に取り組まれるべき課題である。小児肥満の多さにはいくつかの要因が挙げられる。まず上述のとおり、経済の急成長により国民の所得が向上し、これに付随して食生活が変化した。特にこの問題は、都市部で深刻である。マレーシアでは、高い所得を求めて都市への移住が進んでいるが、都市に住む親は働く時間が長いため手料理を準備できることが少なく、子供が高カロリーかつ高脂質の屋台やファストフードで食事を取ることが多くなるためである。実際、都市部における子供の肥満率は、農村部よりも高くなっている⁴⁰⁰。

³⁹⁷ <http://www.themalaymailonline.com/malaysia/article/nearly-half-malaysias-population-overweight-or-obese-health-minister-says>

³⁹⁸ [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60460-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60460-8) 論文中の Table を参照。

³⁹⁹ <http://www.bbc.com/news/world-asia-28030712>

⁴⁰⁰ <http://apjcn.nhri.org.tw/server/apjcn/22/3/408.pdf>

3.10.2 政府の取組

<糖尿病対策>

マレーシアは、1人当たりの砂糖摂取量が世界でも最も多いグループに入っているほか、海外のファストフード店の流行などによる食生活の変化から、糖尿病や高血圧への懸念が広がっている。同国政府は、国内で広がりを見せる糖尿病に対抗するため、さまざまな政策を打ち出している。2011年の国民健康・疾病調査のデータによると、成人の糖尿病患者は260万人（全人口の15.2%）で、2020年には450万人に急増すると予測されている⁴⁰¹。

マレーシア政府は、健康上の配慮から、砂糖や食用油に対する補助金の減額措置を取っているほか、屋台の24時間営業の禁止、飲料の砂糖含有量の削減、より多くの公園の建設などの施策が必要であると主張する。一方で、1,700人の重症糖尿病患者を対象とした地元メディアの調査によれば、患者の4分の3が、生活習慣を変えるべきであるという医者からの助言を無視しており、習慣を変えることはとても難しいと言われている⁴⁰²。

<禁煙対策>

マレーシア政府は長年、国民の禁煙普及に力を入れている。マレーシア政府は、1977年にたばこの包装に一般的な警告を義務付け、1980年代からは公共の場の多くにおける禁煙措置を試行した。1994年に18歳未満へのたばこの販売を禁止、1995年にはマレーシアのイスラム教ファトワ評議会が、たばこを有害とする宗教令を発し、2004年に全面的禁止とした⁴⁰³。現在喫煙は、病院・医療施設、空港、公共のエレベーターおよびトイレ、空調設備のあるレストラン、公共交通、政府の敷地、教育機関、ガソリンスタンド、インターネットカフェ、ショッピングモール、セントラルエアコン設置の個人事務所などの多くの場所で禁止されている⁴⁰⁴。しかしマレーシアでは、たばこ税が重いため、違法販売が盛んになる等のマイナス面も問題化している⁴⁰⁵。

またマレーシアでは近年、電子たばこであるベイパー（Vapor）が人気を博している。電子たばこは、ニコチンを含まない液体を利用して発生した蒸気を吸う装置で、通常の喫煙より健康へのリスクが小さく、また、禁煙に役立つとの声もある。しかし、電子たばこは、今まで喫煙を考えなかった者も喫煙に引き寄せるのではないかという懸念もある。マレーシアでは電子たばこは合法であり、販売や使用については従来の喫煙と同様の規制を受けている。しかし、たばこ業界は電子たばこを違法とするよう圧力をかけており、これらの活動との因果関係は定かでないものの、2015年秋にマレーシア保健省の技術委員会は、すべての電子たばこを禁止するよう提案した。但し、通常の喫煙

⁴⁰¹ <http://yourhealth.asiaone.com/content/diabetics-getting-younger>

⁴⁰² <http://www.thestar.com.my/lifestyle/health/2014/11/28/are-we-concerned-about-expanding-waistlines-in-malaysia/>

⁴⁰³ http://www.who.int/tobacco/surveillance/survey/gats/malaysia_country_report_2011.pdf p.2 Table 1.1, p.4

⁴⁰⁴ <http://www.thestar.com.my/news/nation/2015/05/09/smoking-ban-to-be-extended-no-more-lighting-up-at-all-eateries-including-openair-premises/>

⁴⁰⁵ <http://www.themalaymailonline.com/malaysia/article/illegal-smokes-spike-after-price-hike>

より健康被害の少ない電子たばこが禁止されることについて、民衆の間で大きな反発が起こり、本提案は取り下げられ、保健省は現在、電子たばこを禁止する予定はないとしている⁴⁰⁶。

<飲酒対策>

マレーシアでは、飲酒による健康への影響が問題化している。マレーシア国内では、アルコールの販売・飲酒は合法であるが、人口のおよそ60%がイスラム教徒であるため、国民の大部分が宗教的にアルコールの摂取を禁じられている。非イスラム教徒の飲酒可能年齢は、現在18歳であるが、最近では21歳に引き上げる法案が検討されている⁴⁰⁷。

アルコールの制限は、しばしば政治論争になり、保守政党の汎マレーシア・イスラム党（PAS）はイスラム教徒が多くを占める地域で厳しい禁酒の推進を主張するのに対し、中華系が主である民主行動党（DAP）は禁酒に反対している⁴⁰⁸。マレーシアのアルコール規制や関連政策は、犯罪の撲滅や刑罰強化に比重が置かれており、リハビリや健康促進の側面があまり重視されていない。このため、依存症の支援や、責任ある飲酒を促進する様な政府のプログラムはあまり存在せず、飲酒する人の3分の1が健康に害を及ぼすほど、過度に摂取していると言われている⁴⁰⁹。

<薬物使用>

マレーシアでは長年、薬物乱用が社会問題となっている。マレーシアには厳しい薬物禁止の法律があるが、薬物乱用の問題は深刻化しており、国民の間で利用が広まっている。これまでの主たる脅威はヘロインであり、現在でも広く乱用されている一方で、他の薬物の使用も増加している。1960年代まで、乱用される薬物は主にアヘンであり、中華系移民の人口にその使用が限られていた。しかし1980年代になるとマレー系が最も違法薬物を乱用するグループになりヘロイン乱用が急激に増加したため、政府は国家の脅威であると法令で位置付け、取り締まりの強化を行った。これを契機として国家の反薬物タスクフォースがつけられ、15グラム以上のヘロインを密輸した者は例外なく死刑に処するとされた。さらに、ヘロイン使用で逮捕された者に対して強制的な依存症治療を義務づけた。マレーシア政府は2015年までに薬物を完全に撲滅することを目標に掲げていたが、成果をまだ十分あげられていない⁴¹⁰。

3.10.3 国民のライフスタイルの変化と民間の取組事例

<医療品のオンライン購入>

マレーシアではオンラインショッピングが人気であり、健康関連製品もオンラインで手軽に売買されている。インターネット接続環境の改善、携帯電話の普及、安全性の向上により、2010年から

⁴⁰⁶ <http://www.freemalaysiatoday.com/category/nation/2015/12/22/no-intention-to-ban-vape-says-ministry-of-health/>

⁴⁰⁷ <http://news.yahoo.com/malaysia-says-plans-raise-age-drinking-alcohol-112257517--finance.html>

⁴⁰⁸ <http://traveltips.usatoday.com/alcohol-policies-malaysia-108164.html>

⁴⁰⁹ <http://alcoholrehab.com/alcoholism/alcoholism-in-malaysia/>

⁴¹⁰ <http://alcoholrehab.com/drug-addiction/drug-addiction-in-malaysia/>

2014年の間に31%の成長率を見せたマレーシアの電子商取引（Eコマース）市場は、これからも堅調に拡大していくと予測されている⁴¹¹。その中でも突出しているのが、医療品のオンラインマーケットである。本来の電子商取引マーケットの流れに加え、近年マレーシアでは、医療費高騰による処方薬から市販薬へのシフト、健康意識の高まりによるサプリメントの需要増加が下支えとなっている。ドラッグストアチェーンは相次いでオンラインポータルを強化しており、急成長する需要の取り込みに急いでいる。また、収益を保つだけでなく、オンラインマーケットと店舗の相互効果で、総合的に業績を伸ばそうという狙いもあるとみられる⁴¹²。

<高齢者受け入れ施設の増加>

マレーシアのサラワク州では、2016年の完成を目指し、同国初の統合型高齢者向け居住リゾート施設「エデン・オンザパーク（Eden On The Park）」が建設されている。この施設は、オーストラリアとニュージーランドの高齢者施設のモデルにしており、近隣には看護ケアの施設も整備される予定である。同プロジェクトは、104の高級アパート施設と14棟の戸建て住宅の建設が予定されている。また、別棟のケア施設には143床を収容する72スイートルームが利用可能となるエデン・オンザパークのプロジェクト管理者によると、マレーシア高齢者人口（60歳以上）は2020年までに320万人（全人口の1割）を超え、核家族化も影響して、高齢者向け施設の需要が増すと予測されている。同氏は、高齢者の10%に当たる18万人が、同施設のような高齢者施設へ入居すると予測しており、その市場規模は900億RMであると試算している⁴¹³。

<医療ツーリズムの台頭>

マレーシアは米ジャーナル誌「国際メディカル旅行ジャーナル（International Medical Travel Journal）」で、2015年の「医療ツーリズム大賞」に選ばれた。マレーシアでは医療ツーリズムが急速に発展しており、世界中から旅行者を集めている。2014年で80万人とされる医療旅行者は今後、年平均15%のペースで成長すると予測されており、2014年には1億9,500万ドルだった医療ツーリズム市場は、2020年までには5億3,000万ドルへと成長することが見込まれている⁴¹⁴。

今まで医療ツーリズム市場において存在感を示していたタイやシンガポールが、人件費の上昇やインフラ不足といった課題に直面しているなか、医療インフラを支える不動産価格の水準が低いこと、英語を話すことができる医者や看護師が多いこと、医療機器メーカーが多く存在することなど、様々な理由でマレーシアは存在感を増してきている。特にマレーシアの病院と海外保険会社との連携も追い風となっている。マレーシア国内の病院が海外の保険会社と契約することにより、旅行者は自国の保険を適用する形で、マレーシアにて治療を受けることが可能になった。例えば、ベトナムの保険会社との提携開始後、ベトナムからの医療旅行者は5,000人を超え、その数は今後2倍に

⁴¹¹ <http://www.thestar.com.my/metro/smebiz/news/2015/12/28/ecommerce-set-for-growth/>

⁴¹² <http://www.thestar.com.my/business/business-news/2015/10/16/caring-pharmacy-to-enhance-ecommerce-platform/>

⁴¹³ <http://www.theborneopost.com/2015/01/31/aging-society-feeling-the-pulse-of-asias-growing-pain/>

⁴¹⁴ <http://upside9.aseantoday.com/boom-time-medical-tourism-malaysia/>

拡大する見込みである⁴¹⁵。アンチエイジングや若返りを狙った美容整形、股関節置換、歯科ケアなどにおいて、マレーシアはその技術力や選択肢の多さで他国との差別化を図ろうとしている⁴¹⁶。

政府の取組も業界の発展に大きく貢献している。一般的に、外国で手術をするということは、安全性や衛生面などで懸念される場合が多いが、マレーシア政府は設備更新のための税免除、医療旅行者に対するビザ条件の緩和、各病院のサービスや料金の統一などに取り組み、サービスの質の向上を支援している。また、マレーシア政府は、Malaysia Healthcare Travel Council を立ち上げ、保健省と提携して、ホテル、クリニック、病院、保険会社、航空会社などの同市場における関係者との協力体制を築き、同国の医療ツーリズムの発展に努めている⁴¹⁷。

<健康増進やスポーツ振興>

マレーシアの企業の中には、国民の健康長寿や国のスポーツ振興に貢献している企業が存在する。サイム・ダービー (Sime Darby) 社は、マレーシアに拠点を置く多国籍企業であり、26カ国、4地域で操業し、総従業員数は13万人以上である。同企業の事業は大規模農業経営、産業機器、自動車、不動産、エネルギー及びユーティリティの5つの主要セクターから成る⁴¹⁸。また、Sime Darby は、マレーシアの健康的な生活習慣に貢献する数多くの運動・スポーツのプログラムを後援している。そのなかでも特徴的であるのが、同企業によって創設されたサッカーチームの Sime Darby FC である。Sime Darby FC は2010年1月に設立され、同年3月に活動を開始した。マレーシアの若者にスポーツを振興して、地域のプロ用サッカー場建設を推進して将来のマレーシア・ナショナルチームの中核選手を輩出することを目標とした⁴¹⁹。また、Sime Darby は、クリケットのトーナメントや自転車競技のオリンピックチーム、若者向けゴルフのプログラムの後援など、国内外でさまざまな取組を行う⁴²⁰。

Sime Darby は、病院経営分野にも進出し、国民の健康増進に寄与している。具体的には、オーストラリア、英国、フランスなどで数々の病院を運営する豪企業、Ramsay Health Care と連携し、医療グループ Ramsay Sime Darby Health care をマレーシアに設立した⁴²¹。

⁴¹⁵ 同上

⁴¹⁶ <http://www.ozy.com/fast-forward/the-worlds-new-medical-tourism-paradise/63263>

⁴¹⁷ <https://mhctc.org.my/about-us/>;

http://www.worldhealthsummit.org/fileadmin/downloads/2013/WHSRMA_2013/Presentations/Day_2/Abu%20Bakar%20Suleiman%20-%20Medical%20Tourism%20-%20Malaysia.pdf (p.5) ; <http://dokterinternasionalindonesia.net/wp-content/uploads/2014/07/Medical-Tourism-in-Malaysia-Singapore-and-Thailand.pdf> (p.12)

⁴¹⁸ <http://www.simedarby.com/about-us/overview>

⁴¹⁹ <https://www.simedarbyfc.com/about-us/-history.aspx>; http://www.simedarby.com/upload/YSD_Annual_Report_2015.pdf

⁴²⁰ http://www.simedarby.com/upload/YSD_Annual_Report_2015.pdf, p.50

⁴²¹ <http://www.ramsaysimedarby.asia/>

グループ B

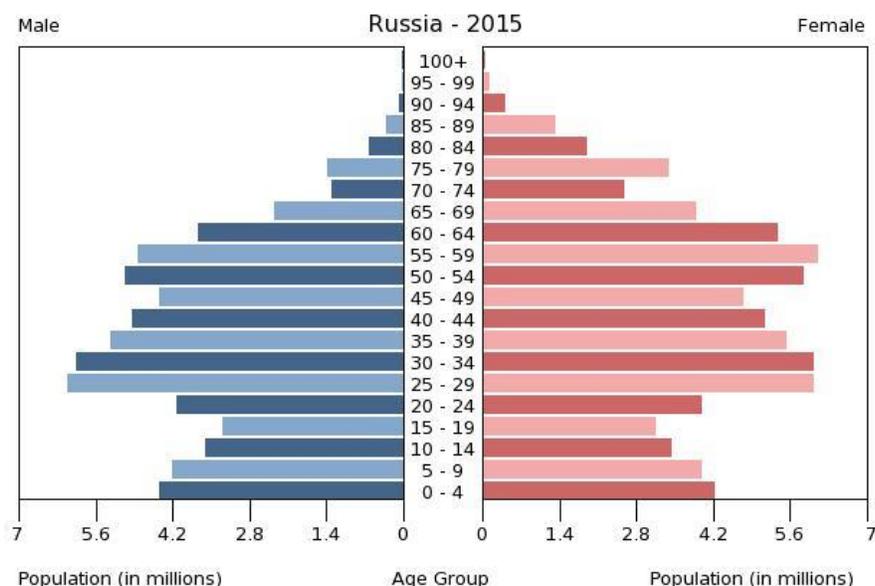
3.11 ロシア

3.11.1 健康長寿に関する課題

(1) 高齢化

ロシアの人口は2015年現在、約1億4,242万人と世界で10番目に多い。若い世代と50代の二つの世代が多いという特殊な人口構成になっている。人口は近年ほぼ横ばいが続く。2015年の高齢者人口は全体の約13.6%となっており、間もなく高齢社会に入る。他の先進国と比べ高齢者人口の割合はやや低めとなっているが、出生率や人口増加率の低さを考えると今後高齢者人口がさらに増加し、国民一人当たりの負担が増加していくと考えられる⁴²²。

図 27：ロシアの人口構成 2015 年



注：左が男性、右が女性、単位は1,000人。中央の数値は年齢グループ。

出典：CIA

(2) 肥満

ロシアでは肥満が蔓延している。2014年に英誌Lancetに発表された論文によると、ロシア国民のうち、成人の半分以上（男性成人54.3%、女性成人58.9%）が体重過多または肥満であり⁴²³、また

⁴²² <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/rs.html>

⁴²³ [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60460-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60460-8)、Table 参照

CIA の 2014 年のデータによると 4 人に 1 人 (26.2%) が肥満と推定されている⁴²⁴。本報告書の第 1 章で紹介したデータによると、ロシアにおける運動不足人口は 10 人に 1 人以下の割合となっており、肥満の原因はむしろ飲酒や食生活によるものであると考えられる⁴²⁵。また、高血圧を患う人口も全体の 33.3% と高く、先進国と比べアルコール消費量と塩分摂取量が多めとなっており、これらと肥満が重なり、将来にわたり一段と生活習慣病患者が増加することが懸念される。さらに、ロシアでは糖尿病も広がりを見せており、2013 年のデータでは国民の約 8% が糖尿病を患っていると推定され、また多くの国民が罹患していることに気付かないまま生活していると考えられている⁴²⁶。ロシアでの糖尿病に対する医療費は年間 125 億ドルに達する⁴²⁷。

(3) その他

<飲酒と喫煙>

ロシアでは、現在 15 歳の少年が 60 歳に到達する前に死亡する確率が 40% を超える⁴²⁸。同国では、ウォッカを主とするアルコール消費量が非常に多く、政府の長年の抑制策が効果を発揮していないと言われている。アルコールが直接原因の疾患や事故、犯罪で年間 50 万人が死亡しているというデータも出ている。WHO の統計によると、飲酒や喫煙が原因の心臓病で、年間 120 万人以上が死亡している。また、喫煙による疾患が死因となっているケースは、米国では 35 万人~40 万人だが、人口が米国の半分以下のロシアでは 48 万人にのぼっている。現在のところ、喫煙に関する特筆すべき政策や情報もなく、国民への教育や指導が十分でないとの指摘がなされている⁴²⁹。

<感染症・その他疾患>

ロシアでは、HIV/AIDS の感染者の 80% が 30 歳未満と若く、その原因が薬物注射と深く関係しているとみられている。ロシアの HIV 陽性患者は 200 万人以上と推測され、増加速度は世界一であり、新たに患者となる人が年々倍増している⁴³⁰。

また、ロシアでは、結核の危険性が依然としてあり、多剤耐性結核 (multidrug-resistant tuberculosis 以下、MDR TB) の問題が多くなっている。MDR TB には通常の治療薬が効かないため、化学療法が非常に困難になる⁴³¹。

⁴²⁴ <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/rs.html> People and Society>Obesity

⁴²⁵ <http://apps.who.int/gho/data/node.main.A893?lang=en>

⁴²⁶ <http://healthintelligence.drupalgardens.com/content/prevalence-diabetes-world-2013>

⁴²⁷ <https://www.novonordisk.com/content/dam/Denmark/HO/Sustainability/documents/blueprint/russia-blueprint-english-version.pdf.p.4>

⁴²⁸ http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/109195/E89992_chapter3.pdf

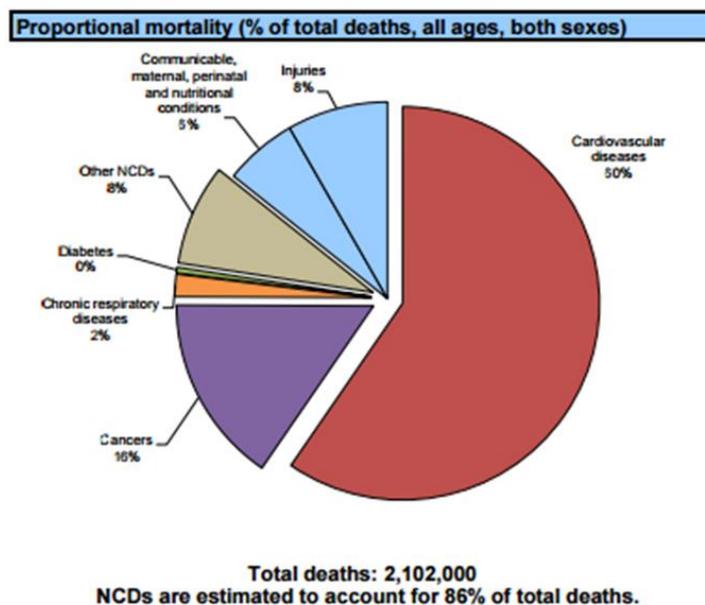
⁴²⁹ <http://www.theglobalist.com/russia-public-health-alcoholism/>

⁴³⁰ 同上

⁴³¹ 同上

医療資源の不足により、医療ケアを主要都市に集中させていることから、精神衛生ケアの環境整備は遅れている。精神疾患患者のプライマリケアを提供する外来専門クリニックは、2005年当時の318カ所から、2012年の277カ所に減少し、同時に治療の質・量ともに削減されている⁴³²。

図 28：ロシアにおける死因別死亡の割合（全年齢の男女）



注釈) 死因別死亡者の割合は、心血管疾患が50%、がんが16%、慢性呼吸疾患が2%、糖尿病が1%以下、その他非感染性疾患が8%、伝染病・周産期・栄養失調等が5%、怪我が8%。また、全死亡数のうち86%が非感染性疾患による死だった。

出典：WHO

上の図からも見て取れるように、ロシアにおける死因の大部分が心血管疾患であり、これには喫煙率の高さや飲酒、肥満、高血圧が大きく関係していると考えられる。心血管疾患やがん、肺疾患、糖尿病などの非感染性疾患を合わせると、ロシアの死因全体の約4分の3となる。心血管疾患は、男女とも早死の主な原因となっている。2010年の25歳から64歳の間の死亡率は、同世代の欧州の死亡率の約2倍であり、その主な要因は心血管疾患によるものであった。欧州諸国同様、ロシアでも、死亡や障害の主な原因は、高血圧、高コレステロール、喫煙、栄養不良（野菜・果物摂取量の欠乏、塩や脂肪の過剰摂取）、運動不足、体重過多／肥満、過剰飲酒である。少子高齢化が進むロシアにおいては、喫煙や飲酒、食生活などのライフスタイルの改善を促す政府の取組を行う必要があると考えられる⁴³³。

⁴³² <http://www.theglobalist.com/russia-public-health-alcoholism>

⁴³³ 第1章のデータを参照

3.11.2 政府の取組

<非感染性疾患予防のためのガイドライン>

近年、ロシアでは非感染性疾患の予防策として、様々な取組が行われている。2013年、国立予防医学研究センター（National Research Center for Preventive Medicine）とロシア全国心臓専門医協会（Russian National Association of the Cardiologists）が非感染性疾患の予防に関する国のガイドラインを発表した。このガイドラインには、早期予防に関する主要アプローチの2つである集団対策とハイリスク対策が具体的に記述されている。

これに先立ち、ロシア保健省（Ministry of Health）は2012年、WHOの非感染性疾患の予防とコントロールのためのアクションプラン2013-2020の目的と指標に沿って、2020年までの各州における医療発展プログラムを具体化した。このプログラムは、疾患予防、健康増進、プライマリケアの発展などのいくつかのサブプログラムで構成されている。主なリスク要因に関する特定の指標も作られた。その後、2012年から13年にかけて、ロシア全土の83地域で、疾患予防や健康増進、プライマリケア開発のサブプログラムを含む、それぞれの医療発展プログラムが策定された⁴³⁴。

<医療と医薬品への投資>

ロシアでは医療と医薬品への投資が積極的に行われるようになった。国内医薬品市場の活性化を目的とした「Pharma 2020プロジェクト」が2009年に発表された以後、国内の医薬品市場は2ケタ成長を維持している。

また、WHOが2012年に発表した、欧州諸国による人々の健康促進や健康格差の是正、また質が高く持続可能な医療基盤の構築をサポートする「Health 2020」に190億ドルを投入し、医療システムの改善に積極的に取り組んでいる。以下が、ロシアがPharma 2020プロジェクトとHealth 2020の主な取組である⁴³⁵。

- 2001年から2010年の間に国の医療関連支出は4倍に増額。
- アストラハンやハバロフスク、クラスノヤルスク、カリーニングラードの心臓センター、チュメニの神経手術センターの新設等、2010年までに約10億ドルを投資。
- 喫煙や過剰飲酒などの健康に悪影響を及ぼす習慣をやめさせるために予防医療サービスに投資し、2009年に全国キャンペーンを発足。
- 感染性疾患の広がりを抑制するため、2010年までに旧ソビエト全土に2,800万ドル以上を投資。
- GEヘルスケアとロシアの医療技術大手企業であるMeditinskiye Technologii社の共同事業によって、高度医療技術機器の国内生産を増やし、2010年9月には、国内で初めてCTスキャナーを生産。

⁴³⁴ http://eurheartjsupp.oxfordjournals.org/content/16/suppl_A/A84

⁴³⁵ <http://www.thinkrussia.com/policy-initiatives/russian-health-care-and-pharmaceutical-industry>

- 2009年から2010年にかけて、乳児死亡率を33%減らし、平均寿命を3年延ばすことに成功した。

<医療発展コンセプト（Healthcare Development Concept）2020>

「医療発展コンセプト2020」は、現役世代の死亡率を下げる目標を掲げ、特に外傷やアルコール中毒、乳児・母性死亡率を低減し、薬物依存、喫煙、危険飲酒、性感染症、結核、エイズなどの社会的衛生問題に対する効果的な対策の必要性を強調している。政府は、高度医療技術やプライマリケアの拡大、病院の患者収容数の削減、マネジメントの改善、医療施設と医師に対する治療報酬の新システムの導入、心臓センターの設置、保険適用範囲の拡大を重視している。以下が、「医療発展コンセプト2020」の2020年までの目標と狙いである⁴³⁶。

- 目標：
 - 2020年までに、合計死亡率を1,000人あたり11.4人まで減少
 - 2020年までに、出生時平均余命を74.3歳まで伸ばす
 - 2020年までに、母性死亡率を10万人当たり15.5人まで減少
 - 乳児死亡率を1,000人当たり6.4人まで減少
 - 2020年までに、10万人当たりの死亡率を、循環器関連疾病については622.4人、交通事故については10人、腫瘍・がんについては190人、結核については11.2人まで減少
 - 2020年までに年間アルコール消費量を一人当たり10リットル、成人喫煙率を25%、10代の喫煙率を15%にまで減少
 - 2020年までに、結核発症を10万人当たり35件にまで減少
 - 2020年までに、10万人当たりの医師数を44.8人まで増やし、医師一人当たりの看護師を3人まで増加
 - 2018年までに、医師と高度医療専門家の収入を各地域の平均収入の200%、その他医療専門家の収入を各地域の平均収入に見合ったものとする
- 狙い：
 - 健康的なライフスタイルの条件、可能性、モチベーションの創造
 - 医療システムの発展
 - 無料医療サービスの政府保証の明示
 - 強制医療保険制度（Mandatory Medical Insurance System 以下、OMS）における外来部門での医薬品供給の改善
 - 政府による医療費全額保証プログラムの資金源に関する効果的なマネジメントモデルの構築
 - 医療スタッフの質の向上を図るためのさらなる研修とモチベーションシステムの構築
 - 医療科学と革新の開発

⁴³⁶ <http://government.ru/en/docs/3348/>, http://www.adamsmithconferences.com/appdata/page/hospital-build-infrastructure-russia/HBRUSSIA_SnapShot.pdf

- 医療のIT化

3.11.3 国民のライフスタイルの変化と民間の取組事例

(1) 国民のライフスタイル・意識の変化

<ロシア経済悪化の消費者の健康への影響>

原油価格の下落等によるロシア経済の悪化を受け、2014年頃から可処分所得が減少したことにより、ロシア国民は医薬品への支出を絞り始めている。この節約傾向は広がり、より安価な治療法を求め、伝統的な民間療法で治せる程度の軽度の疾患には、診療を受けない場合も増えている。これは、成人の口内ケアや、睡眠補助薬、咳・風邪、皮膚疾患などにおいて特に顕著である。2015年の医療費は増加しているが、これは価格の大幅な上昇によるもので、医療に対する需要が増加した訳ではない。ロシア通貨は2014年末から2015年初めにかけて大幅に下落したが、この影響で、多くの医薬品を輸入に依存しているロシアでは、価格が大きく上昇した⁴³⁷。

<市販薬市場>

ロシアでは、多くの医薬品ブランドが市販薬市場を確立し、長年安定した業績を収めている。2015年、Novartis Consumer Health や OTCPharm などの既存の大手医薬品ブランドが市販薬市場で首位を維持した。多くの医薬品ブランドが長年、国民の信頼を得てきた。ロシア人の多くは、なじみの薄いブランドの商品を試しに購入するということがあまりないようである。医薬品の購入先は、法的な規制もあることから、薬局であることが一般的だが、ビタミンやダイエットサプリメントの販売に関しては、インターネットによる直接販売の割合も大きくなってきた。2015年7月1日からインターネットによる医薬品の販売が法的に禁止され、医薬品の遠隔販売は、今のところ法で認められていない。医薬品市場は、為替レートや原油価格といった国全体を取り巻くマクロ経済環境に強い影響を受ける。経済情勢が芳しくない状況下においては、消費者の節約志向が強くなり、より安価な、国内産のジェネリック薬品に対する需要が高まると予想される。なお、小児科に関連する商品は、子供の親が節約に走ることは少なく、経済環境の低迷が市場を左右するということが少ない分野である⁴³⁸。

<オーガニック市場の成長>

近年ロシアではオーガニック食品市場が活性化している。2012年、ロシアでのオーガニック食品の販売は1億4,800万ドル、前年比7.8%増であった。ロシアには有機認証システムが存在しないことから、今後のオーガニック食品の需要拡大がいつまで、どの程度進んでいくかどうかは不透明だが、ロシアの積極的なオーガニック食品生産者は、欧米などの海外の認証団体からオーガニック認証を取得したり、価格面では高くつくが海外から輸入したりする。ロシアの政府と業界は2012年

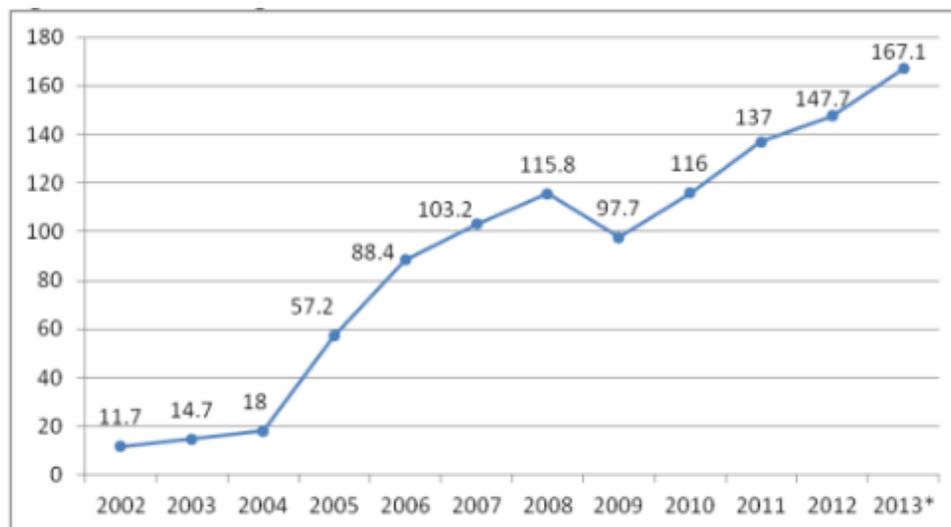
⁴³⁷ <http://www.euromonitor.com/consumer-health-in-russia/report>

⁴³⁸ 同上

11月、ロシア農業省によって提出された有機農産物の生産に関する法律の起草に協力して取り組んだ。2015年には、有機農産物の生産に関する法案が提出され、ロシアのオーガニック市場の発展を促し、オーガニック食品を購入する消費者に対してのベンチマークとなることが期待された。2013年に1億6,700万ドルであったオーガニック食品の販売額は、2015年には2億2,500万ドルに成長し、新商品の開発や流通の改善、需要の拡大も同時に見込まれる⁴³⁹。

図 29：ロシアでの有機農産物の販売額の推移

2002～2013年（単位：百万ドル）



Source: Euromonitor International from trade sources/national statistics

*- Forecast

出典：Gain Report, USDA Foreign Agricultural Service⁴⁴⁰

オーガニック加工食品は、健康食品のカテゴリーの中では最も小さく、2012年の時点で小売り加工食品の中に占める割合はわずか0.2%である⁴⁴¹。ロシアのオーガニック食品市場はまだ発展の初期段階ながら、今後の成長が期待されている。

(2) 民間セクターの取組

<健康長寿市場>

ロシアでは近年、健康意識の高い消費者が増加し、健康的なライフスタイルを送ろうとする人が増加している。この動きは欧州から入ってきたと考えられ、可処分所得が高い層が多く欧米の流行に敏感なモスクワやサンクトペテルブルクなどの大都市で多くみられる。ロシアの健康長寿市場の

⁴³⁹

http://gain.fas.usda.gov/Recent%20GAIN%20Publications/Russian%20Organic%20Market%20Continues%20to%20Grow_Moscow%20ATO_Russian%20Federation_2-15-2013.pdf

⁴⁴⁰ 同上

⁴⁴¹ 同上

発展は2014年も続いた。健康長寿市場は、消費者の意識が高まるにつれて長期的な成長が見込まれており、多くのセクターは未発達の段階にあるため、今後の成長の余地は大きいと考えられる。

健康長寿食品・飲料市場はまだ新しく小規模ながら非常に売れ行きがよく、2ケタ成長で伸びている。消費者が健康的なライフスタイルに強い関心を抱くことは、健康長寿商品の開発に好循環となり、消費者の嗜好に合わせようとする企業は、自社の食品・飲料を、健康長寿基準を満たす商品に改良すべく取り組んでいる。多国籍企業は2014年、健康関連の食品・飲料で好調な売れ行きを維持した。これは、これら大手企業がロシア市場において大きな存在感を示し、投資力と確立した流通チャンネルを持っていることに加えて、ロシアでは取得ができない国際的な有機認証を受けている製品を揃えていることが大きい。国内企業の一部には取組が見られるが、国際的な企業と競うまでには至っていない。なお、健康長寿商品の主要な販売チャンネルはスーパーマーケットであるが、コンビニエンスストアなどの近代的な小売りも、新たな健康長寿小売りチャンネルとして成長してきている⁴⁴²。

<ファストフードチェーンの参入>

1990年代にロシアに進出したマクドナルドは長年、ロシア最大手の米国ファストフードチェーンで、2015年4月の時点で492店舗を運営している。しかし、他のチェーンも参入し始め、バーガーキングはショッピングモールのフードコートを中心に22店舗、Carl's Jr.がサンクトペテルブルクとノボシビルスクで17店舗、ウェンディーズが2店舗を運営している（ウェンディーズは2020年までに180店舗を計画している）。サブウェイは、いくつかのフランチャイズと提携して200店舗を開き、ケンタッキーフライドチキン、ピザハット、タコベルを持つYum Brandsは、Rostik's-KFCブランドのチキンレストランチェーンとイタリアン系のIl Patioの合計350店舗を運営している。

ロシアは2014年時点のGDPで世界第10位であり、消費者の所得は上昇しているものの、世帯当たり平均収入は7,276ドルと、米国の43,539ドルには遠く及ばない。しかし米国人と異なる点は、所得税は一律13%、大部分のロシア人は1990年代の大規模な住居マンションの私有化によって住宅ローンの返済がなく、原則、医療費も無料ということから、高額な医療費や多額の借入金に苦しむことはほとんどなく、所得の割に可処分所得が大きい。そのため、ファストフードチェーンは米国よりも高価格に設定でき、Wendy'sは、平均客単価が米国では6.50ドルなのに対して、ロシアでは8.92ドルに設定している。米国ケンタッキー州を本拠地とするPapa John'sのピザ「the works」は、米国で14ドルだが、モスクワでは21.62ドルの価格設定となっている⁴⁴³。

<薬草・民間薬製品>

ロシアでは化学薬品を用いていない薬草・民間薬製品の人気がある。2015年、薬草・民間薬製品は8%の成長を記録し、358億ルーブル（1ルーブル=約1円44銭 2016年2月9日時点）に達した。ロシアでは古くから利用されているが、化学薬品ベースの健康商品よりも副作用が少なく、効果的

⁴⁴² <http://www.euromonitor.com/health-and-wellness-in-russia/report>

⁴⁴³ <http://www.blueridgenow.com/article/20110803/ZNYT01/108033013?p=1&tc=pg>

で、体に優しいと考えられていることから、消費者に支持されている。しかし、経済低迷にともなう消費者の節約志向により、2015年の成長率は前年を下回っている。有力企業には、ロシア全土で販売されている Halls ブランドで有名な Mondelez Rus、Fitolax ブランドを販売する Evalar、Novo-Passit ブランドを展開する PGT Healthcare などが挙げられる。薬草・民間薬製品は今後年平均 4%増で拡大していき、2020年には 435 億ルーブルに達すると見込まれている⁴⁴⁴。

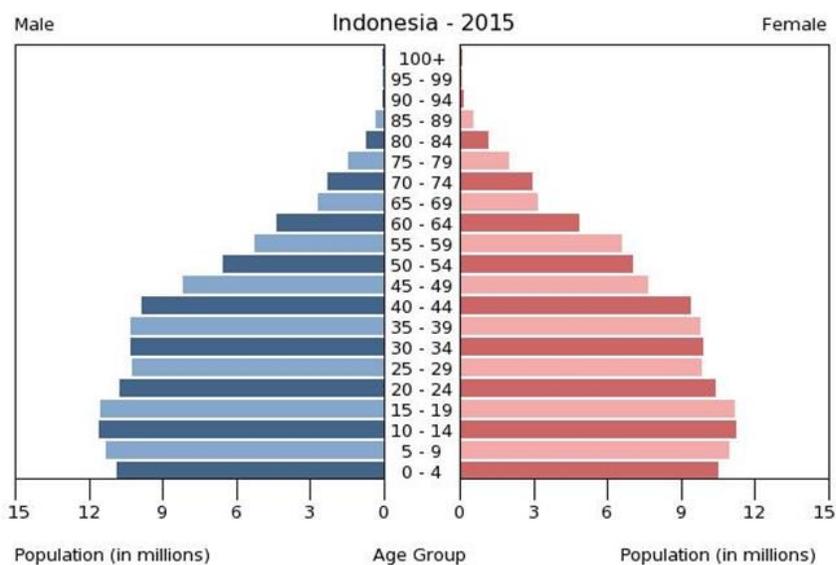
3.12 インドネシア

3.12.1 健康長寿に関する課題

(1) 高齢化

インドネシアにはまだ、日本や他の先進国、その他一部新興国にみられるような高齢化の波は押し寄せておらず、65歳以上の割合は 6.622%とまだ低めである。インドネシアの人口は、2015年の推定で 2 億 5,599 万人と世界第 5 位、年齢の中央値は 29.6 歳である。下の図から見て取れるように、30~40 代よりも、20 代以下の層に厚みがある。インドネシアの人口動態は、人口規模が大きく、若年層に厚みがある典型的な途上国型であり、今後しばらくは生産人口の割合が高い状況が続くと予想される⁴⁴⁵。

図 30：インドネシアの年齢別人口構成



注：左が男性、右が女性、単位は 100 万人。中央の数値は 5 歳刻みの年齢層。

出典：CIA⁴⁴⁶

⁴⁴⁴ <http://www.euromonitor.com/herbal-traditional-products-in-russia/report>

⁴⁴⁵ <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/id.html>

⁴⁴⁶ 同上

インドネシアの家族計画はこれまで、イスラム指導者の協力もあり、他国からも参考にされるような成功を収めてきたが、近年は行き詰まりをみせ、計画実施体制の見直しを迫られている。例えば、同国の母性死亡率は10万人あたり190件で停滞しているほか、人口の30%を占めるとも言われる若者の間で性行動の早期化・活発化や違法中絶、HIVの感染拡大などが問題化している。1967年には5.6あった特殊出生率は、これまでに2.6にまで減少したものの、インドネシア政府は2025年までに2.1まで下げ、国民のより計画的な家族設計を促すことを目的としている。しかしながら、児童婚を含む早期の結婚を是とし、また政府は未婚の若者の避妊を支援するべきでないという立場を取る伝統的なイスラム教の価値観もあり、同国の家族計画の改善や若者の間で広まる健康問題への対策には、引き続き国内の議論や検討が必要という状況である⁴⁴⁷。

またインドネシアでは、力強い経済成長の恩恵もあり、1999年の24%から、2013年の11.4%へと、ここ20年ほどで貧困率は大きく改善されてきたが、国際的な貧困ラインをギリギリ上回る程度で生活している国民が多数いる事が問題となっている。2013年時点では、2,800万人が月に25ドル以下で生活しており、6,800万人もそれを若干上回る程度の生活環境で生活している。世界銀行によれば、これらの貧困層の中には、数年ごとに貧困ラインの上下をさまよう者も多く、引き続き貧困対策が必要となっている。一方で、近年中間層も増加しており、米Boston Consulting Groupの調査によれば、2013年のインドネシアの中間・富裕層は7,400万人であり、2020年までには1億4,100万人に達する可能性もある⁴⁴⁸。

インドネシアでは中間層以上の家庭はメイドを雇用することが多く、高齢者の介護もメイドの助けを借りて自宅で家族が行うことが一般的である。このため、今後の高齢化に備えて介護保険等の制度の必要性が一般に認識され整備されていくにはまだ時間がかかると思われる。インドネシアの年金制度は、一部の民間企業や公務員などの制度として限定的に存在する。

(2) 肥満

<急増する体重過多・肥満人口>

近年インドネシアでは、体重過多及び肥満人口が急増している。インドネシアでの体重過多⁴⁴⁹の成人の割合は、2007年の12%から2010年には21%へと急増した。また、体重過多人口のうち、約半数がBMI30以上の肥満である。ただし、これは低めの報告であると見られている。これは、脳卒中、高血圧症、糖尿病といった非伝染性疾患（NCD）による死亡の増加とも関連しており、同国保健省によると、2007年の成人の死因の60%がNCDであり、1995年の同41%から増加している⁴⁵⁰。

⁴⁴⁷ <https://www.devex.com/news/indonesia-s-family-planning-program-from-stagnation-to-revitalization-84387>

<http://jakartaglobe.beritasatu.com/news/indonesian-youths-want-heard-family-planning/>

⁴⁴⁸ https://www.bcgperspectives.com/content/articles/center_consumer_customer_insight_consumer_products_indonesias_rising_middle_class_affluent_consumers/

⁴⁴⁹ 体重過多：BMI 25 以上（肥満を含む）、肥満：BMI 30 以上

⁴⁵⁰ <http://www.pressreader.com/indonesia/the-jakarta-post/20150407/282432757668417/TextView>

肥満やNCDの増加は、高脂肪でバランスの悪い食事や運動不足が主な原因とされる。また、ここ数十年の大きな社会変化によって食生活も変わり、昔は主に自宅で食事をしてきた家庭も、現在は外食が増えたり、栄養面で必ずしもバランスのとれていない食品を口にすることが多くなっている。ファストフード店の人気や、急速な経済成長に伴いファストフード店を利用できる層が増えたこと、あまり歩かないような生活スタイルにより運動量が不足するようになったことなどが、肥満やNCD増加の背景にある。学校や家庭レベルでの健康的な食生活を推進することが、将来に向けた大きな投資となる⁴⁵¹。

<ジャカルタで子どもの肥満が増加>

2014年上半分に発表された保健省の調査結果によると、首都ジャカルタにおける肥満の子ども（5～12歳）の割合は、2010年の12.8%から2013年の30.1%へと急増した（なお、全国平均は18.8%であった）。ある栄養士によれば、4歳の子どもが栄養過多により胆石になった例があるという。また、子どもの肥満は中間・上流家庭に限らず、貧困層の間にも増えており、街頭で販売される脂肪分の多い食物や甘味飲料を子どもに与えすぎることが原因になっているという⁴⁵²。

子どもの誕生日パーティーをファストフードチェーン店で開くケースが増えてきている。父親の中には、高学歴でファストフードが健康に悪い影響を及ぼすことを知っているが、利便さや子どもが好むからといった理由で、パーティー会場にファストフード店を選ぶ者もいる。子どもが野菜や果物を拒否し、明らかに肥満体質または運動不足であることを認識していても、正そうとしない親も多い。インドネシアで子どもの肥満が増加している背景には、こうした事情もあると思われる⁴⁵³。

ジャカルタ保健局では、各学校と協力して、肥満の兆候が見られる子どもの親に注意喚起するなどのほか、学校の売店で健康的な食物を販売するよう呼びかけている。しかし、最終的に子どもの肥満問題対策は、両親にかかっているという。子どもの肥満は、将来的に心臓や脳の疾患につながるおそれがあると懸念されている⁴⁵⁴。

(3) その他

<喫煙>

インドネシアでは、喫煙は文化の一部であり、家庭において食費の次に消費している項目となっているため、相応に関連する健康問題が発生している⁴⁵⁵。インドネシアはWHOの「たばこ規制枠組み条約（WHO Framework Convention on Tobacco Control）」を批准していないため、批准国に比べ、たばこ規制には消極的と言えるが、2009年よりたばこの広告や販売促進等に対する規制が導入され

⁴⁵¹ <http://www.pressreader.com/indonesia/the-jakarta-post/20150407/282432757668417/TextView>

⁴⁵² <http://www.thejakartapost.com/news/2014/10/16/high-prevalence-child-obesity-jakarta-sparks-concerns.html>;
<http://www.pressreader.com/indonesia/the-jakarta-post/20150407/282432757668417/TextView>

⁴⁵³ 同上

⁴⁵⁴ 同上

⁴⁵⁵ <http://www.theguardian.com/world/2012/mar/22/indonesias-smoking-epidemic>

ている。例えば、公共交通機関や医療機関、教育機関や職場などでの喫煙は禁止されており、またテレビにおけるたばこのコマーシャルは、午後 9 時～午前 5 時にかけてのみ放送が許可されている。これらの規制は、インドネシア政府が主導しているが、実際の施策や措置を展開していくにあたっては、地方自治体の協力も必要であり、中央政府と地方自治体間の連携が課題となっている⁴⁵⁶。

インドネシアでは民主化に伴い、たばこの規制を提唱するロビー団体の活動も活発化しており、近年はたばこ規制に向けた取組が更に加速している。2015 年 5 月には、一般的に通常のたばこよりも健康への影響が少ないとされる電子たばこを規制する動きも見られ始めており、規制の動きが活発となると同時に、大手たばこメーカーの近年の売り上げが急速に下落しているという報道もある。しかしながら、たばこメーカーは引き続き、強力な政治力やリソースを有しており、インドネシアのたばこ規制に向けた動きは、今後も政治色の強い議題として議論されていくと考えられる⁴⁵⁷。

<非感染性疾患>

ここ数十年間で、インドネシアは見事な経済成長を遂げている。一人当たり GDP は急激な増加を見せており、米 CIA によれば、2015 年には 1 万 1,300 ドルに達している。同時に、平均寿命も大きく伸びてきた⁴⁵⁸。

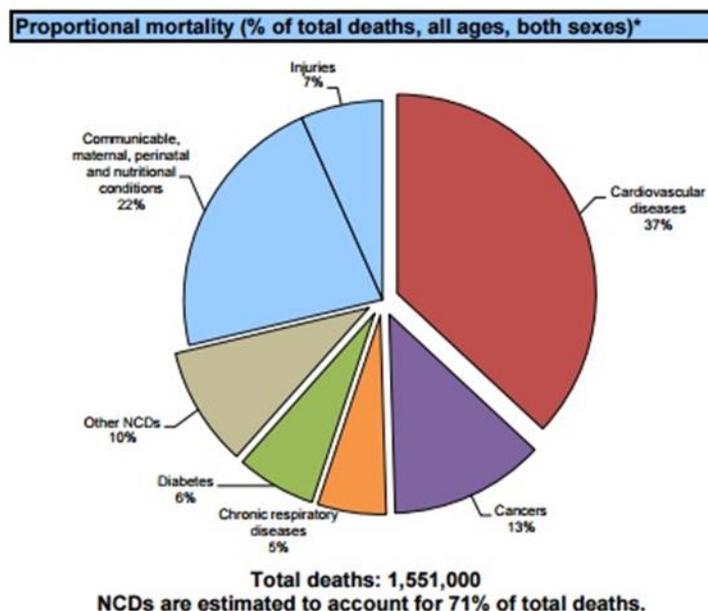
しかしながら、これらの経済成長と同時に、疫学的な変化が起こっているのも事実である。これまで感染症や若くして命を落とす割合が比較的多かったが、寿命が伸びるにつれて非感染性疾患による死亡の割合が増加してきた。WHO によると、インドネシアにおける非感染性疾患による死亡率は、2004 年の 50.7%から 2014 年には 71%にまで増加した。下の図に、2012 年のインドネシアにおける特定死因死亡比（年齢、男女を問わず全死亡数からの割合）の内訳を表している。

⁴⁵⁶ <http://www.tobaccocontrolaws.org/legislation/country/indonesia/summary;>
https://treaties.un.org/pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtdsg_no=IX-4&chapter=9&lang=en

⁴⁵⁷ <http://www.insideindonesia.org/challenging-times-for-big-tobacco-4>

⁴⁵⁸ <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/id.html>

図 31：インドネシアにおける死因別死亡者の割合



注釈) 死因別死亡者の割合は、心血管疾患が 37%、がんが 13%、慢性呼吸疾患が 5%、糖尿病が 6%、その他非感染性疾患が 10%、伝染病・周産期・栄養失調等が 22%、怪我が 7%である。また、全死亡数のうち 71%が非感染性疾患による死だった。

出典：WHO⁴⁵⁹

インドネシアにおいて最も多く見られる非感染性疾患は心血管疾患、がん、慢性呼吸器疾患、そして糖尿病である。同国において特に糖尿病は大きな懸念材料であり、2030年までに同国の糖尿病患者は2013年の760万人から1,180万人にまで増加すると予測されている。糖尿病患者の数は年平均6%程度のペースで増加していく見込みで、これは同国における人口増加率である0.92%（2015年、CIA統計データ）を大幅に上回っている。また、非感染性疾患にかかるコストも膨大である。ハーバード大学の研究チームによると、心血管疾患、がん、慢性呼吸器疾患、糖尿病、そしてメンタルヘルスの5大非感染性疾患は、2012年から2030年にかけて同国に約4.5兆米ドル相当の損失を与えると算出されている⁴⁶⁰。これは、2012年の同国のGDPの約5.1倍の額であり、2013年度（2013年1月1日～2013年12月31日）の医療関連歳出の170倍に相当する。これらの非感染性疾患において、コストには差があり、上の図から見て取れるとおり、心血管疾患（Cardiocascular disease）は上記5大NCDがもたらすGDP損失のうち最大の39.6%を占めている。次いで、精神疾患（Mental health）が21.9%、呼吸器疾患（Respiratory disease）が18.4%である⁴⁶¹。

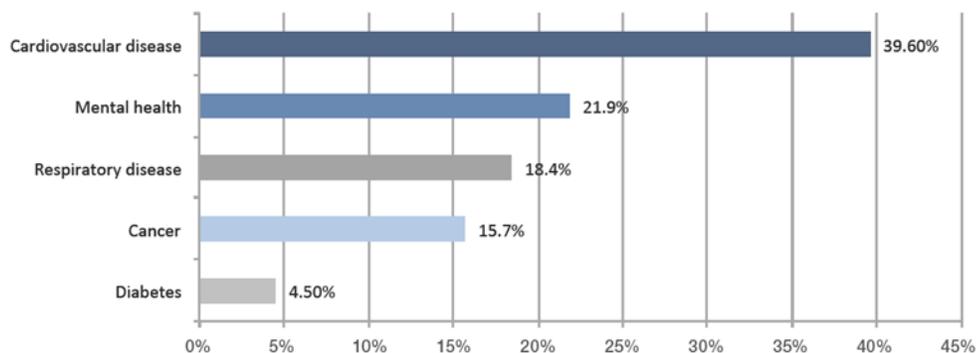
⁴⁵⁹ http://www.who.int/nmh/countries/idn_en.pdf

⁴⁶⁰ http://www3.weforum.org/docs/WEF_The_Economics_of_non_Disease_Indonesia_2015.pdf, p.5, p.7~8

⁴⁶¹ http://www3.weforum.org/docs/WEF_The_Economics_of_non_Disease_Indonesia_2015.pdf, p.8

図 32：インドネシアの 5 大 NCD とそれらが同国に与える経済的損失の内訳

Figure 2: Contribution of each disease to overall loss of GDP output, Indonesia 2012-2030



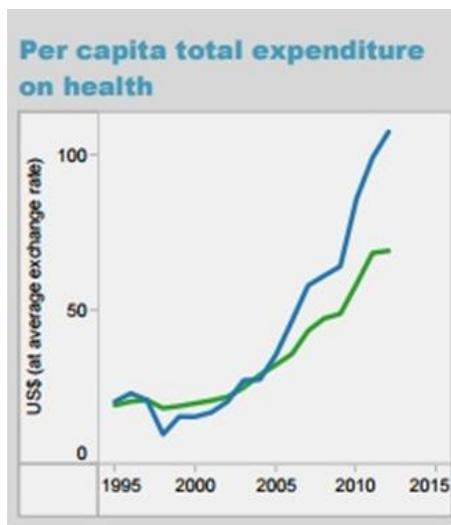
注) 2012～2030 年の間、5 大 NCD がもたらす GDP 損失のうち、心血管疾患 (Cardiovascular disease) を要因とするものが 39.6%、精神疾患 (Mental health) が 21.9%、呼吸器疾患 (Respiratory disease) が 18.4%、がん (Cancer) が 15.7%、糖尿病が 4.5% を占めている。

出典：World Economic Forum⁴⁶²

下の図はインドネシアにおける国民一人当たりの医療関連支出の推移を表している。2000 年代半ばから医療関連費用の急増が見られ、他の東南アジア諸国を徐々に上回り引き離している。世界保健機関 (WHO) のデータによると、インドネシア国民 1 人当たりの医薬品支出額は、2003 年の 18 米ドルから、2010 年には約 7 倍の 125 米ドルに急増した。

図 33：インドネシアの国民一人当たりの医療関連支出の推移 (米ドル)。

青：インドネシア、緑：WHO 定義の東南アジア地域



出典：WHO⁴⁶³

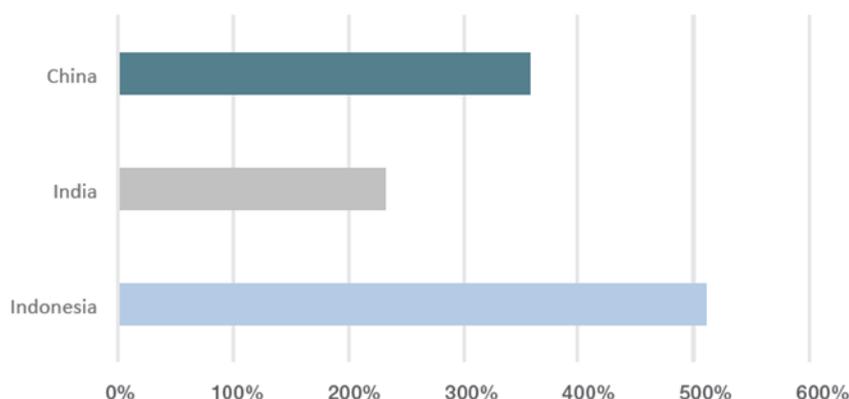
⁴⁶² http://www3.weforum.org/docs/WEF_The_Economics_of_non_Disease_Indonesia_2015.pdf, p.8 Fig.2

⁴⁶³ <http://www.who.int/gho/countries/idn.pdf?ua=1>

また、インドネシアにおける5大NCDがもたらす経済損失の影響度は近隣諸国よりも大きいものになっていると考えられている。下の図は、インドネシア、インド、中国において非感染性疾患によって失われた損失額のGDP比を比べたものである。

図 34：インドネシア、インド、中国にて非感染性疾患によって失われた損失額のGDP比の比較

Figure 7: Comparison of lost output as a percentage of 2012 nominal GDP



出典：World Economic Forum⁴⁶⁴

インドネシアはインドに比べ、GDP比でも絶対額でも大きな損失を計上している（インド4.32兆米ドルに対しインドネシア4.47兆米ドル）。3か国の中では、絶対額では中国の被害が最大の29.4兆米ドルだが、GDP比で見ればインドネシアの被る損失のインパクトは中国を凌駕する⁴⁶⁵。

<医師不足>

インドネシアが直面している最重要課題の一つが医師不足である。WHOによれば、インドネシアの人口に占める医療従事者割合は、国民1,000人当たり0.20人（2012年）であり、マレーシアの1.19人（2010年）や米国の2.45人（2011年）と比べると、医師不足が深刻であることが分かる⁴⁶⁶。インドネシア政府の2013年時点での目標は、医師の合計数を8万8,000人から10万人に増加させることだったが、これでも医師一人が2,500人を担当することになり、他国に比べて医師不足が問題であることは変わらない⁴⁶⁷。医師不足により、インドネシア国民の多くが医療へのアクセスを有しておらず、またカバー範囲の改善という点においても大きな壁として立ちはだかっている。また、同国の過疎地域となると事態はさらに深刻で、需要の多い医師らは過疎化した地域に移動し新たに

⁴⁶⁴ http://www3.weforum.org/docs/WEF_The_Economics_of_non_Disease_Indonesia_2015.pdf

⁴⁶⁵ http://www3.weforum.org/docs/WEF_The_Economics_of_non_Disease_Indonesia_2015.pdf, p.9

⁴⁶⁶ <http://apps.who.int/gho/data/node.main.A1444>

⁴⁶⁷ <http://www.globaltimes.cn/content/771149.shtml> なお、この記事の中では、2013年時点のインドネシアの医師1人当たりの患者数を3,500人と見積もっており、WHOの統計とは大きな差が見られることを、念のため注意点として追記する。

クリニックを開くインセンティブを有していないというのが現状である⁴⁶⁸。前述のとおり、インドネシアにおいて肥満や糖尿病などの生活習慣病に悩む人口が増加しているにも関わらず、十分な治療を提供する医療機関が不足していることから、都市部では海外資本による医療施設の建設が相次いでいる。

3.12.2 政府の取組

(1) 健康長寿に関する主な取組

<高齢者に関する政策>

インドネシア政府は、高齢者に関する国家行動計画（2003～2008年）を策定し、5年ごとに改定している⁴⁶⁹。また、関連法令として「高齢者福祉法 1998年第13号」、「高齢者福祉の促進の取組実施に係る政府規則 2004年第43号」がある。高齢者政策に対応する省庁は、国民福祉調整担当大臣府（CMPW）、社会省（MoSA）、保健省（MOH）などである。インドネシアの高齢者で年金を受け取れるのは25%にすぎず、残りの75%はインフォーマルセクターに従事し老後の保障がない状態である。人口の半数近くが農村部の住民であり、インドネシア全体の経済発展の恩恵を受けることができておらず、特に女性は社会的にも不利な立場にある⁴⁷⁰。こうした層に属する高齢者への支援は、政府が取り組むべき大きな課題となっている⁴⁷¹。また、国レベルでの高齢者ケアの基準作り、ケアの質の確保に向けた基準作りも優先課題である。

(2) その他の法律・政府による取組

<皆保険の確立に向けた取組>

インドネシアは、現在皆保険制度の導入を進めているところである。2004年に法律が成立し、医療業界からの反対などもあって施行が遅れていたが、労働者組合らによる政府に対する法律の施行の訴えがあり、2014年によく導入が始まった。2014年時点で約半数の国民が既に保険の対象に組み入れられており、約半数のインドネシア国民がヘルスケアプランによってカバーされる予定であり、2019年までには全国民がカバーされる予定である。全国民をカバーする場合のコストは約150億米ドルにのぼると予測されており、国民一人当たり年間60米ドルの負担が必要となるほか、インドネシア政府予算の15%も投入される。しかし、同プログラムを維持するための費用負担が大きいため、現実的には、部分的な導入にとどまるのではないかと見る向きもある⁴⁷²。

⁴⁶⁸ <http://documents.worldbank.org/curated/en/2014/09/20286298/production-transportation-performance-physicians-nurses-midwives-indonesia-update>

⁴⁶⁹ <http://ageingasia.org/ageing-population-indonesia/>

⁴⁷⁰ 同上

⁴⁷¹ <http://www.thejakartapost.com/news/2015/08/15/indonesia-70-prepare-aging-population.html>

⁴⁷² <http://www.csmonitor.com/World/Asia-Pacific/2014/0310/Indonesia-launches-world-s-largest-health-insurance-system>

3.12.3 国民のライフスタイルの変化と民間の取組事例

(1) 国民のライフスタイルの変化

インドネシアにおいては、主に中間層から富裕層の間で日々の食事や飲料の購入における健康意識が高まっている。高級健康食品などの購買力を有する層は同国において少数であるが、それでもなお他の数百万人の消費行動に大きな影響を与えているはずである。短期的には健康長寿関連グッズがカギを握りそうだ。特に、栄養強化・機能性食品はインドネシア国内で徐々に人気を博しており、お腹を満たすこと以外の恩恵を与えてくれるそれらの食品はインドネシア国民にとって魅力的に映ると見られる⁴⁷³。

<インドネシア人は砂糖と油ものを嗜好>

インドネシアの肥満人口は増加の一途を辿っているが、国民の食生活も肥満を生み出す大きな要因の一つである。わずか1世代前には、インドネシアの学校のクラス20人のうち1人も肥満の生徒はいなかったものだが、今日首都ジャカルタの学校に行けば生徒の2割が体重過多だと言われている⁴⁷⁴。

肥満の問題と同時に、インドネシアでは栄養不足も引き続き問題になっているが、カロリー不足というだけでなく、たとえば、果物を食べると風邪をひくという迷信や、お茶を食事と一緒に摂ることにより鉄分の吸収が阻害されるといった誤った習慣も原因となっている。砂糖と脂肪分の過剰摂取が子どもの肥満の大きな原因であるが、特に砂糖については科学者や活動家の間で「新しいニコチン」と呼ばれており、依存性があると見られている。外食の飲み物や食事には砂糖が添加されており、その味に慣れた消費者は、甘さが足りなければクリームをつけるほどになっている⁴⁷⁵。

<ジャカルタの健康、スポーツブーム>

近年、インドネシアの大都市において、サッカーワールドカップなどのイベントに刺激されて、スポーツに親しむ人口が急増している。インドネシアは人口の中央値が約28歳と若いこともあり、スポーツ用品関連市場としても注目されている。オフィスでの仕事は不健康であるという認識の高まりと可処分所得の増加につれ、ジャカルタなどの都市住民の間でジムの会員はますます増加しており、Fitness First、Celebrity Fitness、Gold's Gymといったフィットネスクラブが急拡大を続けている。ボディビルディング、ヨガ、ピラティス、エアロビクスも人気が高まっている。ジム以外では、サッカーが国民的スポーツとしての位置をバドミントンから奪った。欧州チームなどのファンが増えており、関連グッズの売上げ増も期待される。ランニングやサイクリングにも熱心な愛好者がおり、車の通行が禁止される日曜日の数時間には、SNSを通じて集まった愛好者が街路に溢れる。ランニングはインドネシアで最も急拡大しているスポーツと思われる。

⁴⁷³ <http://www.euromonitor.com/health-and-wellness-in-indonesia/report>;
[http://www.gbgindonesia.com/en/manufacturing/article/2014/sportswear to be a winner in indonesia 11079.php](http://www.gbgindonesia.com/en/manufacturing/article/2014/sportswear%20to%20be%20a%20winner%20in%20indonesia%2011079.php)

⁴⁷⁴ <http://www.thejakartapost.com/news/2015/01/17/indonesia-s-addiction-sugar-and-fat.html>

⁴⁷⁵ 同上

世界4位の人口とさらに拡大が予想される中間層の可処分所得増加を考えると、インドネシア地元企業との競争や、輸出手続きや関税・付加価値税、政府の輸入品規制といった障壁はあれども、スポーツウェアの電子商取引も含め、今後の成長には大きな期待がかかる⁴⁷⁶。

(2) 民間セクターによる取組

<過疎地域における健康推進>

農村・過疎地でビジネスを営む企業にとって、その地域での医療水準が低いことが大きな問題になっている。インドネシアでは、農村・過疎地域の住民にいかにして医療へのアクセスを提供するかは大きな課題である。インドネシアでは医療リソースが限られているため、これまで政府が国民に対してサービスを提供することは不可能であり、過疎地域住民にはまともなケアが提供されてこなかった。政府に代わって、過疎地域において活動する企業の多くが、純粋に慈善活動として、またはより円滑なビジネス運営を図るため、地元の医療資源の拡大にこれまで寄与してきた。炭鉱業者や天然資源関連の企業らは、基本的な医療施設への貢献度で非常に高く評価されている。これらの企業の取組の背景には、それぞれ運営する地域において人手を確保しなければならないという事情がある。もし、自らがビジネス活動を行う地域が伝染病や地域特有の病気などに見舞われた場合には、人手不足による生産性の低下により運営ができなくなるリスクがあり、政府よりも、こうした地域開発に従事する企業が主導する形で医療施設への投資が行われている⁴⁷⁷。

<健康ブームの新ビジネス>

近年、インドネシアでは、料理の宅配ビジネスが盛んになっている。家で食事を作るのは面倒だが、ひどい渋滞のなかわざわざ自動車を運転してまで食事に出たくないという層をターゲットとしている。今では料理の宅配は首都ジャカルタのライフスタイルといわれるほど一般化している。サービス内容は、週または月ごとに契約し、ジャカルタ市内であれば無料で配送するというものである。オフィス街からのオーダーが多く、契約者は順調に増えているという⁴⁷⁸。

3.13 カンボジア

3.13.1 健康長寿に関する課題

カンボジアの全人口は2015年7月で1,570万人とみられ、その内訳をみると若年層が大きな割合を占めており、14歳以下の国民は全体の約31%で、15歳以上24歳以下の人口割合と合わせると国民の約半分が24歳以下となる。さらに、65歳以上の高齢者の割合は4%と非常に低く、中央年齢も24歳と非常に若い。但し、国民の平均寿命は64.1歳（男性：61.7歳、女性：66.7歳）と低く、世界

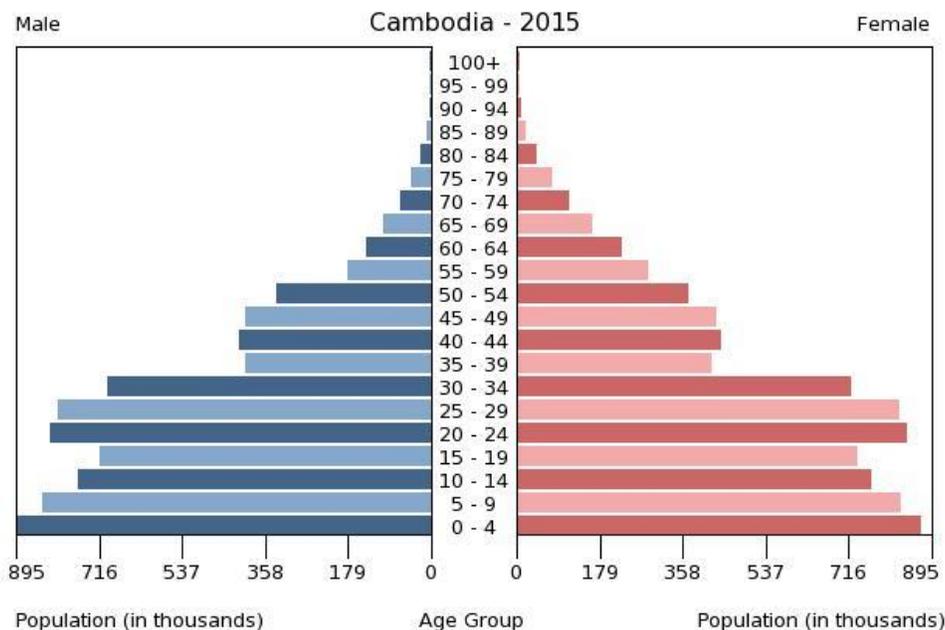
⁴⁷⁶ [http://www.gbgindonesia.com/en/manufacturing/article/2014/sportswear to be a winner in indonesia 11079.php](http://www.gbgindonesia.com/en/manufacturing/article/2014/sportswear%20to%20be%20a%20winner%20in%20indonesia%2011079.php)

⁴⁷⁷ <http://www.thejakartapost.com/news/2015/08/18/tackling-health-problems-remote-areas-with-csr.html>

⁴⁷⁸ <http://www.thejakartapost.com/news/2015/05/09/jakartans-food-delivery-service-frenzy.html>

の諸国の平均寿命順リストをみると 190 位となっている⁴⁷⁹。下記の図はカンボジアの人口構成の内訳を示している。

図 35：カンボジアの人口構成



注：左が男性、右が女性、単位は 100 万人。中央の数値は 5 歳刻みの年齢層。

出典：CIA

<新生児の死亡率>

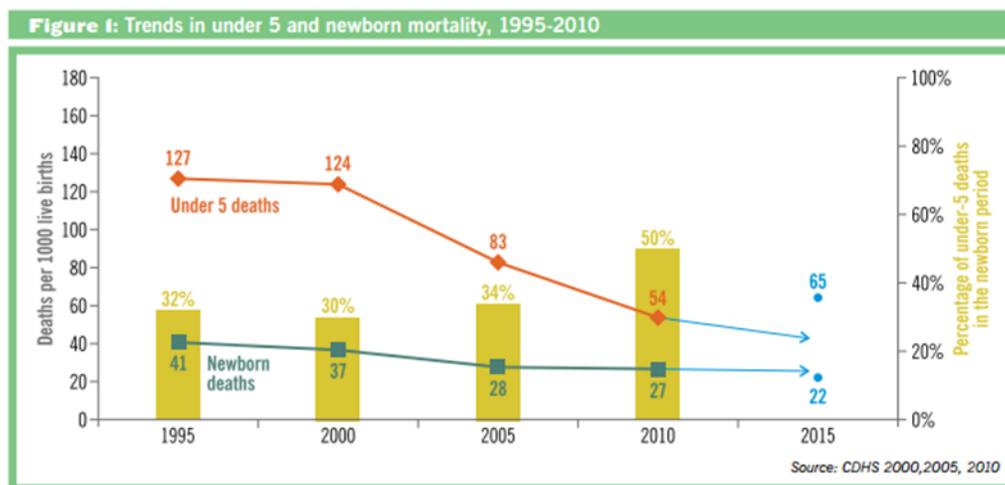
世界保健機関（WHO）など国際的な保健機構が 2014 年に発表した報告書のなかのカンボジア保健省のデータによると、1995 年から 2010 年の間で、カンボジアの 5 歳未満児の死亡率は、出生数 1,000 人当たり 127 人から 54 人と、54%減少した。また、国連小児死亡率推定のための機関間グループ（UN Inter-Agency Group for Childhood Mortality Estimation）による 1990 年から 2012 年の間の 5 歳未満児の死亡率推計では、出生数 1,000 人当たり 116 人から 40 人へと、66%減少している。両データから、カンボジアはミレニアム開発目標（Millennium Development Goals 以下、MDGs）である 1,000 人当たり 65 人を達成し、国際目標の 39 人も達成する方向である。

しかし、出生時に発生する 5 歳未満児の死亡割合は上昇しており、2010 年には 5 歳未満児の死亡の半分以上を占めていた。新生児の死亡は、分娩時と分娩後 24 時間以内に発生している場合が多く、死因の回避や治療に必要な医学、教育等の環境整備が重要だとされている。特に、農村部では新生児の死亡がより一層顕著である。農村部の子供は、都市部の子供よりも、出生時に死亡する確率が 3 倍高く、所得階層の下位 20%に属する世帯層の子供は、同上位 20%に属する世帯層の子供よりも、

⁴⁷⁹ <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/cb.html>

5歳の誕生日前に死亡する確率が3倍高く、プレアヴィヒラ（Preah Vihear）やモンドルキリ（Mondol Kiri）の子供は、首都プノンペンの子供よりも5歳までに死亡する確率が6倍高い状況である。高いリスクに晒されている層に対策を打つことが、今後の死亡率低下には重要であるとされている⁴⁸⁰。

図 36： 新生児および5歳未満児の死亡傾向（1995年～2010年）



注：左縦軸が出生数1,000人当たりの死亡数、右縦軸が5歳未満児の死亡数に占める新生児の死亡数の割合（黄、棒グラフ）。折れ線グラフ（赤、◆印）が5歳未満児死亡数、同（青、■印）が新生児死亡数。

出典：Success Factors for Women's and Children's Health, Ministry of Health, Cambodia⁴⁸¹

<妊産婦の死亡>

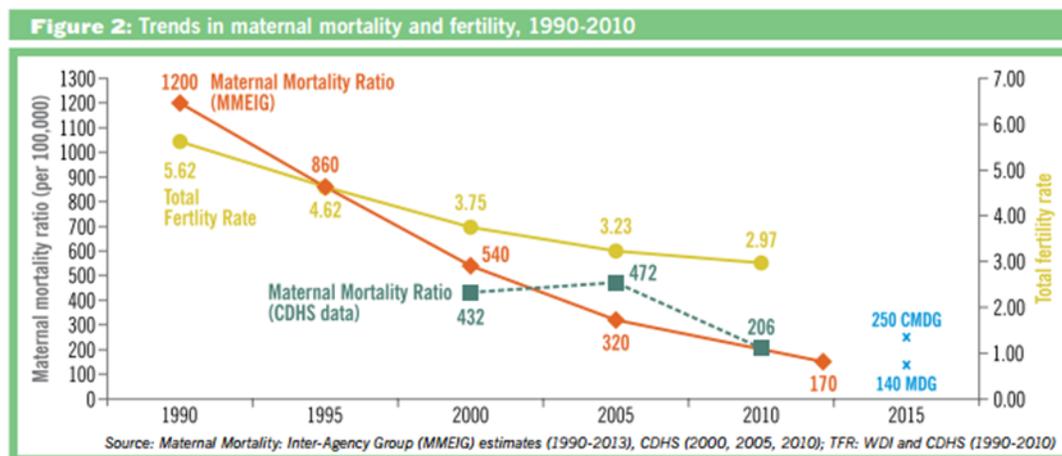
カンボジアは、妊産婦死亡率において大幅な改善を見せている。2000年から2010年の間に、カンボジアの妊産婦死亡率は出生数1万人当たり432人から206人へと52%減少している。国連妊産婦死亡推計合同グループ（UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group：MMEIG）によると、1990年から2013年の間の推計では、1万人当たり1,200人から170人へ86%減少した。両データとも、2010年には、カンボジアの妊産婦死亡率ミレニアム開発目標（MDG）である10万人当たり250人を達成し、国際目標である140人も2015年までには達成する見通しである。妊産婦死亡率の低下は、1990年から2012年の間で、合計特殊出生率が6人から3人へと半減したことや出産間隔（2010年の平均出産間隔は40カ月）が延びたこと、若年出産・高齢出産が減少したことが関連している。出生率の低下は避妊法の普及や経済・教育水準が向上したことによると考えられる。また、女性が政府によって定められている最低4回の妊婦管理（antenatal care）を利用する割合が増え、それも妊娠初期に受ける例が増えたこと、出産専門家の立ち会い、医療施設での分娩が増えたことが

⁴⁸⁰ http://www.who.int/pmnch/knowledge/publications/cambodia_country_report.pdf?ua=1, p.11-12

⁴⁸¹ 同上、p.11

関連している。救急産科施設は 2009 年の 25 軒から 2013 年には 96 軒、新生児ケア施設は、同時期に 19 軒から 36 軒にそれぞれ増加している⁴⁸²。

図 37：妊産婦死亡率と出産率の傾向（1990 年～2010 年）



注：左縦軸が 10 万人当たりの妊産婦死亡数、右縦軸が合計特殊出生率。折れ線グラフ（赤、◆印）が妊産婦死亡率（国連）、同（黄、●印）が合計特殊出生率、同（緑、■印）が妊産婦死亡率（Cambodia Demographic and Health Survey）、青い点 250 CMDG がカンボジアの妊産婦死亡率ミレニアム開発目標、140 MDG が同国際目標。

出典：Success Factors for Women’s and Children’s Health, Ministry of Health, Cambodia⁴⁸³

<栄養状況>

米 CIA は、カンボジア国内の 2016 年の栄養不足人口は、約 14.2%程度になると予測している。また CIA が示す 5 歳以下の子供の低体重割合ランキングによれば、カンボジアの 5 歳以下の子供の低体重の割合は 29%であり、世界 138 カ国中 18 番目に高い数字であった⁴⁸⁴。同国は国民への食料・栄養確保において先進国のみならず開発途上国の多くにも遅れを取っている状況である。

<糖尿病>

カンボジアの非営利組織モポツイヨ（The MoPoTsyo）が 2011 年 5 月に発表した出版物のなかで、カンボジアでは、2010 年に 25 歳から 60 歳の農村部に住む人の 2.3%が糖尿病で、10%が高血圧症であることが判明した。この数値は他国と比較して高い訳ではないが、問題は、カンボジアでは痩せている人であっても糖尿病や高血圧に苦しむ割合が非常に高いということである。原因は明確で

⁴⁸² http://www.who.int/pmnch/knowledge/publications/cambodia_country_report.pdf?ua=1, p.13

⁴⁸³ 同上

⁴⁸⁴ <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/rankorder/2224rank.html> CIA の The World Factbook が定義する「低体重」とは、年齢が 1 歳時は 2 キロ以下、年齢 2～3 歳時は 3 キロ以下、年齢 4～5 歳は標準以下の 4 キロ以下であることを指す。なお、この CIA のランキングには、各国のデータ年が異なっており、カンボジアのデータは 2011 年に収集されたものであるが、他の国については、必ずしも 2011 年のデータでは無いことに注意する必要がある。

はないものの、遺伝的要因に加えて、カンボジアの戦後整備されてきた医療システムが糖尿病などの慢性疾患を取り扱うには適していないという環境要因があると考えられている。また、カンボジアでは高い医療費などを理由に未診断のまま症状が進行するケースが多くを占めており、事実、首都プノペンにあるコサマック国立病院（Kossamak National Hospital）に入院中の患者 500 名以上に對する調査では、糖尿病の平均罹患期間は 4 年と短く、罹患期間が 10 年を超えていたのは 10 人に 1 人のみであった。このような背景を受け、モポツイヨは、早期診断や治療の促進、特に農村部への疾患教育の提供に関する取組などに注力している⁴⁸⁵。

モポツイヨは、2005 年に首都のスラム地区 2 ヶ所で独自の教育プログラムを開始し、その後徐々に活動範囲を広げ、2007 年 6 月までに活動地区は 5 ヶ所まで拡大した。この活動の中心になるのは、自ら糖尿病患者であり、ピアエデュケーター（peer educator）と呼ばれる指導係となるスタッフだ。患者自身が自らの症状を自己管理しながら、地域を訪問して糖尿病について教育・啓発をし、早期診断のために尿糖検査キットを配布し、血糖値を検査する。異常値が出た場合は、無料で患者情報センターに登録する仕組みである。2011 年時点で 63 名のピアエデュケーターが、自宅から遠隔で患者情報センターを管理しており、2,906 名の糖尿病患者が同センターに登録している。尚、ピアエデュケーターになるには、6 週間の研修コース修了後、試験に合格する必要がある⁴⁸⁶。

3.13.2 政府の取組

<開発計画と医療>

カンボジア政府は医療レベルの底上げを図るため 1990 年以降大掛かりな改革を行い、医療予算も 2005 年の 4,900 万ドルから 2012 年には 2 億ドルと増大し、医療予算が国家予算を占める割合は 12%（GDP 比 1.4%）となった。この改革では、ポイント・オブ・サービス（point of service）支払いを規制するために 1996 年に制定された「ヘルスファイナンスチャーター法（the Health Financing Charter）」をはじめ、複数の法律や規制、ガイドラインを新たに導入したほか、医療予算を大幅に増加して医療インフラ基盤を整備してきた⁴⁸⁷。具体的に、1995 年から 2012 年にかけて公的医療施設の数を大幅に増やし、健康センター（health centre）や健康ポスト（health post）が倍増し、国からの委託先病院は 67 軒から 82 軒となった。2012 年には、国立病院 8 軒、委託先病院 82 軒（県立病院 24 軒、地区病院 58 軒）、1,020 軒の健康センター、86 軒の健康ポストが運営している⁴⁸⁸。なお、これらの改革を背景に、1 人当たりの医療費（total health expenditure per capita）は 1995 年の 41 ドルから 2011 年には 135 ドルへと大幅に増加した。

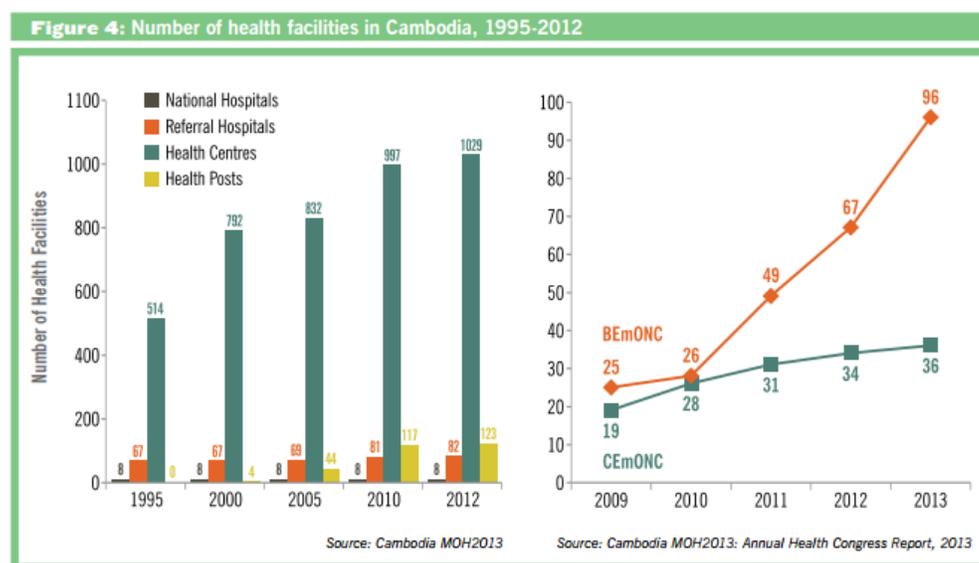
⁴⁸⁵ <http://www.capacity.org/capacity/opencms/en/topics/health-systems/accessible-care-for-diabetes-in-cambodia.html>

⁴⁸⁶ 同上

⁴⁸⁷ http://www.who.int/pmnch/knowledge/publications/cambodia_country_report.pdf?ua=1, p.19-20

⁴⁸⁸ 同上、p.26

図 38：医療機関数の推移（1995年～2012年）



注：左グラフは医療施設数（黒：国立病院、赤：委託先病院、緑：健康センタ、黄：健康ポスト）、右グラフは、救急産科・新生児ケア施設数（赤/◆印：基礎救急産科・新生児ケア施設=BEmONC、緑/■印：総合救急産科・新生児ケア施設=ComprehensiveEmONC）

出典：Success Factors for Women's and Children's Health, Ministry of Health, Cambodia⁴⁸⁹

また、カンボジアは、生殖、妊産婦、新生児、子供の健康（reproductive, maternal, newborn and child health : RMNCH）に関して、女性や子供に対するセーフティネットを改善するために、次の3分野の政策・プログラムを実行してきた。1) 国民皆保障の実現や技術基準の開発などに関する法律、基準、ガイドラインの整備、2) 根本的な医療システムの整備（貧困者対象の公的医療保険などの医療ケアへの財政投入や助産師などの医療従事者育成・配置など）、そして3) 医療提供戦略の改善（主に医療インフラの改善、医療施設のキャパシティ改善、予防接種、母乳による子育てや妊婦管理制度の利用増等）である⁴⁹⁰。

<安全な水へのアクセス未整備>

カンボジアでは国民への安全な飲料水の供給において他国に遅れを取っている。2014年の世界水の日に関連したユニセフからの報告によると、カンボジアの630万人、人口の42%が安全な水を利用できず、そのうち390万人は農村部の貧困層で、衛生状況も十分ではない。安全な水を利用できない人口の41%が子供であり、特に水を介した病気のリスクにさらされている。カンボジアの小学校の40%、健康センターの35%で安全な飲料水が整備されていない。衛生的な水へのアクセスによって、子供の死亡率低下、教育環境の向上、様々な病気の罹患の減少、生産的な労働、医療費の低減につなげることができる⁴⁹¹。

⁴⁸⁹ http://www.who.int/pmnch/knowledge/publications/cambodia_country_report.pdf?ua=1, p.26

⁴⁹⁰ 同上、p.5

⁴⁹¹ http://news.xinhuanet.com/english/world/2014-03/21/c_133202926.htm

3.13.3 国民のライフスタイルの変化と民間の取組事例

(1) ファストフードの流行

近年、カンボジアでは不健康な食生活を送る国民が増加している。所得の増加、若者層の厚みなどを背景に、外食やファストフードが浸透し、肥満や糖尿病といった健康問題が懸念されている。カンボジアでは若者が西洋文化や周囲のアジア諸国にあこがれる傾向があり、外国文化を積極的に吸収し、外食やショッピングなどを行うようになった⁴⁹²。その中でもファストフードに対する支持は高く、きれいな環境や子供向けメニューで人気を博している。近隣諸国に比べファストフード市場のターゲット層となる15歳から39歳の人口割合が大きい⁴⁹³。最近では、ロッテリアやペッパーランチ、吉野家、ボンチョンなどファストフードブランドの新規参入により、同市場での競争が激化している⁴⁹⁴。また、加工食品市場も大きな成長を見せており、カンボジア国民の食生活の変化に影響を与えていると言われている。2013年には7.79億ドル市場へと、2009年以来毎年、平均成長率11%で拡大した。特に冷凍食品は同期間に年平均成長率28%で成長しており、加工食品全体は2018年にかけて年平均10%増で伸びていくことが見込まれている⁴⁹⁵。

(2) オーガニックの人気

欧米の加工食品の浸透や平均所得の増加により、都市部の中間所得層から高所得層の間で健康に対する関心が高まっていることを背景に、近年カンボジア国民の間で農薬を使わないオーガニックが人気を博している。オーガニックは体に有害な化合物が添加されていないだけでなく、味もオーガニックの方が良いという声も多く、一般的な食品に比べ価格が高いにも関わらず、堅調な需要を維持している。しかし、カンボジアではオーガニックに対する認定規格が定まっていないため、オーガニックを謳う商品が市場に溢れ、消費者の適正な商品選択に支障が生じており信頼性が低いのが現状である。カンボジアの農林水産省が規定の策定に取り組んでいるが、具体的にいつ発表されるかは定かになっていない。また、オーガニックに対する需要の大部分を占める野菜においては、カンボジアの野菜農家が貧困層によって営まれているため、オーガニックを栽培したくても十分な資源がない状況がある。2015年現在、カンボジアには250世帯の有機野菜農家があると言われているが、国内の需要を満たすには1万世帯が必要と計算されている。このような有機野菜の供給不足に対して、カンボジア農業研究開発センター（Cambodian Center for Study and Development in Agriculture）は、一般の農家に向けた有機野菜栽培トレーニングやオーガニックを販売する小売店との橋渡しを支援している^{496, 497}。

⁴⁹² <http://www.slideshare.net/HoemSeiha/restaurant-industry-report>

⁴⁹³ <http://www.slideshare.net/Canvassco/market-analysis-for-fast-food-chain-market-in-cambodia-laos-myanmar-and-vietnam>

⁴⁹⁴ <http://www.khmertimeskh.com/news/10194/fast-food-chains-hungry-for-market>

⁴⁹⁵ <http://www.euromonitor.com/markets-of-the-future-in-cambodia/report>

⁴⁹⁶ <http://www.voacambodia.com/content/agricultural-experts-say-cambodia-would-benefit-from-organic-certifications/3130402.html>

⁴⁹⁷ <http://www.voanews.com/content/cambodian-farmes-prosper-by-going-organic/2988764.html>

(3) ジム文化の浸透

近年、カンボジアでは、都市化とオフィスワーカーの増加などの影響で、ジムで体を動かす人が増えている。都市部に住む国民の間で健康意識が高まっており、首都プノンペンではここ5年で庶民向けジムから高級ジム、キックボクシング、ヨガ、ダンス、フィットネスを行える施設などが次々とオープンしている⁴⁹⁸。プノンペンにある高級ジム「ザ・プレイス (The Place)」では、以前、利用客の大半は上級ビジネスマンや銀行員、大使館職員、軍人であったが、最近では幅広い層の国民が頻繁にジムを利用するようになったという。同施設の利用者の半分は外国人であるが、年々、カンボジアの女性及び若者の利用客が特に増えている⁴⁹⁹。

(4) リゾート地としてのカンボジア

アジア地域の観光地としてはタイやベトナムが最も有名だが、近年ではカンボジアにも訪問する観光客も増えている。この人気の煽りを受けて、スパ施設、フィットネスと薬膳およびリラクゼーションに重きを置いた癒し調の休暇施設も増加している。アンコールワットに隣接する Siem Reap 地区にはプールやスパも完備された高級ホテル群をはじめこのような施設が充実し、都会の喧騒から逃れたい現代人の需要を満たしている。朝は禅を組む瞑想から始まり、ヨガのクラスやデトックスプログラム、精進料理のもてなし、更には顧客一人ひとりに合わせたオーダーメイドのプログラムを組み合わせることができる^{500, 501}。

3.14 ナイジェリア

3.14.1 健康長寿に関する課題

<肥満人口の増加>

近年、ナイジェリアでは肥満人口が増加している。2014年6月30日に発表された科学雑誌 PLOS One による調査によると、肥満がサブサハラアフリカの多くの地域で急速に広がっており、先進国の間ですでに問題となっている生活習慣病が、当地でも深刻な広がりを見せているという。食事や生活習慣において欧米化が進んでいることが主な要因の一つであると考えられる。また、現地の医療システムが、肥満を含む非感染性疾患への対応力に欠けていることも懸念されている⁵⁰²。

英国のウォーリック (Warwick) 大学医学部の調査によると、ナイジェリアの女性の5人に1人が体重過多か肥満であった。男性の肥満割合はそれより大幅に低いが、それはナイジェリア人男性の多くが重労働に従事していることが要因であると分析されている。今日のナイジェリアでは、体重は豊かさと比例しており、富裕層の女性は所得最下層に比べて体重過多または肥満の割合が3.5倍

⁴⁹⁸ <http://www.movetocambodia.com/city-guides/phnom-penh/expat-essentials/gyms-fitness-sports/>

⁴⁹⁹ <http://www.phnompenhpost.com/special-reports/keeping-phnom-penh-fit>

⁵⁰⁰ <http://navutudreams.com/2015/11/12/wellness-travel-to-cambodia/>

⁵⁰¹ <http://www.seecambodiadifferently.com/activities/yoga-wellness/>

⁵⁰² <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0101103>

高かった。教育と社会的立場が高くても、女性の健康意識がこれに伴って高まるというわけではなく、むしろ体重増加の傾向にあり、ナイジェリアでは、豊かであり成功した女性ほど太っているということが社会的に受け入れられていることがわかる。2013年後半にナイジェリア最大の都市ラゴスで開催された栄養学会での報告によると、同国の30%の人口が肥満で、首都アブジャの子供3人に1人が肥満、南南地域（south south region）と呼ばれるエリアでは5人に1人が肥満としている⁵⁰³。

国が経済成長し、ナイジェリア国民の所得水準が上がっている中、特に教育水準が高く都市化が進む地域において、欧米文化と接する機会が増加している。例えば、これまでは徒歩で通勤していたところで自動車を利用するようになるなど、国民の間で運動量の低下が見られる。また、都市では、ファストフード店が多く見受けられるようになり、高カロリーの加工食品の消費量が増加するなど、国民の食生活が、これまでの低カロリー食品主体のものから、バランスの偏った食生活にシフトしてきている。さらに、都市でインターネットの利用が普及し、家庭と職場の両方で長時間座ることの多い人が増えていることも肥満人口増加の要因の一つと考えられる⁵⁰⁴。

3.14.2 政府の取組

<喫煙の規制>

ナイジェリアは非感染性疾患による被害を抑えるため、喫煙に対する厳しい罰則を取り入れている。同国連邦政府は禁煙地区での喫煙に対して、罰金5万ナイラ（2016年2月7日現在1ナイラ＝約0.58円）または6カ月の禁固刑、またはその両方を科す法案を提出している。これは、2014年の新たな禁煙法案の一部となっており、連邦行政会議（Executive Council of the Federation）で承認された。同法案は、禁煙地区に指定された地区に所在する企業で違反行為があった場合には、その企業に対しても100万から500万ナイラの罰金、およびその代表取締役に対して1年から2年の禁固刑を科すものである。法案の内容はOnyebuchi Chukwu保健大臣（Minister of Health）が連邦行政会議後に報道発表し、同法案は国会（National Assembly）に審議と採択のため送られると述べた⁵⁰⁵。

<アウトバウンド医療ツーリズムの抑制>

ナイジェリア政府は、同国国民が医療サービスを求めて国外に出るのを抑制しようとしている。ナイジェリアでは毎年10億から30億ナイラの資金が医療ツーリズムを通じて国外に流失しているといわれている。近代化が進まない病院、最新医療機器を使える人材の欠如、ストライキが頻繁に発生する医療業界の不安定な雇用状態、医療設備やサービスに関する情報の不足、国外のモノやサービスを高品質と考える文化や、医療業界における腐敗などが原因で、国民の自国医療に対する信頼度は低い。その結果、医療サービスを求め、インドやドイツ、英国、イスラエル、中東諸国に出かける傾向が近年加速している。その中でもインドの人気は特に高く、2012年では1万8,000人も

⁵⁰³ <http://www.nguardiannews.com/2015/04/poverty-and-paradox-of-obesity-in-nigeria/>

⁵⁰⁴ <http://www.theguardian.com/society/the-shape-we-are-in-blog/2014/jul/07/obesity-nigeria>

⁵⁰⁵ <http://www.premiumtimesng.com/news/158434-nigeria-goes-tough-tobacco.html>

のナイジェリア国民に医療ビザが発行され、医療ツーリズム支出全体の47%にあたる2億6,000万ドルがインドに流れている⁵⁰⁶。

政府は2016年1月 National Health Agenda（以下、NHA）、National Health Gazette（以下、NHG）及び National Health Act の草案を発表し、アウトバウンドの医療ツーリズムを減らすことを目的とした国内の医療体制を充実させる取組を示した。国内にある医療資源の十分な活用、特別ケアの提供に注力し、国民が医療サービスを求める先を国外から国内に回帰させることが狙いである。また、大学病院への投資や官民パートナーシップを開始することで、医療業界内外の交流を活性化させることも狙いの1つである。向こう5年間で医療ツーリズムに参加する国民の割合を20%以下に抑えることが計画されている⁵⁰⁷。

3.14.3 国民のライフスタイルの変化と民間の取組事例

(1) 国民のライフスタイルの変化に関する事例

<ファストフードの広がり>

ナイジェリアにおいて、ファストフードの消費は、ナイジェリアの特に都市部に住む住人や若年層の間で、一般的な生活習慣として徐々に広がりを見せている。公立のイバダン（Ibadan）大学医学部は、2011年に学術誌 *Journal of Agriculture and Food Technology* で、同大学の学生400名を対象に、ファストフードの消費パターンやファストフードに対する認識について実施した調査結果を発表した。

まず、大多数（99.5%）がファストフードについて知識を有しており、54.6%が加工時間最短の食事として認識していた。ファストフードを食べる時間帯は、朝食時69.5%、昼食時69.5%、夕食時69.5%と回答。食べている主なファストフードは、ミートパイやドーナツ、牛肉巻き、春巻きなどの小麦粉ベースの商品のみ（81.1%）、小麦粉ベースの商品と炭酸飲料（17.7%）であった。食べる頻度は、週に1度（19.1%）、週に2度（15.6%）、週に3度（10.3%）、毎日（8.0%）であった。家庭の食事よりも好んで食べると回答したのは6.5%のみで、その理由は、簡単に食べられ、ストレスがない（66.6%）、おいしくて栄養がある（19.1%）であった。また、男子学生の間では、両親が共働きの場合にファストフードを食べる割合が特に高かった。回答者の55.0%が、ファストフードの消費が非感染性疾患のリスク要因となるとは考えていない。今後、若者向けに、健康的な栄養や生活習慣に関する教育キャンペーンや情報提供のニーズがありそうだ⁵⁰⁸。

<健康への関心>

⁵⁰⁶ <http://leadership.ng/news/476614/nigeria-loses-n3bn-to-medical-tourism-annually>

⁵⁰⁷ <http://allafrica.com/stories/201601290270.html>

⁵⁰⁸ [http://www.textroad.com/pdf/JAFT/J.%20Agric.%20Food.%20Tech..%201\(6\)%2089-93.%202011.pdf](http://www.textroad.com/pdf/JAFT/J.%20Agric.%20Food.%20Tech..%201(6)%2089-93.%202011.pdf)

ナイジェリアでは、最近、国民が病気の予防に関心を寄せるようになってきている。この背景には、人口増加や世帯所得の増加があると考えられる。国内で特に大きな成長を見せているのが健康サプリメント市場である。ビタミン剤やダイエットサプリメントなどは、忙しいライフスタイルの中でも健康を保ちたいというナイジェリアの現代人のニーズにマッチしている。また、妊婦や乳児、子供の健康のためにサプリメントを利用して栄養を補うという意識が高い国民が増加している。英国とナイジェリアの共同研究コンソーシアムである ORIE によれば、ナイジェリアでは、穀物が食事の中心であり、果物の摂取は週に 1、2 度という家庭が大半であり、またタンパク質も不足している⁵⁰⁹。加えて、妊婦が十分な栄養を摂取していない状況が蔓延していた⁵¹⁰。しかし、近年、自身と子供の健康のため、お金を払って健やかに過ごすという概念が定着しつつあり、サプリメント市場が牽引する形でヘルスケア業界の成長が見込まれている⁵¹¹。

外国企業がナイジェリア市場に進出するためには、流通チャンネルを持つ地元企業との提携が不可欠となっている。2016 年 1 月にはナイジェリア大手製薬会社 **Fidson Healthcare Plc** と米製薬会社 **GB Pharma Holdings** が、ナイジェリア及び米国の相互協力を目指して提携を発表している⁵¹²。

(2) 民間の取組事例

<Curves International 社のナイジェリア進出>

女性専用ジムを展開する米国のフィットネス企業 **Curves International** 社は、2015 年 6 月、Lagos 州の **Lekki** に同国初店舗を展開し、ナイジェリアに進出することを発表した。**Curves International** 社は最も成長率の高いフィットネス企業の一つであり、現在 7,000 店舗を 93 カ国で展開している⁵¹³。

ナイジェリアでは人口増加及び経済成長が期待できると同時に、肥満や糖尿病が増加して人々の健康意識が高まる中で、ナイジェリアへの進出は今回が絶好のタイミングであるとの判断だった。また、同社は、ナイジェリアの粘り強く、努力家である国民性がジムトレーニング習慣にマッチするとし、その中でも特にその傾向が強い女性をターゲットに、フィットネス文化を広めていく狙いだ。同社は、女性をターゲットに、トレーニング機器も女性向け専用のものを開発している。この機器は女性の主要筋肉を全て鍛えることができ、筋力トレーニング、有酸素運動を組み合わせた 30 分のトレーニングプログラムがジムの売りとなっている。**Curves International** は今後数年間でナイジェリア国内 300 店舗の展開を目指しており、同時に 2,000 名に及ぶ雇用を進めていく方針である⁵¹⁴。

<コカコーラによる TGI Group's Chi Ltd. 買収>

⁵⁰⁹ http://opendocs.ids.ac.uk/opendocs/bitstream/handle/123456789/3180/ORIE_RSummary3_Evidence_Web%20%281%29.pdf,

p.2

⁵¹⁰ http://www.unicef.org/wcaro/WCARO_Nigeria_Factsheets_Nutrition.pdf,

⁵¹¹ <http://www.euromonitor.com/consumer-health-in-nigeria/report>

⁵¹² <http://www.otcmart.com/stock/IMUN/news?id=123985>

⁵¹³ <http://allafrica.com/stories/201507300508.html>

⁵¹⁴ 同上

コカコーラは2016年1月、ナイジェリア大手飲料メーカー TGI Group's Chi Ltd. (以下 Chi) の40%の株式取得を発表した。Chi の評価額は10億ドル弱と見られている。先進国で炭酸飲料の消費が落ち込む中、大手飲料水企業は、新たなマーケットを開拓することが急務となっており、アフリカがそのターゲットとなったと考えられる。2014年、同社はアフリカ大陸に今世紀170億ドルの投資を計画していることを発表している。しかし、ナイジェリアを含めアフリカ全体で肥満と糖尿病が問題となり、人々の健康意識は高まっている。また、1月には WHO がメキシコと同様の糖分を含む製品に対する特別税をナイジェリア政府に進言している。

このように炭酸飲料市場に逆風が吹く中、コカコーラ社はコーラ、スプライト、ファンタなどの炭酸ブランド以外の商品展開で成長を支えるチャンネルとして Chi 買収に踏み切ったと見られる。同社は2014年までに中東とアフリカにおける180.12億ドルに及ぶ飲料市場の45%のシェアを獲得しているが、80億ドルの果汁飲料市場ではわずか3.5%のシェアしかなく、ナイジェリアで第2位のマーケットシェアを持つ Chi を獲得することで、果汁飲料市場でも存在感を強めていく狙いであると考えられている^{515 516}。

3.15 タイ

3.15.1 健康長寿に関する課題

(1) 高齢化

<高齢者の増加>

タイでは高齢化が進んでおり、1981～2012年にかけての全人口に対する60歳以上の増加速度は世界で3番目に早かった(因みに1位は韓国、2位はボスニア・ヘルツェゴビナ、4位は日本)⁵¹⁷。2012年の60歳以上の人口は960万人で全人口の13.7%を占めているが、2050年までには2,226万人を超えて全人口の31.8%となると予想されている⁵¹⁸。

65歳以上の割合をみると、CIAの統計データでは2015年時点で9.86%と予測されており⁵¹⁹、4人に1人が65歳以上を占める日本からみれば、タイは一見、まだ「若い国」に見える。しかし、以下の図の人口ピラミッドをみると、30代後半から50代の層が分厚いことが一目瞭然である。WHOの人口予測では65歳以上の人口は2040年に25.8%と、2015年時点の日本(26.3%)とほぼ変わらない構成になるとみられる。超高齢社会と言われる日本の状況は、これから25年後、タイにやってくる。

⁵¹⁵ <http://www.forbes.com/sites/peteguest/2016/02/02/why-coca-cola-is-betting-big-on-nigeria/#164a093e52fa>

⁵¹⁶ <http://www.nasdaq.com/article/cocacola-acquires-stake-in-nigeria-dairy-juice-company2nd-update-20160130-00016>

⁵¹⁷ <http://www.bloomberg.com/visual-data/best-and-worst/most-rapidly-aging-countries>

⁵¹⁸ <http://ageingasia.org/ageing-population-thailand/>

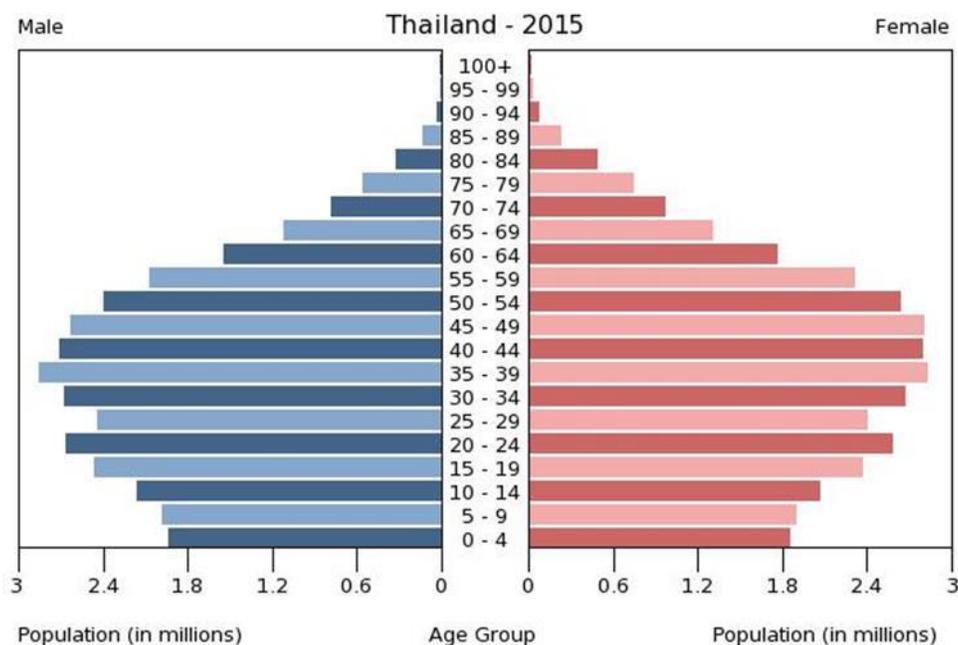
⁵¹⁹ <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/th.html>

表 7：タイの高齢者数と全体に占めるその割合

	2012	2050
高齢者人口	9,600,000	22,260,000
全体に占める高齢者の割合	13.7%	31.8%

出典：AgeingAsia.org を基にワシントンコア作成⁵²⁰

図 39：タイの人口ピラミッド 2015 年



注：左が男性、右が女性、単位は 100 万人。中央の数値は年齢グループ。

出典：CIA

<高齢者の介護>

タイでは既に、高齢者を介護する人材が減少している問題が生じている。タイ国家統計局 (National Statistical Office) が、2007 年と 2011 年に発表した「タイにおける高齢者の実態 (The Situation of Older People in Thailand)」で収集されたデータによると、タイの高齢者の健康状態は改善しており、全体的に 60 歳以上で日常生活において何らかの支援を必要としている高齢者は 15% に留まっている。この数値は 75 歳までは比較的緩やかに増えていき、その後、急速に増加する。従来、タイでの介護は家庭で行われていたが、少子化の進行や、子供が都市へ転居して就業することが多くなったことにより、介護に従事できる現役世代が減少している。約半数の 60 歳以上の高齢者が子供と同じ市町村に住んでおらず、16%には子供がいない。このことは、子供が常に高齢の両親

⁵²⁰ <http://ageingasia.org/ageing-population-thailand/>

の介護に従事できるわけではないということであり、また高齢者が孫の面倒をみるという従来の役割にも変化が及ぶことが予想される⁵²¹。

表 8：タイの 60 歳以上の高齢者に関する指標

	2012 年
平均寿命（男性）	71 才
平均寿命（女性）	78 才
農村地域に暮らす高齢者の割合	71.4%
一人暮らしの高齢者の割合	7.7%
高齢者人口における女性の割合	55.4%

AgeingAsia.org を基にワシントンコア作成⁵²²

<高齢者と貧困>

AgeingAsia.org によると、タイの 60 歳以上の高齢者の 75%がお金の面で満足であると回答した一方で、就労できないことや低収入を理由に一般層よりも貧困に陥るリスクが高いといわれる。2010 年、タイの貧困層は全体で 7.7%であったが、60 歳以上のうち貧困層に相当するのは 10.9%で、貧困に近い状態を含めると 18%（7.1%増加）となる。高齢者は医療費などの小さな経済的負担が原因で貧困になるという弱い立場にある。2011 年の高齢者の就労に関する国家統計局報告書（National Statistical Office report on Survey for working in Old Age）によると、33%の高齢者（60 歳以上）が毎日就労し、このうち 90.3%が非正規労働であった。その他の収入源は、政府からの年金や高齢者手当、世代間交流事業、家族からの仕送り等であった⁵²³。

3.15.2 政府の取組

<国家方針>

タイ政府は高齢化対策として、様々な国家政策や取組を行っている。1991 年、国連総会で高齢者の権利として自立、関与、介護、自己満足、尊重が採択されると、タイでも「高齢者のための国家委員会（National Committee of Senior Citizens）」が設立された。同国における現在の高齢者政策は、2002 年~2021 年第 2 高齢者国家計画（Second National Plan for Older Person 2002-2021）」に沿って進められている。

また、タイ政府は、高齢者の健康増進のために、高齢者が地域で社会活動できるクラブやセンターの設立を奨励している。また、タイ高齢者協議会（Senior Citizens Council Of Thailand）は、高齢者が仕事に従事できる機会を増やすための仕組みづくりに取り組んでいて、資金源の提供に関して官民が協力している。

⁵²¹ <http://ageingasia.org/ageing-population-thailand/>

⁵²² 同上

⁵²³ 同上

さらに、タイ政府は2009年に高齢者手当（Old Age Allowance）を全高齢者に支給することとし、高齢者の所得保証を拡大した。金額は大きくないが、高齢者の社会的保護として機能している。金額は、60歳～69歳が月額600バーツ（2016年2月7日現在1バーツ＝約3.29円）、70歳～79歳が700バーツ、80歳～89歳が800バーツ、90歳以上が1,000バーツとなっている⁵²⁴。

<医療と介護>

タイの年齢別死亡率は、高齢層を除いて、過去40年間減少している。一方で、70歳以上の年齢層では、男女ともに死亡率が上昇している。タイのプライマリケアは、公衆衛生省（Ministry of Public Health）が運営する健康センター（Health Centre）およびプライマリケアユニット（Primary Care Units）、首都バンコクだけに設置されている地域保健センター（Community Health Centre）で受診でき、ここでは治療や予防、健康増進に関するサービスが受けられるが、リハビリはほとんど行われていない。2001年当時、人口の22%しか医療サービスが受けられなかったが、その後の医療政策によって2014年3月時点では全人口が受けられる体制が整っている⁵²⁵。

<健康促進と観光>

タイの観光局（Tourism Authority of Thailand）は、2015年9月14日～17日、Thailand Health & Wellness Tourism Showcaseを主催し、次なる医療観光のコンセプト、アンチエイジング観光を披露した。この展示会は、タイの事業者が、（外国の）医療ツーリズム事業者や医療ツーリズムに関心を持っている旅行代理店と今後の取引について議論できるマーケティングの機会となることを狙ったものである⁵²⁶。

3.15.3 国民のライフスタイルの変化と民間の取組事例

<オーガニック食品に関する認識>

近年タイ国民の間でオーガニック食品への関心が高まっている。同国において、野菜や果物に見られる高いレベルの残留農薬が食品に及ぼす脅威などから、安全な食品を求める消費者が増えており、無農薬に関する多くの取組や製品表示につながった。タイの消費者の間では、オーガニック食品についての認識は日本や他の先進国ほど高くはないが、オーガニック食品を購入する傾向が高まっている。2008年4月に発表されたオーストラリアのUniversity of Natural Resources and Applied Life Sciencesとタイ・タマサート大学が首都バンコクで実施した共同調査では、回答者848名のうち3分の1以上がオーガニック野菜や果物を過去に購入したことがあると回答し、高齢者をはじめ、教育水準や世帯収入が高い者にオーガニック食品の消費者が多かった。このような消費傾向の変化の理由は、消費者による食品に関する健康志向の高まりや、オーガニック食品は環境にも優しいという考え方にある。但し、一般消費者のなかには、無農薬とオーガニックの表示の違いを見分けられ

⁵²⁴ <http://ageingasia.org/ageing-population-thailand1/>

⁵²⁵ 同上

⁵²⁶ <http://www.thailandhealthandwellnessshowcase.com/about-event/>

ないとして、オーガニック食品への消費に踏み切れない消費者も多く、今後は、このような表示方法の改善をはじめ、生産手法の特徴や厳しい検査、第三者認証義務化について広報していくことが、タイの大都市圏でオーガニック食品の市場開拓する有望な戦略と言えるかもしれない⁵²⁷。

また、オーガニック食品への関心の増加に伴って、有機農業への取組も活発になってきている。Green Net Coop は環境意識を持っている農家や地域事業者と消費者をつなぐ活動をしているタイの社会事業者で、有機農業の促進と公正な市場の形成をめざしている。この目的を達成する過程で、健康や環境にやさしい高品質の有機農産物を生産する地域事業者を育成しながら、フェアトレードのチャンネルを通じた農産物の流通などを通して、農家と消費者の双方が参加することに取り組んでいる。Green Net は、米やココナッツミルク、ハーブティ、大豆、エコな織物製品を生産している会員農家の、様々な農産物のマーケティング・流通センターとして機能している。Green Net Coop は、1993年11月25日に農業・協同組合省（Ministry of Agriculture and Cooperatives）に、The Nature Food Cooperative という名称で登記され、その後、規模拡大に伴い、2001年5月10日に Green Net Cooperative に改称した⁵²⁸。

<タイの食料品市場>

タイの食品小売業界では、近年合併や買収を経ながら店舗数の拡大が進み、売上げも上昇が続いている。顧客にも、遠くの大店舗より近くの小店舗を利用するようになるといった変化が生じている。タイのセブンイレブンを運営する CP All は、店舗数でも売上げでも首位を走っており、2018年には1万店舗突破を目指している。プライベートブランドの商品を導入し、新商品の導入にも積極的である⁵²⁹。その他の大手では、Tesco Lotus は店舗数の拡大、Central Retail は高級路線と低価格路線のスーパーマーケットを並行して別々に展開、Big C や Home Pro は内陸へ展開といったように、各社がそれぞれの戦略でポジショニングを競っている⁵³⁰。

若い都市住民が核家族化する一方で、食品のブランド志向や手軽さが求められるようになっていくことが、コンビニエンスストアの業態変化の背景にある。こうした対応もあり、コンビニエンスストアの2008年から2013年の年平均成長率は13%と、スーパーマーケットやハイパーマーケットといった他の小売り業態を凌ぐ高い伸びを示してきた。また、ASEAN 経済共同体（AEC）の2015年末の発足により、製造業を中心としたタイ北東内陸部の発展が注目を集めており、2007年から2012年までの成長率ではバンコク周辺の16%を上回る25%の経済成長を示している。小売業界もこれに目をつけ、この地域への進出を地域特性の変化に応じ進めている⁵³¹。

⁵²⁷ <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0306919207000516>

⁵²⁸ <http://www.greennet.or.th/en/about/greennet>

⁵²⁹ <http://www.euromonitor.com/grocery-retailers-in-thailand/report>

⁵³⁰ <http://www.euromonitor.com/retailing-in-thailand/report>

⁵³¹ <http://economists-pick-research.hktdc.com/business-news/article/Research-Articles/New-Trends-in-Thailand-s-Retail-Market/rp/en/1/1X00000/1X0A2CDN.htm>

タイの非アルコール飲料市場の2016年度前年比成長率は7.5%で、今後も2020年まで年平均6.8%の成長が見込まれている⁵³²。タイの非アルコール飲料市場を主導しているのは、コココーラやペプシ、ネスレといった大規模な広告予算を持つ多国籍企業である。経済環境と消費意欲の低下により、2015年の市場成長率は低下したが、減糖・減カロリーといった健康重視のコンセプトで注目を惹きつけようという動きが見られた。また、従来の広告チャンネルだけではなく、SNSを通じた宣伝に各社が力を注いでいる。販売チャンネルとしては、手軽にすぐ冷えた飲料を入手できるコンビニエンスストアでの伸びが目立っている⁵³³。

<女性の飲料に対する健康志向の高まり>

近年、タイ人女性の間で美への関心が高まっている。また、タイの女性は、健康飲料を定期的に消費し始めるなど、健康意識の高まりも見せており、近年、飲料業界はノンカロリーやコラーゲンを使った製品の生産で消費者を捕まえようとしている。タイのIchitanブランドは、甘いお茶が主流だったタイ飲料市場で、シュガーレスのお茶の販売を始め、若い女性に支持されたことで急速に成長し、2015年の緑茶市場の44.9%を占めている。Ichitanの推計によると、2015年の緑茶市場は、約1800億バーツ（2016年2月7日現在1バーツ=約3.29円）規模に達し、前年の10%増となる見込みである⁵³⁴。

<外国人向け医療の普及>

香港貿易局による2016年時点の情報によると、タイの医療ツーリズム産業は、世界においてブランド化を図っているという。タイの医療サービスは、一流の施設に世界クラスの専門性を備えた患者ケアを提供するという理念のもとサービスを展開しており、首都バンコクを中心に、世界でも最新式の医療施設と国際的な認定を受けた医療スタッフが従事している。2016年時点で30以上の民間病院が外国人を受け入れており、中には5つ星ホテルレベルの専門コンシェルジュを配置し、外国と同等またはそれ以上の施設とサービスで、医療を比較的低料金で提供している。政府も同産業を後押ししており、商務省の輸出促進部門は、民間セクターと緊密に協力しながら、タイの医療サービスを海外に広めようと様々な取組を実施している。その結果、近年では健康診断や様々な疾患の治療、待機的手術⁵³⁵、美容外科などのために世界から患者が集まっており、海外からタイの病院を利用するために入国する患者は、100万人を突破する見込みで、2004年当時から10%以上の増加を見せている⁵³⁶。

⁵³² <http://store.bmiresearch.com/thailand-food-drink-report.html>

⁵³³ <http://www.euromonitor.com/soft-drinks-in-thailand/report>

⁵³⁴ http://asianbeat.com/en/from_asia/kobori/141021.html

⁵³⁵ 治療に適したタイミングを待って治療を行うこと。

⁵³⁶ <http://www.hktdc.com/mis/fsupp/en/s/ThailandFeaturedSuppliers.html>

【コラム】 ジェトロ 健康長寿広報展 in タイ (2016年3月)

ジェトロ 2016年3月5～6日、タイ・バンコクにある、アジア最大級のショッピングモールにて、健康長寿広報展 in タイを開催した。

本広報展は2015年3月のミャンマー、2015年9月のベトナムに続き、健康長寿に寄与する日本の優れた製品、サービス、取り組み等を紹介し、現地消費者における認知度向上と、「健康長寿＝JAPAN」のイメージの普及・定着を目指す活動の第3弾。2日間にわたり、展示と常設ステージでのイベントを複合的に実施した。

展示では、「診断・健康管理分野」（オムロン、タニタ等）、「スポーツ&レクリエーション分野」（ルネサンス、Jリーグ等）、「ヘルシーフード&ビューティー分野」（キューピー、カゴメ、パナソニック等）にゾーン分けしPRを行った。

常設ステージでは、世界選手権優勝者によるサッカーリフティング等のパフォーマンスから、国立長寿医療研究センターによる日本の健康長寿の要因を紹介するセミナー、筑波大学、ルネサンス等によるパネルディスカッション、エクササイズ、美容関連の実演まで、硬軟を織り交ぜ、のべ30イベントを実施した。

開会式では商務省 マリー貿易振興局長、保健省 パンネット医療サービス副局長等が来訪したほか、2日間で約4万人が来場し、タイ消費者に日本の優れた製品・サービスを訴求することができた。その模様は日本、タイ双方のメディアにおいても多数紹介された。

出展者からは、アジア最大級のショッピングモール（土日で約20万人訪問）にて開催したこともあり、「マーケティングの場として最適」、「現地の方々の健康に対する意識が高いことが分かった」などの反応があった。なお、本展示会前日、日本の厚生労働省とタイ保健省共催による健康長寿会合「Workshop for Healthy Aging」が開催され、国立長寿医療研究センター鳥羽理事長等から健康長寿につながる要因等について紹介があった。続いて大使公邸にて交流会「Reception for Healthy Aging」が開催され、会合参加者、本広報展参加者が一堂に会し連携を図った。

1. 事業概要

① 事業名：	「健康長寿広報展 in タイ (Japan Healthy Lifestyle Exhibition)」
② 会期：	2016年3月5日（土）～3月6日（日）2日間
③ 会場：	タイ・バンコク セントラルワールド（*） *アジア最大級のショッピングモール：土日で約20万人訪問
④ 主催：	ジェトロ
⑤ 後援：	経済産業省、在タイ日本国大使館、国際協力機構（JICA）バンコク事務所、バンコク日本人商工会議所、タイ国商務省、タイ国保健省
⑥ コンセプト	「JAPAN：HEALTHY×ACTIVE」

ト :	予防等による健康（HEALTHY）の維持の重要性と、スポーツ等を通じた、より健康で、生き活きた（ACTIVE）ライフスタイルをタイ国民に提案する。
⑦ 出展者 :	健康長寿に寄与する日本の製品・サービス関連 47 社・機関 <ul style="list-style-type: none"> ● ZONE1：診断・健康管理・介護分野 19 社 ● ZONE2：スポーツ&リクリエーション分野 7 社 ● ZONE3：ヘルシーフード&ビューティー分野 21 社

2. 会場の模様



開会式の模様（左）、タイ政府要人による巡覧（右）



タイ政府要人による巡覧（左）、展示会場の全体像（右）



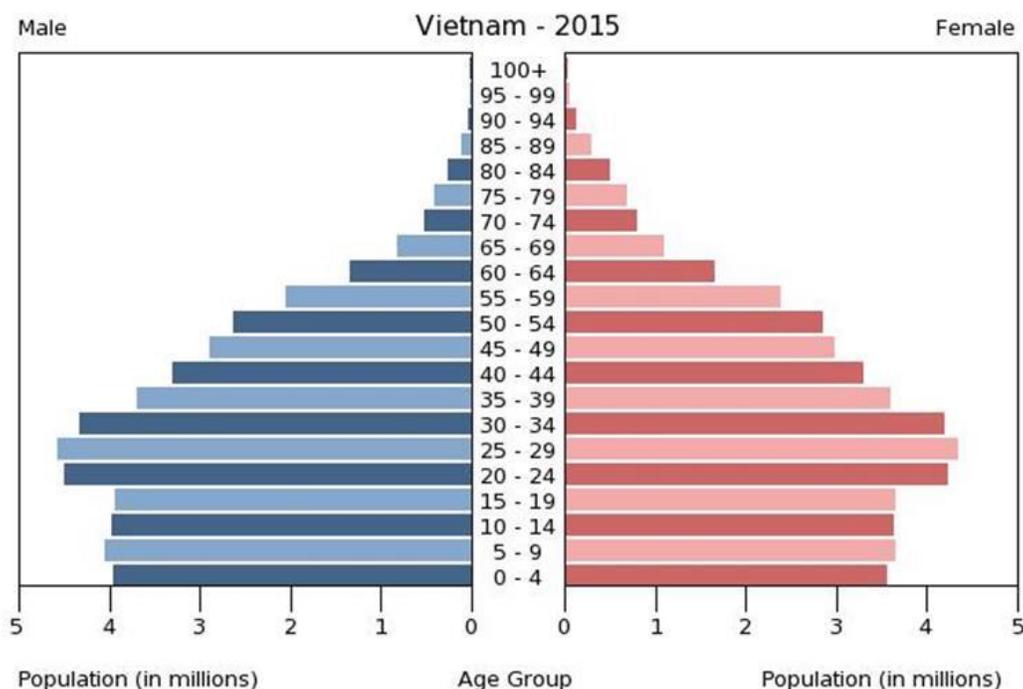
ステージイベント（左：パネルディスカッション、右：美容関連の実演）

3.16 ベトナム

3.16.1 健康長寿に関する課題

ベトナムの人口構成は、若年層に厚みがある点に特徴がある。WHOの人口予測によれば、人口は2015年時点で9,345万人であり、日本企業のヘルスケア関連企業が注目するASEANでは、インドネシア（約2.6億人）、フィリピン（約1億人）に次ぐ、3位の規模。10年後の2025年には1億人を超えると予測されている。平均寿命は76歳（WHO、World Health Statistics、2013年時点）と、タイ（75歳）、マレーシア（74歳）をしのぎ、ASEANで最も長寿な国である。人口ピラミッドでは20代～30代前半までが最も厚みを持つ。10代までの子供も多く、今後数十年以上にわたり、健康的で、アクティブな生活に共感を覚える層がマーケットの主役になることが窺える。

図40：ベトナムの人口ピラミッド 2015年



注：左が男性、右が女性、単位は100万人。中央の数値は5歳刻みの年齢層。

出典：CIA⁵³⁷

<少子高齢化対策に対する問題意識>

ベトナムでは人口の少子高齢化が主要課題として認識され始めている。2015年には、政府内で過去50年間に亘って実施していた、二人っ子政策の解除を検討する議論もみられた。2009年以降、人口規模を維持できる合計特殊出生率の水準は2.1を下回っており、二人っ子政策の解除によって

⁵³⁷ <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/vn.html>

少子化に歯止めがかかることが期待されている。尚、出生率については、都市部のホーチミンは1.67%で、農村部でベトナム中北部に位置するハティン（Ha Tinh）では2.95%など地域によってばらつきがある⁵³⁸。この二人っ子政策とは別に、ベトナム政府は人口増加に歯止めをかけるために、妊娠22週目までの人口中絶をすることを合法にして中絶費用を無料化しており、この制度が少子化や不自然な男女比率を生み出すとして廃止を求める声があがっている⁵³⁹。

2014年にハノイ市内にある Central Obstetrics Hospital が発表した報告書によれば、ベトナムにおける人工中絶の割合は40%に達した。これは、公式統計のおよそ2倍の数値であり、また米 NGO の Alan Guttmacher Institute が提示している数値（出産した女性1,000人の中絶件数は83件）からも大きく逸脱している。しかしながら、隠れて中絶を行うケースも多い為、実際の中絶率については不透明な部分も大きいという有識者の見解も見受けられる。2014年11月のAFP通信の報道によれば、ベトナムにおける中絶率の高まりは、若者の性行動の早期化・活発化や、避妊方法についての若者の知識不足等が原因であり、また伝統的な家族計画の概念・方針を踏襲している政府や自治体の対応の遅れ等も影響している。また同国では、男児が好まれる風習が今でも根強く、性別に基づいた中絶も行われているという分析もあり、実際に男性111人に対し女性100人といった、男女数の不均衡もみられる⁵⁴⁰。

3.16.2 政府の取組

<喫煙規制の強化>

ベトナムは、以前から喫煙規制に取り組んでおり、2004年12月には、WHOの「たばこ規制枠組み条約（WHO Framework Convention on Tobacco Control）」を批准し、2010年には同条約に関する実施計画を施行しているが、その実効性を疑問視する声が高い⁵⁴¹。事実、地元メディアによる報道では、2014年時点で、ベトナム国民の約1,500万人が喫煙者で、およそ成人の2人に1人が喫煙していることが判明した。さらに、ベトナムでは年間で約4万人が喫煙に起因する疾病で死亡しているうえに、2030年までには7万人に拡大すると危惧されている⁵⁴²。

こうした状況を受け、ベトナム国会は、喫煙規制の一層の強化を図るべく、「たばこの害防止法」を2012年6月に可決し、2013年5月から施行している。同法では、禁煙エリアの設置、喫煙による健康リスクの表示サイズの拡大、たばこの広告・プロモーション活動・スポンサー活動の規制、たばこ規制のための基金の設立などが規定されている。ベトナム政府は、規制強化に伴い、2020年までに、若年層（15歳から24歳）の喫煙率を26%から18%へ、男性喫煙率を47.4%から39%へ、女

⁵³⁸ <https://www.lifesitenews.com/news/vietnam-to-remove-two-child-policy-as-population-ages>

⁵³⁹ <http://www.aljazeera.com/indepth/features/2014/08/vietnam-tackles-high-abortion-rates-2014827131119357230.html>

⁵⁴⁰ 同上

<http://www.dailymail.co.uk/wires/afp/article-2848236/Sky-high-abortions-Vietnam-family-planning-excludes-youth.html>

<http://www.theguardian.com/society/2012/feb/14/vietnam-gender-birth-ratio-inequality>

⁵⁴¹ <http://www.no-smoke.org/goingsmokefree.php?id=650>

⁵⁴² <http://tuoitrenews.vn/society/24381/40000-die-of-smokingcaused-diseases-every-year-in-vietnam>

性喫煙率を1.4%以下に抑えることを目標としている⁵⁴³。新たに適用される規制の内容は主に以下の項目である⁵⁴⁴：

- 新たに設置される禁煙エリア：医療や教育の現場、保育施設や子供向けの娯楽施設、引火や爆発の危険性が高いエリア、屋内の仕事場、大学等の学術機関、レストラン、公共交通機関（自動車、飛行機、電車）
- たばこの健康被害を描写した警告をパッケージの主な表面50%を使った表示義務
- 店頭展示可能な製品を、ブランドごとに1パックへ制限したり、たばこ業界による慈善活動に関する宣伝を禁止するなど、各広告規制の強化
- 保育施設、学校、病院、予防医療センター、地域医療ステーションから100メートル以内でのたばこ販売の禁止
- 若者が購入しやすい1パック20本以内のたばこの販売禁止
- たばこ規制の基金の設立を通し、たばこの健康リスクや禁煙についての啓蒙活動の促進

<ユニバーサルヘルスケアへの取組>

近年、ベトナムでは、皆保険の実現に向けて、医療財政制度に関する改革が進められている。ベトナム政府は、より多くの国家予算を医療費に費やし、1989年の公的医療保険制度パイロットプロジェクトを皮切りに同国の医療財政制度において数々の改正を行ってきた。1990年代前半には1%だった公的医療保険加入率は2010年の時点で60%まで伸びている。政府は今後も取組を継続する見込みで、2020年までに80%の国民加入率を目指している。また、2015年までに国民医療費負担を総費用の40%まで抑えていく方針である⁵⁴⁵。

短い期間で躍進を見せるベトナムの医療保険改革であるが、医療部門には様々な課題がある。例えば、病院から正式に請求される医療費とは別に、患者が医療関係者に支払うことが一般化している点が挙げられる。その結果、経済能力に基づく医療格差が見られるようになっている⁵⁴⁶。また、地域間での医療格差もある。現制度下では、保険が医療費をカバーする条件として、居住地の最寄りの病院を利用することが条件となっている。農村地帯では、インフラ設備や技術が十分に普及しておらず、複雑な疾患治療のためには都市にある病院で治療を受けざるを得ない。しかし、そこでの治療に関しては保険が適用されず、農村地帯の人々による医療費の自己負担は都市部と比べて高くなっており、疾患と高額医療費の二重苦に悩まされている⁵⁴⁷。

⁵⁴³ <http://vinacosh.gov.vn/en/about-us/national-strategy/>

⁵⁴⁴ <http://www.bloomberg.org/blog/vietnam-takes-major-step-to-reduce-tobacco-use/>,

http://www.who.int/fctc/implementation/news/news_viet/en/

⁵⁴⁵ <http://www.worldbank.org/en/news/press-release/2014/09/17/social-health-insurance-in-vietnam-progress-made-but-challenges-remain-to-reach-universal-coverage>

⁵⁴⁶ <http://www.economist.com/news/asia/21618894-ordinary-folk-are-sick-and-tired-their-public-hospitals-limping-along>

⁵⁴⁷ <http://www.forbes.com/sites/benjaminshobert/2014/07/31/healthcare-in-vietnam-part-1/#2e0fa18f7e17>

<健康に関する5ヶ年計画 2011～2015>

ベトナムは従来から国の社会経済発展の方向性と主な取組に基づいて医療セクターの5ヶ年計画を作成し、これをマスタープランとして政策の立案、実施を行ってきた。主な達成目標と目標達成に向けて実施されるプロジェクトに関する項目を以下に列挙する⁵⁴⁸。

- 医療ネットワークの統合（主にインフラと設備）
 - 地区病院への投資とアップグレード
 - 貧困地域における一般病院及び特別病院への投資とアップグレード
 - 特別医療措置に関するプロジェクトの実施
 - 特別医薬品に関する政策とメカニズムに関するパイロットプロジェクトの実施
 - 地域健康センターや予防薬への投資
 - 家族計画の一環としての食の安全や衛生への投資
 - 地区、地域レベルでの健康サポートプロジェクトの実施

- 健康ターゲットの設定
 - 健康における数値目標設定（結核予防、ハンセン病抑制、マラリア、デング熱、がん、高血圧、糖尿病、メンタルヘルス、ぜんそく、栄養失調など）
 - 食の安全と衛生に関する目標設定（食の品質や確認など）
 - 人口家族計画に関する目標設定（教育、通信、人口統制など）
 - HIV/AIDS 予防に関する目標設定

- 健康セクターにおける人材育成
 - 医療研修施設への投資
 - 高レベルの人材育成に関するプロジェクトの実施
 - 医学部や医療関連教育機関進学への補助
 - 医療検査および治療に関する法律（Law on Health Examination and Treatment）に基づいた臨床免許の規制強化や持続的な人材育成、人材留保
 - 人材育成が十分ではない分野への注力（臨床、予防医療、小児医療）

- 医薬品
 - 国内医薬品業界への投資
 - 国内医療機器業界への投資

- 医療ファイナンス
 - 全国医療保険システムの構築
 - サービスプライスパリシーの改正

⁵⁴⁸ http://www.wpro.who.int/health_services/VTN_2011-2015.pdf, p.45, Part 2, 5. "Some investment programs and projects"

- 病院支払に関する改正（支払方法、現金支払いなど）
 - 医療施設への予算分与方法に関する改正（パフォーマンスベース、結果ベースなど）
- 医療キャパシティーの強化

<日・ベトナム首脳会談時に医療・保健分野の協力覚書に合意（2014年3月）>

2014年3月18日、首相官邸において、安倍総理大臣とチュオン・タン・サンベトナム社会主義共和国主席の立ち会いのもと、厚生労働省は、両国の医療・保健分野の協力推進のため、「日本国厚生労働省とベトナム社会主義共和国保健省の医療・保健分野に関する協力覚書」の署名を行った。社会保障制度や高齢化社会への対応、先進的な医療技術・医薬品・医療機器の導入（生活習慣病対応の技術・製品を含む）等の分野において、相互に協力を行うことを確認した⁵⁴⁹。

3.16.3 国民のライフスタイルの変化と民間の取組事例

(1) ウェルネス観光への関心の高まり

近年、ベトナムではウェルネスを目的とした観光の需要が拡大している。ベトナムでは、これまでウェルネス観光は、富裕層向けの贅沢とされてきたが、生活水準の向上や平均所得の増加に伴い、富裕層以外にも人気が高まっている。ホテル・スパ事業者は、利用者を増やすために定期的なプロモーションや割引サービスを提供しており、例えば、「hotdeal.vn」や「nhommua.com」などのグループ割引ウェブサイトを活用して、最大70%引きなどの特典を提供するなど、顧客層の拡大に努めている⁵⁵⁰。

(2) ベトナムの外食市場

ベトナムでは外食市場が賑わっている。ベトナム国内にある55万8,000の外食店舗のうち94%は露店/売店およびフルサービスのレストランで、消費者の食品サービスの主な購入チャンネルとなっている。また、韓国料理店ゴギ（Gogi）、日本料理店トーキョーデリ（Tokyo Deli）、タイ料理店MK（タイ）などの外国資本の新規参入も活発である。フルサービスのレストランの増加は、フードコートを備えるスーパーマーケットや百貨店の増加に比例して増加している。ファストフードも、近年急増しており、今後もその傾向が続くと見込まれている。2~3年前は、KFC、ロッテリア、ジョリビー、ピザハットなどのファストフードブランドが市場の大半を占め限定的であったものの、最近では、マクドナルド、バーガーキング、ドミノピザ、カールジュニア、ポパイ、バスキン・ロビンズ、テキサスチキン、サブウェイなどの米国を本拠地とするファストフード店が続々と進出して消費者の選択肢が増えている。カフェ業界も、米国ブランドのスターバックス（Starbucks）、コ

⁵⁴⁹ <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000041327.html>

⁵⁵⁰ <http://www.transworldnews.com/1085566/c1/travel-and-tourism-in-vietnam-market-research-report-new-market-research-report>

ーヒービーン&ティーリーフ（the Coffee Bean and Tea Leaf）などの進出が見られ、特に若い世代の支持を受けている⁵⁵¹。

⁵⁵¹ http://gain.fas.usda.gov/Recent%20GAIN%20Publications/Food%20Service%20-%20Hotel%20Restaurant%20Institutional/Hanoi_Vietnam_8-14-2015.pdf, p.3-4

[コラム] ジェトロ 健康長寿広報展 in ベトナム (2015年9月)

ジェトロは9月11～13日、「健康長寿広報展 in ベトナム」をホーチミン市で開催した。世界トップクラスの長寿国である日本の健康長寿産業は、政府の成長戦略「日本再興戦略」で重要産業に位置づけられている。本広報展は、優れた日本の健康長寿産業を世界に発信し、「健康長寿＝日本企業、日本製品」というイメージの向上と、日本企業の海外でのビジネス基盤確立を目指すもので、2015年3月のミャンマーでの開催に次ぐ第2弾。日系企業34社が健康器具や健康食品などの展示を行い、延べ8,000人の来場者を集めた。

<若者中心の来場者に多彩なパフォーマンス>

ベトナムには公的医療保険制度があるものの、その加入率は7割にとどまり、保険適用制限が多いことなどから、重い病状ではない限り病院に行かないケースが多い。予防医学に対する理解度も、まだ低いのが現状だ。

世界トップクラスの長寿国である日本。産業としても確立している健康長寿分野の企業PRのため、ジェトロはベトナムで初めて健康長寿広報展を開催した。来賓として参加したホーチミン市保健局のグエン・タン・ビン局長は「日本の長寿は、日本食はもちろんのこと健康管理や体づくりに関する商品やサービスによるものと思う。今回のようなイベントはベトナム人にとっても非常にありがたく、この広報展をきっかけにベトナムへ進出する日本企業が増加することを願っている」と語った。

各ブースでは、健康器具、体力測定の体験のほか、日本の医療・サービスの紹介などが行われた。特設ステージでは出展企業による茶のたて方やそばの食べ方実演もあり、また会場提供者である青年文化センターの声掛けによる、よさこいを含む多くのパフォーマンスが実施され、来場者の注目を集めた。来場者は若者が中心だった。



オープニングセレモニーの様子(ジェトロ撮影)



来場者でにぎわう会場の様子(ジェトロ撮影)

<具体的なビジネス進める契機に>

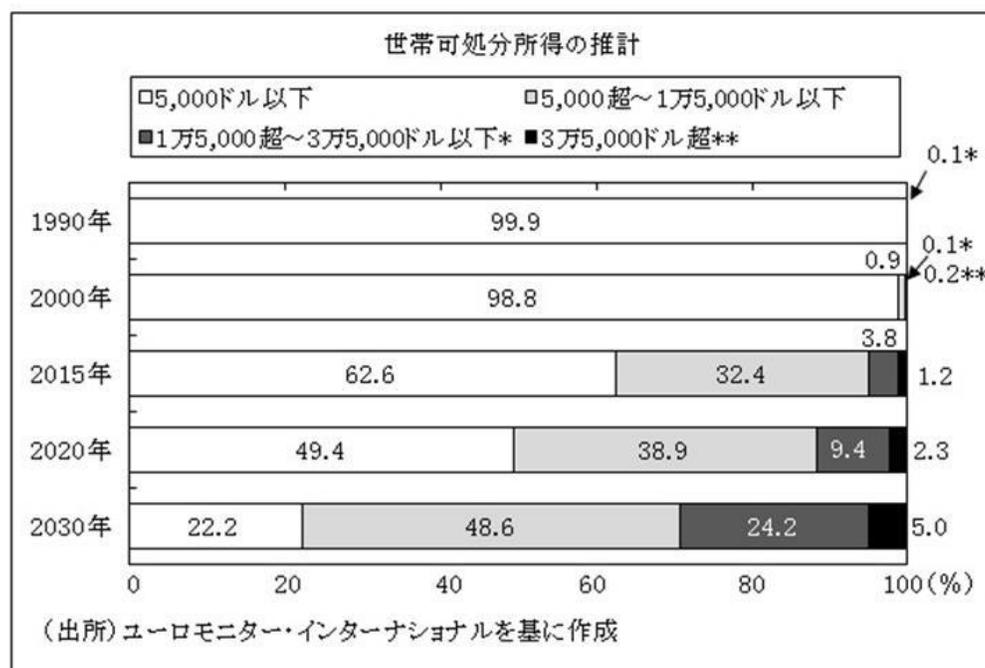
今回の広報展では、3日間合計で商談件数が510件、今後継続してコンタクトを取ると約束した件数は261件に上り、今後具体的なビジネスを進める契機になったといえる。

出展した企業からは「ベトナム人は安いものにこだわるイメージがあったが、デモンストレーションを交えて機能を説明することにより、高単価商品の販売につながると感じた」「ベトナム人の検診サービスに対する関心の高さを実感した」と、当地における日本製品・サービスへのニーズを指摘する声が聞かれた。一方で、「成熟した市場でないため、根気強く事業展開を行う必要性を感じた」など、価格と製品・サービス内容が幅広く受け入れられるためには当地市場に合わせた販売戦略が必要とする意見もあった。

<中間層の増加で高まる健康への関心>

ニールセンの調査では、ベトナムの消費者の73%が生活の質を向上させるためなら支出を拡大しても構わないと答え、回答者の39%は「健康」に関心事に挙げた。また、ユーロモニター・インタ

一ナショナルの推計によると、年間可処分所得が5,000ドル超～3万5,000ドル以下の世帯を中間層と定義した場合、ベトナムの中間層は2015年時点で約35%だが、2020年に約50%、2030年には約70%まで拡大すると見込まれている（図参照）。購買力のある中間層の増加とともに、健康への意識は高まると考えられ、日本の健康長寿産業のベトナムでのビジネスチャンスは今後、広がりそうだ。



事業概要

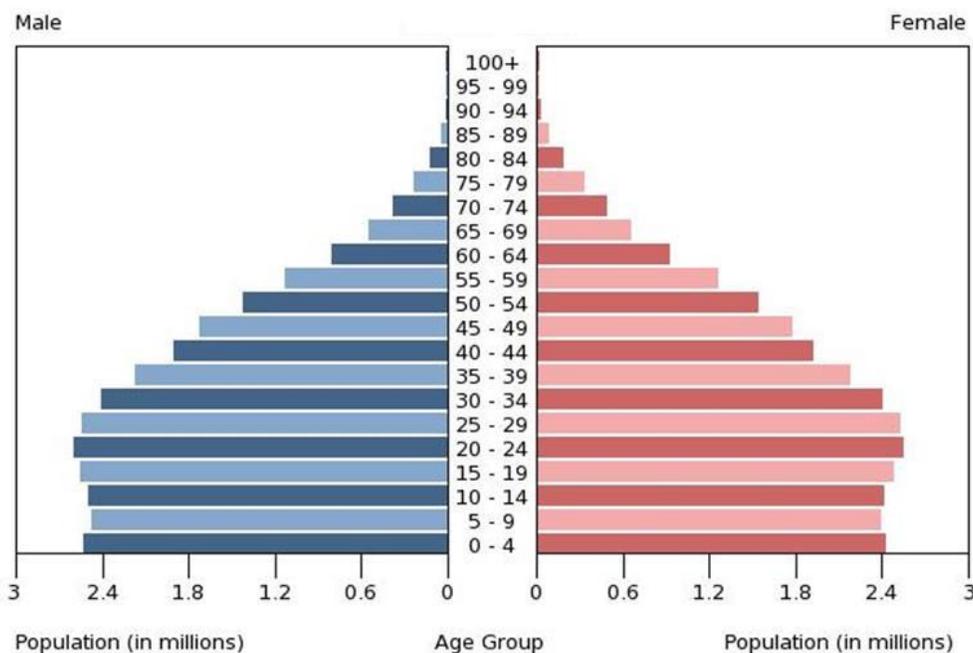
展示会名（日）：	健康長寿広報展 in ベトナム
開催地：	ベトナム ホーチミン
会期：	2015年9月11日（金）～9月13日（日）
会場：	青年文化センター（ホーチミン中心部）
主催：	ジェトロ
後援：	経済産業省、在ベトナム日本国総領事館
参加企業数：	34社・団体
小間数：	50ブース（ジェトロブース含む）
対象分野：	健康長寿関連分野 （健康測定、検診システム、健康食関連、フィットネス、スポーツ、美容、ヘルスツーリズム関連等）
来場者数：	推計8,000人

3.17 ミャンマー

3.17.1 健康長寿に関する課題

ミャンマーの人口構成は、若年層に厚みがある点に特徴がある。人口約 5,600 万人のうち 24 歳以下で 44% を占める。一方、平均寿命 66 歳は ASEAN の中で最も短い。タイ、マレーシア、ベトナムなど 70 歳台半ばの諸国に比べるとまだ基礎的な保健衛生環境の整備の必要性が大きいことが窺える。

図 41：ミャンマーの人口ピラミッド 2015 年



注：左が男性、右が女性、単位は 100 万人。中央の数値は 5 歳刻みの年齢層。

出典：CIA

(1) 疾患の傾向

<生活習慣病の増加>

近年、ミャンマーでは感染症と併せて、非感染性疾患による死が増加している。ミャンマーは人間開発指数（Human Development Index）⁵⁵² のランキングで、東アジアおよび太平洋地域で下から第 2 位であり（最下位はパプアニューギニア）、まだ感染性、母子感染性の疾患が多い。5 歳児未満の

⁵⁵²人間開発指数とは平均余命、教育及び所得を基に算出される指数で、各国の人間開発段階（4 段階）を定める際に用いられる。<http://hdr.undp.org/en/content/human-development-index-hdi>

死亡率についても東アジアおよび太平洋地域および世界の平均より高く、結核の感染率も東アジアおよび太平洋地域平均の2倍、世界平均の3倍である。

この状況に対応するため、ミャンマーではマラリアや結核といった感染性疾患の対策に取り組んでいるが、一方で、糖尿病や心臓疾患、がんなどの生活習慣に起因する慢性疾患の増加にも同時に直面している。2010年のミャンマーでは、死因の上位10位のうち4つが非感染性疾患であった。この感染病と非感染症の二重苦は今後数十年間続くことが見込まれている。WHOの推計によると、1990年～2010年の間で全死亡者の死因として心臓発作の占める割合が3.9%から6.9%に上昇し、心臓発作以外の心臓疾患や糖尿病、肝疾患は倍増した。喫煙、高血圧、室内空気汚染などのリスク要因が障害調整生存年数⁵⁵³の大きな要素となっており、それぞれ全体に対する6%程度を占めている。同国の全死亡者の40%は非感染性疾患が原因とされ、Global Burden of Disease 報告書⁵⁵⁴で非感染性疾患の拡大する影響が強調されている⁵⁵⁵。

(2) 医療の現状

<医療予算の増額の動き>

ミャンマーは過去50年間、近隣諸国に比較して、医療の充実面で遅れを取ってきた。外国資本の開放度合いは東南アジアで最も遅れていて、2013年まで健康・医療分野はほとんど注目されていなかった。WHOが同国の医療を世界最低水準とし、「総合医療システム評価（overall health system performance）」において190カ国中最低であった。医療費の対GDP比に関して、ラオスが4.5%、カンボジアが5.6%である一方、ミャンマーは2%ほどでしかない。同国は、医療が不十分であることから、感染性疾患の問題が根強く残っており、マラリアが主な罹患および死亡の原因となっている。

近年ミャンマー政府内には、こうした同国の医療事情を改善するため、税収の増加分を軍事費でなく医療などの公共財に振り向けようとする動きがある。例えば、2013年度（2013年4月1日～2014年3月31日）の政府予算では、医療システムの改善のために軍事費から予算が再分配された。このようにミャンマーは、医療改善を目指し予算の増額に向けて動き出そうとしているが、新たな予算の配分、政策立案体制、さまざまな施策の優先順位など、まだ試行錯誤の状態である。さらに、これまで汚職や機能不全など課題が多いミャンマー政府部内の状況を考えると、増額された医療が今後国民にどの程度還元されるのかは今後の注目点となる⁵⁵⁶。

⁵⁵³ 障害調整生存年数（DALY – Disability-Adjusted Life Year）とは、疾病や障害を有する期間、または早死になどを考慮し、失われた生存年数を表すことにより国の疾病負荷を表す指標である。

⁵⁵⁴ http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/metrics_daly/en/

⁵⁵⁵ <http://www.healthdata.org/myanmar>

⁵⁵⁶ <http://asiapacific.anu.edu.au/newmandala/2013/10/29/on-the-cusp-of-disease-transition-in-myanmar/>

⁵⁵⁶ <http://www.forbes.com/sites/benjaminshobert/2013/08/19/healthcare-in-myanmar/>

3.17.2 政府の取組

<非感染性疾患対策>

近年、経済発展を続けるミャンマーは、非感染性疾患への対策も積極的に取り組むようになった。国家健康計画（National Health Plan）2011-2016には、感染症及び非感染症対策、病院におけるケアの質向上、伝統的な医療、医療研究などの合計11のプロジェクトが含まれている。また、2014年にはWHOによって、Country Cooperation Strategy for Myanmar（以下、CCS）2014-2018が発表され、ミャンマー保健省と協力して、同国の医療の向上や健康プログラムの実施等を行うことを定めている。CCSの戦略的優先事項は以下の5つである⁵⁵⁷：

- 同国の医療システムの強化
- 感染症の抑制に関する目標到達の支援
- 非感染性疾患による負担の抑制
- 生涯を通じての健康の促進
- 緊急時における同国のリスク管理能力と、国民の健康を脅かす事象を監視するシステムの強化

また、ミャンマーでは、市民団体も非感染性疾患対策に取り組んでいる。具体的には、Myanmar Medical Association、Doctors and Cancer Foundation、Myanmar Cardiac Societyなどがある他、地元の医療や地域開発に関する草の根レベルで多くのNGOが活動している⁵⁵⁸。

<医療費への政府支出増額の効果>

ミャンマーでは政府による医療費支出額の増加により、国民への医薬品の流通量が増加することが期待されている。WHOが勧奨している処方薬の取扱いを拡大することで、公的医療機関で国民が利用できる医薬品が増え、また、年間1人当たり20セントの医療支出が約2ドルに上昇することが予想されている。成人用口腔ケア、鎮痛剤、栄養製品、子供用医薬品（咳、風邪、アレルギーなど）の市販薬やサプリメント市場が今後拡大していくと見込まれている。既に2011年から2012年にかけて医薬品市場は全体で19%程度成長しており、国の経済成長に沿って、今後も年平均15%から20%の成長が見込まれている⁵⁵⁹。

<日・ミャンマー首脳会談時に保健・医療分野の協力覚書に合意（2013年）>

2013年12月15日、首相官邸において、安倍総理大臣とテイン・セイン・ミャンマー大統領の立ち会いのもと、厚生労働省は「日本国厚生労働省とミャンマー連邦共和国保健省との保健・医療分野での協力に関する覚書」の署名を行った。日本の公的医療保険制度についての経験の共有、人材開発、医療サービスにおけるケアの質向上のための専門知識の交換、病院等の日本式管理のノウハウ

⁵⁵⁷ http://www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/ccs_mmr_en.pdf

⁵⁵⁸ <http://asiapacific.anu.edu.au/newmandala/2013/10/29/on-the-cusp-of-disease-transition-in-myanmar/>

⁵⁵⁹ <http://www.forbes.com/sites/benjaminshobert/2013/08/19/healthcare-in-myanmar/>

ウ移転といった分野において、相互協力を行うことを確認した。今回の覚書署名は、安倍総理大臣が2013年12月14日の日・ASEAN特別首脳会議において表明した健康イニシアチブの一環⁵⁶⁰。

3.17.3 国民のライフスタイルの変化と民間の取組事例

(1) 国民のライフスタイル・意識の変化

<有機農産物の販売>

ミャンマーでは都市部を中心に外国人向けの有機農産物市場が注目を集めている。最大都市ヤンゴンのスーパーマーケットチェーン City Mart では、ニンジンや大根、からし菜などの有機野菜をはじめ、有機農法の果物、キノコ、米が販売されている。ミャンマーでは、2000年代後半から民間セクターの一部で、認証を受けていない（self-claim）有機農産物の販売が見受けられるようになった。その後、ミャンマー果物野菜生産者協会（Myanmar Fruits and Vegetable Producers Association：MFVPA）が2009年、有機農業の発展を支援するため、民間団体としてミャンマー有機農業グループ（Myanmar Organic Agriculture Group、以下、MOAG）を設立。MOAGは、2011年12月の時点で、加入メンバーとして民間企業4社と約100名の個人加入者を擁する。MOAGは技術指導と有機認証サービスを提供しており、2010年後半に、民間セクターの全国有機基準を作成し、認証サービスを開始した。MOAGのような有機認証プログラムによって消費者、卸業者らが有機農産物について安心感を得ているという声もあるが、認証を受けずに有機農業に取り組んでいる事例も多い。また、有機農産物の購入者の多くは外国人であり、今後認証を受けた有機農産物の増加や供給量の安定化により、一般市民による有機農産物の消費が拡大していくことが期待されている。

(2) 民間セクターの取組

<フィットネス・スパ業界の可能性>

ミャンマーのフィットネス・スパ業界は、海外からの観光客向けのサービス事業として、今後成長が期待されている領域の一つである。2012年、ミャンマーには100万人以上の観光客が訪れ、2013年には前年比30%の増加が見込まれている。さらに、営業認可を受けたホテルが700軒以上あり、政府はさらに、人気観光地区11カ所をホテルゾーンに指定。2014年6月7日、同国のスパ・ウェルネス産業を振興するために、ヤンゴンにあるミャンマーコンベンションセンターで Myanmar Spa & Wellness Forum が開催された。

また、ミャンマーは、「古代からの美容とウェルネスの貴重な秘訣」を謳い、海外観光客向けに同国のスパ・ウェルネスをアピールしている。ビルマ族やカチン族、カヤー族、カイン族、チン族、モン族、ラカイン族、シャン族などの多様な民族が共存するミャンマーは、他にはない独自の伝統

⁵⁶⁰ <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000032439.html>

的な美容・ウェルネスの秘訣を提供できることなどを強調し、同国のスパ・ウェルネスの他国との差別化を訴えている⁵⁶¹。

<医療サービス市場の可能性>

フィットネス・スパ分野と併せて、ミャンマーの医療市場も今後成長が期待されている。公的医療サービスが手薄な状況の中で、民間総合病院（poly-clinic）が増えており、個人向け医療サービスは潜在的に成長余地の高い分野であると見込まれている。一般市民が医療サービスを利用する際は、民間総合病院、または廉価で受療できる修道院に行くケースが多い。ミャンマー市民は、処方箋を受けて購入する医薬品は全額自己負担となる。手術を受ける際には、医師は必要な医療消耗品リストを作成し、患者側が販売事業者から購入し、手術までに間に合わせなければならない。ヤンゴンとバゴの2都市で2013年に実施された調査によると、医療の改善に何を望むかという問いに対して、医薬品は全額自己負担であるにも関わらず、費用と回答したのは全体の29%にとどまり、回答者の47%が品質の向上と回答。海外ブランドの医薬品も、価格を抑えながらも、品質の高い医薬品の販売を行えるかが、今後ミャンマーで事業を展開する上での鍵となってくる⁵⁶²。

<海外企業の参入>

近年、ミャンマーは経済成長を続けており、有望な投資先として世界各地から注目されているが、アルコール飲料、たばこ、炭酸飲料水など、必ずしも健康に良いといえない事業において海外からの投資が目立っている。例えば、2012年以来、ミャンマー投資委員会（Myanmar Investment Commission）は、少なくとも6件の醸造所設立を認可した。その中にはHeinekenやCarlsbergなどの多国籍企業も関与した4つの共同企業体への2013年1月の免許交付も含まれている。2011年～12年のミャンマーでの納税最高額の企業はMyanmar Brewery Limitedであり、アルコール消費による国民の健康への危害が懸念された。

外資系たばこ企業の投資も活発である。世界第2位のたばこメーカーBritish American Tobaccoは2013年1月、5,000万ドルの投資によってミャンマーでの製造販売を開始すると発表した。ヤンゴン郊外に工場を設立し、400人の雇用を生む見込みである。世界第3位の日本たばこ産業は、2012年に共同事業体を設立し、中国最大のたばこメーカーは、数百万ドルを投資して共同企業体を設立した。

また、コカコーラは地元企業との合弁企業を2013年に設立し、同年、コカコーラのミャンマー国内での生産が認可された。しかし、清涼飲料水の消費拡大による健康への悪影響が懸念されており、将来的に、国民の健康と経済の優先順位に関する利害対立の可能性がある⁵⁶³。その他米国企業では、

⁵⁶¹ <http://www.mawspa.org/index.php/industry-news/association-news/item/246-myanmar-spa-wellness-forum-to-be-held-by-mawspa-in-yangon-this-june>

⁵⁶² <http://www.forbes.com/sites/benjaminshobert/2013/08/19/healthcare-in-myanmar/>

⁵⁶³ <http://asiapacific.anu.edu.au/newmandala/2013/10/29/on-the-cusp-of-disease-transition-in-myanmar/>

KFCが2015年、ヤンゴンに出店し、主要米国系ファストフード店として初めてのミャンマー進出となった⁵⁶⁴。

⁵⁶⁴ <http://www.voanews.com/content/kfc-becomes-first-us-fast-food-chain-in-myanmar/2842721.html>

[コラム] ジェトロ 健康長寿広報展 in ミャンマー (2015年3月)

ミャンマーについては、平均寿命が66歳とASEANの中で最も短い。タイ、マレーシア、ベトナムなど70歳台半ばが並ぶ。1歳未満乳児死亡数も1,000人当たり39.8人はASEANで最も多い。感染症対策をはじめ、基礎的な医療インフラの整備がまず優先される状況だが、心臓疾患や糖尿病など非感染性疾患も同時に増え始め、医療に続く、日常からの健康維持・増進に向けた取組も同時並行で進めなければならない状況がうまれつつある。

世界トップクラスの長寿国である日本の健康長寿産業は、「日本再興戦略」で重要産業に位置づけられている。優れた日本の健康長寿産業を世界に発信し、「健康長寿＝日本企業、日本製品」というイメージの向上と、日本企業のビジネス基盤確立を目指す活動の第1弾として、2015年3月、ミャンマーのヤンゴンにて広報展を実施した。

事業概要

展示会名(日) :	健康長寿広報展 in ミャンマー
開催地 :	ミャンマー・ヤンゴン
会期 :	2015年3月21日(土)～3月23日(月)
会場 :	Tatmadaw Hall (タマドホール) (ヤンゴン中心部)
主催 :	ジェトロ
後援 :	経済産業省、在ミャンマー日本国大使館
参加企業数 :	85社・団体
小間数 :	124小間
対象分野 :	健康長寿関連分野 (スポーツ、フィットネス、ヘルスケア機器、健康管理システム、ドラッグストア、健康食品、美容、介護サービス等)

ミャンマーはASEAN諸国で最も平均寿命が短く、新生児・乳幼児死亡率も高い。近年は経済成長に伴い国民所得の向上とともに国民の健康への関心も拡大している。本展示会では日本の健康管理についての講演をはじめ、優れた製品・サービスの展示・実演を通して、ビジネス支援のみならずミャンマー国民の寿命延伸や健康づくりに資するものとした。

展示ブースに加え、会場中央にはイベントステージを設置し、日本の健康管理に関する講演やJリーグクラブによるサッカー実演、介護予防体操や美容テクニックの実演を行った。

出展者からは、「テーマを絞った展示会だったため、反応が良かった。ミャンマーには大いに可能性を感じる」「まさにターゲット層が来場しており、テストマーケティングの効果大だった」「多くの代理店候補が見つかった」、など、テーマを絞ったことによる来場者の質の高さを評価するコメントが多くあった。メディア報道は25件。健康測定体験や、介護予防体操などの実演に来場者の関心が集まった。



健康長寿広報展 in ミャンマーの様様

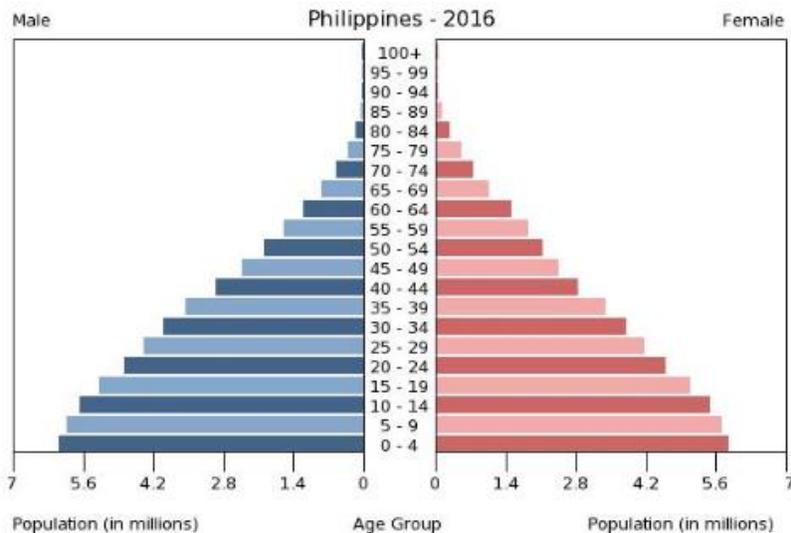
3.18 フィリピン

3.18.1 健康長寿に関する課題

<高齢化>

フィリピンは世界で12番目の人口を有し、特に若者の人口が多いのが特徴とされる。総人口に対する0~14歳の割合は33.7%、15~24歳は19%、そして25~54歳は37%である⁵⁶⁵。しかしながら、このフィリピンにおいても人口の高齢化は徐々に進んでいる。フィリピン統計機構（Philippine Statistic Authority: PSA）の2015年7月の発表によると、65歳以上の高齢者人口の総人口に対する割合は1970年の2.9%から、2010年には4.3%になり、他国の高齢化と比べれば比較的低い方ではあるが、高齢者人口の増加率は年々増加している⁵⁶⁶。タイに拠点を置く非営利団体の HelpAge International Asia⁵⁶⁷の調査によると、総人口に占める高齢者の割合は急速に増加しており、その伸び率は総人口の増加率を上回るという。このような高齢者人口の増加はそれに伴う疾患の増加を意味している。例えば免疫力の低下による感染症、視力の低下、歩行困難、難聴、骨粗鬆症、関節炎などが挙げられる。農村部では高齢者へのヘルスケアの整備も不十分であるため、今後も増加する高齢者への医療サービスの整備が求められている⁵⁶⁸。

図 42 : フィリピンの人口構成 2016 年



注：左が男性、右が女性、単位は100万人。中央の数値は5歳刻みの年齢層。

出典：CIA

⁵⁶⁵ <http://www.pwc.com/gx/en/industries/healthcare/publications/asia-pac-newsletter/assets/pwc-apac-health-industries-newsletter-august2015.pdf>

⁵⁶⁶ http://www.un.org/esa/socdev/documents/ageing/workshop/2015NewYork/Presentation_Lina.pdf

⁵⁶⁷ <http://ageingasia.org/>

⁵⁶⁸ <http://ageingasia.org/ageing-population-philippines/>

高齢化への政府の対応のひとつとして The Philippine Plan of Action for Senior Citizens（2011~2016）が挙げられる。この行動計画は 2006 年からの 5 年計画を更新した形で発表され、フィリピンにおいて高齢者を保護する包括的な政策や実行計画を展開している。同行動計画は高齢者が経済、社会、文化的に積極的に参画ができる「アクティヴ・エイジング」の達成を目的としており、地域レベル、家族レベルなどに向けた支援など高齢者を支える整備を促進している。また、高齢化社会における高齢者の自立を支援するために財政的支援を高齢者のニーズに応えるための自治体レベルでの取り組みを支援している⁵⁶⁹。

<医療施設・人材不足>

現在フィリピンにおいて最も重要な課題とされているのが人口増加に対する医療施設の不足である。現在、フィリピンの医療機関は患者一人に対してベッド 10 床の比率で運営されており、世界最低水準にある。国民の医療サービスへのアクセスを改善するためには少なくとも 100 棟の医療機関の追加（ベッド 1 万床相当）が必要とされている。特に大都市圏から離れた地方では増加する高齢者人口に対して総合病院の不足が深刻な問題となっている⁵⁷⁰。2016 年 9 月のフィリピン CNN によると、フィリピンのヘルスケア担当官は、医療システムが効率的だと評されているキューバを視察し、同制度の導入を検討している。しかしながら、キューバの医療システムの導入には、フィリピンの地方における医師の数とプライマリケア施設を 3 倍にする必要があり、そのための医学部も政府の直接管轄下には無いため、変革が難しいとしている⁵⁷¹。

また、医療機関のみならず医師や看護師不足も指摘されており、医師 1 人に対して 3 万 3,000 人の患者がいる状態で、年間に 1 万 5,000 人の医師が不足しているにも関わらず、年 2,600 人しか新しい医師が輩出されていないという。特に地方都市において、医療従事者不足は深刻で、保健省は医療従事者の地方誘致の改革の必要性を訴えている⁵⁷²。

<熱帯病と生活習慣病の蔓延>

フィリピンにおける代表的な疾患は経済発展に伴うライフスタイルの変化による肥満や糖尿病などの生活習慣病に加え、高齢者人口の増加に伴う疾患、また熱帯地域特有の感染症や毒ヘビ等に噛まれて治療が必要となる例が挙げられる。医療機関の不足問題はこれらの従来型の疾患に加え、工業化に伴う大気汚染や水質汚濁といった今後のフィリピンの社会構造の変化によってもたらされる新しいタイプの疾患に総合的に対応する上でも非常に重要な問題とされている⁵⁷³。

⁵⁶⁹ http://www.mhlw.go.jp/bunya/kokusaigyomu/asean/2014/dl/Philippines_CountryReport.pdf

⁵⁷⁰ <http://www.pwc.com/gx/en/industries/healthcare/publications/asia-pac-newsletter/assets/pwc-apac-health-industries-newsletter-august2015.pdf>

⁵⁷¹ <http://cnnphilippines.com/news/2016/09/06/doh-cuba-health-care-system.html>

⁵⁷² <http://cnnphilippines.com/news/2016/10/13/department-of-health-lack-of-doctors.html>

⁵⁷³ http://www.wpro.who.int/philippines/publications/manual_of_operations_prevention_and_control_of_ncds_in_the_philippines.pdf

表 9：フィリピンの代表的疾患

疾患グループ	世界最低水準	フィリピン	世界最高水準
下痢	0.2	6.2	107
呼吸器疾患	0.1	4.2	71
マラリア	0.0	0.0	34
その他の媒介感染症	0.0	2.0	4.9
肺癌	0.0	0.4	2.6
その他の癌	0.3	1.2	4.1
自律神経失調症	1.4	2.2	3.0
心臓病	1.4	3.3	14
慢性閉塞性肺疾患	0.0	1.3	4.6
喘息	0.3	2.1	2.8
筋骨格疾患	0.5	0.8	1.5
交通事故	0.3	1.4	15
その他の事故	0.6	2.9	30
故意的傷害	0.0	1.4	7.5

注：単位は障害調整生命年（DALY）/1,000人

出典：WHO⁵⁷⁴

3.18.2 3.18.2 政府の取組

(1) ドゥテルテ大統領の国民健康促進政策

2016年6月にフィリピンの大統領に就任したロドリゴ・ドゥテルテ氏は国民の健康を促進するために多くの野心的な取り組みを打ち出している。その一つは同年10月に発効した公共スペースにおける禁煙法である。この禁煙法は従来の法律よりも公共スペースを広く定義し、公共施設や飲食店に加え公共交通機関の車内なども規制の対象になるという。

従来よりフィリピンでは喫煙率が高く、成人人口の3割以上、約1,700万人が喫煙習慣を有しているという。成人男性の約半数と成人女性の9%が喫煙しているとされ、タイに拠点を置くASEAN地域の喫煙に関する調査をする Southeast Asia Tobacco Control Alliance の調査よるとこの喫煙習慣による健康悪化と生産性の低下によって毎年4億ドルの損失を出している計算になるという⁵⁷⁵。

ドゥテルテ大統領の就任以前にもフィリピンはタバコ等に高い税率を課していたが、今回の法整備に伴う税金や罰金によって更なる税収が見込まれる。2012年の Sin Tax Law の施行以来、保健省（Department of Health: DoH）の予算は57.9%増加し、2014年の予算は837億ペソ⁵⁷⁶となっている。タバコ、アルコール関連の税収は916億⁵⁷⁷ペソに上り、411億ペソ⁵⁷⁸の税収増加と喫煙率の低下に貢献している⁵⁷⁹。

⁵⁷⁴ http://www.who.int/quantifying_ehimpacts/national/countryprofile/philippines.pdf?ua=1

⁵⁷⁵ <http://www.cnbc.com/2016/10/11/philippines-duterte-to-roll-out-tough-anti-smoking-law-after-davao-success.html>

⁵⁷⁶ 約1,900億円（2017年1月現在）

⁵⁷⁷ 約2,100億円（2017年1月現在）

一方でドゥテルテ政権下での法整備に対しては、産業界から批判の声も上がっている。ドゥテルテ氏はダバオ市長時代にも多くの禁酒、禁煙法を整備して”The Punisher（仕置き人）”の異名を得ていたことでも知られている。例えば深夜の飲酒禁止、午前3時以降にアルコール飲料を提供する施設の閉店、午後10時以降の児童の外出禁止等が挙げられる⁵⁸⁰。

麻薬犯罪の撲滅に厳しい姿勢で臨んでいることが知られるドゥテルテ大統領だが、ダバオ市長時代に実施したこれらの政策を全国レベルで施行する可能性がある。これらの法整備に関してドゥテルテ大統領は「国民の健康を守るためには厳格に対処する必要がある」と述べている⁵⁸¹。

(2) 国民皆保険制度の導入

前アキノ政権下で実施された保健医療施設強化プログラム（The Health Facilities Enhancement Program: HFEP）は全国民に等しくヘルスケアサービスを提供できるように医療機関と保険制度を整備するための先鋒となるプログラムである。HFEPによって今までに169億ペソ⁵⁸²が運用され、年間ではおよそ34億⁵⁸³ペソが使用されている計算となる⁵⁸⁴。

このHFEPの一環として、現在フィリピンでは全国民が医療保険に加入できるように政府が主導して国民皆保険制度の整備が進められている。国営の健康保険企業 Philippine Health Insurance Corporation（PhilHealth）が実行機関となり、フィリピン国民の100%をカバーし、かつクオリティの高い医療サービスを提供できる保険制度の導入を目指している⁵⁸⁵。

英 Oxford Business Group の調査によると、近年の政府による熱心な取り組みによって医療保険の加入率は確実に上昇し、国内の医療セクターにも需要の増加となってポジティブな影響を与えている。この動きをさらに促進するために政府によるヘルスケア提供の効率の高い運営が求められている。しかしながら、いまだに末端の医療サービス提供は細分化されており、これより政府は規制の一本化など複雑な法制度改革に取り組まなければならない。これに加え、国民保険制度を広く国民に周知させるための政府の一層の努力が求められている⁵⁸⁶。

(3) ASEAN 加盟国間の医療協力

フィリピンの医療従事者のスキルは高く、東南アジア諸国連合（Association of Southeast Asian Nations: ASEAN）内の他の加盟国からもフィリピン出身の医療従事者の提供が広く求められている。

⁵⁷⁸ 約930億円（2017年1月現在）

⁵⁷⁹ <https://www.oxfordbusinessgroup.com/overview/universal-health-care-drives-health-sector-growth-philippines>

⁵⁸⁰ <http://www.cnn.com/2016/10/11/philippines-duterte-to-roll-out-tough-anti-smoking-law-after-davao-success.html>

⁵⁸¹ <http://newsinfo.inquirer.net/747530/747530>

⁵⁸² 約390億円（2017年1月現在）

⁵⁸³ 約78億円（2017年1月現在）

⁵⁸⁴ <http://dirp4.pids.gov.ph/websitcms/CDN/PUBLICATIONS/pidsdrn16-2.pdf>

⁵⁸⁵ <https://business.inquirer.net/210155/ph-healthcare-industry-set-for-growth>

⁵⁸⁶ <https://www.oxfordbusinessgroup.com/overview/universal-health-care-drives-health-sector-growth-philippines>

ASEAN 諸国間の医療従事者に関する規制の統一や労働許可証申請プロセスの簡易化によって医療従事者が国外で働く際の柔軟性が高められ、フィリピンにとっては質の高い医師や看護師を他国に提供する機会となる。

しかしながら、医療従事者の国外での勤務を認めることにより、フィリピン国内での医療従事者の不足の問題が指摘されている。実際に上述の医療機関の不足の問題と低賃金の問題を合わせ、国外からの需要はフィリピンの医師や看護師の流出を招いている。今後スキルの高い医療従事者がその能力を十分に発揮してフィリピンで勤務するために、医療機関の増加と社会制度の整備がフィリピン政府に求められている⁵⁸⁷。

3.18.3 国民のライフスタイルの変化と民間の取組例

(1) 国民のライフスタイルの変化

<生活習慣の変化>

経済発展によってもたらされた社会構造の変化に伴い、国民のライフスタイルの変化と生活習慣病の蔓延が問題視されている。比主要紙 INQUIRER の 2014 年 10 月の記事によると、約半数のフィリピン人の睡眠時間は 6 時間以下であり、45%の国民は不健康な食生活を自覚しているという。このスコアは ASEAN 地域において最悪であると指摘されている⁵⁸⁸。実際、糖尿病や心臓病といった生活習慣病で治療を受ける患者の数も同地域において最も多い。

この生活習慣病の理由としては第一にフィリピン人の健康に対して楽観的な気質が挙げられる。予備知識の普及が遅れている段階で従来からの食生活が欧米型のものに変化しており、フィリピン国民の自覚のないままに生活習慣病が広がっていると考えられる。これに加え、労働時間の増加による運動をする機会の減少、スポーツ施設の未整備、また TV やインターネットの普及によって運動するモチベーションが奪われている点も指摘されている⁵⁸⁹。

<健康食ブーム>

欧米諸国で広がっているココナッツオイルブームがフィリピンにも波及しており、ココナッツオイルを応用した商品が大きく注目されている。フィリピンにおいてココナッツは伝統的に栽培されており、ココナッツオイルに限らず果汁や果肉は一般家庭において広く利用されている。実際、世界のココナッツの輸出シェアの 59%はフィリピンが占めるという⁵⁹⁰。

今回のココナッツオイルブームは主に米国産オイルを逆輸入する形でフィリピン国民の間に広がり、伝統的なココナッツの利用とはまた違った需要が生まれている。例えばココナッツオイルを使

⁵⁸⁷ <https://business.inquirer.net/210155/ph-healthcare-industry-set-for-growth>

⁵⁸⁸ <http://lifestyle.inquirer.net/175286/filipinos-have-worst-health-habits-in-asia-says-study/>

⁵⁸⁹ 同上

⁵⁹⁰ <http://www.centrafoods.com/blog/supply-and-demand-in-the-coconut-oil-market-market-update>

用したポテトチップスは健康志向が高い消費者に一般の食品より栄養価が高いとされるスーパーフードとして注目されている。また、食品に限らず自然由来の石鹸やシャンプーといった美容の嗜好品としても重宝されている。世界的なココナッツオイルブームのためココナッツ自体の価格はここ数年で急激に上昇しており、安価な原材料を確保するためにフィリピンのココナッツ市場において激しい国際競争が起こることが予想される⁵⁹¹。

これに加え、日本の消費者にも馴染みが深いヤクルトが人気を集めている。お腹にやさしく、且つ免疫力を高められる乳酸菌飲料としてかねてからフィリピンの消費者の間に浸透していた。2015年には乳酸菌飲料市場の87%を占めている。「ヤクルトレディ」という独特なビジネスモデルが東南アジア諸国で注目されていることもブームの一役を担っている。特に2015年より発売されているヤクルトライトは従来のヤクルトよりカロリーを25%抑えた健康食品として、小売店への供給が間に合わないほど大ヒットした。フィリピンのヤクルト社はこれから拡大するフィリピンの健康食品需要を見越して、リテールだけでなく健康な食生活のための知識の普及などコンプライアンス活動を通してフィリピン市場におけるプレゼンスの確立を図っている⁵⁹²。

(2) 民間の取組事項

<多国籍企業による M&A>

医療施設の整備が政府の課題となっているのに対し、フィリピンのヘルスケア産業は主に民間の企業によって主導されている。フィリピンにおいてほぼ全ての医療機器と医薬品の65%は国外から輸入されている⁵⁹³。この輸入の割合の高さから、フィリピンのヘルスケア産業、特に医薬品市場は日本を含め医薬品の輸出を目指す諸国にとって有望な市場に映る。近年のフィリピンのヘルスケア産業に関しては多国籍企業による M&A も多くみられる。これらの M&A の狙いは主に細分化しているフィリピンのヘルスケア市場に参入するため、地域の医薬品のリテールに精通している企業を取り込むことでフィリピン市場のノウハウを獲得することにある⁵⁹⁴。

一方、多くの医療機関においては、診療科をまたいで医療設備、資機材が共有されていることから、病院軒数、病床数のみで潜在需要を予測することは難しい。市場規模を図るには、現地の医療機関等に対して製品ごとに実需要がどの程度のものかにつき丹念にヒアリングを行う必要がある。

<ICTの導入>

民間主導のフィリピンのヘルスケア産業では医療分野における ICT の導入も積極的に行われている。電子カルテの導入から遠隔治療のためのデータベースなど、テクノロジーの発展により効率的でコストパフォーマンスの高いヘルスケアサービスの提供が可能となる。Telemedicine と呼ばれる

⁵⁹¹ 同上

⁵⁹² <http://www.euromonitor.com/dairy-in-the-philippines/report>

⁵⁹³ <http://www.morulaa.com/medical-device/philippines-healthcare-market-an-overview-morulaa/>

⁵⁹⁴ <http://www.pwc.com/gx/en/industries/healthcare/publications/asia-pac-newsletter/assets/pwc-apac-health-industries-newsletter-august2015.pdf>

薬剤の処方のためのコミュニケーションや治療のためのオンライン情報交換は世界的に見ても早いペースで導入が進んでいる。これらのデータベースの発展に加え、スマートフォンやドローンといった最新のデバイスを医療に応用することでフィリピンにおける医療施設の不足をカバーする一助となることが期待されている⁵⁹⁵。

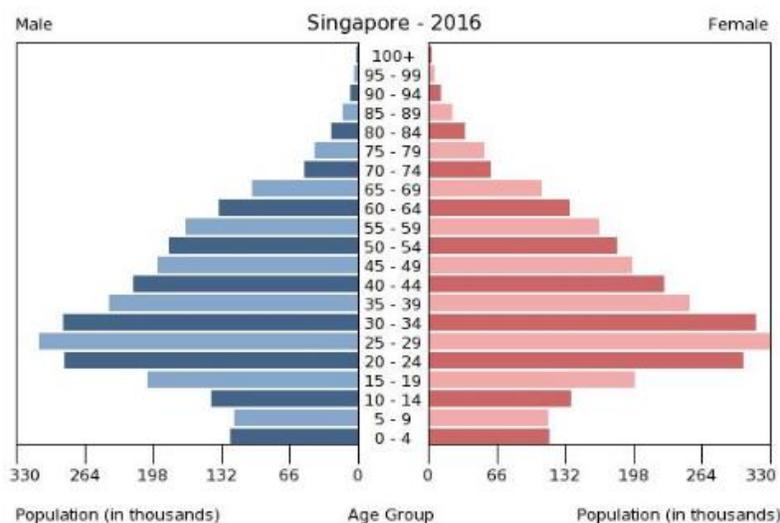
3.19 シンガポール

3.19.1 健康長寿に関する課題

<少子高齢化>

高齢化はシンガポールにおいても深刻化している。総人口の伸びが鈍化する一方、65歳以上の高齢者が人口に占める割合は急速に増加しており、2000年時の22万人から現在では倍の44万人、さらに2030年までに90万人に達すると見込まれている。2050年までには高齢者の割合の最も高い国の一つになるとされており、「シルバー津波」(Silver Tsunami)が来ると言われている⁵⁹⁶。この増加する高齢者人口に対して社会保障制度の維持が急務となっている。労働者人口は2015年をピークに減少が始まっており、既存の社会保障制度による収入の再分配は限界に近づいている。これに対応するため、政府は定年退職年齢の引き延ばしなどの政策を打ち出している⁵⁹⁷。

図 43 : シンガポールの人口構成 2016 年



注：左が男性、右が女性、単位は100万人。中央の数値は5歳刻みの年齢層。

出典：CIA

⁵⁹⁵ <https://business.inquirer.net/210155/ph-healthcare-industry-set-for-growth>

⁵⁹⁶ http://69.59.162.218/HIMSS2012/Venetian%20Sands%20Expo%20Center/2.22.12_Wed/Marcello%204502/Wed_0945/95-21_Sarah_Muttitt_Marcello%204502/95Muttitt.pdf

⁵⁹⁷ <http://www.todayonline.com/singapore/singapore-feeling-impact-rapidly-ageing-population>

シンガポール政府はまた高齢者の社会での自立を推進するアクティブ・エイジングの促進にも力を入れている。保健省（Ministry of Health: MOH）は Action Plan for Successful Ageing を掲げ、高齢者がより充実した生活を送れる社会の構築を目指して公私両セクターと自治体から地域レベルの協力を呼び掛けている⁵⁹⁸。

この取り組みの要は高齢者のヘルスケアの中心を従来の通院ないし入院型のケアから自宅及び地域におけるケアにシフトすることにある。これは後述の医療従事者の不足が問題となっており、この地域型ヘルスケア社会の実現のためにも医療従事者の補充が求められている⁵⁹⁹。

高齢化に加え、出生率の低下もシンガポールにおける深刻な社会問題とされている。人口維持に必要とされる合計特殊出生率が 2.1 であるのに対してシンガポールのそれは 1.4 と大幅に下回っており、人口減少への対策が急務となっている。この要因としては経済発展に伴う女性の高学歴化と社会進出が挙げられ、キャリアと育児の両立の困難さによる晩婚化及び結婚率の低下、また育児に対する家計への負担の増加も重要な要因とされる。これに対してシンガポール政府は育児休暇の拡充など社会制度の改革に乗り出しているが、いまだに少子化に対応する十分な対策が行われていないと認識されている⁶⁰⁰。

表 10 : シンガポールの代表的疾患

疾患グループ	世界最低水準	シンガポール	世界最高水準
下痢	0.2	0.5	107
呼吸器疾患	0.1	0.7	71
マラリア	0.0	-	34
その他の媒介感染症	0.0	-	4.9
肺癌	0.0	0.6	2.6
その他の癌	0.3	1.6	4.1
自律神経失調症	1.4	1.5	3.0
心臓病	1.4	2.4	14
慢性閉塞性肺疾患	0.0	0.2	4.6
喘息	0.3	1.2	2.8
筋骨格疾患	0.5	1.2	1.5
交通事故	0.3	0.3	15
その他の事故	0.6	0.6	30
故意的傷害	0.0	0.5	7.5

出典 : WHO⁶⁰¹

< 医療従事者の不足問題 >

⁵⁹⁸ https://www.moh.gov.sg/content/moh_web/home/pressRoom/pressRoomItemRelease/2016/70-initiatives-to-enable-singaporeans-to-age-confidently.html

⁵⁹⁹ <http://www.straitstimes.com/singapore/health/30000-more-healthcare-workers-needed-by-2020-to-cater-for-singapores-ageing>

⁶⁰⁰ <http://www.straitstimes.com/singapore/tackling-singapores-baby-shortage>

⁶⁰¹ http://www.who.int/quantifying_ehimpacts/national/countryprofile/singapore.pdf?ua=1

シンガポールは世界で最も医療制度が発達した国の一つとして知られている。人口 520 万人の島嶼国でありながら、国民をカバーする保険制度と効率的な医療システムは高度に発展している。シンガポールの医療制度に関しては保健省が強い影響力を持ち、医療先進国としてのさらなる発展を政府の主要プロジェクトのひとつと位置付けている。

島嶼国としての性質上、シンガポールは外来患者診療と私立の診療所をつなぐ島嶼間ネットワークを有し、入院患者受け入れのためのデータベースをはじめ、各島に等しく初期治療と予防治療に関する情報を提供できるようにしている⁶⁰²。

このようにシンガポールは社会の協調 (social harmony) に重きを置き、国内のすべての要素が効率的かつ円滑に作用する医療システムの整備をヘルスケア政策の柱としている⁶⁰³。実際、保健省が実施したアンケート調査によるとシンガポールの医療制度に関して回答者の 77% が満足していると答え、78% の患者が自分の体験した治療を他の人にも「強く勧めたい」または「きっと勧める」と回答している⁶⁰⁴。

シンガポールにおいて現在最も深刻な問題とされているのが医療従事者の不足である。2010 年の時点で病院のベッド数は 1 万 1,509 床、うち 8,881 床は公立病院、残りの 2,628 床は私立の医療施設に存在する。これに対して、医師の数は公立 8,819 人、私立 3,292 人、また看護師の数は公立で 1 万 2,994 人、私立 5,140 人となっている。

保健省の計画では 2020 年までに介護施設におけるベッド数 1 万 7,000 床、自宅介護施設 1 万床、デイケア施設 6,200 床、臨時自宅介護施設 6,000 床の設置を目標としている。但し、これらの医療機関の収容人数の増加に対応するためには、現在のシンガポールの医療従事者は圧倒的に不足している。保健省の発表によると 2020 年までに医療従事者 2 万人の増員が必要とされているが、2014 年の時点でこの目標の達成率は 45% にとどまるという⁶⁰⁵。この医療従事者の不足問題は、例えば心臓病など中長期的な通院が求められる患者が一貫した治療を受ける際の弊害となっている⁶⁰⁶。

3.19.2 政府の取組

(1) Medisave, MediShield, Medifund

冒頭で紹介したように、シンガポールの医療システムは政府保健省の強い影響力の下に運営されている。保健省はヘルスケアのニーズの把握、サービスの企画と提供をその任務としており、全国の医療、介護施設を網羅するネットワークを構築している⁶⁰⁷。このため、医療、介護サービスの提

⁶⁰² <http://assets.ce.columbia.edu/pdf/actu/actu-singapore.pdf>

⁶⁰³ <https://www.hsph.harvard.edu/news/features/singapores-health-care-system-holds-lessons-for-u-s/>

⁶⁰⁴ <http://international.commonwealthfund.org/countries/singapore/>

⁶⁰⁵ <http://www.channelnewsasia.com/news/singapore/healthcare-in-singapore-developments-in-the-sector-in-2015/2369290.html>

⁶⁰⁶ <http://assets.ce.columbia.edu/pdf/actu/actu-singapore.pdf>

⁶⁰⁷ <http://international.commonwealthfund.org/countries/singapore/>

供から医療保険に至るまで政府のプレゼンスは大きく、初期治療の医療費に対して公的医療保険によってカバーされる額はその8割に上るといふ。この保険制度は”3Ms”として知られる **Medisave**、**MediShield**、**Medifund** という3つの福祉プログラムを中核として運営されている。

Medisave は政府によって加入が義務付けられている国民保険であり、労働者はその収入に基づいて支払い金額を決定される。この保険の運用は政府の厳格なガイドラインによって規定されており、入院、手術、外来治療といった基本的な医療措置に適用される。加入者の被扶養者に対しても適用可能とされている。

MediShield は **Medisave** によってカバーしきれない中長期的な医療措置の負担をカバーする低コストの保険制度であり、これも同じく加入が義務付けられている。**MediShield** への保険料の支払いは **Medisave** と共通となっており、2015年には新たに **MediShield Life** として統合されたシステムが運営されている。

Medifund は低所得者層を支援するための政府基金である。これは上述の2つの保険の支払いが困難な国民のために設けられた保険システムであり、政府によって **Medifund** の適用が認可された医療機関での治療費をカバーする⁶⁰⁸。

⁶⁰⁸ 同上

表 11：シンガポールの医療に関する政府支出統計(SP\$1 = 約 81 円 / 2017 年 1 月現在)

	2013	2014	2015
Medisave			
• 加入者数(百万人)	3.2	3.2	3.3
• 総合収支(\$十億)	64.9	70.5	75.9
• 加盟者の収支平均(\$)	20,600	21,800	22,700
• 医療費のため直接引き出された金額(\$百万)	799	852	905
MediShield Life & Integrated Shield Plans			
• 適用者数(千人)	3,593	3,656	N.A.
• 私立保健制度を併用している適用者(千人)	2,404	2,485	2,548
Medifund			
• 適用認定者数(千人)	766	1,006	1,097
• 適用額(\$百万)	130.0	157.5	162.6

出典：Ministry of Health⁶⁰⁹

この 3Ms によって保障される医療費の幅は広く、シンガポールは他国と比べて国民の医療費の負担が少ないのが特徴とされている。また、保健省は病院数やベッド数に至るまで把握して管理する強い権限を持つため、民間の保険会社の役割が少ないのも特徴の一つとして挙げられる⁶¹⁰。

(2) 健康的な生活のマスタープラン

国民のライフスタイルの変化によって新たに引き起こされる健康問題に対する注意喚起が求められている。これに対して、シンガポール政府は 2020 年を目標に国民のライフスタイルを改善するためのマスタープラン (Healthy Living Master Plan) を 2014 年 4 月に導入し、普及を進めている。このマスタープランは国民の健康への関心を日常のレベルで高め、健康的なライフスタイルを確立するための施設とサービスの拡充を目的としている。在宅時に限らず職場や学校で健康的なライフスタイルを促進することで、日常生活の中に健康に関する習慣を定着させることを目指している⁶¹¹。

同マスタープランの前文によると、人口の高齢化とライフスタイルの変化によって多くの国民が心臓病、ガン、糖尿病、精神病、呼吸器疾患といった生活習慣病のリスクを抱えているといわれ、これらの生活習慣病はシンガポールにおける死亡原因の 7 割を超えている。この二大リスク要因は肥満と喫煙で、それに高血圧や高血中コレステロールなどが続く。このため、ライフスタイルの改善に向け、マスタープランは国民の運動を促進する環境を整備し、日常の勤務や授業の合間の時間を利用して運動する習慣を身に付けるように呼び掛けている⁶¹²。

(3) 医療における ICT の導入

⁶⁰⁹ https://www.moh.gov.sg/content/moh_web/home/statistics/Health_Facts_Singapore/Healthcare_Financing.html

⁶¹⁰ <http://international.commonwealthfund.org/countries/singapore/>

⁶¹¹ <https://www.moh.gov.sg/healthylivingmasterplan>

⁶¹² https://www.moh.gov.sg/content/dam/moh_web/Publications/Reports/2014/HLMP/MOH_Healthy%20Living%20Master%20Plan_Inside%20Page_8d.pdf

シンガポール政府は高度な電子医療記録システムの導入を 2008 年から National Electronic Health Record (NEHR) として進めている。このシステムは国内のあらゆる医療措置に関する情報を収集し、記録、分析することで医療に関する政策の履行を確認し、なおかつ患者の記録をデータベースを介して共有できるようにしている。このシステムの長期的な目標は医療従事者による関連情報へのアクセスを容易にしてより効率的で安全性の高い医療サービスを提供することである。

具体的には電子カルテの導入によって患者の予防接種記録、通院・手術記録、アレルギー情報などの共有、また医療施設間のネットワークによって入院患者の受け入れ状況を共有できるようにする。これらの ICT の導入により、医師、患者及び研究者が相互に主体となって効率的な医療サービスの提供が可能となる⁶¹³。

3.19.3 国民のライフスタイルの変化と民間の取組事項

<生活習慣病の蔓延>

上述した生活習慣病の蔓延に見られるように、シンガポールでは経済発展に伴うライフスタイルの乱れが深刻な健康課題として取り上げられている。欧米の食習慣の影響による食事の高コレステロール化に加え、インターネットやテレビといった娯楽の発達によって運動する機会とモチベーションが奪われていることが指摘されている。

現在、シンガポールは世界的に見て最悪レベルの糖尿病の発症率を示しているという⁶¹⁴。若年層を含む生活習慣病の慢性化により、シンガポールの医療費の支出は 2018 年まで毎年 11% のペースで増加を続けるとされている。この生活習慣病の深刻化に鑑みて、定期的な健康診断による病変の早期発見と先述のマスタープランによる生活習慣の改善が進められている⁶¹⁵。

<シンガポール女性の健康美>

シンガポールは、特に女性の美意識の高さで世界の注目を集めている。最先端のコスメティックの研究もさることながら、その伝統は古来の東洋医学の影響を強く受け、「美は健康の上に成り立つ」という考え方が浸透しているという。街を歩くと美容に良い薬膳スープを提供するお店も多く見られ、健康的な食習慣からの美意識の高さを裏付けている。従来からココナッツやクコ、ナツメの実には美肌効果が認められ、レストランのほか食品スーパーでも気軽に手に入る。

これらのシンガポール伝統の美容食に加え、最近では豆腐やコラーゲンを多く含む「美人鍋」が美容効果のある食の新しいスタイルとして注目されているという⁶¹⁶。また、年間を通して最高気温

⁶¹³ <http://international.commonwealthfund.org/countries/singapore/>

⁶¹⁴ <https://www.aia.com/content/dam/group/en/docs/vitality/investing-in-singapore-s-health-aia-vitality-white-paper-final-10-july.pdf>

⁶¹⁵ 同上

⁶¹⁶ <http://sethlui.com/beauty-in-the-pot-singapore-steamboat-review/>

が30℃に上るシンガポールではミニ丈のワンピースやタンクトップにショートパンツ、サンダルといった開放的なファッションが定番となり、肌の露出も多くなるため女性たちはボディケアにも余念がない。日本製の日焼け止めは品質が良いということでシンガポール女性に人気が高い⁶¹⁷。

<民間の取組事項>

冒頭で紹介したように医療先進国であるシンガポールにおいてヘルスケア市場は保健省の強大な影響力の下にあり、民間企業が果たす役割は相対的に少なくならざるを得ない。逆に言えば保健省によって保障しきれない分野を民間企業がカバーすることによってシンガポールヘルスケア市場におけるビジネスチャンスを見出すことができる。例えば85歳以上の後期高齢者に対して上述のMediShieldは適用されない。中長期的な治療が必要な高齢者にとって公的医療保険によるサポートが得られないことは大きなダメージとなるため、企業によるこの分野の補完が望まれる⁶¹⁸。

特に専門医による治療については民間セクターの診療所が大きな役割を果たしている。特にガン治療、口腔科、循環器科、神経科、皮膚科の治療に際しては民間の診療所がクオリティの高い医療サービスを提供している。民間の医療機関ではRaffels Medical GroupとParkway Healthが2大グループとして有名で、公立の医療機関よりも迅速なサービスと多くのアメニティを提供し、メディカル・ツーリズムの受け入れにも積極的に取り組んでいることで知られている⁶¹⁹。

シンガポールのバイオポリスは国際的なバイオメディカル分野の研究開発拠点として知られているが、P&Gは2014年にここを拠点とする研究施設を立ち上げている。P&Gは2億ドルを出資してエンジニアリング、物質科学、バイオ科学にわたる研究者を集め、ヘアケア、スキンケア、ホームケア、パーソナルヘルスケアに関する研究を充実させている。この大規模な研究施設は商品開発だけでなくパッケージデザインやリテールに至るまであらゆる情報を総合的に分析できるようデザインされている。このように、美容市場では最先端の研究開発が非常に重要な成功要因となる。シンガポールのバイオポリスを起点として最新の需要に対応したコスメティックの開発が行われている⁶²⁰。

最後に、ヘルスケア産業にICT導入を目指す民間企業にとって、シンガポールの高齢者人口の増加は新たなビジネスチャンスを生み出している。シンガポールでは高齢者のICTデバイス利用のリテラシーが拡大しているため、彼らのニーズに合わせた商品やサービスの提供はシンガポールのICTビジネスにおいてシルバー・マーケットとして有望な市場となっている。医療や介護におけるICTデバイスの導入だけでなく、高齢者の生活スタンダードの向上や、定年退職後も仕事を続けられるような技術的な支援、地域サービスのオンライン化などその需要は多岐に渡る。高齢者が過しやすい生活環境を整備するという政府の方針にも合致しており、今後はデータ収集によるフィー

⁶¹⁷ <http://www.herworldplus.com/solutions/beauty-style/sunscreens-singapore-beauty-experts-use>

⁶¹⁸ <http://assets.ce.columbia.edu/pdf/actu/actu-singapore.pdf>

⁶¹⁹ <http://www.channelnewsasia.com/news/singapore/healthcare-in-singapore-developments-in-the-sector-in-2015/2369290.html>

⁶²⁰ <http://www.asianscientist.com/2016/02/features/asia-cosmetics-skin-care-industry-reigns-supreme/>

ドバックを経てより一層高齢者の需要に合ったサービスの登場が見込まれる⁶²¹。

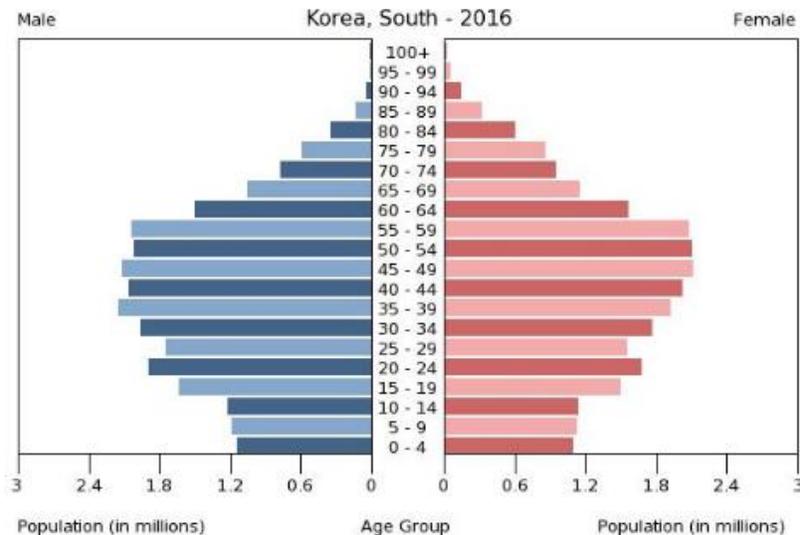
3.20 韓国

3.20.1 健康長寿に関する課題

<高齢化>

韓国は、出生率が低下する一方、寿命が伸びていることから、人口の高齢化が進んでいる。15歳～49歳の女性の合計特殊出生率は、1970年の4.53から、2005年には1.08まで大きく低下し、その後、横ばいが続き、2015年には1.24となっている。2014年時点で、OECD加盟国中最下位のレベルにある⁶²²。寿命については、1980年の66歳から、現在では81歳まで伸びている。65歳以上の高齢者人口は、過去30年で3倍増加した。2005年前後に10人に2人であった高齢者人口の割合は、2040年までには10人に3人となると見られ、国民の平均年齢も1980年の26歳から、今年2016年には40歳を超えると見られている⁶²³。OECDの統計によると、2012年の韓国の平均寿命は81.3歳で、OECD平均の80.2歳よりも1年長い。これは、2000年から2012年にかけて、OECD全体で3歳伸びた中で、韓国は5歳以上伸びたことによる⁶²⁴。

図 44：韓国の人口構成 2016年



注：左が男性、右が女性、単位は100万人。中央の数値は年齢グループ。

出典：CIA

<自殺の増加>

⁶²¹ <https://www.spring.gov.sg/Inspiring-Success/Enterprise-Stories/Pages/Unlocking-Opportunities-in-the-Silver-Market.aspx>

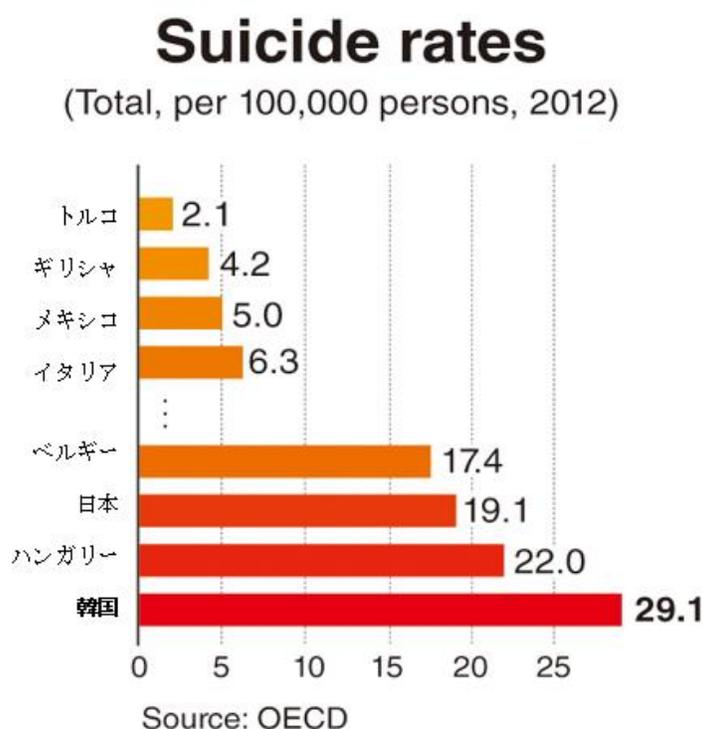
⁶²² http://english.hani.co.kr/arti/english_edition/e_national/758664.html

⁶²³ <http://thediplomat.com/2015/03/south-koreans-are-getting-older-can-the-country-cope/>

⁶²⁴ <http://www.oecd.org/els/health-systems/Briefing-Note-KOREA-2014.pdf>

OECDが発表した2015年健康統計（Health Statistics 2015）によると、2012年、韓国の人口10万人当たりの自殺率が29.1人と、OECD平均11.9人の約2.5倍と最悪の数値であった⁶²⁵。韓国の英字紙 Korea Times は、その高い自殺率の原因について、「1990年から自殺者が増え、その時点から4倍にまでなった。それは、韓国の民主化と工業化の過程と並行して、家族や地域社会のつながりが強かった農業社会が減少し、都市化や経済のグローバル化によって、社会競争の激化と孤独な生活を送る人が増加した」ことが原因だとしている⁶²⁶。また、大学入試や就職などの社会的競争が激しさを増している中、伝統的に家族意識が強い風土の中、孤独を感じる人口が増えていることなども自殺率増加の一因とされている⁶²⁷。

図 45：韓国の自殺率（10万人当たり、2012年）



出典：Korea Heald⁶²⁸

<生活習慣と慢性疾患>

韓国の肥満率は、日本に次いで低い割合に留まり、2012年には成人人口の4.6%が肥満とされたが、2001年の3.2%からは微増している⁶²⁹。韓国は喫煙率が高く、2012年の喫煙率が22%と、OECD平

⁶²⁵ <http://www.koreaherald.com/view.php?ud=20150830000310>

⁶²⁶ http://www.koreatimes.co.kr/www/news/opinion/2016/03/162_193603.html

⁶²⁷ <http://www.aljazeera.com/programmes/peopleandpower/2015/08/south-korea-suicide-nation-150827070904874.html>

⁶²⁸ <http://www.koreaherald.com/view.php?ud=20150830000310>

⁶²⁹ <http://www.oecd.org/els/health-systems/Briefing-Note-KOREA-2014.pdf>

均 20.7%を若干上回っている程度であるが、男女の喫煙率の差は大きく、男性は約 40%と OECD 加盟国中最高で、女性は 6%に留まっている⁶³⁰。これは、韓国男性が兵役中に喫煙を覚えること、女性の社会的イメージなどが由来しているが、女性の喫煙者が増えているという指摘もされている⁶³¹。

韓国の疾病管理本部（Center for Disease Control and Prevention）の発表によると、韓国の死因の 80%以上が癌や心臓疾患などの慢性疾患で、アルコールの過剰摂取などの健康リスクが高い生活習慣が問題だとしている。2013 年、死因上位 10 位のうち 7 つが慢性疾患で、そのうち 4 つが癌、糖尿病、下部呼吸器疾患、循環器疾患であった。同年、慢性疾患患者の治療に利用された医療費は 38 兆ウォン⁶³²で、医療費全体の約 80%を占めた。運動不足や過剰な喫煙や飲酒、不健康なダイエットなどが、その主な原因だとされている。特に韓国の 10 代の人口のうち 12.5%しか運動しておらず、成人人口の 11.9%が週 2 回以上飲酒し、成人男性の 41.4%が喫煙（10 代男性でも 14.4%が喫煙）と不健康な生活習慣であった。

食生活の面でも、21.6%の成人が高カロリー食品の過剰摂取を指摘される一方で、10 代に限ると 47.2%が高脂質食品の食べ過ぎであった。そうした中で、韓国の肥満人口は 2013 年時点で 1,300 万人とされており、特に 20 代と 30 代の男性が多く、肥満人口が増加している。また、約 30%の成人、900 万人が高血圧症と診断されているが、そのうち適切な治療を受けているのは 58.6%に過ぎない。こういったことから、生活習慣の改善による慢性疾患の予防が必須とされている⁶³³。

<大気汚染>

米国のイエール大学とコロンビア大学が 2016 年に共同で行った調査による Environmental Performance Index（EPI）では、韓国の空気の品質は 100 点満点中 45.51 と判定された。調査国 180 のうち 173 位と、低い水準だった。EPI は、大気の質や健康への影響、気候とエネルギーなど 20 の指標に基づいて優先順位の高い環境問題について各国を評価している。順位は 2014 年の 70.6 点、43 位から、点数、順位ともに落としている⁶³⁴。同調査によると、中国と韓国の人口の半分以上が健康に被害を及ぼし得る空気に触れているという⁶³⁵。

これには、大気汚染が社会問題となっている隣国、中国の影響があるという一般的な意見があるが、University of South California の Institute of Global Health 学長の Jonathan Samet 氏によると、隣国から流れてくる大気だけでは韓国の大気汚染レベルは説明がつかないと言う。韓国は 50%以上のエネルギー源を石炭に頼っており、火力発電所の増設計画もあるという⁶³⁶。このように悪化を続ける韓国の大気汚染に健康被害への懸念が広がっている。

⁶³⁰ <http://www.oecd.org/els/health-systems/Briefing-Note-KOREA-2014.pdf>

⁶³¹ https://www.washingtonpost.com/news/worldviews/wp/2016/07/29/south-korea-came-up-with-a-plan-to-cut-down-smoking-the-opposite-happened/?utm_term=.94ad03e97107

⁶³² 約 4 兆円（2017 年 1 月 7 日時点）

⁶³³ <http://www.koreaherald.com/view.php?ud=20150820001115>

⁶³⁴ <http://www.koreaherald.com/view.php?ud=20160516000741>

⁶³⁵ http://www.socialconnectedness.org/wp-content/uploads/2016/01/Yale-EPI-PolicyMaker-Summary_2016.pdf

⁶³⁶ <http://www.npr.org/sections/parallels/2016/06/03/478796463/koreas-air-is-dirty-but-its-not-all-close-neighbor-chinas-fault>

3.20.2 政府の取組

<健康計画 2020>

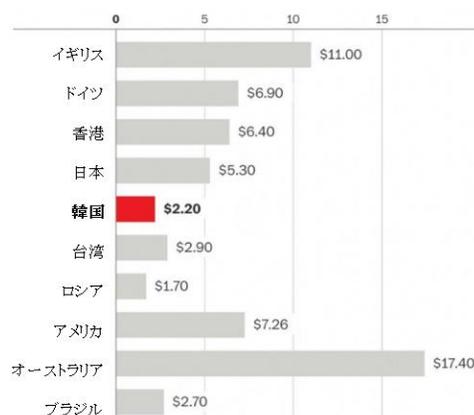
韓国では2011年に1995年に施行された健康促進法に基づく健康促進計画では第3次となる The National Health Plan 2020 (HP2020) で、1) 総合分野、2) 健康ライフスタイル分野、3) 慢性疾患管理分野、4) 感染症管理分野、5) 環境安全分野、6) 集団保健分野、7) システム管理分野の7つの重点項目を設置し、健康促進を図っている。

HP2020は、前計画の National Health Plan 2010 の基本的な枠組みを踏襲しているが、保健福祉部 (Ministry of Health and Welfare) が推進する関連政策も取り入れ、包括的なアプローチを取っている⁶³⁷。同計画の下では、健康における格差是正も目指しており、喫煙、飲酒、運動量の均衡化を独立したプロジェクトとして推進している他、障害者や民族少数者などのグループへの平等な福祉の促進も行っている⁶³⁸。

<禁煙の推進>

先述のとおり、韓国では成人男性の喫煙率が40%と高く、これには「喫煙者の天国 (Somoker's Heaven)」と称されるほど、レストランなどほとんどの公共の室内で喫煙が可能であった。2002年から徐々にタバコの価格は上昇したものの、平均給与の上昇率の方が高かったため、実質的にはタバコの値段は安くなっている⁶³⁹。そもそもタバコの価格は世界的にも安価とされている。以下図は各国のタバコ1パットの値段を比較しており、韓国はロシアに次いで安価であることがわかる⁶⁴⁰。

図 46：タバコ1パットあたりの値段比較 (2014年)



出典：Washington Post⁶⁴¹

⁶³⁷ <https://www.mindbank.info/item/4070>

⁶³⁸ http://www.wpro.who.int/asia_pacific_observatory/hits/series/korea_health_systems_review.pdf

⁶³⁹ <http://thediplomat.com/2014/08/south-korea-no-longer-a-smokers-haven/>

⁶⁴⁰ https://www.washingtonpost.com/news/worldviews/wp/2016/07/29/south-korea-came-up-with-a-plan-to-cut-down-smoking-the-opposite-happened/?utm_term=.94ad03e97107

⁶⁴¹ 同上

タバコ消費量が世界 13 位で、OECD 加盟国では 2 位という韓国に対して、2012 年に WHO から禁煙を促進する課税措置などの勧告がなされた。これを受けて公共施設や、アパートなどの共同住宅における禁煙措置が始まった。2013 年にタクシー運転手の喫煙が禁止された。2014 年にはタバコパックへの課税措置が取られ、タバコ購入は減少すると予測されたものの、2016 年の前半のタバコ購入率は前年から 16% 増加するという結果となっている。これには、自殺率の高いことでも知られる韓国の社会的ストレスなどが一因として考えられている⁶⁴²。保健福祉部は、喫煙を国が直面する健康問題として重要視しており、今後更なる改善策が期待される。

3.20.3 国民のライフスタイルの変化と民間の取組事例

(1) 国民のライフスタイルの変化

<単身世帯の増加と関心事の変化>

韓国統計庁によると、2000 年から 2013 年にかけて、単身世帯の割合が 15.5% から 25.3% に増加し、2025 年には 31% を超える見通しが発表された。こうした傾向は、例えば、韓国最大のコンビニエンスストアチェーン CU のランチパック商品の売上が、2012 年から 2015 年にかけて年間平均 35% 以上増加していることに加え、ミネラルウォーターの小ボトルや果物の単身世帯向け小パック商品の売上也増加傾向にあることなどの消費スタイルの変化として表れている。

また、趣味や衣料品、化粧品といった小さな楽しみを求める傾向が強くなっている。自分の見栄えをより気にする男性が増えており、様々な男性化粧品の売上が伸びている。大手ネット通販サイト 11st では、2015 年、男性による電動フェイスクレンザーやミニカーラーの購入がそれぞれ、前年比 141% 増、56% 増と大幅に伸びた。

一方、「都会のおばさん (urban grannies)」も新たな消費傾向として関心が集まっている。これは、自分の健康や容姿、余暇について重視する高齢者グループで、機能化粧品やウェアラブル健康機器を購入する。11st では、2015 年、50 代から 60 代の女性によるアンチエイジング化粧品の購入が 170% 増加し、他の通販サイト Auction では、60 代によるスマートウォッチの購入が 249% もの増加を記録した⁶⁴³。

<医療費支出の増加>

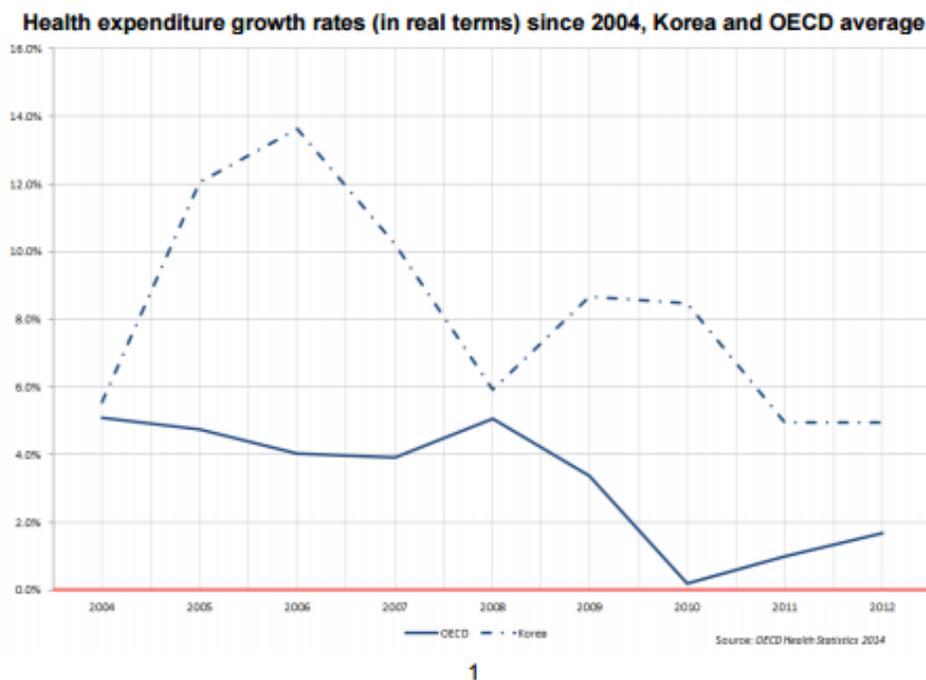
OECD 加盟国のほとんどが、医療費は平均 72% が公的支出によるものであるが、韓国は公的支出の割合が 55% に留まっており、民間セクターが重要な役割を持っていることが特徴的である。また、2012 年、韓国の医療支出は GDP 比 7.6% で、OECD 平均 9.3% よりも低かった。多くの OECD 加盟国

⁶⁴² 同上

⁶⁴³ <http://www.businesskorea.co.kr/english/news/lifestyle/13496-lifestyle-trend-single-person-households-creating-new-trend-consumption>

とは対照的に、韓国の対 GDP 比医療費支出額は、近年増加傾向にあり、GDP の増加率を上回っている。これは、2008 年に導入された介護保険の拡大が大きな要因の 1 つとされている⁶⁴⁴。

図 47：医療費支出の実質増加割合：2004 年以降・韓国と OECD



注：点線グラフが韓国・実線が OECD 平均

出典：OECD⁶⁴⁵

<食生活の変化>

米国農務省が、韓国農村経済研究所の調査を引用して 2014 年 6 月に発表した「韓国の食糧消費動向」に関するレポートによると、78.6%の世帯が米を食べる頻度は同じだと、ほとんどの世帯で変化が見られないが、頻度が増えた世帯は 11.3%、減った世帯は 10.1%であった。減った原因は、若い世代が、パンやピザ、ハンバーガーなど多様な食品を好むようになり、主食としての米の地位が下がってきていることにある。韓国政府は、米の消費レベルの維持に取り組んでいる⁶⁴⁶。また、韓国では毎年流行する食があり、スナック菓子などが一斉に流行に乗じる傾向がある。2015 年にはハチミツが流行り、2016 年にはバナナブームが来た。2016 年の大手コンビニ GS25 におけるバナナ関連商品の売上は 60%上昇した。このように、韓国の食品業界はその時々トレンドに大きく左右さ

⁶⁴⁴ <http://www.oecd.org/els/health-systems/Briefing-Note-KOREA-2014.pdf>

⁶⁴⁵ <http://www.oecd.org/els/health-systems/Briefing-Note-KOREA-2014.pdf>

⁶⁴⁶ https://kr.usembassy.gov/wp-content/uploads/sites/75/2016/06/Food-Consumption-Trends-in-Korea_Seoul_Korea-Republic-of_6-10-2014.pdf

れる。一方で、これらトレンドは熱しやすく冷めやすい。また、韓国の消費者は職に健康や機能性を求める傾向があり、バナナブームもエネルギー源や高血圧対策などから火がついた⁶⁴⁷。

⁶⁴⁷ <https://www.linkedin.com/pulse/korea-going-bananas-banana-daniel-kim?articleId=6214688850808270848>

(2) 民間セクターの取り組み

<会社員リラクゼーションの人気の高まり>

韓国の年間総労働時間は2,163時間と、OECD平均よりも393時間多く、81.3%が疲労を訴え、特に20代～30代にその傾向は強いという調査結果もある。多くの会社員が長時間労働でストレスを抱えているので、会社員が休息を取ることができる施設が増えており、昼休みを利用して休憩を取る20代、30代の会社員で賑わっている。韓国のビジネス街として知られる鍾路に構える休息施設は、ハンモックを設置しており、江南や明洞、弘益大学校周辺にもハイテクマッサージチェアを設置した施設が増えている⁶⁴⁸。

<オーガニック食品の輸入増加>

韓国はアジア諸国で日本に次いで2番目に大きいオーガニック食品市場を抱えており、その多くを輸入に頼っている⁶⁴⁹。2013年時点で6,180万ドル相当のオーガニック食品を輸入し、そのうち米国からの輸入は1,560万ドルであった。オーガニックの生鮮食料品のほとんどが韓国産であるが、加工オーガニック食品の成長余地は大きいとみられる。オーガニック食品であれば、通常の200～400%高く価格を設定されているが、需要の増加は継続している。韓国のオーガニック食品市場は2020年までに20億ドルに達すると期待されており、米農務省は、米国オーガニック食品加工事業者にとってビジネスチャンスだととらえており、商品の選択肢を増やすとともに、オーガニック食品についての教育とマーケティングに力を入れ、韓国バイヤーの商品理解を高める動きを推奨している⁶⁵⁰。

図 48：EU が韓国への輸出品として重視しているオーガニック食品の順位

順位	食品名
1	加工果物・野菜
2	バナナ（冷凍含む）
3	精製糖食品
4	ブラウン・シュガー
5	乾燥大豆
6	小麦粉
7	全粒小麦
8	全粒小麦粉
9	茶
10	果物・野菜飲料
11	粉ミルク

出典：EU Gateway to Korea⁶⁵¹

⁶⁴⁸ http://english.chosun.com/site/data/html_dir/2015/10/05/2015100500641.html

⁶⁴⁹ <https://www.eu-gateway.eu/sites/default/files/collections/document/file/market-opportunity-korea-processed-organic-food-beverage.pdf>

⁶⁵⁰ http://www.oregonlive.com/business/index.ssf/2015/05/south_korea_appetite_for_impor.html

⁶⁵¹ <https://www.eu-gateway.eu/sites/default/files/collections/document/file/market-opportunity-korea-processed-organic-food-beverage.pdf>

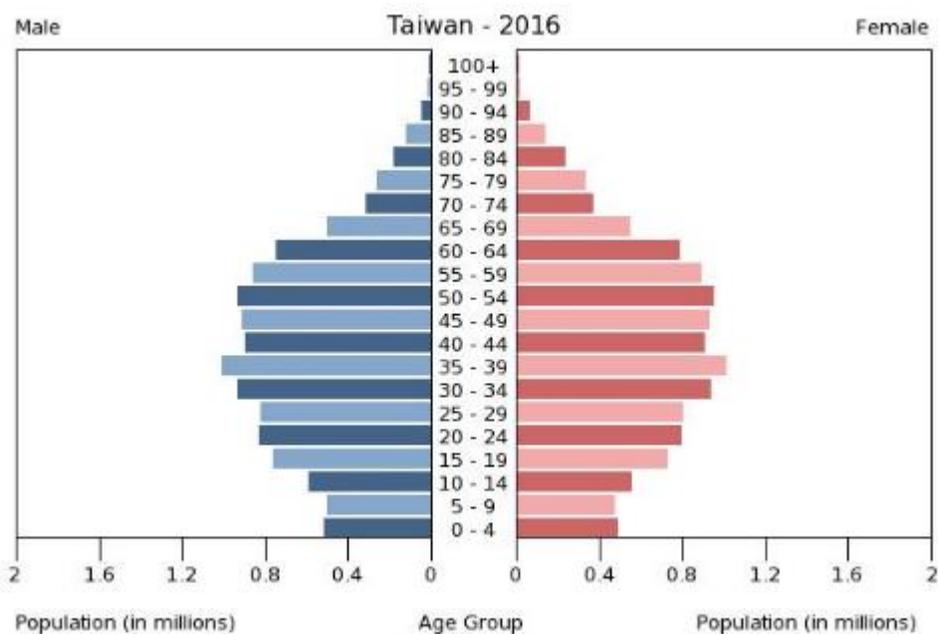
3.21 台湾

3.21.1 健康長寿に関する課題

<高齢化・少子化>

台湾は 1993 年に 65 歳以上の人口が 7%を超え、高齢化社会に突入した。14 歳以下の人口割合は、2001 年の 20.8%から 2014 年の 14%に減少した一方で、65 歳以上の人口割合は、8.8%から 12.0%に増加し、高齢化は年々進行し、少子化と高齢化がともに進んでいると言える⁶⁵²。1951 年は台湾の女性 1 人当たり 7 人の子供を出産していたが、2010 年時点で、特殊出生率は 0.89 まで下がり、2027 年頃までには人口減少が始まると見られている。同様に、急速に進む人口の高齢化も懸念材料で、2012 年時点で人口の 14%が 65 歳で、20 年以内に倍増すると予測されている。この傾向が続くと、7 人で 1 人の高齢者を支えている現状が、2045 年までに 1.45 人で 1 人の高齢者を支える状況となると予測されている⁶⁵³。

図 49：台湾の人口ピラミッド 2016 年



注：左が男性、右が女性、単位は 100 万人。中央の数値は年齢グループ。

出典：CIA

2013 年に台湾の経済建設委員会（Council for Economic Planning and Development）が行った調査が発表され、台湾は 2025 年までに 65 歳以上の人口が 20%を超える超高齢社会となると予測された。

⁶⁵² http://www.mohw.gov.tw/MOHW_Upload/doc/2015MOWH.pdf, p.13

⁶⁵³ <https://www.theguardian.com/world/2012/jan/23/taiwan-low-birth-rate>

また、2012年時点の平均寿命は79.51歳で、2011年から0.36歳長くなった。こうした人口構造の変化に直面し、政府は、都市部での高齢者向け介護施設の需要が今後高まることを認識している⁶⁵⁴。

<慢性疾患の増加>

2014年、全死亡例の77.5%を占める10大死因は慢性疾患で、上位から悪性新生物（癌）、心臓疾患（高血圧症を除く）、脳血管疾患、肺炎、糖尿病、事故・薬物副作用、慢性下部呼吸器疾患、高血圧症、慢性肝臓疾患・硬変、腎炎・ネフローゼ症候群・ネフローゼであった⁶⁵⁵。

<肥満と運動不足>

台湾の肥満レベルは、欧米各国よりも低いが、アジア諸国の中では最も高い。なかでも子供の肥満はより深刻で、世界的に上位に位置している⁶⁵⁶。台湾の肥満率は男性19.2%、女性16.6%と、シンガポールやタイ、マレーシアの男性肥満率がそれぞれ6.4%、4.7%、4.0%と比較しても非常に高いレベルにあることがわかる。2012年7月、台北で開催された台湾・欧州健康対話会議（Taiwan-Europe Health Dialogue）で台湾の国民健康局（Bureau of Health Promotion）Chiou Shu-ti局長は、台湾人の68%の男性、79%の女性が、週3日少なくとも30分の軽い運動もしていないことも原因していると発言した⁶⁵⁷。

⁶⁵⁴ <http://www.taipetimes.com/News/taiwan/archives/2013/10/23/2003575197>

⁶⁵⁵ http://www.mohw.gov.tw/MOHW_Upload/doc/2015MOWH.pdf, p.15

⁶⁵⁶ <http://www.ehfg.org/intranet/app/webroot/uploads/presentations/files/uploads/791853d6efbc8e6c3776a6fcb1375f.pdf>

⁶⁵⁷ <http://www.apiopa.org/obesity-in-taiwan-more-serious-than-in-other-asian-countries-official/>

図 50： 国別肥満と太りすぎの割合（年齢調整罹患率%）

	男性		女性	
	肥満	太りすぎ	肥満	太りすぎ
米国	32.3	40.1	28.6	35.5
オーストラリア	25.6	42.1	30.9	24.0
ドイツ	20.5	45.5	29.5	21.1
スペイン	13.4	45.0	32.2	15.8
フランス	16.1	41.0	23.8	17.6
イタリア	10.5	42.5	26.1	9.1
台湾	19.2	31.9	19.2	16.6
シンガポール	6.4	28.6	22.6	7.3
日本	2.3	24.5	17.8	3.4
マレーシア	4.0	20.1	21.4	7.6
韓国	1.6	22.0	23.4	3.0
タイ	4.7	17.7	25.2	9.1
中国	2.4	16.7	15.4	3.4

	男子	女子
米国	35.0	35.9
スペイン	32.9	22.9
イタリア	32.4	30.9
台湾	29.0	21.0
ニュージーランド	28.2	28.8
シンガポール	25.5	17.6
英国	22.7	26.6
ドイツ	22.6	17.7
オーストリア	22.5	16.7
オーストラリア	22.0	24.0
タイ	21.1	12.6
インド	20.6	18.3
日本	16.2	14.3
フランス	13.1	14.9

左が成人、右が子供

出典：台湾国民健康局⁶⁵⁸

3.21.2 政府の取組

(1) 健康長寿に関する政府の取組

<介護法の制定>

2015年5月、台湾議会は、介護専門職の提供と介護施設の設置と運営に関する規制を定める長期介護サービス法（Long-term Care Services Act）を可決し、2017年6月から施行される。台湾政府は、

⁶⁵⁸<http://www.ehfg.org/intranet/app/webroot/uploads/presentations/files/uploads/791853d6efbc8e6c3776a6fcb1375f.pdf>

65歳以上の人口割合が2015年の12.5%から、2030年までに24.1%、2050年までに36.9%に達することを見込んでおり、同法はより総合的な介護とサポートシステムを構築し、急速な高齢化に対応することを目的としている。

これまで介護サービスは65歳以上の高齢者且つ独居および自活ができない者に限定されていたが、この法律により、在宅介護、地域介護、施設居住、特定の時間に自宅家事支援などの様々な介護サービスを統合する法的枠組みとなる。政府は、介護サービス資源の適切な展開のために、介護施設の整備が十分な地域での施設の新設・拡張を制限し、不十分な地域での整備にインセンティブを導入し、既存の老人ホームとリタイアメントセンターを5年以内に統合する予定である。また、政府は長期介護サービス開発ファンド（Long-Term Care Services Development Fund）を設立し、5年間で少なくとも120億ニュー台湾ドル⁶⁵⁹を拠出する⁶⁶⁰。

<介護保険の導入準備>

2015年6月、台湾行政院は介護保険制度を導入し、台湾市民に加入を義務付けることをめざす長期介護保険法案（Long-term Care Insurance Bill）の第三読会を終えた。議会は5月に第三読会を通過させ、保健福祉省が、それを法案として推し進め、2週間の労働団体との協議の末、行政院の読解を通過させ、遅滞なく手続きが進めば2018年の施行を目指す。台湾政府は、1100億ニュー台湾ドル⁶⁶¹の介護保険の基金を設立するために、毎年400億ニュー台湾ドル⁶⁶²の予算を拠出する必要がある、また、介護保険と土地・家屋に課す固定資産税やたばこ製品に課す保健福祉割増金（サーチャージ）を統合することを検討している⁶⁶³。

<ジャンクフードの宣伝規制>

子どもの肥満が社会問題となっている台湾で、ファストフードに対する規制が始まっている。台湾の食品薬物管理署（Food and Drug Administration : FDA）は、子どもの健康的な食生活のために、ジャンクフードの宣伝と販売について2016年1月1日から規制を課した。トランス脂肪酸や飽和脂肪酸、ナトリウム、加糖を含んだスナック菓子、キャンディ、飲料、氷菓子、ファストフードは、脂肪カロリーが総カロリーの30%を超過、飽和脂肪酸の場合は10%、1食当たりナトリウムが400ミリグラムを超過かつ加糖が総カロリーの10%超過といった基準を超えた場合に規制の対象となる。

規制対象の食品は、テレビで午後5時から午後9時までの間、12歳未満の子供向けの宣伝をすることができない。また、ファストフードチェーンでは一般的に行われているおもちゃの景品を商品に付けることも完全禁止となる。違反した場合、4万ニュー台湾ドルから400万ニュー台湾ドルの罰金が科せられる。この新たな規制を受けて、台湾マクドナルドは、2015年11月下旬から、セッ

⁶⁵⁹ 約440億円（2017年1月時点）

⁶⁶⁰ <http://www.pwc.com/gx/en/industries/healthcare/publications/asia-pac-newsletter/legislation-taiwan.html>

⁶⁶¹ 約4,000億円（2017年1月現在）

⁶⁶² 約1,500億円（2017年1月現在）

⁶⁶³ <http://www.chinapost.com.tw/taiwan/national/national-news/2015/06/05/437682/Long-term-Care.htm>

トメニューの内容をフレンチフライと炭酸飲料から果物またはサラダ、ジュースまたは牛乳に変更した⁶⁶⁴。

3.21.3 国民のライフスタイルの変化と民間の取組

(1) 国民のライフスタイルの変化

<自転車文化の復活>

30年ほど前までは、自転車は人ばかりでなく、野菜や鶏肉の運送など、様々な交通手段として使われていたが、近代化とともに、スクーターなどに代わっていった。ところが、最近、自転車が健康と娯楽にいいとして、台湾で人気に戻りつつある。自転車の競技や旅行などの活動に参加する人の数は2013年の2万2,473人から、2014年はその倍以上の4万5,810人に達した。その他、都市部では通勤にも使われている。台北では、レンタル自転車の人気が上がっており、スクーターよりも自転車に乗る人の数が多いのは、アジアの都市の中で台北が一番かもしれないと言われるほどだ⁶⁶⁵。

(2) 民間の取組事項

<高まるフィットネスジムの人気>

台湾で、健康意識の高まりとともに、定期的に運動をするフィットネスジムの会員数が増えている。最新の機器をそろえたフィットネスセンターや各種競技大会が広がりを見せている中で、高額のプライベートトレーナーの市場も拡大している。その一方で、最近、市場に参入してきた2社である米国資本のAnytime Fitnessと地元チェーン店のLight Fitnessは、既存の客層ばかりではなく、フィットネスに入会したことが無く、フィットネスについての理解も限定的な層を対象とした戦略を取っている。

米International Health, Racquet & Sportsclub Association (IHRSA)の調査によると、台湾のフィットネスの普及率⁶⁶⁶は2.5%と、アジア全体の平均3.8%、香港の4.2%、韓国の3.99%、シンガポールの4%よりも未だ低い水準にとどまっており、台湾におけるフィットネス事業は台湾市場拡大の余地に期待を抱いている。米国資本のWorld Gymと地元資本のFitness Factoryは、2007年12月⁶⁶⁷に事業破綻した料金前払い制のAlexander gymチェーンの後に大きく成長した。台湾政府は、前払い制の事業モデルを排除することに取り組み、市場の信用を取り戻したことで、IHRSAによると、2011年から2014年にかけてのフィットネスジムの会員数は46万人から58万人と26%の増加を実現した。同時期に、フィットネスジムの施設数は131カ所から185カ所、41%の増加を示した⁶⁶⁸。

⁶⁶⁴ <http://www.asianscientist.com/2016/01/topnews/taiwan-ban-junk-food-marketing-kids/>

⁶⁶⁵ <http://www.bbc.com/news/business-31109431>

⁶⁶⁶ 人口1000人当たりのフィットネスクラブ加入率。

⁶⁶⁷ <http://www.chinapost.com.tw/news/2007/12/11/134370/Alexander-Health.htm>

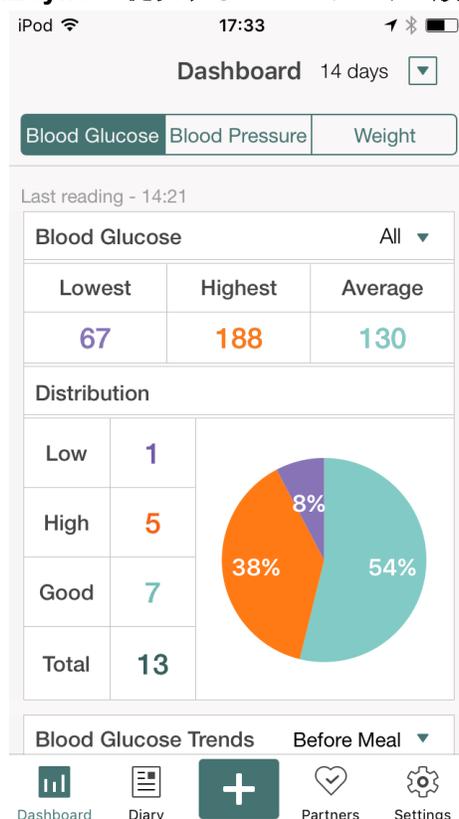
⁶⁶⁸ <http://topics.amcham.com.tw/2016/09/fitness-industry-benefits-taiwanese-health-business-alike/>

<民間企業の健康管理ビジネスへの参入>

台湾のオンライン糖尿病管理サービス企業 Health2Sync は、台湾の保健福祉省と連携して、台湾全土にウェブとアプリベースのサービスを広めることを 2016 年 10 月に発表した。同社は、患者向けアプリ、血糖値測定器とスマートフォンを接続するケーブル、患者個人のデータから自動的に個別推奨事項を判定するデータ分析エンジンなど、多様な患者管理プラットフォームを提供している。

台湾は統一された公的医療保険を運用しているが、糖尿病の拡がり保険システムに負担となっており、また住民全体への糖尿病教育の不足が指摘されている⁶⁶⁹。また、同社は、米シリコンバレーやアジアを主に拠点とするベンチャーキャピタルから 300 万ドルの資金調達をして、台湾以外の日本、香港やタイなどへの進出も狙っている⁶⁷⁰。

図 51 : Health2Sync が提供するスマートフォン版糖尿病管理画面



出典：mobihealthnews⁶⁷¹

<ベジタリアン向け食品産業の成長>

⁶⁶⁹ <http://www.mobihealthnews.com/content/health2sync-partners-taiwan-ministry-health-offer-diabetes-management-platform-nationwide>

⁶⁷⁰ <http://www.mobihealthnews.com/content/taiwan-based-health2sync-gets-3m-diabetes-management-platform>

⁶⁷¹ 同上

台湾には 6,000 軒近くのベジタリアン専門レストランがあり、半数以上が台湾北部に集中している⁶⁷²。CNN は 2016 年にベジタリアンにとって魅力的な旅先 10 都市の一つに台北を選んだ。台湾人口の 13%、およそ 170 万人がベジタリアンで、様々なオプションがあることを魅力として挙げている⁶⁷³。また、台湾では 2000 年代前半に大豆と小麦のぬかをを使い、高額なベジタリアン向け肉の代替品を作る技術を開発した。それをきっかけとして、肉の代替品の輸出国となった。年間のベジタリアンフードの売上は 1 億ドルにのぼり、その 70% が日本や東南アジア、欧州、米国などに輸出され、年間 20% の成長率が期待されている⁶⁷⁴。

⁶⁷² https://www.foodtaipei.com.tw/en_US/industry/news/info.html?id=732E8230AC146077

⁶⁷³ <http://www.cnn.com/2016/06/27/foodanddrink/hot-vegan-destinations/>

⁶⁷⁴ https://www.foodtaipei.com.tw/en_US/industry/news/info.html?id=732E8230AC146077

総括

本報告書では、日本の健康長寿産業の有望市場として、健康関連指標を用いた定量分析、政府の取組や国民の健康意識の変化、その他国・地域別の事情などを基に、以下 17 か国を抽出した。

地域	国名
アジア	中国
	インド
	マレーシア
	インドネシア
	カンボジア
	タイ
	ベトナム
	ミャンマー
北米	米国
欧州	ドイツ
	ロシア
中南米	ブラジル
	メキシコ
中東	トルコ
	サウジアラビア
	UAE
アフリカ	ナイジェリア

本報告書で詳しく見てきた上記 17 カ国については、全体的な傾向として、経済成長が進み、国民の生活が豊かになるにつれて、食の欧米化や運動不足が進んだことなどから、体重過多や肥満の拡大、生活習慣病の増加といった傾向が見られた。また、医療技術の発達に伴い平均寿命が延び、多くの国・地域で高齢者の割合の拡大が見られた。さらに、少子化の進行により労働人口の割合が減少し、高齢者支援における国民の負担が増大するなど、人口構成の変化による課題も多くの国で見受けられた。

同時に、健康長寿関連産業にとって有望市場とみられる国・地域では、政府及び民間部門において、顕在化してきた健康課題に対処すべく、医療システムの改善や、健康に関する教育・普及啓蒙活動、運動不足の解消に資する活動等、様々な取組が積極的に行われ始めている。新興市場では特に中間・高所得層がけん引する形で、オーガニック食品や、フィットネスなど健康の維持・管理に有益と考えられる製品・サービスに対する需要が生まれて始めている。有望市場の中にも温度差はあるが、健康意識の高まりがみてとれる。

以上のように、健康問題に直面しつつも、これに対処すべく官民で積極的な取組がなされている国・地域にこそ、我が国の健康長寿産業がこれまで培ってきた製品、技術、サービスが活かせる余

地がある。本報告書に記した17か国以外の国・地域も含めて、我が国の経験が広く世界の人々の健康維持、増進、健康長寿に活用されていくことが期待される。

(以 上)

主要国・地域の健康長寿関連市場の動向調査

2016年3月発行／2017年3月＜追補＞

独立行政法人 日本貿易振興機構
〒107-6006 東京都港区赤坂1丁目12番32号
オーク森ビル6階
サービス産業部 ヘルスケア産業課
電話 03-3582-8351