

# 日本経済大学 大学院紀要

第2巻 第2号

---

## 論文

- 組織集団における創造革新性パラドックスの発生メカニズムと克服方略に関する研究 (1)  
—創造的アイデアの生成と仕事イノベーション—…………… 古川久敬 (1)
- 研究対象としてのゾンビ—社会科学におけるリサーチアジェンダ—…………… 石松宏和 (23)
- 商品売上の会計処理に関する一考察…………… 石内孔治 (33)
- ミャンマーの人的資源の展望 …………… 叶 芳和 (59)
- イノベーション創出における場とマネジメントの研究…………… 小松康俊 (75)
- 防衛調達の下価管理におけるクロスファンクショナル組織の役割と効果に関する一考察  
—日英の比較を中心として—…………… 森光高大 (91)
- 異種技術間での競争と製品スペックの変化…………… 中川 充 (103)
- 災害時の都市防災コミュニティ政策に関する研究…………… 仲間妙子 (115)
- インテリジェンスがマネジメントの一端を担う論拠…………… 菅澤喜男 (149)
- 製薬企業のグローバル戦略と研究開発投資…………… 関口 潔 (163)
- 製造業におけるグローバル戦略の変容…………… 丑山幸夫 (173)
- ミャンマーにおける保健医療の現状と今後の可能性…………… ウイン・トゥ・ミャッカラヤ (189)

---

2014(平成26)年3月

日本経済大学大学院

## ミャンマーにおける保健医療の現状と今後の可能性

ウイン・トゥ\*・ミャッカラヤ\*

### I はじめに

発展途上国の多くの病院では、医師や看護師などの人材、医療サービスに必要な機器や医薬品、予算が不足するなど、難しい問題を多く抱えている。ミャンマー連邦共和国（以下、ミャンマー）も例外ではない。同国はこれまでの政治的な事情により近隣の諸国に比べ、経済発展が遅れているが、2011年の民政移管以後、世界中から様々な分野において投資ブームが熱を帯びている。同国が投資先として期待されている理由は、ミャンマーはインドとASEANの中央に位置するという地理的優位性、天然ガス、石油、宝石、チーク材などの豊富な天然資源の存在、安価な労働コストの生産拠点、人口約6,000万人を抱える潜在的な巨大消費マーケットとしての将来性等があるためである。今後、同国に進出する日本企業は大幅に増加していくと思われる。

日本の保健・医療関係の企業がミャンマーでの活動を継続的かつ効率的に行うためには、今日のミャンマーにおける衛生・保健医療現状や問題点を把握する必要がある。また、同分野への参与可能性を考察する必要がある。本稿はミャンマー保健省（Ministry of Health, Myanmar）から提供されたデータを主に参考・引用しながら、同国の保健医療の実態を明らかにし、今後の保健医療産業における発展可能性を考察することを主な目的とする。

調査方法としては、現地に一時的に滞在する参与観察、資料収集、関係者へのインタビューによる質的データを主に用いる。情報収集方法は、ヤンゴン市を中心に、病院、クリニック、モバイルクリニック、NGOを訪ね、僧侶や在家者の有識者、保健省のスタッフ、友人の医者に会い、基本的な情報を集めた。さらに現地の病院やクリニックを観察し、指導者や経営者にインタビューを行った。また、日本においても、日本国内に居住しているミャンマーの医師、東京にあるジャパンハートの関係者、日本の公益財団法人オイスカ（OISCA）の関係者に会う機会を得て、細かな情報を得ている。

---

\*ウイン・トゥ：日本経済大学大学院アジアイノベーションセンター研究員（所長叶芳和）、ミャッカラヤ：日本経済大学経営学部准教授

## Ⅱ ミャンマーにおける保健医療の現状および問題点

### 1. 生死統計

ミャンマーにおいては、リプロダクティブ・ヘルス（Reproductive Health：RH）分野、特に母子保健の分野での必要性は依然として高い。下表1からも明らかなように、妊産婦死亡率（Maternal Mortality Rate：MMR）や乳幼児死亡率（Infant Mortality Rate：IMR）はわずかでありながら減少はしているものの、妊産婦死亡率は出生1,000対1.33（2010年、ミャンマー保健省2013）である。その主な原因は、出血、流産、人工妊娠中絶の合併症、子癇、分娩停止といった周産期関連である。この背景には、資金不足等のため医療サービスの劣悪、保健医療従事者の知識・スキル不足、さらに母親自身の妊娠中のケアや妊娠に関する知識の欠如、基礎的薬品や避妊薬（具）の不足等があると思われる。また、農山村地域では地理的な孤立、インフラの欠如も妊産婦死亡率や乳幼児死亡率を高くさせている大きな要因であると言えることができる。村落においての出産状況をみると、伝統的な産婆の介助や助産婦のもとでの自宅出産を好む妊産婦が圧倒的に多い。その理由として、自宅出産の方が病院やクリニックより費用が低いこと、村落と医療機関に距離があり、物理的アクセスが悪いことなどが考えられる。ミャンマーにおいて、人工妊娠中絶を行うことは原則的に法律で禁じられているが、母体保護を理由に病院で手術を受けることは可能となっている。保険省では人工妊娠中絶を重大な疾患として認識しており、防止活動に力を入れている。

また、2010年の出生1,000人あたり乳児死亡率は、都市部が25.60、地方が27.80である。2007年まで国全において40を超えていた乳児死亡率は、2008年以降、30以下に急激に下がっている。その原因は明らかにされていないが、さらに詳細な調査が必要である。

世界子供白書2013年によると、2011年現在、ミャンマーの5歳未満児死亡率順位は47位である。1990年は5歳未満児死亡率順位は107位であったのに対し2011年には62位へ、1歳未満の乳児死亡率順位は77位であったのに対し2011年には48位へと減少している。減少の理由は、NGOとミャンマー保健省と共同で、各地域と州<sup>1)</sup>の学校に牛乳の提供、妊娠した女性に薬品の供与など実施している結果であると推測できる。さらに、妊産婦死亡率や乳幼児死亡率はわずかでありながら減少している背景には、予防接種実施率や産前健診受診率も比較的良好になったことが背景にあると考察できる。

出生率をみると、2010年の人口1,000人あたり粗出生率は、地方部が15.4、地方が16.60である。1988年には国全体で30程度であった出生率が、2008年には20以下に減少し、2010年には16.60までとなった。その背景には、女性の未婚率の高いことや避妊実行率の増加

1) ミャンマーは7州（State）、7地域（Region）、70地区（District）、330タウンシップ（Township）、84サブタウンシップ（Sub-Township）、398市（Town）、3,063区（Word）、13,618村落（Village Tracts）、672,85集落（Village）に分かれている（ミャンマー保健省2013、2頁）。主としてビルマ族が居住する7地域と、非ビルマ族が居住する7州から構成されている。

等がある。

平均寿命は、都市部において男性65.80歳、女性70.80歳、地方部において男性64.30歳、女性67.80歳である。平均寿命は年々伸長いることが表から見て取れる。その要因として、安全な飲み水の確保、トイレの設置、衛生推進教育<sup>2)</sup>の普及等が考えられる。

表1 生死統計

保健指標			1988年	1999年	2005年	2006年	2007年	2008年	2009年	2010年
粗出生率	都市		28.60	24.50	19.00	19.00	18.40	14.00	15.30	15.40
(1,000人対)	地方		30.50	27.10	21.90	21.50	21.20	16.10	16.60	16.60
粗死亡率	都市		8.90	6.00	5.50	5.30	5.30	7.60	5.10	5.20
(1,000人対)	地方		9.90	7.80	6.40	6.30	5.90	8.70	5.80	6.10
乳児死亡率	都市		47.00	55.10▲	45.10	44.90	43.40	28.20	25.70	25.60
(出生1000対)	地方		49.80	62.50▲	47.00	46.90	46.30	30.00	27.80	27.80
5歳未満児死亡率	都市		72.90	65.12▲	70.02	64.15	62.10	39.80	36.15	34.43
(出生1000対)	地方		－	85.16▲	71.16	67.03	65.02	41.08	36.69	35.11
	全国			77.77▲	70.59	65.59	63.56	40.44	36.42	34.77
妊産婦死亡率	都市		1.00	1.80▲	0.96	0.94	0.94	1.23	1.13	1.12
(出生1000対)	地方		1.90	2.80▲	1.43	1.36	1.36	1.57	1.52	1.54
	全国		1.45	2.50▲	1.20	1.15	1.15	1.40	1.33	1.33
人口増加率			1.96	2.02	2.02	2.02	1.75	1.52	1.29	1.10
平均寿命	都市	男	59.00	61.00	62.50	62.90	64.00	65.10	65.50	65.80
		女	63.20	65.10	66.60	67.30	69.00	70.50	70.70	70.80
	地方	男	56.20	60.30	62.00	62.50	63.20	63.90	64.10	64.30
		女	60.40	62.70	64.90	65.40	67.10	67.40	67.50	67.80

出典：「ミャンマー保健省2013」、134頁 ▲ National Mortality Survey, CSO, 1999

注：“-”が記載なし

## 2. 罹患率 (Morbidity)

下表2は、ミャンマーにおける罹患率の高い病気・怪我を表している。ミャンマーは民主化の進展・経済発展が進む一方で、交通事故による罹患や死亡が近年急増している。同国において罹患率上位は、「その他の多部位の損傷」が10.6%と最も多い。それ以降の順位を見ると、敗血症、周産期関連、感染症関連が多いことがわかる。

2) オイスカのミャンマー担当者によると、ミャンマーの中央乾燥地での活動は、現地のコミュニティ組織と協力し、トイレの使用、手洗いの励行、安全な水の作り方などの衛生に関する生活実践の啓発活動である。さらに、給水支援のための井戸の掘削事業、壁が老朽化した食堂の改築、老朽化したトイレの衛生向上のための新築、貯水池の新設や修復、小・中学校へのトイレや貯水タンクの設置、住民世帯へのトイレ資材供与、世帯へのウォーター・フィルターの供与など活動も行っている。

表2 罹患率上位（2011年）

順位	罹患率 (Morbidity)		%
1	その他の多部位の損傷	Other injuries of specified, unspecified and multiple body regions	10.6
2	敗血症	Septicaemia	6.7
3	単胎の自然出産	Single spontaneous delivery	6
4	下痢	Diarrhoea and gastroenteritis of presumed infectious origin	5.4
5	マラリア	Malaria	3.2
6	その他の流産に終わった妊娠	Other pregnancies with abortive outcome	2.9
7	その他ウイルス性疾患	Other viral diseases	2.6
8	胃炎と十二指腸炎	Gastritis and duodenitis	2.1
9	白内障及び水晶体のその他の障害	Cataract and other disorders of lens	2
10	呼吸器系のその他の疾患	Other acute upper respiratory infections	1.8

出典：「ミャンマー保健省2013」、138頁

「その他の多部位の損傷」が最も多い主な原因は、下記のように考察できる。

第一に、自動二輪車事故によるものであり、緊急手当の処置が間に合わないことであると考えられる。現在、ヤンゴン市内では自動二輪車の使用が禁止されているため、それによる頭部外傷などが発生しにくい環境である。しかし、それ以外の地域では自動二輪車の使用が許可されており、頭部外傷などが発生しやすい環境にある。

第二に、自動車増加や秩序のない運転による事故である。2009年以降開通したミャンマー初の有料高速道路であるヤンゴン・ネーピードー間、さらにヤンゴン・ネーピードー・マンダレー間の有料高速道路は、基本的に一直線の高速道路であり、またアスファルト舗装はされておらず、コンクリートでできているため事故が多発していることも、一つの要因であると考察できる。

それに加え、道路や自動車・交通の整備は不十分のまま、新政権は2011年9月に中古自動車輸入規制緩和を発表し、それ以降自動車の価格が以前の約10分の1程度に下がり、自家用車が急増している。ミャンマーは電車等の公共交通機関が非常に限られており、特にヤンゴン市内においては、原則的に車で移動するため、国内で最も交通事故死が多いのはヤンゴンとなっている。最近では、月間事故件数も100件を超えており、運転手の不注意や速度の出しすぎが大きな原因である言われている。ミャンマーでは国立病院の70%以上であるが、救急車を所有していない病院は多く存在している。経済成長に伴い、交通事故による死亡や身体障害は日々増加しているため、道路整備や救急搬送サービスが急務である。



第三に、建設現場での事故であると考えられる。同国は経済発展に伴い、ヤンゴンを中心に各地で高層ビルの建築ラッシュが始まっている。現在ミャンマーでは安全法制が整備されていないため、安全装置の使用法やその存在自体が看過され労働者によって意識化されておらず、作業中に落下事故が多発している。そのため、危険を防止するため必要な措置を緊急に講ずる必要がある。

また、同国において失明率は世界で最も高く、特に中央乾燥部においては著しい。その原因の約70%が白内障とされる。

### 3. 死因率 (Mortality)

2011年のミャンマーにおける死因上位は、HIV 病が6.3%と最も多い。それ以降の順位を見ると、敗血症、外傷、呼吸器関連、感染症関連、周産期関連が多いことがわかる。5-6年前まではエイズはミャンマーの保健分野において、マラリア・結核の次にくる第3番目に重要な問題に現在位置づけられていたし、2009年の馬場の調査においても、HIV のよる死因順位は7位であった（馬場 2011）。しかし、長年による経済発展や開発にかなりの立ち遅れが国外へ移住労働者の増加を招き、彼らが HIV 予防の知識が不十分のまま、国外へと出稼ぎ、その経験のある夫がその家族への感染拡大につながったと推測できる。一方、国内においても、貧困がセックスワーカーを増加させている。

同国において、初の HIV 感染者が見つかったのは1980年後半である。注射による薬物使用と、異性間および男性間での危険なセックスの双方によって HIV が段々拡大してきた。90年代前半まで薬物注射使用者の感染率が急速に上昇し、静脈注射の感染ルートが主であったのに対し、近年ではミャンマーの主な HIV 感染ルートは性感染の方が静脈注射より多くなってきた。これは、性感染によってエイズが一般の人にも広がってきていることを意味するのである。同国において、HIV 予防の啓発活動<sup>3)</sup> はタウンシップレベルで行われているものの、保健医療従事者や予防活動の予算の不足は著しい。そのように質量ともに不十分な状況下において、出稼ぎ労働者は HIV 予防の知識を得る機会がないまま、出稼ぎに従事したため、感染が広まったと考えられる。

3) 啓発活動とは、タウンシップレベルの HIV 担当の医療従事者数によるキャンペーンや講演会、パンフレット配布、看板掲示などである。

表3 死因率上位（2011年）

順位	死因率 (Mortality)		%
1	ヒト免疫不全ウイルス (HIV) 病	Human immunodeficiency virus disease	6.3
2	敗血症	Septicaemia	5
3	呼吸器系のその他の疾患	Other diseases of the respiratory system	3.9
4	呼吸器結核	Respiratory tuberculosis	3.9
5	その他の肝疾患	Other diseases of liver	3.8
6	胎児発育遅延及び胎児栄養失調、妊娠期間短縮及び低出産体重に関連する障害	Slow fetal growth, fetal malnutrition and disorders related to short gestation and low birth weight	3.7
7	脳卒中、脳出血又は脳梗塞と明示されないもの	Stroke, not specified as haemorrhage or infarction	3.6
8	心不全	Heart failure	3.2
9	マラリア	Malaria	3.1
10	その他の心疾患	Other heart diseases	2.3

出典：「ミャンマー保健省2013」、139頁

#### 4. 保健医療機関数

全国の公共病院総数は1988年度の631から2012年度の1,010へ、また、病床数は1988年度の25,309から2012年度は病床数55,305へ、約2倍増加しているが、人口1万人あたりでは9床だけである。これらを補完するようなかたちで、特に都市部を中心として、民間病院やクリニックの設立が増加している。馬場によると、2010年12月31日現在、私立病院・クリニックは、ミャンマー全体で87総合病院、16特定機能病院、および2,891総合クリニック、192特殊クリニックがある（馬場 2011）。首都のネーピードーをはじめとする大きな都市に総合病院、特定機能病院があるが、地域・州レベルにおいては、二次・三次保健医療が提供されている。

薬を入手可能な機関として、ミャンマーの公立病院の場合、診察と薬局が別々になっているが、民間病院の場合、診察から薬の処方まで全てを病院側で行うのが多い。ミャンマー商工会議所（UMFCCI：Union of Myanmar Federation of Chambers of Commerce and Industry）によると、ヤンゴン市内において当局で登録された薬局で薬を入手可能な機関は、私立病院、クリニック、薬局を合わせて約3,600カ所ある。

また、公共・民間病院以外にも低所得者層を対象に僧侶が経営している病院やクリニッ

クも全国約30カ所<sup>4)</sup>に点在している。僧侶が経営しているほとんどの病院は治療費・医薬品は無料になっており、すべてが寄付で賄っている。ヤンゴンにある病院に治療を受けに行けない郊外やスラム街においては、モバイルクリニックとして週に5回、日帰りで治療を行っている僧院も存在する。そこで働いている医療スタッフはボランティアが多く、彼らは功德を積む一環として参加している。上座部仏教<sup>5)</sup>の信仰が隅々まで浸透しているミャンマー社会においては、輪廻転生、因果応報が信じられており、前世の行いが現世での幸、不幸を決めるとされている。そのため仏教の信者たちは進んで功德を積もうとするのである。イギリスの慈善援助財団（Charities Aid Foundation）が発行している World Giving Index 2013<sup>6)</sup>に掲載された寄付に関する調査レポートによる、金を寄付する人の割合ではミャンマーは世界135ヶ国中1位であり、イギリスが2位である。ミャンマーでは約50万人の僧侶が居住しており、僧侶による社会貢献活動は、社会の潜在的ニーズに対応して様々な形で多岐にわたって展開している。

さらに、同国において伝統医療も公共の保健医療システムでは重要な役割を担っている。伝統医薬品の歴史は長く、また種類も豊富である。伝統医薬品は、安価で副作用の少ないため国民の多くに支持されており、ほとんどの家庭に咳止め薬、下痢止め薬、便秘薬、鎮痛軟膏、胃腸薬などは常備されている。現在、約4,000社のミャンマー伝統医薬の製造元が存在する。政府は1989年に、保健省に伝統医療局を設置し、伝統医療・医薬品の普及に向け専門病院や大学、製薬工場、薬草園、研究所などの整備を進めてきた。ミャンマー政府が運営し、伝統医療を行っている病院は16カ所存在する。伝統医薬品は、輸入医薬品に比べ価格も約5分の1程度であるため、多くの低所得者層は伝統医薬品を使用しているのである。

4) 病院を経営しているもっとも知名な僧侶として、シータゲー大長老、移動クリニックを営んでいるシュエピーイーヘイン大長老、中央乾燥部において主に眼科、耳鼻咽喉科の治療に力を入れているシュエパラミートオーヤ僧院のサンダーディカ僧侶を挙げることができる。特に、シータゲー大長老がこれまで行った事業には様々なものがあるが、1980年より取り組んできた主なプロジェクトとして①シータゲー用水路設置および給水プロジェクト、②シータゲーアユダナ病院（ミャンマー全土において22カ所）、③シータゲー国際仏教アカデミー、④海外における布教活動、⑤サイクロンの被災者への救済・復興活動等がある（ミャッカラヤ 2008）。シータゲーアユダナ病院で使用されている医療機器のほとんどは、韓国製（新品）であるが、アメリカの病院から寄付されている中古機器、ベッド、コンピュータ等も存在する。

5) 上座部仏教とは、仏陀の教えを忠実に守ろうとする伝統的な正統派で、僧団を中心とする宗教である。南方仏教、小乗仏教、テーラワダ仏教（Theravada Buddhism）とも呼ばれている。上座部仏教を信仰する国は、スリランカ、ミャンマー、タイ、ラオス、カンボジアなどである。

6) イギリスの慈善援助財団（Charities Aid Foundation）2013年1月1日 アクセス  
「<https://www.cafonline.org/media-office/press-releases/2013/world-giving-index-2013.aspx>」



表4 保健医療機関数の推移

	1988年度	2008年度	2009年度	2010年度	2011年度	2012年度
公共総合病院数	631	846	871	924	987	1,010
病床数	25,309	38,249	39,060	43,789	54,503	55,305
一次、二次保健センター数	64	86	86	86	87	87
母子保健センター数	348	348	348	348	348	348
地域保健センター数	1,337	1,481	1,504	1,558	1,565	1,635
学校保健チーム数	80	80	80	80	80	80
伝統医療クリニック数	89	237	237	237	237	237
伝統医療病院数	2	14	14	14	14	16

出典：「ミャンマー保健省2013」、136頁

## 5. 保健人材

ミャンマーは他の後発開発途上国と同様、医療サービスの質量ともに不足している。特に病床数の不足と看護師の不足、貧困層と富裕層、地方部と都市部の保健医療制度の格差が深刻な問題となっている。ミャンマー主要都市であるヤンゴン市、マンダレー市に集中した医科大学の卒業生は年間約2,000人いるものの、即就職に結びつかないため地方都市での医師不足、かつ医師の給料の低さも問題となっている。それに加え、医療関係者の都市部への集中傾向が顕著なため、特に地方での医療環境がより厳しい状況である。長年間の医師、看護師の不足を改善するため、現政権は教育機関増設、定員増加、受験資格改正など行っており、その結果、2012年の医師数29,832人となった。内訳を見ると、公的機関では12,800人、民間機関では17,032人である（ミャンマー保健省2013、135頁）。毎年3%ないし6%程度の割合で医師数が増加しているが、公的機関の医師の方が民間機関よりも医師の増加率が高いである。ミャンマーでは、2012年度までは、入学者数2400人<sup>7)</sup>に対し、毎年約2,000人が医師免許を取得するが、政府の医療費予算が不足しているため、公立病院の人件費が捻出できないのである。従って、医師等の採用数が限られており、採用数及び採用頻度は一定ではないため、公的機関の医師の方が民間機関よりも医師の増加率が高くなっていると推測できる。また、公立病院の給料は極めて低額なため、医師はいくつかの民間医療機関で掛持ち診療することが多い。

テインセイン大統領の就任演説において、保健医療水準の向上に取り組む方針を示しており、それを確実にするため、2013年度は3,600の医師を採用している（保健省の関係者による）。医療に関わる人材を育成しマンパワーを増やすことによって、医療アクセスが困難なところである大都会の郊外やスラム街、地方の小さな村、山岳部や国境地帯に重点的

7) しかし、2012年度からは医学部への入学者数は1,200人に減少している。

に医療が行き届くようになると期待できる。しかし、免許取得者が医療機関に採用されるのは、政府の医療費予算と空き状況により、免許を取得してから2年から3年後となっているケースが多いため、医師免許を取得しても、他に転職する、外国へ流出する医師も少なくない。

現在、ミャンマーで従事している外国人医師は存在するが、ほとんどは政府・保健省のアドバイザーとして活動している。そのほか、民間病院で月4-5日間だけ医療行為を行っている外国人医師もいる。ヤンゴン市にある国際病院によると、多くの外国人医師は、シンガポール、タイ、韓国からである。

歯科大学に関しては、ヤンゴン歯科大学とマンダレー歯科大学の2つ大学が存在する。前者は1967年、後者は2000年にそれぞれ開校され、毎年2つの大学合わせて、約150人の歯科医師が卒業している。関係者によると、ヤンゴン市には約400、マンダレー市には約200の歯科クリニックが存在しており、約3,000人の歯科医師が従事している。主な歯科治療の方法は、抜歯、スケーリング、歯根治療、補綴治療などであり、ブリッジ、クラウン、インレー、オンレー、そして可撤式の部分入れ歯と総入れ歯が多い。また、近年、歯科インプラント治療が徐々に広がりつつあり、インプラントメーカーは、タイと韓国の企業が進出している。

表5 保健人材数

保健人材			1988年度	2008年度	2009年度	2010年度	2011年度	2012年度
医師	全国の医師	Doctors	12,268	23,740	24,536	26,435	28,077	29,832
	公的機関	Public	4,377	9,583	9,728	10,450	11,675	12,800
	協力・民間機関	Co-operative & Private	7,891	14,157	14,808	15,985	16,402	17,032
看護師		Nurses	8,349	22,885	24,242	25,644	26,928	28,254
歯科医師		Dental Surgeon	857	2,092	2,308	2,562	2,770	3,011
歯科看護師		Dental Nurses	96	244	262	287	316	344
ヘルス・アシスタント		Health Assistants	1,238	1,522	1,845	1,899	1,536	2,013
巡回看護婦		Lady Health Visitors	1,557	3,238	3,278	3,344	3,371	3,397
助産婦		Midwives	8,121	18,543	19,051	19,556	20,044	20,617
衛生管理者(1)		Health Supervisor(1)	487	529	529	541	612	677
衛生管理者(2)		Health Supervisor(2)	674	1,484	1,645	2,080	1,718	1,850
伝統的な医療スタッフ		Traditional Medicine Practitioners	2,790	6,347	6,627	6,627	6,752	6,854

出典：「ミャンマー保健省2013」、135頁

注：“—”は記載なし

## 6. 専門的基礎教育機関および在学生数

専門的基礎教育機関は、保健省下の保健省医学局（Department of Medical Science）が管理している。同国において、医学・保健関係大学数は、医科大学4校、歯科大学2校、薬科大学2校、看護大学2校、医療技術系大学2校、公衆保健大学1校、コミュニティーヘルス大学1校、看護及び助産婦の訓練学校46校が全国に点在している。また、医学・保健関係の大学が14校、看護学校や助産師学校等が46校設置されている。修学期間は医師が7年の医学教育、看護師は3～4年の看護教育であり、資格は、日本のような国家試験制度はなく、卒業試験を受け与えられる。（ミャンマー保健省 2013）。

なお、先述したように、ミャンマーでは伝統医学も盛んであり、伝統医学学校と伝統医学大学は保健省伝統医学局（Department of Traditional Medicine）が管轄している。伝統医学学校は、1年間のインターンシップを含む3年間の教育、2001年に設立された伝統医学大学では1年間のインターンシップを含む5年間の教育で、双方とも年間100名程度の学生が在学している。

表6 専門的基礎教育機関および在学生数（2013年2月現在）

No.	大学および技術養成機関	在学生数(人)
1	第一医科大学、ヤンゴン市	3,818
2	医科大学、マンダレー市	3,276
3	第二医科大学、ヤンゴン市	3,376
4	医科大学、マグエー市	2,371
5	歯科大学、ヤンゴン市	958
6	歯科大学、マンダレー市	796
7	薬科大学、ヤンゴン市	626
8	薬科大学、マンダレー市	353
9	医学技術大学、ヤンゴン市	597
10	医学技術大学、マンダレー市	417
11	看護大学、ヤンゴン市	773
12	看護大学、マンダレー市	728
13	コミュニティーヘルス大学、マグエー市	659
14	看護訓練学校	3,833
15	助産婦訓練学校	1,988
16	巡回看護婦訓練学校	104

出典：「ミャンマー保健省2013」、117頁

## 7. 保健医療サービス

政府の医療機関における医療費は基本的に無料であったが、1994年により薬剤費用の自己負担制度が導入された。その背景には、1990年以降の経済制裁や政治情勢による国際社

会からの協力が減少したこと、国内の経済状況も変化し財政が悪化したことがある。同国において、約90%の医療機器や薬品、医療材料は輸入に依存しているため、それらの不足の深刻化が、政府関係機関の深刻な問題となっている。そのため自己負担の範囲が拡大され、検査、手術などの患者負担は一般化してきたのである。さらに、住民の健康医療改善に大きな役割を担っているヤンゴン市およびマンダレー市の総合・専門病院は、医療施設、医療機器の不足・老朽化等の困難に直面している。それに加え、2006年に首都であったヤンゴンがネーピードーに移って以来、政府はネーピードーの病院に力を入れるようになった。また、病院の整備予算も現在においても、ネーピードーが主体となっているため、ヤンゴンの公立総合病院は設備投資をしたくてもできないというジレンマに挟まれている。

以上のような医療事情により、多くの高所得者層はアメニティが良くない一般庶民向けの病院を利用せず、メディカル・ツーリスト（医療観光）として、国外で診療を受けている。ヤンゴン市にある旅行会社の関係者によると、アジアの中ですでにメディカル・ツーリズム先進国となっているタイにミャンマーから治療に良く訪れている。その理由は、ヤンゴンまで飛行機で約1時間と言う近さ、治療費の安さ、病院での治療品質の高さ、観光客受け入れに対しての設備の充実さ、等を挙げることができる。

日本のテルモ株式会社（2013）の報告書によると、最先端医療を提供するタイ最大の医療サービスネットワーク組織が投資家向けに発表したデータでは、2012年上期実績で、患者収益の国別貢献度のトップ5にミャンマーが入っている。また、2011年上期実績と比較すると、ミャンマーからの患者収益は28%増となっている（テルモ株式会社2013、35頁）。さらに、東南アジア医療のサイト<sup>8)</sup>によると、マレーシアへ医療目的で旅行するミャンマー人は前年度の2011年に比べ、23%増加していると述べている。このようなミャンマーの高所得者層は、費用の高い医療や高度医療を提供する際の有望な顧客となることが期待できる。

## 8. 医療支出額（国家予算）

2011年3月に新政権が発足し、テインセイン大統領の就任演説において保健医療水準の向上に取り組む方針を示し、毎年現行と資本の両面で保健医療支出を増やしてきた。表7は政府の保健医療に関わる支出をまとめたものである。国民一人あたりの医療費支出は、2010年度は1,427.6（Kyat：K）チャット<sup>9)</sup>であったのに対し、11年度は1,669.8チャットと増加している。保健関連予算の比率は2013年は3.14%であったのに対し、今年度は3.38%に増額されているものの、保健医療に対する支出額は依然として低く、国内の医療制度はまだ未整備である。

8) 東南アジア医療（マレーシアにおけるメディカル・ツーリズム）2013年12月20日アクセス「<http://www.medicalsea.org/23-increase-in-medical-tourist-from-myanmar/>」

9) ミャンマーの通貨はK（Kyat：チャット）であり、1円は約10チャットである。



ミャンマーにおいての保健医療システムは政府、民間事業者、社会保障システム、海外からの援助によって賄われているが、寄付による援助も少なくない。前述したように、90%が上座部仏教を信仰しているミャンマーにおいて、功德を積む行為の一環として進んで寄進をする。地域のコミュニティや民間は金銭的な面や必要な機材の提供を通して病院のニーズ、特に障害者や高齢者向けの設備の設置に積極的に貢献している。

表7 政府の保健医療に関わる支出

	1988年度	2007年度	2008年度	2009年度	2010年度	2011年度
保健医療に係る支出（百万 Kyats）						
(a) 現行資金	347.1	38,368.1	41,362.7	47,275.0	60,601.0	73,060.3
(b) 資本資	117.0	10,379.2	10,080.7	16,521.0	24,743.7	27,764.3
支出額の合計	464.1	48,747.3	51,443.4	63,796.0	85,344.7	100,824.6
人口1人当たり（K）	11.8	847.8	881.2	1078.9	1,427.6	1,669.8

出典：「保健統計、ミャンマー保健省 2013」、137頁（2011年度は暫定）

## 9. 治療セグメント主要な市場

ミャンマー医薬&医療機器協会（Myanmar Pharmaceutical & Medical Equipment Entrepreneurs' Association）によると、2011年度のミャンマーにおける治療セグメント（Therapeutical Segment）の主要なシェアは、抗感染薬（Anti Infective）は35%、ビタミン（Vitamins）は30%、鎮痛剤（Analgesics）は11%、心臓血管に関する薬（Cardiovascular）は10%、胃腸に関する薬（Gastrointestinal）は3%である。また、ミャンマーで使用されている医薬品市場における各国のシェアは、インドが33%、タイが15%、フィリピンが6%、イギリスが5%、インドネシア、韓国、中国がそれぞれ4%となっている。なお、ミャンマー国産は4%である。また、アメリカとフランスがそれぞれ3%となっている。

## 10. 主要ドナーと支援状況

ミャンマー保健省は、37の国際 NGO（Non-Governmental Organizations）と14の国内の NGO とが協力している（ミャンマー保健省2013年、142頁）。イギリスはミャンマー国の保健医療活動において主要なアクターのひとつである。主要なアクターは上記の他に、WHO や UNICEF、UNDP、UNFPA や FAO などがある。政権移管後、新政府は NGO 登録の規制を緩和したことからその数は徐々に増加している。また、政府へ団体登録をしていない団体や社会貢献活動に積極的に貢献している僧院も少なくない。医療分野において日本から主要な NGO・NPO として、岡山に本部を置く特定非営利活動法人 AMDA と

特定非営利活動法人 JAPAN HEART<sup>10)</sup> がある。

### Ⅲ 今後の可能性

前章ではミャンマーの保健医療の現状および問題点を述べ、分析を行った。ここでは、それを踏まえた上で、今後の同分野における可能性を考察する。

発展途上国において、社会が健全で持続的な発展を目指すには、そこに居住している住民が健康でなければいけない。ミャンマーの場合保健医療スタッフの絶対数が不足していることに加え、医療関係者の都市部への集中傾向が顕著なため、約70%の国民が暮らしている地方での医療環境がより厳しいものとなっている。そのため、現政権は「地方発展及び貧困撲滅」に力を入れており、2013年度の保健分野での予算を追加している。今年度も追加される見込みである。追加された予算は医師や看護師の増加、医薬品購入および病院のメンテナンスに、また、病院・クリニック・診療所の建設、医療機器などの購入にも使用されている。しかし、政府による社会的な補償や支援体制、医療技術やマネジメントシステムが不十分な場合が多いため、低所得者層はどうしても経済的に困窮してしまうことになる。そこで、日本の製造業で発展してきた総合的品質管理（Total Quality Management：TQM）の手法である5S（整理・整頓・清掃・清潔・しつけ）やカイゼン（KAIZEN）をミャンマーの病院管理に取り入れるべきであると考えている。

人口構造が高齢化し、60以上のシニアがミャンマー全人口の約9%になったことを受け、政府も介護施設の必要性に関する認識が以前より高まっている。2013年7月11日に行われた世界人口デー（World Population Day）でサインマウンカン副大統領が「高齢化が進んでいるミャンマーで2015年に高齢者人口が人口全体の10%を占めるようになる」と述べている（2013年7月12日発行 7DAY DAILY 日刊紙）。このようにミャンマーでは高齢化を近い将来迎えることになり、それにいかに対応していくかを考えていく必要がある。同国では、両親の世話を家族か住み込みの使用人が多く、彼らのほとんどは介護に関する知識や技術は乏しい。さらに、今後ミャンマーが経済的発展に伴い共働き夫婦も増え、親世代の介護にあたる人手不足が深刻化していくため、先進国のように「家族による自宅介護」から「プロによる介護」に変化していくと思われる。

繰り返し述べてきたが、医療機関での医療費や技術・人材不足の問題もあるが、高齢化に向けたサービス事業はこれから徐々にミャンマーで立ち上がってくる分野であろう。自宅での介護を助けるプロも不足しており、自宅介護向けの人を材育成し、資格を取れるようにして職業として成立させることも必要である。言うまでもなく日本は高齢化が進んでいる国であり、その介護サービスも充実・進化している。日本の介護技術がミャンマーに

10) 「JAPAN HEART」は2004年、吉岡秀人医師が医療活動のさらなる質の向上を目指して設立された特定NPO法人・国際医療ボランティア団体である。当初はミャンマーを主に活動を開始されたが、現在はカンボジアでの活動を行っている。

輸出され、これらの取り組みを積極的に行うことにより、高齢者への介護サービス等が整備されれば、日本からのリタイア世代の移住向けの高齢者施設や介護施設としても活用でき、そのサービスを受けることも可能になる。言語の問題等もあるが、人件費が日本に比べて安く、仏教の思想が浸透しているミャンマー人は日本人と国民性が類似していることから日本人の年金の範囲内でサービスを受けることが可能であると思われる。

また、現在ミャンマーでは、公務員以外は高齢者の年金はほとんどなく、介護への公的給付なども行っていない。ミャンマーでは保険制度が未整備な状況であることから、保健分野における投資が期待される。その際、当然のことながら、現在日本で使用されている保険制度をそのまま導入するのではなく、貧富に雲泥の差があるミャンマーに一番適切な保健医療制度を導入する必要があるだろう。

さらに、高齢社会を迎えると、ますますニーズが高まるのがリハビリテーションである。需要の増大に伴い、回復期リハビリテーション、病棟や老人保健施設、訪問系のサービスなどをはじめ、さまざまな場でリハビリテーションにかかわる人材が必要になってくる。現在、ミャンマーにはヤンゴンにのみ、国立リハビリテーション病院（National Rehabilitation Hospital：NRH）が1つ存在し、外来患者及び入院患者へのサービス提供といった医療の提供を行っている。前述したように、同国は脳卒中の発症や死因率も高い。現在は、脳卒中患者は神経内科に入院し、その後リハビリテーション科の病棟に転科するか、あるいはNRHに転院してリハビリテーションを継続するようになっている。なかには、伝統医療の病院へ転院している片麻痺患者も数多く存在する。このことから、リハビリテーション施設や専門家を育成する医療福祉専門学校が必要であり、投資は期待できる。

テインセイン大統領は2015年までに国民一人当たり国内総生産（GDP）を3倍に引き上げると発表しており、それを確実にするため、2014年度から公務員の給与を月額で一律2万チャット（約2,000円）引き上げるようになっている。ADBは、2030年には一人当たりの所得も3倍に増加すると予測している。ミャンマー現地メディア<sup>11)</sup>によれば、現在ミャンマーにおいて、超富裕層（一人当たり3,000万米ドル：US\$30 million）は40人であるが、2022年には6倍の307人に増加すると予想されている。同国では、2013年1月31日に新外国投資法の施行細則が公表され、それに伴い、外国投資が一気に加速している。大手保険会社のアメリカンインターナショナル（AIA）をはじめ、損保ジャパン、三井住友海上、東京海上日動、太陽生命などの日系企業の外資系保険会社が政府により保険商品販売許可を獲得している。

今後ミャンマーの経済が発展・成長するに伴い、個人所得の増加や知的レベルの高い海外労働者が帰国することで新中間層が誕生し、その数は急速に増加すると思われる。ここでいう、新中間層とは、一人当たり月収1,000～3,000米ドルを指す。さらに、ミャンマー

11) Eleven メディア 2013年10月30日アクセス「<http://www.wealthx.com/articles/2013/eleven-myanmar-gap-may-widen-between-rich-and-poor-in-myanmar/>」



進出について最大のリスク要因である社会インフラも整備されつつあるため、それによって、外国資本の急増も期待できる。実際に、既に中国やタイなどに進出した多くの企業経営者にとっての「アジア最後のフロンティア」や「タイ・プラス・ワンやチャイナ・プラス・ワンの好適地」として、ミャンマーにシフトしている。

ミャンマーに進出している日本企業は150社（2013年10月現在）<sup>12)</sup> を超えおり、さらに増加すると見込まれる。医療分野において、早い段階で同国に進出している企業として株式会社マニーがある。マニーは外科手術の縫合に使う針や歯科用の極細治療器具のメーカーであり、1999年にミャンマーに進出し「MANI YANGON LTD.」を設立している<sup>13)</sup>。また「置き薬」、「テルモ」、「ロート製薬」<sup>14)</sup>、「ニプロ」なども同国に進出している。日本の株式会社メディヴァ<sup>15)</sup> は、2013年9月にミャンマー保健省と基本合意書（Letter of intent : LOI）を締結し、現地国立病院での乳がん検診を開始させている。それは、同国の高い経済成長が見込まれ、保険制度の整備が進めば医療機器の需要が急拡大すると判断し、同国に本格参入していると思われる。最近では2014年1月15日に総合歯科を正式に開業された「ミャンマー国際総合歯科」があり、診療科目として、一般歯科・インプラント・口腔外科がある。同院の坪田康徳院長<sup>16)</sup> によると、現在、唯一ミャンマー政府に免許が交付された日本人歯科医師である渡辺氏がミャンマーに滞在しており、今後ミャンマーにおいて歯科分野の見込みがあるため、外国人向けに現地の歯科医と共同で医療に携わっている。同氏によると、医師免許を4ヵ月に1回免許更新する必要がある、更新料は1回につき1,000米ドルである。小児の歯並び矯正、インプラントなども大いに期待できると思われる。

そのような動きもあって、政府はミャンマー国内において外国人が医療行為を行なうことができるように積極的に許可している。外国人医師はミャンマー医師とペアで行動することが義務付けられるため、ミャンマー人医師の技術向上にもつながると期待できる。

企業以外にも NGO としてミャンマーの医療福祉分野において活動をしている財団の一つに日本財団がある。保健省の関係者によると、全国の946ある国立病院で使用されている救急車数は116台（内訳：WHO からは20台、政府の医療費予算からは96台）である（その中には財団、NGO などから寄贈されている救急車は含まれていない）。また運輸省の関係者によると、ミャンマー全国において登録されている救急車数は510台（2012年現在）である。日本財団は、救急車と日本での役割を終えたものの走行可能な福祉車両を、2012年からミャンマーに寄贈している。日本では、障害者の送迎や、入浴支援などで使われていたが、ミャンマーでは救急車などの医療目的の車両への改装し、救急車として医療現場で使用されている。ミャンマーに到着した福祉車両は、救急車両として再利用可能な場合、

12) 関係者によると、3年前の2010年に比べて3倍に急増している。

13) マニー株式会社 2014年1月2日アクセス「<http://www.mani.co.jp/index.html>」

14) ロート製薬はミャンマーで医学的効果のある化粧品を製造販売開始している。

15) 株式会社メディヴァ 2014年1月4日アクセス「<http://www.mediva.co.jp/index.html>」

16) 坪田康徳院長への聞き取り調査（2014年1月8日）



ヤンゴン市内の医療器具の工場に運ばれ、ストレッチャーなどの車内の装備や救急用の医療機器、赤色灯、サイレンなどが取り付けられる。外装においては、写真のように、車体前方に赤い文字で「AMBULANCE」と書かれているだけであり、あとは日本で走っている福祉車両そのままの姿で運用している。同財団の関係者によると、現在、1台の救急車と福祉車両26台が同国の救急車などの医療関係車両として保健省に寄贈されている。2012年から現在まで110台の福祉車両を寄贈しているが、救急車として利用できない車両は障害者用として使用されている。また、筆者の友人によると、約2年間に救急車41台を政府に収めており、ほとんどは日本製（トヨタ）である。

また、2014年1月9日の日本経済新聞の電子版<sup>17)</sup>によると、経済成長に伴う交通事故の増加に診療体制が追いついていないミャンマーにおいて、日本の官民が救命救急サービスの展開に乗り出すため、日本の保険会社とメーカーが連携して、2014年度にもヤンゴン市内に会員制の救命センターを開設する予定である。



出典：日本財団のウェブサイトより

図1 日本財団の福祉車両を改装した救急車

上述したように、医療機関や医療従事者数の不足、保健医療制度や救急医療制度等が未整備なため、事故の際に適切な応急処置が受けられずに重症化する危険性がある。そのため、救急搬送サービスや外国人や高所得者層を対象に会員制のサービスを提供するような救急医療センターをヤンゴンやマンダレーに設立するための投資も期待できる。

現在ミャンマー全土において、放射線治療施設はヤンゴン、マンダレー、タウンジー、ネーピードーの4カ所に設置されている。関係者によると、同国の女性患者の主要ながん

17) 日本経済新聞のウェブサイト 2014年1月9日アクセス「[http://www.nikkei.com/article/DGXNASFS0602T\\_Q3A910C1MM0000/](http://www.nikkei.com/article/DGXNASFS0602T_Q3A910C1MM0000/)」

は、子宮頸がん、肺がん、乳がんである。一般的にがんの定期的な乳がんのスクリーニング<sup>18)</sup>は30歳代後半から始めることが推奨されているが国内において検診を受ける医療機関が限られている。さらに、マンモグラフィー装置は非常に少なく、マンモグラフィー読影・技術者が不足している。そのため、がん検診や人間ドックを受けに国外を訪れるミャンマー人が増加している。ミャンマーの高所得者層は、高度医療は国内の医療機関ではなく、タイの医療機関にかかっているケースが多いことも確認されているため、費用の高い医療や高度医療を提供する際の有望な顧客となると思われる。

#### Ⅳ むすび

本稿では、ミャンマー保健省から提供されたデータを主に参考・引用しながら、保健医療の実態を明らかにし、今後の保健医療産業における発展可能性について考察を行った。

ミャンマーは軍事政権の影響により半鎖国状態であったため、医療分野での外国企業の参入は皆無に近い状況であった。しかし、2011年の民政移管以降、2012年11月に新外国投資法が成立、2013年1月に施行細則が公表され、外資による病院は原則的に現地企業あるいは政府との合弁で設立可能となったのである。急速な民主化と経済改革の進行に伴い、欧米や日本など先進国との経済交流が活発化している。ASEANの最貧国の一つであったミャンマーが、世界経済の枠組みに組み込まれることによって、今後、経済の急成長が見込まれ、東南アジアの最貧国からの脱却が可能になると期待できる。

繰り返し述したように、医療体制の脆弱、医師や看護師などの人材、医療サービスに必要な機器や医薬品、予算の不足など、多くの困難な問題を抱えているだけに、今後同国の経済成長により、保健医療分野への投資が大いに期待できると思われる。

#### 【主な引用参考文献・ウェブサイト】

##### ＜日本語文献＞

大森絹子、長沼理恵、城戸照彦（2002）「ミャンマー連邦国の保健医療事情と国際協力」『金沢大学つるま保健学会誌 26（1）』、133-137頁。

重松伸司（2011）「アジアにおけるメディカル・ツーリズム―「国際移動」の新動態、医療観光の現状と課題―」『オーストラリア研究紀要』、第37号、29-43頁。

藤田幸、遠藤環、岡本郁子、中西嘉宏、山田美和（2013）「タイにおけるミャンマー人移民労働者の実態と問題の構図―南タイ・ラノーンの事例から―」『東南アジア研究』、50巻2号、2013年1月。

18) スクリーニングに関しては、一般的には自己触診とマンモグラフィー（mammography）や超音波による健診が有効とされている。

山田 美和 (2012) 「トレンドリポート アウンサンスーチーのマハーチャイ訪問が意味すること—ミャンマーの発展と移民労働者問題—」『アジア経済研究所』、アジア研ワールド・トレンド No.203 (2012.8)、37頁。

江部佑輔、下条文武、内藤眞 (2005) 「ミャンマーの医療事情」『新潟医学会雑誌 119 (2)』、106-116頁。

ユニセフ (国連児童基金) 「世界子供白書 2013」2013年7月 刊行

ミャッカラヤ (2009) 「仏教と社会開発—西北ミャンマーの開発僧を事例に—」『長崎国際大学国際観光学会』、第4巻、21-32頁。

#### <英語文献>

The Government Of The Union Of Myanmar, Ministry Of National Planning And Economic Development (2012) *Statistical Yearbook 2010*, Central Statistical Organization, Yangon, MYANMAR 2012.

The Government Of The Union Of Myanmar, Ministry Of Health (2012) *Health in Myanmar (2012)*, (2013)

Migration and Remittances *Factbook 2011*, Second Edition, World Bank.

#### <ミャンマー語>

7DAY DAILY 日刊紙 2013年7月12日発行、7月13日発行、8月21日発行

ミャンマー国営紙 Myanma Alin 2011年4月1日発行

#### <ウェブサイト>

Eleven メディア 2013年10月30日 アクセス 「<http://www.wealthx.com/articles/2013/eleven-myanmar-gap-may-widen-between-rich-and-poor-in-myanmar/>」

小黒道子 (2011) 日本助産学会研究助成金 (学術奨励研究助成) 研究報告書「ミャンマー・国境出稼ぎ労働による HIV/AIDS が母子保健に及ぼす影響と生活実態」(聖路看護大学) 2013年12月10日アクセス 「<http://hdl.handle.net/10285/7098>」

テルモ株式会社「ミャンマー連邦共和国 (ミャンマー) における血液業務の実態調査 報告書」平成24年度日本の医療機器・サービスの海外展開に関する調査事業 (海外展開の事業性評価に向けた調査事業) 2013年10月5日アクセス

「[http://www.meti.go.jp/policy/mono\\_info\\_service/healthcare/kokusaika/downloadfiles/fy24/outbound\\_20.pdf](http://www.meti.go.jp/policy/mono_info_service/healthcare/kokusaika/downloadfiles/fy24/outbound_20.pdf)」

日本財団 2013年12月20日アクセス

「<http://www.nippon-foundation.or.jp/what/spotlight/myanmar/story4/>」

日本経済新聞のウェブサイト 2014年1月9日アクセス

「[http://www.nikkei.com/article/DGXNASFS0602T\\_Q3A910C1MM0000/](http://www.nikkei.com/article/DGXNASFS0602T_Q3A910C1MM0000/)」  
マニー株式会社 2013年12月10日 アクセス「<http://www.mani.co.jp/>」  
ミャンマー医薬と医療機器協会（Myanmar Pharmaceutical & Medical Equipment  
Entrepreneurs' Association）2013年12月18日アクセス「<http://www.mpmee.org>」  
馬場洋子（2011）「ミャンマー連邦共和国における保健医療の現状」『独立行政法人国立国  
際医療研究センター』2013年10月1日 アクセス  
「[http://www.ncgm.go.jp/kyokuhp/library/health/pdf/201110\\_myanmar.pdf](http://www.ncgm.go.jp/kyokuhp/library/health/pdf/201110_myanmar.pdf)」



NIHON KEIZAIDAI GAKU

## DAIGAKUIN KIYOU

The Bulletin of the Graduate School of Business  
JAPAN UNIVERSITY OF ECONOMICS

---

Vol. 2 No.2

March 2014

---

### Articles

- Processes Inherent in the Paradox of Innovative Creativity in Work Organizations (1)  
—Generation of Creative Ideas and Job Innovation— ..... FURUKAWA HISATAKA (1)
- Zombie as a Research Object —Research Agenda in Social Science—  
..... ISHIMATSU HIROKAZU (23)
- A Study on the Accounting Transaction of Merchandise  
..... ISHIUCHI KOJI (33)
- Prospects of Human Resources in Myanmar  
..... KANO YOSHIKAZU (59)
- Research on the “Ba” and its Management for Innovation  
..... KOMATSU YASUTOSHI (75)
- Study on the Roles and Effects of Cross-functional Organization in the Cost Management of Defense Procurement  
—Based on the Comparison between Japan and UK Defense Procurement—  
..... MORIMITSU TAKAHIRO (91)
- Study on the Relation between Inter-technology Competition and Change of Product Spec  
..... NAKAGAWA MITSURU (103)
- Research on the City Disaster Prevention of Community Policy at the Catastrophic Disaster  
..... NAKAMA TAEKO (115)
- Argument that Intelligence is Playing a part of Management  
..... SUGASAWA YOSHIO (149)
- Global Strategy and R&D Investment of Pharmaceutical Companies  
..... SEKIGUCHI KIYOSHI (163)
- The Transformation of Global Strategies in Manufacturing Industry  
..... USHIYAMA YUKIO (173)
- Current Healthcare Situation and Business Opportunities in Healthcare Industry in Myanmar  
..... WIN HTU • MYAT KALAYAR (189)