

アジア地域の保健システムの動向について

— インドネシア、フィリピン、タイ、マレーシア、韓国の状況 —

大原 賢了*¹ 逢見 憲一*² 林 謙治*³

I はじめに

21世紀を間近に控え、わが国を始めとした多くの先進国の保健医療制度は、進展する高齢化社会への対応のため、その財源的問題も含め改革が迫られている。中進国や開発途上国においても、これら先進国の動向に注目しており、来るべき高齢化社会への対応を考慮しつつ、保健医療制度の構築を進めている。本稿では、わが国とも関わりの深いアジア諸国の保健システムに注目し、その現状を文献調査に基づき概説することとする。

さて、今回研究の対象とした「保健システム」は、国家などの公的部門が提供する保健医療サービスはもちろん、個人が行っている種々の健康維持活動までも含む極めて広い概念を指している。保健システムは、国家が有する文化、歴史、習慣の影響を受ける上、国家の健康政策の理念、国家所得や保健分野への投資などの財政的問題、更には国民の健康に対する考え方など多くの要因が影響しており、これらの事項を含めて明らかにする必要がある。これまで日本で行われた諸外国の保健制度研究では、その施設、マンパワー等の保健医療資源の量的部分に重点が置かれていたりが、今回の研究では、その財政的側面をも考慮に入れることとした。研究の対象とした国はアジアの主要5ヵ国（インドネシア、フィリピン、タイ、マレーシア、韓国）であ

る。本稿では、保健システムの中で、特に保健医療サービスの提供という点に焦点を当て取りまとめた。

II 研究方法

各国の保健システムの把握に際しては、人口、国民1人当たり国民総生産などの基本的データに加え、Roemerの保健システムの分析方法²⁾³⁾に基づき、保健資源（ヘルスマンパワー、保健医療施設）、保健関係組織（政府機関、任意団体、民間市場等）、保健サービスに対する経済的サポート（政府の財源・支出、医療保険、個人支出）、保健関係法規、サービスの提供（一次医療、二次医療、三次医療）という5項目に沿って行った。参考とした資料は、各国政府が公表した資料に加え、JICAの収集した資料、アジア太平洋地域の公衆衛生学校の協議会であるAsia Pacific Academic Consortium for Public Health (APACPH)のメンバーから収集した資料等を用いた。

III 統計数値からみた各国の状況

(1) 基本的データ

表1は上記5ヵ国の人口等の基本的データである。ここでは、国民1人当たりの国民総生産（GNP per capita）の低い国から順に並

* 1 国立公衆衛生院国際協力室室長

* 2 厚生省大臣官房国際課国際協力室室長補佐

* 3 国立公衆衛生院保健統計人口学部部長

べた。これらの国の中には、公的統計収集システムの整備が遅れている国もあることから、ここでは世界銀行が公表したデータ⁴⁾³⁵⁾を優先し、これを各国政府が公表したデータで補充するという方法を使った。また、可能な限り新しく、複数の資料により支持されているデータを採用することとした。

これらのデータを見ると、高齢化率はいずれも3から6%と低く、高齢化に伴う問題は未だ将来的なものと言える。合計特殊出生率では、韓国、タイでやや低値を示していることを除くと、いずれも2から4の範囲にある。出生率はこれらの国々においても近年低下傾向にあるものの³⁾、人口問題は未だ重要な問題であると言える。次に、人口の都市集中の状況であるが、韓国が81%と最も高く、マレーシア、フィリピン、インドネシア、タイの順となっている。これらの国々では医療従事者の都市集中が問題となっているが、この指標と都市の医療従事者割合とが対比されることが多い。次に、乳児死亡率や平均寿命といった国民の健康状態を示す指標については、1人当たりの国民総生産との間に相関があると言われているが、今回の国々においてもその傾向がみられている。

(2) 保健支出 (Health Expenditure)

総保健支出 (Total Health Expenditure) は1国の保健分野に要した支出の総額として、政府、個人、雇用者等が1年間に負担した支出の総額である。世界銀行が推計している総保健支出では、予防、健康増進、治療、リハビリテーションなどの保健活動を始め、人口活動、栄養活動、食料援助プログラム、災害救助等で保健に関係ある部分の費用がこれに含まれるとしている。ただし、上下水道関係の費用は除かれている。世界銀行の総保健費用では、先進国についてはOECDのデータが引用されており、それ以外の国については各

表1 基本的データ(1995)

	インドネシア	フィリピン	タイ	マレーシア	韓国	(参考)日本
推計人口(百万人)	193	69	58	20	45	125
合計特殊出生率	2.7	3.7	1.8	3.4	1.8	1.5
65歳以上人口割合(%)	4.3	3.6	4.8	3.8	5.7	14.1
都市部人口割合(%)	34	53	20	54	81	78
平均寿命(歳)	64	66	69	71	72	80
乳児死亡率(出生千対)	51	39	35	12	10	4

資料 The World Bank, World Development Indicators 1997

国政府からの情報を基に、IMF・ILO・UNそして世界銀行自身が収集したデータを用いて推計されている⁴⁾。OECDでは毎年加盟国政府から多くの保健関係データの収集を行っているが、国により保健システムが異なることや統計データの定義が必ずしも一致していないことから、国際比較上注意する必要がある。なお、日本の総保健支出については公的には算出されておらず、社会保険でカバーされる部分の医療費の総額である国民医療費 (National Medical Expenditure) が毎年厚生省から公表されている。さて、総保健支出は公的保健支出 (Public Health Expenditure) と個人保健支出 (Private Health Expenditure) に分けられ、前者が国などの公的部門から支出される費用 (社会保険給付費や開発援助財源によるものも含む。) であることに對し、後者は個人が負担する費用で、医療費の自己負担 (保険外負担も含む。) や売薬の購入費などがこれに含まれる。この公的保健支出の総保健支出に占める割合により、当該国の保健システムにおける公的部門の財政的関与が明らかになる。一方、保健関係予算の政府予算に占める割合からは、国家の保健対策への投資状況が明らかになる。

各国の保健支出の状況を表2に示した。総保健支出の国際比較は一般に国内総生産 (GDP) 比で行われるが、この指標に見る限り、韓国で比較的高く、タイ、マレーシア、フィリピン、インドネシアの順となっている。総保健支出を国民1人当たりの金額で観察すると、インドネシア、フィリピンは日本の100分の1にも満たず、1年間に千数百円のレベルとなっており、全国民が近代的な医療を受

表2 保健支出の状況

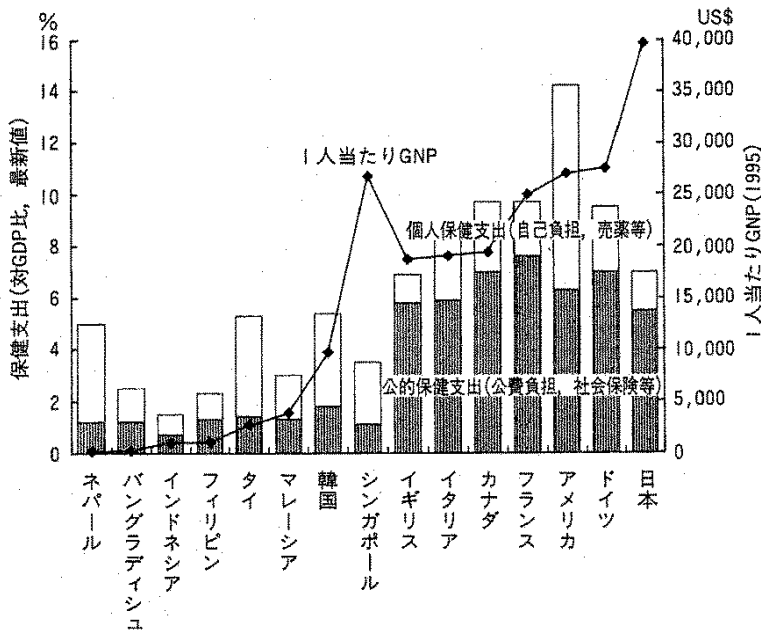
	インドネシア	フィリピン	タイ	マレーシア	韓国	(参考)日本
1人当たり GNP(ドル) (1995) ³⁵⁾	980	1 050	2 740	3 890	9 700	39 640
総保健支出 (百万ドル) (1990) ⁴⁾	2 148	883	4 061	1 259	16 130	189 930
対GDP比(%) (1990) ⁴⁾	2.0	2.0	5.0	3.0	6.6	6.5
公的保健支出(%) (1990) ⁴⁾	35	50	22	43	41	74
開発援助割合(%) (1990) ⁴⁾	7.4	7.8	0.9	0.2	0.2	-
1人当たり 総保健支出(ドル) (1990) ⁴⁾	12	14	73	67	377	1 538
国家保健関係 予算(百万ドル) (1994) ⁵⁾	480 (1991) ⁵⁾	280	1 563	938	1 689 (1995) ³⁹⁾	48 447 注) (1995) ³²⁾
保健関係 予算割合(%) (1994) ⁵⁾	1.9 (1991) ⁵⁾	2.3	6.3	5.2	2.5 (1995) ³⁹⁾	6.4 (1995) ³²⁾
1人当たり 保健関係(ドル) 予算(1994) ⁵⁾	1.7 (1991) ⁵⁾	4.1	26.2	48.1	37.7 (1995) ³⁹⁾	385.8 (1995) ³²⁾

資料 The World Bank, World Development Report 1993, SEAMIC HEALTH STATISTICS 1995他

注) 日本の国家保健関係予算については社会保険国庫負担金、国民健康保険助成費、保健衛生対策費の総計であり、1\$=94.07円(開発援助委員会(DAC)レート)で計算した。

けられる水準とは言いがたい。公的保健支出の総保健支出に占める割合をみると、途上国では公的サービスの脆弱さやその利用率の低さ、また社会保障制度の整備が遅れているため、先進国に比して低い国が多いが、今回の国々でもその傾向は現れていた。また、政府の保健関係予算の割合については、タイ、マレーシア、韓国で比較的高くなっており、フィリピン、インドネシアにおいて低くなっていた。なお、フィリピン、インドネシアについては、外国政府や国際機関からの援助を含めてもこのような低いレベルとなっていることに注目する必要がある。図1にアジア諸国と先進国における、国民1人当たりのGNPと保健支出(GDP比)の状況を示したので参考にされたい。

図1 アジア諸国と先進国(G7諸国)の保健支出の比較



資料 The World Bank, World Development Indicators 1997

(3) 保健資源 (Health Resource)

保健資源は、大きくヘルスマンパワーと保健医療施設に分けられる。前者では、この分野において中心的な役割を担っている医師、看護婦、助産婦について、後者では、病院、保健所、診療所について比較を行った。施設について言えば、病院は入院施設として殆どの国で整備されており、公的あるいは民間部門により提供されている。これに対し、

保健所は公的な保健医療機関として、予防接種、母子保健、家族計画などのプライマリーヘルスケアサービスを提供するとともに、簡単な治療行為を行う機関として機能している。また、その多くは医療資源の少ない郡部の保健医療サービスの確保を目的としている。一方、診療所は外来医療の提供施設であり、民間部門により設置・運営されているのが一般的である。診療所の1形態であるディスペンサリーは日本には存在しないが、医薬品提供施設としての役割を担っている。

各国の保健資源の状況を表3に示した。まず、医師数であるが、インドネシア、フィリピンはいずれもほぼ同水準にあるが、日本の10分の1にも満たない。タイ、マレーシアでも人口10万対比で50人にも満たず、決して高い水準とは言えない。開発途上国では、医師

数が少ない分、看護職の担うべき役割が大きくなっている。看護職は、国ごとに資格制度が異なり、養成方法も異なっているが、概ね、専門看護婦（助産婦）、補助看護婦（助産婦）、看護（助産）補助者に分けることができる。このうち看護（助産）補助者については看護職のマンプワーとして計上しないことが多いようである。これらの国々の看護職の状況をみると、助産婦数についてはある程度の水準を確保しているものの、看護婦数については必ずしも高い水準にあるとは言えない。看護職の数を医師数に対する比率で示されることがあるが⁶⁾、国によっては看護職は医師から独立して業務を行うこともあることから、実数の人口対比を用いて比較するのが適当である。次に施設の状況について述べると、病院数は、人口10万対比で0.5～2.4の範囲にあり、日本の3分の1にも満たない状況にある。設置主体別にみると、インドネシア、タイでは公的病院優位、フィリピン、マレーシア、韓国では民間病院優位となっている。中でも、韓国ではその9割以上が民間病院となっている。保健所は、前述のとおり日本の保健所とは少し性格が異なり、日本のへき地診療所のような役割を担っている。保健所数は、人口10万対比で8.0～21.2（支所等も含む）である。概して言えば、病院が約10万人に1施設、保健所が約1万人に1施設設置されているといったところである。最後に診療所であるが、これについてはデータの無い国もある上、国による定義の違いもあり、国際比較を行うことは困難である。日本の例で言えば、

表3 保健資源の状況

	インドネシア	フィリピン	タイ	マレーシア	韓国 (1995) ⁸⁾	(参考)日本
医師数 (人口1万対) (1994) ⁵⁾	31 410 (1.6)	9 753 (1.6) (1990) ⁶⁾	14 098 (2.4)	8 831 (4.5)	65 902 (14.7) (韓医師含)	230 519 (18.4)
看護婦数 (人口1万対) (1994) ⁵⁾	96 427 (5.0)	259 629 (37.8) ⁶⁾	80 938 (13.8)	13 224 (6.8) (政府のみ)	120 415 (26.8)	862 013 (68.9)
助産婦数 (人口1万対) (1994) ⁵⁾	52 430 (2.7)	10 914 (1.8) (1990) ⁶⁾	10 342 (1.7)	5 500 (2.8) (政府のみ)	8 352 (1.9)	23 048 (1.9)
病院数 (人口10万対) (1994) ⁵⁾	1 039 (0.5) (産病院除) (公:約600) (1994) ⁷⁾	1 648 (2.4) (公: 553 私: 1 095)	1 215(2.0) (公: 790 私: 393) (1993) ¹³⁾	112(0.7) (政府のみ) (公: 113 私: 199) (1992) ²⁰⁾	787 (1.8) (殆ど民間)	9 731 (7.8) (公: 1 767 私: 7 964)
保健所数 (人口10万対)	保健所 6 277 (3.3) 保健支所 18 946 (9.9) (1994) ⁷⁾	RHU 2 385 (3.7) BHS 11 423 (17.5) (1992) ¹²⁾	保健所 9 222 (15.7) (1993) ¹³⁾	保健所 593 (3.2) 農村地域保健 クリニック 1 276 (6.8) (1992) ²⁰⁾	保健所238 (0.5) 保健支所 1327 (3.0) 保健診療所 2039(4.5)	保健所 845 (0.7) 保健センター 1 333 (1.1) (1994) ²⁷⁾
診療所数	(資料なし)	(資料なし)	民間 診療所 10 357 (1993) ¹³⁾	サテライト クリニック (公的) 56 ディスペン サリー等 (公的) 381 民間診療所 (資料なし) (1992) ²⁰⁾	医科 14 589 漢方 5 928 歯科 8 292 助産所 177	医科 85 558 歯科 57 213 助産所 1 059 (1994) ²⁷⁾

資料 SEAMIC HEALTH STATISTICS 1995他、人口対比の値は中央人口を用い当方で計算した。

注 登録者数であり実数ではない。

表4 保健行政の状況

	インドネシア	フィリピン	タイ	マレーシア	韓国	(参考)日本
国の保健行政機関	保健省	保健省	公衆衛生省	保健省	保健福祉部	厚生省
地方行政機関	Province 27 District 313 Village 67 554	Region 13 Province 73 Municipality 1 620 Barangay	Province 76 District 688 Subdistrict 7 061 Village 65 310	State 14 District	City, Province (市・道) 15 Municipality	都道府県 47 市町村 約3 300
公的保健医療機関	公的病院 約600 (A,B病院 C,D病院) 保健所等	国立病院 17 地方病院 14 州立病院 75 市・地区病院等 435 RHU, BHS	地方病院 17 総合病院 72 コミュニテイ病院 670 保健所	総合病院 16 地域病院 84 特別病院 7 保健所等	国立病院 9 保健所等	国立病院 392 公的病院 1 375 保健所等
参考資料	(1994) ⁷⁾	(1991) ¹¹⁾	(1993) ¹³⁾¹⁴⁾	(1990) ²¹⁾	(1995) ³⁸⁾⁴⁰⁾	(1994) ²⁷⁾

医科、歯科の診療所は法律上「診療所」と規定されているが、国際比較上は助産所や医業類似行為の施術所を含めて「クリニック」と考える必要があるということである。

(4) 保健行政 (Health Administration)

保健行政の状況は表4に示すとおり、国レベルでは保健省(韓国では保健福祉部)が所管しており、地方レベルでは各レベルの行政機関に保健医療の担当部局が設置されている。また、インドネシア、フィリピン、タイ、マレーシアでは各レベルの地方行政機関の下に公的病院が整備されており、リフェラル制度(患者紹介制度)を用いて医療の効率化を図ろうとしている。保健医療行政においては、従来から中央政府が強大な権限を持ち、運営されていることが多いが、近年フィリピンや韓国でみられるように、地方行政機関への権限委譲が行われる傾向にある。

IV 各国の保健システムの状況

(1) インドネシア

公衆衛生を担当する国の機関として保健省が設置されており、地域保健、医務、感染症、食品医薬品という4つのセクションと研究機関などで構成されている⁸⁾。公衆衛生施策の多くは保健省予算によっているが、国家予算

の1%程度⁵⁾⁸⁾に過ぎない状況であり、うち外国からの援助が約20%を占めている⁷⁾。

地方の公衆衛生を担当する機関としては、州(province)、郡(district)政府の他、保健所(プスケスマス)、保健支所(サブプスケスマス)が設置されている。保健所はプライマリーヘルスケアの中心的役割を担っており、住民に対する予防活動や健康教育に加えて簡単な治療活動が行われている。保健所は3,400の準郡(subdistrict)レベルに少なくとも1カ所設置されており、現在6,000以上が設置されている。保健所の管轄人口は平均して約28,000人である⁷⁾。ここでは一般医、助産婦、看護婦、栄養助手、衛生士、予防接種員などが勤務している⁹⁾。また、過密地域やへき地の保健所では10床以下の簡易入院設備を備えているところもある⁷⁾。保健所では、デウクンと呼ばれる伝統的助産婦やカダールと呼ばれるヘルスポランティアに対する研修も行われている⁹⁾。インドネシアでは未だ伝統的助産婦が立会う出産も多く、伝統的助産婦の研修が課題となっている。また、保健所は2~3カ所の保健支所を管轄しており、そこでは看護婦が常駐し、予防接種や健康教育などが行われている⁹⁾。しかしながら、必ずしもこれらの保健所が住民に利用されているとは言えず課題となっている²⁾。

これに加えて、インドネシアではポシアン

ドゥと言われる住民による健康組織の設置が村のレベルで推進されている。ポシアンドゥは、乳幼児死亡率の減少を目指すという目的を持っており、5歳未満の幼児と妊婦を対象に、毎月1回定期的に、母子保健、家族計画、予防接種、栄養改善、下痢症対策という5項目の保健サービスを行っている。ポシアンドゥの管理運営、住民への指導、記録報告等の業務はヘルスポランティアが行っている⁹⁾。現在インドネシア全体で25万ヵ所のポシアンドゥが設置されており、125万人のヘルスポランティアが活動している⁷⁾。

保健医療サービスの供給体制としては、プライマリーヘルスケア及び一次医療サービスが保健所の業務と位置づけられていることに対し、病院は二次、三次の医療サービスを担うこととされている。病院は約1,000施設設置されており、一般病院と専門領域別の特殊病院に分けられている。また、公立と私立の病院が存在するが、うち公立病院の数は約600施設となっている⁷⁾。公立病院は、施設規模(病床数)に応じてAからDまでの4つのクラスに区分されており、それぞれに医療設備、診療科、医師数及び医療技術者などの基本的な設置基準が定められている。A、B病院は大都市や州(province)レベルで設置される大病院であり、専門医療や医療従事者の養成を担っていることに対し、C、D病院は郡(district)レベルの病院であり、一般医により医療が提供されている。C、D病院では、A、B病院への患者紹介制度が進められているが、必ずしも十分に機能していない。これらの公立病院での医療費は極めて安価となっているものの、医師にかかるのは高所得者が多く、一般には売薬などで自己治療する者が多い²⁾。医療保険制度については、従来は公務員に対する公務員保険だけであったが、92年に労働者に対する労働者社会保障制度が導入され、労災保険、老齢給付などのプログラムと併せて実施されるようになった。なお、医療保険は現物給付となっている⁶⁾²⁶⁾。

人的資源の面では、医師数は3万人程度で

あるが、徐々に増加している。医師は都市に集中していることから、医学校卒業後の数年はへき地の保健所勤務を義務づけており、この期間を終了した者が一般医となる。また、その後さらに専門的な研修を受けた者が専門医となる⁸⁾。一方、近年、助産婦の育成にも努めており、全国の全ての村に助産婦が常駐する体制を確保することを目標としている⁹⁾。

(2) フィリピン

公衆衛生を担当する国の機関として保健省が設置されており、公共保健局、病院施設サービス局、基準規制局、管理局、大臣官房局という5つの局により成り立っている¹¹⁾。保健省予算は国家予算の2～4%程度となっている⁵⁾¹¹⁾。医療保険制度についてはフィリピン医療委員会(PMCC)によって管理されており、社会保障庁(SSS)と政府保険庁(GSIS)により運営されている²⁾。

地方行政機関としては、上位から保健省が直接管理する地方(region)保健事務所(地方総合病院を管理)、そして州(province)政府が管理し、地方医療を指導する州保健事務所(州病院及び地区(district)病院を管理、地区は数個の町を取りまとめた区域)、そして市(city)・町(municipality)が管理する市・町保健事務所(市病院を管理)がある。住民のプライマリーヘルスケアを担当するのは、市・町のレベルで設置されるルーラル・ヘルス・ユニット(RHU)と、村落(barangay)レベルで設置されるバランガイ・ヘルス・ステーション(BHS)である。これらはいずれも市・町により管理されている。RHUは人口10,000人に1ヵ所の割合で設置されており、一般医、看護婦、助産婦、衛生監視員が勤務し、地域住民に対する簡単な治療、予防接種、健康相談、家族計画指導、栄養指導などが行われている。これに対してBHSはRHUを補助する目的で、人口1,500人程度に1ヵ所の割合で設置されている。ここでは、医師はいないが、助産婦又は3週間のトレーニングを受けたボランティアであるルーラル・ヘル

ス・ワーカーが配置され、家族計画指導や分娩介助等を行っている²¹⁾。従来、保健医療行政組織は、保健省を頂点とする中央集権型の組織であったが、91年の地方分権法により、公的医療機関における医療政策と物資の供給等は、市町により行われることとなり、政策も必要に応じて各市町の長が独自のものを作成することが可能となっている¹²⁾。

公衆衛生施策としては、政府は国家保健医療計画を策定し、対策を講じている。具体的には、結核、マラリア、住血吸虫症、ハンセン病の抑制計画、小児に対するビタミンA、鉄剤等の援助、予防接種、家族計画等などである¹¹⁾。

保健医療サービスの提供は公立と民間の医療機関において行われている。国は79年にヘルスケアシステムを制度化し、公的な医療機関を一次から三次に分類している。一次医療はRHU, BHSが担っており、これらの施設では外来サービスのみを行っている。二次医療については市町レベルの市病院や地区病院などが担っている。また、三次医療については州病院や地方総合病院、そして特別病院、専門病院、医療センターなどの国立病院が当たることとされている。しかし、完全なリフェラル制度は採られていない。高次医療施設ほど専門化しており、医療従事者の研修機能を持つ病院もある¹¹⁾。公的病院の数は約550施設である⁵⁾。公的医療機関における医療費は患者の収入に応じた負担とされているが、貧困層の患者が多く、多くは無償となっている¹²⁾。民間の医療機関としては病院と診療所が存在する。病院数で比較すると民間病院は約1,100施設と公立病院の約2倍となっている⁵⁾¹¹⁾。医療保険制度についてはメディケアと言われる制度があり、民間企業の労働者を対象とした社会保障制度と公務員を対象とした公務員保険制度があり、労災保険、退職時等の給付などとともに行われている。医療保険では、主として入院医療が対象となっているが、定額給付となっており、残りは自己負担となる。しかし、医療保険加入率は低い⁶⁾²⁶⁾。

人的資源に関しては、医師・看護婦ともに海外への人材流出が大きく、これに加えて大部分が都市部に偏在していることなどから不足状態が解消されていない²⁾。また、民間医療機関に従事しているものが多い²⁾。医師には一般医と数年間の専門教育を受けた専門医に分けられている¹¹⁾。

(3) タイ

公衆衛生を担当する国の機関として公衆衛生省が設置されており、官房部局の他、保健、感染症対策、医療サービス、医科学、精神保健、食品医薬品の6つの部で構成されている¹³⁾。また、医療保険制度に関しては、労働社会福祉省の社会保障室が担当している¹⁵⁾。公衆衛生省予算の国家予算に占める割合は近年増加しており、現在6%のレベルにある。予算の内訳としては、医療費が約50%、これに次いで母子保健・栄養対策・家族計画などからなる健康増進費が約15%、感染症対策費が約15%などとなっている¹³⁾。

公衆衛生を担当する地方機関としては、各州 (province) に州保健事務所が設置されており、この下に郡 (district) 保健事務所、そして準郡 (subdistrict) レベルには保健所が設置されている。保健所はプライマリーケアサービスを担う機関として全国で約9,000カ所が設置されており、5,000~10,000人の住民を管轄している¹³⁾¹⁸⁾。保健所には医師はおらず、看護婦、助産婦等が勤務しており、簡単な外来診療や予防対策が行われている。また、これとは別に農村ヘルスポランティア (VHV) や農村ヘルスコミュニケーター (VHC) というヘルスポランティアが養成されており、地域住民への家族計画の普及や健康教育等のプライマリーヘルスケアの活動を行っている。これらのヘルスポランティアの養成、監督などは保健所において行われているが、近年、ヘルスポランティアの活動拠点として、地域プライマリーヘルスケアセンターが設置されつつある¹⁹⁾。VHVとVHCの違いは保健所での研修期間の違いであり、VHVが20日間で

あることに対し、VHCは5日間となっている²⁾。

公衆衛生施策としては、家族計画、母子保健、栄養対策、そして感染症対策を主とした疾病対策などが実施されている。近年タイでは、感染症、栄養障害などが減少している反面、成人病や精神障害の患者が増加している。また、これに加えて、AIDSの蔓延、交通事故等の新たな問題が出てきている。政府はこのような課題に対しても新たなプログラムを作成し、その対策を講じている¹³⁾¹⁶⁾¹⁷⁾。

保健医療サービスの提供については公立と民間の医療機関において行われている。公的な保健医療機関としては、大学付属病院、専門病院、州病院、郡病院といった病院が約900施設存在し、これに加えて保健所が設置されている。一次医療機関としては準郡レベルで設置されている保健所がその役割を果たしている。二次医療機関としては郡レベルで設置されている約700カ所の郡病院(コミュニティ病院)であり、数人の一般医が勤務している。また、三次医療機関としては約100カ所の州病院(地方病院と総合病院がある。)、そして大学付属病院、専門病院といった病院が当たっており、このような病院では専門科目ごとに専門医が配置されている。一方、民間の医療施設としては、病院、伝染医学病院、診療所、伝染医学診療所などが約10,000施設存在する。これらの民間の医療施設は都市部、特にバンコクに集中している¹³⁾¹⁷⁾。医療保険制度については現在その普及が進められており、国民の58.4%が医療保険による医療給付を受けている。この内訳としては、11%が公務員保険、36%が貧困者・高齢者・小学生に対する福祉医療、13%が労働者に対する強制保険、そして4%の任意保険などとなっている¹³⁾。

人的資源の面では医師数は約15,000人であり、うち約10,000人が政府機関に勤務している¹⁴⁾。政府機関に勤務している医師も、勤務時間外は民間部門で診療に当たることが許されている²⁾。医師の都市集中のため、郡部は医師不足となっており、政府は医学校卒業後1年

のインターン後、郡病院などの公的部門への勤務を義務づけるとする対策を講じたが²⁾、医師の地域差については未だ大きな問題となっている。医療従事者の養成は年々進んでいるものの、未だ高いレベルにはないのが現状である。

(4) マレーシア

公衆衛生を担当する国の機関として保健省が設置されており、公衆衛生、医療サービス、そして医薬品・研究などを担当する技術支援部門という大きく3つのセクションにより成り立っている²¹⁾。公衆衛生施策は、公的病院での医療費を含めて、保健省予算により行われている。

地方の公衆衛生を担当する機関としては、州政府の下に保健所、農村地域保健クリニック、ディスペンサリーなどがある。いずれも、外来診療サービスを行う保健医療機関であり、加えて、分娩、定期検診、予防接種などの母子保健サービスも行われており、その設置が進められている。保健所は人口15,000人から20,000人に1施設の割合で設置されており、医師(メディカルオフィサー(MO)と言われる一般医)、歯科医師、保健婦、看護婦等の職員が従事している。また、農村地域保健クリニック、ディスペンサリーは小規模な施設であり人口2,000人から4,000人に1施設の割合で設置されており、1、2名の看護婦が勤務し、予防接種や検診等の母子保健サービスが行われている²⁰⁾²¹⁾。

政府はプライマリーヘルスケア施策を積極的に進めているが、中でも力を入れているのが母子保健、栄養指導、予防接種を中心とした家庭保健プログラムである。疾病対策としては、主として成人病対策と感染症対策が実施されている。成人病対策では、心臓病予防プログラムやがん予防プログラムなどがあり、検診や患者のスクリーニングなどが行われている。また、感染症対策では、マラリア、結核、ハンセン病といった個別の感染症への対策の他、AIDSを含むその他の感染症に対す

るプログラムが組まれている。これに加えて、近年、健康教育プログラムが推進されており、国民の保健への意識の高揚に努めている²¹⁾。

保健医療サービスの提供は公立と民間の医療機関において行われている。公的な施設としては、入院サービスを行う施設として総合病院と地域 (district) 病院が合計約100施設設置されている。総合病院は各州 (state) に1施設以上設置されており、専門医による高度な医療が提供されている。一方、地域病院には専門医が配置された病院と一般医のみの病院がある。その他、精神障害、結核、ハンセン病の患者のために特別病院が設けられている。また、保健省以外の政府機関が所管する病院が数は少ないが存在する。外来サービスについては、都市部では病院の外来部門、サテライトクリニック、農村部では保健所、農村地域保健クリニック、ディスペンサリーといった施設が担っている。また、これ以外にも、プランテーションや鉱山に43カ所の診療所を設けている。これらの外来サービスの多くは一般医が対応している²¹⁾。公的医療機関における医療費は極めて安価で提供されている。これに対し、民間の医療機関は都市部に集中しており、その病院数は173施設 (1991) ²⁰⁾²¹⁾である。民間医療機関における医療費は高価であるが、提供される医療の質は高度と言われている²¹⁾。近年政府は医療資源の効率的な利用のため、民間医療機関の利用を推進している²⁰⁾。公的な医療保険制度は整備されていないが、社会保障機関 (SOCSSO) と言われる準政府機関において労働者に対する社会保険制度が提供されている²¹⁾²⁶⁾。

人的資源の面では、医師数は約8,000人であるが、徐々に増加している。医師にはメディカルオフィサー (MO) と言われる一般医とその後の専門教育を経た専門医がいる²¹⁾。また、医学校卒業後数年間の公的機関での勤務が義務づけられている²⁾。公的機関の勤務者は兼業が禁止されており、医師の半数以上が比較的給与の良い民間病院に勤めている²¹⁾。医師の分布については、半島部に比べサバ、サラ

ワク州において医師数が少ないことが課題となっている。マレーシアでは、メディカルアシスタント (MA) と言われる簡易な治療行為ができる医療従事者が約4,000人おり医師を補助している²⁾。また、伝統的医療師や伝統的助産婦が活動しており、これらを頼っている者も少ないながら存在している²¹⁾。

(5) 韓国

公衆衛生を担当する国の機関として保健福祉部が設置されており、保健、食品、医政、薬政、年金保健、社会福祉、家族福祉のセクションと国立病院、検疫所、研究所により構成されている。保健福祉部予算は国家予算の3.8%となっており、その内訳は医療保険に要する経費が56.7%、保健医療費が8.7%、社会福祉費が28.6%などとなっている³⁸⁾³⁹⁾。

地方レベルでは、保健所、保健支所が設置されており、予防サービスと簡単な一次医療が提供されている。ここでは、一般医と他の医療従事者が勤務している。保健所、保健支所の数はそれぞれ238施設、1,327施設であり、それぞれ約966人、2,070人の医師・歯科医師が勤務している²²⁾。また、これとは別に保健診療所 (プライマリーヘルスケアポスト; PHP) と言われる施設が設置されており、ここでは保健診療員 (コミュニティヘルスプラクティショナー; CHP) という6カ月間のトレーニングを受けた看護婦が配置され、種々の予防サービスや簡単な治療行為が行われている。保健診療所の数は2,039施設であり、各施設1人の保健診療員が勤務している³⁹⁾。なお、保健所長は日本と同様医師が当たることとなっているが、医師の確保が困難な場合は、他の医療従事者がその任に当たっている。95年現在全保健所の53.4%に当たる127の保健所長は医師以外の者が就いている。³⁹⁾

公衆衛生施策としては、健康教育事業、栄養改善事業の他、急性感染症対策としての予防接種プログラムが行われている。また、慢性感染症対策として結核、ハンセン病、寄生虫病、性病、AIDSに対して種々の対策が採ら

れている。成人保健分野では韓国健康管理協会 (KHCA) が政府の援助の下、調査、広報、検診事業を実施している。母子保健分野では就学前小児と周産期の母親のケアが行われている。老人保健分野では、20万人以上の高齢者に無料の健康診断が実施されている。韓国では、保健医療分野の重点課題として「国民栄養の改善と母子保健の向上」、「健康教育の強化による疾病の予防と急性慢性疾患の効果的対策」、「医療サービスの整備による医療の量と質の拡大強化」、「食品医薬品の衛生安全の強化」の4点をあげている²²⁾。政府は95年に地方分権を主旨とした地域保健法を制定するなど、公衆衛生分野において種々の改革を行い、地方政府は地方に応じた独自の保健計画が建てられるようになってきている²³⁾。

保健医療サービスの供給体制としては、医療施設は法律により、総合病院、病院、医院、歯科病院、歯科医院、韓病院(漢方病院)、韓医院(漢方医院)、助産所の8種類に分類されている。これら医療施設の9割以上が民間の施設であり、かつ都市に集中している。医療保険制度については、77年に公的な制度が導入され、89年に医療保護者も含め、国民皆保険が達成されている。医療保険制度はこれらの医療施設と保健所(支所)で適用されている。医療保険制度は現物給付ではあるが、患者に費用の一部負担を求めている。近年、韓国では高度な医療機関や専門医が都市に集中し、都市の名高い総合病院へ患者が集中したことから、政府は極めて拘束力の強い患者紹介制度を導入している。この制度は、国内を幾つかの診療圏に分け、患者は地域内の医師にかかることとされ、必要な場合にのみ高度な病院に送られるというものであり、89年に全国展開されている²²⁾²³⁾。

人的資源については法律により、医師、歯科医師、韓医師(漢方医)、助産師、看護師を医療人、看護助務士、接骨士、鍼士、灸士、按摩士を準医療人、そして、それ以外に医療技士、医務記録士、眼鏡士についての規定がなされている。なお、薬師(薬剤師)につい

ては薬師法により規定されている。医療従事者の養成は80年代に推進され、その数が増加したが、未だ先進国のレベルには至っていない。韓国においても、医療従事者の都市集中が問題となったことから、医師は徴兵義務に代えて一定期間のへき地勤務を行うことができるとする公衆保健医制度が設けられており、これによりへき地医師の確保に努めている²²⁾²³⁾。

V 考 察

Roemerは諸外国の保健システムを公的部門の市場介入の程度により分類し、介入の少ないものから企業的(entrepreneurial)システム、福祉目的(welfare-oriented)システム、包括的(comprehensive)システム、社会主義的(socialist)システムという4つの体系に分類している²³⁾。企業的システムとは、アメリカの保健システムに代表される自由主義経済に則ったシステムであり、公的部門は支援が必要な者に対しての最低限の医療を提供し、それ以外は市場原理に任せるというものである。この制度下では、公的な介入が少ない代わりに、個人の費用負担が大きくなる。アメリカの総保健支出に占める公的支出の割合は他の先進国に比べ低くなっているが、これはこの状況を如実に示している。また、医療資源の多くは民間セクターにより提供されることとなり、需要に応じた採算性の高い医療が提供される結果、医療資源は都市に集中することになる。次に、包括的システムであるが、これはイギリスや北欧の保健システムに代表される公営医療制度に基づくシステムに相当する。このシステムでは、その財源は主として税金に基づいており、社会福祉政策の一環として医療が提供されるとするものである。これらの国々では、税負担も高額となり、政府が医療費の多くを負担することになるが、政府のコントロールにより公平に医療資源を配分できるという長所がある。福祉目的のシステムは企業的システムと包括的シス

テムの中位に位置するタイプであり、日本や西欧の保健システムがこれに相当する。このシステムでは、公的部門は市場への介入を行っているものの、その程度が完全ではなく、この結果として保健政策は公的部門と民間部門の綱引きにより決定されるのが一般的である。そして最後のタイプは、最も介入の強いシステムであり社会主義国家において適用されている社会主義的システムである。

Roemerは80年代の各国の状況を基に保健システムの分類を行ったが、本稿で紹介した国々については、マレーシアが福祉目的的(welfare-oriented)システムであることを除き、あとの4カ国は全て企業的(entrepreneurial)システムと分類されている²⁾。しかしながら、90年代の国際社会は、開発途上国の経済発展の進展、更にはソ連邦の崩壊に代表される社会主義国家の自由主義的経済への転換など、80年代と比べ極めて大きな変革を遂げている。また、先進諸国で顕在化した医療費の問題、更にはこれに対応したヘルスリフォームの動向もあり、これらの国際情勢は各国の保健システムに多かれ少なかれ影響を与えている。今回調査した国々でもこれらによる影響は否定できない。公的医療の提供を保健政策としてきたマレーシアでは、医療資源の効率的活用のため民間医療機関の活用が進められつつある。タイでは公的医療保険の普及が進みつつある。また、韓国では89年に国民皆保険が達成されるとともに厳格なリフェラル制度が導入され、近年では家庭医制度やDRGの導入などの新たな政府の介入も考慮されており、企業的な保健システムからの変貌を遂げようとしている。

さて、本稿で紹介した国々は、アジアという限られた地域の国々を対象としたことや、類似したシステムを採用している国が多かったということもあり、いずれも同様な課題を抱えている国が多かったと言える。例えば、伝統医療を利用する慣習があり、このことが公的医療の利用を妨げている状況。また、少ない医療資源が都市部に偏在しており郡部で

は看護職やトレーニングされたボランティアを中心とした人材で保健システムを支えているという事実。そして、この状況に対して政府が若手医師の郡部への一定期間の派遣を義務化しているという政策。これらはいずれの国でもほぼ一致する事実であった。

アジアの主要5カ国の保健システムの状況を概観してきたが、ここで紹介した情報の多くは政府資料に基づき取りまとめたものでもあり、必ずしもその実情を反映したものとは言えない。今回の研究は文献的研究であり、内容に限界があることには違いないが、このような基本知識をもとに、これら国々についての認識を高め、保健医療分野において更なる交流が促進されることを願うものである。

この研究は平成8年度厚生行政科学研究「諸外国の保健システムの比較に関する研究」により行われたものである。

参考文献

- 1) 橋本正己他編.世界の公衆衛生—各国の公衆衛生と国際保健の動向.公衆衛生協会, 1981.
- 2) Roemer, M.I., National Health Systems of the World Volume 1: Oxford Univ. Press, 1991.
- 3) Roemer, M.I., National Health Systems of the World Volume 2: Oxford Univ. Press, 1993.
- 4) The World Bank, World Development Report 1993, Oxford Univ. Press, 1993.
- 5) International Medical Foundation of Japan, SEAMIC HEALTH STATISTICS, 1995.
- 6) The International Nursing Foundation of Japan, Nursing in the World, 1993.
- 7) Ministry of Health, Republic of Indonesia, HEALTH DEVELOPMENT IN INDONESIA, 1994.
- 8) 国際協力事業団国際協力総合研修所編.開発途上国技術データシート(インドネシア5/5), 1995.
- 9) 中村安秀.開発途上国の母子保健.国際医療協力研究報告書, 1996.
- 10) V. F. Chan, et. al., Issues and Challenges of Public Health in the 21st Century: Univ. of Malaya

- Press, p.271-281, 1996.
- 11) 国際協力事業団国際協力総合研修所編.開発途上国技術データシート (フィリピン4/4), 1995.
 - 12) 井上肇, 田中政宏.開発途上国の母子保健.国際医療協力研究報告書, 1996.
 - 13) Ministry of Public Health, Thailand, THAILAND HEALTH PROFILE 1994, 1994.
 - 14) Ministry of Public Health, Thailand, PUBLIC HEALTH STATISTICS AD 1994, 1994.
 - 15) Ministry of Labor and Social Welfare, Thailand, ANNUAL REPORT 1995, 1995.
 - 16) N. Kungskulniti, et. al., Issues and Challenges of Public Health in the 21st Century : Univ. of Malaya Press, p.169-179, 1996.
 - 17) 国際協力事業団国際協力総合研修所編.開発途上国技術データシート (タイ5/5), 1995.
 - 18) 能勢幸代.開発途上国の母子保健.国際医療協力研究報告書, 1996.
 - 19) A.B. Suleiman, Issues and Challenges of Public Health in the 21st Century : Univ. of Malaya Press, p.181-189, 1996.
 - 20) W.Y. Low, et. al., Issues and Challenges of Public Health in the 21st Century : Univ. of Malaya Press, p.191-232, 1996.
 - 21) 国際協力事業団国際協力総合研修所編.開発途上国技術データシート (マレーシア4/4), 1995.
 - 22) Ministry of Health and Social Welfare, Republic of Korea, PROGRAMMES FOR HEALTH AND SOCIAL WELFARE, 1992.
 - 23) S.W. Lee, et. al., Issues and Challenges of Public Health in the 21st Century : Univ. of Malaya Press, p.81-118, 1996.
 - 24) National Statistical Office, Republic of Korea, SOCIAL INDICATORS IN KOREA, 1991.
 - 25) 韓国保健社会部.以下同様保健社会白書, 1991
 - 26) 厚生省編.平成8年厚生白書, 1996
 - 27) 厚生統計協会.国民衛生の動向, 1996
 - 28) 東洋経済新報社.日本の財政, 1996
 - 29) 自治省編.地方財政白書, 1996
 - 30) 経済企画庁編.国民経済計算年報, 1996
 - 31) 社会保険研究所編.欧米諸国の社会保障, 1996
 - 32) 厚生問題研究会.厚生省ガイド, 1996
 - 33) WHO, Evaluation of recent changes in the financing of health services, WHO Technical Report Series, No.829, 1993.
 - 34) The World Bank, An International Assessment of Health Care Financing, 1995.
 - 35) The World Bank, World Development Indicators 1997 (CD-ROM), 1997.
 - 36) OECD, OECD HEALTH SYSTEMS Volume 1, 1993.
 - 37) 勝又幸子.日本医療支出の比較研究:厚生指標, 40 (8), 19-29,1993.
 - 38) 韓国保健福祉部, 保健福祉白書, 1996
 - 39) Ministry of Health and Welfare, Republic of Korea YEARBOOK OF HEALTH AND WELFARE, STATISTICS,1996.
 - 40) National Statistical office, KOREA STATISTICAC HANDBOOK,1996.

■新刊 (1997年8月31日発行)

1997年 国民衛生の動向

定価 本体2,000円 + 税

財団法人 厚生統計協会

〒106 東京都港区六本木5-13-14
TEL 03-3586-3361