

寄稿

モンゴルおよび東南アジア諸国の医療事情

日本医療経営学会理事長／元ニューヨーク医科大学臨床外科教授 廣瀬輝夫

はじめに

アジアでは、日本をはじめ中国、インド、韓国、タイ、シンガポール、マレーシアを除いた諸国はいまだ発展途上であり、医療は著しく遅れている。モンゴルとチベットでは伝統医療が盛んであり、東南アジア諸国は近代医療の導入が大都市のほかは遅れているので、大半の国民は民間医療と民間売薬に頼らざるをえないのが現状である。最近ではこれらの諸国でも経済成長率が高いので状況は改善されつつあるが、先進国による経済援助と公的医療による保健状態改善のためには衛生および医療教育とともに辺りな地区や貧困者に対する医療補助、薬品や医療器具の提供が必要である(表)。

モンゴル

13世紀にジンギスカンにより強大な王国として世界を支配したモンゴルも、17世紀になってからは中国の支配下に置かれ、1921年になって独立できた。その際に近代医療を導入したのは近接のソ連邦からであったので、全体主義の貧困な公的医療が施行されていた。50年代ころになり欧米医療が都市にのみ普及し始めたが、いまだに大半の田園地区や放牧地区の住民は主として伝統医療に依存している。

国民総生産は85億米ドルにすぎず、国民1人当たりの収入も年間

2,900米ドルであるので、国民医療費は総生産の4.3%の4,000万米ドルである。1人当たりの医療費は、122米ドルにすぎず、アジアではカンボジアに次いで最も少ないため、1980年代に建設が始められた近代病院の大半は首都ウランバートルに集中し、600床の軍隊病院、500床前後の国立病院や大学病院のほかは大病院の数は少なく、100床の小病院を入れても全土の9地区で132病院、全病床数も6,000床である。そのうちの30%は伝統医療を施行している。辺りな地区には診療所のみが設立され、医師は不在で補助医師や看護師が診療に従事している。したがって、医師数は現在でも1万人前後で看護師は2万人、伝統医療士が多い。

正規医師の不足を補うため、4世紀前後からモンゴル伝統医療であったインド、チベット医学が1975年代から復活、最近になりモンゴル保健科学大学に伝統医療研究所が設置されているので訪問した。副学長のD. Dungereorj博士はモンゴル薬学協会の会長でモンゴル伝統医療の大家でもあり、伝統医療研究所所長のB. Dagvatseren博士とともに研究所内を案内してくれた。筆者の医学研究の業績に対して同大学から金メダルが贈られた(写真1)。さらに、医師で伝統医学校長のS. Oldokh准教授から、本年9月中旬にモンゴル保健科学大学主催の第3回伝統医療国際会議へ招待を受けた。

モンゴル伝統医療における診断はアユベダのVata(風)、Pitta(胆汁)、Kappa(粘液)の三大要素が生体発達に関連しており、Vataは中枢および植物神経系に属し疾病発症の主因で、Pittaは生体エネルギー源泉で消化機能と発熱作用に関係があり、血液や内分泌などに影響を与える。Kappaは体温調節、粘液や関節内液などの調節を行い、体組織の栄養をつかさどる3大要素が健康の維持に必要であるという説に基づいている。生薬による治療もこれらの診断に従って処方するので、使用法は西欧医療と全く異なっている。モンゴルの生薬は2,500年の歴史があるというが、植物性が大半で約320種ある。その他動物性が200種、鉱石が100種くらい使用されている。

同大学の附属診療所として、2001年に設立された伝統医学国立センターのB. Boldsaikhan教授の生薬の著書から、現行の89種の処方薬のなかで5%以上使用されている生薬について記載してみるが、大半は消化器疾患と肝臓病、鎮痛薬で、モンゴルでは原因不明であった感染症や現在までまれであった心血管疾患に対するものは少ない。これらの薬草は、特有の冷温および乾湿など性状とされるものを症状に適応して使用している。

1991年に仏教徒により創立され寺院内にある6年制のManba Datsan私立伝統医学校のD. Natsagdorj校長によると、生徒はラマ僧で50種類の科目のうち30%は近代医療であるが、主としてチベットから16世紀に伝来したインドおよびチベット医療を教授している。130種類の生薬のほか、鍼(写真2)、マッサージ、冷水浴、薬草浴、蛭吸血治療(写真3)、黙想、マントラ祈祷(写真4)などを施行しているという。

大学付属の近代病院としては市では最大規模で21診療科のある400床の病院を訪問した。心臓外科部長のTsegeenjavi教授の説明によると、心臓病診療部門



〈写真1〉左から、Dagvatseren氏、筆者、Dungereorj氏

は心臓内科医10人と心臓外科医5人で、MRI、CTや2室の冠動脈造影施設があり、既にステント使用による60例の経皮的冠動脈拡張術も行われており、30床が心臓外科に使用され最新の診療が施行されていた。しかし、現在モンゴル全土にMRIは3台、CTは5台しかないという。

タイ

タイは、8世紀ころからシャムとして知られていたが、1238年に統一王国となり、17世紀の最盛期には広範な東南アジア地区を支配し越南国と言われていた。その後、次第に領土は内乱と隣国からの外寇により縮小したが、日本の山田長政が16世紀初頭に通商基地として日本町を設立したこともあり、第二次世界大戦中は同盟国でもあった。

近代医療は戦後に筆者らが教育した米国留学生などにより導入されたが、1990年の民主化とともに急速に発達し始めた。国民1人当たりの収入は6,200米ドルであるが、貧困率は10%を超えており貧富の差が大きい。国民医療費は総生産の3.5%の180億米ドル、1人当たりの医療費は323米ドルで比較的高いが、その配分は都市に偏在しており、田園地区では医療が十分に行き渡っていない。

バンコク大学附属病院であるSiriraj HospitalやBumrungrad Hospitalなどの大病院は近代的で設備も欧米の先進国に劣らないが、田園地区の病院施設は旧態依然である。医師および歯科医師、看護師の数も都市部では十分であるが、医師の年俸は公立では5,000米ドル、私立でも7,500米ドルであるので、海外への流出が多い。

最近では医療費が格安のため、先進国からも「医療観光旅行(Medical Tourism)」と称して診療を訪れる者が多い。ことに米国の無保険者にとり格安航空料金、数日間滞在費および医療治療費を総合しても米国内で治療を受けるよりは安い。例えば、ヘルニアの手術は米国では5,500ドルであるがタイでは1,800ドルであり、膝および股関節置換手術は6万ドルに対して9,000ドルであるため、2006年には120万人のうち75万人は米国

〈表〉モンゴルおよび東南アジア諸国の医療事情

国名	モンゴル	タイ	ベトナム	マレーシア	シンガポール	カンボジア
独立年	1921(1946)	1782(1932)	1976	1963	1965	1130(1945)
国土面積(km ²)	156万	51万	330万	330万	699	18万
国民人口(人)	265万	6,650万	8,611万	2,528万	449万	1,470万
国民総生産(米ドル)	34億	2,261億	680億	3,975億	1,280億	62億
1人当たり収入(米ドル)	1,290	3,400	790	1万5,700	2万9,230	480
年間生産増加率(%)	7.3	4.8	6.3	4.0	3.0	8.1
貧困率(%)	36.1	10.2	14.9	4.4	3.0	35.2
識字率(%)	97.8	92.6	90.3	97.8	92.5	70.0
失業率(%)	1.1	1.4	4.8	3.1	2.6	20.2
出生率/特殊出生率	21.09/2.24	13.57/1.64	19.4/1.86	16.5/2.7	8.99/1.3	26.6/3.3
死亡率(%)	6.19	7.17	5.1	5.02	3.7	9.6
乳児死亡率(%)	41.24	7	15	10	3	65
平均寿命(歳)	67.32	72.83	71.33	71.6	80.5	62.0
高齢化率(%)	3.9	8.5	5.8	4.9	8.7	6.0
平均年齢(歳)	24.9	32.8	26.9	29.6	38.2	23.0
人口増加率(%)	1.15	0.64	0.99	2.64	2.80	1.75
国民医療費(米ドル)	4,000万	180億	120億	160億	80億	3,500万
国民医療費/総生産	4.3%	3.5%	6.4%	4.2%	3.5%	9.3%
1人当たり医療費(ドル)	122	323	134	454	1,340	150
病院数	150	1,200	810	800	29	72
公的病院数	130	800	700	712	13	20
病床数	6,000	3万5,000	4万	3万6,000	1万1,000	2,000
医学校数	3	12	10	8	1	1
医学校年間卒業生(人)	220	1,400	1,000	800	120	100
医師数(人)	1万1,000	4万2,000	3万2,000	2万6,000	7,400	1,200
歯科医師数(人)	100	9,000	1,600	2,440	1,354	100
看護師数(人)	2万	5万5,000	4万	4万7,000	2万2,000	2,000
HIV感染者数/感染率	500/0.1%	57万/1.5%	22万/0.4%	5万/0.4%	4万/0.2%	7万/0.45%

(廣瀬輝夫 作成)

次ページへ続く

前ページから続く

からの患者であった。2010年には600万人の米国人がタイ、メキシコ、キューバ、フィリピン、インドなどで診療を受けると予測されているが、東南アジアではマレーシア、香港なども現在Medical Tourismとして訪れる者が増加しているが合併症も多い。

市内の中央通りに面して多数の市販薬の薬局が非公認の民間薬を補助食品として販売しており、またマッサージ店も多く住民や旅行者が利用している。

私立の400床のSt. Louis Hospital内に新設された鍼クリニックでNarong Sea Ngooi博士から、日本人も含む外国人が頻繁に利用しているというタイの鍼治療について説明を受けたが、現在鍼医は中国の北京および上海などの5年制大学で中国医の資格を取得し、中国で1年間の訓練期間を終了した10人のみが開業を専門医として公認されており、そのうち4人がこのクリニックで診療に従事している。市内には非公認の鍼師もいる。現在、鍼師の70%は中国伝統の太針、30%は日本の細針を使用しているが、最近では中国でも使い捨て細針を製造し始めたので、安価のため購入している。

昨年から2大学で60人の中国医療学科を始めたが、公費で4年間教育後に中国で1年実地研修を終了すれば、資格を得て開業が許可されるという。

クリニックにおける鍼治療は1日約50人であるが、中国医療師が施行するために生薬療法、マッサージも併設している。住民の外来診療費は

15ドルで年間400米ドルの半分は雇用主負担の私的保険保持者のみが利用できるが、日本などの外国からの訪問者に対する治療も多い。

ベトナムとマレーシア

ベトナムは10世紀までは中国の支配下に置かれて安南と呼ばれ、古都Hueには孔子廟もあり、中国医療が施行されていた。10世紀の初めは独立王国であったが、1884年からはフランスの植民地となった。1945年に独立を宣言し、54年にホーチミンによりフランスの支配から解放され、ジュネーブ条約により北部のVet共産政権地区と南部の民主政権Nam地区とに分断されたため、内紛が発生し戦乱となった。

1975年に南部に加担した米軍の撤退後に統一されたため医療の発達が遅れていたが、86年に共産政府の改革政策(doi moi)により経済が自由化されてからは急速に大都市に近代医療施設が建設された。現在は医学校も10校となり、タイやマレーシアの水準に近付きつつある。医師数および看護師数がいまだに不足しており、医療施設も公的近代施設を除いては旧式の医療施設が大半で病院も偏在し、病床数も人口に比べて不足している。国民医療費は総生産の6.4%で、1人当たりの医療費は134米ドルにすぎない。その不足を補うために伝統医療との統合が進んでいるというが、実情は国民の70%は中国医療や民族生薬に依存している。

ハノイ市内の私立中国医療診療所で伝統医学国立病院のTran Quoc Binh副院長が1人で遠路からの患者も入れて1日約100人の診療を問診、

脈診、舌診に血圧測定を1人数分間したのみで行い、中国の薬草を処方しているが、再診の患者も相当数あり、診療所は好評で入り口の外まで待機患者であふれていた。

サイゴン(Ho Chi Minh)市内の民間薬局(写真5)は中央市場に数軒あり、民間薬剤師が患者から愁訴を聞き、自己判断で生薬の処方をしていた。

マレーシアは、イスラム教のサルタンの支配下にあるが、18世紀ごろから英国の植民地となり、1942年から日本の占領地区となった。日本軍によりタイとビルマを結ぶマレー鉄道の建設が行われ、25万人の住民や英国捕虜が徴用され、40%の犠牲者を出しながらも5年を要して完成した。Kwai河のトーコリ橋の架橋は最も多い犠牲者を出したので有名である。戦後57年にマレーシアとして独立を遂げ、63年になりシンガポールとボルネオの北部地区が併合したが、2年後にシンガポールは連邦から独立した。

1980年代に自由経済を導入



〈写真5〉サイゴンの民間薬局

してから油田の開発とハイテク産業が発達し、医療部門でも医療器具製造と製薬などが促進され、観光客の誘致とともに急速な経済成長がもたらされた。それにより、東南アジアではシンガポールに次いで最も国民所得が多く1人当たり1万6,000米ドルで貧困率は4.4%、失業率は3.3%で貧富の差も少ない。1人当たりの医療費は454米ドルでシンガポールに次ぎ、医師数2万6,000人、看護師数4万7,000人を数え、ほとんどの住民が十分な医療を受けている。ことに首都のクアラルンプールには近代的大病院が建設され、医学教育の程度も高い。最近ではタイに次いでMedical Tourの誘致が盛んである。

カンボジア

カンボジアは12世紀初期に設立されアンコールワットを首都として、現在のタイやベトナムの一部も併呑して一時は大国であったが、隣国からの侵略により縮小した。1969年にポルポト共産政権が樹立され、カムラ・ルーージュによる60万~150万人に近いとも言われる人種的虐殺により半数の人口を喪失し、現在は1,300万人となっている。国土は18万km²で東南アジアではシンガポールに次いで最小の国家であり、貧困率は35%、失業率は20%で最も貧困である。死亡率は50.0%、乳児死亡率は26.9%と南アフリカの発展途上国並みであり、HIVの感染者数は7万人を超え人口の1%に近く、タイとほぼ同様という。国民医療費に総生産の9.3%を使用しているにもかかわらず、1人当たりの医療費は150米ドルにすぎない。近代的病院は首都プノンペンの国立病院とアンコールワットのあるシェムリアップに最近設立された国際病院以外にはほとんど存在しない。医師数は1,200人、看護師数は2,000人にすぎない。

地区保健部管轄のSiem Reap Referral HospitalのP. Phalkun院長の案内で施設を視察した。1920年にソ連が建設し、69年に改築した200床の総合病院で、市周辺の全住民を13人の医師で診察しているが、麻酔師、眼科医、耳鼻科医、精神科医のみが専門医である。月間100例前後の出産を扱っているという。救急外来と糖尿病専門病棟を見学したが、ほとんど近代的な医療器具は存在しなかった。州全体では公立の3病院、私立の2病院があり、全国でも20病院しかないので、2010年には日本から200万米ドルの援助を受けるという。

プノンペンにある7病院のうち国内で唯一の国立病院付属心臓センターのセンター長で厚生大臣の子息であるMam Bunsocheat博士によると、300床のうち別棟40床が心臓センターに当てられており、4人の心臓専門医が全国からの患者を年間400例(心臓血管手術のうち弁膜手術が250例、冠動脈バイパス術60例、先天性心臓病手術200例)扱い、そのほか200例の経皮的冠動脈拡張術も施行しているとのことであった。

シンガポール

シンガポールは、香港とともに英国領であったが、1965年に独立した。東南アジアでは最小の国であり国土は3万5,000km²にすぎないが、ハイテク産業、金融業、貿易および観光事業などにより国民総生産は2,440億米ドル、1人当たりの収入は5万2,000米ドルとなり、日本の4万5,000米ドルより多い。医療費は総生産の3.5%で、1人当たりの医療費は1,340米ドルであり、日本の医療費の半分近代医療を施行している。

国民はすべて強制的な雇用主および従業員折半の健康貯金と国家危機救済保険、さらに政府医療費補填により保障されているうえ、医療供給と奉仕も政府により価格規制が行われているので医療費の高騰を抑え、国民医療費削減が可能である。しかし、他の先進国では小国で医療施行制度や医療費の公的規制ができる国以外はその模倣は可能でなく、米国でもメディケアの危機救済保健制度が中止となり、健康貯蓄口座(HAS)も発展できない理由でもある。また、公的医療制度により補填されない医療費については、雇用主による私的保険もある。国内には13の近代病院があり、医師数7,400人、看護師数2万2,000人で他の先進諸国に匹敵している。HIV感染者は4万人、0.2%で東南アジアでは最も少ない。

カンボジア、ベトナム、インドネシアなどの発展途上国では重症でハイテク治療の必要な患者や富裕層は診療のために近隣の香港やバンコクとともにシンガポールにも訪れるという。

おわりに

東南アジア地区の医療はタイ、マレーシア、シンガポール以外の国々ではいまだに発展途上にあり、国民の70%前後は伝統医療に依存しているのが現状である。タイ、マレーシアなどは医療費が格安のうえに大病院の一部では近代医療は欧米のレベルに達しているのでMedical Tourが盛んとなり、医療費が高価な国々からの患者が増加しつつある。カンボジア、ミャンマー(ビルマ)などの発展途上国に対しては医療援助が必要である。シンガポールの医療制度は優れているので、先進国の模範と言われているが模倣は難しい。



〈写真2〉腹部鍼治療



〈写真3〉蛭吸血治療



〈写真4〉マントラ祈祷