

カナダの保健衛生組織

曽根 智史(国立保健医療科学院公衆衛生政策部地域保健システム室 室長)

第1章 保健衛生組織の概要

カナダの保健医療システムの特徴の一つに、保健所（Community Health Centre, CHC）を基盤とした地域保健活動がある。

カナダの保健所は、行政が直接運営しているのではなく、州政府から運営資金を得て、各州の保健所協会が運営している。ただし、日本のようにすべての地域を網羅しているのではなく、都市部や農村地域、あるいは先住民の居住地域などを重点的にカバーしている。また、州によってそのシステムや提供サービスは異なっている。ここでは、オンタリオ州のシステムを中心に述べる。

オンタリオ州の保健所は、オンタリオ保健所協会（Association of Ontario Health Centres, AOHC）によって統括されている。2002年末現在で、いわゆる保健所である Community Health Centre 55 か所、先住民保健センター（Aboriginal Health Access Centre）10 か所で活動が行われている。これらの保健所の共通の特徴は以下の通りである。

- ・非営利組織（NPO）であり、主として地域住民や実際のサービス利用者からなる理事会によって運営されている。
- ・サービス提供の効果が最大となるように、リソースの配分の決定プロセスには利用者も参加している。
- ・それぞれの事業は利用者のニーズと効果を評価するアプローチを用いて、計画・実施されている。
- ・対象地域、対象集団が設定されている。
- ・疾病予防、ヘルスプロモーション、健康教育、コミュニティ開発などに重きを置いた、PHC（プライマリヘルスケア）や病院外での様々なサービスを提供している。
- ・毎日、24時間、サービスにアクセス可能である。
- ・雇用された専門の保健医療従事者からなる多職種混成チームで活動している。
- ・統合されたサービスを継続的に提供できるように、州保健局、病院、福祉センター（Community Care Access Centre）などの保健医療機関と緊密に連携を取り合っている。
- ・健康的なコミュニティ開発を目指して、教育、法律、レクリエーション、経済開発など他部門の組織とも連携している。
- ・公開監査と品質保証のニーズを満たしている。

CHC は 1920 年代から発足し、現在カナダ全体で 300 か所以上が活動しており、うちオンタリオには 54 か所が存在する。先に共通の特徴でも述べたように、非営利組織で、コミュニティの代表によって運営されている。活動は、プライマリヘルスケア、ヘルスプロモー

ション、コミュニティ開発に関わるサービスで、多職種からなるチームで対応している。この中には、医師、保健師（Nurse Practitioner）、栄養士、ヘルスプロモーター、カウンセラーなどが含まれ、サービスごとに料金を取るシステム（Fee-for-service System）ではなく、きちんとサラリーが支払われる形で雇用されている。したがって、利用者の経済的負担は少ない。

CHC のサービスは、ある特定のコミュニティの特定のニーズに適合するように作られているものもあれば、より一般的で広範なサービスとして提供されているものもある。後者の例としては、雇用、教育、環境、差別、貧困などのより幅広い健康の決定要因を明らかにし、住民の意識を高めるための様々なヘルスプロモーションプログラム、疾病予防プログラムがある。

多くのコミュニティで、CHC は適切なプライマリヘルスケアサービスを十分に受けることのできない人々、例えば英・仏以外の言語や文化の人々、僻地に住んでいる人々、低収入の人々、ホームレスや高齢の人々などに対してプログラムやサービスを提供している。

先住民保健センター（Aboriginal Health Access Centre）は、先住民に適切な保健医療サービスを提供しようとする戦略（Aboriginal Healing and Wellness Strategy）の一部として始められた。オンタリオ州内では、先住民居住区内・外合わせて 10 か所のセンターが開設されている。先に挙げた保健所共通の特徴のほか、伝統的なヒーリングケアが西洋医学を補完する形で提供されているのが特徴である。

第 2 章 衛生行政システムの展望

このように地域保健医療において重要な役割を果たしてきた CHC ではあるが、ここ 10 年ほどは、運営費の増額もなく、職員の給与も据え置かれるなど、州政府から冷遇されてきた。そのため、8 割の CHC では、新規の利用者を受け付けることができなかった。また、州内で 105 か所の CHC 新設の要望があったが、これも凍結されていた。

しかし、近年、カナダ全体の医療費の高騰を受けて、プライマリヘルスケアの見直し機運が高まり、連邦政府の検討委員会が、2002 年 11 月に報告書（Romanow's Report）を提出した。その中では、「疾病予防やヘルスプロモーション活動と組み合わせた治療」、「個人とコミュニティに対するサービス」、「（医師だけではなく）専門家のチームによるサービス」、「365 日、24 時間アクセス可能なこと」、「対象となる集団のニーズに合ったサービス」、「コミュニティ組織に意思決定権を分散させる」などのプライマリヘルスケア・リフォーム（改革）が必要であると述べられ、連邦政府、州政府もこれを実現させるよう努力をすることとなった。

現在、これを好機として、オンタリオ州でも、AOHC や関連団体を中心に、州政府からの運営資金の増額と新規 CHC の開設を目指して活発な働きかけが行われている。

【添付資料】

資料 1：オンタリオ州の保健所の特徴と活動の実例

資料1 オンタリオ州保健所 (Community Health Centre; CHC) の特徴と活動の実例

<p>CHCs effectively utilize the skills of many professionals. Nurses, doctors, social workers, community health workers, health promoters, dieticians and other professionals all function (independently and interdependently) as part of the health care team. Team members are able to exercise full use of their respective skills to the advantage of clients and in support of one another. Compared to solo practitioners, the collective skills of a multi-disciplinary team make meeting the needs of patients with complex, acute and chronic conditions much more viable.</p>	<p><i>A moderately handicapped woman in her mid-60s was seen once a week in the physical therapy program at the Group Health Centre in Sault Ste. Marie. She was seen for general physical conditioning, monitoring and specific care as needed. Due to legal blindness and diffuse muscle weakness, she was unsuited for other community exercise programs. Her primary diagnosis - muscular dystrophy - left her vulnerable to various respiratory and musculo-skeletal problems. On top of this, she lived with a verbally abusive, alcoholic husband. The regular contact with physical therapy staff gave her an outlet to deal with her situation, provided early problem identification, minimized physician visits, and allowed her to avoid being institutionalized until her death .</i></p>
<p>CHCs meet the need for public scrutiny. They have community-based boards that, research, develop, validate and support strategic directions for the organization. They accomplish this through planning processes that utilize the knowledge of community, board, staff, experts, and partner agencies, as well as information obtained from community surveys and population-based analyses. Staff teams are then chosen or adjusted to match the needs of the community being served. No single person dominates the process.</p>	<p><i>Since 1970, the board of a downtown Toronto health centre has consistently flagged dental services as essential to their low-income community and has resisted efforts to close the service. They know the importance of dental services to their community because their dentist regularly performs dental assessments at local drop-ins. This effort enables the centre to reach isolated adults in the community, the majority of whom do not have stable housing or dental care. After two or three visits to a drop-in, a woman who is clearly fearful gets to know the dentist and eventually comes forward for an examination. During the assessment, the dentist explains the woman's eligibility for social assistance support for care. Other health and social issues emerge during the course of treatment, and the dentist personally introduces the client to a physician, a nurse and a social worker, who are able to help her manage many of her problems. The client's health improves markedly.</i></p>
<p>Services are provided 24 hours a day, seven days a week.</p>	<p><i>An on-call physician receives a middle-of-the-night phone call from a frightened patient with psychiatric problems. The patient has barricaded himself into his apartment with a knife, and is threatening to end his life. The SWAT team is assembling in the hallway. The physician calls the police to let them know he is on his way. Because of the high level of trust between the physician and the patient, the physician is able to persuade the patient to give up the knife and be admitted into care.</i></p>

<p>The client files, buildings and equipment are owned by the centre and are retained when individual practitioners leave to practice elsewhere. This facilitates consistency and continuity of care, both at the centre and in the community.</p>	<p><i>The Mary Berglund Health Centre in Ignace, Ontario provides the only health services for hundreds of kilometres and, consequently, provides essential services to its community in Northern Ontario. When the centre recently lost physician staff through voluntary resignations, the centre quickly advertised for and replaced them. Without the centre, months and even years might have passed before replacements were found.</i></p>
<p>The array of professions in CHCs encourage a more thorough knowledge of community resources and, in return, more effective linking with other community agencies. Improved communications lead to improved care.</p>	<p>York Community Services in Toronto has been offering a comprehensive psychiatric program for over 20 years. This program is co-sponsored by the Centre for Addiction and Mental Health and includes long-term counselling, case management, medical care, family support and patient advocacy. A psychiatrist from a local hospital consults with staff - including physicians, nurses and social workers - from the centre's primary care programs. The community health nurse also co-ordinates a support group and community garden for families with schizophrenic members. (Updated)</p>
<p>All staff are salaried in the CHC model and, therefore, financial incentives present in other funding models that encourage a bias towards having a healthier client group are minimized. In fact, most CHCs develop care strategies that identify and address the problems of isolated and under-served populations. Social justice and diversity initiatives often accompany these strategies and address cross-community issues as they emerge.</p>	<p><i>Pinecrest-Queensway Health and Community Services' 'Welcome Nutrition Project' educates refugees and immigrants about the Canadian food system and healthy nutrition. The project is based on a 'train the trainer' methodology. Thus far, six peer educators have been trained to teach nutrition to team members of their ethnic/language group and various ethnic/language specific resources have been developed. Over 1,000 new Canadians have benefited from the program.</i></p>
<p>Staff share administrative and service duties such as booking clients, back-up, recall and support.</p>	<p><i>The Association of Ontario Health Centres has developed a Best Practice Committee that supports using primary care and health promotion evidence-based practice guidelines, educates providers, and supports the implementation of best practices. In addition, a CHC Program Evaluation System has been developed to provide feedback to not only to centre staff and boards, but to funders as appropriate.</i></p>

<p>There is a greater incentive to employ health promotion and disease prevention strategies in CHCs due to the multi-disciplinary staff teams.</p>	<p><i>Like many other CHCs, the Barrie CHC runs a 'Living with Diabetes' group, which offers comprehensive assessment and follow-up to over 60 patients by the centre's staff. A patient described her impressions of the group and diabetes care at the centre as follows: "The Living with Diabetes group gave me the tools to manage my diabetes with the help of the dietician, the nurses and foot care. These tools probably have delayed the onset of the complications of diabetes, or hopefully eliminated them. The Living with Diabetes group is my lifeline. It quieted my anxiety, gave me information on how to control the diabetes, how to manage eating out and social situations. I have more than likely prolonged my life by joining the group and taking advantage of the Barrie Community Health Centre."</i></p>
<p>The team approach promotes greater respect for non-physician resources and encourages a more appropriate allocation of staff resources for care and follow-up. For example, it has been demonstrated that nurses are very effective and cost-effective at providing first point of contact and telephone care to patients. Kinnersley P, et al. Randomized Controlled Trial of Nurse Practitioner Versus General Practitioner for Patients Requesting "Same Day" Consultations in Primary Care. BMJ. April 2000.. Community workers and social workers are used throughout the CHC system for community development, counselling and other services.</p>	<p><i>CHCs foster a culture of co-operation among staff. At regular case-management meetings, each staff member takes responsibility both for his/her role in patient care and for co-ordinating cross-team care. Primary responsibility for care is assigned to the most appropriate staff person, taking into account the particular issues faced by the patient, and each provider continues to be responsible for the care they personally provide.</i></p>

出典: Association of Ontario Health Centres: Community Health Centres - The best kept secret of health care

スウェーデンの保健衛生組織

山本美江子(産業医科大学医学部公衆衛生学教室 助手)

第1章 保健医療システムの概要

1. 保健水準

スウェーデンは、立憲君主制の王国であり、人口 888 万 2,792 人、国土面積約 45 万 km² である。主な統計数値及び健康指標については、下記の通りである。

表 1. スウェーデンにおける統計及び主な健康指標

人口(2000)	8,882,792人
・人口密度	19.7/km ²
・15歳未満人口	18.4%
・65歳以上人口	17.2%
・75歳以上人口	8.9%
出生数(2000)	90,441人
・出生率(対人口1,000人)	10.19
・合計特殊出生率	1.547
・総再生産率	0.750
・純再生産率	0.718
死亡数(1999)	95,076人
平均寿命(2000)	男性:77.5歳 女性:82.1歳
婚姻率(1999)	3.78
離婚率(1999)	2.43
平均初婚年齢(1999)	男性:32.4歳 女性:29.9歳

出典: Statistisk Årsbok för Sverige 2002

死亡数は 95,076 人(1999 年)。死因別では、第 1 位:虚血性心疾患 21,177 人(22.3%)、第 2 位:悪性腫瘍 21,109 人(22.2%)、第 3 位:脳血管疾患 10,313 人(10.8%)である。

婚姻については、スウェーデンにおいては同棲が結婚と同等の権利を得られる制度が存在することと、スウェーデンの習慣として数年間の同棲の後に結婚することが多いことより、婚姻率が低く、また平均初婚年齢も日本と比較し高くなっている。

公衆衛生における疾病予防対策としては、心疾患、悪性腫瘍予防対策、事故予防に重点が置かれている。また、うつ病対策としてのメンタルヘルス、アルコール中毒予防、アレルギー対策、ストレス対策、筋骨格系疾患(腰痛、肩痛等)の予防対策も行なわれている。

特に WHO の統計（2000 年）によれば、スウェーデンの幼児死亡率（0 歳から 5 歳未満）は 191 カ国中最も低い。特に、0 歳から 4 歳までの乳児死亡率は 1990 年代に半減している現状がある。スウェーデンでは、この結果について、母子保健の充実、幼児の事故への予防活動の充実、妊娠中の喫煙率の減少などの成果であるとされている。

医療費については、表 2 に示すように、総医療費は 150,979,000,000 クローネ（約 2,189,195,500,000 円）である。医療サービスが税金を財源とした公的セクターによって提供されているため、医療費自体は他のヨーロッパ諸国と同等であるが、公費負担割合が高いのが特徴である。

表 2. スウェーデンの医療費

総医療費(1998):百万クローネ	150,979
対GDP比	7.9%
・内公費負担分:百万クローネ	126,518
対GDP比	6.6%

(2003年3月時点:1クローネは約14.50円)

出典：OECD Health Data 2001

また、病院医療については、平均在院日数は 6.6 日と非常に短いのが特徴であるが、その一方で医療サービスを受けるまでの待機期間が長いことと、総予算制による最新医療技術導入の遅延や医療スタッフの労働意欲の低下が問題となっている。

表 3. スウェーデンの平均在院日数と平均受診回数

平均在院日数(1998)	6.6日
1人当たり年間平均受診回数(1998)	2.9回

出典：OECD Health Data 2001

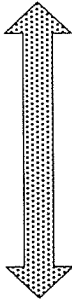
2. 保健医療資源

(1) 保健医療施設の概要

スウェーデンにおいては、保健医療は公的セクターによってサービス供給が行なわれている。よって、医療サービス提供は公的病院が主体であり、民間病院は非常に少ない。この民間病院についても、機能は公的なものであり、日本の県に該当する組織であるランスタディングとの契約により支払いを受けている。また、プライマリケアについても公的診療所においてサービス提供が行われており、民間開業医も存在するが、主に専門医がクリニックを開設しており、専門外来医療の提供が行なわれている点の特徴である。現在、家庭医制度は公的には存在せず、フリーアクセスが保障されているが、住民は自分の担当医として、かかりつけ医を持っていることが多い。

表 4 のように、人口 1 万人程度に 1 ヶ所の割合で地区診療所が存在し、ランスタディングに 1 ヶ所の割合で中央病院が設置され、専門医療・入院診療を行っている。広域医療圏病院は大学病院であり、高度先進医療サービスを提供している。

表4. スウェーデンの医療施設の現状

医療レベル	医療の圏域		医療施設			
	広域・高次医療  初期医療 	広域医療圏単位 レーン単位 プライマリケア地区単位	全国6地区 (4~6のランスタングで1地区) 21地区 (ランスタング+コッランド) 約370地区 (人口1万人程度)	広域医療圏病院 レーン中央病院 レーン地区病院 地区診療所、 地区看護婦診療室、 妊産婦保健センター、 小児保健センター、 精神科診療所等	9病院 (広域医療圏に1カ所以上) 22病院 (各ランスタング等に1カ所程度) 40病院 (人口6~10万人に1カ所) 896施設 (人口1万人程度に1カ所程度)	高度先進医療 15~20の専門科による外来・入院診療、精神科 4科以上の専門科による外来・入院診療、精神科 プライマリケア(外来)

出典：医療経済研究機構 スウェーデンデータ集 2001年版

(2) 保健医療におけるマンパワー

医療従事者の資格要件については、それぞれに必要とされる学部・学校の卒業が必須であり、国家試験等は存在しない。

①医師

公式に登録されるには、5年半の大学教育(医学部教育)+21ヶ月間の一般研修医実習が必要。その後、専門医となるために5年間の研修が必要である。医師数は慢性的に不足しており、その上に医師の専門医志向も重なり、特にプライマリケアを担う地区診療所の医師は外国からの医師(他の北欧諸国、ポーランド、ドイツ等)を雇用する傾向も出てきている。

②看護師

卒後、更にある一定期間(20週等)教育を受けることにより専門看護師(地区医療専門、集中治療・麻酔科専門、放射線科専門、外科手術専門、精神科専門等)の資格を取得できる。これにより、限定された薬剤の処方が可能になる等、コミュニケーションレベルでの高齢者医療福祉サービスの現場の医療の実際的な責任のかなりの部分が看護師によって担われている。

③地区看護師

スウェーデンには保健師の資格は存在しないが、地区看護師(地区医療専門看護師)がその資格に該当すると考えられる。診療所におけるプライマリケアを担当すると同時に、高齢者や障害者の訪問看護、学校保健業務等も行っている。

3. 医療保障制度の概要

スウェーデンの医療保障制度の特徴は、医療の供給・財政両面にわたって公的セクターが主たる役割を果たしていることと、全住民を包括する普遍主義モデル(ユニヴァーサルモデル)となっている点である。具体的には、基本的に税金を財源とし、公的セクターである公立病院及び診療所がサービス提供主体となっている。中央政府は立法・監督を行なうのみで、実際に財源として税収を得て、予算立案、医療サービス提供を行なっているのは、日本の県にあたる組織のランスタングである。また、高齢者及び障害者に対する長期ケア、福祉サービスは日本の市町村にあたる組織のコミューンによって行なわれている。

ランスタイングの支出の80%以上は保健医療関連部門に充てられており、ランスタイングによって徴収される地方税が主たる財源となっている。また、患者の医療機関受診に関する制限は少なく、一方で病診連携や医療と福祉の統合は不十分であり、病院外来の不適切な利用や社会的入院、長い待機期間などが問題となっている。

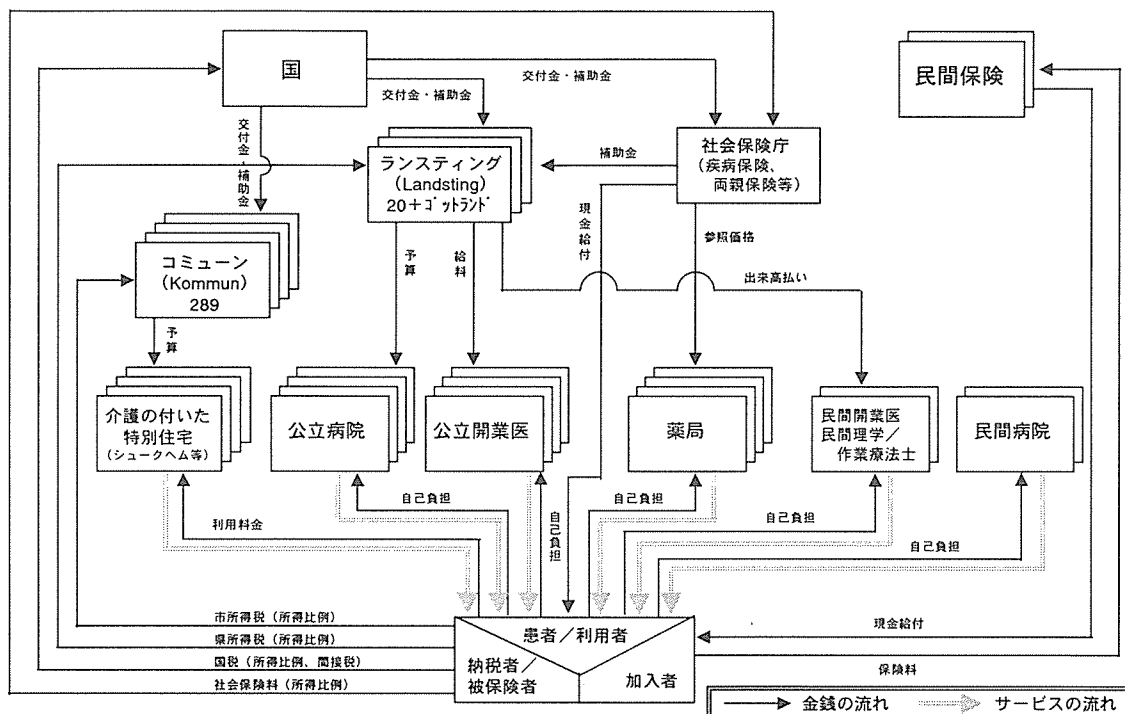


図1. スウェーデンの医療におけるサービス及び金銭の流れ

出典：医療経済研究機構 スウェーデンデータ集 2001年版

第2章 衛生行政システム

1. 一般行政組織

国・ランスタイング（県）・コミューン（市）の三層構造となっており、各政府は課税権を持っており、それぞれに選挙による議会が存在する。地方分権政策が施行されており、国は法律や大まかな政策決定を行うのみで、実際の具体的な行政内容についてはランスタイング及びコミューンの裁量権に任されている。また、図2に示すように、ランスタイング及びコミューンは国レベルでそれぞれ連合体を形成している。

ランスタイングは全国に20存在し、人口規模は約13～182万人（平均約44万人）である。保健医療サービス（予算の約8割が費やされる）、交通・地域計画、文化政策などの業務が、ランスタイングの所管となっている。

コミューンは全国に289あり、2500人から約75万人と人口規模は様々である。コミューンの業務は社会サービス（高齢者・障害者ケア、生活保護等）、公衆衛生、環境衛生、

上下水道・電気・ガス、廃棄物処理、消防、初等教育、都市計画、土地・住宅政策、地域交通計画、余暇・スポーツ政策などである。

政府・議会 社会省 保健福祉庁 国立公衆衛生研究所など	・立法 ・監督 ・評価
-----------------------------------	-------------------

ランスティング 連合会	20ランスティング + 1コミューン	9広域圏病院 80レーン中央 病院/レーン地 区病院 900地区 診療所
コミューン 連合会	289 コミューン	高齢者及び障害者ケア 環境衛生・公衆衛生活動

- ・財政
- ・組織
- ・改善

図2. スウェーデンにおける中央政府、ランスティング、コミューンの役割

2. 衛生行政組織

ランスティング及びコミューンの行政組織形態については、各ランスティングの自由裁量となっているため、各ランスティング、各コミューンによって組織形成が異なる。よって、衛生行政組織についても、各ランスティング及び各コミューンにおいて専門の委員会が設置され、行政の詳細の決定及び施行が行われている。現在、約半数のコミューンにおいて公衆衛生専門委員会が設置されており、多くのコミューンおよびランスティングにおいて健康計画監督官が置かれ、公衆衛生活動についての計画策定及び監督に当たっている。

また、専門委員会には、必ず関係者が委員会に参加しなくてはならないことにスウェーデンの制度上（レミス制度と呼ばれる）なっており、保健関係者及び住民等が必ず関わって公衆衛生上の計画策定等を行っている点に特徴がある。図3に衛生行政の組織図を示す。

日本の保健所的な役割を担っているのは、プライマリケアを担っている診療所であり、ランスティングの管轄の元、母子健診、ガン検診（子宮ガン等）、予防接種、性感染症相談などが行われている。診療所の所長は医師であるため、保健に関する総責任者も医師である。診療所には、地区看護婦診察室が設置されていることが多く、日本の保健師の業務である各種保健相談などを行っている。また、ランスティングやコミューンによっては、妊産婦保健センターや小児保健センターが開設されていることが多く、診察や相談が無料で提供されている。

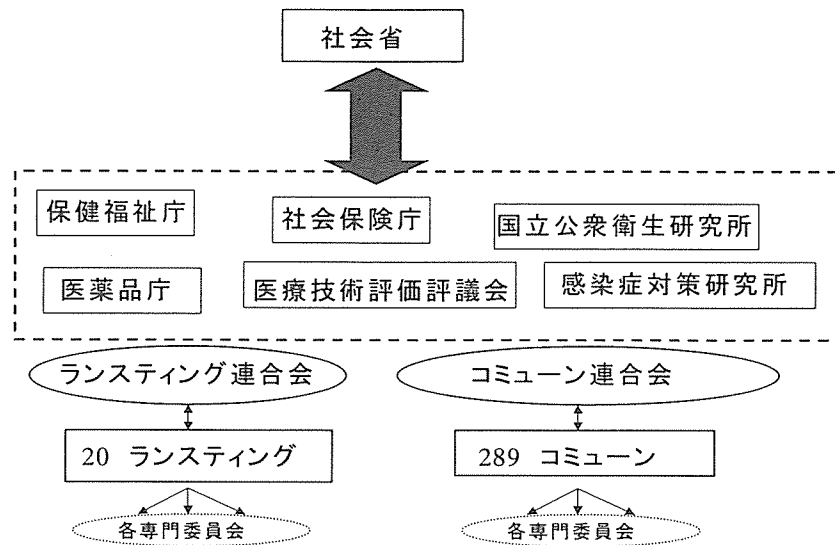


図3. スウェーデンの衛生行政

第3章 保健所機能の担当組織

1. 健康危機管理

感染症発生時の対応（感染症・食中毒の発生及び飲料水汚染の際）として、「感染保護法（smittskyddslagen）」に基づき、国立感染症対策研究所は、各ランスティングに置かれている感染症対策医、感染症クリニック（または病院内の感染症科）、病院検査室、各コミュニティの環境・公衆衛生委員会、分子生物研究室（カロリンスカ研究所）と連携し、対策を行う。なお感染症の発生状況は感染症対策研究所疫学部にて報告され、モニタリングされている。

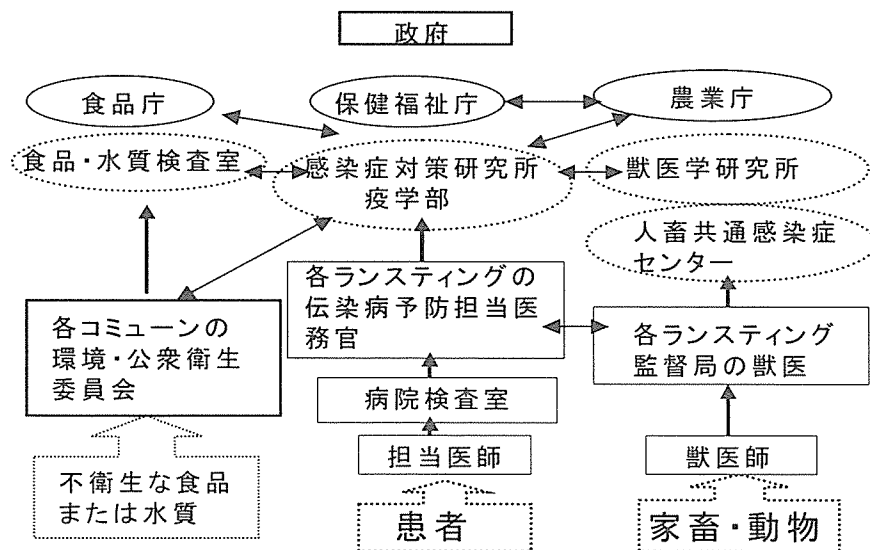


図4. スウェーデンの感染症発生時の対応

2. 食品衛生

「食品法 (Livsmedelslagen)」(1971年制定)に基づき、飲料水を含めた食品衛生については、農業省所属の食品庁の管轄の元に、各コミューンの環境衛生・公衆衛生専門委員会の責任によって食品及び飲料水の監査及び監督が行われている。

3. 精神疾患患者への対応

「精神科強制医療及び司法精神医療に関する法律 (lagen om psykiatrisk tvångvård)」(1991年制定)に基づき、精神科医師(研修医2年半+精神科専門研修4~5年必要。更に2~3年の研修で老年精神医学や司法精神医学等の専門医となる。)が必要と判断すれば、強制的な入院及び治療は行われる。今日では隔離精神疾患病棟はほぼ閉鎖され、一般病院内の精神科での入院治療が行われている。司法精神医療については、全国の6つの地方司法病院が、司法精神治療を受けるべきであるとの判決を受けた者のうちで最も危険度の高い患者(司法精神疾患患者の約3分の1)の治療に当たる。残りの3分の1は県の中央病院、3分の1は地区病院で治療を受ける。

1995年の社会サービス法 (Socialtjänstlagen) の改正により、精神障害者のケアは市町村の責任となり、脱施設化が推進され、ケアの中心は入院医療からグループホームやデイケアなどに移行している。

4. 地域保健医療計画の策定・進行管理・評価

保健医療サービスについては、「保健医療法 (Hälsa-och sjukvårdslagen)」(1982年制定、1985年、1992年、1998年改正)に基づいて、ランスティングの所管となっている。保健医療法はフレーム法であり、保健・医療の目標や指針が示されているものの、詳細については規定されていない。よって、大まかな医療についての方針の決定及び監督は中央政府である社会省及び保健福祉庁が行い、地域の医療サービスについては各ランスティングが医療専門委員会・病院専門委員会等を設置し、地域医療の管理運営及び病院管理運営を行っている。

全国の20のランスティング及び1コミューンよりなるランスティング連合会は、各ランスティングに対して保健医療サービスについてのガイドラインの提示、ランスティング間の協力関係の促進などの役割を担っている。

5. 保健医療サービスの質の保証

「保健・医療の管理に関する法律 (lagen om tillsyn hälsa-och sjukvård) : 保健医療に関する質と安全性の確保を目的としたもの」(1997年1月施行)に基づき、全ての保健・医療機関は、保健医療の質及び安全性確保につとめるよう義務づけられ、監査・監督が行われている。

(1) 診療保証制度 (1997年1月導入)

すべての疾病を対象とし、プライマリケアへのアクセスが即日に行われることとともに、8日以内にプライマリケア担当の医師との予約がとれることが保証されている。さらに、

専門医療を必要とする際は、3ヶ月以内（診断内容が不明確な場合は1ヶ月以内）に専門医との予約がとれることも保証されている。

（2）コミュニティにおける高齢者・障害者ケアにおける医療サービスの質の保証

1996年6月に改正の保健医療法第24条によって、コミュニティに、医療監視責任職であるマース（医療責任看護婦）1名の配置が義務づけられている。このマースは、住民が適正な医療サービスの提供を受けているかを監視、監督し、必要に応じて住民の代わりに医師を含めた専門職を提訴する権限を持っている。その他、コミュニティにおける医療責任者として、在宅サービス職員に対する医療面での指導、助言なども行う。

6. ヘルスプロモーション活動の実践

（1）医療保健情報の提供（INFO MEDICA）

一般向けの医療保健情報及び薬剤情報を提供するホームページとしてINFO MEDICAがある。ホームページの目的は、正しい医療情報及び疾病や薬剤に関する情報を提供し、人々を啓蒙することによって健康増進、疾病予防を行うことである。このホームページの特徴としては、ランスティングと医薬品供給公社とで運営されているおり、無料でEメールで専門医に健康に関する相談をすることができることである（相談件数は一日に約60件）。相談に対しては、ランスティング所属の医師が7日以内に回答する。約300にわたる疾病や薬剤に関する情報が満載されており、1日に4000件のアクセスがある。

（2）労働生活における健康増進に関わる11ポイントプログラム

2001年9月にスウェーデン政府によって提言が成されたプログラムで、産業現場における労働者、個人を対象とした健康増進プログラムの推進が目的である。スウェーデンでは疾病（休業）手当（けがや病気により作業能力が1/4以上低下した場合に所得保障をする制度）の保障給付額が増加しており、特に国家公務員よりランスティングやコミュニティの欠勤数が多いのが問題となっている。これについての対策である。内容は、雇用者の労働者の健康についての責任の明確化、職場復帰時のリハビリテーションの充実、個人に合ったプログラムの作成など11項目が列挙されている。

（3）“Health on Equal Terms- National Goals for Public Health”

2000年10月に政府とNGO団体からなる公衆衛生委員会によって策定された健康増進計画である。2010年までの具体的な目標を定めた計画であり、6つの戦略と18の国家目標を掲げている。子供から高齢者、障害者、ブルーカラー、ホワイトカラー等に関わらず、全ての人に平等に健康をもたらすことを目的とし、メンタルヘルス、産業保健活動、母子保健活動の推進及び今までの公衆衛生活動で重点を置かれていた薬物対策、禁煙活動、アルコール中毒対策、AIDS予防を含めた感染症予防についても推進を行っている。

具体的な活動の責任は、コミュニティにあり、各コミュニティは具体的に健康増進計画を策定し、目標達成のための活動を行っている。その際、教材や運営方法及び調査研究等については国立公衆衛生研究所が援助を行っている。

また、この計画の中では、EU加盟国としての公衆衛生に関する政策についての連携についても触れられている。

第4章 衛生行政システムの展望

平均寿命が世界のトップレベルにあり、さらに乳幼児死亡率も低いスウェーデンは、公衆衛生上の見地からは、非常にヘルスプロモーション活動が成功している国の一つであると言える。その背景には、地方自治の推進があり、日本の市町村レベルに該当するコミューンが公衆衛生専門委員会を設置して、健康増進活動及び衛生活動を行っている現状がある。特に公衆衛生専門委員会にはコミューンの議員の他に必ず全ての関係者が参加している点で、住民参加型の健康増進活動及び衛生活動が行われていると言っても過言ではない。現時点では、社会保障費の一つである疾病手当の給付額が高いことがインセンティブとなり、職場での健康増進活動推進をスウェーデン政府は行っているが、健康増進活動の重要性が強く認識されている国家であるとも言える。

その一方で、ランスタイングは医療、コミューンは社会福祉と公衆衛生活動・環境衛生活動と、役割が分割されているため、医療と保健及び福祉の連携において問題があるという事実もある。さらに、各ランスタイング及び各コミューンの裁量が大きいため、各ランスタイング及びコミューン間でのサービス内容等についての較差も問題となる。特に、スウェーデンの北方の地方は、人口が非常に少なく、医療サービス供給量が少ないこと、公衆衛生上の健康増進活動等への参加機会の少ないことが大きな問題となっている。また、1990年代のスウェーデンは経済の衰退によって医療費削減が非常に大きな問題となっていたが、ここ数年は医療の質に焦点が当てられ、医療サービスの質の向上、医療へのアクセスの保障等への対策が行われてきている。

さらに公衆衛生活動については、継続性の問題もある。スウェーデンは改革、変革が多く行われる国でもあり、非常に有効と思われる公衆衛生上の対策（例：地域計画の担当者や警察署も交えた高齢者の事故・転倒予防対策など）もパイロットプラン等で各地で行われている。ところが、財源の問題などによって、継続が困難であったりする現状がある。したがって、この継続性についての問題についても何らかの対策が必要と言える。

しかしながら、コミューンやランスタイングの裁量に任せた衛生行政は継続されると考えられ、その中で、地方間の較差をどのように克服していくのかということがスウェーデンの課題であると言える。

また、今後は、スウェーデンEU加盟国でもあるため、EUに則した形での衛生行政が行われ、EU間での連携も多くなるものと考えられる。

【参考文献及び資料】

1. Scandinavian journal of Public Health, Health in Sweden-The National Public Health Report 2001
2. 医療経済研究機構、スウェーデン医療関連データ集 2001 年版
3. Viking Falk, Hälso-och sjukvårdens organization i Sverige, Studentlitteratur, 1999
4. SCB, Statistisk Årsbok för Sverige 2002
5. Socialstyrelsen, Hälso-och sjukvårdsstatistisk årsbok 2001
6. Sahlqvist·Wiberg, Vård och omsorg 2000, Utbildningslitteratur

【スウェーデン保健医療関連機関ホームページアドレス】

スウェーデン政府 (regeringskansliet) <http://www.regeringen.se/>
社会省 (Social- departementet) <http://www.social.regeringen.se/>
保健福祉庁 (Socialstyrelsen) <http://www.sos.se/>
医薬品庁 (Läkemedelsverket) <http://www.mpa.se/>
社会保険庁 (Riksförsäkringsverket) <http://www.rfv.se/>
国立公衆衛生研究所 (Folkhälsoinstitutet) <http://www.fhi.se/>
国立感染症対策研究所 (Smittskyddsinstitutet)
<http://www.smittskyddsinstitutet.se/>
食品庁 (Livesmedelsverket) <http://www.slv.se/>
国立労働生活研究所 (Arbetslivsinstitutet) <http://www.arbetslivsinstitutet.se/>
医療技術評価評議会 (SBU: Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik)
<http://www.sbu.se/>
ランスタイング連合会 (Landstingsförbundet) <http://www.lf.se/>
コミュン連合会 (Svenska Kommunförbundet) <http://www.svekom.se/>
中央統計局 (SCB: Statistiska Centralbyrån) <http://www.scb.se/>

韓国の保健衛生組織

南 銀祐（高神大学保健科学部 教授）
（国立保健医療科学院 客員研究員）

第1章 保健医療システムの概要

1. 保健水準

人口は2001年度で47,343千人、65歳以上人口は358万人（7.6%）である。出生は2000年度で1.47人、死亡は2000年度で5.2人である。

2000年度の結婚状況は、平均初婚の年齢が男子27.8歳、女子29.3歳で、平均余命(Life Expectancy)は75.6歳（男子は71.7歳、女子は79.2歳）である。1人当たりの国民所得は約9,000US\$で、経済成長率は3.0%である（保健福祉部、2000）。

医療費は1990年から2000年までで7.4%増加し、OECDの平均3.3%より高い増加率である。GDP対比1人当たりの医療費は約900US\$で、日本の2,000US\$の約半分程度、GDP比では2000年度の医療費支出は5.9%である（OECD、2002）。

2. 保健医療資源

（1）施設数

施設は総合病院、病院、診療所(医院)、保健所で分類される。人口10万人当たり医療機関数は1980年で3.9、1990年で47.7、2000年で82.3である。

（2）マンパワー

保健医療職種は、医師、韓医師、歯科医師、看護師、薬剤師、医療技術職、行政家などに分類される。医師は疾病の予防と診断、治療に関する医学的な処置をする者で6年制の医学部を卒業した者で、国家試験を合格した者である。医学部は41あり、人口10万人当たりの医師数は150人である。専門医はインターン1年とレジデント4年間の修練期間の後試験に合格した者である。専門医は医師全体の66%である。

韓医学部(漢方)は11箇所あり6年制で韓医師の国家試験がある。

看護師は患者は産婦の療養上の看護および診療の補助、保健活動に従事する者ある。一人当たりの担当人口数は300人である。先進国より不足な状態である。看護師は112箇所の大学(3年制と4年制)で養成され、国家試験がある。保健師の分類は医療法にはない。しかし、保健所の看護師が地域社会で看護の活動をし、その機能を果たしている。

3. 医療保障制度の概要

韓国の社会保障制度は社会保険、公的扶助、社会福祉の大きく3分野から成る。社会保険には国民年金、医療保険、雇用保険、産業災害補償保険の4種類がある。公的扶助とし

て、生活保護、医療保護、災害・災難救護等の制度がある。社会福祉には児童福祉、老人福祉、障害者福祉、女性福祉、浮浪者福祉の5種類の主要事業がある(厚生白書、2001)。

(1) 国民年金制度

韓国の年金制度は、かつて公務員、軍人、私立学校教職員のみを対象とするものであったが、徐々に対象が拡大され、1988年には10人以上の事業所勤労者、1992年からは5人以上の事業所勤労者に拡大された。更に1995年からは農漁民年金制度が実施された。最近の国民年金制度改革により、5人未満の事業場勤労者、日雇職・臨時職勤労者、都市自営業者なども対象となる。一方、給付水準は下方調整される予定である。

(2) 医療保険制度

韓国の医療保険制度は、1977年に創設され、その後徐々に対象が拡大し、1989年から全国民が医療保険の適用対象となった。さらに1999年からは1年以上居住する外国人及びその20歳以下の子女に対しても医療保険が適用されることになった。

医療保険料の財源は、被保険者の保険料、使用者の負担金、政府補助金により調達されている。保険給付には、療養給付、分娩給付等があり、診療費用の一部(入院時20%、外来利用時は病院の種類に従い30~55%)は本人が負担する。政府は、医療保険制度充実のため、現在の診療権制限制度を廃止し、相対価値報酬体系(いわゆる点数化)の導入を検討している(保健福祉部、2002)。なお、生計維持能力のない公的扶助対象者については、医療扶助制度がある。

(3) 高齢者福祉制度

韓国の2001年現在の65歳以上老年人口の7.6%、358万人であるが、2002年には14%を超え、高齢社会となることが予想される。韓国の老人福祉政策は、かつて低所得の高齢者に対する施設サービスが主であったが、高齢者の増加に伴い、一般高齢者を対象とするサービスの拡充が行われている。具体的には、老人福祉施設の拡充及び充実、敬老年金制度、老人健康増進事業、在宅老人福祉サービス、老人の社会参加拡大及び余暇利用事業、敬老優待事業等が挙げられる。

また、痴呆老人対策として「痴呆老人10カ年計画」(1996~2005年)を推進中であり、痴呆専門療養施設、痴呆専門療養病院の拡充、保健所における痴呆予防・管理及び情報提供等を行っている。在宅老人福祉サービスを推進するために、在宅保護老人に看病及び入浴等の生活サービスを提供する家庭奉仕員派遣センターの拡充を図っている。さらに、老人の社会参加を促進するため、老人余暇施設を拡大し、老人地域奉仕指導員制度を導入し、地域社会における老人の経験と見識の積極的な活用を図っている。

(4) 公衆衛生施策

公衆衛生を担当する行政機関として、国に保健福祉部が、地方に保健福祉及び保健所、保健所支所が設置されている。保健所、保健所支所では、予防サービスと簡単な一次医療が提供されており、GP(プライマリ医師)などの医療従事者が勤務している。また医師の確保が困難な地域には「プライマリ・ヘルスケア・ポスト(PHP)」と呼ばれる施設があり、保

健診療員という一定の訓練を受けた看護師が配置され、種々の予防サービスや簡単な治療行為を行っている(韓相泰 外、2002)。

保健医療サービス部門としては8割以上が民間施設であり、専門医や医療機関は都市部に集中している。政府は、患者が都市部の有名病院へ集中することを避けるため、必要な場合にのみ専門病院を紹介されるという患者紹介制を1989年に導入した。一方、公的機関では結核、ハンセン病等の伝染病対策、僻地医療、防疫事業、訪問事業、保健教育、療養教育及び指導等の各種集団保健事業を行ってきた。また、民間施設の牽制機能も果たしてきており、主要な事業として医療機関の指導、麻薬管理、医療管理、食品衛生管理等の事業を行ってきた。

また、低所得者へのサービスを円滑化するために、邑、面、洞(最小行政単位)に社会福祉専門員を配置し、実態調査、生活相談、自立支援等を行っている。公的扶助対象者の調査及び給付は、地方政府が担当している。1999年度の公共扶助予算は、地方費を含めて約2兆3,319億ウォンであり、中央政府と地方政府の負担比率は、事業により差はあるが、生計費の場合、ソウルでは50%、地方では80%を国庫から補助している。

(5) 医療施設への支払制度

医療保険は第三者支払い方式でFee-for-Service方式である、保健の給付は現物給付で、入院の場合は診療費総額の100分の20、外来は療養機関によって定額あるいは30~65%で差等方式で適用する。2000年7月より国民医療保険管理公団(地域と公・教公団管理)と職場医療保険組合が一元化され「国民医療保険公団」に統合された。保険財政は2000年7月で強制的に全国に導入された医薬分業の影響などで約2兆ウォンの赤字が発生している(南銀祐、2002)。

1995年より部分的にDRG支払制度が導入されている。医療施設からの診療費の請求と審査はEDI(Electronic Data Interchange)方式で、1994年より始まり、2001年末現在では63.6%の療養機関が実施し、薬局は88.3%が実施している。

第2章 衛生行政システム

1. 一般行政組織

韓国の行政区分は1特別市、6広域市、9道で分類されている。特別市はソウルで約1,200万人が居住し、広域市は釜山、大邱、仁川、光州、大田、蔚山の6つで約300万名程度の人口が居住している。道は広域自治団体で9つである。1991年度から地方自治制度が実施されている。中間自治団体としては市、郡、区があり、平均人口は10~20万人程度である。基礎自治団体は邑・面・洞が全国に240ある。

2. 衛生行政組織

(1) 衛生行政組織

- ・国－保健福祉部－中央レベル
- ・広域自治団体－保健・福祉・女性局－県レベル（市・道）
- ・中間自治団体－保健（または環境）衛生課－市・区・郡レベル
- ・基礎自治団体－衛生係－邑・面・洞レベルである。

国レベルの保健福祉部では長官は政治家または教授出身が多く、県レベルの保健福祉女性局の局長は行政職が多い、市・郡・区レベルでは保健または環境衛生課で担当し、責任者は保健職または環境または行政職である。邑・面洞で衛生係か担当し、保健職または行政職がおこなる（表1）。衛生行政組織の名称と責任者の資格に関する法は政府組織法、当該の市・道の条例、当該の市・郡区の条例、当該の邑・面・洞の条例がある。

表1. 衛生行政組織の名称と責任者の資格

分類	名称	責任者	資格	根拠法	比較
国レベル	保健福祉部	長官	特になし	政府組織法	現政治家・教授出身
県(市・道)レベル	保健福祉女性局	局長	保健職または行政職	当該の市・道の条例	
市・郡・区レベル	保健衛生課	課長	保健職または行政職	当該の市・郡区の条例	
邑・面・洞レベル	保健支所	支所長	保健職または行政職	当該の邑・面・洞の条例	

(2) 衛生行政施設

保健衛生の施設は国レベル、県レベル、市郡区レベル、邑・面・洞レベル、僻地レベルで分類されている。国と県レベルは研究の関連施設が多く、責任者は保健医療の学識、経験者である（表2）。この施設に関する関連法は政府出演研究機関などとの設立・運営および育成に関する法律、政府組織法、保健産業振興院法、保健環境研究院法、地域保健法、公共保健医療に関する法律、農魚村保健医療特別法等がある（表2）。

表2. 衛生行政施設の名称と責任者の資格

分類	名称	責任者	資格	根拠法	現在(2003年3月1日)
国レベル	保健社会研究院	院長	保健分野 経験者	政府出演研究機関 などとの設立・運 営と育成に関する 法律	非医師
	国立保健院	院長	保健分野 経験者	政府組織法	公務員。医師 教授(医学)
	保健産業振興院	院長	保健分野 経験者	保健産業振興院法	
	食品医薬安全庁	庁長	保健分野 経験者	政府組織法	主に薬剤師
県(市・道) レベル	市・道保健環境 研究院	院長	保健環境経 験者	保健環境研究院法	主に薬剤師 が多い
市・郡・区 レベル	保健所 (240)	所長	医師または 保健医務職	地域保健法 公共保健医療に関 する法律	非医師 50%
邑・面・洞 レベル	保健支所 (1,269)	支所長	医師 韓医師 歯科医師	農魚村保健医療特 別法 公共保健医療に関 する法律	軍人身分 →契約職公 務員
へき地 レベル (里単位)	保健診療所 (1,912)	保健診 療員 (CHP)	看護師	農魚村保健医療特 別法	PHC

* CHPはCommunity Health Practitioner

PHCはPrimary Health Care

保健所の所長の約50%が医師で、他は医師ではない保健医務職である。保健所には医師が2~3名あり、診療サービスも行っている。邑・面・洞レベルには1,269の保健支所がある。責任者は医師かつ軍人で、3年間勤務する者である。交通などが不便なへき地レベルには1,912の保健診療所があり、看護師が住民のために基本的な診療をおこなっている。

保健所の形態は、行政区域と居住人口などによって大都市型、中小都市型、農漁村型に分類されている。1946年に設立され、全国に240ヶ所ある。1989年からは15のへき地の保健所の病院化を推進し、保健医療院に転換されている。保健所長は地域保健法による医師の免許を持った者を任命する。但、医師のrecruitが困難な場合は地方公務員任用令による保健医務職群の公務員を保健所長として任用する。その場合は5年以上勤めた経験を有する者の中から任用する。

衛生行政の今後の動向としては公共部門の拡充(例、保健所の診療および入院機能を新設する予定である)、地方公社医療院の機能補完など、保健所の保健医療事業拡大、訪問看護事業の拡大、地域保健情報体系の開発などが主要政策課題になっている。

特に、保健所は保健サービスの質を高めるために所長が医師だけという規定は不必要と指摘している(李恵順、2002)。その理由として、医師は診療する時は必要であるが、保健