

と健康増進サービスには必然要件ではない。また今後、保健所は品質管理のために TQM 制度の導入や危機管理の導入が課題となっている。

保健所の主要役割は

- ・ 医薬業務に関する許・認可等行政機関としての役割
- ・ 地域住民の健康推進のための予防保健事業の推進
- ・ 地域住民に対する疾病治療等の医療サービスの提供、である

### 第 3 章 保健所機能の担当組織

#### 1. 健康危機管理

感染症と食中毒発生時は医療機関は保健所に申告し、保健所は第一線担当機関として指導・管理し、市・道の保健局に報告する。国レベルは国立保健院(National Institute of Health)で感染経路の糾明し、必要な時は患者の隔離をする。なお、飲料水汚染は保健所で汚染度調査を定期的実施し、各市・道の保健環境研究院で指導・監督する。国レベルは保健福祉部が管理する。原子力・化学物質などによる事故は市・道レベルの保健環境研究院で管理している。国レベルは環境部と国立保健環境研究院が管理する。

#### 2. 食品衛生

関連法規には食品衛生法と地域保健法(1995年制定)がある。業務担当は自治団体によって、区役所と保健所で両分されているが、最近、保健所業務として移管中である。食品衛生は全国保健所の約 30~40%程度が保健所の保健衛生課で担当している。県レベルでは保健衛生課で担当し、最高上部組織は食品医薬品安全庁(FDA)である。

特に、保健所は衛生管理指導、業所の許・認可及び広域自治団体の保健衛生課は有害食品の収去及び業所指導を管理している。保健所では保健衛生担当が主務担当者である。

#### 3. 精神疾患患者への対応

精神健康は保健所の医療支援課(保健所によって、健康増進課など)で担当している。市・道レベルでは保健衛生課の医薬担当が担当している。保健福祉部では医師である専門家が精神保健課長として業務を担当している。

関連法律は、精神保健法によって保護・入院措置が可能である。また、公共保健医療に関する法律と地域保健法がある。保健所の主業務は、看護職の看護師と精神保健福祉上のプログラムなどを企画・運営している。患者の診療は医師が担当している。自傷他害の恐れのある患者の保護、入院措置は保健所で判断し、市立精神療養所、市立病院などに入院措置する。保険所には精神保健福祉上(韓国は精神社会福祉上)配置されていない。1997年1月制定された精神保健法による、入院中心から地域社会中心の精神保健事業として転換し、県レベルでは精神保健センターを設置し、48の保健所で精神保健事業を実施中している。国レベルでは保健福祉部の疾病管理課が担当している。マンパワーとしては、精神保健臨床心理上、精神保健看護師、精神保健社会福祉士が全国に1,885人いる(保健福祉部、2001)。

#### 4. 地域保健医療計画の策定・進行管理・評価

1次地域保健医療計画は保健所の庶務課(または、保健衛生課)で作成し、地域保健医療計画審議会で検討し住民公告し、市・郡・区の当該議会を通過して確定する。その後市・道に提出し、保健福祉部にも提出する。市・道の担当は保健課でスタッフは保健職である。市・道は市道地域保健医療計画書を作成し、保健福祉部の健康増進局公共保健課に提出するBottom Up方式の策定プロセスを取っている。計画策定プロセスは1995年制定された地域保健法で規定されている。計画書は4年毎に作成される。

計画書の進行管理は保健福祉部と市・道で、評価は2002年からスタートし、書類評価と現地評価を併行して実施し、国レベルでは地域保健医療計画を統括する韓国保健産業振興院(Korea Health Industry Development)の保健医療事業団で担当している。なお、韓国の保健医療計画と関連した法的な根拠は、1)保健医療基本法(2000年1月12日制定)では国家及び地方自治団体の責任を明示しており、2)公共保健医療に関する法律(2000年1月12日、法律第6159号)では、国家及び地方自治団体は公共保健医療機関の設置・運営を通じて国民の基本的な保健医療需要を衡平性がとれるように充足させることを明示している。3)地域保健医療法(1995年12月29日制定)を定め、国家と地域自治団体の義務を明示し、地域保健医療計画の樹立を明示している。

地域保健医療計画の主要内容は、公衆保健と健康増進事業である。保健所を中心に計画を作成し、広域自治団体に報告する。この資料を根拠として、広域自治単位(特別市、広域市、群単位)の地域保健医療計画が樹立されている。

#### 5. 保健医療サービスの質の保証

保健所による医療機関に対する評価は特にない。国レベルでは保健福祉部の医療政策課で保健所の保健サービスの実績を評価している。なお、地域保健医療計画者の計画・樹立に関する進行程度は健康増進局公共保健課で実施している。担当者は医師・薬剤師・看護師で職列は医務職と薬務職が多い。

関連法規は地域保健法と公共保健医療に関する法律である。毎年、広域自治団体の保健衛生課で地域保健医療計画の施行結果を評価している。但し、いままで医療機関の機能評価は大韓病院協会が毎年実施しているが、2003年からは第三者団体により評価する新しいシステムの導入が検討されている。

医療機関サービス評価事業は医療機関の質を向上するために1995年より示範事業を2002年まで施行されている。保健医療基本法、第52条の規定によって保健医療サービスの評価・実施が法的な根拠である。担当機関は保健産業振興院である。

#### 6. ヘルスプロモーション活動の実践

関連法規は国民健康増進法である(1995年制定)。保健所では医療支援課、市・道は保健衛生課で、中央政府は保健福祉部の健康増進局健康政策課である。保健所の医療支援課には、看護職と保健職と医療技術職がある。看護職は事業企画、予防接種、家庭看護、母子健康管理を担当し、保健職は事業企画、保健教育、指標管理で医療技術職は各種検査を実施している。国レベルの研究機関は韓国保健福祉研究院(KAHASH, Korea Institute of Health and Social Affairs)で保健教育資料の開発および普及、保健所などの担当者の

教育訓練をおこなっている。大韓保健協会と韓国保健教育協会は保健教育師を養成し、保健増進事業で活用している。保健教育は保健教育担当者のためのインターネット上の資料の開発・普及をおこなっている (<http://healthguide.kihasa.re.kr>)。

#### 第4章 衛生行政システムの展望

韓国の保健医療システムの多くは民間中心のシステムで公共部門は約10%しかない状況である。いま、医療機関間の機能の未分化、医薬分業による医療費増加、老人人口の増加のスピードアップ、健康保険の財政赤字などの問題が指摘されている。

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。保健所の事業を開発・推進するための技術的な支援は1994年韓国保健産業振興院で農漁村医療サービス技術支援団を設置し、保健所事業を支援している(保健福祉部、2001)。

保健所業務の効率化のために1994年より保健所情報システムが開発・導入されている。このシステムの開発は国レベルの韓国保健社会研究院の情報統計室で、このシステムが完成すれば場合は地域保健情報体系の構築が成され、保健情報の利用が可能となる。保健所の地域住民保健管理システムと訪問看護サービスなどにも利用されることが展望される。

特に、保健所は保健サービスの質を高めるため、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すが、衛生と健康増進サービスには必然要件ではないからである。

また保健所では品質管理のためにTQM制度の導入や危機管理の導入が今後の課題である。

韓国の公共医療システムの第一線機関は保健所で、保健所を通じて健康保持および健康増進事業の拡大が見られている。県レベルの保健・福祉・女性局の保健衛生課や国レベルの保健福祉部は、関連研究機関と協力して公衆衛生事業を推進している。衛生行政システムの二元化問題で専門性の不足が指摘されている。いま、地方保健行政組織として保健福祉庁を新しい組織として設立し、組織の一元化が必要であると指摘されている。

新しい保健サービスの内容としては非医師職保健所長による業務が可能で、かつ、持続的な業務関連教育が必要である。保健サービスでの健康増進に関するマンパワーとして、栄養士、保健教育師などのマンパワーの充実が要求される。保健サービス業務の民間委託の活用実施(例、訪問看護サービス)が必要である。

2003年初め就任された新しい政権は公共保健衛生に関する拡大すると考えている。

#### 参考文献

1. 南 銀祐。病院管理学、親光出版社、2000。
2. 南 銀祐。医療保険解説、高文社、1988。
3. 韓 相泰、金漢中、南銀祐。国際保健学、高麗医学、2002。
4. 保健福祉部。保健福祉白書、2001。

5. 李 惠順。保健行政サービスの満足度に影響を及ぼす要因分析。慶星大学大学院行政学科博士学位論文、2002.2。
6. Lee Wha Kyung。公共保健医療機関の役割と機能、韓国保健行政学会前期学術大会、2002年6月7日。
7. 南 銀祐。医薬分業政策2年目の評価、医療経済研究機構、Monthly IHEP, 2002、No.102。
8. 甘 慎。韓国の地方自治と保健医療、地方政府ができる公共事業、地方自治と公共保健医療政策セミナー演題集、2002.8.29
9. 張 源基。国家保健事業の効率的な遂行方案研究、韓国保健社会研究院、2000
10. OECD。Health Data、2002。
11. OECD。Working Party on Social Policy Progress on OECD Health Data And on Health Accounting、Paris、on 18-20、November 2002。
12. <http://www.kihasa.re.kr> (韓国保健社会研究院)
13. <http://www.khidi.or.kr> (韓国保健産業振興院)
14. <http://www.kha.or.kr> (大韓病院協会)
15. <http://www.mohw.go.kr> (保健福祉部)
16. <http://www.kfda.go.kr> (食品医薬品安全庁)
17. <http://www.side.seoul.kr> (ソウル市保健環境研究院)

# シンガポールの保健衛生組織

加藤 則子（国立保健医療科学院生涯保健部母子保健室 室長）

## 第1章 保健医療システムの概要

### 1. 保健水準

シンガポールの国土は、北緯1度9分～1度29分、東経103度36分～104度25分の範囲に所在する本島と63の島から構成される。本島は面積585.4平方km、国土の総面積は682.7平方kmである。国土拡張のための埋立て工事が常に行われている（参考：淡路島の面積：594.92平方km、東京都23区の面積：621平方km）。

2000年現在で、人口（永住権保有者を含む）3,263,209人、男性1,630,293人、女性1,632,916人である。この他に754,524人の外国人が居住している。人口増加率は2.8%、1平方km当たりの人口密度は5,965人である。人口比率は、15歳未満が21.5%、15歳以上65歳未満が71.2%、65歳以上が7.2%である。

平均寿命（1999年）は、男性75.6、女性79.6歳である。乳児死亡率は出生千対3.2（1999）である。主要な死因は、がん、冠状動脈性心疾患、糖尿病、高血圧と外傷のような非感染性の疾患である。がんと心血管疾患は、併せて全体の死因のおよそ62%を占める。

1999年の国家のヘルスケア支出は430億S\$、すなわちGDPの3.0%である。一人当たりのヘルスケア出費は、S\$1,347である。公的なヘルスケアサービスに関する政府助成は、1998年には10億S\$すなわちGDPの0.8%である。

### 2. 保健医療資源

#### （1）施設の概要

シンガポールのヘルスケア提供にはふた通りのシステムがある。個人的なシステムが私立病院と一般開業医によって提供される一方で、公共のシステムは政府によって管理される。ヘルスケア提供システムは個人的な開業医のクリニックと、政府による外来患者 polyclinics からなる。二次医療、三次医療は私立と公共の病院で行われている。1999年に、公共のヘルスケア提供システムは、2つの統合された提供ネットワーク、National Healthcare Group (NHG) と Singapore Health Services (SHS) に組織化されている。これは、公共的なヘルスケアプロバイダーの間での協力と協同を通してより統合してより良質なヘルスケアサービスを可能にしようとしたものである。このシステムは、サービスの重複を最小にして、臨床能力を最大限に発揮することを目的としている。患者は、二本立てのヘルスケア提供システムの範囲内で、プロバイダーを選んでよく、私立クリニックでも公的な polyclinic でも、自由にかかることができる。

非常時には、患者は24時間のどんな時間でも政府病院にある救急部にかかることができる。シンガポール民間防衛体制力 Singapore Civil Defense は、事故と外傷のケースや緊急を要するケースを、救急総合病院へ運搬するための救急車サービスを提供する。

## (2) プライマリヘルスサービス

プライマリヘルスケアは、一時的な医学処置、予防的なヘルスケアと健康教育の供給を含む。シンガポールでは、プライマリヘルスケアは、公的な外来患者 polyclinics と個人的な開業医のクリニックのネットワークによって提供される。80%が約 1,900 の個人的なクリニックを通して提供され、20%のプライマリヘルスケアは、16 の polyclinics を通して提供される。polyclinic は外来患者に医療を提供する一つのヘルスセンターとして機能する。サービスの内容は、退院患者のフォローアップ、予防接種、健康診査と健康教育、調査、薬局サービスからなる。この長は卒業教育を受けて家庭医学の専門資格を持った医師でなければならない。

およそ 1,900 の私立クリニックが、およそ 1,470 人の医学開業医によって運営されている。私立クリニックは、都市、住宅団地と衛星都市の住民の住宅地にある。人口のおよそ 85%は、公共住宅を所有し住んでいる。平均の外来患者診療料金(薬局処方を含む)は、S\$10 から S\$15 の間である。

公的な polyclinics では、シンガポール市民は 65 歳以上と、18 再未満の子どもと学生は 75%の補助を受けられる。他のシンガポール市民は、50%の補助を与えられる。

## (3) 病床

シンガポールでは 26 の病院と専門センターにおよそ 11,798 の病院ベッドがある。そして、1,000 人の住民につき 3.7 のベッドの比率である。病床のうち、84%は公的なものであり、8つの公共病院と5つの専門センターにあり、施設あたり 180 から 3,110 のベッド数である。他方、13 の私立病院はより小さい傾向があり、施設あたり各々 25 から 500 のベッドにを提供する。

主なヘルスケアプロバイダーとしての政府の役割は政府が高い技術とコストを伴う多くの病院ベッド供給していることである。そして、そのコストは民間部門のコストに対しベンチマークをはっきりとセットしている。

## (4) マンパワーの概要

現在のヘルスケア提供システムのためにおよそ 5,154 人の医師がいる。これは、1:730 の人口比率である。半分よりわずかに少ない医師(48%)は民間部門にある。医師のおよそ 42%は、大学卒業後の医学程度と先進の専門トレーニングをもつ訓練された専門家である。

942 人の歯科医がいる。4,130 人の住民に 1 人である。歯科医のおよそ 77%は、個人クリニックにいる。

看護婦は 15,947 人、人口比率は 1: およそ 244 である。看護婦の 55%は、公的な部門において働く。

## (5) 医師及び看護婦の資格

シンガポール医学協会は、医師登録法により定められている協会である。協会は、資格のある開業医を登録して、登録した開業医と専門家の登録簿を管理する。開業医の倫理も決定して管理している。登録可能な医学資格はオーストラリア、カナダ、英国、アメリカ合衆国に及ぶ。どんな資格でも、シンガポール医学協会に登録可能でないと認められない。

看護婦と助産婦法（1975）はシンガポール看護委員会を設置している。看護婦と助産婦を登録して、彼らのトレーニングを行い管理することにつき、委員会に公的な権限を与えている。看護婦と助産婦の登録ガイドは、シンガポール看護委員会に登録されたいと思っている看護婦と助産婦を助けるために設けられている。また、登録の確認を申し込む方法で、失われた証明書の置き換えもできる。看護婦には国内で訓練された看護婦と海外で訓練された看護婦がいる。

### 3. 医療保障制度の概要

シンガポールのヘルスケア提供システムの財政原理は、ヘルスケアは個々の責任に基づくというものである。そして、基本的なヘルスケアを入手可能にしておくための政府助成金とペアになっている。彼らがかかり高いレベルのサービスを必要とするときも、患者は彼らが使う医学サービスの費用の一部から支払う。共同支払いのこの原則は、最も重く助成金を支給されている施設またはサービスにさえ当てはまる。

受領費用の共同支払いにおいて、シンガポール人は以下のように助けられている

- ・ Medisave 特に老年期に彼らの入院費用を支払うために、強制的に加入する医療保険。
- ・ MediShield 大きい医療請求のコストを支払うのを助ける
- ・ Medifund 貧窮者に提供される補助金。

自営業者を含むすべての雇用者は、法律によって Medisave に貢献することを要求されている。個人は、彼自身の入院費用のための支払いに対して、または家族に対して彼の Medisave を使う。Medisave は、例えばデイケア、回復期病院、ホスピスと費用のかかる特定の外来患者処置（外来手術、放射線療法と化学療法、腎臓透析、例えば IVF のような生殖医療、B 型肝炎予防接種）などの、入院費用をカバーする。

MediShield は、Medisave メンバーが大病や、長期化した病気で入院費用を支払うのを援助。基本的に、低コストで、何かあったときに機能する医療保険である。Medisave が全ての労働者に義務的であるのに対して、MediShield は任意のシステムである。

Medifund は、貧しくて貧困なシンガポール人が彼らの医療不安に対応するのに援助するために特別に準備される資金である。Medifund は、政府から 2 億ドル、1993 年 4 月に最初の寄贈があって始められた。最近 2 年にわたって年間 1 億ドル、政府によって Medifund に投入されている。総計 4 億ドルの支出となっている。

## 第 2 章 衛生行政システム

### 1. 一般行政組織

#### (1) 国の行政機構

シンガポールの行政機構は、1 府 14 省で構成されている。このうち、国防及び司法は、国防省、内務省、司法省の 3 省が担当し、社会サービスは社会開発省、教育省、保健省、環境省、労働省、国家開発省、情報芸術省の 7 省が担当している。また、経済サービスは、国家開発省、運輸通信省、通商産業省の 3 省体制で行われており、一般サービスが総理府、大蔵省、外務省、司法省によって所管されている。

大臣の下には国務大臣と政務次官が置かれており、これらは首相が任命する政治的ポストである。終身職公務員のトップは、事務次官である。事務次官は各省に1名置かれるが、大蔵省には3つの局にそれぞれ事務次官が置かれている。

各省の内部組織は、局(division)に分かれている。各局はさらに政策作成部門と政策実施部門とに分かれる。

一方、各省の外局として「庁」(department)が置かれている。また、政策実施を担当するため、特殊法人(statutory boards)が法律にもとづき設置されている。

## (2) 地域行政について

人口約326万人のシンガポールでは日本に存在するような地方自治体は存在していない。シンガポールは日本のような国－都道府県－市町村による地方行政システムではなく、国の各省庁やその関係機関である法定機関が直接住民に対して、日本の地方自治体が行っているような行政サービスを提供している。

したがって、住民登録や公衆衛生、道路、河川、都市計画、上下水道の建設、福祉、学校、警察、消防活動など地域住民に密着した行政については、シンガポールの場合、各政府機関がそれぞれ行っている。この点が日本とシンガポールの地域行政の大きく異なる点である。

しかし住民の日常生活に関わる身近な問題に対して、すべて縦割りで各政府機関がかかわっているのかと言えばそうではなく、シンガポールにも地域住民の生活に密着した身近な地域の課題を取り扱っている組織がある。

社会開発スポーツ省の法定機関である人民協会並びにその管下の社会開発協会及びコミュニティセンター・クラブと国家開発省の法定機関である住宅開発庁の関係機関であるタウンカウンスルがそれである。

住民の生活に密着し、かつ独自の予算執行権を持った自治組織「タウンカウンスル」が、全国に23設置され、地域住民の生活と深く関わっている。シンガポール国民の80%以上は、HDB住宅と呼ばれる公営住宅に居住している。タウンカウンスルは、その公営住宅の管理を目的として1988年より設置されている機関である。全国を23の地区に分けて・それぞれ設置されており、独自の事務局と予算を持ち、その議長には、地域社会(選挙区)選出の国会議員が就任している。タウンカウンスルは、住環境の整備という面から、住民の生活と密着した地域課題の解決のために、地域独自の活動を行っている。

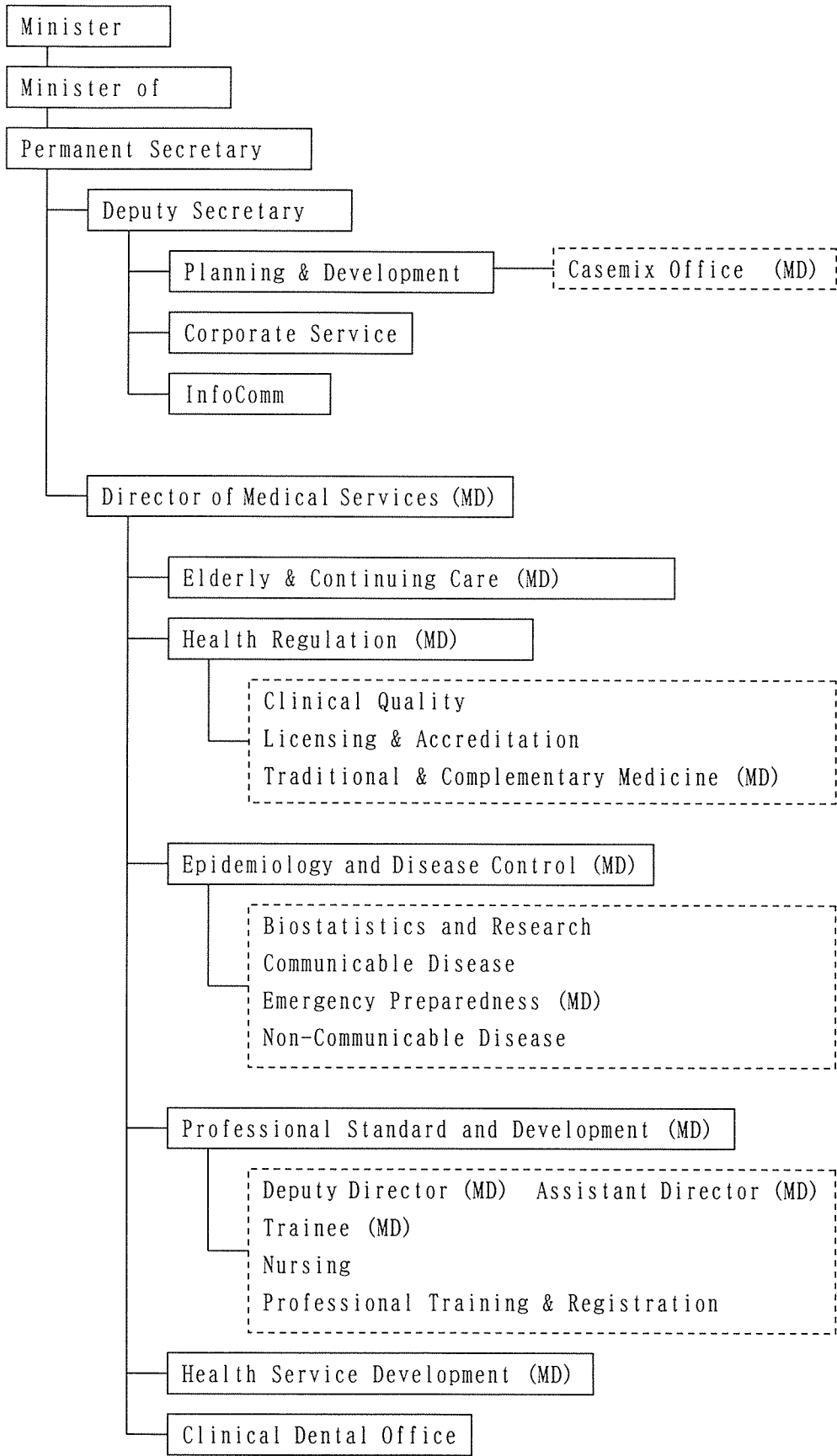
一方で、草の根活動の中心として、また国民の融和のための組織として、人民協会が設立されている。この人民協会の下では、様々な草の根活動(コミュニティ活動)組織が、全土に設置されており、コミュニティセンターを主な活動拠点にして、活発な活動を行って、政府と住民の橋渡し役を果たしている。

地方自治体のないシンガポールには、当然地方議会もなく地方議員もいないが、国政に携わる国会議員が、タウンカウンスルや草の根活動組織の活動を通じて、地域社会のリーダーとして、重要な役割を果たしている。

## 2. 衛生行政組織

以下に、保健省(Ministry of Health)の組織図を示す。





NMEC

NMRC National Specialty Committees

Health Promotion Board (MD)

Health Science Authority (MD)

SMC, SAB, Dental Board, Pharmacy Board

Ministry of Healthでは、Director of Medical Service、Elderly & Continuing Care 部門の長、Health Regulation 部門の長、及び Traditional & Complementary Medicine の チーフ、Epidemiology & Disease Control 部門の長、及び Emergency Preparedness の チーフ、Professional Standards and Development 部門の長、及び Deputy & Assistant Director と medical trainee、Health Service Development 部門の長、Health Promotion Board の長、Health Science Authority の長、Casemix Office の長は、医師であることが 求められている。ただし、これらは法によって規定されているのではなく、大臣によって 定められている。

また National Environment Agency では、Quarantine & Epidemiology Department 部門 の長が医師であるが、この規定は特に法によって定められていない

### 第 3 章 保健所機能の担当組織

#### 1. 健康危機管理

感染症 (ID) 法 (137 章) は、シンガポールへの感染症の移入と拡散を防ぐために 1976 年に制定された。それは、保健省と環境省によって共同で管理される。シンガポールでの 感染症の制御のために、ID 法は、指定された感染症の通知を義務づけている。それは、診 察検査、処置、検死、疫学調査等が行われることを定めている。

法は、建物または船の処置、感染性の食物の廃棄、動物、水と死体の処分、原因と思わ れる食物供給の打ち切りなどに関して医学サービス局長 (MD) に公的な権限を与える。集 会が感染症の蔓延を増やしそうな場合、会議と公開の催し物を禁止する責任がある。

シンガポールへの感染症の導入の防止のために、危険な感染症がシンガポールに伝えら れると思う理由があるならば、ID 法は発生地域である地域 (シンガポールまたはどこか他 の所) を宣言するために大臣に公的な権限を与える。感染する地域から到着する船は、感 染するとみなすことができる。このように法は、船と人を通して感染症がシンガポールに 輸入されるのを妨げる。法は、シンガポールを出入りする人のために、指定された予防接 種を必要とする条件を置く。

ID 法は、シンガポールでジフテリアとはしかに対して予防注射されることをあらゆる子供に要求する。また、感染症発生の間、危険にさらされている人に対し、予防接種の必要性を定める。開業医は、行われる予防接種を記録して通知することを法によって義務づけられている。

関連部署は、National Environment Agency の Head of Quarantine & Epidemiology Department (医師規定あり)、Ministry of Environment の Corporate Communications & International Relations Division (医師規定なし)、National Environment Agency の Environmental Public Health Division、Vector Control & Research Department (医師規定なし) である。

## 2. 食品衛生

関連部署は、Ministry of Environment の Corporate Communications & International Relations Division、National Environment Agency の Environmental Public Health Division、Environmental Health Department と Hawkers Department、Environmental Education Department、Agri-Food & Veterinary Authority of Singapore (AVA) の The Head of Food Control Division であるが、いずれも部門の長は医師であることを求められていない。また AVA のいかなるポストも、医師であることを必要としておらず、微生物学者、科学者、生化学者、獣医、食品化学の専門家等が職にあたっている。

## 3. 精神疾患患者への対応

Health Promotion Board の「精神保健プログラム」において、プログラムは2つの構成要素（健康教育と専門家トレーニング）から成る。住民への健康教育に関する担当者は、医師である必要はない。科学または健康に関連した大学の学位又少なくとも3年の公衆衛生実務体験をもつプログラム・マネージャによって、それは管理されている。プログラム・マネージャは、プログラム実行するために心理学者と精神科医との協力体制の元に機能する。トレーニング構成要素のプログラムとの方針決定や管理については、精神科医と相談しながら医師または心理学者がこれを行っている。

## 4. 地域保健医療計画の策定・進行管理・評価

担当部署は Development Division の中の Casemix office (長は医師) である。

高齢化と医学知識とテクノロジーの迅速な前進で、ヘルスケアに必要なコストは、上昇している。我々の挑戦は、我々が次の千年紀へむけて、シンガポール人が良質で手頃なヘルスケアにアクセスし続けることを確実にすることである。Casemix は、我々が効果的に我々のヘルスケア資源を管理するのを援助して、ヘルスケアを入手可能にしておく重要なツールである。それが病気の状況を広い範囲から位置づけ、状態の深刻さや、年齢と性別のような条件に従って資源を割り当てるより公平な手段である。ニーズと病気パターンの変化が、casemix システムのもとで考慮される。

## 5. 保健医療サービスの質の保証

担当部署は Health Regulation Division(長は医師)の中の、Licensing and Accreditation Branch である。使命は、全てのヘルスケア機関との調整を通して、ヘルスケアの高い水準を確実にすることである。目的は、私立病院とクリニックを PHMC 法の下で認可して、ヘルスケア機関をモニターすること、病院、療養所と放射線施設の審査と認可、規則的なおよび臨時審査を通してヘルスケア機関によって提供されるヘルスケアの品質の監視と審査などである。

機能としては、ヘルスケア機関を援助するためにヘルスケア業務の中の基本的な標準を確立して、ガイドラインをチェックすること、医師および看護婦からの情報、調査や情報の請求をすることによりスタンダードとガイドラインの遵守をモニターすること、私立病院クリニック法と、妊娠中絶法、生殖医療法に照らし合わせて、ヘルスケア機関と設立を認可すること、保健法規をチェックして修正すること、診療活動等に関連して、ヘルスケア機関で起こっている問題に関してその内容を調査することである。

私立病院クリニック (PHMC) 法 (1980) (全 248 章) とその施行規則 (1991) は 1994 年 1 月 1 日に施行された。施行以来、それが保健省によって PHMC 法で認可されない限り、建物が私立病院、看護出産施設、医院又は歯科クリニック、放射線施設として使用できない。

漢方医学委員会による従来のレポートは、ヘルスケアサービスが西洋の医学科学に基づくというものであった。しかし、一般的な病気に罹って伝統的な漢方医を受診することは、いろいろな民族のグループの中で一般的に行われている。特に中国人に人気がある伝統的な漢方診療 (TCM) は、特に関心を引いている。したがって、シンガポールでトレーニングの標準と TCM の実際をチェックすることは、タイムリーである。狙いは、TCM 開業医を受診する市民のためになるよう、TCM のより高い品質を確実にすることである。

## 6. ヘルスプロモーション活動の実践

担当部署は、Health Promotion Board (長は医師) である。任務は、人生を通じて最適な健康を達成するために、シンガポール人にエンパワーメントを与えること、健康情報と予防的な健康サービスに確実にアクセス出来るようにすること、ヘルスプロモーションを行う上で公的、個人的および地域の組織と協力すること、健康的な生活様式を導くための助けになる環境をつくること、健康増進のための優れたセンターであることである。

## 第4章 衛生行政システムの展望

シンガポールには地方自治がほとんど無く、サービスは中央政府の出先機関から提供される。現在存在する草の根の住民運動はほとんどが文化活動に限られているが、この住民運動は、住民主体の保健活動も担って良いのではないだろうかと考える。なぜならば、住民自身が健康に自覚を持つことが重要であるからである。

シンガポールでは組織改編が頻繁に行われている。Division や Department 単位で、省からエージェンシーなどへ、出たり入ったりは通常のことである。対応が柔軟で小回りが利く良さをいかして、有効なサービスが行われることが期待される。

# オーストラリアの保健衛生組織

鳩野 洋子（国立保健医療科学院公衆衛生看護部ケアマネジメント室 室長）

## 第1章 保健医療システムの概要

### 1. 保健水準

人口 18,500,000 人（1997）、出生率 14.1‰（1995）、粗死亡率 7.0‰（1996）、乳児死亡率 5.8‰（1996）である。平均寿命は、男性 75.4 歳、女性 81.1 歳である（1996）。

医療費は国家予算の 8.4% である（1998）。

### 2. 保健医療資源

#### （1）施設の概要

医療の提供は、一次医療は家庭医によって、二次医療、三次医療は病院によって提供される。そのほか長期療養型の施設として、ナーシングホームがある。ナーシングホームは我が国でいう療養型病床群、老人病院、特別養護老人ホーム等の重症度の高い長期療養者の施設である。そのほか支援があれば自立した生活ができる人のための施設としてホテルがある。

病院の設立主体は公的病院、私的病院が併存している。私的病院とは、州政府等からの補助金を受けない病院のことである。小規模の施設が多く、またあまり重症の人の治療は行わないことが全体的な特徴ではあるが、待ち時間の少なさ、入院環境の快適さ、主治医の選択ができること等に特徴がある。二次医療以上の病院は公的病院が主である。

保健の提供は、コミュニティヘルスセンター、小児ヘルスセンター、性病その他の疾患のクリニック、予防接種クリニック、コミュニティサービスクリニック、小児アセスメントセンター等によって提供されており、医療と保健の提供施設は明確に区別されている。

#### （2）マンパワーの概要

1997/98 年の医師数は 49,246 人、看護師数は 210,695 人（うち助産師 13,209 人、コミュニティ・ナース 5,578 人、看護教育者 4,245 人）、准看護師は 54,124 人である。

看護職員の中で、日本の保健師のように看護婦の資格とは別の資格を持つものは存在しない。看護師資格を持つものが病院以外の地域で活動する場合には、コミュニティ・ナースの名称で呼ばれる。

#### （3）医師・看護師の教育

医師の教育は 11 の医科大学で教育される。医科大学には、高校卒業後あるいは大学を卒業して学資を取得後に入学する。履修期間は 4 年～6 年である。国家医師資格試験のようなものはなく、それぞれの医科大学に置いて、他の医科大学の評価者による判定や、AMC（オーストラリア医学審議会 Australian Medical Council）の認定プロセスの中でモニタ

一されている卒業基準に照らして、医学教育の初期段階を学生が修得できたかで卒業は判断される。卒業後は州の認定した教育病院において1年間のインターン制度があるが、多くは2年目をそのまま続行する。この研修が終了すると、初めて一人前の医師として働く免許が与えられるが、個人開業を希望するものはさらに卒後の研修が義務づけられている。

看護師の教育に関しては、看護師になるためには、最低12年の教育期間を経たあと（10年の義務教育と2年間の高等学校教育）、専門教育を受ける。現在最も多い形態は最低3年間（大学のカリキュラムによっては3.5年間）の大学教育を経て、看護協会に登録するための単位を取得し、卒業後看護協会に登録して正看護師として働く場合である。准看護師の場合は12年の教育期間のあと、1-2年の教育を受ける。修士課程、博士課程もある。また、規模の大きい病院にはたいていの場合教育担当看護師がいるなど、現任教育が熱心に行われている。

### 3. 医療保障制度の概要

連邦政府が運営するメディケアと呼ばれる国民皆保険制度が存在する。またこのほかに薬剤給付に関わる保険制度が存在する。ナーシングホームで提供される長期ケアは、メディケアではなく、一般財源で手当される。このほか民間保険もある。

メディケアは保険料として住民から目的税が徴収され、それに一般会計の歳出とあわせて制度が運営されている。メディケアの給付内容は、専門家によるサービスへの支払いに対する償還と、公的病院における無料サービスの提供である。このメディケアの運営は連邦政府と州政府の合意によって運営されている。

薬剤の給付は連邦政府の一般歳出からの支出による。給付対象は外来診療において医師が処方した薬剤であり、その殆どは処方箋がなければ購入できない医療用医薬品である。薬剤は薬局において調合され、個人は自己負担額を品目ごとに薬局に支払う形となるが、この支払い額は年金の優遇受給者か否かによって異なる。また上限が設定され、一定以上の額を超えた場合、それ以上の支払いの必要はない。

民間保険は公的病院のプライベート患者と私的病院利用者に対して、入院費用と専門家に対するサービス費用の非償還額をカバーする。

医療施設への支払いは、家庭医に対しては、国から直接支払いが行われ、それ以外の病院に対しては、州政府と国から支払われる。

## 第2章 衛生行政システム

### 1. 一般行政組織

政治制度は立憲君主制、議院内閣制をとり、元首はイギリスのエリザベスⅡ世である。連邦政府のもとに、6州（ニューサウスウェールズ、ビクトリア、クイーンズランド、南オーストラリア、西オーストラリア、タスマニア）と2準州（北部準州、首都特別地域）からなる。

州議会は憲法に準拠し、連邦法が州法に優先する。また徴税に関しては、所得税は連邦、州政府が徴収する。ただし一部、日本の市町村に該当する自治体が徴税を行っているところ

るもある。州政府は行政サービス全般の提供を行う。ただしアメリカ等に比較すれば、国の権限はそれなりに強い。

市、町、村にあたる shire からなる約 900 ある地方政府（西オーストラリア州の場合は 144-21 の市, 12 の町, 111 の shire）は、州・準州の法に基づき設立される。主な役割は都市計画、上下水道と排水、廃棄物、地域レクリエーションサービス等である。

## 2. 衛生行政組織

### （1）連邦政府・地方行政の役割

保健医療に関する連邦政府の役割は、主としてメディケア運営、州政府への補助金交付、州政府との協同事業を実施することである。

保健医療サービスの提供の責任主体は州政府であり、州政府は具体的に州立病院の運営、民間病院・ナーシングホーム設立許可、地域の保健動向のモニタリング、その他のコミュニティにある保健医療施設（コミュニティヘルスセンター、小児ヘルスセンター、性病その他の疾患のクリニック、予防接種クリニック、コミュニティサービスクリニック、小児アセスメントセンター）の運営を行う。たいていの保健医療従事者は州政府職員である。

地方政府の役割は州によって異なるが、例えば西オーストラリア州の場合は州政府のヘルスセンター等の土地、建物の提供を行うほか、タバコ対策推進、蚊対策とそのキャンペーン、non-shema water supply のモニター、廃棄物管理、医療廃棄物管理、食品に関する教育とモニタリング、デイケア／幼稚園に関すること、先住民族に対する支援プログラム、住居及びアボリジニの健康問題、墓地に関すること、医師サービス支援、一部地域における医師の家の提供、アルコール対策の計画と展開等が行われている。

### （2）連邦政府の保健医療責任部署 Australia Department of Health and Aged Care

連邦政府の保健医療に関わる責任部署は Australia Department of Health and Aged Care である（図 1 参照）。

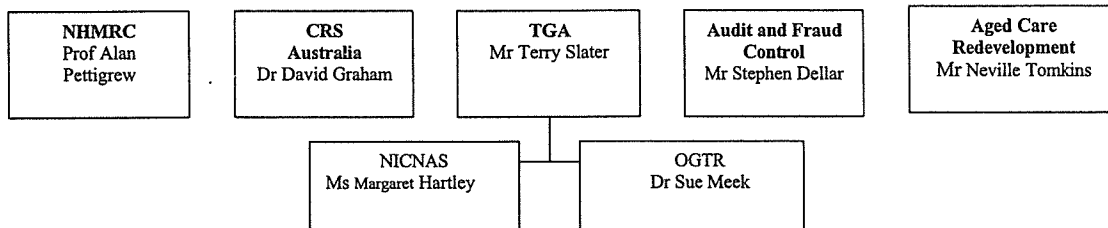
対人保健サービス部門を所掌するのは主として Population Health Division であるが、ここのトップは現在医師である。

図1 オーストラリア連邦政府保健省組織図

Australia Department of Health and Aged Care

HEALTH AND AGEING ORGANISATIONAL CHART – JANUARY 2003

| Executive  |                                     |                                      |
|--|-------------------------------------|--------------------------------------|
|  | Secretary<br>Ms Jane Halton         |                                      |
| Chief Medical Officer<br>Prof. Richard Smallwood | Deputy Secretary<br>Ms Mary Murnane | Deputy Secretary<br>Mr Philip Davies |



| Health and Ageing Sector Divisions                     |  |  |   |   | Cross Portfolio Divisions                                  |  |   |  |                                  |
|--|--|--|---|---|--|--|---|--|----------------------------------|
| Population<br>Health Division<br>Mr Ross<br>O'Donoghue | Primary Health<br>Care Division<br>Mr Andrew<br>Stuart | Acute Care<br>Division<br>Dr Louise<br>Morauta | Ageing and<br>Aged Care<br>Division<br>Mr Nick<br>Mersiades | Medical and<br>Pharmaceutical<br>Services<br>Ms Judy Blazow<br>(acting) | Portfolio<br>Strategies<br>Division<br>Mr David<br>Webster | Office for<br>Aboriginal and<br>Torres Strait<br>Islander Health<br>Division<br>Ms Helen Evans | Health Services<br>Improvement<br>Division<br>Mr Robert Wells | Information and<br>Communication<br>Division<br>Dr Rob Wooding | Business<br>Group<br>Mr Alan Law |

|                    |                           |                          |                            |                            |                     |                        |                       |
|--------------------|---------------------------|--------------------------|----------------------------|----------------------------|---------------------|------------------------|-----------------------|
| NSW<br>Ms Sue Kerr | VIC<br>Ms Maree<br>Bowman | QLD<br>Ms Elizabeth Cain | ACT<br>Mr Joseph<br>Murphy | WA<br>Mr Michael<br>O'Kane | SA<br>Mr Phil Jones | TAS<br>Ms Angela Reddy | NT<br>Ms Leonie Young |
|--------------------|---------------------------|--------------------------|----------------------------|----------------------------|---------------------|------------------------|-----------------------|

|   |   |  |   |  |  |   |   |  |  |
|---|---|--|---|--|--|---|---|--|--|
| Portfolio Strategies<br>David Webster<br>6289 7931                | Information and<br>Communications<br>Rob Wooding<br>6289 9076         | Office for Aboriginal<br>and Torres Strait<br>Islander Health<br>Helen Evans | Health Services<br>Improvement<br>Robert Wells          | Medical and<br>Pharmaceutical<br>Services<br>Judy Blazow A/g | Population Health<br>Ross O'Donoghue                     | Primary Care<br>Andrew Stuart                             | Acute Care<br>Louise Morauta                                | Ageing and Aged<br>Care<br>Nick Mersiades              | Business Group<br>Alan Law   |
| Budget &<br>Performance<br>Karen Bentley<br>6289 8040             | Health Information<br>Policy  | Program Planning &<br>Development<br>Mary McDonald                           | Health Priorities<br>Vin McLoughlin                     | Diagnostics and<br>Technology<br>Chris Sheedy                | Medical & Scientific<br>Director<br>Prof John Mathews    | General Practice<br>Access<br>Leonie Smith                | Blood Products<br>Unit<br>Christianna Cobbold               | Divisional<br>Executive                                | Finance<br>Steve Sheehan   |
| Parliamentary &<br>Portfolio Agencies<br>Nhan Vo-Van<br>6289 5115 | Communications<br>Gail Finlay 3/2                                     | Health and<br>Community<br>Strategies<br>Margaret Norington                  | Workforce & Quality<br>Brett Lennon                     | Pharmaceutical<br>Access and Quality<br>Allan Rennie         | Communicable<br>Disease<br>Greg Sam                      | Policy &<br>Evaluation<br>Rosemary<br>Huxtable            | Private Health<br>Insurance<br>Charles Maskell-<br>Knight   | Quality Outcomes<br>Jane Bailey                        | Legal Services<br>Wynne Hannon                                       |
| Policy and<br>International<br>Tony Kingdon<br>6289 8019          | Health Information<br>Systems Develop<br>Paul Fitzgerald<br>6271 4311 | Workforce<br>Information and<br>Policy<br>Yael Cass                          | Rural Health &<br>Palliative Care<br>Jan Bennett        | Pharmaceutical<br>Benefits<br>Joan Corbett                   | Drug Strategy<br>Jenny Hefford                           | Primary Care<br>Quality &<br>Prevention<br>Richard Eccles | Blood and Organ<br>Donation Task<br>Force<br>Peter DeGraaff | Policy and<br>Evaluation<br>Virginia Hart              | Information<br>Management &<br>Technology<br>Strategy<br>Ron McLaren |
| Economic &<br>Statistical Analysis<br>James Jordan<br>6289 5450   | MOS<br>Dr Peter MacIsaac<br>6289 7494                                 | MO<br>Dr Patricia Fagan  | Mental Health and<br>Suicide Prevention<br>Dermot Casey | Medicare Benefits<br>Branch<br>Ian McRae                     | Strategic Planning<br>Marion Dunlop                      | MO<br>Dr Rob Pogram                                       | Medical Indemnity<br>Taskforce<br>Sarah Byrne (acting)      | Residential<br>Program<br>Management<br>Lesley Podesta | People<br>Alison Larkin  |
|   |   |  |   | Office of Hearing<br>Services<br>Jan Feneley                 | Food and<br>Environmental<br>Health<br>A/g Carolyn Smith |   | AHCA Taskforce<br>Marcus James                              | Community Care<br>Warwick Bruen                        | Governance and<br>Business Strategy<br>Stephanie Gunn                |
|   |   |  |   | MO<br>Dr Jane Cook<br>Dr John Primrose                       | MO<br>Dr Judith Stratton                                 |   | Hospital Branch<br>Alan Keith                               | Office for an<br>Ageing Australia<br>Mark Thomann      | Technology<br>Services<br>Eija Seittenranta<br>10/2                  |



### (3) 州政府の保健医療責任部署

各州は保健医療に関わる省を持つ。西オーストラリア州の場合 Western Australia Department of Health が責任部署である（図2参照）。

この組織は2002年に再編成されたばかりである。日本の保健所機能に近い機能を管轄しているのは、Population Health Division である。

### (4) 地域保健従事者に関わる資格要件について

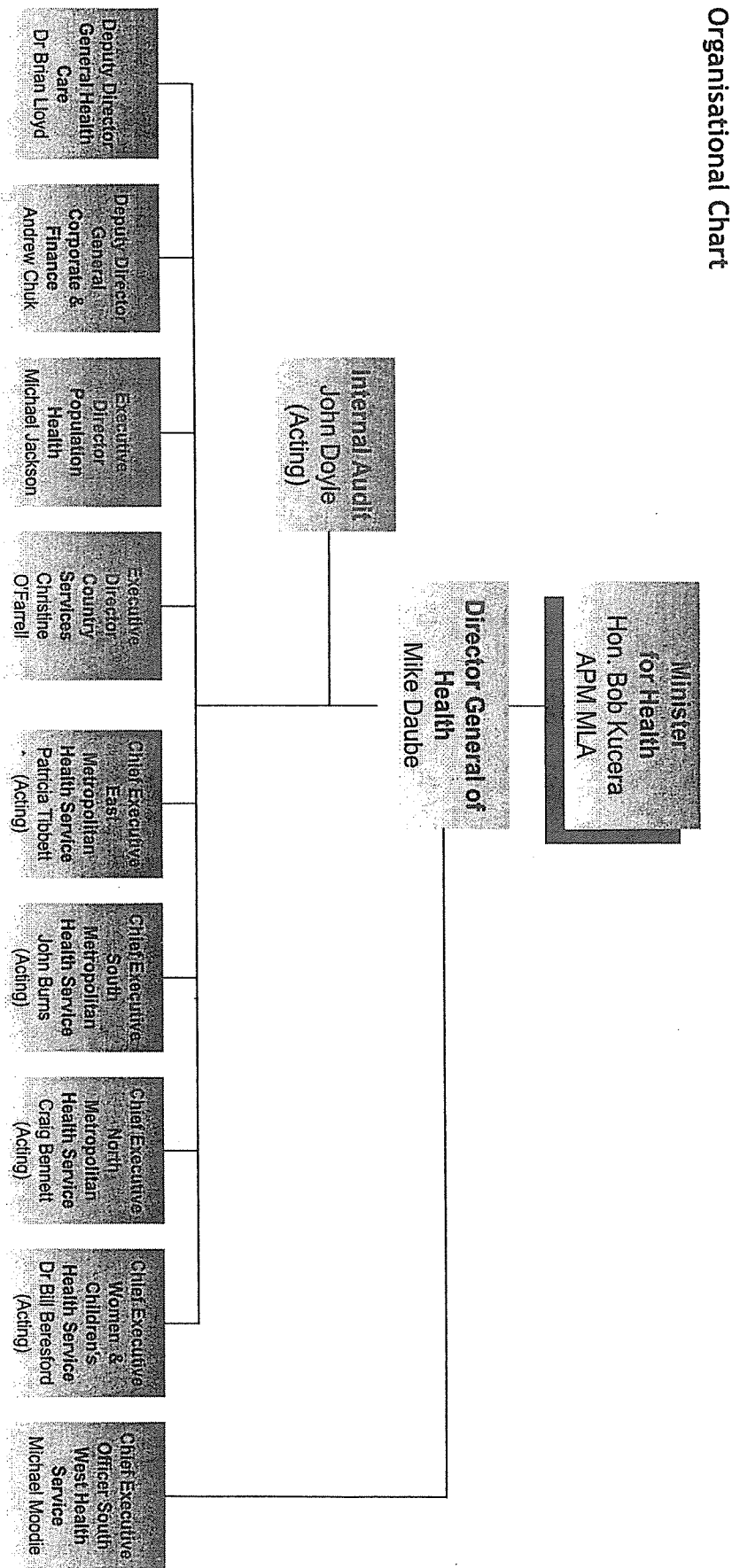
西オーストラリア州においては定められている要件は以下のとおりである。

州政府職員に関しては、WA the Medical Act 1894 により、Executive Director, Personal Health Services、Executive Director, Public Health and Scientific Support Services は医師であることが、WA the Mental Health Act 1996 により、Chief Psychiatrist は精神科医であること、WA the Health Registration Administration Act 1984 により、Medical officer of Health, Environmental health officer, Inspector or Public health official は適切な qualification を持つ者であること、が規定されている。

なお、コミュニティ・ヘルスセンターの所長に対して医師の資格要件は定められていない。そもそもオーストラリアの場合、コミュニティ・ヘルスセンターに医師がいること自体がまれである。センターにいる職員は、医師以外のコ・メディカル、特に対人保健サービスを提供するスタッフ（コミュニティ・ナース、理学療法士、作業療法士、栄養士、言語療法士、足の療法士、先住民族専門のヘルスワーカー等）である。所長は各センターでの公募形式である。MPH, DPH の資格を持った人等がその任についている場合や、コミュニティヘルスナースが長の場合も多い。

市町村レベルでの職員に関しては、市町村は Executive Director, Public Health が求めた場合は、Medical Officer of Health, Environmental Health Officer, Analyst をおくことができる。このうち Medical Officer of Health は医師でなければならない（WA Health Act）。ただしこの Medical Officer of Health は常勤職員ではなく、その地域の医師を手当を払って任命している形態である。この医師は学校医（Medical officer of School）の役割も果たす。

図2 西オーストラリア州保健省組織図  
Western Australia Department of Health



### 第3章 保健所機能の担当組織

第2章で述べたように、オーストラリアにおいては、各州によって制度が若干異なっている。本省においては、州レベルの事項に関しては、西オーストラリア州（州都パース市）を例に記述する。

#### 1. 健康危機管理

##### （1）災害、テロの場合

連邦政府レベルでは Population Health Division 中の Disaster Medicine Unit (2000) が中心的な役割を果たす。この部署では The Australia Disaster Medicine Group のとりまとめ、災害時や事故発生時のサポートのコーディネイト、国レベルの災害医療対策コースの運営、州／準州の災害医療対策コースの管理、様々な機関の訓練や連携のコーディネイト、他省や外部機関のリエゾン、The Commonwealth Counter Disaster Task Force (CCDTF) を代表する、国、州の緊急時のシステムの管理等を行っている。

実働部隊ともいえる The Australia Disaster Medicine Group は、州、準州の健康関連の事故、災害の管理に関する状況のレビュー、災害に関わる包括的で統合された能力の開発と向上を目的としており特に EMA (Emergency Management Australia) と強い関係を持つ。構成メンバーは全州、準州の Medical Disaster Planning Officer のサポートにもとにある Senior Public Health Representatives、連邦政府の Chief Medical Officer, Department of Defense の Director General, Health service、EMA の Director General, New Zealand Ministry of Health, Ambulance Officer の代表である。

EMA はアジア地域の Asian Disaster Reduction Center のオブザーバーとして参加するなど、日本の組織とも連携を持つ機関である。

西オーストラリア州レベルでの対応全般に関しては、WA Health Act によって The Executive Director, Public Health (医師) が対処の権限を持つことが定められている。

前述した Medical Disaster Planning Officer の責務を担っているのは The Executive Officer, Emergency Management である。このポジションに関して、医師は必須要件ではない。州における Emergency Management にかかわる経験がある者である。しかし、州政府の中には Medical Disaster Planning Officer ではないが、Emergency Management に携わる医師がいる。また州では The State Health Emergency Committee を立ち上げ、災害時の対応を検討し、すでに報告書をまとめている。委員会の構成メンバーは、州政府職員のほか、Australia Red Cross Blood Transfusion Service, The Royal Flying Doctor Service, St. John Ambulance Local Government Environmental Health Service, そして都市部の教育病院を含めた病院担当者である。

##### （2）感染症の場合

連邦政府レベルでの管轄部署は Population Health Division である。この部署が感染症アウトブレイク時の国レベルの活動の中心であり、実践ガイドラインの策定や政策立案を行っている。

実践的な組織としては、まず Communicable Disease Network Australia (CDNA) がある。CDNA は 1995 年に策定された National Communicable Disease Surveillance Strategy に基づいた活動の実践組織であり、sub-committees である Infection Control Guidelines Steering Committee、Intergovernmental Committee on AIDS, Hepatitis C and Related Disease (IGCAHRD)、Public Health Laboratory Network その他と協同して感染症の対応にあたる。Chair はニューサウスウェールズ州の Health Department の Dr Greg Stewart (医師と思われる) である。なお、オーストラリアはニュージーランドと様々な点で緊密な連携をはかっているが、この CDNA は、機構上は CDNANZ (Communicable Disease Network Australia and New Zealand) の下部組織の位置づけとなる。

CDNA の sub-committee である Public Health Laboratory Network (PHLN) は特に微生物に関する対策のネットワークであり、CDNA や National Centre for Disease Control に微生物に関わる政策、対策のアドバイスを行う機関である。

西オーストラリア州レベルでは Population Health Division の中の Disease Control Branch の Director が責任者である。届け出義務のあるすべての感染症患者に関しては、まず最初に Disease Control Branch のデータベースシステムに登録される。Disease Control Section は公衆衛生医、疫学専門家、その他の専門家から構成されている。

届け出義務のある感染症のうち、腸に関係があると考えられるものやサルモネラ、赤痢、ジアルディア、グラム陰性菌、エルシニア、リステリア症、アメーバ症、クロストリジウム症等の食中毒に関連があると思われるもの場合は、その領域に関する専門的能力を持つ Food Safety Branch に調査を依頼する。

日常、届け出感染症のフォローアップはアウトブレイク時以外は、患者に対する質問紙か、市町村の Environmental health officer がインタビューによってフォローする。

そのほか、WA Local Government Act と Health Act によれば市町村レベルでも感染症コントロールのための法をつくる権限が認められている。州政府が中心的な役割を担ってはいるが、市町村レベルの自治体も関わっていることになる。

## 2. 食品衛生

連邦政府レベルの最上位の機関は、Australia New Zealand Food Regulation Ministerial Council (ANZFRMC) である。これは国内の食品に関する法律やガイドラインを作成する機関であり、連邦政府、州、準州、ニュージーランド政府、産業界、消費者団体によって構成される。長は連邦政府首相であり、事務局は連邦政府の Population Health Division の Food Regulation Secretariat に置かれている。

ANZFRMC に対して政策的なアドバイスを行う機関が Food regulation Standing Committee である。構成メンバーは、州政府の関係者、市町村団体の長である。

実働部隊には 2 つがある。一つが Development and Implementation Sub-Committee であり、実践的な政策や政策ガイドラインを開発する任を負う、

もう一つが a rapid-response Technical Advisory Group 及び Food Standards Australia New Zealand である。この機関がすべての国内の食品基準を政府の法に基づいて作成している。