

15. Current state of dissemination with official body

- We want to learn about the name, the content and the date of enforcement of website to which dissemination is done with official body for traditional medicine, complementary and alternative medicine and integrative medicine.
- We want to learn about the name, the content and the date of enforcement of the guideline and indicator concerning traditional medicine, complementary and alternative medicine and integrative medicine with official body.

16. Recently, are there a policy, a stance where the government put out complementary and alternative medicine or integrative medicine or a report that described it?

17. Are there an interesting report, a research, and a government policy etc. concerning cost-effectiveness and the effect of the medical treatment expense reduction by complementary and alternative medicine or integrative medicine?

18. Please teach us the reason though two or more traditional medicines are used for the medical policy as a formal medicine in India. Is the reason for the government for instance that traditional medicine is used as the substitution because the supply of modern West medicine has not spread enough in the people in India?

* We want to get them if there are investigation reports and materials, etc. about these question items in India.

訪問の趣旨

(台湾)

アジア諸国の医療においては、西洋医学以外にも、鍼灸や漢方薬などの伝統的な東洋医学が広く用いられています。また、最近では、これら以外にもハーブ、健康食品、アロマセラピーなどの相補・代替医療や新しい領域で健康に関連するビジネスも登場してきています。日本では、これらの西洋医学、東洋医学などの伝統医療、相補・代替医療や新しい健康関連産業を総合して「統合医療」とよんでいます。明確な定義は存在していません。

国民の健康への関心がたかまるなかで、西洋医学だけに偏ることなく、医療制度の中で統合医療の利用の推進や、逆に規制のあり方を考えることは重要と考えています。特に、日本と同じように、西洋医学と伝統医学とが共存し、伝統医薬をベースにした健康食品が広く用いられている台湾から学ぶべき点は多いものと考えられます。

今回、われわれは日本の厚生労働省から研究補助金をうけ、台湾における統合医療の規制の現状と医療費への影響について調査することになりました。

つきましては、お忙しいところ恐縮ですが、以下の点につきまして教えていただきたく、2時間程度のインタビューをお願い申し上げます。また、関連する資料がありましたらいただくことができれば幸いです。

研究代表者：京都大学 副学長 兼 大学院経済学研究科 教授 西村 周三

分担研究者：名城大学薬学部 教授 坂巻 弘之

千葉大学法経学部 教授 広井 良典

京都大学大学院医学研究科 教授 中山 健夫

調査項目

(台湾)

① 定義、その種類と範囲

統合医療

- ・ 台湾には統合医療という概念は存在するか？
- ・ 台湾に統合医療という概念が存在するなら、それにはどのようなものが含まれるか？

相補・代替医療

- ・ 台湾には相補・代替医療という概念は存在するか？
- ・ 台湾に相補・代替医療という概念が存在するなら、それにはどのようなものが含まれるか？
- ・ 日本では、統合医療や相補・代替医療の厳密な定義が存在していないので、健康食品、健康セラピー、相補・代替医療などについて台湾で調査された論文や調査レポートがあれば、それらをいただきたい。

伝統医学

- ・ 台湾の伝統医学にはどのようなものが含まれるか：日本では、国家資格として認められるものには、鍼灸、按摩・マッサージ、柔道整復、漢方薬があるが、台湾ではどうか？国家資格や公的資格以外に、任意による資格があるのか？

健康食品・機能性食品

- ・ 台湾には健康食品、機能性食品という概念は存在するか？
- ・ 台湾に健康食品、機能性食品という概念が存在するなら、それにはどのようなものが含まれるか？
- ・ 日本には、保健機能食品制度により、栄養機能食品と特定保健用食品がある。栄養機能食品は、必須栄養素を対象とし、日本の厚生労働省による一定の規格基準を満たすことを条件に、栄養素機能表示を行ない、日本の厚生労働省から個別の審査や認可を受ける必要のない製品である。特定保健用食品は、ある一定の科学的根拠を有することが認められた個別のケースに関して、日本の厚生労働省から認可を受けた製品である。台湾には、日本の保健機能食品制度のような制度が存在し、栄養機能食品や特定保健用食品のような製品は存在するか？
- ・ 台湾に栄養機能食品や特定保健用食品のような製品が存在する場合、その定義と現在のそれぞれの数、種類。

② 資格の現状

- ・ 伝統医学関連資格の種類（国家資格、任意団体による資格）と有資格者数
- ・ 伝統医学関連資格者の養成機関の種類（国公立大学・短大、私立大学・短大、国公立専門学校、私立専門学校、私塾など）と、それぞれの養成機関の数。
- ・ 伝統医学以外の相補・代替医療や統合医療関連の資格の種類（国家資格・任意団体の

資格)と有資格者数

- ・ 伝統医学以外の、統合医療関連資格者の養成機関の種類(国公立大学・短大、私立大学・短大、国公立専門学校、私立専門学校、私塾など)と、それぞれの養成機関の数。

③ 提供機関の現状

- ・ 伝統医学や相補・代替医療のみを提供している機関の種類(国公立病院・診療所、私立病院・診療所、薬局、その他)と、それぞれの施設の数。
- ・ 統合医療(伝統医学や相補・代替医療と西洋医学の両方)を提供している機関の種類(国公立病院・診療所、私立病院・診療所、薬局、その他)と、それぞれの施設の数。

④ 適応範囲の現状

- ・ 伝統医学や相補・代替医療、統合医療はどのような症状や疾病、目的に適応されているか、その内容と数。

⑤ 利用者の現状

- ・ 伝統医学や相補・代替医療、統合医療の利用者数(年間の国民利用者数、利用率など)
- ・ 利用者の伝統医学や相補・代替医療、統合医療の利用目的は何か?(健康増進、疾病予防、症状の緩和、疾病の治療など)

⑥ 保険適応の現状

- ・ 伝統医学や相補・代替医療、統合医療の公的保険適応の可否、公的保険適応の際は、その適応保険の名称と年間支払い金額
- ・ 伝統医学や相補・代替医療、統合医療の民間保険適応の適否、民間保険適応の際は、その適応保険の名称または総称と年間支払い金額

⑦ 規制する法律の現状

- ・ 伝統医学や相補・代替医療、統合医療を規制する法律の名称と施行年月日

⑧ 政府管轄機関の現状

- ・ 伝統医学や相補・代替医療、統合医療を管轄する政府機関(省庁)名と部署名、業務内容、人員数、年間予算額

⑨ 研究機関の現状

- ・ 伝統医学や相補・代替医療、統合医療の公的研究機関名、研究対象、研究内容、研究者数、年間研究予算額
- ・ 伝統医学や相補・代替医療、統合医療を研究している大学名、研究対象、研究内容、研究者数、年間予算額

⑩ 市場規模

- ・ 伝統医学や相補・代替医療、統合医療の市場の範囲(内訳)と市場規模金額

⑪ 学術団体の現状

- ・ 代表的統合医療(伝統医学や相補・代替医療も含む)の学術団体の数と名称、活動内容、会員数

⑫ 業界団体の現状

- ・ 代表的統合医療（伝統医学や相補・代替医療も含む）の業界団体の数と名称、活動内容、会員数
 - ⑬ 支援団体の現状
 - ・ 代表的統合医療（伝統医学や相補・代替医療も含む）の支援団体・協会の数と名称、活動内容、会員数
 - ⑭ 学会誌（学術雑誌）の現状
 - ・ 統合医療（伝統医学や相補・代替医療も含む）を扱う学会誌（学術雑誌）の数と名称
 - ⑮ 公的機関の情報提供の現状
 - ・ 統合医療（伝統医学や相補・代替医療も含む）の情報提供をしている公的機関の web サイト（伝統医学も含む）名称と内容、施行年月日
 - ・ 統合医療（伝統医学や相補・代替医療も含む）のガイドライン・指針の名称と内容、施行年月日
 - ⑯ 統合医療への対応について最近政府等が出した政策方針やスタンスのようなもの（あるいはそれを記載した報告書など）はあるか。
 - ⑰ 伝統医療に関する費用対効果（医療費削減効果）に関して興味深い報告や研究、政府方針等はあるか。
 - ⑱ 台湾では複数の伝統的医学を正式な医学として医療政策に用いているが、その理由を教えてください。例えば、台湾では近代西洋医学の供給が国民に十分行き渡っていないため、政府はその代替として伝統的医学を用いているからですか。
- * これらの質問項目について、台湾で調査された論文や調査レポート、資料があれば、それらをいただきたい。

访问宗旨

在亚洲各国的医疗领域中，除了西洋医学之外，针灸、中药等东洋传统医学得到广泛应用。此外，最近香草、健康食品、芳香疗法等辅助替代医疗及新领域的健康相关产业也陆续登场了。这些西洋、东洋传统医疗、辅助替代医疗及新兴健康相关产业在日本总称为“统合医疗”，但是目前并没有明确的定义。

在对国民健康关心高涨的今天，不能只偏颇西洋医学，思考医疗制度中统合医疗的推动及规定是很重要的。特别是台湾与日本一样，西洋医学与传统医学并存，以传统医药为基础的健康食品广泛流行，我们深感从台湾需要学习的东西很多。

这次我们申请到日本厚生劳动省的科研经费，进行关于台湾统合医疗的规定现状及对医疗费的影响的调查。

百忙之中打扰您，真是不好意思。我们想就以下问题，对您进行 2 个小时左右的采访。另外如果能得到相关资料，我们将非常感激。

项目负责人：京都大学 副校长 兼 研究生院经济学研究科 教授 西村周三

项目组成员：名城大学药学系 教授 坂卷弘之

千叶大学法经系 教授 广井良典

京都大学研究生院医学研究科 教授 中山健夫

提问内容

① 定义、种类及范围

统合医疗

- 在台湾存在统合医疗的概念吗？
- 在台湾若存在统合医疗的概念，其包含什么内容？

辅助替代医疗

- 在台湾存在辅助替代医疗的概念吗？
- 在台湾若存在辅助替代医疗的概念，其包含什么内容？
- 因为在日本不存在统合医疗和辅助替代医疗的严密定义，所以要是有关于台湾的健康食品、健康疗法、辅助替代医疗的相关论文及调查报告，能否给我们一些。

传统医学

- 台湾的传统医学包含什么内容？在日本作为国家资格认定的资格有针灸、按摩推拿、柔道正骨、中药，在台湾呢？国家资格及公共资格以外，有其他组织认定的资格吗？

健康食品、功能性食品

- 在台湾存在健康食品、功能性食品的概念吗？
- 在台湾若存在健康食品、功能性食品的概念，其包含什么内容？
- 在日本根据保健功能食品制度，分为营养功能食品和特定保健食品。营养功能食品是以人体必需营养元素为对象的产品，须满足日本厚生劳动省的规格基准，标示营养元素的功能，但无须接受日本厚生劳动省的个别审查或批准。特定保健食品是经日本厚生劳动省批准的有一定科学根据的个别产品。在台湾存在类似于日本保健功能食品制度吗？存在类似于营养功能食品和特定保健食品的产品吗？
- 在台湾若存在营养功能食品和特定保健食品，其定义是什么？目前的数量、种类有多少？

② 各种资格现状

- 传统医学相关资格的种类（国家资格、其他组织认定资格）和资格持有者人数。
- 传统医学相关资格人才培养机构的种类（国家直属及省属大学、私立大学、职业学校、中专、技校、培训班等）和各类机构数量。
- 传统医学之外，辅助替代医疗及统合医疗相关资格的种类（国家资格、其他组织认定资格）和资格持有者人数。
- 传统医学之外，统合医疗相关资格人才培养机构的种类（国家直属及省属大学、私立大学、职业学校、中专、技校、培训班等）和各类机构数量。

③ 医疗机构现状

- 只提供传统医学及辅助替代医疗的机构种类（公立医院诊所、私立医院诊所、药店、其他）及各类设施的数量。
- 提供统合医疗（传统医学、辅助替代医疗和西洋医学）的机构种类（公立医院诊所、私

立医院诊所、药店、其他)及各类设施的数量。

④ 适用范围现状

- 传统医学、辅助替代医疗及统合医疗适用于哪些症状、疾病、治疗目的? 其治疗内容及治疗数量是多少?

⑤ 治疗人数

- 传统医学、辅助替代医疗及统合医疗的治疗人数(治疗人数/年、比例)。
- 接受传统医学、辅助替代医疗及统合医疗治疗的患者的治疗目的是什么?(健康促进、疾病预防、病症缓解、疾病治疗等)

⑥ 医疗保险现状

- 传统医学、辅助替代医疗及统合医疗是否适用于国家医疗保险? 若适用, 其相对应的保险名称及保险费/年是多少?
- 传统医学、辅助替代医疗及统合医疗是否适用于商业医疗保险? 若适用, 其相对应的保险名称及保险费/年是多少?

⑦ 法律法规现状

- 传统医学、辅助替代医疗及统合医疗的法律法规的名称及实施时间。

⑧ 政府管理机构现状

- 对传统医学、辅助替代医疗及统合医疗进行管理的政府机关的名称、部门名称、工作内容、人员人数、预算/年。

⑨ 研究机构现状

- 对传统医学、辅助替代医疗及统合医疗进行研究的国家研究机构名称、研究对象、研究内容、研究人员人数、研究预算/年。
- 对传统医学、辅助替代医疗及统合医疗进行研究的大学的名称、研究对象、研究内容、研究人员人数、研究预算/年。

⑩ 市场规模

- 传统医学、辅助替代医疗及统合医疗的市场范围(详细内容)和市场规模。

⑪ 学术团体现状

- 代表性的统合医疗(同时包含传统医学和辅助替代医疗)学术团体的数量、名称、活动内容及会员人数。

⑫ 行业协会现状

- 代表性的统合医疗(同时包含传统医学和辅助替代医疗)行业协会的数量、名称、活动内容及会员人数。

⑬ 救助团体现状

- 代表性的统合医疗(同时包含传统医学和辅助替代医疗)救助团体和救助组织的数量、名称、活动内容及会员人数。

⑭ 学会杂志(学术杂志)现状

- 统合医疗(同时包含传统医学和辅助替代医疗)相关的学会杂志(学术杂志)的数量及

名称。

⑮ 公共机构信息提供的现状

- 提供统合医疗（同时包含传统医学和辅助替代医疗）信息的公共机构的网页及其内容、创建日期。
- 统合医疗（同时包含传统医学和辅助替代医疗）的方针名称及其内容、实施日期。

⑯ 府针对传统医疗是否出台了一些方针、政策，或表达了立场，或是提出了报告书？

⑰ 否有关于传统医疗的费用效益（降低医疗费的效果）方面的研究、报告或政府方针等？

⑱ 在台湾多数传统医学作为正式的医疗手段，适用于各种医疗政策，请告诉我们其中的原因。
例如在台湾近代西洋医学还未完全普及，所以政府用传统医学取而代之。

* 如果有关于以上问题的相关论文、调查报告、资料，能否给我们一些。

別添4

Ⅱ. 分担報告書 1.

厚生労働科学研究費補助金（医療安全・医療技術評価総合研究事業）

統合医療による国民医療費への影響の実態把握研究

分担報告書

韓国（大韓民国）における統合医療の現状調査研究

分担研究者 坂巻 弘之（名城大学薬学部 教授）

分担研究者 広井 良典（千葉大学法経学部 教授）

研究協力者 小野 直哉（同志社大学感情ストレス健康研究センター）

研究協力者 呉 銀煥（京都大学大学院経済学研究科・経済研究所）

研究要旨

目的：韓国における統合医療や相補・代替医療の概念や種類、範囲の把握、及び保険上の位置付け、現行及び今後の規制に関する状況を把握し、韓国における統合医療や相補・代替医療の現状を検討すること。方法：韓国における統合医療や相補・代替医療の概念や種類、範囲に関連する既存データや文献等の情報、及び保険上の位置付け、現行及び今後の規制に関する状況を、インターネット調査、及び現地の政府や民間の統合医療や相補・代替医療関連機関への訪問調査を通して、体系的に情報を収集した。結果：韓国の医療体系は西洋医学と東洋医学の二本立ての体制で、正規の医師として、西洋医師と韓医師が存在し、漢方治療よりも鍼灸治療が保険適用されている。韓医学は西洋医学と同様に6年間の大学教育と4年間の研修医制度をとっている。また、日本の保健機能食品制度と同様の制度があり、韓国政府が機能性食品の認証や管理を積極的に行っており、健康食品産業が盛んであり、他の相補・代替医療も多く国民に利用されている。考察：日本と医療制度が類似している韓国では、日本では見られない、伝統医学を取り入れた正規の医療システムが、西洋医学と共存している。西洋医学と韓医学を併用した統合医療モデルも大学等で実践が始まり、新たな医療サービスの提供と産業の創出を試みており、学術及び産業界のみならず、国策としての動向が伺える。結論：韓国における統合医療や相補・代替医療は、医療及び産業において、日本以上に活用されており、特に韓医学は、韓国民の福祉と経済発展のための韓国独自の資源として、医療資源及び知財産資源の両面から活用されている。

A. 研究目的

韓国における統合医療や相補・代替医療（特に伝統医学及び健康食品等）の概念や種類、範囲の把握、及び韓国における統合医療や相補・代替医療（特に伝統医学及び健康食品等）に関する保険上の位置付け（公的保険、私的保険の償還の現状等）、現行及び今後の規制（制度上、正規の医療システ

ムに含まれるか否か等）に関する状況を把握し、韓国における統合医療や相補・代替医療（特に伝統医学及び健康食品等）の現状を検討すること。

B. 研究方法

韓国における統合医療や相補・代替医療（特に伝統医学及び健康食品等）の概念や

種類、範囲に関連する既存データや文献等の情報、及び統合医療や相補・代替医療（特に伝統医学及び健康食品等）に関する保険上の位置付け（公的保険、私的保険の償還の現状等）、現行及び今後の規制（制度上、正規の医療システムに含まれるか否か等）に関する状況を、インターネット調査、及び現地の政府や民間の統合医療や相補・代替医療（特に伝統医学及び健康食品等）関連機関への質問項目を用いての訪問調査を通して、体系的に情報を収集した。

（倫理面への配慮）

文献調査を基本としており、倫理面への配慮は必要ない。

C. 研究結果

1. 韓国の社会状況

地理・環境

韓国(大韓民国)はアジア大陸の北東部の朝鮮半島にある民主共和国で、面積は9万9,600 km² (半島全体面積22万2,300 km²の45%)である。朝鮮半島は南北間の距離が約840 km、東西間の距離が1,200 km (島を含む)で、全国土の75%が山地である。また、東・西・南の三面が海で、数多い島もあり、北では鴨緑江と豆満江を境に中国とロシアに接して、南では日本海(大韓海峡)を間に日本と向き合っている。

民族は韓民族の単一民族で、人種はモンゴル系、言葉は韓国語である。文字はハングルであるが、漢字も使える。

人口構成

1955年朝鮮戦争の直後、韓国の人口は2,152万名であったが、その後社会が安定

し、ベビーブームと医学の発展による嬰兒死亡率の低下のため5年後の1960年には2,498万名で、約400万人が増加した。しかし、1960年代に入って、経済開発5階年計画とともに家族計画事業が推進され、出生率は徐々に低くなり、1960-1966年の間の年人口増加率が2.7%であったのに比べ、1966-1970年には1.89%にまで低下した。そして、1981年には人口3,872万名、人口増加率1.57%であったが、1991年には4,329万名、人口増加率0.99%、2004年には4,808万名で、人口増加率は0.6%である。このように、人口の増加率が減少したのは家族計画事業の成功と国民意識水準及び価値観の変化による出産力の急速な減少のためである。今後も人口の増加率は少なくなり、2020年50,650,000名として最高に達した後、総人口は減少すると予測されている。

2001年平均寿命は男子70歳、女子77歳で1973年(男子59.6歳、女子67歳)に比べ、男子10.4歳、女子10歳長くなった。全体の人口の中で15歳未満の人口の比重は1980年34.0%、1990年25.6%、2003年20.3%で低くなっているが、生産可能人口である15-64歳の比率は1980年62.2%、1990年69.3%、2003年71.4%で高くなっている。また、65歳以上の高齢人口の比率も1980年3.8%、1990年5.1%、2003年8.3%で継続的に高くなり、ついに高齢化社会に入った。65歳以上の人口は2018年には14.3%、2026年には20.8%まで達すると思われる。

宗教

現在、韓国の宗教は大きく仏教、儒教、

キリスト教、新興宗教の4つに分かれる。仏教はいまでも民衆の宗教として機能を担当しており、儒教は宗教集団化してないが韓国人の倫理・思想的には大きな影響を及ぼしている。キリスト教はプロテスタントとカトリックに分かれるが、全体人口の1/4を超える信者達が活発に信仰生活をしている。その他天道教・大東教・円仏教等も民族主義的な性質を持って、活動している。

シャマニズムは韓国人の意識の深いところがあり、正統宗教を信じる人々でもその意識の根底には土俗的・祈福的信仰の要素が影響を及ぼしている。1995年韓国の人口住宅総調査によると、仏教人口が23.2%、プロテスタント19.7%、カトリック6.6%、儒教0.5%であり、宗教を持ってない人口も49.3%であった。

政治体系および行政制度

韓国の政治体系は大統領直撰制で、大統領は5年単任制である。統治構造は立法、行政、司法の機能を担当する国会、政府、法院があり、互いに権力分立、相牽制をしている。大統領は行政部の首班であり、国家の元首であるが、国会の解散権は持っていない。国務会議は大統領、国務総理、国務委員として構成される。行政組織としては1人の国務総理と財政経済部、教育人的資源部、科学技術部の各長官が兼職している3人の副総理がある。

主な部では財政経済部、教育人的資源部、科学技術部、統一部、外交通商部、法務部、国防部、行政自治部、文化観光部、農林部、産業資源部、情報通信部、保健福祉部、環境部、労働部、女性家族部、建設交通部、海洋水産部などの18部がある。

地方行政組織としては首都である1特別市(seoul市)と6広域市(pusan市, daegu市, incheon市, kyongju市, daejeon市, ulsan市)及び9道(kyunggi道, kangwon道, chungcheongbuk道, chungcheongnam道, kyungsangbuk道, kyungsangnam道, jeonrabuk道, jeongnam道, jeju道)があり、その中に250市・郡・区がある。

経済状況

工業部門に対する政策は、輸入→生産(輸入相補・代替)→輸出の類型であるが、このような過程は消費財→中間財→資本財→知識及び情報産業で移行している。

2006年国内総生産額(Gross domestic product:GDP)は847.9兆ウォンで、GNIは18,372ドルである。

韓国経済は5%近い経済成長を達成しているが、住宅価格高騰、格差の拡大(両極化)や若年層の失業率の高さ等に対する国民の不満は強い。これに対し、「大韓民国747」(毎年の実質GDP成長率7%を維持し、10年後に国民1人当たりの所得4万ドル、世界第7位の経済大国とすることを目標とする構想)を選挙公約に掲げて当選した初の財界出身大統領である李明博大統領に対する経済再建への期待が高まっている。

また、韓国経済は外需に大きく依存する経済構造で、輸出入の合計が名目GDPに占める割合は70%強である。2007年の最大の貿易相手国は中国で、日本は米国に次いで第3位であった。

国民の健康状態

主な保健指標(単位、データ発表年)

- 0歳平均余命(年、2004) 男73、女80

- 健康寿命 (HALE) (年、2002) 男 65、女 71
- 15-60 歳死亡率 (人口千対、2004) 男 151、女 55
- 5 歳以下死亡率 (出生千対、2004) 6
- 乳児死亡率 (出生千対、2004) 5
- 新生児死亡率 (出生千対、2000) 3
- 妊産婦死亡率 (出生十萬対、2000) 20
- 年齢調整死亡率／がん (人口十萬対、2002) 186
- 年齢調整死亡率／循環器疾患 (人口十萬対、2002) 169
- 年齢調整死亡率／事故 (人口十萬対、2002) 67

(出典：World Health Organization 2006)

韓国は、先進国でも経験したことのない深刻な低出生率と早い速度の高齢化の中にある。15-49 歳の女性 1 人の平均出生児数は 1975 年 3.4 名から急激に減り続き、2003 年には 1.19 まで落ちた。反面、高齢化速度は、高齢化社会から高齢社会に進行するのに 18 年 (2000 年→2018 年)、高齢社会から超高齢社会に達するのに僅か 8 年 (2018 年→2026 年) しかかからない事に、不安感が高まっている。

従って、2004 年には積極的な老人福祉政策の樹立のため、大統領直属の「高齢化社会対策及び社会統合企画団」を設置し、「低出生率・高齢社会対応のための国家実践戦略」を作った後、2005 年 5 月には老後の所得及び住宅・税制・金融などの内容を含む「低出生率・高齢社会基本法」を制定・公表した。また、老人生活用品・機器の開発、R&D 支援、標準化、金融支援方案などの内容を包括する「高齢親和産業振興法」の制定を推

進する計画を持っている。

韓国人の 5 大死亡原因 (2003 年) は癌 (人口 10 万当たり死亡者数 131.8)、脳血管疾患 (75.5)、心臓疾患 (35.6)、糖尿病 (25.0)、自殺 (24.0) である。平均余命は 1960 年 52.4 歳、1970 年 63.2 歳、1980 年 65.8 歳、1990 年 71.6 歳、2000 年 75.9 歳で、2004 年には 77.7 歳まで伸びている。

2. 保健医療システム

国・地方の行政組織と役割

保健行政組織は中央国家組織として保健福祉部があり、広域行政組織の 16 各市・道には保健福祉局がある。そして、地域保健医療機関として地域住民に直接保健サービスを提供する保健所と保健支所 (地域保健法によって設置・運営されている)、保健診療所 (農漁村保健医療のための特別措置法により設置される) がある。保健所は市・郡・区別に 1 ヶ所 (計 246)、保健支所は人口 2 万以上 5 万以下の小都市の邑・面に各 1 つ (1,273 ヶ所)、里単位の僻地には保健診療所が 1,902 ヶ所設置されている (2004 年)。

保健福祉部は保健衛生、防疫、医政、薬政、生活保護、自活支援、老人、障害者、社会保障及び福祉に関する政策を策定し、事務を管掌する。保健所は主に予防保健事業を行っており、具体的な業務は①国民健康増進・保健教育・口腔教育及び栄養改善事業、②伝染病の予防・管理及び診療、③母子保健及び家族計画事業、④老人保険事業、⑤公衆衛生及び食品衛生、⑥医療人及び医療機関に対する指導などに関する事項、⑦医療技師・医務記録師及び眼鏡師に

関する指導などに関する事項、⑧応急医療に関する事項、⑨農魚村など保健医療のための特別措置法による公衆保健医師・保健医療院（即ち、病院としての要件を備えている保健所）及び保健診療所に対する指導に関する事業、⑩薬事に関する事業、⑪麻薬・向精神性医薬品の管理に関する事項、⑫家庭・社会福祉施設などを訪問して提供する保健医療事業、⑬地域住民に対する医療、健康診断及び慢性退行性疾患などの疾病管理に関する事項、⑭保健に関する実験または検査に関する事項、⑮障害者のリハビリ事業、その他保健福祉部令で定めている社会福祉事業、⑯その他、地域住民の保健医療の向上・増進及びこれらのための研究などに関する事業などである。

医療保険制度の変遷

1963年医療保険法が制定され、従業員300人以上の事業場には任意で医療保険組合を設立する事が可能になったが、あまり活発ではなかった。それで、1970年代、第4次経済開発5カ年計画で医療保障制度が実施され、1977年生活保護者に対する医療保護が適用された。また、国民負担の能力などを考慮し、実施可能な賃金所得者から徐々に医療保険制度の適用を拡大し、1977年500人以上の事業場勤労者に医療保険実施（初めての強制適用）、1979年公務員及び私立学校教職員の医療保険適用、300人以上事業場まで医療保険を拡大した後、1988年職場医療保険の対象を5人以上事業所まで拡大した。また、地域住民に対しては1981年から部分的な示範事業を実施し、1988年農魚村地域医療保険をはじめ、1989年には都市地域住民まで制度を適用する事

になり、医療保険制度を導入した12年目に完全な国民皆保険が達成した。

運営面では2000年7月から地域・職場医療保険組織を1つに統合し、医療保険事業を国民健康保険公団が運営するようになり、2003年7月からは職場と地域の加入者の財政も統合した。

適用現状

全国民の96.9%である4,737万名が国民健康保険制度の適用になり、残り3.1%である基礎生活保障対象者、国家有功者などが医療給付制度に入っている（2004年）。

管理運営

国民健康保険は保健福祉部、国民健康保険公団、健康保険審査評価院により運営されている。保健社会部は健康保険関連政策を決定し、健康保険業務の全般を総括している。国民健康保険公団は健康保険の保険者として加入者の資格管理、保険料の賦課・徴収及び保険給与費用の支給などの業務を行なっている。そして、健康保険審査評価院は療養機関から請求された療養費用を審査するとともに療養給付の適正性を評価している。

財源調達体系

社会保険方式で運営されている韓国の保険制度は、加入者及び使用者から徴収した保険料と国庫及び健康増進基金など政府支援金を財源としている。保険料は職場加入者の場合、所得比例定率制である。即ち、勤労者に一定の期間中に支給された報酬を基準として等級別に算定した標準報酬月額に保険料率を適用し計算された金額を、加

入者と使用者が各 50%ずつ負担する。また、地域加入者の場合は、所得・財産、生活水準など賦課要素別点数を合算して、適用点数を算出した後、適用点数当たり単価を掛けて算定、世帯別に賦課している。

自営業者など地域住民の場合は 1998 年地域保険を始めた時から保険料負担を軽減させるため保険料の一部と保険事業運営に必要な管理運営費を国庫から支援してきた。2002 年からは健康保険財政健全化特別法（2002 年 1 月制定）によって地域加入者に対する保険給付費用と地域加入者に対する運営費の 40%（2005 年からは 35%）の金額を国庫から、10%（2005 年からは 15%）に相当する金額を国民健康増進基金から支援している。

保険給付

加入者または被扶養者が療養給付を受ける時、その診療費用の一部分を本人が負担する。本人負担額は入院の場合は診療費総額の 20%、外来の場合は療養機関の種類によって 30-50%を差等適用している。医療供給者の対する費用の補償は行為別報酬制（fee-for-service）を根幹としているが、行為別報酬制の問題点を改善するとともに多様な報酬支払い制度を運営する方案として 7 疾病群に対しては疾病群別包括報酬制度（DRG）を選択適用している。

保健医療体系

韓国の保健医療体系は民間分野によって主導されており、約 90%の医師と大部分の病床を民間部門が保有している。政府は医療サービス提供者として限定的な役割をもって、民間医療市場の規制に対しは自由放

任政策を維持している。

また、1 次、2 次、3 次として区分される医療サービス依頼体系がなくなり、患者は医療供給者（医師または病院）を自由に選択できる。

病床は受益性の高い急性病床数が多く、慢性疾患のための施設と病床数は不足している。平均入院期間も長く、国民医療費のなかで薬剤費が占める割合が大きい（約 30%）。

マンパワー

法律で定められている保健医療関連マンパワーは、①医療法第 2 条で医療人として規定された医師、歯科医師、韓（漢）医師、助産師及び看護師、②薬師法第 3 条の薬剤師、韓薬剤師、③医療技士などに関する法律第 2 条の医療技士（臨床病理士、放射線士、物理治療士、作業治療士、歯科機工士、歯科衛生士、）と医務記録士、眼鏡士などと医療法第 58 条の看護助務士がある。保健医療関係マンパワーの養成機関は 2005 年現在、医科大学（41 校、入学定員 3,097 名）、歯科大学（11 校、750 名）、韓医科大学（11 校、750 名）、薬学大学（20 校、1,210 名）、看護大学（52 校、2,786 名）、看護専門大学（63 校、8,130 名）などである。2004 年の医療関係マンパワーの免許登録の状況は医師 81,914 名、韓医師 14,348 名、歯科医師 20,727 名、薬剤師 53,537 名、看護師 202,012 名、看護助務師 321,152 名、医療技師 124,638 名などである。免許を持っている保健医療免許及び資格者の供給は 1970 年代以後、量的に増加しているが、医療 1 人当たり人口は 2003 年医師 608 名、歯科医師 2,666 名、薬剤師 1,482 名、看護師 465 名

で日本（2000）の各 517 名、1,436 名、888 名、129 名に比べると多い。

保健医療マンパワーの市場の特徴として医師マンパワーの不均衡な分配、即ち専門医の比重が大きい事で、2004 年末専門医資格の登録者は 26 個の専門科目に 57,506 名で全医師の 70.9%である。ここで専門医とは、医師免許を持ち、医療法第 55 条及び専門医の修練および資格認定などに関する規定により保健福祉部の長官が指定する修練病院でインターン 1 年（家庭医学科除き）とレジダント 4 年（家庭医学科、結核科、予防医学科 3 年）の修練を履修した人で、大韓医師協会が試行する該当専門医試験に合格した後、保健福祉長官から専門医資格の認定を受けた者をいう。

医薬分業

韓国は 2000 年 8 月 1 日から医師と薬剤師の機能を分離する医薬分業を実施した。そして、原則的にすべての医療機関の医師は外来患者に院外処方箋を発行しなければならない事になり、医療機関の調剤室で調剤業務に従事する薬剤師は院外処方箋を持っている患者に医薬品を調剤するのが禁じされた。医薬分業の初期の評価では医薬品、特に抗生剤の消費が減少されたが、医薬分業のため医者による薬によるマージンがなくなり、医者達は長期ストライキに入った。その結果、保険の報酬が 41%引き上げされた。

韓方政策（漢方政策）

韓国で長い歴史をもつ伝統医学を育成・開発するため、2003 年韓医学育成法を制定し西洋医学とは違う韓医学を規律する独自の法律体系が存在するようになった。2004

年 12 月現在韓医師は 15,333 名、韓医科大学は 11 あり、韓薬剤師は 653 名、3 大学がある。韓医師の中でも専門医があり、韓医師として専門医になるためには保健福祉部長官が指定する修練韓方病院で一般課程 1 年、専門課程 3 年の修練を受ける。専門科目は韓方内科、韓方婦人科、針灸科など 8 科目が設置されている。2005 年修練韓方病院は 56 箇所があり、韓方専門医 724 名が修練をうけており、現在までの韓医師専門医は 1,013 名である。2004 年末韓方病院は 151 ヶ所、韓医院は 9,860 ヶ所など約 1 万の韓方医療施設がある。

健康政策・保健計画

国民の健康水準は所得増加、生活環境の改善、全国民医療保険制度の導入などによって大きく向上された。病院級医療機関（療養、漢方、歯科を含む）は 1975 年 178 ヶ所から 2002 年 12 月 1,305 ヶ所に増加し、活動医師数も 1975 年 22,183 名から 2002 年 83,822 名まで増加した。従って、1960 年代の平均寿命は 52.4 歳、乳幼児 1 千名当たり死亡率は 61.0 であったが、1999 年には平均寿命 75.54 歳、乳幼児死亡率 6.2 になった。

しかし、今の健康問題は感染症及び悪い衛生状態による危険よりも、国民の生活様式の変化、人口の高齢化などによる生活習慣病と事故などに起因し、これらの要因による疾病が全死亡率の大きな比率を占めるとともに早期死亡と医療費増加の原因になっている。従って、疾病の予防・発見と安全事故予防に焦点を置く積極的な健康政策の樹立が要求されている。

国民健康増進事業

国民健康増進事業の円満な推進に必要な財源を確保するため、1995年健康増進法が制定され、1996年から国民健康増進基金が助成されている。基金助成の財源はタバコ事業者負担金（1997年5月から負担）と医療保険者負担金（1996年9月—2001年賦課）で、タバコ事業者負担金は、最初「タバコ20本1箱当たり」2ウォンから2001年150ウォン、2004年354ウォンまで引き上げるようになった。

健康増進基金で行なっている重要な健康増進事業は①健康増進疾病予防（口腔保健、国家癌管理、AIDS管理、高血圧・糖尿など慢性疾患管理、精神保健管理など）、②健康生活実践（禁煙、栄養管理、節酒、運動管理事業を通じて国民の直接的な健康生活実践の誘導）、③公共保健医療拡充（地域癌センター建設、リハビリ専門病院の建設など）、④医療体系構築（血液安全管理体系の構築及び血液自給自足のための献血の家設置など）、⑤研究開発事業、⑥国民健康保険支援（国民健康増進負担金収入の65%範囲内で支援）などである。

健康生活事業を行なうことによって、2000—2010年の期間中、①20歳以上男性の喫煙率を67%から30%まで減らす、②栄養と関連して正常体重の人口比率を69%から75%まで上げる、③20歳以上の運動実践率を（週3回以上）8.6%から17.2%まであげる、④国民1人当たりアルコール消費量を8.7ℓから7.0ℓまで減らす、⑤高血圧有病率を男子100名当たり26.6名から19.7名に減らす、⑥脳血管疾患の有病率を男子人口千対9.5から9.0に減らすなどを目標にしている⁵。そして、これらの目標を達成

するために全国保健所を中心として保健教育と広報、喫煙・飲酒・栄養・運動など健康生活実践事業を実施している。

3. 韓国の統合医療及び相補・代替医療の現状

韓国の伝統医学

韓国の伝統医学は古代中国医学にその源を発している。近代に入って日本の影響を受け、「漢医学」または「東洋医学」と呼ばれてきたが、1986年法律が改正され、「韓医学」に正式に決められた。「韓医学」は韓国の歴史、文化、慣習、伝統などに影響を受け、特に東洋医学の中で鍼灸学は隣国である日本、中国とは相当異なる制度と伝統を持ちながら発展してきた。それに、韓国人の東洋医学に対する認識は「一鍼二灸三薬」という言葉があるほど鍼灸術を第一の治療方法として依存する傾向が非常に高いと言える。

韓国の医療制度はいずれも教育課程が6年間である西洋医学と東洋医学という二本立て体制で、この二つの医療制度は互いの排他性を尊重しながら、共存するシステムを長い間保ってきた。そのため、一般に医師（medical doctor）といっても漢薬と鍼灸術を使って患者を診ることはできず、韓医師も洋薬を使うことができないのである。

また、他国と異なって韓国では鍼灸師（acupuncturist）を鍼灸士と呼ぶ制度が40年前になくなり、その代わりに韓医師（Oriental Korean Medical Doctor：OMD）がその役割を果たしている。また、大学教育の鍼灸師課程も、他国は3年あるいは4年の課程が終わると鍼灸師国家試験を受けることができるが、韓国では6年間という

世界で最も長い教育課程を取っている。そして、鍼灸を行うためには6年間の大学教育を受ける必要がある。さらに、鍼灸専門医 (Specialist in Acupuncture and Moxibustion) になるには卒業後4年間という研修医課程を受けなければならない。このことは日本ではほとんど知られていない。韓国の韓医師は漢方専門医師資格とともに鍼灸の資格を持ち、鍼灸術と漢薬を併用する東洋医学の総合的なシステムを発展させてきた。

古代中国医学にその源を発する韓国の鍼灸学は20世紀に入って日本の支配下で日本医療制度の直接的な影響を受けた。1914年10月29日、朝鮮総督府警務 監令第10号に按摩術、鍼術、灸術経営業取締規則が制定された。これらの類似医療業者の免許取得要件は単に「普通学校 (現：小学校) 1年を終了した者 (1923年10月26日以後は普通学校を3年終了に変更)」であった。按摩術、鍼術、灸術を一人が全部施してもかまわれないが、免許は分野別に分けて発行された。

終戦後、1946年4月には米軍政庁は保健厚生部訓令を出し、按摩術、鍼術、灸術の営業取得規則の効力を停止させた。そして、1951年国民医療法第59条に鍼士、灸士、按摩士および接骨士に関する制度が制定された。この際、初めて韓医師制度が新設され、医師 (medical doctor) とともに医療制度の二本立てが始まった。保健社会部 (略称：保社部、日本の厚生省に当たる) は1960年11月28日に、保社部令第56号に類似医療業者令を設定した。これとともに、鍼士、灸士、按摩士、および接骨士の資格試験も規定した。

しかし、1962年7月には軍事革命の国家再建最高会議で国民医療法第59条を削除し、医療法附則経過規定 (鍼士、灸士、按摩士および接骨士の既得権者に対する管理規定) を設定することによって鍼灸士制度は廃止されるようになり、その後新規の鍼灸士の資格を取ったものはない。従って、韓国では鍼灸に対する臨床、研究は韓医師が担うことになり、今日に至っている。

2001年には韓医学も西洋医学のように細分化して進むべきであるという政府の方針から韓方専門医制度が作られ、今年初めて韓方専門医試験が行われ、326名が合格した。韓方専門医制度が設置された分野は韓方鍼灸科、韓方内科、韓方婦人科、韓方耳鼻咽喉科、韓方リハビリテーション、四象体質医学科、韓方小児科、韓方神経精神科の8科である。

1962年に鍼灸士制度が廃止されるまで、鍼灸士免許を取った人は約480名であったが、2001年12月現在は55名ぐらしか残らず、約13,000名の韓医師が鍼灸師の役割を代わりに果たしている (毎年、韓医学部の入学：約750名、卒業：約700名)。

韓医師制度

韓国の医療法

韓国の医療法では、「医療人とは医師、韓医師、歯科医師、看護師」となっている。医師、韓医師、歯科医師は、同格の地位を持ち、各々独特の領域を持ち、それぞれの治療に従事している。

韓医師数

韓医師数は、16016人 (2007年)、11の大学から年間約800人、韓医師国家試験を

受験している。

診療科

韓医学の診療科は、内科、婦人科、小児科、神経精神科、鍼灸科、眼耳鼻咽喉皮膚科の6科で、近年、再活医学科、四象体質科が追加され、8科となっている。

診療範囲

韓医学の診療範囲は、韓方医学全般である。日本の医師がオールマイティーで、診療行為の中で出来ないことがないように、韓医師は、韓方（漢方）と名のつくことに対してオールマイティーで、鍼灸を含めて韓方（漢方）診療行為において出来ないことはない。これは使用する道具とか、その新旧によって範囲が決まるのではなく、韓医学的理論に基づいた医療行為全般と考えると良い。

専門医

西洋医師は、以前から、修練医過程を踏んだ後の国家試験による免許である専門医制度を運営してきたが、近年、韓方においても、上記8科目の専門医制度ができた。専門医は、〇〇内科医院、〇〇専門医など、専門科目の表記が許されている。専門医資格のない一般医は〇〇医院 診療科目 〇〇科 〇〇科となる。

軍医官・公衆保健医

西洋医学部の卒業者は、徴兵の際、軍医官に任命され、将校で入隊することができ、修練医過程を踏み、専門医の免許を取ること、より高い階級で入隊できた。軍医の枠に入れなかった者は、全て公衆保健医と

して、保健所勤務が可能であった。それに比べて、韓医大の卒業生は一般の兵士として、専攻とは関係なく軍に入隊していた。

また、将校試験を受けて将校で入隊しても、専門医と一般医では階級の差があり、差別的な待遇を受けてきた。近年、専門医の導入と韓医師の軍医官任命で、軍においても東西医学間の差がなくなって来ている。

教育システム

現在、韓国では最初に韓医学部ができた慶熙大学をはじめ、計11校に韓医学部があるが、その出発点は1948年設立の東洋大学館から始まる。現在、計11校の韓医学部は学部6年、修士2年、博士3年の課程で構成されている。大学学部及び大学院での韓医学の教育システムは次の通りである。

- 1、大学：予科2年、本科4年 計6年制
- 2、大学院：碩士（修士）2年、博士3年
- 3、修練医：一般1年、専門3年（専門医）
- 4、個人師習：師弟関係

大学課程

学制：予科2年、本科4年の6年制

学期：前期、後期の2学期制

単位：前期、後期、各最高23単位／年間最高46単位

授業時間：1授業時間50分、休憩10分／1学期16週、年間36週

週間履修時間：科目、大学により相違

大学数

漢方医学（韓医学）の教育機関は戦後、4年制の大学から始まり、1964年に6年生大