

ベトナム医療事情—糖尿病診療を中心に—

Medical system in Vietnam — Treatment of Diabetes Mellitus —



梅田芳彦

藤代健生病院 医長

Yoshihiko Umeda, MD, PhD

Head, Department of Internal Medicine, Fujishiro Kensei Hospital

蟻塚亮二

藤代健生病院 名誉院長

Ryoji Aritsuka, MD

Honorary Director, Fujishiro Kensei Hospital

治療(J.Therap.)別刷

Vol.85, No.10 (2003.10)

株式会社 南山堂



ベトナム医療事情—糖尿病診療を中心に—

Medical system in Vietnam — Treatment of Diabetes Mellitus —

梅田芳彦

藤代健生病院 医長

Yoshihiko Umeda, MD, PhD

Head, Department of Internal Medicine, Fujishiro Kensei Hospital

蟻塚亮二

藤代健生病院 名誉院長

Ryoji Aritsuka, MD

Honorary Director, Fujishiro Kensei Hospital

要旨：

経済格差の是正と医療サービスの充実は表裏一体のものである。貧困と富の偏在の問題が解決されない限りスタンダードな医療の普及は期待できない。ベトナム社会主義共和国の医療・保健システムは先進国と比較し発展途上にある。われわれは NGO「ベトナムに診療所をつくる会」を主宰し、貧困層に対する医療サービスの提供を目的としたベトナムとの医療協力体制を模索してきた。東南アジア諸国を中心とした医療格差の是正は、グローバルのみならず、リージョナルな医療協力体制の中で解決していく必要がある。

Abstract：

It is difficult to popularize the standard medical services without correcting economic differences. If the issue of uneven distribution of wealth and poverty will not be solved, it's difficult to spread the standard medical services worldwide. The medical and health care system in Vietnam is less developed than in advanced nations. We are doing the activity of NGO "Association for setting up clinics in Vietnam", and have been trying to make cooperative relationship with Vietnamese in medical services that aimed for offering medical services for the poor people. The improvement of medical services in Southeast Asia depends on not only the global, but also the regional cooperation system.

医療におけるグローバル・スタンダード

ベトナムにおいてアメリカを中心とした欧米諸国の先進医療を普及させることは容易ではない。なぜなら医療サービスの充実には莫大な財政支出を伴うからである。2000年のGDPで比較すると日本の4兆8千億ドルに対し、ベトナムは3百10億ドルに過ぎない。実に日本の155分の1である。医療支出で計算するとGDPに占める医療支出割合は日本7.3% (3534億ドル)、ベトナムは4.8% (15億ドル) である。財政規模の違いを見ただけでも、医療格差は歴然としている。世界的には12億以上の人々が1日につき1ドル以下の生活を、世界人口の46%が一日に2ドル以下の生活を余儀なくされている一方で、世界人口の20%が世界の所得の80%を享受している。また、世界のすべての子供たちに対する年間の健康維持費が130億ドル必要なのに対し、アメリカでは約200億ドルが宝石類に、欧米では170億ドルがペットフードに費やされている。このような状況を看過することが倫理的に許されるであろうか。世界的な富の不均衡を是正することが、医療のグローバル・スタンダード化を進める上で第一義的課題であると考えている。

ベトナム医療事情

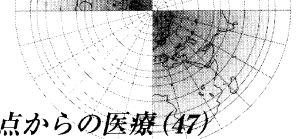
国民一人あたりの年間医療支出額は2001年統計で6ドルとなっている（日本は2000年統計で2030ドル）。ベトナム人の平均月収は都市部で33ドルであり、地方ではさらに収入が低い。また、ベトナムで所得税を払っているのは約40万人で、これは全労働人口の1%に過ぎない。ちなみにベトナムドンの所得税は月収300万VND（約2万2500円）以上の労働者に課せられる。病院・診療所は村落の行政単位まで普及していて、2001年統計では総医療機関数1万3172カ所、総ベッド数19万2500床である。しかし日本と同様に医師の都市部偏在があり、日本の村にあたる社（Xa）という行政単位でみると、無医地区は全体の43.7%にも上っている。表1にあるとおり人口10万人あたりの医師数も52人と日本の約4分の1である。また、健康保険制度はあるが、2000年統計で加入者は1千100万人弱で人口の14%に過ぎず、主に企業の労働者や公務員に限られている。保険料は賃金の3%で、本人負担2%、雇用者負担が1%である。加入者には医療費の一部が保険から支払われるが、その負担率は医療内容によって異なる。例えば人工透析の場合、料金は50万VND（3750円）

表 1

	日 本	ベトナム
GDP	4兆8千416億ドル	313億ドル
総人口	1億2710万人	7810万人
平均寿命	81歳	68.2歳
乳児死亡率（1000例あたり）	4人	30人
栄養失調者割合（対総人口）	N/A	19%
5歳以下低体重児割合	N/A	33%
5歳以下低身長児割合	N/A	36%
医師数（人口10万人あたり）	193人	52人

N/A : not available

（2002年 国連統計より）



で保険負担が80%, 本人負担が20%である。輸血の場合は200mLの料金が50万2千VNDで保険負担が55%, 本人負担が45%となっている。また、賃金労働者でも商店など自営業者に雇用されている労働者は健康保険に加入している者は極めて例外的でしかない。農民も同様でこうした人々は100%自己負担となる。しかしながら、もともとの診療料金が診療コストを反映したものではなく、病院が国や自治体から予算を貰い補っているため、低い料金設定になっている。とはいえ、所得の低い農民などにとっては安い医療費といえども負担で、病気になったからといってすぐに病院にかかる人はまれである。そのため重症化してからの病院受診になりがちで、手遅れになる人も多い。首都ハノイの国立病院の診察料は約2000VND(15円)であり、この他に薬代がかかるがハノイでも比較的貧困層が多く居住するドンダー区では、薬代が払えない患者が多く困っているという。また、人民委員会に登録されている都市部の貧困層、6歳以下の小児、HIV患者については医療費が無料となっている。平均寿命は日本より12.8年短く、乳児死亡率は7.5倍であり、5歳以下の栄養不良児の割合は30%台と高い。

疾病動向

1990年代後半まではマラリア、結核、デング熱、狂犬病などの感染症が多く、死亡原因の上位を占め、成人病などは比較的少なかった。1996年統計では疾患に占める感染症の割合が37.63%、非感染症50.02%、事故・傷害・中毒が12.35%であったのに対し、2001年統計では感染症25.02%、非感染症64.38%、事故・傷害・中毒10.61%である。この数字から窺う限り感染症の割合は低下し、非感染症が増加、事故・傷害・中毒は微増している。また、個別疾患でみると(表2)1997年統計ではマラリア、デング熱、肺結核が発生数のベスト10に入っていたのに対し、2001年統計ではこれらの疾患がベスト10から姿を消し、代わりに心不全(詳しい原因は不明)などが上位に入っている。死亡数割合では傷害・交通事故・脳卒中・肺結核などがいずれの年度の統計でも上位を占め、あまり変化していないのが特徴である。また、2001年統計で心筋梗塞が9位に入るなど、疾病構造が徐々に欧米型に変化しつつあることが窺える。また、熱帯地方特有の感染症の割合が低下してきた原因は、衛生状態の改善などベトナム

表2

2001年	疾病(対人口10万人発生数)	死亡(対人口10万人死亡数)
1位	正常分娩(422.16人)	頭蓋内損傷(2.46人)
2位	肺炎(354.14)	交通事故(1.98)
3位	心不全(251.46)	肺炎(1.69)
4位	急性喉頭・咽頭炎(293.47)	脳卒中(1.47)
5位	急性気管支・細気管支炎(251.46)	頭蓋内出血(1.48)
6位	避妊治療(222.87)	肺結核(1.2)
7位	頸部・胸部・骨盤骨折(216.15)	周産期の呼吸不全(0.92)
8位	感染による下痢・胃腸炎(204.03)	心不全(0.9)
9位	交通事故(162.47)	急性心筋梗塞(0.86)
10位	妊娠・出産に伴う合併症(150.38)	未熟児(0.71)

(2001年ベトナム健康省統計より)

政府が政策的に感染症対策を講じて来た結果であると推測される。しかし、農村部などではいまだに寄生虫病などが多いようである。

医学教育と卒後研修

医科大学は9大学で、ホーチミン市、ハノイ、タイグエン (Thai Nguyen)、タイビン、フエ、タイグエン (Tay Nguyen)、ハイフォン、カントーの各地とハノイに軍医科大学がある。受験競争率は10倍以上と難関である。入試科目は数学、生物学、化学の3教科である。修業年限は6年間で最初の3年で一般教養と基礎医学を学び、残りの3年は医学一般のコースと、専門分野 (外科など) のコースに分かれる。臨床実習は3年目から始まる。最終学年に試験があり Certificate が出るが、卒後5年間の臨床研修を経なければ単独での診察、処方、診断書の発行ができない。卒業生は年2,000人弱だが、医師として病院に勤務する者は30%前後と極めて少ない。医科大学の優秀な卒業生は外資系の製薬会社などに就職する人が多いという。これは医師待遇の問題が大きいと思われる。私が訪れたハノイの某国立病院の副院長 (卒後22年目) の月給は50ドル、ボーナスが年25ドル、研修医の月給は20ドルとのことであった。一人前の医師になるまで11年かかっても薄給しか得られないため、臨床医は敬遠されるようである。

国立内分泌病院

ハノイにあるベトナムで唯一最大の内分泌専門病院である。主に糖尿病 (以下、DM と略) と甲状腺疾患を扱っている。DM の罹患率は2001年統計で人口10万人あたり18.41人、死亡率が0.12人となっている。30歳～64歳人口の4.9%が



図1

DM 患者で、日本に比べるとかなり少ない。しかし、疫学的調査は十分ではなく、2002年秋の時点では全国的調査を実施中とのことであった。この病院のベッド数は30床で、入院患者は60人いる。つまり1ベッドに2人入院していることになる。これはベトナムでは珍しくない状況で普通の大きさのシングルベッドに、全くの他人同士が足と頭を交互にした格好で寝ている光景を他病院でもよく目にする (図1)。DM の診断はWHO 基準を使っている。検査項目は血糖、クレアチニン、尿糖、尿蛋白、HbA_{1c} であるが、日本で通常毎月測定されている HbA_{1c} は高価な検査のため3ヵ月に一度しか測定されていない。血糖日内変動も行われておらず、スポットの血糖値で診療している。当然抗GAD抗体などの検査は高価であるために施行できない。ゆえに、1型糖尿病は正確に診断できないという。また、ベトナムのDM 患者は痩せた人が多いのが特徴である。ハノイの街を歩いても、日本人のような肥満者はほとんど見かけない。これは栄養失調率の統計からも裏付けられる。病型は2型が90%以上と日本と差はない。また、治療薬は極めて種類が限られており、痩せた人にはDiamicron (SU 剤)、BMI が23以上の人にはGlucophage (ビグアナイド剤) を使い、それでもコントロールできない場合にインスリンを使用している。しかも、日本では10

年以上前に販売中止となっているウシ・ブタインスリンがほとんどで、ヒトインスリンはあまり使われていない。これも経済的な理由によるもので、ヒトインスリンは高価でウシ・ブタインスリンの2倍するという。また、栄養士がおらず基準給食も存在しない。食事は病院に隣接する屋台の食堂で各自勝手に調達する。医師からある程度の栄養指導はされているものの、適正なカロリー摂取は難しい。病院としては基準給食を導入したいそうであるが、これも経済的に困難とのことである。また、眼科医が1名勤務しているが、糖尿病性網膜症を治療するための光凝固療法（PC）の器械はベトナムで一番大きな中央眼科病院にしかないため、治療ができない。それでもこの病院の1日あたりの入院費用は、一般労働者の日当の8倍かかっているという。これがベトナム随一の内分泌センター病院の現状であり、糖尿病診療の実情である。

まとめ

1980年4月に、ASEAN加盟国の医師会としてMASEAN（東南アジア医師会）が発足した。現在MASEANは域内の医療サービスの普及・向上と、2003年のAFTA（ASEAN自由貿易地域）構想における医療サービスの自由化（医師免許の互換化など）を目指して活動している。この

ような取り組みは医療のグローバリゼーションというよりもリージョナリゼーションと言うべきもので、地域医療の実情に根ざした実効的なものと考ええる。一方、日本はこのような東南アジア地域に視線を向けた医療サービスの相互扶助的活動に消極的である。日本国憲法前文は「われらは、いずれの国家も、自国のことのみに専念して他国を無視してはならない」とうたっている。しかし、わが国は概して欧米諸国のみに目を向け、欧米の医療と日本の医療を比較し、追いつけ追い越せと自国医療の充実に腐心してきた一方、近隣諸国を軽視してきたように思えてならない。ベトナムは飛行機でたった5時間の距離にあるが、日本との医療格差は天地ほどの差がある。それはまさに貧困と富の偏在が主たる原因である。憲法前文の精神に依拠するならば、今後日本は東南アジア地域における医療協力を積極的に推進する必要があると考える。

謝辞：

この論文を書くにあたり、資料収集など三進交易ハノイ駐在事務所長・沢井吾朗氏に多大なご協力をいただいた。この場をかりて厚く御礼申し上げます。

連絡先「ベトナムに診療所をつくる会」

FAX 048-255-5552

E-mail : umeda@fantasy.plala.or.jp

参考文献

- 1) Human Development Report Office : Human Development Indicators. 141-177, 2002.
- 2) ベトナム健康省 : NIEN GIAM THONG KE Y TE (Health Statics Yearbook) 2001 : 156-172, 2001.
- 3) <http://www.masean.org/>
- 4) 海外邦人医療基金 : ベトナム医療事情. 8-12, 1997.
- 5) 村田文教 : 女たちのベトナム. 173-176, 1999.
- 6) デヴィッド・ヘルド : グローバル化とは何か. 日本版への序文, 2002.