



経済の成長が始まったばかりの国 カンボジアの医療

東南アジアの国のなかでも、まだ発展が目立っていないカンボジア。この国で行われている医療とはどのようなものなのか。2010年11月に首都プノンペンと、アンコールワットで有名な都市シェムリアップでの病院視察の内容を報告する。

株式会社 MM オフィス
チーフコンサルタント **藤井 将志**

■カンボジアのいま
国民の平均年齢は 21.7 歳
保険制度のない発展途上の国

そもそも、カンボジアがどのような国であるか詳しく知っている方は少ないであろう。

国境は東にベトナム、西にタイ、

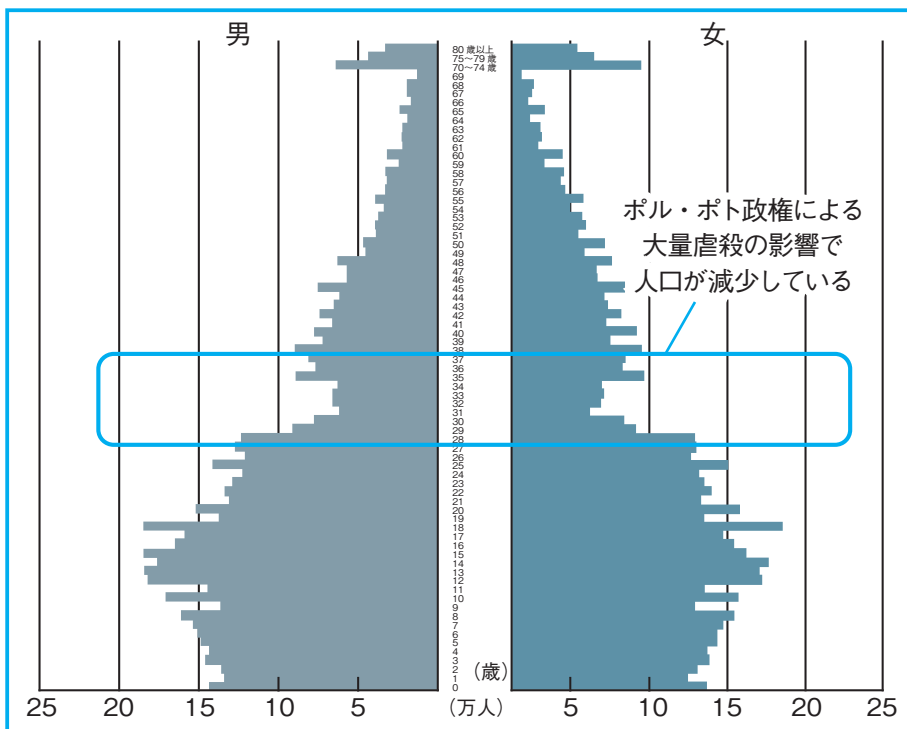
北にラオスと接している。両サイドのタイやベトナムの近年における発展はニュースとして流れているが、カンボジアはアンコールワットや地雷といったイメージが強いのではないかな。

人口は約 1,500 万人 (2009 年) で、東京都よりやや多い程度である。し

かし、国民の平均年齢は 21.7 歳 (2008 年) と非常に若い国である。ちなみに、日本の平均年齢は 43.8 歳であり、比較するといかに高齢化が進んでいる国かが分かる。この平均年齢の差は、疾病内容の差にも影響している。経済規模でいうと名目 GDP が約 100 億ドルであり、日本で域内総生産が最も小さい鳥取県ですら約 200 億ドルなので、カンボジア経済の規模の小ささが分かるだろう。

このような発展途上であり、かつ小規模な国で、国民健康保険が存在するわけがない。小規模国家においても、ベトナムやミャンマーのような社会主義がベースにある国、またブルネイのような地下資源による収益源がある国では、医療は無料で受けられる。しかし、カンボジアはどちらにも該当しないため、保険制度は存在しない。

■ 図 カンボジアの人口ピラミッド (2008年3月)



National Report P37, Table 3.4 参照

■カンボジアの歴史が与える影響
ポル・ポト政権の虐殺による人口減は
今後の医療福祉政策に影響

カンボジアの医療を知るためには、国がどのようにできてきたかを抜きにしては語れない。



ロイヤル・ラタナック病院の外観



1泊120ドルのロイヤル・ラタナック病院のVIP室

9～13世紀はアンコール帝国として黄金期を築き、その後、19世紀後半にフランスの植民地、保護国を経て、第2次世界大戦が終結し1953年にシハヌーク国王のもと独立を果たす。

その後の近代史がカンボジアに大きな爪痕を残すことになる。大戦後アメリカ（資本主義・自由主義陣営）とソビエト（共産主義・社会主義陣営）の対立の構図が、世界中の多くの地域に影響を与えた。カンボジアもそのうちの1つであり、隣国ベトナムでの戦争と、社会主義の超大国である中国が間近にあることから、同国も冷戦による混乱を強く受けた。

このような不安定な社会のなか、台頭してきたのがクメール・ルージュという組織であり、1975年から1978年末までポル・ポト政権がカンボジアを支配した。そのたった4年間に、100万人とも200万人ともいわれる国民が虐殺された。当時の人口（800万人程度）の4分の1もの国民が虐殺されたことになる。このことは現在の人口ピラミッドにも如実に表れており（図参照）、今後の医療福祉政策にも影響するであろう。

その後はベトナムの侵略、国連の介入を経て、1990年にカンボジア

平和パリ協定が結ばれ、1993年に国民議会総選挙が行われ、現在の国の形ができた。

■首都にある富裕層向けの病院

タイのグループ病院のバックアップでスピーディーな治療環境を実現

このようなカンボジアという国にある病院を視察するわけであるが、まずはじめに、プノンペン市内にある富裕層向けのロイヤル・ラタナック病院の報告である。

同院は、隣国タイにあるバンコクホスピタルのグループ病院（バンコク・ドゥシット・メディカル・サービシーズ：BGH）である。以前のタイのメディカルレポート*でも、同グループのサミティヴェート病院を視察した内容を報告しているが、同グループはタイ以外にはカンボジアでのみ病院を運営、カンボジアでは同院とシェムリアップにあるロイヤル・アンコール・インターナショナル病院を運営している。

ロイヤル・ラタナック病院は首都プノンペン市内に位置する30床の病院で、ICUが4床、手術室2室、分娩室2室を備えている。医療機器はCTやレントゲン、エコー等があり、医師数は20人で国籍はさまざま、日本人医師も1人いるという。

病院に一步入ると周辺の雑踏から

離れて、非常に清潔感のある空間が広がる。規模は小さいが、受付の担当者がしっかりと迎えてくれ、待合室にはソファも用意されている。できたばかりの建物ということもあり、診察室や検査室を始め非常にきれいな設備が整っている。

外来患者は1日に50人程度で、ほとんどがカンボジア人の富裕層だという。かかる費用は約30米ドルからで、基本的な健康診断で200ドル程度かかるそうだ。1人当たりの年間平均GDPが680ドルの国なので、一般国民では手が届きにくい病院であることは明らかだ。救急も受け付けており、1日に2～3台は運ばれてくるという。

同院単体でみてしまうと提供できる医療についても心細く感じるが、事業モデルそのものは異なる。バックにあるバンコクホスピタルグループのネットワークを活用することが前提で、同院で対応できないものは、バンコク病院をはじめとするグループ病院へ紹介することになっている。

緊急時にも対応しており、ヘリコプターやチャーター機により24時間グループ病院へ搬送するサービスも整えている。

日常診療においてもグループの力を集結しており、読影医がいないときであっても、同院の遠隔画像システムがバンコクにつながっており、10分ほどで読影結果がメールで届くという。同じ病院内に読影医がいても、結果を得るまでに何十分もかかるより、スピーディに治療が進む環境が整っている。

タイ同様に富裕層に対する医療は大変に充実しているのは間違いなかった。



一般市民向け病院のICUでは、外気が入りこむ構造に



一般市民向けの病院では、手術室の稼働頻度は低そうであった

■一般市民向けの病院

必要最小限の医療で安静にするだけ まるで野戦病院然とした医療環境

次にみるのは、先のロイヤル・ラタナック病院とは打って変わり、一般市民がかかる病院である。プノンペン市内にある総合病院のカルメット病院と、クメール・ソビエト友好病院、そしてプノンペン大学に付属する眼科専門病院を視察した。

視察する数日前にカンボジア最大の伝統行事である「水祭り」が開催され、見物客が押し合いになり370人以上が死亡し、750人以上がけがをする大惨事があった。その際に患者を受け入れたのがカルメット病院だという。

同院では中庭のような空間にも、患者なのか家族なのか分からないが人がたくさんいた。なかには、生活用品を持ちこみ、明らかに寝泊りをしていそうな人たちもいる。一步、建物内に足を踏み入れると、廊下にも簡易ベッドや地べたに患者が並んでおり、まさに野戦病院といった様子が広がっている。

同院にはCTやMRIも整っているが、機器の整備以前に、目の前にいる患者を次々に診ることを求められる環境なのであろう。

カルメット病院は病床数270床、クメール・ソビエト友好病院は500床となっているが、病室や廊下にベッド以上に患者がいる状況であり、そもそも「病床数」という概念が適していない。ましてや、平均在院日数や稼働率などといった病院管理の指標は、この国の一般病院には意味をなさないのだと実感する。

クメール・ソビエト友好病院や眼科専門病院は、カルメット病院よりもさらに機能が乏しい病院と思われる。医療スタッフはいるのであろうが、廊下を歩いていてもすれ違うことは少ない。病室のドアは開けっぴなしで、廊下は外気に面している吹きさらしの状態。よくある南国の途上国病院といったイメージそのものである。そこでは、患者はただ寝ているだけで、必要最小限の医療を受け、ひたすら安静にしているだけのように見受けられる。医療の質がどうではなく、いまいるスタッフで、いまできる治療を提供していくしかない、といった環境なのであろう。

先に、公的保険は存在しないと述べたが、かかった医療費を全額自費で一般市民が払えるわけがない。全体の3割以上が医療費を払えていないともいわれている。このような状況では病院経営が成り立つわけもな

く、その穴埋めは外国からの支援金や、富裕層向けの収益医療で補てんせざるを得ない。確かに、カルメット病院の一区画は人が混雑していないエリアがあり、富裕層向けの医療が提供されているのであろう。透析センターや出産センター、がんセンターが収益事業のようだ。日本では、これらは保険診療となっている分野であることに日本の医療制度の素晴らしさを感じるとともに、手厚さにも気付かされる。

カンボジアには保険制度が存在していないが、貧困層向けにHealth Equity Funds (HEF) という基金制度がある。貧困層は、医療を受けるために移動する交通費すら負担ができない。この基金はそのような費用も保障するものであるが、うまく機能しているとはいえない状況のようである。また、2010年の8月からシェムリアップにある公的病院で、地域住民が毎月2,000リエル(約45円)の保険料を納めることで、いざというときに無償で医療を受けられるという保険制度を開始した。ここをモデルケースとして、他の公的病院への拡大を検討しているという。

■日本人が始めた小児医療の希望

海外の寄附・支援で運営を持続 患者や家族への保健教育も提供

これまで取り上げた病院とは設立経緯が全く異なる、アンコール小児病院を最後にみる。同院はシェムリアップにある小児専門の病院である。1993年に日本人の写真家である井津建朗氏が、当時の幼児死亡率が日本の30倍という小児医療の貧弱さを垣間見、同院の設立を決意した。日米を中心とする3,000人以上

の支援を得て、1999年に同院が開院する。

いまでは1日平均400人もの患者が来院し、そのうちシェムリアップ市内からは6割、その他は市外から訪れているという。こうした寄附型の病院ではよくある、運営スタッフの大多数を外国人ボランティアによって支えられているのではなく、同院では医師は37名、看護師は90名おり、そのほとんどがカンボジア人医療者で運用されている。

患者の主な疾病は肺炎、栄養失調、下痢であり、これらの多くは栄養や衛生管理の知識不足によるものが多い。これらの根本問題は来院する患者に対する対症療法だけでは解決しないため、同院では衛生、栄養、妊婦指導などで保健教育を提供している。また、来院する患者の親への食育も兼ねて、病院のキッチンで教えるようになっている。



アンコール小児病院のキッチンでは、親が食育を学ぶ



アンコール小児病院の背景が展示されている施設

同院の敷地内に、病院の施設とはまた違った趣の小綺麗な建物がある。中に入ると、創設者である井津氏の写真や、病院の子どもたちの絵などが品よく並んでおり、中央には同院の背景を説明したVTRが見られるスペースが用意されている。一見すると、このような豪華な設備を作るくらいなら、病院設備に還元したほうがいいのではないかと思われるが、このようなメッセージを訴える仕組みがあるからこそ寄附が集まり、持続可能な運営が実現するのであろう。

こうした一国の小児医療を根底から改善するような仕組みが、1人の日本人の活動がきっかけで始まっており、それが年々広まりを見せていることに、誇りと喜びを感じながら同院を後にした。

■カンボジアと日本の医療

ステージは違うが医療政策の目的と課題は同じ

今回のカンボジアの視察でも、タイプが異なる医療機関を目の当たりにした。富裕層向けのしっかりとした設備を備える病院がある一方、その隣には必要な医療にアクセスできない環境が存在している。さらに、公的に運営されている病院と、外国からの支援金により運営されている病院という違いもみることができた。

規制がないからこそ、いろいろな取り組みが行われ、小さな国のなかでもさまざまなタイプの医療が提供されている。しかし、いつまでもこのような状況が続くわけではない。カンボジア駐在の武藤和仁氏（国際医療戦略研究センター代表）は「いまは国内の医師不足もあり、外国の

ライセンスが通用するが、それもそう長い間は続かない」と話す。そのときに訪れたころには、逆に国内の医療環境も整いつつあることの証ともいえる。

ステージが全く違う日本の医療を、カンボジアと比較することは無意味であるが、医師や看護師が足りないと叫ばれながらも、数分移動すれば必ず医療機関のある環境が、全国ほとんどの地域で整っている。カンボジアの病院の光景を見ていると、どこまでが「必要な医療なのか」考えさせられる。

衛生環境の整備がようやく開始し、これから健康保険制度ができる国と、医療を提供する体制が整いながらも、健康保険の制度に行き詰まり感が出ている国。どちらの国も、めざしているのは国民の健康な生活であることは間違いなし。医学の進歩や少子高齢化などで医療費がかかるのは当然のことであり、あとはその財源をどこから捻出するかだ。突き詰めれば、日本もカンボジアも医療費の財源問題に行きつくのは間違いなし。

*『バンコクの病院のメディカル・ツーリズム』（工藤 高 著）は、(株)MMオフィスのホームページより閲覧可。

藤井将志（ふじい・まさし）

2006年早稲田大学政経学部卒業。同年、大手医療経営コンサルティング会社に入社、大学病院と公的病院のコンサルティングを主に行う。現在、株式会社MMオフィスのチーフ・コンサルタントとして病院経営支援活動を中心に活動。専門は病院経営改善の実行支援。医療コミュニケーション研究所主宰、NPO法人病院経営支援機構でもコンサルタントとして活躍中。