東南アジア各国の医療について

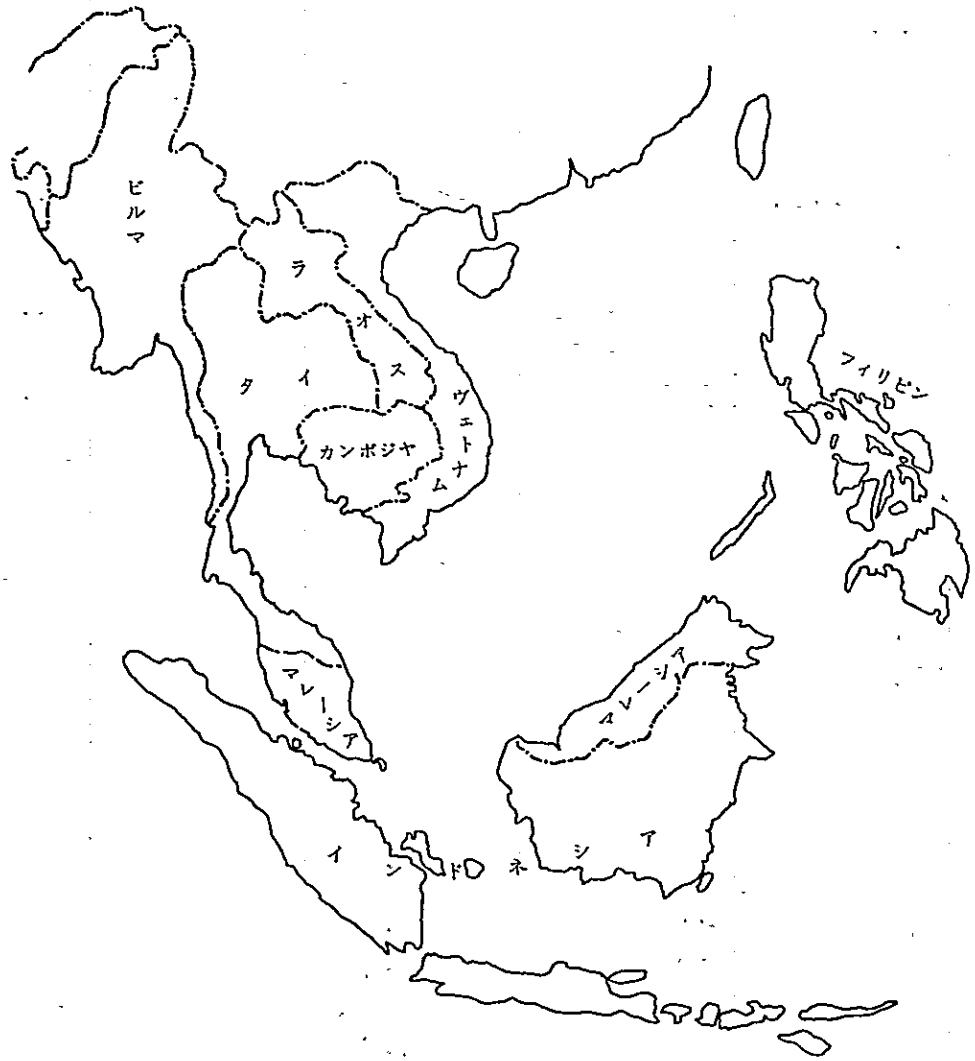
昭和42年3月

海外技術協力事業団

東南アジア各国の医療について

目　　次

統　　計


ビルマ
ラオス
タイ
ヴェトナム
カンボジヤ
フィリピン
マレーシア
マレーシア
インドネシア

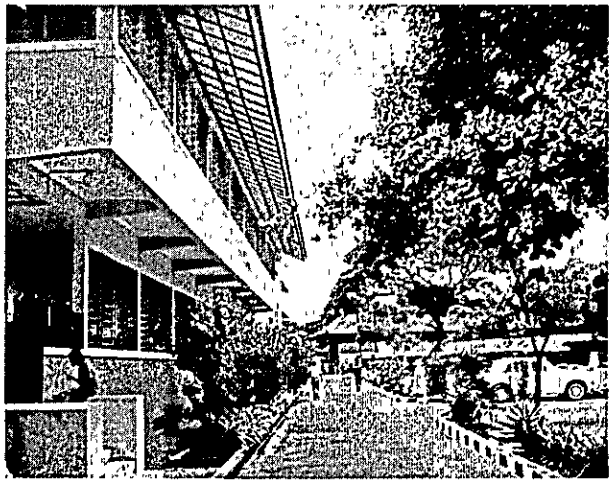
← ホーチミン病院（カイモイトナム）

↑ サイゴン病院産婦人科（カイモイトナム）

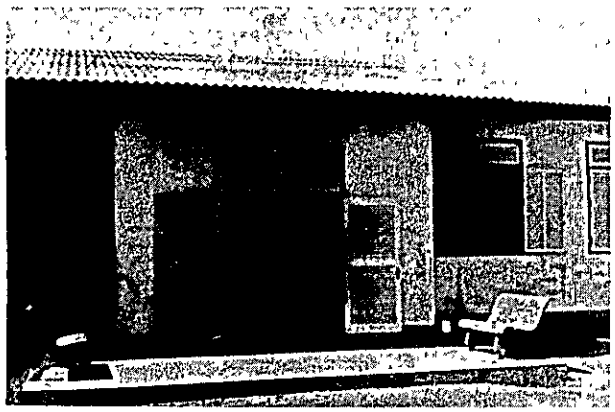
↑ 産婦センター（ラオス）

↑ ビエンチャン国立病院（ラオス）

← カラメット病院（カンボディア）



← 警察病院（タイ）

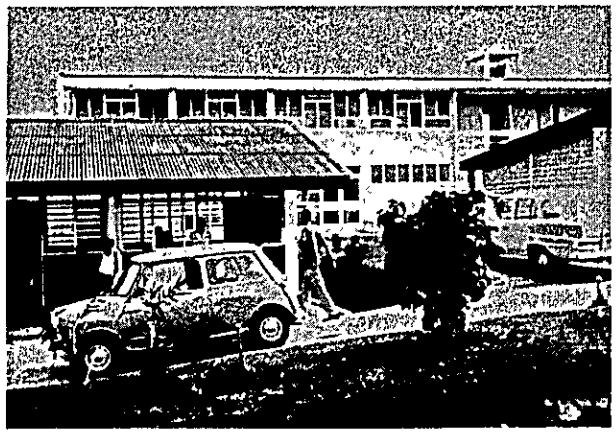


↑日本医療センター（カンボディア）

↑ レプラ病舎（タイ）

クアラ・ルンプール T·B センターナース宿舎（マレーシア）

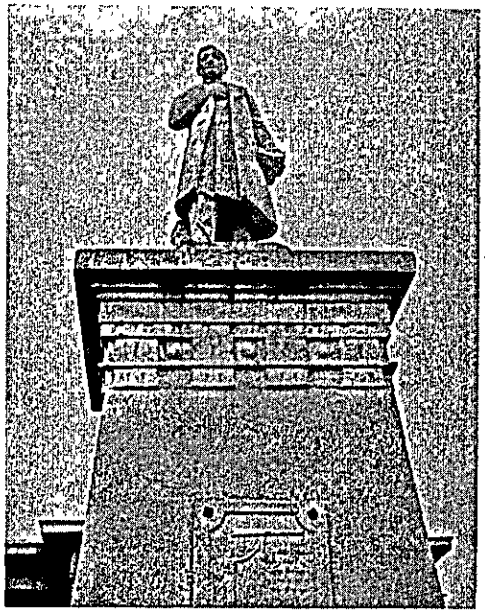
バンドン州医務局（インドネシア）



クアラ・ルンプール郊外 H·C（マレーシア）

ジャカルタ整肢園（インドネシア）

↑ マニラ湾海岸通り（フィリピン）



→ リサール像（フィリピン）

東南アジア各国の医療について

小川良治

I

東南アジア各国の公衆衛生，医療の現状は，40～50年前の日本をおもわせる。特に医療担当者の極端な不足にもかかわらず，外国人医師の入国，医師免許等に全面的制限を加え，活動を拘束する国があり，病床は非常に不足しているにもかかわらず，既設病院の医療担当者の不足，設備の不備，経済上の理由により入院治療を行なわず自宅治療を行ない，空床になっている病院すらある。

医療機械は外国援助により最新の設備を有しているものもあるが，維持管理の不備による故障又は技術者がいない為高価な機械が，放置されていることがある。

II

第二次大戦後アジア・アフリカの各地に独立国が誕生したが，それらの国では，ありとあらゆる困難に直面している。アジアでの唯一の先進国たるわが国が，学問と技術をもって隣接の諸国へ協力と援助の手をさしのべることは，人道的にも当然のことである。特に医療協力はわが国とその国々との友好親善上の最も効果あるものであり，しかも発展途上国に対する協力は，国益と政策が交叉するものであると思われる。

発展途上の国々の多くは旧宗主国の技術及び文化を最高のものと信じ，又郷愁をもっているものであり，特に指導者に於いてはこの傾向が強い。従って欧米各国の模倣ではなくアジアの一員たる，日本独自のすぐれた独創性のある技術をもって当ることが望ましいものである。日本の医学の中には立派な業績をあげたものが沢山あり，その得意とするところのものをもって相手国の必要性と適合する様協力すべきである。そして医療効果をあげるにはその国の国民性，衛生的背景をよく考慮し医療協力することが望ましい。

III

健康の度合を評価するには死亡率，乳児死亡率，死因別死亡率，平均寿命の比較が考えられるが，正確に比較することは困難である。アジア各国の統計資料はまちまちであるが，手持の資料で高い方から比較すると出生率は，マラヤ，タイ，フィリピン，インドネシア，日本の順で，マラヤは日本の2倍以上高い。死亡率はインドネシア，マラヤ，タイ，フィリピン，日本の順である。自然増加率はマラヤ，タイ，フィリピン，インドネシア，日本。乳児死亡率は，インドネシア，フィリピン，マラヤ，タイ日本の順でインドネシアでは日本の3倍である。母親の死亡率は，タイ，フィリピン，インドネシア，日本の順で，タイは日本の2倍高く，多産多死の傾向が著明である。平均寿命は日本，フィリピン，タイ，ラオスの順であり，日本では1964年男68才，女72才であるが，タイでは男53才，女58才で，ラオスは30～40才といわれている。出生率，死亡率，自然増加率が高いのは，低開発国共通の現象であり，人口増加の著しいことは，経済成長，産業の発展に影響を及ぼし，経済の成長率を低くしその発展を著しく阻害しているのが東南アジア各国である。

医師1人の人口割が高いのはインドネシア，ラオス，タイ，フィリピン，マレーシア，日本の順であり，インドネシア，ラオスは日本の約40倍であるのをみても，いかに医療に恵まれていないかが分かる。死因順位は日本では，既に防圧に成功している結核，各種伝染病，マラリア等が高く，日本に多い脳血管損傷，癌，交通事故は低い。多発疾患でも結核，肺炎，痘瘡，マラリア，コレラ等が各国の上位を示している。日本の疾病状態と非常に異なっていて，同じアジアの各種の多数民族が病魔に苦しんでいることがわかる。

Ⅳ

低開発国である東南アジア諸国には，医療及び疾病予防のための協力援助が必要であり，従来でも各大学・団体などによってこれらの国々へこうした援助が行なわれてきた。しかし，それらは，みなお互いにバラバラに行なわれており，かつその目的も相手方に対する援助というよりは，むしろ自分達の調査研究視察といった面がかなりあった。低開発国の医療協力には予算，人材等多くを必要とするもので，これに対するこの限られた予算，人材等の隘路を打開する為には国内的にその必要性を啓蒙する運動を強力に展開する他，そのためには，その中心となる機関が必要である。

そして，その機関が政府を動かし資金を集めかつ人材をプールすることが可能であるようにしなければ，この医療協力の発展はのぞめないのである。その意味での海外技術協力事業団に対する期待が大きい現状ではこうしたこと，特に適材を得ることに困難があるが，大学・研究所・病院とタイアップして，医療・研究・教育の協力ということも考えられる。これも現地からの要請があって初めて行なわれるべきものである。

研究材料のみをとりに行くと言った態度では長つづきがしない。この点についてタイ国に日本の援助で設立された Virus Centre のあり方などをみると，立派な研究業績があがっており，将来の1つのパターンとして注目されるものである。医療，教育の他，臨床的には各国ともに，国際的水準に達しつつあり，基礎的研究に弱い各国に対して，わが国としてはこの面に多くの力をそそぐべきものがあると思われる。又それら各国に対しては先進諸国及び国連機関により夫々のプロジェクトに対し協力が行なわれているが，結核，らい，マラリア，コレラ，或いはメコン河流域に発生する疾病等の如く広地域にまたがって発生する疾病に対しては，先進国や国連機関の指導協力は勿論，隣接の国々と協力して，その対策にあたらねば解決出来ないものであるので，協同してその対策を実施出来る様，人材の交流，データの収集，機材の供与など，バラバラでなく，総合的に行なうよう，各国協力体制を密にすべきであると考える。

Ⅴ

学問と技術をもって行なう協力と援助の最も効果あるものと思われるものは，絶対的に不足している医療担当者を養成する医科大学への協力援助であろう。

アジア各地の医科大学は2～3の大学を除き，その設備と言い，教授陣と言い，国際標準から遙かにへだたっている。長期の育成期間をおいて，設備と人を充実すると言う方法は，余りにも迂遠にすぎる感がするが，医療の協力に於いては，人材養成に主力をおく方法こそ，最も有効で着実な方法である。わが国特定の大学の協力，教授陣の交換，研究生の交換などによる交流をはかることから始めるべきと考えられる。

Ⅵ

医療機関，臨床医が絶対的に不足しいる各国に，病院，診療所を建設しても，この国の医療の実際面に貢献するところは，大勢には影響はないけれど，わが国の医療の水準の高さ等を知

るデモンストレーション的効果は，大きいが，長期間維持するには多大の困難がつきまとうものであると思わなければならない。かかる状況下では，その国の病院と競合するような医療機関の建設より特殊な目的を持つ，高度のレベルのもので，その国の医療の向上に役立つような例えばヴィールス・センターの様なものも大いに役立つものである。

Ⅶ

研究，教育，診療を兼ねて実施出来る施設を設置する。ここで最新医学の研究，教育，診療をとおして高度の学問知識の修得を，はかればこれに過ぐるものはない。例えば，結核センターを拵えれば，T．Bに関連した医学の各分野の総合的学問技術のセンターとなり，基礎部門は勿論，臨床部門迄総合した飛躍的発展が出来，その国の医療の現実に最も密着し，医療の緊急要請に応じた設備を持つ施設となり，その国の期待にそったものになる。

Ⅷ

医薬品，医療機材の供与は各国の最も望むものであるが，過去の経験により医薬品，医療機材のみの供与は，ただ放置されるばかりで，効果は期待出来ない。それを使用する医療専門家が存在しなければ十分に活用されない。その他日本の医学を学んだ者が居るかどうか考慮し，また日本の医療専門家を派遣する場合必ず平行して医薬品，医療機材について考慮しなければならない。

ラ　オ　ス

ラオスの医療については，衛生統計が殆どないので詳細は不明であるが，ラオスは，12県に分れ各県に１つの国立病院（多くは旧フランス陸軍病院より転換）があり，他に郡立病院的なものが２つある。結核療養所１，癩療養所２つがある。各病院とも医師が非常に少なく，ビエンチャンの代表的医療機関のマオリット病院でも皮膚科等専門医が殆どいない。診察は無料であり，処方箋により主として中国人経営の薬局から薬を買って服用している。医師不足及び医薬品の欠乏甚だしく，主要都市が対象である。

医師数は全国で約50名で，人口４万人に対し医師１人の割合である。医師の養成には，短期大学程度のものがビエンチャンに１カ所あり，主たる医師はフランスの大学課程を終了したもので，博士号を持った医師は只一人で，この人は最高の医療行政官である。他２～３名の経験ある良い医師は行政官であり，医学校の教師であって実際の診療には従事していない。多くの医師はフランス，ハノイ，サイゴン，バンコック等の医学校を出たもので，首都ビエンチャンには10名位，その他主要国立病院には１～２名いるにすぎない。主な部落には dispensary があって，衛生兵的看護夫が応急手当に当っている。

ヴィエトナム

（1）　ヴィエトナム共和国の医療の現況

①　医療費制度

大都市及び地方の中心都市にある国立及び公立病院における医療費は，原則として全額無料であるが，入院費には一部自己負担の病室がある。投薬は公立病院へ行けば無料で受けられる。

個人開業医の医療費は全額患者負担で，高額のようである。

手術を要する患者はサイゴン市内，あるいは地方の大都市の公立病院へ転送される。

②　医療従事者

公立病院は主としてヴィエトナム人医師によって運営され，極く少数の外国人医師が医療協

サイゴン，ガンセンター

力として診療に従事している。

医師の不足は甚だしく，人口1万～1万2千人に医師1名の割合で，この医師の不足を補うために短期間（約3年）の医学教育をうけた医療幹事（Medicai Assistant）が直接患者の診療にあたっている場合が多い。また，公立病院勤務医，軍医等も勤務時間外は自宅開業を許されている。

ヴィエトナム共和国厚生省の発表による1965年のサイゴン市内の主要8病院（国立）の医療従事者は，医師1名に対するベット数は42.3，看護婦1名に対するそれは8.0で，わが国における同様の比率と比較すると特に医師数の不足が著しい。

③ 疾病の発生状況

最も発生頻度の高いものは肺結核で増加の傾向にあるが，対策としてツベルクリン反応及びBCG接種を積極的に行ないはじめている。

次に高い頻度を示すものは，マラリアであるが死亡数は少ない。コレラはこの2年間の発生数では3位であり，死亡数は1位を占めているが，予防接種の実施数が増加したためか1965年には減少している。

ペストは1965年に急増し死亡率も高いが，予防接種実施数も1965年には前年の2倍以上に増加しているので，今後の発生状況に注意する必要があろう。

次に1964年の死因別死数を国際簡単分類に従ってA，B，C，D，E群に分類するとヴィエトナム共和国全体では，細菌感染を主とするA群が1位を占め，次いで外因死のD群で，成人病であるB群は最も少ない。サイゴン市におけるものはA群が1位であるが，2位は妊娠分娩に関係したC群で，D群は4位となっている。ヴィエトナム共和国全体におけるD群の多いのは動乱に関係があるように思われる。

現地で調査した総合病院における外科領域の入院患者が大多数を占めており，この国における現在の外科臨床は外傷外科が最も優位を占めている。

④ 医療施設

視察した国立病院，研究所等は総合病院の1つを除き他は広い敷地を有し病棟がゆったりと建てられて緑も多く，病院としての環境は非常によい。建物はフランス時代のものが多くやや老朽化している。

医療器械及び器具は著しく不足しており，特に診断用器機X線発生装置，臨床検査器具等の不足の程度が甚だしい。

結核病院では，結核菌の化学療法剤に対する耐性検査を最近実施しはじめたところであり，また，肺結核の外科的療法は設備がないことと肺結核外科医がいないことの理由で全く行なわれていない。

しかし，医療施設は全体に清潔で，看護婦の規律も正しく医療向上に努力している様子が見られた。

ビエンチャン郊外の診療所

各医療施設には日本から贈られた麻酔器，手術台，心電計，レントゲン機械，保育器，顕微鏡，光電比色計，ベット等が配置されており，ヴィエトナム人によって非常に有効に使用されている。

（2） 医学教育

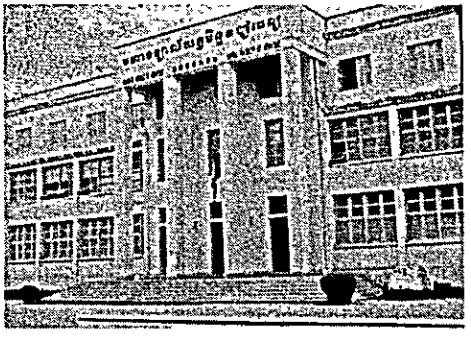
医学教育制度は大学医学部6年およびインターン1年であり，その後論文を提出して医師免許証をとる。

教育機関は，サイゴン市とユエ市に医学部があるが，ユエ市にある医学部は卒業生が少なく毎年40名位である。サイゴン市内にあるサイゴン大学医学部の学生数は，入学時の200～300名が卒業時には約150名となる。またデルタ地帯にカントー大学を設立し医学部を設置する計画がある。

入学後約2年は，基礎医学の講義をうけるが，それ以後は附属病院がないので臨床課目の講義及び実習はサイゴン市内の7つの国立病院で実施する。当医学部の教育スタッフの不足は著しく，基礎医学9課目に教授が2名，助教授(Assistant Professor)が4名，Associate Professor 2名で，臨床の20課目に教授が5名，助教授12名，Associate Professor が8名である。

講義に用いる医学用語は従来は仏語であったが，最近英語になりつつあり，ヴィエトナム語の医学用語は現在ないそうである。図書室の書物も古いものは仏語が多く，新しいものは英語である。サイゴン大学医学部の校舎は米国の援助で立派な建物が完成したところである。

プノンペン医科大学



カンボディア

カンボディアに於ける医師の数は 348，医師1人に対する人口は17,400人，病床数5,050床，人口1,000人に対し1.2（日本9.5）である。他に薬剤師は43，歯科医師27，看護婦2,205，助産婦224，衛生検査技師377等であり医療従事者は極めて少ない。

出生率は29.2（日本17.2），死亡率9.9（日本7.6），自然増加率1.93（日本0.96），乳児死亡146.7（日本30.7）以上1960年の統計による。

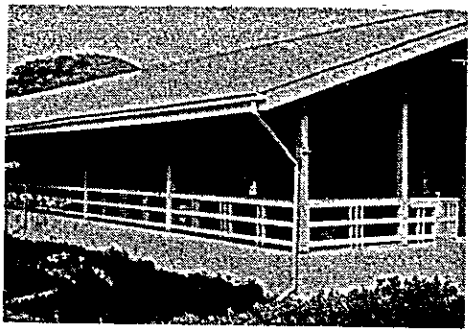
1959年の平均寿命は，男44.2（日本65.2），女51.9（日本69.9）である。1960年の主要死因は結核，老衰，消化器系疾患，梅毒，ビタミン欠乏症，届出多発疾患はフランベジヤ，梅毒，トラコーマ，癩の順である。

タ　イ

タイは日本の1.3倍の面積を有し，人口は3分の1である。医師の数は全国で3,200人足らずの所，半数はバンコックに集っている。従って，医師1人当りの人口は日本の8～9倍に達する。

医科大学は，3校で毎年250名位卒業している。医師の修業年限は日本と同様18年でインターン制度もある。医師の多くは欧米諸国へ留学する。

病院の殆どは，バンコックに集中していて，この設備はいずれも立派である。地方には各県の中心地に1カ所位地方病院があるが，ベットの絶対数が非常に少なく，日本に比べると人口当り200分の1位である。ベットの不足と社会保障が殆どない事から，治療は通院ないし，在宅治療で不完全な点が多い。



カラシン病院病棟

クアラルンプール結核センター

要するに，タイの医療は医師及び設備の点に関しては，欧米に比し遜色のないレベルを持っているが，医師の数が甚だ少なく，医療費が生活費に比べると高く，一生医療を受けずに終る国民が大部分であると思われる。個人医療は不充分であり，公衆衛生も遅れている。国費も医療面に使われるのが少なく，WHO，UNICEFなど外国の援助に期待している。

数年来バンコック周辺ではマラリアの防圧に成功している。その他の疫病も漸減しつつある。一方コレラの大流行が5年毎位に流行し，バンコック市内で数千人の死者を出す。

マレーシア

マレーシアに於ける医師の数は約 1,500。医師1人に対する人口は約6,000人，病床数3万床，人口1,000人に対し4.1（日本9.5），医師は主としてシンガポール医科大学，その他香港，インド，英国の大学を出たものが多い。医科大学はマラヤ大学のみである。

衛生状態はかなり良く，黄熱病，ペスト，コレラはなくなり，天然痘，狂犬病，マラリア等は著減している。1963年のマラヤに於ける国立病院患者統計によると，呼吸器疾患，消化器疾患が多い。僻地にはマラリアも多発しているようである。

インドネシア

インドネシア厚生省筋により入手した報告によると，医療関係者数及び病院ベット数は次のようである。

医師数	3,500
歯科医師数	600
産婆数	5,000
薬剤師数	300
医師1人に対する人口数	30,000
病床数	80,000

（1965年度調べ）

大多数の医療関係者，就中医師は，大都会に集中し，（バンドン地区人口120万，医師数約200名）従って，地方の県では60万に医師1～2名といった様な状況である。最低，各県に2名の医師を派遣するよう努力しているという。一応各県には，中央病院といったものが設置されて，保健部を柱に住民の健康を護る任務についているが，医療設備の不備は，勿論検査，手術などは都会の病院に頼らねばならぬ。診療所に於いては，血圧計，尿，便の検査の設備もないのが普通である。又医薬分業によって地方では薬局のない県もあり，医師の処方箋を都会にまで持参して，薬品の購入をはからねばならぬ。

13の医科大学（内，私立キリスト教医科大学を含む）で医師の養成を試みているが，教授

の手不足は明らかである。

教育制度は，小学校6年，中学校3年，高等学校3年，Premedical 2年，Medical 4年であり，毎年約400名の新卒医師を送り出しているが，伝統あるジャカルタ大学，スラバヤ大学，タダン大学を除いては，全て新設医科大学で，その設備内容はまちまちである。専任教授数名（街の開業医奉仕）という医科大学もある。

医薬品需給状況：医薬分業で医師処方箋に基づいて薬局より購入するを原則とする。医薬品工場は国営，州営，私企業共にあるが，いずれもバックは輸入している。国営工場は国立医療施設に医薬品を供給している。州営工場は6カ所，私企業が70ある。

フィリピン

フィリピンに於ける医師の数は約5,000人，医師1人に対する人口は6,000人，病床数は約1,500床である。

医師，看護婦等の教育はアメリカ式であり，留学先もアメリカが非常に多い。

衛生組織は全国3,000の町村に Rural Health Unitが置かれ，そこに医師1，保健婦1～2名助産婦1～2名，衛生管理者1～2名より編成されている。町村の部落にはR. H. UのBranch Health Center がある。そこには，保健婦，助産婦が常駐し，R. H. Uからは，各週職員が出張している。市では市衛生部の下に Health Centerが置かれ，ここには通常保健婦又は助産婦が常駐している。仕事の内容は，主として妊産婦の check up と care，それにユニセフからの脱脂粉乳，ビタミン剤，サルファ剤等の管理と投与，その他，結核予防，伝染病対策，食品衛生，歯科衛生等の指導を行なっている。

一般的医療事情としては

① 中央部及び都市部には医療機関もかなり多いが，郊外島々には非常に少ない。

② 農村部の患者の大半は放置されている。医薬分業であって，医師の処方箋によって薬品を購入せねばならない為，農村の所得の低い階層では，仲々薬を服用しない。又医薬品の大半は輸入である為，医療費が高く治療を中断する患者が多い。結核の治療は無料である。

③ ルソン島以外の島々の医療事情は非常に悪い。

④ 結核対策の中心は30の T. B Vavilion で行なわれている。その他，National の約207。

⑤ 無料診療を原則とする公的医療機関とコマーシャル・ベースに立つ民間医療機関の二本立で，医療保険制度は存在しない。

フィリピンに於ては，最近「国立病院法」が制定されており，それによると

① 政府は各州に少なくとも人口5,000人につき1ベットの割合で無料診療を行なうべき総合病院を設置すること。

② 各国立病院は少なくともそのベットの90%を無料診療のために用いること。

③ 患者は医療費の負担能力がない旨申したてると，無料診療をうけられるが医療費←→実費相当額の寄付を求められる事が多い。

④ ミッションの病院では患者に対し医療費の一部又は全部の免除を行なう場合がある。

総じてフィリピンの医療機関は，かなりの程度に発達をみせている。貧困者に対する慈善施設の制度も発達している。上・下水道，汚物処理を中心とする衛生事情は大都市を除いて，必ずしも十分な段階でない。この為各地にエルトール・コレラの流行がある。フィリピンでは全国的に，このエルトール・コレラが恒常的に存在し，1961年後半には全国的に流行した。

公務員の強制的生命保険及び退職年金制度が比較的早くから実施されている。民間企業の従業員の退職，死亡，不具及び疾病保険は1954年より開始された。

（筆者は海外技術協力事業団
海外事業部医療協力室長）

41. 10. 1 京大前川助教授発表

国名	Philippine	Malaysia	Thailand	India	Indonesia (梅山)	Cambodge	Japan
人口	3,024万	804万	3,200万	45,000 ～50,000万	10,500万	600万	9,720万
医師の数 医師1人に対する人口	5,364 1,000	1,423 5,650	4,000 8,000	不明	3,500 30,000	300 20,000	107,000 908
結核病床 1床に対する人口	3,000 10,080	4,193 1,917	400 80,000	不明	80,000 13,125	600 10,000	221,000 440
結核死亡 (人口 10万対)	78.7	46.9	33.0	不明	不明	不明	22.6
Per Head 結核対策国家予算	0.02 US $	0.5 US $	0 02 US $		1.4 Rupiah	不明	0.9 US $
Case-Finding	T R. X-Ray	Smear X-Ray	Symptom Smear	X-Ray Smear		Symptom Smear	
X線装置	100 以下 70 *mm*	26 70 *mm*	Mobile 8 70 *mm*	不明 70 *mm*	不明 70 *mm*	20 以下 35 *mm*	
ツベルクリン	RT-23(Tw)	RT-23(Tw)	RT-23 (2 TU)	(WHO)	(PPD)	RT-23(Tw) (1 TU)	
B.C.G.	90% 液ワク 10% 乾ワク	液ワク	液ワク	液ワク	乾ワク 液ワク	液クワ	
菌検査 塗抹	○	○	○	○	—	○	
菌検査 培養	入院のみ	入院及びCentreのみ	入院及びCentreのみ	極少数	—	×	
菌検査 耐検	極少数	少数	少数	極少数	—	×	
化療 入院	S_2・I(0.3)・P(10)	$S_{毎}$・I(0.3)・P(12)	$S_{毎}$・I(0.3)・P(10)	$S_{毎}$・I(0.3)・P(10)	—	S_2・I(0.3)	
化療 外来	S_2・I, I・P, I・TBI	S_2I, I・P	I(0.3) TBI(0.15)	I(0 3) TBI(.15)	I(0.4) P(10)	I(0.3)	

HEALTH SITUATIONS OF SOUTH-EAST

Country	Area (km²)	Population (thousand)	Vital statistics (1960)				
			Birth rate (%)	Death rate (%)	Natural increase (%)	Infant death rate (%)	Maternal death rate (%)
1. Japan	369,661	93,418	17.2	7.6	0.96	30.7	1.7
2. Rep. of Korea	96,929	22,974	39.6*	7.5*	3 21*	9.8*	1.7
3. Ryuku Islands	2,388	889				低い?	
4. Hong Kong	1,013	2,981	37.1	6.4	3.07	41.5	0.5
5. Macao	16	250*					
6. China (Taiwan)	35,961	10,792	41.2*	7.2*	3.40*	33.3*	
7. Philippines	299,681	27,792	29.2	7.7	2.15	73.1	2.4
8. Sabah	76,112	454	33.0	9.2	2.38	74.0	
9. Brunei	5,765	83	49.9	11.1	3.36	69 2	
10. Sarawak	123,025	704*	26.8*	6.1*	2.07*	57.0*	
11. Indonesia	1,491,562	84,683	26.3+	10.2+	1.65+	85.1+	2.3+
12. Portug Timor	18,909	516	21.6	13.9	0.77	93.1″	
13. Singapore	362	1,634	37.8	6.2	3.16	34.9	0.4
14. Malaya	131,825	6,698*	42.2*	9.7*	3.25*	66.0*	
15. Thailand	514,000	26,379	34.7	8.4	2.63	49.0	4.2
16. Cambodia	172,511	4,952	29.2	9.9	1.93	146.7	
17. South Viet-Nam	170,806	13,790	31.0	6.6	2.44	34.4	
18. Laos	236,800	2,336					
19. Burma	678,033	21,257	37.3*	17.9*	1.94*	133.8*	4.8*
20. India	3,292,897	408,050	23.6*	9.9*	1.37*	87.9*	
21. Ceylon	65,610	9,625*	38.2*	9.1*	2.91*	58.0*	3.4*
22. Portug. India	4,194	638	31.3	11.2	2.01	61.1	
23. Nepal	140,798	9,180					
24. Pakistan, West	944,824	38,832	25.9″	11.4″	1.45″	102.2″	0.6″
East		44,994*	20.5*	9.4*	1.11*	72.2*	7.4*
25. Afghanistan	650,000	13,000					

* Figure for 1959. ″ Figure for 1958. + Median value for the East, Middle and West Java.

ASIAN COUNTRIES (Part I)

Expectancy of life at birth			Number of physicians	Inhabitants per physician	Hospital beds		Government expenditure for health 1960	
Year of survey	Male	Female			Number	Per 1000 population	In % of the total budget	Per head (yen)
1959	65.2	69.9	105,437	900	890,107*	9.5*	1.8	330
			8,951	2,900	10,031	0.4	1.1	554
1955—57	65.8	72.0	359	2,500	811	0.9		
			1,189	2,900	10,017	3.7	11.3	1,772
			71	2,400	1,981	7.9		
1959—60	61.3	65.6	6,591	1,700	4,445	0.4		
1946—49	48.8	53.4	3,949	7,030	15,575	0.6	6.1	1,098
			40	12,000	1,369	3.0	8.9	1,035
			20	4,400	391	4.7	7.4	5,880
			58	14,000	1,851	2.6	14	1,646
			2,400	41,000	74,948	1.5	5.0	180
			10	52,000	230	0.5	5.9	162
			692	2,400	7,432	4.5	13.6	1,599
			1,098	6,500	27,778	4.1	9.4	1,105
1947—48	48.7	51.9	2,693	10,000	20,490	0.8		149
1958—59	44.2	43 3	231	25,000	4,862	1.0	6.0	556
			489	29,000	20,658	0.1	4.1	456
			49	38,000	1,076	0.5	2.5	52
			2,330	9,600	19,048	0.9		
1941—50	32.5	31.7	77,780	5,800	193,064	0.5	4.6	166
1954	60.3	59.4	2,250	4,600	31,218	0.3	11.7	1,103
			378	1,700	1,264	2.0	6.7	451
			128	72,000	1,139	0.1	4.9	102
			8,496	11,000	20,901	0.5	0.6	83
					4,650	0.1	5.9	38
			461	32,000	1,739	0.1		

41. 10 1 公衆衛生院会田院長発表

東南アジア諸国の

国名		主要死因順位					
		調査年	第1位	第2位	第3位	第4位	第5位
1.	日本	1959	脳血管損傷	悪性新生物	心臓疾患	肺炎および気管支炎	事故
2.	韓国	1960	胃腸炎	肺炎	結核	インフルエンザ	脳血管損傷
3.	沖縄	1960	心臓疾患	老衰等	脳血管損傷	悪性新生物	肺炎及び気管支炎
4.	香港	1960	肺炎	結核	悪性新生物	新生児固有疾患	脳血管損傷
5.	マカオ						
6.	台湾	1959	肺炎	胃腸炎	脳血管損傷	肺結核	悪性新生物
7.	フイリピン	1960	肺炎	結核	胃腸炎	気管支炎	脚気
8.	サバ	1960	肺炎	マラリア	胃腸炎	結核	気管支炎
9.	ブルネイ	1961	未熟児	胃腸炎	心臓血管疾患	肺炎	結核
10.	サラワク	1959	結核	肺炎	胃腸炎	心臓疾患	脳血管損傷
11.	インドネシア	1960	痘瘡	腸チフス	赤痢	ジフテリア	流行性肝炎
12.	葡領チモール	1960	マラリア	肺炎	胃腸炎		
13.	シンガポール	1960	悪性新生物	新生児固有疾患	肺炎	結核	胃腸炎
14.	マラヤ	1959	脳血管損傷	消化器系疾患	暴力	新生児固有疾患	呼吸器系疾患
15.	タイ	1959	結核	胃腸炎	肺炎	マラリア	新生児固有疾患
16.	カンボディア	1960	結核	老衰等	消化器系疾患	梅毒	ビタミン欠乏症等
17.	南ベトナム	1960	新生児固有疾患	事故	結核	胃腸炎	肺炎
18.	ラオス	1960	マラリア	肺炎及び気管支炎	結核	腸チフス及びパラチフス	
19.	ビルマ	1959	新生児固有疾患	肺炎	貧血	結核	心臓疾患
20.	印度	1959	気管支炎	赤痢	ビタミン欠乏症等	貧血	その他呼吸器病
21.	セイロン	1960	新生児固有疾患	伝染寄生性疾患	ビタミン欠乏症等	肺炎	胃腸炎
22.	葡領印度	1960	老衰等	心臓疾患	脳血管疾患	肺炎	胃腸炎
23.	ネパール		マラリア				
24.	パキスタン(西)	1959	肺炎	結核	腸チフス	マラリア	事故
	(東)	1959	マラリア	コレラ	赤痢	事故	肺炎
25.	アフガニスタン						

衛生事情（その2）

届出疾患多発順位					
調査年	第1位	第2位	第3位	第4位	第5位
1960	結核	インフルエンザ	赤痢	麻疹	トラコーマ
1960	麻疹	百日咳	腸チフス	日本脳炎	梅毒
1960	結核	梅毒	マラリア	腸チフス	麻疹
1958	ジフテリア	マラリア	結核	らい	性病
1960	気管支炎	胃腸炎	インフルエンザ	結核	肺炎
1960	マラリア	フランベシア	麻疹	結核	百日咳
1961	インフルエンザ	結核	水痘	マラリア	麻疹
1959	肺炎	結核	らい	急性灰白ずい炎	マラリア
1961	痘瘡	腸チフス	赤痢	ジフテリア	伝染性肝炎
1960	フランベシア	結核	らい	百日咳	
1960	結核	ジフテリア	急性灰白ずい炎	腸チフス	らい
1959	結核	マラリア	赤痢及び下痢症	フランベツア	性病
1959	痘瘡	コレラ	脳せきずい膜炎	腸チフス	
1960	フランベシア	梅毒	トラコーマ	らい	
1960	マラリア	結核	トラコーマ	百日咳	麻疹
1960	マラリア	フランベシア	結核	百日咳	トラコーマ
1959	らい	梅毒	ペスト	コレラ	
1960	トラコーマ	マラリア	結核	腸チフス	百日咳
1960	結核	水痘	腸チフス	赤痢	伝染性肝炎
1960	マラリア	フイラリア症	結核	麻疹	百日咳
	マラリア	痘瘡	腸チフス	赤痢	コレラ
1960	コレラ	痘瘡	百日咳		
1959	マラリア	結核	コレラ	痘瘡	脳せきずい膜炎

医　療　協　力　実　績

1. 医療技術者等の派遣

昭41. 10厚生省発表

国名＼年度	34 業務	34 派遣者	35 業務	35 派遣者	36 業務	36 派遣者	37 業務	37 派遣者	38 業務	38 派遣者	39 業務	39 派遣者	40 業務	40 派遣者
インド	らい技術者指導	医3												
パキスタン					医療状況調査	医1								
セイロン			胸部外科技術指導 結核治療技術指導	医1 医1	胸部外科技術指導	医1								
ネパール					診療X線技術指導	X1					巡回診療予備調査	医3 事1	巡回診療	医3 X1 検1 保1 事1
ビルマ			医療制度医学指導	医1 事1	医療状況調査	医1	巡回診療予備調査 巡回診療	医2 事3 医3 看2						
マレーシア			医療状況調査 医師不足援助	医1 医5					医師不足援助	医3				
タイ	胸部外科技術指導 医療実状調査	医1 看1			ヴィールスセンター設置調査及び技術指導 巡回診療	医4 医3 看2 事1	ヴィールスセンター指導	医1 獣2	ヴィールスセンター指導結核細菌研究指導	医1 医1 検1	ヴィールスセンター指導	医3 獣1	ヴィールスセンター指導神経病理学指導 脳波指導	医1 獣1 医1 医1
ラオス	巡回診療	医3 看2 X1			医療状況調査	医1								
カンボディア	クリニック建設実地調査等	医1									医療センター指導	医3 看2 X1 事1	医療センター指導	医2 X1

国名＼年度	34		35		36		37		38		39		40	
業務	業務	派遣者	業務	派遣者	業務	派遣者	業務	派遣者	業務	派遣者	業務	派遣者	業務	派遣者
ヴィエトナム													外科診療	医1
インドネシア			医療状況調査	医1	巡回診療 歯科技術援助	医3 看2 X1 事1 歯2			巡回診療事前調査 巡回診療	医2 事3 医4 看2 事1			歯科技術指導	歯1
フィリピン											疫学及び細菌：（コレラ撲滅対策）	医1 獣1	同左	医1 獣1
アラブ連合			結核，がん治療及びトラホーム技術援助	医3					トラコースの治療	医1				
サウジアラビア	医療援助（皮フ科）	医3	同左	医2	同左	医2								
ガーナ			医療援助	医1										
ケニア													内科外科医療	医2 看2
コンゴ			動乱の救護	医2 事1										
ナイジェリア							レントゲン技術指導等	医1						
計		医11 看3 X1		医18 事1		医16 X2 歯2 事2 看4		医7 事3 獣2 看2		医12 事4 看2 検1		医10 X1 獣2 事2 看2		医12 保1 X2 歯1 看2 検1 獣2 事1

（注） 医・医師、歯・歯科医師、獣・獣医師、保・保健婦、看・看護婦、X・診療エックス線技師、検・衛生検査技師、事・事務官

2. 医療技術等の研修受入れ

年度別 / 国別	34年度		35年度		36年度		37年度	
	研修内容	研修員	研修内容	研修員	研修内容	研修員	研修内容	研修員
インド			病虫害予防 薬学	医1 薬1				
パキスタン								
セイロン			輸血学等	医2				
ビルマ								
マレーシア								
タイ			内科、小児科、精神科 産婦人科等 結核専門知識等	医1 〃3 保2	性病予防 ヴィールス	医2 〃3	寄生虫 電子顕微鏡	医1 〃1
ラオス					外科	医1		
ヴィエトナム			看護教育等	看13				
カンボディア								
インドネシア			胸部外科、麻酔 公衆衛生	医2 〃4	病院管理	医2	病院管理	医1
フィリピン							結核対策	医3
アラブ連合					獣衛生	獣2		
ペルー								
中国			公衆衛生	医10 看1	地方衛生	医2 看2	病院行政	事1
韓国			病害予防	医1	病害予防	医1		
ボリビア								
計			医24 薬1 保2 看14		医11 獣2 看2		医6 事1	

38 年 度		39 年 度		40 年 度		41 年 度	
研修内容	研修員	研修内容	研修員	研修内容	研修員	研修内容	研修員
		結核集団研修 顔面補綴等	医 1 歯 1	結核対策集団研修	医 1		
		結核集団研修	医 2				
		腹部外科	医 2				
		心臓肺臓外科	医 3 看 2				
結核集団研修	医 1			がん集団研修 結核治療集団研修	医 1 医 1		
結核集団研修 ヴィールス、がん結核研究 ガストロカメラ研修	医 2 〃 4 〃 2	結核集団研修 ヴィールス研究 医療制度	医 1 〃 3 事 1	結核対策集団研修 がん集団研修 結核治療集団研修 小児医学等	医 1 〃 1 〃 1 〃 3 建 1	結核対策集団研修 麻酔	医 1 医 1
		結核集団研修	医 1			看護	看 4
医療関係	医 1						
結核集団研修 小児医学	医 1 〃 1	結核集団研修 歯科技術	医 1 歯 1	結核対策集団研修 がん集団研修 結核治療集団研修	医 2 〃 1 〃 1	結核対策集団研修 矯正歯科	医 4 歯 1
結核集団研修	医 3	結核集団研修	医 1	結核対策集団研修	医 3	結核対策集団研修	医 1
				形成外科	医 1		
				外傷外科、整形外科	医 1		
医15		医15 歯 2 看 2 事 1		医18 建 1		医 7 歯 1 看 4	

ラ　オ　ス

ラオスに関しては，衛生統計が整備されておらず，具体的基礎統計は一切不明である。

乳児の死亡率50%と言われ（日本2%）主な疾患は内科では結核，喘息，下痢，回虫症，マラリア，甲状腺腫，外科ではロイマチス様関節炎，腰痛，筋痛，兎唇，ヘルニア，皮膚科では，癬湿疹真菌症白癬などある。

実情を見ると，盛んに活動しているのは，省，市，までであり，各県には

県立中央病院長　1名
県保健部長　1名　と最低2名の医師を

割当てるのが，せい一杯という所である。

ヴィエトナム

1.　サイゴン市内8病院の医療従事人員数（1965年ヴィエトナム共和国厚生省）

病院名	ベット数	医師	歯科医師	薬剤師	医療幹事	助産婦	検査助手	看護婦	薬剤助手	看護助手	看護助手(臨時)	計
Binh-Dan	350	6	1	1	10		5	96	5	13		137
Cho-Ray	1,120	24	1	2	15		10	150	8	26	2	238
Cho-Quan	741	5		1	8		2	34	4	8		62
Hong-Bang	487	10		1	8		7	68	5	28		127
Nhi-Dang	243	12	1	1	12	3	2	72	6	29	8	146
Saigon	250	13	2		16		4	45	4	16	2	102
Haug-Vuong*	244	9		1	1	62	4	7	4	1		89
Tu-Du	411	12		1	2	84	6	8	5	1		119
計	3,846	91	5	8	72	149	40	480	41	122	12	1,020

ベット数/医師＝42.3　　ベット数/看護婦＝8.0　　（＊印は産院）

2.　ヴィエトナム共和国における最近2カ年間の内なる伝染性疾患（ヴィエトナム共和国厚生省）

病名	1964年	1965年	計	病名	1964年	1965年	計
肺結核	20,215 (204)	21,574 (214)	41,789 (418)	レプラ	881 (4)	1,078 (34)	1,959 (38)
コレラ	20,202 (866)	6,143 (63)	26,336 (929)	脳炎	220 (30)	265 (42)	485 (72)
パスト	290 (49)	4,453 (253)	4,734 (302)	破傷風	150 (53)	176 (65)	326 (118)
アメーバ赤痢	7,282 (5)	2,739 (2)	10,021 (7)	マラリア	13,728 (24)	16,982 (21)	30,710 (45)
腸チフス パラチフス	2,151 (67)	3,321 (70)	5,472 (137)	狂犬病	709 (5)	779 (9)	1,488 (14)
ポリオ	325 (10)	327 (7)	652 (17)	Hemorrhagic Fever	1,043 (177)	225 (39)	1,268 (216)

（　）内は死亡数

3. ヴィエトナム共和国及びサイゴン市における1964年度の死因別死亡数

	ヴィエトナム共和国	サイゴン市
A群	2,874	1,309
B群	730	326
C群	1,510	1,054
D群	1,868	643
E群	1,536	814
	A＞D＞E＞C＞B	A＞C＞E＞D＞B

日本における死因別死亡数(昭和10年～昭和39年)順位
(厚生の指標、特集、国民衛生の動向、昭和40年より)

昭和10年	A＞B＞E＞C＞D
〃 25〃	A＞B＞E＞C＞D
〃 30〃	B＞A＞E＞D＞C
〃 35〃	B＞E＞A＞D＞C
〃 39〃	B＞E＞A＞D＞C

A群：伝染病，寄生虫，炎症性疾患（新生児肺炎，下痢を含む）
B群：新生物，中枢神経系の血管損傷，高血圧，老衰等（老人病）
C群：妊娠，分娩に関係した母子の疾患
D群：不慮の事故，自殺，他殺等
E群：その他の全死因

カンボディア

日本とカンボディアの衛生事情

国名	主要死因順位					
	調査年	第1位	第2位	第3位	第4位	第5位
日本	1965	脳卒中	がん	心臓の疾患	老衰	不慮の事故
日本	1959	脳血管損傷	悪性新生物	心臓の疾患	肺炎及び気管支炎	事故
カンボディア	1960	結核	老衰等	消化器系疾患	梅毒	ビタミン欠乏病等

国名	届出疾患多発順位					
	調査年	第1位	第2位	第3位	第4位	第5位
日本	1964	結核	インフルエンザ	麻疹	赤痢	しょうこう熱
日本	1960	結核	インフルエンザ	赤痢	麻疹	トラコーマ
カンボディア	1960	フランベジア	梅毒	トラコーマ	らい	

日本とカンボディアのの健康状態

国名	面積 (km²)	人口 (単位：・)	出生率 (%)	死亡率 (%)	自然増加 (%)	乳児死亡 (%)	調査年	平均寿命 男	平均寿命 女	調査年
日本		98,274	18.5	7.1		18.5	1965	67.67△	72.87△	1964
日本	369,661	93,418	17.2	7.6	0.95	30.7	1959	65.2	69.9	1959
カンボディア	172,511	4,952	29.2	9.9	1.93	146.7	1958～59	44.2	43.3	1959

国名	医師数	医師1人に対する人数	病院病床数 総数	病院病床数 人口に対する%	政府厚生省予算 全予算に対する%	政府厚生省予算 1人に対する費用（単位：円）	調査年
日本	108,102	909	873,652	8.9			1964
日本	105,437	900	890,107*	9.5*	1.8	330	1959
カンボディア	231	25,000	4,862	1.0	6.0	556	1959
カンボディア	348	17,400	5,050	1.2			1965

△…1959年の資料
*……1964年の資料

Ⅰ）スタッフ

1. 医師

a）臨床医…… 128

b）公衆衛生の役人 …… 220

合計 …… (348)

2. 薬剤師

a）一般薬剤師…… 28

b）薬剤師の役人…… 15

合計…… (43)

3. 歯科医師…… 27

4. 看護夫及び看護婦 …… 2,205

5. 助産婦 …… 224

6. 地方の産婆…… 644

7. 衛生検査技師…… 377

Ⅱ）施設

A）プノンペン

	現在	ベット数	建設中
1. 病院			
a）公衆衛生省(国立の)	3	1,337	なし
b）軍…	1	150	——
c）慈善事業……	2	370	300床のもの1カ所
合計……	6	1,857	300床のもの1カ所
2. 民間			
a）病院……	1	157	なし
b）医院・診療所……	5	72	——
c）産院……	19	319	——
合計 ……	25	548	なし
3. 無料診療所			
a）公衆衛生……	9		1
b）慈善事業……	2		なし
合計……	11		1
4. 病室			
a）公衆衛生……	10		なし
b）学校衛生……	16		——
c）軍……	6		——
d）民間警察 ……	4		——
e）企業力……	48		——
合計……	84		なし

B）地方

	現在	ベット数	建設中
1. 病院			
a）公衆衛生……	21	1,312	50床のもの1カ所
b）軍……	4	160	なし
合計……	25	1,472	50床のもの1カ所
2. 民間			
a）病院……	4	618	60床のもの1カ所
b）産院……	5	51	なし
合計……	9	669	60床のもの1カ所
3. 保健所……	7	98	19
4. 無料診療所……	2		なし
5. 病室			
a）公衆衛生……	199		61
b）学校衛生……	42		なし
c）軍… ……	35		——
d）警察… ……	2		——
e）民間企業……	33		——
合計……	311		61

Ⅲ）1965年11月30日以後事務と開始した施設

A）カンダル州コンポン・ルオン保健所

ベット数：4

経　費：800,000リエル（寄附金）

タ　イ

死亡率の概要	1962年度 100,000人当り
新生児疾患	56.5
呼吸器結核	31.2
胃小腸大腸炎	31.2
肺　炎	28.5
マラリヤ	24.5

タイ国公立病院 1960年12月	
病院数	79
病床数	5,430
医師	400
看護婦	716
看護婦生徒	396

タイ国医療関係者数 1960年12月	
医師	3,402
看護婦助産婦	4,707
助産婦	364
2級看護婦	2,419

1) Leprosy 1962年

	県	患者数
1.	Kohonken	10,805
2.	Mahasarakam	6,250
3.	Kalasin	4,975
4.	Roi-et	9,713
5.	Srisaket	3,947
6.	Nakorn-Rajsima	8,463
7.	Surin	3,493
8.	Buriram	4,026
9.	Ubol	8,240
10.	Sakolnakorn	1,127
11.	Nakom-Panom	491
12.	Chaiyapum	1,644
13.	Udorn	3,064
14.	Nhongkai	509
	Total	66,207

2) Cholera

1958～1959年18のカ月間に19,359名のコレラ患者が突発的に発生し，そのうち2,372名が死亡した。

3) Smallpox

Year	Cases	Death
1957	3	—
1958	28	7
1959	1,548	272
1960	32	11
1961	33	4
1962	1	1

4) Heamorrhagic Fever

1954年にバンコックで小さな流行があった折，はじめて出血熱と言う診断が下されたものである。

バンコック，ドンブリ市で発生した年間の記録は下記の通り。

年度	発生数	死亡	死亡率
1958	2,418	240	10.0
1959	124	15	12.1
1960	1,742	59	3.4
1961	104	4	3.8
1962	4,532	187	4.4

1962年の流行は29県以上に広く分布し，これらの県から1,630例の患者が届出られ，うち85例以上が死亡している。そして年度内に全国からの届出は6,162例に達し，272例が死亡している。

5) Tuberculosis

結核死亡率

	All Forms		Respiratory System	
Year	Case	Rate	Case	Rate
1957	11,243	46.2	11,133	45 8
1958	9,465	38.6	9,536	38.1
1959	9,857	38.4	9,756	38.
1960	9,296	35.2	9,165	34.7
1961	8,525	31.5	8,437	31.2

6) Malaria

Year	Number	Rate
1957	10,458	43.0
1958	9,462	37.8
1959	8,530	33.2
1960	7,960	30.2
1961	6,636	24.5

マレーシア

主な疾患

	病名	患者数	死亡数
1.	小児下痢腸炎	17,013	984
2.	肺結核	12,083	1.006
3.	マラリヤ	10,770	132
4.	流産	10,536	27
5.	肺炎	7,650	1,214
6.	喘息		
7.	がん		
8.	自動車事故		
9.	貧血		
10.	胃潰瘍		

インドネシア

インドネシアにおける公衆衛生の現状を把握するのに必要な衛生統計の信頼度は極めて低く主として，都市，大病院よりの報告をもとに推定するより他に方法はない。

(1) 伝染病

a）痘瘡

	発生数	死亡数	死亡率
1962年	3,340	929	27.8

となっているが，実数は上まわることが確実である。

b）エル・トール・コレラ

パスツール研究所の発表によれば，バンドン市周辺において

	発生数	死亡数	死亡率
1962年	142	17	12
1963	380	31	8

c）腸チフス

最も普通に見られる。一年中を通じて入院患者は途絶えることがない。

b）マラリヤ

WHOのマラリヤ撲滅対策により，ジャワ島内では大都市周辺には殆んど見られなくなっているが，尚インド洋海岸にそって，熱帯マラリヤの発生が見聞される。外領についてはつまびらかでない。

e）寄生虫

学童検診結果より推定するに，ほとんど100%に近い回虫卵の陽性率を示している。

(2) 結核

結核についての信頼出来る統計の発表は得られない。その最も大きな理由は，診断の根底となる，X線写真撮影設備の不足，培養設備の不足，医師の不足，などがあげられる。

a）結核医療の状況

結核対策の根本といえる患者の登録，又その数の把握が未だなされていない。正確に何%の患者が推定されるか医学的調査がなされていない。

b）患者管理，登録

ジョクジャカルタ市には結核予防活動の本部があ

つて，全国からの結核患者の情報を集計し，WHOと協力して，予防活動を行って来たが，国連脱退に続いて9月30日運動のクーデターなどにより種々の支障を来している。

一般に患者は野放しになっているといえよう。

c）結核ベット数

1,707床といわれる厚生省発表の全病床数は1965年現在で80,000床であるからその約2％である（日本の結核ベット25万床）

d）健康診断，予防接種の状況

一部熱心な県保健部長の下では学童を中心にツベリクリン反応を実施し，陰性者に直ちにBCG接種を行っている所がある。このBCGワクチンは日本製である。

e）医療費

結核医療費は一般庶民にとって非常に重荷である。

インドネシア赤十字を通じて極く1部にはINHの無料交付が生活困窮者に行われている。他は自費。公務員の場合，国家が6カ月迄は療養費を支給してくれる。一般事業所はそれより短期間である。

結　論

以上のデーターから，インドネシアにおける結核患者は住民全体から見て5～10％の間，おそらくは7～8％に及ぶのではないかと憂慮している。この結果は日本の患者発見率（0.2％）に比して，30倍から40倍にも及ぶものであり，昭和29年の05.6％に比較して見ても10～15倍にもなり，全くはかり知れぬ程重大な問題だと考えられる。

フィリピン

医療施設の現状

1.　国立病院の現状

①	国立病院数	238
	国立ベッド総数	20,525
	1ベッド当り人口	1,385
②	医療従事者	
	医　　師	2,066
	看 護 婦	2,737
	歯 科 医	168
	薬 剤 師	204
	栄 養 士	161
	助 産 婦	88
	そ の 他	7,795
	計	13,219

2.　民間医療施設の現状

WHO調査1961年現在公私立併せた医薬施設の統計

数	394
ベッド数	27,249

医薬品の需給状態

1.　医療器具は殆んど全部輸入

一部を除いて病院の設備貧弱

2.　薬品は純国産品は皆無，バルク輸入で包装のみ行うものが多く，完成品輸入の割合もかなり高い。

保健指標	1963年（日本）	1963年
出 生 率	(17.7)	27.7
死 亡 率	(6.9)	70.
乳児死亡率	(20.4)	66.6
妊婦死亡率	(1.7)	2.1
結核死亡率	(22.6)	83.8

主な疾病

1.	気管支炎	250,804	6.	マラリア	40,854
2.	胃小腸，大腸炎	230,464	7.	脚　気	35,705
3.	インフルエンザ	187,449	8.	百日せき	24,722
4.	肺結核	117,020	9.	赤　痢	17,465
5.	肺　炎	66,927	10.	コレラ	16,465

主な死亡率

1.	肺　炎	32,231	6.	心臓病	8,930
2.	呼吸器結核	23,922	7.	血管病	7,696
3.	胃小腸，大腸炎	16,081	8.	事　故	6,763
4.	気管支炎	11,916	9.	悪性腫瘍	6,658
5.	脚　気	10,012	10.	腎臓病	3,830

エル・トール・コレラ

	患者数	死亡数
1961年	9,927	1,404
1962	13,015	1,682
1963	3,979	433
1964	16,395	1,513