

20020145

厚生労働科学研究研究費補助金
社会保障国際協力推進研究事業

システムの質の評価と途上国の保健医療システム強化支援のあり方に関する研究

平成14年度研究報告書

主任研究者 上原 鳴夫

平成 15(2003)年 3 月

目 次

I. 総括研究報告

地域保健医療システムの質管理手法の実証的研究

上原 鳴夫 ----- 1

II. 分担研究報告

1. 保健医療システム強化の目標設定について ----- 5

河原 和夫

2. フィリピン、ベンゲット州における保健情報報告システムの現状について

マリアン エバンゲリスタ ----- 21

III. 参考資料(班会議討議資料)

1. Country Project in Benguet, Background

2. Framework for assessing health system performance (WHO)

3. Status report; Benguet Project

システムの質の評価と途上国の保健医療システム強化支援のあり方に関する研究

総括研究報告

主任研究者 上原 鳴夫 東北大学大学院医学系研究科教授

研究概要

開発途上国、特に東南アジア諸国においては疾病構造の変化、健康と医療における所得階層間の格差が増大し、公共保健医療サービスの役割や社会保障としてのサービス給付のあり方、とりわけ保健医療サービスの質の向上および効率性の改善が求められている。こういった流れの中で各国政府は医療保険制度の導入や地方分権化による地域ニーズの政策優先度への反映を可能にするべく、従来のインフラ指向からアウトカム指向やシステム・アプローチへの転換を模索している。

本研究は、途上国における地域保健医療システムを「質」の観点で評価し改善するための取組みの方法を実証的に検証するもので、平成 14 年度は現状把握調査を実施し改善課題について検討を行った。

分担研究者

河原 和夫 (東京医科歯科大学大学院教授)
マリアン・エバンゲリスタ (東北大学大学院助手)

A. 目的

本研究は、ニーズの地域特性の把握と優先度判断に基づく目的意識的な地域保健医療システム強化をめざして、質の管理・改善にかかる能力育成を助ける方法論仮説(参加型実証的質改善活動=EPQI)の有効性を、フィリピンの地域保健医療システムにおいて実地に検証するとともに、これを通じて途上国において地域保健医療システムの質を評価する個別的・実用的な評価指標を策定することを目的とする。

B. 研究方法

上記目的のために、平成 14 年度に以下の方法により研究を行った。

1-WHOと日本が提案するシステム評価と評価指標のレビュー； WHO 2000 年報告と「健康日本 21」の指標の策定経緯と活用状況について、策定に関わった関係者にブリーフィングを依頼し、これらが途上国でどのように活用可能かについて検討した。

2-保健医療システム強化の目標設定について； フィリピン保健省と医療保険公社、医療機関の訪問調査と関係者へのインタビュー、収集資料の分析を通じて、同国の公的医療保険制度の特徴と問題点および保健医療システム強化の課題について検討した。

3-実証研究プロジェクトを推進するための実施体制の構築とベンゲット州における保健情報報告システムの現状分析；ベンゲット州の保健医療行政担当者と2回のワークショップをもち、実証プロジェクトと方法論仮説について説明するとともに、2回の現地調査を実施して保健情報報告システムの現状をレビューした。

C. 結果と考察

1-WHOと日本が提案するシステム評価指標のレビュー

WHOのシステム指標は、そのコンセプトは優れているものの、途上国における情報システムの現状、とりわけデータの信頼性の低さを考慮すれば、そのまま適用することは実用性の点で困難があると判断した。日本の「健康日本 21」は、共通指標と目標値の設定という点は途上国でも有意義であるが、各国あるいは各州の課題の優先度に基づいて設定することが肝要と判断した。

2-保健医療システム強化の目標設定について

(1) フィリピンの保健医療システムの概要；行政システムは、78の地方自治体政府(LGU)、82の市、1,523の町村、41,939のバランガイ(Barangay)で構成される。1991年に制定された地方自治法(Local Government Code)によって地方分権化が進められ、保健省が直接所管するのは地方医務局までとなり、州立および県立の病院は州知事が、保健センター(Rural Health Unit: RHU)やバランガイ保健ポスト(Barangay health Station)は市長が所管することとなった。

(2) 保健医療制度改革(Health Sector Reform Agenda); 1999-2004の重点課題として、①国民皆保険の実現、②アクセスと質の改善、③PHCの推進、④病院医療の向上、⑤行政的諸制度の改革、などの目標を掲げている。

(3) 公的医療保険制度(NHIP)の現状と課題; フィリピンは1998年に医療保険公社(Philippines Health Insurance Corporation; PhilHealth)を設立して、国民皆保険制度の確立を目指している。現在の加入率は50%だがこれを5年間で70%に拡大する目標を掲げている。貧困層は地方自治体政府と中央政府が保険料を肩代わりすることになっている(メディケア・プログラム)が貧困層の利用が極端に少ない(0.3%)。このため、現在の給付対象は主に入院治療だが、貧困層を対象に外来診療に対する給付を試験的に実施している。今後の課題として、医療給付内容の充実、医療質管理の推進、医療施設利用利便性の向上、医療費給付システムの改善、薬剤給付方法の改善、会員登録手続きの改善、組織的な支援体制強化、保険料徴収の促進、などが指摘されている。

地域保険医療システムとのかかわりではとくに、①提供される医療サービスの質の向上、②地方分権を生かした公衆衛生・予防プログラムと臨床ケアとの効果的効率的な連携の促進、③質改善に向けた医療評価、病院認定プログラムの有効活用、が重要と考えられた。

3-実施体制の構築とベンゲット州における保健情報報告システムの現状分析

(1) 実施体制の構築; フィリピン医療保険公社質管理部門の協力によりベンゲット州を実証研究のフィールドに選び、保健省、州保健局、医療保険庁質管理部門その他からなる運営管理委員会を形成した。また、参加型実証的改善活動の事例教育について、ジャカルタ州保健局の協力が得られることを確認した。

(2) ベンゲット州の地域保健医療保健システム; ベンゲット州には臨床医療機関として、7病院(州病院6+地区病院1)、保健センター13、バランガイ保健ポスト163、私立病院3がある。医師は13人、歯科医は7、看護師24、助産婦129、検査技師8人がいるほか、コミュニティ・レベルでは1335人のバランガイ・ヘルスワーカーと239人のTBA(産婆)が活動している。年間運営予算

は所管自治体が支出し、中央政府保健省からの支出はプロジェクト・ベースである。運営予算が制約されるため、外部資金の援助に頼っている。たとえば結核では「世界の医師団」が2004年まで援助を行っているが、外部資金は不安定であり、資金的な問題を解決できない。

行政区と保健管理上の区が一致しないことも種々の問題の一因となっている。政治的区分ではベンゲット州がひとつのDistrict(選挙区)であるが、HSRAではベンゲット州を3つのDistrict(保健管理区=Interlocal health zones:ILHZ)に分けている。保健管理区は、いくつかの市が保健医療計画や施設を共有するために覚書を交わして定めるもので、通常は1保健管理区あたり1つのレファラル病院を共有する形をとっている。ベンゲット州で現在機能しているのは2管理区のみで、ひとつはABBM DHS(Atok, Bugias, Bakin, Mankayanで構成、Atok病院がレファラル病院となっている)、もうひとつはDennis Molintas DHS(Kapangan, Kibungan, Itogonで構成、Dennis Molintas Memorial病院がレファラル病院)である。いずれも、ベンゲット総合病院を二次レファラル病院とする。

(4) ベンゲット州の保健情報報告システム; 保健省の統一保健情報システムであるField Health Service Information System(FHSIS)を通じてデータを収集・報告している。これは予防接種、結核対策、マラリア対策、狂犬病対策、ハンセン氏病対策、STD、母子保健、家族計画、がん対策などの各種プログラムや健康教育キャンペーンにかかるデータを定期的に報告するもので、バランガイ保健ポスト(BHS)→保健センター(RHU)→市・州→地方医務局→保健省という流れで報告される。州は独自にデータを分析して州の保健医療報告を作成してそのコピーを地方医務局に提出している。中央保健省は年4回送られる各州の報告を集約する。保健省は報告事項のそれぞれについて報告書式を定め、データ集約・分析のためのコンピューターソフトを開発し、1992年以来改訂を重ねている。州・市以上はこれに基づいてデータ管理することになっているが、種々の要因によりうまく機能していないのが実情である。

D. 結論

ベンゲット州の保健医療システムは行政指揮系統に関して方針管理が行いにくい構造になって

おり、自治体のイニシアティブが確認できなかった。HSRA を共通目標とした上で、所管各地域のニーズの優先度と改善課題を事実データに基づいて明らかにし、これを各レベルが共有することで組織的、システム指向のアプローチを構築する必要があると考えられた。このため、2 年次において、EPQI の方法論を適用し、現地関係者の主導性を引き出すことで、報告システムの質、とりわけ「データの質」に関する現状評価と改善の取り組みを計画・実施する試みを行い、その有効性を検証する。

E. 健康危険情報

特記すべき事項なし

F. 研究発表

1. 論文発表 予定している。
2. 学会発表 予定している。

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得 なし。
2. 実用新案登録 なし。
3. その他 なし。

資料 <FHSIS が管理する保健指標データ>

■Maternal care data include the following:

- Pregnant with 3 or more prenatal visits
- Pregnant given tetanus toxoid
- Pregnant given complete iron dosage
- Pregnant confirmed with anemia (optional)
- Postpartum (PP) with at least 1 PP visit
- PP given complete iron dosage
- PP initiated breastfeeding
- Breastfeeding mothers given Vit A
- Women 15-49 given iodized oil capsules

■Child care data include the following:

- Infants given BCG, DPT, OPV, measles, Hep B vaccines (with breakdown)
- Fully immunized children (9-11 mos)
- Children 9-11 mos given Vit A.

■Family planning data refer to:

Current users, dropouts, new acceptors for the following family planning methods:

- Condoms
- Injection
- Intra Uterine Device (IUD)
- LAM
- Natural Family Planning
- Pills
- Male sterilization
- Female sterilization

■Disease control data include the following:

- Tuberculosis
 - Symptomatics with sputum exam
 - New sputum initiated treatment
 - Old sputum on re-treatment
 - New sputum admitted
 - Treatment 12-15 months ago
 - Completed short course chemotherapy (SCC)
 - Cured
- Malaria
 - Confirmed with microscopy
 - Clinically diagnosed (without microscopic confirmation)
 - Given treatment

- Leprosy
 - New cases diagnosed
 - Completed treatment
 - Continuing treatment
- Rabies
 - Animal bite cases seen
 - Given post-exposure immunization
- STD
 - With vaginal discharge
 - with urethral discharge
 - With genital ulcers

■Other information in the FHSIS include:

- Infants seen at 4th month
- Infants exclusively breastfed up to 4 months
- Diarrhea cases (0-59 months)
- Diarrhea cases given oral rehydration solution, ORS (0-59 months)
- Pneumonia cases (0-59 months)
- Pneumonia cases given treatment (0-59 months)
- Children 12-59 months given Vit A
- Moderately underweight (6-59 months)
 - Given food supplementation
 - Receiving food supplementation
 - Rehabilitated
- Severely underweight (6-59 months)
 - Given food supplementation
 - Receiving food supplementation
 - Rehabilitated

保健医療システム強化の目標設定について

－フィリピン国医療保険システムの分析－

分担研究者 河原 和夫（東京医科歯科大学大学院医療管理学分野）

研究概要

保健医療サービスの提供体制の整備及びその質の向上は先進国・途上国を問わず共通の課題となっている。

本研究は、目標設定管理手法による開発途上国の保健医療システムの強化を目指したものである。本年度は、保健医療分野の主要な部分である医療保険制度に関し、現在フィリピン共和国で国民皆保険を目指して進められている保険システムを対象に、その特徴ならびに問題点を明確にすることによって、保健医療システム強化のための条件等の分析を行なった。

A.目的

近年、先進諸国と同様に開発途上国の保健医療提供体制の強化と提供されるサービスの質の向上が問われている。特に、社会資源が乏しい開発途上国では、投入される資源が最大限の効果を果たして国民に還元されることが望まれる。これらの問題は、保健医療政策を推進するに当たって重大な関心を持って検討されるべきである。

今回、上記研究課題を遂行するに際し、日本が深く関わっている開発途上国であるフィリピン国に対して調査を行なった。

まず、初年度は保健医療の一翼を担っている医療保険体制に関する実態調査を行い、その特徴及び問題点を明らかにした。

B.方法

フィリピン国保健省(Department of Health ; DOH)と医療保険庁(Philippine Health Insurance Corporation ; PhilHealth)、及び数カ所の医療機関を訪問し、同国の保険医療体制について関係者に対するインタビューを行なうとともに、収集した資料を分析することにより、同国の医療保険制度の特徴及び問題点を明らかにした。

C.結果

C-1.概要

フィリピン共和国は東南アジアに位置し、大小7100余りの島嶼から構成される群島国家である。都市化が進んでいる首都メトロ・マニラ等の地域がある一方で、開発が遅れている地域も多く残っている。人口7,027万人、面積300千平方km、高齢化率3.57%、合計特殊出生率3.58(3.28～3.74)、1ペソ=2.5円(*人口は1996年推計値、高齢化率は1995年国勢調査、合計特殊出生率は1995年推計値、為替相場は1998年3月現在)である。

また、フィリピンは三権分立(立法、司法、行政)の民主共和国であり、最高権限は憲法によって国民が直接選出する大統領に賦与されている。立法機関である議会は上院、下院の二院制をとっている。

行政機関は中央政府をはじめとして、政治的に全国を78のLocal Government Unitsに区分している。LGUsは憲法下で自治が保障されており、立法権は個々のLGUs議会に賦与されている。

市長を有する82の市と1,523の町村、バラングай(Barangay)評議会の議長を首長とする41,939のバラングай(邑のような最小行政区分)があるように、地方分権が進んだ国でもある。

C-2.保健医療分野の行政組織

フィリピン保健省が所管するのは、本省の下に

Region ごとの地域事務所までである。フィリピンは地方分権が進んだ国である。全国78の州があり州保健局が設置されている。また、1,500の市町村には保健事務所が設けられ、医師、保健師、検査技師等が常勤する保健所（Rural Health Unit;RHU）が全国に2,335か所設置されている。

約42,000のバラングイのうち農村部を中心に11,646か所に助産師を配置したバラングイ・ヘルス・ステーション（Barangay Health Station;BHS）が設けられている。そこでは分娩介助、家族計画、避妊薬や避妊器具の配布、母子保健教育、乳幼児健診、予防接種、結核治療、栄養不良児に対するビタミン剤等の栄養補助剤の配布などの保健指導や初期治療が行われている。

C-3.保健医療指標

(1)平均寿命（1999年）

男性 66.03歳

女性 71.28歳

全体 68.60歳

しかし、上記値は地域格差が大きい（ルソン中央部及び南部タガログ地域が最も良好）。

(2)合計特殊出生率(Total Fertility Rate)

3.36（1999年の推計値）

(3)高齢化率

3.5（1995年）→ 4.3（2004年推計）

C-4.保健医療財政

保健医療費は1,140億ペソ（1999年）でGDPの3.61%を占めており、そのうち社会保障費は保険医療費の8%である。

C-5.フィリピンの保健医療戦略

フィリピンでは、1999-2004年の期間にターゲットを絞り、保健医療制度改革が進行中で、それはヘルスセクターリフォームアジェンダ（HSRA；Health Sector Reform Agenda）としてまとめられており、その内容は、以下の項目から構成されている。

(1)医療分野の財政改革（国民皆保険の実現）

(2)地域医療システムの改革（良質な医療アクセスの確保）

(3)公衆衛生改革（疾病コントロール、乳児死亡率減少等のプライマリ・ヘルス・ケアの推進）

(4)病院システム改革（施設・機材・人材の充実）

(5)保健・医療制度改革（基準策定、薬局方策定、

免許制度能力の改善）

C-6.社会保障制度の概要及びPhilHealthの沿革

フィリピンの社会保険制度は、公務員を対象とするGSIS(Government Service Insurance System: 公務員保険基金)と一般国民を対象とするSSS(Social Security System: 社会保障基金)があり、医療保険、年金保険等の社会保障給付を加入者に提供してきた。そのうち、医療保険給付の部分を抽出してひとつの医療保険公社として、1998年にPhilippine Health Insurance Corporation(以下、PhilHealthと称する)が設立された。

PhilHealthは、医療保険関係法「①Philippine Medical Care Act (1969年制定：共和国法 No. 6111) Medicare I & II」、「②National Health Insurance Program (1995年制定：共和国法 No. 7875) NHIP」等を根拠法としている。

これらの法律に基づき、国民医療保険プログラムを実施するための組織として、PhilHealthが設立されている。

PhilHealthの使命は、受容可能な負担額で適切な医療上の利益を享受できるような体制を提供することであり、国民皆保険を目指している。そのために医療提供者とともに連携体制を強化することによって、医療提供サービスの質の向上を図っている。

C-7.PhilHealthの概要

(1)組織

組織については、図2に示しているが、本部、15支部、72のサービス拠点から構成されている。

また、本部には情報部門がある。

(2) PhilHealthの政策目標

① GOAL

a.国民皆保険を目指している。

② OBJECTIVES（到達目標）

a.今後5年間にNHIPに要する予算を年間6千万ペソに増やしNational Health Insurance Program(NHIP)が加入者に与える恩恵を強化する。

b.上記期間で貧困層プログラムの対象者を少なくとも1千万人を加入させるとともに、個人支払い者とその家族5百万人を加入させる。これによってNHIPのカバー率を少なくとも総人口の70%とする。

c.効率的な行政組織、十分な財源、より良い運営方法によって NHIP を着実に育成していく。

なお、図3に支払額と利用者数を示している。フィリピンの PhilHealth の加入率は約 50%であるが、将来的にはこれを発展させて国民皆保険を目指している。少しの例外を除いて原則的には外来はカバーされていない。また、入院給付内容も給付を受けることができる入院期間は 3.5 日と短く、しかも各種医療内容に対する上限額も低く設定されている。

こうした事情から富裕層は民間保険にも加入していると言われている。

フィリピンの病院は「一次」、「二次」、「三次」、「救急施設」と医療機能で区分されている。それぞれの病院区分に応じて、PhilHealth の保険料支払いの上限額等が異なっている (表3)。

規約上、入院期間は1年のうち45日までであり、1つの病気に対して行われる処置は、1年間に90日を超えると給付対象にはならない。

(3)財政状況 (2002年)

総計 340 億ペソ

オペレーションコスト 12%

保険給付費 88%

地方政府 (LGU:Local Government Unit) は、中央政府から交付税を受ける。そのうちの 20%が社会政策に使われる。この 20%は社会福祉、医療、教育等に配分される。保健医療の枠組みの中で、どのような配分を行うかは各地方政府の裁量に任されている。

PhilHealth に対する中央政府の補助金額は5億ペソであるが、十分な額ではない。民間企業からの寄付や基金の拠出も受け入れている。中でも Glaxo SmithKline は寄付を行っている主要な民間企業である。

(4)給付内容

①入院診療

入院給付内容及びその上限額については、表3に示している。

②外来診療

PhilHealth の給付内容は、共和国法 7875 (前述) の Rule VII に記載されている。この法律で定められている貧困加入層に対する外来給付は、

a.基本的診断行為

・胸部 X 線撮影、血算、便検査 (潜血、寄生虫検)、尿検査、喀痰吐末検査

b.個別予防サービス (2001年に追加)

・子宮頸がん視診

c.Visual acetic acid cervical cancer screening (子宮頸がん検診)

・理学的検査によるがん検診

・血圧のモニターリング

・禁煙のカウンセリング

・栄養指導

d.結核外来及び DOTS への適用

なお、2002年9月に結核外来及び DOTS に対する PhilHealth の適用が決まった。基本的に 3,500 ペソが診断、投薬に予定されており、治療が完了したときには加入者に 500 ペソが支払われる。

(5)保険料率

保険料率については、表4に示している。

(6)貧困層に対するプログラム

貧困層に対するプログラムは、「メディケア para sa Masa」と呼ばれている。そしてそれは、フィリピン人社会の底辺に位置するこれらの人々にメディケアの特典 (医療給付) を提供することを目的としている。プログラムが目標としているのは人口の 25% を占める貧困層の人々である。貧困層に属する人々は、地域社会福祉開発公社によって行われた CBIS・MBN と呼ばれる調査で把握されている。プログラムは地方自治体 (LGUs) と PhilHealth の協力によって実行される。PhilHealth によって LGU と中央政府双方が、PhilHealth に登録されている貧困層のために保険料の支払いを行っている。

他の政府行政機関と公務員と同様に、民間団体も LGU の協力者として保険料支払いに加わることになるかもしれない。「メディケア para sa Masa」は最近、国家経済開発当局 (NEDA) によって認められた国家優先政策プログラムとして採用された。それゆえ、PhilHealth への寄付は完全に課税所得から控除可能である。保険料の中で 1,188 ペソが 1 貧困家庭を 1 年間支えるために必要とされる額である。貧困な登録者に対する保険料は、彼らが居住している LGU の歳

入区分に従って地方政府の負担は割引されることになる。割引かれた保険料は、中央政府が代わって支払うことになる。下記の表5にメディケア para sa Masa の歳入に応じた保険料負担が示されている。

将来的には、中央政府と全地方政府との保険料の負担割合を1:1にする予定である。貧困家庭1世帯をカバーする保険料が1世帯当りの保険料として算定の基準(基本保険料)となっているものと考えられる。

(7)保険料の流れ

年間の基本保険料は、1,188 ペソである。最も財政状況が良い地方政府の負担額が将来の基準となるが、その基準を用いると、中央政府 594 ペソ、地方政府(LGU)594 ペソの均等な負担である。

そのうちの 888 ペソは、PhilHealth に回され、残りの 300 ペソが保健予防活動や外来サービスの充実のための基金に回される。そしてこれらのサービスは PhilHealth によって認定された保健所によって提供される(図4)。

対象は、「本人」、「法的な婚姻関係が認められた配偶者」、「21歳未満の者」、「21歳以上で先天性疾患を有している者」、「60歳以上の扶養されている父母」、及び「その他資格を有している被扶養者」である。

(8)請求

- ① ICD-10
- ② Relative Value Scale 2001
- ③ 参照薬価表(DPRI)研究

医療機関から PhilHealth に対しては、①や②に基づく請求を行なうように指導されている。

また、③に関する研究が続けられており、現在、使用頻度が高い 124 の薬価が決定されている。さらなる充実のために、ベンゲット州、グイマラス及びソゴッド州で調査研究が続けられている。

(9)保健医療機関

国立医療施設を所管しているのは、DOH(保健省)の中の NCHFD(National Center for Health Facilities and Development)である。ここで、設備、運営、提供サービスについて扱っている。

a. ナショナル・センター(4か所)

国立心疾患センター、国立呼吸器疾患センター、国立腎疾患センター、国立小児医療センター
b. 国立病院、国立精神疾患センター

- c. LGUs 病院
- d. 民間病院
- e. クリニック
- f. Rural Health Units
- g. Barangay Health Units

これらフィリピンの病院は、その機能に応じて Primary Hospital(一次療機関)、Secondary Hospital(二次医療機関)、Tertiary Hospital(三次医療機関)に区分されている(図5)。これらのうち、いずれを選択するかは患者自身の選択による。これらは、人材配置や設備基準等によって区分されている。

PhilHealth は加入病院をカバーしているが、一部救急医療を行っているクリニックもカバーしている。

PhilHealth の加入病院は病院にステッカーを掲示しており、各病院に PhilHealth の保険事務を行う部門が設置され職員が配属されている。

(10)医療従事者

医療提供者(公認)は、2001年時点で 14,791 人の医師及び歯科医師が PhilHealth に登録されている(専門医及び一般医双方を含む)。

(11)その他

民間保険会社は、確認しただけで 19 社ある(2002年12月31日現在)。

C-8. 担当者が描く将来ビジョン

(1)医療給付内容の充実

認定された全国 1,502 か所の病院(全体の 95%)で入院プログラムを展開していく。

274 か所の保健所等で外来、健診、予防的かつ健康増進的なプログラムを行っていく。

①健康相談

②検査

- a. 胸部X線撮影
- b. CBC
- c. 便検査(潜血、寄生虫検査)
- d. 尿検査
- e. 喀痰検査

③予防サービス

- a. Visual acetic acid cervical cancer screening(子宮頸がん検診)
- b. 血圧測定
- c. 直腸検査

- d. 身体測定
- e. 乳がん検診
- f. 禁煙指導
- g. 日常生活習慣改善指導

④その他

- a. 「包括妊婦ケア」を実施していく予定である。
- b. 「精神疾患」に対しては、外来適用が考えられている。
- c. 血液製剤も PhilHealth でカバーしようと検討している。

中央政府と地方政府が個々提供している医療と保健予防活動を連携させることによって、PhilHealth の実効性を上げるとともに、保健医療基盤の強化を図っていくことを目指している。

(2) 5 分野にわたる医療の質管理の推進

- ① 根拠に基づいた医療 (EBM) の推進 (特にガイドラインによる医療の推進)
- ② 施設認定基準の統合
- ③ 施設承認と医療の質改善教育とのリンクを図る
- ④ 外来患者の診断パッケージをすべての施設で採用する
- ⑤ 病院評価ガイドラインのすべての施設への適用

(3) 医療施設利用の利便性の向上

特に 2003 年から以下の事項を推進していく。

- ① 入院患者包括医療内容の見直し
- ② 外来患者包括医療内容の見直し
- ③ 補完的サービスとして、結核 DOT 療法、第 2 子目の出産、がん化学療法、血液透析の保険適用の推進

(4) 医療費給付システムの改善

- ① 貧困者に対する無料あるいは自己負担上限額の設定
- ② 医療内容に応じた病院が享受する利益の改善
- ③ 外来医療の拡大

(5) 薬剤費

院内薬局で薬剤を入手する場合は PhilHealth でカバーされるが、特に公的病院では薬剤の在庫が乏しく患者は市中の薬局で薬剤を購入しなければならないが、その場合は保険適用とはならず

自己負担しなければならない。医師が病院外に薬局を確保し、患者をそこに向かわせることもたまに見受けられる。

(6) 会員登録等

- ① 会員登録の迅速化；会員登録を 5 分以内で行うようにする。
- ② 会員を正確に把握し会員制を維持するために、
 - a. データベースの構築
 - b. マーケティング活動の統一

を図る。

②については、ドイツ技術協力事業団 (GTZ ; German Technical Cooperation) がインフォーマルセクターの把握を支援している。

(7) 組織支援の推進

① IT 化の推進

特に IT 化については、

- a. オペレーション部門への事業遂行システムの統合
- b. 文書の追跡システム
- c. 行政情報提供システム
- d. 加入者や医療機関に対するオンライン構想
- e. 地図情報システム
- f. 広域情報網
- g. 災害復旧センター
- h. 在庫管理網
- i. 加入者に対する街頭での情報提供システム (インフォメーション・キオスク)
- j. 加入者に対する ID システム
- k. コールセンターの設置
- l. PhilHealth 保険金等の支払い場所の充実

などを目指すとともに、以下の事柄も展開しながら、保険料徴収状況の改善を図っている。

- ② 従業員の利益を説いていく
- ③ 情報教育の推進
- ④ 組織、人的物的資源の見直し
- ⑤ データベースの更新及び維持

(8) 実効性のある保険料の徴収

- ① 主たる窓口

- a.郵便局
- b.指定銀行

これらが保険料の主たる徴収機関である。
職域団体を利用しての費用徴収も計画されている。

②地方在住者の支払い機関へのアクセス

地方在住者は PhilHealth の出先機関 (Regional Office)を訪れて保険料を支払うことになるが、保険料より交通費の方が高い場合もある。それで、現在1年分をまとめて支払うことを促すことができる仕組みを考案中である。

③高所得者に対する保険料率の引き上げを検討中である。

現在は、10,000ペソを超えれば収入が異なっても保険料率は一定である。

D.考察

今回の調査で PhilHealth をとりまく問題は種々あることがわかった。以下それらを列記する。

(1)健康転換による疾病構造の急激な変化及び複雑化

疾病構造が急速に感染症主体から生活習慣病に移行してきているという健康転換を生じており、現在はこれら2つの疾患群の混在段階（いわば感染症及び生活習慣病の同時進行段階）として比国はいわゆる「double burden of diseases」対策に苦慮していると言えよう。しかし、こうした健康転換が急激に生じているにもかかわらず、PhilHealth のシステムは感染症主体と言わざるを得ない。つまり PhilHealth 自体のカバー範囲が入院医療が中心で、しかも入院期間等の給付が不十分なため、急性感染症等の疾患には対処できても、慢性疾患には対処できない構造になっている。

(2)医療施設の分布の不均等

図6のように、認定病院が有する病床数に地域較差が存在している。計画的な病院整備がなされていないものと考えられる。

(3)脆弱な財政基盤とそれに起因する低い給付上限額

① 国民皆保険を目指しているが、財政基盤が弱く負担能力がない貧困層の数があまりにも多い。保健医療費は GNP の 3.5%(1997年)を占めているが、その約半分は個人に負担による。

保険医療財政状況は、

- a.過度の個人負担の存在する。
- b.NHIP によるサービスが十分な恩恵を与えていない。
- c.病院を主体としたサービスの恩恵が十分でないとともに偏りがある。
- d.カバーされている人口層が少ない。
- e.関係者への利益の配分システム及び医療供給者への支払機能に弱点がある。

また、給付可能な平均在院日数が 3.5 日であることを考慮すると、PhilHealth は感染症等の短期疾患に対応するもので、生活習慣病等の長期慢性退行性疾患に対処することは期待できない。それは、給付の上限が低いことや短期の期間しか保険でカバーされていないことに起因していると考えられる。

(4)地方政府 (LGU) の取り組み

地方政府にとっては、医療は優先順位が低い問題である。現に貧困層の低い利用率 (0.3%) が地方政府の実施を消極的にしているものと思われる。

(5)医療の質確保の実施

提供されている医療の質確保のためのプログラムを実施する必要がある。

National Health Insurance Program は①医療機関 (医療従事者) 認定基準の標準化及び②医療行為の標準化のための要として作用すると考えられる。

E.結論

Health Sector Reform Agenda : HSRA の中でも、医療保険制度の改革は焦眉の課題となっている。

(1)外来機能拡充の中での質向上

現行の PhilHealth はその実施において公衆衛生プログラムとの政策調整が十分であるとは言えない。

いわゆる生活習慣病も主要な疾患となってい

る今日、財政的、医療資源的制約があるにせよ、公衆衛生的予防活動とも密接にリンクしながら、慢性退行性疾患にも対処していく必要がある。

公衆衛生的観点からの地域保健医療改善のプログラムを Health Sector Reform Agenda の一環として PhilHealth とリンクする形で提供することが、結果的に PhilHealth の量的・質的向上に資するものと思われる。

今後、サービスの拡大が検討されている外来診療機能において、公衆衛生活動ともリンクしながら、医療の質向上のための目標設定が必要であろう。

たとえば、結核対策を PhilHealth の中（外来）で行うことを予定しているが、現在行われている結核対策と PhilHealth のそれとをうまく調整し、保健医療システム強化のための目標設定等を視野に入れた施策の実施が必要である。

(2) PhilHealth が提供する医療自体（特に入院医療）の質向上

医療の質向上を目指し皆保険を実現するためには、対象者の徹底した把握が重要である。貧困層や自営業者等の対象者の正確な把握と徴収システムの整備が必要でありが、現実には貧困層の正式な名簿（戸籍）がなく、その把握を不可能にしている。GTZ(German Technical Cooperation)が行った調査によるとミンダナオ島に貧困層が集中しているが、フィリピン全土で 34.2%の貧困家族がいるものと推計している。

また、この国の実情からすれば、PhilHealth は急性・慢性疾患ともに治療給付の必要最低限のサービスを提供し、生活状況に応じて民間保険等の給付（もちろん一部の富裕層しか該当しないと考えられるが）と併用することもシステムとして考えなければならない。つまり、理念はどうであれ、PhilHealth の現状は、自己負担を併用した混合診療体系を構築していると考えられる。

医療機関へのフリーアクセスや一次、二次、三次医療機関の地域偏在は医療機能の質に応じた階層性を否定し、かえって同国の医療機能を非効

率的なものにしている。

日本の地域医療計画のような計画的な医療資源の再配分計画の実施による医療機能の適正配分とそれに応じた患者の流れを作ることが、質向上にも寄与する。

さらに、PhilHealth の医療機関（医療従事者）認定基準の標準化及び医療行為の標準化が必要である。

(3)その他

目指すべき医療の質を確保し、システムを運営・維持していく上で、必要となる財源の規模等の再評価が必要である。

また、PhilHealth の設置目的、組織、運営方針を規定している前述の「National Health Insurance Program (1995 年制定：共和国法 No. 7875) NHIP」等の共和国法の記載が細かい。わが国では政省令や通知で速効的に行うべきものまで共和国法に含まれていることが、保健医療のシステムや質の改善という問題に関して機動性に富んだ運用ができない一因と考えられる。

F.健康危機管理

関連するものはない。

G.研究発表

1. 論文発表
予定している。
2. 学会発表
予定している。

H.知的所有権の取得状況

1. 特許取得
なし。
2. 実用新案登録
なし。
3. その他
なし。

表1 主たる疾患 (Philippines, 2000)

AREA	Diarrheas		Pneumonias		Bronchitis/ Bronchiolitis		Influenza		Measles	
	No.	Rate	No.	Rate	No.	Rate	No.	Rate	No.	Rate
Philippines	866,411	1134.8	632,930	829	700,105	917	502,718	658.5	23,287	30.5
NCR	99,225	953.8	96,142	924.2	97,271	935	21,519	206.9	4,827	46.4
CAR	25,940	1848.1	21,537	1534.4	25,591	1823.3	15,547	1107.7	591	42.1
Region 1	38,165	920.4	22,338	538.7	40,281	971.4	31,865	768.4	581	14
Region 2	39,925	1426.3	13,927	497.5	49,788	1778.6	50,335	1798.2	1,085	38.8
Region 3	112,682	1463.9	33,637	437	59,366	771.3	24,719	321.1	2,262	29.4
Region 4	95,625	844.4	56,312	497.3	69,566	614.3	47,549	419.9	3,828	33.8
Region 5	54,709	1150.5	50,133	1054.3	44,107	927.6	33,668	708	1,772	37.3
Region 6	56,036	885.4	59,169	934.9	59,974	947.7	34,785	549.6	831	13.1
Region 7	112,501	2029.2	79,582	1435.4	50,643	913.4	33,788	609.4	1,443	26
Region 8	48,734	1300.9	53,641	1431.9	42,798	1142.4	15,728	419.8	1,433	38.3
Region 9	45,527	1443.5	25,510	808.8	41,772	1324.4	62,537	1982.8	993	31.5
Region 10	18,827	678.5	30,396	1095.4	31,565	1137.5	31,949	1151.3	574	20.7
Region 11	30,610	584.4	32,013	611.2	25,653	489.7	19,999	381.8	528	10.1
Region 12	25,910	973.6	19,785	743.5	26,316	988.9	26,705	1003.5	962	36.1
ARMM	43,816	2003.5	21,965	1004.4	16,339	747.1	36,249	1657.5	1,230	56.2
CARAGA	18,179	832.2	16,843	771.1	19,075	873.2	15,776	722.2	347	15.9

Source: Field Health Service Information System
National Epidemiology Center

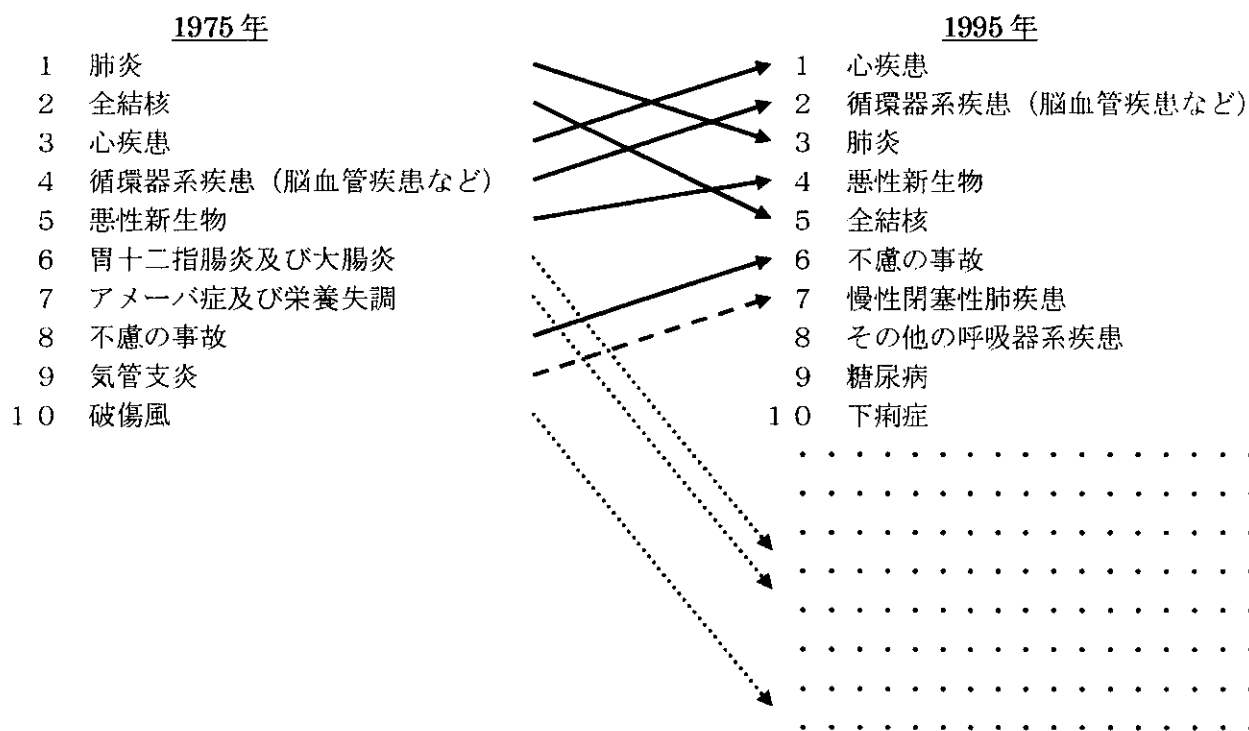
AREA	TB Respiratory		TB Meningitis		TB Other Forms		Diseases of the Heart		Hypertension	
	No.	Rate	No.	Rate	No.	Rate	No.	Rate	No.	Rate
Philippines	126,489	165.7	404	0.5	6,377	8.4	52,957	69.4	279,992	366.7
NCR	24,937	239.7	47	0.5	487	4.7	4,625	44.5	16,486	158.5
CAR	1,337	95.3	2	0.1	7	0.5	891	63.5	14,040	1000.3
Region 1	5,030	121.3	3	0.1	450	10.9	2,066	49.8	20,619	497.2
Region 2	3,331	119	79	2.8	284	10.1	2,208	78.9	15,211	543.4
Region 3	11,699	152	56	0.7	255	3.3	8,329	108.2	9,321	121.1
Region 4	16,428	145.1	20	0.2	601	5.3	7,020	62	45,904	405.3
Region 5	13,170	277	8	0.2	346	7.3	4,820	101.4	31,139	654.9
Region 6	14,691	232.1	49	0.8	455	7.2	4,580	72.4	26,885	424.8
Region 7	4,417	79.7	5	0.1	237	4.3	1,207	21.8	18,644	336.3
Region 8	6,404	170.9	15	0.4	406	10.8	7,908	211.1	13,070	348.9
Region 9	4,885	154.9	48	1.5	537	17	1,598	50.7	18,394	583.2
Region 10	4,245	153	5	0.2	965	34.8	2,795	100.8	11,243	405.2
Region 11	5,322	101.6	-	-	3	0.1	89	1.7	14,805	282.6
Region 12	4,262	160.2	46	1.7	20	0.8	3,456	129.9	8,773	329.7
ARMM	2,871	131.3	15	0.7	607	27.8	854	39	7557	345.6
CARAGA	3,460	158.4	6	0.3	717	32.8	511	23.4	7,901	361.7

Source: Field Health Service Information System
National Epidemiology Center

表2 死因上位10疾患の実数及び人口10万人当たりの割合（1995年）

順位	死因	実数	対人口10万人当たりの割合
1	心疾患	50,252	73.2
2	循環器系疾患（脳血管疾患など）	38,592	56.2
3	肺炎	33,637	49.0
4	悪性新生物	28,487	41.5
5	全結核	27,053	39.4
6	不慮の事故	15,786	23.0
7	慢性閉塞性肺疾患	11,309	16.5
8	その他の呼吸器系疾患	6,747	9.8
9	糖尿病	6,724	9.8
10	下痢症	5,552	8.1

図1 1975年と1995年の死因順位の変化



心疾患、脳血管疾患等の循環器系疾患による死亡が全体の39.6%を占めている（1995年）。

図2 PhilHealthの組織

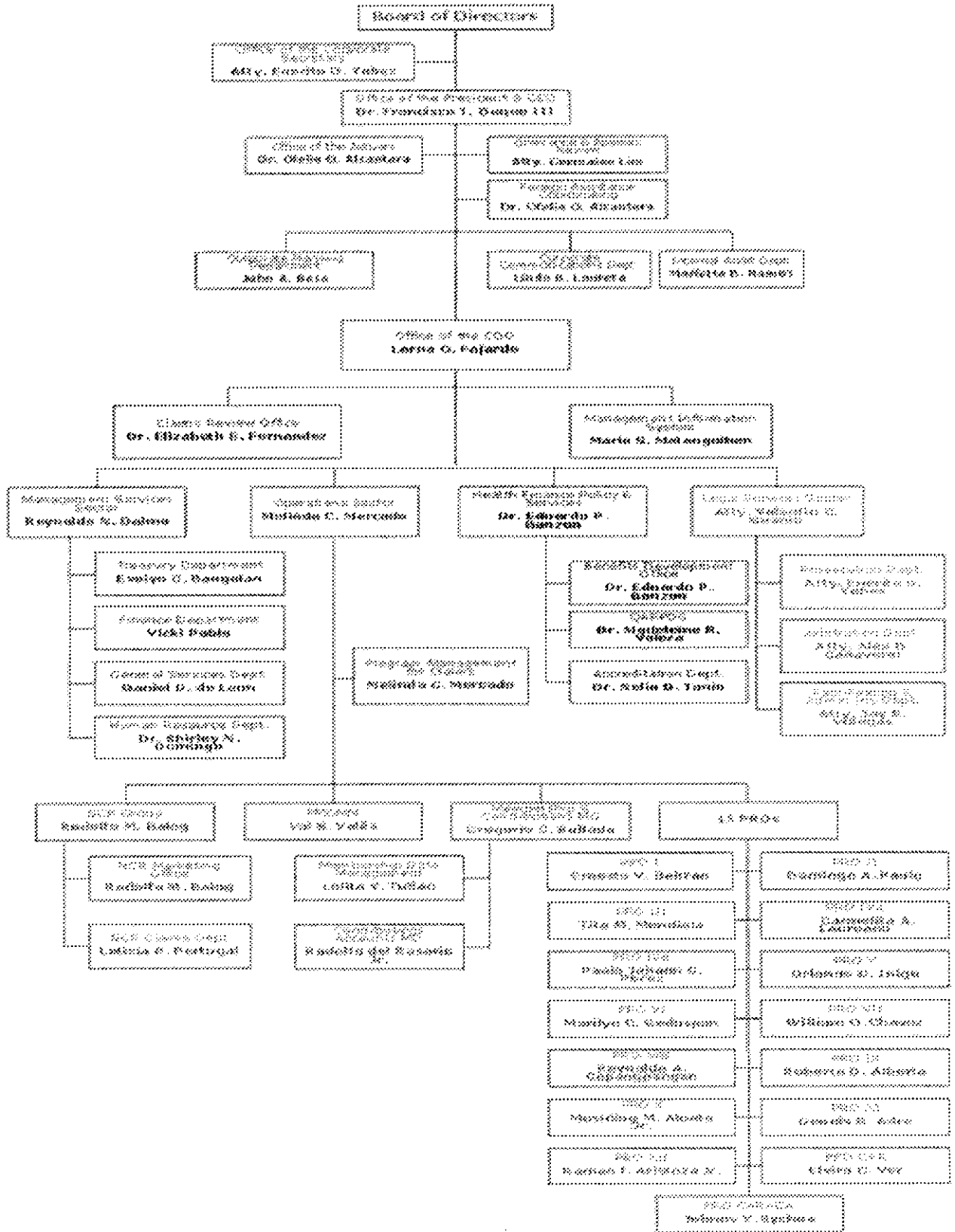


図3 支払額と利用者数

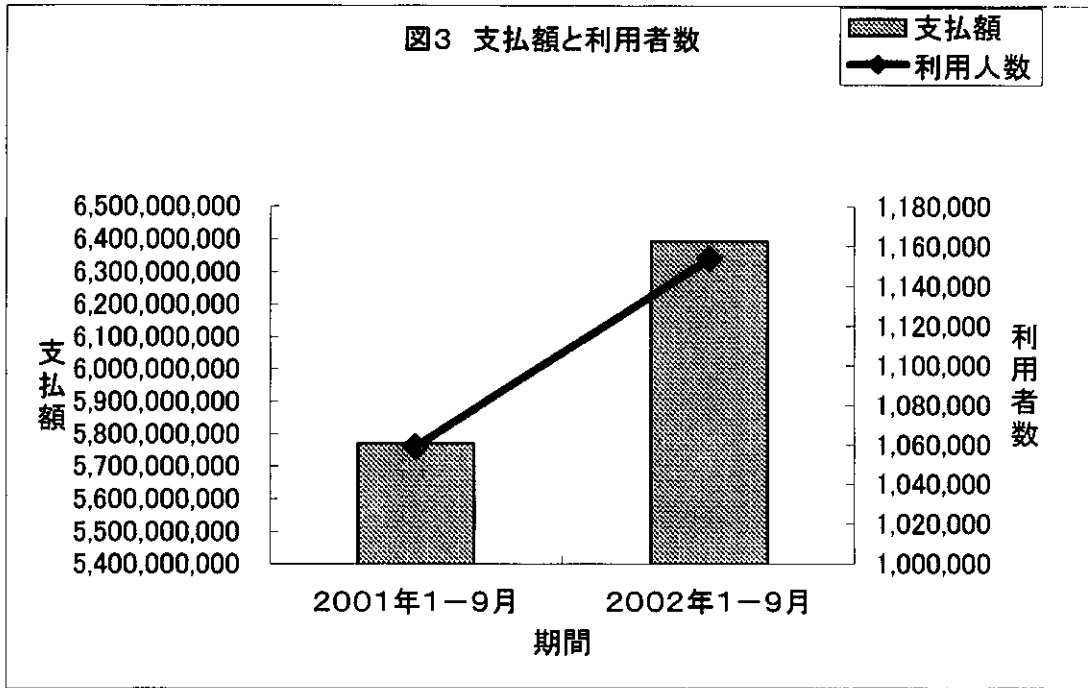


表3 PhilHealthの入院給付内容

給付事項	病院区分		
	一次医療機関	二次医療機関	三次医療機関
室料と食費			
	120 ペソ	220 ペソ	345 ペソ
薬剤費と診療費（1疾患当たりの制限）			
通常ケース	1,500	1,700	3,000
集中治療	2,500	4,000	9,000
重篤なケース	－	8,000	16,000
X線、臨床検査等（1疾患当たりの制限）			
通常ケース	350	850	1,700
集中治療	700	2,000	4,000
重篤なケース	－	4,000	14,000
医師報酬（1疾患当たりの制限）：一般医は1日150ペソ、専門医250ペソだが以下の金額を超えることができない			
通常ケース			
一般医	600	600	600
専門医	1,000	1,000	1,000
集中治療			
一般医	900	900	900
専門医	1,500	1,500	1,500
重篤なケース			
一般医	900	900	900
専門医	1,500	1,500	1,500
救急手術（1疾患当たりの制限）			
a.RVU(相対評価単位) 30以下	385	670	1,060
b.RVU(相対評価単位) 31～80	0	1,140	1,350
c.RVU(相対評価単位) 81以上	0	2,160	3,490
外科治療（1疾患当たりの制限）			
	1 RVU（相対評価単位）当たり 40 ペソで、上限は 16,000 ペソ		
麻酔（1疾患当たりの制限）			
	1 RVU（相対評価単位）当たり 40 ペソで、上限は 5,000 ペソ		

*RVU ; Relative Value Unit（相対評価単位）

上記のように受診に際しては、受療状況に応じて医療費支払の上限が設定されているが、これは1疾患全体の治療の上限そのものでもある。たとえば、上限値が3,000ペソの場合、1回の医療費が2,000ペソで3日受療した場合は合計で6,000ペソとなり、上限値いっぱい3,000ペソは保険で、残りの3,000ペソは自己負担となる。

1年間で利用できる入院期間は、45日までである。

表4 保険料率

Monthly Salary Bracket	Monthly Salary Range	Salary Base(SB)	Total Monthly Contribution	Personal Share(PS) (PS=SB×1.25%)	Employer Share(ES=PS)
1	¥ 3,499.99 以下	¥ 3,000.00	¥ 75.00	¥ 37.50	¥ 37.50
2	3,500.00~3,999.99	3,500.00	87.50	43.75	43.75
3	4,000.00~4,499.99	4,000.00	100.00	50.00	50.00
4	4,500.00~4,999.99	4,500.00	112.50	56.25	56.25
5	5,000.00~5,499.99	5,000.00	125.00	62.50	62.50
6	5,500.00~5,999.99	5,500.00	137.50	68.75	68.75
7	6,000.00~6,499.99	6,000.00	150.00	75.00	75.00
8	6,500.00~6,999.99	6,500.00	162.00	81.25	81.25
9	7,000.00~7,499.99	7,000.00	175.00	87.50	87.50
10	7,500.00~7,999.99	7,500.00	187.50	93.75	93.75
11	8,000.00~8,499.99	8,000.00	200.00	100.00	100.00
12	8,500.00~8,999.99	8,500.00	212.50	106.25	106.25
13	9,000.00~9,499.99	9,000.00	225.00	112.50	112.50
14	9,500.00~9,999.99	9,500.00	237.50	118.75	118.75
15	10,000.00 以上	10,000.00	250.00	125.00	125.00

表5 地方政府(LGU)の歳入区分による中央政府と地方政府の保険料の負担割合

LGU 歳入区分	年	比率	中央政府負担 (年)	地方政府 (LGU) 負担 (年)
1 st to 3 rd	n/a	50:50	594.00 ペソ	594.00 ペソ
4 th to 6 th	1 st & 2 nd	90:10	1,069.20 ペソ	118.80 ペソ
	3 rd	80:20	950.40 ペソ	237.60 ペソ
	4 th	70:30	831.60 ペソ	356.40 ペソ
	5 th	60:40	712.80 ペソ	475.20 ペソ
	6 th onwards	50:50	594.00 ペソ	594.00 ペソ

図 4

図 将来的なPhilHealth保険料の流れ

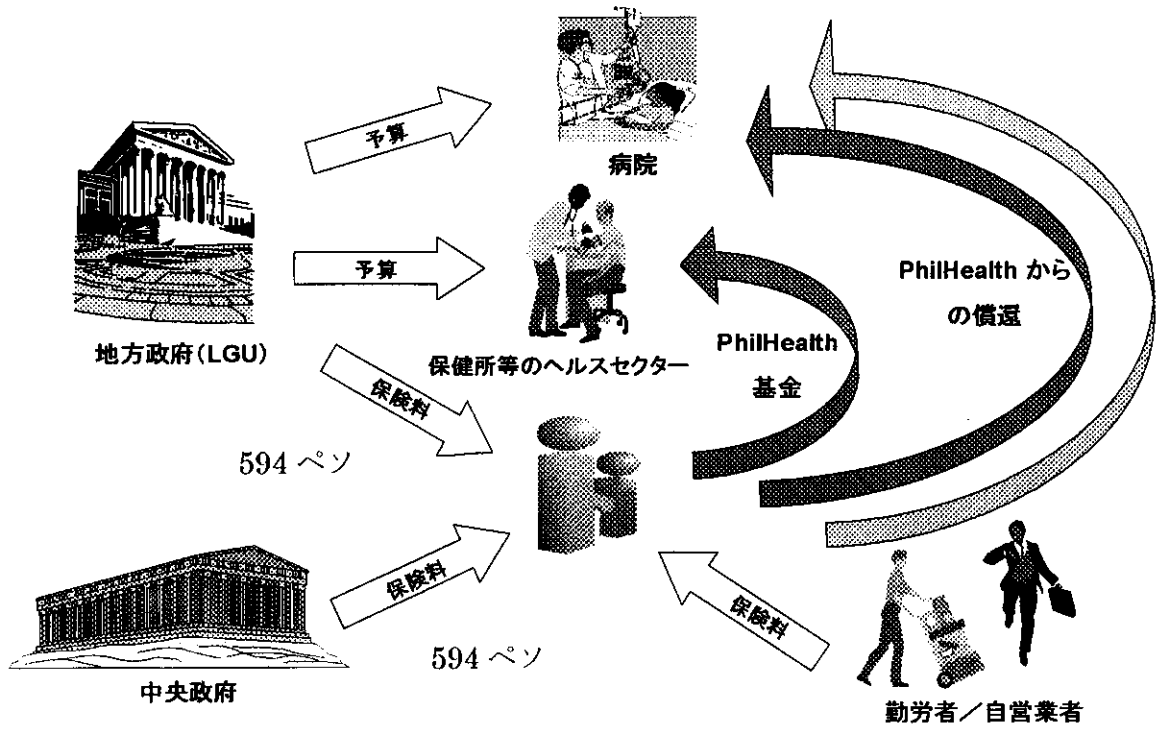


図5 病院I区別の病床数

