

I. 総括研究報告

厚生労働科学研究費補助金(地球規模保健課題解決推進のための行政施策に関する研究事業)

総括研究報告書

ユニバーサルヘルスカバレッジ (UHC) 達成に寄与する要因の解明と我が国による効果的な支援施策に関する研究 (H28-地球規模-一般-001)

研究代表者 石川信克 (公財) 結核予防会結核研究所

研究要旨

【目的】 日本を含むいくつかの工業先進諸国とアジア・アフリカ諸国における UHC の達成状況に関する情報を収集・比較分析し、1960 年代に UHC を達成した日本を一つのモデルとして、結核対策と UHC の発展との関係と、結核対策が UHC 達成に寄与した要素を明らかにし、我が国としての支援施策について具体的に提言する。

【方法】 本研究は、日本及び他の先進国やアジア・アフリカ諸国の UHC に関する既存の関係資料や関係者からの面接及び電子メール等による情報収集、情報を整理・分析することによる UHC 達成状況の評価、UHC 達成の阻害要因と促進要因の検討、UHC 達成と結核対策との関連性の検討からなる、記述的研究である。

【結果・考察】 日本における UHC 成立の背景については、1. 戦後の民主化、公衆衛生の強化、社会主義政党や労働運動の拡大等により社会保障が拡充していった、2. 第二次世界大戦後の復興と経済成長が皆保険制度の基盤を支えた、3. 日本国民の強い連帯感と地域への帰属意識が、医療における不平等は容認できないという世論を形成した、4. 初期の社会保障において公的医療保障制度が重要な役割を果たした、5. 皆保険に好意的な与党政策、地域保健等の好機があった。これらの背景には、GHQ や外国からの支援も大きく寄与したと考えられる。日本の保健所における保健師の活動は、訪問活動を中心として地域の住民のニーズを把握し、住民と行政の橋渡しの役割を担い、住民参加の活動へ発展させていく、プライマリヘルスケア (PHC) レベル専門職のモデルともいえるものであった。フィリピンでは、1995 年に国民健康保険法が制定されたことにより、the Philippine Health Insurance Corporation (PhilHealth) が設立された。PhilHealth が提供する保健医療サービスのうちの TB-DOTS パッケージは、2003 年に PhilHealth による PHC の外来医療サービスの一環として導入されたが、その後導入された Malaria パッケージや HIV/AIDS パッケージ等の見本となった。カンボジアでは、母子保健や結核治療成功率などの保健指標に着実な改善がみられる一方、入院率、保健従事者密度等の保健システムに関する指標は、十分に達成されているとはいえなかった。貧困層を対象にした Health Equity Fund や公的セクターの就労者向けの National Social Security Fund も導入されているが、人口の大多数を占める農民は、十分にカバーされていなかった。タイにおける UHC は、2001 年に確立した UCS (Universal Coverage Scheme) と呼ばれる医療サービス(公的医療保険)に支えられており、近年は、全人口の約 75% が UCS に属している。UCS 導入後、医療費により家計に支障をきたす家族の数も減少しており、UCS による医療サービスが実際に活用されていることが示唆された。ケニアでは、結核や HIV 感染症のような疾患に罹患した場合、日常生活における経済的側面への影響は大きく、生活資金の支援など包括的な社会保障体制が求められる一方、社会保障を支える経済成長や政治的関与なども重要と考えられた。ケニア保健省は、地域を問わず統一した医療サービスを提供するため、KEPH (Kenya Essential Package for Health) と呼ぶ医療サービスパッケージを定めているが、そのサービスが提供されている割合は、医療施設や運営主体によってばらつきがあった。

【結論】 日本における UHC 成立には、公衆衛生、皆保険、社会保障の拡充の中で、結核対策や母子保健を担う保健所保健師の活動が基礎を構築した。フィリピンでは、2003 年に導入された PhilHealth の医療サービスの一つである DOTS パッケージは、その後の外来医療サービスパッケージの雛形としての役割を果たした。しかし、保健所が直接 PhilHealth による支払い費用の受益者としての利益を感じる事が出来なければ、保健所における DOTS パッケージ利用率の向上は困難と考えられた。カンボジアでは、公的保健施設においては、人材や財政の制約から、母子保健や三大感染症以外の他の診療では、民間医療施設が多く利用されている。総保健支出増加を抑制して UHC 実現の条件整備を行うには、家庭やコミュニティにおける疾病予防活動の強化が必要と考えられた。タイでは、UHC を結核対策の観点から考えると、非都市部では、UCS により身近な場所で結核の診断から治療を継続して受療できるため有利性がある。結核対策上では、私的医療機関との連携、人口移動/都市部の結核、マイノリティーへの対応などの課題が挙げられ、これらの課題における UHC 及び結核対策の関連について、さらなる調査・検討が必要である。ケニアでは、政府による Vision2030 の下、社会保障 (Safety Net Program) や公的医療保険基金 (NHIF) の整備を通じ、政府レベルで UHC をより進展させる意図が明確であり、実績も上がっている。また保健省が導入している医療情報ネットワークシステム (DHIS) や結核患者情報システムの Tibu、NHIF の電子マネーなど、インターネットや情報通信システムを使い、保健システム強化が行われており、UHC 達成を促進する支援策としての可能性を検討するために、今後も調査が必要である。

研究分担者：

大角 晃弘

(公財)結核予防会結核研究所臨床疫学部部長

岡田 耕輔

(公財)結核予防会本部国際部 / 結核研究所国際協力部、部長 / 企画科長

伊達 卓二

保健医療経営大学保健医療経営学科教授

A . 研究目的

危機的な感染症への対策にも貢献する強靱な保健システム構築のためには、感染症対策に必要な疾患対策と、国民皆保険等の医療サービス提供とが共に向上する必要がある。近年、ユニバーサルヘルスカバレッジ(UHC)の必要性が強調されている。UHCの促進、及び阻害要因に関しては、既に多数の先行研究が発表されているが、Stucklerらはこれらの論文を検証し、UHC達成において重要と思われる以下に示す5つの要因を特定した。

1) 労働党・左派系勢力の影響：

複数の先行研究により組織化された労働組合と社会民主主義政党の勢力が、社会福祉政策の強化・拡大に大きく影響することが実証されている。

2) 経済的資本

経済的発展とUHCの拡大は相関していることが指摘されており、ある程度の経済レベルがUHCの達成の条件であると考えられる。

1) 社会的連帯

政治学研究によると、民族間や宗教間の社会的分断が生じている国では再分配政策が促進されない傾向にあり、また、国内総生産に占める保健医療支出の割合が小さく、母子保健分野における取組みが進んでいないことが示されている。

2) 初期の社会保障制度

UHCの導入期、若しくは導入後初期の段階で公的医療保障制度に民間財源が占める割合が大きいと、その後のUHCの拡大・発展を阻害すると指摘されている。

5) 社会・政治・経済的好機

社会的、政治的及び経済的好機とは外的な要因と、好機を利用できる政治的リーダーシップがあって始めてUHCの促進要因となる。

しかし、UHC達成と拡大に対して、結核対策がどの様に貢献したのかについてはこれまで示されてこなかった。

本研究の目的は、日本を含むいくつかの工業先進諸国とアジア・アフリカ諸国におけるUHCの達成状況に関する情報を収集・比較分析し、1960年代にUHCを達成した日本を一つのモデルとして、結核対策とUHCの発展との関係と、結核対策がUHC達成に寄与した要素を明らかにした上、我が国としての支援施策について、具体的に提言することである。

B . 研究方法

本研究は、日本及び他の先進国やアジア・アフリカ諸国のUHCに関する既存の関係資料や関係者からの面接及び電子メール等による情報収集、情報を整理・分析することによるUHC達成状況の評価、UHC達成の阻害要因と促進要因の検討、UHC達成と結核対策との関連性の検討からなる、記述的研究である。

既存情報から推定されるUHC達成状況・結核予防会海外事務所の有無・結核研究所の国際研修卒業生との連携有無等を考慮して、以下の調査対象国を選定した。

(1) UHCをすでに達成している国々(UHCの達成成熟期の国々)：日本、英国、カナダ

(2) UHC達成を目指している国々(UHCの達成準備・開始期、拡大期の国々)：フィリピン、タイ、カンボジア、(バングラデシュ：次年度以降研究対象)、ケニア、(ガーナ：次年度以降研究対象)

収集する情報は、i) UHC達成状況及び関連していると考えられる情報、ii) UHC達成過程(プロセス)及び、結核対策とUHCの関連に関する情報である。調査対象時期は、i)上記(1)については、UHC達成に至る時期、ii)上記(2)については、最新情報を収集・整理する。英文文献はMedline等の文献データベースやGoogleにより、以下の検索用語を参考に、各調査対象国においてUHCが達成された状況や、近年のUHC達成状況について検索して収集する。

(universal health care [title/abstract]) OR (universal health coverage [title/abstract]) OR (health system [title/abstract]) OR (health system strengthening [title/abstract]) AND ((tuberculosis [title/abstract]) OR (tuberculosis control [title/abstract]) OR (infectious disease [title/abstract]) OR (infectious disease control [title/abstract]) AND (country name [title/abstract])). 日本語文献は、医中誌等の日本語文献データベースやGoogleにより、以下の検索用語を参考に、同様に検索して収集する。ユニバーサルヘルスケア or ユニバーサルヘルスカバレッジ or 保健システム or 保健システム強化 [and] 結核 or 結核対策 or 感染症 or 感染症対策 [and] (日本)。

各国のUHC達成状況を示す指標として、世界保健機関(WHO)や世界銀行(WB)等が公開している指標や、本研究に適合すると考えられるその他の指標値について、インターネット、文献、書籍等から情報収集する。UHC達成を目指している国々においては、各国のUHC関係者からの面接調

査を可能な限り実施する。面接調査対象者は、各調査対象国を担当する研究（協力）者が、UHC達成状況についての知見を提供する人材として適当と考えられる人材を選定し、面接調査質問項目は、以下の質問内容を参考に、各国の状況に応じて適宜変更して情報収集する。

i) UHCをすでに達成した国において、UHC達成に寄与した主な促進要因と阻害要因（財政・人材・インフラ整備等）は何か？ ii) UHCをすでに達成した国において、結核等の感染症対策強化がいかにかUHC達成に寄与したか（促進要因と阻害要因は何か）？ iii) UHC達成を目指すアジア・アフリカ諸国において、UHCを達成するための主な促進要因と阻害要因とその解決法は何か？ iv) UHC達成を目指すアジア・アフリカ諸国において、UHCを達成するための結核等の感染症対策強化がいかにか、促進要因または阻害要因として寄与する可能性があるか？ v) UHCをすでに達成した国が、それを目指す国々にいかなる支援をすべきか？ vi) UHCをすでに達成した国が、それを目指す国々に、結核等の感染症対策強化を介して支援することが、その国のUHC達成を促進することになるか？

（倫理面への配慮）

本研究においては、個人情報を取り扱うことはなく、調査対象国における保健システムに関する情報のみの取り扱いとなるため、研究の実施経過・研究結果の発表により、個人が特定されることはない。また、面接または電子メールによる情報収集によって得られた情報に関連して、被面接者の所属する機関名を明らかにすることはしない。調査対象国におけるUHC関係者との面接による情報収集においては、本研究に関する説明を実施した上、調査対象者から本研究参加に関して、書面による同意書を取得する。

本研究計画内容については、結核研究所の研究倫理委員会の承認を得る。また、調査対象国におけるUHC関係者との面接による情報収集を行う場合は、各調査対象国関係者が所属する機関における研究倫理委員会の承認を得る。

C. 研究結果

日本におけるUHC成立の背景については、新憲法の下、GHQの指導、民主化の流れの中で、1. 社会主義政党や労働団体の影響力もあり、労働者・貧困者の生活保障を含む社会保障システムが拡充していった、2. 第二次世界大戦後の復興と経済成長が皆保険制度の基盤を支えた、3. 日本国民の強い連帯感と地域への帰属意識が、医療における不平等は容認できないという世論を形成した、4. 初期の社会保障において公的医療保障制度が重要な役割を果たした、5. 戦後の民主化、経済発展、皆保険に好意的な与党政策、地域保健等の好機がUHC達成を後押しした。

一方、6. 公的補助としての結核対策費により、所得の少ない国保被保険者の結核入院医療費の公費負担により、それまでの結核入院医療費の国保負担分が公費負担となり、皆保険制度が順調に歩み出すことができた要因となった。現在でも保険でカバーできない部分の公的費用（保健所での患者の登録や患者訪問、接触者健診など）、保険に入っていない人への補助として結核対策費の役割がある。7. 国全体での結核問題の大きさのため、末端まで行政のみでは対応しきれないという判断から、比較的広く存在していた地域の医師（主に開業医や民間病院）に患者発見や治療に当たってもらい、治療費を保険や対策費から出し、統括・調整を公的保健所が行うPublic Private Partnership（官民連携）の仕組みが促進された。8. 保健所を中心にした患者管理の体制を作った。即ち、患者を保健所に登録し、保健所（中心は保健師）が地域で、患者の把握、治療完遂の支援、生活支援を行う患者管理の仕組みで、感染症ばかりでなく、NCD（非感染症疾患）対策のモデルとなる。9. 地域の婦人会等の動員による結核予防婦人会の組織作りなどにより、地域での検診時には、これらの組織が協力するCommunity Participationの基盤が醸成された。さらに、10. 上記の活動を支える、スタッフの研修などには、結核予防会や結核研究所の役割が大きかった。

日本の保健所における保健師の活動は、訪問活動を中心として地域の住民のニーズを把握し、住民と行政の橋渡しの役割を担い、住民参加の活動へ発展させていく、プライマリヘルスケア（PHC）レベルにおける専門職のモデルともいえよう。結核対策は、UHC達成のための基礎部分を成したと位置付けることができる。日本における住民参加を原則とした地域保健活動は、開発途上国においてもUHC達成に向けて十分に有効であると考えられた。

沖縄県では、1951年に保健所の開設と同時に公衆衛生看護婦（公看）の活動が始まった。PHCの4原則の視点から結核対策を中心とする公看の活動を分析すると、「ニーズ指向性」 地方自治体での駐在、「住民の主体的参加」 結核療友会や結核予防婦人会との協力、「資源の有効活用」 移動のために当時の交通機関利用、「協調と統合」

現地の福祉主事や学校教員との連携等が関連すると考えられた。

フィリピンでは、1995年に国民健康保険法が制定されたことにより、the Philippine Health Insurance Corporation（PhilHealth）が設立され、フィリピン国民を対象とすることを目指した健康保険プログラムが開始された。2016年における国民の内90%以上がPhilHealthに加入しているとされている。PhilHealthが提供する保健医療サービスのうち、結核対策と関わるものとし

ては、PHC レベル（保健所や病院の外來等）での TB-DOTS パッケージと、入院が必要とされる結核患者への医療サービスとがある。TB-DOTS パッケージは、2003 年に PhilHealth による PHC の外來医療サービスの一環として導入されたが、その後導入された Malaria パッケージ、HIV/AIDS パッケージ及び Animal Bite Treatment パッケージ等の見本となった。PhilHealth に関連した課題としては、1) PhilHealth から各地方自治体に支給される DOTS パッケージに関わる費用が、保健所や病院に支給されていない自治体があること、2) DOTS パッケージに関わって支出される費用について、胸部レントゲン写真撮影費用、経済的に困難な状況にある患者の交通費や生活費等として支給することは想定されていないこと、3) 医療サービスとして、多剤耐性結核患者の治療費は含まれていないこと等があった。フィリピンにおける UHC 達成 3 側面の課題については、1) PhilHealth 加入対象人口において、低収入または高収入のインフォーマルセクターに所属する人々における PhilHealth 未加入率が高いこと、2) 保健医療サービスカバレッジでは、PhilHealth による公認（accreditation）更新手続きをしない保健所があること、3) 経済的保障については、貧困層における経済的保障の現状について詳しい情報が不足していること等が指摘された。

カンボジアでは、妊婦健診、予防接種などの母子保健、抗レトロウィルス療法カバー率、結核治療成功率などの保健指標に着実な改善がみられる。一方、入院率、保健従事者密度、コア・キャパシティー・インデックスなどで示される保健システムに関する指標は、十分に達成されているといえない。貧困層を対象にした Health Equity Fund や公的セクターの就労者向けの National Social Security Fund も導入されているが、人口の大多数を占める農民は、十分にカバーされていない。政府からの財源が不十分なために、一部の消耗品については、自主財源での購入が認められる。

タイにおける UHC は、2001 年に導入された UCS（Universal Coverage Scheme）と呼ばれる医療サービス（公的医療保険）に支えられており、近年は、全人口の約 75% が UCS に属する。UCS の契約病院は、典型的な非都市部では郡病院であり、UCS 対象者は、最寄りの郡病院に登録される。この登録数に基づいて、病院に Capitation 予算が配分される。また、財源は保険料ではなく、公的資金（税金）である。UHC 指標については、結核の患者発生率を除いて良好である。UCS 導入後、医療費により家計に支障をきたす家族の数も減少しており、UCS による医療サービスが実際に活用されていることが示唆された。

ケニアの場合、結核や HIV 感染症のように、長

期にわたる治療やケアが必要な疾患に罹患した患者の場合、日常生活における経済的側面への影響は大きく、生活資金の支援など包括的な社会保障体制が求められる一方、社会保障を支える経済成長や政治的関与なども重要である。ケニア保健省は、地域を問わず統一した医療サービスを提供するため、KEPH（Kenya Essential Package for Health）と呼ぶ医療サービスパッケージを定めている。そのサービスが提供されている割合は、医療施設や運営主体によって割合にばらつきがある。また、ケニア全国の医療機関のうち、KEPH が提供されているのは、約半数である。また、医療サービスの種類や人口 1 万人対医療施設数にも各州間でばらつきがあり、後者は、最も医療施設が多い地域は 3.5 施設で、最も少ない地域は 1 施設と 3 倍以上の格差がある。

D. 考察

日本における UHC 成立には、結核対策や母子保健を担う保健所保健師の活動が、UHC 達成における PHC レベルでの基礎を構築したと考えられた。第二次世界大戦後の沖縄県における結核対策を中心とする保健所公看の役割においても、PHC 強化をもたらしていたことが示唆された

フィリピンで 2003 年に導入された PhilHealth の医療サービスの一つである DOTS パッケージは、その後の外來医療サービスパッケージの雛形としての役割を果たした。しかし、保健所が直接 PhilHealth による支払い費用の受益者としての利益を感じることが出来なければ、保健所における DOTS パッケージ利用率の向上は困難と考えられた。また、DOTS パッケージ自体が、外來受診結核患者にとって、直接の利益を感じることが出来ないメカニズムであることも、患者側にとって DOTS パッケージを利用する動機が働きにくくしていると考えられた。

カンボジアは、保健に関するミレニアム開発目標（MDGs）の指標の多くを達成してきた。それには、郡病院や保健所など公的保健施設が大きな役割を果たしてきたと思われる。一方で、公的保健施設が今後もサービスを拡充するには、人材や財政に制約があり、母子保健や三大感染症以外の他の診療については民間医療施設が多く利用されている。総保健支出に占める窓口支出の割合は約 6 割に上っており、総保健支出自体も年々増加している。支出増加を抑制して UHC 実現の条件整備を行うには、家庭やコミュニティにおける疾病予防活動の強化が必要と考えられた。

タイにおける結核対策の観点から UCS を考えると、非都市部では、身近な場所で診断から治療を継続して受療することができるため有利性があると考えられたが、季節労働者などが居住地を移動した場合の手続きの簡便性等については、十分な

情報を得ることができなかった。また、結核対策上の一般的な課題として、私的医療機関との連携、人口移動/都市部の結核、マイノリティーへの対応などが挙げられており、このような課題における UHC 及び結核対策の関連について調査・検討を進める必要があると考えられた。

ケニア政府が策定した Vision2030 の下、社会保障 (Safety Net Program) や公的医療保険 (NHIF) の整備を通じ、政府レベルで UHC をより進展させる意図が明確であり、実績も上がっていることが確認できた。また、保健省が導入している医療情報ネットワークシステム (DHIS) や結核患者情報システムの Tibu、NHIF の電子マネーなど、インターネットや情報通信システムを使い、保健システム強化を行っており、UHC 達成を促進する支援策としての可能性として調査対象として重要だと考えられた。

E . 結論

日本における UHC 成立の背景には、Stuckler らの提唱する 5 つの基本要素が関与していたことが示唆された。日本における住民参加を原則とした地域保健活動は、開発途上国においても UHC 達成に向けて十分に有効であると考えられた。

フィリピンでは、人口の 9 割以上が PhilHealth に加入しているとされているが、PHC レベルにおいては、解決すべき様々な課題があることが判明した。今後、DOTS パッケージについても、PhilHealth 加入者が直接裨益するようなメカニズムを検討する必要があると考えられた。

UHC 達成に取り組み始めたカンボジアで、保健支出が増加する中で UHC を実現するためには、保健財政改革に加えて、公的保健施設における予防活動の強化も求められるであろう。

早くからその取り組みが進んでいるタイは、UCS 導入後、個人負担 (OOP) の減少、医療費より家計破綻を招く家庭の減少等の効果が示されている。結核対策においては、診断については UCS の一般財源分を当てているが、診断後の費用については結核対策に特別に当てられた予算に基づいていることは、結核対策の安定的な実施に貢献していると考えられた。

ケニアでは、長期にわたる治療が必要な結核患者や HIV 感染者に対する、社会保障面での支援や医療サービスについて、公表されている資料が少なく、現状では関係者からの情報も充分得られておらず、今後の調査対象とする予定である。

F . 健康危険情報

該当無し。

G . 研究発表

1. 論文発表

1) 石川信克：結核対策とエンパワメント 戦後の地域保健発展の温故知新-貧しさの中で工夫した先人の知恵に学ぶ。保健の科学。2016; 58(12): 802-807.

2) 石川信克：UHC 時代の新しい視点：結核対策と UHC：「タテからヨコへ～リソースをどう使うか～UHC の経験と応用」(第 30 回国際医療学会 学術大会シンポジウム報告：林玲子, 島尾忠男, 島崎謙治, 石川信克, 杉下智彦)。日本国際保健医療学会誌 2017; 32(1): 27-36.

2. 学会発表

1) A Ohkado, K Uchimura, K Izumi, and S Kato: **Experiences in Japan: universal health coverage, social protection and other counter measures against TB**, The 47th World Conference on Lung Health, Workshop 14: What brought about a 10% annual decline in TB incidence? : Lessons learnt from Japan, Western Europe, and North America, October 26-29, 2016, Liverpool, UK, Programme p.53.

2) AMC Garfin and MA Yason-Remonte: **NTP and UHC in the Philippines**, The 6th Conference of International Union Against Tuberculosis and Lung Disease, Asia Pacific Region, Symposium 9: Progress in TB programme and Universal Health Coverage (UHC) in AP countries, March 22-25, 2017, Tokyo, Japan, Programme p.28.

H . 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

該当無し。

2. 実用新案登録

該当無し。