

## 11. 分担研究報告

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)  
分担研究報告書

日本・英国・カナダにおけるUHC達成状況と結核対策の関連性に関する研究

研究分担者 石川信克 (公財)結核予防会結核研究所

### 研究要旨

**【背景・目的】** 日本のユニバーサルヘルスカバレッジ(UHC)の達成には世界的な視点で多くの教訓が秘められている。皆保険制度が日本のユニバーサルヘルスカバレッジ(UHC)の達成に大きく貢献したことは世界的にも認められている。しかし、日本の国民皆保険制度が、そのまま現在の開発途上国を対象としたUHC達成のためのモデルとなるわけではない。一方、日本を含めた先進諸国においても、UHC達成において地域保健活動が多大な貢献をしてきたことが指摘されている。本分担研究の目的は、1) 日本・英国・カナダにおけるUHC達成の過程に関して政策学的な分析を行い、2) 各国において、地域における結核対策が、プライマリヘルスケア(PHC)の4原則である「ニーズ指向性」、「住民の主体的参加」、「資源の有効活用」、「協調と統合」を実現・制度化し、地域保健を強化することで、いかにしてUHC達成に貢献したかを、具体的な事例を通して検証し、3) 「開発途上国での結核治療の基本単位である保健所の機能を最大限に有効化することで、地域住民の住民参加型保健活動を促進し、地域住民の医療機関へのアクセスを強化することがUHC達成に貢献する」という仮説をもとに、開発途上国における結核対策活動について評価するための指標値を提案することである。なお、本報告では、中間報告として日本に関する分析をまとめた。

**【方法】** 本研究は、日本の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、及びその分析による記述的研究である。上記1)の政策学的な分析には、Stucklerらによる、UHC達成に関する5大要素に基づいた分析フレームワークを用いて検討した。上記2)に関しては、沖縄の事例を分析した。

**【結果・考察】** 日本におけるUHC成立の背景では、新憲法下、GHQの支援の下で、民主化の流れ、公衆衛生の位置づけや保健所の機能強化、住民参加の推進など、様々な社会的改革や改善が起こり、それらが総合的に機能して、栄養改善、感染症疾患の減少などの著しい健康改善をもたらされた。一方、1. 社会主義政党や労働組合の運動が上記の流れを促進し、労働者、貧困者の生活保障を含む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. GHQによる指導や支援、民主化や皆保険に好意的な与党政策、地域保健等の好機等が、UHC達成を後押しした。また、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大きな要因となった。

保健医療サービスへのアクセスという点では、地域保健活動が大きな役割を果たしていた。保健所における保健師の活動は、その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、PHCレベルにおける専門職のモデルともいえる。1950年代後半には、包括的PHCまたはUHC達成の先駆的取り組みを行なう自治体も現われ、成果をあげた(岩手県旧沢内村の活動等)。日本の結核対策は、UHC達成のための基礎的部分の一部を成したと考えられた。日本における住民参加を原則とした地域保健活動は、途上国においてもUHC達成に向けて十分に有効である。

沖縄は、第二次大戦が終結した1945年以降、27年間米軍の統治下におかれたが、当時、栄養失調・結核・マラリア・下痢・寄生虫症等、急性・慢性伝染病が蔓延しており、母子保健対策や伝染病対策が重要な対策であった。その中で米軍、民政府の指導・支援下で公衆衛生の強化が行われ、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。その職務は、地区診断と保健計画の作成・家庭訪問・来所相談・予防接種・集団検診・衛生教育等の実施と、必要に応じて施策提言をすることで、結核対策分野では、結核患者の発見、在宅での結核治療、接触者の把握、健康診断の推進等を、保健所の医師・福祉担当者・民生委員・区長・学校の先生等の協力を得ながら行っていた。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。

**【結論】** 日本におけるUHC成立の背景は、Stucklerらによる、5つの基本要素の関与が当てはめられる。GHQ等外国からの支援の影響も重要である。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と考えられる。

研究協力者：

内村和広：(公財)結核予防会結核研究所臨床疫学部  
河津里沙：(公財)結核予防会結核研究所臨床疫学部  
泉 清彦：(公財)結核予防会結核研究所臨床疫学部  
當山紀子：(公財)結核予防会結核研究所  
上地正晃：(公財)結核予防会結核研究所  
下谷典代：(公財)結核予防会総合健診推進センター  
総括事業部  
大角晃弘：(公財)結核予防会結核研究所臨床疫学部  
加藤誠也：(公財)結核予防会結核研究所

## A. 研究目的

日本のユニバーサルヘルスカバレッジ (UHC) 達成の経過は国際的な関心の対象である。日本の公衆衛生やプライマリヘルスケアに関しては、これまでも類似先行研究により特色が分析されてきた<sup>1-5</sup>が、UHCの視点では十分検討されていない。特に皆保険制度がUHCの達成に大きく貢献したことは世界的にも認められている<sup>6</sup>。しかし、所得水準の高い国では社会健康保険制度がUHCをもたらししたが、低・中所得国での成功例はないこと、また健康保険の義務化による強制加入は不可能であることが指摘されており、必ずしも日本の国民皆保険制度が、そのまま現在の開発途上国を対象としたUHC達成のためのモデルとなるわけではない<sup>7</sup>。一方、日本を含めた先進諸国においても、UHC達成において地域保健活動が多大な貢献をしてきたことが指摘されている<sup>8</sup>。

従って本分担研究の目的は、

日本・英国・カナダにおけるUHC達成の過程に関して歴史的・政策学的な分析を行う。

日本・英国・カナダにおいて、地域における結核対策が、プライマリヘルスケア (Primary Health Care, PHC) の4原則である「ニーズ指向性」・「住民の主体的参加」・「資源の有効活用」・「協調・統合」<sup>9</sup>を実現・制度化し、地域保健を強化することで、いかにしてUHC達成に貢献したかを、具体的な事例を通して検証する。「開発途上国での結核治療の基本単位である保健所の機能を最大限に有効化することで、地域住民の『住民参加型』保健活動を促進し、地域住民の医療機関へのアクセスを強化することがUHC達成に貢献する」という仮説をもとに、開発途上国における結核対策活動について、上記の4原則の実現・制度化という視点から評価するための指標値を提案する。

本報告は、中間報告として日本に関する分析をまとめたものである。英国とカナダに関しては、今年度は情報収集を開始し、次年度において報告予定である。

## B. 研究方法

### 1. 研究デザイン

本研究は、日本の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、及びその分析による記述的研究である。上記に関する歴史的・政策学的な分析には、先行類似研究のレビュー及び、Stucklerらによる、UHC達成に関する5大要素に基づいた分析フレームワーク<sup>10</sup>を用いて検討する。今年度は、上記に関しては、沖縄の事例を分析した。

### 2. 収集する情報と情報源

- 1) UHC達成状況及びそれに関連していると考えられる情報
- 2) UHC達成過程及び結核対策とUHCの関連に関する情報
- 3) 上記の情報のうち、UHCと概念が同義ないし共有するもの、すなわち公衆衛生、地域保健、プライマリヘルスケア等に関する情報も取り入れた。

### 3. 情報収集と分析

3.1 歴史的な背景の情報としては、日本にける類似先行研究として、正林、清田の論文<sup>1,2</sup>、石川等による研究班報告<sup>3,4</sup>、松田による報告<sup>5</sup>等、下記Medline等で拾えない資料を用いて、日本の特に戦後の公衆衛生、感染症対策、プライマリヘルスケアの発展をUHCの視点から整理した。

3.2 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した。

(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]))

3.2 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した。

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)

### 3.3 面接調査

#### 1) 面接調査対象者

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、面接調査を行う。

2) 面接調査質問項目は、各国の状況に応じて適宜変更して情報収集する。

(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。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。

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。

## C. 研究結果

日本におけるUHC達成の歴史的・政策学的分析

### -1: 日本のUHC発展の背景

日本における類似先行研究の成果を整理すると、UHC成立の背景としては、戦後、新憲法の制定、GHQの支援・指導、民主化の流れの中で、環境改善、女性の社会的地位の向上、公衆衛生の位置づけ、地方の保健行政と保健所の機能強化、住民参加の推進など、様々な社会的改革や改善が起こっていった。それらが総合的に機能して、栄養改善、感染症疾患の減少など健康面での著しい改善がもたらされた。一方、民主化の流れに伴い、社会主義政党や労働組織の運動が上記の流れを促進し、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: StucklerらによるUHC達成にいたる5要因

UHC達成にいたる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。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5つの要因を特定した。

#### i. 労働党・左派系勢力の影響

幾つか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<sup>11</sup>。例えば、Navarroは、米国においてUHCが確立されない大きな理由の一つとして政治勢力としての労働組合が脆弱であることを挙げている<sup>12</sup>。現在の低・中所得国においても外資誘致に重きをおいたマクロ経済政策を取っている国では労働組合の組織化が遅れ、UHC達成の阻害要因として指摘されている<sup>13</sup>。

#### ii. 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いるが、その理由に至っては明確にされていない。その一方で既にUHCを達成している英国、日本、チリなどはUHCを達成した時点の国民一人当たりの実質国内総生産額は\$5,000(2005年米ドル)を下回っており、低所得国であることがUHC達成の阻害要因ではないことが示唆される。

#### iii. 社会的団結

Alesinaら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るという<sup>14</sup>。Powell-Jacksonらは保健政策における社会的分断の影響を検証し、同じく社会的に分

断された国では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を示した<sup>15</sup>。

#### iv. 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。

#### v. 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り始めてUHCの促進要因となる。第二次世界大戦直後の英国におけるアトリーやフランスのド・ゴールが良い例である<sup>16</sup>。近年では、バングラデシュの独立戦争、キリギスタンにとってのソ連崩壊、エチオピアにおける政権交代などが保健医療政策の改善の好機になったと言われている<sup>17</sup>。

### -3: 日本の皆保険制度達成における5要因

日本では国民健康保険法の全面改正法(1958年)の施行に伴い、1961年に、全ての市区町村において国民健康保険事業が実施されたことで国民皆保険が達成された。これをもって日本のUHCが基本的に成立したとされ、全ての国民が適正な価格で必要な医療を受けることが可能となった。日本におけるUHC成立の背景について、Stucklerらの提唱する上記の基本要素を用いて、次のように整理することもできる。i. 民主化、社会主義政党や労働団体の影響力の拡大により社会保障が拡充していった、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、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、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、GHQによる指導や支援、民主化や皆保険に好意的な与党政策、地域保健等の好機等が、UHC達成を後押しした。また、国民皆保険制度の初期には結核が猛威を振るっていた時代であった。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だすことができた大きな要因となった。

### 日本におけるプライマリヘルスケア(PHC)の発展と結核対策の役割

類似先行研究でも、PHCと結核対策、その相互の関係や貢献に関して分析され、UHC達成の背景の概略は既に述べた。

国民皆保険制度が日本におけるUHC達成の最も大きな要因のひとつであることは、患者の医療費の直接負担を減らすというUHCの原則からも明白であるが、この日本の国民皆保険制度が、今後UHC達成を目指す国々のモデルとなるかは明白ではない。前述したOXFAMの報告によれば、健康保険制度として任

意加入保険または加入の義務化を含めた社会健康保険については、低・中所得国においては適切ではなく、健康保険財源は税収またはフォーマルセクター従事者からのみ保険料を徴収し税収とともにプールする制度が提言されている<sup>7</sup>。一方で、UHC達成の条件である医療サービスへのアクセスという点では、地域保健活動が大きな役割を果たしており、そこでの日本の経験はUHC達成へのモデルとなり得ると考えられる。

日本の結核対策は以下の点から、1978年のアルマ・アタ宣言以前の選択的PHCおよび日本における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<sup>8</sup>。

- 1) 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。
- 2) 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。
- 3) 保健所を中心にした患者管理・モニタリングの体制を作った。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。
- 4) 保健師による患者訪問面接の仕組みを作り上げた(保健行政と住民との架け橋)。保健所(ヘルスセンター)と保健師(パブリックヘルスナース)を中心に添えた活動は、これまでのDOTSによる結核対策や母子保健などの既存の資源の上に発展させていくことが可能であり、すでに地域住民との間に培われたコミュニケーションを通じて、これまでの制度では「こぼれ落ちていった」人々を医療サービスの利用者にするべくUHC拡大の可能性を持っていると考えられる。
- 5) 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、知識の普及、地域での検診時には、これらの組織が協力する住民参加(Community Participation)の基盤が醸成された。
- 6) 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が大きな役割を果たしている。

一方、1970年代に起ったPHCの概念は、中央統制的官僚制度の限界から、地方分権・住民参加型社会

への転換という世界的な大きな流れから発生し、保健医療分野においても地域保健活動への重点の移動というかたちで現れた。しかし、日本では、戦後の民主主義化とともに、保健制度の再確立のなかで、すでに地域保健活動が発展をみせており、世界的なPHCの先駆といってもよいものであった。戦後の保健所法により整備された日本における保健所による地域保健活動は、その好例といえる。特に、保健所における保健師の活動は、その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、いうなれば専門職のPHCワーカーのモデルともいえるものであった。また1950年代後半には、包括的PHCまたはUHC達成の先駆的取り組みを行なう自治体も現われ、成果をあげた。岩手県旧沢内村の活動がその代表である。その活動は、老人・乳児の医療費100%給付制度という医療費面での革新的取り組みもよく知られているが、地域保健活動の面からも、以下のような特徴があった<sup>8</sup>。

- 保健医療対策を行政の中心課題とし、さらに住民の生活向上、生活条件の改善のための総合的地域開発も行なった。
- 国保病院と役場の保健部が厚生部として統合された。
- 医師、保健師を確保し、医療関係者が地区に出向いて活動した。
- 行政と住民による協議の場として保健委員会を設置し保健施策の共有を行なった。行政と住民のパイプ役として保健連絡員を設置し保健師との密接な連絡のもと住民のニーズを吸い上げるとともに行政の保健施策を住民に浸透させた。
- 住民のニーズについて優先性をもとに考慮して施策反映した。
- 保健モデル地区を設置し、成功した成果を他地区に拡大した。

これらの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る。

### < 沖縄県の事例 >

#### 1. 戦後の医療制度の概要

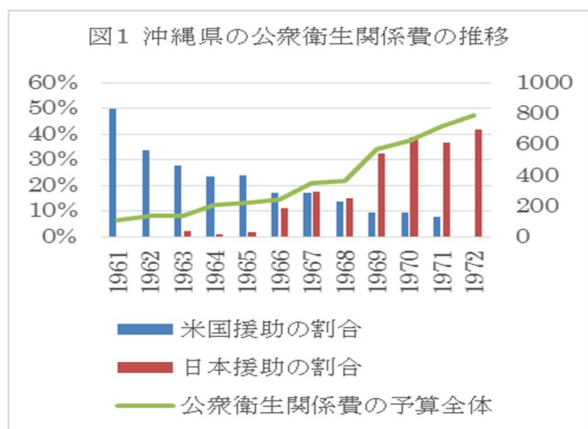
戦後の沖縄は、医療制度と社会的背景から、占領期・官営医療時代(1945-49年)、占領期の後期(1950-51年)、医師の自由開業期(1952-64年)、日本政府援助の大幅進出期(1965-72年)の4つの時期に分けて考えられる<sup>18</sup>。

戦後すぐの占領期・官営医療時代(1945-49年)は、米軍も住民も一体となって、戦後の荒廃した沖縄の環境衛生対策を強力に進めた時期であった。その効果は、マラリアの激減を筆頭に、各種急性伝染病の防圧に功を奏した。占領期の後期(1950-51年)は、保健所が開設され、公看の養成や人材育成が始められた。占領時代の臨機的公衆衛生行政から保健

所を中心とした公衆衛生行政への転機の時期であった。医師の自由開業期（1952-64年）は、結核が大流行した時期（罹患率は約人口10万対350）で、1950年代は沖縄の医療福祉政策が最も停滞した時期であった。日本政府援助の大幅進出期（1965-72年）は、日本政府による琉球援助が伸び始めた時期であった。特に後半は、沖縄の保健医療行政が、米国民政府から日本政府主導型に移行した時期であった。

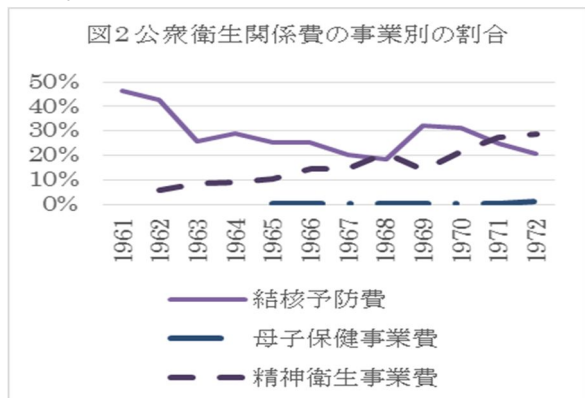
## 2. 沖縄県の予算の推移

沖縄県の公衆衛生関係費を見ると、全体としては1961年には100万円程度であったが、徐々に増加し1972年には780万円となった<sup>19</sup>。特に、1967年以降の増加が顕著であった（図1）。日本政府と米国政府からの援助の割合を見ると、1961年には0%であった日本政府の割合が、徐々に増加し、1967年に日米政府の援助割合が同程度となり、1972年本土復帰の年に米国政府の割合が0%となり、日本政府の割合が41.8%となった。



出典 衛生統計年報

事業別の予算の割合を見ると、結核予防費の割合は、1961年は47%と高かったが、1963年に減少し、その後は20%から30%で推移した（図2）。実際の予算額は、1961年の51万円から1972年の161万円まで徐々に増加していった。精神衛生事業費は1962年の6%から徐々に増加し1972年には結核予防費を超えて29%（226万円）に達した。母子保健事業費は1965年の0.1%（2万円）から1972年の1%（8万円）と、増加はみられたが、割り当てられた予算額は少なかった。



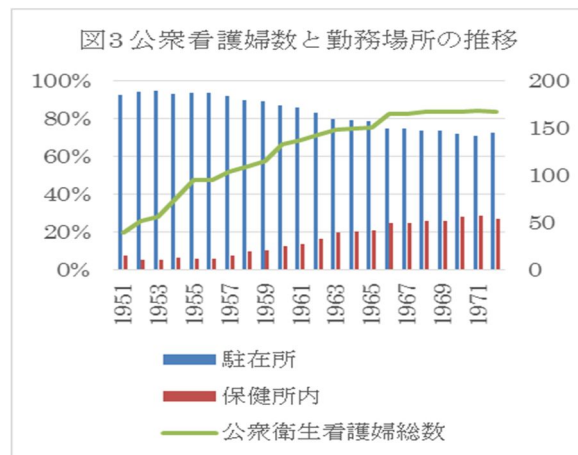
出典 衛生統計年報

## 3. 公衆衛生看護婦の概要

沖縄は、第二次大戦が終結した1945年以降、27年間アメリカの統治下におかれ、琉球政府独自の法制下で公衆衛生活動が行われた。当時、住民には、栄養失調や結核、マラリア、下痢、腸炎、寄生虫症等、急性・慢性伝染病が蔓延していた。そのような環境を改善するため、1950年、看護婦有資格者20名を対象に、初めての公看の講習が実施された。そして、1951年、保健所の開設と同時に公看の活動が始まった。公看の身分は琉球政府職員（保健所所属）で統一され、市町村に駐在し地区を担当することとなった。当時の保健所の責務は、対人保健サービスの全てであり、結核専門機関として結核予防法で位置づけられた。

沖縄には、離島僻地が多く、離島への交通手段は船舶のみであり、本島内も路線バスが未整備であったため、保健医療サービスへのアクセスが限られていた。更に、当時の沖縄は、医師・看護師など医療スタッフが極度に不足しており、人々が非常に貧しい生活を強いられていたことなどを考慮し、住民の日常生活の場で生活に密着した援助の実践と公平な看護サービスの提供ができる公衆衛生看護婦（公看）の駐在制度が最も良い方法であると考えられ実践された<sup>20</sup>。

1951年に養成された40名の公看の内、9割以上が駐在所に配置された（図3）<sup>21</sup>。その後、徐々に公看の数は増加し、1972年には160名を超えた。駐在所は、各保健所の所管下に置かれた。



出典 沖縄の医学

## 4. 戦後の公衆衛生看護婦の養成

1948年に米軍政府に看護顧問（落合メリー女史）が着任し、1950年に看護顧問（ワーターワース女史及びJH ケーザー女史）が着任し、看護師有資格者20名を集め、公看の講習を実施した。その後、継続して公看の公衆は実施され、10名以上の看護顧問がGHQから着任した。ワーターワース女史、ケーザー女史等によって教育された公看は、市町村に駐在し、地域における公衆衛生活動の中心的役割を果たした。両女史の積極的な教育と指導助言は、医師と看護婦が主従関係にあった古い概念を取り除くため、

教育の場で、或いは諸会議で公看に自由に発言できる機会を与え、公看の地位を高めた。このことは、公看に自信と誇りをもたせる結果となった<sup>17</sup>。

公看は、医療機関の少ない、しかも交通不便な市町村に当初から駐在した。保健問題を一人で判断し、行動することの精神的負担は大きかったが、それを克服できたのは、公看としての誇りと、公衆衛生の指導者は自分以外にはないという自負によるものであった。そして、公看をそういう気持ちにさせたのは、教育の影響が大きかった。

#### 4-1. 駐在公看の職務と駐在制度のメリット

駐在公看(保健師)の職務としては、地区診断と保健計画の作成、家庭訪問、来所相談、予防接種、集団検診、衛生教育等の保健活動の実施、そして日報、月報、年報を作成し、年間の業務反省と評価を行い、必要に応じて施策提言をすることであった。駐在制度のメリットとしては、市町村の保健問題を総合的に把握することで地区診断ができ、保健計画がたてやすいこと、市町村の担当職員や関係団体との調整が容易で総合的な保健サービスが提供しやすいこと、個別支援、特に家庭訪問が効率的にできること、業務反省と政策提言が容易であること、業務反省は市町村担当職員と共同で実施できることなどがあった。

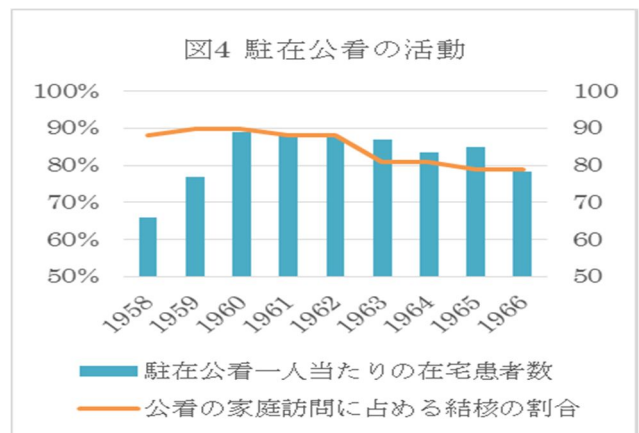
#### 4.2 指導者(保健所長、看護課長)の役割

指導者(保健所長、看護課長)は、駐在公看の職場環境の整備、公看活動の根拠となる規則等の整備、看護基準や処置指針の検討及び作成(開業医や助産師との調整等)、公看ユニホームや自転車等活動に必要な予算や物品の確保、定期的な業務調整会議や研修会の開催、問題解決のための助言等、駐在公看の後方支援に努めること等を行った。

また、本庁の行政担当保健師係長(現在の看護専門官)は公看の人事管理を行っており、その際に保健師配置の基本原則(平等公平性・定期性・透明性・個別性)の厳守と尊重、指導者及び保健師の人事配置の口・テート、配置期間は本島地域で3年～5年、離島地域では1年～2年とされた。

#### 4-3. 公衆衛生看護婦の活動

公看は、駐在する地域に赴任後、その地域の住民になる努力を行った。伝統的習慣行事に参加し、地域文化にもまれながら、住民との信頼関係を深めた<sup>17</sup>。また、当時の公看は、感染症対策や母子保健対策を中心に活動を行っていたが、中でも結核対策に占める役割は大きかった。主なる事例の家庭訪問指導数の内訳では、1955年から1960年は80%以上が結核であったが、徐々に減少し、1970年には59%が結核となった(図4)。



出典 衛生統計年報

駐在公看一人当たりの在宅患者数は、1958年に66名であったが、1960年に89名と急増し、その後1966年に83名まで徐々に減少した。公看の家庭訪問に占める結核の割合は、1958年に88%と高い割合であり、1966年には79%まで徐々に減少したが、依然高い割合であった。

#### 5. 公衆衛生看護婦の結核対策に関する活動

公看は、結核患者の発見、在宅での結核治療、接触者の把握、健康診断などの結核対策を、保健所医師、福祉担当者や民生委員、区長、学校の先生等の協力も得ながら行っていた。公看活動が始まったばかりで地域住民に認知されていなかった当時、公看はケースを見つけるために地域を歩き、聞き込みによってケースを発見していた<sup>23</sup>。

##### 5-1. 患者の発見

当時結核患者は、布令46号の「伝染性疾患取締」によって届出が行われていたが、はじめのうちは個人の秘密を守るということから、氏名欄には頭文字のみが記入されていたため、公看の訪問には直接結びつかず、この届出が実際に活用出来たのは、1952年の終わり頃であった。しかし、開業医からの届出は少なく、村によっては年に2～3名くらいであった。広範囲な地域を担当している公看は、事例発見を効果的にするため、福祉主事や民生委員、区長、学校の先生から情報を得るなどの工夫を行った。そのために、公看は区事務所や学校の職員室で昼食をとるように努めたりした。特に某部落は、公看が定期的に区事務所に訪れるのを待って、疥癬や膿か疹、新生児、妊婦、それから咳や痰が続いている有症状患者の家を積極的に案内してくれた。公看は多くの人から連絡された事例を訪問し、できるだけ看護の実践を行って家族の信頼と理解を深めるよう努めた。新生児の沐浴、膿か疹の治療、洗髪、全身清拭等、家族から喜ばれた。また、家族に咳や痰が続いている者や顔色が悪くやせた人等がいると、保健所に紹介し、レントゲン写真を撮らせた。公看が保健所に紹介する大部分が重症患者であった。このようにして、公看は結核患者の発見を行った。

## 5-2. 公衆衛生看護婦の役割

当時の保健所における公看の役割として、1 登録台帳と在宅決定名簿の作成と保管、2 転出入と看護記録、3 家庭訪問、4 保健所医師との連携、5 福祉主事との連携、6 民間との協力、7 在宅治療があげられた。

1つ目の登録台帳と在宅決定名簿の作成と保管については、保健所の原本と同じ登録台帳と在宅決定名簿が、公看駐在所においても作成され、保管されていた。保健所で治療されている在宅患者は、保健所ごとに一連の在宅番号が附された。

2つ目は転出入と看護記録である。公看が地区で使用している看護記録は、看護を継続する意味から、患者が住所を変更する度に、公看から公看に引き継がれていた。在宅患者であれば、何十年経過しようが、患者の療養状況や治療状況等患者に関する情報は容易に把握することができた。

3つめの家庭訪問では、公看は在宅決定した患者について正しい療養指導と確実な服薬指導を行い、療養態度の悪い患者がいれば、頻りに訪問を繰り返した。患者や家族から、咯血した、或いは死亡したという連絡があれば、夜でも家庭訪問をして処置を行った。在宅患者が増えるにつれ、問題患者も増え、公看の負担も大きくなっていった。

4つ目は、保健所医師との連携である。保健所医師と公看の連携は常に綿密に行われ、公看からの情報や意見が医師の治療方針にも十分取り入れられていた。保健所によっては医師も地区を分担し、受診の困難な患者に対しては、公看からの訪問依頼があれば、喜んで一緒に訪問してくれることもあった。

5つ目は、福祉主事との連携である。当時の単作業員は、結核と診断されると、その日から仕事を解雇された。一家の経済を支えている患者に対して、公看は、生活保護のことを説明し、福祉主事に紹介した。また必要に応じて福祉主事と同伴訪問をし、生活状況を見てもらい、生活保護が受けられるように働きかけた。

6つ目の民間との協力では、在宅患者は定期的に検診や検痰が指示されていたが、離島僻地の公看は、船長やバスの運転手の協力を得て、咯痰を船やバスに託していた。

7つ目の在宅治療については、結核患者の治療を効果的に行うために、市町村に駐在している公看に、投薬義務が保健所長から完全に任されていた。保健所の結核室からまわされてくる医師の指示票に基づいて、1ヶ月分のPAS、INHを投薬していた。そのため駐在所では常に、2ヶ月分位の薬品が保健所から配布されていた。交通不便な地域の患者には、訪問の際、薬を配り、また、離島僻地の場合は、薬品をきらすことのないように、船やバスや区長に依頼していた。また患者私物のストマイは、保健所で注射するか、或いは来所できない場合は、医師の指示を受けて、公看が家庭訪問で注射を行った。

## 5-3. 結核患者の在宅治療に関して

1954年結核予防対策暫定要項により在宅治療制度が開始。要綱の特徴は以下のようなものであった。

一 社会保障の一環として、結核患者に対する医療費が公費となっている。

二 公衆衛生の第一線機関である保健所が在宅治療を行い、また、公看による駐在所での投薬と療養指導が並行して行われる。

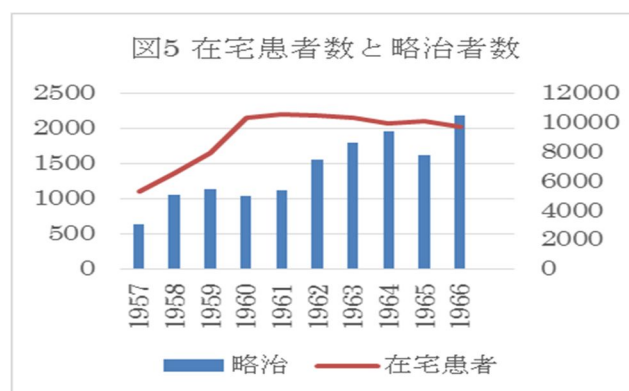
三 健康診断の対象は、保健所長が、結核予防上特に必要と認めるものであり、実施責任者は保健所長である。

四 健康診断に要する費用の実費を徴収することができる。但し、医療上必要な経過観察に要する費用については無料とする。

在宅治療の対象者の決定にあたっては、暫定要綱第一二条（医療）に基づいて、在宅決定会議が毎週開催された。会議は、医師と公看の合同会議で、患者の療養態度や家庭状況を十分知っている公看の発言は、在宅決定させるのに有力であった。治療の対象者は、保健所に登録された開放性の患者で、家族や公衆に結核を感染させるおそれのある者、PAS、INH併用療法の適応患者、公看によって十分に結核療養の指導ができ、管理が完全に行われ得る者、生活保護法による医療扶助を受けていない者、または開業医において医療を受けていない者、医療薬品の支給方針に適合する者であった。

## 5-4. 結核予防法の影響（1956年～1969年）

結核予防法の制定によって、1956年から集団検診や結核医療が全額公費になった。結核検診は強化され、在宅患者の対象も拡大された。公看は在宅患者を担当し、公看駐在所での投薬と、薬品管理の責任を負わされた。不足する結核病床に対応するため、患者を本土へ送り出す事業（1962年～）や、ツ反の実施判定、BCGの接種（1965年～）等も始まり、公看は業務の大半を結核管理に費やした時期もあった。1957年から1966年までの在宅患者数と略者数を見ると、在宅患者数は1960年まで急激に増加し、その後緩やかに減少している。略治者数は増加していった（図5）。



出典 衛生統計年報

## 6. 沖縄県の結核療友会及び結核予防婦人会

1956年10月、沖縄県に結核療友会が発足した。沖縄療友会は、結核に悩む人々がお互いに助け合い、労わり、励まし合って、療養の向上を図るため、また、貧しい人々でも安心して療養のできる生活権を確保するため、そして、体験を通じて沖縄の社会から結核をなくすために、全療友の組織と団結を図るという趣旨のもとに誕生した<sup>24</sup>。写真入りで新聞に記事が掲載されたため、結成後わずか5ヵ月後には、会の趣旨に賛同する各保健所、病院の医師、公看、看護婦などの賛助会員が827名も集まり、多額のお金も贈られた。療友会は、療養者の生活支援、服薬支援、復職支援等を公看と協働で行い、病院、療養所、在宅患者などを慰問した。

昭和34年、民政府（米軍）の公衆衛生部長の書簡により、本土への委託治療と日本本土からの肺外科専門医の招聘が打ち切れそうになったことがあった。その際、沖縄の療友会は、市町村長会、立法院、言論機関に呼びかけ、一致団結して書簡の撤回を要請した。評論、陳情、署名運動なども行い、新聞、ラジオなども活用した。これらの活動により、世論も盛り上がり、政治問題として民生長官や主席、副主席まで、その打開策を講じなければならぬような動きに発展し、改めて肺外科医の招聘、患者の本土移送が再開された。

また、結核予防婦人会は、1967年に具志川市と国頭村で結成以来、徐々に各地で結成された。主婦を中心とした懇談会、講演会、婦人幹部講習会等を開催し、知識の昂揚を図り、年2回結核予防会主催の結核予防関係婦人団体幹部講習会と九州ブロック各県持ち回りで開かれている九州地区結核予防婦人会団体幹部講習会にも数名派遣し、地域のリーダーの養成に力を入れ、婦人活動の中での結核予防事業をおしすすめた。結核予防婦人会は、結核予防シール運動を通じた募金活動においても活躍した。

戦後、公看はその時期の公衆衛生の課題に応じた活動に取り組んできた。これらの活動をプライマリヘルスケア（PHC）の4原則である「ニーズ指向性」「住民の主体的参加」「資源の有効活用」「協調・統合」の視点から分析すると、表1のように整理できると考えられた。

表1 PHCの4原則と結核対策を中心とした公看の活動

PHCの4原則	公看の活動
ニーズ指向性	駐在公看制度
住民の主体的参加	結核療友会、結核予防婦人会
資源の有効活用	バスや定期船の活用
関係者との協調	福祉主事や教員等との連携

公看が駐在制度として離島僻地を含む全市町村に配置されたことは、住民のニーズに合った支援を行う上で重要であったと考えられる。公看は、駐在

する地域に赴任後、その地域の住民になる努力を行い、伝統的習慣行事に参加し、地域文化にもまねながら、住民との信頼関係を深めた。また、家庭訪問を行い、看護の実践を行って家族の信頼と理解を深めるよう努め、新生児の沐浴、膿か疹の治療、洗髪、全身清拭等、家族から喜ばれる支援を行った。結核対策においては、公看は在宅決定した患者について正しい療養指導と確実な服薬指導を行い、療養態度の悪い患者に対しては、頻繁に訪問を繰り返し話し合い、患者や家族から、咯血した、或いは死亡したという連絡があれば、昼夜を問わず家庭訪問をして処置を行った。また、当時の沖縄では、保健所が指定医療機関であり、公看は指示の下で治療行為を行うことができたので、医療施設にアクセスの悪い地域や駐在所まで来所できない患者に対して、訪問して投薬や注射を行ったことは、治療中断を減少させることに役立ったと考えられる。

住民の主体的参加の例としては、沖縄療友会と結核予防婦人会があげられる。1956年に結核患者は沖縄療友会を結成し、結核対策の制度強化に主体的に活動を行った。公看は、賛助会員として活動の支援を行うと共に、療養者の生活支援、服薬支援、復職支援等を療友会と協働で行った。また、結核予防婦人会は、1967年に結成以来、懇談会、講演会等を開催し、知識の昂揚を図り、結核予防シール運動を通じた募金活動においても活躍した。

資源の有効活用の例としては、定期船やバスなどの地域資源の活用があげられる。在宅患者は定期的に検痰が指示されていたが、離島僻地の患者は検痰に行くことが困難であったため、公看は定期船の船長やバスの運転手の協力を得て、咯痰を保健所に届けた。

関係者との協調の例としては、福祉主事、民生委員、区長、教員などがあげられる。広範囲な地域を担当している公看は、事例発見を効果的に行うため、福祉主事や民生委員、区長、学校の教員から情報を得るなどの工夫を行った。そのために、公看は区事務所や学校の職員室で昼食をとることもあった。また、結核と診断され、仕事を解雇された患者に対して、生活保護について説明し、福祉主事を紹介した。必要に応じて福祉主事と同伴訪問をし、生活状況を見てもらい、生活保護が受けられるように働きかけるなど関係者との協調を行った。

また、沖縄の結核対策における公看活動について、PHCの4原則以外の重要な要因として、ポリティカルコミットメントとリーダーシップが考えられる。ポリティカルコミットメントの例としては、米国民政府と行政担当官によって結核予防対策暫定要項と結核予防法による制度整備が実施され、結核医療の全額公費による経済的な支援が行われたことがあげられる。公衆衛生関係費の中で結核予防費の割合が1961年に47%と大きかったことから、そのコミットメントの高さが伺える。これらの制度の整備や



予算の確保により、公看がより効果的に活動できたと考えられる。

そして、医療機関が少なく、交通不便な市町村に駐在し、保健問題を一人で判断するという精神的負担が大きい中、公看はリーダーシップを発揮し公衆衛生活動の中心的役割を果たした。駐在制度の中で公看がリーダーシップを発揮できたのは、公看の教育と指導者として保健所の所長と看護課長、そして本庁の行政担当保健師係長（現在の看護専門官）の役割が大きかったと考えられる。GHQのワニタ・ウォーターワース女史、ジョセフィン・ケーザー女史等は積極的な教育と指導助言を行い、医師と看護婦が主従関係にあった古い概念を取り除くため、教育の場で、或いは諸会議で公看に自由に発言できる機会を与え、公看の地位を高め、公看に自身と誇りをもたせた。また、指導者は、駐在公看の職場環境の整備、公看活動の根拠となる規則等の整備、看護基準や処置指針の検討及び作成、活動に必要な予算や物品の確保、定期的な業務調整会議や研修会の開催、問題解決のための助言等の駐在公看の後方支援を行った。人事配置のローテーションをする上では、個別性に配慮した上で公平に対応し、経済的な自立性を保障し、適切な処遇を行ったことなども重要な要素であったと考えられた。

<謝辞>

沖縄県の事例内容について確認・助言を頂きました金城英子先生に感謝します。

PHCとしての結核対策活動の指標値（仮案）

途上国において結核対策の基本単位である保健所の活動を「プライマリヘルスケア」の4原則の促進という視点から評価することを目的として、以下の指標値を提案する。

「ニーズ指向性」

- 保健師による患者訪問は保健師の業務として指定されているか。
- 患者訪問は実施されているか（回数）
- 患者訪問の記録はされているか
- 患者訪問の際に結核以外の情報についても収集されているか（内容）

「住民の主体的参加」

- 住民参加型の啓発活動は実施されているか（回数）
- 啓発活動の記録はされているか
- 結核対策活動に住民団体が参加しているか

「資源の有効活用」

- 結核対策活動とその他の保健・健康プログラムの統合が行われているか

「協調と統合」

- 結核対策活動と保健・健康以外の対策（貧困対策、等）の統合が行われているか

## D. 考察・結論

日本におけるUHC成立の背景には、Stucklerらの提唱する5つの基本要素の関与が当てはめられる。日本におけるUHC成立には、国の公衆衛生対策強化、社会保障政策の中で、結核対策がUHCの発展に寄与している様々な面が示された。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。またこれらの背後には、大戦後の社会変革の中で、GHQ即ち外国からの指導、支援の影響も大きく（正林）<sup>1</sup>、国際協力の歴史的意義としても位置付けられる。

次年度は、上記のさらなる検証、指標値の有用性及び実現性をフィリピン・カンボジア・ケニア等において試行して検討を重ね、最終化した指標値をその他の対象国においても用いて評価していく予定である。

## E. 研究発表

### 1. 論文発表

・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。

・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

無し。

## F. 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。

[参考文献]

1. Shobayashi, Tokuaki: The rise in health status in postwar Japan lesson for health policy (MSc Report 1996/1997, London School of Hygien & Tropical Medicine)
2. Seita, Akihiro: Think PHC, Do TB "Integration-based scale up of TB control in Japan (Takemi Fellow Report 2003/4) 清田明宏：口で結核、頭でPHC。 - 1950年代、途上国であった日本が、いかに国民病である結核の対策を拡充しながら、保健システムの拡充を同時に行っていたかに対する歴史的考察。

3. 石川信克 (主任研究者): 結核に関するプライマリヘルスケアの研究(厚生省国際医療協力研究委託事業: 1991-1993)
4. 石川信克 (分担研究者): 戦後日本の健康水準の改善経験を途上国保健医療システム強化に活用する方策に関する研究, (主任研究者 中村安秀) 平成 14~17 年度 総括・分担研究報告書. 厚生労働科学研究費補助金 社会保障国際協力推進研究事業, 2003 年 4 月~2007 年 3 月
5. 松田正己, 他: 結核予防婦人会の研究 日本の結核対策における組織的な住民参加, (分担研究)「市町村における住民参加型保健活動の評価と国際的一般化」としての報告書. 平成 7 年, (平成 6 年度厚生省国際医療協力研究委託事業, 開発途上国における公衆衛生活動と PHC の推進に関する研究班 (研究代表者 丸井英二))
6. 池上直紀 編著「包括的で持続的な発展のためのユニバーサル・ヘルス・カバレッジ 日本からの教訓」. 日本国際交流センター. 2014 年. <http://issuu.com/world.bank.publications/docs/9781464804083>
7. OXFAM. Universal Health Coverage. Why health insurance schemes are leaving the poor behind. 2013. Oxford, UK. <https://www.oxfam.org/sites/www.oxfam.org/files/bp176-universal-health-coverage-091013-en.pdf>
8. JICA. 「プライマリヘルスケア(PHC)の手引き - すこやかな地域社会を目指して」 JICA, 1998 年 <http://gwweb.jica.go.jp/km/FSubject0201.nsf/VW0101X02W/6EB600FB944ED495492570002B5B92?OpenDocument>
9. World Health Organization. Declaration of Alma-Ata. Adopted at the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978.
10. Stuckler D, et al. The political economy of Universal Health Coverage. Geneva: World Health Organization, 2010.
11. Esping-Anderson G. The three worlds of welfare capitalism. Princeton, New Jersey, Princeton University Press, 1990.
12. Navarro V. Why some countries have national health insurance, others have national health services, and the US has neither. Soc.Sci.Med, 1989; 28(9):887-898.
13. McKee M, et al. Universal Health Coverage: a quest for all countries but under threat in some. Value in Health, 2013; 16:S39-45.
14. Alesina A, et al. Fighting poverty in the US and Europe: a world of difference. Oxford, Oxford University Press, 2004.
15. Powell-Jackson T, et al. Democracy and growth in divided societies: a health-inequality trap? Soc.Sci.Med, 2011; 73:33-41.
16. Fenby J. The General: Charles De Gaulle and the France he saved. London, Simon & Schuster, 2010.
17. Reich MR. The political economy of health transitions in the third world. In Chen LC, Kleinman A (eds.) Health and Change in International Perspective. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1994.
18. 照屋寛善. 戦後沖縄の医療 私の歩んだ道から. メヂカルフレンド社. 1987 年
19. 琉球政府厚生局. 1956-1971 年 衛生統計年報.
20. 新里厚子. 沖縄の駐在保健師制度. 沖縄県看護協会海外研修講義資料, 2016 年
21. 稲福盛輝. 沖縄の医学. 考文堂. 1979 年
22. 金城英子. 沖縄公衆衛生看護の実践活動から住民参加型活動. 沖縄県看護協会海外研修講義資料, 2013 年
23. 与那原節子. 沖縄の保健. 保健の同人社. 1983 年
24. 金城妙子. 原点をみつめて. 沖縄コロナー印刷. 2001 年.

フィリピンにおけるUHC達成状況及びUHC達成と結核対策との関連性に関する研究

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

研究要旨

**【目的】** 本研究の目的は、UHC (Universal Health Coverage) を達成しつつあるフィリピンでの、UHC 達成の諸要素と要因、特に結核対策の果たした役割の促進要因と阻害要因とを明らかにすることである。

**【方法】** 本研究は、フィリピンにおける UHC 達成状況と UHC 達成過程における結核対策との関連について、既存の関係資料と、フィリピン国内における UHC 関係者からの面接調査等とから得られる情報を収集・整理する記述的研究である。面接調査対象者は、フィリピン保健省結核対策課職員から推薦された専門家を選定して面接を実施し、次に面接すべき専門家として紹介された専門機関の関係者を追加して選定した。面接は、研究協力者(AQ)が中心となって実施し、被面接者の同意を得た上、面接内容を録音し、後日その内容の要旨を文章に書き起こした。面接内容の分析は、Contents Analysis Method に基づいて、研究協力者(AQ)及びLK)が実施した。面接内容から得られた情報は、WHO による UHC 達成の3つの側面(対象人口・保健医療サービス・経済的保障)について分析を試みた。

**【結果】** 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、フィリピン全国民を対象とすることを旨とした健康保険プログラムが開始された。PhilHealthによる報告では、2016年における全国民の内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、プライマリヘルスケア(PhC、保健所や病院の外来等)レベルでの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、結核患者が登録された保健所や病院等の医療機関に対して、1患者あたり80米ドルがPhilHealthから支払われることになっている。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、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、保険負担金支払いが免除される貧困層に所属しているか否かの判定について、かなりの偏りがあり、この件についての外部モニタリングメカニズムが未確立であること等が指摘された。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、多剤耐性結核患者の治療費用は、PhilHealthによる医療サービスとして含まれていないこと等があった。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やPhilHealthの支払い費用を貧困層に対する生活費補填とするメカニズムが未確立であること等が指摘された。

**【考察】** フィリピンにおけるUHC達成状況を示すものとしてPhilHealthの実施状況があるが、貧困層としてPhilHealth保険負担金支払い免除の認証をするためのメカニズムに偏りがあることが指摘されていた。また、PhilHealthの支払い費用が受け取り側である保健所に期待されたように流れていない自治体があり、保健所側でPhilHealthによる公認を継続申請する意欲や、受診者に対してもPhilHealthへの加入を積極的に勧める意欲も阻害している原因の一つとなっていることが指摘されていた。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、外来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推定された。

**【結論】** 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。

#### 研究協力者：

Aurora Querri (AQ) : RIT/JATA Philippines, Inc. (RJPI)

河津里沙 (LK) : (公財)結核予防会結核研究所臨床疫学部

Anna Marie Celina Garfin : National Tuberculosis Control Programme, Department of Health (DOH)

Mary Antonette Remonte : Philippine Health Insurance Corporation (PhilHealth)

Belfrando A. Cangao, Edgardo M. Gonzaga : IMPACT / Philippine Business for Social Progress (PBSP)

Amelia Medina, Stanley Roy Carrascal : National Capital Region Health Office, Department of Health (DOH)

Pio Justin Asuncion, Lindsley Jeremiah Villarante : Health Policy Development and Planning Bureau, Department of Health (DOH)

#### A . 研究目的

1 UHC (Universal Health Coverage) を達成しつつあるフィリピンでの、UHC達成の諸要素と要因、特に結核対策の果たした役割の促進要因と阻害要因とを明らかにする。

2 我が国がその経験を生かして、フィリピンにおけるUHC達成を促進するために実施し得る、具体的かつ実際の支援施策内容について提言する。

3 波及効果として、人口の高齢化が進行している日本や、同様の傾向にある国々における今後のUHCの達成・維持・改善等に関する提言する。

(研究初年度においては、研究実施の準備と、上記1に焦点を絞った研究を実施した。)

#### B . 研究方法

本研究は、フィリピンにおけるUHC達成状況とUHC達成過程における結核対策との関連について、既存の関係資料とフィリピン国内におけるUHC関係者からの面接調査等から得られる情報とを収集・整理する記述的研究である。

既存の関係資料としては、世界保健機関 (WHO)、世界銀行 (WB)、フィリピン保健省関連文書、学術論文、その他インターネットを介する文献検索により情報収集した。

フィリピン国内における面接対象者は、まず、フィリピン保健省結核対策課職員から推薦されたUHCに関する専門家を選定した。予め研究者が準備した主な質問事項 (資料1) に沿って面接を実施し、その時に、次に面接すべき機関または専門家として紹介された専門機関の関係者を面接者として追加選定した。面接は、研究協力者 (AQ) が中心となって実施し、被面接者の同意を得た上、面接内容を録音し、後日その内容の要旨を文章に書き起こし

た。面接内容の分析は、Contents Analysis Methodに基づいて、研究協力者 (AQ及びLK) が実施した。面接内容から得られた情報は、WHOによるUHC達成の3つの側面 (対象人口・保健医療サービス・経済的保障) について分析を試みた。

(倫理面への配慮)

本研究は、既存の関係資料とフィリピン国内におけるUHC関係者からの面接調査等から得られる情報とを収集・整理して既述するものであり、個人情報や血液等の生体から得られる情報を取り扱うことはない。

面接調査対象者からは、面接実施時に本研究内容に関して十分に説明した上、研究に参加することに関する同意書を書面により取得し、研究協力者 (AQ) が保管した。また、本研究計画内容については、フィリピンと日本とにおける研究倫理委員会の承認手続きを得た。

#### C . 研究結果

UHC達成状況：WHOのUNIVERSAL HEALTH COVERAGE DATA PORTAL (<http://apps.who.int/gho/cabinet/uhc.jsp>)によると、フィリピンにおける保健・医療サービスの保障状況 (%) を示す指標では、指標毎にばらつきはあるものの、近年のDPT3接種率以外は改善傾向を示している。結核患者発見率と治療成功率を掛け合わせた指標においても、2010年以降改善している。WHOとWBとが2015年に合同で発表した報告書の資料 ([http://www.who.int/healthinfo/universal\\_health\\_coverage/report/uhc\\_report\\_2015\\_financial\\_indicators\\_country.pdf?ua=1](http://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/uhc_report_2015_financial_indicators_country.pdf?ua=1))によると、フィリピンにおいて、総支出額における保健医療の支出額が25%以上を占めている人口の割合と、保健医療のための支出により貧困収入 (日額2米ドル未満) に陥ってしまう人口の割合は、それぞれ1.0%と推定されている。これは、フィリピン総人口約1億人の内、年間約100万人が、保健医療のための支出により、どちらかの経済的困難に直面していることになる。

フィリピンにおける健康保険：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、フィリピン全国民を対象とすることを旨とした健康保険プログラムが開始された。2004年と2013年に、それぞれ、健康保険対象範囲の拡大 (リハビリテーションと精神疾患を含む) と貧困層への健康保険加入拡大とをもたらすための国民健康保険法改正が行われ、現在にいたっている。PhilHealthによる報告では、2016年におけるPhilHealth加入率は、全国民の90%以上となっている。

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、プライマリヘル

スケア（PHC、保健所や病院の外来等）レベルでの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、結核患者（新登録・再登録）が登録された保健所や病院等の医療機関に対して、1患者あたり80米ドルがPhilHealthから支払われることになっている。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、その後外来医療サービスとして導入された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。保健所や病院等のPHC機関が、PhilHealthによる結核に関する上記医療サービスを提供するための条件として、その機関が、保健省による結核診断・治療機関としての認証（certification）とPhilHealthによる公認（accreditation）の両方を受ける必要がある。つまり、PHCレベルでの医療機関は、このcertificationとaccreditationを受けていなければ、PhilHealthからの患者1人あたりに支給されるはずの80米ドルを受け取ることが出来ないことになる。これは、PHCにおける保健医療サービス精度保証メカニズムの一環と考えることが出来る。

PhilHealthに関連した課題としては、1) PhilHealthから各地方自治体（Local Government Unit, LGU）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（現時点での多剤耐性結核患者治療薬はエイズ・結核・マラリア世界基金による経済支援に依存している）等が指摘された。

面接調査によるフィリピンでのUHC達成の3側面についての概要（資料2）（主な課題と理由）：

- 1) PhilHealth加入対象人口について
  - a) 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（自営業者や法律家等）におけるPhilHealth未加入率が高い。前者にとっては、保険負担金の支払いが負担であり、後者にとってはPhilHealthではなく、企業の健康保険の方が魅力的である。
  - b) 保険負担金支払いが免除される貧困層に所属しているか否かの判定について、かなりの偏りがある。この件についての外部モニタリングメカニズムが未確立である。
  - c) PhilHealth会員情報と保険負担金支払い情報とが別々のデータベースとして管理されているため、会員がPHCにおいて、PhilHealthによる医療サービスを受けようとする時に、会員の保険負担金支払い状況を確認するまでに時間を要する。

- d) PhilHealth加入率について、2重に計算されている可能性と、逆に加入者として計算されていない両方の可能性がある。例えば、1世帯内で夫婦が共働きの場合、夫側と妻側とでそれぞれ子供や同居高齢者との数を数えている可能性がある。
  - e) PhilHealth未加入者が入院加療を希望する場合には、入院時にその後の1年間分のみ会員として加入することが可能である（Point of Care, POC）が、1年後に会員資格を更新せずにやめてしまう人が多い。POCによって、PhilHealth会員資格を得た人に対して、1年後に会員資格を更新するように働きかけるメカニズムがない。
- 2) 保健医療サービスカバレッジについて
    - a) PhilHealthによる公認（accreditation）更新手続きをしない保健所がある。理由としては、PhilHealthから地方自治体への支払い費用の受け皿として設立が勧められている基金の設立が滞っていること、地方自治体で基金が設立されていても、必ずしもその基金から保健所に資金が流れていないこと等が考えられる。全国の地方自治体におけるPhilHealthの支払い費用の現状については把握されていない。
    - b) 多剤耐性結核患者の治療費用は、PhilHealthによる医療サービスとして含まれていないため、現時点ではエイズ・結核・マラリア世界基金からの資金援助により賄われている。
    - c) PhilHealth会員でPhilHealthによる医療サービスを受ける場合でも、私費による支払いを請求される場合がある。例えば、私的医療機関における追加医療費や、公的医療機関においても薬剤や医療消費財等が不足している場合に、それらの購入費用を請求される場合がある。
    - d) 保健省の調査によると、PhilHealthによる医療サービスに対するPhilHealth会員の満足度は高いことになっているが、その情報の質について評価する必要がある。
  - 3) 経済的保障について
    - a) 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。
    - b) PhilHealthの支払い費用を貧困層に対する生活費補填とするメカニズムはない。
    - c) 結核患者の外来医療サービスについては、患者が受診している保健所や医療機関がPhilHealthによる公認を受けていなくても、その診断と治療費用は無料である。つまり、結核患者にとっては、入院加療が必要でなければ、PhilHealthに加入する必要性は低い。
    - d) 一時的被雇用者（contractual status of employment）は、雇用側によるPhilHealthへの保険負担金支払いが無い場合、PhilHealth加入率が低い。

## D . 考察

フィリピンは、WHO と WB とによる世界における UHC 達成状況モニタリング報告書 (Tracking Universal Health Coverage First Global Monitoring Report, 2015, [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/174536/1/9789241564977\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/174536/1/9789241564977_eng.pdf?ua=1)) の中で、貧困層への包括的な経済的保障 (保険負担金支払い免除等) が実施されていると指摘されている。しかし、今年度の研究で明らかにされているように、貧困層として PhilHealth 保険負担金支払い免除の認証をするためのメカニズムに、偏りがあることが指摘されている。特に、地方自治体が認証するメカニズムについては、その認証基準の不透明性が課題となっており、そのためフィリピン政府は、数年前から社会福祉開発省 (The Department of Social Welfare and Development, DSWD) の職員による貧困層の認証を全国の地方自治体で実施している。その結果、地方自治体による貧困層認証対象者 (LGU Sponsored members) の割合は減少し、DSWD による貧困層認証対象者 (NHTS Sponsored members) の割合が 2014 年以降増加している (2013 年約 5% から 2016 年約 15%)。

フィリピン UHC 関係者からの面接調査で指摘されていた重要な課題の一つとして、PhilHealth の支払い費用が受け取り側である保健所に期待されたように流れていない自治体があることがある。このことが、保健所側で PhilHealth による公認を継続申請する意欲を阻害し、受診者に対しても PhilHealth への加入を積極的に勧める意欲も阻害している原因の一つとなっている可能性がある。PhilHealth としては、地方自治体における支払い費用の受け皿としての基金 (Trust Fund) の設立を促進し、地方自治体に支払われた費用が、本来の目的以外のために使用されないような枠組みを作ること、外部監査機関により PhilHealth から地方自治体に支払われた費用の用途を評価すること、PhilHealth 自体によるモニタリングを強化すること等が検討されている。

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、上述したように、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る。また、DOTS パッケージ自体が、外来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いと考えられる。患者側の視点からは、今後、PhilHealth 支払い費用が患者側にも直接裨益するように、その運用について検討する必要があると考えられる。例えば、PhilHealth 支払い費用を貧困層結核患者の服薬支援や胸部 X 線写真撮影費用、生活費補填費用、交通費等に用いることが出来るメカニズムの可能性を検討することが必要と考えられた。

## E . 結論

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ている。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。

## F . 研究発表

### 1. 論文発表

無し。

### 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.

## G . 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。

## 資料1 Interview guide (for the key informants from the Philippines)

### 1) Key informants

They will be selected by the co-investigators in the Philippines.

### 2) Sample questions in the Philippines

General:

1. What major structural reforms with regards to the PhilHealth, have been conducted since 2010? (as ordered by the former President Aquino)
2. On enhancement of DOTS package: Does PhilHealth obtain benefit from this enhancement?
3. PhilHealth Accreditation:
  - a. Are there current issues on filing or renewal of Philhealth accreditation (TB DOTS)?
  - b. Is there any mechanism for PhilHealth to provide immediate feedback to those facilities who filed incomplete documents for reaccreditation? (This might lead to gaps in filing / reimbursement and might also affect the motivation of health providers to renew their Philhealth accreditation).
  - c. How does the e-portal work? At what level is it available? Are there any issues identified related to the e-portal system?

On coverage

4. What data is available regarding the population coverage of PhilHealth?  
By area / Socio-economic status / gender / ethnicity / country of origin / education level, and so forth
5. What is the numerator and denominator in terms of calculating or accounting for the insurance coverage of PhilHealth?
6. Actual coverage of UHC with regards to PhilHealth coverage in the context of Philippines?
7. What specific efforts are being taken to increase/improve enrolment to PhilHealth (e.g., from the informal sector?)
8. Point Of Care Approach:
  - i. What is the Point of Care (POC) Approach currently utilized by PhilHealth?
  - ii. How does it benefit the poorest of the poor? Or the NTP? Or PhilHealth?
  - iii. Is there any data available to account to account how many have availed of the POC?
9. No Balance Billing:
  - i. How does the “no balance billing” work?
  - ii. How does it benefit the poorest of the poor? Or the NTP? Or the PhilHealth?
  - iii. Is there any data available to account how many availed of it?
10. What are the potential obstacles in improving enrolment and improving the quality of data regarding enrolment to PhilHealth?
- 11.1 Process of selection of qualification for the indigent (poor) people
  - a. How does Philhealth or the government define the poorest of the poor?
  - b. What agency is responsible for the selection of the poorest of the poor?

- c. What are the criteria in selecting the poorest of the poor?
- d. How do they measure the degree or extent of poverty level of a certain household?
- e. Is there any mechanism to monitor bias in selecting the poorest of the poor or the indigent? Are the selected ones really belong to the poorest of the poor or indigent category?

#### 11.2 Questions to community members

- a. Assessment of the satisfaction of those who were enrolled (or not) as indigent (and sponsored) members of the Social Health Insurance program (We would randomly visit them to see their economic condition (validate: i.e., good housing condition, plenty of home appliances, is there bias in selection process?)

12.1 What are the other financial sources/mechanisms that contribute to the expansion of PhilHealth?

12.2 How does the “Sin tax” contribute to the expansion of PhilHealth?

12.3 Is there any data to show the proportion of sin tax budget or utilization by PhilHealth, DOH, and others?

13.1 Does PhilHealth receive any financial support (external fund) from foreign agencies?

13.2 What is the plan to extend the DOTS package to include MDR-TB patient diagnosis and treatment?

On service, if relevant:

14.1 Is there a PhilHealth’s bias towards specialists?

14.2 What data is available to support or not to support this?

15. What efforts are being taken to improve the bias towards the specialists?

16. What are the potential obstacles in improving the bias towards the specialists?



資料2 フィリピン国内 UHC 関係者からの面接調査概要

Population Coverage	
Current issues	Possible Reasons
<p>Enrolment from the informal sector (ID.01 lines 92-95; ID.02, lines 376-377; ID.04, line 47; ID.05, line 35 )</p> <p>Individual payment for informal sectors is not sustainable (ID.03, lines 24-25).</p> <p>Most of the informal sectors (tricycle drivers) will not enroll to PhilHealth (ID Number 17_011, Line, 133).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Payment of premium is difficult for low wage earners.</li> <li>- Lawyers, businessmen etc. prefer to choose private health insurance. (ID.01, lines 94-95)</li> <li>- Not everybody has the capacity to pay premiums because not all jobs are permanent (ID.02, line 423).</li> <li>- Some would not want to actually buy Philhealth insurance at all (ID.02, lines 405-406).</li> <li>- Low awareness of the PhilHealth benefit package. Those informal sectors (lawyers or those who can afford to pay for insurance) opted not to avail of PhilHealth insurance (ID.04, line 47-48).</li> <li>- Some informal sector are not willing to pay the premium (ID.05, line 35)</li> <li>- Self-employed and depends on their earnings (ID.03, line 36).</li> <li>- Many informal sectors are not aware of the benefits that they can get if they avail of Philhealth (ID.03, line 40).</li> <li>- Maybe because of poverty. Because it is not their priority. Even if they have money, they will use that to buy food instead of paying for PhilHealth (ID Number 17_011, Line 133-134).</li> </ul>
<p>Misclassification happens in identifying the poor (ID.01 lines 106-107)</p> <p>Selection bias in the selection of the poor (ID Number 17_011, Lines, 194-195).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Selection bias of the poor, and lack of monitoring (ID.01, lines 106-107; 111-112)</li> <li>- Some members of 4Ps who come to our facility looks not they are poor but we also see patients who are poor but do not belong to the 4Ps program (ID Number 17_011, Lines 196-198).</li> </ul>
<p>Databases are not linked and cross-checked as well (ID.02, line 214).</p> <p>There is double-counting or undercounting (ID.2, lines 215-224)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Databases for membership and claims are not in one analyzable file (ID.02, lines 173-174).</li> <li>- Premium data collections for the formal sector are in separate database and should be reconciled with general membership database. If this is not updated, this makes the Philhealth claims cumbersome since the patients or their family health member needs to go to PhilHealth Office to get the members' Membership Data Record or if payment is not updated they need to get the employer's certificate (ID.02, lines 173-177).</li> <li>- Philhealth cannot account for the number of members and their dependents. If husband and wife are both working they could be counted separately and account their dependents separately resulting to double counting (ID.02, line 163, 214- 221)</li> <li>- A multiplier of 3.4 set by PhilHealth to account for</li> </ul>

<p>Data of PhilHealth is inconsistent (ID.04, line 50).</p> <p>Limited information for analysis. The data on the following cannot be accessed: educational level, country of origin, ethnicity, Social Economic Status (ID.07, lines 103-104).</p> <p>Calculation of PhilHealth coverage by other agencies is quite low or not consistent with PhilHealth data (ID.07, lines 201-202).</p> <p>Those listed on POC (Point of Care) who do not fall under indigent or sponsored program after validation of DSWD; do not re-enroll for PhilHealth (as informal) (ID.07, lines 253-253).</p> <p>It is difficult to find (or encourage) the informal sectors -- it is also a concern internationally (ID.08, lines 65-66).</p>	<p>the number of dependents would result to double or undercounting ID.02, lines 223 -224).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Real denominator of coverage is not clear (ID.04, lines 21-22).</li> <li>- The only available data are the following: type of membership, age and registration by region (ID.7, lines 106-107). We cannot determine accurately the Social Economic Status (ID.07, 106-107).</li> <li>- Low awareness of sponsored or indigent members that they are enroll to Philhealth or they fail to recall that they are members (ID.07, lines 203-205).</li> <li>- There is no mechanism for PhilHealth to follow-up and encourage them to enroll (ID.07, lines 254-255).</li> <li>- Finding the informal sectors is also a challenge faced by the Government (ID.08, lines 67-68).</li> </ul>
<p>Allotted slots for Philhealth which comes from SIN Tax was removed in our province (ID Number 017_011, Lines 241-242)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Some recipients before were not renewed for this present administration (ID Number 17_011, Lines 241-242).</li> </ul>
<b>Health Services Coverage</b>	
<b>Current Issues</b>	<b>Possible Reasons</b>
<p>DOTS package accreditation dwindling (ID.01, lines 47-48)</p> <p>Reluctant to renew accreditation (ID.5, line 24-25; ID.06, lines 80-82)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- LGUs not creating trust funds which are needed for DOTS package payment (ID.01, lines 57-59). Thus, funds are not reimbursed and Health Centers are not motivated to improve quality of TB services (ID.01, line 57).</li> <li>- Philhealth reimbursement goes directly to the LGUs' general fund. Since this is a hindrance to claim their facility reimbursement, this makes health staff reluctant to renew their accreditation (ID.05, lines 24-25).</li> <li>- There was no feedback mechanism from PhilHealth to inform those health facilities who filed incomplete requirements for reimbursement (ID.06, lines 80-81).</li> </ul>

	This resulted to delay in reimbursement which makes discouraged health center staff to renew their accreditation (ID.06, lines 82-82).
RHUs did not receive reimbursements from what is expected to be collected from PhilHealth even when they submitted complete papers (ID Number 17_010, Line 197,200). Provincial Health Offices not included in the Philhealth reimbursement (ID Number 17_010, Lines 442-443).	Rejected by Philhealth because of lack of necessary documents but RHUs claimed that they have filed the complete papers to PhilHealth (ID Number 17_010, Lines 197-199).  - PHO should submit profile of patients provided with care (Animal Bite, etc.) to Philhealth. Provincial Health Offices should be included in reimbursements (ID Number 17_010, Lines 448-449).
MDR-TB package is being considered but not push-through (ID.07, line 57)	- MDR-TB package is expensive based on situational analysis by PhilHealth (ID.07, line 58).
Out-of-pocket (OOP) spending among the PhilHealth members exists even if case-rate payment system or no-balance billing or Point of Care (POC) system is implemented (ID. 02, lines 95-97; 111-112; 145-146).	- Private facilities charge additional fees and charge as much as they want (ID.02, lines 111-112). - In government hospitals, they may request patients to buy medicines, or medical supplies that are out of stock during patients' confinement. Also, laboratory procedures not available within the health facility will be shouldered by the patients (ID.02, lines 149-150).
Many poor people do not avail PhilHealth services. Only half of the poor that showed-up in the government have PhilHealth and about 60-70% at private hospitals (ID.02, lines 241-242).  Large members were not profiled by health staff (ID.07, 190).	- Many poor people are not aware that they are members of PhilHealth (ID.02, lines 239-240) - Health facility staff cannot locate them anymore in the area (ID.07, line 190). - Sponsored members are not aware that they are PhilHealth members (ID.07, 181-182).
Delayed reimbursement of Philhealth claims of hospitals which is related to the "no-balance billing" (ID.06, lines 28-30).	- Validation of DSWD (for those patients confined) takes time which leads to delay in reimbursement. This delay affects hospital budget and also their services (ID.06, lines 31-32).
Problem in (PhilHealth database) system reactivation (or amendment) as an existing member if a person was wrongfully declared as "dead" (ID.07, lines 170-171).	- I do not know where the problem is but there would be a problem in reactivation (ID.07, lines 171-172).
Patients' satisfaction was relatively high (DOH study), (ID.02, lines 470-471).	- Patients might have a very low understanding in terms of getting satisfied with health care (ID.02, lines 471-472). - There is a need to conduct a qualitative study on this (ID.02, lines 476-477).
The involvement of CHT (Community Health Team) to bridge access to healthy in the community is still under discussion (ID.02, line 536).	- This was discontinued by the previous DOH Secretary (ID.02, lines 533-534).
<b>Financial Protection Coverage</b>	
Current Issues	Possible Reasons
Investigation of social protection	- We need to look at areas where it is successful and not

per indigent people (ID.01, line 28)	successful (ID.01, lines 28-29).
Conversion of Living allowance for TB patients might not be possible (ID.01 lines 77-82)	- We need to encourage LGUs or it is a battle we cannot win (ID.01, lines 82 and 84).
Patients do not receive any reimbursement from the TB DOTS package except when they are not hospitalized (ID.06, lines 93-94).	- TB DOTS package is designed to improve service delivery and the agency is looking if the portion of TB DOTS package or the general fund of LGUs to cover for patients transportation (ID.06, lines 94-96).
Contractual status of employment is a nationwide problem (ID.02, line 388).	- Benefits for PhilHealth, Social Securities are paid by the employer (only) if you are a permanent employee (ID.02, lines 390-391).
Contractual status of employment is a problem in the Philippines (ID.07, line 266).	- The contractual employee are not covered by PhilHealth social insurance pension (ID.07, line 267).

カンボジアとタイにおけるUHC達成状況及びUHC達成と結核対策との関連性に関する研究

研究分担者 岡田耕輔 (公財) 結核予防会国際部/結核研究所国際協力・結核国際情報センター企画科

研究要旨

**[目的]**本研究はカンボジア、タイにおける UHC の達成状況及び UHC と既存の疾病対策との関連性について情報収集を行い、UHC 未達成国が UHC を達成するための前提条件として保健サービスの普及や保健財政の整備、とりわけ結核対策の進捗がどのように貢献してきたかについて研究することを目的とする。

**[方法]**UHC 達成状況と保健サービス整備の進捗状況について、保健指標・財政リスクからの保護指標等に関する文献調査(カンボジア、タイ) および、保健サービス提供について結核対策を中心に、専門家の聞き取り調査(タイ)を実施する。

**[結果・考察]**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。保健サービスを提供する公的保健施設では、人材だけでなく資金不足もみられる。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。ある病院では、結核対策に関してコミュニティレベルでの活動、ヘルス・プロモーションやコミュニティでのサーベイランスなどは、NGO に頼っている。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る。現状では、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求められる。さらに、人口の約 8 割を占める農民を中心としたインフォーマルセクターにおける公的医療保険の実現も、UHC 達成の重要な要因とあるであろう。

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、結核の患者発見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る。今後は、UCS で提供できるサービスとニーズとの関係、サービスの質について検討する必要があると考えられる。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、今後も情報を得る必要がある。結核診療の費用は、診断については UCS の一般財源分が当てられるが、診断後の費用については、UCS から結核対策に特別に措置された予算に基づいている。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。

**[結論]**UHC 達成に取り組み始めたカンボジアでは基礎的な保健サービス指標は改善しているが、人材や財政など保健システム整備に課題がある。公的サービスによるコミュニティでの疾病予防や保健教育などの活動は限定的である。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。一方、早くからその取り組みが進んでいるタイは、医療保険の人口カバー率は高い。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。一方、結核対策上の課題として、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、結核対策における課題も残されている。

研究協力者：

山田 紀男

(公財)結核予防会結核研究所国際協力・結核国際情報センター長

柴沼 晃

東京大学大学院医学系研究科国際地域保健学教室助教授

## A. 研究目的

本研究は、カンボジアにおける UHC の達成状況及び同状況と既存の疾病対策との関連性について情報収集を行い、UHC 未達成国が UHC を達成するための前提条件として保健サービスの普及や保健財政の整備、とりわけ結核対策の進捗がどのように貢献してきたかについて研究することを目的とする。また、タイにおいては、UHC の達成状況及び UHC と結核対策との関連性について情報収集を行い、UHC が発達したと考えられている同国での成果と課題について研究することを目的とする。

## B. 研究方法

カンボジアにおいては、UHC 達成状況と保健サービス整備の進捗状況について、文献調査と専門家の聞き取り調査により実施する。文献調査では、UHC の達成状況に関連して、1) 保健指標、2) 財政リスクからの保護指標 (破滅的医療支出及び貧困化医療支出)、3) 法的及び規制枠組み、4) 保健財政 (基礎的保健サービスに対する現状の収支構造) について調査を実施する。また、専門家への聞き取り調査では、5) 保健サービス提供について、結核対策を中心に保健行政官、研究者、並びに国際機関担当者からの聞き取り調査を行う。本年度は、上の 1 及び 5 について実施した。1 から 4 で調査する指標については、世界保健機関 (WHO) と世界銀行による UHC 達成状況のフレームワークに基づいている [1, 2]。

タイに関する研究は、UHC 達成状況及び結核対策との関連について、文献による調査を中心に実施する。本年度は、UHC、及び UHC と結核対策の関係の概要について情報収集・予備調査を行った。

## C. 研究結果

### 1. カンボジア

カンボジアでは、保健指標に着実な改善がみられる。表 1 に示したとおり、母子保健では、妊婦健診の受診率が 2014 年には 95% (1 回以上受診) 及び 76% (4 回以上受診) に達した。2005 年の 72% (1 回以上受診) 及び 27% (4 回以上受診) から大幅に改善している。訓練された介助者による出産も 2014 年には 89% に達し、2005 年の 44% に比べて大幅に改善された [3, 4]。2014 年において、生後 12 ヶ月から 23 ヶ月の三種混合ワクチンカバー率は 82% (3 回接種) 及び 94% (1 回接種) であり、

高水準に達している [3, 4]。

表 2 は感染症対策に関する主要保健指標を示している。直近の測定年において、顧みられない熱帯病に対する予防的薬学療法カバー率 (99% : 就学前児童、96% : 就学児童) HIV 陽性者に対する抗レトロウイルス療法 (79% : 成人、75% : 児童)、結核治療成功率 (93% [多剤耐性結核については 75%]) マラリア対策のための殺虫剤浸漬蚊帳利用率 (89%) のそれぞれにおいて、概ね良好なカバー率を達成している [3-7]。

一方、表 3 で示す保健システムに関する指標は必ずしも十分に達成されているといえない。人口 100 人あたり入院率は 4.5 (2012 年) であり、経済協力開発機構 (OECD) 諸国の最低ラインとされる 8 に届いていない [2, 8]。また、人口 1 万人あたり保健従事者密度は 13 (2012 年) である。医師に限ると 1.5 であり、OECD 諸国の最低ラインである 9 に比べるとかなり低い [2, 8]。疾病の国際的伝播を防ぐための国際保健規則導入に向けたコア・キャパシティー・インデックスは、2015 年に 52.2 であったが、近隣国のベトナム (98.9) やラオス (73.8) に比べても低い。

保健サービスを提供する公的保健施設では、人材だけでなく資金不足もみられる。表 4 は、プノンペン近郊のある郡病院 (A 病院とする) において、結核対策や治療費用の主な財源をサービス別に示したものである。また、表 5 は、A 病院における財源を支出項目別に示したものである (ともに、A 病院関係者のインタビューにより作成)。A 病院では、外来患者に対して一律 5,000 リエル (1 米ドル = 4,000 リエル程度) の窓口負担を求めている。検査で結核と診断された場合は、それ以降の窓口負担を求めている。貧困層向けに保健医療サービスへのアクセスを支援する Health Equity Fund や公的セクターの就労者向け保険スキームである National Social Security Fund の加入者がサービスを利用した場合は、検査や治療費用は病院からの請求に基づき Fund から払い戻される。病院で利用する医薬品や消耗品などは、保健省から 3 ヶ月に一度、郡 (Operational District) レベルの倉庫に送られ、同倉庫から郡病院や傘下の保健所に毎月供給される。しかし A 病院では、一部の消耗品については、自主財源で購入している。機材については、過去にプロジェクトベースで支援されたものを除くと、中央の病院や研究機関で使わなくなったものを中古で譲り受けるなど融通している。

郡病院の直接収入として、外来患者や健診のための来訪者から得た一律の窓口負担の他に、Special Operating Agency (SOA) と呼ばれるパフォーマンスに基づく財政メカニズムからの収入がある。窓口負担による収入のうち 1% は中央政府に納めることになっており、A 病院では残りの 99% のうち 39% を消耗品や文房具、印刷経費などに利

用し、60%を職員への追加手当として支給している。SOAは、郡保健局や州立病院などが、傘下の施設で提供できる保健医療サービスを契約で定義し、遵守状況により中央政府から収入を得る仕組みである。SOAによる収入の用途については、使用可能な経費項目について中央政府のガイドラインがある。しかし、各経費項目への支出額については病院レベルでの一定の裁量があるとのことである。

このような状況下で、A病院には疾病予防について病院外での活動を行う余裕がないようである。A病院関係者によると、結核対策に関して、コミュニティレベルでの活動は病院主導でほとんど行えない状況にある。ヘルス・プロモーションやコミュニティでのサーベイランスなどは、NGOに頼っている。さらに、A病院では、結核対策に関してNGOとの共同活動やNGOからの病院への直接支援はない。

## 2. タイ

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)に支えられている。公的保険として、CSMBS(Civil Servant Medical Benefit Scheme: 政府職員が対象)、SSS(私的フォーマルセクター) UCS(前記2つの対象外)の3つが主要なシステムで、近年は、全人口の約75%がUCSに属する[11]。よって、今回このスキームについて予備調査を行った。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、最寄の郡病院に登録される[10]、基本的に「かかりつけ病院システム」といえる。この登録数に基づいて、病院にCapitation予算が配分される。また、財源は受益者からの保険料ではなく、公的資金(税金)である[11]。UHC指標については、結核の患者発見率(Detection Rate)[14]を除き、良好である(表6から8)。またFinancial Protectionについてみると、医療費により家計に支障をきたす世帯数(the number of households impoverished by health payment)が2002年から2004年にかけて急速に減少(12,005から7,723)している[9,10]。

結核のCase Detectionが低いことに関しては、私的医療機関との連携に課題があること[15]が示唆される。

UCSと結核対策の関係であるが、結核診療費用は原則このUCSから支払われる。後者の予算には、治療薬や検査代だけでなく、DOTS実施、特別な対策活動(例えば刑務所での結核検診)なども含まれるということである[13,15]。

## D. 考察

### 1. カンボジア

カンボジアでは、保健医療サービス提供や利用

に関する指標についてめざましい改善がみられた。一方、人材や財政など保健システムに関する指標は必ずしも十分ではない。このような制約下で、郡病院へのインタビューを通じて、結核対策について病院を訪れた患者への検査や治療は行うものの、コミュニティでの活動には取り組めない実態が確認された。

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。WHOなどは、母子保健分野におけるMDGs達成の背景として、法制度やガイドラインなどガバナンスや保健システムとともに、プライマリヘルスケアの強化を通じたサービス提供戦略の改善を挙げている[16]。結核対策については、直接服薬確認短期化学療法(DOTS)の普及など、母子保健と同様にプライマリヘルスケア強化を成功要因とする議論がある[17]。これらのサービス提供で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。公的保健施設を通じた母子保健サービスや結核など感染症対策の強化がUHC達成の基礎条件の一部を形成しているといえるだろう。

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る。現状では、母子保健や三大感染症に関しては公的保健施設が多く利用されているものの、その他の治療については民間医療施設が多く利用されている[18]。総保健支出に占める窓口支出の割合は62.3%(2014年)と高く、2008年以降その割合はほとんど変わっていない[19]。また、総保健支出は年々増加しているため、窓口支出の総額も同様に増加している[19]。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いて疾病予防のための活動強化が求められる[18]。これらは公的保健施設を中心に地域全体で取り組むべき課題であろう。さらに、人口の約8割を占めると言われる農民を中心としたインフォーマルセクターにおける公的医療保険の実現もこの国におけるUHC達成の重要な要因とあるであろう。

## 2. タイ

UCSの一つの特徴として、サービスを受ける病院に登録するというかかりつけ病院制度があげられるであろう。UCS導入後、医療費の支出によって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る。提供された医療サービスが実際に積極的に利用されるためには、費用負担が軽微なことだけでなく、患者から見て質がある程度確保されていると認められることが必要であろう。この点については、ベッド数や人的配置数だけでなく、UCSで提供できるサービスとニーズの関係、サービスの質について検討する必要があると考えられる。結核対策の観点からこのかかりつけ病院制度を

考えると、結核の治療は最短6ヶ月を要するため、特に非都市部では、居住地から離れた大病院よりも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る。また一部の治療困難例（副作用、合併症、耐性菌）を除けば、PHCで治療可能であるため、結核診療はかかりつけ病院制度のUCSと親和性は高いと考えられる。一方、特に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情報を得る必要がある。

結核の費用は基本的にUCSで負担され、診断についてはUCSの一般財源分（capitation人頭割）を当てているが、診断後の費用についてはUSCから結核対策に特別に措置された予算に基づいている（図1）。これらは、日本での保険制度と結核公費負担制度とはことなるが、診断部分と治療部分（日本では保険＋公費負担＋自己負担（無い場合もある））で予算上区別があるという点では、日本の結核診療の費用負担（診断は保険、治療は保険＋公費負担が適用される）と類似性があるといえる。このように治療部分について特別に予算を組むことは、結核対策の安定的な実施に貢献すると期待される。一方、費用はUCSで全てまかなわれる制度のもとで、結核診療・対策の質をどのように維持向上していくかについて調査・検討する必要があると考えられる。さらに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[15]、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。

## E . 結論

カンボジアにおいては、基礎的な保健サービスの提供状況は改善されているが、窓口支出など国民の保健支出負担が大きく、UHC実現に向けての障壁となっている。保健財政の膨張を抑制しつつ国民の破滅的医療支出を防止する保険制度を構築するには、保健財政の改革とともに、疾病予防に向けた戦略が必要になるだろう。本研究では、次年度以降も保健財政や財政リスクからの保護、公的保健施設の役割に関してUHC実現の観点から研究を継続する。

タイにおけるUCS導入後、保健サービス全体に関してはOut Of Pocket (OOP)の減少、医療費より家計に支障をきたす家庭の減少等、UCS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（Capitation）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る。一方、結核対策上の課題として、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への課題、またこれらの課題とも関係するがUCS以

外の医療サービスと結核との連携について調査・検討を進める必要があると考えられた。

## F . 研究発表

1. 論文発表  
無し。
2. 学会発表  
無し。

## G . 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。

## [参考文献]

1. World Health Organization, the World Bank. Tracking universal health coverage: first global monitoring report. Geneva, Switzerland: World Health Organization. 2015.
2. Hogan D, Reza AH, Boerma T. Technical note: Developing an index for the coverage of essential health services. 2016.
3. National Institute of Statistics, Directorate General for Health, ICF Macro. Cambodia Demographic and Health Survey 2014. Phnom Penh, Cambodia: National Institute of Statistics. 2015.
4. National Institute of Statistics, Directorate General for Health, ICF Macro. Cambodia Demographic and Health Survey 2005. Phnom Penh, Cambodia: National Institute of Statistics. 2006.
5. World Health Organization. WHO PCT Database. Accessible at [http://www.who.int/neglected\\_diseases/preventive\\_chemotherapy/sth/en/](http://www.who.int/neglected_diseases/preventive_chemotherapy/sth/en/).
6. The National AIDS Authority. Cambodia Country Progress Report. Monitoring Progress Towards the 2011 UN Political Declaration on HIV and AIDS. Phnom Penh, Cambodia: The National AIDS Authority.
7. World Health Organization. WHO TB Data. Accessible at <https://extranet.who.int/tme/generateCSV.asp?ds=outcomes>.
8. Ministry of Health. Annual Health Statistics 2012. Phnom Penh, Cambodia: Ministry of Health.
9. Viroj Tangcharoensathien<sup>1</sup>, Supon Limwattananon, Walaiporn Patcharanarumol<sup>1</sup>, Jadej Thammatacharee. Monitoring and Evaluating Progress towards Universal Health Coverage in Thailand. PLoS Med. 2014;11(9):e1001726
10. Thailand's Universal Coverage Scheme: Achievements and Challenges. An independent assessment of the first 10 years (2001-2010). -- Nonthaburi, Thailand: Health Insurance System Research Office, 2012. Synth



- esis Report ( accessible at <http://www.jointlearningnetwork.org/uploads/files/resources/book018.pdf#search=%27Thailand%E2%80%99s+Universal+Coverage+Scheme%3A+Achievements+and+Challenges.%27> )
11. National Health Security Office. Thailand's UHC development ( accessible at <http://www.coopami.org/en/countries/countries/thailand/projects/2014/pdf/2014062206.pdf> )
  12. World Health Organization. WHO PCT Database ( accessible at [http://www.who.int/neglected\\_diseases/preventive\\_chemotherapy/solutions/](http://www.who.int/neglected_diseases/preventive_chemotherapy/solutions/) )
  13. Dr. Peeramon Ningsanond Deputy of Director, Bureau of Strategic Management National Health Security Office (NHSO), Thailand Innovation in reducing out-of-pocket costs for health care and TB-related cost coverage under universal coverage scheme, Thailand ( accessible at [http://www.who.int/tb/thailand\\_tb.pdf?ua=1](http://www.who.int/tb/thailand_tb.pdf?ua=1) ) .
  14. World Health Organization. Global tuberculosis Report 2015
  15. Chawetsan Namwat, Director, Institute for Urban Disease Control and Prevention, DDC, MOPH, Thailand. TB, UHC in Thailand, and Challenges in TB Prevention, Treatment and Care in Urban Area (6th Conference of The Union Asia Pacific Region (2017年3月東京)でシンポジウム「Progress in TB programme and Universal Health Coverage (UHC) in AP countries」での口演) .
  16. Ministry of Health Cambodia, PMNCH, WHO, World Bank, AHPSR and participants in the Cambodia multistakeholder policy review. Success Factors for Women's and Children's Health: Cambodia. 2014.
  17. Mao TE, Okada K, Yamada N, et al. Cross-sectional studies of tuberculosis prevalence in Cambodia between 2002 and 2011. Bulletin of the World Health Organization. 2014; 92: 573-581.
  18. World Health Organization. Cambodia-WHO Country Cooperation Strategy 2016-2020. Phnom Penh, Cambodia: World Health Organization. 2016.
  19. Ministry of Health. Estimating Health Expenditure in Cambodia: National Health Accounts Report (2012-2014 data). Phnom Penh, Cambodia: Ministry of Health. 2016.
  20. Dr. Peeramon Ningsanond Deputy of Director, Bureau of Strategic Management National Health Security Office (NHSO), Thailand Innovation in reducing out-of-pocket costs for health care and TB-related cost coverage under universal coverage scheme, Thailand ([http://www.who.int/tb/thailand\\_tb.pdf?ua=1](http://www.who.int/tb/thailand_tb.pdf?ua=1))
  21. Chawetsan Namwat, Director, Institute for Urban Disease Control and Prevention, DDC, MOPH, Thailand. TB, UHC in Thailand, and Challenges in TB Prevention, Treatment and Care in Urban Area (presented in APRC, 2017)

表 1. カンボジアに関する主要保健指標（母子保健）

Indicator	Coverage (the latest year)	Coverage (previous years)	Source and note
1.1a Family planning coverage with modern methods	27% (2014)	22% (2010), 16% (2005)	Percent distribution of all women and currently married women by contraceptive method currently used; CDHS
1.1b Family planning coverage: % of women of reproductive age (15–49 years) who are married or in-union who have their need for family planning satisfied with modern methods.	39% (2014)	35% (2010), 27% (2005)	Among currently married women; CDHS
1.2a Pregnancy care: Antenatal care coverage	95% (at least once; 2014), 76% (four times or more; 2014)	90% (at least once; 2010), 60% (four times or more; 2010) 72% (at least once; 2005), 27% (four times or more; 2005)	CDHS
1.2b Pregnancy care: Skilled birth attendance	89% (2014)	71% (2010), 44% (2005)	CDHS
1.3 Vaccination: DPT coverage among 1 year-olds	82% (three dose; 2014), 94% (at least one dose; 2014)	84% (three dose; 2010), 93% (at least one dose; 2010) 76% (three dose; 2005), 90% (at least one dose; 2005)	Among children aged 12-23 months; CDHS
1.4 Child treatment: Care seeking behaviour for children suspected pneumonia: % of children under 5 years of age with suspected pneumonia (cough and difficult breathing NOT due to a problem in the chest and a blocked nose) in the two weeks preceding the survey taken to an appropriate health facility or provider.	69% (2014)	64% (2010), 48% (2005)	With symptoms of ARI; CHDS

CDHS: Cambodia Demographic and Health Survey

表 2. カンボジアに関する主要保健指標（感染症）

Indicator	Coverage (the latest year)	Coverage (previous years)	Source and note
2.1 Preventive chemotherapy (PC) coverage against neglected tropical diseases (NTDs)	98.6% (2015; pre-school-aged-children), 96.0% (2015; school-aged-children)	93.5% (2010; pre-school-aged-children), 83.3% (2010; school-aged-children)	WHO PCT Databank <a href="http://www.who.int/neglected_diseases/preventive_chemotherapy/sth/en/">http://www.who.int/neglected_diseases/preventive_chemotherapy/sth/en/</a>
2.2 ART coverage: People living with HIV receiving ART	78.9% (2014; adults), 74.6% (2014; children).	89.0% (2010-11; adults), 94.4% (2010-11; children).	Cambodia Country Progress Report. Monitoring Progress Towards the 2011 UN Political Declaration on HIV and AIDS. The National AIDS Authority
2.3 Tuberculosis treatment coverage: TB cases detected and cured	93% (TB treatment success rate for new and relapse cases registered in 2014), 75% (MDR/RR-TB cases started on second-line treatment in 2013)	89% (TB treatment success rate for new and relapse cases registered in 2010), 68% (MDR/RR-TB cases started on second-line treatment in 2010)	WHO TB Data <a href="https://extranet.who.int/tme/generateCSV.asp?ds=outcomes">https://extranet.who.int/tme/generateCSV.asp?ds=outcomes</a>
2.4 Malaria prevention coverage: % of population at risk sleeping under insecticide treated bed nets (ITNs) in the previous night	89% (2013)	83% (2010)	National Malaria Bulletin Estimated coverage with LLIN / treated net at population in the target village. <a href="http://www.cnm.gov.kh/index.php?action=ID80">http://www.cnm.gov.kh/index.php?action=ID80</a>
2.5a Improved water: % of population using improved drinking water sources	65% in the dry season and 84% in the rainy season (2014)	59% in the dry season and 79% in the rainy season (2010)	Household based. CDHS
2.5.b Improved sanitation: % of population using improved sanitation facilities	46% (2014)	34% (2010)	Household-based. CDHS

CDHS: Cambodia Demographic and Health Survey

表 3. カンボジアに関する主要保健指標（保健システム）

Indicator	Coverage (the latest year)	Coverage (previous years)	Source and note
4.1 Hospital access: Inpatient admissions per capita per year, relative to a maximum threshold of 8 per 100 population per year	4.5 per 100 population (2012; inpatient discharge)	2.4 per 100 population (2009)	Annual Health Statistics 2012. Ministry of Health.
4.2 Health worker density: Health professionals per capita: physicians, registered nurses, midwives, relative to maximum thresholds for each cadre; by area (urban/rural)	13 per 10,000 population (2012) Physicians: 1.5 per 10,000 Midwife (primary and secondary): 3.1 per 10,000 Registered nurse (primary and secondary): 6.1 per 10,000	13 per 10,000 population (2010)	Annual Health Statistics 2012. Ministry of Health. (Population: 14,741,425) Human resource for health country profile: Cambodia. WHO.
4.3 Access to essential medicines: % of health facilities with essential medicines	n/a		
4.4 Health security: International Health Regulations core capacity index, which is the average percentage of attributes of 13 core capacities that have been attained at a specific point in time.	52.2 (2015)	46.6 (2010)	SDG Indicator database. United Nations Statistics Division. <a href="http://data.un.org/Data.aspx?q=International+Health+Regulations+(IHR)+core+capacity+index&amp;d=SDGs&amp;f=series%3aSH_IHR_CAPPRD">http://data.un.org/Data.aspx?q=International+Health+Regulations+(IHR)+core+capacity+index&amp;d=SDGs&amp;f=series%3aSH_IHR_CAPPRD</a>

表 4. カンボジアにおけるある郡病院での結核対策に関する経費構造

Expenditure items	Transfer from central or regional level		Social health insurance / Fund for the poor	Project-based	Own revenue	Note
	Cash allocated	In kind				
Outpatient	✓	✓	✓		✓	
Inpatient	✓	✓	✓			
Health promotion				✓		
Outreach services				✓		
Detection, monitoring, surveillance				✓		

表 5. カンボジアにおけるある郡病院での支出項目別経費構造

Expenditure items		Transfer from central or regional level		Social health insurance / Fund for the poor	Project-based	Own revenue	Note
		Cash allocated	In kind				
Utility	Utility (electricity, water)	✓					
	Fuel	✓					
Human resources	Doctor/MW/Nurse	✓					
	Lab technicians	✓					
	Other worker	✓					
Materials and supply	Pharmaceutical		✓				
	Other					✓	
Infrastructure	Other equipment furniture, PC, etc.)		✓			✓	
	Medical Equipment		✓		✓		
	Building, vehicle		✓		✓		

表 6. タイにおける主要保健指標（母子保健）

Indicator	Coverage (the latest year)	Source and note
1.1a Family planning coverage with modern methods	90.7% (2015) (demand satisfied by modern methods)	UNIVERSAL HEALTH COVERAGE DATA PORTAL. WHO ( <a href="http://apps.who.int/gho/cabinet/uhc.jsp">http://apps.who.int/gho/cabinet/uhc.jsp</a> )
1.1b Family planning coverage: % of married women with demand for family planning	89.2% (2012)	UNIVERSAL HEALTH COVERAGE DATA PORTAL. WHO ( <a href="http://apps.who.int/gho/cabinet/uhc.jsp">http://apps.who.int/gho/cabinet/uhc.jsp</a> )
1.2a Pregnancy care: Antenatal care coverage	98%(2012)	MICS(UNICEF)
1.2b Pregnancy care: Skilled birth attendance	97.3% (2005)	MICS (UNICEF)
1.3 Vaccination: DPT coverage among 1 year-olds	99%(2015)	WHO vaccine-preventable diseases: monitoring system 2016 global summary
1.4 Child treatment: Care seeking behaviour for children suspected pneumonia: % of children under 5 years of age with suspected pneumonia	83.3%(Care seeking for pneumonia)	UNIVERSAL HEALTH COVERAGE DATA PORTAL ( <a href="http://apps.who.int/gho/cabinet/uhc.jsp">http://apps.who.int/gho/cabinet/uhc.jsp</a> )

表 7. タイにおける主要保健指標（感染症）

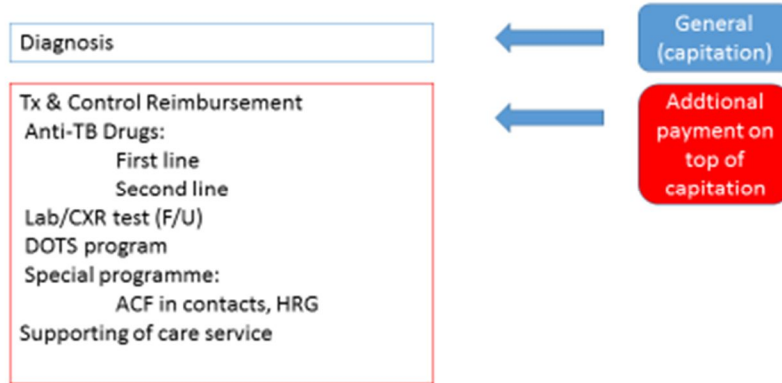
Indicator	Coverage (the latest year)	Source and note
2.1 Preventive chemotherapy (PC) coverage against neglected tropical diseases (NTDs)	Not applicable	WHO PCT Databank <a href="http://www.who.int/neglected_diseases/preventive_chemotherapy/sth/en/">http://www.who.int/neglected_diseases/preventive_chemotherapy/sth/en/</a>
2.2 ART coverage: People living with HIV receiving ART	64.0% (2015)	UNIVERSAL HEALTH COVERAGE DATA PORTAL ( <a href="http://apps.who.int/gho/cabinet/uhc.jsp">http://apps.who.int/gho/cabinet/uhc.jsp</a> )
2.3 Tuberculosis treatment coverage: TB cases detected and cured	Treatment Coverage: 53%(2015) New/Relapse treatment success rate: 80%(2014)	Global Tuberculosis Report 2016 (WHO)
2.4 Malaria prevention coverage: % of population at risk sleeping under insecticide treated bed nets (ITNs) in the previous night	NA	
2.5a Improved water: % of population using improved drinking water sources	98%(2015)	The World Bank data <a href="http://data.worldbank.org/indicator/SH.H2O.SAFE.ZS">http://data.worldbank.org/indicator/SH.H2O.SAFE.ZS</a>
2.5.b Improved sanitation: % of population using improved sanitation facilities	93%(2015)	The World Bank data <a href="http://data.worldbank.org/indicator/SH.H2O.SAFE.ZS">http://data.worldbank.org/indicator/SH.H2O.SAFE.ZS</a>

表 8. タイにおける主要保健指標（保健システム）

Indicator	Coverage (the latest year)	Source and note
4.1 Hospital access: In-patient admissions per capita per year, relative to a maximum threshold of 8 per 100 population per year	13.7 per 100 population (2005; inpatient discharge)	Society at a Glance: Aisa/Pacific 2014 (OECD) (original source is not yet obtained).
4.2 Health worker density: Health professionals per capita: physicians, registered nurses, midwives, relative to maximum thresholds for each cadre; by area (urban/rural)	Physicians: 3.9 per 10,000 Professional Nurses: 19 per 10000	Table 4.2 in The Kingdom of Thailand Health System Review, Health Systems in Transsion Vol5 No5 2015 (Asia Pacific Observatory on Health system and Policies)
4.3 Access to essential medicines: % of health facilities with essential medicines	n/a	
4.4 Health security: International Health Regulations core capacity index, which is the average percentage of attributes of 13 core capacities that have been attained at a specific point in time.	97.8 (2014)	SDG Indicator database. United Nations Statistics Division. <a href="http://data.un.org/Data.aspx?q=International+Health+Regulations+(IHR)+core+capacity+index&amp;d=SDGs&amp;f=series%3aSH_IHR_CAPPRD">http://data.un.org/Data.aspx?q=International+Health+Regulations+(IHR)+core+capacity+index&amp;d=SDGs&amp;f=series%3aSH_IHR_CAPPRD</a>

図 1 . UCS における結核対策項目と経費構造  
(文献[20,21]をもとに作成)

## TB programme under UCS



ケニアにおけるUHC達成状況及びUHC達成と結核対策との関連性についての研究

研究分担者 伊達 卓二 保健医療経営大学

研究要旨

**[目的]** 本研究の目的は、結核対策の役割に焦点をあて、ケニアでのユニバーサルヘルスカバレッジ(UHC)促進に役立つ諸要素を明らかにし、UHC達成を促進する支援施策を提案することである。

**[方法]** 本研究は、ケニア国内におけるUHC関係者からの面接調査などから得られる情報を収集・整理する記述的研究である。平成28年度は、ケニアの保健医療実情に詳しく、ケニア国家結核対策課と連携事業を行っている現地コンサルタント(医師)を選定し、平成29年2月末調査対象組織を選定するためのインタビューを行った。

**[結果・考察]** 2008年7月に、ケニア政府が公表した中期開発目標「Vision 2030」では、2030年までに、清潔で安全な環境を整え、生活の質を改善し、新興工業国で中等レベルの収入国となることを目指している。開発目標の3本柱として、経済成長、社会保障、民主政治を掲げており、本調査・研究の対象分野であるUHCは、の社会保障分野の重要な指標であり、本研究の対象としてケニアは適切であることを確認した。

特にケニアの場合、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り、これらの視点から調査を進めることを確認した。

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。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7,995のうち、KEPHが提供されている割合は、全国平均では約半数である。また、医療サービスの種類も、地域によってばらつきがある。さらに、人口1万人対医療施設数にも各州間でばらつきがあり、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。また、各種プログラム別の関連用品の在庫状況についての調査では、結核関連用品は約半分の医療施設でのみ在庫されている。健康に関する住民の行動について、例えば、予防接種を受けた乳児の割合や、結核に関する知識のを尋ねる調査で、都市部と地方、男と女、教育レベルの違い、収入レベルの違いなどの要因によって違いがあることが報告されている。

これら文献に記されている格差を縮小することがUHC達成のため重要であり、経済的弱者に対するケニアの社会保障制度として、National Safety Net Program(NSNP:国家社会保障プログラム)とNational Hospital Insurance Fund(NHIF:国家病院保険基金)、さらにケニア保健省の役割は重要である。面接調査では、各種プログラムを設定し、援助機関とも連携しながら社会法相政策を推進していることが把握できたが、制度としての脆弱性もあることが把握した。

**[結論]** 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。一方、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、今後の調査対象としたい。

**[平成29年度の計画]** 平成28年度の調査状況とその結果に基づき、平成29年度の調査計画として、公表されている資料などからケニアのUHCに関する情報収集、ケニアの保健医療に関する専門家などから可能な範囲で情報収集、ケニアでの結核やHIV対策とUHCとの関連について、現地コンサルタント

研究協力者：

平尾晋：(公財)結核予防会結核研究所国際協力部  
大角晃弘：(公財)結核予防会結核研究所臨床疫学部  
Samuel Kiniyanjui: コンサルタント(ケニア現地総括)  
Shadrack Gikonyo: コンサルタント(ケニア現地補佐)  
Enos Masini: ケニア保健省結核対策課課長

A. 研究目的

本研究の目的は、結核対策の役割に焦点をあて、アジア・アフリカ諸国のユニバーサルヘルスカバレッジ(UHC)促進に役立つ諸要素を明らかにし、これら諸国でのUHC達成を促進する支援施策を提案することである。



分担研究対象国であるアフリカ地域からケニアを選択した理由は、(公財)結核予防会結核研究所が実施している国際協力事業を通じ、ケニアの国家結核対策課とのネットワークがあること、アフリカ諸国の中では、早期から公的医療保険制度を設け、保健医療システム強化を図ってきていることを考慮した結果である。

ケニアでの調査・研究目的は、ケニアにおける保健医療体制や公的医療保険、社会保障制度などの概要を把握すること、UHCに関係する入手可能な資料や関係者と面会して情報収集・分析し、UHC達成状況と結核対策等の感染症対策との関係性を明らかにすることである。

本報告は、中間報告として、ケニアでの現地調査を中心にまとめたものである。ケニアの保健医療の状況など、適宜さらに情報を収集して、次年度において報告予定である。

## B. 研究方法

本研究は、ケニア国内における UHC 関係者からの面接調査などから得られる情報を収集・整理する記述的研究である。

平成 28 年度は、調査・研究対象地としてアフリカからケニアを選定し、今後の調査・研究実施体制を整えるため、保健医療実情に詳しく、ケニア国家結核対策課と連携事業を行っている現地コンサルタント(医師)を選定した。平成 29 年 2 月末調査対象組織を選定するためのインタビューを行った。

平成 29 年度は、具体的な調査方法について、研究倫理委員会への承認手続書として作成し、承認を得ることを目標としている。研究倫理委員会の承認が遅れる、あるいは、得られないようであれば、研究倫理委員会の承認がなくてもできる範囲内の研究・調査を実施する予定である。

## C. 研究結果

### 1 ケニアの保健医療に関する概要

2008年7月にケニア政府が公表した中期開発目標「Vision 2030」では、2030年までに、清潔で安全な環境を整え、生活の質を改善し、新興工業国で中等レベルの収入国となることを目指している。開発目標の3本柱として、経済成長、社会保障、

民主政治を掲げており、本調査・研究の対象分野であるUHCは、の社会保障分野の重要な指標である。

特に、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。

## 2 資料から見るケニアの保健医療

### 2-1 結核対策 [文献1]

ケニアにおける結核対策の指標として重要な患者発見率と治療成功率は、2014年の全国平均で80%と90%で、既に、保健省結核対策課の目標である、75%と86%を超えている。課題として、過去の治療経験のある結核患者の治療成功率が、全国47州のうち最低が52%で最高は98%と、州間ではばらつきが大きいことが報告されている。また、結核患者のケアの一環としての直接服薬確認(DOT)を実施しているのは89.7%が家族であり、医療機関は9%に過ぎないことも課題である。

結核患者の届け出については、公的医療機関から77%で、19%が民間医療機関であり、民間医療機関との連携が進んでいると報告されている。

### 2-2 医療施設 [文献2]

ケニア国内の医療施設や医療サービスの状況について、網羅的に調査した結果が報告されている。

表1 医療機関別 KEPH の提供割合(文献2:p18)

病院	プライマリー医療施設タイプ別				合計
	1	2	3	4	
607	1065	3676	2346	301	7,995
54%	60%	57%	45%	53%	

- 1: Health centre
- 2: Dispensaries,
- 3: Medical clinics/ standalone VCT's
- 4: Others

運営主体別				合計
公的	私立非営利	私立	その他	
3978	1327	2538	152	7,995
40%	39%	32%	33%	

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おり、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る。ケニア全国の医療機関数は7,995であるが、そのうちKEPHが提供されている割合は、全国平均で54%である。また、ここには示していないが、KEPHとして示されている医療サービスの種類は、地域によってばらつきがある(文献2:p20)。人口1万人対医療施設数にも各州間でばらつきがあり、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(文献2:p38)。

表2は、各種プログラム別の関連用品の在庫状況を示しており、結核関連用品は約半分の医療施設でのみ在庫されている。

表2 病院及びプライマリー医療施設において各種医療関連用品の在庫がある割合

(文献 2:p74)

	病院 [%]	プライマリー医療施設 [%]
一般薬	44	85
NCD 用品	32	25
マラリア用品	65	55
結核用品	55	51
HIV 用品	35	47
救命用品	60	55
母子関連用品	29	24
ワクチン	80	85
小児科用品	49	35

NCD: Non-communicable Diseases

### 2-3 人口と健康統計 [文献3]

本報告書は、人口と健康に関する情報が包括的に網羅されており、本研究の対象として重要だと思われるので、主要点について記す。

ケニア全国で、出生後 12 カ月から 23 カ月間に受けるべき全ての予防接種を受けた乳児の割合は、2008-09 年の人口調査では 77%であったが、2014 年には 79%と増加した。BCG 予防接種については、同様に 96%から 97%へと増加しており、他の予防接種に比較して高い接種率を示している (p142)。BCG 予防接種の地域差は、北西部 3 州の平均が 83.4%で最低で、中央部の 5 州の平均が 99.6%と最高値を示しており、他の予防接種と同様の傾向を示している (p144)。

結核に関する知識の住民調査で、結核が咳によって空気感染するということを知っているか、という質問に対し、年齢の違いによる差は小さいものの、都市部では女 88.9% (男 91.5%)、地方では女 80.4% (男 82.6%)、教育を受けていないグループでは女 63.1% (男 69.5%) に対し、中等以上の教育を受けたグループは女 92.6% (男 94.5%)、収入が最も少ないグループでは女 71.4% (男 78.8%)、高収入グループは女 91.8% (男 93.4%) と、性別・地域・教育・収入の違いによる結核の認識に差があることが示されている (文献 3:p260)。

ケニアの医療保険は、カテゴリー別に National insurance scheme, Employer based insurance, Mutual health organization/Community based insurance, Privately purchased commercial insurance, Pre-payment scheme, Other があり、最も加入者の多いのは、National Hospital Insurance Fund (NHIF: 国家病院保険基金) である。NHIF が公表している 2014/15 年の保険加入者数 (Principal Growth-Principal members) は約 630 万人で、ケ

ニアの総人口を約 4500 万人とすると、男女合わせて約 14%となる。一方、文献 3 の「Kenya demographic and health survey 2014」のデータでは、男女を平均すると約 16% (女 14.3%+男 17.6%) ÷ 2) と同様の値を示している。グループ別にデータを見ると、2014 年の時点で 15-49 歳の女性の 18%、男性の 21%がいずれかの保険に加入している。都市部では女 25.4% (男 30.2%) と地方では女 13.0% (男 14.1%)、教育レベルの違いでは、教育を受けていないグループが女 2.4% (男 3.2%) に対し、中等以上の教育を受けたグループは女 30.0% (男 31.8%)、収入が最も少ないグループは女 2.8% (男 3.5%) で高収入グループは女 36.2% (男 42.1%) と、性別・地域・教育・収入の違いによる医療保険加入状況の差があることが示されている (文献 3:p269-271)。

### 3 医療保険に関する経緯

病院経営 (自由診療) において確実に医療費を得ることを主目的として、約 50 年前から National Hospital Insurance Fund (NHIF: 国家病院保険基金) が存在しており、入院費用がカバーされていたが、外来費用は対象外であった。2013 年の憲法改正に伴い、国民が健康を保持することが基本的権利であると明記され、より広い医療サービスをカバーすることになった。

1) ケニアが中所得国になり、大きな企業では、労働者、特に技術者の健康を損なう事は企業としてマイナスという考え方が出始めたこと、2) 先述の憲法により、国民の健康の保持が基本的権利であることが明記されたこと、3) 少なくとも、フォーマルセクターを対象とする納税制度が確立していること、4) インフォーマルセクターにおける組合の組織化を元にするリスクプーリングを推進する動き (含銀行による貸し付け支援) があること等が、国民的な医療保険制度確立の後押しとなっている。

### 4 これまでの調査結果

2016 年 11 月: 東京女子医科大学国際環境・熱帯医学講座杉下教授から、ケニアの UHC の進捗状況と UHC 普及に対する結核の切り口に関して意見交換を実施: (石川、大角、平尾)

2017 年 1 月: ケニアでの調査・研究に関する方針について、Skype を使った会議実施: (3 人: Samuel Kinyanjui、平尾、伊達)

2017 年 2~3 月: ケニアの UHC に関する基礎的情報収集 (伊達、Samuel Kinyanjui、Shadrack Gikonyo)

ケニアでの現地調査は、社会保障を担当する以下 3 つの組織を対象とし、関係者からの面接調査を実施した。

4-1 Ministry of East African Community,

Labour and Social Protection (東アフリカ地域、労働と社会保障省)

National Safety Net Program( NSNP:国家社会保障プログラム)は、国家政策であるVision2030の一環として、貧困撲滅を目指し、国家主導にて2013年9月から開始された。以下の表に示すように、NSNPは5つのプログラムから構成されているが、現状では貧困高齢者への支援(OPCT)、孤児と貧困児童への支援(CT-OVC)、極度の身体障害者への支援(PWSD-CT)の3種類が中心事業である。その他、飢餓対策(Hunger safety)として、各家庭への現金給付を4つの郡のみで実施している。これら活動に必要な予算は、世銀、UNICEF、WFP、英国 DFID、スウェーデンの SIDA、などが財政支援を行っている。

表3 National Safety Net Program の実績と計画の概要 (現地インタビューから)

PROGRAMS	2013/2014	2014/2015	
	CURRENT	Additional	Total
OPCT	164,000	46,000	210,000
CT-OVC	259,000	0	259,000
PWSD-CT	27,000	0	27,000
UFS-CT	9,600	0	9,600
HSNP	61,698	38,302	100,000
TOTAL	521,298	84,302	605,600

PROGRAMS	2015/2016		2016/17
	Additional	Total	Additional
OPCT	100,000	310,000	150,000
CT-OVC	100,000	359,000	150,000
PWSD-CT	20,000	47,000	30,000
UFS-CT	0	0	0
HSNP	0	100,000	0
TOTAL	220,000	816,000	330,000

This information is from NSNP multi-year expansion plan from 2014/15 to 2016/17 FY.

OPCT : Older Persons Cash Transfer  
 CT-OVC: Cash Transfer for Orphans and Vulnerable Children  
 PWSD-CT: Cash Transfer for Persons With Severe Disabilities  
 UFS-CT: Urban Food Subsidy Cash Transfer  
 HSNP: Hunger Safety Net Programme

貧困高齢者への支援(OPCT)は、2007年から約300人を対象に開始し、現在316,000人に現金毎月2,000KSH(ケニアシリング=約20米ドル)を提供している。孤児と貧困児童への支援(CT-OVC)は、2004年から開始し、毎月現金2,000KSHを355,830人の児童に提供している。極度の身体障害者への支援(PWSD-CT)は、2010年から開始し、毎月現金2,000KSHを提供している。これら3種類のプログラムで約880,000人が現金支給を受けているが、予算不足のため目標には届いていない。今後、70歳以上の全ての高齢者に対して現金給付を検討しており、財務省に対して予算の確保を要請している。

課題として、貧困者の特定の難しさがあるものの、評価ツールをコミュニティの中で用いることで対応している。また、各プログラム間だけでなく、NHIFからの支援との重複を避けるため、登録の一元化(Single register)の導入を検討している。一方、データ更新が追いつかないため、死亡に伴う現金給付の停止を正確できないという課題がある。

4-2 Poverty Eradication Commission, Ministry of Devolution and Planning, State Department of Planning (地方分権と計画省、貧困削減委員会)

現状として、貧困対策活動を行っている具体的な活動やデータが無く、本研究対象としての重要性は低いと思われた。

4-3 National Hospital Insurance Fund (NHIF: 国家病院保険基金)

NHIFは、政府の公的医療保険制度として1966年に設立され、ケニアのUHC達成に直接影響する最重要組織である。医療保険の加入対象者は、公務員や会社員など組織に所属している者だけでなく、自営業者やインフォーマルセクターを含め、ケニアで生活している全ての人である。2016年12月末現在、約600万人が加入し、保険対象人口は約2千万人(総人口約4500万人)に達した。以下の表は、NHIFのホームページ上で掲載している5か年計画の資料では、2018年末には1,200万人が保険に加入し、3,600万人の人口をカバーすると記されている。

表4 保険加入者と受給対象者の5か年計画 [文献4:p19]

Membership (x 1,000)	2013-14	2014-15	2015-16	2016-17	2017-18
加入者と保険金受給対象者の合計	12,900	18,900	24,900	30,900	36,000
加入者数の合計	4,300	6,300	8,300	10,300	12,000

表5は、カテゴリー別に分けた新規NHIF加入者数の年間計画である。

表5 2016-17年の年間計画(現地インタビューから)

	NHIFのプログラム	新規加入者数(2016-17)	新規保険金受給対象者(2016-17)**
1	HISP*	16,000	640,00
2	老人	181,094	724,376
3	公的機関の職員	65,000	260,000
4	民間組織の職員	312,000	1,248,000
5	自営業と非正規職員	400,000	1,600,000
6	その他	58,000	232,000
	合計	1,176,094	4,704,376

\*HISP: Hospital Insurance Subsidy Program

\*\*保険金受給対象者：加入者と1名の妻および、その子供

#### < 保険加入者 >

公務員：毎月の給与からの天引きによる保険加入者負担金と、ケニア政府からの補助金が保険料金に充てられ、公務員に対する保障は他の加入者に比べて手厚いサービスが提供される。

会社員等の被雇用者：毎月の給与から保険加入者負担金が天引きされ、公的病院か低コストの民間病院での限定された医療サービスについて、上限枠が決められた保障が受けられる。最近、保障内容を調整して基本的な保険サービスとして新しい「Supa Cover」が始まった（インタビューからは、契約内容など詳細は不明のため、今後調査する）。

インフォーマルセクター：毎月 500KSH の支払いで、「Supa Cover」に加入できるようになった。しかし、インフォーマルセクターや貧困者に対する保険金の支払いは、掛け金を払う期間が他のカテゴリーの加入者に比べて短期間となる傾向があり、掛け金の2倍以上を支払に充当しているのが現状である。その結果、保険財源不足の可能性もあり、対策として、これら加入者の保険加入期間の継続率を40%以上に上げることが求められている。貧困者対策：国あるいは、いくつかの州政府レベルでは、65歳以上の全ての住民を対象として補助しており、2017年1月末現在、国は233,023家族を対象としている（正確に把握してはいないが、ケニアでは65歳以上は収入が無いと仮定できるため、年金という扱いで支援するのではないかと思う。今後の調査で確認する）。これとは別に、世銀の予算として、極度の貧困者と孤児の138,045家族を支援している。

#### < 保険金の支払い方法 >

外来治療：患者が登録した医療機関の外来を受診すると、1回1,200KSHを医療機関に送金する。送金額が決まっているため、医療機関が、高額な薬などの提供を抑制する傾向があることが課題。

入院治療：指定された医療機関に入院した場合、日額の定額料金を保険料として医療機関に支払う。このため、払い過ぎが生じるという課題がある。

継続治療：継続的な血液透析、術後の外科手術、がんなどの化学療法など、医療機関が発行する診断証明書に基づき保険金が支払われる。

#### < 医療サービス提供体制 >

NHIFは、ケニア全土で約11,000ある医療機関のうち、公的医療機関の病院を含む約2,000施設と保険金の支払い提携を結んでいる。公的医療機関のHealth centerやDispensariesについては、全て無料でのサービスであるため、NHIFとの提携関係はない。

NHIFの保険金支払い対象となる医療機関は、2年おきに追加・更新される。更新の手続きはケニア全土に93か所あるNHIF地方事務所を通じ、地方の医療機関の医療サービス提供状況について、調査票にある評価項目に沿って調査を行い、結果をNHIF本部に送って審査される。これとは別に、地方の医療機関の状況や、2年間も待てないような需要の高い整形外科や血液透析、がんの治療などの分野については、6か月毎に調査を行って追加することもある。

#### < 医療機関への保険料金支払い方法 >

外来の定額支払いについては、6か月おきにNHIFから医療機関に送金する。入院については、1か月毎に報告書をNHIFに提出することで保険料として返済を受ける。

#### < 社会保障としての活動 >

HIS(Health Insurance Subsidy Program)：極度の貧困者と孤児や貧困児童に対し、医療保険の掛け金支払いを支援している。世銀の予算で、47州全土で138,045家族に対して支援を行っている。

貧困の高齢者：65歳以上で貧困状態にある家族に対し、ケニア政府予算から233,023家族に対して保険の掛け金の支払いを支援している。いくつかの州政府も同様の支援を行っている。

結核やHIV感染症など、特定の感染症患者に対する特別な社会保障的な支援は行っていない。

## 5 その他、ケニアの保健医療に関する情報

### 5-1 DHIS (District Health Information System) [<https://www.dhis2.org/>]

ノルウェーのオスロ大学が開発した、携帯電話のインターネット通信を使った医療情報データ管理ソフトで、世界では途上国を中心に47カ国が利用しており、ケニアでは2011年に全土を網羅した。ケニアの場合、保健省がサーバを設置して管理している。どのような医療情報を、どの程度定期的に更新しているかなど、詳細について現状では充分把握できていない。

## 5-2 出産費用

出産に伴う費用は無料で、医療機関が出産証明書を保健省に送ることで、医療機関は定額の医療費を受け取る。

## 5-3 AMREF (African Medical and Research Foundation)

2017年度から、Global Fund 予算(750万米ドル)で、国際 NGO の AMREF を通じて MDR-TB 患者への経済支援を行う予定。

## 5-4 Tibu(スワヒリ語で「木」の意味)結核患者に特化した登録システム

米国の NGO である MSH は、結核患者登録システム「e-TB」というソフトを開発したが、利用内容に制限があるため、ケニアで独自のシステムを開発して使用している。保健師が携帯端末を使用して結核患者情報や治療成績などを入力するので、情報は同時に郡や州、国へと伝わり共有されている。

## 5-5 M-Pesa

公的医療保険の NHIF は、ケニアで流通している電子マネー M-Pesa での支払いを受け付けている。

## 5-6 M-Tiba

2016年に携帯電話事業者の Safalicom が、アムステルダムのアムステルダム・ロータリークラブからの資金援助を受け、医療費支払いに特化した貯蓄タイプの基金。現在約100万人の加入者がいるといわれているが、メリットが少なく、基金が減少傾向にあるといわれている。

## D. これまでの調査に基づく考察

本研究に関する基礎情報収集について、研究協力者の現地コンサルタント(Dr. Samuel Kinyanjui と Dr. Shadrack Gikonyo)と今後の研究の基本方針について確認した。また、ケニアの UHC に直接関わる社会保障や公的医療保険、保健省の職員と面会して基礎資料へのアクセス、ケニアにおける UHC の状況等について情報収集した。

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、実績数も拡大し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うことで、保健システム強化を行っており、UHC 達成を促進す

る支援策を検討するための調査対象国として重要と考えられる。一方、長期にわたる治療が必要な結核や 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、今後の調査対象としたい。

## E. 今後の計画

平成28年度の調査状況とその結果に基づき、平成29年度の調査計画として、公表されている資料などからケニアの UHC に関する情報収集、ケニアの保健医療に関する専門家などから可能な範囲で情報収集、ケニアでの結核や HIV 対策と UHC について、現地コンサルタントや保健省結核対策課の職員と共に、現地調査のための計画を立てて実施する予定である。

## F. 研究発表

1. 論文発表  
無し。
2. 学会発表  
無し。

## G. 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。

## [参考文献]

- [1] “Annual Report 2015, National Tuberculosis, Leprosy and Lung disease program”. Ministry of Health, Kenya
- [2] “Kenya health service availability and readiness assessment mapping (SARAM) report 2013”. WHO
- [3] “Kenya Demographic and Health Survey 2014”. National Council for Population and Development
- [4] “Strategic plan 2014-2018, Sustainable Financing towards universal Health Coverage in Kenya”. NHIF, p19 [http://www.nhif.or.ke/healthinsurance/uploads/strategic\_plan/Strategic\_Plan\_2014-2018.pdf]