

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 大角晃弘(公財)結核予防会結核研究所 臨床・疫学部長

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(カナダ・英国等)やアジア・アフリカ諸国(フィリピン・バングラデシュ・カンボジア・タイ・ケニア)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・分析することにより、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等を検討する記述的研究である。

[結果・考察] ・フィリピンにおける UHC 達成の課題については、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ること、PhilHealth による公認更新手続きをしない保健所があること等の課題があった。

・バングラデシュのダッカ市内においては、ダッカ市結核対策部が中心となり、患者がどこで診断されても、近くの診療機関ないし保健センターで治療を完了する仕組みを構築してきた。このシステムにより、患者を最後まで治癒させるという末端の保健センターの能力向上にもつながった。

・UHC 達成の政策学的な検討では、日本、カナダ、英国とそれぞれの国の時代、政治的背景に違いはあるものの、UHC 達成における 5 つの要因での整理が可能であり、第二次世界大戦による経済的疲弊と戦後の社会主義勢力による福祉政策は、UHC 達成の各国共通の要因として見出された。日本における地域保健(プライマリヘルスケア)強化が UHC 達成に影響を与えた点については、地域における保健・医療制度の強化と保健・医療における地域住民の「力」の強化の両輪が機能したと考えられた。

・カンボジアでは、依然として患者の窓口負担が総医療支出の 63%を占めており、1 ヶ月間の世帯医療関連支出が 100 米ドル以上だった世帯の割合は 9.6%であった。このような医療費の高負担世帯では、27.9%の世帯が借入金を、17.3%の世帯が資産売却、23.7%の世帯は親戚等からの贈与により支出していた。

・タイでは、2001 年に確立した Universal Coverage Scheme (UCS) によって UHC が達成されているが、医療保険が適用される施設へのアクセスの程度も評価する必要がある。2015 年の UCS 加入者 10 万対 UCS 契約施設数は、約 25 であった。タイでは、私的一般診療所における UCS 施設による人口カバー率が低く、通院の利便性という観点からは、日本に比して制限があると考えられた。

・ケニア政府としては、UHC 達成に積極的に取り組んでおり、国民の医療費に占める Out-of-Pocket(OOP) 支出割合は、近年減少傾向である。公的医療保険の加入者は増加傾向にあるが、Informal sector 約 1 千万人が未加入であり、医療施設の数や質、医療へのアクセス数など、性別・教育・地域・経済状態などの格差問題があることが明らかとなった。

[結論] ・フィリピンでは、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判明した。バングラデシュのダッカ市で、結核対策に関与する様々なパートナーと保健省の保健経済部門の関係者とが、政策や今後の課題について貴重な議論がなされたことは、意義があると思われた。・保健所と保健師を軸とした日本の結核患者管理における結核対策は、地域・住民からの動きを促進させる事業の推進があったと考えられ、今後 UHC 達成を目指す国・地域で、日本における経験の応用によって、UHC 達成を促進する効果があると考えられた。・カンボジアにおいては、保健サービス提供や保健財政など保健システムの進歩が UHC 実現を促しているかどうか、保健サービスの提供水準や社会経済発展水準の異なる状況で、さらに検討していく必要がある。・タイにおける UHC は、基本的には確立していると考えられるが、SDGs の目標である「誰も取り残さない」の観点から、結核発病リスクグループへの対応を検討する必要がある。・近年のケニア政府の保健医療政策は、保健医療や貧困削減の 5 か年計画や憲法改正などを通じて、社会的インフラとしての医療や社会保障を充実し、政府として UHC 達成を明確に目指しているが、結核対策を含めた現状の医療サービス提供体制や医療機関受診状況は、男女間や地域間、教育や家計の状況などで格差があり、UHC の達成には時間がかかることが予想された。

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
内村和広

(公財)結核予防会結核研究所臨床・疫学部副部長
山田 紀男

(公財)結核予防会結核研究所国際・結核情報セン
ター長

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

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ユニバーサルヘルスカバレッジ(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(カナダ・英国等)や、アジア・アフリカ諸国(フィリピン・バングラデシュ・カンボジア・タイ・ケニア)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・整理・分析することにより、各国の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を検討する記述的研究である。

(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。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。

C. 研究結果

フィリピンでのPhiHealthに関連した課題としては、1)PhiHealth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達成の課題については、1)PhiHealth加入対象人口について、インフォーマルセクターに所属する人々におけるPhiHealth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、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。さらに、2)保健医療サービスカバレッジについては、PhiHealth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、PhiHealth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。

バングラデシュでは、保健省にヘルスケア資金調達戦略(Health Care Financing Strategy)2012-2032が策定され、患者の自己負担軽減のための試行が始められつつある。ダッカ市内結核対策関係者による結核対策とUHCに関わるワークショップにおいては、患者の経済的な負担の実態を把握するための調査が必要であることが指摘された。これまでダッカ市内においては、複数の公的・私的医療機関間の連携・調整が未確立であったが、近年、ダッカ市結核対策部が中心となり、患者がどこで診断されても、近くの診療機関ないし保健センターで治療を完了する仕組みを構築してきた。このシステムにより、患者を最後まで治癒させるという末端の保健センターの能力向上にもつながった。

UHC達成の政策学的な検討では、日本、カナダ、英国とそれぞれの国の時代、政治的背景に違いはあるものの、UHC達成における5つの要因での整理が可能であり、第二次世界大戦による経済的疲弊と戦後の社会主義勢力による福祉政策は、UHC達成の共通要因として見出された。日本における地域保健(プライマリヘルスケア)強化がUHC達成に影響を与えた点については、地域における保健・医療制度の強化と保健・医療における地域住民の「力」の強化の両輪が機能したと考えられた。また、患者(住民)の健康に関する情報の整理・活用、地域住民参加による自らの健康意識の向上といった点が、戦後の日本の近代的結核対策には初期段階から含まれており、同時に進められたUHC達成への相互作用を地域レベル(住民意識、保健所機能)で及ぼしていたのではないかと推定された。

カンボジアでは、世帯月間支出可能額(capacity to pay)が、2004年から2014年までの間に大幅に上昇した。また、同期間中における貧困化医療支出世帯の割合も1%程度まで減少したが、1ヶ月間の医療費が世帯の支払可能額の10%を越えた破滅的医療費支出世帯の割合は、大きく変

動しなかった。カンボジアでは、依然として患者の窓口負担が総医療支出の63%を占めており、1ヶ月間の世帯医療関連支出が100米ドル以上だった世帯の割合は9.6%であった。このような医療費の高負担世帯では、27.9%の世帯が借入金を、17.3%の世帯が資産売却、23.7%の世帯は親戚等からの贈与により支出していた。借入金や資産売却により医療関連支出を捻出した住民の割合は、都市部・農村部の両方において、世帯の保有資産水準が低い層で多かった。世帯の保有資産水準が最下層の住民であっても、都市部では、貧困層向け費用免除スキームの対象者の方が、非対象者に比べて、借入金や資産売却により医療関連支出を捻出した住民の割合が低かった(7.5% vs. 22.8%)。

タイ国人口の約5分の3がUniversal Coverage Scheme(UCS)の受益者である。2015年のUCS契約医療施設は11,847箇所、大部分(約93%)は保健省管轄の医療機関が占めており、UCS加入者10万対約24施設となる。1957年の日本における結核指定医療機関は、病院が4,749箇所、診療所が31,972箇所、人口10万対約40であった。タイ国におけるUCS契約の私的医療機関は、病院55、診療所150であり、一般診療所におけるUCSの施設による人口カバー率が低かった。

ケニアの保健医療システムや社会保障政策に関する歴史的経緯を調査した結果、政府としてUHC達成に積極的に取り組んでおり、医療費に占めるOut-of-Pocket(OOP)支出は減少傾向であった。公的医療保険の加入者は増加傾向だが、Informal sector 約1千万人が未加入であり、医療施設の数や質、医療へのアクセス数など、性別・教育・地域・経済状態などの格差問題がある。ケニア政府は、保健医療システムを整備すると同時に、社会保障制度面での充実を図っており、IT技術を導入して保健医療システムの基盤整備も推進している。

D. 考察

フィリピンのPhilHealth 保険負担金支払い免除認証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公認継続申請手続きをする意欲や、受診者に対して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と考えられた。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。

バングラデシュのダッカ市で、結核対策に関する様々なパートナーと保健省の保健経済部門の関係者とが、国のUHCと結核の両方の立場から情報を出し合い、政策や今後の課題について貴重な議論がなされたことは、アクションリサーチとして意義があると思われる。特に、今行われているSocial health protection schemeの試行に、結核も含まれる可能性が出たことは意義深く、今後のフォローが必要である。

UHC達成の政策学的な検討では、日本・カナダ・英国でのそれぞれの国の時代、政治的背景に違いはあるものの、UHC達成における5つの要因での整理が可能であった。第二次世界大戦による経済的疲弊と戦後の社会主義勢力による福祉政策は、共通要因として見出された。日本におけるUHC達成の先駆といえる沢内村の事例検討から、地域保健強化がUHC達成に影響を与えた点については、地域における保健・医療制度の強化と保健・医療における地域住民の「力」の強化の両輪が機能したと考えられた。結核対策の視点からみると、患者(住民)の健康に関する情報の整理・活用、地域住民参加による自らの健康意識の向上といった点が、戦後日本の近代的結核対策には最初から含まれており、同時に進められたUHC達成との相互作用が、地域レベル(住民意識、保健所機能)で起こっていたと推定される。

カンボジアにおける貧困層向けの費用免除スキームや保健サービスの人口カバー率改善は、都市部の貧困層にとっては、医療関連支出の影響で生計状況の悪化を防ぐ一定の効果があったことを示唆していた。一方、費用免除スキームの対象になっていない住民や、農村部の住民への財政リスクからの保護が課題である。また、母子保健サービスのカバー率が高い地域で、借入金や資産売却による医療関連支出を捻出する住民の割合が低かったのは、都市部だけであったことから、保健サービス提供の改善が世帯の財政リスクからの保護を通じてUHC実現に繋がるかどうかは、保健サービスの質的側面や社会経済発展状況など、非保健医療要因との役割に着目する必要があると考えられた。

タイ国の私的一般診療所では、公的医療機関の診療時間外に診療しているものが多いが、私的一般診療所の人口カバー率は低いため、患者の通院の利便性という観点からは、日本に比して制限があると考えられる。特に都市部では、勤務時間外に受診が可能であることは、結核の早期診断の観点から望まれる。UCSは、掛かりつけ病院制度であるため、国内を移動する人口層(例えば農村部から都市部に移動する季節労働者)は、その都度登録病院を変更する必要があり、これによる利便性の制限について、今後検討する必要がある。

ケニア政府の保健医療政策は紆余曲折したが、保健医療や貧困削減の5か年計画や憲法改

正、Vision2030 などを通じて、社会的インフラとしての医療や社会保障を充実し、政府としてUHC達成を明確に目指していることや、国民医療保険（National Hospital Insurance Fund: NHIF）や社会保障構築過程に関する状況について確認することができた。一方、結核対策を含めた現状の医療サービス提供体制や医療機関受診状況は、男女間や地域間、教育や経済状態など多様な格差が存在し、UHC達成のために解決すべきいくつかの課題があり、時間もかかることが予想される。これら課題解決のため、保健省や州政府の予算措置の拡充だけでなく、公的医療保険のさらなる普及、医療用品の物流、医療人材の教育、民間資金や開発援助資金との連携などが重要だと考えられた。

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、保健所レベルにおいては、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。

バングラデシュでは、UHCが初期の段階であり、各論の1つとして、結核対策への取り組みによるUHC発展への寄与が考えられ、都市部の結核対策の強化が保健システムの強化につながることを示された。

UHCが住民レベルにおいて真に機能・定着するためには、地域・住民が実際に生活している下からの動きが必須であり、その動きを促進する事業が自治体の任務であると考えられる。公的・私的医療機関及び保健所を軸とする日本の結核対策には、本質的にその点が含まれており、今後UHC達成を目指す国・地域での応用によって成果があがる可能性を持つと考えられた。

カンボジアにおける保健サービス提供や保健財政など保健システムの進歩がUHC実現を促しているかどうか、保健サービスの提供水準や社会経済発展水準の異なる都市部と農村部での一層検討していく必要がある。

タイ国におけるUCS医療施設への患者の利便性に関する課題について検討する必要があると考えられた。またSDGsの「誰も取り残さない」の観点から、少数民族、国内移動人口、移民への対応も検討する必要がある。

ケニアでは、政府の保健医療戦略計画やUHCの評価指標として、結核対策の患者発見率と治療成功率がモニタリングされており、医療情報システムと連携させることで、現状に即した課題解決戦略を策定し、効果的なUHC達成につながることを期待できた。

F．健康危険情報

該当無し。

G．研究発表

1. 論文発表
なし。

2. 学会発表

1) A Ohkado, L Kawatsu, K Uchimura, K Izumi, N Yamada, and S Kato: UHC, social protection and other countermeasures against TB in Japan - What brought about a 10% annual decline in TB notification? No.2 -. WS09, November 11, 2017, 46th UNION World Conference on Lung Health, Mexico. Programme p.72.

2) A Querri, L Kawatsu, and A Ohkado: Evaluating the Philippine Health Insurance Corporation from the perspective of UHC - how far have we come? グローバルヘルス合同大会2017, 2017年11月24~26日, 於東京, プログラム・抄録集(演題番号P1-国1-2), p.75.

3) A Querri, L Kawatsu, and A Ohkado: Primary Health Care in the Philippines - a situational analysis of health centers in Manila, the Philippines. グローバルヘルス合同大会2017, 2017年11月24~26日, 於東京, プログラム・抄録集(演題番号国口3-6), p.57.

4) 當山紀子, 上地正晃, 大角晃弘, 内村和広, 河津里沙, 泉清彦, 石川信克: 沖縄の公衆衛生看護婦の活動に関する研究 - 第二次大戦後から本土復帰までの結核対策に焦点を当てて - . グローバルヘルス合同大会2017, 2017年11月24~26日, 於東京, プログラム・抄録集(演題番号国口1-6), p.56.

5) 泉清彦, 内村和広, 河津里沙, 大角晃弘, 石川信克: 日本におけるユニバーサルヘルスカバレッジ(UHC)構築に寄与した皆保険制度成立過程の政策学的検討. グローバルヘルス合同大会2017, 2017年11月24~26日, 於東京, プログラム・抄録集(演題番号P1-国1-1), p.75.

6) 山田紀男, 大角晃弘. 結核サービスへのアクセスについて: UHCにおける私的医療機関の連携の観点から. グローバルヘルス合同大会2017, 2017年11月24~26日, 於東京, プログラム・抄録集(演題番号P1-国1-5), p.75.

7) T Date, S Kinyanjui, S Gikonyo, S Hirao, and A Ohkado. Toward Better Universal Access to Health in Kenya: from a primary health care and TB control perspective. グローバルヘルス合同大会2017, 2017年11月24~26日, 於東京, ポスター発表.

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。