

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

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)

平成 29 年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 大角 晃弘

(公益財団法人結核予防会結核研究所)

平成 30(2018)年 5 月

目 次

・総括研究報告

- 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 1
大角晃弘

・分担研究報告

- 1 . フィリピン及びバングラデシュにおける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 6
大角晃弘
- 2 . 日本・カナダ・英国における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 12
内村和広
- 3 . 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 20
山田紀男
- 4 . 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
関する研究 28
伊達卓二

- ・研究成果の刊行に関する一覧表 39

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、患者を最後まで治療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。

II. 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

1. フィリピン及びバングラデシュにおける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 部長

研究要旨

【目的】 本分担研究の目的は、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し、また、バングラデシュにおける UHC 進展の実態と展望に関する情報を収集・整理することである。

【方法】 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) のうち、対象人口・保健医療サービスの 2 つの側面について分析を試みた。バングラデシュの UHC に関する文献をレビューし、ダッカ市の結核対策に関わる公的、私的組織の関係者によるワークショップを開催して、結核対策を通じた UHC 進展に関する資料の収集、議論や提言を行い、国の政策に影響を与える Action research を実施した。

【結果】 フィリピンでの 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 達成の課題については、1) PhilHealth 加入対象人口において、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、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。また、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。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 の策定がなされ、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、患者を最後まで治療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。

【考察】 フィリピンの 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判明した。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、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 schenme 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。

【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。

研究協力者

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

河津里沙 (LK) : (公財) 結核予防会結核研究所臨床・疫学部

Mary Antonette Remonte (MR) : Philippine Health Insurance Corporation (PhilHealth), Pasig, the Philippines

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

石川信克 : (公財) 結核予防会結核研究所

Md. Akramul Islam: Communicable Diseases, WASH & DMCC, BRAC, Dhaka, Bangladesh

Md Aminul Hasan: Health Economics Unit, SSK cell, Ministry of Health and Family Welfare, Dhaka, Bangladesh

Rouseli Haq: MBDC and Programme Manager, NTP, Dhaka, Bangladesh

Shayla Islam: BRAC, Dhaka, Bangladesh

A . 研究目的

A-1 フィリピン

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、具体的かつ実際のな支援施策内容について提言する。

(本年度は、上記1に焦点を絞り、フィリピンの地方自治体レベルにおけるUHC達成状況と課題について得られた情報を整理して検討した。)

A-2 バングラデシュ

1 経済的にも保健システムも脆弱であるにもかかわらず、保健指標が改善してきたバングラデシュにおけるUHC進展の実態と展望に関する情報を収集・整理する。

2 特に、都市部における結核対策のシステム構築が、UHCの発展に関わってきたことを明らかにする。

3 都市部の結核患者のCatastrophic health expenditure (生活を危機的に脅かす出費: CHE) を把握し、結核を通して現状のUHCの問題点を探る。

4 結核対策を一つの切り口にしたUHC発展に関する支援策の提言を行う。

B . 研究方法

B-1 フィリピン

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。

本年は、マニラ首都圏における3つの地方自治体とその保健所、マニラ首都圏郊外の2つの地方自治体とその保健所、計5カ所の地方自治体とそれに所属する保健所とを調査対象として、各組織に所属する職員からの面接により情報収集した。研究協力者(AQ, LK, MR)が、予め準備した主な質問事項(資料参照)に沿って面接を実施し、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)のうち、対象人口・保健医療サービスの2つの側面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。

B-2 バングラデシュ

1 バングラデシュのUHCに関する文献レビューを行った。

2 都市部(ダッカ市)における結核対策のシステム構築が、保健システム(=UHC)の改善に役立ってきた実態を記述し、課題を整理した。

3 ダッカ市の結核対策に関わる公的、私的組織の関係者によるワークショップを開催し、結核対策を通じたUHC進展に関する資料の収集、議論や提言を行い、国の政策に影響を与えるAction researchを実施した。

4 バングラデシュの結核患者のCatastrophic cost (CC) に関する調査結果のレビューを行うとともに、ダッカ市の結核患者のCCに関する調査を準備した。

C . 研究結果

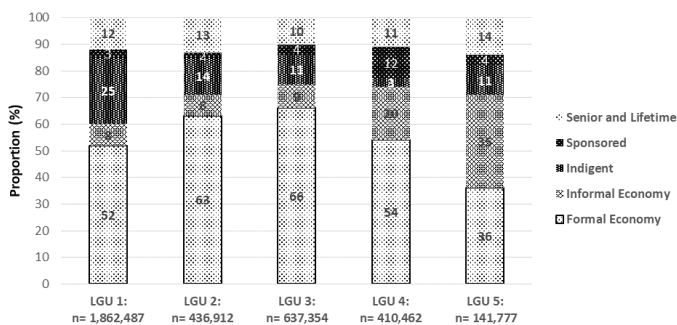
C-1 フィリピン

1) 地方自治体におけるUHC達成状況(人口カバレッジ)

調査対象となった5つの地方自治体の2016年における人口は約350万人で、PhilHealth加入率は約10

0%と推定されていた。各地方自治体におけるPhil Healthの6つの会員分類の割合は、図1に示すとおりで、地方自治体によって、かなりのばらつきがあった。特に、貧困層を対象とするIndigent membershipとSponsored membershipとの割合における地方自治体間でのばらつきが大きかった。これらの会員分類について、各加入対象人口に対する加入率を計算したところ、そのばらつきも大きく、低いところでは約50%、高いところでは1100%以上に達する地方自治体も認められた。

図1 5つの地方自治体におけるPhilHealth会員分類割合（2016年12月時点）



Indigent membershipとSponsored membershipの加入対象人口は、保健省の機関であるDepartment of Social Welfare and Development (DSWD)の地方自治体出先機関によって推定されており、これらの会員分類に属する人口の加入率が高いのは、DSWDの推定値が過小なのか、本来加入対象とならない人達が、何らかの理由で加入しているのかどちらかである。本研究の面接情報から、DSWDが、各地方自治体が発行する「Certificate of indigency」（貧困証明書）の発行数を加味して、Indigent membershipとSponsored membershipの加入対象数を増やしていることが考えられた。これらの会員に所属すると、会員側での会費支払い義務が生じないため、地方自治体が、住民の意向を受け入れる場合に、「Certificate of indigency」の発行数が過大となってしまうことは、十分あり得ると考えられた。

2) 地方自治体におけるUHC達成状況（保健医療サービスカバレッジ）

2016年10月の時点で、調査対象の5つの地方自治体においては、111カ所の保健所が配置されており、そのうち、PhilHealthによってTB DOTS package施設として公認されていたのは78カ所（70%）、Primary Health Care Benefit package施設として公認されていたのは110カ所（99%）であった。面接により、保健所がTB DOTS package施設としてPhil Healthの再公認を受けない理由については、「公認継続手続きに時間を要する」、「施設として公認されていても、PhilHealthから地方自治体に送付されたお金を保健所として利用できない」等が指摘

されていた。後者の点についてPhilHealthは、各地方自治体がPhilHealthからの送金を受け入れる基金を創設し、目的に沿ったように基金が利用されるように促している。しかし、このメカニズムの設立・機能については、各地方自治体でばらつきが大きいことも指摘されていた。

C-2 バングラデシュ

1) バングラデシュのUHCに関する文献レビュー
 バングラデシュは、近年、経済的な貧しさが継続してきたにもかかわらず、様々な健康指標の著しい改善が見られてきた。例えば、出生率や乳児死亡率の著しい改善、EPIカバー率は82%と近隣諸国に比し高位を示し、10年間に母親の死亡率（MM）は40%も減少した。これらの好ましい健康成果の要因は、必ずしも現今のUHCの成果ではなく、様々な公的私的組織、国内外の援助組織が、家族計画・予防接種・経口補液・母子保健・結核対策等の重点的プログラムについて、特に女性や貧困者を対象として、地域のコミュニティヘルスワーカーをフルに活用して行ってきた諸活動の成果といえる。バングラデシュでの経験は、国の経済力やシステムが弱い時は、各論的アプローチの持つ意義があることを示している。（バングラデシュで得られた知見とその分析については、2013年のLancet誌11月号でBangladesh: Innovation for Universal Health Coverageとして特集が組まれ、詳細な報告がある。）

バングラデシュ政府は、WHOに従って、UHCを総べての人々が経済的な重い負担なしに質の高いサービスが受けられることと定義し、保健政策の重要課題にしている。医療サービスを受けるための過重な経済的負担が貧困の重大要因で、わずか1%以下の人々のみがCHEなしに医療サービスの恩恵にあずかっており、毎年3.8%の人々が、治療費用の出費のために貧困に陥っている。総保健費用（THE）の中で、患者の自己負担の割合は増加しつつあり、2015年で67%と、著しく高い状況である。そのため保健省に、ヘルスケア資金調達戦略（Health Care Financing Strategy）2012-2032の策定がなされ、試行が始められつつある。また、3つの垂郡で、社会健康保全政策（Social health protection scheme）が試行され、50の疾病に対する経済的支援がなされようとしている。但し、この政策に結核は含まれていない。（これらの総合的なレビューは最終年度に報告する。）

2) 都市部（ダッカ市）における結核対策のシステム構築が、保健システム（=UHC）の改善に役立ってきた実態

結核研究所では、2000年以降、ダッカ都市部の結核対策強化を目指したアクションリサーチを実施してきたが、近年その成果が明らかになってき

ている。ダッカ市では、従来は、他の開発途上国の都市部と同様に、様々な対策のプレーヤーが、それぞれ独自に結核の診療活動を行ってきており、それらプレーヤー間の連携・調整が困難であった。具体的には、ダッカ市内において、2つの大きな結核胸部センター・結核専門胸部病院・いくつかの総合病院・大学病院・糖尿病病院・小児病院・民間病院・公立保健センター・開業医・NGOのクリニックなどが結核の診断・治療を行い、患者はそれらの医療機関を回って右往左往していた。その結果、多くの患者が不適切な患者管理のもとに置かれることになり、ダッカ市内の結核対策は、著しく不十分、かつ非効率的であった。国によるDOTSプログラム導入後も、個々の組織間での調整や患者のフォローは不十分であった。それに対して、近年、保健省下のNTP（結核対策部）WHO、NGOのBRAC、そして結核研究所が中心になって、諸関係機関に呼びかけ、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標準的な治療を完了する仕組みが出来上がってきた。これが患者居住地近くの保健・医療機関への患者照会システムであり、患者を最後まで治療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。このダッカ市内のDOTS統合システムにより、登録される結核患者数が著しく増加し、調整的機能が強化されたとともに、結核診断のための検査の質向上にも貢献している。これまでの成果の一部を表に示す。最新の統計は現在収集中である。

表 診療登録機関別結核患者数（ダッカ市）		
	2001年	2010年
2結核センタ	2,168人	339人
末端の保健センター	72人	11,877人
他の機関	不明	1,381人
合計	2,240人	13,597人

3) ダッカ市における「結核対策とUHCに関わるワークショップ」

本ワークショップにより、ダッカ市内結核対策関係者において、保健省が中心となって、結核対策とUHCに関する初めての議論がなされ、以下の点が明らかとなった。

結核関係者側からは、患者の経済的な負担に関する報告が多く出され、今後のUHC施策の中で、もっと取り上げてほしいという要望がなされた。保健省の財政部門からは、今のところ、結核はGlobal Fund等外部支援があるので、UHC施策の中で考慮に入れられていないが、今後GF支援減少の可能性に伴い、積極的に取り入れなければならないという考えが出された。

結核患者のCatastrophic Costに関する調査が必要である。

今後も継続して、このテーマに関するワークショップの必要がある。

4) 結核患者のCatastrophic Cost（危機的出費、CC）に関しては、まだ公的な調査報告はなく、予備的な情報を収集した。

D. 考察

D-1. フィリピン

今回の地方自治体及び保健所職員を対象とする面接調査において、少なくとも調査対象となった地方自治体においては、PhilHealthの会員分類によるIndigent membershipとSponsored membershipとの地方自治体における加入率が100%を超えており、その率も地方自治体間のばらつきが大きいことが明らかとなった。地方自治体における、いわゆる“Political indigents”の存在が推定された。本来、このような会員の対象とならないはずの人達が、会費の支払いを免除される優遇処置を受けていることは、地域住民における不公平感とPhilHealth自体への不信感を増大させている可能性がある。公的医療保障制度としてのPhilHealthにおける公平性を確保するメカニズムが必要と考えられる。

さらに、今回の面接調査においても、PhilHealthの支払い費用が、受け取り側である地方自治体の保健所に、期待されたようには流れていないことが指摘され、地方自治体によって、PhilHealthの支払い費用の流れにばらつきが大きいことも指摘されていた。このことが、保健所側でのPhilHealth公認のための手続きを進める意欲を阻害している大きな原因となっていることがうかがわれた。PhilHealth支払い費用の適切な使用について、外部監査機関がモニタリングする必要性についても、指摘されていた。

D-2. バングラデシュ

バングラデシュは、世界最貧困国のひとつと言われ、経済的にも保健システムでもいまだ限界がある中で、近年さまざまな保健指標が著しい改善を示しており、UHCの視点でその要因を分析する価値がある。UHC達成がかなり未熟な段階でも、様々な各論的アプローチが果たす役割が大きいと考えられる。

本研究班では、結核対策、特に対策が困難な都市部の対策に焦点を当て、都市部の対策の改善が保健システム強化、即ちUHC発展に役立つことをアクションリサーチの手法で示めすことを試みた。UHCがまだごく初期の発展段階にあるこの国で、本研究の一環として、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、結核とUHCに関する初めてのワークショ

ップを開催し、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。患者のCHEについても正確な情報を知る調査の必要が示された。

E . 結論

E-1 フィリピン

フィリピンの保健所レベルでのPhiHealth改善のためには、特に貧困層加入対象者の選定法の改善、PhiHealthの支払い費用が保健所レベルで直接裨益するようなメカニズムの推進、外部監査機関による保健所レベルでのPhiHealth実施状況モニタリングメカニズムの導入が必要であると考えられた。

E-2 バングラデシュ

バングラデシュのUHCおよび結核とUHCに関する既存の情報を収集した。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事が示された。

今後、諸情報を整理してまとめる傍ら、患者のCHEの調査を実施する方向で研究を進めるとともに、アクションリサーチの手法で、ワークショップを通して、関係者間の議論を進めることが有益と考える。

参考文献

- 1) The Lancet: Bangladesh: Innovation for Universal Health Coverage, November 2013.
- 2) Tanvir Huda, et al. Monitoring and Evaluating Progress towards Universal Health Coverage in Bangladesh PLoS Med 2014; 11(9).
- 3) Reich MR et al. : Moving towards universal health coverage: lessons from 11 countries Lancet 2016 Feb 20; 387.
- 4) Shayla Islam, et al.: Treatment referral system for tuberculosis patients in Dhaka, Bangladesh Public Health Action 2015; 5(4): 236-240.
- 5) A.S.Chowdhury et al: Estimating costs of illness and catastrophic health expenditure of TB patients in BRAC DOTS programme, Report for Research and Evaluation Division, BRAC 2017.

F . 研究発表

1. 論文発表

無し。

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.

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

A. Questionnaire guide to the personnel of Local Government Unit (LGU)

- 1) Does XXXX LGU currently sponsoring membership to PhilHealth? If so, who are they? What are the criteria? What is the process? What is the source of premium?
- 2) Are there other mechanisms to support health needs? (e.g., financial assistance, in kind, and others)
- 3) How is PhilHealth reimbursement provided? Where is it kept under common fund or trust fund? How does the LGU utilize the payments? How does the LGU distribute it to health workers?
- 4) What are the investments made for health for the LGUs' constituents?
- 5) Does the LGU has separate trust fund for PhilHealth reimbursement?
- 6) Are several PhilHealth benefits kept in one trust fund? If so, is there a separate ledger for TB DOTS package payment and Primary Care Benefit package?
- 7) What are the actions taken by the Local Chief Executive (LCE) or the LGU to facilitate release of TB DOTS Package reimbursement 'to health centers? If health facilities do not receive reimbursement, what are the inhibiting factors to provide such reimbursement?
- 8) Is there any current mechanism from the LGU side to support the living allowance of TB patients (transportation costs, snacks?)
- 9) If there's none, what would you proposed to the LCE to support the living allowance of TB patients?
- 10) Are there any suggestions at your end to improve the service or services of PhilHealth?

B. Guide Questionnaire to Local Department of Social Welfare and Development (DSWD)

- 1) How does your Local Government Unit (LGU) select the poor under the sponsored program?
- 2) Does the local DSWD conducts a house visit to those persons classified by the barangay (or local officials) as poor?
- 3) What are the requirements that applicants need to submit as supporting papers under the sponsored program?
- 4) What is the process and the documents needed for renewal under the sponsored program? How would you know if they ae still "poor"?
- 5) Who pays for the PhilHealth membership of those enrolled under the sponsored program?
- 6) Are there any suggestions at your end to improve the service or services of PhilHealth?

C. Guide Questionnaire to Barangay Official

- 1) What is the estimated population?
- 2) Other data needed: no. of estimated households; no. of target beneficiary under the sponsored program; and no. enrolled under the sponsored program
- 3) In our interview with local DSWD, we have learned that one of the supporting documents to be qualified under the sponsored program is the "certificate of indigency" from the barangay.... What are the qualifying factors for the issuance of certificate of indigency?
- 4) Do we have medical assistance at the barangay level?
- 5) Are there any suggestions at your end to improve the service or services of PhilHealth?

2. 日本・カナダ・英国における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 内村和広(公財)結核予防会結核研究所 臨床・疫学部 副部長

研究要旨

[背景・目的]本分担研究の目的は、1)日本・カナダ・英国におけるユニバーサルヘルスカバレッジ(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(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。

[方法]1)については、昨年度は日本についての分析を行い、報告した。今年度はカナダと英国についての文献調査を行った。2)については旧沢内村を調査対象地域として資料調査および関係者への聞き取り調査を行なった。3)は1),2)の結果をふまえ、文献調査から検討した。

[結果]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つの要因による整理が可能であり、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達成における各国共通の要因として見出された。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。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。

[考察・結論]UHCが、住民レベルにおいて真に機能・定着するには、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、その動きを促進させる事業の推進が自治体の任務であると考えられる。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、本質的にその点を含んだものであり、今後UHC達成を目指す国・地域での応用によって、UHC達成を促進する効果があると考えられた。

研究協力者：

河津里沙：(公財)結核予防会結核研究所臨床疫学部
下谷典代：(公財)結核予防会総合健診推進センター
総括事業部企画調整課
當山紀子：琉球大学医学部地域看護学講座

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。

前年度の報告書では、日本に関する政策学的分析の結果を報告した。今年度は、1)に関して、前年度と同様に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、カナダ及び英国について検討した結果を報告する。2)に関しては、日本におけるUHC達成の嚆矢ともいえる旧沢内村の事例を再検討し、UHC達

A. 研究目的

日本の皆保険制度が、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ことである。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、UHC達成のために、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・カナダ・英国における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(Primary Health

成と地域保健強化の関係を調べる。3)に関しては、2)のUHC達成と地域保健強化の関係を踏まえたうえで、日本の結核対策が地域保健強化に貢献したと考えられる点を、特に今後PHC強化とUHC達成を目指す国、自治体への応用可能性を前提として検討する。

B. 研究方法

1)については、カナダと英国についての文献調査を行った。2)については旧沢内村を調査対象地域として、資料調査および関係者への聞き取り調査を行なった。3)は1),2)の結果をふまえ、文献調査から検討を行なった。

C. 研究結果

C-1: UHC 達成に関する政策学的な分析

【カナダ】

カナダにおけるUHC、すなわちメディケアは国民に共通に適用され、税金によって賄われている。カナダにおいて公的医療制度プログラムを最初に導入したのはサスカチュワン州であり、全国に普及したのは1972年だが、それまでに30年以上もの年数を経て、段階的に達成された。

カナダの社会福祉の特徴としては、地方分権主義が社会福祉制度のうえにも如実に反映されていることである。カナダの社会福祉は、日本のようなピラミッド型ないしは縦割り行政とはまったく対照的な「横割り協業行政」であり、連邦と州がそれぞれ所轄する部門を分割している。連邦政府は主として所得・経済保障と保健・医療保健、公衆衛生に地域格差があってはならない特異な領域の課題に対応する施策を担当しており、全国的な保健基準を確立し、検疫や入国時の医療チェック、および公衆衛生活動を行っている。一方、州政府は、主に福祉サービス部門の責任主体として州内における病院や慈恵施設の設置・維持・運営を果たしている。

社会福祉の理念はイギリスの制度、フェビアン協会社会主義の基本思想である「ナショナル=ミニマム」(国家が国民に対して保証する最低限の生活水準)を根幹とし、国民すべてに最低限の生活保障を実行することを国家の義務であるとした報告書(ベバリッジ報告書:1942年)の影響を受けている。また、1937年設立された連邦-州関係に関する王室委員会(ラウエル・シロア委員会)は1940年の報告において、年金・失業保険に関連して、連邦、保健・医療は州の管轄とするが、後者については、州は連邦に権限委譲ができるとした。これにより、保健医療は、州の専属的権限とみなされていたために、社会民主主義的力の強い州では、この分野における「先行実験」を試みることが可能になった。

UHC達成における5要因:

1. 労働党・左翼系勢力の影響

西部カナダの開拓は、国家課題の一つであった。植民地時代を経てきた他の州(東部や中央)は、福祉は自らの社会によって対応されてきた。一方、入植の歴史が浅い平原3州(サシュカチュワン州、アルバータ州、マニトバ州)では、社会が対応するには限界があった。当時の連邦政府は、第三勢力の支持を必要としており、ウッズワースを中心とする西部ベースの左派勢力の福祉国家化の主張が影響力を持ち得る状況であった。

左派勢力は、世界大恐慌後の1932年に、社会主義党(Cooperative Commonwealth Federation: CCF。後の新民主党)を結成したが、連邦レベルでは政権を取れず、第三党として少数与党に影響力を行使した。しかし、州レベルでは、1944年にT.C.ダラスのもとで、サスカチュワン州政権を獲得し、北アメリカで初めての左派政権が成立した。1920年代から医療保健の制度化が重要な課題となっていたが、連邦政府は、政府主体の医療保険の導入には冷淡であった。カナダで医療保険制度を初めて設立したのは、CCFが政権を掌握したサスカチュワン州であり、これがカナダの医療保険の雛形となった。

2. 経済的資本

福祉国家の出現は、農業社会から工業社会へとという経済・社会構造の転換に密接に関連している。カナダが福祉国家として成立するのに時間がかかったのは、地域ごとに経済発展の度合いが異なっていたことと、政治文化も関係する。

中央・東部カナダのイギリス系社会では、保守イデオロギーにより、福祉は私的事項として捉えられていた。一方、フランス系社会ではカトリック教会が福祉の重要な担い手であり、ともに福祉への公共部門が歓迎されない土壌があった。

西部カナダでは、開発が主たる国家課題であった。世界大恐慌に見舞われた1930年代は、カナダ全土で失業者があふれ、中でも経済基盤の脆弱な平原3州(サスカチュワン州、アルバータ州、マニトバ州)は、特に悲惨な状況に陥った。私的部門や市町村の緊急対応では、限界があることが明らかになるにつれて、連邦政府が積極的に介入するようになった。

3. 社会的分断(連帯)

カナダは移民国家である。国の始まりはイギリス、フランスからの移民が中心であったが、1960年代からアジア、アフリカからの移民に移行した。しかし、ここにおいても東西の州の違いが顕著である。カナダの全人口に占めるフランス系の割合は約4分の1で、その多くが住むケベック州では、フランス系住民の利益を守るために、自治権の拡大を要求してきた。一方で、西部開拓のために連邦によって「創り出された」3州(マニト

バ州、サスカチュワン州、アルバータ州)の西部では、民族の連帯は見られず、西部地域主義の核となっているのは、連邦政府への不満であった。当時、産業と地域の連関が政策として構造化していったことによって、連邦制をとっていても、経済政策の決定において中央カナダの利益が優先されていた。従って西部にとっての問題は、連邦レベルでの政策決定への中央カナダの影響力の強さであり、西部利害への応答の低さであった。その結果、西部地域主義を醸成していった。

4. 初期の社会保障制度

カナダで医療保険制度を初めて設立したサスカチュワン州は、人口密度が低く、医療サービスの調達が困難であったために、医師の確保、医療施設運営の必要があり、地域医療ネットワークが早くから発達した歴史があった。農業中心のあまり裕福でない州であったが、住民の間で互助意識が強く、平等に医療サービスが受けられるように保険制度が求められるようになり、1914年にはサスカチュワン州サニア町で公的医療保険が成立した。1929-1938年の世界大恐慌の影響で、市町村の貧困救済費用が激増し、医師は未払い請求書を多く抱えることになった。事態がとりわけ深刻であったサスカチュワン州では、1932年12月、州政府が救済委員会を通じて医師に補助金給付を行った。同州は、1940年には、単独で病院保険を導入した。社会主義志向の共同連邦党(Cooperative Common Wealth Federation)が主要政党に成長し、1948年社会民主主義派が政権を取り、週レベルでの皆保険制度を達成した。

5. 社会・政治・経済的好機

サスカチュワン州での公的な医療費負担保健制度の導入に続き、同様の制度がブリティッシュ・コロンビア州、アルバータ州でも導入された。1948年には連邦政府でも、病院建設や公衆衛生活動のプログラムに対する財政支援が開始され、連邦・州政府間協議の結果、1957年に、病院保険および診療サービス法(Hospital Insurance and Diagnostic Services Act)が成立した。同プログラムの費用は、連邦と州政府が分担することとし、1958年から1961年までの間に、すべての州が加入した。このように1960年代を通じて公的医療の範囲は徐々に拡大され、1962年にふたたびサスカチュワン州での導入がきっかけとなり、入院治療以外でも医師による治療が適用範囲に含まれるようになった。これらのイニシアチブに続いて、ホール委員会(Hall Commission)が全国的研究に基づいて提言を発表し、ついに1966年後半、連邦政府は、医師会の激しい抵抗に合いながらも、医療法(Medical Care Act)の導入に踏み切った。

【英国】

英国におけるUHCとは、すなわちNHS(National Health Service)のことを指し、患者の医療ニーズに対して公平なサービスを提供することを目的に1948年に設立された。NHSは、単一支払者制度によって運営されており、英国政府が保険料を徴収し、政府がほぼ全ての医療費を負担している。

NHSは、資本主義国で、病院の国有化を通して病院医療の社会化を実現した医療保障の例として注目されてきた。しかし、NHSは治療のみならず予防及びリハビリテーションの全てにわたる包括的な医療保健サービスを提供していることが特徴的であり、これには地方自治体の公衆衛生部が地方自治体保健局(Local Health Authority)としてNHSの中に位置づけられ、地域保健サービスを提供したことが大きく貢献している。またNHS成立の歴史的背景やその過程では、むしろ、NHSの制度概念は、疾病になってから治療するのではなく、人々が健康であることを保障することであったことが伺われる。

UHC達成における5要因：

1. 労働党・左翼系勢力の影響

NHSの具体的な構想は、ベヴァリッジ報告書の中で形成されたと言えるが、そのベヴァリッジ報告書は、報告書が出される約30年以上前の1909年に、「救貧法に関する王立委員会」(以下「王立委員会」)が提出した「少数派報告」と呼ばれるものが基盤となっている。ベヴァリッジが思想的・学問的にフェビアン協会のウェッブ夫妻、経済学者ジョン・メイナード・ケインズから多大な影響を受けたことは有名だが、上記「少数派報告」を主に執筆したのがピアトリス・ウェッブであった。

「王立委員会」は、医療体制に特化した委員会ではなく、1834年に成立した「新救貧法」の見直しを目的として、1905年に保守党内閣(A.バルフォア首相)が設置したものである。その主な課題は、地方自治体への救貧行政の移譲と失業問題への対策であった。「王立委員会」は、新救貧法による救済委員会、教区連合、一般混合の労役場(ワークハウス)、劣等処遇等の弊害を変更する必要性では一致したが、その改正方法を巡っては、救貧法の改良を主張する多数派と、その解体を目指す少数派が激しく対立した。この内部分裂は解消されることなく、「王立委員会」は最終的に、「少数派報告」と「多数派報告」の2つの報告書を提出して任務を終えた。「少数派報告」は、「貧困は個人の欠陥のみではなく、様々な原因の連鎖によって引き起こされるものであり、その大きな原因の一つが疾病である」と強調した。また、貧困が疾病を悪化させるという悪循環に注目し、その対策として後のNHSを示唆するような

内容を提案している。

2. 経済的資本

英国は、第二次世界大戦を通じて約 11 億ポンドの海外資産すべてを失い、戦争が始まった時に 7 億 6 千万ポンドであった対外債務は、終戦時には 33 億ポンドに膨れ上がっていた。従って、NHS が設立された 1948 年の英国経済は、疲弊しきっていたと言えよう。NHS の基盤となった社会福祉制度は、18 世紀後半から始まった産業革命によって激増した貧困生活者に対する対応としての「救貧法」が始まりである。一方で、最近の英国産業革命史の研究においては、経済成長率という数値から見ると、これまで主張されていたような急激な経済成長は、産業革命期には存在していなかったという主張もある。実際に産業革命が開始したとされている 18 世紀後半における国民生産の成長率は年に 0.7% 以下であり、1780 年から成長率が 1.3% を超えるようになり、1800 年から 2% に近づいている。

3. 社会的分断（連帯）

英国は歴史的に、階級社会とされている。この階級制度によって、社会が分断されているか否かは別次元で議論すべき課題だが、本報告では、階級社会が UHC 達成に与えた影響に関して考察する。先ず、前述したように 18 世紀後半における英国の社会福祉国家の始まりは、産業革命によって誕生した貧民労働者を、上流・中流階層が「救済」する「博愛主義」に基づいている。言い換えれば、社会的に分断されていたからこそ、経済的に余裕がある者が、経済的に困っている者に「手を差し伸べる」という構図が出来上がった、とも言える。しかし、19 世紀後半には、貧困が個人の欠陥にあるとする自由主義から、社会問題と捉える新自由主義への転換が起こり、貧困対策は国家の責任である、という考えが浸透していく。また、新自由主義者で経済学者の A. ホブソンは、社会福祉は、資本主義のもたらす貧困問題と階級闘争の解決をめざすものだ、としている。

4. 初期の社会保障制度

18 世紀初頭における貧民救済や貧困への対応は、教会や修道院等中心となって行っており、自発的な寄付金によって運営されていた。しかし、この救貧制度の対象者の中には、健常者でありながら働かない者もあり、そのような場合、これらの者には過酷な強制労働が課されていた。この強制労働に対する待遇が問題視され、加えて農民の都市部への大量流入が発生したことを受け、エリザベス 1 世のもとで教区（行政）を単位とした救貧活動が開始され、救貧政策が行われた。この救貧政策の特徴は、徴税による財源確保が行われたことである。いわゆる救貧税は、現在の社会保障制度における所得再分配にあたるもので、画期的な政策といえる。

5. 社会・政治・経済的好機

既述したように、英国の社会福祉制度の形成には、産業革命という時代背景があった。しかし NHS 設立に大きく影響を与えた「政治的好機」といえば、世界第二次大戦にほかならない。第二次世界大戦中の 1941 年、保守党の W. チャーチル内閣は、戦後社会の復興の柱として社会保障制度の充実を掲げ、社会保障のあり方を検討する目的で委員会を発足させた。その委員長となったのが、かつての失業保険政策の立案にあたった経済学者 W. ベヴァリッジであった。ベヴァリッジは、ウェッジ夫妻に始まるフェビアン協会社会主義の基本思想である「ナショナル＝ミニマム」（国家が国民に対して保障する最低減の生活水準）を根幹とし、国民すべてに最低限の生活保障を実行することを国家の義務であるとした報告書（ベヴァリッジ報告書）をまとめ、1942 年に発表した。1945 年、戦後の総選挙で、フェビアン協会のメンバーでもあった C. アトリー率いる労働党は、NHS 設立をマニフェストで公約しており、単独過半数の議席を獲得したことで、この構想は実現されることになった。A. ベヴァン保健省大臣が指揮を執り、ベヴァリッジ報告書で勧告された「すべての人々の疾病を予防かつ治療する、保健・リハビリテーションサービスの設立」は、1948 年までに実現された。

C-2：地域保健強化と UHC 達成の検証

日本における UHC の嚆矢ともいえる旧沢内村の事例を改めて検討し、UHC 達成と地域保健強化の関係を調べた。

（1）旧沢内村における地域保健の強化
旧沢内村の背景：岩手県の内陸中部、秋田県との県境に位置する和賀郡に所在する。2005 年に隣の湯田町と合併し、西和賀町となった。冬季は 2m 以上の積雪がある豪雪地帯である。合併時の推計人口は 3,658 人であった。深沢晟雄村長による「生命尊重」の思想を基盤とした行政を推進し、1963 年に全国で初めて乳児死亡率ゼロを達成したことで知られている。それまでの旧沢内村は、一年の 3 分の 1 は雪で道が閉ざされ、経済活動が麻痺している状態であった。そのような貧しさからくる栄養失調や衛生環境の悪さから、乳児の命が奪われることが多く、乳児死亡率も約 7% と、全国最下位の岩手県の中でも最も高かった（当時の東京は約 2.7%）。また、豪雪のために、病人や乳児を病院に運ぶことがままならず、病人を轎に乗せて運ぶ途中、雪中に立ち往生するうちに患者が死亡するという例が多くあった。行き過ぎた貧困のため『病院にかかる治療費がかさみ、家の財産を失う』という考えも根強く（「かまど返し」）、家計の負担にならないように、自殺する高齢者も珍しくなかった（多病多死）。1957 年に村長とな

った深澤晟雄は、「誰でも、いつでも、学術の進歩に即応する最新・最高の包括医療と文化的な健康生活の保障を享受することが必要である」と、現在のUHCの理念とも言える考えのもと、地域包括型の医療対策に着手した。以下に、同村での、特に地域保健強化に結びつく事業をあげる。

健康管理台帳 - 全村民を対象とした健康管理台帳を整備した。これは、A4サイズ弱、40ページ程からなり、住民の既往歴、生活・食生活の記録、検診結果、家庭訪問結果の3～4回分の記録が可能となっている。検診結果は、要治療が赤、要注意が黄色、経過観察が青、異常なしが白の透明ファイルに入れられ、地区ごとに収納され、併設された病院のカルテと共有され、保健師は訪問時にこの台帳を携帯していた。また、同じ内容が健康手帳に記入され、20歳以上の全村民に配布された。

予防サービス - 保健師・保健員の設置：村長就任当初は2人であった保健師（当時は保健婦）を4人へと増員した。これは人口約5000人当たりの保健師数として、当時県内で最多であった。保健師は、訪問事業、指導・相談事業、各種健診の実施、調査研究にあたった。さらに、住民の中から婦人連絡会、青年連絡会、教育委員会等の団体の推薦によって、保健連絡員（後の保健員）が選出され、保健活動や保健政策の普及、啓発などにあたった。

治療サービス - 病院体制の整備：当時の沢内村は、ほぼ無医村であったため、保健と医療の一体システムに理解のある医師の確保が急務であった。半年間の交渉の末、1959年に東北大からの医師の派遣を確保し、1960年には、その後旧沢内村での医療を長期にわたり支えることとなった加藤邦夫医師を招聘した。また、秋田県横田市の厚生連平鹿総合病院を親病院とし、あらゆる支援を得ること、さらに、岩手医大小児科を研究指導機関とし、保健活動に関する助言指導を得ることに成功した。

医療費公費負担：同村において、様々な医療費の公的負担を進めた。主なものとしては、65歳以上の医療費無料化（昭和35年）、60歳以上と乳児の医療費無料化（昭和36年）、全予防接種全額村負担（昭和38年）、結核・精神病患者に対する10割給付（昭和38年）、各種検診（一部村負担、昭和38年）などがある。また、昭和41年から患者送迎バス無料運行を開始し、住民の移動に関わる負担軽減を実現した。さらに、火葬料金全額村負担（昭和45年）、分娩料金全額村負担（昭和46年）も行っている。

財政的保障 - 単に医療費の負担軽減を進めるだけでなく、それを可能にする村における財政的基盤作りも行った。住民の所得倍増計画として、i) なめこの栽培の推進、ii) 冬季の経済活動を可能

にするためのブルドーザーによる除雪、iii) 冬季以外で、ブルドーザーを土地改良に使用し、水田の増加をはかった。すなわち、除雪、なめこ栽培などを通じた生産増大により、農業の機械化を進め、女性の労働の多様化、貧困の緩和に大きく貢献した。

人材育成、確保 - 保健衛生担当者育成のための育英奨学金制度を1964年に開始した。

セクションを越えての地域包括型政策 - 農業改良課、福祉課等と共同して住民の住環境改善をはかった。住民の栄養調査や間取り調査を通じて、必要栄養摂取の改善や台所の改造を進めた。

（2）地域保健の強化とUHC達成

旧沢内村の事例からみえてくる地域保健の強化とUHC達成は、以下にまとめられる。

地域における保健・医療制度の強化

保健・医療における地域住民の「力」の強化

深澤晟雄沢内村村長による「社会教育こそが保健行政の基盤と考えてくれ。住民自らが問題を掘り起こし、住民自らが知恵を絞り、住民自らが立ち上がるためには社会教育しかない」の言葉にあらわされるように、健康に対する住民の意識、問題解決能力の向上が、地域保健を底部から支え、ひいてはUHC達成を「中身のある」ものにしていくことになる。旧沢内村が、地域保健強化として行ったことをまとめると、住民のニーズの把握、住民参加・既存資源の活用、協調・統合ということになる。住民のニーズの把握としては、医師・保健師・看護師などが、往診や健診、住宅医療を通して家族や住居などの実態把握を行った。住民参加・既存資源の活用としては、婦人会・青年連絡会・若妻会・老人クラブなどを設立すると共に、保健調査会を設立した。協調・統合については、除雪-環境の改善による心理的な影響、なめこ栽培の促進、土地改良経済状況の改善などがあげられる。

C-3：結核対策と地域保健強化

UHC達成において健康保険制度の確立は重要であり、日本の皆保険制度の歴史については前年度の報告にまとめた。それでは、現在UHCを達成しようとする、主に開発途上国にとってはどのような保険制度構築が有効であろうか。OXFAMの報告によれば「UHCを達成する唯一の方法として個人による拠出金ベースの健康保険に重点を置く姿勢に疑問を呈する」、「たとえ加入が義務付けられていたとしても、強制的に社会健康保険に加入させることは、まず不可能である。したがって、社会健康保険は事実上の任意加入となり、同様の低普及率、逆選択、リスク・プールの分散という問題を抱える」とあり、「全てのUHC成功事例におい

て、税収の活用が重要な役割を果たしている。しかし残念なことに、社会健康保険（SHI）を「標準的」UHC モデルとみなす傾向が強いため、低・中所得国において保健医療に充てる税収を生み出すための方法が、殆ど検討されていない。この盲点に早急に取り組むべきである。保健医療のための国家歳入の増大は、税収増や税率適正化、累進課税制度の導入、革新的資金メカニズムの導入によって、最貧国でも可能だ。」上記報告書は、税行政を強化するだけで開発途上国 52 カ国における税収が 31%、金額にして 2690 億ドル増えるという見込みもっている。

本分担研究では、日本の、特に結核対策が与える UHC への貢献を考えるため、地域保健強化への結核対策への貢献に焦点を向けた。日本の結核対策の視点からみると、PHC の整備と UHC の達成を目指す国にとって、以下の 2 点が重要と考えられる。

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

患者(住民)の健康に関する情報の整理・活用については、上記 C-2 で述べた日本における UHC の嚆矢ともいえる旧沢内村での住民健康台帳がある。もう少し大きい視点からみても、日本における保健所での結核患者の登録管理制度は好例と考えられる。患者(住民)の情報について、必要な時にすぐに利用でき、さらに対策立案時にもさまざまな分析に用いることができるよう加工できる。これは適時な対策・政策立案に欠かせない要素である。日本の結核患者登録制度は、患者の分類から始まり、患者登録票という全国で標準化された様式が開発され、60 年近くたった現在でも有効である。この制度は、国が標準化して全国に普及し、現場(保健師)の活動記録も記載できるようにされた、優れた情報整理・活用例と考えられる。さらに、旧沢内村の例のように、戦後まもなくの保健師活動が行政と住民のパイプ役としての機能も担っていたことも関連していることも無視できない。

地域住民参加による、自らの健康意識の向上については、日本の結核対策は、PHC の要素である住民参加のモデルとなるのではないかと考えられる。日本の結核対策は、住民側からの必要性の顕在化ではなく、行政(厚生省、保健所)のリーダーシップの面が大きかったが、住民側と関係機関との協調は、初期よりみられた。保健師の家庭訪問や健康教育など、日常的な活動の中で行なわれた地域保健活動に、結核対策が統合されたとも言える。さらに、婦人会などの住民活動を介する健診受診促進や健康に関する知識の普及は、地域住民参加による予防、疾病の早期発見・治療の総合的

な活動である。

これから PHC の整備、UHC の達成を目指す国においては、住民の健康に関する情報の効率的利用により、(保健所を中心として)地域の実態を把握し、適切な指導・援助を行なうこと、集積した情報の分析を通じて、地域のニーズを把握し、優先度を考慮して計画実践を行なうこと、これらが優先順位の決定とともに、他のさまざまな活動を統合していくことへの必須要素である。住民の主体的参加の促進は、住民でも活用できる適正な技術の導入と計画的な地域ぐるみの活動に不可欠であり、日本の結核予防婦人会などは、女性の積極的参加という面からも好例であるといえる。以上の要素には保健師の役割が有用かつ重要であり、行政と住民とのパイプ役としての専門職の重要性は、日本の保健師活動がよきモデルとなりえる。結核対策が保健師活動を有効的に機能させ、これが地域保健強化につながった可能性がある。文献調査からは、イギリスの NHS 設立以前のブライトン市等における結核対策についても、同様の影響があったと示唆される。

D. 考察・結論

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。特に、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旧沢内村の事例検討より、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。そのうえで、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考えられる。

UHC 達成においては、大きな政治的主導が必要であることは間違いないが、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る。

E. 研究発表

1. 論文発表

無し。

2. 学会発表

1) 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.

2) 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.

F. 知的財産の出願・登録状況

なし

[参考文献]

【カナダ・英国】

- Canadian Institute for Health Information. "Health Care Drivers: The Facts" 2011.
- Elaine Bernard, Executive Director, Harvard Trade Union Program. "The Politics of Canada's Health Care System: Lessons for the US," *Radical America* 1993: 24(3).
- Richard Long. The Canadian Lung Association/Canadian Thoracic Society and tuberculosis prevention and control, *Canadian Respiratory Journal* 2007; 14(7): 427-431.
- Stefan Grzybowski, Edward A. Allen. Tuberculosis: 2. History of the disease in Canada, *JAMC* 1999; 160 (7)
- 新川敏光. 「第12章 医療保険-税制連邦主義の終焉-」, 城戸喜子・塩野谷祐一編, 『先進諸国の社会保障3 カナダ』, 財団法人東京大学出版会, 1999年.
- イト・ペング, バーナデット・サンジャン. 「カナダと日本の社会・政治構造と社会保障制度の特徴」, 海外社会保障研究 Summer 2002 No.139.
- イト・ペング. 「第2部 社会福祉の現状 カナダ社会福祉の歴史」, 編集委員会代表 中村優一 一番ヶ瀬康子, 「世界の社会福祉9」旬報社, 2000年.
- 岩崎美紀子. 「第4章 政治と現代福祉国家」, 城戸喜子・塩野谷祐一編, 『先進諸国の社会保障3 カナダ』, 財団法人東京大学出版会, 1999年.
- 岩崎美紀子 「第3部 社会福祉の課題 連邦政府と州政府」, 編集委員会代表 中村優一 一番ヶ瀬康子, 「世界の社会福祉9」旬報社, 2000年.
- 岡部陽二 「カナダの医療システム」 「医療経済研究機構レター (Monthly IHEP)」 No.171, 2008, P17-33.
- 片山信子 「カナダにおける連邦・州の税財政改革 - 移転財源と課税権限による自主決定権の選択 -」 *レファレンス* 平成25年2月号.
- 城戸喜子. 「第1章 カナダ社会保障制度の概要と特色」, 「第3章 財政の規模と構造 - 社会保障との関連を中心に -」 城戸喜子・塩野谷祐一編, 『先進諸国の社会保障3 カナダ』, 財団法人東京大学出版会, 1999年.
- 厚生労働省. 「北米地域にみる厚生労働試作の概要と最近の動向 (カナダ)」, 海外情勢報告 2013年.
- ジェームス・H・ティエッセン. 「カナダにおける保険医療の財政基盤: その歴史と課題」, 特集カナダ 韓国 日本 3か国, 海外社会保障研究 Summer 2008 No.163.
- 吉田健正. 「カナダ第1部 社会福祉の背景 医療保障」, 編集委員会代表 中村優一 一番ヶ瀬康子, 「世界の社会福祉9」, 旬報社, 2000年.
- Crafts NFR. *British Economic Growth during the Industrial Revolution*. Oxford, 1985.
- Jean-Francois Tremblay. 「カナダにおける財政連邦主義と公共サービスの供給」, 財務総合政策研究, 2006年.
- Canada's role fighting Tuberculosis, CDC team at the Saskatchewan Lung Association, https://www.mof.go.jp/pri/research/conference/zk079/zk079_05.htm
- The Chief Public Health Officers. Report on the State of Public Health in Canada, 2013 Infectious Disease- The Never-ending Threat, Public Health Agency of Canada <http://www.phac-aspc.gc.ca/cphorsphc-respcacsp/2013/tuber-eng.php>
- Stuckler D, et al. *The political economy of Universal Health Coverage*. Geneva: World Health Organization, 2010.
- Esping-Anderson G. *The three worlds of welfare capitalism*. Princeton, New Jersey, Princeton University Press,

- 1990.
- 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.
 - McKee M, et al. Universal Health Coverage: a quest for all countries but under threat in some. *Value in Health*, 2013; 16: S39-45.
 - Alesina A, et al. Fighting poverty in the US and Europe: a world of difference. Oxford, Oxford University Press, 2004.
 - Powell-Jackson T, et al. Democracy and growth in divided societies: a health-inequality trap? *Soc.Sci.Med* 2011; 73: 33-41.
 - Fenby J. The General: Charles De Gaulle and the France he saved. London, Simon & Schuster, 2010.
 - 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.
 - Balabanova D, et al. 25 years of on-good health at low cost. London, Open University Press, 2011.
 - 安保則夫 (2005) イギリス労働者の貧困と救済-救貧法と工場法. 明石書店.
 - 毛利健三 (1990) イギリス福祉国家の研究-社会保障発達の諸画期. 東京大学出版会.
 - Keers RY. Pulmonary tuberculosis; a journey down the centuries.
 - 永島 剛. 20世紀初頭イギリス保健政策における個人主義と団体主義. *Economic Bulletin of Senshu University*. 2009; 43(3):67-79.
 - British Parliamentary Papers, 1910, XLIX, pp.155-165. (A. Newsholme, Memorandum and evidence to the Royal Commission on the poor Law and Relief of Distress, 1908).
 - Brundage A. *The English Poor Laws 1700-1930*. Hampshire, 2002.
- 【日本】
- 増田 進. 沢内村の地域医療. 日本農村医学会学術総会抄録集 59(0) 2010 p.6-6.
 - 泉川淳一著, 沢内村郷土史研究会 編. 沢内村の医療史. 沢内村教育委員会 1976 (沢内村郷土史シリーズ ; 第10集).
 - 立沢寧 編. 沢内村の保健・福祉に関するデータブック : 健康福祉総合情報システム(ICカード・コンピュータ・システム)の評価も含めて. 沢内村 (1992).
 - 地域包括医療確立への苦闘. 岩手県和賀郡沢内村 岩手県企画調整部地域振興課 編 岩手県 1981 (山村振興優良事例調査 ; 昭和55年度).
 - 五十嵐 之雄, 横井 修一, 竹内 彰啓. 地域保健医療組織化の諸問題--沢内村をケースとして. 東北学院大学論集. 一般教育 (通号 63) 1976-09 p.p1~134.
 - 杉崎明美. 旧沢内村視察報告 (特集 これからの保健予防活動). *民医連医療* (478) 2012-06 p.26-29.
 - 岩見恭子. 農村における地域医療の課題-1-沢内村の保健行政を事例として. *密教文化* (通号 115) 1976-09 p.p50~67, (通号 121) 1978-02 p.p36~53, (通号 123) 1978-10 p.p26~42, (通号 121) 1978-02 p.p36~53.
 - 荻原 康一, 村田 隆史. 西和賀町(旧沢内村)の地域包括ケアに関する調査・研究 : 地域包括ケア研究部会(中間報告). *国民医療* (332) 2016-00 p.66-71.
 - 出浦喜丈. 保健ボランティアの国際比較研究. *日本農村医学会学術総会抄録集* 55(0) 2006 p.260-260.
 - OXFAM Report: Universal Health Coverage: Why health insurance schemes are leaving the poor behind <https://files.oxfam.ca/docs/universal-health-coverage-2013-10.pdf>
 - 公益財団法人結核予防会(2016). 証言で綴る結核対策 公衆衛生の歴史. 公益財団法人結核予防会.
 - 結核予防会編(1999). 六十年の軌跡. 結核予防会.
 - 厚生省健康政策局計画課監修(1993). ふみしめて五十年: 保健婦活動の歴史. 日本公衆衛生協会.
 - 島尾忠男: 結核患者管理制度の発足. *結核* 2010; 85: 631-4.

3. カンボジア・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 山田紀男(公財)結核予防会国際協力・結核国際情報センター長

研究要旨

[目的]本研究はカンボジアとタイにおけるユニバーサルヘルスカバレッジ(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を達成するために、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、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。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%)。一方、農村部では、同対象者・非対象者間に大きな違いは見られなかった。

本分析の結果によると、貧困層向けの費用免除スキームや保健サービスのカバー率改善は、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る。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。

タイでは、2001年に確立したUniversal Coverage Scheme(UCS)により、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。タイ国の人口の約3/5が加入しているUCSの2015年の契約施設数は11,847で、大部分は保健省管轄の医療機関である。同加入者10万対の受診可能施設数は約24となる。日本では結核予防法により、私的医療機関における結核医療も結核指定医療機関であれば公費負担の対象になる。1957年では4,749病院、31,972診療所、合計36,721が指定医療機関であり、人口10万対約40施設であった。一般診療所の大部分は、私的医療施設である。タイ国においても、私的医療機関の大部分は一般診療所であることは共通しているが、私的一般診療所におけるUCSの施設カバー率が低く、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可能性がある。「誰も取り残さない」というSDG目標の観点からは、1)かかりつけ病院制度によりアクセスに障害が生じる可能性のある国内移動人口に対する医療サービス、2)マイノリティーへの医療サービスについて検討する必要があると考えられる。

[結論]カンボジアにおいては、経済成長と保健サービス提供の進捗にも関わらず、破滅的医療費支出に代表される世帯の財政リスクに対する脆弱性が、依然として存在している。貧困層向け費用免除や保健サービスカバー率の改善は、都市部において世帯の財政リスク軽減の要因になっている一方で、農村部では、その恩恵が限定されている。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において、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。

研究協力者：

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

A. 研究目的

本研究は、カンボジアにおけるユニバーサルヘルスカバレッジ(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

B.1 カンボジア

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を実施する。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（破滅的医療費支出 [Catastrophic Health Expenditure] 及び貧困化医療費支出 [Impoverishment]）、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 2 及び 4 について実施した。加えて、2014 年人口保健調査 (Demographic and Health Survey) のデータセットを用い、借入金や資産売却による医療関連支出捻出に関連する要因を分析した。

B.2 タイ

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、結核サービスのカバー率に影響を与える官民連携について、日本の高蔓延時代の状況と比較して検討した。

C. 研究結果

C.1 カンボジア

カンボジアにおける財政リスクからの保護指標を表 1 に示した。家計調査 (Cambodia Socio-economic survey) をもとにした分析によると、2014 年の世帯月間支出可能額 (capacity to pay; 総支出額から食料等生計維持のための基礎支出額を除いたもの) は、60 歳以上の高齢者のいない世帯で平均 199.7 ドル、高齢者のいる世帯で 189.6 ドルであった。これは、2004 年の 107.8 ドル、102.1 ドル(ともに、インフレーションの影響を除いた 2014 年固定価格による) から大幅に上昇した。支出可能額のうち医療費(窓口負担分)の割合は、同期間に 8.0% から 6.5% に(高齢者のいない世帯)、10.8% から 9.6% に(高齢者のいる世帯)へ減少した [1]。

表 1 では、2004 年と 2014 年の貧困化医療支出世帯と破滅的医療費支出世帯の割合も示している。貧困化医療費支出の割合は、同期間に 3.2% から

0.9% に(高齢者のいない世帯)、4.6% から 1.0% に(高齢者のいる世帯)に減少した。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、同期間に 21.7% から 18.3% に(高齢者のいない世帯)、29.3% から 28.3% にそれぞれ推移した [1]。

2014 年の人口保健調査報告書によると、疾病やケガに対する最初の治療として、21.9% が公立病院や保健センターなどの公的施設に、67.1% が民間施設に受診した(残りの 11.0% は未受診や商店等での薬の購入、国外など)。過去 1 ヶ月の医療関連支出(交通費等含む)の中央値は 39.4 ドルであり、公的施設での支出は 49.5 ドル、民間施設での支出は 33.6 ドルであった。一方、過去 1 ヶ月で 100 米ドル以上支出した世帯の割合は 9.6% であった [2]。同調査によると、過去 1 ヶ月の医療関連支出(窓口負担に交通費等の間接費支出を加えたもの)に対して、64.0% の世帯は自己の所得(給与やその他の収入)により、また 9.9% の世帯は貯蓄から支出した。一方、11.3% の世帯は借入金を、2.2% の世帯は資産売却、4.2% の世帯は親戚等からの贈与により支出した(複数回答あり)。貧困層向けの費用免除スキームである Health Equity Fund から支出した世帯は 4.0%、その他の費用補填スキームを利用した世帯は 1.0% であった。医療関連支出が 100 米ドル以上だった世帯に限っては、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た [2]。

カンボジアにおけるマクロレベルの保健財政指標を表 2 に示した。総保健医療支出額 (Total Health Expenditure) は、2014 年に 10 億 4 千万ドルであり、2008 年の 5 億 5 千万ドルから約 90% の伸びを示した。しかし、総保健医療支出額の対国内総生産比は、2014 年に 5.8% であり、2008 年の 5.4% から横ばいであった。総保健医療支出額の財源についても、政府支出、二国間及び多国間援助、患者の窓口負担の構成比は、同期間中に大きく変化しなかった。2014 年でも患者の窓口負担が 63.2% を占めている。

2014 年人口保健調査 (Demographic and Health Survey) のデータセットにより、借入金や資産売却による医療関連支出捻出に関連する要因に関する分析結果を表 3 に示した。過去 1 ヶ月に疾病及びケガのあった住民のうち、借入金や資産売却により医療関連支出を捻出した者の割合を、居住地(都市・農村)、世帯の保有資産(5 分位)、貧困層向け費用免除スキーム対象者別に表章している。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%）。一方、農村部では同対象者・非対象者間に大きな違いは見られなかった。

表4では、同じく2014年人口保健調査データセットの分析により、借入金や資産売却による医療関連支出捻出に関連する要因について、地域の母子保健サービス複合カバー率指標（3分位）との関連を示した。同複合カバー率（Composite Coverage Index）は、母子保健サービスが貧富や教育水準に関わらず公平に提供されているかどうかを測る上で近年使われるようになった指標である[4]。また、保健分野の持続的開発目標達成に向けてUHCの達成度を測定するための指標としても使われつつある。表4によると、都市部では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。一方、農村部では、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高かった。

C.2 タイ

タイでは、2001年に確立したUCSにより、国民皆保険が達成されている。昨年度報告したように、結核サービスは基本的に保険制度に組み込まれているため、保険制度対象施設においては結核治療の直接費用による経済的負担は防がれているといえる。しかし、医療保険の人口カバー率が100%を達成していても、利用できる施設が限られている場合は、サービスへのアクセスが良好とはいえない。この点については、医療保険が適用される施設へのアクセスの程度を評価する必要がある。本年度は、この点について調査・検討を行った。また、直接の比較は困難であるが、日本の経験を生かすという観点から日本の高蔓延国時代でUHC確立前から結核医療費の公費負担対象となる結核指定医療機関の状況を検討した。

施設へのアクセスの指標を、人口10万人当たりの、タイ国に及び日本において公的結核医療サービスを受けることができる施設数とした。出版物およびWeb上の既存資料から結核医療サービス施設数を入手し、人口10万人当りの施設数を算出した。Thailand Health Profile Report 2008-2010[9]に示されている医療施設の内訳の一部を表5に示す。公的医療機関では、数の上ではHealth Centreがもっとも多いが、結核医療の中心は郡レベルのCommunity Hospitalである（結核患者登録が行われる）。私的医療機関では、入院施設を持たないクリニックが大部分を占める。

タイ国人口の約5分の3がUniversal Coverage Scheme(UCS)の受益者であり、その契約医療施設の2015年の状況について把握した。結果は、表6に示した。UCS契約施設数は11,847で、大部分（約93%）は、保健省管轄の医療機関が占める[10]。UCS

契約私的医療機関数は301であるが、近年救急医療を対象としたプロジェクトによる契約があるため、結核を含めた一般診療を対象とした施設は、これよりも少ない可能性がある。2015年のUCS加入者は48,336,321人であった[10]。UCS契約医療施設は全て結核診療を実施している、とみなすと、UCS加入者10万対約24施設（全人口68,657,600人[16]を母数としてみると人口10万対約17）となる。

日本においては結核予防法により、私的医療機関も指定医療機関の対象となり、指定医療機関であれば結核医療は私的医療機関であっても公費負担の対象になる。1957年の日本において、結核指定医療機関についてみると、病院数が4,749[13]、診療所数が31,972[13]で、合計36,721であり、当時の人口を9,092千人[14]とすると、病院のみでは人口10万対約5であるが、診療所を含めると人口10万対約40であった。日本では1957年末の時点で、総病院数5,648[15]の84%、一般診療所総数54,790[15]の56%が指定医療施設であったが、一般診療所の大部分は私的医療機関である[15]。タイ国においても表5の通り、私的医療機関の大部分は一般診療所であることは共通している。2015年の統計では、病院とクリニックの別が記載されていないが、2008年の統計では[10]、UCS契約の私的医療機関は、病院55、診療所150であり、また2015年で全てのUCS契約私的医療機関が診療所としても、2009年の私的診療所数17,671を母数とすると1%未満に過ぎないため、一般診療所におけるUCSの施設カバー率が低いといえる。

D. 考察

D.1 カンボジア

カンボジアにおいては、家計の支出可能水準がここ10年で大幅な伸びを見せている。それに伴い、医療関連支出が原因で貧困ライン以下の生活を強いられる世帯は、2014年に全体の1%まで減少したが、医療関連支出が支払可能額の10%を越えた破滅的医療費支出世帯の割合は大きく変化していない。過去1ヶ月間の医療関連支出が100米ドルを超える世帯も10%程度存在する。多額の医療関連支出を行った世帯では、借入金や資産の売却等で同支出をまかなうケースもみられる。

カンボジアにおける医療関連支出は、依然として患者の窓口負担と援助に大きく依存している。総保健医療支出額に占める政府支出の割合は近年ほとんど伸びていない。UHCの実現は、カンボジア保健省の5カ年計画にも重点目標として位置付けられており、その実現に向けて、保健財政支出の拡大、保健サービス提供の質の向上、同サービス提供の格差解消を目指している[5]。同計画では、政府予算に占める保健医療関連支出を2015年の6.4%から2020年の9%に拡大する目標を示しているが、

「野心的な政府支出増の推計をもってしても、政府支出は戦略実現のための費用の3分の2程度しか負担できない」としており、残りは援助等でまかなうことが期待されている[5]。

本分析の結果は、貧困層向けの費用免除スキームや保健サービスのカバー率改善は、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る。一方、勤労者世帯等を対象にした公的保険スキームの普及は進んでおらず、2014年人口保健調査報告書でも、医療関連支出を公的保険スキームにより賄った例は少ない[2]。費用免除スキームの対象になっていない住民への財政リスクからの保護が課題である[6]。また、本分析によると、農村部では、費用免除スキームの導入による財政リスクからの保護効果は、限定的である。UHCの実現に向けては、現状の費用免除スキームがなぜ農村部で機能しないのか、分析が必要である[7]。

財政リスクからの保護を通じてUHCを実現するためには、費用免除や公的保険の制度整備に加えて、保健サービスのカバー率や質を向上させることが欠かせない[8]。本分析の結果、都市部のように、保健サービスがより普及した地域では、借入金や資産売却による医療関連支出を捻出した住民の割合が低いことが分かった。

本分析で用いた母子保健サービスの複合カバー率指標は、保健サービス提供水準の代理指標に過ぎないが、同指標には家族計画や妊婦健診、予防接種など予防的サービス指標と小児の下痢症や肺炎などでの治療的サービス指標の両方を含んでいる[4]。複合カバー率指標は、地域における社会経済発展の全般的水準を代表している可能性もある。そういった非保健医療要因が借入金や資産売却による医療関連支出を予防している可能性もある。しかし、複合カバー率指標と借入金や資産売却による医療関連支出との負の関連は都市部のみでみられ、農村部ではみられない。都市部では、複合カバー率指標に代表される保健サービスの提供水準が保健サービスの質的向上につながり、疾病予防及び治療を通じて財政リスクを伴うような多額の保健関連支出を防いでいる可能性がある。また、保健サービスの提供水準や都市部の社会経済発展水準の両方が実現されることで財政リスクを伴うような多額の保健関連支出を防いでいる可能性がある。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。

D.2 タイ

昨年度報告したように、タイ国における結核サービスは保健医療制度に組み入れられているため、国民がUHC対象施設を受診する場合は、経済負担

はない。しかし、受診可能施設という観点を考慮する必要がある。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[12]、私的一般診療所の施設カバー率は低いため、タイ国における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、早期診断の観点から望まれる。また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も検討する必要がある。

家計に占める医療費の減少等、タイ国のUHCの基本は確立していると考えられる。しかし、End TB Strategy目標達成には、結核の早期診断・早期治療が必須であり、特に都市部における受診の利便性においては、課題はまだ残されていると考えられる。また、「誰も取り残さない」というUHC/SDGの目標の観点からは、さらに無保険の少数民族や海外からの労働者などへの対応についての検討が必要である。今後、現行のUHCにおいて取り残される可能性がある人口に関して、1)かかりつけ病院制度によりアクセスに障害が生じる可能性のある国内移動人口に対する医療サービス、2)マイノリティーへの医療サービスについて調査検討を行い、SDGsの目標である「誰も取り残さない」の観点から、タイのUHC/結核サービスを検討する必要がある。

E. 結論

E.1 カンボジア

カンボジアにおいては、経済成長と保健サービス提供の進歩にも関わらず、破滅的医療費支出に代表される世帯の財政リスクに対する脆弱性が、依然として存在している。貧困層向け費用免除や保健サービスカバー率の改善は、都市部において世帯の財政リスク軽減の要因になっている一方で、農村部ではその恩恵が限定されている。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。

E.2 タイ

タイでは、2002年のUCS導入によりUHCを確立し、結核診断治療はUHCに組み込まれており、UCS契約医療施設で診断治療を受ける場合は、患者の経済的負担は回避される。利用可能な医療施設の観点からは、診療時間の関係で受診の利便性は高いと考えられる私的診療所のUCSへの登録が、日本と異なり少ない。また、UCSは、かかりつけ医療施設に登録するシステムであるため、移動人口における利便性に課題がある可能性がある。End TB

Strategy 目標達成のための早期診断・治療の観点から、このような利便性の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、移民への対応を検討する必要がある。

F . 研究発表

1. 論文発表

無し。

2. 学会発表

1) 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.

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]

- Jacobs B, de Groot R, Antunes AF. Financial access to health care for older people in Cambodia: 10-year trends (2004-14) and determinants of catastrophic health expenses. *Int J Equity Health*. 2016 Jun 17; 15: 94.
- National Institute of Statistics, Directorate General for Health, and ICF International, 2015. Cambodia Demographic and Health Survey 2014. Phnom Penh, Cambodia, and Rockville, Maryland, USA: National Institute of Statistics, Directorate General for Health, and ICF International.
- Ministry of Health (Cambodia). Annual Health Financing Report 2015. Phnom Penh, Cambodia: Ministry of Health. 2015.
- Barro AJ, Victora CG. Measuring Coverage in MNCH: Determining and Interpreting Inequalities in Coverage of Maternal, Newborn, and Child Health Interventions. *PLoS Med*. 2013 May; 10(5): e1001390.
- Ministry of Health (Cambodia). Health Strategic Plan 2016-2020. Phnom Penh, Cambodia: Ministry of Health. 2016.
- Annear PL, Ahmed S, Ros CE, Ir P. Strengthening institutional and organizational capacity for social health protection of the informal sector in lesser-developed countries: a study of policy barriers and opportunities in Cambodia. *Soc Sci Med*. 2013 Nov; 96: 223-31.
- Jacobs B, Bajracharya A, Saha J, Chhea C, Bellows B, Antunes AF. Attracting poor people to public health facilities to access free health care: an assessment of the Integrated Social Health Protection Scheme. Phnom Penh: Cambodia: Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit. 2017.
- Saksena P, Hsu J, Evans DB. Financial risk protection and universal health coverage: evidence and measurement challenges. *PLoS Med*. 2014 Sep 22; 11(9):e1001701.
- Thailand Health Profile Report 2008-2010. (http://wops.moph.go.th/ops/thp/thp/en/index.php?id=288&group_=05&page=view_doc)
- NHSO Annual Report 2008. (<https://www.nhso.go.th/eng/files/userfiles/file/2018/001/NHSO%20Annual%20Report%202008.pdf>)
- NHSO Annual Report 2015. (<https://www.nhso.go.th/eng/files/userfiles/file/2018/001/Annual%20report%202015.pdf>)
- THAILAND: UNIVERSAL HEALTH CARE COVERAGE THROUGH PLURALISTIC APPROACHES. ILO Subregional Office for East Asia. (http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---soc_sec/documents/publication/wcms_secsec_6612.pdf)
- 結核の統計 1959 (結核予防会) .
- 日本の総人口, 人口増加, 性比及び人口密度: 1920~2005 年. (http://www.ipss.go.jp/syoushika/tohkei/Data/Relation/1_Future/1_doukou/1-1-A01.htm)
- 昭和 32 年医療施設調査(厚生労働省)
- World Bank. (<https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.TOTL?locations=TH>)

表 1. カンボジアにおける財政リスクからの保護指標

Indicator	Coverage (the latest year)	Coverage (previous years)	Source and note
1. 世帯における月間支出可能額（総支出額から食料等生計維持のための基礎支出額を除いたもの;2014年固定価格）	199.7 ドル（2014;高齢者のいない世帯） 189.6 ドル（2014;高齢者のいる世帯）	107.8（2014;高齢者のいない世帯） 102.1 ドル（2014;高齢者のいる世帯）	[1]
2. 世帯における月間支出可能額に占める医療関連支出（窓口負担分）の割合	6.5%（2014;高齢者のいない世帯） 9.6%（2014;高齢者のいる世帯）	8.0%（2014;高齢者のいない世帯） 10.8%（2014;高齢者のいる世帯）	[1]
3. 破滅的医療費支出世帯の割合（Capacity to pay based on food expenditureによる医療支出が支払可能額の10%を越えた世帯の割合）	18.3%（2014;高齢者のいない世帯） 28.3%（2014;高齢者のいる世帯）	21.7%（2014;高齢者のいない世帯） 29.3%（2014;高齢者のいる世帯）	[1]
4. 破滅的医療費支出世帯の割合（Capacity to pay based on food expenditureによる医療支出が支払可能額の40%を越えた世帯の割合）	4.3%（2014;高齢者のいない世帯） 6.5%（2014;高齢者のいる世帯）	6.4%（2014;高齢者のいない世帯） 9.2%（2014;高齢者のいる世帯）	[1]
5. 貧困化医療支出世帯の割合（貧困ライン以上の支出水準のあった世帯が医療支出により貧困ライン以下となった場合）	0.9%（2014;高齢者のいない世帯） 1.0%（2014;高齢者のいる世帯）	3.2%（2014;高齢者のいない世帯） 4.6%（2014;高齢者のいる世帯）	[1]

表 2. カンボジアにおける保健財政指標

Indicator	Coverage (the latest year)	Coverage (previous years)	Source and note
1. 総保健医療支出額（100万ドル）	1,042（2014）	550（2008）	[3]
2. 総保健医療支出額（対国内総生産比率）	5.8%（2014）	5.4%（2008）	[3]
3. 総保健医療支出額に占める政府支出の割合	18.5%（2014）	19.0%（2008）	[3]
4. 総保健医療支出額に占める二国間及び多国間援助の割合	18.3%（2014）	20.1%（2008）	[3]
5. 総保健医療支出額に占める患者窓口負担の割合	63.2%（2014）	60.9%（2008）	[3]

表 3. 過去 1 ヶ月に傷病のあった住民のうち、借入金や資産売却による医療関連支出を捻出した者の割合（%、居住地（都市・農村）、世帯の保有資産（5 分位）、貧困層向け費用免除スキーム対象者別、2014）

世帯の保有資産水準（5 分位）	都市部		農村部	
	費用免除スキーム対象者 (n=354)	費用免除スキーム非対象者 (n=2,160)	費用免除スキーム対象者 (n=1,629)	費用免除スキーム非対象者 (n=4,806)
最下位層	7.5%	22.8%	26.2%	27.0%
下位層	8.5%	21.6%	24.7%	22.8%
中位層	21.1%	27.4%	16.6%	24.1%
上位層	2.9%	11.6%	16.1%	12.8%
最上位層	20.0%	4.8%	7.1%	6.3%
平均	12.1%	7.7%	22.7%	20.1%

保有資産水準は、人口保健調査の家計資産に関する項目から主成分分析により標準化スコアを算出し、5 分位に層化したもの。貧困層向け費用免除スキーム対象者は、Health Equity Fund カードの保有者かどうかで分類。

表 4. 過去 1 ヶ月に傷病のあった住民のうち、借入金や資産売却による医療関連支出を捻出した者の割合（%、居住地（都市・農村）、地域の母子保健サービス複合カバー率指標（3 分位）別、世帯の保有資産水準が下位または最下位の住民、2014）

地域の母子保健サービス複合カバー率指標（3 分位）	都市部 (n=157)	農村部 (n=2,525)
カバー率が低位の地域	16.4%	22.1%
カバー率が中位の地域	10.0%	32.5%
カバー率が上位の地域	8.3%	27.3%
平均	12.7%	26.4%

母子保健サービス複合カバー率指標は、母子保健の各サービスのカバー率（家族計画サービス、妊婦健診（1 回以上）、資格者による出産介助、基礎的な予防接種、経口補水療法、肺炎治療アクセス）の加重平均として求められるものである [4]

全 193 地域(District)母子保健サービス複合カバー率が算出できた 117 地域の住民を分析対象としている。

表 5. タイの医療施設数 (Subdistric レベルまで)

公的機関		
BMA (*)	Medical school hospitals	5
	General hospitals	26
	Specialized hospitals	13
	Public heath centre	68
	Branch	76
BMA 以外		
Regional Level	Medical school hospitals	6
	Regional hospitals	25
	Specilized hospitals	48
Province Level	General hospitals	71
	Military hospitals	59
	Police hospitals	1
District Level	Commumity hospitals	734
	Municipal heath centre	284
Subdistrict Level	helath centre	9,768

*Bangkok Metropolitan Administration

私的機関(病院、診療所)		
BMA (*)	Clinics	3,878
	Private hospitals	96
BMA 以外	clinics	13,793
	private hospitals	226

(資料 9 より抜粋)

表 6. タイ国における UCS 施設 (*1, 2015 年) 日本における結核指定医療機関 (1957 年)

国	年	施設	施設数	人口(*3)	人口 10 万当り施設数
タイ	2015	UCS 契約施設(公的 *2)	11,546	48,336,321	24
		UCS 契約施設(私的)	301		1
		UCS 契約施設(合計)	11,847		25
日本	1957	病院のみ	4,749	90,928,000	5
		病院 + 診療所	36,721		40

*1: Universal Coverage Scheme

*2: 保健省管轄、他の省管轄、地方政府管轄の合計

*3: タイは 2015 年の UCS 受益者数

(資料 11, 13, 14, 15 に基づき作成)

4. 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関する研究

研究分担者 伊達 卓二 保健医療経営大学 教授

研究要旨

[目的]

本分担研究の目的は、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]

本分担研究は、ケニアの保健医療に関する資料や文献から重要事項やデータなどを抽出するとともに、ケニア国内で UHC 関係者から聞き取りにより情報を収集し、得られた情報を整理・分析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、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 月頃に計画した調査を選定するための聞き取りを行った。平成 29 年度は、引き続き資料や文献を収集するとともに、結核対策関係者などから聞き取りを行い、平成 30 年度に結果を報告する予定である。

[結果]

1. 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 達成に取り組んでいる。
2. 1 人当たりの保健医療費は、近隣諸国と同様に増加傾向である。
3. ケニア政府の保健医療負担は緩やかな増加傾向で、医療保険などの影響も含め、医療費に占める Out-of-Pocket (OOP) 支出は、減少傾向である。
4. 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る。
5. 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。
6. 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いる。
7. IT 技術を導入して保健医療システムの基盤整備を図っている。

[考察・結論]

近年の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る。さらに、ケニア政府は、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 (TIBU)、電子マネー (M-Pesa) など、インターネットや情報通信システムを利用した保健システム強化を図っており、UHC 達成の促進効果が期待できる。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る。

研究協力者：

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)
Kamene Marita:
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。

分担研究対象国として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いることを考慮した結果である。

本調査・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であり、UHCに関係する入手可能な資料・文献だけでなく、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について現状を明らかにすることである。

本報告は、平成28・29年度の中間報告としてこれまでの調査結果をまとめた。

B. 研究方法

本研究は、ケニアの保健医療に関する資料や文献から重要事項やデータなどを抽出するとともに、ケニア国内の関係者との面接調査などから得られた情報を収集して分析する記述的研究である。

平成28年度は、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)と共に、予備調査として関係組織でインタビュー(平成29年2月末)を行った。

平成29年度は、各種文献調査を深めると共に、現地コンサルタントに依頼して結核対策に携わる関係者からの聞き取り調査を実施しており、平成30年度に報告できる予定である。

C. 研究結果

1 ケニアの社会保障政策

社会保障制度の全体像を把握するため、現在までの経緯を包括的に理解することが重要である。しかし、単独の文献として網羅されていないため、引用文献[1]を参考としつつ各種文献から情報を収集し、ケニア独立(1963年)以降の重要政策を年代別に表1にまとめた。

表1. 社会保障に関する政策の経緯

<1963年の独立から2000年>
[1963年の独立以前] ケニア人にもみ受益者負担(user fees)を実施する差別的植民地政策。
[1963-65年] 1963年の独立から2年間、受益者負担を継続したことで医療サービス利用が抑制された。
[1965年] ・医療サービスの財源を税収とし、受益者負担を廃止。 ・雇用保険(The National Social Security Fund : NSSF)の法律が国会で成立(Chapter 258)。
[1966年] 公務員や大企業など(Formal sector)の職員を対象とした国家病院保険基金(National Hospital Insurance Fund : NHIF)の法令(Chapter 255)が国会で成立、保健省の一部局として運営開始 [2]。
[1972年]

国家病院保険基金(National Hospital Insurance Fund : NHIF)の加入対象者を非正規(Informal sector)就業者にも拡大するため法令を変更 [2]。
[1989年] 再び全ての医療サービスに受益者負担を適応、結果として利用者が激減し、予防接種など必須医療サービスにも悪影響があった。
[1990年] 受益者負担を廃止。
[1991-2003年] 医療サービスの内容別(例えば病院での医療)に受益者負担を課す制度を導入。予防接種や結核などは例外としたものの、実際にはあらゆる場面で長年にわたって受益者負担が存在した。
[1994年] 感染症や小児疾患対策など公衆衛生の充実のため、保健医療政策体系(Kenya Health Policy Framework : KHPF 1994-2010年)を発行 [3]。
[1998年] 保健省の直轄組織ではなく、NHIFを公的基金とする法令(No.9)を国会で承認。貧困者や非正規職員の加入者数増加のため、これまでの入院費用に対する定額給付だけでなく、ヘルスセンターや小規模の医療施設を対象とした外来受診や医師の診察・検査費用も給付対象として拡大 [2] [4]。
[1999年] ケニア政府の最初の保健セクター戦略計画(National Health Sector Strategic Plan: NHSSP 1999-2004)を策定。貧困者でも、公平で質の高い医療を受けることができるよう、都市の病院の高度な医療ではなく、地方の医療施設や公衆衛生の支援を重視する6項目を挙げている [5]。

1963年の独立から2000年までの37年間で特記すべき事項は、医療のサービス提供とシステムを維持するための受益者負担の政策が実施と廃止で揺れたことで混乱が生じたこと、アフリカ大陸で最初の国民医療保険(National Hospital Insurance Fund : NHIF)が設立されたことである。

<2001年から2010年>
[2001年] 貧困者の削減し経済成長を促す目的で、ケニア政府として最初の貧困対策戦略計画(Poverty Reduction Strategy Paper : PRSP 2001-04)を策定 [5]。
[2003年] ケニア政府第二期の貧困対策戦略計画(PRSP II: Investment Programme for the Economic Recovery Strategy for Wealth and Employment Creation 2003-07)を策定。保健医療政策として、感染症や母子保健など基礎医療を手ごろな価格で誰もが受診できるよう、保健医療への政府予算支出を12%(現状5.6%)に増額する計画 [6]。
[2004年] ・1991年に始まった受益者負担は、診療所とヘルスセンターについて廃止する代わりに、登録費として診療所は10 Ksh(ケニアシリング)、ヘルスセンターは20Kshを支払う政策(10/20 Policy)に変更、その結果一時的に利用者は増加したものの予算不足が発生、事実上受益者負担が継続。 ・11月の国会で国家社会保障基金(National Social Health Insurance Fund : NSHIF)の設立を承認したが、現実

的でないと大統領が署名を拒否。NSHIFを新たに構築するよりNHIFを基盤とした制度構築の方が現実的と判断し、社会保障制度としてNHIFを機能強化するため、貧困者や社会的弱者の加入促進が求められる [7]。

[2005年]

- ケニア政府として1999年に次ぐ第2期の保健セクター戦略計画 (NHSSP II: Revising the Trends 2005-2010) を策定。保健医療の不公平をなくすことで、健康指標を高めることを目標に定めている。医療サービスの質向上のため、コミュニティの診療所から大病院まで医療施設を6つのレベルに分類し、KEPH (Kenya Essential Package for Health) と呼ぶ医療サービスパッケージを整備する計画 [8]。
- 1972年のNHIF法令変更により、非正規職員を加入者として受け付け開始 [9]。

[2007年]

公的医療機関での出産費用の受益者負担を廃止。

[2008年]

2030年までにケニアを経済的中進国にするという政府の野心的で包括的な成長戦略 (Vision 2030) を発表。同時にケニア政府第三期の貧困対策戦略計画 (PRSP III 2008-12) も策定し、保健医療分野では予防接種や感染症対策、母子保健などを重要政策に掲げている [10]。

[2010年]

- 2004年に導入した10/20 Policyで生じた予算不足の解消のため、Health Sector Services Fund (HSSF)が財源を負担することとなり、利用者の増加が期待できる。
- ケニア国憲法が改正され、ケニア国民であれば誰もが適切な医療サービスと救急医療を受ける権利が保障されている旨明記された (第43条項)。また、行政サービスを地域に沿って効率的・効果的に運営するため、中央政府の行政権 (予算を含む) を47州に委譲 [3]。

2001年から2010年の間で特記すべき事項は、出産費用の受益者負担の廃止や、貧困削減計画や保健セクター改善計画、経済成長戦略など、社会的弱者に対する支援の重要性が注目されたことである。この背景には、国連のミレニアム開発目標 (MDGs) の影響もあると考えられる。

<2011年以降>

[2011年]

国家社会保護政策 (Kenya National Social Protection Policy) が公表され、国の政策として貧困者や社会的弱者の生活改善のための行動計画が示された [11]。

[2012年]

10月11日、ケニア政府はUHC (Universal Health Coverage) をより積極的に推進するため、金銭汚職が問題視されていたNHIFの改革を進めることを閣議決定した [12]。

[2013年]

- 社会保障をより積極的に推進するため、いくつかの省庁を新しい社会保障省 (The Ministry of East African Community (EAC), Labour and Social Protection) として統合した [13]。
- ミレニアム開発目標の項目5 (maternal health) 改善のため、2007年の出産費用の受益者負担廃止の適用範囲を拡大し、出産前後の診断や検診など包括的経費について受益者負担廃止 [14]。

[2014年]

- Vision 2030の目標達成を目指し、2014年から2030年までの保健医療政策 (Health Policy 2014-2030) を策定。

2030年までに、結核を含む感染症による死亡数を62%減少する [3]。

- ケニアの保健医療政策としてUHCを目標とした第3期保健セクター戦略計 (NHSSP III: Transforming Health: Accelerating Attainment of Universal Health Coverage, Kenya Health Sector Strategic and Investment Plan 2014-2030) を策定 [15]。
- 結核対策3カ年計画 (2015-2018) を策定し、目標のひとつに結核を原因とした貧困家庭の数を減らすことが記された [16]。
- Informal sectorの加入者が、NHIFの保険料金支払いをより容易にする電子マネー (M-Pesa) での支払いを可能とした [17]。

[2015年]

NHIFの魅力を高め加入者数を増やすため、外来診療に対する保険適応を手厚くする目的で掛け金の増額を実施 [18]。

[2017年]

中央と州政府が連携し、保健医療面での社会的弱者への支援、救急医療や専門的医療の提供を目的とした法令 (Health Act 2017) を公表 [19]。

2011年以降ケニア政府は、社会的弱者に対する支援強化やUHC達成をより意識し、社会保障分野に対するより広範囲の支援強化を目指している。

表1にまとめた経緯で、現在のケニアの社会保障制度に対し、影響が大きいと考えられるのはNHIF、Vision 2030、中央政府から地方政府への権限移譲 (憲法改正) ではないかと考えられた。

2008年のVision 2030の策定、2010年の憲法改正を通じ、ケニア政府として、社会保障制度を包括的に改善し、2030年までに新興工業国となることを目指しており、UHCの達成は社会保障政策の重要な指標として位置づけられていた。

2 ケニアの保健医療システム

2-1 近隣4か国との比較

近隣諸国と比較することで、ケニアの保健医療の現状を把握することを試みた。概要として、表2に人口と経済力を示しており、ケニアの人口は約4,500万人で人口規模の差に比べて1人当たりGDPは約1,400米ドルと他の3か国に比べて比較的高いといえる。

表2. 近隣4か国の比較 [20]

	人口 [百万人]	1人当たりGDP [米ドル]
Ghana	26.8	765
Kenya	44.9	1,420
Tanzania	51.8	955
Uganda	37.8	715

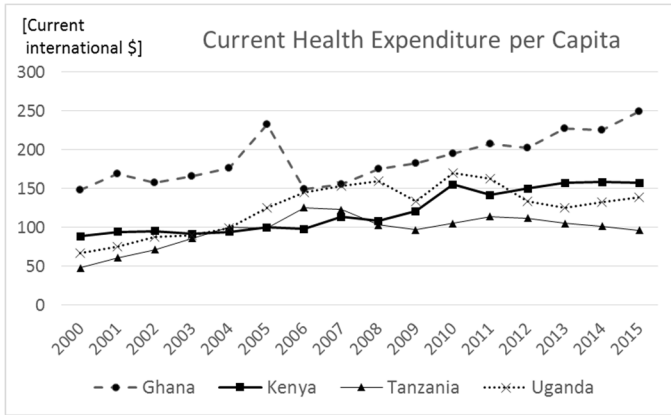


図1. 1人当たり保健医療費 (US\$) [21]

図1は1人当たりの保健医療費（購買力平価：Current International USD）を示しており、15年間で比較すると4か国とも増加傾向で、2015年時点でケニアの場合タンザニアの約250米ドルに次いで約150米ドルである。

図2は政府による1人当たり保健医療費（購買力平価：Current International USD）を示しており、ガーナは増加傾向、タンザニアとウガンダは20~30米ドルでほぼ横ばいである。ケニア政府は2002年頃から2008年まで医療費を削減する傾向を示していたが、2009年以降徐々に増加傾向を示しており、2015年時点では約50米ドルを超えている。

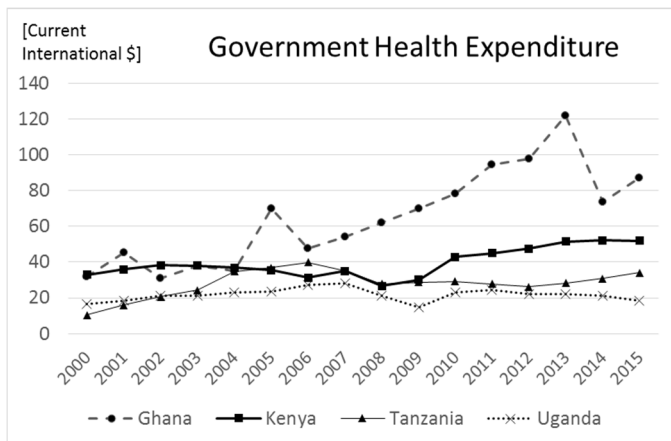


図2. 政府の1人当たり保健医療費 (US\$) [21]

図3は医療費に占めるOut-of-Pocket (OOP) 支出の割合を示している。ウガンダを除いて漸減傾向を示しており、ガーナのOOP削減割合が最も大きい。一番下の線は日本で、約13%で推移している。

図1・図2・図3から、ケニアは、ガーナに次いで1人当たりの医療費が高く、これに伴い政府の医療費支出も徐々に増加傾向を示している。ケニア政府の場合、2008年まで医療費支出を削減していたが2009年以降医療費支出を増加させている。OOP割合は2000年以降着実に低下傾向を示している。

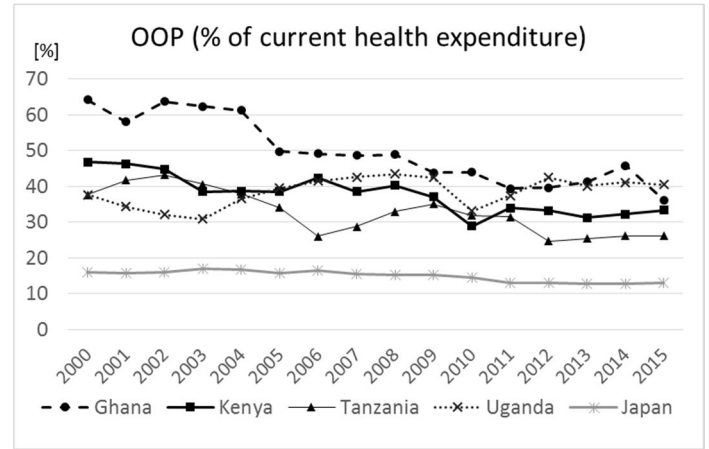


図3. 医療費に占めるOOPの割合 (%) [21]

2-2 ケニアの保健医療費について

ケニア政府の保健医療に関する予算は、中央政府の保健省と州(County)政府予算の二つがある。2010年の憲法改正により、自治権が州政府に移譲(Devolution)されたことで、州の実情に合わせて州政府が予算執行を行うことができるようになった。実際には、図4に示すように2013/14年から州政府が予算支出しており、州政府の予算額は中央政府比増加傾向である。一方、政府全体に占める予算割合は、2016年度予算時点でDevolution以前の7.8%を超えておらず、2003年のPRSPII(第二期貧困対策戦略計画)の目標値12%は達成していない(なお、ケニアの通貨Kenya Shilling: Kshケニアシリングは2018年現在Ksh100=約1米ドル)。

政府支出予算総額は、2016/17年では約1,520億Ksh(中央政府が600億+州政府の920億)で、公務員の給与(約500億Ksh:中央60億+州440億)が含まれており、保健医療に直接関わる費用は約1,000億Ksh程度だと考えられる。

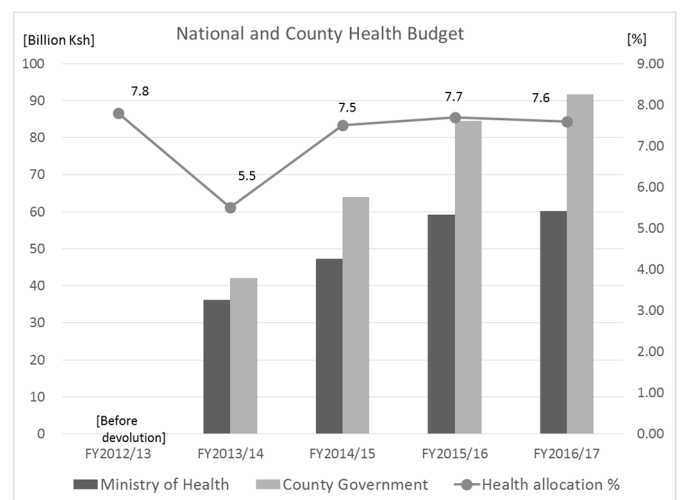


図4. 政府予算の保健医療への支出状況[22]

州政府予算に占める保健医療予算割合は47州でばらつきがあるが、表3に示す通り、年と共にレンジは縮小傾向、平均値は増加傾向を示しており州政府のコミットメントが高まっているといえる。

表3．州予算に占める保健医療予算割合[23]

年度	2014/15	2015/16	2016/17
最小 - 最大レンジ% (平均%)	4-40% (21.5%)	9-35% (23.4%)	15-37% (25.2%)

図5は、保健医療費の総額について負担者の種類と金額を示している。総額で見ると、2009/10年度から2015/16年度の間で2倍を超える増加を示しており、図2のデータとほぼ一致していることが確認できる。医療費の負担者別にFY2015/16年度の内訳をみると、地方政府（State/regional/local government）予算が増額され、中央政府（Central government）と合わせて約37%（1,220億Ksh）、OOPが約28%（900億Ksh）、ドナー援助（Rest of the world）が約16%（350億Ksh）、民間保険（Commercial health insurance）が11%（1,220億Ksh）、NHIFが約5%（150億Ksh）、企業（Enterprise financing）が約3%（100億Ksh）となっている。

保健医療費負担の特徴として、図3のデータと同様にOOPの割合は減少傾向を示している。しかし、NHIFの支出額は民間保険の支出割合の半分程度に過ぎず、経済的余裕がある民間保険加入者が保健医療サービスをより多く消費していると考えられる。

また、外国からの援助による保健医療プログラム支援（HIV/エイズ・マラリア・結核や、予防接種など）額も多く、基礎的医療サービス提供に貢献しているだけでなく、保健医療政策のモニタリング[20]や政策提言など、重要な役割を担っている。

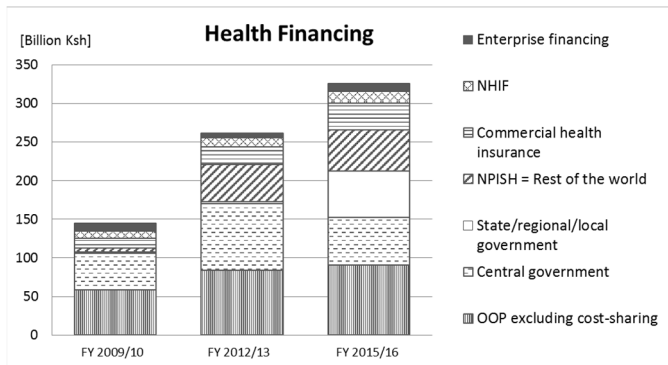


図5．保健医療費負担額（Kenya Shilling: Ksh）[23]

2-3 ケニアの医療保険の概要

ケニアの医療保険は以下の種類があり、加入率を調査した2014年のDemographic survey結果を表4に示す[24]。

1. National insurance scheme
2. Employer based insurance
3. Mutual health organization/ Community based insurance
4. Privately purchased commercial insurance
5. Pre-payment scheme
6. Other

表4．医療保険の男女別加入率（%）

	1	2	3	4	5	6	None
女	14.3	2.4	0.4	1.1	0.1	0.3	82.0
男	17.6	3.6	0.2	1.3	0.2	0.2	78.4

加入者が最も高いのは National insurance scheme の NHIF だが、加入率は約 20%（男女の平均）であり、人口を約 4,490 万人（表 2）で計算すると、約 900 万人が NHIF 被保険者（家族も含む）だと考えられる。ただし、医療保険の加入状況は、表 4 に示した男女別だけでなく、家計収入や教育レベル、都市か地方などのグループ間で格差があることが報告されている。

2-4 National Hospital Insurance Fundの概要

NHIF は、1966 年に国家公務員の医療保険として設立されて以降、公的医療保険としての役割を担うため機能強化が続いている。2010 年の憲法改正に伴い、国民の健康が基本的権利とされ、適切な医療サービスを全ての国民に提供できるよう加入率拡大が期待されている。

【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。

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「Supa Cover（Super cover）：定額支払いではなく経費の 2 割負担（外来と入院費を含む）」を設定した。

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。これとは別に、世銀の予算で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。このため払い過ぎの課題が生じる。
 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】

2018年時点の医療機関数は、ケニア全土で13,115か所[25]あり、NHIFは、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 (KEPH2-3)については、全て無料サービス(2004年の10/20 Policy)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。

【出産費用】

出産に伴う費用は無料で、出産証明書を医療機関が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。

2-5 データから見る NHIF

図6の折れ線は、NHIFの掛け金収入(左軸)の推移を示しており、実線が合計で、破線が利益を示している。実線から破線を引き算した額が保険金支払い額を示しており、FY2015/16では約178億Kshで図5の150億Kshに相当する。棒グラフは加入者数(右軸)の推移で、白はFormal sectorの加入者、黒はInformal sectorの加入者数の推移を示している。NHIFは1972年からInformal sectorの加入者を受け入れるとしているが、実際には2005年から受け入れを開始したことが、データから確認できる。

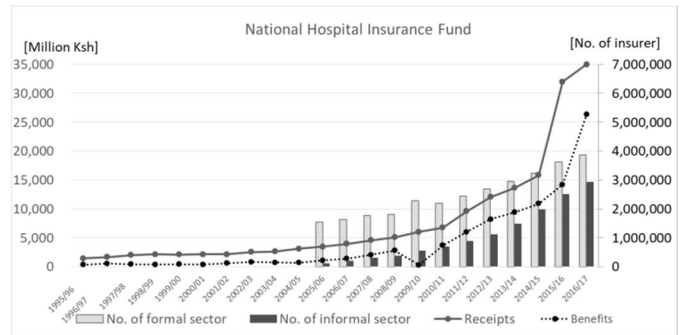


図6. NHIFの収支と加入者数の推移[26]

掛け金収入は2014年度から急激に増加しており、2014年の電子マネー(M-Pesa)の導入や、2015年の掛け金の増額が影響していることがデータから確認できる。同時期にInformal sectorの加入者の伸びが高くなっていることが確認できる。このデータでは、表4に示した調査結果の2013年時点を見ると、約390万人(FormalとInformalの合計)が加入しており、家族を含めるために3倍すると、被保険者数は約1,170万人という結果となる。

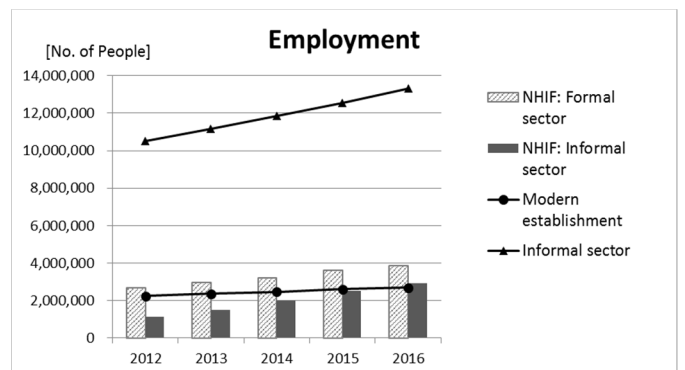


図7. NHIF加入者と雇用者数の推移[27]

図7は、15~64歳の労働人口(2016年時点で約2,500万人)のうち、就業している人数をFormalとInformal sectorに分けた年次推移を、NHIF加入者の推移を2012年から示した図6の棒グラフに重ねて示したものである。折れ線で示したModern establishmentの雇用者は、Formal sectorと同義だと考えられ、ケニア政府の政策として全員がNHIFに加入していると考えられる。他方、Informal sectorについては、2016年で約1,300万人の雇用者のうち、約300万人がNHIFに加入していると考えれば、Informalの雇用者数からNHIF加入者数を差し引きした約1,000万人がNHIF未加入であり、そのほとんどは民間保険にも加入していない無保険者ではないかと考えられる。

表5はNHIFの5か年計画を示しており、2016/17年の計画では、保険加入者本人は1,030万人(家族を含めると3倍の3,090万人)、実績は約700万人で、約7割の達成率となる。保険加入者本人の数が700万人であれば、家族を含めると約2,100万人がNHIFの被保険者で、人口4,490万人とすれば約47%がカバーされたといえる。

表6は加入者のカテゴリー別に分けた新規加入者数の年間計画を示している(2017年の現地インタビューから)。

表5. 保険加入者と受給対象者の5か年計画[2]

Membership (×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6. 2016-17年のNHIF年間計画

	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	640,000
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

2-6 医療保険制度のまとめ

これまでの調査に基づき、ケニアの医療保険制度と費用負担の制度について表7にまとめた。

表7. 受益者負担と医療保険の関係[著者作成]

KEPH	A:	B:	C:
1-3: 診療所	政府系医療機関の場合、2004年の10/20 Policyに従い、医療保険と関係なく登録費(診療所は10Ksh、ヘルスセンターは20Ksh)の支払を除いて基本的には無料。しかし実情は、County政府の予算不足のため、一部の検査や医薬品など受益者負担が求められる。		
4-6: 病院レベル	A: 受益者負担	B: NHIFの支払対象外の検査・治療などはCo-paymentを含む受益者負担(informal sectorの加入者は、C:のformal sector加入者に比べ保険診療範囲が限定されている)。	C: NHIFの支払対象外の検査・治療などはCo-paymentを含む受益者負担。
	NHIFに指定されていない病院の場合、全て受益者負担となるが、NHIFのホームページで確認できる対象病院数は773か所(2018年時点)あり、ほぼ網羅されている。ただし、国の最高医療機関であるKenyatta National Hospital、Moi Teaching and Referral Hospital、Kenya Medical Training Collegeの3つは保健省から独立した機関(semi-autonomous governmental agency)で、受益者負担(User fee)がある[22]。		

【横軸】

A: 医療保険未加入者(約1,000万人)

B: NHIFの加入者(informal sector)(約290万人)

C: NHIFの加入者(formal sector)(約390万人)

【縦軸】

KEPHのlevelは2005年NHSSP II、施設数は文献[29]。

1: Community level(439か所)

2-3: The lowest level of care: dispensaries, health centres and maternity/nursing homes(4,740か所)

4-6: Primary, secondary and tertiary hospitals(607か所)

注1) 特定の予防接種や感染症、出産と出産前後の母子保健に係る費用は無料。

注2) NHIFの支払い対象外のCo-paymentについて、Community insurance(加入者約94,000人[28])や民間保険(加入者数未確認)を併用することができる。

2-7 ケニアの医療施設基準[30]

ケニア保健省は、2005年のNHSSPII(第2期保健セクター戦略計画)で地域を問わず統一した医療サービスを提供するため、医療施設基準に相当するKEPH(Kenya Essential Package for Health)を定め、1から6のレベルを策定した(図4の縦軸がKEPH)。しかし、定めた医療サービスが実際に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のが現状である。

ケニア全国の医療機関数は2013年時点で7,995(2018年時点では13,115か所[25])あり、そのうちKEPHが提供されている割合は、全国平均で54%にとどまっている。また、医療施設数もKEPHとして示されている医療サービスの種類も、州によってばらついており、最も医療施設が多い地域と少ない地域では3倍以上の格差がある。

3 ケニアの社会保障と保健医療

3-1 社会保障の概要

2008年のVision 2030と2010年の憲法改正に伴い、2013年には新しい社会保障省(The Ministry of East African Community: EAC, Labour and Social Protection)として再編され、貧困撲滅を目指した国家主導のNational Safety Net Program(NSNP:国家社会保障プログラム)を2013年9月から開始している。NSNPは表8に示す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(OPCT)、孤児と貧困児童(CT-OVC)、極度の身体障害者(PWSD-CT)の3つのグループに対する現金給付(Cash transfer)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つの郡に限定して実施している。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などの財政支援である。

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。

表 8 . National Safety Net Program 実績と計画概要
[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

現金支給の課題として、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もある。

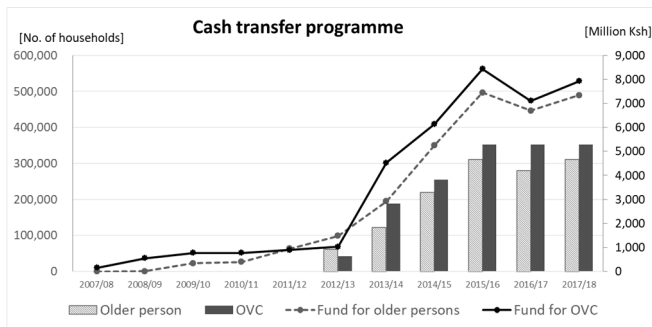


図8 . 貧困者への現金給付[27]

図 8 は OPCT と CT-OVP の給費金額と対象家庭数の推移を示しており、線グラフ (右軸) は予算額の推移、破線は OPCT、実線は CT-OVP の予算額を示しており、棒グラフ (左軸) の黒は CT-OVP、グレーは OPCT の家庭数を示している。2013 年以降、現金給付プログラムの予算額と対象家庭数が増加していることをデータからも確認できる。

3-2 医療機関へのアクセスの問題

ケニアの住民が医療機関を受診しない理由を調べた調査では、医療にかかる費用の問題が圧倒的で、次いで交通費や医療の質 (医薬品不足や医療従事者

の不適切な対応) の問題が指摘されている[31]。

ケニアの医療費に関する研究論文[32]では、医療費を支払うため、借金や土地財産の処分などで1年間に150万人が貧困状態になる (2007年時点) との指摘がある一方、2017年での同様の研究では45万人と少ない計算結果になった。但し、交通費を含めると60万人が貧困状態になると指摘している。前掲の表2では、ケニアの1人当たりGDPは近隣諸国より高く、2017年時点では医療費の影響は小さくなったといえるかもしれないが、医療費負担による貧困の悪循環を少しでも小さくする努力がUHC達成に必要なである。

3-3 社会保障としての NHIF

社会保障制度として、医療保険の側面から NHIF は以下のような支援を行っている。

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 家族に対して医療保険の掛け金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。

4 結核対策

4-1 結核対策の概要

結核対策の指標として二つの重要指標である患者発見率と治療成功率は、2014 年の全国平均で 80% と 90% と保健省結核対策課の目標である 75% と 86% を達成したと報告された[33]。しかし、2016 年に実施された結核有病率調査 (Prevalence Survey) では、これまで考えられていた罹患率 10 万人対 233 が 558 になると報告しており、これをケニアの人口に当てはめると、新規結核患者数 (incidence cases) は 138,105 人となり、2015 年の結核患者報告者数は 81,447 人なので約 40% (56,658 人) が発見されておらず、患者発見の遅れによる感染拡大の危惧が指摘された[34]。この原因として診断の質や、医療機関へのアクセス不足が考えられる。なお喀痰塗抹検査施設 (Acid-Fast Bacilli microscopy sites) は全国 1,860 か所設置されている (人口約 24,000 人に 1 か所) [16]。

結核による 1 年間の死亡者数は、マラリア、肺炎、がん、HIV/エイズに次いで 5 番目で約 9,000 人、死亡総数の約 5% を占めている[27]。他方、医療費総額に占める疾患別の金額割合は 2015/16 年の場合、HIV/エイズ (約 20%)、母子保健 (約 12%)、マラリア (約 10%)、呼吸器疾患 (約 9.6%) に比べ、結核は 1.4% である[23]。これを金額にすると結核は約 46 億 Ksh の医療費となり、結核対策 3 カ年計画

の予算規模（約 74 億 Ksh）と比較すると約 62%に相当することが判る[16]。

また、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制度上の支援は行われていない。但し、多剤耐性結核（MDR-TB）患者に対する支援を 2017 年度から Global Fund 予算（750 万米ドル）で、国際 NGO の AMREF（African Medical and Research Foundation）を通じて経済支援を行うとの情報があるがデータとして確認できていない。

4-2 UHCをモニタリングする指標

表 9．病院及びプライマリー医療施設での各種医療関連用品の在庫割合

	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

表 9 は医療施設の各種医療用品の在庫状況を示している[30]。ワクチンは他の用品に比べて在庫割合が高いことが判るものの、3-2 で記したように医薬品など医療用品不足は、住民が医療機関を受診しない理由のひとつであり、在庫管理マネジメントの改善が必要である。また、2014 年に保健省が策定した第 3 期保健セクター戦略計（NHSSP III 2014-2030）を評価するためのモニタリング評価報告書[35]の中間報告書（2014-2018）では、各種医療情報を州ごとに取りまとめており、結核患者発見率と治療完了率が指標として採用されている。

5 ケニアの保健医療とInformation Technology

5-1 電子マネー

前述のように、NHIF は 2014 年に、医療保険加入者の利便性を高める目的で、ケニアの電子マネー M-Pesa での保険金支払いを承認し、給与天引きではない Informal sector の加入者数増加につながったと考えられる。

医療保険の Pre-payment scheme として、携帯電話事業者の Safalicom がアムステルダムからの資金援助を受け、2016 年に医療費支払いに特化した貯蓄タイプの M-Tiba という基金を設けた。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。

5-2 医療情報システム

ノルウェーのオスロ大学が開発した DHIS

(District Health Information System)は、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[36]。ケニアの場合、保健省がデータサーバを設置して管理しており、図 9 の事例のように、ケニアの地図上に各種医療情報を重ねて表示することなども可能で、各種医療データを視覚的に確認して対策を講じることができる重要なツールである。但し、外部の人間がデータにアクセスすることはできないため、どのような医療情報があり、どれほど有用であるのか詳細は把握できていない。

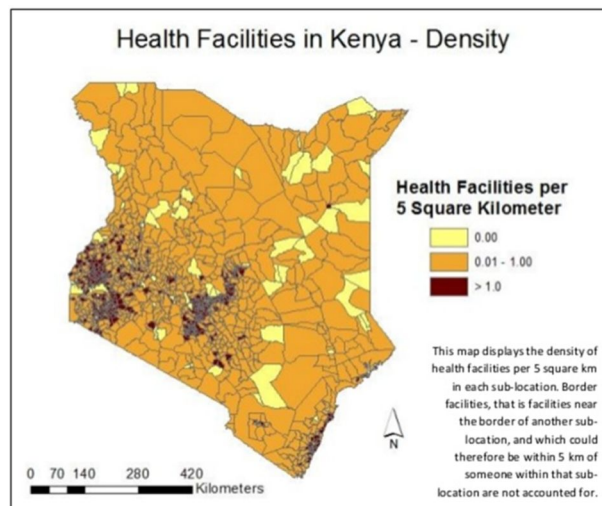


図 9 .DHIS データの事例(医療施設分布状況)

DHIS とは別に、結核対策に特化した医療情報システム TIBU（スワヒリ語で「木」の意味）がある。以前、米国の NGO の MSH が開発した結核患者登録システム「e-TB」があったが、利用条件に制限があるため、ケニアで独自のシステムを開発した。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政府、保健省へと伝わり共有されているとのことだが詳細は確認できていない。

D．考察

ケニア政府の保健医療政策は紆余曲折があったものの、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、政府レベルで UHC 達成への意図は明確であることが確認できた。また、NHIF や社会保障に関する実績についてもデータから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、教育や家計の状況などで格差があり、UHC の達成には課題があり、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、民間資金や開発援助資金との連携なども重要である。

さらに、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（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利用した保健システム強化を図っており、UHC達成の促進効果が期待できる。

結核対策からUHCを考察した場合、結核対策の指標が保健医療戦略計画の指標としてモニタリングされており、医療情報システムと連携させて分析し、効果的な課題解決戦略を立てることでUHC達成につながることを期待できる。

E. 今後の計画

平成28年度および29年度の調査・研究状況に基づき、最終年度の平成30年度は、公表されている文献や資料など、さらに詳細に分析する、結核対策とUHCについて、ケニアのコンサルタントと保健省結核対策課の職員などと共に、最新情報を収集して研究成果としてまとめる予定である。

F. 研究発表

1. 論文発表
無し。

2. 学会発表

1) T Date, S Kiniyanjui, 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。

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] Chuma and Okungu. “Viewing the Kenyan health system through an equity lens: implications for universal coverage.” *International Journal for Equity in Health*. 2011, 10:22.

[2] NHIF. “Strategic plan 2014-2018, Sustainable Financing towards universal Health Coverage in Kenya.” NHIF, pp.4-19.
[http://www.nhif.or.ke/healthinsurance/uploads/strategic_plan/Strategic_Plan_2014-2018.pdf]

[3] Ministry of Health. “Kenya Health Policy 2014-2030; Towards attaining the highest standard of health.” 2014, p3-4, 63.

[4] Timothy Chrispinus Okech & et.al. “Analysis of Universal Health Coverage and Equity on Health Care in Kenya.” 2016, *Global Journal of Health Science*. 8:7, p.222.

[5] Ministry of Finance and Planning. “Poverty Reduction Strategy Paper for the period 2001-2004.” 2001. pp.1, 56-57.

[6] Government of Kenya. “Investment Programme for The Economic Recovery Strategy for Wealth and

Employment Creation 2003-2007.” 2004, IMF Country Report No. 05/11. pp.51-52.

[7] Kimani et al. “Determinants for participation in a public health insurance program among residents of urban slums in Nairobi, Kenya: results from a cross sectional survey”. 2012, *BMC Health Service Research*. 12:66,

[8] Ministry of Health. “Reversing the Trends: The Second National Health Sector Strategic Plan of Kenya (NHSSP II) 2005-2010.” 2005, pp. xi-xii.

[9] Adam Dale Koon. “Framing Universal Health Coverage in Kenya: An Interpretive Analysis of Health Financing Politics.” 2017 Doctoral thesis, University of London, p.98.

[10] Kenya Vision 2030. [<http://www.vision2030.go.ke/>] Accessed April 2018.

[11] Ministry of Gender, Children, and Social Development. “Kenya National Social Protection Policy.” 2011, p.2.

[12] International Finance Corporation. “The path to UHC in Kenya: Repositioning the role of the NHIF.” 2015, *SmartLessons*, Accessed April 2018. [<https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/23485>]

[13] Ministry of East African Community, Labour and Social Protection. [<http://www.labour.go.ke/>] Accessed in April 2018.

[14] Thomas Maina & Elkana Ongut. “Effective Implementation of the New Health Policies: Health Policy and Abolition of User Fees at Public Primary Healthcare Facilities: What can we learn from PETS-Plus 2012 evidence?” 2014, Ministry of Health. [<http://www.healthpolicyplus.com/>]

[15] Government of Kenya. “Kenya Health Sector Strategic and Investment Plan (NHSSP III): Transforming Health: Accelerating Attainment of Universal Health Coverage, 2014-2030.

[16] Ministry of Health. “National strategic plan for Tuberculosis, Leprosy and Lung Health 2015-2018.” National Tuberculosis, Leprosy and Lung disease program, 2014. pp.12, 145

[17] USAID. “Case Study: Kenya National Hospital Insurance Fund (NHIF) Premium Collection for the Informal Sector.” 2014, *Health Finance & Governance*.

[18] Edwine W. Barasa and et. Al. “Extending voluntary health insurance to the informal sector: experiences and expectations of the informal sector in Kenya.” 2017, pp. 97-133, 227. *Wellcome Open Research*. [DOI: 10.17037/PUBS.04398421]

[19] Health Policy Plus. Accessed in April 2018. [<http://www.healthpolicyplus.com/kenyaHealthRights.cfm>]

[20] Health Policy Project. 2016 Health Financing and Macro-Fiscal Country Profiles. USAID. Accessed in April 2018. [<http://www.healthpolicyproject.com/index.cfm?id=sfbriefs>]から著者作成。

[21] World Development Indicators. The World Bank. Accessed in May 2018. [<https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.CHEX.P.PCD>]
[<https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.GHED.P.PCD>]

- [<https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.OOPC.C.H.ZS>]
から著者作成。
- [22] Ministry of Health. “National and County Health Budget analysis FY2014/15.”, “National and County Health Budget analysis FY2015/16.”, “National and County Health Budget analysis FY2016/17.”から著者作成。
- [23] Ministry of Health. “Kenya National Health Accounts 2015/2016.”から著者作成。
- [24] National Council for Population and Development. “Kenya Demographic and Health Survey 2014.” 2015, pp.269-271.
- [25] Kenya Master Health Facility List.
[<http://kmhfl.health.go.ke/#/home>] Accessed in April 2018.
- [26] Bureau of Statistics. “Economic survey” 2001, 2003, 2008, 2016, 2017, 2018 から著者作成。
- [27] Bureau of Statistics. “Economic survey 2018.” 2018, p.39.から著者作成。
- [28] KEMRI Wellcome Trust, UKAID. “Strategic Purchasing For Universal Health Coverage: A Critical Assessment Community Health Insurance Schemes in Kenya. 2016.”
- [29] Ministry of Health. “The Kenya Health Sector Strategic and Investment plan: July 2014 – June 2017.”2014, p. 47.
- [30] Ministry of Health. “Kenya health service availability and readiness assessment mapping (SARAM) report 2013.”2013, pp.18, 20, 38.
- [31] Ministry of Health. “Kenya Health Expenditure and Utilisation Survey 2013.” 2014, pp24-30.
- [32] Edwine W. Barasa. “Assessing the impoverishing effects, and factors associated with the incidence of catastrophic health care payments in Kenya.” 2017, International Journal for Equity in Health.
- [33] Ministry of Health. “Annual Report 2015.” National Tuberculosis, Leprosy and Lung disease program, 2015, p.9.
- [34] Ministry of Health. “Kenya Tuberculosis Prevalence Survey 2016.” National Tuberculosis, Leprosy and Lung disease program, 2016, p.48.
- [35] Ministry of Health. “Statistical Review of Progress Towards the Mid-Term Targets of the Kenya Health Sector Strategic Plan 2014-2018.” 2017.
- [36] DHIS (District Health Information System).

III. 研究成果刊行物一覧

書籍	該当無し。
雑誌	該当無し。