

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 30 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)

2019 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 10
内村和広
- 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 14
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 20
伊達卓二

- ・研究成果の刊行に関する一覧表 25

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・整理・分析により、UHC 達成状況の評価を行い、UHC 達成の阻害要因と促進要因や、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]・フィリピンについては、フィリピンの社会保険制度である PhilHealth の加入者間における公平性の確保のために、地方自治体における加入者分類適用の透明性を確保するための体制作りや、PhilHealth 償還予算の適正使用について、外部監査機関がモニタリングする体制作りが必要と考えられた。・バングラデシュのダッカ市内で合計 16 名の結核患者に対して結核患者支出に関する予備調査では、結核の治療前に患者が負担した医療費の平均は 2953 タカ(約 3800 円)、非医療費は 750 タカ(約 980 円)で、全て患者の自己負担であった。結核治療開始前に就業していた 10 人のうち、5 人が結核治療を理由として失職していた。・戦後の沖縄においては、公衆衛生看護婦(保健師)は、結核対策を中心とした感染症対策や母子保健活動など、その時期の公衆衛生の課題に応じた活動に取り組んだ。また、当時日本の保健行政制度下ではなかった沖縄においても、保健所、特に保健師は、住民と保健行政との直接的な橋渡しの役割を果たしていた。・カンボジア首都圏の新興工業地域に所在する郡病院においては、公的健康保険対象者である大規模工場労働者のサービス利用が急増するのに伴い、利用者の多い土曜日及び日曜日などにスタッフを多く配置するなどして対応していた。郡病院主体のヘルス・プロモーション活動や疾病予防に関する活動は限定的であり、地域における伝統的出産助産者や民間保健施設との連携も行われていなかった。・タイにおける結核情報については、保健省結核対策課が管理する電子化された患者登録システム(TBCM)があり、このシステムに登録された新規患者数は、2014 年度が 56,309、2017 年度が 77,079 で、36.9%増加していた。結核患者を報告した施設数は、保健省管轄施設数で 801 から 952 に 18.9%増加した。TBCM 情報は Universal Coverage Scheme 担当機関(NHSO)により活用されており、結核対策が医療情報に関して UHC に貢献していると考えられた。・ケニア政府は、UHC 達成のため、保健省内に新しい部署を開設した。ケニアの 1 人当たり GDP に占める公的健康医療支出割合は、サブサハラ・アフリカの結核高負担国 9 カ国の中では比較的高い状況であった。ケニアにおける結核患者の経済的負担は比較的低く抑えられており、個別の疾病対策として成果を上げていると考えられた。

[結論]・フィリピンの保健所レベルにおける PhilHealth 機能の改善のためには、特に貧困層加入対象者の選定法の改善、PhilHealth 償還予算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 PhilHealth 実施状況モニタリングメカニズムの導入が必要と考えられた。・バングラデシュで結核患者支出状況全国調査実施に向けての技術的支援と、その結果を元とした健康保険サービスの充実と普及において、我が国の技術的支援が可能と考えられた。・沖縄においても保健所機能、公衆衛生看護婦(保健師)の役割が地域保健の充実・拡大に寄与しており、特に戦後まもなくの保健所業務の中核であった結核治療と対策が、保健所機能の整備・充実に重要であったと考えられた。・カンボジアにおいては、UHC 実現に向けて、公的健康保険制度の対象拡大に加えて、地域の保健施設がヘルス・プロモーションや疾病予防に取り組めるようにすることが必要と考えられた。・タイでは、結核対策が管理する結核医療情報システムが改善されており、今後、さらに私的医療機関からの患者報告の強化や、結核対策及び結核患者の疫学状況把握に有用な分析等の結核患者登録情報の有効活用のための技術支援が有用であると考えられた。・ケニアにおいては、分野横断的なデータ分析に基づく課題解決戦略を策定して実施するため、結核対策と他のプログラム間でのデータ共有や、医療情報ネットワークシステム DHIS(District Health Information System)などとのデータ共有を検討すべきであり、データ共有に関する技術的支援と、保健省内の部門横断的な Department of UHC に対する人的支援も重要であると考えられた。

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、今後の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を収集・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 >

本研究班の調査対象となったマニラ首都圏及びその近郊5つの地方自治体におけるPhiHealth加入率は、特に、貧困層を対象とするIndigent membershipとSponsored membershipとの割合において、地方自治体間でのばらつきが大きく、本来PhiHealthのこれら加入者分類での加入対象とならない人達が加入している可能性が示唆された。PhiHealth加入者間における公平性の確保のために、地方自治体における加入者分類適用の透明性を確保す

る体制が必要であると考えられた。さらに、PhiHealth償還予算が適切に使用されていることについて、外部監査機関がモニタリングする体制作りも必要と考えられた。

一方、本研究班の面接調査対象となった地方自治体職員のうち複数人から、保健所がPhiHealth認定（accreditation）を受けることに非積極的になる理由の一つに、本来保健所が受け取るべきPhiHealthからの償還予算が、所属する地方自治体により保有されて、保健所が受け取っていないか、受け取るための手続きがかなり煩雑であることが指摘されていた。全国の保健所が、PhiHealth認定を継続して受けることにより積極的になるための施策として、PhiHealth認定手続きの簡素化とともに、各地方自治体における償還予算の流れを透明化する体制作りも必要と考えられた

< バングラデシュ >

今回は、合計16名の結核患者に対してWHOの質問票に基づく簡易版質問票を作成し、それを用いて結核患者に対して対面インタビュー形式で調査を行った。対象者は18歳以上、調査時点で結核治療を開始後2週間以上経過、調査について口頭で説明を受け、書面にて同意が得られた者とした。情報収集はBRAC（バングラデシュ農村向上委員会）の研究者が行った。調査は2019年1月から2月の間に行った。結核の治療前に患者が負担した医療費の平均は2953タカ（約3800円）、非医療費は750タカ（約980円）で、全て患者の自己負担であった。また12人（75.0%）が結核治療中に、通常は摂取しない食品やサプリメントを購入していた。結核治療費は国家結核対策において無料であるものの、今回の調査対象者では、何らかの健康保健に加入している者は皆無であり、結核治療費以外の費用は、基本的に全て自己負担であった。また、結核治療開始前に就業していた10人のうち、5人が結核治療を理由として失職していた。16人全員が面接時は就業しておらず、結核治療前と比較して、手取り世帯収入は約13%減少していた。収入減に対処する方法として、6人は食費を制限、3人が借金をし、6人が結核治療を開始する前と比較して、生活が苦しくなったと感じていた。

< 沖縄 >

1945年から1972年までの沖縄の保健医療の状況と結核対策を中心とした公衆衛生看護婦（現在の保健師、以降公看（保健師）と記す）の活動に関して、既存の文献による情報収集を行い、記述的分析を行った。

戦後、公看（保健師）は、結核対策を中心とした感染症対策や母子保健活動など、その時期の公衆衛生の課題に応じた活動に優先的に取り組んだ。これらの活動をPHCの4原則で分析した結果、以下のように整理された。

1) 公看（保健師）の駐在制度による住民のニーズに合った支援の提供（結核患者の家庭訪問、投薬、服薬支援等）、

2) 結核予防対策暫定要項と結核予防法による結核対策に関する制度の整備及び結核医療の全額公費による経済的な支援等による健康の公平性へのポリティカルコミットメント、

3) 住民の主体的参加として、沖縄療友会への支援、

4) 関係者との協調として、福祉主事、民生委員、区長、教員などとの協力や、離島僻地におけるバスや定期船などの活用。

また、離島僻地での公看（保健師）活動を可能としたのは、行政による公看（保健師）教育と継続的な公看（保健師）への支援体制であった。

戦後の沖縄での保健所制度は、米国軍人の性病対策により開始されたものであったが、住民のニーズに答えるかたちで、まずは感染症治療の中心的役割を果たすものに変化をし、その感染症の大部分は結核であった。その後、役割を予防へとうつし、現在は総合保健へと変化した。

<カンボジア>

公的保健施設におけるUHC実現への準備状況について、首都圏の2つの郡病院長に対して半構造化調査票を利用した聞き取り調査を実施した。

A病院長は「サービスの質的向上と保健従事者の態度と知識向上」を、B病院長は「患者への支払負担の少ないサービス提供」を挙げた。両病院ともに、住民による保健サービスへのニーズ把握手段は限られているが、A病院では、各村落での結核対策に関する月1度の会合に、結核対策担当者を派遣していた。B病院では、過去に、NGOが組織した結核対策ボランティアからの情報提供を受ける機会があった。カンボジアの中でも新興工業地域である両病院の管轄地域には、カンボジアにおける公的健康保険制度であるNational Social Security Fund（NSSF）対象者である工場労働者が多く居住しており、工場労働者は平日フルタイムで勤務していることから、A病院の利用者も土曜日及び日曜日や、平日の昼休み中及び夕方以降に集中するようになったため、病院スタッフのシフトを変更して繁忙期に対応できるようにしていた。

<タイ>

結核患者情報に関しては、現在電子化された結核患者報告システム（TBCM）を、結核対策課の管轄で運営している。その情報に基づいた結核患者報告数及び結核患者報告施設の変化を2014年度と2017年度の2点間で比較を行った。

登録された新規結核患者数は、2014年度が56,309人、2017年度が77,079人であり、36.9%増加していた。結核患者を報告した施設数は、保健省管轄施設数で801から952に18.9%増加し、保健省管

轄以外の施設数で58から173に198.3%増加した。結核患者報告数については、保健省管轄施設で52,255から65,794に25.9%増加し、非保健省施設では、4,054から11,285に178.4%増加した。以上のように、結核患者を登録した施設数、登録された結核患者数ともに保健省管轄施設が多いが、それらの増加率は保健省管轄以外の施設の方が大きかった。

<ケニア>

WHOのGlobal TB Control Report 2018では、2015年から2018年の3年間に世界で8ヶ国の調査を実施し、その結果を公表しており、ケニアは家計への経済負担が少ないと報告されている。

ケニア政府の国家結核対策はUHCの達成に積極的であり、国家結核対策課が中心となって、垂直的な疾病対策として結核対策を実施してきた実績があり、単独の疾病対策として目標達成レベルは高いといえる。今後は、これまでの結核対策の実績を活かし、UHCを目指した保健医療政策に貢献する結核対策戦略がより重要だと考えられた。

D. 考察

フィリピンPhilHealthにおける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いるが、元にしてしている情報は、各地方自治体が作成している各加入者加入対象者リストである。PhilHealth加入者間における公平性の確保のためには、DSWDによる「貧困者」認定手続きについても地方自治体が作成した「貧困者リスト」をそのまま利用するのではなく、リストの妥当性に関する検証手続きを強化する必要がある。また、PhilHealth支払い費用の適切な使用については、現在のところ、外部監査機関がモニタリングする体制にはなっていないことから、健康保険に関わる国家予算が適切に使用されていることを明らかにする体制の構築も必要である。

今回バングラデシュのダッカ市で実施した面接調査で用いた簡易版質問票における質問項目は、全体的には適切に記入されており、インタビューを行った研究員からも特にわかりづらい、若しくは、より丁寧な説明が必要であった質問等はなかった。本調査は、あくまで全国調査実施前の予備調査であるが、今回の16人の結核患者への調査からも、UHC達成のためには、特定の疾患に対する医療費の自己負担額を軽減する施策のみでは不十分であり、健康保険や雇用側による疾病手当など、包括的な社会保障制度の整備が急務であることが示唆された。

日本の保健制度下ではなく、米国民政府下の戦後の沖縄においても、保健所が地域保健の担い手として、重要な役割を果たしていた。特に、日本

の保健所制度と大きく異なっていた点として、結核の在宅治療という役割を担っていた事があげられる。当時、公看（保健師）の訪問事業のほとんどが結核患者のケアであり、したがって沖縄においては、本土よりも結核対策自体が保健所機能の根幹部分を支えてきたとも言える。また、沖縄の公看（保健師）が地域住民と保健行政の橋渡しを果したこと、特に結核の在宅治療を行なった沖縄の保健所では、より直接的にその役割を果したことが、記録により示唆された。

カンボジア首都圏の新興工業地域に所在する郡病院では、公的健康保険対象者である工場労働者のサービス利用が急増したことに對して、利用者の多い土曜日及び日曜日などにスタッフを多く配置するなどして対応していた。一方、病院独自では、家庭訪問や村落ボランティアなどの活動は行っていなかった。大規模工場労働者をはじめとするフォーマル・セクターでの就労者を対象とした公的健康保険制度である NSSF による受診者は、両病院の管轄地域で増加していた。NSSF 対象者は、受診時の窓口負担が免除されていることも受診者数増加の一因であると思われる。貧困層向けプログラムである IDPoor でも同様の費用免除が行われているため、大規模工場労働者と貧困層と認定された住民は、保健サービスへのアクセス支援が充実していると考えられた。

タイ国結核対策課の結核サーベイランス情報は、国民の多数が享受する公的保健サービス（Universal Coverage Scheme）の責任部署である National Health Security Office（NHSO）に提供されており、結核サーベイランス情報の改善は、UHC 強化に貢献していると考えられた。以前は、結核対策課の情報システムと NHSO のシステムが共存していたが、一本化されたことで医療施設の業務量の減少にも貢献したと考えられる。日本では、1980 年代よりこのような電子化システムを採用しており、結核疫学状況・対策状況の把握に重要な分析がおこなわれてきた。タイ国や他の国に対して、このような日本の経験に基づくサーベイランス情報の分析の技術支援をおこなうことにより、結核対策・UHC に有用な情報分析が推進されると期待される。

2018 年 1 月、大統領の強力なリーダーシップの下、UHC 達成のため、ケニア保健省に新しく Department of UHC（UHC 局）が開設された。当該局には、JICA 専門家も配置されており、ドナーとの協調の下、保健医療政策の重要課題のひとつとして UHC 達成に取り組んでいる。ケニアの国家結核対策は、感染症対策として長年の実績があり、垂直型のプロジェクトとして成果を上げてきた。UHC としての結核対策という視点から見ると、結核対策は、垂直型のプロジェクトであるが故の課題がある。例えば、州政府主導で

実施されている他の医療プロジェクトとの重複や、連携不足が課題であり、結核対策の成果を UHC 達成に結びつけるためには解決すべき課題が多く、時間もかかることが予想される。

E . 結論

フィリピンの保健所レベルにおける PhilHealth 機能改善のためには、特に貧困層加入対象者の選定法の改善、PhilHealth 償還予算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 PhilHealth 実施状況モニタリングメカニズムの導入が必要であり、これらの分野においてわが国の技術的支援が可能と考えられた。

バングラデシュのダッカ市で実施した予備調査結果からは、バングラデシュの結核患者においても、結核の診断と治療過程において、経済的に困難となる場合があることが示された。今後、全国規模の結核患者支出状況調査実施に対する技術的支援のみならず、調査結果を元とした健康保険サービスの充実と普及において、我が国の今後の技術的支援が可能と考えられた。

沖縄における公看（保健師）に対する継続的教育や支援体制は、地方での彼らの活動を支える重要な役割を果たしており、第二次大戦後の沖縄における UHC 普及のためには、公看（保健師）の活動と彼らの活動を支える支援体制が寄与していたと考えられた。また、公看（保健師）が、住民により近い場所で、そのニーズに応じた保健・医療サービスを提供したことは、限られた人的・物的資源の中で、質の高い保健・医療サービスへの住民のアクセスを改善するための一方策として、今後 UHC 普及を目指す国において、沖縄の経験を生かすことが可能と考えられた。

カンボジアでは、公的健康保険制度の普及が進み、その対象者への窓口負担免除や保健施設での受け入れが進む一方で、ヘルス・プロモーションや疾病予防に関する活動は、援助機関や NGO の支援状況に左右される現状が続いていた。結核対策、特に村落における受動的結核症例探索を契機としたコミュニティや NGO との連携は、ヘルス・プロモーション活動の基盤になりうるが、援助機関や NGO からの支援が無い場合は各保健施設の限られたリソースによる実施に留まらざるをえない。UHC 実現に向けては、公的健康保険制度の対象拡大に加えて、地域の保健施設がヘルス・プロモーションや疾病予防に取り組めるようにすることが求められていた。

タイで導入されている電子化結核患者サーベイランスから得られる情報から、近年の結核患者登録者数増加要因の一つとして、非保健省所轄施設からの報告の増加が示唆された。またこの情報は、国民の多数が享受する公的保健サービスの責任部

署である National Health Security Office (NHSO) に提供されており、結核サーベイランス情報の改善は UHC 強化に貢献していると考えられた。

ケニアにおける国家結核対策としての次の目標は、結核対策と他の医療や社会保障分野のプログラムとの連携だけでなく、データの共有や医療情報システム (DHIS など) と連携することである。このためには、結核対策と他のプログラム間でのデータ共有や、医療情報ネットワークシステム DHIS (District Health Information System) などとのデータ共有を検討すべきである。この目的達成のため、データ共有に関する技術的支援だけでなく、関係する省庁や部署間の連絡・調整機関として新設された保健省の UHC 局の役割は極めて重要であり、ドナーとして支援する意義は高いと考えられた。

F . 健康危険情報

該当無し。

G . 研究発表

1. 論文発表

- 1) Querri A, Ohkado A, Kawatsu L, Remonte MA, Medina A, and Garfin AMC: The challenges of the Philippines social health insurance program in the era of Universal Health Coverage. *Public Health Action* 2018; 8(4): 175-180. doi: 10.5588/pha.18.0046
- 2) Querri A, Ohkado A, Kawatsu L, Bermejo J, Vianzon A, Recidoro MJ, Medina A. The role of community health volunteers in delivering primary health care - a case study of Manila, the Philippines. *Journal of International Health* (submitted, under review)
- 3) Toyama N, Ohkado A, Uechi M, Uchimura K, Kawatsu L, Izumi K, Uehara M, and Ishikawa N. How did public health nurses contribute to achieving universal health coverage in Okinawa after the World War II disaster? - A case study focused on tuberculosis control from 1945 to 1972. *Health Policy and Planning* (submitted, under review)

2. 学会発表

- 1) Ohkado A, Querri A, Shimamura T, Ota M, and Garfin AMC: Cross-border tuberculosis patient referral from Japan to the Philippines, 2009-2018. November 23-27,

2018, Hague, Netherland. PS14-545-25. *Int J Tub Lung Dis* 2018; 22(11): suppl.2, S222.

- 2) Uchimura K. Public health centre, private sector and UHC in Japan. WS10 “How universal health coverage and TB responses combine to end TB: lessons learnt from country-level experiences”, 49th Union World Conference on Lung Health, The Hague, The Netherlands, October 24-27, 2018.
<https://cloud.theunion.org/index.php/s/RZjt8mk2bGG6c5S>
- 3) Shibanuma A: Caregivers' preferences of health services upon childhood diarrhea in Kandal, Cambodia. 50th Asia-Pacific Academic Consortium of Public Health Conference, 2018年9月13日, 於コタキナバル, マレーシア.
- 4) 山田紀男, Phalin Kamolwat, Witsarut Waiwattana, 大角晃弘: タイ国における UHC 下で実施される結核対策の患者報告システムの改善状況の暫定分析. 第94回日本結核病学会総会, 2019年6月6~7日, 於大分, 演題番号 068.
- 5) 伊達卓二, 大角晃弘: ケニアにおける医療へのユニバーサル・アクセスを目指した制度の整備過程に関する考察. 第33回日本国際保健医療学会学術大会, 2018年12月1~2日, 於小平, 口演:0-15, 抄録 53 頁.

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。

・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、バングラデシュ都市部の結核患者の結核医療による家計負担について予備的調査を実施し、結核を通して現状のUHCの問題点を探ることにより、今後わが国がその経験を生かして各国でのUHC達成を促進するための支援施策について検討することである。

[方法] フィリピンについては、前年度までに得られた、同国における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の情報から、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支援施策内容について抽出し、関係者間で検討した。

バングラデシュについては、TB patient cost survey(Survey)に使われる質問票にある質問項目のうち、主な項目のみを抜き取った簡易版質問票を作成し、それをういてダッカ市内の結核患者に対して対面インタビュー形式で調査を行った。

[結果] フィリピンの社会保険制度であるPhilHealthの加入者間における公平性の確保のために、地方自治体における加入者分類適用の透明性を確保するための体制作りが必要であると考えられた。また、PhilHealth償還予算が、地方自治体レベルで適切に使用されていることについて、外部監査機関がモニタリングする体制作りも必要と考えられた。さらに、保健所がPhilHealth認定を継続して受けることに積極的になるための施策として、PhilHealth認定手続きの簡素化することも必要と考えられた。

バングラデシュでは、ダッカ市内合計16名の結核患者に対して予備調査を行った。結核の治療前に患者が負担した医療費の平均は2953タカ(約3800円)、非医療費は750タカ(約980円)で、全て患者の自己負担であった。結核治療費は国の結核対策プログラム下において無料であるものの、何らかの健康保健に加入している者は皆無であり、結核治療費以外は基本的に自己負担であった。結核治療開始前に就業していた10人のうち、5人が結核治療を理由として失職していた。16人全員が面接時は就業しておらず、結核治療前と比較して、手取り世帯収入は約13%減少していた。

[考察] フィリピンのPhilHealth加入者間における公平性の確保は、今後PhilHealthの対象疾患・サービス拡大のためにも是非必要と考えられ、特に保険料が免除される貧困層を対象とした加入者分類の加入条件審査の手続きを強化する方策が必要である。また、PhilHealth支払い費用の適切な使用について管理する体制の構築も必要であり、これらの面での技術支援が可能と考えられた。また、全国の保健所がPhilHealth認定を継続して受けることに積極的になるための施策として、PhilHealth認定手続きの簡素化とともに、保健所がPhilHealth認定を受けることの利益を直接感じる事が出来るように、各地方自治体におけるPhilHealthからの償還予算の流れについて透明化する体制作りも必要と考えられた。

バングラデシュのダッカ市での面接調査対象となった16人全員が、面接時は就業しておらず、結核治療前と比較して、手取り世帯収入は約13%減少していた。収入減に対処する方法として、6人は食費を制限、3人が借金をしており、結核の診断・治療により、生活が苦しくなったと感じている患者の姿が浮き上がった。本予備調査からも、UHC達成には特定の疾患に対する医療費の自己負担額を軽減する施策のみでは不十分であること、健康保険や雇用側による疾病手当など包括的な社会保障制度の整備が急務であることが示唆された。

[結論] フィリピンの保健所レベルでのPhilHealth改善のためには、特に貧困層加入対象者の選定法の改善、PhilHealth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PhilHealth実施状況モニタリングメカニズムの導入が必要であり、これらの分野においてわが国の技術的支援が可能と考えられた。

バングラデシュのダッカ市で実施した結核患者支出に関する予備調査票内容は、大きな変更の必要は認めなかった。今回の調査結果からは、バングラデシュにおいても、結核の診断と治療過程において、経済的に困難となる場合があることが示された。今後、全国調査実施に対する技術的支援のみならず、その結果を元とした健康保険サービスの充実と普及において、我が国の技術的支援が可能と考えられた。

研究協力者

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

河津里沙: (公財)結核予防会結核研究所臨床・疫学部

MA Remonte: Philippine Health Insurance Corporation (PhilHealth), Pasig, the Philippines

AMC 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。

(研究最終年度である本年度は、上記2に焦点を絞り、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わが国による支援施策内容について検討した。)

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 Action Researchにより、UHCと結核対策の関わる関係者の参加により、情報や政策上の交流を促進する。

4 バングラデシュでは、世界保健機関 (WHO) が推奨しているTuberculosis Patient Cost Survey (以下Survey) の実施を検討している。このSurveyの準備調査として、都市部の結核患者の結核医療による家計負担を調査する。それにより、結核を通して現状のUHCの問題点を探り、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。

(研究最終年度である本年度は、上記4に焦点を絞り、検討した。)

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とから得られる情報とを収集・整理したこれまでの知見から、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支援施策内容について抽出し、関係者間で検討するものである。

(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た情報を整理した内容に基づいて検討するものであり、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。これまでに実施した面接調査における調査対象者からは、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ている。

B-2 バングラデシュ

本研究班では、このSurveyに使われる質問票にある質問項目のうち、主な項目のみを抜き取った簡易版質問票を作成し、それを用いて結核患者に対して対面インタビュー形式で、予備調査を行った。

対象者は18歳以上、調査時点で結核治療を開始後2週間以上経過、調査について口頭で説明を受け、書面にて同意が得られた者とした。情報収集はBRAC(バングラデシュ農村向上委員会)の研究者が、2019年1月から2月の間に行った。

C . 研究結果

C-1 フィリピン

1) 地方自治体におけるUHC達成促進 - PhilHealth加入者負担公平性の担保

本研究班の調査対象となったマニラ首都圏及びその近郊5つの地方自治体におけるPhilHealth加入率は、各地方自治体で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く、本来PhilHealthのこれら加入者分類での加入対象とならない人達が加入している可能性が示唆された。直接住民の声が反映されやすい地方自治体による“Certificate of indigency”の発行数が、どうしても過大になってしまう結果を反映していると考えられた。

PhilHealth加入者間における公平性の確保のため

めに、地方自治体における加入者分類適用の透明性を確保するための体制作りが必要と考えられた。さらに、PhilHealth償還予算が適切に使用されていることについて、外部監査機関がモニタリングする体制作りも必要と考えられた。

2) 地方自治体におけるUHC達成促進 - PhilHealth償還予算の流れの改善

本研究班の面接調査対象となった地方自治体職員の複数人から、保健所がPhilHealth認定(accreditation)を受けることに非積極的になる理由の一つに、本来保健所が受け取るべきPhilHealthからの償還予算が、所属する地方自治体により保有されて、保健所が受け取っていないか、受け取るための手続きがかなり煩雑であることが指摘されていた。PhilHealthは、国内の地方自治体における償還予算の受け皿として、各地方自治体において、一般予算と別の基金を設立することにより、PhilHealth償還予算を本来の目的以外の他目的に流用しない様に勧めているが、基金設立については各地方自治体に一任されているため、地方自治体毎の対応にばらつきが生じている。全国の保健所がPhilHealth認定を継続して受けることに積極的になるための施策として、PhilHealth認定手続きの簡素化とともに、各地方自治体における償還予算の流れを透明化する体制作りが必要と考えられた。

C-2 バングラデシュ

今回は、合計 16 名の結核患者に対して予備調査を行った。回答者の属性を表 1 にまとめた。16 人中、男性 10 人 (65.5%) で平均年齢は 33 歳 (± 15.5) 11 人 (68.8%) が菌陽性肺結核、14 人 (87.5%) が初回治療者であった。7 人 (43.8%) が、BRAC が運営する「結核診断センター」で診断されていた。

結核の治療前に他所で受診をしていた者は 13 人 (81.3%) で、受診先の内訳としては公立病院 (5 人) 薬局 (5 人) 私立病院・診療所 (5 人) 伝統医療従事者 (1 人) であった。結核の治療前に患者が負担した医療費の平均は 2953 タカ (約 3800 円)、非医療費は 750 タカ (約 980 円) で、全て患者の自己負担であった。また 12 人 (75.0%) が結核治療中に、通常は摂取しない食品やサプリメントを購入していた。結核治療費は国の結核対策プログラム下において無料であるものの、何らかの健康保健に加入している者は皆無であり、結核治療費以外の費用は自己負担であった。

結核治療に伴った収入減に関する結果を表 2 にまとめた。結核治療開始前に就業していた 10 人のうち、5 人が結核治療を理由として失職していた。16 人全員が面接時は就業しておらず、結核治療前と比較して、手取り世帯収入は約 13% 減少していた。収入減に対処する方法として、6 人は食費を制限、3 人が借金をし、6 人が結核治療を開始する前と比較して、生活が苦しくなったと感じていた。

表 1 : 予備調査回答者の属性

Demographic characteristics		
	n	%
TOTAL	16	100.0
Male	10	62.5
Female	6	37.5
Mean age (+/-)	33 (15.5)	---
Place of diagnosis		
Public PHC	0	0.0
Public hospital	6	37.5
Private	3	18.8
Other	7	43.8
Type of TB		
PTB, bac+	11	68.8
PTB, bac unconfirmed	2	12.5
EPTB	3	18.8
Treatment		
New	14	87.5
Relapse	2	12.5
HIV		
positive	0	0.0
negative	1	6.3
unknown/not tested	15	93.8

表 2 : 結核治療中の収入減について

Income/ lost income		
	n	%
TOTAL	16	100
Employed prior to TB	10	62.5
Not employed	6	37.5
Of employed, lost job due to TB	5	50.0 (5/10)
Average net income p.m prior to TB	8,356	
Average net income p.m. now	0	
Average household net income p.m. prior to TB	24,553	
Average household net income p.m. now	21,238	

D . 考察

D-1. フィリピン

フィリピンPhilHealthにおける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いるが、DSWDが元になっている情報は、各地方自治体が作成している各加入者

加入対象者リストである。DSWDの地方自治体出先機関と地方自治体との関係については、中央政府と地方政府との関係性に十分配慮する必要があるが、PhilHealth加入者間における公平性の確保のためには、DSWDによる「貧困者」認定手続きについても地方自治体が作成した「貧困者リスト」をそのまま利用するのではなく、リストの検証手続きを強化する必要がある。PhilHealth加入者間における公平性の確保は、今後PhilHealthの対象疾患・サービス拡大のためにも是非必要と考えられる。また、PhilHealth支払い費用の適切な使用については、現在のところ、外部監査機関がモニタリングする体制にはなっていないことから、健康保険に関わる国家予算が適切に使用されていることを明らかにする体制の構築も必要である。

PhilHealth認定手続きが煩雑であることについては、複数の保健所の被面接者が指摘していた。全国の保健所がPhilHealth認定を継続して受けることに積極的になるための施策として、PhilHealth認定手続きの簡素化とともに、保健所がPhilHealth認定を受けることの利益を直接感じる事が出来るように配慮する必要がある。そのためには、まず各地方自治体におけるPhilHealthからの償還予算の流れについて透明化する体制作りが必要であろう。

D-2 バングラデシュ

今回の面接調査で用いた簡易版質問票における質問項目は、全体的には適切に記入されており、インタビューを行った研究員からも、特にわかりづらい、または、より丁寧な説明が必要であった質問等はなかった。一方で、未記入であった箇所が複数見られ、回答選択肢として「NA(該当なし)」を追加する必要がある質問項目があった。また、結核治療前及び治療中の支出状況に関する回答で矛盾が見られ、回答者・質問者両側の混乱が原因と思われた。将来全国規模のSurveyを実施する際は、情報収集を担当する者への入念な研修が重要であると考えられた。

本調査は、あくまで全国調査の予備調査であり、全国規模でのSurveyなくして、UHCの問題点に関する最終的な結論は出せない。しかし、今回の16人の結核患者への調査からも、UHC達成のためには、特定の疾患に対する医療費の自己負担額を軽減する施策のみでは不十分であり、健康保険や雇用側による疾病手当など、包括的な社会保障制度の整備が急務であることが示唆された。

E . 結論

E-1 フィリピン

フィリピンの保健所レベルでのPhilHealth改善のためには、特に貧困層加入対象者の選定法の改善、PhilHealth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PhilHealth実施状況モニタリングメカニズムの導入が必要であり、これらの分野においてわが国の技術的支援が可能と考えられた。

E-2 バングラデシュ

患者の経済的負担の実態をとらえるために、全国の結核患者を対象とするTuberculosis Patient Cost Survey (Survey)は、UHC及び社会保障施策と結核対策をリンクさせ、他分野にわたる取り組みを促進させることが期待されていると同時に、患者中心(patient-centered)の結核医療をも発展させることができる。今回、バングラデシュのダッカ市で準備として実施した調査結果からは、バングラデシュの結核患者においても、結核の診断と治療過程において、経済的に困難となる場合があることが示された。今後、全国規模のSurvey実施に対する技術的支援のみならず、Surveyの結果を元とした健康保険サービスの充実と普及において、我が国の今後の技術的支援が可能と考えられた。

F . 研究発表

1. 論文発表

- 1) [Querri A, Ohkado A, Kawatsu L, Remonte MA, Medina A, and Garfin AMC: The challenges of the Philippines social health insurance program in the era of Universal Health Coverage.](#) Public Health Action 2018; 8(4): 175-180. doi: 10.5588/pha.18.0046
- 2) [Querri A, Ohkado A, Kawatsu L, Bermejo J, Vianzon A, Recidoro MJ, Medina A. The role of community health volunteers in delivering primary health care - a case study of Manila, the Philippines.](#) Journal of International Health (submitted, under review)

2. 学会発表

- 1) [Ohkado A, Querri A, Shimamura T, Ota M, and Garfin AMC: Cross-border tuberculosis patient referral from Japan to the Philippines, 2009-2018.](#) November 23-27, 2018, Hague, Netherland. PS14-545-25. Int J Tub Lung Dis 2018; 22(11): suppl.2, S222.

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。

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】 研究班最終年度である本年度における本分担研究の目的は、日本本土とは異なった保健行政制度下にあった戦後の沖縄における保健行政、特に保健所機能と保健師活動、さらに公衆衛生看護婦(公看(保健師))の事例から、結核対策を中心とした公衆衛生活動を調査し、いかにして戦後の沖縄におけるユニバーサルヘルスカバレッジ(UHC)の達成に貢献したかを検討することとした。

【方法】 1945年から1972年までの沖縄における保健医療の状況と結核対策を中心とした公衆衛生看護婦(現在の保健師、以降公看(保健師))の活動に関して、既存の文献による情報収集を行い、プライマリヘルスケア(PHC)の4原則「住民ニーズ指向性」・「健康の公平性」・「住民の主体的参加」・「関係者との協調」に焦点を当て分析を行った。さらに、沖縄県公文書館にて関連するUSCAR資料を収集・整理し、補足情報とした。

【結果】 戦後の沖縄における公看(保健師)は、結核対策を中心とした感染症対策や母子保健活動など、その時期の公衆衛生の課題に応じた活動に取り組んだ。これらの活動はPHCの4原則に整理することができ、PHC拡大の役割を担った。また、当時日本の保健行政制度下ではなかった沖縄においても、保健所、特に保健師は住民と保健行政との直接的な橋渡しの役割を果たしていた。

【考察・結論】 沖縄においては保健所機能、公看(保健師)の役割が地域保健の充実・拡大に寄与しており、特に戦後まもなくの保健所業務の中核であった結核治療と対策が、保健所機能の整備・充実に重要であったと考えられた。また、住民のニーズを聞く公看(保健師)の役割が、地域の保健強化、ひいてはUHC強化に寄与したと考えられた。

研究協力者：

當山紀子：琉球大学医学部地域看護学講座

河津里沙：(公財)結核予防会結核研究所臨床疫学部

大角晃弘：(公財)結核予防会結核研究所臨床疫学部

A. 研究目的

今年度の本分担研究の目的は、第二次大戦中に地上戦が行われ、保健・医療関連人材が極めて不足していた戦後の沖縄で、本土復帰(1972年)までに、どのように公衆衛生看護婦(現在の保健師、以降公看(保健師)と記す)が、離島僻地を含めた地域にまで、結核対策を中心とした公衆衛生活動を提供したのかを明らかにし、いかにして沖縄におけるユニバーサルヘルスカバレッジ(UHC)の達成に貢献したかについて検討することとした。

B. 研究方法

1945年から1972年までの沖縄の保健医療の状況と結核対策を中心とした公看(保健師)の活動に関して、既存の文献による情報収集を行い、プライマリヘルスケア(PHC)の4原則「住民ニーズ指向性」・「健康の公平性」・「住民の主体的参加」・「関係者との協調」に焦点を当てて記述的分析を行った。追加して、沖縄県公文書館に保管されているUSCAR資料から、関連する情報を収集し

た。

C. 研究結果

戦後の沖縄の公看(保健師)事例

戦後、公看(保健師)は、結核対策を中心とした感染症対策や母子保健活動など、その時期の公衆衛生の課題に応じた活動に優先的に取り組んだ。これらの活動をPHCの4原則で分析した結果、以下のように整理された。

- 1) 公看(保健師)の駐在制度による住民のニーズに合った支援の提供(結核患者の家庭訪問、投薬、服薬支援等)
- 2) 「結核予防対策暫定要項」と「結核予防法」による結核対策に関する制度の整備と結核医療の全額公費による経済的な支援等による健康の公平性へのポリティカルコミットメント、
- 3) 住民の主体的参加として、沖縄療友会への支援、
- 4) 関係者との協調として、福祉主事、民生委員、区長、教員などとの協力や、離島僻地におけるバスや定期船などの活用があげられた。また、離島僻地での公看(保健師)活動を可能としたのは、行政による公看(保健師)教育と継続的な公看(保健師)への支援体制であった。

米国民政府下での保健政策と地域保健

米国民政府下での保健政策は、駐留する米軍軍

人の健康、特に性病対策が急務であったことから始まった。一方、世界対戦終了下の民主主義思想、人道主義思想から米国民政府下の軍医や医療専門家が、米軍政策を他の疾病にも広げるかたちで民間住民に浸透させていくようになり、これが保健所の設置へとつながっていった。しかし、これらは、あくまで米軍主導のなかの政策であったため、物的、人間的にも不足があった。

戦後の沖縄の結核は、患者数こそ沖縄戦や戦後の混乱で減少していたものの、死亡率は上昇を示していた。米軍は、このような沖縄の結核の現状も含め、極東地域の結核蔓延の脅威については認識があり、1953年に「極東の結核に関する会議」を開催している。米軍が駐留していた韓国、台湾、沖縄等の結核政策が、このように米軍の政策の影響が及んでいたことの可能性は否定できない。

このような背景のもとに成立した沖縄の保健所制度であったが、地域保健の担い手としての役割は大きいものがあつた。戦後の教育普及のもと、住民の一般衛生思想が高まると、その受け口が保健所となっていたことが伺われる。当時の沖縄の保健所は人員不足もあり、担当疾病が分担されていた。当時、主に寄生虫対策が担当であった北部保健所の保健師の回想によると、来所する住民の多くが結核であったということである。

1954年には、沖縄で「結核予防対策暫定要綱」が作成されている。この要綱に基づいて、住民健診も積極的に実施され、発見される結核患者数も増加した。当初、結核患者の早期発見・早期治療により結核病床の回転率が効率的になる、との考えで軽症患者が優先的に入院治療となった。しかし、住民健診による発見患者数の増加により、結核病床数は不足し、病床待ちで重症化して入院できなくなる患者も増えた。この打開策として打ち出されのが結核患者の在宅治療であり、それを支えたのが保健所であった。

1961年当時の公看（保健師）の訪問事業は、約90%が結核であった。結核予防対策暫定要綱の中の在宅治療には、「保健婦が十分管理できるもの」という項目が含まれ、まさしく当時の結核対策は保健所が支えてきたことがうかがわれる。また、在宅治療は無料で行なわれたため、当時の公看（保健師）は、一人でも多くの患者を在宅治療に入れようと苦心していた記録が残っている。これは日本の保健行政制度下ではなかった沖縄においても、保健所、特に公看（保健師）が、住民と保健行政との直接的な橋渡しの役割を果たしていたことがわかる記録である。

このように、沖縄では米軍人の性病対策により開始された保健所制度ではあつたが、住民のニーズに答えるかたちで、まずは感染症治療の中心的役割を果たすものに変化をした。その感染症の

大部分は結核であった。その後、役割を予防へとうつし、現在は総合保健へと変化した。

D．考察

日本の保健制度下ではなく、米国民政府下の沖縄においても保健所が地域保健の担い手として、重要な役割を果たしていた。特に、日本の保健所制度と大きく違う点は、結核の在宅治療という治療の役割を担っていた点があげられる。これは公看（保健師）の訪問事業のほとんどが結核患者のケアであり、したがって本土よりも結核対策自体が保健所機能の根幹部分を支えてきたとも言える。

また、沖縄の公看（保健師）が地域住民と保健行政の橋渡しを果たしたこと、特に結核の在宅治療を行なった沖縄の保健所では、より直接的にその役割を果たしたことが、記録により示唆された。

米国民政府は沖縄復興までを自らの責任とみていたこともあり、戦前の水準に近づくにつれ経済的援助を削減していった。保健所の公衆衛生業務については、予算がなお付いていたようだが、資源の不足は明らかであった。その状況を反映して、1960年代には、結核患者の本土送り出しを開始している記録が残っている。このように、結核対策においては、当時から本土との交流があつたことは確かであるが、BCG 予防接種政策や治療政策に違いがあつた。それぞれの政策がどのように影響し合っていたのかについては、今後の検討課題である。

沖縄のUHCという面では、本土に復帰前の沖縄の精神衛生対策の成功があげられる。措置入院以外にも公的医療機関での治療は全額公費負担であり、本土よりも進んだ政策であった。現在、精神衛生は日本の保健所の主要業務であり、この沖縄の精神衛生対策と保健所機能の関係についての検討も今後の課題である。

E．結論

沖縄における公看（保健師）に対する行政による継続的教育や支援体制は、地方での彼らの活動を支える重要な役割を果たしており、第二次大戦後の沖縄におけるUHC普及のためには、公看（保健師）の活動と彼らの活動を支える支援体制が寄与していたと考えられた。

公看（保健師）が、住民により近い場所で、そのニーズに応じた保健・医療サービスを提供したことは、限られた人的・物的資源の中で、質の高い保健・医療サービスへの住民のアクセスを改善するための一方策として、UHC 普及を目指す国において、沖縄の経験を生かすことが出来ると考えられた。

F．研究発表

1. 論文発表

- 1) Toyama N, Ohkado A, Uechi M, Uchimura K, Kawatsu L, Izumi K, Uehara M, and Ishikawa N. **How did public health nurses contribute to achieving universal health coverage in Okinawa after the World War II disaster? - A case study focused on tuberculosis control from 1945 to 1972.** Health Policy and Planning(submitted, under review)

2. 学会発表

- 1) Uchimura K. **Public health centre, private sector and UHC in Japan.** WS10 “How universal health coverage and TB responses combine to end TB: lessons learnt from country-level experiences”, 49th Union World Conference on Lung Health, The Hague, The Netherlands, October 24-27, 2018.
<https://cloud.theunion.org/index.php/s/RZjt8mk2bGG6c5S>

G . 知的財産の出願・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 . Ikegami N, Yoo BK, Hashimoto H, Matsumoto M, Ogata H, Babazono A, Watanabe R, Shibuya K, Yang BM, Reich MR, Kobayashi Y. 2011. Japanese universal health coverage: evolution, achievements, and challenges, *Lancet*. 378(9796): 1106–15.
1. Kim C. 2007. Equity in Health: A Global Perspective, *Journal of National Institution of Public Health*, 56(2): 122–124.
2. Kinjo E. 2013. Community participant activity from public health nurses experience in Okinawa. Document of Okinawa Nursing Association. Okinawa.
3. Kinjo T. 2001. Focus on the principles of public health nurse in Okinawa. Okinawa: Okinawa Koroni Printing.
4. Macq J, Torfoss T, Getahun H. 2007. Patient empowerment in tuberculosis control: reflecting on past documented experiences. *Tropical Medicine and International Health*. 12(7): 873–85.
5. Nakamura Y. 2016. Primary health care in Japan as a developing country. *Health Science*, 58(12): 796–801.
6. Okinawa House of Councilors Committee on Social and Labour Affairs. 1972. Comparison and problem of public welfare administration of Okinawa and mainland at the time of reversion to Japan. Okinawa.
7. Okinawa prefecture. 2013. Introduction of Okinawa.
<http://www.pref.okinawa.jp/site/chijiko/kohokoryu/foreign/english/introduction/index.html>, accessed 23 January 2019.
8. Okinawa prefecture. 2013. Overview of Okinawa Prefecture.
<http://www.pref.okinawa.jp/site/chijiko/kohokoryu/foreign/english/welcome.html>, accessed 23 January 2019.
9. Reich MR, Harris J, Ikegami N, Maeda A, Cashin C, Araujo EC, Takemi K, Evans TG. 2016. Moving towards universal health coverage: lessons from 11 country studies. *Lancet* 387: 811–16.
10. Ryukyu government health department. 1956–1971. Health statistics report. Okinawa.
11. Shinzato A. 2016. Station system in Okinawa. Document of Okinawa Nursing Association. Okinawa.
12. Starfield B, Shi L, Macinko J. 2005. Contribution of primary care to health systems and health. *The Milbank Quarterly* 83: 457–502
13. Stigler FL, Macinko J, Pettigrew LM, Kumar R, van Weel C. 2016. No universal health coverage without primary health care, *Lancet*. 387(10030): 1811. doi: 10.1016/S0140-6736(16)30315-4.
14. Stop TB Partnership & WHO. 2011. The global plan to stop TB, 2011–2015.
http://www.stoptb.org/assets/documents/globalplan/tb_globalplantostoptb2011-2015.pdf, accessed 23 January 2019.
15. Teruya K. 1987. Medical care in Okinawa after WW2 from my experience. Okinawa: Medical friend Co. Ltd.
16. UN. Resolution adopted by the General Assembly on 12 December 2012.
http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/67/81, accessed 23 January 2019.
17. WHO, UNICEF. 1978. Declaration of Alma-Ata.
http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf, accessed 23 January 2019.
18. WHO. 2003. The World Health Report 2003.
http://www.who.int/whr/2003/en/whr03_en.pdf, accessed 23 January 2019.
19. WHO. 2016. Universal health coverage.
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs395/en/>, accessed 23 January 2019.
20. WHO. 2008. The world health report 2008 - primary health care (now more than ever).
<https://www.who.int/whr/2008/en/>, accessed 23 January 2019.
21. Wiwanitkit V. 2011. Mandatory rural service for health care workers in Thailand. *Rural and Remote Health*. 11: 1583.
22. Yanagisawa R. 1999. Principles of primary health care. Introduction to international nursing. Tokyo: Igakusyoin, 72-94.
23. Yonabaru S. 1983. Public Health Nurse of Okinawa - history of the fight against tuberculosis. Okinawa:

Hoken dojinsya.

24. Zarocostas J. 2010. WHO issues guidelines on retaining health workers in rural areas. British Medical Journal. 341: c3774. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.c3774>

25. 沖縄県環境保健部予防課. 1981. 沖縄戦後の保健所のあゆみ 保健所 30 周年記念誌 .

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] カンボジアにおいては、公的保健施設におけるUHC実現への準備状況について、首都圏(プノンペン都A郡とカンダール州B郡)の郡病院長に対して半構造化調査票を利用した聞き取り調査を実施した。調査票には、保健施設とその所在地コミュニティにおける「A.コミュニティにおける保健サービスニーズ把握」「B.保健分野への住民参加」「C.コミュニティの既存資源活用」を用いた。また、National Social Security Fund(NSSF)によるサービス利用状況についても、両病院長に聞き取りを行った。

タイにおいては、UHC達成状況と保健サービス整備の進捗状況について、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、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を実施した。

[結果・考察] カンボジアでは、カンボジア首都圏の新興工業地域に所在する郡病院においては、公的健康保険対象者である大規模工場労働者のサービス利用が急増するのに伴い、利用者の多い土曜日及び日曜日などにスタッフを多く配置するなどして対応していた。一方、病院独自では、家庭訪問や村落ボランティアなどの活動は行っていなかった。結核対策の一環で、一部村落での定期的な会合や村落ボランティアの活動がみられたが、NGO主体によるものであった。病院主体のヘルス・プロモーション活動や疾病予防に関する活動は限定的であり、地域における伝統的出産助産者や民間保健施設との連携も行われていなかった。一方、大規模工場労働者と貧困層と認定された住民は、保健サービスへのアクセス支援が充実している。大規模工場以外での就労者や乳幼児・児童を含む未就労者の包摂が遅れている状況である。

タイに関しては、本年度はUHCの要件のひとつになっている医療情報システムについて調査を行った。結核情報については、タイ国では保健省結核対策課が管理する電子化された患者登録システム(TBCM)がある。近年結核患者報告数が増加しているため、その増加要因検討のため医療施設種別の報告施設数及び結核患者結核患者報告数の年次推移について観察した。登録された新規患者数は、2014年度が56,309、2017年度が77,079であり、36.9%増加していた。結核患者を報告した施設数は、保健省管轄施設数で801から952に18.9%増加し、保健省管轄以外の施設数で58から173に198.3%増加した。結核患者報告数については、保健省管轄施設で52,255から65,794に25.9%増加し、非保健省施設では、4,054から11,285に178.4%増加していた。結核患者を報告する施設数の増加が関与し、結核医療情報が強化されていることが示唆された。これは医療情報の観点において、UHCが強化されていると考えられる。またTBCM情報はUniversal Coverage Scheme担当機関(NHSO)により活用されており、結核対策が医療情報に関してUHCに貢献していると考えられた。

[結論] カンボジアでは、公的健康保険制度の普及が進み、その対象者への窓口負担免除や保健施設での受け入れが進む一方で、ヘルス・プロモーションや疾病予防に関する活動は、援助機関やNGOの支援状況に左右される現状が続いている。結核対策、特に村落における積極的結核症例探索を契機としたコミュニティやNGOとの連携は、ヘルス・プロモーション活動の基盤になりうるが、援助機関やNGOからの支援が無い場合は、各保健施設の限られたリソースによる実施に留まらざるをえない。UHC実現に向けては、公的健康保険制度の対象拡大に加えて、地域の保健施設がヘルス・プロモーションや疾病予防に取り組めるようにすることが求められている。

タイでは、結核対策が管理する結核医療情報システムが改善されており、その情報の利用を通じてUHCに貢献していると考えられた。今後、さらに私的医療機関からの患者報告の強化や、結核対策及び結核患者の疫学状況把握に有用な分析等の結核患者登録情報の有効活用が望まれる。この分野での日本の経験を活用した技術支援が有用であると考えられた。

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

大角晃弘：(公財)結核予防会結核研究所臨床疫学部

A. 研究目的

本研究は、カンボジアにおけるUHCの達成状況及び同状況と既存の疾病対策との関連性について情報収集を行い、UHC未達成国がUHCを達成す

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

適切な医療情報システムは、UHCの主要な要件であるため、本年度は、タイ国の結核患者報告システムの状況、UHCへの貢献、今後の課題を研究することを目的とした。

B. 研究方法

B.1 カンボジア

カンボジアにおいては、公的保健施設におけるUHC実現への準備状況について、首都圏（プノンペン都A郡とカンダール州B郡）の郡病院長に対して半構造化調査票を利用した聞き取り調査を実施した。保健施設とその所在地コミュニティにおける「A.コミュニティにおける保健サービスニーズ把握」「B.保健分野への住民参加」「C.コミュニティの既存資源活用」について調査票を用いて調査した。また、カンボジアにおける公的健康保険制度であるNational Social Security Fund(NSSF)によるサービス利用状況についても両病院長に聞き取りを行った。

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、タイ国保健省結核対策課で入手した文献を対象とする調査を中心に実施する。適切な医療情報システム構築は、Universal Health Coverage(UHC)の主要な要件の一つであり、結核患者サーベイランスから得られる結核指標は、UHCの達成状況を示す主要指標に含まれているため、本年度は情報システム及び情報システムに基づく、結核患者登録状況について分析を行った。

タイ国では電子化された患者登録システム(TBCM)による結核患者報告数が近年増加している。増加要因検討のため、医療施設種別の報告施設数及び結核患者報告数の推移について観察し、結核情報のUHCへの貢献について結核対策関係者から情報に基づき検討し、今後の課題を検討した。

C. 研究結果

C.1 カンボジア

表1は、カンボジア首都圏の郡病院におけるUHCへの準備状況を示している。「A.コミュニティにおける保健サービスニーズ把握」では、調査対象の両病院において保健サービス強化の優先分野について文書化された内容はなかった。しかし、各病院長ともに保健サービス強化で優先すべき分野に関する認識はあった。A病院長は「サービスの質的向

上と保健従事者の態度と知識向上」を、B病院長は「患者への支払負担の少ないサービス提供」を挙げた。両病院ともに、住民による保健サービスへのニーズ把握手段は限られているが、A病院では各村落での結核対策に関する月1度の会合に結核対策担当者を派遣していた。B病院では、NGOが組織した結核対策ボランティアからの情報提供を受ける機会があった。両病院ともに、施設独自の取り組みとして住民への家庭訪問によるサービス提供は行っていなかった。

表1「B.保健分野への住民参加」に関して、両病院の管轄地域では、一部の分野で保健関連のサービスを提供するNGOが活動していた。A病院の管轄地域では、小児保健や女性の芸能興行労働者(female entertainment workers)に対する健診サービスなどを提供しているNGOがあった。また、国立結核センター(National Centre for Tuberculosis and Leprosy Control)とNGOが連携して、過去に村落での積極的結核症例探索を行っていたA病院管轄地域では、活動終了後も月1回の村落での会合のみが活動として残存していた。B病院の管轄地域では、結核対策のNGOが活動しており、村落ボランティアを組織して積極的結核症例探索を行っていた。四半期に一度B病院で実施するトレーニングにはボランティアが参加していたが、参加は任意であった。両病院ともに病院主導での村落ボランティアは組織していなかった。

両病院の管轄地域では、伝統的出産介助者や呪術医、民間保健施設等が保健に関するサービスを提供していた。しかし、表1「C.コミュニティの既存資源活用」のとおり、両病院ともに、それらのサービス提供者との連携はなかった。

カンボジアの中でも新興工業地域である両病院の管轄地域には、NSSF対象者である工場労働者が多く居住している。A病院でNSSFの利用が可能になった2015年には年間300程度であったNSSF利用件数が、2018年には5000程度と急増した。工場労働者は平日フルタイムで勤務していることから、病院の利用者も土曜日及び日曜日や平日の昼休み中及び夕方以降に集中するようになった。それに合わせて、病院スタッフのシフトを変更して繁忙期に対応できるようにしていた。B病院においても、土曜日と日曜日のNSSF利用者数は、平日よりも2割程度多いということだった。また、土曜日と日曜日の妊婦健診や乳児の予防接種利用者は、平日の2倍程度ということだった。NSSFに加えて、カンボジア政府は貧困家庭を対象とした保健サービス費用免除プログラムであるIDPoorを実施しており、両病院でも同プログラム対象者への窓口負担を免除していた。

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。超多剤耐性結核の治療など特別な医療サービス以外は、結核医療サービスは基本的に保険制度に組み込まれている。結核患者情報に関しては、現在電子化された結核患者報告システム(TBCM)を、結核対策課の管轄で運営している。以前は、NHSOにより管理されている結核患者情報も存在したが、現在は結核患者情報に関しては、結核対策課の管轄のシステムからの情報をNHSOが利用するという体制になっている。

WHO発行のGlobal TB Control Reportでも示されているように、同国における結核患者報告数は増加している。タイ国では、2010年ころまでは推定数の60%未満しか報告されていなかった。しかし近年増加し、2017年の時点では、約74%と推定される。その理由を明らかにするため結核患者報告数及び結核患者報告施設の変化を分析した。

タイ国保健省結核対策課が管理するTBCM情報に基づいた結核患者報告数及び結核患者報告施設の変化を分析した。医療施設の種別は、医療施設を、保健省管轄施設とそれ以外(私的医療機関、非保健省公的施設)に分類した。暫定的な分析として、2014年度と2017年度の2点間で比較を行った。

登録された新規結核患者数は、2014年度が56,309人、2017年度が77,079人であり、36.9%増加していた。結核患者を報告した施設数は、保健省管轄施設で801から952に18.9%増加し、保健省管轄以外の施設数で58から173に198.3%増加した。結核患者報告数については、保健省管轄施設で52,255から65,794に25.9%増加し、非保健省施設では、4,054から11,285に178.4%増加した。以上のように、結核患者を登録した施設数、登録された結核患者数ともに保健省管轄施設が多いが、それらの増加率は保健省管轄以外の施設の方が大きかった。

D. 考察

D.1 カンボジア

カンボジア首都圏の新興工業地域に所在する郡病院では、公的健康保険対象者である工場労働者のサービス利用が急増したことに對して、利用者の多い土曜日及び日曜日などにスタッフを多く配置するなどして対応していた。一方、病院独自では、家庭訪問や村落ボランティアなどの活動は行っていなかった。結核対策の一環で一部村落での定期的な会合や村落ボランティアの活動がみられたが、NGO主体によるものであった。

本研究が対象とした首都圏の郡病院では、疾病の早期発見やヘルス・プロモーションなど、病院主導での疾病予防の取り組みは限定的であった。ヘルス・プロモーションや疾病予防はUHC実現のための重要な要素である[1,2]。しかし、リーダーシップや資金配分、人材などが不足する場合、ヘルス・プロモーションや疾病予防は軽視されうる[3]。カ

ンボジアでは、ヘルス・プロモーションや疾病予防活動において、国際機関やNGO等の資金拠出による村落ボランティアが主要な役割を果たしてきた[4,5]。結核対策では、カンボジア政府は、従来からの受動的結核症例探索に加えて、2005年から日本政府等の支援を受けて、貧困地区等で積極的結核症例探索を実施してきた[6]。これらの活動は、援助機関やNGOからの技術支援や資金支援をもとに実施されてきたが、A病院の管轄地域では、以前に実施されていた積極的結核症例探索は、本研究の調査時点では実施されていなかった。B病院の管轄地域では、NGO主導で積極的結核症例探索が行われていたが、村落ボランティア活動との病院との連携機会は、四半期に一度B病院で実施するトレーニングへのボランティアの任意参加のみであり、病院長によるとボランティアの参加率にばらつきがあるのが悩みということであった。カンボジア政府は、公的保健施設のサービス提供水準について、Complementary package of activitiesという基準を設けて、同水準に応じて3段階で認証している[7]。病院長によると、積極的なヘルス・プロモーション活動をコミュニティで拡充しても必ずしも認証に繋がらず、高度な検査サービスや手術設備の拡充を通じて認証を目指す傾向にあるようである。

一方、大規模工場労働者をはじめとするフォーマル・セクターでの就労者を対象とした公的健康保険制度であるNSSFによる受診者は、両病院の管轄地域で増加していた。両病院ともに、これらの受診者へ対応するための休日診療を拡充させていた。NSSF対象者は受診時の窓口負担が免除されていることも受診者数増加の一因であると思われる。窓口負担免除は妊婦健診や出産介助も対象とされている。貧困層向けプログラムであるIDPoorでも同様の費用免除が行われているため、大規模工場労働者と貧困層と認定された住民は、保健サービスへのアクセス支援が充実している。大規模工場以外での就労者や乳幼児・児童を含む未就労者の包摂が遅れている状況である。

D.2 タイ

タイ国では近年結核患者報告数が増加し、WHOによる推定患者数と患者報告数の差が減少してきている。本暫定分析により、この増加の一つの要因として、報告する施設数の増加が示唆された。結核患者報告施設数、結核患者報告数とも、保健省管轄医療施設が多いが、増加の程度は非保健省管轄施設で大きかった。よって増加の理由は、複数あると考えられるが、調査の結果から、一般公的医療施設以外で患者を報告する施設の増加していることが一因と考えられた。

推定値と報告数のギャップは、結核が診断されていない患者がいること、または診断されてい

も報告されていないことにより起こる。WHO の結核データベースによると、タイ国では 2010 年頃までは、推定数の 60%未満しか報告されていなかった。しかし、近年増加し、2017 年の時点では、約 74%と推定される。この改善が患者発見によるものなのか、診断された患者の報告が改善したのかを明らかにすることは、今回の分析から示すことは出来ないが、結核対策課に大学病院で治療されているが報告されていない症例がある、ということから、少なくとも増加の一部は報告の改善が関与していると考えられる。一般公的医療施設からの報告も増加しているが、こちらに関しては増加の一部に結核発病リスクグループに対する積極的患者発見活動が影響していると考えられる。

適切な医療情報システムは、UHC の要件のひとつである。タイ国においては、結核患者登録システムのカバー率の増加があり、改善していると考えられた。結核対策課の結核サーベイランス情報は、国民の多数が享受する公的保健サービス (Universal Coverage Scheme) の責任部署である National Health Security Office (NHSO) に提供されており、結核サーベイランス情報の改善は、UHC 強化に貢献していると考えられる。以前は、結核対策課の情報システムと NHSO のシステムが共存していたが、一本化されたことで医療施設の業務量の減少にも貢献したと考えられた。

さらに、結核患者登録のカバー率の改善だけでなく、電子化されていることによる利点がある。WHO が DOTS 戦略を推奨した 1990 年代より、結核対策の基本情報システムは、結核患者登録台帳とそれにもとづく集計した定期報告を、上位に上げるシステム (例えば、施設から郡に上げ、郡では管轄内の施設からの報告をさらに集計し郡報告を作成し州に報告し、同様に州から中央に報告) を基本としている。近年患者毎の情報を入力する電子化システムが推奨されてきているが、この利点はリアルタイムで集計できるだけでなく、患者属性を利用して、対策上有用な詳細の集計・分析が可能なことである。今回の調査は単純な集計であるが、これは定期報告では集計されないものであり、電子化されていることにより結核対策課は、下位レベルからの追加情報収集をする必要がなく、集計が可能であった。日本では、1980 年代よりこのような電子化システムを採用しており、結核疫学状況・対策状況の把握に重要な分析がおこなわれてきた。タイ国や他の国に対して、このような日本の経験に基づくサーベイランス情報の分析の技術支援をおこなうことにより、結核対策・UHC に有用な情報分析が推進されると期待される。

E . 結論

E.1 カンボジア

カンボジアでは、公的健康保険制度の普及が進

み、その対象者への窓口負担免除や保健施設での受け入れが進む一方で、ヘルス・プロモーションや疾病予防に関する活動は、援助機関や NGO の支援状況に左右される現状が続いている。結核対策、特に村落における受動的結核症例探索を契機としたコミュニティや NGO との連携はヘルス・プロモーション活動の基盤になりうるが、援助機関や NGO からの支援が無い場合は各保健施設の限られたリソースによる実施に留まらざるをえない。UHC 実現に向けては、公的健康保険制度の対象拡大に加えて、地域の保健施設がヘルス・プロモーションや疾病予防に取り組めるようにすることが求められている。

E.2 タイ

タイでは近年の結核患者報告数の増加している。電子化結核患者サーベイランスによると、この増加の一つの要因として、非保健省所轄施設からの報告の増加が示唆された。また、結核対策課の結核サーベイランス情報は、国民の多数が享受する公的保健サービス (Universal Coverage Scheme) の責任部署である National Health Security Office (NHSO) に提供されており、結核サーベイランス情報の改善は UHC 強化に貢献していると考えられる。

今後、さらにカバー率・情報の質を向上させるとともに、日本で実践されてきたように、電子化サーベイランスデータの対策状況・疫学状況の把握のための有効利用の推進することが推奨される。この分野での日本からの技術支援は有用であると考えられる。

F . 研究発表

1. 論文発表

無し。

2. 学会発表

- 1) Shibamura A : Caregivers ' preferences of health services upon childhood diarrhea in Kandal, Cambodia. 50th Asia-Pacific Academic Consortium of Public Health Conference, 2018 年 9 月 13 日, 於コタキナバル, マレーシア.
- 2) 山田紀男, Phalin Kamolwat, Witsarut Waiwattana, 大角晃弘 : タイ国における UHC 下で実施される結核対策の患者報告システムの改善状況の暫定分析. 第 94 回日本結核病学会総会, 2019 年 6 月 6~7 日, 於大分, 演題番号 068.

G . 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

該当無し。

2. 実用新案登録

該当無し。

[参考文献]

1. World Health Organization. The World Health Report 2013: Research for universal health coverage. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2013.
2. Kruk ME, Porignon D, Rockers PC, Van Lerberghe W. The contribution of primary care to health and health systems in low- and middle-income countries: a critical review of major primary care initiatives. *Soc Sci Med.* 2010; 70(6): 904-911.
3. World Health Organization and the United Nations Children's Fund. A vision for primary health care in the 21st century: Towards universal health coverage and the sustainable development goals. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2018.
4. Ozano K, Simkhada P, Thann K, Khatri R. Improving local health through community health workers in Cambodia: challenges and solutions. *Hum Resour Health.* 2018 Jan 6; 16(1): 2.
5. Hasegawa A, Yasuoka J, Ly P, Nguon C, Jimba M. Integrating child health services into malaria control services of village malaria workers in remote Cambodia: service utilization and knowledge of malaria management of caregivers. *Malar J.* 2013; 12(1): 292.
6. Eang, MT, Satha P, Yadav RP, Morishita F, Nishikiori, N, van-Maaren P, Lambregts-van Weezenbeek C. Early detection of tuberculosis through community-based active case finding in Cambodia. *BMC Public Health.* 2012; 12(1): 469.
7. Ministry of Health. Health strategic plan 2016-2020. Phnom Penh: Ministry of Health; 2016.
8. WHO. WHO TB burden estimates. (<https://extranet.who.int/tme/generateCSV.asp?ds=estimates>)
9. WHO. Case notifications. (<https://extranet.who.int/tme/generateCSV.asp?ds=notifications>)

表 1. カンボジア首都圏の郡病院における UHC への準備状況

項目	A 病院 (プノンペン都)	B 病院 (カンダール州)
A. コミュニティーにおける保健サービスニーズ把握		
A1-1. 保健施設におけるサービス提供の優先分野の明記	なし	なし
A1-2. 郡病院長による保健施設におけるサービス提供の優先分野の認識	サービスの質的向上と保健従事者の態度と知識向上	患者への支払負担の少ないサービス提供
A2. 住民の保健サービスへのニーズ把握のための情報源	各村落での結核対策に関する月 1 度の会合	NGO が組織する結核ボランティアからの声
A3. 家庭訪問による保健サービス提供の実施	なし	なし
B. 保健分野への住民参加		
B1-1. NGO や住民グループによる保健分野での活動	小児保健や芸能興行分野の女性労働者の健康に関する NGO 活動あり (結核分野の NGO 活動は以前行われていた)	結核分野で NGO 活動あり (Global Fund からの財政支援あり)
B1-2. NGO や住民グループと保健施設との連携	各村落での結核対策に関する月 1 度の会合への A 病院結核担当者の参加	NGO が組織した村落ボランティアによる積極的結核症例探索、四半期に一度 B 病院で実施するトレーニングへのボランティアの参加
B1-3. NGO や住民グループから保健施設への情報提供メカニズム	上の結核対策会合への参加、NGO との不定期会合	四半期に一度のボランティアトレーニングを通じた報告
B2. 保健施設主導による村落ボランティアの組織	なし	なし
C. コミュニティーの既存資源活用		
C1-1. 伝統的出産介助者や呪術医との連携	なし	なし
C1-2. 民間保健施設との連携	なし	なし
C1-3. コミュニティーにおけるその他の成員との連携	なし	なし

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 保健医療経営学科 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30年度は、平成28・29年度に実施した調査から抽出された情報をより多面的に整理・分析するため、現地コンサルタントによる現地結核対策関係者への聞き取り調査や、元JICA専門家経験者(結核菌検査)と現JICA専門家(保健政策)からの聞き取り調査を実施した。これに加え、ケニアのUHCと結核対策に関する各種データソースから最新情報を収集・整理した。

[結果] ケニア政府は、2018年1月、UHC達成のため保健省内に新しい部署(Department of UHC)を開設した。JICA専門家も配属されており、ケニア政府は、ドナーと連携してUHC達成に積極的に取り組んでいた。ケニアの1人当たりGDPに占める公的保健医療支出割合は、サブサハラ・アフリカの結核高負担国9カ国の中では比較的高い状況であった。保健省は、喀痰塗抹陽性肺結核患者をより多く発見するため、喀痰塗抹顕微鏡検査センターだけでなく、最新の結核菌核酸増幅検査ができる装置も積極的に導入している。結核患者の経済的負担は比較的低く抑えられており、個別の疾病対策として成果を上げていると考えられた。

[考察] 同国は、現大統領の強力なリーダーシップの下、保健医療政策の重要課題のひとつとしてUHC達成に向けて積極的に取り組んでいる。ケニアの国家結核対策は、垂直型の感染症対策として長年の実績があり、喀痰塗抹検査センターだけでなく最新の結核菌核酸増幅検査装置など、保健インフラに対する投資に積極的である。推定喀痰塗抹陽性肺結核患者発見率は、サブサハラ・アフリカの結核高負担国9カ国の中では比較的高く、結核患者の経済的負担も周辺国の中では、比較的軽い傾向を認めた。

[結論] 結核対策の実績を踏まえ、UHC達成に向けた次の目標は、結核対策と他の医療プロジェクトや社会保障分野のプログラムとの連携である。分野横断的なデータ分析に基づく課題解決戦略を策定して実施するため、結核対策と他のプログラム間でのデータ共有や、医療情報ネットワークシステムDHIS(District Health Information System)などとのデータ共有を検討すべきである。そのためには、データ共有に関する技術的支援と、保健省内の部門横断的なDepartment of UHCに対する人的支援も重要である。

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)
大角晃弘: (公財)結核予防会結核研究所臨床疫学部

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・研究の目的は、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。

平成30年度は、平成28・29年度に実施した調査から抽出された情報を、より多面的に整理・分析することを目標として実施した。

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

B. 研究方法

平成 29 年度の研究活動として、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する計画としていたが、現地コンサルタントが米国系 NGO 団体のケニア代表職に就いたため、調査に充分時間を割くことができなかった。結果として、結核対策関係者に対する聞き取りは、対象者が 11 人と少ないため、限定的な意見としての調査報告書という位置づけとなった。

必要な情報を補うため、平成 30 年度の研究活動として、元 JICA 専門家（結核菌検査）と現 JICA 専門家（保健政策）から聞き取りを実施（平成 30 年 8 月頃）した。これに加え、ケニアの UHC と結核対策に関する各種データソースから最新情報を収集した。

C. 研究結果

1. ケニア結核対策の概要

結核対策の指標として二つの重要指標である結核患者発見率と結核治療成功率は、2014 年の全国平均で各 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[1]。しかし、2016 年に実施された結核有病率調査（TB Prevalence Survey）の結果では、これまで推定されていた結核罹患率 233（人口 10 万人対）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（incident cases）は 138,105 人となり、2015 年の結核患者報告者数 81,447 人から考えると、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[2]。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）[3]。

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[4]。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[5]。これを金額にすると、結核は約 46 億 Ksh（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）の医療費となり、結核対策 3 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[3]。

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

との情報があるが未確認である。

2. UHCをモニタリングする指標

表 1 は医療施設の各種医療用品の在庫状況を示している[6]。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。

表 1. 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

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[7]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られており、結核患者発見率と結核治療完了率が指標として採用されている。

3. アフリカ大陸の結核高負担国

WHO（World Health Organization: 世界保健機関）は、1996年のデータに基づき、推定結核患者数が多い上位22カ国（世界の約80%を占める）を結核高負担国に指定し、Global TB Control Report 1998に公表した。その18年後の2016年（データは2015年）のReportでは、結核患者数が多い上位20カ国と、人口対罹患率の高い10ヶ国を結核高負担国に分類し、改めて合計30ヶ国を指定した。

ここでは、データを比較するうえで一貫性のある2014年まで指定されていた結核高負担国22カ国のうち、ケニアを含むサブサハラ・アフリカ9カ国についてデータの比較を行う。

まず、9カ国の人口、1人当たりGDP、GDPに占める公的保健医療支出割合を表2に示す[8]。イギリス王立国際問題研究所の「Shared Responsibilities for Health」2014年[9]では、国内の保健医療システムを強化するためには、公的保健への支出は少なくともGDPの5%（1人当たり86ドル）以上必要としている。このことから考えると、保健分野への政府予算支出は、Kenyaを含む当該9カ国全てで基準に達していないのが現状である。

表2．9カ国の比較（2015年）

	人口 [百万人]	1人当たり GDP [米ドル]	公的保健 支出割合 [%]
DR Congo	76.2	497.6	0.7
Ethiopia	99.9	645.5	1.1
Kenya	47.2	1,355.0	1.7
Mozambique	28.0	528.3	0.4
Nigeria	181.2	2,655.2	0.6
South Africa	55.3	5,746.7	4.4
Uganda	40.1	675.1	1.0
Tanzania	53.9	872.3	2.2
Zimbabwe	15.8	1,033.4	2.1

続いて、結核対策で重要な指標について比較する。1991年 WHO は、国家結核対策の質を上げるため、2000年までに喀痰陽性肺結核患者の70%以上を発見し、治癒率を85%にすることを提案した[10]。

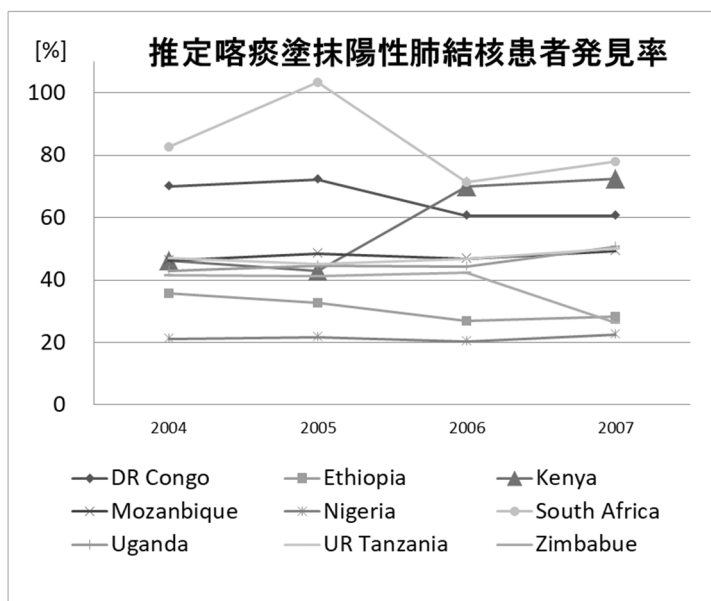


図1．推定喀痰塗抹陽性肺結核患者発見率[11]

図1は、推定喀痰塗抹陽性肺結核患者発見率について、当該9か国のデータが比較できる2004年から2007年間の推移を示したものである。ケニアの場合、2005年まで発見率は50%以下であったが、2006年に南アフリカに次ぐ高い発見率を達成し、WHOの提案から6年遅れで70%以上を達成した。

その後 WHO は、喀痰塗抹陽性肺結核患者の発見だけでなく、塗抹陰性の肺結核患者発見も重視する方針に変更したことで、2008年以降、推定喀痰塗抹陽性肺結核患者発見率の数値は Global TB Control Report に掲載されなくなった。そこで、喀痰塗抹検査へのアクセスに影響する喀痰塗抹顕微鏡センター数の推移に注目して比較する。WHO は、結核患者が容易に喀痰塗抹検査を受けることができるには、人口対10万人に対して1か所以上喀痰

塗抹検査ができる顕微鏡センターを設置することを提言した[12]。図2は、2010年から2014年までの喀痰塗抹顕微鏡センター数の推移を示している。ケニアは、WHO が提言した指標（10万人対1か所）の約4倍の顕微鏡センターを配置しており、9か国の中で最も高く、住民が喀痰塗抹検査を受けるためのアクセスは、比較的良好であると考えられる。

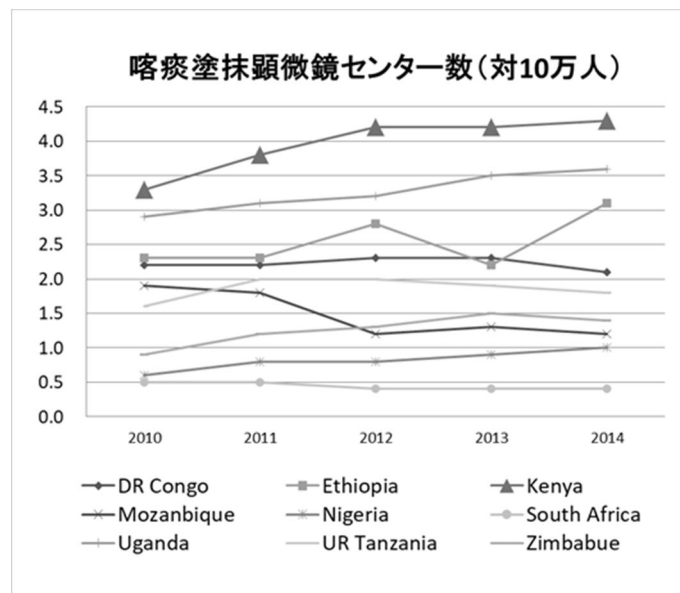


図2．喀痰塗抹顕微鏡センター数の推移[13]

その後、喀痰の結核菌核酸増幅検査法が実用化されるに伴い、喀痰塗抹顕微鏡センターの重要性に変化が生じている。その結果、WHO が提言した指標（10万人対1か所）は、2012年の Global TB Control Report では個別の国の保健衛生状況に応じた検査施設を整えることが重要だと記しており、2015年の Report から、この指標の記載はない[14]。これに対しケニアでは、結核菌核酸増幅検査ができる装置（Gene Xpert）も積極的に導入しており、2017年には全国で153台（計画では250台）が設置されている[15]。

4. ケニアにおける結核対策とUHC

WHO の Global TB Control Report では、2013年の Report に初めて UHC という単語が使われ、2017年の Report から UHC の指標として以下に示す結核対策の3つの指標が掲載されている[16]。

1. TB treatment coverage
2. TB patients facing catastrophic total costs
3. TB case fatality ratio

「TB patients facing catastrophic total costs」について、WHO の Global TB Control Report 2018 では、2015年から2018年の3年間に世界で8ヶ国の調査を実施し、その結果を公表している[17]。図3は、年収の20%以上を結核の診断と治療費に費やした割合を示しており、この8か国の比較では、ケニアが最

も家計への経済負担が少ないと報告されている。これらの比較データから、ケニア政府の国家結核対策は UHC の達成に積極的であり、数値からも実績を確認することができる。

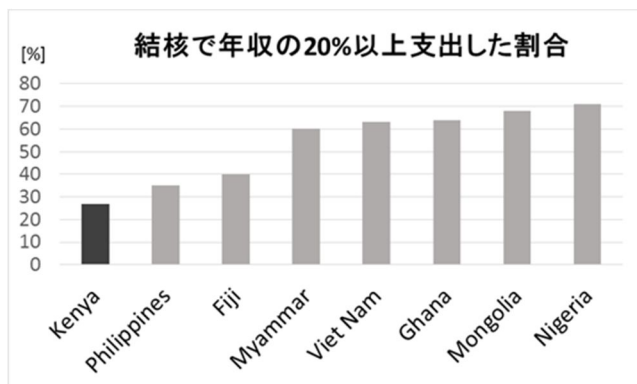


図 3. 年収に対する結核の診断と治療費

5. 結核対策関係者からの聞き取り

「B. 研究方法」に記したように、平成29年度末（2018年3月ごろ）、結核対策関係者から聞き取り調査を行う計画を立てたが、同時期に共同研究者である現地コンサルタントが常勤の仕事に就いたため、調査に充分時間を割くことができなかった。

結果として、2018年9月末に提出された報告書は、結核対策サービス提供者11人への限定的な聞き取り内容である。従って、この報告書の内容がケニアの結核対策を代表しているとは考えていないが、有意義な示唆が含まれているため、概要について以下に記す。

- 調査対象者：11人（州病院で結核を担当している医師、薬剤師、看護師、Clinical Officer）
- 調査地：全国47州のうち10州（1. Isiolo, 2. Kericho, 3. Kirinyaga, 4. Kitale, 5. Makueni, 6. Migori, 7. Siaya, 8. Tharaka-Nithi, 9. Trans-Nzoia, 10. Vihiga、但し、Vihiga州のみ2人、他の9州は各1人で合計11人）

この報告書には、結核対策として改善が必要な多くの点が挙げられている。その中で、本報告書に記した内容と関連性が高いと考えられる指摘を以下6項目にまとめた。

1. 表1に示した医療関連用品の運営管理体制
2. 民間病院での結核診断・治療体制
3. 結核対策と関連するプログラムとの連携
4. 州と中央政府の連携による啓蒙活動
5. 保健省の医療情報ネットワークシステム DHIS（District Health Information System）と結核データの共有
6. 地方（遠隔地）でのコミュニティーワーカーの強化

6. ケニアにおける結核対策のまとめ

国家結核対策課が中心となって、垂直的な疾病対策として結核対策を実施してきた実績があり、単独の疾病対策として目標達成レベルは高いといえる。今後は、これまでの結核対策の実績を活かし、UHCを目指した保健医療政策に貢献する結核対策戦略がより重要だと考えられた。

D. 考察

2018年1月、大統領の強力なリーダーシップの下、UHC達成のため、ケニア保健省に新しく Department of UHC（UHC局）が開設された。当該局には、JICA 専門家も配置されており、ドナーとの協調の下、保健医療政策の重要課題のひとつとして UHC 達成に取り組んでいる。

国家結核対策は、感染症対策として長年の実績があり、垂直型のプロジェクトとして成果を上げてきた。例えば、喀痰塗抹肺結核患者の早期発見のため、喀痰検査センターや結核菌核酸増幅検査装置の拡充などを推進している。また、結核患者の経済的負担も比較的安く、国家結核対策としての成果を上げていると評価できる。

一方、UHC としての結核対策という視点から見ると、垂直型のプロジェクトであるが故の課題がある。例えば、州政府主導で実施されている他の医療プロジェクトとの重複や、連携不足が課題であり、結核対策の成果を UHC 達成に結びつけるためには解決すべき課題が多く、時間もかかることが予想される。

E. 結論

これまでの結核対策の実績を踏まえ、UHC 達成に向けた次の目標は、結核対策と他の医療プロジェクトや社会保障分野のプログラムとの連携である。他のプログラムと連携することで、関連するデータを分野横断的な視点から分析し、現状を適切に反映した課題解決戦略を策定でき、効果的なプロジェクト運営が可能となる。

このためには、結核対策と他のプログラム間でのデータ共有や、医療情報ネットワークシステム DHIS（District Health Information System）などのデータ共有を検討すべきである。この目的達成のため、データ共有に関する技術的支援だけでなく、関係する省庁や部署間の連絡・調整機関として新設された保健省の UHC 局の役割は極めて重要であり、ドナーとして支援する意義は高いと考えられた。

F. 研究発表

1. 論文発表
無し。
2. 学会発表
1) 伊達卓二，大角晃弘：ケニアにおける医療への

ユニバーサル・アクセスを目指した制度の整備過程に関する考察. 第33回日本国際保健医療学会学術大会, 2018年12月1-2日, 於小平, 口演: 0-15, 抄録53頁.

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. Ministry of Health. “Annual Report 2015.” National Tuberculosis, Leprosy and Lung disease program, 2015, p.9.
2. Ministry of Health. “Kenya Tuberculosis Prevalence Survey 2016.” National Tuberculosis, Leprosy and Lung disease program, 2016, p.48.
3. 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.
4. Bureau of Statistics. “Economic survey 2018”, 2018, p.39 から著者作成。
5. Ministry of Health. “Kenya National Health Accounts 2015/2016.”から著者作成。
6. Ministry of Health. “Kenya health service availability and readiness assessment mapping (SARAM) report 2013.”2013, pp.18, 20, 38.
7. Ministry of Health. “Statistical Review of Progress Towards the Mid-Term Targets of the Kenya Health Sector Strategic Plan 2014-2018.” 2017. [<http://apps.who.int/gho/portal/uhc-he-cabinet-wrapper-v2.jsp?id=500103>]
8. Chatham house. “Shared Responsibilities for Health: A Coherent Global Framework for Health Financing”. The Royal Institute of International Affairs, 2014, p.11. [https://www.chathamhouse.org/sites/default/files/field/field_document/20140521HealthFinancing.pdf]
9. World Health Organization. “Global Tuberculosis Report 2006, 2007, 2008, & 2009”. Geneva.
10. World Health Organization. “Forty-Fourth World Health Assembly”. 1991, Geneva, p.7.
11. World Health Organization. “Global Tuberculosis Report 2012”. Geneva, p.66.
12. World Health Organization. “Global Tuberculosis Report 2011, 2012, 2013, 2014 & 2015”. Geneva, WHO.
13. World Health Organization. “Global Tuberculosis Report 2012”. Geneva, p.66.
14. Ministry of Health. “Annual Report 2017.” National Tuberculosis, Leprosy and Lung disease program, 2017, p.66.
15. World Health Organization. “Global Tuberculosis Report 2017”. Geneva, p.156-224.
16. World Health Organization. “Global Tuberculosis Report 2018”. Geneva, p.140.

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍	該当無し。
----	-------

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
Querri A, <u>Ohkado A</u> , <u>Kawatsu L</u> , <u>Remonte MA</u> , <u>Medina A</u> , and <u>Garfin</u> <u>AMC</u> .	The challenges of the Philippines social health insurance program in the era of Universal Health Coverage.	Public Health Action	8(4)	175-180	2018
Querri A, <u>Ohkado A</u> , <u>Kawatsu L</u> , Bermejo J, Vianzon A, Recidoro MJ, Medina A.	The role of community health volunteers in delivering primary health care - a case study of Manila, the Philippines.	Journal of International Health (submitted, under review)			
Toyama N, <u>Ohkado A</u> , <u>Uechi M</u> , <u>Uchimura K</u> , <u>Kawatsu L</u> , <u>Izumi K</u> , <u>Uehara M</u> , and <u>Ishikawa</u> <u>N</u> .	How did public health nurses contribute to achieving universal health coverage in Okinawa after the World War II disaster? - A case study focused on tuberculosis control from 1945 to 1972.	Health Policy and Planning (submitted, under review)			

2019年 5月20日

厚生労働大臣
(国立医薬品食品衛生研究所長) 殿
(国立保健医療科学院長)

機関名：公益財団法人結核予防会結核研究所

所属研究機関長 職 名：所長

氏 名：加藤 誠也

次の職員の平成30年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 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
2. 研究課題名 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)
3. 研究者名 (所属部局・職名) 臨床・疫学部 部長
(氏名・フリガナ) 大角 晃弘 (オオカド アキヒロ)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	公益財団法人結核予防会結核研究所倫理審査委員会	<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称：)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由：)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関：)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由：)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容：)

(留意事項) ・該当する口をチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

2019年 5月20日

厚生労働大臣
(国立医薬品食品衛生研究所長) 殿
(国立保健医療科学院長)

機関名：公益財団法人結核予防会結核研究所

所属研究機関長 職 名：所長

氏 名：加藤 誠也

次の職員の平成30年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 研究事業名 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
- 研究課題名 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)
- 研究者名 (所属部局・職名) 臨床・疫学部 副部長
(氏名・フリガナ) 内村 和広 (ウチムラ カズヒロ)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	公益財団法人結核予防会結核研究所倫理審査委員会	<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称：)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由：)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関：)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由：)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容：)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

2019年 5月20日

厚生労働大臣
(国立医薬品食品衛生研究所長) 殿
(国立保健医療科学院長)

機関名：公益財団法人結核予防会結核研究所

所属研究機関長 職名：所長

氏名：加藤 誠也

次の職員の平成30年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 研究事業名 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
- 研究課題名 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)
- 研究者名 (所属部局・職名) 国際協力・結核国際情報センター センター長
(氏名・フリガナ) 山田 紀男 (ヤマダ ノリオ)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	公益財団法人結核予防会結核研究所倫理審査委員会	<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称：)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由：)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関：)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由：)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容：)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

2019年 5月20日

厚生労働大臣
(国立医薬品食品衛生研究所長) 殿
(国立保健医療科学院長)

機関名：保健医療経営大学

所属研究機関長 職名：学長

氏名：廣田 良夫

次の職員の平成30年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益衝突回避策等については以下のとおりです。

1. 研究事業名 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
2. 研究課題名 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)
3. 研究者名 (所属部局・職名) 保健医療経営大学 保健医療経営学科 教授
(氏名・フリガナ) 伊達 卓二 (ダテ タクジ)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	公益財団法人結核予防会結核研究所倫理審査委員会	<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称：)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由：)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関：)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由：)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容：)

(留意事項) ・該当する口にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。