

平成 26 年度国際医療研究開発費（課題番号 26 指 1）

「日本から東南アジア、アフリカへの有効なユニバーサル・ヘルス・カバレッジ (UHC) 支援の研究」

研究報告シンポジウム

2015 年 7 月 16 日（木）13:30-17:00

医療保障制度

日本の経験を途上国の UHC 支援に生かすには

日本の国民皆保険の本質
～日本の経験の何をどのように伝えるべきか～

日本の医療保障と医療アクセスの関係～今後の課題～

医療保障からみた途上国の類型化・分類

日本とベトナム・ラオスの医療保険：
制度比較からみる協力可能性

ケニアにおける保険制度の現状と課題

ベトナム診療報酬ワークショップ報告

医療保障制度支援のためのプロセスモデル

UHC に対する多面的アプローチ

パネル討論

平成 26 年度国際医療研究開発費（課題番号 26 指 1）
「日本から東南アジア、アフリカへの有効なユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）支援の研究」
研究報告シンポジウム

医療保障制度 ～日本の経験を途上国の UHC 支援に生かすには～

2015 年 7 月 16 日（木）13：30 - 17：00

国立国際医療研究センター 国際医療協力研修センター 5 階 大会議室

共催：国立国際医療研究センター（NCGM）／国際協力機構（JICA）

目次



はじめに			03
開会の挨拶	国立国際医療研究センター 国際医療協力局長 現 成田空港検疫所長	宇都宮 啓	04
I	日本の国民皆保険の本質～日本の経験の何をどのように伝えるべきか～ 政策研究大学院大学 教授	島崎 謙治	05
II	日本の医療保障と医療アクセスの関係～今後の課題～ 東京大学大学院 医学系研究科 公衆衛生学教室 教授	小林 廉毅	27
III	医療保障からみた途上国の類型化・分類 国立国際医療研究センター 国際医療協力局 運営企画部 保健医療開発課長 現 国立国際医療研究センター 国際医療協力局 人材開発部 広報情報課長	村上 仁	40
IV	日本とベトナム・ラオスの医療保険：制度比較からみる協力可能性 国立国際医療研究センター 国際医療協力局 運営企画部 保健医療開発課長 現 国立国際医療研究センター 国際医療協力局 人材開発部 広報情報課長	村上 仁	47

V	ケニアにおける保険制度の現状と課題	国際協力機構 国際協力専門員 保健分野課題アドバイザー 現 東京女子医科大学 国際環境・熱帯医学講座 教授	杉下 智彦	58
<hr/>				
VI	ベトナム診療報酬ワークショップ報告	国立国際医療研究センター 国際医療協力局長 現 成田空港検疫所長	宇都宮 啓	75
<hr/>				
VII	医療保障制度支援のためのプロセスモデル	国立国際医療研究センター 国際医療協力局 連携協力部長	明石 秀親	78
<hr/>				
VIII	UHC に対する多面的アプローチ	国際協力機構 人間開発部 次長 現 国際協力機構 東南アジア・太平洋部 次長	米山 芳春	80
<hr/>				
IX	パネル討論 「医療保障制度～日本の経験を途上国の UHC 支援に生かすには～」			93
<hr/>				
閉会の挨拶		国際協力機構 人間開発部 次長 現 国際協力機構 東南アジア・太平洋部 次長	米山 芳春	102

はじめに

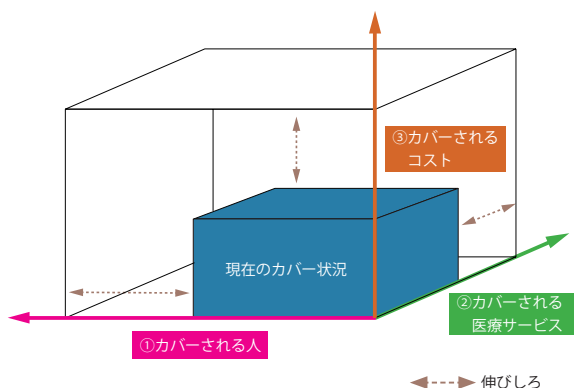
ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（Universal Health Coverage: UHC）とは、すべての人が負担可能な費用で必要とする基礎的医療にアクセスできる状態をいいます。UHCの達成は通常、下図で示すように①カバーされる人、②カバーされる医療サービス、③カバーされるコストの3つの軸で評価されます。

近年、世界的な国際保健の課題解決に、このUHCの視点が加わりました。2013年に政府は国際保健外交戦略を策定し、「すべての人が基本的保健医療サービスを受けられること」をめざし、日本が世界に先駆けて1961年に国民皆保険を達成した経験を活かして世界に貢献することを決めました。2014年には健康・医療戦略が閣議決定されました。その中で、地球規模課題としての保健医療（グローバルヘルス）は、日本外交の重要課題と位置づけられ、これまでの日本の知見などを総動員し、世界のすべての人が基本的保健医療サービスを負担可能な費用で享受することができるよう努めることが明記されました。その後、2015年の国連総会では、持続可能な開発目標（Sustainable Development Goals）が決議され、UHCの達成はターゲットの1つとして各国が取り組む課題となっています。

本研究シンポジウムは、国立国際医療研究センター（NCGM）、国際協力機構（JICA）、政策研究大学院大学、東京大学大学院の研究者が参加する国際医療研究開発費「日本から東南アジア、アフリカへの有効なユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）支援の研究（課題番号26指1）」の中間報告会として2015年7月に開催されました。研究班には、シンポジウムは、日本の国民皆保険制度の要諦や、日本の医療保障と医療へのアクセスの特徴を同定すること、日本と低中所得国の医療保障の比較をとおして、日本の医療保障の制度から低中所得国へマッチングや展開できるコンテンツと支援のプロセスのアイデアを討議することを目的としました。UHC支援には保健を支える多くの方々を合わせ、オールジャパンとして取り組むことが必要であるという観点から、公開シンポジウムとして開催し、当日は100名を超える方々にご参加をいただきました。

多くの皆さまからのご協力に感謝申し上げます。

平成29年3月



図：UHCキューブ

WHOウェブサイト掲載のUHC概念図「three dimensions」を参考にNCGMが改変。

http://www.who.int/health_financing/strategy/dimensions/en/

国際医療研究開発費（課題番号26指1）

主任研究者

村上 仁、松原智恵子

分担研究者

島崎 謙治、小林 廉毅

研究協力者

明石 秀親、小野 太一、杉下 智彦
星田 淳也、土田 武史、片桐 由喜
中村信太郎、土井 正彦、横堀 雄太
山本佐枝子、佐藤 靖子、田中由美子
稲岡希実子、青柳恵太郎、渡辺 学
仲佐 保

開会の挨拶



国立国際医療研究センター 国際医療協力局長
現 成田空港検疫所長

宇都宮 啓

皆さん、こんにちは。大変お忙しいところ、また、台風が近づいて、あまり足元の良くないところ、お集まりいただきましてありがとうございます。今回のシンポジウムは、JICA と共催させていただいており、JICA、政策研究大学院大学、東京大学から共同で行っている研究成果を発表させていただきます。

私は、昨年7月からこの国立国際医療研究センターに参りましたが、その前は15年ほどドメスティックな仕事をしておりました。直前は、厚生労働省の保険局医療課でまさに去年の診療報酬改定をしておりました。今度はガラッと変わった雰囲気気分転換できるかなと思っていたところ、医療の国際展開に関して「UHCに関連して日本の国民皆保険制度を世界に広げろ」という話を受けました。飛んで火に入る夏の虫という感じで、またも医療保険の仕事が振ってきて、早速、4月にもベトナムで日本の診療報酬の話をしてきました。これまで色々行ってきたことというのは、つながっているものだと感じています。

さて、日本の知見や経験を途上国に広げていこうということですが、本当にそう簡単にいくのでしょうか。何ができて、何ができないのか。あるいは、どのように行えば役に立っていくのか。その辺のところを今日は皆さんと考えていきたいと思っております。

このシンポジウムがぜひ実り多いものであることを祈念しまして、オープニングのあいさつとさせていただきます。よろしくお願い致します。

I

日本の国民皆保険の本質

～日本の経験の何をどのように伝えるべきか～

政策研究大学院大学 教授

島崎 謙治

《要旨》

1. 冒頭、国際保健領域の中で、日本の国民皆保険の、特に実務ならびに制度を構成している要素間の関係の無理解が顕著であること、相手国の問題状況・タイムテーブルに対応し、日本の制度の「何を」・「どう」伝えるかという“マッチング”ができていないことが指摘された。

■ 医療制度の特性と UHC の設計の「分岐点」

1. 医療制度は国により様々な形態をとる。その理由を考察することは、開発途上国が UHC の制度設計や実現の道筋を考える上で重要。
2. 医療制度では delivery（サービスの提供）と finance（財政）の双方の制度設計が重要。
3. UHC 実現の手法として、「社会保険方式」「税方式」のどちらを選択するかは、医療政策の大きな「分岐点」である。
4. 医療制度が税方式の国は決して少なくない。主な理由は、（1）農村部、過疎地などに医療機関や医療スタッフを間接的に誘導するより、政府が自ら直接 delivery を行う方が容易、（2）現実に保険料の負担能力の低い者や保険料を納めない者が存在。
5. 一方、社会保険方式を選ぶ理由は、（1）個人が保険料を負担するため、自立自助の精神や自由経済社会の基本原則に適合的、（2）保険料の拠出と受益の関係が明確、（3）税方式に比べ歳入変動が少ない、（4）診療待ちリストなど、税方式に付随する硬直性の回避。
6. 社会保険方式を採る場合の留意点として、（1）保険料拠出ができる程度の国民所得、（2）被保険者の特定・管理および保険料の賦課・徴収、（3）delivery の整備、（4）保険運営のインフラ整備（審査支払、保険数理の基礎データ収集など）が挙げられた。
7. 開発途上国が UHC を実現する場合、民間医療保険の取扱いは大きな課題。民間保険加入者を公的医療保障の対象とするかしないか、民間保険と公的保険が医師・医療機関との契約でどう競合するかなどの論点がある。
8. 生活保護受給者、インフォーマルセクター従業者、フォーマルセクター従業者が同じ保健医療サービスを給付される平等性が日本の医療制度の大きな特性で、多くの途上国ではサービス内容が社会階層により異なる。

■ 日本の医療制度の特徴、国民皆保険の構造と意義

1. 日本の医療制度の要点は 10 点にまとめられるが、特に解説を要するのは、（1）被用者保険と地域保険の二本建てによる国民皆保険、（2）民間セクター中心の医療供給体制、（3）delivery と finance の接合の方法、の 3 点。
2. 「被用者保険と地域保険の二本建てによる国民皆保険」という特性は、市町村に住所を有する者が、当該市町村を保険者とする国民健康保険（地域保険）の適用対象になり、被用者およびそれらの被扶養者が適用除外されることで説明される。つまり、日本の国民皆保険は、国民健康保険（地域保険）の「投網」をいったん国民全員にかけることにより成立している。
3. 「民間セクター中心の医療供給体制」は、病院数の約 8 割（病床数では約 7 割）が医療法人など民間セクターが占めている点にあらわされる。医療法人は非営利であることが要求され、株式会社の参入が禁止されている。これは利益を医療事業に再投資させ、delivery を拡充させる政策意図に基づいている。
4. 日本の「delivery と finance の接合の方法」を特徴づけるのは、（1）現物給付方式（保険支払分を患者が一時的に立て替え払いする必要がない）と（2）診療報酬制度。現物給付は、厚生労働大臣が指定した保険医療機関で実施され、

国民が必要とする医療を、基本的にすべて公的医療保険でカバーする制度設計することで成立。混合診療の禁止および民間医療保険が補完的な役割にとどまることから、公的医療保険を取り扱わなければ医療機関の経営は成り立たないため、ほぼ100%の医療機関が指定を受けている。

5. 日本の国民皆保険の意義としては、(1) 疾病・外傷を罹患した際、affordable な費用で医療を受けられ、国民生活が安定、(2) 解雇されても地域保険でカバーされ、医療保障を失わない、(3) 医療機関の診療報酬への依存度が非常に高いため、政策誘導に使うことができるという3点が挙げられる。

■ 日本の国民皆保険実現のプロセスと政策的示唆

1. 1938年の旧国民健康保険法の制定の背景には、農村を窮乏から救う必要性があった。成功要因としては、(1) 制度設計(例：診療報酬)に関し被用者保険の仕組を「援用」でき、地域保険を運営する行財政インフラが存在したこと、(2) 医療水準は高くなかったとはいえ、現在の農協の前身による病院建設等、農村の医療を確保する活動等が存在したこと、(3) 戦時体制下、「健民健兵」の一環として国保普及を強力に推進したことが特記される。
2. 1961年の国民皆保険の背景には、戦後の経済復興と貧困が交錯する時代背景の中で、国民皆保険が政治プロセスに浮上した点の特記される。成功要因としては、(1) 被用者保険と国民健康保険の二本建ての基盤の存在、(2) 僻地に公立病院の設置が進むなど、一定水準の医療のdeliveryの確保、(3) 地方自治の関係団体・マスコミ等が国民皆保険を強く支持、(4) 経済界も国民皆保険を支持(医師会も強く反対せず)、(5) 制度設計の権限の分散がなかった(厚生省に権限が一元化)、(6) 貧富の差が小さかった等が挙げられる。
3. 制度設計で苦しんだ点としては、(1) 従業員5人未満の事業所の従業員を地域保健、被用者保険のどちらでカバーするか(当初国保対象、後に被用者保険対象となった)、(2) 保険料負担能力の乏しい者をいかに取り扱うか(後に生保対象者は保険料免除となった)などがあった。
4. 1961年には、人口の100%が医療保険でカバーされたが、その後1973年までの経済成長を背景に、カバーされる費用割合の拡大(当初の5割割付から7割へ、高額医療費制度導入等)、カバーされるサービスの拡充(制限診療の撤廃等)が追加された。老人(70歳以上)の医療が1973年に無料化されたが、過剰受療を招き、後に廃止。

■ よくある質問

1. 開発途上国に社会保険方式を勧めるか? → UCを社会保険方式で行うか、税方式で行うか、また社会保険方式で行う場合も、日本のような「厳格な形」で実施するか等は、自国が置かれている実情等を踏まえ、各国が主体的に判断すべきである。
2. 日本の国民皆保険制度は、多額の公費が投入され、実質的には税方式との混合形態ではないか → 多数の保険者が並立しているため、財政力調整のため公費が投入されているが、個人単位の保険料の抛出と給付を受ける権利が結びついているという点から、本質的に社会保険方式である。
3. 国民皆保険、現物給付原則、フリーアクセス、出来高払いなどは、医療費を増大させる要素であるにもかかわらず、なぜ医療費の制御が可能か → deliveryとfinanceが、国民皆保険の下で診療報酬制度によって「結合」しているため。診療報酬の改定率を決めれば、日本の医療費総額はほぼそれに連動する。
4. 日本の自己負担率(原則3割)はなぜ欧州諸国より高く設定されているか → フリーアクセス確保により日本の外来受療率が高く、需要サイドにコスト抑制のインセンティブが必要であるため。

プレゼンテーションの目的・内容

【目的】

国民皆保険制度の“輸出”が国の方針として打ち出されているが、制度の“輸出”は簡単なことではない。特に日本の国民皆保険は複雑な仕組みである。これを開発途上国に“輸出”することの可否は措くにしても、日本の国民皆保険の本質について正確に理解した上で、「何を」「どのように」伝えるべきか吟味する必要がある。本日は、この点に関する演者の考え方を述べる。

【内容】

1. 医療制度の特性とUHCの設計の「分岐点」
2. 日本の医療制度の特徴、国民皆保険の構造と意義
3. 日本の国民皆保険の実現プロセスと政策的示唆
4. よくある質問とディスカッション

島崎 政策研究大学院大学の島崎です。時間が限られておりますので、早速中身に入らせていただきたいと思っております。今日は日本の国民皆保険の本質についてお

話しさせていただきます。プレゼンテーションの目的、それから中身はここに書いてございます。

(参考)“UHC輸出”の問題に関わってみて感じたこと

1. 対日本

- ・国民皆保険の理解が表面的。特に実務の無理解が顕著。
(例)スローガンとしての「国民皆保険の堅持」も同根。
- ・制度を構成している要素間の関係が分かっていない。
- ・相手国の問題状況・タイムテーブルに対応し、日本の制度の「何を」「どう」伝えるか、という“マッチング”ができていない。

2. 対開発途上国

- ・「国民皆」を「保険」でカバーする難しさに対する理解不足。
- ・富裕層対象の民間保険への opt-out 問題の深刻さ。
- ・権限が分散しており、統合性を欠く制度設計となる危険性。
- ・インフラ(税制等を含む)の立遅れや民族・宗教問題の深刻さ。

実は私はこのユニバーサルヘルスカバレッジの問題に昔から関わってきたわけではございません。うちの大学は学生の7割が外国人で日本の社会保障にも関心を持ってこられる方がいらっしゃることで、戦前から皆保険の実現過程におけるプロセスについて研究している人が比較的少ないということで、この問題に関わってきました。この問題に関わってみて感じたことは、ここに書いてあるようなことです。特に申し上げたいことは、国民皆保険の理解が表面的で、特に実

務の無理解が顕著だということです。顕著というのは少し言い過ぎかもしれませんが、そのようなことを感じています。

そして、相手の国の問題状況とタイムテーブルです。例えば、インドネシアは2019年に皆保険を実現するという目標を掲げているのですが、そのような場合にはそれなりの教え方をしなきゃいけないわけです。日本の制度の何をどう伝えるかというマッチングがうまくできないと感じております。

それから、開発途上国との関係です。国民みんなを保険でカバーする際に、保険である以上、民間保険とは違うにしても、その保険料の拠出をおろそかにすることはできないわけです。しかし、特にインフォーマルセクターにおいて、対象者を特定してきちんと保険料を取る難しさがあります。国民みんなを保険でカバーするということは、基本的には国民一人ひとりの異なるベクトルを調和するという要請です。その調和をど

うするかということに対する理解不足はあると思います。

2番目の、民間保険へのオプトアウト問題については後で申し上げます。それから、特に思うのはインフラです。税制や行財政法システムの立ち遅れ、民族、宗教問題の深刻さを感じます。これについては色々申し上げたいこともありますが、時間の関係で次に入らせていただきたいと思います。

医療制度の特性

1. 問題設定の意味

医療制度は国により様々な形態をとる。また、UHCを実現している先進国を見ても、その制度設計は大きく異なる。それは一体なぜなのか？ その理由を考察することは、開発途上国がUHCの制度設計や実現の道筋を考える上で重要である。

2. 医療制度は **delivery**と**finance**の2つから成る。

この意味は年金制度と比べると理解しやすい。年金制度は、誰か(例:現役の労働者)からお金を徴収し、それを財源として、他の誰か(例:高齢になり引退した労働者)の給付に充てるという、**finance**だけの仕組みである。これに対し、医療制度では、**finance**の前に医療サービスの**delivery**が存在する。**delivery**と**finance**は、車の両輪にたとえられる。そのどちらか1つでも車輪の構造が悪いと車は機能しない。また、両輪を繋ぐ「車軸」を欠くと車は前に進まない。

■ 医療制度の特性とUHCの設計の「分岐点」

医療制度の特性とユニバーサル・ヘルス・カバレッジの設計の分岐点についてです。医療制度は国によって多様な形態を採っております。そもそも医療制度は年金制度と比べると顕著な違いがあります。年金制度は非常に難しそうに見えますが、基本的な構図はシンプルで、誰かからお金を取ってきて他の人に付け替えているという、マネーのトランスファーオンリーの話なわけです。それに比べて医療制度の場合には、ファ

イナンスの前に、その医療サービスを生み出して、それを消費するという過程があります。このファイナンスとデリバリーは、車の両輪に例えられますけれども、この二つがしっかりできていなければ、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジは実現できません。非常に難しい二つの車の両輪をどういう仕組みでつなぐかが一つのキーポイントだと思っています。

医療制度の特性(続き)

3. 医療制度と年金制度の相違がもつ政策的な意味

- (1) 年金に比べ医療の方が各国の制度的な違いは大きい。
 (理由) 医療制度とりわけdeliveryは、歴史・経済・政治・文化・風土等の産物である。したがって、年金制度に比べ医療制度の方が、各国の固有性が強く現れる。また、年金制度よりも医療制度の方が外国の制度の「移入」は難しい。
- (2) 医療に比べ年金の方が制度的な「割り切り」がしやすい。
 (理由) 医療は人の生死に関わる。年金も国民の生活に多大な影響を及ぼすことは間違いないが、人の生死に直接的に関わるわけではない。
 ⇒ 医療制度では、重病の人に対し、「保険料や税金を納めていなかったのだから給付しない」とは言いにくい。なお、先進国でも無業者は年金制度の対象にしないという国が多い(つまり、Universal Pension Coverageの国は少ない)。日本は例外的にUPCの国(無業者等も年金制度の対象にしている)であるが、一定期間保険料を納付しなければ年金は一銭も支給されない。
- (3) 医療制度ではdeliveryとfinanceの双方の制度設計が重要である。
 (理由) deliveryを整備してもfinance できなければ制度は持続きしない。一方、financeの仕組みをいくら整えても、deliveryが貧弱であれば医療制度として意味をなさない。

医療制度と年金制度を比べてみますと、年金に比べて医療の方が各国の制度的な違いははるかに大きいです。この一つの大きな理由は、社会保障制度ができる前から、原始的な形であれ、医療が存在していたことにあります。それから、医療の提供に関わる人には、例えばお医者さんや国民など様々な関係者がいますが、すべて歴史的な産物ですので各国の固有性が非常に強く表れるということがあると思います。もう一つは、年金はお金の移転だけなので、制度的な割り切りがしや

すいということがあると思います。ユニバーサル・ヘルス・カバレッジという言葉をよく聞きますが、ユニバーサル・ペンション・カバレッジは聞きません。実際、無職の人まで社会保険方式で対象にしている国は、日本ぐらいしかない。しかも、日本でも一定期間保険料を納めなければ、年金は1銭も支給されません。なぜこういうことができるかといえば、ここに書いているように制度的な割り切りがしやすいからだだと思います。

UHCの実現の手法

UHCを実現する手法としては、大別して次の2つがある。どちらを選択するかは、医療政策の大きな「分岐点」である。

- (1) 社会保険方式
 「国民皆(全員)」を「社会保険」によりカバーする方式。財源は主として保険料である。
 (代表国) 日本、ドイツ、フランス、オーストリア、オランダ、スイス
 (注)「保険」とは、あらかじめ保険料を拠出し保険事故(医療では病気・怪我)が生じた場合に給付を行う仕組みである。なお、民間保険と異なり社会保険では、①強制加入が通例、②保険料は傷病リスクに比例しない、③保険料は応能負担(所得に応じた負担)が加味されるのが通例、といった相違がある。
- (2) 税方式
 政府(国または地方自治体)が医療サービスを直接供給する方式。財源は当然税金であるため、一般に「税方式」と呼ばれる。
 (代表国) 英国、北欧4国、カナダ、オーストラリア、ニュージーランド、イタリア
 (注)この方式の重要なポイントは、政府がdeliveryとfinanceを一体的に行うことにある。その意味では、税方式というよりも直接供給方式と呼ぶ方が、その本質を的確に表している。

図 医療制度の粗い国際比較

	日本	ドイツ	フランス	イギリス	スウェーデン	アメリカ
供給	「民」中心 (公の占める割合は約3割)	「公」中心 (公の占める割合は約9割)	「公」中心 (公の占める割合は約7割)	ほぼすべてが「公」	ほぼすべてが「公」	「民」中心 (公の占める割合は約25%)
財政	「公」 (社会保険方式)	「公」 (社会保険方式)	「公」 (社会保険方式)	「公」 (税方式)	「公」 (税方式)	「民」 (メディケア・メディケイドを除く)
財政の制度設計	○国民皆保険 ○社会保険方式 ○「保険料」のほか「税」の割合も高い	○国民の9割が対象(自営業者・高所得者は任意加入) ○社会保険方式 ○原則として「保険料」	○全国民が対象 ○社会保険方式 ○保険料が約5割、その他一般社会拠出金等が約5割	○全国民を対象 ○保健サービス方式 ○財源は「税」	○全国民を対象 ○保健サービス方式 ○財源は「税」	○公的医療費保障は、高齢者・障害者、低所得者、児童のみ ○メディケアは社会保険方式 ○メディケイドは「税」により低所得者をカバー
	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>75歳</p> <p>後期高齢者医療</p> <p>国民健康保険</p> <p>被用者保険</p> </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>9割の国民を社会保険方式でカバー</p> <p>自営業者等は任意加入</p> <p>※2009年1月から国民皆保険化(公的保険か民間保険に加入)</p> </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>自営業者保険</p> <p>公務員等の被用者保険(特別制度)</p> <p>民間セクターの被用者保険(一般制度)</p> </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>税方式で国民全員をカバー</p> </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>税方式で国民全員をカバー(県単位)</p> </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>65歳</p> <p>公的医療保険(メディケア)</p> <p>民間保険に任意加入</p> </div>

(出典) 島崎謙治 (2011) 『日本の医療—制度と政策』

(参考) 諸外国の医療制度に関するコメント

1. 英国やスウェーデンは直接供給方式の代表的な国である。なお、英国とスウェーデンの違いは、英国のNHSは国営医療、スウェーデンは国営ではなく自治体公営医療であることである。
2. ドイツやフランスは社会保険方式の国であるが、その制度設計は日本とは相当大きな相違がある。たとえば、ドイツは労働者のための保険として成立し、今日でもその性格が残存している。また、被用者であっても高所得者は任意加入であり、民間医療保険との関係は微妙な問題を孕んでいる。
3. 米国は1910年代に被用者保険創設の動きがあるも頓挫し、民間医療保険の普及が進んだ。米国でUHCを目指そうとすれば、民間医療保険に加入しやすい条件整備を図るしかない。オバマケアもそうした内容が中心である。

なお、この図で注目してほしいことは、ヨーロッパ諸国では、近年、ドイツやスウェーデンで株式会社の公的医療制度への参入を認めているとはいえ、基本的にはdelivery は公的セクターが中心である。これに対し、日本のdelivery は、non-profit の民間セクターの医療機関が中心である。

ユニバーサル・ヘルス・カバレッジの実現の方法については、社会保険方式と税方式(国税方式)の二つのタイプがあります。これは皆さんご承知のことだと思います。一つだけ申し上げると、同じ社会保険方式の国でも、例えばドイツではもともと労働者のための

保険として成立し、今日でも色濃くその性格が残っております。ドイツには、日本の国民健康保険に相当する仕組みがありません。そういう違いがあります。後で申し上げますけれども、日本の国民健康保険は戦前の日本人の苦勞の産物だったということです。

UHCの実現の手法(続き)

1. 医療制度では税方式の国は決して少なくない。それはなぜか。
 実は、年金制度では社会保険方式の国が圧倒的に多い。しかし、医療制度では税方式の国は決して少なくない。その主な理由は次の2つである。
 - ① 医療のdeliveryを農村部や過疎地にも普及させるには、医療機関や医療スタッフを計画的に配置する必要がある。そのためには、政府が、自ら直接deliveryを行う方が容易である。
 - ② 保険方式と国民全員をカバーすることは基本的には相反する。すなわち、社会保険方式では保険料の拠出はゆるがせにできない原則である。しかし、現実には保険料の負担能力の低い者や保険料を納めない者が存在する。こうした人が大病や大怪我をした場合、保険料を拠出していないからといって放置できないならば、税方式で対応する方が簡便である。
2. しかし、社会保険方式を採用している国もある。それはなぜか。
 - ① 社会保険方式は、個人が自ら保険料を拠出し将来のリスクに備えるという要素があり、自立自助の精神や自由経済社会の基本原則に適合的である。
 - ② 社会保険方式は保険料の拠出と受益の関係が明確である。したがって、国民が医療給付を受けられる見返りとして保険料を拠出することが期待でき、医療の拡大が図られる。
 - ③ 税方式は税収の変動による影響を受けやすく、制度の安定性や持続性を欠く。
 - ④ 税方式は一種の「配給制」であり、硬直的になりやすい。実際、税方式を採用している国では、例外なく waiting list 問題に悩まされている。

先ほど申し上げたことと関連しますけれども、医療制度で税方式の国は決して少なくないわけです。なぜかという医療のデリバリーの問題なのですが、農村部や過疎地にも普及させるには、計画的なやり方でやっていく方がむしろうまくいく。それであれば、政府が自ら直接医療の提供を行う方が容易です。保険方式と、国民全員をカバーすることとは、基本的には相反する要請であります。実際に現実に保険料を納めていない人間が窓口に来て「医療受けさせてほしい」と言った時に、保険料を納めていないから給付しないというこ

とができるかという、なかなか難しい問題です。日本でも同じような問題があります。これを放置できないのであれば、むしろ税方式で対応する方が簡便であるという側面もあると思います。

しかし、社会保険方式を採用している国もあります。理由はここに書いてある通りですが、一つだけ補足をすれば、日本の過去の歴史を振り返ってみますと、たまたま社会保険方式を採ったわけではなくて、ここに書いてあるようなことを意識して意図的に社会保険方式を採ってきたということです。

UHCの実現の手法(続き)

3. 社会保険方式を採る場合の留意点

社会保険方式、税方式には、それぞれ一長一短がある。したがって、自国の実情等を十分踏まえ決定することが必要である。なお、仮に社会保険方式を採用する場合の留意点をいくつか挙げると次のとおり。

- (1) 国民の所得水準との関係
 国民の多くが“その日暮らし”の経済状態では保険料の拠出は困難である。したがって、当面はdeliveryの整備に注力し、社会保険方式か税方式かの決定は、経済発展がもう少し進むまで先送りすることもあり得る。
- (2) 被保険者の特定・管理および保険料の賦課・徴収
 労働者の場合は、雇用という事実に着目し、被保険者の管理を行うことができる。また、保険料も賃金をベースとして賦課・徴収できる。難しいのは、インフォーマルセクターである。これらの者を特定し保険者を賦課するには、その者の住所を把握し被保険者の管理を的確に行うことが必要になる。また、保険料の負担能力が乏しい低所得者に対しては、保険料の減免措置を講じることも必要になる。
- (3) deliveryの整備の重要性
 deliveryが不十分であれば、保険料の拠出の「見返り」がないため保険料の徴収は困難である(これは特にruralエリアで直面する問題である)。
- (4) 保険運営のインフラ整備
 診療報酬の審査支払の仕組み、保険数理の基礎となるデータの収集など、保険運営を適切に行うためのインフラ整備が必要となる。

社会保険方式を採る場合に色々難しい問題があります。一つは国民の所得水準との関係ですが、国民の

多くがその日暮らしの経済状態では保険料が拠出できません。当面はデリバリーの整備に注力し、社会保険

方式か税方式かの決定は経済発展がもう少し進むまで待つという選択肢もあるだろうと思います。ただし、現実に開発途上国の現状見てみますと、ドナーとの関係でそれが許されるかどうかという別の問題があると思います。

二つ目は、被保険者の特定と管理、そして保険料の賦課、徴収です。労働者の場合は、雇用という事実に着目して被保険者の管理ができます。実際、賃金の中から源泉徴収ということもできるわけです。しかし、インフォーマルセクターになりますと、その特定自体が非常に難しい。日本でも同じような問題がありますが、例えば、出稼ぎに行っている場合の管理をどうするかは非常に難しい問題です。これに加えて、保険料の負担能力が乏しい低所得者に対して、保険料の減免

措置等を講じる必要があります。何が、どういう人が低所得者なのかを判断すること自体が非常に難しいという問題もあります。日本の場合には、被保険者の管理については、もともと歴史的に江戸時代から仕組みがありました。明治維新になり、戸籍制度も整備してきたこともあって、被保険者の管理は比較的できていると思います。開発途上国でそれがきちんとできるかということ、なかなか難しい問題があると思います。

また、デリバリーの整備の重要性の問題があります。それから保険運営のインフラ整備の重要性も考える必要があります。基本的なインフラストラクチャーがないと、社会保険方式を導入するといっても難しい面があると思っております。

UHCと民間医療保険との関係

開発途上国がUHCを実現する場合、大きな判断を迫られる問題は、民間医療保険の取扱いである。実際、多くの開発途上国において、民間保険会社が富裕層を対象とする保険商品を発売し、その被保険者に対し、民間保険会社が契約しているfor-profitの医療機関で高度な医療給付を行う実態がある。民間医療保険をUHCの適用除外とするか否かは、非常に悩ましい問題である。

- (1) 民間保険加入者は公的なUHCの適用除外とする場合
富裕層が公的なUHCから外れる結果、たとえば、社会保険方式でUHCを設計する場合、UHCのファンドの規模が縮小するとともに、所得再配分機能が低下する。また、貧富の差による医療格差は拡大する。
- (2) 民間保険加入者も公的なUHCの適用対象とする場合
民間保険加入者は、(医療保障のレベルが低い)公的なUHCはあてにしない(使わない)から、単に新たな「税金」を課せられたのと同じであり、反発を招く。また、民間保険会社やfor-profitの医療機関も当然のことながら反対する。

それから日本が経験したことがない問題なのですが、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジと民間医療保険との関係についてです。これは多くの開発途上国が悩んでいる問題だと思います。開発途上国では貧富の差は非常に激しいのですが、それでも開発途上国の中にも一部の富裕層がおりまして、なおかつ民間保険を発売している業者もいます。例えばイメージでいいますと、

メディカルツーリズムの対象となるような医療機関と提携をして、裕福な層はそこで受診します。ユニバーサル・ヘルス・カバレッジを導入する時に、そうした民間保険加入者は、公的なユニバーサル・ヘルス・カバレッジの適用除外とするか、それとも対象にするかという問題が出てきます。どちらにしても難しい問題があるというのは、皆さんご承知の通りだと思います。

UHCと民間医療保険との関係(続き)

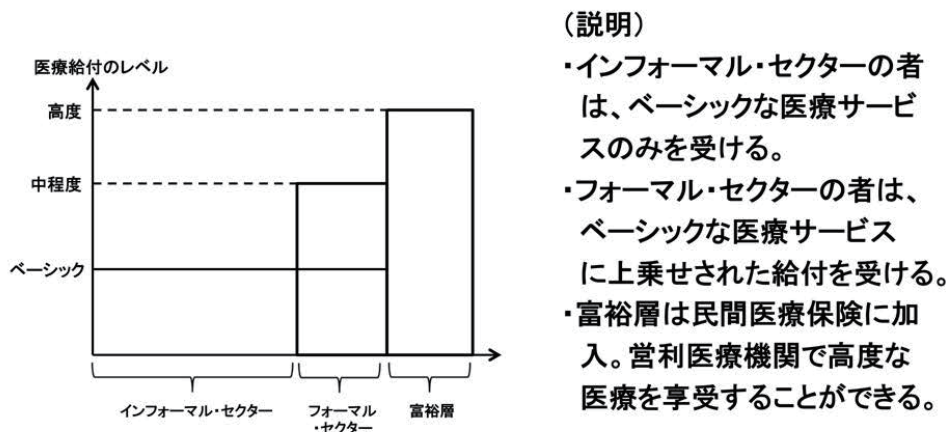
また、UHCと民間医療保険との関係をめぐる問題は、UHCの適用除外とするか否かということにとどまらない。そもそも、民間医療保険やfor-profitの医療機関の存在をどのように評価するかという論点がある。つまり、UHCの実現の阻害要因とみるか、その国の医療水準を向上させる「牽引役」としてみるかは、判断が分かれよう。

さらに、民間医療保険や公的医療制度と「契約」しない医師・医療機関がどの程度増えるかは、公的医療制度の給付水準や医師・医療機関に対する診療報酬の水準によって左右される。

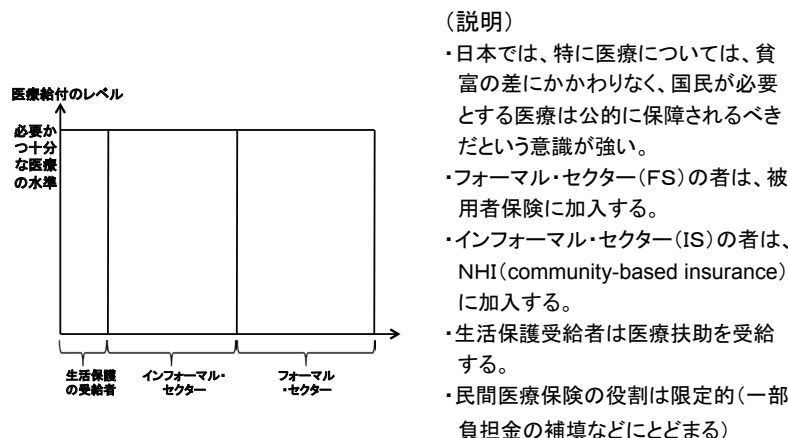
日本では戦前から公的医療保険の創設が図られ、いわば市場を「先占」した結果、UHCと民間医療保険との競合問題は生じなかった。また、戦前から戦後間もない時期には、公的医療保険の診療報酬が低い上に診療内容の制限(例:高額の新薬の使用は極力控える)があったことから、全額自費の患者に比べ公的医療保険の被保険者は忌避されがちであった。しかし、国民皆保険実現以降、診療報酬の引上げや制限診療の撤廃が進み、こうした問題は解消された。

なお、UHCと民間医療保険との関係をめぐる問題は、多くの開発途上国が逢着している難題である。したがって、日本の経験もさることながら、これらの国で具体的にいかなる問題が生じているのか、よく観察することが有用だと思われる。

開発途上国でよくみられるパターン



日本の医療保障の現状



(注) 現状を図示したものである。1961年の国民皆保険の達成時においては、FSとISの給付対象範囲は同一にしたが、給付率にはFSとISでは差異があった(後述する)。

その結果、どういうことになるか。まず、日本ではどうしてそういう問題が起きなかったかについては色々な説明が可能だと思いますが、一番大きな理由は戦前から公的医療保険制度の創設が図られ、いわばマーケットを先に公的医療保険が占めた結果であるということが一番分かりやすい説明だろうと思います。もう一つは、公的医療保険の診療報酬が低い上に、診療内容に制限があったことから、全額自費の患者に比べ、

公的医療保険の被保険者は忌避されがちだったことです。しかし、その後、皆保険の実現以降、公的医療保険の信頼が増していったことも重要だと思っております。その結果、日本では低所得者も生活保護の受給者も含めて、医療の平等が強く意識されておりますが、開発途上国ではかなりの階層消費が見られることが現状だと思っております。

日本の医療制度の要点

日本の医療制度の要点を10にまとめると次のとおりである。

1. 保険者は、被用者保険と地域保険の2つに大別できる。
2. 保険者は分立しているが、給付内容や診療報酬は同一である。給付率は原則7割である。 ※ただし、75歳以上は原則9割給付である等の例外がある。
3. 被用者保険と地域保険の保険料の賦課方法は異なっている。
4. 日本の病院の病床の7割は民間セクターが占めている。また、診療所の大半は民間セクターである。
5. 日本の医療機関のほぼ100%は公的医療保険を扱っている。
6. 被保険者(患者)は、保険医療機関で受診した場合、一部負担金だけ払えばよい(現物給付原則)。保険医療機関は残額を審査支払機関を経由し保険者に請求する。
7. 日本ではフリーアクセスが尊重されている。外来受診率が高い。
8. 日本の病床は多く、平均在院日数は長い。
9. 医療の質は他の先進諸国と比べ遜色ない水準である。
10. 2010年度の医療費のGDP比は9.6%であり、OECDの平均並みである。

医療供給体制の国際比較 (2010年)

国名	平均在院日数	人口千人当たり病床数	人口千人当たり医師数	100床当たり医師数	人口千人当たり看護職数	100床当たり看護職数
日本	32.5	13.6	2.2	16.4	10.1	74.3
ドイツ	9.6	8.3	3.7	45.2	11.3	136.7
フランス	12.7	6.4	3.3#	50.9#	8.5#	131.5#
英国	7.7	3.0	2.7	91.8	9.6 b	324.7
米国	6.2	3.1 b	2.4	79.7	11.0#	358.5#

出典：OECD Health Data 2012

- 注1 「#」は実際に臨床にあたる職員に加え、研究機関等で勤務する職員を含む。「b」は推計値である。
 注2 病床百床あたり臨床医師数ならびに臨床看護職員数は、総臨床医師数等を病床数で単純に割って百を乗じた数値である。
 注3 平均在院日数の算定の対象病床はOECDの統計上、以下の範囲となっている。
 日本：全病院の病床。ドイツ：急性期病床、精神病床、予防治療施設及びリハビリ施設の病床（ナースホームの病床を除く）。フランス：急性期病床、長期病床、精神病床、その他の病床。イギリス：NHSの全病床（長期病床を除く）。アメリカ：AHA（American Hospital Association）に登録されている全病院の病床

Health Statistics of OECD Countries (2012 & 2002)

	Practising doctors per 1,000 population	Practising nurses per 1,000 population	Number of doctor consultations per capita	MRI units	CT scanners	Hospital beds per 1000 population	Average length of stay in hospital	Health expenditure as a share of GDP	Out-of-pocket expenditure on health
unit			annual consultations	per million population	per million population		days	% of GDP	% of total expenditure on health
year (or nearest year)	2012 (2002)	2012 (2002)	2012 (2002)	2012 (2002)	2012 (2002)	2012 (2002)	2012 (2002)	2012 (2002)	2012 (2002)
Japan	2.3 (2.0)	10.5 (8.4)	13.0 (14.1)	46.9 (35.3)	101.3 (92.6)	13.4 (14.4)	17.5 (22.2)*	10.3 (7.9)	14.0 (15.6)
Korea	2.1 (1.5)	4.8 (3.4)	14.3 (10.6)	23.5 (7.9)	37.1 (31.0)	10.3 (4.8)	16.1 (14.7)	7.6 (4.9)	35.9 (36.8)
France	3.3 (3.3)	9.1 (7.0)	6.7 (7.3)	8.7 (2.4)	13.5 (7.6)	6.3 (7.7)	5.6 (6.0)	11.6 (10.6)	7.5 (7.0)
Germany	4.0 (3.3)	11.3 (9.8)	9.7 (8.0)	11.3 (6.0)	18.6 (13.6)	8.3 (8.9)	9.2 (9.6)	11.3 (10.7)	13.0 (11.7)
Sweden	3.9 (3.3)	11.1 (10.3)	—	—	—	2.6 (3.1)	6.0 (6.9)	9.6 (9.2)	16.5 (16.2)
United Kingdom	2.8 (2.1)	8.2 (9.6)	5.0 (5.7)	6.8 (5.0)	8.7 (7.3)	2.8 (4.0)	7.0 (8.1)	9.3 (7.5)	9.0 (11.0)
United States	2.5 (2.4)	11.1 (10.2)	4.0 (4.1)	34.5 (22.0)	40.9 (29.3)	3.1 (3.4)	4.8 (4.9)	16.9 (14.6)	12.0 (13.8)
OECD average	3.2	8.8	6.7	13.9	23.7	4.8	7.4	9.3	19.0

Source: OECD Health Statistics 2014

Note *: The data for Japan refer to average length of stay for curative (acute) care (resulting in an under-estimation).

【島崎注】個々の項目を和訳するとミスリードするので英語表記のままとした。各国との厳密な比較を行う際は、各項目の内容の精査が必要である。例えば、米国のout-of-pocket expenditure on health は低すぎるように思われる。

■ 日本の医療制度の特徴、国民皆保険の構造と意義

日本の医療制度の要点は 10 個ぐらいあると思っております。OECD 諸国との比較について、後でコメントしたいと思いますが、お話を先に進ませていただきたいと思います。

日本の国民皆保険の基本構造

日本の医療制度の特徴は以上述べたとおりであるが、国民皆保険の構造を理解する上で特に解説を要するのは次の3点である。なお、①および②は、他の先進諸国と比べ際立った特徴でもある。

- ① 被用者保険と地域保険の二本建てによる国民皆保険
- ② 民間セクター中心の医療供給体制
- ③ delivery と finance の接合の方法

日本の皆保険の基本構造で、特に重要なのはこの三つだと思っております。

被用者保険と地域保険の二本建てによる国民皆保険

1. 基本構造

- 市町村に住所を有する者は、当該市町村を保険者とする国民健康保険(地域保険)の適用対象。ただし、被用者(官公庁や民間企業の正規労働者)およびそれらの被扶養者は国民健康保険の適用除外。
 - ※ 正確に言えば、生活保護受給者は医療扶助が行われるため適用除外。
- つまり、日本の国民皆保険は、国民健康保険(地域保険)の「投網」をいったん国民全員にかけること(換言すれば国民健康保険を「受け皿」とすること)により成り立っているのである。

2. 沿革

- 1922年:ドイツの疾病保険法をモデルとして、工業労働者を対象に健康保険法が制定。その後、ホワイトカラーなど対象拡大。
- 1938年:農民・自営業者等を対象に国民健康保険法(旧法)が制定。これは日本の独創である。ただし、任意設立・任意加入方式であった。
- 1958年:国民健康保険法が全面改正。1961年から全市町村で実施かつ強制加入(国民皆保険の実現)。

最初の被用者保険と地域保険の二本立ての話です。基本的な構造は、二本立てといたしましても、まず市町村に住所を有する人が国民健康保険の適用対象とした上で適用除外しているということが重要なポイントです。つまり、一旦全ての人を投網に掛けているのが

日本のユニバーサル・ヘルス・カバレッジの強固な点だろうと思います。

沿革はここに書いてありますように、1938年、つまり戦前から国民健康保険制度が、まがりなりにもスタートしてきた歴史がございます。

民間セクター中心の医療供給体制

1. 説明

- 日本の病院数の約8割(病床数では約7割)は、医療法人など民間セクターが占めている。ただし、僻地など不採算地域では、自治体立病院など公的医療機関の割合が高い。
- なお、医療法上、医療の非営利原則が規定。日本では、医療法上、株式会社の医療機関の開設は原則として認められていない(後述する)。

2. 沿革

- 西欧諸国では病院と診療所は別個のものとして生成発展。病院は公的性格が強く、病床数も大規模なものが多い。これに対し、日本では、元々、個人立の小規模な病院・診療所が多かった。
- 第二次世界大戦前後、都道府県の公営病院を中心に再編成する動きがあったが、財政難もあって頓挫し、1950年以降、民間医療法人を中心に医療機関の量的な拡大を方向に舵が切られた。

3. 医療政策との関係

- 日本国憲法は私的財産の侵害禁止や営業の自由を保障しており、民間セクターもその対象となる。このため、日本では、医療供給に関する直接的な経済規制(例:病院の統廃合の強制、高額医療機器の共同利用の強制)は最小限にとどめられている。

(参考)日本における non-profit の概念

1. non-profit とは、「利益を上げてはならない」ということではない。禁止されているのは、「利益を出資者に配当すること」。より正確に言えば、毎年の決算剰余金を配当してはならないことが、医療法により禁止されている。また、このような意味での医療のnon-profit原則に基づき、株式会社の医療機関の開設は原則として認められていない。
2. それでは、利益(決算剰余金)はどうなるのかといえば、医療機器の更新や医療事業の拡張に用いられる。これにより、医療法人の経営者側は、事業意欲や名誉欲が満たされる。実際、日本の民間病院の相当数は診療所が大きくなり病院に移行したものである。
3. 換言すれば、医療法人が上げた利益を外部に流出させず、医療事業の再投資に回させることにより、医療の量的拡大を図るという政策意図があった。

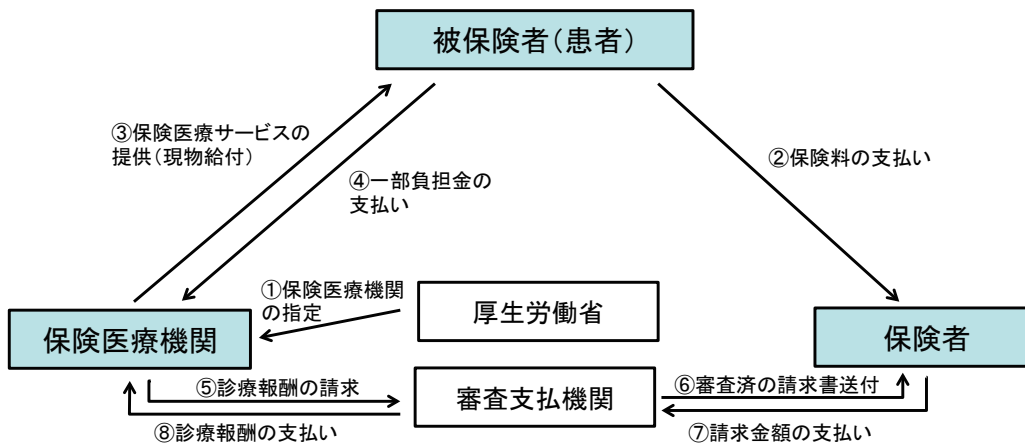
民間セクター中心の医療供給体制は日本の大きな特徴だと思えますが、特にノンプロフィットであること
の概念が開発途上国の人にはなかなか理解しづらい点
だと思えます。日本の場合、利益を上げてはいけない
のではなく、禁止されているのは、利益を出資者に配
分してはいけないということです。その結果、決算剰

余金はどうなるかといいますと、結局、医療機器の更
新や、医療事業の拡張に用いられます。違う言い方を
しますと、医療法人が上げた利益を、外部に流失させ
ずに医療事業に再投資させることによって、医療の量
的拡大を図ってきたというわけです。それが日本の皆
保険というデリバリーの充実の歴史だったと思えます。

DeliveryとFinanceの接合の方法

1. 医療制度の設計において、delivery と finance の接合をいかに行うかは重要なポイントである。
2. 日本の医療保険制度においては、「償還払い方式」(患者が受診時にいったん全額を支払い、後日保険者から保険給付として費用の償還を受ける方式)ではなく、「現物給付方式」(医療そのものを給付する方式。患者は受診時に医療費の全額ではなく一部負担のみを支払う方式)が採用されている。
3. この現物給付は、公的医療保険を取り扱う医療機関として厚生労働大臣が指定した保険医療機関が行う。
4. 日本では、国民が必要とする医療は基本的にすべて公的医療保険でカバーしており、民間医療保険は補完的な役割にとどまっており、公的医療保険を取り扱わなければ医療機関の経営は成り立たない。このため、日本ではほぼ100%の医療機関が厚生労働大臣の指定を受けている。
5. 保険医療機関が被保険者(患者)に保険給付を行った場合に、保険者がその対価として支払うのが診療報酬である。
6. 要するに、現物給付方式と診療報酬により、delivery と finance は「接合」している。

保険診療の仕組み(模式図)



デリバリーとファイナンスの接合の方法について図で説明します。申し上げたいポイントは、社会保険方式の場合に、被保険者、保険者、保険医療機関の三角関係から成り立っているということです。重要なのは、実は日本の場合には、保険給付を現物で給付をしていることです。一旦患者が窓口で100パーセント支払って、後で保険者に請求する仕組みではなく、医療そのものを給付しているということです。一部負担金

をもちろん取られますが、基本的には現物給付の仕組みが取られています。法律的にいいますと、現物給付の対価が診療報酬だということになります。言い方を変えれば、デリバリーとファイナンスをどのように接合しているかということ、現物給付でつなぎ、現物給付の対価としての診療報酬によって、接着をしているということです。これが日本の皆保険のデリバリーとファイナンスの接合の仕方であります。

国民皆保険の医療政策上の意義

1. 一義的な意義

傷病は国民が生活を営む上で最大のリスク。日本では国民皆保険が実現されており、大病や大怪我をしてもaffordableな自己負担で必要な医療を受けることができる。国民の生活の安定が図られるという意味で重要。

※ 会社を解雇されても、国民健康保険の被保険者になることができるため、医療保障を失うことはない。

2. 二義的な意義…医療政策という意味ではこれも重要

日本では制度は分立していても診療報酬はまったく同じ(審査支払方式も同じ)で、統合性が非常に高い。また、日本の医療のdeliveryは民間セクター中心であるが、国民皆保険の下で経営原資のほぼ全部を公的医療保険の診療報酬に依存している。このため、診療報酬により医療のdeliveryをコントロールすることができる。

国民皆保険にはどのような医療政策上の意義があるかということ、もちろん一義的な意義はリスクヘッジをしているということです。医療政策という意味では、

二義的な意味も非常に重要です。確かに日本では制度は分立しているかもしれませんが、診療報酬は全く同じです。統合性が非常に高いです。日本の医療のデリ

バリーは民間セクター中心なのですが、国民皆保険のもとで経営原資のほぼ全部を公的医療保険の診療報酬に依存しています。このため、診療報酬のルール、医療のデリバリーをコントロールすることができるというわけです。

さらに、混合診療を原則禁止していますので、韓国と比べてみます。韓国は実は平均在院日数がこの10年間で伸びております。それからMRIの台数がこの10

年間でほぼ3倍になっています。医療費も増えています。韓国は混合診療が認められていますので、片方で公的医療保険の制度として、コントロールしようとしても混合診療という稼ぎがあるわけです。コストシフトが起きてしまっているということです。むしろ大病院が顧客である患者を集めることが可能ということになります。このようなことは日本では起きにくいということが申し上げたい点です。

国民皆保険の実現プロセス

日本の国民皆保険は短期間で実現したわけではない。1922年の健康保険法の制定から1961年の国民皆保険の実現まで約40年間の積み重ねがある。さらに、1961年以降も、高度経済成長を背景に医療給付の改善が図られた。

本日のプレゼンテーションでは、特に1938年の国民健康保険法の制定、1961年の国民皆保険の実現、に焦点をあて、その背景や政策的示唆等について述べる。

■ 日本の国民皆保険実現のプロセスと政策的示唆

最後に、国民皆保険の実現プロセスについてコメントをしたいと思います。戦前、国民健康保険制度がで

きたと申し上げましたが、農村の救済がメインだったわけです。

1938年の旧国民健康保険法の制定の背景と成功要因

1. 背景

当時、農村の窮乏が深刻。医療内容も劣悪。被用者保険の「農村版」を作り、農村の疲弊を救済する必要に迫られた。

2. 成功要因

- ① 制度設計(例:診療報酬)に関し、被用者保険の仕組みを「援用」できるとともに、地域保険を運営する行政財政のインフラが存在。

(例)この当時、住所管理(地域保険では必須)の仕組みができていた。また、地方住民税の徴収も行われていた。⇒ 住民のフローの所得の捕捉がある程度できており、応能負担の保険料設定が可能であった。

- ② 医療水準は高くなかったとはいえ、農村の医療を確保する活動等が展開されていた。例:現在の農業協同組合の前身が病院等を建設。

- ③ 戦時体制の強化に伴い、国が「健民健兵」(国民を健康にすることにより健康な兵士を作る)の一環として、国保の普及を強力に推進。⇒ 1942年頃には全国で95%程度まで普及。ただし、UCに近づいたというのは過大評価(医師や医療資材の不足により保健活動中心が実情であった)。

なお、この当時、生命保険会社や損害保険会社は存在したが、公的医療保険が「先占」したため、民間医療保険と競合問題は発生しなかった。

国保法の立案者の回想

諸外国の農村における医療保険の制度を調べたが、欧米諸国は労働保険で例にならないので、独自の方法を創作する必要がある。

「…郷土的団結を基盤とする一定地域を画して国及び地方公共団体の指導監督の下に地域疾病金庫を作らせるということは十分考えられることではなかろうか。この仕組みでゆけばある程度逆選択の弊も防げるし又費用の負担の問題も当時戸数割(住民税)というものがあつたからこれを基礎とすることによって応能負担の実行も可能であろう(以下略)」

(出典)川村秀文「国保法制定の思い出」(『医療保険半世紀の記録』238-239頁) 30

当時の立案者は非常に苦労したということです。欧米諸国は例にならないのですが、日本の場合には地域の団結をベースにすれば、逆選択も防ぐことができる

だろう。費用の問題も、当時は住民税を取り始めていた頃ですので、それをベースにすれば応能割りもできるだろうと本に書かれています。

(参考)医療利用組合の先駆性



1. 基本的な考え方

「地勢上、交通上1ブロックをなす地区の中心に、近代医学の粋を集めた完全なる総合病院を設置し、此處に多数の優秀なる人的要素を擁する。かくて之を「基地」として、此處より区域内僻地に支所として分院、診療所、出張所等を配置し、又はこれらを置くことの出来ない地域には巡回診療班を派遣する」

(出典)黒川泰一(1939)『保健政策と産業組合』167-168頁

2. 先駆性

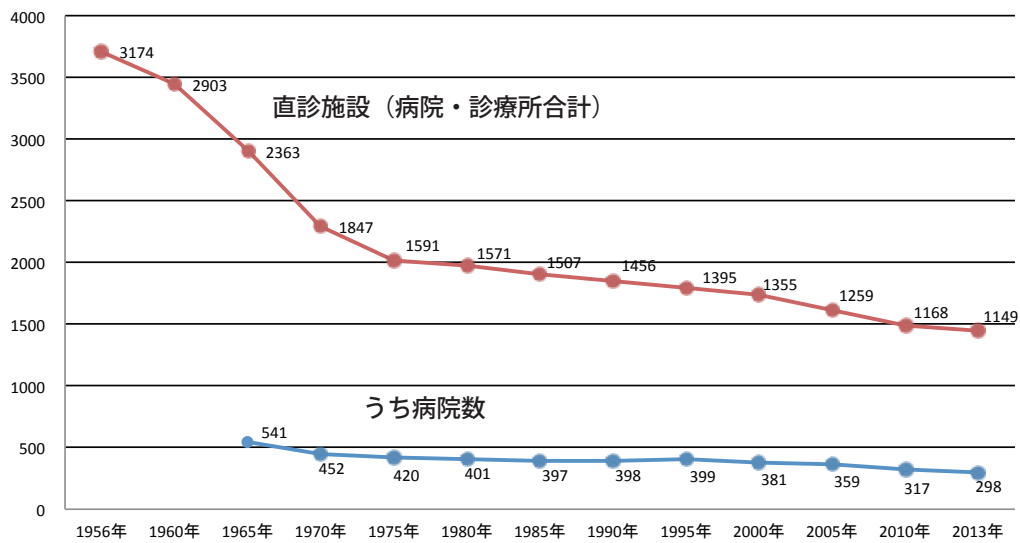
・これは、偶然にも、1931年の国際連盟保健部による農村地区の医療制度の組織化の考え方と符合。

・また、戦後、WHOが開発途上国に対し勸奨した、3層制による地域医療確保構想の「先取り」。

医療の提供の問題ですが、秋田県の例で、農協の前身の医療利用組合が中心的な病院と診療所とをネットワークで結ぶことによって、へき地でも医療の供給を住民のニーズをある程度満たすことができると、既に

本の中で言われております。戦後を考えてみますと、WHOが開発途上国に対して3層制の地域医療確保を奨励しましたが、その先取りと見ることもできると思います。

国保直診施設の推移



(コメント)「昭和36年厚生白書」の高い評価にもかかわらず、その後国保直診は減少。厚生白書の記述も途絶える。なお、戦前および戦後間もない時期の国保直診の実態はよく分からないことが多い。また昭和14年の埼玉県富岡村の国保診療所が本当に第1号であったかどうかは分からない。

1961年の国民皆保険の背景と成功要因

1. 背景

- ① 日本経済は、第二次世界大戦の壊滅的打撃を克服し急速に復興。
※ 社会保険は国民の所得水準が一定以上でなければ成立しない。
- ② 一方、傷病による貧困は大きな社会問題。1956年当時、総人口の約3割が無保険者状態にあった。
- ③ 1955年に保守勢力が結集し現在の自由民主党が結成。政治が戦後復興の「明るいシンボル」を求めていた。
⇒ いわば経済復興と貧困が交錯する時代背景の中で、国民皆保険が政治プロセスに浮上した。

2. 成功要因

- ① 被用者保険と国民健康保険の二本建ての基盤が存在。
※ 国民皆保険前でも国民健康保険を実施していた市町村は数多くあった。
- ② 僻地に公立病院の設置が進むなど、一定水準の医療のdeliveryが確保。
- ③ 地方自治の関係団体・マスコミ等が国民皆保険を強く支持。
※ 国(厚生省)は当初は“及び腰”(皆保険は実現不可能だと考えていた)。
- ④ 経済界も国民皆保険を支持した。医師会も強い反対は行わなかった。
- ⑤ 制度設計の権限の分散がなかった(厚生省に権限が一元化されていた)。
- ⑥ 貧富の差が大きいと皆保険は難しいが、日本は貧富の差が小さかった。

1961年の国民皆保険の制度設計

1. 国民皆保険の制度設計

- 日本で被用者保険と地域保険の二本建ての制度設計が成功したのは、日本は「カイシャ」(企業や官庁という共同体)、「ムラ」(農村の共同体)が強固。被用者保険は「カイシャ」、地域保険は「ムラ」の共同体に照応。
- 戦前からの被用者保険と地域保険の二本建ての制度的な基盤があった上に、1960年頃の日本は農業など第一次産業の割合が高かったため、この二本建てのスキームを前提として国民皆保険を構想した。
- 国民皆保険を名目だけに終わらせるわけにはいかないため、国民健康保険の給付率を5割以上とすること等を法律で規定した。

2. 制度設計で苦しんだ点

- ① 被用者保険と地域保険(国民健康保険)の切り分け
零細事業所の従業員の取扱い。基本的に従業員5人未満の事業所は国民健康保険で対応。※現在は、従業員5人未満であっても法人が経営する事業所の被用者は、国民健康保険ではなく被用者保険の対象。
- ② 保険の原理との相克
保険料負担能力の乏しい者をいかに取り扱うか。1958年の立法時は、国民健康保険の保険料の応益割分については、低所得者といえども保険料の軽減賦課の措置を設けなかった。

それから1961年の皆保険ですが、皆さんがご承知のような背景のもとで生まれました。ここで申し上げたいことは、そのことよりも先にあります。

国民皆保険が実現した後の給付の拡充

日本は1973年にオイルショックが起こるまで高度経済成長が続いた。これを背景に、給付内容を拡充するなど国民皆保険の実質を具備させていった。

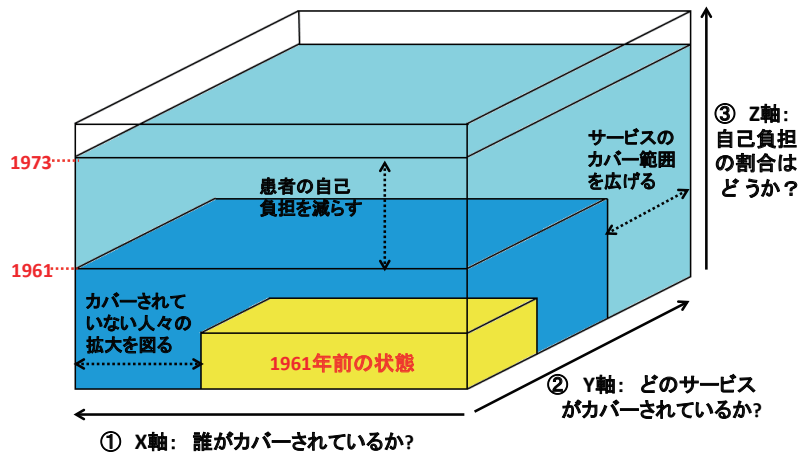
(主な例)

- ①. 国民健康保険、被用者保険の被扶養者の給付率の引上げ
(5割給付から7割付へ)
- ②. 高額療養費(自己負担限度額の上限設定)制度の導入
- ③. 「制限診療」を撤廃
※ 制限診療・・・結核で最新の抗生物質を使用できるのは、まず他の薬剤を使用しても効果がなかった場合に限られるなどの制限があった。
- ④. 老人医療費の無料化(1973年度から実施)
⇒ 島崎は①から③は評価するが、④は「失策」だと考える。

実は1961年に皆保険ができたのですが、それで本当に皆保険、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジが実現されたのかを考えます。1973年に至るまで、実は給付率が低かったわけです。特に国民健康保険と被用者

の被用者保険の被扶養者の給付率は5割でした。それを引き上げていった。なおかつ高額療養費制度を導入しました。制限診療の撤廃もしていきました。

図：国民皆保険の達成と発展
(1961年前・1961年・1973年の比較)

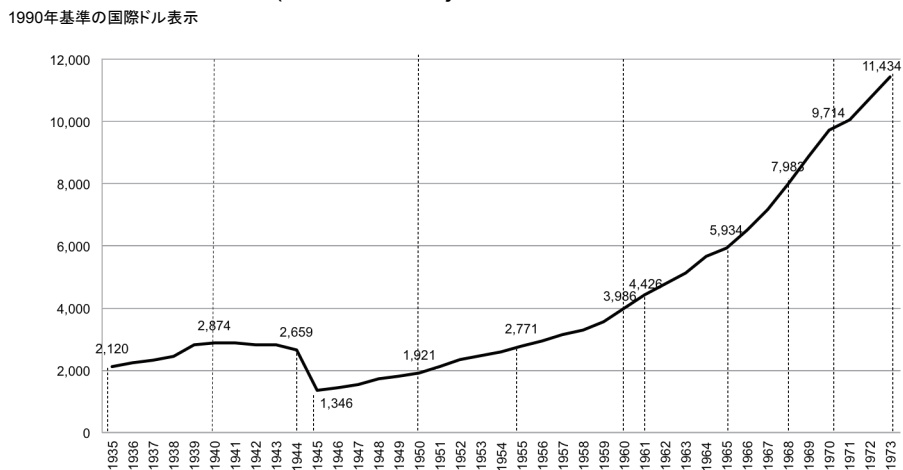


(出典)筆者作成。立方体の図のコンセプトは World Health Report 2010 による。

WHOの有名な立方体の図ですが、黄色が1961年前の状態です。確かに1961年にポピュレーションという意味では100パーセントをカバレッジしたわけですが、給付率は低かったです。それから制限診療でした

ので、国民が必要な医療の全てがカバーされていたわけではありません。1973年にかけて、広げていったということです。

日本の1人当たりGDPの推移
(Maddison Project Databaseによる)



(データ出典) Bolt, J. and J. L. van Zanden (2013). The First Update of the Maddison Project; Re-Estimating Growth Before 1820. Maddison Project Working Paper

私は1961年の意義は非常に高かったと思います。いずれにしても、1961年で完了したわけではなく、その後もそういう努力が継続されていったということです。なぜそのようなことが可能だったかといいますと、この日本のGDPが、1955年から1973年、オイルショックが始まる時まで、急激な高度経済成長があったからです。違う言い方しますと、今、日本が抱えている問題は、むしろ、1961年から1973年に起こった

ことと逆のことが起きていると思います。開発途上国が今日抱えている問題は、高齢化の問題、そして経済成長の持続可能性の確保の問題、それから医療提供体制の問題などです。それらを同時に解決しなくてはならない。日本が、本格的な高齢化が始まる前に社会保障制度を確立したことは、非常に重要なポイントだったと思っています。

質問1: 日本はなぜ社会保険方式を採ったのか？ また、開発途上国に社会保険方式を勧めるか？

- (答) 1. 社会保険方式は、単なる「共助」の仕組みではなく、自ら保険料を拠出することにより受給権が得られるという意味で「自助」の要素をも有している。これは、自由経済社会の基本原則と合致している。社会保障の制度設計は、社会経済の基本原則とできるだけ一致させておく方が望ましい。なお、日本の社会保障制度の立案者は、社会保険の本質を理解していた(たまたま社会保険方式を採ったわけではない)。
2. ただし、社会保険方式によるUHCの運営は難しいことは事実。被用者については社会保険方式が適用できても、インフォーマル・セクターを社会保険方式で行うには、的確な住所管理や所得把握に加え、農村部等における医療のdeliveryをいかに確保するかといった問題もある。
3. いずれにせよ、UCを社会保険方式で行うか、税方式で行うか、また社会保険方式で行う場合も、日本のような「厳格な形」で実施するか等は、自国が置かれている実情等を踏まえ、各国が主体的に判断すべき問題である。

質問2: 日本は社会保険方式といっても多額の公費(税金)が投入されている。実質的には税方式との混合形態ではないか？

- (答) 1. 日本の医療保険給付に多額の公費(税金)が投入されているのは事実である。たとえば、2010年度の国民医療費の財源別内訳をみると、保険料48.5%、公費38.1%(国が25.9%、地方公共団体が12.2%)、患者の一部負担12.7%となっている。
- これは、日本は保険者が分立しており、被用者保険の財政力の調整をある程度図らざるを得ないためである。たとえば、財政基盤が脆弱な国民健康保険には、給付費の半分に公費投入されている。また被用者保険でも中小企業従業員が加入する保険者には国庫補助が行われている。
2. ただし、社会保険方式の本質は、個人単位で保険料の拠出と給付を受ける権利が結びついているかどうかということにあり、日本のUHCは社会保険方式である。税金の投入の多寡をもって、社会保険方式と税方式の混合形態であると言うことは法的には適当ではない。

質問3: 日本の医療費のGDP比は、先進諸国の中で比較的低い。国民皆保険、現物給付原則、フリーアクセス、出来高払いなど、日本の医療の諸特徴は、医療費を増大させる要素である。それにもかかわらず、なぜ医療費の制御が可能なのか。

- (答) 1. 医療のdeliveryとfinanceが、国民皆保険の下で診療報酬制度によって「結合」しているからである。日本は医療保険制度は分立しているが、診療報酬は同一である。また、医療機関(特に民間セクター)は経営原資のほぼ100%を診療報酬に依存している。したがって、医療のfinanceの面では、診療報酬の改定率を決めれば、日本の医療費総額はほぼそれに連動する。また、審査支払システムの統合性等も高いため、管理運営コストは諸外国に比べ低くてすんでいる。
2. また、医療のdeliveryの面では、医療機関は診療報酬の点数設定に敏感に反応する。したがって、日本のdeliveryをあり方を政策的に誘導する手法として、診療報酬は非常に重要な意味をもっている。
3. なお、日本の診療報酬は、個々の診療項目(例:ある外科手術)ごとに決められているなど、おそらく世界中で最も複雑である。こうした個別の点数の改正が全体の診療報酬改定の幅に収まるようにコントロールできるのは、全医療費に占める個々の診療項目のウェイトを把握できる調査が存在するからである。

質問4:ヨーロッパ諸国の患者の自己負担率は低いが、日本の自己負担率は原則3割と高い。これはなぜか。

- (答) 1. 日本の患者の自己負担率が高いのは、次の2つの理由による。
 1つは日本の医療のdeliveryは民間セクター中心であるためである。すなわち、憲法で私的財産権の保障、営業の自由が規定されていることもあって、民間セクターの医療のdeliveryを直接規制することは困難を伴う。また、患者のフリーアクセスが尊重されており、特に外来の受診率はヨーロッパ諸国に比べ高い。このため、需要サイドにコスト抑制のインセンティブを働かせる必要がある。
2. この例に限らず、外国の制度を勉強する場合、個々の現象や事項だけに着目するのではなく、制度全体の構造や相互の関連をよく観察することが重要だと思われる。
3. なお、日本の患者の自己負担率は3割(給付率は7割)であるが、家計負担が過重にならないよう、自己負担額には一定の上限が設定されている(その上限を超える額は保険者から患者に償還される)。こうした理由もあって、2012年度の実際の給付率は約85%である。

■ よくある質問とディスカッション

よくあるディスカッションは、ここに書いてある通りです。一つだけ申し上げますと、日本の医療のGDP比は、OECD平均を少し上回ったのですが、それでも比較的成本コンテインメントはうまくいっています。国民皆保険、現物給付、フリーアクセス、出来高払いという、日本の諸特徴は全部医療費を発散させる要素

なのですが、なぜそのようなことが可能なのかというと、日本の医療制度の構造と密接な関係があると思っております。

ちょうど時間となりましたので、言い足りないことはありますけれども、これで終わります。ご清聴、どうもありがとうございました。

質問者 1 事実確認ということで、韓国について混合診療だからというお話をされていましたが、その良い面と悪い面を教えてください。

島崎 まず、私は韓国の制度全体がおかしいと言うつもりはありません。例えば、ICTの活用という面では、非常に進んでいる国です。ただし率直に申し上げますと、韓国の医療制度はうまくいっているかという、色々な評価があると思いますが、私はネガティブな評価をしております。

先ほど申し上げましたところで若干解説をしますと、自己負担が韓国の場合は非常に高いです。日本はご承知の通り14パーセントぐらいです。高額療養費制度もありますし、後期高齢者の場合は原則1割負担ということもあり、実際は14パーセントですが、韓国の場合は、非常に高いです。

それからもう一つは、さっき申し上げましたように、平均在院日数が非常に長く、なおかつOECD諸国の中でこの10年間は例外的に伸びています。それから、実は人口1000人当たりのナース、看護師さんの数が非常に少ないです。なぜ少ないかということ、ちょうど日本の1994年の以前の状態になっているからです。今、日本は完全看護ですが、1994年以前の状態は、付き添いを求められたら、していました。まさに韓国にはそういう問題があり、それも大きな自己負担の要素です。

それから、先ほど申し上げましたように、MRIの台数がこの10年間で3倍に増えています。何が結局起きているのかといえば、医療機関が収益を上げるためにどうすればいいかということです。高度先進医療を行い、カバレッジの範囲が狭いので、顧客を集めるために大きな病院が混合診療を使ってやっているのが実情だと思います。

従って、もちろんきちんとした精査を試みる必要がありますが、恐らく現実に起きていることはそういうことです。混合診療が起これば、どういった結果になるのか。階層消費が起きることや、全体の医療費のコントロールがうまくいかないことなど、一つの参考にはなっていると考えております。

村上 よろしいでしょうか。時間迫っておりますので、もう一つだけ質問をお願い致します。

質問者 2 二つあるのですが、一つは民間セクターの話なのですが、先生からファイナンス側の民間セクターの話と、デリバリーの部分での民間セクターの話があったと思います。本来、民間セクターは、デリバリーしているとはいえ、日本の国民社会保険制度のもとになっているので、どちらかという公的な民間セクターという気がします。それが一つの日本の特徴みたいなユニークなところという気がしますので、途上国の話をする時に大事な点だと思います。

もう一つが、混合診療関係なく、ある程度のざっくりとしたメカニズムになることで、日本の医療が非常に特徴づけられていると感じるということです。今、先生の中で非常にネガティブな部分も幾つかあると思うのですが、突き詰めていくと、現状の日本の、あるいはそれぞれの国における財政的な、社会的な感覚の上で、適切な制度がそれぞれの時代において作られている感じがします。先生はそういうことおっしゃると思うのですが、制度はどこかで完成するものではなくて、今現状こういう状態で制度をこういうふうに変えていくものだというような考え方に勘違いをするので、そこを強くおっしゃってもいいのではないかと思います。

島崎 後者については私も全く同感です。制度は一度作れば終わりではなくて、言ってみれば日々作るものだということです。極端なことを言うと、日々作っていくものだということが重要な点だと思います。もちろん、日本の制度、民間セクターの話もそうですが、恐らく功罪半ば、功罪両方あるだろうと思います。

ただ、私はやはり日本のコスト、アクセス、それからクオリティーの三つが基準だと思います。全体としてパフォーマンスが良いということの一つの要因として、私は民間セクター中心でやってきたということがあると思いますので、功の方が大きかったと思います。いずれにしても、日本の介護保険制度は、単一の仕組みだけで成り立っているわけではなく、複雑なサブシステムから成り立っています。ビジョンを非常に微妙なバランスから成り立たせているので、その評価についてはおっしゃる通りだと思います。

村上 島崎先生、どうもありがとうございました。

II

日本の医療保障と医療アクセスの関係

～ 今後の課題 ～

東京大学大学院 医学系研究科 公衆衛生学教室 教授

小林 廉毅

《要旨》

■ 皆保険の成立

1. 日本の国民皆保険制度は、1922年の健康保険法成立に端を発し、漸進的（インクレメンタル）なアプローチで達成された。それが、非常に多くの保険者が並立する、多層的保険制度を生み出した。
2. 皆保険成立当時の日本の状況の中から、特に以下の促進要因を挙げることができる：（1）政治的意志（political will）、（2）漸進的な制度改革（実現可能な仕組みから順次導入したこと）、（3）低い医療費（人口ボーナスの存在）、（4）高い自己負担率（財政基盤の弱い保険）、（5）高度経済成長、（6）国民の連帯感（solidarity）。
3. 連帯感は、WHO や国連が進めている UC、UHC について非常に重要なキーワードになっている。これを客観的、数量的にとらえるのは難しいといえる。

■ 皆保険の波及効果

1. 受療率の増加：1961年以降、日本の外来受療率は急速に伸び、1973年の老人保健法施行後は高齢者の受療率がさらに著しく伸びた。入院についても、基本的には同様。
2. 医師・医療機関の分布の改善：皆保険達成前（1955年ころ）、都道府県の平均所得と人口10万当たり医師数は、高い相関を示していた。この相関が皆保険後は消失しており、皆保険によって、医師・医療機関の地理的分布は都道府県レベルでは改善したことを示す。おそらく皆保険によって、（特に所得が低い地域の）住民の医療サービス購買力が向上したからと考えられる。しかし、市町村、あるいはより小地域レベルで見ると、分布はあまり改善していない。医師・医療機関の地理的分布の改善は、医師がある程度供給されることが条件で、医師や医療機関が非常に不足した国や地域では、皆保険を作っても、保険あって医療なしという状況は起こりうる。
3. 医療費コントロール：2年毎の診療報酬改定に関する審議が行われる。多層的な保険制度であるが、診療報酬制度により、single payer（支払一元化）に近い仕組みになっている。

■ 今後の課題

1. 医療費コントロールと保険の統合：OECD 諸国の中では、日本の GDP に占める医療費割合は決して高くないが、医療費と高齢化率が市町村間で大きく異なるため、国保は運営が厳しいところも出てくる。そこで、都道府県などより大きな組織に統合する方針。しかし、都道府県で見ても、医療費と高齢化率には差があり、引き継ぐべき課題である。
2. 人口減少と高齢化への対応：人口ボーナスと全く反対の事象が起こりつつある中で、医療だけでなく、少子化対策、コミュニティの再編などに、医療と関わりのなかで、課題として取り組む必要がある。
3. 今後の課題を列記すると、（1）予防・健康増進、（2）費用対効果の高い医療技術、（3）病床再編（地域医療構想など）、（4）医療・介護の連携（地域包括ケアなど）、（5）社会全体における取組み（少子化対策、コミュニティ再編など）が挙げられる。

小林 東京大学大学院の小林です。本日はこのような発表の機会を頂きましてありがとうございました。私は医学部の教員であり、研究者ですので、医療財政や医療保険制度そのものというよりは、医療保険制度が医師や医療機関、患者の受療行動にどのような影響を与えているかというところに非常に関心があります。そのような研究を進めてまいりました。今日は、データも示しながら話を進めたいと思います。

タイトルに医療保障と挙げましたけれども、日本の場合、医療保障は公的な医療保険と公費医療で構成されます。医療費の大半は公的医療保険ですので、医療保険の話が中心になります。それから、医療アクセスに関しては、供給的な側面で医療機関が均等に分布しているか、また、経済的負担がなく受診できるかが大きな課題になると思います。その辺りの話を中心にしていきたいと思います。



本日のトピック

- I 皆保険の成立
- II 皆保険の波及効果
- III 今後の課題

大きく3つに分けて話を進めたいと思います。まずは皆保険の話。それから、皆保険成立後にどのような影響を供給面等に与えたか。最後に、今後の課題を短くまとめたいと思います。



I 皆保険の成立

日本における皆保険への道のり

漸進的アプローチ

- 1922 健康保険法
- 1938 国民健康保険法
- 1945 第二次世界大戦・終戦
- 1958 新・国民健康保健法
- 1961 皆保険実現
- 1973 老人保健法
- 2000 介護保険制度
- 2008 後期高齢者医療制度

■ 皆保険の成立

日本の皆保険は漸進的なアプローチで進められてきました。個々の制度等の意義は、長くなりますので割愛しますが、非常に重要なのは、最初の公的な保険が導入されて皆保険が実現するまでに40年ほどかかっているということです。この時間的な経過は、日本の制度の成立にとっては良い効果があったのではないかと考えています。それからもう一つは、国民健康保険が被用者保険でカバーされない人たちを全てカバーする

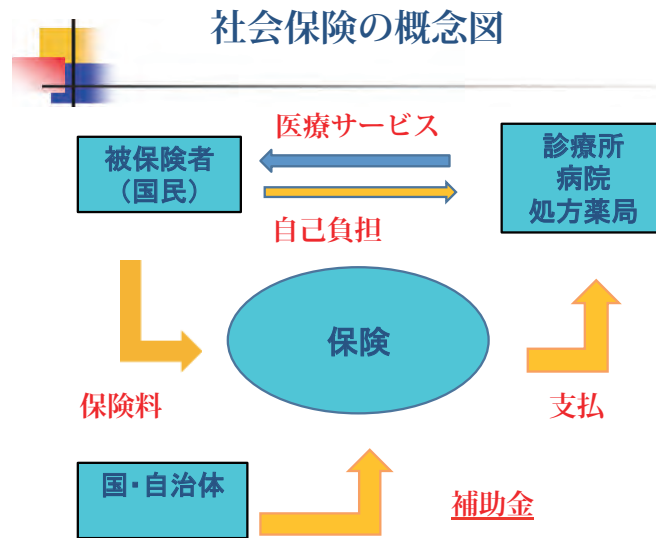
という枠組みになっていることです。その新しい法律ができてから皆保険までに3年かかっています。その年に全員が加入したわけではないのです。このように実際に時間を要するプロセスであったと言えます。ちなみに、1995年に皆保険を実現した台湾も、88年から制度設計を始めて国民99パーセントがカバーされるようになったのが95年でした。6年かかっています。

漸進的アプローチと多元的保険制度

主な保険制度	被保険者	保険者	組織数	加入者数
健康保険 (協会けんぽ)	被用者 (家族)	協会けんぽ	1	3500万人
健康保険 (健保組合)	被用者 (家族)	健保組合	約1400	3000万人
共済	公務員・教員 (家族)	共済組合	約80	900万人
国民健康 保険	自営業者、 農家、年金 生活者等自	市町村	約1700	3800万人
後期高齢者 医療制度	75歳以上の 者	広域連合 (都道府県)	47	1500万人

そのような漸進的なアプローチの結果、日本の保険制度は多元的な形になっています。主要な保険を表にしました。協会けんぽによる健康保険と、健保組合による健康保険、公務員の共済、国民健康保険、それから最近のもので、後期高齢者医療制度があります。このような作りは、アジアで皆保険を達成している他の国々でも、同じような特徴を持っています。例えば台湾も、もともとは健康保険、被用者向けの保険が1950年代につくられて、95年の皆保険成立という形

になっています。ただ、日本と台湾の大きな違いは、台湾はシングルパイパーである点です。6年かけて、結果的には政府が一つの保険を国民に提供するという形になっています。それから、同じく2000年の始めに皆保険を実現したタイも、もともとは公務員の保険と、大企業の従業員を対象にした保険がありましたが、最終的に農民等をカバーする保険ができて、皆保険に近い形になっていると言えます。



社会保険の仕組みです。患者あるいはその国民と医療機関との間で、医療サービスの提供授受が行われ、社会保険という保険の仕組みをつくり、お金が回っていくという形になっています。日本の国民健康保険では、財源の問題もあり、国や自治体がかなりの補助金

を出している状況になっています。第三者が関与していることが、公的な医療保険では非常に重要です。これによってアディショナルなコストも発生しますが、同時に良い点、長所も発生してくることになります。

皆保険成立当時の日本の状況

- ・ 政治的意志 (political will)
漸進的な制度改革
「実現可能」な仕組みから順次導入
- 低い医療費
- 高い自己負担率 (財政基盤の弱い保険)
- 高度経済成長
- 国民の連帯感 (solidarity)

1961年前後の皆保険成立当時の日本の状況についてです。歴史的なものを一般化するのは難しいとは思いますが、既に幾つか言われている点として、国会、政府が非常に皆保険に向けての政治的な意志が強かったということがあります。党を超えて、政党を超えて、国民的な合意があったということです。それから、40

年間かけて漸進的に制度設計を、恐らく計画的というよりは結果的に、制度設計を重ねていったということです。そして当時は医療費が低くて、国民も若かった。いわゆる人口ボーナスがあったということです。比較的健康な国民、生産力もある若い人たちが増えつつあって、高齢者は少なかったのです。また、保険の仕組み

によって自己負担率はさまざまでした。医療アクセスという点では良くない点ですが、皆保険を実現するという点では有利になった点です。それから、経済成長していました。戦後比較的時間もない時期で、国民の連帯感（ソリダリティ）もありました。この「ソリダリティ」は、現在 WHO や国連が進めている、UC、UHC

において非常に重要なキーワードにもなっています。どのくらいの連帯感が、その国あるいは地域にあるかが、UC、UHC 実現の大きな鍵になると思います。ただ、これを客観的、あるいは数量的に捉えるのはなかなか難しいと思います。



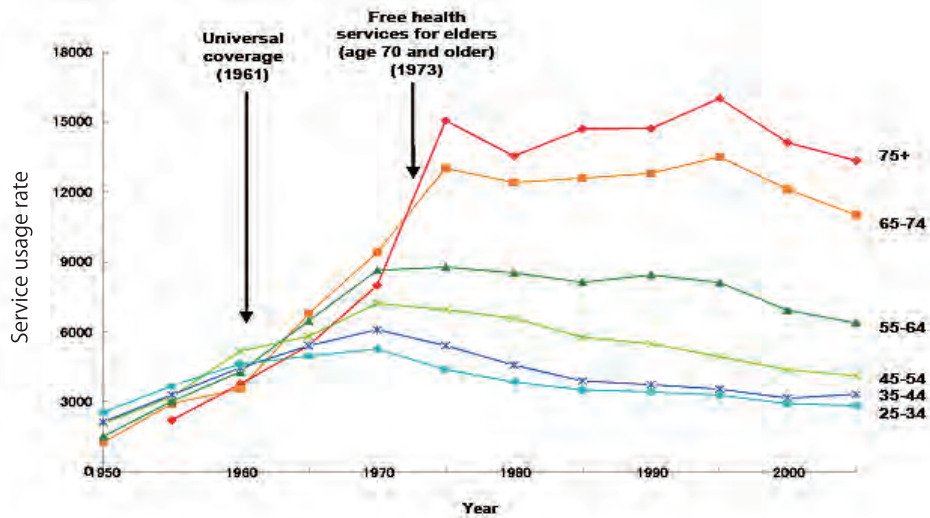
皆保険の波及効果

1. 受療率の増加
2. 医師・医療機関の分布の改善
3. 医療費コントロール

■ 皆保険の波及効果

2 番目のトピックに入りまして、皆保険の波及効果といえますか、皆保険の実現後、どのようなことが日本で起こったかということです。

受療率の増加 (外来) 1950年以降の年齢別外来受療率 (人口10万対)



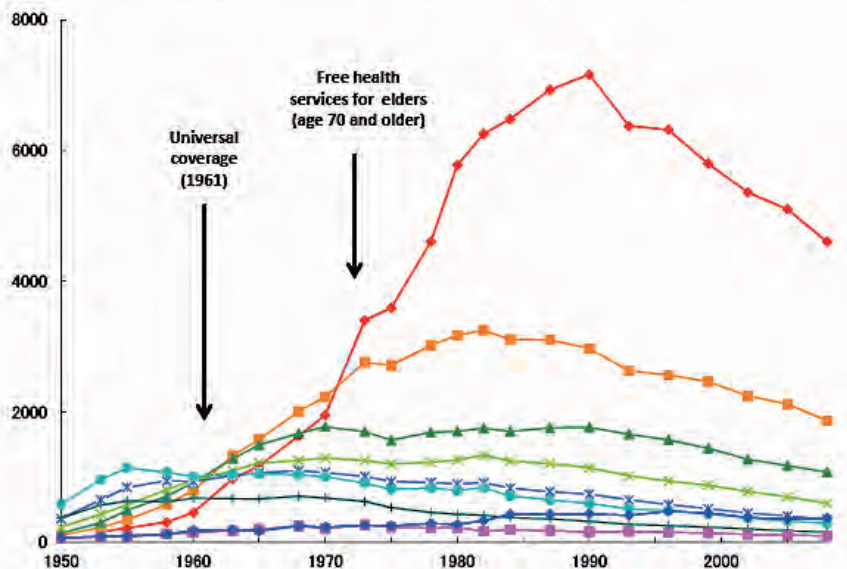
Note: Outpatient service usage rate is the proportion of the population using outpatient services on the day of the survey per 100,000 people in each age group. Data in 1984, 1996 and 1999 were used for 1985, 1995 and 2000.
(Source: Patient Survey by Ministry of Health, Labour and Welfare)

(厚生労働省・患者調査)

まず、特記すべきことは受療率が非常に増加したことです。1961年以前から受療率は伸び始めていますが、61年の皆保険以降も伸び続けています。73年は老人保健制度、あるいは全国の自治体が老人医療費の無料化を進めていた時期です。幾つかの保険制度では、扶

養者の自己負担率の改定も行われていました。70年代前半に、外来の受療率はかなり伸びています。特に注目すべきは、65歳から74歳、あるいは75歳以上の高齢者層で、非常な伸びがあることです。

受療率の増加 (入院) 1950年以降の年齢別入院受療率 (人口10万対)



(厚生労働省・患者調査)

入院に関しても同じです。60年代から増えていますが、70年代の高齢者層でさらに大きな伸びが見られます。注目してほしいのは、外来も入院も同じですが、

伸び続けているわけではないということです。むしろ徐々に下がり傾向にあり、様々な国の政策が功を奏していると言えると思います。

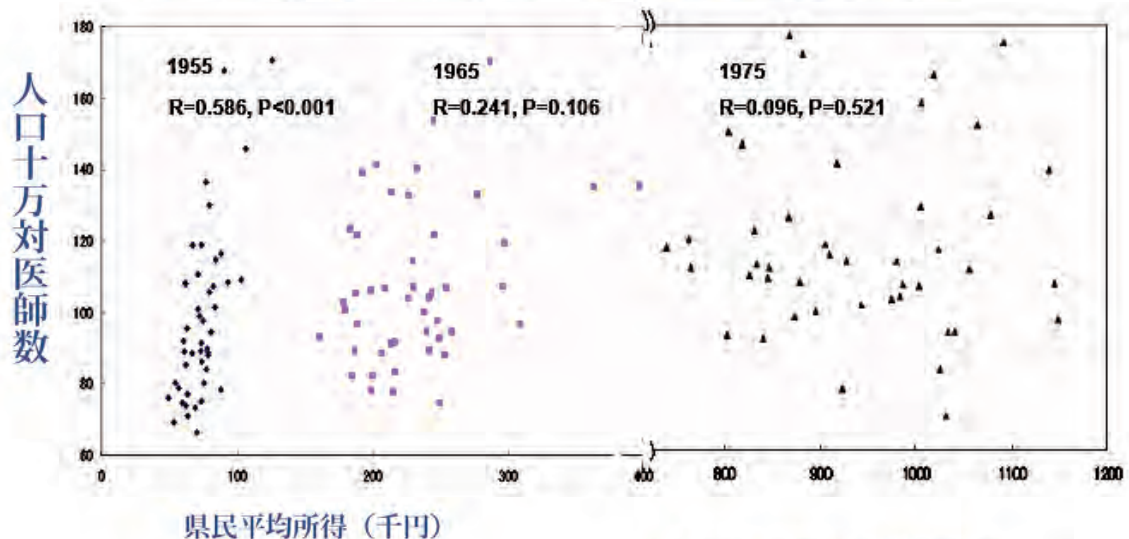
皆保険と受療率の増加

- 皆保険によって、ほとんどの年齢層で外来・入院ともに受療率が増加した。
- しかし、高齢者においては、1970年代の老人医療費無料化・老人保健制度による影響の方がはるかに大きかった。

まとめますと、皆保険によってほとんどの年齢層で外来、入院ともに受療率が増加しました。経済的な側面での医療アクセスは高まった、改善したと言えます

思います。しかし、高齢者においては、皆保険というよりは、むしろ70年代の諸政策の影響がはるかに大きいことが数字からは言えると思います。

医師の地理分布の改善 都道府県民平均所得と医師・人口比の関係



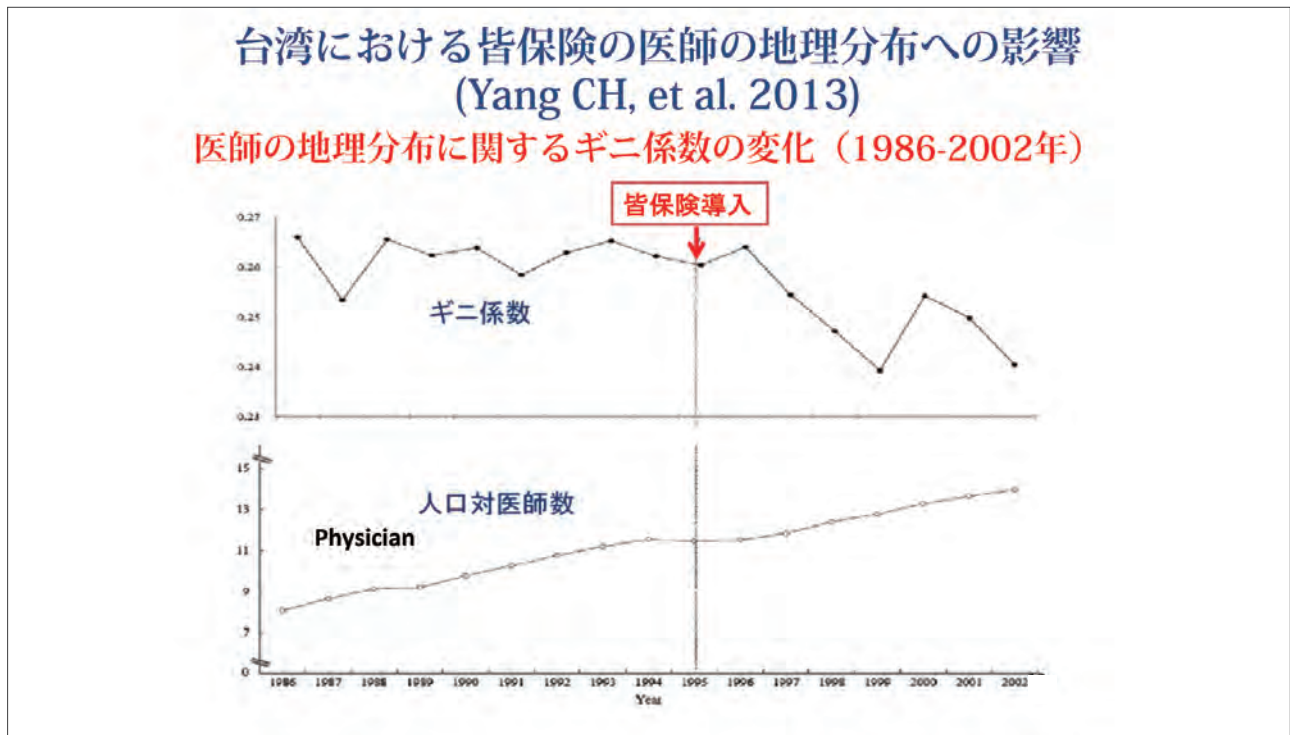
(松本・小林、出版準備中)

次に供給面への影響を少し取り上げてみたいと思います。少し複雑な図なので解説をしたいと思います。横軸に47都道府県の県民平均所得を取ってあります。縦軸に各県の人口10万対医師数を示してあります。1955年時点、1965年時点、1975年時点の状況を比較しています。55年は皆保険以前ですが、県民所得と医

師数には非常に強い相関があります。相関係数で約0.6有意です。相関係数としては非常に高い係数になります。つまり、豊かな県ほど医師が多いということです。その関係が1965年になると、もう有意ではなくなります。そして75年ではほとんど関係ありません。状況証拠としか言えませんが、日本は皆保険によって、即

ち皆保険後、都道府県レベルで見た場合に、医師の分布が大きく改善していると言えます。ちなみに、アメリカは今でも所得と医師数に大きな関連があります。

豊かな州ほど人口あたりの医師数が多いのが、アメリカの現在の状況です。



台湾でも同じことが観察されています。台湾は1995年に国民皆保険を導入しました。このギニ係数というのは、人口に対して医師がどのくらい均等に分布しているかを示す係数の一つで、値が小さいほど均等な分布になります。そうしますと、少し上下はありますが、95年以降はそれ以前に比べて下がってきています。医師数は日本と同じようにコンスタントに伸び続けており、皆保険以前は年々増えてきていますが、ギニ係数は改善していません。一方、皆保険後も医師数は増え

続けていますが、分布は大きく改善しているという状況であります。これについては二つのことが言えます。非常に大きなレベルで見た場合、皆保険は、医師の分布、あるいは医療機関の分布に影響を与え得るだろうと考えられます。もう一つは、医師がある程度供給されないとその効果が見られないということです。だから医師や医療機関が不十分な国や地域では、皆保険をつくっても、「保険あって医療なし」という状況が起こり得ると思います。

全国市町村における人口10万対医師数の変化 (1980年～2000年、中央値)

人口	1980	1990	2000
<5,000	48.3	53.0	62.3
<10,000	49.9	55.6	66.7
<30,000	60.6	76.5	92.4
<50,000	84.8	114.2	144.7
<100,000	90.2	120.4	144.8
<300,000	108.9	142.9	173.9
300,000<	138.5	163.7	196.5

日本でももう少し小さなレベルで、市町村、あるいはそれよりも狭いレベルで見ると、医師数が増えてもあまり状況は改善していません。こちらの表の方がより複雑ですが、日本の全市町村を人口規模別にグルーピングしています。一番上が5000未満、それから5000から1万、3万未満、5万未満、10万未満、30万未満、30万以上に分けています。80年から2000年

にかけて、医師数は7割ほど増えていますが、人口の少ない市町村ではほとんど増えておらず、中規模以上の市町村で医師が増えているという状況があります。都道府県レベルでは改善したけれども、市町村、あるいはさらにもう少し小さなレベルでは、改善はなかなか見られないということです。

皆保険と医師・医療機関の分布

- 皆保険によって、医師・医療機関の地理的分布は都道府県レベルでは改善した。おそらく皆保険によって、住民の医療サービス購買力が向上したからと考えられる。
- しかし、市町村、あるいはより小地域レベルで見ると、分布はあまり改善していない。

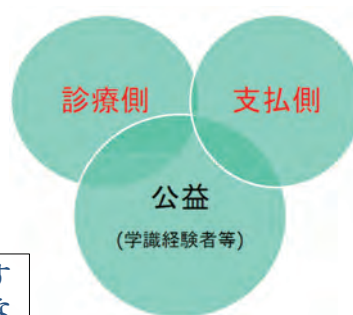
皆保険によって、医師、医療機関の地理的な分布は都道府県レベルでは改善しましたが、恐らくそれは皆保険によって都道府県住民の医療サービス購買力が増加したと考えられます。今でも東京都と他の県では、

平均所得にかなり違いがありますが、皆保険によって各県の医療サービスの購買力は増加していると考えられます。しかし、それよりも小さなレベルでは、分布はあまり改善していないと思います。

医療費コントロール 「中医協」等の役割



2年毎の診療報酬改定に関する審議が行われる。多元的な保険制度であるが、診療報酬制度により、single payer（支払一元化）の仕組みになっている。



皆保険の効果、役割として、医療費のコントロールの機能があります。中医協と幾つかの審議会がありますが、例えば中医協であれば、2年ごとに診療報酬改定に関する審議が行われ、細かな価格付けが行われています。保険自体は多元的で幾つかの保険が並列して

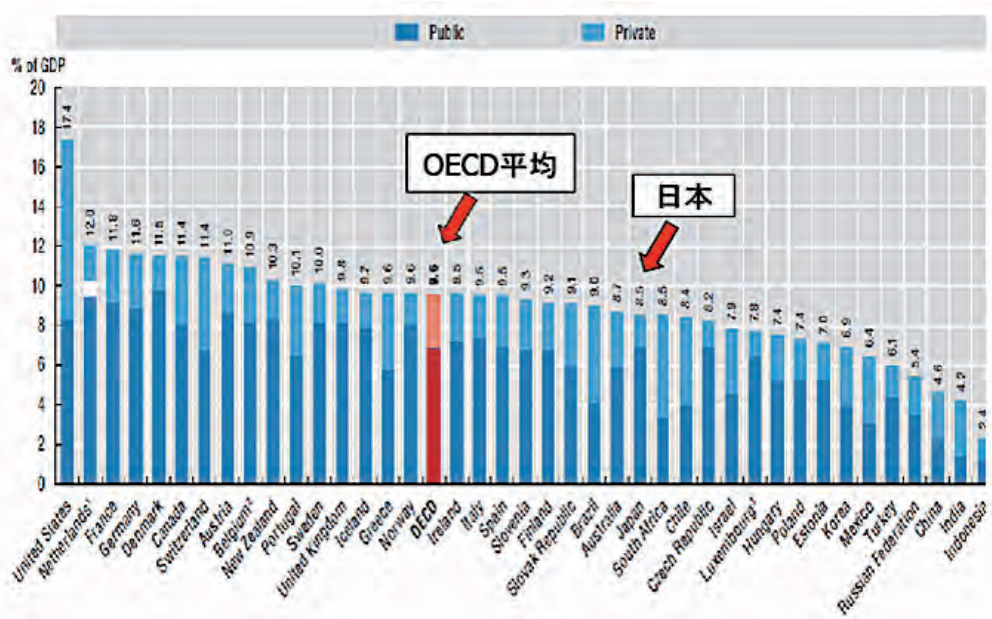
走っていますが、診療報酬に関しては実質的にシングルペイヤーの仕組みになっています。これが医療費コントロールに大きな役割を果たしていると考えられます。

Ⅲ 今後の課題

1. 医療費コントロール
2. 保険の統合
3. 人口減少と高齢化への対応

先進各国のGDPに占める医療費割合 (%) (OECD Health Data、2009年)

7.2.1 Total health expenditure as a share of GDP, 2009(or nearest year)



■ 今後の課題

今後の課題を簡単にお示しします。日本は、医療費に関してはOECDの平均に近い値で、それほど高いところにはいません。

保険の統合 — 国保の都道府県への移管

	被保険者	保険者	組織数	加入者数
国民健康保険	自営業者、農家、年金生活者等	市町村	約1700	3800万人
国民健康保険	自営業者、農家、年金生活者等	都道府県	47	3800万人

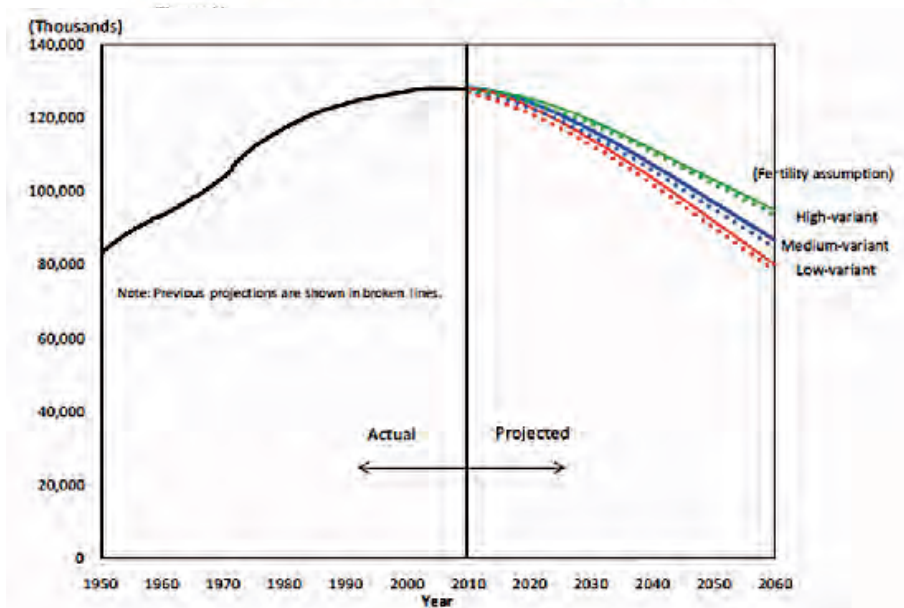
将来的には保険の統合が言われていまして、実際、今年には法の改正がありましたので、数年以内に国民健康保険については大きな組織に統合されていくと思われます。ただ、都道府県で見ても、医療費と高齢化率

にはかなり違いがあります。市町村ほどではありませんが、都道府県でもかなり所得と高齢化率に大きな違いがあるので、今後どうしていくかはさらに引き継ぐべき課題だと思います。

1950年から2060年の日本人口（実数及び予測）

（国立社会保障・人口問題研究所、2012年）

Figure 1-1 Actual and projected population of Japan:
Medium-, high-, and low-fertility (medium-mortality) projections



もう一つ大きな問題は、やはり日本の人口の構成だ
と思います。一つは高齢化していること、もう一つは

人口が減り始めていることです。つまり人口ボーナス
と全く反対の事象が起こりつつあるということです。

今後、取り組むべき課題（まとめ）

- 予防・健康増進
- 費用対効果の高い医療技術
- 病床再編（地域医療構想など）
- 医療・介護の連携（地域包括ケアなど）
- 社会全体における取組み
（少子化対策、コミュニティ再編など）

今後、取り組むべき課題に関して既に国や研究者な
どから多くの提案が出されています。医療制度に関し
て言えば、魔法の杖はありませんので、これらの課題
をコツコツと解決していかざるを得ないと思います。

最後は、医療だけではなくて、やはり少子化対策、

あるいはコミュニティの再編が重要です。いわゆる
コンパクトシティなども考えられますが、それ自体が
医療と非常に関わりのある課題だと言えると思います。

以上、雑ばくですけれども、発表を終わらせていた
だきたいと思います。

■ 質疑応答

村上 小林先生、ありがとうございました。国民皆保険制度の背景と、医療診療報酬のインパクト、そして今後の課題について具体的にご提示いただいたと思います。今のご発表について、ご質問やコメントがございましたらお願い致します。

質問者 1 日本では社会的連帯感（ソリダリティ）が特徴的だけれども、数値化が難しいというお話をされましたが、これから日本の国の枠組みが変わっていく中でソリダリティがどう変わっていくのかは、いわゆる途上国等が UHC をどのように構成していくのかというところに絡む重要な問題だと認識しています。ソリダリティに関して、何らかの測定方法が考えられているのでしょうか。

小林 恐らく世論調査等で尋ねることはできますが、どのくらいの精度、妥当性があるかは難しいところだと思います。もう少し小さなレベルで言えば、ソーシャルキャピタル等の質問票が開発されていますので、小さな限られた区域レベルでは使えるかと思います。これを国全体で使うのはなかなか難しい感じがします。実は、以前に世界主要先進国の医療制度の満足度調査があり、日本も含まれていたのですが、日本だけ満足度がすごく低かったのです。他の国は大体 7、8 割ぐらいなのですが、日本は 6 割か 5 割ぐらいでした。日本で質問するとどうしても不満足の方に答えがいつてし

まうのですが、日本人の特性として控えめに答えることがあるので、国を超えた比較が難しいところがあると思います。日本人の中でのソリダリティを経年的に追うことはできるかもしれませんが、国際比較になるとさらに一層難しいと思います。

村上 ありがとうございました。他にご質問はございますか。

質問者 2 先生のご発表の中で、医師の地理的分布の解析があり、皆保険の影響で改善したとご説明があったと思いますが、これにはやはり一県一医大や、自治医大を作るなど、医師の供給面について国が色々な施策を打ってきた面もあるのではないかと考えますが、このあたりはいかがでしょうか。

小林 はい、その通りだと思います。ただ、図をもう一度見てもらうと、真ん中は 1965 年ですので、一医大施策以前の時期で、まだ卒業生が出ていない時期です。一医大が始まるのは 1970 年からですので、その以前から改善は見られると考えられます。ただし、それが皆保険だけによるものかどうかは、ご指摘の通りだと思います。他の色々な施策はもちろん影響していると思います。

村上 小林先生、どうもありがとうございました。

III



医療保障からみた途上国の類型化・分類

国立国際医療研究センター 国際医療協力局 運営企画部 保健医療開発課長

現 国立国際医療研究センター 国際医療協力局 人材開発部 広報情報課長

村上仁

《要旨》

■ 国際保健外交戦略資料における途上国の分類

1. 国際保健外交戦略に関連した外務省資料「UHCに向けた開発援助の強化」では、各途上国のUHC達成状況に応じて、異なる協力内容の枠組みを設定。
2. (1) 概ねUHCを確立するも、高齢化や国民ニーズの多様化に伴う新たな課題に取り組む段階の国（主に高中所得国：アセアン域内ではタイ、マレーシアなど）←医療保障制度の維持・拡充（3つのアクセスの維持・更なる拡充）のための協力、(2) 主として基礎的保健医療サービスへの物理的アクセスが一定程度確保されている国（主に低中所得国：アセアン域内ではフィリピン、インドネシア、ベトナムなど）←医療保障制度の確立（財政的アクセス改善）のための協力、(3) 主として基礎的保健医療サービスへの物理的アクセスに課題が大きい国（主に低所得国：アセアン域内ではラオス、カンボジア、ミャンマー）←保健医療サービスの貧困層・脆弱層への拡大協力（物理的・社会的アクセス改善）

■ 医療保障整備の程度とサービスアクセス程度の2軸による途上国の類型化、分類

1. データ分析の対象国：厚生労働省 MoU 締結国（カンボジア、ラオス、ベトナム、ミャンマー、インド、トルクメニスタン、トルコ、バーレーン、ブラジル、メキシコ、イラン、カタール）、上記以外のアセアン途上国（タイ、フィリピン、インドネシア、マレーシア）、アフリカ重点支援国（ケニア、ガーナ、セネガル、ザンビア）、ならびに代表的先進国（日本、英国、米国、フランス、スウェーデン）
2. 医療保障整備の程度の指標：以下の2つを使用、(1) 総医療費中自己負担割合（%）、(2) 政府保健支出中社会保障基金を通じた支出割合（%）。どちらもデータソースは Global Health Expenditure Database (WHO)。後者の指標は、税方式の国々は適用外。
3. 保健医療サービスアクセス程度の指標：熟練出産介助者による出産割合（%）2006 - 2013年推計を使用。データソースは World Health Statistics(2013年)。
4. 総医療費中自己負担割合（%）と熟練出産介助者による出産割合（%）の2軸に国々をプロットすると、以下の4グループに大別された。(1) サービスアクセスが悪く、自己負担割合が中程度の国々（ラオス、ケニア、セネガル、ザンビア）、(2) サービスアクセスが中程度で、自己負担割合が高い国々（インド、フィリピン、カンボジア、ミャンマー）、(3) サービスアクセスが良く、自己負担割合が中程度の国々（ブラジル、メキシコ、トルクメニスタン、マレーシア、インドネシア、ベトナム）、(4) 先進国、準先進国（含む湾岸諸国、タイ、トルコ）。医療保障支援は、(2)(3)の国々で優先順位が高いと考えられた。
5. 政府保健支出中社会保障基金を通じた支出割合（%）と熟練出産介助者による出産割合（%）の2軸に国々（税方式の国々を除く）をプロットすると、以下の4グループに大別された。(1) サービスアクセスが悪く、社会保障費割合も低い国々（ラオス、ケニア、セネガル、ザンビア）、(2) サービスアクセスが中程度で、社会保障費割合が低い国々（インド、フィリピン、ミャンマー、ガーナ）、(3) サービスアクセスがある程度以上確保される一方、社会保障費割合が低い国々（メキシコ、トルコ、タイ、インドネシア、ベトナム）、(4) 先進国（日本、フランス、米国）。(2)(3)の国々で医療保障支援の優先順位が高いと考えられた。上記4. とほぼ一致する。
6. このようなマクロ分析に基づいて援助方針に指針を与える場合の課題として、次の2点が挙げられる。(1) サービスアクセスに未だ大きな課題のある国への医療保障支援をどうするか（こういった国々でも案件形成が進んでいる場合がある）、(2) 税方式主体の国々への医療保障支援をどのように位置づけるか。

ODA対象のASEAN諸国におけるUHC達成状況

出典：外務省、UHCに向けた開発援助の強化

	①医療保障人口カバー率	②政府総支出における医療費	③自己負担率	保健サービスの量と質*1	社会保障制度整備状況*2	UHC達成度*3
フィリピン	82%	8.4%	54%	地域間で格差大	△	II
インドネシア	65%	5.4%	38.3%	地域間で格差大	△	II
ラオス	19.5%	6.0%	51.2%	国内全体で不足	×	III
マレーシア	100%	6.2%	34.2%	官民で格差大	○	I
ベトナム	63.7%	9.4%	57.6%	地域間で格差大	△	II
タイ	100%	14.4%	13.9%	官民で格差大	○	I
カンボジア	24.6%	6.3%	62%	国内全体で不足	×	III
ミャンマー	1%	1.3%	81%	国内全体で不足	×	III

*1：アジア地域社会保障セクター基礎情報収集・確認調査報告書より外務省・JICAにて判断

*2：アジア地域社会保障セクター基礎情報収集・確認調査報告書より外務省・JICAにて判断

*3：UHC達成度は、便宜的に大まかに以下の3通りに外務省・JICAにてカテゴリ分け

(参)UHC達成度：

I. UHC維持：概ねUHCを達成し、新たな課題に取り組む段階である。また、自国の経験を生かした三角協力が可能。

II. UHCスケールアップ：医療保障体制は存在するが、UHC達成に向けた施策上の課題を抱える。

III. UHCスタートアップ：医療保障体制確立以前に、基礎的保健サービスの提供体制自体に課題を抱える。

出典：Global Health Expenditure Database(WHO, 2010)、Financing Health Systems in the 21st Century (Schieber, 2010)、Indicators for Measuring UHC: A five-country analysis(USAID, 2012)、アジア地域社会保障セクター基礎情報収集・確認調査報告書(JICA, 2011)、Measuring Progress towards UHC (WHO/WB, 2013)

村上 国立国際医療研究センター国際医療協力局の村上です。まず、医療保障から見た途上国の類型化、分類というお話をさせていただきたいと思います。どういプロファイルの国が日本の皆保険制度を展開する上での支援対象として妥当なのかという議論でござい

ます。このスライドは、国際保健外交戦略でUHC支援を強化する中で提示されたスライドで、UHCの、特に医療保障の達成状況を表示しています。数値等も出ていますが、国によって実に大きなばらつきがござい

UHC達成状況に応じた協力内容

出典：外務省、UHCに向けた開発援助の強化

I. 医療保障制度の維持・拡充(3つのアクセスの維持・更なる拡充)のための協力

- 対象：概ねUHCを確立するも、高齢化や国民ニーズの多様化に伴う新たな課題に取り組む段階の国(主に高中所得国)
- 技術協力：高齢化や非感染性疾患対策のほか、効率的な保健財政(保険給付範囲を選定するための経済評価)、医療技術や医薬品の価格や償還法、プライマリケア医に対する新表報酬支払方法の見直し(定額制や契約による人頭制報酬等)、患者負担のあり方、官民及び制度間での利用可能なサービス格差の是正等。

(留意事項)

- 技術協力では、本邦研修や国際研修等も活用し日本の経験共有に主眼を置くとともに、対象国の経験の第三国への共有につながる△協力の可能性も追求する。
- 保健・医療分野の協力に関する覚書(MoU)や健康・医療戦略に基づく医療の国際展開など、官民一体となった協力にも留意。

II. 医療保障制度の確立(財政的アクセス改善)のための協力

- 対象：主として基礎的保健医療サービスへの物理的アクセスが一定程度確保されている国(主に低中所得国)
- 技術協力：医療保障制度設計・導入支援(診療報酬制度等の技術支援含む)、保険基金等の管理・運営・ICT化支援、会計・監査・認証等に係る支援、保健財政を含んだ地方行政能力強化等
- 資金協力：開発政策借款(DPL)、成果連動型支援(RBF)等

(留意事項)

- 技術協力では、研修等も活用し日本の経験共有に主眼を置くとともに、将来の協力成果も踏まえ保健システムの管理の改善による効率改善やサービスの質の向上を図る。
- 資金協力は、日本の技術協力の成果拡大の視点を重視する。また先方政府の監査体制、債務持続性にも留意する。
- 対象国の保健システムに整合する範囲で民間サービス提供者等とも積極的に連携する。

III. 保健医療サービスの貧困層・脆弱層へ拡大協力(物理的・社会的アクセス改善)

- 対象国：主として基礎的保健医療サービスへの物理的アクセスに課題が大きい国(主に低所得国)
- 技術・資金協力：技術協力と資金協力を可能な限り効果的に組み合わせ、保健行政マネジメント強化、保健人材開発、基礎的施設・機材整備、保健情報システムの拡充、コミュニティ支援、母子保健、疾病対策等に関し、貧困層脆弱層が裨益することに主眼を置きながら、従来の協力を拡充。
- その他：国の状況に応じ、中長期的視点に立った医療保障制度の設計・導入を検討。

(留意事項)

今まで保健サービスへのアクセスが限られていた総へのサービス拡大に心がける。

BOPビジネス等、基礎的保健医療サービスへの物理的アクセス拡大に資する、貧困層のための民間事業とも積極的に連携する。事業の持続性やスケールアップの観点から財政面や技術面に留意する。

医療保障支援を考える場合の外交戦略として JICA がまとめたものですが、UHC の達成状況に応じて国を分類して協力を考えるのが良いのではないかと示しています。第一は、医療保障制度の維持拡充のための協力です。要するに、医療保障の支援の機が熟している国です。二つ目に、医療保障制度の確立に向けてこれから制度を作っていくための支援ができる国。三つ目は、保健医療サービスの拡大、特にアクセスの改善がより

高いプライオリティにある国です。医療保障、財政面の前に、供給面が重要です。保険や財政面の制度を拡大する以前にサービスの提供を改善しないと、「保険あって、サービスなし」になってしまう可能性のある国が出てしまいます。そういう国を分類して、支援の大きな方針を考えましょうという考えが示されています。

今回分析の対象とした国々

- 厚生労働省MoU締結国:
 - カンボジア、ラオス、ベトナム、ミャンマー、インド、トルクメニスタン、トルコ、バーレーン、ブラジル、メキシコ、イラン、カタール
- 上記以外のアセアン途上国:
 - タイ、フィリピン、インドネシア、マレーシア
- アフリカ重点支援国:
 - ケニア、ガーナ、セネガル、ザンビア
- 代表的先進国:
 - 日本、英国、米国、フランス、スウェーデン

実際に我々も日本の皆保険制度から、途上国支援を考える上で非常に簡単な指標による国の分類をしました。厚生労働省が2014年に協力協定（MoU）を締結した12カ国。アセアンの途上国が4カ国。アフリ

カの重点支援国が4カ国。そして、比較対象として先進国のデータセットに加えて、医療保障とサービスアクセスに関してカテゴライズしてみました。

国々の医療保障を位置づけるために用いた指標

- **総医療費に占める自己負担割合（%） 2013年推計**
 - 破滅的医療支出 (catastrophic health expenditure)、貧困化医療支出 (impoverishing health expenditure) の発生と、この指標の間には、高い相関性あり。
 - そのため、WHOは各国の医療財政制度・医療保障のモニタリング指標として使用。
- **政府保健支出に占める社会保障基金を通じた支出割合（%） 2013年推計**
 - ここでいう「社会保障基金」とは、政府その他の運営する公的な社会保障基金（主に医療保険）で、これらを通じて支払われる外国支援団体の資金も含む。
 - 政府保健支出の中で、どのくらいが前払いのプーリング制度を通じて支出されているかを示す。
 - WHOは各国の保健医療支出推計 (National Health Accounts) のモニタリング指標として使用。
 - 弱点: 税方式の国（バーレーン、カタール、英国、スウェーデン等）の多くはデータ空欄。
- **データソース: Global Health Expenditure Database (WHO)**
- **各国の総人口における医療保険加入者割合（%）のデータは、比較可能な形で集積されていない。**

国々の医療保障を位置づけるために用いた指標としては二つありまして、一つは総医療費に占める自己負担の割合です。これはいわゆる破滅的医療支出や、貧困化医療支出と高い相関があるとされています。もう一つは、政府保険支出に占める社会保障基金を通じ

た支払いの割合です。残念ながら税方式の国はこのデータが空欄になってしまいますが、この二つに関してデータソースとしてグローバルヘルス・エクスペンディチャー・データベースというものがあり、そこからプロットしてみました。

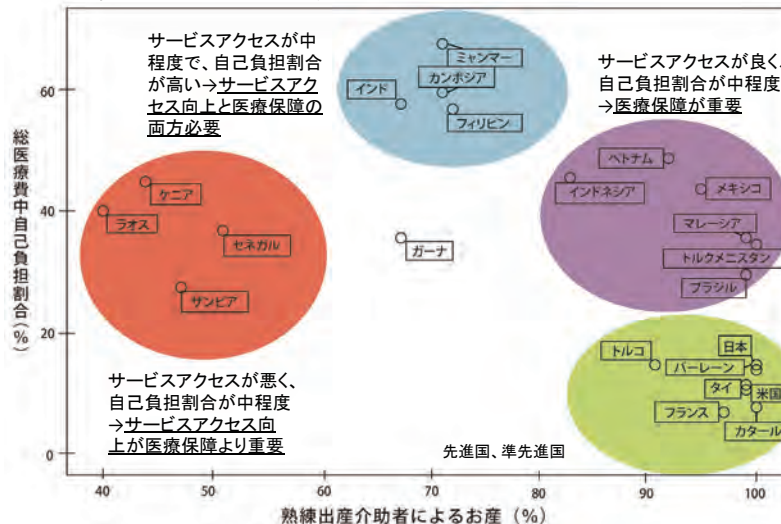
国々の保健医療サービスアクセスを位置づけるために用いた指標

- 熟練出産介助者による出産割合(%) 2006 – 2013 年推計
 - 出産場所にかかわらず(自宅分娩でも)熟練出産介助者(Skilled Birth Attendants: SBA)に介助される場合、母体生存率は改善するとされ、推奨されている。
 - したがって、必ずしも施設分娩率と一致しない。
 - 現在、WHOは各国の母子新生児小児保健のモニタリング指標として使用(World Health Statistics)。
 - 達成に時間がかかり、他のサービスアクセス指標(例: 予防接種率)に比べ、国とのばらつきが大きい。
- データソース: World Health Statistics (2013年)

もちろんサービスアクセスを位置付けるためには色々な指標があります。予防接種率など、色々な数値がありますが、ここでは熟練出産介助者による出産割合を使いました。この指標は予防接種とは違って、インフラがないと簡単に改善するものではなく、比較的

要求度は高いので国々とのばらつきが大きなサービスアクセスの指標になっています。データソースは2013年のワールドヘルス・スタティスティクスを使いました。

サービスアクセス(熟練出産介助者による出産割合)と総医療費に占める自己負担の割合からみる国々の位置づけ

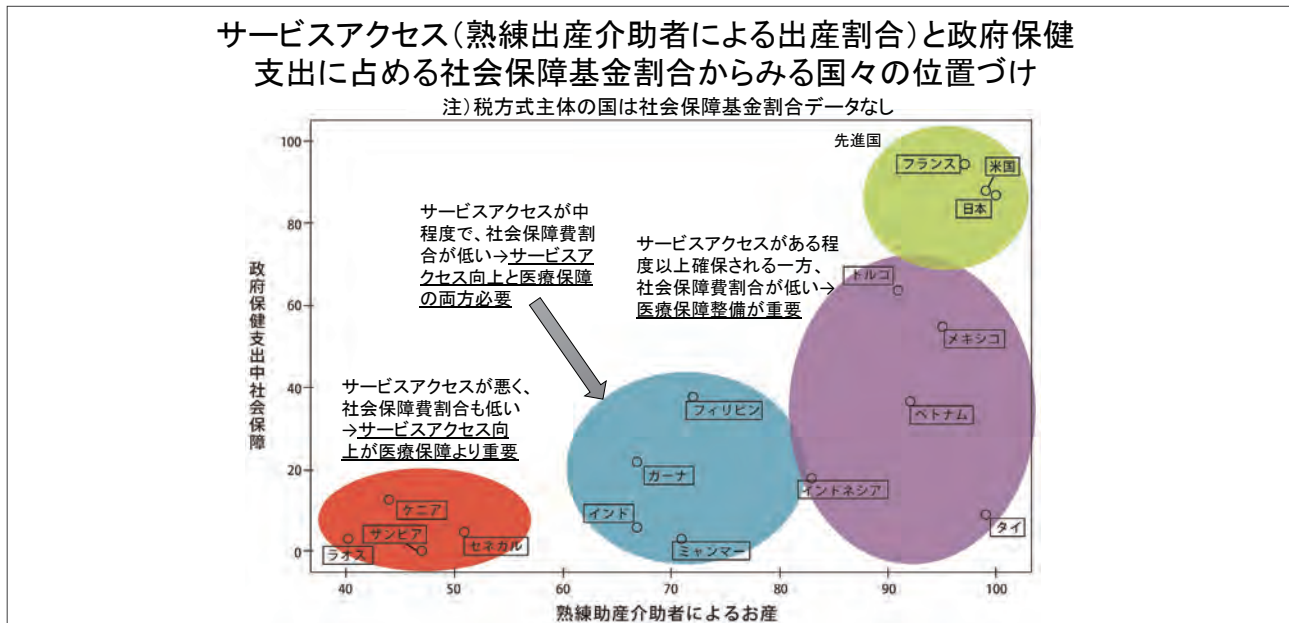


まず、サービスアクセスを横軸に取り、縦軸に総医療費に占める自己負担割合を取りました。いわゆるアウト・オブ・ポケット・ペイメント (OOP) と言われているものを取ってみました。そうしますと国がある程度グループ化して見えます。大きな丸で囲まれているように、赤い丸にはサービスアクセスが悪く、自己

負担割合が中程度の国々のグループ、青い丸にはサービスアクセスが中程度で自己負担割合が高い国々のグループ、それから紫の丸にはサービスアクセスが良く、自己負担割合が中程度の国々のグループ、そして緑の丸には先進国、準先進国の4つのグループに大別されます。赤い丸の国々には、やはりサービスアクセスの

向上が医療保障よりも重要だと思われる。青い丸の国々には、サービスアクセス向上と、医療保障整備の両方が必要であると考えられます。紫の丸の国々には、

サービスアクセスが良く、医療保障が重要で、その整備の機が熟していると考えられます。雑ぱくに言えば、そのような分析ができるかと思えます。



これは縦軸を医療保障の指標に変えた図です。政府保険支出に占める社会保障です。先ほどの図と同じように赤い丸には、サービスアクセスが悪く、社会保障割合も低い国。やはり同じような国が並びます。青い丸には、サービスアクセスが中程度で、社会保障割合が低い国。紫の丸には、サービスアクセスが良く、社会保障割合が先進国より低い国です。赤い丸の国々に

はやはりサービスの供給の支援が现阶段では医療保障進出より重要です。青い丸の国々には、サービスの支援と医療保障の支援が両方必要です。そして紫の丸の国には、医療保障の支援の機が熟していると一般的には考えられると思います。先ほどの外交政策の表「UHC 達成状況に応じた協力内容」とも大体重なると思えます。

支援対象国の類型と医療保障支援ニーズ

	サービス拡大支援がより重要な国	サービス拡大と医療保障確立支援が両方必要な国	医療保障拡充支援の機が熟している国	税方式主体の国
厚労省MoU締結国*	ラオス	カンボジア ミャンマー インド	ベトナム メキシコ トルコ ブラジル	バーレーン カタール トルクメニスタン (保険も導入)
上記以外のアセアン途上国		フィリピン	タイ インドネシア	マレーシア (保険も導入)
アフリカ重点支援国	ケニア セネガル ザンビア	ガーナ		

* イランは熟練出産助産者による出産割合が未登録

課題:

- 1) サービス拡大に未だ大きな課題がある国への医療保障支援をどうするか
 - ケニアではJICA案件が既に大規模に動いている
 - セネガルも医療保障支援の受け入れに積極的
- 2) 税方式主体の国々への医療保障支援をどのように位置づけるか

全体をまとめますと、サービス拡大支援がより重要なラオスやケニアなどの国々と、サービス拡大と医療保障の支援が両方とも必要なフィリピンなどの国々、そして既にサービスアクセスがある程度良く、医療保障の支援の機が熟しているような、ベトナムやインドネシアなどの国々という形に類型化できるのではないかと思います。ベトナムやインドネシアなどの国々で

は実際に案件が走り始めています。

ほかに、税方式の国々があります。このような国としては、例えば MoU を結んでいる湾岸諸国やトルクメニスタンや、それ以外にもマレーシアがありますが、これらの国に対してどのような支援をするかは一考に値すると思います。

以上です。ご清聴ありがとうございました。

IV

日本とベトナム・ラオスの医療保険： 制度比較からみる協力可能性

国立国際医療研究センター 国際医療協力局 運営企画部 保健医療開発課長

現 国立国際医療研究センター 国際医療協力局 人材開発部 広報情報課長

村上 仁

《要旨》

■ ベトナム・ラオス調査の位置づけと概要

1. NCGM では 2013 年度から「日本から東南アジア、アフリカへの有効なユニバーサル・ヘルス・カバレッジ支援の研究」を進めており、主に東南アジアでは、ベトナム、ラオス中心、アフリカではケニア中心に調査を進めてきた。
2. ベトナム調査は 2014 年 1 月、主にホアビン省にて、ラオス調査は同年 10 月ビエンチャン首都圏にて実施。どちらも医療保険の制度内容に関する質的調査と、受益者調査として過去 1 年に出産した産婦の断面調査であった。
3. ベトナム、ラオスと日本の医療保障制度を、(1) 財源確保 (collection of fund)、(2) 基金プーリング (pooling of fund)、(3) サービス購入 (purchasing of services)、(4) サービス提供 (provision of services) の医療財政の 4 項目ならびにサブ項目ごとに比較分析。

■ ベトナムの医療保険制度の特徴

1. 強制保険と任意保険の二本立て：被保険者は大きく 6 つのグループに分類され、グループ 1-5 が強制保険にてカバーされる（グループ 1 は被用者と公務員、グループ 2-5 はそれぞれ年金受給者・その他公的便益受給者、少数民族と低所得者、6 歳未満児、学生で、社会的弱者として政府が保険料の全額あるいは半額を拠出）。グループ 6 はグループ 2-5 に規定される社会的弱者に当てはまらないインフォーマルセクターの人々で任意保険対象。
2. インフォーマルセクターのうち社会的弱者を、政府拠出で強制保険対象に：給与所得者以外のインフォーマルセクターの国民についても、所得、民族、年齢などの属性で、政府全額拠出による強制保険に組み入れ、任意保険対象者を減らすことで、保険加入者を大幅に引き上げる（全国加入率約 70%）に至っている。

■ ベトナム - 日本の制度比較から：日本から協力しうること

1. 財源確保

- ・ 財源は、日本では約半分を保険料が占めるが、ベトナムでは、保険料の政府補助対象（社会的弱者）が全人口の 63% に上り、7 割を公費が占める→政府補助の必要額等の将来予測（人口推計）支援
- ・ ベトナムでは、被用者であっても、雇用者が収支赤字の際に保険料を滞納するため、加入していない労働者が約 4 割にも上る→企業のコンプライアンス遵守に向けた働きかけの具体策の提示等
- ・ 任意保険は加入率が低く、逆選択により慢性的に赤字→日本の国民健康保険の受診勧奨業務の経験からの情報提供と技術支援
- ・ 保険料が政府拠出となる社会的弱者の査定に 3 か月以上を要し、事務負担が過大→保険対象者の査定業務の効率化（含む住民登録制度の整備、IT 化）支援

2. 基金プーリング

- ・ ベトナムの最大の特徴は、郡 (District) を単位としたベトナム社会保障局 (VSS) のシングルファンド（我が国とは異なる仕組み）。

3. サービス購入

- ・ ベトナムも日本同様、出来高制を基本とするが、価格表が省ごとに異なり、全国統一されていない→診療報酬体系（出来高制）の全国統一化支援
- ・ ベトナムは DRG（一入院当たり包括支払）の導入の端についたところ→DPC の経験共有（疾病、手技のコーディングなど）

4. サービス提供

- 日本では基本的に混合診療禁止であるのに対し、ベトナムではほとんどの診療サービスが混合診療（公的病院の財政自律性が法令で定められている）→医療保険（社会保障）と公的病院の財政自律の整合性についての政策分析、議論
- ベトナムでは、民間診療所のほとんどは保険外診療（ホアビン省調査）→民間医療機関を公的医療保険の支払対象としてきた経験の共有
- 日本ではフリーアクセスであるのに対し、ベトナムでは医療機関登録制（ベトナムは、2015年1月の医療保険法改訂で、2021年までにフリーアクセス実現を規定）→フリーアクセス制度の要諦の共有

■ ラオス - 日本の制度比較から（比較の詳細は割愛）

1. ベトナムに対して支援しうる項目は、ほぼラオスにも当てはまる。加えて以下を挙げる。
2. 人頭制支払 (Capitation) の下で多くの公的医療機関が赤字→医療機関の財政収支調査（我が国では医療経済実態調査：医療実調）の方法論等の共有

調査の概要

- ベトナム
 - 2014年1月に北西部ホアビン省にて調査実施
 - 質的調査:制度内容の詳細面談調査
 - 量的調査:産婦の代表サンプルの保険加入、サービス受療(産前健診、分娩介助等)ならびに受療時(特に出産時)医療支出の調査
- ラオス
 - 2014年10月にビエンチャン首都圏にて調査実施
 - 内容はベトナムと同様

村上 「Ⅲ 医療保障からみた途上国の類型化・分類」の発表でマクロビューをご覧いただいたのですが、次にミクロビューとして、医療保障についてベトナム、ラオスと日本を比較検討した内容をお話し致します。国立国際医療研究センターでは、2013年度より日本から東南アジア、アフリカへの有効なユニバーサル・ヘルス・カバレッジ支援研究と題する共同研究を、島崎先生、小林先生、杉下先生と進めてまいりました。この中で我々のセンターが、主に東南アジアのベトナム、

ラオスを中心に、杉下先生は主にケニアを中心に調査を進めてまいりました。

ベトナム調査ですが、2014年の1月に主にホアビン省に行って実施しました。ラオスの調査は同年10月にビエンチャン首都圏で実施しました。どちらも医療保険の制度内容に関する質的調査と、受益者調査として過去1年に出産された産婦さんの断面調査を実施しました。

ベトナムの医療保険の制度概要

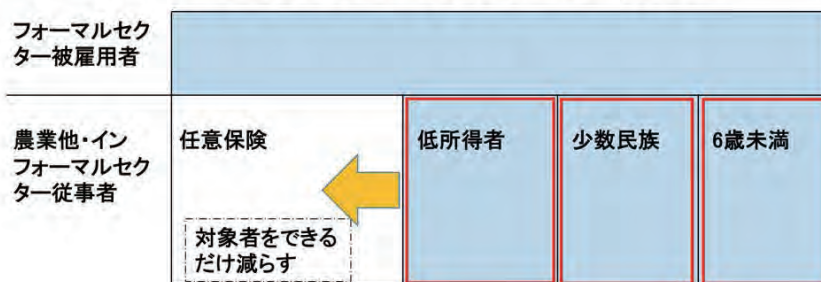
保険の種類	保険料	加入者グループ	加入者の種類	対象人口
強制保険	雇用者(2/3)と被雇用者(1/3)が拠出	グループ1	被雇用者、公務員など	1,521万人 (59%)
強制保険	社会保険・政府が拠出	グループ2	年金受給者、社会福祉給付受給者など	242万人 (100%)
強制保険	政府が拠出	グループ3	少数民族(市街地以外)、低所得者、準低所得者	2,957万人 (92%)
強制保険	政府が拠出	グループ4	6歳未満児	1,021万人 (81%)
強制保険	政府が半額拠出	グループ5	学生	1,982万人 (61%)
任意保険	加入者が拠出	グループ6	農民、自営業、その他インフォーマルセクターで上記の政府拠出に該当しない人々	2,125万人 (26%)

- ・ 太枠内: 保険料を政府が全部、あるいは一部拠出。
- ・ 強制・任意保険の会計は、群単位でベトナム社会保障局(VSS)が包括。シングルファンド

ベトナムの医療保険制度の概要です。左から三つ目の列にあるように、被保険者を大きく6つのグループに分類しています。「グループ1」は、被雇用者と公務員。「グループ2」は年金受給者等。「グループ3」は少数民族と低所得者。「グループ4」は6歳未満の子ども。そして、「グループ5」が学生で、「グループ6」は「グループ2」から「グループ5」に規定されるいわゆる社会的

弱者に当てはまらない、インフォーマルセクターの人々です。このうち、「グループ1」から「グループ5」が強制保険、「グループ6」が任意保険という形になっています。赤い枠の人々は、社会的弱者として、政府が保険料の全額、あるいは半額を拠出して強制加入としています。

ベトナムの医療保険のユニバーサル・カバレッジに向けた基本戦略



- ・ 制度の基本設計は、雇用形態による強制・任意保険の二本立て。
- ・ 雇用形態で、任意保険の対象になる。農民、その他インフォーマルセクターを雇用形態以外の人口属性(貧困、少数民族、乳幼児)により、強制保険に再分類する方向にある(政府財源による保険料拠出により)。
- ・ 上記により、逆選択の大きい任意保険の対象者は、できるだけ減らす方針。

ベトナムは国民皆保険を目指していますが、任意保険の加入率は低く、加入勧奨も困難に直面しています。そこで、本来任意保険の対象となる「給与所得者以外のインフォーマルセクターの国民」についても、所得、民族、あるいは年齢といった別の属性で政府の全額拠

出による強制保険に組み入れています。任意保険対象者を物理的に減らしてしまうことで、保険加入率の大幅な引き上げに至っています。現在、全国の保険加入率は約70パーセントです。

制度要素ごとの日本・ベトナムの医療保険比較： 1. 財源確保 (Collection of fund)

制度要素	日本	ベトナム
1. 社会保険方式か税方式か	<ul style="list-style-type: none"> 社会保険方式を堅持 	<ul style="list-style-type: none"> 社会保険方式 社会弱者の保険料を公費補助
2. 保険の主要類型	<ul style="list-style-type: none"> 被用者保険 国民健康保険 (地域保険) 	<ul style="list-style-type: none"> 強制保険 (公務員、被用者、社会的弱者) 任意保険 (社会的弱者以外のインフォーマルセクター)
3. 保険財源	<ul style="list-style-type: none"> 保険料 (49%) 公費 (38%) 自己負担 (13%) 	<ul style="list-style-type: none"> 保険料 (20%) 公費 (69%) 自己負担 (11%)
4. 保険料水準の設定	<ul style="list-style-type: none"> 被用者保険： 協会けんぽ：9.86(新潟)～ 10.21%(佐賀) (2015.4) 組合健保：3.0～12.0% 	<ul style="list-style-type: none"> 強制保険：4.5% (雇用者2/3：被用者1/3)： 社会的弱者は最低賃金の4.5% 任意保険：最低賃金の4.5%
5. 保険料徴収と加入勧奨	<ul style="list-style-type: none"> 国民において地域ベースの保険料徴収・加入勧奨 	<ul style="list-style-type: none"> 雇用者負担のコンプライアンス低い 任意保険で逆選択が問題
6. 加入者の査定業務、加入通知	<ul style="list-style-type: none"> 住民登録により査定 迅速な査定・通知 (被用者 ⇄ 国保) 	<ul style="list-style-type: none"> 最低賃金ペースで毎年査定 査定業務に3か月近く要する

制度要素ごとに日本とベトナムの医療保険制度を比較しています。まず、財源確保に関して見ますと、どちらも社会保険方式を基本とします。インフォーマルセクターの保険として、日本の国保は地域保険ですが、ベトナムの場合は任意保険という形になっています。また、財源は日本では約半分を保険料から賄っていますが、ベトナムでは保険料を政府が補助している社会的弱者の割合が全人口の63パーセントに上り、公費の投入が7割を占めています。このように保健財源における保険料の水準は、ベトナムではかなり低く、これを引き上げなければいけないという議論がなされて

います。注目されるのは保険料徴収です。被用者保険は、保険料が確実に取れるところと普通は考えると思うのですが、ベトナムの場合、企業が赤字の時は保険料を滞納することが多く、労働者の4割ぐらいが被用者保険に加入していないという状況があります。また、健康な人は任意保険にも入りたくないと考えており、病気にかかったら加入しに来るといった典型的な逆選択が起こります。そのため慢性的に赤字になります。保険料が政府拠出となる社会的弱者は毎年査定しますが、査定に毎年3カ月以上を要してしまし、事務負担が非常に大きくなっています。

2. 基金のプーリング (Pooling of fund)

制度要素	日本	ベトナム
1. 保険者間の財政の調整	<ul style="list-style-type: none"> 財政収支の難しい国保等に公費を投入して均衡を保っている 	<ul style="list-style-type: none"> シングルファンド方式で郡単位会計(任意保険、年金受給者等は慢性的に赤字、他は黒字)
2. 制度統合の政策、議論と現状	<ul style="list-style-type: none"> 公平性の観点から制度統合が議論されている 	<ul style="list-style-type: none"> シングルファンド

3. サービス購入 (Purchasing of services)

制度要素	日本	ベトナム
1. サービスパッケージの標準化	<ul style="list-style-type: none"> 診療報酬制度がほぼあらゆるサービスに適用される 	<ul style="list-style-type: none"> ある程度国が基準を決めているが、省ごとに医療費を設定
2. 支払制度	<ul style="list-style-type: none"> 全国统一された出来高制と、それを基礎としたDPC 	<ul style="list-style-type: none"> 省ごとに非統一な出来高制と、場所により人頭制が混在 DRG導入めざしパイロット開始
3. 審査制度の現状	<ul style="list-style-type: none"> 支払基金によるレセプト審査 厚労省による指導・監査(必要時) 	<ul style="list-style-type: none"> 医療機関内に常勤するVSS職員による請求書審査

基金のプーリングについて見ますと、ベトナムの最大の特徴は、被保険者の区分があるものの、会計的には郡を単位とした、ベトナム社会保障局(ベトナムソーシャルセキュリティ(VSS))のシングルファンドになっていまして、赤字区分と黒字区分の合算ができるということです。シングルファンドという日本にはない仕組みになっています。

サービス購入に関しては、ベトナムも日本と同様に出来高制を基本としていますが、価格表が省ごとに異

なり、全国统一されていません。日本では、急性期入院に1日当たり包括支払い(DPC)が導入されていますが、ベトナムでは1入院当たりの包括支払い(DRG)の導入が始まったところです。

審査制度は、日本では支払基金による審査と厚労省による指導監査が体系的に行われますが、ベトナムの場合はVSSの職員が医療施設に常駐しており、請求書の審査をしています。

4. サービス提供 (Provision of services)

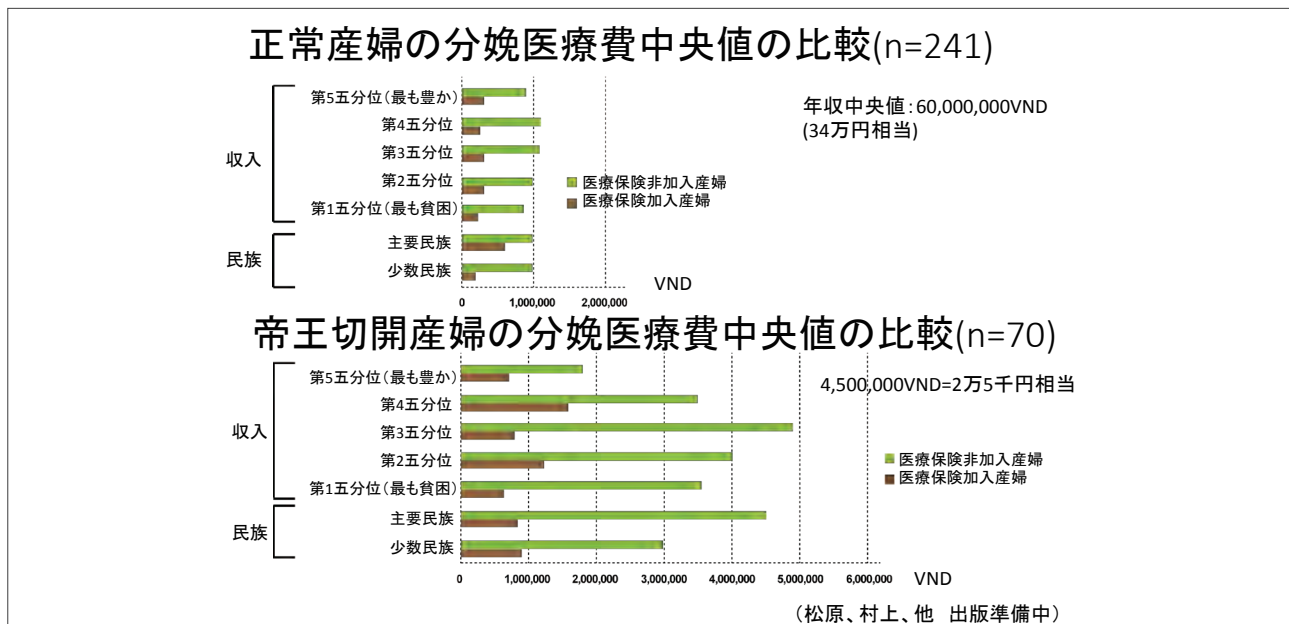
制度要素	日本	ベトナム
1. 混合診療	<ul style="list-style-type: none"> 原則禁止、それにより診療報酬による政策誘導可能に 	<ul style="list-style-type: none"> あらゆる保健医療サービスが混合診療(予防接種含む) 公的病院の財政自立性が法令で定められていることが一因
2. 民間医療機関と公的医療保障制度の関係	<ul style="list-style-type: none"> 統一的な診療報酬体系の支払対象 	<ul style="list-style-type: none"> 都市部の民間病院の一部は公的保険と契約済 地域内に多く存在する民間診療所の多くが公的保険の支払対象外(ホアビン省)
3. 保険診療を受けられる医療機関の範囲	<ul style="list-style-type: none"> 基本的に制限なし(フリーアクセス)だが、紹介状なしで受信で高い自己負担を設定 	<ul style="list-style-type: none"> 住民は最寄りの地域保健センターか郡病院に登録され、基本的にはそれらが保健診療提供機関。 上位病院受診には、紹介状が必要

サービス提供に関する日越の大きな違いは、日本では基本的に混合診療が禁止であるのに対して、ベトナムではあらゆる医療サービスが混合診療となっていま

す。この背景には、10年ほど前から公的病院の財政自律性が法令で定められているということがあります。また、ホアビン省の調査によると、民間診療所のほと

んどが保険外診療です。また、日本はフリーアクセスですが、ベトナムの場合は住民が最寄りの公的医療施

設に登録されており、そこへの受診を起点に保険診療展開されます。



これは量的調査の結果なのですが、ホアビン省の一つの郡で過去1年間に出産した方311名の分娩医療費を示したグラフです。上のグラフには正常なお産、下のグラフには帝王切開によるお産を示していますが、どちらも色の薄い保険未加入の産婦さんに比べて、色の濃い保険加入の産婦さんの方が、医療費が低減されています。混合診療があるので、保険加入していても医療費がゼロにはなりません、低減効果は収入レベ

ルに関わらず上がっています。そして、少数民族、主要民族に関わらず確保されていることが分かります。保険に入っていない場合に帝王切開でどのくらい費用がかかるかという、大体日本円で2万5000円ぐらいなのですが、年収主要値の35万円では月収の88パーセントぐらいに及んでしまいます。保険加入率の向上は、患者の経済的保護という観点から意義があると思われました。

日本からベトナムに協力しうる点(1)

1. 財源確保 (Collection of fund)

- 政府補助の必要額等の将来予測(人口推計)の支援
- 雇用者側保険料の未納問題(収支の悪化した企業が支払いに応じない問題)⇒企業のコンプライアンス遵守に向けた働きかけの具体策の提示等
- 加入率の低い任意医療保険⇒日本の国民健康保険の加入勧奨業務の経験からの情報提供と技術支援
- 保険対象者の査定業務の効率化(含む住民登録制度の整備、IT化)

3. サービス購入 (Purchasing of services)

- 診療報酬体系(出来高制)の全国統一化
- DRG導入に向け、DPCの経験共有(疾病、手技のコーディング等)

以上の分析を踏まえまして、医療保障整備のために、日本からベトナムに協力し得る点をまとめました。まず、財源確保に関しては、第一に保険料の政府補助による公費投入の持続可能性など検証すると、人口推計から社会保障費を推計するような支援が考えられます。第二に、保険料を支払わない企業のコンプライアンス順守と、支払い促進の経験の共有。第三に、ベトナム

の任意保険の加入率が低いことを踏まえ、日本の国保の加入勧奨実務の情報提供等。第四に、保険加入者の査定業務の効率化のためのIT支援などが考えられます。サービス購入に関しては、全国統一の診療報酬体系の導入、そしてDRG導入の際の疾病医療行為のリストのコーディングなどへの協力は実際に打診されています。

日本からベトナムに協力しうる点(2)

4. サービス提供 (Provision of services)

- 医療保険(社会保障)と公的病院の財政自立の整合性についての政策分析、議論
- 民間医療機関を公的医療保険の支払対象としてきた経験の共有
- フリーアクセスの要諦(ベトナムは2015年1月の医療保険法改訂で、2021年までにフリーアクセス実現を規定)

協力における留意点(両国制度の根本的相違点)

	日本	ベトナム
基金プーリング	• 多数の保険者	• VSSIによるシングルファンド
サービス購入	• 出来高制+DPC	• 出来高制+DRG
サービス提供	• 混合診療原則廃止	• 全ての診療行為で混合診療あり

サービス提供については、第一に混合診療をめぐる社会保障への進展と公的病院の財政自律性という二つの政策方向の整合性に関わる政策分析や議論の共有が考えられます。第二に、民間医療機関を公的医療保険で補足してきた日本の経験の共有。第三に、ベトナムが現在政策的に目的としているフリーアクセスを2021

年までに達成するための要諦の共有等が考えられます。日本が協力する場合、ベトナムには色々な特徴があります。例えば、シングルファンドであること、DRG志向であること、そして混合診療があることなどの点を十分考慮する必要があります。

ラオスの医療保険の制度概要

制度名	SASS 公務員社会保障	SSC 被用者社会保障	CBHI 地域ベース健康保険	HEF 保健平等基金
ターゲット人口	(国家)公務員: 人口の11%	従業員10名以上 の事業所従業員: 人口の9%	自営業者、インフォーマ ルセクター:人口の65%	貧困者(貧困ライン 以下):人口の15%
制度のカバレッジ	100%	22%	4%	80%
所管省庁・支援 団体	労働社会福祉省 (MOLSW)	労働社会福祉省 (MOLSW)	保健省(MOH)+WHO	保健省(MOH)
メカニズム	年金、労災保険 との一体的のパッ ケージ。支払い 上限つきの通常 の慰労保険。	通常の医療保険。 Capitation Paymentsで過剰 サービスを抑制。	家族規模に応じた月額 保険料。リファラルバイ パスにペナルティあり。	無償診療の保障。国 庫とドナー(WB, ADB)支援から支出。 保険以外の唯一の スキーム。
実施状況	公務員は全員加 入。	条件に合致する 事務所では強制 加入。	5か所のパイロット郡で実 施後、拡大中。	3か所のパイロットか ら開始。首都圏で数 百家族受給。

注:上記に加え、**母子保健無料化政策**が打ち出され、狭い地域を対象にしたパイロット事業が複数の外国援助機関により導入されている。例:ビエンチャン首都圏の2郡⇒GAVI-HSSスキーム、南部4県⇒スイス赤十字(IBWB)スキーム、MDMスキーム

次にラオスについてです。山の多い国土と70以上に及ぶ少数民族を抱えていまして、サービスアクセスにまだまだ問題がある国です。今の段階で医療保障をどこまでやるのか考える必要がある国です。制度的には、各人口セグメントを網羅する制度の頭出しがされており、それぞれのポピュレーションセグメントをカバーする形になっています。公務員をカバーするのはSASSと言われる公務員の制度。被用者はSSOという被用者の制度。インフォーマルセクターはCBHIという地域

ベース保険の制度。そして絶対的貧困者は、平等基金というファンドがあります。これに加えて、母子保健無料化政策が打ち出されています。狭い地域を対象にしたパイロット事業がたくさんあり、スキームが複雑になってしまっているという現状があります。カバレッジがすごく低く、特に人口の65パーセントを占めるインフォーマルセクターの4パーセントしかカバーしていませんので、医療保障そのものが全てこれからという国です。

制度要素ごとの日本・ラオスの医療保険比較: 1. 財源確保(Collection of fund)

制度要素	日本	ラオス
1. 社会保険方式か税方式か	・ 社会保険方式を堅持	・ 社会保険方式
2. 保険の主要類型	・ 被用者保険 ・ 国民健康保険(地域保険)	・ 被用者保険(公務員、被用者) ・ 地域保険(インフォーマルセクター) ・ 平等基金(貧困者)
3. 保険財源	・ 保険料(49%) ・ 公費(38%) ・ 自己負担(13%)	・ SASS: 公費+保険料 ・ SSO: 保険料+投資収入(定期預金) ・ CBHI: 保険料のみ ・ HEF: 公費+ドナー支援金
4. 保険料水準の設定	・ 被用者保険: 協会けんぽ: 9.86(新潟)~10.21%(佐賀)(2015.4) 組合健保: 3.0~12.0%	・ SASS: 4.0% (政府2%、公務員2%) ・ SSO: 1.5%(雇用者被用者折半) ・ CBHI: 55,000LAK (6.8US\$)/人・年
5. 保険料徴収と加入勧奨	・ 国民において地域ベースの保険料徴収・加入勧奨	・ 雇用者負担のコンプライアンス低い ・ 任意保険で逆選択が問題
6. 加入者の査定業務、加入通知	・ 住民登録により査定 ・ 迅速な査定・通知(被用者⇔国保)	・ 住民登録制度がない⇒特にCBHIで対象者把握困難

こちらは制度要素ごとに日本とラオスを比べてみました。ラオスの制度も基本的には社会保険方式を採用しています。平等基金を除けば、原資は基本的には保険

料です。公費投入されているのは、公務員のスキームと平等基金だけです。あとは保険料だけでやっています。SSOという被用者保険は、実は投資収入が結構あ

ります。定期預金の年利が9パーセントなので、投資収入が大きいと言われています。残念ながらベトナムと同じように、被用者保険でも、企業側のコンプライアンスが非常に低いです。欧米企業や日系企業は払ってくれるけれども、中国企業や、現地企業はなかなか払ってくれないということがあります。日本の国保に

当たるCBHIは、そもそも住民登録制度がなく、出生も登録されておらず、死亡も登録されていないので、誰が対象なのかは明示的に分かりません。CBHIのオフィスに行っても、本来カバーする人数が何人いるの分からないので、加入勧奨が非常に難しいということがあります。

2. 基金のプーリング(Pooling of fund)

制度要素	日本	ラオス
1. 保険者間の財政の調整	<ul style="list-style-type: none"> 財政収支の難しい国保等に公費を投入して均衡を保っている 	<ul style="list-style-type: none"> SASSとHEFIには公費投入。 SSOは投資収入(定期預金)で黒字。
2. 制度統合の政策、議論と現状	<ul style="list-style-type: none"> 公平性の観点から制度統合が議論されている 	<ul style="list-style-type: none"> 3つの保険制度(SASS, SSO, CBHI)の事務局統合を検討中 基金統合は当面しない方針

3. サービス購入(Purchasing of services)

制度要素	日本	ラオス
1. サービスパッケージの標準化	<ul style="list-style-type: none"> 診療報酬制度がほぼあらゆるサービスに適用される 	<ul style="list-style-type: none"> 2013年まで、CBHIのサービス内容は著しく限定的(慢性疾患は対象外等) 2014年現在、3つの保険制度(SASS, SSO, CBHI)のサービス内容は基本的には標準化
2. 支払制度	<ul style="list-style-type: none"> 全国統一された出来高制と、それを基礎としたDPC 	<ul style="list-style-type: none"> 人頭制(SASS, SSO, CBHI) 出来高制(HEF)
3. 審査制度の現状	<ul style="list-style-type: none"> 支払基金によるレセプト審査 厚労省による指導・監査(必要時) 	<ul style="list-style-type: none"> ??

基金のプーリングっていう点では、日本と同様、カバーする人口セグメントに応じて分散したファンドになっています。今のところ制度間の財政的な調整メカニズムはありません。サービス購入については、日本にない制度で、人頭制という方式です。各医療機関に

近隣の住民が登録されていて、その頭数に応じて支払いをするという制度です。これは日本にない制度なので、支払いに対してどういう協力ができるか考えるところです。審査制度に関しては、人頭制を採用していることもあり、明示的には情報が得られていません。

4. サービス提供 (Provision of services)

制度要素	日本	ラオス
1. 混合診療	<ul style="list-style-type: none"> 原則禁止、それにより診療報酬による政策誘導可能に 	<ul style="list-style-type: none"> あらゆる保健医療サービスが混合診療（予防接種含む）
2. 民間医療機関と公的医療保障制度の関係	<ul style="list-style-type: none"> 統一的な診療報酬体系の支払対象 	<ul style="list-style-type: none"> 地域内に多く存在する民間診療所の多くが公的保険の支払対象外
3. 保険診療を受けられる医療機関の範囲	<ul style="list-style-type: none"> 基本的に制限なし（フリーアクセス）だが、紹介状なしで受信で高い自己負担を設定 	<ul style="list-style-type: none"> 住民は最寄りの地域保健センターか郡病院に登録され、基本的にはそれらが保健診療提供機関。 上位病院受診には、紹介状が必要。 登録以外の病院への受診多い。

全国的にCBHIへの加入率は、2014年までの数年間で低下。

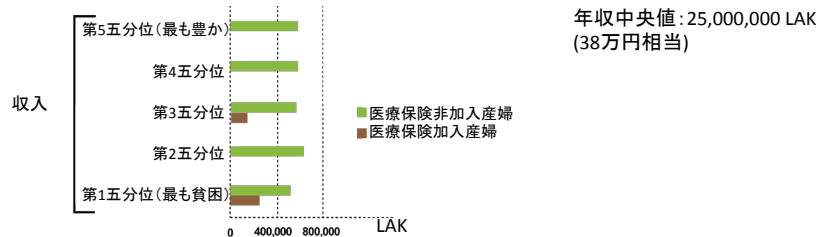
主な理由は、

- 1) 人々が登録病院のサービスの質に不満足。自費診療でも高位レベル受診を選好。
- 2) 毎月の保険料支払いがインフォーマルセクターの人々には難しく（収入変動が大きいため）、不払いによる資格停止になる人々が多い。

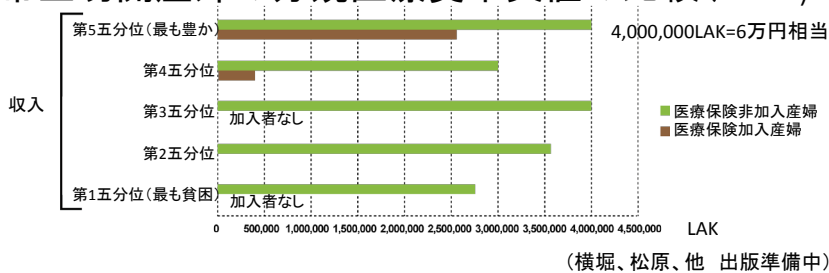
サービス提供ですが、ベトナム同様に混合診療がユニバーサルに存在していて、フリーアクセスではなくて、医療機関登録制です。欄外に記したように、CBHIの加入率は近年激減してしまっていて、主な理由は残念ながら人々が登録病院の質に不満足であることと、月々

の保険料の支払いが難しいことが挙げられます。支払いについては、やはりインフォーマルセクターの中で農民の方が多いのですが、現金収入が非常に不安定なので、月ごとに支払わなくてはいけないとなると不払いになってしまい、資格停止になる人が多いのです。

正常産婦の分娩医療費中央値の比較(n=301)



帝王切開産婦の分娩医療費中央値の比較(n=55)



ベトナムと同じように産婦さんの調査を行ってみますと、大体同じような結果なのですが、やはり保険の加入率自体が低いので、帝王切開になると第1五分位の人や、第3五分位の人で保険加入者がいない状況になってしまいます。これはやはり医療保障上の問題だと思います。保険に入っていないと帝王切開でどのく

らい費用がかかるかというと、6万円ぐらいなのですが、年収中央値が38万円ぐらいなので月収の190パーセントぐらいになります。このような収入状況では、帝王切開での自己負担はかなり大きいです。それこそ経済的保護の観点から保険は重要だと感じます。

日本からラオスに協力しうる点(1)

1. 財源確保 (Collection of fund)

- 人口動態統計と、政府補助の必要額等の将来予測(人口推計)の支援
- 雇用者側保険料の未納問題(収支の悪化した企業が支払いに応じない問題)⇒企業のコンプライアンス遵守に向けた働きかけの具体策の提示等
- 加入率の低い任意医療保険⇒日本の国民健康保険の加入勧奨業務の経験からの情報提供と技術支援
- 住民登録制度の支援(?)

3. サービス購入 (Purchasing of services)

- 人頭制支払 (Capitation) の下で、多くの公的医療機関が赤字⇒医療機関の財政収支調査(我が国では医療経済実態調査:医療実調)の方法論等

日本からどのようなところを協力するか。ベトナムと大体同じようなところが出てきますので財源確保の部分は省略させていただきます。サービス購入に関しては、人頭制を採用している国なのですが、多くの公的機関が赤字で非常に不満が募っています。保険は全然収益にならないということなので、医療実態調査みた

いな形で現状調査を行い、エビデンスに基づいて調整するなどの支援はあり得るかもしれません。医療保険を支援する場合は、人頭制であったり、混合診療があったり、登録制であるということ踏まえて行っていくと思います。

日本からラオスに協力しうる点(2)

4. サービス提供 (Provision of services)

- 民間医療機関を公的医療保険の支払対象としてきた経験の共有

協力における留意点(両国制度の根本的相違点)

	日本	ラオス
サービス購入	<ul style="list-style-type: none"> • 出来高制+DPC 	<ul style="list-style-type: none"> • 人頭制 (Capitation): 医療機関への登録数×定額の支払。出来高計算のベースがない。
サービス提供	<ul style="list-style-type: none"> • 混合診療原則廃止 • フリーアクセス 	<ul style="list-style-type: none"> • 混合診療あり • 医療機関登録制(住民は最寄りの医療機関へ登録され、そこへの受診ならびにそこからの紹介受診のみ保険診療)

ベトナムとラオスと日本の制度を比較してみて、わが国の国民皆保険の経験をどのように展開するかをフィールド調査も踏まえて分析してみました。基本的にはこういった分析は可能性のある案件をリストアップする一助となるでしょうし、案件を形成するための正当化の一つのバックドロップになると思います。実際の案件形成では、他ドナーとの役割分担、あるいは

相手国担当者の行政判断や政治的配慮もありますので、どういう側面が支援対象になるかは、双方合意していくプロセスが必要だと思います。制度比較を念頭に置きながらも、案件形成のプロセスを標準化して管理していくことが重要と思われます。

以上です。ありがとうございました。



ケニアにおける保険制度の現状と課題

国際協力機構 国際協力専門員 保健分野課題アドバイザー

現 東京女子医科大学 国際環境・熱帯医学講座 教授

杉下 智彦

《要旨》

■ 医療保障の必要性にかかるグローバルな背景

1. 37カ国において、人口の6%が、医療費の自己負担により極度の貧困（1日1.25ドル未満の生活）に陥る。もし貧困ラインを1日2ドル未満にすると、この割合は17%に。

■ ケニアの保健セクターの現状と課題

1. 医療支出全体の36%が自己負担、35%が援助機関、29%を政府支出が占める。
2. 国家予算に占める、保健予算の割合は4.5%でより多くの保健への投資が必要。
3. 非感染症が増えており、2025年には感染症による死亡数を上回ると推計される。
4. 疾病負担推計の結果でも、HIVのような感染症に比べ、栄養障害、精神障害、筋骨格系の障害、その他の非感染症が多い。
5. 地域格差は大きな課題で、カウンティごとの施設分娩率等に顕著に格差が見られる。
6. 保健人材の配置においては、郡病院の勤務者が過半数を占め、地域保健従事者よりも多い。同国の保健セクターが病院中心に発展してきたため。
7. 全予算に占める保健予算の割合も、カウンティにより大きく異なる。

■ ケニアにおける医療保険制度の現状

1. 医療財政の変遷を見ると、1963年以前は全て受益者負担に頼っており、65年からは全面的に一般税収からファイナンスすることとなった。89年から再び受益者負担が導入され、その後も廃止、再導入が繰り返される一方、65年よりNational Hospital Insurance Fund (NHIF) を基盤とする医療保険は維持され、過去10年拡大を見ている。
2. 多数のパイロット的な制度が設立されたが、全国展開する前にいろいろな政治的な制約で（NHIS以外は）動かなくなってきたのが現状。
3. USAID、世銀、欧州の二か国援助機関、JICAなどが、医療財政と保健システム強化の両面で支援を展開している。
4. 2006年以降、NHIFのカバレッジは急速に拡大している。現在、全人口の29%をカバーしている。
5. 医療費支出の都市・農村別の内訳をみると、都市部で追加的な医療費（専門医によるコンサルテーション・フィー）とインフォーマルな支払いが多いことがわかった。保険に加入していても無料にはなっていないのが現状。
6. 医療保険加入率は、非正規雇用、低学歴、女性、地方在住者で低かった。
7. 加入者の加入保険種類は、NHIFが圧倒的に多数だったが、民間保険加入者もいた。
8. 医療支出に占める自己負担の割合は、調査結果では60～70%であった。支払は患者個人でなく、拡大家族の中で肩代わりされていることがわかった。
9. 2013年の妊産婦医療の無料化の結果、施設分娩数はあまり増えていない。無料化の恩恵がサービスにつながっていない。
10. ケニアにおける医療保険制度の課題として、乱立するリスク・プールとサービス支払いメカニズムが挙げられる。政府の公的医療施設、民間の非営利医療施設、民間の営利医療施設それぞれが、NHIFに加え、Health Sector Service Fund (HSSF) など数多くのファンドソースから支払を受けている。
11. JICAは、(1)政策借款、(2)技術協力プロジェクト、(3)青年海外協力隊を有機的に組み合わせ、UHCの達成に向けて、貧困層・母子にフォーカスをあてながら、保健財政と保健システム強化を進めている。
12. これまでの取り組みからの重要な教訓としては、(1)一般住民のみならず、保健従事者でさえも保険制度を理解していない、(2)保健財政のみならず、保健人材・物品供給など、システム強化の視点が重要、(3)地方分権化による

マネージメント能力育成と組織強化の必要性、(4) 保険制度拡充のための資源確保（新しい財源、効率化、人材育成）、(5) 人口カバレッジか？サービスカバレッジか？どちらを優先させるべきか？、(6) 乱立するリスク・プール制度間のリスクの共有の仕組み（貧困層向けの保険料補助制度など）の必要性→将来的にはリスクの一元化（NHIF）、(7) 税金による基礎保健サービスの拡充（母子保健サービスの無料化）、(8) モラル・キャピタルの育成による信頼関係の醸成の重要性、(9) 今後 JICA の包括的 UHC 支援の検証（円借款+技術協力+本邦研修+ JOCV）が必要であること、等が挙げられた。



杉下 皆さん、こんにちは。JICA の専門員をやっています、杉下です。今日は、保健財政の話をしつつ、保健システム全般の話、そしてアフリカの現状を皆さんに知っていただきたいと思います。ぜひ会場にいらっしゃる皆さんから、こういう風に制度を設計したらいいの

ではないかという示唆をいただきたく思っております。ケニアはどのような状態にあり、どのように向かっていくのが良いのかを皆さんと共有させていただきたいと思えます。

妊産婦死亡例の検討

Case #	#1	#2	#3	#4	#5	#6	#7	#8	#9	#10
age	17	26	23	24	40+ ⁺¹	20	22	17	20	30+ ⁺¹
Cause of death	Postpartum hemorrhage	Postpartum hemorrhage	Sepsis	Sepsis Anemia	Sepsis	Obstructed labor	Eclampsia	Ruptured uterus ^{*2}	Indirect (infection)	Indirect (infection)
# of pregnancy	1	3	3	1	9	3	2	2	3	5
Marital status	Single	Married	Married	Single	Widowed	Single	Single	Married	Married (2 nd wife)	Widowed
Highest education	Primary	Primary	Primary	Secondary	Primary	Primary	Secondary	Primary	Primary	Primary
Income of household (Ksh/month)	<2,000	40,000	4,000	N/A ^{*1}	<2,000	2,000-3,000	4,000	<2,000	2,000-3,000	<2,000
Month of pregnancy	9	9	8	6	9	10	9	9	8	9
Place of delivery	Home (TBA)	Dispensary	TBA's	N/A ^{*3}	Home ^{*4}	Dispensary	Home ^{*5}	N/A ^{*3}	N/A ^{*3}	N/A ^{*3}
ANC visit	5	+ ⁺¹	2	0	0	6	0	2	1	0
1 st delay (hour)	0	0	4	0	48	0	0	9	4	48
2 nd delay (hour)	0.5 ^{*6}	0	6	6	2	0.5 ^{*6}	3	1	3	1.5
3 rd delay (Yes/No)	No	Yes	Yes	Yes	N/A ^{*7}	Yes	Yes	No	No	No

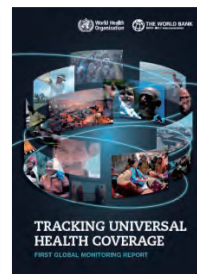
キスム・ウェスト県・シアヤ県

私自身が20年前にアフリカに行った時に、最初に行った手術は子宮破裂でした。日本では見たことがなかったです。マラウイでそれを経験した時から、どうしたらこの人たちにサービスを提供できるかをずっと考えていました。2年前にケニアにいる時に、二つの県での10例の妊産婦死亡についてどのような特徴があるか見てみたところ、10例中9例は最貧困層でした。「MMRを改善しましょう」とみんなでスローガンを

しているわけですが、実際には最貧困層の人たちの中で次々に死亡が再生産されているような状況です。それで、保健システムを見なくてはいけないと肝に命じました。このような人たちがどこにいて、どのような問題意識を持っていて、さらに私たちには何ができるのかということ、真剣にケニアの行政官と話したいと思っていました。

Tracking Universal Health Coverage (WHO/WB)

- 4億人が基本的な保健医療サービスを利用できない。
- 37カ国において、人口の6%が、医療費の自己負担により極度の貧困（1日1.25ドル未満の生活）に陥る。
- もし貧困ラインを1日2ドル未満にすると、この割合は17%に増える。



また最近、グローバルな仕事をさせていただく中で、2015年以降のSDGを考えるワーキンググループがありました。「トラッキング・ユニバーサルヘルス・カバレッジ」という本が出ましたが、4億人の人がいまだ

に基本的な保健サービスを受けてないと報告されています。37カ国でしかデータは得られなかったのですが、UHCの達成を見た時に、人口の6パーセントもの人が医療費を自己負担することによって貧困になっていま

す。貧困の基準を1日2ドルまで上げると、実に17パーセントの人が保健セクターで貧困を生んでいるという、非常にアイロニックな結果が出ています。

ケニア国の保健財政概況

人口	45,550,000 (日本の1/3)
面積	581,309 km ² (日本の1.5倍)
1人当たりGDP (PPP)	\$3,138
主要輸出産業	Tea (18%), Flower (10%), Oil (4.7%), Coffee (4.6%)
平均余命	62歳
成人HIV陽性者の割合	6%
1人当たりの保健支出 (ドル)	\$ 101
GDPに占める保健支出の割合	1.9%
国家予算に占める保健予算の割合	4.5%
保健支出全体に占める自己負担の割合	45%
国家医療保険 (NHIF) への加入率	全人口の27%

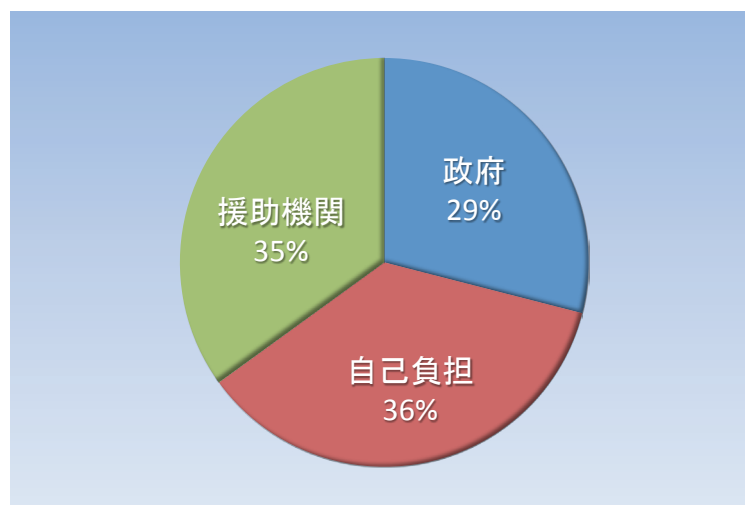
Kenya Household Health Expenditure and Utilization Survey, 2013

■ ケニアにおける保健システムの現状

アフリカでも、拡大する医療費の中で、どのようにしてリスクをマネージしてくるかが課題です。まずケニアの保健システムを見た時、ケニアはもう1人あたりのGDP、購買力でみると3,000ドルを超えているの

で、中心国になろうとしている国です。しかし、GDPに占める保健支出の割合は1.9パーセント、国家予算に占める保健予算も4.5パーセントと、極めて限定的です。

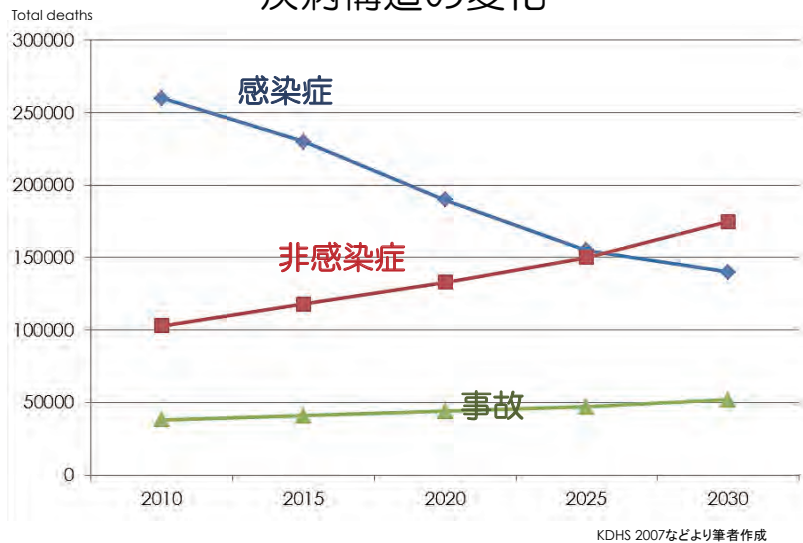
保健支出全体の財源



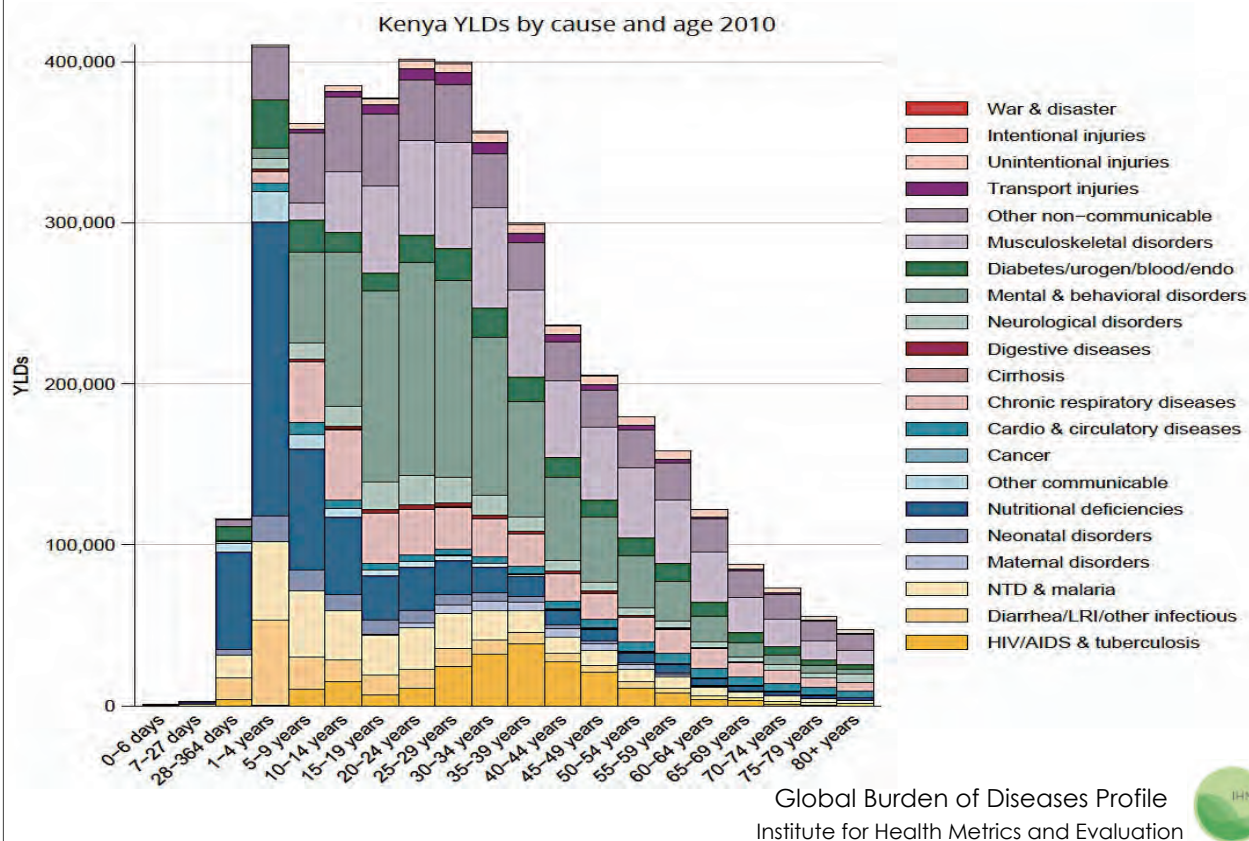
まず「保健に投資しましょう」と言っているわけですが、その保健の財源そのものも、実は政府が負担し

ているのは3割しかなく、外部機関が35パーセント、自己負担を4割近く強いているのが現状です。

疾病構造の変化



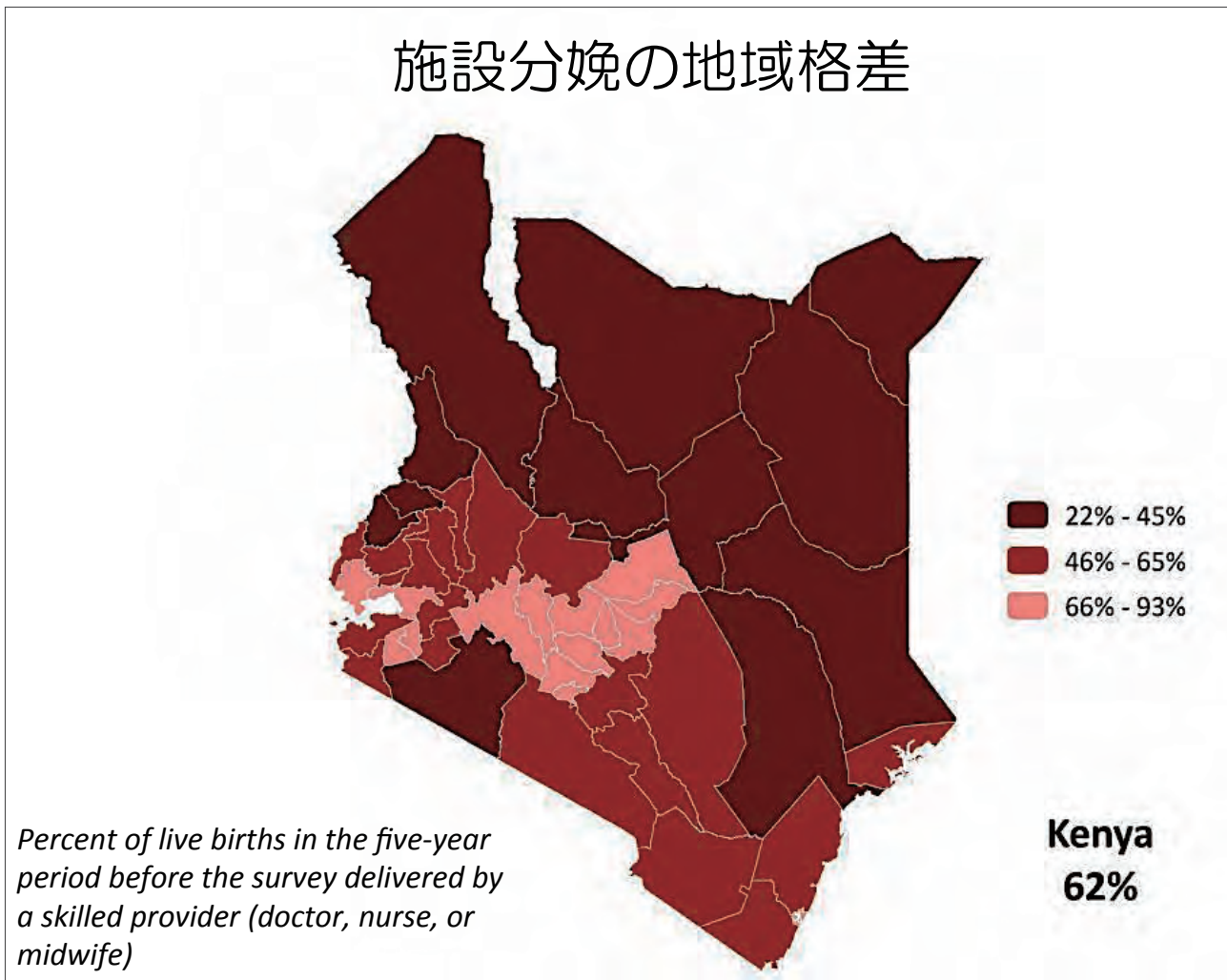
年齢別の疾病負担



病気の疾病構造が変化の中で、慢性疾患が2025年には感染症を超えると推計されています。次々にくる医療費の増化に関して、政府としては真剣にどうすべきか考えています。また、グローバルヘルス研究に

おいても精神疾患を含めて疾病構造が変わりつつあり、そのコストをどこに転嫁していくかというディスカッションが多くなっています。

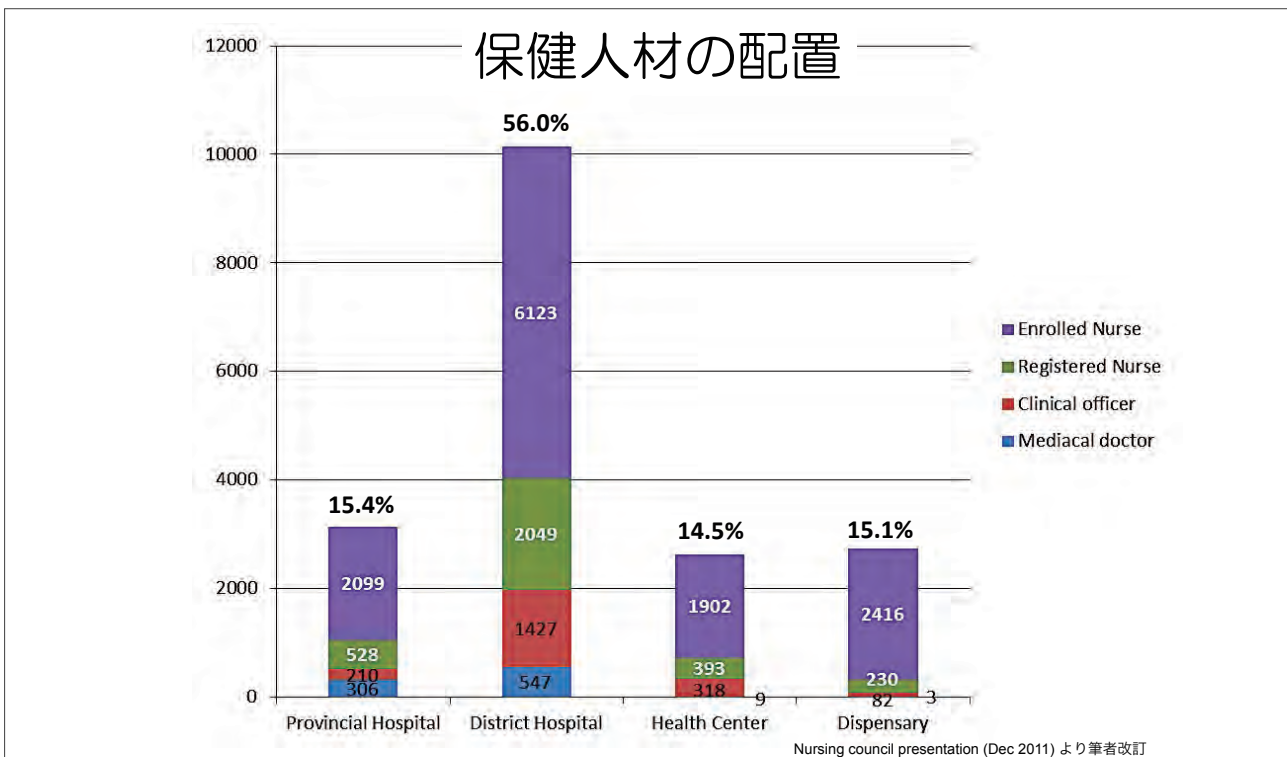
施設分娩の地域格差



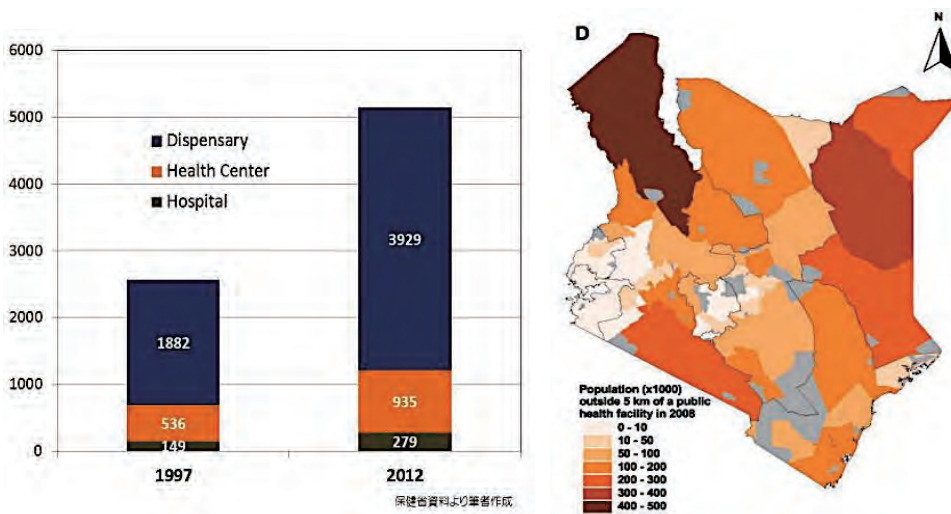
さらには施設分娩を見ても、地域格差が非常に大きく、ナイロビ、キスムを中心とする中心部ではサービ

スが行き届いていますが、北部ではサービスそのものが全く供給されてないという現状があります。

保健人材の配置



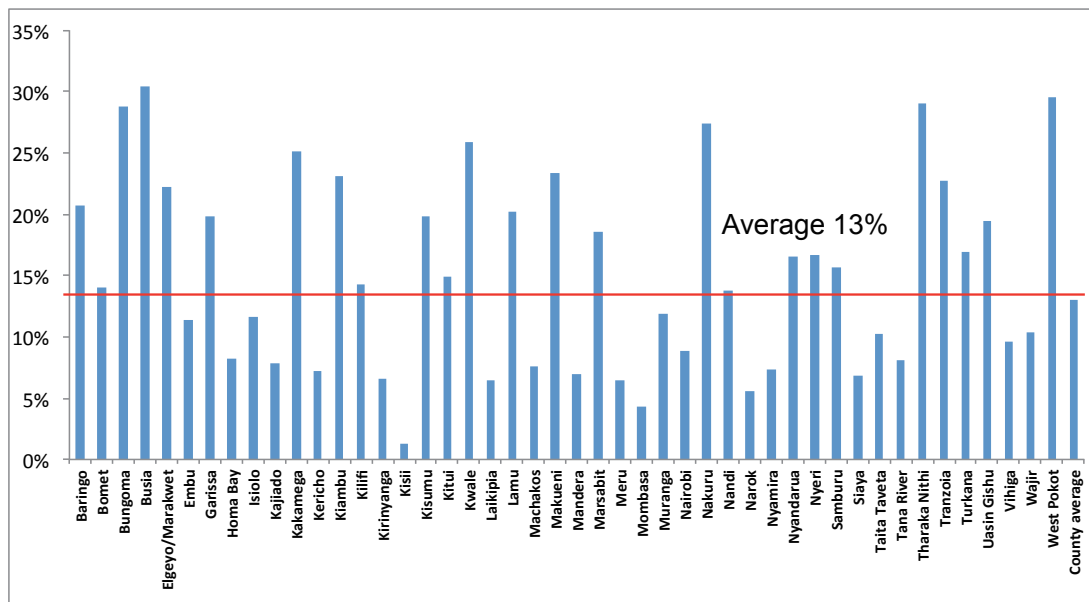
保健施設の拡充



保健人材はどこに配置されているかを見ると、ケニアはやはり病院中心で発展してきた国なので、他の国よりも県立病院へ多くの予算を割り当て、そこに人材を配置するような形で進んできています。タンザニアだとコミュニティー人材が多かったりするわけです。

ケニアはより病院中心で発展してきた歴史があります。ただ、ガバメントもそのことに気付いていて、最近このディスペンサリーをどんどん増やす経済刺激政策を実施しており、少しずつエクイティを改善するための努力を行っているのは事実です。

カウンティ別の保健予算 (2015年)



Source: USAID HPP

一昨年の地方分権化の中で保健予算の約4割が地方に移り、自分たちで47カウンティの計画を立案しなくては行けないという時に、出てきた戦略書に基づいて進めています。カウンティの保健計画書では、実は保

健予算は多いところでは30パーセント、少ないところでは4パーセントとなっています。非常に大きな差があり、このようなところでどのようにエクイティを実現させていくのがシステム上の課題です。

ケニアにおける保健財政の変遷

年	保健財政政策	結果
1963年以前	すべての保健サービスは受益者負担 (User fees) で実施	植民地政策によるケニア人への自己負担原則
1965年	User feesの廃止。原資はすべて一般税収。National Hospital Insurance Fund (NHIF)の設立。	サービスの質と量の低下 医療保険制度の導入
1989年	User feesをすべての公的保健施設に導入。	50%以上の患者減少。 特に貧困層への負のインパクト
1990年	User feesの廃止。	政策の不徹底。引き続き高い自己負担。
1991年	User feesの段階的な再導入。小児保健サービスの無料化。貧困家庭への免除・控除措置の導入。	不透明な免除・控除措置の実態。 貧困家庭における高い自己負担率。
2004年	User feesの廃止 (保健セクター、診療所などの1次保健施設)。20/10政策の実施。	70%の利用率増加。しかし保健施設の困窮とインフォーマル支払やサービス以外の自己負担の増大。
2007年	産前検診、施設分娩の無料化。	依然として高い施設分娩の自己負担。
2010年	Health Sector Service Fund (HSSF)による保健施設への直接交付金の開始。	バスケット・ファンド (世界銀行・DANIDA) の設立。民間会計監査の導入。
2011年	NHIFの機構改革。保険料の増額。インフォーマルセクター、外来診療に拡大。	保険加入者の増加 (全人口の30%をカバー)
2012年	国家保健財政戦略書の国会提出。	社会保障制度の設立を目指した法案提出

■ ケニアにおける保険制度の現状

ケニアの保健制度について現地で聞き取りをしてみました。実は、現状はあまりよく知らなかったのですが、

ケニアは歴史を見てもアフリカで一番長く優秀な保健制度を持っています。1965年に制度が作られています。

ケニアにおける保健財政の介入例

UHC達成に向けた保健財政支援および保健システム強化									
スキーム	プログラム名	対象	実施者	パートナー	ベネフィット	開始時期	進捗	イノベーション	
保健財政支援	Health insurance	National Hospital Insurance Fund (NHIF)	公務員、軍人、教職員 一般企業従業員 インフォーマルセクター	NHIF機構 医療サービス省	USAID GIZ	入院費 診療費 外来診療に拡大検討中	1965年	全国展開 加入者は1230万人 インフォーマルセクターに 拡大中	携帯電話送金システム スクラッチカード 機構制度改革中
	Performance-based financing	Health Sector Service Fund (HSSF)	政府系一次保健施設 保健センター 診療所	公衆衛生省 PwC/Population Council	世界銀行 DANIDA	直接的運営交付金 パフォーマンスに応じた 補填	2010年	パイロット期 UNICEFが北部州で展開予定	ケニアでは初めての施設 対象のPBFとバスケット資金 の創設
	Demand-side financing	Output Based Approach (OBA)	貧困家庭	公衆衛生省 PwC/Population Council	KfW	リプロダクティブ保健 サービス (産前検診・出 産・家族計画・家庭内暴 力対策)	2007年	パイロット期 第2期拡大実施中	貧困層・女性に限定した 資金供与、官民連携 (PwC による資金運用・実施)
		Conditional Cash Transfer (CCT)	貧困家庭 社会的弱者 (遺児家 庭・障害者)	女性・社会サービス省	世界銀行 UNICEF DFID, JICA	1000シリング (1-2名) 2000シリング (3-5名) 3000シリング (5名以上) 小児保健・教育サービス	2004年	パイロット期 OVCのいる約10 万世帯をカ バー	ラテンアメリカで発展 郵便局から携帯電話によ る送金を導入
		Community-base Financing (CBF)	一般家庭	社会サービス省 Kenya Community Based Health Financing Service Board	CBO, FBO	基礎的保健サービス (主 にエイズ治療) など	1990年	パイロット期 現在26スキーム 加入者は20万人	タンザニアでは150万人の 加入者であるが、ケニア での普及は限定的である
保健システム強化	Service franchising	Child and Family Wellness Shops (CFW)	民間の一次保健診療所	Health Store Foundation	民間基金 USIAD ゲイツ財団	パッケージ診療の展開	2007年	パイロット期 83か所 40万人をカバー	フランチャイズ・ビジネ ス・モデルを保健セク ターに応用
	Demand creation	Community Health Strategy	コミュニティ保健ワ ーカー	公衆衛生省	JICA UNICEF USAID etc.	戸別訪問 健康教育 貧困家庭支援	2007年	全国展開 2000か所のコミュニティ・ ユニット設立	ボランティアに対する Performance-based incentiveの導入
	Quality standard	Kenya Quality Model for Health	すべての保健医療施設	医療サービス省 公衆衛生省	GIZ USAID JICA etc.	保健医療施設のスーパ ービジョン・認証システム	2010年	全国展開 スーパージョン、病院改 善、認証システムの構築中	現場KAIZENの導入
	Capacity building	Kenya Institute of Health Systems Management	保健行政官 保健医療従事者	医療サービス省 公衆衛生省 KMTC	USAID JICA AMREF etc.	保健行政官・医療従事者 の保険財政マネージメン ト能力の育成	2012年	全国展開予定 2013年1月に運営開始予定	保健システム・マネー ジメント研修モジュール の開発
	Master of Science in Health Economic and Policy	高等教育 (大学院)	国立ナイロビ大学	UDAID, GIZ ケープタウン 大学		保健経済専門家育成	2012年	全国展開予定 2013年1月に入学開始予定	南ア、セネガルに続いて アフリカで3番目の医療経 済修士課程

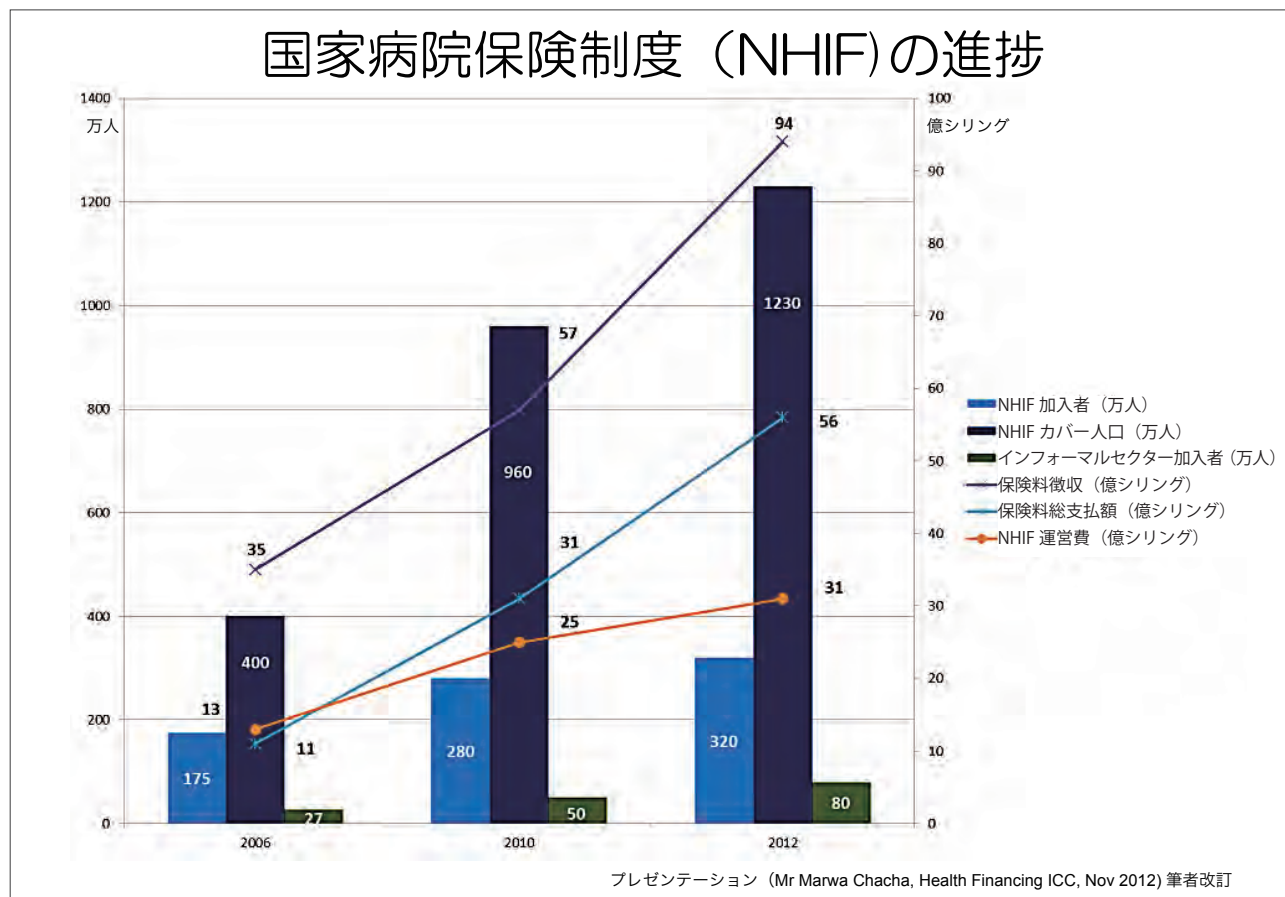
PwC:PricewaterhouseCoopers (英国本部の会計監査会社)

当時は、ユーザーフィーを取ったり、廃止したり、

復活させたりする歴史の中で、次々に色々な制度を作っ

できました。ただ一貫してきちんとサービスが人々に供給されてきたかという、大きな疑問が残っています。そういう中で色々なスキームができてきて、色々なインターベンションが行われてきました。ただし、

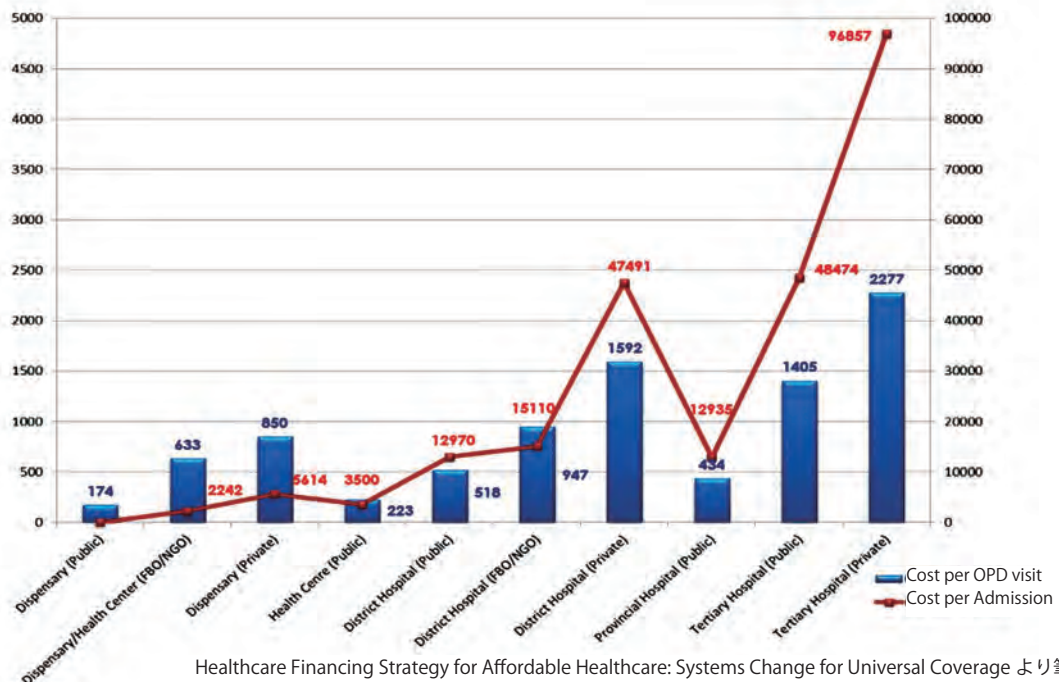
多くのインターベンションは、パイロットベースであったり、全国展開する前に政治的な制約で動かなくなったりしました。



その中で唯一この40年間頑張ってきたのが、国家病院保健制度 (NHIF) です。当初は病院の先生が開業するために作られた制度だったのですが、国が全く関与しない形で、サードパーティーで発展してきました。カバレッジは増え、全人口の29パーセントをカバーし、

インフォーマルセクターとの連携でスクラッチカードを導入するなど、色々な形で拡大してきました。しかし、NHIF組織の汚職など、私腹を肥やしている事実が次々と明るみに出たため、現在は再リフォーム中となっています。

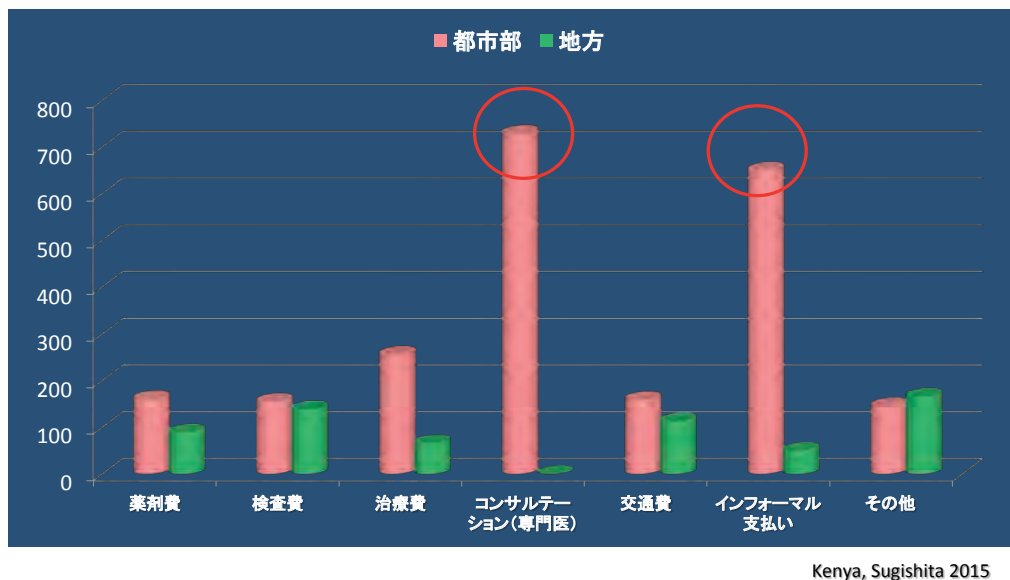
施設別の診療コスト



コストを見ると、やはり病院診療にかかるコストは、公的であれ私的であれ、非常に高いことが分かります。

これらのコストをどのようにインシュランスでカバーしていくのかという戦略が求められます。

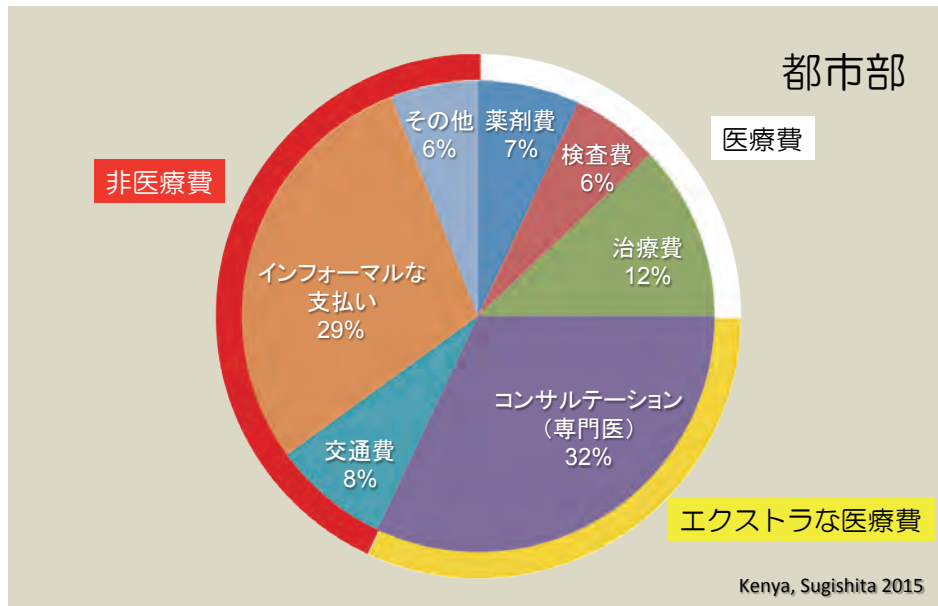
医療費総額の地域格差



地方と都市の医療費を比較して驚いたのは、都市部の病院では専門医によるコンサルテーションフィーを取られ、さらにはインフォーマルペイメント（袖の下）を3割近く要求されていることです。皆さんが1000

円のご飯を食べたら、300円のチップを置くような状態です。どう考えても払い過ぎですが、皆さんがこれを強いられています。

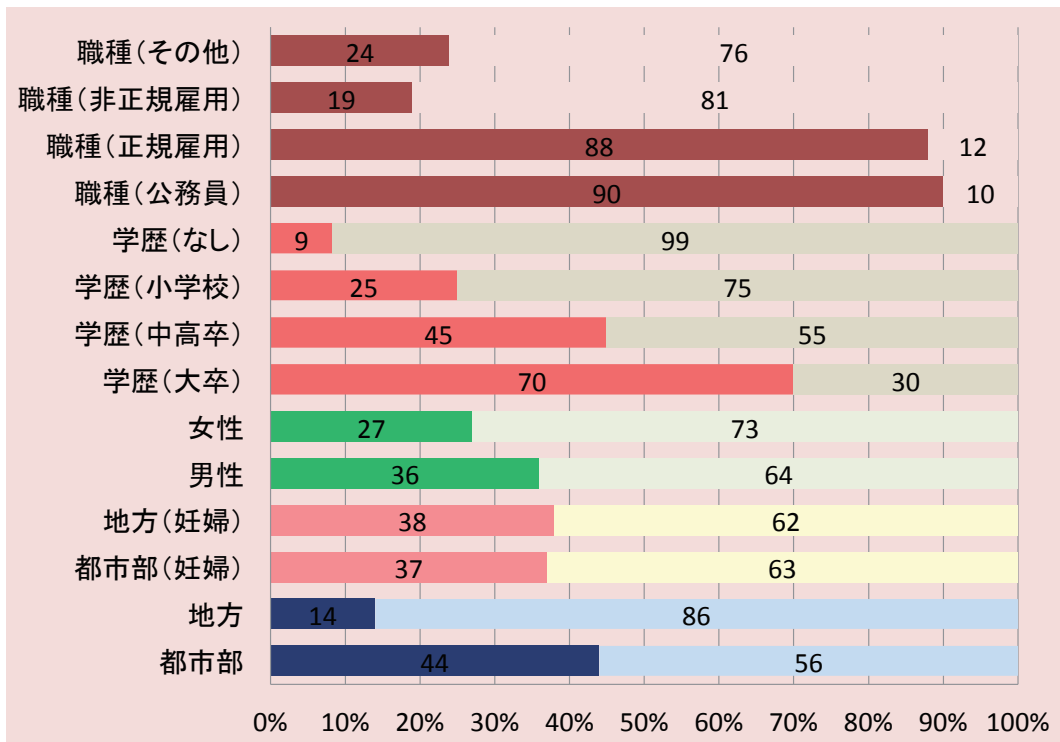
医療費およびその他の関連費用



保健所辺りでは、そういうことはないのですが、若干は取っている事実が明らかになってきました。これまでインフォーマルペイメントの問題は指摘があったのですが、このように数字に出たことはありませんでした。実際には今、ケニアは産婦人科に関しては医療

費を無料にしようとしています。同時に、このようなコンサルテーションフィーなどの非正規支払いの部分が非常に大きく、実際は無料化に全くないという事実があります。

医療保障加入者の割合（格差）

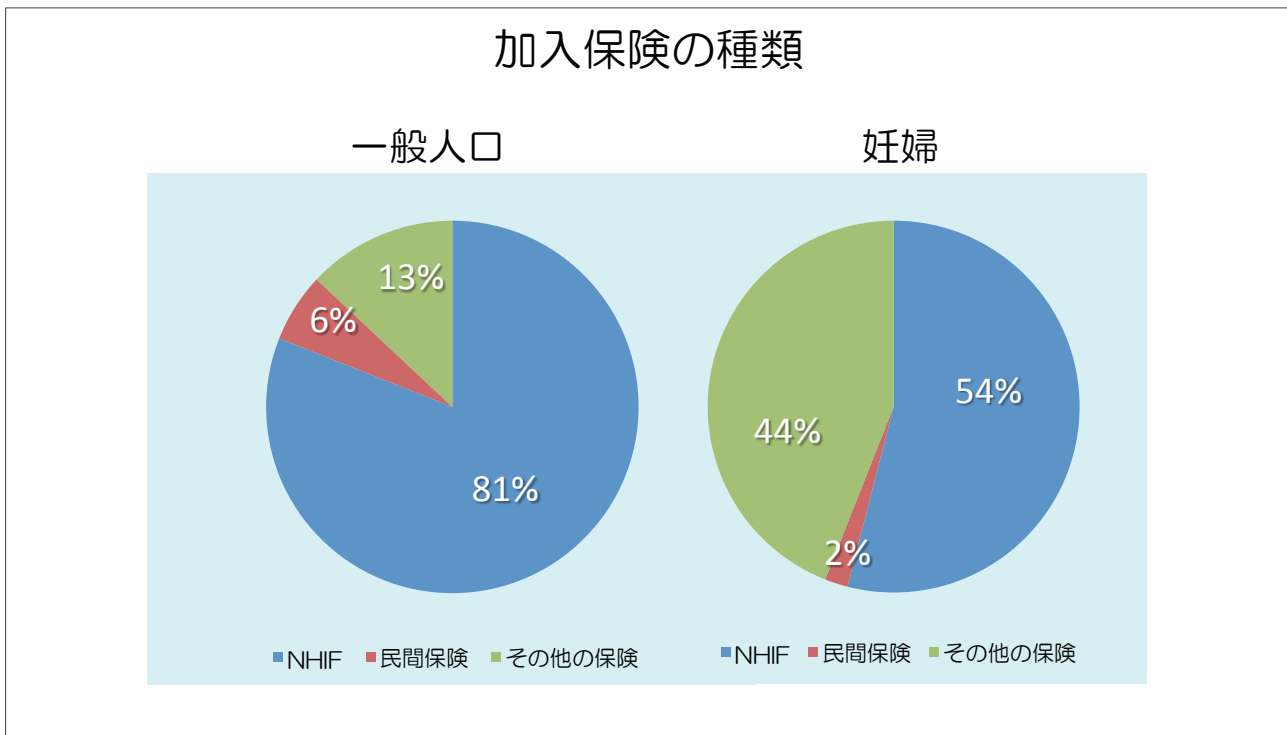


この問題について、保健に加入している人をいくつ

かのグループに分けて見てみます。例えば、公務員の人、

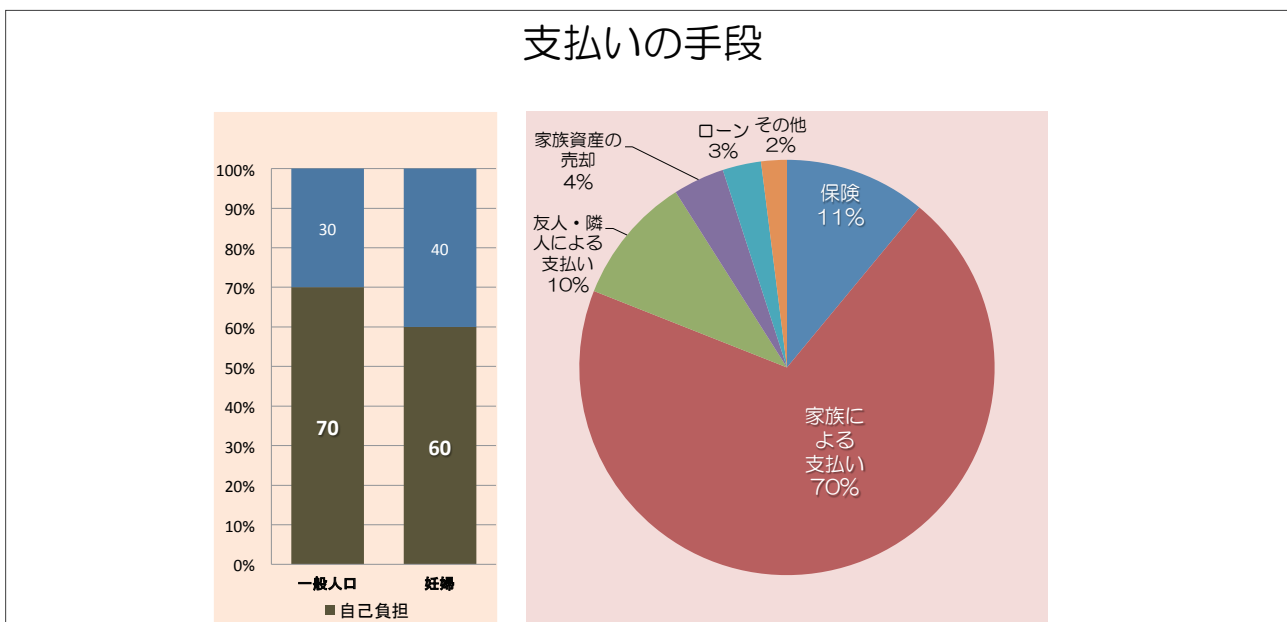
もしくは正規雇用の方は、ほとんどが保険に加入していることが分かります。学歴のない人や、女性、妊産婦は、同じような加入率であるのに対して、全人口で見ると地方と都市部では加入率が全く違います。地方

に行って驚いたのは、保健従事者さえも保険制度を知りませんでした。看護師さんも医者も知らなかったのです。この状況で保健指導を行うのは難しいと思いました。



一般人口でどのような保険に加入しているかを見ると、NHIFに加入している人が一番多いです。妊産婦に関しては、色々なスキームが乱立しています。例えば、キャッシュトランスファーがあったり、バウチャーが

あったりと、さまざまな制度の中で女性は確かに保護されているのですが、継続的に家族で加入を勧めるような制度にはなっていません。ある意味では、逆選択も起こしていると言えます。



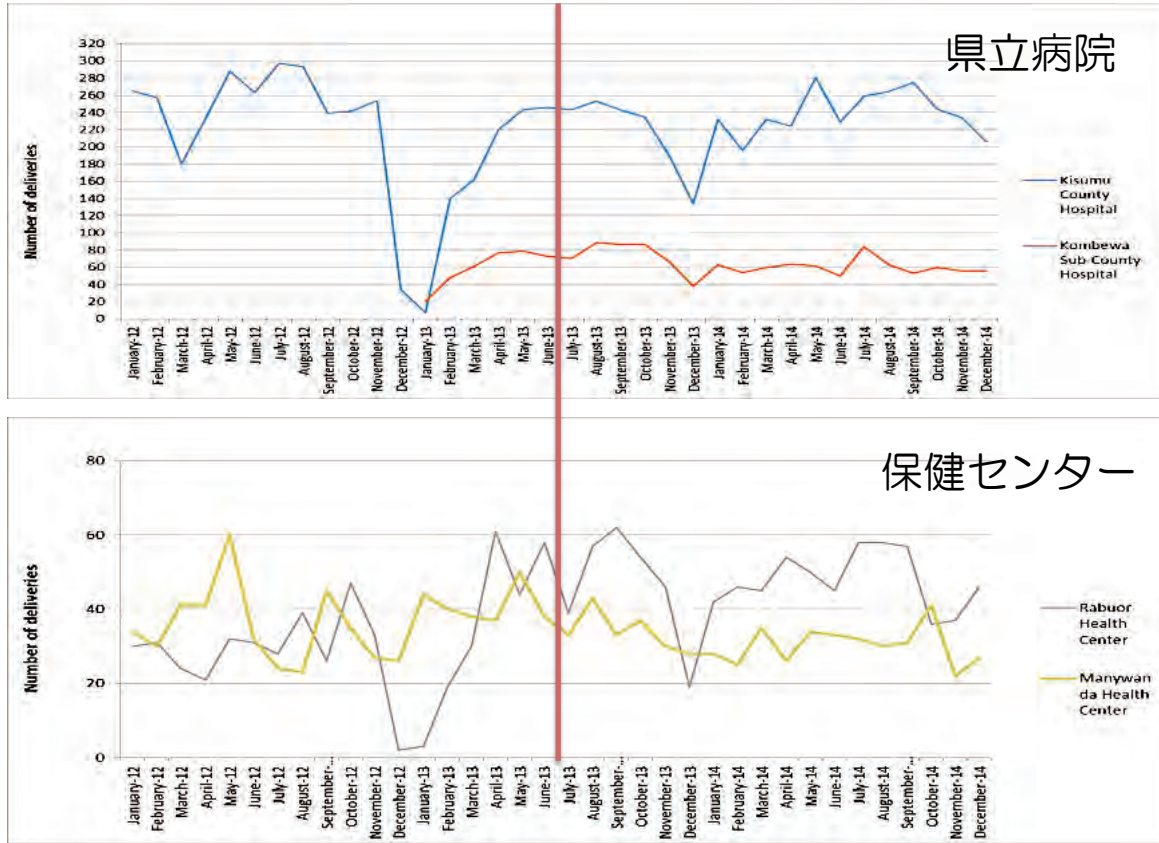
病院の支払いが足りない時にどのような形で支払っているかという、自分では支払っていないです。イ

ンシュアランスに頼っているのは、わずか11パーセントしかなく、家族の誰か、つまり家長や都市部に就職

した兄弟などが支払ってくれているのが現状です。所得が家族の中で再分配を起こしているのですが、組織、

国家、地域社会の中で起こっているわけではないこともよく分かりました。

施設分娩数の変化



乱立するリスク・プールとサービス支払いメカニズム

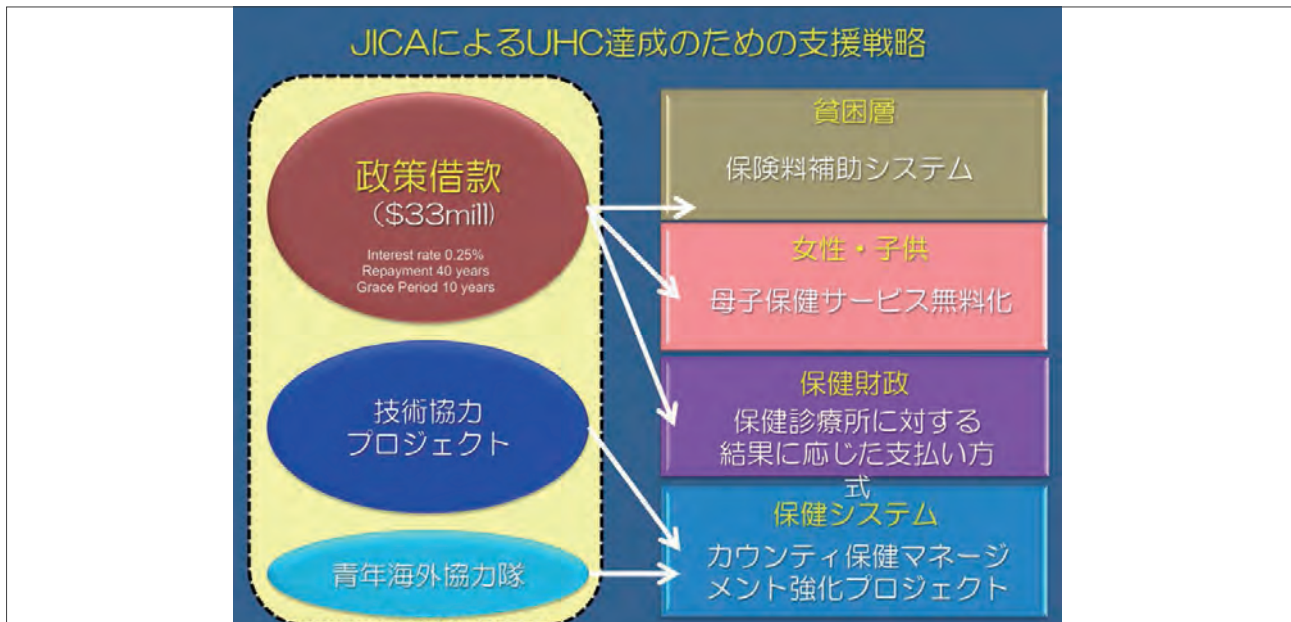


2013年の6月にケニアは妊産婦のサービスの無料化をしたので、それ以降にサービスが増えたのかという

と、実はそれほど増えていません。デリバリーをたくさん行っていたところは、現在は断っています。人も

いないし、コモディティもないという理由です。つまり、無料化をした恩恵が実はサービスにつながっていないという事実があります。乱立する幾つかのスキームを

統合するための、リエゾンになるようなアイデアが必要です。



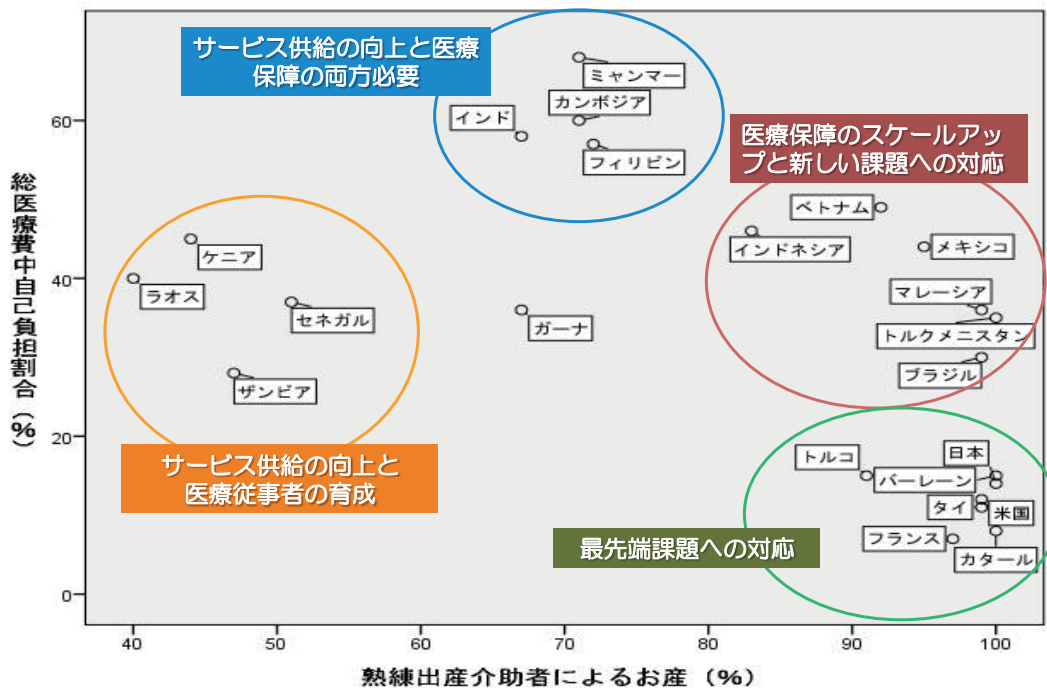
例えば今、政策借款で女性の無料化を支援したり、同時に保険料を補助したりする国家システムを NHIF に導入する試みが行われています。こういうところか

ら地方のキャパシティを技術協力で伸ばすような支援を行っています。

ケニアにおけるUHC達成の教訓

- 都市部・地方間の健康格差に関して、示唆に富む教訓が得られた。
- 一般住民のみならず、保健従事者でさえも保険制度のことを理解していない
- 保健財政のみならず、保健人材・物品供給など、システム強化の視点が重要
- 地方分権化によるマネジメント能力育成と組織強化の必要性
- 保険制度拡充のための資源確保（新しい財源、効率化、人材育成）
- 人口カバレッジか？サービスカバレッジか？どちらを優先させるべきか？
- プーリング間のリスクの共有の仕組み（貧困層向けの保険料補助制度）
→将来的にはリスクの一元化（NHIF）
- 税金による基礎保健サービスの拡充（母子保健サービスの無料化）
- モラル・キャピタルの育成による信頼関係の醸成は最優先課題である
- JICAの包括的UHC支援の検証（円借款＋技術協力＋本邦研修＋JOCV）

UHC卒業ロードマップ： サービス供給（SBA）と自己負担（OOP）によるカテゴリー化



UHCレンズを通じた保健セクター事業展開

公平性の視点

社会的弱者に届いてるか？
人権など法的整備は？

Equity
Coverage
Inclusiveness

ファイナンスの視点

支払いは可能か？
財政リスクのプーリングは？

Financial
protection

Resilience
Social Determinants

弾力性(復元力)の視点

健康の社会的決定要因への配慮は？
(社会・文化・教育・水衛生・住環境など)

Health
Systems

システムの視点

リーダーシップ・マネージメント
保健人材・保健情報・サービスの質・
医薬品・医療技術など

私たちが今、主に仕事をしている途上国の現状では、まずサービスが良くなってから自己負担が減っているという図があります。しかし、しっかりとしたシステム構築の戦略を描きながらも、当然サービスが上がると若干負担も増えてくるような国もあります。私たちは、そのような国にならないために、どのように財源

を確保し、どのように供給していくかを考えます。ただ、まずはサービスデリバリー、ひいてはモラルキャピタルのような、医療従事者側の意識改革も大切だと思っています。

私からは以上です。どうもありがとうございました。

■ 質疑応答

質問者 1 CHIは、他国支援機関もラオスとカンボジアで熱心を実施していると聞きますが、日本の支援を考える際には、どのようなところが実施しているかなどの動向が重要な気がします。財政的に脆弱な中で、パイロット的にしか実施していないと思いますが、ラオスとカンボジアで比較した場合はいかがでしょうか。情報があれば、教えてください。

小林 CHIについては、他のドナーの動向は、私もあまりつかんでいません。ラオスとカンボジアの比較に関しては、カンボジアの状況は現地調査で把握していませんので、残念ながら比較してコメントすることができません。申し訳ありません。ラオスに関しては、CBHIを伸ばす以外に財政側面でのUHCの達成は無理ということですので、日本の特性を生かして支援ができればと思います。その際に、他の国の開発哲学や、社会保障の哲学など、どのように擦り合わせるのかという課題が出てくる可能性はあると思います。欧州や北米とは全く違う、社会保障概念をお持ちの国々も支援されていると思うので、その辺のドナー間の調整は、恐らく必要になると思います。

杉下 CBHSについては、当然ルワンダがよく引き合いに出されます。国家経営のCBHSであり、完全なCBHSではありませんので成功していると思います。原資は、国家、ドナーが出しています。タンザニアでは、非常にうまくいっていると言われていて、ソリダリティをうまく使って、全国展開しています。また、オントップで、NHIFを制度設計しようという話になっています。ケニアは、CBHSがあったのですが、それを動かしている運営委員会の信頼性が低かったので、崩壊して、マイクロファイナンスを民間との連携で行う銀行が出てきています。それが2000ぐらいあると聞いています。そういった意味では、新しいCBHSで色々なやり方があると思っています。

質問者 2 インフォーマルな支出について、アジアでの現状はいかがでしょうか。

小林 ベトナム、ラオスでの調査では、医療費以外に交通費、そしてその他の支払いがあると聞いています。

規模としては出ていません。ただ交通費は、場所によっては大きく出ます。その他の支払いの中では、医療従事者に対する謝礼について、お産で入院した人をトラックキングしています。お産で入院する時に、病院の中で買わなくてはいけないお産キットや、入院した数日の食事代などで支出が出ています。医療保障を整備しても、必ずしも全ての支出を抑制できるわけではないので、どうするか。例えば交通費は非常に難しい問題で、持続的な問題として残ってしまうと思います。

杉下 交通費の問題は大きいと思います。ケニアでは交通費のみのバウチャーを提供する取り組みが行われようとしています。ガーナでは、トラック協会と連携してバウチャーを発行する取り組みがあります。しかし、交通費よりも袖の下の方が約7倍大きいという現状があります。

質問者 3 日本で1950年代に多かった結核で公費を入れて患者が減った時に、公費部分がUHCにつながったのではないかという話を聞き、面白いと思いました。セネガルでも保健カバー率は20パーセントですが、公費でインスリンが半額になっていたりします。世界規模で援助のお金がたくさん入ってきていて、積み上げていくと結構な額になることも、2010年時点で言われていました。ラオス、ベトナムでも公費がかなり入っているとのことですが、保険以外の多くの公費について、今後どのように生かしていくのか、どのくらいあるのかなど、教えていただけますでしょうか。

小林 公費の医療について、数値的な情報は比較提示できるような形ではつかんでいません。そもそもベトナムの場合、保険料を公費で補填して保険に入れるという部分と、そうではなく公費だけで行われる保険があります。もちろん予防接種などは全部公費です。それ以外にも、治療部分では、三大感染症（エイズ、結核、マラリア）がローカルファンドからの原資で行われています。縦割りプロジェクトで、すべて無料診療になっています。HIVに関しては、保険診療対象にしようという動きがあります。そのため、公費負担で行ってきた結核やマラリアなどを、どのようなタイミングで保険診療対象にしていくのかは、これから大きな政策判

断を要していく点だと思います。

質問者 4 ベトナムの場合はコモンファンド方式ですが、日本だと複数のファンドがあり、データのやり取りが難しいと思います。コモンファンドによって、どこの地域にどの病気があるというようなデータが分析できるのであれば、良い介入ができるのではと思うのですが、いかがでしょうか。

小林 シングルファンドで本当に医療情報がデータとして捉えられるようになるのであれば、非常に強みになる可能性もあると思います。色々な意味でシングルファンドを運営できる母体を持っているのは強みだと思いますので、生かしていくような支援ができると思います。

杉下 公費を資金と考え、アフリカでのエイズ対策は非常に進んできました。地域の組織化を進めてきましたし、特に PEPFAR という垂直プログラムによって、地元の CBO と契約して、パフォーマンスを上げること

に必死になってきたので、非常に伸びました。ソリダリティも強くなったと思います。ケニアでは今、貧困認定はまず HIV 孤児から始めます。JICA のサブシティープログラムを、そういう人たちのリストを使って実施しています。つまり、垂直にやられたものをどのように水平にしていくのかというアイデアが大切です。恐らくエイズで育ったようなコミュニティが、一つの互助会みたいな形で発展すれば、それが CBHIS につながっていくだろうと考えます。この辺りは IFC が考えていて、フランチャイジングなど新しいスキームでサポートすることが始まってきています。そこに銀行が入ってきて、マイクロクレジットがあります。要は、保険だけではなく、インカムを増やすための所得向上計画をコミュニティに出させ、農業セクターなどがそこに入っていきような総合計画にしようとしています。そこでお金が回るシステムを作ります。そのためには、エイズで育った CBO が頑張る必要があります。現実的にこれからの大きな課題だと思っています。

VI



ベトナム診療報酬ワークショップ報告

国立国際医療研究センター 国際医療協力局長

現 成田空港検疫所長

宇都宮 啓

ワークショップ概要

- 日時: 2015年4月9-10日 (11日にDPCワークショップ)
- 場所: ベトナム、ハノイ市近郊(ヴィンフック省)
- 出席者
 - ベトナム側: ベトナム保健省、ベトナム社会保険庁、国立研究所、基幹病院等
 - 日本側: 厚生労働省、国立国際医療研究センター、在越日本国大使館、JICA本部・ベトナム事務所
- 背景: 2014年3月に結んだベトナム保健省と厚生労働省間の医療保健の協力覚書に基づき、診療報酬点数表・DPCに関するワークショップを開催。

ワークショップ内容

- 日本側説明プレゼン:
 1. 診療報酬概要
 2. 基本点数構造
 3. 入院料
 4. 入院基本料等加算
 5. 初・再診料
 6. 医学管理等
 7. 在宅医療
 8. 医療技術の評価
 9. DPC/PDPS (Diagnosis Procedure Combination/Per-Diem Payment System): 診断群分類別包括支払い制度
- ベトナム側説明プレゼン:
 1. ベトナムの医療保険政策
 2. ベトナムの点数表整備の現状
 3. DRG (Diagnosis-related Groups) 導入の高僧と現状

ワークショップの結果

- 両国の医療制度、医療保険制度、診療報酬制度（ベトナムは価格表のみ存在）について、知見を共有し、主に日本の診療報酬点数表の構造についての詳細な説明を行った。
- ベトナムにおいては、医療の価格の透明性が欠けている、請求・支払の審査の効率性に欠けている等の問題点が認識された。
- 本ワークショップにおける、日本からの診療報酬点数制度についての説明を受け、非常に精緻かつ効率、説明責任の高い点数制度になっているとの認識から、ベトナムは、現在の価格表、原価計算の調査を基に、日本の点数表を参考に、診療報酬制度を強化していく方向性が示された。

Plan of action

Goals

- Improve the **quality of health care service** by increasing of **efficiency**, and **accountability** and **controlling the cost** of health care services

Purposes: List of collaboration topics/ areas

1. Standard list of services
 - ICD-10, ICD9-CM, Rulebook
 - Coding and Synchronizing the service list
2. Appropriate Price list
 - Diagnosis fee
 - Method
 - Conditions to apply
 - JP Methods to make price list and then Vietnam price list accordingly adjust
3. Auditing the overuse of service (control the cost)
4. IT system
 - E-medical records
 - Synchronizing the payment system from central to local: including
 - central-MOH/VSS/MOF???, 63 province DOH,
 - and central, provincial, district hospitals
5. Others needed to be done for the goal (legislations, surveys, pilots...)

今後の協力可能性について

協力可能性のある事項として、以下を列記：

1. 医療行為の標準リスト
 - ICD10、ICD9-CM、医科点数表
 - 医療行為リストのコーディングと一致
2. 適切な価格表
 - 診断に関する点数
 - 方法
 - 要件
 - 日本の価格設定方法、その後ベトナムの価格表の修正
3. 過剰診療の指導・監督(医療費適正化)
4. ITシステム
 - 電子カルテ
 - 中央レベルから地方レベルまで支払システムを統一する。
 - ① 中央-保健省、ベトナム社会保障、財務省、63の省保健部
 - ② 中央、省、区レベルの病院
5. その他、ゴールに向けて必要な事項(調査、法律等)

ベトナム保健省が策定した 今後のロードマップ(2015年2月12日版)

- 医療保険の拡充を、基本保健サービスパッケージ(BHSP: Basic Health Service Package) の策定と並行して実施する。
- 保険支払対象のBHSPの策定は、2018年までに実施予定。
- BHSP策定のためのカウンシル(評議会)立ち上げに向けて、関係者協議が進んでいる。

VII



医療保障制度支援のためのプロセスモデル

国立国際医療研究センター 国際医療協力局 連携協力部長

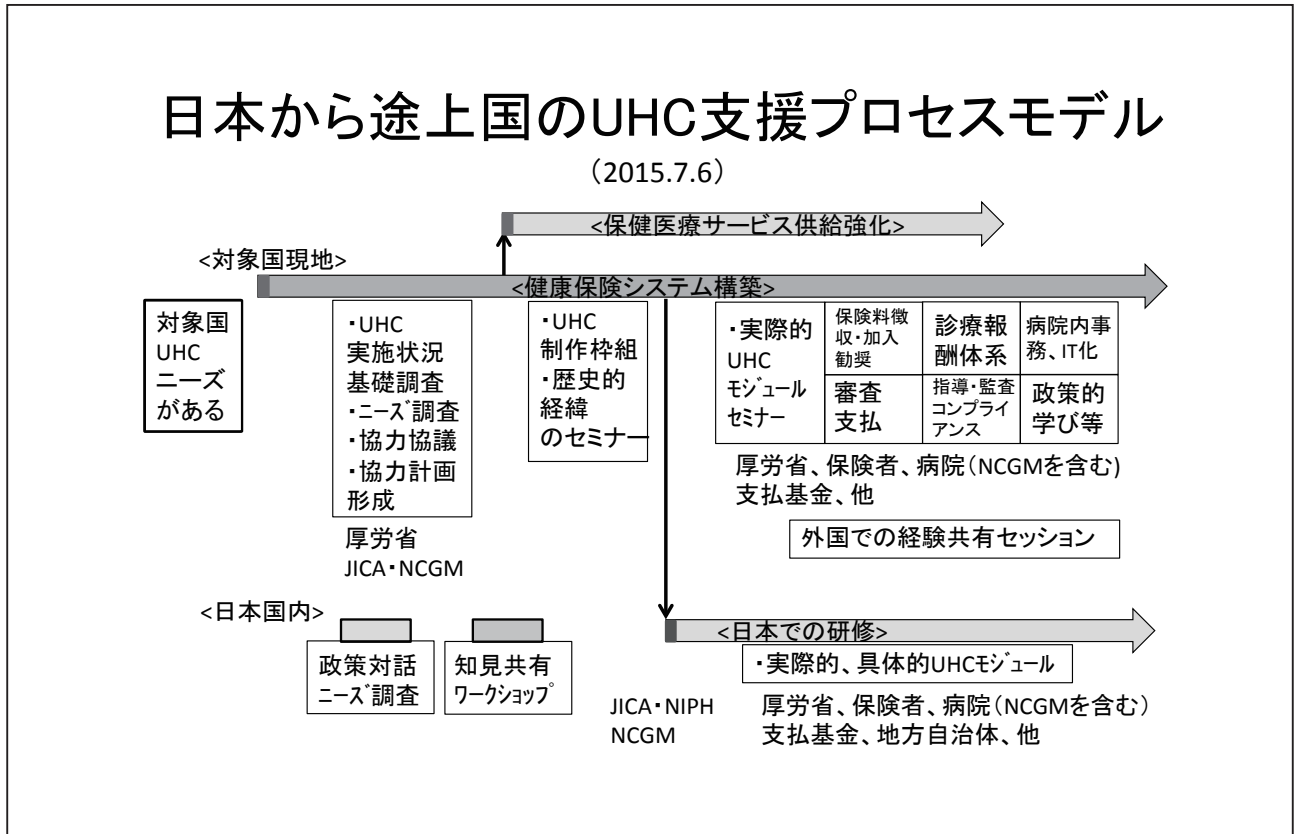
明石 秀親

《要旨》

1. 途上国の類型化、分類ならびにそれらの国々と日本の医療保障制度の比較分析により、UHC 支援の方向性のある程度設定することはできるが、医療保障制度は各国の政治体制、社会状況、主要な関係団体の合意形成の形などを反映しており、また他の先進国や国際機関の支援との協調・調整も必要であり、案件形成はそれらを勘案して各国の個別性を重視して行わねばならない。つまり、途上国の医療保障の現状のみから、最適な支援内容を画一的に導き出すことは困難である。
2. そこで、案件形成のプロセスモデルを開発し、総合的に案件形成を進めることが有効と思われる。
3. 第一段階として、支援対象となる途上国において、UHC 実施状況の基礎調査、ニーズ調査、協力協議・協力計画形成などを実施する。同時に、我が国国内に当該国の関係者を招いて政策対話を行い、知見共有等のワークショップを行う。
4. 第二段階として、支援対象国内で、日本の国民皆保険制度やその他の UHC にかかる政策枠組みならびに歴史的経緯など、マクロな視点でのセミナーを実施する。
5. 第三段階として、メニュー方式で準備した、より具体的な日本の国民皆保険制度の政策、制度、経験のコンテンツを、途上国各国の実情に合わせオンデマンドで組み立て、支援対象国内での経験共有セッション、日本国内での研修等を行う。このメニューには、以下のようなものが含まれる：
 1. 保険料徴収・加入勧奨
 2. 診療報酬体系
 3. 審査支払
 4. 指導・監査、コンプライアンス確保
 5. 病院内事務、IT 化
 6. 政策的学び、等
6. 政策的学びには、高齢化などの社会転換への対応経験、UHC 達成に向けた政治的モメンタムの形成の経験などが含まれるであろう。
7. 開発された案件形成モデルを基に、厚生労働省、NCGM、JICA、その他国内のリソース団体が、オールジャパンとして垣根を取り払い、支援事業を実施することが理想的と言える。

明石 明石です。UHCに関する日本側の支援を考えるにあたって、ベトナムなどでの支援経験や海外からの研修生の受入経験などから、先方国のUHC導入の準備状況や体制が違っていても先方国に日本の経験を伝えるために、日本のUHC支援を構造化しては如何かとい

う着想が出てきました。すなわち、支援のプロセスそのものを構造化するとともに、内容についてもモジュール化するなどの構造化が可能ではないか、というものです。具体的には以下のようなものになります（スライド参照）。



まず、先方国に行って、先方の医療保険の実施状況やその内容の調査および、先方国の政策決定者などに「UHCとは何か」「どのような仕組みがありうるのか」などといった基本的なUHCに関する知識の共有と、UHCに関するビジョンを考えてもらう段階があります（スライドの左側）。次いで、日本での研修受入れも視野に、日本の医療保険制度を基に研修などの内容を構造化すると、例えば、「政治的モメンタムの形成」や「関係機関の協力・共同体制の確立」、あるいは「医療サービスの料金体系」や「保険料の徴収」、「審査・支払い」など、いくつかの分野に分けられ、その内容をモジュール化することによって、先方国のニーズにあったモジュールの組み合わせを行なうことが可能になります。また、UHCのアドバイザーなどの役割で日本人専門家が途上国に赴くにあたって、予め身につけておくことが望ましい内容を網羅して構造化すること

によって、より専門的な知識が身に付けやすくなることが期待されます（スライドの右側）。

さらに、これらを基に研修プログラムなどを組むに当たって、現場で実施している日本の関係諸機関や各種の専門家に参画してもらうことにより、研修内容の充実とともに、日本国内のネットワークの構築や、日本の総力としてUHC支援を行う体制ができることが期待されます。

なお、税方式を採用しているタイなどの、日本とは異なる制度を導入している海外の事例をモジュールとして組み込むことも可能であり、また望まれます。

もう一点は、このモデルではどちらかと言えば「保健財政」の部分に焦点を当てており、「保健医療サービス提供」に焦点を当てた構造化も可能であると思われるのですが、それについてはここでは述べないものとします。

VIII



UHC に対する多面的アプローチ

国際協力機構 人間開発部 次長

現 国際協力機構 東南アジア・太平洋部 次長

米山 芳春

《要旨》

■ 保健分野における現在の JICA の取り組み：2015 年度課題別戦略では以下が 4 つの柱

1. 保健システム強化を通じた UHC 達成への貢献
2. エボラ蔓延国の復興と中長期的な感染症対策 「西アフリカ保健システム再構築」
3. 母子保健の改善
4. 非感染性疾患（NCD）対策への改善

■ UHC 推進に向けた協力の方向性（多面的アプローチ）

1. UHC 推進に向けて留意している視点
 - ・ JICA の保健協力のアプローチ：UHC の達成に向けた体制づくりとそのマネージメント強化すなわち保健システム強化により重点を置く。低所得国、なかでも貧困層において改善が遅れている母子保健と感染症対策は引き続き対象とするものの、その実施に当たっては、保健システム強化の側面を重視。UHC 達成に向けた 3 つのアクセスの改善：①必要とされる質の確保された保健サービスをすべての人に普遍的に提供すること→物理的アクセス、②医療費負担が原因となって保健サービスを利用できない状況を解消し高額医療費負担に起因する貧困化を防止すること→経済的アクセス、③（国によっては）保健サービスの利用を妨げる慣習的・文化的要因を取り除くこと→社会的アクセス。国民皆保険制度が UHC の全てではない。
 - ・ UHC 推進に向けた主要な政策メッセージとして、以下に留意：①国と地方の強力なリーダーシップと長期的コミットメント、②強国でレジリエンスのあるプライマリケア、③公衆衛生への投資、健康的な生活環境の整備、④資源の再分配と格差を是正する政策の実施、⑤財源確保と医療費支出管理のバランスのもとカバー範囲を拡大、⑥保健医療人材のスケールアップ（労働市場の状態、キャリア選択の指向性、労働環境にも考慮）、⑦「経済的アクセス」とともにガバナンス、プライマリケアも重要。
2. UHC 推進に向けた協力の方向性
 - ・ 医療保障の発展段階により、支援内容を調整：（1）概ね UHC を確立するも、高齢化や国民ニーズの多様化に伴う新たな課題に取り組む段階の国（主に高中所得国）←医療保障制度の維持・拡充（3 つのアクセスの維持・更なる拡充）のための協力、（2）主として基礎的保健医療サービスへの物理的アクセスが一定程度確保されている国（主に低中所得国）←医療保障制度の確立（財政的アクセス改善）のための協力、（3）主として基礎的保健医療サービスへの物理的アクセスに課題が大きい国（主に低所得国）←保健医療サービスの貧困層・脆弱層への拡大協力（物理的・社会的アクセス改善）
 - ・ ただし、協力内容が発展段階等で明確に分かれるものではなく、国によってはⅠ、Ⅱ、Ⅲを、適宜併せて実施することもあり得ることに留意。
 - ・ 上記（1）の国々への具体的支援内容としては、高齢化や非感染性疾患対策の他、保健ファイナンスの合理化、官民及び制度間での利用可能なサービス格差の是正等を想定。
 - ・ 上記（2）の国々への具体的支援内容としては、UHC 政策策定、医療保障制度設計・導入支援（診療報酬制度等の技術支援含む）、保険基金等の管理・運営・ICT 化支援、会計・監査・認証等に係る支援、保健財政を含んだ地方行政能力強化等を想定。
 - ・ 上記（3）の国々への具体的支援内容としては、基礎的施設・機材整備、保健行政マネージメント強化、コミュニティ支援、保健人材育成と適正配置、保健情報拡充等を想定。

- ・ 保健財政、サービス、人材の指標を同定し、進捗をモニタリング・評価する必要あり。
- ・ 以下の3つの面での協力を推進：①しくみ（日本の経験やパートナーシップを生かし、保健財政など新たな領域で協力）、②もの・サービス（既存のアプローチ踏まえ、官民連携など新たな領域で協力）、③ひと（従来の保健人材育成を継続しつつ、保健財政や医療技術人材の育成も実施）。

3. 具体的な取り組み

- ・ 日本の経験共有に資する調査研究と英文ペーパーのとりまとめ（「日本の国民皆保険達成の歴史的経験」等）。
- ・ UHC 推進に向けた人材育成（本邦課題別・国別研修、フラッグシップコースへの協力等）。
- ・ 国際社会へのアドボカシーとグローバルな学び合いへの参加（日本政府・世銀UHC共同研究）、グローバルヘルスワーキンググループ参加、IHP+ 参加、JLN（Joint Learning Network）参加、国際・国内学会での発表等。

アフリカにおけるUHC推進に向けた事業展開

- ・ ケニア：①成果連動型資金（RBF）による一次医療サービス提供の強化、②妊娠・出産ケアの無料化（FMS）、③公的健康保険（NHIF）の貧困層への拡大、の3つのプログラム実施と地方行政の能力強化を技協と政策借款で支援予定（2015年2月審査了）
- ・ セネガル：RBF等を含めUHC推進に向けた支援の可能性を検討中
- ・ ザンビア：UHC達成に向けた課題分析・政策実施能力強化の支援を開始
- ・ ガーナ：UHC達成に向けた課題分析・政策実施能力強化の支援を形成中

アジアにおけるUHC推進に向けた事業展開

- ・ ベトナム：日本の経験共有や制度面の支援を含んだ包括的調査を実施予定
- ・ インドネシア：医療保障、年金制度の設計実務など社会保障制度全般を支援
- ・ フィリピン：母子保健サービスの拡大を通じたUHCの推進を支援中
- ・ ミャンマー：基礎保健パッケージ明確化と州政府の行政能力強化等を開始
- ・ タイ及び東南アジア地域：タイとともに周辺国向けUHC研修等を検討中（タイに対しては2003年～2006年まで医療保険情報制度構築支援を実施）

4. 今後の向けて（考慮すべき視点）

- ・ JICAとしての方向性（過去の学び・教訓から）：
 - （ア） グローバルな事業展開（日本の経験の共有とともに途上国間の学び合いの促進）⇒フラッグシップコース、JLN(Joint Learning Network)
 - （イ） セクターを超えた取り組みによる包括的な保健の改善⇒ガバナンス、ICT、インフラなどとの連携
 - （ウ） スケールアップとしての財政支援と事業の持続性
 - （エ） NCGM、NIPH、大学・自治体・民間との連携による日本の知と経験を生かしたオールジャパンでの支援
- ・ グローバルヘルスや政策の動き
 - （ア） SDGs、新国際保健政策との整合性
 - （イ） 感染症パンデミックへの対応：IHR(International Health Regulation) 強化
 - （ウ） 国際社会の動き：GFF(Global Financing Facility)、CRVS(Civil registration and vital statistics) 強化支援など

1. 保健分野における現在の JICA の取り組み

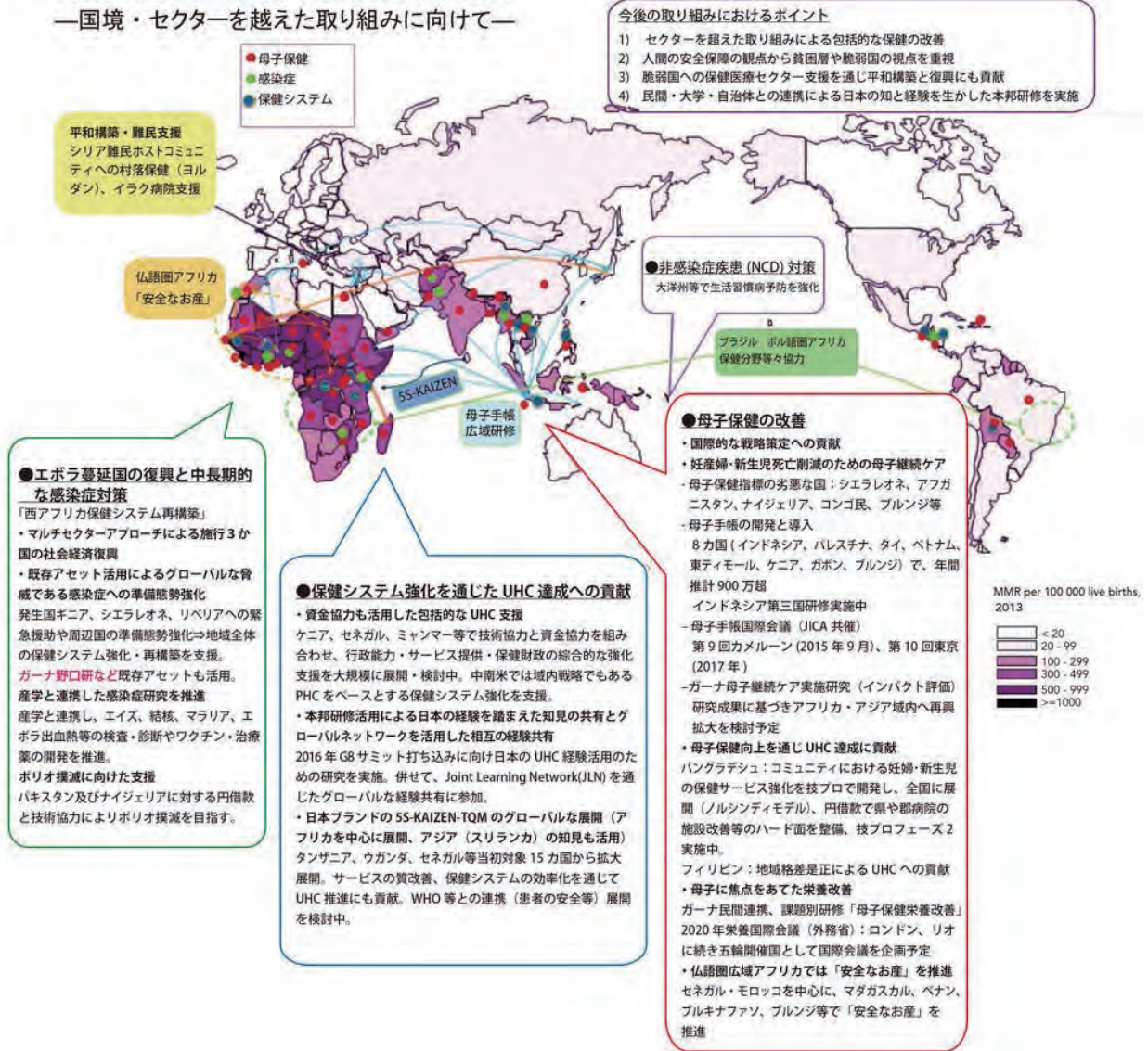
現在の JICA の取り組み
(4つの柱)

2015年度課題別戦略から

- ①保健システム強化を通じたUHC達成への貢献
- ②エボラ蔓延国の復興と中長期的な感染症対策
「西アフリカ保健システム再構築」
- ③母子保健の改善
- ④非感染性疾患 (NCD) 対策への改善

JICA の保健分野における取り組み

—国境・セクターを越えた取り組みに向けて—

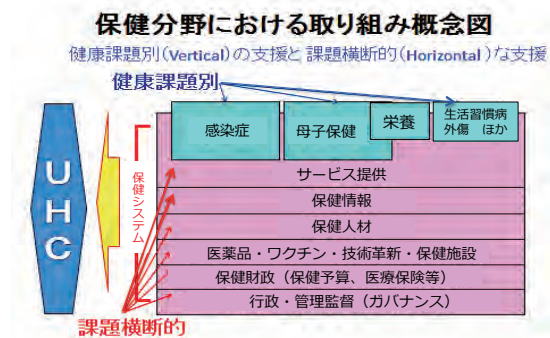


2. UHC 推進に向けた協力の方向性 (多面的アプローチ)

(1) UHC 推進に向けて留意している視点

●JICAの保健協力のアプローチ

<引用資料>JICA保健分野ポジションペーパー

<http://www.jica.go.jp/activities/issues/health/index.html>

UHCの達成に向けた体制づくりとそのマネジメント強化すなわち保健システム強化により重点を置く。低所得国、なかでも貧困層において改善が遅れている母子保健と感染症対策は引き続き対象とするものの、その実施に当たっては、保健システム強化の側面を重視する。

⇒母子保健などはUHC推進のエントリーポイントになる？

(1) UHC 推進に向けて留意している視点

●UHC達成に向けた3つのアクセスの改善

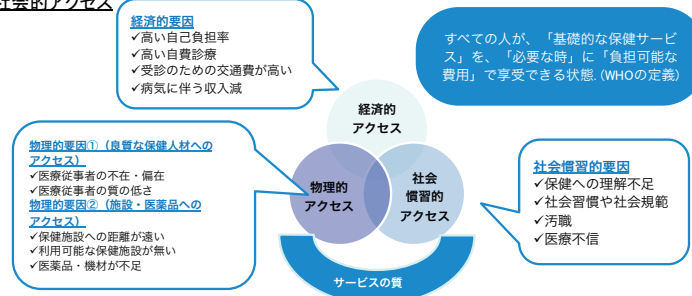
① 必要とされる質の確保された保健サービスをすべての人に普遍的に提供すること

→物理的アクセス

② 医療費負担が原因となって保健サービスを利用できない状況を解消し高額医療費 負担に起因する貧困化を防止すること →経済的アクセス

③ (国によっては)保健サービスの利用を妨げる慣習的・文化的要因を取り除くこと

→社会的アクセス



⇒従来の協力では主に①、③に重点、ただし②も無視できない課題。

⇒「国民皆保険制度」は②実現の手段でUHCの一側面(全てではない)。

(1) UHC 推進に向けて留意している視点

●UHC推進に向けた主要な政策メッセージ

<参考資料>日本・世銀共同研究報告書

<http://www.jcie.or.jp/japan/pub/publist/1453.htm>

- ・国と地方の強力なリーダーシップと長期的コミットメント
- ・強固でレジリエンスのあるプライマリケア
- ・公衆衛生への投資、健康的な生活環境の整備
- ・資源の再分配と格差を是正する政策の実施
- ・財源確保と医療費支出管理のバランスのもとカバー範囲を拡大
- ・保健医療人材のスケールアップ(労働市場の状態、キャリア選択の指向性、労働環境にも考慮)

⇒「経済的アクセス」とともにガバナンス、プライマリケアも重要

(2) UHC推進に向けた協力の方向性

＜参考資料＞UHCに向けた開発援助の強化(外務省)、他

I. 主として中進国を対象に医療保障制度の維持・拡充(3つのアクセスの維持・さらなる拡充)のための協力

高齢化や非感染性疾患対策の他、保健ファイナンスの合理化、官民及び制度間での利用可能なサービス格差の是正等

II. 主に中・低所得国を対象に医療保障制度の確立(経済的アクセス改善)のための協力

医療保障制度設計・導入支援(診療報酬制度等の技術支援含む)、保険基金等の管理・運営・ICT化支援、会計・監査・認証に係る支援、保健財政を含んだ地方行政能力強化等

III. 主にLDCから中低所得国を対象に保健医療サービスの貧困層・脆弱層への拡大に向けた協力(物理的・社会的アクセス改善)

基礎的施設・機材整備、保健行政マネジメント強化、コミュニティ支援、保健人材育成と適正配置、保健情報拡充等

⇒ただし、協力内容が発展段階等で明確に分かれるものではなく、国によってはI、II、IIIを、適宜併せて実施することもあり得ることに留意。

ODA対象のASEAN諸国におけるUHC達成状況

＜参考資料＞UHCに向けた開発援助の強化(外務省)、他

	①医療保障人口カバー率	②政府総支出における医療費	③自己負担率	保健サービスの量と質 ^{*1}	社会保障制度整備状況 ^{*2}	UHC達成度 ^{*3}
フィリピン	82%	8.4%	54%	地域間で格差大	△	II
インドネシア	65%	5.4%	38.3%	地域間で格差大	△	II
ラオス	19.5%	6.0%	51.2%	国内全体で不足	×	III
マレーシア	100%	6.2%	34.2%	官民で格差大	○	I
ベトナム	63.7%	9.4%	57.6%	地域間で格差大	△	II
タイ	100%	14.4%	13.9%	官民で格差大	○	I
カンボジア	24.6%	6.3%	62%	国内全体で不足	×	III
ミャンマー	1%	1.3%	81%	国内全体で不足	×	III

*1: アジア地域社会保障セクター基礎情報収集・確認調査報告書より外務省・JICAにて判断

*2: アジア地域社会保障セクター基礎情報収集・確認調査報告書より外務省・JICAにて判断

*3: UHC達成度は、便宜的に大まかに以下の3通りに外務省・JICAにてカテゴリー分け

(参) UHC達成度:

I. UHC維持: 概ねUHCを達成し、新たな課題に取り組む段階である。また、自国の経験を生かした三角協力が可能。

II. UHCスケールアップ: 医療保障体制は存在するが、UHC達成に向けた施策上の課題を抱える。

III. UHCスタートアップ: 医療保障体制確立以前に、基礎的保健サービスの提供体制自体に課題を抱える。

出典: Global Health Expenditure Database(WHO, 2010)、Financing Health Systems in the 21st Century (Schieber, 2010)、Indicators for Measuring UHC: A five-country analysis(USAID, 2012)、アジア地域社会保障セクター基礎情報収集・確認調査報告書(JICA, 2011)、Measuring Progress towards UHC (WHO/WB, 2013)

I. 主として中進国を対象に医療保障制度の維持・拡充(3つのアクセスの維持・さらなる拡充)のための協力

1 具体的支援内容

高齢化や非感染性疾患対策の他、保健ファイナンスの合理化、官民及び制度間での利用可能なサービス格差の是正等

2 留意事項

- ・本邦研修等による日本の経験共有に主眼
- ・対象国の経験の第三国への共有につながる三角協力を視野
- ・格差に留意しつつ官民一体となった協力を推進

II. 主に中・低所得国を対象に医療保障制度の確立 (経済的アクセス改善)のための協力

1 具体的支援内容

UHC政策策定、医療保障制度設計・導入支援(診療報酬制度等の技術支援含む)、保険基金等の管理・運営・ICT化支援、会計・監査・認証等に係る支援、保健財政を含んだ地方行政能力強化等

2 留意事項

- ・「(公正性(エクイティ))」の追求を含めた日本の経験共有(本邦研修など)
- ・資金協力では、世銀等との協調を念頭に形成、一方で日本の技協の成果拡大もポイント、先方政府の監査体制、債務持続性の観点に留意
- ⇒喫緊の資金ギャップへの対応とともに、先方政府の政策改革・実行(特にDPL)、サービス提供の量・質の向上(特にRBF)を促進
- ・ガバナンス(住民登録や徴税制度等含む)、ICTとの連携も視野
- ・保健システムと整合する範囲で民間サービス提供者とも連携

III. 主にLDCから中低所得国を対象に保健医療サービスの貧困層・脆弱層への拡大に向けた協力(物理的・社会的アクセス改善)

1 具体的支援内容

基礎的施設・機材整備、保健行政マネジメント強化、コミュニティ支援、保健人材育成と適正配置、保健情報拡充等

2 留意事項

- ・裨益対象に留意(遠隔地の住民や女性・子どもなど、今まで保健サービスへのアクセスが限られていた層への拡大、地域格差改善を心がける)
- ・道路・橋梁、水衛生、教育、農業など他セクターとの連携も促進
- ・BOPビジネスなど貧困層のための民間事業と連携は、格差問題への配慮や持続性に留意しつつ検討
- ・持続性やスケールアップの観点から財政面にも注意を払う

UHC達成状況を見る指標例

(UHCの案件形成にあたって)

<参考資料> UHCに向けた開発援助の強化(外務省)、他

1 保健財政指標

- ①医療保障の人口カバー率=100%が望ましい。必ずしも公的保険である必要は無く、強制民間保険(スイス)・公費(タイ)・小規模地域保険(ルワンダ)等含
 - ②政府総支出に占める公的医療費の割合>15%をWHOが推奨。政府の保健への優先度を反映。低下により自己負担率が上昇。
 - ③医療費の自己負担率(OOPs)<20%が望ましい。上昇に伴い医療による世帯の貧困化及び世帯の高額医療費支出が増加。
- (注)OOPs増に伴う医療貧困化率及び高額医療費支出率の悪化は、保健アウトカム指標(死亡率など)と相関性がある。

2 保健サービス指標

- ①母子保健分野: 予防接種カバー率・ORS利用率・施設分娩率・産後ケア利用率・近代的避妊方法の利用率等
- ②感染症分野: 急性肺炎における抗生剤治療率・マラリア薬利用率・抗HIV薬利用率等
- ③生活習慣病分野: 健康増進支援サービスの利用率(禁煙・運動・カロリーコントロール・減塩等)、予防サービスの利用率(降圧薬・糖尿病薬等)
- ④救急救命分野: 救急救命治療の利用率(急性喉頭炎・交通外傷・急性心筋梗塞等)
- ⑤保健インフラ: 人口10万人に占める保健インフラ率(保健人材・医師・看護師・ベッド・病院)、利用可能な最寄の診療所への距離

3 保健人材に関する指標

- ①人口千人に占める保健人材(医師、看護師、助産師の合計数)の数>2.28
- ②人口あたりの助産専門技能者(Skilled Birth Attendants: SBA)の数とSBA立ち合いによる分娩率
- ③人口あたりの保健人材(医師、看護師、助産師)育成機関数、育成人数と遠隔地への配置状況
- ④遠隔地における保健人材(医師、看護師、助産師)の(欠員に対する)充足度、リテンション率、認定制度による学位・資格保有状況(サービスの質)、継続教育の機会の状況、満足度等

3つの面での協力

<参考資料>UHCに向けた開発援助の強化(外務省)、他

しくみ:日本の経験やパートナーシップを生かし、保健財政など新たな領域で協力

保健財政政策 ・医療保障制度改革・強化 ・保健会計システム(SHA)導入 ・診療報酬制度の導入・改善	基金管理 ・電子レセプトの導入 ・診療報酬の監査の強化 ・基金の業務管理・会計管理強化
--	---

●詳細はJICA社会保障課題別指針(医療保障の構築部分)及びJICA保健分野ポジション・ペーパーを参照のこと

もの・サービス:既存のアプローチを踏まえつつ、官民連携など新たな領域で協力

保健サービス供給体制 ・保健サービス基本計画の策定 ・医薬品・機器・医療法人の規制枠組み ・病院機能評価制度の策定	保健サービス ・基礎的保健サービスパッケージの設定 ・基本的施設・機材整備・医療ICTの導入 ・病院機能強化(5S-KAIZEN等)
---	--

ひと:従来の保健人材育成を継続しつつ、保健財政や医療技術人材の育成も実施

保健人材育成 ・適正なカリキュラム構築 ・適正数確保の基準づくり ・質確保の基準づくり	医療技術人材・保健財政人材育成 ・保健財政実務者研修 ・医療技師研修(官民連携とセット) ・行政官の知識・人材交流
---	---

●詳細はJICA母子保健課題別指針(保健システム部分)及びJICA保健分野ポジションペーパーを中心に参照のこと

10
 出典:World Health Report (WHO, 2010)、Financing Health Systems in the 21st Century (Schieber, 2010)、社会保障セクター課題別指針(JICA, 2013)、保健セクターポジションペーパー(JICA, 2013)、母子保健課題別指針(JICA, 2011)

(3)具体的な取り組み

日本の経験の取り纏めと発信・人材育成

●日本の経験共有に資する調査研究

- ・「日本の保健人材育成の歴史的経験」に関する英文ペーパーの作成
(2012年10月、IMF世銀総会時に配布)
- ・「日本の国民皆保険達成の歴史的経験」に関する英文ペーパーの作成
(2013年6月、TICAD Vサイドイベントにて配布)
http://www.jica.go.jp/english/news/field/2013/20130605_01.html (上記両ペーパー閲覧可能)
- ・「日本の介護保険制度設立」に関する英文ペーパーの作成
<http://gwwweb.jica.go.jp/km/FSubject0601.nsf/JICADocument?OpenView&Start=1&Count=1000&Expand=3.2#3.2>
- ・TV番組「国民の健康を守る～日本のUHCの経験」(NHKと共同制作)

●UHC推進に向けた人材育成

- ・本邦課題別研修・国別研修
「アジア地域におけるUHCの達成のための社会保険制度強化コース」、他
- ・仏語圏向けフラッグシップコース(4月下旬、セネガルで実施) ⇒JICA WEBサイト参照
- ・日本人専門家及び世銀アジアリージョナルオフィス向け研修(形成中)

(3)具体的な取り組み

国際社会へのアドボカシーとグローバルな学び合い

- 日本政府・世銀UHC共同研究(完了から発信へ)
<http://www.jcie.or.jp/japan/csc/ghhs/uhc/symposium2014/>
- グローバルヘルスワーキンググループ(GHWG)参加
(2016年G7サミットに向けたUHC研究会、武見議員、渋谷教授主導)
<http://www.jcie.or.jp/japan/csc/ghhs/2016ghwg/#s1>
- IHP+(International Health Partnership plus)参加
<http://www.internationalhealthpartnership.net/en/>
- JLN(Joint Learning Network)参加
<http://jointlearningnetwork.org/>
- 国際保健に係る主な国際会議・学会
 - ・グローバルヘルスリーダーズ会議(年2回、21機関のトップ/幹部が参加)
 - ・保健システム研究国際シンポジウム(2年に1回)
 - ・アジア太平洋地域保健人材ネットワーク(AAAH)会議(2年に1回)
 - ・マヒドン皇太子国際保健会議2015 (PMAC)(年1回、1月下旬、バンコク)
 - ・(国内)(国際保健医療学会(年1回、11月))
 - ・TICAD、HHA(Harmonization for Health in Africa)

(3) 具体的な取り組み

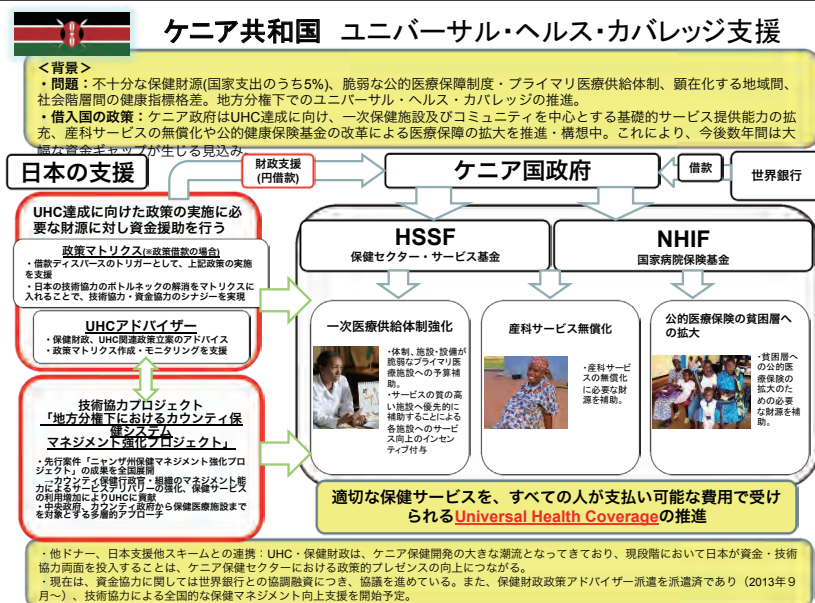
経済的アクセスを含むUHC推進に向けた事業展開

●アフリカ

- ・ケニア: ①成果連動型資金(RBF)による一次医療サービス提供の強化、②妊娠・出産ケアの無料化(FMS)、③公的健康保険(NHIF)の貧困層への拡大、の3つのプログラム実施と地方行政の能力強化を技協と政策借款で支援予定(2015年2月審査)
- ・セネガル: RBF等を含めUHC推進に向けた支援の可能性を検討中
- ・ザンビア: UHC達成に向けた課題分析・政策実施能力強化の支援を開始
- ・ガーナ: UHC達成に向けた課題分析・政策実施能力強化の支援を形成中

●アジア

- ・ベトナム: 日本の経験共有や制度面の支援を含んだ包括的調査を実施予定
- ・インドネシア: 医療保障、年金制度の設計実務など社会保障制度全般を支援
- ・フィリピン: 母子保健サービスの拡大を通じたUHCの推進を支援中
- ・ミャンマー: 基礎保健パッケージ明確化と州政府の行政能力強化等を開始
- ・タイ及び東南アジア地域: タイとともに周辺国向けUHC研修等を検討中
(タイに対しては2003年～2006年まで医療保険情報制度構築支援を実施)



ミャンマー

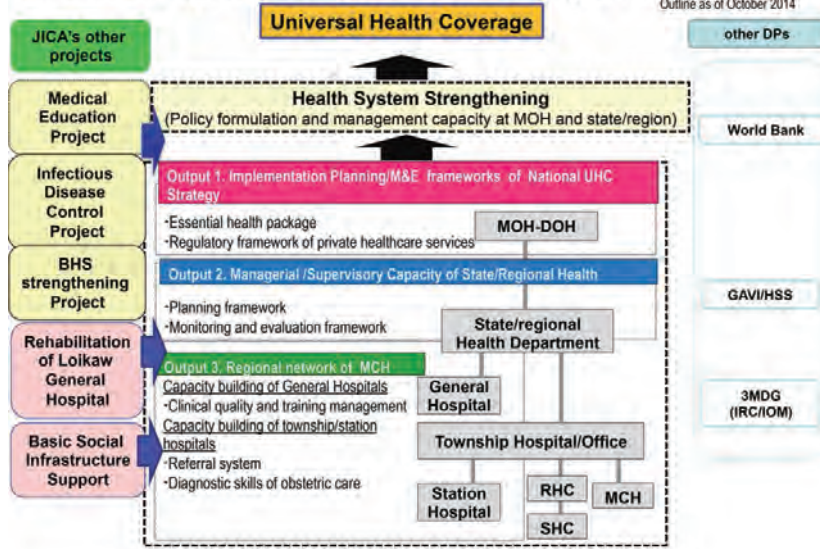
保健システム強化(HSS)プロジェクトの取り組み

□概要

- **目標:** UHC実現に向けた保健省政策立案能力と、対象州保健局・総合病院の事業計画、実施体制の強化
 - 成果1. UHC戦略の実施計画策定、M&Eの枠組みの構築
 - 成果2. 対象州保健局のマネジメント、監督機能強化。
 - 成果3. 州内母子保健医療サービスのネットワーク強化
- **実施期間は2014年11月から4年間**
- **実施体制:** 保健省保健局へ直営専門家2名、州保健局へ業務実施型コンサルタント専門家チームを配置。

JICA Health System Strengthening Project (Version 0.)

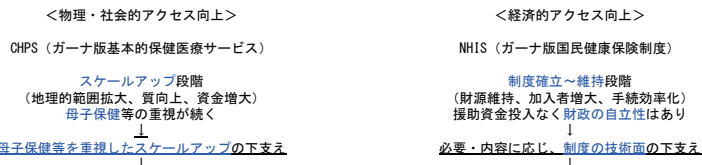
Outline as of October 2014



ミャンマー保健システム強化(HSS)プロジェクト プロジェクト実施での気づきと課題

- 政策立案への関与の困難さ
 - 中核政策の立案は極めてポリティカル、開発パートナーの関与を避ける意識がある。
 - 政策立案のための枠組み作りや、政策実行段階の実施管理キャパシティー強化を支援。
 - 保健省相手だけではファイナンスに取り組めない。
 - 財務省、労働省、社会福祉省、さらに大統領府とのコンタクトも必要、保健省をC/Pとする1技プロだけでは対応できない。
 - 開発パートナーが群雄割拠する中でのポジション
 - 世銀、GF、3MDGF、GAVI/HSSの巨額資金支援。
 - UNICEF, UNAID, UNFPAのプログラム支援。
 - WHOの技術支援（JICAプロジェクトとの連携親和性高い）。
 - こうした状況下でのJICAプロジェクトのポジションを確保。
 - 省内に入りこんだキャパビルの協働がJICA技協の神髄。
 - プログラムアプローチの再認識
 - UHC実現支援は、道路、通信等のインフラ事業も含めた複数の技プロ、無償、そして将来的に有償も含めたアプローチが効果的。
- ・ 現地の実情に合わせたPDMの見直しを検討中。

ガーナ：今後の協力の方向性(案)



2016年までの現行プログラム『アッパーウエスト州母子保健サービス強化』の成果を活かしつつ
母子保健の切り口で日本の取り組み（継続ケア（研究）、栄養等）も入れ込み
ガーナ版基本的保健医療サービスの“Effective”なカバレッジを目指した質の高い支援を展開する

- ・ アッパーウエスト州以外にも成果波及、活動をスケールアップ
- ・ CHPSとNHISの効果的連携、NHISの能力検証など物理・社会的及び経済的アクセス双方の向上に留意
- ・ 開発パートナーとの協働をさらに促進
- ・ ガーナのUHC、保健医療システムの優良経験を他国に活かすことも念頭に

※ 参考 CHPS（導入から15年目）とNHIS（導入から12年目）の持続性に関して、共通する要因（教訓）と考えられるもの

- 政治的リーダーシップ、政治的意義（Pro-poorな面あり）
- 経済成長（2010年に低所得国入り）
- 技術的妥当性（①自国の経験、試行に基づいた戦略立案。地域保健の重視はアルマタ宣言（1978年）以前より、CHPSは1990年代での実地研究に基づいて制度設計。NHISは郡レベルにおけるコミュニティ保険スキームを発展、また試行導入等して制度設計。）②戦略の簡易さ（サービス→CHPS、財政→NHIS）
- 開発パートナーの理解と継続的支援。内外の研究盛ん。

インドネシア社会保障制度強化プロジェクト Project for Strengthening Social Security System

日本の社会保障制度の知見・経験をインドネシア政府関係者と共有し、
社会保障制度の強化を支援する。

【協力期間：2014年5月～2017年5月（3年間）】

I. 特徴

- ◆ 小規模技術協力プロジェクト（本邦研修＋短期専門家＋現地セミナー）。
- ◆ スピーディに必要な投入を出来るよう、技術協力プロジェクトとして形成。
- ◆ 公的医療保険制度拡充をメインに採択したが、後にその他の社会保障（労災給付、老齢給付、年金、死亡保障）にも対応できるように工夫
→ 案件名やR/D文言を工夫。後にインドネシア側と協議し、労働関連にもスコープを拡大した。
- ◆ 長期専門家無しに多くのスコープに対応
→ 研修やセミナーの内容の企画、国内リソースの確保が課題

◆プロジェクト目標

日本の社会保障制度構築の経験に関する情報提供を通じ、インドネシアで新たに導入する公的医療保険制度等の社会保障制度の円滑な適用・運用に向け、関連行政官が適切な知見を得る。

◆成果

- 1) 日本の社会保障制度構築における経験・教訓が、社会保障関連行政官に共有される。
- 2) 日本の社会保障制度に関するケーススタディーを通じて、インドネシアの社会保障制度の適用・運用における 이슈や課題が抽出される。
- 3) インドネシアの社会保障制度の適用・運用における 이슈や課題への対応策が分析される。²⁵

インドネシア公的医療保険 本邦研修時の国内リソース例

- 政策研究大学院大学
（全体調整、コースリーダー的役割）
- 涌谷町町民医療福祉センター（宮城県）
（地域医療に関する視察）
- 千葉県船橋市健康福祉部
（国民健康保険運営に関する視察）
- 社会保険診療報酬支払基金
（東京都支部での審査支払等の取り扱いに関する視察）
- 厚生労働省
（医療提供、診療報酬等に関する講師派遣）

適用、保険料の徴収、滞納処分等にかかる日本の国保
保険者（自治体）が持つ豊富な知見が、インフォーマル
セクターへの適用拡大を検討する途上国にとって参考
となる。²⁶

課題別研修「アジア地域におけるユニバーサル・ ヘルス・カバレッジ達成のための社会保険制度強化」

◆研修の目標

日本の経験共有と各国の課題分析等を通じて、国民に普遍的に医療保障を提供する政策と
制度構築に関わる行政官の能力が向上する。

◆2013年度～2015年度実施（2週間、2015年度は11月8日（日）～21日（土））

◆内容

1. 事前準備として、ガイドラインに基づく医療保険制度及び医療提供体制に関するカントリーレポートを作成し、現状と課題について整理。
2. 各国の医療保障制度についての報告及びディスカッション。
3. UHCの意義及び医療保障に関するモデルの特徴と背景（日本と諸外国の制度比較）に関する講義及びディスカッション。
4. 日本のUHCに関する歴史的発展の経緯及びUHCを維持するにあたって直面した課題と対応に関する講義及びディスカッション。
5. UHC達成のための条件や方策に関する講義及びディスカッション。（住民情報管理、保険料徴収、低所得者への対応、医療提供体制整備、医療の質と医療費コントロール）
6. 関連施設の視察。（自治体における医療保険の実施状況、地域医療を担う医療機関等）
7. ディスカッションを通じて自国においてUHCを推進するために必要な要素（課題と対応）について分析し、ディスカッションノートを作成する。

今後に向けて(考慮すべき視点)

1. JICAとしての方向性(過去の学び・教訓から)

- (1) グローバルな事業展開(日本の経験の共有とともに途上国間の学び合いの促進)
⇒フラッグシップコース、JLN(Joint Learning Network)
- (2) セクターを超えた取り組みによる包括的な保健の改善
⇒ガバナンス、ICT、インフラなどとの連携
- (3) スケールアップとしての財政支援と事業の持続性
- (4) NCGM、NIPH、大学・自治体・民間との連携による日本の知と経験を生かしたオールジャパンでの支援
UHCにおける民間との連携は？

保健における日本の経験

●保健システムの文脈でみる1930～60年代の日本の成功要因

(ア)ガバナンス(母子保健法、結核対策、国民皆保険など、厚生省と地方自治体の有機的な連携、各種制度と実施体制、母子手帳の制度化、受胎調節実地指導員の設置等)の確立により、国全体の制度改革を実現

(イ)サービス提供(施設分娩の推進、生活改善活動とも連動した家族計画活動や乳児全戸訪問などきめ細かいサービス、学校保健、結核診断と治療)の質と量を改善し、国民全体の健康改善に貢献

(ウ)保健人材(女性専門職やボランティアの育成活用/開業助産婦、保健婦、母子愛育班)をコミュニティーレベルから充実

(エ)施設器材の整備(へき地における助産施設整備/母子保健センター)による保健サービスの質の向上

(オ)保健財政(健康保険制度による保健医療サービスの提供)の改革により、誰もが適切な保健サービスを受けられる環境を整備、1961年に国民皆保険を達成

(カ)保健情報(母子手帳制度と妊婦登録、出生登録の連動によりすべての母子の継続ケアを追跡、厚生省、地方自治体による指標モニタリング)の充実化による政策づくりへの活用や患者モニタリングの強化

●1960年代には1人当たりGNIが4倍の米国を乳児死亡率で逆転

(参考)⇒「日本の保健医療の経験」(JICA)、他各種調査報告書(下記2.(3)参照)

今後に向けて(考慮すべき視点)

2. グローバルヘルスや政策の動き

- (1) SDGs、新国際保健政策との整合性
ライフコースアプローチ
Vertical or Horizontal
感染症 or 非感染性疾患, or 新興・再興感染症
⇒UHCは包含できるか？
- (2) 感染症パンデミックへの対応
IHR(International Health regulation)強化
- (3) 国際社会の動き: GFF(Global Financing Facility)、
CRVS(Civil registration and vital statistics)

SDGs、新国際保健政策との整合性

- 開発協力大綱
 - ポスト2015年開発アジェンダ (SDGs)
 - 国際保健政策 (2016～2020) (策定中)
 - 途上国の現状 (States of the field) は？
- ↓
- UHC推進の具体的戦略を再整理

SDGs報告書における保健ゴール

Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages

- by 2030 reduce the global maternal mortality ratio to less than 70 per 100,000 live births
- by 2030 end preventable deaths of newborns and under-five children
- by 2030 end the epidemics of AIDS, tuberculosis, malaria, and neglected tropical diseases and combat hepatitis, water-borne diseases, and other communicable diseases
- by 2030 reduce by one-third pre-mature mortality from non-communicable diseases (NCDs) through prevention and treatment, and promote mental health and wellbeing
- strengthen prevention and treatment of substance abuse, including narcotic drug abuse and harmful use of alcohol
- by 2020 halve global deaths and injuries from road traffic accidents
- by 2030 ensure universal access to sexual and reproductive health care services, including for family planning, information and education, and the integration of reproductive health into national strategies and programmes
- **achieve universal health coverage (UHC), including financial risk protection, access to quality essential health care services, and access to safe, effective, quality, and affordable essential medicines and vaccines for all**
- by 2030 substantially reduce the number of deaths and illnesses from hazardous chemicals and air, water, and soil pollution and contamination
- Plus MOIs

Source: The Report of the Sustainable Development Goals Open Working Group

(参考) 世界の死亡数予測 (2015-2030) (WHOホームページ、他)

●世界の死亡 5732万人(2015年)⇒7010万人(2030年)

●MDGs関連(感染症、周産期死亡、栄養不良等):

1288万人(2015年)⇒1201万人(2030年)

妊産婦死亡(26万人⇒20万人)、HIV/エイズ(166万人⇒179万人)、結核(88万人⇒59万人)、マラリア(44万人⇒45万人)、下痢性疾患(180万人⇒161万人)、下気道感染症(322万人⇒354万人)

●非感染性疾患: 3919万人(2015年)⇒5179万人(2030年)

虚血性心疾患(759万人⇒924万人)、脳卒中(670万人⇒857万人)、慢性閉塞性肺疾患(321万人⇒456万人)、肺がん(163万人⇒241万人)、糖尿病(155万人⇒246万人)

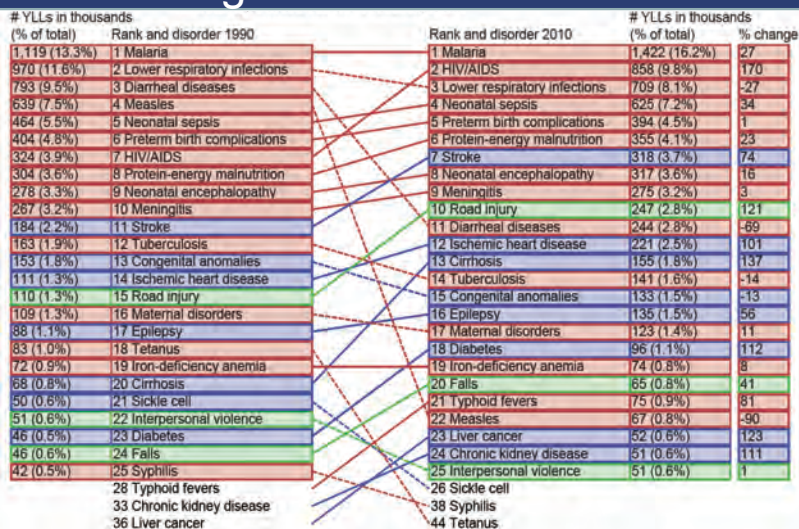
●傷害: 525万人(2015年)⇒629万人(2030年)

交通傷害(142万人⇒185万人)(* 240万人との予測もあり)

(その他予測) ・喫煙を原因とした死亡: 600万人(2015年)⇒800万人(2030年) ・大気汚染関連の死亡: 700万人(2012年) (←300万人(2008年)) ・薬剤耐性菌による死亡: 70万人(2015年)⇒1000万人(2050年)(英機関予測)

⇒**ただし、発生する地域・国、年齢層なども十分考慮する必要あり。**

Change in burden of disease



Chris Murrey

関連資料

- WHO世界保健報告2010年版: <http://www.who.int/whr/2010/en/>
- ランセット日本特集号(和訳): <http://www.jcie.or.jp/japan/pub/publst/1447.htm>
- 安倍首相TICAD V演説:
http://www.kantei.go.jp/jp/96_abe/statement/2013/0601speech.html
- 安倍首相国連総会演説:
http://www.kantei.go.jp/jp/96_abe/statement/2013/26generaldebate.html
- 安倍首相ランセット寄稿:
http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/page3_000401.html
- TICAD Vサイドイベント:
http://www.jica.go.jp/english/news/field/2013/20130605_01.html
(※日本の保健人材、日本の皆保険についての英文ペーパーにもリンク有)
- JICA保健分野ポジション・ペーパー「JICAの保健分野の協力-現在と未来-」
(2013年9月改訂版)
<http://www.jica.go.jp/activities/issues/health/index.html>
<http://www.jica.go.jp/activities/issues/health/ku57pq0000naiq-att/positionpaper.pdf>

関連資料

- 課題別指針: 社会保障(医療保障・年金等の所得保障・社会福祉)
[http://wwwweb.jica.go.jp/km/FSubject0601.nsf/ff4eb182720efaf049256bc20018fd25/6de82b04d77d23b0492579d400283a2d/\\$FILE/E8%AA%B2%E9%A1%BC%E5%88%A5%E6%8C%87%E9%87%9D%E3%80%8C%E7%A4%BE%E4%BC%9A%E4%BF%9D%E9%9A%9C%E3%80%8DH25.pdf](http://wwwweb.jica.go.jp/km/FSubject0601.nsf/ff4eb182720efaf049256bc20018fd25/6de82b04d77d23b0492579d400283a2d/$FILE/E8%AA%B2%E9%A1%BC%E5%88%A5%E6%8C%87%E9%87%9D%E3%80%8C%E7%A4%BE%E4%BC%9A%E4%BF%9D%E9%9A%9C%E3%80%8DH25.pdf)
- アジア地域社会保障セクター基礎情報収集・確認調査報告書
【要約編】
<http://libopac.jica.go.jp/images/report/P1000005554.html>
【各国編】
<http://libopac.jica.go.jp/images/report/P1000005556.html>
- The Path to Universal Health Coverage – Experiences and Lessons from Japan for Policy Actions -
[http://wwwweb.jica.go.jp/km/FSubject0601.nsf/cfe2928f2c56e150492571c7002a982c/88747202cb1e004d49257b86002b7e61/\\$FILE/The%20Path%20to%20Universal%20Health%20Coverage.pdf](http://wwwweb.jica.go.jp/km/FSubject0601.nsf/cfe2928f2c56e150492571c7002a982c/88747202cb1e004d49257b86002b7e61/$FILE/The%20Path%20to%20Universal%20Health%20Coverage.pdf)

IX

パネル討論

医療保障制度

～日本の経験を途上国の UHC 支援に生かすには～

村上 それではパネルディスカッションを始めます。まずは、日本からの UHC 支援、特に医療保障支援をどのように進めるべきかについて端的に示唆をいただきたいと思います。

杉下 途上国には個別の歴史があると思います。疾病構造の変化や、人口構造の変化、さらには経済構造の変化などをしっかり踏まえた上で、戦略的に支援をするような、一種のカテゴリー、スペクトラムみたいなものが必要だろうと思っています。それを本日提示させていただいたので、ぜひ皆さんの知見をいただき、「こういうタイプの国にはこういう支援が一番効率的ではないだろうか」と具体的に示していければと思います。研修という人材育成のツールのモジュールを組んで実施しながらも、その国の人々の努力を継続的に支援できるような体制を、日本のみならず、国際社会で作るためのネットワークが必要だと思います。そのための IHP プラス、ジョイントラーニングネットワーク (JLN) に、今年の WHO 総会を機に参加し、幾つかのイニシアチブにも入りましたが、やはり日本も国際社会の一員として技術協力ができるといいと思っています。そういった意味では、日本だけが提示できるものと国際社会の中で提示できるものを、しっかり抽出していくことが今の私たちが行わなければいけないことだと感じています。以上です。

村上 ありがとうございます。

米山 他の方と重なるところもあるかもしれませんが、問題点は色々な人のご指摘にもありましたように、類型化しながら国別の状況を見つつ、日本の経験が役立つところを同定していくことだと思います。やはり具体化においては、本日お越しいただいている各研究所、

大学、公益的な民間な団体など、さまざまな立場の関係者同士のネットワークを強化し、その国の状況に最も適当な方とマッチングしていければと考えます。そのために国内でのネットワークも広げていけると思っております。

また、国際社会の中では、日本の経験ばかりを強調するのは違うのではないかと考えています。例えば日本の製品が相手国に必ず役立つかと言うと、必ずしもそうではないという声も聞いております。そういう意味では、相手国から見て日本から役立つところや、ヒントがあると思っていただいているところを共有して、押し付けない形で支援していくことが必要だと思います。やはりジョイントラーニングネットワークのような、相互に学び合うものの一つとして日本のものを紹介し、日本の提供するものが非常に良いということであれば取り入れてもらえますし、場合によっては他の国から学んでいただくということもあると思っております。

村上 ありがとうございます。小林先生、お願い致します。

小林 まずは保健医療サービス提供の支援と医療財政の支援を分けて、サービスのアクセス、デリバリーがある程度充実してから、財政の支援に入っていくというのが、歴史的に見ても自然な形です。ただ、やはり適切なタイミングというのはあると思います。その時期を逃してしまうとなかなか公的な保険整備、あるいは UHC 支援が難しいという時期もありますので、そういう時に日本の経験や、あるいは戦後アジアで皆保険を実現した国の経験をシェアし合って、伝えていければかなり良い支援ができるのではないかと思います。当然どの国も同じ形にはならないので、その分岐点で、

何を重視したか、あるいはその時の政治情勢がどうだったかということ整理できればいいと思っています。

村上 ありがとうございます。島崎先生、お願い致します。

島崎 私は、まず、日本の国民皆保険の経験のなかで開発途上国に提供するに値する色々な「引き出し」を持っておくことが必要だと思っています。そのうえで、それぞれの開発途上国のニーズとマッチングさせていくことが必要だと考えています。確かに類型化することも重要だと思いますが、ベトナム診療報酬のワークショップの報告内容にありましたように、各国の医療制度の特性や発展段階に合わせ詳細な説明が必要とされる場合もあります。色々な国の方が参加する研修では、例えば診療報酬についてどこまで詳しく説明するかという点はなかなか悩ましいところです。また、日本の医療制度を説明する際に、後期高齢者医療制度を説明すべきか。さらに説明するにしても、このような制度を設けた理由等についてどのように伝えていくべきなのかは悩ましいところです。

それから、開発途上国にとって戦前の農村医療の展開は非常に参考になると思います。今日も紹介がありましたが、例えば涌谷町は宮城県のそれほど大きな都市ではありませんが、予防から医療、さらには介護までどのように一貫して行っているのかをお見せしました。また、住民がそのことについてどう評価しているのか、被保険者の異動の把握や保険料の徴収をどのように行っているのかなど、国民健康保険制度の全体像を見せる意味で非常に有効だと思います。そういう「引き出し」をたくさん持つておくことが、今後日本のUHCを国際的に展開していく上で重要なのではないかと考えております。

村上 ありがとうございます。宇都宮局長、お願い致します。

宇都宮 私はまず、このUHCを考える時に、これまでのプライマリーヘルスケア（PHC）や、ヘルスフォーオール（「すべての人々に健康を」）（HFA）と何が違うのかという点から考え、そういったPHCやHFAに加えて、財政的に自立して、サステナブルにできるという視点が大事であると考えます。それからもう一つは、全体としてのソリダリティ、あるいは全体としてのエクイティを求めていくという、国全体としての思考がなければ、なかなかうまくいかないのではないかと

と思います。途上国の類型化においても、今申し上げたような観点を入れる必要があると思います。やはりソリダリティやエクイティを思考しないところにいきなりUHCを入れても、かなり難しいと思います。よく見極めて、それらがある所については適切な支援をして、ない所には支援の内容を変えていくなど、少しメリハリを付けて進めるべきなのではないかと考えております。

村上 ありがとうございます。明石部長、お願い致します。

明石 「現在の日本はこうなっている」という話は、「すごいね」という話で終わってしまいますが、日本は実際に制度を作ってきた過程があるので、そのことは共有できるのではないかと思います。それは、財政面でも、サービス提供面でも言えると思います。また、議論の場で「日本特殊論」のような議論が外国から出ることがあります。例えば2015年1月のPMACサイドイベントでも、「日本は単一民族で、価値観を共有している」、「日本はかなり複雑な経過をたどって医療保障を作ってきている」というような日本特殊論が出ました。このことについて、日本のこれまでの経験をもう少し簡略化してモデル化し、何が実際にプロセスとして重要だったのかを提示できるようにした方が、他国から見えやすいのではないかと感じております。先ほどベトナムの診療報酬ワークショップの事例でも出ていましたが、国によって導入しやすい部分はそれぞれ違うので、日本国内で具体的に医療保障の運営に関わっている機関の知見は非常に重要だと思います。

村上 ありがとうございます。本日は会場に日本国内で制度を実施している成功例の関係機関の方々もいらっやっています。米山次長がおっしゃったように、国内での成功例のネットワークを広げていくことの一つのきっかけになるといいと思います。

ここまでにパネリストの皆さまからのご意見を一通りお聞きしました。非常に豊富なアイデアが出てまいりました。ここからはフロアからもご発言いただき自由に討議したいと思います。コメント、あるいは質問のある方は挙手をお願いします。

質問者 1 本日は貴重なお話をありがとうございます。私は今、アフリカのマラウイとラオスで活動しております。日本の保険システムの良いところを売り込

むというお話がありました。日本の今の医療システムには良いところがたくさんあると思いますので、それを分析するのも重要な点の一つだと理解しております。加えてもう一つ、外国の事情を十分把握した上で、どのような形で、どのような保険システムを導入していくのかを体系的に分析するシステムも重要だと思います。

私は国立国際医療研究センターのボリビアのプロジェクトに関わった経験があるのですが、ボリビアの保険システムが少しずつ動き始めたのが 1995 年で、地方分権化を進める中で医療体系が大きく変わった時期があります。その始まりを見た限りでは、このシステムは崩壊するだろうという印象でした。無料で、皆保険ではなく、部分的に 5 歳未満の保険や妊産婦に対する保険などが始まったのですが、それが 15 年経った今でもまだ拡大してしっかり動いているのです。あのシステムはなぜ動いているのだろうと疑問に思います。少なくとも現状としては確実に向上しているわけです。南米の最貧国という印象だった国で、実態として今も動いているので、なぜ動いているのかも検証していただいて、じゃあその中で、日本の保険システムの良いところをどう導入できるのか、ぜひ考えていただけるようなシステムがあるといいと思います。そのような外国の事情と医療保障のあり方について、どのように情報を収集し、分析を図っているのか、教えていただければと思います。よろしくをお願いします。

村上 ありがとうございます。ご回答ある方いらっしゃいますでしょうか。ボリビアの状況についてのお話になるでしょうか。

質問者 1 ボリビアに限らず、海外の状況についてです。どのような形で情報を収集しているのか、その情報を分析している機関があるのかどうかについて、今日お話があったケニアやラオス以外の国々についてお聞かせいただければと思います。

村上 私にとっても耳が痛いご質問です。情報を体系的に収集し、一括的に国内に提供できるように、国立国際医療研究センターで実施すべきという答申もいただいております。それに向けてやらなければいけないと認識しております。他にパネリストの皆さんからコメントがありますでしょうか。

米山 プロジェクトベースの調査が多いです。ある病院について、もしくはある技術協力プロジェクトを行

うためという調査になっています。例えば、感染症について詳しく調べても、保険全体のデータでは必ずしもなかったりします。調査結果は JICA の図書館サイトなどで報告書を検索することはできますが、各国の保険状況を整理して随時アップデートしているかという点、数年経つとデータが陳腐化してしまうこともあり、できていません。各機関が個別に各国へ行って調査をしていますので、相手国からすると重複した調査も多くなっています。オールジャパンで情報をシェアしながら、各国の最新の UHC 情報が得られるようなサイトを作ることも考えていけるといいと思います。

村上 ありがとうございます。データベースの構築について「トロイカチーム」というものを作っております。それは科学院、国立国際医療研究センター、JICA の三者のワーキンググループの一つで、その中でも JICA が進めているデータベースのことがいつも出ますが、いかがでしょうか。

杉下 今、トロイカチームということで、JICA の中で幾つかの既存のデータベースをクラフトして、分かりやすい形で提供するために組織的に進めてきています。例えば、人口と疾病構造、さらには経済状態の変化などから、その国のグランドピクチャーをしっかりとプロファイリングするのは、実はそれほど難しいことではなく、数字上は分かることなのです。ただ、一番難しいのは、ポリティカルウィルをどう判断するかというところのギャップが現場からしか出てこないのです。この分析が非常に難しいです。文献からではできません。UHC 達成で一番大きなギャップは、その国が本当に求めているのか、何かをやりたいと思っているのかという判断が難しいことです。現状では全然進んでいないのに、もっと上のことを実施しようとしてミスマッチを起こしたりするので、テラーメイドに測られないと良い協力はできません。先ほどの話に出ましたが、モジュラーを組んで選び取っていくようなものを使わないといけないという問題意識が重要です。プロファイリングはできるかもしれませんが、一歩先に進んだ分析はそれぞれの専門家や現場の人たちにかかっています。そのために、どう政策判断に生かせるかという能力について、専門家の育成やガイダンスを JICA やトロイカでできるようになるといいと思っています。その部分は実は日本に限らず、どこの機関でもできていないと思います。このミスマッチをどう埋めるかは非常に大きな問題だと思っています。

村上 ありがとうございます。数値的なデータプラス、ソリダリティ、エクイティ、クオリティー、いわゆる政策上の質的などところをどのように情報化するかという課題です。よろしいでしょうか。他の論点はありますでしょうか。

質問者 2 先日グローバルストラテジーの会議があり、SDG に関するディスカッションがあったのですが、一つの方向性として、SDG というのは包括化や、広く考えるという方向にあるのだらうと思いました。それを踏まえて二つほどお聞きしたいことがあります。

島崎先生が日本においてファイナンスとデリバリーが非常に連結した形になっていることをお話されました。宇都宮局長からは DRG のお話があり、DRG は必ずクオリティーの問題がある話であるとのことでした。日本は DPC を導入しながらも高齢期のモニタリングがさほど強くないのは、一定の質に戻っているという見方があり、そこにソリダリティの問題があるのかもしれませんが。ファイナンスシステムを考える時に、必ずデリバリーやモニタリング、クオリティーなどが、必ず関係してくることがあるような気がします。

日本における保険制度の中でもさまざまな制度があります。例えば小児医療においても、医師会や行政の制度とか、小児慢性特定疾病、育成医療、高額医療などの制度、あるいは結核の制度など色々と別立てになっています。さまざまな制度の中に診療報酬が位置付けられるので、「実はこのボタンを押すとこういうことになる」というものがたくさんあります。先進国でもそうですが、新しい制度は、作るというのではなくて、現実にある制度の中に、次にどのボタンを押すかということだと思います。その時に日本が肯定できると思うのは、「このボタンを押すとこういうことが起こった」、「このボタンを押すとこういうことになる」というような知能集積がたくさんあることだと思います。そういうものをたくさん集積してお伝えることは非常に貴重なのではないかと思います。特に制度を作っている政策立案者の立場にあると、どうなるかが予測しにくい状況の中で、「これをやっつけばこのようなことが起こった」、あるいは「こんなことが起こるからこれはやらない方がいい」というような知見は役立つのではないかと思います。運用的に出てくる問題を集めてお伝えてすることも重要だと思います。そういう意味で、包括的に日本の保険制度の中での政策的な学びが提示できるかというと思いますがいかがでしょうか。もう一つは、少し必要な議論だと思う点です。医療政

策は国ごとに決められるものではありませんが、国と国との間の相互関係、相互作用が非常に大きくなりつつあると思います。例えば、診療報酬一つとっても、診療報酬の手前で、医薬品、医療機器の承認という面では、関係機関が連携して始めています。医薬品、診療のレギュレーション、ガイドラインなどは、グローバルな動きが重要になると思っております。単に医療を外国人に提供するような国際化ではなくて、医療制度そのものが国際的に標準化していく話が出てきていますが、日本の UHC についてもグローバルレベルで話し合う基盤があってもいいと考えます。今までの話では日本からの話が多過ぎるので、グローバルな視点での話があってもいいような気がしますがお考えをお聞かせください。

村上 ありがとうございます。まずは、制度上、あるいは政策上での経験についてですが、行政経験の長い島崎先生、あるいは宇都宮局長、いかがでしょうか。

島崎 おっしゃる通り、色々な経験の蓄積があると思います。多くの政策の選択肢があるなかで、なぜそういう政策選択をしたのか、そしてその結果どうだったのかということは、失敗例も含めて多くの政策的示唆があります。例えば、老人医療費の無料化は失敗例だと思いますが、成功例、失敗例を問わず、こうした選択の結果こうなったという経験を集積しておくことは重要かもしれません。

それから、少しご質問とずれるかもしれませんが、先ほどのソリダリティのことで私の観察を申し上げます。日本は農村や企業の共同意識が強いことが国民皆保険成立の大きな要因だと考えていますが、開発途上国で UHC を目標に掲げている理由の一つとして、むしろソリダリティが弱く国民的なインテグレーションを高めるために、UHC を標榜している面があるように思います。例えばインドネシアでは、地方分権が進み、民族・言語・宗教も違っている中で、国民的な統合を高める対策がどうしても必要なわけですが、他方、インドネシアではソリダリティの基盤がないかということ、灌漑対策農業をやってきた国では地域レベルの互助機能が見られるところがある。そういうところまで下りた分析していかないと、なかなか地に足の着いた助言ができないのではないかと感じています。

また、診療報酬との関係についてですが、例えば医学教育のレベルや医師の国家試験レベルまで含めて考えないと、日本の仕組みをそのまま輸出できるかどうかにはクエスチョンマークが付く気がしております。

村上 ありがとうございます。宇都宮局長何かございますか。

宇都宮 フロアからたくさん手が挙がっていますので、ほかのご意見をいただいた方がよろしいのではないかと思います。

村上 それではフロアの方からお願い致します。

質問者 3 本日はありがとうございました。コメントと質問が一つずつあります。類型化の話で、国の UHC の進捗状況によって、サービスデリバリーからまず整えていくという保障をする国と、制度としてはあって、具体的などころをさらに拡充していくという国があって、非常に分かりやすいと思いました。この UHC の流れの中で、サービスデリバリーの部分がまだ不十分であっても、多くのアフリカの国で医療保障を整備したという流れは避けられないので、それは両方同時にやっていく必要があります。むしろ UHC の話は、保健財政や医療保障を担当している局がリードしていて、サービスデリバリーとの整合がうまくなされていないことが課題とっております。ケニアにおいても、医療保障の担当の局と他のサービスデリバリーの局との間を取り持って、いかにサービスと医療保障のバランスを両方見ながら中長期な計画を作っていくかが重要であり、その間を取り持つことが、日本ならびに現場の人たちの役割として大事だと思っております。

それから質問です。日本の経験は、ベトナム診療報酬ワークショップでの DPC の事例で、各国が実施しようと思っている制度と同じではないものの、個別の話になっていくと非常に参考になりやすいと改めて思いました。そういう意味では、UHC を導入し、医療保障の仕組みを見直していこう、細かいところも制度設計をしていこうという国にとって、日本が何を具体的に提供していけるのかがいつも悩みどころです。導入国に対して、どういうところが参考になるかをぜひお話しただけたらと思います。

島崎 開発途上国にとって、日本の経験から学ぶべきことは色々あると思います。診療報酬はその一例です。しかし、逆説的なことを言うと、最も重要なことは、自分の頭で医療政策を考える人材をいかに育てるかだと思います。表面的なテクニカルなことに関心を持ち説明を要求してくることがあるのですが、私は日本の経験をつぶさに見ると、色々なことを自分の頭で考え、

なおかつ全体像をしっかりと把握して制度を設計していること、他国のこともよく勉強しながら日本の実情を踏まえ工夫するといったこと、一言でいえば、自分の頭で考えて制度設計したということが一番大きな教訓のような気がします。

村上 小林先生はいかがでしょう。

小林 私からも一言、よろしいでしょうか。多分相手の立場によっても違うと思います。日本と途上国は違うと思いますが、例えば、医療系の官僚は点数制度に非常に関心持つかもしれませんが、政治家は大きな制度をどうすべきかに関心を持つでしょうから、相手次第などころはあると思います。

村上 杉下先生、お願いします。

杉下 考える人材がそこにいるかどうかがとても大切で、そのための能力強化が重要だと思っています。その中で、保健財政に踏み込むことは、その国がちゃんと主権国家として保健にちゃんと投資をするかという視点が大切だと思っています。「お金をあげるから作りませんか」ではなくて、少なくとも「お金を貸すからやりましょう」という提案でないといけないわけです。これは私たちが実はサービスデリバリーから学んだ大きな教訓です。彼ら自身は考えなくなってしまったということを大いに反省しないといけないと思います。UHC 自体は、自分たちがお金の面も人材の面も含めてどのように国をデザインしていくかという、そういう新しい次元なので、そこをまた「私たちがやりますよ」では駄目なのです。彼らがどのようにして自分たちの資源の中で動かしていくか。それが国家の経済的な、もしくは社会的な発展だという一つのグランドシナリオを目指そうとする提案だと思います。ランセットコミッションは、先進国は途上国支援において「国家の失敗」でなく「市場の失敗」に取り組むべきであり、そういう責任があると書いてあります。「国家の失敗」に関しては今のエコノミックグロスを考えると、自国でも基本的なサーベイランスはプロファイリングできると思います。ただし、それが貧困層に届こうとした時に、どういう資源をどのように使うかは、その国自身の考えが必要になります。レギュレーションや関税の問題から、ヘルスコモディティや、サービスそのものが高価になる問題が出てきています。新薬の開発や、新しい検査の市場価格をどのようにして下げていくか

を考えていかなければ、いくらお金があっても足りない時代になっていくと思います。特にNCDでは、ワンタイムで治っていた感染症や母子保健と違って、永続的に検査をしながら薬を飲んでいきます。とてもお金がかかります。そこに飛び込もうとした時に、やはり私たちが本当に考えなくてはいけないのは、「国家の失敗」も当然なのですが、「市場の失敗」をどう考えていくかということだと考えます。こういうデザイン思考が必要なのではないかなと感じています。そこでしっかりと財政も強化しながら、お互いにどう競争していくかという、新しい時代なのだと思います。

村上 ありがとうございます。グローバルなレギュレーションに関する教育については、医療の海外展開に関する勉強会を開いています。製品の展開にも関わってくる問題だと思います。非常に重要なトピックだと思いますし、取り組んでいきたいと思います。次の方、お願いします。

質問者4 いわゆるUHCをやることによって、ソリダリティを固めたいというところが実はあるのではないかというお話がありましたが、私も同じように考えています。社会的資本の中の典型的な制度資本です。医療は典型で、ソリダリティと相互に依存的なものがあり、どちらが先かではなくて、両方やっていかないと固まっていけないので、大事だと思いました。

また、これからはポストMGDの中で世界中の人がUHCに集中していくわけです。国際社会ではさまざまなドナーがいて、それぞれ資金力もあるので、日本が他のドナーとどのようにパートナーシップを組み、日本のお金を入れてUHCに貢献し、成果を出すのかという大きな枠組みでの戦略を持ってないと、結局「日本の特徴を売りました」というだけで終わってしまいます。プロセスや実施したことで満足してしまう話になっていて、サービスを受ける側に対してアウトカムレベルで何を生み出すのかというところが見えてこない印象を受けております。どういう戦略をもって日本のお金を使い、UHCに貢献して、貢献したことを何で測ろうとしているのでしょうか。

米山 今のご質問にクリアに「これです」と答えられる状況ではないです。ただ、グローバル・ファイナンス・ファシリティ（GFF）、つまり保証金のための資金を動員していくことが議論されています。これは多分UHCを言っていた日本やフランスよりも、カナ

ダ、ノルウェーが母子保健のためにやるべきだと言っています。一方、エボラから始まってPEF（Pandemic Emergency Facility：パンデミック緊急ファシリティ）のようなパンデミック対策のための資金をいかに作るかという議論も出ています。それは次のG7で議論されるということですので、MDG後の最初のG7伊勢志摩サミットで、日本がどのようにリードしていくのが問われていると思います。2000年に九州・沖縄サミットで沖縄感染症対策イニシアチブを日本が出して、それがグローバルファンドにつながってきたという経緯がありますので、政府としては考えていくことだと思います。今、国際社会も付いてくるような、日本初のファシリティのようなものが作れるのか、政府も模索しているところかと思います。そういう意味では、今、ここでこれを出せばと言うのではなく、やはりオールジャパンとして考えなくてはいけないのだと思います。SDGと新しいファイナンスメカニズムの時代を今後考えていく必要があるということだと思います。他に補足があれば他の方にもお願いします。

杉下 グローバルモニタリングの色々な協議には参加していますが、少なくとも100%のファイナンシャルプロテクションと、80パーセント以上のサービスアクセスという目標は掲げられています。実はこれ自体は玉虫色の目標で、恐らくエクイティが2015年以降の最高の関心事だろうと思います。そこがなければ、スタビリティや国家のセキュリティなど、色々なものが生まれないのでやはり大切で、そういった意味では、UHCを提唱するのは、今の資本主義への反抗にも見えます。ピケティは、明らかに資本主義はエクイティの達成に役に立たないと述べていますが、私たちが今持っている経済モデルが本当に弱者の救済になっているかが試されていると思っています。そこをどうモニタリングするかという話になってくると、保険のサービスだけではなく、総合開発であり、地域開発や社会開発という枠組みで考えないといけないと思います。現在のSDGの中では、そのような目標を持っていないと思います。ディグニティやプラネットという言葉で表現されているところは、今後きちんと形になっていけばいいですが、形になることでまた分からなくなってしまう部分もきっとあると思います。今後私たちが目指すのは、保険という切り口の中からどのようにしてエクイティを達成していくのかを、地域で、さらにはグローバルに考えていくことなので、少なくともその枠組みが出てきたこと自体はとても良いことだと思っています。そこをコミットすることが必要だ

ろうと思っています。

村上 簡単なことではないと思いますが、一つの提言として非常に重要かと思えます。次の方、お願いします。

質問者 5 視点を変えて、私は結核の国際的なニーズという立場から、コメントさせていただきます。日本の得意分野ですので、これからやっていくユニバーサル・ヘルス・カバレッジの中に結核も入れるべきだと思っています。なぜかという、日本の結核対策は、日本の公衆衛生をつくってきた歴史の核だったからです。日本の結核対策がどのようにプライマリーヘルスケアに関係したのかを分析した論文があるのですが、その中に日本の厚労省は結核の対策をしながら、実は日本の公衆衛生を強化していたと書かれています。結核対策がそういうツールとして非常に役に立っていたわけです。問題の大きさと中身は少し違いますが、結核対策に国家予算を保健予算の3分の1も使い、徐々に結核が減ったことによって、逆にその予算が国民の皆保険の方に流れていきました。先ほど公費負担の部分が議論に出ましたが、やはり非常に重要な部分であり、公的な部分をどのように保険に盛り込んでいくかという日本の経験なわけです。「こちらはグローバルファンドがやっている」、「こちらはユニバーサルヘルスカバレッジでやる」というのではなく、お金は全体でどのくらい使っているのかを捉える必要があると思います。その中で、公的なお金がどのくらい入っていて、実際にこのディストリクトではどのくらいのお金を扱っていて、グローバルファンドによるお金はどのくらい使っているのかを分けていかないといけません。UHCという言葉の中身にそういうものを含んでいないのは片手落ちだと考えます。そして、やはりツールとして使ってほしいと思います。私が結核対策をやるべきだと思っているのは、結核専門だからやりたいと言っているのではなく、本当に日本の公衆衛生の一つの核だと考えるからです。数は減りましたが未だにどこかの保健所にも結核患者がいて、その結核対策を行っている保健師さんたちは、公衆衛生に役に立つと言っています。つまり、最初があり、終わりがあって、評価があって、あらゆる公衆衛生のシステムがそこに全部含まれています。あまり大きな問題ではなくなってきましたが、日本の得意とする分野としてぜひ入れてほしいと思っています。各論の話ですが、マラリアや HIV にも共通することがたくさんありますし、新しい新興感染症の対応にも役立つベースを作ることにもな

るので、ぜひその視点を入れていただければと思います。

それと、アメリカは結核対策に対して非協力的で、世界の結核対策にあまり力を出してこなかったのですが、ここ 10 年ぐらいは資金を投入して独立した結核のプロジェクトを実施しました。その理由は、世界の結核を対策しなければ自国の結核が減らないという安全保障の視点からです。自分の国のためというのをあまりむき出しにしたいはないのですが、連動しているということで、ぜひその視点を入れていただければと思います。

村上 ありがとうございます。特定疾病対策という縦糸と、制度整備という横糸をどのように組み合わせるかということでもあると思いますが、パネリストの方からコメントはありますかでしょうか。

島崎 一つ申し上げておくと、国民皆保険が実現した 1961 年に結核予防法の大改正が行われ、公費の拡充が行われています。当時、結核は今と比較にならないくらい大きな脅威でしたが、結核医療に対し大幅に公費を拡充したことは、国民皆保険をソフトランディングしていく上で非常に大きな意義があったと思います。あまり指摘されていないことかもしれませんが、社会的な観点も含めて、もう少しきちんと伝達すべき事項だと思います。

村上 ありがとうございます。宇都宮局長、お願いします。

宇都宮 今までの日本の歴史の中で、結核対策の中にあらゆるシステムが含まれていると思います。日本の経験として特に皆保険の話がフォーカスされますが、経験全体で言えば、子どものための母子保健対策、あるいは結核対策は、かなり途上国の参考になる話であり、その中でどう捉えるかという話だと思います。経験の中にも、例示として色々なものがあるということだと思います。

村上 ありがとうございます。次の質問をお願いします。

質問者 6 明石先生と米山次長のプレゼンを中心に、3 点ほどコメントや質問があります。UHC だけでも大きな課題で大変だということですが、実際、UHC は単に

社会保障の一部で、ドイツのビスマルクは、失業保険、年金、医療保険を全部ワンパッケージで作りました。ビバレッジも3点セットを入れました。その背景には、完全雇用し、お金を賃金として与えてプールすることが前提になっているので、少なくとも経済的な側面のプランがなければ、UHCは不可能になってくると思います。先ほど JICA は社会保障をやるのであり、UHC ではないと言及がありました。しかしながら、この専門家は世界的にも数が少ないわけです。具体的にどうするのかという戦略がなければ、どうナビゲートされるのでしょうか。「Thinking Globally, Acting Locally」ということで UHC がアクトし、全体像は常に見ながら行うというような解決があるのでしょうか。そのあたりについてお話しいただきたいと思います。

それから案件形成のプロセスモデルは、本質的にはナビゲーションだと思いました。パッケージや類型化ではなく、プロジェクトをどうナビゲートしていくかということだと思います。そういう人が非常に重要です。かつてエーベル＝スミスという人がいて、世界中の保健システムについてコンサルテーションをしていました。どこかの保健を色々といじって、そのノウハウを別の国に伝えるというような方法だったと思うのですが、プロジェクトをナビゲートする人だったわけです。ナビゲートするためにどのようなパッケージが必要かと考えたら、日本の経験を伝える人材を作っていくことです。このプロセスモデルをぜひ完成されたら良いと思っていますが、どのようにしてそのナビゲーターを育てるかということについて、いかがお考えでしょうか。

3点目は非常に簡単です。忘れてならないのは、日本のもう一つの経験である、満州です。満州は、13年間で原野を近代国家にし、そして社会事業に力を入れた。あの経験を生かせることも重要になるかと思えます。以上でございます。

村上 ありがとうございます。米山次長、医療保障、社会保障全体の関係性についていかがでしょうか。

米山 医療保障ではなく、社会保障でやっていくということではなくて、そういう事例がインドネシアではあるということをお話したつもりです。UHCの医療保障を中心にやっていこうという大きな政策の中でも、各国で全く同じような枠組みでできるかという、やはり国によって状況や意思が異なり、他のドナーとの調整も必要になってきます。日本に何を支援してもら

いたかが国ごとに違います。そのニーズも踏まえて相手国が日本に何を期待しているか、予算配分等も含めて、協力の切り口を切っていく。UHCというコアがありながらも、相手国の行政と医療をどういう形でやっていくかということだと思います。やはりインドネシアにおいては、社会保障の中で他の年金等と一体化して支援してほしいという話になりました。国によってはUHCよりもサービスデリバリーをきちんとやりながら、一部に導入を考えてほしいというところもあります。そこは国の状況を見つつ、リソース、予算とも相談しながら国ごとの切り口を考えていけばいいと思います。試行錯誤しながら、最も良い体系的な協力パッケージを作っていく方向で整理していければと思います。ベトナムはまさに日本の経験をもとにUHC支援を本格的にやっていく一つのモデルとして、これから期待されていくと思っています。

村上 ありがとうございます。マルチセクターの組織である JICA の強みでもあると思います。逆に、NCGM のようなセクター組織ではなかなか難しいところなので、協力していけたらと思います。明石先生、案件形成プロセスモデルの進展とナビゲーターどう育てるかという点についていかがでしょうか。

明石 大変貴重なご意見をいただきました。結核対策や小児保健のサービスの部分を財政のモジュールに組み込むべきなのだと考えさせられました。トータルにUHCのシステムを考える上で、政策決定者なり、実際に動く人たちにとって重要なメッセージ、あるいは情報になるのではないかと思います。

また、モジュールそのものについて色々な実施機関では知っている人がいると思いますが、日本国内の人材は恐らく分散しているのだと思います。具体的にどのような人材があり、その人たちがどういうことができるのか。国際的に何が起こっていて、途上国では何が問題なのか。それらをお互いに知らない状態なのではないかと感じます。そこで、統合する必要性があるのではないかと思います。専門性はすでにあると思いますが、トータルに知っている、あるいはお互いに知っているというところまでは、まだいってないのではないかと思います。統合することによって、途上国の人たちだけではなく、日本人の専門家、あるいは世界的な専門家を育てるために、一つの有用なモデルができるのではないかと趣旨です。それでは誰がコーディネートするのか。誰がナビゲートするのか。それにつ

いては「皆さん、どうですか」というある種のメカニズムが必要だと思っています。関連機関で考えたいと思いますし、ご提案があれば歓迎したいと思っています。

杉下 20年前は、エーベル＝スミスの中にノウハウが蓄積され、おっしゃったようなことが起こりました。プロジェクトを引っ張っていくのは、やはり個人の部分だと思うので、人材を育てていくことはどうしても必要だと思いました。

村上 非常に有益なコメントをありがとうございます。次が最後の質問になります。

質問者7 二つ質問と二つコメントがあります。一つは、案件形成プロセスモデルについてですが、イメージ的にタイムスパンはどのくらいのものとお考えでしょうか。また、UHCを推し進めるにあたって、JICAの中にもある程度のタイムスパンでどこまで実施するかという具体的な議論はおありでしょうか。

二つ目は、SDGsと今後についての問題です。今、データ収集の必要性が言われていますが、今後どういう形でデータ収集していくのかについてお考えがありましたら教えてください。

それからコメントは二つです。一つはUHCについて私が個人的に感じたことは、リーガルフレームワーク（法的枠組み）の重要性です。これについてはあまり研究もされていないようですが、リーガルフレームワークが果たした役割は非常に大きいものがあると思います。ぜひ何らかの形で研究をしていただき、情報をシェアしていただきたいと思います。

二つ目は、コミュニティーという視点です。コミュニティーの中で、UHCは最終的にどうあるのかをイメージとして持っていただくことが重要だと思います。NGOの視点からは、レジリエントな地域の構築に果たすヘルスシステムの役割が、先ほどのエクイティにも関連して非常に大きなものだと思います。ぜひ次の機会に今後こういうことを考えていきたいというお話を伺えればと思います。以上です。

村上 ありがとうございます。明石先生、案件形成プロセスモデルのタイムスパンについて、いかがでしょうか。

明石 タイムスパンは、9月までに論文の形で作るようにと言われていました。さらに12月までにはある程度コンプリートなものを作らなくてはならないだろうと

考えております。実際には、もう既にベトナムでは始まっています。ベトナムの内容を受けて、こういう形であれば日本としてはチームレスに支援するというモデルになり得るのではないかと考えています。もしできるのであれば、他の国でも皆さんが結集してやっていくという形になり得るのではないかとというのが個人的な考えです。

村上 ありがとうございます。データ収集に関して、コメントありますでしょうか。

杉下 データ収集に関して色々な議論がありますが、モニタリング国際会議の中で、9月までにデータコンソルツという形で国際社会が協調して、UHC達成をモニタリングするメカニズムを作る動きがあります。個々にやるのではなくて、協調してやっていきたいと思います。ということが提案されていて、国連総会でその辺りのプレマークが示されることになっています。当然そこを協調しながらも、JICAもプロジェクトのモニタリングと、そのインパクト評価をやっていかなければいけないと思っています。これらに加えて話が出てきているのは、住民登録と人口動態統計の整備をどうするか。保険のみならず、さまざまな社会給付制度を戸籍や家族の登録の中に位置付け、しっかりとトラッキングする中で、インフォーマルセクターを巻き込み、税収入等を含めて、しっかりとした国家を作っていくための基礎的な基盤作りを進めていく話になっています。つい先日、開発資金会議の中で、カナダを中心として、そういう話が出てきています。特に住民登録に関しては、保健セクターが中心になっている国は10パーセントしかないのです。JICAとしてもそこを越えて支援できるかどうかを検討しています。日本の企業が貢献することもあり得るという判断もあり、ディスカッションが恐らく9月ぐらいまで続けられると感じています。

村上 ありがとうございます。コミュニティーの中でのUHCのあり方について、外務省でNGO研究会の発表がありましたが、地域内互助が進展していく中でNGO活動がどのように共存するのかという課題が出てきました。そういうところを踏まえて、今後考えていければと思います。色々ディスカッションをありがとうございました。非常に有意義な内容でしたので、ぜひまとめを作ってまた皆さんにフィードバックし、さらに議論ができればいいと思います。パネリストの皆様、どうもありがとうございました。

閉会の挨拶



国際協力機構 人間開発部 次長
現 国際協力機構 東南アジア・太平洋部 次長

米山 芳春

最後に僭越ながらご挨拶させていただきます。最初に、宇都宮局長はじめ、NCGM の皆さん、ありがとうございました。

本日は NCGM の方にイニシアチブを執っていただき、非常にいいセミナーができたと思います。UHC は、2～3 年前から日本でも色々と話題になってきて、国際会議等で議論されておりましたが、日本の経験をいかに途上国支援の中で活用できるのかについて今回踏み込んで議論ができました。実りのある議論ができたという意味で、UHC について今までと違った議論ができたと思っております。ぜひ今後も本日参加していただいた機関の方には、今後も関心を持っていただき、また議論に入っていただきたいと思っています。

ポスト MDGs について、伊勢志摩 G7 サミットに向けて、JICA、NCGM、NIPH で研究班を作って取り組んでいるわけですが、今後も UHC に向けてオールジャパンで取り組んでいく必要性は高まっていくだろうと思っております。海外、途上国に知見がある機関と、日本の医療保障に知見のある機関とが連携を深め、支援のための引き出しを多くしながら一体的に連携して UHC 支援を進めていけたらと思っております。

本日は長時間の議論に参加していただきまして、誠にありがとうございました。主催者、NCGM の皆さん、参加していただいた皆さん、どうもありがとうございました。これで閉会とさせていただきます。

平成 26 年度国際医療研究開発費（課題番号 26 指 1）
「日本から東南アジア、アフリカへの有効なユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）支援の研究」
研究報告シンポジウム



医療保障制度
～日本の経験を途上国の UHC 支援に生かすには～

発行
2017 年 3 月

国立国際医療研究センター
国際協力機構

国立国際医療研究センター 国際医療協力局
東京都新宿区戸山 1-21-1
<http://kyokuhp.ncgm.go.jp/>
info@it.ncgm.go.jp

国立国際医療研究センター平成 26 年度国際医療研究開発費（課題番号 26 指 1）「日本から東南アジア、アフリカへの有効なユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）支援の研究（主任研究者 村上仁、松原智恵子）」の助成にて行われました。



National Center for Global Health and Medicine
Bureau of International Health Cooperation

国立国際医療研究センター 国際医療協力局

<http://kyokuhp.ncgm.go.jp/>



Japan International Cooperation Agency

国際協力機構

<https://www.jica.go.jp/>



9784909675392