

課題番号 : 26指1
研究課題名 : 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
主任研究者名 : 村上 仁
キーワード : ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ (UHC) 、健康社会保障、医療保険、
東南アジア、アフリカ
研究成果 :

背景：ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ(Universal Health Coverage, 以下UHC)とは、世界保健機関(以下WHO)の定義によれば「すべての人が適切な予防、治療、リハビリなどの保健医療サービスを、必要な時に支払い可能な費用で受けられる状態」である。UHCは、2015年が目標である、国連ミレニアム開発目標の次なるグローバル・ヘルスの目標の一つとして、有力視されている。

目的：以下を明らかにすることを目的とする：1) 東南アジア、アフリカ途上国のUHCに向けた進展状況と、課題；2) 我が国の国民皆保険制度を中心とする医療社会保障制度と上記1)に照らし、我が国が比較優位性を持つUHC支援事業内容；3) 途上国のUHC進展のモニタリング評価指標の設定と測定法。

方法と結果：

(以下村上分担研究)

本研究班に先行した25指4において実施した、ベトナム、ホアビン省調査と同じプロトコルにて、ラオス、ビエンチャン首都圏(特にハサイフォン郡)にて、2014年10月調査を実施。計20名のキーインフォーマントならびに543名の出産1年未満の産婦にアンケート調査完了。主要所見を以下まとめる：1) 公務員、被用者、インフォーマルセクター従事者の保険が並立し、リスクプールが小さい；2) 公務員を除き、(被用者も)保険加入率が低い；3) 加入者は登録医療施設(原則1か所)でしか保険診療を受けられず、保険外診療を選好する加入者が多い；4) 医療機関は保険からの人頭ベースの支払額で赤字を出すため不満で、患者も医療内容に不満であり、特にインフォーマルセクターの保険では、過去数年で加入者が激減している。分担研究者の杉下はケニアの医療保障の調査を実施し、公務員、フォーマルセクターに比べ、インフォーマルセクターの医療保障カバレッジが著しく低いことを明らかにした。

(以下島崎分担研究)

日本では戦前から戦後にかけて、「保険あって医療なし」にならないよう、農村や僻地を中心に産業組合の農村医療普及事業や国民健康保険直営診療施設の整備が進められた。これらの活動実態等について基礎データの収集・文献調査等を行った。日本のUHCの実現プロセス等の固有性と普遍性を検討するに当たり、日本の国民皆保険をモデルにした韓国および台湾との比較研究が有用である。このため、今年度は特に診療報酬について焦点をあてた研究を行った。

(以下小林分担研究)

東南アジアを中心とする途上国のUHCの現状と課題を整理するため、12月にタイ、フィリピン、台湾などの公的医療保険に係わる研究者、実務者を日本(東京大学)に招へいし討議を行うべく準備を進めている。また、わが国の皆保険(UHC)について社会保障の歴史の中に位置付ける作業を行い、その成果を著書論文としてまとめた。

(以下村上分担研究-杉下研究協力者)

WHO・世銀を中心とするUHCモニタリングのための指標設定の議論を、国際会議への参加等を通じ把握。現在サービス側面、財政側面双方の候補指標がリストアップされ、絞込みが行われている。所得、ジェンダー間等の差異を実証することも重要なモニタリング戦略とされる。

結論

日本の国民皆保険は医療保障制度の成功例で、経験を世界に共有する価値がある。しかし、日本の国民皆保険制度を、新幹線や原発のように、システム丸ごと輸出することは困難。なぜなら、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、支援はカスタムメイドにならざるを得ないため。そこで、日本の国民皆保険制度の政策、制度、経験をコンテンツ化し、途上国各国の実情に合わせ、必要な情報を提供するとともに、支援(本邦研修、在外研修、専門家派遣等)をオンデマンドで組み立てる、メニュー方式が有効と考えられる。メニュー方式で支援事業を組み立てるには、以下2点が必要：1) 案件形成のプロセスモデルを合意し、統合的に案件形成を進める；2) 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。上記につき、2015年7月16日に研究班の中間報告シンポジウムを開催し、討議する予定。

(以上。)

Subject No. : 26D1
Title : Research on support from Japan to developing countries in Southeast Asia and Africa to attain universal health coverage (UHC)
Researchers : Hitoshi Murakami
Key word : universal health coverage (UHC), health social security, health insurance, Southeast Asia, Africa
Abstract :

Background: Universal Health Coverage (UHC) is defined by the World Health Organization (WHO) in its simplest formulation as providing all people with access to needed health services of sufficient quality to be effective, without the use of such health services imposing financial hardship. UHC is considered to be a major agenda in the global health goals beyond 2015 after the Millennium Development Goals.

Objectives: The research aims to identify the following three aspects: 1) Current status and issues countries in Southeast Asia and Africa are facing in the endeavor towards the UHC; 2) Components of Japan's universal health insurance that can potentially provide good references to developing countries; and 3) monitoring UHC with proper indicator setting.

Methods and major results: Using the study protocol used in our study in Hoa Binh province, Viet Nam that was conducted under the preceded 25D4, we undertook a study in Vientiane Capital, Lao PDR in October 2014. We interviewed 20 key informants on health insurance (HI) and have conducted a cross-sectional survey of mother who delivered their baby within a year. Major findings included that: 1) Separate HI covered different population segments (civil servants, employees and those in informal sectors) thus the risk pool size was limited; 2) HI coverage was low except among civil servants; 3) Patients could receive insurance-covered cares only in a designated health facility near their home (many opted to visit non-designated hospitals even for fee); and 4) Under the capitation payment, hospitals were unhappy because they can never recover costs at the payment level set whereas patients were also unhappy with the quality of care provided, leading to decrease of people covered by the community-based HI covering informal sector.

In Japan, the National HI set up health facilities of their own to avoid insurance coverage without service provision. Basic data were collected and reference reviewed in this aspect. It is useful to compare HI of Japan with those in Republic of Korea and Taiwan that were developed referring to the Japanese model. Comparative research mainly focused on payment methods. A symposium was conducted inviting HI practitioners and researchers to the University of Tokyo in December 2014 to comparatively analyze HI schemes across different countries such as Thailand, Philippines and Taiwan. Analysis is also made on the position of Japan's HI in the history of social security.

International conferences focusing on UHC monitoring and indicator setting were attended. Currently, both service coverage and financial protection indicators are short-listed and further debated. Disaggregation of such indicators by key population characteristics such as income and gender will also be a key strategy to monitor UHC.

Conclusions:

Japan's universal HI posed a good model for developing countries to attain the UHC. However, the system cannot be exported as a whole because the HI reflects political architecture, social conditions and balanced interests of key stakeholders. Therefore the support to developing countries on the basis of Japan's HI must be custom-made, referring to different components of the system. A coherent process model and seamless collaboration among different stakeholders in Japan (MOHLW, NCGM, JICA, NIPH, etc.) will be useful to realize the "menu-based" project formation. We will organize a symposium on how to best utilize Japan's experiences of HI to formulate supports to developing countries on 16 July 2015.

(End)

日本とベトナム・ラオスの医療保険の比較分析

日本からベトナムへのUCH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	・VSS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志向
サービス提供	・混合診療原則禁止	・全ての診療行為で混合診療あり

日本からラオスへのUCH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	・出来高制+DPC	・人頭制(Capitation): 医療機関への登録数X定額の支払い。出来高計算のベースがない
サービス提供	・混合診療原則禁止 ・フリーアクセス	・混合診療あり ・医療機関登録制(住民は最寄の医療機関登録され、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)

アジアの4か国のUHCの現状

	人口	主要な制度	カバー率	医療給付の状況	主な財源	主な成果
フィリピン	9900万人	PhilHealth	国民の約80%	以前は入院のみ。最近は外来の一部へ拡大	Sin tax (タバコ・アルコールへの課税)	種々の改革で、4年間でカバー率を大幅増加
タイ	6700万人	UC: 一般、CSMBS: 公務員、SSS: 被用者	95%程度	入院は包括予算制、外来は定額人頭制	税金、保険料・雇用主負担(SSS)	医療困窮世帯を12万世帯から4万世帯に減少
台湾	2300万人	全民健康保険(NHI)	99%	包括予算に基づく出来高払い	保険税、雇用主負担、sin tax	満足度調査は常時70%台を維持
日本	1億2600万人	健康保険、国民健康保険、共済、後期高齢者	名目100%	定額制と出来高払い	保険料、雇用主負担、税金	医療アクセスについて国際的に高い評価

課題番号 : 26指1
研究課題名 : 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 (分担課題名: 東南アジア・アフリカにおけるユニバーサル・ヘルス・カバレッジの研究)
分担研究者名 : 村上 仁
キーワード : ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ (UHC) 、健康社会保障、医療保険、東南アジア、アフリカ
研究成果 :

背景: ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ(Universal Health Coverage, 以下UHC)とは、世界保健機関(以下WHO)の定義によれば「すべての人が適切な予防、治療、リハビリなどの保健医療サービスを、必要な時に支払い可能な費用で受けられる状態」である。UHCは、2015年为目标である、国連ミレニアム開発目標の次なるグローバル・ヘルスの目標の一つとして、有力視されている。

目的: 東南アジア諸国(ベトナム、ラオス、カンボジア、タイ)ならびにアフリカ(ケニア等)のUHCに向けた進展状況と、異なる財政措置の保健サービス供給と保健医療支出への影響を明らかにする。

方法と結果:

本研究班に先行した25指4において実施した、ベトナム、ホアビン省調査と同じプロトコルにて、ラオス、ビエンチャン首都圏(特にハサイフォン郡)にて、2014年10月調査を実施。計20名のキーインフォーマントならびに543名の出産1年未満の産婦にアンケート調査完了。主要所見を以下まとめる: 1) 公務員、被用者、インフォーマルセクター従事者の保険が並立し、リスクプールが小さい; 2) 公務員を除き、(被用者も)保険加入率が低い; 3) 加入者は登録医療施設(原則1か所)でしか保険診療を受けられず、保険外診療を愛好する加入者が多い; 4) 医療機関は保険からの人頭ベースの支払額で赤字を出すため不満で、患者も医療内容に不満であり、特にインフォーマルセクターの保険では、過去数年で加入者が激減している。

分担研究者の杉下はケニアの医療保障の調査を実施し、公務員、フォーマルセクターに比べ、インフォーマルセクターの医療保障カバレッジが著しく低いことを明らかにした。

WHO・世銀を中心とするUHCモニタリングのための指標設定の議論を、国際会議への参加等を通じ把握。現在サービス側面、財政側面双方の候補指標がリストアップされ、絞り込みが行われている。所得、ジェンダー間等の差異を実証することも重要なモニタリング戦略とされる。

結論

現在まで本格的な調査を実施したベトナム、ラオス、ケニアに共通の課題として、インフォーマルセクターの医療保障があげられる。日本が、地域保健である国民健康保険でこのセクターを網羅的にカバーしたこと、ベトナムがインフォーマルセクターに多い貧困者、少数民族(さらに6歳未満児)を全額公費負担で強制保険対象にしていることは、他の途上国にとって有用な事例になりうる。その際、どこまで社会保険方式を堅持し、どこまで公費補填をよしとするかは、重要な政策判断となる。(以上。)

課題番号:26指1

研究課題名: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

主任研究者名:村上 仁

分担研究者名:小林 廉毅

キーワード:UHC、人口カバー率、財源、社会経済要因、
東南アジア

標記研究課題の分担研究として、「途上国の社会経済情勢に応じた持続可能な皆保険の制度設計の研究」を実施した。東南アジアでUHC制度を発展させつつあるフィリピン、タイ、ならび先行する台湾、日本の実務家・研究者による報告・討議及び文献レビューから、4か国の現状を比較・分析し、皆保険の達成・維持に関わる社会経済要件について検討した。

アジアの4か国のUHCの現状

	人口	主要な制度	カバー率	医療給付の状況	主な財源	主な成果
フィリピン	9900万人	PhilHealth	国民の約80%	以前は入院のみ。最近では外来の一部へ拡大	Sin tax (タバコ・アルコールへの課税)	種々の改革で、4年間でカバー率を大幅増加
タイ	6700万人	UC: 一般、CSMBS: 公務員、SSS: 被用者	95%程度	入院は包括予算制、外来は定額人頭制	税金、保険料・雇用主負担 (SSS)	医療困窮世帯を12万世帯から4万世帯に減少
台湾	2300万人	全民健康保険 (NHI)	99%	包括予算に基づく出来高払い	保険税、雇用主負担、sin tax	満足度調査は常時70%台を維持
日本	1億2600万人	健康保険、国民健康保険、共済、後期高齢者	名目100%	定額制と出来高払い	保険料、雇用主負担、税金	医療アクセスについて国際的に高い評価

分担研究(日本の国民皆保険の経験を踏まえた開発途上国におけるUHCの実現の要諦に関する研究:分担研究者 島崎謙治)の平成24年度の研究報告(1)

1. 表記分担研究について、平成24年度は主として次の2つの研究を行った。

①. 日本の国民皆保険の実現過程から得られる経験の要諦の整理を行うとともに、UHC実現が具体的なタイムテーブルに載っているインドネシア等とのマッチング。

②. 日本の国民皆保険をモデルに国民皆保険を実現した台湾の受容過程の分析。

2. このうち①については、日本の国民皆保険実現の要因として、インフォーマルセクターの住所管理や所得把握といった行財政の基盤があったこと、医療提供体制の整備があったこと等の分析、1961年の国民皆保険実現後の経済成長を背景とする給付率の改善等が重要であったことの分析等を行った。

分担研究(日本の国民皆保険の経験を踏まえた開発途上国におけるUHCの実現の要諦に関する研究:分担研究者 島崎謙治)の平成24年度の研究報告(2)

3. 一方、インドネシア等では、こうした条件が整っておらず、UHCの実現の大きな課題であること等を検証した。
4. また、②については、台湾国立中正大学李教授との討論等を通じ、台湾は単一保険者による国民皆保険を実現したが、保険料の賦課の公平性が確保できていないこと、医療制度改革が保険サイドからの改革に終始しており医療提供体制の改革の立ち遅れが目立つこと等の課題を抽出した。
5. 以上の研究成果については、島崎謙治「日本の国民皆保険の本質と意義」健康保険,2015年5月号,pp. 20-23として公表したほか、2015年7月16日に開催されるNCGM・JICA共催のシンポジウムで発表することとしている。