



Title	「UHCとは？ : 上からのアプローチ」
Author(s)	渡辺, 学
Citation	目で見えるWHO. 2017, 64, p. 28-31
Version Type	VoR
URL	https://doi.org/10.18910/86632
rights	
Note	

The University of Osaka Institutional Knowledge Archive : OUKA

<https://ir.library.osaka-u.ac.jp/>

The University of Osaka

【導入ワークショップ】

「UHCの重要性を知ろう」導入ワークショップは、渡辺先生による政府や機関などの上からのアプローチ、本田先生による草の根のアプローチの2つのご講演へスムーズにつながるものとした。UHCに関心を持ってもらうこと、UHCを達成する重要性に気づいてもらうこと、医療的な問題を解決するためには、金銭的問題が大きく関わることに気づいてもらうことを目的として、ある国のある一家の物語を使いそこからこの物語における問題点を抽出して

もらう流れで行った。物語には、金銭的な問題に加えて法が整っていないこと、病院へのアクセスが悪いことなど複数の問題を入れた。はじめに個人ワークをおこない、グループワークに移り意見を共有してもらった。様々な意見が飛び交い参加者同士良い刺激となった。グループワークの中に講師の先生も参加して下さった。最後に司会者が沢山の問題の中でも金銭的な問題の重要性を述べ、先生のご講演へと繋げた。

●第7回 jaih-s 共催とのフォーラム講演録①

「UHCとは?～上からのアプローチ～」

株式会社 PSD 役員 **渡辺 学** (Satoru WATANABE)

1987年東京大学医学系研究科保健学専攻課修了(人類生態学)後、国際協力事業団に入団。1992年からインドネシア事務所に勤務し、スラウエシ地域保健の立ち上げ、母子手帳案件の立ち上げ等に携わる。2008年1月から長崎大学国際連携研究戦略本部教授兼国際健康開発研究科副研究課長。2010年6月から独立行政法人国際協力機構人間開発部次長として、JICAの保健協力の事業管理、方向性の検討、内外パートナーとの関係性構築等を行う。2013年9月からは、アフリカにおけるUHC実現に向けて、ケニア保健省を支援し他のドナーと調整を図り、円借款と技術協力立ち上げのために専門家としてケニア保健省配属(ケニア保健省UHCアドバイザー)。2017年から株式会社PSD役員。



▶開発途上国と日本の違い

日本と開発途上国の違いは何か?重要なことは保健サービスを行う際に、自分たちがいつも接している社会と様々な条件が違うということを知ることである。例えば、戸籍があるかどうか?住民票があるかどうか?日本国内の住民票や外国人の登録などを含め戸籍を失った人もいる。バングラデシュの写真を見て、日本と開発途上国では色んな部分で違うということが分かったと思う。違うことを劣っているととらえないでほしい。バングラデシュの人達のことを考えた時に、色々な側面で我々の常識とは全く違うところに居るということをしっかり理解していることが重要だ。

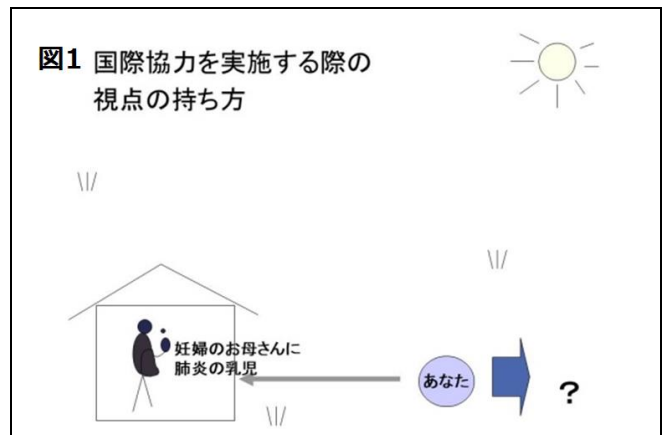
▶国際協力の仕事

例えば、妊婦のお母さんに肺炎の乳児がいたとする、そういう状況を見たときに実際にあなたは何かができるか?

医師だったら直接診断をしてなんらかの処置ができる。しかし、医師でなくてもできることはたくさんあるのではないかと。私は、ケニアで政策を作っていた。そういう政策を作る人こそ、ニーズのある人達のことをどれだけ知っているか、どれだけ理解できるかが重要だと私は信じている。その視点を持たない限り、どのような政策を作ってもあまり意味はないと思う。

しかし、アプローチは様々だ。個人に対応することはすごく大切なことだと思う。私は学生の頃にシステムやマクロを考えたいと言って、そちらの方向に進んだが、今になって一人の個人をみることの大切さを感じる。個人を見て、システムや制度や政策などを見直していく必要がある。

図1 国際協力を実施する際の視点の持ち方



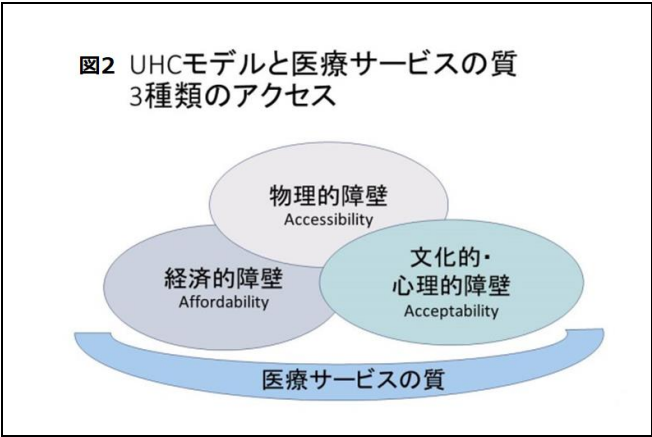
▶UHCと3つのアクセス

UHCとPHCの何が違うのかとよく聞かれる。UHCの定義が「みんなが健康であるべきだ」というものならばPHC

と同じではないか。世界的に見れば PHC のコンセプトは根幹としてそのまま引き継いで残っている。しかし PHC の時にはっきりと提示されなかったのは財政面だ。UHC はこの財政面をはっきり謳ったことによって社会保障といった意味合いが非常に強くなっている。

先ほどのワークショップでアクセスという言葉が多くグループで出てきた。アクセスには3つの種類があるとUHCのモデルでは言われている。1つは病院が遠い、数が少ない、医師がいないなどの物理的障壁。2つ目は心理的障壁・文化的障壁。3つ目はお金がないといった経済的障壁。ただしこの時に医療サービスの質が保証されていないとどうにもならない。質の高い医療サービスが期待できる医療機関には、多少遠くても、また費用がかかったとしても行くだらう。皆さんも自身が病気にかかった時はよりいい病院に行きたいのではないだろうか。サービスの質が担保されることによって経済的障壁も低くなり、物理的障壁も低くなり、もしくは心理的障壁も低くなるだろう。

だからUHCはアクセスの改善だけでは達成は難しいと考える。医療サービスの質が改善されなければ絶対達成されない。多くの開発途上国の場合、やはりアクセスの問題がよく取り上げられ、どちらかといえば質の問題が少し弱いのではと懸念を抱いている。



▶日本のUHC

WHOはUHCに関して3つのカバレッジを言っている。人口カバレッジと、サービスカバレッジと、財政カバレッジ。多くの国ではこの人口カバレッジがある程度達成されるとUHCが達成されたという言い方をすることが多い。例えば日本でももちろんサービス外の医療がある。歯科のインプラント治療や整形手術などは保険適用外だ。財政面でも100%ではなく窓口負担がある。ただし人口カバレ

ジの方はほぼカバーできている。ただし、まだカバーできていない人もいる。SDGsの「No one left behind」の考え方に立てば、そこに対するアテンションも非常に重要だ。

▶世界のUHC

では、世界に目を向けてみる。日本とは違い、確かに世界的に見ると感染症疾患にあえいでいる国もあれば、すでに疾病転換によって非感染症疾患が死因の大半を占める国もある。例えば中国では非感染性疾患の負荷が大きく、これがアフリカの場合、感染症疾患の負荷が大きいというような状況になっている。バングラデシュの場合、最近の統計だと非感染性疾患が死因の上位を占めてきている。ケニアの場合、まだHIV、もしくは周産期死亡、下気道感染が死因として高い。そして結核やマラリアに次いで脳血管障害などがある。経済成長していくにしたがって疾病構造が変わっていく。開発途上国だと貧困ラインより下にいる人たちに疾病負荷が高く、その疾病が感染症であったりするわけだが、そこに問題が起こる。だんだん経済成長していくとこの構造が変わっていく。例えば日本の場合、高齢化により、貧富にかかわらず疾病負荷がかかってくる。多くの方々が後期高齢者になり、亡くなるまでの間必ずしも健康であるとは限らない。ここでもう一つ重要になってくるのが人口構造である。誰かが医療費というのを負担しなければならない。しかし、お金を持っている人しか負担できないのだ。誰がお金を払うかという、働き盛りの人たち、若い人たちが負担しなければならなくなってくる。日本の人口構造を俯瞰するとそれがどれだけ厳しいか見えてくる。

▶日本の医療保障制度

日本のシステムは大きくわけて、医療とプライマリヘルスケアのサービス（保健サービス）に分かれている。基本的に医療は医療保険によりカバーされている。そこには政府からの補助金も入っている。もう一方の予防接種や保健指導など保健サービスは、公的資金により負担されている。日本の医療システムの1つの課題は、現在の健康保険制度にある。健康保険は、市町村ベースの国民健康保険と仕事ベースの全国協会健康保険協会、健康保険組合、共済組合がある。

問題は2つある。市町村は1700もある。そうすると保険者が1700あることになる。また、企業も1400、公務員関係は80ある。全部合わせると3000以上の保険者が

いるわけであり、医療機関は病院だけで 2 万、診療所も合わせると 18 万もある。18 万の医療機関が 3000 もある保
険者にばらばらにお金を請求している。そして、その間を
とり持っているのが都道府県ごとに設置されている支払
機関だ。ここに専門性の高い人がいて、すべてのレセプト
をチェックしている。これは、必ずしも効率的なシステム
とは言えない。

▶ケニアの課題

▶多民族国家

比較的高い経済成長率を保っているケニアにおいて保
健指標の改善はまだまだ遅れている。重要な問題は国家が
多民族によって成立していることだ。ケニアは通称 43 の
言語部族がある多民族国家で、政治的に必ずしもひとまと
まりとなっているとは言えない。それぞれの部族に代表す
る政治家がおり、その政治家がその民族を自分の部族を土
台に政治家になっている。そうすると当然政治家は部族意
識があり、そのベースは政治にも大きく影響する。これは、
ケニアという国の社会的な統一性を形成する上で大きな
障害となる。

▶インフォーマルセクター

インフォーマルセクターとは政府に登録せずに事業を
やっている人たちで、税金も取れていない。NGO 等ノン
プロフィットでも登録してる団体はインフォーマルセク
ターに入らない。インフォーマルセクターが労働人口の
80%を占めている。

ナイロビのスラムと呼ばれているところに住んでいる
普通のお母さんの話をする。ナイロビの富裕層の家庭での
洗濯の仕事で、だいたい 1 日 200 シル (シリング)、日本
円でいうと 220 円くらいの収入を得る。収入は 1 週間で
せいぜい 1,000 円くらい。1 ヶ月だと 4,000 円で生活し
ている。家賃に少なくとも 1,500 シルはかかる状況である。
ケニアには公的保険があり、元々公務員の健康守のための
保健だったが、今はフォーマルセクターつまり登録されて
国が把握している事業団体はすべて加盟している。それと
は別にインフォーマルセクターに所属する労働者は自発
的に加入することになっているが、その保険料が月に 500
シルかかる。さっきのお母さんの収入 4,000 円で払えるの
か？自身の収入が 40 万円だとして 5 万円払うということ
だ。40 万円あればまかなえるかもしれないが、4,000 円
しかない。そんな中で家賃を取られて、残り 2,500 円で

500 円のかかるはずのない (もしくはかかりたくない) と
自分で考えている病気のために事前に保険に入るか？自
分が病気になることなど想定できないのだ。

▶ターゲットを絞った保険制度

上のような現状があり、ケニアではターゲットを絞って
プログラムを実施している。1 つはお産の無料化プログラ
ムで、妊産婦の費用と 1 歳未満児の外来を含めて無料にし
ている。お産の無料化プログラムの中には帝王切開まで含
まれている。妊産婦を含むお母さんと子供を把握するた
めの住民登録、妊産婦登録をどうしていくのかは重要な問
題だ。

もう 1 つは、貧困層向けの健康保険。これは先ほどのイ
ンフォーマルセクターの保険料 500 シルを選定された貧
困層について無料化するものである。最貧層は生活保護の
リストから選定される。その対象者に向けて、最貧層に対
する保健サービス、医療保険・健康保険に入るプロジェクト
を推進している。ただし、実際の保険加入率は全国平均
で 25%程度であり、貧しければ貧しいほど少なく、富
裕層ほど多くの人が加入している。保険加入率は非常に低
い。

▶ケニアの実例

ケニアはこれからどんどん中間層が膨らんでいく。払え
る人からしっかりお金を集めるシステムさえ作ればマ全
体の人口をカバーことができると考えている。ケニアでは
貧困層がたくさんいて富裕層が少ない状況がある。貧困層
は毎月 500 円でも払えない人たちである。どうしたら富裕
層から資金を徴収し貧困層までカバーできるシステムを
構築するかが重要だ。それは国によっては必ずしも医療保
険システムを使う必要は無い。税金による徴取もありうる。
今ケニアは経済成長しており、そして中間層もどんどん増
えてきている。それをそのまま制度を作らないで放ってお
くと、どんどん民間の保険会社がインフォーマルセクター
の富裕層を取り込む状況となる。富裕層は民間保険会社
に入るから、公的保険に入らなくてもいいということになる。
だからこそ経済成長を始めた今、制度を作らないとシステ
ム構築が難しくなる。アメリカは経済成長していた時にそ
のシステムを作らなかった。そのため民間の保険会社がマ
ーケットを占有しオバマケアが苦勞した。ではここで何を
言いたかったかということ、所属している社会にとって平等
とは何かということだ。平等と言うのは簡単だが平等とは

実際にどうやって達成するかは難しい課題である。だから税金のシステムがあるわけだ。さて、貧困層に所得の再分配を行うことが社会的に受け入れられた後にある課題は、どこでその線を引くかということだ。たとえ1シリングでもボーダーの上の人にいる人たちは、社会保障の恩恵を被ることはできない。そのため、社会的平等をどのようにその社会が考えるかが重要で、だからこそ、UHCのデザインは国によって違う。UHCの人口カバレッジ、財政カバレッジ、サービスカバレッジを100%達成している国は日本も含めてないと思う。しかし達成に向け制度を作り努力していくことは、どの国も持っている権利だと思う。何を持っていてユニバーサルと言うのか、何を持っていて平等と言うのか、向かう方向性は多様でよい。日本の場合、なぜ国民保険は市町村がベースとなっているのか。もともと地域に根付いた相互補助の考え方が1番わかりやすかった。だから比較的それぞれの顔が見える市町村単位でシステムが成立した。しかしながら、保険者が多数になってしまうと先程言った非効率性がどうしても出てしまう。ではどういう制度を作ればいいのか。それは政治的なコミットメントが重要だし、それに基づく技術的なディスカッションが必要で、実際のその政策の実施が必要だ。

▶ケニアの保険財政のシステム

医療費を賄う公的財源として、徴収した税金、保険料と開発パートナー資金がある。税金と保険料のもともとの出

どころは人々である。税金ももともと人々からくる。民間保険に入っている人もいれば、窓口負担もある。地方政府にも金を出している。お産の無料化や貧困層に対する保険料負担のプログラムも動いている。NGOも含めた開発パートナーの資金は、それぞればらばらに様々なチャネルを通して資金が提供される。ここで言いたいのは、今ケニアの課題はこうした支払いメカニズムがシステムとして効率がとても悪いことだ。つまり、診療所レベルで看護師2人、薬剤師1人、管理者1人位で医療サービスを提供しているが、大変多くの資金フローがある。もともとさほどマネジメント能力が高くないところで、こういった複数の資金を管理することは至難の業だ。そのため、可能な限り資金フローの効率化を図る必要がある。そのためには、政治的なコミットメントが必要である。ケニアの社会で平等の定義とは何か。ケニアにおける社会の統一感(ソリダリティー)とはどういったものであるか。島国の日本は同族意識が比較的高い。今ケニアの人たちはそうではない。47の地方政府、43の言語族がありケニアの社会は自分たちで、社会保障をどのように考えるか。それによってデザインも変わる。外国人がアドバイスする話では無い。小生は、アドバイザーとして質問することを心掛けた。資金は限られている。だからこそ、重点化していく必要がある。貧しい人と妊産婦、ここは重要でそこから始めようとしており、それはいいことである。

