セネガル国

保健社会活動省

セネガル国
UHC 支援（円借款案件形成）
【有償勘定技術支援】
専門家業務完了報告書

平成 28 年 11 月
（2016 年）

独立行政法人

国際協力機構（JICA）

株式会社エス・プランニング

セネガル国 UHC 支援（円借款案件形成）【有償勘定技術支援】

専門家業務完了報告書

目次

1.　　業務の概要 1

1.1 背景 1

1.2 目的 2

1.3　業務実施期間 2

1.4 業務派遣期間の主な活動 2

2.　セネガル国 UHC の現状 4

2.1 アフリカにおける UHC 4

2.2 セネガルの健康保険制度 5

2.2 フォーマルセクター向け健康保険と職域健康保険 6

2.3 コミュニティ健康保険：保健共済組合の活動 7

2.4 無料医療制度 14

2.5 UHC 関連プログラムの資金フロー 20

2.6 医療保障戦略の見直し 22

3.　医療保障庁の組織と予算 24

3.1 医療保障庁の組織 24

3.2 医療保障庁の予算 31

4　地方におけるコミュニティ健康保険と無料医療制度の現状 33

4.1　カオラック州（2016 年 2 月訪問） 33

4.2 カフリン州（2016 年 2 月訪問） 35

4.3 ティエス州（2016 年 4 月訪問） 38

4.4 ダカール州（2016 年 3～4 月訪問） 47

4.5 ジュルベル州（2016 年 11 月訪問） 52

5. 開発パートナーの支援動向 56

6. 政策アクションの達成状況 59

7. セネガル UHC の課題と提言 62

添付　円借款付帯技プロ PDM（案）

付帯技プロの支援対象と支援内容（案）

1. 業務の概要

1.1　背景

セネガルの保健セクターにおいては、母子保健をはじめとする基礎的保健医療サービスの向上とアクセスの拡充が課題となっており、5歳未満児死亡率は60（出生千対／サブサハラアフリカ平均63）、妊産婦死亡率320（出生10万対／サブサハラアフリカ平均500）と、何れもサブサハラ平均を下回るものの、ミレニアム開発目標の達成は困難な見込みである（2014年WHO）。かかる背景の下、セネガル政府はセネガル医療保障開発戦略（2013年～2017年）を策定し、2022年迄に全国民が保健医療サービスを享受できるようになることを目指して、医療保険制度の整備や医療サービスの無償化などの取り組みを進めている。

他方、日本政府は、2013年5月に策定した「国際保健外交戦略」においてユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）の主流化を戦略目標に掲げ、その実現に向けて円借款を戦略的に活用する方針を表明している。また、これに次ぐ「平和と健康のための基本方針」でも、「全ての人が生涯を通じて必要な時に基礎的な保健サービスを負担可能な費用で受けられる『ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）』の実現」を政策目標に掲げている。

JICAは同国の保健セクターに対し、「保健システム強化プログラム」の一環で、「タンバクンダ州及びケドゥグ州母子保健サービス改善プロジェクト（PRESSMN）」（2009年～2011年）や「母子保健サービス改善プロジェクトフェーズ2（PRESSMN2）」（2012年～2017年）を通じて母子保健サービスの向上に取り組んできたほか、「タンバクンダ州及びケドゥグ州保健システムマネジメント強化プロジェクト（PARSS）」（2011年～2014年）を通じて、保健システムのマネジメント能力強化を目指した協力を進めてきており、同国政府から高い評価を得てきた。また、2016年度に「保健システムマネジメント強化プロジェクトフェーズ2（PARSS2）」の開始が予定されている。

かかる状況下、同国政府から我が国政府に対し、従来からの保健協力に加えて、円借款による医療保障開発戦略の実現に向けた協力が要望されたことを踏まえ、JICAは2014年10月～12月に「UHC支援のための円借款活用に係る情報収集・確認調査」を実施し、世銀やUSAID等が支援する「成果に基づく拠出（Result Based Financing）」スキームによるUHCの取り組み等を中心に調査した。

さらに2015年7月～9月には、医療保障開発戦略の実現に向けた開発政策借款（Development Policy Lending, DPL）を通じた支援の可能性検討も視野に、同国における医療保障制度の現状・課題や計画、ドナー支援動向、同国に対する財政支援の現状・計画等について情報収集を行った。これらの情報収集の結果、同国における医療保障制度の基本的な枠組みや基礎的な保健サービスデリバリーの体制が確認され、関係ドナーによる支援動向の概要が把握できたことに加え、一般財政支援については、政府と関係ドナーによる協調枠組みが機能していることが明らかとなった。

本専門家（笹田志穂）は、上記情報収集結果を踏まえつつ、派遣中の個別専門家「保健行政アドバイザー」及び実施中の技術協力プロジェクト並びに他ドナーとの連携の下で、医療保障及び医療サービス両面のアプローチを通じた UHC の実現に向けて、DPL を念頭においた円借款案件を形成するための検討材料を収集、分析するとともに、DPL を構成する政策アクションの策定を支援し、関係機関に対する助

言を行うことを目的として約 4 ヶ月にわたりセネガルにて活動を行った。

1.2　目的

上記の背景を受け、以下の目的を持って「セネガル国 UHC 支援 (円借款案件形成)」(以下、「本案件」) は実施される。

1.UHC 実現のための DPL を案件形成するための情報収集
2.DPL のための政策アクションの策定と実施の支援

1.3　業務実施期間

上記の基本方針を踏まえたうえで、以下の 11 段階にて業務を実施した。

段階	内容	時期（日数）
1	国内準備期間	2016 年 1 月 12 日～2 月 1 日（15 日）
2	第 1 次現地派遣期間	2016 年 2 月 3 日～2 月 19 日（18 日）
3	第 1 次国内作業期間	2016 年 2 月 20 日～2 月 28 日（9 日）
4	第 2 次現地派遣期間	2016 年 3 月 15 日～3 月 24 日（10 日）
5	第 2 次国内作業期間	2016 年 3 月 25 日～4 月 7 日（延べ 6 日）
6	第 3 次現地派遣期間	2016 年 4 月 16 日～5 月 20 日（35 日）
7	第 3 次国内作業期間	2016 年 5 月 23 日～6 月 7 日（延べ 8 日）
8	第 4 次現地派遣期間	2016 年 6 月 18 日～7 月 19 日（32 日）
9	第 4 次国内作業期間	2016 年 7 月 20～27 日、10 月 24 日（延べ 7 日）
10	第 5 次現地派遣期間	2016 年 10 月 29 日～11 月 13 日（16 日）
11	帰国後整理期間	2016 年 11 月 14 日～11 月 30 日（延べ 10 日）

1.4　業務派遣期間の主な活動

セネガル国 UHC の現状把握（医療保障開発戦略、保健共済組合活動の進捗、パートナーの取組みなど）
医療保障庁、保健省および開発パートナー（USAID、世界銀行、フランス開発庁、ベルギー開発庁、ルクセンブルグ開発庁など）へのインタビューを通して、政府および援助機関が実施している様々な UHC 関連の取組みの情報をアップデートした。また、医療保障庁の各部署への聞取り調査を通して、医療保障開発戦略の中心である、保健共済組合の活動と無料医療制度の進捗を把握し、医療保障庁の組織が抱える課題についても確認した。

政策マトリクスの作成と進捗確認
1 次・2 次派遣での調査結果をもとに政策マトリクス案を作成し、3 次派遣時に JICA 調査団の FF（ファクト・ファインディング）ミッションと共に政策マトリクスの内容をセネガル政府と合意した。2016 年 6 月の 4 次派遣時に JICA 調査団の審査ミッションと共に第 1 トランシェの政策アクションがすべて達成されたことを確認し、5 次派遣では第 2 トランシェの政策アクションの進捗を確認した。

フィールド調査

カオラック州、カフリン州、ティエス州、ダカール州およびジュルベル州において、保健共済組合の活動および無料医療制度の現状を視察し、活動の進捗と今後の課題を把握した。また、各地で保健医療機関を訪問し、供給サイド（サービス供給のための人材・資機材など）の保健サービスの現状を把握するとともに、健康保険加入者の保健施設の利用状況や、保健共済組合への診療報酬請求の流れを確認した。

州	主な訪問施設・団体名	主な調査内容
カオラック	州保健局・県保健局	カオラック州で設立された保健共済組合数・加入者数、無料医療制度の現状、州の保健サービスの現状
	州保健共済組合連合会･各保健共済組合代表	州内の保健共済組合の活動の成果と運営上の課題、保険料収入と支出、住民へのアドボカシー活動
	Kahon 保健共済組合	保健共済組合の実際の活動（登録、保険証発行、徴収等）
	州食糧安全保障（貧困同定）担当	PNBSF と貧困同定の現状
	州病院、保健センター・ポスト	健康保険加入者の利用状況、保健基金への請求
カフリン	州保健局・社会活動局	州の保健セクター課題、無料医療制度などの現状
	州保健共済組合連合会長	州内の保健共済組合の活動の成果と運営上の課題
	クンゲル県保健共済組合（ベルギー開発庁支援）	県レベルで運営する保健共済組合の活動の視察
ダカール	国立グラン・ヨフ病院 (EPS3) 国立ピキン病院(EPS3)	3 次レベル病院でのサービスおよび無料医療制度の現状
	MUSCAPO 保健共済組合	保健共済組合の活動内容（登録、保険証発行、アドボカシー活動等）
	Nabil Choucair 保健センター	保健センターでのサービスおよび無料医療制度の現状
	ルフィスク病院 (EPS1)	1 次レベル病院でのサービスおよび無料医療制度・保健共済組合への医療費請求手続き
	Trans Vie	運転手向け職域保健共済組合の活動
ティエス	州医務局	州内のサービスおよび保健共済組合・無料医療制度の概況
	州保健共済組合連合会	ティエス州の保健共済組合の活動の歴史と現状
	ティエス県保健共済組合連合会 ブール県保健共済組合連合会	ティエス県およびブール県における保健共済組合の活動
	Wer Werle 保健共済組合	保健共済組合の活動内容
	ティエス州病院 (EPS2) ブール県病院（EPS1）	１次・2 次レベル病院における医療費請求・支払の現状
	ティエス保健センター、Diass 保健ポスト	保健センター・保健ポストでのサービスと医療費請求・支払の現状
	Toglow Case de sante	保健小屋のサービスと無料医療制度の現状
ジュルベル	ジュルベル州病院､保健センター	2 次レベル病院および保健センターでのサービスおよび無料医療制度の現状
	州保健共済組合連合会	州の連合会の活動の歴史と現状
	ジュルベル県･バケ県保健共済組合連合会	各県の連合会の活動の現状と課題
	Mame Cheikh Anta Mbacke 保健共済組合	保健共済組合の活動内容（登録、保険証発行、アドボカシー活動等）

2. セネガル国 UHC の現状

2.1 アフリカにおける UHC

アフリカの多くの国では、貧困層・インフォーマルセクターの人口比率が高く、健康保険制度は公務員や民間企業社員（フォーマルセクター）のみが対象となることが多いため、社会保障の対象とならない状態が長く続いてきた。不定期な現金収入しかない農民や、非正規就労者が多いインフォーマルセクターについては、所在や所得を把握して健康保険加入手続きをし保険料を徴収することが困難なことが背景にある。また、政府の保健予算も限られるため、国民医療費における患者自己負担（Out of pocket payment: OOP）比率が 50%を超える国が多く、いかに OOP を下げつつ保健サービスへのアクセスを確保するかが大きな課題となってきた。

この状況を改善するため、2000 年前後よりアフリカ各国において、Equity fund、バウチャー制度、現金給付、補助金など様々な財政メカニズムを活用した保健サービスへのアクセス向上の取り組みが始まった。短期間で 90%以上の人口を健康保険制度でカバーしたルワンダ、VAT や社会保険料など様々な財源を活用して貧困層のアクセスを改善したガーナなどが有名である。西アフリカにおいても、マリ、ベナン、ナイジェリアなどが同様の取り組みを進めている。セネガルの医療保障庁長官は、ルワンダの制度は住民に健康保険への参加を強制しすぎており、ガーナの制度では地域の巻き込みが少ないとしており、ルワンダともガーナとも違う、アフリカの新しいモデルとなるような制度をつくりたいとの意欲を持っている。

2010 年に WHO が提唱した Universal Health Coverage (UHC)という新たなアプローチは、このアフリカ各国の取り組みを後押しし、各国が競うように保健財政プログラムを導入している。

UHC 達成のためには、①カバーされる人口の増加、②提供される保健サービスの拡大、③サービス利用時のコスト（OOP）の低減、という 3 つの側面から推進していくことが重要である（WHO の定義、図 1 の左側の図）。セネガルの UHC の 11 月時点の現状は図 1 の右側の図のようになっており、強制加入健康保険でカバーされている人口（水色の部分）は公務員や民間企業社員を対象に約 1 割、無料医療制度は人口の 19%をカバーするが、給付範囲が狭く支払いの遅れなどもあり、対象者すべてに無料でサービスが提供されてはいない。インフォーマルセクター向け健康保険（MS : Mutuelle de Santé 保健共済組合、と書かれた黄緑の部分）にはまだ 6%しか加入できていない。残りの 7 割近くの人口は、病院や保健センター利用時に医療費の全額自己負担が発生しており、特に国民の約 4 割を占める貧困層には重い負担となっている。

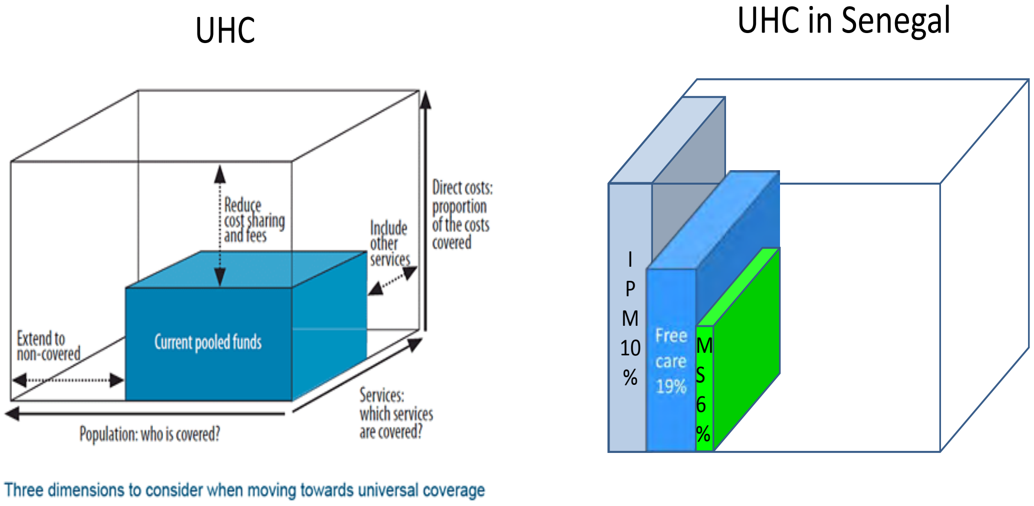


図１　UHC 概念図（左）とセネガルにおける UHC の現状（右）

2.2 セネガルの健康保険制度

セネガルにおいて推進されているインフォーマルセクター向けの保健共済組合の活動は、健康保険の 1 種であるコミュニティ健康保険である。さらに、税方式（政府予算による無料医療制度）と社会保険方式（公務員・民間企業向け健康保険）を組み合わせて、国民全体へ保健医療サービスを提供する形となっている。それぞれの手法の特長は以下の表のとおり。

表１　主な保健財政メカニズムの長所と短所

税方式		社会保険		コミュニティ健康保険		民間保険	
長所	短所	長所	短所	長所	短所	長所	短所
全国民をカバー可	財源不足になりやすい	安定的な収入源	政府補助金ないと貧困層入れない	インフォーマルセクターが加入	政府補助金ないと貧困層入れない	支払い可能な人のアクセス拡大	コスト削減努力が少ない
コスト管理可能	非効率になりやすい	幅広いサービスへのアクセス可能	仕組みが複雑でガバナンスに課題	貧困層に近い人々が加入できる	財政基盤が弱い	質の高いケアにアクセス可能	管理費用が高い
所得再分配機能あり		所得再分配機能あり	国民医療費が増加する	地域の管理で無駄使いが少ない	少ない人口しかカバーできない		

出典：Social health protection: toward a universal access to health care, ILO, 2007

コミュニティ健康保険は、セネガルのようにインフォーマルセクター人口が多い（人口の 8 割）国には適しているが、個々の保健組合の規模が小さく、一般に、住民が支払える少額の保険料しか徴収できないため財政基盤が弱く、活動を持続させるのが難しいという短所がある。

セネガルで実施されている医療保障制度（健康保険と無料医療制度）とそれぞれのカバー人口は以下の表 2 のとおりで、総人口（1512 万人）の **35 %** が何らかの医療保障でカバーされているものの、65%の人口は保障がなく、医療費を 100%自己負担しているのが現状である。大統領の優先政策として推進されているコミュニティ健康保険の加入者は、計画では 2016 年中に約 500 万人の加入を目標としていたが、11 月の調査時点では 97 万人しか加入しておらず、大幅に進捗が遅れている。

表 2　セネガルの医療保障制度人口カバー率 (2015 年末、コミュニティ保険のみ 2016 年 11 月)

制度	対象者	推計加入者数	総人口に占める割合 （総人口 1512 万、2015）
社会保険（強制加入）	公務員・民間企業従業員	150 万人	9.9%
コミュニティ健康保険 （任意加入）	インフォーマルセクター （最貧困層含む）	97 万人	6.4%
税方式（無料医療制度）	5 歳以下乳幼児	201 万件	13.2%
	妊産婦（帝王切開）	1.7 万人	0.1%
	60 歳以上高齢者	84 万人	5.5%
合計		**533.7 万人**	**35%**

注 : 医療保障庁データなどから筆者作成。推計加入者数の民間企業強制保険と 60 歳以上高齢者のみ「セネガル国 UHC 支援可能性確認調査報告書」による。総人口は World health statistics2016 を参照。

2.2 フォーマルセクター向け健康保険と職域健康保険

2.2.1 公務員対象強制保険

1972 年に制定された省令により運用されている制度で、すべての公務員、その扶養家族、および退職した公務員とその家族が加入する。現在は経済財務省給与・年金局が管轄している。制度の概要は以下の表の通り。

表 3　公務員向け強制加入保険の概要

加入者	公務員本人 10 万 7 千人、その家族 53 万 5 千人、退職者・家族 6 万 2 千人、合計約 70 万 4 千人（人口の 5%）正確な人数のデータはなし
保険料負担	なし（保険料は国家予算で負担されている）
自己負担	保健ポスト、保健センターは無料、病院のみ 20%自己負担
利用可能医療機関	すべての公立病院、および約 20 の民間病院
給付	外来（薬代除く）、入院の基本的なサービス（歯科・メガネなどは対象外）
支払方式	出来高払い（価格の上限と下限が設定されているとのこと）

出典：経済財務省への聞取調査などにより作成（2016 年〇〇11 月）

中央政府の公務員のみが対象であり、地方政府の公務員向け健康保険があるのかは不明。また、教師など特定の職業に関しては､契約職員など対象にした職域保険がある（教師向け保険には4万2千人加入、2016年2月時点）。公務員向け健康保険の運営上の課題は、医療機関からの診療報酬請求の処理を約10人の経済財務省職員で担当しており、人数不足であること、また医師など専門家がスタッフに含まれていないため、適正な請求かどうかの審査が十分にできていないことがある。また、資格管理などの専用ソフトを導入するなど IT の活用ができているものの、医療報酬請求額が年々増加しており、その対策も迫られている。

2.2.2 職域健康保険

セネガルには教師、大工など職業別の職域健康保険が中央および地方に設立されている。全体の数や加入者数は不明だが、今回の調査で面談を行った運輸業者対象の職域健康保険（Trans Vie）の活動は以下のとおり。

設立は2008年､本部はダカールだが全国の10州に支部があり､加入者は約6000人（2016年4月時点）。もともとは運転手を対象にしていたが、ガソリンスタンドの労働者などへも対象を拡大し、現在では公務員（給付が限定的なため補完的にこの職域保険に加入）、民間企業従業員、インフォーマルセクター労働者のどれをも対象としており、運輸業界以外の人でも加入でき、柔軟な運営を行っている。約300の保健医療機関と契約しており、うち4割は民間医療機関で、質の良いサービスを比較的安い料金で提供している医療機関を独自の基準で選定している。保険料は扶養家族の人数と受けたいサービスの内容によって異なる。保険証は発行せず、IT を活用してスマートフォンの画面を見せるだけで医療機関を受診できるシステムを構築、またシェルと提携し健康保険加入者がガソリンスタンドを利用するとキャッシュバックが入る仕組みをつくったり、モロッコやチュニジアで出稼ぎ労働者向け健康保険を展開するなど、一般の健康保険の枠にとらわれず幅広く事業を展開している。職員は約 30 人で全員が財務・広報などの専門職。

2.3 コミュニティ健康保険：保健共済組合の活動

2.3.1 保健共済組合と県保健共済組合連合会の機能

医療保障開発戦略では、全国の各コミュニティに1つの組合を設立すると定めており、2016年8月までに全国に671の保健共済組合の設立を完了した。そのうち、設立したばかりで、まだ役員の選挙・研修受講・医療機関との契約などが終わっておらず機能できていない新しい組合が301存在する（2016年11月時点）。

セネガルのコミュニティ健康保険では、保健共済組合は任意加入の非営利組織で、運営主体は各コミュニティであり、会員が相互に助け合う連帯（Solidarity）のための組織である。実際に運営するのは住民によるボランティアであり、政府組織ではない。よって、設立に際しては各組合が運営を開始するために法的許可を得る必要があり、表4に示した手続きを各組合が経ねばならないが、この手続き完了に2～3ヶ月かかる。また、保険業務には素人である住民が組合を運営するため、設立後に実際に組合が機能するようになるまで、さらに時間がかかることが多い。

各保健共済組合には総会、役員会、執行部などがあり（図 2 参照）、各コミュニティで設立のための委員会を設置後に住民全員による投票で役員や執行部メンバーを選出し、活動を開始する。役員には地域の宗教団体、女性団体、青年会、保健医療施設職員などが含まれ 15〜30 人ほどが名前を連ねる。実際の

表 4　保健共済組合が設立するまでに必要な法的手続きの流れ

順番	手続き
1	組合設立の応募書類を地方政府（知事など）に提出
2	保健省の法務担当が書類を審査する
3	医療保障庁健康保険局が書類を審査する
4	再度、保健省に書類を送付
5	首相府の担当者が設立認可のサイン
6	医療保障庁が最終的に設立を認可

日々の健康保険業務を行うのは執行部で、部長、会計役、秘書など 6 人ほどで加入者の資格管理、保険料徴収、契約した保健医療機関への医療費支払、住民への広報活動などを行う。執行部の仕事もボランティアであり、無給である。資金に余裕のある一部の組合はインセンティブを月 2 万 FCFA（4 千円）ほど支払っている。

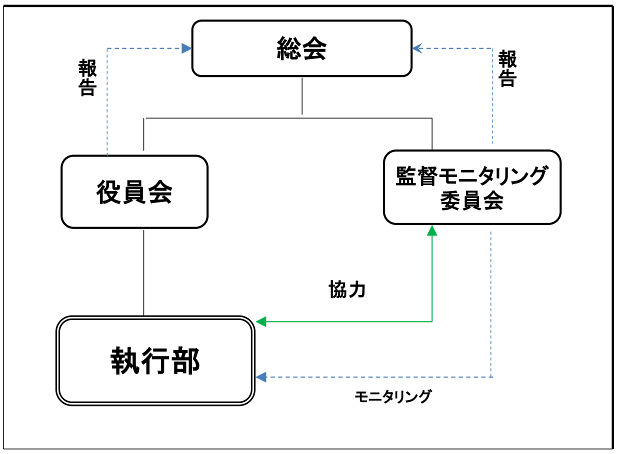


図 2　コミュニティの保健共済組合の組織（医療保障庁マニュアルより）

また、県・州レベルには保健共済組合連合会を設置し、病院への医療費支払や各保健共済組合への技術支援を行っている。県連合会は各県に 1 つで、全国に合計 45 ヶ所の設置が完了した。各組合と連合会の主な役割は以下の表 5 のとおり。

表 5　保健共済組合と県・州レベル連合会の主な役割

組織	役割
保健共済組合（コミュニティ）	・資格管理（最貧困層の加入手続き含む） ・保険料徴収（加入者当り 3500FCFA） ・保健医療機関（保健センター・ポスト）との契約および医療費支払

	・住民への広報 ・県保健共済組合連合会への分担金支払
県保健共済組合連合会	・病院との契約および医療費支払 ・国からの補助金受領（最貧困層含む加入者当り 3500FCFA）と資金管理 ・県の自治体や保健省・経済財務省の県レベル組織とともに、県の保健連帯基金（国が補助する保険料で病院の支払に充当）の管理 ・コミュニティの保健共済組合への支援（モニタリング含む）、広報
州保健共済組合連合会	・州病院など医療機関との契約交渉 ・医療保障庁、州医務局、地方自治体、援助機関などとの関係強化・調整 ・州内のすべての組合の活動のモニタリング、技術支援、広報

出典：各保健共済組合・連合会への聞取調査および改訂された医療保障庁マニュアル「保健共済組合の管理手続きマニュアル」（Manual Of Management Procedures of Mutualle de Santé）から作成

病院との契約や支払を行い、コミュニティレベルの各組合の活動を直接モニタリングすることから、州連合会よりも県連合会の役割が重要であり、県連合会には技術管理ユニットが設立され最低 1 人は事務職員（給与は医療保障庁から支給）が雇用されることになっている。ただし、設立されて間もないために十分に機能できていない県連合会も多く、オフィスを持っていないため活動が制約されている連合会もある。医療保障庁は県連合会についてはプロフェッショナル化を進めるとしているが、コミュニティレベルの保健共済組合については数が多く、職員給与などを医療保障庁が支援する十分な予算はなく、あくまで無給のボランティアとする方針を変えていない。

本来はコミュニティ政府が主体的に保健共済組合の活動を支援することが求められているが、組合の執行部で働くボランティアに手当てを支給しているコミュニティ政府は現時点では非常に少なく、医療保障庁は、今後は地方自治体による支援を促進していく方針を打ち出している。

表 6　県連合会の技術管理ユニットの機能

1	県保健共済組合連帯基金の管理
2	保健共済組合の設立支援、組合管理のための財政・管理ツール開発、組合の管理者への研修・フォローアップ
3	情報システムの管理
4	各組合と連合会の会計管理

出典：保健共済組合管理手続きマニュアル、医療保障庁

また、各保健共済組合は内部と外部からの2種類のコントロール（審査）を受ける

① **内部コントロール**

- 各組合のコントロール委員会による、加入手続き書類・保険料や給付金の管理、適切な会計やモニタリングの実施、加入者や契約締結した保健医療機関へ働きかけてのコンプライアンスの徹底
- 組合の総会の決定事項が着実に実施されているか、財務報告書及び活動報告書などでチェックする
- 組合の破産を避けるため、財政的・経済的な持続可能性を、主に銀行とともに分析する

② **外部コントロール**

- 医療保障庁による、事務・財務・会計についての定期的な監査

● 会計検査院など中央政府機関による、政府補助金の使途についての監査

また、モニタリングについては、主に県保健共済組合連合会が行い、以下のような項目を定期的にモニターすることで、県内の個々の組合の運営状況を把握し、医療保障庁と情報共有しつつ、モニタリング結果を活用しながら技術指導を行う。

表7　県連合会による保健共済組合のモニタリング項目

・対象人口、加入者数、脱退者数
・対象組合における加入者数、保険料総額
・保健医療機関で受けたサービス件数（診察、検診、分娩、投薬、入院等）
・締結された病院との契約数
・地方自治体から受けた補助金額
・各組合が記録した帳簿・書類の正確さ

出典：保健共済組合の管理手続きマニュアルより作成

また、各組合のパフォーマンスを測る指標として、加入者増加率、世帯当り扶養家族数、人口カバー率、組合員における女性比率、年齢別加入率、脱退率、会議への参加率、マイクロファイナンスの活用度合い、広報実施状況といったものが策定されている。

2.3.2 対象者・加入者数

コミュニティ健康保険は、強制保険でカバーされていないインフォーマルセクター全員を対象としており、全人口の 8 割、約 1200 万人が対象となる。加入は任意であり、家族ごとの加入が基本で、加入した人数分の保険料を世帯主が納めることになっている。

2016 年 11 月のデータによると、全国の保健共済組合加入者は、合計 97 万 2419 人（人口 1500 万人として 6.4%）である。表 8 に示すように州別ではカオラック州が最多で 24 万 2517 人、次がティエス州で 24 万 1231 人、3 位がダカール州 11 万 6822 人となっている。カオラックは Abt の保健共済組合支援プロジェクト（フェーズ 1）の対象 10 州の中でも最初に 2011 年から 2012 年にかけて保健共済組合が設置された場所である。セネガルで初めて保健共済組合が 1989 年に設立されたティエス州ではでマイクロ・クレジット等の活動も盛んで、首都に近く人口が多い州であることから加入者数が多くなっている。

2015 年と 2016 年の数字を比較すると、最貧困層は 18 万から 34 万へとほぼ倍増したものの、一般のインフォーマルセクターは 59 万から 63 万と、1 年で 3 万 2000 人余りしか増加していない。最貧困層は保険料を国が負担するが、インフォーマルセクターは保険料を払う必要があり、医療機関の数が少なく満足できる保健サービスの供給量が不足している状況では、加入者を増やしていくのは非常に困難である。保険料を払わない最貧困層の加入者だけが増えていくようでは、健康保険として機能しない恐れがある。

また、医療保障庁では、保健共済組合の加入者について正確に把握するシステムができていないため、全ての健康保険制度（強制加入保険なども含む）の加入者の全国アセスメントを 12 月から半年ほどかけて実施する計画である。

表 8　州別の保健共済組合の数と加入者数（最貧困層を含む、2016 年 11 月と 2015 年 12 月の比較）

州	設立済み保健共済組合数	加入者数	
		2015 年 12 月	2016 年 11 月
DAKAR	85	46,565	116 822
THIES	89	116,438	241 231
DIOURBEL	70	85,682	54,064
LOUGA	59	53,304	56 666
ST LOUIS	48	6,179	10 165
MATAM	26	17,376	19 756
FATICK	40	82,267	58 698
KAOLACK	41	140,728	242 517
KAFFRINE	32	68,099	65 283
TAMBACOUNDA	46	0	24 402
KEDOUGOU	19	0	8 460
KOLDA	43	93,430	47 215
SEDHIOU	43	40,873	15 155
ZIGUINCHOR	30	33,251	11 985
合計 （うち最貧困層） （うちｲﾝﾌｫﾏﾙｾｸﾀ）	671	784,192 (185,541) (598,651)	972 419 (341,545) (630,874)

出典：医療保障庁

2.3.3 給付：保険適用サービス

コミュニティ健康保険でカバーされる保健医療サービスは以下のようになっている。

- ◆外来診察＋薬（検査・画像診断を除く）
- ◆外来診察＋検査＋薬
- ◆入院なしの小手術（創傷手当て、壊死組織切除、硬膏、割礼、脱臼、指・足指の切断等）
- ◆入院による小手術
- ◆入院（薬、検査、ベッド代を含む、手術代は除く）
- ◆分娩（診察、薬、検査、エコー、ベッド代、分娩代を含む）

また、保険適用されない慢性疾患は以下のようになっており、生活習慣病は健康保険の適用外である。

- ✓　糖尿病、高血圧症、心不全、腎不全
- ✓　慢性気管支喘息
- ✓　抗がん剤治療
- ✓　てんかん
- ✓　結核

- ✓ リウマチ
- ✓ HIV/AIDS
- ✓ 精神疾患

2.3.4 保険料

保険料は加入者 1 人当り年 7000FCFA だが、国が半額を補助するため個人負担は年 3500FCFA(700 円）である。保険料支払に加え、保健医療機関を利用した際は、自己負担 20%（特別薬や民間医療機関での検査は 50%）をその場で支払う。国が認定した最貧困層は、保険料・自己負担とも無料になる。

保険料のうち、加入者の支払分はコミュニティの各保健共済組合が徴収し、それぞれの銀行口座にプールされ、加入者が保健医療機関を受診した際は、保健医療機関からの請求に基づき、自己負担以外の 8 割分を組合が後日、支払う。国が補助する保険料の半額は、県レベルの連合会に配分され、各連合会の銀行口座にプールされ（保健連帯基金)、病院での加入者の医療費支払に充てられる。

課題は保険料徴収率が低いことで、Abt Associates の報告書（Etude sur la Viabilité Financière des Mutuelles de Santé dans le Contexte de la Couverture Maladie Universelle、2016）によると、既に活動している保健共済組合における保険料徴収率は平均すると 15～16%ほどで、加入手続きはしても保険料を払っていない人も多いという。

理由は、主に 2 つあり、①1 人だけなら年 3500FCFA だが、セネガルは家族が多いので（世帯当り平均 8 人）全員の保険料を毎年払うとなると経済的負担になる、②近くの保健医療機関のサービスが不十分なため、加入料 1000FCFA(200 円)だけ払う、あるいは保険料をいったん全額払ってもサービスに満足できず支払を止める人が多い、ことである。

2.3.5 家族保障給付国家プログラム（Programme National de Bourses Sécurité Familiale :PNBSF）

社会的弱者を支援する大統領の優先政策の 1 つで 2013 年に開始された。政府に最貧困層と認定されると、「子どもに学校教育を受けさせる」といった 3 つの条件を満たした場合、年 10 万 FCFA (2 万円)を 5 年間受取ることができる。大統領府社会保障国家連帯代表のプログラム担当者によると、2016 年 2 月時点で 3 万 1000 世帯（1 世帯 8 人として 184 万人）の最貧困層の同定を終え、医療保障庁と情報共有の協定も作成し、対象者の名簿も医療保障庁に渡している。計画では全国で 30 万世帯（1 世帯 8 人として計 240 万人）をこのプログラムの対象としている。

本プログラムは条件付き現金給付（Conditional Cash Transfer : CCT）であり、対象者への現金の支払は郵便局を利用しており、中央から直接、対象者の口座に現金が支払われる仕組みになっている。対象者の 85%が現金を受取れており、残り 15%は死亡、移転などが理由で受取れていない。郵便局は手数料が最も安いので使っているが、試験的に Orange money を 5 県で利用しており、結果がよければ対象県を拡大していく。このプログラムは 5 年間の予定だが、セネガルは社会保障予算がもともと少なく国家予算の 3~4%ほどしか占めていないので、10 年間は継続したいと考えている。

将来、医療保障庁側でも IT システムを構築し、大統領府のデータベースと接続できれば、連携がより機能するようになる見込みとしているが、2015 年末時点で最貧困と同定された人の保健共済組合への加入は、以下の表に示したとおり 14 州のうち 12 州の合計 18 万人とまだ少なかった。2016 年 11 月時点では全国で 34 万人（表 8 参照）に増えたが、2016 年内に加入させる目標としていた 200 万人と比べると 6 分の 1 ほどの低い数字にとどまっている。

表 9　PNBSF で認定された最貧困層のうちの保健共済組合加入者数（2015 年 12 月）

州	加入した世帯主数	世帯主以外の家族人数	全加入者数 (左 2 列の合計)	保険料支払額 (FCFA)
Diourbel	3508	17,760	21,268	61,559,750
Ziguinchor	1812	9,369	11,181	32,559,750
Thies	3197	17,201	20,398	59,291,500
Louga	310	2,198	2,198	21,121,000
Kaolack	4532	28,563	33,095	318,934,500
Kaffrine	1844	11,348	15,727	38,122,000
Fatick	2833	12,596	22,999	45,262,750
Sedhiou	1824	10,180	12,004	34,835,000
Kolda	3790	20,352	24,142	70,180,500
Tambacounda	0	0	0	0
Kedougou	0	0	0	0
Matam	-	-	13,854	-
Dakar	-	-	4,640	-
Saint Louis	-	-	4,035	7,367,250
合計	**25,287**	**138,035**	**185,541**	**711,292,500**

出典：医療保障庁健康保険局

大統領府による貧困同定は済んでいるのに保健共済組合への加入が進んでいない理由として、医療保障庁健康保険局貧困層・社会的弱者管理部の部長は以下の要因を挙げている：

- 大統領府から受取った最貧困層のリストには間違いがいろいろあるため（男性が女性になっていたり、子どもなのに年齢が 80 歳と記入されていたり）、それを 1 件ずつ検証する必要があり、手続きに時間がかかる。

- 2016 年前半までは、州の社会活動分野の担当者がローカル NGO などコミュニティレベルで活動するコミュニティ・サポーターを組織し、サポーターが各世帯を訪問して情報を確認していたが、サポーターの人数が十分でなく、情報が州の担当者から中央に上がってくるのに時間がかかっていた。そのため、現在は各保健共済組合がカメラマンを雇い、対象家庭を訪問し家族全員の写真を撮ることで、年齢・性別などを確認する方法に変えた。以前の方法よりは時間が短縮されたものの、写真を撮るにも交通費を含む予算が必要で、僻地まで訪問して全員の写真を撮るには時間がかかっている。

- まだ全国の組合の約半数が機能していないため、名簿の確認が終わっても加入手続きに入れない

また、加入手続きが終わった最貧困層の保険料については、本来 1 年分を医療保障庁が支払うことになっているが、手元現金の不足のため、支払が遅れている。最貧困層の 1 人当り保険料として医療保障庁が負担する金額は以下のとおり 10,500FCFA である（扶養家族は入会金を除く 9,500FCFA）。

表 10　最貧困層向けの保険料補助金

内訳	金額 (FCFA)
組合への入会金	1000
保険証の写真代	500
1 年分保険料	7000
医療機関受診時の自己負担相当*	2000
合計	**10,500**

注：医療機関受診時に必要な 2 割の自己負担分を補填

2.4 無料医療制度

2.4.1 5 歳未満乳幼児（free medical care program for children from 0 to 5 years）

5 歳未満乳幼児対象の無料制度は、大統領による医療保障開発戦略の中でも、特にミレニアム開発目標の達成を促進するため、2013 年から導入された。2014 年からはフェーズ 2 が実施され、対象サービスが拡大された。現在（フェーズ 2）の対象施設・サービスは以下の通り（実際は保健小屋でも実施されている）。

表 11　5 歳未満乳幼児向け無料制度の対象サービス

保健医療施設	外来診察	予防接種	救急	入院	必須医薬品
保健ポスト	○	○			○
保健センター	○	○		○（7 日迄）	○
病院	○（要紹介状）		○		○

出典：Manual des Procedures Administratives, Financieres et Comptables des Initiatives de Gratuite, Dec.2014,保健社会活動省

すべての疾病が対象になるわけではなく、無料になるのはマラリア、エイズ、結核、栄養失調、ビタミン A 補給、寄生虫除去など、フェーズ 1 からの対象疾病と、フェーズ 2 からは、乳幼児の死因の 75%を占める重要疾患として新生児仮死、低体重、下痢症、貧血、急性呼吸器感染症などが追加された。無料でサービスを提供すると、各保健施設は政府から定額の還付を受ける（患者 1 人あたり保健ポスト 1400FCFA、保健センター4500FCFA、診察 1 件あたり病院 2000FCFA）。また、施設側は出生登録証などで乳幼児の年齢を確認することになっている。

2014 年と 2015 年の無料制度利用件数と支払額は表 12 の通りで、2015 年には利用件数が前年の 1.5 倍増となり 200 万件を超え、1 件を 1 人と換算すると全人口の 14%をカバーしていることになる。州別では、

ダカール、ティエス、サンルイ、ジュルベルなど、首都に近く人口の多い州で利用件数が多い。支払い総額（2015 年）は 31 億 FCFA（約 6 億円）となっている。

表 12　5 歳未満乳幼児向け無料制度の利用件数と支払額

州	2014		2015	
	利用件数	支払額 FCFA	利用件数	支払額 FCFA
Dakar	378,618	550,000,000	467,838	951,357,500
Diourbel	112,860	180,000,000	192,230	-
Fatick	58,422	90,000,000	60,839	155,602,000
Kaffrine	50,695	100,000,000	88,854	55,280,100
Kaolack	94,054	268,000,000	147,868	150,698,000
Kedougou	28,077	40,000,000	44,987	124,322,200
Kolda	50,736	105,000,000	140,274	177,103,500
Louga	40,618	120,000,000	82,592	176,579,200
Matam	25,094	89,000,000	76,166	91,273,400
Tambacounda	52,318	88,000,000	61,023	95,511,200
Thies	192,597	320,000,000	244,752	573,200,320
Saint Louis	83,581	150,000,000	208,944	331,202,100
Sedhiou	41,666	110,000,000	94,738	137,039,000
Ziguinchor	59,723	141,000,000	105,660	119,512,500
TOTAL	**1,269,059**	**2,351,000,000**	**2,016,765**	**3,138,681,020**

出典：医療保障庁

2.4.2 帝王切開

妊産婦対象の無料制度は、妊産婦死亡の低減を目的に、2004 年にまず正常分娩の無料化から始まり、2006 年から帝王切開がダカール州を除くすべての病院で実施された（ダカールは 2011 年から実施)。2014 年までに全ての公立病院と保健センター（帝王切開を実施できる）でも無料化された。正常分娩は分娩キットを保健施設に配布する形をとっていたが、国家医薬品供給機関（PNA）からの分娩キットの配給の量やタイミングが不十分だったため、分娩の無償化は取り止めになり、現在は帝王切開のみが無料となっている。帝王切開を実施すると 1 件につき 85,000FCFA(17000 円)が政府（医療保障庁）から保健医療施設へ還付される。

帝王切開の実施状況を見ると（表 13)、帝王切開が実施できる施設が全国に 29 施設と少ないため、マタム州を除く 13 州で実施されているものの、件数は全国で 1 万 7961 件にとどまっている。特に首都から離れたケドゥグ州などでは医師不足のため帝王切開が実施できる施設が州に 1 施設しかない。施設あたりの件数も年間で 100 件あまりと少ないところから、年 1800 件を超える施設（ダカール州 Roi Baudouin de Gué 病院）まであり、差が大きい。

表 13　州別の帝王切開の無料医療制度の件数と実施施設数（2015 年）

順位	州	帝王切開実施施設数	件数
1	Dakar	7	5,753
2	Thies	4	2,534
3	Diourbel	3	2,394
4	Louga	3	1,497
5	Kaolack	2	1,385
6	Saint Louis	3	1,382
7	Ziguinchor	1	1,008
8	Tambacounda	1	804
9	Kaffrine	1	476
10	Sedhiou	1	278
11	Kolda	1	224
12	Kedougou	1	119
13	Fatick	1	107
	TOTAL	**29**	**17,961**

出典：医療保障庁　注：マタム州のデータはない

2.4.3 高齢者医療（セサミ・プラン）

人口の約 7%を占める 60 歳以上の高齢者向け無料制度は、2006 年から実施された。高齢者の 3 割（元フォーマルセクター労働者）しか医療保障を受けておらず、公務員は退職後も医療費の自己負担は 20%のみだが、民間企業の退職者は全額自己負担になるなど、制度が不十分なため、当初はすべての医療サービスが無償で提供された。しかしサービスの濫用などから予算が不足し、政府から保健医療機関への支払いが遅延し、現在も政府は多くの保健医療機関に未払い金があり、特にダカール市内の 3 次病院を中心に累計 30～40 億円の負債があると言われている。

これを受け、新たに無料の対象外となるサービス（ペースメーカー、MRI などの高額医療）を規定したうえで、高齢者向け無料制度を継続しているが、現在でも、あらゆる診察、ジェネリック薬、検査、入院など、非常に幅広いサービスが無料とされており、過去の負債の支払いだけでなく、現時点の毎月の保健医療機関からの請求への支払いも遅延しており、運用上の課題が多い制度となっている。

参考として、ダカール市内にある国立グラン・ヨフ病院の、セサミ・プランに支出した医療費と医療保障庁（2014 年までは保健省）からの還付額を表にまとめた。1 年目のみ全額還付されたが、以降は請求額の 20%～40%程度しか還付されない年が続き、医療保障庁設立後に還付率は改善したものの、10 年間の合計還付率は 44%で、累積未払い額が 16 億 3879 万 FCFA（約 3 億 2000 万円）にのぼっている。

表 14　国立グラン・ヨフ病院のセサミ・プラン請求額と医療保障庁からの還付額 (FCFA)

	請求額	医療保障庁還付額	未払い額	年還付比率%	累積未払い額
2006	39,699,705	60,000,000	20,300,295	151	20,300,295

2007	241,913,490	100,000,000	141,913,490	41	121,613,195
2008	427,920,245	100,000,000	327,920,245	23	449,533,440
2009	414,031,026	80,000,000	334,031,026	19	783,564,466
2010	210,288,112	80,000,000	130,288,112	38	913,852,578
2011	284,325,094	118,930,000	165,395,094	41	1,079,247,672
2012	227,197,926	103,180,000	124,017,926	45	1,203,265,598
2013	287,969,267	100,000,000	187,969,267	34	1,391,234,865
2014	402,947,983	250,005,000	152,942,983	62	1,544,177,848
2015	410,174,363	315,650,961	94,523,402	76	**1,638,701,250**
合計	**2,946,467,211**	**1,307,765,961**	**1,638,701,250**	**44%**	**-**

出典：グラン・ヨフ病院

2.4.4 支払の遅れ

本来であれば、無料医療制度については医療サービスを提供し支出が発生すると翌月下旬までに請求書が各保健医療施設から医療保障庁に提出され、毎月、各施設に支払を実行することになっている。インフォーマルセクター向け健康保険については、各保健共済組合が保健医療機関と結ぶ契約書の中に、請求書受領後何日以内に支払を実行するか取り決めている。

しかし、実際には請求書の提出と医療保障庁からの支払のどちらも、期日までに行われないことが多く、特に医療保障庁からの支払の遅れが 3 ヶ月～6 ヶ月、長いと 1 年を超えることもあり、還付金を受取れないために医療機関がサービス提供を中止せざるを得なかったり、保健共済組合から医療機関への還付も請求額の一部のみということが各地で起きている。

支払が遅れる要因は以下のとおり。

- 医療保障庁側の要因：職員数不足、マネジメント能力（事務処理能力）の低さ
- 保健医療機関側の要因：職員数不足・報告書作成能力の不足
- 保健共済組合側の要因：事務能力不足（住民ボランティアによる運営のため)、保険料収入の不足

例として、ダカール州内の保健センターにおける、無料医療制度の請求と支払時期を表 15 に示す。表を見ると、保健センター側は毎月の請求額を、大きな遅れなしに計算し書類も提出している一方で、医療保障庁側（2014 年までは保健省）からの支払が不定期であることがわかる。帝王切開については特に支払が不定期で、2014 年度は支払が 2 回しかなかった。5 歳未満乳幼児については 2015 年 9 月分までは還付されているが、10 月以降の分はすべて未払いである。

表 15 ダカール州 Nabil Choucair 保健センターの無料医療制度の請求額と医療保障庁からの還付額

（FCFA）

	帝王切開			5 歳以下乳幼児	
	請求額	還付済み額	未払い額	還付済み額	未払い額

2014 年 1 月	12,070,000			204,000	
2				2,097,000	
3				4,153,500	
4	5,355,000			3,046,500	
5	5,185,000	10,200,000		2,394,000	
6	3,655,000			3,114,000	
7	7,820,000			486,000	
8	6,205,000			5,584,000	
9	7,735,000			6,138,000	
10	2,210,000			7,710,242	
11	3,910,000	23,885,000		6,640,500	
12	8,585,000			5,525,600	
合計	**62,273,000**	**34,085,000**	**28,188,000**	**47,093,342**	**0**
2015 年 1 月	8,160,000				
2	5,685,000				
3	5,780,000	12,410,000			
4	5,440,000				
5	5,780,000	7,735,000			
6	4,760,000				
7	3,995,000				
8	6,970,000				
9	7,905,000	30,940,000			
10	7,820,000				3,233,400
11	6,035,000				3,169,200
12	3,145,000	14,875,000			3,553,600
合計	**71,475,000**	**65,960,000**	**5,515,000**	**34,817,600**	**9,956,200**
2016 年 1 月	4,675,000				
2	6,375,000				
3	6,630,000				
	17,680,000	**0**	**17,680,000**		**11,326,800**
3 年間累計	**151,428,000**		**51,383,000** **(請求額の 33%)**	**93,237,742**	**21,283,000** **（請求額の 22%）**

出典：Nabil Choucair 保健センター

2.4.5 医療費請求手続きとマニュアル改訂

無料医療制度では、定額の還付金の支払いを受けるために、各保健医療施設は表 16 の左側のような請求手続きを取ることになっていた。1 つの保健区には、管轄している保健ポストが平均して 15〜20 あり、保健ポストから保健区に提出される多数の請求書の確認作業が最も時間がかかり、しばしば締切り

に間に合わなくなる。州医務局は州内のすべての保健区からの書類を受領してからしか医療保障庁に提出できず、それが書類提出の遅れの原因になっていた。改訂したマニュアルでは、医療保障庁の州支部にまず書類を集約しチェックすることで、審査にかかる時間を短縮できるようになった。また、各州においては州医務局を通さずに県から州支部へ書類を提出するという運用が行われている模様である。

表16　5歳未満児無料制度の各州における医療費請求プロセス（右側の太字部分が新制度）

手順	締切り	以前の手続き	新しい支払プロセス	
1	毎月5日迄	施設長は記録を作成、保健区長（MCD）へ送付	毎月5日迄	各施設長が記録作成、保健区長へ送付
2	毎月10日迄	保健区長と県病院長は月次サマリーと請求書を、州医務局へ提出	毎月10日迄	保健区長と県病院長は月次サマリーと請求書を作成
3	毎月20日迄	州医務局長は全書類をチェックし請求書を医療保障庁へ提出	毎月**15**日迄	州医務局長は**医療保障庁州支部**に全書類を提出
4			**1ヶ月**以内	州支部は書類を確認、**医療保障庁本部**に書類送付、確認後支払

出典：旧マニュアル（Manual des Procedures Administratives, Financieres et Comptables des Initiatives de Gratuite, 2014）および改訂された新マニュアルより作成

また、帝王切開についても、以前は表17の左側に記載したように州医務局で書類をとりまとめるという規則になっていた。改訂マニュアルにおいては、各施設の書類は州医務局が集約してから医療保障庁州支部へ提出され、ここで最初の確認を行ってから本部にて最終確認・支払を行うというプロセスに変更された。各州に医療保障庁の支部ができ、そこで確認作業をまず行うことで医療保障庁本部に集中していた作業が分散され、支払期間の短縮ができるようになった。

表17　帝王切開無料制度の各州における医療費請求プロセス（右側の太字部分が新制度）

	以前の手続き	新しい手続き
1	毎月末迄　産科担当者は月次報告を作成、施設長がサイン	毎月末迄　産科担当者は月次報告を作成、施設長がサイン
2	請求書とともに保健区長（MCD）か州医務局へ送付	請求書とともに保健区長（MCD）か州医務局へ送付
3	州医務局が保健区長からの書類も取りまとめ、医療保障庁へ提出	州医務局から**医療保障庁州支部へ**書類提出
4		医療保障庁州支部は書類を確認後、**医療保障庁本部へ**書類送付、確認後に支払

出典：旧マニュアル（Manual des Procedures Administratives, Financieres et Comptables des Initiatives de Gratuite, 2014）および改訂された新マニュアルより作成

このように、無料医療制度の請求手続きには課題が多くあったため、2016 年に管理プロセスマニュアル（Manual of Procedures of Management of The Free Medical Care）の改訂が行われた。改訂されたマニュアルには、無料医療制度の運営プロセスを明確に定義されており、改訂する目的は、①提供されたサービスの支払を免除するに当って、関係者に必要な規則を明示する、②効率的・合理的に人的・財政的資源を管理するために必要なコントロール（審査・管理）のメカニズムを定める、の 2 点である。

2016年に医療保障庁州支部が各地に設立されたことにより、コントロールのプロセスは州支部と医療保障庁本部の２段階で行われることになった。

① 医療保障庁州支部内（以下の2者による審査）

- 事務担当

  患者がそれぞれの無料制度の対象として適格かをチェック（IDにより）し、受けたサービスの内容と請求書の金額が適合するか、薬の処方箋・検査指示書などがあるか、などを確認する

- メディカル・コントロール担当

  請求書記載の医療費単価・合計額、症状と提供されたサービスの整合性などをチェックする。規則で定められたものに適合しない請求は支払を拒否する。また、書類の記入ミスの場合は保健医療施設に書類を返送し、記入内容を修正してもらってから再度審査する

② 医療保障庁本部：各州支部から送られてきた請求書・レポートを以下の手順でチェックする

- 医療支援局で請求内容・金額のサマリー表作成し、数字を再度確認
- General control部に書類が送られ、金額や本人確認が正確に行われているかなどを再度確認
- 医療保障庁長官が書類にサイン
- 管理財務局が支払指示を出す
- 会計担当が各施設の銀行口座宛てに小切手などで支払いを実行する

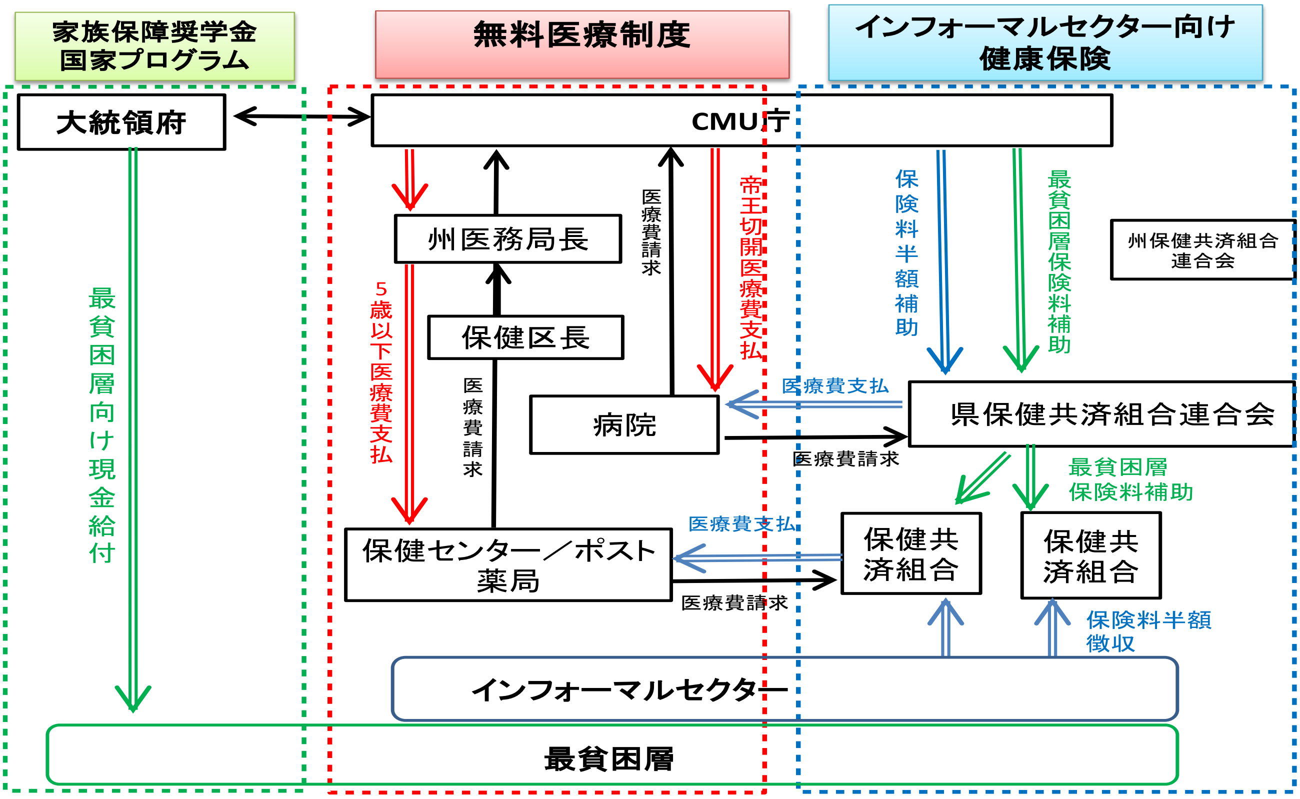
また、表16・17に示したように、州医務局から医療保障庁（州支部）への書類提出期限を短くし、さらに医療保障庁本部内での審査日数も短縮することで、各施設の書類提出から１ヶ月以内に支払が実行されるようにする。州支部ができることで、全国から医療保障庁本部１ヶ所に集中していた請求書確認作業が14州に分散され、また医療保障庁本部も人員増加や情報システム整備により作業効率の向上を目指している。

2.5 UHC 関連プログラムの資金フロー：医療費請求と支払の仕組み

医療保障庁が担当する保健共済組合と無料医療制度、および大統領府が担当する PNBSF の資金フローを図にまとめた。次頁の図 3 は、黒い線が請求書提出フロー、緑・赤・青の線が資金の支払のフローを示す。

2.5.1 従来の資金フロー（2016 年半ば頃まで）

(1) インフォーマルセクター向け健康保険


家族保障奨学金
国家プログラム
無料医療制度
インフォーマルセクター向け
健康保険
大統領府
CMU庁
州医務局長
保健区長
病院
保健センター／ポスト
薬局
州保健共済組合
連合会
県保健共済組合連合会
保健共
済組合
保健共
済組合
インフォーマルセクター
最貧困層
最貧困層向け現金給付
5歳以下医療費支払
医療費請求
医療費請求
帝王切開医療費支払
保険料半額補助
最貧困層保険料補助
医療費支払
医療費請求
最貧困層
保険料補助
医療費支払
医療費請求
保険料半額
徴収

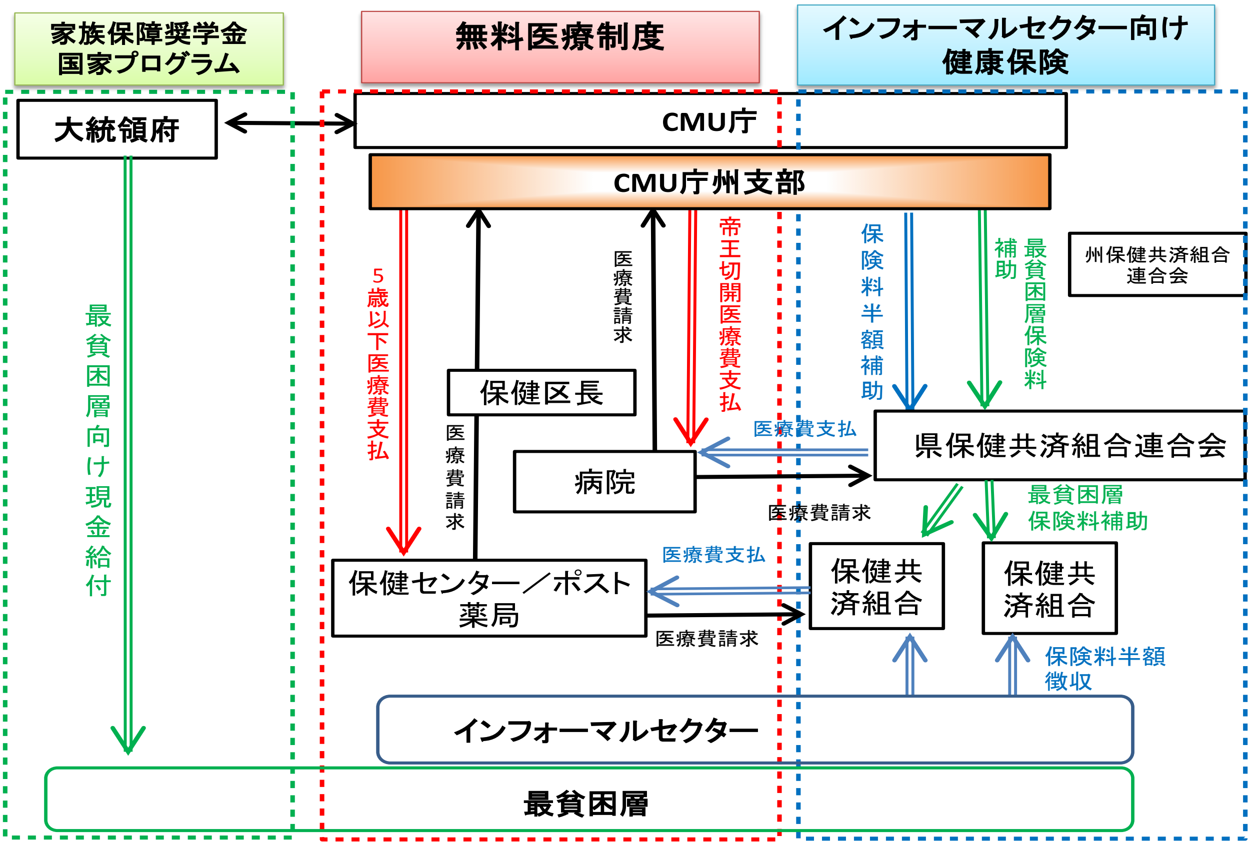

家族保障奨学金
国家プログラム
無料医療制度
インフォーマルセクター向け
健康保険
大統領府
CMU庁
CMU庁州支部
保健区長
病院
保健センター／ポスト
薬局
州保健共済組合
連合会
県保健共済組合連合会
保健共
済組合
保健共
済組合
インフォーマルセクター
最貧困層
最貧困層向け現金給付
5歳以下医療費支払
医療費請求
医療費請求
帝王切開医療費支払
保険料半額補助
最貧困層保険料補助
医療費支払
医療費請求
最貧困層
保険料補助
医療費支払
医療費請求
保険料半額
徴収

図 3　現在の資金フロー（上の図）と、医療保障庁州支部設立後の資金フロー（下の図）

2 つの資金フローがある。1 つは PNBSF で認定された最貧困層向けの政府（医療保障庁）からの補助金で、半分（3500FCFA）は県連合会にプールされ、残り半分は県連合会を経由してコミュニティの各保健共済組合の持つ銀行口座に届く。2 つめは最貧困層以外の一般の加入者の保険料のフローで、県連合会は中央の医療保障庁口座から直接、補助金（加入者１人当り 3500FCFA）を受領し、この資金プールから病院への医療費を支払う。各保健共済組合は、加入者から１人当り 3500FCFA を直接、徴収し、各組合の銀行口座に資金をプール、保健施設からの医療費請求に対して支払を行う。

（2）無料医療制度

５歳未満乳幼児については前述のとおり、各保健医療施設（保健小屋、保健ポスト、保健センター）が提出した請求書が州医務局で取りまとめられ、医療保障庁に提出される。医療保障庁からの支払は、州医務局の銀行口座にまず入金され、ここから病院や保健センターに還付分が支払われる仕組みだった。

妊婦の帝王切開や高齢者向け無料制度については、実施している医療施設数が少ないこともあり、各医療施設が医療保障庁に直接、請求書を提出し、支払も医療保障庁から各保健医療施設の銀行口座に直接送金される。しかしながら、医療保障庁側の職員数が少ないため、迅速な支払に対応できていなかった。例えば、無料医療制度の 5 歳以下乳幼児と帝王切開を担当する職員は医療保障庁に 2 人のみで、年 200 万件を超える 5 歳未満乳幼児の全ての請求書のチェックを行っていた。

2.5.2 医療保障庁州支部設立後の資金フロー

2016 年半ば以降、各州の医療保障庁支部が稼働し始めた後は、インフォーマルセクター向け健康保険と無料医療制度の両方の請求書は州支部に提出され、州支部においてメディカル・コントロールを含め、請求額が適正かどうかの精査を行ったうえ、支払も州支部が各保健医療施設に直接、行う体制に移行しつつある（2016 年 11 月時点)。

医療保障庁の州支部は、すでに全 14 州において支部長は任命され着任しているが、支部長以外の職員（医師、会計士、広報、事務など 8～10 人）については、採用手続きは終わっても配属はこれからの州が多く、14 州すべての支部が機能するのは 2017 年半ば頃だと思われる。

2.6 医療保障開発戦略の見直し

医療保障開発戦略（2013-2017）は医療保障庁設立前に策定されたものであり、また大統領の任期が 2019 年まで延長されたことを受け､医療保障開発戦略を現状に合わせて見直すことが 4 月下旬に発表された。経済財務省が医療保障関連プログラムをパフォーマンス・コントラクトの対象に選んだことが直接の契機ではあるが、制度そのものの見直しを検討することにした。現在、コンサルタント（元保健省官房長官・現 WHO）１名を雇用し、修正した戦略のドラフトを作成している段階であり、詳細は明らかになっていない。2016 年４月時点では、医療保障庁は 5 月中にドラフトを作成し、経済財務省に提出し、早ければ 2016 年の第 4 四半期か 2017 年第 1 四半期に、いくつかの県を選んでパイロットを実施したいとしていたが、2016 年 11 月になってもドラフトは最終化されておらず、改訂作業が遅れている。

現時点で修正が検討されている項目は以下のとおり：

- 5 歳以下乳幼児を全員、保健共済組合に加入させ、無料制度の医療費を保健共済組合が支払う形にする
- 居住地以外でも保健サービスを利用できるようにする
- 特定の職種で、強制加入を検討
- 零細企業・芸術家集団など向けに低額の保険料を導入
- 生体認証システムの導入

3. 医療保障庁の組織と予算

3.1 医療保障庁の組織

医療保障庁本部の職員数は 2016 年 7 月時点で約 79 名、これに州支部が全国に 14 ヶ所設立され 34 人が採用された（各支部で 7 人採用予定し、最終的に合計 98 人になる予定)。さらに、本部の職員は 100 名程度まで増やす計画があり、合計で 200 人の体制になる見通し。

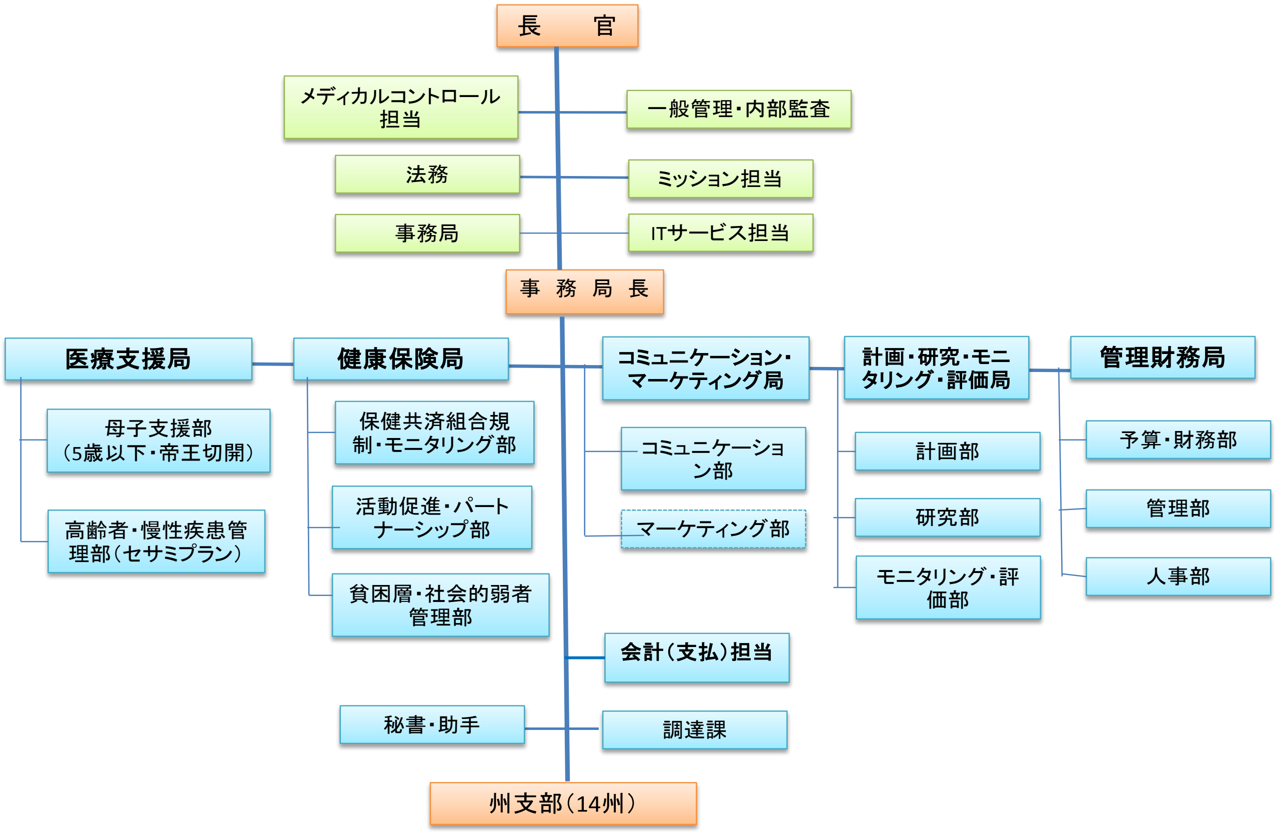


図 4　医療保障庁組織図（2016 年 5 月現在）

医療保障庁の組織図を図 4 に示す。長官の下に法務、内部監査などの部門が 6 つあり、その下に医療保障開発戦略を実施するための事業部門が 5 つの局、会計部門などから構成され、さらに地方に 14 の州支部が存在する。各部署の主な業務は以下の通り。

3.1.1 健康保険局（Health Insurance Department）3 部で局長と職員合計 9 人

健康保険局の最大の任務は、インフォーマルセクターの人々を保健共済組合に加入させることである。

そのために、地方自治体や各地にある市民社会の団体との関係づくり（パートナーシップ）、加入者数を含めた各保健共済組合の活動のモニタリング、PNBSF で最貧困層と認定された人々のデータベース作成および保健共済組合への加入促進といった業務を 3 つの部がそれぞれ担当している。

健康保険局長によると、まだ保健共済組合への加入率が低い理由は 3 つ：

- 貧困と文化的要因：本来、健康保険は保険料を払う余裕がある人々のための制度だが、セネガルでは貧困層人口が多く保険料を払うことが困難な人が多いことと、病気になって初めて医療費のことを考える人が多く前払いで保険料を払うという制度になじみがないこと
- 保健共済組合がまだ約半数しか機能していないこと
- コミュニティの巻き込み：医療保障開発戦略はコミュニティにおける solidarity（連帯）を基本としているが、まだ各地のコミュニティが保健共済組合の設立・運営に積極的に関与しているとはいえない。地域の住民のニーズを適切に捉えたうえで、コミュニティが主体的に組合への加入を働きかることができていないこと

（1）貧困層・社会的弱者管理部　職員 3 人

PNBSF で最貧困層と認定された人や、機会均等カード保持者（障がい者）の保健共済組合への加入促進と、加入後の支援を担当する部署。PNBSF で認定される最貧困層 240 万人（30 万世帯で 1 世帯 8 人と計算）を 2017 年までに組合に加入させることが目標。2016 年初めには年末までの加入目標は 200 万人といっていたのが、11 月時点では 130 万人に減り、11 月時点での実際の加入者は 34 万人であり、目標を大幅に下回っている。主な要因は以下の 2 点だが、詳しくは 2.3.5 節を参照。

- 保健共済組合が全国に設立されても機能していない
- 大統領府から受取った最貧困層のデータ（データベース）に誤りがあるため、1 件ずつデータを検証し、必要があれば地方まで行って正しい情報を確認しなければならない。

また、職員に必要な研修としては、統計データの処理法、IT 技術（エクセルなどパソコンの基礎から）、英語（海外の専門的文献を読むのに必須）が必要とのこと。

（2）保健共済組合モニタリング・規制部　職員 2 人

保健共済組合の規制とモニタリングが主な業務。

① 規制とは、組合が設立に際し法的な許可を得る必要があるため、その手続きを支援する業務を指す。組合を設立する際、設立に必要な書類はまず州知事など地方政府に提出される。その後、保健省や医療保障庁に書類が送付・確認された上で、保健共済組合は法律的に活動を許可され、この後に加入者を募ったり保健医療機関と契約を結ぶことができるようになる。一連の手続きに 2～3 ヶ月かかる。

② モニタリングは、コミュニティ、県、州の 3 つのレベルで行っているが、それぞれに課題があるため、全国での保健共済組合の加入者数がリアルタイムで把握できない。（2016 年前半時点で）14 州のうち、保健共済組合が設立されていないタンバクンダ、ケドゥグを除いた 12 州に加入者数などの

データを提出するよう書式を送ったが、5 月までに提出したのは、カフリン、サンルイ、ファティック、ジガンショールの 4 州のみで、全国の加入者数を把握するのにとても時間がかかっている。

モニタリング・規制部長は、コミューンの保健共済組合も、ボランティアだけで運営するのでなく、最低 1 人は地方自治体の職員を派遣するなどの形で正規のマネージャーを雇用する方向に組織を変えていくべきだと考えている。

それぞれのレベルの課題は以下の通り：

- コミュニティレベル：加入者数、性別、PNBSF 対象者数、徴収済み保険料金額だけの、シンプルな内容の提出フォームも作成したが、これら基本的なデータも作成できない保健共済組合が多い。台帳が手書きであり、加入したり脱退したり一部しか保険料を払わなかったりする、様々な状況の加入者の数をタイムリーに管理することが困難なことが要因。
- 県・州レベル：全国に 45 の県連合会が設置されたが、新規に設立されたばかりで機能していないところもある。本来なら県連合会が、管轄するすべての保健共済組合に必要なデータの説明をし、データ作成が困難であれば作成の支援をする役目を担っているが、人員不足、パソコン・ソフトなど機材不足、さらに事務能力不足もあり、県・州レベルの連合会の機能も地域格差が大きいのが現状である。

3.1.2 医療支援局（Medical Assistance Department）2 部で局長・職員の合計 11 人

医療支援局は無料医療制度の政策・給付の策定と支払業務を担当している。全国からの無料医療制度の支払請求書類をこの部署ですべてチェックしており、最大の課題は人数不足。世銀・AFD などによる研修も受けたことがあり、以前よりは支払までの期間が短縮されたものの、請求書の validation に多くの課題がある。支払の遅れは、医療保障庁側の要因だけでなく、州医務局の書類の不備や提出の遅れ（ひどいと 1 年遅れ）も要因の１つとなっている。

医療支援局長は、医療保障開発戦略の見直しについては承知しており、無料医療制度はコミュニィ保険に統合される方向だと理解しているが、あくまで方向性が打ち出されただけであり、5 歳未満の子どもだけでなく家族も加入させることができるのか、本当に実現できるのかは現時点ではわからないとの認識を持っている。以下は各部長との面談内容。

（1）高齢者及び慢性疾患管理部（セサミ・プラン担当）職員 6 人

前の大統領の任期中（2006 年）に開始された制度で、60 歳以上の高齢者の医療をすべて無料としたため、特にダカールにある 3 次病院を中心に莫大な医療費が発生し、現在でも数十億円が病院に還付できていない。医療保障庁設立後は、保健省が担当していた時より、支払は早くなっている。

現在、保健省の高齢者医療担当・慢性疾患担当とともに、セサミ・プランの再構築について協議しており、その内容は以下の通り：

- 対象者の身元確認（他の医療保障制度でカバーされていないか）方法

- 給付内容のしぼりこみ
- 病院への支払方法（支払発生ごと後払いか定額前払い）
- 疾病ごとのパッケージ策定（例えば、糖尿病の治療に必要な医療行為の標準化）
- 支払の遅れが発生した原因の究明
- 各病院への負債の支払方法：まず 2015 年分の支払を優先し、その後に 2014 年以前の未払い分をメディカル・コントロール部門が検証し金額を確定した後で、各病院と交渉する

（２）母子支援部（5 歳未満乳幼児と帝王切開担当）職員 4 人

無料にすべき給付内容の策定、保険医療施設に還付する料金設定、無料になる対象者の確認方法、保健医療施設との契約と支払など、技術的な面と財政的な面の両方を担当している部署。5 歳未満乳幼児の請求は、もともと保健省が無料制度を実施していた時から、州医務局が州内の請求書を取りまとめていた。現在は医療保障庁州支部が機能し始めたので、まず州支部でチェックする体制に移行している段階（図 3 参照）だが、マニュアル改訂で請求書のフォームも簡素化したので、支払の遅れも改善しつつある。

医療保障庁本部に提出された請求書類は、まず長官のオフィスに送られ、長官が目を通したうえで、医療支援部に回され、それぞれの無料制度担当者が書類を確認する。母子支援部では、請求書よりも、添付される技術レポートの内容をチェックし、本当にサービス提供が行われたか疑わしいケースがあれば、実際に保健医療施設を訪問して確認することもある。

支払の遅れの要因は以下の 3 つ：

- 経済財務省の予算承認の遅れで、医療保障庁に予算が届くのが遅れる
- 医療保障庁のキャパシティ不足（職員の人数不足や処理能力不足）で、まだ設立して日が浅く州支部も機能し始めたばかりなため、手続きに時間がかかっている
- 保健医療施設側の書類提出の遅れ

また、JICA の技術支援として期待されているものは以下の通り：

- 情報システム：医療保障庁内のコンピュータシステムと保健共済組合や保健医療施設を結ぶ（世銀が支援するが庁内向け支援中心のため、それ以外の対象者への支援は必要）
- メディカル・コントロールの研修・指導

医療保障開発戦略の見直しについては、保健共済組合を通して無料医療制度を行う形に変えたいと考えており、5 歳未満乳幼児向け無料制度のパイロット地域を決めて、現在検討している新たなシステム・給付内容が実施可能であるか確認してみたいと考えている。

3.1.3 メディカル・コントロール（医学請求審査）・ユニット　職員 2 人

医療保障庁に提出された請求について、医学的に妥当なサービスであったか、請求された医療費が適正であったか、を専門的見地から検証する部署で、疫学専門の医師と薬剤師の 2 人が担当している。例えば帝王切開については、無料制度の開始前と比べて明らかに件数の増加が著しい保健医療施設については、実際に訪問して報告書などをチェックし、書類に記載された患者にランダムに電話をかけて、本当

に手術を受けたか、その必要性があったのかを確認し、当該医療施設の手術実施能力（1 日当り件数）などとも比較して検証している。帝王切開は全国で 29 ヶ所の医療機関でしか実施できていないため件数が少ないが、5 歳未満乳幼児は全国で 200 万件以上（2015 年）の利用があり、件数が多いので検証すること自体が困難。特に薬については、実際に処方されたのかを確認するのが難しいという。

2016 年 7 月時点では人員不足であるものの、今後、州支部が機能すれば、各支部に 1 人ずつ医師が採用されメディカル・コントロールを実施していくため、本部での作業件数は減ると見込まれている。ただし、メディカル・コントロールはセネガルでは新しい分野であるため、州レベルで実施できる人材がいない。そのため、支部に採用された医師には研修が必要であり、また無料医療制度を実施している州・県レベルの保健スタッフへも制度の理解のための研修が必要だと考えている。11 月時点では、州支部でメディカル・コントロール担当医師が配属されたのはダカール州とサンルイ州のみ。AFD が毎月 10 日間、専門家を派遣しメディカル・コントロールの技術支援を実施することを決めている。

3.1.4 コミュニケーション・マーケティング局　職員 4 人

コミュニケーション部、マーケティング部の 2 つの部から構成されるが、2016 年 5 月時点でマーケティング部は職員が採用できていなかった。

主な業務は、健康保険制度や保健共済組合について国民に理解してもらうためのソーシャル・マーケティングを実施するための計画を策定すること、実際に各州でのコミュニケーション活動を展開する（専門家のいる企業などと共同で）ことの 2 つ。州支部が機能を始めれば、各州での活動は支部が行う予定だが、11 月現在コミュニケーション専門の職員はまだ州支部には配属されていなかった。保健共済組合への加入率が低いのは、セネガルでは健康保険制度が国民に馴染みがなく、政府が実施するといっても信じてもらうことが難しいためであり、国民に制度を知ってもらい、加入してもらうよう行動変容していくことが必要だと局長は考えている。また、いったん組合に加入した人が保健サービスに失望して脱退するケースも多いため、病気にならなくても保険料を払い続けてもらえるように理解を深める必要もある。

すでにベルギーや世銀から支援を受けているが（研修、機材供与、キャンペーン実施費用など）、他に必要な支援としてはメディア戦略作成、ラジオ番組制作、州レベルでのキャンペーン実施などが考えられるという。

なお当局の職員はみな民間出身で、局長は経済学・ジャーナリズムを学んだ後、コミュニケーション業務を民間組織で担当してきた人物で、民間なら計画から実施まで 1 週間でできることが、医療保障庁ではまず長官の許可をとり、様々な手続きをへて、予算確保、実行までに 3〜4 ヶ月かかるとのこと。

3.1.5 管理財務局（Administration & Finance Department）　3 部 7 人　局長は民間銀行出身の女性

- 予算財務部　2 人
- 管理部　3 人
- 人材部　1 人

予算財務部の主な業務は予算作成、無料医療制度などで発生した請求書のチェック、管理部は庁舎内（支部含む）で必要な機材・家具などの入札・購入・管理・メンテナンス。

局長によると、医療保障庁の予算額は保健省の枠内で決まるが、資金は経済財務省から直接配分され、保健省は通さない。年度初めにまとめて配分されるのでなく、支払が発生する都度、経済財務省に請求書を出して支払を受けている。請求書を出してから 2〜3 日で支払は実行される。ただし、あまりに多くの無料医療制度などの請求書が届いて、財務省に請求する金額が増え 1 週間の支払上限額（250 million FCFA）を超えてしまうと、支払実行までに日数がかかることもある。

無料医療制度などで支払の遅れが発生する要因は、保健医療施設や州医務局が請求書・レポートを提出するのが遅いことが大きく、1 年近くたってから提出してくるケースもあるとのことであった。通常は、医療支援局や医療保険局がチェックした請求書を受取れば、2 週間以内に支払を実行するとのこと。

3.1.6　計画・調査・モニタリング・評価局　局長含む職員合計6人＋助手5人

（１）調査部（2人）

医療保障庁の業務に関連する様々な調査を実施し、その結果をプログラムの課題解決などに活用する。現在、実施中の調査は、保健共済組合の財務安定性を測るもの（どうしたら加入者が保険料を払い続けられるか）と、保健共済組合のパフォーマンスを質的に測るための調査であり、それぞれコンサルタントを雇用して実施している。また、12月から開始予定の全国の健康保険制度加入者アセスメントも担当する。改訂医療保障開発戦略、国家保健財政戦略の策定にも、モニタリング局長などとともに参画している。今までに世界銀行、AFD、BTC、Abtから支援を受けている（主に資金供与）。今後は博士課程の学生を探し、複数の研究機関と提携して、より多くのテーマの調査を実施したいと考えている。

（２）計画部（1人）

様々な戦略計画の策定準備と、パートナーとの調整が主な業務。現在策定している戦略は、改訂医療保障開発戦略と医療保障庁開発戦略(2017-2021)の２つ。改訂医療保障開発戦略はコンサルタントが6月末までにドラフトを最終化する予定だったが、作業が遅れている。この戦略の中で、無料医療制度をコミュニティ健康保険に統合していく方向を打ち出す。医療保障庁開発戦略は、医療保障庁の組織・制度をいかに強化していくかを定めるもので、長官が中心になって内容を検討しており、11月中にドラフトができる予定である。

（３）モニタリング・評価部（3人）

医療保障庁の戦略やアクション・プランの実施状況、パフォーマンス・コントラクトの達成状況などをモニタリングすること、保健共済組合の加入者・無料医療制度の利用者の将来予測をもとに医療保障庁のプログラムの資金需要を算出することなどが主な業務である。

3.1.7　一般管理・内部監査ユニット　職員合計4人（ユニット長含む）

（１）一般管理 General Control（1人）

主に無料医療制度の請求書に関し、財政面でのチェックを行い、不正請求を防止している。無料医療制度を担当する医療支援局は、請求書の技術的な面（診断や投薬が適切かどうか等）から確認を行い、必要な還付額のリストを作成する。一般管理部門にそのリストと個々の請求書が送られ、患者数と請求合計額が合致しているか、また、同じサービスで複数の価格が記入されていたり、誤った金額が記入され

ていたりする間違いがないかどうか、1件ずつチェックしていく。よくある誤記入は、年齢の間違い（生年月日と整合していない）で、間違いをみつけると各州に請求書を返送し、修正されなければ支払を行わない。
5歳未満児、帝王切開、人工透析、セサミ・プランの年間合計200万件を超える請求書を1人の職員でチェックしており、あと3人は追加の職員が必要だという。州保健共済組合連合会や保健医療機関のスタッフが、請求書作成やチェックの作業に慣れていないことで支払が遅れている現実があり、現状を是正するためには、支払遅延の要因を正確に分析したうえで、関係者向けの研修が必要だと考えている。

（2）内部監査　職員合計1人＋助手1人

監査のうち、現在医療保障庁で実施しているのは内部監査のみで、2016年6月時点で、担当職員は会計士資格もある監査役（5月採用）1人である。監査対象は各州の保健共済組合連合会や個々の組合である。年間活動計画や監査マニュアルはまだ策定できておらず、どのような頻度で監査を行うのか等も決まっていない。まず課題を把握するために、各州に質問票を送付するなどし、コンサルタントを雇用しマニュアルを作成したいと考えているが、州支部がまだ完全には機能していないため、マニュアル完成時期は不明である。
現時点では、書類作成などに問題があると思われる州（健康保険局などからの指示）に、必要がある時に訪問して監査を実施している。6月下旬までに、ダカール州、サンルイ州で監査を実施した。地方訪問の際はメディカル・コントロール担当と一緒に出張している。
1回の監査では、約10日かけて州連合会・県連合会を中心に、必要な書類が規定通りに作成されているか、医療機関との契約書が存在するか、加入者から徴収した保険料や国の補助金が適切に管理され効果的に使われたか、といった点を確認する。
なお、医療保障庁自身を対象にした監査は、現在までに実施されていない。2016年末に監査の専門家を雇用し実施する予定はあるが、人数、頻度などの詳細は不明である。

監査の結果から明らかになった保健共済組合の主な課題は以下のとおり：

- **病院と県連合会との契約がない**

今までほとんどの患者が病院受診時に支払を行っていたのが、コミュニティ健康保険の導入により、保健共済組合から数ヵ月後に後払いされるようになったため、病院側は資金繰りの悪化を恐れて供託金（デポジット）を保健共済組合に払うよう要求するところがサンルイ州やティエス州などで見受けられる。サンルイ州では、供託金の要求は禁止されていることを含め、コミュニティ健康保険の制度が病院に理解されていなかったので、話し合いの場を設定し、供託金の金額（現在300万FCFA）を下げるよう要請した。

- **保険料徴収率の低さによる保健共済組合の財政的な脆弱性**

組合によって、健康保険料の徴収率に格差がある。徴収率の高い組合は財政的に安定しており運営に問題はないが、徴収率が低いと組合の運営自体が困難になり、そういった問題のある組合を支援することが期待されている県連合会もまだ機能していない州が多いため、強い組合と弱い組合といった差が発生したまま放置されてしまっている。

3.1.8　ITユニット　職員数3人

ユニット長は民間企業出身で6月1日に就任したので、ITユニットの稼働も実質的に6月からとなった。同ユニットには3部門あり、①ネットワークとテレコミュニケーションのシステム構築、②医療保障庁のユーザーのサポート、③研究開発、のそれぞれを業務としている。全体として、まず医療保障庁内のITシステムを構築し、さらに各州と結ぶためのネットワーク化を推進していく。最終的には、保健共済組合からリアルタイムに近い形で加入者数などのデータを入手できるようにし、支払・請求に関する業務もIT化し、ナショナル・プラットフォームを形成していく計画である。医療保障庁内のシステム整備を手始めに、次に医療保障庁の各州支部のIT化を進め、その後に州連合会・県連合会ともネットワークをつないでいく。コミュニティの保健共済組合は、ITのスキルのある人材がいないことが多いため、まず県連合会への技術支援を行って、県連合会から各保健共済組合へ技術指導してもらう形を取る。
世銀による情報システム支援は、生体認証システムを構築するための財政的支援と技術的支援（専門家派遣）の両方になる。世銀へのプロポーザルは11月に提出されたばかり。
当面は、生体認証制度の運用に取り組んでおり、生体認証カードを読み込むリーダーを各保健共済組合と保健医療施設に設置する計画を推進していく。内務省が主管している生体認証カードに、保健共済組合の情報も含めてもらえるよう交渉中で、それが実現すれば2017年末を目処に生体認証カードのシステムを稼働し始め、2018年末までに保健共済組合でも利用できるようにする計画である。

3.1.9 会計(Accounting agency)　職員 3 人（全員が会計士、トップは経済財務省出身）

管理財務局は予算作成を担当し、会計部門は経費の支払を担当している。様々な業務に伴う支出について、書類の確認が終わり、長官がサインした後に、この部署が実際に支払を行う。無料医療制度の支払は、5 歳未満乳幼児の支払のみ州医務局にまとめて支払うが、それ以外の帝王切開などは病院や保健センターなどに直接、銀行小切手で支払う。保健共済組合への支払も各組合がもつ銀行口座へ小切手で支払っている。会計部門トップによると、医療保障庁では支払が多く、常に現金が足りない状態だという。また職員数も不足しており、これから 6～7 人に増員される予定。貸借対照表・損益計算書などの作成も担当するが、ソフトの導入が遅れたことから、まだ十分なものができていない。

支払の遅れが発生している原因は次の 3 つ：①経済財務省による予算の承認の遅れ、②保健医療施設などの書類提出の遅れ、③必要な経費の金額と、支払える財源のギャップ

3.2 医療保障庁の予算

医療保障庁の収入と支出の内訳を表に示した。2015 年度に比べ 2016 年度は予算額が 1.25 倍に増え、215 億 FCFA（約 43 億円）となった。支出の中心を占めるインフォーマルセクター向け健康保険（保健共済組合）と無料医療制度向けの予算額は全体で 10%増え、内訳をみると保健共済組合向け予算が 2.7 倍に増え 76 億 FCFA（約 15 億円）となったのに対し、無料医療制度向け予算は 32%減少し 76 億 FCFA と保健共済組合向け予算とほぼ同額になり、保健共済組合向けの支援が中心になってきていることがわかる。

なお、医療保障庁が財政ギャップ（2017 年までに保健共済組合と無料医療制度で 62%の人口をカバーするために必要な費用と予算との差）として出している 188 億 FCFA という金額には、セサミ・プランへの支払（プリンシパル病院だけで 40 億 FCFA、約 8 億円）や人工透析の新しいセンター建設のための設

備投資計画なども含まれている。

表 18　医療保障庁の収入と支出の内訳　　単位：FCFA

	2015	比率%	2016	比率%
収入	**17,135,363,729**	**100%**	**21,511,853,436**	100%
政府補助金	15,922,123,055	93%	19,241,514,211	89%
ドナー支援	1,213,240,674	7%	2,270,339,225	11%
支出	**17,135,363,729**	**100%**	**21,511,853,436**	**100%**
Ⅰ.投資予算	1,452,226,400	8%	1,694,226,400	8%
Ⅱ.運営予算				
a.人件費	1,008,046,204	6%	2,048,244,806	10%
b.運営費	818,464,895	5%	2,048,171,623	10%
c.その他費用	8,900,000		38,900,000	
d.プログラム費用				
保健共済組合	2,779,677,398	16%	7,651,830,160	36%
①　保険料半額補助	1,000,000,000	6%	3,255,007,666	15%
②最貧困層保険料補助	1,779,677,398	10%	4,132,822,494	19%
③組合活動支援費	0		264,000,000	1%
無料制度	11,068,048,832	64%	7,634,227,448	35%
①5 歳未満	3,541,995,776	21%	3,159,227,448	15%
②帝王切開	1,156,448,566	7%	1,121,000,000	5%
③高齢者	3,845,124,490	22%	1,650,000,000	8%
④人工透析	2,524,480,000	15%	1,704,000,000	8%

出典：医療保障庁

財源別に予算を見た場合、ドナー資金の内訳は下の表のとおりであり、フランス開発庁が最も多くの金額を拠出している。

表 19　出資元別の医療保障庁 2016 年予算額

	出資元		金額（FCFA）
順位	セネガル政府		19,241,514,211
1	ドナー	フランス開発庁	2,174,784,225
2		世界銀行	1,900,257,000
3		ベルギー開発庁	908,500,000
4		ABT/USAID	113,500,000
5		ルクセンブルグ開発庁	84,555,000
6		UNICEF	78,750,000

出典：医療保障庁

4　地方におけるコミュニティ健康保険と無料医療制度の現状

4.1　カオラック州（2016 年 2 月訪問）

4.1.1 基本情報

カオラック州は人口 1,017,148 人（面積 5.357Km2）、3 県、4 保健区、 41 コミューンから成る。貧困層人口は 54%だが、乳児死亡率は 40（出生 1000 対、全国平均 47）、新生児死亡率は 21（出生 1000 対、全国平均 29）と、全国平均より数値が良くなっている。

4.1.2 保健共済組合

Kaolack 県は保健共済組合のパイロット県として指定されたため、他の保健区より早く組合の設立が始まっており、他州より活動が進んでいる。Kaolack 県には一般の保健共済組合以外に、職業別保健共済組合も 7 つある。カオラック州の現状は以下の表のとおり。

表 20　カオラック州の保健共済組合の加入者数と保健基金の収支（2015 年）

	Kaolack 保健区	Ndoffane.保健区	Nioro 保健区	Guinguinéo 保健区	州全体の合計
加入世帯数	-	-	-	-	4,533
カバー人口 （保険料支払済みの人口）	8,911	2,672	6,755	1,742	20,080
保険料収入	26 990 950	6 798 850	21 139 800	4.865.850	59.795.450
給付（支出）		12 .127.389	36.421.800	5.727.330	54.276.519
無料医療制度 (5 歳以下)対象人口	104.623	36.270	121.818	49.450	312.161

出典：カオラック州開発委員会資料 2015

他州より活動が活発なカオラック州においても、2016 年 2 月時点で保険料を支払い済みの加入者は 2 万人あまりで、加入率は人口 100 万人に対し 2%である。加入手続きをしたものの保険料を払っていない人はこの数倍はいると思われる（人数は未確認）。州保健局長、県保健局長とも、医療保障開発戦略実施にともない、徐々に組合数・加入者数が増えており、契約する保健利用施設数も増え、状況が改善しているとの認識を示した。また、カオラック州は、家族保障給付国家プログラム（PNBSF）で最貧困層と認定された人の保健共済組合への加入が進んでいる州であり、政府が負担する最貧困層の保険料補助金が収入として医療保障庁から入るため、州全体の保険料収入と支出を比べても収入のほうが多く、余剰金が発生している状況にある。

同様の状況は、表 21 に示した Kahon 保健共済組合（Kaolack 県内の組合の 1 つ）の収支にも見てとれる。加入者数は 2711 人で対象人口（約 1 万 5000 人）の 18%に当る。加入者の職業は農民、漁民、職工、教師、商人など。うち 939 人（加入者の 34%）が PNBSF 対象の最貧困層である。契約しているのは 3 つの保健ポスト、1 つの保健センター、4 つの民間薬局で、これら施設を選んだ理由は、地理的な距離が近いことだという。執行部の代表者は数学教師を兼任しており、午前中は教師の仕事をし、午後は毎日、組合事務所（コミュニティ政府が貸与）に来て組合の業務を行う。設立当初に 5 日間の研修を受けたが

専門知識は不足しており、地域にいる会計士にボランティアで来てもらい、パソコンソフトに入力した帳簿をチェックしてもらっている。加入者の資格管理のための台帳は USAID/Abt が供与したものを上手に活用している。 最貧困層向けの保険料補助金とベルギー開発庁支援による無償資金もあり、支出より収入が多く余剰金が発生している。組合の銀行口座から現金を支出する時は小切手に 2 人のサインが必要。地域住民で加入しない人の理由としては、健康保険制度のことを理解していない人が多い、現金収入が少ないため他の生活費にお金を使ってしまう、給付が限られている（エコーの検査が保険対象外であることなど）ので魅力がない、といった理由を挙げていた。

表 21 カオラック州 Kahon 保健共済組合の収支（2015 年、FCFA）

収入	14,412,000	100%
国からの最貧困層加入者向け補助金	7,800,000	53%
ベルギーからの支援	2,169,550	15%
組合員からの保険料収入	4,803,250	33%
利子収入など	140,000	1%
支出	9,361,000	100%
医薬品代	7,186,556	76%
管理運営費	998,509	10%
診察代	302,400	3%
維持管理費	330,000	4%
給与	360,000	4%
余剰金	5,051,000	

注：Kahon 保健共済組合からの聞取りにより作成

カオラック州では、州保健共済組合連合会とその傘下の組合代表合計 20 人と面会した。Kaolack 県には 25 の組合(2 月時点)があるが（うち 1 つは運営難）、Oyafal-Paj という地域ネットワークにすべての組合が加入して 1 つにまとまることで、より強力な運営を行うように工夫している。これまでの活動の成果と今後の課題は以下の通り：

<u>成果</u>
- 他の地域より組合設立が進んでいるため、PNBSF 対象の最貧困層をすべて保健共済組合に加入させることができ、そのおかげで政府補助金を（最貧困層の組合加入が進んでいない）他州より多くもらえており、収入が増えた
- すべての組合のスタッフが、ドナーによる会計制度の研修など受講しており、プロフェッショナルな保健共済組合を目指しスキルを向上できている

<u>課題</u>
- 組合運営のための様々なリソースが不足。事務所・会議室といった物理的なものや組合管理のためのツールまで様々なものが足りない
- 加入を増やすには住民に健康保険制度を理解してもらうアドボカシー活動が重要だが、地域に出かけるための交通手段がなく、交通費も出ないため、自腹を切って活動している。各世帯を訪問して説明することが最も効果的だが、交通手段がなく情報を届けられない。

・保健ポストに一般薬の在庫がないことが多く、結果として特別薬を購入することになり、値段が高く住民には経済的負担になっている。生活習慣病の患者が増えているが、現在の給付パッケージでは生活習慣病の治療や薬は対象ではない。州病院に必要な医療スタッフが不足しているなどサービスに問題がある場合は、地元のラジオ局に出演して問題を訴えている。

・各組合とも最低 1000 人以上の加入者がいるため、少ない（執行部の）職員数でデータ管理を行うのが大変。コンピューターがない組合も多い。

・一夫多妻の世帯もあり、全般に家族数が多くて、家族全員を加入させるだけの保険料を払えない人がいる。

州保健共済組合連合会会長によると、カオラック州の活動状況が良い理由は、以下の通り：

- 「医療保障開発戦略」ができる前から地域活動が活発だった
- ベルギー開発庁の支援が 2013 年から始まり、組合運営・財務管理など研修を受け能力強化ができた。また、すべての組合を集めての会議を頻繁に開催し、お互いの組合を競わせるようにした
- コミュニティレベルで組合を設立することで、各地域にオーナーシップが育った（県レベルで設立するとトップダウンになってしまう）

4.1.3 保健医療機関

カオラック州において、州病院と保健ポストを訪問し、健康保険加入者の利用状況や無料医療制度の現状について確認した。カオラック州病院では、保健共済組合、公務員向け強制保険、３つの無料医療制度それぞれの患者ごとにファイルを分別して管理し、制度ごとに患者の窓口を設置して、適切に患者の資格管理や医療費請求事務が行われている現状が確認できた。州病院が経費負担して医療費請求のためのソフトを IT 会社に委託して開発しており、画面に患者コードを入力すると、患者の健康保険加入状況や無料制度対象者かどうかといった情報が確認でき、医療費負担割合に応じて医療費が自動的に計算されるシステムができあがっていた。利用者数の内訳では、公務員向け健康保険加入者の利用が最も多いとのこと。

保健ポストにおいても、保健共済組合加入者の利用は増えており、健康保険に加入すれば保険料よりずっと高い価格の医療サービスを受けられ、分娩も 2 割負担のみで利用できるため、関心を持つ人が増えている。無料医療制度については、５歳未満乳幼児の制度では政府からの補助金支払が 6 ヶ月くらい遅れることがあり、保健共済組合からの医療費還付も遅れがあり、そのために薬の購入ができなくなることもある。

4.2 カフリン州（2016 年 2 月訪問）

カフリン州は人口 59 万人、4 つの県・保健区がある。州における主要死因として、高血圧、糖尿病、心臓病が上位にきている。表 20 にあるように、機能している保健共済組合は 15 (2015 年時点) あり、現在設立のための手続き中の組合があるため、今後さらに増える予定。また、カフリン州でも、PNBSF で最貧困と認定された人のうち保健共済組合に加入できた人が少なくとも 1025 人はいるとのことである。

表 22　カフリン州の保健共済組合数・加入済み人口

県	機能している 保健共済組合数	加入世帯数 (2014)	加入人口 (2014)	うち保険料無料 （最貧困層）(2014)	保険料支払済み加 入人口(2016)
Kaffrine	9	1966	3669	1077	3705
Birkelane	5	-	1230	1230	3654
Malem Hodar	1	219	493	124	66

出典：カフリン州保健共済組合連合会資料、2015

4.2.1 保健共済組合

州保健共済組合連合会によると、州の加入率は 10%とのことだが、保険料支払済み加入者は州で 7425 人であり、州人口 59 万人に対し 1. 3%程度であることから、10%は加入手続きを済ませた人数ではないかと想定される。保険料徴収率は組合によって 34%～100%まで幅があり、徴収率が低いところは設立されたばかりで十分に機能していない組合が多い。保健共済組合の運営に関する課題として挙げられたのは以下の点：

課題
- 以前は少なかった加入者が最近は増えてきたため、資格管理・徴収・医療機関への支払など業務量も増えたが、スキルの高い人材が限られ、いたとしても職員として雇用して給料を払うことは困難。そのためデータ入力・管理が難しい。
- 医療保障庁からの補助金の支払が遅れる。
- 州連合会のオフィスは World Vision が無償貸与してくれたが、多くの組合は事務所がない。
- 加入率が低いのは、貧困とコミュニケーション不足が理由。この州では一夫多妻で家族が多く保険料を払えない人や、元気だから健康保険に入る必要がないと思っている人が多い。
- 各組合のスタッフへの手当て（incentive）は組合により 15,000~30,000FCFA だが、これらは活動のためにかかっている交通費や電話代ですぐなくなってしまう。
- 最貧困層への政府支援が機能してくれれば、あとは一般の貧困層対策として income generation の活動などで支援をすれば、年 3500FCFA の保険料は払えるのではないか。
- 保健ポストのサービスが不十分なので、病院に直接かかりたいと思う人が多いが、そうすると健康保険の適用外になってしまうため、制度を変えられないか関係者と話し合っている。
- 地域に行って活動をするための移動手段がなく、自分の車やバイクを使っている。

表 23 は、カフリン県内の各コミュニティの保健共済組合の加入者数と保険料払い済み人口を示したものだが、加入手続きをした人のうちで保険料を支払った人の比率は、組合により 100%から 10%ほどまで様々であり、保険料徴収も課題の 1 つであることがわかる。

表 23　カフリン州カフリン県の保健共済組合の加入人口と保険料支払い済み人口

コミュニティ	加入世帯数		加入人口		保険料支払い済み世帯		保険料支払い済み人口	
	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015
Diokoul	763	789	2788	2788	132	58	899	270
Kathiotte	680	680	2676	2676	680	28	2676	273
Boulel	319	322	433	435	319	322	433	435
Ginby	478	478	478	478	0	19	0	65
Nganda	0	199	0	199	0	91	0	103
Medinatou Salam	0	337	0	337	0	-	0	111
Kahi	0	247	0	247	0	50	0	97
Diamagakio	0	87	0	87	0	-	0	59
Kaffrine	0	230	0	230	0	-	0	230
合計	2240	3369	6375	7477	1131	568	4008	1643

出典：カフリン州保健共済組合連合会資料、2015

注：保険料払済み人口が 2015 年に 6 割減少しているのはデータ入力ミスの可能性あり

4.2.2 ベルギー開発庁による県レベル保健共済組合の活動

医療保障開発戦略ではコミュニティレベルに保健共済組合を設置しているのに対し、ベルギー開発庁（BTC)は県に１つの組合を設置する大規模スケールの組合運営を、独自に現在２つの県（カフリン州とファティック州）で実施している。この手法の特長は以下の通り：

- 県に１つの保健共済組合があり、コミュニティには支部があるのでコミュニティの意見も反映できる
- ボランティアでなく、プロフェッショナルなスタッフ（会計士、医師など）が業務を担当し給与をもらっている
- 県内のすべての保健医療機関と契約しているので、どの機関でも受診できる
- 県に１つだけ組合を設置するので、事務所は１つでよく運営費が少なくすむ
- ベルギー政府が無償資金を補助しているので、政府からの補助金支払の遅れの問題がない
- 以前は小さな保健共済組合しかなく、すぐに資金がなくなり運営ができなくなっていたが、大規模にすることで運営を持続できている
- 医療機関への支払方式に包括払い（コミュニティの保健共済組合は出来高払い方式）を採用

訪問したカフリン州 Koungheul 県では現時点の加入率は 7.5%だった。人口の 25%ほどが加入した段階になったら強制加入に切り替えることも検討を始めていいのではと BTC は考えていた。

このベルギー政府の独自の活動については、2018 年頃まで状況を見守り、コミュニティレベルと県レベルと、どちらに組合を設置するのが適切なのかを判断する、と保健社会活動省次官は 2 月にコメントしているが、11 月に BTC は保健共済組合への支援から撤退（プロジェクト期間が満了する 2017~2018 年に）ことを確認した。

4.3 ティエス州（2016 年 4 月訪問）

4.3.1 基本情報

・人口 141 万人(2015) 3 県 9 保健区（1 保健区当たり人口は 7 万人～36 万人）
・貧困率 41%(2011、ダカール州、ルーガ州、サンルイ州に次いで 4 番目に貧困率が低い)
・保健施設数 病院 5、Health Center 9、Health Post 152 保健小屋 259 (2010) 民間保健施設 17 (2008)
・保健スタッフ 一般医 41 専門医 71 薬剤師 6 看護師 343 助産師 145
その他職種含め合計 1252 人(うち 643 人は契約雇用) (2009)

4.3.2 ティエス州における保健共済組合の活動の歴史と加入状況

ティエス州は、セネガルで初めて 1989 年に保健共済組合が設立された場所である。貧しい人も医療サービスを受けられるための支援として、教会や NGO が活動を開始、1994 年には 6 組合、1997 年には 30 組合と、徐々に数が増え、同年には保健省の支援も受け、州保健共済組合連合会が設立された。2000 年以降、州病院など医療機関との契約を結び、供託金（40 万 FCFA）を病院に預けることで健康保険を利用できるように交渉し利用可能な医療機関を増やしていった。こういったティエス州の経験が、医療保障関連の法律や医療保障庁が現在使っている書式などにも反映されている。

30 年近い保健共済組合の活動実績がある場所であることから、他州と以下の違いがある：

- 県(Department)保健共済組合が出来る前に、地区（District）に保健共済組合が設立され、9 ある保健区中 8 つに既に地区保健共済組合連合会がある。これは保健区が保健活動の基本単位であるため。
- 病院に供託金を払う形で契約を結んでいる

2015 年時点の保健共済組合加入者（年間保険料を全額払った者）は表 24 の通り 5 万 5000 人あまりであり、州人口に占める比率は 3.9%である。

表 24 ティエス州保健共済組合加入者数 (2015 年)

保健区	設立済み組合数	保険料支払済み加入者	対象地区の人口	加入者比率%
Thies	19	19,297	408,164	4.7
Khombole	6	4,976	144,729	3.4
Pout	4	1,740	116,886	1.3
Popenguine	3	3,988	82,536	4.8
Mbour	14	5,815	318,637	1.8
Joal	2	3,943	83,362	4.7
Thiadiaye	4	1,789	171,071	1.0
Tivaouane	17	13,741	333,595	4.1
Meckhe	4	272	180,435	0.1
合計	**73**	**55,565**	**1,414,530**	**3.9%**

出典：ティエス州医務局

活動の長い歴史があり、市民運動の活動なども盛んな地域であるが、保健共済組合加入率が他州と比べそれほど高くない理由として、以下の点が挙げられる：

- 地域・文化的特性で、solidarity や助け合いを嫌がり、助けられることに慣れてしまっている人口が一定割合いる
- 各組合の組織が十分に機能できておらず、特にアドボカシー活動が効果的に実施できなかったため、住民の多くがまだ健康保険を理解していない
- 健康保険の意義を理解し加入しても、保健センターなどに薬がなくサービスに失望し、退会してしまう人も多い

4.3.3 最貧困層の保健共済組合加入状況

PNBSF で最貧困層と認定された人のリストは、2013 年分のみ各保健共済組合に届いており、州全体で 3096 世帯（1 世帯 8 人として 2 万 4768 人）が加入手続きを終えている。医療保障庁ティエス支部長によると、2014～2015 年分の認定者は、2016 年 6 月までに加入手続きを完了する予定。

名簿さえ届けば、各保健共済組合が対象世帯を訪問して健康保険制度について説明し、加入手続きを行うので、それほど時間はかからない。ただ、最貧困層と認定された人々が、無料で医療機関を利用できるために制度を濫用する傾向が見られ、最貧困層向けにも独自の広報が必要との意見が県連合会から出された。

4.3.4 医療保障庁ティエス支部の状況

ティエス市中心部の新しいビルのワンフロアーの 10 室ほどを借り（家賃月 70 万 FCFA）、現在は内装工事中、6 月から稼働予定である。配属されているのは支部長（保健省から医療保障庁へ異動、ティエス州出身）のみだが、これから医師、経理、事務、秘書、コミュニケーション担当、警備員、運転手など約 10 人を採用する。支部の稼働後には、州内の保健共済組合や保健医療機関への支払いを支部で行う計画で、支部の銀行口座に本部から資金を移管する。支部長は 2016 年 1 月に任命されたので、これから各保健共済組合など関係者にすべて会い、ワークショップを開催するなどして現状把握と関係づくりに務める。

4.3.5 Abt の支援内容

Abt は保健共済組合の活動を全 10 州で支援しており、2014 年にティエス州ンブール県がパイロット地区に選ばれた。現在は残り 2 県も支援対象となっている（ただし、USAID のフェーズ 1 プログラム終了のため、2016 年 6 月で活動はいったん終了、11 月からフェーズ 2 の活動開始予定）。ティエス州の駐在は 1 人で、州内にいるアクター（州・県・地区それぞれのレベル、各保健共済組合、宗教団体などの支援者等々）をコーディネート・ファシリテートすることが主な任務。保健共済組合の設立支援として、導入研修、設立の手続き、組織化支援などを実施してきた。設立に必要な書類・保険業務に必要な台帳などは、ほぼ全て政府と Abt が一緒になって、他国の事例も参考にしつつ開発しており、マニュアルなどもすべて文書化されている。

困難だった点は、地域にいるアクターは様々な活動で忙しく、技術的キャパシティが低いことであり、

今後、加入者を増やすには、保健サービスをより魅力的なものにし、保健共済組合に加入するメリットを高めることが課題となる。また、実際の活動の中では、コミュニケーションを定期的に実施することが最も困難だったとのこと。

日本が保健共済組合を支援する場合の留意点として、（ベルギーのように）他国の制度をそのまま持ち込まず、セネガルにあわせた内容にすべき、とのアドバイスがあった。

4.3.6 保健共済組合の状況

（１）連合会

1) 州保健共済組合連合会

本来であれば、州連合会の役割は州内にある県連合会や医療機関、医療保障庁との連絡・調整、モニタリングが主な業務であるが、ティエス州は独自の歴史的経緯から、県連合会より地区連合会が先に設立され、県連合会は2015年まで存在しなかった。そのため、州連合会が（県連合会に代って）病院との契約・医療費支払業務を行ってきた。2016年から病院との契約は県連合会に移行しつつある。

ティエスにおいては、医療保障庁、県連合、Abt などとの州コーディネーション委員会が既に機能しており、3ヶ月ごとに会合を開いている。

ティエス州連合会の会長はNGO代表で、自らのNGOでも保健共済組合支援やマイクロ・クレジット活動を行っている。自前のオフィスがあり、FM 放送の番組も持っているが、バイクなど移動手段がないため、コミュニケーション活動が十分にできていない。また、インセンティブはなく無償奉仕のため、途中で活動を辞めていくスタッフもいる。

表 25　各契約先病院から州保健共済組合連合会への医療費請求額（2015 年、単位 FCFA）

	州病院		DeDieu 病院		Mbour 病院		Tiv 病院		薬局 2 軒
	件数	金額	件数	金額	件数	金額	件数	金額	金額
1 月	38	201,200		0					
2 月	39	277,500		0					
3 月	81	474,300		0	1	40,000			
4 月	68	433,000		0					
5 月	53	676,400		0	3	12,800			
6 月	56	517,900		0	15	120,000			308,792
7 月	86	655,200		0	26	421,200			276,348
8 月	69	1,198,100	44	2,700,235	36	282,700			883,393
9 月	78	1,382,300	80	2,784,778	39	277,600			637,943
10 月	98	1,943,140	110	3,035,222	20	234,600			875,609
11 月	108	2,324,400	130	3,149,305	21	200,000			814,594
12 月	120	1,883,700	91	2,727,475	20	189,800	15	277,280	1,001,812
小計	894	11,967,140	455	14,397,015	181	1,778,700	15	277,280	4,798,491
合計	4 病院合計　1545 件　28,420,135								

出典：ティエス州保健共済組合連合会

州病院をはじめとした医療機関と契約交渉してきた経験では、受診当日に患者から医療費を受取るのが当たり前だった病院に、健康保険導入により医療費の 8 割が後払いになることを受け容れてもらえず、保健共済組合が信頼してもらえないと、契約も締結できず苦労してきた。

県連合会や各保健共済組合の活動を技術支援するにあたっては、マーケティング、リーダーシップ、ビジネスプランの作成といった研修が必要だという。

州連合会が契約している 4 つの病院と 2 つの薬局からの医療費請求件数・金額を表 25 に示した。2014 年以前から契約していたのは州病院のみで、他は 2015 年から契約が始まった。そのため、まだ利用件数は少ないものの、保健共済組合の数の増加につれ、毎月金額が増加しており、州病院の 1 月と 12 月の利用を比べると、件数で 3 倍、金額で 9 倍に増えている。4 病院合計の請求額は年間で約 568 万(月平均 47 万円)になる。

2) ンブール（Mbour）県保健共済組合連合会

州にある 3 県のうち、ンブール県のみに県連合会が 2015 年 1 月に設立された。県内の組合数は 25 あり、うち 2 つのみ機能できていない。病院側も資金繰りが厳しいため、県連合会に 30 万 FCFA の供託金を要求し、信頼を得るためにも必要との判断で供託金を払っている。また、管轄している保健共済組合で、保健ポストに 5 万 FCFA を供託金として払っているところもあるという。

ンブールは観光地であるため所得の高い人々がいる一方、農業主体の地域の住民は貧しく、保険料を払うのが困難な人が多い。

県連合会の大きな悩みは事務所がないことで、保健センターの好意で 1 部屋を貸してもらっている。管轄している各保健共済組合が、年 1 万 5000FCFA（2 年目からは 5000FCFA）を会費として払うことになっており、これが県連合会の貴重な収入になっている。それでもコンピューターやバイク、広報放送用ツールなど、活動に必要な機材を購入できず活動が制約されている。ンブールは Abt のパイロット県に選ばれたため、ほぼ全ての保健共済組合が Abt の研修を受けており、非常に役に立つ内容だったものの、良い研修を受けても、機材がないため、研修で得た知識を活用できないでいる。

3) ティエス地区保健共済組合連合会

地区連合会はティエス州だけにある組織で、このティエス地区の連合会は 2009 年に設立された。2015 年から病院への支払を担当するようになり、病院と交渉のすえ医療費の 75%を供託金として病院に払っておくことになった。管轄している保健共済組合の加入者が病院を利用すると、医療費の 75%まではその供託金から払われ、超過分は地区連合会が払う。5 人いる役員のうち、1 人のみは州連合会が給与を払っているが、他の 4 人は無給。

課題はオフィスがないことと、地域へのコミュニケーションがロジスティクス不足で十分にできないこと。必要な研修は財務管理、リーダーシップ、報告書作成技術。

地区内で加入が増えない理由として、前払いで保険料を払うということが理解できない人が多く、病気

になって初めて加入を考える人が多いことを挙げた。コミュニケーション不足が背景にあるが、保健サービスの質量が人々の求める水準に達していないことも要因である。

（２）コミュニティレベル保健共済組合

1) Xun Padiack 保健共済組合 (Diass 地区)

医療保障庁設立前の 2012 年に設立。役員 5 人、執行部 31 人（各村から 1 人ずつ選出)、契約した保健ポスト 5 つ、月保険料 200FCFA から活動を開始した。当時は医療費の 65%を組合が負担し、加入者が受診時に 35%を負担する仕組みだった。その後保健省に医療保障準備室ができ、現在と同じ制度に変わり、契約も薬局 3 つと歯科 1 つが追加された。設立当初、財政的に苦しかったため、地域にある企業に寄付を求めたところ、寄付の代わりに社員が保健共済組合に加入してくれ、その保険料収入が大きな支えになっている。保健ポストの職員や宗教家などと一緒に、地域でアドボカシー活動を行っている。

対象人口 3 万 4843 人のうち、現在の加入者 2029 人。うち 81 世帯 570 人が PNBSF で最貧困層と認定されている。保険料は、担当者が各世帯に毎月集金に行く。一部のみ払って、後から払う人もいる。また、契約している保健ポストへの支払は、会計係が毎月、払いに行っており、期日までにほぼ支払ができている。逆に、保健ポストからの請求書のほうが届くのが遅れることが多い。

設立時に政府が行った事務・財務研修は 4 日間のみで、内容としては不十分だった。組合のマネジメント向上のために、帳簿のつけかた、記録の記入方法、データ管理、(書類が手書きのため）パソコンのスキルについての研修が必要。まだ加入者が少ないので対応できているが、加入者が増えると現在の体制では難しくなる。

2) Wer Werle 保健共済組合（ティエス地区）

都市部の女性の健康を支援する団体として 1993 年に設立、当時は OXFAM が支援。1998 年に保健共済組合になり、研修を受け、組合規則を制定し、保健医療機関や薬局と契約を結んだ。現在は男性も加入しており、地域向けにアドボカシー活動や個別訪問も行っている。また、income generation の活動を支援しており、女性は 5 万 FCFA を借入れできる。

2016 年 3 月時点の加入者は 3343 人で、2015 年と比べ 300 人ほど増えた。このうち保険料を全額払っているのは 1923 人のみ。PNBSF で最貧困層と認定された人のリストは 2013 年分のみ昨年末に届き、加入手続きを行った。PNBSF 認定者への国からの補助金は 50%しかコミュニティ保健共済組合に来ないので、財政的には厳しい。加入者が保険料を定期的に払っているのに、医療保障庁の支払が遅れているので常に運営資金が不足しており、いつか政府が補助金支払を止めてしまうのでは、と心配している。

Abt の研修の内容はとてもよかったが、この地区で後から設立された保健共済組合は研修を受けていないので、すべての組合が受講できるようにすべき。また、課題として、ティエス州には保健共済組合が多すぎるので、もうこれ以上新しい組合を設立しないほうがいい、と考えている。

4.3.7 保健医療機関の状況：無料医療制度

（1）州医務局

ティエス州の場合、州医務局のソーシャルワーカーが、保健共済組合や州・県・地区連合会、各保健医療機関との連絡・調整役として大きな役割を果たしており、関係者間のネットワークが既に出来ている。この中に医療保障庁ティエス支部も入ることで、今後は医療保障庁との意思疎通も改善し、新しい制度導入による現場の混乱の解消や、支払の遅れへの不満の解消などにも寄与するのではと、期待される。

州医務局長のコミュニティ健康保険および無料医療制度に関するコメントは以下の通り：

- コミュニティ健康保険は、セネガルにとって新しい制度であるため、困難なことが多く、海外からの支援も必要である。
- ティエス州においても加入が少ないのは、人々が健康保険を理解しておらず、アドボカシーが不足しているからである。まだ社会的弱者が保障を受けておらず、加入を広げていかなければならない。
- 病院と保健共済組合の信頼関係ができておらず、病院が供託金の支払を求めている。病院側も研修を受けるなどして、コミュニティ健康保険についての理解を深める必要があるが、一方、保健共済組合側も特に県連合会などはもっと組織的に強化されるべき。
- 保健サービス供給側の課題としては、保健共済組合の加入者が保健医療機関を受診しても、薬がないなどサービスが不十分なために、保険料を払うことをやめてしまうケースが多い。
- 無料医療制度は、保健共済組合の加入者のみに適用する制度に変えるべき。
- 医療保障庁支部の設立は、支払の遅れを解消することが大きな目的である。

ティエス州における 5 歳未満乳幼児の無料医療制度利用状況を表 26 に示した。1 年間に外来・ワクチン・入院をあわせて 36 万件の利用があり、合計金額は約 8100 万円になる。

表 26　ティエス州の 5 歳未満乳幼児無料医療制度の利用件数と金額（2014 年、単位 FCFA）

	外来診療		ワクチン		入院		合計金額
保健区	件数	金額	件数	金額	件数	金額	
Thies	54,980	97,579,400	50,707	5,070,700	78	0	102,641,100
Pout	6,061	9,641,400	8,766	876,600	0	0	15,635,800
Khombole	12,113	19,639,900	11,445	1,144,500	72	0	20,784,400
Tivaouane	30,470	71,910,600	33,356	3,335,600	0	0	75,246,200
Meckhe	17,398	36,649,000	16,852	1,685,200	118	0	51,087,100
Poponguine	9,866	12,651,400	1,333	76,200	0	0	19,761,000
Mbour	46,164	84,099,100	31,471	3,147,100	0	0	87,246,200
Joal	10,216	17,849,300	6,251	625,100	123	0	18,733,400
Thiadiaye	14,319	17,532,600	5,714	414,900	225	0	17,947,500
病院での利用							349,000
	201,587	367,552,700	165,895	16,375,900	616	0	409,290,700

出典：ティエス州医務局

（２）ティエス州病院（EPS2）

病院長のコミュニティ保険・無料医療制度に関するコメントは以下の通り：

- 人々が健康保険のことを知らないので加入が増えない。コミュニケーション不足が最大の課題。
- 医療保障庁は、もっと各保健共済組合の組織強化に取り組むべき。
- 無料医療制度では、特にプラン・セサミの問題が大きく、まだ支払われていない医療費がある。政府からの支払がないため資金繰りが苦しくなり、サービス提供をやめた病院もあった。

財務部長のコメントは以下の通り：

- この病院にとってはプラン・セサミの問題が大きい。2006 年に制度がスタートした当時は還付があったが、翌年から支払が遅れ、一部しか還付されなくなった。無料なので、老人はたいした症状がなくても病院に来てしまい、その結果、薬の在庫がなくなってしまう。
- 病院、保健センターなどで会合を持ち、対策を考えた結果、高額な医療サービスや薬は無料提供をやめた。
- 帝王切開は、対象者の ID のコピーをいちいち取らねばならず、人数が多いと病院の経費も増える。5 歳未満乳幼児は、大きな支払の遅れはない。
- 病院が期日までに請求書を作成するのは大変な作業で、翌月 5 日までの締切を何とか守っているが、特に各科のデータを集計する作業が効率的に行えていない。
- 必要な研修は、コンピューター、会計などで、スタッフの能力をいかに向上させるかが課題。

（３）ンブール病院（EPS1）　：105 床　職員 185 人（うち医師 15 人）　1 日当り外来患者 409 人

もともと保健センターだったが 2010 年に病院にアップグレード、交通の要衝にあるので他州からも患者がくる。専門医は内科、外科、産婦人科、小児科、呼吸器科、整形外科、救急、歯科がおり、人材不足の問題はない。PPP (Public-Private-Partnership)を活用し、機材供与を受けており、CT スキャンもある。

財務部長のコメントは以下の通り：

- この病院は 20 の保健共済組合と契約を結んでいる（注：本来は県連合会が病院と契約を結ぶが、県連合会が設立されたばかりであるための移行措置か）。各保健共済組合から、契約を結びたいというプロポーザルが同じ書式で届くので、サインをして契約を締結する。契約を断ったことはないが、支払が滞る組合に対しては、一時的に契約を停止することがある。
- いくつかの保健共済組合はまだ機能できておらず、支払などのプロセスに問題がある。当病院における、保健共済組合への請求に対する支払率は 2015 年で約 56%にとどまっている。
- 医療保障開発戦略で弱者もサービスへのアクセスを保障するのはいいが、保健共済組合はスキル不足であり、会計の知識も不十分で組織として機能できていない。
- 保健共済組合は、あくまで任意加入なので加入が増えないのではないか。
- 無料医療制度では、帝王切開の問題が大きい。3 人産科医がいるので他の地域からも患者が来院し件数が多く、多い時期は月に 80～90 件、他の月は 40～50 件ある。8 万 5000FCFA という金額設定は（実際にかかる費用に対して）やや低すぎると思う。
- 年間予算は約 11 億 FCFA、うち 1 億 FCFA が投資予算で 10 億 FCFA は運営予算。運営予算の

65%にあたる金額は政府補助金。

表 27　ンブール病院の無料医療制度の請求額と医療保障庁からの還付額（FCFA）

月	請求額	医療保障庁から還付済み額	未払い額	還付済み額	未払い額
	帝王切開			5 歳未満乳幼児	
2014 年 1 月	4,505,000			157,000	54,000
2	4,420,000			0	50,000
3	4,675,000			0	6,2000
4	4,675,000			0	
5	4,420,000	8,500,000		107,000	-86,000
6	3,995,000			0	18,000
7	4,505,000			0	60,000
8	4,420,000			0	69,000
9	4,505,000			266,000	-236,000
10	6,035,000	15,000,000		129,000	-89,000
11	3,230,000	7,695,000		0	68,000
12	6,290,000			0	78,000
合計	**55,675,000**	**31,195,000**	**24,480,000**	**659,000**	**49,000**
2015 年 1 月	8,160,000			0	0
2	4,590,000	12,768,740		70,000	-40,000
3	4,335,000	10,096,260		0	65,000
4	5,355,000			0	0
5	4,590,000	7,735,000		0	0
6	4,845,000			0	33,000
7	4,930,000	17,085,000		0	30,000
8	6,035,000			78,000	-60,000
9	8,160,000	14,790,000		125,000	-98,000
10	6,205,000				45,000
11	5,950,000				93,000
12	6,035,000	19,125,000			0
合計	**69,190,000**	**73,860,000**	**-4,675,000**	**273,000**	**68,000**
2016 年 1 月	6,375,000			72000	-45,000
2	4,675,000				30,000
3	4,505,000			72,000	-15,000
合計	**15,555,000**	**0**	**15,555,000**	**144,000**	**-30,000**
3 年間累計	**140,420,000**		**28,985,000 (請求額の 21%)**		**102,000 (請求額の 9%)**

出典：ンブール病院

ンブール病院における、無料医療制度の支払に対する医療保障庁からの還付額の状況を表 27 に示す。帝王切開に関して、医療保障庁の還付は不定期ではあるが、支払の頻度が 2014 年と比べ 2015 年に入ると増えてきており、2015 年は請求額よりも多い額を還付している。5 歳未満乳幼児については、頻度はそれほど改善していないが、1 回の還付の金額が大きく、もともと請求額も大きくないため、3 年間累計の未払い額比率も 9%と大きくない。

（4）ティエス保健センター：　対象人口 45 万人　24 床

ソーシャルワーカー（1 人）が無料医療制度および保健共済組合への請求手続きを行っている。

- 無料医療制度の請求手続きは、管轄している 34 の保健ポストのデータを、自分がすべて取りまとめて州医務局に提出している。
- モニタリングは、4 半期ごとに各保健ポストを巡回し、データが正しいかどうか、台帳に記載されたデータと提出されてきた件数が合っているかなどを確認している。たまに間違いがあるが、数は多くない。
- この保健センターでの 2015 年における 5 歳未満乳幼児の利用件数は 11 万 7017 件、プラン・セサミは 690 件であった。
- 医療保障庁からの支払は 9 ヶ月遅れている。遅れの原因は、州医務局が、すべての県からの請求書類が届くのを待ってから医療保障庁に提出しているためだと思われる。届いた請求書から順に提出する形に変えるように申し入れている。

（5）Dias 保健ポスト

- 無料医療制度はここでは 5 歳未満乳幼児だけだが、サービスのアクセスを改善するという意味で住民の役に立っている。
- 無料医療制度の請求手続きは、何件の利用があったかの月次報告書を作成することで、請求書に代える。これを保健区に提出する。
- 保健センターと保健ポストでは、還付される金額が違うが、コストに見合っていないので、もう少し単価を上げてほしい。
- 支払の遅れがあるのは医療保障庁からの支払のみであり、各保健共済組合からの支払は大きな遅れはない。全額でなくても一部でも払ってくれる保健共済組合が多いので、大きな問題にはなっていない。

（6）Bentene Kandam 保健小屋

マトロン（無資格助産師）の女性のコメントは以下の通り：

- 1996 年に宗教団体がこの施設を建設し、現在はコミュニティが運営している。マタニティ棟はカナダの NGO が建設。
- マトロンや助手が 5 人いる。以前は分娩も介助していたが、正式な資格がないと介助してはいけなくなり、現在は保健ポストにリファーしている。そのため、以前は一日当り 20～30 人いた患者が減ってしまい運営が大変になっている。保健委員会は、施設の医療費収入に応じて給与を払うため、給与も減った。

- 無料医療制度の 5 歳未満乳幼児はここでも実施しており、還付金は保健ポスト経由で受取っている。
- 保健ポストにアップグレードしたいと考えている。

4.3.8 JICA の技術支援について

ティエス州訪問の最終日に、州医務局ソーシャルワーカー、医療保障庁支部長、州保健共済組合連合会長、Abt 担当者との間で Debriefing を行い、JICA が実施を検討している付帯技プロや専門家派遣などの技術支援の内容について、こちらから提案を行い、コメントをもらった。

支援対象を医療保障庁、保健共済組合（連合会含む）、保健医療機関の 3 者とすることには異論はなく、ただ地方行政（町長、コミュニティ代表など）を巻き込むべき、とのコメントがあった。

マネジメント能力強化は、すべての組織に必要だが、必要な内容はそれぞれ異なる。また、高いスキルを持った専門家を雇用する必要があるが、財政的余裕がなく 1 人を雇うのが限界なのが現状。ただし、組合への加入者が増えて財政的に余裕ができれば、人数を増やせる可能性があるとのことだった。

4.4 ダカール州（2016 年 3～4 月訪問）

4.4.1 ルフィスク県保健共済組合連合会

（１）県内の保健共済組合数と加入者数

ルフィスク県は、全国の各州に 1 つずつある保健共済組合のパイロット県の 1 つである。ただ、パイロットになったのが 2014 年と遅かったため、まだ 1 年ほどしか活動できていない。現在までに、16 の組合合計で最貧困層 4640 人、それ以外のインフォーマルセクター12864 人が加入した。

県内には 16 の保健共済組合がある。以前からあった保健共済組合が 3 つと、2014 年に設立された新しい組合が 13 ある。2014 年 1 月から、組合設立の活動が始まり、7 月頃から徐々に各組合が機能するようになった。組合設立に際しては、地域のコミューン政府の支援を得た。各コミューンにおいて、組合設立のための委員会が設置され、保健共済組合が必要かどうかが議論された上で、設立の決定後に総会で役員を選んだ。地域住民の多くは、委員会が設置されるまで、保健共済組合や健康保険のことを知らなかった。

（２）組合の執行部メンバーと運営費用

各コミュニティ政府は、組合にオフィスを提供する責任があるが、多くのコミュニティ政府は事務所を提供していない。組合の運営を担っている人々はボランティアであり、多くの人はインセンティブをもらわず無償で働いている。意欲を高めるためにも、インセンティブを払えたほうがいいと、保健共済組合連合会としては思うが、財政基盤が弱いため、インセンティブを払えていない。

ダカール市から近く、様々な分野のプロフェッショナルが住んでいるため、人材には困っていない。県連合会の代表は社会学者、副代表は技師であり、地域には財務や IT の専門家などもいる。

2016 年から医療保障庁からの運営費を受け取るようになり、収入に対して決まった比率で運営費が拠出される。この運営用資金を使って、県連合会の技術運営ユニットを設立する。

（３）最貧困層の加入

都市部であっても貧困層が多いため、加入に興味を示す人はいても、家族の人数が多いので保険料が払えずに加入を見送る人も多い。そのため、PNBSF で最貧困層と認定された人から優先して組合に加入してもらうように、戦略的に最貧困層の加入を促進している。

最貧困層には国から保険料補助が支払われるはずだが、国からの補助金の支払いが遅れている。2015 年から資金の支払い方法が変わったので、以前より少し支払いが早くなった。

（４）県連合会の運営上の課題

事務所がなくコンピュータ、机、車などもないこと。また地域の住民にアドボカシーのための活動を行うが、その費用がとても高い。コミュニケーション計画は策定したものの、実施するとなると費用がとても高く、資金不足で実施できていない。

4.4.2　ルフィスク北保健共済組合

（１）保健共済組合の活動

ルフィスク市（人口 8 万 5000 人）にある 4 つの保健共済組合のうちの 1 つ。2015 年末時点で、加入手続きを完了した組合員は 1749 人、うち保険料を払っている組合員は 1090 人だった。

組合でコミュニケーション計画を策定し、広報予算は年 37 万 FCFA ある。裏側にカレンダーを印刷した小さなリーフレットを作成、300 部印刷し、組合スタッフが保健センターや保健ポストに行って、患者さんに保健共済組合について宣伝を行っている。コミュニティラジオがあり、番組のスポンサー料を払うことで、組合についての宣伝を毎日行っている。今後は組合スタッフが番組に出演して、活動について話をすることも検討中。また、SNS や Face book を使った広報も検討しており、地域にいる IT 専門家にコンタクトしている。

このような広報費用は、加入時に受け取る加入登録料（1 人 1000FCFA）の収入から支出してよいことになっている。

（２）運営上の課題と政府への要望

本来ならコミュニティ政府がもっと保健共済組合の活動を支援すべきだが、地方分権化で予算が減っており、組合の事務所が入る予定になっているコミュニティ政府の庁舎も、予算不足で工事が遅れているため、古い建物のほうに間借りしている状態。事務所で使うパソコンなども、1 台のみコミュニティ政府が供与したが、あとは組合執行部メンバーが自分のパソコンを持ってきて使っている。

政府がもっと健康保険についての広報を実施して、加入率を上げるべきであり、地方での広報では地域の言語を使ったほうがいい。

また、医療保障庁からくる保険料の補助金を（遅延なしに）期日までに受け取りたい。

4.4.3 国立ファン大学病院（Center Hospitalier National Universitaire de FANN）

全国に 7 つある大学病院の 1 つで、7 つの診療科（救急、心臓外科、循環器、呼吸器、感染症、神経内科、耳鼻咽喉科）を持つ総合病院。病院は独立採算制のため、政府からの補助金収入は少なく、患者および健康保険基金（公務員と民間企業対象）からの医療収入により運営されている。

（１）無料医療制度：セサミ・プラン

ファン大学病院には小児科・産婦人科がないため、無料医療制度はセサミ・プランのみ実施されている。MRI など高額医療を除いたほぼ全ての医療サービスが無料で、高齢者は時間を持て余しているため、症状がなくても毎日のように来院する患者が多く、毎月 100～300 件ほど無料でサービス提供している。

セサミ・プランへの政府からの還付金の未払金が現在 4 億 FCFA（約 8000 万円）相当ある。医療保障庁が独立して、2015 年 11 月に未払金の一部に対する支払いがあり、保健社会活動省時代より少し支払いは改善したが、（11 月にあった支払い以外は）毎月発生している無料医療制度への還付金はまったく支払われていない。

民間病院であれば無料でのサービス提供をやめてもいいのかもしれないが、もともと国立病院であったため、国の政策であるセサミ・プランを止めるわけにはいかないと苦慮している。

（２）健康保険からの収入

病院の医療収入のうち、3 割が健康保険からの収入（7 割は健康保険に未加入の患者による 100%自己負担の支払い）。ファン大学病院には、コミュニティの保健共済組合に加入した患者はまだ来ておらず、健康保険加入者は公務員と民間企業の加入者である。また、病院独自の職員向け健康保険組合があり、半数の職員が加入し、本来負担すべき 2 割の自己負担分も健康保険が負担している。

貧困層で医療費が支払えない人には専用窓口があり、支払いが免除されたり、貧困層を支援する NGO から資金提供を受けたり、院長の判断で医療費を半額にしたり、といった様々な対応をとっている。

（３）運営上の課題

スタッフ不足で、来院する患者に対応が十分できていない。医師は専門医が不足しており、仕方なくインターンにも診察を行わせている。専門医の資格を取るための学費が高かったり、分野によっては国内に当該の専門教育を行う教育機関がないため留学する必要があったり、という理由で専門医は不足している。また、看護師も不足しているため患者には家族が付き添っており、ベッドは常にほぼ満床のため他の病院に患者を転院させている。

4.4.4 国立グラン・ヨフ病院（Hopital General de Grand-Yoff）

ファン病院と同じくダカール市内にある 3 次レベル病院で、内科、外科、産科、小児科、循環器科、眼科、救急などの診療科をもつ総合病院。約 300 床。保健省が実施した 5S 評価で、全国で 2 位になっている。

（１）院長のコメント

- 無料医療制度のおかげで、経済的理由で病院を受診できなかった患者がアクセスできるようになっている。
- ただし、無料制度によって患者が増えたことに対応するために病院はスタッフや機材を増やさないとならず、医療保障庁からの支払を早くしてもらわないと、資金繰りが大変である。

- 無料制度があるために、保健共済組合に加入しない人々が存在するのは、現状では仕方ない。セサミ・プランが失敗したのは、本当に医療保障が必要な人をターゲティングしなかったことにある。政府がこれからも長期間、無料制度を続けるのは財政的に厳しいと思われるので、今後は保健共済組合への加入を進めていくべき。
- 帝王切開の無料制度については、3 次レベル病院では合併症のある妊婦も多く、単純な手術だけではすまないケースが多いため、1 人あたり 40 万 FCFA 近く費用がかかることもある。8 万 5000FCFA という政府の単価は安すぎる。

（２）請求担当部長のコメント

- 無料医療制度の中ではセサミ・プランへの請求額が最大。次いで人工透析、帝王切開、5 歳未満乳幼児の順になっている（表 28 参照）。
- この病院の患者の中では、公務員健康保険の加入者が多く、次いで民間企業向け健康保険。保健共済組合の加入者の利用もある。
- 医療保障庁へ提出する請求書類は、月ごとに帝王切開、セサミ・プランなど分類して金額を表にし添付書類を付けて出す。請求担当の職員が 20 人おり、請求額は毎日、確認しているので、医療保障庁から書類の不備を指摘されることはほとんどない。修正が必要になるのはセサミ・プランで、患者が持参する身分証と名前が一致しないといったケースがある（これは身分証を発行する自治体の問題）。
- 請求額を算定するためのソフトを外部業者に委託して導入したが、まだうまく稼働しておらず、医療費の算出に時間がかかっている。病院事務や請求については、保健省が実施する研修などはなく、機会があればぜひ参加したい。また、他の病院がどのように請求作業を行っているのかも知りたい。

表 28　国立グラン・ヨフ病院の無料医療制度の利用件数と請求額

	2014		2015		2016 (2 ヶ月分のみ)	
	件数	金額(FCFA)	件数	金額(FCFA)	件数	金額(FCFA)
帝王切開	83	7,055,000	254	21,590,000	76	6,460,000
5 歳未満	427	854,000	421	842,000	117	234,000
セサミ・プラン 外来	-	139,227,195	-	183,549,835	-	31,421,285
入院	-	228,868,388	-	418,530,072	-	45,090,289
人工透析	-	45,920,000	-	61,630,000	-	9,850,000
合計		421,924,583		686,141,907		93,055,574

出典：グラン・ヨフ病院

（３）支払担当の税理士のコメント

- 無料制度を保健省が担当していた時は、支払の遅れなど問題があっても誰が窓口なのかわからなかったが、医療保障庁が設立されて、きちんと担当者がわかるようになり対応が改善した。病院側も（導入したソフトの不備などから）請求書類の提出が遅れたこともあり、こちらにも責任はある。
- 支払の遅れはあるものの、医療保障庁の設立後は、以前よりは早くなった。セサミ・プランの 2006 年からの累積した未払い額（表 14 を参照、約 3 億 2 千万円）をどうするのか、医療保障庁と話し

合いをしている。全ての請求書を保存しているわけではないので、全額は戻ってこないだろうが、支払が何年も遅れているのに利子も付けずに返済してくるのは困る。

- 医療保障庁が設立された昨年は、保健省にあった医療保障準備室からの引継ぎ作業で医療保障庁の作業が進まず、2015 年の年末になってようやく支払が実行された。そのため、病院の資金繰りが大変厳しくなり、職員へのボーナス支払も困難な状況だったので、医師の間で不満が募りストライキになる寸前だった。
- 医療保障庁に改善してほしいことは、特にセサミ・プランの支払い方法を変えてほしい。後払いではなく、一定額を前払いにして金額が超過したら後から還付してもらう形が望ましい。また、公務員保険に加入していた人など無料にすべきでない人を区分するために、カードを発行して対象者を特定すべき。
- 健康保険に加入しておらず、医療費全額を当日に現金で払ってくれる患者がまだ多いので、現金収入が確保でき病院の資金繰りが成り立っているが、これから健康保険加入者が増えてくると、医療費の 8 割は後払いになるので、病院としては現金収入が減って困ることになる。

4.4.5 国立ピキン病院（Hopital de Nationale Pikine）

2006 年にスペインの援助で施設が建設され開設されたダカール州の 3 次レベル病院。内科、産科、小児科、循環器科、整形外科、眼科、耳鼻科、救急、歯科、神経科などの診療科をもつ総合病院。医師は専門医 32 人と一般医 2 人。124 床、病床稼働率は 77% (2015 年)、1 日当り外来患者は 210 人。
保健省の 5S 評価で全国で 3 位になっている。
事務部長のコメントは以下の通り：

- 公務員や民間企業（47 社と契約）の健康保険加入者は来院しているが、この地域ではまだ保健共済組合が設立されていないため、保健共済組合の加入者は来ていない。
- 無料医療制度の利用は、この病院ではセサミ・プランが最多で年間（2015 年）1 万 2546 人、帝王切開が 1981 人、5 歳未満乳幼児が 384 件（保健センターからのリファーのみ）。帝王切開の医療費の請求は、この病院から直接、医療保障庁に書類を提出するので問題ない。一方、5 歳未満の請求書は、保健センターなど患者をリファーしてくる下位保健施設がきちんと書類を作成できないことや、提出の遅れなどもあり、医療保障庁からの支払は今まで 1 回しかなかった。
- セサミ・プランに関して、この病院では他の病院より対象サービスを増やしている。医療保障庁からの支払は、遅れてはいるが実行されている。書類提出が遅れると医療保障庁から催促の電話がある。現在のように医療保障庁からの支払が恒常的に遅れる状況が続くと、資金繰りが良くない病院は、大変だと思う。
- 病院としては、患者さんが適切に医療サービスを受けられることが最重要だと考えている。そのため、当院では先に患者さんに薬を出して、退院時にまとめて請求する。他の病院では処方箋だけを出して患者の家族に外の薬局に買いに行かせている。この地域は貧困層が多く、支払ができない人も多い。
- 貧困層でも、最貧困層と認定された人は医療費が無料になるのでいいが、問題はそれ以外の貧困層で、医療費を払えない人が多く病院でも対応に苦慮している。
- 無料制度があると、サービスを利用できる人が増えて良いと思う。5 歳未満乳幼児は、薬代も無料にすべきではないか。また保健センターからリファーされてくる患者さんだけでなく、他のサービ

スも病院で無料にしたほうがいい。セサミ・プランが入院もすべて無料にしているのと比べ、乳幼児が外来のみ無料というのは矛盾している。

- 当院は医療費の価格設定を他の 3 次レベル病院より安くして（外来診察料が他の病院が 6000FCFA のところ当院は 3000FCFA）患者を増やすようにしており、また優秀な医師をリクルートし、職員に継続研修を実施、CT スキャンを導入するなどしてサービスの拡充につとめている。
- 患者を増やすために、サービスの質を向上する努力をしている。まず受付をきれいにし、待ち時間を減らすため独自のソフトを導入し、字が読めない患者さんのためにアナウンスで番号を放送するようにした。外部委託して、入院患者に食事も 3 食提供するので、ギニアからも患者がくる。

4.5 ジュルベル州（2016 年 11 月訪問）

人口は約160万人とダカール州に次いで多く、首都から車で3時間あまり、3県に3つの病院と4つの保健センターがある。貧困人口が多く医療機関数が少ないため保健サービスにアクセスできない人が多く、結果として伝統医学が人気である。またバケ県のトゥバはイスラム教の聖地として有名な場所で宗教リーダーがおり、聖地を目指して移住してくる人が多いが転出する人も多く、人口の流動性が高いという特長がある。

4.5.1 医療保障庁州事務所

11月時点で業務を行っているのは所長、事務職員、運転手の3人のみで、コミュニケーションやメディカル・コントロール担当者はまだ配属されていなかった。所長によると、ジュルベル州における保健共済組合加入者は、2015年末時点では最貧困層を含むインフォーマルセクター全体で約10万人であり、2016年に新規で加入するインフォーマルセクターのうち最貧困層は、年末までに約7万5000人になる見込みであるという。しかしながら、これらの数字については、医療保障庁が出してきた州別データとは異なる。

所長はもともと医療保障庁職員だった医師で、週末は家族のいるダカールに戻る形で勤務している。

4.5.2 州保健共済組合連合会

ジュルベル州では1999年に最初の保健共済組合が設立されており、既に15年以上の活動の歴史があり、州保健共済組合連合会は全国に先駆けて2000年に設立された。州連合会の会長は全国の連合会の会長を務める人物であり、県連合会を含めて会長や役員に保健共済組合の運営に経験のある人材がいる。

医療保障庁ができる前は、各地で保健共済組合が別々に運営を行っており、それぞれの給付サービスや管理方法も異なっていた。サービス内容が限定的で保健ポストしか利用できなかったため、加入者が少なく人々の満足度は低かった。また、Abtやベルギー開発庁（BTC）が支援を行っていたため、その当時に供与された機材や研修を受けた人材が残っている。

現在、州内に70の保健共済組合があり（うち17が今年新設された組合）、ジュルベル県に20、バケ県に34、バンベ県に16となっている。

州連合会会長によると、ジュルベル州の課題は以下のとおり：

- 保健共済組合の業務は大変であるため仕事をしている人は辞めないとならず、組合の役員は無給であるため給料のないまま活動継続することが困難

- スタッフの業務能力が低いので、能力を強化しプロの集団をつくっていく必要がある
- ３県とも県連合会の技術管理ユニットが設立できていない
- 保健ポストに薬がないため伝統医学が人気であり、健康保険に入るメリットが少ない
- 貧困層が多い地域のため、保険料が払えない人が多い
- 宗教リーダーのいる県は加入者数が３県中で最低で、今後リーダーが保健共済組合を受け入れれば信者の加入が大幅に増加するが、反対の場合は加入率が低いままになる

4.5.3 県保健共済組合連合会

（１）ジュルベル県保健共済組合連合会

人口約29万人中、加入者は5万7813人（加入率19%）。県内にある20組合のうち、6つが既に機能している。住民が貧しいため加入できない人が多く、マイクロファイナンスの組合との関係をつくることを検討している。県連合会はオフィスがないため、会合を開く時などは州連合会の事務所を使わせてもらっている。県連合会会長は現役の教師であるため、自分のパソコンを使って加入者数などのデータ集計ができている。ジュルベル県の課題は以下の通り：

- 各保健共済組合がオフィスを持っていないこと
- 医療保障庁が行う4日間の研修だけでは実際の業務開始には不十分
- ボランティアとして無給で働かないといけないので生活が厳しい
- 加入してくれても、保険料徴収が難しい
- パソコンなど機材がないところが多く、県連合会から各組合を訪問するバイクなどもない
- 役員のなり手がみつからず、まだ代表・役員を選出できていない保健共済組合もある

（２）バケ県保健共済組合連合会

3県の中で最大の人口（約100万人）を持つが、その9割が貧困層で教育レベルが低い。イスラム教の聖地があるため、転入・転出の人口が多く住民とコミュニケーションをとることが困難。バケ県の課題は以下の通り：

- 県連合会も各保健共済組合もオフィスがない
- 保健医療機関のスタッフが保健共済組合の活動をよく理解していない
- 州・コミューンなど地方政府が保健共済組合の活動は自分たちと関係ないと思っており、支援してくれない
- 宗教リーダーの存在がプラスにもマイナスにもなる可能性がある

4.5.4 Mame Cheikh Anta Mbacke保健共済組合（コミュニティの保健共済組合）

ジュルベル県内にある保健共済組合で、県連合会会長が運営している。実際の活動を行っているのは代表（教師）と学生6人ほどのボランティアで、オフィスは加入者が払う登録料から月2万FCFAを払って賃貸している。事務所は書類や台帳などがファイリングされて棚に収容され、活動を紹介する写真を掲示板に貼るなど、工夫が随所に見受けられた。PNBSFで認定された最貧困層加入のため、カメラマンが各世帯を訪問して撮影した写真がビニール袋に小分けされて保管してあり、その写真を貼った保険証も世帯の人数分が完成したものから届ける準備が行われていた。貧困層が多い地域のため、タリベ（ストリートチルドレン）用の保険証も作成されている。地域での加入促進のためのコミュニケーション・ツー

ルは医療保障庁から何も供与されていないため、集会を開いて口頭で健康保険制度の説明をするといった広報活動しか実施できていない。

4.5.5 州医務局

州医務局長によると、ジュルベル州の特長は、ダカール州（人口260万、2011）に次いで人口が多い州だが、病院3つと保健センターは4つしかなく、保健医療機関の数がとても少ない（ダカール州には病院15と保健センターが15ある）。また、人口のほとんどが貧困層であるため保健サービスへアクセスできない人が多く、伝統医学が盛んになっている。保健サービスへのアクセスを改善するには保健共済組合の活動が重要だが、人々は健康保険の存在を知らない。また、無料医療制度は対象になるサービスが少なく、またジュルベル州に多くいるタリベ（ストリートチルドレン）は対象外であり、全ての子どもを対象とすべき考えている。

4.5.6 州病院

ジュルベル州病院では、無料医療制度の対象としては5歳未満児、帝王切開、セサミ・プランの3つを扱っており、帝王切開の利用者が最も多い（平均して月に80件）。州内には帝王切開できる病院はここを含めて3つある。また、人工透析用の施設もこれから建設することが決まっている。産科医は2人いるが、あと1人必要であり、医療機材も不足している。

無料医療制度の課題として、帝王切開を受ける女性が身分証明書を持っていないことが多く、緊急に対応が必要で手術をしたものの月末に請求書を医療保障庁に提出しても、身分証のコピー添付がないため支払が行われないケースが多いことが挙げられる。また、医療保障庁からの支払は6～8ヶ月ほど遅れており、病院は資金繰りが大変である。

4.5.7 保健センター

州医務局に隣接するジュルベル保健センターを訪問。保健センターと保健ポストで実施されている無料医療制度は5歳未満児だけだが、保健ポストには薬がないため、医療費が無料であっても受診する患者は少なく、薬のある保健センターに患者が集中し、乳児を抱えた母親の長い行列ができていた。1日当り患者数は季節により100人～200人で、このうち5歳未満児は毎日平均して50人ほど来院する。無料医療制度の存在が以前より知られるようになったので、患者数が増えているという。保健センターも薬剤購入の予算は十分ではないが、地元の業者から購入して納期を短くするなど独自の工夫を行っている。

無料医療制度の支払は、以前は4ヶ月近くかかっていたが、マニュアル改訂で手続きが簡易になったことを受け、短くなりつつある。医療保障庁への請求書提出に時間がかかる理由としては、人手不足で仕事が忙しいため書類作成の十分な時間がない、請求書作成のための研修がなく記入自体が難しいといったことが挙げられた。また、マニュアル改訂後の新しい書式はまだ全ての保健センター・保健ポストに届いたわけではないため、支払にかかる日数は地域によりばらつきがある。

4.6 地方の現状についての考察

- 各州独自の状況（例えばティエス州では地区連合会の存在、病院への供託金、人材の豊富さ）もあったが、保健共済組合や無料医療制度をめぐる課題は、どこも同じであった。
- 保健共済組合の歴史が 30 年近くあり、熱心な活動を行う保健共済組合が多いティエス州でも、

加入率がそれほど高くなく、住民の間の健康保険制度への理解不足が大きな課題であることが認識できた。

- 医療保障庁支部の役割の大きさが理解できた。ティエス州の州支部はオフィスも確保され、支部長が精力的に活動を開始している。事務所が稼働し、医療保障庁本部に全国から集中していた請求手続きが支部に分散されれば、支払のシステムも改善されることが期待できる。また、州医務局にいるソーシャルワーカーが、関係者をつなぐ大きな役割を果たしており、各州にこのような人物がいれば、関係機関の意思疎通が改善すると思われた。
- PNBSF で最貧困層と認定された人の名簿（2013 年分のみ）をティエス州で初めて確認。ジュルベル州においては、カメラマンが最貧困層の各世帯で撮影した写真を貼った保険証が出来上がっているところを確認できた。
- 医療保障庁や保健共済組合のマネジメント能力の課題は、研修など支援を受ければ時間とともに解決されると思うが、保健サービスへの不満の解消のほうが深刻で、改善に時間がかかる課題だと思われた。
- 視察先の州や訪問する保健共済組合の選択は医療保障庁が行ったもので、比較的、保健共済組合の運営状況のいい場所ばかりが選ばれた傾向があり、訪問先では加入者のデータ作成・管理なども良好な組合が多かった。しかし全国でみると、このような地域は一部にすぎないと思われる。
- ティエス州では、病院が保健共済組合に供託金の支払を要求するという状況が発生しており、病院と保健共済組合の信頼関係の構築に、まだ時間がかかるものと思われた。

5.開発パートナーの支援動向

セネガルの保健セクターで需要側を支援している主な開発パートナーは以下の表の通りで、保健共済組合を中心的に支援しているのは保健セクターの最大ドナーである USAID である。

表 29　セネガル保健分野におけるドナー支援状況

	需要側			供給側	保健共済組合の支援地域
	保健共済組合	無料医療制度	RBF	重点分野	
世界銀行	○		○	病院・母子保健・栄養	7 州ダカール、ケドゥグ、コルダ、カフリン タンバクンダ、ジガンショール、セデュー
USAID/ Abt	○		○	母子保健・保健ｼｽﾃﾑ	7 州ダカール、ティエス、ルーガ、ファティック、カオラック、カフリン、ジガンショール
BTC	○			病院サービス強化	カフリン・ファティック
AFD		○		小児保健	
Lux Dev	○			ｶﾞﾊﾞﾅﾝｽ・保健ｼｽﾃﾑ	3 州サンルイ、ルーガ、マタム

5.1 世界銀行

Health and nutrition Financing Project（2014-2017）を実施中。総額 4230 万ドルのうち、RBF 向けが 2230 万ドル、医療保障開発戦略支援やバウチャー制度、栄養分野の支援向けが 1400 万ドルとなっており、供給サイドと需要サイドの双方を支援しているが、支援の中心は RBF である。医療保障開発戦略支援としては､保健共済組合の能力強化や最貧困層の認定システム強化などに計 700 万ドルを拠出する予定だが､どれも進捗が遅れている。医療保障庁向け支援では、情報システム整備を計画しており、生体認証システム構築に 20 億 FCFA を資金援助する（2016 年 11 月時点)。プロジェクトの対象地域である 7 州（ダカール、ケドゥグ、コルダ、タンバクンダ、ジガンショール、カフリン、セデュー）で、保健共済組合の活動への資金提供を開始している。もしこれらの州で JICA が技プロを実施する場合は、連携を歓迎するとのこと。

5.2 USAID / Abt

2016 年 11 月から Senegal Health Project 2016-2021（フェーズ 2）を実施する。質の高いサービスの供給が限られていることを課題として捉えており、新プロジェクトでは“母子の死亡率低減とエイズ感染をなくすため、改善された保健サービスが効果的に利用される”ことを目標としている。質の高いサービスへのアクセス向上、個人とコミュニティのコミットメント強化、保健システムのパフォーマンス向上の 3 つのコンポーネントに 8 つのプログラムが含まれており、その中の 1 つのプログラムの中で保健共済組合の活動を支援する。

2011～2016 年まで実施した前のプロジェクトでは､全国の 10 州から各 1～2 県をパイロット地域に選定し、Abt associates が保健共済組合の設立支援や運営能力強化を実施したが、フェーズ 2 では 7 州（ダカール、ティエス、ルーガ、ファティック、カオラック、カフリン、ジガンショール）で、それぞれ全ての県を対象に支援する予定である。内容としては、戦略・政策の立案支援、研修モジュールやマネジメント・ツール改訂といった技術支援、地方政府への働きかけや保健共済組合・連合会など関係者のステ

アリング・コミティの機能強化など包括的な支援となっている。フェーズ 1 と比べ、IT システムへの支援や保健サービス供給への支援などが追加される。
2017 年から実施する予定の JICA の技プロについて、Abt と同じ州で活動すること（例えばティエス州で JICA が資金を出し Abt が技術提供する）や、Abt が作成した研修モジュールなどの提供について、了承を得た（2016 年 11 月）。

5.3 ベルギー開発庁（BTC）

供給サイドと需要サイドの双方を支援する疾病治療需要・供給支援プログラム（PAODES）を 2011 年から実施中で、この中で保健共済組合の活動を支援している。他のドナーはセネガル政府と同じくコミュニティレベルの保健共済組合の活動を支援しているが、BTC だけは県レベルに保健共済組合を設置し、より大きな人口を対象に資金プールを設定して効率的な健康保険制度の構築を目指している。カフリン州 Koungheul 県、ファティック州 Foundiougne 県の 2 県において、県に 1 つだけ保健共済組合を設立し、医師や会計士など専門家を雇用して健康保険業務を担当させ、医療機関への支払方式も独自に包括払い方式を導入している。BTC は医療保障戦略実施前から県レベルに組合を設置する形で支援していたため、どちらの方式が良いのか、しばらく成果を比べてみて今後の方向性を決めるとしていたが、2016 年 11 月時点で、現在のプロジェクト期間の終了とともに、保健共済組合への支援から撤退することを決定している。

5.4 ルクセンブルグ開発庁

北部 3 州（サンルイ、ルーガ、マタム）において保健セクター支援を実施中で、ガバナンス、保健システム強化、疾病対策の 3 分野からなる。そのうちガバナンスのコンポーネントにおいて保健共済組合の設立支援を実施中。2016 年 5 月までにサンルイ州で 11、マタム州で 10 の保健共済組合の設立を完了し、ルーガ州は 2016 年に入ってから 2 県において支援を開始した。サンルイ州では政府と同じアプローチを採用したが、マタム州においては地元 NGO と組んで、NGO が各保健共済組合の設立や活動を支援するという独自のアプローチを取った。結果として、NGO が近くにいてすぐに支援できるマタム州の方式のほうが住民の満足度は高かった。

5.5 フランス開発庁（AFD）

需要側を支援しているドナーの中で、唯一、無料医療制度を支援している。小児保健のミレニアム開発目標達成支援を目指すサヘル保健連帯構想において、セネガルでは主に無料医療制度の 5 歳未満乳幼児を支援している。現行プロジェクト全体の予算は 800 万ユーロで、5 歳未満乳幼児向け無料医療制度に、プロジェクト予算の半分の 400 万ユーロを充てている。5 歳未満の無料医療制度に必要な予算は、フランスの支援で十分に足りると考えている。この他に、医療保障庁の能力強化も行っており、医療保障庁の職員給与、オフィス代、マニュアル作成、コミュニケーション計画策定、IT（コールセンター設立・機材供与に 1.6 億 FCFA）などを支援しており、今後はメディカル・コントロールの専門家を毎月 10 日間派遣し技術指導を行っていく予定である。
また、2016 年 12 月から開始予定の全国レベルの健康保険制度の現状調査（強制保険など全ての健康保険が対象）に 1.3 億 FCFA を拠出する予定。各健康保険の加入者数だけでなく、加入者の満足度調査や無料医療制度の新たな給付パッケージ案のための情報収集・分析（新生児向けケアなど）も含んだ大掛

かりなものになる。

6. 政策アクションの達成状況

セネガルにおけるUHCを促進するために開発政策借款を供与する本プログラムにおいては、先方政府が達成すべき政策アクションを定めており、保健セクターの需要・供給の両面での取組みを加速するため、5つのカテゴリーの合計15の政策アクションについて合意した。そのうち、2016年6月30日が達成期限である第1トランシェの6つの政策アクションについては、6月時点ですべて達成が確認できた。また、2017年6月30日が達成期限である第2トランシェの政策アクションのうち、医療保障庁が担当する4つの政策アクションについて、11月時点で達成状況の確認を行った。
各政策アクションの内容および達成状況は以下のとおりであり、無料医療制度マニュアルと医療保障法案に関する政策アクションは、来年を待たず2016年中に達成される見通しである。

6.1 第1トランシェの政策アクション

政策アクション①「国家保健財政戦略」策定のための委員会が設立される

国家保健財政戦略とは、保健財政分野に関する課題分析を行ったうえで、中長期にわたりどのように保健セクターのプログラムにファイナンスしていくかを定め、資金需要の予測、資金調達手段の検討などを総合的に定める戦略である。財政持続性と国民の保健サービスへの経済的アクセス拡大の双方を勘案し、「保健投資計画」で算出される資金ギャップなども含め、効率的な資源の活用を考慮して策定される。セネガルにおいては、この戦略の策定は「グローバル・ファイナンシング・ファシリティ（GFF）」の供与条件ともなっており、世界銀行の資金提供も受けつつ2017年半ばまでにドラフトの最終化を目指す予定となっている。
同戦略策定のための委員会設立に関する通知は既に発出され、2016年5月に文書のコピーを入手済みである。

政策アクション②「最貧困層世帯データの共有に関するプロトコール」にかかる合意文書が医療保障庁と大統領府社会保障担当局により署名される

大統領の優先政策の1つである、家族保障給付国家プログラム（Programme National de Bourses Sécurité Familiale :PNBSF）で最貧困層と既に認定された世帯（約23万世帯、1世帯8人として184万人）について、医療保障庁が各州において保健共済組合に加入させ、加入料・保険料・医療機関受診時の自己負担などを無料にするプログラムを推進している。最貧困層をコミュニティ保険に加入させるには、大統領府が作成した名簿の共有が必須となるが、個人情報保護の観点などから協定を結ぶ必要があり、そのための大統領府と医療保障庁双方による、合意文書への署名が2016年6月23日に完了した。
計画では、全人口の15%に当る30万世帯240万人をこのプログラムの対象としているが、2015年末時点での保険加入者は18万人あまりにとどまっていた。今回の合意文書への署名により、大統領府作成の最貧困層の名簿への医療保障庁からのアクセスが容易になり、保健共済組合への加入が促進されることが期待される。

政策アクション③保健共済組合の行政・財務手続きにかかるマニュアルの改訂作業（モニタリング計画・データ収集・報告の作成を含む）が始まる

2012年に保健省内に医療保障準備室が設置されてから、保健共済組合に関するマニュアルはいくつか作成されてきたが、2015年1月に医療保障庁として独立し職員数も増え、体制が変わったことを受け、既存のマニュアルを現在の環境に合わせた内容に改訂することになった。全国の保健共済組合の加入者数の把握が正確・迅速に行えていないといった課題を改善するため、今回の改訂版マニュアルには、各保健共済組合や県保健共済組合連合会がモニタリングする内容が詳細に定められ、組合の管理運営を改善するために重要な、県連合会の技術管理ユニットの機能も定義された。
このマニュアルの改訂版ドラフトを共有するための最初のワークショップは、2016年6月23～24日に開催された。

政策アクション<u>④無料医療制度マニュアルの改訂作業（医療機関への支払制度の改善策を含む）が始まる</u>
無料医療制度は、5歳未満児向けが2015年時点で201万件利用されるなど、広く国民の保健サービスへのアクセス向上に寄与するプログラムであるが、医療保障庁から保健医療機関への医療費還付が遅れがちで、医療スタッフへの給与支払ができない、薬の購入ができないといったサービス供給自体に影響を与える状況が生じていることが課題となっている。そのため、今回改訂されるマニュアルには、支払方法の改善策が具体的に盛り込まれ、特に、医療保障庁州支部の開設による支払の迅速化が規定されている。
この改訂版マニュアルに関する最初のワークショップは、2016年6月23～24日に開催された。

政策アクション<u>⑤「保健投資計画」（保健人材・機材・施設）改訂のための委員会が再開される</u>
セネガルの保健セクターの供給側の課題として、人口当りの医療従事者数（医師、看護師、助産師等）や人口10万人当り病院数がアフリカ地域平均を下回っており、保健人材や施設の数が少なく、サービス供給量が不十分であることが挙げられる。UHCの推進においては、特に地方における人材の確保や施設数の増加が重要であると保健省も認識しており、「保健投資計画」の策定を政策アクションとすることで合意した。
保健投資計画は、保健システム強化のための調和的介入の戦略フレームワーク、既存の保健投資計画（2011-15）の更新、緊急投資計画（The Emergency Plan for Improvement of Apparatus of Curative Care）、そして、国家保健人材開発計画を基に作成されるものである。また、保健投資計画は2016～2018年の3年を対象とし、最近作成が完了した保健地図がベースとなる。保健地図は施設・機材・人材などの必要数と実際の数のギャップや優先アクションを示すものだが、保健投資計画はそのギャップを埋めるために必要な金額を含めて提示する計画となる。
保健投資計画改訂のため、既存の委員会を再開させる通知は、2016年6月30日に署名された。

政策アクション<u>⑥「国家母子保健戦略」の策定作業が始まる</u>
保健セクターの課題の中でも重要である母子保健に関しては、リプロダクテブ・ヘルス、母子保健だけでなく新生児保健、思春期保健を含めた新たな戦略として策定する予定となっている。この戦略の実施に必要な経費を示すInvestment Caseの策定は、GFFの供与条件となっており、2016年末までにドラフトの最終化を目指す予定となっている。
国家母子保健戦略のTORと戦略策定のための日程管理表は、保健省母子保健局によって既に作成された。

6.2 第2トランシェの政策アクションの進捗

政策アクション①「国家保健財政戦略」がドラフトされる

11月時点では同戦略策定のため、5つの技術委員会が設立され、テーマごとに議論を進めており、第一ドラフト作成は2017年2月頃の予定である。

政策アクション②医療保障庁のコミュニケーション・マーケティング計画が策定される

セネガルでは公務員・民間企業社員向けの強制保険は1970年代からあったものの、加入者は全人口の1割足らずであったため、ほとんどの国民にとって健康保険は新しい概念である。そのため、国民の8割を占めるインフォーマルセクターの人々に、健康保険制度の仕組みや長所を理解してもらうためのコミュニケーション活動が重要になる。健康保険は、病気になっていなくても前払いで保険料を払い続けないとならないため、加入するメリットを十分に理解しないと、人々は加入しようとしない。地域によって言語や経済レベル、医療サービスの充足度などに違いがあるため、コミュニケーション活動の実施に際しては、地域言語を使用し、地域住民の意思決定に影響を持つ人物や組織と協力するなど、緻密な計画策定が必須となる。医療保障庁では、同計画において、健康保険制度の概念・提供されるサービス内容の伝え方や、コミュニケーション活動を各地で実施するための実施計画やガイドラインを含んだ内容にするとしている。

既に同計画のTOR作成を終え、現在コンサルタントの選定作業中であり、ドラフトは2017年2月頃に最終化する予定である。

政策アクション③無料医療制度マニュアルが改訂（医療機関への支払制度の改善策を含む）される

今回改訂されるマニュアルには、請求書作成用のツール（書類）の簡素化、医療保障庁の州支部が各州で請求書をチェックし本部に集中していた確認作業を分散するといった、支払方法の改善策が具体的に盛り込まれた。

6月下旬のワークショップ以降、コンサルタントがマニュアル改訂作業を続け、今年の11月中に保健省などの関係者に発表したうえで最終化する予定である。

改訂されたマニュアルは既に各地の医療機関への配布が始まっており、改訂されたマニュアルが届いて業務を改善した施設や地域では、以前より支払までの日数が短縮されつつある。

政策アクション④医療保障法案が保健省により承認される

セネガルでは現職大統領の優先政策の１つとして、2022年までのUHC達成を目標とした医療保障制度が促進されており、特にインフォーマルセクターを対象としたコミュニティ健康保険の推進が目玉の活動となっている。ただし、これら制度は法律で定められたものではないため、次の選挙（2019年）で大統領が代ったとしても医療保障制度の促進が継続されるには、法律の制定が重要となる。

医療保障庁では既に法案の第一ドラフトを作成し、ワークショップも実施した。今後は120ある条文を50程度に絞込んだうえで保健省に法案を提出し、11月中にも政府にドラフトを送付する予定である。

7.セネガル UHC の課題と提言： コミュニティ健康保険で UHC は実現できるのか

コミュニティ健康保険は本来、特定の地域のための小規模保険であり、この方式を用いて UHC を実現した国はかつてなかった。セネガルにおいては、アフリカの新しい UHC のモデルをつくるという野心のもと、人口の 8 割を占めるインフォーマルセクター向けのコミュニティ健康保険が推進されているが、その加入者は 2016 年 11 月時点で 97 万人（最貧困層 34 万人を含む）と全人口の 6.4%に過ぎず、医療保障開発戦略で 2016 年末までに 518 万人の加入を想定していたのと比べ、18%の達成率と目標を大幅に下回っている。

また、保健共済組合の設立も予定より遅れたため、11 月時点で全国の約半数の組合がまだ機能できておらず、最貧困層と認定された 184 万人の人々の組合への加入手続きも進捗が大幅に遅れている。円借款資金が各地のコミュニティの保健共済組合まで確実に届いて最貧困層の保健サービス利用に活用されうるのかを、現地で確認することはできなかった。

さらに、コミュニティ健康保険が、様々な所得レベル・健康状態の多くの人々の加入により、リスクシェアの機能を果たすためには、人口の 65%（最貧困層を除く）を占める一般のインフォーマルセクターの加入が不可欠だが、表 8 に示したように、この 1 年でインフォーマルセクター加入者は 3 万人しか増えていない。最貧困層は保険料負担がないため、目標の 200 万人を加入させることは難しくないだろうが、インフォーマルセクターの多数が加入するようになるかどうか、現時点では先行きは楽観できない。

7.1 セネガルの構造的な課題：健康保険制度を始めるための前提条件の欠如

加入者が増えない要因としては、以下の点が挙げられる。

（１）産業がなく、貧困層が多いこと

セネガルでは農業の生産性が低く、多くの雇用を生むような産業も少ないため、住民の 4～5 割が貧困層であり、現金収入が不定期にしかない人々が多く、健康保険の意義を理解したとしても、保険料を払えない人が多い。特に地方に行くと、マイクロ・クレジットやインカム・ジェネレーションなど貧困対策をしないと保険料を払えないという声をよく聞いたが、健康保険は余裕を持って保険料を払える中間所得層が国民の多数を占めないと機能しない制度であって、貧困層救済のための制度ではない。貧困対策が必要な現状では、人口の多くが健康保険に加入することは困難である。

（２）正確なデータがなく、マネジメント能力が低いこと

健康保険制度を構築するとは、加入資格のある者を把握し、加入者情報を管理し、保険証を発行し、加入者の所得を把握したうえで保険料を徴収し、医療機関と契約し医療費の支払を行い、健康保険基金を収支バランス良く管理し、適切な医療費支払方式の組合せを考え、質のよい保健サービスを購入し、将来の医療費予測を行う、といった様々な緻密な作業に基づく複雑なシステムを構築することである。そのためには正確な情報・データと高いマネジメント能力が必須だが、1970 年代からある公務員向け強制健康保険においても正確な加入者データが存在しないことや、シンプルな構造の無料医療制度も適切に運用できていないことから明らかなように、いまのセネガルにはこの能力が備わっていない。

（３）保健サービスの量・質とも不十分なこと

セネガルの人口当りの保健施設数・医療従事者数はアフリカ平均値を下回っている。都市部と農村部の保健サービスの供給量の差が大きく、最寄の保健施設まで数十キロも離れている地域もある。また都市部で、施設や保健人材の数が比較的充足している地域でも、薬の供給が不十分でサービスに満足できないといった課題があり、保健サービスの現状に対して保険料を払うほどの魅力を感じていない人が多いと思われる。

7.2 制度運用面の課題

上記の根本的な課題に加え、健康保険制度を運用する実施体制にも以下のような課題がある。

（１） 医療保障庁のキャパシティの不足：人数不足と処理能力の低さ

医療保障庁の前身は 2012 年に保健省内に設立された医療保障支援室で、保健省から独立し正式に設立されたのが 2015 年 1 月であり、職員数は、徐々に 200 人近くまで増加しつつあるが、組織自体が発展途上であり、職員もまだ業務に十分に習熟していない面もあると思われ、事務処理などに長い時間がかかっている。短期間に業務量が一気に増えており、意欲の高い職員が多いものの、少ない職員数では対応しきれていない。無料医療制度の 5 歳以下乳幼児・帝王切開の担当者が 2 人、保健共済組合のモニタリング担当が実質 1 人だけ、といったように、業務量に対して職員数が絶対的に不足している。また、医療保障開発戦略開始から既に 3 年以上経過しているにもかかわらず、プログラムの進捗・現状についてのレポートの発行もなく、全国における保健共済組合の加入者数の把握にも非常に時間がかかるなど、状況把握やモニタリング能力の低さが懸念される。

（２）素人が運営する保健共済組合の限界

セネガルでは、コミュニティの Solidarity が医療保障開発戦略の肝要とされており、保健共済組合の運営は、保険業務には素人である住民が担っている。政府が実施する住民への研修は 4 日間と短く、加入手続き、保険料徴収と資金管理、帳簿などの記録、住民へのアドボカシーといった幅広い業務をすぐに実施するには不十分である。また、保健共済組合の運営はコミュニティ政府の責任とされているが、実際にはコミュニティ政府の関与が少なく、保健共済組合はオフィスも持てず、行政からの支援が少ない中、住民が無償で活動をしているのが現状である。健康保険の業務は、無償のボランティアで行うには非常に負担が重く、住民の大きな献身・犠牲のもと、何とか運営されている。インセンティブを払う、地方自治体の職員を組合運営に参加させるといった改善策を早期に取らないと、組合運営自体が続けられなくなると思われる。

（３）健康保険制度が人々に理解されていないこと・広報の不足

セネガルの人々にとって、健康保険は新しい制度であるため認知されておらず、そのメリットをまだ十分に理解できていない。無料で加入できるといわれても信じられない人が多く、大統領の政治的なキャンペーンだと信じている人もまだ多い。そのため、病気にそなえて前払いで保険料を払う必要性が理解できない。背景には、コミュニティの住民への、健康保険に関するアドボカシー・コミュニケーションが十分に実施できていないことがあり、10 年以上前から始まっている無料医療制度についても、まだ国民に十分に知られていないのが現状である。

7.3 今後の支援に向けた提言

これら課題への対策は、政策アクションに盛り込まれ、既に改善に向けた取り組みが始まっているものがあり、さらに 2017 年開始予定の技プロでも引き続き、保健共済組合や医療保障庁の能力強化やコミュニケーション活動を支援していく予定である。しかし、日本や他国の経験からも、UHC の達成には 30〜40 年かかることが一般的であり、これから数十年というスパンでの息の長い支援が必要になると思われる。今後の支援において日本側が留意すべき点は以下のとおり。

- 患者の自己負担軽減、健康増進に向けた取組み

  健康保険の目的は加入させることではなく、加入することで経済的バリアを下げ保健サービスへのアクセスを改善し、結果として人々の健康状態を改善することにある。今後の技術支援では、このことを念頭において目標を設定する。

- 中長期の方向性

  医療保障開発戦略の改訂作業が遅れているが、無料医療制度のコミュニティ保険への統合といった方向性が打ち出されており、今後どのように制度を手直ししていけるかがカギになる。税方式への変換や、社会保険へ近づけることも選択肢に入れ、セネガルの社会の実情や能力に合った制度を構築していく。

- 政治による意思決定

  健康保険は他の保健分野の課題と異なり、政治によって意思決定される要因が非常に強い。セネガルのコミュニティ健康保険は大統領の優先政策の 1 つであり、他国での健康保険と比べても政治色が強く、医療保障庁長官は政治ポストである。よって大統領選挙の前後など、大きく制度を変える可能性も少なからずあると思われ、政治の動向について正確な情報にアクセスできる体制を整える。

- 保健省の巻き込み

  保健サービス供給量を短期間で増加させるには、保健省が本気で人材の育成・定着、薬の供給・在庫管理の改善といった課題に取り組まないとならない。計画を策定するだけでなく、確実に実行できるよう、オーナーシップを高めつつ支援していく。

- 財政負担・新しい財源の見通し

  現時点で保健財政戦略の内容は明らかになっていないが、現在のコミュニティ健康保険の制度設計のままで UHC を推進していくと、政府の財政負担は非常に重くなる（保険料支払だけで年 100 億円）。よって、将来の人口推計・経済見通し・疾病動向などをもとに必要経費を試算し、保険料や診療報酬の見直しなども必要になってくると思われる。援助に依存せず、中長期的に自国の財源で健康保険を維持できるよう、新しい税の導入などを含めて検討する。

- 他ドナーとの関係強化

  日本は保健財政分野での技術協力の経験がアフリカにおいてほとんどなく、特にコミュニティ健

康保険についてはノウハウ・人材が共にない。セネガルで活動している他のドナーは保健財政分野で豊富な経験を有しており、コミュニティ健康保険についての深い知見も有しているので、関係を強化し、彼らの支援動向を慎重に見守ること。

添付

- 円借款付帯技プロ PDM（案）
- 付帯技プロの支援対象と支援内容（案）

円借款付帯技プロ PDM（案）

上位目標	セネガルでの国民皆保険が促進される。
プロ目	国民皆保険を促進するために、コミュニティ健康保険と無料医療制度が強化される。
成果	１．医療保障庁および医療保障庁州事務所の能力が強化される。 ２．保健共済組合および州・県保健共済組合連合会の能力が強化される。 ３．国民皆保険に関連する医療機関での業務実施に関する能力が強化される。 ４．改訂医療保障戦略、無料医療制度および保健共済組合運営マニュアルが最終化され、普及する。
活動	1.1　医療保障庁及び州事務所の業務実施能力・業務フローを把握する 1.2　医療保障庁及び州事務所に対する研修を実施する。 1.2.1 研修のニーズ・アセスメントを実施、研修計画を策定 1.2.2 研修を実施（データ管理、財務、ソーシャル・マーケティング、英語など） 1.3　セネガルの健康保険制度の全国での現状調査を支援する 1.4　財務・管理に関する手続きを理解しプログラムを円滑に実施できるための研修を実施する 1.5　医療保障庁及び州事務所が各保健共済組合及び連合会を管理・モニタリングする体制を支援する 1.6　医療保障庁のコミュニケーション・マーケティング計画の実施を支援する。 1.7　改訂医療保障戦略および医療保障庁の年間計画の実施をモニタリングし、支援する 2.1.　対象州の医療保障の現状と保健共済組合の活動についてベースライン調査を行う 2.2.　県連合会および保健共済組合に対する研修を実施する。 2.2.1 研修のニーズ・アセスメントを実施、研修計画を策定 2.2.2 県連合会の技術管理ユニットを対象に研修を実施、フォローアップも行う 2.2.3 保健共済組合への研修を実施、フォローアップも行う 2.3.　県連合会の各保健共済組合へのモニタリング活動を支援する 2.4.　保健共済組合への加入促進の為のコミュニケーション及び啓発活動を保健共済組合と共に実施する。 3.1　無料医療制度及び健康保険制度に関する医療機関の業務能力のアセスメント実施 3.2　医療施設への研修（特に財務管理、パソコンなど）を計画・実施する。 3.3　無料医療制度と保健共済組合の活動の概念と手続きについての理解を促進するためのワークショップを実施する 3.4　医療保障庁、保健共済組合、及び医療機関の連携を促進する。 4.1　改訂医療保障戦略、各マニュアルを最終化する。 4.2　策定した改定医療保障戦略、各マニュアルを普及させる。 4.3　改定医療保障戦略、各マニュアルについての実用レベルでの課題を抽出、分析する。 4.4　課題分析に基づき、改訂医療保障戦略、マニュアルの改訂を行う。

表　付帯技プロの支援対象と支援内容（案）

支援対象		研修					資機材供与			
		財務・事務	モニタリング	コミュニケーション	PC skill	経験共有	事務機器	PC	バイク	広報ツール
1. 医療保障庁 保　健　省 DGPSSN	本部・州支部	○ マニュアルの使い方	◎ データ管理・分析	○ ソーシャルマーケティング		○				
2. 保健共済組合	連合会	○ 計画作成・レポート作成	◎ データ収集	◎ 番組制作	○ 中級	◎	◎	○	○	◎ CM 制作（資金供与）
	コミューン	◎ 簿記 現金管理		◎ 紙媒体制作	◎ 初級	◎	◎ 机 コピー機	◎	○	◎ パンフレット印刷代供与
	地方政府	○ CMU の基本理念								
3. 保健施設	病院	○ 財務管理			○ データ管理			○		
	保健センター	◎ 財務管理	○ データ管理		◎			◎		
	保健ポスト	○			○ 初級			○		
	ソーシャルワーカー	○ CMU の基本理念								